نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۲۹۰ تا ۲۹۷

اصیل

شاخص‌های پایش و ارزشیابی برنامه کشوری توانبخشی پزشکی

حانیه‌سادات سجادی[۱]، مریم نظری[۲]، مرضیه شیرازی‌خواه[۳]، نجمه بهمن‌زیاری[۴*]

۱. دانشیار، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ؛ مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۴. *نویسنده مسئول: دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، bahmanziari.najmeh@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: سنجش دوره‌ای برنامه‌های توانبخشی همیشه مورد تأکید جامعه جهانی است و می‌تواند مبنایی برای اثبات اثربخشی اقدامات انجام‌شده توسط کشورها باشد. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین شاخص‌های پایش و ارزشیابی «برنامه کشوری توانبخشی پزشکی و جایگاه آن در نظام سلامت ۱۴۰۰-۱۴۰۴» به اجرا درآمد.

روش: مطالعه کیفی- کاربردی حاضر در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. در ابتدا اهداف، برنامه‌ها و خدمات پیش‌بینی‌شده در برنامه کشوری توانبخشی پزشکی استخراج شد. سپس، «فهرست شاخص‌های توانبخشی» سازمان جهانی سلامت، مبنای تهیه فهرست اولیه شاخص‌ها ذیل اهداف و برنامه‌های سند ملی قرار گرفت و طی چهار جلسه بحث گروهی متمرکز دو ساعته و چهار جلسه مصاحبه حضوری ۱/۵ ساعته با مشارکت ذی‌نقشان بررسی و پیشنهادهای اصلاحی دریافت شد. در نهایت، فهرست بازنگری‌شده در دو جلسه نشست خبرگان با در نظرگرفتن معیارهای تضمین‌کننده تناسب و کفایت شاخص‌ها برای دستیابی به اجماع نهایی بررسی و توافق حاصل شد.

یافته‌ها: ۴۴ شاخص ذیل اهداف سه‌گانه برنامه استخراج شدند که ۲۸ مورد از نوع ورودی و فرایندها (حاکمیت، منابع مالی و انسانی و اطلاعات) و ۱۶ مورد از نوع خروجی (ارائه خدمات توانبخشی و محصولات و فناوری‌های پزشکی) بودند.

نتیجه‌گیری: استقرار و به‌کارگیری چارچوب نظارتی شاخص‌محور، متأثر از ظرفیت زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و کیفیت و اعتبار داده‌های در دسترس است و بایستی متناسب با شکاف‌های موجود، نسبت به توسعه و تقویت نظام اطلاعاتی اقدام شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، نمایندگانی از تمامی گروه‌های هدف و طبقات مختلف جامعه مشارکت داشته باشند. همچنین به‌منظور تدوین و پایش یک برنامه جامع ملی، همکاری بین‌بخشی یک ضرورت است.

کلیدواژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، ارزشیابی برنامه، برنامه‌ریزی بهداشت جامعه، توانبخشی

مقدمه

خدمات توانبخشی بخشی از پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage) است که باید همراه با پیشگیری، ارتقاء، درمان و تسکین در بسته خدمات ضروری گنجانده شود. گروه هدف این خدمات عبارتند از: افراد دارای معلولیت، سالمندان، مبتلایان به بیماری‌های مزمن و کسانی که با پیامدهای حوادث و جراحات زندگی می‌کنند(۱). در این راستا در ۷ فوریه ۲۰۱۷، سازمان جهانی سلامت (World Health Organization) طی ابتکارعملی تحت‌عنوان «توانبخشی۲۰۳۰: فراخوانی برای اقدام»، کشورها را ملزم به تقویت خدمات یادشده از جنبه‌های بهبود حکمرانی و سرمایه‌گذاری، توسعه نیروی انسانی حائز کیفیت و افزایش جمع‌آوری داده‌ها کرد(۱، ۲). توصیه این سازمان، تدوین یک برنامه ملی با چارچوب پایش و ارزشیابی (Monitoring and Evaluation) مشخص است که براساس آن پیشرفت به واسطه شاخص‌های منتخب رصد شود(۳). از مزایای پایش و ارزشیابی برنامه‌های توانبخشی تعیین شکاف خدمات(۴) و تضمین پایبندی دولت‌ها نسبت به تعهدات(۵) آن‌ها است. همچنین ارزیابی دقیق برنامه توانبخشی به عنوان یک ضرورت در درمان بیماری‌ها معرفی شده است(۶).

در ایران نیز با افزایش جمعیت و سالمندی، شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن، تصادفات جاده‌ای، بلایای طبیعی، جنگ و تغییرات اقلیمی اهمیت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]

