

Research Paper: Disability in Iran: Prevalence, Characteristics and Socio-Economic Correlates

Homeira Sajadi ¹, * Nasibeh Zanjari ²

1. Associate Professor, Department of Social Welfare Management, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD Student in Social Health and Welfare, Department of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: 20 Feb. 2014

Accepted: 04 Oct. 2014

ABSTRACT

Objective The main purpose of this study was to investigate the prevalence and socio-economic correlates of disabilities in Iran.

Materials & Methods In this study, secondary analysis of aggregate and micro data (at individual and household level) from the Iranian 2006 census was used. Micro-data collection contains representative sample including 19,848 disabled people, 1,235,445 non-disabled people and also at household level, and 17,166 households with at least one disabled person and 298,741 households with non-disabled person. Bivariate and multivariate statistical analysis were used for data analysis with SPSS software.

Results The prevalence of disability was 14.4 per 1000 in Iran. Disability was higher in rural area than in urban area, and also, was more common among men than women. The findings also indicated that disabled people had lower levels of socio-economic status compared to non-disabled people. In addition, the amount and prevalence of disability in terms of characteristics of head of household, economic and welfare status of household was statistically significant. Logistic regression analysis showed that female-headed households, education and low occupational status of head of household, welfare index of household and rural-urban residence significantly increased the possibility of having a disabled person in the household.

Conclusion Low levels of welfare and poor living conditions of households increases the probability of disability. Thus, it is recommended to offer social welfare programs for lower income and vulnerable households and also specific services packages for disabled people.

Keywords:

Disabled people, Prevalence, Welfare, Census, Iran

* Corresponding Author:

Nasibeh Zanjari, PhD Student

Address: Department of Social Welfare, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Daneshjoo Blv, Evin, Tehran, Iran.

Tel.: +98 (21) 22180042

E-mail: zanjari.nz@gmail.com

معلولیت (ناتوانی) در ایران: شیوع، ویژگی‌ها و همبسته‌های اقتصادی و اجتماعی آن

حمیرا سجادی^۱، نسیمه زنجری^۲

۱- دانشیار، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲- دانشجوی دکتری سلامت و رفاه اجتماعی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

حکده

تاریخ دریافت: ۱ اسفند ۱۳۹۲

تاریخ پذیرش: ۱۲ مهر ۱۳۹۳

هدف این مقاله به دنبال مطالعه شیوع معلولیت در ایران، ویژگی‌ها و همبسته‌های اقتصادی و اجتماعی آن با استفاده از نتایج سرشماری ۱۳۸۵ است.

روش بررسی در این مطالعه، از روش تحلیل ثانویه داده‌های خرد سرشماری ۱۳۸۵ استفاده شد. این داده‌ها در دو سطح فردی و خانوار در قالب نمونه دو درصدی از کل کشور، جمع‌آوری شده است. در این داده‌ها، تعداد ۱۹۸۴۸ نفر دچار معلولیت و ۲۳۵۴۴۵ نفر فاقد معلولیت و همچنین در سطح خانوار، ۱۷۱۶۶ خانوار دارای حداقل یک فرد معلول و ۲۹۸۷۴۱ خانوار بدون فرد معلول بوده‌اند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری دو و چندمتغیری از جمله رگرسیون لجستیک در محیط نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها شیوع معلولیت در ایران حدود ۱۴ درصد برآورد شد و میزان شیوع معلولیت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری و در میان مردان بیشتر از زنان بود. همچنین نتایج نشان داد افراد دچار معلولیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر و نامناسب‌تری در مقایسه با افراد فاقد معلولیت داشتند. به علاوه، میزان و شیوع معلولیت بر حسب ویژگی‌های سرپرست خانوار، وضعیت اقتصادی و رفاه خانوار به‌طور معناداری متفاوت بود. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که خانوارهای زن سرپرست، تحصیلات و موقعیت شغلی پایین سرپرست خانوار، پایین بودن سطح رفاه خانوار و سکونت روستایی خانوار احتمال داشتن فرد معلول در خانوار را به‌طور معناداری افزایش داد.

نتیجه‌گیری وضعیت رفاهی سطح پایین زندگی و ابعاد مختلف فقر در خانوار با احتمال وجود فرد دچار معلولیت در ارتباط است؛ بنابراین، سیاستگذاری‌های رفاهی برای خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر جامعه و ارائه بسته‌های خدمات‌رسانی، به‌ویژه نیازهای افراد دارای معلولیت، در راستای کمک به آنان و جامعه پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه:

افراد دچار معلولیت، شیوع، رفاه، سرشماری، ایران

مقدمه

معلولیت و پیامدهای منفی جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، یکی از موانع رشد و توسعه کشور قلمداد می‌گردد. معلولیت، پدیده‌ای ناخواسته و ناگوار است که گروهی از انسان‌ها ممکن است به ناگزیر در بخشی از زندگی یا تمامی عمر خود به آن دچار گردند. هر چند تعدادی از نقص‌ها به‌صورت مادرزادی از بدو تولد به‌وجود می‌آیند، اما دیگر موارد در هر سنی ممکن است اتفاق افتد. بیشتر افراد معلول در تمام جنبه‌های زندگی به حاشیه رانده می‌شوند و احتمال بیکاری‌شان به دلیل تبعیض بیشتر و کیفیت زندگی‌شان بسیار پایین است [۱].

معلولیت از مفاهیمی است که قدمت تاریخی داشته و در هر مقطعی از تاریخ رویکرد جامعه نسبت به آن متفاوت بوده است و افراد دچار معلولیت گاهی سربار و گاهی موردترحم قرار

می‌گرفته‌اند، اما امروزه افراد دچار معلولیت بیشتر به دنبال ایفای نقش و کسب مسئولیت در جامعه هستند [۲]. در تبصره ماده ۱ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان ایران در تعریف فرد معلول چنین آمده است: «معلول به فردی اطلاق می‌شود که به تشخیص کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی بر اثر ضایعه جسمی، ذهنی یا توأم، اختلال مستمر و قابل توجهی در سلامت و کارایی عمومی وی ایجاد گردد، به طوری که موجب کاهش استقلال فرد در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی شود» [۳].

براساس تحلیل گذشته‌نگر داده‌های پیمایش سلامت جهانی (۲۰۰۲-۲۰۰۴) در ۵۴ کشور، شیوع معلولیت در میان بزرگسالان ۱۴٪ برآورد شده است. در این مطالعه، معلولیت به‌عنوان یک مشکل حاد در عملکرد و فعالیت بدنی تعریف شده است. براساس نتایج این گزارش شیوع معلولیت در میان زنان

* نویسنده مسئول:

نسیمه زنجری

نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه رفاه اجتماعی.

تلفن: ۰۰۴۲ ۲۲۱۸۰۰۴۲ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: zanjari.nz@gmail.com

بیش از مردان و در کشورهایی با درآمد کم و یا متوسط بیش از کشورهایی با درآمد بالا برآورد شده است. سازمان بهداشت جهانی نیز در گزارش سال ۲۰۱۱ خود شیوع معلولیت در افراد ۱۸ سال به بالا را در جهان حدود ۱۵/۶٪ گزارش کرده است [۴].

توجه و بررسی وضعیت افراد دچار معلولیت در عرصه سیاست‌گذاری و خدمات اجتماعی اهمیت بسیاری دارد. در نظریه سیاست‌گذاری عمومی، لاتون و ناهیمو (۱۹۳۷) بیان کرده‌اند که عملکرد هر فرد براساس سطح معینی از کفایت‌مندی^۲ (بالاترین سطح عملکردی که یک فرد ظرفیت اجرای آن را دارد) در محیطی با یک سطح فشار مشخص تعیین می‌شود [۵]. برای افراد دچار معلولیت، رابطه کفایت‌مندی با محیط کاملاً مشخص است. فقدان زیست مناسب جسمی و روانی افراد دچار معلولیت مانند نقص در مهارت‌های شناختی و یا نقص در سلامت جسمانی، می‌تواند توانایی آنان را در مقابله با تقاضاهای محیطی کاهش دهد و آنان را از سطوح انطباق دور سازد. از این‌رو، برای نگهداری سطوح انطباق موردنیاز افراد دچار معلولیت باید فشارهای محیط مانند تأمیل مسکن مناسب بر آنان کاهش یابد یا کفایت‌مندی آنان مانند تأمین وسایل کمکی از جمله سمعک افزایش یابد. البته تنها نیازهای فیزیکی مطرح نیست و محققین و سیاست‌گذاران باید به نیازهای بین فردی افراد معلول نیز توجه کنند.

