

Research Paper

The Status of Rehabilitation in Iran: Barriers and Facilitators

Mojgan Farahbod¹, *Iravan Masoudi Asl², Seyed Jamaledin Tabibi¹, Mohammad Kamali³

1. Department of Health Services Management, Faculty of Science and Technology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran .
3. Department of Basic Sciences of Rehabilitation, Rehabilitation Research Center, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. [The Status of Rehabilitation in Iran: Barriers and Facilitators (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(2):218-233. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.2535.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.2535.1>



ABSTRACT

Objectives Rehabilitation is one of the basic services for the elderly and people with disabilities and provides the possibility of equal opportunities and participation in the society. In fact, it is one of the main pillars of the health; however, less attention has been paid to this issue in Iran, and it does not have a specific place in the health system. The present study aims to find barriers and facilitators regarding rehabilitation programs for the elderly and people with disabilities in Iran.

Methods & Materials This is a qualitative study using content analysis method. Participants were 13 experts in different fields of rehabilitation who were selected using a purposive sampling method which continued until the data saturation. The data were collected using a semi-structured in-depth interview from February 2021 to February 2022. The interviews were transcribed verbatim, and then were analyzed by using conventional content analysis method and using constant comparative analysis.

Results Two main categories of barriers and facilitators, each with 4 sub-categories were identified. The barriers were: High number of rehabilitation trustees, lack of awareness of officials and people, lack of attention to the role of the municipality in rehabilitation, and poor rehabilitation management. Facilitators were: Building culture in the field of rehabilitation and disability, improving the insight of officials, the role of rehabilitation specialists, benefiting from the experiences of other countries

Conclusion The identified barriers and facilitators can help officials and policymakers in Iran to improve the status of rehabilitation and provide better services to people with disabilities.

Keywords Rehabilitation, Barriers, Facilitators, Content analysis, Lifespan

Article Info:**Received:** 29 Jan 2023**Accepted:** 11 Mar 2023**Available Online:** 01 Jul 2023*** Corresponding Author:****Iravan Masoudi Asl, PhD.****Address:** Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (920) 9901218**E-mail:** masoudi_1352@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Rehabilitation is one of the basic services for the elderly as well as people with disabilities and provides the possibility of participation in the society for these people.

In fact, it is one of the main pillars of the health [1]. In old age, people may lose their individual independence to some extent and become dependent in doing their daily living activities. This requires medical and especially rehabilitation services for older people. Rehabilitation provides the possibility of adapting the environment for an elderly person with a disability [2, 3]. Despite the importance of rehabilitation for older people with disability, there are many problems in this field in Iran [5-10], and few studies have identified the barriers and facilitators of rehabilitation for these people in Iran. Therefore, this study aims to identify the barriers and facilitators of rehabilitation in Iran.

Methods

This is a qualitative study using conventional content analysis method. The study population consists of policy makers and managers in the field of rehabilitation, professors and academic elites active in the field of rehabilitation, as well as people who had experience working in governmental and non-governmental organizations related to rehabilitation in Iran. Of these, 13 participants were selected from different cities of Iran using a purposive sampling method and based on the inclusion criteria. Data were collected through semi-structured in-depth

interviews with each participant at their workplace from February 19, 2021 to February 19, 2022. The interview started with an open-ended question, followed by probing questions to clarify the concept. After each interview, the recorded content was carefully transcribed. To analyze the data, Graneheim and Lundman’ method of content analysis was used. To increase the reliability of the data obtained from the interviews, Lincoln and Guba’s criteria (trustworthiness, transformability, dependability, and confirmability) were used.

Results

In general, the findings of the study were presented in two general categories of barriers and facilitators. Barriers and facilitators each had 4 sub-categories (Table 1). One of the important barriers was the high number of rehabilitation trustees. In fact, the lack of a specific place for rehabilitation in Iran’s health system, paying more attention to the concept of treatment and neglecting the aspect of rehabilitation, and providing services by several organizations can cause problems in implementing rehabilitation programs in the country. Another important barrier was the lack of awareness of the officials, especially those in policy-making and decision-making positions for rehabilitation matters. In this regard, it can be said that the disbelief of the municipal managers regarding the importance of adaptations and not paying attention to the needs of people with disabilities in accessing buildings, public places and transportation vehicles can hinder the rehabilitation programs for older people with disability in Iran. Management problems such as the lack of coordination between the health and rehabilitation systems, the existence of disorganization in rehabilitation matters, the lack

Table 1. Barriers and facilitators of rehabilitation for older people with disability in Iran

Categories	Sub-categories
Barriers	High number of rehabilitation trustees
	Lack of awareness of officials and people
	Lack of attention to the role of the municipality in rehabilitation
	Poor rehabilitation management
Facilitators	Building culture in the field of rehabilitation and disability
	Improving the insight of officials
	The role of rehabilitation specialists
	Benefiting from the experiences of other countries

of justice in the management of rehabilitation affairs, the neglect of rehabilitation in the health system, and the lack of priority of rehabilitation are among the problems that undermine the rehabilitation in Iran.

Raising awareness and creating culture in the field of rehabilitation and disability was one of the facilitators. Another facilitator was improving the insight of officials, health system specialists and policy makers. Educating officials about rehabilitation, improving their knowledge and informing them about the importance of rehabilitation and prioritizing rehabilitation can have a significant impact on facilitating rehabilitation for older people with disability in Iran. Rehabilitation specialists can play an effective role in introducing their field and role in society, and pursuing and solving major problems they face in their career. Another factor that can help to facilitate and promote the status of rehabilitation was using the experiences of other countries. Communication with other countries in the field of rehabilitation, conducting comparative studies and benefiting from the results of other countries' studies in the field of rehabilitation, increasing scientific interactions with the world and benefiting from the experiences of successful countries in the field of rehabilitation can have an effective role in improving the status of rehabilitation in the country.

Conclusion

There are many problems and barriers to implementing rehabilitation programs for older people with disability in Iran. Removing these barriers and identifying facilitators is one of the most important health goals for the health system of the country. According to the results of this study, the barriers were: High number of rehabilitation trustees, lack of awareness of officials and people, lack of attention to the role of the municipality in rehabilitation, and poor rehabilitation management. On the other hand, facilitators were: Building culture in the field of rehabilitation and disability, improving the insight of officials, the role of rehabilitation specialists, benefiting from the experiences of other countries. It is necessary for rehabilitation managers and policy makers in Iran to pay attention to these barriers and facilitators and, by raising their awareness and knowledge, fixing managerial deficiencies, considering urban development issues and the accessibility of the elderly and people with disabilities to the facilities, promote the rehabilitation status in the country. Rehabilitation specialists in various fields such as occupational therapy, physiotherapy, geriatric medicine and gerontology can help build culture and introduce rehabilitation in the society by cooperating with each other.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study followed all the ethical principles of research, including the confidentiality of information and high-hand documents. It should be noted that this research did not have human participants.

Funding

This article is taken from PhD thesis of Mojgan Farahbod approved by the department of Health Services Management, [Islamic Azad University of Research and Science Branch](#).

Authors' contributions

Conceptualization and study design: Mojgan Farahbod and Iravan Masoudi Asl; Methodology: Mojgan Farahbod, Iravan Masoudi Asl and Mohammad Kamali, Data collection, validation, analysis, research, draft writing, Reviewing, editing and finalizing the article: All Authors.

Conflicts of interest

All authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

جایگاه توان بخشی در ایران: موانع و تسهیل کننده‌ها

مژگان فرهید^۱، *ایروان مسعودی اصل^۲، سید جمال‌الدین طیبی^۱، محمد کمالی^۳

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه علوم پایه توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.



Citation Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. [The Status of Rehabilitation in Iran: Barriers and Facilitators (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(2):218-233. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.2535.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.2535.1>



اهداف: توان بخشی یکی از خدمات اساسی برای سالمندان و نیز افراد دارای ناتوانی در تمام طول زندگی است و امکان برابری فرصت‌ها و مشارکت این افراد را در جامعه فراهم می‌کند. در واقع یکی از اصلی‌ترین ارکان حوزه سلامت است، اما در کشور توجه بیشتر به مفهوم درمان بوده و بُعد توان بخشی مورد غفلت واقع شده و جایگاه مشخصی در نظام سلامت ایران ندارد. هدف از مطالعه حاضر تبیین موانع و تسهیل کننده‌های جایگاه توان بخشی در ایران است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا بود که با مشارکت ۱۳ نفر از متخصصان در رشته‌های مختلف توان بخشی انجام شد. افراد براساس نمونه‌گیری هدفمند و تا رسیدن داده‌ها به اشباع انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق فردی نیمه‌ساختار یافته از اسفند ۱۳۹۹ تا اسفند ۱۴۰۰ در محل کار شرکت کنندگان جمع‌آوری شدند. کلیه مصاحبه‌ها ضبط، بازنویسی و مرور شدند. سپس به روش تحلیل محتوای قراردادی و با استفاده از مقایسه مداوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها در طی فرایند تجزیه و تحلیل در ۲ طبقه اصلی موانع و تسهیل کننده‌ها قرار گرفتند. موانع جایگاه توان بخشی شامل ۴ زیرطبقه تعدد متولیان توان بخشی، عدم آگاهی مسئولین، عدم توجه به نقش شهرداری در توان بخشی و نقص در مدیریت توان بخشی بود و تسهیل کننده‌های جایگاه توان بخشی شامل ۴ زیرطبقه فرهنگ‌سازی در خصوص توان بخشی و ناتوانی، ارتقای بینش مسئولین، نقش متخصصان رشته‌های توان بخشی و بهره‌مندی از تجارب دنیا بود.

