



اصول توان بخشی

(رشته علوم اجتماعی)

دکتر ابراهیم پیشیاره

دکتر علی اصغر کاکوجویباری

مژگان فرهبد

بسم الله الرحمن الرحيم

پیشگفتار ناشر

کتاب‌های دانشگاه پیام نور حسب مورد و با توجه به شرایط مختلف یک درس در یک یا چند رشته دانشگاهی، به صورت کتاب درسی، متن آزمایشگاهی، فرادرسی، و کمک درسی چاپ می‌شوند.

کتاب درسی ثمره کوشش‌های علمی صاحب اثر است که براساس نیازهای درسی دانشجویان و سرفصل‌های مصوب تهیه و پس از داوری علمی، طراحی آموزشی، و ویرایش علمی در گروه‌های علمی و آموزشی، به چاپ می‌رسد. پس از چاپ ویرایش اول اثر، با نظرخواهی‌ها و داوری علمی مجدد و با دریافت نظرهای اصلاحی و متناسب با پیشرفت علوم و فناوری، صاحب اثر در کتاب تجدیدنظر می‌کند و ویرایش جدید کتاب با اعمال ویرایش زبانی و صوری جدید چاپ می‌شود.

متن آزمایشگاهی (م) راهنمایی است که دانشجویان با استفاده از آن و کمک استاد، کارهای عملی و آزمایشگاهی را انجام می‌دهند.

کتاب‌های فرادرسی (ف) و **کمک درسی** (ک) به منظور غنی‌تر کردن منابع درسی دانشگاهی تهیه و بر روی لوح فشرده تکثیر می‌شوند و یا در وبگاه دانشگاه قرار می‌گیرند.

مدیریت تولید محتوا و تجهیزات آموزشی

فهرست مطالب

پیشگفتار	هشت
فصل اول: کلیات.....	۱
اهداف فصل.....	۱
۱-۱ مقدمه.....	۱
۲-۱ تعریف توان بخشی.....	۲
۳-۱ سیر تحول دیدگاه‌های توان بخشی.....	۳
۴-۱ ریشه تاریخی توان بخشی.....	۶
۵-۱ جایگاه توان بخشی از نقطه نظر اسلام.....	۱۱
۶-۱ اهداف توان بخشی.....	۱۴
۷-۱ سیستم طبقه‌بندی ICIDH.....	۱۶
۸-۱ سیستم طبقه‌بندی ICF.....	۱۹
۹-۱ مدل‌های توان بخشی.....	۲۴
۱-۹-۱ مدل پزشکی.....	۲۵
۲-۹-۱ مدل اجتماعی.....	۲۵
۳-۹-۱ مدل زیستی - روانی - اجتماعی.....	۲۷
۱۰-۱ خودآزمایی.....	۲۹
فصل دوم: حیطه‌ها و رشته‌های توان بخشی.....	۳۱
اهداف فصل.....	۳۱
۱-۲ مقدمه.....	۳۱
۲-۲ حیطه‌های توان بخشی.....	۳۳
۱-۲-۲ توان بخشی روانی.....	۳۳
۲-۲-۲ توان بخشی اجتماعی.....	۳۵

۳۵.....	۳-۲-۲ توان بخشی آموزشی
۳۶.....	۴-۲-۲ توان بخشی حرفه‌ای.....
۳۷.....	۵-۲-۲ توان بخشی پزشکی.....
۴۰.....	۶-۲-۲ توان بخشی قلبی
۴۱.....	۷-۲-۲ توان بخشی سالمندی.....
۴۳.....	۳-۲ رشته‌های توان بخشی و رشته‌های مرتبط
۴۳.....	۱-۳-۲ فیزیوتراپی.....
۴۶.....	۲-۳-۲ کاردرمانی
۵۱.....	۳-۳-۲ گفتار درمانی
۵۳.....	۴-۳-۲ بینایی سنجی
۵۴.....	۵-۳-۲ شنوایی سنجی.....
۵۵.....	۶-۳-۲ اعضا مصنوعی.....
۵۶.....	۷-۳-۲ توان بخشی و طب فیزیکی.....
۵۸.....	۸-۳-۲ پرستاری
۵۹.....	۹-۳-۲ مددکاری اجتماعی.....
۶۰.....	۱۰-۳-۲ روان شناسی
۶۱.....	۴-۲ تیم توان بخشی
۶۳.....	۵-۲ خودآزمایی

فصل سوم: الگوهای ارائه خدمات توان بخشی

۶۵.....	اهداف فصل
۶۵.....	۱-۳ مقدمه
۶۷.....	۲-۳ الگوهای ارائه خدمات.....
۶۷.....	۱-۲-۳ ارائه خدمات متمرکز
۷۳.....	۲-۲-۳ ارائه خدمات نیمه‌متمرکز.....
۷۵.....	۳-۲-۳ توان بخشی در الگوی مبتنی بر جامعه
۷۸.....	۳-۳ شبکه توان بخشی
۷۹.....	۴-۳ سطوح شبکه توان بخشی
۸۵.....	۵-۳ خودآزمایی

فصل چهارم: توان بخشی در ایران

۸۷.....	اهداف فصل
۸۷.....	۱-۴ مقدمه
۹۱.....	۲-۴ سازمان بهزیستی کشور
۹۴.....	۳-۴ بنیاد مستضعفان و جانبازان.....
۹۶.....	۴-۴ سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی

۹۸.....	۴-۵ سازمان‌های غیردولتی.....
۱۰۱.....	۴-۶ خودآزمایی.....

فصل پنجم: حقوق معلولین..... ۱۰۳

۱۰۳.....	اهداف فصل.....
۱۰۳.....	۵-۱ مقدمه.....
۱۰۸.....	۵-۲ ویژگی‌های کنوانسیون حقوق معلولین.....
۱۰۸.....	۵-۲-۱ رویکرد انسانی.....
۱۰۹.....	۵-۲-۲ جامعیت کنوانسیون.....
۱۱۰.....	۵-۲-۳ توجه به زنان و کودکان معلول.....
۱۱۰.....	۵-۲-۴ انطباق‌پذیری ملی.....
۱۱۰.....	۵-۲-۵ تدوین کنوانسیون از سوی افراد معلول.....
۱۱۱.....	۵-۲-۶ گرایش غالب کشورها.....
۱۱۱.....	۵-۲-۷ اهمیت نمادین کنوانسیون.....
۱۱۱.....	۵-۲-۸ القای روح امید در دنیای جنوب.....
۱۱۲.....	۵-۳ حقوق معلولین در ایران.....
۱۱۳.....	۵-۴ نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.....
۱۱۴.....	۵-۵ قانون جامع حمایت از حقوق معلولان.....
۱۲۱.....	۵-۶ قانون برنامه پنجم.....
۱۲۲.....	۵-۷ خودآزمایی.....

