

Research Paper: Comparison of General Health and Depression in the People Covered With the Community-Based Rehabilitation Program (CBR) With the Non-Covered

Karim Ayoubi Avaz¹, Omid Hashemi², Saman Karami², *Mehdi Rassafiani^{2,3}, Roghaie Hatami⁴

1. Neuromuscular Rehabilitation Research Center, Semnan University of Medical Sciences and Health Services, Semnan, Iran.
2. Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Medicine, University of Applied Science and Technology of East Azarbaijan, Tabriz, Iran.



Citation: Ayoubi Avaz K, Hashemi O, Karami S, Rassafiani M, Hatami R. [Comparison of General Health and Depression in the People Covered With the Community-Based Rehabilitation Program (CBR) With the Non-Covered (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2018; 19(1):54-63.



Received: 24 Jul. 2017

Accepted: 29 Oct. 2017

ABSTRACT

Objective The prevalence of disability is growing with the development of science and industrialization of the society. Disability is a psychological, biological phenomenon and impairment in any of these areas affect a person's health. Similar to other people in the community, these people need to use similar services. One of the critical issues for these people is the use of rehabilitation services. Rehabilitation services can be effective in improving the physical and mental status of people with disabilities. In some developing countries, there are no rehabilitation services, and only some services are provided in institutions and few needy people can use it. Community-Based Rehabilitation (CBR) encompasses a large part of the needs of people with disabilities including activities of daily living, social activities, and empowerment. CBR provide the essential rehabilitation services for the people living in remote and impoverished areas. The CBR program provides health and quality of life services which can increase individual's ability and prevent factors such as depression and dependence due to disability. Considering that the evaluation of each plan and program is in the tasks and responsibilities of the management and that the CBR program is running since 2007 in the city of Bostanabad; however, its effectiveness has not been studied. Literature is scarce on the effectiveness of CBR programs among the two covered and non-covered groups. It is necessary to examine the effectiveness of CBR programs in improving the mental health status of the persons with disabilities. The aim of this study was to compare general health and depression of the people covered by the CBR program with non-covered.

Materials & Methods This was a cross-sectional study. Physical movements impaired people qualified for the inclusion in the villages covered by CBR (n=48) in Bostanabad, and not under the CBR service (n=45, control group) in other villages were enrolled for this study. All participants in this study completed three questionnaires, including demographic, General Health Questionnaire (GHQ28) and Beck Depression Inventory (BDI-II). Data were analyzed using t-test independent for comparative groups.

Results according to the results, 57% of participants were male, and 51.6% had a mild disability. The results do not demonstrate a significant difference in General Health between the two groups (P=0.870). GHQ28 subscales demonstrated a significant difference in depression (P=0.001) and social impairment (P=0.001) between two groups. There was no significant difference in the subscales of physical symptoms (P<102.9) and the symptoms of anxiety and sleep disorders (P<0.331). Participants in the CBR program demonstrated a lower level of depression compared with the non-covered group.

Conclusion Implementing the CBR programs in rural and remote areas can be effective in reducing the depression of people with physical disabilities. These programs can create meaningful change and a more comprehensive framework for people with physical disabilities and can have positive effects on the general health. Further studies are required to collect more data about the general health and the quality of life of these groups of patients.

Keywords:

General Health, Depression, Community Based Rehabilitation (CBR)

* Corresponding Author:

Mehdi Rassafiani, PhD

Address: Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180037

E-Mail: mrassafiani@yahoo.com

مقایسه سلامت عمومی و افسردگی افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) با افراد غیر تحت پوشش

کریم ایوبی آواز^۱، امید هاشمی^۲، سامان کرمی^۳، مهدی رصافیانی^۴، رقیه حاتمی^۴

- ۱- مرکز تحقیقات توانبخشی عصبی عضلانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان، سمنان، ایران.
- ۲- گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۳- مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۴- گروه پزشکی، مرکز آموزش علمی-کاربردی اداره کل تعاون کار و رفاه اجتماعی استان آذربایجان شرقی، تبریز، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۳ مرداد ۱۳۹۶
تاریخ پذیرش: ۰۷ آبان ۱۳۹۶