نتیجه‌گیری: ارتقای جایگاه توان بخشی در کشور نیازمند شناخت و تبیین موانع و تسهیل کننده‌های آن است. شناسایی آن‌ها می‌تواند به مسئولین و سیاست‌گذاران در ارتقای جایگاه توان بخشی و ارائه بهتر خدمات به افراد دارای ناتوانی در طول دوران زندگی کمک کند.

کلیدواژه‌ها: توان بخشی، موانع، تسهیل کننده‌ها، تحلیل محتوا، طول دوران زندگی

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۰۹ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۰ اسفند ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۲

* نویسنده مسئول:

دکتر ایروان مسعودی اصل

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن: ۹۹۰۱۲۱۸ (۹۲۰) +۹۸

پست الکترونیکی: masoudi_1352@yahoo.com

مقدمه

ناتوانی تشکیل می‌دهند و همان‌طور که گفته شد به دلیل سالخوردگی جمعیت، شیوع ناتوانی‌ها رو به افزایش است [۱۰، ۴]. [۱۱] و باتوجه‌به این مسئله، تقاضا و نیاز به خدمات بهداشتی و توان‌بخشی در جامعه زیاد شده و ارائه خدمات توان‌بخشی مطلوب به افراد دارای ناتوانی و نیز سالمندان همواره از دغدغه‌های مهم نظام سلامت در کشور محسوب می‌شود [۱۲]. توان‌بخشی یکی از خدمات اساسی و پایه‌ای بهداشت برای سالمندان و افراد دارای ناتوانی است که طیف وسیعی از شرایط سلامتی را در تمام مراحل زندگی و تمام مراحل مراقبتی حاد، نیمه‌حاد و بلندمدت پوشش می‌دهد [۱۳]. باتوجه‌به آنچه گفته شد، سالمندی خصوصیات و دغدغه‌های مربوط به خود را دارد و در این دوران کیفیت زندگی بسیار سریع‌تر پایین آمده و تنزل می‌یابد و به دلیل مواجهه سالمند با مسائل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی متعدد، ممکن است او با موانع بیشتری در مسیر توان‌بخشی مواجه باشد. حال آنکه توان‌بخشی در کودکی یا جوانی معمولاً با دیدگاهی مثبت و با کنش‌های امیدوارکننده‌تری مواجه است. توان‌بخشی با تمرکز بر بهبود عملکرد افراد و کاهش تجربه ناتوانی به دنبال آسیب یا بروز سالمندی، به بررسی اثر شرایط سلامتی بر زندگی افراد می‌پردازد و در حرکت به سوی ایجاد زندگی با کیفیت بهتر برای سالمندان نقش دارد [۹]. طبق گفته سازمان بهداشت جهانی، تضمین زندگی سالم و ارتقای رفاه و سلامتی برای تمامی سنین تنها با پوشش جهانی بهداشت ممکن می‌شود. ضروری است که این پوشش جهانی بهداشت، به طیف وسیعی از نیازهای سلامت جمعیت، از جمله دسترس‌پذیری ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان، توان‌بخشی و مراقبت‌های تسکین‌دهنده بپردازد. درواقع توان‌بخشی، امکان برابری فرصت‌ها، مشارکت افراد دارای ناتوانی و سالمندان در جامعه و نیز سازگار کردن محیط برای سالمند را فراهم می‌کند [۹، ۱۳].

بنابراین مشاهده می‌کنیم که توان‌بخشی و برابری فرصت‌ها، از اصطلاحات و عبارات مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با این افراد است. بنابراین مشارکت افراد دارای ناتوانی و نیز سالمندان در جامعه باید به‌عنوان یک اصل مورد توجه قرار گیرد و این امر بدون پرداختن به توان‌بخشی امکان‌پذیر نخواهد بود. درواقع امروزه توان‌بخشی یک فلسفه محسوب می‌شود که باید زیربنای فکری ارائه خدمات بهداشتی قرار گیرد و صرفاً یک مرحله از مراحل ارائه خدمات بهداشتی نیست، بلکه به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین ارکان حوزه سلامت با مفهوم جامع آن بوده و طیف وسیعی از خدمات در سطوح و ابعاد مختلف، از جمله پیشگیری، توانمندسازی، توان‌بخشی پزشکی (تشخیص به‌موقع، غربالگری و ارائه خدمات توان‌بخشی)، آموزشی، اجتماعی، مراقبتی و حرفه‌ای را دربر می‌گیرد [۱۲، ۱۴-۱۶].

چگونگی ارائه خدمات مراقبت سلامت در هر جامعه، ارتباط مستقیم با وضعیت اجتماعی، اقتصادی و سیاسی آن جامعه دارد. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه منابع کافی برای

افراد دارای ناتوانی^۱ بزرگ‌ترین اقلیت جهان را تشکیل می‌دهند [۱]. سازمان بهداشت جهانی^۲ نیز ناتوانی را به‌عنوان یک مسئله جهانی سلامت و بهداشت عمومی به رسمیت شناخته است [۲]. حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان یعنی بیش از ۱ میلیارد نفر در دنیا با نوعی از ناتوانی زندگی می‌کنند که بخش عظیمی از این افراد (حدود ۲۰۰ میلیون نفر) با مشکلات قابل توجهی در سلامتی و عملکرد خود، به‌خصوص فعالیت‌های روزمره مواجه هستند. در سال‌های آینده، ناتوانی بیشتر مورد توجه قرار خواهد گرفت، زیرا شیوع آن در حال افزایش است و علت آن سالخوردگی جمعیت و افزایش جمعیت سالمندان است [۳]. درواقع افزایش جمعیت سالمندان به‌طور اجتناب‌ناپذیری باعث افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها می‌شود [۴]. بنا به گفته سازمان ملل، سلامت حق اساسی بشر است، اما بسیاری از افراد دارای ناتوانی، از لحاظ بهداشت و سلامت در سطح پایین‌تری نسبت به سایر افراد جامعه خود به سر می‌برند و سلامت نامطلوبی که آنان تجربه می‌کنند، صرفاً نتیجه مستقیم ناتوانی آن‌ها نیست و گاه در ارتباط با موانع موجود بر سر راه این افراد و مشکلات دسترسی آن‌ها به خدمات و برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی ایجاد می‌شود [۵، ۶]. از مهم‌ترین دلایل اصلی پرداختن به مسئله ناتوانی، افزایش روزافزون تعداد افراد دارای ناتوانی به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه و فقیر، به علت نبود امکانات کافی یا استفاده نامناسب از امکانات موجود به دلیل وجود برخی موانع بر سر راه آنان است [۷]. سازمان بهداشت جهانی بر این امر تأکید دارد که بایستی فرصت‌های برابر، برای تمام افراد جامعه، از جمله افراد دارای ناتوانی ایجاد شود و مشارکت کامل فرد دارای ناتوانی در جامعه محقق شود [۲].

دوران سالمندی یک مرحله طبیعی از روند زندگی است و دارای برخی ویژگی‌های جسمی، اجتماعی و روانی است که توجه به این ویژگی‌ها می‌تواند در حفظ جایگاه اجتماعی این قشر بسیار مؤثر باشد. کاهش نسبی قوای جسمی، بیماری‌های ناتوان‌کننده، دردهای کنترل‌نشده، بی‌خوابی، اختلال عملکرد اندام‌ها، افزایش میزان مصرف داروهای آرام‌بخش و مسکن‌ها، اختلالات شناختی، احساس غم و اندوه و افسردگی، ترس از مرگ، احساس تنهایی و ناکامی و دیگر اختلالات روان‌شناختی، از جمله تغییراتی است که افراد با افزایش سن و در طول دوران زندگی تجربه می‌کنند و به واسطه این مشکلات احساس ناتوانی کرده و استقلال فردی خود را از دست می‌دهند. بنابراین در انجام امور و فعالیت‌های روزمره خود وابسته می‌شوند و این امر خدمات درمانی و به‌خصوص توان‌بخشی را برای این گروه از افراد جامعه می‌طلبد [۸، ۹]. در کشور ما ایران، حدود ۱/۳ درصد از جمعیت را افراد دارای

