

بررسی و ارزیابی الگوهای ناتوانی در علوم توان بخشی

حمیده سلیمانی / مشاور و کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

دکتر محمد کمالی* / گروه مدیریت توان بخشی، دانشکده علوم توان بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینه: هدف پژوهش حاضر، بررسی و ارزیابی الگوهای ناتوانی در علوم توان بخشی است. در طول ۳ دهه؛ پژوهشگران در تلاش برای ایجاد بنیاد معرفت‌شناختی روشن و آشکار در حوزه توان بخشی بوده‌اند. به‌طور کلی الگوهای ناتوانی نقش مهمی را در فراهم کردن حمایت‌های نظری- عملی و خدمات‌رسانی برای افراد با ناتوانی ایفا می‌کنند.

روش: پژوهش انجام‌شده، پژوهشی نظری بود. در حوزه مباحث مربوط به الگوها و فراهم کردن ارزیابی آن‌ها؛ تعیین مفروضه‌های اساسی در رابطه با الگوها، تعاریف و اصطلاحات از اهمیت ویژه و تعیین‌کننده‌ای برخوردار است. بدین منظور، نخست مبانی نظری الگوهای ناتوانی که در علوم توان بخشی مطرح هستند؛ مورد معرفی، توضیح و توصیف قرار گرفتند. در ادامه به تبیین ارتباط بین این الگوها با یکدیگر پرداخته شد و پس از آن به ارزیابی با استفاده از روش تجزیه و تحلیل منظم و به تبیین ارتباط بین این الگوها پرداخته شد و مورد بحث نیز قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این بررسی نشان می‌دهد که پژوهش و شناخت مبانی نظری الگوهای ناتوانی می‌تواند چشم‌انداز روشنی را برای متخصصان، کارشناسان، درمانگران، آموزگاران، قانون‌گذاران و افراد با ناتوانی و سازمان‌هایشان فراهم آورد.

واژه‌های کلیدی: الگو، ناتوانی، توان بخشی

مقدمه

بلکه شامل مداخله در ساختارهای عمومی جامعه، متناسب‌سازی محیط و حفظ حقوق بشر^{۱۰} نیز است (هلاندر^{۱۱}؛ ترجمه چابک و نظری، ۱۳۸۳). به همین دلیل، در این رویکرد بر رفع موانعی تأکید می‌شود که افراد با ناتوانی بر اساس ماهیت ناتوانی خود با آن‌ها مواجه می‌شوند. این رویکرد جدید از توان بخشی، مشکل ناتوانی را از یک تراژدی فردی به یک مسئله اجتماعی^{۱۲} تغییر داده است (میرخانی، ۱۳۸۷).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^{۱۳} (۲۰۰۱) سلامت^{۱۴} حالتی از بهزیستی^{۱۵} جسمی^{۱۶}، روانی^{۱۷} و اجتماعی کامل و نه تنها فقدان ناتوانی، تعریف شده است. این تعریف بر جنبه مثبت سلامت تأکید دارد.

باید اعتراف کرد که موضوع ناتوانی^۱ از جمله چالش‌های مهمی بوده که طی سالیان گذشته همواره در کانون بحث و بررسی قرار داشته است (کمالی، ۱۳۸۳). در طول ۳ دهه؛ پژوهشگران در تلاش برای ایجاد بنیاد معرفت‌شناختی^۲ روشن و واضح در حوزه موضوع توان بخشی بوده‌اند (هیوارد^۳، ۲۰۰۳). به‌طور کلی توان بخشی^۴ شامل همه اقدامات هدفمند برای کاهش اثر ناتوانی بر فرد، قادر کردن وی برای دستیابی به استقلال^۵، یکپارچه‌سازی^۶، کیفیت زندگی^۷ بهتر و خودشکوفایی^۸ می‌شود. توان بخشی نه تنها شامل آموزش افراد با ناتوانی^۹،

1. disability
 2. epistemological
 3. Heward
 4. rehabilitation
 5. independence
 6. social integration
 7. quality of life
 8. self-actualisation
 9. people with disabilities
- * Email: kamali@mkamail.com

10. national human right
11. Hlandr
12. social
13. World Health Organization (WHO)
14. Health
15. welfare
16. physical
17. menatl

مشارکت»^{۱۱} استفاده می‌شود. «موانع» نیز دارای بار ارزشی است که با هنجارهای فرهنگی ارتباط پیدا می‌کند، به این معنی که ممکن است فردی در یک منطقه یا کشور، محروم تلقی شود و در شرایط یا منطقه دیگر، چنین نگرشی وجود نداشته باشد. در واقع «مشارکت» معیاری برای مقایسه افراد با ناتوانی و افراد عادی از نظر میزان شرکت در فعالیت‌های اجتماعی است. ناتوانی ناشی از یک رابطه متقابل بین وضعیت جسمی فرد و شرایط زمینه‌ساز (فردی و محیطی) است. بین این عوامل تعاملی پویا وجود دارد و مداخله در یک زمینه می‌تواند در سایر عوامل مربوطه اثر بگذارد. این عوامل به ۲ دسته تقسیم می‌شوند: (۱) عوامل فردی^{۱۲}: شامل عوامل زمینه‌ای چون سن، جنسیت، پایگاه اجتماعی و تجربه‌های زندگی است که مرتبط با فرد هستند. (۲) عوامل محیطی^{۱۳}: شامل همه جنبه‌های دنیای بیرونی یا خارجی که متن زندگی فرد را شکل می‌دهند و شامل فضای فیزیکی و ویژگی‌های آن، دنیای فیزیکی ساخت بشر، سایر افراد با روابط، نقش‌ها و ارزش‌ها، ساختارها و خدمات اجتماعی، راهکارها، قوانین و حقوق مختلف است (مک‌داگل، رایت، روزنباوم^{۱۴}، ۲۰۱۰).