در گذشته معلولیت بیشتر به‌عنوان یک خصوصیت فردی شناخته می‌شد و عملکرد متفاوت فرد معلول نسبت به دیگر افراد باعث می‌شد که فرد منزوی شود یا مورد برچسب‌زنی دیگران قرار گیرد، اما در دهه ۱۹۶۰ این دیدگاه تقلیل‌گرایی مورد نقد قرار گرفت و بر نقش عوامل محیطی بر فرایند معلولیت تأکید شد [۶]. براساس تحقیقات سازمان بهداشت جهانی و بحث‌های نظری کمیته «عوامل مؤثر بر نابرابری سلامت» در گزارش جهانی معلولیت، محیط زندگی یک فرد بیشترین تأثیر را بر تجربه و شیوع معلولیت دارد. محیط خارج از دسترس (از نظر منابع) به‌دلیل محرومیت برای کنشگران آن عرصه ایجاد معلولیت می‌کند. سلامت نیز از عوامل محیطی مانند: نوع مسکن، تغذیه و فقر تأثیر می‌پذیرد که این موارد علل اصلی سلامت پایین و در نتیجه معلولیت است [۷]. براساس چارچوب نظری‌ای که سازمان بهداشت جهانی ارائه می‌دهد، عملکرد یک فرد دچار معلولیت، به رابطه‌ای پیچیده از ارتباط سلامت او با عوامل فردی و زمینه‌ای بستگی دارد. این عوامل شامل: سن، جنسیت، قومیت، تحصیلات، وضعیت مالی والدین و تغذیه است [۶-۷].

مطالعات متعددی، فقدان فرصت‌ها و امکانات نظیر

تحصیلات و مسکن را به‌عنوان ابعادی از فقر در میان افراد دچار معلولیت در نظر گرفته و بر رابطه فقر و معلولیت تأکید کرده‌اند [۸،۹،۱۰]. براساس این مطالعات، حتی در کشورهای توسعه‌یافته، افراد معلول از شاخص‌های رفاهی و وضعیت زندگی پایینی برخوردارند و حتی پایین‌بودن سطح زندگی‌شان در طول زندگی باقی مانده است. در کشورهای درحال توسعه وضعیت نامناسب‌تر است و اکثر افراد معلول بدون حمایت‌های مادی یا پزشکی زندگی می‌کنند [۱۱].

در ایران تحقیقات متعددی در زمینه وضعیت و سلامت افراد دچار معلولیت انجام شده است. شمس قهفرخی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی شیوع معلولیت و رابطه آن با سطح توسعه استان‌ها با استفاده از نتایج کلان سرشماری ۱۳۸۵ نشان دادند که تفاوت‌های منطقه‌ای در شیوع معلولیت نمی‌تواند ناشی از توسعه اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی باشد [۱۲]. برخی دیگر از مطالعات در ایران به بحث پیرامون ابعاد حقوقی و نیازهای افراد دچار معلولیت پرداخته‌اند [۱۳،۱۴،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸]. عمده‌ترین نیازهای افراد دچار معلولیت در ایران در حوزه‌های آموزش و اشتغال و ازدواج است [۱۴]. همچنین، افراد مبتلا به ناتوانی جسمی در مقایسه با دیگر افراد جامعه مشارکت کمتری در اجتماع دارند و نفوذشان نیز کم‌تر است. آنها در مقایسه با افراد بدون معلولیت درآمد کمتر، تحصیلات پایین‌تر و شرایط سکونت نامناسب‌تری دارند [۱۹].

بدین ترتیب، شناخت موقعیت و وضعیت رفاهی افراد دچار معلولیت ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در این راستا، این مقاله در پی پاسخ به این سه سؤال است؛ ۱- شیوع معلولیت در ایران و تفاوت‌های سنی و جنسی آن چگونه است؟ ۲- وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد دچار معلولیت با افراد بدون معلولیت چه تفاوتی دارد؟ ۳- وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوار چه ارتباطی با احتمال داشتن فرد معلول در خانوار دارد؟

روش بررسی

در این تحقیق برای برآورد شیوع معلولیت و تفاوت‌های سنی و جنسی آن، از داده‌های کلان سرشماری ۱۳۸۵ استفاده شده است. براساس نتایج سرشماری، از جمعیت ۷۰،۵ میلیونی کشور تعداد ۱۰۱۲۲۲۲ نفر دچار معلولیت بودند. علاوه بر داده‌های کلی سرشماری، برای تحلیل عمیق‌تر موضوع از روش تحلیل ثانویه^۳ داده‌های خرد نمونه دو درصدی سرشماری^۴ ۱۳۸۵ در دو سطح فردی و خانوار استفاده شد [۲۰]. در شیوه نمونه‌گیری این داده‌ها، واحد نمونه‌گیری خانوارهای معمولی ساکن و گروهی در نقاط شهری یا روستایی کلیه شهرستان‌های ایران بوده است و از شیوه نمونه‌گیری روشمند خطی استفاده

۳. Secondary analysis
۴. Micro-census sampling data

۱. Lawton and Nahemow
۲. Competence

جدول ۱. شیوع معلولیت به تفکیک محل سکونت و جنسیت، ۱۳۸۵.

شیوع معلولیت (در هزار نفر)	تعداد کل جمعیت	تعداد افراد دچار معلولیت	
۱۴/۳۶	۷۰۴۹۵۷۸۲	۱۰۱۲۲۲۲	کل کشور
۱۸/۰۴	۳۵۸۶۶۳۶۲	۶۴۷۱۰۹	مرد
۱۰/۰۴	۳۴۶۲۹۴۲۰	۳۶۵۱۱۳	زن
۱۳/۱۳	۴۸۲۵۹۹۶۴	۶۳۳۶۳۱	مناطق شهری
۱۷/۰۳	۲۲۲۳۵۸۱۸	۳۷۸۵۹۱	مناطق روستایی

توانبخشی

منبع: پردازش بر مبنای نتایج کلی سرشماری ۱۳۸۵، مرکز آمار ایران.

است. «کیفیت مسکن» نیز شامل چهار متغیر نفر به اتاق، مساحت زیربنای واحد مسکونی، مصالح و نوع اسکلت بکاررفته و عمر واحد مسکونی است. برای ساختن شاخص ترکیبی و وزن‌دهی مؤلفه‌های سطح رفاه خانوار، از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^{۱۰} استفاده شد. براین اساس، شاخص رفاه خانوار ساخته شده و نمره عاملی آن نیز به‌عنوان متغیر جدید در نظر گرفته شد. برای تعیین سطح رفاه خانوارها ابتدا نمره عاملی را تراز و سپس با توجه به اینکه میانگین و انحراف معیار نمره تراز شده به ترتیب ۵۰ و ۱۰ است، یک واحد انحراف معیار کمتر و بیشتر از میانگین [۵۰]، در مقوله متوسط جای گرفت؛ یعنی مقادیر نمره عاملی بین ۴۰ تا ۶۰ به‌عنوان مقوله «سطح رفاهی متوسط»، مقادیر ۴۰ و کمتر به‌عنوان «سطح رفاهی پایین» و مقادیر ۶۰ و بیشتر به‌عنوان «سطح رفاهی بالا» طبقه‌بندی شد.

براساس داده‌ها و متغیرهای مذکور، در سطح فردی با استفاده از آزمون خی دو به مقایسه وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد معلول با افراد فاقد معلولیت پرداخته شد. در سطح خانوار از آزمون رگرسیون لجستیک به‌منظور آزمون رابطه ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی و سطح رفاه خانوار با احتمال داشتن فرد معلول استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج و یافته‌های تحقیق در سه بخش ارائه می‌شود: ابتدا با استفاده از نتایج کلی سرشماری ۱۳۸۵ تصویری جمعیت‌شناختی از شیوع معلولیت و انواع آن، برحسب سن، جنس و محل سکونت ارائه و سپس، با استفاده از داده‌های سطح فردی نمونه دو درصدی سرشماری، وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد دچار معلولیت در مقایسه با افراد فاقد معلولیت بررسی می‌شود. درنهایت، در سطح خانوار نتایج مربوط به بررسی رابطه ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی و سطح رفاه خانوار با معلولیت ارائه می‌گردد.

