



# توان بخشی مبتنی بر جامعه'

## ضرورت ها و روش های اجرایی آن در ایران

محمد احمد پناه - عضو هیات علمی پژوهشکده کودکان استثنایی

در بعضی از گزارش های بین المللی میزان جمعیت معلولان حدود ۱۰ درصد اعلام شده است. بررسی هایی که در کشورهای در حال توسعه انجام گرفته نشان می دهند که این میزان، بر آورد درستی نیست. به عنوان نمونه، بررسی انجام شده در زیمباوه مشخص کرد که حدود ۱۵ درصد افراد جامعه دارای معلولیت هستند و بررسی های دیگر به صورت منطقه ای حاکی از آن است که این میزان در بعضی مناطق خاص به ۲۵ درصد هم رسیده است.

گرچه در زمینه تعداد معلولان توافق چندانی به چشم نمی خورد، اما آنچه که مشخص است این است که معلولیت خسارت های اقتصادی، اجتماعی و عاطفی قابل توجهی بر جامعه و معلولان بر جای می گذارد. بررسی های انجام شده در کشورهای در حال توسعه نشان داده که هفتاد و پنج درصد معلولان جهان در این کشورها زندگی می کنند و اگر در این کشورها فقر، نادانی، ترس و خرافه پرستی تداوم یابد، شاید این رقم به بیش از ۸۰ درصد هم برسد.

الگوی فعلی توان بخشی در کشور ما و دیگر کشورهای در حال توسعه که مبتنی بر مراقبت های مؤسسه ای است، هر گاه حالت جدی تری به خود بگیرد و نیازهای همه معلولان را پاسخگو باشد به بودجه ای بیش از کل

بودجه بهداشتی اکثر این کشورها نیاز دارد. در نتیجه منطقی نخواهد بود که انتظار داشته باشیم کشورهای در حال توسعه منابع کمیاب خود را به خدمات پرهزینه برای این افراد اختصاص دهند. براساس برآوردهای انجام شده. خدماتی که در مؤسسه‌ها ارایه می‌شود. تنها دو درصد از جمعیت معلولان پوشش می‌دهد. در کشورهای در حال توسعه خدمات توان بخشی بیشتر در شهرها متمرکز شده و کمتر در اختیار روستاییان قرار می‌گیرد. انجمن بین‌المللی معلولان ذهنی<sup>۱</sup> بررسی گسترده‌ای را در مورد مدارس ویژه کودکان با ناتوانایی‌های خاص یادگیری و معلولین ذهنی به عمل آورده است. نتایج بیانگر این است که تنها تعداد محدودی به این مدارس دسترسی دارند. در آسیا براساس بررسی‌هایی که در کشورهای پاکستان، فیلیپین و اندونزی به عمل آمده مشخص شده که درصد خیلی کمی از معلولان این کشورها می‌توانند به خدمات توان بخشی که بیشتر در شهرها متمرکز هستند. دسترسی پیدا کنند. وضعیت افراد با آسیب بینایی در کشور فیلیپین این ادعا را نشان می‌دهد. تعداد افراد نابینا در فیلیپین بسیار زیاد بوده اما در این کشور تا سال ۱۹۸۴ تنها ۴ مرکز خدماتی و آن هم در شهرها موجود بوده و این مراکز سالیانه به ۱۰۰ نفر از این جمعیت انبوه خدمات ارایه داده‌اند (اتول ۱۹۸۹).

در کشورهای در حال توسعه و به ویژه در بخش‌های مشخصی از جامعه که ناهماهنگی‌هایی بین جهت‌گیری‌های فرهنگی. ارزشی و انتظارات از مسوولان وجود دارد. افرادی شماری وجود دارند که در عین نیازمندی به خدمات. تمایل کمی برای دریافت یا جستجوی کمک از خود نشان می‌دهند. بنابراین برای ارایه خدمات مرتبط و در دسترس به روستاییان و گروه‌های اقلیت باید به فکر روش‌های دیگری باشیم. شاید بتوان گفت که از عمده دلایل ناموفق بودن خدمات مؤسسه‌ای

این است که بین وظایف حرفه‌ای تعیین شده برای کارکنان و نیازهای معلولان در کشورهای در حال توسعه تناسبی وجود ندارد. یعنی در این کشورها ارایه خدمات به معلولان به دلایل مختلف برگرفته از الگوی غربی

