

A Comparative Study of Managing the Empowerment Services for People with Disabilities in Different Countries

Ebrahim Z¹, *Riahi L², Hajinabi K³, Nazarimanesh L³

Author Address

1. PhD Student, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: L.riahi@srbiau.ac.ir

Received: 2023 August 20; Accepted: 2023 September 3

Abstract

Background & Objectives: People with disabilities constitute a large population of society. Providing optimal rehabilitation services to people with disabilities has always been a primary concern of the health system in any country. One of the most essential duties of governments is to maintain and improve the health of all members of society. Considering the many factors affecting the realization of this goal, besides the serious will of the governments, we need the interdisciplinary work and cooperation of all the institutions of society and using all resources of various social, medical, and educational institutions. Another crucial factor lies in the adoption and application of laws supporting people with disabilities and planning to motivate them to find jobs, which is one of the priorities of governments. This study was conducted to compare the empowerment services for people with disabilities in different countries.

Methods: The present comparative study reviewed relevant qualitative studies on this topic in 2021. We used the library method to collect data, encompassing all articles related to the study subject. To conduct the study, the required data were collected by reviewing the relevant texts found in the library, websites of related organizations of selected countries in line with research questions, and a systematic search in reliable and specialized databases in English and Persian between 1995 and 2022. The extracted articles were evaluated and compared in a comparative table. Of 121 research articles and annual reports from the considered countries, we removed duplicate and unrelated articles and then applied the inclusion criteria. Finally, 49 articles and reports on managing empowerment services in 8 countries were selected and reviewed in full text.

Results: The results revealed that in all studied countries, people with disabilities participate in planning empowerment services based on their nationality and citizenship. Regarding the hiring of human resources, all studied countries were working on training specialized human resources through their academic system. Unfortunately, Iran and India lacked comprehensive national data on this topic. In the meantime, the conditions were provided for planning and policymaking in America, Germany, China, South Africa, and Turkey. Funding for the services was primarily provided by the insurance system in Germany, America, China, and Turkey and taxes in England. However, the budget was provided through subsidies from public revenues and taxes in Iran. Investigations in the control area show that appraising the performance of the personnel providing empowerment services and monitoring by related institutions have been considered more by the relevant institutions. They use service quotas to control the empowerment services in Iran, Turkey, India, and China. Employment services for people with disabilities in Iran, Germany, England, Turkey, and India include a mandatory employment quota, and educational measures and income support are appropriate in all countries.

Conclusion: The empowerment system in Iran lacks the necessary integrity. In Iran, the university system trains human resources similarly to other countries. However, Iran has no access to comprehensive national data. Like most countries, the public budget and taxes provide financial resources in Iran. The dominant approach in most countries is the insurance system, but in Iran, the insurance system cannot cover the costs, and most of the expenses are paid by people with disabilities.

Keywords: People with disabilities, Health system, Management of empowerment services, Management.

بررسی تطبیقی مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در کشورهای منتخب

زهرا ابراهیم^۱، *لیلا ریاحی^۲، کامران حاجی نبی^۳، لیلا نظری منش^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: L.riahi@srbiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۹ مرداد ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ شهریور ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: ارائه خدمات توان بخشی بهینه به معلولان همواره یکی از دغدغه‌های اساسی نظام سلامت در هر کشوری است. هدف این پژوهش، بررسی تطبیقی مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در کشورهای منتخب بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر به صورت مروری تطبیقی بر مطالعات کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. برای گردآوری داده‌ها از روش کتابخانه‌ای استفاده شد. جمعیت پژوهش را تمامی مقاله‌های مرتبط با موضوع پژوهش تشکیل دادند. اطلاعات به روش مطالعه متون از کتابخانه، وبسایت‌های سازمان‌های مرتبط با کشورهای منتخب در راستای سؤالات پژوهش و جست‌وجوی نظام مند از پایگاه‌های داده معتبر و تخصصی به زبان‌های انگلیسی و فارسی در فاصله سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۲ جمع‌آوری شد و در جدول تطبیقی حیطه مدنظر ارزیابی و مقایسه صورت گرفت.

یافته‌ها: در تمامی کشورهای مطالعه شده، مشارکت افراد دارای معلولیت به منظور برنامه ریزی خدمات توانمندسازی مشاهده شد و به منظور برنامه ریزی، پوشش براساس ملیت و شهروندی وجود داشت. از نظر تولید منابع، تمامی کشورهای مطالعه شده در زمینه تربیت نیروی انسانی متخصص از طریق نظام دانشگاهی اقدام کرده‌اند. در ایران و هندوستان دسترسی به داده‌های ملی جامع به طور کامل وجود نداشت. تأمین مالی در آلمان، آمریکا، چین و ترکیه بیشتر از طریق نظام بیمه‌ای، در انگلیس بیشتر از محل مالیات، ولی در ایران از طریق پرداخت یارانه از محل درآمدهای عمومی و مالیات صورت گرفته است. در حیطه کنترل، بر ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات توانمندسازی و نظارت توسط نهادهای مرتبط توجه بیشتری شده است. ایران، ترکیه، هندوستان و چین برای کنترل خدمات توانمندسازی از سهمیه بندی خدمات استفاده کرده‌اند. خدمات اشتغال افراد دارای معلولیت در ایران و آلمان، انگلیس، ترکیه و هندوستان شامل سهمیه استخدامی اجباری بود و در تمامی کشورها اقدامات آموزشی و حمایت درآمدی در سطح مناسبی قرار داشت. **نتیجه گیری:** نظام توانمندسازی در ایران یکپارچگی لازم را ندارد. در ایران تربیت نیروی انسانی مشابه با سایر کشورها از طریق نظام دانشگاهی صورت می‌گیرد. در ایران دسترسی به داده‌های ملی جامع به طور کامل وجود ندارد. منابع مالی در ایران همچون اکثر کشورها از محل بودجه عمومی و مالیات تأمین می‌شود. رویکرد غالب در اغلب کشورها نظام بیمه‌ای است؛ ولی در ایران نظام بیمه‌ای قادر به تأمین هزینه‌ها نیست و بخش اعظمی از هزینه‌ها توسط معلولان پرداخت می‌شود. **کلیدواژه‌ها:** افراد دارای معلولیت، نظام سلامت، مدیریت خدمات توانمندسازی، مدیریت.

افراد دارای معلولیت^۱ جمعیت زیادی از جامعه را تشکیل می‌دهند که براساس آمار سازمان جهانی کار، ۱۵ درصد از افراد جامعه را شامل می‌شوند (۱). از وظایف بسیار مهم دولت‌ها حفظ و ارتقای سلامت همه افراد جامعه است. تحقق این هدف باتوجه به عوامل متعدد تأثیرگذار بر آن، علاوه بر اراده جدی دولت‌ها، به کار بین‌بخشی و همکاری همه نهادهای جامعه و استفاده از ظرفیت‌های نهادهای اجتماعی و درمانی و آموزشی گوناگون نیاز دارد. از عوامل مهم تر، تصویب و اعمال قوانین حمایتی از افراد دارای معلولیت و برنامه‌ریزی به‌منظور ایجاد انگیزه در آن‌ها برای یافتن شغل و استخدام آن‌ها است که از جمله اقدامات مهم دولت‌ها در این رابطه به‌شمار می‌رود. بیشترین علت‌های معلولیت، بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی، صدمات ناشی از تصادفات رانندگی، سقوط، مین‌های زمینی، آسیب‌های روانی، آسیب‌های هنگام تولد، سوء تغذیه، ایدز و سایر بیمارهای واگیردار است (۲). این روند، تقاضاهای زیادی را در زمینه خدمات درمانی و توان‌بخشی^۲ ایجاد می‌کند. عوامل بروز معلولیت در جامعه ما نیز بسیار زیاد است؛ به‌طوری‌که فقط حوادث و سوانح جاده‌ای هر سال در ایران سبب مرگ حدود ۲۰ هزار نفر می‌شود و حدود ده‌برابر آن معلولیت و مصدومیت ایجاد می‌کند (۳). افراد دارای معلولیت با موانع گسترده‌ای در دسترسی به خدمات مانند مراقبت‌های بهداشتی، آموزش، اشتغال و خدمات اجتماعی مواجه هستند. منشأ این موانع، قوانین و سیاست‌ها و راهبردهای ناکافی است (۱). باتوجه به افزایش روزافزون تعداد افراد دارای معلولیت در سراسر جهان و چالش‌های گوناگونی که آن‌ها با آن روبه‌رو هستند، پاسخ به نیازهای افراد معلول در جهت توانمندی و پذیرش اجتماعی آنان به‌عنوان افراد عادی جامعه، اولویتی انکارنشده‌ای است و به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و اقدامات جدی به‌منظور تثبیت وضعیت آنان برای حقوق و آزادی‌های یکسان، نیاز دارد (۴).

ارائه خدمات مطلوب به افراد دارای معلولیت همواره از دغدغه‌های مهم نظام سلامت در هر کشور به‌شمار می‌رود. یک نظام ارائه خدمات خوب باید در راستای برقراری عدالت^۳ و کارایی^۴، خدمات مناسبی را برای حمایت از افراد آسیب‌پذیر فراهم کند (۵)؛ ولی مشاهده می‌شود که در بسیاری از کشورهای درحال توسعه، منابع کافی برای تشخیص و پیشگیری از معلولیت و تأمین نیازهای توان‌بخشی و درمانی و برنامه‌ریزی خدمات ویژه معلولان وجود ندارد (۶). ازطرفی سیستم برنامه‌ریزی، تشکیلات و نحوه ارائه خدمات سلامت در هر کشوری تحت‌تأثیر نظام‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و وضعیت فرهنگی آن کشور است (۷). در ایران اقدامات و توانمندسازی افراد دارای معلولیت از طریق سازمان بهزیستی صورت می‌گیرد. درحال حاضر حدود ۴ میلیون و ۵۲۶ هزار نفر تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار دارند و از خدمات این سازمان استفاده می‌کنند (۸). خدمات سازمان بهزیستی در سه بخش ارائه می‌شود که از آن جمله می‌توان به خدمات

توانمندسازی معلولان، افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی و زنان سرپرست خانوار و خدمات پیشگیرانه اشاره کرد (۷). سازمان بهزیستی برای تحقق اهدافش در زمینه توانمندسازی معلولان با مسائل و چالش‌های بسیاری روبه‌رو است و تلاش دارد تا بهترین دورنمای ممکن را برای مددجویان تحت حمایت سازمان ترسیم کند؛ بااین‌حال غالباً این برنامه‌ها به‌علت ضعف در برنامه‌ریزی و وجودنداشتن ضمانت اجرایی تحقق کامل نیافته و برخی درحد یک شعار باقی شده است؛ این امر موجب افزایش انتظارات در جامعه هدف شده و درنهایت تضعیف مؤلفه توانمندسازی را در پی داشته است؛ به‌طوری‌که بسیاری از افراد تحت پوشش این سازمان باور مؤثری برای مشارکت و همکاری با برنامه‌های توانمندسازی سازمان ندارند (۹).

