

## رابطه خدمات بهداشتی و درمانی با وضعیت معلولیت در استان‌های کشور

صفر قائد رحمتی\*، مهدی دهباشی\*\*

**مقدمه:** شهر سالم شهری است که تمام شهروندانش را می‌بیند و نیازهای همه گروه‌ها و مردمش را برآورده می‌کند. امروزه، به معلولان به‌عنوان عضوی از جامعه که بخش عظیمی از نیروی فعال آن را نیز تشکیل می‌دهند و سالیانه بر جمعیت آن‌ها افزوده می‌شود، در برنامه‌های توسعه و کارشناسانه کم‌تر توجه می‌شود و شایسته است تحلیلی درخور، از چگونگی اوضاع و کمبودها و ویژگی‌های آن‌ها در استان‌های کشور صورت پذیرد.

**روش:** این مقاله از نوع کاربردی و با هدف بررسی و مقایسه وضعیت معلولیت، کشف ارتباط معلولیت با وضعیت شاخص‌های بهداشتی درمانی در استان‌های کشور، رتبه‌بندی آن‌ها و مقایسه کمی و کیفی آن میان گروه‌های سنی مختلف انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش را همه معلولان استان‌های کشور تشکیل می‌دهند. روش جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت اسنادی است. تحلیل‌های این پژوهش شامل آزمون‌های توصیفی، تحلیل‌های مقایسه‌ای، آزمون رتبه‌بندی TOPSIS و آزمون ناپارامتریک همبستگی است.

**یافته‌ها:** با توجه به نسبت جمعیت کل هر استان، استان خراسان جنوبی و گیلان بیش‌ترین درصد معلولیت و استان‌های تهران و قزوین و قم کم‌ترین درصد معلولیت را دارند و بیش‌ترین درصد معلولان کشور مبتلا به اختلال ذهنی و نقص پا و کم‌ترین درصد آن متعلق به قطع دست هستند. همچنین، بیش‌ترین درصد انواع معلولیت مانند نابینایی، ناشنوایی، اختلال ذهنی و... نیز برای همه استان‌ها محاسبه و رتبه‌بندی شده است. درنهایت، میان خدمات بهداشتی درمانی و شیوع معلولیت در کل استان‌های کشور همبستگی به‌عمل آمد و یافته‌ها نشان داد میان شاخص‌های بهداشتی درمانی و شیوع معلولیت در استان‌های کشور رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

**بحث:** بررسی رابطه بین توسعه مراکز و شاخص‌های بهداشتی درمانی در استان‌های کشور با معلولیت، نشان می‌دهد تفاوت‌های منطقه‌ای شیوع معلولیت در استان‌های کشور ممکن نیست از توسعه یافتگی یا توسعه نیافتگی استان‌ها نشئت گرفته باشند و علل و تعدد پراکنش آن را باید در مسائلی فراتر از توسعه شاخص‌های مختلف توسعه یافتگی جست‌وجو کرد؛ لذا می‌توان گفت میان کاهش تعداد معلولیت و میزان توسعه یافتگی شاخص‌های بهداشتی درمانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر، با افزایش مراکز بهداشتی و درمانی، تعداد معلولان استان‌ها کاهش پیدا نکرده است.

**کلیدواژه‌ها:** استان‌های ایران، رفاه اجتماعی، شاخص‌های بهداشتی درمانی، معلولیت.

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۵/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۴/۳۱

\* دکتر جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تربیت مدرس. <Safarahmati@modares.ac.ir> (نویسنده مسئول)

\*\* کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه یزد.

## مقدمه

شیوع معلولیت در کشورهای در حال توسعه به عواملی، از قبیل دسترسی کم به مراقبت‌های بهداشتی، فقر، وقوع مخاطرات طبیعی و آثار جنگ‌های مسلحانه مربوط می‌شود (ستاری، ۱۳۸۵). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، حدود ۷ تا ۱۰ درصد از جمعیت جهان به نوعی معلولیت جسمی و کم‌توانی دچار هستند که ۸۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و فقط ۱ تا ۲ درصد آن‌ها به خدمات توان‌بخشی ضروری دسترسی دارند (بیکنباچ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). معلولیت، بیش از آن‌که جنبه پزشکی داشته باشد، جنبه‌های اجتماعی بارزی دارد. ساده‌ترین تعریف معلولیت را ایجاد اختلال در رابطه بین فرد و محیط دانسته‌اند. این موضوع دقیقاً زمانی رخ می‌دهد که معلولان با موانع فرهنگی و فیزیکی یا اجتماعی مواجه می‌شوند که از دسترسی آنان به نظام‌های مختلف جامعه که برای دیگر شهروندان میسر است، جلوگیری می‌کند (قوامی، ۱۳۸۶). امروزه، نقش معلولان به‌عنوان عضوی از جامعه در عرصه‌های مختلف اجتماعی روزبه‌روز توجه ویژه‌ای یافته است؛ به‌طوری‌که نسبت به گذشته، مطالعه و تحلیل جنبه‌های مختلف این گروه از جامعه از جمله تحلیل شاخص‌ها و امکانات بهداشتی و درمانی و رابطه بین آن‌ها با زندگی معلولان و تأثیر این شاخص‌ها در وضعیت زندگی آن‌هاست که توجه کارشناسان امر را جلب کرده است.

رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای، به چگونگی به‌کارگیری استعدادها و توانایی‌های موجود در آن جامعه بستگی دارد. بی‌تردید، بخشی از نیروی فعال در جامعه ما، افراد معلول هستند که در عرصه‌های گوناگون توانسته‌اند شایستگی‌های خود را در خدمت به کشور نشان دهند و اکنون نیز سهم بسزایی در رشد و اعتلای کشور دارند (حسینی و نوروزیان ملکی، ۱۳۸۷)؛ از این رو، مطالعه و تحلیل شیوه زندگی این گروه از جامعه، از مباحثی است که به آن توجه ویژه‌ای می‌شود تا معلولان به‌عنوان عضو جامعه، همچون

1. Bickenbach

دیگر گروه‌های اجتماعی از حقوق مشابه برای زندگی در جامعه برخوردار باشند و کمبودها و امکانات و نیازهای مختلف آن‌ها از جنبه‌های گوناگون، مانند امکانات و شاخص‌های بهداشتی و درمانی بحث و بررسی شود (کمالی، ۱۳۷۹). به یقین می‌توان با بررسی کمبودها و امکانات مورد نیاز و مؤثر در زندگی این گروه اجتماعی و تحلیل عوامل مؤثر بر نوع زندگی آن‌ها از جمله امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی و انواع شاخص‌های مؤثر در این زمینه، بستری مناسب فراهم کرد تا هرچه بیش‌تر از معلولان و نقش و تأثیر آن‌ها در عرصه‌های مختلف اجتماعی به‌عنوان شهروندانی فعال و جدا از انزوای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و روانی در کنار دیگر شهروندان در جهت رشد و اعتلای کشور استفاده کرد (قائم و حبیبی، ۱۳۶۹).

