



بررسی تأثیر اجرای برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه بر وضعیت زندگی معلولان در ایران

امیراشکان نصیری پور^{۱*} (Ph.D.)، سیدجمال الدین طبیبی^۲ (Ph.D.)، ابوالحسن افکار^۳ (Ph.D.)، محمد کمالی^۴ (Ph.D.)

۱- دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات - گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی - دانشیار. ۲- دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات - گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی - استاد. ۳- دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات - دانش آموخته دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. ۴- دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده علوم توان بخشی - دانشیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۲۶، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۷

چکیده

مقدمه: توان بخشی مبتنی بر جامعه، یک استراتژی جهت بهبود کیفیت زندگی معلولان می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه، بر وضعیت زندگی معلولان ایران انجام شده است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر که در سال ۱۳۹۰ انجام شده، از نوع مطالعات مقایسه ای است. روش نمونه گیری به صورت چندمرحله ای بود. در مرحله اول، از بین استان های کشور ۳۰٪ به روش نمونه گیری تصادفی و در مرحله بعد ۵۰ شهرستان از بین ۱۰۰ شهرستانی که مجری طرح توان بخشی مبتنی بر جامعه در این ۱۰ استان بودند، انتخاب گردیدند. سپس در هر شهرستان ۳۰ معلول به صورت تصادفی انتخاب و به طور کلی برای ۱۵۰۳ معلول، فرم جمع آوری اطلاعات تیزون تکمیل گردید. براساس این پرسش نامه، توانایی های فرد معلول قبل و بعد از اجرای برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آماری ویلکاکسون انجام شد.

نتایج: میانگین (±انحراف معیار) سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۳۰±۱۴/۲ سال بود. اکثر واحدهای پژوهش، مجرد و مرد بودند. اغلب افراد (۲۶/۶٪)، معلولین جسمی و حرکتی بودند و مهم ترین علت معلولیت، نقایص مادرزادی بود. پس از اجرای برنامه توان بخشی، امتیاز توانایی های روزمره زندگی، توانایی های حرکتی، ارتباطات اجتماعی، توانایی های شغلی، کیفیت زندگی، منبع درآمد، وضعیت استخدام، میزان مشارکت در زندگی اجتماعی و وضعیت آموزش، به طور معناداری ارتقا یافته بود. در تمامی حیطه ها بین اجرای برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه و افزایش توانایی های معلولین، ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: اجرای توان بخشی مبتنی بر جامعه تأثیر مثبتی بر بهبود وضعیت زندگی معلولین داشته است.

واژه های کلیدی: توان بخشی مبتنی بر جامعه، معلول.

Original Article

Knowledge & Health 2013;7(4):173-178

Effect of Community Based Rehabilitation Program Implementation on Disabled People Living Conditions in Iran

Amir Ashkan Nasiripour^{1*}, Jamaledin Tabibi², Abolhasan Afkar³, Mohammad Kamali⁴

1- Associate Professor, Dept. of Health Services Management, science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. 2- Professor, Dept. of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. 3- Ph.D. in Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. 4- Associate Professor, School of Rehabilitation Sciences, Tehran University Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract:

Introduction: Community based rehabilitation is a strategy to improve the quality of life for people with disabilities. This study was to determine the effect of community based rehabilitation program implementation on disabled people's living conditions in Iran.

Methods: This research is a quasi-experimental study executed in 2011. Sampling method was multi-stage. In the first stage, 30% of the provinces were chosen through the random sampling method. In the next stage, 50 cities were selected from the 100 cities implementing the community based rehabilitation program in 10 provinces. Then in each city, 30 disabled people were randomly selected and for the 1503 disabled people Tizun Zhao questionnaire was completed. Data were analyzed using SPSS software and wilcoxon test.

Results: The mean age (\pm SD) of participants was 30±14.2 years. Most of the participants were single and male. More people (36.6%) had psychomotor disability. Leading cause of disability was congenital defects. After the rehabilitation program implementation, the rating of enhanced the daily living abilities, motor abilities, social communication, job abilities, quality of life, source of income, employment status, participation rate in social life and training status significantly improved. There was a significant relationship in all areas between the CBR and the enhancement of the capabilities of the disabled ($P < 0.001$).

