



توان بخشی گروه های خاص

(رشته علوم اجتماعی)

دکتر علی اصغر کاکو جویباری اعظم شریفی

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 کمک‌درسی 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 کمک‌درسی (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

پیشگفتار.....	نه
فصل اول: کلیات.....	۱
اهداف فصل.....	۱
۱-۱ مقدمه.....	۱
۲-۱ تعریف توان بخشی.....	۲
۳-۱ اهداف توان بخشی.....	۳
۴-۱ تاریخچه توان بخشی در جهان.....	۴
۵-۱ تاریخچه توان بخشی در ایران.....	۸
۶-۱ حیطه های توان بخشی.....	۹
۷-۱ اصطلاحات مرتبط با معلولیت.....	۱۲
۸-۱ طبقه بندی معلولیت از دیدگاه پزشکی.....	۱۴
۹-۱ طبقه بندی معلولیت از دیدگاه توان بخشی.....	۱۵
۱۰-۱ میزان شیوع.....	۱۶
۱۱-۱ خودآزمایی.....	۱۶
فصل دوم: توان بخشی معلولان شنوایی.....	۱۹
اهداف فصل.....	۱۹
۱-۲ مقدمه.....	۱۹
۲-۲ ساختمان گوش.....	۲۰
۳-۲ تعریف معلولیت شنوایی.....	۲۲
۴-۲ سبب شناسی.....	۲۴
۵-۲ انواع نقص شنوایی.....	۲۵
۶-۲ میزان شیوع.....	۲۷
۷-۲ آزمون های شنوایی.....	۲۸
۸-۲ نیازها و اقدامات توان بخشی.....	۲۹
۹-۲ ابزارهای توان بخشی شنوایی.....	۳۹
۱۰-۲ خودآزمایی.....	۴۲

۴۳	فصل سوم: توان بخشی معلولان بینایی
۴۳	اهداف فصل
۴۳	۱-۳ مقدمه
۴۴	۲-۳ ساختمان چشم
۴۸	۳-۳ تعریف معلولیت بینایی
۵۱	۴-۳ سبب شناسی
۵۲	۵-۳ میزان شیوع
۵۲	۶-۳ طبقه بندی
۵۳	۷-۳ ارزیابی بینایی
۵۵	۸-۳ ویژگی های افراد نابینا
۵۸	۹-۳ نیازها و اقدامات توان بخشی
۶۸	۱۰-۳ موسیقی درمانی
۶۹	۱۱-۳ موسیقی درمانی برای افراد نابینا
۷۰	۱۲-۳ خودآزمایی
۷۱	فصل چهارم: توان بخشی معلولان ذهنی
۷۱	اهداف فصل
۷۲	۱-۴ مقدمه
۷۲	۲-۴ تعریف کم توانی ذهنی
۷۴	۳-۴ سبب شناسی
۷۴	۴-۴ میزان شیوع
۷۵	۵-۴ طبقه بندی
۷۹	۶-۴ کم توانی ذهنی با علائم بالینی
۸۰	۷-۴ ارزیابی و ملاک های تشخیص
۸۲	۸-۴ نیازها و اقدامات توان بخشی
۸۹	۹-۴ بازی درمانی در کودکان با کم توانی ذهنی
۹۲	۱۰-۴ خودآزمایی
۹۵	فصل پنجم: توان بخشی معلولان جسمی- حرکتی
۹۵	اهداف فصل
۹۵	۱-۵ مقدمه
۹۶	۲-۵ تعریف معلولیت جسمی- حرکتی
۹۷	۳-۵ شایع ترین آسیب های منجر به معلولیت جسمی- حرکتی
۱۰۱	۴-۵ سبب شناسی
۱۰۲	۱-۴-۵ نقیصه های مادرزادی
۱۰۲	۲-۴-۵ نقیصه های مراحل اولیه طفولیت
۱۰۲	۳-۴-۵ نقیصه های بعد از مراحل اولیه طفولیت
۱۰۲	۴-۴-۵ نقیصه های دوران سالمندی
۱۰۲	۵-۵ میزان شیوع
۱۰۳	۶-۵ نیازها و اقدامات توان بخشی
۱۱۱	۷-۵ دستگاه ها و وسایل کمکی
۱۱۳	۸-۵ خودآزمایی

فصل ششم: توان بخشی در برخی از بیماری های خاص ۱۱۵

اهداف فصل	۱۱۵
۱-۶ مقدمه	۱۱۶
۲-۶ اتیسم	۱۱۶
۳-۶ نیازهای توان بخشی در افراد دچار اتیسم	۱۱۷
۴-۶ کمبود توجه/ بیش فعالی	۱۲۱
۵-۶ نیازهای توان بخشی در افراد دچار کمبود توجه/بیش فعالی	۱۲۲
۶-۶ صرع	۱۲۴
۷-۶ نیازهای توان بخشی در افراد دچار صرع	۱۲۶
۸-۶ مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)	۱۲۹
۹-۶ نیازهای توان بخشی در افراد دچار مولتیپل اسکلروزیس	۱۳۱
۱۰-۶ نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)	۱۳۴
۱۱-۶ نیازهای توان بخشی در افراد دچار نشانگان نقص ایمنی اکتسابی	۱۳۶
۱۲-۶ خودآزمایی	۱۳۸