سجادی و همکاران بر مسئله اطلاعات و آمار به‌عنوان مبنای برنامه‌ریزی تأکید داشتند و از این نظر از سازمان بهزیستی با عبارتی همچون «ضعف آمار و اطلاعات از حجم جامعه هدف و نیازهایی که دارند»، «نبود بانک اطلاعاتی جامع در حوزه معلولان، معناتان، زنان و به‌طورکلی آسیب‌دیدگان اجتماعی»، «ضعف اطلاعات از مهارت‌های زیستی^۵ جامعه هدف»، انتقاد کردند (۵). سازمان بهزیستی اطلاعات صحیح و مطمئنی از جامعه هدف و مسائل آن‌ها ندارد تا بر مبنای آن بتواند برنامه‌ریزی کند. درواقع به‌دلیل وجودنداشتن بانک اطلاعات منسجم و فراگیر نمی‌توان با اطمینان کافی به آمار عملکردها و خدمت‌رسانی‌ها توجه کرد و آن‌ها را مبنای تصمیم‌گیری قرار داد. پژوهش‌های پیشین نشان‌دهنده فقدان نظام رصد و آینده‌نگر بود و از ضعف بنیادی برنامه‌ریزی جامع در سازمان بهزیستی حکایت داشت (۷، ۱۰). افراد دارای معلولیت به‌عنوان بزرگترین اقلیت کشور باوجود داشتن ظرفیت‌های فراوان کار به‌دلایل زیاد و فراهم‌نبودن شرایط مناسب برنامه‌ریزی در بخش‌های دولتی و غیردولتی قادر به داشتن شغل مناسب و پایدار نیستند. اغلب افراد دارای معلولیت سهم کاملی از مشاغل در جامعه ندارند و به‌راحتی نمی‌توانند حتی شغل‌هایی را که قادر به انجامش هستند، به‌دست آورند. از دیگر چالش‌های مطرح‌شده در زمینه خدمات توانمندسازی می‌توان به تأمین منابع مالی اشاره کرد که همواره یکی از چالش‌های مهم، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط بوده است (۱۱)؛ بنابراین باتوجه به وضعیت سیاسی و اقتصادی و فرهنگی کشورمان و نیز روند افزایش تعداد افراد دارای معلولیت و کمبود منابع انسانی، ادامه روند فعلی موفقیت مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن، مستلزم پرداختن به مطالعات تطبیقی و بهره‌برداری از تجارب کشورهای موفق در این زمینه است؛ بدین‌منظور بررسی تطبیقی مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در کشورهای منتخب صورت گرفت.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات تطبیقی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها در بخش مطالعات کتابخانه‌ای از کارت

4. Efficiency

5. Life skills

1. People with disability

2. Rehabilitation

3. Justice

فیش و برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای مطالعه‌شده، از فرم اطلاعاتی استفاده شد. سپس به منظور تکمیل فرم‌های اطلاعاتی از منابع لازم این پژوهش، واژه‌های کلیدی نظام سلامت^۱، معلولیت^۲، توانمندسازی^۳ و مدیریت^۴ به صورت ترکیبی با ذکر نام کشورهای مدنظر، در وبسایت سازمان‌های فعال در زمینه توان بخشی، بانک‌های اطلاعات داخلی نظیر ایران مدکس و ایران داک و خارجی نظیر ساینس دایرکت، پایمد، مدلاین گوگل اسکالر و الزویر و نیز سایت سازمان جهانی بهداشت، کتب مرجع، گزارش‌های رسمی منتشرشده و مقالات مرتبط فارسی و انگلیسی با دامنه زمانی سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۲ میلادی جست‌وجو شد. پس از ارزیابی نتایج اولیه جست‌وجو، از میان ۱۲۱ مقاله پژوهشی و گزارش‌های سالانه کشورهای مدنظر، حذف مقالات مشابه و غیرمرتبط با موضوع پژوهش انجام گرفت و معیارهای ورود به مطالعه اعمال شد. در نهایت ۴۹ مقاله و گزارش مرتبط با مدیریت خدمات توانمندسازی در هشت کشور مدنظر در این مطالعه انتخاب شد و به طور تمام‌متن مطالعه شد. داده‌های لازم کشور ایران با استفاده از اسناد منتشرشده سازمان‌های مرجع و مرتبط با موضوع پژوهش مانند سازمان بهزیستی با مراجعه به سایت سازمان^۵ گردآوری شد.

در پژوهش حاضر برای مقایسه خدمات توانمندسازی، کشورها براساس مفاهیم برنامه‌ریزی، تولید منابع، تأمین مالی، اشتغال، کنترل و هماهنگی، مقایسه شدند. برای مقایسه برنامه‌ریزی کشورها از مشارکت اجتماعی مردم از طریق نظرسنجی، پوشش براساس ملیت و شهروندی، ایجاد سیستم‌های یکپارچه، برنامه‌های مبتنی بر شواهد، تعیین دسترسی براساس نیاز و تعیین دسترسی براساس منطقه جغرافیایی، به منظور مقایسه تولید منابع از دو شاخص آموزش کارکنان و دسترسی به داده‌های ملی جامع، برای مقایسه تأمین مالی کشورها از منابع تأمین‌کننده مالی و برای مقایسه استفاده از مدل به منظور ارائه خدمات، ارائه خدمات جامع، ایجاد کمیته برنامه‌ریزی، افزایش استانداردهای نیروی کار، تدارک آموزش‌های مرتبط با کارکنان^۶، رویکردهای مبتنی بر تیم، هماهنگی بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه خدمات و در نهایت برای مقایسه کنترل از تعیین دسترسی براساس نیاز، ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات توانمندسازی، نظرسنجی رضایت از خدمات معلولان، نظارت توسط نهادهای مرتبط با معلولان، نظارت توسط شهرداری و سهمیه‌بندی خدمات استفاده شد.

الگوی استفاده‌شده در پژوهش حاضر، روش پردی و هیلکر بود (۱۲). این الگو، یکی از روش‌های معروف در مطالعات تطبیقی است که شامل چهار مرحله توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه می‌شود. در این پژوهش در مرحله توصیف، از داده‌ها براساس شواهد و اطلاعات، یادداشت‌برداری شد و مستندات برای نقد و بررسی در مرحله بعد آماده شدند. سپس در مرحله تفسیر، اطلاعات بررسی‌شده در مرحله اول، واری و تحلیل شدند. در مرحله هم‌جواری، اطلاعات آماده‌شده در دو مرحله قبل، به منظور ایجاد چارچوبی برای مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها، در قالب جدول ماتریس تطبیقی کشورهای مدنظر طبقه‌بندی

شدند و در کنار هم قرار گرفتند؛ به طوری که نام کشورها در ردیف‌ها و زیرشاخص‌های هرکدام از چهار بُعد عملکرد نظام‌های سلامت در ستون‌ها جای گرفت. سرانجام در مرحله مقایسه، مسئله پژوهش‌شده باتوجه به جزئیات در زمینه شباهت‌ها و تفاوت‌ها و دادن پاسخ به سؤالات پژوهش بررسی و مقایسه شد.

بدین منظور، ابتدا تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت براساس منطقه جغرافیایی و میزان توسعه‌یافتگی به عنوان معیار ورود صورت پذیرفت و حداقل یک کشور از قاره‌های آمریکا، اروپا، آسیا و آفریقا برگزیده شد که داده‌های مربوط به ابعاد چهارگانه عملکرد نظام سلامت آن در دسترس بود. در ادامه برای مقایسه کشورها از بین مدل‌های مطرح مدیریتی در نظام سلامت، مدل گولیک^۷ انتخاب شد. در مرحله بعد، جست‌وجوی محتوای مفید منطبق با اهداف پژوهش در زمینه ابعاد مدیریت خدمات توانمندسازی معلولان انجام گرفت. براساس الگو، در مرحله اول، عوامل مؤثر مدیریت توانمندسازی معلولان، در کشورهای منتخب جمع‌آوری و به فارسی روان ترجمه شد و اجزای مختلف مدنظر آن در این پژوهش، شناسایی و بررسی و تحلیل شدند. سپس تنظیم این اطلاعات در قالب جدولی از عناصر تشکیل‌دهنده مدیریت خدمات توانمندسازی معلولان صورت گرفت. بدین ترتیب به اطلاعات مربوط به هریک از کشورها نظم داده شد. در ادامه شباهت‌ها و تفاوت‌های هریک از عناصر مدیریتی بین همه کشورهای مذکور تعیین شد. در نهایت مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها صورت گرفت و پیشنهادهای کاربردی برای بهبودبخشیدن به هریک از عناصر مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در ایران ارائه شد. در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری هدفمند به کار رفت و حجم نمونه انتخاب‌شده با کل جامعه پژوهش برابر بود. جامعه آماری را نظام‌های بهداشتی تشکیل دادند که مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در جهان را داشتند و نمونه پژوهش کشورهای ایران، چین، ترکیه، هندوستان، آمریکا، آلمان، انگلیس و آفریقای جنوبی بودند.

