



**دفتر مشاور وزیر در امور توانبخشی**

**معاونت درمان**

**مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها**

**معاونت بهداشت**

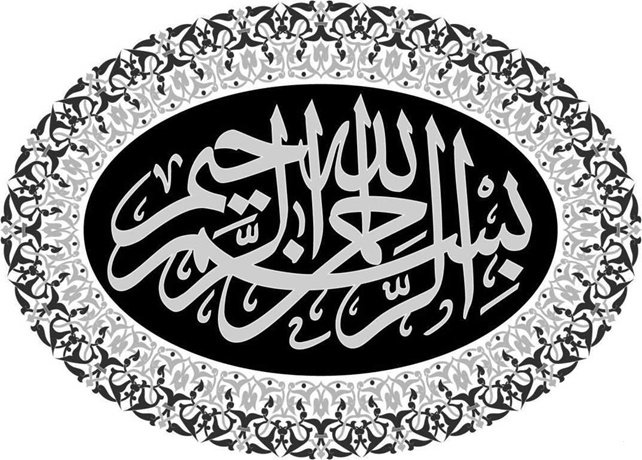
**دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد**

**دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس**

**کمیته تخصصی/ شورای راهبردی/ کمیته کشوری توانبخشی**

**1399**

برنامه کشوری توانبخشی پزشکی و جایگاه آن در نظام سلامت ۱۴۰۴- ۱400





**مفاد سیاست­های ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری**

* ارائه خدمات آموزشي، پژوهشي، بهداشتي، درماني و توانبخشي سلامت، مبتني بر اصول و ارزش‌هاي انساني- ‌اسلامي و نهادينه­سازي آن در جامعه
* اولويت پيشگيري بر درمان
* روزآمد نمودن برنامه‌هاي بهداشتي و درمانی
* ارتقای شاخص‌هاي سلامت براي دستيابي به جايگاه اول در منطقه آسياي جنوب غربي
* تفكيك وظايف توليت، تأمين مالي و تدارك خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگويي، تحقق عدالت و ارائه خدمات درماني مطلوب به مردم
* افزايش و بهبود كيفيت و ايمني خدمات و مراقبت‌هاي جامع و يكپارچه سلامت با محوريت عدالت و تأكيد بر پاسخگويي، اطلاع­رساني شفاف، اثربخشي، كارآيي و بهره‌وري در قالب شبكه بهداشتي و درماني منطبق بر نظام سطح بندي و ارجاع
* تدوين برنامه جامع مراقبتي، حمايتي براي جانبازان و جامعه معلولان كشور با هدف ارتقای سلامت و توانمندسازي آنان
* تعيين بسته خدمات جامع بهداشتي و درماني در سطح بيمه‌هاي پايه و تكميلي توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خريد آن­ها توسط نظام بيمه‌اي و نظارت مؤثر توليت بر اجراي دقيق بسته‌ها با حذف اقدامات زايد و هزينه‌هاي غيرضروري در چرخه معاينه، تشخيص بيماري تا درمان

****

**مفاد برنامه­های پیشنهادی وزیر محترم بهداشت**

**به مجلس شورای اسلامی در حوزه توانبخشی**

**تقویت و پیاده­سازی شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با تکیه بر**

تقویت، نظارت و اعتباربخشی فعالیت‌های حوزه‌های بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی از طریق مشارکت بخش غیردولتی

**مشکلات متوجه کارکردهای نظام سلامت**

* مغفول ماندن خدمات توانبخشی و تسکینی در نظام ارائه خدمات
* ضعف نظام یکپارچه ثبت اطلاعات بیماران در تمامی سطوح مراقبت­های اولیه سلامت، نظام مراقبت­های بیمارستانی، توانبخشی و خدمات اجتماعی مرتبط با سلامت

**اهداف راهبردی**

فراهمی خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت و تأمین امنیت غذا، مبتنی بر اصول و ارزش­های انسانی- اسلامی و نهادینه­سازی آن در جامعه

**سیاست­های اجرایی و با اولویت برنامه**

* تقویت نظارت و اعتباربخشی فعالیت­های حوزه­های بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی از طریق مشارکت بخش غیردولتی
* تدارک و ارائه یکپارچه خدمات بهداشت همگانی/ مراقبت­های پیشگیری، درمانی و توانبخشی

**مداخله‌ها**

اجرای برنامه کشوری توانبخشی

**روند تهیه و تدوین برنامه ملی توانبخشی پزشکی در نظام سلامت**

سلامت بهتر، بی­تردید، هدف اصلی یک نظام سلامت بوده و مهمترین کارکرد یک نظام سلامت، ارائه خدمات سلامت می‌باشد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، تمامی فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن­ها، ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت می‌باشد را نظام سلامت گویند. این فعالیت‌ها شامل مراقبت از سلامت فردی، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی است. بیانیه سازمان ملل در مورد حقوق برابر برای افراد دارای ناتوانی، بیان می‌کند که کشورها برای مراقبت پزشکی مؤثر و همچنین خدمات توانبخشی برای افراد دارای ناتوانی، می­بایست پیش­بینی­های لازم را به منظور رسیدن و حفظ حداکثر سطح عملکرد و استقلال به عمل آورند.

طبق پیش­بینی سازمان جهانی بهداشت، 15 درصد از جمعیت هر کشور را افراد دارای ناتوانی خفیف، متوسط و شدید تشکیل می­دهند. در ایران، با توجه به برآوردهای صورت­گرفته، تقریباً بیش از 8 میلیون نفر دارای ناتوانی (خفیف، متوسط، شدید) می­باشند که بخش عمده­ای از این افراد، نیازمند به خدمات توانبخشی هستند. این در حالی است که نظام سلامت در حوزه توانبخشی پزشکی کشور با چالش‌های بسیار جدی مواجه می­باشد که برخی از آن­ها به شرح ذیل است:

1. شفاف نبودن نقش سازمان­های ارائه­دهنده خدمات، موازی­کاری و ارائه خدمات ناهماهنگ توسط نهادها و سازمان­های مرتبط با توانبخشی پزشکی در بخش دولتی و غیردولتی
2. وجود حلقه‌های مفقوده و معیوب در شبکه ارائه خدمات توانبخشی پزشکی و کمبود بخش‌ها و زیرساخت­های توانبخشی در سطوح بیمارستانی، سرپایی، اقامتی و جامعه­محور در کشور
3. کمبود استانداردها و بسته‌های خدمات کارآمد و بومی شده در حوزه توانبخشی پزشکی
4. ارائه خدمات پرهزینه، به­ویژه در بیماران با مشکلات پیچیده
5. عدم پوشش بیمه مناسب و پرداخت هزینه‌های کمرشکن از جیب افراد نیازمند به خدمات توانبخشی پزشکی و خانواده‌های­ آن­ها
6. نبود سیستم ارجاع مشخص جهت ارائه خدمات به موقع و مناسب به نیازمندان خدمات توانبخشی پزشکی
7. عدم استفاده بهینه از توان تخصصی فارغ­التحصیلان حیطه­های مختلف توانبخشی پزشکی در پیشگیری و درمان بیماری­ها

با توجه به مفاد سیاست­های ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری، برنامه عملیاتی ناتوانی از سوی سازمان جهانی بهداشت و برنامه پیشنهادی مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مجلس شورای اسلامی، به نظر می­رسد ارائه خدمات جامع از جمله در حوزه توانبخشی پزشکی، در تمامی اسناد بالا دستی مورد تأکید واقع شده است. لذا دفتر مشاور وزیر بهداشت در امور توانبخشی، در چارچوب اهداف تعیین شده در اسناد بالادستی، از خرداد ماه 1394، با همکاری بخش­های مختلف وزارت بهداشت و سازمان­های دولتی، غیردولتی و مردم نهاد مرتبط، و انجمن­های علمی توانبخشی اقدام به تهیه برنامه عملیاتی کشوری توانبخشی، در قالب نشست­های متعدد با صاحب­نظران، سیاست­گذاران، مدیران اجرایی، متخصصین و کارشناسان هدف نمود.

روند تهیه این برنامه به شرح ذیل می­باشد:

1. برگزاری نشست­های متعدد با معاونت­های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صاحب­نظران حوزه توانبخشی، اساتید و متخصصین حوزه توانبخشی دانشگاه­های کشور، انجمن­های غیردولتی مرتبط با توانبخشی از جمله انجمن­های علمی توانبخشی.
2. تشکیل شورا و کارگروه­های تخصصی جهت تهیه برنامه کشوری: شورای صاحب­نظران و کارشناسان شامل متخصصین دانشگاهی، مدیران اجرایی، متخصصین و کارشناسان است که وظیفه آن­ها تهیه برنامه عملیاتی بومی با استفاده از تجارب و شواهد موجود داخلی و خارجی می­باشد.
3. مرور برنامه­های ملی توانبخشی پزشکی در کشورهایی که اسناد قابل دسترس داشتند.
4. بررسی تاریخچه توانبخشی و جایگاه آن در نظام سلامت قبل و بعد از انقلاب.
5. بررسی وضعیت موجود پوشش خدمات توانبخشی پزشکی در حال حاضر.
6. بررسی فرصت­ها و موانع موجود در حوزه توانبخشی پزشکی.
7. بررسی رویکردهای مطرح در حوزه توانبخشی پزشکی.
8. مطالعه الگوهای پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت درخصوص توانبخشی پزشکی.
9. تدوین چشم­انداز، اصول و ارزش­ها، اهداف کلی، سیاست­های راهبردی در حوزه­های مختلف و اهداف کمی و برنامه­ها، با توجه به اسناد بالادستی و نظر صاحب­نظران، مدیران اجرایی، متخصصین، کارشناسان بخش دولتی و غیردولتی و نمایندگان جامعه هدف.
10. تهیه پیش‌نویس برنامه کشوری توانبخشی پزشکی و شاخص­های ارزیابی آن در قالب برگزاری نشست­های مختلف.

در اینجا لازم می­دانم از همکاری صمیمانه معاونت­های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشاور اینجانب در امور توانبخشی، صاحب­نظران حوزه توانبخشی، اساتید و متخصصین حوزه توانبخشی دانشگاه­های علوم پزشکی کشور، انجمن­های غیردولتی مرتبط با توانبخشی از جمله انجمن­های علمی توانبخشی و سازمان­های مردم نهاد در حوزه توانبخشی، که ما را در تهیه و تدوین این برنامه یاری کردند، قدردانی نمایم.

دکتر محمدتقی جغتایی

مشاور وزیر بهداشت در امور توانبخشی

**تحت نظارت:**

دکتر قاسم جان­بابایی، معاون محترم درمان وزارت بهداشت

دکتر علی­رضا رئیسی، معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت

دکتر علی­اکبر حق دوست، معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت دکتر فرید نجفی، معاون محترم تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

دکتر علی دل­پیشه، رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دکتر محمدتقی جغتایی، مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور توانبخشی

دکتر مهدی شادنوش، رئیس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری­ها، معاونت درمان وزارت بهداشت

دکتر احمد حاجبی، مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت وزارت بهداشت

دکتر سیدحامد برکاتی، مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشت وزارت بهداشت

دکتر معصومه جرجانی، دبیر دبیرخانه شورای علوم پایه پزشکی و بهداشت

**تدوین و تنظیم:**

دکتر محمدتقی جغتایی، مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور توانبخشی

دکتر علی دل پیشه، رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دکتر مرضیه شیرازی خواه، عضو هیئت­علمی مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر نرگس رستمی گوران، رئیس گروه سیاست سلامت و جامعه، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دکتر شیلا غفاری، رئیس گروه سیاست بخش سلامت، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دکتر ملیحه مولوی، کارشناس پزشکی اجتماعی، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دکتر سیده تهمینه موسوی، عضو هیئت­علمی گروه کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر سپیده نفیسی، کارشناس مسئول توانبخشی مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری­ها، معاونت درمان وزارت بهداشت

**با همکاری صاحبنظران و کارشناسان حوزه توانبخشی:**

دکتر مسعود کنزی، استاد و صاحب­نظر حوزه توانبخشی

دکتر سیدمنصور رایگانی، رئیس انجمن طب فیزیکی، توانبخشی و الکترودیاگنوز ایران

دکتر اسماعیل ابراهیمی تکامجانی، رئیس دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دکتر شاهین آخوندزاده، مشاور معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

دکتر مهدی علیزاده زارعی، رئیس انجمن علمی کاردرمانی ایران، عضو گروه آموزشی کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر احمد مؤذن­زاده، رئیس انجمن فیزیوتراپی ایران

دکتر علی قربانی، رئیس انجمن علمی گفتاردرمانی ایران

دکتر علی قهرمانی، رئیس انجمن علمی شنوایی­شناسی ایران

دکتر علی میرزاجانی، رئیس انجمن علمی اپتومتری ایران

دکتر بهنام حاجی­آقایی، رئیس انجمن اورتز و پروتز ایران

دکتر امیرمسعود عرب لودریچه، عضو هیئت­علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر رضا سلمان روغنی، عضو هیئت­علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

دکتر امیرحسین تکیان، معاون روابط بین­الملل دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر میرطاهر موسوی، عضو هیئت­علمی مرکز تحقیقات رفاه اجتماعی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر آمنه ستاره فروزان، عضو گروه آموزشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر سیده ­زهرا امامی رضوی، عضو هیئت­علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و متخصص طب فیزیکی و توانبخشی

دکتر رجبعلی درودی، عضو هیئت­علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر حانیه‌سادات سجادی، عضو هیئت­علمی دانشگاه علوم پزشکی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر محدثه آزادواری، عضو هیئت­علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و متخصص طب فیزیکی و توانبخشی

دکتر هوشنگ دادگر، عضو هیئت­علمی گروه گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی، عضو هیئت­علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر پریسا ارزانی، مسئول کمیته علمی و استانداردسازی انجمن فیزیوتراپی ایران

دکتر نصیبه زنجری‌، عضو هیئت­علمی مرکز تحقیقات سالمندان دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر ناهید رحمانی، عضو هیئت­علمی مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

دکتر جمشید کرمانچی، معاون مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری­ها، معاونت درمان وزارت بهداشت

دکتر محمد عقیقی، رئیس اداره درمان بیماری­های خاص، معاونت درمان وزارت بهداشت

دکتر نسرین بیات، رئیس اداره درمان بیماری های غیرواگیر، معاونت درمان وزارت بهداشت

دکتر شیوا هژبری، کارشناس مسئول برنامه های مدیریت درمان سکته حاد مغزی و قلبی، معاونت درمان وزارت بهداشت

دکتر شهرام نوروزی، کارشناس مسئول برنامه اتیسم، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها، معاونت درمان وزارت بهداشت

دکتر شکوه پوربابایی، کارشناس مسئول برنامه ام اس، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها، معاونت درمان وزارت بهداشت

فهیمه حیدری، کارشناس برنامه اتیسم، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها، معاونت درمان وزارت بهداشت

مهری احمدی، کارشناس برنامه های مدیریت درمان سکته حاد مغزی و قلبی، معاونت درمان وزارت بهداشت

اتابک وثوقی، عضو انجمن علمی گفتاردرمانی ایران

دکتر حمید اخوان، مشاور امور استان­ها و دبیر مجامع سلامت کشور

**فهرست**

**چکیده ........................................................................................................................................................................................... 11**

**خلاصه اجرایی .............................................................................................................................................................................. 12**

**فصل اول: کلیات توانبخشی ..................................................................................................................................................... 15**

**1. مقدمه ........................................................................................................................................................................................ 16**

**2. رویکردهای رایج در ارائه خدمات توانبخشی .......................................................................................................................... 18**

**3. ابعاد توانبخشی ....................................................................................................................................................................... 23**

**فصل دوم: وضعیت توانبخشی در ایران ................................................................................................................................. 25**

**1. تاریخچه توانبخشی در ایران ................................................................................................................................................... 26**

**2. وضعیت بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی در ایران ........................................................................................................ 28**

**3. وضعیت خدمات ارائه شده در زمینه توانبخشی در ایران ...................................................................................................... 29**

**4. فرصت­های موجود در حوزه توانبخشی در ایران .................................................................................................................... 58**

**فصل سوم: جایگاه توانبخشی در جهان ................................................................................................................................. 59**

**1. رویکردهای سازمان جهانی بهداشت ........................................................................................................................................ 60**

**2. مروری بر جایگاه توانبخشی در سایر کشورها ........................................................................................................................ 61**

**3. بازنگری نظام سلامت با رویکرد عدالت در سلامت ................................................................................................................ 62**

**4. مروری بر الگوی خدمات ادغام­یافته سلامت .......................................................................................................................... 63**

**5. تجربیات سایر کشورها در اصلاحات نظام سلامت، با رویکرد استفاده از خدمات یکپارچه ................................................. 65**

**6. گزارش بررسی تطبیقی ساختار ادغام­یافته نظام سلامت و رفاه اجتماعی ............................................................................ 66**

**فصل چهارم: ادغام خدمات توانبخشی در نظام سلامت ..................................................................................................... 69**

**1. مدل پیشنهادی توانبخشی (خدمات توانبخشی در سطوح نظام سلامت) .............................................................................. 70**

**2. ساختار در نظر گرفته شده برای ارائه خدمات توانبخشی ...................................................................................................... 73**

**3. رویکردهای توانبخشی ........................................................................................................................................................... 74**

**فصل پنجم: برنامه کشوری توانبخشی با رویکرد پوشش همگانی خدمات توانبخشی ................................................. 75**

**1. چشم­انداز ................................................................................................................................................................................. 76**

**2. اصول و ارزش­ها ....................................................................................................................................................................... 76**

**3. اهداف کلی .............................................................................................................................................................................. 76**

**4. اهداف کمی، برنامه­ها و اقدامات ............................................................................................................................................. 76**

**5. شاخص­های ارزیابی برنامه کشوری توانبخشی ....................................................................................................................... 81**

**پیوست 1 .................................................................................................................................................................................... 89**

**پیوست 2 .................................................................................................................................................................................... 95**

**پیوست 3 ................................................................................................................................................................................... 98**

**پیوست 4 .................................................................................................................................................................................... 99**

**پیوست 5 ................................................................................................................................................................................... 100**

**منابع ............................................................................................................................................................................................ 101**

**چکیده**

مهمترین مشخصه نظام سلامت کارآمد، ارائه خدمات با کیفیت در تمام سطوح سلامت به همه مردم، در همان زمان و مکانی که به آن­ها نیاز دارند، می­باشد. به­همین دلیل در دهه گذشته، ورود مفهوم خدمات ادغام یافته و یکپارچه، یکی از مهمترین اصلاحات بخش سلامت بوده است. در سال 2003، سازمان جهانی بهداشت، خدمات ادغام یافته و یکپارچه را به عنوان یک راه حل کلیدی معرفی نمود که قادر است نظام سلامت را اصلاح نموده و در نظام ارائه خدمات، یک ارتباط منطقی بین حوزه­های درمان و توانبخشی پزشکی برقرار نماید. عدم توجه به یکپارچه­سازی و ارائه خدمات ادغام یافته، به­ویژه در ارائه خدمات سلامت، توانبخشی پزشکی و مراقبتی باعث می­شود نظام سلامت در ارائه خدمات جامع به جامعه هدف با چالش­های مهمی روبرو شود و نتیجه آن، چیزی جز سردرگمی بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی پزشکی بین سیستم­های ارائه­دهنده خدمات، تحمیل بار مالی گزاف بر نظام سلامت و پرداخت هزینه­های کمرشکن از جیب بیماران نخواهد بود.

هم اکنون در کشور ایران، شیوع بالای ناتوانی به دلیل افزایش رشد جمعیت سالمند، تغییر الگوی بیماری­ها از واگیر به غیرواگیر، آمار بالای سوانح و تصادف جاده­ای، وجود حوادث و بلایای طبیعی، ارتقای سطح بهداشتی و درمانی و در نتیجه، کاهش مرگ­ومیر که افزایش تولد کودکان نارس، افزایش اختلالات تکاملی و افزایش افراد دارای بیماری­های مزمن را در پی دارد، و نیز وجود جانبازان به جا مانده از جنگ تحمیلی، نیاز مبرم به خدمات توانبخشی را بیش از پیش مطرح می­کند.

نظر به اینکه توانبخشی دارای ابعاد مختلفی نظیر توان­پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه­ای می­باشد، اجرای آن به مفهوم کلی، نیاز به سیاست­گذاری مشترک و هماهنگی­ اجرایی بین نهادهای مختلف، به­ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، جمعیت هلال­احمر و سایر سازمان­های دولتی و غیردولتی ارائه­دهنده خدمات دارد. لیکن با توجه به اینکه در این برنامه، صرفاً بخش توانبخشی پزشکی مدنظر بوده و متولی آن نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می­باشد، صرفاً سیاست­ها و برنامه­های این بخش مدنظر قرار گرفته است.

لذا در این برنامه مقرر گردید خدمات توانبخشی در تمامی سطوح نظام سلامت ادغام و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی بخش سلامت، مسئولیت توسعه توانبخشی پزشکی، از جمله گسترش خدمات غربالگری در نظام شبکه، خدمات سرپایی و بستری در بخش، درمان، تقویت سیستم­ها و بخش­های آموزشی و پژوهشی و نیز توسعه فناوری­های توانبخشی در راستای پرورش نیروهای کارآمد در حوزه توانبخشی را بر عهده داشته باشد. جهت انجام اقدامات فوق و استفاده از ظرفیت موجود در بخش غیردولتی و سازمان­های دولتی، می­بایست فضای لازم جهت حضور بخش غیردولتی و تشکل­های افراد ذی­نفع در جهت اجرا، توسعه و نظارت بر برنامه­های توانبخشی ایجاد گردد. لازم به ذکر است گروه­های هدف توانبخشی شامل تمامی افراد دارای ناتوانی با اولویت بیماران سکته ­مغزی (Stroke) ، بیماری­های اسکلتی- عضلانی پیچیده (Musculoskeletal) ، ضایعات نخاعی (Spinal Cord Injury)، تروما و ترومای پیچیده (Trauma & Complex Trauma) ، قطع عضو (Amputee)، اختلالات تکاملی (Developmental disorders) ، بیماری­های پیشرونده مانند آلزایمر و پارکینسون (Degenerative disease) و اختلالات پیشرفته روماتولوژیک و بیماری­های مزمن قلبی-ریوی می­باشند.

**خلاصه اجرایی**

طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، بیش از یک میلیارد نفر (تقریبا 15 درصد) از جمعیت جهان، با ناتوانی از طیف خفیف تا شدید زندگی می­کنند. در ایران نیز مطابق سرشماری سال1390، جمعیت کشور بالغ بر 75.149.669 نفر گزارش شده است که از این تعداد حدود 1.017.659 نفر (4/1 درصد) دارای ناتوانی شدید می‌باشند. اما نکته مهم این است که آمار ناتوانی، به آمارهای فوق محدود نمی­شود؛ بلکه با تعریف سازمان جهانی بهداشت، ناتوانی شامل مجموعه­ای از نقایص، محدودیت حرکتی و ایجاد مانع در مشارکت فرد است که باعث می­شود به واسطه بیماری و یا مشکل به وجود آمده، شخص نتواند با محیط پیرامون خود تعامل لازم را برقرار کند. بر این اساس، بیشترین ناتوانی در جهان مربوط به سیستم عضلانی اسکلتی (ناشی از آرتروز شدید، کمردردهای مزمن و ...) می­باشد که در سرشماری فوق لحاظ نگردیده و از این رو، تعریف ناتوانی نیاز به بازنگری دارد. در کشور ما نیز با توجه به برآوردهای صورت گرفته، تقریباً بیش از 8 میلیون نفر دارای ناتوانی (خفیف، متوسط، شدید) می­باشند.

در ایران بیش از 500 هزار نفر جانباز از جنگ تحمیلی به جا مانده است. از سوی دیگر، آمار سوانح و تصادف جاده­ای بسیار قابل ملاحظه (20 برابر متوسط جهانی) بوده و مهمترین علت مرگ در کشور نیز می­باشد. در حال حاضر، ایران یکی از 10 کشور حادثه­خیز دنیا بوده، در آسیا مقام چهارم را دارد و در طول دو دهه اخیر، رشد جمعیت سالمند آن از 3/1 به 3 رسیده است. لازم به ذکر است این آمار مبین بخشی از کسانی است که به خدمات توانبخشی نیاز دارند و بخشی دیگر از جامعه هدف توانبخشی را بیمارانی در گروه سکته مغزی، ضایعات نخاعی و ... تشکیل می­دهند.

نتایج مطالعه انجام شده در مورد بار بیماری­های غیرواگیری که مسبب بخش عمده ناتوانی­ها در کشور است، نشان داده که بيماري­هاي غیرواگير سبب 58 درصد از شاخص DALYs [[1]](#footnote-2) در کشور بوده و هزینه­های ایجاد شده در اثر این بیماری­ها بسیار سنگین می­باشد؛ به طوری­که سازمان جهانی بهداشت عنوان می­کند نیمی از افراد دارای ناتوانی نمی­توانند از عهده تأمین نیاز به مراقبت­های بهداشتی درمانی برآیند و این افراد، 50 درصد بیش از اشخاص سالم، از پرداخت مخارج بهداشتی درمانی فاجعه­بار و کمرشکن رنج می­برند. لذا ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و خصوصاً توانبخشی به­موقع، از اهمیت ویژه­ای برای افراد دارای ناتوانی برخوردار است.

امروزه خدمات توانبخشی به­عنوان یکی از اصلی­ترین ارکان حوزه سلامت با مفهوم جامع آن بوده و طیف وسیعی از خدمات در سطوح و ابعاد مختلف، از جمله پیشگیری، توانمندسازی، توانبخشی پزشکی (تشخیص به­موقع، غربالگری و خدمات توانبخشی)، آموزشی، اجتماعی، مراقبتی و حرفه­ای را در بر می­گیرد. با توجه به گستردگی، وسعت و تخصصی بودن خدمات توانبخشی و لزوم گسترش فراگیر پوشش خدمات و افزایش دسترسی جامعه هدف، ضرورت همکاری بین­بخشی در تمامی دستگاه­ها و نهادهای مرتبط در مقوله توانبخشی مطرح می­گردد.

نکته قابل توجه در کشور ما این است که این حوزه، در دوره­های مختلف زمانی، به دلایل مختلف، از نظام سلامت فاصله گرفته و همین موضوع باعث شده است که این مهم، مورد غفلت واقع شده و با موانع متعددی مواجه گردد. بر همین اساس، اهمیت بازنگری نظام سلامت با رویکرد ادغام خدمات توانبخشی پزشکی در تمامی سطوح نظام سلامت و همکاری بین­بخشی، بر کسی پوشیده نیست. لذا تدوین برنامه کشوری توانبخشی پزشکی در دستور کار قرار گرفت و پیش­نویس آن، به همت جمعی از سیاست­گذاران، صاحب­نظران، اساتید و محققین دانشگاهی، مجریان امر سلامت، گیرندگان خدمت و سایر ذ­ی­نفعان، تهیه و تدوین گردید که خلاصه برنامه­های آن به شرح ذیل می­باشد:

1. ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت­های اولیه سلامت، از طریق طراحی، ادغام و اجرای بسته خدمات توانبخشی در اختلالات دارای اولویت در سطح PHC [[2]](#footnote-3)
2. افزایش سواد سلامت جامعه در جهت خودمراقبتی و پیشگیری از بیماری­های منجر به ناتوانی، با تهیه بسته­های خودمراقبتی اختلالات دارای اولویت به منظور آموزش جامعه درخصوص آشنایی با نحوه پیشگیری از اختلالات مذکور، در راستای توسعه طرح ملی «هرخانه، یک پایگاه سلامت» در حوزه توانبخشی
3. طراحی و استقرار نظام ارجاع بین تمامی سطوح نظام سلامت در توانبخشی پزشکی و برقراری ارتباط آن با خدمات توانبخشی اجتماعی، حرفه­ای و آموزشی، از طریق ارائه خدمات درمانی و توانبخشی اختلالات دارای اولویت، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه
4. راه­اندازی و توسعه بخش­های بستری توانبخشی پزشکی (حاد و تحت­حاد) در قالب بیمارستان­های سطح دو، سه و مراکز بستری در فاز تحت­حاد، با استفاده از ظرفیت­های موجود خدمات توانبخشی پزشکی کشور در سازمان­های مربوطه، از جمله جمعیت هلال­احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان­های مردم نهاد، غیردولتی و ...
5. توسعه مراکز جامع توانبخشی پزشکی سرپایی در بخش دولتی، خصوصی و سازمان­های مردم نهاد در کل کشور با اصلاح آیین­نامه­ها، فرآیندها، گسترش پوشش بیمه­ها و خرید خدمت راهبردی توسط وزارت بهداشت از مراکز دولتی، خصوصی و سازمان­های مردم نهاد واجد شرایط
6. توسعه وسایل کمکی و ارتقای فناوری­های توانبخشی برای افراد کم­توان، از طریق طراحی و تدوین برنامه عملیاتی ملی، تکنولوژی­ها و فناوری­های توانبخشی، راه­اندازی آزمایشگاه مرجع تشخیص استاندارد تجهیزات توانبخشی و ایجاد شبکه توزیع وسایل و تکنولوژی­های توانبخشی مبتنی بر نیازها و اولویت­ها
7. توسعه خدمات توانبخشی از راه دور با ایجاد زیرساخت­های الکترونیکی، تسهیلات خدمات توانبخشی از راه دور، تعیین تعرفه و تدوین استانداردهای خدمات توانبخشی از راه دور
8. توسعه بانک اطلاعاتی در زمینه خدمات توانبخشی
9. توسعه بیمه­های بستری و سرپایی خدمات توانبخشی
10. توسعه تحقیقات توانبخشی از طریق راه­اندازی شبکه تحقیقات توانبخشی، انجام نیازسنجی تحقیقات حوزه توانبخشی به­صورت دوره­ای و اعلام اولویت­ها
11. توسعه محصولات دانش­بنیان (سخت­افزاری و نرم­افزاری) با افزایش شرکت­ها و تولید محصولات فن­آورانه
12. دیده­بانی شاخص­های مرتبط با خدمات توانبخشی
13. توسعه سامانه­های ثبت پیامدهای حاصل از بیماری­های اولویت­دار در حوزه توانبخشی (اسکلتی- عضلانی، ضایعات نخاعی، تروما و ترومای پیچیده، قطع عضو، اختلالات تکاملی)
14. توزیع عادلانه نیروی توانبخشی شاغل در بخش دولتی و غیردولتی، با اولویت مناطق کم برخوردار، از طریق برآورد استانی میزان نیاز به نیروی توانبخشی و جذب نیروهای توانبخشی در مناطق کم­برخوردار با اولویت نیروهای بومی
15. بالا بردن سطح مهارت­های عملی دستیاران طب فیزیکی و توانبخشی، دانشجویان رشته­های توانبخشی، از طریق ایجاد بخش­های توانبخشی در بیمارستان­های آموزشی و استفاده از ظرفیت آن­ها، ارائه آموزش­های کار تیمی در دانشگاه­ها و بازنگری در اجرای دوره­های کارورزی با رویکرد کار تیمی
16. بالا بردن سطح دانش و مهارت دستیاران بالینی رشته­های مرتبط با توانبخشی، دانشجویان پزشکی و سایر رشته­های علوم پزشکی در حوزه توانبخشی، با تنظیم برنامه روتیشن دستیاران رشته­های مرتبط با توانبخشی، به­ویژه نورولوژی، ارتوپدی، مغز و اعصاب، روان­پزشکی، اطفال، داخلی، قلب و غیره، جهت حضور در بخش­های بستری و سرپایی توانبخشی و نیز ادغام مباحث توانبخشی در کوریکولوم رشته­های مرتبط با توانبخشی، اعم از پزشکی، سایر رشته­های مرتبط و ...
17. افزایش سطح دانش و مهارت توانبخشی در میان متخصصین بالینی، از طریق راه­اندازی دوره‌های فلوشیپ توانبخشی (توانبخشی قلبی، توانبخشی سکته مغزی، توانبخشی اعصاب، توانبخشی روان، توانبخشی آسیب­های نخاعی) برای پزشکان متخصص
18. بالا بردن سطح دانش و مهارت پرسنل سلامت در راستای ارائه خدمات یکپارچه­ی توانبخشی پزشکی، با برگزاری دوره­های بازآموزی و ضمن خدمت

فصل اول

کلیات توانبخشی

**1. مقدمه**

**2. رویکردهای رایج در ارائه خدمات توانبخشی**

**3. ابعاد توانبخشی**



**1. مقدمه**

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت شامل تمامی فعالیت­هایی است که هدف اصلی آن­ها، ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت است. این فعالیت­ها می­توانند شامل مراقبت از سلامت فردی، خدمات بهداشتی درمانی یا برنامه‌های بین­بخشی باشند (گزارش جهانی سلامت، 2000). تغییر سیمای بیماری­ها، تحول در مفاهیم سلامتی، تغییر در رویکردها و سیاست­های بهداشتی، پيشرفت فناوري در شیوه­های تشخیصی، درمان و ارائه خدمات متنوع، همگی حاکی از سرعت تغییرات در نظام سلامت­ هستند.

امروزه بخش سلامت و بهداشت در جامعه، حوزه وسیعی را دربرگرفته و تأمین شرایط مناسب آن، نیازمند یک عزم ملی است که از وظایف اصلی حکومت­ها می­باشد. نکته مهم در ارائه خدمات سلامت، پوشش وسیع آن است و زمانی می­توان گفت این موضوع تحقق یافته که این خدمات به طور گسترده و عادلانه در دسترس همگان قرار گیرد. از مهمترین شاخص­های دسترسی نظام سلامت، سن، جنس، کم­توانی یا ناتوانی و محل سکونت می­باشد.