فصل هفتم: توان بخشی معلولان روانی ۱۴۱

اهداف فصل	۱۴۱
۱-۷ مقدمه	۱۴۱
۲-۷ تعریف اختلال روانی	۱۴۲
۳-۷ طبقه بندی اختلالات روانی	۱۴۳
۱-۳-۷ روان نژندی	۱۴۶
۲-۳-۷ روان پریشی	۱۴۶
۴-۷ ارزیابی روان شناختی	۱۵۰
۵-۷ سبب شناسی	۱۵۲
۶-۷ میزان شیوع	۱۵۳
۷-۷ نیازها و اقدامات توان بخشی در افراد دچار اختلالات روانی	۱۵۳
۸-۷ مداخله تیمی در توان بخشی افراد دچار اختلالات روانی	۱۵۹
۱-۸-۷ نقش مددکار	۱۵۹
۲-۸-۷ نقش روان پرستار	۱۶۲
۹-۷ سامان دهی درمان اختلالات روانی در جامعه	۱۶۲
۱۰-۷ خودآزمایی	۱۶۳

فصل هشتم: توان بخشی معلولان اجتماعی ۱۶۵

اهداف فصل	۱۶۵
۱-۸ مقدمه	۱۶۵
۲-۸ تعریف معلولیت اجتماعی	۱۶۶
۳-۸ تعریف انحراف از دیدگاه های متفاوت	۱۶۶
۴-۸ طبقه بندی معلولان اجتماعی	۱۶۷
۵-۸ کودکان آسیب دیده / اقدامات توان بخشی	۱۶۷
۱-۵-۸ کودکان بی سرپرست	۱۶۷
۲-۵-۸ کودکان خیابانی	۱۶۷
۳-۵-۸ کودکان فراری	۱۷۰
۴-۵-۸ کودکان بزهکار	۱۷۱

۱۷۲	۶-۸ محکومین دراز مدت زندان‌ها
۱۷۴	۷-۸ معتادین
۱۷۵	۸-۸ متکدیان
۱۷۶	۹-۸ روسپیان (زنان ویژه)
۱۷۸	۱۰-۸ خودآزمایی
۱۷۹.....	۱۱-۸ پیوست‌ها
۱۸۵.....	۱۲-۸ منابع

پیشگفتار

حمد و سپاس مر خدای را که با الطاف بیکران خود این توفیق را به ما ارزانی داشت تا بتوانیم در راه ارتقای دانش و آگاهی پژوهندگان علم در حوزه توان بخشی گامی بسیار کوچک برداریم امید آنکه در انجام رسالتی که بر عهده گرفته ایم تا حد امکان مؤثر واقع گردیم.

کتابی که در پیش رو دارید با هدف آشنایی انواع معلولیت و اقدامات توان بخشی آن به عنوان واحدی درسی برای دانشجویان محترم رشته علوم اجتماعی با گرایش مددکاری در مقطع کارشناسی به رشته تحریر در آمده است. به منظور تسهیل و تسریع در امر یادگیری و به جهت گستردگی انواع معلولیت ها سعی گردیده است که به جزئیات پرداخته نشود و مخصوصاً در فصل ۸ کتاب صرفاً به بحثی اجمالی در شناخت معلولان اجتماعی بسنده شده است.

بر خود لازم می دانیم از مشارکت مؤثر سرکار خانم **مینا احمدی کهجوق** در تدوین مطالب فصول معلولان بینایی و ذهنی تشکر و قدردانی به عمل آوریم و از تمامی نویسندگان و صاحب نظرانی که از نوشته ها و آثارشان در تهیه این کتاب بسیار بهره گرفته ایم سپاسگزاری می نماییم و بر این باور هستیم که انتقادات و پیشنهادات سازنده خوانندگان محترم به غنای علمی این اثر خواهد افزود.

دکتر علی اصغر کاکوجویاری - اعظم شریفی

فصل اول

کلیات

اهداف فصل

در پایان این فصل از شما انتظار می‌رود بتوانید:

۱. تعریف جامعی از توان‌بخشی ارائه نمایید.
۲. با تاریخچه توان‌بخشی در جهان و ایران آشنا شوید.
۳. حیطه‌های توان‌بخشی را نام ببرید و هر یک را تعریف کنید.
۴. نقص، ناتوانی و معلولیت را تعریف کنید.
۵. طبقه‌بندی معلولیت از دیدگاه پزشکی را نام ببرید.
۶. طبقه‌بندی معلولیت از دیدگاه توان‌بخشی را نام ببرید.
۷. نمودار روند معلولیت را رسم کنید.

