

رصد وضعیت ارائه خدمات توانبخشی نظام سلامت در ایران

سفارش دهنده: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت

نویسنده: ناهید خواجه پور

زیر نظر: دکتر رضا دهنویه

### مشخصات کتاب

نام کتاب: رصد وضعیت ارائه خدمات توانبخشی نظام

سلامت ایران

ناشر: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،

پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم

پزشکی کرمان

صفحه آرای: رضا شیخزاده

نوبت چاپ: چاپ اول

سال چاپ: تیرماه ۱۳۹۳

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

## فهرست مطالب

۱- پیام‌های کلیدی	۱
۲- خلاصه اجرایی	۱
۲-۱- مقدمه	۱
۲-۲- مراحل و روش اجرایی	۳
۳-۳-۲- اهمیت نتایج	۳
۳- گزارش تفصیلی	۴
۳-۱- فصل اول: مبانی نظری	۴
۳-۲- اهداف و وظایف خدمات توانبخشی	۱۱
۳-۳-۱- ارتباط ناتوانی و فقر	۱۲
۳-۳-۳- هزینه‌های محروم بودن افراد معلول	۱۷
۳-۴- محدودیت‌های مراقبت‌های توانبخشی	۱۹
۳-۵- آمار افراد دارای ناتوانی	۲۰
۴- یافته‌ها	۲۲
۳-۱- مدل‌های اصلی توانبخشی و بازتوانی	۲۲
۴-۲- معیارهای ارزیابی خدمات توانبخشی	۳۱
۴-۳- استراتژی‌ها و رویکردهای مداخله‌ای اصلی در ارائه خدمات توانبخشی	۳۲
۴-۴- شاخص‌های توانبخشی	۳۷
۴-۴- نظام توانبخشی در کشورها	۳۹
۴-۵- وضعیت خدمات توانبخشی در ایران	۴۳
۴-۵- CBR در ایران:	۵۴

۵۶	..... ۶-۴-ارزیابی توانبخشی در ایران:
۵۸	..... ۵-۵-بحث و نتیجه گیری
۵۹	..... ۱-۵-چالش های خدمات توانبخشی ایران
۶۳	..... ۲-۵-چالش های CBR در ایران
۶۴	..... ۳-۵-آینده توانبخشی در ایران
۶۵	..... ۴-۵-راهکارهایی برای رفع چالش ها و بهبود وضعیت خدمات توانبخشی در ایران
۶۶	..... ۵-۵-راهکارهایی برای اجرای بهتر CBR:
۶۸	..... رفرنس ها

## ۱ - پیام‌های کلیدی

تمامی انسان‌ها صرف‌نظر از هرگونه شرایطی که به لحاظ جسمی و روانی دارند، دارای حقوق انسانی برابر هستند. در این میان افراد معلول به دلیل موقعیت خاصی که دارند همواره بیش از سایر افراد در معرض محرومیت و نقض حقوق خود قرار گرفته‌اند. محرومیت‌هایی که بخش اصلی آن را شرایط اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، به آن‌ها تحمیل کرده و در موارد بسیاری مانع بالندگی این افراد شده است. در ایران خدمات توانبخشی توسط مراکز توانبخشی دولتی و خصوصی انجام می‌گیرد و بیشتر به معلولیت‌های جسمی و پس‌از آن ذهنی، خدمت‌رسانی می‌شود و توجه به معلولیت‌های اجتماعی بسیار ضعیف است. میزان شاخص‌های مهمی از قبیل تعداد مراکز به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، نسبت افراد تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر جامعه و ... در ایران به صورت رسمی اعلام نشده و فقط چند مطالعه در سطح شهرستان آماری را بر اساس جامعه شهری اعلام نموده‌اند. چالش‌های بسیاری مثل نامشخص بودن متولی ارائه خدمات توانبخشی، گرانی خدمات توانبخشی، لوازم و تجهیزات توانبخشی و ناپایدار بودن منابع مالی خدمات، عدم وجود سطح‌بندی خدمات و شبکه‌سازی برای ارائه خدمات توانبخشی، فقدان ارتباط بین حوزه‌های بهداشت، درمان و توانبخشی، فقدان مدل ارجاع و مراکز جامع توانبخشی، توسعه نیافته بودن خدمات اجتماعی در ایران و فقدان پایگاه اطلاعات جمعیتی از افراد دارای ناتوانی و معلولیت، گریبان‌گیر نظام توانبخشی در ایران است.

## ۲- خلاصه اجرایی

### ۲-۱- مقدمه

ارتقاء و حفظ سلامت برای رفاه انسان و حفظ توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی ضروری است. در نتیجه، دولت‌ها به جهت مواجهه با انتظارات افراد، به سلامت به‌عنوان یک موضوع سیاسی توجه کرده‌اند. مراقبت از حقوق بشر وظیفه‌ی همه دولت‌ها در همه‌ی کشورها، جوامع و همچنین

وظیفه‌ی هر شهروند در هر زمان است. در عصر حاضر شرط ضروری ایفای نقش‌های اجتماعی - اقتصادی افراد در راستای توسعه هر جامعه، سلامت و برخورداری از زندگی باکیفیت و عاری از هرگونه ناتوانی است و تلاش برای ارتقای آن نوعی سرمایه‌گذاری درزمینه‌ی نیروی انسانی محسوب می‌گردد. لزوم برخورداری از سلامت و زندگی باکیفیت شامل همه افراد جامعه از جمله معلولین و افراد ناتوان نیز می‌شود. بر همین اساس خدمات توانبخشی در نظام سلامت به علت نقش بارزی که در افزایش مشارکت اجتماعی اقتصادی افراد دارای آسیب‌های عملکردی خواهد داشت، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱ و ۲).

توانبخشی فرآیندی است هدف‌گرا و دارای محدودیت زمانی با هدف توانا ساختن یک شخص دارای اختلال برای رسیدن به یک سطح ذهنی، جسمی، اجتماعی و کارکردی مناسب که در این راه، او را برای تغییر دادن زندگی‌اش با ابزارهایی مجهز می‌سازد (۱). معلول به کسی گفته می‌شود که بخش یا تمام توانایی‌های فیزیکی، روانی، ذهنی، شناختی، اجتماعی و حرفه‌ای خود را از دست داده یا اصلاً کسب نکرده باشد (۲). در برنامه چهارم توسعه کشور خدمات توانبخشی سرپایی و بستری به ترتیب به سطح دوم و سوم مراقبت مربوط می‌شود. درحالی که خدمات درمانی در درجه‌ی اول بر روی سلامت تمرکز می‌کنند، تمرکز خدمات توانبخشی بر روی کارکرد مرتبط با سلامت است (۲).

اطمینان از ارائه مناسب خدمات توانبخشی به عنوان یک جزء مهم نظام سلامت، نیازمند ارزیابی وضعیت ارائه آن بر اساس مدل‌های مناسب می‌باشد. بنابراین هدف مطالعه حاضر، شناسایی مدل مناسب و رصد وضعیت خدمات توانبخشی به منظور ارائه راهکار برای بهبود شاخص‌ها و خدمات ارائه شده، است.

## ۲-۲-۲- مراحل و روش اجرایی

پژوهش حاضر در سه مرحله اصلی انجام گرفت. ابتدا مبانی نظری پژوهش با مطالعه‌ی مروری مقالات در پایگاه‌های google scholar، science direct و PubMed با کلمات کلیدی Rehabilitation، Rehabilitation Assessment، Rehabilitation Model Indicators و مطالعات داخلی نیز در پایگاه‌های SID و Magiran جهت سنجش وضعیت خدمات توانبخشی در ایران و سایر کشورها و استخراج شاخص‌های ارزیابی شده مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر آن وضعیت ایران علاوه بر مرور مقالات، با استفاده از روش Desktop Review در پایگاه‌های WHO<sup>۱</sup>، CARF<sup>۱</sup>، CRPD<sup>۲</sup> و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دقت مورد مطالعه قرار گرفت. تجارب سایر کشورها، در مطالعات تطبیقی، گزارش‌ها و آمار توان بخشی نیز بررسی شد. در نهایت، مدل مناسب شناسایی و شاخص‌هایی برای ارزیابی خدمات توانبخشی ارائه شد. همچنین چالش‌های ارائه خدمات توانبخشی در ایران و راهکارهای رفع آنها ذکر گردید.

## ۲-۳-۳- اهم نتایج

در کشور ایران خدمات توانبخشی، عمدتاً توسط ارگان‌های تحت نظارت وزارت بهداشت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نظیر جمعیت هلال‌احمر، سازمان بهزیستی و بخش‌های غیردولتی ارائه می‌شود. مشخص نبودن تولید خدمات توانبخشی در ایران، باعث مغفول ماندن آن در عرصه بهداشت و درمان گردیده است. این خدمات در ایران به صورت پراکنده و توسط سازمان‌های مختلفی نظیر بهزیستی، بیمارستان‌ها، مراکز توانبخشی و ... انجام می‌شود. تدارک خدمات جامع و سازماندهی شده نبوده و اغلب در سازمان‌های مخلف تکراری است. ارزیابی خدمات توانبخشی نیز به‌طور محدودی در چند پژوهش در سطح دانشگاه‌ها انجام شده که صرفاً

<sup>۱</sup> -Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities.

<sup>۲</sup> -Convention of the Rights of Person with Disabilities.

به ارزیابی مراکز ارائه‌دهنده خدمات و برنامه CBR در ایران پرداخته و هیچ‌کدام نظام ارائه خدمات بازتوانی و توانبخشی را مدنظر قرار نداده است. نظام اطلاعاتی نیز با مشکلات بسیاری از جمله: عدم وجود پایگاه داده جامع در مورد خدمات ارائه‌شده، تعداد و انواع معلولین و ...، عدم توجه صرف به ابعاد غیر فیزیکی معلولیت، در نظر نگرفتن معلولیت‌های اجتماعی نادیده در ساختار نظام توانبخشی ایران.

### ۳- گزارش تفصیلی

#### ۳-۱- فصل اول: مبانی نظری

##### ۳-۱-۱- مقدمه

هدف کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، ارتقاء، حمایت و تضمین بهره‌مندی برابر و کامل افراد دارای معلولیت از کلیه حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین و ارتقاء احترام نسبت به منزلت ذاتی آنها است. دولت‌های عضو این کنوانسیون تأیید می‌نمایند که هر انسانی از حق ذاتی حیات برخوردار است و تمامی تدابیر لازم را برای تضمین بهره‌مندی مؤثر توسط افراد دارای معلولیت بر مبنای برابر با سایرین، اتخاذ می‌نمایند. احترام به منزلت ذاتی، خودمختاری فردی شامل آزادی انتخاب و استقلال افراد، عدم تبعیض، مشارکت کامل و مؤثر و ورود در جامعه، احترام به تفاوت‌ها و پذیرش افراد دارای معلولیت به‌عنوان بخشی از تنوع انسانی و بشریت، برابری فرصت‌ها، دسترسی، برابری بین زن و مرد، احترام به ظرفیت‌های قابل‌تحول کودکان دارای معلولیت و احترام به حقوق آنان در جهت حفظ هویتشان از اصول اساسی این کنوانسیون است. اگرچه در اهداف توسعه هزاره به‌طور خاص در مورد ناتوانی چیزی ذکر نشده است، به‌طور فزاینده‌ای مشخص است که اهداف توسعه هزاره بدون در نظر گرفتن معلولین قابل‌دستیابی نیست. در سپتامبر ۲۰۱۰، مجمع عمومی قطعنامه‌ی "تعهد بر سر وعده: اتحاد برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره"، مشخص کرد که سیاست‌ها و عملکردها باید بر روی افراد معلول نیز تمرکز نمایند تا آنها نیز از پیشرفت‌های دستیابی به اهداف توسعه هزاره بهره‌مند شوند.



معلولیت یکی از موانع رشد و توسعه یک کشور قلمداد می‌گردد و پدیده‌ای ناخواسته و ناگوار است که گروهی از انسان‌ها ممکن است به ناگزیر در بخشی از زندگی یا تمامی عمر خود به آن دچار گردند. هرچند تعدادی از نقص‌ها به‌صورت مادرزادی از بدو تولد عارض می‌گردند، اما سایر موارد در هر سنی ممکن است اتفاق افتد. ناتوانی منعکس‌کننده‌ی پیامدهای اختلال عملکرد فرد بوده و می‌تواند موقت یا دائمی و در برخی موارد پیش‌رونده باشد. اغلب افراد معلول، در تمام جنبه‌های زندگی به حاشیه رانده‌شده، احتمال بیکاری به دلیل تبعیض در آن‌ها بیشتر بوده و کیفیت زندگی آن‌ها بسیار پایین است. هرگاه افراد کم‌توان به‌طور کامل در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت داشته باشند، آن جامعه کاملاً غنی می‌شود (۴). رفاه اجتماعی ماحصل فعالیت‌های نهادهای اجتماعی برای دستیابی فرد به سلامت فردی و اجتماعی، تندرستی و برخورداری از کیفیت زندگی و سلامت است تا زمینه رشد و پرورش استعدادها و بالقوه آحاد جامعه فراهم گردد. دستیابی به سطح مطلوبی از سلامت، حقی است همگانی و ارائه‌ی بهینه خدمات اجتماعی برای رسیدن به سطح قابل‌قبولی از سلامت به‌عنوان یکی از ارکان مهم کیفیت زندگی دارای ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است (۵).

توانبخشی فرآیندی است هدف‌گرا و دارای محدودیت زمانی با هدف توانا ساختن یک شخص دارای اختلال برای رسیدن به یک سطح ذهنی، جسمی، اجتماعی و کارکردی مناسب که در این راه، او را برای تغییر دادن زندگی‌اش با ابزارهایی مجهز می‌سازد (۱). ارتقاء و حمایت از سلامت، برای رشد و تعالی انسان و پیشرفت پایدار جوامع، ضروری است و افراد معلول نیز از این فائده مستثنا نیستند. افرادی که ناتوان هستند و یا به‌احتمال زیاد دچار ناتوانی خواهند شد می‌توانند با توانبخشی به کارکرد مطلوب برسند، توانایی خود را حفظ کنند و با کیفیت مناسبی زندگی کنند (۳). خدمات توانبخشی کارکردهای تضعیف‌شده‌ی قسمت‌های مختلف بدن و ساختار آن را برای جبران نبود کارکرد در آن قسمت، بهبود فعالیت‌ها، جلوگیری از تحلیل آن، عوارض پزشکی و خدمات مربوطه ثبات می‌بخشند، بهبودی می‌دهند و یا بازسازی می‌کنند (۳).

از جمله این خدمات تسهیل دسترسی افراد دارای معلولیت به خدمات بهداشتی درمانی به منظور افزایش سطح عملکرد ایشان جهت حضور فعال و مؤثر در اجتماع است. ضمن آن که ایجاد فرصت‌های برابر و فراهم ساختن بستر مشارکت اجتماعی معلولان مستلزم حضور هر چه بیشتر آنان در جامعه است؛ لذا حمایت‌های لازم جهت ایجاد تسهیلات در این راستا نیز ضروری است. از طرفی برخورداری از آموزش و تحصیلات از نیازها و حقوق اساسی معلولین بوده و نقشی اساسی در ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها در جامعه دارد. ضمن آن که کسب دانش ضرورتی برای دستیابی به شغل مناسب، استقلال مالی و توانمندسازی معلولان است (۵).

هر کدام از خدمات ذکر شده برای معلولین، باید در چارچوب نظام سلامت، در قالب خدمات توانبخشی جایابی شده و توسط متولی مشخص و به صورت جامع و یکپارچه ارائه گردد. اطمینان از ارائه مناسب خدمات توانبخشی به عنوان یک جزء مهم نظام سلامت، نیازمند ارزیابی وضعیت ارائه آن بر اساس مدل‌های مناسب می‌باشد. در این مطالعه سعی گردیده است وضعیت این خدمات در ایران مشخص شده و بر اساس مسائل بومی ایران و تجارب سایر کشورها و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، مدل مناسب ارائه خدمات توانبخشی شناسایی شده و شاخص‌های ارزیابی و راهکارهای بهبود خدمات ارائه گردد.

### ۳-۱-۲- تاریخچه توانبخشی در جهان و ایران

توانبخشی علی‌رغم اینکه به‌طور غیر سازمان‌یافته و تجربی متعاقب جنگ جهانی اول توسط دکتر هاوارد راسک در اولین مرکز توانبخشی بیمارستان بل ویوی نیویورک تبیین شده بود، بعد از جنگ جهانی دوم (۱۹۴۵-۱۹۳۹) به علت افزایش تعداد معلولین در اروپا به عنوان یک تخصص علمی مستقل و یک پدیده‌ی قاعده‌مند درآمده و گسترش یافت. البته این گفته بدین معنی نیست که علوم توانبخشی پدیده‌ای نوظهورند بلکه حالت غیر کلاسیک و نامنظم آن با قدمتی بسیار بیشتر نمایان است. حتی قدمت فلسفه، اصول و روش‌های آن در تاریخ، جامعه‌شناسی، پزشکی و ادیان به چشم می‌خورد.

نخستین مرکز توانبخشی در ایران، توسط جمعیت هلال احمر در دی ماه سال ۱۳۴۱ با همکاری سازمان ملل متحد، وزارت بهداری وقت و هلال احمر (شیر و خورشید سابق) تأسیس شد. جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی به استناد ماده ۳ قانون اساسنامه و در چهارچوب وظایف مصوب فدراسیون بین المللی جمعیت های صلیب سرخ و هلال احمر جهان تحت عنوان کمک به امر توانبخشی در دو بند درون مرزی و برون مرزی و با اهداف کمک به اقشار آسیب دیده و معلول کشور در جهت اهداف بشردوستانه، فعالیت های توانبخشی خود را پایه ریزی نموده است. توانبخشی در کشور ما متکی بر قانونی است که در سال ۱۳۴۷، مورد تصویب و تأیید مسئولین قانون گذاری وقت قرار گرفت و دولت مکلف شد جهت تجدید فعالیت و حرفه آموزی و تقویت روحی کسانی که به علت 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 توانبخشی 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 توانبخشی زیر نظر وزارت بهداری- 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 بهداری جدا و در سازمان بهزیستی کشور ادغام گردید که به صورت یک حوزه معاونت توانبخشی در سازمان مزبور فعالیت می نماید (۶).

### ۳-۱-۳- خدمات توانبخشی به چه افرادی ارائه می شود؟

خدمات توانبخشی شامل افرادی می شود که دارای مشکلات کارکردی همراه با طیف گسترده ای از شرایط سلامت (بیماری، ضعف و آسیب) هستند که ممکن است حاد یا مزمن یا مادرزادی یا اکتسابی باشند. این خدمات ممکن است بر افراد مبتلا به معلولیت در تمام سنین، مستقل از خدمات مراقبت های بهداشتی تخصصی یا در ارتباط با آن (به عنوان مثال جایگزینی مفصل ران، پیوند قلب،

درمان تخصصی چشم و یا برای درمان افسردگی حاد) تأثیر بگذارند. خدمات توانبخشی برای تعیین اهداف و برنامه‌ریزی توانبخشی بر اساس ارزیابی کارکرد و تشخیص ناتوانی صورت می‌گیرد. این فعالیت‌ها بر اساس موارد توافق‌شده (از جمله روش‌های پزشکی و فنی و همچنین حمایت افرادی که به یک بیماری مشترک مبتلا هستند) برای بهینه‌سازی ظرفیت یک فرد، دنبال می‌گردد. برنامه‌های توانبخشی مطابق نیازهای فرد و منابع تنظیم می‌شوند و باعث کارکرد بهتر بیمار شده و ناتوانی وی را به حداقل می‌رساند(۳).

