

Rehabilitation of the Disabled Challenges and Processes (The Case of Hamedan Province)

Assadollah Naghdi^I, Esmaeel Balali^{II}, Mahbubeh Rucentan^{III}, Elaheh Pakizeh^{IV}

<https://dx.doi.org/10.22084/CSR.2024.28780.2261>

Received: 2024/01/09; Accepted: 2024/03/05

Type of Article: **Research**

Pp: 359-402

Abstract

Disability is an important social phenomenon in today's society. Disabled people face many problems in interpersonal relationships, family, work, education and emotional behavioral areas. There are about 76000 disabled people in Hamedan province, of which about 30000 are physical disabled. This study seeks to evaluate and the effectiveness of these programs with a qualitative method, because if the plan is implemented correctly, it will improve the quality of life of the disabled, increase the quality of services, reduce the financial burden of the disabled person on the family, and even the possibility entrepreneurship and empowerment of the disabled with emphasis on people with disabilities. Provides spinal cord injury. The study focuses on four groups, including managers of the welfare organization, managers of project implementation centers, facilitators and consultants and helpers, university professors, and especially disabled people participating in the project and their families. The findings of the research showed that the needs of the audience are different based on Maslow's hierarchy of needs in the form of a project based on class conditions: the poor and marginal classes declared their need for objective needs such as livelihood packages, and the disabled items of the more privileged classes emphasized the dimensions of assistance and home visits. The many changes in the instructions, the stability of the project costs at the same time as the sharp increase in costs, and the late notification of the project and the loss of golden time are among the criticisms of the project. Suggestions such the continuation of the thematic comprehensive plan, the positive discrimination plan and ideas such as the city and society supporting the disabled and awareness of the rights of the disabled and the right to education have been presented.

Keywords: Disabled People, Empowerment, Social Support, Welfare, Hamedan Province.

I. Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Social sciences and Economics, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran (Corresponding Author). **Email:** Naghdi@basu.ac.ir

II. Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Social sciences and Economics, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

III. M. A. in Social Sciences, Department of Social Sciences, Faculty of Social sciences and Economics, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

IV. Master of Educational Sciences, Hamedan Province Welfare Organization, Hamedan, Iran

Citations: Naghdi, A.; Balali, E.; Rucentan, M. & Pakizeh, E., (2024). "Rehabilitation of the Disabled Challenges and Processes (The Case of Hamedan Province)". *Two Quarterly Journal of Contemporary Sociological Research*, 12(23): 359-402. doi: 10.22084/csr.2024.28780.2261

Homepage of this Article: https://csr.basu.ac.ir/article_5524.html?lang=en

1. Introduction

Although disability has a long history of human life, it has spread more in the new era, and despite human success in the modern world of industrial life, disadvantages such as work and industrial accidents, driving accidents, diseases, natural and human disasters, and other related wastes are inevitable. It seems inevitable with this kind of life. Therefore, despite the medical advances and the improvement of health and hygiene indicators, as well as the tremendous achievements of genetic science, the number of people with spinal cord injury is increasing day by day for several reasons.

The empowerment plan for people with disabilities has been prepared in order to accelerate and facilitate the acceptance of new conditions, adapt to them, reduce psychological pressure on the individual and his family, improve the quality of life and reduce the imposed costs related to disability. The purpose of empowering disabled people is to improve physical and mental health and increase the quality of life of elderly people with spinal cord injuries. This plan was handed over to Iran's Spinal Injury Support Center from October 2014 by the country's welfare organization, and in 2015, for the first time, about 3 billion Rials were allocated to this issue, during which services such as specialized mental health training and rehabilitation were provided. Physical and are provided to the requester. Also, since 2016, disability diagnosis cases have been reviewed in medical commissions, and these cases have been rated based on ICF indicators and referred to supervised centers for filing and providing services.

2. Analysis method

In this research, the contextual theory approach has been used, and this approach is suitable for issues that are process, fluid and exploratory in nature. to represent that phenomenon. Information gathering and analysis are in a mutual relationship with each other, they never start the research with a theory and then prove it. 2007, 57) The purpose of contextual theory is to build and discuss a theory that is honest and enlightening in the field under study, and it is designed with the intention of (1) building a theory, not just testing a theory (2)) according to the research process, to provide the necessary precision and determination to build a scientific theory (3) to help the researcher to overcome the biases and prejudices that he has or that arise during the research. 4) Provide a basic context, add to its richness and provide the necessary sensitivity and coherence to present a coherent theory that has a close connection with reality.

3. Target society

The statistical population of this research includes the first group of disabled people covered by the empowerment plan, the second group of officials and welfare managers and experts of the empowerment plan, who have the most involvement and influence on the behavior of education and their relationship with well-being, the third group of researchers and specialists in the sociology of psychology, physical education with the approach Pathology and the fourth group of disabled families are covered by the empowerment program.

4. Data collection method

In order to present the theory, the current research requires the collection of in-depth interview textual data; Because this method is flexible and informal and the interviewers have complete freedom to answer the questions, considering that the statistical population of this study is disabled and elderly people with spinal cord injury and therefore they are vulnerable groups and none of the three. The research center did not allow the researchers to have face-to-face interviews due to the special circumstances of the corona virus, and the interviews of these people were conducted over the phone. Other departments, especially managers and experts of rehabilitation service institutions and welfare experts and professors, were conducted in person.

5. Data analysis method

The data analysis of this research was done using the method of Strauss and Corbin and simultaneously with the data collection. After conducting each interview, the researcher implemented the interview text verbatim and typed and before conducting the next interview, he coded their information by segmenting it, and in this way, data collection and analysis were carried out simultaneously. Time is done. Data coding has been done in three stages: Selective Coding and Selective Coding, Axial Coding, Open Coding.

6. Conclusion

The paradigm model extracted from the research findings represents the final result of the qualitative analysis using the data foundation method. In this model, the categories identified by axial coding and open coding are displayed in the form of a systematic pattern. The process of integrating and improving the theory in selective coding through techniques such as writing a story line that connects concepts and the process of categorization is done through personal notes about theoretical ideas, which other categories are centered

on and form a whole, methodically selected and by connecting it with other categories, he/ she writes a theory that provides an abstract description for the process studied in the research.

Acknowledgments

In the end, we appreciate and thank all those who helped the Authors in conducting the research.

Observation Contribution

The percentage of participation of each author was 50% for the first author, 20% for the second author, 20% for the third author, and 10% for the fourth author.

Conflict of Interest

The authors, while complying with publishing ethics, declare that this article was extracted from a research project title “ Research and evaluation of the implementation of projects for the empowerment of the disabled and the welfare target society” commissioned by the welfare organization of Hamedan province.



بازتوانی معلولین، فرآیندها و چالش‌ها در استان همدان

اسدالله نقدی^I، اسماعیل بلالی^{II}، محبوبه رویین تن^{III}، الهه پاکیزه^{IV}

شناسه دیجیتال (DOI): 10.22084/CSR.2024.28780.2261

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

نوع مقاله: پژوهشی

صص: ۳۵۹-۴۰۲

چکیده

معلول و معلولیت یک پدیده مهم اجتماعی در جامعه امروز است. افراد معلول با مشکلات متعددی در روابط بین فردی، خانوادگی، کار، تحصیل و حوزه‌های عاطفی-رفتاری روبه‌رو هستند. حدود ۷۶ هزار معلول در استان همدان وجود دارند که حدود ۳۰ هزار نفر آن‌ها معلولان جسمی و حرکتی هستند. این مطالعه با روش کیفی به دنبال ارزیابی پس از اجرا و اثربخش بودن این برنامه‌هاست؛ زیرا در صورت اجرای درست طرح زمینه بهبود کیفیت زندگی معلول، افزایش کیفیت خدمات، کاهش بار مالی فرد معلول بر خانواده و حتی گاه امکان کارآفرینی و توانمندسازی معلولان با تأکید بر افراد دارای آسیب نخاعی را فراهم می‌شود. در این پژوهش مطالعه بر چهار گروه شامل: مدیران سازمان بهزیستی، مدیران مراکز مجری طرح، تسهیل‌گران و مشاوران و مددکاران، اساتید دانشگاه و به‌خصوص معلولان شرکت‌کننده در طرح و خانواده‌های آن‌ها متمرکز بوده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که نیازهای مخاطبان براساس پلکان نیازهای مازلو در قالب طرح تابع شرایط طبقاتی متفاوت است؛ طبقات فقیر و حاشیه، بیشتر بر نیازهای عینی مثل بسته‌های معیشتی اعلام نیاز کردند و اقلام و معلولان طبقات برخوردارتر بر ابعاد مددکاری، ویزیت در منزل تأکید داشتند. تغییرات زیاد دستورالعمل‌ها، پوشش کم و ثابت بودن هزینه‌های طرح در عین افزایش شدید هزینه‌ها و دیر ابلاغ شدن طرح و از دست دادن «زمان طلایی» از جمله نقدهای وارد بر طرح است. پیشنهادهایی چون: استمرار طرح، جامعیت موضوعی طرح، «تبعیض مثبت» و ایده‌هایی چون: شهر و جامعه حامی معلولان و آگاهی به حقوق معلولان و حق به آموزش ارائه شده است.

کلیدواژگان: معلولان، توانمندسازی، حمایت اجتماعی، بهزیستی، استان همدان.

I. استاد گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی‌سینا، همدان، ایران (نویسنده مسئول).

Email: naghdi@basu.ac.ir

II. دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی‌سینا، همدان، ایران

III. کارشناس ارشد علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی‌سینا، همدان، ایران

IV. کارشناسی ارشد علوم تربیتی، سازمان بهزیستی استان همدان، همدان، ایران

ارجاع به مقاله: نقدی، اسدالله؛ بلالی، اسماعیل؛ رویین تن، محبوبه؛ و پاکیزه، الهه. «بازتوانی معلولین، فرآیندها و چالش‌ها در استان همدان». پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۱۲(۲۳): ۳۵۹-۴۰۲. doi: 10.22084/csr.2024.28780.2261

صفحه اصلی مقاله در سامانه نشریه: https://csr.basu.ac.ir/article_5524.html?lang=fa

۱. مقدمه

استخوان ران شکسته ترمیم شده، نشانه آغاز تمدن است؛ زیرا کمک به دیگری در عین دشواری، همان جایی است که تمدن آغاز می‌شود، ما وقتی در اوج شکوفایی خود هستیم که به دیگران یاری می‌رسانیم. «مارگارت مید» (انسان شناس).

اگرچه معلولیت سابقه‌ای به درازای عمر بشر دارد، اما در عصر جدید گسترش بیشتری یافته است و با وجود موفقیت‌های بشر در دنیای مدرن، زندگی صنعتی لاجرم معایبی مانند: بروز حوادث کاری و صنعتی و سوانح رانندگی، بیماری‌ها و بلایای طبیعی و انسانی و دیگر ضایعات مرتبط با این نوع زندگی اجتناب‌ناپذیر می‌نماید؛ لذا با وجود پیشرفت‌های پزشکی و بهبود شاخص‌های سلامت و بهداشت و نیز دستاوردهای شگرف علم ژنتیک به دلایل متعددی روزبه‌روز بر رقم معلولان ضایعه نخاعی افزوده می‌شود. طرح توانمندسازی افراد دارای معلولیت به منظور تسریع و تسهیل در پذیرش شرایط جدید، سازگاری با آن، کاهش فشارهای روانی بر فرد و خانواده وی، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های تحمیلی مرتبط با معلولیت تهیه شده است. هدف از طرح توانمندسازی معلولین ارتقاء سلامت جسم و روان و افزایش کیفیت زندگی افراد سالمند و دارای آسیب نخاعی می‌باشد. این طرح از مهرماه سال ۱۳۹۴ ه.ش. از سوی سازمان بهزیستی کشور به مرکز حمایت از معلولین ضایعات نخاعی ایران واگذار و اجرا گردید و در سال ۱۳۹۵ اولین بار حدود سه میلیارد ریال به این موضوع اختصاص یافت که طی آن خدماتی نظیر آموزش‌های تخصصی سلامت روان و توان بخشی جسمی و... به توان خواهان ارائه می‌شود؛ هم‌چنین از سال ۱۳۹۵ پرونده‌های تشخیص معلولیت در کمیسیون‌های پزشکی بررسی شده که این پرونده‌ها بر اساس شاخص‌های ICF رتبه بندی و جهت تشکیل پرونده و ارائه خدمات، به مراکز تحت نظارت ارجاع شده است.

۱-۱. بیان مسأله

توسعه صنعتی و شهری هم‌زمان با دستاوردهای بهداشتی و تأمین اجتماعی و رفاه تولید معلولیت و حوادث گوناگون را نیز سرعت بخشیده است. امروزه درک و به‌کارگیری استراتژی توانمندسازی یک آرمان آشکار برای ارتقا سلامت روان و بازتوانی جوامع است. توانمندسازی فرآیندی است که از طریق آن افراد کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها، شیوه زندگی و فعالیت‌هایی که بر نوع زندگی آنان مؤثر است، خواهند داشت (نیک‌نامی و امیریان، بی‌تا). در این میان، توانمندسازی معلولین به عنوان یک عامل مهم در جهت پیشرفت وضعیت آنان، کاهش نابرابری و بهبود سبک زندگی می‌باشد.

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، میزان افراد معلول در جهان به بیش از یک میلیارد رسیده (۱۵٪) است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). در ایران نیز نتایج سرشماری‌های

مختلف نشان می‌دهد در سال ۱۳۸۵، ۱٫۴٪ جمعیت کشور معلول بوده که در سال ۱۳۹۰ به ۱٫۵٪، یعنی حدود یک میلیون و ۱۷ هزار و ۶۵۹ نفر و در آخرین سرشماری ۱۳۹۵ به حدود یک میلیون و یک صد هزار رسیده است. کارشناسان می‌گویند حدود ۴٪ از جمعیت کشور را افراد معلول با معلولیت‌های مختلف جسمی، ذهنی، حسی و روانی تشکیل می‌دهند که جمعیتی بالغ بر ۲٫۵ میلیون نفر را شامل می‌شود (دستیار و محمدی، ۱۳۹۷) براساس آمار سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۹۷، نیز حدود ۱٫۵۰۰ هزار نفر معلول در ایران وجود دارد. این آمار بسیار متغیر است و هر لحظه در حال تغییر است؛ تنها کافی است بدانیم هر سال ۶۰ هزار نفر در تصادفات رانندگی دچار معلولیت می‌شوند، به اضافه ۲۹ تا ۳۵٪ افزایشی که حاصل از تولد کودکان معلول در کشور است که حدود ۵۰٪ آنان معلولیتی ناشی از اختلالات ژنتیکی دارند؛ البته این آمار صرفاً شامل افراد تثبیت شده و رسمی است و آمار غیررسمی و ثبت نشده و افرادی که به دلایل بیماری‌های گوناگون و در مراحل مختلف زندگی دچار معلولیت می‌شوند و هم‌چنین معلولیت‌های سالمندان و ناشی از افزایش سن یا مناطق دورافتاده را دربر نمی‌گیرد.

سازمان جهانی بهداشت، به منظور برطرف نمودن نیازهای به حق افراد معلول، برنامه‌ای توان بخشی مبتنی بر جامعه را در دهه ۹۰ طراحی و اجرای آن را به جهانیان توصیه نمود. در این برنامه تأکید بر آن است که بخش وسیعی از نیازهای افراد معلول، از جمله تحرک، فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌های اجتماعی با توانمندسازی، آموزش و درگیر نمودن فرد معلول، خانواده وی و جامعه محلی مرتفع گردد (افکار و همکاران: ۱۳۹۳).

معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است، کاسته یا جلوگیری می‌کند. شاید مهم‌ترین تعریف از معلولیت در قانون معلولیت امریکا (ADA) آمده است: فرد با معلولیت کسی است که نقص ذهنی یا جسمی دارد و اغلب یک یا بیشتر از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی‌اش محدود شده است (عاملی مقدم و همکاران، ۱۳۹۴). از دیدگاه توان بخشی معلولیت‌ها به سه دسته ذهنی و روانی، حسی و جسمی تقسیم می‌شود و معلولیت جسمی نیز به چهار دسته جسمی حرکتی، احشایی، حسی و سالمندان تقسیم می‌شود (دستیار و محمدی، ۱۳۹۷). افراد معلول با مشکلات و آسیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، کار، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های عاطفی-رفتاری روبه‌رو هستند (بولند، ۲۰۰۹) بهزیستی همواره تمامی ظرفیت‌های خود را برای کاهش آسیب‌های جسمانی و روانی ناشی از انواع معلولیت‌ها، کمک به افراد معلول برای استفاده مطلوب از قابلیت‌های خویش و توانمندسازی این افراد در زمینه‌های فردی و اجتماعی به کار می‌گیرد. براساس ماده یک قانون حمایت از حقوق معلولان، تعیین نوع و شدت معلولیت افراد بر عهده کمیسیون

پزشکی-توان بخشی سازمان بهزیستی است که این امر نیز با استفاده از ابزار «طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت» انجام می‌شود. فرد معلول پس از شناسایی و تعیین شدت معلولیت، عملاً در چرخه خدمات توان بخشی این سازمان قرار می‌گیرد؛ خدماتی که براساس نیازهای گروه‌های مختلف معلولان ارائه می‌شود و آنان را قادر می‌سازد تا از سایر توانایی‌های جسمانی و روانی خود به بهترین نحو بهره‌گیرند؛ عوارض ناشی از معلولیت خویش را به حداقل کاهش دهند و با افزایش توانمندی‌های خود بتوانند زندگی باکیفیتی داشته باشند.

درخصوص آمار معلولان استان توافق و قطعیت کاملی وجود ندارد؛ بنابراین اعلام معاونت توان بخشی سازمان بهزیستی استان همدان، هم‌اکنون ۵۰-۴۵ هزار معلول در استان همدان وجود دارند که حدود ۳۱ هزار نفر آن‌ها معلولان جسمی و حرکتی هستند و افراد دارای معلولیت آسیب نخاعی از نظر کمی قابل توجه و در دسته معلولیت‌های سخت و اساسی طبقه‌بندی می‌شود. برای بهبود وضع تحصیلات، فرصت‌های اشتغال، رفاه اجتماعی و فردی و باملاحظه این امر که معلولین از فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی محروم بوده و نیز توجه به این‌که معلولان در فرآیند توسعه کمتر درگیر می‌شوند، لذا از حقوق و امکان دستیابی به منابع موردنیاز خود محروم می‌شوند.

طی چند سال اخیر واگذاری کلینیک‌های توان بخشی ادارات بهزیستی به بخش خصوصی، تعطیلی بسیاری از آن‌ها و عواملی دیگر نظیر بازنشستگی کارکنان مجرب، کاهش میزان جذب کارشناسان فیزیوتراپی و کاردرمانی جدید، خروج نیروهای طرحی و هم‌چنین پاسخ‌گویی نامناسب بخش‌های خصوصی در این حوزه ارائه خدمات توان بخشی به افراد دارای معلول و آسیب‌دیده نخاعی را با مشکلات زیادی مواجه کرده است.

هم‌زمان با این تغییرات به دنبال تغییر تشکیلات حوزه توان بخشی در سال ۱۳۸۹ و ایجاد دفاتر جدید، در عمل گروه جسمی حرکتی حذف و خدمات ویژه به افراد دارای آسیب نخاعی از حالت متمرکز و منسجم خارج شد؛ ازجمله پیامدهای این امر عدم توجه مناسب به تیم‌های سیار ضایعه نخاعی بود که مشکلات اعتباری هم به آن اضافه شده و درنهایت منجر به کاهش تعداد و عملکرد تیم‌ها شد. دفتر توانمندسازی معلولان در این دوره صرفاً در زمینه پرداخت کمک‌هزینه حق پرستاری اقدام کرد، سایر دفاتر این حوزه هم با تأمین وسایل کمک توان بخشی، لوازم بهداشتی و اجرای طرح مراقبان خانگی برای آن دسته از افراد دارای آسیب نخاعی که به علت شدت آسیب نیازمند خدمات مراقبتی در منزل هستند، اقدام نمود.

با توجه به ضعف‌های موجود در خدمات ارائه‌شده، سازمان بهزیستی بر آن شد تا با تدوین طرح توانمندسازی افراد دارای آسیب نخاعی بتواند ضمن ارائه خدمات مراقبتی و

توان بخشی با اتخاذ اقدامات اجتماع‌محور و همکاری تشکل‌های غیردولتی زمینه بازگشت این گروه را به جریان عادی زندگی فراهم کند تا براساس خدمات تعریف شده در طیفی از خدمات که از مراقبت شروع و به مشارکت کامل فرد در جامعه منتهی می‌شود، حرکت شود. آسیب نخاعی، بار مالی و هزینه‌های اجتماعی بسیاری را بر فرد آسیب‌دیده، خانواده وی و جامعه تحمیل می‌کند که بسیاری از آن‌ها را می‌توان با مراقبت و آموزش مؤثر کم کرد و هدف بهزیستی نیز بر روی این موضوع متمرکز است. پس از مرحله درمان و مراقبت‌های بیمارستانی، ضمن توجه به مراقبت‌های بهداشتی و اقدامات توان بخشی فرد دارای آسیب نخاعی، مرحله مراقبت‌های خانواده آغاز می‌شود. اجرای برنامه‌های توانمندسازی با توجه به نیازهای آموزشی و توان بخشی این افراد و خانواده‌های آنان در کاهش هزینه‌ها و ارتقای سطح سلامت، ایمنی و کیفیت زندگی مؤثر است که باید مورد توجه قرار گیرد.

درواقع هدف از انجام یک روش توانمندسازی ایجاد مشارکت بین درمانگر، فرد آسیب‌دیده و خانواده وی است که از طریق پذیرش مسئولیت و تعامل‌های لازم حاصل می‌شود و این مهم باید در اولویت کاری قرار داشته باشد.

طرح توانمندسازی برای مددجویان دارای آسیب نخاعی، سالمندان دارای معلولیت و افراد دارای آسیب حسی شامل (بینایی و شنوایی) است و به حداکثر رساندن توانایی‌های فرد دارای آسیب نخاعی در زمینه حرکتی و عملکردی، هدف کلی این طرح است که به منظور حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی برای بهره‌مندی از یک زندگی معنادارتر، مستقل‌تر، شادتر و افزایش کیفیت زندگی انجام می‌شود. افزایش آگاهی، دانش و مهارت مورد نیاز در مواجهه با مشکلات ناشی از معلولیت، از جمله اقداماتی است که می‌تواند به ارتقای استقلال فردی شخص آسیب‌دیده کمک شایانی داشته باشد.

پیش‌گیری از بروز عوارض و مشکلات احتمالی دیگر، بهبود وضعیت معیشتی، افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود وضعیت دسترسی به محیط زندگی، ارتقای سلامت روانی فرد دارای آسیب نخاعی و خانواده وی در ابعاد مختلف زندگی، از جمله اهداف اختصاصی طرح مزبور است؛ به شکل خلاصه، اهداف این طرح شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ارائه خدمات تخصصی درمانی، توان بخشی و حمایتی به معلول.
 - آموزش خانواده در خصوص فراهم کردن لوازم توان بخشی در محل زندگی معلول.
 - ایجاد تسهیلات اشتغال، تحصیل و یا حرفه‌آموزی.
 - مناسب‌سازی محل سکونت فرد معلول.
- طرح توانمندسازی آسیب‌دیدگان نخاعی در چهار بخش سلامت، آموزش، معیشت و امور اجتماعی و از دو طریق حذف موانع فعالیت‌های آن‌ها و هم‌چنین افزایش توانایی، قابلیت و عاملیت معلولان در ۱۹ استان توسط بهزیستی اجرا شده است.

در بخش سلامت اقدامات مناسبی هم‌چون: آموزش شیوه زندگی سالم، مراقبت‌های پیش‌گیرانه و پزشکی، توان‌بخشی، مشاوره‌های روان‌شناسی، وسایل کمکی، ورزش و تغذیه فرد معلول توانمند شود. توسعه مهارت‌ها و خدمات رفاهی نظیر حق پرستاری، ایاب‌وذهاب، بیمه، تأمین وسایل ضروری زندگی، مسکن، شغل و حمایت‌های تا حد امکان مالی از اقداماتی است که در حوزه معیشت معلولان نخاعی انجام می‌شود.

امور اجتماعی این طرح نیز شامل: برخورداری فرد معلول از مراقب شخصی، شرکت در فعالیت‌های فرهنگی، هنری، ورزشی، اوقات فراغت، عضویت در گروه‌ها، مسائل حقوقی و مناسب‌سازی خودرو و منزل است. آموزش‌های فردی غیررسمی، شبه‌رسمی، رسمی و آموزش‌های گروهی نیز اقدامات طرح توانمندسازی معلولان، از جمله افراد دارای آسیب نخاعی و سایر سالمندان دارای معلولیت در حوزه آموزش محسوب می‌شود.

بهبود استانی همدان طرح‌هایی را جهت توانمندسازی معلولین تهیه و اجرا نموده است که طرح توانمندسازی افراد سالمند و نیز دارای آسیب نخاعی از آن جمله است. این طرح‌ها در زمینه‌های مختلف آموزشی، اقتصادی و فرهنگی و اشتغال باهدف ارتقای توانمندی‌های چندجانبه معلولین برگزار گردیده است. نتیجه مطلوبی و موضوع مهمی که این دوره‌ها می‌توانند به دنبال داشته باشند و باید موردبررسی پس از اجرا قرار گیرند، اثربخش بودن آن‌ها است؛ زیرا این برنامه‌ها و طرح‌ها در صورت اجرای درست زمینه افزایش کیفیت خدمات، کاهش بار مالی و فردی معلولین بر خانواده و امکان کارآفرینی و توانمندسازی این افراد را فراهم می‌کنند؛ با این وجود، علی‌رغم برگزاری چندین ساله این طرح که از سال ۱۳۹۴ شروع و تا سال ۱۳۹۸ ادامه یافت و از سال ۱۳۹۹ مسکوت مانده است؛ به نظر می‌رسد تاکنون بازخورد و ارزیابی علمی چندانی از پیامدهای این طرح، به سازمان بهبودی استانی همدان داده نشده است. این درحالی است که این سازمان در قبال هزینه‌ها و منابع صرف شده نیازمند گزارش‌های علمی و عینی درباره اثرگذاری واقعی طرح‌های توانمندسازی است؛ لذا ارزشیابی طرح مذکور و ارائه بازخورد از تأثیرات آن می‌تواند سبب بهبود روندهای توانمندسازی و ارتقاء وضعیت معلولین گردد.

۱-۲. اهمیت و ضرورت پژوهش

«معلولان» از دیدگاه جامعه‌شناختی جز «گروه‌های خاص اجتماعی» تعریف می‌شوند که نیازها و الزامات متفاوت از سایر اقشار و گروه‌های اجتماعی در کنار نیازهای عام و مشترکی که با بقیه شهروندان دارا هستند. با مرور ادبیات تجربی توانمندسازی معلولین، بیشترین نوع مطالعات مربوط در حوزه‌های روان‌شناسی و پزشکی با تمرکز بر درمان بوده و کمتر به بحث اثربخشی طرح‌های توانمندسازی معلولین، به خصوص با دید جامعه‌شناسانه توجه

شده است. هم‌چنین روش پژوهش اکثر این مطالعات متکی بر روش‌های کمی و پیمایش می‌باشد که در جامعه معلولان روش چندان مطمئن و متناسب با شرایط و ویژگی‌های جامعه هدف نمی‌باشد؛ به همین دلیل، در پژوهش حاضر سعی بر آن است که با استفاده از رویکرد نظریه زمینه‌ای به بررسی عمیق‌تر این موضوع پرداخته شود.

نشانه دیگری از ضرورت مطالعه مسائل معلولان نگاه و تأکید سازمان‌های بین‌المللی بر توجه به مسائل این قشر است. از سال ۱۹۹۲ م. از سوی مجمع عمومی سازمان ملل متحد، سوم دسامبر «روز جهانی معلولان» اعلام شد؛ هدف این نام‌گذاری ارتقاء رشد اذهان عمومی درباره معلولیت‌های مختلف و افزایش آگاهی‌هایی بوده است که می‌بایست در تمامی جنبه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای افراد معلول فراهم آید. این نام‌گذاری و روز جهانی معلولان، سبب توجه ویژه‌ای به حمایت از این قشر می‌شود و فرصتی فراهم می‌آورد تا مسائل و مشکلات آن‌ها از زوایای مختلف، مورد بحث و بررسی قرار گیرد. شعار سال ۲۰۱۹ م. «روز جهانی معلولان» ارتقاء و مشارکت افراد دارای معلولیت برای دستیابی به توسعه فراگیر، عادلانه و پایدار» بوده است.

روز معلولان، برخاسته از این ضرورت است که نیازهای به حق افرادی است که به‌رغم محدودیت‌های حسی و حرکتی، به دلیل برخورداری از جوهره انسانی، باید هم‌چون دیگران، از امکانات رفاهی و اجتماعی برخوردار شوند. حق بهره‌مندی از خدمات: آموزش و پرورش، بهداشت، مسکن، اشتغال، امکانات تفریحی و... همگی به عنوان موضوعات محوری در قوانین و آیین‌نامه‌های مربوط به حقوق معلولان به‌شمار می‌آید.

در طی ده‌های اخیر، کوشش‌های چشمگیری در شناساندن و معرفی اشخاص معلول به جامعه انسانی صورت پذیرفته است. یکی از مواردی که می‌توان از آن به عنوان نقطه عطفی در این زمینه نام برد، اعلام سال ۱۹۸۱ م. به عنوان «سال جهانی معلولین» است که توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد صورت پذیرفت. در سال بعد (۱۹۸۲) فاصله سال‌های ۱۹۹۲-۱۹۸۳ م. «دهه جهانی معلولین» نام‌گرفت تا کیفیت و شرکت فعالانه و همه‌جانبه افراد معلول را در زندگی اجتماعی و گسترش و پیشرفت آن‌ها ارتقاء بخشد. خدمات امور توان‌بخشی سازمان بهزیستی به افراد دارای معلولیت، سالمندان و بیماران روانی مزمن را می‌توان در سه دسته «خدمات مراقبتی، توان‌بخشی و توان پزشکی، حمایت‌های رفاهی و برنامه‌های مناسب‌سازی و دسترس‌پذیری» برشمرد. در کشورهای مانند منطقه اسکانندیناوی، حمایت‌ها و حقوق بسیاری برای معلولان در قالب سازمان‌های متولی بخش عمومی و دولت و نیز حمایت‌های اجتماعی و مدنی وجود دارد. پاندمی کرونا و پیامدهای آن بر سالمندان و معلولان بیش از سایر اقشار بوده است.

۲. مبانی نظری مرتبط با موضوع مطالعه

۲-۱. «مدل اجتماعی معلولیت» کالین بارنز^۲

واضع این نظریه «مایکل اولیور»^۳ است در سال ۲۰۱۵ م. «کالین بارنز» استاد و مدیر مرکز مطالعات معلولیت در مدرسه جامعه‌شناسی و سیاست اجتماعی دانشگاه لیدز انگلستان در بازتعریف مدل اجتماعی معلولیت گفته است که: «مدل اجتماعی معلولیت» از این بُعد اهمیت دارد که طی چند دهه اخیر گفته‌های غیرمنطقی بسیاری درباره مدل اجتماعی وجود داشته است و بیشتر آن‌ها با توجه به منطقی که به مسأله نگاه می‌کنند انگیزه‌های شغلی و یا سیاسی مختلفی داشته‌اند (اولیور، ۲۰۰۴). در واقع طی این دوره سیاست‌مداران، سیاست‌گذاران، بسیاری از دانشگاهیان و حتی خود افراد معلول نیز اهمیت مدل اجتماعی را تقلیل داده‌اند و این از بسیاری جهات به وضعیتی که الآن در آن هستیم منجر شده است؛ بنابراین بر آن هستیم تا روشن کنیم که مدل اجتماعی، اهداف و موضوعاتش چیست. اهمیت این مسأله در این است که از بسیاری جهات مدل اجتماعی احتمالاً مهم‌ترین ایده‌ای است که از جنبش معلولان در پنجاه سال اخیر ایجاد شده است. این ایده، ریشه در سازمان‌هایی نظیر اتحادیه معلولان جسمی علیه تبعیض (UPIAS)، انجمن آسیب‌های نخاعی و غیره در دهه ۷۰ م. دارد. این ایده بدون شک تأثیر بزرگی بر مسائل سیاسی در سراسر جهان داشته است. اگر با دقت به توافق سازمان ملل درباره حقوق افراد معلول نگاه کنید، درمی‌یابید که تمام وجوه تجربه انسانی را دربر می‌گیرد که این نتیجه مستقیم همان ایده است. گرچه کاستی‌هایی در این توافق در مورد تأثیر مدل اجتماعی بر تفکر جهانی وجود دارد، اما امروزه بیشتر کشورهای جهان تبعیض علیه معلولیت را به عنوان یک مشکل بزرگ و اساسی شناخته‌اند و این بدون شک نتیجه تأثیر مدل اجتماعی است (شکپیر و واتسون، ۲۰۰۲).