یکی از مباحث مطرح در راستای تحقق عدالت در نظام سلامت و دسترسی گسترده همه افراد جامعه به خدمات سلامت، ارائه خدمات به­هنگام توانبخشی در نظام سلامت می­باشد. در اوایل قرن بیستم، با افزایش مجروحان جنگ جهانی اول و دوم، خدمات توانبخشی با رویکرد بیومدیکال رایج شد. با افزایش بحران­های جوامع صنعتی، دیدگاه­های جدیدی با رویکرد اجتماعی در ارائه خدمات توانبخشی مطرح گردید. در اوایل قرن بیست و یکم، با ظهور «جنبش­های حقوق بشر»، جنبش­های حقوق افراد دارای ناتوانی و صدور اعلامیه جهانی حقوق بشر، رویکرد سیاسی ـ اجتماعی یا حقوق بشر در ارائه خدمات توانبخشی مطرح شد که البته محاسن و معایب هر رویکرد در جای خود قابل بحث و بررسی است. تغییر در رویکردها با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و سیاسی هر کشور و میزان توسعه­یافتگی آن­ها متفاوت می­باشد. اما آنچه که مسلم است، امروزه خدمات توانبخشی در تمامی سطوح خدمات سلامت ارائه می­گردد، به نحوی که در سطح خدمات سلامت عمومي Public health services، تمامي جمعيت كشور، و در سطح پیشگیری و مراقبت­هاي اوليه سلامت Primary health care، تقريباً تمامي جمعيت كشور و افراد دارای ریسک خطر را تحت ­پوشش قرار مي­دهد. دو سطح مراقبت­هاي ثانويه سلامت Secondary health care و مراقبت ثالثيه سلامت Tertiary health care، بخش اعظم سطوح خدمات توانبخشی را شامل می­شوند.

پیش از انقلاب اسلامی ایران، انجمن توانبخشی، به منظور گسترش خدمات توانبخشی، تحت نظر وزارت بهداشت ایجاد شد و بیمارستان‌های توانبخشی نظیر شفایحیاییان و چندین مرکز را جهت ارائه خدمات توانبخشی تأسیس نمود. بعد از انقلاب نیز گام‌های اساسی در راستای ارائه خدمات توانبخشی برداشته شده که تأسیس سازمان بهزیستی زیر نظر وزارت بهداری از جمله این اقدامات می‌باشد. در دوره‌ای که مرحوم دکتر فیاض‌بخش مسئولیت این سازمان را بر عهده داشت، قدم‌های بسیارخوبی برداشته شد اما بعد از شهادت ایشان، عملاً سازمان بهزیستی به سازمانی تبدیل شد که عمدتاً وظیفه ارائه خدمات توانبخشی و حمایتی را برای افراد دارای ناتوانی شدید متقبل گشته و در نهایت با تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، از بدنه اصلی نظام سلامت منفک شده و خدمات توانبخشی پزشکی بیش از پیش مورد غفلت قرار گرفت.

هم اکنون طبق آخرین سرشماری مرکز آمار ایران، جمعیت کشور بیش از 80 میلیون نفر است که بیش از 7 درصد آن­ها،­ بالای 65 سال می‌باشند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حداقل 7 تا 10 درصد جمعیت ایران (5 تا 8 میلیون نفر) دچار نوعی ناتوانی اولیه و یا ناتوانی‌های ناشی از حوادث و بیماری‌ها بوده و نیازمند خدمات توانبخشی می‌باشند. با توجه به جنگ تحمیلی و آمار بالای مجروحان جنگی، شیوع بالای حوادث و بلایای طبیعی، حوادث ترافیکی و جاده‌ای فراوان، رشد انواع بیماری‌های مزمن به علت سبک زندگی جدید و صنعتی شدن جامعه، کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی کودکان دچار ناتوانی‌ها و اختلالات تکاملی بدو تولد، حرکت به سوی صنعتی شدن و حوادث شغلی و نیز افزایش جمعیت سالمندان، محدودیت ارائه خدمات توانبخشی به صورت بستری، روزانه و سرپایی قابل توجیه است. همه این موارد، ضرورت پرداختن به بحث توانبخشی را در نظام سلامت مطرح می­سازد. با بررسی اسناد بالادستی، به­ویژه سیاست­های ابلاغی مقام معظم رهبری مشتمل بر:

* ارائه خدمات آموزشي، پژوهشي، بهداشتي، درماني و توانبخشي سلامت مبتني بر اصول و ارزش‌هاي انساني- ‌اسلامي و نهادينه­سازي آن در جامعه
* اولويت پيشگيري بر درمان
* روزآمد نمودن برنامه‌هاي بهداشتي و درماني
* ارتقای شاخص‌هاي سلامت براي دستيابي به جايگاه اول در منطقه آسياي جنوب غربي
* تفكيك وظايف توليت، تأمين مالي و تدارك خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگويي، تحقق عدالت و ارائه خدمات درماني مطلوب به مردم
* افزايش و بهبود كيفيت و ايمني خدمات و مراقبت‌هاي جامع و يكپارچه سلامت با محوريت عدالت و تأكيد بر پاسخگويي، اطلاع­رساني شفاف، اثربخشي، كارآيي و بهره‌­وري در قالب شبكه بهداشتي و درماني منطبق بر نظام سطح­بندي و ارجاع
* تدوين برنامه جامع مراقبتي، حمايتي براي جانبازان و افراد دارای ناتوانی كشور با هدف ارتقای سلامت و توانمندسازي آنان
* تعيين بسته خدمات جامع بهداشتي و درماني در سطح بيمه‌هاي پايه و تكميلي توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خريد آن­ها توسط نظام بيمه‌اي و نظارت مؤثر توليت بر اجراي دقيق بسته‌ها با حذف اقدامات زايد و هزينه‌هاي غيرضروري در چرخه معاينه، تشخيص بيماري تا درمان

و همچنین نقشه جامع سلامت کشور، ارزیابی کشورها بر اساس شاخص­های برنامه عملیاتی ناتوانی سازمان جهانی بهداشت با تأکید بر ایجاد عدالت در نظام سلامت و پوشش گسترده خدمات، بازنگری نظام سلامت با رویکرد ادغام بسته­های خدمتی توانبخشی در نظام سلامت و برنامه پیشنهادی اینجانب به مجلس شورای اسلامی، ضروری به نظر می­رسد. لذا تدوین برنامه کشوری توانبخشی پزشکی در دستور کار قرار گرفت و پیش­نویس آن به همت جمعی از سیاست­گذاران، صاحب­نظران، اساتید و محققین دانشگاهی، مجریان امر سلامت، گیرندگان­خدمت و سایر ذی­نفعان تهیه و تدوین گردید.

**2. رویکردهای رایج در ارائه خدمات توانبخشی**

در اوایل قرن بیستم، با توجه به تعداد بالای مجروحان جنگ جهانی اول و دوم، رویکرد بیومدیکال در مورد ناتوانی رایج بود. در اواخر قرن بیستم، به­دنبال افزایش بحران­های جوامع صنعتی، رویکرد اجتماعی درباره ناتوانی، رویکرد غالب محسوب می­شد. نهایتا در قرن بیست و یکم، با ظهور جنبش­های حقوق بشر، جنبش­های حقوق افراد دارای ناتوانی و الهام گرفتن از اعلامیه جهانی حقوق بشر، رویکرد سیاسی ـ اجتماعی یا حقوق بشر به خدمات توانبخشی پدید آمد.

**الف) رویکرد زیست پزشکی**

در قرن نوزدهم، افراد دارای ناتوانی، اغلب از جامعه طرد شده و در آسایشگاه­ها، پناهگاه­ها و بیمارستان­ها نگهداری می­شدند. چنین شیوه­ای تا قرن بیستم ادامه داشت و رویکرد زیست­پزشکی در ناتوانی، رویکرد غالب بود. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت (2001)، در رویکرد زیست­پزشکی، ناتوانی مشکلی فردی است که بر اثر یک بیماری یا حادثه به­وجود آمده و نیاز به مراقبت­های پزشکی که توسط متخصصین ارائه می­شود، دارد. در رویکرد زیست­پزشکی، افراد دارای ناتوانی، نرمال نبوده و مشکل خاصی دارند. در این رویکرد، ناتوانی به معنای بیماری بوده و افراد دارای ناتوانی، افرادی از کارافتاده تلقی می­شوند. به عبارت دیگر، این افراد عملکرد افراد نرمال را ندارند. تقسیم­بندی افراد به نرمال و غیرنرمال، اساس رویکرد زیست­پزشکی است که غیرمغرضانه و بی­طرفانه نمی­باشد. این در حالی است که «نرمال بودن» با داشتن فضیلت، و «غیرنرمال بودن» با احساس گناه و شرم همراه است. بنابراین، هنگامی که داشتن اختلال، منفی تفسیر شود، افراد دارای ناتوانی در معرض نگرش­های منفی از سوی اجتماع قرار دارند. در این رویکرد، ناتوانی به­ عنوان «نقص ذاتی در فرد» و افراد ناتوان به عنوان «افراد معیوب»، و نه افرادی با تفاوت فیزیکی، در نظر گرفته می­شوند. از آن­ جا که ناتوانی، با بیماری و یا اختلال، در ارتباط است، افراد دارای اختلال ممکن است به عنوان افرادی که نیاز به «اصلاح Correction» دارند، تلقی شوند.

در نهایت، رویکرد زیست­پزشکی کاملاً وابسته به *نیروهای متخصص، تجهیزات و امکانات مجهز* می­باشد. رویکرد زیست­پزشکی به خدمات توانبخشی در «طبقه­بندی بین­المللی اختلالات، ناتوانی ICIDH[[3]](#footnote-4)» انعکاس یافته است. ICIDH توسط سازمان جهانی بهداشت به عنوان یک سند بین­المللی به منظور طبقه­بندی ناتوانی عملکردی مطرح شد. در این سند، ناتوانی به معنی چتری است که در برگیرنده اختلالات، محدودیت­های فعالیت و محدودیت­های مشارکت است.

در رویکرد زیست­پزشکی اقتدار قابل توجهی به متخصصان و کارشناسان مشکل توانبخشی داده شده است و بالعکس، افراد دارای ناتوانی افرادی تلقی می­شوند که توانایی لازم را برای تصمیم در امور خود ندارند. مزایا و معایبی برای رویکرد زیست­پزشکی به ارائه خدمات توانبخشی مطرح شده است از جمله مزایای آن:

* مسئولیت تشخیص، تبیین اهداف و درمان، بر عهده تیم حرفه­ای توانبخشی است.
* زمان­بندی مشخص و هدفمند بودن رویکردهای درمانی.

از جمله معایب رویکرد زیست­پزشکی می­توان به عدم توجه به دیگر ابعاد و جنبه­های ناتوانی، نظیر جنبه­های اجتماعی، اقتصادی و ... اشاره کرد؛ لذا رویکرد مذکور نمی­تواند یک دیدگاه جامع از ناتوانی را ارائه دهد. بسیاری از تحقیقات نشان می­دهند که افراد دارای ناتوانی، بیشتر، از نگرش منفی و موانع اجتماعی و محیطی نسبت به ناتوانی رنج می­برند تا از خود ناتوانی. به عبارت دیگر، انزوا و ناتوانی آن­ها، بیشتر به­دلیل موانع اجتماعی و فرهنگی است. این رویکرد، قدرت قابل­توجهی را به متخصصان پزشکی و توانبخشی در برنامه­ریزی درمانی داده و باعث تضعیف هرچه بیشتر افراد ناتوان می­شود.

به­طور خلاصه در رویکرد زیست­پزشکی، دریافت­کننده خدمات توانبخشی، بیمار تلقی شده و مشارکت و مسئولیت بسیار محدودی در روند درمان خود دارد. ارزیابی، تشخیص، اولویت­بندی درمان، ترخیص و ...، همگی بر عهده تیم توانبخشی بوده و سرپرستی تیم نیز بر عهده پزشک است. در این رویکرد، فرض بر این است که متخصصین و تیم پزشکی، دانش، تخصص و مهارت کافی برای حل مسائل مربوط به افراد ناتوان را دارند.

**ب) رویکرد اجتماعی**

طی نیمه دوم قرن گذشته، رویکرد اجتماعی در مقوله ناتوانی، در کشورهای صنعتی پدید آمد. در رویکرد اجتماعی، ناتوانی تا حد زیادی با مفاهیم ظلم، ستم و موانع اجتماعی همراه است. در این رویکرد، ناتوانی به معنای اختلال شدید و نقص فیزیکی در بدن نیست، بلکه ناشی از وجود محیط اجتماعیِ سرکوب­گر بوده و افراد دارای ناتوانی «قربانیان جمعیِ جامعه­ی تبعیض­آمیز و غیرمسئولانه» تلقی می­شوند. در این دیدگاه، نگرش­ها و موانع موجود در جامعه و نهادهای آن از طریق قانون­گذاری، باعث ایجاد تصور منفی از ناتوانی می­شوند.

از منظر نقش محیط اجتماعی در ایجاد ناتوانی، خدمات توانبخشی می­توانند نقش اصلی در مقابله با چالش­های اجتماعی و محیطی و از بین بردن موانع داشته باشند. رویکرد اجتماعی به سرویس­های توانبخشی، از نقد رویکرد زیست­پزشکی پدید آمده و در مدل‌های توانبخشی «مبتنی بر جامعه» و «زندگی مستقل» مشاهده می­شود. این مدل­ها، علیرغم وجود مشترکات زیاد، زمینه­های تاریخی متمایزی داشته و به نوبه خود، در شرایط اجتماعی و سیاسی مجزایی بوجود آمده­اند.

مدل زندگی مستقل، در اوایل دهه 1970، در ایالات متحده و به منظور حذف موانع اجتماعی و محیطی ظهورکرد. این مدل، با هدف اطمینان از دسترسی افراد دارای ناتوانی، به مسکن، مراقبت­های بهداشتی، حمل و نقل، اشتغال و تحصیل، به نحوی که بتوانند به طور مستقل زندگی کنند، به­ وجود آمد. این اهداف، از طریق کمک به خود و حمایت همسالان به دست می­آیند.

توانبخشی مبتنی بر جامعه، در سال 1978، توسط سازمان جهانی بهداشت در کنفرانس آلماآتا و در پاسخ به کمبود منابع در کشورهای در حال توسعه معرفی شد. یکی از مفروضات توانبخشی مبتنی بر جامعه این بود که بهبود کیفیت زندگی به طور محدود برای تعداد کثیری از افراد، مؤثرتر از ارتقای کیفیت زندگی برای تعداد معدودی از افراد جامعه می­باشد. بنابراین، توانبخشی مبتنی بر جامعه، تلاشی برای در دسترس قراردادن خدمات توانبخشی برای تعداد بیشتری از افراد دارای ناتوانی و خانواده­های آن­ها است. این مدل سرویس خدمات توانبخشی، متناسب با فرهنگ و امکانات جامعه بوده و از لحاظ اقتصادی، مقرون به صرفه می­باشد.

در مقایسه با رویکرد زیست­پزشکی، رویکرد اجتماعی ممکن است تجارب افراد دارای ناتوانی را بهتر منعکس نموده و بیشتر به جنبه­های اجتماعی ـ اقتصادی، که مدل زیست­پزشکی به آن نپرداخته است، ­بپردازد. از معایب این رویکرد، مغفول ماندن نقش اختلال در بروز ناتوانی و در نتیجه، توجه زیاد به جنبه­های اجتماعی ناتوانی است. رویکرد اجتماعی، تمایز قابل­توجهی بین اختلال و ناتوانی قائل می­شود. در این رویکرد، به اختلالِ صرف، توجهی نمی­شود. اما از این لحاظ ­که اختلال، به­تنهایی می­تواند درد، مشکلات و محدودیت­هایی به وجود آورد که صرفاً نمی­تواند به عوامل ناتوانی در جامعه نسبت داده شود، حائز اهمیت است. در برخی موارد، حتی زمانی که امکانات و محیط، قابل دسترسی بوده و هیچ تبعیض غیرمنصفانه­ای براساس ناتوانی وجود نداشته باشد، بسیاری از افراد دارای ناتوانی، هنوز هم محروم و ناتوان هستند.

از دیگر معایب این رویکرد، عدم پاسخ­دهی به طیف وسیعی از نیازهای ویژه­ی افراد دارای ناتوانی است. نیازهای افراد دارای ناتوانی، با توجه به توانایی­ها و محدودیت­های آن­ها، متفاوت است. به طور کلی، هدف اصلی رویکرد اجتماعی، ایجاد یک جامعه کامل و ایده­آل قابل دسترس برای همه افراد است؛ اما ایجاد چنین جامعه­ای، یک ایده­آل تخیلی به نظر می­رسد.

به­­طور خلاصه، در این رویکرد، ناتوانی یک مسئله شخصی تلقی نشده، بلکه یک مسئله اجتماعی است و افراد دارای ناتوانی نیز قربانیان جوامع تبعیض­آلود و غیرمسئولانه تلقی می­شوند. در حقیقت، مقصران اصلی، خود جامعه و سازمان­هایی هستند که در برابر موانع موجود، بی­تفاوت بوده و با عدم ارائه خدمات مناسب، باعث مطرود شدن افراد ناتوان از جامعه و منزوی شدن آن­ها می­گردند.

مزایا:

* نگاه جامع­تری نسبت به مسئله ناتوانی دارد.
* تجربه ناتوانی را بهتر انعکاس می­دهد.

معایب:

* نقش اختلال، نادیده گرفته می­شود.
* مدل­های اجتماعی نمی­توانند به نیازهای ویژه­ی مدیکال افراد دارای ناتوانی، پاسخ مناسب دهند.

**مدل­های ارائه خدمات توانبخشی با رویکرد اجتماعی**

1. زندگی مستقل ndependent LivingI

2. توانبخشی مبتنی بر جامعه ommunity Based RehabilitationC

**1 . مدل زندگی مستقل:** در این مدل که بیشتر با سیستم­های جهان اول و کشورهای توسعه­یافته مطابقت دارد، دریافت­کننده خدمات توانبخشی، مشتری ustomerc تلقی شده و سرویس توانبخشی، یک سرویس تجاری قلمداد می­شود که هدف از آن، جلب رضایت مشتری است و فرد دریافت­کننده سرویس خدماتی، تعیین می­کند که به چه سرویس­هایی نیاز دارد. در مدل زندگی مستقل، سرویس توانبخشی از طریق آموزش به فرد، حمایت همتا، گسترش تحقیقات، ارجاع به واحدهای دیگر خدماتی، رفع موانع در جهت دسترسی به بهداشت، آموزش، ایاب و ذهاب و شغل، ارائه­ خدمت می­نماید. جنبش زندگی مستقل در آمریکای شمالی، منجر به تصویب قوانین مربوط به حقوق افراد دارای ناتوانی شد.

مزایا:

* بر مشارکت افراد دارای ناتوانی در تمامی جنبه­های زندگی روزمره، تأکید دارد.

معایب:

* برای برخی از افراد دارای ناتوانی، قابل اجرا نیست.
* مشکل در ارزیابی نتایج درازمدت.

**2 . مدل توانبخشی مبتنی بر جامعه:** این مدل، در سال ۱۹۷۸، به عنوان روش مؤثر در ارائه خدمات توانبخشی و توانمندسازی افراد دارای ناتوانی، در کنفرانس آلماآتا، توسط سازمان جهانی بهداشت معرفی شد. مدل توانبخشی مبتنی بر جامعه، در پاسخ به کمبود منابع مالی و تخصصی در کشورهای در حال توسعه، به عنوان استراتژی توسعه جامعه جهت برابری فرصت­ها و مشارکت افراد دارای ناتوانی در جامعه، از طریق تلاش­ مشترک این افراد، خانواده­های آن­ها و سازمان­های دولتی و غیردولتی به اجرا درآمد. یکی از مبانی اصلی این مدل، این است که پیشرفت­های حداقلی در کیفیت زندگی همه­ی مردم یک جامعه، بهتر از پیشرفت­های حداکثریِ تنها چند درصد از افراد جامعه می­باشد.

مزایا:

* افزایش دسترسی به خدمات.
* افزایش درک اعضای جامعه نسبت به مسائل مربوط به ناتوانی.
* افزایش توانایی جوامع برای حل مشکلات جمعی.
* ارائه خدمات کاملاً مبتنی بر فرهنگ و امکانات موجود جوامع.

معایب:

* فقط برای افرادی که در آن محله زندگی می­کنند، قابل استفاده است.
* ممکن است به زمان طولانی­تری برای دستیابی به نتایج خاص نیاز باشد.
* نسبت به تغییرات در منابع و نگرش جامعه، آسیب­پذیر است.
* متخصصین توانبخشی برای ایفای نقش در جهت ارتقای سلامت و توسعه جامعه، آمادگی لازم را ندارند.

**ج) رویکرد حقوق بشر**

تغییر پارادایم در سیاست ناتوانی، از رویکرد زیست­پزشکی به رویکرد اجتماعی سیاسی (حقوق بشر)، در کنوانسیون سازمان ملل متحد در مورد حقوق افراد دارای ناتوانی، منعکس شده است. «کنوانسیون حقوق افراد دارای ناتوانی»، پاسخ جامعه بین­المللی به تاریخ طولانی تبعیض و محرومیت افراد دارای ناتوانی است. این کنوانسیون، در سال ۲۰۰۷، در حمایت از حقوق افراد دارای ناتوانی به تصویب رسید. بر اساس «کنوانسیون حقوق افراد دارای ناتوانی سازمان ملل متحد»، افراد دارای ناتوانی، افرادی دارای حقوق هستند، نه افرادی با اختلال و نقص.

از نقطه نظر رویکرد اجتماعی سیاسی، ناتوانی به مثابه تعامل پیچیده عوامل زیستی، روانی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. این رویکرد، تصویر جامع­تری از ناتوانی به­دست داده و ابعاد و جنبه­های مختلف ناتوانی را در نظر می­گیرد. فرضیات اساسی رویکرد اجتماعی سیاسی، در طبقه­بندی بین­المللی سازمان جهانی بهداشت از عملکرد، ناتوانی و سلامت CFI[[4]](#footnote-5) منعکس شده است. برخلاف CIDHI که یک رویکرد زیست­پزشکی است، در CFI، ناتوانی یک اصطلاح جمعی برای اختلالات، محدودیت فعالیت و محدودیت­های مشارکت می­باشد. در این رویکرد، ناتوانی به عنوان *ضروری­ترین مشکل عدالت اجتماعی*، حل نشده باقی­مانده و ارتباط بسیار تنگاتنگی بین ناتوانی و محرومیت اجتماعی وجود دارد. افراد دارای ناتوانی، محرومیت­های اجتماعی و اقتصادی بيشتری را نسبت به افراد بدون ناتوانی تجربه می­کنند. کودکان دارای ناتوانی، بیشتر در معرض بی­سوادی، سوء تغذیه و مرگ هستند. درصد اشتغال و کسب درآمد در افراد دارای ناتوانی کمتر است. زنان دارای ناتوانی، بیشتر در معرض خشونت­های فیزیکی و تعرض­های جنسی هستند. در نتیجه، افراد دارای ناتوانی، از حقوق اولیه­ خود محرومند. ارائه سرویس­های خدمات توانبخشی، که علاوه بر پرداختن به مسائل فیزیکی و روانی افراد دارای ناتوانی، در جهت توانمندسازی آن­ها برای رسیدن به حقوق اولیه­شان باشد، از ضروریات است.

به طور خلاصه، در این رویکرد، مسئله اصلی، مقوله برابری است که به عنوان تعامل پیچیده عوامل بیولوژیکی، روانی، فرهنگی، سیاسی و اجتماعی تلقی می­شود. تغییر پارادایم از رویکرد بیومدیکال به حقوق بشر، در کنوانسیون سازمان ملل متحد در مورد حقوق افراد دارای ناتوانی منعکس شده است. در این کنوانسیون، افراد دارای ناتوانی، افراد دارای حقوق می­باشند. اصول اساسی این رویکرد، در ICF نیز منعکس شده است.

**مدل­های ارائه خدمات توانبخشی با رویکرد حقوق بشر**

**مدل مراجعه­کننده محور client-centered**

در این مدل، مراجعه­کننده به عنوان محور در نظر گرفته شده و درمانگر با کمک او، برنامه درمانی را تدوین می­کند. در مدل مذکور، مراجعه­­کننده، فردی کاملاً آگاه به مسائل خود بوده و می­داند که از درمان چه می­خواهد. درمانگر نیز تسلط حرفه­ای بر روند درمانی نداشته، ابزاری برای تغییر محسوب نشده و تنها یک تسهیل­کننده است.

مزایا:

* بر اساس الگوی توانمندسازی است.
* بر اساس نیازهای افراد است.
* فرصتی برای رشد شخصیت درمانگر است.

معایب:

* درمانگر نقش منفعلانه­تری نسبت به مدل­های دیگر دارد.
* ابهام در مورد رابطه مددجو - درمانگر وجود دارد.
* برای اجرایی شدن، نیازمند تغییرات ساختاری درون سیستم است.

**3. ابعاد توانبخشی**

توانبخشی چهار بعد دارد که عبارتند از:

* **توانبخشی پزشکی:** شامل انواع خدمات پزشکی و درمانی است که هدف آن، توسعه توانایی­های عملکردی، جسمانی و روانی فرد دارای ناتوانی، جهت قادر ساختن او برای دستیابی به یک زندگی مستقل و فعال می­باشد.
* **توانبخشی اجتماعی:** شرايط انطباق و پذيرش ناتوانی را براي فرد آسيب­ديده فراهم مي‌كند. انطباق با شرايط ناتوانی، فرآيندي است كه زمان مورد نياز آن در افراد مختلف، متفاوت است.
* **توانبخشی حرفه­ای:** فرآیندی از خدمات مستمر و هماهنگ توانبخشی است که در ابعاد ارزشیابی و راهنمایی حرفه­ای، آموزش حرفه­، کاریابی و اشتغال، جهت قادر ساختن فرد دارای ناتوانی برای دستیابی به شغل مناسب ارائه می­گردد و دارای چهار مرحله­ی (1) ارزشیابی و راهنمایی حرفه­ای، (2) آموزش حرفه، (3) کاریابی و اشتغال و (4) پیگیری می­باشد.
* **توانبخشی آموزشی:** برنامه­های خاصی است که بر اساس نیازهای فرد دارای ناتوانی، آموزش­ها و مهارت­های ویژه­ای به فرد و خانواده او ارائه می­گردد و شامل سه مرحله­ی (1) انتخاب هدف آموزشی، (2) انتخاب روش آموزشی و (3) ارزشیابی پیشرفت برنامه مورد نظر می­باشد.

**تعاریف**

**ناتوانی:** اصطلاحی عام در زمینه اختلال، محدودیت در فعالیت و محدودیت در مشارکت افراد است که بر جنبه­های منفیِ تعامل بین ­فردی (با سلامت) و عوامل زمینه­ای افراد (عوامل محیطی و شخصی) دلالت دارد.

**نظام سلامت:** طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت شامل تمامی فعالیت‌هایی است که هدف اصلی آن­ها، ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت است. این فعالیت‌ها می‌توانند شامل مراقبت از سلامت فردی، خدمات بهداشتی درمانی یا برنامه‌های بین­بخشی باشند.

**توانبخشی:** مجموعه‌ای از اقدامات هدفمند که به افراد کمک می‌کند تا به سطح مطلوبی از عملکردهای جسمی، حسی، ذهنی، روانی و اجتماعی برسند.

**توانبخشی پزشکی:** مجموعه‌ای از اقدامات هدفمند که باعث وقفه، کنترل، اصلاح و یا بهبود یک مشکل پزشکی یا جسمی که باعث ناتوانی شده است، می­گردند. این اقدامات، با استفاده از رشته­های مختلف توانبخشی و روش­های درمانی مناسب، مبتنی بر کار تیمی، صورت می­گیرند و تمامی فعالیت­های انجام شده، در راستای دستیابی به بالاترین سطح ممکن از عملکرد بعد از آسیب می­باشند.

**دسترسی به خدمات سلامتی:** به معنای نسبت خدمات ارائه‌شده، به تعداد افرادی از جامعه است که به آن خدمات نیاز دارند. این نسبت، به جنبه خاصی از ارائه خدمات محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد مختلف ارائه خدمات، شامل منابع و چگونگی دستیابی به آن­ها را در بر می‌گیرد.

**شاخص:** معیاری که به­طور مستقیم یا غیرمستقیم، تغییرات وقایع یا وضعیت­ها را اندازه­گیری کرده و با استفاده از داده­های خام، اطلاعات مفیدی را جهت مقایسه با استانداردها، بخش­های مختلف یا دوره­های زمانی، فراهم می­سازد.

**بستری توانبخشی:** ارائه خدمات توانبخشی در بیمارستان‌های سطح دو، سه و مراکز تحت­حاد، به بیمارانی که مرحله حاد بیماری را پشت سر گذاشته­اند،‌ ولی هنوز به مراقبت طولانی‌تر نیاز دارند.

**مراکز جامع توانبخشی:** مراکزی هستند که در آن‌ها، خدمات فراگیر توانبخشی (اعم از پزشکی، حرفه‌ای و اجتماعی) توسط تیم توانبخشی ارائه می‌شود. این مراکز، به ‌منظور ارائه خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی و توانبخشی، به‌ صورت سرپایی و روزانه تأسیس‌ شده‌اند و تحت این عنوان، از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجوز گرفته‌اند.

**مؤسسه:** به محلی اطلاق می‌گردد که طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهت انجام خدمات توسط دانش­آموختگان فیزیوتراپی، اورتز پروتز (ارتوپدی فنی) و اپتومتری (بینایی­سنجی)، پس از اخذ پروانه، دایر شده و به‌صورت روزانه و سرپایی فعالیت می‌نماید.

**مطب متخصص طب فیزیکی و توانبخشی:** مطب متخصص طب فیزیکی و توانبخشی به محلى اطلاق مى‏شود كه پزشك متخصص طب فیزیکی و توانبخشی در آن محل اعم از بخش خصوصى يا خيريه به طبابت مى‏پردازد.

**دفاتر کار:** دفاتر کار کاردرمانی، شنوایی­شناسی، گفتاردرمانی (آسیب­شناسی گفتار و زبان) و اپتومتری (بینایی­سنجی) به محل‌هایی اطلاق می‌گردد که طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهت انجام خدمات مذکور توسط دانش­آموختگان مرتبط، پس از اخذ پروانه قانونی، دایر شده و به‌ صورت روزانه و سرپایی فعالیت می‌نمایند.

**مركز ارائه خدمات و مراقبت‌های باليني در منزل:** مركزي كه به­ منظور ارائه خدمات باليني و بهداشتي، شامل انجام كليه دستورات پزشكي، پيراپزشكي و بهداشتي در منزل، با هدف به حداقل رساندن مراجعه مستقيم بيمار به مراكز كلينيكي و پاراكلينيكي، تأسيس می‌گردد. افراد همكار در اين مركز، به سه گروه تقسيم می‌شوند: (1) گروه­ پزشكي شامل پزشك عمومي، متخصصين رشته‌های مختلف باليني، کارشناسان پروانه­دار (فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و کایروپراکتی)؛ (2) گروه پيراپزشكي شامل پرستاری، مامایی و ...؛ (3) كليه شاغلين حرف پيراپزشكي و توانبخشی كه به نحوي در پیشگیری، تشخيص، درمان و توانبخشي دخالت دارند.

**مراکز مراقبت پرستاری در منزل:** این مراکز، طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با شرح وظایف و اختیارات تعیین‌شده، پس از اخذ مجوز از معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها، توسط افراد واجد شرایط که پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر با حداقل 5 سال سابقه خدمت می‌باشند، تأسیس و اداره می‌گردند و به ارائه‌ خدمات غربالگری، مراقبتی، توانبخشی، مشاوره‌ای و آموزش‌های خودمراقبتی می‌پردازند.

**نیروهای اصلی حوزه توانبخشی:** متشکل از متخصصین طب­فیزیکی و توانبخشی، درمانگران فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی­شناسی، بینایی­سنجی و ارتوپدی فنی می­باشند.

فصل دوم

وضعیت توانبخشی در ایران

**1. تاریخچه توانبخشی در ایران**

**2. وضعیت بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی در ایران**

**3. وضعیت خدمات ارائه شده در زمینه توانبخشی در ایران**

**4. فرصت­های موجود در حوزه توانبخشی در ایران**



**1. تاریخچه توانبخشی در ایران**

تاریخ توانبخشی در ایران، به­ویژه بحث تولی­گری در حوزه آن، با فراز و نشیب­های بسیاری روبه­رو بوده است. نائل شدن به پیشرفت­های بسیار در عرصه توانبخشی پزشکی، در زمان­هایی که ارتباط تنگاتنگ بین توانبخشی با نظام سلامت وقت وجود داشته، نکته بسیار با اهمیتی می­باشد. (مشروح گزارش تاریخ توانبخشی در دوره­های مختلف، در پیوست 1 آمده است)

**تاریخچه جایگاه توانبخشی در یک نگاه**

قانون تشکیل انجمن توانبخشی (1347)

تاسیس انجمن توانبخشی (1348)

واگذاری انجمن به وزارت کار و امور اجتماعی (1348)

انحلال وزارت رفاه (1355)

پیوستن انجمن توانبخشی به وزارت رفاه (1355)

واگذاری بیمارستان شفایحیاییان از بهداری به انجمن (1348)

تشکیل وزارت رفاه (1355)

پیوستن انجمن به وزارت بهداشت (1355)

ادغام وزارت رفاه در وزارت کار و پیوستن سازمان بهزیستی به آن (1391)

تشکیل وزارت رفاه و پیوستن سازمان بهزیستی به آن (1383)

ادغام 16 انجمن و نهاد غیردولتی و تشکیل سازمان بهزیستی زیر نظر وزارت بهداشت (1359)

**جمع بندی:** با توجه به تاریخچه توانبخشی به نظر می­رسد می­بایست نکات ذیل در حوزه خدمات توانبخشی مد نظر قرارگیرد:

* مشخص نبودن متولی توانبخشی در کشور (تغییر تولی­گری توانبخشی باعث بی­ثباتی بیش از حد این حوزه شده است).
* عدم هماهنگی و عدم یکپارچگی خدمات توانبخشی در نهادهای مختلف (عدم هماهنگی و سازماندهی در ساختار نظام سلامت، منجر به ارائه خدماتی به صورت پراکنده و مبتنی بر سیاست­های درون سازمانی شده­ است).
* عدم پوشش حمایت­های بیمه­ای پایه و تکمیلی در حوزه توانبخشی.
* عدم استقبال و بعضاً تقابل حوزه درمان، به­ویژه در سطح بستری توانبخشی (تغییر کاربری بیمارستان­های تأسیس شده با هدف ارائه خدمات توانبخشی، به ارائه خدمات دیگر، به عنوان مثال: بیمارستان رفیده و شفایحیاییان).
* نبود نظام ارجاع در ساختار توانبخشی (به­دلیل عدم وجود بسته­های خدمتی جامع توانبخشی).
* عدم تناسب نیروهای متخصص، با نیاز جامعه هدف.