### ۳-۱-۴- نحوه ارائه خدمات توانبخشی

خدمات توانبخشی را می‌توان مانند مراقبت‌های درمانی به چهار شکل ارائه کرد: بستری، مراقبت روزانه، سرپایی و مراقبت در خانه. چهار روش ارائه، می‌توانند به انواع توانبخشی‌های تخصصی مختلف، متناسب با مرزهای مراقبت‌های بهداشتی، تفکیک شوند:

- HC.2.1 (مراقبت‌های توانبخشی بیماران بستری)؛
- HC.2.2 (مراقبت‌های توانبخشی روزانه)؛
- HC.2.3 (مراقبت‌های توانبخشی سرپایی)؛
- HC.2.4 (مراقبت‌های توانبخشی در منزل).

گفتنی است به دلیل تفاوت مراقبت‌های پیشگیری، درمانی و توانبخشی در اهداف و ویژگی‌ها، تفکیک آن‌ها از لحاظ نظام‌های آماری بهداشت (به‌عنوان مثال سوابق بیمارستانی) به سه قسمت دشوار است. در چنین مواردی برای جمع‌آوری داده‌ها و تهیه گزارش از تک‌تک کمیت‌های کلی مراقبت‌های درمانی - توانبخشی استفاده می‌شود(۳).

### ۳-۱-۵- تعاریف و اصطلاحات در رابطه با معلولیت

**معلول:** قبل از سال ۱۹۸۰ تعریف معلولیت عبارت بود از کسی که در اداره خویشتن، مراقبت از خود انجام فعالیت‌های روزمره، انجام فعالیت‌های اجتماعی و خانوادگی کاملاً ناتوان بوده و نمی‌تواند مستقلاً در شغل یا حرفه‌ای مشغول شود. اما پس از اصلاحات اساسی در سیستم‌های

طبقه‌بندی و فلسفه توانبخشی، معلول به کسی گفته می‌شود که بخش یا تمام توانایی‌های فیزیکی، روانی، ذهنی، شناختی، اجتماعی و حرفه‌ای خود را از دست داده یا اصلاً کسب نکرده باشد.

**اختلال:** شامل هر نوع فقدان در توانایی طبیعی روانی، جسمی، ساختاری یا عملکردی فرد اعم از بیماری، اختلال، آسیب و صدمات.

**ناتوانی:** عبارت است از عدم توانایی انجام عملکردها در محدوده‌ی طبیعی که متعاقب اختلال یا بیماری ایجاد می‌شود و غالباً با رفع عامل ایجادکننده از بین می‌رود. به عبارتی این امر موقتی بوده و در صورت درک صحیح مشکل توسط فرد تقریباً از بین می‌رود.

**معلولیت:** چنانچه فرد با ناتوانی قدرت مقابله با مشکل را نداشته باشد، باعث محروم شدن از تعامل و تقابل با محیط اطراف می‌شود و متعاقباً فرد نمی‌تواند نقش طبیعی خود را در جامعه ایفا نموده و به‌طور طبیعی به زندگی خود ادامه دهد و نیازمند خدمات توانبخشی است. البته اگر فردی با ناتوانی جسمی یا روانی قدرت انطباق با مشکل خود را داشته باشد صرفاً یک فرد ناتوان است ولی چنانچه مقهور ناتوانی خود، به‌جای کنار آمدن با مشکل و یا تسلیم در مقابل آن باشد، معلول واقعی است (۷).

**توانمندسازی:** توانمندسازی فرایندی است که به یک فرد یا یک سیستم، قدرت و اختیار می‌دهد (۸). این امر از طریق مشارکت در تصمیم‌گیری در زمینه‌ی موضوع‌های مهمی که بر زندگی روزانه تأثیر می‌گذارد، حاصل می‌گردد. برای افراد معلول، توانمندسازی به معنی خودمختاری و خودسرپرستی است. در این فرآیند آنان با استفاده از ظرفیت‌های موجود، کشف منابع و حمایت‌های هدفمند و ساختارمند به خودباوری می‌رسند و فرصت لازم برای مشارکت اجتماعی و قدرت لازم برای انتخاب و اقدام در عرصه‌های گوناگون را به دست می‌آورند. واژه توانمندسازی در فرهنگ‌های مختلف دارای معانی متفاوتی است (۵). تعریف دیگر آن عبارت است از داشتن صدا و شنیده‌شدن، داشتن قدرت، خودتصمیم‌گیری، داشتن کنترل و یا به‌دست آوردن کنترل بیشتر، آزادبودن، استقلال، توانایی مبارزه برای حقوق خود، به رسمیت شناخته‌شده و برخورداری از احترام برابر با سایر شهروندان و انسان‌ها است (۹).

### ۳-۱-۶- طبقه‌بندی معلولین

هر چند تقسیمات گوناگونی برای معلولیت ارایه گردیده، اما به طور کلی معلولیت‌ها از دیدگاه توانبخشی در سه گروه زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

#### الف- معلولین جسمی

- نقص عضوها و ضایعات عضوی
- بیماری‌های ارگونومیک یا ناشی از کار، سوختگی‌ها
- بیماری‌های کودکان
- بیماری‌های متابولیک
- مشکلات ارتوپدی
- بیماری‌های نورولوژیک
- بیماری‌های داخلی مانند قلبی، کلیوی....
- نابینایان و ناشنوایان
- سالمندان

#### ب- معلولین روانی-ذهنی

- اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان و عقب‌ماندگی‌های ذهنی
- مسائل روانی-اجتماعی
- بیماران مزمن روانی: اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی، اضطرابی....

#### ج- معلولین اجتماعی

- معتادین
- کودکان بزه‌کار و بی‌سرپرست
- سارقین

- محکومین درازمدت زندان‌ها
- ولگردان حرفه‌ای
- متکدیان
- زنان ویژه

### ۲-۳- اهداف و وظایف خدمات توانبخشی

## ۳-۲-۱- اهداف سازمان بهداشت جهانی در مورد ناتوانی و معلولیت

سازمان جهانی بهداشت، اهداف ناتوانی و معلولیت را در ۴ دسته طبقه بندی کرده است:

۱. پیشگیری از ناتوانی: که اشاره دارد به پیشگیری نوع اول یعنی ممانعت از ایجاد بیماری یا اختلال با استفاده از راهکارهای در دسترس
۲. توانبخشی: تا چند دهه‌ی اخیر صرفاً به صورت یک مدل پزشکی مطرح بود ولی به تدریج توانبخشی شامل این واقعیت نیز شد که فراسوی اختلال جسمی و روانی که مانعی برای اجرای عملکرد فرد می‌باشند، نیازها و توانایی‌های دیگری نیز به طور نهفته در این بین موجودند اعم از شرایط محیطی و اجتماعی لذا در توانبخشی بیماران بایستی این شرایط را نیز در نظر داشت. در واقع درگیر نمودن خانواده و اجتماع برای غلبه بر اثرات ناتوانی‌ها (عمومی کردن فرایند توانبخشی در جامعه) و توانبخشی حرفه‌ای با تأکید بر بهبود مسائل مادی از طریق اشتغال فرد معلول بایستی در اولویت‌های توانبخشی گنجانده شود.
۳. برابری فرصت‌ها: فرایندی که به موجب آن تمامی سیستم‌های عمومی اعم از محیط فیزیکی، اجتماعی، بهداشتی، آموزشی، فرهنگی، رفاهی و تفریحی بایستی همانند افراد سالم برای بهره‌مندی گروه‌های با ناتوانی و معلولیت نیز تسهیل شود.
۴. الحاق فرد معلول به جامعه و کمک به اشتراک وی

### ۳-۲-۲-اهداف اصلی در توانبخشی بر اساس فلسفه‌ی موجود در علوم

#### توانبخشی

فلسفه توانبخشی، امید بخشیدن و آماده کردن فرد معلول به زندگی در جامعه از یک سو و آماده سازی جامعه برای پذیرش معلول بعنوان یک شهروند از سوی دیگر می باشد. بر همین اساس اهداف اصلی این علم شامل موارد زیر می شود:

۱. پیشگیری از ایجاد ناتوانی و معلولیت
۲. ممانعت از سیر ناتوانی یا پیشرفت معلولیت
۳. افزایش سطح فرهنگی و اجتماعی مردم نسبت به معلول و معلولیت
۴. کوشش در جهت رساندن فرد ناتوان و معلول به بالاترین سطح استقلال
۵. تسهیل سازی محیط جهت استفاده‌ی معلولین و تطابق زندگی فرد دارای ناتوانی با جامعه با آموزش و مشاوره
۶. بهبود بینش و نگرش فرد معلول نسبت به ناتوانایی‌های جسمی و روانی خویش
۷. کمک به فرد معلول برای تطبیق و هماهنگی با توانایی باقی مانده.
۸. استقلال اقتصادی از طریق اشتغال و تبدیل وی به‌عنوان یک فرد مؤثر در جامعه

### ۳-۳-ارتباط ناتوانی و فقر

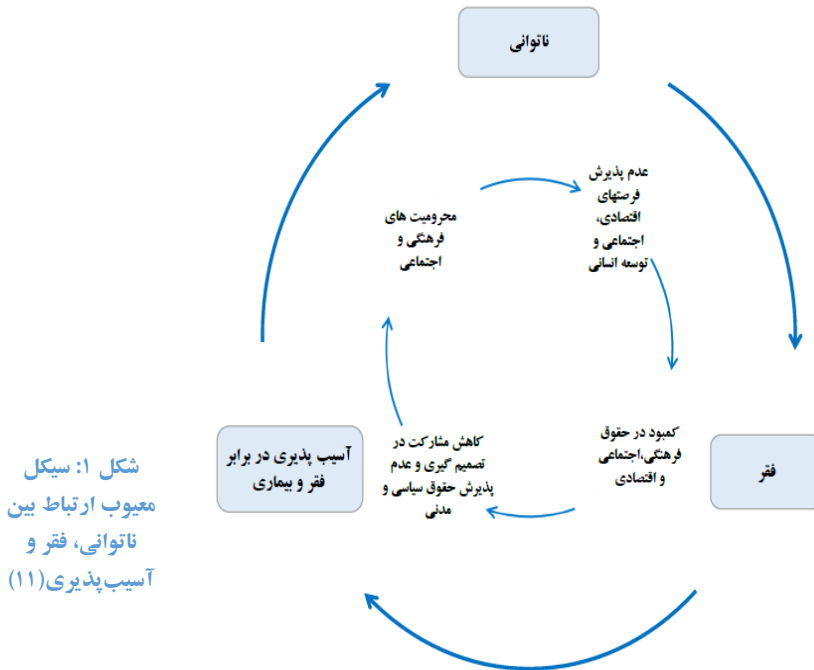
یک ارتباط قوی بین ناتوانی و فقر وجود دارد. ناتوانی هم علت و هم نتیجه فقر است. این ارتباط به صورت یک سیکل معیوب توصیف می شود (شکل ۱). فقر به ناتوانی منجر شده و ناتوانی فقر را بیشتر می کند. مردم فقیر احتمال معلول شدنشان بالاست و معلولین فقیرترین افراد هستند. هرگونه تلاش برای کاهش و از بین بردن فقر تنها زمانی مؤثر است که معلولانی که در میان گروه‌های آسیب پذیر هستند مورد توجه قرار گیرند. مشورت با افراد معلول و ارتباط با آن‌ها به منظور درک بهتر وضعیت و اولویت‌های آنان بسیار مهم است.



### ۳-۳-۱- مهم‌ترین ارتباط فقر و ناتوانی

ارتباط بین فقر و ناتوانی کمتر در کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار گرفته است. مهم‌ترین عواملی که این ارتباط را شکل می‌دهد عبارتند از:

- شرایط خطرناک و ناسالم زندگی؛ مانند مسکن نامناسب، آب و فاضلاب، حمل‌ونقل ناامن و شرایط کار.
- نبود و یا عدم دسترسی (موانع مربوط به محیط‌زیست و یا اقتصاد) مراقبت‌های پزشکی به‌موقع و کافی و یا توانبخشی؛ افراد معلول با هزینه‌های اضافی مربوط به ناتوانی مثل کمک شخصی، مراقبت‌های پزشکی و یا دستگاه‌های کمکی مواجه هستند. این هزینه‌های اضافی خطر فقیرتر شدن آن‌ها را نسبت به دیگران افزایش می‌دهد. در کشورهای کم‌درآمد، افراد دارای ناتوانی ۵۰٪ بیش از بقیه در معرض هزینه‌های کم‌رشدن سلامت قرار دارند.
- دسترسی محدود به آموزش و اشتغال؛ افراد دارای معلولیت بیش از بقیه با بیکاری مواجه‌اند و پرداخت کمتری نسبت به بقیه در زمان اشتغال به آن‌ها صورت می‌گیرد. نرخ اشتغال مردان معلول (۵۳٪) و زنان معلول (۲۰٪) کمتر از مردان (۶۵٪) و زنان (۳۰٪) غیرمعلول است.
- محرومیت اجتماعی؛ افراد معلول اغلب به دلیل موانع فیزیکی به فضاهای عمومی دسترسی ندارند و اکثر مواقع نمی‌توانند در تصمیم‌گیری‌های سیاسی شرکت کنند (۱۰).



شکل ۱: سیکل  
معیوب ارتباط بین  
ناتوانی، فقر و  
آسیب‌پذیری (۱۱)

### ۳-۲- هزینه‌های اقتصادی توانبخشی

هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی ناتوانی قابل توجه است، اما اندازه‌گیری آن‌ها دشوار است. این هزینه‌ها شامل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم می‌شود که برخی به افراد معلول، خانواده، دوستان و کارفرمایان آن‌ها و برخی به جامعه تحمیل می‌شود. بسیاری از این هزینه‌ها به دلیل غیرقابل دسترس بودن در محیط به وجود می‌آیند و می‌توانند در یک محیط جامع‌تر که خدمات در دسترس است کاهش یابند. دانستن هزینه‌های ناتوانی و ازکارافتادگی نه فقط به خاطر سرمایه‌گذاری بلکه برای طراحی برنامه‌های عمومی نیز مهم است.

تخمین جامع هزینه‌ای معلولیت حتی در کشورهای توسعه‌یافته، کمیاب و پراکنده است. بسیاری دلایل برای این مسئله وجود دارد؛ از جمله:

- تنوع تعریف ناتوانی: این تنوع اغلب نظم بخشیدن، ابزارهای مختلف جمع آوری داده و برنامه‌های عمومی مختلف برای ناتوانی، مقایسه داده‌های منابع مختلف و به تبع آن گردآوری کردن برآوردهای ملی را دشوار ساخته است.
- داده‌های محدود در مورد اجزای هزینه از کارافتادگی: به‌عنوان مثال، برآورد قابل اعتماد از دست دادن بهره‌وری، نیاز به اطلاعات مشارکت در بازار کار و بهره‌وری افراد ناتوان برحسب سن، جنس و سطح تحصیلات دارد.
- نقص در برآورد هزینه: هیچ روش موردتوافقی برای برآورد هزینه وجود ندارد.

پیشرفت در جنبه‌های فنی برآورد هزینه ناتوانی (از کارافتادگی) و داده‌های بهتر، به دستیابی واقعی به تخمین ملی هزینه‌های ناتوانی احتیاج دارد. به‌طور مثال، هزینه‌های بهره‌وری که به خاطر ناتوانی ضایع می‌شوند، شامل هزینه مالیات به دلیل عدم اشتغال یا کاهش اشتغال معلولین، هزینه مراقبت سلامت، حمایت اجتماعی و برنامه‌های بازار کار، و هزینه‌های محل اقامت مناسب است.

در کشورهای پیشرفته داده‌های مربوط به هزینه‌های خرج شده نقدی مزایای از کارافتادگی (به هر دو صورت مؤثر و غیرمؤثر - بیمه اجتماعی و کمک‌های اجتماعی) - در دسترس است. اما حتی برای این برنامه‌ها، داده‌های تلفیقی در سطح ملی کمیاب است.

### ۳-۲-۱- هزینه‌های مستقیم ناتوانی

هزینه‌های مستقیم ناتوانی به دو دسته طبقه‌بندی می‌شود: یکی هزینه‌های اضافی که افراد معلول و خانواده‌های آن‌ها برای رسیدن به یک استاندارد قابل قبول زندگی متحمل می‌شوند و دیگری مزایای از کارافتادگی که به‌صورت نقدی توسط دولت و از طریق برنامه‌های عمومی مختلف ارائه می‌شود.

### ۳-۲-۲- هزینه‌های اضافی زندگی توأم با توانی

افراد دارای معلولیت و خانواده‌های آنان اغلب متحمل هزینه‌های اضافی برای رسیدن به یک زندگی استاندارد، معادل زندگی افراد غیر معلول، می‌شوند. این هزینه‌های اضافی ممکن است صرف خدمات مراقبت سلامت، دستگاه‌های کمکی، گزینه‌های حمل‌ونقل گران، حرارت، خدمات لباسشویی، رژیم غذایی خاص و یا دستیار شخصی شود.

محققین تلاش کرده‌اند این هزینه‌ها را از طریق پرسش از افراد دارای معلولیت، تخمین قیمت کالاها و خدماتی که احتیاج به آن توسط افراد معلول گزارش شده است، مقایسه الگوهای واقعی پرداخت هزینه‌های افراد معلول و غیر معلول و تکنیک‌های اقتصادسنجی محاسبه کنند.

مطالعات متعدد اخیر سعی کرده‌اند هزینه‌های اضافی ناتوانی را تخمین بزنند. در بریتانیا این هزینه‌ها در حدود ۱۱٪ تا ۶۹٪ درآمد برآورد شده است. در استرالیا، هزینه، بسته به درجه شدت ناتوانی بین ۲۹٪ تا ۳۷٪ تخمین زده شده است. در ایرلند هزینه تخمین زده شده بسته به طول مدت و شدت ناتوانی بین ۲۰٪ تا ۳۷٪ متوسط درآمد هفتگی متغیر است. در ویتنام برآورد هزینه اضافی ۹٪ و در بوسنی و هرزگوین ۱۴٪ می‌باشد. درحالی‌که همه مطالعات نشان می‌دهد که هزینه‌های اضافی وابسته به ناتوانی وجود دارد، اما توافق تکنیکی بر روی چگونگی اندازه‌گیری و تخمین آن وجود ندارد.

### ۳-۲-۳- پرداخت‌های عمومی در برنامه‌های بازتوانی

تقریباً همه کشورها انواعی از برنامه‌های عمومی هدف‌گذاری شده برای افراد معلول را دارند، ولی در کشورهای فقیرتر این برنامه‌ها به افرادی که با مشکلات قابل توجه مواجه‌اند، محدود شده است. این برنامه‌ها شامل موارد زیر می‌باشد: خدمات بهداشتی و توانبخشی، برنامه‌های بازار کار، آموزش و پرورش حرفه‌ای، منافع بیمه‌های اجتماعی از کارافتادگی (مشارکتی)، کمک‌های اجتماعی (غیر مشارکتی) ناتوانی به‌صورت پول نقد، تهیه وسایل کمکی، کمک‌هزینه دسترسی به

حمل و نقل، کمک هزینه آب و برق، خدمات حمایتی متفاوت از جمله دستیار شخصی، مترجمان زبان اشاره، همراه با هزینه‌های اداری.

هزینه تمام برنامه‌ها قابل توجه است؛ اما هیچ برآوردی از کل هزینه در دسترس نیست. در کشورهای OECD به‌طور متوسط ۱,۲٪ از GDP صرف مصالح مشارکتی و غیر مشارکتی ناتوانی می‌شود و ۶٪ از جمعیت در سن کار در سال ۲۰۰۷ را پوشش می‌دهد.

مزایای این برنامه‌ها عبارت‌اند از مزایای کامل و جزئی ناتوانی، همچنین طرح‌های بازنشستگی پیش از موعد معلولین یا کاهش ظرفیت کار. این رقم زمانی مزایای بیکاری را شامل می‌شود به ۲٪ از تولید ناخالص داخلی می‌رسد، تقریباً دو برابر هزینه مزایای بیکاری. این هزینه به‌طور خاص در هلند و نروژ بالاست (تقریباً ۵٪ تولید ناخالص داخلی) (۱۲).