۱-۱ مقدمه

وقتی نام انسان را می‌شنویم بی‌درنگ در ذهن ما متبادر می‌گردد که انسان موجودی است راست قامت که می‌تواند روی دو پا راه برود، با دو دست مهارت‌های فراوانی در انجام فعالیت‌های روزانه انجام بدهد، دارای حدی مشخص از توانایی دیدن و شنیدن باشد، توانمندی ارتباط کلامی داشته باشد و با ذهنی فعال ضمن آنکه بتواند جزء همگنی از کل این جامعه محسوب گردد برای سایرین مفید بوده و از امکانات اجتماعی موجود بهره‌مند بشود. اما باید توجه داشته باشیم این خصوصیات مشابه، مربوط به

اکثریت انسان ها می گردد و شامل همه نمی شود به عبارت دیگر تعدادی به رغم انسان بودن به دلیل شرایطی از این قاعده مستثنی می گردند و همگن با سایرین نبوده و از توانایی های مشابه محروم می شوند، عموماً به این گروه از انسان ها، معلول اطلاق می گردد.

از آنجا که معلولیت هم بر سرنوشت فرد و هم بر کل جامعه اثر می گذارد مسئله ای اجتماعی تلقی می گردد و توان بخشی به عنوان یک پدیده پاسخی به نیاز فرد و جامعه است که از یک سو به زندگی فرد معلول در جامعه امید ببخشد و از سویی دیگر جامعه را برای پذیرش معلول به عنوان یک شهروند آماده سازد.

۲-۱ تعریف توان بخشی

توجه به معنی واژه توان بخشی^۱ می تواند نقطه آغاز مناسبی برای دستیابی به تعریفی کامل باشد. این کلمه از دو بخش تشکیل گردیده است، بخش اول به معنای "دوباره"^۲ و "مجدد" است و بخش دوم به معنای "توانمندسازی"^۳ می باشد، بنابراین معنای کامل و دقیق آن در زبان فارسی "بازتوانی" خواهد بود اما به علت فراگیر شدن اصطلاح "توان بخشی" در کلیه امور اداری و کتب و نامگذاری های مراکز و مجتمع های ارائه کننده چنین خدماتی از این واژه استفاده می شود. توجه به موارد فوق الذکر و تنوع عوامل تاثیرگذار می تواند توجیه کننده طیف وسیع دیدگاه های کاربردی و عملکردی در این خصوص باشد. ولی نکته اصلی و مورد توافق همگانی در تعریف توان بخشی که به عنوان یک توصیف ساده و همه شمول مورد استفاده و کاربرد قرار می گیرد، این مسئله است که توان بخشی مجموعه اقدامات و مداخلاتی^۴ را در بر می گیرد که موجبات ارتقاء^۵ و رشد^۶ عملکرد فرد آسیب دیده می شود و بر سلامت جسمی و سلامت روانی فرد تاثیر به سزایی می گذارد تا کیفیت زندگی^۷ وی بهبود یابد. هر چند که تعریف فوق الذکر در موارد بسیاری می تواند راهگشا و کلیدی تلقی گردد، اما با بسط فناوری پزشکی و همچنین افزایش طول عمر نوع بشر، حیطه هایی نظیر توان بخشی سالمندان و توان بخشی اجتماعی و یا الگوهای پیشگیرانه و ارتقاءدهنده ای نظیر توانمندسازی های عصبی

1. Rehabilitation
2. Re
3. Habilitation
4. Intervention
5. Promotion
6. Development
7. Quality of Life

۳ کلیات

در حیطه کودکان موجب شده است تا این تعریف نیز دچار چالش‌هایی گردد و تعریف‌های دیگری نظیر موارد زیر نیز ارائه شود:

"توان‌بخشی عبارت است از فرآیندی متشکل از اقدامات هدفمند^۱ در جهت قادرسازی^۲ شخص معلول، به‌منظور دستیابی به سطح نهایی توانایی و عملکرد جسمی، ذهنی، روانی، اجتماعی و حفظ این توانایی‌ها".

"توان‌بخشی وسیله‌ای است در جهت تغییر زندگی معلولان برای استقلال بیشتر".

(کاکوجویباری و همکاران، ۱۳۹۱).