پرداختن به مسئله معلولیت و رابطه آن با شاخص‌های مختلف توسعه از جمله نکته‌های پراهمیت و درخور توجه است؛ ولی در این زمینه، پژوهش‌ها و تحقیقات علمی زیادی صورت نگرفته است. از جمله پژوهش‌های مطرح شده در این زمینه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: قائم و حبیبی (۱۳۷۷) ضوابط و مقررات شهرسازی و معماری برای افراد معلول را بررسی کرده‌اند؛ حبیبی (۱۳۸۰)، در مقاله‌ای، به مطالعه چگونگی مناسب‌سازی فضای شهری برای معلولان پرداخته است؛ کمالی (۱۳۷۹)، در مقاله‌ای به مشکلات معلولان در زمینه نابرابری‌های اجتماعی و حقوق شهروندی آنان اشاره کرده است؛ نورانی (۱۳۸۶)، به وضع حقوق شهروندی معلولان در مقایسه با دیگر شهروندان پرداخته است.

بیان مسئله، اهمیت و ضرورت پژوهش: با تمام پیشرفت‌ها و تلاش‌های علمی و بهداشتی بشر امروز، نمی‌شود جامعه‌ای عاری از جمعیت معلول یافت. ضمن توجه به وجود تعدد معلولان حاضر در کشور ما و انواع آن، برآورد میزان معلولیت در مناطق در حال توسعه حاکی از آن است که حداقل ۱ کودک از ۱۰ کودکی که متولد می‌شود، یا به اختلال جسمانی و روانی و حسی دچار است یا به آن مبتلا می‌شود (بریویک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

1. Breivik

براساس تعریف معلولیت، این میزان ممکن است به ۱۵ تا ۲۰ درصد برسد (ملک، ۱۳۸۶). برآورد صندوق بین‌المللی در سال ۱۹۸۰ از وقوع معلولیت، تعداد کل معلولان را ۵۱۴ میلیون نفر تخمین می‌زند.

(برونینگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). براساس آمار بهداشت جهانی از مجموع ۱۰ درصد جمعیت معلول در جهان، ۴/۲ درصد افراد دچار معلولیت متوسط به بالا هستند (آلبرشت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). دبیرکل سابق سازمان ملل متحد (دکوئینار، ۱۹۹۶) در مقدمه کتاب تعصب<sup>۳</sup> و کرامت<sup>۴</sup> می‌گوید: بیش از ۲۵۰ میلیون نفر افراد با معلولیت شدید و متوسط در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که بیش تر آن‌ها هیچ‌گونه مشارکتی در برنامه‌های توسعه اجتماعی ندارند و به آماده‌سازی برای حضور و زندگی در جامعه نیازمند هستند (هلندر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶).

براساس آمارهای منتشر شده از سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۵، حدود ۴/۲ درصد از جمعیت کشور معلولیت یا ناتوانی شدید و متوسط دارند که جمعیتی بیش از ۱ میلیون و ۱۲ هزار و ۲۲۲ نفر را شامل خواهد شد، از طرفی، تا سال ۱۴۰۴، جمعیت کشور به بیش از ۹۴ میلیون نفر خواهد رسید و آمار معلولان نیز به ۵ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر افزایش خواهد یافت (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۹).<sup>۶</sup>

مشارکت افراد معلول در جامعه و دستیابی به فرصت‌های برابر برای آنان با حضور آن‌ها در جامعه تحقق می‌یابد (پسکوسولایدو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). فرد معلول با توجه به بازتاب‌های مثبت و منفی که از جامعه و محیط می‌گیرد دو مسیر پیش روی خود دارد:

1. Browning 2. Albrecht 3. prejudice 4. dignity 5. Helander

۶. توضیح بیشتر این‌که در جامعه ما هنگام آمارگیری، خانواده‌ها از دادن برخی اطلاعات درباره معلولیت فرزندان خود اجتناب می‌کنند و حتی آن‌ها را فرد معلول به حساب نمی‌آورند. این موضوع، خود، جای بحث و بررسی جداگانه دارد و بر صحت داده‌ها تأثیر زیادی می‌گذارد.

7. Pescosolido

بازتاب مثبت: ۱- امکان آموزش؛ ۲- دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی؛ ۳- سلامت روحی و روانی و جسمی؛ ۴- افزایش فرصت‌های شغلی؛ ۵- فرد مولد.

بازتاب منفی: ۱- نبود امکانات و خدمات آموزشی و بهداشتی و درمانی؛ ۲- نبود سلامت و فرصت‌های شغلی؛ ۳- فقر و انزوای اجتماعی روانی؛ ۴- فرد غیرمولد.

با توجه به دو مسیر فوق و بازتاب آن در زندگی این گروه از جامعه، به نقش و اهمیت روزافزون شاخص‌های بهداشتی و امکانات درمانی در چگونگی وضعیت معلولان پی می‌بریم (بابازاده، ۱۳۸۲). امروزه، آگاهی و نگرش به محدودیت‌ها و موانع پیش روی زندگی این گروه از جامعه، از نکته‌های درخور توجه مسئولان امر است تا با بسترسازی امکانات و خدمات مورد نیاز آن‌ها، از جمله آگاهی و نگرش لازم از شاخص‌ها و امکانات بهداشتی و درمانی و شناسایی قوت‌ها و ضعف‌های آن‌ها و برنامه‌ریزی متناسب با آن، زمینه به‌کارگیری هرچه بیش‌تر توانایی‌ها و استعدادهای این گروه از جامعه را در جهت ارتقای رشد علمی و عملکردی کشور فراهم آورند.

#### اهداف پژوهش

توجه به حقوق متناسب برای همه در دسترسی به امکانات و خدمات، موضوعی ضروری است. با توجه به تعداد معلولیت در کشور ما، لزوم تحلیل و بررسی رابطه بین امکانات و محدودیت‌ها و تحلیل آن در استان‌ها و کل کشور از جمله مسائل درخور توجه مسئولان این پژوهش است. از اهداف کلی این پژوهش می‌توان به عناوین زیر اشاره کرد:

- ۱- شناسایی ساختار جمعیتی معلولان در استان‌های کشور؛
- ۲- بررسی و مقایسه میزان و انواع معلولیت در استان‌های کشور (تحلیل مکانی فضایی)؛
- ۳- تحلیل شاخص‌های توسعه خدمات بهداشتی درمانی در استان‌های کشور؛
- ۴- تحلیل رابطه بین وضعیت معلولیت و امکانات و خدمات بهداشتی در استان‌های کشور.