### ۳-۳-۳- هزینه‌های محروم بودن افراد معلول

هزینه محروم بودن افراد معلول باید در سطح فردی و در سطح وسیع‌تر در سطح جامعه در نظر گرفته شود.

در سطح فردی: از نقطه نظر اقتصادی، این هزینه‌ها از دو منظر قابل بررسی است؛ در مرحله اول هزینه‌های مستقیم برای درمان، پیشگیری و یا توانبخشی از جمله هزینه‌های کاربری و حمل و نقل. در مرحله دوم درآمد بالقوه فرد معلول و دستیاران و یا خانواده‌های آن‌ها.

در سطح خانواده و جامعه: تخمین زده می‌شود از هر ۴ نفر یک نفر عضوی معلول در خانواده دارد. نرخ فقر در خانواده‌هایی که عضو معلول دارند بالاست. اعضای خانواده زمان و پول خود را صرف مراقبت از عضو معلول خود می‌کنند که به دستیار شخصی احتیاج دارد و به خدمات حمایتی یا توانبخشی که منجر به زندگی مستقل شود، دسترسی ندارد.

در سطح جهانی: در سال ۲۰۰۶ بانک جهانی از دست رفتن تولید ناخالص داخلی جهانی به دلیل ناتوانی سالانه بین ۲/۲۳ میلیارد تا ۱/۷۱ بیلیون دلار برآورده کرده است. تصور می‌شود که ۱۲ تا ۲۰ درصد جمعیت کشورهای در حال توسعه به دلیل ناتوانی غیرمولد هستند (۱۰)

### ۳-۴- محدودیت‌های مراقبت‌های توانبخشی

معلولین هنگام مراجعه برای دریافت خدمات توانبخشی با موانع بسیاری مواجه می‌شوند. از آن جمله:

- هزینه‌های سنگین

هزینه خدمات و حمل و نقل دو دلیل اصلی است که افراد معلول در کشورهای درحال توسعه مراقبت‌های بهداشتی موردنیازشان را دریافت نمی‌کنند. ۳۲-۳۳ درصد افراد غیرمعلول در مقایسه با ۵۱-۵۳ درصد افراد معلول قادر به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی نیستند.

- دسترسی محدود خدمات

فقدان دسترسی مناسب به مراقبت‌های بهداشتی یک مانع قابل توجه برای افراد معلول است. به طوری که در مطالعه‌ای در هند، فقدان خدمات در منطقه دومین مانع مهم برای عدم استفاده از امکانات بود.

- موانع فیزیکی

دسترسی نابرابر به ساختمان‌های درمانی (بیمارستان، مراکز بهداشتی درمانی و ...)، تجهیزات پزشکی غیرقابل دسترس، علامت‌گذاری‌های ضعیف، درگاه‌های باریک، پله‌های داخلی و ...

- دانش و مهارت‌های ناکافی کارکنان بهداشتی

افراد دارای معلولیت بیش از دو برابر احتمال دارد با مهارت ناکافی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای نیازهایشان، چهار برابر بیشتر احتمال دارد با مراقبت‌های ابتدایی، سه برابر بیشتر احتمال دارد با رد درخواست مراقبت مواجه شوند (۱۳).

## ۳-۵-آمار افراد دارای ناتوانی

افزایش آمار تعداد افراد دارای ناتوانی در جهان (از جمله ایران)، اهمیت توجه به این اعداد و ارقام و برنامه ریزی برای کاهش آن و افزایش سطح رفاه جامعه معلول را پررنگ تر خواهد کرد.

## ۳-۵-۱- داده‌ها و آمار جهانی ناتوانی

برخی آمار سازمان جهانی بهداشت در مورد معلولیت و افراد معلول بدین قرار است:

- شمار افراد معلول تقریباً ۱۵٪ جمعیت جهان یعنی چیزی بیش از ۱ میلیارد نفر است.
- ۸۰٪ از افراد معلول در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کند.
- ۱۱۰ میلیون نفر (۲/۲ درصد از جمعیت جهان) دارای مشکلات شدید عملکردی هستند.
- ۸۰ درصد از افراد معلول در کشورهای حال توسعه زندگی می‌کنند (متأسفانه ناتوانی جمعیت آسیب‌پذیر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شیوع ناتوانی در کشورهای با درآمد پایین بالاتر از کشورهای با درآمد بالا است. مردم در فقیرترین پنجگ درآمده، زنان و افراد مسن شیوع ناتوانی بیشتری دارند)
- ۲۰٪ فقیرترین افراد در کشورهای در حال توسعه، ناتوانی دارند.
- شیوع HIV/AIDS در میان افراد معلول برابر و یا بیشتر از بقیه جمعیت است در حالی که تعداد زیادی از آنها از خدمات HIV/AIDS بهره‌مند نیستند.
- یونیسف در سال ۲۰۰۵ شمار کودکان زیر ۱۸ سال معلول را ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زد.
- تقریباً ۲۰ میلیون زن هر ساله در اثر عوارض بارداری و زایمان دچار ناتوانی می‌شوند.
- تنها ۴۱/۷٪ از زنان ناتوان تحصیلات دوره ابتدایی را به پایان می‌رسانند (۱۲).
- ۱۵ درصد از افراد هر جامعه معلول هستند که در ایران این آمار به بیش از ۱۱ میلیون نفر می‌رسد، که سه درصد از این افراد دارای معلولیت‌های بسیار شدید هستند.



### ۳-۵-۲- سایر مطالعات آمار ناتوانی

از گذشته برآوردهای مختلفی در ارتباط با آمار میزان شیوع افراد دارای ناتوانی وجود داشت. یکی از برآوردها مربوط به سال ۱۹۷۶ از طرف سازمان بهداشت جهانی (WHO) است که بر مبنای این برآورد این شیوع برابر ۱۰٪ از مردم جهان است. با در نظر گرفتن عوامل مختلف، سازمان ملل متحد (UN) معتقد است شیوع افراد دارای ناتوانی در جهان به طور متوسط برابر با ۵/۲ درصد است، که این میزان در کشورهای در حال توسعه ۷/۷ درصد و در کشورهای توسعه یافته ۴/۵ درصد برآورد می شود.

تعدادی از مطالعات، درصد افراد مبتلا به چهار نقص معلولیت زای عمده جسمی و حرکتی، بینایی، شنوایی و ذهنی را ۳/۴٪ جمعیت جهان گزارش نموده اند. بررسی مربوط به ۷۰ کشور جهان در سال ۲۰۱۰، شیوع معلولیت در افراد ۱۵ سال به بالا را ۱۵/۶ تا ۱۹/۴٪ گزارش نموده است. تخمین زده می شود در سراسر دنیا ۹۷۸ میلیون نفر با ناتوانی زندگی می کنند که حدود ۱۴٪ از کل جمعیت را شامل می شود (۴).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان دچار نوعی معلولیت هستند که ۸۰ درصد از آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند، در حالی که مخارجی که در این کشورها برای آنها صرف می شود ۲۰ درصد افراد معلول در کشورهای پیشرفته است (۱۴).

نسبت یا تعداد انسان های دچار معلولیت چندان مشخص نیست بررسی های مربوط به ۵۵ کشور جهان شیوع معلولیت در کشورهای مختلف را از ۲ تا ۲۱ درصد جمعیت نشان می دهد. بنا به گزارش مرکز ملی آمار در سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت افراد معلول ۷۵-۰ ساله و بیشتر، بالغ بر یک میلیون نفر بود (۱۵) اما جمعیت افراد معلول در ایران در حال حاضر حدود ۳ میلیون نفر برآورد می شود (۱۶).

## ۴- یافته‌ها

در این بخش در ابتدا به مدل‌های موجود ارائه و ارزیابی خدمات توانبخشی پرداخته شده است. در ادامه استراتژی‌ها و رویکردهای اصلی خدمات توانبخشی از گذشته تاکنون مورد بررسی قرار گرفته و جدولی از شاخص‌های مربوط به ارزیابی خدمات توانبخشی ارائه شده است. در نهایت نیز وضعیت این خدمات در ایران مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

### ۳-۱- مدل‌های اصلی توانبخشی و بازتوانی

در حوزه مباحث مربوط به خدمات توانبخشی و ارزیابی آنها، شناخت الگوها از اهمیت ویژه و تعیین‌کننده‌ای برخوردار است؛ زیرا هر کدام از این الگوها افزون بر جنبه‌های بسیار با اهمیت برای افراد ناتوان در حوزه توانبخشی، تصور و برداشت خود را نیز از ناتوانی و خدمات لازم، دارند. مدل‌های توانبخشی و بازتوانی نقش مهمی را در فراهم کردن حمایت‌های نظری-عملی و خدمات رسانی برای افراد نیازمند خدمات ناتوانی ایفا می‌کنند.

### ۴-۱-۱- مدل‌های ناتوانی

ناتوانی یک مفهوم است که به صورت‌های مختلف درک شده است. برداشت از ناتوانی در دهه‌های اخیر به‌طور قابل‌توجهی گسترش یافته است. برای درک بهتر ناتوانی مهم است که از تفاسیر مختلف پیشنهاد شده توسط مدل‌های گوناگون آگاهی پیدا کنیم.

#### ۴-۱-۱-۱- مدل‌های انفرادی ناتوانی:

ناتوانی تا مدت‌ها به‌عنوان یک مشکل فردی از نقطه‌نظر پزشکی و خیریه در نظر گرفته می‌شد. مدل خیریه به افراد دارای ناتوانی با دید ترحم و به‌عنوان کسانی که خواستار کمک هستند نگاه می‌کند؛ درحالی‌که مدل پزشکی به دنبال سیستم‌های پزشکی / توانبخشی و خدمات ویژه برای بهبود شکستگی‌ها و یا برگرداندن عملکرد طبیعی است. اگرچه این دو مدل در روح و نوع پاسخگویی متفاوت‌اند اما هر دو دارای یک ریشه مشترک هستند: فرد مبتلا به اختلال به‌عنوان یک مشکل که باید حل شود در نظر گرفته می‌شود و پاسخگویی برای ناتوانی متوجه یک فرد

ثابت است. این دیدگاه ناتوانی را با اختلال برابر می‌داند و با این دیدگاه محرومیت‌های اجتماعی به‌طور ویژه، نتیجه محدودیت‌های اعمال‌شده توسط ناتوانی در نظر گرفته می‌شوند.

#### ۴-۱-۱-۲ مدل‌های ناتوانی اجتماعی:

اصول زیر بنایی این مدل بر مبنای این جمله است: " این جامعه است که ما را ناتوان ساخته نه اختلالات ما".

مدل اجتماعی ناتوانی به دنبال نقد مدل‌های بالا، در سال دهه ۱۹۷۰ در انگلستان و آمریکا پدید آمد. این دیدگاه بیان می‌کند که تفاوت‌های اساسی که افراد دارای ناتوانی را محروم می‌کند نه تنها به دلیل ویژگی‌های فردی‌شان نیست بلکه نتیجه محرومیت‌هایی است که توسط موانع خارجی و محیطی متوجه آن‌ها می‌شود. ناتوانی همچنین نتیجه چگونگی سازمان یافتن جامعه نیز هست. با توجه به این ذهنیت، ناتوانی مربوط به تبعیض و محرومیت‌های اجتماعی است.

این مدل به صراحت مشخص می‌کند که اختلال بخشی از زندگی و نیازمند اولویت و پاسخ‌های مختلف است؛ درحالی‌که به لزوم مداخلات پزشکی معترف است، تمرکز آن بر روی حذف موانعی است که از مشارکت کامل افراد دارای ناتوانی جلوگیری کرده و کنترل زندگی خود را غیرممکن می‌سازد (۱۷).

#### ۴-۱-۲-۲ مدل‌های یکپارچه توانبخشی و مراقبت‌های اولیه

برخی مدل‌های ارائه خدمات توانبخشی بر مبنای ادغام این خدمات در مراقبت‌های اولیه شکل گرفته، که شامل ۶ مورد زیر است:

#### ۴-۱-۲-۱-۱ مدل کلینیک

رایج‌ترین مدل برای ادغام خدمات توانبخشی و مراقبت‌های اولیه راهکار کلینیک است. این مدل برای فقط یک فعالیت از خدمات توانبخشی مناسب است. به طور مثال فقط طب فیزیکی یا فقط توانبخشی حرفه‌ای. کلید این مدل این است که متخصصان توانبخشی و پزشکان خانواده باهم وارد فعالیت می‌شوند و یک تیم را تشکیل می‌دهند که از لحاظ جغرافیایی مشخص شده است. نقش

متخصصان، عمل به حیطه تخصصی خود به صورت متمرکز و اغلب مختص شرایط است. عمده‌ترین مزیت این روش، آشنا بودن آن، هم برای ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی و هم ارائه‌دهندگان توانبخشی است، که هر کدام در حیطه معمول خود فعالیت کرده و بیماران را به طور متوالی و به صورت جداگانه می‌بینند. این مدل از دیدگاه حرفه‌ای نیز مؤثر است و ویژگی‌های مشترک را نیز در صورت لزوم فراهم می‌آورد. از دیدگاه بیماران مدل کلینیک مدلی آشناست و برای آن‌ها امکان ادغام درمان‌های خود از ارائه‌دهندگان متفاوت در یک مکان را ایجاد می‌کند. بنابراین به طور بالقوه هزینه‌های حمل‌ونقل و سایر هزینه‌های مربوطه را کاهش می‌دهد. این مدل اغلب در سازمان‌های سلامت اولیه که هم زمان دارای چند ارائه‌دهنده است، یافت می‌شود؛ مثل مراکز سلامت اجتماعی، گروه‌های سلامت خانواده و سایر فعالیت‌های گروهی.

مفسران بر این عقیده‌اند که مدل کلینیک، در الگوهای عملی مؤسسات ارائه دهنده و فرهنگ عموم جای گرفته، اما به دلیل شکست در بهره‌برداری از جایگاهش در جامعه با جدا کردن بیماران از جو اجتماعی آن‌ها - شبیه به کاری که مؤسسات انجام می‌دهند - مورد انتقاد قرار گرفته است. از دیگر انتقادات این است که بیمارانی که تلاش دارند به طور فردی ویزیت شوند با لیست‌های انتظار طولانی و تأخیر در درمان مواجه می‌شوند. منابع مورد نیاز برای به اجرا درآوردن یک کلینیک توانبخشی ادغام یافته در یک سازمان مراقبت سلامت اولیه، مشتمل بر درمان‌گرها، کارکنان دفتری، حوزه درمان و تجهیزات درمانی است.

#### ۴-۱-۲- مدل توسعه:

خدمات توسعه‌ای، همان‌گونه که از اسم آن برمی‌آید از یک منشأ سرچشمه می‌گیرد و بر روی خدمات حرفه‌ای برای افرادی که در موقعیت‌های مؤسساتی معمول خود به آن‌ها دسترسی ندارند، تمرکز دارد. هدف مدل‌های توسعه، اغلب مکان‌های دارای منابع کم و دوردست است و تلاش دارد که خدمات مؤسساتی را بدون زیرساخت‌های فراهم‌شده توسط مؤسسات شبیه‌سازی کند.

راهکارهای توسعه ویژه به همراه مراقبت اولیه نمایش داده شده‌اند تا خروجی‌های سلامت را بهبود بخشیده و درمان‌های باثبات‌تر فراهم کنند و استفاده از خدمات سرپایی را کاهش دهند.

مهم‌ترین مزیت راهکار توسعه وجود کارشناسان کلینیکی متخصص در ویژگی‌های مراقبت ثالث و پتانسیل‌های متعاقب آن برای توسعه مهارت در ویژگی‌های مراقبت اولیه است. درمانگر توسعه به‌عنوان متخصصی در نظر گرفته می‌شود که به‌نوعی خاص در مراقبت از یک بیماری خاص یا گروهی از بیماران مشارکت دارد. هرچند عیب آن این است که این فعالیت زودگذر است و ممکن است موقعیت توسعه پایدار مهارت‌ها و نگرش‌ها در درمان بیماران معلول وجود نداشته باشد. به‌عبارت‌دیگر تیم مراقبت ممکن است در نحوه فراهم کردن مراقبت ادغام شوند اما خود تیم در جامعه ادغام نمی‌شود. عیب دیگر این است که پیچیدگی ترتیبات مؤسساتی موردنیاز برای پوشش هزینه‌ها و ناتوانایی‌های بالقوه مرتبط با این ترتیبات است. همچنین، قطعاً این امر به وجود متخصصان مراقبت شخص ثالث در جامعه وابسته است. منابع موردنیاز برای ارائه یک راهکار توسعه در یک سازمان مراقبت سلامت اولیه شامل درمانگرهای متخصص در تنظیمات مؤسساتی، تنظیمات اجرایی بین سازمان‌های مراقبت شخص ثالث و اولیه، فضای اداری، فضای جلسات، تجهیزات درمان و حمل‌ونقل است.

#### ۴-۱-۲-۳- خود‌مدیریتی:

برنامه‌های خود‌مدیریتی شامل فراهم کردن سامانمند تحصیلات و حمایت توسط کارکنان مراقبت سلامت برای افزایش مهارت‌های بیماران و اعتمادبه‌نفس در مدیریت مشکلات سلامتی شان است. خود‌مدیریتی در رده متنوعی از بیماری‌های مزمن شامل آسم، دیابت، جراحات، سکته قلبی و افسردگی به کار گرفته شده است.

مدل‌های ارتقای سلامت در دسته خود‌مدیریتی‌ها قرار گرفته‌اند زیرا بر مرکزیت بیمار در شبکه تصمیم‌گیری سلامت تمرکز دارند و مدل‌های پویای مستقلی می‌باشند زیرا بر روی بیمار به‌عنوان مصرف‌کننده و هماهنگ‌کننده خدمات خود تأکید دارند.

مزیت اولیه راهکار خود مدیریتی میزان قدرتمند ساختن بیماران برای مانیتور کردن و مراقبت سلامت خودشان است. همچنین مهارت‌ها و اطلاعات جدید را به بیماران ابلاغ می‌کند که نه تنها آن‌ها را مطمئن‌تر سازد بلکه میزان مؤثرتری برای سلامت خودشان شوند. مکانیسم‌های ارتباطی رسمی برای موفقیت این مدل ضروری می‌باشند. راهکار خود مدیریتی کاملاً قابل قیاس با فلسفه توانبخشی "حداکثر کردن استقلال" است.

اصلی‌ترین عیب این راهکار این است که برای افرادی که ترجیح می‌دهند تا به فراهم‌کنندگان خدمات تخصصی اعتماد کنند یعنی بیمارانی که تمایل یا توانایی پذیرفتن مسئولیت سلامت خود را ندارند، قابل قبول نیست و ترجیح می‌دهند که مدلی را انتخاب کنند که در آن ارائه‌کنندگان خدمت مسئولیت را عهده‌دار می‌شوند. منابع موردنیاز برای اجرای مدل خودمدیریتی در یک سازمان مراقبت اولیه سلامت شامل درمانگران، کارکنان دفتری، فضای دفتری، فضای جلسات، موارد آموزشی و استراتژی‌های پیگیری است.

#### ۴-۱-۴-۶- توانبخشی مبتنی بر جامعه

توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) در سال ۱۹۷۸ پس از بیانیه آلماتا توسط سازمان جهانی بهداشت آغاز شد. CBR به‌عنوان یک استراتژی، برای بهبود دسترسی به خدمات توانبخشی برای افراد معلول در خانواده‌های کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط با استفاده بهینه از منابع محلی مطرح شد. در طول ۳۰ سال گذشته، مفهوم CBR با همکاری برخی نهادهای سازمان ملل و سازمان‌های غیردولتی معلولین به‌عنوان یک استراتژی چندبخشی برای رفع نیازهای گسترده افراد معلول، تضمین مشارکت و الحاق آن‌ها در جامعه و بالا بردن کیفیت زندگی‌شان دچار تحول و تکامل بسیار شده است.