۳ یافته‌ها

پس از بررسی مدیریت خدمات توانمندسازی در کشورهای منتخب، نتایج براساس اهداف طرح در ادامه بیان شده است. مدیریت خدمات توانمندسازی در ایران و سایر کشورها از نظر برنامه‌ریزی تعیین و مقایسه شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در تمامی کشورهای مطالعه‌شده، مشارکت افراد دارای معلولیت به منظور برنامه‌ریزی خدمات توانمندسازی وجود دارد؛ همچنین در ایران، آلمان، آفریقای جنوبی، آمریکا و هندوستان برای برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات توانمندسازی به افراد دارای معلولیت، پوشش براساس ملیت و شهروندی است. در آلمان و آمریکا و انگلیس، راهبردها و اهداف و قوانین فرموله شده است و بانک اطلاعاتی در اختیار مدیران و سیاست‌گذارها قرار دارد (جدول ۱). امکان دسترسی افراد به خدمات

۵. www.behzisti.ir

۶. Personnel

۷. Gulik

۱. Healthcare system

۲. Disability

۳. Empowerment

۴. Managment

توانمندسازی در ایران، آلمان، آفریقای جنوبی، آمریکا، انگلیس و ترکیه به صورت مؤثر فراهم است.

از نظر تأمین منابع مالی، نتایج زیر به دست آمد؛ در ایران همانند سایر کشورها، تأمین هزینه خدمات توان بخشی معلولان از بودجه عمومی صورت می گیرد که این امر برای معلولان تحت پوشش سازمان بهزیستی از طریق تأمین یارانه مراکز توان بخشی و پرداخت کمک هزینه موردی و مستمر محقق می شود. به جز بودجه عمومی که بخش عمده تأمین مالی نظام توان بخشی را تشکیل می دهد، بخش دیگر از طریق مشارکت افراد دارای معلولیت به صورت پرداخت از جیب به ویژه در معلولان بدون پوشش سازمان های حمایتی و بخش بسیار اندکی از طریق بیمه های سلامت تأمین می شود.

در آلمان تأمین مالی عمدتاً بر مبنای صندوق های بیمه ای نظیر صندوق حادثه و صندوق ازکارافتادگی است و بخش دیگر از طریق بیمه های اجتماعی سلامت تأمین می شود؛ با این حال پرداخت از جیب به طور میانگین ۱۳ درصد است. در آلمان، ۹ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار دارند.

در آمریکا تأمین مالی تحت مالکیت و مدیریت نهادهای خصوصی فعال در اقتصاد بازار آزاد است. بیمه خصوصی به عنوان بیمه پایه خریداری می شود و برای افراد معلول نیازمند از طریق بیمه سلامت دولتی (نظام بیمه ای مدیکر و مدیکید) تأمین هزینه صورت می گیرد. این نظام وضعیت پرداخت از جیب را بهبود بخشیده و به ۱۱ درصد رسانده است (۶).

انگلیس خدمات بهداشتی درمانی ملی دارد. تأمین مالی توسط دولت از طریق مالیات عمومی و انباشت در صندوقی واحد در وزارت سلامت صورت می گیرد و با وجودی که پرداخت از جیب برای عموم بهره مندان معادل ۳ درصد است، خدمات توان بخشی معلولان رایگان ارائه می شود. در این کشور ۵/۱۱ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار دارند.

در چین علاوه بر پرداخت یارانه از محل بودجه عمومی، به ویژه به معلولان فقیر، بیمه های دولتی و پرداخت از جیب، منابع تأمین هزینه ها است.

در هندوستان همانند چین بودجه عمومی و پرداخت از جیب سازوکار تأمین مالی است و بخش درخور توجهی از طریق انجمن های غیردولتی تأمین می شود.

در آفریقای جنوبی، نظام بیمه سلامت ملی برقرار است. افراد معلول همانند سایر افراد حساب پس انداز سلامت دارند و بیمه فاجعه سلامت نیز برای هزینه های سنگین پیش بینی شده است. علاوه بر بیمه های دولتی، بیمه خصوصی نیز وجود دارد.

ترکیه همانند کشور انگلیس خدمات بهداشتی درمانی ملی دارد و علاوه بر منابع عمومی دولت، بیمه تأمین اجتماعی تأمین کننده هزینه های توان بخشی معلولان است.

در مکزیک بیمه های دولتی و پرداخت از جیب منبع تأمین مالی محسوب می شود. در ایران بیمه همگانی وجود دارد (۶)؛ ولی تمامی

خدمات بهداشتی و درمانی و توان بخشی را در بر نمی گیرد و بیمه های خصوصی تنها بخشی از جمعیت را تحت پوشش دارند. کشور آلمان ترکیبی از بیمه های خصوصی و اجتماعی را دارد و تقریباً مشابه نظام بیمه آمریکا است.

افراد دارای معلولیت در نظام های بهداشتی درمانی کشورهای ایران، آمریکا، هندوستان و آفریقای جنوبی در بخش توان بخشی نیاز به پرداخت مستقیم دارند؛ در حالی که در انگلیس و آلمان به صورت رایگان یا پرداخت های جزئی مالیات صورت می گیرد.

برای مقایسه عوامل هماهنگی خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت، بر اساس مطالعات موجود، از متغیرهای ارائه خدمات جامع، ایجاد کمیته برنامه ریزی، رویکردهای مبتنی بر تیم، کمک از مدل برای ارائه خدمات و هماهنگی بین شرکت های بیمه و واحدهای ارائه خدمات توان بخشی استفاده شد (جدول ۱). در تمامی کشورهای مطالعه شده تبادل اطلاعات وجود داشت و هماهنگی مؤثری بین شرکت های بیمه و واحدهای ارائه خدمات مشاهده شد. انجام هماهنگی برای ارزیابی و نظارت خدمات در کشورهای ایران، آلمان، آمریکا، انگلیس، هندوستان به صورت مستمر بود و در آفریقای جنوبی و ترکیه و چین در این باره اطلاعاتی به دست نیامد.

خدمات اشتغال افراد دارای معلولیت در ایران و کشورهای آلمان، انگلیس، ترکیه و هندوستان شامل سهمیه استخدامی اجباری بود و در تمامی کشورها اقدامات آموزشی و حمایت درآمدی در سطح مناسبی قرار داشت. در کشورهای آلمان، انگلیس، ترکیه و هندوستان برای کارفرمایان یارانه وجود داشت که این امر مشوق کارفرمایان برای استخدام افراد دارای معلولیت بود (جدول ۱).

در نظام ارائه خدمات توانمندسازی معلولان در ایران و سایر کشورها از نظر تولید منابع، از دو متغیر آموزش کارکنان و دسترسی به داده های ملی جامع استفاده شد که در مقالات جست و جو شده قابل دسترس بود. یافته ها نشان داد، در ایران دانش آموختگان رشته های توان بخشی نظیر فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی شناسی، ارتوپدی فنی، پرستاری توان بخشی، مدیریت توان بخشی و غیره در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحصیل می کردند؛ در حالی که در سایر کشورها نظیر آمریکا، آلمان، انگلیس، ترکیه و آفریقای جنوبی تربیت نیروی انسانی لازم از طریق وزارت آموزش انجام می شد و در هندوستان علاوه بر دانشگاه ها، شورای ملی توان بخشی نیز ارائه آموزش به متخصصان توان بخشی را بر عهده داشت (۱).

بر اساس بررسی های انجام شده در متون و الگوهای منتخب مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت، در حیطه کنترل مشخص شد که به ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات توانمندسازی و نظارت توسط نهادهای مرتبط توجه بیشتری می شود؛ همچنین در ایران، ترکیه، هندوستان و چین برای کنترل خدمات توانمندسازی از سهمیه بندی خدمات استفاده می کنند.

جدول ۱. مقایسه تطبیقی مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در کشورهای منتخب

نام کشور	برنامه‌ریزی	تأمین مالی	تولید منابع		هماهنگی	کنترل	اشتغال
			آموزش کارکنان	دسترسی به داده‌های ملی			
ایران	- کمیته برنامه‌ریزی - تعیین دسترسی براساس منطقه جغرافیایی - برنامه‌های مبتنی بر شواهد - تعیین دسترسی براساس نیاز معلولان - پوشش براساس ملیت و شهروندی	- بودجه عمومی (یارانه دولت) - بیمه‌های سلامت - بیمه خصوصی - پرداخت از جیب - موقوفات و کمک‌های اهدایی	وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی	ندارد	- تبادل اطلاعات هماهنگی بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه خدمات - ارائه خدمات جامع توانمندسازی - استفاده از مدل‌ها (طرح‌ها) برای ارائه خدمات - توانمندسازی در مراکز ارائه خدمت	- پایش و کنترل - ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه اجباری خدمات - توانمندسازی آموزشی - نظارت توسط تسهیلگر شغلی - معلولان مرتبط با حمایت درآمدی - بسته خدمات اشتغال	- طرح ارتقای کارانه افراد دارای معلولیت - سهامیه استخدام اجباری - اقدامات آموزشی - تسهیلگر شغلی - حمایت درآمدی - بسته خدمات اشتغال
آلمان	- کمیته برنامه‌ریزی - ایجاد سیستم‌های یکپارچه ارائه خدمات توانمندسازی - مشارکت افراد دارای معلولیت - مدیریت دانش - برنامه‌های مبتنی بر شواهد - دسترسی‌پذیری - بانک اطلاعاتی و برنامه مدون شناسایی افراد دارای معلولیت	- بودجه دولتی - بیمه اجتماعی سلامت - صندوق حادثه - صندوق ازکارافتادگی بیمه خصوصی - موقوفات و کمک‌های اهدایی	وزارت آموزش	دارد	- ایجاد سیستم یکپارچه - تبادل اطلاعات - هماهنگی بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه خدمات - ارتباط مؤثر بین مؤسسات - رویکردهای مبتنی بر تیم برای ارائه خدمات توانمندسازی	- نظرسنجی رضایت از خدمات از معلولان - پایش و کنترل کارفرمایان - ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات آموزشی - توانمندسازی درآمدی - نظارت توسط بسته خدمات اشتغال	- سهامیه استخدام اجباری - اقدامات آموزشی - حمایت درآمدی - بسته خدمات اشتغال
آمریکا	- افزایش استانداردهای نیروی کار - تدارک آموزش‌های مربوط برای کارکنان - کمیته برنامه‌ریزی - برنامه‌های مبتنی بر شواهد - مشارکت افراد دارای معلولیت - دسترسی‌پذیری	- مدیکر - مدیکید - مالیات - بیمه‌های خصوصی	وزارت آموزش	دارد	- تبادل اطلاعات - ایجاد سیستم یکپارچه - هماهنگی بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه خدمات - ارتباط مؤثر بین مؤسسات	- ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات - توانمندسازی درآمدی - نظرسنجی رضایت از خدمات از معلولان	- اقدامات آموزشی - حمایت درآمدی - بسته خدمات اشتغال
انگلیس	- برنامه‌های مبتنی بر شواهد - دسترسی‌پذیری - مشارکت افراد دارای معلولیت - بانک اطلاعاتی و برنامه مدون شناسایی	- مالیات‌های عمومی - بیمه‌های ملی - بیمه خصوصی	وزارت آموزش	دارد	- تبادل اطلاعات - ایجاد سیستم یکپارچه - هماهنگی بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه خدمات	- نظرسنجی رضایت از خدمات از معلولان - پایش و کنترل کارفرمایان - ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات آموزشی	- سهامیه استخدام اجباری - اقدامات آموزشی

