

ارزیابی عوامل اقتصادی موثر بر بازتوانی افراد تحت پوشش بهزیستی

(مورد استان گلستان)

صالح قویدل^۱

فرشته کریمی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۳۱

چکیده

این مقاله به دنبال شناسایی مهمترین عوامل بازتوانی افراد آسیب خورده تحت پوشش بهزیستی می باشد. فرضیه این است که مهمترین عامل بازتوانی افراد آسیب دیده پرداختهای پولی مثل وام و کمک های بلاعوض نیست. به منظور تبیین عوامل موثر بر بازتوانی از الگوی اقتصادسنجی انتخاب دوتایی^۳ روش علی لاجیت یعنی الگویی با متغیر وابسته دوتایی استفاده شده است. روش گردآوری اطلاعات، میدانی، کتابخانه ای است. همچنین ابزار گردآوری اطلاعات، تعداد پرونده های موجود در سازمان بهزیستی استان گلستان است. با توجه به نتایج بدست آمده از مدل لاجیت مهمترین عامل در باز توانی افراد داشتن مهارتهای حمایت شده می باشد. بنابراین فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه مهمترین عامل بازتوانی افراد آسیب دیده پرداخت های پولی مثل وام و کمک های بلاعوض نیست تایید می شود. همچنین عواملی همچون تاهل و در آمد ازاد داشتن بر روی بازتوانی افراد موثر بودند لذا فرضیه دوم تحقیق مبنی بر تنها کمک مالی برای بازتوانی افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی مهم نیست. نیز تایید می شود. از آنجا که داشتن مهارتهای حمایت شده مهمترین عامل است و در اکثر موارد وام و تسهیلات اثری روی بازتوانی افراد ندارد می توان گفت که وام مهمتر از آموزش نیست.

واژگان کلیدی: بازتوانی، تسهیلات، بهزیستی

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروزکوه، گروه اقتصاد، فیروزکوه، ایران (نویسنده مسئول):

E.Mail:salleh_mogh@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروزکوه، دانشکده اقتصاد: E.Mail:fereshtek@yahoo.com

3. binary

۱. مقدمه

در هر کشوری نیروی انسانی کارآمد نقش مهمی در توسعه اقتصادی و سیاسی دارد و نیروی انسانی ثروت ملی آن کشور به حساب می‌آید از جمله عواملی که باعث عدم کارایی این سرمایه ملی می‌شود وجود آسیب‌های اجتماعی از جمله، اعتیاد، طلاق، فحشا، دختران فراری، کودکان کار و . . . که ایجاد معلولیت اجتماعی می‌کند همچنین معلولیت‌های جسمی-حرکتی در یک کشور است بنابراین در سال ۱۳۶۰ طبق اصول ۲۹ و ۳۱ قانون اساسی جهت پیشگیری از آسیب‌های فوق و بازتوانی افرادی که دچار آسیب شده اند سازمانی بنام بهزیستی تشکیل شد که از جمله مهمترین وظیفه آن پیشگیری از اینگونه آسیب‌ها است. یکی از سیاست‌ها برای بازتوانی افراد تحت پوشش، تسهیلات رفاهی، از جمله پرداخت مستمری، وام‌های خوداشتغالی، کارفرمایی و کمک موردی است. عامل دیگر آموزش‌های مختلف از جمله آموزش‌های قبل از ازدواج، مهارت‌های زندگی، آموزش در زمینه اعتیاد، ایدز و... است.

این مقاله به دنبال شناسایی مهمترین عامل بازتوانی افراد آسیب خورده تحت پوشش بهزیستی می‌باشد. برای این منظور از اطلاعات پرونده‌های موجود در سازمان بهزیستی استان گلستان استفاده شد و سپس افراد بازتوان شده و بازتوان نشده شناسایی و به عنوان متغیر وابسته در مدل لاجیت یا پروبیت همراه با عوامل ذکر شده قرار خواهد گرفت. فرضیه ما این است که مهمترین عامل بازتوانی افراد آسیب خورده پرداخت‌های پولی مثل وام و کمک های بلاعوض نیست. در این زمینه، نلسون و هوول^۱، حیدر پور، حسینی^۲ و... با استفاده از روشهای پیمایشی و ازمون های اماری دریافتند که عواملی همچون تاهل، دریافت کمک های نقدی و آموزشی و ... بر باز توانی افراد موثر است.

1. Nelson, Howell, Addictive Behaviors, Effects of in vivo behavioral rehearsal on the learning of assertive behaviors with a substance abusing population, Volume 15, Issue 2, 1990, Pages 189-194 ,

۲. حسینی سیداحمد ، ستاره فروزان، معصومه امیرفریاری، "بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، فصلنامه ی پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، تابستان ۱۳۸۸

۲. پیشینه تحقیق

برای کاهش اثر معلولیت بر فرد، قادر ساختن وی برای دستیابی به استقلال، در هم آمیزی اجتماعی، کسب کیفیت زندگی بهتر و خود شکوفائی است. توانبخشی نه تنها شامل آموزش افراد معلول، بلکه شامل مداخله و در ساختار عمومی جامعه به منظور متناسب سازی محیط و حفظ رعایت حقوق بشر افراد دارای ناتوانی است. رعایت حقوق بشر تعهدی از سوی دولت هر کشور، جوامع و هر شهروند آن است. معلولان برای زندگی همچون سایر افراد جامعه دارای حقوق مشابه هستند و هیچگونه استثنایی نباید وجود داشته باشد. برای حصول اطمینان از برخورداری افراد معلول از موارد زیر ممکن است توجه ویژه ای نیاز باشد. مانند دسترسی به خدمات بهداشتی و اجتماعی، فرصت های آموزشی و شغلی، مسکن، حمل و نقل، دسترسی به اطلاعات و برخورداری از زندگی اجتماعی، فرهنگی مثل تسهیلات ورزشی، تفریحی، حضور در جامعه و مداخله کامل سیاسی در تمامی موضوعات مربوط به آنان لذا هر چند نیازمندیهای معلولان با سایر اقشار جامعه تفاوت عمده ای ندارد و لیکن در برخی نیازمند توجهی خاص هستند از جمله در زمینه آموزش، بهداشت و درمان، مسکن، اشتغال، فرصتهای اجتماعی، امور اقتصادی و معیشتی، فضای فیزیکی مناسب و... که تمام این ها نیاز به پرداخت بودجه و یا ارایه تسهیلات می باشد.^۱

۲-۱. تاریخچه توان بخشی در جهان^۲ و ایران^۳:

در جوامع نخستین کودکان معلول غالباً به دلیل ناتواناییشان در مقاومت در برابر سختیهای زندگی بشر اولیه در سنین پایین از بین می رفتند حتی در جوامع متمدن باستان پدر باید کودک فلج خود را به تپه ها می برد و او را ترک می کرد تا هلاک شود. همچنین در

۱. هلندر. اینار. (۱۳۸۳) راهنمای برنامه ریزی ملی توانبخشی - ترجمه علی چابک واحد نظری. انتشارات دانژه. تهران صفحه ۳۲

2. WHO . world Health Report. Geneva,1981

۳. کمالی محمد. "ساختار توانبخشی در ایران و جهان"، همایش توانبخشی و سلامت روانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، اسفند ۸۵

بسیاری از تمدنهای باستان رسم بر این بود که در سالهای قحطی تعدادی از افراد معلول را قربانی می‌کردند زیرا این گونه افراد را وابسته به شیطان می‌دانستند. فلسفه بشر دوستانه که در دوره رنسانس شکوفا شد بی‌شک نگرش عمومی را نسبت به معلولین ملایم‌تر کرد. با بالا رفتن رشد جمعیت پیشرفت جوامع به سوی صنعتی شدن و وقوع سوانح و تصادفات هر روز بر تعداد معلولین در جهان افزوده می‌شد از بدو خلقت بشر، بیماری همواره همراه او بوده است که تلاش‌های درمانی زیادی را به دنبال داشته است. این دوره تاریخ را، پزشکی درمانی^۱ نامیده‌اند. پس از کشف میکروب‌ها، باکتریها و ... توجه به علل اکثر بیماریهای عفونی و کشف میکروب‌های مختلف و توجه به موضوع واکسن‌ها و مصنوعی‌های حاصله در اثر واکنش‌های گوناگون، بسیاری از بیماری‌ها مثل آبله، وبا، طاعون و امثال آنها درمان یا ریشه کن گردید. این دوره را دوره پیشگیری^۲ نامیدند. تا چند قرن، جهان همین دو دوره را می‌شناخت.