استفاده از تجهیزات ساده، قابل ساخت و موجود در جامعه، مشارکت اعضای خانواده و جامعه از طریق آموزش مهارت‌های ساده ارائه خدمات در محیط طبیعی زندگی است. CBR بر اساس نقش فعال افراد دارای ناتوانی، خانواده آن‌ها و جامعه شکل گرفته است. آموزش‌های لازم برای دانش و مهارت لازم به خود افراد ناتوان و خانواده‌های آن‌ها و اعضای جامعه ارجاع می‌شود (۲۱). در سه

دهه اخیر، به دلیل تقاضا جهت افزایش ارائه خدمات به معلولین، تغییر نگرش جهانی از ارائه خدمات موسسه‌ای به سمت خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) بوده است (۴).

#### ۴-۱-۲-۵-مدیریت موردی:

مدل دیگری برای فراهم کردن مراقبت سلامت اولیه و توانبخشی است. بر اساس این مدل، یک مدیر موردی بر اساس همکاری فراگیر و ارجاعی، خدمات لازم را هماهنگ و سازمان‌دهی می‌کند که عبارت‌اند از:

#### ۱- پزشکی خانواده

#### ۲- خدمات توانبخشی (چه در منزل بیمار و چه در سایر مکان‌های اجتماعی)

مدیران موردی اغلب متخصصانی هستند که در حیطه فعالیت عمومی خود کار نمی‌کنند بلکه به‌عنوان هماهنگ‌کننده، ترتیب‌دهنده و میانجی‌گر عمل می‌کنند. هماهنگی سازمان‌ها و ارائه‌دهندگان چندگانه خدمات مزیت مدیریت موردی است. استفاده کارا از مدیریت موردی، تعداد ویزیت‌های پزشکان مراقبت اولیه را می‌کاهد و در عوض بیمار را با یک ارائه‌دهنده خدمت به‌مراتب مناسب‌تر ارتباط می‌دهد که قادر است بسیاری از نیازهای عملکردی و اجتماعی بیماران با شرایط پیچیده را فراهم سازد. از دیدگاه بیمار نیز این یک روش مؤثر است؛ زیرا تمامی خدمات در یک پرتال قرار گرفته‌اند و تضمین می‌شود که اطلاعات به‌طور مؤثر در بین افرادی که به آن نیاز دارند منتقل می‌شود.

عیب مدل مدیریت موردی زمانی آشکار می‌شود که متخصصان مختلفی که در این موضوع مشارکت دارند از نقش مدیریت موردی آگاهی نداشته باشند و با اطلاعات مرتبط به‌صورت صحیح و طبق زمان، هماهنگ نباشند. منابع موردنیاز برای اجرای مدل مدیریت موردی در یک مرکز ارائه خدمات اولیه شامل درمانگرها، کارکنان اداری، فناوری اطلاعات، فضای اداری، فضای جلسات، منابع اجتماعی و مشارکتی و حمل‌ونقل است.

هم خود مدیریتی و هم مدیریت موردی اجزای یک روش عمومی تر مدیریت مراقبت‌های اولیه بیماری‌های مزمن می‌باشند که اغلب به‌عنوان مدل مراقبت مزمن Wagner شناخته می‌شود.

#### ۴-۱-۲-۶- مراقبت تسهیم یافته:

مدل نهایی برای ادغام توانبخشی با مراقبت اولیه، مدل مراقبت تسهیم یافته است. منشأ آن سلامت فکری است که یک روان‌پزشک به همراه یک پزشک خانواده بر اساس موردی یا دامنه فعالیت مشارکت می‌کنند. این مدل برای بیماری‌های مزمن مثل دیابت و بیماری‌های مزمن ریوی نیز بکار گرفته شده است. مراقبت تسهیم یافته اصولاً اشاره دارد به دو فراهم‌کننده با پیشینه حرفه‌ای همسان؛ یکی متخصص و دیگری عمومی. درحالی‌که پزشک خانواده نقش اصلی هماهنگ‌کننده مراقبت، فراهم کردن استمرار و ایجاد چشم‌انداز ارتقای سلامت را به عهده دارد، متخصص (در اینجا روان‌پزشک) تمرینات مختص شرایط را فراهم می‌آورد. یک شیوه به‌کارگیری این مدل با استفاده از فناوری برای ویدئو کنفرانس‌ها است، به‌ویژه زمانی که فاصله مکانی پزشکان خانواده از متخصص زیاد باشد.

مهم‌ترین مزیت این مدل اطمینان خاطری است که در مورد ارتباط و هماهنگی بین پزشک خانواده و متخصص برای بیمار ایجاد می‌شود. کلینیکی‌ها نه تنها در اطلاعات اکتسابی مراقبت در مورد یک بیماری خاص مشترک می‌شوند بلکه تجربیات و اطلاعاتی نیز کسب می‌کنند که می‌تواند به بیماران آتی دچار مشکلات مشابه انتقال یابد. علاوه بر این مدل مراقبت تسهیم یافته شبکه ارتباطی پزشکان در یک جامعه را بهبود می‌بخشد و منجر به کاهش احساس انزوای پزشک خانواده می‌شود. هرچند که همانند تمامی مدل‌های فعالیت مشارکتی، نیاز به مشارکت بیشتر زمان و منابع نسبت به میزان موردنیاز برای سایر روش‌های مستقل دارد.

عیب اصلی این مدل این است که هیچ‌گونه مدل مقایسه‌ای مشارکت تخصصی و عمومی بین درمانگرها در مشخصات مراقبت شخص ثالث و مراقبت اولیه یافت نمی‌شود. منابع موردنیاز برای مراقبت تسهیم یافته شامل متخصصانی است که تمایل به مشارکت دارند، مکانیسم‌های اجتماعی



سازگار با نوع فعالیت هر دو پزشک، فضای مورد نیاز برای کلینیک‌های رابط در صورت قابل اجرا بودن و فضای اداری برای ملاقات متخصصان.

#### ۴-۱-۳- مدل‌های ارزیابی توانبخشی

برای بهبود ارائه خدمات توانبخشی به الگوهای برای ارزیابی آنها احتیاج است که در زیر به دو مورد از مهمترین آنها اشاره شده است.

##### ۴-۱-۳-۱- مدل اعتباربخشی

یکی از اصول زیربنایی برای عملیاتی شدن استانداردهای اعتباربخشی، وجود سیستمی جهت مدیریت و ارزیابی برنامه‌های توانبخشی که بر نتایج متمرکز باشد. سیستم مدیریت و ارزیابی برنامه به سیستمی اطلاق می‌شود که بر اساس داده‌های گردآوری و ثبت شده به‌طور منظم به پایش نتایج و اهداف مورد انتظار تیم توانبخشی پردازد.

سیستم‌های ارزیابی برنامه‌های توانبخشی که از زیرساخت‌های مدیریت اطلاعات در برنامه‌های توانبخشی محسوب می‌شوند عمدتاً بر نتایج تمرکز دارند. اعتباربخشی یکی از شیوه‌های ارزیابی مؤسسات مراقبتی است که به‌صورت داوطلبانه میزان تطابق عملکرد سازمان را با مجموعه استانداردهای از پیش تعیین شده، موردسنجش قرار می‌دهد. به‌طور کلی استانداردهای اعتباربخشی که معمولاً از طریق توافق نظر متخصصان مراقبت بهداشتی تعیین می‌گردند در سطوح اولیه‌ی مراقبت فرایندهای اساسی مراقبت، تضمین کیفیت و مدیریت اطلاعات را در برمی‌گیرند.

اولین و گسترده‌ترین برنامه‌ی اعتباربخشی خدمات توانبخشی توسط کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی ایجاد گردید و به‌مرور زمان به‌عنوان یک سیستم اعتباربخشی بین‌المللی شناخته شد. مراکز بسیاری در ایالات متحده آمریکا، کانادا، سوئد، فنلاند، ایرلند، دانمارک، اسکاتلند، ایتالیا، فرانسه و حتی استرالیا به‌صورت داوطلبانه از سوی این سازمان اعتباربخشی می‌شوند.

محورهای عمومی ارزیابی فرایند ارائه خدمات توانبخشی شامل منابع انسانی، ارتقای عملکرد و مدیریت اطلاعات، حقوق افراد تحت پوشش، بهداشت و ایمنی، الزامات قانونی، برنامه‌ریزی و مدیریت مالی، مدیریت خطر، پرونده‌های توان‌یابان و بازبینی کیفی پرونده‌ها است. استانداردهای عمومی در دو مجموعه تحت عناوین استانداردهای Business Practice و

استانداردهای General Program محورهای فوق را پوشش می‌دهند. استانداردهای مذکور جهت سنجش مداوم اثربخشی، کارایی، در دسترس بودن خدمات و بازخورد در مراکز، ایجاد شده‌اند.

#### ۴-۱-۳-۲ مدل CARF برای مدیریت و ارزیابی برنامه توانبخشی

یکی از اصول زیربنایی برای عملیاتی شدن استانداردهای اعتباربخشی وجود سیستمی جهت مدیریت و ارزیابی برنامه توانبخشی در مراکز است که بر نتایج متمرکز باشد. سیستم مدیریت و ارزیابی برنامه به سیستمی اطلاق می‌شود که بر اساس داده‌های گردآوری و ثبت شده به‌طور منظم به پایش نتایج و اهداف مورد انتظار گروه توانبخشی بپردازد.

این سیستم‌ها که از زیرساخت‌های مدیریت اطلاعات در برنامه‌های توانبخشی محسوب می‌شوند عمدتاً بر نتایج تمرکز دارند.

CARF با ارائه مدل استاندارد برای ایجاد سیستم مدیریت و ارزیابی برنامه توانبخشی چارچوبی را جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز تعیین نمود. همان‌طور که در جدول 1 نشان داده شده است، این چارچوب حداقل داده‌های لازم را بر اساس اجزای اصلی برنامه توانبخشی که شامل درون‌داد، فرایند و برون‌داد است مشخص می‌کند (۱۸).

جدول ۱: الزامات اطلاعاتی تعیین شده بر اساس اجزای برنامه توانبخشی در مدل استاندارد ارزیابی برنامه توانبخشی CARF (۱۹۷۰)

بخش	درون داد	فرایند	برون داد
داده های لازم	۱. داده های دموگرافیک	۱. نوع خدمات توانبخشی	۱. وضعیت عملکردی
	۲. تاریخچه بهداشتی	۲. تعداد جلسات درمانی	۲. عوارض و مشکلات
	۳. تشخیص اصلی ناتوانی	۳. نتایج تست ها	۳. خدمات ارائه شده پس از ترخیص
	۴. آسیب اتیولوژیک	۴. اهداف	۴. حمایت های مالی برای ناتوانی
	۵. زمان وقوع آسیب	۵. مداخلات و اقدامات	۷. عوارض و مشکلات
	۶. عملکرد مرکز مراقبه‌ای	۶. سیر پیشرفت	۸ شاخص هایی مثل مدت اقامت (در توانبخشی بستری)
	حاد(بیمارستان)	۷. عوارض و مشکلات	
	۷. وضعیت عملکردی	۸ شاخص هایی مثل مدت اقامت (در توانبخشی بستری)	

#### ۴-۲- معیارهای ارزیابی خدمات توانبخشی

اصلی ترین مؤلفه‌های اثربخشی توانبخشی شامل موارد زیر است:

- ۱- ارتباط (مرتبط بودن): آیا برنامه پاسخگویی نیازهای افراد معلول، خانواده‌های آنها و جامعه بوده است؟
- ۲- بهره‌وری: آیا منابع (انسانی، مالی، مادی) در بهترین راه خود استفاده شده است؟
- ۳- اثربخشی: آیا برنامه به نتایج خود از نظر کیفیت، کمیت و زمان رسیده است؟
- ۴- پیامد: آیا هدف اصلی حاصل شده است؟ برنامه از چه راهی زندگی معلولان و خانواده‌های آنها را تغییر داده است؟ برنامه چه اثری بر جامعه از نظر نگرش و رفتار با معلولین داشته است؟
- ۵- آیا برنامه زمانی که حمایت‌های خارجی قطع و یا محدود شود، قابلیت ادامه دادن را دارد؟ (۱۹)

به دنبال ایجاد مدل‌های مختلف سیستم‌های ارزیابی و مدیریت نتایج با نیازمندی‌های متفاوت در مجموعه استانداردهای ۲۰۰۱ الزامات اطلاعاتی این گونه سیستم‌ها در قالب چک‌لیستی با عنوان "چک‌لیست گردآوری داده برای سیستم‌های مدیریت نتایج و اطلاعات"، مشخص گردید. در چک‌لیست مذکور داده‌های لازم جهت گردآوری بر اساس مراحل مختلف برنامه توانبخشی مطابق جدول ۲ تعریف شده است (۲۰).

جدول ۲: چک‌لیست استاندارد جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز سیستم‌های مدیریت نتایج و استاندارد (استاندارد ۲۰۰۱ CARF)

عنوان مرحله	داده‌های لازم در ارتباط با
پذیرش (IOM.3)	۱. دموگرافیک
	۲. منابع بازپرداختی
	۳. تشخیص مشکل
	۴. محدودیت‌های عملکردی
زمان تحقق نتایج مورد انتظار (IOM.4)	۱. نتایج مورد انتظار
	۲. وضعیت آسیب‌های کنونی فرد

۳. وضعیت کنونی فعالیت فرد ۴. وضعیت کنونی مشارکت فرد ۵. ویژگی‌های کنونی محیط پیرامون فرد ۶. انواع خدمات مورد نیاز ۷. شدت نیاز به خدمات مورد نیاز ۸. منابع مالی موجود	
۱. وضعیت کنونی آسیب ۲. وضعیت کنونی فعالیت فرد ۳. وضعیت کنونی مشارکت فرد ۴. ویژگی‌های کنونی محیط پیرامون فرد ۵. انواع خدمات ارائه شده ۶. شدت و میزان خدمات ارائه شده ۷. منابع مالی مصرف شده ۸. توانایی کاری فرد ۹. توانایی بازگشت به شغل پیشین	<b>ترخیص و آموزش فرد (IOM.5)</b>
۱. وضعیت کنونی آسیب ۲. وضعیت کنونی فعالیت فرد ۳. وضعیت کنونی مشارکت فرد ۴. میزان ماندگاری نتایج ۵. ویژگی‌های کنونی محیط فرد ۶. رضایت فرد از خدمات	<b>پس از ترخیص و آموزش (IOM.6)</b>

آنچه مسلم است در فرایند ارزیابی و اعتبارسنجی خدمات توانبخشی، سازمان‌ها ملزم به ایجاد رویه‌هایی می‌باشند که به پایش کیفیت، مناسبت و بهره‌وری خدمات ارائه شده بپردازد. این امر در اصل مستلزم انجام بازبینی‌های سامانمند پرونده‌های افراد تحت پوشش خدمات در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت خواهد بود (۱۸).

#### ۳-۴- استراتژی‌ها و رویکردهای مداخله‌ای اصلی در ارائه خدمات توانبخشی

در این قسمت مهمترین استراتژی‌ها و رویکردهای ارائه خدمات توانبخشی که قبلاً مرسوم بوده و یا اخیراً توسط سازمان بهداشت جهانی مورد تاکید قرار گرفته، آمده است.

#### ۴-۳-۱- توانبخشی مبتنی بر مراکز

مؤسسات روزانه یا شبانه‌روزی توانبخشی و بیمارستان‌ها مسئولیت فراهم آوردن خدمات موردنیاز افراد دارای ناتوانی بوده و خدمات متمرکز بر فرد ناتوان بوده و خانواده و جامعه و دیگر افراد جامعه نقش بسیار کمی را دارند. مراکز عمدتاً با کمبود نیروی انسانی متبحر مواجه هستند. این مراکز بخش مهمی از سیستم ارجاع برای تدارک ارزیابی‌های خاص، مداخلات جراحی، و دیگر مهارت‌های درمانی و تجهیزات تخصصی هستند (۲۱). عرصه‌های فعالیت مراکز توانبخشی شامل: کلینیک ارتوپدی فنی، کلینیک فیزیوتراپی (کلینیک ایزوکینیتیک، کلینیک هیدروتراپی، کلینیک مکانیک)، کلینیک شنوایی‌شناسی، کلینیک کاردرمانی، کلینیک گفتاردرمانی و کلینیک کم بینایی می‌باشد (۶).

مهمترین نقاط ضعف این رویکرد بدین قرار است:

- تمرکز اساسی بر روی فرد، با کمترین اثر روی خانواده و اجتماع
- متمرکز در مراکز شهری بزرگ، خدمت‌رسانی به تعداد محدود
- هزینه‌ی زیاد برای هر فرد
- کمبود نیروهای متخصص

#### ۴-۳-۲- توانبخشی فراموسسه‌ای

در این رویکرد، افراد متخصص توانبخشی به خانه افراد دارای ناتوانی مراجعه می‌نمایند. خدمات متمرکز بر فرد ناتوان و کمی هم خانواده او است و دخالت جامعه بسیار اندک است. آموزش و توانبخشی حرفه‌ای را شامل نمی‌شود و همچنین از نظر هزینه‌ای بسیار گران است. این خدمات توسعه‌ای می‌توانند یک بخش معتبر از سیستم ارجاع باشند.

مهمترین نقاط ضعف توانبخشی فراموسسه‌ای در زیر آمده است:

- تمرکز اساسی بر روی فرد و خانواده، با کمترین اثر روی اجتماع

- بهای گزاف برای هر فرد
- توسعه در محیط‌های مشخص به دلایل امکان‌ناهی
- وجود کارکنانی که آموزش کافی ندیده‌اند

#### ۳-۳-۴- توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR<sup>۳</sup>)

استفاده از تجهیزات ساده، قابل ساخت و موجود در جامعه، مشارکت اعضای خانواده و جامعه از طریق آموزش مهارت‌های ساده ارائه خدمات در محیط طبیعی زندگی است. CBR بر اساس نقش فعال افراد دارای ناتوانی، خانواده آن‌ها و جامعه شکل گرفته است. آموزش‌های لازم برای دانش و مهارت لازم به خود افراد ناتوان و خانواده‌های آن‌ها و اعضای جامعه ارجاع می‌شود (۲۱). در سه دهه اخیر، به دلیل تقاضا جهت افزایش ارائه خدمات به معلولین، تغییر نگرش جهانی از ارائه خدمات موسسه‌ای به سمت خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) بوده است (۴).

مهم‌ترین نقاط ضعف توانبخشی مبتنی بر جامعه بدین شرح است:

- تمرکز اساسی بر روی فرد، خانواده و اجتماع
- بهای اندک در مقایسه با موارد قبلی
- تدارک کمک برای افراد ناتوان شهری و روستایی
- رویکرد چندبخشی: خدمات بهداشت و درمانی، آموزشی، اجتماعی و حرفه‌ای

توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) چیست؟

توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) در سال ۱۹۷۸ پس از بیانیه آلماتا توسط سازمان جهانی بهداشت آغاز شد. CBR به‌عنوان یک استراتژی، برای بهبود دسترسی به خدمات توانبخشی برای افراد معلول در خانواده‌های کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط با استفاده بهینه از منابع محلی مطرح شد. در طول ۳۰ سال گذشته، مفهوم CBR با همکاری برخی نهادهای سازمان ملل و سازمان‌های غیردولتی معلولین به‌عنوان یک استراتژی چندبخشی برای رفع نیازهای گسترده افراد

<sup>3</sup> - Community Based Rehabilitation

معلول، تضمین مشارکت و الحاق آن‌ها در جامعه و بالا بردن کیفیت زندگی‌شان دچار تحول و تکامل بسیار شده است.

