

ارزشیابی اثربخشی طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع در توانمندسازی زنان روستایی شهرستان بیرجند

محمدشریف شریف زاده^{۱*}، حسین خندان^۲ و غلامحسین عبدالله زاده^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۰

چکیده:

این تحقیق با هدف ارزشیابی اثربخشی طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع، در توانمندسازی زنان روستایی دارای معلولیت شهرستان بیرجند خراسان جنوبی انجام گرفت. این مطالعه توصیفی به روش پیمایشی انجام شد. جامعه آماری تحقیق (۵۹۱ نفر) دربرگیرنده تمام زنان روستایی دارای معلولیت تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع، در شهرستان بیرجند بود. طبق فرمول کوکران، حجم نمونه ۲۰۴ نفر تعیین شد. گزینش نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام شد. روایی صوری و محتوایی ابزار تحقیق (پرسشنامه محقق ساخته) بر اساس نظر گروهی از خبرگان تأمین و پایایی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۸ تأیید شد. طبق یافته‌های تحقیق، ۱۳ درصد پاسخگویان اثربخشی طرح را خیلی زیاد، ۱۰/۵ درصد در حد زیاد، ۱۲ درصد در حد متوسط، ۴۱ درصد در حد کم و ۲۳/۵ درصد در حد خیلی کم ارزیابی کرده‌اند. نتایج آزمون‌های مقایسه نشان داد پاسخگویانی که در کلاس‌های آموزشی شرکت کرده‌اند، پاسخگویانی که در گروه معلولیت شنوایی و گویایی قرار دارند و پاسخگویانی که از تجهیزات توانمندسازی سمعک استفاده می‌کنند، اثربخشی طرح را بیشتر ارزیابی کرده‌اند. تحلیل عاملی عوامل مؤثر بر اثربخشی توانبخشی مبتنی بر اجتماع به استخراج سه عامل تأثیرگذار با عنوان رویکرد نیازمحور توانبخشی مبتنی بر اجتماع، حمایت اجتماعی از توانبخشی مبتنی بر اجتماع، انسجام و همکاری نهادی در اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع منجر شد. در مجموع این سه عامل ۷۸/۳۳ درصد از کل واریانس عوامل مؤثر بر اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع را تبیین کردند. ضریب همبستگی نشان داد ارزیابی پاسخگویان از اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع با رضایت از زندگی، برخورداری از مهارت، تحصیلات، رویکرد نیازمحور و همکاری و انسجام نهادی برنامه و میزان درآمد و حمایت اجتماعی از برنامه به عنوان متغیرهای مستقل مثبت و معنادار است.

کلیدواژه‌ها: ارزشیابی اثربخشی، توانبخشی مبتنی بر اجتماع، توانمندسازی، زنان معلول روستایی، شهرستان بیرجند.

۱. دانشیار دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی دانشگاه گرگان، استان گرگان (نویسنده مسئول). sharifsharifzadeh@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد مدیریت کشاورزی، دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان، استان گرگان. hosseinkhandan88@gmail.com

۳. دانشیار دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی دانشگاه گرگان، استان گرگان. abdollahzade1@gmail.com

مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است.

مقدمه و بیان مسئله

پدیده معلولیت و عواقب منفی جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، یکی از موانع رشد و توسعه یک کشور قلمداد می‌شود (نصیری‌پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۶). معلولیت، پدیده‌ای است که گروهی از انسان‌ها ممکن است به ناگزیر در بخشی از زندگی یا تمامی عمر خود به آن دچار شوند. هرچند تعدادی از نقص‌ها به صورت مادرزادی از بدو تولد عارض می‌شوند، سایر موارد ممکن است در هر سنی اتفاق افتد (داورمنش و براتی‌سده، ۱۳۸۵).

معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است و مانع از انجام نقشی می‌شود که برای فرد در نظر گرفته شده است (قاسمی برقی و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان دچار نوعی معلولیت‌اند که ۸۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند؛ در حالی که مخارجی که در این کشورها برای آن‌ها صرف می‌شود ۲۰ درصد افراد معلول در کشورهای پیشرفته است (شریفیان ثانی و همکاران، ۱۳۸۵: ۴۱). افراد معلول همانند سایر افراد جامعه حق برخورداری از زندگی مستقل، آموزش، بهداشت، ازدواج و تفریح را دارند (کرباسی و دوآتگران، ۱۳۹۰). 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 است (لینگ تا و همکاران^۱، ۲۰۱۱: ۷۴). بنابراین برنامه‌ریزی، تخصیص بودجه و توسعه خدمات توانبخشی با هدف کاهش تأثیر معلولیت بر سلامت جامعه عملاً با مشکل روبرو می‌شود (گراهام و همکاران^۲، ۲۰۰۸: ۵).

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، منابع مالی کافی برای تشخیص و پیشگیری معلولیت برای تأمین نیازهای توانبخشی و برنامه‌ریزی خدمات پشتیبانی معلولان وجود ندارد و کارکنان آموزش‌دیده‌ای که بتوانند راهبردها و دیدگاه‌های نوین و ثمربخش را در توانبخشی، ساخت و تأمین وسایل کمکی و تجهیز مورد نیاز افراد معلول، جست و جو کنند، اندک‌اند (وزیری نژاد و همکاران، ۱۳۸۷: ۶۷). سازمان جهانی بهداشت، به منظور برطرف کردن نیازهای به‌حق افراد معلول، برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع^۳ را در دهه ۱۹۹۰ طراحی و اجرای آن را به جهانیان توصیه کرد. در این برنامه تأکید بر آن است که بخش وسیعی از نیازهای افراد معلول از جمله تحرک، فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌های اجتماعی با توانمندسازی، آموزش و

1. Ling Ta et al.

2. Graham et al.

3. CBR: Community based rehabilitation

درگیرکردن فرد معلول، خانواده وی و جامعه محلی مرتفع شود (نصیری پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۶).

از نظر سازمان بهداشت جهانی با توجه به محدود بودن خدمات اساسی و دسترسی نداشتن به حمایت‌های لازم، توانبخشی مبتنی بر اجتماع برای عرضه این خدمات به افراد معلول بسیار مناسب است (وزیری نژاد و همکاران، ۱۳۸۷: ۶۷). توانبخشی مبتنی بر اجتماع راهبردی برای افزایش و بهبود کیفیت زندگی افراد معلول، از طریق ارتقای خدمات عرضه شده، ایجاد فرصت‌های مساوی و حمایت از حقوق انسانی افراد معلول و راهبردی برای توجه به نیازهای افراد کم توان در درون اجتماع در تمام کشورهاست (دایجیکرس^۱، ۲۰۰۷: ۸۲۹؛ و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۰). به طور کلی توانبخشی مبتنی بر اجتماع اقدامی بشردوستانه محسوب می‌شود که رویکردی جدی به فرد معلول، خانواده و ارتباط مستقیم و غیر مستقیم و مستمر با جامعه دارد. توانبخشی ابعاد مختلف و گروه‌های سنی و جنسیتی را در حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و مدنی و پزشکی در بر می‌گیرد که مراحل و فرایند آن از غربالگری برای شناسایی معلول آغاز و به تشکیل پرونده بر حسب مشخصات نوع معلولیت، علت معلولیت، وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده و نیز برنامه‌ریزی ختم می‌شود (آملی، ۱۳۹۲: ۲۲).

مطالعات نشان می‌دهد زنان بیشتر از مردان در معرض فقر و کلیشه‌های جنسیتی قرار دارند. تبعیض جنسیتی در جوامع مختلف متفاوت است. جامعه روستایی در طول تاریخ با تنگناهای متعددی روبه‌رو بوده است، به همین دلیل، برای رقابتی سالم و همسنگ با مراکز جمعیتی بزرگ (شهرها) کمتر فرصت لازم را داشته و این روند موجب بروز بسیاری از مشکلات برای جوامع شهری و روستایی شده است (فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۲: ۳۶). در این بین، زنان روستایی بیشتر از سایر زنان در این تنگناها قرار دارند و این وضعیت مبین تبعیض مضاعف جنسیتی - جغرافیایی است (صفری شالی، ۱۳۸۷: ۱۳۷). این خود گویای شرایط زنان معلول جامعه روستایی و لزوم توجه به این قشر از جامعه است.

در طول دو و نیم دهه، توانبخشی مبتنی بر اجتماع در بسیاری از کشورها اجرا شده است. در کشور ما از چند دهه پیش اجرای این برنامه شروع شده و اکنون در کل کشور در قالب مراقبت‌های بهداشتی اولیه اجرا می‌شود (افکار و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۵). این برنامه بر پایه چهار اصل مشارکت، فراگیری، پایداری و خودیاری برای معلولان استوار است و از پنج مؤلفه سلامت، آموزش، معاش، توانمندسازی و اجتماعی کردن معلولان در جامعه تشکیل شده است.

