

# Study of Individual and Social Factors Affecting Disability in Iranian Society

Javad Monazami Tabar<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Social Sciences, Faculty of Information Science and Technology, Amin Police University, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: Javad Monazami Tabar, Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Information Science and Technology, Amin Police University, Tehran, Iran. Email: javadmonazamitabar@gmail.com

Received: July 16, 2020

Revised: December 29, 2020

Accepted: January 2, 2021

Online Published: January 16, 2021

## Abstract

**Introduction:** The purpose of this study is to investigate the role of economic and social development in differences of regional disability prevalence patterns and the study of these patterns in order to identify and eliminate economic, social and health barriers to reduce the prevalence of disability is necessary. Therefore, the fundamental question is what is the most important determinant of disability at the individual level? What effect does urban characteristics (city development) have on disability?

**Methods:** The current study is quantitative and relies on secondary data. To achieve the objectives of the study, a multilevel model and HLM software were used. For the first level of this study, the personal data of the 2016 census and for the second level of the study, the information of the Ministry of Health or medical service centers of the provinces, the statistical yearbook of the country and the data of the 2016 census have been used.

**Results:** The results showed that in the first level, age has a positive and significant relationship with disability, so that, with increasing one year of age, disability increases by 2.6%. Gender also has a significant relationship with disability and women are 41.1% less likely than men to have disabilities. The relationship between economic well-being and disability is negative and significant, and with increasing economic well-being, disability decreases by 3.6 percent. There was no significant relationship between residence and disability. In the second level of the study, it was observed that inter-regional differences in the prevalence of disability do not only originate from socio-economic development, but the main cause of the prevalence of disability should be sought in differences within the region.

**Conclusion:** Due to the increase in the elderly population in Iran, it is expected that the number of disabled people will also increase. On the other hand, due to the importance of economic welfare of individuals in society and the existence of inequality of facilities and services at the individual level, it is necessary to achieve basic welfare, to do basic and purposeful planning, and in this regard to reduce inequalities Intra-regional is more important than inter-regional inequalities.

**Keywords:** Disability, Socio-Economic Development, Age, Gender, Economic Well-Being

## Citation:

Monazami Tabar J. Study of individual and social factors affecting disability in Iranian society. Iran J Health Insur. 2021;3(4):264-75.

# مطالعه عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر معلولیت در جامعه ایران

جواد منظمی تبار<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم و فنون اطلاعات و آگاهی، دانشگاه علوم انتظامی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: جواد منظمی تبار، استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم و فنون اطلاعات و آگاهی، دانشگاه علوم انتظامی، تهران، ایران.  
پست الکترونیک: javadmonazamitabar@gmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۱۰/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۲۶

**مقدمه:** هدف این مطالعه، بررسی نقش توسعه اقتصادی و اجتماعی در تفاوت‌های الگوهای شیوع معلولیت منطقه‌ای است و مطالعه این الگوها برای شناخت و رفع موانع اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی موجود در مسیر کاهش شیوع معلولیت ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، سؤال اساسی این است که مهم‌ترین تعیین‌کننده معلولیت در سطح فردی چیست و ویژگی شهرستان (توسعه شهرستان) چه تأثیری در معلولیت دارد؟

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کمی و متکی بر داده‌های ثانویه است. برای نیل به اهداف مطالعه، از مدل چندسطحی و نرم‌افزار HLM، استفاده شد. برای سطح اول این مطالعه، از داده‌های فردی سرشماری سال ۱۳۹۵ و برای سطح دوم از اطلاعات وزارت بهداشت یا مراکز خدمات پزشکی استان‌ها، سالنامه آماری کشور و اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۵ بهره گرفته شد. **یافته‌ها:** در سطح اول، سن با معلولیت رابطه مثبت و معناداری دارد؛ به طوری که با افزایش یک سال سن، معلولیت ۲/۶ درصد افزایش یافت. جنسیت نیز رابطه معناداری با معلولیت دارد و زنان، ۴/۱ درصد کمتر از مردان دچار معلولیت می‌شوند. رابطه رفاه اقتصادی افراد با معلولیت، منفی و معنادار است و با افزایش رفاه اقتصادی افراد، معلولیت ۳/۶ درصد کاهش پیدا می‌کند. میان محل سکونت و معلولیت رابطه معناداری دیده نشد. در سطح دوم مطالعه نیز مشاهده شد که تفاوت‌های بین منطقه‌ای در شیوع معلولیت، فقط نشئت گرفته از توسعه اقتصادی و اجتماعی نیست، بلکه باید علت اصلی شیوع معلولیت را باید در تفاوت‌های درون منطقه جستجو کرد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در ایران، انتظار می‌رود تعداد معلولان نیز افزایش پیدا کند. از طرفی، با توجه به اهمیت رفاه اقتصادی افراد جامعه و وجود نابرابری امکانات و خدمات در سطح فردی، ضروری است برای نیل به افزایش رفاه افراد، برنامه‌ریزی اساسی و هدفمندی انجام شود و در این راستا، توجه به کاهش نابرابری‌های درون منطقه‌ای در مقایسه با نابرابری‌های بین منطقه‌ای، اهمیت بیشتری دارد.

**واژگان کلیدی:** معلولیت، توسعه اقتصادی و اجتماعی، سن، جنسیت، رفاه اقتصادی

چکیده

مقدمه

می‌شود. معلولیت غالباً به دلیل امکان پذیر نبودن زندگی مستقل از نظر شخصی و اجتماعی، نیازمند خدمات توانبخشی است. معلولیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی گفته می‌شود که علت آن، وجود یک نقص مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی یا روانی فرد است. نقص عارضی

سازمان بهداشت جهانی، معلولیت را ایجاد اختلال در رابطه بین انسان و محیط تعریف کرده است. به بیان دیگر معلولیت عبارت است از مجموعه عوامل ذهنی، جسمی و اجتماعی که به نحوی در زندگی شخصی، اثر سوء دارد و مانع از ادامه زندگی به صورت طبیعی

بسیاری از نقص‌ها و معلولیت‌های مادرزادی ناشناخته مانده‌اند. بالا رفتن سن بارداری مادران نیز خطر معلول‌زایی در زنان را افزایش می‌دهد (برای نمونه می‌توان به تولد بیشتر کودکان مبتلا به سندرم داون در مادران با سنین بالاتر اشاره کرد). افزایش طول عمر و امید به زندگی نیز عوارض و از کار افتادگی‌های دوران کهولت و سالمندی را به همراه دارد. استفاده روزافزون از جنگ‌افزارهای انفجاری ناقص‌کننده، حوادث ترافیکی و صنعتی و سایر عوامل معلولیت‌زا نظیر آسیب‌های ناشی از بلایای طبیعی، باعث شده است شمار افراد مبتلا به معلولیت روزبه‌روز در حال افزایش باشد [۴].