افراد دارای معلولیت	ارتباط مؤثر بین مؤسسات	توانمندسازی - نظارت توسط نهادهای مرتبط با معلولان	- حمایت درآمدی - بسته خدمات اشتغال
آفریقای جنوبی	درد	وزارت آموزش	دارد
کمیتۀ برنامه ریزی - مشارکت اجتماعی مردم - دسترسی پذیری - بانک اطلاعاتی و برنامه مدون شناسایی افراد دارای معلولیت	- بودجه عمومی - حساب پس انداز سلامت - بیمه فاجعه سلامت - بیمه های خصوصی	- تبادل اطلاعات - هماهنگی بین شرکت های بیمه و واحدهای ارائه خدمات	- ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات توانمندسازی - سهمیه بندی خدمات
ترکیه	درد	وزارت آموزش	دارد
- برنامه های مبتنی بر شواهد - مشارکت اجتماعی مردم - دسترسی پذیری	- منابع عمومی دولت - مالیات - بیمه تأمین اجتماعی - پرداخت از جیب	- تبادل اطلاعات - هماهنگی بین شرکت های بیمه و واحدهای ارائه خدمات - ارتباط مؤثر بین مؤسسات	- نظرسنجی رضایت از خدمات از معلولان - پایش و کنترل اجباری - کارکنان ارائه خدمات توانمندسازی - نظارت توسط نهادهای مرتبط با معلولان
هند	درد	دانشکده ها ی دولتی	ندارد
- کمیتۀ برنامه ریزی - برنامه های مبتنی بر شواهد - مشارکت اجتماعی مردم	- بودجه عمومی - پرداخت از جیب - انجمن های غیردولتی	- تبادل اطلاعات - هماهنگی بین شرکت های بیمه و واحدهای ارائه خدمات	- نظرسنجی رضایت از خدمات از معلولان - پایش و کنترل اجباری - کارکنان ارائه خدمات توانمندسازی - نظارت توسط نهادهای مرتبط با معلولان
چین	درد	وزارت آموزش	ندارد
- کمیتۀ برنامه ریزی - مشارکت اجتماعی مردم	- یارانه از محل بودجه عمومی - بیمه های دولتی - بیمه های خصوصی - پرداخت از جیب	- تبادل اطلاعات - هماهنگی بین شرکت های بیمه و واحدهای ارائه خدمات	- پایش و کنترل - سهمیه بندی خدمات محدود آموزشی

۴ بحث

مشاغل با وسایل حمل و نقل عمومی برای افراد با و بدون معلولیت جسمی مشخص شد که موقعیت های ارتباطی و تیم های مشارکتی، آموزش کارکنان در زمینه بهداشت روانی و مشکلات نیروی کار و مشارکت چندسطحی افراد دارای معلولیت، موجب تقویت عملکرد معلولان در محیط کار می شود (۱۴). در پژوهش لاو و همکاران با عنوان «بررسی دستیابی به برابری معلولان: توانمندسازی افراد معلول برای رهبری سازمانی» یافته ها ناامیدی در میان رهبران و فقدان پیشرفت پایدار را نشان داد. از نظر آن ها علت ناامیدی، مشارکت معنادار نداشتن افراد دارای معلولیت در سیاست گذاری و فقدان اراده

هدف این پژوهش، بررسی تطبیقی مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در کشورهای منتخب در شش بُعد برنامه ریزی، تأمین مالی، تولید منابع، هماهنگی، اشتغال و کنترل بود که به دلیل اهمیت نقش این عوامل در خدمات توانمندسازی انجام گرفت. در پژوهش لی و همکاران، دسترسی خدمات پزشکی برای معلولان و مقایسه با افراد عادی در کره، بررسی شد. نتایج بیانگر آن بود که منابع مالی و حمل و نقل از مشکلات مهم تر دسترسی به خدمات پزشکی است (۱۳). در پژوهش گریسه و همکاران با هدف مقایسه دسترسی به

و علاقه سیاسی به امور معلولیت بود (۱۵). در مطالعه نورست و همکاران با بررسی انگیزه‌های کارآفرینی و ایجاد کسب‌وکار شخصی در بین افراد دارای معلولیت در سوئد مشخص شد که افراد دارای معلولیت اغلب به‌سختی، کار با حقوق مناسب پیدا می‌کنند و برای اینکه دولت‌ها بتوانند حمایت مناسبی ارائه دهند، نفع‌برندگان مختلف مانند سیاست‌مداران و متخصصان باید برنامه‌ریزی مناسبی برای کسب‌وکار افراد دارای معلولیت داشته باشند (۱۶). بدین‌ترتیب با مقایسه و تطبیق صورت‌گرفته در هریک از عوامل مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در کشورهای مطالعه‌شده می‌توان به مطالب زیر اشاره کرد.

براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد، در تمامی کشورهای ایران، آلمان، آفریقای جنوبی، آمریکا، انگلیس، چین و هندوستان مشارکت افراد دارای معلولیت به‌منظور برنامه‌ریزی خدمات توانمندسازی وجود دارد و در ایران، آلمان، آفریقای جنوبی، آمریکا و هندوستان به‌منظور برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات توانمندسازی به افراد دارای معلولیت، پوشش براساس ملیت و شهروندی است. در آلمان و آمریکا و انگلیس راهبردها و اهداف و قوانین فرموله شده است و بانک اطلاعاتی در اختیار مدیران و سیاست‌گذارها قرار دارد. امکان دسترسی افراد به خدمات توانمندسازی در ایران، آلمان، آفریقای جنوبی، آمریکا، انگلیس و ترکیه به‌صورت مؤثر فراهم است. دهقان فاروجی و دهقان در پژوهشی دریافتند که افراد دارای معلولیت، وضعیت مطلوبی در نظام سلامت خود ندارند و لزوم توجه هرچه بیشتر به برنامه‌ریزی برای این افراد اهمیت دارد. دراین‌راستا مشکلات عمده‌ای در زمینه برنامه‌ریزی شامل بی‌توجهی به همه عوامل و نفع‌برندگان وجود دارد و توجه و آگاهی از نحوه توزیع جمعیتی بسیار بااهمیت است (۱۷). نتایج مطالعه ابراهیم و نصیری‌پور نشان داد، برنامه‌ریزی و عوامل مرتبط با آن از دیگر چالش‌های شناسایی‌شده در ارائه خدمات به افراد دارای معلولیت به‌شمار می‌رود و لازمه ارتقای سطوح کمی و کیفی خدمات ارائه‌شده به افراد دارای معلولیت، طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های کلان و خرد در سطح کشور به‌منظور توانمندسازی و بسترسازی بهره‌گیری از ظرفیت‌های افراد دارای معلولیت است (۱۱). لوویس اعتقاد داشت، مواد و تجهیزات ویژه هر برنامه از ضروریاتی است که بدون آن‌ها نمی‌توان هیچ برنامه ارائه خدماتی را پیاده‌سازی و اجرا کرد؛ چراکه اجرای آن منوط به در دسترس بودن این منابع است و لزوماً باید ابتدا مواد و تجهیزات برنامه فراهم شود؛ سپس به دنبال استفاده بهینه از آن‌ها در راستای اهداف برنامه (برنامه‌هایی نظیر ارائه خدمات به افراد دارای معلولیت) بود (۱۸). در مطالعات مشابه عواملی نظیر دسترسی به تجهیزات، هزینه مربوط به مشارکت در فعالیت‌ها و نیز در دسترس بودن منابع مالی کافی از عوامل اصلی برای ارائه خدمات به افراد دارای معلولیت و شرکت آن‌ها در فعالیت‌های فیزیکی بیان شد (۱۵).

