سازمان بهزیستی کشور

کتاب **مقدماتی**

توانبخشی مبتنی بر جامعه

راهنمای CBR

ترجمه: رامین رضایی

World Health Organization

شناسنامه کتاب ـ کتابخانه WHO

توانبخشی مبتنی بر جامعه: راهنمای CBR.

1. توانبخشی. 2. افراد معلول. 3. خدمات سلامت اجتماعی. 4. سیاست‌های سلامت. 5 . حقوق بشر. 6.عدالت اجتماعی. 7. مشارکت مشتریان. 8.راهنما. I .سازمان بهداشت جهان. II. یونسکو.III سازمان بین‌المللی کار. IV. کنسرسیوم بین‌المللی توسعه معلولیت.

شابک:9789241548052 (طبقه WB 320: NLM)

© سازمان بهداشت جهانی 2010

حق چاپ برای سازمان جهانی بهداشت محفوظ است. این کتاب از طریق انتشارات سازمان جهانی بهداشت به آدرس زیر قابل دسترس است.

World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

هرگونه درخواست برای تکثیر یا ترجمه انتشارات WHO – خواه برای فروش یا توزیع رایگان- باید از طریق آدرس زیر به اطلاع انتشارات WHO برسد (Fax: +41 22 791 4806؛ e-mail: permissions@who.int).

عناوین به‌کار رفته و مطالب ارائه شده در این کتاب به این معنی نیست که هرچه توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شده امکان صدق در مورد وضعیت هر کشور سرزمین، شهرستان، منطقه و یا افراد ذی نفوذ و یا حد و مرزها را دارد. خطوط نقطه چین بر روی نقشه نشان‌دهنده مرز تقریبی است که هنوز در مورد آن توافق کامل وجود ندارد.

اشاره‌ای به مؤسسات خاص و یا برخی از محصولات به معنای تأیید یا توصیه توسط سازمان بهداشت جهانی و اولویت دادن به آن‌ها نسبت به دیگر مؤسسات و یا محصولات مشابه نیست. برای مستثنی‌کردن خطاها نام محصولات اختصاصی با حروف بزرگ متمایز شده‌اند.

تمامی اقدامات احتیاطی و معقول توسط سازمان بهداشت جهانی برای بررسی اطلاعات موجود در این کتاب انجام شده است. با این حال، هیچ نوع ضمانتی چه به صورت تلویحی و یا صریح برای مطالب به چاپ رسیده وجود ندارد. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب آمده شده به‌عهده خواننده است. در هیچ شرایطی، سازمان بهداشت جهانی مسئولیت خسارت ناشی از استفاده از آن را به‌عهده نمی‌گیرد.

طراحی و صفحه‌بندی توسط شرکت ارتباطات لنیس: www.iniscommunication.com

چاپ نسخه انگلیسی در مالت

بسم الله الرحمن الرحيم

سرشناسنامه:
عنوان و نام پدیدآور:
مشخصات نشر:
مشخصات ظاهری:
شابک:
وضعیت فهرست نویسی:
یادداشت:
موضوع:
موضوع:
شناسه افزوده
شناسه افزوده:
شناسه افزوده:
رده بندی کنگره:
رده بندی دیویی:
شماره کتابشناسی ملی:

کتاب 1: کتاب مقدماتی، توانبخشی مبتنی بر جامعه ـ راهنمای CBR

ناشر: اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل سازمان بهزیستی کشور

مترجم: رامین رضایی

ویراستاران: محسن حمیدی ـ محسن ایروانی ـ فرانک تفرشی

کارشناس انتشارات: آروین نیک نژاد طهرانی

طراح جلد و صفحه آرا: محبوبه یوسفیان

چاپ اول: 1390

شمارگان: 3000 نسخه

قیمت: اهدایی

به سوی

توسعه فراگیر

مبتنی برجامعه

سرویراستاران: Chapal Khasnabis and Karen Heinicke Motsch

گـروه مشـاوران: Philippe Chervin, Mike Davies, Sepp Heim, Einar Helander, EtienneKrug, and Padmani Mendis, Federico Montero, Barbara Murray, Alana Officer, Enrico Pupulin William Rowland.

گـروه تحریریـه و سـرگروه هـای نویسـندگان: Kamala Achu, Kathy Al Jubah, Svein Brodtkorb, Philippe Chervin, Peter Coleridge, Mike Davies, Sunil Deepak, Kenneth Eklindh, Ann Goerdt, Cindy Greer, Karen Heinicke-Motsch, Derek Hooper, Venus B Ilagan, Natalie Jessup, Chapal Khasnabis, Diane Mulligan, Barbara Murray, Alana Officer, Francesca Ortali, Bob Ransom, Aline Robert, Sue Stubbs, Maya Thomas, Venkatesh Balakrishna and Roselyn Wabuge-Mwangi.

ویراستاران فنی: Nina Mattock and Teresa Lander

طراحی و صفحه بندی: .Inis Communication

تصویرگر: Regina Doyle

عکس جلد: Chapal Khasnabis and Gonna Rota

متن کادرها: Angela Burton

پشتیبانی مالی: دولت ایتالیا، آژانس توسعه بین‌المللی ایـالات متحـده، دولـت فنلانـد، دولـت نـروژ، دولـت سـوئد، دولـت انگلستان، سازمان بین‌المللی کار، سـازمان آموزشـی، علمـی و فـرهنگس سـازمان ملـل متحـد، CBM، و روشـنایی بـرای جهان، Sightsavers, AIFO

پشتیبانی اجرایی:.Rachel Mackenzie

راهنمای CBR

کتاب مقدماتی

فهرست مطالب:

پیش‌گفتار **1**

تقدیرنامه **3**

درباره راهنما **11**

مقدمه **15**

مدیریت **33**

مقدمه 33

مرحله 1: تحلیل وضعیت 40

مرحله 2: برنامه‌ریزی و طراحی 47

مرحله 3: اجرا و پایش 53

مرحله 4: ارزشیابی 60

ضمیمه **67**

پیش گفتار

توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) در سال 1978 پس از بیانیه آلماتا توسط سازمان جهانی بهداشت آغاز شد. CBR به‌عنوان یک استراتژی، برای بهبود دسترسی به خدمات توانبخشی برای افراد معلول در خانواده‌های کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط با استفاده بهینه از منابع محلی مطرح شد.