پیشرفت‌های پزشکی، اجتماعی و اقتصادی نه تنها از میزان شیوع و بروز معلولیت‌ها کم نکرده، بلکه با ایجاد امکان درمان برای بیماران و بهره‌گیری از مراقبت‌های خاص و ویژه، جمع بیشتری از معلولان امکان بقا و ادامه زندگی را به همراه بسیاری از ناتوانی‌ها پیدا کرده‌اند. بنابراین ارتباط بین توسعه و شیوع معلولیت به‌طور واضح مشخص نیست و بر همین اساس، ضروری است این مسئله با دقت بیشتری بررسی شود. در این مطالعه، زمینه‌های نظری تبیین معلولیت در قالب ۳ رهیافت سلامت جمعیت، شاخص‌های سلامت و توانایی و توسعه انسانی، همچنین دیدگاه‌های مورای و چن درباره تغییر هم‌زمان مرگ‌ومیر و اختلال در سلامت، در معرض بحث و بررسی قرار گرفت.

**الف- رهیافت سلامت جمعیت:** عوامل بسیاری بر وضعیت سلامت اثر می‌گذارند که آنها را تعیین‌کننده‌های سلامت می‌نامند؛ از جمله درآمد، پایگاه اجتماعی، شبکه‌های حمایت اجتماعی، تحصیلات، وضعیت اشتغال، محیط فیزیکی، محیط اجتماعی، موهبت ژنتیکی و زیستی، اعمال بهداشت فردی و مهارت‌های کاربردی، خدمات بهداشتی، فرهنگ و جنسیت. رهیافت سلامت جمعیت، تعریف سلامت را برای ورود گستره کاملی از عوامل که تعیین‌کننده سلامت هستند، گسترش می‌دهد. برای مثال، شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی زندگی‌های مردم برای تعریف سلامت در مدل سنتی به کار نرفته است. این رهیافت، این عوامل را به همراه تنوع گسترده‌ای از دیگر شرایط که سلامت را متأثر می‌سازند، در نظر می‌گیرد. در این رهیافت، در خصوص تأثیری که تعیین‌کننده‌های سلامت بر سلامت جمعیت دارند، بحث می‌شود. این تعیین‌کننده‌ها مجزا از دیگری کار نمی‌کنند و تعاملات پیچیده آنها با یکدیگر حتی اثر بیشتری نیز بر سلامت دارند. اهمیت

نیز ممکن است ناشی از سیر طولانی یک بیماری باشد یا نتیجه تصادف‌های ناشی از حوادث کار، اتفاق‌ها، بلایای جنگ و... باشد [۱]. براساس گزارش جهانی معلولیت از داده‌های موجود در سال ۲۰۱۸ میلادی، میزان شیوع معلولیت در افراد ۱۸ سال و بالاتر ۱۵/۶ درصد گزارش شده است، در کشورهای با درآمد بالا ۱/۸ درصد و در کشورهای با درآمد کم ۱۸ درصد برآورد شده است [۲]. در سال ۱۳۹۶ حدود ۱/۴ درصد (۱۰۱۷۶۵۹ نفر) از جمعیت ایران را افراد معلول با معلولیت‌های مختلف نابینایی، ناشنوایی، اختلال در گفتار و صدا، قطع دست، نقص دست، قطع پا، نقص پا، اختلال ذهنی و نقص تنه تشکیل می‌دهند که در مقایسه با آمارهای جهانی، می‌توان به کم‌شماری معلولان در جامعه پی‌برد.

معلولیت دارای رابطه ۲-سویه با فقر است. معلولیت ممکن است خطر فقر را افزایش و نیز فقر ممکن است خطر معلولیت را افزایش دهد. شواهد تجربی در حال افزایش در جهان، نشان می‌دهد که افراد معلول و خانواده‌های آنها با احتمال بیشتری در مقایسه با افراد غیرمعلول، محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی را تجربه می‌کنند. شروع معلولیت ممکن است باعث بدتر شدن وضعیت اقتصادی شود، فقر نیز تأثیر منفی بر تحصیلات، اشتغال، درآمد و افزایش هزینه‌های مرتبط با معلولیت می‌گذارد [۲]. سلامت تحت تأثیر محیط زندگی، عواملی مانند آب و فاضلاب سالم و بهداشتی، تغذیه، فقر، شرایط کاری، آب و هوا یا دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفته است. براساس اعلام کمیسیون سازمان بهداشت جهانی در مورد عوامل مؤثر بر سلامت، نابرابری یکی از علل عمده فقر سلامت و در نتیجه، معلولیت است [۱].

در سطح محلی مشخص کردن شاخص‌ها و شواهدی که در یک جامعه وجود دارند، مفید است و این شاخص‌ها برای پایش تغییرات در وضعیت معلولیت و شرایط اقتصادی و اجتماعی مربوطه، مؤثر هستند. شاخص‌های سطح ملی برای تصمیم‌گیری کلی و سیاست‌گذاری یا تصمیم‌گیری در سطوح مدیریتی کلان، در بخش توان‌بخشی و ناتوانی بسیار مؤثرند [۳].

کاهش مرگ‌ومیر در نوزادان، به برای ارتقای سطح بهداشت و درمان مادر و کودک، موجب شده کودکان ضعیف‌الحالی که در گذشته می‌مردند، زنده بمانند و با ناتوانی، گذران عمر کنند. به همین دلیل نقص‌های مادرزادی رو به فزونی است؛ ضمن آنکه نقش عوامل ژنتیک در اختلالات مادرزادی نیز روزبه‌روز بارزتر می‌شود. همچنین هنوز

شامل انتشار داده‌های وسیع‌تر و توسعه مقیاس جدیدی که ممکن است تا حدودی موقعیت افراد ناتوان را در کشورهای مختلف تفسیر کند، باشد [۸].

رابطه مرگ و میر و اختلال در سلامت، پیچیدگی بسیاری دارد، به‌طوری که مورای وچن برای نشان دادن پیچیدگی تغییر هم‌زمان مرگ و میر و اختلال در سلامت، ۶ جنبه به هم مرتبط ذیل را مطرح می‌سازند:

۱- تأثیر گزینشی بر اثر کاهش سطح مرگ و میر. افرادی که از نظر ژنتیکی ضعیف‌تر هستند نیز برای سال‌های طولانی‌تری زنده می‌مانند، در عوض چنین افرادی در معرض وقوع بیماری هستند.

۲- تأثیر نسلی. تأثیر نسلی برعکس تأثیر ناشی از انتخاب است. کاهش وقوع بیماری‌های عفونی و انگلی، وقوع اختلال در سلامت مشهود و نیز مرگ‌ومیر را در یک نسل پایین می‌آورد.

۳- تأثیر نسلی معکوس. این نظریه به‌دلیل اینکه در بررسی‌ها مشخص شد موش‌های کم‌تغذیه‌شده، کمتر اختلال در سلامت دارند و تقریباً ۲ برابر موش‌های تغذیه‌شده عمر می‌کنند، به‌طور غیرمستقیم طرفدارانی پیدا کرده است.

۴- تأخیر در فوت. امید به زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن سریع‌تر از سایر افراد افزایش می‌یابد که این موضوع به افزایش شیوع ناتوانی منجر می‌شود.

۵- تجمع در اختلال در سلامت. بیماری‌های مزمن ممکن است در واپسین سال‌های عمر به سراغ آدمی بیایند.

۶- تأثیر خدمات بهداشتی. خدمات بهداشتی، فوت ناشی از بیماری‌های مختلف عفونی و انگلی را کاهش می‌دهد. خدمات بهداشتی همچنین اختلال در سلامت خودادراک را افزایش می‌دهند، زیرا افزایش آگاهی نسبت به مسایل و آرمان‌های بهداشتی توقع افراد جامعه را بالا می‌برد [۹].