منابع..... ۱۲۳

پیشگفتار

توان بخشی فرایند هدفمندی است که افراد معلول را قادر می‌سازد در حد توان از توانمندی‌های خود بهره ببرند. به این ترتیب توان بخشی آن‌ها را به مهارت‌هایی مجهز می‌کند که زندگی خود را به کمک آن‌ها بسازند. امروزه توان بخشی همانند بسیاری از پدیده‌های جهان دستخوش تحولات عظیمی شده‌است و در این میان مفاهیم توان بخشی نیز از این تغییرات بی‌بهره نمانده‌اند به گونه‌ای که حرکت از توجه به نقص و ناتوانی به عنوان پیامد بیماری، به سمت عملکرد به عنوان مؤلفه‌ای از وضعیت سلامت فرد مطرح است. توجه به این چارچوب نظری جدید ما را بر آن داشت تا به تالیف کتاب حاضر پردازیم و دیدگاه‌ها و تعاریف جدید را جهت آشنایی خوانندگان محترم ارائه نماییم. کتاب حاضر در پنج فصل با عناوین کلیات، حیطه‌ها و رشته‌های توان بخشی، الگوهای ارائه خدمات توان بخشی، ریشه توان بخشی در ایران و حقوق معلولین و کنوانسیون جهانی تدوین شده‌است.

مطالعه کتاب به تمامی دانشجویان رشته‌های توان بخشی و رشته‌های وابسته و تمامی کسانی که با توان بخشی در ارتباط هستند توصیه می‌شود. امیدواریم مطالعه این کتاب بتواند در شناسایی ایده‌ها و سیستم‌های جدید مؤثر واقع شود. در پایان وظیفه داریم از تمامی نویسندگانی که از نوشته‌ها و آثارشان در تهیه این کتاب بهره گرفته‌ایم قدردانی نماییم. از تمامی کسانی که ما را در تهیه این مجلد یاری نموده‌اند سپاسگزاریم. منتظر پیشنهادها و انتقادهای شما خواننده عزیز هستیم.

مؤلفان

فصل اول

کلیات

اهداف فصل

۱. توان بخشی را تعریف کند.
۲. دوره‌های تحول دیدگاه‌های توان بخشی را نام برده و تفاوت دوره‌ها را مشخص کند.
۳. اثر جنگ جهانی دوم بر توان بخشی را شرح دهد.
۴. جایگاه توان بخشی از نقطه نظر اسلام را تبیین کند.
۵. هدف‌های کلی توان بخشی در خصوص شخص آسیب دیده را لیست نماید.
۶. سیستم‌های طبقه بندی ICIDH و ICF را توصیف کند.
۷. تفاوت مدل پزشکی و اجتماعی را مشخص کند.
۸. مدل متناسب با سیستم طبقه بندی ICF را معرفی و تبیین کند.

۱-۱ مقدمه

نخستین گام در آگاهی از هر پدیده‌ای مستلزم استفاده از یک تعریف ساده و همه شمول است. البته همیشه بررسی کامل و شناخت همه جانبه پدیده‌ها نیازمند بررسی آن‌ها در ابعاد مکانی و زمانی می باشد زیرا این عوامل از جمله علل بروز و شکل گیری محسوب می گردند. بنابراین، توان بخشی را نیز به عنوان یک پدیده دارای شاخصه های اجتماعی، باید در این زمره محسوب نمود زیرا دوره ها و مقاطع زمانی نظیر دوران جنگ، رکود مالی و بحران های اجتماعی - اقتصادی بر کارکرد عملیاتی توان بخشی در جامعه مؤثر بوده اند، حتی گسترش دیدگاه های افراطی نظیر نازیسم و کمونیسم در جوامع، تعریف معلولیت و ناتوانی و میزان اهمیت مداخلات توان بخشی در آن جوامع

را تحت تاثیر قرار داده است. اما همیشه و همواره توجه به تأثیرات چند جانبه اقدامات توان بخشی، نشانه‌ای واقعی و قابل ارزشیابی از رشد و بالندگی فرهنگی و تفکری جامعه در نظر گرفته شده است.

۱-۲ تعریف توان بخشی

واژه "Rehabilitation" که به معنای توان بخشی است، از دو بخش تشکیل شده است، بخش اول یعنی "Re" به معنای "دوباره" و "مجدد" است و بخش دوم یعنی "Habilitation" به معنای "توانمندسازی" می باشد، بنابراین معنای کامل و دقیق آن به زبان فارسی "بازتوانی" خواهد بود، اما به علت فراگیر شدن اصطلاح "توان بخشی" در کلیه امور اداری و کتب و نام گذاری های مراکز و مجتمع های ارائه کننده چنین خدماتی، از این واژه استفاده می شود.

توجه به موارد فوق الذکر و تنوع عوامل تأثیرگذار می تواند توجیه کننده طیف وسیع دیدگاه های کاربردی و عملکردی در این خصوص باشد. در تعریفی از توان بخشی که به عنوان توصیفی ساده، مورد استفاده و توافق همگانی قرار گرفته است، چنین آمده است که:

"توان بخشی مجموعه اقدامات و مداخلاتی^۱ را در بر می گیرد که موجبات ارتقاء^۲ و رشد^۳ عملکرد فرد آسیب دیده را فراهم می کند و بر سلامت جسمی و روانی او تأثیر به سزایی می گذارد تا کیفیت زندگی^۴ وی بهبود یابد".

هر چند که تعریف فوق الذکر در موارد بسیاری می تواند راهگشا و کلیدی تلقی گردد، اما با بسط فن آوری پزشکی، افزایش طول عمرنوع بشر، همچنین مطرح شدن حیطه هایی نظیر توان بخشی سالمندان و توان بخشی اجتماعی و یا الگوهای پیشگیرانه و ارتقاءدهنده ای نظیر توانمندسازی های عصبی در حیطه کودکان موجب شده است تا این تعریف دچار چالش هایی گردد و تعاریف دیگری نظیر موارد زیر نیز ارائه شوند:

"توان بخشی عبارت است از فرایندی متشکل از اقدامات هدفمند^۵ در جهت

1. Intervention
2. Promotion
3. Development
4. Quality of Life
5. Goal-Oriented

قادرسازی^۱ شخص معلول، به منظور دستیابی به سطح نهایی توانایی و عملکرد جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و حفظ این توانایی ها^۲.
 "توان بخشی عاملی است در جهت تغییر زندگی معلولان به منظور کسب استقلال بیشتر".

