Volume 24, Issue 5 (September- October 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Barriers and facilitators of accessing rehabilitation services for individuals with spinal cord injuries: A qualitative study

Narges Ghafarzadeh Namazi[1], Ghazaleh Mandani[1*], Seyed Ali Hosseini[2]

1. Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Occupational Therapy, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Received: 7 August 2024
Accepted for publication: 14 September 2025
[EPub a head of print- 28 October 2025]
Payesh: 2025; 24(5): 659- 672

Abstract

Objective(s): Health is a fundamental human right; however, individuals with spinal cord injuries generally experience poorer health compared to the wider population. The goal of this research was to explain barriers and facilitators of accessing rehabilitation services within the healthcare system for individuals with spinal cord injuries in Iran.

Methods: This study was conducted using a qualitative paradigm and conventional content analysis approach. The participants were 14 individuals with spinal cord injuries, their caregivers, and rehabilitation specialists selected through purposive sampling. Sampling was carried out until the point of data saturation being reached. Information was collected and analyzed through individual, in-depth, and semi-structured interviews. Data categorization was performed using MAXQDA 2020 software.

Results: Analyzing the participants' experiences resulted in the discovery of 701 codes. Barriers were classified into 4 main categories: “economic hardships”, “restrictive environment”, “disruption of social and cultural interactions” and “organizational heterogeneity”. Facilitating factors include 2 main categories of “supportive community”, and “reliance on individual abilities”.

Conclusion: According to the research findings, individuals with spinal cord injuries face many barriers in accessing rehabilitation services. Conversely, there are factors at the family, social, and individual levels that facilitate their access. Most participants considered economic hardships and the restrictive environment as the most important barriers to accessing rehabilitation services. All agreed that a supportive society and reliance on individual capabilities have facilitated access to these services. Therefore, it is recommended to carefully formulate and plan to reduce economic bottlenecks, carry out coordinated organizational interventions, and provide the necessary conditions to upgrade the urban environment according to the abilities of individuals with spinal cord injuries.

Keywords: Spinal cord injuries, Health services accessibility, Rehabilitation, Qualitative research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

* Corresponding author: Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
E-mail: ghazal.mandani@gmail.com

موانع و عوامل تسهیل کننده دسترسی افراد با آسیب نخاعی به خدمات توانبخشی: یک مطالعه کیفی

نرگس غفارزاده نمازی[۱]، غزاله ماندنی[۱] *، سید علی حسینی[۲]

۱. گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۲. گروه آموزش کاردرمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۲۹

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۶ آبان ۱۴۰۴]

نشریه پایش: ۶۷۲- ۶۵۹ :(۵)۲۴؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: پس از آسیب نخاعی، افراد باید قبل از بازگشت به شرایط اجتماعی و کاری خود، حداکثر سطح استقلال خود را کسب کنند. توانبخشی یکی از خدمات اساسی است که امکان مشارکت در جامعه را برای این افراد فراهم می‌کند. مطالعه در مورد دسترسی به خدمات توانبخشی برای افراد با آسیب نخاعی در ایران محدود است. از این رو، این پژوهش با هدف شناسایی موانع و عوامل تسهیل کننده دسترسی افراد با آسیب نخاعی به خدمات توانبخشی در ایران انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر با استفاده از پارادایم کیفی و رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۴ نفر از افراد با آسیب نخاعی، مراقبان و متخصصان توانبخشی بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده ها، ادامه یافت. داده ها با استفاده از مصاحبه-های فردی، عمیق و نیمه‌ساختاریافته جمع آوری و تحلیل شدند. طبقه بندی داده ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA 2020 انجام شد.

یافته‌ها: چهار مانع اصلی شناسایی شده در این مطالعه، تنگناهای اقتصادی، محیط محدود کننده، نابسامانی تعاملات اجتماعی و فرهنگی و ناهمگونی سازمانی بودند. این موانع بر دسترسی به خدمات توانبخشی تأثیر منفی می‌گذارند. دو تسهیل کننده اصلی شناسایی شده، جامعه حامی و اتکای به توانمندی‌های فردی بودند که به دسترسی به خدمات توانبخشی کمک نموده اند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، افراد با آسیب نخاعی جهت دسترسی به خدمات توانبخشی با موانع متعددی مواجه اند و از سوی دیگر عواملی در سطوح خانوادگی، اجتماعی و فردی وجود دارد که موجب تسهیل دسترسی آن ها می شود. اغلب مشارکت کنندگان، تنگناهای اقتصادی و محیط محدود کننده را مهم ترین موانع دسترسی به خدمات توانبخشی می دانستند. همه آن ها اتفاق نظر داشتند که جامعه حامی و اتکای به توانمندی های فردی، دسترسی به این خدمات را تسهیل نموده است. بنابراین، تدوین و برنامه ریزی دقیق جهت کاهش تنگناهای اقتصادی و انجام مداخلات سازمانی هماهنگ و مهیا نمودن شرایط لازم جهت ارتقای محیط شهری متناسب با توانایی افراد با آسیب نخاعی توصیه می شود.

