

طراحی الگوی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان برای ایران

محسن ابروانی^۱، لیلاریاحی^{۲*}، کیانوش عبدی^۳، سیدجمال‌الدین طبیبی^۴

چکیده

زمینه و هدف: زمینه و هدف: یکپارچگی نظام ارائه خدمات توانبخشی به معلولان از دغدغه‌های مهم سیاست‌گذاران حوزه سلامت محسوب می‌گردد. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان و ارائه الگو برای ایران اجرا گردید.

روش بررسی: این پژوهش از نظر هدف از نوع اکتشافی، از نظر زمان از نوع مقطعی و از نظر نتایج از نوع مطالعات کاربردی و از منظر روش اجرا، از نوع تحلیلی بود. در ابتدا، مدل مفهومی پژوهش با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و مرور سامانمند استخراج شد. سپس پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته تهیه و روایی آن با استفاده از شاخص‌های CVI و CVR و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ تأیید شد. پرسش‌نامه، توسط ۳۳۵ نفر از کارشناسان نهادهای مرتبط با توانبخشی معلولان به‌عنوان نمونه پژوهش که به‌صورت تصادفی و با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای در پنج منطقه کشور انتخاب شده بودند، تکمیل گردید. در نهایت داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون تحلیل عاملی تأییدی مورد تحلیل قرار گرفت و الگوی نظام یکپارچه با به‌کارگیری معادلات ساختاری طراحی گردید.

یافته‌ها: چهار بُعد تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات بر شکل‌گیری نظام یکپارچه تأثیر معنی‌داری داشتند. از این چهار بُعد، تأمین مالی دارای بیشترین و تولید کمترین تأثیر بودند و تولید منابع و تدارک خدمات نیز به ترتیب عامل دوم و سوم بودند.

نتیجه‌گیری: نظام سلامت می‌تواند از طریق اختصاص سهمی از مالیات در تأمین مالی، تدارک خدمات سازمان‌دهی شده، سرمایه‌گذاری در تولید منابع و توجه به رهبری برون‌بخشی به سمت یکپارچگی نظام توانبخشی برای معلولان گام بردارد.

کلمات کلیدی: خدمات توانبخشی، معلولان، نظام یکپارچه سلامت.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. Mohsen_iravani2000@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول. دانشیار، دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. L.riahi@srbiau.ac.ir

۳. استادیار، دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. K55abdi@yahoo.com

۴. استاد، دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. sjtabibi@yahoo.com

مقدمه

آمارها حاکی از شیوع بالای معلولیت در کشور ایران است (۱). در حالی که مرور بر عملکرد بخش توانبخشی معلولان در ایران نشان می‌دهد با وجود تلاش‌های صورت گرفته برای ارتقای خدمات توانبخشی، مشکلات مربوط به این بخش هنوز به‌طور کامل حل نشده است و نظام ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در کشورمان از چارچوب قابل‌تعریف برای ارائه خدمات توانبخشی مطلوب برخوردار نیست (۲). از چالش‌های نظام توانبخشی در ایران نابسامانی خدمات توانبخشی اولیه، سیستم شناسایی و غربالگری رهاشده، دسترسی نابرابر، تولید چندگانه، نقص نظام آموزش توانبخشی، ناشناخته بودن توانبخشی، تأمین مالی نامتوازن در توانبخشی و جامع نبودن نظام توانبخشی را می‌توان نام برد (۳). داشتن نظامی یکپارچه برای رویارویی با این تغییر در ایران فرصتی برای پر کردن خلأها و تزریق توان لازم به نظام ارائه خدمات توانبخشی با هدف بهبود کارکردهای این نظام است.

بر اساس گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، برای نظام‌های سلامت چهار کارکرد تولید^۱، تأمین مالی^۲، تولید منابع^۳ و تدارک خدمات^۴ مشخص شده است (۴). در این پژوهش بر مبنای این دسته‌بندی چالش‌های نظام توانبخشی در دنیا و ایران مورد بررسی قرار گرفته است. این چهار عامل در شکل‌گیری یک نظام یکپارچه به‌هم‌پیوسته هستند، به‌طوری‌که بهبود یکی از این عوامل به‌تنهایی نمی‌تواند باعث ارتقاء سطح دسترسی، برخورداري عادلانه، بهبود دسترسی و برخورداري از خدمات توانبخشی شود (۵).