در طول 30 سال گذشته، CBR از طریق همکاری با دیگر نهادهای سازمان ملل، سازمان‌های غیردولتی فعال مردم نهاد به‌عنوان استراتژی چندبخشی برای رسیدگی به نیازهای گسترده‌تری از افراد معلول، تضمین مشارکت و الحاق آنها در جامعه و بالا بردن کیفیت زندگی‌شان تکامل یافته است. شرکای CBR در طی پنج سال گذشته کار مشارکتی را برای تدوین این دستورالعمل آغاز نمودند، که بر اساس توصیه‌های کلیدی مشاوران بین‌المللی توانبخشی مبتنی بر جامعه در سال 2003 در هلسینکی، و منشور مشترک سازمان بین‌المللی کار (ILO)، سازمان علمی، فرهنگی و آموزشی (UNESCO) و WHO در سال 2004 بررسی گردیده بود. دستورالعمل توسعه CBR به‌عنوان یک استراتژی می‌تواند به اجرای کنوانسیون حقوق افراد معلول کمک کرده و اجرای قوانین ملی و توسعه مبتنی بر جامعه را پشتیبانی نماید.

کتاب‌های راهنمای CBR با ارائه پیشنهادات عملی به مدیران و دیگران در مورد توسعه و تقویت برنامه CBR کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که افراد معلول و اعضای خانواده‌شان می‌توانند به سلامت، آموزش، امرار معاش و بخش‌های اجتماعی دسترسی بیابند. این راهنماها تاکید زیادی بر توانمندسازی از طریق تسهیل ورود و مشارکت افراد معلول و اعضای خانواده و جوامع در تمام مراحل توسعه و تصمیم‌گیری دارند. هم چنین این راهنما، برنامه CBR را به ارزیابی و تحقیق بیشتر در اثربخشی و کارآیی CBR در زمینه فعالیت‌های مختلف انجام شده تشویق می‌کند.

در تهیه و توسعه این سند سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین‌المللی کار، یونسکو، کنسرسیوم بین‌المللی توسعه معلولیت (ICCD)، اعضای گروه واکنش سریع CBR - CBM، انجمن بین المللی معلولان (HI)، انجمن ایتالیایی آمیچی دی رائول فولرئو (AIFO)، "روشنایی برای جهان"، انجمن معلولان نروژی و سایت سیور - با هم همکاری نزدیک داشته‌اند. علاوه بر این بیش از 180 نفر و نزدیک به 300 سازمان عمدتا" از کشورهای کم‌درآمد در سراسر جهان در توسعه این سند نقش داشته‌اند. ما تشکر صمیمانه خود را از همه آنان برای مشارکت و حمایت ارزشمندشان اعلام می‌داریم.

دکتر الوان علا

معاون مدیر کل بیماری‌های

غیرواگیر و بهداشت روان

سازمان جهانی بهداشت

تقدیرنامه

تقدیر از همکاران

Alireza Ahmadiyeh(علیرضا احمدیه) Suman Ahmed, Anupam Ahuja, Flavia Ester Anau, Marta Aoki, Shitaye Astawes, Luis Fernando Astorga, Ruma Banerjee, Angelo Barbato, Alcida Pérez Barrios, Denise Dias Barros, Mary Basinda, Raymann Beatriz, Beverly Beckles, Herve Bernard, Josse M. Bertolote, Francoise Boivon, Johan Borg, Wim Van Brakel, Vianney Briand, Ron Brouillette, Lissen Bruce, Jill Van den Brule, Stéphanie Lucien Brun, Cesar Campoverde, Joan Carey, Lorenzo Carraro, Blanca Castro, Mahesh Chandrasekhar, Gautam Chaudhury, Park Chul-Woo, Denis Compingt, Huib Cornielji, Enrique Coronel, Hannah Corps, Ajit Dalal, Tulika Das, Nan Dengkun, Bishnu Maya Dhungana, Pascal Dreyer, Servious Dube, Marcia Dugan, Livia Elvira Enriquez, Daniel Essy Etya'Ale, Amy Farkas, Harry Finkenflugel, Jonathan Flower, Ruiz Alix Solangel Garcia, Rita Giacaman, Susan Girois, Aloka Guha, Ghada Harami, Sally Hartley, Piet Van Hasselt, Sanae Hayashi, Damien Hazard, Els Heijnen, Sepp Heim, Emma Howell, Patrick Hubert, Shaya A. Ibrahim, Djenena Jalovcic, N. Janardhan, Ivo de Jesus, Zhang Jinming, Donatila Kanyamba, Anita Keller, Jahurul Alam Khandaker, Charles Kilibo, Kalle Konkkola, Pim Kuipers, Emmanuel Laerte, Silva Latis, Chris Lavy, Soo Choo Lee, Tirza Leibowitz, Anne Leymat, Yan Lin, Johan Lindeberg, Anna Lindström, Graziella Lippolis, Betty MacDonald, Geraldine Maison-Halls, M.N.G. Mani, Steve Mannion, Enzo Martinelli, Gloria Martinez, Phitalis Were Masakhwe, Roy Mersland, Rajanayakam Mohanraj, Ashis K.Mukherjee, Roselyn Mwangi-Wabuge, James Mwesigye, Margaret Naegeli, D.M. Naidu, Alex Ndeezi, Alice Nganwa, Tran Thi Nhieu, Stela Maris Nicolau, Henry Mwizegwa Nyamubi, Lawrence Ofori-Addo, Joan Okune, Fatima Corrêa Oliver, Francesca Ortali Parvin, پروین ارتگل Ortogol, Djibril Ouedreagou, R. Pararajasegaram, Istvan Patkai, Carole Patterson, Akhil S.Paul, Norgrove Penny, Hernan SOTO Peral, Debra Perry, Katharina Pfortner, Eric Plantier, Fiona Post, Grant Preston, Bhushan Punani, Sheila)Purves Nandini Rawal, Eladio Recabarren, Chen Reis, Ramin Rezaei رامین رضائی Aline Robert, Silvia Rodriguez, Desire Roman, Gonna Rota, Theresa Rouger, Johannes Sannesmoen, Mary Scott, Alaa Sebeh, Tom Shakespeare, Albina Shankar, Valerie Sherrer, Andrew Smith, Sian Tesni, Ongolo Thomas, Florence Thune, Heinz Trebbin, Daniel Tsengu, Veronica Umeasiegbu, Claudie Ung, Isabelle Urseau, Geert Vanneste, Johan Veelma, Rens Verstappen, John Victor, Mary Kennedy Wambui, Sheila Warenbourg, Patrick Wasukira, Terje Watterdal, Marc Wetz, Mary Wickenden, Hu Xiangyang, Miguel Yaber, Veda Zachariah, Daniel Zappala, Tizun Zhao and Tuling Zhu.

