

## نیاز درک‌شده، جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت در کودکان ۸ ساله و کم‌تر دارای معلولیت در ایران

قباد مرادی<sup>۱</sup>، شاهین سلطانی<sup>۲</sup>، فریده مصطفوی<sup>۳</sup>، مهدی ذکایی<sup>۴</sup>، سیروس همت‌پور<sup>۵</sup>، الهام نوری<sup>۶</sup>، بختیار پیروزی<sup>۷</sup>

(۱) دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۲) استادیار سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل محیطی تاثیرگذار بر سلامت، دانشکده بی‌داشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (۳) کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۴) پژوهشکار عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۵) استادیار طب نوزادی و پرامون تولید، گروه کودکان، دانشکده بی‌داشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۶) دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۷) استادیار سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

\*نویسنده‌ی مسئول: عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، تلفن: ۰۸۳۳۶۶۴۶۵۹، پست الکترونیک: bpiroozi@gmail.com

دریافت: ۹۹/۴/۲۳ پذیرش: ۹۹/۶/۲

### چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین نیاز درک‌شده، رفتار جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت در کودکان هشت ساله و کم‌تر دارای معلولیت در ایران انجام گرفت.

روش کار: مطالعه‌ی توصیفی حاضر به روش مقطعی روی ۲۰۰۰ کودک هشت ساله و کم‌تر دارای معلولیت به عنوان نمونه‌ی آماری انجام شد. نمونه‌ها از پنج استان، به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی الکترونیکی محقق ساخته انجام شد. برای آنالیز داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Stata13 انجام شد.

یافته‌ها: بیشترین احساس نیاز به خدمات سرپاپی طی سه ماه گذشته برای خدمات ویزیت پزشک متخصص (۶۵/۱۰٪)، دارو (۶۶/۰۵٪)، گفتاردرمانی (۵۷/۰۱٪) و کاردترمانی (۵۶/۰۹٪) گزارش شد. کم‌ترین مراجعه برای دریافت نیازهای احساس‌شده‌ی سرپاپی برای خدمات دندان‌پزشکی (۴۵/۰۱٪)، روان‌شناسی (۴۰/۰۱٪) و فیزیوتراپی (۶۹/۶۰٪) و کم‌ترین دریافت خدمت پس از جستجوی خدمات احساس‌نیازشده، به ترتیب برای خدمات دندان‌پزشکی (۶۱/۰۰٪)، فیزیوتراپی (۸۲/۳۱٪) و جراحی سرپاپی (۸۶/۴۰٪) بود. احساس نیاز، مراجعه و استفاده از خدمات بستری طی ۱۲ ماه گذشته به ترتیب ۲۲/۰۸٪، ۸۷/۸۹٪ و ۸۸/۷۳٪ گزارش شد.

نتیجه‌گیری: میان احساس نیاز، مراجعه و دریافت خدمات سلامت در کودکان دارای معلولیت، شکاف قابل توجهی وجود داشت. سیاست‌گذاران نظام سلامت باید در طراحی مداخلات مناسب، موانع موجود بر مسیر جستجو و استفاده از خدمات سلامت توسط کودکان دارای معلولیت را مدنظر قرار دهند.

**کلیدواژه‌گان:** معلولیت، نیاز درک‌شده، جستجوی خدمات، بهره‌مندی، کودکان

### مقدمه

اختلالات و ناتوانی در آن‌ها مسئله‌ای بسیار مهم محسوب شده و نیازمند پیگیری‌های جدی و ارایه‌ی مراقبت‌های ویژه است [۲]. براساس آمارهای جهانی، در سال ۲۰۱۰ بیش از یک میلیارد نفر از مردم جهان حداقل بانوعی از معلولیت زندگی کرده و سالانه بیش از ۱۰ میلیون نفر به جمعیت آنان افزوده می‌شود [۱,۳]. با توجه به آخرین آمارهای ثبت‌شده در ایران، متعلق به آبان ماه سال ۱۳۹۰، حدود ۱ میلیون و ۱۸ هزار نفر (۱/۳۵٪) از کل جمعیت ایران حداقل دارای یک نوع معلولیت بوده که این رقم در کودکان زیر ۱۴ سال حدود ۱۲۶,۳۱۷

ناتوانی پدیده‌ای جهانی است که در تمامی زمان‌ها و مکان‌ها مطرح بوده و جوامع مختلف از نظر شدت، نوع و نحوه مقابله و برخورد با آن، شرایط متفاوتی دارند. براساس طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت، افراد دارای معلولیت حداقل در یکی از حوزه‌های اختلالات، محدودیت در فعالیت و محدودیت در مشارت قرار می‌گیرند [۱]. همواره بخشی از جمعیت هر کشوری به‌دلایل مختلف دچار آسیبهای جسمی، ذهنی و روان‌شناختی می‌شود، اما از آن جا که کودکان یکی از اقسام آسیب‌پذیر جامعه هستند، وجود

در این مطالعه برای این که حجم نمونه، معرف جامعه باشد و نیز تعیین حداکثر تعداد حجم نمونه، فرض برآن شد که ۵۰٪ از کودکان معلول زیر هشت سال، طی سه ماه اخیر به خدمات سلامت نیاز پیدا کرده‌اند) (و با اطمینان آماری ۹۵٪ و میزان دقت ۵٪)، براساس فرمول زیر، حجم نمونه برای هر استان ۳۸۵ خانوار برآورد شد. در نهایت از هر استان ۴۰۰ خانوار و در مجموع ۲۰۰۰ خانوار از پنج استان انتخاب شد.

