

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

قباد مرادی^۱، شاهین سلطانی^۲، فریده مصطفوی^۳، مهدی ذکایی^۴، سیروس همت‌پور^۵، الهام نوری^۶؛ بختیار پیروزی^{*۷}

(۱) دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی توسعه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۲) استادیار سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل محیطی تاثیرگذار بر سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (۳) کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۴) پزشک عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی توسعه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۵) استادیار طب نوزادی و پیرامون تولد، گروه کودکان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۶) دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی توسعه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (۷) استادیار سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی توسعه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

*نویسنده‌ی مسئول: عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، تلفن: ۰۸۷۳۳۶۶۴۶۵۹، پست الکترونیک: bpirooz@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 به‌روش مقطعی روی ۲۰۰۰ کودک هشت ساله و کم‌تر دارای معلولیت به‌عنوان نمونه‌ی آماری انجام شد. نمونه‌ها از پنج استان، به‌روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی الکترونیکی محقق‌ساخته 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 سرپایی طی سه ماه گذشته برای خدمات ویزیت پزشک متخصص (۶۵/۸۰٪)، دارو (۶۶/۰۵٪)، گفتاردرمانی (۵۷/۵۸٪) و کاردرمانی (۵۴/۸۹٪) گزارش شد. کم‌ترین مراجعه برای دریافت نیازهای احساس‌شده‌ی سرپایی برای خدمات دندان‌پزشکی (۴۵/۸۰٪)، روان‌شناسی (۵۱/۳۰٪) و فیزیوتراپی (۶۹/۶۰٪) و کم‌ترین دریافت خدمت پس از جستجوی خدمات احساس‌نیازشده، به‌ترتیب برای خدمات دندان‌پزشکی (۶۱/۰۰٪)، فیزیوتراپی (۸۲/۳۸٪) و جراحی سرپایی (۸۶/۴۰٪) بود. احساس نیاز، مراجعه و استفاده از خدمات بستری طی ۱۲ ماه گذشته به‌ترتیب ۲۲/۰۸٪، ۸۸/۷۳٪ و ۸۷/۸۹٪ گزارش شد.

نتیجه‌گیری: میان احساس نیاز، مراجعه و دریافت خدمات سلامت در کودکان دارای معلولیت، شکاف قابل‌توجهی 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

ناتوانی پدیده‌ای جهانی است که در تمامی زمان‌ها و مکان‌ها مطرح بوده و جوامع مختلف از نظر شدت، نوع و نحوه‌ی 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 مشارکت قرار می‌گیرند [۱]. همواره بخشی از جمعیت هر کشوری به‌دلایل مختلف دچار آسیب‌های جسمی، ذهنی و روان‌شناختی می‌شود، اما از آن‌جا که کودکان یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند، وجود

ناتوانی و ناتوانی در آن‌ها مسئله‌ای بسیار مهم محسوب شده و نیازمند پیگیری‌های جدی و آرایه‌ی مراقبت‌های ویژه است [۲]. براساس آمارهای جهانی، در سال ۲۰۱۰ بیش از یک میلیارد نفر از مردم جهان حداقل با نوعی از معلولیت زندگی کرده و سالانه بیش از ۱۰ میلیون نفر به جمعیت آنان افزوده می‌شود [۱،۳]. باتوجه‌به 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

تابستان ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

در این مطالعه برای این که حجم نمونه، معرف جامعه باشد و نیز تعیین حداکثر تعداد حجم نمونه، فرض بر آن 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٪ (d)، 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.

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

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 به‌گونه‌ای انتخاب شوند که در نهایت، امکان تعمیم نتایج به کل کشور تا حد امکان، میسر باشد. از هر منطقه، یک استان به‌صورت 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 استثنایی 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 نهایی‌شدن آن، براساس اجماع نظر ایشان انجام گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی و تایید شد (آلفای کرونباخ = ۰/۷۴/۴۹). پرسش‌نامه به‌صورت الکترونیکی طراحی و تبدیل به نرم‌افزار شد. داده‌ها از طریق ورود به این نرم‌افزار تکمیل شدند. پرسشگران پس از انتخاب نمونه‌ها و مراجعه به درب منازل، از طریق مصاحبه با والدین یا مراقبان کودکان دارای معلولیت، پرسش‌نامه‌ها