با توجه به شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کشورمان و نیز روند افزایش تعداد معلولان و کمبود منابع مالی و انسانی

محسن ایروانی و همکاران

ادامه روند فعلی پاسخگوی نیازهای فزاینده معلولان نبوده و برنامه‌ریزی، سازماندهی و ایجاد یک نظام هماهنگ و منسجم جهت ارائه خدمات توانبخشی به معلولان اهمیت حیاتی دارد (۶). هدف از پژوهش حاضر شناسایی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان و بررسی میزان نقش هر یک از کارکردهای نظام سلامت در شکل‌گیری این نظام در ایران است. علیرغم مطالعات انجام‌شده در رابطه با خدمات و فرایندهای توانبخشی، تاکنون پژوهشی در زمینه شناخت عوامل مؤثر بر نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان با تأکید بر عوامل چهارگانه عملکرد نظام‌های سلامت شامل تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات صورت نگرفته است و طراحی نظام یکپارچه متناسب با آن می‌تواند دستاوردی بومی در پاسخ به نیاز معلولان به خدمات توانبخشی باشد. این پژوهش سعی دارد تا به این سؤالات پاسخ دهد که ابعاد نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی برای معلولان کدامند و چه مؤلفه‌هایی دارند؟ و اهمیت نقش هر یک از ابعاد این ابعاد در ایجاد نظام یکپارچه توانبخشی معلولان بر اساس عوامل شناسایی‌شده در این پژوهش چقدر است؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی اکتشافی بود که در دو بخش کیفی و کمی انجام شد و جامعه پژوهش را کارشناسانی، تشکیل داد که سابقه کار با معلولان را داشتند. حجم نمونه برای مطالعات تحلیلی عاملی، پنج برابر تعداد سؤالات پرسش‌نامه است و نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای در پنج منطقه کشور انجام گرفت.

در مرحله اول، متون و مطالعات کتابخانه‌ای در بازه زمانی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ میلادی، با استفاده از کلیدواژه‌های Healthcare system، Rehabilitation، Disability، Stewardship، Financing، Resource production و Delivery services در وب‌سایت سازمان‌های فعال در زمینه

1. Stewardship
2. Financing
3. Resource generation
4. Service provision

توانبخشی، بانک‌های اطلاعات داخلی نظیر Iranmedex, Science direct, Medline, Irandoc و خارجی نظیر PubMed, Elsevier و Google Scholar و همچنین سایت سازمان جهانی بهداشت، کتب مرجع، گزارش‌های رسمی منتشره مورد جستجو قرار گرفت و از منابع مقالات بازبایی شده نیز برای جستجوی مقالات مرتبط بعدی استفاده گردید. در مجموع، بیش از ۱۴۹ مقاله، گزارش‌های سالانه و کتاب یافت گردید. پس از بررسی مقالات و حذف مقالات تکراری و کمتر مرتبط، ۴۵ مقاله مرتبط با موضوع وارد مطالعه شد.

بر اساس تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت بر اساس منطقه جغرافیایی به‌عنوان معیار ورود صورت پذیرفت و حداقل یک کشور از قاره‌های آمریکا، اروپا، آسیا و آفریقا برگزیده شد. در ادامه برای مقایسه کشورها از بین مدل‌های کارکردی مطرح در نظام سلامت، مدل سازمان جهانی بهداشت (سال ۲۰۰۰) انتخاب و ماتریس تطبیقی کشورها تنظیم گردید. بدین ترتیب مدل مفهومی نظام‌های یکپارچه توانبخشی معلولان شناسایی و متغیرهای مربوط به یکپارچگی نظام از طریق ماتریس تطبیقی استخراج گردید و از طریق مصاحبه با متخصصان و مدیران نظام توانبخشی معلولان، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در نهایت، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته اولیه با 67 سؤال در چهار بعد تولیت، تأمین مالی، تولید منابع و تدارک خدمات تنظیم گردید. در مرحله دوم، روایی و پایایی ابزار مورد بررسی قرار گرفت. روایی صوری و محتوایی بر اساس نظرات 15 نفر از متخصصان و بر مبنای دو نسبت روایی محتوا¹ CVR و شاخص روایی محتوایی² CVI ارزیابی گردید و بر اساس نتایج، سؤالات پرسش‌نامه از 82 به 67 سؤال تقلیل یافت. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه، از ضریب آلفای کرونباخ (0.9) استفاده شد.

در مرحله سوم، داده‌های مورد نیاز برای تحلیل عاملی،

از طریق توزیع پرسش‌نامه میان 335 نفر از کارشناسان امور معلولان نهادهای درگیر با توانبخشی معلولان که به‌صورت تصادفی و با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای در پنج منطقه کشور به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده بودند، جمع‌آوری و اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در پژوهش اعلام شد. برای تعیین میزان نسبت توزیع نمونه بین سازمان‌های مشارکت‌کننده در پژوهش با احتساب تعداد کارکنان توانبخشی و دارای سابقه کار با معلولان نسبت گرفته شد. بدین ترتیب 73 درصد نمونه‌ها از سازمان بهزیستی، 11 درصد از انجمن‌های معلولان، 7 درصد از هلال احمر، 5 درصد از آموزش و پرورش استثنایی و 4 درصد از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین گردید.