$$n = \frac{Z^2 \cdot \alpha \times P(1-P)}{d^2}$$

حجم نمونه‌ی ۴۰۰ در هر استان، برآورد مناسبی برای بسیاری از اهداف در سطح هر استان، که معرف یک بخش از کشور هستند، فراهم می‌نماید. روش نمونه‌گیری، چندمرحله‌ای بود. در مرحله‌ی اول استان‌ها به پنج منطقه‌ی شمال، مرکز، جنوب، شرق و غرب تقسیم شدند. هدف این بود که استان‌ها به گونه‌های انتخاب شوند که در نهایت، امکان تعیین نتایج به کل کشور تا حد امکان، میسر باشد. از هر منطقه، یک استان به صورت تصادفی انتخاب شد (کردستان از غرب، البرز از مرکز، کرمان از شرق، فارس از جنوب و گلستان از شمال). سپس، در مرحله‌ی دوم از میان شهرهای استان‌های منتخب، مراکز استانی انتخاب شدند (سنندج، کرج، کرمان، شیراز و گرگان). در مرحله‌ی بعد، فهرست کودکان دارای ناتوانی‌های ذهنی و جسمی هشت ساله و کمتر از سازمان بهزیستی و مدارس استثنای شهرهای منتخب اخذ و بهروش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۰۰ نمونه انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی بود؛ قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک، زمینه‌ای و اقتصادی-اجتماعی و قسمت دوم، سوالات مربوط به احساس نیاز، جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی (طی ۹۰ روز اخیر) و بستری (طی ۱۲ ماه گذشته)، روایی این پرسش‌نامه از طریق چرخش و برگزاری جلسه میان خبرگان، شامل متخصصان کودکان، مسئولان اداره‌ی کودکان وزارت بهداشت، متخصصان آموزش بهداشت، مددکاری، سیاست‌گذاری سلامت و اپیدمیولوژی و نهایی شدن آن، براساس اجماع نظر ایشان انجام گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی و تایید شد (آلفای کرونباخ = ۰.۷۶/۰.۴۹٪). پرسش‌نامه به صورت الکترونیکی طراحی و تبدیل به نرم‌افزار شد. داده‌ها از طریق ورود به این نرم‌افزار تکمیل شدند. پرسشگران پس از انتخاب نمونه‌ها و مراجعته به درب منزل، از طریق مصاحبه با والدین یا مراقبان کودکان دارای معلومیت، پرسش‌نامه‌ها

نفر (۱/۲۴٪) می‌باشد [۴۵]. الگوی معلومیت در یک کشور متاثر از شرایط بهداشتی و فاکتورهای اجتماعی-اقتصادی است [۲]. ممکن است افراد دارای معلومیت به اندازه‌ی جمعیت عمومی مراقبت‌های غربالگری معمول نیز بهره‌مند نشوند [۶]. پوشش بیمه، درآمد، هزینه‌ی خدمات سلامت، حمل و نقل و ارتباطات، نقش ویژه‌ای در دسترسی افراد دارای معلومیت به خدمات سلامتی دارند [۷]. تنها تعداد اندکی از کشورها، اطلاعات مؤثقی درخصوص تعداد کودکان دارای معلومیت، نوع معلومیت آن‌ها و این که چگونه این معلومیت زندگی ایشان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، دارند؛ بنابراین کودکانی که به حساب نمی‌آیند، برای ارایه کنندگان خدمات عمومی ناشناخته مانده و درنتیجه، از خدماتی که حق آن‌هاست محروم می‌شوند. این محرومیت‌ها در کودکی می‌تواند کل زندگی فرد را تحت تاثیر قراردهد. عدم آگاهی از ماهیت و علل اختلالات، دیدهنشدن، دست‌کم گرفتن توانایی‌ها و موانع موجود در برخورداری از فرستاده‌های مشابه در مقایسه با دیگران سبب می‌شود کودکان دارای معلومیت در حاشیه باقی بمانند [۸]. همچنین، کودک دارای معلومیت نیازمند توجه بیشتر و طولانی‌مدت برای تعذیه، امور درمانی و مراقبت‌های عمومی است که نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی حال و آینده وی دارد [۹]. در ایران، بسیاری از خدمات بهداشتی-درمانی و بازتوانی مورد نیاز افراد دارای معلومیت تحت پوشش بیمه‌های پایه نبوده و زیرساخت‌ها، طراحی فضا و امکانات شهری نیز مناسب ایشان نمی‌باشد. این عوامل می‌تواند دسترسی این افراد به خدمات سلامت را محدود کند؛ حتی ممکن است در صورت بهره‌مندی، فشار زیادی به ایشان و خانوارهای آنان تحمیل شود. شناخت وضعيت احساس نیاز، جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت و موانع موجود می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در اختیار مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت فراهم‌دهد تا در برنامه‌ریزی‌ها، طراحی مداخلات و اصلاحات نظام سلامت، مورد توجه قراردهنده. باتوجه به بررسی‌های انجام‌شده، در حال حاضر اطلاعات کمی در خصوص نیاز، جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت در کودکان با نیازهای ویژه در ایران موجود است. بنابراین هدف از مطالعه‌ی حاضر، تعیین نیاز درکشده، جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت در کودکان دارای معلومیت هشت ساله و کمتر در ایران بود.

## روش کار

مطالعه‌ی توصیفی حاضر به روش مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل خانواده‌های دارای کودکان دچار ناتوانی‌های ذهنی و جسمی هشت ساله و کمتر در ایران بود. در مطالعه‌ی حاضر، کودکان زیر یک سال افرادی بودند که از تاریخ تولد آن‌ها ۱۱ ماه و ۲۹ روز تمام سپری شده‌بود.

توصیفی، مانند میانگین و انحراف معیار، میانه، نسبت و فاصله‌ی اطمینان استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از stata 13 صورت گرفت.

### یافته‌ها

توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه در استان‌های کردستان برابر با ۴۰۴ (۲۰/۱۴)، گلستان ۴۰۱ (۱۹/۹۹)، فارس ۴۰۰ (۱۹/۹۴)، البرز ۴۰۰ (۱۹/۹۴) و کرمان ۴۰۱ (۱۹/۹۹) بود. میانگین (انحراف معیار) گروه سنی در کودکان ( $\pm 1/95$ ) (۵/۴۲) سال بود. کودکان با جنسیت مذکور (۱۱۸۷: ۵۷%) و گروه سنی ۵ تا ۹ سال (۱۳۵۹: ۶۷%) سهم بیشتری از افراد شرکت‌کننده در مطالعه داشتند. تعداد ۱۸۹۶ (۹۴/۵۲%) کودک دارای معلولیت، تحت پوشش بیمه‌ی پایه و ۲۹۵ (۱۴/۷۱%) دارای بیمه‌ی تکمیلی بودند (جدول ۱).