هدف: با توسعه علم و صنعتی شدن جامعه، معلولیت در حال افزایش است. معلولیت پدیده‌ای روانی زیستی است که سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد معلول باید مانند بقیه افراد جامعه از خدمات استفاده کنند. یکی از مسائل مهم این افراد استفاده از خدمات توانبخشی است. خدمات توانبخشی می‌تواند در بهبود وضعیت جسمی و روانی افراد معلول مؤثر باشد. در برخی کشورهای در حال توسعه اثری از خدمات توانبخشی دیده نمی‌شود. در برخی دیگر، این خدمات در مؤسسات ارائه می‌شود و تعداد کمی از نیازمندان می‌توانند از آن استفاده کنند. توانبخشی مبتنی بر جامعه، بخش وسیعی از نیازهای افراد معلول از جمله فعالیت‌های روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و توانمندسازی را دربر می‌گیرد. توانبخشی مبتنی بر جامعه، سرویس‌های اولیه توانبخشی را برای افرادی فراهم می‌کند که در مناطق محروم زندگی می‌کنند. برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه خدمات مورد نیاز سلامت و کیفیت زندگی را ارائه می‌دهد و می‌تواند توانایی فردی را افزایش دهد و از عواملی چون افسردگی و وابستگی معلولان جلوگیری کند. با توجه به اینکه ارزشیابی هر طرح و برنامه‌ای در رأس وظایف و مسئولیت‌های مدیریتی قرار دارد، در شهرستان بستان آباد نیز از سال ۱۳۸۶ طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه در حال اجراست ولی اثر آن بررسی نشده است؛ همچنین با توجه به محدود بودن منابع مطالعاتی در زمینه اثربخشی برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه در میان دو گروه تحت پوشش و غیر تحت پوشش، نیاز است تا اثربخشی آن در بهبود وضعیت روانی و سلامت افراد معلول بررسی شود. هدف از این مطالعه مقایسه وضعیت سلامت عمومی و افسردگی افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه با افراد غیر تحت پوشش است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۴۸ معلول جسمی حرکتی واجد شرایط ورود به مطالعه در روستاهای تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه شهرستان بستان آباد و ۴۵ معلول جسمی حرکتی به عنوان گروه شاهد در روستاهایی که تحت خدمات طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه نبودند و فقط خدمات معمول درمانی دریافت می‌کردند بررسی شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه سنجش سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر و پرسش‌نامه سنجش افسردگی بک بود. با مراجعه به محل زندگی افراد و کسب رضایت کتبی از آنان اطلاعات جمع‌آوری شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین، واریانس و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از آزمون تی مستقل برای مقایسه دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها: با توجه به نتایج مطالعه، ۵۷ درصد از شرکت‌کنندگان مرد بودند و ۵۱/۶ درصد معلولیت خفیف داشتند. مقایسه سلامت عمومی در دو گروه افراد تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر تحت پوشش، حاکی از آن بود که تفاوت معناداری در دو گروه وجود ندارد ($P < 0/187$). مقایسه زیرمقیاس‌های سلامت عمومی، تفاوت دو گروه در علائم افسردگی ($P < 0/001$) و اختلال کارکرد اجتماعی ($P < 0/001$) را نشان داد. در گروه تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه، علائم افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی نسبت به گروه غیر تحت پوشش کاهش یافته بود. در زیرمقیاس‌های علائم جسمی ($P < 0/10$) و علائم اضطرابی و اختلال خواب ($P < 0/33$) تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد. در آزمون افسردگی بک، افراد غیر تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه نسبت به افراد تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه به طور معنی‌داری نمرات بیشتری گرفتند.

نتیجه‌گیری: 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 جامعه برای معلولان جسمی حرکتی، بتوان اثرات مثبتی در سلامت عمومی این افراد ایجاد کرد. انجام تحقیقات گسترده برای به‌دست آوردن شواهد علمی تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی معلولان ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها:

سلامت عمومی، افسردگی، توانبخشی مبتنی بر جامعه

* نویسنده مسئول:

دکتر مهدی رصافیانی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: ۰۲۷ ۲۲۱۸۰۰۳۷ (۲۱) ۰۹۸+

رایانامه: mrassafiani@yahoo.com

مقدمه

فرایند توانبخشی و توانمندسازی است [۱۳، ۱۲].