بازنگری‌کنندگان اصلی

Kamala Achu, Rosangela Berman-Bieler, Roma Bhattacharjea, Dan Blocka, Jean-Luc Bories, Wim Van Brakel, Matthias Braubach, Svein Brodtkorb, Rudi Coninx,

Huib Cornielji, Kenneth Eklindh, Gaspar Fajth, Hetty Fransen, Beth Fuller, Cristina Gallegos, Donna Goodman, Demet Gulaldi, Praveena Gunaratnam, Sally Hartley, Sanae Hayashi, Sayed Jaffar Hussain, Djenana Jalovcic, Aboubacar Kampo, Etienne Krug, Garren Lumpkin, Chewe Luo, Charlotte McClain-Nhlapo, Asish Kumar Mukherjee, Barbara Murray, Brenda Myers, Kozue Kay Nagata, Alice Nganwa, Kicki Nordström, Alana Officer, Hisashi Ogawa, Malcolm Peat, Louise A. Plouffe, Fiona Post, Francesca Racioppi, Pia Rockhold, Hala Sakr, Chamaiparn Santikarn, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Helen Schulte, Kit Sinclair, Joe Ubiedo, Nurper Ulkuer, Armando Vasquez and Alexandra Yuster.

بازنگری‌کنندگان میدانی

بنگلادش

مرکز توسعه ناتوانی (CDD) و انجمن ملی سازمان‌های کار با افراد معلول (NFOWD).

بورکینافاسو

مرکز برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه زارگو در کارانگو و اورگایه.

کامبوج

مرکز ملی افراد معلول و رسالت توسعه کامبوج برای معلولین.

چین

بیمارستان دانشگاه آنهویی، بیمارستان شماره 1 دانشگاه پکن، انجمن پزشکی توانبخشی چین، فدارسیون افراد معلول چین، فدراسیون افراد معلول چین (مرکز راهنمای خدمات اجتماعی)، مرکز تحقیقات توانبخشی چین، جامعه طب فیزیکی و توانبخشی چین، فدارسیون افراد معلول استان گوانگ‌دونگ، فدارسیون افراد معلول استان هوئبی ـ فدارسیون افراد معلول شهرستان نان پی ـ فدارسیون معلولان بخش شان دی ـ فدارسیون افرادمعلول شهر روهان ـ فدراسیون مراکز توانبخشی استان گوانگدونگ ـ فدراسیون افراد معلول مرکز خدمات شینزن ـ مرکز خدمات افراد معلول بخش شان دی ـ بیمارستان هوشان دانشگاه فودان ـ موسسه پزشکی و توانبخشی گوانگدونگ ـ مرکز کارکنان توانبخشی گوانگدونگ ـ مرکز منابع خانوادگی لی کانگ گوانگژو ـ بیمارستان شماره 1 شی جیا زانگ شهر گوانگژو ـ دانشگاه علم و صنعت زونگ هوا ـ مرکز بهداشت جوامع محلی شهر جیانگ جین ـ بیمارستان شماره 2 کالج پزشکی کیوسینگ ـ نان پی، روستای جین یا ـ روستای یو شان تی ـ بیمارستان مردمی شماره 2 شنزن ـ نجات کودکان UK ـ بیمارستان مردمی شماره 9 شنزن ـ مرکز

تامین وسایل کمکی برای معلولین جسمی حرکتی شهر شنزن ـ مرکز همکاری‌های توانبخشی سازمان جهانی بهداشت ـ جامعه‌ای برای توانبخشی هنگ کنگ ـ مرکز همکار WHO دانشگاه علوم پزشکی سان یات سین ـ مرکز تحقیقات و پژوهش همکار WHO بیمارستان تانگ جی ـ مدرسه سلامت عمومی اکسی نینگ ـ بیمارستان استان ژجیانگ و بیمارستان شماره 3 دانشگاه زونگ شان.

مصر

مرکز یکپارچه سازی و آموزش و پرورش و پشتیبانی قاهره.