الف) شیوع معلولیت و انواع آن: بررسی نتایج کلی سرشماری ۱۳۸۵ نشان داد که از جمعیت ۷۰/۵ میلیونی کشور تعداد

شده است که به‌طور تقریبی، حدود ۱۰٪ از خانوارهای کشور را پوشش می‌دهد. حدود ۲۰٪ از داده‌های نمونه‌گیری مذکور در سطح خرد در دسترس کاربران قرار گرفته است. از این رو، این فایل داده‌ای، دو درصد کل جمعیت کشور را شامل می‌شود. در این داده‌ها، ۱۹۸۴۸ نفر دچار معلولیت و ۱۲۳۵۴۴۵ نفر فاقد معلولیت و همچنین در سطح خانوار، ۱۷۱۶۶ خانوار دارای فرد معلول و ۲۹۸۷۴۱ خانوار بدون فرد معلول بوده‌اند.

در سطح فردی، به‌منظور تحلیل وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد دچار معلولیت و مقایسه آن با افراد فاقد معلولیت از متغیرهای موجود در پرسشنامه سرشماری مانند: سواد، اشتغال به تحصیل، وضعیت ازدواج، فعالیت و اشتغال به کار استفاده شد. در سطح خانوار، به‌منظور بررسی رابطه ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی و سطح رفاه خانوار با احتمال داشتن فرد معلول، از متغیرهای موجود در پرسشنامه سرشماری مانند: جنسیت، سطح تحصیلات و طبقه شغلی سرپرست خانوار^۵، بُعد خانوار، محل سکونت خانوار و شاخص ساخته شده برای سطح رفاه خانوار استفاده شد.

شاخص سطح رفاه خانوار، براساس سه مؤلفه: برخورداری از کالاهای مصرفی بادوام^۶، تسهیلات خانوار^۷ و کیفیت مسکن^۸ ساخته شد. همان‌طور که موهانتی^۹ [۲۱] بیان کرده است این ابعاد به‌خوبی چندبُعدی بودن وضعیت رفاه اقتصادی خانوار را به تصویر می‌کشد. در مطالعه حاضر، «کالاهای مصرفی بادوام» شامل: متغیرهای مالکیت مسکن، ماشین (خودروی سبک مانند سواری، وانت و ون)، موتورسیکلت و کامپیوتر و «تسهیلات خانوار» شامل: برخورداری و استفاده خانوار از آب لوله‌کشی، گاز لوله‌کشی، برق، تلفن ثابت، حمام و آشپزخانه

۵. قانونگذاران، مقامات عالی‌رتبه و مدیران و متخصصین در طبقه شغلی بالا، تکنسین‌ها و دستیاران آنها، کارکنان امور دفتری و اداری، کارکنان خدماتی و فروشندگان، صنعتگران و کارکنان مشاغل مربوطه، متصدیان، مونتازکاران ماشین‌آلات و رانندگان و نیروهای مسلح در طبقه شغلی متوسط، کشاورزان، ماهیگیران و کارگران ساده در طبقه شغلی پایین قرار گرفتند.

Consumer durables ۶

Household amenities ۷

Housing quality ۸

Mohanty ۹

۱۰. Principle component analysis (PCA)

جدول ۲. توزیع نسبی و شیوع انواع معلولیت به تفکیک محل سکونت و جنسیت، ۱۳۸۵.

نوع معلولیت	کل		محل سکونت				جنسیت	
	شیوع (در هزار)	توزیع نسبی	شهر	روستا	مرد	زن	شیوع (در هزار)	توزیع نسبی
نابینا	۱/۳۴	۷/۵	۱/۱۵	۷/۱	۱/۷۴	۸/۱	۱/۵۵	۷/۰
ناشنوا	۱/۳۰	۷/۳	۱/۱۳	۷/۰	۱/۶۵	۷/۸	۱/۴۵	۶/۵
اختلال در گفتار و صدا	۲/۱۷	۱۲/۲	۱/۸۸	۱۱/۶	۲/۸۱	۱۳/۱	۲/۶۲	۱۱/۸
قطع دست	۰/۳۳	۱/۹	۰/۳۲	۲/۰	۰/۳۶	۱/۷	۰/۵۳	۲/۴
نقص دست	۱/۹۹	۱۱/۱	۱/۸۲	۱۱/۲	۲/۳۴	۱۱/۰	۲/۸۰	۱۲/۶
قطع پا	۰/۶۸	۲/۸	۰/۶۷	۴/۱	۰/۷۱	۳/۳	۰/۹۹	۴/۵
نقص پا	۴/۱۵	۲۳/۳	۳/۸۳	۲۳/۶	۴/۸۶	۲۲/۸	۵/۲۲	۲۳/۵
نقص تنه	۱/۷۰	۹/۵	۱/۴۹	۹/۲	۲/۱۴	۱۰/۰	۱/۹۷	۸/۹
اختلال ذهنی	۴/۱۹	۲۳/۵	۳/۹۵	۲۴/۳	۱۴/۷۲	۲۲/۱	۵/۰۷	۲۲/۹
جمع	۱۴/۴	۱۰۰/۰	۱۳/۱	۱۰۰/۰	۱۷/۰	۱۰۰/۰	۱۸/۰	۱۰۰/۰

منبع: پردازش بر مبنای نتایج کلی سرشماری ۱۳۸۵، مرکز آمار ایران.

توانبخشنی

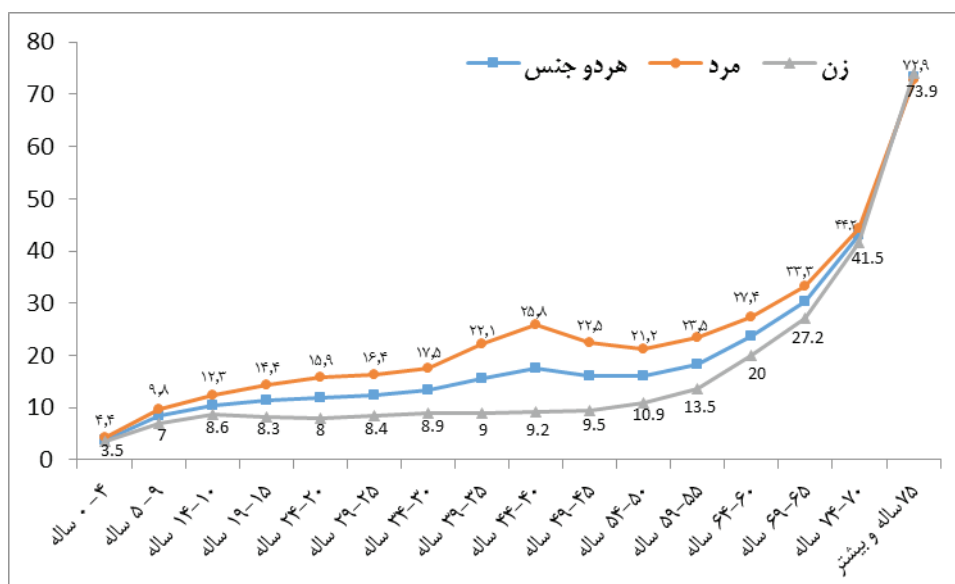
زنان بوده است.

بررسی شیوع انواع معلولیت در جدول ۲ نشان می‌دهد که اختلال ذهنی و نقص پا شیوع بیشتری در ایران داشته و در مقابل، کمترین مربوط به قطع دست و پا بوده است.

بر اساس جدول شماره ۲؛ توزیع و شیوع انواع معلولیت در مناطق شهری و روستایی متفاوت بود. در شهرها، معلولیت ذهنی بیش از معلولیت‌های دیگر و در مناطق روستایی نقص

۱۰۱۲۲۲۲ نفر دچار معلولیت بودند. از این رو، شیوع معلولیت در ایران ۱/۴ درصد یا ۱۴/۴ در هزار بود. شیوع معلولیت از رقم ۱۹/۵ در هزار در استان خراسان جنوبی تا ۱۱/۳ در هزار در استان تهران در نوسان بوده است. از میان افراد دچار معلولیت، حدود ۸۱٪ یک نوع معلولیت، ۱۳/۷٪ دو نوع معلولیت و ۵/۳٪ سه نوع معلولیت و بیشتر داشتند. همچنین، همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد شیوع معلولیت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری و همچنین در میان مردان بیشتر از

نمودار ۱. میزان شیوع معلولیت (در هزار نفر جمعیت) به تفکیک گروه‌های سنی، ۱۳۸۵.