1. Persons with disability

2. World Health Organization (WHO)

قانونی از افراد دارای ناتوانی در حیطه‌هایی همچون دسترسی به ساختمان‌های عمومی، آموزش، استخدام، طرح شمول و آموزش فراگیر و حمایت‌های مالی ارائه و تصویب شد [۱۸]. اما هنوز بعد از گذشت ۱۸ سال، مشکلات و موانع زیادی بر سر راه این افراد در دریافت خدمات بهداشتی و توان‌بخشی و نیز جایگاه توان‌بخشی وجود دارد. حذف موانع موجود بر سر راه توان‌بخشی، شناسایی تسهیل‌کننده‌ها و ایجاد دسترسی برابر به خدمات توان‌بخشی و بهداشتی یکی از مهم‌ترین اهداف سلامت برای دولت در هر سیستم خدمات بهداشتی است و تعهد بسیاری از دولت‌ها برای حذف این موانع و بهبود ساختار توان‌بخشی، بدون در دسترس داشتن یک تصویر واضح از موانع و تسهیل‌کننده‌ها امکان‌پذیر نخواهد بود. بسیاری از کشورها، موانع بالقوه در دسترسی به خدمات بهداشتی را تعیین کرده‌اند [۱۸، ۲۵-۲۷] که می‌توانند برای گروه‌ها و جمعیت‌های متنوع، خاص و متفاوت باشند. در ایران نیز مطالعاتی در زمینه نحوه دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات بهداشتی انجام شده است، اما مطالعات اندکی در زمینه نظام توان‌بخشی در سیستم بهداشتی درمانی ایران انجام شده و نیز مروری بر عملکرد بخش توان‌بخشی در ایران نشان می‌دهد علی‌رغم تلاش‌های انجام‌شده، موانعی در مسیر توان‌بخشی وجود دارد و کمتر مطالعه‌ای به تبیین و شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان‌بخشی پرداخته است. بنابراین این مطالعه با هدف شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان‌بخشی در ایران انجام شده است.

روش مطالعه

روش اجرا

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای عرفی است. این روش در مطالعاتی که هدفش توصیف پدیده است به کار می‌رود و داده‌های موردنیاز در آن، مستقیماً از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شده و نظریه‌ای از قبل موجود نیست [۲۸]. روش تحلیل محتوای عرفی، روش مناسبی برای کسب نتایج پایا از داده‌های متنی است. این روش باعث ایجاد دانش، ایده جدید و ارائه حقایق است. پژوهشگر براساس توصیف شرکت‌کنندگان و مشاهده و براساس یک رویکرد استقرایی، داده‌ها را تحلیل کرده و کدها را تعریف می‌کند. سپس آن‌ها را خلاصه‌سازی کرده و براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه‌بندی کرده و درون‌مایه‌ها را استخراج می‌کند [۲۸، ۲۹].

روش نمونه‌گیری

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش از شهرهای مختلف کشور و با روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. نمونه پژوهش شامل سیاست‌گذاران و مدیران توان‌بخشی در سطح ملی، استادان و نخبگان دانشگاهی فعال در زمینه توان‌بخشی و

تشخیص و پیشگیری از ناتوانی و نیز تأمین نیازهای توان‌بخشی و درمانی افراد دارای ناتوانی وجود ندارد و مطالعات نشان می‌دهند که افراد دارای ناتوانی، با چالش‌های زیادی در دسترسی به خدمات بهداشتی نسبت به افراد بدون ناتوانی مواجه‌اند و یکی از این خدمات نیز خدمات توان‌بخشی است [۱۷، ۱۸]. در واقع در سیستم سلامت توجه بیشتر به مفهوم درمان بوده و بُعد توان‌بخشی مورد غفلت واقع شده است و علی‌رغم اهمیتی که بازتوانی بیماران و سالمندان و بازگرداندن آن‌ها به روند عادی و زندگی روزمره دارد، باز هم این امر مورد توجه چندانی قرار نگرفته است. یکی از دلایل این امر می‌تواند عدم وجود جایگاه مشخص برای توان‌بخشی در نظام سلامت ایران باشد [۱۹، ۲۰]. بنابراین سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و محققان بایستی موانع و چالش‌های موجود در مسیر توان‌بخشی را مورد توجه قرار دهند.

شواهد و منابع بین‌المللی نشان می‌دهند که افراد دارای ناتوانی و سالمندان نیازهای بهداشتی و توان‌بخشی برآورده‌نشده زیادی دارند و با موانع زیادی در دسترسی به خدمات بهداشتی و توان‌بخشی مواجه‌اند [۶، ۲۱، ۲۲]. وینسنت و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود نیازهای توان‌بخشی برآورده‌نشده سالمندان بالای ۶۵ سال دچار سکنه مغزی را بررسی و بیان کردند که موانع توان‌بخشی برای این گروه از سالمندان به خوبی تشخیص داده نشده و خدمات توان‌بخشی برای این افراد شخصی‌سازی نشده و حمایت کافی از بیماران وجود ندارد [۲۲]. منگست و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود در حوزه توان‌بخشی سالمندان بین ۶۰ تا ۸۷ سال دچار سکنه مغزی بیان کردند که این افراد نیاز به ارتباط با متخصصان توان‌بخشی، اعتماد به آن‌ها و تبادل صحیح اطلاعات با تیم توان‌بخشی دارند که بسیاری از اوقات این نیازها نادیده گرفته می‌شود [۲۳].

عبدی و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود بیان کردند که موانع زیادی در مسیر سیستم سلامت و ارائه خدمات توان‌بخشی به افراد دارای ناتوانی وجود دارد که از جمله این موانع می‌توان به موانع اجتماعی فرهنگی، مالی، آموزشی و مدیریتی و نظارتی اشاره کرد [۶]. در مطالعه دیگری نیز عبدی و همکاران (۲۰۱۶) به چالش‌های افراد دارای ناتوانی در دسترسی به خدمات توان‌بخشی اشاره کردند. همچنین سلطانی و همکاران (۲۰۱۹) به موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و توان‌بخشی برای افراد دارای ناتوانی، به‌خصوص موانع مالی، اشاره کرده‌اند [۱۸]. بنابراین بررسی‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از این موانع، موانع مالی، قانونی، سیاستی یا نظارتی هستند که مانعی برای ارائه صحیح و مناسب خدمات توان‌بخشی و بهداشتی هستند [۶، ۲۴]. پس این دولت‌ها هستند که بایستی راه را برای احقاق حقوق افراد دارای ناتوانی در تمام دوران زندگی هموار کرده و جایگاه توان‌بخشی را در کشور بهبود بخشند. در ایران در سال ۱۳۸۳، قانون جامع حمایت از حقوق افراد دارای ناتوانی جهت افزایش دسترسی این افراد به خدمات تصویب شد. این قانون با هدف ارائه حمایت‌های

جدول ۲. نمونه‌ای از سؤالات اصلی مصاحبه

شماره	سؤالات
۱	جایگاه توان‌بخشی را در کشور و در نظام سلامت چگونه توصیف می‌کنید؟
۲	چه عواملی را مانع یا تضعیف‌کننده وضعیت توان‌بخشی کشور می‌دانید؟
۳	چه عواملی را تقویت‌کننده و تسهیل‌کننده برای پیشبرد وضعیت توان‌بخشی کشور می‌دانید؟
۴	چه عواملی دسترسی افراد دارای ناتوانی به توان‌بخشی را راحت‌تر می‌کند؟

سالمند

خلاصه کردن واحدهای معنایی برای کم کردن متن واحدهای معنایی با حفظ جوهره اصلی آن انجام شد و بر همین اساس کدگذاری شد [۲۸، ۲۹] تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت.

اعتمادپذیری

در تحقیق حاضر برای افزایش قابلیت اعتماد داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، از ۴ معیار گویا و لینکلن شامل اعتبار^۴، اطمینان‌پذیری یا وابستگی^۵، تأییدپذیری^۶ و انتقال‌پذیری^۷ استفاده شد [۳۰]. در این پژوهش ایجاد اعتبار از طریق ارتباط و درگیری طولانی‌مدت صورت گرفت. درگیری طولانی‌مدت با مشارکت‌کنندگان به محقق در جهت کسب اعتماد مشارکت‌کنندگان و درک عمیقی از جزئیات داده‌ها کمک می‌کند. تلفیق در جمع‌آوری داده‌ها (یادداشت در عرصه، مشاهده، اطلاعات ضبط‌شده) و نیز مشاهده دیرپا و مداوم و مقایسه مداوم داده‌ها نیز به‌منظور ایجاد اعتبار داده‌ها صورت گرفتند. اطمینان‌پذیری یا وابستگی گویای ثبات و پایایی داده‌هاست. برای این امر از بازنگری خارجی^۸ به شکل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و مرور متون نوشتاری مصاحبه‌ها توسط شرکت‌کنندگان استفاده شد. بدین صورت که پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، خلاصه‌ای از فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌ها به مشارکت‌کنندگان ارائه شد و از آن‌ها سؤال شد که آیا مفاهیم توسعه‌یافته، تجربیات یا ایده‌های آن‌ها را بازتاب می‌کند؟ سرانجام نظرات و پیشنهادات آن‌ها در تحلیل گنجانده شد. به‌منظور فراهم کردن تأییدپذیری نیز پژوهشگر به یادداشت و ثبت کردن همه ایده‌ها پرداخت تا افراد دیگر بتوانند موضوع را از طریق مطالعه این یادداشت‌ها پیگیری کنند و نیز پژوهشگر از وارد کردن دیدگاه‌ها و برداشت‌های خود در تجزیه و تحلیل داده‌ها، اجتناب کرد. همچنین مشاهدات و یادداشت‌ها به ۳ نفر از اساتید ارائه شد و پس از اخذ نتیجه واحد،