برنامه توانبخشی پررنگ‌تر شده است(۷، ۸). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و جمعیت هلال احمر عهده‌دار ارائه خدمات توانبخشی به شکل سرپایی، بستری در بیمارستان‌ها و اقامت در خانه‌های سالمندان و آسایشگاه‌ها هستند. به دلیل نبود هماهنگ‌کننده ملی، اطلاعات ناقصی درباره خدمات یادشده در دسترس است(۷، ۹). در چنین بستری، به منظور صیانت از حقوق افراد دارای معلولیت، برنامه ملی توانبخشی پزشکی با مشارکت گسترده خبرگان در سال ۱۳۹۹ تدوین شد. این برنامه راهبردی در راستای تحقق سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و سیاست‌های کلی سلامت کشور به شرح اهداف، برنامه‌ها، اقدامات ضروری و نحوه ارزیابی آن‌ها می‌پردازد. در این برنامه، خدمات توانبخشی در تمامی سطوح نظام سلامت ادغام‌شده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی بخش سلامت، مسئول توسعه توانبخشی پزشکی، از جمله گسترش خدمات غربالگری در نظام شبکه، خدمات سرپایی و بستری در بخش درمان، تقویت سیستم‌ها و بخش‌های آموزشی و پژوهشی و نیز توسعه فناوری‌های توانبخشی در راستای پرورش نیروهای کارآمد در حوزه توانبخشی است(۱۰).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که کمتر پژوهشی به طور جامع‌نگر به موضوع پایش و ارزشیابی برنامه‌های ملی توانبخشی پرداخته است. مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰، ایجاد محیطی توانمندساز و رفع هرگونه تبعیض اجتماعی، تأکید بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر از جمله کودکان و سالمندان، خدمات اجتماعی و درمانی یکپارچه، تأمین مالی مناسب و تقویت نظام اطلاعاتی را از ضروریات تدوین سیاست‌ها و راهبردهای ملی توانبخشی در ایران دانسته است(۱۱). در پژوهشی انجام‌گرفته در سال ۲۰۱۸ با هدف توسعه چارچوب مبتنی بر حقوق بشر برای ارزیابی برنامه توانبخشی، شاخص‌ها ذیل حیطه‌های مدیریت و رهبری، ارائه خدمات، تأمین مالی و نظارت و منابع انسانی دسته‌بندی شدند(۵). مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۷، موفقیت سیاست ملی توانبخشی در آفریقای جنوبی بررسی شده بود، این ارزیابی براساس ظرفیت سازمانی برای ارائه خدمات توانبخشی بیمارمحور و اندازه‌گیری نتایج آن صورت گرفت(۱۲). پژوهشی طی بررسی برنامه‌های توانبخشی کشورهای منتخب از قاره‌های اروپا، آمریکا و استرالیا در سال ۲۰۱۵، لازمه دستیابی به یک چارچوب موفق توانبخشی ملی را پایش سالیانه خوانده است(۸).

نظر به آنچه مورد اشاره قرار گرفت، مطالعات محدود داخلی بر الگوگیری از تجربیات سایر کشورها تأکید داشته‌اند و مسیر تبدیل سیاست به اقدام را شفاف نکرده‌اند و در پی آن سازوکاری برای پایش برنامه‌های موجود تعریف نکرده‌اند. از سوی دیگر، سنجش دوره‌ای برنامه‌های توانبخشی همواره مورد تأکید جامعه جهانی بوده است و می‌تواند مبنایی برای اثبات اثربخشی اقدامات انجام‌شده توسط کشورها باشد. برای دستیابی به چارچوب ملی توانبخشی مؤثر، تقویت پایگاه‌های اطلاعاتی و تحقیقاتی و پایش سیاست‌ها ضروری است(۱۱). ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین شاخص‌های کاربردی پایش و ارزشیابی «برنامه کشوری توانبخشی پزشکی و جایگاه آن در نظام سلامت ۱۴۰۰-۱۴۰۴» و نحوه جمع‌آوری و گزارشدهی آن‌ها به اجرا درآمد تا سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات را در مسیر سنجش و بهبود وضعیت موجود یاری رساند.

روش

مطالعه کیفی و کاربردی حاضر مربوط به بخشی از اقدامات مشترک معاونت‌های بهداشت و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر مشاور وزیر بهداشت در امور توانبخشی و شورای راهبردی توانبخشی کشور در راستای تدوین «برنامه کشوری توانبخشی پزشکی و جایگاه آن در نظام سلامت ۱۴۰۴-۱۴۰۰» است که در سال ۱۳۹۹ اجرا شد(۱۰). برای شفاف‌سازی نحوه پایش و ارزشیابی برنامه مذکور، سه گام اصلی به اجرا درآمد. در ابتدا اهداف، برنامه‌ها و خدمات پیش‌بینی‌شده در برنامه کشوری توانبخشی پزشکی استخراج شد. پس از آن، جدیدترین و جامع‌ترین سند مرتبط منتشر شده توسط یک مرجع معتبر بین‌المللی با عنوان گزارش «فهرست شاخص‌های توانبخشی» سازمان جهانی سلامت، WHO Rehabilitation Indicator Menu، در سال ۲۰۱۹ مبنای فهرست اولیه شاخص‌ها قرار گرفت. تعداد شاخص‌های سند، ۴۰ مورد بود که بر اساس رویکرد سیستمی ذیل کارکردهای شش‌گانه نظام سلامت و اهداف پوشش، اثربخشی و بهره‌مندی تنظیم شده بود(۱۳). از این رو، سند به زبان فارسی ترجمه شد. در ادامه، فهرست اولیه ذیل اهداف و برنامه‌های سند ملی تنظیم شد تا به عنوان پیش‌نویس در جلسات بحث گروهی مورد استفاده قرار گیرد.