است و به دلیل شرایط خاص فرهنگی. آموزش‌هایی که کارشناسان فرا گرفته‌اند. در اجرا با مشکلاتی روبرو است. بعضی وقت‌ها این مسأله سبب شده که چشم خود را بر واقعیت‌ها بیندیم و به جای پرداختن به آنها. بیشتر به فکر دسترسی به معیارهای مطلوب باشیم و این در حالی است که حدود ۹۸ درصد خانواده‌های نیازمند کمک. کمتر کمک دریافت می‌کنند و در نتیجه در این شرایط سخن از معیارها بحثی بیهوده است. در ایران. خدمات محدود توان بخشی در شهرها متمرکز شده و تنها عده معدودی به آنها دسترسی دارند. تمرکز نامناسب خدمات در شهرها. توجه بی‌مورد به معیارهای بالای آموزش. محدودیت‌های کسب تخصص و جدایی خدمات از زندگی طبیعی. از جمله مواردی است که بر سر راه خدمات توان بخشی در ایران قرار دارد. از حدود دو میلیون معلول نیازمند دریافت خدمات. تنها ۷۰ هزار نفر تحت پوشش سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور و ۴۰۰ هزار نفر به شکل غیر مداوم زیر پوشش سازمان بهزیستی هستند. یعنی تقریباً ۷۶ درصد این جمعیت خدماتی دریافت نمی‌کنند. با وجود اقدام‌های انجام شده برای معلولان در ایران. هنوز به راستی نمی‌دانیم که این افراد و خانواده‌هایشان خواستار دریافت چه نوع خدماتی هستند و از چه راهی می‌شود با هزینه کمتر. خدمات توان بخشی را در اختیار تعداد بیشتری از این جمعیت قرار دهیم.

### توان بخشی مبتنی بر جامعه

به دلیل محدودیت‌های خدمات توان بخشی مبتنی بر مؤسسه‌ها و اینکه حلال موجود با توسعه این نوع برنامه توان بخشی پر نمی‌شود. نیاز به شناسایی انواع تازه‌ای از ارایه خدمات که به متخصصان کمتری نیاز داشته و از روش‌های آموزشی ساده‌تر توان بخشی استفاده نماید. احساس می‌شود. به بیان دیگر این نیاز وجود داشت که خدمات

توان بخشی موجود به صورتی

ساده‌تر و در حد گسترده‌تری ارایه شود.

با توجه به موارد فوق.

ضرورت وجود نظام تازه‌ای از

خدمات توان بخشی شکل

گرفت و سازمان بهداشت

جهانی. تأمین خدمات

در کشورهای در حال توسعه و به ویژه در بخش‌های

مشخصی از جامعه که ناهماهنگی‌هایی بین

جهت‌گیری‌های فرهنگی، ارزشی و انتظارات از

مسوولان وجود دارد، افرادی شماری وجود دارند که

در عین نیازمندی به خدمات، تمایل کمی برای دریافت یا

جستجوی کمک از خود نشان می‌دهند





توانبخشی در خانواده

---

## هدف برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه این است که فرآیندهای توان بخشی و مسئولیت های مرتبط با آن به افراد خانواده و جامعه واگذار شود، در این حالت نیروی توان بخشی از همان جامعه انتخاب شده و آموزش می بیند

---

نشان می دهد. در نتیجه جنبه هایی از رفتار کودک که در محیط کلاسی هیچ گاه شناخته نخواهد شد. با آموزش های ساده ای برای والدین شناسایی و درصدد رفع آن خواهند آمد. در هر حال، مداخله های انجام شده در این الگو همیشه با در نظر داشتن محیط با کمترین محدودیت آبه انجام می رسد. در توان بخشی مبتنی بر جامعه از آنچه که در جامعه وجود دارد برای ارائه خدمات توان بخشی استفاده می شود. ما در این حالت باید جامعه را در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه ها دخالت بدهیم. هرگاه جامعه مسئولیت توان بخشی افراد معلول را بپذیرد، می توان این فرآیند را توان بخشی مبتنی بر جامعه نامید. در چنین وضعیتی فرآیند توان بخشی به یکی از عناصر جامعه گسترده ای تبدیل شده که همه تلاش ها را در راستای کمک به افراد معلول هماهنگ می کند.

ضروری و آموزش افراد معلول از راه فرآیند توان بخشی مبتنی بر جامعه را به عنوان بخشی از فعالیت بهداشت همگانی توصیه نمود. در نتیجه، در این حالت به بهای فراهم کردن رفاه کمتر برای همه، از فراهم کردن بالاترین معیارهای حمایتی برای عده کمی از این افراد خودداری می شود و افراد غیر حرفه ای که آموزش های محدودی را ببینند، قادر به ارائه خدمات بیشتری می شوند.

هدف برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه این است که فرآیندهای توان بخشی و مسئولیت های مرتبط با آن به افراد خانواده و جامعه واگذار شود. در این حالت نیروی توان بخشی از همان جامعه انتخاب شده و آموزش می بیند. این فرد می تواند فرد دارای دیپلم، فوق دیپلم، یا معلم، مددکار، مراقب بهداشت یا داوطلب باشد و نحوه انجام برنامه آموزشی را برای خانواده توضیح دهد.