نفر (۱/۲۴٪) می‌باشد [۴۵]. الگوی معلولیت در یک کشور متأثر از شرایط بهداشتی و فاکتورهای اجتماعی-اقتصادی است [۲]. ممکن است افراد دارای معلولیت به اندازه‌ی جمعیت عمومی مراقبت‌های بهداشتی را دریافت نکرده و از برنامه‌های غربالگری معمول نیز بهره‌مند نشوند [۶]. پوشش بیمه، درآمد، هزینه‌ی خدمات سلامت، حمل‌ونقل و ارتباطات، نقش ویژه‌ای در دسترسی افراد دارای معلولیت به خدمات سلامتی دارند [۷]. تنها تعداد اندکی از کشورها، اطلاعات موثقی در خصوص تعداد کودکان دارای معلولیت، نوع معلولیت آن‌ها و این که چگونه این معلولیت زندگی ایشان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، دارند؛ بنابراین کودکانی که به حساب نمی‌آیند، برای ارائه‌کنندگان خدمات عمومی ناشناخته مانده و در نتیجه، از خدماتی که حق آن‌هاست محروم می‌شوند. این محرومیت‌ها در کودکی می‌تواند کل زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. عدم آگاهی از ماهیت و علل اختلالات، دیده‌نشدن، دست‌کم‌گرفتن توانایی‌ها و موانع موجود در برخورداری از فرصت‌های مشابه در مقایسه با دیگران سبب می‌شود کودکان دارای معلولیت در حاشیه باقی بمانند [۸]. همچنین، کودک دارای معلولیت نیازمند توجه بیش‌تر و طولانی‌مدت برای تغذیه، 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 معلولیت 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 وضعیت احساس نیاز، جستجو و بهره‌مندی از خدمات سلامت و موانع موجود می‌تواند اطلاعات ارزش‌مندی در اختیار مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار دهد تا بر برنامه‌ریزی‌ها، طراحی مداخلات و اصلاحات نظام سلامت، مورد توجه قرار دهند. باتوجه‌به 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 معلولیت هشت ساله و کم‌تر در ایران بود.

روش کار

مطالعه‌ی توصیفی حاضر به‌روش 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 ۵/۴۲ (±۱/۹۵) سال بود. کودکان با جنسیت مذکر (۵۹/۱۷٪؛ ۱۱۸۷) و گروه سنی ۵ تا ۹ سال (۶۷/۷۵٪؛ ۱۳۵۹) سهم بیش‌تری از افراد دارای معلولیت، تحت پوشش بیمه‌ی پایه و ۲۹۵ (۱۴/۷۱٪) دارای بیمه‌ی تکمیلی بودند (جدول ۱).

را تکمیل کردند. برای تعیین وضعیت اقتصادی خانوار، از روش پیش‌نهادی O'Donnell و همکاران استفاده شد [۴]. با استفاده از پرسش‌نامه، دارایی‌های خانوار، از جمله تلویزیون LCD، یخچال و فریزر جداگانه، ماشین لباسشویی، تلفن همراه، ماشین ظرفشویی، مایکروفر، دسترسی به اینترنت، اتومبیل شخصی، خانه‌ی شخصی و تعداد اتاق، مورد ارزیابی قرار گرفت. شاخص دارایی برای هر فرد با استفاده از تحلیل مولفه‌های اصلی^۱ محاسبه و جمعیت مورد مطالعه در پنج کوانتایل دسته‌بندی شد. برخی مطالعات پیشین از شاخص دارایی برای تعیین وضعیت اقتصادی در جمعیت ایران استفاده کرده‌اند. برای آنالیز داده‌ها، از روش‌های تحلیل توصیفی استفاده شد. برای حصول اهداف کمی در توصیف اطلاعات، از روش‌های آمار