پیش‌نویس مجموعه توانبخشی مبتنی بر جامعه در سال ۱۹۸۹، به صورت گسترده بررسی و در عملیات میدانی آزمایش شد. در حال حاضر، توانبخشی مبتنی بر جامعه در بیش از ۹۰ کشور دنیا اجرا می‌شود [۴]. در ایران نیز با همکاری سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۷۱ اجرا شد. این طرح ابتدا به صورت آزمایشی در دو منطقه بیارجمند و میامی از توابع شهرستان شاهرود در استان سمنان شروع شد و پس از مشاهده موفقیت‌های آن، به تدریج در استان‌های دیگر اجرا شد. هم‌گام با دیگر استان‌ها، استان آذربایجان شرقی نیز در سال ۱۳۷۸ این طرح را عملی کرد. در ادامه، از سال ۱۳۸۶ شهرستان بستان‌آباد نیز پذیرای طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه شد [۱۵، ۱۴]. برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه، خدمات مورد نیاز سلامت و کیفیت زندگی را ارائه می‌دهد که می‌تواند توانایی فردی را افزایش دهد و مانع از عواملی چون افسردگی و وابستگی معلولان شود. بدیهی است که این برنامه‌ها در صورتی که به طور مؤثر و با همکاری فرد، خانواده و جامعه انجام شود می‌تواند منجر به افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد معلول شود [۱۶، ۱۷].

از این‌رو، می‌توان گفت که افزایش سلامت عمومی و کاهش افسردگی و به دنبال آن افزایش کیفیت زندگی، از نشانه‌های موفقیت برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه است. ارزشیابی هر طرح و برنامه در رأس وظایف و مسئولیت‌های مدیریتی قرار دارد. منابع مطالعاتی در زمینه اثربخشی برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه در میان دو گروه تحت پوشش و غیر تحت پوشش محدود است. از سال ۱۳۸۶ طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه در شهرستان بستان‌آباد در حال اجرا است، ولی تا به حال، اثر توانبخشی مبتنی بر جامعه بررسی نشده است. بنابراین، بر آن شدیم سلامت عمومی و افسردگی افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه را با افراد غیر تحت پوشش مقایسه و بررسی کنیم.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی تحلیلی، تمام معلولان جسمی حرکتی واجد شرایط ورود به مطالعه (۴۸ نفر) در روستاهای تحت پوشش طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه شهرستان بستان‌آباد انتخاب شدند. در روستاهای غیر تحت پوشش نیز ۴۵ نفر معلول جسمی حرکتی که خدمات معمول درمانی را دریافت می‌کردند به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن معلولیت جسمی حرکتی بر اساس دستورالعمل توانبخشی بهزیستی کشور در پرونده سازمان بهزیستی افراد، داشتن هوش طبیعی و نداشتن معلولیت‌های دیگر به غیر از معلولیت جسمی حرکتی بود.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی یک میلیارد نفر از جمعیت جهان (۱۵ درصد از کل جمعیت) معلول هستند. البته در کشورهای در حال توسعه این میزان بیشتر است، زیرا با ارتقای بهداشت و سطح سلامت، امید به زندگی در این کشورها افزایش یافته است؛ افزایش میانگین سنی در این کشورها منجر به افزایش معلولیت‌های ناشی از دوران سالمندی نیز می‌شود [۱]. افزایش حوادث، بیماری‌های ناشی از آلودگی‌های مختلف و عوامل ژنتیکی از دیگر عوامل افزایش تعداد افراد ناتوان است. با وجود تمامی پیشرفت‌ها، معلولیت به عنوان یک واقعیت وجود دارد و خواهد داشت. پس باید به دنبال راه‌حل‌هایی برای کیفیت بخشیدن به زندگی این افراد باشیم [۲، ۳]. توانبخشی بازگرداندن افراد ناتوان به سبک زندگی طبیعی تا حد ممکن است. توانبخشی باید در توسعه جامعه نقش داشته باشد تا فرصت‌های مساوی ایجاد شود و در اختیار تمام مردم قرار گیرد. با وجود تفاوت‌هایی که مردم دارند، افراد معلول باید به جامعه بازگردند. آن‌ها نباید منزوی و جدا از جامعه باشند [۴].