بیان مسئله

در حوزه مباحث مربوط به الگوها و فراهم کردن ارزیابی آن‌ها، تعیین مفروضه‌های اساسی در زمینه با الگوها، تعاریف و اصطلاحات از اهمیت ویژه و تعیین‌کننده‌ای برخوردار است زیرا هر کدام از این الگوها افزون بر جنبه‌های بسیار با اهمیت برای افراد با ناتوانی در حوزه توان‌بخشی، تصور و برداشت خود را نیز دارند. در واقع، اگر با استفاده از رویکردهای پژوهشی جدید، مفروضه‌های اساسی این الگوها را بر اساس دیدگاهی نظام‌مند تبیین کرد، گام موثری می‌توان برای انجام برنامه‌ریزی، قانون‌گذاری، خدمات حمایتی، آموزشی و ... برای این گروه برداشت.

به این معنی، تندرستی و سلامتی، نبود ناتوانی نیست. تندرستی و سلامتی به خودی‌خود یک هدف است. نگرانی‌هایی که در زمینه مسائل سلامتی افراد با ناتوانی از نظر جسمی^۱، روانی و اجتماعی مطرح است، مشابه مسائلی است که در مورد افراد عادی وجود دارد. هرچند این گروه بر اساس یک ویژگی بارز طبقه‌بندی شده‌اند اما همواره این خطر وجود دارد که در ارایه خدمات به این گروه دیدگاهی تک‌بعدی داشته باشیم. بنابر تعاریف مرسوم، ناتوانی به وجود محدودیت یا فقدان (جسمی، روانی، عملکردی^۲ یا آناتومی^۳) در انجام یک فعالیت به روش یا در دامنه‌ای که برای انسان هنجار^۴ تلقی می‌شود، گفته می‌شود. ناتوانی مفهومی «نسبی»^۵ و نتیجه رابطه پیچیده بین شرایط سلامت فرد و عوامل زمینه‌ای است. نظام‌های اجتماعی و فرهنگی^۶ هر جامعه تعیین‌کننده‌ترین عوامل زمینه‌ای است که افراد با ناتوانی در آن زندگی می‌کنند (طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت^۷، ۱۳۸۴).

در پاره‌ای موارد، با وجود اختلال^۸ نسبتاً شدید، ممکن است ناتوانی به صورت خفیف خودنمایی کند. گاهی تفکر و نگرش در مورد اختلال، بیش از خود آن می‌تواند فعالیت‌های طبیعی را محدود کند. میزان نگرانی، ترس و سایر واکنش‌های روحی- روانی^۹ نیز می‌تواند در افرادی که اختلال مشابه دارند، سطوح مختلفی از ناتوانی را ایجاد کند. پیامد اختلال و ناتوانی، «معلولیت» است که عبارت از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد است و مانع از انجام نقشی می‌شود که برای فرد، با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی، هنجار تلقی می‌شود. در تعاریف جدید به منظور پرهیز از بار منفی موجود در کلمات ناتوانی به ترتیب از واژه‌های «موانع فعالیت»^{۱۰} و «موانع

1. physical
2. performance
3. anatomy
4. norm
5. respective
6. cultural
7. International of Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
8. deficiencies
9. psychological
10. barriers to activity

11. barriers to participation
12. individual factors
13. environmental factors
14. McDougall, Wright & Rosenbaum

ضرورت و اهمیت پژوهش

پژوهش و بررسی الگوهای ناتوانی^۱ برای درک و فهم بافت ناتوانی امری لازم و ضروری است (امری، ۱۹۹۷). این الگوها نقش مهمی را در فراهم کردن حمایت‌های نظری- عملی و خدمات‌رسانی برای افراد با نیازهای ناتوانی ایفا می‌کنند. با توجه به تاثیر الگوهای ناتوانی بر علوم توان‌بخشی و با در نظر گرفتن تحقیقات بسیار اندک در این حوزه، پژوهش حاضر قصد دارد ضمن بررسی الگوهای ناتوانی در علوم توان‌بخشی، آن‌ها را مورد ارزیابی قرار دهد.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع پژوهش نظری است. این سوال مطرح می‌شود؛ چگونه و با چه روشی می‌توان این الگوها را مورد بررسی قرار داد؟ در پاسخ به این سوال باید گفت؛ با توجه به روش‌های پژوهشی، برای شناخت الگوها ضرورتی وجود ندارد و لزوماً یک روش، به‌عنوان روش انحصاری معرفی می‌شود. از این‌رو برای بررسی الگوهای ناتوانی از روش ترکیبی^۳ (تجزیه و تحلیل نظام‌مند)^۴ باید استفاده شود (لویسن و هوگان، ۲۰۰۰) زیرا این امر، امکان این را که یک الگو بر الگو دیگر حاکم باشد، از بین می‌برد. از این‌رو مقایسه الگوها بر اساس رویکردهای پژوهشی جدید صحیح نیست. همچنین، این امر باید مدنظر قرار گیرد که هر یک از الگوها جنبه عملی، کاربردی، آموزشی و اجتماعی در حوزه علوم توان‌بخشی دارند؛ بنابراین نخست، پیشینه پژوهش مطرح و در ادامه به تبیین ارتباط بین الگوهای مطرح در حوزه توان‌بخشی پرداخته می‌شود و در بخش بعدی ارزیابی الگوها و بحث حاصل از این پژوهش بیان خواهد شد.