پدید آمدن جنگهای جهانی اول و دوم و نیز وجود اپیدمی فلج اطفال باعث شد در پرتو رسیدگی به معلولین جنگی و کودکان مبتلا به فلج اطفال به تدریج نسبت به مراقبت از معلولین عادی شهرها نیز توجه گردد. به تدریج این نگرش در جامعه به وجود آمد که معلولیت شکل اقلیتی از جامعه نیست بلکه جزیی از مسائل بشری است که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر زندگی صدها میلیون نفر از جوامع گوناگون در تمام نقاط جهان اثر می‌گذارد. پس از جنگ جهانی اول و فراگیری فلج اطفال در آمریکا، بعلت مواجه شدن ممالک دنیا بخصوص اروپا و آمریکا با تعداد زیادی معلول، دانشمندان و متخصصان را بر آن داشت که فکری برای این عده زیاد معلولین بکنند. تا آنان را به زندگی امیدوار کرده، از نیروی انسانی نهفته در فرد معلول به نفع جامعه و خود او استفاده نمایند.

از این رو سازمان ملل متحد درخصوص حقوق معلولین در سال ۱۹۷۵ اعلامیه‌ای در ۱۳ بند به تصویب کشورهای عضو رسانده که در بند ۶، ۷ آن به اشتغال و استخدام و حرفه آموزی آنها اشاره شده است که در این دو بند اعلام شد معلولین حق برخورداری از خدمات توانبخشی و خدمات کارایی و حق برخورداری از یک زندگی شایسته را دارند تا

-
1. Curative Medicine
 2. Pteventive Medicine

بتوانند موافق با استعدادهای خود حق استخدام شدن و اشتغال به حرفه‌ای سودمند و مولد و عضویت در واحدهای حرفه‌ای را دارند. توصیه نامه سازمان بین‌المللی کار برای توان بخشی حرفه‌ای فرد معلول، تحت شماره ۹۹ سال ۱۹۵۵ آمده است. دامنه تعریف مزبور در سازمان بین‌المللی کار برای توان بخشی حرفه‌ای و استخدام (افراد معلول) و نیز پیمان اشتغال سال ۱۹۸۲ به شماره ۱۵۹ و نظریه سال ۱۹۸۳ به شماره ۱۶۸ گسترش یافته که انتظارات فرد معلول را از نظر پیشرفت در کار و نیز تاسیس و حفظ آن مورد توجه قرار می‌دهد.

پیشرو این علم در آمریکا، پزشکی بنام ادوارد راسک بوده، که اولین مرکز توانبخشی را در بیمارستان بل ویو^۱ نیویورک تاسیس کرد. بدین ترتیب دوره جدیدی در پزشکی بنام توانبخشی پزشکی آغاز گردید.

توانبخشی در ایران متکی بر قانونی است که در سال ۱۳۴۷، مورد تصویب و تأیید مسئولین قانونگذاری وقت، قرار گرفته است و دولت مکلف شد جهت تجدید فعالیت و حرفه آموزی و تقویت روحی کسانی که بعلت نقص عضو و یا از دست دادن بخشی از توانایی خود قادر به انجام کار نیستند، انجمنی بنام انجمن توانبخشی، وابسته به وزارت کار و امور اجتماعی ایجاد نماید. پس از تشکیل وزارت رفاه اجتماعی سابق انجمن توان بخشی از وزارت کار و امور اجتماعی جدا شد و زیر نظر وزارتخانه مذکور ولی مستقل و بر مبنای اساسنامه تصویبی خود فعالیت می نمود تا این که در سال ۱۳۵۵، با انحلال وزارت رفاه اجتماعی، انجمن توان بخشی زیر نظر وزارت بهداشتی، بهزیستی قرار گرفت و تا اوایل سال ۱۳۵۸ زیر نظر وزارتخانه مذکور به وظایف محوله اقدام می نمود. در اوایل سال ۱۳۵۸، با تشکیل سازمان بهزیستی کشور، انجمن توانبخشی از وزارت بهداشتی جدا و در سازمان بهزیستی کشور ادغام گردید که بصورت یک حوزه معاونت توانبخشی در سازمان مزبور فعالیت می نماید. تاریخچه توان بخشی حرفه‌ای در ایران همزمان با مصوبات در برنامه پنجم عمرانی کشور در سال ۱۳۴۷ در قالب انجمن توانبخشی آغاز شد.

از چند دهه گذشته توجه به امور معلولین و اصولاً پرداختن به مقوله‌ای با نام رفاه اجتماعی تنها در اشکال مذهبی دیده می‌شد که رفته رفته با ایجاد سازمان‌ها و موسسات برای آرایه

خدمات رفاهی به مردم خصوصاً تشکیل سازمان بهزیستی کشور بر اساس لایحه قانونی که در جلسه مورخ ۵۹/۳/۲۴ به تصویب شورای انقلاب اسلامی ایران رسید و در جهت تحقق مفاد اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بوده است ارائه خدمات به معلولین شکل تازه‌تر شد قرار گرفت.

در تاریخ ۶۵/۹/۲۰، دولت قانون ۳٪ استخدامی جهت معلولین به تصویب رسید که اجرای این قانون در سطح ادارات دولتی بسیار کم رنگ بوده است و علت آن عدم باور جامعه نسبت به توانمندی‌های افراد معلول بوده است. رفته رفته با توجه به گسترش تبلیغات بعمل آمده جهت بالا بردن سطح آگاهی معلولین، کارفرمایان و مردم به توانمندی‌های فرد معلول و همچنین تلاش و پیشرفت خدمات توانبخشی جهت توانمند سازی معلولان سرانجام مورخ ۱۳۸۲/۴/۴ قانون جامعه هدف از معلولین به تصویب مجلس رسید و انتظار بر این بود که با تصویب این قانون بخش عمده‌ای از مشکلات اشتغال این قشر مرتفع گردد.

ماده هفت قانون جامع حمایت از معلولین اشاره دارد که دولت موظف است جهت ایجاد فرصتهای شغلی برای افراد معلول این فعالیت‌ها را انجام دهد.

الف: تامین حق بیمه سهم کارفرما توسط سازمان بهزیستی کشور.

ب: اختصاص حداقل ۳٪ از مجوزهای استخدامی.

ج: پرداخت تسهیلات اشتغالزای به صورت خود اشتغالی و کارفرمایی اختصاص حداقل ۶٪ پست‌های سازمانی تلفنچی افراد و ماشین نویس دستگاه‌ها، شرکتهای دولتی و نهادهای عمومی به معلولین واجد شرایط.

۲-۲. ناریخچه و لزوم تشکیل بهزیستی^۱:

مشخص بودن درآمد گروه‌ها و وجود تشکیلات علمی و اصولی (مالیات ها تامین اجتماعی) شروط لازم و کافی برای ایجاد تامین اجتماعی مناسب هستند. تامین اجتماعی در ایران از وظایف سازمان تامین اجتماعی، سازمان بازنشستگی کشور، سازمان بهزیستی کشور، صندوق های مستقل بازنشستگی و کمیته امداد امام خمینی است. تامین اجتماعی، از طریق سیستم

۱. کمالی محمد. جایگاه توانبخشی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی. فصلنامه حقوق تامین

اجتماعی، سازمان تامین اجتماعی، سال اول، شماره ۳ و ۲، تابستان و پائیز ۱۳۸۴- صص ۳۷-۵۰

بازنشستگی و از کار افتادگی و بیکاران، به اقشار آسیب‌پذیر خدمت می‌دهد و تامین اجتماعی، حمایت‌های درمانی، حمایت کوتاه‌مدت و حمایت‌های بلندمدت را انجام می‌دهد. سازمان بهزیستی کشور با ادغام چهارده موسسه رفاه توانبخشی تحت نظارت، وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۵۹ تاسیس شده است و فعالیت‌های عمده سازمان بهزیستی عبارتند از: الف- خدمات حمایتی. ب- خدمات توانبخشی. ج- کارآموزی و بازپروری اجتماعی. د- پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی

از جهتی در راستای تحقق اصل ۲۸ قانون اساسی که آمده است هر کس حق دارد شغلی را که بدان مایل است و مخالف اسلام و مصالح و حقوق دیگران نیست برگزیند و دولت موظف است با رعایت نیاز جامعه به مشاغل گوناگون برای همه افراد امکان اشتغال به کار و شرایط مساوی را برای احراز مشاغل ایجاد نماید. و یا اصل ۴۳ قانون اساسی بند ۲ که اشاره دارد تامین شرایط و امکانات کار برای همه به منظور رسیدن به اشتغال کامل و قرار دادن وسایل کار در اختیار همه کسانی که قادر به کارند ولی وسایل کار ندارند، در شکل تعاونی، از راه وام بدون بهره یا هر راه مشروع دیگر که به تمرکز و تداول ثروت در دست افراد و گروه‌های خاص منتهی شود و نه دولت را به صورت کارمزدی بزرگ مطلق درآورد و اصل چهل و ششم قانون اساسی عنوان می‌نماید که هر کسی مالک حاصل کسب و کار مشروع خویش است و هیچ کس نمی‌تواند به عنوان مالکیت نسبت به کسب و کار خود امکان کسب و کار را از دیگری سلب نماید. همچنین سایر ماده واحده قانونی و اصلاحات مربوطه و مصوبات شورای عالی اشتغال به منظور فراهم آوردن زمینه‌های اشتغال و فعالیت مولد و پایدار جهت خدمت گیرندگان تحت پوشش در جهت حفظ کرامت انسانی دلالت بر اهمیت شغل برای اشخاص و امنیت شغل و درآمد و توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی و تامین شرایط و موجبات اشتغال پایدار برای خودکفایی نسبی جمعیت هدف دارد و تابع قوانین و مقررات و حقوق اشاره شده در این اصول می‌باشند که در این راستا تشکیل سازمان بهزیستی کشور در مورخ ۵۹/۳/۲۴ طبق اصول ۳۱ و ۲۹ قانون اساسی تحقق یافته است.