و نهایت اینکه براساس نظریه های اخیر و آخرین نتایج حاصل از تحقیقات در زمینه رشته علوم اعصاب^۳ و همچنین براساس فعالیت رشته های تخصصی توان بخشی که مبتنی بر قابلیت انعطاف پذیری^۴ سیستم عصبی مرکزی^۵ عمل می کنند و الگوهای حرکتی و بازآموزی آن ها را نیز در حیطه آموزش و یادگیری^۶ می دانند، تعریف زیر ارائه گردیده است:
 "توان بخشی عبارت است از فرایند به حداکثرسانی^۷ یادگیری و آموزش" (اوستون، ۲۰۰۳).

همان گونه که ملاحظه می گردد، طیف و گستره افراد نیازمند به خدمات توان بخشی دچار تغییر و تحولی بنیادین گردیده است به طوری که در ابتدا این خدمات فقط خاص افراد دچار معلولیت های جسمانی و روانی بسیار شدید بود و نوع خدمات ارائه شده در قالب حمایتی مطرح می شد ولی به تدریج افرادی نظیر سالمندان، کودکان بیش فعال و دچار نقص توجه، افراد فاقد مهارت های اجتماعی و همچنین بیماران قلبی را نیز دربرگرفت و گستره وسیع تری یافت و بالطبع روش ها و رویکردهای تخصصی بیشتری با هدف توانمندسازی و بازتوانی، رشد قابل ملاحظه ای یافتند تا اینکه امروزه در بسیاری موارد جایگزین رویکردهای انطباقی و جبرانی گردیده اند.

۳-۱ سیر تحول دیدگاه های توان بخشی

توان بخشی در یک سیر و گذار، دچار تحول و تغییرات ویژه ای گردیده است که مهمترین آن ها را می توان در چرخش نگرش های افراد جامعه مشاهده نمود کما اینکه دیدگاه هایی نظیر حذف معلولان و افراد ناتوان براساس دیدگاه های افراطی برتری جویانه و تبعیض گرای نژادی نظیر نازیسم، سپس طرد و عدم توجه به توانمندی های معلولان و سپردن ایشان به مراکز نگهداری و نوانخانه ای، همچنین دیدگاه بی ارزش

1. Enabling
 2. Neuroscience
 3. Neuroplasticity
 4. Central Nervous System (CNS)
 5. Learning
 6. To Maximizing
 7. Uston

تلقی نمودن این افراد امروزه تبدیل به این امر گشته است که در اکثر جوامع و حکومت ها، معلولان به عنوان قشر و لایه ای از جامعه که دارای حق و حقوقی خاص هستند، شناخته شده اند. حتی در کشورهای پیشرفته شرایط و بسترهای اجتماعی و قابل وصول جهت شکوفایی و رشد آنها نیز در نظر گرفته می شود. دیدگاه نوین جهانی بر نظریات "یکپارچه سازی" اجتماعی^۱ استوار گردیده است. البته عوامل متعددی سبب شده اند که متأسفانه اکثر پژوهشگران نسبت به آنها یا کاملاً بی اعتنا بوده اند و یا اینکه به اهمیت آنها توجه بسیار اندکی کرده اند. عواملی که در تحول دیدگاه های توان بخشی مؤثر بوده اند را، می توان به شرح زیر بیان نمود:

- طولانی شدن عمر افراد آسیب دیده بر اثر ارتقای وضعیت بهداشتی و فناوری پزشکی
- افزوده شدن افراد متخصص و رده بالای جامعه نظیر فرماندهان عالی رتبه ارتش، سرهنگ ها و خلبان ها به قشر افراد آسیب دیده در اثر جنگ و بمباران ها و به دنبال آن، الزام بازگرداندن این افراد به جامعه و استفاده از آنها به عنوان سرمایه های اجتماعی

- به کارگیری ثمرات مفید فناوری های نوین در قالب تلفیق آنها با دانش پزشکی و توان بخشی های سنتی

- پدیدار شدن شرایط اجتماعی مناسب و طیف وسیعی از مشاغل و مناصب قابل انجام توسط فرد آسیب دیده نظیر اپراتوری تلفن توسط افراد آسیب دیده بینایی و یا تألیف کتب فیزیک توسط دانشمند زمانه آقای هاو کینگ که آسیب دیده جسمی - حرکتی می باشد.

- به وجود آمدن سیستم اقتصادی متمرکز و توانایی سرمایه گذاری در سیستم های بلند مدت
- توجه به نتایج آماری و تحقیقات اپیدمیولوژیک مبتنی بر فواید مداخلات و اقدامات توان بخشی در تأیید بازده و کاهش هزینه های ناشی از دیدگاه های پیشین

- انجام برنامه ریزی دقیق جهت ایجاد رشته های میان رشته ای در جهان، به عنوان مثال به وجود آمدن رشته علوم اعصاب شناختی^۲ که حاصل تلفیق دانش علوم روان شناسی - روان پزشکی با علوم آناتومی عصبی است. این امر نشانگر تاثیر عوامل ذهنی - تفکری بر عملکردهایی نظیر اعتماد به نفس و خودارزشی در انواع اختلالات روانی و سایر اختلالات جسمی می باشد.

- رشد و توسعه سریع سیستم‌های ارتباطی و وسایل صوتی - تصویری نظیر شبکه‌های رادیویی، تلویزیون، خبری و روزنامه‌ها که سبب افزایش آگاهی عمومی جوامع مختلف در زمینه عملکردها و توانایی‌های افراد آسیب‌دیده، همچنین واقعیت‌های مرتبط با نگرش جامعه و میزان تأثیر ارائه تسهیلات و خدمات و امکانات به این افراد بر بهره‌وری آن‌ها به‌عنوان افرادی مفید و سودمند دارای ارزش، شده‌است.