با توجه به رهیافت‌های مطرح‌شده و نظریه مورای و چن، مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین برای معلولیت، متغیرهای سن، جنسیت، محل سکونت، رفاه اقتصادی و توسعه اقتصادی و اجتماعی است. برای شناخت مولفه‌ها و عوامل مؤثر بر معلولیت، لازم است به چند نمونه از پژوهش‌های مرتبط نیز اشاره شود.

حسینی و صفری در یک تحلیل اسنادی و با استفاده از اطلاعات مرکز آمار ایران و سازمان بهزیستی به این نتیجه رسیدند که معلولان

این رهیافت در جمع‌آوری و استفاده از شواهدی است که نشان‌دهنده چگونگی تأثیر این تعیین‌کننده‌ها بر وضعیت سلامت جمعیت، حفظ و بهبود وضعیت سلامت کل جمعیت و کاهش نابرابری‌های وضعیت سلامت بین گروه‌ها و خرده‌گروه‌هاست [۲].

**ب- رهیافت شاخص‌های سلامت:** این رهیافت، مشتمل بر ۳ زیر رهیافت پزشکی، کارکردی ادراکی است. می‌توان اشاره داشت که در قرن بیستم، چارچوب اپیدمیولوژیک از بیماری‌های حاد و قابل انتقال به بیماری‌های مزمن و مدت‌دار تغییر یافت که این روند اپیدمیولوژیک، رهیافت بیماری و سلامت را تحت تأثیر قرارداد. در ورای وجود یا فقدان بیماری، رهیافت زیست‌پزشکی کلاسیک وضعیت سلامت، ممکن است از طریق رهیافت‌های ادراکی و کارکردی نیز ارزیابی شود. در رهیافت کارکردی، سلامت خوب با تصور انجام کارآمد نقش‌ها و وظایف و تحقق فعالیت‌های انسانی مختلف بدون مشکل، ارتباط پیدا می‌کند. در رهیافت ادراکی سلامت، سلامت خوب به تصوراتی مثل رفاه، نگرش مثبت به زندگی یا یک زندگی خلاق و پر بار ارتباط پیدا می‌کند.

**پ- رهیافت توانایی و توسعه انسانی:** مفهوم توسعه انسانی اساساً تغییر کرده و چشم‌انداز اندیشه توسعه معاصر را متأثر ساخته است. با زمینه‌هایی در نوشته‌های فلسفی ارسطو، مارکس و کانت، از تأکید بر فرایندهای مادی اندیشیدن درباره توسعه به‌سمت یک تفکر انسانی تغییر مفهومی اساسی کرده است. در تاریخ اقتصاد توسعه، رهیافت توسعه انسانی، از یک سری کارهای متفاوت شامل مکتب نیازهای انسانی [۵] و نوشته‌های سن [۶] درباره توسعه، افزایش توانایی را قابل تصور ساخت. در طول زمان، این گزارش‌ها در سطح گسترده‌ای از مسائل همچون جنسیت و پایداری، برای نشان دادن ارتباط مفهوم توسعه انسانی با مسائل مختلف افزایش یافتند.

تحقیق‌های جدید درباره ناتوانی و توسعه، تا حدودی به‌طور مستقل از همکاری مکتب توسعه انسانی به وجود آمد. نویسندگان این ادبیات، پیوندهای آشکار بین کار درباره توسعه انسانی و ناتوانی را یادآور شده‌اند [۷]. همچنین رهیافت توسعه انسانی، اساس مفهومی خاصی برای کار روی ناتوانی فراهم می‌آورد. میان دیدگاه‌هایی که رهیافت توسعه انسانی را می‌سازند، رهیافت توانایی، اساساً قدرت بیان مسائل ناتوانی را دارد. کار در حوزه توسعه انسانی، سهم زیادی در پیشرفت عدالت برای افراد ناتوان و مخصوصاً حوزه‌هایی برای دفاع از گزارش‌های توسعه انسانی که ممکن است

بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، رابطه بین متغیرهای اقتصادی و اجتماعی با معلولیت در سطح کلان (کشور و استان) در نظر گرفته شده است. در این مطالعه سعی شد برای بررسی دقیق‌تر رابطه بین متغیرهای تأثیرگذار بر معلولیت، مطالعه در سطح خردتر (شهرستان) انجام شود. تفاوت‌های منطقه‌ای در شیوع معلولیت، می‌تواند نشئت گرفته از توسعه اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی باشد. با توجه به اینکه هدف این پژوهش بررسی نقش توسعه اقتصادی و اجتماعی در تفاوت‌های الگوهای شیوع معلولیت منطقه‌ای است، مطالعه این الگوها به منظور شناخت و رفع موانع اقتصادی و اجتماعی و بهداشتی موجود در مسیر کاهش شیوع معلولیت، ضروری به نظر می‌رسد. از این رو با تکیه بر اهداف مقاله، سؤال اساسی این است که مهم‌ترین تعیین‌کننده معلولیت در سطح فردی چیست و ویژگی شهرستانی (توسعه شهرها) چه تأثیری بر معلولیت دارد؟

### روش بررسی

این پژوهش، کمی و متکی بر داده‌های ثانویه است. برای نیل به اهداف مطالعه، از مدل چندسطحی استفاده شده است. روش مدل‌سازی چندسطحی به این صورت است که با تحلیل هم‌زمان بیش از یک واحد تحلیل، امکان مطالعه داده‌های ناهمگن در اختیار محقق قرار می‌گیرد؛ بدین صورت که برای هر واحد تحلیل، یک یا چند معادله در نظر گرفته می‌شود و با متغیر در نظر گرفتن یک یا چند ضریب، استنتاج قابل اطمینان‌تری حاصل می‌شود.

با توجه به آنچه ذکر شد، برای بررسی عوامل مؤثر بر معلولیت باید ناهمگنی موجود در داده‌ها لحاظ شود. برای این کار می‌توان از رویکرد مدل خطی سلسله‌مراتبی (HLM) استفاده کرد که امکان تحلیل رگرسیون چندسطحی یا سلسله‌مراتبی را فراهم می‌کند.

این مطالعه شامل ۲ سطح بود. در سطح اول با استفاده از داده‌های فردی سرشماری سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است. متغیرهای سطح فرد، شامل، معلولیت (معلول بودن = ۱ و معلول نبودن = ۲)، سن (سنین منفرد)، جنس (مرد = ۱ و زن = ۲)، رفاه اقتصادی افراد (برای ساختن چنین شاخصی از متغیرهایی که به نوعی نشان دهنده رفاه اقتصادی و اجتماعی خانوار هستند، شامل اتومبیل، موتورسیکلت، رایانه، اینترنت، نوع سوخت مصرفی، منبع آب آشامیدنی و متغیرهایی در مورد نوع ساختمان، سال ساخت، نوع اسکلت و نظایر آن استفاده شده است) و محل سکونت (شهری = ۱ و

به دلایلی همچون محرومیت درآمدی، مشخص نبودن میزان و نوع شغل، فقر قابلیت‌های در خصوص شاخص آموزش و فقدان اعتبارات لازم برای اجرای قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، در شمار فقیرترین و مطرودمترین افراد جامعه قرار دارند [۱۰].