اتیوپی

مرکز توانبخشی اربا مینچ، اتیوپی CBM، شبکه CBR اتیوپی، بنیاد کشیر اتیوپی ـ آدیس آبابا، بنیاد کشیر اتیوپی ـ جیما، خدمات کشیر ـ دایرداوا، خدمات کشیر هرار، خدمات کشیر اتیوپی، موسسه ملی اتیوپی برای ناشنوایان، شبکه ملی معلولین فعال اتیوپی، توانبخشی مبتنی بر جامعه فیچ، توانبخشی مبتنی بر جامعه کوندار، دانشگاه کوندار (دپارتمان فیزیوتراپی)، مددکاران مریم، توانبخشی مبتنی بر جامعه ساکو، مبلغان پزشکی مریم، وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، انجمن ملی کودکان وجوانان عقب مانده ذهنی، توانبخشی مبتنی بر جامعه نی کمتی، توانبخشی مبتنی بر جامعه راپیدآداما و خدمات توانبخشی برای افراد ناشنوا.

غنا

فعال در معلولیت و توسعه (ADD)، مجمع بخش آکانا، بیمارستان باوکو (واحد شنوایی شناسی، فیزیوتراپی، ارتوپدی)، گروه رفاه اجتماعی، گروه رفاه اجتماعی بخش آکانا، گروه رفاه اجتماعی منطقه ولتا، گروه رفاه اجتماعی وینبا، مجمع منطقه نیکوانتا، اداره بهداشت شهرستان سویدرو، ECHOING HILLS، توانبخشی مبتنی بر جامعه کارو، انجمن نابینایان گا آدانکیم غنا، انجمن نابینایان غنا (GAB)، خدمات آموزشی غنا (GES)، فدارسیون معلولین غنا، انجمن ملی افراد ناشنوای غنا، جامعه برای نابینایان غنا (GSB)، منطقه آهافو برانگ، پروژه CBR کراچی، وزارت آموزش و پرورش، کمیسیون ملی آموزش مدنی، والدین و خانواده‌های افراد معلول، توانبخشی مبتنی بر جامعه پروتستان‌های گارو، سپاه رستگاری دان کاوا، سپاه رستگاری بگارو، سپاه رستگاری (پروژه توانبخشی اجتماعی)، سپاه رستگاری (جامعه یکپارچه برای ناشنوایان)، سپاه رستگاری آکرا (خدمات پزشکی و اجتماعی)، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه ساندما، اداره سایت ساورز منطقه غرب بالا، ناکتوا سایت ساورز کراچی، مسئولین برنامه‌ریزی بخش سویدرو، رهبران مذهبی و سنتی داکوا و دانشکاه آموزش و پرورش وینبا.

گویان

شورای نابینایان کارائیب، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه گویان، وزارت بهداشت، کمیسیون ملی معلولیت و گروه حمایت ناشنوایان.

هند

آی ینا، فعالان معلولیت و توسعه هند، AIFO هند، نیازهای اساسی هند، موسسه افراد نابینا هند، CBM، انجمن CBR شبکه CBR بنگلور، خانه‌های کشیر کورگ هند، شبکه قوانین حقوق بشر، کشیر بین‌المللی لئونارد بنگلور، وزارت توسعه منابع انسانی، وزارت عدالت اجتماعی و توانمندسازی، تحرک هند، حرکت برای آزادی روستایی، بنیاد نارندرا، دفتر کمیساریای امور خارجه برای افراد معلول، پالیوم هند، موسسه تحصیلات تکمیلی آموزش و پژوهش پزشکی چاندی گارا، شورای توانبخشی هند، دانشگاه روحی خند (موسسه مطالعات پیشرفته در آموزش)، بنیاد ساها، احساس بین‌المللی هند، SEVA در عمل، آکادمی شری رامانا ماهاریشی نابینایان، جامعه اسپاستیک کاراناتاکا، جامعه اسپاستیک نادوتامیل، موسسه افراد معلول و ویکلنگ کندرا.

اندونزی

مرکز توسعه و آموزش CBR (CBR-DTC) و توانبخشی مبتنی بر جامعه استان جنوبی سولاوسی.

کنیا

انجمن معلولین جسمی کنیا، انجمن ملی ناشنوایان کنیا، کالج آموزش پزشکی کنیا، جامعه کنیا برای افراد نابینا، اتحادیه کنیا برای افراد نابینا، کشیر ناتوانی لئونارد دفتر منطقه‌ای شرق و شمال آفریقا (ENAR)، LITTLE ROCK ECD، وزارت بهداشت، احساس بین‌المللی شرق آفریقا، و خدمات داوطلبانه خارج کشور کنیا (VSO).

جمهوری دمکراتیک مردمی لائوس

انجمن بین المللی معلولان بلژیک ـ اداره محلی.

لبنان

ARC EN CIEL، انجمن توانبخشی مبتنی بر جامعه، DIAKONIA، اتحادیه عمومی زنان فلسطین، کمک‌های پزشکی برای فلسطین‌ها، انجمن نهدا، کمک‌های مردمی نروژ، موسسه معلولین سوئدی و نروژی نجات کودکان.

مالاوی

فدراسیون سازمان‌های معلولان مالاوی (FEDOMA)، غذای کودکان مالاوی، شورای معلولان مالاوی (دبیرخانه برنامه ملی برای CBR مالاوی)، وزارت علوم آموزش و فناوری، وزارت رشد کودک و مرد و زن، وزارت بهداشت، وزارت کار.

مکزیک

پینا پالرمو.

مغولستان

دفتر AIFO، مرکز توانبخشی ملی و برنامه CBR مغولستان، برنامه ملی CBR.

میانمار

اداره محلی چشم انداز بین‌المللی دنیا.

نیکاراگوئه

پروژه مبتنی بر جامعه جویگالپا.