توانبخشنی

منبع: پردازش بر مبنای نتایج کلی سرشماری ۱۳۸۵، مرکز آمار ایران.

علاوه بر موارد مذکور، افراد دارای معلولیت میزان اشتغال به مراتب پایین‌تری در مقایسه با افراد فاقد معلولیت داشتند، به طوری که در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال، ۳۶/۶٪ افراد دارای معلولیت در مقایسه با ۵۲/۵٪ از افراد بدون معلولیت شاغل بودند. درباره سطوح شغلی نیز نتایج نشان می‌دهد که ۴۱٪ از افراد دچار معلولیت شاغل در مشاغل سطح بالا (قانونگذار، مقامات عالی‌رتبه و مدیران و متخصصین)، ۴۱/۵٪ در مشاغل سطح متوسط (تکنسین و دستیار، کارکنان امور دفتری و اداری، کارکنان خدماتی و فروشندگان، صنعتگران و کارکنان مشاغل مربوطه، متصدیان، مونتاژکاران ماشین‌آلات و رانندگان، نیروهای مسلح) و ۵۴/۵٪ در مشاغل سطح پایین (کشاورزی، جنگلداری و ماهیگیری، کارگران ساده) مشغول به فعالیت بوده‌اند، در حالی که افراد شاغل بدون معلولیت ۱۰/۴٪ در سطوح شغلی بالا، ۵۰/۱٪ در سطوح شغلی متوسط و ۳۹/۵٪ در سطوح شغلی پایین قرار داشتند.

ج) رابطه وضعیت اقتصادی-رفاهی خانوار با احتمال داشتن فرد معلول: در سطح خانوار، به منظور بررسی رابطه ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی و سطح رفاه خانوار و احتمال داشتن فرد معلول، از متغیرهایی نظیر: جنسیت، سطح تحصیلات، طبقه شغلی سرپرست خانوار، بُعد خانوار، محل سکونت خانوار و درنهایت، شاخص سطح رفاه خانوار استفاده شده است.

نتایج نشان داد از میان ۳۱۵۹۰۷ خانوار مورد بررسی، ۹۴/۴٪ خانوارها فاقد فرد معلول و ۵/۶٪ خانوارها دارای حداقل یک فرد معلول در خانوار بودند. البته میزان و شیوع معلولیت برحسب ویژگی‌های اقتصادی و رفاهی خانوارها به طور معناداری متفاوت بوده است (جدول ۴). بر این اساس، خانوارهای دارای فرد معلول از وضعیت اقتصادی و رفاهی پایین‌تری برخوردارند. معلولیت در خانوارهای زن سرپرست بیشتر از خانوارهای مرد سرپرست بود. همچنین، معلولیت در خانوارهایی که سرپرست خانوار بی‌سواد بودند یا سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند یا در طبقه شغلی پایین‌تری بودند، شیوع بیشتری داشته است. شیوع معلولیت در خانوارهایی که سطح رفاهی پایین‌تری از نظر برخورداری از کالاهای مصرفی بادوام، تسهیلات خانوار و کیفیت مسکن داشتند، بیشتر بوده است. به علاوه، نتایج نشان داد که هرچه تعداد افراد خانوار بیشتر باشد، احتمال وجود فرد معلول در خانوار افزایش می‌یابد. همچنین شیوع معلولیت در خانوارهای روستایی بیشتر از خانوارهای شهری بود.

با توجه به تفاوت ویژگی‌های اقتصادی و رفاهی خانوارهای دارای فرد معلول و خانوارهای فاقد فرد معلول، این پرسش مطرح می‌شود که وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوار با احتمال داشتن فرد معلول در خانوار چه رابطه‌ای دارد؟ برای پاسخ به این پرسش از آزمون رگرسیون لجستیک در دو سطح تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. در این آزمون وجود فرد معلول در

پا نسبت به دیگر معلولیت‌ها از شیوع بیشتری برخوردار بوده است. علاوه بر این، شیوع انواع معلولیت در بین مردان و زنان نیز متفاوت بود. در بین زنان معلولیت ذهنی و در بین مردان نقص پا نسبت به دیگر معلولیت‌ها از شیوع بیشتری برخوردار بوده است.

همچنین، توزیع سنی افراد دچار معلولیت نشان داد که ۱۴٪ معلولان زیر ۱۵ سال، ۳۰٪ در سنین ۱۵-۲۹ سال، ۲۱٪ در سنین ۳۰ تا ۴۴ سال، ۱۳٪ ۴۵ تا ۶۰ سال، ۲۲٪ ۶۰ ساله و بالاتر بودند. از این رو، بیشترین افراد دچار معلولیت به تبعیت از بیشترین سهم جمعیت، در سنین جوانی قرار داشتند. البته همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد شیوع معلولیت همراه با بالا رفتن سن، افزایش یافته است. میزان شیوع معلولیت برای زنان از سنین ۱۰ تا ۵۰ سالگی تقریباً هم‌سطح و ۱۰ در هزار بوده و از سن ۵۰ سالگی به بعد افزایش یافته و در سنین ۷۵ سالگی و بالاتر به ۷۴ در هزار رسیده است. برای مردان، روند افزایشی در گذار سنی داشته و در سن ۴۰ تا ۴۴ سالگی به ۲۶ در هزار رسیده و بعد از کاهش اندک در سنین ۴۵ تا ۶۰ سالگی، از ۶۰ سالگی به بعد با سرعت بیشتری افزایش یافته است.

ب) تحلیل وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد دچار معلولیت: این بخش از یافته‌ها از داده‌های نمونه دو درصدی سرشماری ۱۳۸۵ شامل ۱۹۸۴۸ نفر دچار معلولیت و ۱۲۳۵۴۴۵ نفر فاقد معلولیت به دست آمده است. وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد با و بدون معلولیت به تفکیک جنس و سن در جدول ۳ نمایش داده شده است. به طور کلی، افراد دچار معلولیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد فاقد معلولیت داشتند.

افراد دارای معلولیت حدود دو برابر کمتر از افراد فاقد معلولیت به تحصیل مشغول بودند؛ برای مثال، در حالی که ۹۰٪ کودکان ۶-۹ ساله فاقد معلولیت مشغول به تحصیل‌اند، این میزان برای کودکان دارای معلولیت ۴۸٪ بود. علاوه بر این، میزان باسوادی افراد دچار معلولیت در همه گروه‌های سنی کمتر از افراد فاقد معلولیت بوده است؛ برای مثال، در حالی که ۹۶٪ افراد بدون معلولیت سنین ۱۵-۲۹ سال باسواد بودند، فقط ۶۱٪ از افراد معلول در این گروه سنی باسوادند.

همچنین، درصد ازدواج کرده‌ها در میان افراد دچار معلولیت به مراتب کمتر از افراد فاقد معلولیت بود؛ برای مثال، در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال ۷۳/۶٪ افراد فاقد معلولیت ازدواج کرده، در حالی که فقط ۳۷/۵٪ افراد دچار معلولیت ازدواج کرده‌اند. همچنین، نکته قابل توجه این است که برای افراد دارای معلولیت نسبت ازدواج کرده‌های مرد بیشتر از زن بود، اما این وضعیت برای افراد فاقد معلولیت برعکس است.

جدول ۳. مقایسه وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد دچار معلولیت با افراد بدون معلولیت به تفکیک جنس و سن.