## روش

جامعه آماری این پژوهش را همه استان‌های کشور تشکیل می‌دهد. در تحقیق حاضر، وضعیت معلولیت متغیر وابسته بوده است و این میزان تأثیر مستقیمی از متغیرهای مستقل می‌پذیرد. متغیرهای مستقل (شاخص بهداشتی و درمانی)، شامل تعداد مؤسسه درمانی، تعداد تخت فعال، تعداد خانه بهداشت، تعداد داروخانه، تعداد مرکز پرتونگاری، تعداد مرکز توان‌بخشی، تعداد کل پزشکان، تعداد کل پزشک عمومی، تعداد کل پزشک متخصص، پزشک داخلی، پزشک قلب، پزشک عفونی، پزشک اطفال، پزشک اعصاب و روان، پزشک پوست، جراح عمومی، پزشک ارولوژی، پزشک ارتوپدی، پزشک مغز و اعصاب، چشم پزشک، پزشک زنان و زایمان، جراح پلاستیک، پزشک بی‌هوشی، پزشک پرتونگاری، پزشک آسیب‌شناسی، پزشک گوش و حلق و بینی، دندان‌پزشک، داروساز، ماما، پرستار، بهیار، بهورز و کارشناس بهداشت خانواده می‌شود.

همچنین، معلولیت به دو صورت انواع معلولیت و تعدد معلولیت در رابطه با جمعیت و چگونگی آن در استان‌های کشور ارزیابی می‌شود و به تحلیل رابطه بین وضعیت معلولیت و امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی در استان‌های کشور و شناسایی قوت‌ها و ضعف‌های آن‌ها پرداخته شده و در نهایت، با استفاده از تحلیل هم‌بستگی غیرخطی تجزیه و تحلیل می‌شود.

مقیاس مطالعه شده، ۳۰ استان کشور است که به صورت جمعیت شهری و روستایی تجزیه و تحلیل شده است. داده‌ها از طریق مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵ (آخرین آمار موجود) به دست آمده است.

روش‌های بررسی شامل تحلیل‌های توصیفی و تحلیل هم‌بستگی و تحلیل TOPSSIS است که روش TOPSSIS برای رتبه‌بندی استفاده می‌شود.

این روش را هوانگ و یون در سال ۱۹۸۱ ارائه داد. در این روش  $m$  عامل یا گزینه، توسط فرد یا گروهی از افراد تصمیم‌گیرنده، ارزیابی می‌شود. این تکنیک بر این مفهوم بنا

شده است که هر عامل انتخابی باید کمترین فاصله را با عامل ایدئال مثبت (بهترین حالت ممکن،  $A_j^+$ ) و بیشترین فاصله را با ایدئال منفی (بدترین حالت ممکن،  $A_j^-$ ) داشته باشد. به عبارت دیگر، در این روش میزان فاصله یک عامل با عامل ایدئال مثبت و منفی سنجیده می‌شود و این، خود، معیار درجه‌بندی و اولویت‌بندی عوامل است.

فرض بر این است که مطلوبیت هر شاخص به‌طور یکنواخت افزایشی یا کاهششی است. واقعیات زیربنایی این روش بدین قرار است:

الف. مطلوبیت هر شاخص باید به‌طور یکنواخت افزایشی (یا کاهششی) باشد (هرچه  $r_{ij}$  بیشتر، مطلوبیت بیشتر یا برعکس) که بدان صورت بهترین ارزش موجود از یک شاخص، نشان دهنده ایدئال آن بوده و بدترین ارزش موجود از آن مشخص کننده ایدئال منفی برای آن خواهد بود.

ب. فاصله یک گزینه از ایدئال (یا از ایدئال منفی) ممکن است به‌صورت فاصله اقلیدسی (از توان دوم) یا به‌صورت مجموع قدر مطلق از فواصل خطی (معروف به فواصل بلوکی) محاسبه شود که این موضوع به میزان تبادل و جایگزینی در بین شاخص‌ها بستگی دارد.

$$A_{ij} = \begin{pmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2n} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ a_{m1} & a_{m2} & \dots & a_{mn} \end{pmatrix}$$

مراحل انجام تکنیک TOPSIS به قرار زیر است:

۱- تشکیل ماتریس داده‌ها یا ماتریس تصمیم براساس  $n$  آلترناتیو و  $K$  شاخص؛

$$r_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{k=1}^n a_{kj}^2}}$$

$$\rightarrow r_{11} = \frac{a_{11}}{\sqrt{(a_{11})^2 + (a_{21})^2 + \dots + (a_{m1})^2}}$$

۲- در مرحله دوم ماتریس داده‌ها را نرمالیزه کرده و سپس ماتریس استاندارد را تشکیل می‌دهیم. فرمول نرمالیزه کردن به‌قرار زیر است:

$$V_{ij} = \begin{pmatrix} r_{11} & r_{12} & \dots & r_{1n} \\ r_{21} & r_{22} & \dots & r_{2n} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ r_{m1} & r_{m2} & \dots & r_{mn} \end{pmatrix}$$

۳- در این مرحله، وزن هر یک از شاخص‌ها را براساس رویکردهای کارشناسی و مباحث نظری و دیگر روش‌ها و نیز براساس اهمیت هر معیار به‌دست می‌آوریم. باید در نظر داشت که مجموع وزن معیارها باید برابر با ۱ باشد؛ یعنی:

$$\sum_i^n w = 1$$

و سپس عدد هر معیار را در وزن همان معیار ضرب کرده و ماتریس داده‌های استاندارد

پس از وزندهی مشخص می‌شود:

$$V_{ij} = \begin{pmatrix} w_1 r_{11} & w_2 r_{12} & \dots & w_n r_{1n} \\ w_1 r_{21} & w_2 r_{22} & \dots & w_n r_{2n} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ w_1 r_{m1} & w_2 r_{m2} & \dots & w_n r_{mn} \end{pmatrix}$$

۴- مرحله چهارم، تعیین فاصله آمین آلترناتیو از آلترناتیو ایدئال است؛ یعنی تعیین بالاترین عملکرد هر شاخص که آن را با علامت ( $A^*$ ) نشان می‌دهند و از رابطه زیر به‌دست می‌آید:

$$A^* = \{(\max_i v_{ij} | j \in J), (\min_i v_{ij} | j \in J')\} \rightarrow A^* = \{v_1^*, v_2^*, \dots, v_n^*\}$$

۵- مرحله پنجم، تعیین پایین‌ترین عملکرد هر شاخص است که آن را با علامت ( $A^-$ ) نشان می‌دهند و از رابطه زیر به‌دست می‌آید:

$$A^- = \{(\min_i v_{ij} | j \in J), (\max_i v_{ij} | j \in J')\} \rightarrow A^- = \{v_1^-, v_2^-, \dots, v_n^-\}$$



$J = \{j = 1, 2, 3, \dots, n\}$  مربوط به شاخص سود

$J' = \{j = 1, 2, 3, \dots, n\}$  مربوط به شاخص هزینه

۶- در این مرحله، به تعیین معیار فاصله‌ای برای آلترناتیوهای کم‌تر و بیش‌تر اقدام می‌کنیم، فرمول محاسبه آن به شرح زیر است:

$$S_i^* = \sqrt{\sum_{j=1}^n (V_{ij} - V_j^*)^2} \quad \text{آلترناتیو ایدئال}$$

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (V_{ij} - V_j^-)^2} \quad \text{آلترناتیو حداقل}$$