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)
۱	جنس	زن (۴۰/۸۳)۸۱۹	۷	وضعیت بیمه‌ی تکمیلی افراد مورد مطالعه	ندارد (۸۵/۲۹)۱۷۱۱
		مرد (۵۹/۱۷)۱۱۸۷			دارد (۱۴/۷۱)۲۹۵
۲	تحصیلات پدر	بی‌سواد (۳/۸۹)۷۸	۸	بعد خانوار افراد مورد مطالعه	۱ (۰/۴۰)۸
		ابتدایی (۱۷/۱۵)۳۴۴			۲ (۱/۲۰)۲۴
		راهنمایی (۲۳/۶۸)۴۷۵			۳ (۳۱/۰۱)۶۲۲
		دبیرستان (۴/۹۸)۹۹			۴ (۴۴/۵۷)۸۹۴
		دیپلم (۳۰/۴۱)۶۱۰			۵ و بیش‌تر (۲۲/۸۲)۴۵۸
۳	تحصیلات مادر	بی‌سواد (۴/۶۹)۹۴	۹	وضعیت اشتغال پدر	شاغل (۸۵/۷۱)۱۷۱۶
		ابتدایی (۱۶/۹۱)۳۳۹			بی‌کار (۱۲/۷۹)۲۵۶
		راهنمایی (۱۷/۵۶)۳۵۲			بازنشسته‌ی دارای حقوق (۱/۵۰)۳۰
		دبیرستان (۵/۷۴)۱۱۵			
۴	رتبه‌ی تولد کودکان مورد مطالعه	دیپلم (۳۴/۲۱)۶۸۶	۱۰	وضعیت اشتغال مادر	شاغل (۶/۳۴)۱۲۷
		دانشگاهی (۲۰/۹۰)۴۱۹			بی‌کار (۱/۶۰)۳۲
		۱ (۴۶/۷۶)۹۳۸			بازنشسته‌ی دارای حقوق (۰/۱۰)۲
۵	وضعیت بیمه‌ی پایه افراد مورد مطالعه	۲ (۳۵/۰۹)۷۰۴	۱۱	نوع معلولیت	خانه دار (۹۱/۹۷)۱۸۴۳
		۳ (۱۲/۷۶)۲۵۶			ذهنی (۲۶/۶۲)۵۳۴
		۴ و بیش‌تر (۵/۳۸)۱۰۸			حرکتی (۲۲/۵۸)۴۵۳
		ندارد (۵/۴۸)۱۱۰			مشکلات شنوایی (۱۱/۲۷)۲۲۶
		دارد (۹۴/۵۲)۱۸۹۶			مشکلات بینایی (۶/۰۸)۱۲۲
۶	وضعیت اقتصادی	فقیرترین (۲۰/۰۶)۱۹۲	۱۱	نوع معلولیت	مشکلات گفتاری (۴/۵۹)۹۲
		متوسط (۲۴/۰۳)۲۳۰			سایر اختلالات (۰/۷۵)۱۵
		غنی (۱۸/۸۱)۱۸۰			اختلالات ترکیبی (۲۸/۱۲)۵۶۴
		غنی‌ترین (۱۷/۱۴)۱۶۴			

^۱ Principal Component Analysis

۱۳۲۵ (۶۶/۰۵٪)، گفتاردرمانی ۱۱۵۵ (۵۷/۵۸٪) و کاردرمانی ۱۱۰۱ (۵۴/۸۹٪) بود. کم‌ترین مراجعه (جستجو) برای دریافت نیازهای احساس‌شده‌ی سرپایی برای خدمات دندان‌پزشکی ۳۰۰ (۴۵/۸۰٪)، روان‌شناسی ۱۹۷ (۵۱/۳۰٪) و فیزیوتراپی ۱۷۶ (۶۰/۶۹٪) و کم‌ترین دریافت خدمت پس از جستجوی خدمات احساس‌نیازشده، به‌ترتیب برای خدمات دندان‌پزشکی ۱۸۳ (۶۱/۰۰٪)، فیزیوتراپی ۱۴۵ (۸۲/۳۸٪) و جراحی سرپایی ۸۹ (۸۶/۴۰٪) بود. این درحالی است که دریافت خدمات سرپایی برای سایر خدمات سلامت در میان افرادی که احساس نیاز داشته‌اند، بیش از ۹۰٪ بود (جدول ۲).