۲-۳. شیوع معلولیت در ایران و جهان

طبق گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۵، ۴۷۹۰۳۱ خانوار (۳/۹ درصد) دارای افراد معلول هستند همچنین طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، ۱۰ درصد جمعیت دنیا، یعنی

بیش از ۶۰۰ میلیون فرد دارای ناتوانی و معلولیت که عموم آنها از آموزش، مسکن، ایاب و ذهاب، اشتغال، دسترسی به اطلاعات، و زندگی اجتماعی مناسب بی بهره اند. محاسبه براساس میزانهای جهانی با توجه به گروه‌های سنی برای ایران حدود ۴/۳۸ درصد برآورد می‌گردد. طبق تحقیقات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تعداد معلول ذهنی ۱۲ در هزار، جسمی ۱۱ در هزار، نابینائی ۷ در هزار و ناشنوائی ۳ در هزار) است.^۱

۲۵۰ میلیون معلول شدید و متوسط در کشورهای در حال توسعه بسر می‌برند و از هر شش فقیر با درآمد کمتر از یک دلار در روز یک نفر معلول است.^۲ معلولین بزرگترین گروه را در بین فقرا تشکیل می‌دهند. معلولین و ناتوانان حق داشتن زندگی همانند دیگر آحاد جامعه را دارند و دولتها و جامعه درتأمین امکان زندگی عادی برای آنها مسئولیت دارند باید توجه داشت که ناتوانی بخشی طبیعی از زندگی است، تقریباً همه آن را تجربه می‌کنند، بویژه زمانیکه پیرتر می‌شوند. ۶۸ درصد محدودیت‌های حرکتی مردم قبل از ۶۵ سالگی رخ می‌دهد و افراد دارای ناتوانی بزرگترین گروه اقلیت در یک کشور محسوب می‌شوند و بیشتر ناتوانی‌ها وضوح خیلی کمی دارند. ناتوانی تقریباً بر همه خانواده‌ها در یک زمان یا وقت دیگر تأثیر می‌گذارد. ۵۸ درصد بزرگسالان معلول وضعیت سلامتی خود را خوب توصیف می‌کنند. ناتوانی به طورگسترده‌ای یک موضوع اجتماعی است. بهترین برخورد با آن قادرسازی معلولین برای هدایت یک زندگی مستقل می‌باشد. یک سوم افراد دارای ناتوانی صاحب شغل هستند. معلولین هنوز با موانعی جدی، شامل مسائل معماری، فیزیکی، ارتباطی و نگرشی روبرو هستند. باید توجه داشت که ایجاد تسهیلات دسترسی حداقل نیازهای ۱۵ درصد از افرادجامعه را برطرف می‌کند وقتی حمل و نقل عمومی قابل دسترس شد مسافران معلول به طرز شگرفی افزایش می‌یابند. برخی از معلولین ذهنی کار می‌کنند. اشتغال حمایت شده به آنان مشاغل منظم، تمام وقت و با پرداخت حقوق می‌دهد.

۱. کمالی محمد، "توانبخشی"، همایش توانبخشی و سلامت روانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم

پزشکی ایران، اسفند ۸۲

۲. نحوی نژاد حسین، "توانبخشی مبتنی بر خانواده (یک استراتژی جدید و کارآمد"، دانشکده علوم توانبخشی

، دانشگاه علوم پزشکی ایران، اسفند ۸۳

در سال ۱۳۸۵، جمعیت بر حسب نوع معلولیت به تفکیک استان به شرح ذیل است آمار حاکی از آن است که استان منتخب گلستان، ۱۶۱۷۰۸۷ نفر جمعیت داشته که از این جمعیت ۲۱۶۰ نفر دارای نابینا، ۲۱۹۱ نفر دارای ناشنوا، ۴۶۴۸ نفر دارای اختلال در گفتار و صدا، ۶۴۱ نفر دارای قطع دست، ۴۱۴۴ نفر دارای نقص دست، ۱۲۴۵ دارای قطع پا، ۹۳۳۹ نفر دارای نقص پا، ۳۰۱۲ دارای نقص تنه، ۷۸۹۶ نفر دارای اختلال ذهنی وجود دارد.

از کل جمعیت ۲۷۸۴۷ نفری معلول در استان گلستان، تعداد ۲۲۰۶۲ نفر یک نوع معلولیت و تعداد ۴۱۴۱ نفر دارای دو نوع معلولیت و ۱۶۴۴ نفر دارای سه نوع معلولیت و بیشتر هستند که ۱۲۶۲۶ نفر در شهر زندگی می‌کنند که از آنها ۱۰۰۵۸ نفر یک نوع معلولیت دارند و تعداد ۱۷۹۱ نفر دارای دو نوع معلولیت و ۷۷۷ نفر دارای سه نوع معلولیت می‌باشند و ۱۵۱۹۳ نفر در روستا زندگی می‌کنند که از آنها ۱۱۹۸۰ نفر یک نوع معلولیت دارند و تعداد ۲۳۴۸ نفر دارای دو نوع معلولیت و ۸۶۵ نفر دارای سه نوع معلولیت می‌باشند.

جدول ۱- جمعیت بر حسب نوع معلولیت

جمعیت معلول (نفر)									کل جمعیت استان گلستان (نفر)
اختلال ذهنی	نقص تنه	نقص پا	قطع پا	نقص دست	قطع دست	اختلال در گفتار و صدا	ناشنوا	نابینا	
۷۸۹۶	۳۰۱۲	۹۳۳۹	۱۲۴۵	۴۱۴۴	۶۴۱	۴۶۴۸	۲۱۹۱	۲۱۶۰	۱۶۱۷۰۸۷

منبع: یافته های پژوهشگر

جدول ۲- جمعیت معلول به تفکیک محل سکونت و تعداد معلولیت (نفر)

جمع	سه نوع معلولیت و بیشتر	دو نوع معلولیت	یک نوع معلولیت	
۱۲۶۲۶	۷۷۷	۱۷۹۱	۱۰۰۵۸	شهر
۱۵۱۹۳	۸۶۵	۲۳۴۸	۱۱۹۸۰	روستا
۲۷۸۴۷	۱۶۴۴	۴۱۴۱	۲۲۰۶۲	جمع

منبع: یافته های پژوهشگر

۲-۴. نتایج مطالعات تجربی

در چند دهه اخیر تلاش زیادی در خصوص مطالعات مربوط به توانبخشی معلولین صورت پذیرفته است که عمده آنها موضوع خاص را مد نظر قرار داده‌اند که برخی به شرح ذیل آمده‌اند. ولی در این تحقیق ما عوامل موثر بر توانبخشی را بررسی می‌نماییم تا بر اساس هزینه فرصت اولویت‌گذاری در استفاده از سیاست‌ها و راهکارهای مختلف توانبخشی صورت گیرد.

مطالعه پیمایشی حشمت اله سعدی و عباس عرب مازار با عنوان "نقش اعتبارات خرد در توانمندسازی زنان روستایی تجربه بانک کشاورزی" است^۱ که در آن نمونه‌ها به صوت تصادفی با استفاده از نمونه‌گیری طبقه‌ای چند مرحله‌ای از جامعه زنان سرپرست خانوار روستایی که مشمول طرح زینب کبری با هدف فراهم نمودن تسهیلات برای زنان سرپرست خانوار روستایی، بوده‌اند انتخاب گردیدند، در این تحقیق با انتخاب و مطالعه‌ی نمونه‌های منتخب از جامعه زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش طرح زینب بین‌های ۷۷ و ۸۱ تسهیلات قرض‌الحسنه دریافت کرده‌اند، فراوانی، توزیع و روابط بین متغیرها با ابزار جمع‌آوری پرسشنامه کرلینجر مورد بحث و بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد، متقاضیان دریافت تسهیلات طرح حضرت زینب به طور متوسط ۲،۳ ماه برای دریافت آن در نوبت بوده‌اند. همچنین هر متقاضی برای دریافت تسهیلات طرح حضرت زینب بطور متوسط ۵ بار به بانک مراجعه نموده است. هر متقاضی برای دریافت تسهیلات طرح، ذ ۳۳۵۰۰۰ ریال هزینه نموده است. به طور متوسط هر زن سرپرست خانوار ۲،۶۵ میلیون ریال از محل طرح حضرت زینب، تسهیلات دریافت نموده است. بخش تحلیلی این پژوهش نشان می‌دهد بین متغیرهای ذیل همبستگی وجود دارد: همبستگی بین مبلغ تسهیلات دریافت شده و موفقیت طرح حضرت زینب، همبستگی بین میزان درآمد حاصل از طرح و موفقیت آن، همبستگی بین رضایت از طرح و موفقیت آن، همبستگی بین درآمد قبلی زن سرپرست خانوار با موفقیت طرح، میزان سرمایه‌گذاری زنان سرپرست (در کنار تسهیلات طرح حضرت زینب) و موفقیت طرح، همبستگی بین میزان توسعه یافتگی روستا و موفقیت طرح حضرت زینب. همچنین نتایج تحقیق نشان داد: آموزش زنان در موفقیت طرح تأثیر معنی‌داری دارد، سن زنان سرپرست خانوار بر موفقیت طرح تأثیر معنی‌داری دارد. در انتها تحقیق پیشنهاد شده است، میزان تسهیلات متناسب با نرخ تورم افزایش یابد. همچنین مبلغ تسهیلات واگذار شده به هر شعبه با وجه به تعداد متقاضی افزایش یابد. آموزش مستمر زنان، نظارت بر طرح‌ها و شناسایی نمونه‌های موفق،