**2. وضعیت بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی در ایران**

به منظور روشن شدن وضعیت موجود توانبخشی در ایران، با جمع­آوری آمار جامعه هدف توانبخشی، ویژگی­های جمعیت­شناسی این جامعه (به منظور برنامه­ریزی و تعیین میزان نیاز آن­ها به خدمات توانبخشی) مورد بررسی قرار گرفت. لذا در این بخش، ابتدا آمار شیوع و بروز بیماری­های دارای اولویت نظام سلامت، نیازمند به خدمات توانبخشی، در ایران و جهان را ارائه داده و در ادامه، به تحلیل آمارهای موجود خواهیم پرداخت.

**جدول 1 - آمار بیماری­های دارای اولویت منجر به ناتوانی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان بیماری | بروز در دنیا (در سال) | بروز در ایران (در سال) | شیوع |
| 1 | سکته مغزی | در آمریکا بین ۴۵۰ هزار تا ۷۵۰ هزار نفر | ۱۰۰ هزار نفر | در ایران: ۱۵۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر |
| 2 | ضایعات نخاعی | در آمریکا ۵۴ نفر در یک میلیون نفر | 3000 نفر | در ایران: 4/4 در هر ۱۰ هزار نفر |
| 3 | فلج مغزی | در آمریکا ۳۰۰۰۰ نفر | ۴ تا ۵۰۰۰ نفر | در جهان: 2/5 در هر هزار نفر  در ایران: ۳/۵ در هر هزار نفر |
| 4 | اوتیسم | در آمریکا ۶۵۰۰۰ نفر | ۱۵۰۰۰ نفر | در جهان: 1 مورد در ۵۴ تولد زنده  در ایران: 1 مورد در 200 تولد زنده |
| 5 | قطع عضو | - | ۱۴۰۰ نفر | در جهان:  102 نفر در هر 100 هزار نفر (دیابتیک)  24 نفر در هر 100 هزار نفر (تروماتیک) |
| 6 | ام­اس | ۱۱۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر | 6000 نفر | در ایران: 51 در ۱۰۰ هزار نفر |
| 7 | دمانس/آلزایمر | ۷/۷ میلیون نفر | ۲۰۰۰۰۰ نفر | در جهان: ۶ درصد افراد بالای ۷۰ سال  در ایران: ۶۴۵۰۰۰ نفر در حال حاضر |

در کشور ایران، تلاش­های ارزشمند ولی محدود و غیرمتمرکزی، در سطح پیشگیری انجام شده است؛ درحالی­که امروزه با گسترش خدمات توانبخشی، مباحث توانبخشی در سطوح پیشگیری از جایگاه ویژه­ای برخوردار گشته و ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به­هنگام، در مراحل اولیه، به مراتب مؤثرتر و مقرون به­ صرفه­تر خواهد بود (پیوست 2).

**جمع­بندی و تحلیل**

درخصوص تحلیل آمار مربوط به ناتوانی و بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی، توجه به نکات ذیل ضروری می‌باشد:

* از آن­جا­که تعاریف روشن و یکسانی برای «ناتوانی» و «بیماران نیازمند به خدمات توانبخشی» وجود ندارد، نهادهای متولی ارائه­ی آمار در کشور، آن را با تعاریف مختلف و با توجه به رسالت­ها و مأموریت­های خود ارائه می­دهند.
* به دلیل توسعه­ی کم نظام­های ثبت اطلاعات یکپارچه، آمار موثقی وجود ندارد.
* متولی کلان در امر سیاست­گذاری، برنامه­ریزی، رصد و دیده­بانی شاخص­های سلامت جسمی، روحی و اجتماعی افراد ناتوان وجود ندارد.

**3. وضعیت خدمات ارائه شده در زمینه توانبخشی در ایران**

**الف – موجودیت خدمات توانبخشی پزشکی در کشور**

با توجه به ارائه خدمات توانبخشی در سطوح و نهادهای مختلف در ایران، آمار انواع تسهیلات، نیروهای موجود و نیز سازمان­های ارائه­دهنده خدمات، در قالب زیر جمع­بندی شده است:

**ساختارها و انواع تسهیلات توانبخشی**

* **سطح بستری**

در ایران تعداد تخت‌های بستری توانبخشی بسیار محدود است. اگرچه خدمات توانبخشی بستری، هم‌اکنون تا حدودی در سایر بخش‌های بیمارستانی، از جمله نورولوژی و ارتوپدی، ارائه می‌گردد ولی تمامی این خدمات، مربوط به فاز حاد بیماری‌هایی نظیر سکته مغزی، ضایعات نخاعی و ... بوده و خدمات فاز تحت­حاد، صرفاً در قالب 80 تخت بستری در 2 بیمارستان توانبخشی در تهران ارائه می‌شود.

در مطالعه‌ انجام شده توسط هوگان و همکارانش، استاندارد نیاز به تخت توانبخشی، 1/0 تخت به ازای هر 1000 نفر برآورد شده است. به پیشنهاد انجمن طب فیزیکی توانبخشی انگلیس BSRM[[5]](#footnote-6) ، در سطح بستری می‌بایست حداقل ۶۰ تخت به ازای هر یک ‌میلیون نفر جمعیت، به متخصصین توانبخشی اختصاص پیدا کند.

با توجه به آمار ارائه شده در جدول 2، به نظر می‌رسد به‌ استثنای اکثر کشورهای توسعه‌یافته و یا ثروتمند، بیشتر کشورهای مشابه ایران، امکانات بستری خود را در محدوده 2 تا 5/2 تخت به ازای هر 100 هزار نفر جمعیت نگه ­داشته­اند و این موضوع، نشان‌دهنده تعداد بسیار کم تخت در ایران، نسبت به کشورهای مشابه است؛ حال ‌آن­که با توجه به بروز بیماری‌های نیازمند خدمات توانبخشی، نظیر سکته­مغزی و ضایعات نخاعی، نیاز کشور ما از بسیاری کشورها بیشتر است. در ایران، خصوصاً تهران، تجربه تأسیس و تبدیل بیمارستان توانبخشی به بیمارستان عمومی کم نیست. از مهم‌ترین دلایل ناموفق بودن چنین بیمارستان‌هایی، عدم پوشش بیمه در بخش توانبخشی و بالا بودن هزینه تمام‌شده خدمات توانبخشی بستری می‌باشد که باعث شده بیمارستان‌های دولتی، به سمت خدمات بیمارستان‌های عمومی که تحت پوشش بیمه‌ها می‌باشند، رفته و بیمارستان‌های خصوصی نیز رغبتی جهت راه‌اندازی و یا حفظ بخش‌های بستری توانبخشی نداشته باشند. در حقیقت، خدمات توانبخشی بستری دارای استانداردهای توانبخشی در کشور، محدود به دو بیمارستان با ظرفیت مشخص در پایتخت بوده و در سایر نقاط کشور، بیماران پس از گذراندن فاز حاد، رها شده و از خدمات فاز تحت­­حاد، محروم می­شوند. به ‌بیان ‌دیگر، این زنجیره از خدمات، به‌طورکلی در حوزه توانبخشی مغفول مانده است، درحالی‌که تحقیقات نشان می‌دهند این خدمات به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای هزینه مداخلات توانبخشی، قبل و بعد از فاز تحت­حاد، را کاهش می‌دهند.

**جدول 2 - وضعیت تخت­های توانبخشی در ایران و برخی کشورها بین سال­های 2010 تا 2014**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کشور | | | | | | | | | عنوان شاخص |
| **ایران** | **چین** | **ژاپن** | **کویت** | **کانادا** | **آمریکا** | **عربستان** | **ترکیه** | **استرالیا** |
| 78 | 1/370 | 127 | 3/5 | 36/5 | 350 | 28/5 | 75 | 24 | جمعیت کشور  (میلیون نفر) |
| 85 | 270000 | 50000 | 100 | 6570 | 21700 | 700 | 700 | 6720 | تعداد تخت‌های توانبخشی |
| 116000 | 5560000 | 1700000 | 7700 | 124000 | 925000 | 58700 | 187500 | 85000 | تعداد تخت‌های درمانی |
| 05/0 | 2/0 | 9/2 | 3/1 | 3/5 | 3/2 | 2/1 | 4/0 | 9/7 | درصد تخت‌های توانبخشی به ‌کل تخت‌های درمانی |
| 15/0 | 95/0 | 4/38 | 86/2 | 18 | 2/6 | 46/2 | 93/0 | 28 | تعداد تخت‌های توانبخشی به ازای 100 هزار نفر جمعیت |
| 4/72 | 7/23 | 4/39 | 8/7 | 24 | 56 | 63 | 39/12 | 2/15 | بروز ضایعات نخاعی به ازای هر یک ‌میلیون نفر جمعیت |
| 156 | 116 | 153 | 92 | 144 | 102 | - | - | 128 | بروز سکته مغزی در هر 100 هزار نفر جمعیت |

منبع: [CIA World Factbook](https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/360.html) 2017

* **سطح سرپایی**

با توجه به نتایج تحقیق می‌توان دریافت که در ایران، نه ‌تنها این تسهیلات اندک است، بلکه تقریباً 90 درصد خدمات، مربوط به دفاتر کار تک­تخصصی می‌باشد. متأسفانه ماهیت قوانین حاکم بر این مراکز و پتانسیل آن‌ها به نحوی است که ارائه خدمات تیمی ‌توانبخشی مقدور نبوده و مراکز جامع و روزانه توانبخشی ارائه­دهنده خدمات تیمی، سهم اندکی را به خود اختصاص داده‌اند؛ حال‌آن­که در ارائه خدمات توانبخشی، خدمات تیمی و جامع، بر خدمات فردی ارجحیت داشته و وجود مراکز ارائه­دهنده این­گونه خدمات، علاوه بر افزایش کیفیت خدمات، در کاهش هزینه‌های تمام‌شده نیز بسیار تاثیرگذار است. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ توسط نورفالک[[6]](#footnote-7) و همکاران، با هدف ارزیابی برنامه‌های جامع توانبخشی در بیماران اسکلتی عضلانی انجام شد، به ازای هر بیمار تحت درمان در سال، 3.799 تا 7.515 یورو، برنامه - فایده برآورد کرد.

در مطالعه‌ای دیگر که در سال ۲۰۱۶ توسط کوونی[[7]](#footnote-8) و همکاران در مورد هزینه - فایده خدمات بین­رشته­ای[[8]](#footnote-9) تیمی در بیماران با آسیب مغزی انجام شد، نتایج حاکی از افزایش کیفیت زندگی بیماران، همراه با کاهش هزینه‌های مراقبت هفتگی از 629 یورو به 242 یورو بود.

در کشور ایران از سال 1390 تا 1397، تعداد مراکز جامع توانبخشی تقریباً دو برابر شده است، ولی 12 استان فاقد مراکز جامع توانبخشی بوده و تعداد مراکز در استان‌های برخوردار، 28 برابر استان‌های کم­برخوردار می­باشد. بیشترین تراکم مراکز، در قسمت‌های مرکزی کشور بوده و استان‌های مرزی، از وجود این مراکز کم‌بهره و یا بی‌بهره هستند. این رشد، مربوط به اتخاذ سیاست‌های توسعه‌ای مراکز توانبخشی، ازجمله اهمیت دادن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ادغام خدمات توانبخشی در نظام سلامت، تقویت حوزه توانبخشی در ساختار وزارت بهداشت، بازنگری آیین‌نامه‌ها و نیز افزایش دانشکده‌های توانبخشی بوده است. در این مدت، توسعه پرسنل توانبخشی نیز رشد خوبی داشته، ولی علیرغم تلاش‌های صورت­گرفته، موجودیت مراکز جامع توانبخشی کشور، هم به لحاظ تعداد و هم از نظر توزیع، به­ویژه در مناطق کم­برخوردار، در هر دو بخش دولتی و غیردولتی، متناسب با نیازهای جامعه هدف نیست.

عمده‌ترین دلایل عدم توسعه در بخش دولتی، نبود پوشش مناسب بیمه‌­ای، کمبود منابع و تسهیلات تخصیص داده ‌شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی جهت تجهیز و راه‌اندازی مراکز و عدم برنامه­ریزی مناسب در جذب و توزیع نیروی تخصصی به ­کار گرفته ‌شده می­باشد. در بخش غیردولتی نیز مهم‌ترین موانع موجود بر سر راه توسعه این مراکز شامل عدم پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و به ‌تبع آن، بالا بودن میزان پرداخت از جیب مردم، عدم استقبال بخش غیردولتی به دلیل سخت بودن دستورالعمل‌های تأسیس مراکز جامع از یک­سو و عدم اعطای تسهیلات ویژه جهت حمایت از بخش غیردولتی در راه‌اندازی و تجهیز مراکز جامع توانبخشی از سوی دیگر، ضعف سیاست‌گذاری حوزه بهداشت و درمان کشور در مقوله توانبخشی، ضعف در مدیریت یکپارچه و هماهنگ فراسازمانی در حوزه توانبخشی کشور، مغفول ماندن خدمات توانبخشی در نظام ارجاع بهداشت و درمان که موجب اختلال در دسترسی به­موقع بیماران می‌گردد، عدم وجود بسته‌های خدمتی جامع و نبود استانداردهای لازم در ارائه خدمات توانبخشی می­باشد که سبب شده مراکز جامع توانبخشی، توسعه­ی چندانی نیافته، از نظر کمیت و کیفیت با نیاز جامعه هدف، تناسبی نداشته باشند و همین موضوع باعث سردرگمی بیماران، عدم توزیع مناسب این مراکز و درنتیجه، عدم دسترسی عادلانه افراد دارای ناتوانی به خدمات مورد نیاز، افزایش هزینه‌های درمانی و توانبخشی و کاهش اثربخشی خدمات شده است.

از نظر تفاوت توزیع مراکز سرپایی، تراکم این مراکز در استان‌های برخوردار نسبت به استان‌های کم­برخوردار، به­ترتیب نزولی، از این قرار است:

مرکز جامع توانبخشی 28 برابر، دفاتر کار ارتوپدی فنی 26 برابر، مطب طب فیزیکی و توانبخشی 21 برابر، دفاتر کار گفتاردرمانی 20 برابر، دفاتر کار کاردرمانی 16 برابر، مرکز روزانه 12 برابر، دفاتر کار بینایی‌سنجی 8 برابر، مؤسسه فیزیوتراپی 7 برابر و دفاتر کار شنوایی‌شناسی 7 برابر.

با توجه به اهمیت مراکز سرپایی جامع و آمار فوق مشخص می­گردد که نه ‌تنها موجودیت این مراکز کم است، بلکه توزیع آن­ها نیز ناعادلانه می‌باشد.

در مقام مقایسه، تفاوت زیادی بین تعداد زیرساخت‌های بخش سرپایی (مانند دفاتر کار کاردرمانی، شنوایی­شناسی، گفتاردرمانی، بینایی­سنجی و مطب‌های متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی) با تعداد مراکز فیزیوتراپی وجود دارد. بالاترین تعداد مراکز موجود، مربوط به مراکز فیزیوتراپی است که به ترتیب، 28 برابر مراکز اورتز و پروتز، 25 برابر مراکز جامع توانبخشی، 11 برابر مطب طب فیزیکی و توانبخشی، 5 برابر دفاتر کار گفتاردرمانی و کاردرمانی، 4 برابر دفاتر کار شنوایی‌شناسی، 5/3 برابر مراکز روزانه و 5/2 برابر دفاتر کار بینایی‌سنجی می‌باشد. این عدم تناسب، سبب عدم دسترسی افراد دارای ناتوانی، به زنجیره کامل خدمات می‌گردد که نتیجه آن، فقدان اثربخشی لازم برای جامعه هدف، علیرغم پرداخت هزینه‌های گزاف، می­باشد.

یکی از دلایل استقبال کمتر از تأسیس دفاتر کار و مراکز دیگر، نسبت به مؤسسات فیزیوتراپی، به­ویژه در مناطق کم­برخوردار، پرداخت هزینه بالا از جیب مراجعین است که باعث شده مقرون‌به‌صرفه بودن دسترسی به چنین مراکزی برای افراد نیازمند این خدمات، و نیز راه‌اندازی مراکز مربوطه توسط ارائه‌دهندگان خدمت، مورد تردید قرار گیرد.

با نگاه دقیق‌تر به تعداد مطب‌های طب فیزیکی و توانبخشی می‌توان گفت گرچه از رشد خوبی برخوردار بوده­اند ولی از نظر تراکم در مناطق مختلف، توزیع مناسبی در مناطق کم­برخوردار نداشته­اند. این در حالی است که مراکز فیزیوتراپی، به دلایل مختلف از جمله ارجاع بهتر پزشکان، آشنایی بیشتر جامعه با این رشته، پوشش بیمه‌ای و نیز شیوع بیماری‌های اسکلتی عضلانی، از تعداد و توزیع بهتری نسبت به سایر دفاتر کار برخوردارند.

در مورد دفاتر کار کاردرمانی و گفتاردرمانی، چنین به نظر می‌رسد که عدم پوشش بیمه‌ای و پرداخت بالا از جیب، کمبود ساختارهای مناسب کار تیمی، نقایص سیستم ارجاع توسط پزشکان و سیستم سلامت سبب شده است که تناسب قابل قبولی بین تعداد و توزیع این دو دفتر کار نسبت به مؤسسات فیزیوتراپی وجود نداشته باشد.

دفاتر کار شنوایی‌شناسی و بینایی‌سنجی نیز از نظر تعداد و توزیع، شرایط مناسبی ندارند، لیکن نکته مهم در مورد این دو دفتر کار این است که به دلیل نقش بارز آن‌ها در انجام ارزیابی‌های شنیداری و دیداری و تهیه تجهیزات کمک توانبخشی از جمله سمعک و عینک، ارتباط نزدیک‌تری با پزشکان دارند، ولی در اغلب موارد، مداخلات توانبخشی در این دفاتر، به­ویژه در دفاتر بینایی‌سنجی، کمرنگ می‌باشد.

دفاتر کار ارتوپدی فنی رشد خوبی داشته­اند، ولی متأسفانه به دلایل مختلف از جمله هزینه بالای تجهیزات، عدم پوشش بیمه­ای و هزینه بالای تأسیس کارگاه، از توزیع نابرابر بیشتری در کشور، به­ویژه در مناطق با شرایط اقتصادی - اجتماعی پایین برخوردارند.

* **سطح جامعه‌محور**

هم‌اکنون در ایران خدمات توانبخشی جامعه‌محور وزارت بهداشت، توسط مراکز مراقبت‌های باليني در منزل و پرستاری در منزل (تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) ارائه می‌گردد. مراکز جامعه‌محور خصوصا در استان‌های کم­برخوردار سهم بسیار اندکی در ارائه خدمات دارند، به‌گونه‌ای که 19 استان فاقد این مراکز هستند. مطالعات نشان داده است که با توجه به شرایط زندگی و بیماری‌های مختلفی که افراد دارای ناتوانی با آن مواجه هستند، اغلب افراد پس از ترخیص از مراقبت‌های حاد بیمارستانی یا برنامه‌های توانبخشی سرپایی، برای دستیابی به اهداف توانبخشی و فعال شدن مجدد در جامعه، نیاز به توانبخشی در منزل دارند؛ لذا سازمان جهانی بهداشت توصیه اکید بر توسعه خدمات جامعه‌محور دارد.

در کانادا، از سال 1996، ارائه خدمات توانبخشی در منزل به‌ عنوان یک مدل رقابتی در حوزه توانبخشی جهت ارائه خدمات با کیفیت بالا، هزینه کم، رضایت و دسترسی بیشتر معرفی گردید؛ اما با توسعه آن، موانع قابل‌توجهی برای دستیابی به رقابت مؤثر در ارائه این نوع خدمت به وجود آمد:

1- کم بودن تعداد مؤسسات خصوصی مایل به ارائه این خدمت، به دلیل کم بودن نیروهای آموزش‌دیده و متخصص، به­ویژه در رشته پرستاری

2- موانع ساختاری در زمینه انجام کار تیمی و یکپارچه‌سازی خدمات

3- نبود بسترهای لازم جهت ورود ارائه‌دهندگان جدید

در نهایت، بررسی‌های به عمل ‌آمده نشان داد که در صورت عدم رفع موانع فوق و متعاقب آن، ارائه این خدمات صرفاً به‌ صورت خصوصی و کنترل نشده، هزینه‌ها کاهش نیافته و کیفیت خدمات ارتقا نمی­یابد. به علاوه، در این زمینه محدودیت‌هایی در جهت ایجاد اصلاحات در نظام سلامت وجود دارد.

نتایج مطالعه‌ای که در سال 2017 در چین بر روی بیماران سکته­مغزی انجام شد نشان داد که نه ‌تنها هزینه‌های پزشکی و بستری بیماران کم شده، بلکه مدت ‌زمان مراقبت از بيماران كاهش و میزان رضایت آن‌ها افزایش یافته است. مطالعه‌ دیگری که توسط انستیتوی سالمندی و توانبخشی لندن در سال 2019 انجام شد، نشان داد که خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه، دارای سود خالص مالی بیش از 43،655 دلار نسبت به مراقبت‌های معمول است و نه ‌تنها هزینه کمتری دارد، بلکه مؤثرتر بوده و نتایج حاصل از تجزیه ‌و تحلیل‌ها نیز مؤید افزایش هزینه - اثربخشی این برنامه در 100 درصد موارد، در مقایسه با برترین مراقبت‌های معمول می­باشد.

شواهد علمی بسیاری در مورد نتایج مثبت برنامه‌های توانبخشی در منزل و نیز خدمات مبتنی بر جامعه، در کشورهای با درآمد بالا نسبت به کشورهای کم‌درآمد وجود دارد. به‌طورکلی می‌توان گفت در سه دهه اخیر، نگرش جهانی از ارائه خدمات مؤسسه‌ای به سمت خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه تغییر یافته است.

در مجموع، موانعی که در رابطه با عدم توسعه خدمات جامعه­محور در کشور مطرح می­گردند، عبارتند از:

1- عدم شناخت کافی و توجه لازم سیاست‌گذاران به اهمیت توانبخشی در منزل، به‌ عنوان ادامه روند درمان.

2- تمایل نیروهای توانبخشی به ارتباط بی‌واسطه (و نه از طریق مراکز موجود و فعال) با خانواده بیمار و بالعکس، که تصور می‌شود این تمایل، به سبب کمتر شدن هزینه‌های خانواده و تأمین بهتر منافع درمانگران باشد.

3- پرداخت بالا از جیب بیماران که موجب شده است بیماران کمتری به این خدمات دسترسی پیدا کنند. (مهم­ترین دلیل توسعه و توزیع بیشتر این خدمات در سازمان بهزیستی، وجود کمک‌هزینه‌های این سازمان می­باشد.)

4- مراحل سخت اخذ مجوز برای بخش خصوصی و توان پایین افراد دارای ناتوانی جهت استفاده از خدمات توانبخشی در منزل بدون یارانه یا بیمه.

5- رشد مراکز فاقد مجوز که به دلیل ارائه خدمات غیراستاندارد و نیز عدم نظارت مراجع ذی‌صلاح، با منافع بالاتری خدمات را ارائه می­دهند.

در مجموع، گرچه مراکز جامع و روزانه توانبخشی از رشد نسبتاً خوبی برخوردار بوده­اند، ولی تفاوت فاحشی بین استان‌های مختلف وجود داشته و با نیاز جامعه هدف، فاصله­ بسیاری دارد. رشد منفی این مراکز باعث افزایش بار اشغال تخت بیمارستان‌ها و هزینه‌های گزاف برای نظام سلامت و خانواده خواهد شد، بنابراین می­بایست سیاست­گذاری­های لازم و پیگیری جدی درخصوص توسعه خدمات توانبخشی پزشکی در منزل صورت پذیرد.

**نیروی انسانی توانبخشی**

در ایران، تعداد نیروهای متخصص طب فیزیکی و توانبخشی1/10 برابر، فیزیوتراپی 1/3 برابر، کاردرمانی 1/3 برابر، گفتاردرمانی 1/2 برابر، شنوایی‌شناسی 1/2 برابر و ارتوپدی فنی 1/3 برابر با تعداد مورد توافق در شورای گسترش وزارت بهداشت فاصله دارد و با توجه به اینکه رویکرد توسعه مراکز، به سمت توسعه مراکز چند تخصصی و ارائه خدمات تیمی است، کمبود نیروی انسانی در کیفیت، کمیت، اثربخشی و حتی در توسعه مراکز، اثرگذار خواهد بود. اگرچه از سال 1390 تا 1397، با سیاست‌های اتخاذ شده، توسعه کمّی در نیروی انسانی توانبخشی داشته­ایم ولی این میزان همچنان تا برآوردهای کشوری فاصله بسیار زیادی دارد.

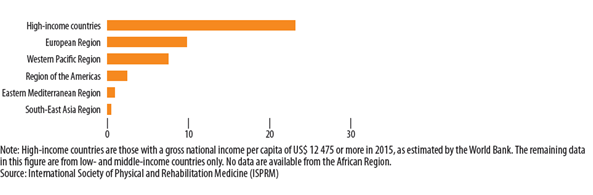
طبق استاندارد انگلستان درخصوص نیروهای توانبخشی در سطح بستری، به ازای هر 20 تخت توانبخشی، 2/1 نفر متخصص طب فیزیکی و توانبخشی، 24 نفر پرستار (که حداقل 30 درصد آن‌ها می­بایست دوره‌های توانبخشی را دیده باشند)، 4 نفر فیزیوتراپیست، 4 نفر کاردرمانگر و 2 نفر گفتاردرمانگر در نظر گرفته ‌شده است. در سطح جامعه‌محور نیز به ازای هر یک ‌میلیون نفر جمعیت، 4/2 نفر متخصص طب فیزیکی و توانبخشی، 2 نفر پرستار توانبخشی، 6 نفر فیزیوتراپیست، 10 نفر کار درمانگر و 4 نفر گفتار درمانگر مورد نیاز می‌باشد. بر اساس استانداردهای استرالیا، به ازای هر 10 بیمار پذیرش‌ شده در بیمارستان با بیماری‌هایی نظیر سکته مغزی، ضایعه نخاعی، مشکلات اسکلتی عضلانی و ... که نیاز به خدمات توانبخشی دارند، 7/8 نفر کاردرمانگر، 3/10 نفر فیزیوتراپیست و 8/3 نفر گفتاردرمانگر مورد نیاز است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نکته مستتر در تمامی این استانداردها، رعایت نسبت بین نیروها جهت انجام کار تیمی می­باشد؛ حال‌آن­که نتایج حاصل از مقایسه نیروها در ایران نشان می­دهد که در مقایسه با پزشکان، نیروهای مامایی و پرستاری تقریباً 5/1 برابر، طب فیزیکی و توانبخشی 223 برابر، ارتوپدی فنی 111 برابر، کاردرمانی 35 برابر، فیزیوتراپی 13 برابر، شنوایی‌شناسی 38 برابر، بینایی­سنجی 36 برابر و گفتاردرمانی 33 برابر می‌باشد که همین موضوع، با توجه به توزیع نامناسب نیروها در کشور، خود یکی از موانع موجود بر سر راه‌ کار تیمی است.

در ادامه، با توجه به داده‌های تفکیکی، در مورد داده‌های مربوط به نیروی انسانی در رشته‌های مختلف و مقایسه آن با داده‌های جهانی، بحث می­شود.

* **متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی**

نتایج حاصل از مقایسه تعداد متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی در ایران و سایر کشورها در نمودار 1 نشان داده شده است. در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا و کشورهای اروپایی، ایران از تعداد کمی متخصص برخوردار بوده و وضعیت آن تشابه زیادی با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی دارد.

**نمودار 1 - تراکم متخصص طب فیزیکی و توانبخشی به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت، بر اساس داده‌های 140 کشور**



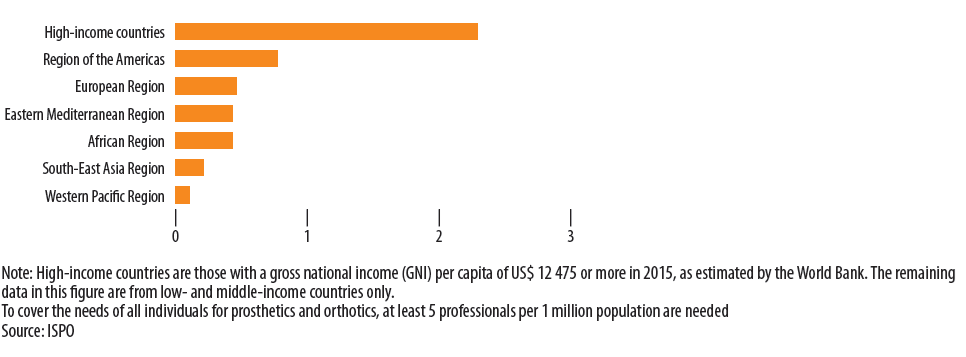
در بخش توسعه نیروی انسانی، نکته مهم این است که توسعه نیروی متخصص طب فیزیکی و توانبخشی بدون توسعه ساختارهای توانبخشی (برای مثال در سطح بستری، تخت‌های توانبخشی و در سطح سرپایی، مراکز جامع توانبخشی)، به مصلحت نبوده و امکان­پذیر نیست. در حال حاضر، یکی از مشکلات جدی بر سر راه دانش‌آموختگان این رشته، نبود فضا و ساختارهای مناسب جهت همکاری با سایر گروه‌های توانبخشی به‌ صورت تیمی می‌باشد. از این ‌رو بیشتر متخصصین و فارغ­التحصیلان این رشته، به کارهای تشخیصی نظیر انجام تست‌ نوار عصب عضله و درمان بیماری‌های اسکلتی عضلانی (و نه درمان­ ناتوانی­های پیچیده) بسنده کرده‌اند. از طرف دیگر، نیروی انسانی نیز توزیع مناسبی در کشور ندارد، به‌گونه‌ای که برخی استان‌ها هنوز از داشتن متخصصین طب فیزیکی محروم هستند. هم‌اکنون توزیع این متخصصین در کشور، نه بر اساس نیاز جامعه، بلکه وابسته به زمینه کار در منطقه و توان تأسیس مطب یا مرکز ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی می­باشد، به‌گونه‌ای که تعداد این متخصصین در استان‌های برخوردار، 34 برابر استان­های کم­برخوردار است. همچنین، درصد رشد نیروهای متخصص طب فیزیکی و توانبخشی در سال 1397 کمتر از سال‌های قبل بوده است. لذا به نظر می­رسد با توجه به نیاز جامعه هدف کشور، توزیع نامناسب این متخصصین و رشد کمّی اندک آن‌ها به­ویژه در سال‌های اخیر، سیاست‌های توسعه‌ای می‌بایست ابتدا درخصوص ساختارهای توانبخشی و سپس در زمینه تعداد نیروها اتخاذ گردد.

* **نیروهای اورتز و پروتز**

در ایران، گرچه تعداد نیروهای اورتز و پروتز در سال 1391 از رشد خوبی (300 درصد) برخوردار بوده، اما این آهنگ رشد در سال‌های بعد، کند شده است. از نظر توزیع، تعداد این نیروها در استان‌های برخوردار 26 برابر استان­های کم برخوردار است. لذا به نظر می‌رسد می‌بایست سیاست‌های توزیع عادلانه در این رابطه اتخاذ گردد.

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، خدمات تخصصی توانبخشی ارائه ‌شده در هر منطقه، بر اساس نیاز به خدمات نبوده و انتظارات در این زمینه برآورده نشده است. به ‌عنوان ‌مثال، طبق استانداردهای سازمان جهانی بهداشت در مورد اورتز و پروتز، به ازای هر یک ‌میلیون نفر جمعیت، می­بایست حداقل پنج متخصص اورتز و پروتز برای پاسخگویی به نیاز تمامی افراد وجود داشته باشد. داده‌های انجمن بین‌المللی اورتز و پروتز ISPO [[9]](#footnote-10) بر اساس تعداد پروتزهای ثبت ‌شده، نشان می‌دهد که حتی در کشورهای با درآمد بالا، تعداد متخصصین اورتز و پروتز و تکنسین‌ها قابل قبول نیست. در مناطقی مانند آفریقا، جنوب­شرقی آسیا و غرب اقیانوس آرام، تعداد متخصصین اورتز و پروتز و متخصصان ارتوپدی، کمتر از یک‌دهم تعداد مورد نیاز است (نمودار 2).

**نمودار 2 - تراکم نیروی ارتوپدی فنی به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت، بر اساس داده‌های 140 کشور**



**جدول 3 - تعداد نیروهای اورتز و پروتز به ازای یک‌ میلیون نفر جمعیت در کشورهای مختلف و مقایسه آن با ایران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کشور | سال | تعداد به ازای یک‌میلیون نفر جمعیت |
| مجارستان | 2017 | 31 |
| آمریکا | 2014 | 26 |
| بوسنی و هرزگوین | 2017 | 26 |
| ایران | 2018 | **25** |
| ترکیه | 2017 | 25 |
| استرالیا | 2016 | 17 |
| بریتانیا | 2017 | 16 |
| اوروگوئه | 2017 | 11 |
| لبنان | 2017 | 6 |
| آرژانتین | 2017 | 5 |
| سریلانکا | 2017 | 4 |
| برزیل | 2017 | 2 |
| پاراگوئه | 2017 | 2 |
| پرو | 2017 | 1 |
| اکوادور | 2017 | 1 |
| بولیوی | 2017 | 1 |
| شیلی | 2017 | 1 |

منبع: گزارش برآورد نیروی انسانی موردنیاز رشته‌های علوم پزشکی تا سال 1404- گزارش رشته‌های توانبخشی (1397)

* **نیروهای فیزیوتراپی**

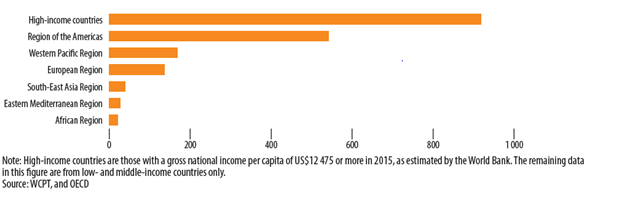
در ایران رشد تعداد نیروهای فیزیوتراپی بیش از 70 درصد بوده است. از نظر توزیع، تعداد این نیروها در استان‌های برخوردار 26 برابر استان­های کم­برخوردار است. داده‌های جدول 4 نشان می‌دهد که ایران از نظر تعداد فیزیوتراپیست، فاصله زیادی با کشورهای توسعه­یافته داشته، ولی در مقایسه با کشورهای منطقه، وضعیت نسبتاً خوبی دارد. رشد این نیروها، متناسب با شرایط کشور و ساختارهای موجود، دارای شیب ملایم و فزاینده‌ای است ولی از نظر توزیع، نامناسب، نابرابر و بدون توجه به نیازهای جامعه می­باشد. شیب ملایم توسعه نیروی انسانی فیزیوتراپی حاکی از آن است که هدف سیاست‌های کلان، افزایش تعداد نبوده و عدم تغییر در ظرفیت ساختارها و همچنین برنداشتن گام­های جدی جهت توسعه بیمه همگانی برای خدمات توانبخشی، به­ویژه ناتوانی‌های پیچیده، موجب کاهش درصد رشد نسبت به گذشته، شده است.