بر اساس حجم نمونه (با توجه به تعداد سؤالات پرسش‌نامه) و احتمال وجود پرسش‌نامه‌های ناقص، 400 پرسش‌نامه به‌صورت حضوری و ایمیل در اختیار کارشناسان توانبخشی قرار گرفت. در نهایت، 335 پرسش‌نامه تکمیل و برگشت داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار Sps22 و آزمون تحلیل عاملی تأییدی مورد تحلیل قرار گرفت. در مرحله چهارم، جهت شناسایی مهم‌ترین و مؤثرترین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر نظام توانبخشی معلولان و شناسایی میزان بارگذاری هر کدام از متغیرها روی مؤلفه‌های اصلی، از تحلیل عامل اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس و برای کفایت حجم نمونه با فرض نرمال بودن جامعه پژوهش، از مقیاس کیزر مایراکلین³ استفاده شد و عوامل دارای مقدار ویژه بزرگ‌تر از ۱ استخراج شد. سپس از آزمون کرویت بارتلت برای مناسب بودن استفاده از تحلیل عاملی برای داده‌های این مطالعه استفاده شد. در مرحله پنجم، نتایج به‌دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی، با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی با روش برآورد حداکثر راست‌نمایی و با استفاده از نرم‌افزار

1. Content Validity Ratio

2. Content Validity Index

3. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

طراحی الگوی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی...

تخصصی آماری R پردازش شد. در مرحله آخر الگوی اولیه را با الگوی نهایی مقایسه نموده و سپس الگوی نهایی با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی و به کارگیری معادلات ساختاری مورد تأیید قرار گرفت. برای برازش مدل و ارائه مناسب‌ترین مدل برازش شده از آنالیز میسر و نرم افزار تخصصی آماری R استفاده شد. اعتبارسنجی مدل با استفاده از فن معادلات ساختاری و آنالیز میسر انجام و در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات و شناخت ساختار، شاخص‌ها و وضعیت ارائه خدمات توانبخشی و مشخص شدن نقاط ضعف و قوت و پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، مدل نهایی الگوی نظام یکپارچه توانبخشی معلولان برای ایران طراحی گردید.

یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری (تحلیل عاملی مرتبه دوم)، مطابق جدول ۱ چون معنی‌داری هر سه عامل سیاست‌گذاری، رهبری برون‌بخشی و حاکمیت درون‌بخشی برابر صفر و کمتر از ۰/۰۵ هستند، لذا در سطح اطمینان ۹۵ درصد این عوامل بر تولید نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی‌داری دارند. از بین این سه عامل مؤثر، عامل رهبری برون‌بخشی با ضریب تأثیر استاندارد ۱/۰۴ بیشترین تأثیر را بر تولید نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارد. همچنین، دو عامل سیاست‌گذاری و حاکمیت درون‌بخشی نیز به ترتیب دارای ضرایب تأثیر استاندارد ۰/۹۱ و ۰/۸۹ هستند.

جدول ۱- مقادیر بار عاملی، آماره معناداری، آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE¹ مربوط به شاخص تولید

1. Average Variance Extracted

عامل	سؤال/آیتم	بار عاملی استاندارد	برآورد پارامتر	آماره T	معنی‌داری	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	واریانس استخراج شده AVE
تولیت	سیاست‌گذاری	۰/۹۱	۱/۰۰۰	-	-	-	-	-
	رهبری	۱/۰۴	۱/۶۸۱	۱۰/۸۷۷	۰/۰۰۰	۰/۹۲۴	۰/۸۹۷	۰/۷۶۸
	برون‌بخشی							
	حاکمیت	۰/۸۹	۱/۴۶۹	۱۰/۳۶۳	۰/۰۰۰			
درون‌بخشی								

در ایران دارد. این نشان می‌دهد که یک واحد افزایش در مقدار عامل سرمایه‌گذاری باعث افزایش ۱/۰۱ درصدی در تولید منابع نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران می‌شود. همچنین، دو عامل تجهیزات و نیروی انسانی نیز به ترتیب دارای ضرایب تأثیر استاندارد ۰/۹۲ و ۰/۸۵ هستند.

با توجه به نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری، مطابق جدول ۲ چون معنی‌داری هر سه عامل نیروی انسانی، سرمایه‌گذاری و تجهیزات برابر صفر و کمتر از ۰/۰۵ هستند، لذا در سطح اطمینان ۹۵ درصد این عوامل بر تولید منابع نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی‌داری دارند. از بین این سه عامل مؤثر، عامل سرمایه‌گذاری با ضریب تأثیر استاندارد ۱/۰۱ بیشترین تأثیر را بر تولید منابع نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان

جدول ۲- مقادیر بار عاملی، آماره معناداری، آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE مربوط به عامل تولید منابع

عامل	سؤال/آیتم	بار عاملی استاندارد	برآورد پارامتر	آماره T	معنی داری	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	واریانس استخراج شده (AVE)
تولید منابع	نیروی انسانی	۰/۸۵	۰/۸۵	۱/۰۰۰	-	-	-	-
	سرمایه گذاری	۱/۰۱	۱/۰۱	۱/۰۳۷	۰/۷۳۳	۰/۸۵۵	۰/۷۱۸	۰/۵۳۲
	تجهیزات	۰/۹۲	۰/۹۲	۱/۰۵۹	۰/۹۴۱	۰/۷۱۸	۰/۵۳۲	۰/۵۳۲