۱. سعدی، حشمت‌الله و عباس عرب مازاد، "نقش اعتبارات خرد در توانمندسازی زنان روستایی تجربه بانک

جلب همکاری سازمان‌ها و نهادها و نیز توسعه نظام اطلاع‌رسانی عمومی در بانک کشاورزی از مهمترین پیشنهادات تحقیق مزبور است.

تحقیق آقای حیدر پور و همکاران^۱ با هدف اساسی بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر بر افزایش عزت نفس و کاهش کم‌رویی معلولان است. این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و با گمارش تصادفی انجام گرفته است. جامعه آماری شامل همه‌ی معلولان جسمی-حرکتی استان تهران در سال ۸۷-۸۶ است. از این جامعه نمونه‌ای شامل ۱۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد و به شیوه تصادفی نیز به دو گروه مساوی تقسیم شدند و به قید قرعه یکی از دو گروه به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه گواه گمارده شدند (۶۰ نفر گروه آزمایش و ۶۰ نفر گروه گواه) برای جمع‌آوری داده از آزمون عزت نفس آیزنگ و پرسش‌نامه کم‌رویی استنفورد استفاده شد. اعضای گروه آزمایش به مدت دو ماه و نیم و هر هفته ۲ ساعت تحت آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر مانند: مهارت خود آگاهی، اصول ارتباط میان فردی، آشنایی با مهارت‌های صحبت کردن، آشنایی با مهارت‌های گوش دادن، آشنایی با عناصر کلامی و غیرکلامی ارتباط، مهارت همدلی، آشنایی با مهارت‌های لازم برای دوست‌یابی و ادامه دوستی، شیوه‌های سالم حل تعارض‌های بین فردی، مهارت قاطعیت و جرات‌ورزی، آشنایی با راهبردهای فوری و کوتاه مدت برای کنترل خشم قرار گرفتند. از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس نتایج نشان داد: ۱- بین عملکرد افراد دو گروه در پس‌آزمون متغیر عزت نفس تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر در افزایش عزت نفس معلولان تاثیر دارد. ۲- بین عملکرد افراد دو گروه در پس‌آزمون متغیر کم‌رویی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر در کاهش کم‌رویی معلولان تاثیر دارد.

۱. حیدرپور سوزان، دوکانه ای فرد فریده، بهاری سیف‌اله، تاثیر آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر بر افزایش عزت نفس و کاهش کم‌رویی معلولان جسمی - حرکتی استان تهران"، فصلنامه اندیشه‌های تازه در

پژوهش مرادی و همکاران^۱ با هدف تعیین سهم هر یک از عوامل وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس در پیش بینی سلامت روانی معلولان جسمی شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر از اعضای جامعه معلولان شهر اصفهان بود که به طور تصادفی انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری سلامت روانی آزمودنی‌ها از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که وضعیت اشتغال میزان سلامت روانی معلولان جسمی را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند ($P=0,006$) و افزودن متغیر وضعیت تاهل به متغیر وضعیت اشتغال قدرت پیش‌بینی سلامت روانی آنها را به طور معناداری افزایش می‌دهد ($P=0,003$)؛ اما اضافه کردن هر یک از متغیرهای سطح تحصیلات، شدت معلولیت و جنس به متغیرهای وضعیت اشتغال و وضعیت تاهل نمی‌تواند قدرت پیش‌بینی سلامت روانی معلولان جسمی را به طور معناداری افزایش دهد.

در مقاله نصر^۲ بیان می‌شود که اولین و مهمترین مرحله برنامه های ارتقاء سلامت و خدمات قابل دسترسی برای افراد معلول، درک طبیعت و پویایی میان فرد و محیطش است. زولا^۳ تاکید می‌کند که بسیاری از حالت های معلولیت به دلیل برخی آسیب های جسمی یا ذهنی نیست بلکه همراه شدن این قبیل آسیب ها با محدودیت های محیط اجتماعی، فرهنگی، معماری و حتی سیاسی است یکی از حوزه‌های مهم در ارتقاء سلامت افراد دارای معلولیت، کاهش عوارض ثانوی، افزایش سلامت عملکردی و برطرف کردن موانع محیطی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی است که در این مقاله نتیجه زیر حاصل شده است:

برای متخصصان سلامت و آرایه کنندگان خدمات، شناخت تفاوت های فردی و عوامل محیطی که باعث ارتقاء و افزایش مشارکت افراد دارای معلولیت در برنامه های ارتقاء سلامت شود بسیار مهم است

۱. مرادی اعظم، کلانتری مهرداد، معتمدی مرضیه سادات، رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روانی معلولان جسمی شهر اصفهان"، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی بهار ۱۳۸۶؛ ۹(۳۱): ۸۳-۱۰۰.

۲. نصر ولی اله، "تقاء سطح سلامت برای افراد دارای معلولیت راهبردهایی جهت توانمند سازی افراد و ایجاد محیط دوستدار معلولیت"، فصلنامه نواندیش سبز، شماره پانزدهم

یک محیط قادر ساز واقعی محیطی است که برنامه ها و خدمات ارتقاء سلامت آن برای افراد دارای معلولیت مانند سایر افراد سالم قابل دسترسی باشد. همچنین متخصصین سلامت باید موانع فردی و محیطی را که عموم مردم به طور خاص گزارش نمی کنند (از قبیل مشکلات حمل و نقل، عدم دسترسی به ساختمان ها و بناها؛ کمبود کارکنان مطلع در خصوص مناسب سازی های مورد نیاز افراد دارای معلولیت های جسمانی، شناختی یا حسی) بشناسند. پایان نامه خبوشانی^۱ مطالعه ای توصیفی-تحلیلی است که بر روی ۱۲۹ نفر از معلولین و ۱۳۹ نفر از کارکنان آسایشگاه معلولین شهید فیاض بخش و ۸۱ نفر از جانبازان و ۳۵ نفر از کارکنان آسایشگاه جانبازان شهر مشهد انجام شده است. داده های پژوهش به وسیله یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته و مقیاس عزت نفس جمع آوری شدند. این داده ها به وسیله تستهای آماری کای دور، آزمون تی، آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون تاوبی کندال، تحلیل لگامی، کروسکال والیس، من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد که نگرش معلولین، جانبازان، کارکنان آسایشگاه معلولین و کارکنان آسایشگاه جانبازان پیرامون ازدواج علیرغم اینکه در بعضی موارد همسو بوده در اکثر موارد همسو نمی باشد. به ویژه نگرش کارکنان با معلولین و جانبازان متفاوت می باشد. شاید علت این اختلاف عدم برقراری ارتباط صحیح، موثر و صمیمانه کارکنان با مددجویان باشد که توانسته اند آنها را به خوبی درک نمایند. یافته های این پژوهش نشان دهنده نگرش گروههای مورد مطالعه پیرامون ازدواج به خصوص نگرش جانبازان و معلولین در مورد موانع و محدودیت های ازدواج خودشان می باشد لذا توجه مسئولین دست اندرکار معلولین و جانبازان در سازمان بهزیستی و بنیاد جانبازان در جهت تسهیل و رفع موانع و محدودیت های ازدواج آنان مهم به نظر می رسد.

موضوع پژوهش حسینی و همکاران^۲ عبارت است از سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران و هدف اصلی تحقیق تعیین وضعیت سلامت

۱. خبوشانی هادی، "بررسی نگرش معلولین، جانبازان و کارکنان آسایشگاه معلولین شهید فیاض بخش و مرکز

توانبخشی جانبازان امام خمینی مشهد پیرامون ازدواج"، پایان نامه کارشناسی ارشد.

