به نام پرودگار یکتا

توان یاب

سال پانزدهم شماره ۵۸
(زمستان ۱۳۹۴)

سرمقاله	۲
تلاش در سایه اتحاد	۴
گفتگوبا دکتر احمد فتوحی، دارای دیپلم مطالعات عالی از اکل پراتیک دانشگاه پاریس	
توان‌بخشی مبتنی بر جامعه یک توان‌بخشی دموکراتیک است	۵
سالنمای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه	۱۲
گفت و گو با محمد رضا اسدی، معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی استان تهران،	
نیت ما این است که جامعه را به سمتی سوق دهیم که جلوتر از ما حرکت کند!	۱۴
مراقبت‌درمنزل،مقاله	۱۸
گفت و گو با محسن ایروانی رییس گروه توان‌بخشی مبتنی برجامعه در بهزیستی استان تهران	
اجرای پروژه توان‌بخشی مبتنی برجامعه به تدریج از بخش دولتی به ...	۲۱
گزارش اجرای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در روستای شیرآباد در استان سیستان و بلوچستان	
مدیریت توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در مناطق حاشیه شهری	۲۵
زمزمه / با تو تا فتح قله های دشوار ...	۲۸
گفت وگو با فاطمه مرادی مسوول کانون‌های محلات تهران	
در کانون‌ها، همه کارها به صورت مشارکتی و داوطلبانه انجام می‌شوند	۳۰
گفت وگو با یکی از مدیران کانون معلولان در منطقه ۴ تهران	
کانون‌های معلولین مناطق شهرداری، تلاشی برای حل چالش‌های افراد دارای معلولیت	۳۴
گزارشی از اولین کارگاه آموزشی معلولیت‌ها در منطقه یک شهرداری تهران	
این فعالیت، مصداق عینی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه است	۳۶
مشاهیرمعلول	۳۹
گفتگو با حسین مردانی هنرمند فعال و موفق در رشته معرق	
همیشه دوست داشتم روی پای خودم بایستم و زندگی مستقل داشته باشم	۴۰
گفت وگو با حمید قاسمی و منصوره مقصودی زوج دارای معلولیت	
مشکل اساسی ازدواج افراد دارای معلولیت، مسکن مناسب‌سازی نشده است!	۴۲
معرفی یک سازمان مردم نهاد، به نام موسسه امام رضا	
یا علی گفتیم و عشق آغاز شد!	۴۵
معرفی کتاب	۴۹
گزارشی از طرح‌ها و برنامه‌های سازمان ملل برای روز جهانی معلول	۵۰
سلامت	۵۲
در رسانه‌ها	۵۵
در رعد چه خبر؟	۵۷

توان‌یاب از دریافت مقالات و دیدگاه‌های صاحب نظران استقبال می‌کند. مقالات ترجمه شده همراه با کپی اصل مقاله ارسال شود. مقالات ارسالی پس فرستاده نمی‌شود. توان‌یاب در ویرایش و کوتاه کردن مطالب آزاد است

صاحب امتیاز:
مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد
مدیر مسئول:
دکتر قاسم صالح‌خو
سردبیر:
دکتر مریم رسولیان
شورای سیاست‌گذاری:
صدیقه اکبری، عبدا.. توسلی، دکتر محمد کمالی، دکتر مجید میرخانی، دکتر نرگس شفارودی، دکتر مجتبی کامیاب، لیلا انگوتی، محمدرضا دشتی
دبیر تحریریه:
هاله باستانی
مدیر اجرایی:
رضا سخن‌سنج
همکاران این شماره:
سهیلا علیخانی، آتوسا راوش، افسانه عسگری، سودابه بیات، نازنین رحیم‌زاده
مترجم:
علی مجتهدزاده
گرافیک: پرویز مقدم
طراح جلد: یاسمن روشنی تبریزی
صفحه‌آرایی: سمانه فطرس
عکاس: نازیلا صادقی
حروفچینی: سودابه بیات

نشانی دفتر نشریه: شهرک غرب (قدس) فاز۲، خیابان هرمزان، خیابان پیروزان جنوبی، پلاک ۷۴
کد پستی: ۱۴۶۶۶ صندوق پستی: ۱۴۶۶۵-۱۴۴
شماره تماس: ۸۸۰۸۲۲۶۶ نمابر: ۸۸۰۷۶۳۲۶
info@raad-charity.org
www.raad-charity.org

سرمقاله

توان‌بخشی به‌صورت امروزی از اواخر قرن نوزده در کشورهای پیشرفته مطرح شد و بعد از جنگ جهانی دوم مراحل رشد و مراحل دگرگونی خود را طی نمود. در این ایام، خدمات در قالب مراکز و موسسات تخصصی ارائه می‌گردید. با توجه به جمعیت بالای نیازمند خدمات توان‌بخشی، کمبود مراکز و پراکندگی آنها در شهرهای بزرگ و هزینه‌های بالای این مراکز و نحوه ارائه خدمت در آنها، این نوع خدمت‌رسانی، در دهه‌های بعد، مورد نقد جدی قرار گرفت. به منظور تجدید نظر در نحوه ارائه خدمات توان‌بخشی در جهان، در سال ۱۹۶۹ در دوبلین،گردهمائی توان‌بخشی بین‌المللی برگزار شد. در این گردهمایی اولین انتقادات در خصوص مشکلات ارائه خدمات در مراکز و شکاف عظیم بین خدمات مورد نیاز و خدمات ارائه شده، مطرح شد و اعلام گشت که این فاصله به حدی است که با گسترش مراکز سنتی نمی‌توان آن را پر نمود. به همین دلیل در این گردهمایی به لزوم طراحی الگوی جدیدی از ارائه خدمت، با تعداد محدودتری از متخصصان و با زمان آموزشی کمتر و روش‌های ساده تری رسیدند. لکن راه حل عملی در این خصوص ارائه نشد. شاید تصور چنین بود که هر گونه راه حل عملی باید در قالب همان مراکز تخصصی صورت بگیرد. در سال ۱۹۷۸ با اعلامیه آلماتا، طرح مراقبت اولیه با رویکرد تحول خدمات بهداشتی، زمینه‌ساز ارائه طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در سال ۱۹۸۱ گردید. این رویکرد بر مبنای دو تفکر بود: (۱) اگر بنا باشد خدمات توان‌بخشی برای کسانی که نیازمند هستند تدارک دیده شود، انتقال گسترده اطلاعات مربوط به معلولیت و مهارت‌های توان‌بخشی به افراد دارای معلولیت، خانواده و افراد جامعه ضروری است.

(۲) برای موفقیت توان‌بخشی، جامعه باید بپذیرد که افراد دارای معلولیت هم دارای همان حقوق می‌باشند که سایرین دارند.

پس توان‌بخشی باید به تغییر نگرش‌ها منجر شود و این در حالی صورت می‌گیرد که خود جامعه در گیر آن شود. شروع توان‌بخشی مبتنی بر جامعه با یک رویکرد پزشکی آغاز گردید تا برای آنانی که دسترسی به خدمات ندارند تدارک خدمت در سطح جامعه فراهم شود. ولی شعار توان‌بخشی برای همه، همسو با شعار بهداشت برای همه، در سال ۲۰۰۰ مطرح گردید. در دهه ۹۰ همزمان با رشد برنامه‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، تغییر در جهت‌گیری آن نیز بوجود آمد. یکی از تغییرات، تحول از رویکرد پزشکی به رویکرد جامعه بود. بدینصورت که متوجه شدند تنها مداخلات پزشکی، پروسه توان‌بخشی را تکمیل نمی‌کند لذا جنبه‌های آموزشی، حرفه ای و اجتماعی بر آن افزوده شد و فراتر از آن، آموزش و آماده سازی جامعه برای پذیرش و الحاق فرد دارای معلولیت مورد توجه قرار گرفت.

تفسیر دیگری که در این دهه پر رنگ‌تر شد این بود که مساله معلولیت را یک موضوع با ماهیت اجتماعی همراه با «فقر و محرومیت» تعریف کردند و قرار شد که در تمامی‌برنامه‌های

توسعه‌ای درکشورها، مسائل افراد دارای معلولیت، به‌عنوان جزئی از برنامه‌های مربوط به توسعه پیش‌بینی شود. از دیگر مسائلی که می‌تواند به روند توان‌بخشی مبتنی بر جامعه کمک کند، شناخت دقیق از وضعیت زندگی افراد دارای معلولیت می‌باشد. آگاهی از اینکه این افراد چگونه زندگی روزمره‌شان را می‌گذرانند؟ خانواده‌ها چگونه نسبت به مراقبت و آموزش آنان اقدام می‌نمایند؟ آنها چگونه مشارکتی، رسمی‌و غیر رسمی‌در سیستم جامعه دارند؟ چگونه با افراد عادی زندگی می‌نمایند؟ اینگونه اطلاعات بالاخص در کشورهایی که ساختار اطلاعاتی آنان ضعیف است، کامل نیست. البته افراد دارای معلولیت می‌دانند که چگونه با معلولیت خود کنار بیایند و زندگی کنند. می‌دانند که با چه مشکلاتی مواجه هستند و به چه دست آورد و موفقیت‌هائی دست پیدا کرده‌اند، چه اقداماتی آنان را به جلو برده و چه اطلاعاتی می‌توانند به سایرین بدهند. لکن این‌گونه اطلاعات شخصی، کمتر جمع بندی و بیان می‌شود و کمتر به جمع بیشتری و به‌صورت عمومی مطرح شده تا در سیاست گذاری‌های اجتماعی دولت‌ها اثر بگذارد. در برخی ازکشورها جمع‌بندی این‌گونه اطلاعات مورد توجه درمان‌گران، طراحان وسایل توان‌بخشی و متخصصان آموزشی قرار می‌گیرد تا آنها نسبت به نواقص فعالیت‌هایشان آگاه شوند و در رفع آن نواقص تلاش کنند.

توان‌بخشی مبتنی بر جامعه مبدع حرکت جدیدی است. بعضی از متخصصان توان‌بخشی به سمت منزل افراد دارای معلولیت حرکت نموده و چگونه زندگی راحت‌تر را به آنها آموزش می‌دهند. بعضی از افراد دارای معلولیت خودشان جا پای متخصصان گذاشته و پیام زندگی روزمره خود را به سایرین منتقل می‌نمایند. بعضی از طراحان، محیط زندگی آنها را بگونه ای طراحی می‌کنند که زندگی برایشان راحت‌تر شود.

انجمن‌های تخصصی و کانون خانواده‌ها که در جهت تأمین منافع افراد دارای معلولیت شکل گرفته‌اند، در جهت ارتقاء سطح اطلاعات توده مردم و تغییر نگرش جامعه، آموزش در سطح جامعه را شروع نموده‌اند و این شناخت به دست آمده که هیچ گروهی به تنهائی چه خانواده‌ها، چه افراد دارای معلولیت، چه سازمان‌های داوطلب، چه متخصصان عالی رتبه، چه طرفداران حقوق کودکان دارای معلولیت و چه برنامه‌ریزان نمی‌توانند راه حلی داشته باشد. اگر قرار است نگرش میلیون‌ها نفر تغییر نماید و ذهنیتی که طی سالیان دراز شکل گرفته اصلاح شود، تلاش ممتد و مداوم تمامی‌گروه‌ها را می‌طلبد. برای دست یابی به این غایت دولت‌ها باید برنامه و اعتبارات آن را تأمین نمایند. جوامع محلی باید از کلیه امکاناتشان استفاده نماید و خود افراد دارای معلولیت باید در برنامه‌ها نقش ایفاء نمایند تا تغییر مثبت ایجاد شود. توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، می‌تواند خلاصه ای از همه این تلاش‌ها باشد.

به بهانه روز جهانی افراد دارای معلولیت

تلاش در سایه اتحاد

دکتر محمود علی‌محمدی

از سال ۱۹۹۲ که با تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد، سوم دسامبر برابر با دوازدهم آذرماه به عنوان روز جهانی افراد دارای معلولیت اعلام شد؛ همه ساله سازمان ملل متحد، با تعیین شعار سال و ارسال پیام دبیرکل به کشورهای عضو، این روز را در همه کشورهای جهان گرامی می‌دارد. به بهانه این روز تأکید مجددی برگنجاندن موضوعات افراد دارای معلولیت در سیاست‌های توسعه‌ای کشورها، تغییر نگرش‌های منفی، برابرسازی فرصت‌ها، تلفیق اجتماعی و رفع موانع مشارکت اجتماعی آنان صورت می‌پذیرد. از این رو این مناسبت در سرتاسر جهان از کوچك‌ترین کشور تا بزرگ‌ترین آنها و از ممالك جهان سوم تا کشورهای پیشرفته وتوسعه یافته مورد اهتمام و توجه ویژه است.

در کشور ما نیز همه ساله در این روز جهانی مراسم ویژه‌ای از سوی تشکل‌های غیردولتی معلولان با مشارکت آحاد افراد دارای معلولیت در سراسر کشور برگزار می‌گردد و از این فرصت در جهت آگاه‌سازی مسوولان و مردم نسبت به مسائل و مشکلات معلولان و تلاش در جهت پیشبرد اهداف و رفع موانع احتمالی استفاده می‌شود.

کشور عزیز ما درسال‌های اخیر تحولات مهم وعمیقی را در راستای خدمت‌رسانی بیشتر به افراد دارای معلولیت واستیفای حقوق آنان پشت سر گذاشته‌است. گسترش و توسعه فزاینده تشکل‌های غیردولتی حوزه معلولیت، تصویب قانون جامع حمایت از حقوق معلولان که ما را در زمره چهل و چند کشور واجد قانون مستقل معلولان قرار داد، تشکیل فراکسیون بزرگ حمایت از حقوق معلولان وپیشگیری از معلولیت‌ها در راستای کمك به تدوین و تصویب قوانین مورد نیاز و نظارت و پیگیری آنها، امضاء و تصویب کنوانسیون جهانی حقوق افراد دارای معلولیت توسط دولت و مجلس شورای اسلامی، تصویب‌نامه ۲۸ ماده‌ای هیأت وزیران در شهریور ماه سال ۹۴ و در نهایت ارسال لایحه حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت از سوی دولت به مجلس شورای اسلامی از جمله اقدامات و تحولات شکل‌گرفته در دهه اخیر بوده‌است. نکته اساسی در سیر تحولات اخیر، مشارکت فعال و محوریتِ خود افراد دارای معلولیت در به ثمر نشاندن این تلاش‌ها بوده‌است. امری کَه می‌تواند با وفاق و همدلی ایشان در آستانه تصویب لایحه حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت، خاطره خوش تلاش در سایه اتحاد را ماندگار و جاودان نماید.

احمد فتوحی، دارای دیپلم مطالعات عالی از اکل پراتیک دانشگاه پاریس است. او بعد از اتمام تحصیلات در فرانسه و بازگشت به ایران مسوولیت سازمان رفاه ناشنوایان را برعهده گرفت تا این‌که در سال ۱۳۷۰ با پروژه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه توسط سازمان بهداشت جهانی، آشنا شد. او پس از مطالعات دقیق روی این طرح، در ارتباطی که با وزارت بهداشت و درمان برقرار کرد، این پروژه را معرفی نمود و اجرای آن را به صورت پایلوت در روستایی از توابع شهرستان سمنان بر عهده گرفت.
دکتر فتوحی از ده سالی که اجرای این پروژه موفق را بر عهده داشته، گفتنی‌های زیادی دارد. ایشان اکنون استاد همین رشته در دانشکده توان‌بخشی می‌باشد.

توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، یک توان‌بخشی دموکراتیک است

احمد فتوحی

آقای دکتر، لطفا درباره سوابق فعالیت خود در حوزه توان‌بخشی بگویید؟

آشنایی من با توان‌بخشی به همکاری با خانم ثمینه باغچه‌بان در سال‌های قبل از انقلاب در سازمانی به نام سازمان ملی رفاه ناشنوایان برمی‌گردد. در سال ۱۳۵۲ به دلیل اختلافاتی که با مدیر مرکز پیدا کردم، از این سازمان بیرون آمده و برای ادامه تحصیل به پاریس رفتم و چند ماه بعد از انقلاب به ایران برگشتم. در آن زمان مرحوم دکتر سامی وزیر بهداشت بودند و از طریق یکی از معاونت‌هایشان از من دعوت به همکاری کردند. در همان زمان جایگزین خانم باغچه‌بان در سازمان رفاه ناشنوایان شدم. من در این پست فعالیت می‌کردم تا این‌که سازمان بهزیستی تشکیل شد و چندین موسسه و سازمان ازجمله مؤسسات مربوط به نابینایان، ناشنوایان، کودکان عقب‌مانده ذهنی، و... زیر نظر سازمان بهزیستی قرار گرفتند. من با ایجاد تمرکز در موسساتی که هر کدام به نوعی اداره می‌شدند موافق نبودم ولی افرادی که در رأس امور بودند فکر می‌کردند با متمرکز کردن این مؤسسات و دولتی کردن آن‌ها، می‌توانند چنین فعالیت‌هایی را گسترده‌تر کنند. درحالی‌که بعضی از این مؤسسات خیریه، بعضی دولتی و بعضی هم خصوصی بودند و در حوزه تعریف شده‌ای فعالیت می‌کردند. ولی وقتی این مؤسسات متمرکز می‌شدند، بودجه، نیروی انسانی، تشکیلات و تجهیزات تخصصی را می‌خواستند. به‌هرحال سازمان رفاه ناشنوایان هم زیر نظرسازمان بهزیستی آمد و برای همه حکم دولتی زدند. من هم به‌عنوان کارشناس ناشنوایان مشغول به کار شدم. تا این‌که در حدود سال‌های ۱۳۷۰ متوجه پروژه‌ای از سازمان بهداشت جهانی سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان توان‌بخشی مبتنی بر جامعه[1] شدیم.

اطلاعات این طرح را از سازمان بهداشت جهانی گرفتم و متوجه شدم که این توان‌بخشی تا حدود زیادی مفهوم اجتماعی دارد و پس از مطالعه طرح متوجه شدم که توان‌بخشی مبتنی بر جامعه یک تکنولوژی خاص دارد. تصمیم گرفتیم این تکنولوژی را بگیریم و آن را بررسی کنیم. یک بسته کتابچه‌ای حاوی ۳۴ جزوه آموزشی از طرف سازمان بهداشت جهانی برای ما فرستاده شد. باور نمی‌کردیم تکنولوژی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، این قدر گسترده باشد. با گروهی از دوستان شروع به ترجمه این جزوات آموزشی کردیم. مثلا گروه ناشنوایان ۴ جزوه آموزشی، نابینایان ۵ جزوه آموزشی، گروه جسمی حرکتی ۸ جزوه آموزشی، بخش یادگیری ۵ جزوه و صرع یک جزوه آموزشی و... داشت. به‌هرحال این جزوات را ترجمه کردیم و بر

1. Community Base Rehabilitation (CBR)

اساس مستنداتی که سازمان بهداشت جهانی به ما داده بود متوجه شدیم که کشورهای درحال‌توسعه به دلایل مختلف نمی‌توانند آن توان‌بخشی را که در آن موقع رسم بود و حالا هم در همه جای دنیا مرسوم است اجرا کنند. چون توان‌بخشی موسسه‌ای نیاز به هزینه‌ای گزاف و نیروهای داشت و این مؤسسات هم عمدتاً در مراکز شهری تأسیس می‌شدند و در مراکز روستایی نمی‌توانستند ایجاد شوند. از همه مهم‌تر اینکه بر اساس مطالعاتی که خود سازمان بهداشت جهانیانجام داده بود، در همان زمان هم، توان‌بخشی موسسه‌ای نتیجه‌ی قابل قبولی نداده بود و آن تکنولوژی نتوانسته بود اهداف و درخواست‌هایی را که برای این مؤسسات قائل شده بودند را تأمین کند. من در اینجا پرانتزی بازکنم. در مقدمه‌ای که برای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه توسط سازمان بهداشت جهانی نوشته‌شده بود، اظهارشده بود که توان‌بخشی مبتنی بر جامعه برای کشورهای درحال‌توسعه که توان مالی زیادی ندارند و معلولیت در آن‌ها زیاد است و دسترسی افراد دارای معلولیت که در خارج شهرها هستند به خدمات توان‌بخشی وجود ندارد، تنظیم‌شده است. ما دیدیم این تکنولوژی خیلی نزدیک به ما و مورد نیاز جامعه ماست. در جوامع شهری یک سری مراکز توان‌بخشی داشتیم اما در روستاها هیچ امکاناتی نداشتیم. در آن زمان سازمان‌های مردم نهاد هم مثل حالا فعال نبودند و درواقع بار توان‌بخشی را دولت از طریق سازمان بهزیستی به دوش می‌کشید. در بعضی از استان‌ها چندین موسسه توان‌بخشی وجود داشت ولی در بعضی از استان‌ها هیچ موسسه‌ای وجود نداشت. حتی هیچ ترتیب و نظمی هم نسبت به معلولیت‌هایی که در یک منطقه بیشتر وجود داشت، دیده نمی‌شد.

از طرفی طبق آماری که سازمان بهداشت جهانی در آن زمان داده بود، حدود ۳۰۰-۲۵۰ میلیون فرد دارای معلولیت در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کردند که سهم ما بر اساس این آمار، چیزی حدود ۵ میلیون نفر می‌شد که قاعدتاً بیشتر آنها باید در شهرهای کم‌توان و محروم و روستاها باشند. بعد از بررسی‌هایی که انجام دادیم به این نتیجه رسیدیم

در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه سه اصل وجود داشت؛ برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت که هر سه را به جامعه، یعنی روستاها سپرده بودیم و عاملان اجرایی آن هم بهورزان بودند

که تکنولوژی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه می‌تواند با مراقبت‌های اولیه بهداشتی در روستاها همراه شود. چون مراقبت‌های اولیه بهداشتی حدود ۲۵ سال جلوتر، در روستاها جا افتاده بود. در ایران هم شبکه بهداشت از طریق وزارت بهداشت و درمان می‌توانست در مناطق روستایی، توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، را هم عملی کند تا بخش مراقبت‌های افراد دارای معلولیت هم عملی شود. ما متوجه شدیم که چنین امکاناتی را در ایران داریم ولی برای آن برنامه‌ریزی نشده است.

این موضوع از طرف شما با وزارت بهداشت و درمان در میان گذاشته‌شد ؟

بعد از ترجمه جزوات آموزشی اولین کاری که کردیم این بود که با همکاران خود در وزارت بهداشت و درمان ارتباطی برقرار کردیم و موضوع را برایشان توضیح دادیم.گفتیم که شما سطح اول و دوم مراقبت‌های اولیه بهداشتی یعنی واکسیناسیون و سایر خدمات را انجام می‌دهید و بیماری‌ها را تا حدودی کنترل می‌کنید ولی در سطح سوم که توان‌بخشی است، کاری انجام نمی‌دهید و ما می‌خواهیم با همکاری شما سطح سوم را برای کشور راه بیاندازیم. گرچه وزارت بهداشت در ابتدا خیلی استقبال نکردند ولی علاقه‌مندی خود را هم کتمان نکردند. بعدازآن ما وارد یک بحث و تبادل نظر چند ماهه شدیم. آن‌قدر رفتیم و آمدیم تا بالاخره توانستیم اولین سمینار آموزشی را در استان سمنان (شاید حدود سال‌های ۷۴) با وجود مشکلات زیادی که داشتیم برگزار کنیم و توانستیم منطقه‌ای را به نام بیارجمند و میامی از توابع شاهرود در استان سمنان، به عنوان پایلوت تعیین کنیم و شروع به کار کنیم. برای خود ما هم خیلی جذاب بود که ببینیم چه نتیجه‌ای می‌گیریم. بعد از مدتی کارشناسی از سازمان بهداشت جهانی به نام دکتر هاری هاران، آمد و از نزدیک با فعالیت ما آشنا شد و گزارش داد که ایرانیان در این طرح بسیار موفق عمل کرده‌اند.

می‌توانید دقیق‌تر بگویید که چه‌کاری انجام می‌دادید؟

کاری که کردیم این بود که بهورزان را بر اساس متون کتابچه‌های بهداشت جهانی آموزش دادیم. البته تغییراتی در این بسته‌های آموزشی داده بودیم. و سعی کردیم این جزوه‌ها را بر اساس توان کشور خودمان هم‌خوان کنیم. ما آنها را آموزش دادیم تا جمعیت زیرپوشش خود که عبارت بود از یک روستا و چند روستای قمر در فاصله ۳ کیلومتری، را مجددا بر مبنای تعداد افراد دارای معلولیت در هر خانواده بازشماری کنند و ببینند در این خانواده‌ها افراد دارای معلولیت یعنی افرادی که مشکل شنوایی، بینایی، جسمی و حرکتی و یا دچار صرع هستند، وجود دارد یا نه؟ به‌این‌ترتیب یک سرشماری اولیه از این افراد به دست آوردیم. پس‌ازآن بهورزان را آموزش دادیم چون قرار بود آنها خانواده‌های روستایی را آموزش دهند. به بهورزان آموزش داده بودیم که چنانچه دیدند درجایی توانایی انجام اقدامی را ندارند، آن فرد دارای معلولیت را به سطح بالاتر یعنی به مرکز بهداشت درمان منطقه ارجاع دهند. در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه سه اصل وجود داشت؛ برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت که هر سه را به جامعه، یعنی روستاها سپرده بودیم و عاملان اجرایی آن هم بهورزان بودند. در مرحله بعد، مرکز بهداشت و درمان منطقه بود که یک کاردان بهداشت در آن حضور داشت که اطلاعات لازم به او منتقل‌شده بود و یک پزشک نیز در این مرکز وجود داشت که در صورت نیاز به او مراجعه می‌شد. اگر از دست پزشک هم در موردی خاص کاری برنمی‌آمد، او را به مراکز بالاتر و در سطح شهرستان ارجاع می‌دادند. ما دیدیم وقتی یک فرد دارای معلولیت با خانواده‌اش به سطح شهرستان ارجاع می‌شود، چند روزی گرفتار می‌شود. بنابراین یک مهمان‌خانه موقت هم در کنار پایگاه

توان‌بخشی مبتنی بر جامعه ایجاد کردیم. آن زمان ما این مهمان‌خانه را در شهر شاهرود مستقر کردیم. در این پایگاه در سطح شهرستان، یک کارشناس آموزش‌دیده قرار داده‌شده بود که در طول ۲۴ تا ۴۸ ساعتی که خانواده و یا فرد دارای معلولیت در مهمان‌خانه ساکن می‌شدند، کارهای تشخیص پزشکی و توان‌بخشی پزشکی را برایشان صورت انجام می‌داد. مثلا قالب‌گیری سمعک، سنجش شنوایی و یا تهیه عینک و.... سپس این فرد به روستای خودش برمی‌گشت. گاهی لازم بود که به معلمان روستایی متون توان‌بخشی را آموزش دهیم چون کودکان دارای معلولیت در مدارس عادی درس می‌خواندند و ما می‌خواستیم معلمان یاد بگیرند چگونه با او رفتار کنند که حتی اگر لازم بود یک کلاس را در دو سال طی کنند.

هدف ما این بود که بچه‌ها از خانه بیرون بیایند، در جامعه وارد شوند و با هم سن و سال‌های خودشان ارتباط بگیرند، فضاهای آموزشی را ببینند، رفتاری که در مدرسه با معلم باید داشته باشند را یاد بگیرند و با همسالان خود بازی کنند. معلمان نیز یاد می‌گرفتند که با این بچه‌ها چگونه رفتار کنند. درواقع اولین مفهوم آموزش ادغام۲ یافته، در این مدارس روستایی ایجاد شد و بعد این مفهوم، در نظام آموزشی برای کودکان دارای معلولیت در شهرهای ما جای گرفت. کارشناس سازمان بهداشت جهانی که از اقدامات ما دیدن کرد،اعلام کرد که ایرانیان می‌توانند بدون کمک خارجی‌ها این طرح را ادامه دهند.

بعد از این موفقیت دراین منطقه که به صورت پایلوت اجرا کردید و موفق بودید، برای ترویج این تجربه چه کردید؟

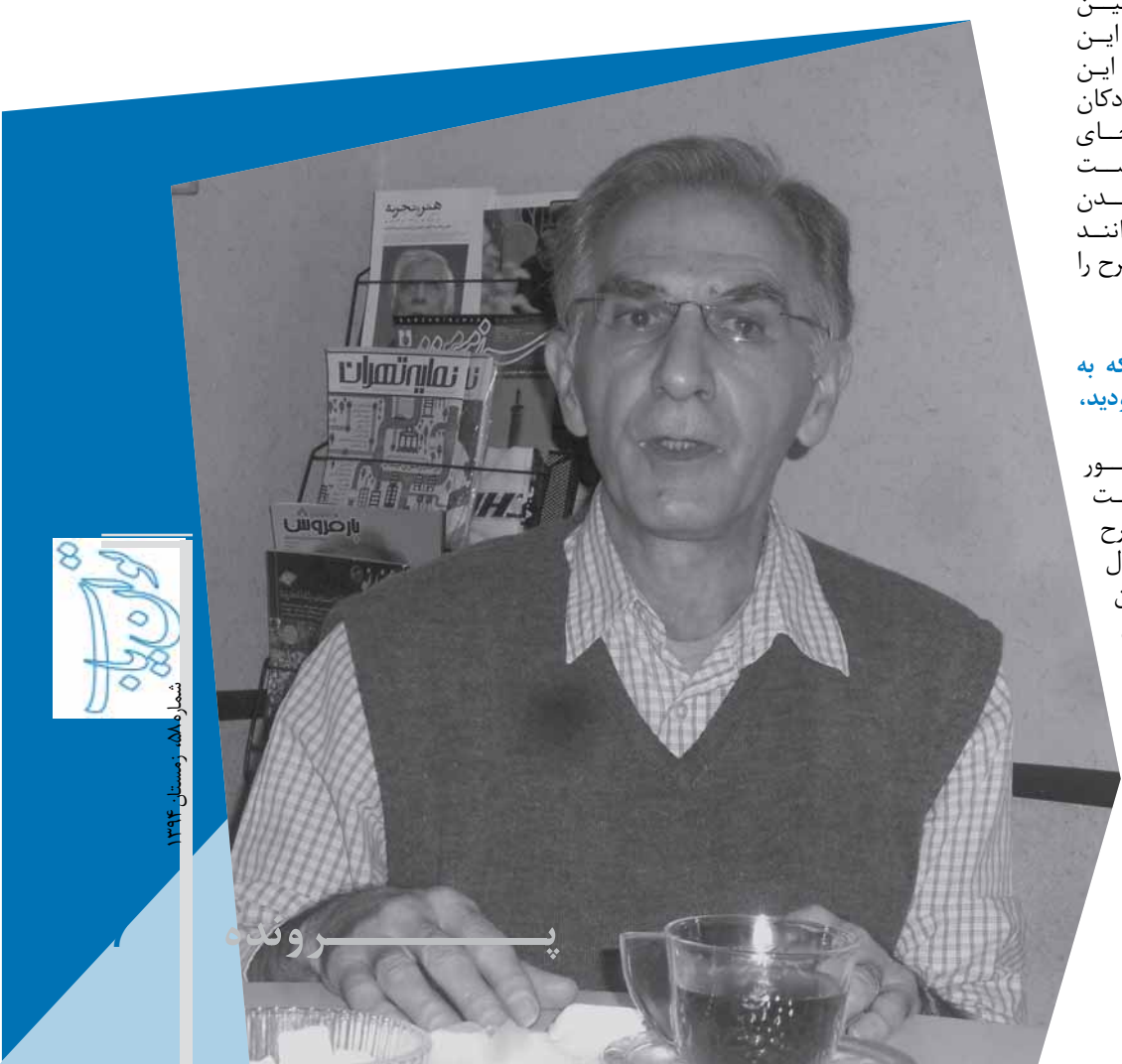
با شبکه بهداشت و درمان کشور قراردادی امضا کردیم تا در هشت شهر در هشت استان، همین طرح را پیاده کنیم. این کار چندین سال طول کشید و در این سال‌ها من در رأس شبکه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه کشور بودم. در طول این سال‌ها زندگی‌ام را روی همین کار گذاشته بودم. از این شهرستان به آن شهرستان می‌رفتم و از تهران هم آن را

2. integration

ما دیدیم وقتی یک فرد دارای معلولیت با خانواده‌اش به سطح شهرستان ارجاع داده می‌شود، چند روزی گرفتار می‌شود. بنابراین یک مهمان‌خانه موقت هم در کنار پایگاه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه ایجاد کردیم

کنترل می‌کردیم. این طرح خیلی خوب پیش می‌رفت و خیلی خوب نتیجه می‌گرفتیم. من ده سال در این طرح بودم و تا حدود سال ۸۲ در این حوزه فعالیت می‌کردم. بعد از آن من از این طرح بیرون آمدم و نمی‌دانم به چه علتی ارتباط وزارت بهداشت با سازمان بهزیستی به هم خورد.