بررسی‌ها نشان می‌دهد ۷۵ درصد از معلولان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۵]. معلولیت از نظر اقتصادی، اجتماعی و عاطفی خسارت‌های قابل توجهی به معلولان، خانواده‌هایشان و به طور وسیع‌تری بر جامعه وارد می‌کند [۷]. الگوهای امروزی ارائه خدمات توانبخشی بیشتر بر مراقبت مؤسسه‌ای مبتنی هستند. اگر بخواهیم به طور جدی‌تری در راه تأمین نیازهای همه افراد معلول گام برداریم، به بودجه‌های بیش از کل بودجه بهداشتی بیشتر کشورهای در حال توسعه نیاز داریم. طبق برآوردها، خدمات موجود بیشتر از ۲ درصد افراد معلول را شامل نمی‌شود [۸]. با توجه به تفاوت‌های کلی و مهم بین خدمات مورد نیاز و امکانات موجود و تأمین نشدن نیازها با وجود توسعه خدمات مرسوم توانبخشی، احساس می‌شود نیاز به ارائه خدمات توانبخشی به گونه‌ای است که بتوان خدمات توانبخشی موجود را به صورت ساده‌تر و در سطح وسیع‌تری ارائه کرد [۹، ۱۰].

بر اساس بیانیه کنفرانس آلماتا^۱ در سال ۱۹۸۷ به عنوان «سلامت برای همه» و با در نظر گرفتن محدودیت خدمات توانبخشی تخصصی، سازمان جهانی بهداشت^۲ مفهوم توانبخشی مبتنی بر جامعه^۳ را معرفی کرد. این برنامه برای افزایش کیفیت زندگی افراد کم‌توان از طریق ابتکارات اجتماع محلی طراحی شد [۱۱]. استراتژی توانبخشی مبتنی بر جامعه این امکان را به وجود می‌آورد که خدمات تخصصی در محل زندگی افراد ارائه شود. هدف این راهبرد، تنها توزیع خدمات نیست، بلکه هدف اصلی درگیر کردن افراد کم‌توان، خانواده و اجتماع محل زندگی آن‌ها در

1. Alma Ata conference
2. World Health Organization
3. Community-Based Rehabilitation (CBR)

تجزیه و تحلیل شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین، واریانس و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از آزمون تی مستقل برای مقایسه دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است، در این مطالعه ۴۰ زن و ۵۳ مرد شرکت کردند. از میان آن‌ها ۳۲ نفر بی‌سواد بودند؛ تحصیلات ۲۶ نفر در مقطع ابتدایی، ۱۲ نفر در مقطع راهنمایی و ۱۶ نفر در مقطع دبیرستان بود؛ ۷ نفر نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر شدت معلولیت حرکتی، ۴۸ نفر معلولیت حرکتی خفیف، ۲۶ نفر معلولیت حرکتی متوسط و ۱۹ نفر معلولیت حرکتی شدید داشتند. از میان معلولان ۴۹ نفر شاغل و ۴۴ نفر غیرشاغل بودند. ۳۶ نفر مجرد و ۵۷ نفر متأهل بودند. میانگین سن معلولان نیز $33/10 \pm 9/34$ بود.

برای بررسی فرضیه طبیعی بودن داده‌ها، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و افسردگی بک توزیع طبیعی دارند. بنابراین برای تحلیل نهایی این متغیرها از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده شد. در جدول شماره ۲ نمره کلی آزمون سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن به تفکیک افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر تحت پوشش، پس از تأیید همسانی واریانس گروه‌ها با آزمون تی تحلیل شد. مقایسه سلامت عمومی در دو گروه افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر تحت پوشش، حاکی از آن بود که تفاوت معناداری در دو گروه وجود ندارد ($P=0/870$). مقایسه زیرمقیاس‌های سلامت عمومی، تفاوت دو گروه را در علائم افسردگی ($P=0/001$) و اختلال کارکرد اجتماعی ($P=0/001$) نشان داد. به این معنی که علائم افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی در گروه غیر تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه بیشتر از گروه تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه است. در زیرمقیاس‌های علائم جسمی ($P=0/102$) و علائم اضطرابی و اختلال خواب ($P=0/331$) تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد.