بنابراین، اساساً و طبق گفته «مایکل اولیور» (کسی که این مفهوم را برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ م. ساخت و به کاربرد) مدل اجتماعی یک تأمل و یا یک تمرکز خاص بر روی نیروهای مختلف اجتماعی، از جمله اقتصاد، سیاست و فرهنگ است که به زندگی معلولان شکل می‌دهند؛ به بیان دیگر، مدل اجتماعی بر آن موانع مختلف اقتصادی، سیاسی و فرهنگی متمرکز می‌شود که به زیان معلولان هستند و به فقر و ستم و امثال آن منجر می‌شود.

بر این اساس، مدل اجتماعی به پیروی از اتحادیه معلولان جسمی علیه تبعیض تلاش می‌کند تا واژه معلولیت را تشریح کند و متعاقباً مفهوم «آسیب» را از مفهوم «معلولیت» مجزا می‌سازد. اهمیت این جداسازی از آن جهت است که چنانچه بخواهید موانع اجتماعی، سیاسی و اقتصادی را شناسایی کنید، باید شفاف‌سازید که راجع به چه چیزی صحبت می‌کنید؛ چراکه وقتی از مفهوم «آسیب» بحث می‌کنید و اگر آن را ذیل مفهوم معلولیت

بیاورید ممکن است خیلی ساده به این پاسخ برسید که این یک مسأله فردی است و نه یک مسأله جمعی! آسیب برداشتی از کارکرد ذهن، بدن و نحوه ترکیب آن‌ها و امثال آن است که عمدتاً از نظر عموم مردم غیرعادی یا نپذیرفتنی دانسته می‌شود. آسیب، شامل بیماری‌های جسمی، ذهنی، حسی، مسائلی پیرامون دشواری در یادگیری، مشکلات سلامت روان و حتی بیماری‌های جسمی است که در جریان مسیر زندگی ایجاد می‌شوند. یکی از چیزهایی که وقتی دربارهٔ آسیب فکر می‌کنیم، باید به ذهن بسپاریم این است که اکثر دلایل رایج آسیب به طور اجتماعی ایجاد شده‌اند. تنها عدهٔ کمی از مردم هستند که با بیماری‌هایی که آسیب دانسته می‌شوند، متولد می‌شوند و بیشتر مردم در طول دورهٔ زندگی از طریق پدیده‌هایی مثل: تصادف، خشونت، جنگ، فقر، آلودگی و امثال آن دچار آسیب می‌شوند. آسیب یک تجربهٔ مشترک انسانی است. بیشتر مردم چنانچه طول عمر کافی داشته باشند، به نحوی آسیب خواهند دید؛ این امر پیامد اجتناب‌ناپذیر روند افزایش سن است (شکپیر و واتسون، ۲۰۰۲).

مدل اجتماعی، تنها یک نظریه نیست؛ بلکه یک ابزار شناسایی موانع جهت یافتن راه‌حلی برای ریشه‌کن کردن آن‌ها هم است. یکی از آن راه‌حل‌ها، قطعاً وضع قوانین ضد تبعیض است؛ اما این راه هرگز به‌عنوان نتیجهٔ نهایی در نظر گرفته نشده است، بلکه به‌عنوان یک گام استوار برای به رسمیت شناختن معلولیت به‌مثابه یک مسأله برای مسائل سیاست‌گذاری اجتماعی در شرایطی است که همواره ظلم، تبعیض و تعصب رواج داشته است. مدل اجتماعی اظهار دارد که مسأله معلولیت هم‌چون برابری نژاد، جنسیت و کنش‌های نامتعارف جنسی و امثال آن مسأله فرصت‌های برابر است؛ هم‌چنین باید به‌خاطر داشته باشیم که ما همواره در حال ایجاد و تغییر دریافت‌مان از معلولیت هستیم؛ به‌عنوان مثال، در گذشته‌هایی که چندین دهه در قرن نوزدهم زنان، سیاه‌پوستان و تمام نژادهای غیر آریایی-اروپایی، دون پایه و با نوعی از محدودیت‌های فیزیکی و ذهنی در نظر گرفته می‌شدند؛ بنابراین آن‌چه را که ما «آسیب» می‌نامیم، مانند دیگر مسائل به‌طور اجتماعی ساخته شده است (اولیور، ۲۰۰۴).

اگرچه مدل اجتماعی به‌ظاهر در برابر مدل پزشکی است، اما مدل اجتماعی منکر اهمیت مداخلات پزشکی نیست. همهٔ ما بیمار خواهیم شد. ما همهٔ مسائلی پیرامون سلامتی، آسیب و امثال آن داریم. وقتی که به سراغ پزشکان می‌رویم، از این می‌گوییم که دچار چه آسیبی شده‌ایم و بالطبع امیدواریم که پزشکان و مداخلات پزشکی آن را رفع کنند؛ اما این به پزشکان حق و یا مزیت ویژه‌ای نمی‌دهد که تصمیم بگیرند ما چه سبک زندگی‌ای داشته باشیم. این‌که آیا باید به این مدرسه برویم یا آن؟ چه جور شغلی باید داشته باشیم؟ بچه‌دار بشویم یا نه؟ و امثال آن. مشکل مدل پزشکی (چنانچه قصد از استفاده از آن را

داشته باشید) این است که همواره از آن برای توجیه تمام انواع مسائل استفاده شده است و به لحاظ اجازه انتخاب سبک زندگی باعث ایجاد تبعیض و محدودیت برای افراد معلول شده است.

اگر ما مدل اجتماعی را به همان صورت اولیه که در ابتدا و در اوایل دهه ۹۰ توسط اتحادیه معلولان جسمی علیه تبعیض (UPIAS) (مایکل الیور و دیگر افراد معلول عضو جنبش) تعریف شده بود، رها کنیم؛ پس به طور کلی مبارزه برای جامعه و عدالت بیشتر را نه تنها برای افراد معلول، بلکه برای تمام افراد جامعه رها کرده‌ایم؛ چراکه به همان دلیلی ذکر شد، معلولیت یک تجربه مشترک همگانی است. صرفاً مختص یک بخش از جامعه نیست و افراد معلول از این حیث شبیه به دیگران هستند؛ به این معنا که آن‌ها دارای حق کیفیت مناسب زندگی هستند. وضعیتی که به طور فزاینده‌ای توسط سیاست دولت‌های فعلی انکار شده است (بارنز، ۲۰۱۵).

۲-۲. نظریه معلولیت و مدرنیته

برخلاف دوره‌های پیشین و رویکردشان به معلولیت و معلولان در مدرنیته متأخر نرمال بودن و معمولی بودن، تعریف دیگری پیدا می‌کند و معلولان دیگر آن نرمال و غیرمعمولی توصیف نمی‌شوند. چشم‌انداز معلولیت می‌تواند نگاه ما را به واقعیت‌ها عوض کند. باید به دنبال ایجاد فرهنگ معلولیت بود. در این نگاه، استثناء‌سازی و به حاشیه‌رانی معلولان و تعیین نرمل‌ها و نرمالی‌ها در جامعه به نقد کشیده می‌شود.

در نهایت، در اخلاق پست‌مدرن و نقادانه معلولیت باید هر نوع تفاوتی را که سابقاً منشأ بی‌ارزشی و شرمساری بوده است، گرامی داشت و به آن ارزش داد؛ باید تفاوت و تنوع را با آغوش باز پذیرفت، نه آن‌که آن را رد و انکار کرد؛ باید معلولان ذهنی را همان‌گونه که هستند پذیرفت و ارزش‌گذاری کرد. «یانگ» در اخلاق پست‌مدرن معلولیت علاوه بر وجه انتقادی و سلبی، دیدگاه ایجابی نیز دارد. او دو قلمرو را نام می‌برد که می‌توان به عنوان قلمروی پیشرو درباره معلولان دنبال کرد و از آن‌ها آموخت؛ یکی «جرم‌شناسی» و دیگری «ورزش». در نظام کیفی، تناسب کیفر معلولان ذهنی و جسمی با شرایط آن‌ها و برگزار مسابقات خاص معلولان، مانند پارالمپیک. مفهوم طبیعی و غیرطبیعی محصول جامعه و فرهنگ است؛ معلولیت را باید به‌گونه‌ای از نظر اجتماعی بازسازی کنیم که همه عناصر نشان‌گذاری، تبعیض و طرد از آن پاک شود. این کار همان پیدایش «فرهنگ حامی معلولان» است.

۲-۳. نظریه طرد اجتماعی معلولان

براساس این نظریه، معلولان در چرخه زندگی به‌گونه‌ای نظام‌مند از جریان اصلی اجتماع

طرد و به حاشیه رانده می‌شوند؛ از این رو، معلولیت گونه‌ای از سرکوب و طرد اجتماعی است و معلولان نابرابری قابل توجهی را در ابعاد زندگی اجتماعی مختلف مانند: تحصیل، بهداشت، اشتغال، مسکن و حمل و نقل تجربه می‌کنند (بارنز و همکاران، ۱۹۹۹)؛ به عنوان مثال، در حالی که ۳۱٪ افراد غیرمعلول که سن مناسب برای کار دارند، تنها ۴۳٪ از معلولان، مستعد اشتغال به کار دارند (اسمیت و تورنی، ۲۰۰۲). حدس زده می‌شود حدود ۵۰٪ از کل معلولان در فقر زندگی می‌کنند، احتمال این که معلولان در مسکن‌های فقیرانه‌تر زندگی کنند و دسترسی آن‌ها به امکانات حمل و نقل و رفاهی کمتر از حد معمول باشد، بیشتر از غیرمعلولان است، بیشتر معلولان همواره فقیر و ناتوان بوده، مورد بی‌احترامی قرار گرفته و سرکوب شده‌اند. برای درک پیامدها و آثار این سرکوب، باید تحلیل کرد چگونه ساختارهای غالب در جامعه بر این روند مؤثر بوده‌اند (محسنی تبریزی و زرین‌کفشیان، ۱۳۹۴: ۳۲۹). نظریه پردازان اذعان می‌کنند معلولان سرپرستی شده‌اند، دور نگه داشته شده‌اند، نادیده گرفته شده‌اند، مورد تمسخر قرار گرفته‌اند، به عنوان سربار با آن‌ها رفتار می‌شود و در دید عموم نامناسب جلب توجه می‌کنند (چشیر، ۱۹۹۸). معلولان، طرد اجتماعی را تجربه می‌کنند و این امر تبعات و آثار منفی بسیاری هم برای معلولان، خانواده آن‌ها و حتی کل جامعه به همراه دارد. اولین و مهم‌ترین پیامد آشکار و مستمر طرد معلولان، تولید انسان‌های ناتوان و منزوی است؛ یعنی بخشی از جامعه را که می‌توانستند به عنوان نیروی فعال و مؤثر برای جامعه، منشأ فعالیت‌ها و انرژی‌های مفید و ضروری باشند به عناصری سربار و بدبین و افسرده تبدیل می‌شوند. به بیان خلاصه، معلولان نابرابری قابل ملاحظه‌ای را در همه ابعاد زندگی اجتماعی تجربه می‌کنند و این طرد متأثر از عوامل اجتماعی است.

در اینجا از میان رویکردهای نظری بسیار در خصوص معلولیت و ملاحظات مرتبط با معلولان در نظامات اجتماعی سه رهیافت نظری عمده مرور شد؛ مدل اجتماعی معلولیت و مدرنیته و معلولیت و نیز طرد برابری و مخرج مشترک این سه در این مطالعه مبنای تحلیل‌های نظری واقع شده است.

۳. روش بررسی

در این پژوهش از رویکرد نظریه زمینه‌ای استفاده شده است که این رویکرد، متناسب با موضوعاتی که ماهیتی فرایندی، سیال و اکتشافی دارند، به کار می‌رود. نظریه زمینه‌ای نیز عبارت است از آن چه به طور مستقیم از مطالعه پدیده‌ای به دست آید و نمایانگر آن پدیده باشد. گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل در یک رابطه متقابل با یک دیگر قرار دارند. پژوهش را هرگز از یک نظریه شروع نمی‌کنند و بعد آن را به اثبات برسانند (استراس و کوربین، ۱۳۸۷: ۲۲-۲۳). در نهایت می‌توان گفت، بنا به نظر «استراس» و «کوربین» (۱۳۸۷،

(۵۷) مقصود از نظریه‌ی زمینه‌ای ساختن و پرداختن نظریه‌ای است که در زمینه‌ی مورد مطالعه صادق و روشن‌گر باشد و آن به این قصد طراحی شده است تا به: (۱) ساختن نظریه‌ی پیردازد، نه فقط نظریه‌ای را بیازماید. (۲) با توجه به روند پژوهش، دقت و قاطعیت لازم برای ساختن نظریه‌ی علمی را فراهم کند. (۳) به محقق کمک کند تا به تعصبات و پیش‌داوری‌هایی که دارد یا در ضمن تحقیق برایش پیش می‌آید، فائق آید. (۴) زمینه‌ی مبنایی فراهم آورد، بر غنای آن بیفزاید و حساسیت و انسجام لازم را برای ارائه‌ی نظریه‌ای غنی و منسجم که با واقعیت پیوندی تنگاتنگ دارد، فراهم آورد.

۴. جامعه‌ی هدف

جامعه‌ی آماری این تحقیق شامل: گروه اول، معلولین تحت پوشش طرح توانمندسازی؛ گروه دوم، مسئولین و مدیران بهزیستی و کارشناسان طرح توانمندسازی که بیشترین درگیری و تأثیر را بر رفتار، آموزش و ارتباط آنان با بهزیستی دارند؛ گروه سوم، محققان و متخصصان جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، تربیت بدنی با رویکرد آسیب‌شناسی؛ و گروه چهارم، خانواده‌ی معلولین تحت پوشش برنامه‌ی توانمندسازی می‌باشد.

شیوه‌ی نمونه‌گیری و حجم نمونه به صورت هدفمند به مصاحبه با افراد پرداخته شده و زمانی که اشباع نظری موارد مورد توجه حاصل شد، مصاحبه‌ها پایان یافت.

۴-۱. نحوه‌ی گردآوری داده‌ها

پژوهش حاضر جهت ارائه‌ی نظریه، مستلزم گردآوری داده‌های متنی-مصاحبه‌ای عمیق است؛ زیرا این روش انعطاف‌پذیر و غیررسمی است و مصاحبه‌کنندگان در آن آزادی کامل جهت پاسخ‌گویی به سؤالات را دارند. با توجه به این‌که جامعه‌ی آماری این مطالعه افراد معلول و سالمند دچار ضایعه‌ی نخاعی و لذا از گروه‌های آسیب‌پذیر می‌باشند و هیچ‌کدام از سه مرکز مورد نظر پژوهش اجازه‌ی مصاحبه حضوری به محققان را به دلیل شرایط خاص کرونایی ندادند، مصاحبه‌های این افراد تلفنی صورت گرفت. سایر بخش‌ها، به خصوص مدیران و کارشناسان مؤسسات خدمات توانبخشی و کارشناسان بهزیستی و اساتید به صورت حضوری انجام شد.

۴-۲. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از شیوه‌ی استراس و کوربین و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت. پژوهشگر پس از انجام هر مصاحبه، متن مصاحبه را کلمه به کلمه و به صورت تاپی پیاده‌سازی کرده و پیش از انجام مصاحبه‌ی بعدی از طریق

جزء به جزء کردن اطلاعات آن‌ها را کدگذاری نمود و به این صورت جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور هم‌زمان انجام شد. کدگذاری داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز^۶، کدگذاری محوری^۶ و کدگذاری گزینشی^۷ صورت گرفته است.

۴-۳. روایی و اعتبار

برای افزایش روایی و اعتبار یافته‌ها چند مرحله صورت گرفت که شامل: پژوهشگران با داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع نظری ارتباط مستمر و طولانی مدت داشته و هر بار به بازبینی داده‌ها به طور مستقل، کدگذاری و طبقه‌بندی و در نهایت مقایسه آن‌ها با یکدیگر پرداختند و در مصاحبه‌های رفت و برگشتی که با مشارکت‌کنندگان صورت می‌پذیرفت به ارائه خلاصه‌ای از نتایج اولیه به ایشان، به خصوص به مدیران و مددکاران مراکز سه‌گانه برای تعیین میزان تطابق نتایج با تجربه‌های آن‌ها پرداخته شد؛ در نهایت با مستند کردن مراحل پژوهش قابلیت استفاده از نتایج به شکل علمی برای محققان دیگر فراهم گردید.