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، با وجود تعداد زیاد افرادی که نیاز به مداخله فیزیوتراپی دارند، تعداد پرسنل واجد شرایط در مناطق مدیترانه‌ای آفریقا، جنوب شرق آسیا و مدیترانه شرقی، پایین‌تر از 11 متخصص به ازای هر یک ‌میلیون نفر است. کشورهای کم‌درآمد، با کمتر از ۱۰ فیزیوتراپیست به ازای هر یک میلیون نفر، دارای کمترین تراکم هستند. هیچ مطالعه­ای از منطقه آفریقا در رابطه با تراکم متخصصان فیزیوتراپی موجود نیست. در مناطق مدیترانه‌ای شرقی و جنوب شرقی آسیا نیز تعداد متخصصین، کمتر از 1 نفر به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت می­باشد.

**جدول4 - تعداد نیروهای فیزیوتراپی به ازای یک‌ میلیون نفر جمعیت در کشورهای مختلف و مقایسه آن با ایران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کشور | سال | تعداد به ازای یک‌میلیون نفر جمعیت |
| نروژ | 2015 | 2710 |
| استرالیا | 2016 | 1269 |
| سوئد | 2015 | 1263 |
| فرانسه | 2015 | 1137 |
| برزیل | 2016 | 1050 |
| نیوزیلند | 2013 | 905 |
| بریتانیا | 2017 | 837 |
| قبرس | 2017 | 701 |
| آمریکا | 2014 | 660 |
| کانادا | 2017 | 600 |
| کره جنوبی | 2016 | 594 |
| اوروگوئه | 2016 | 540 |
| شیلی | 2016 | 453 |
| کویت | 2017 | 215 |
| لبنان | 2017 | 199 |
| امارات متحده عربی | 2017 | 198 |
| آفریقای جنوبی | 2015 | 124 |
| ترکیه | 2015 | 102 |
| ونزوئلا | 2016 | 95 |
| ایران | 2018 | **84** |
| عربستان سعودی | 2016 | 78 |
| پاکستان | 2017 | 76 |
| عمان | 2017 | 63 |
| مصر | 2017 | 32 |
| مالزی | 2016 | 29 |
| مکزیک | 2016 | 24 |
| افغانستان | 2017 | 15 |

منبع: گزارش برآورد نیروی انسانی موردنیاز رشته‌های علوم پزشکی تا سال 1404- گزارش رشته‌های توانبخشی (1397)

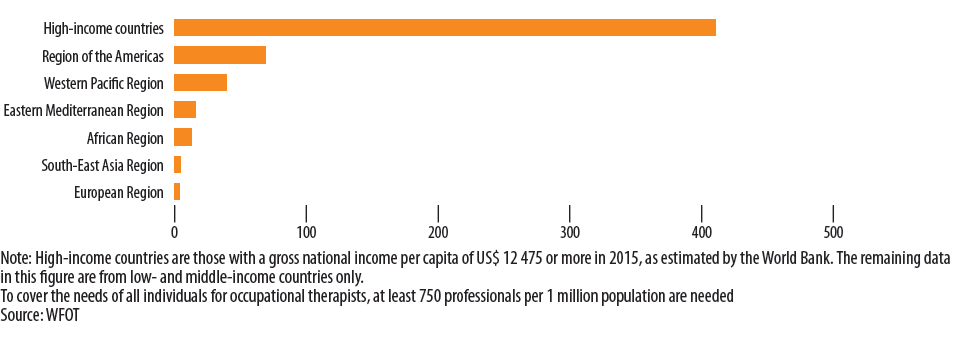
**نمودار 3 - تراکم نیروهای فیزیوتراپی به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت، بر اساس داده‌های 107 کشور** 

* **نیروی کاردرمانی**

نتایج مطالعات در ایران نشان می­دهد که در سال­های 1393 و 1394، بیشترین رشد در تعداد نیروهای کاردرمانی وجود داشته است. از نظر توزیع، تعداد این نیروها در استان‌های برخوردار، 23 برابر استان­های کم­برخوردار می­باشد. مهم‌ترین علل رشد تعداد نیروهای کاردرمانی، توسعه دانشکده‌های توانبخشی، مشخص شدن نیاز به خدمات تخصصی این رشته، تفاوت نقش آن با سایر رشته‌های توانبخشی به­ویژه فیزیوتراپی و افزایش گروه‌های کاردرمانی در دانشکده‌های توانبخشی بوده است. پس از سال ۱۳۹۴، به جهت رشد کیفی آموزش و نیز به دلیل نبود نیروی انسانی لازم، از جمله اساتید، برای آموزش و از همه مهم­تر، محدودیت ساختارهای ارائه­دهنده خدمت، رشد تعداد نیروی‌های کاردرمانی، کم و یا ثابت ‌شده است. جزئیات تعداد نیروهای کاردرمانی در کشورهای مختلف به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت (جدول 5)، نشان می­دهد که ایران از نظر تعداد نیرو، مانند منطقه مدیترانه شرقی بوده، از نظر رشد و توسعه نیروی کاردرمانی، وضعیت نامناسبی نداشته و لذا تا رسیدن به استاندارد جهانی، راهی طولانی در پیش دارد.

به گفته فدراسیون جهانی کاردرمانگران WFOT [[10]](#footnote-11) ، حداقل تعداد نیروهای کاردرمانی به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت،750 نفر است. داده‌های مربوط به 71 کشور در سراسر جهان نشان می‌دهد که حتی در کشورهای با سطح درآمد بالا، شمار نیروهای کاردرمانی ثبت ‌شده، بسیار پایین‌تر از حداقل تعداد مورد نیاز می­باشد (نمودار 4).

**نمودار 4 - تراکم نیروهای کاردرمانی به ازای یک‌ میلیون نفر جمعیت، بر اساس داده‌های 79 کشور**



**جدول 5 - تعداد نیروهای کاردرمانی به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت در کشورهای مختلف و مقایسه آن با ایران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کشور | سال | تعداد به ازای یک‌میلیون نفر جمعیت |
| دانمارک | 2018 | 1614 |
| استرالیا | 2018 | 733 |
| ژاپن | 2018 | 593 |
| بریتانیا | 2018 | 590 |
| نیوزیلند | 2018 | 578 |
| کانادا | 2018 | 432 |
| آمریکا | 2018 | 432 |
| شیلی | 2018 | 324 |
| آرژانتین | 2018 | 246 |
| یونان | 2018 | 156 |
| کلمبیا | 2018 | 134 |
| قبرس | 2018 | 118 |
| تایوان | 2018 | 114 |
| آفریقای جنوبی | 2018 | 91 |
| برزیل | 2018 | 89 |
| مالزی | 2018 | 63 |
| ایران | 2018 | **5/32** |
| عربستان سعودی | 2018 | 30 |
| تایلند | 2018 | 17 |
| کنیا | 2018 | 16 |
| پاکستان | 2018 | 7 |
| هند | 2018 | 4 |
| مکزیک | 2018 | 3 |
| بنگلادش | 2018 | 2/1 |
| ترکیه | 2018 | 2 |

منبع: گزارش برآورد نیروی انسانی موردنیاز رشته‌های علوم پزشکی تا سال 1404 - گزارش رشته‌های توانبخشی (1397)

* **نیروهای گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی و بینایی‌سنجی**

بررسی‌ها نشان داده اند که وضعیت نیروی گفتاردرمانی در ایران، در مقایسه با سایر کشورها مناسب نیست (جدول 6). در ایران، وضعیت نیروهای گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی و بینایی‌سنجی نیز مطابق با کاردرمانی بوده و موانع پیش روی توسعه آن‌ها، دقیقاً شبیه به هم می­باشند. ضمن اینکه از نظر توزیع، تعداد این نیروها در استان‌های برخوردار، 9 برابر استان­های کم­برخوردار بوده و توزیع آن­ها در مقایسه با سایر نیروها منطقی‌تر می‌باشد (جدول 7) و (جدول 8).

**جدول 6 - تعداد نیروهای گفتاردرمانی به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت در کشورهای مختلف و مقایسه آن با ایران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کشور | سال | تعداد به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت |
| آمریکا | 2016 | 444 |
| قبرس | 2017 | 370 |
| هلند | 2017 | 352 |
| استرالیا | 2016 | 345 |
| کانادا | 2017 | 258 |
| بریتانیا | 2017 | 258 |
| نیوزیلند | 2017 | 174 |
| هنگ‌کنگ | 2017 | 135 |
| ژاپن | 2017 | 127 |
| کره جنوبی | 2016 | 89 |
| ایران | 2018 | **8/34** |
| مالزی | 2017 | 25 |
| هند | 2017 | 2 |

منبع: گزارش برآورد نیروی انسانی موردنیاز رشته‌های علوم پزشکی تا سال 1404 - گزارش رشته‌های توانبخشی (1397)

**جدول 7 - تعداد نیروهای شنوایی‌شناسی به ازای یک‌ میلیون نفر جمعیت در کشورهای مختلف و مقایسه آن با ایران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کشور | سال | تعداد به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت |
| دانمارک | 2017 | 158 |
| نیوزیلند | 2017 | 141 |
| ژاپن | 2017 | 127 |
| استرالیا | 2016 | 97 |
| ایران | 2018 | **27/93** |
| کره جنوبی | 2016 | 89 |
| کانادا | 2017 | 51 |
| آمریکا | 2016 | 45 |
| بریتانیا | 2017 | 44 |
| آفریقای جنوبی | 2017 | 4 |
| هند | 2017 | 2 |

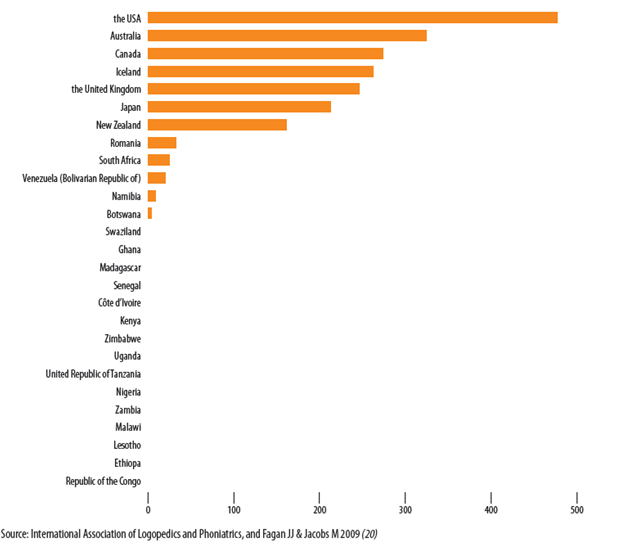
**جدول 8 - تعداد نیروهای بینایی‌سنجی به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت در کشورهای مختلف و مقایسه آن با ایران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کشور | سال | تعداد به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت |
| اوروگوئه | 2015 | 226 |
| بریتانیا | 2015 | 224 |
| استرالیا | 2015 | 216 |
| کانادا | 2016 | 159 |
| آمریکا | 2014 | 129 |
| عمان | 2015 | 99 |
| ترکیه | 2015 | 77 |
| قطر | 2015 | 73 |
| قبرس | 2015 | 68 |
| آفریقای جنوبی | 2014 | 66 |
| مکزیک | 2014 | 59 |
| ژاپن | 2016 | 57 |
| مالزی | 2016 | 54 |
| فلسطین | 2016 | 44 |
| برزیل | 2016 | 30 |
| نیجریه | 2016 | 23 |
| ایران | 2018 | **31/21** |
| عربستان | 2015 | 19 |
| کویت | 2015 | 17 |
| غنا | 2017 | 14 |
| بلغارستان | 2015 | 8 |
| پاکستان | 2015 | 8 |
| هند | 2015 | 7 |
| عراق | 2015 | 2 |
| یمن | 2015 | 2 |
| شیلی | 2016 | 2 |
| تایلند | 2014 | 1 |
| چین | 2014 | 1 |
| افغانستان | 2015 | 0 |

منبع: گزارش برآورد نیروی انسانی موردنیاز رشته‌های علوم پزشکی تا سال 1404 - گزارش رشته‌های توانبخشی (1397)

داده‌های موجود در مورد نیروهای گفتاردرمانی، تفاوت‌ فاحشی را بین کشورهای با درآمد بالا، متوسط و کم‌درآمد نشان می‌دهد (نمودار 5). درحالی‌که برخی از کشورهای کم‌درآمد در منطقه آفریقا، هیچ درمانگرگفتاری و زبانی برای کل جمعیت ندارند، در کشورهای با درآمد بالا مانند ایالات‌متحده آمریکا یا استرالیا، بیش از 300 گفتاردرمانگر به ازای هر یک‌ میلیون نفر جمعیت، وجود دارد.

**نمودار 5 - تراکم نیروهای گفتاردرمانی به ازای یک ‌میلیون نفر جمعیت، بر اساس داده‌های 79 کشور**



جدول مقایسه‌ای نیروهای پزشکی و توانبخشی نشان می‌دهد گرچه تعداد نیروهای توانبخشی در کشورهای با درآمد متوسط نسبتاً خوب است ولی در مقایسه با کشورهای با درآمد بالا و نیاز جامعه، فاصله زیادی دارد. عدم تناسب بین تعداد نیروهای توانبخشی، پزشک و پرستار، مانع اولیه بر سر راه کار تیمی در این حوزه می‌باشد، اما نکته مهم‌تر این است که عدم تطابق نیروها با ساختارهای موجود، موجب شده که از همین ظرفیت توسعه نیروی انسانی نیز استفاده مناسبی نگردد. لازم به ذکر است این عدم تناسب، منحصر به رشته‌های پزشکی با توانبخشی نبوده و میان رشته‌های مختلف توانبخشی نیز چنین عدم تناسبی بین نیروهای فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی وجود دارد که شاید برخی از دلایل آن، عدم آشنایی پزشکان با مباحث توانبخشی، فقدان رویکرد کار تیمی، عدم ارجاع به‌هنگام و عدم وجود پوشش بیمه‌ای برای سایر خدمات توانبخشی (به ‌استثنای فیزیوتراپی) ‌باشد که دسترسی و مطالبه جامعه را در این حوزه کمتر ساخته است.

نکته قابل ‌تأمل این است که براساس بررسی‌های سازمان جهانی بهداشت، در کشورهای با درآمد بالا که تراکم نیروی کار چندین برابر بیش از کشورهای کم‌درآمد و متوسط می­باشد نیز امکان استفاده از خدمات توانبخشی می‌تواند کم باشد. برای مثال، مطالعه در مورد کشورهای اروپای مرکزی نشان داد که استفاده عمومی از توانبخشی در سطوح مختلف ارائه خدمات (اولیه، ثانویه، ثالثیه) مناسب نبوده است. طبق بررسی انجام ‌شده در سال 2010 نیز کمتر از 20 درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از توانبخشی قلبی استفاده می‌کنند. شواهد حاکی از آن است که در ایالات ‌متحده آمریکا، کانادا، استرالیا، نیوزیلند و کره جنوبی، استفاده از توانبخشی بعد از سکته قلبی و سکته مغزی، کم است. به ‌احتمال زیاد، خدمات توانبخشی بیشتر در زنان و افراد بالای 60 سال استفاده می‌شود. دلایل عدم استفاده از توانبخشی در کشورهای با درآمد بالا، شامل عدم دسترسی و موانع حمل ‌و نقل به­ویژه برای کسانی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، هزینه‌های خدمات، مدت‌زمان انتظار و کمبود آگاهی، استفاده نامناسب از امکانات، فقدان منابع زیربنایی (تجهیزات، فضا، تخت)، کمبود بودجه در سطح نظام سلامت و فقدان قوانین ملی، رهنمودها یا سیستم‌های اطلاعاتی ناقص یا ناکافی می­باشد.

درخصوص آمار، اگرچه اطلس جهانی نیروی‌های درمانی[[11]](#footnote-12) اطلاعات جامعی در مورد نیروی کار عمومی فراهم می‌کند و در ایران نیز سعی شده است که اطلاعات با حداکثر دقت جمع‌آوری گردد، ولی در مجموع، اطلاعات مربوط به نیروی کار توانبخشی و ساختارهای موجود در جهان و ایران، ضعیف بوده، اغلب وجود نداشته و یا در صورت وجود، ناقص بوده و با تعاریف مشخص و یکسان نمی­باشد. برخی از این داده‌ها، بر اساس منابع معتبری نظیر اداره نظارتی یا اداره دولتی تهیه شده­اند، اما اغلب، تعداد متخصصین بهداشتی مرتبط با توانبخشی، تنها برآوردی است که بر اساس مستندات موجود انجام شده است. فقدان شواهد، تهیه دستورالعمل‌ها یا توصیه­های سیاستی را دشوار نموده و به‌طورکلی، مانع از برنامه‌ریزی هماهنگ برای نیازهای توانبخشی می­شود. داده‌های ارائه ‌شده در این تحقیق، نشان ­می‌دهد که کمبود نیروی انسانی واجد شرایط، در سراسر جهان و ایران وجود دارد؛ لذا نیازهای توانبخشی به­طور کامل مرتفع نشده و در نتیجه، سطح عملکرد افراد جامعه، به­ویژه نیازمندان به این خدمات، بهبود نخواهد یافت.

سخن پایانی اینکه طبق نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق، در ایران، موجودیت ساختارها بسیار اندک بوده و همین موضوع سبب شده است که توسعه نیروی انسانی و کارآمدی نیروهای تربیت‌ شده، به‌شدت تحت تأثیر قرار گیرد؛ حال ‌آن­ که توزیع همین ساختارها و نیروهای موجود نیز به‌هیچ‌وجه عادلانه نبوده و تا رسیدن به پوشش خدمات همگانی سلامت، فاصله زیادی دارد. نکته قابل ‌تأمل این است که تاکنون سیاست‌گذاری مشخصی در این زمینه، با رویکرد یکپارچه، صورت نگرفته و همین موضوع نشان‌دهنده ضرورت توجه سیاست‌گذاران، مدیران، صاحب‌نظران و محققین به موارد مذکور می‌باشد.

**توصیه‌ها**

در توسعه زیرساخت‌های توانبخشی در بخش‌ها و سطوح مختلف، توصیه‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

**◄ در حوزه سیاست‌گذاری**

1- ایجاد یک سیستم واحد جهت سیاست‌گذاری یکپارچه در زمینه توسعه تسهیلات اعم از زیرساخت‌ها، نیروی انسانی موردنیاز، پوشش بیمه­ها و تأمین اعتبارات لازم در این خصوص و نیز پشتیبانی سیاسی از خدمات توانبخشی در سطح ملی.

2- تولید شواهد موجود در زمینه خدمات، پیامدها و بیماری‌های مرتبط با ناتوانی، از طریق راه‌اندازی و توسعه نظام‌های ثبت آن­ها، به منظور دسترسی به آمار نیازمندان به خدمات توانبخشی جهت تأمین منابع و تسهیلات متناسب با این نیاز در سطح ملی و استانی.

3- راه‌اندازی بانک اطلاعاتی یکپارچه و هماهنگ، حاوی اطلاعات افراد دارای ناتوانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات، در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، به ‌منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به حوزه توانبخشی جهت ارتقای سیستم‌های اطلاعات سلامت، از جمله داده‌های توان‌بخشی، با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی (ICF) و کمک به سیستم ارائه خدمات یکپارچه و ادغام ­یافته.

4- ایجاد و تقویت ساختار اداری جهت رصد خدمات توانبخشی و سیاست‌گذاری به‌ منظور افزایش پوشش همگانی خدمات.

5- برآورد میزان نیاز به زیرساخت‌های توانبخشی در سطوح مختلف اعم از بستری، سرپایی و جامعه‌محور.

**◄ در حوزه ساختارها و بخش‌های مختلف ارائه خدمات**

* **در بخش بستری**

1. راه‌اندازی مراکز تحت حاد توانبخشی در مراکز آموزشی دانشگاهی و یا به‌ صورت وابسته (Affiliate) به بیمارستان‌های عمومی.

2. ایجاد بخش‌ها و تخت‌های توانبخشی در بیمارستان‌های سطح دو وابسته به وزارت بهداشت و استفاده از ظرفیت بخش خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد.

3. تقویت و حمایت بیمارستان‌های توانبخشی موجود.

4. طراحی و ساخت بیمارستان­های مرجع توانبخشی سطح چهار در کلان مناطق کشور

* **در بخش سرپایی**

1- ادغام خدمات درمانی و توانبخشی در سطح مراقبت‌های اولیه و ثانویه، جهت استفاده از فضاها و ساختارهای موجود، تکمیل زنجیره خدمات و ایجاد سیستم ارجاع، در راستای بهبود ادغام توانبخشی در تمامی سطوح نظام سلامت و تقویت پیوندهای بین­بخشی برای رفع مؤثر و کارآمد نیازهای جمعیت هدف.

2- تدوین و اصلاح آیین‌نامه‌های موجود مراکز جامع توانبخشی و مراکز توانبخشی تحت حاد، به ‌منظور سهولت در امر توسعه مراکز و کاهش هزینه‌های تمام‌شده مراکز توانبخشی جهت تشویق سرمایه‌گذاری بخش‌های دولتی و غیردولتی.

3- توسعه مراکز جامع توانبخشی با اولویت استان‌های فاقد مراکز جامع نظیر اردبیل، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، هرمزگان، کهگیلویه و بویر احمد، کردستان، لرستان، خراسان­شمالی و جنوبی، قزوین، آذربایجان غربی و زنجان.

4- توسعه پوشش خدمات بیمه توانبخشی در بخش تحت­حاد و سرپایی، جهت تشویق و تقویت مراکز توانبخشی در بخش دولتی و غیردولتی، در راستای توسعه کمی و کیفی مراکز ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی.

5- حمایت از توسعه و راه‌اندازی مراکز ارائه‌ خدمات چندتخصصی در حوزه توانبخشی، به‌ جای مطب‌ها و یا دفاتر کار تک­تخصصی، به ‌منظور ایجاد بستر مناسب جهت توسعه و تقویت مدل‌های مبتنی بر کار تیمی ‌توانبخشی که برای افراد دارای ناتوانی مناسب می‌باشد.

6- خرید خدمت راهبردی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراکز دولتی، خصوصی و سازمان‌های مردم ‌نهاد واجد شرایط.

7- استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود ساختارها و نیروی انسانی توانبخشی کشور، با کمک جمعیت هلال ‌احمر، بنیاد شهید و امور ایثارگران و سازمان بهزیستی کشور و سیاست‌گذاری مشترک در این زمینه.

* **در بخش جامعه­محور**

1- توسعه مراکز توانبخشی در منزل

2- توسعه مراکز مراقبت‌های بالینی و پرستاری در منزل، با اولویت استان‌های کهگیلویه و بویر احمد، قم، سمنان، زنجان، چهارمحال و بختیاری، بوشهر و البرز.

3- در نظر گرفتن معافیت‌ مالیاتی به عنوان مشوق برای سرمایه‌گذاری بخش ­خصوصی.

**◄ در حوزه نیروی انسانی**

1- با توجه به فاصله 10 برابری تعداد متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی با برآورد نیاز به آن‌ها و توزیع ناعادلانه در این حوزه، توصیه می‌شود با تجدیدنظر در سیاست‌های جذب و تربیت نیروی انسانی، اولویت به استان‌های فاقد نیروی انسانی متخصص طب فیزیکی و توانبخشی مانند چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد، ایلام، خراسان­ شمالی و سیستان و بلوچستان تعلق گرفته و آموزش و جذب دانشجویان و نیروهای بومی با رویکرد کار تیمی و توجه به بسترهای اجتماعی هر منطقه صورت پذیرد.

2- برگزاری دوره‌های آموزشی در قالب دوره‌های کوتاه‌مدت و درازمدت ویژه پزشکان و قرار دادن واحدهای درسی توانبخشی در دروس پزشکان عمومی جهت آشنایی با رشته‌های توانبخشی و استفاده از ظرفیت این گروه در درمان و مراقبت از بیماران در سطوح مختلف.

3- تدوین استانداردهای نیروهای مورد نیاز توانبخشی در سطوح مختلف بستری، سرپایی، جامعه‌محور و مراقبت طولانی‌مدت.

4- توسعه نیروی کار توانبخشی چندرشته‌ای مناسب برای کشور و ترویج مفاهیم توانبخشی بین پرسنل حوزه سلامت در سطوح مختلف، از شبکه بهداشت تا مراکز تخصصی.

5- توجه و سرمایه‌گذاری ویژه در زمینه جذب دانشجو و نیروهای تخصصی، به­ویژه دانشجویان و نیروهای بومی، با اولویت مناطق کم­برخوردار استان‌های دارای کمبود در ساختار و نیروی انسانی، مانند سیستان و بلوچستان.

**◄ در حوزه تحقیق**

1- طراحی نقشه تحقیقات حوزه توانبخشی مبتنی بر نیازهای کشور.

2- اجرای طرح‌های توانبخشی در سطح ملی، از جمله طرح مربوط به آمادگی در بحران‌ها با پاسخگویی بالا.

**ب- وضعیت قابلیت دسترسی افراد دارای ناتوانی جسمی به خدمات توانبخشی در ایران**

در مطالعه­ای که در سال 1398 توسط شیرازی­خواه و همکاران انجام شد، نتایج وضعیت قابلیت دسترسی به خدمات توانبخشی، به شرح ذیل به دست آمد. در این مطالعه، بر اساس پژوهش دکتر فرزادفر و همکاران، کشور به چهار پهنه توسعه­ای تقسیم شد.

**پهنه اول:** منطقه غرب (استان­های اردبیل، آذربایجان ­شرقی، آذربایجان­ غربی، کردستان، کرمانشاه، زنجان، همدان، ایلام، لرستان، خوزستان، چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد، فارس و بوشهر)

**پهنه دوم:** منطقه مرکزی (استان­های سمنان، یزد، اصفهان، تهران، قم، البرز، قزوین و مرکزی)

**پهنه سوم:** منطقه جنوب­شرقی (استان­های خراسان ­جنوبی، سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان)

**پهنه چهارم:** منطقه شمال- شمال­شرقی (استان­های خراسان ­رضوی، خراسان ­شمالی، گلستان، مازندران و گیلان)

در این تقسیم­بندی، جنوبی­ترین پهنه (پهنه سوم) دارای پایین­ترین سطح اقتصادی و اجتماعی بوده و پهنه مرکزی (پهنه دوم) بالاترین سطح اقتصادی اجتماعی را دارد.

در این مطالعه، با مراجعه به درب منازل، وضعیت نیاز به خدمات توانبخشی 12941 نفر بررسی گردید. در پهنه اول از 3219 نفر حدود 20 درصد، در پهنه دوم از 7193 نفر حدود 15 درصد، در پهنه سوم از 480 نفر حدود 25 درصد، در پهنه چهارم از 2049 نفر حدود 15 درصد و درمجموع، 2146 نفر معادل 5/16 درصد نیاز به خدمات توانبخشی داشته و وارد مطالعه شدند.

یافته­های این مطالعه، از بررسی وضعیت دموگرافیک افراد دارای ناتوانی جسمی به تفکیک پهنه­های اقتصادی و اجتماعی، بیانگر تفاوت اقتصادی و اجتماعی نمونه­ها در پهنه­های مختلف از نظر توسعه یافتگی (به­ترتیب پهنه دوم، چهارم، اول و سوم) بود. نتایج وضعیت نیاز به خدمات توانبخشی نشان داد که پهنه سوم با ۲۵ درصد، بیشترین نیاز به خدمات توانبخشی را داشته و سپس به ترتیب، پهنه اول 20 درصد و پهنه دوم و چهارم، هریک 15 درصد به خدمات توانبخشی نیاز داشتند و در مجموع، 5/16درصد افراد بررسی شده، نیاز به خدمات توانبخشی را گزارش کردند. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، به طور میانگین بیش از 15 درصد جمعیت جهان را افراد دارای ناتوانی تشکیل می­­دهند که این میزان، در کشورهای با درآمد پایین، بالاتر و در کشورهای با درآمد بالا، پایین­تر است. به نظر می­رسد نتایج این مطالعه، هم در پهنه­های توسعه­ای و هم در کل ایران، با پیش­بینی­های سازمان بهداشت جهانی مطابقت دارد.

با توجه به نتایج حاصل از بررسی نوع نیاز به خدمات توانبخشی، به طور متوسط در پهنه­های مختلف، نیاز به خدمت فیزیوتراپی چهار برابر سایر خدمات بود و میزان نیاز به سه خدمت فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی در پهنه سوم، نسبت به سایر پهنه­ها تفاوت فاحشی نشان می­داد. همچنین، میزان نیاز به خدمات فیزیوتراپی، به­عنوان شناخته­شده­ترین مداخله توانبخشی، در پهنه اول، 50 درصد کمتر از پهنه دوم و چهارم و 70 درصد کمتر از پهنه سوم بود. در رابطه با وضعیت مراجعه جهت دریافت خدمات، در پهنه سوم با 5/60 درصد عدم مراجعه، تقریباً 5 برابر افراد در مقایسه با پایین­ترین پهنه (پهنه اول)، مراجعه نداشته و از خدمات محروم شده­اند. به طور میانگین در تمامی پهنه­ها بیش از 35 درصد افراد به خدمات دسترسی پیدا نکرده­اند. در پهنه دوم، سوم و چهارم، روی هم رفته تقریباً به طور میانگین 42 درصد به خدمات دسترسی نداشته­اند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، نیمی از افراد دارای ناتوانی نمی­توانند از عهده تأمین نیاز به مراقبت­های بهداشتی درمانی برآیند و 50 درصد بیش از افراد سالم، از مخارج بهداشتی درمانی فاجعه­بار رنج می­برند. در تحقیقی که در سال 2014 در استرالیا در زمینه دسترسی به خدمات توانبخشی قلبی انجام شد، مشخص گردید که 96 درصد از شهروندان استرالیایی به خدمات توانبخشی دسترسی دارند؛ در حالی­که نتایج تحقیق در ایران نشان­ داد نه تنها بیش از نیمی از افراد دارای ناتوانی با مشکل عدم دریافت خدمات روبرو هستند، بلکه در مناطق با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین­تر، این مشکل به مراتب شدیدتر است. همان­طور که در ماده 26 کنوانسیون سازمان ملل برای حقوق معلولین UNCRPD [[12]](#footnote-13) آمده است، دسترسی به توانبخشی برای افراد دارای ناتوانی، از مصادیق حقوق بشر می­باشد، لذا تصمیم­گیری جدی در این خصوص، کاملا ضروری است.

به طور کلی، از نظر علت عدم مراجعه، بیشترین عامل مربوط به مشکلات مالی (5/49 درصد) بوده و سایر عوامل به ترتیب شامل نداشتن بیمه (38 درصد)، عدم دسترسی به اطلاعات لازم (5/35 درصد)، دوری مسافت (3/24 درصد) و نبودن خدمت مورد نظر (7/21 درصد)، در محرومیت از خدمات و عدم دسترسی به آن­ها نقش داشته­اند. با نگاهی دقیق­تر به علل عدم دسترسی به خدمات، مشخص می­گردد که مسائل مالی و پرداخت از جیب افراد نیازمند بابت خدمات توانبخشی، مجموعاً 82 درصد و عدم وجود خدمت و توزیع نا­مناسب آن، 46 درصد دخیل بوده­اند که یافته­ای قابل تامل است. در بررسی دقیق­تر بین پهنه­ها نیز مشخص شد که پهنه سوم، به عنوان پایین­ترین پهنه از نظر اقتصادی اجتماعی، بالاترین میزان عدم دسترسی را به سبب تمامی علل، دارا می­باشد. به عبارت دیگر، هم از نظر وجود خدمات و هم از لحاظ حمایت­های اقتصادی اجتماعی، به مناطق کم­برخوردار بی­توجهی شده است. شواهد زیادی از کشورهای با درآمد بالا و کشور­های با درآمد پایین و متوسط نشان می­دهد که افراد دارای ناتوانی برای دسترسی به خدمات و مراقبت­های بهداشتی با موانع زیادی روبرو هستند. در یک سیکل معیوب، فقر و ناتوانی به یکدیگر پیوند خورده­ تا به موجب آن، فقر به ناتوانی و ناتوانی به فقر منجر شود. فقر و سلامت ضعیف، از طریق مکانیسم­های مختلفی نظیر شرایط نامساعد زندگی، عوامل مربوط به سبک زندگی (مانند رژیم غذایی و سیگار کشیدن) و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، با یکدیگر مرتبط هستند.

در این مطالعه با توجه به ابعاد پرسشنامه، قابلیت دسترسی و وضعیت مؤلفه­های دموگرافیک به شرح ذیل بود:

با افزایش سطح تحصیلات، جایگاه اقتصادی اجتماعی و همچنین توانایی­های ذهنی/ ادراکی و عینی، وضعیت دسترسی به خدمات توانبخشی بهتر بود. از طرف دیگر، با افزایش سن، پایین بودن پوشش بیمه پایه و مکمل، ضعیف بودن سطح تسهیلات زندگی مانند مسکن و افزایش محدودیت جسمی، سطح دسترسی کاهش می­یافت. در مجموع می­توان گفت عوامل زمینه­ای، چه در سطح فرد (مانند سن و جنس) و چه در سطح اجتماع (مانند دسترسی به خدمات سلامتی و نگرش به ناتوانی)، نقش اساسی را در تجربه افراد از ناتوانی بازی می­کنند و افراد دارای ناتوانی اغلب، به دلایل مختلف، سطح بهداشتی ضعیف­تری را نسبت به افراد بدون ناتوانی درک می­کنند.

نتایج مطالعه­ای درخصوص میزان دسترسی به خدمات توانبخشی در کشورهای مختلف با درآمد متوسط و پایین نشان داد که دسترسی در کشورهای با در­آمد پایین مانند مالاوی 42 درصد، زامبیا 25 درصد، نپال 22 درصد و در کشورهای با درآمد متوسط مانند اردن 76 درصد، مالزی 59 درصد و پاکستان 40 درصد بوده است.