پیشینه پژوهش

۱) الگوی پزشکی: این الگو یکی از بانفوذترین الگوهای امروزی در ناتوانی است (گرگوری، ۱۹۹۷)؛

امری، ۱۹۹۷؛ لویسن و هوگان، ۲۰۰۰) که ناتوانی را در بافت^۵، آسیب‌شناسی^۹، اختلال^{۱۰} برای مثال؛ حسی^{۱۱}، عصب‌شناختی^{۱۲} و شناختی^{۱۳} بیماری‌ها^{۱۴} مورد بررسی قرار می‌دهد (هیوز و پاترسون، ۱۹۹۷). «الگوی پزشکی»، برخی اوقات به شکل کاهش دادن یا محروم کردن نیز عمل می‌کند زیرا تاکید آن بر اختلال است (امری، ۱۹۹۷؛ باکس^{۱۶}، ۱۹۹۸).

یکی از مفروضه‌های «الگوی پزشکی» این است که اختلال به خاطر نشانه‌های آسیب^{۱۷}، نشانگان^{۱۸} و بیماری یا دیگر وضعیت‌ها و شرایطی که طبقه‌بندی شده‌اند، به وجود می‌آید. پیشگیری^{۱۹}، درمان^{۲۰}، مدیریت فرآیند بیماری‌ها و آسیب‌ها برای کاهش دادن یا محو کردن وضعیت آسیب‌شناسانه مربوط به ناتوانی و همچنین شرایط ثانویه آن است (دراک^{۲۱}، ۲۰۰۱). بر اساس «الگوی پزشکی»، پژوهش در همه حوزه‌های ناتوانی با این فرض بنیان نهاده شده که هر نوع از ناتوانی نیاز به یک شیوه آموزش ویژه بر اساس ماهیت و نوع خود دارد. این الگو، ناتوانی را به‌عنوان وضعیتی از ماهیت زیستی- جسمی^{۲۲} برای افراد با ناتوانی در اجرا کردن فعالیت‌هایی که انتظار می‌رود به‌صورت معمول آن‌ها را انجام دهند، تلقی می‌کند. این الگو روی وضعیت غیرعادی جسمی و محدودیتی که فرد برای انجام فعالیت‌ها، تجربیات و هویت اجتماعی^{۲۳} دارد، تاکید می‌کند. در این الگو، اختلال زیستی- جسمی فرد به‌عنوان منشأ و علت اولیه در ایجاد وضعیت طولانی در محدودیت‌های فکری و عملکردی در دنیای اجتماعی برای فرد در نظر گرفته می‌شود. به‌طور کلی مفهوم،

7. Gregory
8. context
9. pathology
10. impairment
11. sensory
12. neurological
13. cognitive
14. disease
15. Hughes & Patterson
16. Bax
17. injury
18. syndrome
19. prevention
20. therapy
21. Drake
22. bio-physical
23. social identity

1. models of disability
2. Imrie
3. combined method
4. systematic analysis
5. medical model
6. Gregory

اصلی «فرد» نیست، بلکه «جامعه» است که به علت ناهماهنگی رفتاری، محیطی و سازمانی باعث کنار زدن افراد با ناتوانی از اجتماع می‌شود. نگاه «الگوی اجتماعی» فراتر از ناتوانی و تمامی عواملی است که باعث می‌شوند فرد دارای نقش یکسان باشد و عضو مؤثر جامعه شود. در این الگو، موانع در سیستم‌های آموزشی، محیط‌های کار، مراکز خدماتی، سیستم‌های حمل‌ونقل عمومی، سیستم‌های ارتباطی، مراکز عمومی و خانه‌های مسکونی با هدف مانع‌زدایی شناسایی می‌شوند. همچنین در این الگو، با تصویرسازی منفی از ناتوانی در رسانه‌های گفتاری، شنیداری و نوشتاری مانند مانعی برای حضور فرد در جامعه برخورد می‌شود (اسلیتر^۷، ۱۹۸۶؛ بودگان و تیلور^۸، ۱۹۸۹). صاحب‌نظران حوزه توان‌بخشی «الگوی گروه اقلیت»^۹ را مترادف «الگوی اجتماعی» می‌دانند و این ۲ اصطلاح را برای تاکید بر حقوق فردی-اجتماعی و جبران زیان‌های ناشی از ساختار اجتماعی با یکدیگر به کار می‌برند تا بتوانند از موقعیت افراد با ناتوانی بر پایه حقوق فردی، قانونی و اجتماعی محافظت کنند (باتاویا و اسکرینر^{۱۰}، ۲۰۰۱). «الگوی گروه اقلیت» نیز بر این فرض استوار است؛ مواعی که به وسیله ناتوانی ایجاد می‌شوند، اساساً بیرونی هستند تا این که درونی باشند (هان، ۱۹۸۵). در راستای این الگو، مناسب‌سازی نیازها برای افراد دارای ناتوانی و مشارکت‌ها در جامعه نیاز به بازبینی قوانین فردی-حقوقی دارد (ریوارد و استایکر^{۱۱}، ۲۰۰۱). همچنین این الگو در تشخیص ناتوانی؛ قومیت، نژاد، زبان و فرهنگ را نیز مدنظر قرار می‌دهد. در واقع آشنایی کافی نداشتن از فرهنگ گروه‌های قومی، نژادی، مذهبی و مواعی فرهنگی ممکن است باعث تشخیص نادرست ناتوانی شود که این امر خود منجر به افزایش عوامل خطرزا برای این گروه و خانواده‌هایشان می‌شود (بروکنینز^{۱۲}، ۱۹۹۳؛ اسلوپر^{۱۳}، ۱۹۹۹).