در مطالعه حاضر برای تولید منابع، دو شاخص تربیت کارشناسان و دسترسی به داده‌های ملی جامع، بررسی شد. نتایج نشان داد، در ایران دانش‌آموختگان رشته‌های توان‌بخشی نظیر فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی، ارتوپدی فنی، پرستاری توان‌بخشی،

مدیریت توان‌بخشی و غیره در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحصیل می‌کنند؛ درحالی‌که در سایر کشورها نظیر آمریکا، آلمان، انگلیس، ترکیه و آفریقای جنوبی تربیت نیروی انسانی لازم از طریق وزارت آموزش انجام می‌شود و در هندوستان علاوه بر دانشگاه‌ها، شورای ملی توان‌بخشی نیز ارائه آموزش به متخصصان توان‌بخشی را بر عهده دارد (۱۹). در پژوهش میستروتا مشخص شد، هنگامی که متخصصان کادر درمان در جامعه کافی نباشند، مشکلات مربوط به سلامت اعضای جامعه توسعه می‌یابد (۲۰). مقایسه‌ها مشخص کرد، کشورهایی عملکرد موفق دارند که هماهنگی بین تربیت نیروی انسانی و نیازهای مراکز توان‌بخشی را به‌طور دقیق‌تری محاسبه کرده‌اند؛ بنابراین جذب دانشجویان رشته‌های توان‌بخشی متناسب با پراکندگی مراکز و شیوع معلولیت در هر منطقه و توزیع مناسب نیروی انسانی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، براساس داده‌های سامانه‌های اطلاعاتی متمرکز مؤثرتر خواهد بود. در کل می‌توان گفت، برنامه‌های آموزش کارشناسان توان‌بخشی در ایران، در بسیاری از موارد، شبیه به برنامه‌های آموزشی در سایر کشورهای جهان است. مطالعات نشان می‌دهد که نظام آموزش توان‌بخشی در ایران نقص دارد که علل آن نقص در آموزش همگانی و نقص در نظام آموزش دانشگاهی برشمرده شده است (۲۱). در ایران و هند دسترسی به داده‌های ملی جامع به‌طور کامل وجود ندارد؛ ولی در آمریکا، آلمان، چین، آفریقای جنوبی و ترکیه این بستر برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری فراهم است (۲۲). بررسی شواهد در ایران نشان داد، کشور ما در مراحل ابتدایی شکل‌گیری برنامه‌های بانک اطلاعاتی معلولان است و درحال‌حاضر مراکز توان‌بخشی و بیمارستان‌ها فاقد سیستم اطلاعات توان‌بخشی معلولان هستند؛ اما در کشورهای آلمان، آمریکا، چین و انگلیس، بانک‌های اطلاعاتی دقیقی از اقدامات و پایش آن‌ها تعریف شده است. همچنین یافته‌های پژوهشی مشخص کرد، در نظام ملی مدیریت داده‌های کشورهای انگلیس، آلمان، آمریکا و چین، تعداد زیادی داده موجود است که در ایران وجود ندارد. گزارش‌های منتشرشده در ایران در زمینه معلولان با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد که حاکی از آن بود که اقدامات بسیار محدودی برای کنترل کیفیت داده‌های نظام ایران صورت گرفته است؛ درحالی‌که سایر کشورهای بررسی‌شده، در این زمینه اقداماتی انجام داده‌اند (۲۳).

در بحث تأمین مالی، یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که کشورهای مطالعه‌شده با تخصیص منابع مالی اختصاصی، ارائه خدمات پایه به معلولان را فراهم کرده‌اند؛ ولی تنها تعداد اندکی از کشورها توانسته‌اند از کارایی کامل برخوردار شوند. باید یادآور شد که تأمین مالی یکی از موانع درخورتوجه دسترسی به خدمات توانمندسازی در بین کشورهای دنیا است. این موضوع ممکن است باعث شود معلولان بیشتر هزینه‌ها را از جیب خود بپردازند و در نتیجه با مشکلات مالی مضاعفی روبه‌رو شوند. پژوهش‌ها نشان داد، سهم خانواده‌ها از مخارج سلامت در ایران درمقایسه با سایر کشورهای با درآمد متوسط و زیاد، بیشتر است؛ به‌طوری‌که خانواده‌ها ۴۸ درصد از کل هزینه‌های سلامت را از جیب خود پرداخت می‌کنند (۲۴). همچنین عیدی و همکاران در پژوهش خود تأمین مالی توان‌بخشی در ایران را نامتوازن دانستند و دلیل آن را

کمبود اعتبارات برای جبران هزینه، ضعف نظام بیمه‌ای و نگاه بازاری درمانگران به توان بخشی برشمردند (۱۹). نصرت‌نژاد و همکاران در پژوهشی دریافتند، تأمین منابع مالی خدمات سلامت در تمامی کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد زیاد، از دغدغه‌های بسیار مهم عمده دولت‌ها به‌شمار می‌آید و بدیهی است دولت‌ها نمی‌توانند همه یا بخش بزرگی از هزینه‌های درمانی و توان بخشی را از بودجه عمومی دولت تأمین کنند (۲۳). در پژوهش سعادت و همکاران مشخص شد، کشورهای انگلیس و آلمان در مقایسه با سایر کشورها به ترتیب دارای میزان بیشتر شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی هستند (۲۴). سیستم‌های بیمه اجتماعی در آلمان و نظام ملی سلامت در انگلیس عملکرد مناسبی در محافظت مالی افراد نشان دادند؛ از این رو می‌توان گفت، برقراری سیستم بیمه اجتماعی، نقش بسزایی در محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت دارد (۶). انتخاب مدل بیمه‌ای در کشورها باید براساس منابع و زیرساخت‌های موجود هر کشور صورت پذیرد تا بتواند به درستی نقش خود را ایفا کند.

بیشتر کشورهای با درآمد کم و در حال توسعه نظیر ایران و هندوستان و آفریقای جنوبی، باتوجه به کمبود پایه مالیاتی قوی، متکی به بودجه عمومی و گاهی بیمه‌های خصوصی کوچک بودند (۲۵). در مقابل کشورهای با درآمد زیاد به‌طور کلی برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامت، بر مالیات (برای مثال انگلیس)، بیمه درمانی اجباری (آلمان) یا بیمه‌های داوطلبانه خصوصی (آمریکا) تکیه کردند (۲۶). در چین و آفریقای جنوبی علاوه بر پرداخت یارانه از محل بودجه عمومی به‌ویژه به معلولان فقیر، بیمه‌های دولتی و پرداخت از جیب منابع تأمین هزینه‌ها بود (۲۷). کشور ایران دارای پوشش کامل بیمه همگانی نبود و بیمه‌های خصوصی تنها بخشی از جمعیت را تحت پوشش داشت؛ در حالی که کشور آلمان ترکیبی از بیمه‌های اجتماعی و خصوصی را دارا بود و ترکیه و انگلیس خدمات سلامت ملی داشتند (۶). نوع نظام بیمه کشور ایران، برای معلولان شاغل در نظام بیمه اجتماعی بود که از این نظر همسو با بسیاری از کشورهای جهان است. سایر افراد معلول توسط سازمان بهزیستی تحت پوشش بیمه سلامت قرار داشتند (۶). این بیمه شامل مزایایی نظیر بهره‌مندی از خدمات توان بخشی نبود؛ اما ارائه خدمات موجود بهزیستی به آنان به‌صورت رایگان بود (۶).

برای مقایسه عوامل هماهنگی خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت، براساس مطالعات موجود، از متغیرهای ارائه خدمات جامع، ایجاد کمیته برنامه‌ریزی، رویکردهای مبتنی بر تیم، به‌کارگیری مدل برای ارائه خدمات و هماهنگی بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه خدمات توان بخشی استفاده شد. در تمامی کشورهای مطالعه‌شده تبادل اطلاعات وجود داشت و هماهنگی مؤثری بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه خدمات مشاهده شد. انجام هماهنگی برای ارزیابی و نظارت خدمات در کشورهای ایران، آلمان، آمریکا، انگلیس و هندوستان به‌صورت مستمر بود و در آفریقای جنوبی و ترکیه و چین در این باره اطلاعاتی به‌دست نیامد.

راه‌اندازی تیم‌های چندرشته‌ای یکی از راهبردهای مهم در الگوهای مراقبت است. الگوی یکسانی برای این تیم‌ها وجود ندارد؛ اما آن‌ها عموماً متشکل از دامنه‌ای از مهارت‌ها و حرفه‌ها از جمله کارکنان

بهداشتی درمانی، پرستاران، پزشکان خانواده، داروسازان، متخصصان تغذیه، مددکاران اجتماعی، کارشناسان طب سنتی و کارکنان اداری مدیریتی به‌منظور پاسخ به نیازهای کامل افراد تحت پوشش خود هستند (۲۸). کیانی و همکاران در مطالعه مروری جامعی بیان کردند، تقویت مراقبت‌ها نیازمند هماهنگی و همکاری بین بخشی، همت و عزم راسخ طیف وسیعی از سازمان‌های بهداشتی و سازمان‌های غیرمرتبط با سلامت، حمایت دولت، تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده، تقویت تیم سلامت، خودمراقبتی و مشارکت مردم، رویکرد بهداشت محور و پیشگیری در سیاست‌های کلان و هدایت و تخصیص منابع بیشتر به بخش بهداشت است؛ همچنین عنوان کردند، به‌طور کلی برای بهبود و تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید به دو عامل تسهیل‌کننده کارکرد و عملکرد تیم مراقبت بهداشتی که بیشتر نقش پشتیبانی دارد و راه‌های بهبود یا تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه که به نیروهای صفی و اجرایی تیم مراقبت بهداشتی مربوط می‌شود، توجه کرد (۲۹). کلانتری و همکاران در پژوهش مروری نظام‌مند خود با هدف بررسی مدل‌های ارائه خدمات سلامت برای افراد سالمند، با ارزیابی حدود بیست مدل از مطالعات مختلف دریافتند، اکثر مدل‌های بررسی‌شده مدل‌های محلی هستند. مدل‌های کوچک‌تر برای اجرایی شدن در سطح ملی نیاز به بررسی و ارزیابی توسط سیاست‌گذاران و کارشناسان دارند. باتوجه به ناکارآمدی سیستم‌های فعلی در ارائه خدمات به سالمندان، این محققان توصیه کردند کشورها از مدل یکپارچه ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای سالمندان استفاده کنند (۲۷). در حیطه هماهنگی یکی دیگر از گزاره‌های مدنظر صاحب‌نظران، هماهنگی بین شرکت‌های بیمه و واحدهای ارائه‌دهنده خدمات به افراد دارای معلولیت بود؛ به‌طور کلی شواهد متعددی در تأیید اهمیت این موضوع وجود دارد که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم با ارائه خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در ارتباط است. بدون شک بیمه‌ها نقش و ظرفیت بسزایی در تأمین، پوشش و حتی توسعه خدمات و خدمات توانمندسازی معلولان دارند. فقدان بیمه سلامت، استفاده از خدمات پیشگیرانه را کاهش می‌دهد و با پیامدهای بهداشتی ضعیف همراه است. افرادی که بیمه سلامت ندارند، ممکن است در صورت بیماری درخواست مراقبت را به‌تعویق بیندازند و به‌احتمال زیاد به‌دلیل بیماری‌های پیچیده‌تر و بیماری‌های مزمن مانند دیابت یا فشارخون بالا در بیمارستان بستری شوند. بیمه‌های عمر و سرمایه‌گذاری، بیمه‌های درمان تکمیلی، بیمه‌های مراقبت‌های بلندمدت، بیمه‌های مراقبت در منزل و بیمه‌های خدمات توان بخشی از جمله بیمه‌های شناخته‌شده‌ای هستند که به‌اشکال گوناگون در قالب بیمه‌های پایه، تکمیلی یا خصوصی و به‌صورت‌های مستقیم یا غیرمستقیم مزایایی را برای سالمندان در سراسر جهان فراهم کرده‌اند (۳۰).