4. Credibility
5. Dependency
6. Confirmability
7. Transformability
8. Member check

نیز افرادی بودند که سابقه کار در سازمان‌های دولتی و مردم‌نهاد مرتبط با توان‌بخشی را داشتند و نیز تمایل برای مشارکت در این مطالعه را داشتند. در نهایت شرکت‌کنندگان شامل ۱۳ نفر از متخصصان در رشته‌های مختلف توان‌بخشی، در درجه‌های علمی و با سوابق کاری مختلف بودند که اطلاعات ایشان به صورت کامل در جدول شماره ۱ آمده است.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از دریافت تأییدیه و کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه، افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. سپس هدف پژوهش، روش مصاحبه و حق افراد برای شرکت در مطالعه یا امتناع از آن توسط نویسنده اول شرح داده شد و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها دریافت شد. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با هر شرکت‌کننده در محل کار وی، جمع‌آوری شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه از تاریخ اسفند ۱۳۹۹ تا تاریخ اسفند ۱۴۰۰ به انجام رسید. نمونه‌ای از سؤالات در جدول شماره ۲ آمده است. مصاحبه با هر شرکت‌کننده با ۱ سؤال باز شروع شد (جایگاه توان‌بخشی را در کشور و در نظام سلامت چگونه ارزیابی می‌کنید؟ چه موانعی بر مسیر توان‌بخشی در کشور وجود دارد؟). سپس به‌منظور روشن شدن مفهوم مورد مطالعه، براساس مطالعاتی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد، سؤالات کاوشی مطرح شد. تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی و به صورت انفرادی با هر شرکت‌کننده و در یک مرحله انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا با رویکرد کیفی گرانهم^۳ استفاده شد. پس از انجام هر مصاحبه، محتوای ضبط‌شده با دقت و کلمه‌به‌کلمه در نرم‌افزار ورد پیاده و ذخیره شد. داده‌ها به‌طور مکرر بازخوانی شد تا درک کلی از متن به دست آید. سپس داده‌ها با استفاده از شیوه‌های مقایسه مداوم و به روش بررسی تحلیل محتوای استقرایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها به واحدهای معنایی، خلاصه واحدهای معنایی، کد، زیرطبقات و طبقات اصلی تقسیم شدند.

3. Graneheim

تأییدپذیری غنی داده‌ها تأمین شد. نهایتاً قابلیت انتقال‌پذیری داده‌ها از طریق توصیف غنی و عمیق از زمینه موردبررسی و ارائه توضیحات لازم درمورد ادراکات مشارکت‌کنندگان انجام شد. همچنین در نمونه‌گیری حداکثر تنوع‌پذیری صورت گرفت.

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر، حاصل تجربیات و ادراکات ۱۳ نفر از متخصصان توان‌بخشی در رشته‌های مختلف، در درجه‌های علمی و با سوابق کاری متفاوت است که اطلاعات کامل این شرکت‌کنندگان در **جدول شماره ۲** آمده است.

نتایج این مطالعه، دید و نگاه جدیدی را در زمینه موانع و تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان‌بخشی در کشور در اختیار قرار می‌دهد. این اطلاعات را در ۲ طبقه کلی موانع و تسهیل‌کننده‌ها طبقه‌بندی کردیم. موانع و تسهیل‌کننده‌ها نیز هر کدام در ۴ زیرطبقه معرفی شدند که در **جدول شماره ۳** آورده شده است.

در ادامه به توصیف این زیرطبقات و نمونه‌هایی از متن مصاحبه‌ها می‌پردازیم.

موانع

تعدد متولیان توان‌بخشی: یکی از موانع و چالش‌های مهم به‌دست‌آمده در ارتباط با جایگاه توان‌بخشی که اکثریت

شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند «تعدد متولیان توان‌بخشی» بود. درواقع عدم وجود جایگاه مشخص برای توان‌بخشی در نظام سلامت ایران، توجه بیشتر به مفهوم درمان و غفلت از بُعد توان‌بخشی و ارائه خدمات از سوی چند سازمان، همچون وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، بنیاد شهید و هلال احمر یکی از مواردی است که می‌تواند عملکرد توان‌بخشی را در کشور با مشکل مواجه کند و مشکلاتی را در زمینه سیاست‌گذاری، تدوین و اجرای قوانین در توان‌بخشی ایجاد می‌کند. به لحاظ تخصیص بودجه، بودجه‌ای که تخصیص داده می‌شود بین سازمان‌ها پخش می‌شود و در نهایت توان‌بخشی با مشکلاتی در زمینه تخصیص بودجه مواجه می‌شود. یکی از متخصصان (شرکت‌کننده شماره ۴) در این زمینه بیان کرد: «وقتی چند تا سازمان تولید رو برعهده دارن، یه مشکلاتی رو ایجاد می‌کنه. هر کدوم این سازمان‌ها یه جاهایی می‌خوان شونه خالی کنن از بعضی مسئولیت‌ها، توان‌بخشی گرون و هزینه‌بره و فایده زیادی برای بخش خصوصی نداره. بهتره که همه این سازمان‌ها و تولید یک کاسه بشه». شرکت‌کننده شماره ۱۲ درخصوص تخصیص بودجه بیان کرد: «بودجه‌های توان‌بخشی پخش می‌شه، بخشی ازش می‌ره بهزیستی، بخشی هم وزارت بهداشت، بخشی هم سازمان‌های دیگه. تهش چیزی باقی نمی‌مونه».

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در مصاحبه

ردیف	سمت	رشته تحصیلی	درجه علمی	سابقه کار
۱	رئیس دانشکده، عضو بورد و هیئت‌مدیره انجمن فیزیوتراپی	فیزیوتراپی	استاد	۴۰ سال
۲	عضو بورد علوم اعصاب، مشاور وزیر، رئیس دانشگاه	آناتومی	استاد	۴۰ سال
۳	رئیس دانشگاه، عضو بورد کاردرمانی، مدیر ارشد وزارت بهداشت	کاردرمانی	استاد	۳۰ سال
۴	پزشک، عضو انجمن جراحان دست، معاون دانشگاه	فوق تخصص	دانشیار	۱۴ سال
۵	پزشک، عضو انجمن سالمندی، عضو بورد سالمندی، مدیرکل بهزیستی	متخصص سالمندی	دانشیار	۲۰ سال
۶	دکتری تخصصی، عضو هیئت‌علمی دانشگاه	دکتری علوم اعصاب	دانشیار	۱۵ سال
۷	عضو هیئت‌علمی دانشگاه	کاردرمانی	استادیار	۲۵ سال
۸	از مسئولین ارشد هلال احمر، کرمان	پزشک	—	۱۴ سال
۹	عضو هیئت‌علمی دانشگاه، معاون وزیر و رئیس سازمان استثنایی	فلسفه تعلیم و تربیت	دانشیار	۴۰ سال
۱۰	دانشجوی دکتری	گفتاردرمانی	درمانگر	۱۵ سال
۱۱	دانشجوی دکتری	کاردرمانی	درمانگر	۱۸ سال
۱۲	عضو هیئت‌علمی دانشگاه	کودکان استثنایی	استادیار	۱۵ سال
۱۳	عضو هیئت‌علمی دانشگاه	کاردرمانی	استادیار	۲۲ سال

جدول ۳. موانع و تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان‌بخشی (طبقات و زیرطبقات)

طبقات	زیرطبقات
موانع	تعدد متولیان توان‌بخشی
	عدم آگاهی مسئولین و مردم
	عدم توجه به نقش شهرداری در توان‌بخشی
تسهیل‌کننده‌ها	نقص در مدیریت توان‌بخشی
	فرهنگ‌سازی در خصوص توان‌بخشی و ناتوانی
	ارتقای بینش مسئولین
	نقش متخصصان رشته‌های توان‌بخشی
	بهره‌مندی از تجارب دنیا