شروع توانبخشی مبتنی بر جامعه با روش ارائه خدمات از طریق استفاده بهینه از منابع جامعه و مراقبت اولیه بهداشتی و به‌منظور فراهم آوردن خدمات توانبخشی و مراقبت‌های اولیه بهداشتی در دسترس افراد معلول، به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد بود.

در سال ۱۹۹۴ اولین منشور مشترک CBR توسط ILO ، UNESCO و WHO منتشر و در سال ۲۰۰۴ بازنگری شد. منشور به‌روز شده نشان‌دهنده تکامل رویکرد CBR از روش ارائه خدمات به رویکرد توسعه جامعه بود. تعریف جدید CBR عبارت بود از "یک استراتژی در درون برنامه توسعه جامعه برای توانبخشی، کاهش فقر، برابری فرصت‌ها و تلفیق اجتماعی همه افراد معلول". ارتقای اجرایی برنامه‌ی CBR از طریق تلاش‌های مشترک خود افراد معلول و خانواده‌های آنان، سازمان‌ها و جوامع و سایر خدمات دولتی و غیردولتی در زمینه‌ی سلامت، آموزش، اشتغال و امور اجتماعی انجام می‌شود.

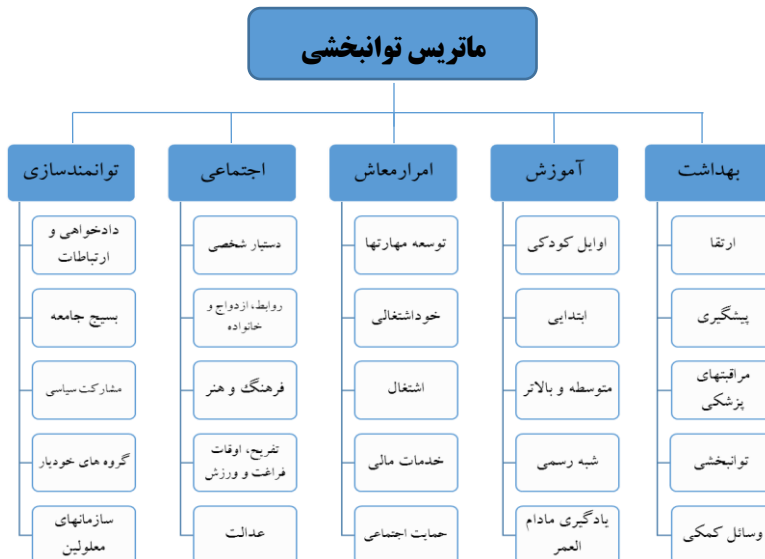
منشور CBR اذعان می‌داشت که افراد معلول باید همانند دیگر افراد جامعه به تمام خدمات همچون خدمات سلامت جامعه، سلامت کودکان، رفاه اجتماعی و برنامه‌های آموزشی، دسترسی داشته باشند. این منشور همچنین بر حقوق بشر تأکید داشته و خواستار اقدام علیه فقر و حمایت دولت و سیاست‌های ملی توسعه است.

### ماتریس توانبخشی مبتنی بر جامعه:

با توجه به تحول تدریجی CBR به‌سوی یک استراتژی چندبخشی، ماتریس یا به عبارتی چارچوبی در سال ۲۰۰۴ به‌منظور ارائه یک قالب مشترک برای برنامه‌های CBR تهیه گردید. این ماتریس شامل پنج مؤلفه کلیدی است که عبارت‌اند از: سلامت، آموزش، معاش، اجتماعی و توانمندسازی. در هر یک از این مؤلفه‌ها پنج جزء وجود دارد. چهار مؤلفه اول مربوط به بخش‌های توسعه کلیدی است، که بیانگر تمرکز رویکرد چندبخشی در CBR است. آخرین مؤلفه مربوط به توانمندسازی فرد معلول، خانواده آنان، و جامعه است که مبنایی برای حصول

اطمینان از دسترسی افراد معلول به تمام بخش‌های توسعه و بهبود کیفیت زندگی و لذت بردن از حقوق بشر است.

انتظار نمی‌رود که برنامه‌های CBR همه مؤلفه‌ها و اجزاء ماتریس CBR را اجرا کنند. بلکه ماتریس CBR طراحی شده تا به برنامه‌های CBR اجازه دهد بهترین گزینه‌ها را بر اساس نیازهای محلی، اولویت‌ها و منابع انتخاب کنند. علاوه بر این، برنامه‌های CBR نیاز به توسعه همکاری و اتحاد با سایر بخش‌هایی را دارند که در برنامه‌های CBR پوشش داده نمی‌شود تا اطمینان حاصل گردد که افراد معلول و اعضای خانواده‌های آنان قادر به دسترسی به مزایای این بخش‌ها هستند (۹). اصول CBR در واقع مبتنی بر اصول کنوانسیون حقوق افراد معلول است و علاوه بر آن، دو اصل دیگر نیز پیشنهاد شده که عبارت‌اند از: توانمندسازی و دادخواهی از خود و پایداری برنامه CBR. این اصول باید برای هدایت همه جنبه‌های کار CBR مورد استفاده قرار گیرد. هدف نهایی در این ماتریس توسعه فراگیر مبتنی بر جامعه است، به نحوی که تمام افراد جامعه در روند توسعه نقش داشته باشند و مشارکت افراد معلول در توسعه جامعه جزئی از حقوق آنان محسوب گردد (۹). مؤلفه‌های ماتریس توانبخشی مبتنی بر جامعه در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲: ماتریس توانبخشی مبتنی بر جامعه



#### ۴-۴- شاخص‌های توانبخشی

سازمان جهانی بهداشت در گزارش "سلامتی بیشتر برای معلولان" عنوان کرده است که سلامت بیشتر برای معلولان نیاز به توسعه بیشتر شاخص‌های موفقیت دارد که می‌توان با آن پیشرفت را اندازه‌گیری و کنترل کرد. توسعه روش‌های به‌مراتب کم‌هزینه‌تر و صحیح‌تر برای اندازه‌گیری پیشرفت، چالش‌های عملی و مفهومی را ایجاد می‌کند؛ به‌ویژه اگر ذینفعان به دنبال شاخص‌هایی باشند که منعکس‌کننده سیستم‌های اجتماعی و سلامت قوی‌تر باشند و در واقع پاسخگوی معلولان هستند و اطلاعاتی از پیامدها و نتایج را ارائه می‌کنند. اطلاعات در مورد معلولیت مرتبط با سلامت، توانبخشی و خدمات اجتماعی از روش‌های مرسوم جمع‌آوری داده به دست نمی‌آید و بنابراین نیاز به سرمایه‌گذاری ویژه در توسعه یا به‌کارگیری ابزارهای اندازه‌گیری دارد. در این پیش‌نویس شاخص‌هایی ارائه شده که سه هدف زیر را دنبال می‌کند:

هدف اول: رفع موانع و توسعه دسترسی به برنامه‌ها و خدمات مراقبت سلامت.

هدف دوم: تقویت و گسترش خدمات بازتوانی و توانبخشی، شامل توانبخشی مبتنی بر جامعه و فناوری‌های کمکی

هدف سوم: حمایت از جمع‌آوری داده‌های مقایسه‌ای مناسب و بین‌المللی ناتوانی و بهبود تحقیقات چند رشته‌ای برای ناتوانی

یک نقطه قوت مهم طرح این است که سرمایه‌گذاری بر روی هدف سوم را افزایش داده و مروری بر برنامه ذینفعان می‌تواند منجر به توسعه ابزارهای اندازه‌گیری مربوطه شده و اطلاعات مرتبط با خدمت مرتبط با هدف یک و دو را فراهم خواهد کرد (۲۲). شاخص‌های موفقیت برای ارزیابی اجرای برنامه‌های توانبخشی که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شده، در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: شاخص‌های موفقیت برای اندازه‌گیری برنامه عملیاتی WHO: ۲۰۱۴-۲۰۲۱

شاخص اصلی	شاخص‌های پیشنهادی
<b>هدف اول: رفع موانع و توسعه دسترسی به برنامه‌ها و خدمات مراقبت سلامت.</b>	
درصد کشورهایی که سیاست سلامت خود را در راستای CRPD به‌روز می‌کنند.	<p>۱- درصد کشورهایی که سیاست‌های سلامت ملی دارند که در آن‌ها مشخص و یا به‌صراحت ذکر شده که معلولین حق برخورداری از بالاترین استانداردهای بهداشتی قابل دسترس را دارند.</p> <p>۲- کشورهایی که سیاست‌های سلامتی در راستای CRPD دارند.</p>
درصد کشورهایی که سلامت را به‌صورت همگانی پوشش می‌دهند و شامل افراد ناتوان هم می‌شود.	<p>۱- نسبت افراد معلول که تحت پوشش بیمه سلامت هستند.</p> <p>۲- نسبت افراد معلول که به خدمات بهداشتی موردنیازشان دسترسی دارند.</p> <p>۳- نسبت بیماران دارای معلولیت که متحمل هزینه‌های پرداخت از جیب برای به دست آوردن خدمات می‌شوند.</p> <p>۴- نسبت افرادی که اظهار دارند در ویزیت اخیر خود، ارائه‌دهنده خدمت نسبت به انتظارات آن‌ها پاسخگو بوده است.</p> <p>۵- دسترسی و آمادگی امکانات بهداشتی برای افراد معلول</p> <p>۶- درصد خانوارهای دارای عضو معلول که به دلیل پرداخت‌های از جیب، بر طبق پنجگهای هزینه سالانه، فقیر هستند.</p>
<b>هدف دوم: تقویت و گسترش خدمات بازتوانی و توانبخشی، شامل توانبخشی مبتنی بر جامعه و فناوری‌های کمکی</b>	
درصد کشورهایی که دارای قوانین و سیاست‌های پیشرفته و به‌روز و مقرراتی برای بازتوانی و خدمات اجتماعی در راستای CRPD هستند.	<p>۱- درصد کشورهایی که سیاست‌های CBR و خدمات اجتماعی در راستای CRPD دارند.</p> <p>۲- آمادگی خدمات توانبخشی برای تسهیلات سلامت</p> <p>۳- تعداد و توزیع تسهیلات توانبخشی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت</p> <p>۴- تعداد کارکنان توانبخشی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت</p> <p>۵- تعداد فارغ‌التحصیلان مؤسسات آموزشی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت به تفکیک رشته و مقطع تحصیلی</p> <p>۶- نسبت تسهیلات بهداشتی که خدمات بازتوانی ارائه می‌کنند</p>

<p>۷- نسبت افرادی که تحت پوشش CBR هستند</p> <p>۸- نسبت افراد ناتوانی که تکنولوژیهای کمکی موردنیازشان را دریافت کرده‌اند (مثل عینک، عصا، سمعک و ...)</p>	
<p><b>هدف سوم: حمایت از جمع‌آوری داده‌های مقایسه‌ای مناسب و بین‌المللی ناتوانی و بهبود تحقیقات چند رشته‌ای برای ناتوانی</b></p>	
<p>۱- درصد کشورهایی که اطلاعات جامعی در مورد ناتوانی جمع‌آوری کرده‌اند</p>	<p>درصد کشورهایی که ظرفیت پایش روتین موقعیت افراد معلول را دارند</p>
	<p>درصد کشورهایی که شامل ناتوانی با اولویت‌های سازمان‌های بودجه‌ای ملی تحقیقات هستند</p>

#### ۴-۴-۴- نظام توانبخشی در کشورها

در این قسمت شیوه‌های ارزیابی نظام توانبخشی در کشورهای استرالیا و انگلستان ذکر گردیده است.

#### ۴-۴-۱- استرالیا

در نظام توانبخشی استرالیا دو مجموعه استاندارد به‌صورت مجزا از سوی دو مرجع متفاوت به‌منظور ارزیابی خدمات توانبخشی استرالیا تعیین شده است.

۱) استانداردهای عملی برای ارائه‌دهندگان خدمات توانبخشی که از سوی دولت استرالیا به‌عنوان بخشی از قانون امنیت، توانبخشی و غرامت استرالیا در سال ۲۰۰۶ مصوب گردید. اگرچه این مجموعه استانداردها، وظایف متخصصان توانبخشی را مشخص نموده لیکن در متن این مجموعه که از دو بخش استانداردهای نتیجه و استانداردهای مربوط به خدمات تشکیل شده است، بر لزوم استفاده از سیستمی جهت نگهداری و

مدیریت پرونده‌های افراد تحت پوشش، مستندسازی صحیح ارزیابی‌ها و تمامی اطلاعات مربوط به فرد تأکید شده است (۲۳).

## ۲) استانداردهای انجمن علمی طب توانبخشی استرالیا ( Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine )

که شامل ۵ مجموعه استاندارد در محورهای مدیریت مراکز توانبخشی، نیروی کار، تسهیلات و امکانات، مدیریت کیفیت و رویه‌ها و خط‌مشی‌ها است. AFRM استانداردهای مرتبط با فرایندهای مدیریت اطلاعات را در محور رویه‌ها و خط‌مشی‌ها به صورت دو گروه مجزای محتوای پرونده و مدیریت پرونده، طبقه‌بندی و معرفی نموده است. در استاندارد محتوای پرونده الزاماتی در خصوص مستندسازی موارد ذیل به صورت کلی تعیین گردیده است:

- مشکلات و نیازهای بیمار
- ارزیابی‌های اولیه و مداوم وضعیت عملکردی بیمار
- اهداف برنامه توانبخشی و طرح برنامه
- گزارش‌های حاصل از جلسات دوره‌ای تیم توانبخشی در رابطه با سیر پیشرفت وضعیت

### بیمار

بعلاوه AFRM بر وجود سیستمی که در تعامل با پایگاه داده ملی نتایج توانبخشی‌ها (Australian Rehabilitation Outcome Center) باشد به عنوان یک استاندارد تأکید دارد. در گروه استانداردهای مدیریت پرونده نیز وجود تدابیر مناسب جهت حفظ امنیت و محرمانگی پرونده‌ها را یکی از موارد مهم در فرایند ارزیابی مراکز توانبخشی محسوب می‌کند.

### ۴-۴-۲ انگلستان

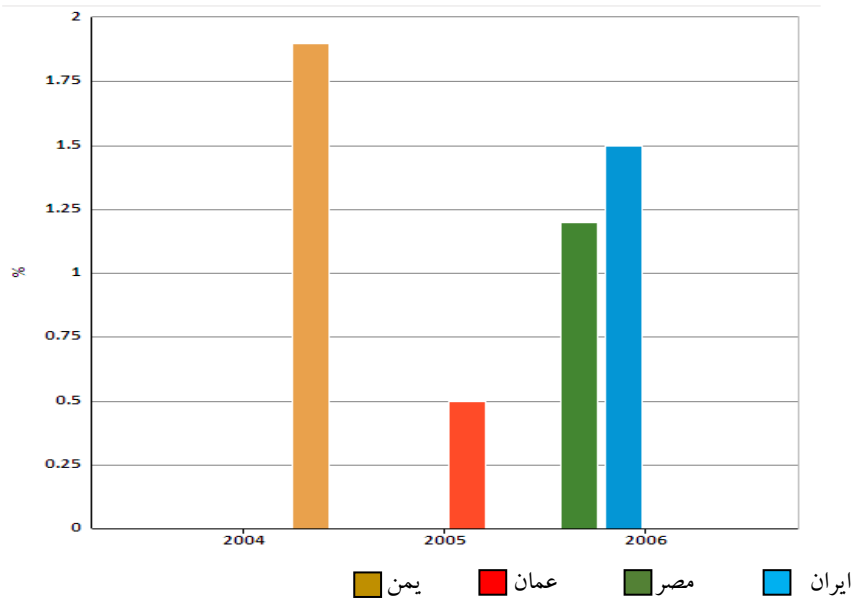
یکی از فعال‌ترین نهادهای داوطلبانه در زمینه ارزیابی خدمات توانبخشی در انگلستان انجمن طب توانبخشی بریتانیا (British society of rehabilitation) medicine است که استانداردهای حرفه‌ای را در ۱۰ محور برای متخصصان توانبخشی تعیین نموده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که اصول مرتبط با فرایندهای مدیریت اطلاعات در مجموعه استانداردهای منتشر شده این انجمن به صورت پراکنده و غیر منسجم مطرح شده است.

در مجموعه استانداردهای BSRM محتوای پرونده فرد باید دربرگیرنده گزارشی از نیازهای توانبخشی، خلاصه‌ای از خدمات ارائه شده در مراکز دیگر، اطلاعات مربوط به منابع حمایتی فرد،

نتایج ارزیابی‌های دوره‌ای در مورد وضعیت عملکردهای حرکتی و فیزیولوژیکی؛ ارتباطی و اجتماعی؛ ادراکی و ذهنی، طرح درمان، گزارش تریخیص و توصیه‌ها باشد.

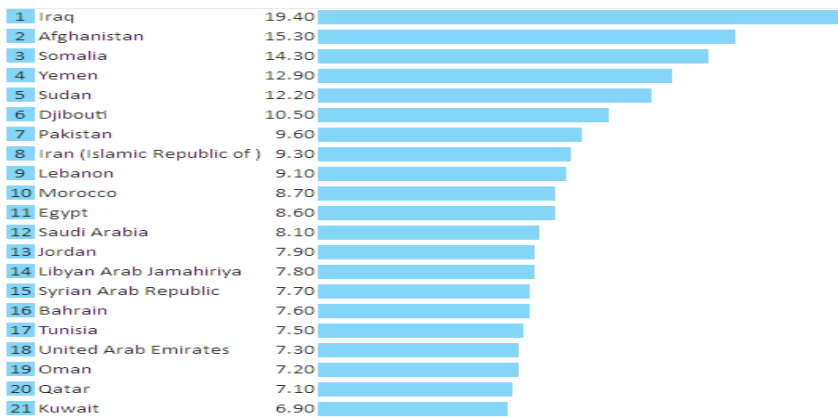
#### ۴-۳-۴- مقایسه برخی شاخص‌ها

در نمودار شماره (۱) شیوع ناتوانی حاصل از سرشماری کشور ایران در مقایسه با برخی کشورهای منطقه EMRO طبق آمار بانک جهانی آورده شده است.



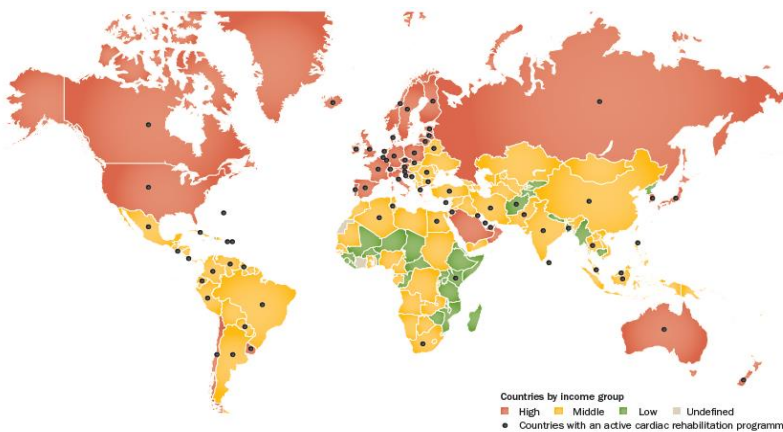
نمودار ۱: شیوع ناتوانی حاصل از سرشماری (۲۴)

طبق آمار بانک جهانی، سال‌های از دست رفته با ناتوانی به ازای هر ۱۰۰ نفر در کشور ایران برابر با ۹٫۳ است که از متوسط این سالها در کشورهای منطقه EMRO کمی پایین تر است (نمودار ۲).