در جدول شماره ۳ نمره کلی آزمون افسردگی به تفکیک افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر تحت پوشش پس از تأیید همسانی واریانس گروه‌ها با آزمون تی تحلیل شد. در نمرات آزمون افسردگی بک، افراد غیر تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه به طور معنی‌داری نمرات بیشتری نسبت به افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه گرفتند. میانگین نمره آزمون افسردگی بک در افراد غیر تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه $16/24$ و در افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه $9/64$ بود.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه سنجش سلامت عمومی^۴ گلدبرگ و هیلر و پرسش‌نامه سنجش میزان افسردگی بک^۵ بود. پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر چهار مقیاس فرعی علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی دارد. هر مقیاس شامل ۷ سؤال است که به صورت چهارگزینه‌ای، با طیف لیکرت و نمره‌های ۰ تا ۳ است. در هر مقیاس نمره به‌دست‌آمده ۶ به بالا و در مجموع نمره ۲۳ به بالا بیانگر علائم مرضی و نمره کمتر از ۲۳ نشانگر سلامت عمومی است. گلدبرگ و همکاران روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی را $0/78$ گزارش کرده‌اند [۱۸].

نوربالا و همکاران در بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت عمومی دریافتند که حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه‌بندی این مقیاس با نقطه برش ۶ به ترتیب، $4/78$ ، $93/8$ و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی $8/2$ بود [۱۹]. تقوی پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب، ضرایب پایایی $0/93$ ، $0/70$ و $0/90$ را به دست آورد [۲۰]. همچنین پرسش‌نامه افسردگی بک ۲۱ ماده دارد که هر ماده به صورت چهارگزینه‌ای، با طیف لیکرت و نمره‌های ۰ تا ۳ طراحی شده است و نمره کل پرسش‌نامه بین صفر تا ۶۳ است. شیوه نمره‌دهی در این پرسش‌نامه بدین صورت است که نمره بین ۰ تا ۱۳ کمترین حد افسردگی، نمره ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه ویرایش دوم و شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که ۴ ماده از ویرایش قبلی را ندارد و به جای آن ماده‌های دیگری در پرسش‌نامه افزوده شده است [۲۱]. این پرسش‌نامه با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون همبستگی دارد ($+0/71$) و پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن $0/93$ است. همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز $0/91$ به دست آمد [۲۲].

پس از گرفتن مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، محققان برای اجرای پژوهش به محل زندگی افراد نمونه در روستاهای شهرستان بستان‌آباد مراجعه کردند و بعد از گرفتن اجازه از افراد برای شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌ها را در اختیارشان قرار دادند و توضیحات لازم را در مورد نحوه تکمیل به آن‌ها دادند. در طول مدت تکمیل پرسش‌نامه، محققان کنار افراد بودند و به سؤالات آن‌ها پاسخ می‌دادند. محققان برای افراد بی‌سواد که قادر به خواندن سؤالات پرسش‌نامه نبودند، سؤالات را به زبان محلی خواندند و پاسخ‌هایشان را نوشتند. داده‌های استخراج‌شده، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹

4. General Health Questionnaire-28 item (GHQ-28)

5. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)

جدول ۱. داده‌های دموگرافیکی پژوهش

متغیر	شاخص	تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه	غیر تحت پوشش	کل نمونه
جنسیت	زن	۲۰	۲۰	۴۰
		درصد	۲۱/۵	۴۳
	مرد	۲۷	۲۶	۵۳
		درصد	۲۹/۰۵	۵۷
تحصیلات	بی‌سواد	۱۵	۱۷	۳۲
		درصد	۱۶/۱۲	۳۴/۴
	ابتدایی	۱۵	۱۱	۲۶
		درصد	۱۶/۱۲	۲۸
دیپارتمان	راهنمایی	۶	۶	۱۲
		درصد	۶/۴۵	۱۲/۹
	دیپارتمان	۹	۷	۱۶
		درصد	۹/۶۷	۱۷/۲
وضعیت اشتغال	دانشگاهی	۳	۴	۷
		درصد	۴/۲۸	۷/۵
	خفیف	۲۵	۳۳	۴۸
		درصد	۲۶/۸۸	۵۱/۶
میزان معلولیت	متوسط	۱۳	۱۳	۲۶
		درصد	۱۴	۲۸
	شدید	۱۰	۹	۱۹
		درصد	۱۰/۷۵	۲۰/۴
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۴	۲۵	۴۹
		درصد	۲۵/۸۰	۵۲/۷
	غیر شاغل	۲۲	۲۲	۴۴
		درصد	۲۳/۶۵	۴۷/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸	۱۸	۳۶
		درصد	۱۹/۳۵	۳۸/۷
	متاهل	۳۰	۲۷	۵۷
		درصد	۳۲/۲۵	۶۱/۳
سن	میانگین	۳۳/۱۶	۳۳/۰۴	۳۳/۱۰
	انحراف استاندارد	۹/۲۸	۹/۳۰	۹/۳۴