طبق نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری، مطابق جدول ۳ چون معنی داری هر دو عامل نظام بیمه‌ای و بودجه عمومی و هر دو متغیر نظام پرداخت و مشارکت افراد برابر صفر و کمتر از ۰/۰۵ هستند، لذا در سطح اطمینان ۹۵ درصد این عوامل بر تأمین مالی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی داری دارند. از بین این عوامل و

متغیرهای مؤثر، عامل بودجه عمومی با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۹۶ بیشترین تأثیر و متغیر مشارکت افراد با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۵۸ کمترین تأثیر را بر تأمین مالی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارند. همچنین، عامل نظام بیمه‌ای و متغیر نظام پرداخت نیز به ترتیب دارای ضرایب تأثیر استاندارد ۰/۶۵ و ۰/۶۳ هستند.

جدول ۳- مقادیر بار عاملی، آماره معناداری، آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE مربوط به عامل تأمین مالی

عامل	سؤال/آیتم	بار عاملی استاندارد	برآورد پارامتر	آماره T	معنی داری	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	واریانس استخراج شده (AVE)
تأمین مالی	نظام پرداخت	۰/۶۳	۰/۶۳	۱/۰۰۰	-	-	-	-
	مشارکت افراد	۰/۵۸	۰/۵۸	۵/۸۲۶	۰/۰۰۰	۰/۸۳۹	۰/۷۹۶	۰/۵۶۷
	نظام بیمه‌ای	۰/۶۵	۰/۶۵	۵/۹۵۱	۰/۰۰۰	۰/۸۳۹	۰/۷۹۶	۰/۵۶۷
	بودجه عمومی	۰/۹۶	۰/۹۶	۷/۶۲۳	۰/۰۰۰	۰/۸۳۹	۰/۷۹۶	۰/۵۶۷

بر اساس نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری، مطابق جدول ۴ چون معنی داری تمامی عوامل سازمان‌دهی، دسترسی، شیوه خدمت، کیفیت، توزیع، کارایی و پاسخگویی و تمامی متغیرهای بهنگام بودن، عدالت، فراگیری، جامعیت، کفایت، ارتباط و نوآوری برابر صفر و کمتر از ۰/۰۵ هستند، لذا در سطح اطمینان ۹۵ درصد این عوامل بر تدارک خدمات نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی داری دارند. از بین این عوامل و متغیرهای مؤثر، دو عامل شیوه خدمات و دسترسی به ترتیب با ضرایب تأثیر استاندارد

۰/۹۳ و ۰/۹۰ بیشترین تأثیر و دو متغیر به هنگام بودن و عدالت و عامل توزیع به ترتیب با ضرایب تأثیر استاندارد ۰/۵۲ و ۰/۵۳ و ۰/۵۳ کمترین تأثیر را بر تدارک خدمات نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارند. همچنین، عوامل سازمان‌دهی، کیفیت، کارایی و پاسخگویی به ترتیب دارای ضرایب تأثیر استاندارد ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۸۶ هستند. به علاوه، متغیرهای فراگیری، جامعیت، کفایت، ارتباط و نوآوری نیز به ترتیب دارای ضرایب تأثیر استاندارد ۰/۶۲، ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۶۸ و ۰/۶۲ هستند.

طراحی الگوی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی...

جدول ۴- مقادیر بار عاملی، آماره معناداری، آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE مربوط به عامل تدارک خدمات

عامل	سؤال/آیتم	بار عاملی استاندارد	برآورد پارامتر	آماره T	معنی داری	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	واریانس استخراج شده (AVE)
تدارک خدمات	بهنگام بودن	۰/۵۲	۱/۰۰۰	-	-	-		
	عدالت	۰/۵۳	۱/۰۳۵	۷/۶۹۸	۰/۰۰۰			
	فراگیری	۰/۶۲	۱/۱۹۹	۸/۴۸۶	۰/۰۰۰			
	جامعیت	۰/۶۲	۱/۲۳۹	۸/۴۶۰	۰/۰۰۰			
	کفایت	۰/۶۱	۱/۲۲۶	۸/۳۸۸	۰/۰۰۰			
	ارتباط	۰/۶۸	۱/۵۷۴	۸/۱۸۷	۰/۰۰۰			
	نوآوری	۰/۶۲	۱/۳۸۹	۸/۴۸۹	۰/۰۰۰		۰/۹۳۵	۰/۵۰۱
	سازماندهی	۰/۸۱	۱/۰۰۷	۷/۸۳۴	۰/۰۰۰		۰/۹۱۲	
	دسترسی	۰/۹۰	۱/۰۴۹	۸/۰۵۴	۰/۰۰۰			
	شیوه خدمات	۰/۹۳	۱/۳۸۸	۸/۶۶۴	۰/۰۰۰			
	کیفیت	۰/۸۸	۱/۲۷۰	۸/۴۰۱	۰/۰۰۰			
	توزیع	۰/۵۳	۱/۰۲۶	۶/۷۵۱	۰/۰۰۰			
	کارایی	۰/۸۲	۱/۲۳۱	۸/۵۹۳	۰/۰۰۰			
پاسخگویی	۰/۸۶	۱/۳۰۵	۸/۳۵۴	۰/۰۰۰				

تأثیر استاندارد ۰/۹۱ و ۰/۹۲ هستند. این ضرایب نشان می‌دهند که تمامی این چهار بُعد و عوامل متناظر با آن‌ها تأثیر معنی دار زیادی روی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارند.