کلید واژه‌ها: آسیب های نخاعی، دسترسی به خدمات سلامت، توانبخشی، پژوهش کیفی

کد اخلاق: IR.USWR.REC.1401.207

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه کاردرمانی

E-mail: ghazal.mandani@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

مقدمه

آسیب نخاعی یک اختلال در سیستم عصبی مرکزی است که می تواند منجر به از دست دادن دائمی عملکرد سیستم های حرکتی، حسی و خودمختار بدن شود [۱،۲]. این پیشامد آسیب‌زا با تأثیرات بسیار زیادی که بر سلامت جسمی و روانی فرد دارد، وی را با چالش های زیادی از جمله اختلال در کار [۳، ۴]، روابط اجتماعی [۵] و مشارکت اجتماعی [۶] مواجه می کند؛ از این رو، آسیب نخاعی تمامی ابعاد زندگی فرد، خانواده وی و جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد [۷]. افراد با آسیب نخاعی با تغییرات همیشگی و چشمگیری از قبیل درد مزمن، گرفتگی عضلات، ناتوانی در حرکت اندام‌ها و اختلال در کنترل مثانه و روده [۸, ۹] مواجه می‌شوند که همین عوارض می‌تواند هزینه های سنگینی را نیز به فرد و جامعه تحمیل نماید [۱۰, ۱۱]. به دلیل تغییرات پیچیده آسیب شناسی، درمان مؤثری برای بهبود قطعی آن وجود ندارد [۱۲]؛ از این رو، ارائه خدمات درمانی جهت جلوگیری از به وجود آمدن عوارض ثانویه و به حداکثر رساندن عملکرد بدنی، مشارکت، تعامل با محیط و درنتیجه استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی تا حد امکان [۱۳]، بسیار حائز اهمیت است که این هدف از طریق خدمات توانبخشی به‌عنوان مجموعه اقداماتی با هدف بهبود عملکرد فرد در تعامل با محیط میسر می گردد [۱۴]. علیرغم اهمیت و لزوم خدمات توانبخشی برای افراد با آسیب نخاعی [۱۵]، چالش های بسیاری در ارتباط با دسترسی ایشان به خدمات توانبخشی در ایران وجود دارد [۱۶, ۱۷]، از این رو، کسب اطلاعات جامع راجع به موانع و عوامل تسهیل کننده در دسترسی بهتر به خدمات توانبخشی یکی از ضروریات قابل توجه محسوب می شد. تسهیل این امر در گرو فهم تجارب افراد با آسیب نخاعی، مراقبان و متخصصان توانبخشی در این زمینه بود. اغلب مطالعات قبلی انجام شده درباره این موضوع در ایران به صورت کمی بوده و با هدف بررسی چالش های مالی در دسترسی به خدمات توانبخشی [۱۸]، بررسی دسترسی به خدمات توانبخشی در میان افراد کم توان [۱۷]، در دسترس بودن امکانات توانبخشی در سطح ملی [۱۹]، برآورد نابرابری اجتماعی و اقتصادی در استفاده از خدمات توانبخشی در بزرگسالان کم توان [۲۰] و بررسی عوامل تعیین کننده دسترسی به مراقبت های بهداشتی برای افراد کم توان [۲۱] انجام شده اند. طی مطالعات کیفی نیز به تبیین جایگاه توانبخشی طبق دیدگاه متخصصان با تمرکز به نقش توانبخشی در دوران سالمندی [۲۲]، تبیین عوامل تسهیل کننده دسترسی به خدمات توانبخشی برای افراد با آسیب نخاعی طی پاندمی کووید-۱۹ [۲۳]، بررسی موانع نظام سلامت در قبال خدمات توانبخشی [۲۴]، تبیین چالش های ارائه خدمات توانبخشی [۲۵] و تبیین درک موانع ارائه مراقبت های زودهنگام توانبخشی برای قربانیان آسیب های ترافیکی [۲۶] مورد مطالعه قرار گرفته اند که در این مطالعات به عوامل تسهیل کننده فقط در دوران پاندمی کووید-۱۹ پرداخته شده و زمان غیربحرانی در نظر گرفته نشده است. همچنین موانع دسترسی به این خدمات به طور خاص طبق تجارب افراد با آسیب نخاعی و مراقبان ایشان در نظر گرفته نشده است. همچنین مطالعات دیگر انجام شده در ایران در ارتباط با به روز رسانی دانش در مورد کیفیت زندگی افراد با آسیب نخاعی[۲۷]، استفاده از راهکارهای تطابقی سازنده [۲۸] و ادغام اجتماعی [۲۹] و نیاز به توانبخشی در منزل [۳۰, ۳۱] در گروه هدف بوده است. سایر مطالعات مرتبط نیز که با استفاده از روش کمی و مرور نظامند به بررسی منابع مربوطه به موانع و عوامل تسهیل کننده خدمات توانبخشی برای افراد کم توان پرداخته اند [۳۲, ۳۳]، به شناخت این عوامل در جوامع و بافتار های اجتماعی متفاوت از بافتار اجتماعی و فرهنگی مطالعه حاضر پرداخته‌اند؛ درحالی‌که با توجه به تأثیر عوامل متعدد اجتماعی، تبیین تجربه در این زمینه با تجربه افراد در سایر بافتارهای اجتماعی می‌توانست بسیار متفاوت باشد. همچنین مطالعه ای که به طور خاص طبق تجارب افراد با آسیب نخاعی انجام شده است، درباره موانع و عوامل تسهیل کننده آموزش ارائه شده در طول توانبخشی به این افراد بوده است [۳۴]. از این‌رو، درک تجارب افراد با آسیب نخاعی با توجه به محدودیت های فیزیکی جهت ارتقای دسترسی ایشان به خدمات توانبخشی در آینده ضروری به نظر می‌رسید. در این مطالعه برای رسیدن به درک عمیق و شناخت تجارب گروه هدف از پارادایم کیفی استفاده شد؛ چراکه پارادایم کیفی، امکان درک عمیق پدیده های مرتبط با دسترسی به خدمات سلامت را از طریق شناخت تجارب انسانی و معانی آنها فراهم می کرد [۳۵]؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تحلیل کیفی به‌منظور شناسایی موانع و عوامل تسهیل کننده دسترسی به خدمات توانبخشی بر اساس تجربه افراد با آسیب نخاعی، مراقبان ایشان و متخصصان توانبخشی در ایران انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش با پارادایم کیفی و روش تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی بوده و در فاصله زمانی مهرماه سال ۱۴۰۱ تا مردادماه سال ۱۴۰۲ انجام شد. برای گزارش روش مطالعه از استانداردهای گزارش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

مطالعات کیفی استفاده شده است [۳۶]. از آنجایی که هدف مطالعه حاضر، تبیین تجارب گروه هدف بود، پژوهش با پارادایم کیفی انجام شد؛ چرا که پژوهش کیفی به منظور تبیین پدیده هایی از قبیل افکار و تجارب افراد به بررسی محتوای آشکار، پنهان و مبهم در ادراک و هدف گوینده می پردازد [۳۵]. بررسی داده ها به‌صورت عمقی و با تأکید بر درک، تجربه و معناهای شخصی افراد مشارکت کننده در مطالعه انجام شد. همه مصاحبه ها توسط یکی از محققان که سابقه سه سال فعالیت در حیطه توانبخشی افراد با آسیب نخاعی را داشته، انجام شده اند. همچنین تمامی فرایند تحقیق تحت نظارت دو نفر از اساتید با تجربه در زمینه مطالعات کیفی انجام شد. جامعه پژوهش شامل افراد با آسیب نخاعی، مراقبان آن‌ها و متخصصان توانبخشی در محدوده سنی قانونی ۱۸سال و بالاتر از آن و ساکن استان تهران بودند. در این مطالعه جهت غنی ساختن تمام ویژگی ها و ابعاد مفاهیم آن از گوناگونی و حداکثر تنوع مشارکت کنندگان استفاده شد؛ به همین دلیل، نمونه ها از مرکز، حاشیه شهر و شهرهای دیگر استان تهران انتخاب شدند تا بیشترین تنوع در نمونه ها از نظر توانمندی مالی و دسترسی به امکانات وجود داشته باشد. در این مطالعه، مشارکت کنندگان از بین افرادی با تجربه غنی در مورد این موضوع انتخاب شدند تا اطلاعات جامع راجع به این پدیده به دست آید. در این پژوهش با انجام ۱۱ مصاحبه، داده ها تکراری شدند و سپس به منظور اطمینان از اشباع داده ها ۳ مصاحبه دیگر نیز انجام شد و مجموعا ۱۴ نفر از افراد با آسیب نخاعی، مراقبان آن‌ها و متخصصان توانبخشی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، در مطالعه شرکت کردند. روش گردآوری داده ها در این مطالعه، استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته، عمیق و فردی بود. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. پس از انجام هر مصاحبه و تحلیل داده ها، بر اساس مفاهیمی که از آن ها استخراج می‌شد، سایر مشارکت کنندگان بر اساس هدف مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌گیری بر اساس نیازهای مطالعاتی تا جایی ادامه یافت که به سؤال تحقیق پاسخ داده شد و به حد اشباع رسید. معیارهای ورود برای مشارکت کنندگان با آسیب نخاعی شامل رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، توانایی بیان تجارب خود، وجود آسیب نخاعی به مدت حداقل دو سال قبل از انجام مطالعه، عدم وجود مشکل شناختی و رفتاری بر اساس آزمون کوتاه وضعیت ذهنی(MMSE) و تأیید پزشک متخصص بود. آزمون کوتاه وضعیت ذهنی یک ابزار بسیار قابل اعتماد و معتبر جهت تشخیص اختلال شناختی و بسیار مختصر و آسان است [۳۷]. حداکثر نمره آن ۳۰ است. نمره بالاتر مساوی ۲۳ معیار ورود بود. گویه های ۸، ۱۰ و ۱۱ در این آزمون که رعایت دستور، نوشتن و کپی را بررسی می کنند در مشارکت کنندگان با کم توانی اندام فوقانی حذف نمره شدند [۳۸]. معیارهای ورود برای مراقبان نیز علاوه بر داشتن رضایت آگاهانه و توانایی بیان تجارب خود، داشتن سابقه مراقبت به مدت حداقل ۲ سال قبل از مطالعه بود. سابقه کار بالینی ۵ سال و بالاتر در زمینهٔ توانبخشی افراد با آسیب نخاعی نیز از معیارهای ورود متخصصان توانبخشی بود. همچنین معیارخروج نیز شامل ناتوانی در ادامه انجام مصاحبه و یا عدم تمایل به ادامه همکاری بود. ابتدا جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک با استفاده از یک مصاحبه ساختار یافته آغاز گردید. در این پژوهش از مصاحبه با رویکرد نیمه ساختار یافته، به‌صورت فردی و عمیق استفاده شد و در آن سؤالات از قبل برنامه‌ریزی شده ای پرسیده می شد. مصاحبه با یک گویه باز آغاز شد: « لطفا تجربه خود را در دسترسی به خدمات توانبخشی بیان کنید». در ادامه گویه های دیگری شامل « در دسترسی به خدمات توانبخشی با چه موانعی مواجه بودید؟»، « چه عواملی دسترسی شما به خدمات توانبخشی را تسهیل می کرد؟» پرسیده شد. سپس مصاحبه با استفاده از سؤالات کاوشی براساس بازتاب پاسخ های شرکت کننده، ادامه می یافت و پژوهشگر با طرح سؤالاتی همچون « در این مورد بیشتر توضیح دهید» یا « منظورتان از این گفته چیست؟» به کاوش پاسخ مشارکت کنندگان می پرداخت. قبل از انجام هر مصاحبه، هدف پژوهش برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و از آنان رضایت نامه کتبی دریافت شد. هر مصاحبه باتوجه‌به تجارب، میزان اطلاعات و همکاری مشارکت‌کنندگان بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به طول انجامید. نمونه‌گیری با استفاده از تماس تلفنی با افراد و درخواست اختصاص زمان برای مصاحبه حضوری یا مجازی شروع شد. همچنین در این مطالعه با کسب رضایت مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها توسط یک دستگاه گوشی همراه ضبط شد. از آن جایی که محیط تحقیق کیفی باید عرصه واقعی باشد و پژوهش در محلی که افراد موردنظر در آن به سر می‌برند و تمایل دارند صورت گیرد [۳۹،۴۰]؛ مصاحبه ها در محیط و شرایط مناسبی که مد نظر مشارکت کنندگان بود، انجام شدند. تعداد ۵ مصاحبه در منزل، ۱ مصاحبه نیز به‌صورت تماس تصویری و ۴ مصاحبه در بیمارستان دولتی رفیده، ۲ مصاحبه در مراکز خصوصی تحت نظارت وزارت بهداشت و ۲ مصاحبه در مراکز تحت پوشش هلال احمر انجام شد. تمامی مصاحبه ها تبدیل به متن گردیدند. برای تجزیه‌وتحلیل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