در گام دوم، نشست خبرگان متشکل از ذی‌نقشان مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و انجمن‌های تخصصی توانبخشی، حسب برخورداری از دانش تخصصی، تجارب کاری در ارائه خدمات به گروه هدف یا مدیریت آن، جایگاه کنونی در نظام برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و تمایل به مشارکت تشکیل شد (جدول ۱). خبرگان شامل ۳۴ نفر (۱۳ زن و ۲۱ مرد) دارای تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد و دکترای عمومی و تخصصی) بودند که تمامی آنان در زمره کارشناسان، اعضای هیئت علمی و مدیران ارشد و میانی سازمان‌های ذی‌ربط قرار داشتند. سپس فهرست شاخص‌ها طی ۴ جلسه بحث گروهی متمرکز ۲ ساعته و ۴ جلسه مصاحبه حضوری ۱/۵ ساعته با مشارکت خبرگان، بررسی و پیشنهادهای اصلاحی (اعم از تغییر نام، تعریف و دوره تناوب شاخص‌ها) دریافت شد.

در نهایت، فهرست بازنگری‌شده توسط تیم پژوهش در دو جلسه نشست خبرگان با در نظرگرفتن معیارهای تناسب با برنامه ملی، امکان دسترسی به مقادیر واقعی شاخص با توجه به نظام‌های اطلاعاتی مستقر و الزام گزارش‌دهی در سطوح ملی و بین‌المللی مورد بررسی قرار گرفت و اجماع نهایی حاصل شد. ملاحظات اخلاقی لحاظ‌شده در این مطالعه نیز، عدم سوگیری تیم پژوهش و آگاهی نشست خبرگان از تمامی مباحث مطرح‌شده و تصمیمات مورد اتخاذ طی هر جلسه بود.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]

جدول ۱. نمایندگان نهادها و سازمان‌های مختلف در نشست خبرگان

سازمان	نمایندگان
دانشگاه‌های علوم پزشکی	**دانشگاه علوم پزشکی ایران** • دانشکده علوم توانبخشی • گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت • گروه طب فیزیکی و توانبخشی، دانشکده پزشکی • گروه گفتاردرمانی، دانشکده توانبخشی • مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه • گروه طب فیزیکی و توانبخشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی **دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی** • گروه آموزشی فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی • گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی • گروه پرستاری، دانشکده علوم توانبخشی • مرکز تحقیقات سالمندان • مرکز تحقیقات رفاه اجتماعی • مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	**مجامع سلامت ملی، استان‌ها و شهرستان‌ها** **معاونت تحقیقات و فناوری** **معاونت درمان** • اداره درمان بیماری‌های خاص، معاونت درمان • اداره درمان بیماری‌های غیرواگیر، معاونت درمان • مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌ها ○ برنامه MS ○ اوتیسم
انجمن‌های تخصصی	• انجمن اورتز و پروتز • انجمن طب فیزیکی، توانبخشی و الکترودیاگنوز • انجمن علمی اپتومتری • انجمن علمی شنوایی‌شناسی • انجمن علمی کاردرمانی • انجمن علمی گفتاردرمانی • انجمن فیزیوتراپی

یافته‌ها

مطابق آنچه گفته شد، در نهایت ۴۴ شاخص (جدول ۲)، ذیل اهداف سه‌گانه برنامه ملی توانبخشی ایران استخراج شدند:

- گسترش خدمات توانبخشی پزشکی با رویکرد ادغام و یکپارچه‌سازی در سطوح مختلف نظام سلامت؛
- توسعه تحقیقات، نظام‌های ثبت، وسایل کمکی و فناوری‌های نوین با توجه به نیاز روز افراد دارای ناتوانی؛
- توسعه منابع انسانی و ارتقای دانش و مهارت توانبخشی.

اهداف دوم و سوم بیشتر ناظر بر پشتیبانی ارائه خدمات هستند. ۲۶ شاخص مرتبط با هدف اول، ۸ شاخص مرتبط با هدف دوم و درنهایت ۱۰ شاخص برای هدف سوم تعریف شد. شایان ذکر است که رویکرد اصلی تدوین برنامه، بعد توانبخشی پزشکی بوده است. این بعد شامل مجموعه‌ای از اقدامات هدفمند است که با استفاده از رشته‌های مختلف توانبخشی و روش‌های درمانی مناسب، مبتنی بر کار تیمی صورت می‌گیرد و باعث وقفه، کنترل، اصلاح و یا بهبود یک مشکل پزشکی یا جسمی منجر به ناتوانی می‌شود.

همچنین برای ۱۰ برنامه، بیش از یک شاخص (۲ تا ۷ شاخص) تعریف شد. بیشترین تعداد شاخص نیز به برنامه توسعه بخش‌های بستری (حاد و تحت حاد) در قالب بیمارستان‌های سطح دو و سه و مراکز بستری در فاز تحت حاد اختصاص یافت که این برنامه ذیل هدف کمی افزایش ۳۰ درصدی خدمات توانبخشی سرپایی و بستری و هدف کلی اول قرار دارد. همچنین داده‌های موردنیاز جهت محاسبه شاخص‌ها از منابع اطلاعاتی در اختیار بخش‌های مختلف وزارت بهداشت شامل معاونت‌های بهداشت، درمان، تحقیقات و فناوری و آموزش با همکاری دفتر فناوری اطلاعات قابل جمع‌آوری است. دوره تناوب گزارش‌دهی شاخص‌ها نیز از دوسالانه، سالانه تا مقطعی متغیر است.