این برنامه در ابتدا به عنوان یک طرح آزمایشی در تابستان ۱۳۷۱ در استان سمنان شروع شد. برنامه مزبور هم اکنون در روستاهای کشور با موفقیت اجرا شده است. در ادامه قرار است در شهرها و حاشیه‌های شهر نیز اجرایی شود. از سال گذشته، ۳۰ شهرستان محروم در کشور شناسایی شده و قرار است این طرح در گام بعدی در این نقاط اجرایی شود. در این برنامه بر واگذاری امور به معلولان و جوامع محلی تأکید می‌شود. در مرحله اول اجرای آن ارائه آموزش‌ها به معلولان، خانواده معلولان و افراد محل زندگی آن‌ها مدنظر قرار گرفته است. در مرحله دوم مناسب‌سازی فضای منزل مسکونی معلولان مورد توجه قرار گرفته و برای این منظور اعتباراتی برای عرضه خدمات تخصصی در برنامه CBR برای استان اختصاص یافته است. تهیه وسایل توانبخشی و کمک‌توانبخشی و ویزیت در منزل برای افراد واجد شرایط، ایجاد اشتغال و توانمندسازی معلولان از جمله اهداف اجرای طرح CBR است. در همین زمینه پرداخت تمامی هزینه‌های درمان و ارجاع به مراتب درمانی بالاتر به معلولان مدنظر گرفته شده است. این برنامه سبب توسعه خدمات توانبخشی در سطح محلی و جلوگیری از مرکز‌محوری در عرضه خدمات شده است. سازمان بهزیستی کشور در قالب این برنامه با رویکرد ایجاد اشتغال برای مددجویان، به حمایت از مشاغل خانگی، خوداشتغالی و پرداخت تسهیلات به کارفرمایان اقدام کرده است.

به‌رغم مطالعات انجام‌شده در داخل و خارج از کشور در خصوص معلولان و با عنایت به مشکلات اجرایی و پوشش اندک برنامه (میرخندان، ۱۳۸۴: ۸۷). با گذشت سه دهه هنوز تحقیقات در زمینه ارزشیابی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع اندک است. اجرای طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه در روستاها و مناطق دورافتاده می‌تواند در کاهش افسردگی معلولان جسمی حرکتی مؤثر باشد. همچنین به نظر می‌رسد با ایجاد تغییرات هدفمند و ایجاد چارچوبی جامع‌تر در طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع، برای معلولان جسمی حرکتی، بتوان آثار مثبتی در سلامت عمومی این افراد ایجاد کرد. انجام تحقیقات گسترده برای به دست آوردن شواهد علمی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی معلولان ضروری به نظر می‌رسد (ایوبی آواز و همکاران، ۱۳۹۷: ۵۴). به عبارت دیگر، توانبخشی مبتنی بر اجتماع، می‌تواند از تأثیرات معلولیت، بر معلول و خانواده او کاسته و در زمینه خودکوفایی فرد مؤثر باشد؛ بنابراین لازم است با رویکردی علمی به شناسایی آثار واقعی این طرح در توانمندسازی گروه‌های هدف به ویژه در مناطق روستایی با شرایط خاص خود، پرداخت و در نتیجه، راهکارهایی را برای ارتقای اثربخشی طرح پیشنهاد داد. از این

طریق، هم بهره‌وری طرح افزایش خواهد یافت هم جامعه روستایی از آن بیشتر بهره‌مند خواهد شد. این در حالی است که سازمان بهزیستی به عنوان متولی برنامه‌های توانبخشی هم مجری و هم ناظر برنامه است و اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع با توجه به شرایط جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در مناطق مختلف کشور متفاوت است. در استان خراسان جنوبی به ویژه در منطقه تحقیق تاکنون پژوهشی در خصوص ارزشیابی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع صورت نگرفته است. لذا این مطالعه با هدف ارزیابی اثربخشی طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع در توانمندسازی زنان روستایی در شهرستان بیرجند با محوریت پرسش‌های کلیدی زیر به انجام رسید: ۱. تا چه حد طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع در توانمندسازی زنان روستایی اثربخش بوده است؟ و ۲. چه عواملی بر اثربخشی طرح توانمندسازی زنان روستایی مؤثر واقع شده است؟

پیشینه تحقیق

تاکنون محققان در قالب پژوهش‌هایی که انجام داده‌اند برخی آثار طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع و عوامل تأثیرگذار بر سودمندی آن برای معلولان را برشمرده‌اند. در این باره، کمالی (۱۳۸۳) در مطالعه خود با موضوع توانبخشی مبتنی بر اجتماع در ایران به بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع در چهارده استان کشور پرداخت. نتایج این تحقیق که به روش پیمایش کشوری انجام شد، حاکی از آن است که درصد افراد مبتلا به معلولیت جسمی و حرکتی که به طور مستقل قادر به انجام فعالیت‌های زندگی روزانه بودند افزایش یافته و تعداد معلولانی که کاملاً به دیگران وابسته بودند، کاهش یافته است. هدف مطالعه ستاری و همکاران (۱۳۸۳) سنجش نگرش خانواده‌های روستایی دارای معلول در مناطق اجرا شده و نشده طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع در مناطق روستایی استان اردبیل بوده که به شیوه پیمایش پرسشنامه‌ای انجام شده است نتایج نشان داد در مناطقی که طرح مزبور در آن اجرا شده است، در مقایسه با سایر مناطق نگرش مطلوب‌تری نسبت به پدیده معلولیت وجود دارد. همچنین برخی از متغیرها از جمله سطح تحصیلات، جنسیت و آشنایی با بهزیستی در نحوه نگرش نسبت به معلولیت تأثیرگذار بوده‌اند. بنابراین، آموزش طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع و گسترش آموزش مهارت‌های زندگی از مؤثرترین راه‌های افزایش کارایی و کیفیت زندگی معلولان است که باید با جدیت دنبال شود. حاتمی‌زاده و همکاران (۱۳۸۳: ۳۷) با بررسی موفقیت عرضه خدمات «آموزش در خانواده» طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع به خانواده‌های

دارای فرد مبتلا به معلولیت جسمی و حرکتی که در روستاهای تحت پوشش طرح در شهرستان بابلسر به روش تجربی (برخورداری از طرح تحقیق آزمایشی) صورت گرفت، دریافتند در میزان آگاهی افراد دچار معلولیت و خانواده‌های آنان در زمینه نحوه کمک به فرد معلول به منظور کسب استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره، جابجایی و حرکت در محیط و عوارض حرکتی اندام‌ها و همچنین میزان مهارت آنان در زمینه کمک به فرد معلول برای کسب توان انجام مراقبت‌های شخصی و نگرش ایشان در مورد معلول و معلولیت و اثربخشی شیوه‌های توانبخشی تفاوت معناداری وجود نداشت. آنان نتیجه گرفتند عرضه خدمات «آموزش در خانواده» طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع در روستاهای شهرستان بابلسر در مهارت خانواده و فرد معلول در استقلال یافتن معلول اثر معناداری نداشته است. سلامتی و همکاران (۱۳۸۵: ۲۰) در پیمایش مقطعی خود با عنوان آموزش در خانواده به عنوان راهبرد اصلی توانبخشی مبتنی بر اجتماع در ایران، با مطالعه ۶۱۴ معلول تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی درمانی ۲۱ شهرستان پایلوت دریافتند بین وضعیت پیشرفت توانایی‌های افراد تحت پوشش با گروه سنی و گروه معلولیت رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بین وضعیت پیشرفت یا عدم پیشرفت توانایی‌های افراد تحت پژوهش با نسبت آموزش‌دهنده رابطه وجود دارد. آنها به این نتیجه رسیدند آموزش در خانواده در برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع، روشی مؤثر برای ارتقای عملکرد معلولان در برخی گروه‌های انتخابی است.

ایروانی و همکاران (۱۳۹۰: ۴۴) در مقایسه اثر دو روش جدید و رایج آموزش در خانواده بر آگاهی، مهارت و نگرش کارکنان محلی توانبخشی در استان لرستان به شیوه کار آزمایشی میدانی دریافتند، توانیاران آموزش‌دیده به روش جدید، نسبت به مراقبان تحت پوشش خود علاوه بر ارائه آموزش شفاهی، آموزش عملی بیشتری ارائه کرده بودند اما نگرش دو گروه در مورد اثربخشی برنامه تفاوت معناداری نداشت. آنها چنین نتیجه‌گیری کردند که آموزش به شیوه جدید در ارتقای سطح آگاهی و مهارت توانیاران محلی تأثیر بیشتری داشته، اما منابع تخصیص‌یافته تفاوت چندانی نداشتند، برنامه‌ریزی برای جایگزینی شیوه جدید شایسته به نظر می‌رسد. نصیری پور و همکاران (۱۳۹۱: ۵۶) در پژوهش خود با عنوان سنجش مؤلفه‌های توانبخشی مبتنی بر اجتماع، با استفاده از تحلیل عاملی به شیوه توصیفی-تحلیلی و مقطعی با بهره‌گیری از ابزار پرسشنامه تکمیل‌شده توسط کارشناسان درگیر در سطح کشور، به این نتیجه رسیدند استفاده از افراد نیمه‌حرفه‌ای (کارکنان)، حمایت‌های اجتماعی و سیاسی، خدمات آموزشی، تأمین معاش، خدمات بهداشتی، خدمات پزشکی و تلفیق اجتماعی معلولان

با توجه به بافت فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی کشور ایران می‌توانند ضمن توانمندسازی معلولان، موجب ارتقای کرامت انسانی فرد معلول و خانواده وی در جامعه شود. وحیدزاده و همکاران (۱۳۹۱: ۱۵۰) با بررسی توانبخشی مبتنی بر اجتماع با تأکید بر پروژه کرمان (منطقه دشت زحمتکشان) به این نتیجه رسیدند که گرچه در توانبخشی معلولان استفاده به رویکردهای چندبخشی و مبتنی بر مشارکت اجتماعی ضرورتی غیر قابل انکار است، استفاده و به کارگیری چنین رویکردهایی مستلزم تحقق شرایط و پیش‌نیازهایی در منطقه است.