داده‌ها از روش استقرایی گرانهایم و لاندمن استفاده شد. جهت تسهیل در کدگذاری و تجزیه‌وتحلیل داده ها از نرم افزار MAXQDA 2020 استفاده شد. پس از انجام هر مصاحبه، محتوای ضبط شده با دقت و کلمه به کلمه در نرم افزارWord پیاده شد و به نرم افزار MAXQDA منتقل شد و متن تمام مصاحبه ها چندین بار توسط پژوهشگر خوانده شد تا درک کلی از آنان بوجود آید. سپس داده ها با استفاده از روش مقایسه مداوم و روش تحلیل محتوای استقرایی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش، جهت صحت و استحکام داده ها و افزایش کیفیت پژوهش، از مفهوم قابلیت اعتبار، قابلیت اطمینان، قابلیت انتقال و قابلیت تأیید پیشنهادی توسط گوبا و لینکلن استفاده شد [۴۱]. این قابلیت ها با مشارکت طولانی مدت (ده ماه) پژوهشگر در تمام پروسه پژوهش، غوطه ور شدن در داده ها، کنترل تفاسیر داده ها و بازبینی آن‌ها توسط اساتید مجرب، حداکثر تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان درباره محرمانه ماندن اطلاعاتشان، مطالعه مجدد مصاحبه ها و تکرار آن‌ها تا زمانی که طبقات اصلی بدست آید، محقق گردید. همچنین پژوهشگر سعی نمود تا پیش فرض ها و نگرش های خود را راجع به موضوع پژوهش در طول مصاحبه ها و فرآیند تحلیل داده ها دخالت ندهد. حریم شخصی مشارکت کنندگان در طول مصاحبه رعایت شده و اطلاعات ایشان به‌صورت محرمانه حفظ شدند. فایل صوتی مشارکت کنندگان پس از اتمام پژوهش حذف شدند.

یافته ها

مجموع تعداد مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۴ نفر شامل ۹ نفر از افراد با آسیب نخاعی، ۲ نفر مراقبان افراد با آسیب نخاعی و ۳ نفر از متخصصان توانبخشی بودند. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش با توجه به بیشترین تنوع انتخاب شدند. ۶ نفر از مشارکت کنندگان زن و ۸ نفر از آنان مرد بودند. علت آسیب نخاعی ۲ نفر از مشارکت کنندگان غیرتروماتیک و ۷ نفر از آنان تروماتیک بود. ۲ نفر دچار آسیب نخاعی گردنی، ۴ نفر با آسیب نخاعی پشتی و ۳ نفر با آسیب نخاعی کمری بودند. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول۱ آورده شده است. در این پژوهش ۷۰۱ کد اولیه استخراج شد. موانع در ۱۰ زیرطبقه و ۴ طبقه قرار گرفت (جدول شماره ۲). عوامل تسهیل کننده نیز شامل ۵ زیرطبقه و ۲ طبقه بود (جدول شماره ۳).

موانع دسترسی به خدمات توانبخشی

از دیدگاه افراد با آسیب نخاعی، موانع شامل تنگناهای اقتصادی، محیط محدودکننده، نابسامانی تعاملات اجتماعی و فرهنگی و ناهمگونی سازمانی بود.

طبقه اول: تنگناهای اقتصادی: بسیاری از مشارکت کنندگان اظهار داشتند در نتیجه آسیب نخاعی نیاز به وسایل کمکی و بهداشتی گران قیمت پیدا کرده و استطاعت کافی برای خرید آن ها را ندارند. این افراد با عدم توانایی مالی در پرداخت هزینه‌های رفت‌وآمد و حق ویزیت دچار مشکل در دسترسی به خدمات توانبخشی می‌شدند. همچنین با از دست دادن شغل قبلی یا عدم توانایی در یافتن شغل جدید، با کمبود منابع مالی مواجه گشته اند که توانایی ایشان را ازلحاظ مالی کاهش داده است. با توجه به محدودیت فیزیکی افراد با آسیب نخاعی، خدمات توانبخشی در منزل و خدمات توانبخشی از راه دور، روش های مناسبی جهت تسهیل دسترسی به خدمات هستند ولی با توجه به اینکه این خدمات به ویژه در کاردرمانی تحت پوشش بیمه قرار ندارند، دسترسی به این خدمات نیز با مشکل مواجه می گردد. مشارکت‌کننده ۱: « از جیب خودم و دوستام هزینه‌های سرسام‌آوری بوده و هست دیگه پول برای کاردرمانی نمیمونه». مشارکت‌کننده ۷: « بعد اینکه ضایعه نخاعی شدم دیگه کارمو از دست دادم، جایی هم کار نمیدن. برای همین از پس هزینه های توانبخشی برنمیام». مشارکت‌کننده ۹:« گفتم بیان خونه کاردرمانی انجام بدن ولی گفتن هر جلسه ۴۰۰ تومنه. درصورتی‌که من هزینه های دیگه هم دارم نمیتونم. بیمه همه هزینه کاردرمانی در منزلو نمیده».

طبقه دوم: محیط محدودکننده: فقدان مناسب‌سازی محیط شهری و وسایل نقلیه و درنتیجه دشواری در رفت و آمد با توجه به شرایط جسمی افراد با آسیب نخاعی مانع از دسترسی آسان ایشان به خدمات توانبخشی می شد. مشارکت‌کننده ۲: « رمپ گذاشتن با شیب ۶۵ درجه که هر ویلچری بخواد از اونجا بالا بره مطمئناً به پشت میوفته. عملاً مناسب سازی نیست». مشارکت‌کننده ۵: « یه خیابون بیشتر با خونه داداشم فاصله نداریم؛ ولی همون یه خیابون نزدیک نیم ساعت طول می‌کشه تا برسیم انقد که چاله‌چوله است. حالا شما حساب کن واس رفتن به فیزیوتراپی چقدر سختی میکشیم چون هیچ اتوبوسی هم مناسب امثال من ساخته نشده».