اقداماتی که در بخش­های مختلف سلامت (از جمله دسترسی افراد به خدمات سلامتی) انجام می­شود، باعث ایجاد تفاوت­هایی از نظر مواجهه با بیماری و میزان آسیب­پذیری،­ میان افراد گشته و در تفاوت­های فردی آن­ها از جهت روبرو شدن با عواقب ناشی از بیماری نیز نقش مهمی دارد. لذا ضروری است با انجام اقدامات لازم در زمینه بالا بردن پوشش همگانی سلامت، گام­های اساسی در جهت رسیدن به عدالت در سلامت برداشته شود.

**ج- سیاست­گذاری توانبخشی در کشورهای توسعه یافته**

در تحقیقی که در سال 1398 توسط دکتر ناهید رحمانی و همکاران، بر اساس جستجوی گسترده در سایت­های در دسترس صورت گرفت، سیاست­های منتشر شده کشورهای با درآمد متوسط و بالا در زمینه توانبخشی استخراج شد. سیاست­های کشورهای مختلف که بر اساس توصیه­های سازمان بهداشت جهانی اتخاذ شده تا بتوانند به استانداردهای مطرح شده در زمینه دسترسی و بالا بردن کیفیت خدمات توانبخشی دست یابند، در محورهای زیر مورد بررسی قرار گرفته است:

* تمامی کشورهای با درآمد متوسط و بالا، در سیاست­گذاری خود به این نتیجه رسیدند که به عنوان یک الزام، می­بایست خدمات توانبخشی در سیستم سلامت به صورت یکپارچه ارائه گردد. لذا یکی از سیاست­ها، تشویق و حمایت دولت­ها در زمینه تکمیل­کردن مسئولیت­های خود نسبت به ارائه خدمات توانبخشی در سیستم سلامت، به عنوان یکی از حقوق مهم شهروندان، می­باشد.
* برنامه­ریزی جهت ارائه خدمات توانبخشی در سیستم سلامت، می­بایست از نظر وجود، در دسترس بودن، قابل پرداخت بودن، مورد پذیرش بودن و کیفیت خدمات توانبخشی، در درجه اول اهمیت قرار گیرد.
* برای تأمین منابع مالی مورد نیاز ارائه خدمات توانبخشی به مؤثرترین شیوه، می­بایست بین ارائه­دهندگان، پرداخت­کنندگان و خریداران خدمات، مذاکره انجام شود.
* خدمات توانبخشی می­بایست در هر سه سطح اول، دوم و سوم سیستم سلامت ارائه گردد. کشورهای بسیار پیشرو مانند ایالات متحده آمریکا، انگلستان و کانادا موفق به ارائه خدمات توانبخشی در هر سه سطح به بیماران شدند و بخش زیادی از هزینه­های مربوط به سطح درمان را با پیشگیری توسط خدمات توانبخشی کاهش دادند. لذا تاکید شده است که تعداد نیروهای کاری و درمانگران ارائه­دهنده خدمات توانبخشی در سطح اولیه خدمات افزایش یابد. این میزان در کشورهای با درآمد بالا، از 8 درصد افزایش در سال 2010، به 14 درصد افزایش در سال 2020 رسیده است.
* به عنوان یک سیاست کلی، با افزایش سطح پوشش بیمه­ای خدمات توانبخشی، استفاده مؤثر از این خدمات افزایش می­یابد. لذا در کشورهای با درآمد متوسط و بالا، هزینه­های مربوط به خدمات توانبخشی، به طور کامل از طریق بیمه­ها تأمین شده و فقط در تعداد محدودی از کشورها، بخش بسیار کمی از هزینه­ها، از جیب بیمار پرداخت می­شود. در آمریکا انتظار می­رود تا سال 2024، تمامی جمعیت نیازمند به خدمات توانبخشی، تحت پوشش کامل بیمه­ای قرار گیرند.
* از نظر نیروی انسانی می­بایست برآورد مقدار استاندارد و پیش­بینی تعداد نیروی کار لازم برای آینده به ازای یک میلیون نفر جمعیت صورت گیرد و بر اساس آن، نیروی انسانی مورد نیاز آموزش داده شود تا تقاضا برای خدمات توانبخشی به نحو رضایت­بخشی برآورده گردد. همچنین برای بهره­مندی بیماران از بالاترین کیفیت خدمات توانبخشی، می­بایست آموزش­ها در سطح عالی ارائه شود. کمبود نیروی کار نیز فقط در کشورهای با درآمد پایین گزارش شده است، به گونه­ای که در بعضی کشورها، فیزیوتراپیست­ها خدمات مربوط به سایر حرفه­های توانبخشی (مانند کاردرمانی، گفتاردرمانی و ...) را ارائه می­دهند.
* تمامی نیروهای کاری توانبخشی باید دارای گواهی معتبر جهت انجام فعالیت باشند. همچنین، بر افزایش تعداد درمانگرها، افزایش سطح تحصیلی و علمی آن­ها، ترکیب نیروها از نظر تمرکز جغرافیایی و توسعه توانمندی­های آن­ها تأکید شده است.
* باید مدل مؤثری برای درمان­ها و تحقیقات توانبخشی ارائه شود تا دلایل مربوط به عدم استفاده مؤثر Underutilization از خدمات توانبخشی در جامعه مشخص گردد. به منظور افزایش استفاده مؤثر از خدمات توانبخشی می­بایست دسترسی به خدمات، از طرق مختلفی نظیر رفع موانع مربوط به حمل و نقل افراد، کاهش مدت زمان انتظار و افزایش آگاهی بیماران نسبت به خدمات توانبخشی، بهبود یابد.
* یکی از سیاست­های مهم کشورهای با درآمد بالا، تقویت و توسعه سیستم اطلاعات سلامت Health information system در زمینه توانبخشی می­باشد. لذا جمع­آوری اطلاعات در زمینه تعیین­کننده­های اجتماعی و جغرافیایی مربوط به توانبخشی ضروری است. همچنین داده­ها و اطلاعات مربوط به سیاست­ها، منابع انسانی و مدیریت سازمانی، وجود و کیفیت خدمات، پوشش­دهی خدمات و استفاده مؤثر از خدمات می­بایست به طور دقیق جمع­آوری گردد.
* یکی از سیاست­های مهم کشورهای با درآمد بالا برای افزایش کیفیت ارائه خدمات توانبخشی، حضور مربیان و اعضای آکادمیک جهت ارزیابی مداوم برنامه­های آموزشی بالینی موجود در زمینه توانبخشی می­باشد. لذا بر گسترش عملکرد بالینی محققین، درمانگران و متخصصین علم توانبخشی تأکید شده است.
* در راستای تقویت و ارائه خدمات توانبخشی با کیفیت بالا، بر تقویت همکاری­های بین­المللی، تکنولوژی­های کمکی و سرمایه­گذاری در زمینه توانبخشی تأکید شده است. لذا انتقال و مبادله دانش، حائز اهمیت بسیار است.
* جهت ارائه خدمات با کیفیت بهتر، می­بایست کمپین­های ملی و جهانی به منظور سرمایه­گذاری در زمینه تحقیقات توانبخشی و کسب منابع جهت فعالیت­ در زمینه توانبخشی، توسعه یابد.
* به عنوان یکی از سیاست­های مهم کشورهای با درآمد متوسط و بالا، مفهوم ناتوانی می­بایست در کوریکولوم آموزشی و برنامه­های درمانی پزشکان حوزه سلامت، به طور جدی وارد گردد.
* به­منظور دسترسی بهتر افراد نیازمند، به خدمات توانبخشی با کیفیت بالا، سعی بر این است که کاهش تمرکزگرایی و کاهش فاصله جغرافیایی به حداقل مقدار ممکن صورت گرفته و تعداد کافی مجوز کلینیک­ توانبخشی برای افراد واجد شرایط، صادر گردد. از سوی دیگر، بر ارائه خدمات توانبخشی از راه­ دور Telerehabilitation و ارائه خدمات کلینیکی به کمک موبایل افراد، تأکید فراوان شده، تا بیماران برای دریافت خدمات، مجبور به خروج از منزل یا محل کار خود نباشند.

**د- عوامل باز­دارنده پوشش همگانی خدمات توانبخشی جسمی در ایران**

در تحقیقی که در سال ۱۳۹۹ توسط دکتر محمدی و همکاران صورت گرفت، با توجه به مروری جامع بر مطالعات و تجربیات جهانی و اخذ نظر ذی­نفعان در کل کشور، عوامل بازدارنده توسعه پوشش همگانی خدمات توانبخشی در ایران، در حیطه­های ذیل دسته­بندی شد.

**♦ عوامل محتوایی:**

* **ارتباطات ضعیف در فرآیند خدمات حرفه­ای**

در تدوین و اجرای مداخلات توانبخشی، ارتباط حرفه­ای مناسبی بین متخصصان توانبخشی و درمانی وجود ندارد و این مسئله موجب سردرگمی مددجویان می­شود. به دلیل عدم شناخت اعضای تیم سلامت از نقش یکدیگر، گاهی ارجاعات انجام نشده و یا به شکل غلط صورت می­گیرد. نتیجه این امر، عدم دریافت خدمات مورد نیاز توسط مدد­جو می­باشد.

* **گرانی خدمات توانبخشی**

گرانی خدمات توانبخشی موجب شده است که مددجویان نیازمند به خدمات، از دریافت آن سر باز زنند. نکته قابل توجه این­ است که عدم پوشش بیمه­ای خدمات توانبخشی موجب می­شود مدد جویان، ناگزیر از پرداخت هزینه کامل از جیب شوند و این مشکل، برای افراد ناتوانی که معمولاً از وضعیت اقتصادی مناسبی برخوردار نیستند، یک آسیب مضاعف محسوب می­شود.

* **کمیت و کیفیت تجهیزات توانبخشی**

توانبخشی فرآیندی است که در غالب موارد، نیازمند تجهیزات کمکی­ می­باشد. در بسیاری مواقع، این تجهیزات گران­قیمت بوده و تحت پوشش بیمه نیز نمی­باشند؛ لذا تأمین هزینه­ها برای افراد دچار ناتوانی مشکل خواهد بود. بسیاری از شرکت­کنندگان در مطالعه ابراز داشتند که تجهیزات موجود، معمولاً به­روز نیستند. همچنین، مراکز ارائه­دهنده خدمات توانبخشی دارای تجهیزات به­روز و سالم نبوده و حتی تعداد تجهیزات آن­ها، متناسب با تعداد مراجعان نمی­باشد. با فناوری­های جدید، این بخش از تولیدات حوزه سلامت با سرعت شگفت­آوری در حال تحول است، در حالی­که به دلیل محدودیت­های مالی، افراد ناتوان مجبور به استفاده از انواع بسیار قدیمی و ناکارآمد تجهیزات برای رفع مشکلات خود هستند.

* **نبود خدمات متنوع توانبخشی، متناسب با نیازهای فرد ناتوان**

مددجویان نیازمند به خدمات توانبخشی، خدمات را متناسب با نیازهای خود دریافت نمی­کنند. همچنین، در بسیاری از موارد، مراکز ارائه­دهنده خدمات مورد نیاز، موجود نبوده و یا بسیار اندک می­باشند. شرکت­کنندگان ابراز داشتند که به دلیل عدم تناسب خدمات با نیازهای­ مددجو، دریافت خدمات موجب پیشرفت در وضعیت عملکردی وی نشده و مددجو رفته رفته از دریافت آن سر باز می­زند. شرکت­کنندگان بر این باور بودند که حتی دو نفر با مشکل توانبخشی یکسان، نیاز­های متفاوتی داشته و در ارائه خدمات توانبخشی، باید به این تفاوت­ها توجه داشت.

* **عدم استمرار خدمات توانبخشی**

یکی از مشکلات در دسترسی به خدمات توانبخشی، ارائه مقطعی این خدمات، به مراجعان مراکز می­باشد؛ این در حالی است که فرد نیازمند به خدمات توانبخشی، معمولاً تا پایان عمر و یا حداقل تا رفع کامل مشکل، به این خدمات نیاز دارد. به نظر یکی از شرکت­کنندگان، کودک مبتلا به فلج مغزی از بدو تولد تا زمان مرگ نیازمند طیف وسیعی از انواع خدمات، بر حسب رشد و تکامل می­باشد، در حالی­که خدمات در این قالب تدوین نشده­اند. مشارکت­کنندگان، بر طراحی برنامه و فرآیند ارائه مستمر خدمات توانبخشی تأکید داشتند، چرا که نیازهای توانبخشی، مقطعی نبوده و نیازمند توجه مستمر می­باشند؛ در غیر این صورت، مددجو در مسیر توانبخشی از دریافت خدمات باز خواهد ماند.

* **مراکز غیر استاندارد توانبخشی**

امروزه مراکز توانبخشی به شکل جامعی طراحی می­شوند تا طیف گسترده­ی خدمات مورد نیاز را برای افراد گوناگون فراهم آورند. افراد دارای ناتوانی، معمولاً نیازهای توانبخشی متفاوتی دارند و عدم تجمیع این خدمات در یک محل، سبب می­شود مددجویان بین مراکز متعدد در رفت و آمد باشند. باید توجه داشت که مواردی مانند نظام حمل و نقل نامناسب، هزینه رفت و آمد، ضرورت گرفتن وقت­ قبلی و ...، بار این مشکل را دوچندان می­نماید تاجایی­که مددجویان ابراز داشتند «از گرفتن خدمات خسته می­شوند». شرایط فیزیکی ساختمان­هایی که مراکز ارائه­دهنده خدمات در آن­ها تأسیس شده­اند، از موضوعات مهم برای دسترسی به خدمات بود. ساعات کاری این مراکز نیز از دیگر موارد مؤثر بر دسترسی محسوب می­شود، چرا که مددجویان شاغل در ساعات اداری نمی­توانند به راحتی از آن­ها استفاده کنند.

* **ضرورت نگرش توانمندسازی در مداخلات توانبخشی**

تدوین برنامه­های توانبخشی، به­شدت متأثر از رویکرد حاکم بر روح مداخلات توانبخشی می­باشد. مشارکت­کنندگان بر این باور بودند که خدمات توانبخشی باید برای ارتقا و حفظ استقلال عملکرد مددجویان، تدوین و ارائه شوند. توانمندسازی موجب افزایش مشارکت مددجویان در جامعه می­شود، درحالی­که خدمات فعلی، ماهیت توانمندکننده نداشته و تنها مجموعه­ای از تمرینات ذهنی و جسمی با روح مکانیکی هستند که در حد فردی، می­توانند اثرگذار باشند ولی اثرات اجتماعی آن­ها مشهود نیست.

* **عدم شفافیت اطلاعات در مورد خدمات توانبخشی**

مددجویان، از خدمات موجود و ارائه شده توسط مراکز و سازمان­های ارائه­کننده خدمات توانبخشی، مطلع نیستند. به بیان دیگر، مراکز اطلاع­رسانی وجود ندارد تا افراد ناتوان با مراجعه به آن­ها از سردرگمی بابت تهیه تجهیزات و خدمات نجات پیدا کنند. مددجویان ابراز داشتند که هیچ منبع اطلاع­رسانی صحیحی در مورد مراکز، انواع خدمات و متخصصین حوزه توانبخشی در دسترس نیست، لذا افراد نیازمند به خدمات توانبخشی، برای دریافت خدمات مناسب با مشکل جدی روبه­رو بوده و تماس تصادفی با فردی که ناتوانی مشابهی دارد، بیشترین روش مؤثر جهت کسب اطلاعات مرتبط بوده و در بسیاری موارد، به­دلیل عدم آگاهی، فرد از دریافت خدمات باز می­ماند.

**♦ عوامل زمینه­ای:**

* **عوامل روانشناختی**

عوامل روانشناختی، به ظرفیت­های ذهنی و روانشناختی مرتبط با دسترسی به خدمات توانبخشی اشاره دارد. در این طبقه، کد­های حاصل، به عواملی همچون اعتماد به نفس، مشکلات ذهنی­- شناختی مانند اضطراب/ترس از خدمات و سواد مددجو بازمی­گشت. انگیزه و آمادگی روانی مددجو برای دریافت خدمات و باور به این­که مداخلات توانبخشی می­توانند اثرات بهبودی به همراه داشته باشند، از دیگر عوامل بود. رضایت مددجو از دریافت خدمات توانبخشی سبب می­شد تا وی برای پیگیری دریافت خدمات، تلاش نماید.

* **عوامل زیستی**

این مجموعه، به ظرفیت­های جسمی مددجو برای دسترسی به خدمات توانبخشی اشاره دارد. در این طبقه، عواملی مانند سن بالا، زن بودن، بیماری­های همراه، سطح سلامت مددجو، سطح وابستگی/استقلال، توانایی جسمی (عملکرد پایین)/ مشکلات سلامتی و شدت معلولیت قرار داشتند. این عوامل به نوعی با سطح سلامت مددجو ارتباط داشته و هرچه شرایط عملکردی فرد مددجو بهتر بود، دسترسی مناسب­تری برای دریافت خدمات توانبخشی داشت. ابتلا به آلزایمر نیز از موانع مهم دوره سالمندی برای دسترسی به خدمات بود.

* **عوامل اجتماعی اقتصادی**

این عوامل، بر ظرفیت­های اقتصادی اجتماعی دلالت دارند. بر اساس منابع، مددجویانی با تحصیلات کم، طبقه اقتصادی اجتماعی پایین، درآمد کم، عدم اشتغال، زندگی در مناطق حاشیه­نشین شهر­ها، زمان آزاد کم، صحبت به زبانی متفاوت با زبان مرسوم منطقه، سطح مشارکت اجتماعی پایین و مسئولیت­های متعدد اجتماعی، در دسترسی به خدمات با مشکل روبه­رو بودند. کودکان ناتوان با درآمد پایین خانواده و تحصیلات اندک والدین نیز در دسترسی به خدمات، مشکل داشتند.

**◦ توسعه سامانه اختصاصی حمل و نقل معلولین:** نیاز برای خروج از منزل یک نیاز عمومی است و نامناسب بودن سامانه حمل و نقل، مانع از تأمین این نیاز مهم در افراد دچار ناتوانی می­شود. افراد دچار معلولیت، بر حسب نوع ناتوانی و سطح معلولیت، نیاز به مناسب­سازی وسایل حمل و نقل دارند. عده­ای از مددجویان، به ایجاد سیستم حمل و نقل ویژه­ی معلولین تأکید داشتند. شرکت­کنندگان ابراز کردند با مشکل جدی در رفت و آمد به مراکز ارائه­دهنده خدمات، روبه­رو بوده و استفاده از آژانس­های حمل و نقل نیز هزینه بالایی را به آن­ها تحمیل می­کند.

**◦ ضرورت توسعه فرهنگ عمومی در مورد توانبخشی:** شرکت­کنندگان بر این باور بودند که حتی پزشکان نیز اطلاع درستی از ناتوانی و معلولیت ندارند؛ لذا برخورد و تعامل با افراد ناتوان برای آن­ها مشکل­ساز است. شواهد حاکی از آن است که استیگمای ناشی از معلولیت و ناتوانی، موجب تبعیض علیه افراد ناتوان می­گردد و نگرش منفی نسبت به کودکان معلول، موجب آزردگی والدین آن­ها می­شود. شرکت­کنندگان، دلیل اصلی این مشکل را نقص آموزش همگانی در مورد ناتوانی و معلولیت و نیز باورهای اجتماعی و فرهنگی غلط نسبت به ناتوانی می­دانند که مانع همدلی جامعه با افراد معلول می­گردد­. این امر سبب می­شود فرد ناتوان، برای خروج از منزل دچار اضطراب و ترس شده و نگاه­های سنگین در جامعه، حضور او برای دریافت خدمات را با مشکل مواجه نماید.

**◦ مناسب­سازی محیط فیزیکی شهری:** یکی از مشکلات عمده دسترسی به خدمات توانبخشی، مناسب نبودن فضای شهری برای حضور افراد ناتوان در جامعه است. وجود پله، اختلاف سطح، وجود موانع فیزیکی در خیابان­ها، نبود آسانسور و ...، از مهمترین مشکلات برای افراد ناتوان جهت رفت و آمد در سطح شهر و مراکز ارائه­کننده خدمات می­باشد.

**◦ ضعف حمایت­های اجتماعی- اقتصادی برای افراد دچار ناتوانی:** در مطالعه انجام شده، افراد دارای ناتوانی بر این باور بودند که به­دلیل وضعیت­شان، عمدتاً از مشاغل پر درآمد برخوردار نیستند و خدمات مورد نیازشان نیز معمولاً پرهزینه است؛ لذا نیاز به سیستم­های جبرانی مختلف، به­ویژه حمایت­های مالی دارند. مشارکت­کنندگان معتقد بودند به سبب محدودیت­هایی که معلولیت بر مددجویان و خانواده­های آنان تحمیل می­کند، وجود سیستم­های حمایتی برای رفع و تعدیل محدودیت­ها، تا حد امکان، ضروری است. همچنین، نیاز به حمایت­های قانونی و مشاوره­ای، از دیگر الزامات دسترسی به خدمات می­باشد.

**◦ ضعف نظام بیمه­گری:** از عوامل زمینه­ای که در دسترسی به خدمات توانبخشی نقش بسیار مهمی داشته و کار­آمدی آن در تأمین بخش مناسبی از هزینه­های خدمات توانبخشی، ضروری می­نماید، نظام بیمه­گری است. خدمات توانبخشی، گرا­­ن­قیمت بوده و مددجویان برای دسترسی به آن­ها نیازمند سیستمی هستند که در پرداخت هزینه­های خدمات، به شکل مناسب، آنان را یاری نماید. مشارکت­کنندگان ابراز کردند­ که گرانی خدمات توانبخشی، نیاز به وجود نظام بیمه­گری را دوچندان می­نماید و این در حالی است که در حال حاضر بیشتر خدمات توانبخشی، تحت پوشش بیمه نبوده و مددجویان به سبب هزینه بالا و نبودن خدمات بیمه­ای، از دریافت آن امتناع می­کنند.

**♦ عوامل فرآیندی:**

* **ضعف دانش توانبخشی مدیران ارشد**

شرکت­کنندگان بر این باور بودند که نگرش علمی، بر بدنه نظام توانبخشی کشور حاکم نیست. از دیرباز، موضوع توانبخشی در کشور، تحت عناوینی مانند امور خیریه و اوقاف مطرح بوده و بعدها به شکل امروزی درآمده است. متأسفانه هنوز سایه این بنیان، بر توانبخشی کشور بوده و مدیرانی که نگرش علمی به توانبخشی نداشته و اصولاً با علم توانبخشی آشنایی ندارند، در اشاعه و پابرجایی این تفکر مؤثرند. انجام سیاست­گذاری­ بدون تفکر و رویکرد توانبخشی، موجب اتخاذ تصمیمات و تدوین سیاست­های غلط در نظام سلامت مرتبط با توانبخشی می­شود که این امر، حاصل عدم آشنایی با اصول و مفاهیم توانبخشی است. بزرگترین مشکل در این حوزه، جدا دیدن توانبخشی از پیشگیری و درمان می­باشد.

شرکت­کنندگان در بحث گروهی، چنین ابراز می­کردند که در بسیاری موارد، پس از طی مراحل تدوین و اعلام یک برنامه اجرایی، مدیران فنی و مسئولین اجرای برنامه­ها، به سبب عدم بهره­مندی از دانش مدیریت توانبخشی، مانع برگزاری کیفی برنامه­ها شده و یا آن­ها را به شکل غلط اجرا می­­کنند. به باور این شرکت­کنندگان، برای اجرای مناسب برنامه­ها، مدیران حوزه خدمات توانبخشی می­بایست با علم توانبخشی و مدیریت آن آشنا باشند.

* **نگرش نامطلوب به توانبخشی**

اصولاً سیاست­گذاران، توانبخشی را یک فرآیند هزینه­بر و بی­فایده دانسته و به اینکه با امر توانبخشی می­توان زندگی یک انسان را ارتقا بخشید، باور ندارند. این­که توانبخشی در مقایسه با درمان­های دارویی، جراحی و سایر مداخلات درمانی، اثرات بارز، چشمگیر و زود بازده ندارد، موجب شده است که نگرش مطلوبی نسبت به توانبخشی وجود نداشته و تخصیص اعتبارات، امری بیهوده تلقی گردد.

* **توفق فرهنگ درمان محوری در نظام سلامت**

نظام سلامت در سیطره تفکر درمانی است، در حالی که «سلامت» می­بایست محور خدمات قرار گیرد. توفق درمانی، موجب شده است که حوزه­های پیشگیری و صد البته توانبخشی مغفول بمانند، به نحوی که بیشتر خدمات سلامت متوجهِ خدمات تشخیصی، درمان دارویی و جراحی بیماری­ها شده است.

* **عدم ضمانت اجرایی قوانین مرتبط با معلولین**

نظر به اینکه موضوع توانبخشی جزو اولویت­های نظام سلامت نبوده و پیگیری لازم جهت قانون­گذاری و سیاست­گذاری در این حوزه صورت نمی­گیرد، معمولاً سیاست­ها و قوانین مربوط به معلولین، در آخرین اولویت­ها قرار گرفته و به دست فراموشی سپرده می­شوند. به­علاوه، عمده قوانین و سیاست­های وضع شده، به برنامه اجرایی تبدیل نگردیده و تبعاً برنامه­های توسعه­ای نیز نتیجه­ای جز محدود ماندن خدمات ندارند.

* **عدم تولی­گری مشخص در توانبخشی کشور**

بنا بر ماهیت حیطه توانبخشی، دستیابی به اهداف مربوط به آن، منوط به همکاری سازمان­های متعدد است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، شهرداری، تربیت بدنی، بنیاد شهید و امور ایثارگران و ... از جمله آن­ها محسوب می­شوند. از آنجا که این تعدد، نیازمند تفکر تیمی و همکاری بین­بخشی سازمان­هاست، دستیابی به اهداف توانبخشی، همواره در معرض تهدید عدم همکاری بین­بخشی می­باشد؛ این در حالی است که همه سازمان­ها، خود را مسئول امر توانبخشی می­دانند لیکن در نهایت، تولی­گری صحیحی که موجب هماهنگی اهداف و برنامه­ها شود، وجود ندارد. بر همین اساس، تحقق برنامه­های توسعه خدمات توانبخشی، همواره آسیب دیده و تدوین «برنامه ملی توانبخشی» ضروری می­نماید.

* **عدم وجود عدالت در ارائه خدمات توانبخشی**

شرکت­کنندگان در مطالعه، از نبود عدالت در ارائه خدمات شکایت داشته و خدمات توانبخشی را در مقایسه با خدمات درمانی بسیار محدود می­­دانستند. مقایسه بیمارستان­های مختلف تخصصی و فوق­تخصصی، با مراکز خدمات توانبخشی، حاکی از وجود بی­عدالتی در پاسخ به نیازهای افراد ناتوان می­باشد. توزیع نامناسب خدمات در شهرهای مختلف، نبود خدمات در بیشتر مواقع و الزام به مراجعه به شهرهای بزرگ جهت دریافت خدمات نیز از دیگر شکایت­ها بود. مورد دیگری که توسط شرکت­کنندگان مطرح شد، تفاوت در خدمات اختصاص داده شده به معلولین بود. ایشان ابراز می­نمودند که سطح خدمات توانبخشی پوشش داده شده توسط بیمه­های بنیاد شهید و امور ایثارگران، بسیار مطلوب­تر از خدمات توانبخشی معمول می­باشد.

* **برنامه­ریزی نابسامان در حوزه توانبخشی**

مدیران حوزه توانبخشی، مسئولین سازمان­های مردم نهاد فعال در حوزه معلولین و افراد دچار ناتوانی شرکت­کننده در مطالعه، معتقد بودند که برنامه­ریزی­های مربوط به حوزه توانبخشی، دچار نابسامانی بوده و مصوبات مجلس در زمینه توانبخشی نیز به­دلیل عدم تعهد سازمان­های درگیر، عدم تولی­گری مناسب و نبود مدیریت واحد برای اجرا، سال­ها بی­نتیجه باقی مانده است و برای اجرای آن­ها می­بایست «هفت خوان رستم» طی شود.

* **عدم تخصیص منابع مالی لازم برای خدمات توانبخشی**

به نظر شرکت­کنندگان، یکی از عوامل مهم ایجادکننده محدودیت در دسترسی به خدمات، عدم تخصیص اعتبارات لازم برای راه­اندازی مراکز ارائه خدمات - پس از تصویب قانون، سیاست­گذاری و یا تدوین برنامه مرتبط - بوده و معمولاً به­دلیل نبود همیت در امور توانبخشی، برنامه­های بسیاری وجود دارد که سال­ها در انتظار تخصیص منابع کافی، بلاتکلیف مانده و برای پیگیری آن­ها، متولی خاصی وجود ندارد.

* **توجه به جایگاه والدین در توانبخشی کودکان**

عدم توجه به جایگاه والدین در مقوله توانبخشی کودکان، از مشکلات عمده­ای است که ارتباط بسیار نزدیکی با دانش و نگرش مطلوب به توانبخشی دارد. از نظر شرکت­کنندگان، برنامه­های توانبخشی معمولاً متمرکز بر فرد توان­خواه بوده و از این مطلب که در سنین کودکی و نوجوانی، والدین نیز سال­های بسیار زیادی درگیر با مشکلات فرزند توان­خواه خود هستند، غافل مانده است. در حال حاضر، اکثریت قوانین معطوف به خود کودک ناتوان است، درحالی­که اشتغال، فعالیت اجتماعی، رفع مشکلات مربوط به آموزش و پرورش، بار هزینه­ها و ...، همه بر عهده والدین می­باشد و تأمین نیازهای کودک، مستلزم درگیری شبانه­روزی آن­هاست.

**♦ عوامل اجرایی:**

* **کارکنان اخلاق مدار**

بنا به ماهیت امر توانبخشی، به­ویژه مشکلات توان­خواهان، کارکنان حوزه توانبخشی می­بایست متخلق به اخلاق حرفه­ای بوده و با شدت بیشتری به این موضوع پایبند باشند. رعایت حقوق فرد معلول، توجه به جنسیت، قومیت، تفاوت­های فرهنگی، رعایت مبانی اخلاق حرفه­ای مانند عدالت، سودرسانی، اختیار و عدم آسیب­رساندن، از اصول اولیه ارائه خدمات توانبخشی محسوب می­شود. برقراری ارتباط انسانی توأم با احترام و حفظ محرمانگی اطلاعات، از مطالبات شرکت­کنندگان در مطالعه بود. آنان باور داشتند که عدم رعایت اصول اخلاقی، موجب دل­زدگی فرد ناتوان برای مراجعات بعدی به مراکز توانبخشی می­گردد.

* **کمبود نیروهای حرفه­ای در توانبخشی**

یکی دیگر از موانع دسترسی به خدمات توانبخشی، تعداد اندک درمانگران حوزه توانبخشی می­باشد. بنا به اظهار شرکت­کنندگان، تعداد نیروهای توانبخشی در مراکز توانبخشی، اندک بوده و این امر موجب افزایش ازدحام، وقت­دهی طولانی و آزاردهنده برای استفاده از خدمات و در نهایت، عدم دریافت خدمات کافی و دقیق می­شود.

* **ضعف دانش توانبخشی ارائه­کنندگان خدمات توانبخشی**

آموزش دانشگاهی در حوزه توانبخشی نیاز به تقویت دارد و دانش آموختگان از تجربه بالینی کافی برای ارائه خدمات توانبخشی در برخی از حوزه­های تخصصی برخوردار نمی­باشند. افراد مشارکت­کننده در تحقیق، بر ضرورت ایجاد تحول در آموزش برنامه­های توانبخشی تاکید داشتند**.**

**ه- بازده سرمایه­گذاری در خدمات توانبخشی**

نتایج تحقیقی که توسط دکتر میرطاهر موسوی و همکاران­، درخصوص بازده سرمایه­گذاری خدمات توانبخشی در کشور انجام شد، به شرح ذیل بود:

در دهه­های اخیر، همراه با پیر شدن جمعیت و افزایش شیوع بیماری­های غیرواگیر، نیاز به مراقبت­های توانبخشی نیز افزایش یافته است. در مقیاس جهانی، تقریباً 15 درصد سال­های زندگی از دست رفته به ­دلیل ناتوانی YLDs[[13]](#footnote-14) ، ناشی از بیماری­هایی است که دارای سطوح شدید ناتوانی می­باشند. خدمات توانبخشی، همانند خدمات پیشگیری، درمانی و تسکینی، جزو خدمات ضروری برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت محسوب می­شوند. با این حال در بسیاری از کشورها، به­ویژه کشورهای کم­درآمد و با درآمد متوسط، از جمله ایران، نیازهای بیماران به خدمات توانبخشی، به­خوبی برآورده نشده و معمولاً درصد بالایی از بیماران، به خدمات توانبخشی با کیفیت، دسترسی ندارند.

در کشورهای کم­درآمد و با درآمد متوسط، محدودیت­های مالی یکی از مهمترین موانع دسترسی بیماران به مراقبت­های توانبخشی محسوب می­شوند. بسیاری از مراقبت­های توانبخشی، تحت­پوشش بیمه­های سلامت قرار نداشته و بیماران به دلیل عدم توانایی پرداخت، از دریافت این خدمات صرف­نظر می­کنند. این در حالی است که بر اساس یافته­های مطالعات ارزیابی اقتصادی، ارائه بسیاری از خدمات توانبخشی، حتی در کشورهای کم­درآمد و با درآمد متوسط، هزینه - اثربخش بوده و از دیدگاه اجتماعی، دارای سود خالص پولیِ NMB[[14]](#footnote-15) مثبت برای نظام سلامت و جامعه می­باشد.

در ایران، دو مطالعه درخصوص بازده سرمایه­گذاری در خدمات توانبخشی مربوط به سکته­مغزی و بیماری ام­اس صورت گرفته، که نتایج آن به شرح ذیل است:

**1. سکته­ مغزی،** یکی از بیماری­های مزمن شایع بوده و از علل اصلی ناتوانی­های شدید، افت کیفیت زندگی و یا مرگ و میر افراد محسوب می­شود. سالانه بالغ بر 100 هزار نفر در کشور دچار سکته­مغزی می­شوند که حدود 60 درصد آن­ها نیاز به خدمات توانبخشی دارند. بر اساس مطالعات انجام شده در ایران، خدمات توانبخشی در بیماران دچار سکته­مغزی، جزو خدمات هزینه -اثربخش بوده و ارائه این خدمات به بیماران، دارای سود خالص پولی برای جامعه می­باشد. متوسط سود خالص پولی خدمات توانبخشی در بیماران سکته­مغزی 63772470 ریال به­ازای هر بیمار و مجموع سود خالص پولی مداخلات توانبخشی سکته­مغزی برابر با 6377 میلیارد ریال در سال برآورد شده است.