بیش‌تر از ۶۴٪ از خانواده‌های دارای کودک دچار ناتوانی ذهنی و جسمی از نظر وضعیت معیشتی در حد متوسط و پایین قرار داشتند. اختلالات ترکیبی، بیش‌ترین نوع اختلال را به خود اختصاص داد؛ به‌طوری‌که ۵۶۴ (۲۸/۱۲٪) از کودکان به‌طور همزمان از چند نوع اختلال رنج می‌بردند. در این میان تقریباً ۵۳۴ (۲۶/۶۲٪) و ۴۵۳ (۲۲/۵۸٪) نفر به ترتیب از اختلالات ذهنی و حرکتی رنج می‌بردند. میان احساس نیاز به خدمت، مراجعه و دریافت خدمت، شکاف زیادی وجود داشت. بیش‌ترین احساس نیاز به خدمات سرپایی طی سه ماه گذشته برای خدمات ویزیت پزشک متخصص ۱۳۲۰ (۶۵/۸۰٪) دارو

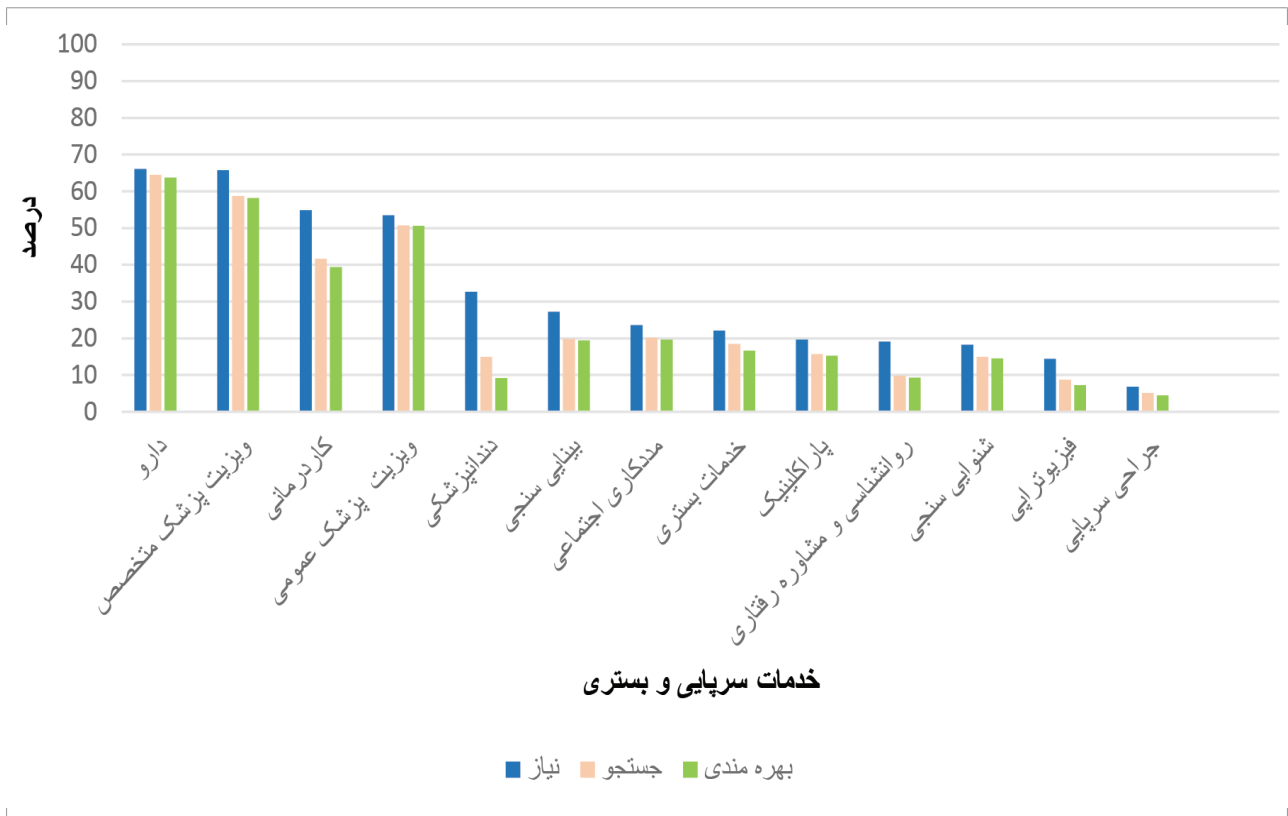
جدول ۲: توزیع خدمات سرپایی به‌تفکیک احساس نیاز، مراجعه و دریافت خدمات در کودکان ۸ ساله و کمتر دارای معلولیت طی ۳ ماه گذشته