بعدا دهیاری‌ها با طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه همکاری کردند و اکنون تسهیل‌گران محلی، کار را ادامه می‌دهند. در طول مدتی که من و دوستانم در این طرح فعالیت



می‌کردیم دنبال این بودیم که کیفیت زندگی افراد دارای معلولیت را بالا ببریم. هدف این نبود که به یک فرد کم‌شنوا فقط یک سمعک داده شود، بلکه هدف این بود که این فرد وارد جامعه شود. هدف این بود که یک کودک دارای معلولیت، وارد مدرسه شود و آموزش ببیند و اگر کار کشاورزی می‌کند، بتواند با افراد دیگر ارتباط برقرار کند. درواقع کیفیت زندگی آنها برای ما خیلی مهم بود. ما به دنبال این بودیم که این زنجیره کیفیت زندگی از هم نگسلد و پاره نشود. با عوض شدن این مسیر تا رسیدن به تسهیل‌گران محلی من آمار دقیقی ندارم. شاید الآن مناطق تحت پوشش به بیش از نود درصد رسیده باشد، ولی این‌که کیفیت زندگی این افراد چگونه است، من خبری ندارم.

در همان ده سالی که شما با طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه کار می‌کردید، شاهد چه تحولاتی در زندگی افراد دارای معلولیت بودید؟

با چند مثال، جواب سوال شما را می‌دهم. من با آقای دیزانچی که یکی از کارشناسان خبره سازمان بهداشت جهانی بود و با بخش یونسکو هم کار می‌کرد، ارتباط داشتم و از ایشان خیلی آموختم. از او یاد گرفتم که به افراد گروه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه یاد دهم که به تک تک خانواده‌ها اهمیت دهند، به تک‌تک آنها سر بزنند و برای هرکدام از آنها جداگانه برنامه‌ریزی کنند. در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه یک برنامه‌ریزی فراگیر و همگانی وجود ندارد. این چیزی است که من از ایشان یاد گرفتم. من در روستای بیارجمند به شخصی به نام محمد برخورد کردم که بیست سال سن داشت، دیپلم گرفته‌بود و با ویلچرحرکت می‌کرد. او اعتقادات مذهبی داشت ولی خیلی عصبی و پرخاشگر بود و خانواده‌اش فکر می‌کردند اگر ازدواج کند، از عصبی بودنش کم می‌شود. در اولین مراجعه به خانه، او را ندیدیم ولی در مراجعه بعدی دیدیم که وقتی از روی ویلچر پایین می‌آید، روی چهار دست‌وپا راه می‌رود! این بدترین وضعیت در توان‌بخشی است.

کارشناس سازمان بهداشت جهانی که از اقدامات ما دیدن کرد، اعلام کرد که ایرانیان می‌توانند بدون کمک خارجی‌ها این طرح را ادامه دهند!

ما دیدیم خانه‌ای که محمد در آن زندگی می‌کند هیچ منطقی ازنظر فیزیکی ندارد. آشپزخانه دو پله بالاتر از اتاق نشیمن و حمام دو پله پایین‌تر از آن است و خانواده روی زمین سفره می‌اندازند. ما با اجازه خانواده از یک بنا خواستیم که این اختلاف سطح‌ها را از بین ببرد و چون محمد مذهبی بود و نماز می‌خواند، ویلچری هم برای داخل خانه برایش تهیه کردیم که به‌جای این‌که غذا را روی زمین بخورند، روی سکوی ویلچرش بخورد. محمد بعد از این، نمازش را هم روی میز می‌خواند. او با ویلچر داخل حمام می‌رفت و دیگر نیازی به کمک دیگران نداشت. بعد از چند ماهی که دوباره به این خانه رفتیم، دیدیم که خانواده کاملاً آرام شده بودند چون مشکل محمد حل‌شده بود. او هم کاملاً تغییر کرده بود. این مثال را زدم که بگویم توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، باید دنبال چه باشد. باید برای هر شخص به طور خاص، مشکلش را یافت و با یک برنامه‌ریزی ساده، با کمک خانواده و با کمک اهالی منطقه یا روستا به تدریج آن را حل کرد. مثال دیگری بزنم: به ما گزارش دادند که در روستای شهید مردان میناب،۵ دختر جوان با مشکل جسمی حرکتی بین ۱۴ تا ۲۱ سال هستند. مشکل این دختران این بود که بیکار بودند و سربار خانواده و ازدواج هم نمی‌توانستند بکنند. من به این منطقه رفتم و با آنها گفت‌وگو کردم و از آنها پرسیدم خودتان چه فکری کرده‌اید؟ آنها چیزی نداشتند که بگویند. من دیدم که زنان این روستا لباس‌های محلی بسیار زیبایی می‌پوشیدند. ما با یک آموزش‌دهنده محلی صحبت کردیم و او قبول کرد که در قبال پولی که از بهزیستی می‌گیرد این دختران را آموزش خیاطی بدهد. این افراد آموزش دیدند و پس از پایان آموزش ما پنج چرخ‌خیاطی و مقداری پارچه محلی و نخ گلدوزی برای این دختران فرستادیم. بعد از دو سه ماه که به این منطقه مراجعه کردیم دیدیم که این دختران سفارش کار می‌گیرند، در خانه کار می‌کنند و خیلی خوشحالند. حتی یکی از آنها با بهورز آن روستا ازدواج کرد. مثال دیگری بزنم. ما در تالش گیلان خانواده‌ای را دیدیم که دو بچه عقب‌مانده ذهنی کوچک در سنین ۳تا۵ سال داشتند. من از دوستان پرسیدم که برای اینها چه‌کار می‌توانیم بکنیم؟ هرچه فکر کردیم دیدیم جزوات آموزشی ما جواب نمی‌دهد. واحدهای نگهداری از کودکان عقب‌مانده ذهنی استان گیلان هم پر است و خود خانواده

هم علاقه‌مند نیست که بچه‌ها را از خود جدا کند. از مادر خانواده پرسیدم که شما خودت بگو ما چه‌کار می‌توانیم برایت بکنیم ؟ این مادر با کمی تأنی گفت شما یک نفر را پیدا کنید که این بچه‌ها را نگه دارد تا من چند ساعت بخوابم. چون این مادر بیست‌وچهارساعته بیدار بود. ما همسایه‌ای را پیدا کردیم که با گرفتن مبلغی، روزانه ۵ ساعت این بچه‌ها را نگه دارد و روش نگهداری آن بچه‌ها را هم خود مادر به این همسایه یاد داد. از این طریق مشکل مادر حل شد. توان‌بخشی مبتنی بر جامعه یک تکنولوژی بسیار خود ساخته، آسان و سیال و با ابتکارات افراد محلی است. بسیاری از بهورزان از طریق همین آموزش‌های ساده که در کتابچه‌ها بود می‌توانستند مشکلات افراد دارای معلولیت در روستای تحت پوشش خود را حل کنند ولی گاهی مواردی پیش می‌آمد که خارج از کتابچه‌ها بود و بهورز توانایی حل آن را نداشت. در این موارد ما از طریق کارشناس مربوطه سعی می‌کردیم مشکل را حل کنیم. تکنولوژی مبنی بر جامعه به چند طریق امکان‌پذیر است: یکی این‌که همراه شبکه بهداشت و درمان کشور شود که ما این کار را کردیم و یکی این‌که از طریق یک بیمارستان داخل یک شهر یا یک مرکز توان‌بخشی در یک شهرستان، یک منطقه روستایی را به عهده بگیرد و رسیدگی به امور معلولان را در آن حاشیه جغرافیایی یا منطقه خاص را بر عهده بگیرد. روش دیگر هم استفاده از تیم‌های سیار توان‌بخشی است که به داخل

این زنگ خطری بود که سازمان بهداشت جهانی از روز اول به صدا درآورد و گفت، کسانی که در پیاده‌کردن توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در مقابل شما می‌ایستند، اول از همه متخصصان هستند و از همه مهم‌تر کادر و کارکنان دولتی و بعضی از رهبران محلی، که همین‌طور هم بود!

روستاها می‌روند و یک سری کارها را انجام می‌دهند.این تیم‌ها ده - پانزده روز بعد دوباره به آن روستاها مراجعه می‌کنند و نتایج برنامه‌ای را که انجام داده‌اند را ارزیابی و رفع نقص می‌کنند. در ده سالی که شما در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه کار می‌کردید از کدام یک از این روش‌ها استفاده کردید؟
راهی که ما رفتیم با کمک شبکه وزارت بهداشت کشور و توسط بهورزان بود و بعد از من با توسط دهیاران بود و روشی که اکنون می‌روند از طریق سازمان‌های مردم نهاد و تسهیلگران محلی است. آنچه من در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه یاد گرفتم این است که گروه توان‌بخشی باید از همان لحظه‌ای که فردی با معلولیت متولد می‌شود، همراهش باشد و پیوسته با او حرکت کند. یک کودک دوساله دارای معلولیت باید بتواند یک سری از کارهایش را خودش انجام دهد تا وقتی پنج – شش‌ساله شد بتواند به مدرسه برود و آموزش ببیند. اگر دختر دم‌بخت است و می‌خواهد ازدواج کند باید مشکل ازدواج و جهیزیه او را حل کرد و اگر پسر است مشکل اشتغالش باید حل شود. توان‌بخش مبتنی بر جامعه چیزی نیست که یک‌بار به شخصی مراجعه شود و بگوییم مشکل او را حل کرده‌ایم. به یک کار مداوم و برنامه‌ریزی طولانی مدت نیاز است.

آیا به نظر شما در این مدت که در این حوزه فعالیت می‌کردید، این تجربه موفق بوده است؟

بله. به نظر من تجربه موفقی بود. ولی زمانی که سازمان بهزیستی از وزارت بهداشت و درمان جدا شد شرایط کمی فرق کرد.
توان‌بخشی مبنی بر جامعه ابتدا برای کشورهای درحال‌توسعه و سپس برای مناطق روستایی و حاشیه شهری که توان‌بخشی در آن غایب بود طراحی‌شده بود. ولی کم‌کم مفهوم گسترده‌ای پیدا کرد و توان‌بخشی مبتنی بر جامعهشد همه توان‌بخشی، نه بخشی از توان‌بخشی که فقط برای جامعه روستایی و حاشیه شهرها باشد. وقتی می‌گویید توان‌بخشی مبتنی بر جامعه یعنی توان‌بخشی در کل کشور بر این اساس حرکت کند.
افراد دارای معلولیت و خانواده‌هایشان آرزو دارند که فرد دارای معلولیت بتواند از جایش بلند شود یا فرد ناشنوا یا کم‌شنوا بتواند با دیگران ارتباط برقرار کند یا فردی با مشکل نابینایی، تحرک پیدا کند. بنابراین برای توان‌بخشی دریک کشور، ایده‌آل و آرزو این است که بتواند برای افراد دارای معلولیت خود کیفیت زندگی را بالا ببرد و مشکلاتشان را حل کند تا درمانده و درگیر ساعات روزانه‌اش نباشد. در توان‌بخشی موسسه‌ای هم همین بعد را پیش‌بینی می‌کردند ولی در خیلی از جاها محقق نشد. یعنی اگر فرد دارای معلولیتی بیاید و در یک مرکز توان‌بخشی خیاطی یاد بگیرد، همین مرکز باید برایش کار پیدا کند و بازهم مراقبش باشد. در این صورت است که تک‌تک واحدهای توان‌بخشی می‌توانند مبتنی بر جامعه باشند.
منتهی باید دید چقدر می‌توانیم از طریق نظام تشکیلاتی که داریم و از

طریق نیروی انسانی متخصصی که غالبا مخالف این نوع توان‌بخشی هستند، آن را عملی کرد. این زنگ خطری بود که سازمان بهداشت جهانی از روز اول به صدا درآورد و گفت کسانی که در پیاده کردن توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در مقابل شما می‌ایستند اول از همه متخصصان هستند و از همه مهم‌تر کادر و کارکنان دولتی و بعضی از رهبران محلی، که همین‌طور هم هست. چون شما وقتی یک رسم را به هم می‌زنید، می‌خواهید یک ایده را جایگزین کنید و تا وقتی‌که این ایده تبدیل به یک عادت شود زمان می‌برد و از هر دو طرف، کنش و واکنشی اتفاق می‌افتد. کلا هر نظمی را که می‌خواهید به هم بزنید یک مقاومت ایجاد می‌شود و بعضی ها می‌ترسند که آن نظم توان‌بخشی موسسه‌ای را به هم بزنند.

با توجه به تجربه موفقی که در زمینه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه داشتید چگونه توانستید از این حوزه جدا شوید؟

من ایده بزرگی برای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه داشتم. در دوره سازندگی، ما پروژه تأسیس ده مرکز جامع توان‌بخشی را با سازمان برنامه و بودجه مطرح کردیم که کارشناس مسوول آن هم من بودم. ما موفق شدیم زمین مجانی در شهرهای ارومیه، کرمان، و شهرهای دیگر بگیریم تا مرکز جامع توان‌بخشی بسازیم. به امید این‌که یک فرد دارای معلولیت از چابهار یا خاش مجبور نباشد به تهران بیاید. هدف ما این بود که یک مرکز توان‌بخشی در مرکز استان ایجاد کنیم و واحدهای کوچک توان‌بخشی را در شهرستان‌های همان استان ایجاد کنیم. درواقع یک شبکه توان‌بخشی را در خود استان‌ها طراحی‌کنیم. مثلا خانواده‌ای که در شهر بم ساکن است و بچه‌اش مشکل شنوایی دارد به تهران نیاید، به همان شهر بم مراجعه کند و شخصی که در مرکز توان‌بخشی بم کار می‌کند کاردان شنوایی‌سنجی (ادیومتریست) باشد که بتواند سمعک بدهد و قالب‌گیری سمعک را انجام دهد. ولی اگر این کم‌شنوایی عصبی باشد دیگر ادیومتریست نمی‌تواند کاری کند

من مرکز توان‌بخشی را در تهران می‌شناسم که عقب‌ماندگان ذهنی را از ۱۴ سال تا ۶۰ سال نگهداری می‌کند و من نمی‌دانم این کار در قالب کدام توان‌بخشی جا می‌گیرد؟

پس لازم است یک متخصص گوش و حلق و بینی او را ببیند و سپس به یک کارشناس شنوایی‌سنجی (ادیولوژیست) مراجعه کند. این شخص باید به مرکز استان بیاید. به عبارتی این‌گونه افراد غربال می‌شدند. ما این فکر را جلو بردیم و بعضی از پروژه‌های توان‌بخشی را حذف کردیم و در قالب این ده مرکز جامع توان‌بخشی، آوردیم. این طرح در آن دوره جواب نداد چون طول کشید و در دوره آقای خاتمی به بار نشست و تمام شد. حالا زمان آن بود که سیستم توان‌بخشی جوری عمل کند که برای این مراکز متخصص تربیت شود و از دانشگاه بگیرد تا ساختمان‌هایی که برای توان‌بخشی جامع و تخصصی طراح شده بود و کلی پول بیت‌المال هزینه آن شده بود، به‌عنوان مرکز جامع توان‌بخشی به کار گرفته شود.

من در آن موقع در پست قبلی نبودم ولی یک‌بار چشم‌باز کردیم و دیدیم که مراکز جامع توان‌بخشی تبریز و ارومیه، کرمان و.... تبدیل به مجتمع‌های توان‌بخشی شده‌اند. یعنی شخصی که مدیرکل فلان استان بوده مرکز نابینایان را خالی کرده و به یکی از این مراکز منتقل کرده‌است. یا کلاس‌های ناشنوایان را به این مرکز برده و مجتمع توان‌بخشی ایجاد کرده است. یعنی به‌جای اینکه متخصصان عالی‌مقام بروند و در این مرکز بنشینند و ارجاعات شهرستان‌ها و روستاها را بگیرند، مجتمع‌های توان‌بخشی ایجاد شد و آن مراکز کوچک توان‌بخشی در شهرها هم از بین رفت! و چون این مراکز در خارج شهرها بودند مجبور شدند مینی‌بوس بگیرند و بیایند و بروند. هدف ما این بود که توان‌بخشی مبتنی بر جامعه روستایی را در شبکه روستایی جا بیاندازیم و آن را به شبکه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه شهری وصل کنیم.. کارکرد توان‌بخشی فقط برنامه‌ریزی نیست، باید نظارت بر آن صورت گیرد. من مرکز توان‌بخشی را در تهران می‌شناسم که عقب‌ماندگان ذهنی را از ۱۴سال تا ۶۰سال نگهداری می‌کند و من نمی‌دانم این توی قالب کدام توان‌بخشی جا می‌گیرد؟!

آیا از تجربه جهانی این طرح اطلاع دارید؟

من به چند کشور رفته‌ام. اگر بنا بر مقایسه باشد، من نمی‌خواهم سهم خودمان را افزون‌تر کنم. ولی من ۴۵روز به ویتنام رفتم. آن‌ها پروژه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را قبل از ما شروع کرده بودند. دکترهایی مثل من که در ایران مسؤول پروژه بودم، در ویتنام مسؤول توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بود. آنها پروژه را به داخل وزارت بهداشت برده بودند. یک روز با ایشان به سایگون رفتم و دیدم که دو کیف سنگین دستش بود و با خودش به مناطق روستایی می‌برد. من دیدم که یک نفر اسم فردی را می‌خواند و او پولی از کیف درمی‌آورد و به خانواده آن فرد دارای معلولیت می‌دهد. من علت را از او پرسیدم ایشان گفت، چون ما نمی‌توانیم کاری برای این افراد انجام دهیم آنها را تحت پوشش مادی قرار داده‌ایم. ولی من می‌دیدم که می‌شود خیلی کارها برای این افراد انجام داد. می‌خواهم بگویم بهورزان ما به‌مراتب قوی‌تر از آنها بودند و ما به‌مراتب توانایی بیشتری در این کار نسبت به ویتنامی‌ها داشتیم. چندین دوره منطقه‌ای در این رابطه در تهران برگزار کردیم و دوستان از کشورهای افغانستان، پاکستان، لبنان، سوریه و... به ایران آمدند و تجارب خودشان را مطرح کردند و من هم در این سمینارهای منطقه‌ای شرکت می‌کردم ولی احساس می‌کردم که دست ما پرتر از بسیاری از این کشورهاست. شاید در منطقه، مراکشی‌ها و تونسی‌ها خوب کارکرده بودند و کاری شبیه به ما انجام داده بودند، البته این کشورها هم با کمک سازمان

جهانی بهداشت‌کار کرده بودند ولی ما خودمان کار را شروع کردیم. هر از چند گاهی کارشناسان خارجی می‌آمدند و کار ما را ارزیابی می‌کردند و می‌رفتند و گزارش می‌دادند، ولی هیچ وقت نگفتند شما نیاز به کارشناس دارید. اما در بسیاری از این کشورها یک کارشناس از طرف سازمان بهداشت جهانی می‌رفت و کار را به آنها یاد می‌داد و آنها کار را انجام می‌دادند. منظورم این است که ما توانمان ازنظر نیروی انسانی و ازلحاظ پیدا کردن راه‌حل‌های مبتکرانه خیلی بیشتر از گروه‌های توان‌بخشی درسایر کشورهای منطقه است.

آیا اطلاعات و اسناد مربوط به این ده‌ساله تجارب شما در جایی جمع‌آوری‌شده است؟

در آن زمان محل استقرار ما دانشگاه علوم بهزیستی در تهران بود. کاری که ما می‌کردیم در روستاها بود و پراکندگی آن زیاد بود و اگر اطلاعات ثبت نمی‌شد نابود می‌شد. بنابراین من برنامه نرم‌افزاری تهیه کردم به‌گونه‌ای که اگر برای فرد دارای معلولیتی مثل احمد، کاری در خانه‌اش انجام می‌گرفت، بلافاصله در برنامه نرم‌افزاری ما ثبت می‌شد. ما یک سیستم گزارش‌گیری از بهورزان به کاردان‌ها و از کاردان‌ها به کارشناس‌ها و از آنجا به مرکز استان داشتیم و این‌ها همه فرمت‌های مشخصی داشتند که نتایج همه وارد نرم‌افزار می‌شد. اگر در هرلحظه می‌خواستیم بدانیم مثلاً در منطقه بیارجمند الآن چه خبر است، صفحه‌ای باز می‌شد که گزارش می‌داد در این محل چند فرد دارای معلولیت هست؟ نام هرکدام چیست و چه‌کارهایی برایش صورت گرفته و چه‌کارهایی باید برایش انجام شود؟ و به‌محض این‌که کار دیگری هم انجام می‌شد، دوباره ثبت می‌شد. درواقع ما یک برنامه کامل برای ثبت اطلاعات آماری و خدماتی داشتیم که این اسناد حتماً موجود هستند.

در این پروژه با چند نفر همکاری می‌کردید؟

در تهران من و یک گروه ده نفره از کارشناسان بودیم که با همکاری همدیگر ستاد توان‌بخشی مبتنی بر جامعه کشور را تشکیل داده بودیم.

من
در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه
دنبال کیفیت زندگی
افراد دارای معلولیت می‌گشتم
نه کمیت آن

در مرکز هر ۲۱ استان، یک کارشناس داشتیم، کارشناسان فیزیوتراپی، کار درمانگر و شنوایی‌سنج و... داشتیم که در شهرستان‌های دیگر استان پراکنده بودند. آنها فرم‌هایی در اختیار داشتند که می‌توانستند فرد دارای معلولیت را به سطوح بالاتر یا پایین‌تر ارجاع کتبی بدهند. در حقیقت ما شش دامنه را دیده بودیم. توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، با آموزش خانواده زنده‌است. اگر شما آموزش خانواده را از توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بگیرید، مثل این است که خون یک بدن را کشیده باشید. اساس توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، بر آموزش خانواده است. ضمن این‌که همیاری محلی را هم می‌خواهد. مرحله بعد آموزش در مدرسه است و بعد ارجاع برای کارهای کلینیکی و گرفتن خدمات توان‌بخشی پزشکی و یا ارجاع برای کاریابی در یک منطقه بالاتر از منطقه‌ای که فرد دارای معلولیت در آن زندگی می‌کند. ما این طبقه‌بندی را انجام داده بودیم.

اولین کاری که در سازمان بهداشت جهانی انجام گرفت مسأله شبکه‌سازی[3] بهداشت بود. بعد از بیست سال، توان‌بخشی مبتنی بر جامعه برای افراد دارای معلولیت شکل گرفت، در کنار آن یونسکو هم کار خود را انجام می‌داد، یونیسف هم کار خودش را داشت و امور پناهندگان هم کار خود را انجام می‌داد. یعنی همه این سازمان‌ها با هم در ارتباط بودند و اگر کشوری این ارتباطات را رعایت می‌کرد، حتماً نتیجه بهتری می‌گرفت.

برای مثال آموزش‌وپرورش خیلی با ما همکاری نمی‌کرد ولی اگر آنها از ما کمک می‌خواستند ما خیلی استقبال می‌کردیم. اگر مدرسه‌ای برای دانش‌آموز دارای معلولیت خود نیاز به مناسب‌سازی محیط مدرسه را داشت یا نیاز به توالت فرنگی داشت، ما این کار را انجام می‌دادیم. جالب این بود که کارها در روستاها خیلی راحت‌تر صورت می‌گرفت و هرچه بالاتر می‌آمدیم انجام کار سخت‌تر می‌شد. به‌طوری‌که هماهنگ کردن کارها در مرکز ایران، خیلی مشکل‌تر از مرکز استان و در یک مرکز شهرستان بود. زمانی که ما کار می‌کردیم به دنبال این بودیم که توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در سطح روستاها را، به خود شبکه بهداشت کشور واگذار کنیم و شبکه بهداشت این کار را به‌عنوان سطح سوم پیشگیری انجام دهد. ما می‌خواستیم که توان‌بخشی به‌عنوان سطح سوم پیشگیری در اختیار نظام شبکه بهداشت قرار گیرد و ازآنجاکه مرزی بین جامعه روستایی و شهری وجود داشت، هر مقدار بار اضافی را در معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی بیاوریم. ولی متأسفانه برای دوستان در بهزیستی این سؤال به وجود آمده بود که این‌ها دارند توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را نابود می‌کنند!

من در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه دنبال کیفیت زندگی افراد دارای معلولیت می‌گشتم نه کمیت آن. برای من مهم نبود که بیست هزار نفر تحت پوشش ما باشند بلکه مهم این بود که زندگی این بیست هزار نفر، تغییر کیفی کرده باشد. برای همه ما که با هم کار می‌کردیم، خیلی ارزش داشت که یک فرد دارای معلولیت با اعضای خانواده همبستگی پیدا کند. از طرف دیگر وقتی جامعه‌نگراست، یعنی دمکراتیک است. یعنی مردم در آن حضور دارند، از شما سؤال می‌کنند و شما باید جوابگو آنها باشید.

ما به دنبال این شرایط بودیم. یا ما آدم‌های ایده‌آل‌گرایی بودیم و یا چون نتیجه کار را درجایی مثل بیارجمند دیده بودیم، احساس می‌کردیم بیارجمند می‌تواند ده‌ها نقطه دیگر هم در ایران باشد.

3. Networking

سالنمای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه

احمد نظری*

مفهوم توان‌بخشی مبتنی برجامعه[1] توسط سازمان بهداشت جهانی[2] در اواخر دهه ۱۹۷۰ جهت افزایش سطح پوشش خدمات توان‌بخشی برای افراد دارای معلولیت ارائه گردید. تمرکز آن در ابتدا بر جنبه‌های پزشکی و عملکردی بود. سایر آژانس‌های سازمان ملل از جمله یونسکو و سازمان جهانی کار[3] نیز خیلی زود، رویکردهای مشابهی را برای پاسخگویی به جنبه‌های توان‌بخشی و شغلی پیشنهاد نمودند. اجرای فعالیت‌های میدانی مبتنی براین رویکرد که بر منابع، مهارت‌ها و ظرفیت‌های موجود در خانواده‌ها و جامعه محلی ارج می‌نهد، تحت عنوان؛ مدل سازمان بهداشت جهانی، مدل یونسکو و مدل سازمان جهانی کار شناخته شدند.

رویکرد چند بخشی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه

برای اثربخشی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، افراد دارای معلولیت به رویکردی چند بخشی نیاز دارند تا بدین طریق تمامی جنبه‌های زندگی آنها را پوشش دهد. روشن بود که فعالیت‌های مرتبط با جنبه‌های پزشکی، اجتماعی، روانشناختی، آموزشی و شغلی، تاثیر محدودی بر زندگی افراد دارای معلولیت خواهند داشت، مگر این‌که نگرش جامعه تغییر یابد و سیاست‌های ملی و قوانین موثر بوجود بیایند تا فرصت‌های مساوی برای تمام شهروندان و افراد دارای معلولیت فراهم شود؛ تا آنها خود امکان انتخاب داشته باشند و خویشتن را در امور مربوط به زندگی‌شان توانمند سازند.

این تحول در مفهوم توان‌بخشی مبتنی بر جامعه منجر به همکاری مشترک سازمان بهداشت جهانی، یونسکو و سازمان جهانی کار در سال ۱۹۹۴ گردید و منشور مشترک توان‌بخشی مبتنی بر جامعه ارائه شد که آن مدلی است فراسوی "مدل‌های" گوناگون. تعریف این مدل مشترک چنین است: توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، راهبردی است در درون توسعه همگانی جامعه برای ارائه خدمات توان‌بخشی، ایجاد فرصت‌های مساوی و هم‌آمیزی اجتماعی تمامی کودکان و بزرگسالان دارای معلولیت. توان‌بخشی مبتنی بر جامعه از طریق تلاش‌های مشترک افراد دارای معلولیت، خانواده‌ها و جوامع‌شان، خدمات بهداشتی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی مناسب تحقق می‌یابد.