طبقه سوم: نابسامانی تعاملات اجتماعی و فرهنگی: گسستگی ارتباطات شامل طرد از تعاملات اجتماعی یا کاهش آن و همچنین مشکلات با منشأ فرهنگی همچون انگ، ترحم و بی‌عدالتی شامل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

نادیده‌گرفتن حقوق و عدم اولویت دهی بـه افـراد بـا آسـیب نخـاعی، دسترسی ایشان به خدمات توانبخشی را تحت‌تـأثیر قـرار داده اسـت. انگ ناتوانی و نگاه ترحم‌آمیز مردم برای افراد با آسیب نخـاعی مـانع از تمایل ایـن افـراد بـرای خـروج از منـزل و دریافـت خـدمات ازجملـه خدمات توانبخشی می‌شد. مشارکت‌کننـده ۳: « ایـن اتفـاق کـه بـرام افتاد دیگه یواش‌یواش همه دوری کردن و ارتباطم انقـدر کـم شـده و مادرم دست تنهاست چون من سنگینم راحت نیست بزور مـاهی یبـار بیایم فیزیوتراپی». مشـارکت‌کننـده ۸: « اصـن دوسـت نـدارم بیـرون دربیام و برم توانبخشی بقیه هم منو ببینن چون یکی می بینـه میگـه آخی بیچاره دلم براش سوخت». مشارکت‌کننـده ۷: « خـب بمـا چـرا حق پرستاری فقط یک میلیون می‌دن؟ کفاف زندگی رو نمیـده. حـق پرستاری که به خانوم جانبازای عزیز میـدن نزدیـک هشـت میلیونـه. نمیگیم به اونا ندن. چرا بدن اتفاق زیادم بـدن ولـی مـارو هـم درنظـر بگیرن».

طبقه چهارم: ناهمگونی سازمانی : براساس تجارب مشارکت‌کنندگان، عدم نظارت دقیق بخـش دولتـی و مسـئولان بـر دسترسـی خـدمات توانبخشی و کیفیت وسایل کمک حرکتی تولید شده در کشـور بـرای ایشان مانع مهمی در استفاده از آن ها بوده است. همچنین ناکارآمدی در سیاست گذاری از سوی برخی از مسئولین مربوطه، از جملـه عـدم بازنگری قوانین حقـوقی افـراد کـم تـوان و برنامـه ریـزی ضـعیف در مدیریت توانبخشی مانع از دسترسی آسان افراد با آسـیب نخـاعی بـه خدمات توانبخشی می گردد. مشارکت‌کننـده ۴: « هزینـه کاردرمـانی حدوداً دو میلیون می‌شد، بهزیسـتی پونصـد هـزار تومنشـو داد، بایـد بقیه‌اش را خودم می‌دادم. تشک مواج جنس خوب ندادن و گفـتن بـر عهـده مـا نیسـت و رفتـار خـوبی نداشـتن». مشـارکت‌کننـده ۱۴ : « بزرگ‌ترین مشکل، وسایل کمکی و قطعات باکیفیـت پیـدا نمیشـه یـا گرونه، تولید داخل هم روزبه‌روز بـی‌کیفیـت‌تـر میشـه چـون نظـارت درستی رو کیفیت وسایل نیسـت». مشـارکت‌کننـده ۱۲: « متاسـفانه چون دولت حمایت نمیکنـه و بیکـار میمـونن و بـه خـاطر مشـکلات بعدش دیگه توانبخشیو ادامه نمیدن».

عوامل تسهیل کننده

عوامل تسهیل کننده شامل جامعه حامی و اتکا بـه توانمنـدی فـردی هستند.

طبقه اول: جامعه حامی : خانواده، همتایان و خیران، جامعه حـامی را تشکیل می دادند. طبق دیدگاه مشارکت کننـدگان، حمایـت خـانواده مهم‌ترین و بزرگ‌ترین عامل تسهیل‌کننده بود. حمایت از سـوی افـراد همتا که مشکل مشابه با فرد را دارند بـا تشـکیل گـروه‌هـای خودیـار باهدف ارتقای آگاهی اعضا توسط خود افراد با آسیب نخاعی نیز عامـل تسهیل کننده دیگری بود. همچنین حمایت داوطلبانه از طـرف سـایر مردم جامعه به صورت مالی و غیرمالی موجب تسهیل در روند دریافت خدمات توانبخشی می شود. مشـارکت‌کننـده ۸: « بـرادرم خرجـامونو میـده. خـانمم کمکـم میکنـه میبـره فیزیـوتراپی مـن مدیونشـونم». مشارکت‌کننده ۶ : « ما یه گروه توی تلگرام تشکیل دادیم تا یجـورایی تا جایی که در توانمونه چاره‌اندیشـی کنـیم. تـوی ایـن گروهـامون از تجربه هم استفاده می کنیم». مشارکت‌کننده ۱۰: « بعضی انسان‌های شریف هستن از سر لطف یا واسه رضای خدا کمکمون می‌کـردن کـه برادر مو جابه‌جا کنیم. یه بنـده خـدایی هـم پیـدا شـد گفـت هزینـه کاردرمانیتو می‌دم».

طبقه دوم: اتکا به توانمنـدی هـای فـردی : طبـق تجـارب برخـی از مشارکت کنندگان، یکی از عواملی که موجب غلبه بر شرایط سـخت و ادامه دریافت خدمات توانبخشـی مـی گردیـد، عوامـل روان‌شـناختی مهمی شامل انگیزه و امید در این افراد بـود. همچنـین خودکارآمـدی که در این مطالعه شـامل عـزم کـافی جهـت انجـام برخـی تمرینـات توانبخشی و ساخت و تعمیر وسایل کمکی توسط خود فـرد در منـزل است، موجب تداوم فرایند توانبخشی می شـد. مشـارکت‌کننـده۱۱: « اراده و روحیه‌اش خوبه همش پیگیره تمرین و توانبخشیه بـه چیـزای دیگه اهمیت نمیده و با هر سختی شده یه راهی برای توانبخشی پیـدا می کنه». مشارکت‌کننده ۲: « انسـان بـا امیـد زنـده اسـت.کاردرمانی برای من و امثال من مثل اکسیژن می مونه باید ادامه بدیم. ادامه نـدم دوباره برمی‌گردم به روزای اولم». مشارکت‌کننـده ۱: « گـاهی خـودم تمرینارو انجام می‌دم تا خوب شم، من خوشحالم که آدم فنـی هسـتم البته با کمک خانمم یسری وسایلمو ساختم. خـودم ویلچرمـو تعمیـر می کنم و منتظر تعمیرکـار نمیمـونم و در نتیجـه هـیچ جلسـه ای از توانبخشیمو از دست نمیدم».