۵. بحث و تبیین

۵-۱. ابعاد مدل پارادایمی

در مرحله کدگذاری گزینشی و ارائه مدل پارادایمی، هدف برقراری رابطه بین مقولات تولیدشده در مرحله کدگذاری باز می‌باشد. ارتباط مقوله‌ها با مقوله محوری و اصلی در پنج عنوان است که عبارتند از: شرایط علی، مقوله محوری، راهبردها و اقدامات، شرایط زمینه‌ای و پیامدها.

- شرایط علی
- شرایط زمینه‌ای
- شرایط مداخله‌گر
- استراتژی‌ها
- پیامدها



جدول ۱: مدل مورد استفاده پژوهش (نگارندگان، ۱۴۰۰).

Table 1: The model used in the research (Authors, 2022).

۵-۲. مقوله‌های شرایط علی

شرایط علی، مقوله‌هایی را شامل می‌شود که نسبت به پدیده محوری تقدم داشته و بر آن تأثیر می‌گذارند. شرایط علی رخدادهایی را دربر می‌گیرد که موقعیت‌ها، گفت‌وگوها و مسائل مرتبط با توانمندسازی را ایجاد و تا حدودی توضیح می‌دهد که «چرا و چگونه» افراد و گروه‌ها در باب توانمندسازی اقدام می‌کنند. در واقع، شرایط علی، رویدادها و قضایای هستند که بر توانمندسازی تأثیر گذاشته و باعث ایجاد و تداوم آن می‌گردند.

ورود افراد معلول و سالمند به دنیای معلولیت ناشی از ضایعه نخاعی به چند صورت انجام می‌گیرد؛ گروهی از این افراد در هنگام تولد دچار ضایعه می‌گردند. گروه دوم، افراد معلولی هستند که قبلاً معلولیت داشته و دوباره در اثر یک اتفاق یا بیماری نظیر ام‌اس دچار ضایعه مجدد می‌گردند؛ و گروه سوم، افراد سالمی هستند که بعد از مدتی تجربه زندگی بدون محدودیت جسمی به شکل ناگهانی دچار آسیب و ضایعه می‌گردند. در گروه سوم، پذیرش شرایط جدید نسبت به دو گروه قبلی بسیار سخت‌تر خواهد بود. تعدادی از این افراد در همان مراحل اولیه شناسایی شده و وارد چرخه توانمندسازی می‌گردند، ولی بخش بزرگ‌تری از این جامعه به دلایل مختلف نظیر کمبود سرانه تخصیصی به مراکز در باب توانمندسازی، عدم آگاهی از طرح و هم‌چنین بودجه مصوب، شناسایی نگردیده و خارج از این فرآیند باقی می‌مانند.

«ضایعه نخاعی در بحث معلولیت‌ها، یکی از شدیدترین نوع معلولیت‌هاست که یا از بدو تولد دچار ضایعه شدن یا بر اثر تصادف یا بر اثر بیماری‌هایی مثل ام‌اس. اون‌هایی که از اول بودن، خب کار ما راحت‌تره، درست سنش کمه، ولی راحت‌تر جواب میده که حرکات اصلاحی انجام بشه یا کارهای دیگه، خانواده اگر اطلاع‌رسانی بشه با دیدگاه بهتری با معلول برخورد می‌کنند. اون دسته از معلولین که بعداً دچار ضایعه نخاعی هم میشن به نوعی روند کاری براشون انجام شده، خب از اول اطلاع‌رسانی در این مورد داشتند و میدونن که معلولیت چه شکلیه، بدترین نوعش اون‌هایی هستند که بعد از ۳۰-۴۰ سال یهو دچار ضایعه نخاعی میشن؛ مثلاً در اثر تصادف یا در همدان کسانی که از درخت گردو میفتن» (افشاری، مدیر مرکز توانمندان فرهیخته).

از مهم‌ترین شرایط علی که بر توانمندسازی این افراد تأثیر می‌گذارد می‌توان به «پذیرش و انطباق مثبت فرد با ضایعه (بعد فردی-روانی)» اشاره کرد. فرد بعد از ضایعه نخاعی علاوه بر آسیب جسمی به لحاظ روانی نیز به شدت آسیب می‌بیند و در معرض تنش و عوارض شدید قرار می‌گیرد. این شرایط تحمیل‌شده جدید، برخوردهای چندگانه‌ای را در فرد باعث

می‌شود؛ نظیر: خشم، غم، سرخوردگی، انکار و حتی خودکشی. مسائل جسمی و روانی پایدار، دائمی و همیشگی بودن اغلب ناتوانی‌های ناشی از ضایعه نخاعی و نیز وابستگی بالای ایجادشده به مراقب هم‌چنین ترس از آنگ و برچسب‌زنی اجتماعی باعث به‌وجود آمدن دگرگونی و تغییر زیاد و غیرمنتظره در زندگی توان‌خواه گشته و او و خانواده او را در شرایطی تنش‌آلود قرار می‌دهد.

در این شرایط پذیرش ضایعه، یعنی فرآیندی که توان‌خواه در جهت وارد شدن به شرایط جدید با توانایی‌های محدودشده قبلی و تغییر یافته باهدف توانا بودن به‌طور متفاوت باید طی کند، کمک‌کننده خواهد بود. براساس نتایج پژوهش حاضر عواملی نظیر: عزت‌نفس و بازگشت آن، داشتن قدرت، احترام به خود، تطابق پیدا کردن با شرایط جدید، خودکارآمدی، معنویت و مذهب، احساس باارزش بودن، خرد و داشتن جایگاه در این افراد روند پذیرش را در آنان تسریع می‌کند.

بعد از مرحله پذیرش ذهنی، افراد به‌طور طبیعی میل به انطباق و سازگاری با شرایط جدید را دارا هستند؛ و استراتژی‌هایی جهت این سازگاری اتخاذ می‌کنند تا در جهت «سازگاری، بهبود و ترمیم (بُعد اجتماعی-فرهنگی)» گام بردارند. برخی عوامل نقش تسهیل‌کننده یا بازدارنده در مسیر پذیرش و سازگاری مثبت با ضایعه را دربردارند. عوامل تسهیل‌گر سازگاری نظیر: تغییر هویت تعریف‌شده براساس موقعیت قبلی، احساس مفید بودن برای خود، نزدیکان، خانواده و جامعه، اجتماعی شدن ثانویه، دایره روابط و مکانیسم پیوندهای عاطفی، نمود فیزیکی و احساسی، تعریف خود بر اساس حرفه، بهزیستی روانی و برانگیزاننده‌هایی نظیر خرد و توانمندی و تمایل به جبران بوده و باعث اعتباردهی مجدد فرد آسیب‌دیده در نگاه خانواده و حضور وی در تصمیم‌گیری‌ها، یافتن جایگاه معمولی و واقعی خود به‌عنوان شهروند و حمایت اجتماعی متعهدانه می‌گردند. در راه سازگاری فرد با شرایط جدید نیازسنجی و طبقه‌بندی این نیازها در جهت اولویت‌دهی به مهم‌ترین آن‌ها ضروری می‌نماید. این نیازها هم باید توسط خود فرد، هم مراقب و تسهیل‌گر او شناسایی و مورد دقت قرار گیرد. در این فرآیند، آگاهی بخشی قاعده‌مند، آموزش (حق بر آموزش، آموزش مراقب محور، عملیاتی کردن آموزش چندوجهی) و بهزیستی فیزیکی. درمانی (دسترسی به تسهیلات توان‌بخشی)، می‌توانند بر مسیر پذیرش-سازگاری تا توانمندسازی تأثیر بهینه بگذارد.

عواملی که می‌توانند در بُعد روانی بر روند پذیرش و هم‌چنین سازگاری فرد تأثیرگذار باشند و فرد را در مسیر توانمندی قرار دهد، «آموزش» و «آگاهی بخشی» است. آموزش در تحقیق حاضر سه بخش اصلی را شامل می‌شود؛ حق بر آموزش، آموزش مراقب‌محور و عملیاتی کردن آموزش چندوجهی که در قالب عواملی نظیر: آموزش منسجم مهارت‌های

زندگی و تقویت خود مراقبتی به توان خواه به عنوان دریافت‌کننده اصلی خدمات (اجتماعی شدن ثانویه)، آموزش در باب وظایف فرد در باب توانمندسازی، آموزش اصولی به عنوان مراقب و حامی اصلی فرد توان خواه در جهت آگاه‌سازی، پذیرش بیمار و کمک مراقبتی و آموزش در باب وظایف شهروندان در باب توانمندسازی و... ارائه می‌گردد.

آموزش‌ها می‌توانند علاوه بر بُعد فردی نظیر مهارت مقابله با هیجان‌های ناخوشایند، آموزش مددکاری و حرکت‌های اصلاحی، در بهبود مهارت‌های بین فردی و ارتباطی و در نتیجه افزایش رضایت دریافت‌کنندگان این خدمات و ارتقا «تاب‌آوری» مددجو نیز مؤثر افتند.

آموزش مهارت‌های زندگی به فرد توان خواه و هم‌چنین مراقب و خانواده وی، می‌تواند تأثیر مثبتی بر تغییرات رویه ایشان و ارتقا و تقویت کیفیت روابط داشته در بلندمدت رفتارهای مطلوب و مناسب با شرایط جدید را در افراد به وجود آورد.

هم‌چنین آموزش‌های همگانی و فرهنگ‌سازی، مهارت برقراری رابطه مؤثر همراه با هم‌دلی و سازگارانۀ دیگران با توان خواه و هم‌چنین آموزش مهارت برقراری ارتباط، مهارت‌های زندگی اجتماعی را به شکل معنی‌دار افزایش خواهد داد. آگاهی بخشی قاعده‌مند نیز در بُعد روانی با اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی در باب اهداف و نحوه اجرای طرح انتظارات و توقعات توان خواه را جهت‌دهی کرده و از انتظارات غیرعقلانی و خارج از توان و امکانات سازمان بهزیستی جلوگیری می‌کند.

«بهزیستی فیزیکی-درمانی» در این بخش ابتدا در مورد توان خواهان نیازسنجی صورت گرفته و براساس آن خدمات متناسب در نظر گرفته می‌شود. این خدمات در دو حوزه توان خواهی پزشکی که بیشتر به حیطه امور درمانی فرد پرداخته می‌شود و توان خواهی اجتماعی صورت می‌گیرد. در بخش توان خواهی پزشکی براساس اسناد بالادستی و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های بهزیستی باید در چند حوزه، از جمله: کاردرمانی، فیزیوتراپی، پرستاری و روان‌شناسی، صورت پذیرد که امروزه در حد تهیه خدمات معیشتی و رفاهی نظیر پوشینه و مناسب‌سازی منازل تقلیل پیدا کرده است که این امر هم در مورد تمام افراد صورت نمی‌گیرد؛ چراکه پوشش همه‌گیر وجود ندارد و تنها بخش کوچکی از اجتماع افراد درگیر را شامل می‌شود و خدمات کاردرمانی در منزل نیز به دلایلی نظیر کم بودن تعداد جلسات و زمان سوزی ناشی از ابلاغ دستورالعمل سالیانه که ۶ ماهه مفید اول سال از دست رفته و تنها در بازه تقریباً شش ماه باقی مانده صورت می‌پذیرد، کارایی لازم در جهت توانمندسازی فرد را ندارد. در مورد افراد طبقه متوسط و بالا که خود به کاردرمان در مراکز خصوصی مراجعه می‌کنند این خدمات در مقایسه، رضایت‌بخش نیست؛ هرچند در مورد طبقات فرودست به لحاظ اجتماعی، این خدمات حداقلی نیز می‌تواند حیاتی باشد، هرچند توانمندی به شکلی که مدنظر و هدف برنامه‌ها باشد، نتواند صورت بگیرد. در باب خرید و فراهم کردن تجهیزات

نیز به دلیل سقف بودجه مالی تعیین شده برای هر توان خواه امکان تهیه تجهیزات برای همه افراد نیازمند وجود ندارد و این خدمت به شکل گزینشی صورت می‌پذیرد.

یکی از بحث‌های جدی دیگر در جهت توانمندسازی استفاده از نیروی ماهر و متخصص در این حوزه است. یکی از اتفاقاتی که در طرح حاضر شاهد آن بودیم حذف و تداخل در نقش‌های تعریف شده در دستورالعمل‌های اجرایی طرح هست؛ به نحوی که بخش مددکاری و کاردرمانی طرح پررنگ شده و حضور روان‌شناس و فیزیوتراپ تقریباً حذف و محدود به چند مورد خاص گردیده است و حضور پرستار نیز نسبت به کاردرمان کم‌رنگ‌تر و تحت الشعاع آن قرار گرفته است.

در بُعد توان خواهی اجتماعی هم تلاش بر آن است تا به بازگشت فرد توان خواه به جامعه کمک شود. در این راستا، مراکز سه‌گانه برنامه‌های تفریحی آموزشی به شکل گروهی را برای این افراد برنامه‌ریزی کرده‌اند تا این فرد دوباره به جامعه برگردد؛ برخی از این افراد با برقراری روابط اجتماعی جدید شروع به «احساس سودمندی با رمزگشایی از روابط» جدید نموده و با قرارگیری در شرایط جدید، تعاملات تازه‌ای را تجربه می‌کنند که این امر روند سازگاری با اجتماع را تسریع می‌بخشد.

افرادی که دچار آسیب می‌گردند، به دو شکل روانی و فیزیکی از جامعه جدا می‌گردند، این افراد در مواجهه با شرایط جدید به شکل ناخودآگاه از تفاوت ایجاد شده گریزان هستند و دنبال فردی هستند که به لحاظ شرایط بیشتر به آن‌ها شبیه باشد تا در روابط خود انعکاس مثبتی از تصویر خود داشته باشند. این حس هم‌سانی می‌تواند در این افراد حس مثبت امنیت روانی را داشته باشد. علت دومی که باعث جدایی این افراد، به خصوص در ضایعه نخاعی شدید می‌گردد، بستری شدن است که به دو شکل در منزل و در مراکز درمانی صورت می‌گیرد و باعث طرد و جدایی این افراد از گروه و اجتماع بزرگ‌تر می‌شود که این امر هویت گروهی این افراد را دچار مشکل می‌کند؛ همین امر حس نقصان مجدد را در فرد واضح‌تر می‌کند. افراد حاضر در پژوهش در مواردی که امکان جابه‌جایی از منزل را داشتند یا افرادی که در مراکز درمانی با هم‌گروهان خود بستری بودند، گروه جدید با مسائل مشابه را جایگزین گروه‌های قبلی خود کرده و دایره روابط هرچند محدودتر، ولی جدیدی را تجربه می‌کنند که به دلیل شباهت در روابط خود انعکاسی از تصاویر مثبتی از خود را دریافت می‌کنند و با کسانی که این تصویر مثبت را به آن‌ها بازمی‌گرداند سریع‌تر ارتباط برقرار می‌کنند.

تعلق داشتن به گروه، برای انسان احساس امنیت به همراه می‌آورد. شخصی که به علت‌های مختلف سلامت جسمی‌اش را از دست می‌دهد و دچار معلولیت بدنی و یا روانی می‌شود، در خیلی از موارد با بستری شدن در مراکز درمانی، از جامعه و گروه‌هایی که به آن تعلق دارد به‌گونه‌ای طرد می‌شود.

طرد شدن فرد از این گروه‌ها، باعث می‌شود که او اضافه‌بر «هویت جسمی‌اش»، هویت گروهی‌اش را نیز از دست دهد؛ بدین ترتیب، او به نوعی دیگر نیز احساس ناقص بودن را تجربه می‌کند. روابط جدید با افرادی که مسائلی مشابه را تجربه می‌کنند، می‌تواند به بازسازی جسمی و روانی فرد بسیار مفید و حتی لازم باشد.

یکی دیگر از عوامل علی تأثیرگذار بر توانمندسازی بحث «زمان طلایی» (Golden time) است؛ این امر، به خصوص در معلولان دچار ضایعه نخاعی بسیار سرنوشت‌ساز است؛ این زمان، سال اول ضایعه را شامل می‌شود. اگر در این زمان فرد دچار ضایعه تحت توانمندسازی مؤثر قرار بگیرد، میزان قابل توجهی از توانمندی‌های فرد در جهت استقلال نسبی او قابل برگشت و اصلاح یا اقلأً حفظ شرایط فعلی و ممانعت از وخیم‌تر شدن وضعیت معلولان خواهد بود.