از دیگر جنبه هایی که در برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه در نظر گرفته شده این است که با توجه به اینکه والدین کودک معلول برای کمک به کودک خود انگیزه بیشتری دارند، بهتر از فرزندان خود مراقبت می نمایند و این مراقبت ها را در صورت دریافت آموزش های لازم به بهترین شکلی به انجام می رسانند.

وقتی که کودک در خانه آموزش می بیند، پس خورندهای والدین مثبت و واقعی تر است و رفتار آموخته شده ماندگارتر و قدرت تعمیم پذیری آن نیز بالاتر خواهد بود. از طرف دیگر، کودک معلولی که در خانه زندگی می کند و خدمات را نیز در همان محیط طبیعی دریافت می کند، طیف وسیعی از رفتارهای طبیعی را از خود

خدمات توان بخشی مبتنی بر جامعه برای چه گروهی مناسب تر است؟

در کشورهای در حال توسعه عواملی مانند گرفتاری، فقر و نگرش های منفی، مانع از مشارکت فعال والدین در چنین برنامه هایی می شوند. ضروری ترین عنصر برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه، تغییر نگرش های جامعه نسبت به افراد معلول می باشد. بسیاری از معلولان، معلولیت را به عنوان سرنوشته قطعی خود پذیرفته اند. در این صورت شروع خدمات توان بخشی مشکل می باشد به عنوان مثال در کشور زامبیا طبق گزارش سریل<sup>۴</sup> (۱۹۸۶) افراد همواره انتقاد کرده و از حکومت انتظار داشتند همه موارد ضروری را برایشان تهیه نماید.

ماریگا<sup>۳</sup> و مک کانکی<sup>۴</sup> (۱۹۸۷) در پاسخ به سؤال بالا می گویند که این برنامه تأثیر بیشتری روی نوجوانان و کودکان می گذارد. مشروط به اینکه از همان ابتدا معلولیت کودک از ناحیه والدین پذیرفته شده باشد. برمن و سیلرس<sup>۵</sup> (۱۹۸۴) گزارش می دهند که به دلیل مسایل خاص کودکان نابینا، ممکن است این افراد به خدمات تخصصی تری نیاز داشته باشند. هیندلی اسمیت<sup>۶</sup> (۱۹۸۱) گزارش می دهد افرادی که به تازگی معلول شده اند به احتمال بیشتری از خدمات توان بخشی مبتنی بر جامعه استفاده می کنند و این مسأله توسط ویلگاس<sup>۷</sup> (۱۹۸۵) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در بعضی پروژه ها پیشرفت کودکان معلول جسمی مناسب گزارش شده است. در مقابل افراد دارای مشکلات حسی نظیر نابینایی و ناشنوایی در برابر آموزش های این نوع برنامه توان بخشی، مقاومت بیشتری دارند در نهایت نتیجه مشخصی که تا به حال گرفته شده این است که به سادگی

**ضروری ترین عنصر برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه، تغییر نگرش های جامعه نسبت به افراد معلول می باشد. بسیاری از معلولان، معلولیت را به عنوان سرنوشته قطعی خود پذیرفته اند، در این صورت شروع خدمات توان بخشی مشکل می باشد**

نمی توان گفت که دقیقاً چه کسانی از برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه بیشترین فایده را می برند (اتول ۱۹۸۹).

نمونه هایی از برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه در کشورهای در حال توسعه، مهم ترین دلیل شکل گیری برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه، توجه به مجموعه گزارش های بین المللی است که خواستار توجه بیشتر به مشکل معلولان شده اند و از طرف دیگر ناکارآمدی برنامه های توان بخشی مبتنی بر مؤسسه ها در پاسخگویی به نیازهای معلولان است. در کنیا، آرنولد<sup>۸</sup> (۱۹۸۶) جمعیت افراد عقب مانده ذهنی این کشور را حدود دویست هزار نفر اعلام نموده است. که از این جمعیت تنها ۴۰۰ نفر خدمات آموزش استثنایی دریافت می کردند. در این کشور، خدمات حمایتی از خانواده کودکان معلول ذهنی توسط گروهی مددکار محلی، از یک مدرسه کوچک در پایتخت شروع شد. آنها برای شناسایی نیازهای واقعی افراد معلول در نقاط دور افتاده به جوامع روستایی می رفتند. این پروژه ثابت کرد که در صورت استفاده مناسب از منابع موجود و یا داشتن برنامه آموزشی معمولی ولی مناسب، ارائه خدمات بهداشتی، رفاهی، آموزشی و حرفه ای امکان پذیر است. پروژه پروجیمو<sup>۹</sup> در مکزیک (۱۹۸۷) ارائه خدمات مراقبت بهداشتی را به صورت میان روستایی شروع کرد. این پروژه به عنوان «پاکستلا»<sup>۱۰</sup> معروف شد. کسانی که با عنوان مراقبان بهداشتی فعالیت می کردند، نیاز افراد ناتوان را مشخص می کردند. مراقبان بهداشتی نیز با مراجعه به روستاها، برنامه را برایشان توضیح می دادند. این پروژه با آموزش افرادی از دیگر روستاها توانست گام های مهمی در آموزش بهداشت بردارد. در جریان این پروژه، مراکزی با هدف ارائه دانش و مهارت به خانواده ها تشکیل شده اند تا به افراد معلول در بهره گیری از حداکثر توانمندی هایشان کمک کند.