سطح معناداری	تعداد کل نمونه		درصد اشتغال به تحصیل (%)						گروه‌های سنی
			هر دو جنس		مرد		زن		
			افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	
۰/۰۰۱	۷۹۶۷۹	۷۳۳	۹۰/۱	۳۷/۷	۹۰/۴	۵۰/۵	۸۹/۸	۳۳/۷	۶-۹
۰/۰۰۱	۱۳۱۱۷۲	۱۴۳۳	۹۰/۲	۵۳/۴	۹۲/۴	۵۶/۰	۸۷/۰	۳۹/۸	۱۰-۱۴
۰/۰۰۱	۱۵۱۳۴۹	۱۸۸۶	۵۲/۰	۲۵/۹	۵۴/۳	۲۶/۸	۴۹/۸	۲۴/۳	۱۵-۱۹
۰/۰۰۱	۱۴۸۰۱۶	۲۰۶۹	۱۴/۸	۶/۸	۱۴/۴	۵/۸	۱۵/۲	۹/۰	۲۰-۲۴
۰/۰۰۱	۱۲۶۵۰۹	۱۷۳۲	۴/۵	۲/۷	۴/۴	۲/۴	۴/۶	۳/۲	۲۵-۲۹
۰/۰۰۱	۴۸۲۷۷۸	۱۱۳۳۶	۱/۲	۰/۶	۱/۳	۰/۷	۱/۱	۰/۵	۳۰ سال به بالا
۰/۰۰۱	۱۱۰۹۴۸۹	۱۹۱۷۹	۲۶/۴	۹/۷	۲۷/۳	۹/۷	۲۵/۶	۹/۷	کل
میزان یاسوادی (%)									
سطح معناداری	تعداد کل نمونه		میزان یاسوادی (%)						گروه‌های سنی
			هر دو جنس		مرد		زن		
			افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	
۰/۰۰۱	۲۰۰۸۴۴	۲۱۵۶	۹۶/۱	۵۸/۹	۹۶/۴	۶۱/۴	۹۵/۸	۵۵/۳	۶-۱۴
۰/۰۰۱	۳۲۵۸۶۷	۵۶۸۷	۹۵/۹	۶۱/۰	۹۷/۲	۶۵/۴	۹۴/۶	۵۲/۱	۱۵-۲۹
۰/۰۰۱	۳۴۹۳۷۴	۴۲۲۵	۸۳/۴	۶۱/۲	۹۰/۴	۶۹/۰	۷۶/۳	۳۳/۴	۳۰-۴۴
۰/۰۰۱	۱۳۵۸۴۳	۲۴۰۰	۵۴/۹	۳۹/۵	۷۱/۲	۵۰/۹	۳۹/۶	۱۹/۲	۴۵-۵۹
۰/۰۰۱	۹۷۵۶۱	۴۷۱۱	۲۰/۶	۱۲/۴	۳۱/۹	۱۸/۹	۹/۳	۵/۰	۶۰ سال و بالاتر
۰/۰۰۱	۱۱۰۹۴۸۹	۱۹۱۷۹	۸۱/۵	۴۶/۲	۸۶/۶	۵۴/۳	۷۶/۵	۳۲/۵	کل
میزان ازدواج (%)									
سطح معناداری	تعداد کل نمونه		میزان ازدواج (%)						گروه‌های سنی
			هر دو جنس		مرد		زن		
			افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	
۰/۰۰۱	۱۱۵۴۹۸	۱۴۴۰	۱۲/۹	۲/۴	۲/۳	۲/۱	۲۳/۰	۳/۰	۱۵-۱۹
۰/۰۰۱	۱۳۳۰۶۵	۱۹۸۲	۴۲/۴	۱۴/۵	۲۶/۵	۱۶/۶	۵۶/۴	۱۰/۰	۲۰-۲۴
۰/۰۰۱	۱۳۴۴۹۲	۱۶۸۸	۷۳/۶	۳۷/۵	۶۹/۰	۴۵/۸	۷۸/۲	۱۹/۸	۲۵-۲۹
۰/۰۰۱	۹۷۶۸۲	۱۴۱۶	۸۹/۴	۵۴/۹	۹۰/۲	۶۷/۵	۸۷/۶	۲۸/۸	۳۰-۳۴
۰/۰۰۱	۸۴۱۲۸	۱۴۳۳	۹۵/۳	۶۷/۷	۹۶/۵	۷۸/۱	۹۴/۲	۳۳/۴	۳۵-۳۹
۰/۰۰۱	۳۹۹۵۱۶	۸۳۷۷	۹۸/۹	۸۰/۷	۹۹/۲	۸۲/۸	۹۸/۷	۷۷/۷	۴۰ سال و بالاتر
۰/۰۰۱	۸۶۴۱۸۱	۱۶۳۳۶	۷۳/۰	۶۳/۱	۶۹/۲	۶۴/۷	۷۶/۷	۵۸/۴	کل
میزان اشتغال (%)									
سطح معناداری	تعداد کل نمونه		میزان اشتغال (%)						گروه‌های سنی
			هر دو جنس		مرد		زن		
			افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	افراد فاقد معلولیت	افراد دچار معلولیت	
۰/۰۰۱	۱۱۹۶۳۳	۱۴۵۳	۱۵/۲	۱۱/۴	۲۵/۳	۱۴/۷	۶/۲	۵/۰	۱۶-۱۹
۰/۰۰۱	۳۷۱۵۳۸	۳۷۰۰	۳۷/۲	۲۵/۸	۶۴/۹	۳۴/۷	۱۱/۴	۶/۹	۲۰-۲۹
۰/۰۰۱	۱۸۱۶۰۷	۲۸۵۱	۵۲/۵	۳۶/۶	۸۹/۴	۳۹/۷	۱۴/۹	۸/۳	۳۰-۳۹
۰/۰۰۱	۱۳۴۱۸۴	۲۳۰۳	۵۰/۲	۳۹/۳	۸۷/۶	۵۲/۳	۱۱/۶	۷/۴	۴۰-۴۹
۰/۰۰۱	۷۷۱۰۰	۱۲۸۲	۲۸/۹	۲۷/۷	۷۴/۱	۴۲/۷	۷/۰	۴/۹	۵۰-۵۹
۰/۰۰۱	۹۵۷۵۹	۴۶۴۰	۲۶/۴	۱۱/۰	۴۸/۳	۱۹/۲	۳/۷	۱/۳	۶۰ سال و بالاتر
۰/۰۰۱	۸۶۴۱۸۱	۱۶۳۳۶	۳۸/۲	۲۴/۲	۶۷/۱	۳۵/۴	۱۰/۱	۴/۸	کل

توانبخشی

منبع: تحلیل ثانویه داده‌های سطح فردی نمونه دو درصدی سرشماری ۱۳۸۵.

نکته: از آزمون کای اسکور برای بررسی سطح معناداری تفاوت‌های وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد دچار معلولیت با افراد فاقد معلولیت برای هر دو جنس استفاده شده است.

جدول ۴. ویژگی‌های اقتصادی و رفاهی خانوارهای دارای فرد معلول و فاقد معلول، ۱۳۸۵.

وجود فرد معلول در خانوار		ویژگی‌های اقتصادی رفاهی خانوار	وجود فرد معلول در خانوار		ویژگی‌های اقتصادی رفاهی خانوار
خیر (%)	بلی (%)		خیر (%)	بلی (%)	
۹۰۶۸ (۶/۶)	۱۲۹۳۰۶ (۹۲/۴)	روستا	۱۵۰۹۸ (۵/۳)	۲۶۷۹۲۲ (۹۴/۷)	مرد
۸۵۴۸ (۴/۸)	۱۶۸۹۸۵ (۹۵/۲)	شهر	۲۵۱۸ (۷/۷)	۳۰۳۶۹ (۹۲/۳)	زن
$X^2=۴۴۶/۳۰$ $P=۰/۰۰۱$		آزمون معناداری	$X^2=۳۰۱/۶۸$ $P=۰/۰۰۱$		آزمون معناداری
۲۸۲۸ (۵/۶)	۶۴۹۴۵ (۹۴/۴)	۲-۱	۸۷۶۶ (۹/۷)	۸۱۳۳۷ (۹۰/۳)	بیسواد
۷۸۷۰ (۵/۵)	۱۳۴۳۴۶ (۹۴/۵)	۳-۳	۴۹۷۱ (۵/۶)	۸۳۳۹۵ (۹۴/۴)	ابتدایی
۴۱۳۹ (۵/۵)	۷۱۴۷۹ (۹۴/۵)	۶-۵	۱۸۹۶ (۳/۵)	۵۲۰۹۱ (۹۶/۵)	راهنمایی
۱۷۷۹ (۶/۱)	۲۷۶۰۳ (۹۲/۹)	۷	۱۴۳۴ (۲/۶)	۵۳۱۳۳ (۹۷/۴)	متوسطه و دیپلم
$X^2=۱۴۶/۷۱$ $P=۰/۰۰۲$		آزمون معناداری	$X^2=۵۰۳۰/۱۳$ $P=۰/۰۰۱$		آزمون معناداری
۴۸۷۷ (۷/۱)	۷۵۱۴۸ (۹۲/۹)	پایین	۱۴۵۷۴ (۷/۰)	۱۹۸۶۱۲ (۹۳/۰)	پایین
۷۳۱۵ (۵/۸)	۱۱۹۷۶۶ (۹۴/۲)	متوسط	۲۶۳۲ (۳/۲)	۷۹۲۸۲ (۹۶/۸)	متوسط
۵۴۲۷ (۵/۰)	۱۰۳۳۷۷ (۹۵/۰)	بالا	۴۱۰ (۲/۰)	۲۰۲۹۷ (۹۸/۰)	بالا
$X^2=۱۲۰/۷۸$ $P=۰/۰۰۱$		آزمون معناداری	$X^2=۴۰۱/۶۸$ $P=۰/۰۰۱$		آزمون معناداری

توانبخشی

منبع: تحلیل ثانویه داده‌های نمونه دو درصدی سطح خانوار، سرشماری ۱۳۸۵.