در این مسیر تشکیل سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی همچنین تلاش‌هایی که در زمینه‌های مختلف به‌ویژه نظریه‌پردازی‌ها و ساماندهی و همسوسازی جریان‌های پراکنده به عمل آمده است، بسیار مؤثر بوده‌است.

براساس مطالب ذکر شده می‌توان دوره‌های مختلف و متعدد زیر را در تحول دیدگاه توان‌بخشی در نظر گرفت:

- دوره "حذف فیزیکی افراد آسیب‌دیده"

- دوره "نگهداری کامل در سیستم‌های نگهداری (نوانخانه‌ای) و سرپرستی تحت پوشش کامل دولت و کمک‌های خیریه" جهت دورنمودن آن‌ها از سطح جامعه و جلوگیری از پیوستن آن‌ها به گروه‌های خلافکار اجتماعی و یا ناراضیان سیاسی

- دوره ارائه "خدمات مؤسسه‌ای"

- دوره ارائه "خدمات تلفیقی"

- دوره "فراهم‌نمودن بسترهای لازم اجتماعی جهت خودشکوفایی افراد آسیب‌دیده"

تفاوت دوره‌های دوم و سوم در این است که در دوره خدمات مؤسسه‌ای، مداخلات توان‌بخشی و اقدامات لازم جهت ارتقاء سلامت فرد به صورت تفکیک‌شده و براساس تشخیص معلولیت و نقص ارائه می‌گردید. لیکن در دوره دوم، از برنامه مداخله توان‌بخشی چندان خبری نبود.

تفاوت بارز و اصلی دوره‌های سوم و چهارم این است که در دوره چهارم، تأکید اصلی بر تشویق افراد آسیب‌دیده جهت زندگی اجتماعی در کنار خانواده و جامعه می‌باشد. البته لازم به ذکر است که ارائه خدمات به‌صورت تلفیقی، پس از جنگ جهانی دوم به دلایلی رشد و گسترش یافت. بخشی از این دلایل عبارتند از: کاهش توان مالی دولت‌ها در زمینه مدیریت هزینه مؤسسات شبانه‌روزی و پرداخت هزینه هنگفت آن‌ها، رشد سریع و شگفت‌انگیز علوم روان‌پزشکی و روان‌شناسی در زمینه دستیابی به

داروهای مختلف و افزایش سرعت ترخیص برخی از بیماران، گسترش ارائه خدمات توان بخشی در قالب آموزش به خانواده و پذیرفتن نقش نظارتی توسط متخصصین کاردرمانی و فیزیوتراپی.

در دور پنجم، فرد آسیب دیده به عنوان یک انسان با کلیه حق و حقوق انسانی در هرم نیازهای ارائه شده توسط ابراهیم ما زل و، شناخته شده و دامنه نیازهای قابل تأمل و قابل استعفا افراد آسیب دیده از نیازهای جسمی و اقتصادی فراتر رفته است. احساس خود شکوفایی فقط و فقط هنگامی می تواند حاصل شود که فرد در جامعه زندگی کند و فرصت تعامل اجتماعی و مشارکت برای وی فراهم گردد.

۴-۱ ریشه تاریخی توان بخشی

پدید معلولیت سابقه‌ای به قدمت تاریخ زندگی بشری دارد. تحقیقات باستان‌شناسان نشان می‌دهد که ناهنجاری‌های اسکلتی از عهدهای بسیار دیرین وجود داشته‌اند، مومیایی‌های ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد، گواه سل ستون فقرات و تورم مفاصل است.

مصریان باستان اولین گروه‌هایی بودند که نسبت به معلولین و زندگی آنان علاقمندی نشان دادند. در نوشته‌های قدیمی مصر (پا پیرس) ۱۵۵۰ سال قبل از میلاد، توصیه‌ها و دستورالعمل‌های پزشکی، سحر و جادوهای خاص برای درمان بسیاری از بیماری‌ها مطرح شده و در این سند تاریخی مطالبی نیز برای درمان عقب ماندگی ذهنی، صرع، نابینایی و ناشنوایی ذکر گردیده است. اما به طور کلی نگرش حذف معلولان، هنوز در بسیاری از جوامع حاکم بود.

رومیان و یونانیان بر این عقیده بودند که یک جامعه پویا و زنده از توان بالقوه شهروندان نشأت می‌گیرد. آنان قوانینی تصویب نمودند که براساس آن افرادی که نمی‌توانند به برتری جامعه کمک کنند، در اولین فرصت حذف شوند.

به مرور و با گذشت زمان، توجه به زندگی معلول از جنبه‌های پزشکی آغاز شد و مسئله درمان در مرحله اول اهمیت قرار گرفت اما همچنان تا نیمه قرن هیجدهم، هیچگونه امکانات آموزشی برای معلولین در نظر گرفته نشد. از نقطه نظر رومیان و یونانیان، انواع معلولیت‌ها نیاز به توجه داشتند از جمله ناشنوایی، نابینایی و بیماری روانی که در این میان، بیماری روانی در افکار پزشکان و فلاسفه، بیشترین توجه را به

خود اختصاص داد. انسان‌های اولیه عمیقاً معتقد بودند که عامل ایجاد اختلالات جسمی و روانی، خدایان هستند و معلولیت به‌عنوان تنبیه به کسانی تحمیل می‌شود که مشمول غضب قرار گرفته‌اند، اما بقراط سعی کرد که علم پزشکی را از خرافات تفکیک کند در نتیجه تلاش در جهت تشخیص و درمان بیماران آغاز گردید.

با ظهور دین مسیحیت^۱، دیگر تعدد انواع خدایان مطرح نبود اما در آن زمان معتقدان به این دین نوظهور چنین تصور داشتند که خداوند به‌خاطر گناهان انسان‌ها و یا پدران آنان، چنین تنبیهی را روا داشته‌است. با آغاز قرون وسطی، پیشرفت آهسته و بطئی که در جهت روشنگری و رهایی از خرافات ملاحظه می‌شد، متوقف گردید و مجدداً عقاید اولیه از جمله اعتقاد به روح پلید و جن حاکم شد. در همین زمان یعنی قرون وسطی قوانین کلیسا تبعیضاتی بر علیه معلولین ایجاد نمود بدین‌گونه که حق استفاده از ارث، گواهی و شهادت در دادگاه را از معلولین گرفتند و همچنین از عقد قرارداد و سایر حقوق محروم گردیدند. در قرن سیزدهم هنگامی که هنری سوم پادشاه انگلستان دارای دختری ناشنوا شد، یک مورخ معاصر وی، دخترک را چنین توصیف کرد، "کودک گنگی که به هیچ دردی نمی‌خورد." در قرن شانزدهم در آلمان افراد عقب مانده ذهنی داخل قفس محبوس می‌شدند.

