

# آموزش در خانواده، راهبرد اصلی توانبخشی مبتنی بر جامعه در ایران

\*دکتر پیمان سلامتی<sup>۱</sup>، دکتر فرید ابوالحسنی<sup>۲</sup>، دکتر بتول شریعتی<sup>۳</sup>، دکتر محمد کمالی<sup>۴</sup>

## چکیده

هدف: هدف این مطالعه بررسی اثر بخشی برنامه آموزش در خانواده از طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه بر معلولین تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی درمانی ۲۱ شهرستان پایلوت که تحت آموزش قرار گرفته و پس از اتمام دوره ارزشیابی شده‌اند می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۶۱۴ معلولی که از زمان آغاز طرح، برنامه «آموزش در خانواده» را دریافت کرده بودند و از نظر متغیر وضعیت پیشرفت تواناییها، توسط کارشناسان طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه ارزشیابی شده بودند به صورت نمونه گیری تصادفی طبقه‌بندی شده انتخاب شدند. داده‌های متغیرهای سن، جنس، نوع معلولیت، وضعیت اشتغال و نسبت آموزش دهنده به آموزش گیرنده از پرونده‌های این معلولین استخراج گردید. آنالیز آماری با استفاده از آزمون کای اسکور انجام گرفت.

یافته‌ها: بین وضعیت پیشرفت تواناییهای افراد تحت پوشش با گروه سنی و گروه معلولیت رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/014$  و  $P<0/001$ ). بهترین نتایج در گروه‌های سنی پائین‌تر، معلولین گروه بینایی، بیماران مصروع و معلولین گروه یادگیری و کمترین نتایج در گروه‌های سنی افراد کهنسال، معلولین گروه ترکیبی و معلولین شنوایی و گویایی مشاهده شد. بین وضعیت پیشرفت یا عدم پیشرفت تواناییهای افراد تحت پوشش با نسبت آموزش دهنده رابطه مشاهده شد ( $P=0/038$ ). معلولینی که خود مربی خود باشند بیشترین میزان پیشرفت و مربیانی که از بستگان درجه اول، دوم و یا گروه بهورزان نباشند کمترین میزان پیشرفت را دارا بودند.

نتیجه‌گیری: «آموزش در خانواده» در برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه روشی مؤثر جهت ارتقاء عملکرد معلولین در برخی گروه‌های انتخابی است.

کلید واژه‌ها: آموزش در خانواده / توانبخشی مبتنی بر جامعه / خدمات سلامت جامعه / سازمان بهداشت جهانی / معلول

- ۱- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات تروما و جراحی
- ۲- متخصص داخلی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی
- ۳- اپیدمیولوژیست، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۴/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۷/۳۰

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، خیابان دماوند، خیابان شهید کیایی، بیمارستان کودکان بهرامی.

تلفن: ۷۷۵۵۶۹۶۹

\* Email: psalamat@tums.ac.ir



## مقدمه

شگفت آور است که اکثریت افراد جامعه پزشکی ما مطلب زیادی در خصوص انقلاب ایجاد شده در روش جدید توانبخشی معلولین نمی‌دانند. این روش یعنی توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) یازده سال است که در کشور، در حال اجراست و شش هزار معلول در یکصد و دو شهرستان را تحت پوشش دارد و به زودی به صورت کشوری در سطح اول ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به اجرا درخواهد آمد (۱).

در حالی که سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که بیش از ۹۸ درصد معلولین در کشورهای در حال توسعه کاملاً به بوته فراموشی سپرده شده‌اند، این سازمان راهبرد توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) را بهترین روش جهت پیوستن توانبخشی به فعالیتهای بهداشتی و توسعه در کشورهای در حال رشد می‌داند (۱). بدین ترتیب CBR هم‌اکنون در بیش از ۹۰ کشور جهان در دست اجراست (۲). نقطه اتکای طرح CBR برنامه آموزش در خانواده است. در این چارچوب سازمان جهانی بهداشت نخست به تهیه مجموعه آموزشی توانبخشی مبتنی بر جامعه پرداخت. این مجموعه آموزشی حاوی سی و چهار کتابچه است که برای هفت نوع معلولیت بینایی، شنوایی و گویایی، جسمی و حرکتی، یادگیری، رفتاری، صرع و ترکیبی تنظیم گردیده است (۳).