با توجه به نتایج گزارش شده چون مقادیر آلفای کرونباخ برای تمامی عوامل بزرگتر از ۰/۷ است، لذا پایایی سازه‌های این عوامل بالا بوده و نشان می‌دهد که سؤالات مربوط به عوامل دارای برازش مناسبی هستند. همچنین، چون مقادیر پایایی ترکیبی (CR) برای تمامی عوامل بزرگتر از ۰/۷ به دست آمد، لذا سازه‌ها از پایایی ترکیبی مناسبی نیز برخوردار هستند.

طبق نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری، مطابق جدول ۵ چون معنی داری هر چهار بُعد تولید، تولید منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران برابر صفر و کمتر از ۰/۰۵ هستند، لذا در سطح اطمینان ۹۵ درصد این ابعاد بر نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی داری دارند. از بین این چهار بُعد، تأمین مالی با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۹۷ بیشترین نقش و تولید با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۸۱ کمترین نقش را در الگوی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارند. همچنین، بُعد تولید منابع و بُعد تدارک خدمات نیز به ترتیب دارای ضرایب

جدول ۵- مقادیر بار عاملی، آماره معناداری، آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE مربوط به عوامل خدمات توانبخشی

عامل	بار عاملی استاندارد	برآورد پارامتر	آماره T	معنی داری	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	واریانس استخراج شده (AVE)
تولید	۰/۸۱	۱/۰۰۰	-	-	-		
تولید منابع	۰/۹۱	۰/۲۹۰	۸/۲۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۲۶	۰/۹۰۱	۰/۷۱۱
تأمین مالی	۰/۹۷	۱/۶۶۱	۱۲/۶۴۴	۰/۰۰۰			
تدارک خدمات	۰/۹۰	۰/۲۵۲	۷/۸۲۳	۰/۰۰۰			

AVE بزرگتر از ۰/۵ و بیشتر بودن ریشه دوم AVE برای هر عامل از مقدار ضریب همبستگی بین عوامل متناظر برای این مدل برقرار بود.

برای بررسی روایی همگرا، شاخص میانگین واریانس استخراج شده (AVE) با توجه به یافته‌های به دست آمده، مطابق جدول ۶ سه شرط پایایی ترکیبی بیشتر از ۰/۷ باشد،

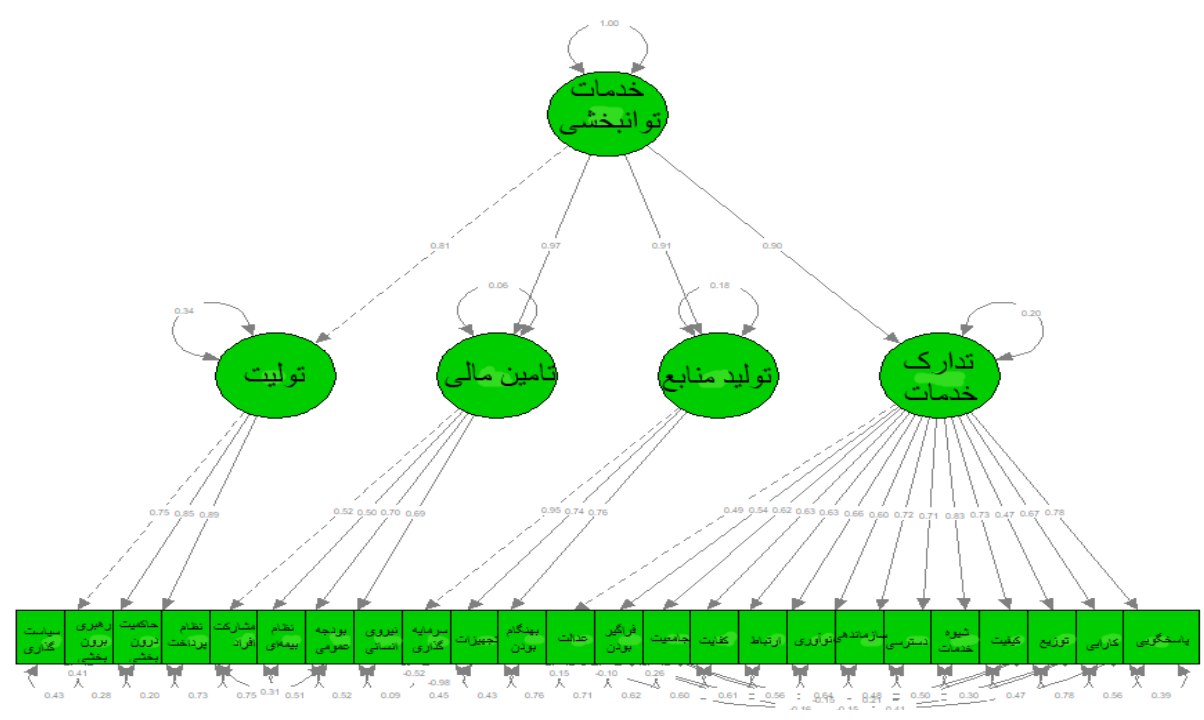
جدول ۶- ریشه دوم AVE و همبستگی بین عوامل خدمات توانبخشی