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

کد مشارکت‌کننده	عنوان مشارکت کننده	سن	سطح تحصیلات	سابقه آسیب/سابقه فعالیت (سال)
۱	فرد با آسیب نخاعی	۳۲	دبیرستان	۱۰
۲	فرد با آسیب نخاعی	۲۳	دیپلم	۵
۳	فرد با آسیب نخاعی	۳۱	بیسواد	۷
۴	فرد با آسیب نخاعی	۱۸	دیپلم	۴،۵
۵	فرد با آسیب نخاعی	۴۹	لیسانس	۵
۶	فرد با آسیب نخاعی	۴۱	لیسانس	۴
۷	فرد با آسیب نخاعی	۶۱	فوق لیسانس	۵
۸	فرد با آسیب نخاعی	۲۳	دیپلم	۱۵
۹	فرد با آسیب نخاعی	۴۶	راهنمایی	۲۸
۱۰	مراقب	۳۸	دیپلم	۶
۱۱	مراقب	۲۸	لیسانس	۲
۱۲	متخصص توانبخشی(کاردرمان)	۴۸	دکترای تخصصی	۳۱
۱۳	**متخصص توانبخشی(فیزیوتراپیست)**	**۲۸**	**لیسانس**	**۵**

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

جدول ۲: روند انتزاع طبقات و زیر طبقات موانع

طبقات	زیر طبقات	کدهای ادغام شده
تنگناهای اقتصادی	استطاعت مالی ضعیف	عدم توانایی پرداخت هزینه خدمات توانبخشی در منزل
		وابسته بودن به حقوق پایین مستمری دریافتی
		ناتوانی در تهیه خودرو مناسب سازی شده جهت جابجایی
		ناتوانی در خرید ویلچر متناسب با نیاز خود
		عدم توانایی پرداخت بدهی های قبلی به درمانگر
		عدم توانایی پرداخت هزینه وسایل بهداشتی روزانه
		عدم توانایی در پرداخت هزینه توانبخشی به صورت مداوم
		پرداخت بیشتر هزینه ها از جیب فرد یا خانواده
	وضعیت نابسامان شغلی	عدم حمایت دولتی در ایجاد اشتغال
		سختی در یافتن و ماندن در یک شغل به دلیل کم توانی
		قطع شدن منبع درآمد به دلیل آسیب به نان آور خانه
	عدم پوشش بیمه ای	عدم پوشش هزینه خدمات توانبخشی در منزل
		عدم پوشش بیمه ای در استفاده از برخی تجهیزات
		عدم حمایت کامل بیمه از فرد آسیب دیده در محل کار
		عدم حمایت بیمه تکمیلی از خدمات کاردرمانی
محیط محدودکننده	معلولیت شهری	محدودیت ساختار فیزیکی برخی مراکز توانبخشی
		فقدان مناسب سازی شهری برای افراد با آسیب نخاعی
		مناسب سازی غیر اصولی معابر و عدم تطابق با ویلچرها
		احتمال تصادف به دلیل استفاده از خیابان به جای پیاده رو
		آسیب به ویلچر به دلیل ناهمواری خیابان ها
		عدم وجود امکانات و تجهیزات پیشرفته شهری
		عدم مناسب سازی برخی از ساختمان های توانبخشی
	محدودیت‌های حمل‌ونقل	مشکل در رفت و آمد به مراکز توانبخشی
		سختی در جابجایی فرد توسط افراد خانواده
		محدودیت شارژ ویلچر برقی در مسیرهای طولانی
		دوری مراکز توانبخشی از منزل فرد با آسیب نخاعی
		عدم مناسب سازی وسایل حمل و نقل عمومی
		عدم تحمل مشکلات جسمی در رفت و آمد
نابسامانی تعاملات اجتماعی و فرهنگی	گسستگی ارتباطات	کاهش تعاملات اجتماعی
		طرد از تعاملات اجتماعی
	انگ و ترحم	انگ گناه برای فرد با آسیب نخاعی
		احساس ناراحتی از نگاه ترحم آمیز مردم
		برچسب ناتوانی مطلق زدن به فرد با آسیب نخاعی
		رنجش از رفتار نامناسب از سوی برخی از مردم
	بی عدالتی	عدم حمایت اجتماعی از گروه آسیب پذیر
		نادیده گرفتن حقوق افراد کم توان در مسائل شهروندی
		عدم وجود مراکز توانبخشی مجهز در مناطق محروم
		بی عدالتی در مالیات افراد کم توان
		تبعیض در حق پرستاری
ناهمگونی سازمانی	عدم نظارت بخش دولتی	عدم بازرسی دقیق بر دسترسی به خدمات توانبخشی
		عدم نظارت دقیق اجرای کامل مصوبه های حمایتی
		عدم بازرسی دقیق بر کیفیت وسایل توانبخشی
	ناکارآمدی در سیاست گذاری	عدم بازنگری درساختار و قوانین حقوق افراد کم توان
		برنامه ریزی ضعیف جهت مدیریت توانبخشی
		عدم حمایت بخش دولتی در دسترسی به خدمات
		عدم تدوین سیاست های فرهنگ سازی
		کیفیت پایین برخی امکانات توانبخشی
		عدم پاسخگویی مسئولین بابت تأخیر پرداخت مستمری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

جدول ۳: روند انتزاع طبقات و زیر طبقات عوامل تسهیل کننده

طبقات	زیر طبقات	کدهای ادغام شده
جامعه حامی	حمایت خانواده	کمک به جابجایی
		تسهیل دریافت خدمات اجتماعی
		تسهیل دسترسی به خدمات بهداشتی
		راهنمایی
		کمک مالی
		کمک به مناسب سازی
		جستجوی خدمات توانبخشی
	حمایت همتایان	ایجاد گروه‌های خودیار با همتایان
		راهنمایی همتایان
	حمایت خیران	حمایت مالی در پرداخت هزینه های خدمات
		حمایت در پرداخت هزینه مناسب سازی منزل
		حمایت جهت ارائه وسایل توانبخشی
		کمک خیران در جابجایی و حمل و نقل
اتکاء به توانمندی‌های فردی	انگیزه و امید	عزم کافی
		ارتقای امید به زندگی
		امید به بهبودی با خدمات توانبخشی
		آگاهی از اثرات مثبت توانبخشی در بهبود
		اولویت قراردادن توانبخشی در برنامه های زندگی
	خودکارآمدی	انجام تمرینات آموخته شده در منزل
		ساخت و تعمیر وسایل کمکی توسط خود فرد
		استفاده از دانش فنی خود در ساخت تجهیزات کمکی

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تبیین موانع و عوامل تسهیل کننده در دسترسی به خدمات توانبخشی بر مبنای درک عمیق از تجارب سه گروه مهم افراد مطلع و درگیر در این پدیده شامل افراد با آسیب نخاعی، مراقبان و متخصصان توانبخشی انجام شد. با توجه به اینکه یکی از اهداف اختصاصی این پژوهش شناسایی موانع دسترسی افراد با آسیب نخاعی به خدمات توانبخشی بود، تنگناهای اقتصادی به عنوان مهم ترین مانع طبق دیدگاه مشارکت‌کنندگان شناخته شد. با توجه به ماهیت مزمن بودن آسیب نخاعی و ایجاد وابستگی نسبی، دامنه وسیعی از هزینه‌ها به ایشان تحمیل می‌گردید و در مطالعه‌ای، جانسن به این نتیجه دست یافت که نگرانی‌های مالی یکی از عمده‌ترین مشکلات پس از بروز آسیب نخاعی بوده است [۴۲]. همسو با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه انجام شده توسط راچر، هزینه ها را مانعی جهت دسترسی به خدمات معرفی کرده و هزینه‌های تحمیل شده را مانع تبدیل فرصت‌های دسترسی بالقوه به فرصت‌های دسترسی تحقق‌یافته دانسته است [۴۳]. در مطالعه ای سلطانی و همکاران بیان داشتند که هزینه بالای حمل و نقل از عوامل دسترسی ضعیف به خدمات مراقبت های بهداشتی بوده است [۱۶]. این نتایج در رابطه با موانع مالی نشان می داد که برای دستیابی به خدمات توانبخشی، سازمان های دولتی باید حمایت مالی را افزایش دهند. مانع دیگر محیط محدود کننده شامل معلولیت شهری و محدودیت حمل‌ونقل بود. منظور از معلولیت شهری، عدم امکان بهره‌مندی افراد کم‌توان از تسهیلات و فضاهای شهری، درواقع نه به‌خاطر کم‌توانی آنان، بلکه به لحاظ ناتوانی سازگاری امکانات شهری با نیازهای این طیف از شهروندان است. خروج از خانه برای انجام امور عادی زندگی شهروندی برای این افراد با صرف انرژی فراوان همراه است که ایشان را تا حد امکان مجبور به ماندن در منزل می‌کند. ورود به بیشترِ ساختمان‌ها بدون تحمل دشواری فراوان، امکان‌پذیر نبوده و وسایل نقلیه عمومی عملاً برای آنان غیر قابل‌استفاده است. در این زمینه، تی سای و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که افزایش موانع محیطی با کاهش مشارکت اجتماعی افراد با آسیب نخاعی همراه بوده است [۴۴]. همچنین در مطالعه رزاقی و همکاران، موانع ساختاری و فیزیکی یکی از موانع ادغام اجتماعی این افراد مطرح گردید [۲۹]. نتایج این مطالعات بیانگر مشکلات محیط ساختاری در ایران برای مشارکت افراد با کم‌توانی از جمله افراد آسیب نخاعی بودند و به‌نوعی مؤید