۷- در این گام ضریبی که برابر است با تقسیم آلترناتیو حداقل بر (آلترناتیو حداقل + آلترناتیو حداکثر)، به دست می‌آید. به عبارت دیگر، نزدیکی نسبی  $A_i$  به  $A^*$  محاسبه می‌شود و رابطه آن به شرح زیر است:

$$C_i^* = \frac{S_i^-}{S_i^- + S_i^*}$$

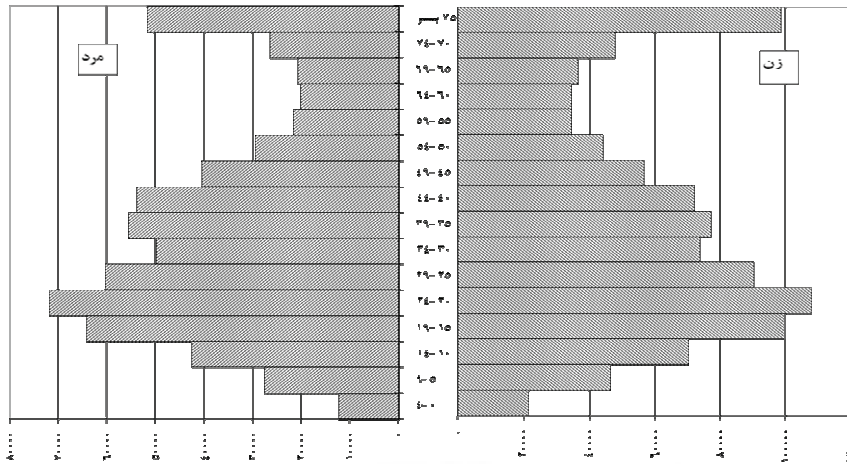
۸- در آخرین مرحله، آلترناتیوها براساس  $C_i^*$  رتبه‌بندی می‌شوند و رابطه آن چنین است:

$$0 \leq C_i^* \leq 1$$

اگر  $C_i^* = 1$  آنگاه بالاترین رتبه و اگر  $C_i^* = 0$  کم‌ترین رتبه به دست می‌آید.

## یافته‌ها

ساختار جمعیت معلول کشور: طبق آمار سال ۱۳۸۵، در مجموع ۱ میلیون و ۱۲ هزار و ۲۲۲ نفر معلول در کشور وجود دارد که به نسبت جمعیت ۷۰۴۷۲۸۴۶ نفری کشور، جمعیت معلول کشور شامل ۴/۲ درصد از کل جمعیت کشور است. از نظر تعدد معلولیت نیز، بیش‌ترین معلولان با یک نوع معلولیت، در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله قرار دارند، با دو نوع معلولیت در گروه سنی ۷۵ ساله و بیش‌تر قرار دارند.



شکل ۱. هرم معلولیت کشور (تعداد معلولان به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی).

براساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت کم‌ترین شیوع معلولیت (مرد زن) در گروه سنی ۰ تا ۴ ساله و بیش‌ترین آن در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله است که بیش‌تر آن‌ها به یک یا دو نوع معلولیت مبتلا هستند. از آنجاکه در کشور ما بیش‌ترین شیوع معلولیت در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله است که قشر جوان و فعال جامعه را شامل می‌شود، لزوم شناسایی علل ریشه‌ای و نیازها و مشکلات آن‌ها احساس می‌شود.

جدول ۱. انواع معلولیت بین گروه‌های سنی مختلف کشور.

گروه‌های سنی	یک نوع معلولیت	دو نوع معلولیت	سه نوع معلولیت و بیش‌تر	جمع
۰ تا ۴ ساله	۱۶۳۴۸	۳۱۹۷	۱۹۱۴	۲۱۴۵۹
۵ تا ۹ ساله	۳۴۸۲۲	۷۴۳۳	۴۱۳۷	۴۶۳۹۲
۱۰ تا ۱۴ ساله	۵۴۲۰۲	۱۰۹۵۴	۵۳۰۹	۷۰۴۶۵
۱۵ تا ۱۹ ساله	۷۸۵۵۴	۱۴۳۹۳	۶۶۷۳	۹۹۶۲۰
۲۰ تا ۲۴ ساله	۸۷۳۸۸	۱۴۵۳۳	۵۹۷۸	۱۰۷۸۹۹
۲۵ تا ۲۹ ساله	۷۴۱۱۵	۱۱۶۵۹	۴۳۲۷	۹۰۱۰۱
۳۰ تا ۳۴ ساله	۶۱۴۶۴	۹۲۵۷	۳۱۲۷	۷۳۸۴۸
۳۵ تا ۳۹ ساله	۶۴۸۵۴	۹۶۴۸	۲۷۱۶	۷۷۲۱۸
۴۰ تا ۴۴ ساله	۶۰۲۷۶	۹۱۷۸	۲۵۷۷	۷۲۰۳۱

گروه‌های سنی	یک نوع معلولیت	دو نوع معلولیت	سه نوع معلولیت و بیش تر	جمع
۴۹ تا ۴۵ ساله	۲۷۴۱۰	۷۳۴۹	۱۹۷۳	۵۶۷۳۲
۵۴ تا ۵۰ ساله	۳۶۹۹۳	۵۵۹۷	۱۶۸۶	۴۴۲۷۶
۵۹ تا ۵۵ ساله	۲۸۱۷۷	۴۴۶۹	۱۴۳۴	۳۴۶۸۰
۶۴ تا ۶۰ ساله	۲۸۵۴۱	۴۵۷۰	۱۵۵۳	۳۴۶۶۴
۶۹ تا ۶۵ ساله	۲۹۷۷۵	۴۹۸۵	۱۶۶۲	۳۶۴۲۲
۷۴ تا ۷۰ ساله	۳۹۰۲۱	۶۶۴۷	۲۴۱۶	۴۸۰۸۴
۷۵ ساله و بیش تر	۷۷۷۳۵	۱۴۸۷۵	۵۷۲۱	۹۸۳۳۱
جمع کل	۸۲۰۲۷۵	۱۳۸۷۴۴	۵۳۲۰۳	۱۰۱۲۲۲۲

مقایسه‌ای که بین جمعیت شهری و روستایی کشور به عمل آمده، نشان می‌دهد معلولیت در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله و ۱۵ تا ۱۹ ساله در شهرها خیلی بیش تر از روستاهاست. در روستاها بیش ترین انواع معلولیت در گروه سنی بیش تر از ۷۵ ساله است. به طور کلی، بیش ترین انواع معلولیت در میان گروه سنی جوان و فعال جامعه (۱۵ تا ۲۴ ساله) قرار دارد. این موضوع، اهمیت توجه به نیازهای این افراد و استفاده از استعدادها و توانمندی‌های آنان را دوچندان کرده است.