استنباط و تعریف در این الگو این است که اختلال جسمی فرد باعث می‌شود وی فعالیت‌ها و رفتارهایی را انجام دهد که موجب می‌شود انتظارات دیگران به‌طور معناداری از افراد با ناتوانی کاهش یابد (هان^۱، ۱۹۸۳). این الگو، ناتوانی را به‌عنوان نابهنجاری تعریف می‌کند و این مسئله را بر اساس فرضیات علمی آناتومی انسان و عملکرد آن‌ها، ارایه می‌دهد تا آن‌ها را توجیه کند. به‌بیان‌دیگر در این الگو، وضعیت کارکردی و شناختی دلیل مستقیم ناتوانی است (والش، استیفن و موری^۲، ۲۰۰۰؛ ترجمه کریمی درمنی، ۱۳۸۵).

۲) الگوی اجتماعی^۳: «الگوی اجتماعی» بر این فرض است که ناتوانی در واقع ساختاری اجتماعی است که جامعه با تحمیل موانع برای «مشارکت» افراد با ناتوانی که از لحاظ توانمندی‌ها با افراد عادی تفاوت دارند، ایجاد می‌شود (هیوز و پاترسون، ۱۹۹۷؛ هریس^۴، ۲۰۰۰؛ سوین و فرنچ^۵، ۲۰۰۰). این موانع شامل موانع فیزیکی، سازمانی، ارتباطی، اجتماعی و نگرشی است. ناتوانی در این الگو با اختلال تفاوت دارد. در واقع این مسائل اجتماعی و جامعه است که باعث می‌شود فرد را از جامعه مجزا و جدا کنند (گودلی^۶، ۱۹۹۷؛ هیوز و پاترسون، ۱۹۹۷). صاحب‌نظران «الگوی اجتماعی» اعتقاد دارند، ناتوانی به‌وسیله موانع اجتماعی و فیزیکی در جامعه ایجاد می‌شود و تاثیر ناتوانی را در اشخاصی به وجود می‌آورد که اختلال دارند؛ به سخن دیگر، این الگو، علت ناتوانی را در محیط اجتماعی و فیزیکی می‌داند (والش، استیفن و موری، ۲۰۰۰؛ ترجمه کریمی درمنی، ۱۳۸۵). ساختارهای رفتاری، نگرشی، محدودیت‌ها و موانع محیطی، تعصبات جامعه، نادیده گرفتن‌ها و دسترسی نداشتن به حقوق فردی-اجتماعی از عوامل اصلی ایجاد و در واقع دیده شدن به‌عنوان افراد دارای ناتوانی است. در صورتی که این عوامل برطرف شوند، جمعیت کمتری با محدودیت عملکردی دیده می‌شوند که در واقع هدف اصلی این الگو است. در اینجا مشکل

7. Sleeter
8. Bogdan & Taylor
9. minority group model
10. Batavia & Schriener
11. Batavia & Schriener
12. Brookings
13. Sloper

1. Hahn
2. Walsh, Stephens & Moore
3. social model
4. Harris
5. Swain & French
6. Goodley

که به‌جای مطرح کردن این پرسش‌ها «آیا این الگو از نظر علمی صحیح است؟» یا «این الگو چه مزایا و معایبی بر الگو دیگر دارد؟» این سوال مطرح می‌شود: «پژوهشگران حوزه علوم توان‌بخشی و افراد خدمات‌رسان در این حیطه، با این الگوها چه کاری می‌توانند انجام دهند؟» یا «هر کدام از این الگوها چگونه می‌توانند برای فرد یا افراد دارای ناتوانی مجموعه‌ای از کیفیت و یکپارچگی را در جامعه ایجاد کنند؟»