آن‌چنان که در جدول ۲ قابل ملاحظه است، تمامی شاخص‌های تعریف شده از نوع ورودی و فرایندها (۲۸ شاخص) و خروجی (شامل ۱۶ شاخص) هستند و عملاً شاخصی برای سنجش پیامد و اثر در نظر گرفته نشده است. در میان شاخص‌های ورودی و فرایند،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]

۴ شاخص به حاکمیت، ۴ شاخص به منابع مالی، ۱۰ شاخص به منابع انسانی و ۱۰ شاخص به اطلاعات اختصاص یافت. همچنین عمده شاخص‌های خروجی در حوزه ارائه خدمات توانبخشی تعریف شد و تنها یک مورد به محصولات و فناوری‌های پزشکی مرتبط بود.

جدول ۲. طبقه‌بندی نوع شاخص‌های منتخب پایش و ارزشیابی برنامه ملی توانبخشی پزشکی ایران

هدف	شاخص	کارکرد نظام سلامت	نوع شاخص
هدف کلی ۱. گسترش خدمات توانبخشی پزشکی با رویکرد ادغام و یکپارچه‌سازی در سطوح مختلف نظام سلامت	ایجاد ساختارهای تشکیلاتی توانبخشی	حاکمیت	ورودی‌ها و فرایندها
	تدوین برنامه عملیاتی ملی فناوری‌های توانبخشی	حاکمیت	ورودی‌ها و فرایندها
	تعیین تعرفه و تدوین استانداردهای خدمات توانبخشی از راه دور	حاکمیت	ورودی‌ها و فرایندها
	فهرست وسایل کمک توانبخشی	حاکمیت	ورودی‌ها و فرایندها
	پوشش بیمه خدمات توانبخشی	تأمین مالی	ورودی‌ها و فرایندها
	پوشش بیمه خدمات توانبخشی سرپایی	تأمین مالی	ورودی‌ها و فرایندها
	خرید خدمات توانبخشی از بخش خصوصی	تأمین مالی	ورودی‌ها و فرایندها
	آموزش نیروی انسانی توانبخشی جهت ارائه توانبخشی از راه دور	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	ایجاد بانک اطلاعاتی مراکز ارائه‌دهنده خدمات	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	ایجاد بانک اطلاعاتی افراد دارای ناتوانی	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	ایجاد سامانه یکپارچه بین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	ایجاد شبکه توزیع وسایل و فن‌آوری‌های توانبخشی	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	تهیه بسته‌های خودمراقبتی	ارائه خدمات	خروجی
	راه‌اندازی آزمایشگاه مرجع تشخیص استاندارد تجهیزات توانبخشی	ارائه خدمات	خروجی
	خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه سلامت	ارائه خدمات	خروجی
	خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه برای کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم	ارائه خدمات	خروجی
	خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه برای کودکان مبتلا به فلج مغزی	ارائه خدمات	خروجی
	خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه برای افراد مبتلا به دمانس	ارائه خدمات	خروجی
	ایجاد زیرساخت‌های الکترونیکی و تسهیلات خدمات توانبخشی از راه دور	ارائه خدمات	خروجی
	ارائه خدمات توانبخشی	ارائه خدمات	خروجی
	ارائه خدمات درمانی و توانبخشی ادغام‌یافته در سطح مراقبت‌های ثانویه	ارائه خدمات	خروجی
	ارائه خدمات توانبخشی در بیمارستان‌های سطح دو	ارائه خدمات	خروجی
	ارائه خدمات توانبخشی در بیمارستآن‌های سطح سه	ارائه خدمات	خروجی
	ارائه خدمات توانبخشی تحت حاد	ارائه خدمات	خروجی
	ارائه خدمات توانبخشی (در مراکز تحت حاد، بیمارستان‌های عمومی و بیمارستان‌های تک تخصصی توانبخشی) در بخش‌های دولتی و غیردولتی	ارائه خدمات	خروجی
	ارائه خدمات توانبخشی در مراکز جامع مؤسسات و دفاتر کار توانبخشی تک تخصصی	ارائه خدمات	خروجی
هدف کلی ۲. توسعه تحقیقات، نظام‌های ثبت، وسایل کمکی و فناوری‌های نوین، باتوجه‌به نیاز روز افراد دارای معلولیت	تأمین منابع مالی	تأمین مالی	ورودی‌ها و فرایندها
	اطلاعات توانبخشی در چارچوب‌های پایش کشوری	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	نظام‌های ثبت در بیماری‌های منجر به ناتوانی	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	راه‌اندازی شبکه تحقیقات توانبخشی	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	نیازسنجی تحقیقات حوزه توانبخشی به صورت دوره‌ای و اعلام اولویت‌ها	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	پژوهش‌های مرتبط به خدمات توانبخشی	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	توسعه دانش توانبخشی	اطلاعات	ورودی‌ها و فرایندها
	تولید محصولات فناورانه توانبخشی	محصولات و فناوری‌های پزشکی	خروجی
هدف کلی ۳. توسعه منابع انسانی و ارتقای دانش و مهارت توانبخشی	تراکم نیروهای تخصصی ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی*	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	آموزش پرسنل سلامت در حوزه توانبخشی*	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	آموزش نیروهای توانبخشی	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	ادغام مباحث توانبخشی در کوریکولوم رشته‌های مرتبط با توانبخشی	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	توسعه فلوشیپ توانبخشی	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	آموزش دستیاران رشته‌های مرتبط با توانبخشی	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	آموزش کوتاه‌مدت پزشکان عمومی در حوزه توانبخشی	منابع انسانی	ورودی‌ها و فرایندها
	ایجاد بخش‌های توانبخشی در بیمارستان‌های آموزشی جهت توسعه بسترهای آموزشی	ارائه خدمات	خروجی