#### جدول ۲. تحلیل و مقایسه وضعیت معلولیت در نقاط شهری و روستایی کشور.

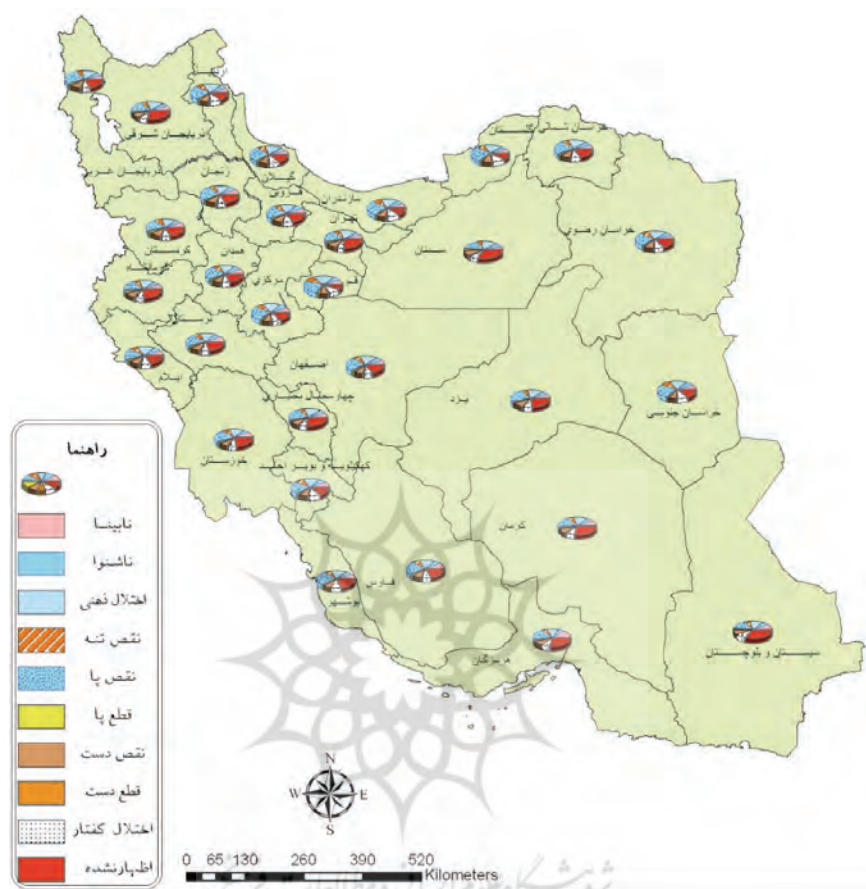
معلولیت آماره	یک نوع معلولیت		دو نوع معلولیت		سه نوع معلولیت و بیش تر		جمع
	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	
بیش ترین در گروه سنی	۲۴۲۲۰	۷۵ ساله و بیش تر	۲۴۲۲۰	۷۵ ساله و بیش تر	۱۹۲۱۵	۱۹۲۱۵	۴۱۴۳۹
کم ترین در گروه سنی	۴۲۰	۴۲۰	۴۲۰	۴۲۰	۵۹۲۵۵	۵۹۲۵۵	۸۲۲۶
میانگین تعداد معلولان	۳۲۳۱۲	۱۸۸۸۹	۵۲۱۵/۸۷۵	۳۴۴۲	۲۰۷۳/۶۸	۱۲۴۷	۲۳۵۷۹
بیش ترین در گروه سنی (مرد)	۲۴۲۲۰	۷۵ ساله و بیش تر	۲۴۲۲۰	۱۹۲۱۵	۱۹۲۱۵	۱۹۲۱۵	۲۳۸۳۹
کم ترین در گروه سنی (زن)	۴۲۰	۴۲۰	۴۲۰	۴۲۰	۵۹۲۵۵	۵۴۲۵۰	۲۸۴۲

**تحلیل مکانی انواع معلولیت:** بر اساس مطالعاتی که از تحلیل وضعیت انواع معلولیت در هریک از استان‌های کشور انجام شد، استان خراسان جنوبی بیش ترین ضریب شیوع معلولیت را

داشته و استان‌های گیلان و چهارمحال و بختیاری، به ترتیب، در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند. همچنین، کم‌ترین شیوع معلولیت به ترتیب در استان‌های تهران و قزوین و قم است. از طرفی، طبق یافته‌های به دست آمده از جدول ۴، بیش‌ترین درصد معلولان کشور مبتلا به اختلال ذهنی و نقص پا و کم‌ترین درصد به قطع دست مبتلا هستند.

جدول ۴. درصد انواع معلولیت و رتبه‌بندی استان‌های کشور.

