

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

Narges Ghafarzadeh Namazi¹, Ghazaleh Mandani^{1*}, Seyed Ali Hosseini²

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

* 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

آنشر 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. مشارکت کنندگان ۱۴ نفر از افراد با آسیب نخاعی، مراقبان و متخصصان توانبخشی بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها، ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های فردی، عمیق و نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و تحلیل شدند. طبقه بندی داده‌ها 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 نموده‌اند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، افراد با آسیب نخاعی جهت دسترسی به خدمات توانبخشی با موانع متعددی مواجه‌اند و از سوی دیگر عواملی در سطوح خانوادگی، اجتماعی و فردی وجود دارد که موجب تسهیل دسترسی آن‌ها می‌شود. اغلب مشارکت کنندگان، تنگناهای اقتصادی و محیط محدود کننده را مهم‌ترین موانع دسترسی به خدمات توانبخشی می‌دانستند. همه آن‌ها اتفاق نظر داشتند که جامعه حامی و اتکای به توانمندی‌های 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 می‌شود.

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

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 می شوند که همین عوارض می تواند 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 در نتیجه استقلال در انجام فعالیت های روزمره زندگی تا حد امکان [۱۳]، بسیار حائز اهمیت است که این هدف از طریق خدمات توانبخشی به عنوان 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 پرداخته اند؛ در حالی که با توجه به تأثیر عوامل متعدد اجتماعی، تبیین تجربه در این زمینه با تجربه افراد در سایر بافتارهای اجتماعی می توانست 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 این رو، درک تجارب افراد با آسیب نخاعی با توجه به محدودیت های فیزیکی جهت ارتقای دسترسی ایشان به خدمات توانبخشی در آینده ضروری به نظر می رسد. 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 به منظور 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

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 زمینه توانبخشی افراد با آسیب نخاعی نیز از معیارهای ورود متخصصان توانبخشی بود. همچنین معیار خروج نیز شامل ناتوانی در ادامه انجام مصاحبه و یا عدم تمایل به ادامه همکاری بود. ابتدا جمع آوری اطلاعات دموگرافیک با استفاده از یک مصاحبه ساختار یافته آغاز گردید. در این پژوهش از مصاحبه با رویکرد نیمه ساختار یافته، به صورت فردی و عمیق استفاده شد و در آن سؤالات از قبل برنامه ریزی 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 باتوجه به تجارب، میزان اطلاعات و همکاری مشارکت کنندگان بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به طول انجامید. نمونه گیری 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 مشارکت کنندگان، مصاحبه ها توسط یک دستگاه گوشی همراه ضبط شد. از آن جایی که محیط تحقیق کیفی باید عرصه واقعی باشد و پژوهش در محلی که افراد مورد نظر در آن به سر می برند 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 به صورت 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 تجزیه و تحلیل

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 به صورت 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 فرایندهای تحقیق تحت نظارت دو نفر از اساتید با تجربه در زمینه مطالعات کیفی انجام شد. جامعه پژوهش شامل افراد با آسیب نخاعی، مراقبان آن ها و متخصصان توانبخشی در محدوده سنی قانونی ۱۸ سال 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 مجموعاً ۱۴ نفر از افراد با آسیب نخاعی، مراقبان آن ها 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 ساختار یافته، عمیق و فردی بود. نمونه گیری مبتنی بر هدف بود. پس از انجام هر مصاحبه و تحلیل داده ها، بر اساس مفاهیمی که از آن ها استخراج می شد، سایر مشارکت کنندگان بر اساس هدف مطالعه انتخاب شدند. نمونه گیری 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].

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

طبقه اول: تنگنایهای 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 آن‌ها را ندارند. این افراد با عدم توانایی مالی در پرداخت هزینه‌های رفت و آمد 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 گشته‌اند که توانایی ایشان را از لحاظ مالی کاهش داده است. با توجه به محدودیت فیزیکی افراد با آسیب نخاعی، خدمات توانبخشی در منزل و خدمات توانبخشی از راه دور، روش‌های 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 می‌گردد. مشارکت کننده ۱: «از جیب خودم و دوستانم هزینه‌های سرسام‌آوری بوده و هست دیگه پول برای کاردرمانی نمی‌ونه».

مشارکت کننده ۷: «بعد اینکه ضایعه نخاعی شدم دیگه کارمو از دست دادم، جایی هم کار نمیدن. برای همین از پس هزینه‌های توانبخشی برنمیام». مشارکت کننده ۹: «گفتم بیان خونه کاردرمانی انجام بدن ولی گفتن هر جلسه ۴۰۰ تومن. در صورتی که من هزینه‌های دیگه هم دارم نمیتونم. بیمه همه هزینه کاردرمانی در منزلو نمیده».