درخصوص عقب‌ماندگان ذهنی، نگرش‌های گوناگونی وجود داشت. برخی حرکات و صحبت‌های زیرلب عقب‌ماندگان ذهنی را گفتگو با شیطان می‌دانستند و معتقد بودند شیطان عامل ایجاد معلولیت است و گروهی دیگر نیز آن را رابطه رمزآمیز بین فرد و الهام الهی تلقی می‌کردند.

تا روشنگری‌های قرن هجدهم تمدن‌های اروپایی با ایده سحر و جادو خو گرفته بودند. بالاخره فضای سحر و جادو و بسیاری از خرافات دیگر در دوره رنسانس که متبیهی به افزایش اطلاعات جدید در علم پزشکی و روان‌شناسی شد فروکش نمود. با کنار رفتن این‌گونه خرافات، امنیت معلولین افزایش یافت و زندگی آنان تا حدودی ارزش پیدا کرد.

در این زمان به علت وقوع رویدادهای متعدد به‌ویژه پیشرفت‌های علم پزشکی، عارضه معلولیت از لحاظ کمی و کیفی دستخوش دگرگونی شد. جنگ‌های پراکنده میان کشورهای اروپایی و آسیایی، انقلاب‌های متعدد در اقصی نقاط جهان و حوادث طبیعی

۱. در شرح این متن منظور از دین مسیحیت، مسیحیت تحریف‌شده‌است نه مسیحیت منصوب به حضرت عیسی(ع)

دیگر در افزایش کمی معلولین نقش قابل توجهی ایفا کردند. افزایش تعداد معلولان پس از جنگ جهانی اول باعث حساس شدن جامعه نسبت به معلولین، تخصیص بودجه مناسب، به وجود آمدن تخصص های جدید پزشکی و بهره گیری از تکنولوژی پیشرفته در جهت مداوای آنان گردید. این نگرش که معلولین، علیرغم محدودیت های خود، قادر به بروز شایستگی های جسمی و ذهنی و قادر به شرکت فعال در امور اجتماعی هستند و نقص عضو نمی تواند مانعی در این مسیر ایجاد کند، گسترش پیدا کرد و سبب شد که در قرن هجدهم در سوئیس مدرسه ای برای افراد فلج و معلول توسط «جین اندرونل»^۱ دایر گردد.

از بین رشته ها و تخصص های پزشکی مربوط به توان بخشی، احتمالاً تخصص ارتوپدی اولین تخصص پزشکی بوده که گسترش پیدا کرده است. نورولوژی تا پایان قرن نوزدهم به صورت یک تخصص جداگانه پزشکی مطرح نبود در این دوره "دکتر چارکوت"^۲ عامل خونریزی مغزی را با موفقیت تشخیص داد، اثرات ضایعات نخاعی را توصیف کرد و اولین بار توضیح دقیقی از فلج کودکان و عدم تعادل حرکتی ارائه کرد. اگرچه مطالعات علمی درخصوص اختلالات روانی و درمان آن توسط "فیلیپ پینل"^۳ در سال ۱۸۰۰ شروع گردید، علم روان پزشکی تا یک قرن بعد که "امیل کروپ لین"^۴ اولین بار طبقه بندی بیماران روانی را ارائه داد و "زیگموند فروید"^۵ رویکرد روان درمانی را معرفی نمود، به عنوان یک تخصص شناخته شده نبود (کوینگ، مک کلوق و لارسون، ۲۰۰۱).

آغاز پیشرفت علم پزشکی، در ارتباط با معلولین در قرن نوزدهم آغازی برای شکل گیری مفهوم توان بخشی بود. در اوایل قرن نوزدهم در اروپا چند مرکز برای افراد فلج تأسیس شدند که بیشتر متمرکز بر خدمات نگهداری بودند. در سال ۱۹۰۶ «دکتر کنراد»^۶ نخستین آمارگیری معلولین را در برلین انجام داد و این کار منجر به تأسیس مرکزی شد که به عنوان اولین مرکز جامع توان بخشی جهان از آن یاد می شود. گسترش و توسعه برنامه های توان بخشی، آهسته و کند بود و قبل از جنگ جهانی اول، متوقف

1. Jan-Martin Charcot

2. Phillipe Pinel

3. Emil Kraepelin

4. Sigismund Schlomo Freud

5. Koeing, McCullough & Larson

6. Kennrad

شد. در فاصله بین جنگ جهانی اول و دوم، توان‌بخشی متمرکز بر بازتوانی جسمی و حرفه‌ای افراد معلولی بود که در ارتباط با جنگ مجروح شده بودند. از جنگ جهانی دوم تا به امروز، مفهوم توان‌بخشی به سرعت و به‌طور وسیعی گسترش یافت. علی‌رغم این پیشرفت گسترده، همچنان نیاز به یک برنامه ملی که تمامی معلولیت‌ها را تحت پوشش قرار دهد، بیش از پیش احساس می‌شود. تعدادی از پیشکسوتان این رشته در امریکا تلاش‌های زیادی را به‌عمل آوردند از جمله در سال ۱۹۴۵ "دکتر راسک"^۱ که طرح بهره‌مندی از مداخلات توان‌بخشی را برای نظامیان نیازمند نیروی هوایی امریکا برنامه‌ریزی و ارائه نمود. این برنامه برای تسریع در پایان‌دادن به دوران نقاهت و بازگردانیدن افراد به خدمت مجدد طراحی شد اما بعدها برای کلیه مجروحین جنگی و افراد غیرنظامی به اجرا درآمد. "دکتر کسلر"^۲، پزشک دیگر امریکایی، برنامه توان‌بخشی را برای پرسنل نیازمند نیروی دریایی، سازماندهی نمود و پیام توان‌بخشی را، هنگامی که به‌عنوان رئیس توان‌بخشی بین‌المللی فعالیت می‌کرد، به سراسر جهان اعلام کرد.

از اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم که توجه به توان‌بخشی علمی افزایش یافت، آموزش و پرورش ویژه آغاز گردید و از بعد از دو جنگ جهانی اول و دوم نیز به اوج خود رسید، تکنولوژی جدید و مهندسی توان‌بخشی تا جایی که ممکن بود ابزار، ادوات و امکاناتی را ابداع کردند که تا حد زیادی جبران نقص فرد را نموده، توانمندی و توانایی مستقل زیستن آنان را افزایش دهند. جوامع صنعتی به‌تدریج در ساخت‌وسازها و معماری‌های شهری نیز به رعایت حال معلولان توجه نشان دادند.

در دهه شصت قرن بیستم میلادی مسئولین و کارشناسان امور اجتماعی و توان‌بخشی نیاز به بازنگری در چگونگی ارائه خدمات در جامعه را احساس کردند. دلیل عمده آن نیز سرعت افزایش تعداد افراد دچار معلولیت از یک سو و افزایش روز افزون مشکلات معیشتی آن‌ها از سوی دیگر بود. تحقیقات نشان دادند که صرفاً تأسیس مراکز و مؤسسات و نگهداری گروهی از معلولان در این مراکز به هیچ وجه شیوه مناسب و صحیحی نیست. لذا طرحی نو با عنوان «توان‌بخشی مبتنی بر جامعه»^۳ مطرح شد که هدف آن آماده‌سازی جامعه جهت حضور افراد معلول در آن بود. جامعه باید از

1. Howard A. Rusk

2. Kessler

3. Community Based Rehabilitation (CBR)

طریق آموزش، همزیستی افراد معلول در کنار افراد عادی را فراگیرد. باید در ساخت وسازهای معماری و شهرسازی امکان تردد و حضور افراد معلول نیز رعایت شود. باید تسهیلات ویژه برای استفاده افراد معلول از امکانات اجتماعی فراهم گردد. باید حقوق افراد معلول تا حد برابر با یک فرد غیرمعلول رعایت گردد. باید در برنامه ریزی و در تصمیم گیری اجتماعی حق افراد معلول حفظ شود (WHO، ۱۹۹۴).

سازمان جهانی بهداشت سال ۱۹۸۱ میلادی را به عنوان سال جهانی توجه به معلولان نام گذاری کرد و با اعلام آمارهای تکان دهنده ای (از جمله جهانی با پانصد میلیون معلول یا از هر ده نفر انسان در سراسر دنیا یک نفر در رنج معلولیت به سر می برد) دولت مردان جوامع مختلف را مکلف نمود تا نسبت به بهبود وضع معلولان جامعه خود اهتمام ورزند سپس به منظور پیگیری کار، یک دوره ده ساله از ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۲ را نیز دهه برنامه توجه به معلولان نامید و دولت مردان را مکلف نمود در پایان دهه فوق گزارش عملکرد خود را در قالب منطقه ای ارائه کنند و پس از آن نیز به منظور اتمام برخی از برنامه های نیمه تمام، ده سال دوم را از سال ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۲ طرح ریزی نمود.

در کشور ایران نیز، توان بخشی متکی بر قانونی است که در سال ۱۳۴۷ مورد تصویب و تأیید مسئولین قانون گذاری وقت قرار گرفته و دولت مکلف شده تا جهت تجدید فعالیت و حرفه آموزی و تقویت روحی کسانی که به علت نقص عضو و یا از دست دادن قسمتی از توانایی خود قادر به انجام کار نیستند، انجمنی به نام انجمن توان بخشی وابسته به وزارت کار و امور اجتماعی ایجاد نماید. تا قبل از سال ۱۳۴۸ چون انجمن توان بخشی دارای مرکز درمانی مستقلی برای ارزشیابی و توان بخشی معلولین نبود، ناگزیر برای این منظور از امکانات مراکز درمانی عمومی و خصوصی موجود شهری استفاده شد تا اینکه در سال ۱۳۴۸ بیمارستان شفا یحیایان برای انجام امور پزشکی و درمانی معلولین از طرف وزارت بهداشت به انجمن توان بخشی واگذار گردید. پس از تشکیل وزارت رفاه اجتماعی سابق، انجمن توان بخشی از وزارت کار و امور اجتماعی منتزع گردید و زیر نظر وزارتخانه مذکور به طور مستقل و بر مبنای اساسنامه مصوبه خود، فعالیت نمود تا اینکه در سال ۱۳۵۵ با انحلال وزارت رفاه اجتماعی، انجمن توان بخشی تحت نظر وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت، به فعالیت خود ادامه داد. در اوایل سال ۱۳۵۸ با تشکیل سازمان بهزیستی کشور انجمن توان بخشی

از وزارت بهداشتی جدا و در سازمان بهزیستی کشور ادغام گردید که هم‌اکنون نیز به‌صورت یک حوزه معاونت توان‌بخشی در سازمان مزبور فعالیت می‌کند (میرخانی، ۱۳۷۸).

لازم به ذکر است که برای تشکیل اولین دوره آموزش فیزیوتراپی که یکی از رشته‌های توان‌بخشی می‌باشد، در دانشگاه تهران خانم "مارگریت جانسن" از طرف سازمان جهانی بهداشت به نام مربی فیزیوتراپی به ایران معرفی شد. پس از آن دانشکده علوم توان‌بخشی در سال ۱۳۵۲ بنا به پیشنهاد انجمن توان‌بخشی با سه رشته تحصیلی فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی در مقطع کارشناسی شروع به کار کرد.

در سال ۱۳۵۵ رشته شنوایی‌شناسی در مقطع کارشناسی در دانشکده علوم توان‌بخشی راه‌اندازی گردید که البته قبل از آن دانشگاه شهید بهشتی در مقطع کاردانی به تربیت دانشجوی می‌پرداخت. همچنین در سال ۱۳۶۱ این دانشکده اقدام به جذب دانشجوی در رشته ارتوپدی فنی نمود که ابتدا در سطح کاردانی و سپس در مقطع کارشناسی آموزش می‌دیدند.

به حوال و قوه الهی در سال‌های پس از پیروزی انقلاب و به ویژه در سال‌های اخیر که سیاست وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و علوم، تحقیقات و فناوری ارتقاء سطح علمی جامعه است، اغلب رشته‌های توان‌بخشی مذکور در حال حاضر تا مقطع دکتری در داخل کشور دانشجوی می‌پذیرند که به تفصیل در فصل دوم به آن خواهیم پرداخت.