از نظر عامل کنترل، پژوهش حاضر نشان داد که نهادهای مرتبط به ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه خدمات توانمندسازی توجه و نظارت بیشتری داشته‌اند. ارزیابی عملکرد کارکنان ارائه‌دهنده خدمات توانمندسازی گزاره‌ای است که به‌راحتی می‌توان مفهوم پایش و کنترل را از آن درک کرد. این گویه به‌عنوان یکی از اصول کنترل در الگوی مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت مدنظر قرار گرفته

است و کیفیت خدمات توانمندسازی را مشخص می‌کند که تا چه حد انجام خدمات توانمندسازی احتمال پیامد مطلوب را در پی دارد. آقاخانی و همکاران در پژوهش توصیفی تحلیلی خود با بررسی عملکرد پرستاران در انجام مراقبت ایمن از بیماران سالمند بستری در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی در ارومیه، به ارزیابی و پایش عملکرد کادر درمان از جمله پرستاران پرداختند. نویسندگان براساس نتایج مطالعه خود بیان کردند، باتوجه به استانداردهای ایمنی بیمار و هدف اصلی نظام سلامت در جهت ارائه خدمات باکیفیت، نیاز به برنامه‌های آموزشی در راستای ارتقای امر مراقبت ایمن وجود دارد. همچنین پیشنهاد شد در شیفت‌های کاری از پرستاران با سابقه کار بیشتر در کنار پرستاران تازه‌کار استفاده شود (۳۱). تجزیه و تحلیل رضایتمندی خدمات توانمندسازی برای ارزیابی دسترسی و عملکرد خدمات ضروری است. هی و همکاران در پژوهشی با عنوان «بررسی رضایت در میان افراد دارای معلولیت در مناطق مختلف: یک مطالعه تجربی از روستاهای غرب چین» دریافتند که رضایت افراد از خدمات توان بخشی در روستاها کمتر از مناطق توسعه یافته و شهری است؛ همچنین نویسندگان عنوان کردند، ارائه دهنده‌گان خدمات در مناطق محروم باید به ویژگی‌های جمعیت شناختی و وضعیت سلامت بیماران توجه بیشتری داشته باشند تا تقاضای واقعی افراد را برآورده کنند؛ به علاوه برای بهبود کیفیت خدمات به روش‌های کارآمد مدیریتی و فناوری مدرن و آموزش کارکنان نیاز است (۳۲).

به طور کلی نظارت مؤثر به عنوان بخشی از برنامه مدیریت خدمات توانمندسازی توصیه می‌شود. نظارت بر خدمات توانمندسازی مداخله‌ای پیچیده است که به روش‌های مختلف اجرا می‌شود. با وجود پیچیدگی‌های ذاتی و محدودیت‌های فراوان نظارت، شواهد گسترده‌ای مبنی بر مزیت و فایده آن بر عملکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجود دارد. نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه که عمدتاً با باز دیدهای مکرر و برنامه‌ریزی شده صورت می‌گیرد، با هدف تضمین عملکرد خوب کارکنان و مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اطمینان از تداوم ارائه مراقبت‌ها مطابق با استانداردهای مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام می‌شود (۳۳). در پژوهشی رنگلی و همکاران با بررسی نقش نظارت در بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در تانزانیا، گزارش دادند که نظارت بر ارائه خدمات نه تنها برای ارزیابی کیفیت خدمات، بلکه برای حفظ و بهبود استانداردهای کیفیت خدمات نیز کاربرد دارد (۳۴). بسته به نوع نظام سلامت کشورها، معیارهای فرهنگی و اجتماعی و نقش سازمان‌های مختلف در اداره سیاسی کشور، مسئولیت نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به طور کلی به افراد (کشورهای کمتر توسعه یافته) و تیم‌ها (کشورهای در حال توسعه) و سازمان‌های مختلفی (کشورهای توسعه یافته) واگذار می‌شود. نقش نظارتی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران بر عهده معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها است. از دیگر شکل‌های نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سایر کشورها می‌توان به نقش شهرداری‌ها، بیمه‌ها، ادارات رفاه و سالمندی، تیم‌های تخصصی و

انجمن‌های تخصصی بهداشتی اشاره کرد. مهم این است که نظارت‌ها هدف‌دار و بی‌طرفانه، توسط افراد و سازمان‌های بدون نفع و با داشتن مهارت‌ها و تخصص‌های کافی صورت گیرد. با برطرف کردن مشکلات سیستمی از قبیل مدیریت زنجیره تأمین، مدیریت منابع مالی، اطمینان از دسترسی به مراقبت‌ها، مدیریت کارکنان و نیروی انسانی می‌توان از کارکردهای نظارتی حمایت بیشتری انجام داد (۳۵، ۳۶).

دیگر گزاره انتخابی در حیطه کنترل در مطالعه حاضر، تعیین دسترسی براساس منطقه جغرافیایی بود. علاوه بر مقرون به صرفه بودن و در دسترس بودن خدمات بهداشتی، دسترسی جغرافیایی یکی از ابعاد مهم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رود. دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی نقش اساسی در ارتقای برابری سلامت و کیفیت زندگی دارد. نبود تعادل در توزیع جغرافیایی مراکز بهداشتی و درمانی می‌تواند منجر به ناکارآمدی در ارائه خدمات و نابرابری دسترسی شود و یکی از علل نابرابری سلامت باشد (۳۷). سازمان جهانی بهداشت فاصله تا ۵ کیلومتر را از نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی ایده‌آل می‌داند و آن را به عنوان معیار در ارزیابی‌های دسترسی به مراقبت‌ها به کار می‌برد. دانستن اینکه مکان‌ها کجا هستند و چه میزان از جمعیت تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان موجود قرار دارند، اطلاعات مهمی است که می‌توان از سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی^۱ استخراج کرد و در برنامه‌ریزی مؤثر مراقبت‌های بهداشتی استفاده کرد (۳۸). الماسی و همکاران در بررسی دسترسی جغرافیایی سالمندان به مراکز ارائه مراقبت بهداشتی در طی بیست سال گذشته، این گونه گزارش دادند که به نظر می‌رسد دسترسی جغرافیایی با سطح توسعه یافتگی کشورها، بهره‌مندی از الگوی شبکه‌های بهداشتی و وضعیت حمل و نقل عمومی و جاده‌های آن‌ها در ارتباط است. افراد دارای معلولیت با توجه به ناتوانی‌ها و ضعف‌های جسمی، وضعیت اقتصادی ضعیف و نیز داشتن محدودیت سواد مبتنی بر وب در مقایسه با سایر افراد بیشتر در معرض کاهش دسترسی به خدمات توانمندسازی هستند و این موضوع می‌تواند به وضعیت سلامتی کمتر آن‌ها منجر شود (۳۷). متأسفانه از نظر وضعیت دسترسی جغرافیایی افراد سالمند به مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها حتی در برخی موارد در کشورهای توسعه یافته نیز نابرابری‌هایی در دسترسی جغرافیایی این قشر آسیب‌پذیر مشاهده می‌شود (۳۹).

گزاره نهایی از حیطه کنترل سهمیه‌بندی و جیره‌بندی خدمات بود. افزایش هزینه‌های نظام سلامت و محدود بودن منابع برای تقاضاهای رو به افزایش، جیره‌بندی و سهمیه‌بندی مراقبت‌های سلامت را اجتناب‌ناپذیر می‌کند و جیره‌بندی به عنوان راهکاری برای کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی در استفاده از منابع محدود نظام‌های سلامت در نظر گرفته می‌شود (۴۰). طرفداران سهمیه‌بندی مراقبت‌های سالمندی، دلایل اقتصادی و فلسفی را برای دیدگاه‌های خود بیان کرده‌اند. استدلال اقتصادی آن‌ها اساساً این است که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برای افراد مسن به دلیل پیری جمعیت، در چند دهه آینده به بار اقتصادی ناپایداری تبدیل می‌شود و در نتیجه مشکلات جدی برای اقتصاد به وجود می‌آورد و هزینه‌کرد‌های بهداشتی و درمانی دولت‌ها را

^۱ Geographic Information Systems (GIS)

بسیار دشوار می‌کند (۴۱). سهمیه‌بندی و جیره‌بندی مراقبت‌های بهداشتی در چهار سطح اعمال می‌شود: سیاست‌گذاران مراقبت‌های بهداشتی؛ مدیران مراقبت‌های بهداشتی؛ ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی؛ بیماران. همچنین سهمیه‌بندی مراقبت‌های بهداشتی را می‌توان از طریق بودجه ثابت، بسته مزایا، سازوکارهای پرداخت، صف‌بندی، پرداخت‌های مشترک و فرانشیزها انجام داد (۴۲).