محمدی‌مقدم و همکاران (۱۳۹۱: ۱۶) در مطالعه خود به شیوه پیمایش مقطعی با استفاده از ابزار پرسشنامه استاندارد، کیفیت زندگی افراد با افت شنوایی شدید و عمیق ۱۵-۵۶ ساله ساکن شهرستان سبزوار را بررسی کردند و دریافتند بین دو گروه در ابعاد احساس فرد از وضعیت سلامت عمومی خود، عملکرد اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی-روحي اختلاف معنادار وجود دارد. نتایج این مطالعه، اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع بر کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شنوایی را تأیید می‌کند. پژوهش شینانی و زارع (۱۳۹۱: ۲) با موضوع بررسی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع بر میزان کیفیت زندگی سالمندان کهریزک، با استفاده از روش آزمایشی (بهره‌گیری از دو گروه آزمون و شاهد) و استفاده از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه، نشان داده سالمندانی که در برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع شرکت داشته و خدمات معناداری را دریافت کرده‌اند، از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند. آنها نتیجه گرفتند با وجودی که مدت زیادی از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع در کهریزک نمی‌گذرد، همان‌طور که در نظریه‌ها و مدل‌های نظری مشخص شده است افراد شرکت‌کننده در این برنامه‌ها با بازگشت به اجتماع و انجام فعالیت‌های مختلف هویت فردی و اجتماعی خود را بازیافته و توانسته‌اند در مقایسه با دیگر سالمندان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار شوند.

افکار و همکاران (۱۳۹۳: ۶۵) در مطالعه خود تحت عنوان مقایسه توانایی معلولان قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع بر روی ۲۰۰ معلول به صورت نمونه‌گیری تصادفی در استان گیلان دریافتند بین نوع معلولیت و تأثیر اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع و همچنین بین مدت‌زمان آموزشی و کاهش معلولیت نیز ارتباط مستقیم وجود دارد و ناتوانی معلولان بعد از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع کاهش یافته است. در نتیجه اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع روشی مؤثر برای ارتقای عملکرد معلولان به شمار می‌رود. خداپاریان و همکاران (۱۳۹۳: ۸۸) با مطالعه‌ای به روش توصیفی - تحلیلی بر روی

معلولان با ضایعه نخاعی شهر یزد با استفاده از ابزار پرسشنامه استاندارد نشان دادند برای ارتقا کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی می‌بایست شاخص‌های رفاهی را مورد توجه قرار داد. دولت‌ها باید با مشارکت معلولان ضایعات نخاعی اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع را برای افزایش خودکارآمدی آنان تسهیل کند. ایوبی آواز و همکاران (۱۳۹۷: ۵۴) از طریق مطالعه توصیفی- تحلیلی در روستاهای تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع در شهرستان بستان‌آباد با استفاده از ابزار پرسش‌نامه به مقایسه سلامت عمومی و افسردگی افراد تحت پوشش با افراد غیر تحت پوشش پرداختند. طبق نتایج تحقیق، تفاوت معناداری بین دو گروه به لحاظ سلامت عمومی وجود ندارد. البته، در گروه تحت پوشش طرح، علائم افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی نسبت به گروه غیر تحت پوشش کاهش یافته بود.

نتایج مطالعه کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسیب نخاعی تیت و همکاران^۱ (۲۰۰۲: ۱۸) نشان می‌دهد بررسی کیفیت زندگی به طور فزاینده‌ای در توانبخشی مورد استفاده قرار گرفته است اما این مطالعات نیازهای خاص معلولان را معرفی نمی‌کند. در مطالعه وی در مورد معلولانی که سطح کیفیت زندگی خود را عالی گزارش کرده بودند، ارتباطات رضایت‌بخش، حمایت اجتماعی، مشارکت بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی و لذت بردن از اوقات فراغت نیز مشاهده شد. نتایج پژوهش شاهنده و همکاران (۱۳۸۳: ۲) با موضوع بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی در شهر تهران که به صورت پیمایش محدود با استفاده از پرسشنامه لنکاشایر و ویسکانسین به انجام رسیده، حاکی از آن است که درصد بالایی از افراد مورد بررسی، سطح کیفیت زندگی خود را متوسط و خوب بیان کرده‌اند. این میزان، بسیار به کیفیت زندگی گزارش شده در افراد مبتلا به ضایعات نخاعی در سایر نقاط جهان نزدیک است. پژوهش وانگ و همکاران^۲ (۲۰۰۶: ۴) در چین نشان داد در مراکز بهداشتی درمانی که و کادر پزشکی مجهز نداشتند، شکافی تعریف شده بین سرویس‌های ارائه‌دهنده توانبخشی در این منطقه و سرویس‌های توانبخشی مبتنی بر اجتماع وجود دارد. نتایج فراتحلیل دیجکرس^۳ (۲۰۰۷: ۸۲۹) در بررسی کیفیت زندگی معلولان ضایعه نخاعی نشان داد آنان نسبت به افراد غیر معلول سلامت روانی پایین‌تری دارند. در همین زمینه چن و همکاران^۴ (۲۰۱۱: ۷) با انجام مطالعه‌ای به شیوه توصیفی - همبستگی در تایوان به نتایج مشابه دست یافتند و بر ضرورت تمرکز توجه دولت‌ها بر ایجاد محیط‌های کاری دوستدار ناتوانی برای بازگشت

1. Tate et al.

2 Wang et al.

3 Dijkers

4 Chen et al.

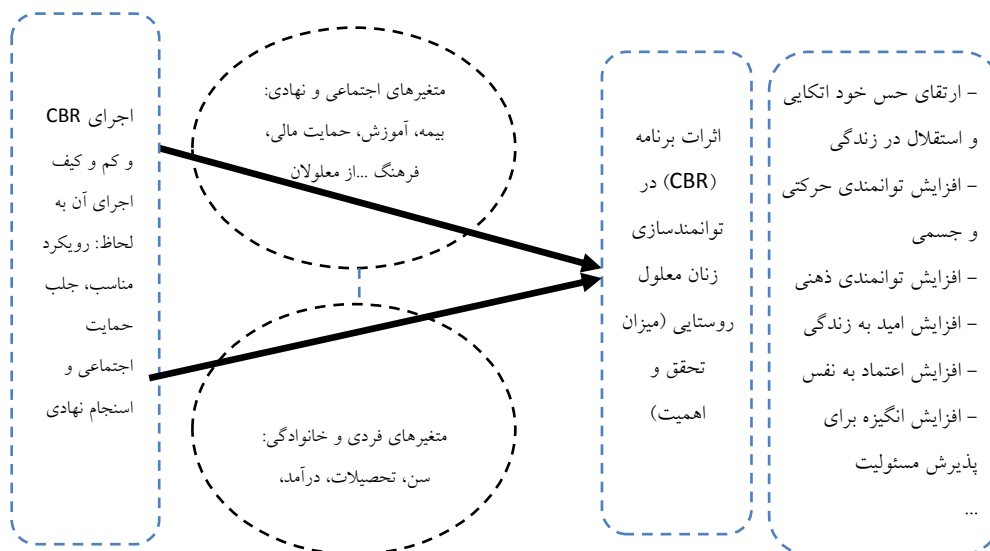
موفقیت‌آمیز به اجتماع خود تأکید کردند. بختیاری و همکاران (۱۳۹۱: ۶۵) در مطالعه‌ای مقطعی با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-100 در شهر تهران به این نتیجه رسیدند که افراد معلول به دلیل محدودیت‌های موجود در حیطه‌های جسمی و استقلال، کیفیت زندگی کمتری نسبت به افراد سالم دارند. سیلور و همکاران^۱ (۲۰۱۲: ۱۹۰) در تحقیق خود به روش آزمایشی کاهش کیفیت زندگی معلولان را در حیطه‌های بازگشت به کار یا مدرسه، سازگاری با نقشه‌ای جدید در اجتماع و کسب استقلال فردی گزارش کرده‌اند. نتایج مطالعه ویجسوری و همکاران^۲ (۲۰۱۲: ۳۱۹) نشان داد عوامل نگرشی مثل خودکارآمدی بیشتر از عوامل مرتبط با ناتوانی مانند سطح ضایعه و کامل یا ناقص بودن آن، بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. طبق مطالعه کروتی و دوتی^۳ (۲۰۱۶: ۳۸۶) یکی از موضوعات اساسی در عرضه خدمات مراقبتی به معلولان ذهنی، اتخاذ یک رویکرد حرفه‌ای با در نظر گرفتن مسائل زیستی، معنوی و روحی، روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی این گروه است. در این بین، در نظر گرفتن فرهنگ ویژه این گروه (به عنوان یک خرده‌فرهنگ) در بافتار فرهنگی اجتماع برای عرضه خدمات اجتماع‌محور ضروری است.

بر اساس نتایج تحقیقات مرور شده و با در نظر گرفتن مبانی و ابعاد ذکر شده برای توانمندسازی، عوامل مختلفی بر اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع تأثیرگذار است. عوامل مؤثر بر اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع شامل متغیرهای فردی، اقتصادی، حمایتی، اجتماعی و آموزشی است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد برای این که برنامه CBR موفق عمل کند باید در تمام جنبه‌های زندگی فرد ورود پیدا کرده و با پرورش استعدادها، فردی و افزایش خودباوری جرأت حضور در جامعه را در وی به وجود آورد، از سوی دیگر با آموزش و افزایش آگاهی جامعه نسبت به معلولیت و انجام حمایت‌های اجتماعی شرایط را برای حضور فرد معلول در اجتماع فراهم کند. به عبارتی اثربخشی این طرح در گرو کیفیت اجرای آن به لحاظ رویکرد مناسب، انسجام نهادی و جلب حمایت اجتماعی است. البته در این بین، متغیرهای فردی و خانوادگی - اجتماعی گروه هدف در موقعیتی واسطه‌گرانه می‌توانند آثار این برنامه را تضعیف یا تقویت کنند. چنین روابطی مبنای نظری این تحقیق را تشکیل داده است (شکل ۱).