نمودار ۲: سال‌های ازدست‌رفته با ناتوانی به ازای هر ۱۰۰ نفر (۲۴)

شکل شماره (۳) دسترسی جهانی به خدمات توانبخشی را در کشورهای مختلف جهان به صورت توانبخشی سطح بالا، متوسط و کم نشان می‌دهد. در این ارزیابی دسترسی به این خدمات در ایران به صورت متوسط گزارش شده است.



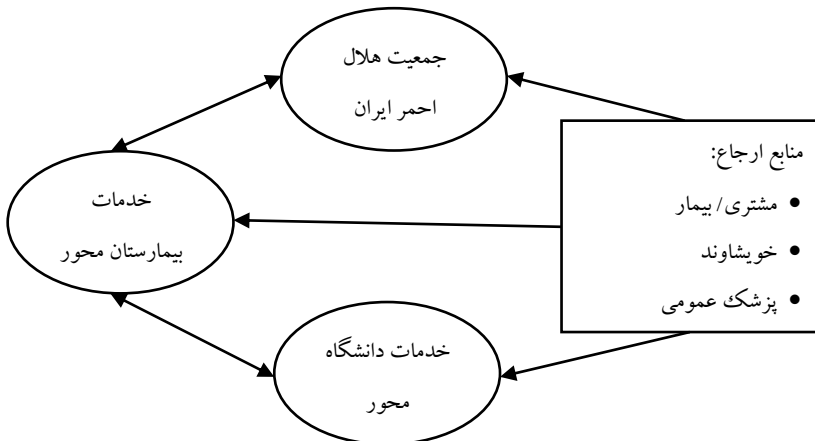
شکل ۳: دسترسی جهانی به توانبخشی قلبی (۲۶)

#### ۴-۵- وضعیت خدمات توانبخشی در ایران

در این قسمت وضعیت تولید خدمات توانبخشی، ذینفعان این خدمات، مهمترین سازمانه ای ارائه دهنده این خدمات، وضعیت ارزیابی و برخی شاخص های اندازه گیری شده در ایران آمده است.

#### ۴-۵-۱- تولید خدمات توانبخشی در ایران

در کشور ایران خدمات توانبخشی توسط ارگان‌های تحت نظارت وزارت بهداشت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی نظیر جمعیت هلال‌احمر، سازمان بهزیستی و بخش‌های غیردولتی ارائه می‌شود. طبق اسناد بالادستی، وزارت بهداشت متولی اصلی ارائه خدمات توانبخشی است؛ اما به‌طور کلی متولی ارائه خدمات توانبخشی نامشخص است که باعث مغفول ماندن توانبخشی در عرصه بهداشت و درمان شده است (۵). خدمات توانبخشی در ایران به‌صورت پراکنده و توسط سه سازمان اصلی (بیمارستان، دانشگاه، هلال‌احمر) ارائه می‌شود (نمودار شماره ۴). تدارک هیچ‌یک از خدمات جامع نیست و به‌طور کلی تکرار در خدمات است که در درازمدت برای مالیات‌دهندگان پرهزینه است. از سوی دیگر، مشتریان تمایل به دریافت خدماتی دارند که در دسترس آن‌ها باشد (۲۷).



نمودار ۳: ارائه‌دهندگان خدمات توانبخشی در ایران و شیوه ارجاع آن (۲۷)

#### ۴-۵-۲- ذینفعان شناسایی شده:

مهمترین ذینفعان خدمات توانبخشی در ایران عبارتند از:

- وزارت بهداشت و درمان
- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
- سازمان بهزیستی کشور
- سازمان آموزش و پرورش استثنائی
- سازمان تأمین اجتماعی
- بنیاد امور شهید و ایثارگران
- کمیته امداد امام خمینی (ره)
- دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی مرتبط

#### ۴-۵-۳- مهم‌ترین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی

امروزه خدمات توانبخشی در ایران توسط سازمان‌های مختلفی ارائه می‌شود که مهم‌ترین آنها در این قسمت توضیح داده شده است:

#### ۴-۵-۳-۱- جمعیت هلال‌احمر

امروزه در سطح بین‌المللی یکی از معیارهای سنجش میزان فعالیت‌های بشردوستانه و غیرسیاسی در هر کشور، وضعیت جمعیت ملی هلال‌احمر و صلیب سرخ و عدم وابستگی و غیرسیاسی بودن آنها است. عنوان سازمان بین‌المللی که با هدف تخفیف آلام انسانی و حفظ و پیشرفت بهداشت عمومی، بر طبق موافقت‌نامه ژنو در سال ۱۸۶۴ میلادی و در نتیجه تلاش ژن هنری دونان سوئیس تشکیل شد، صلیب سرخ است. دولت ایران در سال ۱۳۰۱ جمعیت ملی خود را تأسیس کرد (۶).

هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران یک سازمان مستقل و غیردولتی وابسته به صلیب سرخ و تاکنون بزرگ‌ترین سازمان مشارکت‌کننده در بازتوانی است که مرکز آن در تهران و کلینیک‌های مرتبط با آن در شهرهای اصلی ایران است. این سازمان متخصص در فراهم کردن خدمات ارتوپدی فنی، ارتوزیز، اعضای مصنوعی، فیزیوتراپی (درمان‌های مکانیکی و



الکتروتراپی)، شنوایی‌سنجی و شغل درمانی است. یکی از عملکردهای جالب انجمن صلیب سرخ ارتباط قوی با مراکز مربوطه در کشورهای دیگر است که در ایجاد آن‌ها در اوایل دهه ۱۹۷۰ مشارکت داشته و عملکرد آن‌ها مشابه سازمان مادر در تهران است. این مراکز در دبی، پاکستان، تانزانیا، کنیا، مالی، سیرالئون، غنا، نیجریه، آذربایجان، ارمنستان هستند (۶).

#### ۴-۵-۳-۲ سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی یکی از متولیان خدمات توانبخشی در ایران است که در بند ب ماده ۲ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، یکی از حوزه‌های این نظام، حوزه حمایتی و توانبخشی معرفی شده است و شامل ارائه‌ی خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک‌های مالی به افراد و خانواده‌های نیازمندی می‌باشد. این خانواده‌ها به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان کفایت حداقل زندگی آنان را نمی‌نماید. در ماده ۴ از جمله اهداف این حوزه آمده است:

- تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و تحت پوشش قرار دادن آن‌ها در سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی.
- فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین برای ادامه زندگی و تلاش برای تأمین استقلال و خودکفائی معلولان، افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی و آسیب‌دیدگان اجتماعی.
- آماده‌سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی‌ها و توانایی‌های معلولان (۲۸).

#### ۴-۵-۳-۳ سازمان بهزیستی

سازمان بهزیستی به‌عنوان یکی دیگر از متولیان اصلی ارائه خدمات توانبخشی در ایران است. فعالیت‌های اصلی این سازمان در سه واحد دسته‌بندی می‌گردد:

- ۱- دفتر امور توانبخشی و مراقبتی

- ایجاد و توسعه مراکز توانبخشی غیردولتی
- تأمین نیازهای مراقبتی، بهداشتی و درمانی بیماران روانی مزمن
- تأمین نیازهای مراقبتی، بهداشتی و درمانی معلولان ذهنی
- تأمین نیازهای مراقبتی بهداشتی و درمانی کلیه گروه‌های هدف:
- تأمین حداقل‌های معیشتی معلولان، سالمندان و بیماران روانی مزمن از طریق افزایش تعداد افراد دریافت‌کننده‌ی کمک‌هزینه‌ی خدمات توانبخشی حمایتی (مستمری) و افزایش مستمری متناسب با سطح نیازهای گروه هدف و نرخ تورم
- تأمین نیازهای مراقبتی، بهداشتی و درمانی سالمندان
- تأمین نیازهای مراقبتی، بهداشتی و درمانی معلولان جسمی حرکتی و حسی

## ۲- دفتر امور مراکز روزانه و توان‌پزشکی

دفتر امور توانبخشی روزانه و توان‌پزشکی مسئولیت امور توانبخشی گروه‌های مختلف معلولان، سالمندان و بیماران روانی مزمن را در بخش‌های ارائه خدمات آموزشی و توانبخشی در قالب مراکز روزانه، خدمات توانبخشی پزشکی وسایل کمک‌توانبخشی، و خدمات توانبخشی حرفه‌ای و آماده‌سازی شغلی در سراسر کشور به عهده دارد که در قالب سه گروه تخصصی زیر تدوین می‌گردند:

### الف - گروه توانبخشی مبتنی بر مراکز

یکی از مدل‌های رایج در سرتاسر دنیا مدل ارائه خدمات توانبخشی مبتنی بر مؤسسات و مراکز تخصصی است. در این سیستم فرد به مرکز مراجعه و توسط کارکنان متخصص خدمات آموزشی و توانبخشی را دریافت می‌کند. در این مراکز که غالباً تجهیزات کامل درمانی وجود دارد، خدمات باکیفیت بالا ارائه شده و از طریق ارزیابی، هدف‌گذاری فردی و طراحی برنامه‌ی درمانی و آموزشی، متخصصین بر فرد معلول و مشکلات وی تمرکز می‌نمایند.

- مرکز توانبخشی و آموزشی روزانه سالمندان

- مرکز روزانه آموزش و توانبخشی حرفه‌ای معلولان ذهنی بالای ۱۴ سال
- مرکز روزانه آموزشی و توانبخشی معلولان ذهنی زیر ۱۴ سال
- مرکز روزانه درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن
- مرکز درمان و توانبخشی مبتلایان به اختلالات نافذ رشد
- کارگاه‌های حمایت‌شده
- مرکز روزانه آموزش و توانبخشی خانواده و کودک نابینا و کم‌بینای زیر ۶ سال
- مرکز روزانه آموزشی و توانبخشی خانواده و کودک کم‌شنوا و ناشنوای زیر ۶ سال
- مرکز روزانه توانبخشی آموزشی معلولان جسمی و حرکتی
- مرکز روزانه توانبخشی آموزشی پس از آسیب نخاعی

### ب\_ گروه توان‌پزشکی، فن‌آوری و وسایل کمک‌توانبخشی

این گروه مسئولیت برنامه‌ریزی و نظارت بر ارائه خدمات توان‌پزشکی از طریق واحدهای توان‌پزشکی شامل: فیزیوتراپی، کاردرمانی، ارتوپدی فنی و غیره و نیز بررسی و مطالعه فن‌آوری تجهیزات و وسایل کمکی جهت بازتوانی معلولان در رساندن آن‌ها به حداکثر استقلال را دارا است.

### ج\_ گروه توانبخشی حرفه‌ای و آماده‌سازی معلولان

این گروه از طریق مطالعه، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت بر گسترش خدمات توانبخشی حرفه‌ای با همکاری سازمان‌های غیردولتی، بخش خصوصی، افراد معلول، خانواده‌های آنان و جامعه در چارچوب قانون جامع حمایت از حقوق افراد معلول، در زمینه تعیین ظرفیت‌های کاری؛ مشاوره‌های شغلی و آماده‌سازی شغلی برای دستیابی به توانمندسازی اقتصادی و شغل شایسته افراد معلول اقدام می‌نماید.

دفتر توانمندسازی یکی از دفاتر حوزه معاونت توانبخشی و پیشگیری از معلولیت‌های سازمان بهزیستی کشور است که پس از اصلاح چارت سازمانی در بهار سال ۱۳۸۹ تشکیل گردید. اهم فعالیت‌های این دفتر تحقیق و پژوهش، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت در زمینه‌ی برنامه‌هایی است که منجر به توانمندسازی سیستم‌های توانبخشی، کارشناسان، افراد معلول و خانواده‌های آنان می‌شود (۵).

#### ۴-۵-۳- کمیته امداد امام خمینی (ره)

در تاریخ ۱۴ اسفندماه ۱۳۵۷، برای مدت نامحدود، به منظور حمایت و امداد محرومان و مستضعفان و خودکفا کردن آنان، تأسیس شد. خدمات حمایتی این کمیته شامل خدمات بهداشتی و بیمه خدمات درمانی، خودکفایی و اشتغال‌زایی، خدمات مسکن و ساختمان، خدمات فرهنگی و آموزش، خدمات جهیزیه و هزینه ازدواج، حمایت از آسیب دیدگان، خدمات حقوقی و قضایی، آزادی زندانیان نیازمند، خدمات مددکاری و مشاوره، اکرام و حمایت ایتام، پرداخت وام قرض‌الحسنه، حمایت از محرومان خارج از کشور است (۲۹).

#### ۴-۵-۵- بنیاد شهید و امور ایثارگران

این بنیاد نیز به گروه هدف خود (خانواده‌های شاهد، جانبازان، آزادگان و خانواده‌های آن‌ها) خدمات مختلفی از جمله خدمات توانبخشی از طریق خرید خدمت و یا در صورت لزوم تأسیس مراکز توانبخشی ارائه می‌دهد. از وظایف این بنیاد تأمین بهداشت و درمان گروه هدف با حفظ عزت، کرامت، شأن و جایگاه آنان و فراهم‌سازی تسهیلات و ارائه حمایت‌های لازم و آموزش‌های تخصصی، فنی و حرفه‌ای و نیز جلب مشارکت سازمان‌ها و دستگاه‌های ذی‌ربط جهت اشتغال مفید برای جامعه هدف است.

بر طبق ماده ۱۴ قانون جامع خدمات‌رسانی به ایثارگران، بنیاد موظف است امکانات بهداشتی، درمانی، تشخیصی، توانبخشی، آموزشی، پیشگیری، دارو و تجهیزات موردنیاز و برای گروه‌های ویژه جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان، نخاعی و اندام‌های مصنوعی داخلی و خارجی جانبازان

تهیه و تأمین نماید. بدین منظور بنیاد می‌تواند ضمن استفاده از ظرفیت بخش‌های دولتی و غیردولتی حسب ضرورت با تأیید معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور و تصویب هیئت‌وزیران نسبت به توسعه یا تأسیس مراکز ویژه موردنیاز ایثارگران واجد شرایط اقدام نماید. بنیاد موظف است داروهای خاص، تجهیزات توانبخشی موردنیاز ایثارگران را از محل اعتبارات مصوب خود تأمین و وارد نماید (۳۰).

#### ۴-۵-۳-۶- سازمان آموزش و پرورش استثنایی

از اهداف اصلی این سازمان، طراحی سیستم آموزشی، پرورشی، و توانبخشی برای کودکان و دانش‌آموزان استثنایی است به گونه‌ای که ناتوانی‌های ذهنی و جسمی آن‌ها جبران گردد و پس از اتمام تحصیل بتوانند موقعیت اجتماعی و اقتصادی مناسبی کسب کنند. کمک به پیشگیری از بروز ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، قبل از تولد، هنگام و بعد از آن از طریق بالا بردن سطح آگاهی عمومی در زمینهٔ عوامل بروز معلولیت‌ها و خصوصیات کودکان استثنایی از دیگر اهداف این سازمان است (۳۱).

#### ۴-۵-۴- انواع خدمات توانبخشی در ایران

**خدمات کاردرمانی:** مهارت‌های فردی، ظرفیت و کارکرد در تعامل با زمینه‌های شخصی و محیطی افراد را افزایش می‌دهد. خدمات ممکن است در رابطه با فرد یا محیط وی برای فعالیت (به‌عنوان مثال فعالیت‌های روزمره زندگی) و مشارکت (برای مثال بازیابی توانایی صحبت کردن) توصیه شود. تمرکز کاردرمانی بر فرد است، اما ممکن است با دربرگرفتن خانواده، پرستار در منزل و جامعه گسترده‌تر نیز بشود.

خدمات کاردرمانی شامل موارد زیر است:

- استفاده درمانی از مشغولیت‌های معنی‌دار و هدفمند (مشغولیت به‌عنوان هر فعالیتی که فرد، زمان خود را با آن صرف می‌کند)؛
- سازگاری با محیط و فرایندها به‌منظور افزایش کارکرد و مشارکت؛

- برنامه‌های مربوط به انجام وظایف و فعالیت‌های درجه‌بندی شده، به‌عنوان پیش‌نیاز تعامل در آموزش کارکردی برای فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی (از جمله مراقبت از خود)؛
- راهنمایی برای استفاده از فن‌آوری‌های کمکی، ابزار ارتوتیک یا پروتز.

**فیزیوتراپی:** خدمات "توسعه و حفظ حداکثر پتانسیل حرکت و توانایی کارکردی در طول عمر" را شامل می‌شود. این فعالیت عبارت است از خدمات لازم برای برگرداندن نظام بدن به حالت اولیه تا حدی که برای حرکت ضروری باشد و همچنین به حداکثر رساندن توانایی و بهبود در کارکرد، به حداقل رساندن ناتوانی، بالا بردن کیفیت زندگی افراد، مقابله با محدودیت‌های کارکردی و ناتوانی‌های مربوط به حوزه فیزیکی، روانی و عاطفی از نظر خوب زیستی اجتماعی را نیز بر عهده دارد. از موارد دیگر شرایطی است که حرکت و کارکرد در آن تهدید می‌شود؛ شامل: موارد مادرزادی، سن، انواع آسیب‌ها، بیماری یا عوامل محیطی.

خدمات به‌صورت غیررسمی تعیین شده، ممکن است شامل موارد دیگر نیز باشد:

- تکنیک‌های کایروپراکتیک، الکتروسیته‌تراپی، روش‌های فیزیکی و مکانیکی،
- راهنما و نرم‌افزار برای استفاده از دستگاه‌ها و تجهیزات مناسب؛
- تکنیک‌های حفاظت از پوست، تکنیک‌های پاک‌سازی راه تنفسی (به‌عنوان مثال در بیماری انسدادی تنفسی) و ورزش درمانی

**پزشکی فیزیکی و توانبخشی (PRM):** شامل خدمات تشخیص وضعیت سلامتی، ارزیابی کارکرد و تجویز اقدامات پزشکی و بالینی است که وضعیت سلامتی و ظرفیت کارکردی فرد را مداوا و بهینه می‌کند. این خدمات عبارت‌اند:

- نسخه‌ای برای طیف یکپارچه‌ای از اقدامات پزشکی، روانی و اجتماعی؛ به‌عنوان مثال: دارودرمانی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، و زبان‌درمانی، درمان مشکلات مربوط به بلع، پرستاری توانبخشی، اقدامات نورولوژیکی و روان‌پزشکی، اقدامات

روانی، درمان تغذیه‌ای، ارائه‌ی تکنیک‌های کمکی، پروتز و ارتوتز و آموزش بیماران و خانواده‌های آن‌ها.

**توانبخشی روانی و رفتاری (PBR):** مجموعه‌ای از خدمات است که برای تشخیص اختلال در کارکردهای شناختی و سایر کمبودهای کارکرد روانی افراد به کار می‌رود تا بر زندگی، خوب زیستی، نحوه برخورد با شرایط سلامت و ناتوانی آن‌ها تأثیر بگذارد. از جمله خدمات PBR، موارد زیر را می‌توان برشمرد:

- روان‌درمانی فردی (شامل رفتاردرمانی، و عصب‌درمانی است) با ارتقای شناخت افراد از شرایط سلامت مربوط به مشکلات روانی و رفتاری، توانمندسازی آن‌ها را در مدیریت مشکلاتشان برای ارتقای کیفیت زندگی فراهم می‌سازد؛
- آموزش روانی و استراتژی‌های تطبیقی، کاهش ابراز احساسات، مدیریت رفتاری و برای مراقبین اصلی مثل خانواده، خدماتی برای ارتقای شبکه‌های اجتماعی.