فلسطین

مرکز نور، انجمن خیره الوفا، بیمارستان الوفا، جامعه الویداد، جامعه کودکان برای بچه‌های ناشنوا، جامعه خانه مان، جامعه بیت الحم عرب برای توانبخشی، دانشگاه birzeit (موسسه بهداشت عمومی و اجتماعی)، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بانک مرکزی غرب، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بانک شمال غرب، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بانک جنوب غرب، کالج اجتماعی، انجمن نروژ دیاکونا معلولان، برنامه بهداشت روان اجتماعی غزه، اتحادیه عمومی معلولان فلسطینی، باشگاه بین‌المللی ناشنوایان، امداد اسلامی HEBRON، جامعه جبلیه، جامعه توانبخشی بیت المقدس، موسسه رسانه، کمک‌های پزشکی UK برای فلسطینی‌ها، وزارت آموزش و پرورش و آموزش عالی (گروه آموزش استثنائی)، وزارت بهداشت (گروه مدیریت بحران)، وزارت دولت محلی، وزارت امور اجتماعی، وزارت جوانان و ورزش، مرکز ملی توانبخشی اجتماعی، جامعه ملی توانبخشی غزه، کمیسیون فلسطین برای حقوق معلولان، انجمن امداد پزشکی فلسطین، اتحادیه NUNCHAKU فلسطین، پزشکان بدون مرز، رادیوALRADAH (صدای معلولان)، جامعه هلال احمر، حق حیات

اجتماعی، نجات کودکان فلسطین، مرکز مراقبت معلولان شمس، جامعه معلولان جسمی، اتحادیه ورزشی معلولان، ستاره امید جامعه، یونیسف، آژانس کار و رفاه سازمان ملل متحد (برنامه توانبخشی)، سازمان بهداشت جهانی، انجمن امداد و توسعه وفاق.

گینه پاپوا

خدمات CALLAN برای افراد معلول.

فیلیپین

اینجا جا افتاده است.

آفریقای جنوبی

خانه‌های کشیر جنوب آفریقا، جایکا (نهاد همکاری‌های بین‌المللی ژاپن)، دفتر آفریقای جنوبی، کشیر معلولیت لئونارد، دفتر منطقه‌ای آفریقای جنوبی (SARO)، شبکه سازمان‌های غیردولتی آفریقای جنوبی.

تایلند

مرکز توسعه معلولیت آسیا ـ اقیانوسیه) APCD)، موسسه بین‌المللی معلولیت تایلند، دفتر منطقه‌ای ILO تایلند، دانشگاه KHON KAEN (دانشکده مربوط به دانش پزشکی)، مرکز ملی توانبخشی پزشکی (وزارت بهداشت عمومی)، دفتر ملی توانمندسازی افراد معلول.

اوگاندا

اقدام در مورد معلولیت و توسعه اوگاندا، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بخش بوسیا، CBM، شبکه CBR آفریقا، اتحاد توانبخشی مبتنی بر جامعه، انجمن آلمانی امداد جذام، هدف اوگاندا، دانشگاه کیانباگو، کشیر معلولان لئونارد اوگاندا، مدرسه متوسطه پدر لوزیرا، سلامت روان اوگاندا، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و ورزش، وزارت جنسیت ـ کار و توسعه اجتماعی، انجمن ملی نابینا ناشنوایان اوگاندا، اتحاد ملی افراد معلول اوگاندا، حس بین‌المللی، سایت سیور بین‌المللی اوگاندا، سازمان‌های پشتیبان ایدز، انجمن ملی ناشنوایان اوگاندا بنیاد نابینایان اوگاندا، جامعه اوگاندا برای کودکان معلول.

ویتنام

CBM، بیمارستان و آسایشگاه توانبخشی دانانگ، بیمارستان باخ مای (واحد توانبخشی)، کمیته پزشکی هلند، چشم انداز بین‌المللی ویتنام و جهان.

زیمباوه

موسسه توانبخشی آفریقایی، بنیاد کشیر، واحد تحقیقات بالینی، بنیاد پشتیبانی صرع، وزارت بهداشت، انجمن ملی جوامع برای مراقبت معلولان، شورای ملی افراد معلول زیمباوه، دانشگاه زیمباوه، سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه آزاد زیمباوه.

درباره راهنمای CBR

سابقه راهنما

برآورد شده است که حدود 10 درصد از جمعیت جهان با معلولیت زندگی می‌کنند (1)، که اکثریت آنان در کشورهای در حال توسعه در فقر به‌سر می‌برند. افراد معلول در جهان از آسیب پذیرترین و ضعیف‌ترین افراد هستند. اغلب اوقات آنها تبعیض و برچسب را همراه با حداقل دسترسی به مراقبت های بهداشتی، آموزش و فرصت‌های امرار معاش تجربه می‌کنند.

توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) برای اولین بار به‌دنبال برگزاری کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال 1978 در آلماتا و صدور اعلامیه آن توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) آغاز گردید (2). توانبخشی مبتنی بر جامعه به‌عنوان یک استراتژی برای بهبود دسترسی به خدمات توانبخشی برای افراد معلول در کشورهای در حال توسعه محسوب می شد؛ اما با گذشت بیش از 30 سال دامنه آن به‌طور قابل توجه‌ای گسترش یافت.

در سال 2003، مشاوران بین‌المللی به بررسی توانبخشی مبتنی بر جامعه پرداخته و یک‌سری توصیه‌های کلیدی را مطرح نمودند. پس از آن، CBR در یک موضع مشترک بین سازمان بین‌المللی کار (ILO)، سازمان علمی، فرهنگی و آموزشی سازمان ملل (UNESCO)، و سازمان بهداشت جهانی (WHO) به‌عنوان یک استراتژی در درون برنامه توسعه همه جانبه جامعه برای توانبخشی، برابرسازی فرصت‌ها، کاهش فقر و الحاق اجتماعی افراد معلول تعریف شد (4). در سال 2005، مجمع جهانی بهداشت به اصرار کشورهای عضو قطع‌نامه (58.23) را برای "ارتقاء و گسترش برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه ..." به‌منظور توانبخشی و پیشگیری از معلولیت تصویب نمود (5).