با توجه به نوع معلولیت، کتابچه آموزشی مورد نیاز توسط بهورز در اختیار مربی انتخابی (ترجیحاً از خانواده) قرار گرفته و آموزش مربوطه به مربی داده می‌شود. مربی بر اساس نکات آموزشی کتابچه، توانبخشی فرد معلول را بر عهده دارد و بهورز نسبت به راهنمایی مربی و پایش فرآیند آموزش، نظارت می‌نماید. سایر خدماتی که در CBR علاوه بر آموزش در خانواده موجود می‌باشد عبارتند از: خدمات تشخیصی، درمانی، تحصیلی، حرفه آموزشی و ارائه تجهیزات کمک توانبخشی. مطالعات بسیاری در خارج از کشور اثر بخشی توانبخشی مبتنی بر جامعه را بر روی معلولین به اثبات رسانده‌اند (۷-۴). از سوی دیگر برخی از مطالعات اثربخشی آن را مورد تردید قرار داده‌اند (۱۱-۸). در بررسی مروری که اخیراً در مجله بین‌المللی تحقیقات توانبخشی منتشر شد بیان گردید که تحقیق واقعی متمرکز تاکنون بر روی CBR انجام نشده و شواهد به دست آمده تقریباً در تمامی حوزه‌های مربوط به CBR پراکنده و نامتقارن هستند لذا توصیه شده است مطالعات مروری جامعی بر روی نکات کلیدی طرح CBR انجام پذیرد (۱۲).

در ایران شیوع معلولیتهای متوسط تا شدید بر مبنای محاسبات استاندارد بین‌المللی، ۴/۲ درصد جمعیت در سال ۲۰۰۰ میلادی تخمین زده شد (۲). در مطالعه‌ای در سال ۸۳ در مورد اثربخشی توانبخشی مبتنی

بر جامعه در چهارده استان کشور مشخص شد که درصد افراد مبتلا به معلولیت جسمی و حرکتی که به طور مستقل قادر به انجام فعالیتهای زندگی روزانه بودند افزایش یافته و تعداد معلولینی که کاملاً به دیگران وابسته بودند کاهش یافته است (۱۳).

مطالعه‌ای در مورد تعیین میزان اثربخشی برنامه «آموزش در خانواده» از مجموعه خدمات طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه بر افراد مبتلا به معلولیت جسمی - حرکتی و خانواده‌های آنها در شهرستان بابلسر نشان داد که برنامه «آموزش در خانواده» تنها بر مهارتهای مراقبتی که نقش پررنگ‌تر خانواده را می‌طلبد تأثیر مثبت گذاشته و در مهارت خانواده و فرد معلول در استقلال یافتن تأثیر نداشته است (۱۴).

در این پژوهش، اثربخشی برنامه «آموزش در خانواده» از طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه بر معلولین تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی درمانی ۲۱ شهرستان پیشقدم در این طرح که تحت آموزش قرار گرفته و پس از اتمام دوره ارزشیابی شده‌اند بررسی و وضعیت پیشرفت تواناییهای این معلولین و برخی عوامل مؤثر بر آن ارزیابی گردید.

## روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی (Cross - Sectional) بر جامعه معلولین روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت شبکه‌های بهداشتی - درمانی ۲۱ شهرستان پیشقدم طرح CBR که در برنامه آموزش در خانواده شرکت داده شده و پس از اتمام دوره آموزشی مورد ارزیابی کارشناس طرح قرار گرفته‌اند، انجام شد.