۵-۳. مقوله‌های شرایط زمینه‌ای

شرایط زمینه‌ای، شرایطی خاصی است که بر راهبردها اثر می‌گذارد و راهبردها و اقدامات تحت آن، به اداره پدیده می‌پردازند.

یکی از شرایط زمینه‌ای نگرش مبتنی بر حس «ترحم» به همراه عملکرد منتج از این نگرش، منبعث از باورها و کلیشه‌های ذهنی است که به شکلی ناقص به جامعه تلقین گردیده و باعث می‌شود برخورد با معلولان و سالمندان دچار ضایعه، منطقی و اصولی نباشد. نبود اطلاعات کافی در باب معلولان و سالمندان آسیب‌دیده باعث تولید محتوای ناقص و جهت‌دهی شده به این جمع و ذهنیت منفی در باب ناتوانی و سربار بودن این افراد ایجاد کرده و باعث شده تا نگاه جامعه به فرد نگاهی مستأصل و متفاوت از واقعیت وجودی این افراد باشد. با وجود این که حدود ۱۰٪ جمعیت جهان را افراد معلول و دچار ضایعه تشکیل می‌دهند، نگاه‌های منفی و ترحم‌آمیز سعی در حذف و یا تقلیل این افراد دارد؛ به طوری که گاهی توهم کم بودن این افراد در اجتماع تلقین شده است؛ چراکه شهرها چه به لحاظ کالبدی و طراحی و چه به لحاظ روحی آمادگی حضور این افراد را ندارند، تغییر این نگاه و بازخوردهای منفی زمان بر خواهد بود.

اکثر افراد حاضر در طرح موقعیت اقتصادی متزلزلی را تجربه می‌کردند. این افراد اغلب از محلات حاشیه‌نشین و پایین‌شهری انتخاب می‌شوند. بین فقر و معلولیت یک رابطه دوسویه وجود دارد؛ از یک سو فقر موجب معلولیت است، و از سوی دیگر معلولیت موجب فقر (صادقی‌فسایی و فاطمی‌نیا، ۱۳۹۳). فقر می‌تواند زمینه‌ساز افزایش شانس معلولیت چه قبل و چه بعد از تولد در این خانواده‌ها باشد. هزینه‌بر بودن درمان و مراقبت‌های هم‌زمان و بعدازآن در این خانواده‌ها باعث فرسایش مالی خانواده شده و بار اضافی به لحاظ مالی

بر خانواده تحمیل می‌گردد؛ از سوی دیگر، فرد معلول به دلیل خارج شدن از چرخه نیروی کار، نقش حمایت‌گری و مولد خود را نیز از دست می‌دهد و این به لحاظ اقتصادی شرایط اقتصادی منفی دوسویه‌ای را به خانواده تحمیل می‌کند.

مفهوم جدید عدالت فن‌آوری در حوزه فناوری اطلاعات در دسترس بودن و دسترس‌پذیر بودن فناوری‌های جدید برای مددجویان بهزیستی است (مورد تأکید برنامه ششم). فناوری‌های جدید این امکان را به معلولان می‌دهد که بتوانند با وجود ناتوانایی‌های جسمی و حرکتی، کارهای روزمره خود را انجام دهند. امروزه فناوری و پیشرفت‌های عرصه فناوری به کمک افرادی آمده است که از اختلالات حرکتی و دیگر معلولیت‌ها رنج می‌برند. ابزارها و گجت‌های هوشمند زیادی طراحی شده‌اند که با استفاده از آن‌ها معلولان می‌توانند کارهای روزانه و عادی خود را راحت‌تر انجام دهند، نظیر: ویلچرهای هوشمند خودران برای شناسایی موانع ثابت و متحرک محیطی به رادارها، حسگرها و دوربین‌های متعددی مجهز بوده و یکی از قابلیت‌های مهم آن‌ها امکان ترمز سریع و ناگهانی در صورت مواجه شدن با موانع پیش‌بینی نشده است. گوشی‌های Sesame که نیازی به لمس کردن ندارد برای افراد معلول تولید شده است. دستکش سخنگوی Ayoub، هم‌چنین ابزاری برای غذا خوردن، اپلیکیشن Live Transcribe و یا سامانه‌ای با عنوان دولت همراه برای مددجویان راه‌اندازی شد که مددجویان زیرپوشش برای خدمات حمایتی با شماره‌گیری #۱۲۳*۴ می‌توانند با تلفن همراه خود وارد سیستم شوند و از وضعیت مستمری، کمیسیون تشخیص معلولیت و سایر خدمات، بدون مراجعه حضوری به کار خود برسند. ضمن این‌که تردد معلولان کمتر می‌شود و این امر، به آرامش و آسایش جامعه هدف ما و کاهش آلودگی‌های زیست‌محیطی کمک خواهد کرد. مددجویان نیز مجبور نیستند برای اموری چون: اطلاع از زمان پرداخت مستمری، پیگیری درخواست، پیگیری وضعیت کمیسیون پزشکی، دریافت اطلاعات آخرین کمک مالی موردی، تغییر شماره حساب و کدپستی و بسیاری از این خدمات از منازل و یا محل کار خود خارج شوند؛ اما مشکل اصلی اینجاست که تکنولوژی‌هایی که برای این منظور طراحی می‌شوند یا بسیار گران‌قیمت هستند یا برای راحتی بیشتر کاربرانی که معلولیت‌های خاصی دارند، کاربری تعریف شده و پیش‌بینی شده‌ای را در عمل ارائه نمی‌کنند.

بهزیستی روانی شرایطی را به لحاظ فرهنگی و روانی ایجاد می‌کند که توان‌خواه دیگر سربار و فاقد قدرت محسوب نگشته و در شرایط مطلوب به لحاظ روانی حس اعتماد به نفس خود را احیا کرده و احساس ارزشمندی می‌نماید.

سیاست حمایتی در سازمان بهزیستی نیاز به منابع مالی گسترده دارد؛ ولی با توجه به گستردگی مسئولیت‌ها و مأموریت‌های محوله به سازمان بهزیستی و نیز حجم بالای افراد

نیازمند دریافت خدمت و حمایت، در کنار دیوان‌ساری ناکارآمد، سبب می‌شود پوشش لازم، کافی و مستمر از مددجویان ممکن نگردد.

در عین حال برای اجرای هر نوع سیاست اجتماعی منابعی باید خلق شود و در سایه آن منابع، توزیع برای گروه‌های خاص (معلولان و سالمندان دچار ضایعه نخاعی)، هدفمند شود. منتهی با رشد اقتصادی پایین کشور طی سال‌های اخیر بحث حمایت از گروه‌های پایین و متوسط و به خصوص اقشار آسیب‌پذیر تحت الشعاع قرار گرفته است؛ اما اگر بخواهیم این حمایت‌ها پایدار و بلندمدت باشد و سطح زندگی و معیشت خانواده‌های آسیب‌پذیر را افزایش بدهد، باید در سایه سرمایه‌گذاری هدفمند این اتفاق صورت پذیرد.

اگرچه همه معلولان و به صرف دارا بودن صفت معلولیت یا سالمندی فارغ از تفاوت در نوع ضایعه یا سایر مؤلفه‌ها واجد نیازهای مشترکی هستند، اما نوع و شدت معلولیت یکی از متغیرهای مهم و مؤثر بر تفاوت کمی و کیفیت دریافت خدمات توانبخشی و برنامه‌های در قالب طرح توانمندسازی است. تفاوت درجه و شدت معلولیت زمینه‌ساز نیازهای متفاوت است و مجریان این امر را باید در برنامه‌ریزی‌ها لحاظ کنند. در دور اول توانمندسازی سالمندان که از سال ۱۳۹۵ شروع شد، افراد با درجه و شدت بالای ضایعه نخاعی جهت توانمندسازی معرفی گردیدند؛ مشکلی که در این باب ایجاد شد، صورتی چندوجهی داشت؛ این افراد هم به لحاظ سنی و سال خوردگی بخشی از توانایی‌های جسمی خود را از دست داده بودند و هم در اثر ضایعه. توانبخشی در این افراد متأسفانه با شکست مواجه شد، چراکه به گفته مجریان و مددکاران طرح، تعدادی از این افراد در طول و یا در انتهای طرح فوت نمودند، در باب سایر افراد هم چون به لحاظ جسمی و سنی امکان بازگشت به شرایط قابل قبول مقدور نبود، طرح موفق نگردید. با در نظر گرفتن شرایط سنی و شدت معلولیت در سال ۱۳۹۸ افراد با شدت پایین‌تر انتخاب گردیدند و موفقیت نسبی بالاتری در توانمندی این افراد اتفاق افتاد.

شرط برخورداری از هر برنامه و طرحی اطلاع و آگاهی داشتن و نیز آموزش منسجم در خصوص آن برنامه است. در باب آموزش، تنها یک‌سری آموزش در باب حرکات اصلاحی به فرد توان‌خواه و مراقب او آن‌هم گاه به شکل ضبط اجرای برنامه مددکاری است که خود سال‌ها تحت آموزش آکادمیک بوده و اکنون باتجربه کافی در حال اجرای این برنامه است، درحالی‌که مراقبان تنها شاهد اجرای این حرکات بوده و سابقه آکادمیک در زمینه ندارند و حتی تکنیک‌های این حرکات را به درستی بلد نیستند، در نتیجه این کار یک‌سری آموزش‌ها به شکل مجازی ارائه می‌گردد. این آموزش‌ها شکل منسجم و الگومند ندارد. در باب آگاهی از طرح نیز برخی از مصاحبه‌شوندگان یا تسهیل‌گران طرح، عدم اطلاع کامل یا عدم اطلاع به موقع از طرح را مطرح نمودند؛ هم‌چنین برخی از مصاحبه‌شوندگان آگاهی پایینی در

باب عوامل تأثیرگذار بر ورود و بهره‌مندی از مزایای «چرخه توانمندی» را اعلام مهم ارزیابی کرده‌اند.

معلولیت پدیدهٔ کثیرالابعادی است؛ درعین حالی که امری جسمی یا فیزیکی است، یک برساخت اجتماعی و فرهنگی نیز محسوب می‌شود. در موفقیت یا عدم کامیابی طرح توانمندسازی و میزان اثرگذاری آن باورها و کلیشه‌های فرهنگی و اتمسفر محیط اجتماعی بسیار اثرگذار است. برخی جوامع بیشتر از سایرین از جامعهٔ معلولان حمایت می‌کند. کلیشه‌ها گاه سبب کم‌اثر شدن اقدامات و سرمایه‌گذاری‌ها در زمینهٔ سیاست‌های رفاه اجتماعی می‌شوند. وقتی در یک فرهنگ برچسب‌زنی و آنگ (به تعبیر گافمن) نسبت به معلول و یا سالمند پررنگ باشد، اجرای برنامه‌های توانمندسازی دشوارتر خواهد بود؛ لذا شناخت این باورهای قالبی و ارتباط آن‌ها با حیات و حمایت از معلولان و سالمندان و کاستن از تأثیر منفی آن‌ها دارای اهمیت فراوان است.

در شرایط عادی جامعهٔ معلولان دچار انواعی از طرد، انزوا و محرومیت‌ها است. شرایط خاص شیوع بیماری کرونا در جهان و جامعهٔ ایرانی در طول حدود دو سال گذشته سبب نوعی آسیب‌پذیری مضاعف برای معلولان و تنهایی بیشتر سالمندان و معلولان شده است. کرونا فشار مضاعف روانی، اقتصادی و اجتماعی و محرومیت از مزایای طرح توانمندسازی را برای این گروه سبب شده است.

یکی از اهداف طرح‌های توانمندسازی اصلاح دیدگاه فرد معلول از یک سو، و جامعه به معلولیت از سوی دیگر است تا تصور سرباری خانواده یا جامعه شکل نگیرد. تا زمانی که معلول خودباوری لازم را پیدا نکند، امکان توانمند کردن او ناچیز خواهد بود. یکی از تلاش‌ها ایجاد این نگرش است که باور به عدم کارایی از ذهن و زبان مددجو و جامعه حذف شود. در جوامع توسعه‌یافته بسترهای اجتماعی و محیطی برای دسترسی و استفادهٔ معلولان به‌عنوان یک حق و مسئولیت اجتماعی، فراهم و مناسب‌سازی صورت می‌گیرد. با توجه به شرایط و نیاز معلولان هر شهر، محیط و سازمانی باید زیرساخت‌های شهری و مبلمان مناسب سالمندان و معلولان (پارک، بازار و مدارس و مراکز بهداشتی، ورزشی، حمل‌ونقل شهری و خدمات اداری و رفاهی) و مراکز مخصوص این گروه به شکل مناسب و کافی فراهم آورده شود.

در ادبیات اقتصادی از یک‌سو تئوری انتظارات عقلایی و در نظریات توسعه از سوی دیگر بر ایدهٔ همدلی (Empathy) به معنای خود را به جای دیگری گذاشتن و درک متقابل و واقع‌بینانه در تعاملات اجتماعی و توسعهٔ اقتصادی اشاره می‌کنند. مددجویان باید منابع، امکانات و مقدرات سازمان بهزیستی را به صورت عقلایی و منطقی بشناسند و سازمان بهزیستی و مراکز مجری طرح‌ها نیز باید شرایط سخت و طاقت‌فرسای معلول و خانواده

و اطرافیان او را درک نموده، حداکثر حمایت و خدمات ممکن را با حفظ کرامت انسانی مخاطبان مطابق توصیه‌های دینی، اسناد و قوانین بالادستی و میثاق‌های بین‌المللی ارائه نماید.

۴-۵. مقوله‌های شرایط مداخله‌گر

شرایط مداخله‌گر، شرایط عمومی است که بر راهبردها اثر می‌گذارد و آن‌ها را تسهیل یا محدود و مقید می‌سازد. شرایط وسیع و عامی هم‌چون فرهنگ، فضا و غیره است که به‌عنوان تسهیل‌گر یا محدودکننده راهبردها عمل می‌کند. این شرایط، اجرای راهبردها را تسهیل و تسریع کرده و به‌عنوان یک مانع، دچار تأخیر می‌نمایند.

در این مسیر برخی عوامل به‌عنوان «عوامل بازدارنده» عمل می‌کنند. برخی باورها و کلیشه‌های ذهنی و فرهنگی در باب معلولیت و سالمندی که برخوردهای اجتماعی و فردی با این اشخاص را دچار خدشه می‌کند، نظیر: ترحم، اعتقاد به عدم کارایی و سربار بودن این افراد.

«مادر یک خانواده، دخترش پرستار بود و در اثر بیماری معلول شده بود، ما باید برا مادره کلاس روان‌شناسی می‌داشتیم. می‌گفت این به درد چی می‌خوره؛ و مادرش داشت طردش می‌کرد، می‌گفت برام شده هزینه، درحالی‌که جزو پول‌دارای همدان بود؛ و ما با مادر صحبت کردیم و مادر کنار اومد» (خانم کشاورز، مددکار مرکز توانمندان فرهیخته).

این بازخوردهای منفی و ناآگاهی از حمایت صحیح از فرد درگیر در کنار نبود آموزش منسجم به فرد و خانواده و مراقب او در کنار برخی بازدارنده‌های ساختاری - زمینه‌ای مانند ناتوانی محیطی - اجتماعی، کرونا و تأثیر آن بر ایستایی و توقف طرح، هم‌چنین موقعیت اقتصادی و ناکارآمدی سازمان‌های حمایت‌گر و حمایت اداری - اجرایی می‌توانند به‌عنوان عوامل بازدارنده در جهت پذیرش و سازگاری با شرایط جدید عمل نمایند. همین امر می‌تواند پذیرش/عدم پذیرش و به‌دنبال آن سازگاری/عدم سازگاری با ضایعه و درنهایت توان بخشی و توانمندسازی را تحت تأثیر گذارده و برای فرد طاق‌ت فرسا کند.

چرخه و فرآیند توانمندسازی از چندین رکن تشکیل می‌شود. لازمه موفقیت هر طرح و برنامه‌ای هماهنگی ارکان آن است و چنان‌چه هم‌سویی و هم‌افزایی در این بین نباشد توانمندسازی ابتر خواهد ماند و چه بسا حتی باعث اصطکاک و تنش نیز بشود. در این مورد خاص اگر برداشت و دیدگاه مدیران بهزیستی و مراکز مجری و تسهیل‌گرانش در یک جهت نباشد و معلول و خانواده او نیز مسیر متفاوتی در پیش بگیرند، طرح احتمالاً با شکست مواجه خواهد شد.