طبقه دوم: محیط محدودکننده: فقدان مناسب‌سازی محیط شهری و وسایل نقلیه و در نتیجه دشواری در رفت و آمد با توجه به شرایط جسمی افراد با آسیب نخاعی مانع از دسترسی آسان ایشان به خدمات توانبخشی می‌شد. مشارکت کننده ۲: «رمپ گذاشتن با شیب ۶۵ درجه که هر ویلچری بخواد از اونجا بالا بره مطمئناً به پشت میوفته. عملاً مناسب سازی نیست». مشارکت کننده 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

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

یافته‌ها

مجموع تعداد مشارکت کنندگان 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. مشارکت کنندگان 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 پستی و ۳ نفر با آسیب نخاعی کمری بودند. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت کنندگان در جدول ۱ 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

طبقه اول: جامعه حامی: خانواده، همتایان و خیران، جامعه حامی را تشکیل می دادند. طبق دیدگاه مشارکت کنندگان، حمایت خانواده مهم‌ترین و بزرگ‌ترین عامل تسهیل‌کننده بود. حمایت از سوی افراد هم‌تا که مشکل مشابه با فرد را دارند با تشکیل گروه‌های خودیار باهدف ارتقای آگاهی اعضا توسط خود افراد با آسیب نخاعی نیز عامل تسهیل‌کننده دیگری بود. همچنین حمایت داوطلبانه از طرف سایر مردم جامعه به صورت مالی و غیرمالی موجب تسهیل در روند دریافت خدمات توانبخشی می شود. مشارکت‌کننده ۸: «برادرم خرچامونو میده. خانمم کمکم میکنه میبره فیزیوتراپی من مدیونشونم». مشارکت‌کننده ۶: «ما یه گروه توی تلگرام تشکیل دادیم تا یجورایی تا جایی که در توانمونه چاره‌اندیشی کنیم. توی این گروهامون از تجربه هم استفاده می کنیم». مشارکت‌کننده ۱۰: «بعضی انسان‌های شریف هستن از سر لطف یا واسه رضای خدا کمکمون می‌کردن که برادر مو جابه‌جا کنیم. یه بنده خدایی هم پیدا شد گفت هزینه کاردرمانیتو می‌دم».

طبقه دوم: اتکا به توانمندی های فردی: طبق تجارب برخی از مشارکت کنندگان، یکی از عواملی که موجب غلبه بر شرایط سخت و ادامه دریافت خدمات توانبخشی می گردید، عوامل روان‌شناختی مهمی شامل انگیزه و امید در این افراد بود. همچنین خودکارآمدی که در این مطالعه شامل عزم کافی جهت انجام برخی تمرینات توانبخشی و ساخت و تعمیر وسایل کمکی توسط خود فرد در منزل است، موجب تداوم فرایند توانبخشی می شد. مشارکت‌کننده ۱۱: «اراده و روحیه‌اش خوبه همش پیگیره تمرین و توانبخشیه به چیزای دیگه اهمیت نمیده و با هر سختی شده یه راهی برای توانبخشی پیدا می‌کنه». مشارکت‌کننده ۲: «انسان با امید زنده است. کاردرمانی برای من و امثال من مثل اکسیژن می مونه باید ادامه بدیم. ادامه ندم دوباره برمی‌گردم به روزای اولم». مشارکت‌کننده ۱: «گاهی خودم تمرینارو انجام می‌دم تا خوب شم، من خوشحالم که آدم فنی هستم البته با کمک خانمم یسری وسایلمو ساختم. خودم ویلچرمو تعمیر می‌کنم و منتظر تعمیرکار نیمونم و در نتیجه هیچ جلسه‌ای از توانبخشیمو از دست نمیدم».

نادیده‌گرفتن حقوق و عدم اولویت دهی به افراد با آسیب نخاعی، دسترسی ایشان به خدمات توانبخشی را تحت‌تأثیر قرار داده است. انگ ناتوانی و نگاه ترحم‌آمیز مردم برای افراد با آسیب نخاعی مانع از تمایل این افراد برای خروج از منزل و دریافت خدمات از جمله خدمات توانبخشی می‌شد. مشارکت‌کننده ۳: «این اتفاق که برام افتاد دیگه یواش‌یواش همه دوری کردن و ارتباطم انقدر کم شده و مادرم دست تنهاست چون من سنگینم راحت نیست بزور ماهی ییار بیایم فیزیوتراپی». مشارکت‌کننده ۸: «اصن دوست ندارم بیرون دربیام و برم توانبخشی بقیه هم منو ببینن چون یکی می بینه میگه آخی بیچاره دلم براش سوخت». مشارکت‌کننده ۷: «خب بما چرا حق پرستاری فقط یک میلیون می‌دن؟ کفاف زندگی رو نمیده. حق پرستاری که به خانوم جانبازای عزیز میدن نزدیک هشت میلیونه. نمیگیم به اونا ندن. چرا بدن اتفاق زیادم بدن ولی مارو هم درنظر بگیرن».