**2. بیماری مالتیپل اسکلروزیس (ام­اس)**،یکی از رایج­ترین بیماری­های عصبی در بزرگسالان جوان بوده و گرچه میزان بروز و شیوع آن نسبت به سایر بیماری­های غیرواگیر کمتر است، اما به ­دلیل تأثیر زیاد آن در ایجاد ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی بیماران، دارای اهمیت می­باشد. با توجه به اینکه این بیماری، اغلب جمعیت جوان و در سنین اشتغال کشورها را درگیر می­کند، توجه به مداخلات پیشگیرانه و حتی درمانی، می­تواند بسیار حائز اهمیت باشد. طیف وسیعی از مداخلات شامل مراقبت­هاي پیشگیرانه، حمایتی، بازتوانی و توانبخشی، برای درمان بیماران ام­اس استفاده می­شود. مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها نشان داده است که ارائه خدمات توانبخشی به این بیماران، از دیدگاه جامعه، هزینه - اثربخش بوده و در درازمدت دارای سود خالص پولیِ مثبت است. حدود 70 هزار بیمار مبتلا به ام­اس در کشور وجود دارد و تقریباً 50 هزار نفر از آن­ها، به خدمات توانبخشی نیاز دارند. براساس برآوردهای انجام شده در ایران، سود خالص پولی ناشی از ارائه خدمات توانبخشی به بیماران ام­اس برابر با 42758250 ریال به ازای هر بیمار می­باشد.

**3. ضایعاتِ نخاعی SCI[[15]](#footnote-16)** ، از بیماری­هایی است که تأثیر فراوانی در کاهش کیفیت زندگی بیماران داشته و عوارض ثانویه­ فردی و اجتماعی بسیاری در پی دارد. خدمات توانبخشی، از جمله خدمات ضروری مورد نیاز این بیماران می­باشد. شواهد معتبر علمی درخصوص اثربخشی این خدمات در بهبود کیفیت زندگی، کاهش مرگ و میر و همچنین کاهش عوارض ثانویه از قبیل زخم بستر، در این بیماران وجود دارد. در ایران، موارد بروز سالیانه ضایعات نخاعی که نیاز به خدمات توانبخشی دارند، حدود 2000 نفر می­­باشد. نتایج مطالعات ارزیابی اقتصادی انجام شده در ایران نشان داده است که ارائه خدمات توانبخشی به این بیماران، نه تنها باعث افزایش کیفیت زندگی آن­ها می­شود، بلکه در بلندمدت موجب کاهش هزینه­های تحمیلی به نظام سلامت، خانواده بیماران و جامعه نیز می­گردد. با توجه به یافته­های این مطالعه، مقدار سود خالص پولیِ توانبخشی بیماران ضایعات نخاعی برای کل موارد بروز سالانه و در طول عمر آن­ها، برابر با 8991 میلیارد ریال برآورد شده است؛ لذا ارائه خدمات توانبخشی به این بیماران، از دیدگاه جامعه، بسیار هزینه - اثربخش می­باشد.

با توجه به اینکه بسیاری از خدمات توانبخشی، از جمله خدمات مورد نیاز بیماران دچار سکته ­مغزی، ام­اس و بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی، هزینه - اثربخش بوده و در درازمدت، دارای سود خالص پولیِ مثبت برای جامعه می­باشد، لذا پوشش مالی این مداخلات توسط بیمه­های اجتماعی سلامت، علاوه بر داشتنِ توجیه اقتصادی، باعث افزایش دسترسی بیماران به این مداخلات، افزایش کیفیت زندگی آن­ها و همچنین حرکت در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت می­گردد. البته در پوشش بیمه­ای مداخلات توانبخشی باید به این نکته توجه نمود که اولاً، این مداخلات برای تمام بیماران، اثربخش و هزینه - اثربخش نیست و ثانیاً، تعداد و نوع خدمات اثربخش و هزینه - اثربخش برای بیماران مختلف، متفاوت است. لذا پوشش بیمه­ای خدمات می­بایست براساس توصیه­های ارائه شده در راهنماهای طبابت بالینیِ معتبر که توسط مراجع علمی کشور تدوین شده است، صورت گیرد.

**4. فرصت­های موجود در حوزه توانبخشی در ایران**

* توجه خاص وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به حوزه توانبخشی پزشکی
* وجود ساختارها و فضاهای بالقوه جهت استفاده از آن­ها در راستای احیا و حفظ زنجیره­ها و ساختارهای مغفول خدمات توانبخشی پزشکی در سازمان­های دولتی و غیردولتی
* تأکید اسناد بالادستی، به­ویژه سیاست­های ابلاغی مقام معظم رهبری و سازمان جهانی بهداشت درخصوص مسئولیت وزارت بهداشت در تولیت بخش سلامت
* قرار گرفتن سلامت به عنوان یکی از اولویت­های مهم و نیز حمایت دولت یازدهم و دوازدهم و تأکید بر اصل پوشش همگانی بهداشت از طریق ارائه خدمات به­هنگام و پوشش وسیع در سطوح مختلف از جمله توانبخشی پزشکی
* وجود نیروهای انسانی متخصص و کارآمد در رشته­های مختلف توانبخشی در سال­های اخیر و لزوم استفاده مناسب از توان موجود

فصل سوم

**جایگاه توانبخشی در جهان**

**1. رویکردهای سازمان جهانی بهداشت**

**2. مروری بر جایگاه توانبخشی در سایر کشورها**

**3. بازنگری نظام سلامت با رویکرد عدالت در سلامت**

**4. مروری بر الگوی خدمات ادغام­یافته سلامت**

**5. تجربیات سایر کشورها در اصلاحات نظام سلامت با رویکرد استفاده از خدمات یکپارچه**

**6. گزارش بررسی تطبیقی ساختار ادغام­یافته نظام سلامت و رفاه اجتماعی**



**1. رویکردهای سازمان جهانی بهداشت**

**سند ناتوانی سازمان جهانی بهداشت (WHO global disability action plan 2014-2021)**

سند ناتوانی سازمان جهانی بهداشت 2014-2021، گامی مهم در جهت دستیابی به سلامت، خوب زیستن well-being و حقوق بشر برای افراد دارای ناتوانی است. این برنامه در سال 2014 توسط کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت، تأیید گردید و از آن­ها خواسته شد:

۱- موانع دسترسی به خدمات و برنامه­های توانبخشی را رفع نمایند.

۲- خدمات توانبخشی، وسایل کمک توانبخشی و توانبخشی مبتنی بر جامعه را تقویت و گسترش دهند.

۳- داده­های قابل اعتماد و قابل مقایسه را در سطح بین­المللی، در مورد ناتوانی و کم­توانی جمع­آوری نموده و تحقیقات لازم را در این خصوص توسعه دهند.

بدیهی است رسیدن به اهداف برنامه، بسترهای لازم را برای افراد دارای ناتوانی جهت دستیابی به آرمان­های­شان در تمام ابعاد زندگی فراهم می­نماید (پیوست 4).

**سند توانبخشی ۲۰۳۰ : فراخوان برای اقدام (Rehabilitation 2030: A Call for Action)**

در این سند تأکید شده است که نیازهای اساسی پاسخ داده نشده­­ی بسیاری در حوزه توانبخشی و ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی، در سراسر جهان به­ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط وجود دارد. وجود خدمات توانبخشی قابل دسترس، مقرون به صرفه و مقبول جامعه، از اهداف افراد نیازمند به این خدمات می­باشد. فراهم کردن موارد پیشگفت، به افراد دارای ناتوانی و کم­توانی کمک می­کند تا بتوانند زندگی مستقلی داشته، با مشارکت در آموزش و پرورش، از لحاظ اقتصادی سودمند بوده و در زندگی به عنوان یک فرد مؤثر، توانایی پذیرش نقش­های مهم را داشته باشند. برای پاسخ به نیازهای پاسخ داده نشده، انجام اقدامات مشترک و هماهنگ جهانی توسط تمامی شرکای این حوزه، ضروری می­نماید.

در نشست مذکور، با حضور طیف وسیعی از ذی­نفعان، فرصتی ارزشمند برای بحث درمورد راهبرد استراتژیک جهت انجام اقدامات هماهنگ و ایجاد تعهدات مشترک برای توسعه خدمات توانبخشی، به عنوان یک استراتژی در ارائه خدمات بهداشتی، به وجود آمد (پیوست ۵).

**۲. مروری بر جایگاه توانبخشی در سایر کشورها**

**انگلستان:** بسیاری از خدمات توانبخشی از طریق بخش دولتی ارائه شده و در برخی موارد، بخش خصوصی نیز در ارائه این خدمات، دخیل است. بر اساس تعریف وزارت بهداشت، این خدمات شامل «طیف وسیعی از خدمات یکپارچه در راستای بهبودی سریع­تر بیماران، جلوگیری از بستری‌های غیرضروری در فاز حاد (بیمارستان)، حمایت از ترخیص به­هنگام و به حداکثر رساندن سطح استقلال فردی در زندگی» می­باشد. از سال 2001، خدمات توانبخشی از طریق توسعه همکاری بین سیستم ملی سلامت National Health Systemو دولت محلی local government،گسترش یافته و در حقیقت، ادغام سطوح مراقبت­های اولیه، ثانویه و مراقبت­های اجتماعی صورت گرفت. این خدمات، که به آن­ها «مراقبت­های بینابینی Intermediate care» نیز گفته می­شود، توسط بخش دولتی، خصوصی و داوطلبین ارائه می­شده است. مراقبت­های بینابینی، شامل طیف گسترده و متفاوتی از خدمات، از جمله ارسال تیم­های سریع rapid response teams، خدمات بیمارستان در خانه Hospital-at-home، توانبخشی اقامتی Residential rehabilitation، مراکز روزانه توانبخشی، مراقبت در منزل و ... بوده است.

**آمریکا:** طی دهه گذشته، ارائه خدمات توانبخشیِ مربوط به بعد از مرحله حاد مانند مراقبت و توانبخشی در منزل به صورت متناوب، و نیز خدمات مرحله تحت­حاد و مراقبت تسکینی Palliative care، جهت کاهش هزینه­های مالی و زمان بستری در بیمارستان، افزایش یافته است. این خدمات، اغلب در خانه بیمار و یا در مراکز پرستاری سالمندان ارائه شده و مراقبین غیررسمی (معمولاً خانواده یا دوستان) نقش مهمی در مراقبت­های بهداشتی ایالات متحده ایفا می‌کنند، به نحوی که حدود 23 درصد از آمریکایی­ها، در ارائه نوعی از مراقبت­های غیررسمی، مشارکت دارند.

**فرانسه:** بسته به وضعیت بیمار پس از درمان مرحله حاد، خدمات توانبخشی در سطوح بستری یا سرپایی ارائه می­گردد. در بیمارستان­ها اغلب واحدهای پیگیری در نظر گرفته شده که شرایط بیمار را حتی پس از ترخیص، بررسی نموده و در صورتی که بیمار نیاز به خدمات توانبخشی در منزل داشته باشد، او را راهنمایی می­کنند. خدمات موجود در نظام سلامت، دارای طیف وسیعی شامل مراقبت­های طولانی­مدت (مراکز اقامتی، خدمات توانبخشی در منزل)، خدمات به مراقبین غیررسمی، مراقبت­های تسکینی، مراکز روزانه و ... می­باشد.

**3. بازنگری نظام سلامت با رویکرد عدالت در سلامت**

کمیسیون تعیین­کننده­های اجتماعیِ سلامتِ سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت را به عنوان جایگاهی مهم و اجرایی جهت ایجاد عدالت در سلامت، معرفی نموده و وظیفه­ ایجاد شبکه دانشی و تولید شواهد مرتبط با سلامت به منظور ریشه­کنی نابرابری­های سلامتی را به عهده نظام سلامت گذاشته است. این کمیسیون، توصیه­های زیر را در این رابطه ارائه می­نماید:

**توصیه 1-** وزارت بهداشت و دفاتر وابسته به آن می­بایست روابط بین­بخشی را تسهیل نمایند. این اقدامات بین­بخشی IAH[[16]](#footnote-17) شامل روابط بین بخش­های مختلف ارائه­دهنده خدمات به منظور انجام اقدامات مشترک درخصوص توسعه و ارائه خدمات سلامت و استفاده از ظرفیت­ها و پتانسیل­های موجود خارج از سیستم بهداشت می­باشد.

**توصیه 2-** وزارت بهداشت و سازمان­های دولتی و غیردولتی مرتبط می­بایست تسهیلات لازم جهت توانمندسازی اجتماعی و زمینه مشارکت اجتماعی را، به­ویژه در گروه­های آسیب­پذیر، فراهم آورند.

**توصیه 3-** وزارت بهداشت می­بایست به­تدریج پوشش همگانی بهداشت و ارائه خدمات یکپارچه، به­ویژه در جوامع با درآمد پایین، را از طریق حمایت از گروه­های آسیب­پذیر جهت کاهش پرداخت هزینه، افزایش دسترسی به خدمات جامع، توزیع خدمات گسترده در مناطق مختلف جغرافیایی و استفاده از تکنولوژی نوین و کارآمد ایجاد نماید.

**توصیه 4-** وزارت بهداشت و سازمان­های مرتبط می­بایست از تجربیات گذشته درخصوص مراقبت­های بهداشتی اولیه PHC استفاده نموده و ترکیبی از خدمات ارتقای سطح سلامت و پیشگیری را ارائه نمایند.

**توصیه 5-** افراد تاثیرگذار در حیطه سلامت می­بایست اقدامات اساسی درخصوص کاهش نابرابری بهداشتی را از طریق تمرکز بر تعیین­کننده­های اجتماعی سلامت انجام دهند.

**4. مروری بر الگوی خدمات ادغام­یافته سلامت**

امروزه چالش­های مهمی در ارائه خدمات سلامت و مراقبت­های اجتماعی وجود دارد که اغلب اوقات موجب سردرگمی بیماران بین مسیر سیستم­های ارائه­دهنده خدمات سلامت و مراقبت­های اجتماعی می­گردد. این چالش­ها عبارتند از:

* فقدان متولی مشخص.
* فقدان مدیریت، استراتژی و برنامه‌ریزی درمانی.
* ضعف ارتباط بین بیماران، سیستم درمانی و امکانات اجتماعی.
* نداشتن دید جامع نسبت به مسائل بیماران (توجه محدود به یک نیاز، به جای توجه به مجموعه­ نیازهای افراد).
* تاثیرگذاری تصمیمات اخذ شده درخصوص مسائل سلامتی، بر روی مسائل اجتماعی - اقتصادی بیماران و بالعکس.

در حقیقت، نظام سلامت در صورتی کارآمد است که خدمات با کیفیت را به همه مردم، در زمان و مکانی که به آن­ها نیاز دارند، ارائه نماید، به نحوی­که تمام مردم از «پوشش بهداشت همگانی Universal Health Coverage» برخوردار باشند. پوشش بهداشت همگانی، بدین معنی است که تمام مردم یک جامعه، بدون در نظر گرفتن سن، جنس و قومیت، به خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز، بدون مشکلات مالی، دسترسی داشته باشند. این خدمات شامل طیف وسیعی از خدمات ضروری و با کیفیت در سطوح مختلف، از جمله ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت تسکینی است. بسیاری از کشورها برای حرکت به سوی بهداشت همگانی، نیازمند تقویت نظام­های سلامت هستند. کشورهای مختلف می­بایست با استفاده از نیروهای کارآمد، خدمات مقرون به صرفه و مؤثر را از طریق خدمات سازماندهی شده، ارائه ­دهند.

خدمات بهداشتی و درمانی یکپارچه به این معنا است که مردم قادر باشند زنجیره­ای از خدمات (ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری­ها، خدمات تشخیصی، درمانی، مدیریت بیماری، توانبخشی و خدمات مراقبت تسکینی) را در سطوح مختلف و از طریق سایت­های مراقبت در نظام سلامت دریافت نمایند. با این وجود، مفهوم کاربردی آن بین ملیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است. به همین دلیل در دهه گذشته، ورود مفهوم «خدمات یکپارچه Integrated care»، جزو مهمترین اصلاحات بخش سلامت بوده است. در سال 2003، WHO خدمات یکپارچه را به عنوان یک راه حل کلیدی که از طریق برقراری ارتباط منطقی بین درمان و مراقبت، قادر به اصلاح نظام سلامت می­باشد، معرفی نمود. در خدمات یکپارچه، ادغام سرویس­ها می­بایست در سطوح مختلف صورت گیرد:

1. **عملکردی:** ادغام مالی بین سرویس‌های درمان، مراقبت، پیشگیری و اجتماعی

2. **سازمانی:** ادغام بین مؤسسات نظام سلامت و خدمات اجتماعی

3. **متخصصین:** ارائه استراتژی‌های لازم برای هماهنگی جهت درمان تیمی و ارتباط متخصصین با یکدیگر

4. **بالینی:** ادغام در سطح فردی برای ادامه پروسه درمان و مراقبت

معنای خدمات یکپارچه، برای ذی­نفعان مختلف، متفاوت است؛ بدین ترتیب که برای مصرف­کننده (بیمار)، به معنای دسترسی آسان­تر به خدمات؛ برای ارائه­دهنده خدمت، به مفهوم کارکردن و همکاری در سطوح مختلف با دیگر ارائه­دهندگان خدمات؛ برای مدیران، به معنای هماهنگی، تلفیق و سازماندهی اهداف و نیز ابزاری جهت مدیریت و توسعه منابع انسانی؛ و برای سیاست­گذاران، به مفهوم هدفمند کردن بودجه جهت انجام مداخلات ضروری­تر می­باشد. سیاست­گذاران می­بایست خدمات یکپارچه را سرلوحه تصمیمات خود قرار دهند، زیرا این خدمات از یک سو، به نیاز جوامع پاسخ داده و با آن­ها تطابق دارد و از سوی دیگر، نتایج حاصل از خدمات درمانی و مراقبت­های اجتماعی را وابسته به هم می­داند. در حقیقت، خدمات یکپارچه وسیله‌ای است که جهت مرتفع کردن نیازهای اقشار آسیب­دیده و بیماران مزمن و صعب­العلاجی که بیشتر به سرویس‌های خدماتی و اجتماعی نیاز دارند، در اختیار جوامع قرار گرفته است. این رویکرد، نه تنها مقرون به صرفه می­باشد، بلکه کارآمدی نظام سلامت را افزایش داده، کیفیت درمان را بهتر و ادامه درمان را میسر می‌سازد.

همان­طور که پیش­تر اشاره کردیم ارائه خدمات یکپارچه، بر اساس نیاز جوامع می‌باشد. برای مثال در انگلستان، رشد جمعیت سالمندان در سال 2000 ، 3 میلیون نفر بوده و در سال 2051 به 4/6 میلیون نفر خواهد رسید که این به معنای حدود 113 درصد افزایش می­باشد. به همین دلیل، خدمات یکپارچه به عنوان یک مدل مناسب می­تواند ترکیبی از مراقبت‌ در منزل و سرویس‌های اجتماعی را برای این افراد و خانواده‌ آن­ها فراهم نماید. این خدمات نه تنها تلفیق خوبی از درمان‌های غیررسمی و درمان‌های جدید با استفاده از سیستم حمایتی می­باشد، بلکه توجه ما را به اهمیت سرویس‌های خدماتی اجتماعی جلب نموده و تأثیر آن‌ها را در داشتنِ درمان بهتر، نشان می­دهد.

**5. تجربیات سایر کشورها در اصلاحات نظام سلامت، با رویکرد استفاده از خدمات یکپارچه**

**ایتالیا:** در ایتالیا، اطلاعات بین متخصصین بخش بهداشتی و مراقبت­های اجتماعی به اشتراک گذاشته شده است. این امر در راستای ایجاد تسهیلات لازم برای درمان بیماران، ایجاد هماهنگی در بدنه و ساختار نظام سلامت، کاهش هزینه­های جمع­آوری اطلاعات و کم کردن مشکلات و هزینه­های ناشی از جدایی بخش­های درمان و مراقبت­های اجتماعی صورت گرفته است.

**آلمان:** در این کشور مقرر شده است که قوانین و پروتکل‌های استاندارد یکسان، جهت برقراری ارتباط بین بخش بهداشتی و مراقبت­های اجتماعی، با هدف ایجاد تسهیلات لازم جهت اخذ خدمات یکپارچه، تدوین شود.

**انگلستان:** سیاست­گذاران، جهت یکپارچه­سازی خدمات تصمیم گرفتند با تعریف فرآیندها و مسیرهای مشخص برای ادغام خدمات درمانی و مراقبت­های اجتماعی، بر اساس نیازهای بیماران، به پوشش گسترده و دسترسی تمامی بیماران به خدمات مورد نیاز، از طریق ارائه خدمات هماهنگ و سازمان­یافته با رویکرد تیمی، کمک کنند.

**6. گزارش بررسی تطبیقی ساختار ادغام­یافته نظام سلامت و رفاه اجتماعی**

امروزه چالش‌های مهمی در ارائه خدمات سلامت و مراقبت­های اجتماعی وجود دارد که اکثر اوقات سبب می‌شود بیمار بین مسیر سیستم‌های ارائه­دهنده خدمات سلامت و مراقبت­های اجتماعی رها شود. از جمله این چالش‌ها می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

1. فقدان متولی مشخص.

2. فقدان مدیریت، استراتژی و برنامه‌ریزی درمانی.

3. ضعف ارتباط بین بیماران، سیستم درمانی و امکانات اجتماعی.

4. نداشتن دید جامع نسبت به مسائل بیماران (توجه محدود به یک نیاز، به جای توجه به مجموعه­ نیازهای افراد).

5. تاثیرگذاری تصمیمات اخذ شده درخصوص مسائل سلامتی، بر روی مسائل اجتماعی - اقتصادی بیماران و بالعکس.

در حقیقت، نظام سلامت کارآمد، نظامی است که خدمات خود را به صورت همگانی ارائه می­دهد. «پوشش بهداشت همگانی» به معنای دسترسی تمامی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز، بدون درد و رنج مشکلات مالی می­باشد. این خدمات شامل طیف وسیعی از خدمات ضروری و با کیفیت در سطوح مختلف، از جمله ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت تسکینی است. بسیاری از کشورها برای حرکت به سوی بهداشت همگانی، نیازمند تقویت نظام­های سلامت هستند.

از سوی دیگر، دولت­ها همواره ساختار خود را متناسب با اولویت­های جدید، بهبود می­بخشند. از جمله حوزه­هایی که طی دهه­های اخیر، توسط دولت­ها، تغییرات ساختاری پیدا کرده­اند، می­توان به دو حوزه سلامت و رفاه اجتماعی اشاره کرد که همواره لازم و ملزوم یکدیگر بوده، هر دو از وظایف حاکمیتی دولت­ها به شمار رفته و عموماً در یک ساختار سازمانی قرار می­گیرند. سازمان بهداشت جهانی نیز برای ایجاد همسویی و هماهنگی بین آن­ها، راهبردهای هماهنگی بین­بخشی، درون­بخشی و ادغام را در نظام بهداشتی کشورها توصیه کرده است. نتایج مطالعه تطبیقی در خصوص ساختار نظام سلامت و رفاه اجتماعی در برخی از کشورها در جدول 9 آمده است.

**جدول 9 - ساختار نظام سلامت و رفاه اجتماعی در کشورهای مختلف**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | کشور | ویژگی­های ساختار تشکیلاتی |
| 1 | آمریکا | ساختار رفاه اجتماعی و بهداشت، کاملاً ادغام­یافته است. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا دارای 11 معاونت است که 8 معاونت، مربوط به خدمات سلامت عمومی و 3 معاونت، مربوط به خدمات اجتماعی می­باشد. |
| 2 | ژاپن | دارای وزارت بهداشت، کار و رفاه اجتماعی است و کلیه امور بهداشت، درمان، بیمه­های اجتماعی، بازنشستگی، بیکاری، اشتغال و روابط کار، آموزش فنی و حرفه‌ای، بهزیستی و حوادث اجتماعی، در یک وزارتخانه، سیاست­گذاری، برنامه­ریزی، نظارت و هدایت می­گردد. |
| 3 | کره­جنوبی | وزارت بهداشت و رفاه، ساختار یکپارچه دارند. |
| 4 | نروژ | خدمات سلامت و رفاه اجتماعی، توسط وزارت بهداشت و خدمات مراقبتی به صورت ادغام­یافته ارائه می­گردد. |
| 5 | هند | وزارت بهداشت و رفاه خانواده، مسئول ارائه خدمات سلامت و رفاه اجتماعی می­­باشد. |
| 6 | هلند | وزارت بهداشت، رفاه اجتماعی و ورزش، مسئول ارائه خدمات ادغام­یافته می‌باشد. |
| 7 | اسکاتلند | خدمات بهداشتی و اجتماعی به صورت یکپارچه ارائه می‌گردند. |
| 8 | سوئد | خدمات بهداشتی و اجتماعی در قالب یک وزارتخانه ارائه می‌گردند. |
| 9 | بنگلادش | وزارت بهداشت و رفاه خانواده، مسئول ارائه خدمات سلامت و رفاه اجتماعی می­باشد. |
| 10 | ایرلند شمالی | دپارتمان سلامت، خدمات اجتماعی و ایمنی، خدمات بهداشتی و اجتماعی را ارائه می­دهد. |
| 11 | تایوان | وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی، مسئول ارائه خدمات سلامت و رفاه اجتماعی می­­­­باشد. |
| 12 | کانادا | در سطح فدرال، نظام رفاه و بهداشت آن­ها یکی است، اما در سطح ایالات به صورت مستقل می­باشد. |
| 13 | استرالیا | ساختار وزارت رفاه و بهداشت کاملاً مستقل می‌باشند، ولی درخصوص فرآیندهای مرتبط با سلامت و رفاه اجتماعی، در قالب تعریف فرآیندهای مشترک، به صورت هماهنگ عمل می­کنند. |
| 14 | آلمان | وزارت کار و امور اجتماعی و وزارت بهداشت فدرال به طور مستقل فعالیت دارند، اما در سال 2004 با تأسیس Federal Joint Committee مقرر شد قوانین و پروتکل‌های استاندارد یکسانی برای برقراری ارتباط بین ­بخش بهداشتی و مراقبت­های اجتماعی، با هدف ایجاد تسهیلات لازم جهت اخذ خدمات یکپارچه، تدوین شود. |
| 15 | فرانسه | فعالیت­های عمده تأمین­اجتماعی و بهداشت، زیر نظر یک هیئت بین وزارتی اداره می‌گردد. |
| 16 | ایتالیا | اطلاعات، بین متخصصین بخش بهداشتی و مراقبت­های اجتماعی به اشتراک گذاشته می­شود. این امر در راستای ایجاد تسهیلات لازم برای درمان بیماران، ایجاد هماهنگی در بدنه و ساختار نظام سلامت، کاهش هزینه­های جمع­آوری اطلاعات و کم کردن مشکلات و هزینه­های ناشی از جدایی بخش درمان و مراقبت­های اجتماعی صورت گرفته است. |
| 17 | انگلستان | وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت دارای دو ساختار جداگانه می­باشند، اما بر اساس قانون سال 2012، به منظور افزایش هماهنگی بین خدمات محلی و کاهش نابرابری، Health and Wellbeing Boards تأسیس گردید و در همین راستا، فرآیندها و مسیرهای مشخص برای ادغام خدمات درمانی و مراقبت­های اجتماعی با رویکرد تیمی، طراحی گردید. |

**نتیجه­گیری:**

1. هم اکنون در اغلب کشورها، وزارت بهداشت و رفاه، ساختار مشترکی دارند و در صورت جدایی، نهادهای هماهنگ­کننده­ای جهت هماهنگی بین این دو بخش در نظر گرفته شده است؛ لیکن نکته مهم و قابل توجه این است که در اکثر کشورها، برنامه­ریزی، هدایت و سیاست­گذاری، به صورت یکپارچه انجام می‌شود.

2. در کشورهای مورد مطالعه، برخلاف ایران، ساختار، بسیار ساده و کم حجم بود. گذشته از آن، در ساختار وزارت بهداشت و درمان، تمایز خاصی بین بخش­های بهداشت، درمان، رفاه، تأمین اجتماعی و بیمه مشاهده نشد.

3. بررسی ساختار بهداشت، رفاه و تأمین اجتماعی، از نظر درجه تمرکز ساختاری، نشان می­دهد که استان­ها، دولت­های محلی، بخش­ها و یا شهرداری­ها، نقش مهمی در اداره خدمات بهداشتی و رفاهی ایفا می­کنند؛ لیکن نکته مهم و قابل توجه این است که سطوح مذکور، از اختیارات کامل برخوردار بوده و تحت چنین شرایطی، از تمرکز غیرضروری در سطوح بالای دولتی کاسته شده و دولت، فرصت کنترل و نظارت بر امور زیربنایی را خواهد داشت.

4. در اغلب کشورها، وظایف خدمت­رسانی به مردم را نهادهای غیردولتی، شوراها، انجمن­های محلی و مردمی انجام می­دهند.



فصل چهارم

ادغام خدمات توانبخشی در نظام سلامت

**1. مدل پیشنهادی توانبخشی**

**2. ساختار در نظر گرفته شده برای ارائه خدمات توانبخشی**

**3. رویکرد­های توانبخشی**

**1. مدل پیشنهادی توانبخشی (خدمات توانبخشی در سطوح نظام سلامت)**

­­­­­­­همسو با تغییرات نظام سلامت در سطح جهانی که با هدف پوشش همگانی سلامت انجام شد، پيشرفت­هاي چشمگيري نیز در حوزه خدمات توانبخشي پديد آمده است؛ به گونه­ای­که کشورهای مختلف با توجه به ساختارهای موجود نظام سلامت، از الگوهای متعدد و متنوعی جهت ارائه خدمات توانبخشی پیروی نموده­اند. خدمات توانبخشی در سطوح سلامت به شرح ذیل می­باشد:

**سطح 1 : ارتقای سطح سلامت و پیشگیری**

در ایران، خدمات توانبخشی در سطح ارتقای سلامت و پیشگیری، می­بایست در نظام شبکه و پایگاه­های توانبخشی مبتنی بر جامعه، اجرایی شود. توانبخشی می­تواند نقش بسزایی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری و ناتوانی ایفا نماید. مشارکت پرسنل توانبخشی در ارتقای سلامت و پیشگیری از ناتوانی و بیماری می­تواند در قالب برنامه­های ذیل صورت پذیرد:

الف) جلوگیری و یا کاهش بروز بیماری، تصادف و آسیب در جامعه

ب) ترویج شیوه زندگی سالم

ج) ایجاد فرصت­های اجتماعی، بهبود سلامت کلی و رفاه افراد مبتلا به بیماری­های مزمن و یا ناتوانی و مراقبان آن­ها

**الف) جلوگیری و یا کاهش بروز بیماری، تصادف و آسیب در جامعه**

هدف اصلی ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و ناتوانی در افراد است. برنامه­های توانبخشی را می­توان در سه سطح پیشگیری­ اولیه، ثانویه و ثالثیه ادغام نمود. برنامه­­های توانبخشی در سطح پیشگیری اولیه، با هدف پیشگیری از ناتوانی (مانند توسعه تست­های غربالگری در دوران پیش از تولد، نوزادی و کودکی) و یا جهت جلوگیری از صدمات، به­ویژه برای افراد مبتلا به اختلالات فیزیکی و یا روانی (مانند ارائه بسته خدمات پیشگیری از حوادث در منزل یا در محل کار) مؤثر واقع می­شوند. در سطح پیشگیری ثانویه، با تشخیص و درمان زودهنگام، به شناسایی به­موقع اختلالات خاص، مانند اختلالات رشدی تکاملی یا شناختی، کمک شده و در سطح پیشگیری ثالثیه، از پیشرفت بیماری و یا ایجاد ناتوانی بیشتر (مانند دیستروفی عضلانی و یا ام اس) جلوگیری می­گردد.

**ب) ترویج شیوه زندگی سالم**

توانبخشی نقش بسزایی در ترویج شیوه زندگی سالم برای تمامی افراد و خانواده­های آن­ها، به­ویژه افراد مبتلا به اختلالات فیزیکی، ذهنی و یا شناختی دارد. یکی از مسائل اولیه در بحث­های ارتقای سلامت، شناخت عوامل خطر یا ریسک فاکتورهایی است که منجر به مرگ می­شود (مانند استفاده از دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت بدنی، استرس). متأسفانه، این عوامل خطر در شیوه زندگی اغلب افراد ناتوان، نادیده گرفته می­شود.

در افراد ناتوان ممکن است پیشگیری اولیه به دلیل تمرکز بر روی ناتوانی، بیماری ­و یا اختلالات خاصی که در این افراد وجود دارد، نادیده گرفته شود. برای مثال، اگرچه توصیه­های ملی در زمینه فعالیت جسمی برای حفظ سلامت و کاهش خطر ابتلا به بیماری­های قلبی وجود دارد، ولی این توصیه­ها، روشی جهت انطباق فعالیت افراد با توانایی­های مختلف و محدودیت­های حرکتی ارائه نمی­دهند.

**ج) ایجاد فرصت­های اجتماعی، بهبود سلامت کلی و رفاه افراد مبتلا به بیماری­های مزمن و یا ناتوانی و مراقبان آن­ها**

به منظور ارتقای سلامت، پرسنل توانبخشی می­توانند به افراد کم­توان، مربیان، ارائه­دهندگان خدمات و مراقبت­های بهداشتی و همچنین سایر کارکنان، در مورد نگهداری و ارتقای فعالیت بدنی افراد کم­توان مشاوره دهند. آن­ها می­توانند با توجه به امکانات ورزشی موجود، فعالیت­های فیزیکی مناسب را به افراد پیشنهاد داده و جهت انطباق و ایجاد محیطی امن برای افراد با شرایط خاص، توصیه­های مفیدی را ارائه دهند.

**سطح 2 : درمان**

خدمات توانبخشی در سطح درمان، عمدتا شامل اقدامات تشخيصي، انجام تست­هاي باليني و اختصاصي، خدمات مشاوره­اي و تشخيصي ويژه، طرح­ريزي برنامه درماني، تجويز درمان­هاي دارویي، آموزش بيمار و اطرفيان، ارائه و اجراي برنامه­هاي توانبخشي، پيگيري وضعيت مداواي بيمار و بازخورد به متخصصين درماني معالج و در نهايت، ارجاع به سطوح بالاتر توانبخشي تخصصي و يا درماني مي­باشد. این خدمات در چهار حوزه سرپایی، بستری، جامعه محور و اقامتی ارائه می­گردند.