۱-۳ اهداف توان‌بخشی

به‌طور کلی می‌توان چنین گفت که "هدف نهایی فرآیند توان‌بخشی، درمان نیست، بلکه افزایش و ارتقاء عملکردهای فرد و بالابردن سطح توانمندی فرد جهت انجام امور و کارکردها به‌صورت مستقل است". اهداف توان‌بخشی نوین براساس دیدگاه ارزش‌مداری افراد ناتوان و با تکیه بر توانمندی‌های موجود این گروه از افراد جامعه، در دو دسته قابل طبقه‌بندی است، دسته اول عبارتند از: اهدافی که مرتبط با شخص آسیب‌دیده می‌باشد و دسته دوم عبارتند از اهدافی که مرتبط با جامعه و بسترهای اجتماعی لازمه در این خصوص قرار می‌گیرند. اهداف کلی درخصوص شخص آسیب‌دیده عبارت است از:

- پیشگیری از تشدید عوارض و مشکلات حاصل از عامل ناتوان‌کننده؛
 - ارتقاء توانمندی‌های موجود؛
 - به‌کارگیری فرد آسیب‌دیده در عملکردهایی واقعی و متناسب؛
 - کمک به سلامت روانی و اعتماد بنفس.
- اهداف کلی درخصوص جامعه و بسترهای اجتماعی لازمه عبارتست از:
- آماده‌سازی پذیرش شخص آسیب‌دیده به‌عنوان یک فرد دارای ارزش و کارکردهای اجتماعی؛
 - ایجاد شرایط مناسب در جامعه برای افراد آسیب‌دیده به لحاظ امور ساخت و ساز تسهیلات زندگی شهری؛

1. Goal-Oriented
2. Enabling

- ایجاد زمینه های شغلی و فرصت های درآمدزایی برای افراد آسیب دیده برابر با سایرین؛
- پذیرش حق و حقوق شغلی افراد آسیب دیده برابر با سایرین.

۴-۱ تاریخچه توان بخشی در جهان

پدیده معلولیت سابقه ای به قدمت تاریخ زندگی بشری دارد. تحقیقات باستان شناسان نشان می دهد که ناهنجاری های اسکلتی از عده های بسیار دیرین موجود بوده، مومیایی های ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد، گواه سل ستون فقرات و تورم مفاصل است. مصریان باستان اولین گروه هایی بودند که نسبت به معلولین و زندگی آنان علاقمندی نشان دادند. در نوشته های قدیمی مصر (پاپیرس) ۱۵۵۰ سال قبل از میلاد، توصیه ها دستورالعمل های پزشکی، سحر و جادوهایی برای درمان بسیاری از بیماری ها آمده است. در این سند تاریخی مطالبی نیز برای درمان عقب ماندگی ذهنی، صرع، نابینایی و ناشنوایی ذکر شده 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 می گیرد. آنان قوانینی تصویب نمودند که براساس آن افرادی که قادر نبودند به برتری جامعه کمک کنند، در اولین فرصت حذف شوند. به مرور و با گذشت زمان، توجه به زندگی معلول از جنبه های پزشکی آغاز شد و مسئله درمان در مرحله اول اهمیت قرار داشت اما همچنان تا نیمه قرن هیجدهم، هیچ گونه امکانات آموزشی برای معلولین در نظر گرفته نشد. از دیدگاه رومیان و یونانیان، انواع معلولیت نیاز به توجه داشتند، ناشنوایی، نابینایی و بیماری روانی و در این میان مسئله بیماران روانی در افکار پزشکان و فلاسفه، بیشترین توجه را به خود اختصاص داد. انسان های اولیه عمیقاً معتقد بودند که عامل ایجاد و اختلال جسمی و روانی، خدایان هستند و معلولیت به عنوان تنبیه به کسانی تحمیل می شود که مشمول غضب قرار گرفته اند، اما بقراط سعی کرد که علم پزشکی را از خرافات تفکیک کند و 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 به خاطر گناهان انسان‌ها و یا پدران آنان، چنین تنبیهی را بر معلولان روا داشته‌است. با آغاز قرون وسطی، پیشرفت آهسته و ببطئی که در جهت روشنگری و رهایی از خرافات ملاحظه می‌شود، متوقف شد و مجدداً عقاید اولیه درخصوص اعتقاد به روح پلید و جن حاکم گردید. در همین زمان یعنی قرون وسطی قوانین کلیسا تبعیضاتی بر علیه معلولین ایجاد نمود. آنان حق استفاده از ارث، گواهی و شهادت در دادگاه را نداشتند و همچنین از عقد قرارداد و سایر حقوق محروم گردیدند. در قرن سیزدهم موقعی 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.

در قرن سیزدهم موقعی 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 عقب‌مانده 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 گروهی 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 فضای رنسانس که منتهی به اطلاعات جدید در 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، عارضه معلولیت از لحاظ کمی و سپس در اثر پیشرفتهای علم پزشکی از لحاظ کیفی، دستخوش دگرگونی شد. جنگ‌های پراکنده میان کشورهای اروپایی، آسیایی، انقلاب‌های متعدد در اقصی نقاط جهان و حوادث طبیعی دیگر در افزایش کمی معلولین نقش قابل توجهی ایفاء کرد. افزایش کمی تعداد معلولان پس از جنگ جهانی اول باعث حساس‌شدن جامعه نسبت به معلولین، اختصاص بودجه،

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

گردآمدن بخشی از نیروی کارآمد پزشکی و وابسته 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 قابلیت شرکت فعال در امور اجتماعی هستند و نقص عضو نمی تواند مانعی در این مسیر ایجاد کند، گسترش پیدا کرد.