الگوهای ناتوانی رویکردی نظام‌مند را برای درک و فهم بافت ناتوانی فراهم می‌کنند (امری، ۱۹۹۷). لویلن و هوگان (۲۰۰۰) تاکید می‌کنند، راهنمای تجزیه و تحلیل نظام‌مند الگوهای ناتوانی، توسط برون فن‌برنر^۵ (۱۹۹۲) در فرآیند زمینه-بافت^۶ الگوی بوم‌شناختی^۷ مطرح شده است. الگوی بوم‌شناختی، الگویی قابل اطمینان برای پژوهش‌های رفتاری و کاربردهای بالینی برای افراد با ناتوانی است. در واقع این الگو این امکان را فراهم می‌کند که عوامل موثر بر تحول رشدی، فردی، آموزشی، پزشکی، اجتماعی و تغییرات حاصل از آن را در طول زندگی به‌طور پیوسته مورد بررسی قرار دهیم (لویلن و هوگان، ۲۰۰۰). برون فن‌برنر (۱۹۷۹) به منظور درک رشد و رفتار آدمی در بافت اجتماعی محیطی که در آن قرار دارد، الگویی را ارایه می‌دهد که با نام «الگوی بوم‌شناختی رشد کودک»^۸ نیز شناخته می‌شود. همان‌گونه که در شکل (۱) نیز نشان داده شده است، برون فن‌برنر محیط اجتماعی را به‌طور کلی دارای «۴ بافت» یا سیستم می‌داند:

(۱) **سیستم کوچک**^۹: این سیستم؛ خانواده افراد با ناتوانی را در بر می‌گیرد که از کودک، والدین و خواهر و برادر تشکیل یافته و بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند، بنابراین چگونگی عملکرد خانواده با متغیرهای مربوط به اعضای آن ارتباط دارد. می‌توان گفت ویژگی‌های مربوط به ناتوانی از قبیل نوع، شدت و زمان تشخیص ناتوانی به‌عنوان نخستین متغیرهای تاثیرگذار محسوب می‌شوند.

(۳) **الگوی تبدلی**^۱: فرضیه بنیادی «الگوی تبدلی» برای شناخت محیط به‌عنوان ساختار تعاملی ضروری است. این الگو «فرد» را به‌عنوان عضوی فعال از محیط در نظر می‌گیرد (لویلن و هوگان، ۲۰۰۰). «الگوی تبدلی» بر این فرض است که حلقه‌های چندگانه بین الگوهای رفتاری و واکنش‌های رفتاری در افراد با ناتوانی نقش مهمی را ایفا می‌کنند (کتل - گوردون^۲، ۱۹۹۸). به‌طور کلی درجه و اندازه این گروه با خانواده، مدرسه، سازمان‌های خدمات رفاهی، اجتماعی، اقتصادی و... به‌صورت پویایی بر کیفیت زندگی^۳ این افراد تاثیرگذار است. این الگو چارچوبی را برای مفهوم‌سازی این که چگونه این مولفه‌ها روی تجربیات ناتوانی و خدمات حمایتی برای این گروه تاثیرگذار هستند، فراهم می‌کند (لویلن و هوگان، ۲۰۰۰). در واقع آن‌چه «الگوی تبدلی» بر آن تاکید می‌کند تعامل میان عناصر است که می‌توانند روی هم تاثیر مثبت و منفی داشته باشند. در واقع این الگو عقیده دارد، یک دلیل مشخص برای تبیین رفتار وجود ندارد و برای توضیح و تبیین رفتار باید متغیرهای زیادی را مورد توجه و بررسی قرار داد. به‌طور کلی این الگو تاکید می‌کند، ناتوانی فقط توسط محیط شکل نمی‌گیرد، بلکه ناتوانی می‌تواند به‌وسیله تعاملات اجتماعی نیز به وجود آید (لویلن و هوگان، ۲۰۰۰).

ارزیابی الگوها

در این بخش، الگوهای ناتوانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. این ارزیابی به ما امکان می‌دهد تا دلالت‌های عملی پژوهشگران، آموزگاران، کارشناسان و درمانگران حوزه علوم توان‌بخشی و خدمات‌رسانی به افراد با ناتوانی را در نظر بگیریم. برای ارزیابی الگوهای ناتوانی، باید از تجزیه و تحلیل نظام‌مند استفاده کنیم. تجزیه و تحلیل نظام‌مند الگوهای ناتوانی؛ پیوستگی عملی - فرآیندی^۴ را فراهم می‌کند و این امکان را که یک الگو بر الگوی دیگر حاکم باشد، از بین می‌برد. در واقع این امر بدین معناست