احمدی و همکاران در بررسی رابطه متغیرهای کلان اقتصادی با سلامت با استفاده از روش اقتصادسنجی و الگوی VECM، نشان دادند که بیکاری، تورم، موازنه پرداخت‌ها و ضریب جینی، رابطه معکوس و معناداری با سلامت دارند و متغیرهای مخارج سلامت و مخارج دولتی، اثر مثبت و معناداری بر برون‌داد بخش سلامت برجای می‌گذارند [۱۱]. قائد رحمتی و دهباشی در بررسی رابطه بین توسعه خدمات بهداشتی و درمانی با معلولیت در استان‌های کشور، با استفاده از داده‌های کلان مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، نشان دادند که تفاوت‌های منطقه‌ای شیوع معلولیت در استان‌های کشور، ناشی از توسعه یافتگی بهداشتی و درمانی استان‌ها نیست [۱۲]. سجادی و زنجری با استفاده از داده‌های خرد سرشماری ۱۳۹۵، نشان دادند که خانوارهای زن سرپرست، تحصیلات پایین سرپرست خانوار، موقعیت شغلی پایین سرپرست خانوار، پایین بودن سطح رفاه خانوار و سکونت روستایی خانوار، احتمال داشتن فرد معلول در خانوار را به طور معناداری افزایش می‌دهد [۱۳].

کین با استفاده از داده‌های بین‌المللی، به بررسی ویژگی‌های اقتصادی زنان معلول در ۱۵ کشور در حال توسعه پرداختند و نشان دادند در بیشتر کشورها، معلولیت به طور قابل ملاحظه‌ای با بالا بودن فقر چندبعدی، همچون میزان تحصیلات پایین، میزان اشتغال پایین و هزینه‌های پزشکی بالا مرتبط است [۱۴]. مونت و یوان با استفاده از تکنیک‌های برآورد نواحی کوچک، دریافتند که نرخ‌های ناتوانی در ویتنام نه فقط در سطح استان، بلکه در سطح منطقه نیز متفاوت است. علاوه بر این، رابطه بین معلولیت و فقر نیز در سطح منطقه متفاوت است. در واقع، در مناطق با جاده‌های بهتر، مراقبت‌های بهداشتی بهتر و سایر شاخص‌های زیربنایی و ظرفیت فنی بهتر، ارتباط بین معلولیت و فقر کاهش می‌یابد. این موضوع از این فرضیه حمایت می‌کند که بهبود در زیرساخت‌هایی که ترویج توانبخشی و زیرساخت‌های قابل دسترس را فراهم می‌سازد، می‌تواند تأثیر معلولیت را در خانواده‌هایی که دارای فرد معلول هستند را کمتر کند [۱۵].

با توجه به مطالب فوق، به نظر می‌رسد رابطه بین هم‌بسته‌های اقتصادی و اجتماعی با معلولیت برحسب منطقه، متفاوت باشد. در

جنسیت در نمونه مورد مطالعه نشان می‌دهد که معلولیت بین مردان از شیوع بیشتری برخوردار است. از بین افرادی که دچار معلولیت هستند، مردان با ۶۲/۶۳ درصد و زنان با ۳۷/۳۷ درصد دچار معلولیت هستند. دلیل بیشتر بودن آمار معلولیت مردان احتمالاً بدان خاطر است که مردان در مقایسه با زنان در شرایط اجتماعی و اقتصادی سخت‌تری قرار دارند.

## ۲- بررسی معلولیت بر حسب گروه‌های سنی

چنان که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، ۷/۱۵ درصد افراد در گروه سنی زیر ۱۰ سال قرار دارند، ۱۶/۷۳ درصد در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال و ۱۹/۲۷ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال قرار دارند. در سنین کودکی، نوجوانی و جوانی با افزایش سن، میزان معلولیت نیز افزایش می‌یابد، اما با ورود جمعیت به میان‌سالی میزان معلولیت کاهش پیدا می‌کند. احتمالاً دلیل این امر افزایش تجربه، دانش و دقت انسان در مراقبت از سلامت خویش است. همچنین ۱۴/۵۲ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال، ۱۱/۷۴ درصد در گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال، ۷/۰۵ درصد در گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال قرار دارند، اما با ورود به سنین پیری و کاهش قوای بدنی، به تدریج بر میزان معلولیت افزوده می‌شود. ۷/۰۷ درصد در گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال و ۱۰/۰۳ درصد نیز در گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ سال قرار دارند.

با ورود به دوران بالای ۸۰ سالگی، یعنی دوران کهولت از میزان معلولیت کاسته می‌شود. چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بینیم ۵/۵۹ درصد در گروه سنی ۸۰ تا ۸۹ سال و ۰/۰۱ درصد معلولان در گروه سنی ۹۰ تا ۹۹ سال قرار دارند. احتمالاً دلیل این امر کم شدن چشم‌گیر فعالیت‌ها، از کار افتادگی و خانه‌نشینی آنان است. با مقایسه گروه‌های سنی ملاحظه می‌شود که بیشترین میزان معلولیت (۱۹/۲۷) مربوط به سنین جوانی ۲۰ تا ۲۹ سال است و احتمال دارد دلیل این امر، جوانی جمعیت کشور باشد.

جدول ۱ | مقایسه معلولیت بر حسب جنسیت

جنس	افراد دچار معلولیت		افراد فاقد معلولیت	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۶۷۰۴۸۷	۶۳/۶۲	۱۳۳۱۶	
زن	۶۷۲۹۱۷	۳۷/۳۷	۷۹۴۷	
جمع	۱۳۴۳۴۰۴	۱۰۰	۲۱۲۶۳	

روستایی = کد صفر) است و در ارتباط با سطح دوم مطالعه، و برای در نظر گرفتن تأثیر متغیرهای اقتصادی، اجتماعی در شهرستان‌های مورد نظر، به‌عنوان داده‌های ثانویه از اطلاعات وزارت بهداشت یا مراکز خدمات پزشکی استان‌ها، سالنامه آماری و اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۵ استفاده شده است و در مدل، به‌عنوان متغیرهای سطح دوم وارد شده‌اند. در این رابطه، شاخص توسعه اقتصادی، اجتماعی برای سال ۱۳۹۵، در سطح شهرستان بوده (در سال ۱۳۹۵ ایران دارای ۳۳۶ شهرستان بوده که از این تعداد ۲۳۰ شهرستان به دلیل داشتن اطلاعات کامل برای ساختن شاخص توسعه اقتصادی و اجتماعی استفاده شده است) و با استفاده از روش تاکسونومی که یکی از بهترین روش‌های درجه‌بندی مناطق برای طبقه‌بندی‌های مختلف در علوم محسوب می‌شود، استفاده شده است. این روش برای نخستین بار توسط آندرسون در سال ۱۹۹۳ میلادی پیشنهاد شد و در سال ۱۹۹۸ به‌عنوان تکنیکی ای برای طبقه‌بندی و درجه‌بندی توسعه‌یافتگی بین کشورهای مختلف، توسط پروفیسور «هلونینگ» از مدرسه عالی اقتصاد در یونسکو مطرح شد [۱۶]. روشی که برای درجه‌بندی، طبقه‌بندی و مقایسه کشور یا مناطق مختلف با توجه به درجه برخورداری و مدرن بودن آنهاست که یک مجموعه را به زیرمجموعه‌های کم و بیش همگن تقسیم کرده و مقیاسی پذیرفتنی برای بررسی میزان برخورداری نواحی در اختیار برنامه‌ریزان قرار می‌دهد [۱۷].