1 Silver et al.

2 Wijesuriya et al.

3 Crotty and Doody



شکل ۱. الگوی نظری ارزیابی اثربخشی طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع، در توانمندسازی زنان روستایی

روش تحقیق

تحقیق حاضر رویکرد کاربردی دارد و از نظر روش‌شناسی بر مبنای راهبرد پیمایش به انجام رسیده است. این تحقیق از لحاظ زمانی از نوع پژوهش‌های تک‌مقطعی (از نیمه دوم سال ۱۳۹۳ تا پایان ۱۳۹۴) و به لحاظ گردآوری داده‌ها توصیفی و میدانی است. برای گرفتن اطلاعات مورد نیاز، از پرسشنامه بهره گرفته شد که با توجه به اهداف تحقیق در چند بخش، از جمله اطلاعات فردی و خانوادگی، برخورداری پاسخگویان از مهارت، رضایت‌مندی از زندگی و عملکرد حمایتی طرح، اثربخشی طرح در توانمندسازی معلولان و عوامل اثرگذار بر موفقیت طرح تدوین شد. بنابراین برای تعیین اعتبار ابزار سنجش و انجام اصلاحات لازم، ابتدا پرسشنامه‌های تدوین‌شده توسط تیم پایان‌نامه (شامل یکی از کارشناسان ارشد دست‌اندرکار طرح) و سه نفر از کارشناسان طرح در اداره بهزیستی شهرستان بیرجند بازنگری و سپس اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال شد. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه به محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مختلف پرسشنامه مبادرت شد. مقدار این ضریب برای بخش‌های مختلف پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۸. به دست آمد. جمعیت مورد مطالعه دربرگیرنده تمام زنان روستایی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع بود که در محدوده جغرافیایی شهرستان بیرجند سکونت داشتند. جمعیت این زنان بنا بر آمار مدیریت بهزیستی

شهرستان بیرجند (۱۳۹۳) بالغ بر ۵۹۱ نفر بود. علت انتخاب شهرستان بیرجند به عنوان منطقه اجرای تحقیق، درخواست اداره بهزیستی این شهرستان، عدم ارزشیابی اثربخشی برنامه تا زمان انجام تحقیق در این منطقه و امکان‌پذیری تحقیق به دلیل سکونت دست‌اندرکاران تحقیق در این شهرستان و دسترسی آنها به اطلاعات و آمار مستند در کنار سهولت دسترسی به پاسخگویان بود.

برای تعیین حجم نمونه در این مطالعه از فرمول کوکران استفاده شد که برای جامعه ۵۹۱ نفری زنان تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع در شهرستان بیرجند حجم مناسب نمونه، از طریق فرمول کوکران حجم نمونه ۲۰۹ به دست آمد. برای انتخاب پاسخگویان در پژوهش حاضر، از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. بدین منظور، بخش مرکزی شهرستان مورد مطالعه در مرحله اول انتخاب سپس تمام دهستان‌های موجود در این بخش به عنوان طبقه در نظر گرفته شدند. بخش مرکزی دارای شش دهستان به نام‌های القورات، باقران، شاخن، شاخنات، فشارود و کاهشک است. سپس از هر دهستان چند روستا و از هر روستا به تناسب جمعیت افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع چند نفر انتخاب شدند. پس از توزیع و گردآوری پرسشنامه‌ها، پنج مورد از کیفیت لازم برخوردار نبود و از این رو با حذف این تعداد، در مجموع از ۲۰۴ پرسشنامه کامل‌شده در تحلیل داده‌ها استفاده شد. پس از گردآوری پرسشنامه تکمیل‌شده، تمامی محاسبات آماری این تحقیق به وسیله نرم‌افزار SPSS 20 در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت گرفت.

یافته‌های تحقیق

- توصیف ویژگی‌های فردی و خانوادگی پاسخگویان:

میانگین سنی پاسخگویان اندکی بیشتر از ۳۳ سال به دست آمده است. حدود ۳ درصد سرپرست خانوار بودند. بیشتر پاسخگویان (حدود ۹۶ درصد) در منزل شخصی سکونت داشتند و فقط ۳ درصد اجاره‌نشین بودند. بیشتر پاسخگویان (حدود ۷۱ درصد) بی‌سواد بودند. عواملی چون عدم اجازه خانواده‌ها برای تحصیل و دور بودن مدارس از محل زندگی معلولان و نیاز به کمک برای رفتن به مدرسه و عدم پذیرش مدارس و نیاز به عرضه خدمات آموزشی خاص به این قشر می‌تواند از دلایل آن باشد. بیشتر پاسخگویان مجرد بودند (۵۱/۳ درصد). عدم پذیرش زنان معلول در اجتماع، باورهای نادرست در مورد معلولیت و عدم توانایی این زنان در ایفای نقش مادرانه و غیره می‌تواند در این امر مؤثر باشد. حدود ۷۵ درصد پاسخگویان

بیکار، ۲۲ درصد خانه‌دار و فقط ۵ درصد آن‌ها شغلی به غیر از خانه‌داری داشتند. از نظر گروه معلولیت بیشترین فراوانی مربوط به گروه معلولیت‌های یادگیری (حدود ۳۲ درصد) و پس از آن به گروه معلولیت‌های جسمی و حرکتی (حدود ۲۸ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه معلولیت بینایی (حدود ۶/۵ درصد) تعلق داشت. بیشترین علت معلولیت‌ها مربوط به عوامل مادرزادی (۹۰ درصد) و پس از آن حاصل بیماری‌ها (حدود ۵/۵ درصد) بود. کمترین علت ایجادکننده معلولیت‌ها به حوادث مربوط می‌شد (حدود ۴/۵ درصد). از نظر شدت معلولیت نیز اکثر پاسخگویان (حدود ۶۶/۵ درصد) معلولیت شدید داشتند. از نظر مدت معلولیت بیشترین فراوانی مربوط به دوره زمانی ۱۰ تا ۲۰ سال می‌شد (بیش از ۲۰ درصد پاسخگویان). برای حدود ۳۹/۵ درصد پاسخگویان نیز فرد دیگری هم در داخل خانواده دچار معلولیت بود که می‌تواند به دلایلی چون کثرت ازدواج‌های فامیلی در مناطق روستایی و در دسترس نبودن امکانات بهداشتی مناسب برای انجام زایمان ایمن رخ داده باشد. حدود ۱۴/۵ درصد از پاسخگویان علاوه بر معلولیت به دیابت، ۱۰ درصد به بیماری‌های قلبی و ریوی و ۲/۵ درصد نیز به آرتروز مبتلا بودند. بیش از ۹۹ درصد از پاسخگویان در هیچ‌کدام از نهادهای محلی عضویت نداشتند. پایین بودن اعتماد به نفس، عدم پذیرش اجتماع به دلیل کلیشه‌های جنسیتی و دیدگاه‌های تحقیرآمیز به آنان می‌تواند عامل مشارکت اجتماعی پایین پاسخگویان باشد. اکثر پاسخگویان (حدود ۹۸ درصد) تحت پوشش سازمان بهزیستی بودند و از این سازمان مستمری دریافت می‌کردند. از نظر مدت زمان دریافت مستمری بیشترین فراوانی مربوط به بازه زمانی ۵ و ۶ سال بود (به ترتیب حدود ۳۴/۵، ۳۴/۵ درصد). همچنین اکثر پاسخگویان (حدود ۹۲ درصد) تحت پوشش بیمه روستایی بودند.

به لحاظ میزان برخورداری پاسخگویان از مهارت، فعالیت‌های دامداری، باغداری و قالی‌بافی به ترتیب از جمله زمینه‌هایی بود که پاسخگویان بیشترین مهارت را در آن داشتند. از سوی دیگر، پاسخگویان کمترین مهارت را در کار با کامپیوتر، پرورش قارچ و پرورش زنبور عسل داشتند. از آنجایی که شغل غالب افراد جامعه روستایی و به خصوص در منطقه خراسان جنوبی کشاورزی و دامداری است، بدیهی است آشنایی پاسخگویان با این مشاغل بیشتر بوده و از کودکی با این فعالیت‌ها درگیر بوده و مهارت بیشتری در این زمینه داشته باشند. بر اساس یافته‌های تحقیق فقط هشت درصد افراد رضایت از خود از زندگی را خیلی زیاد و ۱۵/۵ درصد در حد زیاد ارزیابی کرده‌اند.