*نحوه محاسبه این شاخص‌ها حسب برنامه متناظر به دو صورت تعریف شده است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]

بحث و نتیجه‌گیری

نهادها به‌منظور آگاهی از میزان تحقق اهداف برنامه راهبردی، مطلوبیت و کیفیت فعالیت‌ها و نتایج عملکرد در محیط‌های پیچیده و پویا نیازمند ارزیابی هستند(۱۴). از سوی دیگر در خدمات توانبخشی به علت فرآیند مراقبتی طولانی و متمادی نیاز به پایش و ارزشیابی و اصلاحات به شدت احساس می‌شود. برنامه ملی توانبخشی پزشکی ایران به منظور تأمین و تضمین دسترسی افراد نیازمند به انواع خدمات پزشکی و درمانی تدوین شده و جهت ارزیابی توفیق آن، استقرار یک چارچوب پایش و ارزشیابی کوتاه و میان‌مدت اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین شاخص‌های کاربردی ارزیابی و نحوه جمع‌آوری و گزارشدهی آن‌ها انجام گرفت.

۴۴ شاخص شناسایی‌شده ذیل کارکردهای نظام‌های سلامت شامل حاکمیت، تأمین مالی، منابع انسانی، اطلاعات، ارائه خدمات و محصولات و فناوری‌های پزشکی طبقه‌بندی شدند. مشابه مطالعه حاضر، اسکمپس و همکاران در سال ۲۰۱۸ فهرستی شامل ۱۰۷ شاخص را از طریق بارش افکار ایجاد و توسط خبرگان طبقه‌بندی کردند. درنهایت ۱۱ زیرموضوع شناسایی شد که ذیل سه موضوع کلی مدیریت و رهبری (۳ زیرموضوع)؛ ارائه خدمات، تأمین منابع مالی و نظارت (۶ زیرموضوع)؛ و منابع انسانی (۲ زیرموضوع) قرار گرفتند. ۵۹ مورد از شاخص‌ها نیز حائز اهمیت بالا شناخته شدند(۵). همچنین گاتنبرونر و ناگراها در سال ۲۰۱۸ ضمن طراحی ابزار به ارزیابی خدمات توانبخشی در سطح ملی پرداختند. این ابزار شامل مشخصات کشور، وضعیت نظام سلامت، وضعیت ناتوانی و خدمات توانبخشی، ارزیابی سیاست‌های ملی و قوانین و مسئولیت‌های ذی‌نقشان غیردولتی بود(۱۵).

برخی شاخص‌های تعریف‌شده در مطالعه حاضر مربوط به خروجی‌ها هستند و در سنجش وضعیت ارائه خدمات توانبخشی کاربرد دارند. برخی دیگر، شاخص‌های متناظر با پشتیبانی خدمات شامل منابع انسانی و اطلاعات هستند. شاخص‌های خدمات توانبخشی، سنجه‌هایی به منظور ارزیابی ادغام این خدمات در سطوح مختلف نظام سلامت شامل پیشگیری، درمان و بازتوانی هستند که حائز اهمیت شناخته شدند. مطابق نتایج پیمایش ملی دسترسی به خدمات توانبخشی فیزیکی در ایران در سال ۲۰۱۷ نیز، میزان‌های مربوط به تعداد مراکز مراقبت بستری، سرپایی، جامعه‌محور و مراقبت‌های طولانی‌مدت و متخصصان توانبخشی، نشان‌دهنده نیاز به افزایش خدمات و دسترسی بود(۷). همچنین طبق مطالعه ایروانی و همکاران در سال ۱۳۹۹، نظام توانبخشی ایران دچار نابسامانی در حیطه‌های خدمات توانبخشی اولیه، غربالگری و دسترسی برابر گروه‌های مختلف دارای معلولیت به بسته پایه خدمات توانبخشی است(۱۶).