*کارشناس توان‌بخشی و سرپرست مرکز آموزش علمی و کاربردی بهزیستی و تامین اجتماعی استان سیستان و بلوچستان

تاریخچه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه

در زیر رخدادهای مهم در زمینه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بر حسب سالنمای آن آورده می‌شود:

1974 آغاز شکل‌گیری توان‌بخشی مبتنی برجامعه. در این سال در یکی از اسناد سازمان جهانی بهداشت در خصوص خدمات توان‌بخشی چنین آمده است:

- خدمات توان‌بخشی در کشورهای در حال توسعه عملاً وجود ندارد یا بسیار ناکافی است.
- دراکثر کشورهای مذکور فقدان برنامه‌ریزی ملی و عدم هماهنگی خدمات (پزشکی، آموزشی، حرفه‌ای، اجتماعی و...) دیده می‌شود.
- خدمات توان‌بخشی پزشکی معمولاً بر مراقبت موسسه‌ای متمرکز است و با توجه به هزینه‌های صرف شده، بازگشت بیماران به جامعه نیز با آهنگ کندی صورت می‌گیرد.

در یکی از اسناد یونسکو چنین آمده است:

- واقعیت تلخ این است که اکثریت کودکان و جوانان دارای نیازهای آموزشی ویژه، آموزش مناسبی را دریافت نمی‌کنند، گرچه به آنها در کل هر نوع

1. Community Based Rehabilitation
2. WH0
3. ILO

آموزشی ارائه می شود".
دراین سال ایده‌ها و ابتکارات جدید از سوی سازمان جهانی بهداشت، در خصوص نظام مراقبت اولیه بهداشتی ارائه گردید.

1978 برگزاری کنفرانس آلماتا در خصوص مراقبت اولیه بهداشتی و بیانیه "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰"
- "انقلاب مراقبت بهداشتی" اشاره بر این داشت که جهت حرکت از سوی نظام‌های تخصص محوری، بسوی نظام های مردم محوری است.
- مطالعه تکنولوژی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در این سال آغاز شده است. مفهوم این تکنولوژی بر این نظر استوار است که اعضای خانواده بهترین منبع برای انجام آموزش روزانه و مراقبت از فرد دارای معلولیت هستند.

1981 این سال از سوی سازمان ملل به عنوان سال جهانی معلولان اعلام گردید.

1983-1992 به عنوان دهه معلولان نامگذاری شد.

1989 انتشار اولین ویرایش کتابچه‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه تحت عنوان " آموزش در جامعه برای کمک به افراد دارای معلولیت ". این مجموعه چندین بار مورد بازبینی قرار گرفت و اکنون به بیش از ۵۰ زبان ترجمه شده است.

1994 منشور مشترک توان‌بخشی مبتنی بر جامعه از سوی سازمان بهداشت جهانی، یونسکو و سازمان بین‌المللی کار ارائه و چنین تعریف گردید:
"توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، راهبردی است در درون توسعه همگانی جامعه برای ارئه خدمات توان‌بخشی، ایجاد فرصت‌های مساوی و هم‌آمیزی اجتماعی تمامی کودکان و بزرگسالان دارای معلولیت. این راهبرد، از طریق تلاش‌های مشترک افراد دارای معلولیت، خانواده‌ها و جوامع‌شان، خدمات بهداشتی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی مناسب تحقق می‌یابد."

2004 در این سال، منشور مشترک سازمان بهداشت جهانی، سازمان جهانی کار و یونسکو در مورد توان‌بخشی مبتنی بر جامعه مورد بازبینی قرار گرفت و مفهوم و جهت‌های آتی آن ارتقا یافت و چنین تعریف گردید:
" توان‌بخشی مبتنی بر جامعه"راهبردی است برای توان‌بخشی، تساوی فرصت‌ها، کاهش فقر و هم‌آمیزی اجتماعی افراد دارای معلولیت"

2010 انتشار مجموعه کتاب‌های ماتریس توان‌بخشی مبتنی بر جامعه توسط سازمان بهداشت جهانی، سازمان جهانی کار و یونسکو
- برگزاری کنگره‌های بین‌المللی مختلف در سطح جهان در سال‌های اخیر از جمله تایلند، مالزی، ژاپن، فیلیپین و...

توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در ایران

۱۳۷۰ ترجمه کتابچه‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در ایران
- تحت عنوان "آموزش در جامعه برای کمک به افراد دارای معلولیت " توسط ستاد توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در ایران، سازمان بهزیستی کشور

۱۳۷۲ اجرای آزمایشی طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در روستاهای بیارجمند و میامی در شهرستان شاهرود توسط سازمان بهزیستی و با مشارکت شبکه بهداشت.

۱۳۷۴ تشکیل ستاد توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در سازمان بهزیستی کشور

۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ آموزش کارشناسان توان‌بخشی بهزیستی استان‌های کشور و اجرای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در تمامی استان‌ها

۱۳۸۵ اجرای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه و گسترش آن با رویکرد چند بخشی و عقد تفاهم‌نامه با وزارت کشو ر

۱۳۸۷ اجرای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه با رویکرد تسهیل‌گری (تسهیل‌گران تحصیل‌کرده با مشارکت موسسات غیر دولتی)

۱۳۹۲،۱۳۹۰ و ۱۳۹۴ برگزاری کنگره‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در استان‌های قزوین، مازندران و تهران

۱۳۹۲ ترجمه و انتشار کتاب‌های ماتریس توان‌بخشی مبتنی بر جامعه توسط سازمان بهزیستی کشور (معاونت توان‌بخشی، دفتر توان‌مندسازی معلولان و گروه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه)

۱۳۹۳ هدف‌گذاری برای پوشش صد درصدی تمام روستاهای کشور تا پایان سال ۱۳۹۴

محمدرضا اسدی، معاون توان‌بخشی بهزیستی استان تهران است. او از سال ۷۵ و از شروع طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، در این حوزه فعالیت داشته‌است. این کارشناس توان‌بخشی بعد از جدا شدن سازمان بهزیستی از وزارت بهداشت و درمان، توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را از طریق ارتباط با وزارت کشور و از طریق دهداران روستایی ادامه داد. در مورد فراز و نشیب‌هایی که اجرای این طرح با آن روبه‌رو بوده و دستاوردهای این طرح به گفت‌وگو نشستیم که می‌خوانید.

نیت ما این است که جامعه را به سمتی سوق دهیم که جلوتر از ما حرکت کند!

محمدرضا اسدی | معاونت توان‌بخشی بهزیستی استان تهران

آقای اسدی شما از ابتدای راه اندازی طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در ایران، با این طرح همراه بوده‌اید. لطفا در مورد روندی که این طرح در کشور ما پیمود و جایگاه فعلیش، صحبت کنید.

پروژه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در ایران از سال ۱۳۷۲ به‌طور پایلوت در دو منطقه بیارجمند و میامی شاهرود در استان سمنان، با همکاری سازمان بهداشت جهانی[1] شروع شد.

آن زمان سازمان بهزیستی زیرنظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. توان‌بخشی مبتنی بر جامعه کار مشترکی بین سازمان بهزیستی و بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی[2] که پایگاه‌های آن خانه‌های بهداشت روستایی بودند، بود. آن زمان افرادی که در روستاها به بحث سلامت روستائیان اشراف داشتند، بهورزان بودند. بیشتر بهورزان مدارک تحصیلی پایین‌تر از دیپلم داشته ولی با دوره‌های متعدد بازآموزی که برای آنها گذاشته‌می‌شد، علاوه بر دانش، مهارت‌های عملی هم پیدا می‌کردند. از این فرصت ذی‌قیمت، سازمان بهزیستی استفاده کرد و علی‌رغم تمام مشکلات، طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را از طریق این سیستم و با کمک بهورزان اجرایی کرد.

منظور از توان‌بخشی مبتنی بر جامعه چیست و چه لزومی در طراحی آن وجود داشت؟

باید دید توان‌بخشی در دنیا چه مراحلی را پیمود که به توان‌بخشی مبتنی بر جامعه رسید. توان‌بخشی تاریخی قدیمی دارد. از ابتدا توان‌بخشی در دنیا و ازجمله در کشور ما، سه رویکرد داشت. یکی اینکه از طریق مؤسسات انجام شود، یعنی موسسه‌ای شخص دارای معلولیت را از طریق ارجاع پزشک به مؤسسات توان‌بخشی جهت فیزیوتراپی یا کاردرمانی و... می‌فرستاد. ولی به این دلیل که تعداد مراکز و تعداد فارغ‌التحصیلان توان‌بخشی کم بودند، دسترسی افراد دارای معلولیت به این مراکز، محدود و پذیرش این مراکز هم محدود بود. نه‌تنها در ایران که در همه جای دنیا به همین صورت بود. پس عده بی‌شماری از افراد دارای معلولیت از خدمات توان‌بخشی جا می‌ماندند. امکان توسعه این مراکز هم نبود چون هم آموزش متخصص و هم تهیه تجهیزات آن گران بود و هم امکان پذیرش افراد دارای معلولیت و پاسخگویی به آنها محدود بود. علاوه بر آن مثلاً یک مرکز فیزیوتراپی در روز می‌توانست بیست فرد دارای معلولیت را پذیرش کند، درحالی‌که تعداد متقاضیان بسیار زیاد بودند. از طرف دیگر خیلی از متقاضیان به علت دوری راه و عدم توان مالی نمی‌توانستند به این مراکز مراجعه کنند. به این رویکرد در توان‌بخشی، خدمات مبتنی بر مؤسسات می‌گویند. بعدها این رویکرد بوجود آمد که خدمات توان‌بخشی را به افراد دارای معلولیت برسانند. این رویکرد، خدمت‌رسانی سیار بود. یعنی گروه توان‌بخشی را به خانه‌های افراد دارای معلولیتی که امکان آمدن به مراکز نداشتند را می‌بردند. چون افرادی بودند که معلولیتشان به حدی شدید بود که امکان رفت‌وآمد برایشان مشکل و پر هزینه بود.

1. WHO
2. PHC

این رویکرد هم بخشی از افراد دارای معلولیت را تحت پوشش قرارمی‌داد، چون برای این کار، هم متخصص کم داشتیم و هم تعداد افراد نیازمند زیاد بودند. بنابراین هزینه این روش بیشتر از روش اول بود. براساس آماری که در سال ۱۹۸۲-۱۹۸۱ گرفته شد معلوم شد که چیزی حدود ۲۵۰ میلیون فرد دارای معلولیت در جهان زندگی می‌کنند که ۸۰٪ این افراد در کشورهای در حال توسعه یا جهان سوم و یا محروم هستند و فقط ۲۰٪ آنها در مناطق برخوردار یا کشورهای پیشرفته زندگی می‌کردند. همین تناسب دقیقا در کشور ما هم بود. یعنی ۸۰٪ از افراد دارای معلولیت در کشور ما در روستاها و یا مناطق کمتر برخوردار بودند.

به همین خاطر رویکرد دیگری را در پیش گرفتند و به این نتیجه رسیدند که تخصص را کم کنند و کارآیی را بیشتر. یعنی حتما نیاز نباشد که برای توان‌بخشی، کارشناس یا فوق لیسانس فیزیوتراپی یا شنوایی‌سنجی یا کار درمانی تربیت کنیم. به جای آن می‌توانیم افرادی را تربیت کنیم که دانشی را که یک متخصص در ظرف چند سال در دانشگاه یاد می‌گیرد را در مدت کوتاهی با کتابچه‌هایی که سازمان بهداشت جهانی چاپ کرده بود به دست بیاورند. در آماری که در سال ۱۹۸۱ به دست آمد نشان داده شد که آن ۲۰٪ از افراد دارای معلولیتی که در مناطق برخوردار زندگی می‌کردند، ۹۸٪ کل خدمات توان‌بخشی دردنیا را دریافت می‌کردند و ۸۰٪ افرادی که در مناطق محروم زندگی می‌کردند، تنها ۲٪ آن خدمات را می‌گیرند. این باعث شد که در کنفرانس آلماتا در قزاقستان در سال ۱۹۸۸ به این نتیجه رسیدند که نمی‌توان فقط به پیشگیری و درمان و مراقبت پرداخت، توان‌بخشی هم، بخشی از مراقبت‌های اولیه بهداشتی است. اینجا بود که اساتید بزرگ توان‌بخشی در دنیا مثل پرفسور هلادور، رویکرد توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را مطرح کردند.

در رویکرد اول یعنی توان‌بخشی موسسه‌ای، فقط به فرد دارای معلولیت و در رویکرد دوم یا توان‌بخشی سیار، به فرد معلول و خانواده و در رویکرد سوم یعنی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه به فرد دارای معلولیت، خانواده و جامعه توجه شده بود. بنابراین از طریق تربیت افراد میانی یعنی افرادی که نه متخصص بودند و نه بی‌سواد، از بین جامعه محلی افرادی را آموزش

در رویکرد اول یعنی توان‌بخشی موسسه‌ای، فقط به فرد دارای معلولیت و در رویکرد دوم یا توان‌بخشی فرا موسسه‌ای، به فرد معلول و خانواده و در رویکرد سوم یعنی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه به فرد دارای معلولیت، خانواده و جامعه توجه می‌شود

دادند به اسم تسهیل‌گر که ما در ایران از بهورزان استفاده کردیم. چون این افراد، دانش سلامت و بهداشت را داشتند، ما می‌توانستیم دانش توان‌بخشی را هم به آنها منتقل کنیم. اولین رویکرد ما در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در ایران توسط وزارت بهداشت و خانه‌های بهداشت از طریق نظام بهداشتی اولیه شروع شد. به بهورزان طی دوره‌های دوازده روزه آموزش‌هایی داده شد و کتابچه‌هایی هم از طرف سازمان جهانی بهداشت در اختیارشان قرار داده شد. برای آموزش بیشتر و بهتر فراگیران، از به کار بردن کمترین لغات و بیشترین تصاویر در این کتابچه‌ها استفاده شد. در سال ۷۴ در پنج شهر از پنج استان، این کار رسما شروع شد و در سال ۷۵ به شش استان رسید. در سال ۸۱-۸۰ نصف استان‌های کشور تحت پوشش این طرح قرار گرفتند. ولی در سال ۸۴ که سازمان بهزیستی از وزارت بهداشت جدا شد و زیرنظر وزارت رفاه قرار گرفت، ارتباط سازمانی ما با وزارت بهداشت قطع شد.

بهورزان در این طرح دقیقا چه خدماتی را ارایه می‌دادند؟

کتابچه‌هایی که در اختیار بهورزان قرار گرفته بود براساس هر نوع معلولیت تدوین‌شده بود. مثلا کتابچه یک، دو، سه درمورد آموزش برای نابینایان بود. این‌که خانواده با فرد نابینا چه کند و یا فرد نابینا برای جهت‌یابی چه باید بکند؟ بهورزان این کتابچه‌ها را آموزش می‌دادند. اگر خانواده سواد کافی نداشت آنها موظف بودند که خودشان این کتابچه‌ها را آموزش دهند و اگر در خانواده فرد باسوادی بود، بهورزان آموزش اولیه را به او می‌دادند و کتابچه‌ها را در اختیار خانواده قرار می‌دادند و یا به خود فرد دارای معلولیت آموزش می‌دادند. با توجه به رویکردهای موسسه‌ای و فرا موسسه‌ای، تعداد زیادی از افراد دارای معلولیت باقی‌مانده بودند که از خدمات توان‌بخشی بی‌بهره بودند. معلولیت، پیشگیری‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه دارد و اگر این افراد به حال خود رها شوند، معلولیت آنها تشدید می‌شود، بنابراین لازم بود که آگاه‌سازی نسبت به این افراد صورت بگیرد.

شما چه نوع ارتباطی با بهورزان برقرار کرده‌بودید و چه انتظاری از آنها داشتید؟

ما شش خدمت را تعریف کرده بودیم که بهورزان با همکاری سازمان بهزیستی آنها را انجام دهند. یکی همان آموزش کتابچه‌های سازمان بهداشت جهانی بود. علت اینکه بهورزان انتخاب‌شده بودند این بود که این افراد اطلاعات پایه ارزشمندی داشتند و دقیقا می‌دانستند در هر خانواده روستایی چند نفر و در چه سنی زندگی می‌کنند، پدر کیست، چند بچه وجود دارد، مادر خانواده در سنین باروری هست یا نه؟ و... بنابراین این افراد خوب می‌دانستند که در فلان خانه یک یا چند فرد دارای معلولیت وجود دارد؟ می‌آمدند و می‌گفتند که مثلا در این روستا شش فرد دارای معلولیت وجود دارد که در سن مدرسه هستند. خدمت دوم ما تسهیل درس خواندن این افراد بود. اگر این فرد به مدرسه نمی‌رفت باید از طریق بهزیستی پیگیری می‌شد که چرا به مدرسه نمی‌رود؟ ممکن بود مدرسه سطح شیب‌دار نداشت که بهزیستی موظف بود با کمک اهالی روستا این سطح شیب‌دار را ایجاد کند. در شروع کار یکی از وظایف بهورزان تشکیل شورای توان‌بخشی روستا بود که اعضای آن؛ یک فرد متمکن روستا، روحانی روستا، معلم روستا، یک نفر از خانواده فرد دارای معلولیت و خود فرد بود. این افراد در شورا بررسی می‌کردند که چه خدماتی در روستا برای افراد دارای معلولیت باید در نظر گرفته شود. بودجه‌ای هم بهزیستی برای این شورا تعیین کرده بود. پس دومین خدمت، آموزش‌های خارج از خانواده بود که در مدارس پیگیری می‌شدند. کمک هزینه تحصیلی از طریق بهزیستی به این افراد داده می‌شد ویا هزینه ایاب و ذهاب آنها فراهم می‌شد. خدمت سومی که در آن زمان در روستاها ارایه می‌شد،

تهیه وسایل کمک توان‌بخشی بود که یا در محل ساخته می‌شد و یا در جای دیگری تهیه و ارسال می‌شد. چهارمین خدمتی که در روستاها ارایه می‌شد این بود که اگر این افراد نیاز به خدمات توان‌بخشی، فیزیوتراپی و توان پزشکی داشتند، بهورز با آموزش‌هایی که دیده بود این افراد را به بهزیستی معرفی می‌کرد و آنها از طریق بهزیستی به بیمارستان ارجاع می‌شدند و با کمک بهزیستی و وزارت بهداشت، اقدامات لازم و گاهی عمل جراحی به روی این افراد صورت می‌گرفت.
خدمت پنجم، شناسایی افراد دارای معلولیت بین ۱۸ سال تا ۴۵ سال توسط بهورزان بود تا سرمایه شغلی برای این افراد در نظر گرفته شود. برای آن‌ها آموزش‌های شغلی و توان‌بخشی حرفه‌ای انجام می‌شد. افرادی بودند که به دلیل نداشتن دیپلم و یا مشکلات دیگر زمینه ورود به آموزش‌های فنی و حرفه‌ای را نداشتند. در بعضی از استان‌ها ما تفاهم‌نامه‌ای با سازمان فنی و حرفه‌ای امضا کردیم تا افراد جامانده از تحصیل را در محل آموزش بدهند و اگر زن دارای معلولیتی را می‌دیدیم که می‌تواند در خانه خیاطی یا دامداری کند از محل تسهیلات بهزیستی، چرخ خیاطی یا گاو و گوسفند برایش خریداری می‌کردیم. ششمین خدمتی که انجام می‌دادیم، خدمات اجتماعی بود. یعنی یک سری از مشکلات فرد دارای معلولیت حل‌شده بود ولی می‌دیدیم که این فرد در خانه یخچال ندارد یا بخاری ندارد یا فرش ندارد و وسایل معیشتی و خورد وخوراک ندارد. در این طرح بودجه‌هایی در نظر گرفته شده‌بود که می‌توانستیم به آنها سرویس دهیم.

بعد از اینکه سازمان بهزیستی از وزارت بهداشت جدا شد،چه اتفاقی برای خدمات مبتنی بر جامعه افتاد؟

در اواخر سال ۸۳ بهزیستی از وزارت بهداشت جدا شد و در سال ۸۴ طی نامه‌ای که معاون وزیر بهداشت آن زمان صادر کرد، خانه‌های بهداشت برای اجرای این طرح دیگر همکاری نکردند. ما تا آن زمان نیمی از استان‌های کشور را تحت پوشش قرار داده بودیم و نصف دیگر باقی‌مانده بود. بعد از آن به فکر یک جایگزین افتادیم و دیدیم که وزارت کشور پتانسیل خوبی دارد. چون هر روستا یک متولی داشت که او دهیار بود و دهیاری هم زیرنظر وزارت کشور بود. اگر دهیار به بهورز یا معلم

به فکر یک جایگزین افتادیم و دیدیم که وزارت کشور پتانسیل خوبی دارد. چون هر روستا یک متولی داشت که آن دهیار بود و زیر نظر سطوح مختلف وزارت کشور کار می‌کرد و متولی برنامه‌های دستگاه‌های دولتی در روستا بود

روستا دستوری بدهد آنها نمی‌توانند این دستور را اجرا نکنند.
بنابراین جلساتی با معاون وزیر وقت کشور که رئیس سازمان دهیاری و شهرداری‌های آن زمان بودند گذاشتیم. ایشان شرح وظایفی که برای دهیاران تهیه شده بود را در اختیار ما گذاشتند و گفتند هرچه می‌خواهید به آن اضافه کنید. ما هم وظایفی را در راستای توان‌بخشی به این موارد اضافه کردیم و تفاهم‌نامه‌ای را در سال ۸۵ به امضای رئیس وقت سازمان بهزیستی و معاون وزیر کشور و رئیس سازمان دهیاری و شهرداری‌های وزارت کشور رساندیم. در واقع ما رویکرد خود را از مراقبت‌های اولیه بهداشتی به رویکرد چندبخشی تغییر دادیم و دهیاران در روستاها متولی امر توان‌بخشی مبتنی بر جامعه شدند. بعد از آن در بعضی از روستاها در کنار دهیاری روستا، تابلویی زده شد با عنوان شورای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در روستا. طبق اساسنامه دهیار موظف شد هر هفته جلساتی با اعضای شورا تشکیل دهد و پیگیری‌هایی را صورت بدهد. از سال ۸۵ که توان‌بخشی مبتنی بر جامعه با رویکرد چند بخشی از طریق وزارت کشور و شرکای دیگر شروع شد تا سال ۸۷، ما از شناسایی هفتاد هزار فرد دارای معلولیت، به شناسایی ۲۸۰ هزار نفر رسیدیم که جهش بسیار خوبی بود و تقریبا همه روستاهای ما تحت پوشش قرار گرفته‌بودند.

آیا دهیاران آموزش‌های لازم را دیدند و با این طرح آشنایی کامل پیدا کردند؟

بله دهیاران آموزش دیدند و افرادی را هم معرفی کردند که آموزش ببینند. سپس شوراها تشکیل شد و گسترش پیدا کرد و مردمی‌تر شد. نهاد قانونی که بر روستا مسلط بود، شریک ما شده بود و جهش خوبی داشتیم. ما تجربه بهورزان را داشتیم که با کمترین مدرک تحصیلی کار توان‌بخشی را به‌خوبی انجام می‌دادند. ولی در سال ۸۷ به این نتیجه رسیدیم که افراد تحصیل‌کرده و حتی کارشناس در روستاها زیاد شده‌اند پس برای افزایش مبتنی بر جامعه بودن توان‌بخشی، تصمیم گرفتیم از پتانسیل افراد باسواد در روستاها استفاده نماییم. یعنی افراد باسوادتر از خود روستا خصوصا از جامعه معلولان را پیدا کنیم و از آن‌ها دعوت به همکاری کنیم. بنابراین طرحی را پیشنهاد دادیم که طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه با رویکرد تسهیل‌گران تحصیل کرده بود. به همین منظور افراد تحصیل کرده روستایی را شناسایی کردیم و اگر این افراد دچار معلولیت هم بودند یا افراد خانواده‌شان معلولیت داشتند، از امتیاز بالاتری برخوردار بودند. این افراد را آموزش دادیم و قرار شد که هر فرد به عنوان تسهیل‌گر محلی، ۲۵ تا ۳۰ فرد دارای معلولیت را در آن روستا آموزش دهد، هر پنج تسهیل‌گر محلی، توسط یک تسهیل‌گر میانی کنترل شود و تسهیل‌گر میانی با کارشناس توان‌بخشی مبتنی بر جامعه ما در آن شهرستان در ارتباط باشد. تسهیل‌گر محلی هم موظف بود تا شورای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را تشکیل دهد. تفکر ما در این رویکرد سوم یعنی آموزش تسهیل‌گران محلی این بود که طرح با مشارکت بیشتر جامعه انجام شود. به طوری که اکنون چیزی حدود چهار هزار تسهیل‌گر داریم و ۹۶٪ از روستاهای سراسر کشور تحت پوشش توان‌بخشی مبتنی برجامعه قرار دارند که تا آخر سال ۹۴ این آمار به ۱۰۰٪ خواهد رسید. به عبارتی تا پایان سال چیزی حدود ۴۴۰ هزار نفر از جمعیت ۲۳ میلیونی روستایی که هدف گذاری کرده‌ایم تحت پوشش قرار خواهند گرفت. پس از آن قرار است به مناطق حاشیه شهر و مناطق محروم و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر که از خدمات توان‌بخشی محروم هستند برسیم.

به نظر شما طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در روستاهای ما موفق بوده است؟

به نظر من تا حد زیادی موفق

بوده‌اند. ولی باید به این فکر کرد که اگر نبود چه می‌شد؟ به وضعیت افراد دارای معلولیت در کشور و در همه جای دنیا باید از دو زاویه نگریست. یکی رسیدن به وضعیت مطلوب است که نه من و نه هیچ‌کدام از همکارانم از وضع موجود راضی نیستیم که اگر راضی باشیم یعنی غافل هستیم. ولی آنچه که انجام می‌شود چیزی است که در حد بضاعت در شرایط فعلی است. ما چون خطرات عوارض معلولیت را می‌دانیم به عنوان یک کارشناس تخصصی توان‌بخشی می‌گوییم اگر توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در کشور ما بر قرار نبود با وجود مشکلات موجود و با تمام کوتاهی‌هایی که دستگاه‌های دیگر درروند این کارانجام دادند، الان بجای اینکه بگوییم از جمعیت معلولان ما فقط ده تا بیست درصد معلولیت شدید دارند باید می‌گفتیم که ۵۰ درصد از معلولان ما معلولیت شدید دارند. چون می‌دانیم اکه اگر به این افراد توجه نمی‌شد، معلولیت‌شان شدت بیشتری می‌گرفت. ما کسانی را تربیت کردیم که از شدت گرفتن معلولیت‌ها جلوگیری کنند.

فرآیندتوان‌بخشی مبتنی بر جامعه در شهرها و حاشیه شهرها چگونه اجرا می‌شود؟

ما به دنبال این هستیم که تفکر توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را در شهرها هم ایجاد کنیم. در شهرها دسترسی افراد دارای معلولیت به مراکز و موسسات توان‌بخشی بیشتر از قبل شده است. یعنی آن سیستم موسسه‌ای و سیستم فراموسسه‌ای یا سیار، هنوز در شهرها وجود دارد. ما الان تیم‌های سیار ضایعه نخاعی داریم ولی در این فکرهستیم که توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را در حاشیه شهرها هم بیاوریم.

آیا کانون معلولان محلات شهرداری‌ها می‌توانند به‌نوعی کمک به توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در شهرها باشد؟

ما در تهران ۳۵۱ کانون معلولان محلات داریم. در جلساتی که داشته‌ایم این مسأله را مطرح کردیم که به عنوان الگویی برای توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در شهر تهران از این کانون‌ها شروع کنیم. می‌دانید که خانه‌های سلامت محلات ده کانون دارند که یکی از آنها کانون معلولان است. اعضای این کانون افراد همین محلات هستند. خود این کانون‌ها به‌خوبی اصول توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را رعایت کرده‌اند و این فرصتی است که باید آن را مغتنم بدانیم. می‌توانیم اعضای این کانون‌ها را آموزش دهیم و توان‌بخشی مبتنی بر جامعه شهری را به یک الگوی کشوری تبدیل کنیم. افرادی که در خود کلان‌شهر تهران دسترسی کمتری به خدمات توان‌بخشی دارند، می‌توانند به این کانون‌ها مراجعه کنند تا از عوارض ثانویه معلولیت در این افراد پیشگیری شود. برنامه این است که آگاه‌سازی‌هایی صورت بگیرد و از طریق کانون محلات، توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را در شهرها هم مطرح کنیم.

قرار شد که هر فرد به عنوان تسهیل‌گر محلی، ۲۵ تا ۳۰ فرد دارای معلولیت را در آن روستا آموزش دهد، هر پنج تسهیل‌گر محلی، توسط یک تسهیل‌گر میانی کنترل شود و تسهیل‌گر میانی با کارشناس توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در آن شهرستان در ارتباط باشد

آیا کانون‌های محلات فقط در شهر تهران راه افتاده‌اند ؟

این کانون‌ها فعلا فقط در شهر تهران هستند. در حال حاضر ما در ده شهر زیر پنجاه‌هزار نفر در ده استان به طور پایلوت در حال کار هستیم ولی در تهران این ظرفیت از طریق کانون‌های محلات شهرداری وجود دارد. البته قرار است شهرداری مشهد، اصفهان و تبریز هم‌چنین کانون‌هایی را ایجاد کنند. به نظر می‌رسد کانون معلولان محلات ظرفیت و پتانسیل خیلی خوبی برای بحث توان‌بخشی مبتنی بر جامعه دارند.

غیر از شهرداری چه ارگان‌هایی می‌توانند در بحث توان‌بخشی مبتنی بر جامعه کمک‌کننده باشند؟

خیلی از ارگان‌ها می‌توانند کمک‌کنند. متاسفانه بهزیستی در امر پرداختن به نیازهای افراد دارای معلولیت تنها است. بعضی ارگان‌ها بسته به بضاعت خود کمک‌هایی می‌کنند ولی سازمان‌های مردم نهاد مخصوصا در حوزه معلولیت نهادهای نوپایی هستند که تا توانمند شدن آنها هنوز راه زیادی باقی است. نیتمان این است که جامعه را به سویی سوق دهیم، ظرفیت‌سازی کنیم و حمایت کنیم تا به جایی برسیم که خود جامعه جلوتر از ما قدم بردارد.

آیا توان‌بخشی مبتنی بر خانواده نیز جزئی از توان‌بخشی مبتنی بر جامعه محسوب می‌شود؟

توان‌بخشی مبتنی بر خانواده طرحی است که آقای مهندس رضایی ایجاد کرده‌اند. ایشان خودشان مدت‌ها در این زمینه فعالیت داشته‌اند. توان‌بخشی مبتنی بر خانواده طرحی است که برای اینکه تفکر توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را جاری کنیم، بتوانیم اعتباراتی بگیریم و به معلولیت‌هایی که نیاز به خدمات ویژه‌تری دارند، بپردازیم. آمدیم افراد معلول با نیازهای ویژه‌تر را جدا کردیم و طرح خاصی برایشان گذاشتیم تا با همان تفکر آموزش به فرد و آموزش به خانواده، خدماتی به آنها ارایه شود.