شغلی سرپرستان بالا و متوسط بود، احتمال وجود فرد معلول نسبت به خانوارهایی که سرپرست آنها در طبقه شغلی پایین قرار داشت، کمتر بود.

نتایج مذکور در رگرسیون لجستیک چندمتغیری (تعدیل شده) همچنان معنادار باقی ماند. در ارتباط با سطح رفاهی خانوار، نتایج نشان داد خانوارهایی که در سطح رفاهی متوسط و بالا قرار داشتند، احتمال وجود فرد معلول در آنها نسبت به خانوارهای با سطح رفاهی پایین کمتر بود. علاوه بر این، در ارتباط با متغیر محل سکونت شهری و روستایی خانوار، نتایج نشان داد که احتمال وجود فرد معلول در خانوارهای شهری کمتر از خانوارهای روستایی بود.

بحث

این مقاله با استفاده از تحلیل ثانویه داده‌های سطح فردی و خانوار سرشماری ۱۳۸۵ به بررسی شیوع معلولیت در ایران و تفاوت‌های سنی و جنسی آن، تحلیل وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد دچار معلولیت در مقایسه با افراد بدون معلولیت و بررسی رابطه وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوار با احتمال داشتن فرد معلول در خانوار پرداخته است.

خانوار به‌عنوان متغیر وابسته و ویژگی‌های سرپرست خانوار شامل: جنسیت، سطح تحصیلات و طبقه شغلی سرپرست خانوار، مشخصه‌های جمعیتی خانوار شامل: بُعد خانوار و محل سکونت خانوار و شاخص سطح رفاه خانوار به‌عنوان متغیرهای مستقل تحقیق در نظر گرفته شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

نتایج رگرسیون لجستیک تک‌متغیره نشان داد که احتمال وجود فرد معلول در خانوارهای زن سرپرست بیشتر از خانوارهای مرد سرپرست بود، اما با ورود متغیرهای دیگر این نتیجه برعکس شد؛ یعنی در صورت کنترل متغیرهایی نظیر سطح تحصیلات و طبقه شغلی سرپرست خانوار و سطح رفاهی خانوار، احتمال وجود فرد معلول در خانوارهای زن سرپرست کمتر از خانوارهای مرد سرپرست می‌شد.

همچنین براساس نتایج رگرسیون لجستیک، هرچه سطح تحصیلات سرپرست خانوار بیشتر شود، احتمال وجود فرد معلول در خانوار کاهش می‌یابد؛ برای مثال، در خانوارهایی که سرپرست آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند احتمال وجود فرد معلول کمتر از خانوارهایی بود که سرپرست آنها بی‌سواد بودند. در مورد طبقه شغلی سرپرست خانوار، در خانوارهایی که طبقه

جدول ۴. ویژگی‌های اقتصادی و رفاهی خانوارهای دارای فرد معلول و فاقد معلول، ۱۳۸۵.

وجود فرد معلول در خانوار		ویژگی‌های اقتصادی رفاهی خانوار	وجود فرد معلول در خانوار		ویژگی‌های اقتصادی رفاهی خانوار
خیر (%)	بلی (%)		خیر (%)	بلی (%)	
۹۰۶۸ (۶/۶)	۱۲۹۳۰۶ (۹۲/۴)	روستا	۱۵۰۹۸ (۵/۳)	۲۶۷۹۲۲ (۹۴/۷)	مرد
۸۵۴۸ (۴/۸)	۱۶۸۹۸۵ (۹۵/۲)	شهر	۲۵۱۸ (۷/۷)	۳۰۳۶۹ (۹۲/۳)	زن
آزمون معناداری		محل سکونت خانوار	آزمون معناداری		جنسیت سرپرست خانوار
$X^2=446/30$ $P=0/001$		آزمون معناداری	$X^2=301/68$ $P=0/001$		آزمون معناداری
۲۸۲۸ (۵/۶)	۶۴۹۴۵ (۹۴/۴)	۲-۱	۸۷۶۶ (۹/۷)	۸۱۳۳۷ (۹۰/۳)	بیسواد
۷۸۷۰ (۵/۵)	۱۳۴۳۴۶ (۹۴/۵)	۴-۳	۴۹۷۱ (۵/۶)	۸۳۳۹۵ (۹۴/۴)	ابتدایی
۴۱۳۹ (۵/۵)	۷۱۴۷۹ (۹۴/۵)	۶-۵	۱۸۹۶ (۳/۵)	۵۲۰۹۱ (۹۶/۵)	راهنمایی
۱۷۷۹ (۶/۱)	۲۷۶۰۳ (۹۲/۹)	۷	۱۴۳۴ (۲/۶)	۵۳۱۳۳ (۹۷/۴)	متوسطه و دیپلم
آزمون معناداری		تعداد افراد خانوار	آزمون معناداری		سطح تحصیلات سرپرست خانوار
$X^2=146/71$ $P=0/002$		آزمون معناداری	$X^2=5030/13$ $P=0/001$		آزمون معناداری
۴۸۷۷ (۷/۱)	۷۵۱۴۸ (۹۲/۹)	پایین	۱۴۵۷۴ (۷/۰)	۱۹۸۶۱۲ (۹۳/۰)	پایین
۷۳۱۵ (۵/۸)	۱۱۹۷۶۶ (۹۴/۲)	متوسط	۲۶۳۲ (۳/۲)	۷۹۲۸۲ (۹۶/۸)	متوسط
۵۴۲۷ (۵/۰)	۱۰۳۳۷۷ (۹۵/۰)	بالا	۴۱۰ (۲/۰)	۲۰۲۹۷ (۹۸/۰)	بالا
آزمون معناداری		سطح رفاه خانوار	آزمون معناداری		طبقه شغلی سرپرست خانوار
$X^2=120/78$ $P=0/001$		آزمون معناداری	$X^2=401/68$ $P=0/001$		آزمون معناداری

توانبخشی

منبع: تحلیل ثانویه داده‌های نمونه دو درصدی سطح خانوار، سرشماری ۱۳۸۵.

شغلی سرپرستان بالا و متوسط بود، احتمال وجود فرد معلول نسبت به خانوارهایی که سرپرست آنها در طبقه شغلی پایین قرار داشت، کمتر بود.

نتایج مذکور در رگرسیون لجستیک چندمتغیری (تعدیل شده) همچنان معنادار باقی ماند. در ارتباط با سطح رفاهی خانوار، نتایج نشان داد خانوارهایی که در سطح رفاهی متوسط و بالا قرار داشتند، احتمال وجود فرد معلول در آنها نسبت به خانوارهای با سطح رفاهی پایین کمتر بود. علاوه بر این، در ارتباط با متغیر محل سکونت شهری و روستایی خانوار، نتایج نشان داد که احتمال وجود فرد معلول در خانوارهای شهری کمتر از خانوارهای روستایی بود.

بحث

این مقاله با استفاده از تحلیل ثانویه داده‌های سطح فردی و خانوار سرشماری ۱۳۸۵ به بررسی شیوع معلولیت در ایران و تفاوت‌های سنی و جنسی آن، تحلیل وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد دچار معلولیت در مقایسه با افراد بدون معلولیت و بررسی رابطه وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوار با احتمال داشتن فرد معلول در خانوار پرداخته است.

خانوار به‌عنوان متغیر وابسته و ویژگی‌های سرپرست خانوار شامل: جنسیت، سطح تحصیلات و طبقه شغلی سرپرست خانوار، مشخصه‌های جمعیتی خانوار شامل: بُعد خانوار و محل سکونت خانوار و شاخص سطح رفاه خانوار به‌عنوان متغیرهای مستقل تحقیق در نظر گرفته شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

نتایج رگرسیون لجستیک تک‌متغیره نشان داد که احتمال وجود فرد معلول در خانوارهای زن سرپرست بیشتر از خانوارهای مرد سرپرست بود، اما با ورود متغیرهای دیگر این نتیجه برعکس شد؛ یعنی در صورت کنترل متغیرهایی نظیر سطح تحصیلات و طبقه شغلی سرپرست خانوار و سطح رفاهی خانوار، احتمال وجود فرد معلول در خانوارهای زن سرپرست کمتر از خانوارهای مرد سرپرست می‌شد.