در سال ۱۹۸۳ در زامبیا فعالیت هایی در راستای ایجاد ساختار خدمات رسانی مناسب در سطح ملی برای معلولان شروع شد و در زمینه هایی چون بهداشت، آموزش و بهزیستی فعالیت نمود. در فیلیپین، والدز<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۴) و پریکوت<sup>۱۲</sup> (۱۹۸۴) و باهدف ایجاد حساسیت در جامعه به منظور شناسایی نیازهای افراد معلول سلسله مباحثی را با رهبران گروهها شروع کردند که در جلب حمایت مسولان محلی در مورد قسمتی از برنامه ها، بسیار مفید بود.





درمالزی، برای شناسایی افراد با آسیب بینایی، ابتدا کمترین امکانات ارایه شد و سپس به مرور زمان این برنامه‌ها گسترش یافتند. یکی از هدف‌های طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در کشور گویان، تعیین میزان مشکلات همپا با معلولیت در مناطق روستایی بود (اتول ۱۹۸۱). در نتیجه، روستا به صورتی منظم توسط شرکت کنندگان در برنامه و گروهی از افراد جامعه مورد بررسی قرار گرفت که پس از مدتی مشخص شد که گروه محلی توانسته است افراد جامعه را در حد مطلوب و گسترده‌ای برای بررسی‌های بعدی آماده کند و برای کودکان معلول روستا، مدرسه‌ای را تأسیس کند. طرح‌های مشابهی در زیمبابوه، (مک کانکی، ۱۹۸۶)، کینا (آرنولد، ۱۹۸۶)، اندونزی، (جانسون و جاندراکوسما<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲)، پاکستان، (جعفر و جعفر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶) اجرا شده است. در این مناطق برنامه توان‌بخشی پاسخی بوده به نیازهای مناطق دور افتاده، مشاهده می‌شود که برنامه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه به عنوان پاسخی به نیازهای واقعی مناطق، مطرح شده است.

### همکاری با اعضای خانواده:

بسیاری از خانواده‌هایی که کودک معلول دارند، سعی می‌کنند با موقعیت پیش آمده کنار بیایند اما در هر حال والدین در برخورد با معلولیت، واکنش‌های متنوعی نشان می‌دهند. به دلایل مختلف، از جمله بیکاری، فقر و نگرش‌های منفی، برخی خانواده‌ها مایل به مشارکت در برنامه نیستند و بعضی به این کار علاقه‌مند هستند. در هر حال بایستی برنامه به گونه‌ای طراحی شود که مشارکت هرچه بیشتر والدین را جلب نموده و برای آنکه تلاش‌های والدین در مورد فرزندشان مؤثر واقع شود باید به آنان کمک کرد. در نتیجه، تمرکز بیش از حد بر کودک و ارایه برنامه‌ها و رهنمودهای شناختی.

احتمالاً نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای واقعی والدین باشد.

در راستای مشارکت والدین در فرآیند توان‌بخشی مبتنی بر جامعه قبل از هر چیز مهارت‌های آنان را باید مورد مطالعه قرار داد. در بررسی

محدودی که در سال ۱۳۷۸ به منظور اطلاع از مهارت‌های اصلی مورد نیاز برنامه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در والدین در چند روستای دور افتاده استان کردستان به انجام رسید. می‌توان نتایج را با توجه به پژوهش اتول (۱۹۸۹) در سه قلمرو زیر مورد بررسی قرار داد:

۱- مهارت درک کودکان: یعنی درک و فهم این موضوع که مهارت‌های رشدی کودکان دارای فرآیندی منظم بوده و این فرآیند به طور نسبی همگانی است.

۲- اعتقاد به تأثیر جریان آموزش: اعتقاد به اینکه از راه مداخله می‌توان به رشد سریع تر کودک کمک کرد و آنها را از نقش کلیدی خود مطمئن ساخت.

۳- داشتن فرصت برای آموزش: والدین لازم است قبول کنند که تغییر در محیط یا روش‌های آموزشی می‌تواند به یادگیری کودک کمک کند.

برای بررسی موارد مذکور پرسشنامه‌ای تنظیم و در اختیار ۶۰ نفر از مادران قرار گرفت. پرسشنامه توسط ۵ نفر از کارشناسان که آموزش‌های لازم را در این زمینه فرا گرفته بودند اجرا شد. علاوه بر این مفهوم سنین و مراحل رشد کودک در مطالعه‌ای بر روی ۱۵ نفر از این مادران به شکل کامل تری بررسی شد.