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای کودکان ۸ ساله و کمتر دارای معلولیت و خانواده‌های آن‌ها

ردیف	نام متغیر	تعداد (درصد)	ردیف	نام متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	ردیف
۱	جنس	زن	۷	وضعیت بیمه‌ی تکمیلی افراد مورد مطالعه	(۴۰/۸۳)۸۱۹	(۴۰/۸۳)۸۱۹	
	مرد	(۵۹/۱۷)۱۱۸۷					
	بی‌سواد	(۳/۸۹)۷۸					
	ابتدايی	(۱۷/۱۵)۳۴۴					
۲	تحصیلات پدر	راهنمایی	۸	بعد خانوار افراد مورد مطالعه	(۲۳/۶۸)۴۷۵	(۲۳/۶۸)۴۷۵	
	دیپلم	(۴/۹۸)۹۹					
	دانشگاهی	(۳۰/۴۱)۶۱۰					
	بی‌سواد	(۱۹/۹۴)۴۰۰					
۳	تحصیلات مادر	راهنمايي	۹	وضعیت اشتغال پدر	(۴/۶۹)۹۴	(۴/۶۹)۹۴	
	دیپلم	(۱۶/۹۱)۳۳۹					
	دانشگاهي	(۱۷/۵۶)۳۵۲					
	راهنمايي	(۵/۷۴)۱۱۵					
	دیپلم	(۳۴/۲۱)۶۸۶					
	دانشگاهي	(۲۰/۹۰)۴۱۹					
۴	رتبه‌ی تولد کودکان مورد مطالعه	۱	۱۰	وضعیت اشتغال مادر	(۴۶/۷۶)۹۳۸	(۴۶/۷۶)۹۳۸	
	۲	(۳۵/۰۹)۷۰۴					
	۳	(۱۲/۷۶)۲۵۶					
	۴ و بیشتر	(۵/۴۸)۱۰۸					
	نadar	(۵/۴۸)۱۱۰					
۵	وضعیت بیمه‌ی پایه افراد مورد مطالعه	دارد	۱۱	نوع معلولیت	(۹۴/۵۲)۱۸۹۶	(۹۴/۵۲)۱۸۹۶	
	مشکلات گفتاري	(۲۰/۰۶)۱۹۲					
	مشکلات بیناني	(۱۹/۹۶)۱۹۱					
	مشکلات شوابي	(۲۴/۰۳)۳۷۰					
	مشکلات ذهني	(۱۸/۸۱)۱۸۰					
	مشکلات حرکتی	(۱۷/۱۴)۱۶۴					
۶	وضعیت اقتصادي	غنى					
	غنى ترين						

<sup>۱</sup> Principal Component Analysis

بیشتر از ۶۴٪ از خانواده‌های دارای کودک دچار ناتوانی ذهنی و جسمی از نظر وضعیت معيشی در حد متوسط و پایین قرار داشتند. اختلالات ترکیبی، بیشترین نوع اختلال را به خود اختصاص داد؛ به طوری که ۵۶۴ (۵۶٪) از کودکان به طور همزمان از چند نوع اختلال رنج می‌بردند. در این میان تقریباً ۵۳۴ (۵۲٪) و ۴۵۳ (۴۲٪) نفر به ترتیب از اختلالات ذهنی و حرکتی رنج می‌برند.

میان احساس نیاز به خدمت، مراجعه و دریافت خدمات، شکاف زیادی وجود داشت. بیشترین احساس نیاز به خدمات سرپایی طی سه ماه گذشته برای خدمات ویزیت پزشک متخصص ۱۳۰ (۶۵٪)، دارو

از ۹۰٪ بود (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع خدمات سرپایی به تفکیک احساس نیاز، مراجعه و دریافت خدمات در کودکان ۸ ساله و کمتر دارای معلولیت طی ۳ ماه گذشته