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در ۲ بخش توصیفی و تحلیلی ارائه شد:

### بخش توصیفی

یافته‌های این پژوهش از داده‌های نمونه ۲ درصدی سرشماری ۱۳۹۵ به دست آمد که از میان ۱۳۶۴۶۶۷ نفر مورد بررسی، ۲۱۲۶۳ نفر (۱/۶ درصد) دچار معلولیت و ۱۳۴۳۴۰۴ نفر (۹۸/۴ درصد) فاقد معلولیت بودند.

### ۱- بررسی معلولیت بر حسب جنسیت

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۱، توزیع نسبت جنسی در نمونه مورد مطالعه، نرمال است. یعنی تعداد زنان (۶۸۰۸۶۴) و تعداد مردان (۶۸۳۸۰۳) در نمونه مورد مطالعه تقریباً برابر است، اما تعداد مردان معلول نمونه (۱۳۳۱۶) به صورت معناداری از تعداد زنان معلول نمونه (۷۹۴۷) بیشتر است. به عبارت روشن‌تر، توزیع معلولیت بر حسب

سطح رفاه از تعداد معلولان کاسته می‌شود و برعکس، با کاهش سطح رفاه بر تعداد معلولان افزوده می‌شود.

**۵- بررسی معلولیت بر حسب توسعه اقتصادی و اجتماعی شهرها**  
بر اساس اطلاعات جدول ۵، میزان توسعه اقتصادی و اجتماعی شهرهایی که معلولان در آن زندگی می‌کنند، بر تعداد معلولان مؤثر است؛ به صورتی که بیش از ۳۴ درصد معلولان در شهرهای با سطح توسعه پایین زندگی می‌کنند و فقط ۱۲ درصد آنها در شهرهای با سطح توسعه بالا زندگی می‌کنند. اگرچه تفاوت‌ها چندان زیاد نیست، اما میزان معلولیت در مناطق توسعه نیافته تقریباً ۳ برابر مناطق توسعه یافته است.

### بخش تحلیلی

برای انجام تحلیل چند سطحی، متغیرها در ۲ سطح فرد (سطح ۱) و شهرستان (سطح ۲) تحلیل شدند. متغیرهای سطح فرد شامل سن، جنس، رفاه اقتصادی فرد و محل سکونت بود و متغیر سطح شهرستان نیز شاخص توسعه اقتصادی و اجتماعی را دربر می‌گرفت که پارامترهای آثار ثابت، تصادفی و مولفه‌های واریانس، کوواریانس

### جدول ۵ | مقایسه معلولیت بر حسب توسعه اقتصادی و اجتماعی

افراد دچار معلولیت		افراد فاقد معلولیت		توسعه اقتصادی، اجتماعی شهرها
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۳۳/۳۹	۴۴۸۴۹۷	۳۴/۴۳	۷۳۲۱	پایین
۲۸/۴۸	۳۸۲۶۳۳	۲۸/۱۳	۵/۹۸۱	متوسط
۱۴/۹۷	۲۰۱۱۰۲	۱۲/۲۸	۲۶۱۲	بالا
۲۳/۱۶	۳۱۱۱۷۲	۲۵/۱۶	۵۳۴۹	داده ادغام نشده
۱۰۰	۱۰۳۲۲۳۲	۱۰۰	۱۵۹۱۴	جمع

### جدول ۶ | مدل آنوای یک راهه با اثر تصادفی (مدل صفر)

مدل ترکیبی	مدل سطح ۲	مدل سطح ۱
$n_{ij} = r_{oc} + u_{oj}$	$\beta_{oj} = r_{oo} + u_{oj}$	$\text{Prob}(\text{DISABILA}_{ji} = 1 f) = \Phi_{ji}$

### ۳- بررسی معلولیت بر حسب محل سکونت

مطابق به اطلاعات جدول ۳، توزیع و شیوع معلولیت در مناطق شهری و روستایی دارای تفاوت معناداری نیست. از افراد دچار معلولیت، ۵۰/۱۹ درصد در روستاها و ۴۹/۸۱ درصد در شهرها زندگی می‌کنند. با توجه به این واقعیت که ۷۲ درصد جمعیت ایران شهرنشین بوده و فقط ۲۸ درصد جمعیت روستانشین هستند، نزدیک بودن میزان معلولیت در شهر و روستا به احتمال قوی ناشی از وضعیت مناسب اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و درمانی شهرهاست.

### ۴- بررسی معلولیت بر حسب سطح رفاه اقتصادی

چنانکه جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، میان سطح رفاه اقتصادی و معلولیت، همبستگی وجود دارد؛ بیش از ۵۹ درصد افراد معلول از نظر رفاه اقتصادی در سطح پایین قرار دارند و فقط ۱۴ درصد معلولان از نظر رفاه اقتصادی در سطح بالا قرار دارند. در تحلیل ستونی جدول ۴ به خوبی روشن است که با افزایش

### جدول ۳ | مقایسه معلولیت بر حسب محل سکونت

افراد دچار معلولیت		افراد دچار معلولیت		محل سکونت
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۷۷۴۲۹۴	۵۷/۶۴	۴۹/۸۱	۱۰۵۹۲	
۵۶۹۱۱۰	۴۲/۳۶	۵۰/۱۹	۱۰۶۷۱	
۱۳۴۳۴۰۴	۱۰۰	۱۰۰	۲۱۲۶۳	جمع

### جدول ۴ | مقایسه معلولیت بر حسب سطح رفاه اقتصادی

افراد دچار معلولیت		افراد فاقد معلولیت		رفاه اقتصادی فرد
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴۷/۷۷	۶۴۱۷۲۸	۵۹/۳۰	۱۲۶۰۸	پایین
۲۸/۸۹	۳۸۸۰۵۱	۲۶/۶۷	۵۶۷۰	متوسط
۲۳/۳۵	۳۱۳۶۲۵	۱۴/۰۴	۲۹۸۵	بالا
۱۰۰	۱۳۴۳۴۰۴	۱۰۰	۲۱۲۶۳	جمع

1- Null model

2- Intercept-only model or the one-way ANOVA model with random effects

3- Bernoulli

4- Odds

5- Odd Ratio A

6- Random Coefficients Regression Model

باشد.

در ادامه تحلیل و برای بررسی اینکه سن، جنس، رفاه اقتصادی و محل سکونت افراد، چقدر با معلولیت در ارتباط است، از مدل رگرسیونی با ضرایب تصادفی<sup>۸</sup> استفاده شده است. در این مدل، شیب خط و عرض از مبدأ سطح اول تابعی از آثار تصادفی سطح دوم است. به عبارت بهتر، آثار ثابت سطح دوم در شیب خط و عرض از مبدأ محاسبه نمی شود، اما هیچ متغیر پیش بینی در سطح دوم وجود ندارد (جدول ۷).