### در پایان نتایج نشان داد که:

۱. در قلمرو مهارت درک کودک: پاسخ‌های مادران در زمینه‌های مختلفی از رشد مانند رشد حرکتی، شناختی، خودیاری، اجتماعی شدن و زبان، مرتب شد و در نهایت این نتیجه به دست آمد که بین مراحل مختلف رشد از دیدگاه روان‌شناسی و آنچه این مادران بیان کرده‌اند ارتباط بالایی وجود دارد. در نتیجه مادران از مراحل رشد درک کودک مناسبی داشتند. در پرسشنامه‌ای هم که در اختیار این مادران قرار گرفته

بود و سؤال‌های آن بر بررسی زمینه‌هایی نظیر سن کسب مهارت‌ها یا انجام تکلیف‌ها مانند سن راه رفتن، نشستن، غذا خوردن، به تنهایی لباس پوشیدن می‌پرداخت. پاسخ‌های مادران با هنجارهای رایج

بسیاری از خانواده‌هایی که کودک معلول دارند، سعی می‌کنند با موقعیت پیش آمده کنار بیایند اما در هر حال والدین در برخورد با معلولیت، واکنش‌های متنوعی نشان می‌دهند

ارتباط مناسبی داشتند.

۲. اعتقاد به تأثیر جریان آموزش: از مادران سؤال شد که اگر آموزش‌های لازم در اختیار کودکان قرار گیرد، آیا آنها می‌توانند

صحبت کنند. راه بروند و به تنهایی غذا بخورند. اکثریت والدین بر این اعتقاد بودند که کمک به فرزندشان در این زمینه‌ها صد درصد تأثیرگذار است. یعنی آنها اعتقاد داشتند که فرزندشان بر اثر آموزش قادر خواهد بود مهارت‌های اولیه را فرا گیرد و خودشان با

کسب آموزش‌های لازم بهتر از هر کسی می‌توانند این مهارت‌ها را آموزش دهند.

۳. داشتن فرصت‌هایی برای آموزش: در سؤال‌هایی که در زمینه همکاری اعضای خانواده با برنامه‌های آموزشی به عمل آمد. مشخص شد که یک چهارم خانواده‌های مورد بررسی، به دلایل مختلف تنها یکی از اعضا را برای این کار تعیین می‌کردند. پدران کمتر در برنامه شرکت می‌کردند و مسوولیت بیشتر بر عهده مادران و در حد بسیار کمتر بر عهده پدران بود. اما بیش از ۵۰ درصد این والدین تمایل داشتند به شکل مؤثری در هر برنامه آموزشی که برای فرزندشان مفید باشد شرکت کنند. در این زمینه عوامل بی‌شماری از جمله میزان درآمد خانواده، میزان تحصیلات والدین، شدت معلولیت و نگرش والدین مؤثر بودند. بدیهی است که برای مشارکت والدین راه‌حل‌های متفاوتی وجود دارد، اما مسأله اساسی که باید مورد توجه قرار گیرد این است که هدف و راهبردهای اجرای برنامه انعطاف‌پذیر باشد و از تعمیم نیازهای والدین اجتناب شود. به بیان دیگر، نباید تصور شود که نیاز خانواده‌ها به‌طور کامل مشابه یکدیگر است. مسأله بعدی که در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بایستی مورد توجه قرار گیرد همانا مشارکت فعال جامعه می‌باشد.

در کشور ما نگرش‌های جامعه نسبت به معلولان تا حدودی بهبود یافته و این تغییر نگرش هم در افراد جامعه، به خوبی دیده می‌شود. میزان تبعیض نسبت به آنان در گزارش‌های ارایه شده کمتر شده است. مشارکت افراد جامعه چیزی است که بارها به آن اشاره شده.

ولی متأسفانه مفهوم آن برای اکثر مردم هنوز مشخص نیست. در کشور ما هنوز از دید عده‌ای، مفهوم مشارکت همانا "همه با هم به جای همه با هم" می‌باشد که نتیجه آن راهنمایی‌های یک طرفه‌ای

بوده که هیچ‌گاه جایگاه واقعی مردم در برنامه‌ریزی و اجرا مشخص نشده و هر نوع پیشرفتی هم که حاصل شده موقتی بوده و برنامه‌ها سرانجام به یأس مردم انجامیده است. فراهم کردن زمینه‌های مشارکت جامعه بایستی به صورت امری و دستوری صورت پذیرد. چرا که دیده شده افراد

هنگامی به شکل واقعی در برنامه مشارکت می‌کنند که احساس کنند برنامه‌ریزان برایشان ارزش قایل هستند و در مورد نیازهایشان مورد مشورت قرار می‌گیرند.