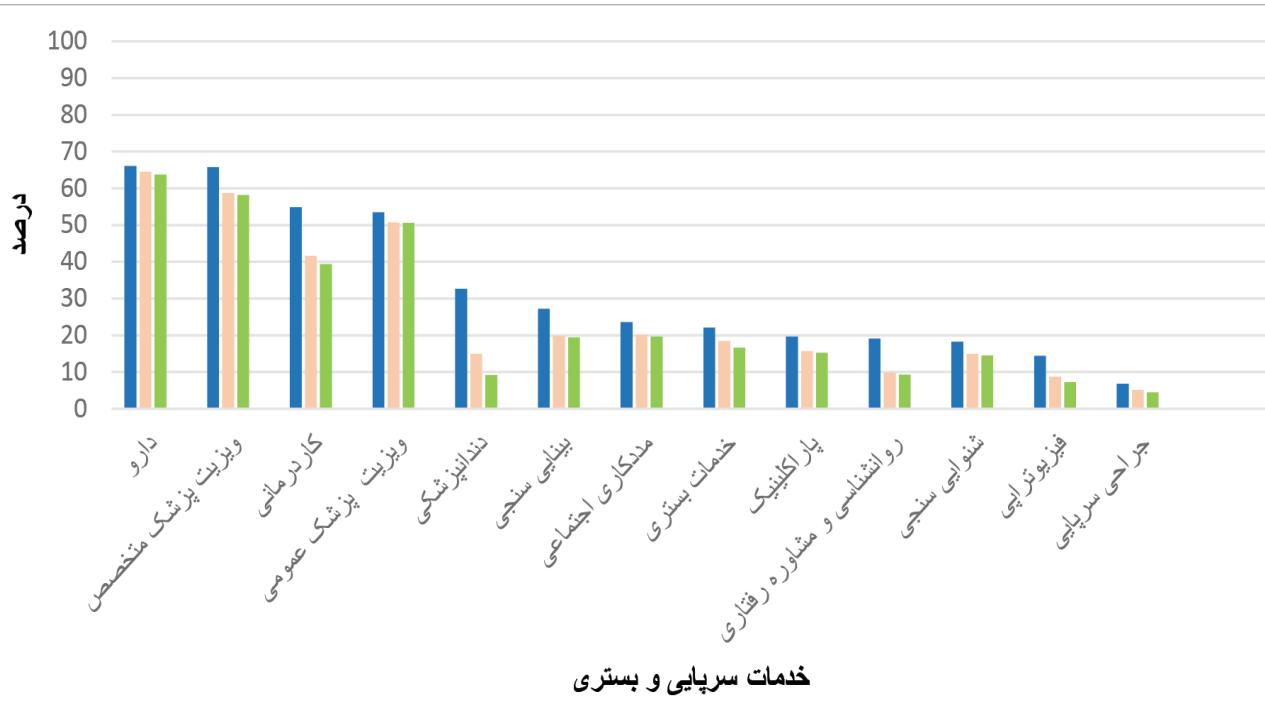
		دریافت خدمات		مراجعه چهت دریافت خدمات		احساس نیاز به خدمات		خدمات سوبایی
درصد	تعداد	درصد*	تعداد	درصد	تعداد	درصد	ویزیت سرپایی پزشک عمومی	
۰/۲۰	۲	۵/۴۱	۵۸	۴۶/۵۱	۹۳۳	ندارد		
۹۹/۸۰	۱۰۱۳	۹۴/۵۹	۱۰۱۵	۵۳/۴۹	۱۰۷۳	دارد		
ویزیت سرپایی پزشک متخصص								
۰/۹۴	۱۱	۱۰/۹۸	۱۴۵	۳۴/۲۰	۶۸۶	ندارد		
۹۹/۰۶	۱۱۶۴	۸۹/۰۲	۱۱۷۵	۶۵/۸۰	۱۳۲۰	دارد		
جراحی سرپایی								
۱۳/۶۰	۱۴	۲۵/۳۶	۳۵	۹۳/۱۲	۱۸۶۸	ندارد		
۸۶/۴۰	۸۹	۷۴/۶۴	۱۰۳	۶/۸۸	۱۳۸	دارد		
دندانپزشکی								
۳۹/۰۰	۱۱۷	۵۴/۲۰	۳۵۵	۶۷/۳۵	۱۳۵۱	ندارد		
۶۱/۰۰	۱۸۳	۴۵/۸۰	۳۰۰	۳۲/۶۵	۶۵۵	دارد		
فیزیوتراپی								
۱۷/۶۲	۳۱	۳۹/۳۱	۱۱۴	۸۵/۵۴	۱۷۱۶	ندارد		
۸۲/۳۸	۱۴۵	۶۰/۶۹	۱۷۶	۱۴/۶۴	۲۹۰	دارد		
کاردرمانی								
۵/۱۶	۴۳	۲۴/۴۳	۲۶۹	۴۵/۱۱	۹۰۵	ندارد		
۹۴/۸۴	۷۸۹	۷۵/۵۷	۸۳۲	۵۴/۸۹	۱۱۰۱	دارد		
گفتاردرمانی								
۵/۶۴	۵۰	۲۳/۲۰	۲۶۸	۴۲/۴۲	۸۵۱	ندارد		
۹۴/۳۶	۸۳۷	۷۶/۸۰	۸۸۷	۵۷/۵۸	۱۱۵۵	دارد		
بینایی‌سنگی								
۲/۱۵	۸	۲۷/۲۹	۱۴۹	۷۲/۷۸	۱۴۶۰	ندارد		
۹۷/۸۵	۳۸۹	۷۲/۷۱	۳۹۷	۲۷/۲۲	۵۴۶	دارد		
شنوایی‌سنگی								
۲/۶۸	۸	۱۸/۳۱	۶۷	۷۵/۸۱	۱۶۴۰	ندارد		

## نیاز در کشده، جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت...

۹۷/۳۲	۲۹۱	۸۱/۶۹	۲۹۹	۱۸/۲۵	۳۶۶	دارد
						پاراکلینیک
۲/۸۶	۹	۱۶/۲۷	۶۱	۸۱/۳۱	۱۶۳۱	ندارد
۹۷/۱۴	۳۰۵	۸۳/۷۳	۳۱۴	۱۶/۶۹	۳۷۵	دارد
						دارو
۱/۰۹	۱۴	۲/۷۲	۳۶	۳۳/۹۵	۶۸۱	ندارد
۹۸/۹۱	۱۲۷۵	۹۷/۲۸	۱۲۸۹	۶۶/۰۵	۱۳۲۵	دارد
						روان‌شناسی و مشاوره‌ی رفتاری
۶/۰۹	۱۲	۴۸/۷۰	۱۸۷	۸۰/۸۶	۱۶۲۲	ندارد
۹۳/۹۱	۱۸۵	۵۱/۳۰	۱۹۷	۱۹/۱۴	۳۸۴	دارد
						مددکاری اجتماعی
۲/۴۸	۱۰	۱۴/۹۸	۷۱	۷۶/۳۷	۱۵۳۲	ندارد
۹۷/۵۲	۳۹۳	۸۵/۰۲	۴۰۳	۲۳/۶۳	۴۷۴	دارد

\* حاصل تقسیم تعداد خدمات احساس‌نیازشده \*\* حاصل تقسیم تعداد دریافت خدمت بر تعداد مراجعه برای خدمات احساس‌نیازشده

میزان احساس نیاز، جستجو، مراجعه و استفاده از خدمات بستری و سرپایی براساس کل جمعیت در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱. احساس نیاز، جستجو و دریافت خدمات سلامت سرپایی و بستری براساس کل جمعیت برای کودکان ۸ ساله و کمتر دارای معلولیت در ایران

خدمات فیزیوتراپی توسط خود فرد، عدم تخصص مناسب در جراحی‌های سرپایی و گفتاردرمانی از نظر افراد، تأخیر در نوبت‌دهی خدمات مربوط به جراحی و دوربودن یا فاصله‌ی مکانی زیاد در کاردرمانی، عدم تربیت دلایل عدم مراجعه جهت دریافت برخی خدمات سرپایی بود (جدول ۳).