در مطالعه حاضر، شاخصی در زمینه پیامد و اثر تعریف نشده است. در توجیه این مسئله دو نکته اصلی قابل بیان است. نخست این‌که رویکرد تدوین برنامه، بعد پزشکی توانبخشی بوده و به سایر ابعاد توانبخشی نظیر اجتماعی، حرفه‌ای و آموزشی پرداخته نشده است. حال اینکه در زنجیره نتایج، ابعاد مغفول‌مانده بیشتر خروجی‌های غیرمستقیم و بلندمدت از جنس پیامد و اثر را به دنبال دارند. دوم، نوع شاخص‌های تعریف‌شده در این پژوهش به شدت تحت‌تأثیر کاستی‌های حاکم بر نظام‌های اطلاعاتی مستقر در کشور است، کما اینکه بخش قابل‌توجهی از برنامه‌های تعریف‌شده مرتبط با راه‌اندازی نظام‌های ثبت اطلاعات هستند. نقصان نظام اطلاعاتی کشور در زمینه توانبخشی پیش از این نیز به کرات مورد اشاره پژوهشگران قرار گرفته بود(۱۷-۱۹). از جمله کرمی و سلطانی در سال ۲۰۱۹، نظام گردآوری اطلاعات ایران در خصوص افراد دارای معلولیت را به دلایلی نظیر تعاریف مختلف از ناتوانی و تنوع روش‌های جمع‌آوری داده ضعیف دانستند(۱۸). احمدزاده و همکاران نیز نقصان پایگاه اطلاعاتی و تحقیقاتی، عدم آگاهی از نیازهای توانبخشی آتی جامعه و علل معلولیت را در زمره نقاط ضعف فعلی حوزه توانبخشی کشور برشمردند(۱۱). مکفرسون و همکاران نیز در مطالعه خود به ضرورت تقویت نظام‌های اطلاعات سلامت برای توانبخشی افراد دارای معلولیت در کشورهای با درآمد کم و متوسط اشاره داشتند و امکان برنامه‌ریزی مؤثر در این حوزه را منوط به وجود داده‌های قابل اعتماد در مورد شیوع ناتوانی، وضعیت عملکرد، دسترسی به خدمات و پیامدهای عملکردی آن دانستند(۲۰). شاخص‌های منابع انسانی نیز مربوط به دو موضوع کلی تربیت و توزیع نیرو است که تمامی آن‌ها با محوریت یکپارچه‌سازی نظام آموزشی حاکم با آموزش تخصصی توانبخشی تنظیم شده‌اند و راه‌اندازی دوره‌های بلند و کوتاه مدت حضوری و مجازی و بازنگری محتواهای آموزشی را در بر می‌گیرند. با توجه به شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کشور و رشد تعداد افراد دارای معلولیت، منابع مالی و انسانی فعلی پاسخ‌گوی نیازهای فزاینده نبوده و برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و ایجاد نظامی هماهنگ برای ارائه خدمات توانبخشی به افراد دارای معلولیت حیاتی است(۱۶). نتایج پژوهش عبدی و همکاران نیز در سال ۱۳۹۱، مسئولیت خطیر نظام آموزشی حاکم را تربیت نیروی انسانی متخصص توانبخشی با استفاده بهینه از منابع در دسترس دانسته به‌گونه‌ای که دانش‌آموختگان قادر باشند دانش و مهارت خود را متناسب با نیاز جامعه به کار گیرند(۲۱).

نظر به مشکلات موجود به ویژه کمبود اعتبار و خلأهای پوشش خدمات در کنار تشدید روزافزون فقر و نابرابری در جامعه در بحث تأمین مالی به شاخص‌های مرتبط با پوشش بیمه خدمات توانبخشی بستری و سرپایی پرداخته شد. به صورت مشابه، نتایج پژوهش یحیوی و همکاران در زمینه تأثیر نابرابری درآمدی در استفاده از خدمات توانبخشی، کاهش معنادار دسترسی گروه‌های درآمدی پایین جامعه به خدمات یادشده را نشان می‌دهد. براین‌اساس، گنجاندن خدمات توانبخشی در بسته پایه بیمه سلامت به همراه پوشش قیمتی و جمعیتی مناسب، توزیع عادلانه و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]

متناسب با نیاز مراکز ارائه‌دهنده خدمات می‌تواند عدالت در دسترسی و بهره‌مندی را افزایش دهد(۲۲). سلطانی و همکاران نیز با اشاره به این‌که مشکلات مالی می‌تواند منجر به کاهش دسترسی به خدمات توانبخشی شود، گسترش پوشش بیمه سلامت، توسعه فرصت‌های شغلی و حمایت مالی کافی از افراد دارای معلولیت را برای تحقق پوشش همگانی سلامت الزامی خواندند(۲۳). در مطالعات کمناو و همکاران در سال ۲۰۱۹ و نیز کومار و همکاران در سال ۲۰۱۲، علل اصلی برآورده نشدن نیازهای توانبخشی افراد، عدم فراهمی و توزیع نابرابر جغرافیایی و ناتوانی مالی عنوان شده بود(۲۴، ۲۵).

در آخر، نکته بحث‌برانگیز در رابطه با حاکمیت این است که نظام ارزیابی در هر برنامه‌ای با وجود ارزیاب بی‌طرف معنا پیدا می‌کند؛ درحالی‌که در نظام سلامت ایران، وزارت بهداشت عهده‌دار نقش‌های چندگانه و بعضا متعارضی در زمینه برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی است. در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبری در سال ۱۳۹۳، به مسئله خدمات توانبخشی توجه جدی شد و وزارت بهداشت به عنوان متولی سامان‌دهی خدمات توانبخشی و تولیت نظام سلامت در همه ابعاد تعیین شد(۱۶). به دنبال آن وزارت بهداشت در همان سال اقدام به تأسیس اداره کل امور توانبخشی کرد. سازمان هلال احمر نیز به طور مستقل خدمات توانبخشی را از طریق مراکز ارتوپدی فنی و کلینیک‌های توانبخشی تحت نظارت معاونت درمان وزارت بهداشت و توانبخشی آن سازمان ارائه می‌کند. این در حالی است که با تصویب قانون اساسی و در جهت تحقق اصول ۲۱ و ۲۹ آن، از سال ۱۳۵۹، مسئولیت ارائه خدمات توانبخشی به معلولان به سازمان بهزیستی کشور واگذار شده است. بدیهی است که درک و رفع موانع نظام سلامت برای ارائه خدمات توانبخشی نیازمند مدیریت جامع و یکپارچه است، به‌گونه‌ای که همه ارائه دهندگان، سیاست‌گذاران و ذی‌نفعان این حوزه را درنظر بگیرد(۲۶).