همچنین براساس نتایج رگرسیون لجستیک، هرچه سطح تحصیلات سرپرست خانوار بیشتر شود، احتمال وجود فرد معلول در خانوار کاهش می‌یابد؛ برای مثال، در خانوارهایی که سرپرست آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند احتمال وجود فرد معلول کمتر از خانوارهایی بود که سرپرست آنها بی‌سواد بودند. در مورد طبقه شغلی سرپرست خانوار، در خانوارهایی که طبقه

جدول شماره ۵. نتایج رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندمتغیره از ارتباط وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوار بر نسبت برتری (odds ratio) احتمال داشتن فرد دارای معلولیت در خانوار.

نتایج رگرسیون لجستیک						وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوار
چندمتغیره (Adjusted)			تک‌متغیره (Unadjusted)			
Sig	EXP (B)	B	Sig	EXP (B)	B	
						مرد (R)
						جنسیت سرپرست خانوار
						زن
۰/۰۰۱	۰/۶۲۴	-۰/۴۷۲	۰/۰۰۱	۱/۴۷۱	۰/۳۸۶	
						بی‌سواد (R)
						ابتلایی
۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	-۰/۴۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	-۰/۵۹۲	
						راهنمایی
۰/۰۰۱	۰/۴۱۱	-۰/۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸	-۱/۰۸۶	
						متوسطه و دیپلم
۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	-۱/۱۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۵۰	-۱/۲۸۵	
						دانشگاهی
۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	-۱/۴۵۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۰	-۱/۷۱۶	
						پایین (R)
						متوسط
۰/۰۰۱	۰/۸۸۲	-۰/۱۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	-۰/۴۶۶	
						بالا
۰/۰۰۱	۰/۷۲۵	-۰/۰۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲	-۰/۹۶۱	
						۱-۲ (R)
						۳-۴
۰/۱۵۴	۱/۰۳۰	۰/۰۳۰	۰/۷۸۴	۰/۹۹۴	-۰/۰۰۶	
						۵-۶
۰/۷۴۲	۰/۹۹۲	-۰/۰۰۸	۰/۴۴۲	۰/۹۸۲	-۰/۰۱۸	
						۷+
۰/۱۴۱	۱/۰۴۵	۰/۰۴۴	۰/۰۰۳	۱/۰۹۳	۰/۰۸۹	
						پایین (R)
						متوسط
۰/۴۱۳	۱/۰۱۶	۰/۰۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۴۱	۰/۰۶۱	
						بالا
۰/۰۲۰	۰/۹۵۱	-۰/۰۵۰	۰/۰۰۰	۰/۸۰۸	-۰/۲۱۳	
						روستا (R)
						شهر
۰/۰۰۵	۰/۹۵۳	-۰/۰۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲۱	-۰/۳۳۷	
Constant: -۲/۴۸۴			Sig: ۰/۰۰۱			

توانبخشنی

افزایش ناتوانی همراه است، اما این وضعیت در این دوران عمدتاً با رفتارهای دوران زندگی فرد مانند: نداشتن فعالیت فیزیکی، تجربه رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن و حتی زندگی در وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامناسب مرتبط است. از این رو، در بسیاری از جوامع بر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری خاص معلولیت و سالمندی تأکید شده است [۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸]. نکته‌ای که در اینجا نیاز به تحقیق بیشتری دارد این است که چرا در زنان میزان شیوع معلولیت از سن ۱۰ تا ۵۰ سالگی تقریباً هم‌سطح است و از سن پنجاه سالگی به بعد افزایش می‌یابد، اما برای مردان روند افزایشی در امتداد سنی مشاهده می‌شود ولی در سنین ۴۵ تا ۶۰ سالگی کاهش اندکی داشته است و از سنین ۶۰ سالگی به بعد با سرعت بیشتری افزایش می‌یابد؟

با توجه به یافته‌ها، میزان شیوع معلولیت در ایران ۱۴ در هزار بوده است. میزان شیوع معلولیت در روستاها بیشتر از شهرها و در مردان بیشتر از زنان بود. البته در بیشتر گزارش‌های جهانی، زنان دارای معلولیت بیشتری گزارش شده است و بیان می‌شود که زنان بیش از مردان با مشکلات غیرمهلک روبرو هستند، در حالی که معلولیت مردان همراه با تهدید زندگی‌شان، بیشتر است [۲۲]. شاید علت بیشتر بودن مردان دارای معلولیت در ایران به دلیل واقعه جنگ و همچنین سوانح و تصادف‌ها باشد. شیوع معلولیت با افزایش سن، سیر صعودی داشته است که ماهیت فرایند سالمندی و سبک زندگی در دوران زندگی می‌تواند از دلایل این موضوع باشد. در تحقیقات حوزه سالمندی و معلولیت نشان داده شده است که هرچند به‌طور طبیعی، سالمندی با کاهش عملکرد جسمانی، شناختی و

جاده‌ای و بیماری‌های مزمن می‌توان انتظار داشت که شیوع معلولیت در ایران افزایش یابد. از این‌رو، با شناسایی عوامل همبسته با احتمال داشتن فرد معلول در خانواده که قابل کنترل است، می‌توان میزان شیوع معلولیت را در جامعه کاهش داد. براساس نتایج تحقیق حاضر می‌توان به نمای کلی از معلولیت در جامعه ایران دست یافت. افراد دارای معلولیت در جامعه ما با مشکلات متعددی از جمله: تحصیل، اشتغال و ازدواج مواجه هستند. همچنین محیط زندگی خانوادگی و ابعاد مختلف فقر در خانوار مانند: وضعیت رفاهی، تحصیلات پایین سرپرست خانوار و محل زندگی روستایی با وجود فرد دچار معلولیت در خانوار در ارتباط است. پس با سیاست‌گذاری‌های رفاهی برای خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر جامعه و ارائه بسته‌های خدمات‌رسانی، به‌ویژه نیازهای افراد دارای معلولیت، می‌توان هم به آنان و هم به جامعه کمک کرد.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر براساس داده‌های ثانویه انجام شده است، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی، محققین با گردآوری داده‌های کمی و کیفی به بررسی مسیرهای علی پرداخته شود و متغیرهای واسطه ارتباط بین وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانوارها مانند: سبک زندگی، مشاغل پرخطر و سواد سلامت با داشتن فرد دارای معلولیت در خانوار را بررسی نمایند. همچنین با ارزیابی طرح‌های سیاست‌گذاری پیشین و انجام مطالعه‌های مداخله‌ای می‌توان مدل‌های نوین برنامه‌ریزی در حیطه معلولیت را به سیاست‌گذاران ارائه کرد.

منابع

- [1] Nasiri Pour A, Tabibi S, Afkar A, Kamali M. [Effect of community-based rehabilitation program implementation on disabled people living conditions in Iran (Persian)]. *Journal of Knowledge and Health*. 2012; 7(4):174-178.
- [2] Tabatabai A, Nouri-Neshat S. [Obligations of the Islamic Republic of Iran in the field of cultural rights of disabled people (Persian)]. *Journal of Privacy Law*. 2009; 6(15):128-103.
- [3] Tavassoli-Naeini M, Kavyar M. [Reflecting the disability rights perspective of disability rights conventions and other international documents (Persian)]. *Journal of the Idea of Privacy Law*. 2008; 13:18-51.
- [4] Mitra S, Sambamoorti U. Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disabil Rehabil*. 2014; 36(11):940-944.
- [5] Eyetsemitan F, Gire J. *Aging and adult development in the developing world*. United States: Praeger Publishers; 2003, pp: 124-125.
- [6] Gary A, Bury M. *Handbook of disability studies*. California: Sage Publications; 2001, pp: 22-154.

در این مطالعه نیز مانند مطالعات انجام‌شده در حوزه وضعیت اقتصادی-اجتماعی و معلولیت، افراد دچار معلولیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد فاقد معلولیت داشتند [۱۲، ۱۳، ۲۹]. همان‌طور که در یافته‌های پژوهش ملاحظه شد، افراد دچار معلولیت میزان سواد و تحصیلات و اشتغال پایین‌تری نسبت به افراد بدون معلولیت داشتند و همچنین از دسترسی پایین‌تری به منابع، امکانات و فرصت‌های ازدواج، شغل و تحصیل برخوردار بودند.