کیفیت نظام‌های اداری از جمله عوامل مداخله در اجرای همه طرح‌ها به شمار می‌رود. اگر طرح در چنبره‌ی اتاق‌ها و پیچ‌وخم‌های اداری گیر کند و نوعی کاغذبازی به‌دوراز شفافیت و چالاک‌ی سازمانی همراه باشد، نمی‌توان انتظار موفقیت و اثرگذاری و بهره‌وری بالایی داشت. نگرش بخشی با مسائل اجتماعی و اداری یکی از آفت‌های دیوانسالاری است. مسأله معلولیت یک امر پیچیده و چندبُعدی است و از حدود امکانات یک معاونت یا حتی همه سازمان بهزیستی خارج است؛ اگرچه حمایت از اقشار آسیب‌پذیر خاصه معلولان به‌لحاظ تقسیم‌کار و مأموریت ذاتی بر عهده سازمان‌های بهزیستی استان‌ها هست، اما در بیرون از سازمان، استانداری و فرمانداری‌ها، شوراهای شهر و شهرداری‌ها سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و... و در داخل سازمان نیز باید فراتر از وظایف و امکانات تنها معاونت توان بخشی حرکت شود.

معلولیت، به‌ویژه افراد دچار ضایعه نخاعی یک امر موقت و قابل حل و بهبود کامل نیست و اغلب تا پایان زندگی همراه فرد خواهد بود. برنامه‌هایی مانند طرح توان بخشی نباید مقطعی و موقت باشند. استمرار که لازمه نیاز مبرم مخاطبان است به آینده‌نگری علمی و کارشناسی وابسته است تا بهترین بهره‌وری که همانا برخورداری معلول و سالمند از خدمات دائمی و مکفی باهدف تأمین شرایط زیست انسانی و قابل قبول می‌باشد. اجرای هرگونه سیاست‌های رفاهی مستلزم تأمین منابع مالی و اعتباری پایدار است. در برنامه‌های توسعه و لوایح بودجه سالیانه باید امور مربوط به هزینه‌های حمایت از معلولان و جانبازان و سالمندان، دیده و به‌موقع تخصیص یابد.

پرهیز از اجرای پراکنده و گاه سلیقه‌ای یکی دیگر از مؤلفه‌های مداخله‌گر این طرح به حساب می‌آید. دارای الگوی مشخص و قاعده‌مند سبب می‌شود مجریان سردرگم نشوند و اجرای طرح با سرعت بیشتر و اصول مشخص پیش برده شود.

۵-۵. پدیده محوری

مرکز فرآیند درحال بررسی است که سایر مقوله‌ها به آن ربط داده می‌شود. مقوله محوری یک صورت ذهنی از پدیده‌ای که اساس فرآیند است. مقوله محوری پژوهش حاضر «الگوی توانمندسازی توان‌خواه محور» می‌باشد.

۵-۶. راهبردها و اقدامات

کنش‌ها یا تعاملاتی هستند که برای اداره پدیده محوری اعمال می‌شود کنش‌ها یا برهم‌کنش‌های خاصی که از پدیده محوری منتج می‌شود. راهبردها و اقدامات، طرح‌ها و کنش‌هایی‌اند که به طراحی مدل کمک می‌نمایند.

یکی از سیاست‌هایی که در کشورهای توسعه‌یافته در ارتباط با معلولان اعمال می‌شود، این است که در ارائه خدمات و تسهیلات اجتماعی در شرایط برابر با شهروندان بدون محدودیت و معلولیت به آن‌ها اولویت داده می‌شود که می‌توان این سیاست را تحت عنوان «تبعیض مثبت» معرفی کرد؛ برای نمونه، در برخورداری از تسهیلات مثل سینماها، ورزشگاه‌ها، وام‌های بانکی... افراد معلول به نظر ارجحیت بالاتری دارند، می‌رسد؛ در کشور ما هم و در شهر همدان هم می‌شود از چنین تجربه‌ای بهره‌گرفت و معلولان در برخورداری از خدمات شهری و اجتماعی اولویت داده شوند.

اطلاع‌رسانی و آگاهی از ملزومات اساسی هر نوع فرآیند آموزشی و توانمندسازی است و در این مورد خاص هم بایستی به عنوان یکی از راهبردهای اساسی و مهم با نگرینسته شود، معلولان و سالمندانی که دارای آموزش و آگاهی هستند و به حقوق خود در قوانین آشنا و شناخت دارند، می‌توانند بهره‌برداری بهتری داشته باشند و مشارکت منطقی‌تری در فرآیند ورود بهره‌برداری و توانمندی در جریان طرح داشته باشند.

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات معلولان بهره‌مندی از فضا و محیط‌های شهری واداری که با محدودیت و موانع بسیاری روبه‌رو هستند، می‌باشد؛ در این راستا یکی از راهبردهای پیشنهادی حمایت از ایده شهر دوست‌دار معلولان و مناسب‌سازی محیطی برای معلولان و جانبازان و سالمندان می‌باشد.

کارشناسان روان‌شناسی و جامعه‌شناسانی که در این طرح با آن‌ها صحبت شد، هم‌چنین مددکاران و تصویرگران و خود معلولین مراقبین و همراهان و خانواده آن‌ها بر این امر بسیار تأکید داشتند که یکی از راهبردهای اساسی توانمند شدن این افراد کمک به رشد خلاقیت و رشد شخصیتی افراد معلول می‌باشد.

هر فرآیند آموزشی و توانمندسازی نیازمند ارزیابی و پایش نقاط قوت و ضعف و ارائه بازخورد به مجریان و سیاست‌گذاران برای رفع اشکالات و تقویت نقاط قوت است، این طرح نیازمند چنین امکانی است تا بتوان آن را به شکل مستمر و با روش‌های علمی مورد ارزیابی قرار داد؛ شاید بتوان همین پژوهش حاضر را هم در همین راستا ارزیابی کرد.

نیروی انسانی یکی از مهم‌ترین ارکان طرح‌های تعاونی‌سازی است، بدون داشتن تسهیلات گران، کار درمانگران و به‌طورکلی منابع انسانی متخصص دلسوز و کارآمد نمی‌توان انتظار دستیابی به اهداف طرح را داشت؛ بنابراین یکی از راهبردهای اصلی استمرار طرح توانمندسازی تمرکز بر تأمین نیروی انسانی خبیره و متخصص برای این مهم است.

مشارکت دو شکل عمده دارد؛ مشارکت خودانگیخته و مشارکت برانگیخته. از هردوی این الگوها در امر توانمندسازی می‌توان بهره‌گرفت. مشارکت در فرآیند توانمندسازی یکی از رهیافت‌های اساسی و موفق بوده است. طرح‌های توانمندسازی بدون مشارکت و همراهی

ذی نفعان و مخاطبان غیرممکن و شدنی نیست. مشارکت براساس پلکان «ارنشتاین» در یک قالب هرمی می‌تواند اتفاق بیفتد و از کمترین حد آن نظرخواهی تا بیشترین سطح آن تفویض و واگذاری را شامل می‌شود؛ اما در قالب دیگری هم می‌توان پلکان مشارکت در برنامه‌ریزی را شامل: نیازسنجی، تعیین اولویت، طراحی، اجرا، بهره‌برداری و بازخورد و ارزیابی طبقه‌بندی کرد. مشارکت در اینجا هم از پلکان اول، یعنی نیازسنجی تا تعیین اولویت‌ها و سپس مراحل و مراتب بعدی از جمله اجرای کلاس‌ها برنامه‌ها خدمات توان بخشی می‌تواند مدنظر تسهیل‌گران و مجریان قرار بگیرد.

تغییر جامعه هدف در طول نزدیک به ۱۰ سال که از عمر اجرای طرح توانمندسازی می‌گذرد بارها اتفاق افتاده، اما اکنون مدیران سازمان بهزیستی باید بهترین گزینه را برای نتیجه‌گرفتن از این همه زحمت، هزینه و صرف وقت داشته باشند تا طرح اثرگذاری موردانتظار و بهتری داشته باشد.

یکی دیگر از محورهای که در طول این برنامه متغیر بوده، خدماتی است که طرح پوشش داده است؛ در الگوی مطلوب لازم است پوشش مناسبی از خدمات در قالب این طرح دیده شود و ضامن موفقیت طرح خواهد بود.

پایش مخاطبان و مشارکت‌کنندگان در طرح و برنامه توانمندسازی بایستی در سه‌گام، قبل از ورود فرد به چرخه توانمندسازی، حین اجرای طرح‌های توانمندسازی و پس از اجرا صورت گیرد تا بتوان از میزان اثرگذاری اجرای طرح ارزیابی دقیقی داشت و وضعیت افراد را پیش و پس از برخورداری از خدمات طرح معین و معرفی کرد.

۵-۷. مقوله‌های پیامدها

مقوله‌های پیامدها حاصل کنش‌ها و تعاملات می‌باشند؛ پیامدها شامل خروجی‌های تأثیرگذار مشهود و نامشهودی است که در اثر طراحی مدل در جامعه ایجاد می‌گردد و خروجی‌های حاصل از استخدام راهبردها هستند؛ شرکت در طرح توانمندسازی به افراد معلول و سالمند این امکان را می‌دهد که در زمره افراد هم‌سنخ و هم شرایط خود مشارکت داشته باشند و بتوانند خود را در آیینة هم‌سانان ببینند و این امر سبب نوعی واقع‌بینی و ایجاد حس مشترک در این افراد خواهد شد؛ درعین حال نوعی تجربه زیسته جمعی و زندگی گروهی هم به این افراد خواهد داد.

طرح توانمندسازی براساس الگوی مطالعه کیفی که در این طرح مدنظر بود، شامل: شرایط علی، مداخله‌گر، راهبردها و نهایتاً پیامدها در حول مقوله اصلی، یعنی توانمندسازی می‌باشد دیده شده است. یکی از پیامدهای اجرا و مشارکت افراد در طرح‌های توانمندسازی بهبود عملکرد افراد در زندگی شخصی و اجتماعی آنهاست و اساساً هدف طرح‌های

توانمندسازی نیز ارتقاء عملکرد جسمی روانی و اجتماعی معلولان و سالمندان و به‌طور کلی مخاطبان و جامعه هدف می‌باشد.

حاصل بهبود عملکرد به‌طور طبیعی بهبود کیفیت زندگی خواهد بود؛ وقتی یک فرد معلول بر اثر دریافت خدمات، حمایت‌ها و آموزش‌های در قالب طرح توانمندسازی بتواند وضعیت خود را پایدارتر کرده و برخی توانایی‌های ازدست‌رفته و تحلیل و تقلیل یافته خود را ارتقا دهد؛ به‌طور طبیعی همه این فرآیند بهبود کیفیت زندگی فرد معلول منتهی خواهد شد. براساس تجارب به‌دست‌آمده از اجرای سال‌های گوناگون و مصاحبه‌های تیم پژوهش با جامعه آماری موردنظر این مطالعه، یعنی: اساتید، کارشناسان، تسهیل‌گران، مددکاران، مجریان و مدیران مؤسسات طرف قرارداد سازمان بهزیستی و خود ذینفعان، یعنی: معلولان مراقبین و خانواده‌های آن‌ها آموزش منسجم، یکی از دغدغه‌های اصلی این روند و فرآیند است.

از دیگر پیامدهای احتمالی این طرح خودکارآمدی و ارتقاء آن در افرادی است که از مزایا و فعالیت‌های طرح توانمندسازی برخوردار می‌شوند. معلولیت به‌ویژه از نوع ضایعه نخاعی و سالمندی تجربه جدیدی است؛ افراد برخی توانایی‌های خود را ازدست می‌دهند، شرایط جدیدی را تجربه می‌کنند، برایشان محدودیت‌هایی ایجاد می‌شود و مانند هر «گذار اجتماعی» دیگری (مدرسه رفتن، ازدواج، اشتغال، سربازی، جدایی و یا از دست دادن عزیزان...) حامل هنجارها، ارزش‌ها قواعد و سازگاری‌های تازه‌ای است که از آن می‌توان در قالب کلی جامعه‌پذیری ثانویه یا «اجتماعی شدن دوباره» نام برد و معلولانی در تجربه مطالعات تیم پژوهش موفق بودند که این جامعه‌پذیری ثانویه و اجتماعی شدن مجدد را با موفقیت اجرا کرده و پذیرفته بودند.

توانمندسازی بدون شک به دنبال افزایش استقلال فرد و کاهش وابستگی به مددکار، مراقب، دیگر اعضای خانواده و اطرافیان است. یکی از معضلاتی که در جریان معلولیت برای خانواده‌های دارای فرزند معلول ایجاد می‌شود، وابستگی آن‌ها به دیگران می‌باشد که هم برای خود فرد معلول باعث کاهش اعتمادبه‌نفس و عزت نفس می‌شود و هم برای اطرافیان باعث ایجاد گرفتاری و صرف وقت و گاه فرسایش روحی، روانی و جسمی می‌شود؛ بنابراین یکی از پیامدهای موردتوجه و پیش‌بینی شده در طرح کمک به استقلال این افراد و کاستن از میزان وابستگی آن‌ها به تخت، به ویلچر، به اعصاب، تجهیزات مرتبط، مددکاران و اطرافیان است تا خود بتوانند تا آنجا که امکان دارد امورات شخصی خود را خود را اداره کرده و از این طریق اعتمادبه‌نفس بالاتر و امید به آینده بیشتری پیدا می‌کند.

معلولان ناچارند با محیط پیرامون خود چه در خانواده و چه بیرون از آن در جامعه و شهر و محله انطباق پیدا کنند؛ هرچند این پروسه، دشواری‌های بسیاری دارد؛ اما لازم است تا

جای ممکن این انطباق و این سازگاری با شناخت توانمندی‌های بالقوه و بالفعل معلولان محقق بشود.

معلولیت یک امر دائمی و همیشگی و اغلب تا پایان عمر با افراد همراه است؛ بنابراین فرآیند توانمندسازی هم باید یک امر دائمی و مستمر دیده شود و اجرای مقطعی و موقت آن اگرچه به عنوان مسکن می‌تواند به کاهش آلام معلولان و اطرافیان کمک کند، اما لزوماً بهترین روش برای حمایت نخواهد بود.

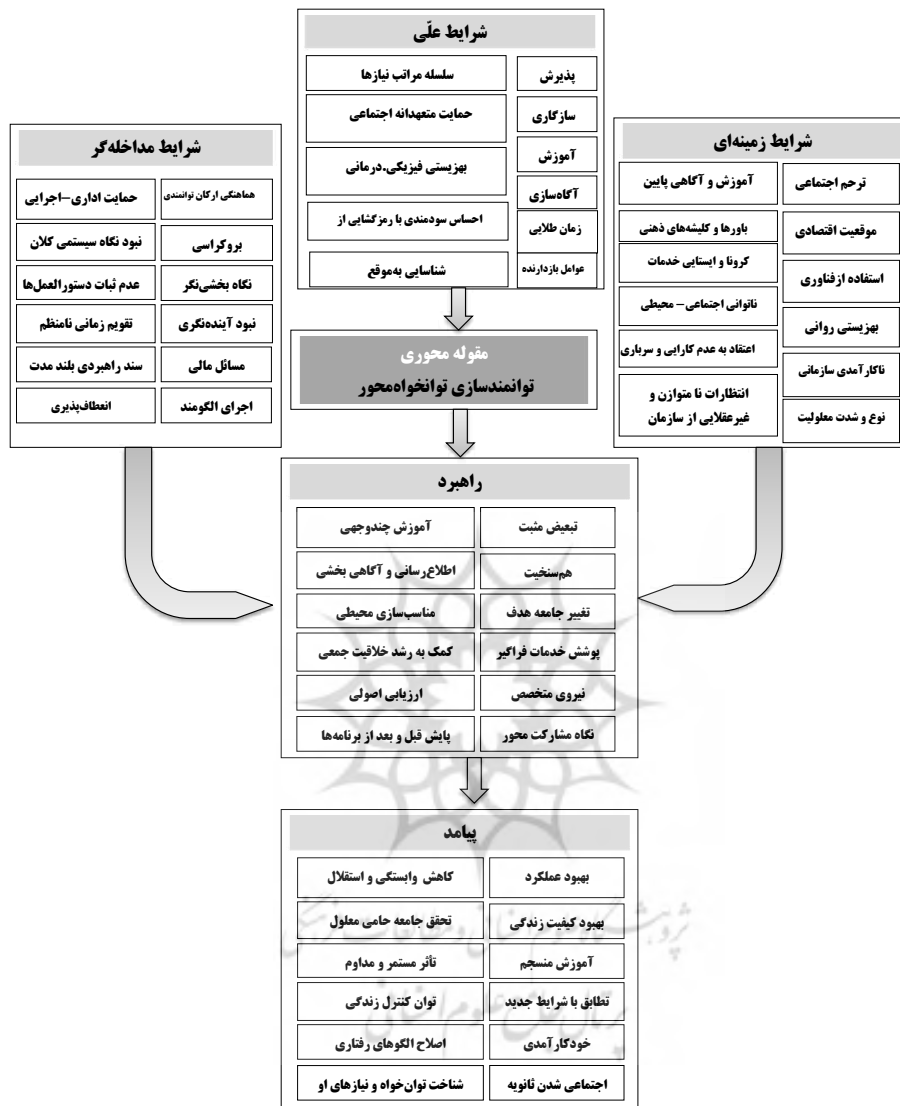
توان کنترل زندگی با همه محدودیت‌ها از اهداف طرح توانمندسازی مجموعه شرایط ارکان و مؤلفه‌ها باید به فرد معلول کمک کنند تا کنترل او بر زندگی روزمره محقق شود و از این طریق احساس خودکارآمدی و خرسندی از زندگی داشته باشد؛ با وجود همه کاستی‌ها و محدودیت‌هایی که برای او بوده یا حادث شده است. به سخن ساده، همان اندازه که حمایت‌های اجتماعی و سازمانی از معلول به ارتقاء زندگی وی ختم می‌شود، بهبود زندگی معلول به طور مستقیم به بهبود زندگی همراهان و نهایتاً جامعه نیز منجر می‌شود.