چه چشم‌اندازی برای ادامه فعالیت در این حوزه دارید؟

چشم‌اندازمان این است که بتوانیم به مسایل جزیی‌تر و خاص‌تر افراد دارای معلولیت بپردازیم. وقتی بتوانیم ادعا کنیم که به سطحی رسیده‌ایم که همه افراد دارای معلولیت در روستاها با خدمات توان‌بخشی آشنا شده و از شرایط بحران‌زا خارج‌شده‌اند، دیگر باید به فکر ارتقای کیفیت برنامه‌ها باشیم. امیدواریم که سال آینده سال بهتری باشد، چون قرار شده که وزارت بهداشت به پیشگیری از معلولیت‌ها بپردازد و سازمان بهزیستی به فکر ارتقا کیفیت برنامه‌ها باشد. ما باید به افراد دارای معلولیتی که نیازهای خاص دارند بپردازیم. تاکنون به نیازهایی که کارشناسان آنها را طبقه‌بندی کرده‌اند، پرداخته‌ایم. اگر جامعه و سازمان‌ها به ما کمک کنند، این اهداف محقق می‌شوند. تحقق این هدف‌ها غیرممکن نیست، اگر سازمان بهزیستی تنها نباشد. موقعی می‌توان موفق بود که صد درصد جامعه خودشان را درگیر این طرح بدانند. چون فاصله همه ما تا معلولیت کسری از ثانیه است. وقتی همه افراد جامعه به این درک برسند که معلولیت ممکن است برای همه اتفاق بیافتد، ما می‌توانیم موفق باشیم.

برنامه مراقبت در منزل[1]

رامین رضایی - فریده باغ‌علیشاهی

امروزه نگرش‌های نوین، متمرکز بر توانمندسازی افراد کم‌توان، به منظور کسب استقلال در انجام فعالیت‌های فردی و اجتماعی، فراهم نمودن بستر مشارکت اجتماعی و امکان برخورداری از فرصت‌های برابر است تا فرصت زندگی مستقل و مولد برای ایشان فراهم گردد که نقش خدمات مراقبتی و توان‌بخشی در این مورد انکار ناپذیر است.

با توجه به تمامی جهات، موضوع رشد جمعیت افراد کم‌توان و سالمند از یک سو و لزوم توانمندسازی ایشان از سویی دیگر، تقاضا برای خدمات مراقبتی و توان‌بخشی را افزایش داده است و در این بین گروهی از این افراد از جمله؛ افراد کم‌توان و سالمند بسترگرا و بیماران صعب‌العلاج، نیازمند خدمات ویژه مراقبتی و بهداشتی و توان‌بخشی هستند و عدم وجود سیستم مراقبتی مناسب و دانش کافی برای تامین نیازهای این گروه در منزل، باعث سوق دادن ایشان برای مراقبت بیشتر به مراکز شبانه‌روزی توان‌بخشی و مراقبتی شده است.

لذا ارائه راهکاری برای کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایت‌مندی جامعه هدف، ضروری است. به همین منظور، طرح « ارائه خدمات توان‌بخشی مراقبتی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده، با هدف کلی تغییر رویکرد مراقبتی دراز مدت از مراکز شبانه‌روزی به ارائه خدمات توان‌بخشی و مراقبتی در منزل، تدوین گردید. با استقبال جامعه و بر اساس نتایج حاصل از پایش‌های استانی و انجام ۴ پژوهش تحقیق ارزشیابی، اثربخشی برنامه در ارتقاء کیفیت زندگی گروه هدف و سطح رضایتمندی خانواده / گروه هدف و مراقبین (رضایت‌مندی بالای ۹۳٪)، طرح مذکور به ۳۱ استان کشور تسری یافت.

در مسیر احترام به شأن افراد دارای معلولیت و سالمندان، با بهره‌گیری از پتانسیل‌های موجود در جامعه ازجمله؛ افراد تحصیل‌کرده فاقد شغل و همچنین راهبردی سهل‌الوصول برای اجرا در مدت زمان کوتاه‌تر و با هزینه کمتر، برنامه‌ریزی برای اجرای طرح مذکور صورت پذیرفت. در این مسیر ایجاد کانون‌ها یا مراکزی به‌عنوان فراهم کننده خدمت[2] برای مدیریت و اجرای برنامه‌های مد نظر در بخش خصوصی و افرادی به‌عنوان ارائه‌کنندگان خدمت در درون خانواده به‌عنوان مراقب[3]، که آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت و توان‌بخشی را دیده باشند، مد نظر قرار گرفت.

هر یک از مراقبین حداکثر چهار نفر از جمعیت هدف برنامه را تحت پوشش قرار داده و در طول ۶ روز کاری هفته به‌طور یک روز در میان، دو نفر از این افراد را به مدت سه ساعت برای هرنفر، تحت پوشش مراقبت و خدمات توان‌بخشی قرار دهد. به‌طوری‌که هر نفر در طول هفته سه جلسه ومجموعا

1. Home Based Care
2. provider
3. caregiver

۹ ساعت از خدمات بهره‌مند گردد.
در این طرح به ازای هر ۲۰ نفر مراقب، فردی با مدرک حداقل کارشناسی در رشته‌های مرتبط با علوم توان‌بخشی و مراقبت، از سوی مراکز مجری طرح به‌عنوان کارشناس ناظر تعیین گردید تا ضمن نظارت بر حسن اجرای طرح پاسخگوی سوالات احتمالی مراقبین هم باشد.

در این طرح مقرر گردید هر یک از مراقبین حداکثر چهار نفر از جمعیت هدف برنامه را تحت پوشش قرار داده و در طول ۶ روز کاری از هفته به‌طور یک روز در میان، دو نفر از این افراد را به مدت سه ساعت برای هر نفر، تحت پوشش مراقبت و خدمات توان‌بخشی قرار دهد. به‌طوریکه هر نفر در طول هفته سه جلسه ومجموعا ۹ ساعت از خدمات بهره‌مند گردد

دستاوردهای برنامه:

- ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات مراقبتی و توان‌بخشی در منزل
- حمایت از خانواده دارای معلول شدید و خیلی شدید، سالمند دارای معلولیت و بیمار روانی مزمن با ارائه خدمات توان‌بخشی و مراقبتی توسط مراقبین آموزش دیده تحت نظارت کارشناسان تخصصی سازمان(تحکیم بنیان خانواده)
- ارائه مراقبت جامع و کل‌نگر
- تقویت برنامه‌های آگاه‌سازی، آموزش خانواده‌ها و ارتقاء سطح دانش آنان در خصوص اصول مراقبتی توان‌بخشی جهت پیشگیری یا به تعویق انداختن عوارض ثانویه معلولیت
- گسترش چترخدمات مراقبتی توان‌بخشی در اقصی نقاط کشو ر
- استفاده از افراد محلی برای ارائه خدمات مراقبتی توان‌بخشی (بومی سازی)
- ایجاد فرصت‌های اشتغال و توانمندسازی شغلی

با اجرای این طرح، امکان بهره‌مندی از خدمات توان‌بخشی و مراقبتی برای تعداد قابل توجهی از گروه هدف (سالمندان، معلولان جسمی حرکتی، معلولان ذهنی و بیماران روانی مزمن) با استفاده از پتانسیل‌های موجود در جامعه فراهم گردیده است.
با اجرای این برنامه، فرصت‌های جدید شغلی ایجاد شد، امکان اشتغال افراد آماده کار یا اعضای خانواده با کسب آموزش‌های لازم مهیا گردید و خدمت توسط فرد بومی از همان منطقه، با همان فرهنگ و آداب و رسوم ارائه شد که این مسئله در پذیرش مراقبت و توان‌بخشی توسط خدمت گیرنده بسیار مهم است.

نتایج ارزشیابی برنامه:

۱. تحقیق و ارزشیابی با موضوع بررسی اثربخشی طرح "ارائه خدمات توان‌بخشی و مراقبتی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده" در ارتقاء کیفیت زندگی گروه هدف و سطح رضایت‌مندی گروه هدف و مراقبین
خلاصه ای از نتایج ۳ محورتحقیق ارزشیابی طرح :

1 محور ۱: بررسی تاثیر اجرای طرح در رضایت‌مندی خانواده و جامعه هدف

جامعه آماری از ۱۰ استان کشور : ۱۴۴۵ نفر

نتایج حاصل، فرضیه‌های مختلف پژوهش را در زمینه‌های مختلف تاثیر مثبت برنامه در کاهش بار تقاضای استفاده از خدمات مراکز شبانه روزی(۸۷/۶٪ کاملاً راضی و راضی)، افزایش آگاه‌سازی گروه هدف و خانواده (۹۳/۹٪ کاملاً راضی و راضی)، تغییر نگرش جامعه‌ی هدف و خانواده نسبت به معلولیت (۸۷/۶٪ رضایت کامل و نسبی)، دسترسی آسان به خدمات مراقبتی و وسایل کمک توان‌بخشی (۸۱/۷٪ رضایت کامل و نسبی)، افزایش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره (۸۰/۷٪ کاملاً رضی و راضی)، کاهش هزینه‌های مراقبت (۸۵٪ رضایت کامل و نسبی)، افزایش اعتماد به نفس و ارتباطات اجتماعی(بیش از ۸۰٪ ضایت کامل و نسبی)، افزایش رفاه و بهبود کیفیت زندگی (۸۲/۵٪ رضایت کامل و نسبی)، افزایش امیدواری به زندگی (بیش از ۸۰٪ رضایت کامل و نسبی) و به طورکلی رضایت‌مندی گروه هدف تایید می‌نماید.
با توجه به رضایت ۹۳٪ از جامعه هدف مورد مطالعه در پرسش "میزان رضایت کلی از طرح" و بر اساس مجموعه موضوعات مطروحه، می‌توان پیش بینی نمودکه تداوم طرح "ارائه خدمات مراقبتی توان‌بخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده" با ارتقاء کمی و کیفی برنامه، می‌تواندیکی از استراتژی‌های اساسی راهبردی سازمان بهزیستی کشور باشد.

2 محور ۲: بررسی تاثیر اجرای طرح دررضایت‌مندی مراقبین

جامعه آماری از ۱۰ استان کشور : ۶۹۴ نفر

مراقبین از تاثیر اجرای طرح بر بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خدمت‌گیرندگان و بهبود زندگی خود از ابعاد روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی تا حد بسیار بالایی ابراز رضایت کردند.
رضایت هر دو گروه مراقبین (از اعضای خانواده وغیر آن) از طرح ارائه خدمات مراقبتی توان‌بخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده، بسیار بالاست. میانگین‌های به دست آمده از یک سو (۴/۴۱ و ۴/۳۳ به ترتیب برای مراقبین غیراعضای خانواده و اعضای خانواده) و همچنین درصدهای بسیار بالایی از پاسخگویان که در برابر پرسش مربوط به رضایت کلی از طرح گزینه‌های کاملا راضی و راضی را انتخاب کرده‌اند (در هر دو گروه بالاتر از ۹۰٪)، حاکی از رضایت بسیار بالای آنان از طرح اجرا شده است.

3 محور ۳: بررسی تاثیر اجرای طرح در ارتقاء ابعاد جسمانی، روانشناختی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی جامعه هدف موردمطالعه

جامعه آماری از ۱۰ استان کشور : ۱۳۳۴ نفر

نتایج حاصل از بررسی کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای طرح، فرضیه‌های پژوهش را که"اجرای طرح باعث ارتقاء کیفیت زندگی جامعه هدف در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط می‌گردد"، تایید می‌کند.

رسیدن به نتایج مذکور در بازه زمانی ۶ ماه با توجه به حجم بزرگ نمونه، بیانگر این واقعیت است که با تداوم برنامه، ابعاد مختلف حیطه‌های کیفیت زندگی با شدت بیشتری در جهت مثبت ارتقاء خواهندیافت و با گذشت زمان تاثیر قابل توجه در بهبودی حاصل خواهد گردید.

نتیجه‌گیری کلی از سه محور تحقیق

- نتایج حاصل از پژوهش، قابلیت توسعه رویکرد « ارائه خدمات مراقبتی توان‌بخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده»به عبارت دیگر» توان‌بخشی مبتنی بر خانواده(مراقبت در منزل)» را تأیید می‌نماید.
- بر اساس مجموعه موضوعات مطروحه و میزان بالای رضایت جامعه هدف می توان پیش بینی کرد که تداوم و توسعه طرح (با ارتقاء کمی و کیفی)، به عنوان‌یکی از اساسی‌ترین برنامه های راهبردی سازمان می‌تواند مدنظر باشد.

با اجرای این طرح، امکان بهره‌مندی از خدمات توان‌بخشی و مراقبتی برای تعداد قابل توجهی از گروه هدف(سالمندان، معلولان جسمی حرکتی، معلولان ذهنی و بیماران روانی مزمن) با استفاده از پتانسیل‌های موجود در جامعه فراهم گردیده‌است

۲. پژوهش تبیین عوامل زمینه‌ای موثردر اثربخشی برنامه توان‌بخشی مبتنی بر خانواده (مراقبت در منزل) برای سالمندان و معلولان جسمی حرکتی

۳. پژوهش تبیین عوامل زمینه‌ای موثردر اثربخشی برنامه توان‌بخشی مبتنی بر خانواده (مراقبت در منزل) برای معلولان ذهنی

۴. پژوهش تبیین عوامل زمینه‌ای موثردر اثربخشی برنامه توان‌بخشی مبتنی بر خانواده (مراقبت در منزل) برای بیماران روانی مزمن

این ۳ پژوهش مشتمل بر کلیه استان‌های کشور به جز استان های آذربایجان غربی و تهران می‌باشد.

حجم نمونه گروه هدف سالمند و معلول جسمی حرکتی: ۳۳۸ (۱۰۸سالمند و ۲۳۰ معلول جسمی حرکتی)

حجم نمونه گروه هدف معلول ذهنی :۲۶۷

حجم نمونه گروه هدف بیمار روانی مزمن : ۱۱۷

با توجه به رضایت بسیار بالای خدمت‌گیرندگان از اثر برنامه بر مولفه‌های مختلف سنجش رضایت مندی و اثربخشی، نتایج مؤید تاثیر مثبت برنامه در:

کاهش نیاز خدمت‌گیرنده به خدمات مراکز شبانه روزی

افزایش آگاهی خدمت‌گیرنده و خانواده از اصول مراقبت صحیح

تغییرنگرش خدمت‌گیرنده و خانواده نسبت به معلولیت و آگاهی از توانمندی‌های موجود

دسترسی خدمت‌گیرنده به خدمات مراقبتی و وسایل موردنیاز کمک توان‌بخشی

افزایش توانایی خدمت‌گیرنده در انجام فعالیت‌های روزمره

کاهش هزینه‌های مراقبت تحمیلی بر خانواده

اعتماد به نفس و ارتباطات اجتماعی خدمت‌گیرنده

فراغت خانواده برای کسب درآمد

افزایش آگاهی خدمت‌گیرنده و خانواده در خصوص استفاده ازمنابع سطح جامعه

بهبود روابط اعضای خانواده در امر مراقبت

محسن ایروانی، رئیس گروه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در دفتر توانمندسازی معلولین در معاونت توان‌بخشی بهزیستی کشور است. او در حال حاضر دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. ایروانی حدود پانزده سال است که کار ستادی این حوزه را انجام می‌دهد. او در این گفت‌وگو مسیری را که اجرای پروژه از آغاز تا کنون در کشور ما طی است را می‌گوید.

اجرای پروژه توان‌بخشی مبتنی برجامعه به تدریج از بخش دولتی به بخش غیردولتی واگذار شد

محسن ایروانی | رئیس گروه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه

لطفاً در ابتدای صحبت، مقدمه‌ای درمورد شروع برنامه در ایران بگویید؟

توان‌بخشی مبتنی برجامعه برنامه‌ای است که از سال ۱۹۷۸ میلادی در کنفرانس آلماآتا در کشور قزاقستان توسط سازمان بهداشت جهانی مصوب شد و قرار شد در کشورهای مختلف به اجرا درآید. این طرح در واقع معادل طرح مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در وزارت بهداشت و درمان است. بعد از تصویب این برنامه، ده سال طول کشید تا یک مجموعه آموزشی کامل توسط سازمان بهداشت جهانی آماده شود. این مجموعه آموزشی اطلاعاتی را در مورد انواع معلولیت‌ها و روش‌های حل مشکل و پیش‌گیری از تشدید آن، در اختیار افراد دارای معلولیت و خانواده آنها قرار می‌داد. در حال حاضر حدود سی سال است که در کشورهای دنیا، در حال انجام است. هر کشوری بنا بر ساختارهای اداری و نهادهای غیردولتی خود به شکلی در اجرای آن اقدام می‌کند. مثلا این برنامه در کشور چین از طریق پزشکان در بیمارستان‌ها، در کشور لبنان از طریق خیریه‌ها، در کشور هند از طریق سازمان‌های غیردولتی، در کشور مصر از طریق وزارت بهداشت و در کشور ایران در حال حاضر، از طریق وزارت رفاه و سازمان بهزیستی کشور در حال اجراست.

فلسفه توان‌بخشی مبتنی برجامعه با مراقبت‌های بهداشتی اولیه رقم خورد، ولی این به معنی این نیست که در هر کشوری این کار برعهده وزارت بهداشت و درمان باشد. در کشور ما در سال ۷۱ کارهای مشاوره‌ای و بازدیدهایی توسط مشاوران عالی سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت و آموزش‌هایی داده شد. پس از وقفه‌ای که پیش آمد، اولین دوره آموزشی آن در سال ۷۴ و در استان سمنان برای کارشناسان استان‌های منتخب برگزار شد. بعد اجرای آزمایشی در همان استان و در دو منطقه بیارجمند و میامی از توابع شهرستان شاهرود، شروع شد. در سال ۷۵ در مناطق روستایی شش شهرستان یعنی، شهرستان‌های میناب، سقز، تالش، نجف آباد، شاهرود و تفت از شش استان کشور از طریق بهورزان شبکه‌های بهداشت کار خود را شروع کردند و شناسایی افراد دارای معلولیت در این روستاها آغاز شد. در سال ۷۶، شش استان به چهارده استان توسعه پیدا کرد که این کار صرفا در مناطق روستایی به جریان افتاد. به همین ترتیب، استان‌ها و شهرستان‌های دیگری هم اضافه شدند تا نهایتا در سال ۸۱–۱۳۸۰ به صورت ملی در کلیه استان‌های کشور به اجرا درآمد به طوری که در بعضی از استان‌ها یک شهرستان و در بعضی‌ها چند شهرستان تحت پوشش برنامه قرار گرفتند. به همین ترتیب سال به سال در مناطق روستایی این گسترش ادامه داشت تا اینکه در سال ۹۴ قرار بر پوشش صد درصدی مناطق روستایی شد و این اتفاق در سال ۹۳ با پوشش ۹۷ درصدی انجام شد و تنها چند استان باقی ماند که قرار است تا پایان سال ۹۴

پوشش کامل صورت پذیرد.
در سال‌های ابتدایی شروع این طرح، سازمان بهزیستی زیرمجموعه وزارت بهداشت و درمان بود، در نتیجه ما کارمان را از طریق بهورزان شروع کردیم. بهورزان تا مدتی کارها را به خوبی پیش بردند تا اینکه در سال ۸۵-۸۴ سازمان بهزیستی از زیر مجموعه وزارت بهداشت و درمان به وزارت رفاه منتقل شد. چون حجم کار بهورزان و طرح‌های بهداشتی که موظف به انجام آن بودند، هر سال بیشتر می‌شد و آنها قادر به انجام کار در همه این حوزه‌ها نبودند، و بهزیستی هم زیرمجموعه وزارت بهداشت و درمان نبود، رسما همکاری بهورزان کم شد. به همین خاطر سازمان بهزیستی برای جبران خلا پیش آمده به اجبار به فکر ساختار جدیدی برای اجرای این برنامه افتاد.. در سال ۸۶، تفاهم‌نامه‌ای را با سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های وزارت کشور منعقد کرد و به آموزش دو روزه دهیاران پرداخت. هدف این شد که دهیاران بعد از این، مدیریت برنامه را در سطح روستاها برعهده بگیرند. البته نه این‌که کار بهورزان را انجام بدهند. در داخل روستاها یک شورای توان‌بخشی مردمی با هفت عضو تشکیل شد که مدیریت این برنامه را، برعهده بگیرد. یک صندوق مالی هم در نظر گرفته شد که بودجه‌ای وارد این صندوق شود تا خدماتی که در سطح روستا قابل ارائه هستند را در خود شورا تصمیم‌گیری کنند و انجام دهند. با هماهنگی دهیاران کار را با نیروهای داوطلب روستایی ادامه دادیم.
ولی بعد از مدتی بررسی‌ها نشان داد که تجربه داوطلبانه به دلیل ریزش‌هایی که داشت، تجربه موفقی نبود. در نتیجه به فکر پرداخت دستمزد به نیروهای داوطلب افتادیم. این افراد که تسهیل‌گر محلی برنامه نامیده شدند، افرادی از ساکنین روستاها هستند که در ازای حداقل روزی یک ساعت یعنی هفته‌ای شش ساعت کار، به تعداد پرونده‌هایی که در دست دارند و خدماتی که ارائه می‌دهند، مبلغی را به صورت هدیه‌ای ناچیز دریافت می‌کنند. افرادی هم به عنوان تسهیل‌گر میانی در سطح شهرستان‌ها فعالیت می‌کنند و به کار تسهیل‌گران محلی در روستاها نظارت می‌کنند. تسهیل‌گران میانی و محلی، تحت نظارت یک انجمن غیردولتی تسهیل‌گری یا افراد دارای معلولیت آن شهرستان هستند و به این ترتیب اجرای برنامه به تدریج به بخش غیردولتی واگذار شد. ولی پشتیبانی و نظارت بر آن و هزینه‌های ارایه خدمات از طریق بهزیستی است.

سال به سال در مناطق روستایی گسترش توان‌بخشی مبتنی بر جامعه ادامه داشت تا اینکه در سال ۹۳ قرار بر پوشش صد درصدی مناطق روستایی شد و این اتفاق در سال ۹۳ تا ۹۷ در صد اجرایی شد و تنها چند استان باقی ماند. ولی نهایتا تا آخر سال ۹۴، کلیه روستاهای کشور تحت پوشش برنامه قرار خواهند گرفت

به این ترتیب بهورزان از اجرای برنامه‌های حذف شدند. درست است؟

خیر. این به این معنی نیست که بهورزان از برنامه‌های ما حذف شوند. چون براساس راهنمای برنامه‌ی منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۱ میلادی، یعنی سه سال قبل، یک ماتریس یا چارچوبی برای توان‌بخشی مبتنی برجامعه منتشر شد که پنج مولفه اصلی داشت؛ مولفه اول آن سلامت، دوم آموزش، سوم امرار معاش، چهارم اجتماعی و پنجم توانمندسازی است. ما برای ارایه خدماتی که در حیطه سلامت است، همچنان با ده هزار بهورز در برنامه همکاری می‌کنیم. البته این همکاری به طور غیر رسمی و با هماهنگی بین ادارات شهرستانی است و تاکنون علی‌رغم پیگیری‌های فراوان، وزارت بهداشت حاضر به عقد تفاهم نامه همکاری رسمی با سازمان بهزیستی نشده‌است. در زمینه آموزش و پرورش استثنایی و عادی، جهت پذیرش کودکان دارای معلولیت در مدارس روستایی با ادارات آموزش و پرورش در سطح شهرستان و یا مراکز حرفه آموزی هماهنگی‌هایی انجام داده‌ایم. در بحث امرار معاش، با ادارات تعاون و کار برای اشتغال و حرفه‌آموزی افراد دارای معلولیت هماهنگی‌هایی شده است. در بحث مسائل اجتماعی و ورزش و اوقات فراغت، با شهرداری و ادارات ورزش و جوانان، هماهنگی انجام می‌دهیم تا بتوانیم از طریق یک رویکرد چند بخشی، نیازهای متنوع افراد دارای معلولیت را که به خاطر معلولیتشان با جریان اصلی زندگی فاصله گرفته‌اند را برآورده کنیم. در نتیجه همکاری ما با بهورزان در بحث سلامت همچنان ادامه دارد و تسهیل‌گران در سایر موارد، از جمله پیگیری بحث تحصیل، ازدواج و اشتغال یا بحث تئاتر و ورزش معلولان و اردوهای معلولان انجام وظیفه می‌کنند. لازم به ذکر است که در برخی از شهرستان‌ها پس از وقفه کوتاه بوجود آمده، هم اکنون برنامه صرفا از طریق بهورزان در حال انجام است. در ساختار کنونی، حدود ده هزار بهورز و چهارهزار تسهیل‌گر در سطح روستا با ما همکاری دارند. همچنین ما بیش از شش هزار شورای توان‌بخشی محلی داریم که صندوق دارند و هزینه‌های اولیه را در روستاها انجام می‌دهند.

آیا برآوردی از نتایج فعالیت‌های انجام شده دارید که برنامه تا چه حد نتیجه داشته و چه مقدار از افراد دارای معلولیت به جامعه برگشته‌اند؟

یکی از اصلی‌ترین استراتژی‌های ما در شروع، گسترش کمی برنامه بود و این‌که تمام افراد دارای معلولیت روستایی را شناسایی کنیم. در حال حاضر ۴۳۰ هزار فرد دارای معلولیت روستایی را شناسایی کرده‌ایم که یک سوم این تعداد تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور هستند. متاسفانه به دلیل کمبود منابع مالی و بودجه‌ای که برای این برنامه در نظر گرفته شده است، سرانه‌ای که به هر فرد روستایی دارای معلولیت تعلق می‌گیرد در مقایسه با سرانه افراد دارای معلولیت بهره‌مند از سایر برنامه‌ها، بسیار محدود است و ما نمی‌توانیم همه نیازهای آنها را برآورده کنیم. ولی با توجه به اندک اعتباراتی که داریم و البته کمک‌هایی هم که از طریق مشارکت‌های مردمی و خیرین روستا می‌شود، ما هر سال حدود پنج هزار اشتغال محلی ایجاد کرده‌ایم، حدود هفت هزار خانه افراد دارای معلولیت را مناسب‌سازی کرده‌ایم و تقریبا حدود ۱۵۰ هزار خانواده را در سال آموزش می‌دهیم. آموزش‌هایی

که از طریق کتابچه‌ها و فیلم‌های آموزشی، اطلاعات لازم را در اختیار افراد دارای معلولیت و خانواده‌هایشان قرار می‌دهند. مثلا ، این افراد چگونه می‌توانند کارهای شخصی خود را مانند حمام رفتن، غذاخوردن، نظافت شخصی و... را انجام دهند. گاهی هم حمایت‌های تحصیلی و در مواردی هم کمک به تامین هزینه‌های دارو و درمان این افراد صورت می‌گیرد. از دیگر فعالیت‌های قابل ذکر، پوشش این افراد در زمینه تامین وسایل کمک توان‌بخشی است که شامل ویلچر، عصا، پارالل، تخت، سمعک ، عینک و... است. آموزش‌های گروهی متعددی در زمینه آگاه‌سازی و پیشگیری از معلولیت در سطح روستا یا مدارس صورت می‌پذیرد. برنامه‌هایی نظیر برگزاری جشن‌های روز جهانی معلولین و برگزاری جشنواره‌های هنری و ورزشی و انعکاس آنها در رسانه‌های جمعی از جمله اقدامات این برنامه است. با هدف توانمندسازی، بیش از ۶۰۰ گروه خودیار از افراد دارای معلولیت دور یکدیگر جمع شده و حمایت متقابل دارند. از طرفی افرادی که نیازمند خدمات درمانی و توان‌بخشی نظیر فیزیوتراپی هستند، به مراکز شهری ارجاع داده می‌شوند.

علاوه بر این پنج سال است که خدمات را از طریق تفاهم نامه‌ای که با کمیساریای عالی امور پناهندگان داریم، به افراد دارای معلولیت افغانی مقیم کشور هم ارایه می‌دهیم. تا به حال بیش از چهارهزار فرد دارای معلولیت افغانی را با حمایت مالی کمیساریایی عالی امور پناهندگان تحت پوشش قرار داده‌ایم. .

در حال حاضر خدمات توان‌بخشی در شهرها چگونه ارائه می‌شوند ؟ آیا در شهرها هم از تسهیل‌گران استفاده می‌شود؟

در حال حاضر بهزیستی به معلولان شهری خدمات را به صورت موردی و بر حسب تقاضای خانواده‌ها ارایه می‌کند. علت اینکه قصد داریم در شهرها هم توان‌بخشی مبتنی برجامعه را پیاده کنیم این است که می‌خواهیم یک بسته کامل از خدمات را به صورت فرآیندی و در راستای توانمندسازی به آنها ارایه کنیم تا برنامه‌های موازی به هم دیگر پیوند بخورند و چارچوب

تسهیل‌گران میانی و محلی تحت نظارت یک انجمن غیردولتی تسهیل‌گری یا افراد دارای معلولیت آن شهرستان هستند و به این ترتیب از بخش دولتی به بخش غیردولتی واگذار شد. ولی پشتیبانی و نظارت بر آن و هزینه های ارایه خدمات از طریق بهزیستی است

آن از طریق برنامه برای وحدت رویه و بالا بردن میزان کارآیی و اثربخشی این برنامه انجام شود.

ما نیاز به افرادی داریم که به منازل مراجعه کنند، وارد خانه‌ها شوند و مشکلات را از نزدیک ببینند. وقتی یک فرد دارای معلولیت به مددکار بهزیستی مراجعه می‌کند و می‌گوید ویلچر می‌خواهد، ما نمی‌دانیم وضعیت معیشتی این فرد چگونه است؟ وضعیت خانه و مناسب‌سازی آن چگونه است؟ و آیا اصلا این ویلچر برای این فرد مناسب هست یا نه؟ وقتی تسهیل‌گر وارد خانه می‌شود، شرایط خانه را می‌بیند و ممکن است تشخیص دهد که اولویت اول، مناسب سازی خانه است و خانواده را در راستای توانمندسازی عضو دارای معلولیت خود راهنمایی می‌کند.