طبقه چهارم: ناهمگونی سازمانی: براساس تجارب مشارکت‌کنندگان، عدم نظارت دقیق بخش دولتی و مسئولان بر دسترسی خدمات توانبخشی و کیفیت وسایل کمک حرکتی تولید شده در کشور برای ایشان مانع مهمی در استفاده از آن‌ها بوده است. همچنین ناکارآمدی در سیاست‌گذاری از سوی برخی از مسئولین مربوطه، از جمله عدم بازنگری قوانین حقوقی افراد کم توان و برنامه ریزی ضعیف در مدیریت توانبخشی مانع از دسترسی آسان افراد با آسیب نخاعی به خدمات توانبخشی می گردد. مشارکت‌کننده ۴: «هزینه کاردرمانی حدوداً دو میلیون می‌شد، بهزیستی پونصد هزار تومنشو داد، باید بقیه‌اش را خودم می‌دادم. تشک مواج جنس خوب ندادن و گفتن بر عهده ما نیست و رفتار خوبی نداشتن». مشارکت‌کننده ۱۴: «بزرگ‌ترین مشکل، وسایل کمکی و قطعات باکیفیت پیدا نمیشه یا گروه، تولید داخل هم روزبه‌روز بی کیفیت‌تر میشه چون نظارت درستی رو کیفیت وسایل نیست». مشارکت‌کننده ۱۲: «متأسفانه چون دولت حمایت نمیکنه و بیکار میمونن و به خاطر مشکلات بعدش دیگه توانبخشیمو ادامه نمیدن».

عوامل تسهیل‌کننده

عوامل تسهیل‌کننده شامل جامعه حامی و اتکا به توانمندی فردی هستند.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

کد مشارکت‌کننده	عنوان مشارکت‌کننده	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

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 عدم حمایت دولتی در ایجاد اشتغال
	وضعیت نابسامان شغلی	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 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 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 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
محیط محدودکننده	معلولیت شهری	کاهش تعاملات اجتماعی طرد از تعاملات اجتماعی 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
	محدودیت های حمل و نقل	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
نابسامانی تعاملات اجتماعی و فرهنگی	گسستگی ارتباطات	عدم بازرسی دقیق بر دسترسی به خدمات توانبخشی عدم نظارت دقیق اجرای کامل مصوبه های حمایتی عدم بازرسی دقیق بر کیفیت وسایل توانبخشی
	انگ و ترحم	عدم بازنگری در ساختار 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
ناهمگونی سازمانی	عدم نظارت بخش دولتی	
	ناکارآمدی در سیاست گذاری	

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 ایجاد گروه‌های خودیار با همتایان راهنمایی همتایان
	حمایت همتایان	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
	حمایت خیران	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
اتکاء به توانمندی‌های فردی	انگیزه و امید	انجام تمرینات آموخته شده در منزل ساخت و تعمیر وسایل کمکی توسط خود فرد استفاده از دانش فنی خود در ساخت تجهیزات کمکی
	خودکارآمدی	

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 مشارکت کنندگان شناخته شد. با توجه به ماهیت مزمن بودن آسیب نخاعی و ایجاد وابستگی نسبی، دامنه وسیعی از هزینه‌ها به ایشان تحمیل می‌گردد 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 راجر، هزینه‌ها را مانعی جهت دسترسی به خدمات معرفی کرده و هزینه‌های تحمیل شده را مانع تبدیل فرصت‌های دسترسی بالقوه به فرصت‌های دسترسی تحقق یافته دانسته است [۴۳]. در مطالعه ای سلطانی و همکاران بیان داشتند که هزینه بالای حمل و نقل از عوامل دسترسی ضعیف به خدمات مراقبت‌های بهداشتی بوده است

[۱۶]. این نتایج در رابطه با موانع مالی نشان می‌داد که برای دستیابی به خدمات توانبخشی، سازمان‌های 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 بیشتر ساختمان‌ها بدون تحمل دشواری فراوان، امکان‌پذیر نبوده و وسایل نقلیه عمومی عملاً برای آنان غیر قابل استفاده است. در این زمینه، تی‌سای 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