۲. حسینی سیداحمد، ستاره فروزان، معصومه امیرفریار، "بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت

پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، فصلنامه ی پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، تابستان ۱۳۸۸

روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران است. اهداف فرعی آن عبارتند از: ۱- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان با توجه به نوع علت سرپرستی زنان سرپرست خانوار، ۲- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران با توجه به میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار، ۳- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران با توجه به مدت زمان تحت پوشش قرار گرفتن در سازمان بهزیستی شهر تهران. جامعه آماری این پژوهش را ۲۵۰۰ نفر از زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش مجتمع های حمایتی بهزیستی شهر تهران قرار دارند تشکیل می دهد. حجم نمونه این پژوهش ۳۰۰ نفر است که به صورت تصادفی سهمیه ای از بین مجتمع های بهزیستی انتخاب شده اند. ابزار پژوهش عبارت است از: آزمون GHQ ۲۸ سؤالی و یک پرسشنامه اطلاعاتی. روش این پژوهش پیمایشی است. داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و تحلیل آماری کای اسکوئر مورد تحلیل قرار گرفته است. و یافته های پژوهش حاکی از آن است که ۷۷٪ از زنان سرپرست خانوار این پژوهش از سلامت روان کامل برخوردار نبوده و تنها ۲۳٪ از آنها از سلامت روان کامل برخوردار بوده اند. همچنین نشان می دهد که بین علت آنها با سلامت روان آنان رابطه وجود ندارد. اما در رابطه با دو متغیر تحصیلات و مدت زمان سرپرستی نشان می دهد که رابطه ای بین این دو متغیر با سلامت روان آنها وجود دارد. و می توان نتیجه گرفت و پیشنهاد کرد که توجه به وضعیت روانی زنان سرپرست خانوار از طریق تشکیل جلسات مشاوره و کارگاه های آموزشی (شناخت خود، مهارت های زندگی، مقابله با استرس و خشم) نیز حائز اهمیت است. لازم به ذکر است که توجه به وضع اقتصادی زنان سرپرست خانوار بسیار مهم و ضروری است.

در مقاله دنیس دراو و همکاران^۱، موءلفین ارتباط بین دریافت های جبرانی معلولیت ها و موفقیت در برنامه های بازتوانی شغلی را بررسی نمودند. اطلاعات ۲۲۵۱۵ شخص که در برنامه کاردرمانی جبرانی اداره بهداشت ویتراانس در بین سال های ۱۹۹۳ و ۱۹۹۸ آنالیز

1. Dennis Drew,marylee Losardo,Robert A. " Effects of Disability Compensation on Participation and Outcoms of Vocational Rehabilitation, Psychiatr Serv 52:1479-1484, November 2001

نمود. ۶ متغیر وابسته بین شرکت کنندگان که دریافت‌های جبرانی و کمک برنامه کاردرمانی را دریافت می‌کردند و آنهایی که دریافت نمی‌کردند مقایسه شدند. متغیرهای موثر: مدت زمان شرکت در کاردرمانی جبرانی، تعداد ساعت کار در هفته، متوسط دریافت ساعتی، کل درآمد ناشی از کاردرمانی جبرانی، میزان ریزش، وضعیت مزیت استخدامی در هنگام ترخیص می‌باشد. برابر سازی پسرقت‌ها برای هر متغیر وابسته تعیین شده بود تا ارتباط بین درجه معلولیت، مقدار جبران معلولیت و نوع برنامه‌های جبرانی به دست آید. و شرکت کنندگانی که مزایای معلولیت را دریافت کرده بودند مدت زمان کمتری در برنامه‌های کاردرمانی اجرتی کار کرده بودند، درآمد کمتری کسب کرده بودند، میزان ریزش بالاتر می‌داشتند و مزیت استخدامی کمتری در هنگام ترخیص داشتند. میزان جبران و نوع برنامه‌ها متوسط بودند اما به طور واقعی با میزان دستمزد با خروج از برنامه کاردرمانی مرتبط بود.

نلسون و هوول^۱ در مقاله‌ای تحت عنوان آموزش اظهار وجود با استفاده از تمرین و الگو سازی با مردان الکلیک به بررسی ۲ شکل متفاوت از آموزش اظهار وجود پرداختند. این برنامه برای بیماران بستری در بیمارستان طراحی شده بود. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند ۱- گروه آموزش اظهار وجود به روش تمرینی^۲ ۲- گروه آموزش اظهار وجود به روش الگوسازی^۳ ۳- شامل گروه کنترل: جلسات درمانی بصورت ۶ جلسه گروهی یک ساعته برگزار شد. نتایج حاصله نشان می‌دهد آزمودنی‌ها در ۲ گروه آموزشی نسبت به گروه کنترل بطور معنی‌داری میزان اظهار وجود افزایش پیدا کرد. همچنین نسبت به گروه کنترل سریعتر از بیمارستان ترخیص شدند. بعد از ۲ ماه پیگیری از تاریخ ترخیص گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل میزان مصرف الکل کمتر و خویشتنداری بیشتری گزارش دادند. در بین دو گروه آزمایشی گروهی که بصورت تمرینی درمان شدند نسبت به گروه الگوسازی پاسخ بهتری داد.

1. Nelson, Howell, Addictive Behaviors, Effects of in vivo behavioral rehearsal on the learning of assertive behaviors with a substance abusing population, Volume 15, Issue 2, 1990, Pages 189-194 ,

2. Rehearsal

3. Modeling

دیل^۱ در مقاله‌اش بیان می‌کند که پذیرش توانایی جنسی معلولان، گامی به سوی پذیرش آنان به عنوان شهروندی مساوی با دیگران است و آنها نتیجه می‌گیرند که افراد معلول از ارتباط جنسی نه به علل بیولوژیکی بلکه به علل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی اجتناب می‌کنند.

گروه روانشناسی دانشگاه الله‌آباد^۲ هندوستان طی مقاله "معلولیت های سنتی" علت اصلی مشکلات معلولین را جامعه دانسته و استفاده از رهبران دینی مذاهب مختلف را راهی برای فرهنگ‌سازی و استفاده از معلولین در جامعه به عنوان یک نیرو و ابزار کارآمد اجتماعی اقتصادی دانسته‌اند.

ریچارد جی استیس^۳ از دانشگاه "مدرسه کار اجتماعی پنسلوینیا" نویسنده مقاله کار اجتماعی، توسعه اجتماعی و مراکز بهزیستی از نگاه بین‌الملل می‌گوید مراکز رفاه اجتماعی در کل دنیا جزء موسسات فعال اجتماعی می‌باشند با توجه به تعهد آنها به مداخله منطقه گرایانه مراکز اجتماعی، افراد در کانون توسعه قرار می‌دهند. آنها ارتباط مؤسسه‌ای فی مابین دولت‌ها، افراد و ائتلاف‌های گوناگون سهامداران خصوصی که جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند را می‌سازند را فراهم می‌آورند. مراکز اجتماعی در سطح وسیعی از فعالیت‌های تغییر دهنده اجتماع شامل همراهی یا حمایت از اجتماع جهت تغییرات زیرساخت شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی که مقام انسانی را تخریب می‌نماید دارد. در کل دنیا مددکاران اجتماعی به عنوان پیشگامان متخصص حرکت مراکز اجتماعی بسیار مؤثر و مفید خدمات ارایه می‌دهند.

۳. روش شناسی

روش تحقیق، روش علی لاجیت و پروبیت است. به منظور تبیین عوامل موثر بر باز توانی از الگوی اقتصادسنجی انتخاب دوتایی^۴ یعنی الگویی با متغیر وابسته دوتایی استفاده شده است.

1. Deal, mark, "attitude of disabled people to ward pther disabled people", apriil2006

2. ALLAHABAD

3. Richard J. ESTES

4. binary

لذا متغیر وابسته در این پژوهش یک متغیر موهومی^۱ بوده که مقدار صفر یا یک را به خود می‌گیرد. به منظور بررسی الگوهایی با متغیر وابسته‌ی صفر و یک پیشنهاد می‌شود که از مدل‌هایی با توزیع تجمعی^۲ شامل مدل احتمال خطی^۳، لاجیت^۴ و پروبیت^۵ استفاده شود. اما وجود مشکل ناهمسانی واریانس، نرمال نبودن توزیع جمله اخلاص، احتمال پیش‌بینی مقادیر خارج از محدوده صفر و یک برای متغیر وابسته و همچنین پایین بودن R2 در الگوی احتمال خطی، استفاده از مدل احتمال خطی را محدود نموده است. این مشکلات موجب شده که مدل‌های موسوم به لاجیت و پروبیت که دارای متغیر وابسته کیفی با مقادیر صفر و یک می‌باشند، به طور گسترده‌ای در الگوهای مختلف مورد استفاده قرار گیرند. این پژوهش بازتوانی به صورت یک متغیر وابسته موهومی (دو تایی) در نظر گرفته می‌شود و تلاش می‌شود با استفاده از الگوی لاجیت به بررسی اثر عوامل و متغیرهای مستقل بر احتمال بازتوان شدن پرداخته شود.