مسیر پیشرفت توان‌بخشی در ایران را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

۱-۵ جایگاه توان‌بخشی از نقطه نظر اسلام

در دین اسلام، به‌عنوان آخرین دین و مکمل سایر ادیان الهی از "قرآن" همواره به‌عنوان حجت و کلام الهی یاد می‌شود که وجود حتی یک آیه در آن به‌منزله ارزش و جایگاه خاص تلقی می‌گردد. قرآن در کلیه دسته‌ها و فرقه‌های دینی اسلام و مسلمین به‌عنوان محور و هدایت‌گر به شمار می‌رود. با این طرز نگرش باید گفت که وجود سوره‌ای در قرآن که به موضوع جایگاه انسانی و کرامت والای فرد معلول پرداخته‌است، بیانگر ارزش خاص این امر

می باشد. سوره "عبس و تولى" که برخی از دانشمندان علوم قرآنی آن را سوره اعمی (نابینا) نامیده اند، نشان دهنده مواضع قرآن و اسلام درباره روشن دلان است. تنها سوره ای است که اعمی نامیده شده و خطاب آن از ابتدا در قالبی بسیار حمایت کننده از جایگاه فرد معلول و با لحنی شدید و کوبنده علیه کسانی است که روشن دلان را تحقیر می کرده اند. این مطلب براساس تفسیرالمیزان تألیف علامه سید محمد حسین طباطبائی ذیل آیات نخست سوره عبس و تولى و نیز تفسیر نمونه تألیف جمعی از قرآن پژوهان حوزوی و زیر نظر آیت الله مکارم شیرازی در خصوص این آیات آورده شده است. در این سوره برخورد ناشایست با فردی نابینا مورد سرزنش و نکوهش قرار می گیرد و در یازده آیه نخست به این داستان پرداخته می شود. نکته جالب دیگر در این آیات این است که ارزش گذاری انسان ها را به اعمال و کردار آن ها نسبت می دهد و ملاک پاکی فرد را منوط به ایمان و عمل صالح می کند. گفتار و کلام پیامبر اکرم (ص) و ائمه هدی علیهم السلام و پیشوایان دین اسلام نیز شاهی بر این مدعا است که دین اسلام توجه ویژه ای به معلول و معلولیت داشته است. در ذیل احادیث و روایاتی مبنی بر این مطلب ارائه می شود :

رسول اکرم (ص) فرمودند:

"مَنْ قَادَ أَعْمَى أَرْبَعِينَ خُطْوَةً غُفِرَ لَهُ مَا تَقَدَّمَ مِنْ ذَنْبِهِ."

"هرکس، نابینایی را تا چهل قدم یاری دهد و همراهی نماید، گناهای که تاکنون کرده است، آمرزیده خواهد شد" (نهج الفصاحه، ش ۲۹۱۶).

همچنین رسول اکرم (ص) فرمودند:

"مَنْ أَعَانَ ضَعِيفًا فِي بَدَنِهِ، عَلَى أَمْرِهِ أَعَانَهُ اللَّهُ عَلَى أَمْرِهِ، وَ مَنْ أَعَانَ ضَعِيفًا فِي فَهْمِهِ وَ مَعْرِفَتِهِ، فَعَلَّمَهُ حُجَّتَهُ عَلَى خَصْمِ الدِّينِ طُلَابِ الْبَاطِلِ،".

"کسی که فرد ناتوان به لحاظ جسمی را در کارهایش یاری دهد، خداوند او را یاری می کند و در روز قیامت بر او فرشتگانی می گمارد که او را از خطرات منازل آخرت محافظت نمایند و او را سالم به بهشت می رسانند. کسی که فرد ناتوانی (به لحاظ فهم و دانش) را یاری دهد و دلائل آئین او را بر ضد دشمنان تعلیم دهد خداوند او را در سكرات مرگ بر ادای شهادتین یاری می نماید، و رفتن او از این دنیا و بازگشت وی به سوی خدا را با بزرگترین

اعمال همراه می‌سازد و به او بشارت خوشنودی خداوند داده می‌شود" (بحار الانوار، ۲۱/۷۵).
در زمینه توان بخشی و پرستاری سالمندی، رسول خدا (ص) فرمودند:

"مَنْ وَقَّرَ ذَا شَيْبَةٍ فِي الْأِسْلَامِ أَمَّنَهُ اللَّهُ مِنْ فَرَعِ يَوْمِ الْقِيَامَةِ".

"هر کس بزرگسال مسلمانی را گرامی دارد و احترام نماید، خداوند او را در قیامت از سختی‌ها و مشکلات در امان می‌دارد" (الکافی، ج ۲، ص ۶۵۸، ح ۳).

سیره پیامبر اکرم به عنوان بنیان‌گذار دین الهی و اسوه برای کلیه مؤمنین و مسلمین و همچنین پیشوایان دینی و ائمه اطهار می‌تواند به عنوان الگوی عملی دینی در برخورد با موضوع معلولیت و پشتوانه تاریخی اقدامات و مداخلات توان بخشی در نظر گرفته شود. براساس آخرین دستاوردهای نظریات نوین توان بخشی همواره ایجاد زمینه‌ها و بستری جهت حضور یکپارچه معلولین در فعالیت‌های جامعه به عنوان تلاشی جهت ثمر بخشی کلیه اقدامات و مداخلات توان بخشی تلقی می‌گردد. در این زمینه می‌توان به ذکر مواردی چند پرداخت

از جهت نوع نگاه در راستای تأیید توانمندی‌های معلولان و پرهیز از بزرگ‌نمایی مشکلات جسمی به عنوان مانع حضور افراد معلول در فعالیت‌های گروهی و اجتماعی، می‌توان به داستان تأیید نحوه اذان‌گویی بلال حبشی به عنوان نخستین تکبیرگوی اسلام توسط شخص پیامبر اکرم (ص) اشاره داشت. ایشان با وجود اختلال تکلمی بلال در ادای کلمه "اشهد"، در پاسخ به مخالفان و منافقان فرمودند که: در پیشگاه خداوند "اشهد" بلال به مراتب مورد پسندتر و مقبول‌تر از "اشهد" است.

همچنین در مورد تشویق افراد معلول به حضور در فعالیت‌های اجتماعی چنین نقل کرده‌اند که روزی مردی نابینا به محضر رسول خدا (ص) شرفیاب شد و عرض کرد یا رسول الله! چشمم نمی‌بیند و چه بسا شده که اذان مسجد را می‌شنوم ولی کسی را پیدا نمی‌کنم که دستم را بگیرد و به مسجد برای نماز جماعت با شما بیاورد. فقال له النبی صلی الله علیه و آله: "شدَّ مِنْ مَزَلِكِ إِلَى الْمَسْجِدِ حَبْلًا وَ احْضِرِ الْجَمَاعَةَ" طنابی از منزلت به مسجد ببند و با کمک آن (به مسجد بیا و) در جماعت حاضر شو (لثالی الاخبار، ج ۲، ص ۲۰۵).