نظریه مشارکت بر این اصل مبتنی است که افراد جامعه بایستی در طراحی، اجرا و مدیریت و ارزیابی برنامه‌ها دخالت داده شوند. چرا که در غیر این صورت این مفهوم مشارکت را نخواهد داشت. در ایجاد برنامه هر چیزی که دایر می‌شود بایستی با شرایط محلی و بومی هماهنگ باشد. مجربان باید توجه کنند که در روستاهای ما عقاید محکم، منابع و انرژی بی‌شماری وجود دارد که با بهره‌برداری از این منابع می‌توان تغییرهای لازم را ایجاد نمود و در این میان نقش افرادی که از بیرون وارد می‌شوند تنها این است که مساعدت‌های فنی و کمک‌های موقتی در اختیار روستاییان قرار دهند. این افراد در عین حال که به صورت مذکور در فرآیند تغییر شرکت می‌کنند، بایستی مراقب باشند که خانواده‌های روستایی به نیروهای بومی که برای آموزش به آنان مراجعه می‌کنند وابسته نشوند. در نهایت مسوولیت‌ها به والدین و کودک محول شود. ضروری است تا روستاییان را از منابعی که در اختیار دارند مطلع کرده و روش استفاده از آنها را به آنان بیاموزیم.

رادیو و تلویزیون و مطبوعات، می‌توانند با تدوین مسأله و پوشش خبری مناسب نقش مؤثری ایفا کنند. همچنین می‌توان در روستاها کمیته‌های بهداشتی تشکیل داد که اعضای آن همان نیروهای بومی آموزش دیده و نمایندگان والدین باشند. در این صورت این کمیته قاطعانه





خواهد توانست نیازهای والدین افراد معلول را به مسوولان انتقال داده و از آن دفاع کند. هر چند که دستاوردها در ابتدا اندک خواهد بود اما پس از مدتی جریان امور تسهیل می شود. طرح توان بخشی مبتنی بر جامعه کشور گویان نمونه خوبی در این زمینه می باشد.

## امکارهای عملی

در کشور ما مهم ترین راه ارایه خدمات توان بخشی. استفاده از امکانات بالقوه ای است که در بعضی سازمان های دولتی که در حال حاضر در روستاها خدمات ارایه می دهند موجود می باشد و در این زمینه می توان به وزار تخانه و سازمان هایی نظیر وزار ت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزار ت آموزش و پرورش (نهضت سوادآموزی) کمیته امداد، جهاد سازندگی و از همه مهم تر شوراهای روستایی اشاره کرد.

هر چند که از راه همه این سازمان ها و نهادها می توان به ارایه چنین خدماتی پرداخت اما تجربه دیگر کشورها مانند کنیا و فیلیپین. زیمبابوه و غیره بیانگر این است که مناسب ترین روش. استفاده از نیروهایی است که با عنوان مراقب بهداشت در خانه های بهداشت روستایی فعالیت می نمایند. یا مربیانی که به عنوان معلمان نهضت سوادآموزی مشغول تدریس هستند. که خوشبختانه اکثر این افراد خود روستایی بوده و به نیازهای این افراد آشنایی دارند. در هر شهرستانی می توان کمیته ای با حضور اعضای زیر تشکیل و این کمیته طراحی برنامه های اصلی توان بخشی را بر عهده می گیرد.

۱. ۲ یا ۳ نفر نیروی متخصص در زمینه توان بخشی

۲. یک نفر از اعضای شورای اسلامی

۳. نماینده مرکز بهداشت شهرستان

۴. نماینده آموزش و پرورش

۵. یک نفر از معلولان

۶. دو نفر از افراد علاقه مند به امور معلولان

این کمیته برنامه ریزی های لازم در این زمینه را بر عهده گرفته و به تهیه و تدوین برنامه آموزشی، روش های اجرا، روش های ارزشیابی تأمین نیروی مورد نیاز، می پردازد و این افراد نقشی نیروبخش و شتاب دهنده در جریان برنامه دارند. در نهایت، این کمیته از بین مراقبان بهداشت روستایی، معلمان نهضت سوادآموزی و نیروهای داوطلب

مردمی، افرادی را که حداقل شرایط لازم را داشته انتخاب و آموزش های لازم را در اختیارشان قرار می دهد. این افراد ضمن انجام وظایف خویش با مراجعه به خانه ها و مصاحبه و مشاوره با والدین و فرد معلول، آموزش هایی را که در این زمینه فرا گرفته اند، به والدین منتقل یا در صورت لزوم اقدام های لازم را برای دسترسی آنان به مراکز تخصصی فراهم می آورند. در بعضی از مناطق می توان از خود افراد معلول که شرایط لازم را دارا می باشند یا افرادی که ترک تحصیل نموده اند برای این کار استفاده نمود.