توانبخشی مبتنی بر جامعه در حال حاضر در بیش از 90 کشور دنیا اجرا می‌شود. این راهنما در پاسخ به درخواست بسیاری از شرکای CBR از سراسر دنیا، در این جهت که چگونه می توان برنامه‌های CBR را در مسیر تحولات فوق الذکر رو به جلو حرکت داد، تهیه شد. به‌علاوه، این راهنما درک و راهکار مشترکی را از CBR پس از 30 سال تجربه ارائه می نماید؛ گردآوری مجموعه شناخت‌های جاری از CBR در سراسر جهان، چارچوب جدیدی را برای اقدام و اجرای عملی CBR فراهم نموده است. راهنمای CBR به‌طور جدی تحت تأثیر کنوانسیون حقوق افراد معلول (CRPD) و پروتکل الحاقی (6) آن بودند که در طول تهیه راهنما تدوین گردیدند.

اهداف اختصاصی راهنما

- ارائه رهنمودهایی در مورد چگونگی توسعه و تقویت برنامه CBR در راستای منشور مشترک CBR و کنوانسیون حقوق افراد معلول.
- ارتقاء CBR به‌عنوان یک استراتژی برای توسعه فراگیر مبتنی بر جامعه، به‌منظور کمک به افراد معلول جهت قرار گرفتن در جریان اصلی زندگی در برنامه‌های توسعه و به‌طور اخص کاهش فقر.

- حمایت از شرکای کاری برای رفع نیازهای اولیه و ارتقای کیفیت زندگی افراد معلول و خانواده‌های آنان با تسهیل دسترسی به بهداشت، آموزش، امرار معاش و امور اجتماعی.
- تشویق شرکای کاری برای تسهیل توانمندسازی افراد معلول خانواده‌های‌شان از طریق ترویج ورود و مشارکت آن ها در فرآیند توسعه و تصمیم گیری.

مخاطبان مورد نظر راهنما

مخاطب اولیه راهنمای CBR عبارت است از:

- مدیران CBR

مخاطبان ثانویه راهنمای CBR عبارتند از:

- کارکنان CBR
- کارکنان سطوح اولیه بهداشتی (بهورزان)، معلمان مدارس، مددکاران اجتماعی و دیگر کارکنان توسعه محلی
- افراد معلول و اعضای خانواده آنان
- سازمان‌های غیردولتی افراد معلول و گروه‌های خودیار
- مقامات دولتی درگیر در برنامه معلولیت، به‌ویژه کارکنان دولت محلی و رهبران محلی
- کارکنان سازمان‌های توسعه، سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های غیرانتفاعی
- پژوهش‌گران و دانشگاهیان

محتوای راهنما

تمرکز اصلی این راهنما بازنگری اساسی مفاهیم کلیدی، شناسائی اهداف و پیامدهایی که برنامه CBR باید در آن مسیر کار کند، و ارائه راهکارها و فعالیت‌های پیشنهادی برای دستیابی به این اهداف است. راهنمای CBR نسخه ای را تجویز نمی کند، و برای پاسخ گویی به سؤالات خاص در مورد اختلالات ویژه، توصیه هایی برای مداخلات پزشکی ـ تخصصی، یا راهنمای گام به گام برای گسترش و اجرای برنامه نیست.

این مجموعه در هفت کتاب جداگانه ارائه شده است:

- **کتاب شماره 1** - مقدمه: یک شمای کلی از معلولیت، کنوانسیون حقوق افراد معلول، توسعه برنامه CBR، و ماتریس[1] (چارچوب) CBR ارائه می نماید. فصل مدیریت: یک شمای کلی از چرخه مدیریت در ارتباط با توسعه و تقویت برنامه‌های CBR ارائه می نماید.
- **کتاب شماره 2 تا 6** - هر کتاب به بررسی یکی از پنج مؤلفه (سلامت، آموزش، معاش، امور اجتماعی و توانمندسازی) در ماتریس CBR می پردازد.

[1]- CBR Matrix

- **کتاب شماره 7** - کتاب تکمیلی: چهار موضوع خاص مانند؛ سلامت روان، ایدز، جذام و بحران‌های بشردوستانه را پوشش می‌دهد که به‌طور تاریخی در برنامه CBR از قلم افتاده بودند.

فرایند توسعه راهنما

در نوامبر سال 2004 WHO، UNESCO و ILO، با دعوت 65 نفر از افراد معلول و کارشناسان برنامه CBR کار تدوین راهنما رهنمون را آغاز نمود. گروه شامل پیشگامان و کارشناسان مجرب CBR، افراد با تجربه در امر معلولیت، نمایندگانی از سازمان ملل متحد، کشورهای عضو، عمده‌ترین سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی، سازمان‌های افراد معلول، سازمان‌های تخصصی و دیگر افراد بود. این نشست منجر به تهیه پیش نویس ماتریس CBR شد که دامنه و ساختار راهنما را مشخص کرد.

افزون بر آن تدوین راهنما توسط کمیته مشورتی و گروه اصلی رهبری می شد. برای اطمینان از این‌که راهنماها فعالیت خوب جاری را انعکاس دهد و 30 سال دانش مبتنی بر صدها برنامه گسترش یافته در سراسر جهان، انتخاب فراگیر گروه اصلی، گستره وسیع و مشارکت بالا در فرآیند نگارش که موجب اطمینان نمایندگان کشورهای کم‌درآمد، زنان و افراد معلول، را ترسیم نماید. برای هر بخش، حداقل دو نفر انتخاب شده بودند که نویسندگان را راهنمایی می کردند و سپس همکاری لازم را برای تهیه پیش نویس با دیگران از سراسر دنیا جلب می کردند. در مجموع بیش از 150 نفر در تهیه مفاد این راهنما کمک نمودند.