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

دارد	۳۶۶	۱۸/۲۵	۲۹۹	۸۱/۶۹	۲۹۱	۹۷/۳۲
پاراکلینیک						
ندارد	۱۶۳۱	۸۱/۳۱	۶۱	۱۶/۲۷	۹	۲/۸۶
دارد	۳۷۵	۱۶/۶۹	۳۱۴	۸۳/۷۳	۳۰۵	۹۷/۱۴
دارو						
ندارد	۶۸۱	۳۳/۹۵	۳۶	۲/۷۲	۱۴	۱/۰۹
دارد	۱۳۲۵	۶۶/۰۵	۱۲۸۹	۹۷/۲۸	۱۳۷۵	۹۸/۹۱
روان‌شناسی و مشاوره‌ی رفتاری						
ندارد	۱۶۲۲	۸۰/۸۶	۱۸۷	۴۸/۷۰	۱۲	۶/۰۹
دارد	۳۸۴	۱۹/۱۴	۱۹۷	۵۱/۳۰	۱۸۵	۹۳/۹۱
مددکاری اجتماعی						
ندارد	۱۵۳۲	۷۶/۳۷	۷۱	۱۴/۹۸	۱۰	۲/۴۸
دارد	۴۷۴	۲۳/۶۳	۴۰۳	۸۵/۰۲	۳۹۳	۹۷/۵۲

*حاصل تقسیم تعداد مراجعه بر 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، تاخیر در نوبت‌دهی خدمات مربوط به جراحی و دوربودن یا فاصله‌ی مکانی زیاد در کاردرمانی، عمده‌ترین دلایل عدم مراجعه جهت دریافت برخی خدمات سرپایی بود (جدول ۳).

«قابل پرداخت نبودن هزینه» و «عدم پوشش مناسب هزینه‌ها توسط بیمه» به ترتیب از دلایل عمده‌ی 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