رتبه	جمع	اظهار نشده	اختلال در گفتار	قطع دست	نقص دست	قطع پا	نقص پا	نقص تنه	اختلال ذهنی	ناشنوا	نابینا	معلولان استان
۱	۲/۴۱۴	۰/۳۰۳	۰/۲۹۱	۰/۰۲۸	۰/۲۲۱	۰/۰۵۷	۰/۴۶۴	۰/۲۴۶	۰/۴۷۶	۰/۱۶۴	۰/۱۶۵	خراسان جنوبی
۲	۲/۴۰۷	۰/۳۱۲	۰/۲۷۳	۰/۰۳۴	۰/۲۴۶	۰/۰۷۳	۰/۵۲۴	۰/۲۲۶	۰/۴۵۴	۰/۱۳۳	۰/۱۳۲	گیلان
۳	۲/۳۷۱	۰/۶۴۶	۰/۱۸۵	۰/۰۲۸	۰/۱۷۶	۰/۰۶۶	۰/۴۱	۰/۱۶۵	۰/۴۲۱	۰/۱۲۶	۰/۱۴۹	چهارمحال و بختیاری
۴	۲/۲۶۶	۰/۵۲۷	۰/۲۱۸	۰/۰۳۴	۰/۱۸۹	۰/۰۶	۰/۴۲۴	۰/۱۷۹	۰/۳۷۹	۰/۱۱۸	۰/۱۳۶	یزد
۵	۲/۲۵۵	۰/۶۰۹	۰/۲۱۴	۰/۰۲	۰/۱۶۴	۰/۰۵۹	۰/۳۶۵	۰/۱۲۹	۰/۳۱۹	۰/۱۲۱	۰/۲۵۵	هرمزگان
۶	۲/۲۲	۰/۴۱۳	۰/۲۱۶	۰/۰۳۱	۰/۱۹۴	۰/۰۷۲	۰/۴۰۵	۰/۱۷۵	۰/۳۹۸	۰/۱۲۶	۰/۱۸۹	فارس
۷	۲/۱۹۴	۰/۴۱۶	۰/۲۵	۰/۰۲	۰/۱۷۶	۰/۰۵۳	۰/۴۴	۰/۱۵۹	۰/۳۹۵	۰/۱۱۷	۰/۱۶۸	بوشهر
۸	۲/۱۶۶	۰/۴۲۴	۰/۲۱	۰/۰۳۷	۰/۲۱۵	۰/۰۸۲	۰/۳۸۱	۰/۱۷۸	۰/۳۶۴	۰/۱۲۱	۰/۱۵۳	کردستان
۹	۲/۱۳۲	۰/۶	۰/۱۷۶	۰/۰۳	۰/۱۶۲	۰/۰۵۹	۰/۳۳۷	۰/۱۲۵	۰/۳۵۷	۰/۱۱۲	۰/۱۰۳	سمنان
۱۰	۲/۱۲۶	۰/۱۹۶	۰/۲۵	۰/۰۳۵	۰/۲۲۵	۰/۰۶۸	۰/۵۰۷	۰/۱۶۳	۰/۴۲۸	۰/۱۱۹	۰/۱۳۳	گلستان
۱۱	۲/۱۲	۰/۳۹۷	۰/۲۰	۰/۰۳۱	۰/۱۸۵	۰/۰۶۵	۰/۴۱۵	۰/۱۵۳	۰/۳۷۸	۰/۱۴۶	۰/۱۵۱	همدان
۱۲	۲/۱۱۷	۰/۳۵۸	۰/۱۹۴	۰/۰۳۶	۰/۱۹۴	۰/۰۶۷	۰/۴۱۱	۰/۱۸	۰/۳۳۶	۰/۱۲۲	۰/۱۱۸	اصفهان
۱۳	۲/۱۱۴	۰/۳۵۶	۰/۲۳۱	۰/۰۲۷	۰/۲۰۸	۰/۰۶۲	۰/۴۳۳	۰/۱۴۳	۰/۴۱۶	۰/۱۲۹	۰/۱۰۹	خراسان شمالی
۱۴	۲/۰۷۳	۰/۴۵۳	۰/۱۹۴	۰/۰۲۵	۰/۱۶۵	۰/۰۶	۰/۳۶۶	۰/۱۵۳	۰/۳۷	۰/۱۱۶	۰/۱۷۲	خوزستان
۱۵	۰/۰۷	۰/۲۸۱	۰/۲۴۶	۰/۰۲۹	۰/۲۰۷	۰/۰۶۴	۰/۳۷۳	۰/۱۷۲	۰/۳۹۲	۰/۱۴۴	۰/۱۵۸	کهگیلویه و بویراحمد
۱۶	۲/۰۶۷	۰/۵۸۸	۰/۱۷۱	۰/۰۲۷	۰/۱۵۱	۰/۰۶۳	۰/۳۰۹	۰/۱۴۳	۰/۳۳۳	۰/۱۱۳	۰/۱۶۸	کرمان
۱۷	۰/۰۴۶	۰/۲۹۴	۰/۲۱۹	۰/۰۲۹	۰/۱۹۵	۰/۰۵۵	۰/۴۱	۰/۱۶۴	۰/۴۳۸	۰/۱۱۹	۰/۱۲۳	خراسان رضوی
۱۸	۰/۰۱۹	۰/۴۶۶	۰/۱۹۳	۰/۰۳۸	۰/۲۰۵	۰/۰۵۲	۰/۴۰۸	۰/۱۴۲	۰/۳۳۵	۰/۱۲۹	۰/۱۵	زنجان
۱۹	۲/۰۱۵	۰/۴۷۷	۰/۱۹۶	۰/۰۳۷	۰/۱۷۷	۰/۰۷۱	۰/۳۱۸	۰/۱۴۱	۰/۳۴۹	۰/۱۵۵	۰/۱۳۳	کرمانشاه
۲۰	۱/۹۵۷	۰/۳۵۳	۰/۱۸۸	۰/۰۳۷	۰/۱۹۹	۰/۰۷۲	۰/۴۲۱	۰/۱۴۳	۰/۳۴۳	۰/۰۹۶	۰/۱۰۷	آذربایجان غربی
۲۱	۱/۹۳۰	۰/۶۵۴	۰/۱۷۶	۰/۰۱۸	۰/۱۲۳	۰/۰۴۴	۰/۲۵۱	۰/۱۱۷	۰/۲۹۲	۰/۱۰۳	۰/۱۵۲	سیستان و بلوچستان
۲۲	۱/۹۲۸	۰/۳۳۸	۰/۲۱۳	۰/۰۴۱	۰/۱۸۶	۰/۰۷۲	۰/۲۹۷	۰/۱۴۲	۰/۳۸۵	۰/۱۲۴	۰/۱۳۱	ایلام
۲۳	۱/۹۲	۰/۲۴۶	۰/۱۹۳	۰/۰۳۱	۰/۱۸۲	۰/۰۶۳	۰/۴۰۱	۰/۱۵۲	۰/۳۸۲	۰/۱۲۸	۰/۱۴۱	مرکزی
۲۴	۱/۸۷	۰/۵۶	۰/۱۵۲	۰/۰۲۶	۰/۱۲۹	۰/۰۵	۰/۲۹۲	۰/۱۲۲	۰/۳۵۲	۰/۱۰۶	۰/۱۰۹	آذربایجان شرقی
۲۵	۱/۸۹	۰/۲۱۴	۰/۲۳۷	۰/۰۲۸	۰/۱۸۶	۰/۰۵۹	۰/۳۹۸	۰/۱۵۹	۰/۳۷۳	۰/۱۲۲	۰/۱۱۵	مازندران
۲۶	۱/۸۸۹	۰/۲۴۴	۰/۲۱۴	۰/۰۳۲	۰/۱۷۱	۰/۰۶۳	۰/۴۰۳	۰/۱۳۲	۰/۳۹۵	۰/۱۲۷	۰/۱۰۹	اردبیل
۲۷	۱/۸۷۷	۰/۳۸۱	۰/۱۷۹	۰/۰۲۷	۰/۱۷۳	۰/۰۵۸	۰/۳۲۹	۰/۱۲۱	۰/۳۳۵	۰/۱۲۴	۰/۱۴۹	لرستان
۲۸	۱/۷۲	۰/۱۲۷	۰/۱۶۴	۰/۰۳۳	۰/۱۷۵	۰/۰۶۲	۰/۳۸	۰/۱۵۴	۰/۳۹۸	۰/۱۰۹	۰/۱۱۸	قم
۲۹	۱/۷۱	۰/۳۰۱	۰/۱۸۳	۰/۰۲۸	۰/۱۵۸	۰/۰۵۱	۰/۳۲۳	۰/۱۱۸	۰/۳۱	۰/۱۱۹	۰/۱۱۹	قزوین
۳۰	۱/۶۸۳	۰/۴۱۷	۰/۱۳۴	۰/۰۲۸	۰/۱۴۴	۰/۰۵۲	۰/۲۸۴	۰/۲۱	۰/۳۱۴	۰/۰۹	۰/۰۹۸	تهران
—	۱/۹۹	۰/۴۰۱	۰/۱۹۱	۰/۰۲۹	۰/۱۷۵	۰/۰۶	۰/۳۶۶	۰/۱۵	۰/۳۷	۰/۱۱۴	۰/۱۳۳	کل کشور



شکل ۲. نقشه وضعیت استان‌ها از نظر انواع موارد معلولیت.