سالمند

نقص در مدیریت توان‌بخشی: یکی از موانع و چالش‌های مهم که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، مشکلات مدیریتی بود. عدم وجود هماهنگی بین نظام سلامت و توان‌بخشی، وجود بی‌نظمی در امور مربوط به توان‌بخشی، عدم عدالت در مدیریت امور توان‌بخشی، مغفول ماندن توان‌بخشی در نظام سلامت، اولویت نبودن توان‌بخشی و عدم رضایت مراجعین از خدمات دریافتی نمونه‌هایی از مشکلاتی است که به دلیل نقص در مدیریت توان‌بخشی ایجاد شده و جایگاه توان‌بخشی را در کشور خدشه‌دار می‌کند. شرکت‌کننده شماره ۶ بیان کرد: «من معتقدم مدیران ارشد نظام سلامت هنوز به‌خوبی مفاهیم علمی و ساختار مدیریتی نظام‌مند توان‌بخشی رو نمی‌شناسن و این یکی از مشکلات جدی ماست». همچنین این شرکت‌کننده بیان کرد: «خیلی وقتا مدیران ارشد ما حتی یک بیمارستان تخصصی توان‌بخشی رو در دنیا ندیدن چه کار می‌کنن. مثلاً یک بیمارستان توان‌بخشی که در آمریکا ست چی کار می‌کنن و تا آدم با این ضوابط و مقررات و برنامه‌ها آشنا نشه خب در عمل هم نمی‌تونه به‌خوبی مدیریت کنه»

تسهیل‌کننده‌ها

فرهنگ‌سازی در خصوص توان‌بخشی و ناتوانی: بنابر نظر شرکت‌کنندگان در این مطالعه، با توجه به اینکه یکی از مشکلات اساسی توان‌بخشی، ضعف فرهنگ عمومی نسبت به ناتوانی، کم‌توانی و توان‌بخشی است و به لحاظ فرهنگی، گاه مسئله سلامتی و درمان و به‌خصوص توان‌بخشی برای برخی افراد جامعه در اولویت نیست، جهت تسهیل و ترفیع جایگاه توان‌بخشی در جامعه و بین مردم بایستی فرهنگ‌سازی لازم صورت گیرد. رسانه‌ها یکی از ابزار مهمی هستند که می‌توانند نقش مهمی را در این فرهنگ‌سازی و ایجاد آگاهی در جامعه نسبت به افراد دارای ناتوانی و نیز توان‌بخشی ایفا کنند. شرکت‌کننده شماره

عدم آگاهی مسئولین و مردم: یکی از موانع مهمی که متخصصان به آن اشاره داشتند فقدان آگاهی و عدم شناخت مسئولین بود، به‌خصوص مسئولینی که در رأس کار و در سمت‌های مهم برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در امور توان‌بخشی هستند. این افراد آگاهی کافی نسبت به جایگاه توان‌بخشی و اهمیت توان‌بخشی برای افراد دارای ناتوانی ندارند. شرکت‌کننده شماره ۵ در این خصوص بیان کرد: «مسئولین ما در وزارتخانه‌های تصمیم‌گیرنده آگاهی لازم رو ندارن. وقتی شما صحبت از توان‌بخشی می‌کنید می‌گه این اولویت ما نیست و اولویت‌های ما چیزهای دیگه است». این عدم آگاهی در بین مردم در سطح جامعه نیز وجود داشته و بسیاری از مردم جامعه هیچ شناختی نسبت به توان‌بخشی ندارند و آموزش مناسبی در این زمینه به مردم ارائه نشده است: «خیلی از مردم جامعه اصلاً شناختی نسبت به توان‌بخشی ندارند تا زمانی که بهش نیاز پیدا کنن یا خودشون یا یکی از اعضای خانواده‌شون دچار مشکلی بشن و مجبور بشن به یکی از خدمات توان‌بخشی مراجعه کنن» (شرکت‌کننده شماره ۳).

عدم توجه به نقش شهرداری در توان‌بخشی: شرکت‌کنندگان بیان کردند که نقش شهرداری در مناسب‌سازی‌های شهری و منطقه‌ای، به‌عنوان یک بُعد اجتماعی، می‌تواند تأثیر بسزایی در جایگاه توان‌بخشی داشته باشد و عدم باور مدیریت شهرداری جهت اهمیت مناسب‌سازی‌ها و عدم توجه به نیاز افراد دارای ناتوانی در دسترسی به نقاط مختلف شهر، ساختمان‌ها، مکان‌های عمومی و وسایل نقلیه عمومی یکی از موانع بزرگی است که توان‌بخشی با آن مواجه است. شرکت‌کننده شماره ۱ در این خصوص چنین بیان کرد: «مدیر شهرداری یا شهردار خیلی از مناطق اصلاً شناختی نسبت به توان‌بخشی ندارند یا اگر کارهایی هم در جهت مناسب‌سازی کردن، این‌ها مشکلاتی داره. چون مدیر شهرداری سمبل کرده و اصلاً باور نداره یا حتی شناخت درست نداره»

توان بخشی، افزایش تعاملات و ارتباطات علمی با دنیا و بهره‌مندی از تجربیات کشورهای موفق در زمینه یکپارچگی نظام سلامت و توان بخشی، از جمله نکات مهمی بود که شرکت کنندگان در جهت تسهیل جایگاه توان بخشی به آن‌ها اشاره داشتند. شرکت کننده شماره ۶ بیان کرد: «باید بگم که عمده کشورهایی که الان پیشگام‌اند مثل کانادا، آمریکا و استرالیا، این‌ها کشورهایی هستند که کیفیت زندگی مردم در آن‌ها بالا رفته و ارتباط مستقیمی بین خدمات توان بخشی با کیفیت زندگی در این کشورها وجود دارد. این‌ها روی خدمات توان بخشی در کشورشون کار کردن و ما باید ببینیم این‌ها چی کار کردن و از تجربیاتشون استفاده کنیم».

بحث

مطالعه حاضر با تبیین و شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌های موجود در مسیر توان بخشی در ایران، می‌کوشد تا بستری را جهت ارتقای جایگاه و شرایط توان بخشی در کشور ایجاد کند. این مطالعه یکی از معدود مطالعاتی است که به تبیین جایگاه توان بخشی، موانع و تسهیل‌کننده‌های آن از دیدگاه متخصصان پرداخته است. به‌طور کلی شواهد نشان دادند مدارک و منابع خاصی دال بر موانع یا تقویت‌کننده‌های جایگاه توان بخشی در ایران وجود ندارد و با توجه به اهمیت توان بخشی، انجام مطالعه‌ای در این زمینه در کشور ضرورت داشت. یافته‌ها بیان کردند که موانع چهارگانه جایگاه توان بخشی شامل تعدد متولیان توان بخشی، عدم آگاهی مسئولین و مردم، عدم توجه به نقش شهرداری در توان بخشی و نقص در مدیریت توان بخشی هستند که در ادامه به بحث درباره‌شان خواهیم پرداخت.

اولین مانع همان‌طور که اشاره شد و اکثریت شرکت کنندگان نیز به آن اشاره کردند تعدد متولیان توان بخشی در کشور بود. فرهد و همکاران (۲۰۲۲) نیز در مطالعه‌ای تطبیقی و در مقایسه مؤلفه سازمانی ساختار توان بخشی ایران با برخی کشورها به این امر اشاره و بیان کردند مسئولیت مدیریت بهداشت و دست‌یابی همه افراد جامعه به سلامت بر عهده وزارت بهداشت است و علاوه بر وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و آموزش و پرورش استثنایی نیز هر کدام جداگانه در مدیریت امور توان بخشی نقش دارند. اما در سایر کشورهای مورد مطالعه از جمله آلمان، ژاپن، کانادا، ترکیه و آفریقای جنوبی بیشتر یک سازمان یعنی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی امور توان بخشی و بهداشتی در کشور است [۱۱۲]. بنابراین مشاهده می‌کنیم که ایران به لحاظ نهاد اصلی متولی توان بخشی با سایر کشورها تفاوت دارد. ایروانی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعه تطبیقی خود به این امر اشاره کردند [۱۱۹]. همچنین آن‌ها در مطالعه خود بیان کردند که در ایران سازمان بهزیستی به‌عنوان متولی امور توان بخشی تعیین شده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هلال احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و آموزش و پرورش استثنایی هر کدام به‌طور مستقل نقش‌هایی را در زمینه تولید توان بخشی بر عهده

۱۱ بیان کرد: «آگاه‌سازی و فرهنگ‌سازی در زمینه توان بخشی و بیماری‌های ناتوانی‌دهنده و خدمات مورد نیاز و شیوه برخورد و نگرش افراد به ناتوانی یکی از ضروریات اصلی است برای شناخت عموم از توان بخشی و نهایتاً جایگاه توان بخشی». همچنین شرکت کننده شماره ۷ چنین گفت: «مثلاً اینکه مردم از نظر مالی مشکل دارن، وقت آزاد ندارن و سلامتی‌شون براشون مهم نیست. ما الان جمعیتی داریم که تا کارد به استخوانشون نخوره وقت نمی‌ذارن برای درمان. باید برای این افراد از طریق رسانه‌ها فرهنگ‌سازی انجام بشه».