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

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 درصد	هزینه‌ی آن برایمان قابل پرداخت نبود	بیمه، پوشش مناسبی از هزینه‌ها ارایه نمی‌داد	نیاز مورد نظر، تحت پوشش بیمه نبود	کیفیت خدمات پایین بود	قصد داریم مراجعه کنیم	تخصص مورد نیاز در این محل وجود ندارد	خیلی دیر وقت می‌دهند	راه دور بود
ویزیت سرپایی پزشک عمومی ۶ ۱۰/۳۴	۵۲ ۸۹/۶۶	۳۸ ۶۵/۵۲	۳۱ ۵۳/۴۵	۹ ۱۵/۵۲	۳۳ ۵۶/۹۰	۱۰ ۱۷/۲۴	۴ ۶/۹۰	۸ ۳/۷۹
ویزیت سرپایی پزشک متخصص ۴ ۲/۷۶	۱۴۱ ۹۷/۲۴	۱۱۴ ۷۸/۶۲	۱۰۲ ۷۰/۳۴	۷ ۴/۸۳	۹۴ ۶۴/۸۳	۲۹ ۲۰/۰۰	۹ ۶/۲۱	۲۶ ۱۷/۹۳
جراحی سرپایی ۰	۳۱ ۸۸/۵۷	۲۰ ۵۷/۱۴	۱۸ ۵۱/۴۳	۴ ۱۱/۴۳	۲۰ ۵۷/۱۴	۸ ۲۲/۸۶	۵ ۱۴/۲۹	۶ ۱۷/۱۴
دندانپزشکی ۷ ۱/۹۷	۳۴۱ ۹۶/۰۶	۳۰۷ ۸۶/۴۸	۲۸۴ ۸۰/۰۰	۱۷ ۴/۷۹	۲۵۱ ۷۰/۷۰	۴۴ ۱۲/۳۹	۱۹ ۵/۳۵	۴۶ ۱۲/۹۶
فیزیوتراپی ۴ ۲/۵۱	۱۱۲ ۹۸/۲۵	۹۳ ۸۱/۵۸	۹۱ ۷۹/۸۲	۸ ۷/۰۲	۸۲ ۷۱/۹۳	۲۲ ۱۹/۳۰	۸ ۷/۰۲	۲۵ ۲۱/۹۳
کاردرمانی ۷ ۲/۶۰	۲۶۲ ۹۷/۴۰	۲۳۴ ۸۶/۹۹	۲۰۹ ۷۷/۷۰	۱۷ ۶/۳۲	۱۸۷ ۶۹/۵۲	۵۸ ۲۱/۵۶	۱۲ ۴/۴۶	۶۶ ۲۴/۵۴
گفتاردرمانی ۳ ۱،۱۲	۲۵۲ ۹۴،۰۳	۲۲۶ ۸۴،۳۳	۲۰۰ ۷۴،۶۳	۱۵ ۵،۶۰	۱۵۶ ۵۸،۲۱	۶۱ ۲۲،۷۶	۹ ۳،۳۶	۶۴ ۲۳،۸۱
بینایی‌سنجی ۳ ۲/۰۱	۱۲۷ ۸۵/۲۳	۹۸ ۶۵/۷۷	۸۴ ۵۶/۳۸	۹ ۶/۰۴	۹۷ ۶۵/۱۰	۱۶ ۱۰/۷۴	۹ ۶/۰۴	۲۶ ۱۷/۴۵
شنوایی‌سنجی ۲ ۲/۹۹	۶۱ ۹۱/۰۴	۳۸ ۵۶/۷۲	۳۳ ۴۹/۲۵	۷ ۱۰/۴۵	۴۱ ۶۱/۱۹	۱۵ ۲۲/۳۹	۴ ۵/۹۷	۱۶ ۲۳/۸۱
پاراکلینیک ۲ ۳/۲۸	۵۴ ۸۸/۵۲	۴۶ ۷۵/۴۱	۳۹ ۶۳/۹۳	۱ ۱/۶۴	۴۳ ۷۰/۴۹	۹ ۱۴/۷۵	۴ ۶/۵۶	۹ ۱۴/۷۵
دارو ۴ ۱۱/۱۱	۳۳ ۹۴/۲۸	۲۲ ۶۱/۱۱	۲۱ ۵۸/۳۳	۷ ۱۶/۴۴	۲۳ ۶۳/۸۹	۶ ۱۶/۶۷	۴ ۱۱/۱۱	۴ ۱۱/۱۱
روان‌شناسی و مشاوره‌ی رفتاری ۴ ۲/۱۴	۱۸۰ ۹۶/۲۶	۱۴۴ ۷۷/۰۱	۱۳۵ ۷۲/۱۹	۹ ۴/۸۱	۱۰۲ ۵۴/۵۵	۲۷ ۱۴/۴۴	۷ ۳/۷۴	۳۵ ۱۸/۷۲
مددکاری اجتماعی ۱ ۱/۴۱	۶۴ ۹۰/۱۴	۴۹ ۶۹/۰۱	۴۷ ۶۶/۲۰	۶ ۸/۴۵	۳۵ ۴۹/۳۰	۱۶ ۲۲/۵۴	۳ ۴/۲۳	۱۹ ۲۶/۷۶

بیش‌ترین علت عدم دریافت خدمات سرپایی احساس نیازشده پس از مراجعه برای تمامی خدمات، نداشتن توان مالی (هزینه‌ی آن برایمان قابل پرداخت نبود) بود (جدول ۴).