آیا شهرداری‌ها از طریق خانه‌های سلامت و کانون معلولان محلات می‌توانند کمکی به توان‌بخشی مبتنی برجامعه در مناطق شهری باشند؟

ما تا به حال در صدد پوشش کامل در روستاها بودیم و با دهیاری‌ها همکاری می‌کردیم ولی از سال آینده، شهرها را تحت پوشش قرار خواهیم داد. جلساتی با معاونت سلامت شهرداری‌ها و کانون معلولان و سالمندان برگزار می‌کنیم تا در بحث شهری، این همکاری‌ها صورت بگیرد.

نقش سمن‌ها در بحث توان‌بخشی مبتنی برجامعه در شهرها چگونه می‌تواند باشد؟

ما الان بیش از ۲۶۰ سمن فعال در کل کشور داریم که برنامه را مدیریت می‌کنند. در واقع سمن‌ها بازوهای ما برای مدیریت برنامه و اجرای آنها هستند. چون می‌دانید کاری که در بخش غیردولتی انجام می‌شود با کیفیت‌تر است به شرطی که دولت از نظر منابع مالی آنها را حمایت کند و پایداری آنها حفظ شود.

علاوه بر سمن‌ها ما حدود ۶۰۰ گروه خودیار محلی داریم که گروه‌های خودیار یا مادران افراد دارای معلولیت هستند و یا خود آنها که دور هم جمع می‌شوند و در راستای یک هدف خاص و در راستای توانمندسازی؛ مثل دادخواهی از خودشان، حمایت طلبی و موارد این چنینی فعالیت می‌کنند. ما اکنون در ماتریس بیست و پنج جزء داریم که هر یک از آنها یک مقصد هستند که ما می‌توانیم فعالیت‌هایی برایشان تعریف کنیم ، در راستای تحقق آنها حرکت کنیم و نهایتا آنچه که صورت می‌گیرد، ورود افراد دارای معلولیت به زندگی عادی است.

برنامه در شهرستان‌ها تا چه حدی موفق بوده است؟

بعضی از استان‌ها به خاطر انسجامی که در کار تسهیل‌گران دارند و به خاطر پیگیری‌هایی که خود تسهیل‌گران برحسب علاقمندی‌های شخصی و انسانی و اخلاقی خود انجام می‌دهند، موفق‌تر عمل کرده‌اند. ما علاوه بر این‌که توانستیم با آموزش‌هایی که به وارد خانه‌ها کردیم و اطلاعاتی که به خانواده‌ها دادیم، باعث پیشگیری از هزینه‌زا شدن بعضی از مشکلات جسمی آنها شویم، ولی بیشتر روی اشتغال پایدار آنها تکیه کردیم.

ایجاد اشتغال در چندشکل صورت می‌گیرند. یکی به شکل گروهی و در قالب تعاونی‌هاست. یکی به شکل انفرادی و یکی هم در قالب گروه‌های خودیار است. که ویژگی بارز آن این است که با هزینه اندک اشتغال ایجاد می‌شود. در هیچ برنامه‌ای نمی‌توان چنین چیزی را پیدا کرد. اشتغال‌هایی که صرفا از طریق پرداخت وام‌های اشتغال ایجاد می‌شود معمولا بیشتر از یک سال ادامه پیدا نکرده‌است. ولی اشتغالی که ما ایجاد می‌کنیم، پایدار است چون رویکرد ما رویکرد استاد شاگردی است. مثلا شخصی خیاطی بلد است و یک دختر دارای معلولیت به مدت سه ماه پیش او در ازای پولی که دریافت می‌کند، خیاطی

یاد می‌گیرد. بعد از آن بهزیستی چرخ خیاطی و وسایل اولیه را در اختیار این دختر قرار می‌دهد و او در خانه کار می‌کند. یا مثلا بافت تابلو فرش و یا قالی‌بافی از کارهایی هستند که دختران دارای معلولیت از ناحیه دو پا، خیلی خوب می‌توانند انجام دهند. ایجاد چنین اشتغال کم هزینه‌ای را ما در هیچ برنامه بهزیستی شاهد نبودیم، همه اینها براساس ابتکارات شخصی خود افراد دارای معلولیت، خانواده آنان و تسهیل‌گران یا کارشناسان برنامه شکل گرفته‌است. هیچ کارشناسی نمی‌رود بگوید که چه کار کنید؟ تمام پیشنهادات از طریق خود افراد دارای معلولیت و خانواده‌هایشان در روستا شکل می‌گیرد و کارشناسان ما به آن جهت می‌دهند، امکانات فراهم می‌کنند و ابتکارات آنها را حمایت می‌کنند تا به نتیجه برسند.

می‌توانید از چند نمونه موفق در شهرستان‌ها نام ببرید؟

یکی از برنامه‌های موفقی که در استان چهارمحال و بختیاری در شهرستان فارسان اتفاق افتاد، ایجاد صندوق مالی خرد بود. در این برنامه حدود هفتاد فرد دارای معلولیت دور هم جمع شدند و هر کدام به اندازه صدهزار تومان سرمایه گذاشتند. مبلغی را هم بهزیستی داد و یک صندوق تشکیل شد تا ماهانه به تعدادی از متقاضیان وام داده و صرف اشتغال آنها شود و دوباره قسط‌های وام به همین صندوق برگردد. کم‌کم تعداد این افراد از هفتاد نفر گسترش پیدا کرد و الان حدود ششصد تا هفتصد نفر از افراد دارای معلولیت این استان عضو این صندوق هستند. جالب است که بدانید همه کارهای این صندوق، از مدیریت تا حسابداری را خودشان بر عهده دارند.

سایر فعالیت‌های اشتغال‌زایی هم در قالب تعاونی‌هایی بود که در اغلب استان‌ها به ویژه استان فارس، خراسان رضوی و خراسان جنوبی شاهد

درواقع سمن‌ها بازوهای ما برای مدیریت این برنامه و اجرای آن هستند. چون می‌دانید کاری که در سطوح غیردولتی انجام می‌شود باکیفیت‌تر است به شرطی که، دولت از نظر منابع مالی آنها را حمایت کند و پایداری آنها حفظ شود

آن بودیم که افراد دارای معلولیت، با ایجاد تعاونی‌هایی، البسه و کالاهای دیگری را تولید می‌کنند و به فروش می‌رسانند و این کار همچنان ادامه دارد.

هنوز هم برنامه در ایران، زیر نظر سازمان بهداشت جهانی انجام می‌شود؟

مسوولان سازمان جهانی بهداشت هرچند وقت یک بار به کشور ما مراجعه می‌کنند. در آخرین بازدیدی که رئیس بخش سازمان بهداشت جهانی از ایران داشت، اعلام کرد که شما رویاهای ما را در محقق کرده‌اید. می‌توانم به جرات بگویم که ما از لحاظ کمی، دومین کشور دنیا بعد از هند هستیم ، با پوشش ۴۳۰ هزار فرد دارای معلولیت. ولی از لحاظ کیفی جزء ۵ کشور اول دنیا هستیم. کشور هند چون جمعیت زیادی دارد تعداد معلولان بیشتری هم دارد. کشور هند هیچگونه امکانات دولتی ندارد و کارها را از طریق حمایت‌های خارجی و سازمان‌های خیریه بین‌المللی صورت می‌دهد.

و سخن آخر؟

فلسفه توان‌بخشی مبتنی برجامعه بر مبنای یک تفکر ساده و ابتدایی شکل گرفت و آن این بود که خدمات را وارد منازل کند. ولی الان رویکرد ، "توسعه فراگیر مبتنی بر جامعه" است. یعنی که قبلا می‌گفت بیاییم با یک ابزار ساده‌ای مثل چوب در روستا یک عصا بسازیم، الان رویکردش تغییر کرده است. افراد دارای معلولیت روستایی ما اکنون از طریق اینترنت خیلی از اطلاعات را به دست می‌آورند. الان دسترسی الکترونیک را در روستاها داریم و تکنولوژی‌های نوین وارد شده است. قبلا تفکر غالب بر مبنای استفاده از تکنولوژی‌های ساده بود، الان هم این تفکر وجود دارد ولی کاملا با استفاده از تکنولوژی‌های روز و در راستای توسعه فراگیر قدم بر می‌دارد. یعنی همگام با این‌که یک جامعه در راستای ارتقای سلامت، آموزش و وضعیت معیشت همه مردم حرکت می‌کند، افراد دارای معلولیت هم باید در این جریان دیده شوند و به حاشیه رانده نشوند. این افراد باید به حدی برسند که دادخواهی از خود داشته باشند و صدایشان شنیده شود. اگر بناست جامعه توسعه یافته شود باید این توسعه فراگیر باشد تا هم افراد دارای معلولیت، هم سالمندان، هم کودکان و ... و هم فقرا بتوانند از تمامی امکانات جامعه برابر با سایر اقشار بهره‌مند گردند. به عبارتی دیگر مراکز بهداشتی درمانی باید فرگیر باشد، آموزش و پرورش باید فراگیر باشد، اشتغال باید فراگیر باشد و نهایتا امکانات هنری، ورزشی، مذهبی و تفریحی باید قابل دسترس برای همه افراد جامعه باشد و این رسالت فعلی برنامه است.

و این جزو چشم انداز آینده شماست؟

بله، قطعا. سند توسعه فراگیر توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، تا سال ۲۰۲۰ در دنیا معتبر است. یعنی برای ما تعیین شده که تا سال ۲۰۲۰ حرکتمان به سوی این ۲۵ مقصد باشد و ما همه تلاشمان را در این مسیر انجام می‌دهیم.

مدیریت توان‌بخشی مبتنی برجامعه[1] در مناطق حاشیه شهری

(تجربه‌ای برای کودکان دارای معلولیت افغانستانی در شیرآباد زاهدان در سال ۱۳۸۵)

احمد نظری - جمیله بهجتی | کارشناسان توان‌بخشی سازمان بهزیستی استان سیستان و بلوچستان

در سال ۱۳۸۵ کمیساریای عالی سازمان ملل متحد درامور پناهندگان[2] در راستای خدمات رسانی به پناهندگان افغانستانی و با توجه به نیاز آنها به خدمات توان‌بخشی، طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه را با همکاری سازمان بهزیستی سیستان و بلوچستان، جهت ارائه خدمات توان‌بخشی به افراد دارای معلولیت زیر ۱۸ سال افغانستانی در منطقه شیرآباد زاهدان به مدت ۳ ماه به اجرا درآورد. بدین طریق توان‌بخشی مبتنی برجامعه شهری در ایران برای اولین بار با حمایت مالی سازمان ملل متحد و هدایت و راهبری سازمان بهزیستی سیستان و بلوچستان در منطقه حاشیه شهری در زاهدان جهت کودکان دارای معلولیت افغانستانی به اجرا درآمد. در اجرای این طرح از امکانات و توان بالقوه جامعه محلی بهره گرفته شد و نظام ارجاع ویژه‌ای جهت ارائه خدمات طراحی گردید.

در مدت اجرای این طرح با در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص مناطق حاشیه شهری و با بهره مندی از تجارب گوناگون، ابتکارات و روش‌های اجرایی ویژه‌ای جهت دستیابی به اهداف مورد نظر ارائه گردید. نتایج مفید و اثربخش طرح به گونه‌ای بود که در سال ۱۳۸۶ نیز در کل منطقه شیرآباد گسترش یافت و تعداد قابل توجهی از کودکان ایرانی هم تحت پوشش این خدمات قرار گرفتند.

نوشتار حاضر چکیده‌ای از تلاش‌های مشترک افراد و نهادهای دخیل در سطوح مختلف از جمله مدیران کمیساریای سازمان ملل در امور پناهندگان (دفتر زاهدان)، سازمان بهزیستی سیستان وبلوچستان، اداره اتباع و امور پناهندگان، سازمان پزشکان بدون مرز، مرکز بهداشت زاهدان (پایگاه بهداشتی مالک اشتر)، کارشناسان، همیاران توان‌بخشی مبتنی برجامعه ، معتمدین محل، داوطلبین محلی، خود افراد دارای معلولیت و خانواده‌های آنها می‌باشد.

هدف کلی طرح توان‌بخشی مبتنی برجامعه در شیرآباد:
- ارتقای کیفیت زندگی افراد دارای معلولیت

اهداف جزیی:
- ارائه خدمات توان‌بخشی به افراد دارای معلولیت
- افزایش دسترسی آنها به خدمات توان‌بخشی
- کمک به تلفیق اجتماعی افراد دارای معلولیت با جامعه
- آموزش و ارتقای آگاهی افراد دارای معلولیت، خانواده‌های آنها و جامعه در خصوص معلولیت و پیشگیری از آن
- افزایش مشارکت افراد دارای معلولیت، خانواده‌ها و جامعه در برنامه‌های مربوط به خود.

نشانه‌ها :
-شناسایی کودکان و نوجوانان دارای معلولیت افغان تحت پوشش پایگاه بهداشتی مالک اشتردر منطقه شیرآباد
- ارائه خدمات توان‌بخشی به کودکان و نوجوانان دارای معلولیت (حدود ۲ درصد جمعیت منطقه)

جمعیت هدف:
کودکان و نوجوانان افغان در پایگاه بهداشتی مالك اشتر

1. CBR
2. UNHCR

نظام ارائه خدمات طرح توان‌بخشی مبتنی برجامعه، درمنطقه شیرآباد

با توجه به‌اینکه وجود نظام ارجاع یکی از ویژگی‌های بارز برنامه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه است، لذا قبل از شروع با در نظر گرفتن امکانات موجود در جامعه محلی، به تدارک آن مبادرت نمودیم. بدین منظور بعد از بررسی‌های لازم و مرور تجارب حاصل از اجرای برنامه توان‌بخشی مبتنی برجامعه در ایران، سطوح ارائه خدمات را این‌چنین تدوین کردیم:

سطح ۱ : پایگاه بهداشتی مالک اشتر
سطح ۲ : کلینیک سازمان پزشکان بدون مرز
سطح ۳ : متخصصین (گوش، حلق و بینی، ارتوپد و چشم)
سطح ۴ : پلی کلینیک اداره بهزیستی شهرستان زاهدان

مراحل اجرای طرح توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در شیرآباد

مرحله اول **انتخاب و آموزش همیاران توان‌بخشی مبتنی برجامعه**

بعد از توافق‌های لازم در خصوص اجرای طرح، اقدامات مقتضی برای انتخاب همیاران به‌عمل آمد. در انتخاب همیاران معیارهای مدنظر از جمله؛ علاقه به کار با افراد دارای معلولیت، داشتن دانش و زمینه اولیه و بومی بودن لحاظ شد و از بین ۱۸ داوطلب افغان جهت همکاری در طرح، ۱۰ نفر زن به عنوان همیار انتخاب گردیدند. برای آموزش همیاران در مرحله اول یک دوره آموزشی به مدت ۱۰۰ ساعت (نظری و عملی) تدوین گردید و برای این منظور تیمی متشکل از کارشناسان ذی‌ربط (کارشناس توان‌بخشی مبتنی برجامعه ، شنوایی شناس، کاردرمانگر، فیزیوتراپیست، گفتاردرمانگر، بینایی سنج و ارتوپدی فنی) فراهم شد و به مدت ۱۲ روز آموزش‌های لازم ارائه گردید.

کتابچه‌های "آموزش در جامعه برای کمک به افراد دارای معلولیت" که توسط سازمان بهداشت جهانی تهیه گردیده و به وسیله ستاد توان‌بخشی مبتنی برجامعه سازمان بهزیستی کشور ترجمه شده است، به عنوان منبع اصلی آموزش همیاران مورد استفاده قرارگرفت. (لازم به ذکر است که همگام با پیشرفت کار و نیازهمیاران، جلسات متعدد بازآموزی برگزار گردید).

قبل

مرحله دوم **شناسایی گروه هدف**

بعد از استقرار در منطقه، شناسایی گروه هدف (افراد دارای معلولیت زیر ۱۸ سال)آغاز شد. بدین منظور همیاران به ۵ گروه ۲ نفره تقسیم گردیدند. اما با توجه به مشکلات احتمالی از قبیل شناخت دقیق‌تر محیط و مسائل امنیتی (به‌ویژه برای خانم‌ها)، با معتمدین محل (مولوی یکی از مساجد) در خصوص راهنمایی و همراهی نوجوانان طلبه در شناسایی افراد دارای معلولیت مذاکراتی انجام گرفت و در نتیجه ۵ تن از طلبه‌ها، داوطلب همکاری در طی مدت اجرای طرح شدند. در برخی مواقع با توجه به شرایط، همیاران به گروه‌های ۵ نفره تقسیم می‌شدند که این نیز مزایای خاص خود را داشت.

بعد از حدود ۱۰ روز تقریباً تمامی افراد گروه هدف شناسایی شدند. به نظر می‌رسید حدود ۴۰ درصد افراد شناسایی شده، صرفاً به خدمات پیشگیری نیاز داشته و معلولیت ندارند. این موضوع به‌ویژه در مورد افراد دارای مشکلات شنوایی و بینایی بیشتر صادق بود.

از بین ۱۰۷ نفر شناسایی شده، ۶۳ نفر دچار معلولیت بودند و الباقی نیازمند خدمات پیشگیرانه بویژه دارودرمانی بودند.

بعد

مرحله سوم **ارائه خدمات**

در این طرح، خدمات عمدتاً ارجاع، آموزش فرد دارای معلولیت، آموزش خانواده، آموزش گروهی، ارائه وسایل کمک توان‌بخشی و خدمات پزشکی بوده است.

الف- ارجاع به پزشکان بدون مرز:
در وهلـه اول بـا توجـه بـه تجـارب حاصلـه، اقداماتمـان را بـر ارجـاع افـراد دارای مشـکلات شـنوایی و بینایـی و افـراد مبتـلا بـه صـرع متمرکـز نمودیـم. چـرا کـه نسـبت بـه سـایر مـوارد شناسـایی شـده اقدامـات پیشـگیری در خصـوص آنهـا الزامی‌تـر بـود و از سـوی دیگـر، بدیـن طریـق می‌توانسـتیم بخـش وسـیعی از بـار کاری را کاهـش دهیـم. از ایـن‌رو بـر طبـق برنامـه از پیـش تعییـن شـده و به‌تدریـج، طـی فرم‌هایـی آنهـا را بـه کلینیـک سـازمان پزشـکان بـدون مـرز ارجـاع داده می‌شـدند.
تقریباً همگی افراد ارجاع شـده تحت درمان دارویی قرار گرفتند.

ب- ارجاع به متخصص:
در مرحلـه دوم، افـراد شناسـایی شـده را بـا توجـه بـه نیـازی کـه داشـتند بـه متخصصـان ارجـاع داده می‌شـدند و بـه ایـن دلیـل کـه اکثـر خانواده‌هـا قـادر بـه تهیـه داروهـای مـورد نیـاز به‌دلیـل بـالا بـودن هزینـه آن نبودنـد، لـذا ایـن‌کار را از محـل اعتبـار طـرح انجـام دادیـم.

افراد ارجاع شده به متخصص ارتوپد
بـا توجـه به‌اینکـه برخـی از افـراد دارای مشـکلات جسـمی، حرکتـی بـه معاینـه متخصـص نیـاز داشـتند از ایـن‌رو آنهـا را مسـتقیماً بـه متخصـص ارجـاع دادیـم.

آموزش در خانواده:
بلافاصلـه بعـد از شناسـایی و شـروع ارجـاع افـراد، آمـوزش در خانـواده نیـز آغـاز شـد. بـرای ایـن منظـور افـراد نیازمنـد آمـوزش عملکـردی، شناسـایی شـدند و بـه نوبـت در محیـط منـزل و بـا مشـارکت اعضـای خانـواده و بـا اسـتفاده از امکانـات محلـی، آموزش‌هـای لازم بـه آنهـا ارائـه گردیـد.

قبـــل

آموزش گروهی:
در کنـار آمـوزش فـرد دارای معلولیـت، جلسـات آموزشـی گروهـی نیـز تشـکیل گردیـد. ایـن امـر بـا توجـه بـه تاثیـر گـروه در آمـوزش و بازخوردهـای مناسـب آن انجـام گرفـت. بـرای ایـن منظـور بعـد از شناسـایی مسـاجد، افـراد دارای معلولیـت کـه نیازمنـد آمـوزش عملکـردی بودنـد را بیـن مسـاجد تقسـیم نمودیـم.
کـودکان دارای معلولیـت بـه همـراه اعضـای خانـواده، جهـت شـرکت در جلسـات دعـوت شـدند. بـرای ایـن‌کار هماهنگی‌هـای لازم بـا مولوی‌هـای مسـاجد (روحانیـون)، پیشـاپیش انجـام می‌گرفـت.

بعـــد

نتایج مثبت این جلسات عبارت بودند از:
- ابراز مشـکلات توسط فرد دارای معلولیت و خانواده وی
- شـناخت دقیق‌تر مشکلات آنها توسط همیاران
- آشـنایی و تعامل شرکت کنندگان با همدیگر
- جسـت‌وجو وهم‌اندیشی در مورد حل مشکل
- تقویت فعالیت گروهی
- آموزش گروهی و اسـتفاده بهینه از زمان

ذکـر ایـن نکتـه ضـروری اسـت کـه در طـی آمـوزش (فـردی و گروهـی)، تعـداد قابـل توجهـی از افـراد تندرسـت نیزبـه ویـژه کـودکان و نوجوانـان، حضـور داشـتند.

خدمات ارائه شده :
خدماتـی کـه در ایـن طـرح ارائـه شـد بـه شـرح زیـر اسـت: آمـوزش فـردی، آمـوزش گروهـی در مسـاجد، ارجـاع بـه پزشـکان بـدون مـرز و یـا متخصـص، انجـام جراحـی، تهیـه وسـایل کمـک توان‌بخشـی ماننـد واکـر، صندلـی توالـت‌دار، سـمعک، عینـک و دارو بـرای بیمـاران دارای صـرع و اختـلال روانپزشـکی.

با تو، تا فتح قله‌های دشوار...

تقدیم به مادرم،

که صبرش موجب صعود و سعادتمندی من است!

به یاد اولین روزی که قلم‌به‌دست ناتوان و معلولم دادی تا خواندن و نوشتن بیاموزم و خود را در سرزمین بیکران واژه‌ها پیدا کنم و بدانم چه هستم قلم به‌دست گرفتم تا برایت بنویسم. اما مادر ای‌کاش می‌دانستی برای منی که سال‌هاست می‌نویسم، نوشتن این یادداشت چقدر سخت و دشوار است و با چه وسواس دیوانه‌کننده‌ای به انتخاب واژه‌ها می‌پردازم؛ زیرا می‌ترسم در دایره محدود لغات خود واژه‌ای نیابیم که بیانگر ۲۵ سال مقاومت، تلاش و ایثار تو باشد...

آری مادرم، به همین شتاب ۲۵ سال از روزی که خداوند به تو فرزندی معلول داد، گذشت. روزی که تو خود را برای مبارزه‌ای سخت و طاقت‌فرسا آماده کردی و خواستی که به انسانی معلول امکان رشد و بالندگی دهی تا او هیچ‌گاه در جامعه از معلولیت خود شرمنده نباشد.

مادر، امروز چقدر برای نوشتن بی‌تابم، زیرا می‌خواهم چهره واقعی‌ات را نشان دهم و تو را آن‌گونه که هستی، بر همگان نمایان سازم تا همه بدانند که تکیه‌گاه خستگی‌های جوانی معلول که روزهای پایانی دانشگاه را می‌گذراند و علاوه بر سرودن شعر، گاهی صفحات روزنامه را سیاه می‌کند، زنی است که سختی‌ها را عاشقانه به جان خرید تا در تحصیل و زندگی فرزندش خللی وارد نشود. زنی که همپای پایی معلول، به دبستان رفت و دستانش همدست دستی ناتوان، نوشت و زبانش در هم‌زبانی با زبانی الکن، خواند.

مادر، یادت هست که بچه‌ها تو را با اولیای مدرسه اشتباه می‌گرفتند، آن‌قدر که می‌آمدی و می‌رفتی؟ آن‌قدر که برای ضایع نشدن حق من با معلم و مدیر و ناظم حرف می‌زدی و آن‌قدر که می‌آمدی تا در محیط مدرسه نیازمند نباشم و در آموختن دچار مشکل نشوم؟

مـادر، خاطـره مـن از زنگ‌هـای تفریـح مدرسـه‌مان، فوتبـال و قایـم باشـک نیسـت، خاطـره مـن تـو هسـتی کـه بـا مـن بـودی و در راهروهـا و کلاس‌هـا مـرا سـرگرم می‌کـرد تـا بـه حیـاط مدرسـه نـروم و شـیطنت بچه‌هـا مـرا بـه زمیـن نزنـد.

مـادر، یـادت هسـت خـط خرچنـگ قورباغـه‌ام را بـرای معلمانـم می‌خوانـدی تـا حقـم ضایـع نشـود و بـه مـن نمـره کـم ندهنـد؟

مـادر، چقـدر حـرف برایـت دارم. از گذشـته، از امـروز و از فـردا. می‌دانـی وقتـی خسـتگی امـروزت را می‌بینـم بـه یـاد سـختی‌ها و مرارت‌هـای دیـروزت می‌افتـم و بـه فـردای خـود می‌اندیشـم کـه چگونـه این‌همـه خسـتگی را از تنـت درآورم؟

زحمتـی کـه تـو می‌کشـیدی به‌راسـتی ورای وظیفـه مـادری‌ات بـود. امـروز کـه بـه درجـه‌ای از تحصیـلات رسـیده‌ام و تـا حـدودی معلولیتـم را مهـر کـرده‌ام تـازه می‌فهمـم کـه اگـر زحمت‌هـای تـو نبـود اکنـون مـن نیـز این‌گونـه کـه هسـتم نبـودم. و اگـر اکنـون به‌جایـی رسـیده‌ام پـای تـو مـرا کشـانده وگرنـه پـای ناتـوان مـرا چـه بـه فتـح قله‌هـای دشـوار زندگـی...

مـادر، چنـد صفحـه نوشـتم امـا خـوب می‌دانـم کـه هنـوز چیـزی نگفتـه‌ام. مطلبـی کـه شایسـته‌ات اسـت، مطلبـی کـه بتوانـد مـرا از ایـن سـکوت نجـات دهد و سـکوتی کـه اگـر شکسـته شـود تـو را به‌عنـوان اسـطوره تحمـل بـه همـگان خواهـد شناسـاند.. امـا افسـوس کـه هـر بـار خواسـتم بـه تجلیـل از تـو بپـردازم واژه‌هـای تکـراری بـه سـراغم آمـد و مـن ترسـیدم کـه بـا بـه کار بـردن آن‌هـا مقـام تـو را کوچـک کـرده باشـم.

هفتـه تجلیـل از مقـام مـادر اسـت، امـا تجلیـل از تـو، تجلیـل از مقـام مـادری نیسـت تجلیـل از انسـانیت، تحمـل و شـعور اسـت. مـادر بـا این‌کـه بزرگ‌شـده‌ام ولـی هنـوز هیچ‌چیـز ماننـد آغوشـت مـرا آرام نمی‌کنـد. آغـوش تـو پناهـگاه گرمـی اسـت بـرای فـرار از فشـارهای اجتماعـی کـه هـرروز بـر یـک معلـول جسـمی حرکتـی وارد می‌آیـد و آن‌چـه مـرا بـا وجـود ایـن همـه فشـار سـرپا نگه‌داشـته لبخنـد پرمهـر توسـت، لبخنـدی کـه آن را بـا هیچ‌چیـز معاوضـه نخواهـم کـرد.

دیگـر نمی‌توانـم چیـزی بنویسـم، جـز دوبیتـی از اسـتاد هوشـنگ ابتهـاج (سـایه) کـه تمـام ارادت مـن بـه توسـت:

من می‌گذرم خوش و گمنام
آوازه جاودانه از توست
چون سایه مرا زخاک برگیرد
کاین جا سر و آستانه از توست

محسن حسینی طه
کتاب: شکفتن در کویر

فاطمه مرادی کارشناس ارشد در رشته مدیریت شهری است. او حدود ۵ سال است که در اداره کل سلامت حوزه معاونت اجتماعی فرهنگی تهران در حوزه معلولان مشغول به فعالیت می‌باشد. این کارشناس، مسؤول کانون‌های معلولان محلات شهر تهران هم هست و در حال حاضر مسوول هماهنگی شورای راهبردی معلولان شهر تهران نیز می‌باشد. او امیدوار است که با مشارکت همه شهروندان و همکاری همه سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با حوزه معلولان و پرهیز از جزیره‌ای عمل کردن در فعالیت‌های شهری، شهر تهران متعلق به همه شهروندانش شود.

در کانون‌ها همه کارها به‌صورت مشارکتی و داوطلبانه انجام می‌شوند

فاطمه مرادی | مسوول کانون‌های معلولان محلات شهر تهران

در مورد کانون‌های معلولان توضیح دهید که با چه رویکرد و اهدافی شروع به کار کرد؟

از آن‌جا که یکی از رویکردهای اداره کل سلامت شهرداری تهران، جلب مشارکت معنی‌دار مردم است به همین منظور در خانه‌های سلامت، کانون‌های اجتماعی سلامت محور شکل گرفتند که در حال حاضر ده کانون در کنار خانه‌های سلامت مشغول به فعالیت می باشند که یکی از آنها، کانون معلولان است. کانون معلولان با هدف حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه معلولان، بسترسازی به منظور تغییر نگرش منفی جامعه نسبت به آنها ، افزایش توانمندی‌های آنان، جلب مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و ایجاد بستر مناسب برای حضور و ارائه آموزش‌های لازم به افراد دارای معلولیت و خانواده‌های آنها ایجاد شده‌اند. درواقع کانون‌های معلولان محلات ساختارها و اجتماعات کوچک محلی هستند که به‌منظور حضور، مشارکت و مداخله اجتماعی افراد دارای معلولیت و ارائه خدمات آموزشی، مشاوره‌ای و خدمات اجتماعی، در کلیه محلات تهران تشکیل‌شده‌اند. در حال حاضر این کانون‌ها به عنوان یک شبکه اجتماعی با اساسنامه مشخص، دستورالعمل و منشور اخلاقی ویژه به عنوان بازوهای مشورتی و نظارتی مدیریت شهری در سطح محلات شهر تهران مشغول به فعالیت هستند.