سن، جنس، نوع معلولیت، وضعیت اشتغال و نسبت آموزش دهنده به آموزش گیرنده به عنوان متغیرهای مستقل و وضعیت پیشرفت تواناییهای معلول به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. کارشناسان طرح CBR میزان پیشرفت تواناییهای اکتسابی معلولین را برآورد می‌نمودند. کتابچه‌های آموزشی معلولین به گونه‌ای طراحی شده‌اند که آموزش صحیح هر کتابچه موجب پیشرفت در برخی از تواناییهای آنها می‌گردد. کارشناس طرح پس از اتمام آموزش هر کتابچه، پیشرفت هر معلول را در یکی از سه سطح مفید، نسبتاً مفید و غیر مفید در پرسشنامه طراحی شده ارزشیابی می‌نمود. جهت تأمین اعتبار و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها، این پرسشنامه‌ها در جلسات متعدد کارشناسی توسط ستاد CBR کشور طراحی شده، سپس دستورالعمل نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها تهیه و به تمامی مراکز ابلاغ گردید. در مرحله بعد آموزش لازم در خصوص نحوه جمع آوری داده‌ها در جلسات مشخص به کارشناسان طرح که همگی از پرسنل با تجربه مجموعه بودند داده شد.



وارد گردید. با استفاده از آزمون کای اسکوتر آنالیز آماری انجام پذیرفت.

#### یافته‌ها

از این ۶۱۴ نفر جنسیت ۳۴۴ نفر (۵۶٪) مرد و ۲۷۰ نفر (۴۴٪) زن می‌باشد. ۳۵۴ نفر از افراد تحت بررسی (۵۷/۷٪) در فاصله سنی ۶-۲۴ سال و مابقی افراد در سایر گروه‌های سنی قرار داشتند (جدول ۲).  
جدول ۲ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت پژوهش بر حسب گروه سنی

گروه سنی (سال)	تعداد	درصد
≤ ۵	۴۹	۸
۶-۱۰	۱۳۴	۲۱/۸
۱۱-۱۴	۷۴	۱۲/۱
۱۵-۲۴	۱۴۶	۲۳/۸
۲۵-۳۴	۷۹	۱۲/۹
۳۵-۶۴	۹۵	۱۵/۵
≥ ۶۵	۳۳	۵/۴
نامشخص	۴	۰/۷
جمع	۶۱۴	۱۰۰

با توجه به تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت، معلولین در گروه‌های معلولیت بینایی، شنوایی و گویایی، جسمی و حرکتی، یادگیری، رفتار غیرعادی، صرع، ترکیبی و سایر معلولیتها طبقه بندی شدند. معلولین جسمی و حرکتی با ۱۴۸ نفر (۲۴/۱٪) شایعترین گروه معلولیت را تشکیل می‌دادند (جدول ۳).

جدول ۳ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت پژوهش بر حسب گروه معلولیت

گروه معلولیت	تعداد	درصد
بینایی	۴۸	۷/۸
شنوایی و گویایی	۵۴	۸/۸
جسمی و حرکتی	۱۴۸	۲۴/۱
یادگیری	۷۸	۱۲/۷
رفتار غیر عادی	۲۷	۴/۴
صرع	۶۹	۱۱/۲
ترکیبی	۱۸۴	۳۰
دیگر معلولیتها	۶	۱
جمع	۶۱۴	۱۰۰

نظارت لازم جهت جمع آوری صحیح داده‌ها توسط ستاد CBR هر شهر اعمال می‌گردید.

برای بدست آوردن میزان پیشرفت توانائیا در این مطالعه از معدل نمرات ارزشیابی کتابچه‌های معلولین به ترتیب زیر استفاده گردید. نمره کتابچه‌هایی که غیر مفید ارزیابی شدند صفر، آنهایی که نسبتاً مفید ارزیابی شدند یک و آنهایی که مفید ارزیابی گردیدند دو و معدل نمرات با احتساب فرمول زیر در نظر گرفته شد:

$$K = \frac{\sum(\text{مفید}) + \sum(\text{نسبتاً مفید}) + \sum(\text{غیر مفید})}{N}$$

$$K = \frac{\sum(\text{مفید}) + \sum(\text{نسبتاً مفید}) + \sum(\text{غیر مفید})}{N}$$

k بدست آمده بدین صورت سطح بندی گردید:

بدون پیشرفت  $k=0$ ، پیشرفت خوب  $1 \leq k < 2$ ، پیشرفت عالی  $2 \leq k < 3$  عوامل اخذ کمک مالی، دریافت وسایل کمک توانبخشی، آموزش خارج از خانواده، سطح آموزش خارج از خانواده، ارجاع به سطوح بالاتر و ایجاد اشتغال برای معلول به عنوان متغیرهای مخدوش کننده در نظر گرفته شدند.

با توجه به آنکه حداکثر شیوع متغیر وابسته از مطالعات قبلی در دست نبود، با انجام مطالعه مقدماتی (Pilot Study) به صورت بررسی پرونده سی نفر از معلولین حائز شرایط، این میزان استخراج و حجم نمونه‌ای به تعداد ششصد نفر بر آورد گردید. از بین ۴۱۰۳ معلولی که از زمان آغاز طرح تا شروع پژوهش، آموزش در خانواده را دریافت کرده و ارزشیابی شده بودند متناسب با حجم گروه‌های بیست و یک گانه شهرستانهای پایلوت، نمونه‌گیری تصادفی طبقه بندی شده انجام شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی به صورت تصادفی ساده ۶۱۴ نفر از معلولین انتخاب شدند (جدول ۱). این نفرات از سال ۱۳۷۲ حداقل به مدت ۷ سال در برنامه آموزشی شرکت داشتند.

جدول ۱ - تعداد معلول تحت پژوهش از شهرستانهای بیست و یک گانه

نام شهر	تعداد	نام شهر	تعداد	نام شهر	تعداد
ارومیه	۲۶	شاهرود	۱۰	آستانه اشرفیه	۲۳
خمینی شهر	۱۵	زابل	۶۷	بهشهر	۱۲
تیران و کرون	۲۹	فسا	۱۰۵	میناب	۲۰
نجف آباد	۴۳	سقز	۴۴	بندر لنگه	۳۴
فارسان	۱۱	قروه	۲۹	ملایر	۲۱
شوشتر	۲۳	بویر احمد	۱۲	تفت	۲۶
سمنان	۶	تالش	۴۸	مهریز	۶

درج گردید. سپس این اطلاعات در برنامه نرم افزاری اس.پی.اس.اس.



جدول ۶ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پیشرفت تواناییهای افراد تحت پژوهش، بر حسب گروه معلولیت

گروه معلولیت	وضعیت پیشرفت توانایی			جمع
	بدون پیشرفت	خوب	عالی	
بینایی	۱۶	۳۱	۶۶	۱۱۳
شنوایی و گویایی	۱۹	۲۲	۴۰	۸۱
جسمی و حرکتی	۶۶	۶۹	۴۴	۱۷۹
یادگیری	۳۴	۲۹	۳۷	۱۰۰
رفتار غیر عادی	۸	۱۴	۵۱	۷۳
صرع	۴۳	۲۴	۳۴	۱۰۱
ترکیبی	۴۶	۱۰۹	۵۹	۲۱۴
دیگر معلولیتها	۲	۳	۵۰	۵۵
جمع	۲۳۴	۳۰۱	۱۲۹	۶۶۴

$$(P < 0/001 \text{ و } df = 14 \text{ و } X^2 = 55/706)$$

از سوی دیگر این احتمال وجود داشت که روابط آماری به دست آمده ناشی از برخی از متغیرهای مخدوش کننده موجود در مطالعه باشد. لذا جهت بررسی تأثیر عوامل مخدوش کننده احتمالی، ارتباط دو متغیری را که رابطه آماری با وضعیت پیشرفت تواناییهای معلولین داشتند (گروه سنی و گروه معلولیت) با این عوامل (آموزش خارج از خانواده، سطح آموزش خارج از خانواده، ارجاع به سطوح بالاتر، دریافت وسایل کمک توانبخشی، ایجاد اشتغال و دریافت کمک مالی) سنجیده شد که بین گروه سنی با ارجاع به سطوح بالاتر و بین گروه معلولیت با ارجاع به سطوح بالاتر، دریافت وسایل کمک توانبخشی و دریافت کمک مالی رابطه آماری مشاهده شد.