در راستای توضیح الگو رابطه زیر در نظر گرفته می‌شود:

$$P_i = E(Y_i | X_i) = \frac{1}{1 + \exp(-X_i'\beta)} \quad (1)$$

رابطه ۱ بیانگر آن چیزی است که با عنوان تابع تجمعی لاجستیک معروف شده است، در این حالت، با توجه به رابطه‌ی ۱ هم‌چنان که $X_i'\beta$ بین $-\infty$ تا $+\infty$ تغییر می‌کند، P_i بین صفر و یک مقادیر خود را اختیار خواهد کرد. P_i به گونه‌ای غیر خطی به $X_i'\beta$ (یعنی X ها) مربوط می‌شود؛ این مطلب به معنای عدم قابلیت کاربردی روش معمول OLS برای برآورد پارامترهای شبیه یاد شده است، البته بدیهی است که می‌توان روش‌های برآورد غیر خطی را بکار بست، اما بایستی در این جا به این نکته اشاره نمود که استفاده از این روش‌ها مستلزم صرف وقت زیاد بوده و کاری بسیار پیچیده و دشوار است

1. Dunmy dependent variable
2. Cunntative distribution function
3. Linear productivity model
4. logit
5. probit

۶. دامودار گجراتی "مبانی اقتصاد سنجی"، ترجمه ی حمید ابریشمی، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۸

اما به راحتی می‌توان اثبات کرد که برخلاف ظاهر قضیه می‌توان رابطه ی ۱ را به صورت خطی بر حسب پارامترها (β) تبدیل نمود^۱:

$$\frac{p_i}{1-p_i} = \frac{1 + \exp(X'\beta)}{1 + \exp(-X'\beta)} = \exp(X'\beta)$$

$$L_i = \ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = X'\beta$$

در روابط بالا p_i احتمال رخداد حادثه، $(1-p_i)$ احتمال عدم رخداد و $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ نسبت احتمال رخداد حادثه‌ای مورد نظر بر آلترناتیو آن می‌باشند و L لگاریتم نسبت برتری یا مزیت بوده و به نام لوجیت معروف است و نه تنها بر حسب X بلکه بر حسب پارامترها نیز خطی می‌باشد و از این رو، الگوی بالا را با نام الگوی لاجیت می‌شناسند^۲.
روش گردآوری اطلاعات، میدانی، کتابخانه‌ای است. همچنین ابزار گردآوری اطلاعات، تعداد پرونده‌های موجود در سازمان بهزیستی استان گلستان است. نمونه‌گیری از داخل مجموعه پرونده‌های بازتوان شده و بررسی میزان تاثیر مهمترین عامل در بازتوانی افراد بازتوان شده و بازتوان نشده و این دو گروه به عنوان متغیر وابسته در مدل لاجیت و پروبیت همراه با عواملی از قبیل، آموزش قبل از ازدواج، مهارت‌های زندگی، آموزش در زمینه ایدز، اعتیاد، وام‌های خوداشتغالی، کارفرمایی، کمک موردی و ... مورد بررسی قرار گیرد.

۴. معرفی و برآورد مدل

از آنجا که الگوی لاجیت از نظر محققان ساده‌تر بوده لذا در این مقاله نیز از الگوی لاجستیک بهره‌گیری می‌شود و از جهتی چون مدل لاجیت فی‌الذاته دارای نابرابری واریانس هستند در این تحقیق با استفاده از روش هابر^۳ این مشکل بر آورد رفع گردیده است.

۱. دامودار گجراتی "مبانی اقتصاد سنجی"، ترجمه ی حمید ابریشمی، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۸

۲. دامودار گجراتی "مبانی اقتصاد سنجی"، ترجمه ی حمید ابریشمی، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۸

3. Huber

ابتدا مدل را به صورت زیر مورد برآورد قرار می‌گیرد.

$$b = f(j, se, saltash, sathmalol, stahsilat, tkha, tashsilat, dazad, ddolat, mhem, mfvh, tahl, govahi, jesm, zeh, asa, sarparast, shahr)$$

b : متغیر وابسته: ($b=1$ معلول باز توان شده $b=0$ معلول باز توان نشده)

وضعیت تاهل: $tahl=0$ متاهل $tahl=1$ متاهل

se : سن

$saltash$: مدت تشکیل پرونده

$sathmalol$: سطح معلولیت (خفیف متوسط شدید)

$jesm, zeh, asa$: نوع معلولیت (جسمی حسی حرکتی ذهنی مصروع اعصاب و

روان $tkha$: بعدخانوار

$stahsilat$: تحصیلات (بی‌سواد ابتدایی راهنمایی دبیرستان دیپلم فوق دیپلم

دانشگاهی عالی)

$dazad, ddolat$: منبع درآمد (دولت (کمکهای بهزیستی)، آزاد (خودفرد)، ندارد)

$mhem, mfvh$: وضعیت مهارت (مهارتهای حمایت شده (معلولین و معتادین)، فنی

حرفه‌ای)

$govahi$: وضعیت گواهی مرتبط با شغل (دارد ندارد)

$tashsilat$: میزان تسهیلات دریافتی

$sarparast$: سرپرست خانوار بودن یا نبودن.

$shahr$: ساکن شهر بودن یا نبودن.

از آنجا که تقریباً قریب به اتفاق افرادی که دارای درآمد دولتی هستند باز توان نشده اند لذا

این متغیر بدلیل قابل پیش بینی بودن اثر آن روی باز توانی افراد و خطای نرم افزار از مدل

حذف گردید.

بررسی پرونده های افراد معلول در شهرستان های مختلف استان منجر به انتخاب نمونه

۱۲۷۸ نفری از بین پرونده ها، با عنایت به امکان تکمیل اطلاعات مورد نظر تحقیق، گردید.

از این حجم نمونه تعداد ۷۵۶ نفر تسهیلات جهت باز توانی دریافت نموده و تعداد ۵۲۲ نفر

تسهیلات دریافت نکرده‌اند. بطور کلی نمونه انتخابی که از پرونده‌های ۰ تا ۱۶ سال تشکیل شده و مربوط به افراد ۱۴ تا ۸۵ سال سن می‌باشد، دارای ویژگی‌های ذیل است.

جدول ۳- وضعیت داده های تحقیق

سطح معلولیت			شرح
شدید	متوسط	خفیف	
۲۸۶	۱۲۳	۵۵	شهر
۴۵۲	۱۹۱	۱۷۱	روستا
۱۶۶	۳۸	۳۶	مجرد
۵۷۲	۲۷۶	۱۹۰	متاهل
۶۳۱	۲۹۶	۲۲۰	جسمی حسی حرکتی
۷۴	۱۷	۶	ذهنی
۱۶	۰	۰	مصروع
۱	۱	۰	اعصاب و روان
۲	۰	۰	اجتماعی (زنان آسیب دیده دختران در معرض آسیب، معتاد)
۳۵	۰	۰	زن سرپرست خانوار
۲۳۸	۱۱	۱۴	اجتماعی
۳۹۸	۳۰۲	۲۰۵	توانبخشی
۱۰۲	۱	۷	پیشگیری
۱۷	۱	۱	۱ نفره
۹۹	۴۷	۳۵	۲ نفره
۲۸۱	۱۳۱	۱۱۰	۳ نفره
۱۰۳	۶۶	۳۹	۴ نفره
۲۳۸	۶۹	۴۱	۵ نفره به بالا

سطح معلولیت			شرح	
شدید	متوسط	خفیف		
۲۳۵	۵۶	۶۲	بیسواد	تحصیلات
۱۸۱	۸۴	۵۸	ابتدایی	
۱۴۶	۸۱	۶۱	راهتمایی	
۳۱	۲۰	۳	دبیرستان	
۱۰۱	۵۱	۳۷	دیپلم	
۷	۵	۱	فوق دیپلم	
۵	۸	۴	دانشگاهی	
۳۲	۹	۰	عالیه	
۳۱۹	۲۱	۱۲	دولت (کمکهای بهزیستی)	منبع درآمد
۲۹۷	۲۲۹	۱۴۲	آزاد (خودفرد)	
۱۹۰	۱۲۹	۱۲۴	مهارت‌های حمایت شده (معلولین و معتادین)※	وضعیت مهارت
۷۶	۵۴	۲۴	فنی حرفه ایی	
۵۲۸	۱۴۳	۶۱	دارد	وضعیت گواهی مرتبط باشغل
۲۱۰	۱۷۱	۱۶۵	ندارد	
۶	۰	۱	تا ۱۰ میلیون ریال	میزان تسهیلات
۳۷۳	۲۰۴	۱۳۲	تا ۵۰ میلیون ریال	
۲۳	۶	۸	تا ۱۰۰ میلیون ریال	
۱	۲	۰	بالاتر از ۱۰۰ میلیون ریال	
۲۵۹	۲۲۴	۱۹۷	باز توان شده	وضعیت بازتوانی (توانمندسازی)
۴۷۹	۹۰	۲۹	بازتوان نشده	