«قابل پرداخت‌بودن هزینه» و «عدم پوشش مناسب هزینه‌ها توسط بیمه» به ترتیب از دلایل عدم مراجعه برای خدمات سرپایی مورد نیاز کودک بود. عدم توانایی در پرداخت هزینه‌ها و پوشش ناقص بیمه در خدمات دندانپزشکی، کیفیت پایین خدمات پزشکان عمومی، به تعویق انداختن

جدول ۳: توزیع دلایل عدم مراجعه جهت دریافت خدمت سرپایی مورد نیاز کودکان ۸ ساله و کمتر دارای معلولیت

نیاز / مشکل	کودکم برطرف شد	تعداد	در صد	بیمه، هزینه‌ی آن برایمان قابل پرداخت نبود	مناسبی از هزینه‌ها	پوشش نظر، تحت خدمات خیلی دیر وقت می‌دهند وجود ندارد مراجعت کنیم و بود	نیاز مورد قصد داریم	تخصص مورد خیلی دیر وقت می‌دهند بود	ویزیت سرپایی پزشک عمومی
ویزیت سرپایی پزشک متخصص	۱۰/۳۴	۶	۶	۸۹/۶۶	۶۵/۵۲	۳۱	۳۳	۱۷/۲۴	۶/۹۰
جراحی سرپایی	۲/۷۶	۴	۴	۹۷/۲۴	۷۸/۶۲	۱۰۲	۹۴	۲۰/۰۰	۶/۲۱
دندانپزشکی	۱/۹۷	۷	۷	۸۸/۵۷	۵۷/۱۴	۱۱۴	۱۰۲	۱۷/۲۴	۳/۷۹
فیزیوتراپی	۳/۵۱	۴	۴	۹۸/۲۵	۸۱/۵۸	۲۰	۲۰	۲۲/۸۶	۱۴/۲۹
کاردروماني	۲/۶۰	۷	۷	۹۷/۴۰	۸۶/۴۸	۲۸۴	۲۸۱	۱۲/۳۹	۵/۳۵
گفتاردرمانی	۱/۱۲	۳	۳	۹۴/۳۰	۸۶/۹۹	۲۰۹	۱۷	۲۱/۵۶	۴/۴۶
بینایی‌سنگی	۲/۰۱	۳	۳	۱۲۷	۹۸/۲۵	۹۳	۸۲	۱۹/۳۰	۷/۰۲
شنواهی‌سنگی	۲/۹۹	۲	۲	۹۱/۰۴	۵۶/۷۲	۲۳۴	۲۰۹	۲۲/۷۶	۳/۳۶
پاراکلینیک	۳/۲۸	۲	۲	۸۷/۵۲	۷۵/۴۱	۲۲۶	۲۰۰	۱۵۶	۹/۵۶
دارو	۱۱/۱۱	۴	۴	۹۴/۲۸	۶۱/۱۱	۲۱	۲۲	۱۶/۶۷	۱۱/۱۱
روان‌شناختی و مشاوره‌ی رفتاری	۲/۱۴	۴	۴	۱۸۰	۷۷/۱۹	۱۳۵	۹۷	۱۰/۷۴	۶/۰۴
مددکاری اجتماعی	۱/۴۱	۱	۱	۹۰/۱۴	۶۶/۲۰	۲۸	۶۱	۲۲/۳۹	۵/۹۷
بیشترین علت عدم دریافت خدمات سرپایی احساس نیازشده پس از مراجعه برای تمامی خدمات، نداشتند (جدول ۴).	۱۱/۱۱	۲	۲	۹۰/۱۴	۶۶/۰۱	۴۶	۵۴	۱۴/۷۵	۶/۵۶

جدول ۴: توزیع دلایل عدم دریافت خدمت سرپایی مورد نیاز کودکان ۸ ساله و کمتر دارای معلولیت طی ۳ ماه گذشته در مواردی که پس از احساس نیاز، مراجعه کردند

هنوز نوبت	کودکم فرا	هزینه‌ی آن برایمان قابل پرداخت	مناسبی از هزینه‌ها	پوشش نظر، تحت خدمات خیلی دیر وقت می‌دهند، لذا دادند، لذا منصرف شدیم	نرسیده است،	مناسب نبود، منتصف نبود	هزینه‌ها مناسب نبود، نیاز باز نبود نمی‌توانستیم لذا منصرف شدیم	نیاز مورد واحد مورد شلوغ بود، مناسب نبود	بیمه، هزینه‌ی آن برایمان قابل پرداخت
ویزیت سرپایی پزشک عمومی	۳۳/۳۳	۶۶/۶۷	۵۰/۰۰	۳/۳۳	۳/۳۳	۳	۴	۱۶/۶۷	۱۶/۶۷
ویزیت سرپایی پزشک متخصص	۹/۰۹	۹/۰۹	۷۷/۲۷	۱۷	۱۶	۲۰	۲	۴/۵۵	۴/۵۵
جراحی سرپایی	۵۶/۲۵	۶۲/۵۰	۳۷/۵۰	۵	۳۱	۱۰	۹	۱۲/۵۰	۱۶/۶۷
دندانپزشکی	۷/۳۲	۹/۴/۳۱	۶۹/۹۲	۸۷	۸۶	۱۱۶	۹	۱/۶۳	۳/۲۵
فیزیوتراپی	۱۰۰/۰۰	۹۰/۳۲	۸۷/۱۰	۲۸	۲۷	۳۱	۰	۸/۱۰	۰

کاردرمانی	۲	۳/۳۳	۵۵	۹۱/۶۷	۴۰	۶۶/۶۷	۴۱	۶۸/۳۳	۱	۱/۶۷	۶/۶۷	۵/۰۰	۳
گفتاردرمانی	۷	۱۱/۸۶	۹۳/۲۲	۹۳/۲۲	۳۸	۴۰	۴۰	۵۷/۸۰	۲	۱/۶۹	۳/۳۹	۵/۰۸	۳
بینایی‌سننجی	۲۰/۰۰	۷۵/۰۰	۷۰/۰۰	۷۰/۰۰	۱۵	۱۴	۱۳	۶۵/۰۰	۰	۱۰/۰۰	۰	۰	۰
شنوایی‌سننجی	۰	۸۰/۰۰	۷۰/۰۰	۷۰/۰۰	۸	۷	۷	۷۰/۰۰	۰	۱۰/۰۰	۰	۰	۱
پاراکلینیک	۰	۹۲/۳۱	۸۴/۶۲	۷۶/۹۲	۱۲	۱۱	۱۰	۷۶/۹۲	۰	۵/۸۸	۱	۰	۱
دارو	۵/۸۸	۷۶/۴۷	۵۸/۸۲	۵۲/۹۴	۱۳	۱۰	۹	۵۲/۹۴	۰	۵/۸۸	۱	۰	۱
روان‌شناسی و مشاوره‌ی رفتاری	۹۴/۲۹	۶۴/۲۹	۴۲/۸۶	۴۲/۸۶	۹	۶	۶	۴۲/۸۶	۱	۷/۱۴	۰	۱۴/۲۹	۲
مددکاری اجتماعی	۳۰/۰۰	۳۰/۰۰	۲۰/۰۰	۱۰/۰۰	۳	۲	۱	۲۰/۰۰	۰	۲۰/۰۰	۰	۳۰/۰۰	۳