**توانبخشی پروتزی و ارتوتیکی:** که هدف آن بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به معلولیت جسمی است. افرادی که به شیوه‌هایی چون ارائه مراقبت پروتزی و ارتوتیکی، مهندسی توانبخشی و حوزه‌های مرتبط از قبیل حرکت کردن با وسایل چرخ‌دار برای افزایش توانمندی در تحرک نیازمندند. ابزار فنی برای تکمیل کارکرد (وسایل ارتوپدی) یا جایگزین کردن قسمت‌هایی از بدن (مواد پروتزی) اجزای کلیدی این خدمات هستند. نمونه‌هایی از آن‌ها عبارت‌اند از:

- برنامه‌ریزی درمان از طریق معاینه، شرح دستگاه‌ها و توانبخشی مرتبط؛
- ساخت و نصب دستگاه، شامل آموزش کاربر در استفاده و مراقبت از دستگاه؛
- بررسی و پیگیری شامل موارد تعمیر و نگهداری، تعمیر و جایگزینی دستگاه.

**گفتاردرمانی و زبان‌درمانی:** که هدف آن احیای ظرفیت بیمار در برقراری ارتباط مؤثر و بلع بی‌خطر است. هدف این درمان، شناسایی نوع مشکل ارتباطی و گزینش بهترین درمان برای آن است. این خدمات عبارت‌اند از:

غربالگری بالینی و یا ابزاری، ارزیابی، شناسایی، تشخیص، درمان و تدبیر برای اختلالات مربوط به گفتار، صدا، زبان، روان بودن در صحبت کردن و بلع که بر توانایی فرد برای برقراری ارتباط تأثیر می‌گذرد؛ انتخاب و توسعه نظام‌ها و ابزارهای ارتباطی جایگزین برای افرادی که در برقراری ارتباط زبانی ضعیف هستند و همچنین ارائه آموزش و تعلیم برای استفاده از آن‌ها (۳).

#### ۴-۵-۵- اعضا تیم‌های توانبخشی

**پزشک** اغلب شامل متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی، جراح اعصاب، متخصص کودکان، ارتوپد، نورولوژیست، روان‌پزشک، روماتولوژیست، جراح ترمیمی و پلاستیک، چشم‌پزشک و متخصص گوش، گلو، بینی است.

**گروه‌های پرستاری** شامل پرستار عمومی، پرستار توانبخشی و روان‌پرستار است.

**متخصصین علوم توانبخشی** شامل: آسیب‌شناس گفتار و زبان، فیزیوتراپیست، شنوایی‌سنج، کاردرمانگر، بینایی‌سنج و کارشناس اعضای مصنوعی.

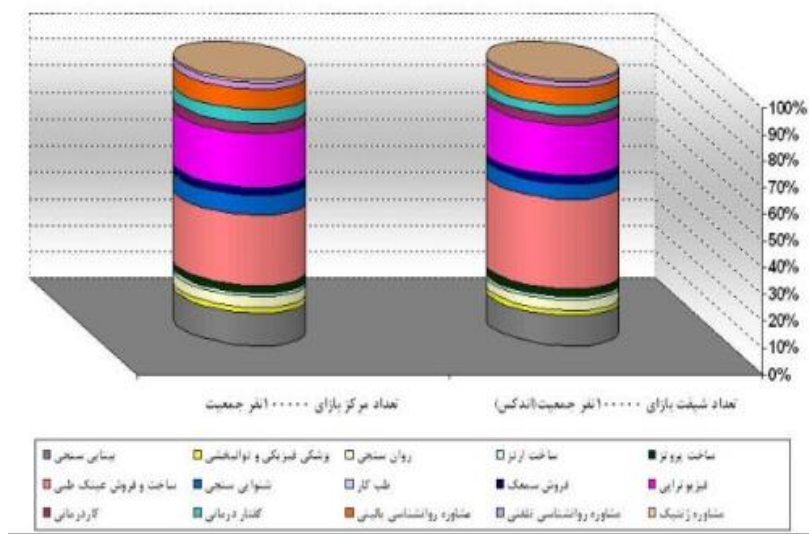
**گروه‌های روانشناسی** شامل: روانشناس بالینی، استثنایی، عمومی، کارشناسان علوم تربیتی و آموزش استثنایی، مشاورین عمومی و توانبخشی و نوروسایکولوژیست.

**سایر گروه‌های مرتبط** شامل: مددکار اجتماعی، خانواده‌ی بیمار، مهندس تجهیزات پزشکی، ارزش‌یاب حرفه‌ای و کاریاب (۷).

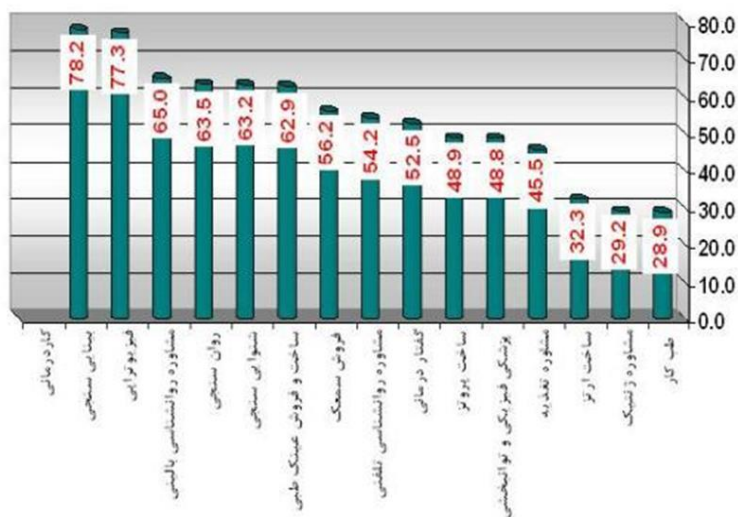
#### ۴-۵-۶- برخی شاخص‌های خدمات توانبخشی در ایران

به‌طور کلی در ایران شاخص‌های مشخصی برای خدمات توانبخشی وجود ندارد و مطالعات به‌صورت پراکنده و در سطح شهرها انجام شده است. برخی شاخص‌هایی که به‌صورت کشوری اندازه‌گیری شده‌اند در نمودارهای شماره (۵) و (۶) و جدول شماره (۴) آمده است.





نمودار ۴: تعداد مراکز و شیفت ارائه خدمات مختلف توانبخشی به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت - ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ (۳۲)



نمودار ۵: شاخص توزیع عادلانه خدمات توانبخشی - ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ (۳۲)

جدول ۴: وضعیت خدمات مختلف توانبخشی به ازای جمعیت و شیفت فعالیت - ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ (۳۲)

نوع خدمت	تعداد کل مرکز ارائه دهنده خدمت	تعداد کل شیفتهای خدمت	میانگین تعداد شیفت در هر مرکز در هفته	تعداد شیفت بازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت (اندکس)	جمعیت بازای یک مرکز	جمعیت بازای یک شیفت	تعداد مرکز بازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
بینایی سنجی	776	5994	7.7	8.6	89494	11586	1.1
پزشکی فیزیکی و توانبخشی	116	969	8.4	1.4	598685	71669	.2
روان سنجی	260	1960	7.5	2.8	267106	35432	.4
ساخت ارتز	93	775	8.3	1.1	746747	89610	.1
ساخت پروتز	177	1574	8.9	2.3	392358	44122	.3
ساخت و فروش عینک طبی	1661	17874	10.8	25.7	41811	3885	2.4
شنوایی سنجی	452	3153	7.0	4.5	153645	22026	.7
طب کار	8	63	7.9	.1	8680932	1102341	.0
فروش سمعک	187	1467	7.8	2.1	371377	47340	.3
فیزیوتراپی	1279	10220	8.0	14.7	54298	6795	1.8
کاردرمانی	246	1883	7.7	2.7	282307	36881	.4
گفتار درمانی	314	2071	6.6	3.0	221170	33533	.5
مشاوره روانشناسی بالینی	476	3406	7.2	4.9	145898	20390	.7
مشاوره روانشناسی تلفنی	163	1225	7.5	1.8	426058	56692	.2
مشاوره زنتیک	78	501	6.4	.7	890352	138618	.1

۴-۵-CBR در ایران:

در سال ۱۳۷۰ پس از سفر مشاور سازمان جهانی بهداشت و گفتگو و تبادل نظر با مسئولین توانبخشی کشور، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در ایران شکل گرفت و در تابستان ۱۳۷۱ به دنبال تشکیل ستاد توانبخشی مبتنی بر جامعه اجرای آن در استان سمنان شروع شد (۳۳). دو سال بعد آن را در ۶ منطقه از ۶ استان گسترش داد. در سال ۲۰۰۶ در ۳۰ استان به صورت ملی پوشش داده شد. در سال ۱۳۸۹ پس از اصلاح چارت سازمانی گروه توانبخشی مبتنی بر جامعه در زیرمجموعه‌ی دفتر توانمندسازی قرار گرفت تا با اجرای این شیوه ارائه خدمات افراد معلول به ویژه آن‌هایی که به دلایل مختلف به خدمات توانبخشی دسترسی کافی ندارند از قبیل افراد معلول ساکن در روستاها و یا مناطق شهری فقیرنشین بتواند با تلاش‌های مشترک خود افراد معلول، خانواده‌هایشان، سازمان‌هایشان، جامعه و سایر مؤسسات خدمات‌رسانی دولتی، غیردولتی،

آموزشی، شغلی، اجتماعی از خدمات توانبخشی با حفظ حقوق و کرامت انسانی برخوردار شوند(۵).

سازمان تأمین اجتماعی تحت نظارت وزارت کار، رفاه و تأمین اجتماعی مسئولیت مدیریت این برنامه را در سراسر کشور عهده‌دار است و بیش از ۶۰۰۰ نیرو شامل کارگران، کارکنان سطح میانی CBR، پزشکان، کارشناسان و مدیران CBR در اجرای فعالیت‌های این برنامه درگیر بودند. مأموریت برنامه ملی CBR "توانمندسازی افراد معلول، خانواده آن‌ها و جوامع، صرف نظر از نوع، رنگ، عقیده، مذهب، جنسیت، سن، نوع و علت ناتوانی، از طریق بالا بردن سطح آگاهی، ارتقاء مشمولیت، کاهش فقر، حذف ننگ، رفع نیازهای اساسی و تسهیل دسترسی به بهداشت، آموزش و فرصت‌های معیشت". این برنامه به صورت غیرمتمرکز در همکاری نزدیک با "مراقبت‌های بهداشت اولیه" عمل می‌نماید(۳۳).

در طول ۲۰ سال گذشته در ۱۳ استان کشور تمام روستاها تحت پوشش خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه قرار گرفته و درواقع در این ۱۳ استان روستایی نداریم که به این حوزه وارد نشده باشند(۳۴).

فعالیت‌های کلیدی برنامه CBR شامل موارد زیر است:

- آموزش خانواده و اعضای جامعه CBR و معلولین با استفاده از کتابچه آموزش CBR سازمان جهانی بهداشت به عنوان راهنما
- فراهم کردن دستیاران آموزشی و تسهیل آموزش فراگیر از طریق ظرفیت‌سازی با استفاده از کارکنان و دانش‌آموزان و فراهم کردن دسترسی فیزیکی
- ارجاع معلولین به خدمات خاص؛ به طور مثال خدمات بازتوانی و جراحی در محلی که فیزیوتراپ‌ها و گفتار درمان‌ها و درمانگران شغلی در دسترس‌اند.
- فراهم کردن وسائل کمکی مثل عصا، صندلی چرخ‌دار، سمعک و عینک.

- ایجاد فرصت‌های اشتغال به‌وسیله فراهم کردن دسترسی به آموزش، مربیگری شغلی و حمایت‌های مالی برای فعالیت‌های تولید در آمد.
- حمایت از فعالیت‌های اجتماعی شامل ورزش، تفریح و سرگرمی.
- فراهم کردن کمک‌های مالی برای زندگی، آموزش و تغییر منزل (۳۳).

#### ۴-۶- ارزیابی توانبخشی در ایران:

محورهای عمومی ارزیابی فرایند ارائه خدمات توانبخشی شامل منابع انسانی، ارتقای عملکرد و مدیریت اطلاعات، حقوق افراد تحت پوشش، بهداشت و ایمنی، الزامات قانونی، برنامه‌ریزی و مدیریت مالی، مدیریت خطر، پرونده‌های توان‌یابان و بازبینی کیفی پرونده‌ها است. استانداردهای عمومی در دو مجموعه تحت عنوان استانداردهای Business Practice و استانداردهای General Program محورهای فوق را پوشش می‌دهند. استانداردهای مذکور سنجش مداوم اثربخشی، کارایی، در دسترس بودن خدمات و بازخورد در مراکز ایجاد شده‌اند (۳۵).

سازمان‌ها برای حصول اطمینان از مطلوب بودن کیفیت خدمات، توزیع عادلانه خدمات و دسترسی مالی آحاد مردم به آن لازم است نظر مراجعین و میزان رضایت ایشان را بدانند. این امر در مورد خدمات توانبخشی اهمیت دوچندان دارد، چراکه توانبخشی فرایندی زمان‌بر و مستمر است و رضایت و نارضایتی توان‌جویان از کیفیت خدمات بر رفتار آنان در تداوم برنامه توانبخشی مؤثر است.

بر طبق مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی کیفیت خدمات توانبخشی با استفاده از تحلیل اهمیت - عملکرد در مراکز توانبخشی منتخب شهر تهران تمامی ابعاد کیفیت خدمات در مراکز منتخب، در ناحیه اول ماتریس اهمیت - عملکرد، یعنی در سطح مطلوب قرار داشتند. بر طبق نتایج، میزان

کیفیت خدمات از دو جنبه اهمیت و رضایت از عملکرد در تمامی مراکز منتخب در سطح مطلوب است.

حاتمی‌زاده و همکاران مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان رضایت مراجعین از مراکز توانبخشی در استان کردستان انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که وضعیت فیزیکی، دسترسی زمانی، نحوه‌ی برخورد کارکنان، دسترسی فیزیکی، دسترسی مالی و کیفیت خدمات از عوامل تعیین‌کننده در میزان رضایت می‌باشند.

رضوی الهاشم و همکاران نیز مطالعه‌ای با هدف سنجش میزان رضایتمندی از خدمات توانبخشی در مرکز توانبخشی سازمان هلال‌احمر شهر تهران انجام دادند. میزان مشارکت در فرایند درمان، کارایی وسیله توانبخشی، کیفیت خدمات توانبخشی و رفتار کارکنان همگی با رضایتمندی مددجو، ارتباط معنادار داشتند (۳۶). در تمام حیطه‌های توانایی‌های روزمره زندگی، توانایی‌های حرکتی، ارتباطات اجتماعی، و توانایی‌های شغلی، کیفیت زندگی، منبع درآمد، وضعیت استخدام، مشارکت در زندگی اجتماعی و وضعیت آموزش پس از اجرای برنامه CBR بهبود قابل توجه در عملکرد معلولین وجود دارد. اجرای توانبخشی مبتنی بر جامعه، باعث بهبود وضعیت زندگی و بهبود کارایی و توانمندسازی آن دسته از معلولانی شده است که به دلیل بیماری، هزینه و مسافت، قادر به دسترسی به خدمات سازمانی نبودند. از سوی دیگر باعث گسترش خدمات از کانون توانبخشی پزشکی به جامعه و توجه به تمامی نیازهای روزمره‌ی زندگی، اجتماعی، و استخدامی معلولین گردیده است (۴).

همچنین نتایج مطالعات انجام شده سلامتی در ۲۱ شهر ایران، کمالی در ۱۴ استان کشور، و نظری در شهرستان زابل، دال بر بهبود وضعیت عملکردی افراد معلول در مهارت‌های حرکتی، ارتباطی، آموزشی، و تلفیق اجتماعی، بعد از اجرای CBR است (۴).

۷ عامل تعیین‌کننده‌ی توانبخشی مبتنی بر جامعه در نظام سلامت ایران و استفاده از افراد نیمه‌حرفه‌ای به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه توانبخشی مبتنی بر جامعه شناخته شده که با آموزش کارکنان

PHC و CBR، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانی، می‌توان از این افراد در ارتقای برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه به‌درستی استفاده کرد. این ۷ عامل شامل استفاده از افراد نیمه‌حرفه‌ای با متغیرهای مهمی چون همکاری شوراهای توانبخشی استان، شهر و روستا، دهیاران، افراد داوطلب، خانه‌های بهداشت، مؤلفه حمایت‌های اجتماعی سیاسی با متغیرهای شکل‌گیری تشکلهای معلولان، پژوهش‌های میدانی، حمایت‌های قانونی، مؤلفه خدمات آموزشی با متغیرهایی چون آموزش نحوه فعالیت روزانه، آموزش به افراد معلول، خانواده‌هایشان و افراد جامعه، مؤلفه تأمین معاش با متغیرهایی چون برخورداری از بیمه، اشتغال دستمزدی، ورود معلولان به آموزش متوسطه و عالی، تشکیل صندوق‌های محلی، مؤلفه اقدامات بهداشتی، مؤلفه اقدام پزشکی با متغیرهای تأمین اندام مصنوعی، اقدامات تشخیصی و درمانی، مؤلفه تلفیق اجتماعی با متغیرهایی چون شرکت در فعالیت‌های هنری، ورزشی و تلفیق کودکان معلول در مدرسه عادی شناخته شدند (۱۵).

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

متأسفانه در ایران ارزیابی خدمات توانبخشی به چند مطالعه در مورد ارزیابی مراکز ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی و ارزیابی برنامه CBR محدود شده است. شاخص‌ها نامشخص‌اند و به‌جز تعداد معدودی شاخص، در سطح کشوری هیچ مطالعه‌ای به بررسی میزان شاخص‌های ارائه خدمات توانبخشی به‌صورت جامع نپرداخته است. خدمات به‌صورت پراکنده و توسط چند سازمان ارائه می‌شود که هر یک رویکردهای جدا از هم دارند. لزوم تعیین و ارزیابی این شاخص‌ها و یکپارچه کردن خدمات توانبخشی بسیار جدی است.

اصول اساسی ارائه خدمات توانبخشی که بی‌انتهای کاربرد هستند و ما را به‌سوی آینده پیش می‌برند عبارت‌اند از: خدمات بیمار محور، تمرکز بر سلامتی و پیشگیری، کار گروهی، نتایج عملکردی، زندگی مستقل و کیفیت زندگی (۳۷).

خدمات توانبخشی نیز همانند تمامی خدمات حوزه سلامت به استانداردهایی برای ارزیابی فعالیت‌ها احتیاج دارد که در کشور ما برای این امر مهم تدبیری جامع و کامل که همه جوانب خدمات توانبخشی را پوشش دهد، اندیشیده نشده است. به علت وسعت دامنه و مقبولیت ارزیابی‌های کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی در سطح بین‌المللی و نیز جامعیت استانداردهای آن نسبت به سایر نهادهای ارزیابی‌کننده خدمات توانبخشی می‌توان استانداردهای این سازمان را هم به‌عنوان الگویی برای اجرای فعالیت‌های استانداردسازی در کشور و هم به‌عنوان معیاری جهت ارزیابی عملکرد مراکز توانبخشی محسوب نمود (۲۰).

#### ۵-۱-۱-۵ چالش‌های خدمات توانبخشی ایران

#### ۵-۱-۱-۵-۱ چالش‌های مدیریتی خدمات توانبخشی

- نامشخص بودن متولی ارائه خدمات توانبخشی و مغفول ماندن توانبخشی در عرصه بهداشت و درمان
- گرانی خدمات توانبخشی، لوازم و تجهیزات توانبخشی و ناپایدار بودن منابع مالی خدمات (۳۸).
- نبود منابع کافی برای تشخیص و پیشگیری معلولیت برای تأمین نیازهای توانبخشی و برنامه‌ریزی خدمات پشتیبانی معلولین
- وجود رویکرد توانبخشی مبتنی بر مؤسسات در ایران و صرف بیش از نیمی از بودجه توانبخشی برای نگهداری و ارائه خدمات توانبخشی برای ۱۰۰ هزار معلولی که در مراکز شبانه‌روزی و روزانه نگهداری می‌شوند؛ علی‌رغم برچیده شدن ۶۰ ساله موسسه گرای در دنیا (۳۹).
- مغفول ماندن حوزه توانبخشی علی‌رغم اهمیت جمعیت و ویژگی‌های تخصصی، به‌واسطه عدم شناخت، تخصصی بودن و وجوه برخی نگرش‌های منفی نسبت به افراد دارای ناتوانی (۴۰).