ارتقای بینش مسئولین: از دیگر تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان بخشی بنابر گفته شرکت کنندگان در این مطالعه، ارتقای بینش مسئولین، متخصصان نظام سلامت و سیاست‌گذاران بود. آموزش به مسئولین در خصوص توان بخشی و ارتقای آگاهی و بینش آن‌ها، آگاه کردن آن‌ها نسبت به اهمیت توان بخشی و در اولویت قرار دادن توان بخشی، ضرورت آشنایی وزیر و معاونان آن با توان بخشی و ضرورت افزایش دانش و آگاهی در حوزه‌های تخصصی خاص می‌تواند تأثیر بسزایی در ارتقا و تسهیل جایگاه توان بخشی در کشور داشته باشد. «آموزش، مهارت و آماده‌سازی، این‌ها چیزاییه که باید مسئولین و سیاست‌گذاران توان بخشی داشته باشن و می‌تونه اثر روی بدنه مدیریتی کشور داشته باشه» (شرکت کننده شماره ۴). همچنین شرکت کننده شماره ۹ بیان کرد: «به لحاظ مدیریتی در رشته‌های متفاوت توان بخشی نیازهای متفاوتی وجود داره که غالباً به‌خوبی تبیین نمی‌شه که همش به ندونستن و عدم آگاهی مسئولین مربوط می‌شه. با آموزش و افزایش آگاهی این مسئولین و متخصصان می‌شه خیلی از نیازها رو مرتفع کرد».

نقش متخصصان رشته‌های توان بخشی: بنابر اظهارات شرکت کنندگان، متخصصان رشته‌های توان بخشی می‌توانند نقش مؤثری در شناساندن رشته و نقش خود در جامعه، پیگیری و حل مشکلات کلانی که در مسیر حرفه خود با آن مواجه‌اند، دفاع و احقاق حقوق خود داشته باشند و به تسهیل جایگاه حرفه خود به‌عنوان یکی از تخصص‌های توان بخشی و در نهایت به تسهیل جایگاه توان بخشی در کشور کمک کنند. شرکت کننده شماره ۲ در این خصوص بیان کرد: «البته ضعف ما هم به‌عنوان متخصصان رشته‌های توان بخشی بوده که نتونستیم جایگاهمون رو مطرح کنیم و راهی جز این نداشتیم و نداریم که خودمون رو به حاکمیت نشون بدیم. باید خودمون نقش فعال‌تری رو در این زمینه ایفا کنیم».

بهره‌مندی از تجارب دنیا: یکی از عواملی که می‌تواند به تسهیل و ترفیع جایگاه توان بخشی از دید شرکت کنندگان در این پژوهش کمک کند، بهره‌مندی از تجارب دنیا است. ضرورت بهبود ارتباطات با کشورهای دیگر در زمینه توان بخشی، ضرورت انجام مطالعات تطبیقی و بهره‌مندی از نتایج مطالعات سایر کشورها در زمینه

دارند [۱۹]. بنابر گفته سازمان بهداشت جهانی، کشورهای در حال توسعه به لحاظ تولیتی از وضعیت مطلوبی در نظام سلامت و توان بخشی برخوردار نیستند [۱۹، ۲]. در ایران نیز این امر مصداق دارد و آنچه بیشتر به آن اهمیت داده می‌شود، تدوین قوانین و مقررات است و به نحوه اجرای این قوانین و سیاست‌ها و ذی‌نفعان در سیاست‌گذاری‌ها توجه زیادی معطوف نمی‌شود [۱۹، ۳۱].

باتوجه به اینکه سازمان متولی در سیاست‌گذاری و مدیریت امور توان بخشی بسیار تأثیرگذار است، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران در این زمینه توجه بیشتری را مبذول داشته و بر نحوه اجرای قوانین نیز توجه داشته باشند.

از دیگر موانع جایگاه توان بخشی از نگاه متخصصان، عدم آگاهی مسئولین و مردم بود. بسیاری از پزشکان، مسئولین و سیاست‌گذاران که در رأس تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در امور توان بخشی هستند، اطلاعات چندانی در مورد توان بخشی نداشته و نسبت به خدماتی که توان بخشی ارائه می‌دهد و جایگاه و اهمیت توان بخشی آگاه نیستند [۶]. همچنین عدم شناخت متخصصان توان بخشی در هر رشته نسبت به عملکرد دیگر رشته‌های توان بخشی نیز از دیگر مشکلاتی است که در مطالعات پیشین به آن اشاره شده [۳۲] و می‌تواند به‌عنوان مانعی برای عملکرد و جایگاه توان بخشی در کشور باشد. بنابراین بالا بردن آگاهی مسئولین نسبت به عملکرد و جایگاه توان بخشی و نیز آگاهی متخصصان توان بخشی نسبت به دیگر رشته‌های توان بخشی می‌تواند در جهت حذف این مانع، راهگشا باشد.

مسئله دیگر عدم آگاهی مردم نسبت به توان بخشی است. کلینیتز و همکاران (۲۰۱۲) و فیشر و شانگ (۲۰۱۳) بیان کردند که عدم آگاهی و یا کمبود اطلاعات مردم جامعه و استفاده‌کنندگان از خدمات و نیز نگرش‌های منفی اجتماعی فرهنگی، از موانع موجود در مسیر ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است [۳۳، ۳۴].

همچنین ون روی و همکاران (۲۰۱۲) بیان کردند در برخی از مناطق کشور که دارای تراکم جمعیت پایین‌تری هستند (از جمله مناطق روستایی)، همچنین مناطقی که مردم دچار نوعی انزوا بوده و دچار کمبود برخی خدمات، از جمله خدمات بهداشتی و توان بخشی هستند، آگاهی کمتری نیز نسبت به برخی خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و توان بخشی وجود دارد [۳۵]. این امر نشان می‌دهد که توزیع امکانات و آموزش‌ها در تمام سطح جامعه به یک اندازه صورت نمی‌گیرد و جهت حذف این مانع پیشنهاد می‌شود آموزش در زمینه توان بخشی به تمام افراد جامعه در تمامی سطوح و قشرها صورت گیرد. امینی و همکاران بیان کردند ظرفیت اجتماعی بر مشارکت اجتماعی سالمندان و نحوه استفاده آن‌ها از امکانات و خدمات سلامتی، بهداشتی و غیره تأثیرگذار است [۳۶]. بدین معنا که افزایش آگاهی مردم و جامعه نسبت به امور سالمندان و ایجاد امکانات مناسب برای این گروه از افراد می‌تواند در نحوه برخورداری این گروه از امکانات و خدمات درمانی و توان بخشی تأثیرگذار باشد.

در این مطالعه عدم توجه به نقش شهرداری در توان بخشی یکی دیگر از موانع از دیدگاه متخصصان بود که با یافته‌های مطالعه ون روی و همکاران (۲۰۱۲) تطابق دارد. آن‌ها در مطالعه‌شان بیان کردند که باتوجه به اهمیت توان بخشی در بازگرداندن عملکرد افراد دارای ناتوانی، در بسیاری از مناطق روستایی و شهری به دلیل وجود مشکلات شهرسازی، افراد دارای ناتوانی به‌خصوص افراد دارای ویلچیر، مشکلات بینایی و نقایص اندام فوقانی مشکلاتی را در جابه‌جایی در شهر و ورود به ساختمان‌ها دارند [۳۵]. همچنین بیان کردند به دلیل کاستی‌های عملکرد شهرداری و شهرسازی، دسترسی افراد دارای ناتوانی به وسایل حمل‌ونقل عمومی به‌راحتی صورت نمی‌پذیرد [۳۵]. فیشر و شانگ نیز در مطالعه خود به مانع دسترسی به خدمات درمانی و توان بخشی اشاره کردند [۳۴]. همچنین عبدی و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود، یکی از چالش‌های افراد دارای ناتوانی در دسترسی به خدمات توان بخشی را موانع دسترسی محیطی و مشکلات شهری بیان کردند [۳۷]. سلطانی و همکاران (۲۰۱۹) نیز بیان کردند که دسترسی افراد دارای ناتوانی به وسایل حمل‌ونقل عمومی به‌راحتی صورت نمی‌پذیرد، در نتیجه این افراد مجبورند با تاکسی جابه‌جا شوند که هزینه سنگینی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند [۱۸]. بنابراین اگر شهرداری به این نکات توجه کرده و امکان دسترسی این افراد را به اماکن عمومی و وسایل حمل‌ونقل عمومی به‌راحتی فراهم کند، می‌تواند بخش زیادی از هزینه تحمیل شده بر دوش این بیماران را بکاهد [۳۸]. درخصوص سالمندان نیز اگر امکان سازگاری با محیط زیست خود را نداشته باشند، به‌عنوان مثال نتوانند با ویلچر خود را به حرکت درآورند، وابستگی زیادی به دیگران پیدا کرده و به‌ناچار به خانه سالمندان ارجاع داده می‌شوند [۹]. بنابراین هم‌زمان با نقش مهم شهرداری در زمینه مناسب‌سازی‌های محیطی، تیم توان بخشی نیز بایستی بر سازگار ساختن محیط برای سالمند تأکید داشته باشد.