را به شدت محدود و متاثر کرده و در صورت استفاده نیز، شانس مواجهه‌ی خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت بالا است [۱۰,۴]. همچنین، در ایران بیشتر خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی ارایه می‌شود و بیمه‌های پایه، تفاوت تعریفه‌ی میان بخش دولتی و خصوصی را پوشش نداده و پرداخت آن بر عهده‌ی بیمار یا بیمه‌های تکمیلی است. تفاوت تعریفه‌ی بخش خصوصی دولتی در ایران قابل توجه است [۱۱,۱۲]. در مطالعه‌ی زارع‌زاده و همکاران که در سال ۱۳۹۷ به بررسی رفتارهای جستجوی والدین کودکان زیر هشت سال پرداخته بود چنین گزارش شده که حدود ۶۶٪ از کودکان طی سه ماه گذشته به خدمات سلامت نیاز پیدا کرده و حدود ۶۹٪ از آن‌ها به جستجوی خدمات پرداخته بودند. در مطالعه‌ی مذکور، عمدت‌ترین علت عدم جستجوی خدمات توسط والدین، نداشتن توان مالی برای پرداخت هزینه‌ها عنوان شد و نوع بیمه، وضعیت بیمه‌ی تکمیلی و وضعیت اقتصادی خانوار از فاکتورهای تاثیرگذار بر جستجوی خدمات بود [۱۲]. در مطالعه‌ی حسین‌پور و همکاران در ایران که با استفاده از داده‌های یک پیمایش ملی در سال ۲۰۰۳ انجام شد، جستجوی خدمت برای خدمات سرپایی احساس‌نیازشده ۶۹/۵٪ گزارش شد [۱۳]. در مطالعه‌ای دیگر در استان مرکزی کشور، حدود ۶۶/۴٪ از افراد جهت برآوردن نیازهای احساس‌شده خود به جستجوی خدمات پرداخته بودند [۱۴]. نتایج مطالعه‌ی پیروزی و همکاران که روی افراد بالای ۱۸ سال در ایران انجام شد، نشان داد که ۱۳/۷٪ از افراد طی یک ماه اخیر به خدمات دندان‌پزشکی نیاز پیدا کرده و کمتر از ۴۰٪ از ایشان به جستجوی این خدمات پرداخته بودند. در مطالعه‌ی مذکور، نداشتن توان مالی به عنوان علت اصلی عدم مراجعه ذکر شد [۱۵]. مطالعه‌ی وامقی و همکاران نشان داد که یکی از دلایل مراجعه‌ی باتا خیر کودکان برای دریافت خدمات گفتاردرمانی، هزینه‌های

عدم توانایی مالی (۵۸٪/۹۵/۰۸) و پوشش ناکامل بیمه (۴۹٪/۸۹/۰۹) از عمدت دلایل عدم مراجعه و همچنین، کیفیت پایین خدمات (۵٪/۸/۱۹) نیز کمترین علت غیر اصلی جهت دریافت خدمات بستری بود. عدم توانایی مالی (۴۷٪/۹۲/۱۵) و پوشش ناکامل بیمه (۴۴٪/۸۳/۰۱) از عمدت دلایل عدم دریافت خدمت بستری پس از جستجوی آن بود.

## بحث

براساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر که در جمعیت کودکان هشت ساله و کمتر دارای معلولیت در ایران انجام شد، بیشترین احساس نیاز به خدمات سرپایی برای خدمات ویژیت پزشک متخصص (۵۸/۵٪)، دارو (۵۴٪/۸۹٪)، گفتاردرمانی (۵۷٪/۵٪) و کاردرمانی (۵۴٪/۸۰٪) گزارش شد. کمترین مراجعه برای دریافت نیازهای احساس‌شده سرپایی برای خدمات دندان‌پزشکی (۴۵٪/۸۰٪)، روان‌شناسی (۵۱٪/۳۰٪) و فیزیوتراپی (۶۰٪/۶۹٪) و کمترین دریافت خدمت پس از جستجوی خدمات احساس‌نیازشده، به ترتیب برای خدمات دندان‌پزشکی (۶۱٪/۱۰۰٪)، فیزیوتراپی (۸۲٪/۳۸٪) و جراحی سرپایی (۸۶٪/۴۰٪) بود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حاکی از آن بود که میان نیاز، مراجعه و بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمعیت کودکان هشت ساله و کمتر دارای معلولیت، شکاف قابل توجهی وجود دارد، به طوری که تقریباً نیمی از نیازهای احساس‌شده برای خدمات دندان‌پزشکی، روان‌شناسی و فیزیوتراپی به تقاضا تبدیل نمی‌شود و مهم‌ترین علل آن «ناتوانی در پرداخت هزینه» و «عدم پوشش مناسب هزینه‌ها توسط بیمه» گزارش شد. در ایران، خدمات دندان‌پزشکی، توان‌بخشی و روان‌شناسی در بسته‌ی خدمتی بیمه‌های پایه وجود ندارد و در صورت استفاده از این خدمات، هزینه‌ی آن باید از جیب بیمار یا توسط بیمه‌های تکمیلی پرداخت شود و این موضوع، جستجو و بهره‌مندی از این خدمات

در ایران، عدم توانایی مالی برای پرداخت هزینه‌ها، از مهم‌ترین علل عدم جستجو برای خدمات مورد نیاز بستری عنوان شده است [۱۲، ۲۳]. نتایج مطالعه‌ای در نیجریه در سال ۲۰۱۴ روی والدین کودکان زیر پنج سال نشان داد که هزینه و زمان انتظار طولانی، دلایل اصلی عدم مراجعته به مرکز بهداشتی-درمانی است [۲۴].

### نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر، شکاف قابل توجهی میان نیاز کودکان هشت ساله و کمتر دارای معلولیت و مراجعته و بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت دیده شد. دلایل اصلی عدم مراجعته برای دریافت خدمات مورد نیاز، نداشتند توان مالی و عدم پوشش مناسب هزینه‌ها توسط بیمه گزارش شد. پیش‌نهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت با طراحی اقدامات و مداخلات مناسب، از قبیل بازنگری در بسته‌ی خدمتی بیمه‌های پایه و حمایت‌های مالی از کودکان دارای معلولیت، موانع تقاضا بر مسیر استفاده از خدمات سلامت توسط این کودکان را برطرف سازند.

### کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

کودکان دارای معلولیت، نسبت قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. عدم رسیدگی به نیازهای سلامت این افراد می‌تواند به مشکلی پرهزینه برای نظام سلامت و کشور تبدیل شود. سیستم فعلی موجود در کشور با نیازهای فعلی و آتی این کودکان همخوانی ندارد. شناسایی موانع موجود در مسیر تبدیل نیاز به تقاضا برای خدمات سلامت در جمعیت کودکان دارای معلولیت، به منظور طراحی سیاست‌ها و مداخلات هدفمند، ضروری است. براساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، نسبت قابل توجهی از نیازهای سلامتی کودکان دارای معلولیت به تقاضا تبدیل نشده که مهم‌ترین علت آن، موانع مالی و عدم پوشش خدمات مورد نیاز توسط بیمه‌ها است. طراحی سیاست‌ها و مداخلات هدفمند به منظور برطرف کردن این موانع، جهت استفاده‌ی بهنگام از خدمات سلامت توسط کودکان دارای معلولیت، ضروری است.

### محدودیت‌های مطالعه

نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر است که به دو دلیل صورت گرفت: اول عدم دسترسی آسان به این کودکان و دوم، نبود سیستم ثبت جامعی که همگی آن‌ها را پوشش داده و ثبت کرده باشد.

### تقدیر و تشکر

نویسنده‌گان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از حمایت

تابستان ۹۹، دوره بیستوسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

بالا برای خانواده است [۱۶]. همچنین، مطالعه‌ی سلطانی و همکاران نشان داد که افراد دارای ناتوانی ذهنی با توجه‌به مشکلات قابل توجه دهان و دندان، قادر نیستند متناسب با نیاز خود از خدمات دندان‌پزشکی استفاده کنند. هزینه‌های دندان‌پزشکی برای این بیماران، با توجه‌به فرآیندهای پیچیده‌تر درمانی در مقایسه با جمعیت عمومی، بالاتر بوده و بهمین دلیل خانواده‌ها تمایل کمتری برای استفاده از این خدمات دارند [۱۷]. نتایج مطالعات در ایران نشان‌دهنده‌ی آن است که رفتار جستجوی خدمات در افراد دارای معلولیت نسبت به جمعیت عمومی جامعه کمتر است [۱۳۱۴]. یافته‌های مطالعات مختلف در ایران بیانگر آن است که وجود فرد معلول در خانوار، فشار مالی زیادی به خانوار تحمیل می‌کند و شانس مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را افزایش می‌دهد [۱۸، ۱۹]. بهنظر می‌رسد ایجاد اصلاحات در پوشش خدماتی و قیمتی بیمه‌های سلامت در ایران، یکی از ضروری‌ترین اقدامات در جهت افزایش دسترسی افراد دارای معلولیت به خدمات سلامت باشد. در مطالعه‌ی هوانگ در کره جنوبی چنین گزارش شد که نیاز به مراقبت‌های سلامتی در  $\frac{۲۲}{۴}$ % از افراد نمونه‌ی مورد بررسی برآورده نشده است [۲۰]. نتایج مطالعه‌ی شریکالا در هند نشان داد که نیازهای برآورده نشده‌ی کودکان آسیب‌پذیر تاثیر بهسزایی بر سلامت و رفاه کلی آن‌ها دارد [۲۱]. در مطالعه‌ی میلر و همکاران چنین گزارش شد که  $\frac{۱}{۸}$ % از کودکان به داروهای تجویزی،  $\frac{۲}{۴}$ % به مراقبت‌های پیش‌گیری روتین،  $۱۴\%$  به گفتاردرمانی و  $۱۵\%$  به خدمات بهداشت روان نیازمند بودند [۲۲].

یافته‌های مطالعه حاکی از آن بود که مراجعته و جستجوی نیازهای احساس‌شده در جمعیت کودکان هشت ساله و کمتر دارای معلولیت برای خدمات بسترهای  $\frac{۸۸}{۲۳}$ % و پس از جستجوی خدمات مورد نیاز، دریافت خدمت برای خدمات بسترهای  $\frac{۸۷}{۸۹}$ % بوده است. عدم توانایی مالی، اصلی‌ترین علت عدم جستجوی خدمات بسترهای ذکر شد. در مقایسه با خدمات سرپایی، شکاف دیده شده میان احساس نیاز، مراجعته و بهره‌مندی از خدمات بسترهای کمتر است. یکی از دلایل آن می‌تواند نقش غالب بخش دولتی در ارایه‌ی خدمات بسترهای باشد، به طوری که برخلاف خدمات سرپایی که اغلب توسط بخش خصوصی ارایه می‌شود، خدمات بسترهای در ایران بیش تر توسط بخش دولتی ارایه می‌گردد. پایین‌بودن تعریفه‌ی بخش دولتی در مقایسه با بخش خصوصی و پوشش  $۹۰$  درصدی تعریفه‌ای بسترهای بخش دولتی توسط بیمه‌های پایه، جستجو و بهره‌مندی از این خدمات را برای این گروه از افراد امکان‌پذیرتر ساخته است. در مطالعات مختلف

مشارکت داشتند، قدردانی نمایند. این مقاله از طرح تحقیقاتی مصوب موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت با کد اخلاقی IR.TUMS.NIHR:REC.1396.58 استخراج شد.