- توصیف عملکرد حمایتی طرح: نتایج نشان داد بیشترین فراوانی از نظر مدت زمان تحت پوشش برنامه CBR ۵ سال است (حدود ۲۹ درصد). بازدید مستمر در منزل، معرفی به مراکز خدمات درمانی و توانبخشی بیشترین خدماتی بوده که از سوی توانیاران به پاسخگویان ارائه شده است (حدود ۵۱ درصد). عواملی چون بومی بودن اکثر توانیاران و همچنین حساسیت و نظارت سازمان بهزیستی برای مراجعه توانیاران به خانواده‌ها و فرد معلول و آسان‌تر و در دسترس‌تر بودن این خدمات می‌تواند دلیل اقبال بیشتر توانیاران به عرضه آنها باشد. از بین تجهیزات کمک توانبخشی دریافت شده از سوی پاسخگویان، ویلچر بیشترین فراوانی (حدود ۲۳ درصد) را دارا بوده است. داروها و لوازم مورد نیاز اکثر پاسخگویان (حدود ۷۹/۵ درصد) از سوی مراکز خدمات بیمه‌ای مورد حمایت قرار می‌گیرد. نتایج نشان داد شورای CBR در اکثر روستاهای محل سکونت پاسخگویان (حدود ۷۲/۵ درصد) تشکیل شده است، اما بیشتر پاسخگویان (حدود ۹۶ درصد) به دلایلی چون عدم اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی و معرفی درست آن به معلولان و نبود نظارت کافی در اجرا و عضوگیری در شورای CBR روستای محل سکونت خود عضویت ندارند. شیوه برگزاری جلسات شورای CBR در اکثر روستاهای محل سکونت پاسخگویان (حدود ۷۹/۵ درصد) به گونه‌ای است که بیش از هر ۳ ماه یکبار جلسات تشکیل می‌شود. وضعیت شرکت پاسخگویان در جلسات شورای CBR به نحوی است که اکثر پاسخگویان (حدود ۷۹/۵) اصلاً در جلسات شرکت نمی‌کنند و فقط نزدیک به یک درصد آن‌ها به طور منظم در جلسات حضور می‌یابند. عواملی چون کلیشه‌های جنسیتی حاکم بر جامعه روستایی در مورد حضور زنان در بیرون خانه و همچنین وابستگی معلولان برای انجام امور خود به فرد دیگری را می‌توان از علت بروز چنین وضعیتی باشد. بررسی عضویت پاسخگویان در تشکل‌های ویژه معلولان نشان داد که بیشتر آنان (حدود ۹۴ درصد) در این تشکل‌ها عضویت ندارند. همچنین بیشتر پاسخگویان (حدود ۷۹/۵ درصد) تاکنون در کلاس‌های برگزار شده از سوی شورای CBR هرگز شرکت نکرده‌اند. بیشتر پاسخگویان (حدود ۵۷/۵ درصد) میزان مفید بودن این کلاس‌ها را زیاد توصیف کرده‌اند. بیشتر پاسخگویان (نزدیک به ۸۹/۵ درصد) از سوی صندوق شورای CBR مورد حمایت مالی قرار گرفته‌اند.

- توصیف اثربخشی طرح در توانمندسازی معلولان: نتایج تحقیق نشان داد، در بعد اثربخشی طرح در توانمندسازی معلولان گویه‌های «ارتقای حس خوداتکایی و استقلال در زندگی، افزایش حس سرزندگی و شور و نشاط در زندگی و افزایش توانمندی جسمی و حرکتی» و از لحاظ میزان اهمیت گویه‌های «افزایش توانمندی ذهنی، افزایش حس سرزندگی و شور و نشاط در زندگی و ارتقای حس خوداتکایی و استقلال در زندگی» بالاترین رتبه را به خود اختصاص دادند (جدول ۱).

جدول ۱. توصیف آثار طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع از نظر پاسخگویان

میزان اهمیت		میزان تأثیرگذاری		گویه‌ها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱/۵۵	۰/۵۶۶	۱/۶۶	۰/۵۸۰	فراهم‌سازی فرصت اشتغال و درآمدزایی
۱/۵۶	۰/۶۳۳	۱/۶۶	۰/۶۱۴	بالا بردن مهارت‌ها و توانمندی‌های کاری شما
۱/۴۸	۰/۵۹۴	۱/۵۸	۰/۵۸۸	ساده کردن فرآیند دسترسی به اعتبارات
۱/۴۸	۰/۵۸۵	۱/۵۹	۰/۶۲۱	ساده کردن دسترسی به خدمات بیمه‌ای
۱/۵۶	۰/۶۴۹	۱/۶۹	۰/۶۵۵	ترغیب مشارکت در محافل و مجامع اجتماعی رسمی (جلسات شورا، عضویت در تشکلات و غیره)
۱/۶۱	۰/۷۰۲	۱/۷۲	۰/۶۷۵	ترغیب مشارکت و حضور در محافل اجتماعی غیررسمی (مراسم مذهبی، جشن‌ها و ...)
۱/۷۰	۰/۷۴۹	۱/۸۳	۰/۷۴۴	بهبود همکاری و مشارکت با اعضای خانواده و اطرافیان در کار و زندگی روزمره
۱/۸۱	۰/۷۹۹	۱/۹۵	۰/۷۸۲	بهبود نگرش مثبت اطرافیان (پذیرش اجتماعی)
۱/۷۹	۰/۷۹۷	۱/۹۰	۰/۷۸۰	فراهم آوردن فرصت‌های آموزشی و حرفه‌آموزی با همکاری آموزش و پرورش و ادارات مرتبط
۱/۸۲	۰/۷۹۴	۱/۹۱	۰/۷۷۵	تسهیل دسترسی به امکانات مراقبتی و پزشکی مناسب
۱/۷۷	۰/۷۹۱	۱/۸۶	۰/۷۵۸	پیشگیری از عوامل به وجود آورنده یا تشدیدکننده معلولیت
۱/۸۱	۰/۸۲۱	۱/۹۴	۰/۸۰۱	تسهیل و تسریع امور اداری مربوطه
۱/۸۴	۰/۸۴۵	۱/۹۹	۰/۸۴۳	افزایش امید به زندگی (خوش‌بینی توأم با تلاش برای پیشرفت)
۱/۸۷	۰/۸۴۱	۱/۹۹	۰/۸۴۶	افزایش اعتمادبه‌نفس و حس سودمندی در نتیجه شناخت و بهره‌برداری از استعدادها و توانمندی‌های خویش
۱/۸۶	۰/۸۴۷	۱/۹۸	۰/۸۳۴	افزایش انگیزه برای پذیرش مسئولیت و کار و تلاش در زندگی
۱/۹۱	۰/۸۶۲	۲/۰۰	۰/۸۴۳	افزایش حس سرزندگی و شورونشاط در زندگی (رضایت از زندگی)
۱/۹۲	۰/۸۵۱	۱/۹۹	۰/۸۳۱	ارتقای حس خوداتکایی و استقلال در زندگی
۱/۹۰	۰/۸۴۷	۲/۰۰	۰/۸۵۵	افزایش توانمندی حرکتی و جسمی
۱/۸۹	۰/۸۲۱	۲/۰۰	۰/۸۰۶	افزایش توانمندی ذهنی (تمرکز حواس، تصمیم‌گیری مناسب و برنامه‌ریزی هدفمند در کار و زندگی)
۱/۸۸	۰/۸۳۴	۱/۹۶	۰/۸۱۵	بهبود توانایی‌های ارتباطی (صحبت کردن، ارسال یا درک علائم و نشانه‌ها، لب‌خوانی و ...)
۱/۸۲	۰/۸۱۵	۱/۹۴	۰/۸۰۸	افزایش توان استفاده از وسایل و ابزار جدید در کار و زندگی (موبایل، تلفن، وسایل الکترونیکی و ...)
۱/۸۰	۰/۷۸۴	۱/۸۹	۰/۷۹۱	کمک به بروز کردن اطلاعات فرد از تحولات جاری در جامعه
۱/۸۰	۰/۷۸۰	۱/۹۰	۰/۷۴۶	ارتقاء توانایی انجام امور شخصی روزمره (تغذیه، شستشو، پوشیدن لباس و ...)
۱/۷۳	۰/۷۵۸	۱/۸۶	۰/۷۸۳	کاهش تبعیض‌ها و اجحاف‌ها در کار و زندگی
۱/۷۳	۰/۷۵۳	۱/۸۷	۰/۷۴۹	افزایش حس امنیت و آرامش در زندگی
۱/۷۳	۰/۷۷۲	۱/۸۷	۰/۷۷۱	افزایش امکان به دست آوردن و کنترل دارایی (پس‌انداز، مالکیت زمین و مسکن و ...)
۱/۷۱	۰/۷۶۳	۱/۸۷	۰/۷۶۰	افزایش آگاهی‌های حقوق فردی و اجتماعی
۱/۷۱	۰/۷۵۱	۱/۸۵	۰/۷۴۳	کاهش هزینه‌ها و مخارج ناشی از معلولیت

برای طبقه‌بندی میزان اثربخشی طرح در توانمندسازی معلولان طبق فرمول موریس عمل شد (جدول ۲). با توجه به اطلاعات حاصله، ۱۳ درصد افراد اثربخشی طرح را خیلی زیاد و ۱۰/۵ درصد در حد زیاد ارزیابی کرده‌اند. همچنین ۱۲، ۴۱ و ۲۳/۵ درصد پاسخگویان به ترتیب در حد متوسط، کم و خیلی کم ارزیابی کرده‌اند.