۶. نتیجه‌گیری

مدل پارادایمی استخراج شده از یافته‌های پژوهش نمایانگر نتیجه نهایی تحلیل کیفی به روش داده بنیاد است. در این مدل، مقوله‌های شناسایی شده به وسیله کدگذاری محوری و کدگذاری باز در قالب یک الگوی نظام مند نمایش داده می‌شود. فرآیند یکپارچه‌سازی و بهبود بخشی نظریه در کدگذاری انتخابی، از طریق تکنیک‌هایی نظیر نگارش خط داستان که مفاهیم را به هم متصل می‌نماید و فرآیند دسته‌بندی از طریق یادداشت‌های شخصی درخصوص ایده‌های نظری انجام می‌پذیرد؛ در واقع، در این مرحله نظریه پرداز زمینه‌ای، مقوله محوری را که سایر مقولات بر محور آن می‌گردند و کلیتی را تشکیل می‌دهند، به طور روشمند انتخاب و با ارتباط دادن آن با سایر مقولات به نگارش نظریه اقدام می‌کند که شرحی انتزاعی برای فرآیندی که در پژوهش مطالعه شده است، ارائه می‌دهد (ر. ک. به: جدول ۲).

۱- هر چهار گروه اصلی مورد مطالعه این پژوهش (معلولان و خانواده آنان، تسهیل‌گران و مددکاران، کارشناسان سازمان بهزیستی و مدیران مؤسسات مجری طرح و اساتید دانشگاه) بر اصل و استمرار ایده توانمندسازی معلولان و سالمندان بسیار تأکید داشتند، اولین و مهم‌ترین پیشنهاد پاسخ‌گویان ادامه و استمرار به روز رسانی شده، مبتنی بر هزینه‌ها و نیازهای طرح توانمندسازی در سال‌های پیش‌رو است.

۲- تعداد قابل توجهی از تسهیل‌گران و کارشناسان تأکید داشتند که محدودیت زمانی حداکثر دو سال محدودیت، اعتباری حداکثر دو میلیون تومان برای هر مددجو و محدودیت



جدول ۲: مدل پارادایمی استخراج شده از یافته‌های پژوهش جهت دستیابی به نتیجه نهایی تحلیل کیفی (نگارندگان، ۱۴۰۰).

Table 1: Paradigm model extracted from research findings to achieve the final result of qualitative analysis (Authors, 2022).

افراد تحت پوشش طرح باید بازنگری شود؛ زیرا ارائه خدمات محدود در زمان محدود خطر بازگشت به شرایط قبل از توانمندسازی را در پی دارد؛ پیشنهاد در این باب، تداوم ارتباط مراکز و مددکاران با مددجویان پس از حضور در طرح می‌باشد؛ چراکه بسیاری از افراد دوره

طلایی یا ضروری برای درمان را به دلیل این محدودیت از دست می‌دهند و عملاً از چرخه درمان موثر کنار گذاشته می‌شوند و طرح به شکل فراگیر شامل تعداد بیشتری از معلولان شود؛ هم‌چنین یکی از مشکلات اصلی طرح محدودیت زمانی حضور توان‌خواه در طرح است که هر فرد نهایتاً در دو دوره در طرح حضور داشته و کنار گذاشته می‌شود؛ این درحالی است که برای بسیاری از این فراد پروسه درمانی به شکل کامل طی نشده و هنوز نیازمند حضور در طرح هستند

۳- معلولیت یک بسته و مشکل چندوجهی است، حذف برخی بخش‌ها باعث کم‌اثر شدن و ابتر شدن طرح خواهد شد؛ لذا پیشنهاد جامعه هدف عدم حذف خدمات توان‌بخشی و حمایتی دیگر از طرح و عدم تمرکز و محدود شدن بر آموزش و بعد حمایت روانی نشود و خدمات قبلی که نوعی مشوق حضور، فعالیت و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان بود، استمرار یابد؛ چراکه در برنامه پیشنهادی برای سال ۱۴۰۰ شاهد نوعی قطعه‌قطعه شدن اجزا طرح توانمندسازی هستیم، این تفکیک خدمات و واگذاری هر بخش نظیر ویزیت در منزل و توانبخشی و معیشت و پرستاری باعث تکه‌تکه شدن طرح و ناهم‌آهنگی و تأخیر و تقدم در بین بخش‌های مختلف، هم‌چنین پراکندگی و فعالیتی موازی و نهایتاً کم‌شدن اثرگذاری آن خواهد شد. به اعتقاد تسهیل‌گران افراد توان‌خواه که عمدتاً شرایط اقتصادی نامناسبی دارند نیازهای اولیه‌اش اگر هم‌زمان تأمین نشود بحث آموزش را صوری و غیرمفید دانسته و با آن همکاری نخواهد کرد؛ چراکه در هرم نیازها اولویت اول ایشان نیست (جامع‌نگری و فراگیری طرح).

۴- به سامان شدن مسأله معلولان و سالمندان امری مهم و نشانه توسعه‌یافتگی است، اما به دلیل گستره کمی و حجم بالای مشکلات و کمبود منابع بقیه نهادها و سازمان‌ها باید به یاری بهزیستی بپردازند؛ در این راستا، پیشنهاد ما اختصاص عملی نیم‌درصد درآمد شرکت‌ها و منابعی از صندوق‌های توسعه ملی، به خصوص از درآمد بنیادها و... به امور معلولان است.

۵- زمان در ارائه خدمات توان‌بخشی حیاتی است؛ به قول تسهیل‌گران «زمان طلایی» شش‌ماه اول و در ماه‌های آغازین شروع معلولیت است و خدمات توان‌بخشی حداکثر قبل از پایان سال اول معلولیت و سانه‌دیدگی خدمات توان‌بخشی به معلولان ضایعه نخاعی ارائه شود؛ پس از این دوره، کارایی طرح به شدت کاهش پیدا می‌کند و احتمال اثرگذاری کمتر می‌شود.

۶- در سال‌های آتی، نرخ سالمندی رو به افزایش است و سالمندی در کنار حوادث و بیماری از علل افزایش معلولیت است. مشارکت و همراهی زنان بیش از مردان است با زنانه شدن سالمندی احتمال افزایش معلولیت‌ها هم وجود دارد، باید برای آن آمادگی داشت.

۷- کرونا سبب توقف یا محدودیت برنامه‌های مختلف توان‌بخشی برای معلولان و

سالمندان و زمینه‌ساز تنهایی مضاعف و افسردگی و آسیب آن‌ها شده است؛ لذا با درس گرفتن از تجربه دوران کرونا و پیامدهای طولانی مدت آن باید سبک زندگی پساکرونا برای معلولان و سالمندان متمایز از سایر اقشار جامعه در برنامه‌ریزی‌ها لحاظ شود.

۸- معلولیت یک برساخت اجتماعی است؛ لذا اجتماعی شدن ثانویه و مجدد باهدف پذیرش شرایط معلولیت و برای معلولان و سالمندان در قالب طرح‌های توانمندسازی بسیار ضروری است. گفتمان‌سازی معلولیت برای تحقق جامعه حامی معلول و ارتقاء سواد معلولیت جامعه موردنیاز است

۹- حمایت از ایده «تبعیض مثبت» معلولان و سالمندان در برخورداری از برنامه‌ها و تسهیلات اجتماعی درون و بیرون از سازمان بهزیستی.

۱۰- به منظور دسترسی بهتر و نیز به دلیل ماهیت متفاوت نیازهای این گروه مشاوره‌های حقوقی اداری برای معلولان بسیار مهم و راه‌گشا است و حضور و مشارکت خود معلولان در سازمان و امور مرتبط با برنامه‌ها و طرح‌های (معلول برای معلول).

۱۱- مناسب‌سازی معابر و دسترسی‌ها در فضاهای شهر توسط شوراهای شهر و شهرداری‌ها اقدامات مثبت زیادی صورت گرفته، ولی هنوز این مهم را نباید از برنامه‌های دارای اولویت شهرداری‌ها خارج کرد.

۱۲- بخشی از مشکلات معلولان و سالمندان ناشی از عدم آگاهی به حقوق و قوانین است؛ لذا مشارکت‌کنندگان طرح بر حق بر آموزش و آگاهی به عنوان یکی از ارکان توانمندسازی است و ارتقا سواد معلولیت تأکید داشتند.

۱۳- مستندسازی و تهیه تصاویر در امور سازمانی امری رایج است، در این طرح هم گاهی از کلاس‌ها و مراجعات، به خصوص بسته‌های معیشتی به ناچار و طبق شیوه‌نامه‌های ابلاغی باید تصویر و فیلم تهیه می‌شود؛ بنابراین اگرچه از نظر اداری لازم است (به دلایل مختلف ناشی از ضرورت‌ها و سلسله‌مراتب بی‌اعتمادی)، اما گاهی این امر سبب آسیب به حرمت مددجویان و گلیایه آن‌ها می‌شود؛ در این مورد باید تجدیدنظر و شیوه‌های توأم با کرامت ضمن ثبت سوابق و گزارش مؤسسات مجری اقدام شود.

۱۴- معلولیت مضاعف زمانی است که معلولیت با فقر و محرومیت و دوری از مرکز هم‌افزا شوند؛ توجه به معلولان روستایی و عشایری، معلولان در حاشیه شهرها و زنان معلول با توجه به افزایش سالمندی زنان و نیز نرخ بالای سالمندی در استان و توجه ویژه به بیمه معلولان و سالمندان که باوجود بهبود هنوز امری مغفول است.

۱۵- ایجاد یک مکان تخصصی جامع توان‌بخشی در مرکز استان و شهرهای بزرگ، قابل دسترس برای همه، دارای نیروی کارآمد و خبره و آموزش چندوجهی.

سپاسگزاری

نویسندگان خبر خود لازم می‌دانند، از همه کسانی که در انجام پژوهش یاری بوده‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

مشارکت درصدی نویسندگان

درصد مشارکت هریک از نویسندگان به ترتیب: نگارنده اول ۵۰٪، نگارنده دوم ۲۰٪، نگارنده سوم ۲۰٪ و نگارنده چهارم ۱۰٪ بوده است.

تعارض منافع

نویسندگان ضمن رعایت اخلاق نشر، اعلام می‌دارند که این مقاله از طرح تحقیقاتی با عنوان «بررسی و ارزیابی اجرای طرح‌های توانمندسازی و بازتابی معنولان و جامعه هدف بهزیستی» به سفارش سازمان بهزیستی استان همدان استخراج شده است.

پی‌نوشت

۱. شعار روز جهانی افراد دارای معلولیت ۲۰۲۰.
۲. «برای افراد دارای معلولیت پس از کرونا جهانی فراگیر، دسترس‌پذیر و پایدار بهتر از قبل بسازیم» این شعار دربرگیرنده امید به آینده‌ای بهتر با مسئولیت‌پذیری تک‌تک افراد جامعه در ساختن دنیای بهتر، برای خود و دیگران، پساکرونا است.
3. Colin Barnes
4. Michael Oliver
۵. بنابر ابلاغ سازمان بهزیستی از اسفندماه ۱۳۹۸ هرگونه مراجعه حضوری به منازل اشخاص توان‌خواه به خاطر وضعیت جسمانی آسیب‌پذیر و ریسک انتقال ویروس کرونا از طریق تسهیل‌گران لغو گردیده بود.
6. Open Coding
7. Axial Coding
8. Selective Coding

کتابنامه

- استراس، آنسلم؛ و کوربین، جولیت، (۱۳۹۰). اصول روش تحقیق کیفی، نظریه‌مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها. ترجمه بیوک محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، چاپ سوم.
- اسکات، سینیتا؛ و ژافه، دنیس، (۱۳۷۵). توانمندی کارکنان. ترجمه مهدی ایلران نلژادپلاریزی، کلا، انتشارات مؤسسه تحقیقات و آموزش مدیریت چاپ اول.
- اعتمادشیرخ الاسلامی، سیده فائزه؛ و دلجوان، صدفناز، (۱۳۹۳). «روش مناسب‌سازی محیط شهری برای افراد معلول». صفحه، ۲۴(۶۵): ۳۵-۶۰. DOR: 20.1001.1.1683870.1393.24.2.3.4

- افکار، ابوالحسن؛ نصیری پور، امیر اشکان؛ طیبی، سید جمال‌الدین؛ کمالی، محمد؛ فرمان‌بر، ربیع‌الله؛ و کاظم نژادلیلی، احسان، (۱۳۹۳). «مقایسه توانایی معلولین قبل و بعد از اجرای برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه». پرستاری و مامایی جامع نگر، ۲۴(۷۴): ۸-۱. <https://hnmj.gums.ac.ir/article-1-359-en.pdf>
- آقاویردی، بابک؛ مقدسی، علیرضا؛ و شریف‌زاده، فتاح، (۱۳۹۵). «عوامل مؤثر بر توانمندسازی نیروی انسانی به منظور تعالی سازمانی (مورد مطالعه: گمرک جمهوری اسلامی ایران)». مطالعات منابع انسانی، ۵(۲۱): ۷۰-۴۵. https://www.jhrs.ir/article_65300.html
- بیات، ماندانا؛ بابایان، علی؛ و گروسی، امیر، (۱۳۹۴). «شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توانمندسازی کارکنان (مطالعه: سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور)». فصلنامه مدیریت کسب‌وکار، ۲۷: ۶۳-۴۷. https://journals.iau.ir/article_525545.html
- جاسمی، منا، (۱۳۹۰). «بررسی اثربخشی درمان مورتن بری و موری در بهبود افسردگی، اضطراب و تنیدگی». فرهنگ مشاوره روان‌درمانی، ۲: ۵۱-۳۷. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2012.5945>
- حقیقتیان، منصور؛ و عبداللهی، منیژه، (۱۳۹۰). «عوامل مؤثر بر تعهد اجتماعی در بین دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر اصفهان». مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۳(۴): ۷۵-۶۵. <https://sanad.iau.ir/journal/jisds/Article/1908?jid=1908>
- دادخواه، اصغر، (۱۳۸۶). «سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص‌هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران». مجله سالمندی ایران، ۲(۳): ۱۷۶-۱۶۶. https://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=1236&sid=1&slc_lang=fa
- درآهکی، احمد؛ و نوبخت، رضا، (۱۳۹۹). «بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند ایرانی بر اساس آمارهای رسمی و الزامات سیاستی مبتنی بر پیش‌بینی‌های آینده‌نگرانه جمعیتی». نشریه پایش، ۱۹(۶): ۶۳۲-۶۲۱. DOI: 10.29252/payesh.19.6.621
- دستیار، وحید؛ و محمدی، اصغر، (۱۳۹۵). «بررسی رابطه بین ترحم به معلولین جسمی (جسمی حرکتی، حسی و احشایی) و توانمندسازی آن‌ها (مورد مطالعه: معلولین جسمی تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد)». کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم. شیراز.
- دستیار، وحید؛ و محمدی، اصغر، (۱۳۹۷). «سنجش توانمندسازی معلولان جسمی (معلولان جسمی حرکتی، احشایی و حسی) در سال ۱۳۹۴ و عوامل مرتبط با آن (مطالعه