از بین رشته های مربوط به توان بخشی، تخصص ارتوپدی احتمالاً اولین تخصص پزشکی بوده که گسترش پیدا کرده است. در قرن هجدهم در سوئیس مدرسه ای برای افراد فلج و معلول، توسط «جین اندرونل» دایر گردید. نورولوژی تا پایان قرن نوزدهم به صورت یک تخصص پزشکی جداگانه مطرح نبود در این دوره "دکتر چارکوت"^۱ عوامل خونریزی مغزی را با موفقیت مشخص نمود. اثرات ضایعات نخاعی را توصیف کرد و اولین بار توضیح دقیقی از فلج کودکان و عدم تعادل حرکتی ارائه داد. اگر چه مطالعات علمی درخصوص اختلالات روانی و درمان آن توسط "فیلپ پینل"^۲ در سال ۱۸۰۰ شروع گردید. روان پزشکی تا یک قرن بعد که "امیل کروپ لین"^۳ اولین بار طبقه بندی بیماران روانی را ارائه داد و "زیکموند فروید"^۴ رویکرد روان درمانی را معرفی نمود، یک تخصص شناخته شده نبود (کوینگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۱، نقل از کاکوجویباری و همکاران، ۱۳۹۱).

شروع گسترش رویکرد 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 ایجاد شد 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 ایجاد 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 شد. در فاصله بین جنگ جهانی اول و دوم، توان بخشی متمرکز بر بازتوانی جسمی و حرفه ای افراد معلولی بود که در ارتباط با جنگ مجروح شده بودند.

1. Jan-Martin Charcot
2. Phillipe Pinel
3. Emil Kraepelin
4. Sigismund Schlomo Freud
5. Koeing
6. Kennrad

کلیات ۷

از جنگ جهانی دوم تا به امروز، مفهوم توان‌بخشی به سرعت و به‌طور وسیعی گسترده شده و نیاز به یک برنامه ملی که تمامی معلولیت را پوشش دهد پیش از پیش احساس می‌شود. تعدادی از پیشکسوتان این رشته در امریکا کمک‌های فوق‌العاده‌ای مبدول داشته‌اند از جمله در سال ۱۹۴۵ "دکتر راسک"^۱ طرح اقدامات توان‌بخشی را برای نظامیان نیروی هوایی امریکا برنامه‌ریزی و ارائه نمود این برنامه برای تسریع در پایان دادن به دوران نقاهت و بازگردانیدن افراد به خدمت مجدد طراحی شد اما بعد برای کلیه مجروحین جنگ و افراد غیرنظامی به اجرا درآمد. "دکتر کسلر"^۲، پزشک دیگر امریکایی، برنامه توان‌بخشی را برای نیروی دریایی سازماندهی نمود و زمانی که به‌عنوان رئیس توان‌بخشی بین‌المللی فعالیت می‌کرده پیام توان‌بخشی از طریق وی به سراسر جهان اعلام گردید.

از اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم که حرکت توجه به توان‌بخشی علمی و آموزش و پرورش ویژه طی اتفاقاتی که در کتب مربوط به شکل‌های مختلف آورده شد آغاز گردیده و از بعد از دو جنگ جهانی اول و دوم که جنگ افزارهای انفجاری بیداد آفریدند، به اوج 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 مستقل زیستن آنان را افزایش بخشید. جوامع صنعتی به تدریج در ساخت و سازها 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 روند عرضه خدمات در جامعه را درک کردند. دلیل عمده آن نیز فزونی رو به تزايد تعداد افراد معلول از یک سو و افزایش روز افزون مشکلات معیشتی این گستره وسیع از انسان‌ها از سوی دیگر بود. حاصل تحقیقات نشان داد ایجاد مراکز و مؤسسه و انباشتن گروهی از معلولان در آن به هیچ وجه شیوه مناسب و صحیحی نیست. لذا طرحی نو با عنوان «توان‌بخشی مبتنی بر جامعه»^۳ جایگزین شد که راهبرد آن آماده‌سازی جامعه جهت حضور افراد معلول در آن بود. باید جامعه از طریق آموزش، شیوه تطابق‌یابی و همزیستی افراد معلول در کنار افراد عادی را فراگیرد. باید در

1. Howard A. Rusk

2. Kessler

3. Community Based Rehabilitation(CBR)

ساخت و سازه های معماری 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 غیر معلول به وی پرداخت گردد. باید در برنامه ریزی و در تصمیم گیری اجتماعی حق افراد معلول رعایت شود (WHO, ۱۹۹۴)^۱. سازمان بهداشت جهانی سال ۱۹۸۱ میلادی را به عنوان سال جهانی توجه به معلولان نام گذاری نموده 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 بسر می برد) دولتمردان 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 دولتمردان را مکلف نمود در پایان دهه فوق گزارش عملکرد خود را در قالب منطقه ای عرضه 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.