چارچوب شاخص‌محور پایش و ارزشیابی، ابزاری کاربردی به‌منظور تعیین میزان نیل به اهداف برنامه ملی توانبخشی پزشکی است و شاخص‌های تعریف‌شده قابلیت کاربرد در سطوح استان‌ها و شهرستان‌ها را دارا هستند. استقرار و به‌کارگیری این چارچوب نظارتی، متأثر از ظرفیت زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، کیفیت و اعتبار داده‌های در دسترس است. بدیهی است که بایستی متناسب با شکاف‌های موجود، نسبت به توسعه و تقویت نظام اطلاعاتی اقدام شود. محدودیت‌هایی نیز در خصوص تعیین شاخص‌ها و شیوه کسب اطلاعات و ارزیابی آن‌ها وجود دارد که باید در مطالعات آینده به آن‌ها پرداخته شود. همچنین در تعریف شاخص‌ها به تحلیل دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات پرداخته نشده است که با توجه به انواع متفاوت ناتوانی‌ها و نیاز به همراهی مراقب، عملا امکان مشارکت بسیار محدودی دارند. اگرچه تلاش شد با دعوت از نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) این محدودیت تا حدی مرتفع شود؛ اما تقارن زمان تدوین برنامه با شیوع کووید-۱۹ و محدودیت‌های اجتماعی ناشی از آن به محدودیت اطلاع‌رسانی و مشارکت منجر شد. با این‌وجود، پیش‌تر نظرات سمن‌ها در تدوین اهداف برنامه اخذ شده بود. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، نمایندگانی از تمامی گروه‌های هدف و طبقات مختلف جامعه مشارکت داشته باشند. همچنین در تدوین و ارزیابی یک برنامه جامع ملی، همکاری با سایر نهادهای مؤثر و فعال بالاخص سازمان‌های وابسته به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت کشور و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، تنوع شاخص‌ها، اعتبار و استاندارد آن‌ها را بهبود خواهد بخشید.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی «تدوین سناریوهای سیاستی در حوزه توانبخشی جسمی از طریق بررسی وضعیت دسترسی افراد دارای ناتوانی جسمی به خدمات توانبخشی و تدوین شاخص‌های مطلوب خدمات توانبخشی جسمی در ایران» با کد اخلاق IR.USWR.REC.1398.003 و مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی در سال ۱۳۹۸ است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافعی در رابطه با نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

منابع

1. Krug E, Cieza A. Strengthening Health Systems to Provide Rehabilitation Services. Eur J Phys Rehabil Med 2017; 84(2):72-3.
2. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization" rehabilitation 2030: A Call for Action". Eur J Phys Rehabil Med 2017; 53(2): 155-68.
3. World Health Organization. Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action. Geneva, Switzerland; 2019.
4. Mlenzana NB, Frantz JM, Rhoda AJ, Eide AH. Barriers to and Facilitators of Rehabilitation services for People with Physical Disabilities: A Systematic Review. Afr J Disabil 2013; 2(1): 22.
5. Skempes D, Melvin J, Von Groote P, Stucki G, Bickenbach J. Using Concept Mapping to Develop A Human Rights Based Indicator Framework to Assess Country Efforts to Strengthen Rehabilitation Provision and Policy: the Rehabilitation System Diagnosis and Dialogue Framework (RESYST). Global Health 2018; 14(1): 96.
6. Suriyaarachchi P, Chu L, Bishop A, Thew T, Matthews K, Cowan R, et al. Evaluating Effectiveness of An Acute Rehabilitation Program in Hospital-Associated Deconditioning. J Geriatr Phys Ther 2020; 43(4): 172-8.
7. Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Mousavi T, et al. National Survey of Availability of Physical Rehabilitation Services in Iran: A mixed methods study. Electron Physician 2017; 9(11): 5778-86.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]

