

توان بخشی مبتنی بر جامعه: اکنون مهم‌تر از هر زمان دیگر

شاهین سلطانی^۱، حمید صالحی‌نیا^۲، بهمن خسروی^۱

نامه به سردبیر

سردبیر محترم مجله پژوهش در علوم توان بخشی

مالی و اجرایی مسؤولین دولت وقت به فراموشی سپرده شد و در نتیجه حقوق افراد دارای ناتوانی ساکن در مناطق روستایی و محروم جامعه و نیازهای سلامت روانی جسمانی و اجتماعی آن‌ها نیز نادیده انگاشته شد. با این وجود، در اواخر دهه ۸۰ با تلاش‌های سازمان بهزیستی کل کشور، رویکرد توان بخشی مبتنی بر جامعه دوباره از سر گرفته شد و هم‌اکنون در ایران و بیش از ۹۰ کشور در سراسر جهان در حال اجرا می‌باشد. توان بخشی مبتنی بر جامعه، راهبردی برای توسعه جامعه است و افراد دارای ناتوانی را مورد هدف قرار می‌دهد. این رویکرد به وسیله و برای افراد دارای ناتوانی اجرا می‌شود و تنها به ارائه خدمات توان بخشی محدود نمی‌شود و به همکاری کادر بهداشتی و درمانی، آموزشی و حرفه‌ای نیاز دارد. توان بخشی مبتنی بر جامعه بر افزایش کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی و خانواده‌های آن‌ها، برآوردن نیازهای پایه‌ای و حصول اطمینان از تلفیق و مشارکت آن‌ها در جامعه تأکید می‌کند. این راهبرد چندبخشی، دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات اجتماعی و آموزشی، اشتغال و سلامت را بهبود می‌بخشد و از طریق همکاری افراد دارای ناتوانی، خانواده‌های آن‌ها، جامعه، دولت و بخش‌های غیر دولتی اجرا می‌شود (۹-۶، ۲).

امید است با افزایش همکاری‌های بین بخشی، اطلاع‌رسانی در سطوح مختلف و حمایت‌های سیاسی، مالی، پژوهشی و آموزشی، این نهال در حال رشد تا مرحله نمو و ثمردهی کامل یاری شود و گوشه‌ای از حقوق مسلم افراد دارای ناتوانی بر اساس اصل نوع‌دوستی و همچنین، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و اعلامیه سازمان ملل متحد در سال ۱۹۷۵ به آن‌ها بازگردانده شود. بنابراین، انتظار می‌رود این دست‌نوشته مورد توجه مسؤولین، برنامه‌ریزان و محققان قرار گیرد و زمینه‌ای را برای حرکت در جهت ارتقای سلامت و افزایش مشارکت اجتماعی افراد دارای ناتوانی ایجاد کند.

دستیابی به حقوق مساوی و عادلانه برای افراد معلول و غیر معلول بر این اصل متکی است که نیاز تمام افراد جامعه دارای اهمیت یکسان می‌باشد و این نیاز باید اساس برنامه‌ریزی اجتماعی صورت گیرد. مسأله ارائه خدمات توان بخشی در روستاها، یکی از برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت در طی سال‌های گذشته بوده است. آمارها نشان می‌دهد که حدود ۱۵ درصد از افراد جامعه در سراسر جهان دارای ناتوانی هستند و از این تعداد، ۸۰ درصد افراد در مناطق روستایی کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که فقط ۲ درصد آن‌ها به خدمات توان بخشی دسترسی دارند (۱، ۲).

در حال حاضر سه گزینه توان بخشی مؤسسه‌ای، توان بخشی فرامؤسسه‌ای و توان بخشی مبتنی بر جامعه برای خدمت‌رسانی به این افراد وجود دارد. توان بخشی مؤسسه‌ای بر سه اصل «ارائه خدمات در مراکز تخصصی، به کارگیری نیروی تخصصی و استفاده از امکانات و تجهیزات تخصصی» استوار است، اما به دلیل هزینه بالا، پوشش محدود و کمبود نیروی انسانی نمی‌تواند جوابگوی نیازهای مددجویان روستایی باشد و مشکل عدم دسترسی هنوز حل نشده باقی خواهد ماند (۳-۵). توان بخشی فرامؤسسه‌ای در تدارک خدمات برای مناطق دوره افتاده‌ای که افراد معلول و خانواده آنان امکان دسترسی به مراکز تخصصی را ندارند، می‌تواند یک رویکرد مطلوب تلقی شود، اما اجرای آن با توجه به هزینه بالا و نیازی که به نیروی انسانی متخصص دارد، در کشورهای در حال توسعه کمتر مقدور است (۱).

رویکردی که توسط سازمان جهانی بهداشت و به دنبال آن ایران در سال‌های ابتدایی دهه ۷۰ آغاز شده است، توان بخشی مبتنی بر جامعه می‌باشد. متأسفانه این رویکرد در آن سال‌ها به دلیل عدم آشنایی و عدم پشتیبانی سیاسی،

ارجاع: سلطانی شاهین، صالحی‌نیا حمید، خسروی بهمن. **توان بخشی مبتنی بر جامعه: اکنون مهم‌تر از هر زمان دیگر.** پژوهش در علوم توان بخشی ۱۳۹۴؛ ۱۱(۵): ۳۷۳-۳۷۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۳۰

References

1. Karimi HR. Principle of rehabilitation specific groups emphasized on social work services. Tehran, Iran: Gostareh Publications; 2004. [In Persian].
2. World Health Organization. World report on disability [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
3. Caplan AL, Callahan D, Haas J. Ethical and policy issues in rehabilitation medicine. *Hastings Cent Rep* 1987; 17(4): S1-19.

۱- دانشجوی دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: sh-soltani@razi.tums.ac.ir

نویسنده مسؤول: شاهین سلطانی

4. Eldar R. Integrated institution--community rehabilitation in developed countries: A proposal. *Disabil Rehabil* 2000; 22(6): 266-74.
5. Structural crime and institutional rehabilitation - a new approach to corporate sentencing. *Yale Law Journal* 1979; 89(2): 353-75.
6. AlHeresh R, Bryant W, Holm M. Community-based rehabilitation in Jordan: challenges to achieving occupational justice. *Disabil Rehabil* 2013; 35(21): 1848-52.
7. Grandisson M, Thibeault R, Hebert M, Templeton A. Community-based rehabilitation programme evaluations: Lessons learned in the field. *Disability, CBR and Inclusive Development* 2014; 25(1): 55-71.
8. Higgs C. Outcomes of a Community-based rehabilitation programme for people with diabetes/prediabetes [Thesis]. Dunedin, New Zealand: University of Otago; 2014.
9. Lukersmith S, Hartley S, Kuipers P, Madden R, Llewellyn G, Dune T. Community-based rehabilitation (CBR) monitoring and evaluation methods and tools: a literature review. *Disabil Rehabil* 2013; 35(23): 1941-53.