۱-۵ تاریخچه توان بخشی در ایران

در کشور ایران نیز، توان بخشی متکی بر قانونی است که در سال ۱۳۴۷ مورد تصویب و تأیید مسئولین قانونگذاری وقت قرار گرفته است و دولت مکلف شده است 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 می شد تا اینکه در سال ۱۳۴۸ بیمارستان شفایحیایان 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 شد و زیر نظر وزارتخانه مذکور و مستقل و بر مبنای اساسنامه تصویبی خود، فعالیت می نمود تا اینکه در سال ۱۳۵۵ با

کلیات ۹

انحلال وزارت رفاه اجتماعی، انجمن توانبخشی زیر نظر وزارت بهداشتی و بهزیستی وقت قرار گرفت و تا اوایل سال ۱۳۵۸ زیر نظر وزارتخانه مذکور به وظایف محوله را انجام می‌داد.

در اوایل سال ۱۳۵۸ با تشکیل سازمان بهزیستی کشور انجمن توانبخشی از وزارت بهداشتی جدا و در سازمان بهزیستی کشور ادغام گردید که هم‌اکنون نیز به صورت یک حوزه معاونت توانبخشی در سازمان مزبور فعالیت می‌کند (میرخانی، ۱۳۷۸).

لازم به ذکر است که برای تشکیل اولین دوره آموزش فیزیوتراپی در دانشگاه تهران خانم "مارگریت جانسن"^۱ از طرف سازمان بهداشت جهانی 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 شنوایی شناسی در مقطع کارشناسی در دانشکده علوم توانبخشی تأسیس گردید که البته قبل از آن در مقطع کاردانی در دانشگاه شهید بهشتی تدریس می‌شد همچنین در سال ۱۳۶۱ این دانشکده اقدام به جذب دانشجوی در رشته ارتوپدی فنی نمود که ابتدا در سطح کاردرمانی و سپس در مقطع کارشناسی آموزش می‌بینند.

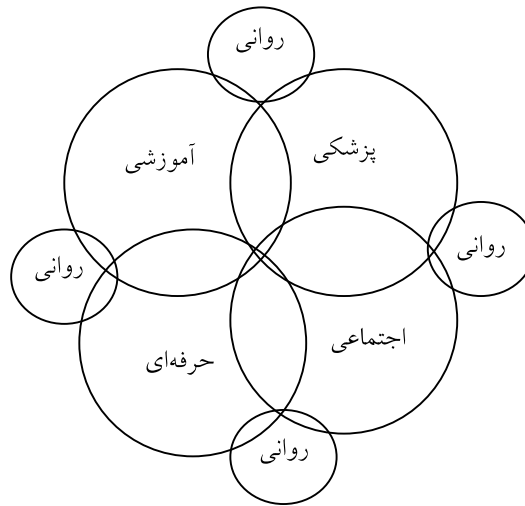
۱-۶ حیطه‌های توانبخشی

ذیلاً به اختصار به تعریف هریک از حیطه‌ها پرداخته شده است.^۲

توانبخشی روانی: مجموعه اقداماتی که برای کاهش بحران‌های عصبی - روانی در فرد آسیب‌دیده و خانواده و اطرافیان فرد آسیب‌دیده صورت می‌پذیرد و موجب ارتقاء و بهبود سازگاری آنها با شرایط به وجود آمده می‌شود، را توانبخشی روانی نام نهاده‌اند. نکته بسیار مهم و حائز اهمیت در مورد توانبخشی روانی این است که به دلیل اهمیت و فراگیری اقدامات مذکور توسط کلیه اعضای تیم توانبخشی، توانبخشی روانی به طور مستقل مطرح نیست بلکه همان‌طور که در نمودار ذیل مشخص گردیده است در کلیه انواع توانبخشی جریان دارد.

1. Margaret Johnson

۲. جهت کسب اطلاعات بیشتر به کتاب اصول توانبخشی تألیف کاکوجویباری، پیشیاره و فرهبد (۱۳۹۱) مراجعه شود.