تا به‌حال ۳۵۴ کانون محله‌ای در سطح شهر تهران تشکیل‌شده و بالغ بر هشت هزار نفر نیروی داوطلب عضو این کانون‌ها هستند

کانون‌های معلولان از چه سالی راه اندازی شدند و چند نفر عضو دارند؟

کانون معلولان از سال ۱۳۸۹ به صورت منطقه‌ای در سطح شهر تهران (۲۲ منطقه) تشکیل گردید که با توسعه فعالیت‌ها در حال حاضر با عضویت بالغ بر ۸۰۰۰ نفر به صورت محله‌ای در کلیه محلات شهرتهران (۳۵۴ محله- ۳۵۴ کانون معلولان) در حال فعالیت می‌باشد. از هر کانون یک نفر به عنوان دبیر محله‌ای و از هر منطقه یک نفر به عنوان دبیر منطقه‌ای انتخاب گردید. از بین دبیران منطقه‌ای هم یکی از افراد دارای معلولیت، به عنوان دبیر کل کانون معلولان شهر تهران انتخاب گردید که در حال حاضر خانم ترانه میلادی این سمت را عهده دارند.

فعالیت‌هایی که در کانون محلات انجام می‌شود بر چه مبنایی است؟

یکی از فعالیت‌های مهم کانون‌ها، آموزش و توانمندسازی است. در این خصوص آموزش‌هایی به سه گروه از مخاطبین شامل؛ افراد دارای معلولیت، خانواده‌های این افراد و سایر شهروندان علاقمند ارائه می‌شود. سرفصل‌های آموزشی با توجه به نیازسنجی از

خـود اعضـاء و بـا مشـارکت آنـان تهیـه شـده کـه بـه مناطـق ابـلاغ گردیـده اسـت. در بحـث آمـوزش و توانمندسـازی، مخاطـب عمـده مـا خـود افـراد دارای معلولیـت هسـتند. بـا نیازسـنجی‌هایی کـه انجـام داده‌ایـم، آموزش‌هایـی را بـرای ایـن دوسـتان بـا موضوعاتـی از قبیـل آشـنایی بـا شـاخص‌های مناسب‌سـازی، مبانـی حقـوق شـهروندی، مهارت‌هـای اجتماعـی، مهارت‌هـای زندگـی و... را در دسـتور کار کانون‌هـای معلـولان قـرار دادیـم.

البتـه در بحـث آمـوزش و توانمندسـازی، خدمـات مشـاوره‌ای نیـز مـورد توجـه اسـت. در چنـد منطقـه از خانه‌هـای سـلامت، از تخصـص خـود افـراد دارای معلولیـت به‌عنـوان مشـاور استفاده‌شـده اسـت. آنهـا، هـم بـه افـراد دارای معلولیت و هـم بـه شـهروندان تندرسـت، خدمـات مشـاوره‌ای می‌دهنـد. نمونـه آن را در منطقـه دوازده داریـم کـه دبیـر منطقـه دوازده کـه معلولیـت جسـمی و حرکتـی دارنـد، خودشـان خدمـات مشـاوره‌ای می‌دهنـد. ارائـه خدمـات پزشـکی و پیراپزشـکی از قبیـل تسـت فشـارخون، تسـت قنـد خـون و معاینـات پزشـکی و دندان‌پزشـکی بـا همـکاری ادارات سـلامت مناطـق بـه فراخـور مناسـبت‌های مختلـف مثـل؛ روز جهانـی معلـولان، روز جهانـی نابینایـان و روز جهانـی ناشـنوایان از دیگـر فعالیت‌هـای کانـون اسـت. ایـن خدمـات نیـز بـر اسـاس نیازسـنجی‌هایی کـه صـورت گرفتـه، انجـام می‌شـود.

عـلاوه بـر ایـن‌هـا اردوهـای مختلـف آموزشـی و مسـابقات ورزشـی و فرهنگـی هـم داریـم کـه در مناسـبت‌های مختلـف برگـزار می‌شـوند. ایـن مسـابقات در طـول سـال به‌صـورت پهنـه‌ای انجـام می‌شـود. مثـلا یـک منطقـه میزبـان می‌شـود و مسـابقات مختلـف ورزشـی را بـرای اعضای کانـون انجـام می‌دهـد.

یکـی از دلایـل تشـکیل کانـون معلـولان ایـن بـوده کـه از نظـرات مشـورتی خـود افـراد دارای معلولیـت بـرای حل مشـکلات مبتـلا بـه خودشـان اسـتفاده گـردد. بدیـن منظـور اعضـای کانـون در قالـب گردهمایی‌هـا و اجتماعـات کوچـک محلـی دورهـم جمـع می‌شـوند و مشـکلات خـود و مشـکلاتی کـه در سـطح محلـه وجـود دارد را شناسـایی می‌کننـد و بـرای حـل آنهـا تدبیـر می‌کننـد. آنهـا در برنامه‌ریـزی بـرای حـل مشـکلات، اجـرا و نظـارت بـر آن، مداخلـه دارنـد. ایـن برنامه‌ریزی‌هـا از پاییـن بـه بـالا تعریف‌شـده تـا خـود ایـن افـراد بتواننـد در اجـرای برنامه‌هـای مربـوط بـه خودشـان، نظـارت داشـته باشـند. بدیـن ترتیـب یکـی از مهم‌تریـن فعالیت‌هـای کانـون معلـولان، تشـکیل جلسـات هـر دو مـاه یک‌بـار در سـطح محـلات اسـت. دبیـران محلـه‌ای هـر دو مـاه یک‌بـار باهـم تشـکیل جلسـه می‌دهنـد و دبیـران محلـه‌ای و منطقـه‌ای هـم بـه صـورت فصلـی بـا مدیـر سـلامت منطقـه، تشـکیل جلسـه می‌دهنـد. در سـطح اداره کل سـلامت هـم دبیـران منطقـه‌ای هـر چنـد وقـت یک‌بـار تشـکیل جلسـه داده و روی حـل مشـکلات جـاری، بحـث و تبـادل نظـر می‌کننـد و تجربیاتشـان را بـه هـم منتقـل می‌نماینـد. در جلسـاتی کـه در اداره سـلامت برگـزار می‌کنیـم بـا همـکاری خـود دبیـران، برنامه‌هـای کلان را بـه آنهـا منتقـل می‌کنیـم. مثـلا در حـال حاضـر، هماهنگـی برگـزاری جشـنواره مهرانـه را در روز جهانـی معلـولان، در برنامـه کاری خـود داریـم.

برخـلاف روال هرسـال کـه در روز جهانـی معلـولان از خـود افـراد دارای معلولیـت تقدیـر می‌شـد، سـال ۹۴ از خانواده‌هایـی کـه بیشـتر از سـه فرزنـد دارای معلولیـت و یـا معلـول نخبـه دارنـد، تقدیـر شـود. فرمـی تهیه‌شـده کـه کانون‌هـا بـا همـکاری اداره سـلامت، ایـن خانواده‌هـا را شناسـایی و اولویت‌بنـدی کننـد.

یکـی دیگـر از عمـده فعالیت‌هـای کانـون تهیـه و تولیـد بسـته‌های آموزشـی و فرهنگـی اسـت. بدیـن منظـور یـک بسـته آموزشـی بـه نـام "خواسـتن تـا توانسـتن" توسـط خـود اعضـای کانـون تهیه‌شـده اسـت. در ایـن بسـته آموزشـی، بیـش از ده عنـوان آموزشـی توسـط اعضـای کانـون و بـه خواسـته خـود آنـان و بـا نظـارت مـا طراحـی شـده اسـت. برگـزاری جشـنواره سـلام آقـای شـهردار ، برگـزاری جشـنواره‌ها و نمایشـگاه‌های مختلـف بـه ویـژه در هفتـه سـلامت و روز جهانـی معلـولان، برگـزاری کارگاه آموزشـی آشـنایی بـا معلولیـت و ناتوانـی و شـیوه‌های ارتبـاط مطلـوب بـا افـراد دارای معلولیـت ویـژه رانـندگان پایانـه حمـل و نقـل جانبـازان و معلـولان طرشـت، برگـزاری همایـش تخصصـی بـا عنـوان معلـولان و زندگـی شـهری، برگـزاری کارگاه آموزشـی آشـنایی بـا معلولیـت و نقـش مدیریـت شـهری در کاهـش مشـکلات افـراد دارای معلولیـت ویـژه مدیـران شـهرداری و برگـزاری نمایشـگاه عکـس و کاریکاتـور نیـز از مـواردی اسـت کـه بـه همـت کانـون معلـولان اجـرا گردیـده اسـت.

توان‌بخشی یعنی این که بتوانید با فراهم کردن شرایط لازم، مشارکت و مداخله اجتماعی افراد دارای معلولیت را فراهم کنید. در این کانون‌ها این گروه از جامعه از خانه‌ها بیرون آمده و هر دو ماه یک‌بار در فضایی مثل سرای محله دور هم جمع می‌شوند و در ارتباط با مشکلاتشان با هم صحبت و راه‌حل می‌اندیشند

این کانون‌ها با سمن‌ها هم در ارتباط هستند و با آنها همکاری می‌کنند؟

ایجـاد ارتبـاط مسـتمر بـا سـمن‌ها و تشـکل‌های مشـابه مرتبـط بـا افـراد دارای معلولیـت، یکـی از وظایـف کانـون معلـولان محلـه اسـت. بـه همیـن دلیـل در جلـب مشـارکت‌های مردمـی، یکـی از فعالیت‌هایـی کـه از اعضـای کانون‌هـا انتظـار داریـم ایـن اسـت کـه بـا مراکـز و سـازمان‌ها و سـمن‌های مرتبـط بـا افـراد دارای معلولیـت ارتبـاط بگیرنـد. حتـی تفاهم‌نامـه‌ای هـم بـا تعـدادی از مراکـز ارائه خدمـات بـه افـراد دارای معلولیـت امضـا شـده تـا اعضـای کانـون بتواننـد از خدمـات ایـن مراکـز و سـمن‌ها بهره‌منـد شـوند.

آیا کانون‌های معلولان آماری از تعداد افراد دارای معلولیت در هر منطقه دارند؟

عضوگیـری و ثبـت نـام از افـراد دارای معلولیـت داوطلـب و مایـل بـه همـکاری درفعالیت‌هـای اجتماعـی تحـت پوشـش کانـون و تشـکیل بانـک اطلاعاتـی از شـهروندان دارای معلولیـت یکـی از وظایـف کانـون می‌باشـد بـه همیـن منظـور فرم‌هایـی طراحـی شـده و افـراد داوطلـب از طریـق مراجعـه بـه خانه‌هـای سـلامت، بـه عضویـت کانـون در می‌آینـد و یـا همـکاران مـا در ادارات سـلامت مناطـق و خانه‌هـای سـلامت، بـه مـدارس و مجتمع‌هـای نگهـداری از افـراد دارای معلولیـت می‌رونـد و بعـد از معرفـی کانـون در صـورت تمایـل، افـراد متقاضـی عضـو کانـون می‌شـوند گاهـی هـم در صـورت شـرکت کانـون در نمایشـگاه‌ها و جشـنواره‌های مختلـف، بـا برپایـی غرفـه، کانـون معلـولان معرفـی می‌شـود و از متقاضیـان در ایـن مراسـم عضوگیـری می‌کنـد. بعـد از عضوگیـری مشـخصات افـراد شـامل، نـام و نـام خانوادگـی، سـن، نـوع معلولیـت، برخـورداری از مهارت‌هـای لازم، آدرس و شـماره تمـاس ثبـت می‌شـود. ایـن اطلاعـات در اختیـار ادارات سـلامت مناطـق و اداره کل سـلامت قـرار دارد. یکـی از کاربردهـای ایـن بانـک اطلاعاتـی ایـن اسـت کـه بـا توجـه بـه

دسترسی به شماره موبایل این عزیزان، به فراخور مناسبت‌های مختلف مانند روز جهانی معلولان، روز جهانی نابینایی و غیره، پیام‌های فرهنگی و آموزشی برای این عزیزان ارسال می‌شود.

اطلاع‌رسانی به افراد دارای معلولیت برای عضویت در کانون‌های محلات چگونه انجام می‌شود؟

کانون معلولان اولین کانونی بود که سایت[1] طراحی نمود. این سایت با همکاری خود اعضای کانون راه‌اندازی و مدیریت می‌شود و نشان از توانمندی اعضاء گروه است. در این سایت دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها، اخبار، اطلاعیه‌ها و تعداد تفاهم نامه‌های همکاری با سازمان‌ها و مقالات خواندنی بارگزاری می‌شود. قسمتی از این سایت به اخبار مناطق اختصاص دارد. سعی ما بر این است که تا جای امکان تمامی کارها به اعضای کانون واگذار شود و مشارکت معنی‌دار اعضا را داشته‌باشیم. بنابراین برای بارگزاری اخبار مناطق ۲۲ گانه، جلسه‌ای برگزار کردیم و از هر منطقه خواستیم که یک نفر از افراد دارای معلولیت را که آشنا با کامپیوتر هستند را معرفی کنند و با حضور خانم میلادی و یکی دو نفر از اساتید، برای این افراد جلسات آموزشی آشنایی با کامپیوتر و اینترنت و چگونگی بارگذاری مطالب در سایت را گذاشتیم. اگر چنین فردی در منطقه‌ای وجود نداشته باشد، کارشناسان منطقه خودشان اخبار را بارگزاری می‌کنند تا به اطلاع سایرین برسد. یکی از راه‌های جذب مخاطب و اطلاع‌رسانی از طریق همین سایت کانون معلولان است. یکی دیگر از روش‌های اطلاع رسانی، خانه‌های سلامت و شبکه سلامت یاران هستند. خانه‌های سلامت ساختاری هستند که به منظور حفظ و ارتقاء سطح سلامت شهروندان در کلیه محلات شهر تهران تشکیل‌شده‌اند. برگه‌هایی در خانه‌های سلامت طراحی‌شده‌است که اگر افراد دارای معلولیت بخواهند از خدمات خانه‌های سلامت برخوردار شوند، فرم‌هایی را تکمیل کرده و به عضویت کانون معلولان محله خود در می‌آیند. ولی اعتراف می‌کنیم که اطلاع رسانی ما هنوز کامل نیست و می بایست از سایر روش‌های اطلاع‌رسانی هم بهره‌مند شویم.

با نیازسنجی‌هایی که انجام داده‌ایم، آموزش‌هایی را برای این دوستان با موضوعاتی از قبیل؛ آشنایی با شاخص‌های مناسب‌سازی، مبانی حقوق شهروندی، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی و... در دستور کار کانون‌های معلولان قرار دادیم کانون معلولان اولین کانونی بود که سایت خود را طراحی نمود. این سایت با همکاری خود اعضای کانون راه‌اندازی و مدیریت می‌شود که نشان از توانمندی این افراد است

در مورد عضویت متقاضیان هم توضیح دهید که این عضویت‌ها بر چه اساسی هستند وچه معنایی دارند ؟

در کانون معلولان انواع عضویت وجود دارد: عضویت پیوسته، اعضایی که به طور دایم در کانون مشغول به فعالیت هستند و علی‌رغم این‌که از خدمات کانون بهره‌مند می‌شوند، توانمندی و پتانسیل خودشان را هم در اختیار اعضای کانون قرار می‌دهند. عضویت وابسته، افرادی که فرم عضویت را پر کرده‌اند ولی به صورت دایم با کانون در ارتباط نیستند و فقط از خدمات کانون استفاده می‌کنند، مثلاً در جشن‌هایی که به مناسبت روز جهانی معلولان برگزار می‌شود یا اردوهایی که در کانون برگزار می‌شود و یا در مسابقات و کلاس‌های آموزشی شرکت می‌کنند و در نهایت عضویت افتخاری هم داریم که افرادی نظیر کارشناسان، حامیان، محققان، خیرین، متخصصان، هنرمندان، ورزشکاران، علاقمندان و والدین فرد دارای معلولیت که به صورت افتخاری باکانون همکاری نموده و به پیشبرد اهداف آن کمک می نمایند.

سعی ما براین است که هم در برنامه‌ریزی، اجرا و حتی نظارت هم مشارکت اعضای کانون را داشته باشیم. اگر بخواهم مثالی بزنم بحث مناسب‌سازی فضاهای شهری است. در این حوزه طرح‌های مختلفی در دستور کار شهرداری قرار دارد ازجمله می‌توان به مناسب‌سازی بوستان‌ها، بازدید و نظارت بر استانداردهای سامانه قطار شهری و مناسب‌سازی منازل افراد دارای معلولیت اشاره نمود. مدیریت شهری برای اجرای این طرح‌ها به تنهایی نمی‌تواند کاری از پیش ببرد لذا از خود دوستان کمک گرفتیم. بدین شکل که افراد دارای معلولیت منطقه خود را که نیاز به مناسب‌سازی در منزلشان دارند را معرفی کنند. تا مشخصات فرد به معاونت حمل‌ونقل و ترافیک شهرداری تهران اعلام شود و نسبت به نصب سطح شیب‌دار، بالابر ، مناسب‌سازی حمام و توالت آنها اقدام گردد.

یا مثلاً در بحث مناسب‌سازی فضاهای شهری، فرمی را تهیه کرده و در اختیار اعضای کانون قراردادیم که کوچه و محله خود را شناسایی کنند و آدرس بدهند که فلان کوچه مثلاً پل برای عبور افراد دارای معلولیت ندارد یا نیاز به سطح شیب‌دار دارد و یا در مدخل پیاده‌رو میله‌های "یو" شکل تعبیه‌شده است. در صورت دریافت این گزارشات ما با شهرداری آن منطقه یا ستاد مناسب‌سازی شهرداری تهران مکاتبه می‌کنیم تا این مشکل رفع شود. از خود اعضای کانون هم درخواست می‌شود که در جریان باشند و در رفع این مشکلات نظارت کنند. مهم‌ترین شاخصه برای شهروندان دارای معلولیت، دسترس پذیربودن امکانات شهری برای آن هاست. دسترسی یعنی اینکه فرد دارای معلولیت به تنهایی ازعهده کارهای خود برآید و بتواند از امکانات محلی استفاده کند. اگر یک فرد دارای معلولیت در مسیر رفت و آمدش با موانع فیزیکی روبه‌رو شود، انگیزه مشارکتش کاهش پیدا می‌کند. یک کار ارزشمند دیگر کانون‌ها بازبینی بوستان‌های به اصطلاح مناسب‌سازی شده در سطح شهر تهران و ایستگاه‌های سامانه قطار شهری بوده است. نتایج به دست آمده نشان داد که تعدادی از این بوستان‌ها و ایستگاه‌های مترو با استانداردهای لازم مناسب سازی نشده‌اند. به طور یقین رسیدگی به وضعیت افراد دارای معلولیت در صدر توجهات مدیران شهری قرار دارد ولی آنها خودشان باید در کنار مسوولان شهری حضور داشته‌باشند تا کارها بهتر و مفیدتر انجام شود.

حضور و مشارکت افراد دارای معلولیت در کانون‌های معلولان محلات مصداق عینی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه است. آیا در این چند سال برآوردی از تاثیر این فعالیت‌ها داشته‌اید؟

بحث انجام فعالیت‌های پژوهشی و ارزیابی و اثربخشی فعالیت کانون‌ها،

1. www.kmt22.org

در حوزه وظایف اداره کل مطالعات شهرداری است. بنابراین طرح پژوهشی اثربخشی فعالیت‌های کانون‌های معلولان را با تاکید بر شیوه‌های ارتقا مشارکت معلولان به اداره کل مطالعات پیشنهاد کرده و در مرحله پایانی این طرح هستیم.

ولی در مجموع ۵ سال از آغاز فعالیت کانون‌ها در محلات می‌گذرد. این کانون‌ها بستری برای ارتباط میان افراد دارای معلولیت با افراد تندرست و همچنین با مدیران شهری است تا با تشکیل این حلقه‌های ارتباطی بتوان گام‌های موثری در راه فرهنگ‌سازی برداشت. در ارزیابی و مذاکرات شفاهی که با دوستان و اعضای کانون‌ها داشته‌ایم، به این نتیجه رسیدیم که فعالیت‌های کانون در سال‌های اخیر رشد قابل قبولی داشته و فعالیت‌های اثر بخشی در زمینه آموزش و برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی انجام شده است. توان‌بخشی یعنی این که با فراهم کردن زمینه لازم به منظور حضور، مشارکت و حتی مداخله اجتماعی، بتوانید افراد دارای معلولیت را از خانه‌ها بیرون بیاورید، هر دو ماه یک‌بار آنها را در فضایی مثل سرای محله جمع کنید تا در ارتباط با رفع مشکلاتشان با هم صحبت کنند و راه‌حل بیاندیشند. گرچه وضعیت موجود هنوز راضی کننده نیست، اما در این جهت تلاش می‌کنیم. از طرفی دیگر یکی از اهداف کانون معلولان این بود که نگاه منفی نسبت به افراد دارای معلولیت و توانمندی‌هایشان را از بین ببرد و با مشارکت و حضور اجتماعی آنها، مردم ببینند که افراد دارای معلولیت در خانه‌های سلامت همانند یک شهروند تندرست حضور پیدا می‌کنند و از حقوقی همانند دیگران برخوردار هستند. این حضور موثر، در نگاه مردم و مسوولان تغییر ایجاد می‌کند و فرهنگ جدید می‌آفرینند.

چه برنامه‌هایی برای آینده دارید؟

یکی از برنامه‌هایی که امسال در دستور کار ما قرار دارد، برگزاری کارگاه آموزشی آشنایی با نیازهای شهروندان دارای معلولیت و شیوه برقراری ارتباط مطلوب با آن‌ها و ساماندهی فعالیت‌های کانون ویژه مسوولان خانه‌های سلامت محلات شهر تهران در کلیه مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران، توسط خود کانون و با مربیگری سرکار خانم میلادی دبیرکل کانون می باشد که در حال اجراست. برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه دبیران کانون‌های معلولان به منظور توانمندسازی آنان با موضوعاتی از قبیل کارگروهی، فعال سازی افراد دارای معلولیت در جامعه و گزارش و خبرنویسی در مورد حقوق شهروندی آنها از دیگر برنامه‌های موردنظر می‌باشد. درصدد هستیم به منظور فرهنگ‌سازی از طریق رسانه‌های آموزشی، یک سری شعارها و پیام‌ها در حوزه توجه به حقوق افراد دارای معلولیت را به شهروندان و مدیران شهری منتقل کنیم. به عنوان مثال امسال در بحث آموزش و فرهنگ‌سازی در حوزه معلولیت ویژه شهروندان، کلیپ تاثیرگذاری را برای پخش در مانیتورهای ایستگاه‌های مترو آماده کرده‌ایم و هماهنگی‌های لازم را با شرکت بهره برداری مترو به عمل آورده‌ایم.

درصددهستیم به منظور فرهنگ‌سازی از طریق رسانه‌های آموزشی، یک سری شعارها و پیام‌ها در حوزه توجه به حقوق افراد دارای معلولیت را به شهروندان و مدیران شهری منتقل کنیم

آیا اعضای کانون‌های معلولان از همه انواع معلولیت‌ها هستند؟

بله از هر نوع معلولیتی در این کانون‌ها عضو هستند. انواع معلولان جسمی-حرکتی شامل افراد دچار نقص عضو، انواع فلج‌ها، ناهنجاری‌های اسکلتی و ضایعات نخاعی، معلولان حسی شامل افراد نابینا و کمبینا و ناشنوا و کمشنوا ، معلولان ذهنی شامل افراد کمتوان ذهنی و معلولان روانی شامل افراد دچار اختلالات مزمن روانی می‌توانند به عضویت کانون درآیند. ولی در دستورالعملی که به مناطق ابلاغ کرده‌ایم اعلام کردیم که کانون‌های معلولان در محلات، زمانی رسمیت پیدا می‌کنند که در هر محله حداقل ده نفر عضو دارای معلولیت داشته باشند و از این تعداد هفتاد درصدشان معلول جسمی، حرکتی و یا حسی باشند.

چه انتظاری از مسوولان شهرداری یا سایر ارگان‌ها دارید؟

در طول مدتی که از نزدیک با افراد دارای معلولیت در ارتباط بوده‌ام و مشکلاتشان را دیده‌ام، به این باور رسیده‌ام که مدیران شهرداری باید به مشکلات و نیازهای این دسته از افراد به عنوان یک دغدغه اجتماعی نگاه کنند و امکانات و منابع کافی را در جهت رفع مشکلات آنها به کار گیرند. از طرفی باید دانست که حل تمام مشکلات افراد دارای معلولیت، از عهده یک سازمان خارج است. آنها نیازهای متنوعی دارند که برطرف کردن آن‌ها مشارکت همه سازمان‌ها را می‌طلبد. انتظار این است که هم‌افزایی و تعامل سازنده میان سازمان‌های مرتبط با این حوزه و همچنین سمن‌های مختلف وجود داشته باشد. اگر این دیدگاه در مسوولان به‌وجود بیاید و از ظرفیت سمن‌ها استفاده کنند رسیدن به اهداف آسان‌تر می‌شود. ما خیلی از برنامه‌هایمان را با حمایت سمن‌ها برگزار می‌کنیم و به حمایت آنها احتیاج داریم. تا وقتی که سازمان‌های مردم نهاد، بهزیستی و سایر نهادهای مرتبط در کنار بچه‌های کانون معلولان محلات نباشند و مشارکت موثر وجود نداشته باشد، ما به اهداف خود نمی‌رسیم. شهرداری‌ها نباید به‌صورت جزیره‌ای عمل کنند. در شهرداری‌ها سازمان‌ها و معاونت‌های مختلفی وجود دارند که در ارتباط با افراد دارای معلولیت فعالیت می‌کنند. ما الان شورای راهبردی معلولان را در شهرداری تهران داریم. این شورا ترکیبی از اساتید علمی و دانشگاهی و صاحب‌نظر در حوزه معلولان، نمایندگان سازمان‌ها و معاونت‌های مرتبط با امور معلولان در شهرداری مثل معاونت شهرسازی، حمل‌و نقل و ترافیک، خدمات شهری و سازمان زیباسازی و پارک‌ها و فضای سبز و همچنین نماینده بعضی از سمن‌های فعال در حوزه معلولان می‌باشند که به‌طور متوسط در هر فصل در یکی از سازمان‌ها و معاونت‌های تابعه شهرداری تشکیل جلسه می‌دهد. من امیدوارم که با ادامه این جلسات و همفکری‌ها مشکلات زندگی شهری برای افراد دارای معلولیت کاهش پیدا کند و آنها هم بتوانند خود را شهروند بدانند.

کانون‌های معلولین مناطق شهرداری

تلاشی برای حل چالش‌های افراد دارای معلولیت در سطح شهر

کانون‌های معلولین شهرداری‌ها، مراکزی هستند که از سال ۱۳۹۰ توسط اداره کل سلامت و با تلاش معاونت اجتماعی مناطق بیست گانه شهرداری تهران، در سرای محلات تشکیل شدند. اعضای این کانون‌ها از بین داوطلبانی که توسط اداره کل سلامت شهرداری، از طریق مساجد و یا سرای محلات اطلاع‌رسانی شده بودند انتخاب شده‌اند. هدف این کانون‌ها ارتقاء سطح زندگی و حفظ کرامت افراد دارای معلولیت در مناطق شهری است. با یکی از دبیران این کانون‌ها در منطقه ۴ شهرداری تهران دیدار و گفت‌وگویی داشتیم. ایشان در ابتدا قبل از هر صحبتی گفت: از قول من به عنوان یک عضو کوچک از جامعه معلولان و نیز دبیر یکی از کانون‌های معلولان شهرداری بنویسید؛ مهم‌ترین دغدغه یک فرد دارای معلولیت اشتغال اوست. معلولی که شغل دارد می‌تواند خودش و توانایی‌هایش را به خانواده و جامعه ثابت کند. ما به همان سه درصد سهم اشتغال افراد دارای معلولیت هم قانع هستیم، لطفا تصویب و اجرایش کنید. حاصل این دیدار و گپ و گفت را با هم می‌خوانیم.

دبیر کانون محلات شهرداری منطقه چهارشهر تهران معتقد است، مهم‌ترین هدف این کانون‌ها که اکنون در منطقه چهار شهرداری تهران، بیست کانون به تعداد محلات منطقه و در سطح شهر تهران ۳۴۷ کانون به تعداد محلات تهران تشکیل گردیده، هدف این کانون‌ها تعریف معنادار از معلولیت و اصلاح ذهنیت و نگاه جامعه شهری به افراد دارای معلولیت است. حضور پررنگ این افراد در سطح شهر و محلات، بالابردن جایگاه اجتماعی آنها توام با برگزاری کلاس‌های آموزشی برای ارتقاء کیفیت زندگی آنها، در دستور کار کانون‌ها قرار دارد.

او معتقد است رسیدن به زندگی راحت‌تر در سطح شهر از جمله حضور در پارک‌ها، ورزشگاه‌ها، اماکن عمومی و امکان رفت و آمد با وسایل حمل و نقل عمومی و دسترسی آسان به تسهیلات و امکانات تعبیه شده در سطح شهر، از تلاش‌هایی است که این کانون‌ها درصدد دستیابی به آن هستند.

این مسوول می‌گوید، در کنار این اهداف، کانون‌های معلولین در سطح

مهم‌ترین هدف این کانون‌ها که اکنون در منطقه چهار بیست کانون به تعداد محلات منطقه و در سطح شهر تهران ۳۴۷ کانون به تعداد محلات تهران تشکیل گردیده، ایجاد تعریف معنادار از معلولیت و اصلاح ذهنیت و نگاه جامعه شهری به معلولان است. حضور پررنگ معلولان در سطح شهر و محلات بالابردن جایگاه اجتماعی معلولان توام با برگزاری کلاس‌های آموزشی برای ارتقاء کیفیت زندگی معلولان است

محلات، کارگاه‌های آموزشی متعددی برای بالابردن سطح آگاهی افراد نسبت به معلولیت برگزار می‌کنند. یکی از مهم‌ترین این آموزش‌ها، آموزش مادران باردار است. ما در سطح محلات امکان انجام آزمایش‌های ژنتیکی برای پیشگیری از تولد بچه‌های دارای معلولیت را فراهم نموده‌ایم.

مسوول کانون‌های معلولان منطقه چهار، اختصاص مکانی برای تشکیل کارگاه‌های آموزشی از جمله کارگاه آموزش خط، کامپیوتر، زبان و معرق را که به صورت رایگان در جهت توانمندسازی افراد دارای معلولیت به منظور دستیابی به اشتغال ایجاد شده است را از برنامه‌های این کانون‌ها می‌داند. او می‌گوید، تمامی این تلاش‌ها برای دستیابی افراد دارای معلولیت به شرایط زیست بهتر در عرصه اجتماعی ودستیابی به زندگی بهتر و راحت‌تر است. او ادامه می‌دهد، دربررسی‌ها انجام شده مشخص شده است که بیشترین دلایل معلولیت، دلایل ژنتیکی و تغذیه‌ای است، بنابراین در کارگاه‌ها آموزش‌هایی برای جلوگیری از این معلولیت‌ها داده می‌شود.