جدول ۲. توصیف فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان ارزیابی اثربخشی طرح

سطح اثربخشی	دامنه هر سطح	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
کم	۰/۲-۰	۸۲	۴۱/۰	۴۱/۰
خیلی کم	۰/۴-۰/۲۱	۴۷	۲۳/۵	۶۴/۵
متوسط	۰/۶۰-۰/۴۱	۲۴	۱۲/۰	۷۶/۵
زیاد	۰/۸۰-۰/۶۱	۲۱	۱۰/۵	۸۷/۰
خیلی زیاد	۱-۰/۸۱	۲۶	۱۳/۰	۱۰۰/۰

- تحلیل عوامل مؤثر بر موفقیت طرح: برای شناخت عوامل مؤثر بر موفقیت طرح توانبخشی مبتنی بر اجتماع و دسته‌بندی عوامل زیربنایی تشکیل‌دهنده آن و تعیین مقدار واریانس تبیین شده توسط هر کدام از عوامل از روش تحلیل عاملی استفاده شده است. مقدار شاخص KMO (۰/۸۹۴) و آزمون بارتلت (۷۰۸۲/۰۲) نشان‌دهنده مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی است. مطابق وضعیت قرارگیری مجموعه متغیرها با فرض واقع‌شدن متغیرهای دارای بار عاملی بزرگ‌تر از ۰/۵ بر روی هر عامل، «رویکرد نیاز محور طرح» با درصد واریانس تبیین ۳۰/۵۶ بیشترین سهم را از مجموعه کل عوامل اثرگذار به خود اختصاص داده است. پس از آن به ترتیب «حمایت اجتماعی از طرح» (با تبیین ۲۵/۸۴٪ واریانس) و «انسجام و همکاری نهادی طرح» (با تبیین ۲۱/۹۲٪ واریانس) قرار دارند (جدول ۳).

جدول ۳. تحلیل عوامل مؤثر در موفقیت طرح

عوامل اثرگذار	رویکرد نیاز محور ۱	حمایت اجتماعی ۲	انسجام و همکاری نهادی ۳
توجه خاص به نیازهای زنان معلول و شرایط آنها	۰/۶۷۸		
معرفی و تشویق معلولان موفق در کار و زندگی برای ایجاد انگیزه و الگوسازی	۰/۶۴۴		
انجام طرح غربالگری برای پیشگیری از معلولیت در مناطق روستایی	۰/۷۵۵		
پیوستگی حمایت‌ها از معلولان تا زمان رسیدن به مرحله خوداتکایی	۰/۸۴۱		
جامع بودن و در نظر گرفتن نیازهای مختلف معلولان در قالب برنامه	۰/۸۲۷		
شکل‌گیری و فعالیت مؤثر تشکلهای معلولان (DPO)	۰/۸۵۸		
کارآمدی شورای CBR در برگزاری منظم جلسات و انجام وظایف مربوطه	۰/۸۶۰		
فعالیت صندوق شورای CBR در زمینه حمایت مالی	۰/۸۴۹		
توانمندی و عملکرد توانیار/ تسهیلگر	۰/۸۴۹		
حمایت اعضای خانواده		۰/۷۲۲	
نگرش مساعد جامعه نسبت به معلولیت		۰/۸۲۷	
وجود فرصت‌های شغلی مناسب در محل زندگی		۰/۷۳۶	
کیفیت محل زندگی به لحاظ وجود زیرساخت‌ها و خدمات (آب، برق، گاز، راه ارتباطی، فروشگاه...)		۰/۶۷۳	
هماهنگی و همکاری بین دستگاه‌های دولتی مسئول و ذی‌ربط		۰/۷۱۱	
حمایت ویژه از مشارکت جمعی زنان معلول در قالب تعاونی‌ها		۰/۸۰۱	
حمایت افراد بانفوذ محلی از برنامه		۰/۷۸۴	
وضعیت اقتصادی و معیشتی خانواده		۰/۶۷۴	
فراهم‌سازی امکان خوداشتغالی خانوادگی برای معلولان با همکاری کمیته امداد و...		۰/۷۱۰	
همکاری کارفرمایان در به‌کارگیری معلولان		۰/۸۷۵	
حمایت ویژه از کارگاه‌ها و واحدهای به‌کارگیرنده افراد معلول		۰/۹۰۸	
همکاری مؤسسات بیمه‌ای در پوشش بیمه‌ای مناسب		۰/۸۹۹	
همکاری نهادهای محلی روستا (دهیار، دهیاری خانه بهداشت و...)		۰/۸۵۴	
همکاری سازمان فنی حرفه‌ای در آموزش مهارتی به معلولان		۰/۷۶۱	
همکاری مؤسسات اعتباری در پرداخت وام و کمک‌های مالی		۰/۶۴۶	
مقدار ویژه	۷/۶۴	۶/۴۶	۵/۴۸
درصد واریانس	۳۰/۵۶	۲۵/۸۴	۲۱/۹۲
درصد تجمعی واریانس	۳۰/۵۶	۵۶/۴۰	۷۸/۳۳

- رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه و اثربخشی طرح از دیدگاه پاسخگویان: نتایج ضریب همبستگی بیانگر این است که بین متغیرهای رضایت از زندگی، برخورداری از مهارت، تحصیلات، رویکرد نیاز محور طرح و همکاری و انسجام نهادی طرح و اثربخشی طرح رابطه مثبت و معناداری در سطح ۹۹ درصد وجود دارد. همچنین بین متغیرهای میزان درآمد و حمایت اجتماعی از طرح، همبستگی مثبت و معناداری در سطح ۹۵ درصد وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴. توصیف همبستگی اثربخشی طرح با متغیرهای مورد مطالعه

متغیرهای مستقل	مقدار ضریب	معناداری
رضایت از زندگی	۰/۵۲۲**	۰/۰۰۰
رویکرد نیاز محور طرح	۰/۱۸۸**	۰/۰۰۸
حمایت اجتماعی از طرح	۰/۱۵۸*	۰/۰۲۶
همکاری و انسجام نهادی طرح	۰/۵۱۹**	۰/۰۰۰
برخورداری از مهارت	۰/۲۵۹**	۰/۰۰۰
سن	۰/۰۱۳	۰/۸۶۱
تحصیلات	۰/۳۰۶**	۰/۰۰۰
میزان درآمد	۰/۱۵۷*	۰/۰۳۲
مدت معلولیت	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۷
سابقه پوشش طرح	۰/۰۶۱	۰/۳۹۵

** معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد و * معناداری در سطح اطمینان ۹۵ درصد

-مقایسه دیدگاه پاسخگویان درباره اثربخشی طرح: نتایج آزمون مقایسه میانگین نشان داد پاسخگویی که در کلاس‌های آموزشی شرکت کرده‌اند در مقایسه با گروه دیگر اثربخشی طرح را بیشتر ارزیابی کرده‌اند (جدول ۵).

جدول ۵. مقایسه میانگین اثربخشی طرح در بین گروه‌های مختلف پاسخگویان (آزمون من وایتنی)

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مقدار U	مقدار Z	معناداری
شرکت در کلاس‌های آموزشی	بله	۳۶	۱۱۷/۸۸	۲۱۱۰/۵	-۲/۴۱۵	۰/۰۱۶
	خیر	۱۵۸	۹۲/۸۶			

در بین پاسخگویان، آنهایی که معلولیت شنوایی و گویایی داشته‌اند، گروهی که شدت معلولیت آن‌ها خفیف بوده در مقایسه با پاسخگویی که شدت معلولیت آن‌ها متوسط و شدید بوده است و در نهایت پاسخگویی که از تجهیزات توانمندسازی سمعک استفاده می‌کردند در مقایسه با پاسخگویی که از عصا، ویلچر و عینک استفاده کرده‌اند اثربخشی طرح را بیشتر ارزیابی کرده‌اند (جدول ۶).

جدول ۶. مقایسه میانگین اثربخشی طرح در بین گروه‌های مختلف پاسخگویان (کروسکال والیس)

گروه‌ها	فراوانی	میانگین	کای اسکویر	معناداری
گروه معلولیت				
بینایی	۱۳	۱۲۴/۲۷		
شنوایی و گویایی	۲۹	۱۴۰/۴۰		
یادگیری	۶۳	۱۱۳/۸۱	۵۵/۸۳۸	۰/۰۰۰
جسمی و حرکتی	۵۵	۹۰/۰۷		
ترکیبی	۳۷	۴۵/۷۳		
شدت معلولیت				
خفیف	۲۲	۱۵۸/۱۱		
متوسط	۴۴	۱۳۷/۱۸	۶۰/۶۰۱	۰/۰۰۰
شدید	۱۳۲	۷۷/۵۰		
تجهیزات توانبخشی				
ویلچر	۴۶	۳۲/۵۸		
عصا	۱۶	۶۱/۳۱	۳۲/۱۲۷	۰/۰۰۰
سمعک	۱۹	۷۱/۰۰		
عینک	۹	۶۰/۲۲		

*معناداری سطح ۰/۰۵ و **معنی‌داری سطح ۰/۰۱

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های تحقیق فقط هشت درصد افراد رضایت خود از زندگی را خیلی زیاد و ۱۵/۵ درصد در حد زیاد ارزیابی کرده‌اند. وجود باورهای نادرست نسبت به معلولان و داشتن نگاه ترحم‌آمیز به آنان و همچنین احساس سربار بودن، جلوگیری خانواده‌ها از حضور آنان در اجتماع و عواملی از این دست باعث سرخوردگی و انزوای زنان معلول و عدم رضایت‌مندی آنها از زندگی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعه نقدی و مقدم‌شاد مبنی بر کمتر بودن رضایت از زندگی افراد معلول از افراد عادی همسوست. لویس و لویس^۱ (۲۰۱۱) نیز به چنین موضوعی اشاره کرده‌اند. به طور کلی، بیشتر پاسخگویان اثربخشی طرح را در حد کم ارزیابی کرده‌اند. در این بین، آن گروه از پاسخگویانی که در کلاس‌های آموزشی شرکت کرده‌اند، اثربخشی طرح را بیشتر ارزیابی کرده‌اند. این یافته مبین تأثیر آموزش بر ارتقای دانش، پیش و مهارت مددجویان در کار و زندگی و در نتیجه، بهره‌مندی بیشتر از خدمات طرح بوده است. برخی محققان در مطالعات خود (خانجانی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۵؛ فرامزی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۱۷؛ عظیمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۷؛ شیانی و زارع، ۱۳۹۱: ۲؛ رضایی‌لویه و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۸) نیز به تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی معلولان تحت پوشش طرح توانبخشی اشاره