بدیهی است که آموزش کافی و مناسب به

نیروهای داوطلبی که از خانه ها بازدید

می کنند، اولین گام اساسی در اجرای

برنامه می باشد

این کمیته پس از تدوین برنامه ها، راهکارهای اجرایی را ارایه و آموزش های لازم به نیروهای داوطلب را از راه نیروهای متخصص که در کمیته وجود دارند شروع می کند. آنان به طور مرتب از نتایج فعالیت ها مطلع شده و با هماهنگی نیروهای بومی و داوطلب به تشکیل گروههای مشورتی روستایی که برگرفته از افراد معتمد یا شورای روستا، یا خود معلولان خواهد بود، زمینه های بیشتر مشارکت را فراهم نموده و اقدام های توان بخشی را گسترش می بخشند. بدیهی است که نیروهای داوطلب ضمن دارا بودن شرایط عمومی باید از بین افراد جوان و پراورزی انتخاب شوند. آموزش های ارایه شده به آنان در حدی خواهد بود که آنان در برخورد با مسایل پیش آمده احساس عجز و ناتوانی نکنند. بدیهی است که آموزش کافی و مناسب به نیروهای داوطلبی که از خانه ها بازدید می کنند، اولین گام اساسی در اجرای برنامه می باشد. این افراد بعد از طی کردن آموزش ها به حمایت های ضروری و نظارت نیروهای تخصصی مذکور نیاز دارند تا بتوانند به خوبی با درخواست ها، مقاومت ها، سوء ظن ها و عدم تمایل جامعه نسبت به همکاری مبارزه نمایند.

به منظور ارتقای این خدمات، نباید به دلیل اینکه مسوولیت

فعالیت‌ها را بردوش جامعه می‌گذاریم از نقش سازمان‌های دولتی و حکومتی غافل شویم. چرا که بنا به گفته دیوید ورنر، بزرگ‌ترین موانع در ارابه مؤثر برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عموم مردم، پزشکان و سیاستمداران بوده‌اند (ورنر، ۱۹۷۸).

به علاوه تنها زمانی که بین نیروهای درگیر این کار، به ویژه بخش آموزش و بهداشت مشارکت مؤثر وجود داشته باشد، می‌توان انتظار پیشرفت را داشت.

برای بهبود خدمات توان بخشی در روستاها انجام اقدام‌های زیر



ضروری است:

#### ۱. تشکیل انجمن‌های اولیاء کودکان معلول:

بسیاری از نیازهای اجتماعی و عاطفی والدین، به شیوه مؤثرتری از طریق مشارکت داوطلبانه آنان به همراه والدین دیگر کودکان معلول در یک انجمن رسمی قابل ارابه و پیشگیری است. نحوه مشارکت و همکاری هم توسط خود والدین تهیه و تنظیم خواهد شد. نظر به اینکه والدین به تنهایی قادر به حل مشکلات خود نیستند، این انجمن‌ها برایشان سودمند می‌باشد در نتیجه در فرآیند توان بخشی مبتنی بر جامعه لازم است شبکه‌ای محلی از خانواده‌ها که می‌توانند حمایت‌های متقابلی در اختیار هم قرار دهند شکل گیرد و با تشکیل چنین انجمنی است که والدین خواهند توانست با داشتن نیروهای چشمگیری تغییرهای مناسب را به وجود آورند.

۲. برنامه‌ریزی برای آموزش‌های کافی و کامل به نیروهایی که از خانه‌ها بازدید می‌کنند:

استفاده از کتابچه‌های راهنما مانند کتابچه‌های منتشر شده از طرف سازمان بهداشت جهانی بسیار تأثیرگذار خواهد بود. به عنوان مثال، انتشار کتابی با عنوان کودکان معلول روستایی توسط ورنر در

سال ۱۹۸۷ بسیاری از زمینه‌های فعالیت در این مناطق را مشخص نموده است. زمینه‌هایی نظیر چگونگی کار با کودکان معلول و خانواده‌هایشان، روش‌های تشخیص و کمک به معلولان و روش‌های پیشگیری از معلولیت‌های فراگیر، روش‌های عملی فراهم نمودن کمک‌های توان بخشی با استفاده از امکانات در دسترس در محیط‌های روستایی، برنامه‌ریزی را برای استفاده از وسایل دیداری و شنیداری، استفاده از برنامه‌های کوتاه مدت ویدیویی، آماده نمودن بسته‌های آموزشی متناسب با فعالیت‌های انتخابی، استفاده از کارت‌های آموزشی، فعالیت‌ها را تأثیرگذارتر خواهد نمود.

#### ۳. آموزش پیوسته افراد:

توجه دقیق به برنامه‌های آموزشی از جمله ویژگی‌های تعداد زیادی از برنامه‌های توان بخشی مبتنی بر جامعه است. به عنوان مثال، در مالزی، جیکل (۱۹۸۶)، در فیلیپین برمن و سیسلر (۱۹۸۴) به مدت ۶ هفته و به شکل فشرده بازدیدکنندگان منزل را مورد آموزش قرار می‌دادند و سپس آنان کار با خانواده‌ها را شروع می‌کردند.