آخرین مانع براساس یافته‌های این مطالعه، نقص در مدیریت توان بخشی بود. یافته‌های مطالعه نشان دادند به دلیل وجود نقایص و ضعف مدیریتی، پراکندگی متخصصان توان بخشی در کل ایران و در تمام شهرها و روستاها به یک میزان و به‌طور یکنواخت و متعادل صورت نگرفته است و این امر مانعی بر عملکرد توان بخشی در شهرهای کوچک و روستاها خواهد بود و این یافته‌ها همسو با یافته‌های ون روی و همکاران (۲۰۱۲) بود [۳۵]. قیاثوند و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مطالعه خود بیان کردند که مشکلات مدیریتی و سیاست‌گذاری‌های اشتباه، به توزیع نادرست خدمات بهداشتی و درمانی در کشور منجر می‌شود. به‌عنوان مثال در مناطق محروم ایران توزیع خدمات به شکل معناداری نابرابر و ناعادلانه با سایر قسمت‌ها صورت گرفته است و نیاز به تغییر قوانین و سیاست‌ها جهت توزیع مجدد منابع و بهبود دسترسی به منابع در تمام نقاط کشور است [۳۹]. عبدی و همکاران (۲۰۱۶) نیز به فقدان مدیریت مبدراانه، ناهماهنگی بین

به دلیل نداشتن آگاهی، تجربه و ضعف در آموزش در دوران تحصیل است [۳۲]. جهان‌بین و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود به این امر اشاره کردند که بسیاری از مدیران، سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات توان‌بخشی نسبت به این عدم آگاهی در مورد دیگر رشته‌ها و کار تیمی اذعان داشتند [۳۲].

آخرین تسهیل‌کننده براساس یافته‌های این پژوهش بهره‌مندی از تجارب دنیا بود که در مطالعات پیشین به آن پرداخته نشده بود. سیاست‌ها و استراتژی‌های اجرایی اتخاذشده توسط دولت‌ها برای اطمینان از تحقق حق اساسی توان‌بخشی و حفظ جایگاه آن، از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، اما می‌توان از تجربیات کشورهای پیشرفته در این امر استفاده کرد و آن را سرلوحه کار خود قرار داد تا بتوان جایگاه توان‌بخشی را در کشور ارتقا داد و به افراد دارای ناتوانی که به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر در کشور شناخته می‌شوند، به بهترین نحو ممکن کمک کرد.

نتیجه‌گیری نهایی

توان‌بخشی یکی از خدمات اساسی و پایه‌ای بهداشت برای سالمندان و افراد دارای ناتوانی است که طیف وسیعی از شرایط سلامتی را در تمام مراحل زندگی و تمام مراحل مراقبتی حاد، نیمه‌حاد و بلندمدت پوشش می‌دهد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که مشکلات و موانع زیادی بر سر راه جایگاه توان‌بخشی وجود دارد. حذف موانع موجود بر سر راه توان‌بخشی، شناسایی تسهیل‌کننده‌ها و ایجاد دسترسی برابر به خدمات توان‌بخشی و بهداشتی یکی از مهم‌ترین اهداف سلامت برای دولت در هر سیستم خدمات بهداشتی است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، موانع جایگاه توان‌بخشی از دیدگاه متخصصان شامل تعدد متولیان توان‌بخشی، عدم آگاهی مسئولین و مردم، عدم توجه به نقش شهرداری و نقص در مدیریت توان‌بخشی بود و تسهیل‌کننده‌ها نیز شامل فرهنگ‌سازی در خصوص توان‌بخشی و ناتوانی، ارتقای بینش مسئولین، نقش متخصصان رشته‌های توان‌بخشی و بهره‌مندی از تجارب دنیا بود. بنابراین ضرورت دارد که مدیران و سیاست‌گذاران توان‌بخشی، به این موانع و تسهیل‌کننده‌ها توجه کرده و با بالا بردن آگاهی و بینش خود، رفع نقایص مدیریتی، توجه به امور شهرسازی و مسئله دسترسی سالمندان و افراد دارای ناتوانی به امکانات موردنیاز خود، فرهنگ‌سازی در جامعه و توجه به نقش رسانه‌ها و بهره‌مندی از تجارب کشورهای پیشرفته در امر توان‌بخشی، جایگاه توان‌بخشی را در کشور ارتقا داده و امکان دسترسی افراد دارای ناتوانی را به خدمات توان‌بخشی، بیش از پیش فراهم کنند. همچنین متخصصان توان‌بخشی در حوزه‌های مختلف از جمله کاردرمانی، فیزیوتراپی، طب سالمندی و سالمندشناسی، مدیریت توان‌بخشی و دیگر رشته‌های توان‌بخشی با همکاری با یکدیگر و تمرکز بر کار تیمی، می‌توانند به فرهنگ‌سازی در جامعه و شناساندن توان‌بخشی در جامعه کمک کنند.

بخش‌های مختلف توان‌بخشی و ضعف در نظارت همه‌جانبه در توان‌بخشی به‌عنوان یکی از چالش‌های ارائه خدمات توان‌بخشی برای افراد با ناتوانی اشاره کردند [۳۲]. بنابراین با ایجاد تغییر در شیوه مدیریت توان‌بخشی و تغییر قوانین و سیاست‌ها، می‌توان به حذف این مانع کمک کرده و جایگاه توان‌بخشی را در کشور بهبود بخشید. نورایی مطلق و همکاران نیز (۲۰۱۵) در خصوص سالمندان بیان کردند که عرضه امکانات و خدمات توان‌بخشی و بهداشتی‌درمانی به سالمندان به دلیل محدودیت منابع انسانی و مالی به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه مثل ایران، برابر نبوده و با مشکلات جدی مواجه است [۴۰]. بنابراین کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی به خدمات توان‌بخشی بین گروه‌های مختلف سالمندان باید از اهداف اصلی سیاست‌گذاران باشد. دسترسی عادلانه همه افراد دارای ناتوانی و نیز سالمندان به توان‌بخشی باعث ایجاد فضای رشد و ارتقای جایگاه توان‌بخشی در کشور خواهد شد.

در این مطالعه به تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان‌بخشی نیز پرداخته شد. مروری بر مطالعات پیشین نشان داد بیشتر مطالعات در گذشته به بررسی موانع آن هم از نگاه افراد دارای ناتوانی پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان‌بخشی را تبیین کرده است. یکی از این تسهیل‌کننده‌ها بنابر گفته متخصصان، فرهنگ‌سازی در خصوص توان‌بخشی و ناتوانی بود. مشکلات مدیریتی در بهداشت و توان‌بخشی باعث می‌شود آموزش کافی در تمام سطح جامعه صورت نگیرد و فرهنگ‌سازی در خصوص خدمات موجود اتفاق نیفتد [۳۵]. نگرش منفی جامعه نسبت به ناتوانی، عدم توجه به توان‌بخشی و نادیده گرفتن عوامل فرهنگی از موانع و چالش‌هایی هستند که افراد دارای ناتوانی را در دسترسی به خدمات توان‌بخشی دچار مشکل می‌کنند [۳۲]. بنابراین توجه به عوامل فرهنگی اجتماعی و فرهنگ‌سازی در ارتباط با ناتوانی و توان‌بخشی می‌تواند کمک شایانی به جایگاه توان‌بخشی در جامعه بکند [۴۱] و مدیران و سیاست‌گذاران باتوجه به این امر می‌توانند در این مسیر گام مؤثری بردارند.

تسهیل‌کننده دیگر از دیدگاه متخصصان در این مطالعه ارتقای بینش مسئولین بود. عدم آگاهی مسئولین و متخصصان نسبت به توان‌بخشی و نیازهای افراد دارای ناتوانی، مشکلات زیادی را هم برای توان‌بخشی و هم برای این افراد ایجاد کرده است. ارتقای بینش و آگاهی آنان سبب می‌شود که مسئولان و هم‌دلانه‌تر عمل کرده و گوش شنوایی نسبت به مسائل و مشکلات توان‌بخشی و نیز نیازهای افراد داشته باشند [۳۸].

نقش متخصصان رشته‌های توان‌بخشی، یکی دیگر از تسهیل‌کننده‌ها بود؛ یعنی عدم آشنایی کامل متخصصان رشته‌های توان‌بخشی نسبت به دیگر حرفه‌های مرتبط و برعکس که آموزش در دوران تحصیل دانشگاهی می‌تواند این مسئله را کاهش دهد. یکی از نقایص موجود، نبود کار تیمی بین متخصصان

از جمله محدودیت‌های مطالعه می‌توان به این موارد اشاره کرد که در این مطالعه به موانع و تسهیل‌کننده‌های جایگاه توان‌بخشی تنها از دیدگاه افراد متخصص در زمینه توان‌بخشی پرداخته شد و از نگاه گروه‌های دیگر، از جمله افراد دارای ناتوانی، خانواده‌ها و مراقبان آن‌ها به این قضیه پرداخته نشد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نگاه و تجربیات این گروه‌ها در تبیین این پدیده و نیز با تأکید بر راهکارهای بهبود وضعیت، جایگاه و نحوه ارائه خدمات توان‌بخشی استفاده شود. همچنین یافته‌های این مطالعه قابل‌تعمیم به بافتار و فرهنگ‌های دیگر جوامع نیست. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های این مطالعه اطلاعات ارزشمندی را در اختیار قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان امور توان‌بخشی قرار می‌دهد تا بتوانند با حذف موانع و ارتقای تسهیل‌کننده‌ها به بهبود جایگاه توان‌بخشی در کشور کمک کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی پژوهش

پیروی از تمام اصول اخلاقی پژوهش مدنظر قرار گرفته شد. پس از شرح هدف و فرایند پژوهش و پیش از شروع مصاحبه‌ها، از هرکدام از شرکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه محفوظ خواهد ماند و مشارکت‌کنندگان هر زمان که تمایل دارند، می‌توانند مطالعه را ترک کنند. زمان و مکان انجام مصاحبه نیز با هماهنگی و خواست شرکت‌کنندگان تنظیم شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری مژگان فرهید در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه علوم و تحقیقات است.