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 آسیب‌نخاعی 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 آسیب‌نخاعی 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 ترحم‌آمیز 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 آسیب‌نخاعی 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 کم‌توان بود. محوریت و اهداف فعالیت‌های سازمان‌های مربوطه در جهت تلاش برای کمک به افراد کم‌توان است [۴۸]. اما طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، مساعدت‌های مالی این سازمان‌ها بسیار اندک است. با توجه به ضرورت خدمات توانبخشی، لازم است که نظارت دقیقی از طریق مسئولان صورت بگیرد تا سازمان‌های مربوطه مساعدت مالی خود را جهت ارتقای دسترسی خدمات توانبخشی به افراد کم‌توان افزایش دهند. در مطالعه‌ای همسو، نجفی و همکاران، بیان نمودند که سازمان‌های اجرایی در کشور برای برنامه‌های بهداشتی و توانبخشی افراد کم‌توان مشکلات زیادی از جمله ناکارآمدی ساختار و موانع اقتصادی دارند که به نظر می‌رسد درک موانع اجرای قوانین بین‌المللی، مسئولین را در این زمینه توانمند می‌نماید [۴۹] و خدمات را بهبود می‌بخشد. توصیه می‌شود که سیاست‌گذاران، توانبخشی را به‌عنوان یک عنصر اصلی سیستم بهداشتی برای افراد با آسیب‌نخاعی در نظر بگیرند. با توجه به اینکه یکی دیگر از اهداف اختصاصی این پژوهش شناسایی عوامل

تسهیل‌کننده دسترسی افراد با آسیب‌نخاعی به خدمات توانبخشی بود، جامعه حامی به‌عنوان 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 آسیب‌نخاعی تحت حمایت عاطفی و مساعدت مالی خانواده خود، سازگاری بیشتری در مقابله با مشکلات داشته‌اند [۲۹]. در همین راستا، طبق مطالعه کرافت و همکاران، حمایت خانوادگی یکی از عوامل تسهیل‌کننده مهم در مشارکت اجتماعی افراد کم‌توان به‌شمار 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 مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، حمایت هم‌تایان را به‌عنوان روشی تأثیرگذار که موجب افزایش سطح آگاهی و رفتارهای خود مدیریتی افراد آسیب‌دیده در جامعه می‌گردد؛ بیان کرده‌اند [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 توانمندی‌های 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

تسهیل‌کننده دسترسی افراد با آسیب‌نخاعی به خدمات توانبخشی بود، جامعه حامی به‌عنوان 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 آسیب‌نخاعی تحت حمایت عاطفی و مساعدت مالی خانواده خود، سازگاری بیشتری در مقابله با مشکلات داشته‌اند [۲۹]. در همین راستا، طبق مطالعه کرافت و همکاران، حمایت خانوادگی یکی از عوامل تسهیل‌کننده مهم در مشارکت اجتماعی افراد کم‌توان به‌شمار 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 مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، حمایت هم‌تایان را به‌عنوان روشی تأثیرگذار که موجب افزایش سطح آگاهی و رفتارهای خود مدیریتی افراد آسیب‌دیده در جامعه می‌گردد؛ بیان کرده‌اند [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 توانمندی‌های 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

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 در نظر 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 انجمن های 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 منافی وجود ندارد.

سپم 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, Kiény P, Gross R, Reiss B, Le Fort M. Spinal cord injury: A Multisystem

نخاعی درباره فعالیت بدنی دریافتند که اغلب راهبردهای مربوط به آن از طریق خودآموزی به دست می آیند [۵۷]. در واقع انجام مداوم تمرینات و تکرار آن ها توسط خود شخص موجب خودآموزی تمرینات می گردد. 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 کمک کننده ای روبه رو هستند که با درک دیدگاه های این افراد، مراقبان ایشان و متخصصان توانبخشی می توان زمینه ارتقای دسترسی به خدمات توانبخشی در آینده را فراهم نمود. ضروری است که مسئولین و سیاست گذاران با تدوین برنامه های دقیق و اصلاح ساختارهای اجرایی، افراد با آسیب نخاعی را مانند سایر اقشار جامعه در دستیابی به حقوق انسانی شان در زمینه دسترسی به خدمات توانبخشی و بهبود سلامت یاری نمایند. این مطالعه به منظور افزایش کیفیت و دسترسی به خدمات توانبخشی، بر نیاز به تلاش های هماهنگ از سوی مدیران خدمات توانبخشی بر افزایش پوشش بیمه ای خدمات توانبخشی در منزل و ارائه پوشش بیمه تکمیلی خدمات کاردرمانی جهت کاهش تنگنای 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 مهندسين 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

physiological impairment/dysfunction. *Revue Neurologique* 2021; 177: 594-605

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, Lentini 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, Dashtkoobi 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. 9th Edition, Elsevier Health Sciences: California, 2024
14. Organization WH. Rehabilitation <https://www.who.int/news-room/factsheets/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

- 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, Vafaei 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, Pashaei 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, Nouredin 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*. 10th 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

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, Pirota 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-visiting 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