زمینه‌سازی برای اشتغال معلولان به عنوان فرایندی تدریجی و مستمر علاوه بر جنبه‌های فنی و تخصصی آن، به ایجاد بسترهای مناسب نیاز دارد. یکی از این بسترها، فرهنگ جامعه است. اگر رفتار و فرهنگ جامعه جنبه منفی داشته باشد، نتیجه مثبت زمینه‌سازی برای اشتغال معلولان، فوق‌العاده کم خواهد بود. درک نکردن معلولان در جامعه و ناتوانی مردم در برقراری رابطه با آنان مانع اجتماعی مهمی برای اشتغال معلولان به شمار می‌رود که از علل مهم‌تر آن می‌توان به وجودنداشتن اطلاعات صحیح و کافی در زمینه توانایی‌های معلولان در جامعه اشاره کرد. با وارد شدن فناوری‌های جدید در عرصه صنعت و خدمات به تدریج و با سرعت فزاینده‌ای، اتوماسیون اداری و صنعتی در حال افزایش است؛ در نتیجه از تأثیر مستقیم نیروی انسانی ماهر و توانا بر تولید و خدمات کاسته شده و زمینه برای ورود نیروی انسانی آسیب‌دیده و معلول در عرصه اقتصاد، هموارتر شده است. می‌توان با استفاده از فناوری‌های جدید و با تبدیل علائم تصویری به علائم صوتی زمینه حضور معلولان را در هر مکانی از صنعت و خدمات فراهم کرد. با تصویب قوانین لازم و کافی، راه برای اشتغال معلولان هموارتر می‌شود؛ زیرا با اجرای این قوانین سازمان‌ها و ادارات موجود در جامعه مجبور به تجدیدنظر در اصول و معیارهای استخدامی خود شده و نیز وادار به تعریف شغل‌های مناسب و طراحی شغلی، برای معلولان خواهند شد. در مطالعه مک‌دانل با بررسی سنجش مقیاس نگرش کارفرما به کارکنان نابینا، هدف معرفی برخی از مهارت‌هایی بود که دولت باید برای افزایش احتمال اشتغال معلولان به آن‌ها بیاموزد؛ از جمله این مهارت‌ها می‌توان به مهارت‌های آموزش و توسعه، مهارت‌های شبکه‌سازی و ارتباطات، مهارت ارزیابی و برنامه‌ریزی، مهارت جمع‌آوری و تحلیل داده، دانش و اطلاعات ضروری و مهارت‌های مذاکره و گفت‌وگو اشاره کرد (۴۳). در پژوهشی دیگر، میرزامحمدی و همکاران به بررسی توانمندسازی جوانان معلول با ارزش‌های کارآفرینی پرداختند. این پژوهش تأثیر برنامه ویژه کارآفرینی اجتماعی جوانان را بر توانمندسازی جوانان دارای معلولیت با ارزش‌های کارآفرینی به این امید که برای اشتغال یا حتی راه‌اندازی کسب‌وکار خود مجهزتر باشند، مطالعه کرد. یافته‌ها نشان داد، این برنامه توانسته است شایستگی کارآفرینی شناسایی شده را افزایش دهد و تفاوت آماری به لحاظ شایستگی‌های کارآفرینی بین جنسیت و تخصص و انواع معلولیت وجود ندارد (۴۴). نورست و ژرموندسون به ارزیابی انگیزه‌های کارآفرینی و ایجاد کسب‌وکار شخصی در بین افراد دارای معلولیت پرداختند. این مطالعه با هدف بررسی برای خوداشتغالی و کارآفرینی در میان افراد دارای معلولیت به روش مرور سیستماتیک در کشور سوئد انجام شد. یافته‌های پژوهش مشخص کرد، افراد دارای معلولیت اغلب به سختی، کار با حقوق مناسب پیدا می‌کنند و برای اینکه دولت‌ها بتوانند حمایت

مناسبی ارائه دهند، نفع‌برندگان مختلف مانند سیاست‌مداران و متخصصان، باید برنامه‌ریزی مناسبی برای کسب‌وکار افراد دارای معلولیت داشته باشند (۱۶). للحج در پژوهشی به بررسی نقش توان‌بخشی و کارآفرینی مبتنی بر جامعه در اشتغال معلولان پرداخت. نتایج نشان داد، طراحی مرکزی با رویکرد کارآفرینی نیاز مبرم جامعه برای نیل به اهداف اشتغال است؛ همچنین توجه به جنسیت در معلولان و شناخت عوامل روان‌شناختی از مسائل مهم در این زمینه به شمار می‌رود؛ زیرا جنسیت باعث بسیاری از تبعیضات و نابرابری‌ها است؛ از این رو برای داشتن جامعه متعادل و پایدار، توجه به این زمینه ضرورت دارد (۴۵).

در پایان ضروری است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان این حوزه با دید وسیع‌تری برای اصلاح ساختار قوانین و فرایندها در راستای مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در ایران اقدام کنند؛ همچنین نتایج این پژوهش در تدوین خط‌مشی‌ها و دستورعمل‌های اجرایی استفاده شود. باتوجه به اینکه در این زمینه پژوهش‌های کافی در ایران انجام نشده است، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مسیر را برای مطالعات آینده هموار سازد.

به دلیل فقدان اطلاعات پژوهشی کافی در زمینه توانمندسازی افراد دارای معلولیت در سایر کشورها، امکان مقایسه نتایج این پژوهش با کارهای مشابه میسر نبود تا ضعف‌های پژوهش حاضر مشخص شود؛ این یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر بود. در نهایت پیشنهاد می‌شود، درخصوص محدودیت‌ها و مشکلات خدمات توانمندسازی پژوهش مشابهی انجام گیرد. ذکر این نکته مهم ضروری است که آنچه در پژوهش حاضر به آن پرداخته شد، شامل همه جنبه‌های مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت نبود؛ زیرا ابعاد این مسئله بسیار گسترده است و مطالعه حاضر خود را در چارچوب اهداف تعریف‌شده مقید دانست.

۵ نتیجه‌گیری

در بررسی تطبیقی مدیریت خدمات توانمندسازی افراد دارای معلولیت در ایران با سایر کشورها نتایج زیر مشاهده شد. در اغلب کشورهای مطالعه‌شده، توانمندسازی معلولان با بهداشت و درمان دارای پیوستگی است؛ ولی این نظام در ایران یکپارچگی لازم را ندارد و سازمان‌های متعدد دولتی و بخش‌های غیردولتی بدون هماهنگی با یکدیگر به ارائه خدمات می‌پردازند. در زمینه تولید منابع، باوجود اینکه در ایران تربیت نیروی انسانی مشابه سایر کشورها از طریق نظام دانشگاهی صورت می‌گیرد، بین نیاز واقعی معلولان و تعداد کارشناسان توان‌بخشی تربیت‌شده تناسب دیده نمی‌شود. همچنین در ایران دسترسی به داده‌های ملی جامع به‌طور کامل وجود ندارد. در زمینه تأمین منابع مالی، منابع در ایران همچون اکثر کشورها از محل بودجه عمومی و مالیات تأمین می‌شود؛ ولی رویکرد غالب در اغلب کشورها نظام بیمه‌ای است که می‌تواند موجب ایجاد رقابت بین صندوق‌های متعدد و ارتقای کیفی خدمات و نیز کاهش پرداخت از جیب شود. در ایران نظام بیمه‌ای قادر به تأمین هزینه‌ها نیست و اکثر خدمات توان‌بخشی خارج از پوشش بیمه است و بخش اعظمی از هزینه‌های آن توسط معلولان پرداخت می‌شود. افراد دارای معلولیت در ایران اغلب به سختی، کار با حقوق

زمان خروج از پژوهش و هرگونه حقوق مربوط به شرکت‌کنندگان، رعایت شد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتر زهرا ابراهیم در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات است.

مشارکت نویسندگان

طرح‌ریزی و جمع‌آوری داده‌ها توسط لیلا ریاحی و زهرا ابراهیم و کامران حاجی‌نبی انجام شد. روش‌شناسی برعهده زهرا ابراهیم و لیلا نظری‌منش بود. همه نویسندگان در تحقیق، نوشتن نسخه اصلی مقاله، بررسی، ویرایش و تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشتند.

مناسب پیدا می‌کنند و برای اینکه دولت بتواند حمایت مناسبی ارائه دهد، نفع‌برندگان مختلف مانند سیاست‌مداران و متخصصان، باید برنامه‌ریزی مناسبی برای کسب و کار افراد دارای معلولیت داشته باشند. در ایران بیشتر اقدامات حمایتی دولت به‌منظور گسترش عدالت اجتماعی برای حمایت از اقشار محروم و آسیب‌پذیر جامعه به‌ویژه زنان سرپرست خانوار از طریق سازمان‌های کمیته امداد امام‌خمينی (ره) و بهزیستی صورت می‌پذیرد و دولت و متولیان امر همواره درصدد برآمده‌اند با تدوین مجموعه‌ای از سیاست‌های اقتصادی و بهره‌گیری از سازوکارهای اقتصادی، این اهداف و آرمان‌ها را به‌فعليت درآورند؛ اما میزان اثربخشی عملکرد این سازمان‌ها کمتر نقد و ارزیابی شده است.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش همه اصول اخلاقی شامل آگاهی کامل شرکت‌کنندگان از روند اجرای پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها، مختاربودن در