در بین اصحاب و شاگردان معصومین (ع) نیز افرادی یافت می‌شوند که دچار معلولیت بودند نظیر ابابصیر شاگرد امام جعفر صادق (ع) که نابینا بود ولی نوع رفتار و تشویق‌های

امام(ع) موجب شد تا ایشان به عنوان یکی از یاران صدیق امام مطرح گردد و معلولیت، او را از حضور مفید و مؤثر در جامعه باز ندارد.

در مورد تعریف اختلال روانی به عنوان یک نوع بیماری که باید درمان شود این گونه وصف شده است که روزی پیامبر اعظم(ص) بر گروهی که گرد فردی جمع شده بودند، گذشتند. ایشان فرمودند: "برای چه جمع شده اید؟ گفتند: ای رسول خدا! این شخص مجنون شده و افتاده است، برای همین دورش جمع شدیم. پیامبر اعظم(ص) فرمودند: او مجنون و دیوانه نیست، بلکه او مریض و مبتلا است. آیا به شما خبر بدهم که مجنون واقعی کیست؟ گفتند: آری. فرمودند: مجنون کسی است که در راه رفتن، خودنمایی و تکبر کند، و مرتب به طرف راست و چپ نگاه کند، و شانه های خود را حرکت دهد، از خدا بهشت طلب کند درحالی که گناه می کند، از شرش کسی ایمن نیست و به خیرش کسی امیدوار نیست" (سفینه البحار، ج ۱، ص ۱۹۱).

۱-۶ اهداف توان بخشی

به طور کلی می توان چنین اظهار کرد که "هدف نهایی فرایند توان بخشی، درمان نیست، بلکه افزایش و ارتقاء عملکرد فرد و بالابردن سطح توانمندی او جهت انجام امور و کارکردها به صورت مستقل است."

در اغلب دیدگاه های مرتبط با ارائه خدمات توان بخشی، تعیین هدف جهت سیاست گذاری و تعیین سمت و سوی مداخلات مذکور، در ارائه این خدمات به عنوان مرحله سوم از درمان، پس از مرحله اول (ارزیابی ها) و مرحله دوم (تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از ارزیابی ها) شناخته می شود. در این مرحله، تفسیر اطلاعات و سپس ارائه نظر تخصصی در قالب تدوین برنامه راهبردی و منسجم صورت می پذیرد.

اهداف توان بخشی نوین براساس دیدگاه ارزش مداری افراد کم توان و با تکیه بر توانمندی های موجود این گروه از افراد جامعه، در دو دسته قابل طبقه بندی است، دسته اول عبارتند از اهدافی که مرتبط با شخص آسیب دیده می باشند و دسته دوم عبارتند از اهدافی که مرتبط با جامعه و بسترهای اجتماعی لازمه در این خصوص قرار می گیرند.

اهداف کلی درخصوص شخص آسیب دیده عبارتند از :

- پیشگیری از تشدید عوارض و مشکلات حاصل از عامل ناتوان کننده

- ارتقاء توانمندی‌های موجود
 - به‌کارگیری فرد آسیب‌دیده در عملکردهایی واقعی و متناسب
 - کمک به سلامت روانی و افزایش اعتماد به نفس
 - اهداف کلی درخصوص جامعه و بسترهای اجتماعی لازمه عبارتند از :
 - ایجاد آمادگی پذیرش شخص آسیب‌دیده به‌عنوان فرد دارای ارزش و کارکردهای اجتماعی
 - ایجاد شرایط مناسب در جامعه به لحاظ تسهیلات زندگی شهری
 - ایجاد زمینه‌های شغلی و فرصت‌های درآمدزایی برابر با سایر افراد جامعه
 - پذیرش حق و حقوق شغلی برابر با سایر افراد جامعه
- البته باید در نظر داشت که همواره این اهداف در دو محور زمانی (بلند مدت و کوتاه‌مدت) و یا دو شاخصه (کلی و جزئی) تعریف می‌شوند. در بحث اهداف بلندمدت، دستیابی به یک سطح مناسب از عملکرد و مشارکت در پایان فرایند ارائه خدمات و انجام مداخلات مدنظر قرار می‌گیرد. معمولاً اهداف بلندمدت بر حول دو محور اصلی می‌چرخند: اول، کاهش میزان وابستگی به دیگران تا سرحد استقلال مورد انتظار جهت انجام امور و کارکردها، دوم، تعیین تغییرات محیطی لازمه جهت انجام عملکرد مستقل و کارآمد حتی به کمک وسایل کمکی و تجهیزات لازمه مناسب در محیط، تا ضریب اطمینان مشارکت فعال و مثمرتر فرد آسیب‌دیده را در محیط و اجتماع افزایش دهد. در تبیین دقیق اهداف بلندمدت، جهت دستیابی به نتایج پربار و مطلوب، همواره باید از همسویی فرد آسیب‌دیده با تیم ارائه‌کننده خدمات و همچنین اعتماد جمعی و گروهی آن‌ها به واقع‌بینانه‌بودن اهداف اطمینان خاطر داشت.
- در تعیین اهداف کوتاه‌مدت، شیوه‌ها و راه‌های دستیابی به اهداف بلندمدت در دستور کار قرار می‌گیرند. در واقع می‌توان چنین گفت که "اهداف کوتاه مدت عبارتند از: روش‌های نیل به اهداف بلند مدت".
- باید درنظر گرفت که در زمینه اهداف جزئی درخصوص شخص گیرنده خدمات، نوع آسیب، شدت آسیب، توانایی‌های باقیمانده، سابقه و تاریخچه فردی، سابقه شغلی و زندگی ثبت شوند. همچنین در تعیین اهداف کوتاه‌مدت توان‌بخشی اجتماعی نیز شرایط اقتصادی و شرایط فرهنگی و کارکردهای ایدئولوژیک، عوامل مهمی تلقی می‌گردند.
- اما نکته اساسی و بسیار حائز اهمیت در تمامی دیدگاه‌ها و مکاتب این است که