کرده‌اند. همچنین پاسخگویان با معلولیت شنوایی و گویایی و دریافت‌کننده تجهیزات توانمندسازی سمعک، اثربخشی طرح را بیشتر ارزیابی کرده‌اند. پاول و همکاران^۱ (۲۰۰۲: ۱۹۳) نیز به تأثیر نوع بیماری و معلولیت بر سودمندی CBR و لزوم تداوم آن با اقدامات توانبخشی در منزل اشاره کرده‌اند. تأثیر رویکرد نیازمحور توانبخشی مبتنی بر اجتماع، حمایت اجتماعی از توانبخشی مبتنی بر اجتماع، انسجام و همکاری نهادی در اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع آشکار شده است. سرانجام طبق یافته‌ها، اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع از دید پاسخگویان با رضایت آنها از زندگی، برخورداری از مهارت، تحصیلات و میزان درآمد آنها و نیز با رویکرد نیازمحور و همکاری و انسجام نهادی برنامه و حمایت اجتماعی از برنامه ارتباط دارد. در این باره، نتایج مطالعه نصیری‌پور و همکاران (۱۳۹۱: ۵۶) با موضوع بررسی تأثیر اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر اجتماع بر وضعیت زندگی معلولان در ایران نشان داد که اجرای برنامه CBR تأثیر معناداری در زمینه توانایی‌های روزمره زندگی، توانایی‌های حرکتی، ارتباطات اجتماعی، توانایی‌های شغلی، کیفیت زندگی، منبع درآمد، وضعیت استخدام، میزان مشارکت در زندگی اجتماعی و وضعیت آموزش دارد. آندرسون و همکاران^۲ (۲۰۰۲: ۱۸۴) نیز به تأثیر CBR در ارتقای کیفیت زندگی معلولان اشاره کرده‌اند. تحلیل عاملی نشان داد رویکرد نیازمحور، همکاری و انسجام نهادی برنامه و حمایت اجتماعی از طرح بر اثربخشی آن تأثیرگذارند. برخی از این عوامل در تحقیقات پیشین نیز مورد توجه قرار گرفته است. برای نمونه نادری‌پرتو (۱۳۹۰: ۷۴) در ارتباط با عامل حمایت اجتماعی از طرح به نقش دهیاری‌ها اشاره داشته‌اند. با توجه به این یافته‌ها، راهکارهای زیر را می‌توان پیشنهاد داد:

- طبق نتایج تحقیق مشخص شد حضور در کلاس‌های آموزشی در میزان اثربخشی و موفقیت برنامه CBR تأثیر مثبت دارد، لذا پیشنهاد می‌شود تا مجریان برنامه CBR نسبت به برگزاری منظم کلاس‌های آموزشی، تشویق افراد تحت پوشش برای حضور مستمر در کلاس‌ها، برگزاری آن در زمان و مکان مناسب و نیز بهبود روش و محتوای آموزشی توجه نشان دهند. با توجه به یافته‌های تحقیق و با در نظر گرفتن ظرفیت‌های اشتغال شهرستان، این آموزش‌ها می‌تواند در زمینه بافندگی، قالی‌بافی، فرآوری محصولات دامی، دامداری، باغبانی، سبزی‌کاری، پرورش زنبور عسل، پرورش قارچ و کار با کامپیوتر ارائه شود.

با توجه به اهمیت اتخاذ یک رویکرد نیازمحور در ارتقای اثربخشی برنامه، پیشنهاد می‌شود:

- با انجام نیازسنجی منظم به نیازهای زنان معلول و شرایط آنها به صورت جامع توجه شود؛ نسبت به معرفی و تشویق معلولان موفق در کار و زندگی برای ایجاد انگیزه و الگوسازی اقدام شود؛ طرح غربالگری برای پیشگیری از معلولیت در مناطق روستایی اجرا شود و حمایت‌ها به صورت پیوسته تا زمان رسیدن به مرحله خوداتکایی زنان معلول روستایی ادامه یابد.

- به شکل‌گیری و فعالیت مؤثر تشکل‌های معلولان (DPO) توجه شود و با نظارت و ارزشیابی، از کارآمدی شورای CBR در برگزاری منظم جلسات و انجام وظایف مربوطه اطمینان حاصل شود. همچنین فعالیت صندوق شورای CBR در زمینه حمایت مالی از معلولان و دقت در انتخاب توانیاران با صلاحیت و آموزش و حمایت از آنها برای عملکرد مناسب برای ارتقای اثربخشی برنامه پیشنهاد می‌شود.

برای شکل‌گیری حمایت اجتماعی لازم برای ارتقای اثربخشی برنامه، فرهنگ‌سازی و آموزش‌های عمومی از طریق رسانه‌ها و صدا و سیما و رهبران افکار نظیر روحانیون برای ترغیب خانواده‌ها، جامعه و مسئولان امر ضروری است. در این زمینه، شناساندن نیازها و حقوق قانونی و شرعی این قشر به جامعه و خود آنها لازم و ضروری است. همچنین، توسعه زیرساخت‌ها در مناطق روستایی و حمایت ویژه از خانواده‌های دارای معلول و جذب مشارکت و عضوگیری آنها در تشکل‌های محلی نظیر تعاونی‌ها می‌تواند اثربخشی برنامه را افزایش دهد.

با توجه به اهمیت انسجام و همکاری نهادی و سازمانی در پیشبرد برنامه، پیشنهاد می‌شود:

- به فراهم‌سازی امکان خوداشتغالی خانوادگی برای معلولان با همکاری کمیته امداد توجه شود و با حمایت‌های ویژه مالیاتی یا اعتباری، نسبت به ترغیب و تشویق کارفرمایان، کارگاه‌ها و واحدهای تولیدی و خدماتی برای بهره‌گیری از نیروی کار افراد معلول اقدام شود.

- در قالب توافقنامه‌های مشترک مصوب نسبت به ترغیب و تصویب همکاری مؤسسات بیمه‌ای در پوشش بیمه‌ای مناسب، نهادهای محلی روستا (دهیار، دهیاری، خانه بهداشت و ...) برای تعامل با عوامل اجرایی برنامه، ادارات فنی حرفه‌ای در زمینه آموزش مهارتی و مؤسسات اعتباری در پرداخت وام و کمک‌های مالی برای اشتغال معلولان اقدام شود.

- طبق نتایج حاصل از تحقیق درصد زیادی از زنان معلول بی‌سواد و کم‌سوادند در نتیجه تشویق معلولان بی‌سواد و کم‌سواد تحت پوشش برنامه CBR به شرکت در برنامه‌های سوادآموزی و حمایت و تسهیل فرایند آن با همکاری نهضت سوادآموزی پیشنهاد می‌شود.

- از آنجایی که اکثر پاسخگویان بیکار و از نظر درآمدی کاملاً به سرپرست خانوار وابسته بودند، پیشنهاد می‌شود با حرفه‌آموزی (با همکاری سازمان فنی و حرفه‌ای) و حمایت اعتباری (از طریق صندوق اعتبارات خرد زنان روستایی یا از محل وام‌های خوداشتغالی خرد مؤسسات مالی و بانکی) و ساماندهی جمعی در قالب تعاونی تولیدی از زنان معلول برای راه‌اندازی کسب و کارهای خانگی حمایت شود تا زمینه برای افزایش اعتماد به نفس، خوداتکایی و در نتیجه، حضور پررنگ‌تر آنها در جامعه مهیا شود.

- طبق یافته‌های تحقیق بیشترین علت معلولیت در مناطق روستایی شهرستان بیرجند ناشی از عوامل مادرزادی است؛ لذا نیاز است با آموزش و آگاه‌سازی روستاییان و غربالگری از ازدواج‌های فامیلی کاسته و همچنین با گسترش خدمات بهداشتی برای فراهم‌سازی زایمان ایمن و مراقبت بهداشتی اصول نوزادان و کودکان (از جمله واکسیناسیون) در این مناطق از بروز معلولیت تا حد امکان پیشگیری شود.

منابع

- آملی، ا. (۱۳۹۲). توانبخشی مبتنی بر جامعه. فصلنامه پیک توانا، شماره ۴، ص: ۲۲-۲۴.
- افکار، ا. نصیری‌پور، ا. طیبی، س. ج. کمالی، م. فرمان‌بر، ر. و کاظم‌نژاد لیلی، ا. (۱۳۹۳). مقایسه توانایی معلولان قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه. مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر، سال ۲۴، شماره ۷۴، صص: ۶۵-۸۱.
- ایروانی، م. حاتمی زاده، ن. فتوحی، ا. و حسین زاده، س. (۱۳۹۰). مقایسه اثر دو روش جدید و رایج (آموزش در خانواده برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه) بر آگاهی، مهارت و نگرش کارکنان محلی توانبخشی. مجله توانبخشی، دوره ۱۲، شماره ۳، صص: ۴۴-۵۲.
- ایوبی آواز کریم، هاشمی امید، کرمی سامان، رصافیانی مهدی، حاتمی رقیه (۱۳۹۷). مقایسه سلامت عمومی و افسردگی افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) با افراد غیر تحت پوشش. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی. ۱۹ (۱): ۵۴-۶۳.
- بختیاری، م. صالحی، م. زایری، ف. یاوری، پ. دل‌پیشه، ع. مباحثی، ف. و کریملو، م. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی معلولان جسمی - حرکتی با افراد سالم با استفاده از پرسشنامه WHOQOL 100. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۸، شماره ۲، صص: ۶۵-۷۲.