این مسوول ادامه می‌دهد، از فعالیت‌های مهم این کانون‌ها برگزاری همایش‌ها و سمینارهایی در مورد معلولیت و معلولان است. ما در اکثر برنامه‌ها و همایش‌ها سعی می‌کنیم از همکاری خود افراد دارای معلولیت استفاده کنیم تا استعدادها و توانمندی‌هایشان از این طریق شکوفا گردد. از دلایل این‌کار آشناکردن مردم

بـا توانایی‌هـای افـراد دارای معلولیـت و بـالا بـردن سـطح بینـش مـردم نسـبت بـه ایـن افـراد اسـت. برگـزاری سـمینارها و کارگاه‌هـای آموزشـی در سـراهای محلـه، موجـب شـکوفا شـدن اسـتعدادهای افـراد دارای معلولیـت می‌شـود و در ضمـن بـا بـالا بـردن سـطح آگاهـی عمومـی، جلوگیـری از معلولیـت را موجـب می‌شـود.

دبیرکانـون معلولیـن منطقـه ۴ کـه خـودش هـم کـم بیناسـت، فعالیت‌هـای ایـن کانون‌هـا را بـازوی سـازمان بهزیسـتی در توانمندسـازی افـراد دارای معلولیـت می‌دانـد. او می‌گویـد: مهم‌تریـن دغدغـه مـا در ایـن کانون‌هـا، تامیـن بودجـه بـرای دسـتیابی بـه اهـداف برنامه‌هـای توانمندسـازی اسـت. البتـه مـا در ایـن زمینـه از کمک‌هـا و همیاری‌هـای مردمـی بهـره می‌بریـم. امـا تـا بودجـه مخصـوص بـه فعالیت‌هـای توانمندسـازی تعلـق نگیـرد نمی‌تـوان فعالیت‌هـای اساسـی در ایـن زمینـه انجـام داد. در حـال حاضـر فعالیت‌هـای مـا براسـاس ظرفیت‌هـای محـلات اسـت و سـعی می‌کنیـم از خـود افـراد دارای معلولیـت در راه‌انـدازی ایـن مراکـز اسـتفاده کنیـم. اگـر بخواهیـم جشـنی را راه بیندازیـم قطعـا از مجریـان دارای معلولیـت در محـلات اسـتفاده می‌کنیـم و بـرای نمایشـگاه‌هایمان نیـز از هنرمنـدان دارای معلولیـت اسـتفاده می‌کنیـم.

دبیـر کانـون معلـولان منطقـه ۴، دربـاره شناسـایی افـراد دارای معلولیـت ایـن منطقـه می‌گویـد، از اولیـن اقدامـات مـا بـرآورد آمـاری از تعـداد معلـولان منطقـه بـود. مـا در منطقـه ۴ شـش مدرسـه کـودکان اسـتثنایی در سـطح منطقـه داریـم. هدفمـان ایـن اسـت تـا جایـی کـه بتوانیـم بـه ایـن مـدارس خدمت‌رسـانی کنیـم. از جملـه برگـزاری اردوهـای تفریحـی و توانمندسـازی بـرای افـرادی کـه دارای توانایـی و بضاعـت مالـی نیسـتند.

او ادامـه می‌دهـد، مـا در پـارک الغدیـر منطقـه ۴ نیـز یـک مرکـز فرآمـوزی داریـم و بـرای آمـوزش بـه مـدارس می‌رویـم و بـا ترتیـب دادن اردوهـا و ارائـه جـزوات آموزشـی در جهـت اهدافمـان فعالیـت می‌کنیـم. مـا در کانـون محـلات هم‌چنیـن بازارچه‌هـا و نمایشـگاه‌های مختلفـی در سـطح منطقـه برگـزار می‌کنیـم و توانمندی‌هـای معلـولان را از طریـق ارائـه کارهـای هنـری آنهـا بـه جامعـه نشـان می‌دهیـم. ایـن‌کار باعـث تغییـر نگـرش جامعـه نسـبت بـه افـراد دارای معلولیـت می‌شـود. او کـه خـودش از نخبـگان دارای معلولیـت اسـت در مـورد جشـنواره سـلام آقـای شـهردار می‌گویـد : یکـی از کارهـای کانـون معلـولان در سـطح مناطـق تهـران، برگـزاری جشـنواره سـلام آقـای شـهردار بـود کـه در آن نزدیـک بـه ۷۰۰۰ نامـه توسـط افـراد دارای معلولیـت نوشـته و بـه شـهردار ارائه شـد. در ایـن نامه‌هـا آنهـا از مشـکلاتی کـه شـهر تهـران بـا آن روبـه‌رو هسـتند گفتنـد.

او هم‌چنیـن در مـورد میـزان اسـتقبال از کلاس‌هـا در محـلات مختلـف منطقـه ۴ بـه خصـوص محلاتـی مثـل خـاک سـفید و شـمیران نـو کـه بیشـترین میـزان افـراد دارای معلولیـت را دارنـد گفـت و افـزود، اسـتقبال در ایـن محـلات بسـیار خـوب بـوده اسـت. او می‌گویـد، مشـکلاتمان هنـوز خیلـی زیـاد اسـت و خیلـی راه داریـم تـا بـه اهدافمـان برسـیم. کانـون معلولیـن هدفـش خیـر اسـت و از دل جامعـه بلنـد شـده اسـت، کانـون جـدای از جامعـه نیسـت. براسـاس انتخاباتـی کـه برگـزار کردیـم، خـود معلـولان رای دادنـد و نمایندگانشـان را در مناطـق انتخـاب کردنـد. سـعی مـا ایـن اسـت بـا ابزارهـای مختلفـی کـه داریـم ذهنیـت مسـوولان را نسـبت بـه افـراد دارای معلولیـت تغییـر دهیـم، اینکـه بگوییـم آنهـا جـدا از جامعـه نیسـتند و نبایـد شـهروند درجـه دو محسـوب شـوند. آنهـا حـق دارنـد مثـل سـایر شـهروندان از امکانـات شـهری ماننـد بوسـتان‌ها، وسـایل نقلیـه عمومـی، باشـگاه‌ها ورزشـی و سـینماها بهره‌منـد شـوند.

سعی ما این است که به جامعه و به خصوص مسوولان نشان دهیم که معلولان شهروند درجه دو نیستند. آنها حق دارند مثل سایر شهروندان از امکانات شهری مانند بوستان‌ها، وسایل نقلیه عمومی سینماها و باشگاه‌های ورزشی بهره‌مند شوند

ایـن مسـوول فعـال و پـر تـلاش، فقـدان ردیـف بودجـه را باعـث مصـوب نشـدن برنامه‌هـای مشـخص می‌دانـد و می‌گویـد، بـدون شـک بایـد ردیف‌هـای بودجـه بـه خصـوص بـرای مناسب‌سـازی معابـر بـه تصویـب برسـد. البتـه ایـن برنامـه تحـت عنـوان برنامـه جامـع اکنـون در مجلـس اسـت و امیدواریـم در همیـن دوره بـه تصویـب برسـد.

ایشـان هم‌چنیـن کمبـود متخصـص آشـنا بـه مسـائل افـراد دارای معلولیـت را از کاسـتی‌های ایـن حـوزه می‌دانـد و معتقـد اسـت کـه بهزیسـتی بایـد افـراد توانمنـد را درحـوزه کار بـا معلـولان تربیـت کنـد و بهتـر اسـت ایـن افـراد از میـان خـود افـراد دارای معلولیـت باشـند، زیـرا یـک فـرد دارای معلولیـت حـال یکـی مثـل خـودش را بهتـر درک می‌کنـد.

ایشـان می‌گویـد، مـا سـعی کردیـم تـا کلاس‌هـای بهداشـتی و روانشناسـی را بـه صـورت ادغـام یافتـه بیـن افـراد دارای معلولیـت و افـراد تندرسـت برگـزار کنیـم تـا حـس تفاهـم در افـراد سـالم نسـبت بـه معلـولان بیشـتر ایجـاد شـود. او می‌گویـد مـا در کانـون هم‌چنیـن برنامه‌هایـی بـرای تقدیـر از مادرانـی کـه فرزنـدان معلـول دارنـد برگـزار می‌کنیـم تـا جامعـه بـا ایـن مـادران زحمت‌کـش کـه بـا سـختی زیـادی مواجـه هسـتند نیـز آشـنا شـود.

وی در انتهـاء می‌گویـد: امیـدوارم جایـگاه بالاتـری بـرای افـراد دارای معلولیـت دیـده شـود و فقـط در مناسـبت‌های رسـمی بـه آنهـا توجـه نشـود. آنهـا بایـد در تمـام سـال دیـده شـوند. بایـد شـرایطی فراهـم شـود تـا این افـراد بتواننـد ظرفیت‌هـا و پتانسـیل‌های خـود را نشـان دهنـد تـا خانواده‌هـا نیـز ببیننـد کـه آنهـا چـه توانمندی‌هایـی دارنـد تـا بدیـن وسـیله عـزت نفسشـان حفـظ شـود.

در تاریخ هفتم آبان ماه، اولین کارگاه آموزش معلولیت‌ها در منطقه یک شهرداری شهر تهران برگزار شد.
موضوعات این کارگاه در جهت آشنایی مسوولان خانه‌های سلامت با نیازهای شهروندان دارای معلولیت و شیوه ارتباط مناسب با آنها بود. در این کارگاه که توسط ترانه میلادی دبیر کل کانون‌های معلولان شهر تهران اداره می‌شد، آموزش‌هایی در جهت شناخت خصوصیت‌های افراد دارای معلولیت در هر نوع از معلولیت‌هابه حاضران ارائه شد. چگونگی ارتباط صحیح با نابینایان و ناشنوایان و افراد دارای معلولیت جسمی و حرکتی از مواردی بود که در این کارگاه به آن پرداخته شد. در این کارگاه جزواتی با موضوعات؛ فعالیتهای ورزشی برای افراد دارای معلولیت، معلولیت و هنر درمانی، چگونگی همیاری با افراد دارای معلولیت، آشنایی با معلولیت، پیشگیری و توان‌بخشی، حمایت از معلولان از نگاه حقوق داخلی و بین‌المللی،ارتباط موثر اجتماعی، مناسب‌سازی از قانون تا اجرا، در میان شرکت کنندگان توزیع شد. یکی از نکاتی که مدرس این کارگاه به آن اشاره کرد این بود که: ویلچر برای یک فرد دارای معلولیت، عضوی از بدن اوست و همان‌طور که دست یک فرد تندرست را می‌گیرید و با خود می‌برید با ویلچر یک فرد دارای معلولیت هم همان‌طور برخورد کنید !
بعد از اتمام کارگاه، باخانم میلادی گفت‌وگوی کوتاهی انجام دادیم که می‌خوانید.

این فعالیت‌ها مصداق عینی توان‌بخشی مبتنی بر جامعه[1] هستند

ترانه میلادی | دبیرکل کانون‌های معلولان شهر تهران

کارگاهی که هم‌اکنون در منطقه یک شهرداری تهران برگزار می‌شود، در چه موردی است؟

این کارگاه در راستای مبحث توان‌بخشی مبتنی بر جامعه و فرایند عملکرد افراد در جامعه است که درواقع کارگاه آشنایی با نیازهای شهروندان دارای معلولیت و شیوه برقراری ارتباط مطلوب با این افراد است. این کارگاه برای مسوولان خانه‌های سلامت درمناطق مختلف تهران برگزار می‌شود. در این کارگاه سعی می‌کنیم آموزش‌های لازم را در جهت ایجاد ارتباط صحیح با افراد دارای معلولیت بدهیم تا این دوستان که کارشناس در ارتباط با کانون‌های معلولان شهر تهران هستند بتوانند ارتباط شایسته‌ای با افراد دارای معلولیت برقرار کنند.

در این کارگاه سعی می‌کنیم آموزش‌های لازم را در جهت ایجاد ارتباط صحیح با افراد دارای معلولیت بدهیم

افراد شرکت کننده در این کارگاه چه کسانی هستند؟

مسوولان خانه‌های سلامت منطقه یک شهرداری تهران هستند.

چه آموزش‌هایی در این کارگاه ارائه می شود ؟

در این کارگاه ابتدا آسیب‌های اجتماعی را شرح دادیم. سپس عواملی که موجب ایجاد معلولیت می‌شود و انواع معلولیت‌ها را توضیح دادیم. شیوه برقراری ارتباط مطلوب با هر گروه از معلولیت‌ها را بیان کردیم و سعی کردیم با مثال‌هایی آنها را در موقعیت‌های مشابه قرار دهیم که اگر یک ارباب رجوع یا یک شهروند دارای معلولیت به آنها مراجعه می‌کند چگونه باید با او ارتباط صحیح برقرار کنند. تا بتوانند از این طریق مشارکت افراد دارای معلولیت را در سطح مناطق شهر تهران بالا برده و کمک کنند این افراد هم بتوانند مانند سایر افراد جامعه از امکانات اجتماعی و امکانات رفاهی و خدماتی

1. Community base Rehabilitation (CBR)

2.International Classification of Functioning (ICF)

شدید که همراه با علایم اضطرابی شدید است. احساس ذهنی و ناگهانی دلهره و اضطراب که به صورت حمله ای دست بدهد و حداقل چند دقیقه طول بکشد. احساس تعریق، لرزش دست، مومور شدن دست ها یا پاها، احساس داغی یا سرد شدن بدن، تپش قلب، خشکی دهان، تند تند نفس کشیدن، سرگیجه، درد و ناراحتی در قفسه سینه، حالت تهوع، احساس خفگی به همراه احساس مرگ قریب الوقوع و یا از دست دادن کنترل روانی خود.

ترس از شی یا موضوعی خاص (فوبی خاص) ترس مشخص و پایدار که غیرقابل قبول است و با حضور یا حتی انتظار حضور آن شی یا آن موقعیت در فرد ایجاد می‌شود. در این حالت ممکن است اضطراب زیاد و گاهی حتی حمله هراس در مواجهه با آن موضوع یا موقعیت رخ دهد. برای مثال، پرواز با هواپیما، تزریق آمپول، ترس از ارتفاع و ... که موجب اجتناب فرد از این موقعیت‌ها می‌شود و اگر ناخواسته مواجه شود دچار حمله شدید اضطرابی می‌شود.

اضطراب اجتماعی: اضطراب اجتماعی به ترس خاص و شدید از یک موقعیت اجتماعی اطلاق میشود که فرد نگران است نتیجه آن خجالتآور باشد. فرد می‌ترسد در حضور دیگران به گونه‌ای رفتار کند که مورد تحقیر قرار گیرد و یا خجالت زده شود، بنابراین تا جایی که ممکن است از حضور در جمع و رویارویی با افراد ناآشنا اجتناب می‌کند. ترس از حرف زدن در جمع یکی از متداول‌ترین انواع هراسهای اجتماعی است.

اختلال وسواسی- جبری: افکار، تصورات و یا رفتارهای تکرار شونده که در اکثر موارد فرد از نادرستی‌شان اگاه است. مثل شستشوی مکرر (وسواس تمیزی-کثیفی یا نجس- پاکی)؛ چک کردن دایم (مثل شیرگاز، درب منزل و یا ماشین و ..)، و یا افکار و تصورات مزاحم به صورت مکرر در ذهن فرد که ورود این افکار در کنترل و اراده او نیست و این افکار برای فرد اضطراب برانگیز و غیرقابل قبول است، که وسواس فکری است.

اختلال استرس پس از سانحه: این اختلال برای افرادی ممکن است ایجاد شود که شاهد یک رویداد هولناک یا تهدید کننده حیات بوده‌اند (مثل جنگ، تصادف، زلزله و ..) . افرادی که از این اختلال رنج میبرند آن حادثه را به شکل کابوس‌های ناراحت کننده به یاد میآورند. این افراد از تمام چیزهای یادآور آن حادثه مثل دیدن برنامه‌های تلویزیونی، عکس‌ها و یا صحبت‌هایی که یادآور آن حادثه باشند، اجتناب می‌کنند. این افراد معمولا تحریک پذیر و بیقرارند و ممکن است با کوچکترین صدایی از جا بپرند.

اختلال اضطراب فراگیر: ویژگی اصلی این اختلال، اضطراب بیش از حد و نگرانی در اغلب روزهاست که بیشتر از یک دوره ۶ ماهه طول بکشد. احساس بیقراری، زود خسته شدن، اختلال در تمرکز یا احساس خالی شدن ذهن، تحریک پذیری، تنش عضلانی، اختلال خواب (مخصوصا اشکال در به خواب رفتن) از جمله علایم این اختلال می باشند.

به طور کلی تاثیر اختلالات اضطرابی به گونه‌ای است که با عملکرد فرد درحوزه های مختلف امور شخصی و روزمره زندگی، ارتباطات با اطرافیان، فعالیت های تحصیلی یا شغلی و امور اجتماعی تداخل ایجاد کند.

اضطراب با چه بیماری هایی ممکن است اشتباه شود؟

بسیاری از اختلالات روانپزشکی خصوصا افسردگی می‌تواند علایمی مشابه با علایم اضطرابی را در فرد ایجاد کند. از طرفی بسیاری از اختلالات جسمی، مثل اختلال در کارکرد غده تیرویید، بیماری های قلبی- عروقی و کمبود برخی ویتامین‌ها نیز می تواند علایمی شبیه اضطراب در فرد ایجاد کند و با اختلال اضطرابی اشتباه گرفته شود. بنابراین تشخیص اختلالات اضطرابی نیازمند بررسی دقیق پزشک است.

درمان اضطراب

اگر علایم اضطراب در انجام کارهای روزمره تان تداخل ایجاد کرده و یا اگر فعالیتهای زندگیتان را برای کنار آمدن با اضطراب محدود کرده‌اید، باید دنبال یک کمک تخصصی باشید. امروزه راه‌های مؤثر و متنوعی برای درمان اضطراب وجود دارد. درمان اختلالات اضطرابی می‌تواند هم به صورت دارودرمانی و روان‌درمانی انجام شود. انواع اختلالات اضطراب درمان‌پذیرند و افراد زیادی هستند که از این علایم بهبودی کامل و یا نسبی یافته‌اند.

داروهای مؤثری برای درمان اختلال وسواسی جبری وجود دارند.

مواد غذایی مناسب در بهبود سرماخوردگی و آنفولانزا

یکی از ساده‌ترین و در عین حال آزاردهنده‌ترین بیماری‌های شایع به‌خصوص در فصل سرد سال، ابتلا به سرماخوردگی و آنفولانزا است.

اولین نکته‌ای که به ذهن همه ما می‌رسد رفتن به سراغ مواد غذایی مناسب است. مسلما استراحت و جلوگیری از استرس بسیار مهم است، اما مصرف مواد غذایی کافی و مناسب در این زمان می‌تواند به تقویت سیستم ایمنی کمک کرده و در برابری بیماری از شما محافظت کند.

ابتدا به خاطر داشته باشید که اگر یکی از افراد خانواده مریض باشد، این به معنای بیماری همه اعضا خانواده نیست اما بهتر است اتاقی جداگانه برای فرد بیمار در نظر گرفته شود و ظروف و وسایل مصرفی او برای عدم انتقال ویروس‌ها جدا گردد. رعایت بهداشت و شست‌وشوی مرتب دست‌ها با آب گرم و صابون برای کشتن ویروس‌ها بسیار موثر است.

از اولین مراحل درمان بیماری، کاهش التهاب فرد است. از بین مواد غذایی که می‌توانند التهاب را افزایش دهند می‌توان به کربوهیدرات‌های تصفیه شده؛ مانند آرد سفید یا برنج سفید، قند و شکر و چربی‌های اشباع موجود در کره و دیگر چربی‌های حیوانی مانند پوست مرغ اشاره کرد. می‌توانید موارد زیر را جایگزین آنها کنید:

- مصرف انواع میوه جات، سبزیجات و ادویه‌جات
- مصرف غلات سبوس‌دار
- مصرف متعادل روغن‌های سالم مانند روغن زیتون

بهتر است قسمتی از بشقاب غذایتان را برای بهبود خود اختصاص دهید و مواد زیر را به آن اضافه کنید:

- **قارچ:** این ماده غذایی سیستم ایمنی شما را تقویت می‌کند و مورد خوبی برای دریافت ویتامین D که مورد نیاز شما هست می‌باشد.
- **سیر:** سیر یکی از بهترین مواد غذایی است که می‌توانید در طی فصول سرد سال برعلیه سرماخوردگی و آنفولانزا مصرف کنید. آلیسین ماده شیمیایی طبیعی در سیر است که برعلیه باکتری‌ها و احتمالا ویروس‌ها موثر است.
- **مرکبات:** این میوه‌های آبدار مواد خوبی برای دریافت ویتامین C هستند که به‌عنوان یک آنتی‌اکسیدان کلیدی می‌تواند از سیستم ایمنی بدن حمایت کند. علاوه بر انواع مرکباتی چون پرتقال و گریپ‌فروت و لیمو شما می‌توانید ویتامین C را از فلفل، کیوی و توت فرنگی نیز دریافت نمایید.
- **گیاهان و ادویه‌جات:** این مواد نه تنها طعم خوبی به غذای شما می‌دهند بلکه در از بین بردن میکروب‌ها نیز موثرند. می‌توانید از ادویه کاری هم که ترکیبی از ادویه‌جات است، استفاده کنید.
- **پروبیوتیک‌ها:** این باکتری‌ها می‌توانند از دستگاه گوارش شما محافظت کرده و برای سیستم ایمنی‌تان مفید باشند. می‌توانید آنها را در مواد غذایی همچون کلم‌ترش، کفیر و ماست پیدا کنید.
- **سوپ مرغ:** یکی از غذاهای موثر در بهبود سرماخوردگی و آنفولانزا، مایعات گرمی همچون سوپ مرغ است که بر علیه التهاب بوده و تورم و گلودرد را التیام می‌بخشد.

منبع: webmed

نویسنده: مریم عمادی، مشاور تغذیه و رژیم درمانی

اخبار رسانه‌ها در حوزه معلولیت

مردم سالاری ۹۴/۷/۱

حمایت‌های حمل و نقلی مدیریت شهری از دانش‌آموزان

سید جعفر تشکری هاشمی در گفت وگو با خبرنگار مهر گفت: برای دانش آموزان استثنایی سرویس‌های رایگان پیش بینی شده و همچنین برای تردد معلولین و جانبازان به مراکز علمی و درمانی، خودروی ون و اتوبوس در نظر گرفته شده که آنان می توانند با تماس تلفنی ۶۳۰۵ از این سرویس‌ها بهره مند شوند.

خبر گزاری مهر ۹۴/۷/۴

دانشمندان علوم پزشکی موفق به باز گرداندن توانایی راه رفتن به فردی دارای معلولیت آن هم با استفاده از سیگنال‌های الکتریکی تولید شده توسط مغزش شدند

به گزارش خبر گزاری مهر، پروژه جدید دانشمندان دانشگاه کالیفرنیا یک تحول بزرگ در پزشکی نوین است. در گذشته از امواج مغزی فرد برای کمک به راه اندازی اندام‌های روباتیکی پیوندی به وی استفاده شده است، اما حالا برای نخستین بار از این امواج جهت تحریک و بازگرداندن توانایی حرکت هر دو پا در بیمارانی استفاده می‌شودکه به واسطه وارد آمدن لطمات جدی به نخاع، توانایی راه رفتن را از دست داده‌اند

خبرگزاری میزان ۹۴/۷/۵

جزییات تسهیلات آموزشی به دانشجویان دارای معلولیت اعلام شد

به گزارش گروه اجتماعی خبرگزاری میزان، جلسه ۲۳ کمیسیون طرح و مشاوره دانشجویی دبیرخانه شورای انقلاب فرهنگی برگزار شد. این جلسه به بررسی پیش‌نویس منشور حقوق و مسوولیت‌های دانشجویان اختصاص داشت و مواد ۴۹ الی ۶۰ این منشور، در رابطه با حقوق دانشجویان دارای معلولیت مورد بررسی قرار گرفت.

بنا بر این گزارش حق دسترسی آزاد به خدمات آموزشی در تمام مقاطع اعم از عالی و تکمیلی، معافیت یا تخفیف از پرداخت برخی هزینه‌های آموزشی، مناسب سازی فضا و فراهم سازی استانداردهای لازم برای سهولت در انجام امور این دانشجویان از قبیل در نظر گرفتن مسیر تردد خاص برای این افراد، برخورداری از سنوات اضافه تحصیلی، اولویت در بهره‌مندی از امکانات خوابگاهی و سایر امکانات رفاهی دانشگاه و ایجاد تسهیلات برای ایجاد کانون‌های معلولین در دانشگاه‌ها، از مهم ترین موضوعاتی بود که در این پیش‌نویس مورد اشاره قرار گرفت.

مردم سالاری ۹۵/۷/۸

صدورکارت شناسایی برای معلولان تا سال ۹۵

رییس سازمان بهزیستی کشور درباره صدور کارت شناسایی برای معلولان گفت: گروه پزشکی شامل؛ متخصصان روانشناس، ارتوپد، مغز واعصاب و روان‌پزشک، افراد متقاضی دریافت این کارت را معاینه و شدت و نوع معلولیت آنان را تعیین می کنند و سپس کارت معلولیت صادر می‌شود. محسنی بندپی گفت یک میلیون و دوست‌هزار فرد دارای معلولیت در کشور وجود دارد.

مردم سالاری ۹۴/۷/۱۴

بریس مخصوص معلولین در کشور ساخته شد

استادان و کارشناسان گروه ارتوپدی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی موفق به طراحی و ساخت بریس مخصوص معلولین قطع نخاعی شدند که امکان راه رفتن را برای آنها فراهم می کند.

به گزارش ایسنا: مهندس رضا وهاب‌کاشانی، درباره این وسیله کمک توان‌بخشی گفت: بریس دوطرفه اندام با مفصل ایزوکینتیک امکان راه رفتن به روش متقابل را برای افراد قطع نخاعی بین مهره‌های هفتم سینه‌ای و دوازدهم را فراهم می کند..

مردم سالاری ۱۶/ ۷/ ۹۴

چهار میلیون معلول سازمان بهزیستی تحت پوشش بیمه آتیه‌سازان قرار می‌گیرند

معاون توسعه مدیریت و سرمایه انسانی شرکت بیمه آتیه‌سازان حافظ گفت: طبق قرارداد منعقده با سازمان بهزیستی، چهار میلیون معلول تحت پوشش این سازمان در سراسرکشور، تحت پوشش خدمات بیمه این شرکت قرار می‌گیرند.

خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران ۹۴/۷/۲۱

سامانه خدمات بانکی برای نابینایان توسط پست بانک افتتاح شد

خسرو فرحی مدیرعامل پست بانک گفت: همزمان با هفته نابینایان، اولین سامانه خدمات بانکی برای نابینایان، برای اولین بار توسط پست بانک افتتاح و رونمایی شد. فرحی ابراز امیدواری کرد این طرح در ۴۰۴ شعبه پست بانک اجرایی شود.

خبرگزاری مهر ۹۴/۷/۲۸

مشاور امور معلولان در شبکه مستند منصوب شد

امیر تاجیک مدیر شبکه مستند سیما، مهیار خسروانی تهرانی را به عنوان مشاور در امور جانبازان و معلولین منصوب کرد. وی در سخنانی گفت: شبکه مستند رسالت خود را توجه به همه موضوعات می‌داند و یکی از ابعاد مهم جامعه توجه به مسائل معلولین و جانبازان کشور است.

تاجیک افزود: در این راستا شبکه مستند مجموعه ۱۳ قسمتی در باره مناسب سازی شهر تهران برای استفاده معلولان و جانبازان را در دست تولید دارد. حضور خسروانی تهرانی به عنوان یک مستند ساز، می‌تواند به شکل گیری ایده های خوب دراین حوزه و فرهنگ سازی در جامعه منجر شود.

سایت شمعدانی ۹۴/۸/۳

دکتر علی صابری عضو شورای شهر تهران

تجهیز ناوگان اتوبوسرانی به سیستم گویا

دکتر صابری عضو حقوقدان شورای شهر تهران گفت: مناسب‌سازی شهر و مبلمان شهری از جمله مشکلات حل نشده است که اگر این مناسب سازی انجام شود، علاوه بر این قشر، دیگر گروه‌های آسیب پذیر مانند سالمندان هم از آن بهره‌مند می‌شوند. دکتر صابری با بیان لزوم تعبیه سیستم گویا در ناوگان اتوبوسرانی به ویژه اتوبوس‌های بی آر تی تصریح کرد: از اردیبهشت ماه سال گذشته شهرداری تهران طی بخشنامه‌ای واحدهای تحت پوشش شهرداری تهران را موظف کرد بخش اطلاعات هر واحد افراد دارای معلولت از جمله نابینایان را راه‌اندازی کند.

سایت شمعدانی ۹۴/۸/۶

ضرورت اجرایی شدن قانون اشتغال معلولین در کشور

رییس سازمان بهزیستی در مورد ضرورت اجرایی شدن قانون اشتغال ۵ درصدی معلولین گفت: بنده قصد دارم قانون پنج درصدی اشتغال معلولین را اجرایی کنم. وی گفت ما می‌توانیم از ظرفیت‌های دیگر سازمان‌ها برای اجرایی شدن قانون مصوب مجلس در مورد اشتغال معلولین، استفاده کنیم.

مردم سالاری ۹۴/۸/۱۳

واگذاری مسکن به خانواده‌های دارای دو معلول

رییس سازمان بهزیستی کشور از واگذاری مسکن ویژه خانواده‌های دارای دو معلول همزمان با دهه مبارک فجر خبرداد به گزارش پایگاه اطلاع رسانی شبکه خبر، محسنی بند پی در گفت وگوی اختصاصی با این شبکه با اشاره به امضای تفاهم‌نامه بین بنیاد مستضعفان، وزارت راه و شهر سازی و بهزیستی در جهت احداث مسکن معلولان گفت: در فاز اول این طرح همزمان با دهه مبارک فجر ۳۰۰ تا ۴۰۰ واحد مسکونی به خانواده‌های دارای دو معلول واگذار می‌شود. او با اشاره به ۴۶ هزار واحد مسکونی در دست ساخت اضافه کرد: این واحدها در مرحله سفت‌کاری و نازک‌کاری است و براساس اولویت ثبت‌نام در سامانه، تا پایان سال ۴۰۰ واحد به متقاضیان واگذار خواهد شد.