از سوی دیگر ارتباط این عوامل مخدوش کننده احتمالی (ارجاع به سطوح بالاتر، دریافت وسایل کمک توانبخشی و دریافت کمک مالی) با متغیر پیشرفت تواناییهای معلولین بررسی شد که رابطه آماری مشاهده نشد. با توجه به آنکه متغیر مخدوش کننده متغیری است که بتواند هم بر روی متغیر مستقل و هم بر روی متغیر وابسته تأثیر گذار باشد می توان نتیجه گرفت که عوامل در نظر گرفته شده در این مطالعه نقش مخدوش کنندگی ندارند.

همچنین با استفاده از رگرسیون لجستیک (پس از تبدیل متغیر وابسته به دو حالت) آنالیز چند متغیره انجام شد که با توجه به چند حالتی بودن متغیرهای سن و گروه معلولیت مدل مناسبی به دست نیامد. در مرحله بعد متغیر وضعیت پیشرفت تواناییهای معلولین به دو حالت بدون پیشرفت و دارای پیشرفت (با ادغام دو حالت پیشرفت عالی و پیشرفت خوب) تبدیل شد و ارتباط آن با متغیرهای جنسیت، گروه سنی، گروه معلولیت، شغل و نسبت آموزش دهنده سنجیده شد که بین متغیر وابسته با متغیر نسبت آموزش دهنده رابطه معنی دار آماری مشاهده شد (جدول ۷).

آموزش دهندگان (مربیان معلولین) به صورت بستگان درجه اول، بستگان درجه دوم، بهورز، خودفرد، سایرین و نامشخص گروه بندی شدند. بستگان درجه اول با فراوانی ۳۸۰ نفر (۶۱/۹٪) شایعترین گروه آموزش دهنده را تشکیل دادند (جدول ۴).

جدول ۴ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت پژوهش بر حسب نسبت آموزش دهنده

آموزش دهنده	تعداد	درصد
بستگان درجه اول	۳۸۰	۶۱/۹
بستگان درجه دوم	۸	۱/۳
بهورز	۱۲۶	۲۰/۵
خود فرد	۷۵	۱۲/۲
سایرین	۱۴	۲/۳
نامشخص	۱۱	۱/۸
جمع	۶۱۴	۱۰۰

از معلولینی که در گروه سنی ۶۵-۱۵ سال قرار داشتند ۲۵۵ نفر (۸۴/۷٪) بیکار و ۴۶ نفر (۱۵/۳٪) شاغل بودند.

با توجه به احتمال تأثیر متغیر مخدوش کننده سن، معلولین در گروههای همسان سنی مورد بررسی قرار گرفتند. با استفاده از آزمون کای اسکور، سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته انجام شد که ارتباط گروه سنی و گروه معلولیت معلولین با وضعیت پیشرفت تواناییهای معلولین به اثبات رسید (جدول ۵ و ۶).

جدول ۵ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پیشرفت تواناییهای افراد تحت پژوهش بر حسب گروه سنی

گروه سنی	وضعیت پیشرفت توانایی			جمع
	بدون پیشرفت	خوب	عالی	
≤ ۵	۲۳	۲۰	۶	۴۹
۶-۱۰	۵۶	۵۴	۲۴	۱۳۴
۱۱-۱۴	۱۵	۴۹	۱۰	۷۴
۱۵-۲۴	۵۷	۷۴	۱۵	۱۴۶
۲۵-۳۴	۳۱	۳۹	۹	۷۹
۳۵-۶۴	۴۳	۴۴	۸	۹۵
≥ ۶۵	۸	۱۸	۷	۳۳
جمع	۲۳۳	۹۸	۷۹	۶۱۰

$$(P = 0/014 \text{ و } df = 12 \text{ و } X^2 = 25/086)$$



گروه سنی ۲۴-۱۲ سال و کمترین گروه سنی شرکت کننده در برنامه با فراوانی ۵/۴٪ متعلق به افراد ۶۵ و بیش از ۶۵ سال است که نشانه مشارکت فعالتر جوانان و مشارکت کمتر افراد کهنسال در برنامه می باشد.