References

1. Karbalai Herfteh FS, Masoudi Nia A, Piri A. Barrasi mizan omidvari be zendegi va vaziyat ravanshenakhti dar beyn maloulinbehzisti shahre Zahedan [Investigating the level of hope for life and psychological status among disabled people in Zahedan city]. In: The 7th National Conference of Modern Studies and Researches in the Field of Humanities, Management and Entrepreneurship in Iran [Internet]. Tehran; 2019. [Persian] <https://civilica.com/doc/1028099/>
2. Rostamian A, Rahmani Firouzjah A, Abbasi Asfajir AA. Sociological study of sexual harassment of disabled women in Mazandaran Province. Strategic Research on Social Problems in Iran. 2022;10(4):69–90. [Persian] https://ssoss.ui.ac.ir/article_26331.html?lang=en
3. Latifian M, Baniasad A, Kamali M. Investigating the social dimensions of disability, a systematic review. Journal of Social Work Research. 2021;7(26):53–101. [Persian] https://rjsw.atu.ac.ir/article_13577.html?lang=en
4. Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. Pediatrics. 2007;120(Supplement_1):S1–55. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0043B>
5. Sajjadi H, Abdollahabbar Darzi H, Sam Aram E, TajMazinani A. Health system developments in the framework of development programs in Iran. Refahj. 2019;18(70):31–76. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/refahj.18.70.31>
6. Iravani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi Seyed SJ. A comparative study of the rehabilitation services systems for people with disabilities. Archives of Rehabilitation. 2021;21(4):544–63. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/RJ.21.4.3225.1>
7. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. First edition. Oxford University Press New York; 2008. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195371505.001.0001>
8. Kamali M. An overview of the situation of the disabled in Iran. In: Moore A, Kornblet S; editors. Advancing the rights of persons with disabilities: A US–Iran dialogue on law, policy, and advocacy. Stimson Center; 2011.
9. Karbalaee Esmail HR, Menouei M, Haghighat Monfared J. Proposing a Model for the Employment of Persons with Disabilities in Public Organizations of Iran. Social Welfare Quarterly. 2021;20(79):367–407. [Persian] <https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3499-en.html>
10. Faraji MA. Barrasi tatbighi hoghough maloulin dar hozeye eshteghal [A comparative study of the rights of the disabled in the field of employment]. Jangal, Javdane Pub; 2010. [Persian]
11. Ebrahim Z, Nasiripour AA. Challenges of providing services to individuals with disabilities: a qualitative study. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:152. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-2153-en.pdf>
12. Adick C. Bereday and Hilker: origins of the 'four steps of comparison' model. Comparative Education. 2018;54(1):35–48. <https://doi.org/10.1080/03050068.2017.1396088>

13. Lee JE, Kim HR, Shin HI. Accessibility of medical services for persons with disabilities: comparison with the general population in Korea. *Disability and Rehabilitation*. 2014;36(20):1728–34. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.867368>
14. Grisé E, Boisjoly G, Maguire M, El-Geneidy A. Elevating access: comparing accessibility to jobs by public transport for individuals with and without a physical disability. *Transp Res Part A Policy Pract*. 2019;125:280–93. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2018.02.017>
15. Löve L, Traustadóttir R, Rice JG. Achieving disability equality: empowering disabled people to take the lead. *Social Inclusion*. 2018;6(1):1–8. <https://doi.org/10.17645/si.v6i1.1180>
16. Norstedt M, Germundsson P. Motives for entrepreneurship and establishing one's own business among people with disabilities: findings from a scoping review. *Disability & Society*. 2023;38(2):247–66. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1919504>
17. Dehghan Farouji F, Dehghan A. Disabled people and their vulnerability and challenges in disaster situation-case study: study of disability in Tehran city with emphasize on womans. *Disaster Prevention and Managment Knowledge*. 2021;11(1):9–23. [Persian] <http://dpmk.ir/article-1-379-en.html>
18. Lewis J. Project planning, scheduling and control. New York: McGraw-Hill Education; 2010.
19. Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Khalajabadi Farahani F. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: a qualitative study. *Electron Physician*. 2015;7(7):1476–85. <http://dx.doi.org/10.19082/1476>
20. Mistretta MJ. Differential effects of economic factors on specialist and family physician distribution in illinois: a county-level analysis. *J Rural Health*. 2007;23(3):215–21. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2007.00093.x>
21. Vahdat D. Investigation of electronic health challenges in Iran and propose a framework for the establishment of e-health systems in the country. [Master's thesis]. [Tehran]: Tarbiat Modares University; 2006. [Persian].
22. Karimi I, Nasiripour AA, Maleki MR, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. *Journal of Health Administration*. 2006;8(22):15–24. [Persian] <http://jha.iums.ac.ir/article-1-349-en.html>
23. Nosratnejad S, Rashidian A, Mehrara M, Akbari Sari A, Mahdavi G, Moeini M. Willingness to pay for the social health insurance in Iran. *Glob J Health Sci*. 2014;6(5):154. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p154>
24. Saadati M, Rezapour R, Derakhshani N, Naghshi M. Comparative study of fair financing in the health insurance. *Journal of Healthcare Managment*. 2017;7(4):65–73. [Persian] https://jhm.srbiau.ac.ir/article_10414.html?lang=en
25. Spaan E, Mathijssen J, Tromp N, McBain F, Ten Have A, Baltussen R. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. *Bull World Health Org*. 2012;90(9):685–92. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.102301>
26. Khojamli M, Dabaghi F, Mahmoodi Gh. Experiences of caregivers integrated care for the elderly: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(1):10–27. [Persian] <http://ijnr.ir/article-1-2458-en.html>
27. Kalantari AR, Mehroolhassani MH, Shati M, Dehnavieh R. Health service delivery models for elderly people: a systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2021;35(1):143–56. <http://dx.doi.org/10.47176/mjiri.35.21>
28. Mehroolhassani MH, Jafari Sirizi M, Poorhoseini SS, Yazdi Feyzabadi V. The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman province, Iran: a qualitative study. *Journal of Health & Development*. 2012;1(3):193–206. [Persian] https://jhad.kmu.ac.ir/article_91380.html
29. Kiani MM, Khanjankhani K, Shirvani M, Ahmadi B. Strengthening the primary health care system in Iran: A comprehensive review study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2020;18(2):121–38. [Persian] <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5883-en.html>
30. Mehroolhassani MH, Jafari Sirizi M, Poorhoseini SS, Yazdi Feyzabadi V. The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman province, Iran: A qualitative study. *Health and Development Journal*. 2012;1(3):193–206. [Persian]
31. Aghakhani N, Alizadeh F, Baghaei R, Alinezhad V. Study of nurses' practice about elderly patients safety care hospitalized in medical wards of treatment & educational centers in Urmia, Iran in 2016. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2019;17(1):71–81. [Persian] <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3051-en.html>
32. He X, Li L, Bian Y. Satisfaction survey among primary health care outpatients in the backward region: an empirical study from rural Western China. *Patient Preference and Adherence*. 2018;12:1989–96. <https://doi.org/10.2147/PPA.S172021>
33. Bosch-Capblanch X, Garner P. Primary health care supervision in developing countries: Supervision of health services in developing countries. *Trop Med Int Health*. 2008;13(3):369–83. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02012.x>
34. Renggli S, Mayumana I, Mboya D, Charles C, Mshana C, Kessy F, et al. Towards improved health service quality in Tanzania: contribution of a supportive supervision approach to increased quality of primary healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):848. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4648-2>

35. Uduma O, Galligan M, Mollel H, Masanja H, Bradley S, McAuliffe E. The impact of a human resource management intervention on the capacity of supervisors to support and supervise their staff at health facility level. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):57. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0225-0>
36. Panda B, Pati S, Nallala S, Chauhan AS, Anasuya A, Som M, et al. How supportive supervision influences immunization session site practices: a quasi-experimental study in Odisha, India. *Global Health Action*. 2015;8(1):25772. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.25772>
37. Almasi A, Saeidi S, Zangeneh A, Khezeli M, Salimi Y, Soofi M, et al. Geographical access of elderly to health care centers during a 20 years period (1996-2016): a case study of Kermanshah, Iran. *J Gen Intern Med*. 2021;36:3249–51. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06289-w>
38. Kotavaara O, Nivala A, Lankila T, Huotari T, Delmelle E, Antikainen H. Geographical accessibility to primary health care in Finland – Grid-based multimodal assessment. *Applied Geography*. 2021;136:102583. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2021.102583>
39. Satokangas M, Arffman M, Agerholm J, Hougaard C, Andersen I, Burström B, et al. Geographic and socioeconomic equity in PHC performance among the elderly in three Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2021;31(3):ckab164–580. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.580>
40. Rahmani K, Rezayatmand R, Sadeghpour N, Nikaeen M, Arabi S, Molavi Taleghani Y. Policymaking for Rationing in the healthcare system: a review to provide suggestions for Iran. *Manage Strat Health Syst*. 2018;3(3):249–62. [Persian] <http://mshsj.ssu.ac.ir/article-1-213-en.html>
41. Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari-Sirizi M. Rationing in health systems: a critical review. *Med J Islam Republic Iran*. 2017;31(1):271–7. [Persian] <http://dx.doi.org/10.14196/mjiri.31.47>
42. Howe EG, Lettieri CJ. Health care rationing in the aged: ethical and clinical perspectives. *Drugs & Aging*. 1999;15(1):37–47. <https://doi.org/10.2165/00002512-199915010-00004>
43. McDonnall MC. additional evidence for the validity of the employer attitudes toward blind employees scale. *Rehabil Couns Bull*. 2017;60(3):155–62. <https://doi.org/10.1177>
44. Mirzamohammadi M, Hamdi K, Navabakhsh M. Entrepreneurship development with the empowerment approach for Disability and Veterans; Provide a model based on foundation data theory. *Iranian Journal of Political Sociology*. 2022;4(4):759-73 .[Persian] doi: [10.30510/PSI.2022.245841.1241](https://doi.org/10.30510/PSI.2022.245841.1241)
45. Lelhaj R. Naghshe tavanbakhshi va karafarini mobtani bar jame'e dar eshteghale ma'lulan [The role of rehabilitation and community-based entrepreneurship in the employment of the disabled]. In: *International Conference on Man, Architecture, Civil Engineering and the City*, Tabriz; 2015. [Persian] <https://civilica.com/doc/410351/>