خبر گزاری مهر ۹۴/۸/۱۳

ایجاد فرصتی برای معلولین به منظور داشتن یک زندگی عادی

به گزارش خبرگزاری مهر، به نقل از دفتر کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر در خصوص روش‌های ارتقای کیفیت زندگی معلولان جسمی و ذهنی نشستی در تهران برگزار شد.. محمد شهاب الدین محمدی عراقی، مدیر کل امور بین‌الملل و حقوق بین‌المللی بشر دوستانه در این رابطه گفت: رسیدگی به موانع اجتماعی پیشرفت معلولین یکی از مسئولیت‌های سازمان‌های بشردوستانه است و شرکای ما در این نهضت بین‌المللی، صلیب سرخ و هلال احمر هستند که از ظرفیت و تخصص خود استفاده کرده و در جهت کاهش آلام افرادی که نیازهای خاص دارند، منابع خود را بسیج می‌کنند و تبادل دانش انجام می‌دهند. اولیویه مارتین، رییس نمایندگی کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در ایران، همچنین اظهار داشت: معلولین برای داشتن یک زندگی عادی با مشکلات متعددی مثل؛ در حاشیه قرار گرفتن، برچسب خوردن و عدم شمول در اجتماع دست پنجه نرم می‌کنند. وی گفت: ما دوره‌ها و برنامه‌های اقتصادی گوناگونی برای کمک به آنها اجرا می‌کنیم تا به عضوی سازنده در اجتماع بدل شوند.

مردم سالاری ۹۴/۸/۱۹

بخش جنوبی خط ۳ مترو تکمیل شد

نود و پنجمین ایستگاه مترو تهران (ایستگاه نعمت آباد و بخش جنوبی خط ۳ مترو) با حضور محمد باقر قالیباف شهردار تهران و هابیل درویش مدیر عامل شرکت مترو تهران و حومه به بهره برداری رسید. درویش با اشاره به مشخصات ایستگاه نعمت آباد، گفت: ایستگاه نعمت آباد دو ورودی و امکانات ویژه شامل پله برقی و آسانسور مخصوص معلولین از سطح خیابان تا سکو و سیستم تهویه و اطفای حریق برخوردار است.

گزارش مراسم روز جهانی معلول در رعد

مراسم روز جهانی معلولان در خیریه رعد همچون سال‌های گذشته با قرائت پیام دبیرکل سازمان ملل توسط «گری لوئیس» نماینده بان‌کی‌مون در ایران اجرا شد.

در بخشی از این پیام آمده است: "ما امسال روز جهانی افراد دارای معلولیت را در پی تصویب دستور کار بلندپروازانه توسعه پایدار ۲۰۳۰ گرامی می‌داریم. این نقشه راه جهانی می‌گوید که"هیچ فردی را جانگذاریم"

در ادامه مهندس احمد میرزاخانی رئیس هیأت مدیره مجتمع رعد با تأکید بر ارتقای سطح آموزش‌های فنی و حرفه‌ای، افزود: متناسب با شرایط جسمی افراد دارای معلولیت و گسترش و توسعه دوره‌های تحصیلات عالی و مهارتی در کنار انجام تحقیقات کاربردی توان‌بخشی از جمله اولویتهای اجرایی مجتمع رعد در سال آینده است.

در این مراسم از داوود عامری و امیر برنج‌کار ۲ عکاس ایرانی که تصاویر آنها در حوزه معلولیت از سوی سازمان ملل به عنوان ۱۰ تصویر منتخب جهان انتخاب و معرفی شد، تقدیر به عمل آمد.

گفتنی است عامری از اعضای مجتمع رعد و عضو فدراسیون جهانی عکاسان است که در مسابقات مهارتهای فنی حرفه‌ای بین‌المللی کره جنوبی و دهلی‌نو شرکت داشت.

همچنین از مجید کاکوش قهرمان رقابت‌های تایلند و دریافت‌کننده سهمیه پاراالمپیک ریو ۲۰۱۶ در رشته تیراندازی با کمان تجلیل شد. وی از توان‌یابان مجتمع رعد است که برای نخستین بار در رشته W1 مدال‌آوری کرد.

در ادامه نمایش "دل خوش سیری چند" با اجرای ترکیبی از هنرمندان تئاتر شامل: توان‌یابان و افراد تندرست به کارگردانی مهدی بیاتی برگزار شد که مورد استقبال حاضران قرار گرفت.

سپس اقدس کاظمی از شاعران برجسته کشور یکی از سروده‌هایش در رسای مراکز رعد را دکلمه کرد وی که از استان قم خود را به این مراسم رسانده بود با مرکز رعد فاطمیه قم همکاری دارد.

در قسمتی از این مراسم برگزیدگان سومین دوره جشنواره

توان‌یاب و فضای مجازی و معرفی شدند که به ترتیب بابک حیدری، فاطمه ایرانشاهی، نوید صلاحی و زهرا خان‌اف در بخش ساخت اپلیکیشن موبایل به‌عنوان نفرات برتر جوایز خود را دریافت کردند.

در بخش پایانی این مراسم از برگزیدگان کانون معلولان شهرداری تهران با حضور معاون اداره سلامت تجلیل شد.

در حاشیه این مراسم نماینده سازمان ملل در ایران در گفت‌وگوی اختصاصی با خبرنگار رعد گفت: در هیچ کشوری از جهان به اندازه کافی به افراد دارای معلولیت توجه نمی‌شود که این مساله از تعصب ناخواسته افراد توانا نسبت به معلولان نشأت می گیرد.

گری‌لوئیس گفت: دلیل اینکه در هیچ کشوری به افراد دارای معلولیت توجه نمی‌شود آن است که غالب دولتمردان تندرست هستند. به طور مثال در کشور من (باربادوس) که ۵۰ سال پیش مستقل شده، هنوز وی درخصوص نقش رسانه‌ها برای رفع مشکلات اقشار دارای معلولیت تصریح کرد: رسانه‌ها از جمله رسانه‌های دیداری شنیداری، مکتوب و سینما باید توجه مردم را به معلولان جلب کنند و در سریال‌ها و فیلم‌های تلویزیونی پیام افراد دارای معلولیت را به جامعه برسانند. این یک حرکت بزدلانه است که کسی مشکلات معلولان را ببیند و صحبتی در مورد آنها نکند.

گری لوئیس با اشاره به شعار روز جهانی افراد دارای معلولیت با عنوان "اهمیت شمول همگان؛ دسترسی و توانمندسازی برای افراد با هرگونه توانایی" گفت: این شعار با مفهومی است که نشان می‌دهد یک جامعه از اینکه مردم را شامل خودش قرار دهد شناخته می‌شود، نه اینکه مردم را از خود دور کند. جامعه‌ای اهمیت دارد که بتواند تمام افراد بشر را در خود جای دهد.

وی عملکرد رعد را شناخته شده دانست و افزود: فعالیت‌هایی که مجتمع رعد در زمینه افراد دارای معلولیت انجام می‌دهد با فعالیت‌های سازمان ملل همراه است. در پایان این مراسم نماینده سازمان ملل در ایران علاوه بر امضا درخت دوستی رعد پوستر مراسم ۱۲ آذر را هم امضا کرد.

گزارش برگزاری مسابقات انتخابی داوطلبان

مسابقات ابیلیمپیک ۲۰۱۶ فرانسه

مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد با پشتوانه ۳ دهه تجربه آموزش، مهارت آموزی و توان‌بخشی توان‌یابان به دعوت سازمان بهزیستی کشور و فنی و حرفه‌ای به منظور انتخاب تیم ملی ماهرین دارای معلولیت و فراهم آوردن زمینه اعزام آنها به مسابقات بین‌المللی فرانسه برای سومین بار انتخاب شد.

این مسابقات برای انتخاب نفرات برتر و اعزام به مسابقات ابیلیمپیک ۲۰۱۶ در کشور فرانسه برنامه‌ریزی شد و به پیشنهاد مجتمع رعد و بودجه‌ای که توسط این خیریه اختصاص یافت برای برگزاری آزمون سراسری توان‌یابان کشور، فراخوان عمومی صادر شد.

محمود توسلی مسؤول برگزاری این رقابت‌ها گفت: توان‌یابان سراسر کشور با ارسال مدارک درخواستی و تکمیل فرم‌های طراحی شده به دبیرخانه مسابقات، ثبت نام خود را انجام دادند.

وی افزود: در مسابقات انتخابی تهران، نفرات برتر برای شرکت در اردوی نهایی داوری شده و به سازمان فنی حرفه‌ای معرفی می‌شوند تا نفرات اعزامی به مسابقات فرانسه بعد از اردوی توانمند علمی و مهارتی که توسط آن سازمان برگزار می‌شود، انتخاب شوند.

با برگزاری جلسه هماهنگی در نهایت اسامی ۳۲ نفر که حدنصاب بالای ۶۰ درصد نمره قبولی را کسب کرده بودند به عنوان شرکت کنندگان اردوی آمادگی علمی به سازمان فنی و حرفه‌ای معرفی شد.

بر اساس توافقات انجام شده سازمان فنی حرفه‌ای پس از برگزاری اردوی پایانی اسامی تیم اعزامی را اعلام

شانزدهمین جشنواره غذای خیریه رعد برگزار شد

شانزدهمین جشنواره غذای خیریه رعد در اواسط مهر ماه از ساعت ۵ تا ۱۱ شب به مدت ۳ شب با حضور و مشارکت شهروندان نیکوکار در حال و هوایی پاییزی و نزول برکات آسمانی در محل مجتمع رعد برگزار شد.
در این جشنواره غذا علاوه بر غرفه اختصاصی شیلات که به عرضه محصولات دریایی و غذایی جنوب به ویژه استان خوزستان همت کرده بود، عرضه تولیدات غذایی هنرجویان کلاس استاد سامان گلریز بسیار خودنمایی میکرد. سامان گلریز در پی شرکت در برنامه خندوانه به مردم قول داد در عرض ۲ ماه به ۱۰ نفر از معلولان آشپزی یاد بدهد و این پروژه را در خیریه رعد کلید زد در دوران آموزش چند گزارش تلویزیونی از مراحل کارش ضبط و پخش شد تا اینکه در مرحله پایانی هنرجویان توانیاب استاد گلریز در جشنواره شانزدهم، غرفه مرکزی را به عرضه غذاهای متنوع و شیرینی‌های خوشمزه پررنگ و لعاب خود اختصاص دادند در افتتاحیه جشنواره هم استاد گلریز با حضور در بین جمعیت از همت و تلاش هنرجویانش تعریف کرد و افزود: این بچه‌ها توان کار کردن در معتبرترین رستوران‌ها و آشپزخانه‌ها را دارند.
بارش باران اثری بر همت و نیت خیر مردم نداشت و آنها با علاقهمند بر حضورشان تداوم بخشیدند.

همکاری مجتمع رعدر برگزاری مسابقه بین المللی عکس روز جهانی معلولان

آثار عکاسان ایرانی در میان برترین‌های جهان انتخاب شد

سازمان ملل متحد به مناسبت فرا رسیدن سوم دسامبر مصادف با روز جهانی افراد دارای معلولیت مسابقه انتخاب عکسی را با عنوان " تصاویری از توانایی‌ها " برگزار کرد.
سازمان ملل به منظور مبارزه با کلیشه‌های متداول و نادرست درباره افراد دارای معلولیت نمایشگاه عکس" تصاویری از توانایی‌ها" را برگزار کرد و برای این منظور در فراخوانی بین‌المللی از عموم عکاسان اعم از حرفه‌ای یا آماتور دعوت کرد به منظور اشاعه درکی بهتر از مفهوم معلولیت و به تصویر کشیدن انسان دارای معلولیت به عنوان عضوی از جامعه و شناخت ناتوانی به عنوان بخشی از تنوع انسانی به عنوان عاملی مؤثر در شناخت و قدردانی از توان افراد دارای معلولیت عکس‌های خود را ارسال کنند.
یک روز پیش از فرا رسیدن سوم دسامبر روز جهانی معلولان نتایج این رقابت بین‌المللی اعلام شد. عکس‌های داوود عامری از خیریه رعد و امین برنج‌کار دیگر عکاس ایرانی در بین ۱۰ تصویر منتخب جهان انتخاب شدند.
مجتمع رعد این موفقیت بزرگ را به هموطنان به ویژه جامعه معلولان کشور تبریک عرض می‌کند و امیدوار است در رسیدن به قله‌های موفقیت چه در سطح ملی و چه در سطوح جهانی توفیق خدمت‌رسانی به عزیزان توانیاب داشته باشد.

رعد میزبان سومین همایش ملی پیشگیری از معلولیت در حوادث طبیعی بود

گزارش کمیته ملی پیشگیری از معلولیت در حوادث در حالی رونمایی شد که در قسمتی از آن تأکید شده یک میلیون ایرانی دارای معلولیت هستند، این گزارش که از سوی کمیته ملی پیشگیری از معلولیت برای سومین همایش ملی با همین عنوان تهیه، تنظیم و منتشر شده بود با حضور صدیقه اکبری مدیرعامل مجتمع رعد و جمعی از مسؤولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی مدیریت بحران رونمایی شد.

در بخشی از این گزارش تأکید شده که حدود یک میلیارد نفر در دنیا با شکلی از معلولیت زندگی میکنند که ۸۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه هستند و بیش از یک میلیون ایرانی نیز با نوعی معلولیت زندگی می‌کنند.

در این گزارش آورده شده که بیش از ۱۲۰ هزار کودک استثنایی در سال ۱۳۹۳ در مدارس کشور ثبت نام کرده‌اند.

بر اساس نتایج این گزارش، نبود سیستم ثبت اطلاعات اشخاص معلول از علل اصلی خدماترسانی ناقص به آنان در زمان وقوع حوادث غیر مترقبه و بعد از آن است.

ارتقای آمادگی معلولان برای مواجهه با حوادث، ارتقای آمادگی سازمان‌های پاسخگو برای ارائه خدمات مطلوب به معلولان در زمان حوادث، رضایت معلولان از خدمات دریافت شده پس از حوادث و پیشگیری از معلولیت در حوادث و بلایا از جمله شاخص‌هایی است که در این گزارش بر آنها تأکید شده است.

این گزارش ملی با همکاری فراکسیون حمایت از حقوق معلولان مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور، سازمان بهزیستی کشور، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی و مرکز تحقیقات راه، مسکن و شهرسازی و مشارکت تعدادی از سازمان‌های مردم نهاد مانند کانون و تشکل‌های مردم نهاد معلولان، انجمن عالی مراکز غیر دولتی توان‌بخشی معلولان کشور، انجمن خانواده ناشنوایان، جامعه معلولان ایران، انجمن آلزایمر ایران و مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد پس از ۲ سال کار کارشناسی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ تدوین شده است.

در این گزارش برنامه و مسئولیت ۲۳ نهاد دولتی و غیردولتی برای پیشگیری از معلولیت تشریح شده که افزایش آمادگی برای کاهش خسارات ناشی از حوادث طبیعی و افزایش توانمندی و آگاهی مردم در مواجهه با این حوادث از جمله این وظایف است.

دیدار کارآموزان رعد با اعضا تیم ملی فوتبال

جمعی از کارآموزان مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد در آستانه مسابقه تیم‌های ملی فوتبال ایران و ترکمنستان در آخرین جلسه تمرین تیم ملی حاضر شدند و برای موفقیت ملی پوشان کشور مان دعا کردند در این ملاقات تابلوی معرق خدیجه عسگری هنرجوی مجتمع رعد به کارلوس کیروش سرمربی تیم ملی به‌رسم یادبود اهدا شد.

همایش ورزشی توان‌یابان در روز جهانی معلولان

هم‌زمان با روز جهانی معلولان همایش ورزشی توان‌یابان به همت باشگاه‌های اسکیت و تیراندازی مجموعه ورزشی انقلاب با همکاری مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد، جامعه معلولان ایران، انجمن خانواده ناشنوایان ایران و پایانه حمل و نقل جانبازان و معلولان و حضور جمع کثیری از افراد دارای معلولیت در رشته‌های مختلف ورزشی برگزار شد.

این همایش ورزشی روز ۱۲ آذر به مناسبت گرامی‌داشت روز جهانی معلولان در رشته‌های ورزشی تیروکمان، تیراندازی، تنیس روی میز و اسکیت با حضور قریب ۱۰۰ توان‌یاب به صورت مسابقات تیمی و انفرادی میان توانیابان در مجموعه ورزشی انقلاب برگزار شد.

پس از برگزاری رقابتهای ورزشی و پذیرایی از شرکتکنندگان اسامی نفرات برگزیده هر رشته در تالار مهربانی مجموعه فرهنگی ورزشی انقلاب قرائت شد و برندگان با حضور در جایگاه جوایز خود را دریافت کردند.

در آیین تجلیل از برگزیدگان شاهین احمدی مدیر باشگاه تیراندازی ضمن تبریک روز جهانی معلولان به شرکت کنندگان در خصوص این گردهمایی گفت: این یک رویداد ورزشی است که نشان می دهد عزیزان دارای معلولیت نیز توانمندیهای بسیار دارند که در صورت فراهم شدن شرایط مناسب میتوانند از لحظه لحظه زندگی خود لذت ببرند.

وی ادامه داد: این برنامه در آینده ادامه خواهد داشت و ما با هماهنگی مجتمع رعد در به زودی پذیرای دوستان توانیاب خواهیم بود. همچنین تلاش میکنیم با مناسبسازی باشگاه تیراندازی، عزیزان معلول نیز بتوانند از آن استفاده کنند.

سپس رضا سخن سنج مدیر روابط عمومی رعد با حضور در جایگاه از تلاشهای چند هفتهای مدیران اجرایی باشگاه انقلاب قدردانی کرد و افزود: از تلاش پیام دستیار مدیر آکادمی اسکیت و همکاران ایشان در باشگاه انقلاب، سامانه حمل و نقل جانبازان و معلولان شهرداری تهران صمیمانه قدردانی میکنم که این فرصت را برای توانیابان فراهم کردند تا در روز جهانی معلولان که متعلق به خود این عزیزان است در یک فضای شاد و سرشار از انرژی لحظاتی را با لبخند پشت سر بگذارند.

وی ادامه داد: ما همین جا اعلام میکنیم که مجتمع رعد در طول سال آماده همکاری با دوستان باشگاه انقلاب برای برگزاری این رویدادهای ورزشی در نوبتهای مکرر است.

راه اندازی کانال تلگرام مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد

کانال تلگرام مجتمع رعد به منظور تکمیل چرخه اطلاع‌رسانی راه‌اندازی شد.

مهندس رحمان علاقه‌بند مدیر وب سایت و شبکه‌های اجتماعی خیریه رعد با اعلام مطلب فوق افزود: نظر به گسترش روزافزون شبکه‌های اجتماعی به ویژه نرم‌افزارهای قابل نصب در گوشی‌های موبایل،

خیریه رعد به‌روزترین ابزار ارتباط با مخاطبان را برای اطلاع‌رسانی به عزیزان توان‌یاب، نیکوکاران و گروه‌های همیاری بانوان و جوانان فعال کرد. برای فعال‌سازی کانال تلگرام خیریه رعد به نشانی: https://telegram.me/raad_charity مراجعه وعضو این کانال شوید.

حمایت وب‌سایت مهربانه از توان‌یابان رعد

وب‌سایت مهربانه وابسته به گروه آتنا در ادامه همکاری خود با مجتمع آموزشی نیکوکاری با جمع‌آوری کمکهای نقدی مردمی بخشی از هزینه خرید یک دستگاه بالابر خانگی را برای یکی از دختران توان‌یاب رعد و خواهرش را که در منزل بسر می‌برد، تأمین کرد.

بودجه این پروژه ۴ میلیون تومان تخمین زده شده بود که بیش از ۵۰٪ آن از طریق وب‌سایت مهربانه جمع آوری شد.
www.mehrabane.ir

زمـــــــزمـــــه

خانـم کیانـوش کجـوری از جملـه توان‌یابانـی اسـت کـه بـرای بیـان و تشـریح عواطـف و احساسـتش بـه ادبیـات روی آورده و بـا ابـزار کلمـه، خـودش را بـه دیگـران معرفـی می‌کنـد و نیـز دریافت‌هـای خویـش را از ایـن طریـق منتقـل می‌کنـد.
ایـن دوسـت رعـدی مبتـلا بـه بیمـاری فلـج مغـزی اسـت و در دوران حضـورش در ایـن مؤسسـه از دوره‌هـای قالی‌بافـی ، نقاشـی و ماشین‌نویسـی اسـتفاده کرده‌اسـت.
نمونه‌ای از دل‌نوشته‌های وی چنین است.

عشق و محبت

عشـق و محبـت بزرگ‌تریـن راز کامیابـی اسـت. از عشـق کلیـد محبـت را می‌طلبـم، کـه گویـی جریـان بـرق عشـق و محبـت روشـن می‌شـود و بـا ایـن جریـان هماهنـگ می‌گـردد. بزرگ‌تریـن نیـاز انسـان نیـاز بـه عشـق و محبـت اسـت و هیـچ انسـانی بـدون آن نمی‌تـوان سـرکند. محبـت عظیم‌تریـن قـدرت روی زمیـن اسـت عشـق هـم همانطـور. عشـق الهـی بـرای مـن و از طریقـی بـه عالی‌تریـن کار مـرا سـرگرم می‌کنـد.
عشـق الهـی بـرای مـن واز طریـق مـن سـلامت کامـل و ثـروت فـراوان و سـعادت بیکـران مـی‌آورد. عشـق الهی درتـو همان‌طـوری کـه بـر مـن اسـت بـرای توهـم سـاخته شـده اسـتهر چنـد نـا هماهنگـی و ناملایمـت از میـان برداشـته می-شـود و اندیشـه‌هایی بـا شکسـت سـختی روبـرو خواهـد شـد.
تفاهـم و دوسـتی و صمیمـت را می‌تـوان بـا عشـق و محبـت برقـرار کـرد. زیـرا همـه‌ی مـا بـه محبـت و عشـقی بـرای شـفا وسـلامتی و توانگـری و ثـروت و شـادمانی و سـعادت در باطـن خـود نیـاز داریـم و عشـق الهـی یکـی از قـوای ذهنـی و معنـوی خودمـا اسـت و عشـق را نبایـد بیـرون از خـود بیابیـم و محبـت را در درون خـود کشـف کنیـم و از طریـق اندیشـه، کلام، اعمـال و دعاهاخویـش را تعالـی بخشـیم تـا بـه قـدرت کامیابـی محبـت پـی ببریـم.
بعضـی از موانـع بـه ظاهـر عشـق انسـان را ذوب می‌کنـد واز سـر راه بـر میـدارد و محبـت را غیـر ممکـن می‌سـازد. عشـق الهـی داروی شـفابخش نیـاز محبـت و افسـردگی احسـاس عـدم امنیـت اسـت و احسـاس عـدم رضایـت از زندگـی و نیـاز بـا عشـق و محبـت درمـان می‌شـود.
همـه‌ی انسـان‌ها دیکتـه‌ی عشـق الهـی هسـتند پـس مـا بـه جـز عشـق الهـی بـا هیـچ چیـز دیگـر نمی‌توانیـم روبـرو شـویم. می‌تـوان گفـت عشـق الهـی مـا را توانگـر و ارزشـمندتر می‌سـازد. عشـق یکایـک مـا را بـا اندیشـه‌های تـازه، شـهامت، نعمـت و ثروتـی محسـوس هـر روز روبـرو می‌کنـد کـه در همـه‌ی مراحـل زندگـی محبـت کامیابـی می-بخشدعشـق الهـی از طریـق همـه آن‌چـه را کـه بـرای خوشـبختی وتکمیـل زندگـی لازم اسـت تضمیـن می‌کنـد.
بـه راسـتی هـر آن‌چـه از آن مـن اسـت بـرای مـن اسـت هـر آنچـه از آن تـو اسـت بـرای تـو اسـت. هـر کسـی کـه در ایـن وضعیـت از آن مـن اسـت همان‌قـدر دوسـتم دارد کـه مـن هـم او را دوسـتش دارم و پـرواز کنـان بـه سـوی مـن می‌آیـد و مـن ایـن وضـع را بـه دیـده‌ی عشـق و محبـت می‌بینـم و هـر آن‌چـه کـه در ایـن مـورد بـه خیـر و صـلاح مـن اسـت و مـرا می‌جویـد و پـرواز کنـان بـه سـویم می‌آیـد، عشـق او را دوسـتش دارم .
اگـر خـوش بیـن نیسـتم و کسـی توجهـم را بـه خـود جلـب نکـرد مـن خاموشـم چـون اوهـم توجهـی بـه مـن نـدارد و خاطـر نشـان می‌کنـد کـه جوانتـر از سـنم نشـان می‌دهـم بـی تجربـه‌ام نـام و فکـر و اندیشـه‌ام قـادر بـه حـل مشـکلات زندگـی و اجتماعـی نیسـتم. امـا خـودم احسـاس می‌کنـم کـه می‌توانـم یـا می‌بایسـتی بتوانـم .
مـن بـا دیـده‌ی محبـت نگاهـت می‌کنـم و بـا قانـون محبـت زندگـی می‌کنـم و عشـق و محبـت را بـا دیـده‌ی بـاز نگاهمی‌کنـم و بـه محبـت و عشـق اعتمـاد دارم و آگاهانـه عشـق و محبـت را فـرا می‌خوانـم.
مـن تـو را بـه خیـر و صـلاح می‌سـپارم چـون دوسـتت دارم امـا مـرا آزادی کامـل وآن سـلامت را می‌خواهـم کـه بـه یکدیگـر عشـق بورزیـم ، امـا عشـق را بـه بنـد نکشـانیم.

Conversing with FatemehMoradi who's in charge of Tehran's neighborhood's institutes; in this conversation she referred to the reason why social health institutes were established in Tehran municipality with the goal of attracting people's participation. According to him, presently ten institutes are working alongside health houses, one of which being the institute of people with disabilities. He adds that the institute of people with disabilities has been established in order to attract people with disabilities' participation and for the sake of their rehabilitation.

◢ People with disabilities' institutes of the municipality's districts, an effort made to solve people with disabilities' challenges

Conversing with one of the managers of the institute of people with disabilities in district 4, in this conversation he refers to the goals of neighborhoods' institutes in Tehran municipality's health house and goes on that the most important goal of these institutes would be providing a meaningful definition for disability and correcting people's mindsets and how the look upon people with disabilities.

◢ This activity is clearly indicative of community-based rehabilitation

This is a report of the first educational workshop of disability in Tehran municipality's district one which was held by TaranehMiladi, secretary general of people with disabilities' institute of Tehran municipality. In this workshop-which was attended by the officials of neighborhoods' houses-different forms of physical challenges and the way these officials should deal with people with disabilities were discussed.

◢ A poem by Saeed Mahamoudi

Murmur

◢ Luminaries with disabilities

Introducing Roosevelt Franklin, who became US president despite being paraplegic

◢ I have always aspired to be independent and lead an independent life

Conversing with Hossein Mardani, a successful artist active in the field of wood making; having taken training courses in Raad institute, Hossein now owns his own shop where he works as well.

◢ The basic problem of people with disabilities' marriage is non-adapted housing

Conversing with Hamid Ghasemi and Masoumeh Maghsoudi, couple with disabilities who met in Raad institute's training classes and got married; this couple move on wheelchairs and believe that if houses adapted for couples with disabilities are given to them, they can lead independent lives on their own.

◢ We got started with the love for Hazrat Ali(peace be upon him) on our minds

Introducing an anthropocentric organization called Imam Reza institute which renders its services in the city of Shahryar providing training for people with disabilities.

Introducing two books on community-based rehabilitation

◢ Foods suitable for alleviating flu

◢ In the media

The news of disability in the media

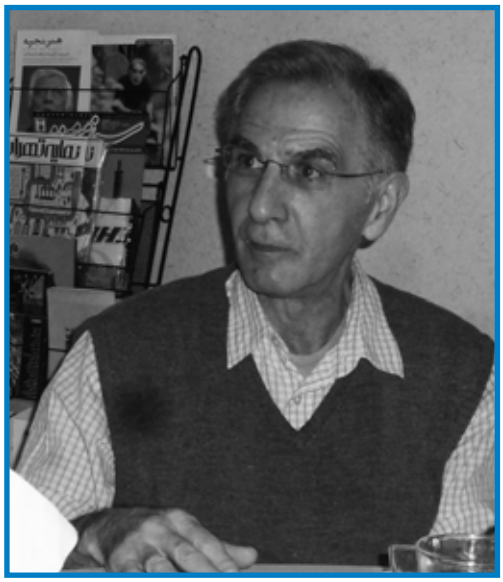
◢ What's up in Raad?

The news of Raad institute in past season

◢ Leading article

◢ World day of people with disabilities

◢ Community based rehabilitation is a democratic rehabilitation



Conversing with Dr Ahmad Fotouhi, holder of certificate of higher studies from Paris University; in this conversation he mentioned how he became familiar with the community based rehabilitation project through WHO. He referred to launching this project tentatively in Iran's villages at first, but nationwide later on. DrFotouhi was the manager of this project in Iran for ten years.

◢ Community-based rehabilitation calendar by Ahmad Nazari

In this article, he has addressed the history of community-based rehabilitation in Iran and the world

◢ Our intention is to lead the society into a direction that will move ahead of us!

Conversing with Mohammad Reza Asadi, the deputy of rehabilitation of Tehran's welfare organization who has been involved with the community-based rehabilitation project in Iran since the launch of it about twenty years ago; in this conversation he has referred to the history of community-based rehabilitation in the world and the path it has travelled in Iran.

◢ Taking care at home, an article

In this article, it is referred to how to take care of people with disabilities at home and the benefits of doing this

◢ Performing the community-based rehabilitation was gradually entrusted to the private sector

Conversing with Mohsen Iravani, head of the community-based rehabilitation group in Tehran's welfare organization; Iravani talks about the path this project has travelled in Iran and its future plans in different cities. He says that in performing this project, our country holds the second place in the world after India in terms of quantity and interms of quality, it's among the world's first five countries.

◢ Managing the community-based rehabilitation in the suburbs, a report of performing the community-based rehabilitation project in Shirabaad village of SistanBalouchestan province

In this report, it has been referred to how successfully the community-based rehabilitation project was applied to Afghans under 18 with disabilities in Shirabaad. This project was put forth by the UNHCR and was performed by SistanBalouchestan province's welfare organization.

◢ Along with you until conquering difficult peaks.

◢ Murmur

◢ In institutes, everything is done voluntarily and in a cooperative fashion