5. Bron fenbrenner

6. process- context

7. ecological model

8. ecological model of child development

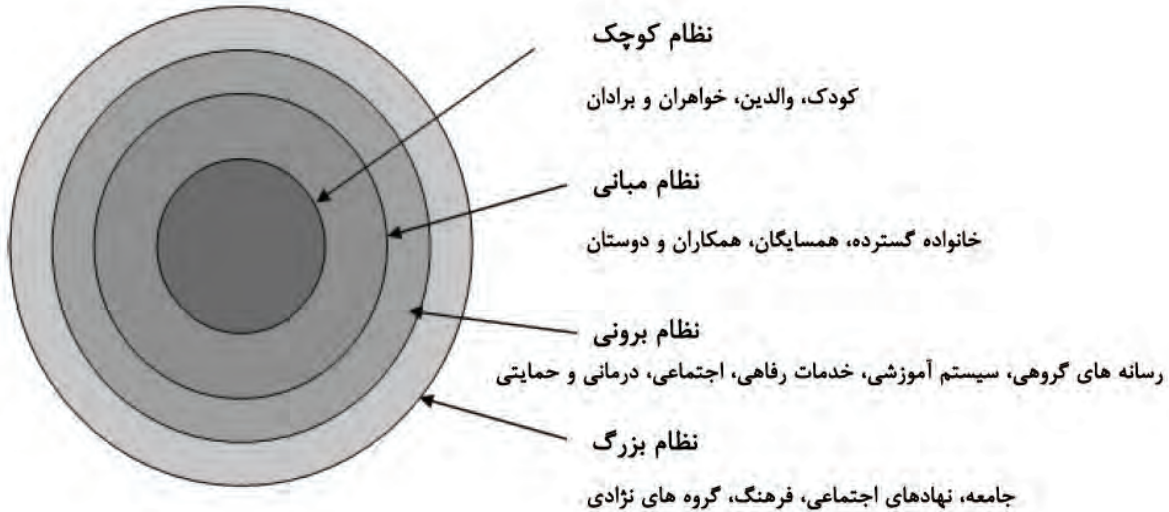
9. microsystem

1. transactional model

2. Cattell-Gordon

3. quality of life

4. practical process



قرار دارد. این سیستم به نگرش‌ها، فرهنگ، باورها و ارزش‌های نهفته در نهادهای اجتماعی یک جامعه ویژه اشاره می‌کند که بر نوع عملکرد خانواده‌های این گروه تاثیر بسیاری می‌گذارد. اگر فرهنگی بر ارزش‌های انسان دوستانه تاکید داشته باشد، نتیجه آن به احتمال زیاد نگرش‌های مثبت نسبت به این گروه است. عقاید گروه‌های ویژه فرهنگی - نژادی خانواده در چگونگی واکنش‌های افراد در برابر این موضوع دخالت دارد. موقعیت کلی اقتصادی جامعه نیز بر بسیاری از شیوه‌های سازگاری خانواده تاثیر می‌گذارد. در کشورهایی که از نظر اقتصادی وضع بهتری دارند، خط‌مشی‌های سیاسی در چگونگی توزیع منابع نیز موثر خواهد بود.

از جمله دیگر متغیرهای موثر می‌توان به عوامل مربوط به خواهرها و برادرها اشاره کرد. سن و شخصیت کودکان و خواهرها و برادرهای آنها در چگونگی عملکرد خانواده نقش مهمی ایفا می‌کنند. عوامل مربوط به والدین مانند سن، شخصیت، وضعیت مالی، شغلی، سطح تحصیلات و وضع سلامتی والدین بر نوع واکنش خانواده اثر می‌گذارد.

۲) سیستم میانی: سیستم کوچک خانواده تحت تاثیر سیستم میانی که آن را احاطه کرده است، قرار می‌گیرد. سیستم میانی محیط‌هایی را شامل می‌شود که خانواده در آن شرکت فعالانه دارد مانند خانواده گسترده (از جمله پدر بزرگ و مادر بزرگ)، همسایگان، همکاران و دوستان.

۳) سیستم برونی: سیستم میانی خود تحت نفوذ سیستم برونی قرار دارد. این سیستم شامل محیط‌های اجتماعی از جمله رسانه‌های گروهی، سیستم آموزشی، خدمات رفاهی، اجتماعی، درمانی و حمایتی می‌شود. رسانه‌های گروهی از طریق نمایش و توصیف افراد با ناتوانی بر خانواده و جامعه تاثیر فراوانی می‌گذارند. هنگامی که رسانه‌ها به نگرش‌های کلیشه‌ای و ترحم‌آمیز خود نسبت به این گروه می‌پردازند، به پیوند فرد با ناتوانی در اجتماع کمکی نمی‌کنند.

۴) سیستم بزرگ: سیستم بزرگ در آخرین مرحله

1. mesosystem
2. exocosystem
3. macrosystem

بحث

تفکر و نگرش سیستمی، تاریخی طولانی در جامعه انسانی دارد، این نگرش، تمامی پدیده‌های موجود در طبیعت و اجتماع را مرتبط و موثر بر هم می‌داند. حد و مرز هر پدیده در رابطه با پدیده‌های دیگر تعیین می‌شود، یعنی هر عنصر و پدیده‌ای به مثابه سیستم عناصر درونی خود و در عین حال عنصری از یک سیستم بزرگتر است. از دیدگاه سیستمی، هر عنصری فقط حاصل جمع ریاضی عناصر متشکله خود نیست، بلکه هر عنصر، سیستمی است که خاصیت آن متفاوت از ویژگی‌های اجزای تشکیل دهنده و از نظر کیفیت برتر از آنهاست. از منظر نگرش سیستمی همه پدیده‌های طبیعی، اجتماعی و

در این تعریف نظام حیاتی متغیر بر توجه جنبه تحولی و تکامل انسانی تاکید دارد. در واقع هر فرد در مسیر تحول نوعی گرایش ذاتی به انسجام و سازمان‌یافتگی بیشتر و دستیابی به مرتبه عالی‌تری از انطباق و سازگاری دارد. این گرایش ایجاب می‌کند که هر فرد با تغییر شرایط درونی و بیرونی، همواره پویا و فعال باشد تا بتواند به هماهنگی از انتظام عالی‌تری دست یابد. دستیابی به این تعادل پویا از راه روابط درونی (مانند رابطه بین ما با دیگران، طبیعت و محیط فیزیکی و تبادل اطلاعات با آن‌ها به گونه‌ای که برای مثال با تغییر و بهبود الگوی ارتباطی می‌تواند به مرتبه عالی‌تری از انطباق دست یابد) میسر است (فرشاد، ۱۳۶۴).