در نتیجه لازم است علاوه بر آموزش‌های اولیه از طریق برنامه‌های مختلف، بازدیدکنندگان خانه‌ها آموزش‌های تکمیلی را دریافت دارند. نشست‌های مطالعاتی، سمینارها، دوره‌های آموزشی ضمن خدمت از دیگر انواع برنامه‌هایی است که به آنان در جریان کار کمک می‌کند. ارتباط تنگاتنگ نیروهای بازدیدکننده با کارشناسان و دایر نمودن کارگاه‌های آموزشی برای این افراد به روزآمد بودن اطلاعات آنان کمک می‌کند.

#### ۴. مشارکت دادن بیشتر والدین در برنامه:

بازدیدکنندگان خانه‌ها باید اطلاعات لازم را درباره رشد و یادگیری کودک در اختیار والدین قرار دهند. بایستی رفته رفته و متناسب با پیشرفت کارها، مسوولیت‌ها را به والدین منتقل نمایند. مطابق بررسی‌های انجام شده والدینی که به طور نامنظم با بازدیدکنندگان ملاقات داشته‌اند پس از مدتی خود در نقش یک مبلغ برای برنامه عمل نموده‌اند.

#### ۵. نقش متخصصان و افراد حرفه‌ای:

متخصصان باید توانمندی‌های طبیعی کودکان و خانواده‌ها و جامعه را بارور نموده و تسهیلات و حمایت‌های لازم را برای خانواده‌ها و داوطلبان فراهم آورند. آنان بایستی به جای تصمیم







مورد اینکه توان بخشی مبتنی بر جامعه دارای ظرفیت های بالقوه ای است شکی وجود ندارد، ولی بدون استفاده از درمانگران توان بخشی کارآمد و مریبان آموزش ویژه. همین رویکرد نیز زیاد موفق نخواهد بود. در نتیجه لازم است که در مناطق روستایی و برای افراد معلول، مدرسه یا بخش مجزایی که پاسخگوی نیازهایشان باشد تأسیس شود. متأسفانه در بحث های مربوط به توان بخشی بیشتر این رویکردها در تقابل با هم قرار می گیرند، در حالی که آنها مکمل همدیگرند. مناسب بودن خدمات توان بخشی مبتنی بر جامعه در مقایسه با رویکرد مؤسسه ای به عوامل بسیاری از جمله سطح رشد یافتگی جامعه، ساختار جمعیتی، نگرش مثبت و شعور و آگاهی نسبت به معلولیت، سطح سواد جامعه، روحیه ایثارگری و تعاون افراد جامعه بستگی دارد.

گیری یک طرفه، همت و تلاش خود را به توجیه کردن و مشورت دادن به افراد معطوف کنند. چرا که هدف، نشان دادن نحوه رویارویی کارآمد و مؤثر با مشکلات روستاییان می باشد. آنها نباید درباره بازدید کنندگان خانه ها قضاوت کنند بلکه وظیفه آنان همراهی با بازدید کنندگان در تلاشی است که به عمل می آورند؛ به گفته جیکل (۱۹۸۶) بخش کلیدی فعالیت های این افراد الهام بخشیدن، تقویت روح تعهد و ایثارگری در بازدید کنندگان می باشد.

۶. تعامل بین توان بخشی مبتنی بر جامعه و توان بخشی مبتنی بر مؤسسه ها:

به جای بحث بر سر معایب روش ها، بهتر است در فکر این باشیم که چگونه این دو رویکرد همدیگر را تکمیل می کنند. به هر حال در

متأسفانه در بحث های مربوط به توان بخشی بیشتر این رویکردها در تقابل با هم قرار می گیرند، در حالی که آنها مکمل همدیگرند. مناسب بودن خدمات توان بخشی مبتنی بر جامعه در مقایسه با رویکرد مؤسسه ای به عوامل بسیاری از جمله سطح رشد یافتگی جامعه، ساختار جمعیتی، نگرش مثبت و شعور و آگاهی نسبت به معلولیت، سطح سواد جامعه، روحیه ایثارگری و تعاون افراد جامعه بستگی دارد.

۱- احمد پناه، محمد (۱۳۸۱). توان بخشی مبتنی بر جامعه، مقاله ارایه شده به نهمین سمینار کاردرمانی ایران دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

۲- برایان جان، اتول (۱۳۸۰). راهنمای خدمات توان بخشی مبتنی بر جامعه، مترجم: میکانی عباس چاپ اول انتشارات دائره، تهران

- 1-o, Toole, B.J (1989). *Guide to community - based rehabilitation Service, world health organization.*  
 2-McConkey, R (1986) *Working with parents: A proctidc guide for teachers and therapists*. London: Unesco publisher .  
 3-werner, D.(1987) *Disabled Village children. Palo. Alto, california: Hesperian foundation. Excellent, detailed, illustrated and highly readable manual on how to help disabled children. Collifornia: Unesco publisher.*