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

نتیجه حاصل از مطالعه حاضر است. به نظر می‌رسد مناسب‌تر باشد با تغییر نگرش‌های حاکم بر مدیریت شهری، از ابتدا ساختار شهری طوری طراحی شود که همه اقشار از جمله افراد با آسیب نخاعی بتوانند عادلانه از خدمات موجود استفاده کنند و امکان دسترسی به خدمات توانبخشی را داشته باشند.

از دیگر موانع، نابسامانی تعاملات اجتماعی و فرهنگی بود. افراد با آسیب نخاعی از نگرش مردم جامعه نسبت به خود و طرد از بسیاری از روابط اجتماعی خود ابراز ناراحتی نمودند. ایشان اظهار داشتند که دیدگاه مردم راجع به افراد کم‌توان به‌عنوان گروهی از افراد است که وجودشان نمایانگر یک مشکل در شهروندی است. این نوع نگرش ترحم آمیز همراه با انگ، آسیب مهمی به جایگاه فرد ناتوان در سطح جامعه وارد می‌کند. همسو با این یافته‌ها، مطالعه آکیوز و همکاران نشان داد که نگرش سایر افراد که دچار کم‌توانی نیستند در ادغام اجتماعی افراد دارای آسیب نخاعی اثرگذار بوده است [۴۵]. همچنین در مطالعه ای هاشمی‌پرست و همکاران بیان کردند که نگاه و عملکرد ترحم‌آمیز و توأم با دلسوزی دیگران سبب پیدایش احساسات ناخوشایند در این افراد می‌شد [۴۶]. در مطالعه ژیرالدو رودریگز و همکاران نیز به این نتیجه دست یافتند که نگرش‌های اجتماعی جزء موانع محیطی تأثیرگذار بر زندگی افراد دارای ناتوانی‌های مختلف بوده است [۴۷]. مانع دیگر ناهمگونی و عدم خدمات‌رسانی مناسب از سوی سازمان‌های مرتبط با امور افراد کم توان بود. محوریت و اهداف فعالیت‌های سازمان های مربوطه در جهت تلاش برای کمک به افراد کم توان است [۴۸]، اما طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، مساعدت های مالی این سازمان ها بسیار اندک است. با توجه به‌ضرورت خدمات توانبخشی، لازم است که نظارت دقیقی از طریق مسئولان صورت بگیرد تا سازمان های مربوطه مساعدت مالی خود را جهت ارتقای دسترسی خدمات توانبخشی به افراد کم توان افزایش دهند. در مطالعه‌ای همسو، نجفی و همکاران، بیان نمودند که سازمان های اجرایی در کشور برای برنامه های بهداشتی و توانبخشی افراد کم توان مشکلات زیادی از جمله ناکارآمدی ساختار و موانع اقتصادی دارند که به نظر می رسد درک موانع اجرای قوانین بین المللی، مسئولین را در این زمینه توانمند می نماید [۴۹] و خدمات را بهبود می بخشد. توصیه می شود که سیاست گذاران، توانبخشی را به عنوان یک عنصر اصلی سیستم بهداشتی برای افراد با آسیب نخاعی در نظر بگیرند. با توجه به اینکه یکی دیگر از اهداف اختصاصی این پژوهش شناسایی عوامل تسهیل‌کننده دسترسی افراد با آسیب نخاعی به خدمات توانبخشی بود، جامعه حامی به عنوان یکی از این عوامل شناخته شد. به اعتقاد اغلب مشارکت‌کنندگان، بدون حمایت عاطفی و مالی خانواده دسترسی ایشان به خدمات توانبخشی بسیار محدود می‌گردد. در مطالعه‌ای رزاقی و همکاران بیان کردند که افراد با آسیب نخاعی تحت حمایت عاطفی و مساعدت مالی خانواده خود، سازگاری بیشتری در مقابله با مشکلات داشته اند [۲۹]. در همین راستا، طبق مطالعه کرافت و همکاران، حمایت خانوادگی یکی از عوامل تسهیل‌کننده مهم در مشارکت اجتماعی افراد کم‌توان به شمار می‌رود [۵۰]. به دنبال آن، افزایش مشارکت اجتماعی موجب افزایش توانایی فرد در دسترسی به خدمات توانبخشی خواهد شد. لذا نتایج این مطالعات نیز، یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کند. همچنین همتایان نیز که تجارب مشترکی دارند، اغلب با یکدیگر گروه‌های حمایتی تشکیل می‌دهند [۵۱]. رشیدی و همکاران همسو با دیدگاه مشارکت کنندگان پژوهش حاضر، حمایت همتایان را به‌عنوان روشی تأثیرگذار که موجب افزایش سطح آگاهی و رفتارهای خود مدیریتی افراد آسیب‌دیده در جامعه می‌گردد؛ بیان کرده اند [۵۲]. حمایت خیران به صورت مالی و غیرمالی یکی دیگر از مفاهیمی بود که طبق تجارب مشارکت‌کنندگان به‌عنوان یکی از منابع حمایتی در دسترسی به خدمات توانبخشی مطرح شد. دومین عامل مهم تسهیل‌کننده، اتکا به توانمندی های فردی بود. همسو با نتیجه مطالعه حاضر، در مدل رفتاری استفاده از خدمات بهداشتی، یکی از عوامل تعیین‌کننده استفاده از این خدمات عوامل توانمندسازی بود و جهت دسترسی به خدمات بهداشتی در سطح فردی از اهمیت بسیاری برخوردار بوده است [۵۳]. ارتقای توانمندی با انگیزه و امید برای دستیابی به خدمات توانبخشی و داشتن عزم کافی جهت پیگیری خدمات توانبخشی، عامل مهمی در دسترسی به این خدمات بوده است. انگیزش به معنای فرآیندی است که شدت، راستا و ثبات فرد در تلاش برای دستیابی به یک هدف را مشخص می‌کند [۵۴]. همچنین امید به معنی شناختی است که فرد انتظار دارد نتایج دلخواه او در آینده رخ دهند. این عوامل، رفتارهای فرد در دستیابی به هدف مشخص را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و بر کاهش هیجانات منفی اثر می‌گذارند [۵۵]. خودکارآمدی نیز به معنای باور داشتن به توانایی فردی، جهت خوب انجام دادن یک فعالیت هدفمند و آموخته‌شده است [۵۶] و باهر و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تبیین دیدگاه‌های افراد با آسیب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