- افزایش احتیاج به خدمات توانبخشی در ایران
- عدم وجود تعامل کافی با نظام تحقیقاتی اعم از دانشگاه ، سایر دانشگاه‌ها و مراکز معتبر

#### جهانی

- عدم وجود سازوکار مناسب برای بهره‌گیری از شواهد علمی در ارائه خدمات رفاه اجتماعی و توانبخشی برای کمک به سیاست‌گذاران در امر تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مرتبط با توانبخشی

- مشخص نبودن حوزه تحت پوشش خدمات درمان و توانبخشی
- نبود تعرفه‌های مصوب خدمات توانبخشی در کشور
- اولویت دیدگاه درمانی به توانبخشی از دید مسئولین
- نامعلوم بودن بهای تمام‌شده خدمات توانبخشی
- عدم تمایل سازمان‌های بیمه‌گر برای عقد قرارداد با مراکز توانبخشی
- عدم تعیین سرانه‌ی بیمه برای خدمات توانبخشی توسط وزارت بهداشت
- هزینه‌های سنگین خدمات توانبخشی و عدم پوشش بیمه
- فقدان تولید مشخص حوزه توانبخشی (۴۱)

#### ۵-۱-۲- چالش‌های ساختاری خدمات توانبخشی

- نگاه سنتی و ضعف در طراحی استانداردهای خدمات توانبخشی



- عدم ثبات شغلی برای گروهی از کارکنان حوزه مدیریت درمان و توانبخشی و کمبود انگیزه در کارکنان به دلیل عدم ثبات شغلی (خروج نیروهای طرحی پس از پایان دوره طرح از مجموعه دانشگاه و فقدان چارت تشکیلاتی مصوب برای مراکز)
- عدم وجود نظام ارزیابی تحقق اهداف سازمانی
- عدم وجود سطح بندی خدمات و شبکه سازی برای ارائه خدمات توانبخشی
- عدم تطابق آیین نامه نحوه اداره مراکز توانبخشی با نیروی متخصص موجود
- فضای ناکافی برای ارائه خدمات استاندارد در مراکز تابعه
- عدم وجود آیین نامه های لازم برای تأسیس بیمارستان های توانبخشی (۴۲)
- فقدان ارتباط بین حوزه های بهداشت، درمان و توانبخشی
- فقدان مدل ارجاع و مراکز جامع توانبخشی

### ۵-۱-۳- چالش های عملکردی خدمات توانبخشی

- کمبود کارکنان تعلیم یافته برای پژوهش در مورد راهبردها و دیدگاه های نوین و ثمربخش در توانبخشی، ساخت و تأمین وسائل کمکی و تجهیز مورد نیاز افراد معلول (۱۵)
- بهره برداری ناکافی از فناوری اطلاعاتی و ارتباطی در ساختار اجرایی سیستم ارائه خدمات بالینی و توانبخشی
- عدم تناسب پاداش در مقابل خدمت ارائه شده

- عدم تمایل کادر آموزشی (اعضای هیئت علمی) به حضور در فیلد و ارائه خدمات به مددجویان
- عدم آگاهی مشتریان از خدمات درمانی - توانبخشی مراکز تابعه دانشگاه
- عدم آشنایی متخصصین پزشکی با سطوح ارجاع توانبخشی
- عدم تمایل متخصصین و افراد فوق تخصص برای تصدی سمت مسئول فنی مراکز توانبخشی
- عدم تعامل گروه‌های آموزشی در تدوین پروتکل‌های توانبخشی
- فاصله‌ی بین سطح دوم و سوم خدمات یعنی درمان و توانبخشی
- توسعه‌نیافته بودن خدمات اجتماعی در ایران (۲۷).

#### ۵-۱-۴- چالش‌های آماری خدمات توانبخشی

از زمانی که خدمات توانبخشی در ایران شکل گرفته، اطلاعات در مورد شیوع معلولیت، معیارهای خروجی، انواع مختلف درمان و اثربخشی هزینه آن‌ها موجود نیست (۲۷).

یکی از مهم‌ترین مشکلات حوزه توانبخشی در کشور فقدان پایگاه اطلاعات جمعیتی از افراد دارای ناتوانی و معلولیت است. آمارهای ارائه‌شده از سوی مرکز آمار ایران به دلایل مختلف قابلیت استناد ندارد. مطالعات نمونه‌ای اندکی هم که وجود دارد امکان تعلیم ندارند. فقدان یک برنامه بانک اطلاعاتی جامع، مانع آن بوده است که آمارهای ثبتی نیز بتوانند در این میان کارگشا باشند. به نظر می‌رسد تأکیدی که در قانون در بند "ز" از ماده ۹ و بند "م" از ماده ۱۶ بر ایجاد پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تأمین اجتماعی شده است، باید برای حوزه توانبخشی به‌عنوان فرصتی مغتنم برای تکمیل بانک اطلاعاتی افراد دارای ناتوانی به‌خوبی مورد استفاده قرار گیرد. در این

مورد لازم است با هماهنگی مرکز آمار ایران و استفاده از آخرین طبقه‌بندی جهانی ناتوانی و معلولیت (ICF) زمینه تحقق چنین پایگاه ارزشمندی را فراهم نمود (۴).

## ۵-۲- چالش‌های CBR در ایران

- در ایران CBR ابتدا در قالب مراقبت‌های بهداشتی اولیه اجرا می‌گردید، ولی افراد کم‌توان به بسیاری از خدمات بهداشتی که در اختیار سایر افراد است، دسترسی نداشتند. همچنین اکثر کارکنان بهداشتی در ایران، اطلاعات اندکی در زمینه پیشرفت‌های اخیر CBR برای افراد ناتوان دارند (۴).
- به نظر می‌رسد علی‌رغم پیشرفت‌های اخیر در CBR، هنوز در ساختار، اهداف و اجرای برنامه مشکلاتی وجود دارد. موضوع استقلال معلولین، حضور آنان در جامعه جهت فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت کامل در فعالیت‌های اجتماعی، از مهم‌ترین مسائلی است که افراد معلول، خانواده‌ها و سازمان‌های مرتبط با آنان مواجه هستند (۴).
- با عنایت به مشکلات اجرایی و پوشش اندک برنامه باگذشت سه دهه هنوز تحقیقات در زمینه ارزشیابی برنامه CBR اندک است (۱۴).
- کمبود بودجه، کارکنان، نیرو، دانش و اطلاعات به‌عنوان مهم‌ترین و برجسته‌ترین مشکلات در توانبخشی مبتنی بر جامعه شناخته شده‌اند (۱۵).
- تعیین مؤلفه‌هایی برای توانبخشی مبتنی بر جامعه برای کشور بسیار مشکل است زیرا الگوهای CBR به میزان تنوع جوامع، متفاوت هستند. تحقیق در سایر کشورها نیز به دلیل تفاوت شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی قابل‌تعمیم به سازمان‌های موردنظر نیست (۱۵).
- کمبود حمایت‌های اجتماعی از معلولان و کمبود پشتیبانی مالی و سیاسی از سوی سازمان‌های حمایت‌کننده معلولان (۱۵).

### ۳-۵-۱- دلایل افزایش احتیاج به خدمات توانبخشی:

۱. افزایش امید به زندگی:

زنده ماندن کودکانی که دچار معلولیت‌های بدو تولد هستند از علل افزایش افراد ناتوان است. با توجه به افزایش سطح بهداشت و پیشرفت علم پزشکی، کودکانی که پیش‌ازاین به عللی همچون معلولیت جسمی و ذهنی جان خود را از دست می‌دادند، امروزه زنده می‌مانند و نیازمند خدمات توانبخشی هستند.

۲. تغییر سبک زندگی:

سبک زندگی جدید، صنعتی شدن و حوادث و سوانح ناشی از آن نیز یکی دیگر از علل افزایش افراد کم‌توان در جامعه است بنابراین با توجه به عوامل ذکر شده به نظر می‌رسد موضوع توانبخشی باید همزمان با گسترش خدمات پیشگیری و بهداشتی پیگیری شود و در اولویت قرار داشته باشد ولی به نظر می‌رسد اکنون این موضوع در اولویت قرار ندارد.

۳. مسن شدن جمعیت:

اکنون بخش عمده‌ای از جمعیت کشور را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند که در سال‌های آینده کهن سال خواهند شد. در دهه‌های آینده، از الزامات حاد توانبخشی به دلیل مسن شدن جمعیت، تصمیم‌گیری‌های سخت در سطح دولتی برای ساده و مؤثر کردن این خدمات و ارائه یک فرم کارآمد چند رشته‌ای از ارائه خدمت است. این حالت از ارائه خدمات سلامت بسیار ضروری است در تدوین دروس کارشناسی برای متخصصان سلامت که می‌توانند به‌طور مؤثر ارزش حرفه‌ای این کار را یاد بگیرند و مهارت‌های همکاران خود در ابتدای زندگی حرفه‌ای را ارزش‌گذاری کنند (۲۷).

۴. افزایش تقاضا برای حمایت‌های اجتماعی:

احتمالاً در حال حاضر هیچ تقاضایی برای خدمات اجتماعی، برخلاف پس‌زمینه ارزش‌های فرهنگی جامعه، وجود ندارد. در حال حاضر نظام انتفاعی خصوصی برای ارائه مراقبت‌های طولانی‌مدت در منزل به‌وسیله افراد سیار تنها در کوتاه‌مدت می‌تواند پایدار باشد و با پیر شدن جمعیت به‌عنوان یک تقاضا نمود پیدا می‌کند و دیگر سیستم‌های نوآورانه مراقبت باید بررسی شوند. بدون شک تدوین مقرون‌به‌صرفه مدل مراقبت توانبخشی و خدمات اجتماعی باید از دل مشغولی‌های پیش روی برنامه ریزان سلامت در ایران باشد (۲۷).

۴-۵- راهکارهایی برای رفع چالش‌ها و بهبود وضعیت خدمات توانبخشی در ایران

- ✓ اصلاح سیاست‌ها، قوانین و سیستم‌های ارائه، از جمله توسعه و یا تجدیدنظر در برنامه‌های ملی توانبخشی
- ✓ توسعه مکانیسم کمک‌های مالی برای رفع موانع مربوط به تأمین مالی خدمات توانبخشی
- ✓ افزایش منابع انسانی توانبخشی از جمله آموزش و حفظ کارکنان توانبخشی
- ✓ گسترش و ارائه خدمات غیرمتمرکز
- ✓ افزایش استفاده از فناوری و دستگاه‌های کمکی و مقرون‌به‌صرفه کردن آن‌ها
- ✓ گسترش برنامه‌های پژوهشی، از جمله بهبود اطلاعات و دسترسی به راهنماهای عملی خوب (۴۳)
- ✓ تغییر رویکرد توانبخشی مبتنی بر مؤسسات و سوق دادن خدمات توانبخشی به سمت خانواده محوری
- ✓ ایجاد سیاست‌گذاری‌های صحیح و منطقی و علمی

- ✓ تأمین منابع مالی و انسانی به صورت پایدار
- ✓ ایجاد و ارائه خدمات توانبخشی پایه در جاهایی که محروم هستند و توسعه و گسترش خدمات توانبخشی نیروی متخصص جهت ارتقا و کارایی خدمات توانبخشی
- ✓ توجه به دو لبه بودن شمشیر فناوری
- ✓ تدوین برنامه‌ای جامع برای پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی (۴۴)
- ✓ برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و اجرای برنامه‌ها همگام و متناسب با رسوم و نیازهای محلی (۱۵)
- ✓ طراحی الگوی نظام ارائه خدمات توانبخشی و تعریف و اجرای بسته‌های خدمات توانبخشی در حوزه‌های مختلف
- ✓ ادغام خدمات توانبخشی در شبکه بهداشت و درمان کشور و سیستم ارجاع (۴۵)
- ✓ یک کاسه کردن مجموع خدمات سازمان‌های دخیل در ارائه خدمات توانبخشی مانند جمعیت هلال احمر، بهزیستی، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های مختلف سطح کشور (۴۱)
- ✓ ترویج و تشویق برخوردهای اجتماعی مثبت و مشارکت‌های سازنده اجتماعی برای تغییر نگرش نسبت به معلولین (۲۰)

#### ۵-۵- راهکارهایی برای اجرای بهتر CBR:

- گسترش توانبخشی مبتنی بر جامعه؛ چون متخصصان توانبخشی حدود ۱۰٪ درمان‌های موردنیاز معلولان را می‌توانند پاسخگو باشند و ۲۰٪ توسط سایر متخصصین و بقیه ۷۰٪ توسط افراد و خانواده‌ها قابل حل است، بنابراین، توانبخشی مبتنی بر جامعه به علت استفاده از معلولان و خانواده‌های آنها به‌عنوان نیروی انسانی در دسترس، بیش از توانبخشی مبتنی بر مراکز می‌تواند پاسخگوی این نیاز باشد (۱۵).

- اجرای برنامه CBR و استفاده از افراد نیمه حرفه‌ای (کارکنان جامعه)، حمایت‌های اجتماعی و سیاسی، خدمات آموزشی، تأمین معاش، خدمات بهداشتی، خدمات پزشکی و تلفیق اجتماعی معلولان با توجه به بافت فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی کشور
- انجام تحقیقات بومی برای یافتن مؤلفه‌های تأثیرگذار در توانبخشی مبتنی بر جامعه با توجه به بافت فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی کشور (۱۵).

- 1- سازمان بهداشت جهانی WHO 1981
- 2- World Health Organization. Rehabilitation [Monograph on the internet].2007. Available from: <http://www.who.int/topics/en>, Accessed at Jul 13, 2008.
- 3- سیستم حساب‌های سلامت (ویرایش ۲۰۱۱) مترجم: فریده برادران خسروشاهی - پژوهشکده آمار - گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی - ۱۳۹۳
- 4- نصیری پور، الف و همکاران. "بررسی تأثیر اجرای برنامه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بر وضعیت زندگی معلولان در ایران". فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۷، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۱.
- 5- سایت بهزیستی تهران: <http://behzistitehran.org.ir>
- 6- سایت جمعیت هلال‌احمر جمهوری اسلامی ایران: <http://rcs.ir>
- 7- <http://hziraki.blogfa.com/>
- 8- فرهنگ لغت انگلیسی آکسفورد، ۱۹۷۸
- 9- سایت سازمان جهانی بهداشت: <http://www.who.int>
- 10- SKILL WEB:  
[http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/Handicap\\_Developpement/ww/w/en\\_page31.html](http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/Handicap_Developpement/ww/w/en_page31.html)
- 11- The Department for International Development (DFID):  
<https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-international-development>
- 12- *World Report on Disability*, World Health Department and World Bank (2011) :<http://www.who.int>
- 13- Disability and health:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
- 14- افکار الف و همکاران. "مقایسه توانایی معلولین قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه". مجله پرستاری و مامایی جامعه نگر. سال ۲۴، شماره ۷۴، زمستان ۹۳.
- 15- نصیری پور الف و همکاران. "سنجش مؤلفه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR): تحلیل عاملی". مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۱، شماره ۸۴.
- 16- Noruzi F. Rehabilitation and Validity of Endemic Questionnaire of Satambton Needs Assessment for Investigation Needs of Adults Physical Dynamic People with Disabilities in Arak. Dissertation in Msc. University of Biological and Rehabilitation and rehabilitation Science; 2007.
- 17- Bill Albert, Briefing Note: the social model of disability, human rights and development, Disability Knowledge and Research, September 2004.



- 18- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. 1996 standards manual and interpretative guidelines for medical rehabilitation. Tucson: Author; 1996.
- 19- Introductory Booklet – CBR Quidlines. Available from:  
<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>
- ۲۰- صفدری ر، منجیر ز. "بررسی استانداردهای مدیریت اطلاعات کمیسیون اعتباربخشی مراکز توانبخشی". مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت). دوره ۳، شماره (۱ و ۲). بهار و تابستان ۱۳۸۸.
- 21- Community-Based Health Care and the Health Care Referral Services. Available from:  
<http://www.who.int/management/community/services/CommunityBase dRehabilitation>
- 22- "Success Indicators for measuring the WHO action plan 2014-2021: better health for persons with disabilities": [www.who.int/disabilities](http://www.who.int/disabilities)
- 23- Australian Government. Operational standards for rehabilitation program providers. Australia: Comcare; 2006.p. 9-11
- 24- <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-report-on-disability>
- 25- <http://www.cdc.gov/arthritis/images/disability.gif>
- 26- Global availability of cardiac rehabilitation
- 27- Husayn Al Mahdy, "Rehabilitation and community services in Iran", Clinician in Management (2002) (11)
- ۲۸- سایت سازمان تأمین اجتماعی ایران:  
<https://www.tamin.ir/.../sakhtare%20nezam%20jame>
- ۲۹- سایت کمیته امداد تهران: [www.emdadtehran.ir](http://www.emdadtehran.ir)
- ۳۰- سایت بنیاد شهید و امور ایثارگران [www.isaar.ir](http://www.isaar.ir)
- ۳۱- سایت سازمان آموزش و پرورش استثنایی <http://www.medu.ir>
- ۳۲- سایت وزارت بهداشت - مطالعه میزان ارائه خدمات سلامتی سرپایی و توانبخشی و تعیین خصوصیات ساختاری و پراکنندگی جغرافیایی مراکز ارائه‌دهنده این خدمات در ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲
- 33- "Introductory booklet, CBR Guidelines" from:  
<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en>
- 34- <http://iransepid.ir/News/5423.html> در ۱۱:۳۸ منتشر شده در مورخ ۱۳۹۳/۹/۱۷ شناسه خبر: ۵۴۲۳
- 35- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. The 2006 Survey Process [Monograph on the internet].2006; 7-12. Available From:  
<http://www.carf.org/pdf/PerIndMo.pdf>, Accessed at Oct 5, 2007.

۳۶- اسماعیلی ع و همکاران. " مقاله ارزیابی کیفیت خدمات توانبخشی با استفاده از تحلیل اهمیت- عملکرد در مراکز توانبخشی منتخب شهر تهران ". مجله علمی پژوهشی نوین. دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۸، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۳.

37- Kathryn A. Stolp, MD ."The Rehabilitation Model of Care: When Old Becomes New". the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Vol. 3, April 2011, 289-292.

38- <http://www.yjc.ir/fa/news/5214365/>

39- <http://www.tasnimnews.com/Home/Single/705600>: سرویس: اجتماعی، تاریخ:

۲۰/فروردین/۱۳۹۴ - ۱۳:۰۲ - شناسه خبر: ۷۰۵۶۰۰

۴۰- مقاله "جایگاه توانبخشی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی" دکتر محمد کمالی، استادیار دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران- فصلنامه "حقوق تأمین اجتماعی"

41- <http://shafaonline.ir/fa/news>

42- <http://www.uswr.ac.ir> معاونت درمان و توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی -

43- World report on disability-chapter 4:rehabilitation

44- <http://www.irota.ir/fa/index.php/news/sen/209-bimehnews>

45- <http://farsnews.com/newstext.php?nn=13940320000270> / گروه اجتماعی

حوزه بهداشت و درمان ۲۰/۰۳/۹۴ - ۱۰:۳۶ - شماره: ۱۳۹۴۰۳۲۰۰۰۰۲۷۰

46- World Health Organization. Health Systems Financing: The path to universal coverage. 2010. Available from: [http://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_e](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_e)