**خدمات سرپایی** در مراکز جامع توانبخشی، بخش سرپایی بیمارستان­ها وکلینیک­های توانبخشی ارائه می­شوند؛ **خدمات بستری** در بیمارستان­های تخصصی توانبخشی، بخش توانبخشی بیمارستان­های عمومی و مراکز تحت حاد توانبخشی ارائه می­گردند؛ **خدمات جامعه محور** در مراکز جامع توانبخشی، حرفه­آموزی توانبخشی، توانبخشی در منزل ارائه می­شوند؛ در سطح **اقامتی** نیز می­توان از مراکز نگهداری و توانبخشی طولانی­مدت، مانند خانه سالمندان، زندگی کمکی، مراقبت تسکینی و انتهای عمر نام برد.

**سطح3 : درمان­های تخصصی**

این سطح شامل خدمات پيشرفته توانبخشي است كه صرفاً در يك حيطه تخصصي و ويژه، نظير بخش/مركز توانبخشي تخصصي (خاص) ضایعات نخاعی و يا توانبخشي بيماري­هاي اعصاب، قطع عضو و ... ارائه مي­شوند. ­اين خدمات، در مراكز اصلی، قطب­هاي درماني كشوري و يا بيمارستان تخصصي توانبخشي قابل تعريف هستند.

**2. ساختار در نظر گرفته شده برای ارائه خدمات توانبخشی**

بسته پیشگیری

خدمات بستری

خدمات سرپایی

خدمات جامعه محور

خدمات مراقبتی

توانبخشی حرفه ای

توانبخشی اجتماعی

تقویت بیمه ها



**مدل یکپارچه­سازی خدمات درمانی، توانبخشی و مراقبت­های اجتماعی**

**3. رویکردهای توانبخشی**

نظام سلامت، به عنوان یک جایگاه مهم برای سیاست­گذاری در حوزه توانبخشی، متولی این امر بوده و در همین راستا موظف است با تدوین برنامه عملیاتی کشوری درخصوص ارائه مدل اجرایی ادغام خدمات توانبخشی پزشکی، جهت تحقق عدالت در سلامت، گام بردارد. در این رابطه، رویکردهای زیر مطرح می­شوند:

**رویکرد 1-** توانبخشی با توجه به ابعاد مختلف (توان­پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه­ای­)، یک امر بین­بخشی بوده و تحقق آن نیازمند سیاست­گذاری مشترک و هماهنگی­ اجرایی بین نهادهای مختلف، به­ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، جمعیت هلال­احمر و سایر سازمان­های دولتی و غیردولتی ارائه­دهنده خدمت می­باشد.

**رویکرد 2-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفاتر وابسته به آن می‌بایست در راستای تسهیل اقدامات بین­بخشی، سازوکارهای لازم را برای توسعه روابط منسجم بین نهادهای دولتی و غیر­دولتی ایجاد نمایند.

**رویکرد 3-** سازمان­های ارائه­دهنده خدمات توانبخشی می­بایست فضای لازم برای حضور بخش غیردولتی و تشکل­های مردم­نهاد مرتبط و واجد شرایط را جهت اجرا، توسعه و نظارت بر برنامه­های توانبخشی ایجاد نمایند.

**رویکرد 4-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان­های دولتی و غیردولتی مرتبط می­بایست تسهیلات لازم را در همه ابعاد توانبخشی (توان­پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه­ای) جهت توانمندسازی افراد جامعه تامین نموده و زمینه مشارکت اجتماعی را، به­ویژه برای افراد دارای ناتوانی، فراهم آورند.

**رویکرد 5-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می­بایست به تدریج پوشش همگانی خدمات توانبخشی و ارائه خدمات یکپارچه را، به­ویژه در مناطق با درآمد پایین، از طریق حمایت از گروه­های آسیب­پذیر، با کاهش پرداخت از جیب، افزایش دسترسی به خدمات جامع، توزیع خدمات گسترده توانبخشی در مناطق مختلف جغرافیایی و استفاده از تکنولوژی نوین و کارآمد ایجاد نماید.

**رویکرد 6-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان­های مرتبط دولتی و غیردولتی، با اولویت ارتقای سلامت و پیشگیری در حوزه توانبخشی، می­بایست از تجربیات گذشته درخصوص مراقبت­های بهداشتی اولیه PHC و جامعه محور CBR استفاده نموده و ترکیبی از خدمات ارتقای سطح سلامت و پیشگیری از ناتوانی­های خفیف، متوسط و شدید را ارائه نمایند.

**رویکرد 7-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه­ها و سازمان­های مرتبط می­بایست با ایجاد شبکه­ دانشیِ بین­بخشی، دانش و شواهد لازم در حوزه توانبخشی را، مبتنی بر نیاز جامعه هدف، تولید نمایند.

**رویکرد 8-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، جمعیت هلال­احمر و سایر دستگاه­ها و نهادهای دولتی و غیردولتی مرتبط می­بایست با ایجاد سازوکارهای لازم، فرصت­های برابر در حوزه­های آموزش، اشتغال، دسترسی به خدمات سلامت و حضور فعال در اجتماع را برای افراد دارای ناتوانی فراهم آورند.

فصل پنجم

برنامه کشوری توانبخشی

با رویکرد پوشش همگانی خدمات توانبخشی

**1. چشم­انداز**

**2. اصول و ارزش­ها**

**3. اهداف کلی**

**4. اهداف کمی، برنامه­ها و اقدامات**

**5. شاخص­های ارزیابی برنامه کشوری توانبخشی**



|  |
| --- |
| برنامه کشوری توانبخشی پزشکی با رویکرد پوشش همگانی خدمات توانبخشی |
| 1. چشم­انداز |
| در راستای تحقق سند چشم‌انداز 20 ساله و سیاست­های کلی سلامت در جمهوری اسلامی ایران و به منظور توسعه حضور برابرِ افراد دارای ناتوانی و کم­توانی در جامعه، خدمات توانبخشی ازطریق ارتقای دانش و نگرش جامعه، پیشگیری از ناتوانی، تسهیل دسترسی به خدمات توانبخشی و گسترش خدمات توانبخشی پزشکی، اجتماعی و حرفه­ای، رضایت ارائه­دهندگان و دریافت­کنندگان خدمات را ارتقا داده و ایران اسلامی در میان کشورهای منطقه، به عنوان الگوی علمیِ مرجع و قطب پزشکی در زمینه خدمات توانبخشی شناخته شود. |
| 2. اصول و ارزش­ها |
| * رعایت عدالت بین گروه­های اقتصادی اجتماعی * تأمین مالی منصفانه بر اساس توان پرداخت * برخورداری از خدمت، مبتنی بر نیاز * توانمندسازی فرد ناتوان و یا کم­توان و خانواده­های آن­ها * مشارکت فعال و آگاهانه دریافت­کننده خدمات در تصمیمات * احترام به حق آزادی انتخاب و استقلال دریافت­کننده خدمات * انجام مداخلات براساس شواهد علمی معتبر متقن علمی * اطلاع­رسانی شفاف با توجه به سطح محرمانگی * مسئولیت­پذیری و مردم­محوری * کار تیمی، همکاری بین­بخشی و بهره­گیری از ظرفیت سازمان­های دولتی و غیردولتی |
| 3. اهداف کلی |
| 1. گسترش خدمات توانبخشی پزشکی با رویکرد ادغام و یکپارچه­سازی در سطوح مختلف نظام سلامت  2. توسعه تحقیقات ، نظام­های ثبت، وسایل کمکی و فناوری­های نوین، با توجه به نیاز روز افراد دارای ناتوانی  3. توسعه منابع انسانی و ارتقای دانش و مهارت توانبخشی |
| 4. اهداف کمی، برنامه­ها و اقدامات |
| هدف کلی 1- گسترش خدمات توانبخشی پزشکی با رویکرد ادغام و یکپارچه­سازی در سطوح مختلف نظام سلامت |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| هدف کمی | برنامه | اقدامات |
| افزایش 25 درصدی در ارائه خدمات پیشگیری و غربالگری بیماری­ها و اختلالات دارای اولویت در حوزه توانبخشی | ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت­های اولیه سلامت | طراحی، ادغام و اجرای بسته خدمات دمانس در سطح PHC |
| طراحی، ادغام و اجرای بسته خدمات اوتیسم در سطح PHC |
| طراحی، ادغام و اجرای بسته خدمات اختلالات اسکلتی عضلانی در سطح PHC |
| طراحی، ادغام و اجرای بسته خدمات فلج مغزی در سطح PHC |
| طراحی، ادغام و اجرای بسته خدمات ضایعات مغزی و نخاعی (سکته مغزی، ضربه مغزی و آسیب نخاعی) در سطح PHC |
| ادغام برنامه­های پیشگیرانه توانبخشی در سایر اختلالات دارای اولویت، در سطح PHC |
| افزایش سواد سلامت جامعه در جهت خودمراقبتی و پیشگیری از بیماری­های منجر به ناتوانی | تهیه بسته­های خودمراقبتی اختلالات اسکلتی عضلانی، پای دیابتی، ضایعات نخاعی، دمانس، اختلالات تکاملی (اوتیسم و CP)، سقوط در سالمندان و سایر اختلالات دارای اولویت، جهت آموزش جامعه درخصوص آشنایی با نحوه پیشگیری از اختلالات مذکور |
| افزایش 30 درصدی خدمات توانبخشی سرپایی و بستری | طراحی و استقرار نظام ارجاع بین تمامی سطوح نظام سلامت در توانبخشی پزشکی و برقراری ارتباط آن با خدمات توانبخشی اجتماعی، حرفه­ای و آموزشی | ارائه خدمات توانبخشی پزشکی مرتبط با دمانس، براساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی اوتیسم، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی سکته­ مغزی، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی ضایعات نخاعی، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی ضربه­های مغزی، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی قطع عضو، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی قلبی و عروقی، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی اختلالات عصبی عضلانی، بر اساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبت­های ثانویه |
| ارائه خدمات درمانی و توانبخشی برای سایر اختلالات دارای اولویت، براساس شناسنامه­های خدمات در سطح مراقبتهای ثانویه |
| توسعه­ بخش­های بستری (حاد و تحت­­حاد) در قالب بیمارستانهای سطح دو و سه و مراکز بستری در فاز تحت­حاد | راه­اندازی مراکز تحت­حاد توانبخشی در بیمارستان­ها و یا به صورت وابسته Affiliate به بیمارستان­های عمومی |
| توسعه­ی خدمات توانبخشی در بیمارستان­های سطح دو (دولتی و غیردولتی) |
| ارائه خدمات توانبخشی در بیمارستان­های سطح سه |
| توسعه­ی پوشش بیمه خدمات توانبخشی بستری (حاد و تحت­حاد) |
| استفاده از ظرفیت­های موجود خدمات توانبخشی کشور در سازمان­های مربوطه از جمله جمعیت هلال­احمر، بنیاد شهید و ... |
| توسعه مراکز جامع توانبخشی پزشکی سرپایی در بخش دولتی، خصوصی و سازمان­های مردم نهاد در کل کشور | توسعه مراکز جامع توانبخشی پزشکی |
| توسعه پوشش خدمات بیمه در اختلالات دارای اولویت |
| خرید خدمت راهبردی توسط وزارت بهداشت از مراکز دولتی، خصوصی و سازمان­های مردم نهاد واجد شرایط، در رابطه با اختلالات اوتیسم، ام­اس و سکته مغزی و همچنین توسعه طرح مذکور برای سایر اختلالات منجر به ناتوانی، به ترتیب اولویت­های نظام سلامت |
| ارتقای مدیریت خدمات توانبخشی پزشکی | تقویت ساختارهای تشکیلاتی توانبخشی پزشکی در وزارت بهداشت و دانشگاه­های تابعه | راه­اندازی واحد توانبخشی در حوزه معاونت درمان |
| افزایش دسترسی عادلانه بیماران به تکنولوژی­ها و فناوری­های توانبخشی به میزان 20 درصد | توسعه وسایل کمکی و ارتقای فناوری­های توانبخشی برای افراد کم­توان | تهیه فهرست وسایل کمک­توانبخشی و فناوری­های موردنیاز با تعیین اولویت­ها، مبتنی بر نیاز افراد دارای ناتوانی |
| طراحی و تدوین برنامه­ عملیاتی ملی تکنولوژی­ و فناوریهای توانبخشی به­ منظور سیاست­گذاری جهت شناسایی، تهیه و تولید وسایل و تکنولوژی­های توانبخشی |
| راه­اندازی آزمایشگاه مرجع تشخیص استاندارد تجهیزات توانبخشی |
| ایجاد شبکه توزیع وسایل و تکنولوژی­های توانبخشی مبتنی بر نیازها و اولویت­ها |
| توسعه خدمات توانبخشی از راه دور | ایجاد زیرساخت­های الکترونیکی و تسهیلات لازم جهت ارائه خدمات توانبخشی از راه ­دور |
| آموزش نیروی انسانی توانبخشی جهت ارائه خدمات توانبخشی از راه ­دور |
| تعیین تعرفه و تدوین استانداردهای خدمات توانبخشی از راه­ دور |
| توسعه بانک اطلاعاتی در زمینه خدمات توانبخشی | ایجاد سامانه یکپارچه بین سازمان­های ارائه­دهنده خدمات توانبخشی، به­ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور و جمعیت هلال­احمر، درخصوص توسعه و نحوه ارائه خدمات توانبخشی به افراد دارای ناتوانی |
| ایجاد بانک اطلاعات افراد دارای ناتوانی و ثبت اطلاعات افراد با ریسک­ بالا highrisk |
| ایجاد بانک اطلاعاتی مراکز ارائه­دهنده خدمات |
| هدف کلی 2- توسعه تحقیقات، نظام­های ثبت، وسایل کمکی و فناوری­های نوین، باتوجه به نیاز روز افراد دارای ناتوانی | | |
| هدف کمی | **برنامه** | **اقدامات** |
| تولید 30 درصد شواهد لازم، تطبیق مطالعات انجام شده و بررسی تناسب آن­ها با نیازهای جامعه | توسعه تحقیقات توانبخشی | راه­اندازی شبکه تحقیقات توانبخشی |
| انجام نیازسنجی درخصوص تحقیقات حوزه توانبخشی به صورت دوره­ای و اعلام اولویت­ها |
| افزایش اجرای پروژه­ها و طرح­های توانبخشی |
| توسعه محصولات دانش بنیان (سخت­افزاری و نرم­افزاری) | افزایش شرکت­های دانش­بنیان در حوزه توانبخشی |
| افزایش تولید محصولات فن­آورانه توانبخشی |
| دیده­­بانی شاخص­های مرتبط با خدمات توانبخشی | تهیه گزارش وضعیت شاخص­­های حوزه توانبخشی، در قالب شاخص­های برنامه کشوری توانبخشی |
| توسعه­ سامانه‌های ثبت پیامدهای حاصل از بیماری­های اولویت­دار | ایجاد سامانه­های ثبت جهت شناسایی و ثبت پیامدهای حاصل از بیماری­های اولویت­دار در حوزه توانبخشی (اسکلتی عضلانی، ضایعات نخاعی، تروما و ترومای پیچیده، قطع عضو، اختلالات تکاملی) توسط دانشگاه­های علوم پزشکی، با مشارکت بخش غیردولتی |
| هدف کلی3- توسعه منابع انسانی و ارتقای دانش و مهارت توانبخشی | | |
| هدف کمی | **برنامه** | **اقدامات** |
| 30 درصد توسعه نیروی انسانی حوزه توانبخشی | توزیع عادلانه نیروی توانبخشی شاغل در تمامی بخش­های­ دولتی و غیر دولتی، با اولویت مناطق کم­برخوردار | تعیین برآورد استانی میزان نیاز به نیروی توانبخشی، با  اولویت مناطق کم­برخوردار |
| جذب نیروهای توانبخشی در مناطق کم­برخوردار، با اولویت نیروهای بومی |
| گسترش و توسعه دانش و مهارت­های نیروهای انسانی ارائه­دهنده خدمات به میزان 20 درصد | بالا بردن سطح مهارت­های عملی دانشجویان رشته­های توانبخشی | ارائه آموزش­ کار تیمی در دانشگاه­ها و بازنگری در اجرای دوره­های کارورزی، با رویکرد کار تیمی |
| بالا بردن سطح مهارت­های عملی دستیاران طب فیزیکی | ایجاد بخش­های توانبخشی در بیمارستان­های آموزشی و استفاده از ظرفیت آن­ها |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت دانشجویان رشته پزشکی و سایر رشته­های علوم پزشکی در حوزه توانبخشی | ادغام مباحث توانبخشی در کوریکولوم رشته­های مرتبط با توانبخشی، اعم از پزشکی و سایر رشته­های مرتبط |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت دستیاران بالینی رشته­های مرتبط با توانبخشی | تنظیم برنامه روتیشن دستیاران تمامی رشته­های مرتبط با توانبخشی، به­ویژه نورولوژی، ارتوپدی، روان­پزشکی، اطفال، جراحی مغز و اعصاب، داخلی، قلب و ... جهت حضور در بخش­های بستری و سرپایی توانبخشی |
| افزایش سطح دانش و مهارت توانبخشی در میان متخصصین بالینی | راه­اندازی دوره‌های فلوشیپ توانبخشی (توانبخشی قلبی، توانبخشی سکته مغزی، توانبخشی اعصاب، توانبخشی روان، توانبخشی آسیب­های نخاعی) برای پزشکان متخصص |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت پزشکان عمومی در حوزه توانبخشی | برگزاری آموزش­های کوتاه­مدت برای پزشکان عمومی به صورت دوره­های بازآموزی، به منظور آشنایی پزشکان با خدمات توانبخشی |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت پرسنل سلامت در راستای ارائه خدمات یکپارچه­ توانبخشی پزشکی | تدوین دوره­های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت برای پرسنل سلامت در تمامی سطوح |
|  | | |

**5. شاخص­های ارزیابی برنامه کشوری توانبخشی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| هدف کلی 1- گسترش خدمات توانبخشی پزشکی با رویکرد ادغام و یکپارچه­سازی در سطوح مختلف نظام سلامت | | | | | | |
| هدف کمی | **برنامه** | **نام شاخص** | **صورت شاخص** | **مخرج شاخص** | **تناوب گزارش‌دهی** | **منبع جمع­آوری داده** |
| افزایش 25 درصدی در ارائه خدمات پیشگیری و غربالگری بیماری­ها و اختلالات دارای اولویت در حوزه توانبخشی | ادغام خدمات توانبخشی در مراقبت­های اولیه سلامت | خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه سلامت | تعداد بسته‌های استاندارد ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه سلامت در حوزه توانبخشی | کل بسته‌های ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت در کشور | سالانه | معاونت بهداشت وزارت بهداشت |
| خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه برای کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم | تعداد کودکان مبتلا به اوتیسم که زیر سه سالگی تشخیص داده شده­ | کل کودکان مبتلا به اوتیسم شناسایی شده‌ |
| خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه برای کودکان مبتلا به فلج مغزی | تعداد کودکان مبتلا به فلج مغزی که زیر 18 ماهگی تشخیص داده شده­ | کل کودکان مبتلا به فلج مغزی تشخیص داده شده­ |
| خدمات توانبخشی ادغام‌یافته در مراقبت‌های اولیه برای افراد مبتلا به دمانس | تعداد افراد مبتلا به دمانس تشخیص داده شده در مرحله خفیف | کل افراد مبتلا به دمانس تشخیص داده شده |
| افزایش سواد سلامت جامعه در جهت خودمراقبتی | تهیه بسته‌های خودمراقبتی | تعداد بسته‌های خودمراقبتی تهیه شده مرتبط با توانبخشی | تعداد بسته‌های خودمراقبتی مرتبط با توانبخشی که می‌بایست تهیه شود | دو سالانه | معاونت بهداشت وزارت بهداشت |
| افزایش 30 درصدی خدمات توانبخشی سرپایی و بستری | ادغام خدمات توانبخشی در سطح مراقبت­های ثانویه | ارائه خدمات درمانی و توانبخشی  ادغام­­یافته در سطح مراقبت­های ثانویه | تعداد خدمات درمانی و توانبخشی ادغام­یافته در سطح مراقبت­های ثانویه | کل خدمات درمانی در سطح  مراقبت­های ثانویه | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| توسعه بخش­های بستری (حاد و  تحت­حاد) در قالب بیمارستان­های سطح دو، سه و مراکز بستری در فاز  تحت­حاد | ارائه خدمات توانبخشی تحت­حاد | تعداد مراکز تحت­حاد توانبخشی | | دو سال یکبار | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| ارائه خدمات توانبخشی در  بیمارستان­های سطح دو | تعداد بیمارستان­های سطح دو در کشور که دو نفر یا بیشتر، نیروی تخصصی توانبخشی دارند | کل بیمارستان­های سطح دو در کشور | دو سال یکبار | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| ارائه خدمات توانبخشی (در مراکز تحت­­حاد، بیمارستان­های عمومی و بیمارستان­های تک­تخصصی توانبخشی) در بخش­های دولتی و غیردولتی | تعداد تخت توانبخشی (در مراکز  تحت­حاد، بیمارستان­های عمومی و بیمارستان­های تک­تخصصی توانبخشی) در بخش­های دولتی و غیردولتی، به تفکیک مناطق جغرافیایی کشور، در یک مقطع زمانی | جمعیت کل | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| ارائه خدمات توانبخشی | تعداد تخت توانبخشی، به تفکیک مناطق جغرافیایی کشور، در یک مقطع زمانی | تعداد کل تخت­های بستری | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| ارائه خدمات توانبخشی در  بیمارستان­های سطح سه | تعداد بیمارستان­های سطح سه کشور که سه نفر یا بیشتر، نیروی تخصصی توانبخشی دارند | کل بیمارستان­های سطح سه کشور | دو سال یکبار | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| پوشش بیمه خدمات توانبخشی | تعداد خدمات توانبخشی بستری  تحت­پوشش بیمه | کل خدمات توانبخشی بستری | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| توسعه مراکز جامع توانبخشی پزشکی سرپایی در بخش دولتی، خصوصی و سازمان­های مردم نهاد در کل کشور | ارائه خدمات توانبخشی در مراکز جامع، موسسات و دفاتر کار توانبخشی  تک­تخصصی | تعداد مراکز جامع، موسسات و دفاتر کار توانبخشی تک­تخصصی، به تفکیک مناطق جغرافیایی کشور، در یک مقطع زمانی | جمعیت کل کشور، به تفکیک مناطق جغرافیایی | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| پوشش بیمه خدمات توانبخشی سرپایی | تعداد خدمات توانبخشی سرپایی  تحت­پوشش بیمه | کل خدمات توانبخشی سرپایی | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| خرید خدمت خدمات توانبخشی از بخش خصوصی | تعداد مراکزی که خدمات توانبخشی از آن­ها خرید خدمت شده | کل مراکز استاندارد مجاز به ارائه خدمات توانبخشی | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| ارتقای مدیریت خدمات توانبخشی پزشکی | تقویت ساختارهای تشکیلاتی توانبخشی پزشکی در وزارت بهداشت و  دانشگا­ه­های تابعه | ایجاد ساختارهای تشکیلاتی توانبخشی | تعداد دفاتر راه­اندازی شده  در معاونت درمان دانشگاه­ها | | سالانه | معاونت درمان وزارت بهداشت |
| افزایش دسترسی عادلانه بیماران به تکنولوژی­ها و فناوری­های توانبخشی به میزان 20 درصد | توسعه وسایل کمکی و ارتقای فناوری­های توانبخشی برای افراد کم­­توان | فهرست وسایل کمک­توانبخشی | فهرست وسایل کمک­توانبخشی و فناوری­های مورد نیاز، با تعیین اولویت­ها، مبتنی بر نیاز افراد دارای ناتوانی (وجود دارد/ وجود ندارد) | | مقطعی | معاونت درمان با همکاری معاونت تحقیقات وزارت بهداشت |
| تدوین برنامه عملیاتی ملی تکنولوژی­ها و فناوری­های توانبخشی | طراحی و تدوین برنامه عملیاتی ملی تکنولوژی­ها و فناوری­های توانبخشی به­منظور سیاست­گذاری جهت شناسایی، تهیه و تولید وسایل و تکنولوژی­های توانبخشی (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت درمان با همکاری معاونت تحقیقات وزارت بهداشت |
| راه­اندازی آزمایشگاه مرجع تشخیص استاندارد تجهیزات توانبخشی | راه­اندازی آزمایشگاه مرجع تشخیص استاندارد تجهیزات توانبخشی  (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت درمان با همکاری معاونت تحقیقات وزارت بهداشت |
| ایجاد شبکه توزیع وسایل و  تکنولوژی­های توانبخشی | ایجاد شبکه توزیع وسایل و تکنولوژی­های توانبخشی مبتنی بر نیاز­ها و اولویت­ها (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت درمان با همکاری دفتر فناوری اطلاعات وزارت بهداشت |
| توسعه خدمات توانبخشی از  راه ­دور | ایجاد زیرساخت­های الکترونیکی و تسهیلات خدمات توانبخشی از راه ­دور | ایجاد زیرساخت­های الکترونیکی و تسهیلات خدمات توانبخشی از راه­ دور  (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت درمان با همکاری دفتر فناوری اطلاعات وزارت بهداشت |
| آموزش نیروی انسانی توانبخشی جهت ارائه توانبخشی از راه دور | آموزش نیروی انسانی توانبخشی جهت ارائه خدمات توانبخشی از راه دور  (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت درمان با همکاری دفتر فناوری اطلاعات وزارت بهداشت |
| تعیین تعرفه و تدوین استانداردهای خدمات توانبخشی از راه­ دور | تعیین تعرفه و تدوین استانداردهای خدمات توانبخشی از راه­ دور  (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت درمان با همکاری دفتر فناوری اطلاعات وزارت بهداشت |
| توسعه بانک اطلاعاتی در زمینه خدمات توانبخشی | ایجاد سامانه یکپارچه بین سازمان­های ارائه­دهنده خدمات توانبخشی | ایجاد سامانه یکپارچه بین سازمان­های ارائه­دهنده خدمات توانبخشی، به­ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور و جمعیت هلال­احمر درخصوص توسعه و نحوه ارائه خدمات توانبخشی به افراد دارای ناتوانی  (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| ایجاد بانک اطلاعاتی افراد دارای ناتوانی | ایجاد بانک اطلاعاتی افراد دارای ناتوانی و ثبت اطلاعات افراد با ریسک بالا highrisk  (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| ایجاد بانک اطلاعاتی مراکز ارائه­دهنده خدمات | ایجاد بانک اطلاعاتی مراکز ارائه­دهنده خدمات  (انجام شد/ انجام نشد) | | مقطعی | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| هدف کلی2- توسعه تحقیقات، نظام­های ثبت، وسایل کمکی و فناوری­های نوین، با توجه به نیاز روز افراد دارای ناتوانی | | | | | | |
| هدف کمی | **برنامه** | **نام شاخص** | **صورت شاخص** | **مخرج شاخص** | **تناوب گزارش‌دهی** | **منبع جمع‌آوری داده** |
| تولید 30 درصد شواهد لازم، تطبیق مطالعات انجام شده و بررسی تناسب  آن­ها با نیازهای جامعه | توسعه تحقیقات توانبخشی | راه­اندازی شبکه تحقیقات توانبخشی | راه­اندازی شبکه تحقیقات توانبخشی (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| نیازسنجی تحقیقات حوزه توانبخشی به صورت دوره­ای و اعلام اولویت­ها | انجام نیازسنجی تحقیقات حوزه توانبخشی به صورت دوره­ای و اعلام اولویت­ها  (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| پژوهش­های مرتبط به خدمات توانبخشی | تعداد کل طرح های پژوهشی انجام شده در حوزه توانبخشی | تعداد کل طرح­های پژوهشی انجام شده | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| تأمین منابع مالی | کل منابع مالی موجود برای  پژوهش­های توانبخشی در کشور | کل منابع مالی موجود برای  پژوهش­ در کشور | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| توسعه محصولات دانش­بنیان  (سخت­افزاری و  نرم­افزاری) | توسعه دانش توانبخشی | تعداد مراکز و شرکت­های دانش­بنیان در حوزه تکنولوژی­های توانبخشی  سخت­افزاری و نرم­افزاری | کل مراکز و شرکت­های دانش­بنیان | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| تولید محصولات فناورانه توانبخشی | تعداد محصولات فناورانه تولید شده در حوزه توانبخشی | | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
| دیده­بانی شاخص­های مرتبط با خدمات توانبخشی | اطلاعات توانبخشی در چارچوب­­های پایش کشوری | تهیه گزارش وضعیت شاخص­های حوزه توانبخشی در قالب شاخص­های برنامه کشوری توانبخشی (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |
|  | توسعه سامانه­های ثبت پیامدهای حاصل از بیماری­های  اولویت­دار در حوزه توانبخشی | نظام­های ثبت در بیماری­های منجر به ناتوانی | تعداد نظام­های ثبت موجود در  بیماری­های منجر به ناتوانی | تعداد کل نظام­های ثبت | سالانه | معاونت تحقیقات و فناوری  وزارت بهداشت |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| هدف کلی 3- توسعه منابع انسانی و ارتقای دانش و مهارت توانبخشی | | | | | | |
| هدف کمی | **برنامه** | **نام شاخص** | **صورت شاخص** | **مخرج شاخص** | **تناوب گزارش‌دهی** | **منبع جمع‌آوری داده** |
| 30 درصد توسعه نیروی انسانی در حوزه توانبخشی | توزیع عادلانه نیروی توانبخشی شاغل در بخش دولتی و غیردولتی، با اولویت مناطق کم­برخوردار | تراکم نیروهای تخصصی ارائه­دهنده خدمات توانبخشی | تعداد نیروهای تخصصی ارائه­دهنده خدمات توانبخشی که دارای پروانه دفاتر کار، مطب و موسسات توانبخشی هستند | تعداد کل نیروهای تخصصی ارائه­دهنده خدمات توانبخشی فعال در کشور | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| تراکم نیروهای تخصصی ارائه­دهنده خدمات توانبخشی | تعداد نیروهای تخصصی ارائه­دهنده خدمات توانبخشی، به تفکیک مناطق جغرافیایی | جمعیت کل کشور | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| گسترش و توسعه دانش و مهارت­ نیروهای انسانی ارائه­دهنده خدمات به میزان 20 درصد | بالا بردن سطح مهارت­های عملی دانشجویان رشته­های توانبخشی | آموزش نیروهای توانبخشی | ارائه آموزش­های کار تیمی در دانشگاه­ها و بازنگری در اجرای دوره­های کارورزی، با رویکرد کار تیمی (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| بالا بردن سطح مهارت­های عملی دستیاران طب فیزیکی | ایجاد بخش­های توانبخشی در بیمارستان­های آموزشی، جهت توسعه بسترهای آموزشی | ایجاد بخش­های توانبخشی در بیمارستان­های آموزشی و استفاده از  ظرفیت آن­ها (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت دانشجویان رشته پزشکی و سایر رشته­های علوم پزشکی، در حوزه توانبخشی | ادغام مباحث توانبخشی در کوریکولوم رشته­های مرتبط با توانبخشی | ادغام مباحث توانبخشی در کوریکولوم رشته­های مرتبط با توانبخشی، اعم از پزشکی و سایر رشته­های مرتبط (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت دستیاران بالینی رشته­های مرتبط با توانبخشی | آموزش دستیاران رشته­های مرتبط با توانبخشی | تنظیم برنامه روتیشن دستیاران رشته­های مرتبط با توانبخشی  (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| افزایش سطح دانش و مهارت توانبخشی در بین متخصصین بالینی | توسعه فلوشیپ توانبخشی | راه­اندازی دوره‌های فلوشیپ توانبخشی (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت پزشکان عمومی در حوزه توانبخشی | آموزش کوتاه­مدت پزشکان عمومی در حوزه توانبخشی | برگزاری آموزش­های کوتاه­مدت برای پزشکان عمومی از طریق دوره­های بازآموزی، به منظور آشنایی پزشکان با خدمات توانبخشی (انجام شد/ انجام نشد) | | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| بالا بردن سطح دانش و مهارت پرسنل سلامت در راستای ارائه خدمات یکپارچه­ توانبخشی پزشکی | آموزش پرسنل سلامت در حوزه توانبخشی | تعداد دوره­های بازآموزی مرتبط با حوزه توانبخشی | تعداد کل دوره­های بازآموزی | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |
| آموزش پرسنل سلامت در حوزه توانبخشی | تعداد دوره­های آموزش ضمن  خدمت در حوزه توانبخشی  برای پرسنل سلامت | کل دوره­های آموزش ضمن  خدمت برای پرسنل سلامت | سالانه | معاونت آموزشی  وزارت بهداشت |

**پیوست 1**

**تاریخچه توانبخشی در ایران و جهان**

از ابتدای تاریخ بشر، دیدگاه­های متفاوتی نسبت به حضور افراد دارای ناتوانی در جامعه وجود داشته است. بنا بر مطالب موجود در متون گذشته در مورد حضور این افراد در جامعه، نگرش­ها اساساً همراه با طرد، ترحم و یا عناد و درشتی بوده است. مقوله­ توانبخشی، مقوله کاملاً جدیدی است که با ظهور عصر مدرن مطرح شد.

**◄ قبل از قرن 13 هجری شمسی**

**جهان:** در ابتدای قرن بیستم میلادی، با آغاز جنگ جهانی اول و افزایش تعداد افراد دارای ناتوانی فیزیکی/جسمی، رویکرد پزشکی به مسئله ناتوانی ایجاد شد که می­توان از آن به عنوان آغاز تاریخ توانبخشی نام برد.