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 کرده‌بودند

هنوز نوبت کودکم فرا نرسیده است، تعداد درصد	هزینه‌ی آن برایمان قابل پرداخت نبود	بیمه، پوشش مناسبی از هزینه‌ها ارایه نمی‌داد	نیاز مورد نظر، تحت پوشش بیمه نبود	نیاز مورد واحد مورد نظر باز نبود	خیلی شلوغ بود، نمی‌توانستیم منتظر بمانیم	کیفیت خدمات مناسب نبود، لذا منصرف شدیم	دیر وقت دادند، لذا منصرف شدیم	پذیرش ندادند
ویزیت سرپایی پزشک عمومی ۲ ۳۳/۳۳	۴ ۶۶/۶۷	۳ ۵۰/۰۰	۲ ۳۳/۳۳	۰	۲ ۳۳/۳۳	۱ ۱۶/۶۷	۱ ۱۶/۶۷	۱ ۱۶/۶۷
ویزیت سرپایی پزشک متخصص ۲ ۹/۰۹	۲۰ ۹۰/۹۱	۱۷ ۷۷/۲۷	۱۶ ۷۲/۷۳	۲ ۹/۰۹	۱ ۴/۵۵	۱ ۴/۵۵	۱ ۴/۵۵	۲ ۹/۰۹
جراحی سرپایی ۹ ۵۶/۲۵	۱۰ ۶۲/۵۰	۶ ۳۷/۵۰	۵ ۳۱/۵۲	۰	۰	۰	۰	۲ ۱۲/۵۰
دندان‌پزشکی ۹ ۷/۳۲	۱۱۶ ۹۴/۳۱	۸۶ ۶۹/۹۲	۸۷ ۷۰/۷۳	۳ ۲/۴۴	۰	۲ ۱/۶۳	۰	۴ ۳/۲۵
فیزیوتراپی ۰	۳۱ ۱۰۰/۰۰	۲۸ ۹۰/۳۲	۲۷ ۸۷/۱۰	۰	۰	۰	۰	۰

تابستان ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

کاردرمانی	۲	۵۵	۴۰	۴۱	۰	۱	۴	۳	۳
	۳/۳۳	۹۱/۶۷	۶۶/۶۷	۶۸/۳۳	۰	۱/۶۷	۶/۶۷	۵/۰۰	۵/۰۰
گفتاردرمانی	۷	۵۵	۳۸	۴۰	۰	۲	۲	۱	۳
	۱۱/۸۶	۹۳/۲۲	۶۴/۴۱	۶۷/۸۰	۰	۳/۳۹	۳/۳۹	۱/۶۹	۵/۰۸
بینایی‌سنجی	۴	۱۵	۱۴	۱۳	۰	۰	۲	۰	۰
	۲۰/۰۰	۷۵/۰۰	۷۰/۰۰	۶۵/۰۰	۰	۰	۱۰/۰۰	۰	۰
شنوایی‌سنجی	۰	۸	۷	۷	۰	۰	۰	۱	۰
	۰	۸۰/۰۰	۷۰/۰۰	۷۰/۰۰	۰	۰	۰	۱۰/۰۰	۰
پاراکلینیک	۰	۱۲	۱۱	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰
	۰	۹۲/۳۱	۸۴/۶۲	۷۶/۹۲	۰	۰	۰	۰	۰
دارو	۱	۱۳	۱۰	۹	۰	۱	۱	۰	۰
	۵/۸۸	۷۶/۴۷	۵۸/۸۲	۵۲/۹۴	۰	۵/۸۸	۵/۸۸	۰	۰
روان‌شناسی و مشاوره‌ی رفتاری	۹	۹	۶	۶	۱	۲	۰	۱	۲
	۶۴/۲۹	۶۴/۲۹	۴۲/۸۶	۴۲/۸۶	۷/۱۴	۱۴/۲۹	۰	۷/۱۴	۱۴/۲۹
مددکاری اجتماعی	۳	۳	۲	۲	۱	۰	۲	۰	۳
	۳۰/۰۰	۳۰/۰۰	۲۰/۰۰	۲۰/۰۰	۱۰/۰۰	۰	۲۰/۰۰	۰	۳۰/۰۰

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 ارائه می‌شود و بیمه‌های پایه، تفاوت تعرفه‌ی میان بخش دولتی و خصوصی را پوشش نداد و پرداخت آن بر عهده‌ی بیمار یا بیمه‌های تکمیلی است. تفاوت تعرفه‌ی بخش خصوصی و 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 پرداخته‌بود 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، عمده‌ترین 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 احساس نیاز شده ۶۹/۵٪ گزارش شد [۱۳]. در مطالعه‌ی دیگر در استان مرکزی کشور، حدود ۶۶/۴٪ از افراد جهت برآوردن نیازهای احساس‌شده‌ی 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 به‌عنوان علت اصلی عدم مراجعه ذکر شد [۱۵]. مطالعه‌ی وامقی و همکاران نشان داد که یکی از دلایل مراجعه‌ی باتاخیر کودکان برای دریافت خدمات گفتاردرمانی، هزینه‌های