Conclusion: Implementation of community based rehabilitation has had a positive effect on improving disabled people's living status.

Keywords: Community based rehabilitation, Physically disabled, Disabled.

Conflict of Interest: No

Received: 16 March 2012

Accepted: 27 July 2012

*Corresponding author: A.A. Nasiripour, Email: nasiripour@sbiau.ac.ir

مقدمه

از مداخلات را جهت حمایت از افراد ناتوان مدنظر قرار می‌دهد و اگر مداخلات مذکور مجهز نباشند ممکن است اثربخشی خدمات ارائه شده به خطر بیفتد (۱۴). مطالعات انجام شده در ویتنام (۱۵)، سریلانکا، هند (۱۶)، تایوان (۱۷)، اوگاندا (۱۸) و مالزی (۳) نشان داده‌اند که اجرای CBR و انجام برنامه‌های آموزشی و مداخلات اجتماعی باعث ارتقای توانایی افراد معلول گردیده است. همچنین نتایج مطالعات انجام شده سلامتی و همکاران (۱۳) در ۲۱ شهر ایران، کمالی (۱۹) در ۱۴ استان کشور و نظری (۲۰) در شهرستان زابل، دال بر بهبود وضعیت عملکردی افراد معلول در مهارت‌های حرکتی، ارتباطی، آموزشی و تلفیق اجتماعی، بعد از اجرای CBR می‌باشد.

به نظر می‌رسد علی‌رغم پیشرفت‌های اخیر در زمینه CBR، هنوز در ساختار، اهداف و اجرای برنامه مشکلاتی وجود دارد (۲۱). موضوع استقلال معلولین، حضور آنان در جامعه جهت فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت کامل در فعالیت‌های اجتماعی، از مهم‌ترین مسائلی است که افراد معلول، خانواده‌ها و سازمان‌های مرتبط با آنان مواجه هستند (۲۲). مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر اجرای CBR بر وضعیت زندگی معلولین در ایران انجام گردیده است. امید است نتایج حاصل شده، گامی مهم در یاری‌رساندن به مدیران توان‌بخشی کشور در اجرای صحیح برنامه CBR باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات مقایسه‌ای است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام گردید. جامعه پژوهش، کلیه معلولین بینایی، شنوایی و گویایی، جسمی و حرکتی، ذهنی، رفتار غیرعادی و ترکیبی دارای پرونده و تحت پوشش طرح برنامه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بودند. روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای بود. در مرحله اول، از بین استان‌های کشور ۳۰٪ (شامل ۱۰ استان: گیلان، قزوین، مرکزی، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، کهکلوویه بویراحمد، اصفهان، فارس و زنجان) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد، ۵۰٪ از شهرستان‌ها و به بیانی دیگر ۵۰ شهرستان از بین ۱۰۰ شهرستانی که مجری طرح CBR در این ۱۰ استان بودند، انتخاب گردیدند. سپس در هر شهرستان، ۳۰ معلول به صورت تصادفی انتخاب و به طور کلی ۱۵۰۳ معلول، مورد مطالعه قرار گرفتند.

برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، از فرم جمع‌آوری اطلاعات تیزون استفاده شده است که پس از ترجمه به فارسی، کارشناسان سازمان بهزیستی کشور و تعدادی از اساتید و متخصصان مرتبط با موضوع، اعتبار محتوایی آن را تأیید کرده‌اند (۲۳). این فرم دو بخش دارد. بخش اول، شامل ۱۰ سؤال در زمینه اطلاعات دموگرافیک مشتمل بر سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل، منبع درآمد، نوع