## References

- 1- World health organization. World report on disability 2011. World Health Organization: Switzerland, Geneva,2011:3-4.
- 2- Irwin L. Early child development: A powerful equalizer. [cited 22 july 20 ]. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ecd\\_kn\\_report\\_07\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf). 2007.
- 3- Wang H-Y, Jong Y-J. Parental stress and related factors in parents of children with cerebral palsy. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2004;20(7):334-40.
- 4- Moradi G, Mostafavi F, Hajizadeh M, Amerzadeh M, BOLBANABAD AM, Alinia C, et al. Socioeconomic inequalities in different types of disabilities in Iran. Iranian journal of public health. 2018;47(3):427.
- 5- Soltani S, Khosravi B, Salehiniya H. Prevalence of disability in Iran. Iranian journal of public health. 2015;28;44(10):1436-7.
- 6- Gibson J, O'Connor R. Access to health care for disabled people: a systematic review. Social Care and Neurodisability. 2010;1(3):21-31.
- 7- Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Kamali M. Cultural barriers in access to healthcare services for people with disability in Iran: A qualitative study. Med J Islam Repub Iran. 2017;31:51-.
- 8- Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Irwin JR, Wachtel K, Cicchetti DV. The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Screening for Social-Emotional Problems and Delays in Competence. Journal of Pediatric Psychology. 2004;29(2):143-55.
- 9- Bethell CD, Read D, Stein REK, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying Children With Special Health Care Needs: Development and Evaluation of a Short Screening Instrument. Ambulatory Pediatrics. 2002;2(1):38-48.
- 10- Karami Matin B, Hajizadeh M, Najafi F, Homaie Rad E, Piroozi B, Rezaei S. The impact of health sector evolution plan on hospitalization and cesarean section rates in Iran: an interrupted time series analysis. Int J Qual Health Care. 2018;30(1):75-9.
- 11- Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrat B, Rezaianzadeh A. Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. Journal of Epidemiology and Global Health. 2013;3(3):139-46.
- 12- Zarezadeh Y, Shadfar F, Mohamadi-Bolbanabad A, Piroozi B, moradi g, Azadnia A. Parental Treatment-Seeking Behaviors for under 8-Years-Old Children and its Related Factors in Sanandaj City; 2018. Zanko Journal of Medical Sciences. 2020;20(67):1-12. (in persian)
- 13- Hosseinpour AR, Naghavi M, Alavian SM, Speybroeck N, Jamshidi H, Vega J. Determinants of seeking needed outpa-
- tient care in Iran: results from a national health services utilization survey. Arch Iran Med. 2007;10(4):439-45.
- 14- Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrat B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in markazi province of iran. Iran Red Crescent Med J. 2013;15(5):363-70.
- 15- Piroozi B, Safari H, Afkhamzadeh A, Mohammadi A, Shadi A.(dissertation) Use of and self-perceived need for dental care and related factors among adults in west of Iran: determinants and inequality. Sanandaj: Kurdistan University of Medical Sciences; 2020:44.
- 16- Vameghi R, Haji-Bakhtiari M, Hatami-Zadeh N, Biglarian A, Rah-Chamani MR. Factors affecting delayed referral for speech therapy in Iranian children with speech and language disorders. Archives of Rehabilitation. 2014;14(6):68-77.
- 17- Soltani S, Takian A, SARI AA, Majdzadeh R, Kamali M. Financial Barriers to Access to Health Services for Adult People with Disability in Iran: The Challenges for Universal Health Coverage. Iranian Journal of Public Health. 2019;48(3):508.
- 18- Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Bolbanabad AM, Safari H. Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: a case study in the west of Iran. International journal of health policy and management. 2016;5(7):417.
- 19- Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. Health policy and planning. 2012;27(7):613-23.
- 20- Hwang J. Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? BMC Health Services Research. 2018;18(1):557.
- 21- Shrikala A, Nanda P, Jinal V, Shubhangi M. Oral Health Morbidities and Unmet Needs in seeking Dental Health Care among Schoolchildren from a Low Socioeconomic Locality in Mumbai, India. World Journal of Dentistry. 2017;8:374-7.
- 22- Miller JE, Nugent CN, Gaboda D, Russell LB. Reasons for unmet need for child and family health services among children with special health care needs with and without medical homes. PLoS One. 2013;8(12):e82570-e.
- 23- Hagh M, Rajabi G. Health Care Services Utilization in Iran. Iranian journal of public health. 2017;46(6):863-4.
- 24- Adesuwa QA, Essy CI, Alphonsus RI. Health seeking behaviour among caregivers of under-five children in Edo State, Nigeria. South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH). 2015;3:1-10

## Perceived Need, Seeking, and Utilization of Health Services Among Eight-year-old or Younger Children With Disabilities in Iran

Gobad Moradi<sup>1</sup>, Shahin Soltani<sup>2</sup>, Farideh Mostafavi<sup>3</sup>, Mehdi Zokaei<sup>4</sup>, Siroos Hemmatpour<sup>5</sup>, Elham Nouri<sup>6</sup>, Bakhtiar Pirooz<sup>7\*</sup>

1- Associate Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

2- Assistant Professor of Health Policy, Environmental Determinants of Health Research Center, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3- MSc of Epidemiology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

4- Medical Doctor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

5- Assistant Professor of Neonatal-Perinatal Medicine, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

6- MSc Student of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

7- Assistant Professor of Health Policy, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

### Abstract

**Introduction:** This study aimed to determine the perceived need, seeking, and utilization of health services among eight-year-old or younger children with disabilities in Iran.

**Methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted on a sample of 2,000 children with disabilities aged eight years or lower selected through multistage sampling from five provinces of Iran. Data were collected using a researcher-made electronic questionnaire. Descriptive statistical methods were used to analyze the data by Stata 13.

**Results:** The highest percentages of perceived needs for outpatient services in the last three months belonged to specialist physician visits (65.80%), medication (66.05%), speech therapy (57.58%), and occupational therapy (54.89%). The lowest percentages of seeking for perceived needs belonged to dental services (45.80%), psychiatry services (51.30%), and physiotherapy services (60.69%). The lowest percentages of utilization after seeking for perceived needs belonged to dental services (61.00%), physiotherapy services (82.38%), and outpatient surgery services (86.40%). The percentages of perceived need, seeking, and utilization of inpatient services over the past 12 months were reported to be 22.08%, 88.73%, and 87.89%, respectively.

**Conclusion:** There was a significant difference between perceived need, seeking, and utilization of health services in children with disabilities in Iran. Health system policymakers should consider the factors affecting the seeking and utilization of health services by children with disabilities in designing appropriate interventions.

**Keywords:** Disability, Perceived Need, Seeking Behavior, Utilization, Children

---

### Please cite this article as follows:

Moradi G, Soltani S, Mostafavi F, Zokaei M, Hemmatpour S, Nouri E, Pirooz B. Perceived need, seeking, and utilization of health services among eight-year-old or younger children with disabilities in Iran. Hakim Health Sys Res. 2020; 23(2): 160-169.

---

\*Corresponding Author: Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Tel: (+98)8733664659. E-mail: bpirooz@gmail.com