در این مطالعه گروه سنی معلولین شرکت کننده در برنامه در میزان پیشرفت آنها مؤثر بوده است. بیشترین میزان پیشرفت عالی مربوط به گروه سنی کمتر از پنج سال (۴۶/۹) است. اکثریت معلولین گروه سنی شش تا ده سال (۴۱/۸) نیز سطح پیشرفت عالی را در طی دوره آموزش خود کسب کرده اند. این مسئله احتمالاً ناشی از نتیجه گیری بهتر در صورت هرچه زودتر شروع شدن برنامه آموزشی در سنین پایین تر طفولیت و به دنبال آن پیشگیری از تشدید عوارض معلولیت می باشد. بیشترین میزان عدم پیشرفت در گروه سنی ۶۵ سال به بالا (۲۱/۲٪) است. همچنین افراد این گروه کمتر توانسته اند به سطح عالی در آموزش (۲۴/۲٪) دست یابند. این موضوع احتمالاً با کمتر مؤثر بودن برنامه های آموزشی جهت افراد کهنسالی که سالیان درازی را با معلولیت خود خو گرفته اند مرتبط است.

نوع معلولیت در میزان پیشرفت توانائیهای معلولین مؤثر می باشد. بهترین نتیجه در معلولین گروه بینایی و بیماران صرعی دیده می شود. ۹۷/۹٪ از معلولین گروه بینایی سطحی از پیشرفت عالی و یا خوب را دارا می باشند. در حالی که تنها ۲/۱٪ از آنها بدون هیچگونه پیشرفتی دوره آموزشی خود را به پایان رسانیده اند. بیشترین میزان دستیابی به سطح پیشرفت عالی متعلق به گروه بیماران صرعی با ۶۲/۳٪ بوده و تنها ۲/۹٪ از آنها پیشرفتی را در توانائیهای خود دارا نمی باشند. اکثریت معلولین گروه یادگیری (۴۳/۶٪) نیز به سطح عالی از پیشرفت رسیده اند. معلولین گروه ترکیبی با توجه به دارا بودن چندین معلولیت همزمان کمتر از سایر گروهها به سطح عالی از پیشرفت رسیده و فقط ۲۵٪ از آنها به این سطح از پیشرفت دست یافته اند.

بیشترین میزان عدم پیشرفت در آموزش، متعلق به گروه معلولین شنوایی و گویایی (۲۴/۱٪) می باشد. بستگان درجه اول معلولین با فراوانی ۶۱/۹٪ بیشترین مشارکت را در امر آموزش معلولین دارا هستند. نسبت آموزش دهنده در وضعیت پیشرفت یا عدم پیشرفت معلول مؤثر است به طوریکه معلولینی که خود مربی خود می باشند (پس از دریافت آموزش لازم توسط بهورز) بیشترین میزان پیشرفت (۹۸/۷٪) را دارا هستند. از طرف دیگر مربیانی که از بستگان درجه اول، دوم و یا از گروه بهورزان نباشند کمترین میزان پیشرفت (۷۸/۶٪) را دارا هستند.