شکل ۱-۱. جایگاه توان بخشی روانی

توان بخشی اجتماعی: این حیطه از توان بخشی زمینه ساز حضور فرد در اجتماع است و بنابراین به رفع موانع و مشکلات در این رابطه جهت فراهم نمودن شرایط بازگشت فرد به عملکردهای اجتماعی می پردازد. عمده فعالیت ها در حیطه توان بخشی اجتماعی بر حول دو محور است:

- تغییر استانداردهای رایج در زندگی اجتماعی (که مطابق با عملکردهای افراد عادی تعریف شده اند) در راستای بهینه سازی الگوهای دسترسی و خدمات رسانی به افراد آسیب دیده. تغییر شرایط در این زمینه می تواند طیف بسیار وسیع و گوناگونی را شامل شود که تظاهرات اولیه آن در تغییر الگوهای سازه ای ساختمان های عمومی نمود می یابد و یا در سیاست های قانون گذاری های کلان کشوری به صورت محسوس متبلور می گردد.

- فراهم نمودن شرایط حضور در مکان های مناسب و متناسب دارای تجهیزات و امکانات لازم برای فرد آسیب دیده جهت فائق آمدن بر نقص و ضایعه.

توان بخشی آموزشی: هدف توان بخشی آموزشی عبارت است از فراهم نمودن شرایط ارتقاء دانش و مهارت‌ها در قالب انتقال یافته‌ها و اطلاعات. برنامه‌های آموزشی خاص افراد آسیب‌دیده می‌تواند موارد زیر را شامل شود:

- برنامه آموزش انطباقی^۱
- برنامه آموزش امور "خودیاری"^۲ به افراد کم توان ذهنی
- برنامه‌های آموزش تحرک و جهت‌یابی^۳ به افراد کم‌بینا و نابینا
- برنامه تربیت شنیداری به افراد مبتلا به آسیب شنوایی
- آموزش مهارت‌های خودیاری و مهارت‌های "فعالیت‌های روزمره زندگی"^۴ به انواع معلولان جسمی- حرکتی نظیر بیماران ضایعات نخاعی، سکتة مغزی، فلج مغزی، بیماران دچار ضایعات ارتوپدی

توان بخشی حرفه‌ای: توان بخشی حرفه‌ای مجموعه اقداماتی است که به جذب، استخدام و نگهداری معلول در شغل مناسب می‌انجامد و بدان وسیله معلول می‌تواند از امکانات و توان‌های خود به بهترین نحو استفاده کند. به عبارت دیگر، توان بخشی حرفه‌ای مجموعه خدمات تخصصی پزشکی- روان‌شناسی- آموزشی- اجتماعی است که برای رشد دادن امکانات توانجو از طریق ایجاد آمادگی جسمانی- روانی، راهنمایی و آموزش شغلی، کاریابی و به‌کارگمایی و پیگیری ضمن اشتغال اعمال می‌شود. چون انسان موجودی چند بعدی است توان بخشی معلولین باید در همه ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و شغلی انجام پذیرد تا نتیجه مطلوب به‌بار آید (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸).

توان بخشی پزشکی (توان پزشکی): توان بخشی پزشکی یا به عبارت ساده‌تر توان پزشکی عبارت است از مجموعه اقدامات تشخیصی درمانی که در جهت بهبود نقص عارض شده و پیامدهای ناتوان‌کننده ناشی از نقص در فرد معلول به انجام می‌رسد. در توصیف توان بخشی پزشکی باید پزشک متخصص را به‌عنوان مدیر تیم‌های توان بخشی تخصصی در نظر داشت. در این حیطه پزشکان وارد شده به حیطه‌های توان بخشی معمولاً در راستای تخصص خود به تیم‌های تخصصی توان بخشی وارد می‌شوند. **توان بخشی قلبی:** یکی از حیطه‌های نوین در عرصه توان بخشی، توان بخشی

1. Conduction Education
2. Self-Help
3. Mobility & Orientation
4. Activity Daily Living

قلبی است. در سال ۱۹۹۵ براساس توصیه آژانس بین المللی تحقیقات و مراقبت های بهداشتی (AHCPR)^۱ "توان بخشی قلبی" به عنوان بخشی از مراقبت های قلبی به طور رسمی پذیرفته شد. در تعریف و تبیین توان بخشی قلبی می توان چنین گفت که "توان بخشی قلبی جزء اصلی از مراقبت های بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عروقی با تظاهرات بالینی گوناگون و متفاوت می باشد" (گوشه، ۱۳۸۳).

توان بخشی سالمندی: به عنوان یکی از رشته های نوین در کارکرد توان بخشی و حیطه های تازه وارد به عرصه توان بخشی تعریف می شود. هدف از توان بخشی سالمندی عبارت است از: ارزیابی دقیق، درمان و مراقبت های ممتد در امر بهداشت و سلامت سالمندان تا عملکردهای مستقل آنها در بالاترین سطح ممکن نگهداری و حفظ شود (کامرانی، ۱۳۸۴).