وضعیت خدمات بهداشتی در استان‌های کشور: در این مرحله، استان‌های مختلف کشور براساس خدمات بهداشتی درمانی، از قبیل تعداد مؤسسات درمانی و بهداشتی، بیمارستان، پزشک، داروخانه، مراکز بهزیستی و توان‌بخشی و به‌طور کلی، همه شاخص‌های متأثر در کمیت و کیفیت معلولیت مطالعه و بررسی شد. رتبه‌بندی استان‌های کشور با توجه به شاخص‌های بهداشتی درمانی با استفاده از مدل TOPSSIS انجام شد.

براساس آن، به ترتیب استان تهران و خراسان رضوی و مازندران رتبه اول تا سوم را از نظر شاخص‌های بهداشتی درمانی در کشور داشته و استان‌های آذربایجان شرقی و اردبیل و آذربایجان غربی کم‌ترین رتبه را دارند.

جدول ۵. وضعیت شاخص‌های بهداشتی در استان‌های کشور.

رتبه	میزان Rj	استان	رتبه	میزان Rj	استان
۱۶	۰/۶۱۴۵	سیستان و بلوچستان	۱	۰/۶۹۷۵	تهران
۱۷	۰/۶۰۶۱	کهگیلویه و بویراحمد	۲	۰/۶۸۷۳	خراسان رضوی
۱۸	۰/۵۹۷۷	قزوین	۳	۰/۶۶۰۳	مازندران
۱۹	۰/۵۹۶۱	قم	۴	۰/۶۵۹۹	فارس
۲۰	۰/۵۷۹۵	سمنان	۵	۰/۶۴۹۲	گیلان
۲۱	۰/۵۶۹۲	زنجان	۶	۰/۶۴۶۱	همدان
۲۲	۰/۵۶۱۱	خراسان شمالی	۷	۰/۶۴۵۷	کرمان
۲۳	۰/۵۲۸۹	چهارمحال و بختیاری	۸	۰/۶۳۹۹	هرمزگان
۲۴	۰/۵۲۵۴	خراسان جنوبی	۹	۰/۶۳۷۸	لرستان
۲۵	۰/۴۷۶۹	اصفهان	۱۰	۰/۶۳۱۶	خوزستان
۲۶	۰/۳۸۳۸	بوشهر	۱۱	۰/۶۳۱۵	یزد
۲۷	۰/۳۸۰۸	ایلام	۱۲	۰/۶۳۰۵	کرمانشاه
۲۸	۰/۳۲۲۸	آذربایجان غربی	۱۳	۰/۶۲۸۴	گلستان
۲۹	۰/۳۱۳۲	اردبیل	۱۴	۰/۶۲۶۱	کردستان
۳۰	۰/۲۶۶۹	آذربایجان شرقی	۱۵	۰/۶۱۸۵	مرکزی

رابطه بین معلولیت استان‌ها و خدمات بهداشتی درمانی: بررسی رابطه بین توسعه مراکز و شاخص‌های بهداشتی درمانی در استان‌های کشور با معلولیت نشان می‌دهد تفاوت‌های منطقه‌ای شیوع معلولیت در استان‌های کشور، نمی‌تواند از توسعه یافتگی یا توسعه نیافتگی استان‌ها نشئت گرفته باشد؛ لذا علل و تعدد پراکنش آن را باید در مسائلی فراتر از توسعه شاخص‌های مختلف توسعه یافتگی جست‌وجو کرد. می‌توان گفت میان کاهش تعداد معلولیت و میزان توسعه یافتگی شاخص‌های بهداشتی درمانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر، با افزایش مراکز بهداشتی و درمانی، تعداد معلولان استان‌ها کاهش پیدا نکرده است.

جدول ۶. هم‌بستگی اسپیرمن بین متغیرهای رتبه معلولیت و رتبه مراکز بهداشتی.

Spearman's rho	رتبه معلولیت	Correlation Coefficient	۱/۰۰۰	۰/۶۱۷**
		sig. (۲-tailed)	۰	۰/۰۰۰
		N	۳۰	۳۰
	رتبه مراکز بهداشتی	Correlation Coefficient	۰/۶۱۷**	۱/۰۰۰
		sig. (۲-tailed)	۰/۰۰۰	۰
		N	۳۰	۳۰

\*\*Correlation is significant at the ۰/۰۱ level (۲-tailed).

جدول ۷. رتبه‌بندی استان‌ها از نظر معلولیت و مراکز بهداشتی درمانی.

رتبه مراکز بهداشتی	رتبه معلولیت	معلولان	رتبه جمعیت	جمعیت	استان
۱	۱	۲۴۷۵۱۸	۱	۱۳۴۲۲۳۶۶	تهران
۸	۳	۱۰۹۶۵۹	۳	۴۵۵۹۲۵۶	اصفهان
۴	۴	۱۰۹۴۶۴	۴	۴۳۳۶۱۷۸	فارس
۲	۲	۱۲۹۵۲۳	۲	۵۵۹۳۰۷۹	خراسان رضوی
۱۰	۵	۹۹۶۲۱	۵	۴۲۷۴۹۷۹	خوزستان
۳	۸	۶۲۷۰۸	۷	۲۹۲۲۴۳۲	مازندران
۲۴	۲۷	۱۸۲۶۰	۲۷	۶۳۶۴۲۰	خراسان جنوبی
۵	۷	۶۶۶۵۸	۱۱	۲۴۰۴۸۶۱	گیلان
۲۲	۲۶	۱۹۶۴۲	۲۶	۸۱۱۵۷۲	خراسان شمالی
۳۰	۶	۷۶۲۲۰	۶	۳۶۰۳۴۵۶	آذربایجان شرقی
۱۳	۱۴	۳۸۱۹۶	۱۵	۱۶۱۷۰۸۷	گلستان
۲۸	۹	۶۲۰۶۹	۸	۲۸۷۳۴۵۹	آذربایجان غربی
۷	۱۰	۶۱۴۴۴	۹	۲۶۵۲۴۱۳	کرمان
۱۲	۱۲	۴۲۶۲۸	۱۲	۱۸۷۹۳۸۵	کرمانشاه
۶	۱۳	۴۱۹۸۵	۱۴	۱۷۰۳۲۶۷	همدان
۱۶	۱۱	۵۱۵۱۲	۱۰	۲۴۰۵۷۴۲	سیستان و بلوچستان
۹	۱۵	۳۶۵۴۵	۱۳	۱۷۱۶۵۲۷	لرستان
۱۱	۲۰	۲۵۳۷۰	۲۲	۹۹۰۸۱۸	یزد
۱۴	۱۷	۳۵۳۲۳	۱۶	۱۴۴۰۱۵۶	کردستان