منبع: یافته های پژوهشگر

جدول ۴- بررسی انواع معلولیت

نوع معلولیت						شرح	
زن سرپرست خانوار	اجتماعی	اعصاب و روان	مصروع	ذهنی	جسمی حسی حرکتی		
۲۲	۰	۲	۲	۱۶	۴۲۵	شهر	محل سکونت
۱۳	۲	۰	۱۴	۸۱	۷۲۲	روستا	
۲۲	۱	۱	۱۱	۵۷	۱۶۵	مجرد	وضعیت تاهل
۱۳	۱	۱	۵	۴۰	۹۸۲	متاهل	
۰	۰	۰	۰	۶	۲۲۰	خفیف	سطح معلولیت
۰	۰	۱	۰	۱۷	۲۹۶	متوسط	
۳۵	۲	۱	۱۶	۷۴	۶۳۱	شدید	
۰	۰	۰	۲	۱۲	۱۱۴۷	جسمی حسی حرکتی	نوع معلولیت
۰	۰	۰	۷	۹۷	۱۲	ذهنی	
۰	۰	۰	۱۶	۷	۲	مصروع	
۰	۰	۲	۰	۰	۰	اعصاب و روان	
۰	۲	۰	۰	۰	۰	اجتماعی(زان آسیب دیده دختران در معرض آسیب، معناد)	
۳۵	۰	۰	۰	۰	۰	زن سرپرست خانوار	
۳۵	۲	۰	۰	۱	۲۲۵	اجتماعی	حوزه معاونت
۰	۰	۲	۱۶	۹۶	۸۱۲	توانبخشی	
۰	۰	۰	۰	۰	۱۱۰	پیشگیری	
۰	۰	۰	۲	۷	۱۳	۱ نفره	بعدخانوار
۱۱	۲	۰	۲	۱۲	۱۵۶	۲نفره	
۲۰	۰	۲	۱۰	۶۳	۴۴۲	۳نفره	
۲	۰	۰	۲	۶	۱۹۹	۴نفره	
۲	۰	۰	۰	۹	۳۳۷	۵نفره به بالا	

۳	۰	۰	۷	۶۲	۲۹۶	بیسواد	تحصیلات
۶	۱	۰	۵	۱۵	۳۰۱	ابتدایی	
۵	۱	۱	۴	۱۷	۲۶۱	راهنمایی	
۵	۰	۰	۰	۰	۴۹	دبیرستان	
۸	۰	۱	۰	۱	۱۷۹	دیپلم	
۱	۰	۰	۰	۱	۱۱	فوق دیپلم	
۰	۰	۰	۰	۱	۱۶	دانشگاهی	
۶	۰	۰	۰	۰	۳۵	عالیه	
۲۳	۰	۱	۱۳	۶۴	۲۷۰	دولت (کمکهای بهبودی)	منبع درآمد
۲۱	۲	۱	۲	۳۴	۶۱۱	آزاد (خودفرد)	
۴	۱	۱	۰	۱۵	۴۲۴	مهارت‌های حمایت شده (معلولین و معتادین)※	وضعیت مهارت
۱۵	۱	۰	۰	۷	۱۳۱	فنی حرفه ایی	
۲۸	۱	۱	۱۴	۷۶	۶۳۳	دارد	وضعیت گواهی مرتبط باشغل
۷	۱	۱	۲	۲۱	۵۱۴	ندارد	
۰	۰	۰	۰	۲	۵	تا ۱۰ میلیون ریال	میزان تسهیلات
۹	۲	۲	۰	۲۱	۶۷۷	تا ۵۰ میلیون ریال	
۲	۰	۰	۰	۲	۳۳	تا ۱۰۰ میلیون ریال	
۰	۰	۰	۰	۰	۳	بالاتر از ۱۰۰ میلیون ریال	
۶	۲	۱	۰	۱۴	۶۵۹	باز توان شده	وضعیت بازتوانی (توانمندسازی)
۲۹	۰	۱	۱۶	۸۳	۴۸۸	بازتوان نشده	
۶	۲	۱	۰	۱۴	۶۵۹	فعال	وضعیت حرفه
۲۹	۰	۱	۱۶	۸۳	۴۸۸	غیرفعال	

منبع: یافته های پژوهشگر

سپس مدل ساده مورد برآورد قرار گرفت ولی به علت تشریح نامناسب مدل ساده و بروز هم خطی ضرایب مدل بی معنا شد و با اعمال تغییراتی به صورت زیر برای کل نمونه مورد بررسی برآورد گردید.

$$\begin{aligned} & -1.66 * SATHMALOL * ZEH - 0.12 * TAHOL * TKHA + \text{Log}(pb/1-pb) = \\ & 0.04 * TASHILAT + 0.15 * SHAHR - 0.05 * STASHILAT + 0.76 * TAHOL + \\ & 3.15 * DAZAD + 0.06 * J - 0.62 * SATHMALOL * JESM + 0.41 * MFVH + \\ & 3.60 * MHEM + 0.015 * GOVAHI * MFVH + 0.78 * GOVAHI * MHEM - \\ & 2.76 * SALTASH/SE - 4.29 * SARPARAST - 0.83 * SATHMALOL * ASA - \\ & 1.17 \end{aligned}$$

تفسیر نتایج این مدل به شرح زیر است:

- ۱- معلولینی که در آمد آزاد دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۱۵ درصد افزایش می یابد.
- ۲- معلولینی که متاهل اند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۰,۷۶ درصد افزایش می یابد.
- ۳- معلولینی که مهارتهای حمایت شده دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۶ درصد افزایش می یابد.
- ۴- معلولین ذهنی بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۱,۶۶ درصد کاهش می یابد.
- ۵- معلولین جسمی بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۰,۶۲ درصد کاهش می یابد.
- ۶- معلولین اعصاب و روان بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۰,۸۳ درصد کاهش می یابد.
- ۷- معلولینی که سرپرست خانوار اند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۴,۲۴ درصد کاهش می یابد.
- ۸- هرچه نسبت تعداد سال تشکیل پرونده به سن معلولین افزایش می یابد متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۲,۷۶ درصد کاهش می یابد.

برآورد مدل با توجه حوزه های معاونت نیز نتایج مشابه تخمین کل را داشته است که در جدول (۵) ضمیمه بدان اشاره شده است.

۵. نتایج و پیشنهادها

۵-۱. نتایج

با توجه به نتایج بدست آمده از مدل لاجیت مهمترین عامل در باز توانی افراد داشتن مهارت‌های حمایت شده می‌باشد. بنابر این فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه مهمترین عامل باز توانی افراد آسیب دیده پرداخت‌های پولی مثل وام و کمک‌های بلاعوض نیست، تایید می‌شود. همچنین عواملی همچون تاهل و درآمد آزاد داشتن بر روی باز توانی افراد موثر بودند لذا فرضیه دوم تحقیق مبنی بر تنها کمک مالی برای باز توانی افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی مهم نیست. نیز تایید می‌شود. از آنجا که داشتن مهارت‌های حمایت شده مهمترین عامل است و می‌دانیم که بخش قابل توجهی از داشتن مهارت با آموزش بدست آمده است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهمترین عامل است. در اکثر موارد وام و تسهیلات اثری روی باز توانی افراد ندارد پس وام مهمتر از آموزش نیست. همچنین بطور کلی نتایج تخمین‌ها، در جدول (۵) ضمیمه آمده است.

۵-۲. پیشنهادها

با عنایت به اهمیت مهارت‌های حمایتی و آموزش‌های فنی و حرفه‌ای در باز توانی افراد معلول همچنین اینکه هر قشری و در هر موقعیتی، آموزش‌های خاص خود را می‌طلبد و باید از سطوح پایین‌تر از جمله دانش‌آموزان و دانشجویان، آموزش‌ها در جهت پیشگیری از گرایش به سمت مواد و بروز آسیب آغاز شود و در مصرف‌کنندگان و خانواده‌های آنها نیز اقدامات پیشگیرانه متناسب با نیاز هر سطح ارایه شود. لذا باید توجه داشت که برنامه‌های پیشگیرانه به هر گونه مداخله‌هایی اشاره دارد که قبل از شروع ابتدایی مشکل اجتماعی یا شروع هر گونه بیماری، انجام می‌شود تا از رشد مشکل و آسیب‌های اجتماعی یا رشد هر گونه بیماری جلوگیری کند. جهت ارتقای سطح سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی اساساً از مهارت اصلی و پایه‌ای از قبیل مهارت خود آگاهی، مهارت همدلی، مهارت

برقراری رابطه موثر (ارتباطات اجتماعی)، مهارت روابط بین فردی سازگاران (ارتباطات بین فردی)، مهارت تصمیم گیری، مهارت حل مساله، مهارت تفکر انتقادی، مهارت تفکر خلاق، مهارت مقابله با هیجانات منفی و مهارت مقابله با استرس استفاده نمود.