پدیده معلولیت و عواقب منفی جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، یکی از موانع رشد و توسعه یک کشور قلمداد می‌گردد (۱). 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. هرچند تعدادی از نقص‌ها به صورت مادرزادی از بدو تولد عارض می‌گردند، اما سایر موارد در هر سنی ممکن است اتفاق افتد (۲). اغلب افراد معلول، در تمام جنبه‌های زندگی به حاشیه رانده شده، احتمال بیکاری به دلیل تبعیض در آنها بیشتر بوده و کیفیت زندگی آنها بسیار پایین می‌باشد (۳). بنابراین برنامه‌ریزی، تخصیص بودجه و توسعه خدمات توان‌بخشی با هدف کاهش تأثیر معلولیت بر سلامت جامعه عملاً با مشکل مواجه می‌گردد (۴). درحقیقت، ناتوانی منعکس‌کننده پیامدهای اختلال عملکرد فرد بوده و می‌تواند موقت یا دائمی و در برخی موارد پیش‌رونده باشد (۵). تعدادی از مطالعات، درصد افراد مبتلا به چهار نقص معلولیت‌زای عمده جسمی و حرکتی، بینایی، شنوایی و ذهنی را ۳/۴٪ جمعیت جهان گزارش نموده‌اند (۲). بررسی مربوط به ۷۰ کشور جهان در سال ۲۰۱۰، شیوع معلولیت در افراد ۱۵ سال به بالا را ۱۵/۶ تا ۱۹/۴٪ گزارش نموده است. تخمین زده می‌شود در سراسر دنیا ۹۷۸ میلیون نفر با ناتوانی زندگی می‌کنند که حدود ۱۴٪ از کل جمعیت را شامل می‌گردد (۶). شیوع معلولیت در ایران، حدود ۳ میلیون نفر برآورد شده است (۷) در سه دهه اخیر، به دلیل تقاضا جهت افزایش ارائه خدمات به معلولین، تغییر نگرش جهانی از ارائه خدمات مؤسسه‌ای به سمت خدمات توان‌بخشی مبتنی بر جامعه (Community based rehabilitation) (CBR) بوده است (۸). در سال ۱۹۷۸، سازمان جهانی بهداشت، سازمان جهانی کار و یونسکو نیز به منظور توسعه کمی و کیفی خدمات توان‌بخشی، توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را طراحی و پیشنهاد نموده‌اند (۹). در ایران، CBR ابتدا در قالب مراقبت‌های بهداشتی اولیه اجرا می‌گردید، ولی افراد کم‌توان به بسیاری از خدمات بهداشتی که در اختیار سایر افراد است، دسترسی نداشتند (۱۱). همچنین، اکثر پرسنل بهداشتی در ایران، اطلاعات اندکی در زمینه پیشرفت‌های اخیر CBR برای افراد ناتوان دارند (۱۲).

CBR، استراتژی جهت افزایش و بهبود کیفیت زندگی افراد معلول از طریق ارتقا خدمات ارائه شده، ایجاد فرصت‌های مساوی و حمایت از حقوق انسانی افراد معلول می‌باشد و در واقع راهبردی جهت توجه به نیازهای افراد کم‌توان در درون جامعه در تمام کشورها است (۱۰). CBR، اساساً مبتنی بر آموزش خانگی است. کارکنان شاغل در CBR، در واقع نیازهای آموزشی، تحصیلی، اشتغال، تشخیصی، درمانی و توان‌بخشی افراد معلول را برآورده می‌نمایند (۱۳). CBR، طیف وسیعی

شغلی، کیفیت زندگی، منبع درآمد، وضعیت استخدام، میزان مشارکت در زندگی اجتماعی و وضعیت آموزش مشاهده می‌گردد (جدول ۲).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در تمام حیطه‌های توانایی‌های روزمره زندگی، توانایی‌های حرکتی، ارتباطات اجتماعی، توانایی‌های شغلی، کیفیت زندگی، منبع درآمد، وضعیت استخدام، مشارکت در زندگی اجتماعی و وضعیت آموزش پس از اجرای برنامه CBR بهبود قابل توجه

معلولیت، علت معلولیت، مدت زمان معلولیت و شدت معلولیت است. بخش دوم، شامل ۹ حیطه می‌باشد که توانایی‌های فرد معلول، قبل و بعد از اجرای CBR در آن مقایسه شده است.

برای ثبت اطلاعات مربوط به معلولین، قبل از اجرای CBR، از پرونده ثبت نام معلولین استفاده شده و بعد از اجرای CBR، با حضور در منازل معلولین و آزمون توانایی‌های آنها به صورت عملی، مشاهده و مصاحبه با آنان و خانواده‌شان تکمیل شده است. نحوه امتیازدهی بدین صورت بود که به گزینه‌های مرتبط با توانایی‌های روزمره زندگی و توانایی‌های حرکتی (به‌تنهایی، با کمک، اصلاً)، ارتباطات اجتماعی (با غریبه، با فامیل، اصلاً)، توانایی‌های شغلی (کار پیچیده، کار ساده، اصلاً)، کیفیت زندگی (خوب، متوسط، ضعیف)، منبع درآمد (خود فرد، خانواده، اعانه)، وضعیت استخدام (کسب شغل، بدون شغل)، مشارکت در زندگی اجتماعی (بیشتر اوقات، بعضی اوقات، اصلاً) و وضعیت آموزش (عالی، متوسطه، ابتدایی، بی‌سواد)، امتیازاتی بین ۱ تا ۴ داده شد.

لازم به ذکر است که فرم‌ها، پس از جلب رضایت و موافقت خانواده‌ها تکمیل شدند و افراد جهت شرکت در مطالعه آزاد بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از روش‌های آماری شامل آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی، جداول فراوانی تهیه گردید و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، از آزمون آماری ویلکاکسون استفاده گردید. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین (\pm انحراف معیار) سنی افراد شرکت کننده در مطالعه $30 \pm 14/2$ سال بود. اکثر واحدهای پژوهش، مجرد و مرد بودند. از نظر نوع معلولیت، بیشترین موارد، مربوط به معلولین جسمی و حرکتی و کمترین موارد، مربوط به ترکیبی از چند نوع معلولیت بود. اکثر معلولان، مبتلا به درجه شدید معلولیت بودند. همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که مهم‌ترین علت معلولیت نقایص مادرزادی و حوادث می‌باشند. سایر ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای پژوهش در جدول ۱ ارائه گردیده است.

نتایج نشان داد که پس از اجرای CBR، ۸۴/۵٪ در زمینه تغذیه، ۶۵/۴٪ در زمینه شستشو و ۷۳/۳٪ در زمینه استفاده از توالت قادرند به‌تنهایی اقدام نمایند. علی‌رغم این موضوع، ۴/۴٪ در زمینه پوشیدن و درآوردن لباس، ۳/۲٪ در زمینه نشستن و ۹/۲٪ در زمینه ایستادن، به‌تنهایی قادر به انجام فعالیت نیستند (جدول ۱).

همچنین، پس از اجرای CBR بهبود معناداری در زمینه توانایی‌های روزمره زندگی، توانایی‌های حرکتی، ارتباطات اجتماعی، توانایی‌های

جدول ۱- مقایسه توانایی‌های واحدهای پژوهش قبل و بعد از اجرای CBR

توانایی‌های فرد معلول	قبل از اجرا (%)	بعد از اجرا (%)
توانایی‌های روزمره زندگی		
به‌تنهایی	۲۳/۸ (۲۳۷)	۵۸/۱ (۸۷۳)
با کمک	۴۴/۱ (۶۷۴)	۳۷/۱ (۵۵۸)
اصلاً	۳۱/۸ (۴۷۲)	۴/۸ (۷۲)
توانایی‌های حرکتی		
به‌تنهایی	۴۳/۴ (۶۵۳)	۶۷/۹ (۱۰۲۰)
با کمک	۳۸/۱ (۵۷۳)	۲۶/۹ (۴۰۵)
اصلاً	۱۸/۵ (۲۷۶)	۵/۳ (۷۸)
توانایی ارتباط اجتماعی		
با غریبه	۲۲/۵ (۳۳۸)	۶۷/۳ (۱۰۱۲)
با فامیل	۵۲ (۷۸۱)	۳۷/۲ (۴۰۹)
اصلاً	۲۵/۶ (۳۸۴)	۵/۵ (۸۲)
توانایی‌های شغلی		
کار پیچیده	۳/۴ (۵۱)	۲۲/۹ (۳۴۴)
کار ساده	۴۰/۹ (۶۱۴)	۵۲ (۷۸۲)
اصلاً	۵۵/۸ (۸۳۸)	۲۵/۱ (۳۷۷)
کیفیت زندگی		
خوب	۳/۷ (۵۵)	۳۷/۶ (۵۶۵)
متوسط	۴۲/۵ (۶۳۹)	۵۵/۲ (۸۳۰)
ضعیف	۵۳/۸ (۸۰۹)	۷/۲ (۱۰۸)
منبع درآمد		
خود فرد	۸/۸ (۱۳۲)	۳۳/۵ (۵۰۴)
خانواده	۷۹/۴ (۱۱۹۳)	۵۶/۹ (۸۵۵)
اعانه	۱۱/۹ (۱۷۸)	۹/۵ (۱۴۴)
وضعیت استخدام		
کسب شغل	۴/۵ (۶۷)	۲۴/۸ (۳۷۳)
بدون شغل	۹۵/۵ (۱۴۳۶)	۷۵/۲ (۱۱۳۰)
میزان مشارکت در زندگی اجتماعی		
بیشتر اوقات	۱۰/۴ (۱۵۶)	۵۲ (۷۸۱)
بعضی اوقات	۴۷/۵ (۷۱۴)	۳۷/۹ (۵۶۹)
اصلاً	۴۲/۰ (۶۳۳)	۱۰/۱ (۱۵۲)
وضعیت آموزش		
عالی	۱/۳ (۲۰)	۶/۵ (۹۸)
متوسطه	۱۶/۴ (۲۵۴)	۲۱/۴ (۳۲۱)
ابتدایی	۳۰/۴ (۴۵۷)	۳۴/۷ (۵۲۲)
بی‌سواد	۵۱/۴ (۷۷۲)	۳۷/۴ (۵۶۲)

* تعداد (درصد)

همخوانی دارد. نتایج پژوهش فعلی با یافته‌های مطالعه برونوسکی و همکاران (۲۶) و یوجی و همکاران (۲۴) نیز همخوانی دارد.

در پژوهش حاضر، توانایی‌های شغلی در کارهای پیچیده از ۳/۴٪ به ۲۲/۹٪ افزایش یافته است که با مطالعه جورج ویسکی و همکاران همخوانی دارد. در مطالعه وانگ و همکاران (۲۸)، وجود ناهماهنگی بین ارائه خدمات توان‌بخشی در سطح سه منطقه از ایالت آن جی در چین و خدمات مبتنی بر جامعه، گزارش گردیده است.

در مطالعه حاضر، میزان مشارکت در زندگی اجتماعی از ۱۰/۴٪ به ۵۲٪ ارتقا یافته است. در مطالعه‌ای در نروژ، ارزشیابی تأثیر برنامه CBR در سه سطح بررسی شده است: افراد کم‌توان، خانواده افراد کم‌توان و جامعه‌ای که افراد کم‌توان در آن زندگی می‌کنند. در سطح فردی، ارزشیابی نشان داد که فرد ناتوان قادر است از توانایی‌های خود استفاده نموده و با خانواده و جامعه تعامل داشته باشد. در سطح خانواده، برنامه موجب بهبود ارتباطات اجتماعی گردیده و توانمندسازی چشمگیری را به‌ویژه در زنانی که قبلاً فقط تمایل به مراقبت‌شدن داشتند، ایجاد نموده بود. در سطح جامعه، موضوعات کم‌توانی که پیش از اجرای برنامه CBR نادیده گرفته می‌شد، به‌مرور مورد توجه واقع شده بودند. با اجرای CBR، کودکان‌ها و مدارس بیشتر به پذیرش دانش‌آموزان کم‌توان اقدام نمودند و افراد کم‌توان به‌عنوان مشارکت‌کنندگان سیاسی و اجتماعی در جامعه مورد پذیرش واقع شدند. در پایان نتیجه‌گیری شده است که هرگاه افراد کم‌توان به‌طور کامل در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت داشته باشند، آن جامعه کاملاً غنی می‌شود (۱۱). در مطالعات نظری و همکاران (۲۰)، جورج ویسکی و همکاران (۲۵) و خسنیسیس و همکاران (۲۹) نیز مشارکت در زندگی اجتماعی افراد جذامی پس از اجرای CBR، افزایش یافته است.

در مطالعه حاضر، وضعیت استخدام از ۴/۵٪ به ۲۴/۸٪ ارتقا یافته است که با یافته‌های پژوهش لینک تا (۳) که اجرای برنامه توان‌بخشی باعث افزایش استخدام معلولین در کشور مالزی گردیده بود، مطابقت دارد.

همچنین، در پژوهش حاضر وضعیت آموزش در سطح عالی از ۱/۶٪ به ۶/۵٪ ارتقا یافته بود. در مطالعه‌ای که در یک اردوگاه در فیلیپین انجام شده است، CBR باعث افزایش مهارت‌های آموزشی، به‌ویژه در دانش‌آموزان، گردیده بود. درزمینه آگاهی نگرش و مهارت، ۹۱/۸٪ از افراد این اردوگاه، تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای (خوب تا عالی) را نشان داده بودند (۳۰). در پژوهشی دیگر، درزمینه ارزیابی CBR در کودکان با معلولیت ذهنی در کشورهای با درآمد کم و متوسط، بیان گردیده است که علی‌رغم پایین‌بودن دامنه اثر CBR و عدم‌بهبود عملکرد در کودکان پس از اجرای برنامه، شواهد کافی برای گزارش بی‌فایده‌بودن، عدم‌کارایی و اثربخشی CBR وجود ندارد (۳۱).

جدول ۲- مقایسه نمرات معلولان قبل و بعد از اجرای CBR

P.V	قبل از اجرا	بعد از اجرا	توانایی‌ها
۰/۰۰۱	۱/۴۷ ± ۰/۵۹	۲/۰۸ ± ۰/۷۴	توانایی‌های روزمره زندگی**
۰/۰۰۱	۱/۳۷ ± ۰/۵۸	۱/۷۵ ± ۰/۷۴	توانایی‌های حرکتی**
۰/۰۰۱	۱/۳۷ ± ۰/۵۹	۲/۰۳ ± ۰/۶۹	توانایی ارتباطات اجتماعی**
۰/۰۰۱	۲/۰۲ ± ۰/۶۹	۲/۵۲ ± ۰/۵۶	توانایی‌های شغلی
۰/۰۰۱	۱/۷۶ ± ۰/۶۱	۲/۰۳ ± ۰/۴۵	منبع درآمد**
۰/۰۰۱	۱/۷ ± ۰/۶	۲/۵ ± ۰/۶	کیفیت زندگی**
۰/۰۰۱	۱/۷۵ ± ۰/۴۳	۱/۹۶ ± ۰/۲	وضعیت استخدام**
۰/۰۰۱	۳/۰۳ ± ۰/۹۲	۳/۳۲ ± ۰/۸	وضعیت آموزش**
۰/۰۰۱	۱/۵۸ ± ۰/۶۸	۲/۳۲ ± ۰/۶۵	میزان مشارکت در زندگی اجتماعی**

* انحراف معیار ± میانگین

**آزمون ویلکاکسون

در عملکرد معلولین وجود دارد. در مطالعه حاضر، توانایی‌های روزمره زندگی در معلولین از ۲۳/۸٪ به ۵۸/۱٪ افزایش یافته است. در مطالعه نظری و همکاران (۱۳۸۳)، توانایی مهارت‌های زندگی پس از اجرای CBR ۵۳/۴٪ گزارش گردیده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۰). همچنین در مطالعه یوجی و همکاران، CBR باعث بهبود عملکرد عصبی- حرکتی و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی در بیماران دچار سکنه مغزی در چین گردیده است (۲۴). جورج ویسکی و همکاران (۲۰۰۴)، ۱۸۹ بیمار معلول را طی یک سال مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفتند که پس از اجرای CBR، فعالیت‌های روزمره زندگی معلولین ارتقا یافته است (۲۵). ولی کمالی و همکاران (۱۳۸۳)، با مطالعه ۱۴ استان کشور بیان نمودند که CBR بر توانایی‌های روزمره زندگی معلولین تأثیر زیادی نداشته است (۱۹) که علت آن می‌تواند مشارکت ناکافی اعضای خانواده فرد معلول در اجرای برنامه CBR باشد. همچنین اجرای برنامه‌های مبتنی بر جامعه نیاز به زمان کافی دارد و پژوهش مذکور در سال‌های آغازین اجرای برنامه در این استان‌ها، انجام شده است.

در پژوهش حاضر، توانایی‌های حرکتی از ۴۳/۴٪ به ۶۷/۹٪ افزایش یافته است که با نتایج مطالعه برونوسکی و همکاران (۲۶) و مطالعه یوجی و همکاران (۲۴)، دال بر تأثیر CBR در بهبود توانایی‌های حرکتی معلولین، همخوانی دارد.

همچنین، در پژوهش فعلی توانایی ارتباطات اجتماعی از ۲۲/۵٪ به ۶۷/۳٪ افزایش یافته است. مطالعه دیگری در افراد مبتلا به HIV/AIDS در تانزانیا، موجب انگل‌زدایی از بیماران مبتلا به دلیل برقراری ارتباطات اجتماعی با جامعه، درک اهمیت توان‌بخشی توسط خانواده‌های افراد معلول و انگیزه‌دادن به خانواده‌ها برای درگیرشدن در برنامه‌های CBR گردیده است (۲۷). این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر درزمینه ارتقا توانایی ارتباطات اجتماعی معلولین با اجرای CBR

11. Hartli S. Community based rehabilitation as part of social development and poverty reduction strategy. Translated to Persian by: Pakzadmanesh P, Moshiri Roodsari A, Asadi MR. Publications of Chahar Mahal Bakhtiari welfare organization;2008.p.39-79.[Persian].
12. Nahvinejad H. Performance of community based rehabilitation (cbr) in rural areas of islamic republic of Iran. Iranian Rehabilitation Journal 2004;1(1):1-19.[Persian].
13. Salamati S, Abolhassani F, Shariati B, Kamali M, Alihosseini SM. Home based training: main strategy of community based rehabilitation in Iran. Pakistan Journal of Medical Sciences 2009; 25:462-467.[Persian].
14. Pollard N, Sakellariou D. Is doing good 'good': professional motives vs. community needs. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2009;20(2).
15. Sharma MA. Participatori evaluation of community based rehabilitation programmed in north central vietnam. Issn Journal in Disability And Rehabilitation 2001;23(8):352.
16. Raja S. Success indicators for integrating mental health interventions with community-based rehabilitation projects. International Journal Rehabilitation Research 2008;31(4):284-292.[Persian].
17. Lin JD, Li ChD, Lin LP, Hsu ShW. The study of geographic differences in the prevalence of disability among Taiwanese population. Research in Autism Spectrum Disorders Journal 2012;6:73-78.
18. Kurawaa SS. The impact of disability on self and society: an agenda for research on rehabilitation of disabled in Nigeria. Department of Sociology, Bayero University, Kano-Nigeria;2010.
19. Kamali M. Evaluation of community based rehabilitation in Iran. research projects of Tehran University of Medical Sciences;2005. [Persian].
20. Nazari A. Evaluation of the effectiveness rate of community-based rehabilitation program on functional status covered disabled person in Zabol. Research projects of university of welfare and rehabilitation sciences;2004.[Persian].
21. Pollard N, Sakellariou D. Operationalising community participation in community based rehabilitation. Disability and Rehabilitation Journal 2008;30:62-70.
22. Bajelan S. Investigation of access status of persons with disabilities access to public facilities and spaces of universities of Tehran [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences;2008.
23. Zhao T, Joseph KF. Evaluating community based rehabilitation: guidelines for accountable practice. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific, Regional NGO Network for Asia and the Pacific Decade of Disabled Person " 1993 -2002 " .
24. Yu JJ, Hu YSh, Wu Y, Chen WH, Zhu YL, Cui X. The effects of community-based rehabilitation on stroke patients in China: a single-blind, randomized controlled multicentre trial. Clinical Rehabilitation Journal 2009;23:408-417.
25. Georgievski A, AL sulaiti E, Zafa Z, Farran C, Travia A. Evolution of community based rehabilitation concept in Qatar. Qater Medical Sournal 2006;15:54-55.
26. Bronowski P, sawicka M, kluczynska S. the characteristic of population participating in a community- based rehabilitation program. Journal of Psychiatria Polska 2009;43:42-43.
27. Boyce W, Cote L. The influence of HIV/AIDS on community based rehabilitation in Dares Salaam, Tanzania. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2009;20(1).
28. Wang S, Hua X, Pann N, Xu SL. Community- based rehabilitation of three villages in Anji country of Zhe jiang province. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006;10:4-6.

اجرای توان بخشی مبتنی بر جامعه، باعث بهبود وضعیت زندگی و بهبود کارایی و توانمندی آن دسته از معلولانی شده است که به دلیل بیماری، هزینه و مسافت، قادر به دسترسی به خدمات سازمانی نبودند. ازسوی دیگر، باعث گسترش خدمات از کانون توان بخشی پزشکی به جامعه و توجه به تمامی نیازهای روزمره زندگی، اجتماعی و استخدامی معلولین گردیده است. امید است با اجرای توان بخشی مبتنی بر جامعه در کلیه شهرهای کشور به همراه پشتیبانی مالی دولت، سازمان های حمایت کننده، ترویج و تشویق برخوردهای اجتماعی مثبت و سازنده، مشارکت های اجتماعی و به کارگیری منابع انسانی و مالی در پروژه های CBR، علاوه بر بهبود وضعیت زندگی معلولین، بتوان زمینه های توانمندسازی و ارتقای سطح سلامت آنان را نیز فراهم نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می دانند مراتب سپاسگزاری خود را از مدیران، کارشناسان CBR کشور- به ویژه جناب آقای دکتر نصر، سرکار خانم فرانک تفریشی و آقای مجید مشیری- و همچنین سازمان های بهزیستی استان ها و شهرستان های کل کشور اعلام نمایند.

References

1. Lo Alamjan Timjani S. Compare the attitude of nurses and rehabilitation staff towards people with disabilities in hospitals and rehabilitation centers in Tehran [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences;2007.
2. Davarmanesh A, Barati Sadeh F. Introduction to the rehabilitation of disabled persons. Tehran: Roshd press;2007.[Persian].
3. Ling Ta.T, Lay Wah L, Suet Leng KH. Employment of people with disabilities in the northern states of peninsular malaysia: employers' perspective. DCID (Disability, CBR & Inclusive Development) Journal 2011;22(1):80.
4. Graham SK, Cameron ID, Dickson HG. Analysis of draft Australian rehabilitation service standards: comparison with international standards. Australia and New Zealand Health Policy Journal 2008;5:15.
5. Karimi Darmani H. Rehabilitation of certain groups with an emphasis on social work services. Tehran: Gostar deh press; 2006.[Persian].
6. World report on disability 2011.http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf.
7. Nouroozi F. Reliability and validity of a native assessment satambton questionnaire for investigation of rehabilitation needs of physical – dynamic disabled persons of Arak adults [dissertation]. Tehran: University of Biological Sciences and Rehabilitation;2007. [Persian].
8. Mirkhani SM. Principles of rehabilitation. Tehran: University of Welfare Sciences press;2006.[Persian].
9. Faghih A. Principles and how to run of community based rehabilitation. Regulations and administrative instructions of welfare organization;2006.[Persian].
10. Nourbakhsh A. The effects of teaching concepts of community based rehabilitation at attitudes changing of workers in covered and non-covered cities of community-based rehabilitation plan [dissertation]. Tehran: Rehabilitation Management College of Iran University of Medical Sciences;2008.

29. Khasnabis C, Motsch KH. The participatory development of international guidelines for CBR. *Journal of Leprosy Review* 2008; 79:17-29.
30. Mirasol Magallona L, Datangel J. The community based rehabilitation program of the university of the Philippines manila, college of allied medical professions. *Disability, CBR & Inclusive Development (DCID) Journal (formerly Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal)* 2011;22(3).
31. Robertson J, Emerson E, Hatton C. The efficacy of community based rehabilitation for children with or at significant risk of intellectual disabilities in low and middle income countries. CEDR (center for disability research) Research Report, Lancaster University, UK 2009;4.

Archive of SID