«فرآیندها و تعامل پویا بین اجزا و محیط» در تعریف بیان شده بر این تاکید دارد که از هرگونه برخورد تجزیه‌انگارانه با انسان خودداری کنیم و او را برای مثال مجموعه‌ای از رفتارها یا موجودی اجتماعی در نظر نگیریم که فقط تحت تاثیر عوامل ژنتیکی، تربیتی یا اجتماعی؛ رفتاری را از خود بروز می‌دهد، بلکه در نظر داشته باشیم که از یک سو فرد به‌عنوان یک کلیت، از مولفه‌هایی (مانند مولفه شناختی، هیجانی، جسمی، رفتاری و اجتماعی) تشکیل شده است که بین این عناصر پیوند و ارتباط وجود دارد (برتالنی؛ ترجمه پریانی، ۱۳۶۶)؛ از سوی دیگر، کلیت هر فرد با جهان در ارتباط است. در این ارتباط، فرد هم از جهان پیرامون تاثیر می‌پذیرد و هم بر آن اثر می‌گذارد (فرشاد، ۱۳۶۴).

در مجموع نتایج حاصل از این بررسی نشان می‌دهد که پژوهش و شناخت مبانی نظری الگوهای ناتوانی می‌تواند چشم‌انداز روشنی را برای متخصصان، کارشناسان، درمانگران، آموزگاران، قانون‌گذاران و افراد دارای ناتوانی و سازمان‌هایشان در انتخاب مسیر آموزشی یا تصمیم‌گیرهای اساسی فراهم آورد. بدیهی است، بی‌توجهی به این امر موجب جهت‌گیری‌های ناهماهنگ در حوزه علوم توان‌بخشی، ارائه خدمات‌رسانی و تصمیم‌گیرهای سلیقه‌ای و تک‌بعدی می‌شود که پیامدهای نامطلوب و زیانباری را برای افراد با ناتوانی در پی خواهد داشت.

انسانی همانند سیستم‌های بزرگ و کوچک به هم وابسته هستند و کلیت واحدی را تشکیل می‌دهند. این نظرگاه با نگرش تجزیه‌گرایی در تضاد نیست، بلکه تجزیه و تحلیل عناصر هر سیستم نباید به صورت مجزا و خارج از کلیت به هم پیوسته سیستم باشد، بلکه عناصر هر سیستم باید در رابطه با دیگر عناصر و در وحدت و یکپارچگی کل سیستم مورد بررسی قرار گیرد و خارج از کلیت سیستم معنا و مفهومی ندارد (فرشاد، ۱۳۶۴).

مهم‌ترین دلیل پیدایش نگرش و روش سیستمی که دانشمندان این رشته نسبت به آن توافق دارند، پیچیدگی هر چه بیشتر مسایل اجتماعی عصر جدید، نارسایی و کارآیی نداشتن برخوردهای تحلیلی و مکانیستی با این مسایل بود. نگرش سیستمی در برابر نگرش مکانیستی قرار دارد. در این نگرش برای شناخت یک موجود یا مجموعه به جای این که آن را به اجزا و عناصرش تجزیه کنیم، آن را جزئی از کل بزرگتر در نظر گرفته و با توجه به نقشی که در کل بزرگتر ایفا می‌کند، به شناخت آن پرداخته می‌شود. در این نگرش، برای شناخت مجموعه یا موجود مورد نظر به اجزا و روابط بین اجزای آن از یک سو و به رابطه مجموعه یا موجود با محیط یا کل بزرگتری که آن را دربرمی‌گیرد، از سوی دیگر توجه می‌کنیم. در چنین نگرشی مجموعه مورد بررسی یک «سیستم» خوانده می‌شود (ایکاف؛ ترجمه شورینی، ۱۳۸۵).

در نگرش سیستمی، موضوع مورد پژوهش به‌عنوان جزئی از یک کل بزرگتر مورد بررسی قرار می‌گیرد. هدف، مأموریت و کارکرد نظام فراگیر نخست شناخته می‌شود و سپس رسالت یا کارکرد موضوع مورد پژوهش جزئی از نظام یاد شده تعریف و تعیین می‌شود. آنگاه با توجه به رسالت تعریف شده، اجزای موضوع مورد پژوهش و روابط آن‌ها تغییر داده می‌شوند. به این ترتیب، تغییرات، آثاری را در پی خواهند داشت که از قبل تعریف شده‌اند (ویلسون؛ ترجمه ربانی، ۱۳۹۳).

از دیدگاه سیستمی، انسان سیستمی است که از نظام حیاتی متغیر و فرآیندها و تعامل‌های پویا بین اجزا و محیط و نیز از عناصری که ساخت و رفتار آن‌ها در ارتباط با کارکرد کل سیستم تعریف می‌شود، تشکیل شده است.