**ایران:** قبل از دهه20، صرفاً خدمات نگهداری با حداقل حقوق انسانی ارائه می­شده و هیچ­گونه خدمات درمانی و یا توانبخشی وجود نداشته است.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * دانشگاه جندی شاپور (نخستين دانشگاه پزشکی) که به امر درمان و نگهداری افراد دارای ناتوانی می­پرداخته است - سده 3 * درمان­های توان­پزشکی حکیم ابوعلی سینا | * مدرسه آمريكايی ناشنوايان - 1817 * اعلامیه حقوق کودک (افراد دارای ناتوانی ذهنی) 1924 | قبل از قرن 13 هجری شمسی |

**◄ از آغاز قرن 13 هجری شمسی تا دهه 20**

**جهان:** توجه به امر آموزش پزشکان متخصص توانبخشی؛ تدوین قوانین مرتبط با افراد دارای ناتوانی؛ توجه به سالمندان؛ توجه به بخش حمایتیِ توانبخشی.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * نگهداری بیماران روانی در بیمارستان دولتی * واگذاری به شهربانی و نگهداری در ساختمانی در باغ اکبر آباد (تیمارستان) * واگذاری تیمارستان به شهرداری * تأسیس اولین مرکز آموزشی و تربیتی نابینایان در تبریز * تأسیس مدرسه ناشنوایان در تبریز * تأسیس بیمارستان شفا یحیاییان * تأسیس دبستان کر و لال­ها در تهران * اختراع تلفن گنگ * آغاز روان­پزشکی نوین ایران با تأسیس دانشگاه تهران * بنیان­گذاری رشته روان­پزشکی در تیمارستان تهران توسط رئیس فرانسوی دانشکده پزشکی ابرلین | * تأسیس مدرسه آمريكايی ناشنوايان * تأسیس مؤسسه آموزشی افراد نابینا و ناشنوا * تدوين قانون اسميت سيرز (توانبخشی افراد دارای ناتوانی جنگی) * تأسیس انجمن طب فيزيکی و آموزش رسمی طب فيزيکی * مصوبه تأمین­اجتماعی با هدف ارائه خدمات به افراد سالخورده * تأسیس اولین نهادهای حمایتی توانبخشی | از آغاز قرن 13 هجری شمسی تا دهه 20 |

**ایران:** در این دوره، مشکل نگهداری بیماران روانی و چالش­های مرتبط با آن و نیز توجه به امر آموزش افراد دارای ناتوانی در قالب نابینایی و ناشنوایی، به­ویژه نابینایی، دیده می­شود که شاید مهمترین دلایل آن، استقبال بانیان غیردولتی از مباحث مورد توجه خودشان و جامعه و یا مطالبات جامعه نابینایان و ناشنوایان بوده است.

**◄ دهه 20**

**جهان:** توسعه علوم توانبخشی؛ توجهِ بیشتر به حقوق افراد دارای ناتوانی.

**ایران:** پرداختن به امر آموزش نابینایان و ناشنوایان؛ توجه به جنبه درمانی آموزشیِ بیماران روانی.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * جمعيت حمايت از کودکان کر و لال­ * تأسیس بیمارستان روزبه * تأسیس اولین آموزشگاه شبانه‌روزی نابینایان | * تألیف اولين کتاب طب توانبخشی * تأسیس اولین انستيتو طب توانبخشی در نيويورک * تأسیس آسایشگاه ویژه­ برای آسیب­دیدگان نخاعی * اعلامیه حقوق کودک (بشر) - 1948 | دهه 20 |

**◄ دهه 30**

**جهان:** برای اولین بار، فرد دارای ناتوانی، نه تنها به عنوان فرد ناتوان، بلکه به عنوان فردی دارای حقوق، مطرح شده و گام­های اولیه جهت گسترش دانش توانبخشی، در قالب رشته­های مختلف برداشته می­شود.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * تأسیس مرکز آموزشی نابینایان دخترانه نور آیین در اصفهان * تأسیس مرکز آموزش و پرورش پسران نابینا در اصفهان * تأسیس نخستین ساختمان ویژه کر و لال­های ایران * توسعه بیمارستان 100 تخت­خوابی روزبه * انتقال بیماران روانی به امین آباد (به عنوان تیمارستان) * تغییر شکل مرکز امین­آباد به بیمارستان رازی و واگذاری آن به بهداری | * اعلامیه حقوق کودک (افراد دارای ناتوانی جسمی ذهنی اجتماعی) - 1959 * از دهه ۱۹۶۰، تحقیقات طب توانبخشی در مرکز توجه قرار گرفت و با گسترش دانش، به­ تدریج فلوشیپ­های متعددی در این رشته تشکیل شد که شامل طب ورزشی، آسیب مغزی، توانبخشی قلبی، بیماری­های نوروماسکولار، نوروفیزیولوژی بالینی، الکترومیوگرافی، آسیب نخاعی، سکته مغزی، تحقیقات توانبخشی، توانبخشی بیماری­های اعصاب، طب درد، طب توانبخشی اطفال، درمان­های تهاجمی و ستون فقرات است. | دهه 30 |

**ایران:** گسترش مراکز آموزشی نابینایان و ناشنوایان و مراکز درمانی بیماران روانی.

**◄ دهه 40**

**جهان:** توجه به بیمه­های توانبخشی و درمانی؛ طرح نظریه­ها و قوانین مرتبط با افراد دارای ناتوانی؛ اجباری شدن آموزش کودکان دارای ناتوانی.

**ایران:** تأسیس انجمن توانبخشی به عنوان اولین نهاد متولی خدمات توانبخشی و به دنبال آن سپردن تولی­گری کلان توانبخشی به وزارت کار و امور اجتماعی؛ توسعه آموزشگاه­های نابینایان؛ آموزش و تربیت متخصصین توانبخشی.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * ایجاد اولین مرکز توانبخشی هلال­احمر با همکاری سازمان ملل متحد، وزارت بهداری و جمعیت هلال­احمر (شیر و خورشید سابق) * تأسیس آموزشگاه نابینایان بزرگسالان خزائلی در تهران * تأسیس آموزشگاه نابینایان رضا پهلوی * تأسیس انجمن حمایت از افراد دارای ناتوانی * ايجاد انجمن توانبخشی وابسته به وزارت کار و امور اجتماعی * تاسیس انجمن فیزیوتراپی ایران * واگذاری بیمارستان شفا یحیاییان تهران از طریق وزارت بهداری به انجمن توانبخشی * تأسیس آموزشگاه نابینایان ابابصیر در اصفهان * ایجاد دانشکده توانبخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و شنوایی­سنجی) * تأسیس سازمان ملی رفاه نابینایان ایران * شناسانده شدن طب فیزیکی و توانبخشی با حضور پزشکان متخصص طب فیزیکی و توانبخشی فارغ التحصیل از کشورهای اروپایی و آمریکایی، به جامعه پزشکی ایران | * اجباری شدن قانون آموزش کودکان دارای ناتوانی * تصویب طرح­های مديکر و مديکيت * شکل­گیری نظریه­ی برابری فرصت­ها * تصويب قانون افراد دارای ناتوانی در امريكا ADA | دهه 40 |

**◄ دهه 50**

**جهان:** جهانی شدن اعلامیه حمایت از حقوق افراد مبتلا به عقب­ماندگی ذهنی؛ بسط قانون به تمام افراد دارای ناتوانی (نه فقط به کودکان ناتوان)؛ طرح موضوع توانبخشی مبتنی بر جامعه (تغییر نگرش از توانبخشیِ صرفاً پزشکی به توانبخشیِ اجتماعی).

**ایران:** توجه به نگهداری سالمندان؛ گسترش توانبخشی جسمی و آموزش آن در قالب بیمارستان موجود؛ ایجاد گفتمان رفاه اجتماعی؛ تشکیل وزارت رفاه اجتماعی؛ تغییر تولی­گری توانبخشی از وزارت کار و امور اجتماعی به وزارت رفاه و از وزارت رفاه به بهداری و به دنبال آن، از وزارت بهداری به بهزیستی (در این دهه شاهد بیشترین بی­ثباتی در امر تولی­گری توانبخشی هستیم).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * تأسیس سازمان ملی رفاه ناشنوایان ایران * برگزاری دوره­های آموزشی توانبخشی جهت دانشجویان پزشکی و دستیاران تخصصی، در برخی مراکز دانشگاهی مانند دانشگاه تهران و مرکز پزشکی شهدای تجریش * تأسیس آسایشگاه افراد دارای ناتوانی و سالمندان کهریزک * تقویت بخش مددکاری و راه­اندازی کارگاه­های آموزش توانبخشی در بیمارستان شفا یحیاییان * آغاز به کار دانشکده توانبخشی در سال 1352، به پیشنهاد انجمن توانبخشی، با سه رشته تحصیلیِ فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، در مقطع کارشناسی * برگزاری نخستین سمینار رفاه اجتماعی * تشکیل وزارت رفاه اجتماعی، جدایی انجمن توانبخشی از وزارت کار و امور اجتماعی و انتقال انجمن به وزارت رفاه * برگزاری دومین سمینار ملی رفاه اجتماعی در تهران * انحلال وزارت رفاه اجتماعی * قرار گرفتن انجمن توانبخشی زیر نظر وزارت بهداری-بهزیستی تا اوایل 1358 * تشکیل سازمان بهزیستی * جدایی انجمن توانبخشی از بهداری و ادغام انجمن در سازمان بهزیستی (معاونت توانبخشی) * تشکیل سازمان بهزیستی کشور * تأسیس دانشکده توانبخشی در میدان مادر * تأسیس بنیاد شهید و امور ایثارگران * تصویب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران - 1358 | * اعلامیه جهانی حقوق افراد مبتلا به عقب­ماندگی ذهنی * اعلامیه جهانی حقوق افراد دارای ناتوانی * پیشنهاد طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه * ارائه طبقه­بندی ICIDHتوسط WHO * اعلامیه حقوق افراد مبتلا به عقب­ماندگی ذهنی 1971 * اعلامیه حقوق افراد دارای ناتوانی - 1975 | دهه 50 |

**◄ دهه 60**

**جهان:** تصویب قوانین شفاف و اجرایی درخصوص افراد دارای ناتوانی و امور مربوط به آن­ها، به­ویژه اشتغال؛ تغییر رویکرد قوانین از توانبخشیِ اجتماعی به حقوق خاصه­ی افراد دارای ناتوانی در تمامی جنبه­ها.

**ایران:** گسترش خدمات توانبخشی؛ الحاق نهادی دیگر به نهادهای موجود در بخش ارائه خدمات توانبخشی؛ تصویب رشته طب فیزیکی و توانبخشی (با توجه به جنگ تحمیلی، ایجاد فرهنگ جانبازی در جامعه، نگاه ارزشی به جانبازان و ناتوانی به­همراه آن).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * جدا شدن دانشکده توانبخشی از وزارت علوم و ملحق شدن آن به وزارت بهداشت * تصویب بورد تخصصی رشته طب فیزیکی و توانبخشی * برگزاری اولین دوره دستیاری طب فیزیکی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز * تغییر نام بنیاد مستضعفان به بنیاد جانبازان | * طرح نظریه­ی برابری فرصت­ها در جامعه بین­المللی برای افراد دارای ناتوانی * برگزاری سال جهانی افراد دارای ناتوانی * تصویب برنامه اقدام جهانی برای افراد دارای ناتوانی در مجمع عمومی سازمان ملل متحد * عهدنامه اشتغال و قانون کار افراد دارای ناتوانی 1983 * پیمان حقوق کودک | دهه 60 |

**◄ دهه 70**

**جهان:** تثبیت و توسعه توانبخشی مبتنی بر جامعه و گسترش قوانین مرتبط با آن­ (با توجه به گسترش خدمات) در حوزه­های آموزش، خدمات، اشتغال و ...

**ایران:** شروع طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه و توسعه آن در کشور؛ ایجاد فضای لازم جهت توجه به توانبخشی روانی و سپردن آن به دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی؛ تغییر در رویکرد خدمات در این حوزه؛ راه­اندازی رشته طب فیزیکی و توانبخشی.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * تشکيل سازمان آموزش و پرورش استثنايی کشور * برگزاری دومین دوره دستیاری طب فیزیکی و توانبخشی در دانشگاه علوم پزشکی ارتش * انجام طرح آزمایشی توانبخشی مبتنی بر جامعه در سمنان * تاسیس دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی * شروع مجدد فعالیت انجمن طب فیزیکی و توانبخشی * آغاز پذیرش دستیار تخصصی طب فیزیکی و توانبخشی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز * اجرای CBR در 6 استان کشور * ادامه فعالیت بیمارستان روانی رازی زير نظر مستقيم دانشگاه علوم بهزيستي و توانبخشي و تغيير نام آن به مركز آموزشي درماني روانپزشكي رازي * آغاز پذیرش دستیار تخصصی طب فیزیکی و توانبخشی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | * توانبخشي مبتني بر جامعهCBR * تصویب کنوانسیون جهانی حقوق افراد دارای ناتوانی * تصویب قوانین استاندارد برای افراد دارای ناتوانی * راه­اندازی فوق­تخصص آسیب­ نخاعی - ۱۹۹۵ * راه­اندازی فوق­تخصص درمان درد - ۱۹۹۸ * راه­اندازی فوق­تخصص طب توانبخشی اطفال ۱۹۹۹ | دهه 70 |

**◄ دهه 80**

**جهان:** مهمترین دهه از جهت تصویب قوانین برای افراد دارای ناتوانی و طرح الزاماتِ اجرای قانون.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * تأسیس بیمارستان میلاد * اجرای برنامه ملی CBR * پیوستن ایران به جمع 50 کشوری که دارای قانونی براي امور افراد دارای ناتوانیِ خود هستند * تصويب لايحه کنوانسیون جهانی حقوق افراد دارای ناتوانی در مجلس * تدوین سند چشم­انداز بیست ساله * تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی * تصویب قانون جامع حمایت از حقوق افراد دارای ناتوانی * تدوین نقشه جامع علمی سلامت کشور * تدوین قوانین برنامه­های توسعه (اول، دوم، سوم، چهارم) | * طرح پيمان­نامه سازمان ملل متحد در زمينه حقوق افراد دارای ناتوانی CRPD * بازنگری دستورالعمل توانبخشی مبتنی بر جامعه * تصویب پيمان نامه سازمان ملل متحد در زمينه حقوق افراد دارای ناتوانی * طرح پیمان­نامه سازمان ملل، کنوانسیون جهانی حقوق افراد دارای ناتوانی - 2006 | دهه 80 |

**ایران:** تأسیس دومین بیمارستان توانبخشی که پس از مدتی، کاربری و اهداف آن تغییر کرد؛ توجه به توانبخشی مبتنی بر جامعه همزمان با جهان و توجه ویژه به افراد دارای ناتوانی در حوزه قانون­گذاری، به گونه­ای که در کشور ما نیز برای اولین بار همزمان با جهان، به طور گسترده به حقوق این افراد توجه ویژه شد و قانون شفاف 18 ماده­ایِ حمایت از افراد دارای ناتوانی، به تصویب رسید.

**◄ دهه 90**

**جهان:** در قطعنامه جهانی طرح عملی ناتوانی، سه هدف در نظر گرفته شد:

1 - حذف موانع و بهبود دسترسی به خدمات و برنامه­های سلامتی.

2- تقویت و گسترش توانبخشی، توانایی، فناوری­های کمکی، خدمات، پشتیبانی و توانبخشی مبتنی بر جامعه.

3- تقویت مجموعه‌ای از اطلاعات مرتبط و اطلاعات هم­سطح بین­المللی در مورد ناتوانی و حمایت از پژوهش­های مربوط به ناتوانی و خدمات مرتبط.

**ایران:** ابلاغ سیاست­های کلی سلامت مقام معظم رهبری؛ اجرای برنامه تحول نظام سلامت و تأکید سیاست­گذاران نظام سلامت بر ورود بسته­های توانبخشی در این طرح.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توانبخشی در ایران | توانبخشی در جهان | زمان |
| * اجرای برنامه تحول نظام سلامت * ابلاغ سیاست­های کلی سلامت مقام معظم رهبری | * صدور قطعنامه جهانی طرح عملی ناتوانی 2014-2021 | دهه 90 |

**پیوست 2**

**آمار ناتوانی مرکز آمار ایران**

بر اساس سرشماری سال 1390، جمعیت ایران بالغ بر 75.149.669 نفر گزارش گردید. از این تعداد، حدود 1.017.659 نفر (4/1 درصد) دارای ناتوانی بارز بودند که از نظر جنسیت، 637.357 نفر (63 درصد) را مردان و 380.302 نفر (37 درصد) را زنان تشکیل می­دادند.

از نظر نوع ناتوانی، بیشترین ناتوانی­ها به ترتیب مربوط به اختلالات ذهنی با 333.996 نفر (26 درصد) و نقص پا با 263.142 نفر (20 درصد) و کمترین ناتوانی مربوط به قطع دست با 25.615 نفر (2 درصد) ‌بود.

**نمودار 6- فراوانی افراد دارای ناتوانی، به تفکیک نوع ناتوانی**

از نظر سطح تحصیلات، حدود 518.503 نفر (53 درصد) از افراد دارای ناتوانی، باسواد و 460.865 نفر (47 درصد) بی­سواد بودند. همچنین از میان جمعیت افراد دارای ناتوانیِ باسواد، سطح تحصیلات حدود 205.985 نفر (40 درصد) ابتدایی، 128.529 نفر (25 درصد) راهنمایی، 125.408 نفر (24 درصد) متوسطه بود، 47.657 نفر (9 درصد) دارای تحصیلات عالی بودند و حدود 24/109 نفر (2 درصد) نیز از نظر موقعیت تحصیلی، در شرایط دیگری قرار داشتند.

همان­طور که اشاره شد، حدود 53 درصد افراد دارای ناتوانی، باسواد بودند. بررسی‌ها نشان داد که از این تعداد، 367.897 نفر (71 درصد) مرد بوده و تنها 150.606 نفر را (29 درصد) زنان تشکیل می­دادند.

**جدول 10- وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد دارای ناتوانی، به تفکیک نوع ناتوانی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع ناتوانی | جمعیت 6 ساله و بالاتر | | | | جمعیت 10 ساله و بالاتر | | | |
| **میزان باسوادی** | | **میزان اشتغال به تحصیل** | | **میزان ازدواج** | | **میزان اشتغال** | |
| **درصد** | **تعداد** | **درصد** | **تعداد** | **درصد** | **تعداد** | **درصد** | **تعداد** |
| نابينا | 1/27 | 1664 | 1/5 | 1664 | 2/76 | 1603 | 1/13 | 1599 |
| ناشنوا | 1/37 | 1622 | 7/12 | 1622 | 2/62 | 1497 | 2/25 | 1514 |
| اختلال در گفتار و صدا | 2/44 | 2056 | 6/14 | 2056 | 4/37 | 1757 | 4/22 | 1750 |
| قطع دست | 8/69 | 381 | 7/9 | 381 | 2/73 | 373 | 8/36 | 372 |
| نقص دست | 9/60 | 2209 | 8/10 | 2209 | 3/71 | 2094 | 8/33 | 2094 |
| قطع پا | 7/61 | 729 | 9/6 | 729 | 3/78 | 704 | 3/35 | 713 |
| نقص پا | 5/57 | 4416 | 7/8 | 4416 | 0/73 | 4200 | 2/30 | 4199 |
| نقص تنه | 7/40 | 1633 | 8/4 | 1633 | 2/75 | 1548 | 0/16 | 1549 |
| اختلال ذهنى | 4/36 | 4469 | 6/10 | 4469 | 2/24 | 3917 | 4/10 | 3922 |
| جمع | 2/46 | 19179 | 7/9 | 19179 | 3/58 | 17693 | 6/22 | 17712 |

**نمودار 7- نسبت افراد دارای ناتوانی به کل جمعیت هر رده سنی**

در محاسبه نسبت افراد دارای ناتوانی به کل جمعیت هر استان، مشخص شد که استان خراسان جنوبی با 78/1 درصد، بیشترین و استان البرز با 06/1 درصد، کمترین نسبت را داراست.

**آمار جامعه تحت پوشش سازمان بهزیستی**

طبق گزارش سازمان بهزیستی، تعداد کل افراد دارای ناتوانی تحت پوشش این سازمان در کشور، 950.662 نفر و تعداد سالمندان تحت پوشش، 285.031 نفر می‌باشد.

**آمار جامعه تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران**

تعداد جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران، 508.769 نفر می­باشد.

**آموزش و پرورش استثنایی**

آموزش و پرورش استثنایی ایران، حدود 110 هزار دانش‌آموز با نیازهای ویژه، تحت پوشش دارد که بیشترین گروه دانش‌آموزان با نیازهای ویژه، مربوط به گروه کم‌توان ذهنی می‌باشد.

**تحقیقات انجام شده و برآوردهای جهانی**

شیوع 10 درصد ناتوانی = بیش از 7.500.000 نفر در کشور

شیوع 5/4 درصد ناتوانی شدید و متوسط = حدود 3.375.000 نفر در کشور

**پیوست 3**

**جدول 11- پیش­بینی تعداد تخت­های توانبخشی مورد نیاز هر استان**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | استان | تعداد تخت­های توانبخشی مورد نیاز |
| 1 | آذربایجان ­شرقی | 119 |
| 2 | آذربایجان ­غربی | 98 |
| 3 | اردبیل | 40 |
| 4 | اصفهان و چهار محال و بختیاری | 185 |
| 5 | البرز | 77 |
| 6 | ایلام و خوزستان | 163 |
| 7 | بوشهر و فارس و کهگیلویه و بویراحمد | 201 |
| 8 | تهران و قم | 426 |
| 9 | خراسان­جنوبی و خراسان­رضوی و خراسان شمالی | 241 |
| 10 | زنجان | 32 |
| 11 | سمنان | 20 |
| 12 | سیستان و بلوچستان | 81 |
| 13 | قزوین | 38 |
| 14 | کردستان | 48 |
| 15 | کرمان و هرمزگان | 144 |
| 16 | کرمانشاه و همدان | 118 |
| 17 | گلستان | 57 |
| 18 | گیلان | 79 |
| 19 | مازندران | 98 |
| 20 | مرکزی | 44 |
| 21 | یزد | 34 |
| 22 | لرستان | 56 |
| جمع | | **2400** |

**پیوست ۴**

*https://www.who.int/disabilities/actionplan/en*

**پیوست ۵**

*https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport\_plain\_text\_version.pdf*

**منابع**

1. WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010.
2. WHO. The world health report 2000 - Health systems: improving performance 2000. Available from: http://www.who.int/whr/2000/en/.
3. Rauch A, Negrini S, Cieza AJAopm, rehabilitation. Toward strengthening rehabilitation in health systems: methods used to develop a WHO package of rehabilitation interventions. 2019;100(11):2205-11.
4. WHO. World health report: Research for universal health coverage, 2013. Available from: http://www.who.int/whr/en/.
5. WHO. World Report On Disability. 2011b
6. Census. Iranian Population and Housing Census, 2011, Available from: http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=765.
7. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF: World Health Organization; 2001.
8. Zarei Matin H, Jandaghi G, Heydari F, Imani M. the Attitude of War Handicaped toward the Services Recieved in Terms of their needs. Iranian Journal of War and Public Health. 2010;2(2):22-31.
9. Yousefzadeh S, Dafchahi MA, Maleksari HM, Moghadam AD, Hemati H, Shabani S. Epidemiology of injuries and their causes among traumatic patients admitted into Poursina hospital, Rasht. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). 2007;11. (3)
10. Ojaghi S NS MM,, Khazaei MR NG. An investigation of the Extent of Educational, Treatment Center Preparedness of Kermanshah Medical Science University in facing to Crisis,. Science-Research Quarterly of Kermanshah Medical Science University. 2008;13(3):267-74.
11. Skempes D, Bickenbach J. Strengthening rehabilitation for people with disabilities: a human rights approach as the essential next step to accelerating global progress. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2015;94(10):823-8.
12. Gostin LO, Sridhar D. Global health and the law. New England Journal of Medicine. 2014;370(18):1732-40.
13. Getgen JE, Meier BM. Ratification of human rights treaties: the beginning not the end. The Lancet. 2009;374(9688):447-8.
14. Hoffman SJ, Røttingen J-A. Assessing the expected impact of global health treaties: evidence from 90 quantitative evaluations. American journal of public health. 2015;105(1):26-40.
15. Minkowitz T. The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the right to be free from nonconsensual psychiatric interventions. Syracuse J Int'l L & Com. 2006;34:405.
16. WHO. The world health report 2006: working together for health: World Health Organization; 2006.
17. Skempes D, Stucki G, Bickenbach J. Health-related rehabilitation and human rights: analyzing states' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2015;96(1):163-73.
18. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. The Lancet. 2004;364(9445):1603-9.
19. WHO. Challenging Inequity Through Health Systems. 2007.
20. Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. Bmj. 2006;332(7537):358-61.
21. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295.
22. WHO. WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability 2014 .Available from: www.who. Int / disabilities/action plan/en/.
23. Ooms G, Latif LA, Waris A, Brolan CE, Hammonds R, Friedman EA, et al. Is universal health coverage the practical expression of the right to health care? BMC International Health and Human Rights. 2014;14(1):3.
24. Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. The Lancet. 2013;382(9897):1060-9.
25. Gutenbrunner C, Bethge M, Stucki G, Li J, Lains J, Olver J, et al. Dissemination, analysis, and implementation of the World Report on Disability: the roadmap of the International Society for Physical and Rehabilitation Medicine. American journal of physical medicine & rehabilitation. 2014;93(1):S68-S72.
26. Egan B, Gage H, Hood J, Poole K, McDowell C, Maguire G, et al. Availability of complementary and alternative medicine for people with cancer in the British National Health Service: results of a national survey. Complementary therapies in clinical practice. 2012;18(2):75-80.
27. Kruk ME, Rockers PC, Williams EH, Varpilah ST, Macauley R, Saydee G, et al. Availability of essential health services in post-conflict Liberia. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(7):527-34.
28. Nickerson JW, Hatcher-Roberts J, Adams O, Attaran A, Tugwell P. Assessments of health services availability in humanitarian emergencies: a review of assessments in Haiti and Sudan using a health systems approach. Conflict and health. 2015;9(1):20.
29. Wilunda C, Oyerinde K, Putoto G, Lochoro P, Dall’Oglio G, Manenti F, et al. Availability, utilisation and quality of maternal and neonatal health care services in Karamoja region, Uganda: a health facility-based survey. Reproductive health. 2015;12(1):30.
30. Alam B, Mridha MK, Biswas TK, Roy L, Rahman M, Chowdhury ME. Coverage of emergency obstetric care and availability of services in public and private health facilities in Bangladesh. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2015;131(1):63-9.
31. O'Neill K, Takane M, Sheffel A, Abou-Zahr C, Boerma T. Monitoring service delivery for universal health coverage: the Service Availability and Readiness Assessment. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91(12):923-31.
32. Amerioon A, Mesgarpour Amiri M, Anabad A. Rate of inequality in kidney transplantation services access in Iran. iranian journal of critical care nursing. 2010;3(3):15-6.
33. Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Mousavi T, et al. National survey of availability of physical rehabilitation services in Iran: A mixed methods study. Electronic physician. 2017;9(11):5778.
34. M Shirazikhah, A Mirabzadeh, H Sajjadi, MT Joghataei, A Biglarian ,[Health services coverage: Physical access to rehabilitation facilities in Tehran compare with the country](javascript:void(0)) Journal of Education and Health Promotion
35. Ahmadzadeh N, Azar FEF, Baradaran HR, Roghani RS, Shirazikhah M, Joghataei MT, et al. Availability of outpatient rehabilitation facilities in 2015 in Iran: A nationwide study. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2018;32:123.
36. Mann C. Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. Emergency Medicine Journal. 2003;20(1):54-60.
37. Hogan PF, Dobson A, Haynie B, DeLisa JA, Gans B, Grabois M, et al. Physical medicine and rehabilitation workforce study: the supply of and demand for physiatrists. Archives of physical medicine and rehabilitation. 1996;77(1):9-95.
38. Medicine BSoR. Medical rehabilitation in 2011 and beyond. London; 2010.
39. Raissi G, Ahadi T, Forogh B, Manesaz E. Status of the Physical Medicine and Rehabilitation in the Health system and Medical Education (Letter to the editor). Journal of Medical Council of Iran. 1391;30(1): 9-78.
40. Cruz LC, Fine JS, Nori SJIjohcqa. Barriers to discharge from inpatient rehabilitation: a teamwork approach. 2017;30(2):137-4.
41. Jazayeri SB, Beygi S, Shokraneh F, Hagen EM, Rahimi-Movaghar VJEsj. Incidence of traumatic spinal cord injury worldwide: a systematic review. 2015;24(5):905-18.
42. Streletz L, Mushtak A, Gad H, Abbasi S, Dimassi D, Akhtar N, et al. Epidemiology of Stroke in the MENA Region: A Systematic Review. 2017;1(1):10-21.
43. Venketasubramanian N, Yoon BW, Pandian J, Navarro JC. Stroke Epidemiology in South, East, and South-East Asia: A Review. J Stroke. 2017;19(3):286-94.
44. Johansen HL, Wielgosz AT, Nguyen K, Fry RNJCJoC. Incidence, comorbidity, case fatality and readmission of hospitalized stroke patients in Canada. 2006;22(1):65-71.
45. Mahdy HA. Rehabilitation and community services in Iran. Clinician in Management. 2002;11(2):57-60.
46. Lin C-WC, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. European Spine Journal. 2011;20(7):1024-38.
47. Norrefalk J-R, Ekholm K, Linder J, Borg K, Ekholm J. Evaluation of a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain: economic benefits of return to work. Journal of Rehabilitation Medicine. 2008;40(1):15-22.doi:10.2340/16501977-0131.
48. Cooney MT, Carroll Á. Cost effectiveness of inpatient rehabilitation in patients with brain injury. Clinical Medicine. 2016;16(2):109-13.doi: 10.7861/clinmedicine.16-2-109.
49. Doig E, Fleming J, Kuipers P, Cornwell PLJD, rehabilitation. Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury–a systematic review. 2010;32(25):2061-77.
50. World Health Organization. Rehabilitation in Health Systems. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: http://www.who.int/iris/handle/10665/254506. [Last accessed on 2017 Aug 09].
51. Glen E.Randall AP. Exploring limits to market-based reform: Managed competition and rehabilitation home care services in Ontario. Social Science & Medicine. 2006;62(7):1594-604.doi.org/10.016/j.socscimed.2005.08.042.
52. Weiping X, Qiu Y, Liu Y, Jin H, Meirong JJCJoGP. Effectiveness of home service in rehabilitation of post-stroke patients on recovering period. 2017;16(3):224-6.
53. Allen L, John-Baptiste A, Meyer M, Richardson M, Speechley M, Ure D, et al. Assessing the impact of a home-based stroke rehabilitation programme: a cost-effectiveness study. 2019;41(17):2060-5.
54. Imamura M, Omar Z, Giraldo-Prieto M, Lugo-Agudelo L-HJTJotISoP, Medicine R. 5.5 Physical and rehabilitation medicine in health-care systems: Long-term care and community-based rehabilitation. 2019;2(5):93.
55. Mirkhani S. Principles of rehabilitation. Tehran: University of Welfare Sciences press; 2006.
56. Thomas YJIJoT, Rehabilitation. The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI: commentary. 2008;15:457-8.
57. McColl MA, Shortt S, Godwin M, Smith K, Rowe K, O'Brien P, et al. Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. 2009;90(9):1523-31.
58. Medicine AFoR. Standards for the provision of inpatient adult rehabilitation medicine services in public and private hospitals 2011. 2012.
59. WHO. Standards for prosthetics and orthotics. Geneva:, 2016 (in press)..
60. Rehabilitation W. A call for action plan: The need to scale up rehabilitation. World Health Organization Geneva; 2017.
61. Krug E, Cieza AJNr. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. 2019;29(5):672-4.
62. Eldar R, Kullmann L, Marincek C, Sekelj-Kauzlarić K, Švestkova O, Palat MJD, et al. Rehabilitation medicine in countries of central/eastern Europe. 2008;30(2):134-41.
63. Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler A-D, Piepoli MF, Benzer W, Schmid J-P, et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European cardiac rehabilitation inventory survey. 2010;17(4):410-4180doi.org/10.1097/HJR.0b013e328334f42d.
64. Chang WH, Shin Y-I, Lee S-G, Oh G-J, Lim YS, Kim Y-HJYmj. Characteristics of inpatient care and rehabilitation for acute first-ever stroke patients. 2015;70-262(1)56.
65. Harrison W, Wardle SJPh. Factors affecting the uptake of cardiac rehabilitation services in a rural locality. 2005;119(11):1016-22.
66. Grace SL, Turk-Adawi K, de Araújo Pio CS, Alter DAJCJoC. Ensuring cardiac rehabilitation access for the majority of those in need: a call to action for Canada. 2016;32(10):S358-S64.
67. Organization. WH. Global atlas of the health workforce (http://apps.who.int/gho/data/ node.main. A1444?lang=en&showonly=HWF, accessed 30.12.2016).
68. Gutenbrunner C WA, Chamberlain MA. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe: J Rehabil Med; 2007.
69. Hatano T, Kubo S, Shimo Y, Nishioka K, Hattori NJJoIMR. Unmet needs of patients with Parkinson's disease: interview survey of patients and caregivers. 2009;37(3):26-717.
70. Nahal Ahmadzadeh, Farbod Ebadi Fard Azar, Hamid Reza Baradaran, Reza Salman Roghani, Marzieh Shirazikhah, Mohammad Taghi Joghataei, Nasibeh Zanjari, Maziar Moradi-Lakeh, Sadaf Saneh, Saiedeh Bahrampouri. A Framework for National Rehabilitation Policy and Strategies in Iran: A Scoping Review of Experiences in Other Countries. Iranian Journal of Public Health 49 (9), 1597.

1. Disability Adjusted Life Years [↑](#footnote-ref-2)
2. Primary Health Care [↑](#footnote-ref-3)
3. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps [↑](#footnote-ref-4)
4. International Classification of Functioning, disability and health [↑](#footnote-ref-5)
5. British Society of Rehabilitation Medicine [↑](#footnote-ref-6)
6. [Norrefalk](https://www.ingentaconnect.com/search;jsessionid=6jrqt91nsna08.x-ic-live-03?option2=author&value2=Norrefalk,+Jan-Rickard) [↑](#footnote-ref-7)
7. [Cooney](http://www.clinmed.rcpjournal.org/search?author1=Marie+Therese+Cooney&sortspec=date&submit=Submit) [↑](#footnote-ref-8)
8. Interdisciplinary [↑](#footnote-ref-9)
9. International Society for Prosthetics and Orthotics [↑](#footnote-ref-10)
10. World Federation of Occupational Therapists [↑](#footnote-ref-11)
11. WHO’s Global Atlas of the Health Workforce [↑](#footnote-ref-12)
12. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities [↑](#footnote-ref-13)
13. Years Lost due to Disability [↑](#footnote-ref-14)
14. Net Monetary Benefit [↑](#footnote-ref-15)
15. Spinal Cord Injury [↑](#footnote-ref-16)
16. Intersectoral Action for Health [↑](#footnote-ref-17)