در سطح خانوار، نتایج بررسی نشان داد ۵/۶ خانوارها دارای حداقل یک فرد معلول در خانوار بودند. البته میزان و شیوع معلولیت برحسب ویژگی‌های اقتصادی و رفاهی خانوارها به‌طورمعناداری متفاوت بوده است. در این زمینه، نتایج آزمون رگرسیون لوجستیک نشان داد که وضعیت اقتصادی و رفاهی خانوار با احتمال داشتن فرد دارای معلولیت در خانوار ارتباط دارد.

احتمال وجود فرد معلول در خانوارهای زن سرپرست بیشتر از خانوارهای مرد سرپرست بوده است؛ زیرا درآمد و دیگر ابعاد وضعیت اقتصادی و اجتماعی این خانوارها نسبت به دیگر خانوارها پایین‌تر است و در تحقیقات بیان می‌شود که سطح درآمد با دسترسی بهتر به سلامت، داشتن محل سکونت مناسب، رژیم غذایی خوب و محل کار مناسب در ارتباط است [۳۰، ۳۱]. وجود چنین مواردی برای یک زن، احتمال داشتن فرزند معلول را افزایش می‌دهد. یکی دیگر از عوامل زمینه‌ای مرتبط با داشتن فرد دارای معلولیت در خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار است؛ زیرا تحصیلات با وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سبک زندگی، رفتارهای پرخطر، پیشگیری از بیماری و توانایی حل مشکلات مرتبط با سلامت در ارتباط است [۳۲، ۳۳]. همچنین، طبقه شغلی سرپرست خانوار از دیگر عوامل مهم و معنادار در این تحقیق است و شغل و محل کاری، فرد را در معرض بسیاری از خطرهای جسمانی و روانی مانند: حوادث ترافیکی، مواد شیمیایی و استرس قرار می‌دهد [۳۴، ۳۵].

بسیاری از مطالعات نشان داده است که وضعیت رفاهی‌ای که با دارایی‌ها و امکانات و تسهیلات زندگی فرد سنجیده می‌شود به‌طورمستقیم با نابرابری و ضعف در سلامت رابطه دارد [۳۶، ۳۷، ۳۸]. از این‌رو، نتایج مذکور با یافته‌های تحقیقات صورت‌گرفته در کشورهای متعدد (حتی کشورهای توسعه‌یافته مانند انگلستان) همخوانی دارد و در این مطالعات تأیید شده است که فقر و وضعیت رفاهی پایین با معلولیت به‌شدت رابطه دارد و افراد معلول بیشتر در طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین جامعه قرار دارند [۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲].

نتیجه‌گیری

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، وجود ترافیک‌های

- [24] Wilcox V, Stanislav V, Berkman L. Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology*. 1994; 13(2):170-179.
- [25] Ostir G, Carlson J, Black A, Rudkin L, Goodwin J, Markides K. Disability in older adults: Prevalence, causes, and consequences. *Journal of Behavioral Medicine*. 1999; 24(4):147-156.
- [26] Rovner B, Zisselman P, Shmueli-Dulitzki Y. Depression and disability in older people with impaired vision: A follow-up study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996; 44(2):181-184.
- [27] Hofman A, Grobbee D, De Jong P, Ouweland F. Determinants of disease and disability in the elderly: The Rotterdam elderly study. *European Journal of Epidemiology*. 1991; 7(4):403-422.
- [28] Grassman E, Whitaker A. Ageing with disability. Bristol: policy press; 2013, pp: 4-5.
- [29] Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotors disability in early old age. *Journal of Epidemiol Community Health*. 2003; 57:453-554.
- [30] Alvarez ML, Wurgaft F, Salazar ME. Measurements of the urban low socioeconomic level in families with malnourished infants. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 1982; 32(3):650-662.
- [31] Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*. 1988; 10(1):87-121.
- [32] Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology, II: from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*. 1996; 86(5):674-677.
- [33] Schmitt DR. Magnitude measures of economic and educational status. *Journal of Sociological Quarterly*. 1965; 6(4):387-391.
- [34] Goldberg EM, Morrison SL. Schizophrenia and social class. *The British Journal of Psychiatry*. 1963; 109(463):785-802.
- [35] Meier C, Ackermann-Liebrich U. Socioeconomic class as a risk factor for cardiovascular disease. *Therapeutische Umschau*. 2005; 62(9):591-595.
- [36] Mustard CA, Derksen S, Berthelot JM, Wolfson M, Roos LL. Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province. *Social Science Medicine*. 1997; 45(3):383-397.
- [37] Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the US, 1960 and 1986. *The New England Journal of Medicine*. 1993; 329(2):103-109.
- [38] Melo P, Altica Cabieses Valdes B. Socioeconomic determinants of disability in Chile. *Journal of Disability and Health*. 2011; 4(4):271-282.
- [39] Emerson E, Hatton CH, MacLean W. Contribution of socioeconomic position to health inequalities of British children and adolescents with intellectual disabilities. *American Journal of Mental Retardation*. 2007; 112(2):140-051.
- [7] World Health Organization. World report disability, Geneva; 2011.
- [8] Eide A, Ingstad B. Disability and poverty: A global challenge. Bristol: policy press; 2011, pp:1-2.
- [9] O'Keefe P. People with disabilities in India: from commitments to outcomes. Washington DC: World Bank; 2009, pp:9-10
- [10] Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. *European Journal of Disability Research*. 2009; 3(3): 219-232.
- [11] Loebe M, Arne H, Jennifer J, Mzolisi K, Soraya M. Poverty and disability in Eastern and Western Cape Provinces, South Africa. *Journal of Disability & Society*. 2008; 23(4): 311-321.
- [12] Shams F, Rezaei M. [Prevalence of disability and its relation to national and provincial development of states (Persian)]. Project of Statistical Research and Training Center. 2008. Available from: <http://www.srtc.ac.ir/fa/ResearchPlan/DetailView/97>
- [13] Zahiri-Nia M. [Determination of personal and social consequences of disability (Persian)]. *Journal of Hormozgan Cultural Research*. 2011; 1-2:163-184.
- [14] Sharifian-Sani M, Sajadi H, Toloei F, Kazemnejad A. [Female with physical-mobility disabilities: their needs and problems (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2006; 7(2): 41-48.
- [15] Ghasemi R, Hassanzadeh GH, Javadi M, Asadi M, Bayat B, Saei-Pour N, Choobineh H. [Determination of views of disabled person and their families than disability in family in the Qazvin and Karaj (Persian)]. *Journal of Pyavard Salamat*. 2011; 5(2):71-77.
- [16] Ebadollah H, Piri A, Vaqhar-Narbin M. [Stigma and social identity: The case study of social factors of stigma on people with obvious physical disabilities in Rasht (Persian)]. *Iranian Journal of Social Problem*. 2011; 2-5-6:195-222.
- [17] Shirazi khah M, Mosavi M, Sahaf R, Sarmadi M. [Study of health and social indicators of elderly women in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 6(23):67-79.
- [18] Abadi S, Agah V. [Labour law for persons with disability in Iran: From first international efforts to decent work (Persian)]. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 2012; 13(1):88-101.
- [19] Moradi A, Sherif M, Motamedi M. [The relationship between demographic variables and mental health of the physically disabled in Tehran city (Persian)]. *Journal of Knowledge and Research in Psychology*. 2007; 31(9): 83-100.
- [20] Statistical Centre of Iran. General Population and Housing Census 2011. Available at: www.amar.org.ir
- [21] Mohanty S. Alternative Wealth Indices and Health Estimates in India, *GENUS*. 2009; 65(2):113-137.
- [22] Susan S. Merrill, Teresa E. Seeman, Stanislav V. Kasl, and Lisa F. Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1997; 52(1):19-26.
- [23] Priestley M. Disability and the life course. Cambridge: Cambridge university press; 2001, pp: 35.

- [40] Emerson E, Graham H, Hatton Ch. The Measurement of poverty and socioeconomic position in research involving people with intellectual disability, *International. Review of Research in Mental Retardation*. 2006; 32:77-108.
- [41] Robert Stephanie A. Socioeconomic position and health: The independent contribution of community socioeconomic context. *Annual Review of Sociology*. 1999; 25:489-615.