نتایج مدل ۱ در جدول ۹ ارائه شده است. همان طور که ملاحظه می شود سن با معلولیت رابطه مثبت معناداری دارد و نسبت برتری مربوطه، بیانگر آن است که با افزایش یک سال سن، معلولیت ۲/۶ درصد افزایش می یابد. جنس نیز رابطه معناداری با معلولیت دارد و نسبت برتری مربوطه نشان می دهد که زنان ۴۱ درصد کمتر از مردان دچار معلولیت می شوند.

رابطه رفاه اقتصادی افراد با معلولیت، منفی و معنادار است و با افزایش رفاه اقتصادی افراد، معلولیت ۳/۶ درصد کاهش پیدا می کند. در حالی که رابطه محل سکونت با معلولیت اگرچه منفی است، اما معنادار نشده است.

در ادامه تحلیل، برای بررسی متغیر توسعه اقتصادی و اجتماعی شهرستان ها، از مدل کامل ضرایب تصادفی<sup>۷</sup> استفاده شده است. این مدل همچنین، مدل پیش بین با عرض از مبدأ و ضرایب<sup>۸</sup> نیز نامیده می شود. این مدل در هر ۲ سطح، متغیرهای پیش بین دارد (جدول ۸).

برآورد شدند. برای این منظور، ابتدا یک مدل صفر<sup>۱</sup> (مدل عرض از مبدأ یا مدل آنوای یک راهه با آثار تصادفی)<sup>۲</sup> اجرا شد (جدول ۶). به دلیل اینکه برای متغیر وابسته، گزینه برنولی<sup>۳</sup> انتخاب شد، نرم افزار، یک تابع ارتباطی لجستیک را فعال ساخت و تفسیر نتایج باید در قالب برتری<sup>۴</sup> یا نسبت برتری<sup>۵</sup> انجام می شد.

سطح اول، احتمال معلولیت فرد i در شهرستان j را نشان می دهد. در سطح دوم، عرض از مبدأ سطح اول، برخلاف رگرسیون خطی، میانگین متغیر تابع نیست، بلکه لگاریتم میانگین نسبت برتری متغیر تابع برای هر یک از واحدهای سطح دوم به اضافه جزء خطای تصادفی است و با جای گذاری سمت راست معادله سطح دوم در داخل معادله سطح اول، معادله ترکیبی برای مدل صفر به دست می آید.

در این مدل، ضریب هم بستگی بین شهرستانی ۰/۷۸ به دست آمد. به عبارت دیگر شهرستان ها حدود ۷۸ درصد از واریانس معلولیت را تبیین می کنند. مقدار تفاوت شهرستان ها از متوسط میانگین شهرستان ها در سطح ۰/۰۱ معنادار است؛ بدین معنا که عرض از مبدأ معلولیت، به طور معناداری به وسیله پیش بین هایش در سطح دوم، یعنی از شهرستان ها متأثر می شود.

هنگامی که عرض از مبدأ معنادار باشد، به این معناست که ضریب هم بستگی درون گروهی معنادار است و در نتیجه، یک مدل چند سطحی، لازم و مناسب است. همچنین مقدار اعتبار به دست آمده ۰/۷۷ نشان می دهد که میانگین نمونه مورد نظر به اندازه کافی معتبر بوده و می تواند به عنوان شاخصی از میانگین های شهرستان های واقعی

جدول ۹ | مدل کامل ضرایب تصادفی (مدل ۲)

$\text{Prob}(\text{DISABIL}_{ij}=1 F_j) = \varphi_{ij}$ $\text{Log}[\varphi_{ij}/(1 - \varphi_{ij})] = \eta_{ij}$ $\eta_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{SEX}_{ij}) + \beta_{2j}(\text{AGE}_{ij}) + \beta_{3j}(\text{RESIDENC}_{ij}) + \beta_{4j}(\text{SES}_{ij})$	مدل سطح ۱
$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{DEVELOPM}_j) + u_{0j}$ $\beta_{1j} = \gamma_{10}$ $\beta_{2j} = \gamma_{20}$ $\beta_{3j} = \gamma_{30}$ $\beta_{4j} = \gamma_{40}$	مدل سطح ۲
$\eta_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{01} \cdot \text{DEVELOPM}_j + \gamma_{10} \cdot \text{SEX}_{ij} + \gamma_{20} \cdot \text{AGE}_{ij} + \gamma_{30} \cdot \text{RESIDENC}_{ij} + \gamma_{40} \cdot \text{SES}_{ij} + u_{0j}$	مدل ترکیبی

جدول ۷ | مدل رگرسیونی با ضرایب تصادفی (مدل ۱)

<b>LEVEL 1 MODEL</b> $\text{Prob}(\text{DISABIL}_{ij}=1 F_j) = \varphi_{ij}$ $\text{Log}[\varphi_{ij}/(1 - \varphi_{ij})] = \eta_{ij}$ $\eta_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{SEX}_{ij}) + \beta_{2j}(\text{AGE}_{ij}) + \beta_{3j}(\text{RESIDENC}_{ij}) + \beta_{4j}(\text{SES}_{ij})$	مدل سطح ۱
<b>LEVEL 2 MODEL</b> $\beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}$ $\beta_{1j} = \gamma_{10}$ $\beta_{2j} = \gamma_{20}$ $\beta_{3j} = \gamma_{30}$ $\beta_{4j} = \gamma_{40}$	مدل سطح ۲
$\eta_{ij} = \gamma_{00} + \gamma_{10} \cdot \text{SEX}_{ij} + \gamma_{20} \cdot \text{AGE}_{ij} + \gamma_{30} \cdot \text{RESIDENC}_{ij} + \gamma_{40} \cdot \text{SES}_{ij} + u_{0j}$	مدل ترکیبی

7- Full Random Coefficients Model

8- Intercepts and Slopes as Outcomes Model



جدول ۹ | آثار پیش‌بینی‌کننده‌ها بر معلولیت برای مدل صفر، ۱ و ۲

مقدار P	مدل ۲ نسبت برتری	ضریب	مقدار P	مدل ۱ نسبت برتری	ضریب	مقدار P	مدل صفر نسبت برتری	ضریب	اثر ثابت
۰/۰۰۰	۰/۰۷	-۲/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۷	-۲/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۰۲		سطح ۱ عرض از مبدأ
۰/۰۰۰	۰/۵۹	-۰/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۹	-۰/۵۳			-۴/۱۳	جنس
۰/۰۰۰	۱/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۰۰	۱/۰۳	۰/۰۳				سن
۰/۷۱۴	۰/۹۹	-۰/۰۱	۰/۷۳۱	۰/۹۹	-۰/۰۱				محل سکونت
۰/۰۰۰	۰/۹۶	-۰/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۹۶	-۰/۰۴				رفاه اقتصادی فرد
۰/۲۴۹	۰/۹۱	-۰/۱۰							سطح ۲ توسعه اقتصادی و اجتماعی شهرستان

متغیرهای سطح اول (فرد) تغییرپذیری بیشتری را نسبت به متغیر سطح دوم (شهرستان) تبیین می‌کنند.