۱-۷ اصطلاحات مرتبط با معلولیت

امروزه در سطح بین المللی ما به سه واژه که معمولاً به طور یکسان به کار برده می شود، و در عین حال از نظر مفهوم متفاوتند، برخورد می کنیم. این سه واژه عبارتند از: نقص^۲، ناتوانی^۳ و معلولیت^۴ (حاج میرفتاح، ۱۳۶۶) اما از نظر سازمان بهداشت جهانی (W.H.O) واژه معلولیت، یک مفهوم کلی است که سه بعد اصلی را پوشش می دهد:

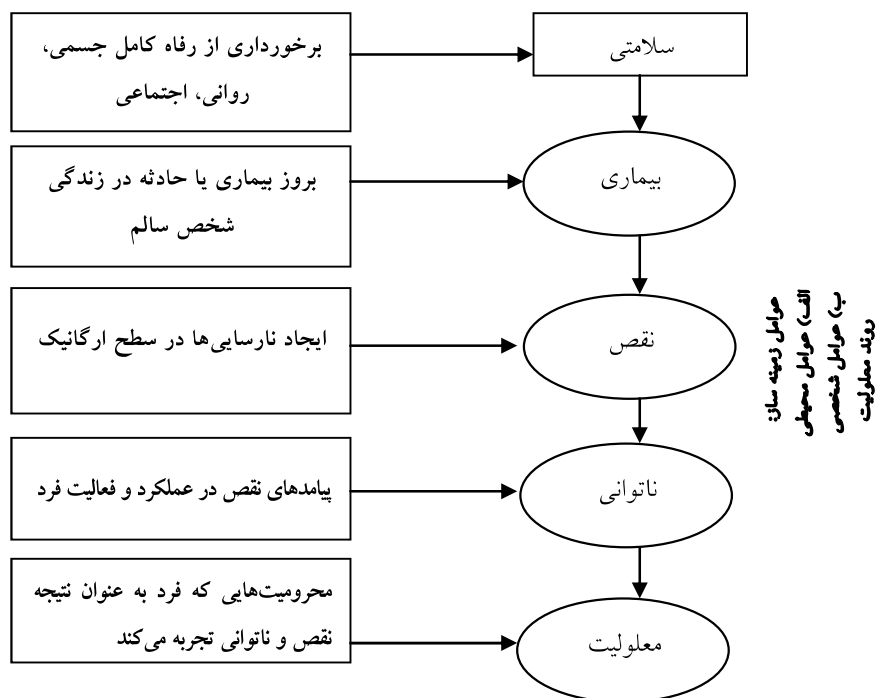
۱. مسائل مربوط به ساختار و عملکرد بدن؛
 ۲. مسائل مربوط به فعالیت های فرد معلول در جامعه ؛
 ۳. مسائل مربوط به مشارکت فرد معلول در جامعه.
- ابعاد مذکور به صورت نقص، ناتوانی و معلولیت طبقه بندی شده است. (میرخانی، ۱۳۷۸).
- تعریف نقص:** مفهوم نقص که از آن تحت عنوان اختلال هم نام برده می شود، مرتبط است با غیرعادی بودن ساختار، نمود ظاهری بدن، کارکرد ارگانیزم و سیستم بدن که می تواند ناشی از هر دلیلی باشد. به عبارت دیگر هرگونه فقدان یا ناهنجاری در زمینه جسمانی، روانی، عملکردی یا آناتومی انسان، نقص نامیده می شود (میرخانی، ۱۳۷۸).
- تعریف ناتوانی:** هرگونه محدودیت یا فقدان در توانایی انجام فعالیت هایی که در سطح طبیعی، از هر انسانی انتظار می رود، ناتوانی نامیده می شود (میرخانی، ۱۳۷۸).

1. The Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)
 2. Impairment
 3. Disability
 4. Handicap

کلیات ۱۳

تعریف معلولیت: معلولیت مرتبط است با محرومیت‌هایی که فرد به عنوان نتیجه و پیامد نقص (اختلال) و ناتوانی تجربه می‌کند. به عبارت دیگر معلولیت عبارت است از فقدان یا کاهش فرصت‌ها برای سهم‌شدن در زندگی اجتماعی، در سطحی برابر با دیگران (صالحی، ۱۳۷۲).

بررسی روند معلولیت از طریق نمودار: نمودار ۱-۲ بیانگر تمایز بین مفاهیم «نقص»، «ناتوانی» و «معلولیت» و چگونگی ارتباط آنها با یکدیگر است. در این نمودار



نمودار ۱-۲. چگونگی روند معلولیت

عوامل زمینه‌ساز که روند معلولیت را به وجود می‌آورد، نشان داده شده است. منظور از عوامل محیطی که خارج از کنترل فرد است شامل نگرش جامعه، ویژگی دسترسی به امکانات جامعه و سیستم قانونی می‌باشد و منظور از عوامل شخصی که مربوط به ویژگی‌های فردی می‌باشد شامل سن، جنس، شرایط جسمانی، شیوه زندگی، عادات،