جدول ۲. نتایج به دست آمده از آزمون تی برای مقایسه سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های آن به تفکیک افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر تحت پوشش

متغییر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
سلامت عمومی	افراد تحت پوشش	۱۷/۵۲	۱۶/۲۱	۱/۷۳	۰/۸۷۰
	افراد غیر تحت پوشش	۱۸/۵۵	۱۶/۵۶		
علائم جسمی	افراد تحت پوشش	۴/۴۷	۴/۶۳	۲/۷۵	۰/۱۰۲
	افراد غیر تحت پوشش	۶/۸۴	۴/۸۵		
علائم اضطرابی و اختلال خواب	افراد تحت پوشش	۴/۳۱	۴/۵۱	-۰/۶۷۵	۰/۳۳۱
	افراد غیر تحت پوشش	۶/۵۷	۴/۸۴		
علائم کارکرد اجتماعی	افراد تحت پوشش	۶/۶۲	۴/۵۳	۳/۴۵	۰/۰۰۱
	افراد غیر تحت پوشش	۸/۹۵	۴/۲۳		
علائم افسردگی	افراد تحت پوشش	۲/۳۱	۵/۰۹	۴/۵۶	۰/۰۰۱
	افراد غیر تحت پوشش	۳/۴۲	۳/۸۳		

توانبخشنی

سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی مسئله‌ای چندبعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت و بیماری بر یکدیگر اثر می‌گذارند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند، لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامت باید به تمام جوانب سلامت فردی (جسمی، روانی و اجتماعی) توجه داشته باشد [۲۶]؛ شاید در برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه، تمام این ابعاد به خوبی تحت پوشش قرار نگرفته باشد. عوامل دیگری مانند کمبود وقت، نبود نیروی آزموده کافی و منابع لازم برای اجرای کارآمدتر این برنامه نیز در مؤثر نبودن این برنامه در بهبود وضعیت سلامت عمومی می‌تواند مؤثر واقع شود.

نتایج دیگر مطالعه حاضر نشان داد بین میزان افسردگی افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر پوشش این برنامه در روستاهای شهرستان بستان‌آباد تفاوت معناداری وجود دارد و برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه باعث کاهش افسردگی در معلولانی شده است که تحت پوشش این برنامه بوده‌اند. مرور مطالعات انجام گرفته در زمینه اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر سلامت عمومی نتایج متناقضی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج به دست آمده از آزمون تی برای مقایسه افسردگی به تفکیک افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر تحت پوشش

متغییر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
افسردگی	افراد تحت پوشش	۹/۶۴	۱۳/۹۴	۲/۳۷	۰/۰۲۰
	افراد غیر تحت پوشش	۱۶/۲۴	۱۲/۷۶		

توانبخشنی

بحث

هدف این مطالعه سنجش سلامت عمومی و میزان افسردگی افراد ۱۸ تا ۵۰ ساله با ناتوانی جسمی حرکتی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و مقایسه آن با افراد غیر تحت پوشش بود. اهمیت سنجش سلامت عمومی و میزان افسردگی در علوم توانبخشی به صورت چشمگیری در سال‌های اخیر در حال افزایش است [۲۳]. دلیل افزایش استفاده از سنجش سلامت عمومی و میزان افسردگی در حیطه توانبخشی در سال‌های اخیر این است که هدف اولیه و اصلی توانبخشی، بهبود سلامت عمومی و کاهش میزان افسردگی است [۲۴] و اغلب ارزیابی سلامت عمومی و میزان افسردگی، قبل، در طول و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مهم است [۲۵].

نتایج این مطالعه نشان داد بین نمره کل سلامت عمومی افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و افراد غیر پوشش این برنامه در روستاهای شهرستان بستان‌آباد تفاوت معناداری وجود ندارد، اگرچه در دو خرده‌مقیاس علائم کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی تفاوت معنادار است. شاید علت موفق نبودن این برنامه در بهبود سلامت عمومی این چند مورد باشد: در تعریف

تعمیم مطالعه محدود بود.