منابع

- ایکاف، ر. (۱۳۸۵). برنامه‌ریزی تعاملی. ترجمه خلیلی شورینی، انتشارات مرکز نشر. برتالنفی، ل.ن. (۱۳۶۶). نظریه عمومی سیستم‌ها. ترجمه کیومرث پریانی، انتشارات تندر. فرشاد، م. (۱۳۶۴). نگرش سیستمی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- کریمی درمنی، ح.ر. (۱۳۸۵). توان‌بخشی گروه‌های خاص با تاکید بر خدمات مددکاری اجتماعی. انتشارات گستره. کمالی، م. (۱۳۸۳). حقوق بشر و ناتوانی (معلولیت)، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی. سال سوم، شماره ۱۳. صص: ۵۵-۴۱. طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت ICF. (۱۳۸۴). سازمان بهداشت جهانی. مرکز آمار ایران دفتر انتشارات اطلاع‌رسانی.
- میرخانی، س. م. (۱۳۸۷). مبانی توان‌بخشی. انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. ویلسون، ب. (۱۳۹۳). سیستم‌ها، مفاهیم، متدولوژی‌ها و کاربردها. ترجمه یوسف ربانی. انتشارات دانشگاه هرمزگان. هالندر، ا. (۱۳۸۳). راهنمای برنامه‌ریزی ملی توان‌بخشی. ترجمه علی چابک و احمد نظری. انتشارات دانژه.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*. In R. Vasta (Ed), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249): London Jessica Kingsely Publishers Ltd.
- Batavia, A.I., & Schriener, K. (2001). The Americans With Disabilities Act as engine of social change: Models of disability and the potential of a civil rights approach. *Policy Studies Journal* 690- (4) 29 . 702.
- Bax, M. (1998). Models and need [editorial]. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40, 507.
- Bogdan, R., and Taylor, S. J. (1989). The social construction of humanness: Relationships with severely disabled people. *Social Problems*. 36(2), 135-148.
- Brookings, G.K. (1993). Culture, ethnicity, bicultural competence: Implications for children with chronic illness and disability. *Pediatrics*. 91, 1056-1062.
- Cattell-Gordon, D. (1998). The development of an effective applied behavioral analysis program for a young child with autism: A parent's perspective. *Infants and Young Children*. 10, 79-85.
- Crockett, J. B. (2001). Epilogue: The contemporary crucible: Putting scientific evidence to the test in the context of schools. *Behavioral Disorders*. 27, 69-73.
- Danforth, S. (2001). A pragmatic evaluation of three models of disability in special education. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 13(4), 343-359.
- Dixon, R. C., & Carnine, D. W. (1992). A response to Heshusius Curriculum- based assessment and direct instruction: Critical reflections on fundamental assumptions. *Exceptional Children*. 58, 461-463.
- Drake, R.F. (2001). *Welfare states and disabled people*. In G.L. Albrecht, K.D. Seelman, & M. Bury (Eds.), *Handbook of Disability Studies* (pp. 418-440). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Frome, PM., & Eccles., JS. (2002). Children's competence and value beliefs from childhood through adolescence: growth trajectories in two male-sex-typed domains. *Developmental Psychology*. 38, 519- 533.
- Goodley, D. (1997). Locating self-advocacy in models of disability: Understanding disability in the support of self-social workers with learning disabilities. *Disability and Society*. 12, 367-379.

- Gregory, R.J. (1997). Models of disability: Definitions as power [comment]. *Disability and Rehabilitation*. 19, 487-489.
- Hahn, H. (1983). Paternalism and public policy. *Society*. 20,36-46.
- Hahn, H. (1985). Introduction: Disability policy and the problem of discrimination. *American Behavioral Scientist*. 28(3), 293-318.
- Harris, J. (2000). Is there a coherent social conception of disability?. *Journal of Medical Ethics*. 26, 95-100.
- Heshusius, L. (1989). The Newtonian mechanistic paradigm, special education, and contours of alternatives: An overview. *Journal of Learning Disabilities*. 22, 403-415.
- Heward, W. L. (2003). Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. *The Journal of Special Education*. 36, 186-205.
- Hughes, B., & Patterson, K. (1997). The social model of disability and the disappearing body: Towards a sociology of impairment. *Disability & Society*. 12(3), 325-340.
- Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education*. Lanham, MD: Scarecrow Press.
- Imrie, R. (1997). Rethinking the relationships between disability, rehabilitation, and society. *Disability and Rehabilitation*. 19(7), 263-271.
- Llewellyn, A., & Hogan, K. (2000). The use and abuse of models of disability. *Disability & Society*. 15, 157-165.
- McDougall, J., Wright, V., & Rosenbaum, P. (2010). The ICF model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(3), 204-2011.
- Ravaud, J.F., & Stiker, H.J. (2001). *An analysis of historical and cultural meanings*. In G.L. Albrecht, K.D. Seelman, & M. Bury (Eds.), *Handbook of Disability Studies* (pp. 490-511). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sleeter, C. (1986). Learning disabilities: The social construction of a special education category. *Exceptional Child*. 53(1): 46-54.
- Sloper, P. (1999). Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know?. *Child: Care, Health, and Development*. 25, 85-99.
- Swain, J., & French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability & Society*. 15(4), 569-582.
- Wigfield, A., & Asher, S.T. (1984). Social and motivational influences on reading. In P. D. Pearson, R. Barr, M. Kamil, and P. Mosenthal (Eds.), *Handbook of reading research* (pp. 423-452). New York: Longman.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.