عامل	تولیت	تولید منابع	منابع مالی	تدارک خدمات
تولیت	$(\sqrt{AVE}) 0,876$			
تولید منابع	0,680	$(\sqrt{AVE}) 0,729$		
تأمین مالی	0,579	0,728	$(\sqrt{AVE}) 0,810$	
تدارک خدمات	0,681	0,703	0,696	0,708 (\sqrt{AVE})

به علاوه، شاخص‌های نیکویی برازش مدل نهایی ارائه شده برای عوامل خدمات توانبخشی در جدول ۷ گزارش شده اند که همگی خوب بودن برازش مدل را به داده‌ها تأیید می‌کنند.

جدول ۷- شاخص‌های برازش مدل نهایی عوامل خدمات توانبخشی

شاخص برازش	نام شاخص	مقدار به دست آمده	مقدار مورد قبول	نتیجه
(Chi-square,df)	(درجه آزادی، مجذور کای-دو)	۲۳۶، (۶۱۵/۱۵۱)	-	-
Chi-square/df	مجذور کای-دو بر درجه آزادی	۲/۶۰۶	کمتر از ۳	برازش مدل قابل قبول است
RMSEA	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	0,069	کمتر از 0,08	برازش مدل قابل قبول است
SRMR	مجذور مانده‌های استاندارد شده	0,049	کمتر از 0,08	برازش مدل قابل قبول است
CFI	شاخص برازش تطبیقی	0,915	بزرگتر از 0,9	برازش مدل قابل قبول است
TLI	شاخص توکر-لویس	0,901	بزرگتر از 0,9	برازش مدل قابل قبول است



شکل ۱- بارهای عاملی استاندارد تحلیل عاملی مرتبه دوم مربوط به مدل نهایی عوامل خدمات توانبخشی

بحث

معنی دار زیادی روی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارند.

همان طور که در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی دیده می‌شود، برای بررسی کارکردهای نظام‌های سلامت در دنیا به چهار عامل تولید، تأمین مالی و در تولید منابع و در حیطه ارائه خدمات به چگونگی تدارک خدمت اشاره می‌کند (۴) که در الگوی پژوهش حاضر نیز این عامل مؤثر شناخته شده است که لزوم توجه به این ابعاد را جهت نیل به یک نظام یکپارچه نشان می‌دهد.

در چارچوب ارزیابی عملکرد که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شد، نیروی انسانی، اطلاعات، خدمات بالینی، تأمین مالی، رهبری و حاکمیت اهداف میانی شامل دسترسی، پوشش، کیفیت و ایمنی به عنوان عوامل مؤثر بیان شد (۷) که با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

مطالعه حاضر با هدف طراحی الگوی شکل‌گیری نظام یکپارچه توانبخشی معلولان برای ایران انجام شد. الگوی برآزش شده شکل‌گیری نظام یکپارچه توانبخشی معلولان برای ایران دارای چهار مؤلفه است که این پژوهش چارچوبی شفاف برای شناسایی و درک عوامل کلیدی اثرگذار بر شکل‌گیری نظام یکپارچه توانبخشی معلولان ارائه نمود و میزان تأثیر هر یک از چهار عامل مشخص گردید. در مقایسه عوامل مختلف مورد بررسی در این پژوهش، از بین این چهار بُعد، تأمین مالی با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۹۷ بیشترین نقش و تولید با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۸۱ کمترین نقش را در الگوی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارند. همچنین، بُعد تولید منابع و بُعد تدارک خدمات نیز به ترتیب دارای ضرایب تأثیر استاندارد ۰/۹۱ و ۰/۹۲ هستند. این ضرایب نشان می‌دهند که تمامی این چهار بُعد و عوامل متناظر با آن‌ها تأثیر

با توجه به نتایج به دست آمده هر دو عامل نظام بیمه‌ای و بودجه عمومی و هر دو متغیر نظام پرداخت و مشارکت افراد بر تأمین مالی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی‌داری دارند. از بین این عوامل و متغیرهای مؤثر، عامل بودجه عمومی با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۹۶ بیشترین تأثیر و متغیر مشارکت افراد با ضریب تأثیر استاندارد ۰/۳۸ کمترین تأثیر را بر تأمین مالی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارند. یکی از بزرگ‌ترین مشکلات معلولان و خانواده‌هایشان بالابودن هزینه‌های توانبخشی است (۸) عدم توانایی پرداخت هزینه‌های توانبخشی یکی از موانعی است که می‌تواند دریافت و ارائه خدمات توانبخشی را مختل نماید و وقفه و یا عدم پیگیری توانبخشی را به دنبال داشته باشد (۳). این امر تأیید می‌نماید که اصلی‌ترین عامل در نظام توانبخشی توجه به تأمین مالی است که هم‌راستا با پژوهش حاضر است.