- مقطعی تحلیلی در استان کهگیلویه و بویراحمد». مجله پژوهشی توان بخشی، ۱۹(۴): ۳۶۸-۳۵۴. DOI: 10.32598/rj.19.4.354
- دوروتیه، ژان فرانسوا، (۱۳۸۲). علوم انسانی گستره شناخت‌ها. نشر نی.
- زاهدی، محمدجواد؛ دانش، پروانه؛ راد، فیروز؛ و مجرب قوشچی، رضا، (۱۳۹۶). «طرد اجتماعی در زندگی زنان فقیر شهری». فصلنامه زن در توسعه و سیاست، ۱۵(۳): ۲۹۱-۳۱۰. <https://doi.org/10.22059/jwdp.2017.219352.1007081>
- زراعتی، مصطفی؛ عاملی مقدم، سیما؛ دیده بان، مریم؛ و خزان، کاظم، (۱۳۹۵). «اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت ارتباط معلولین جسمی-حرکتی بستری در مراکز بهزیستی». فصلنامه نسیم تندرستی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ۴(۲): ۱۷-۹. https://jfh.sari.iau.ir/article_650082.html
- زرین کفشان، غلامرضا، (۱۳۹۹). «بررسی رابطه نگرش منفی جامعه با طرد معلولین از اجتماع». فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱۶(۲ پیایی): ۵۶-۱۱۱. DOI: 10.22034/QJO.2020.130186
- شادی طلب، ژاله؛ و حجتی کرمانی، فرشته، (۱۳۸۷). «فقر و سرمایه اجتماعی در جامعه روستایی». فصلنامه رفاه اجتماعی، ۷(۲۸): ۳۵-۵۶. https://refahj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=2029&sid=1&slc_lang=fa
- صادق مقدم، لیلیا؛ فروغان، مهشید؛ محمدی شاه بلاغی، فرحناز؛ احمدی، فضل‌الله؛ نظری، شیمایا؛ فرهادی، اکرم؛ امیری دلویی، معصومه، (۱۳۹۸). «تجارب زیسته سالمندان از پیری: یک مطالعه پدیدارشناسی». مجله سالمند، ۱۴(۴): ۴۹۳-۴۸۷. DOI: 10.32598/sija.13.10.400
- صادقی فسایی، سهیلا؛ و فاطمی نیا، محمدعلی، (۱۳۹۴). «معلولیت؛ نیمه پنهان جامعه: رویکرد اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح جهان و ایران». رفاه اجتماعی، ۱۵(۵۸): ۱۹۴-۱۵۹. <https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2338-fa.html>
- صالح امیری، سید رضا، (۱۳۹۰). توانمندسازی منابع انسانی. انتشارات مجمع مصلحت تشخیص نظام، مرکز تحقیقات استراتژیک، تهران.
- صفرخانلو، هلیا؛ رضایی قهرودی، زهرا، (۱۳۹۶). «تحولات جمعیت سالمندان در ایران و جهان». آمار، ۵(۳): ۱۶-۸. <https://amar.srtc.ac.ir/article-1-298-fa.html>
- فدایی مقدم، ملیحه؛ و استادیان خان، زهرا، (۱۳۹۶). «اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی». مجله توان بخشی، ۱۸(۱): ۷۲-۶۳. DOI: 10.21859/jrehab-180163
- قمشی، فاطمه، (۱۳۸۸). چگونه با ضایعه نخاعی خود مواجه شویم. انتشارات ارجمند.

- کریمی درمنی، حمیدرضا، (۱۳۹۷). توان بخشی گروه‌های خاص با تأکید بر خدمات مددکاری اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- محسنی تیریزی، علیرضا؛ و زرین کفشیان، غلامرضا، (۱۳۹۴). «بررسی عوامل مؤثر بر طرد اجتماعی معلولان: مطالعه موردی معلولان جسمی و حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهرستان ری». فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۶(۲): ۳۵۲-۳۲۷.
- مقدم، مزگان؛ حبیبی، رویا؛ دواتگران، کیوان؛ و نظم‌ده، کاظم، (۱۳۸۶). توان بخشی جامع ضایعه نخاعی. سازمان بهزیستی کشور.
- مقدم، مزگان؛ حبیبی، رویا؛ دواتگران، کیوان؛ نظم‌ده، کاظم، (۱۳۸۶). توان بخشی جامع ضایعه نخاعی. سازمان بهزیستی کشور.
- نیک‌نامی، عباس؛ امیریان، سمیه، (۱۳۹۰). «بررسی میزان اثر آموزش در توانمندسازی زنان سرپرست خانوار». مجموعه مقالات برگزیده همایش ملی توانمندسازی، ۳۵۸-۳۴۳.

- Afkar, A.; Nasiripour, A.; Ashkan Tabibi, J.; Kamali, M.; Farman Bar, R. & Kazemnejad Lili, E., (2013). "Comparison of the ability of disabled people before and after the implementation of the rehabilitation program based on". *Jame Nagar nursing and midwifery community*, 24 (74): 1-8 (In Persian). <https://hnmj.gums.ac.ir/article-1-359-en.pdf>

- Aghavirdi, B.; Moghdisi, A. & Sharifzadeh, F., (2015). "Effective factors on the empowerment of human resources for the purpose of organizational excellence studied by the Customs of the Islamic Republic of Iran". *Human Resource Studies (JHRS)*, 5(21): 70-45 (In Persian). https://www.jhrs.ir/article_65300.html

- Barnes, C., Mercer, G. & Shakespeare T., (1999). *Exploring Disability: A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity.

- Bayat, M.; Babaiyan, A. & Grossi, A., (2014). "Identification and prioritization of factors affecting the empowerment of employees Study: Technical and Vocational Education Organization of Iran". *Business Management Quarterly*, 27: 63-47 (In Persian). https://journals.iau.ir/article_525545.html

- Boland, M. C.; Daly, L. & Staines, A., (2009). "Self-rated health and quality of life in adults attending regional disability services in Ireland". *Disability and journal*, 2(2): 95-103.

- Bonanno, G. A., (2004). "Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?". *American Psychologist*, 59(1): 20-8. DOI: [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20) [PMID]
- Burchardt, T., (2000). *Enduring Economic exclusion: Disabled People, Income and Work*. London: YPS.
- Carol, T., (2004). "Rescuing a Social Relational Understanding of Disability". *Scandinavian Journal of Disability Research*, 6: 1, 22-36.
- Dadkhah, A., (2018). "The system of special services for the elderly in the countries of America and Japan and Presenting indicators for developing a strategic plan for elderly services in Iran". *Iranian Geriatrics Journal*, 2(3): 166-176. (In Persian). https://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=1236&sid=1&slc_lang=fa
- Dorahaki, A. & Noubahkt, R., (2020). "Socio-economic status of Iranian ageing women based on official statistics and policy requirements based on futuristic demographic scenarios". *Payesh*, 19 (6): 621-632 (In Persian). DOI: [10.29252/payesh.19.6.621](https://doi.org/10.29252/payesh.19.6.621)
- Daštīyar, V. & Mohammadi, A., (2015). "Examining the relationship between compassion for the physically disabled, motor, sensory and visceral and their empowerment in the study of physically disabled under the welfare organization of Kohgiluyeh and Boyer Ahmad". *World Conference of Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences in the beginning The third millennium of Shiraz* (In Persian).
- Daštīyar, V. & Mohammadi, A., (2017). "Measuring the empowerment of the physically disabled, visceral, visceral and sensory disabled in 2014 and related factors, an analytical cross-sectional study in Kohgiluyeh province and Boyer Ahmad". *Empowerment Research Journal*, 19(4): 368-354 (In Persian). DOI: [10.32598/rj.19.4.354](https://doi.org/10.32598/rj.19.4.354)
- Davis, J.; Watson, N.; Corker, M. & Shakespeare, T., (2003). *Reconstructing disability, childhood and social policy in the UK*. in C. Hallett and A. Prout (eds) *Hearing the voices of children*, London: RoutledgeFalmer.

- Dawson, G., (1998). "Is empowerment increasing in your organization?". *Journal for Quality and Participation*, 21: 46-49
- De Freitas, M. C.; Queiroz, T. A. & de Sousa, JAV., (2010). "The meaning of old age and the aging experience of in the elderly Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44(2): 403-8. S0080/1590.10: DOI: 10: 1590/S008-62342010000200024 [PMID].
- Dorothier, J.-F., (2003). *Humanities, the scope of knowledge*. Ney publication. (In Persian).
- Fadaei Moghadam, M. & Ostadian Khan, Z., (2016). "The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on social adaptation and social phobia of physically disabled people". *Rehabilitation Journal*, 18(1): 72-63 (In Persian). DOI: 10.21859/jrehab-180163
- Finkelstein, V., (1993). "The Commonality Of Disability". In: *disabling barriers enabeling environments*, edited by: j.swain,v. finkelestein,s. French, and m.oliver. London, England: sage.
- Goulding, C., (2002). *Grounded Theory: A Practical Guide for Management, Business & Market Researchers*. London: Sage Publications.
- Haghightatian, M. & Abdullahi, M., (2019). "Factors affecting social commitment among high school students in Isfahan city". *Iranian Journal of Social Development Studies*, 3(4): 75-65 (In Persian). <https://sanad.iau.ir/journal/jisds/Article/1908?jid=1908>
- Hall, S., (1990). *Resistance through Rituals: Youth Subcultures in Post-war Britain*. London: Routledge.
- Hekman, S., (1999). *Identity crises*. In: S.Hekman Feminism; Identity and Different, Ftank cars.
- Jasmi, M., (1390). "Effectiveness of Martin Berry and Murray's treatment in improving depression, anxiety and tension". *Psychological Counseling Culture*, 2: 37-51 (In Persian). <https://doi.org/10.22054/qccpc.2012.5945>
- Jazayeri, S. B.; Beygi, S.; Shokraneh, F.; Hagen, E. M. & Rahimi-Movaghar, V., (2015). "Incidence of traumatic spinal cord injury worldwide: A systematic review". *European Spine Journal*, 24(5): 905-18. DOI:10.1007/s00586-014-3424-6 [PMID] [DOI:10.1007/s00586-014-3424-6

- Kamali, M., (2011). “An Overview of the Situation of the Disabled in Iran”. *Journal of Advancing the Rights of Persons with Disabilities*, November 2011.
- Karimi Darmani, H., (2017). *Empowerment of special groups with emphasis on social work services*. Tehran: Rushd Publications. (In Persian).
- Khasnabis, C. & Motsch, Kh., (2008). “The Participatory development of international guidelines for CBR”. *Journal of Leprosy Review*, 79: 17–29.
- Koing, H. G., (2007). “Spirituality and depression”. *Southern Medical journal*, V: 144-123.
- Ling, TaT.; LayWah, L. & Suet Leng, K., (2011). “Employability of People with Disabilities in the Northern States of Peninsular Malaysia: Employers’ Perspective”. *Disability, CBR and Inclusive Development journal*, 22(1): 80.
- Moghadam, M.; Habibi, R.; Dovatgaran, K. & NazemDeh, K., (2008). *Comprehensive Rehabilitation of Spinal Cord Injury*. National Welfare Organization. (In Persian).
- Moghadam, M.; Habibi, R.; Dovatgaran, K. & NazemDeh, K., (2008). *Comprehensive Rehabilitation of Spinal Cord Injury*. National Welfare Organization. (In Persian).
- Moher, S., (2007). “Integration of spirituality and religion in the care of patients with severe Mental Disorders”. *Religions*, 2: 549-565.
- Mohseni Tabrizi, A. & Zarin Koshfian, Gh., (2014). “Investigating factors affecting the social exclusion of disabled people, a case study of physically disabled people covered by Ray city welfare”. *Iranian Social Issues Review Quarterly*, (26): 327-352 (In Persian).
- Nicholls, E.; Lehan, T.; Plaza, SLO.; Deng, X.; Romero, JLP.; Pizarro JAA. et al., (2012). “Factors influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America”. *Disability and Rehabilitation*, 34(13): 1082-8. DOI: [10.3109/09638288.2011.631684](https://doi.org/10.3109/09638288.2011.631684) [PMID].
- Nik Nami, A. & Amirian, S., (2019). “Examining the effect of education on the empowerment of women heads of households”. *Selected articles of the National Empowerment Conference*: 343-358 (In Persian).

- Oliver, M., (1996). *Understanding disability: from theory to practice*. London: Macmillan
- Oliver, M., (2004). *The social model in action: if I had a hammer*. in: C. Barnes and G. Mercer (eds) *Implementing the Social Model of Disability: theory and research*, The Disability Press, Leeds
- Perez, I., (2002). "The effect of empowerment on organizational effectiveness moderated by leadership style: AN applied assessment". A Dissertation presented in partial fulfillment of the requirement for the degree doctor of philosophy, Alliant international University.
- Qomshi, F., (2018). *How to face our spinal cord injury Arjmand*. Publications. (In Persian).
- Rickhi, B. et al., (2011). "A Spirituality teaching program for depression a randomized controlled trial". *Inti. J, Psychiatry in medicine*, 42 (3): 315-329.
- Sadegh Moghadam, L.; Foroughan, M.; Mohammadi Shah Balaghi, F.; Ahmadi, F.; Nazari, Sh.; Farhadi, A. & Amiri Daloui, M., (2018). "Elderly's lived experiences of aging, a phenomenological study". *Salmand Magazine*, 14(4): 487-493 (In Persian). DOI: [10.32598/sija.13.10.400](https://doi.org/10.32598/sija.13.10.400)
- Sadeghi, F. & Soheila Fatemi Nia, M., (2013). "Disability; The hidden half of society, the social approach to the situation of the disabled in the world and in Iran". *Scientific-Research Quarterly of Social Welfare*, 15(58): 157-192. (In Persian). <https://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2338-fa.html>
- Safar Khanlou, H. & Rezaei Kahroodi, Z., (2016). "Developments of the elderly population in Iran and the world". *Statistics*, 5 (3): 8-16 (In Persian). <https://amar.srtc.ac.ir/article-1-298-fa.html>
- Saleh Amiri, R., (2019). *Empowerment of Human Resources Publications of the Nizam Expediency Council*. Research Center Strategic Tehran (In Persian).
- Scott, S. & Jaffe, D., (1996). *The ability of employees*. Translated by: Mehdi Ilran Neljad Polarizi Keller, Institute Publications Management research and training, first edition (In Persian).
- Shadi Talab, J. & Hojjati Kermani, F., (2008). "Poverty and social capital

in rural society". *Social Welfare Quarterly*, 7 (28): 35-56. (In Persian). https://refahj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=2029&sid=1&slc_lang=fa

- Shakespeare, T. & Watson, N., (2002). "The social model of disability: an outdated ideology?". *Journal 'Research in Social Science and Disability'*, 2: 9-28.

- Sheikholeslami, S. F. & Deljavan, S., (2014). "Urban Space and the Handicapped Guidelines for Adapting Urban Spaces to the Handicapped Needs". *Soffeh*, 24(2): 35-60. (In Persian). DOR: 20.1001.1.1683870.1393.24.2.3.4

- Strauss, A. & Juliet, C., (2011). *The principles of qualitative research method, the basic theory of procedures and methods*. translated by Buyuk Mohammadi, Tehran Institute of Humanities and Cultural Studies, third edition. (In Persian).

- UN Department of Economic and Social Affairs. *The World Population Prospects: The 2017 Revision*. From https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP_2017_DataBooklet.pdf

- World Health Organization, (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization;

- World Health Organization. *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender*. 2007, From: <https://www.who.int/ageing/publications/Women-ageinghealth-lowres.pdf>

- Yu, J J.; Hu, Y.; Wu, Y.; Chen, W.; Zhu, Y.; Cui, X, et al., (2009). "The effects of community-based rehabilitation on stroke patients in China: a single-blind, randomized controlled multicenter trial". *Clinical Rehabilitation Journal*, 23: 408-417.

- Zahedi, M, J.; Danesh, P.; Rad, F. & Mojereb Ghoschi, R., (2016). "Social exclusion in the lives of urban poor women". *Women's Quarterly in Development and Politics*, 15 (3): 291-310 (In Persian). <https://doi.org/10.22059/jwdp.2017.219352.1007081>

- Zarien Kafshan, Gh., (2019). "Examining the relationship between the society's negative attitude and the exclusion of disabled people from society". *Social Security Quarterly*, 56 (15(2)): 196-211. (In Persian). DOI: 10.22034/QJO.2020.130186

- Zareati, M.; Dehban, M.; Aamili Moghadam, S. & Khazan, K., (2014).
“The effectiveness of life skills training on the quality of communication of
physically disabled people hospitalized in welfare centers”. *Nasim Tossani
Quarterly, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Sari Branch*,
4(2) 17-9. (In Persian). https://jfh.sari.iau.ir/article_650082.html