استان	جمعیت	رتبه جمعیت	معلولان	رتبه معلولیت	رتبه مراکز بهداشتی
مرکزی	۱۳۵۱۲۵۷	۱۸	۲۹۵۸۰	۱۸	۱۵
چهارمحال و بختیاری	۸۵۷۹۱۰	۲۵	۲۳۱۷۹	۲۱	۲۳
سمنان	۵۸۹۷۴۲	۲۹	۱۴۱۲۵	۲۹	۲۰
هرمزگان	۱۴۰۳۶۷۴	۱۷	۳۵۶۵۵	۱۶	۲۵
زنجان	۹۶۴۶۰۱	۲۳	۲۲۲۱۲	۲۲	۲۱
قزوین	۱۱۴۳۲۰۰	۲۰	۲۲۰۵۹	۲۳	۱۸
بوشهر	۸۸۶۲۶۷	۲۴	۲۱۹۲۸	۲۴	۲۶
اردبیل	۱۲۲۸۱۵۵	۱۹	۲۶۴۶۷	۱۹	۲۹
قم	۱۰۴۶۷۳۷	۲۱	۲۰۱۰۶	۲۵	۱۹
کهگیلویه و بویراحمد	۶۳۴۲۹۹	۲۸	۱۵۲۴۰	۲۸	۱۷
ایلام	۵۴۵۷۸۷	۳۰	۱۱۹۵۶	۳۰	۲۷

## بحث

در سال ۱۳۸۵، ۱ میلیون و ۱۲ هزار و ۲۲۲ نفر معلول و ۱ میلیون و ۲۵۷ هزار و ۳۷۲ معلولیت گزارش شده که بر این اساس، شیوع معلولیت در ایران ۱/۷۸ درصد جمعیت به دست می آید. در بین انواع معلولیت، اختلال ذهنی با ۴۱۹ درصد رتبه اول معلولیت و نقص پا با ۴۱۵ درصد رتبه دوم معلولیت در کشور به شمار می آید. نقص پا و نقص تنه بین مردان بیشترین درصد معلولیت و قطع دست کمترین درصد را دارد. اختلال ذهنی بین زنان بیشترین درصد و قطع دست کمترین درصد معلولیت به شمار می آید.

بیشترین معلولیت در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال و کمترین معلولیت در گروه سنی ۰ تا ۴ سال مشاهده می شود. در تمام گروه های سنی به غیر از گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر، مردان بیش از زنان دچار معلولیت هستند و اوج این اختلاف در گروه سنی ۴۰ تا ۴۴ ساله است که به حدود ۱/۷ می رسد.

برخلاف شهرها که بیشترین معلولیت در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است، در روستاها بیشترین معلولیت در گروه سنی ۷۵ ساله به بالاست. در مقایسه استانی، استان تهران



بیشترین ضریب توسعه یافتگی شاخص‌های بهداشتی درمانی را دارد و بعد از آن، به ترتیب، خراسان رضوی و مازندران در رتبه دوم و سوم قرار می‌گیرند. همچنین، استان آذربایجان شرقی کمترین ضریب را در این گروه دارد. بیشترین درصد معلولیت در استان خراسان جنوبی و بعد از آن، به ترتیب، استان‌های گیلان و چهارمحال و بختیاری و یزد بیشترین ضریب معلولیت را دارند. کمترین درصد شیوع معلولیت، به ترتیب در استان‌های تهران، قزوین، قم و لرستان است.

مطالعات نشان می‌دهد تفاوت‌های استانی شیوع معلولیت از توسعه شاخص‌های بهداشتی درمانی و حتی اقتصادی اجتماعی نشئت نگرفته و علت اصلی شیوع معلولیت، فراتر از توسعه منطقه است.



- بابازاده، م. (۱۳۶۹)، بررسی میزان آگاهی نگرش و عملکرد مسئولین شهر اصفهان در امر متناسب‌سازی شهر برای معلولین، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- حبیبی، م. (۱۳۸۰)، فضای شهری: برخورد نظریه‌ای، مجله صفا، سال ۱۱، ش ۳۳.
- حسینی، ب. و نوروزیان ملکی، س (۱۳۸۷)، مناسب‌سازی مسکن و شهر برای افراد دارای ناتوانی‌های جسمی و حرکتی (نمونه موردی: منطقه ۸ تهران)، نشریه بین‌المللی علوم مهندسی دانشگاه علم و صنعت ایران، ج ۱۹، ش ۱۰.
- ستاری، ب (۱۳۸۵)، بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح توانمندسازی روستایی، نشریه سالمند، ش ۲، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- سورسن، ر. ج، (۱۳۷۰)، معماری برای معلولین، (ترجمه فرح حبیب و رامای فیاض)، چ ۱، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- قائم، گ. و حبیبی، م (۱۳۷۷)، فضای شهری و معلولین، چ ۱، تهران: وزارت مسکن و شهرسازی (مرکز تحقیقات ساختمان و مسکن).
- قوامی، ح (۱۳۸۶)، معلولان و مددکاری، ماهنامه شهرداری‌ها، س ۸، ش ۸۲.
- کمالی، م (۱۳۸۲)، مروری بر حقوق کودکان دارای ناتوانی و معلولیت، فصلنامه رفاه اجتماعی، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- کمالی، م. (۱۳۷۹)، فقر و ناتوانی، در: مجموعه مقاله‌های فقر در ایران، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- مرکز آمار ایران، سالنامه آماری سال (۱۳۷۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن
- مرکز آمار ایران، سالنامه آماری سال ۱۳۸۶. نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن
- نورانی، ا. (۱۳۸۶)، شهرها و مردم ناتوان، ماهنامه شهرداری‌ها، سال ۸، ش ۸۲.
- ملک، ن. (۱۳۸۶)، مناسب‌سازی مبلمان شهری و تجهیزات شهری، همایش ملی مناسب‌سازی محیط شهری.
- وزارت مسکن و شهرسازی (مرکز تحقیقات ساختمان و مسکن) معاونت

- شهرسازی و معماری دفتر مطالعات و معیارهای شهرسازی (۱۳۶۹). ضوابط و مقررات شهرسازی و معماری برای معلولان جسمی حرکتی، تهران: مرکز تحقیقات وزارت مسکن و شهرسازی.
- L. Albrecht, Patrick Devlieger, Geert van Hove, (2008), The experience of disability in plural societies - L'expérience du handicap dans des sociétés plurielles, ALTER, Revue européenne de recherche, sur le handicap 2, 1-13.
  - Helander, E. (1996). Preyvidce and dignity. UNDP.new York -17
  - world health organization, progress towards leprosy detection. Genva. Weekly epidemiological record 22 may 1998.
  - Albrecht, G. L., Ravaud, J.-F., & Stiker, H.-J. (2001). Émergence des disability studies: état des lieux et perspectives. Sciences Sociales et Santé, 19, 43-73.
  - Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annual
  - Pescosolido, B. (2001). The role of social networks in the lives of persons with disabilities. In G. L. Albrecht, K. D. Seelman, & M. Bury (Eds.), Handbook of disability studies (pp. 468-489). Thousand Oaks, CA: Sage.
  - Breivik, J.-K. (2005). Deaf identities in the making: local lives, transnational connections. Washington, D.C: Gallaudet University Press.
  - Bickenbach, J. E. (2001). Disability human rights, law and policy. In G. L. Albrecht, K. D. Seelman, & M. Bury (Eds.), Handbook of disability studies (pp. 565-584). Thousand Oaks, CA: Sage.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی