

مقایسه توانایی معلولین قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه

پژوهشگران: ابوالحسن افکار^۱، امیر اشکان نصیری پور^۲، سید جمال الدین طیبی^۳، محمد کمالی^۴، ربیع الله فرمانبر^{۵*}، احسان کاظم نژاد لیلی^۶

(۱) گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
(۲) گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
(۳) گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
(۴) گروه مدیریت توانبخشی، دانشیار، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
(۵) گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
(۶) آمار حیاتی، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۱۴

چکیده

مقدمه: برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه استراتژی برای افزایش و بهبود کیفیت زندگی افراد معلول است که می تواند در همه کشورها به نیازهای افراد کم توان در درون جامعه بپردازد.

هدف: این مطالعه با هدف انجام مقایسه توانایی معلولین قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ در استان گیلان انجام شد. در این مطالعه ۲۰۰ معلول به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از فرم Tizun Zhao استفاده شد که از دو قسمت تشکیل شده است، بخش اول شامل ۱۰ سوال در خصوص اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۹ عبارت در مورد توانایی معلولین بود. برای تحلیل داده ها از آزمون های ویلکاکسون، آزمون تی، مجذور کای و پیرسون استفاده شد.

نتایج: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $31/2 \pm 14/3$ سال بود. اکثریت نمونه ها مرد (۶۸٪)، بیکار (۷۳٪) و فاقد هر گونه شغل بودند. از نظر نوع معلولیت بیشترین موارد مربوط به معلولین جسمی-حرکتی (۴۲/۵٪) بود. بین نوع معلولیت و تأثیر اجرای برنامه ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد ($P=0/005$). بین مدت زمان آموزشی و کاهش معلولیت ارتباط مستقیم آماری وجود داشت ($P=0/005$). ناتوانی معلولین قبل از اجرای برنامه دارای میانگین و انحراف معیار نمره $21/7 \pm 76/34$ بود که پس از مداخله به $15/04 \pm 59/33$ کاهش یافت ($P=0/001$).

نتیجه گیری: اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه روشی موثر جهت ارتقای عملکرد معلولین به شمار می رود.

واژه های کلیدی: توان بخشی، معلولین، فعالیت های روزانه

مقدمه

امروزه بعنوان یک شاخص مهم در ارزیابی تأثیر آسیب ها و بیماریها بر زندگی انسان مورد توجه قرار گرفته است (۵). سازمان جهانی بهداشت، به منظور بر طرف نمودن نیازهای به حق افراد معلول، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه را در دهه ۹۰ طراحی و اجرای آن را به جهانیان توصیه نمود. در این برنامه تأکید بر آن است که بخش وسیعی از نیازهای افراد معلول از جمله تحرک، فعالیت های روزمره زندگی و فعالیتهای اجتماعی با توانمند سازی، آموزش و درگیر نمودن فرد معلول، خانواده وی و جامعه محلی مرتفع گردد (۶).

در طول دو و نیم دهه، توانبخشی مبتنی بر جامعه

معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است و مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد در نظر گرفته شده است (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان دچار نوعی معلولیت هستند (۲) که ۸۰ درصد از آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند، در حالی که مخارجی که در این کشورها برای آنها صرف می شود ۲۰ درصد افراد معلول در کشورهای پیشرفته است (۳). افراد معلول همانند سایر افراد جامعه حق برخورداری از زندگی مستقل، آموزش، بهداشت، ازدواج و تفریح را دارا هستند (۴). زندگی بدون معلولیت،

برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه با توجه به شرایط جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در مناطق مختلف کشور متفاوت است و نظر به اینکه در استان گیلان تاکنون پژوهشی در خصوص ارزشیابی برنامه CBR صورت نگرفته، لذا این مطالعه با هدف مقایسه توانایی معلولین قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در استان گیلان در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی است که بصورت مقطعی (Cross-Sectional) در سال ۱۳۹۰ در استان گیلان انجام شد. در این مطالعه ۲۰۰ فرد معلول در شهرستانهای فومن، تالش، رضوانشهر، انزلی، صومعه سرا، آستانه، لنگرود، لاهیجان، سیاهکل و ماسال از بین ۱۳۰۰۰ معلول تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. رضایت معلولین و خانواده های آنها، حداقل سن ۱۸ سال تمام و معلولیت شنوایی و گویایی، جسمی و حرکتی، ذهنی و ترکیبی از معیارهای ورود به این مطالعه در نظر گرفته شده است. در صورتیکه فرد معلول حداقل ۵ سال تحت پوشش برنامه های توانبخشی مبتنی بر جامعه قرار نگرفته باشد، از مطالعه خارج می شد. برای تعیین حجم نمونه ابتدا یک مطالعه مقدماتی (Pilot study) با حجم نمونه ۵۰ نفر با اطمینان ۹۵٪ و حد اشتباه برآورد (d=۰/۰۵) انجام گرفت و بر اساس نتایج این مطالعه مقدماتی و از آنجائیکه مقدار متغیر توانایی حرکتی آنان ۰/۱۲ بدست آمد حداقل تعداد نمونه لازم برای این مطالعه ۱۷۲ نفر محاسبه گردید و در نهایت در هر شهرستان ۲۰ معلول انتخاب و برای آنها پرسشنامه تکمیل گردید.

در این مطالعه از پرسشنامه جمع آوری اطلاعات Tizun Zhao استفاده شد (۱۵) که توسط سازمان بهزیستی کل کشور به فارسی ترجمه و در پرسشنامه های رسمی بهزیستی کاربرد دارد. اعتبار محتوایی آن مورد تأیید متخصصان، مدیران، سیاستگذاران و مجریان توانبخشی مبتنی بر جامعه قرار گرفته است. برای سنجش پایایی از روش آزمون باز آزمون (r=۰/۹۸) و برای تعیین

در بسیاری از کشورها اجراء شده است و در کشور ما از ۱۹ سال اجرای این برنامه شروع شده و اکنون در کل کشور در قالب مراقبتهای بهداشتی اولیه اجرا می شود و این در حالی است که اکثریت پرسنل پزشکی در ایران اطلاعات اندکی در مورد پیشرفت های اخیر توانبخشی مبتنی بر جامعه برای توانبخشی افراد ناتوان دارند (۷). توانبخشی مبتنی بر جامعه CBR (Community Based Rehabilitation) استراتژی برای افزایش و بهبود کیفیت زندگی افراد معلول از طریق ارتقاء خدمات ارائه شده و ایجاد فرصتهای مساوی و حمایت از حقوق انسانی افراد معلول است و در واقع راهبردی است که می تواند در همه کشورها نیازهای افراد کم توان درون جامعه را برطرف نماید (۸). با توجه به مطالعات انجام شده می توان به مطالعه ای اشاره نمود که در سال ۱۳۸۴ در ۲۱ شهرستان کشور انجام شد که نشان داد آموزش در خانواده در برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه روشی موثر جهت ارتقاء عملکرد معلولین در برخی گروههای منتخب است (۹). نتایج پژوهش دیگری نشان داد که وابستگی افراد معلول پس از اجرای CBR کاهش یافته است و توان آنان برای انجام فعالیتهای روزانه زندگی تا حد قابل قبول افزایش یافته است (۱۰). مطالعه شارما (Sharma) در شمال ویتنام نیز نشان داد که با اجرای CBR توانایی افراد معلول افزایش یافته است (۱۱). دینگ لین (Ding Lin) و لینگ تات (Ling TaT)، نیز در مطالعات خود به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۲، ۱۳). مطالعه انجام شده توسط نصیری پور نیز نشان داد که وضعیت عملکردی افراد معلول در مهارتهای حرکتی، آموزشی و تلفیق اجتماعی بعد از اجرای CBR بهبود یافته است (۱۴). ولی مطالعه کمالی که در ۱۴ استان کشور انجام شد نشان داد که CBR بر تواناییهای روزمره زندگی معلولین تاثیر زیادی نداشته است (۱۰). علی رغم مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور در خصوص معلولین و با عنایت به مشکلات اجرایی و پوشش اندک برنامه با گذشت سه دهه هنوز تحقیقات در زمینه ارزشیابی برنامه CBR اندک می باشد. از آنجائیکه سازمان بهزیستی به عنوان متولی برنامه های توانبخشی هم مجری و هم ناظر برنامه می باشد و اجرای

همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد، نتایج حاصل از آزمون نشان داد که ضریب به دست آمده ۰/۸۶ است. پرسشنامه مورد استفاده از دو قسمت تشکیل شده است.

بخش اول شامل ۱۰ سوال در خصوص اطلاعات دموگرافیک مشتمل بر سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تاهل، منبع درآمد، نوع، علت، مدت زمان و شدت معلولیت و بخش دوم شامل ۹ عبارت که در آن تواناییهای روزمره زندگی، تواناییهای حرکتی، ارتباطات اجتماعی، تواناییهای شغلی، کیفیت زندگی، منبع درآمد، وضعیت استخدام، مشارکت در زندگی اجتماعی و وضعیت آموزشی فرد معلول قبل و بعد از اجرای CBR با هم مقایسه شده است. برای ثبت اطلاعات مربوط به معلولین قبل از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه از پرونده ثبت نام معلولین استفاده شد که پس از شناسایی فرد معلول در سازمان بهزیستی برایشان تکمیل می گردید. پس از آنکه حداقل به مدت ۵ سال برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه برای معلولین اجرا گردید با مشاهده معلولین و مصاحبه با آنها و خانواده هایشان اطلاعات تکمیل گردید. نحوه امتیازبندی به این صورت بود که به حیطه های بررسی شده امتیازاتی بین ۱ تا ۴ داده شد. به گونه ای که فرد معلول در صورت برخورداری از توانایی کامل در هر حیطه از بیشترین امتیاز یعنی ۴ برخوردار شده و این امتیازات بطور جداگانه در هر حیطه قبل و بعد از آموزش محاسبه و مورد مقایسه قرار گرفت. پرسشنامه ها با کسب اجازه و معرفی نامه سازمان بهزیستی استان گیلان و پس از هماهنگی قبلی و توضیح در رابطه با هدف پژوهش و امانتداری در حفظ اطلاعات، به خانواده های معلولین و جلب رضایت و موافقت آنها تکمیل گردید. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS شد و از شاخص های آمار توصیفی و آزمون های آمار استنباطی شامل آزمون های ویل کاکسون (Wil coxon) آزمون تی (T-Test)، مجذور کای (Chi-Square Test) و پیرسون استفاده گردید.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $31/2 \pm 14/3$ سال بود. ۱۳۶ نفر (۶۸٪) از افراد را مردان و ۶۴ نفر (۳۲٪) را

زنان تشکیل می داد. ۱۴۶ نفر (۷۳٪) بیکار و فاقد هرگونه شغل بودند. ۷۱ نفر (۳۵/۵٪) بی سواد، ۱۲ نفر (۶٪) دارای مدرک فوق دیپلم و بالاتر بودند. ۱۱۲ نفر (۵۶٪) مجرد بودند. از نظر نوع معلولیت بیشترین موارد مربوط به معلولین جسمی- حرکتی با ۸۵ نفر (۴۲/۵٪) و کمترین موارد مربوط به ترکیبی از چند نوع معلولیت با ۳ نفر (۱/۵٪) بوده است. ۹۹ نفر (۴۹/۵٪) معلولیت شدید داشتند و تنها ۳۲ نفر (۱۶٪) دارای معلولیت خفیف بودند. مهمترین علت معلولیت در نمونه های مورد مطالعه نقایص مادرزادی بوده که ۷۴ نفر (۳۷٪) را به خود اختصاص داده و سپس حوادث با ۳۹ نفر (۱۹/۵٪) در رتبه بعدی قرار داشت. نتایج نشان داد پس از اجرای CBR، ۱۶۲ نفر (۸۱٪) به تنهایی و ۳۳ نفر (۱۶/۵٪) با کمک، قادر به تغذیه خود بودند. بین تاهل و تاثیر CBR ارتباط معناداری مشاهده نگردید ($p=0/24$) ولی بین میزان درآمد و تاثیر برنامه CBR ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($p=0/001$) که بیشترین تاثیر در افرادی بود که خود مخارجشان را تامین می کردند و کمترین تاثیر در افرادی بود که از طریق اعانه امرار معاش می کردند. بین نوع معلولیت و تاثیر CBR ارتباط آماری معنی دار مشاهده گردید ($p=0/004$) که بیشترین تاثیر در گروه ذهنی و جسمی- حرکتی بوده است. ولی بین علت معلولیت با تاثیر CBR ارتباط آماری معنادار مشاهده نشد ($p=0/273$).

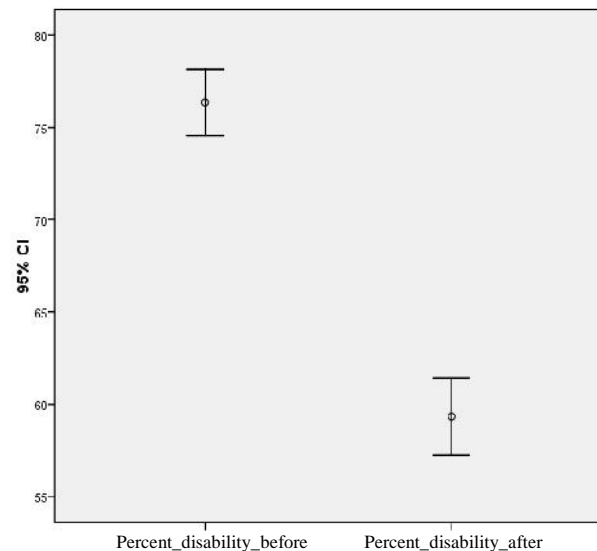
ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن و توانایی معلولین از نظر آماری ارتباط معکوس معناداری وجود دارد ($r=-0/2$ ، $p=0/003$) به طوریکه با افزایش سن توانایی معلولین کاهش پیدا می کند. همچنین از نظر آماری بین مدت زمان آموزش خواندن و نوشتن (که بخشی از اجرای همین برنامه است) و افزایش توانایی ارتباط مستقیم وجود دارد ($r=0/198$ ، $p=0/004$) به عبارتی با افزایش مدت زمان آموزش توانایی معلولین افزایش می یابد بطوریکه میانگین امتیازات توانایی یادگیری از $3/28 \pm 0/27$ به $3/52 \pm 0/33$ افزایش پیدا کرده است.

جهت بررسی تاثیر اجرای برنامه CBR در تغییرات ناتوانی در افراد شاغل، نتایج نشان داد که میانگین

زندگی خود را بر طرف نمایند. این نتایج با مطالعه یوجی (Yu J) و همکاران که تاثیر برنامه های توانبخشی مبنی بر جامعه را در بیماران سکته مغزی در کشور چین مورد بررسی قرار داده و نشان دادند پس از انجام مداخله، بهبود قابل ملاحظه ای در فعالیتهای روزمره زندگی معلولین مشاهده می شود، مطابقت دارد (۱۶). این در حالی است که مطالعات انجام شده در کنیا، مالزی و مغولستان نشان داد که بدلیل عدم همکاری و هماهنگی بین بخشی در سطوح ملی و سطوح پایین برنامه های بهداشتی جامعه، تغییر قابل ملاحظه ای در مهارتهای معلولین در انجام مراقبتهای شخصی و فعالیتهای زندگی روزانه ایجاد نشده است (۹). نتایج مطالعه ما نشان می دهد که فرد ناتوان قادر است از تواناییهای خود استفاده نموده و با خانواده و جامعه تعامل داشته باشد و به طور کامل نقش خود را در جامعه و خانواده درک کند و آن را تحقق بخشد. داشتن روابط پایدار و رضایت بخش با خانواده و دوستان و والدین باعث می شود که معلولین از حالت انزوا خارج شوند. اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه همچنین موجب بهبود ارتباطات اجتماعی معلولین شده است و توانمندی بالقوه ای را در آنها به ویژه زنان معلول بوجود آورده است. این نتیجه مشابه نتیجه مطالعه خسنیسیس (Khasnabis) و همکاران بود. آنها در مطالعه خود نتیجه گرفتند که مشارکت در زندگی اجتماعی افراد جذامی پس از اجرای برنامه CBR افزایش یافته است (۱۷).

مجیدی نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت که مشکلات محیطی و اجتماعی، عمده ترین عامل انزوای معلولان و جانبازان است که با رفع آن می توان زمینه مشارکت این افراد را در جامعه فراهم نمود (۱۸). مطالعه ما نشان داد در صورتی که موانع ارتباطی برای افراد معلول حذف و یا کاهش یابد به معلول کمک می کند تا از حالت انزوا خارج شود و لزوماً به این معنی نیست که فرد معلول حتماً ارتباط کلامی داشته باشد. افراد معلول می توانند احساس دوست داشتن، دوست نداشتن و سایر خواسته ها و نیازهای خود را به روش های دیگری غیر از گفتن ابراز کنند.

امتیازات توانایی شغلی از $2/14 \pm 0/79$ به $2/42 \pm 0/33$ افزایش پیدا کرده به طوریکه بیشترین تاثیر در افراد شاغل و کمترین تاثیر در کارگران ساده بوده است. همچنین نتایج نشان داد که پس از اجرای برنامه CBR میانگین امتیاز تواناییهای روزمره زندگی افزایش یافته، تعداد ۴۴ نفر (۲۲٪) قبل از اجرای برنامه اصلاً قادر به حرکت نبودند که پس از اجرای برنامه ۳۳ نفر (۷۵٪) از آنها قادر به حرکت شدند. توانایی برقراری ارتباط اجتماعی واحد های مورد پژوهش و توانایی شغلی، به طور معناداری ارتقاء پیدا کرده است ($p=0/001$) (جدول شماره ۱). به طور کلی انجام آزمون تی نشان داد که درصد ناتوانی معلولین پس از اجرای برنامه CBR ۱۷/۰۱ درصد کاهش یافت که به لحاظ آماری معنادار است ($p=0/001$) میزان کاهش معلولیت در زنان بیشتر از مردان بوده است (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱: نمودار وضعیت ناتوانی قبل و بعد از اجرای CBR

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه موید آن بود که توانایی حرکتی معلولین پس از اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه بطور قابل توجهی افزایش یافته است. بطوریکه افراد زیادی که قبل از مداخله آموزشی قادر به حرکت در داخل و خارج خانه نبودند، پس از اجرای برنامه توانستند به راحتی در داخل خانه حرکت کنند و بسیاری از نیازهای روزمره

از محدودیتهای این پژوهش نداشتن ابزار استاندارد جهت ارزیابی توانایی معلولین بود و از آنجایی که اجرای برنامه آموزشی در خانواده روشی بسیار موثر در جهت ارتقای تواناییهای معلولین می باشد، می توان با آموزش مهارتهای زندگی به معلولین توسط خانواده های آنها موجبات رشد اجتماعی و عاطفی معلولین را فراهم آورد. همچنین پیشنهاد می گردد شناسایی معلولین در سنین پایین صورت گیرد و خدمات آموزشی طرح CBR بیشتر به گروههای سنی پایین تر ارائه گردد.

اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه روشی موثر جهت ارتقاء عملکرد معلولین محسوب می گردد زیرا پس از اجرای برنامه CBR ناتوانی معلولین بطور قابل توجهی کاهش یافته است ولی برای کارآمد شدن برنامه ها، باید نظام های روشن و نقش های تعریف شده ای برای کارکنان CBR وجود داشته باشد تا با مشارکت جامعه و مداخله تمامی بخش ها از جمله آموزش، بهداشت و درمان، مراجع قانونگذاری، اجتماعی، حرفه ای و با حضور خود معلولین و خانواده های آنان در تصمیم گیریها، بتوان موجبات توانمندسازی معلولین را فراهم نمود. همچنین توانمندی اقتصادی افراد کم توان برای بهبود شرایط آنها بسیار ضروری است. این امر بدون حضور و مشارکت اعضای ذینفع از جمله دولت، اعضای جامعه، بازار کار و افراد کم توان ممکن نیست. نوآوری و حمایت فزاینده از یکپارچه سازی فعالیتهای اقتصادی نیز امری بسیار حائز اهمیت بوده و اجرای طرحهای واقع گرایانه و مبتنی بر نتایج به منظور توانمندسازی افراد کم توان از طریق CBR نیز به همان اندازه ضروری می باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می دانند مراتب سپاسگزاری خود را از مدیران و کارشناسان CBR استان گیلان و شهرستان های مجری بویژه جناب آقای تکاملی، جناب آقای موسوی و همچنین سازمانهای بهزیستی شهرستانهای مجری CBR کل استانها اعلام نمایند.

در مطالعه ما میانگین امتیاز توانائی شغلی معلولین افزایش یافته و مشخص شده است در صورتی که افراد معلول فعالیتهای شغلی را آغاز و یا توسعه دهند، می توانند ضمن کسب درآمد و عدم وابستگی به خانواده، ارتباط اجتماعی خود را نیز افزایش دهند که با نتیجه مطالعه جورج وسکی (Georgieveski) و همکاران مطابقت دارد (۱۹)، ولی با مطالعه وانگ (Wang) و همکاران که نتیجه گیری نمودند که یک شکاف تعریف شده بین سرویس های ارائه دهنده خدمات توانبخشی در ایالت آن چی (An gi) از استان زی جانگ (zi Jang) چین و خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه وجود دارد که باید مورد بازنگری قرار گیرد (۲۰)، همخوانی ندارد. علت آن می تواند رویکرد ارائه خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه به جای توانبخشی مبتنی بر مراکز باشد. در رویکرد توانبخشی مبتنی بر جامعه علاوه بر فرد ناتوان، خانواده، جامعه و سایر عوامل اجتماعی نیز مورد توجه قرار می گیرند که می تواند موجبات توانمند سازی شغلی معلولین را فراهم آورد.

در مطالعه ما میانگین امتیاز آموزش خواندن و نوشتن پس از اجرای برنامه افزایش پیدا کرد. در مطالعه ای که در کشور فیلیپین در یک اردوگاه انجام شد پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه CBR تغییر قابل ملاحظه ای در وضعیت زندگی معلولین بوجود آورده و باعث افزایش مهارتهای آموزشی بویژه در دانش آموزان گردیده است. همچنین در میزان آگاهی و نگرش و مهارت ۹۱/۸ درصد از افراد این اردوگاه تغییرات قابل ملاحظه ای از خوب تا عالی ایجاد شده بود (۲۱).

نتایج مطالعه ما همچنین نشان داد که توانبخشی مبتنی بر جامعه و آموزش فراگیر، استراتژیهای جهت ایجاد فرصت برای افراد معلول و کم توان و مشارکت آنها در فعالیتهای جاری همراه با افراد سالم هستند که در این زمینه معلمان، والدین، کارکنان CBR، مددکاران اجتماعی و کارکنان بهداشت و درمان می توانند در فرآیند آموزش نقش بسزایی داشته باشند.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره توانایی روزمره زندگی، توانایی حرکتی، ارتباط اجتماعی و توانایی شغلی معلولین قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی

سطح معناداری	بعد از مداخله		قبل از مداخله		نوع فعالیت	
	میانگین و انحراف معیار	تعداد (درصد)	میانگین و انحراف معیار	تعداد (درصد)		
p=۰/۰۰۱	۲/۰۲±۰/۶۵	(۵۲)۱۰۴	۱/۲۷±۰/۴۲	(۲۱)۴۲	توانایی روزمره زندگی	به تنهایی
		(۴۳/۵)۸۷		(۴۳/۵)۸۷		با کمک
		(۴/۵)۹		(۳۵/۵)۷۱		اصلا
		(۱۰۰)۲۰۰		(۱۰۰)۲۰۰		کل
p=۰/۰۰۱	۱/۸۱±۰/۸۵	(۵۷)۱۱۴	۱/۳۳±۰/۴۴	(۴۱/۲)۸۲	توانایی حرکتی	خارج از خانه
		(۳۷/۵)۷۵		(۳۶/۷)۷۳		داخل خانه
		(۵/۵)۱۱		(۲۲/۱)۴۴		اصلا
		(۱۰۰)۲۰۰		(۱۰۰)۲۰۰		کل
p=۰/۰۰۱	۲/۳۵±۰/۲۸	(۶۲)۱۲۴	۱/۸۰±۰/۲۳	(۲۰)۴۰	ارتباط اجتماعی	با غریبه
		(۳۳)۶۶		(۵۱/۵)۱۰۳		با فامیل
		(۵)۱۰		(۲۸/۵)۵۷		اصلا
		(۱۰۰)۲۰۰		(۱۰۰)۲۰۰		کل
p=۰/۰۰۱	۲/۴۲±۰/۳۳	(۳۴)۶۸	۲/۱۴±۰/۷۹	(۷)۱۴	توانایی شغلی	کار پیچیده
		(۴۶)۹۲		(۴۳)۸۶		کار ساده
		(۲۰)۴۰		(۵۰)۱۰۰		اصلا
		(۱۰۰)۲۰۰		(۱۰۰)۲۰۰		کل

References

- 1- Ghasemi Barghi R. Hasanzadeh Gh. Javadi M. Asadi M. Baiat B. Saeed Poor N, et al. Assessment of disabled peoples and their families' perspectives on the disabilities in the Qazvin and Karaj. Paramedics College of Tehran University of Medical Sciences Journal. 2012; 5(2). P. 71. persian.
- 2- Ali Abadi S. Hatami Zade N. Vameghi R. Kazem Nezhad A. The following rate of disabled children parents of rehabilitation programs of outpatient rehabilitation centers in Birjand in 1388. Journal of Nursing and Midwifery college of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 8(1). P. 26. text in persian.
- 3- Sharifian Sani M. Sajadi H. Toluei F. Kazem Nezhad A. Girls and women with physical-mobility disability: Needs and problems. Journal of rehabilitation. 2007; 7(2). P. 42. Persian.
- 4- Iravani M. Hatami Zade N. Fotuhi A. Hossein Zade S. Comparison of new and conventional methods efficacy of «education in family of community based rehabilitation program» to awareness, Skills and attitudes of local rehabilitation employees. Journal of rehabilitation. 2012; 12(3): 45. Persian.
- 5- Vaziri Nezhad R. Esmaeili A. Shahi Moridi D. Sadeghi A. Rahim Nia A. Fifteen-year trend of congenital disabilities incidence in Rafsanjan rural population. Research in medicine: Journal of Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2009; 32 (1): 12. persian.
- 6- Mirkhani M. Principal of rehabilitation. Tehran: University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences; 2006. p. 23. persian.
- 7- 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.
- 8- 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. MSc Thesis. Tehran: Rehabilitation Management College of Iran University of Medical Sciences; 2008. P. 4. persian.
- 9- 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.
- 10- Kamali M. Evaluation of community based rehabilitation in Iran. Tehran: research projects of Thran University of Medical Sciences; 2005. P. 12. persian.
- 11- Sharma M¹, Deepak S. A participatory evaluation of community-based rehabilitation programme in North Central Vietnam. Disabil Rehabil. 2001 May 20; 23(8): 352-8.
- 12- Ding Lin J. Deli C. Ping Lin L. Wei Hsu S. The study of geographic differences in the prevalence of disability among Taiwanese population. Research in Autism Spectrum Disorders Journal. 2012; 6: 73-78.
- 13- Ling TaT. LayWah L. Suet Leng K. Employability of People with Disabilities in the Northern States of Peninsular Malaysia: Employers' Perspective. Disability, CBR and Inclusive Development journal. 2011; 22(1): 80.
- 14- Nasiripour AA. Tabibi J. Afkar A. Kamali M. Effect of Community Based Rehabilitation Program Implementation on Disabled Person Living Conditions in Iran. Knowledge & Health Journal. 2013; 7(4): 175-176. Persian.
- 15- Zhao T. Joseph KF. Evaluating Community Based Rehabilitation: Guidelines for Accountable Practice. Japan: Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific, Regional NGO Network for Asia and the Pacific Decade of Disabled Person, Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific Region; 1999.
- 16- Yu J J. Hu Y. Wu Y. Chen W. Zhu Y. Cui X, et al. 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.
- 17- Khasnabis C. Motsch KH. The Participatory development of international guidelines for CBR. journal of Leprosy Review. 2008; 79: 17-29.
- 18- Majidi F. Teimoori S. Case study of Chahar Bagh street for access modification veterans and Physical –mobility disabled. Iranian Journal of War and Public Health. 2011; 3(11): 42-3. persian.
- 19- Georgievski A. AL sulaiti E. Zafa Z. Farran C. Travia A. Evolution Of community based rehabilitation concept in Qatar. Qatar medical Journal. 2006; 15: 54-55.
- 20- 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.
- 21- Mirasol Magallona L. Datangel J. The Community Based Rehabilitation Program of the University of the Philippines Manila, College of Allied Medical Professions. Disability, CBR and Inclusive Development journal. 2011; 22(3): 39-61.

Comparison between Capabilities of the Disabled People before and after Implementation of Community Based on Rehabilitation(CBR) Program

BY: Afkar A¹, Nasiripour A.A², Tabibi J³, Kamali M⁴, Farmanbar R^{5*}, Kazemnejad Leili E⁶

1) Department of Health Education and Health Promotion, Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2) Department of Health Care Management, Associate Professor, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3) Department of Health Care Management, Professor, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4) Department of Rehabilitation Management, Associate Professor, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5) Department of Health Education and Health Promotion, Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

6) Bio- Statistics, Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2012/12/31

Accepted: 2013/10/06

Abstract

Introduction: Community Based Rehabilitation (CBR) is the strategy focuses to enhancing quality of life for disabled people. This strategy plan to consider requirements of the disabled people in all countries.

Objective: The goal of this study is to compare capabilities of disabled people before and after implementation of CBR program.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study was conducted in the region of Guilan in 2011. randomly 200 disabled people were selected. Tizun Zhao form designed used to collect data in two parts: the first part contain of 10 questions about demographic data, the second part consist of 9 items about competences of the disabled people. Data was analyzed by Wilcoxon Test, t-test and Chi-Square Test.

Results: Average age of studied people was 31.2 ± 14.3 year. Most cases were men (68%) and unemployed (73%) and no type of occupation. In viewpoint of disability, most cases were physical-movement disabled people (42.5%). There was a significant statistical relationship between type of disability and effect of Community Based Rehabilitation ($P=0.005$). There was also a direct statistical relationship between training period and disability decrease ($P=0.005$). Capability of the disabled was with the mean and standard deviation 76.34 ± 21.7 , but it decreased to 59.33 ± 15.04 after intervention ($P=0.001$).

Conclusion: Implementation of community based rehabilitation program is an effective method to promote the function of disabled people.

Key words: Rehabilitation, Disabled Persons, Activities of daily living

*Corresponding Author: Rabiallah Farmanbar, Rasht, School of Health
Email: Farmanbar@gums.ac.ir