مطالب راهنما از طیف گسترده‌ای از منابع منتشر شده و نشده استخراج شد که عبارت بودند از: بهترین شیوه‌های به کار گرفته توصیف شده در توسعه اجتماعی و بین‌المللی، زمینه‌هایی که به‌طور مستقیم در کشورهای کم درآمد قابل اجرا بودند، وموقعیت‌هایی که به راحتی توسط شرکای کاری در کشورهای کم درآمد در دسترس بودند. مطالعات موردی از ذی‌نفعان مجری برنامه CBR شامل نشان دادن مکان‌های ساخته شده، شناختن بخش‌های مهم مبتنی بر شواهد مربوط به CBR در افرادی که خودشان تجربه زندگی با معلولیت را داشتند، روایت بسیاری از اشخاص که حمایت سودمند و مناسبی از راهکارهای CBR کرده اند نیز گنجانده شده است.

سند پیش‌نویس تحت فرآیند اعتبارسنجی میدانی همه جانبه در 29 کشور عضو همه مناطق WHO قرار گرفت. به‌طور کلی بیش از 300 نفر از ذی‌نفعان درگیر در اجرای برنامه CBR در مورد سند پیش نویس بازخورد فراهم شد. بر این اساس، سند پیش نویس توسط گروه اصلی بازنگری شد و سپس جهت بازنگری اصلی برای گروه کارشناسان CBR، افراد معلول، آژانس‌های سازمان ملل، استادان دانشگاه ارسال شد و به‌دنبال آن تجدید نظر بیشتر توسط گروه اصلی انجام شد.

در 19 می سال 2010 راهنما برای انتشار تأیید شد. این انتظار می‌رود که مطالب این راهنما تا سال 2020 معتبر باقی بماند. تا هنگامی‌که بررسی مجدد توسط گروه پیشگیری از آسیب و خشونت و معلولیت دفتر مرکزی WHO در ژنو آغاز شود.

منابع:

1. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation.* Geneva, World Health Organization, 1981 (http://whqlibdoc.who. int/trs/WHO_ TRS_668.pdf, accessed 10 August 2010).
2. *Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978,* Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/hpr/NPH/docs/ declaration _almaata.pdf, accessed 10 August 2010).
3. *International consultation to review community-based rehabilitation (CBR).* Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/ who_dar_03.2. pdf, accessed10 August 2010).
4. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. CBR*: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper 2004.* Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 10 August 2010).
5. Resolution WHA58.23. *Disability, including prevention, management and rehabilitation. Fifty-eighth World Health Assembly*, Geneva, 25 May 2005 (www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html,accessed10 August 2010).
6. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/default.asp? navid=12& PID=150, accessed 10 August 2010).

مقدمه

معلولیت

تکامل مفهوم

بررسی سیر تحول مفهوم معلولیت در طول زمان در درک چگونگی برداشت فعلی از معلولیت مفید است. از لحاظ تاریخی، معلولیت عمدتا در غالب معیارهای خرافی و مذهبی مستتر بود، به طور مثال، افراد معلول به‌عنوان کسانی که توسط ارواح و شیطان تسخیر شده بودند، در نظر گرفته می شدند. معلولیت هم چنین به‌عنوان مجازات گناهان پنداشته می‌شد. این نگرش‌ها هنوز در بسیاری از جوامع سنتی امروزی وجود دارد.

در قرن نوزدهم و بیستم، پیشرفت علم و پزشکی به ایجاد این باور که اساس معلولیت با جنبه‌های پزشکی و بیولوژیکی، اختلال در عملکرد و ساختار بدن و شرایط بهداشتی مرتبط است، کمک کرد. این دیدگاه بر مدل پزشکی از معلولیت به‌عنوان مشکل فردی استوار بود که در درجه اول بر روی فراهم کردن مراقبت پزشکی توسط متخصصین متمرکز شده بود.

بعدها در دهه 1960 و 1970، دیدگاه فردی و پزشکی معلولیت به چالش کشیده شد و طیف وسیعی از رویکردهای اجتماعی "نظیر مدل اجتماعی از معلولیت" توسعه یافت. این رویکرد توجهات را از جنبه‌های پزشکی در خصوص معلولیت به سوی موانع اجتماعی و تبعیض هایی که افراد معلول با آن مواجه هستند، سوق داد. معلولیت به‌عنوان یک مشکل اجتماعی به‌جای مشکل فردی تعریف شد و راه حل‌ها نه فقط بر مراقبت پزشکی بلکه بر روی از بین بردن موانع و تغییرات اجتماعی تمرکز یافتند.

محور ایجاد تغییرات در مفهوم معلولیت، ناشی از جنبش افراد معلول بود که در اواخر سال 1960 در شمال آمریکا و اروپا آغاز شد و از آن زمان به بعد در سراسر دنیا گسترش یافت. شعار معروف "هیچ کار را برای ما بدون حضور ما انجام ندهید" نماد تأثیر این جنبش بود. سازمان‌های افراد معلول[1] بر روی رسیدن به مشارکت کامل و برابر فرصت‌ها با حضور و به‌وسیله افراد معلول متمرکز شدند. آنها نقش کلیدی را در توسعه کنوانسیون حقوق معلولان ایفا کردند (1)، که از حرکت به‌سمت مدل حقوق انسانی معلولیت پشتیبانی می کرد.