دماری و وثوق مقدم، در گزارشی تحت عنوان نظام سلامت ایران، تأمین مالی را به‌عنوان یکی از کارکردهای نظام سلامت برای دسترسی افراد به خدمات سلامت ضروری و حیاتی برمی‌شمرد. بدین‌صورت که با جمع‌آوری منابع، تجمیع و مدیریت منابع و خرید خدمات، منابع تجمیع شده را جهت انجام مجموعه‌ای از مداخلات مؤثر در ارتقای سلامت افراد هدایت نمایند (۹). اشاره به اهمیت تأمین مالی همسو با پژوهش حاضر است.

با توجه به نتایج به دست آمده هر سه عامل نیروی انسانی، سرمایه‌گذاری و تجهیزات بر تولید منابع نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی‌داری دارند. از بین این سه عامل مؤثر، عامل سرمایه‌گذاری با ضریب تأثیر استاندارد ۱/۰۱ بیشترین تأثیر را بر تولید منابع نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران دارد.

پژوهش‌های متعدد نشان داده است آموزش و تربیت

ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، در مورد معلولیت یک اولویت مهم برای افزایش آگاهی در مورد نیازهای بهداشتی درمانی افراد معلول و بهبود دسترسی به خدمات است (۱۰). یافته‌های پژوهش حاضر نیز این مطلب را تصدیق کرد، برای مثال برنامه‌های آموزشی در مقطع کارشناسی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت و درمان و پزشکان عمومی به‌ندرت به نیازهای سلامتی افراد معلول می‌پردازد (۱۱) و اغلب نشان می‌دهد که عدم آموزش بر توانایی برای ارائه خدمات درمانی به افراد معلول تأثیر می‌گذارد (۱۲) همچنین دانش و درک محدود از معلولیت در میان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت و درمان، اغلب مانع از هماهنگی به‌موقع و مؤثر خدمات بهداشتی درمانی (۱۳). از این‌رو به نظر می‌رسد یکی از گام‌های اساسی در جهت ارتقا کیفیت ارائه خدمات توانبخشی، بازنگری در کمیت و کیفیت نظام آموزش توانبخشی در هر دو جنبه دانش و نگرش اساتید و دانشجویان در دوره‌های آموزشی باشد (۳).

نتایج به دست آمده از سومین مؤلفه تأثیرگذار در نظام یکپارچه توانبخشی معلولان نشان داد تمامی عوامل سازمان‌دهی، دسترسی، شیوه خدمت، کیفیت، توزیع، کارایی و پاسخگویی و تمامی متغیرهای به‌هنگام بودن، عدالت، فراگیری، جامعیت، کفایت، ارتباط و نوآوری بر تدارک خدمات نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران تأثیر معنی‌داری دارند.

فیشر و شنا در سال ۲۰۱۳ در مطالعه « دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای خانواده‌های با فرزند معلول در چین» با روش کمی که در سراسر چین صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که خانواده‌های با فرزند معلول در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی با موانعی مانند ضعف اطلاعات، کمبود خدمات و استطاعت مالی روبرو بودند (۱۴). نتایج پژوهش حاضر نیز بر عامل دسترسی اشاره داشت که از



طراحی الگوی نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی...

این لحاظ همسو هستند.

به‌طور خلاصه در الگوی مفهومی اولیه، چهار مؤلفه به‌عنوان مؤلفه‌های مؤثر بر یکپارچگی نظام توانبخشی معلولان شناخته شد که در الگو برآزش شده نیز هر چهار مؤلفه تأیید گردید.

از جمله ویژگی‌های مثبت الگوی حاضر می‌توان از مؤلفه‌های شیوه خدمات و دسترسی، کیفیت، پاسخگویی، کارایی، سازمان‌دهی، ارتباط، فراگیری، جامعیت، نوآوری، کفایت و درنهایت عدالت، توزیع و به‌هنگام بودن به ترتیب اهمیت تأثیر در تدارک خدمات نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران به‌عنوان عوامل و متغیرهای تأثیرگذارتر از بین سایر عوامل و متغیرهای متعدد نام برد. در واقع می‌توان گفت یکی از تفاوت‌های الگوی حاضر با الگوی سازمان جهانی بهداشت این است که در مدل کارکردهای نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت از ارائه خدمات به‌عنوان اولین مؤلفه مؤثر در بخش بهداشت و درمان نام برده شده است، اما در پژوهش حاضر تأمین مالی مؤثرترین عامل است که از جمله دلایل این تفاوت می‌توان به تحت پوشش بیمه نبودن خدمات توانبخشی، سرانه کم بودجه توانبخشی معلولان، ناچیز بودن سهم مالیات در بودجه توانبخشی و بالا بودن سهم پرداخت از جیب است که باعث اهمیت بالای تأمین مالی شده است. از طرفی رایگان بودن برخی خدمات توانبخشی معلولان در کشورمان و رویکردهایی نظیر توانبخشی مبتنی بر جامعه و مشارکت مالی خیرین باعث گردیده تا ارائه خدمات در اولویت سوم نظام ارائه خدمات توانبخشی قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