مشارکت‌نویسندگان

طرح‌ریزی و مفهوم‌سازی: مژگان فرهید، ایروان مسعودی اصل؛ روش‌شناسی: مژگان فرهید، ایروان مسعودی اصل، محمد کمالی؛ جمع‌آوری داده‌ها، اعتبارسنجی، تحلیل و تحقیق، نگارش پیش‌نویس، بررسی، ویرایش و نهایی‌سازی: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این پژوهش تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Khasnabis C, Heinicke Motsch K, Achu K, Al Jubah K, Brodt-korb S, Chervin P, et al. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010. [PMID]
- [2] World Health Organization. WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015. [Link]
- [3] Organization WH. [World report on disability 2011 (Portuguese)]. Geneva: World Health Organization; 2011. [Link]
- [4] Kim D, Shin H, Kim CY. Equitable access to health care for the elderly in South Korea: Is income-related inequality in health care utilization more pronounced? *Research on Aging*. 2012; 34(4):475-96. [DOI:10.1177/0164027511423538]
- [5] Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2008; 2(5):409-20. [DOI:10.1177/1559827608317397]
- [6] 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 Physician*. 2015; 7(7):1476-85. [DOI:10.19082/1476] [PMID] [PMCID]
- [7] Kielhofner G. *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia: Davis Company; 2006. [Link]
- [8] Jafari T. [Anonymous elderly: The social position of the elderly in the family (Persian)]. Tehran: Besharat Publications; 2018. [Link]
- [9] Shahdadi H, Zafar Danesh P. [Rehabilitation in the elderly (Persian)]. Tehran: Boshra Publication; 2019. [Link]
- [10] Soltani S, Khosravi B, Salehiniya H. Prevalence of disability in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2015; 44(10):1436-7. [Link]
- [11] Soltani S, Khosravi B, Salehiniya H. Prevalence of intellectual disability in Iran: Toward a new conceptual framework in data collection. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2015; 20(7):714-5. [DOI:10.4103/1735-1995.166234] [PMID] [PMCID]
- [12] Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. [Comparing the rehabilitation structures in the health systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2023; 24(1):96-113. [Link]
- [13] WHO. *Rehabilitation in health systems: Guide for action*. Geneva: World Health Organization; 2019. [Link]
- [14] Mohamadi F, Madah SB. [Theoretical foundation of rehabilitation nursing (Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006. [Link]
- [15] Mauk KL. *Rehabilitation nursing: A contemporary approach to practice*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2012. [Link]
- [16] Soleimanvandi Azar N, Mohaqeqi Kamal SH, Sajadi H, Ghaedamini Harouni GR, Karimi S, Foroozan AS. [Barriers and facilitators of the outpatient health service use by the elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2020; 15(3):258-77. [DOI:10.32598/sija.15.3.551.3]
- [17] Kamali M. An overview of the situation of the disabled in Iran. In: Moor A, Kornblet, editors. *Advancing the rights of persons with disabilities: A US-Iran dialogue on law, Policy, and Advocacy*. Washington, DC: Stimson Cente 2011; [Link]
- [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. *Iranian Journal of Public Health*. 2019; 48(3):508-15. [DOI:10.18502/ijph.v48i3.895] [PMID] [PMCID]
- [19] Irvani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi SJ. [A comparative study of the rehabilitation services systems for people with disabilities (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2020; 21(4):544-63. [DOI:10.32598/RJ.21.4.3225.1]
- [20] Najafi Z, Abdi K, Khanjani M S, Dalvand H, Amiri M. Convention on the rights of persons with disabilities: Qualitative exploration of barriers to the implementation of articles 25 (health) and 26 (rehabilitation) in Iran. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2021; 35(1):78-86. [DOI:10.47176/mjiri.35.10]
- [21] Hwang K, Johnston M, Tulsy D, Wood K, Dyson-Hudson T, Komaroff E. Access and coordination of health care service for people with disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*. 2009; 20(1):28-34. [DOI:10.1177/1044207308315564]
- [22] Vincent C, Deaudelin I, Robichaud L, Rousseau J, Viscogliosi C, Talbot LR, et al. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: Perceptions of four populations. *BMC Geriatrics*. 2007; 7:20. [DOI:10.1186/1471-2318-7-20] [PMID] [PMCID]
- [23] Mangset M, Tor Erling Dahl, Førde R, Wyller TB. 'We're just sick people, nothing else'... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 2008; 22(9):825-35. [DOI:10.1177/0269215508091872] [PMID]
- [24] Govender R. The barriers and challenges to Health Promotion in Africa. *South African Family Practice*. 2005; 47(10):54. [DOI:10.1080/20786204.2005.10873303]
- [25] Baru R, Acharya A, Acharya S, Kumar AS, Nagaraj K. Inequities in access to health services in India: Caste, class and region. *Economic and Political Weekly*. 2010; 45(38):49-58. [Link]
- [26] Srivastava D, McGuire A. Patient access to health care and medicines across low-income countries. *Social Science & Medicine*. 2015; 133:21-7. [DOI:10.1016/j.socscimed.2015.03.021] [PMID]
- [27] Callahan ST, Cooper WO. Access to health care for young adults with disabling chronic conditions. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2006; 160(2):178-82. [DOI:10.1001/archpedi.160.2.178] [PMID]
- [28] Mehrdad N, Oskoie F, Fatemi N, Ebrahimi H, Rezaie M. [Qualitative content analysis (Persian)]. Tehran: Boshra publication; 2013. [Link]
- [29] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2):105-12. [DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001] [PMID]
- [30] Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. [Link]

- [31] Zare H. [Basic health insurance: principles, Structure, Coverage and Regulation (Persian)]. Tehran: Medical Services Insurance Organization Publication; 2006. [\[Link\]](#)
- [32] Jahanbin P, Abdi K, Khanjani MS, Hosseini MA. [Exploring barriers of teamwork in providing rehabilitation services: A qualitative content analysis (Persian)]. *Archives of Rehabilitation.* 2019; 20(3):210-21. [\[DOI:10.32598/rj.20.3.210\]](#)
- [33] Kleinitz P, Walji F, Vichetra K, Nimul O, Mannava P. Barriers to and facilitators of health services for people with disabilities in Cambodia. *Ausaid Knowledge Hubs For Health.* 2012; 1-16. [\[Link\]](#)
- [34] Fisher KR, Shang X. Access to health and therapy services for families of children with disabilities in China. *Disability and Rehabilitation.* 2013; 35(25):2157-63. [\[DOI:10.3109/09638288.2013.770566\]](#) [\[PMID\]](#)
- [35] Van Rooy G, Amadhila EM, Mufune P, Swartz L, Mannan H, MacLachlan M. Perceived barriers to accessing health services among people with disabilities in rural northern Namibia. *Disability & Society.* 2012; 27(6):761-75. [\[DOI:10.1080/09687599.2012.686877\]](#)
- [36] Amini R, Mohammadi Shahboulaghi F, Norouzi Tabrizi K, Setareh Forouzan A. [Facilitators and barriers in community dwelling older adult social participation: A qualitative study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2021; 16(2):172-87. [\[DOI:10.32598/sija.16.2.3052.1\]](#)
- [37] Abdi K, Arab M, Khankeh HR, Kamali M, Rashidian A, Farahani FK, et al. Challenges in providing rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research.* 2016; 13(4):1-11. [\[DOI:10.9734/BJMMR/2016/23337\]](#)
- [38] Marlow E, White MC, Chesla CA. Barriers and facilitators: Parolees' perceptions of community health care. *Journal of Correctional Health Care.* 2010; 16(1):17-26. [\[DOI:10.1177/1078345809348201\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [39] Ghiasvand H, Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Kiani MM, Armoon B, Takian A. Health equity in Iran: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran.* 2021; 35:51. [\[DOI:10.47176/mjiri.35.51\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [40] Nooraiee Motlagh S, Saber Mahani A, Barooni M, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR, Hadian M. [Determining factors related to health services utilization (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences.* 2015; 21(127):61-72. [\[Link\]](#)
- [41] Latifian M, Baniasad A, Kamali M. [Investigating the social dimensions of disability: A systematic review (Persian)]. *Journal of Social Work Research.* 2021; 7(26):53-101. [\[Link\]](#)

This Page Intentionally Left Blank