نکته‌ای که وجود دارد این است که علل معلولیت‌ها عبارتند از: ۱- معلولیت‌های اکتسابی: در اثر تصادفات، حوادث یا بلاهای طبیعی، جنگ، آتش سوزی، مسمومیت‌ها و یا بیماری‌های مزمن و عوارض ناشی از آنها، فرد ممکن است دچار این معلولیت گردد. ۲- معلولیت‌های مادرزادی: علل معلولیت مادرزادی را به طور کلی به دو دسته تقسیم می‌کنند: الف: عوامل دوران بارداری: نظیر عوامل ژنتیکی، سوء تغذیه مادر، سن بالای مادر، رعایت نکردن بهداشت دوران بارداری، اشعه، دارو، بیماری مادر و استعمال دخانیات. ب: عوامل هنگام زایمان: زایمان مشکل و طولانی، زایمان‌های غیربهداشتی، ضربات وارده به نوزاد هنگام تولد باشد. بنابراین راه‌های پیشگیری از معلولیت‌ها از قبیل پرهیز از ازدواج‌های فامیلی، مراقبت‌های دوران بارداری، تغذیه صحیح مادر، اجتناب از باردار شدن در سنین بالای ۳۵ سال و زیر ۱۸ سال، مصرف نکردن دارو در هنگام بارداری، اجتناب از در معرض اشعه قرار گرفتن و انجام زایمان در شرایط کاملاً بهداشتی و تحت نظر فرد دوره دیده از جمله اقداماتی هستند که می‌توانند از بسیاری از معلولیت‌ها پیشگیری نمایند.

در خصوص پیشنهادات پژوهشی، با یک نگرش اقتضایی به نتایج تحقیق حاضر، به سایر پژوهشگران، دانشجویان و علاقمندان به مسایل مدیریت زنان پیشنهاد می‌گردد که صحت و دقت یافته‌های این تحقیق را در جوامع آماری دیگر که برخوردار از شرایط متفاوتی نسبت به جامعه آماری تحقیق حاضر باشند، مورد بررسی قرار دهند تا بتوان با اعمال جرح و تعدیلات لازم به وضعیت روشنتری در مدیریت بازتوانی افراد معلول رسید.

منابع

- ۱- حسینی سیداحمد ، ستاره فروزان، معصومه امیرفریاد، ۱۳۸۸. "بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، فصلنامه ی پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، تابستان
- ۲- حیدرپور سوزان، دوکانه ای فرد فریده، بهاری سیف اله، ۱۳۸۷. تاثیر آموزش مهارت های برقراری ارتباط موثر بر افزایش عزت نفس و کاهش کم رویی معلولان جسمی - حرکتی استان تهران"، فصلنامه اندیشه های تازه در علوم تربیتی، پاییز؛ ۳(۴) (مسلسل ۱۲): ۴۱-۵۲
- ۳- خوبشانی هادی، "بررسی نگرش معلولین ، جانبازان و کارکنان آسایشگاه معلولین شهید فیاض بخش و مرکز توانبخشی جانبازان امام خمینی مشهد پیرامون ازدواج"، پایان نامه کارشناسی ارشد
- ۴- دامودار گجراتی "مبانی اقتصاد سنجی"، ترجمه ی حمید ابریشمی، ۱۳۷۸. انتشارات دانشگاه تهران،
- ۵- سعدی، حشمت‌الله و عباس عرب مازاد، ۱۳۸۳. "نقش اعتبارات خرد در توانمندسازی زنان روستایی تجربه بانک کشاورزی، فصلنامه پژوهشی بانک کشاورزی، شماره چهارم دور جدید
- ۶- صدر، سید کاظم، ۱۳۸۷. "اقتصاد صدر اسلام"، دانشگاه شهید بهشتی، چاپ دوم، ص ۱۴۴-۱۴۵۰
- ۷- کریمی درمنی، حمیدرضا ، ۱۳۸۲. توانبخشی گروههای خاص. انتشارات گسترده تهران.
- ۸- کمالی محمد، ۱۳۸۴. جایگاه توانبخشی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی. فصلنامه حقوق تامین اجتماعی، سازمان تامین اجتماعی ، سال اول، شماره ۳ و ۲، تابستان و پائیز - صص ۳۷-۵۰
- ۹- کمالی محمد، ۱۳۸۲. "توانبخشی"، همایش توانبخشی و سلامت روانی، دانشکده علوم توانبخشی ، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۱۰- کمالی محمد، ۱۳۸۵. "ساختار توانبخشی در ایران و جهان"، همایش توانبخشی و سلامت روانی، دانشکده علوم توانبخشی ، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- ۱۱- مرادی اعظم، کلانتری مهرداد، معتمدی مرضیه سادات ، ۱۳۸۶. رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روانی معلولان جسمی شهر اصفهان"، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی ۹(۳۱):۸۳-۱۰۰.
- ۱۲- نحوی نژاد حسین ، ۱۳۸۳. " توانبخشی مبتنی بر خانواده (یک استراتژی جدید و کارآمد"، دانشکده علوم توانبخشی ، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۱۳- نصر ولی اله، "تقاء سطح سلامت برای افراد دارای معلولیت راهبردهایی جهت توانمند سازی افراد و ایجاد محیط دوستدار معلولیت"، فصلنامه نواندیش سبز، شماره پانزدهم
- ۱۴- هلاندر. اینار. (۱۳۸۳) راهنمای برنامه ریزی ملی توانبخشی - ترجمه علی چابک واحد نظری. انتشارات دانژه. تهران صفحه ۳۲

- 15- Dennis Drew,marylee Losardo,Robert A. 2001. " Effects of Disability Compensation on Participation and Outcoms of Vocational Rehabilitation, Psychiatr Serv 52:1479-1484.
- 16- Nelson, Howell, Addictive Behaviors, 1990. Effects of in vivo behavioral rehearsal on the learning of assertive behaviors with a substance abusing population,Volume 15, Issue 2, , Pages 189-194 ,
- 17- Whistler D.1990.An introductory guide to Shazam. WWW. shazam. econ. ubc. ca.Logit Results.
- 18- WHO . world Health Report. Geneva,1981
- 19- www.behzisti.ir

جدول ضمیمه

جدول ۵: نتایج برآورد مدل لاجیت

نوع تخمین	نتیجه تخمین
ص ن ت	<p>معلولینی که در آمد ازاد دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۱۵ درصد افزایش می یابد.</p> <p>معلولینی که متاهل اند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۰,۷۶ درصد افزایش می یابد.</p> <p>معلولینی که مهارتهای حمایت شده دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۶ درصد افزایش می یابد.</p> <p>معلولین ذهنی بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۱,۶۶ درصد کاهش می یابد.</p> <p>معلولین جسمی بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۰,۶۲ درصد کاهش می یابد.</p> <p>معلولین اعصاب و روان بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۰,۸۳ درصد کاهش می یابد.</p> <p>معلولینی که سر پرست خانوار اند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۴,۲۴ درصد کاهش می یابد.</p> <p>هرچه نسبت تعداد سال تشکیل پرونده به سن معلولین افزایش می یابد متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۲,۷۶ درصد کاهش می یابد.</p>
س ن ت و	<p>معلولینی که در آمد ازاد دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۲ درصد افزایش می یابد.</p> <p>معلولینی که تسهیلات بیشتری دریافت کردند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۱۲ درصد افزایش می یابد.</p> <p>معلولینی که مهارتهای حمایت شده دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۲,۴۴ درصد افزایش می یابد.</p> <p>معلولینی که سر پرست خانوارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۵,۳۳ درصد کاهش می یابد.</p> <p>معلولینی که دارای مهارتهای فنی و حرفهای هستند و گواهی مذتبط با شغل دارند احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۹۴ درصد افزایش می یابد.</p> <p>معلولینی که دارای مهارتهای حمایت شده هستند و گواهی مذتبط با شغل دارند احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۴,۳۲ درصد افزایش می یابد.</p>

جدول ۵: نتایج برآورد مدل لاجیت

نوع تخمین	نتیجه تخمین
معلولین جسمی	معلولینی که در آمد ازاد دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۳,۰۰۱۸ درصد افزایش می یابد.
	معلولینی که مهارتهای حمایت شده دارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۴,۶ درصد افزایش می یابد.
	معلولین ذهنی بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۱,۵۲ درصد کاهش می یابد.
	معلولین جسمی بطور متوسط با افزایش سطح معلولیتشان احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۰,۳۸ درصد کاهش می یابد.
	معلولینی که سر پرست خانوارند بطور متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۴,۲۴ درصد کاهش می یابد.
	هرچه نسبت تعداد سال تشکیل پرونده به سن معلولین افزایش می یابد متوسط احتمال باز توان شدنشان نسبت به احتمال معلول ماندنشان ۴,۴ درصد کاهش می یابد.

منبع: نتایج تحقیق