### بحث

این مطالعه با هدف پاسخ به این پرسش انجام شد که مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های معلولیت در سطح فردی چیست و توسعه شهرستان (ویژگی شهرستانی) چه تأثیری در معلولیت دارد؟ بر این اساس، اثر متغیرهای سن، جنس، رفاه اقتصادی و محل سکونت در سطح فرد و متغیر توسعه اقتصادی و اجتماعی در سطح کلان، بررسی و مشاهده شد که سن با معلولیت رابطه مستقیم دارد. به عبارت دیگر با افزایش سن، میزان شیوع معلولیت نیز افزایش پیدا می‌کند، بنابراین می‌توان گفت، با روند رو به افزایش سالمندان در کشور باید برنامه‌ریزی‌هایی در زمینه استفاده این قشر از جمعیت از خدمات بیمارستانی و پزشکی، پوشش بیمه‌ای و ورود به آسایشگاه‌ها انجام شود. همچنین از رابطه بین سن و معلولیت، می‌توان نتیجه گرفت که نیمی از معلولیت‌ها، در طول دوران زندگی بر فرد عارض می‌شوند و مادرزادی نبوده، اما مطابق با پژوهش حفیظی و همکاران، نیمی از معلولیت‌ها، به دلیل عوامل ژنتیکی به وجود می‌آیند. در این خصوص، ازدواج خویشاوندی یک عامل مهم در ظهور معلولیت‌های جسمی، حرکتی و ناهنجاری‌های مادرزادی است [۱۷].

در مدل‌های چندسطحی، برخلاف مدل‌های معمول، مؤلفه‌های مرتبط با واریانس فقط برای عرض از مبدأ برآورد می‌شود. معناداری عرض از مبدأ در این مدل، به معنای آن است که ویژگی‌های سطح دوم بر تغییرات میانگین سطح اول مؤثر بوده و لزوم استفاده از مدل چندسطحی را تأیید می‌کند. به همین ترتیب، با وارد کردن متغیر سطح دوم، یعنی متغیر اقتصادی و اجتماعی، مدل معنادار است (در سطح ۰/۰۰۱)، به این معنا که عرض از مبدأ معنادار و متفاوت از صفر است.

همان‌طور که در جدول ۹ ملاحظه می‌شود، با اضافه کردن متغیر توسعه اقتصادی و اجتماعی شهرستان‌ها در سطح دوم، ضرایب و نسبت برتری متغیرهای جنس، سن، محل سکونت و رفاه اقتصادی فرد تقریباً ثابت مانده که نشان‌دهنده اثر ضعیف متغیر توسعه اقتصادی و اجتماعی است و همان‌گونه که مشاهده می‌شود رابطه توسعه اقتصادی و اجتماعی با معلولیت، معنادار نشده است.

واریانس در سطح فرد ۰/۱۴۹۵ و در سطح شهرستان ۰/۴۸۱۷ است که مقدار واریانس تبیین‌شده بعد از ورود ۳ متغیر در سطح فرد و یک متغیر در سطح شهرستان را نشان می‌دهد. بنابراین مقدار ضریب هم‌بستگی بین کلاسی (ICC) برابر با ۷۶ درصد است. ضریب هم‌بستگی بین کلاسی از ۷۸ درصد به ۷۶ درصد بعد از اضافه شدن متغیر در سطح دوم کاهش کمی داشته است که نشان می‌دهد

مردان وظایف خطرناک تری را در جامعه برعهده می‌گیرند. تبیین محیطی و رفتاری شامل مخاطرات شغلی، رفتار فرهنگی و سبک زندگی است. فعالیت‌های شغلی مبتنی بر جنس که از طرف فرهنگ مشخص می‌شوند بدین معنا هستند که مردان در مقایسه با زنان، مشاغل مخاطره آمیز تری را برعهده می‌گیرند و بیشتر در معرض آلوده‌کننده‌های شیمیایی، تصادفات و صدمات ترفیکی و صنعتی و نظایر آن قرار دارند. مردانگی غالباً متضمن نمایش ماجراجویی یا رفتار ریسک‌پذیر هستند و چنین رفتاری برای پسران، تشویق می‌شود. از آن طرف، زنان در بعضی از جوامع در مقایسه با مردان، به توجه بیشتر به سلامت خود تشویق می‌شوند. سبک زندگی عامل دیگر در میزان‌های معلولیت متفاوت براساس جنسیت است. مردان بر حسب عادت‌های سیگار کشیدن، مصرف الکل، رژیم‌های غذایی، ورزش، رانندگی بی‌پروا و غیره در معرض مخاطرات بیشتری قرار دارند [۲۱].

همچنین با توجه به اینکه با افزایش رفاه اقتصادی افراد، معلولیت کاهش پیدا می‌کند، می‌توان گفت که یک دور باطل بین فقر و معلولیت وجود دارد؛ به نحوی که افراد فقیر بیشتر به معلولیت دچار می‌شوند. این تسلسل، معضلات عدیده‌ای را در جوامع باعث می‌شود و باید تلاش نظام‌های رفاه اجتماعی بر حل این مورد تمرکز یابد. در نبود برنامه‌های حمایتی یا اجرای ناصحیح آنها، افرادی که سطح رفاه پایینی دارند، با سرعت بیشتری به سمت کسب معلولیت‌های مختلف حرکت می‌کنند. افراد فقیر به دلیل ناتوانی در تأمین مایحتاج زندگی در شرایط پرخطری قرار می‌گیرند. مراقبت بهداشتی پایین‌تر، تغذیه ناکافی، ورود به کسب و کارهای خطرناک و ناایمن، کار کردن در هر شرایطی، زندگی در مناطق پرخطر با ریسک ابتلا به انواع بیماری‌ها و طی نکردن مراحل درمان در صورت بیماری، بخشی از مواردی است که باعث می‌شود افراد فقیر، دچار معلولیت‌های اکتسابی شوند. در چنین شرایطی شناسایی افراد در مرز فقر و ارائه برنامه‌های حمایتی ویژه باعث می‌شود رشد جامعه فقرا محدود و از معلولیت افراد جلوگیری شود. فراهم کردن امکانات درمانی برای بیماری‌هایی که به معلولیت منجر می‌شوند، به صورت رایگان و البته مناسب برای افراد در معرض خطر، می‌تواند تا حد زیادی از بروز چنین اتفاقاتی جلوگیری کند. بنابراین لازم است، جامعه در هدایت معلولان به سوی منابع تحصیلی و اشتغال منطبق با شرایط آنها برنامه‌ریزی کند.

موفق در مطالعه‌ای با عنوان بررسی پرهیز از ازدواج با اقوام نزدیک و آثار بروز ناتوانی در فرزندان، نشان داد که آنومالی‌ها در ازدواج فامیلی ۳/۷۸ برابر از ازدواج‌های غیرفامیلی است [۱۹]. ازدواج خویشاوندی به عنوان الگوی رایج ازدواج در ایران شناخته شده است، به طوری که در مجموع ۴۲ درصد از ازدواج‌های انجام شده در سطح کشور از نوع ازدواج خویشاوندی است و ۲۱/۴ درصد از کل ازدواج‌ها نیز با خویشاوند نزدیک انجام می‌شود [۲۰]. طبق پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی تفاوت این نوع معلولیت، با سایر انواع معلولیت‌ها این است که معلولیت ژنتیکی اگر به موقع تشخیص داده نشود، بعد از بروز اولیه باز هم تکرار می‌شود. پیش‌گیری برای اهمیت دارد که در حال حاضر، اکثر بیماری‌های ژنتیکی قابل درمان نیستند و در معلولیت‌های شدید، پیش‌گیری تنها راه حل است. به دلیل غیرقابل درمان بودن این نوع معلولیت‌ها یا سخت بودن درمان آنها، علاوه بر هزینه‌های اقتصادی زیادی که بر دوش خانواده‌های دارای افراد معلول و همچنین کل جامعه قرار می‌دهد، مشکلات روحی و روانی زیادی نیز برای اطرافیان فرد معلول ایجاد می‌کند و علاوه بر آن، تولد یک انسان معلول، می‌تواند رنج‌های فراوانی را بر خود فرد معلول نیز به بار بیاورد [۱].