جدول ۷ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پیشرفت یا عدم پیشرفت توانائیهای افراد تحت پژوهش، برحسب نسبت آموزش دهنده

آموزش دهنده	وضعیت پیشرفت توانایی				جمع
	بدون پیشرفت		دارای پیشرفت		
بستگان درجه اول	۳۸۰	۱۳/۴٪	۵۱	۸۶/۶٪	۳۲۹
بستگان درجه دوم	۸	۱۲/۵٪	۱	۸۷/۵٪	۷
بهورز	۱۲۶	۱۳٪	۱۷	۸۶/۵٪	۱۰۹
خود فرد	۷۵	۱۳/۵٪	۱	۹۸/۷٪	۷۴
سایرین	۱۴	۲۱/۴٪	۳	۷۸/۶٪	۱۱
جمع	۶۰۳	۱۲/۱٪	۷۳	۸۷/۹٪	۵۳۰

$$(P=0/038 \text{ و } df=4 \text{ و } X^2=10/170)$$

#### بحث

از مجموع معلولین شرکت کننده در برنامه آموزشی، ۴۹٪ به سطح آموزشی خوب و ۳۸/۱٪ به سطح آموزشی عالی رسیده اند که می تواند نشانه موفقیت آمیز بودن برنامه در خصوص ارتقاء سطح توانائیهای معلولین باشد.

مطالعاتی سال ۱۹۹۸ در ویتنام نشان داد که با پیگیری و تداوم در انجام برنامه آموزش در خانواده می توان به نتایج قابل قبولی دست یافت (۷). مطالعه کونو در سال ۱۹۹۴، ژانگ در سال ۱۹۹۴، جیت پانکال در سال ۱۹۹۸، فینستام در سال ۱۹۸۸ نیز همگی مؤید این امر بودند (۶-۳).

از سوی دیگر برخی از مطالعات به نتایج متفاوتی رسیده اند. در مطالعه سال ۱۹۹۹ در چین آمده است: به علت عدم باور خانواده برای قابلیت استقلال فرد معلول در مراقبت از خود، تغییر معنی داری در این مقوله نشان داده نشده است، به عبارت دیگر مهارت مادران برای مراقبت از معلول خود به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته ولی مهارت خود فرد معلول جهت انجام امور شخصی و نظافتی تغییری نکرده است (۱۱). همچنین مطالعات انجام شده در سال ۱۹۹۵ کنیا (۸)، سال ۱۹۹۸ مالزی (۹) و سال ۲۰۰۱ مغولستان (۱۰) نشان دادند که هیچ گونه تغییری در مهارتهای معلولین در انجام مراقبتهای شخصی و فعالیتهای زندگی روزانه ایجاد نشده بود.

در داخل کشور گرچه مطالعات محدودی در مورد طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه صورت گرفته است اما فقط ۲ مطالعه به بررسی اثربخشی برنامه آموزش در خانواده پرداخته اند که اولی سودمندی آن را تأیید (۱۳) و دومی تأثیر مثبت آن را محدود بر آن دسته از مهارتهای مراقبتی که نقش بیشتر خانواده را می طلبد نموده است (۱۴).

بیشترین گروه سنی شرکت کننده در برنامه با فراوانی ۲۳/۸٪ متعلق به



### نتیجه گیری

اجرای برنامه «آموزش در خانواده» از طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه روشی مؤثر جهت ارتقاء عملکرد معلولین در برخی گروههای انتخابی است. برای ارتقاء برنامه «آموزش در خانواده» موارد زیر پیشنهاد می‌گردند:

شناسایی معلولین در سنین پایینتر و شروع هرچه سریعتر برنامه‌های آموزشی بسیار مفید است. با آموزش مناسبتر بهورزان که نقش شناسایی معلولین را برعهده دارند و اطلاع رسانی بیشتر به خانواده‌ها جهت شرکت دادن فرزندان معلول خود در این برنامه، نتیجه بهتری حاصل خواهد شد. برنامه‌های آموزشی جهت معلولین که سن کمترین بازده را داشته‌اند. لذا به نظر می‌رسد که با توجه به منابع موجود بهتر است، خدمات آموزشی طرح CBR بیشتر جهت گروههای سنی پایینتر صرف گردند.