نتیجه‌گیری

توانبخشی مبتنی بر جامعه راهبردی است در برنامه توسعه جامعه، به منظور اجرای توانبخشی، عدالت اجتماعی و پیوستن تمام افرادی که به نوعی ناتوانی دارند. با توجه محروم بودن روستاها و مناطق دورافتاده از خدمات توانبخشی، به نظر می‌رسد تأکید بر اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌تواند یکی از راه‌های کاهش سطح افسردگی معلولان باشد و بهتر است با جدیت دنبال شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به شماره ۳۷۸ گرفته شده است. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اداره بهزیستی شهرستان بستان آباد و تمام مددجویانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌کنیم. این مقاله با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده است.

در پژوهش نظیری و همکاران که با مطالعه حاضر همسو بود، محققان تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه را در کیفیت زندگی افراد معلول جسمی حرکتی در شهرستان خمینی‌شهر اصفهان بررسی کردند. نتایج نشان داد برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر همه ابعاد کیفیت زندگی به‌جز شاخص سلامت و آرامش روانی تأثیر معناداری داشته است [۲۷]. محمدی مقدم و همکاران با استفاده از فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی، تأثیر برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه را بر کیفیت زندگی و وضعیت سلامت افراد با افت شنوایی شدید و عمیق در شهرستان سبزوار بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که افراد تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه نسبت به افراد غیر تحت پوشش، وضعیت سلامت عمومی بهتری دارند. این یافته با نتایج مطالعه حاضر همسو نبود [۲۸]. علت همسو نبودن این دو پژوهش را می‌توان در متفاوت بودن دو گروه دانست.

شیانی و زارع در پژوهشی برای بررسی تأثیر توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان در کهریزک از مقیاس شکوفایی^۶ استفاده کردند و به این نتیجه رسیدند که بین سلامت عمومی سالمندان تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه و سالمندان غیر تحت پوشش اختلاف معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنی که سلامت عمومی در سالمندان تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بیشتر از سالمندان غیر تحت پوشش است [۲۹]. این یافته با نتیجه مطالعه حاضر همسو نیست. به نظر می‌رسد علت ناهمسو بودن این نتیجه با نتیجه مطالعه حاضر، متفاوت بودن ابزارهای استفاده‌شده در دو پژوهش و در نتیجه به دست آمدن نتایج متفاوت است. برای انجام این پژوهش، با وجود جست‌وجوهای فراوان در پایگاه‌های اطلاعاتی لاتین، به مطالعات مشابهی در زمینه بررسی وضعیت سلامت عمومی و افسردگی در افراد تحت پوشش برنامه دست نیافتیم.

به طور کلی می‌توان علت تفاوت‌ها و تناقض‌هایی را که در نتایج به‌دست آمده است این موارد دانست: متفاوت بودن ابزارهای سنجش سلامت عمومی؛ متفاوت بودن جامعه پژوهش از نظر نوع اختلالات، تفاوت‌های فرهنگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ متفاوت بودن مدت‌زمانی که از آغاز اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در مناطق مختلف کشور می‌گذرد؛ تفاوت در نحوه اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه؛ وجود عوامل خارجی بسیاری که می‌توانند با وجود اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه، سلامت عمومی و افسردگی افراد معلول را تحت تأثیر قرار دهند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعداد معلولان جسمی حرکتی بود که با وجود بررسی تمام معلولان جسمی حرکتی واجد شرایط ورود به مطالعه، تعداد نمونه برای