حاتمی‌زاده، ن. امین‌زاده، ا. میرخانی، م. و کاظم‌نژاد، ا. (۱۳۸۳). بررسی میزان موفقیت ارائه خدمت (آموزش در خانواده) طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه به خانواده‌های افراد مبتلا به معلولیت جسمی و حرکتی. *مجله توانبخشی*، دوره ۵، شماره ۳، صص: ۳۷-۴۴.

خانجانی، م. س. حاتمی‌زاده، ن. حسینی، م. ع. رهگذر، م. و ارجمند، م. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر نحوه مراقبت از کودکان مغزی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی. *ماهنامه پژوهشی توانبخشی*، دوره ۱۰، شماره ۳، صص: ۱۵-۳۲.

خداپاریان، م. واعظی، ع. ا. جلال‌پور، ص. جلال‌پور، ط. و حاجی حسینی، ح. (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی معلولان ضایعات نخاعی شهر یزد. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، سال اول، شماره ۲، صص: ۸۸-۹۸.

داورمنش، ع. و براتی سده، ف. (۱۳۸۵). *مقدمه‌ای بر اصول توانبخشی معلولان*. تهران: نشر رشد.
رضایی لویه، ح. ا. دالوندی، ا. حسینی، م. ع. و رهگذر، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. *ماهنامه پژوهشی توانبخشی*، دوره ۱۰، شماره ۲، صص: ۳۸-۴۶.

ستاری، ب. امیدوار، خ. و یعقوبی و. (۱۳۸۳). *سنجش نگرش خانواده‌های روستایی دارای معلول به معلولان در مناطق اجرا شده و نشده طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه*. گزارش طرح تحقیقاتی سازمان بهزیستی استان اردبیل. صص ۲۹-۳۹.

سلامتی، پ. ابوالحسنی، ف. شریعتی، ب. و کمالی، م. (۱۳۸۵). آموزش در خانواده، راهبرد اصلی توانبخشی مبتنی بر جامعه در ایران. *مجله توانبخشی*، دوره ۷، شماره ۳، صص: ۲۰-۲۵.
شاهنده، ه. وامقی، ر. حاتمی‌زاده، ن. و کاظم‌نژاد، ا. (۱۳۸۳). کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. سال ۳، شماره ۳، صص: ۱-۹.
شریفیان ثانی، م. سجادی، ح. طلوعی، ف. و کاظم‌نژاد، ا. (۱۳۸۵). دختران و زنان دچار معلولیت جسمی- حرکتی: نیازها و مشکلات. *مجله توانبخشی*، دوره ۷، شماره ۲، صص: ۴۱-۴۸.
شیانی، م. و زارع، ح. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بر میزان کیفیت زندگی سالمندان کهریزک: یک مطالعه مورد-شاهدی. *فصلنامه اخلاق زیستی*، سال ۲، شماره ۵، صص: ۲-۲۵.

صفری‌شالی، ر. (۱۳۸۷). عوامل فرهنگی و اجتماعی مرتبط با میزان مشارکت زنان روستایی در امور و مسائل خانوادگی و اجتماعی. *مجله زن در توسعه و سیاست*، دوره ۶، شماره ۱، صص: ۱۳۷-۱۵۹.

عظیمی، ر. محمدی، ف. حسینی، م. ع. و فرضی، م. (۱۳۹۲). تأثیر توانبخشی مبتنی بر منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی آنان. *فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد*. دوره ۳، شماره ۶، صص: ۷۷-۸۵.

فرامرزی، سالار، همایی رضا، ایزدی راضیه (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری مهارتهای زندگی بر سلامت روانی زنان دارای همسر معلول. *رفاه اجتماعی*: ۱۱ (۴۰): ۲۱۷-۲۳۵
 فروزان، س. و بیگلریان، ا. (۱۳۸۲) زنان سرپرست خانوار: فرصت‌ها و چالش‌ها، *فصلنامه پژوهش زنان*، دوره ۱، شماره ۵، صص: ۳۶-۴۲.

قاسمی برقی، ر. حسن‌زاده، غ. جوادی، م. اسدی، م. بیات، ب. ساعی‌پور، ن. و چوبینه، ح. (۱۳۹۰). بررسی نظرات معلولان و خانواده آن‌ها در خصوص معلولیت در شهرهای قزوین و کرج. *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۵، شماره ۲، صص: ۷۱-۷۷.
 کرباسی، س. م. دواتگران، ک. (۱۳۹۰). *کنوانسیون بین‌المللی حقوق معلولان و قانون جامع حمایت از حقوق معلولان*. انتشارات اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان بهزیستی کشور. ص: ۱۴۳.

کمالی، م. (۱۳۸۳). *بررسی توانبخشی مبتنی بر جامعه در ایران*. پروژه تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

محمدی‌مقدم، م. مبارکی، ح. کمالی، م. و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی افراد با افت شنوایی شدید و عمیق ۱۵-۶۵ ساله شهرستان سبزوار. *مجله علمی پژوهشی توان‌بخشی نوین*، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۹، شماره ۲، صص: ۱۶-۲۴.

میرخندان، س. ا. (۱۳۸۴). *مقدمه‌ای بر توانبخشی معلولان*. *مجله پژوهش اجتماعی*، سال ۱، شماره ۳، صص: ۸۷-۱۰۶.

نادری‌پرتو، م. (۱۳۹۰). گزارش دهیاری‌ها از اجرای طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه در روستاها (CBR). *مجله دهیاری*، شماره ۲۵، صص: ۷۴-۷۵.

نصیری پور، ا.ا. افکار، ا. طیبی، ج. کمالی، م. و فرمانبر، ر. (۱۳۹۱). *سنجش مؤلفه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR): تحلیل عاملی*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، دوره ۲۱، شماره ۸۴، صص: ۵۶-۶۴.

نقدی، ف. مقدم‌شاد، م. (۱۳۹۳). *امید، شادکامی و رضایت از زندگی در افراد معلول*. *مجله مطالعات ناتوانی*، دوره ۴، شماره ۷، صص: ۸-۱۳.

وحیدزاده، ع. شفیعی، ا. عباسی، ر. اسدی، ع. (۱۳۹۱). *توانبخشی مبتنی بر جامعه با تأکید بر پروژه کرمان (منطقه دشت زحمتکشان)*. *فصلنامه پژوهشگران فرهنگ*، سال ۱۰، شماره ۲۹، صص: ۱۵۰-۱۸۸.

وزیری‌نژاد، ر. اسماعیلی، ع. شاه‌میریدی، د. صادقی، ا. و رحیم‌نیا، ع. (۱۳۸۷). *روند پانزده ساله بروز معلولیت مادرزادی در جمعیت روستایی شهرستان رفسنجان*. *مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، دوره ۳۲، شماره ۱، صص: ۶۷-۷۳.

- Anderson, C.J. Krajci, K.A. and Vogel, L.C. (2002). Life Satisfaction in Audits with Pediatric Onset Spinal Cord Injuries. *Journal Spinal Cord Med.* 25(3).pp: 184-190.
- Chen HYu, L. C. & T-Lung, H. (2011). A Study of Factors Affecting Moving – Forward Behavior among People with Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Nursing.* 36 (3). pp: 7-91.
- Crotty, G. and Doody, O. (2016). Transcultural care and individuals with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities,* 20 (4):386-396.
- Dijkers, M. A. (2007). Meta-Analysis of the Effect of Disablement Components. *Adapted Physical Activity Quarterly.* 15 (3). Pp: 829-840.
- Graham, S. K. Cameron, I. D. & Dickson, H. G. (2008). Analysis of Draft Australian Rehabilitation Service Standards: Comparison with International Standards. Australia and New Zealand Health Policy *Journal of Australia and New Zealand Health Policy.* 5 (2), pp: 5-15.
- Ling Ta, T. LayWah, L. and Suet Leng, K. (2011). Employability of People with Disabilities in the Northern States of Peninsular Malaysia: Employers' Perspective. *Disability, CBR and Inclusive Development journal.* 22(1).pp: 74- 80.
- Lewis A.N. & Lewis P.H. (2011). Community-Based Rehabilitation. In: Kreutzer J.S. DeLuca J. Caplan B. (eds). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology.* Springer, New York, NY
- Powell J, Heslin J, & Greenwood R (2002). Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry;*72:193-202.
- Silver, J. Ljungberg, I. Libin, A. and Groah, S. (2012). Barriers for Individuals with Spinal Cord Injury Returning to the Community: a Preliminary Classification. *Disability and Health Journal.* 5. pp: 190-196.
- Tate, D. G. Kalpakjian, C. Z. and Forchheimer, M. B. (2002). Quality of Life Issues in Individuals with Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 83 (2). pp:18-25.
- Wang, S. Hua, X. Pann, N. & Xu SL. (2006). Community-Based rehabilitation of three villages in Anji Country of Zhe Jiang Province. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation;* 10. Pp: 4-6.
- Wijesuriya, N. Tran, Y. Middleton, J. and Craig, A. (2012). Impact of Fatigue on the Health-Related Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 93. Pp: 319-324.