نخاعی درباره فعالیت بدنی دریافتند که اغلب راهبردهای مربوط به آن از طریق خودآموزی به دست می‌آیند [۵۷]. درواقع انجام مداوم تمرینات و تکرار آن‌ها توسط خود شخص موجب خودآموزی تمرینات می‌گردد. در مطالعاتی که توسط میدلتون [۵۸] و لی [۵۹] انجام شده است، به این نتیجه دست یافتند که میزان خودکارآمدی افراد با آسیب نخاعی، کم است و راهبردهای توانبخشی نیاز به تمرکز بر بهبود خودکارآمدی پایین این افراد دارند. با توجه به تأثیر مثبت خودکارآمدی پیشنهاد می شود متخصصان به خصوص کاردرمانگران و روانشناسان بر ارتقای سطح خودکارآمدی افراد با آسیب نخاعی تمرکز نمایند. مطالعه حاضر نشان داد افراد با آسیب نخاعی برای دسترسی به خدمات توانبخشی با موانع متعدد و همچنین عوامل کمک‌کننده‌ای روبه‌رو هستند که با درک دیدگاه‌های این افراد، مراقبان ایشان و متخصصان توانبخشی می‌توان زمینه ارتقای دسترسی به خدمات توانبخشی در آینده را فراهم نمود. ضروری است که مسئولین و سیاست‌گذاران با تدوین برنامه‌های دقیق و اصلاح ساختارهای اجرایی، افراد با آسیب نخاعی را مانند سایر اقشار جامعه در دستیابی به حقوق انسانی‌شان درزمینهٔ دسترسی به خدمات توانبخشی و بهبود سلامت یاری نمایند. این مطالعه به منظور افزایش کیفیت و دسترسی به خدمات توانبخشی، بر نیاز به تلاش‌های هماهنگ از سوی مدیران خدمات توانبخشی بر افزایش پوشش بیمه ای خدمات توانبخشی در منزل و ارائه پوشش بیمه تکمیلی خدمات کاردرمانی جهت کاهش تنگناهای اقتصادی تأکید نموده است و برنامه ریزی برای تغییرات ساختاری و حمل و نقل در محیط شهری با هدف تسهیل جابجایی افراد با آسیب نخاعی به کمک مهندسین شهرسازی و مطابق با استانداردهای جهانی را لازم می داند. همچنین فرهنگ سازی از طریق رسانه های عمومی جهت پذیرش افراد با آسیب نخاعی در جامعه بدون انگ و نگاه ترحم آمیز به منظور کاهش طرد ایشان از رفت و آمد در محیط شهری و تعاملات اجتماعی تأکید می گردد. جهت افزایش انگیزه و امید افراد با آسیب نخاعی به ادامه فرآیند توانبخشی، توصیه می شود از کمک مشاوران و روانشناسان سازمان بهزیستی و با مساعدت مالی این سازمان استفاده گردد. شایان ذکر است، ارائه خدمات توانبخشی خانواده محور برای افزایش مشارکت خانواده در فرآیند توانبخشی، به عنوان مهمترین عامل تسهیل کننده در این امر، مدنظر متخصصین توانبخشی قرار گیرد. پیشنهاد می شود مطالعات آینده با هدف طراحی بسته آموزشی مبتنی بر افزایش توانمندی های فردی در افراد با آسیب نخاعی و تعیین اثربخشی آن انجام شود. علاوه بر این، مطالعات آینده در بافتارهای متنوع دیگر همچون سایر نقاط کشور می تواند موجب کسب نتایج جامع تری گردد. توصیه می شود که مطالعات آینده طبق تجارب سایر افراد کم توان با ویژگی های فیزیکی یا شناختی متفاوت از افراد با آسیب نخاعی که به خدمات توانبخشی نیاز دارند، انجام گردد. همچنین، با درنظر گرفتن افرادی که در منزل بستری هستند یا در مراکز شبانه روزی زندگی می کنند، می توان نتایج جامع و کامل تری را بدست آورد. علی رغم ارائه معرفی نامه از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، همکاری مؤثری از سوی مراکز شبانه روزی و انجمن‌های آسیب نخاعی شهر تهران انجام نشد که موجب محدود شدن تنوع مشارکت کنندگان گردید. برای غلبه بر این مشکل سعی شد تا از افراد بستری در بیمارستان رفیده، مراکز زیر نظر وزارت بهداشت و درمان و مراکز هلال احمر استفاده گردد. همچنین قابل ذکر است مشارکت کنندگان مطالعه حاضر تنها از تهران انتخاب شده بودند که این موضوع می تواند تعمیم نتایج مطالعه را به سایر نقاط ایران محدود نماید.

تعارض منافع: نویسندگان مقاله حاضر اعلام کردند که هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

نرگس غفارزاده نمازی: طراحی و اجرای پژوهش،گردآوری و تحلیل یافته ها، طبقه بندی مفاهیم و سازه ها، اصلاح مقاله

غزاله ماندنی: طراحی پژوهش، مدیریت گردآوری و تحلیل یافته ها، طبقه بندی مفاهیم و سازه ها، بازبینی مقاله

سیدعلی حسینی: اصلاح گزارش نهایی و بازبینی مقاله

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان کمال تشکر و قدردانی را از افراد با آسیب نخاعی، مراقبان ایشان و متخصصان توانبخشی جهت شرکت در مصاحبه ها دارند.

منابع

1. Perrouin-Verbe B, Lefevre C, Kieny P, Gross R, Reiss B, Le Fort M. Spinal cord injury: A Multisystem physiological impairment/dysfunction. Revue Neurologique 2021; 177: 594-605

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

2. Shang Z, Wanyan P, Zhang B, Wang M, Wang X. Incidence and risk factors of deep vein thrombosis in patients with spinal cord injury: A Systematic review with meta-analysis. Frontiers in Cardiovascular Medicine 2023; 10:1-12
3. Lo J, Chan L, Flynn S. A Systematic review of the incidence, prevalence, costs, and activity and work limitations of amputation, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, back pain, multiple sclerosis, spinal cord injury, stroke, and traumatic brain injury in the United States. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2021; 102: 115-131
4. Merritt CH, Taylor MA, Yelton CJ, Ray SK. Economic impact of traumatic spinal cord injuries in the United States. Neuroimmunology and Neuroinflammation 2019; 6: 1-16
5. Tough H, Fekete C, Brinkhof MWG, Siegrist J. Vitality and mental health in disability: Associations with social relationships in persons with spinal cord injury and their partners. Disability and Health Journal 2017; 10: 294-302
6. Barclay L, McDonald R, Lentin P, Bourke-Taylor H. Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. Australian Occupational Therapy Journal 2016; 63: 19-28
7. Farahbakhsh F, Rezaei Aliabadi H, Baigi V, Ghodsi Z, Dashtkoohi M, Pour-Rashidi A, et al. Pressure ulcers and acute risk factors in individuals with traumatic spinal fractures with or without spinal cord injuries: A Prospective analysis of the national spinal cord injury registry of Iran data. Chinese Journal of Traumatology 2023; 26: 193-198
8. Conti A, Clari M, Nolan M, Wallace E, Tommasini M, Mozzone S, et al. The relationship between psychological and physical secondary conditions and family caregiver burden in spinal cord injury: A Correlational study. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation 2019; 25: 271-280
9. Richardson A, Samaranayaka A, Sullivan M, Derrett S. Secondary health conditions and disability among people with spinal cord injury: A Prospective cohort study. The Journal of Spinal Cord Medicine 2021; 44: 19-28
10. North N. The psychological effects of spinal cord injury: A review. Spinal Cord 1999; 37: 671-679
11. Anderson D, Dumont S, Azzaria L, Bourdais ML, Noreau L. Determinants of return to work among spinal cord injury patients: A literature review. Journal of Vocational Rehabilitation 2007; 27: 57-68
12. Hachem LD, Ahuja CS, Fehlings MG. Assessment and management of acute spinal cord injury: From point of injury to rehabilitation. Journal of Spinal Cord Medicine 2017; 40: 665-675
13. Pendleton HM, Schultz-Krohn W. Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction. 9st Edition, Elsevier Health Sciences: California, 2024
14. Organization WH. Rehabilitation https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation 2022. Accessed April 2022; 23
15. Bychkovska O, Strøm V, Tederko P, Engkasan JP, Juocevičius A, Battistella LR, et al. Health system's role in facilitating health service access among persons with spinal cord injury across 22 countries. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023; 20: 56-60
16. Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, 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: 508-515
17. Shirazikhah M, Harouni GG, Shirazikhah A, Noroozi M, Sajadi HS. Access to physical rehabilitation services among people with disabilities: Results of a national study in Iran. Koomesh Journal 2022; 24: 596-604 [Persian]
18. Soltani S, Arvan K, Karami Matin B, Ghoddoosinejad J, Moradi F, Salehiniya H. People with disabilities and financial challenges in access to rehabilitation services: Evidence of socioeconomic inequality in Iran. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2024; 38: 202-209
19. Shirazikhah M, Roshanfekr P, Takian A, Alizadeh Zarei M, Shirazikhah A, Joghataei MT. Availability of physical rehabilitation facilities for people with disabilities in Iran: A Comparative study on universal health coverage. Archives of Iranian Medicine 2022; 25: 698-705
20. Soltani S, Moghadam MM, Amani S, Akbari S, Shiani A, Soofi M. Socioeconomic disparities in using rehabilitation services among Iranian adults with disabilities: A Decomposition analysis. BMC Health Services Research 2022; 22: 1-10
21. Karami Matin B, Kamali M, Williamson HJ, Moradi F, Solatni S. The predictors of access to health services for people with disabilities: A Cross-sectional study in Iranian context. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2019; 33: 751-756
22. Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. The status of rehabilitation in Iran: Barriers and