References

- [1] Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: A review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001; 79(11):1047-55. PMID: PMC2566690
- [2] Spillman BC. Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. *The Milbank Quarterly*. 2004; 82(1):157-94. doi:10.1111/j.0887-378x.2004.00305.x
- [3] Iravani M, Hatamzadeh N, Fotouhi A, Hosseinzadeh S. [Comparing effectiveness of new training program of local trainers of Community-Based Rehabilitation program with the current program: A knowledge, attitude and skills study (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2011; 12(3):44-52.
- [4] Chappell P, Johannsmeier C. The impact of community based rehabilitation as implemented by community rehabilitation facilitators on people with disabilities, their families and communities within South Africa. *Disability and Rehabilitation*. 2009; 31(1):7-13. doi: 10.1080/09638280802280429
- [5] Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study. *World Development*. 2013; 41:1-18. doi: 10.1016/j.worlddev.2012.05.024
- [6] Riddick B. *Living with dyslexia: The social and emotional consequences of specific learning difficulties/disabilities*. Abingdon: Routledge; 2009.
- [7] Helander E. Mental retardation, poverty and community based Rehabilitation. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2009; 7(2):39-46.
- [8] Franz RW, Garwick T, Haldeman K. Initial results of a 12-week, institution-based, supervised exercise rehabilitation program for the management of peripheral arterial disease. *Vascular*. 2010; 18(6):325-35. doi:10.2310/6670.2010.00053
- [9] Gel HF, Rule S. Integrating community-based rehabilitation and leprosy rehabilitation services into an inclusive development approach. *Leprosy Review*. 2008; 79:83-91. PMID: 18540239
- [10] Turmusani M, Vreede A, Wirz SL. Some ethical issues in community-based rehabilitation initiatives in developing countries. *Disability and Rehabilitation*. 2002; 24(10):558-64. doi: 10.1080/09638280110113449
- [11] Milan LL. Community based rehabilitation (CBR) programme in the developing countries (WHO). Paper presented at the ISPO Asian Prosthetics and Orthotics Workshop in Tokorozawa, 03 February 1998, Saitama, Japan.
- [12] World Health Organization. CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper. Geneva: World Health Organization; 2004.
- [13] Salamati P, Abolhassani F, Shariati B, Kamali M. [Home based training: Main strategy in community based rehabilitation in Iran (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2006; 7(3):21-5.
- [14] Ahmad Kiadaliri A, Najafi B, Haghparast Bidgoli H. Geographic distribution of need and access to health care in rural population: An ecological study in Iran. *International Journal for Equity in Health*. 2011; 10(1):39. doi:10.1186/1475-9276-10-39
- [15] Nahvinejad H. Performance of Community-Based Rehabilitation (CBR) in Rural Areas of Islamic Republic of Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2003; 1(1):29-42.
- [16] Norouzi K. [Designing and evaluation of community-based care model for seniors (Persian)] [PhD dissertation]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2005.
- [17] Sattari B, Omidvar K, Ya'ghoubi V. [Measurement of attitude of rural families with handicapped member (s) towards handicappeds in fields where Community Based Rehabilitation (CBR) has excuted with those who has not (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2005; 6(3):25-32.
- [18] Willmott SA, Boardman JAP, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004; 39(8). doi:10.1007/s00127-004-0801-1
- [19] Noorbala AA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Research Journal*. 2009; 11(4):47-53.
- [20] Rezaei S, Salehi I, Yousefzadeh Chabok SH, Moosavi H, Kazemnejad E. Factor structure, clinical cut off point and psychometric properties Of 28-ite mes version for General Health Questionnaire in patients with traumatic brain injury. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2011; 20(78):56-70.
- [21] Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory - Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*. 2005; 21(4):185-92. doi: 10.1002/da.20070
- [22] Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. [Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population (Persian)]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015; 22(1):189-98.
- [23] Purlito R, Jensen GM, Royeen CB. *Educating for moral action: A sourcebook in health and rehabilitation ethics*. Philadelphia: Davis Company; 2005.
- [24] Kasven Gonzalez N, Soverain R, Miale S. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. *Palliative and Supportive Care*. 2010; 8(3):359-69. doi:10.1017/s1478951510000167
- [25] Taylor GH, Wilson SL, Sharp J. Medical, psychological, and sociodemographic factors associated with adherence to cardiac rehabilitation programs. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 26(3):202-9. doi:10.1097/jcn.0b013e3181ef6b04
- [26] Biglar M, Hayati Y, Rahmani H, Rajabnezhad Z, Dargahi H. Study of general health among Tehran University Of Medical Sciences hospital's administrators. *Journal of Payavard Salamat*. 2014; 8(1):13-24.
- [27] Gharib Naziri S. [Effect of community-based rehabilitation program on quality of life in people with physical disabilities in Khomeini Shahr city (Persian)] [MSc. Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2016.
- [28] Mohammadi Moghadam M, Mobaraki H, Kamali M, Esmaceli A. Effect of community-based rehabilitation program on quality

of life for people of 15-65 years old with severe and profound hearing loss in the city of Sabzevar . Modern Rehabilitation Journal. 2015; 9(2):16-24.

- [29] Shiani M, Zare H. [Studying the effectiveness of community-based rehabilitation programs on the quality of life of the elderly Kahrizak: A case-control study (Persian)]. Bioethics Journal. 2016; 2(5):45-65.