دلایل فوق باعث می‌شود افراد بیشتری به رغم داشتن ناتوانی و معلولیت، امکان ادامه حیات داشته باشند و به این ترتیب، افزایش امید به زندگی و به تبع آن، افزایش تعداد سالمندان در ایران، دلیل دیگری برای ازدیاد تعداد افراد دارای معلولیت، با افزایش سن است. بنابراین بابدی سعی شود با افزایش کیفیت زندگی افراد، از افزایش معلولان در دوره سالمندی، جلوگیری شود. طبق نتایج این پژوهش، معلولیت بین مردان در مقایسه با زنان شیوع بیشتری داشت. پنی کین در مورد تفاوت سلامت بین زنان و مردان، ۳ تبیین کلی بیولوژیکی، اجتماعی - زیستی و محیطی و رفتاری را بیان می‌کند. تبیین بیولوژیکی که روی عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی تأکید دارد، چنین عواملی فراتر از کنترل انسان هستند. طبق رهیافت بیولوژیکی، زنان کمتر مستعد بیماری و ناتوانی با دلایل فیزیولوژیکی و آناتومیک هستند. تبیین اجتماعی - زیستی، اینچنین است که نقش‌های جنسیتی (تعیین شده توسط فرهنگ) نتیجه مستقیم تفاوت‌های زیستی و اجتماعی بین دو جنسیت هستند. موافقان این عقیده می‌گویند به دلیل اینکه زنان فرزند به دنیا می‌آورند،

5. Streeten P. First things first: meeting basic human needs in the developing countries. The World Bank; 1981.
6. Sen A. Freedom as development. Oxford: Oxford University Press. 2019, Pp: 89.
7. Harriss-White B. The Political Economy of Disability and Development: with special reference to India. Discussion paper-United Nations Research Institute for Social Development. 1996(73):i-v.
8. Baylies C. Disability and the notion of human development: questions of rights and capabilities. *Disability & Society*. 2002;17(7):725-39.
9. Murray CJ, Chen LC. Understanding morbidity change. *The Population and Development Review*. 2019;18(3):305-481.
10. Hosseini SH, Safari F. Disability, poverty and social exclusion. *Social Welfare Quarterly* 2008;8(30):265-84. [Persian]
11. Ahmadi AM, Ghaffari HM, Emadi SJ. The relationship between macroeconomic variables and health in Iran. *Social Welfare Quarterly*. 2011;10(39):7-32. [Persian]
12. Ghaedrahmati S, Dehbashi M. The relationship between health services and disability status in the provinces of the country. *Social Welfare Quarterly*. 2014;50(13):333-51. [Persian]
13. Sajjadi H, Zanjari N. Disability in Iran: Prevalence, its characteristics and economic and social correlations. *Rehabilitation*. 2015;16(1):36-47. [Persian]
14. Kane P. Women's health: from womb to tomb, New York, NY: St. Martin's Press, 2019.
15. Mont D, Nguyen C. Spatial Variation in the Poverty Gap between People with and without Disabilities: Evidence from Vietnam. *Social Indicators Research*. 2018;137(2):367-754.
16. Beheshti MB, Saeidan M. Introduction of numerical taxonomy in simple language. East Azerbaijan Province: Program and Budget Organization. 2018, Pp: 39. [Persian]
17. Gavin M. Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. *Organizational Research Methods*. 2004;7(2):228.
18. Hafizi L, Ghodsi K, Ghasemi M. Study of consanguineous marriage and the incidence of physical disabilities. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;3(15):10-15.
19. Mowaffaq A. A study of avoiding marriage with close rela-

## نتیجه گیری

نتایج حاصل شده از بررسی‌ها نشان داد که معلولیت از توسعه اقتصادی و اجتماعی شهرستان‌ها متأثر می‌شود، اما تفاوت‌های بین منطقه‌ای در شیوع معلولیت، نمی‌تواند فقط نشئت گرفته از توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد؛ بلکه باید علت اصلی شیوع معلولیت را در عللی فراتر از توسعه اقتصادی و اجتماعی منطقه جستجو کرد. با توجه به اهمیت رفاه اقتصادی افراد جامعه و وجود نابرابری امکانات و خدمات در سطح فرد، ضروری است برای نیل به افزایش رفاه افراد، برنامه‌ریزی اساسی و هدفمندی انجام شود. همچنین در مناطق مختلف کشور، نظام سلسله‌مراتبی خدماتی مناسبی طراحی شود تا از این طریق، نابرابری‌ها و تنگناهای موجود به حداقل ممکن تقلیل یابد. در این راستا، توجه به کاهش نابرابری‌های درون منطقه‌ای در مقایسه با نابرابری‌های بین منطقه‌ای، نقش مؤثرتری برعهده خواهد داشت. باید توجه داشت که در هر زمان، امکان رخ دادن معلولیت و ناتوانی برای همه وجود دارد؛ سقوط از بلندی، تصادف هنگام رانندگی، ابتلا به بیماری صعب‌العلاج، رعایت نکردن دستورات بهداشتی، پزشکی، رعایت نشدن اصول ارگونومیک در محیط‌های کار و سکونت، تغذیه ناصحیح در دوران بارداری و بعد از آن، برخی مسائل وراثتی و ژنتیکی، می‌توانند علتی برای پدیده ناتوانی و معلولیت باشند. امید است این بررسی هرچند به اندازه‌ای کوچک، به توجه بیشتر خانواده‌ها و همچنین مسئولان به مسئله معلولیت و به تبع آن، برنامه‌ریزی درخصوص کاهش تعداد معلولان و همچنین برنامه‌ریزی برای بهبود شرایط آنها در جامعه منجر شود.

## References

1. World Health Organization. World Report on Disability, World Health Organization. 2019:14-74.
2. Health Canada Agency. A Population Health Approach, Health Promotion and Programs.Branch Manitoba/Saskatchewan Region, Health Canada, Ottawa. 2019:103.
3. Boyce W, Broers T, Paterson J. CBR and disability indicators. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2001;12(1):3-21.
4. Davarmanesh A, Barati Sedeh F. Introduction to the principles of rehabilitation of the disabled. Tehran: Roshd Publications: 2018, Pp.72. [Persian]

- tives and the effects of disability on children. Journal of Medical Ethics. 2016;3(7):99-109. [Persian]
20. Abbasi Shavazi MJ, Torabi F. Level, trend and pattern of consanguineous marriage in Iran. Letter of the Iranian Demographic Association. 2018;2(1):61-88. [Persian]
21. Lucas D, Meyer P. An Introduction to Demographic Studies. Translated by Mahmoudian H. Tehran: University of Tehran Press. 2017, Pp. 106. [Persian]