8. Ahmadzadeh N, Ebadi Fard Azar F, Baradaran HR, Salman Roghani R, Shirazikhah M, Joghataei MT, et al. Availability of Outpatient Rehabilitation Facilities in 2015 In Iran: A Nationwide Study. Med J Islam Repub Iran 2018; 32: 123.
9. World Health Organization. Service Availability and Readiness Assessment (SARA): An Annual Monitoring System for Service Delivery: Reference Manual; 2013.
10. National Rehabilitation Program and Its Place in Health System in Iran, 1404-1400. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2020. p. 1-105 .[In Persian]
11. Ahmadzadeh N, Ebadi Fard Azar F, Baradaran HR, Roghani RS, Shirazikhah M, Taghi Joghataei M, et al. A Framework for National Rehabilitation Policy and Strategies in Iran: A Scoping Review of Experiences in Other Countries. Iran J Public Health 2020; 49(9): 1597-610.
12. Mji G, Rhoda A, Statham S, Joseph C. A Protocol for The Methodological Steps Used to Evaluate the Alignment of Rehabilitation Services in The Western Cape, South Africa with The National Rehabilitation Policy. BMC Health Serv Res 2017; 17(1): 1-11.
13. World Health Organization. Rehabilitation Indicator Menu: A Tool Accompanying the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME). Geneva; 2019.
14. Fathi F, Khezri A, Khanjani MS, Hosseinzadeh S, Abdi K. Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization From the Perspective of Services Recipients. Archives of Rehabilitation 2019; 20(3): 270-85 .[In Persian]
15. Gutenbrunner C, Nugraha B. Principles of Assessment of Rehabilitation Services in Health Systems: Learning from Experience. J Rehabil Med 2018; 50(4): 326-32.
16. Iravani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi SJ. A Comparative Study of the Rehabilitation Services Systems for People With Disabilities. Archives of Rehabilitation 2020;21(4):544-63 .[In Persian]
17. Safdari R, Azadmanjir Z. A Survey of Information Management Standards of Commission on Accreditation Rehabilitation Facilitie. Payavard Salamat 2009; 3(2): 18-29. [In Persian]
18. Karami Matin B, Soltani SJHS. Prevalence of Physical Disability in Iran: Do Existing Health Services Meet the Needs of Older People? A Letter to Editor. Health Scope 2019; 8(4): e87022.
19. Omidmorad A, Mohammadi S-F. Rehabilitation System for the Blind and Visually Impaired in Iran. Archives of Persian Ophthalmology 2020; 1(9): 82-93 .[In Persian]
20. McPherson A, Durham J, Richards N, Gouda H, Rampatige R, Whittaker M. Strengthening Health Information Systems for Disability-Related Rehabilitation in LMICs. Health Policy Plan 2016; 32(3): 384-94.
21. Abdi K, Seyyediiraj SA, Safi MH. Designing The Valid Indexes For Assessment Of Situation Of Clinical Education In Rehabilitation Courses. Journal of Medical Education Development 2015; 5(9): 23-33 . [In Persian]
22. Yahyavi Dizaj J, Na'emani F, Fateh M, Soleimanifar M, Arab AM, Zali ME, et al. Inequality in the Utilization of Rehabilitation Services Among Urban and Rural Households in Iran: A Cross-Sectional Study. Archives of Rehabilitation 2020; 21(3): 336-57 .[In Persian]
23. Soltani S, Takian A, Akbari Sari A, Majdzadeh R, Kamali M. Financial Barriers to Access to Health Services for Adult People with Disability in Iran: The Challenges for Universal Health Coverage. Iran J Public Health 2019; 48(3): 508-15.
24. Kamenov K, Mills JA, Chatterji S, Cieza A. Needs and Unmet Needs for Rehabilitation Services: A Scoping Review. Disabil Rehabil 2019; 41(10): 1227-37.
25. Kumar SG, Roy G, Kar SS. Disability and Rehabilitation Services in India: Issues and Challenges. J Family Med Prim Care 2012; 1(1): 69-73.
26. Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring Barriers of the Health System to Rehabilitation Services for People with Disabilities in Iran: A Qualitative Study. Electron Physician 2015; 7(7): 1476-85.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]

Original

Monitoring and Evaluation Indicators of the National Plan of Medical Rehabilitation

Haniye Sadat Sajadi[1], Maryam Nazari[2], Marzieh Shirazikhah[3], Najmeh Bahmanziari[4*]

1. Associate Professor, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D. Candidate in Health Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Centre for Academic and Health Policy Research (CAHP), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
4. ∗**Corresponding Author:** Ph.D. in Health Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, bahmanziari.najmeh@gmail.com

Abstract

Background: Periodic assessment of rehabilitation plans has always been emphasized by the global community and can be a basis for proving the effectiveness of measures undertaken by countries. This study aimed to determine practical evaluation indicators for the "National Plan of Medical Rehabilitation and Its Place in the Health System of the Islamic Republic of Iran" (2021-2025).

Methods: This qualitative applied study was conducted in 2020. At first, the goals, programs, and services foreseen in the national program of medical rehabilitation were identified. Subsequently, the World Health Organization's "list of rehabilitation indicators" was selected as the basis for preparing the initial list of indicators under the goals and programs of the national document. The list of indicators was reviewed during four 2-hour focus group discussion sessions and four 1.5-hour face-to-face interview sessions with different stakeholders and correction suggestions were received. Finally, the revised list was reviewed in two-panel meetings, taking into account the criteria to ensure the appropriateness and adequacy of the indicators to reach the final consensus.

Results: Based on the findings, 44 indicators were extracted under the triple goals of the studied national initiative: 28 indicators were related to inputs and processes (governance, financial and human resources, and information and communication) and 16 indicators were related to outputs (supply of rehabilitation services and medical products and technologies).

Conclusion: The establishment and use of the indicator-based monitoring framework are affected by the capacity of the information technology infrastructure and the quality and validity of the available data. The information system should be developed and strengthened according to the existing gaps. It is suggested that representatives from all target groups and different classes of society participate in future studies. Also, to develop a comprehensive national plan, inter-sectoral cooperation is a necessity.

Key words: Community Health Planning, Delivery of Health Care, Program Evaluation, Rehabilitation

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.22034/8.3.12]