عدم توانایی مالی (۵۸٪؛ ۹۵/۰۸) و پوشش ناکامل بیمه (۴۹٪؛ ۸۹/۰۹) از عمده دلایل عدم مراجعه و همچنین، کیفیت پایین خدمات (۵٪؛ ۸/۱۹) نیز کم‌ترین علت غیراصلی جهت دریافت خدمت بستری بود. عدم توانایی مالی (۹۲٪؛ ۹۲/۱۵) و پوشش ناکامل بیمه (۴۴٪؛ ۸۳/۰۱) از عمده 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 ویزیت پزشک متخصص (۵۸/۸۰٪)، دارو (۶۶/۰۵٪)، گفتاردرمانی (۵۷/۵۸٪) و کاردرمانی (۵۴/۸۹٪) گزارش شد. کم‌ترین مراجعه برای دریافت نیازهای احساس‌شده‌ی سرپایی برای خدمات دندان‌پزشکی (۴۵/۸۰٪)، روان‌شناسی (۵۱/۳۰٪) و فیزیوتراپی (۶۰/۶۹٪) و کم‌ترین دریافت خدمت پس از جستجوی خدمات احساس‌نیاز شده، به ترتیب برای خدمات دندان‌پزشکی (۶۱/۰۰٪)، 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 مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی است [۲۴].

نتیجه گیری

در مطالعه‌ی حاضر، شکاف قابل توجهی میان نیاز کودکان هشت ساله و کم‌تر دارای معلولیت و مراجعه و بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت دیده شد. دلایل اصلی عدم مراجعه برای دریافت خدمات مورد نیاز، نداشتن 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 سیاست گذاری 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 به‌هنگام 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

نویسندگان 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 باتوجه‌به مشکلات قابل توجه دهان و دندان، قادر نیستند متناسب با نیاز خود از خدمات دندان پزشکی استفاده کنند. هزینه‌های دندان پزشکی برای این بیماران، باتوجه‌به فرآیندهای پیچیده‌تر درمانی در مقایسه با جمعیت عمومی، بالاتر بوده و به‌همین 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 [۱۳، ۱۴]. 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 کم‌رشد 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 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 ۱/۸٪ از کودکان به داروهای تجویزی، ۲/۴٪ به مراقبت‌های پیش‌گیری روتین، ۱۴٪ به گفتاردرمانی و ۱۵٪ به خدمات بهداشت روان نیازمند بودند [۲۲].

یافته‌های مطالعه حاکمی از آن بود که مراجعه و جستجوی نیازهای احساس شده در جمعیت کودکان هشت ساله و کم‌تر دارای معلولیت برای خدمات بستری ۸۸/۷۳٪ و پس از جستجوی خدمات مورد نیاز، دریافت خدمت برای خدمات بستری ۸۷/۸۹٪ بوده است. عدم توانایی مالی، اصلی‌ترین علت عدم جستجوی خدمات بستری ذکر شد. در مقایسه با خدمات سرپایی، شکاف دیده شده میان احساس نیاز، مراجعه و بهره‌مندی از خدمات بستری کم‌تر است. یکی از دلایل آن می‌تواند نقش غالب بخش دولتی در ارائه‌ی خدمات بستری باشد، به طوری که برخلاف خدمات سرپایی که اغلب توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود، خدمات بستری در ایران بیش‌تر توسط بخش دولتی ارائه می‌گردد. پایین بودن تعرفه‌ی بخش دولتی در مقایسه با بخش خصوصی و پوشش ۹۰ درصدی تعرفه‌های بستری 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 اخلاق IR.TUMS.NIHR.:REC.1396.58 استخراج شد.

و پشتیبانی همکاران محترم موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت و خانواده‌های محترمی که در این پژوهش

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/eckn_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, Amerzade 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, Eshtrati 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 outpatient care in Iran: results from a national health services utilization survey. *Arch Iran Med*. 2007;10(4):439-45.
- 14- Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshtrati 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- Haghi 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 Moradi¹, Shahin Soltani², Farideh Mostafavi³, Mehdi Zokaei⁴, Siroos Hemmatpour⁵, Elham Nouri⁶, Bakhtiar Piroozi^{7*}

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, Piroozi 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: bpiroozi@gmail.com

تابستان ۹۹، دوره بیستوسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