الگوی برآزش و اشباع‌شده این پژوهش نشان داد که هر چهار بُعد تأمین مالی، تولید منابع، تدارک خدمات و تولید نظام یکپارچه ارائه خدمات توانبخشی به معلولان در ایران به ترتیب اهمیت بیشتری تأثیر را بر یکپارچگی نظام توانبخشی معلولان در کشور دارند. مدل نهایی ارائه‌شده در این پژوهش می‌تواند

از طریق تولید واحد توسط وزارت سلامت، ایجاد ساختار غیرمتمرکز و چندبخشی، توجه به آموزش نیروهای کافی متناسب با نیازهای هر منطقه، طراحی سامانه‌های مدیریت داده‌های اطلاعاتی و آماری، بهره‌گیری از منابع مالی بیمه‌ها و مالیات‌های عمومی و اختصاصی، توجه به شیوه ارائه خدمات توانبخشی، سازماندهی‌شده و در دسترس به یکپارچگی ارائه خدمات توانبخشی در ایران کمک نماید.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام کسانی که به‌نوعی در تهیه و تدوین این پژوهش همکاری داشته‌اند، مراتب قدردانی را ابراز می‌نمایند.

Reference

1. Organization SW. [Statistical Annual report of 2019 (Persian)]. Tehran; 2019.
2. Kamali M. An overview of the situation of the disabled in Iran. *Advancing the rights of persons with disabilities : A US-Iran Dialogue on Law, Policy, and Advocacy*. 2011;15.
3. Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh H, Farahani F. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran : A qualitative study. *Electronic physician*. 2015;7(7):1476.
4. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems : improving performance. Available in www.who.int/whr/2000/en/. Geneva; 2000.
5. Fathi F, Khezri A, Khanjani M, Abdi K. [Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization From the Perspective of Services Recipients (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2019;20(3):270-85.
6. Abdi K, Arab M, Khankeh H, Kamali M, Rashidian A, Farahani F. Challenges in providing rehabilitation services for people with disabilities in Iran : A qualitative study. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*. 2016:1-11.
7. 44. Organization WH. Rehabilitation in health systems : guide for action. [Internet]; Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2020 Nov 21].
8. 50. Kleinitz P, Walji F, Vichetra K, Nimul O, Mannava P. Barriers to and Facilitators of Health Services for People with Disabilities in Cambodia. 2012.
9. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Delavari A. [How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way Forward (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2015;18(2):94-104.
10. . Smith DL. Disparities in patient-physician communication for persons with a disability from the 2006 Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). *Disability and Health Journal*. 2009;2(4):206-15.
11. Shakespeare T, Iezzoni LI, Groce NE. Disability and the training of health professionals. *The Lancet*. 2009;374(9704):1815-6.
12. Phillips A, Morrison J, Davis R. General practitioners' educational needs in intellectual disability health. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004;48(2):142-9.
13. 68. Kroll T, Neri M. Experiences with care co-ordination among people with cerebral palsy, multiple sclerosis, or spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation*. 2003; 25(19):1106-14.
14. Fisher KR, Shang X. Access to health and therapy services for families of children with disabilities in China. *Disability & Rehabilitation*. 2013; 35(25):2157.

Designing an Integrated System of Rehabilitation Services Model for the Disabled in Iran

Mohsen Iravani¹, Leila Riahi^{2*}, Kianoush Abdi³, SeyedJamaledin Tabibi⁴

Abstract

Background and objective: Creating an integrated rehabilitation service system for people with disabilities has always been a key concern for health and rehabilitation policymakers. This study aimed to identify factors influencing the formation of such a system and propose a model for Iran.

Methods and Materials: This exploratory, cross-sectional, and applied research used an analytical approach. A conceptual model was developed through literature review and systematic analysis. A researcher-made questionnaire was validated (CVI, CVR) and its reliability confirmed (Cronbach's alpha). It was completed by 335 professionals from rehabilitation-related organizations, selected via stratified random sampling across five regions of Iran. Data were analyzed using SPSS 22 and confirmatory factor analysis, and a model was designed using structural equations.

Results: All four dimensions—governance, resource production, financing, and service provision—significantly influenced the integrated system. Financing had the greatest impact, followed by resource production and service provision, while governance had the least.

Conclusion: The health system can enhance integration by allocating tax-based financing, organizing services, investing in resource production, and promoting cross-sectoral leadership.

Keywords: Disabled, Integrated Health System, Rehabilitation.

1. PhD student in Health Services Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2*. (Corresponding) Associate Professor, PhD in Health and Medical Services Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. E-Mail: L.riahi@srbiau.ac.ir

3. Assistant Professor, PhD of Health care Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4. Professor, PhD of Health care Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.