معلولین گروه بینایی، افراد مصروع و معلولین گروه یادگیری بهترین پاسخ به آموزش را دارا می‌باشند که این موضوع نیز جهت تصمیم‌گیری‌های

آتی، توجیه کادر آموزش دهنده و تخصیص منابع مهم می‌باشد. انتخاب صحیح مربی بر وضعیت پیشرفت و یا عدم پیشرفت معلول مؤثر است. پیشنهاد می‌گردد در صورتی که معلول با راهنمایی بهورز قادر به استفاده از کتابچه‌های آموزشی باشد، خود مسئولیت آموزش (خود آموزی) را برعهده بگیرد، در غیر اینصورت استفاده از مربیان بستگان درجه اول، دوم و یا بهورزان بر سایرین ارجح است. بهینه سازی سیستم ارزشیابی معلولین، تأثیر مفیدی بر سطح بندی وضعیت پیشرفت توانائیهای معلولین خواهد گذارد لذا انجام مطالعات جدید با توجه به این مهم ضروری می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی کارشناسان ستاد CBR سازمان بهزیستی کشور و رئیس محترم آن جناب آقای احمد فتوحی و همچنین سرکار خانم زهره جلیلی طهماسبی به جهت تایپ و صفحه آرایی اعلام می‌دارند.

### منابع:

- 1- فتوحی، ا. [مترجم]. آموزش در جامعه برای افراد دارای ناتوانی: ستاد گسترش توانبخشی مبتنی بر جامعه، سازمان بهزیستی کشور. ۱۳۷۶.
- 2- Nahvinejad H. Performance of Community – Based Rehabilitation (CBR) in Rural Areas of Islamic Republic of Iran. Iranian Rehabilitation Journal. April 2004; 1(1): 1-19
- 3- Finnstam J, Grimby G, Nelson G, Rashid S. Evaluation of community – based rehabilitation in punjab, Pakistan: I: Use of the WHO manual, Training disabled people in the community . Int – Disabil – Stud. 1988; 10(2):54-8.
- 4- Jitapunkul S, Bunnage S, Ebrahim S. Effectiveness and cost analysis of community – based rehabilitation services in Bangkok. J –Med – Assoc –Thai Aug 1998; 81(8): 572- 8.
- 5- Zhang M, yan H, phillips MR. Community - based psychiatric rehabilitation in Shanghai .Facilities, services, outcome, and culture – specific characteristics.Br –J-Psychiatry-Suppl. Aug 1994; (24):70 –9.
- 6- Harrick L, Krefting L, Johnson J, Carlson P, Minnes P. Stability of functional outcomes following transitional living programme participation: 3 year follow – up .Brain – Inj .Jul 1994; 8(5):439 –47 .
- 7- Kuno K, Mendis P. Evaluation of Community- Based Rehabilitation development project in Tiang Giang and Ho chi Minh. Radda Barnen, 1998: 18-22
- 8- Lagerwall T. Review of Community – Based Rehabilitation services run by the Ministry of Health in Kenya. Vallingboj: Swedish Handicapt Institute 1998: 31-33
- 9- Zhao T. A decade of Community – Based Rehabilitation in China. Action Aid Disability News 2002; 17(2): 5-11
- 10- O’Toole B. Development and evaluation of a community – Based Rehabilitation programme in Guyana. Gerogetown: University of Guyana 2002: 23-25
- 11- Tizun Z, Joseph k, Kwok, F. Evaluating Community – Based Rehabilitation. Rehabilitation International Regional secretariate for Asia & Pacific. City University, Hong Kong, 1999: 4-13
- 12- Finkenflugel H, Wolffers I, Huijsman R. The evidence base for community – based rehabilitation: a literature review. International Journal of Rehabilitation Research 2005; 28(3): 187-201
- ۱۳- کمالی، م. توانبخشی مبتنی بر جامعه در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۳، صفحات ۸۶-۸۱ و ۱۲۵-۱۱۳.
- ۱۴- حاتمی زاده، ن. امین زاده، آ. میرخانی، م. کاظم نژاد، ا. بررسی میزان موفقیت ارائه خدمت آموزش در خانواده طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه به خانواده‌های دارای فرد مبتلا به معلولیت جسمی – حرکتی. فصلنامه علمی – پژوهشی توانبخشی. ۱۳۸۳. دوره پنجم، شماره سوم، صفحات ۳۷-۴۴