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

facilitators. Iranian Journal of Ageing 2023; 18: 218-233 [Persian]
23. Mandani G, Ghafarzadeh Namazi N, Akbarfahimi N. Factors facilitating access to rehabilitation services for individuals with spinal cord injuries during the COVID-19 pandemic. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2024; 13: 98-105
24. 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: 1476-1485
25. 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: 1-11
26. Pashaei Sabet F, Norouzi Tabrizi K, Saadat S, Khankeh HR, Abedi HA, Danial Z. Perception from barrier and facilitator for providing early rehabilitation care for RTI victims. Journal of Trauma and Emergency Medicine 2015; 20: 216-221
27. Ayyoubian M, Abdollahi I, Amiri M. Study cause of SCI in client user of rehabilitation services. Archives of Rehabilitation 2005; 5: 18-23 [Persian]
28. Shamshiri M, Eskandar Oghli B, Vafaee M, Molaei B. Adaptive coping strategies in patients with spinal cord injury: A Phenomenological study. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2021; 26: 478-489 [Persian]
29. Razzaghi V, Ostadhashemi L, Arshi M, Sabzi Khoshnami M. Exploring the facilitators and barriers of social integration of patients with spinal cord injuries in Rofeideh rehabilitation hospital: A Qualitative study. Archives of Rehabilitation 2022; 23:482-501 [Persian]
30. Nikbakht A, Bastami A, Norouzi Tabrizi K, Pashaei Sabet F, Gomarverdi S. Exploring home-based rehabilitation in traumatic spinal cord injury patients: A Qualitative Study. Iranian Journal of Nursing Research 2017; 11: 32-41 [Persian]
31. Bastami A, Pashaii Sabet F, Qomarverdi S, Nikbakht Nasraabadi A. Review study of requirements for a model for home-based rehabilitation of traumatic spinal cord injury. Iranian Journal of Nursing Research 2017; 12: 45-49 [Persian]
32. Mlenzana NB, Frantz JM, Rhoda AJ, Eide AH. Barriers to and facilitators of rehabilitation services for people with physical disabilities: A Systematic review. African Journal of Disability 2013; 2: 1-6
33. Maart S, Jelsma J. Disability and access to health care–a community based descriptive study. Disability and Rehabilitation 2014; 36: 1489-1493
34. Conti A, Dimonte V, Rizzi A, Clari M, Mozzone S, Garrino L, et al. Barriers and facilitators of education provided during rehabilitation of people with spinal cord injuries: A Qualitative description. PLOS ONE 2020; 15: 1-14
35. Kleinheksel A, Rockich-Winston N, Tawfik H, Wyatt TR. Demystifying content analysis. American Journal of Pharmaceutical Education 2020; 84: 127-137
36. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A Synthesis of recommendations. Academic Medicine 2014; 89: 1245-1251
37. Ansari, Noureddin Nakhostin, et al. Validation of a mini-mental state examination for the Persian population: A Pilot study. Applied Neuropsychology 2010; 17: 190-195
38. Naveen SR. Quality of life in traumatic spinal cord injured. Journal of Evidence-Based Medicine and Healthcare 2016; 3: 176-183
39. Patton MQ. Qualitative research. Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science 2005; 3: 1633-1636
40. Polit D, Beck C. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 10st Edition, Lippincott Williams & Wilkins: United States, 2020
41. Lincoln YS, Lynham SA, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. SAGE Handbook of Qualitative Research 2011; 4: 97-128
42. Johnson RL, Gerhart KA, McCray J, Menconi JC, Whiteneck GG. Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. Spinal Cord 1998; 36: 45-50
43. Racher FE, Vollman AR. Exploring the dimensions of access to health services: Implications for nursing research and practice. Research and Theory for Nursing Practice 2002; 16: 77-90
44. Tsai I, Graves DE, Chan W, Darkoh C, Lee M-S, Pompeii LA. Environmental barriers and social participation in individuals with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology 2017; 62: 36-44
45. Akyuz M, Yalcin E, Selcuk B, Degirmenci I. The barriers limiting the social integration of wheelchair users with spinal cord injury in Turkish society. Neurosurgery Quarterly 2014; 24: 225-228

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]

46. Hashemiparast M, Sheydaei H, Gharacheh M. The lived experience of physical-motor disability due to traffic accidents: A Phenomenological study. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2021; 9: 20-32 [Persian]
47. Giraldo-Rodríguez L, Mino-León D, Murillo-González JC, Agudelo-Botero M. Factors associated with environmental barriers of people with disabilities in Mexico. Revista de Saúde Pública 2019; 53: 1-11
48. Tozandejani H. Examination and analysis of the created employment on the social, economical and cultural condition of the target society of Khorasane Razavi province behzisti organization. Journal of Educational Psychology 2009; 1: 1-12
49. Najafi Z, Abdi K, Khanjani MS, 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: 78-86
50. Croft S, Fraser S. A Scoping review of barriers and facilitators affecting the lives of people with disabilities during COVID-19. Frontiers in Rehabilitation Sciences 2022; 2: 1-14
51. Branjerdporn G, Kimball H, Pirotta R, Branjerdporn N, Collins T, Bowman G, et al. Characteristics and outcomes of community-based perinatal peer support: Protocol for a systematic review. PLOS ONE 2024; 19: 1-7
52. Rashidi K, Safavi M, Yahyavi SH, Farahani H. The effect of the peers' support on self-efficacy level type II diabetic patients. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2015; 23: 15-26 [Persian]
53. Von Lengerke T, Gohl D, Babitsch B. Re-revisiting the behavioral model of health care utilization by Andersen: A Review on theoretical advances and perspectives. In: Janssen C, Swart E, eds. Health Care Utilization in Germany. Springer: New York, 2014: 11-28
54. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. Contemporary Educational Psychology 2020; 61: 1-11
55. Du H, Bernardo AB, Yeung SS. Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. Personality and Individual Differences 2015; 83: 228-233
56. Waddington J. Self-efficacy. English Language Teaching Journal 2023; 77: 237-240
57. Baehr LA, Kaimal G, Hiremath SV, Trost Z, Finley M. Staying active after rehab: Physical activity perspectives with a spinal cord injury beyond functional gains. PLOS ONE 2022; 17: 1-13
58. Middleton J, Tran Y, Craig A. Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2007; 88: 1643-1648
59. Li Y, Chien WT, Zhu B, He H, Bressington D. Predictors of self-efficacy among people with spinal cord injury during inpatient rehabilitation: A Cross-sectional study. Journal of Nursing Scholarship 2021; 53: 218-226

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.659]