[1]- Disabled People Organizations

کادر 1 ایران

توانمندسازی افراد از طریق افزایش همکاری

دولت جمهوری اسلامی ایران برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) را در سال 1992 به‌طور آزمایشی در دو منطقه آغاز نمود. با توجه به موفقیت آمیز بودن برنامه و به منظور پوشش بیشتر خدمات 6 منطقه در 6 استان جدید دیگر را در سال 1994 اضافه شد، و در سال 2006 پوشش ملی برنامه 30 استان کشور را در بر گرفت. سازمان بهزیستی کشور در زیر مجموعه وزارت رفاه و تامین اجتماعی، مسئول مدیریت کردن برنامه توانبخشی در سراسر کشور می‌باشد، و 6000 کارکنان شامل ؛ کارکنان محلی، کارکنان سطح میانی CBR، پزشکان، کارشناسان و مدیران CBR در اجرای فعالیت‌های CBR درگیر هستند.

ماموریت برنامه توانبخشی ملی " توانمندسازی افراد معلول، خانواده‌های آنان و جامعه صرف‌نظر از نژاد، رنگ، عقیده، مذهب، جنس، سن، نوع و علت معلولیت می‌باشد که از طریق افزایش آگاهی، ارتقاء مشارکت، کاهش فقر، انگ‌زدائی، فراهم نمودن نیازهای اساسی و تسهیل دسترسی به بهداشت، آموزش و پرورش و فرصت‌های معیشتی " انجام می‌گیرد.

این برنامه همانند اکثر فعالیت‌های CBR با تمرکززدایی از مناطق شهری و ارائه خدمات در مناطق روستایی و محلی انجام شده است. واحدهای کاری این برنامه در ارتباط نزدیک با شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه شامل: خانه‌های بهداشت در مناطق روستایی و مراکز بهداشتی درمانی در مناطق شهری می‌باشد. کارکنان بهداشتی (بهورزان) آموزش‌های لازم را طی 2 هفته دریافت می‌نمایند که در این آموزش با جهت‌گیری استراتژی CBR و برنامه‌های ملی برای شناسائی افراد معلول و ارجاع آنان به نزدیک‌ترین مرکز CBR در مناطق شهری، مهارت‌های لازم را کسب می‌نمایند.

فعالیت‌های اصلی برنامه CBR در ایران عبارتند از:

- آموزش اعضای خانواده و جامعه در مورد معلولیت و توانبخشی مبتنی بر جامعه با استفاده از کتابچه‌های آموزشی راهنمای CBR سازمان جهانی بهداشت؛
- ارائه کمک‌های آموزشی و تسهیل آموزش فراگیر از طریق ظرفیت‌سازی در کارکنان آموزشی و دانش‌آموزان و بهبود دسترسی فیزیکی؛
- ارجاع افراد معلول جهت دریافت خدمات تخصصی، به طور مثال خدمات جراحی و توانبخشی، و دسترسی به خدمات فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی؛
- تهیه وسایل کمکی همچون؛ واکر، عصا، ویلچر، سمعک، عینک؛
- ایجاد فرصت‌های شغلی با فراهم کردن کمک‌های آموزشی، شغلی و حمایت‌های مالی برای افراد در سنین کار؛
- پشتیبانی از فعالیت‌های اجتماعی از جمله ورزش و اوقات فراغت؛
- حمایت‌های مالی برای زندگی، تحصیل و مناسب‌سازی؛

از سال 1992 تاکنون، بیش از 229000 نفر فرد معلول در مناطق تحت پوشش برنامه CBR مورد حمایت قرار گرفته‌اند. در حال حاضر 51٪ از مناطق روستایی تحت پوشش برنامه CBR قرار دارند، و پوشش صد درصدی تمام مناطق روستایی تا سال 2011 از اهداف این برنامه می‌باشد. شوراهای CBR نیز به‌منظور افزایش همکاری‌ها بین همه بخش‌های توسعه‌ای و اطمینان از این‌که برنامه CBR روبه جلو حرکت می‌کند، تشکیل گردیده است.

تعاریف کنونی

تعاریف مختلفی از معلولیت وجود دارد که مطابق با دیدگاه‌های مختلف فوق‌الذکر می‌باشد. اغلب تعاریف جدید از معلولیت برگرفته شده از:

- طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF)، که بیان می‌کند معلولیت "یک واژه به کار گرفته شده برای توصیف اختلال، محدودیت فعالیت یا محدودیت مشارکت" است (2)، که ناشی از تعامل بین فرد با وضعیت سلامت و عوامل محیطی (مثل محیط فیزیکی، نگرشی) و عوامل شخصی (مثل سن و جنسیت) می‌باشد.
- کنوانسیون حقوق افراد معلول: بیان می‌کند معلولیت یک مفهوم تکامل یافته و ناشی از تعامل افراد دچار اختلال و موانع نگرشی و محیطی است که مانع از مشارکت کامل و موثر در جامعه بر اساس حقوق برابر با دیگران می‌شود.

تجربیات مردم از معلولیت بسیار متنوع است. انواع مختلفی از اختلالات وجود دارند و مردم به طرق مختلف تحت تأثیر قرار می‌گیرند. برخی از افراد تنها یک اختلال و برخی دیگر چند اختلال دارند، برخی با اختلال متولد شده‌اند، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است در طول زندگی دچار اختلال بشوند. به‌طور مثال، یک کودک متولد شده با بیماری مادرزادی مانند فلج اطفال، یک سرباز جوانی که پای خود را در اثر مین از دست داده، یک زن میان‌سالی که به‌علت پیشرفت بیماری دیابت بینایی خود را از دست داده، سالمندی که دچار دمانس (زوال عقل) شده، ممکن است همه به‌عنوان یک فردی که معلولیت دارد، توصیف شوند. کنوانسیون حقوق افراد معلول، معلولان را این‌گونه توصیف می‌کند "آن‌ها کسانی هستند که در طولانی مدت دارای اختلالات جسمی، روانی، ذهنی، و حسی ... .هستند"(1).

روندهای جهانی

در سطح جهانی، شایع‌ترین علت‌های معلولیت عبارتند از: بیماری‌های مزمن (مانند؛ دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان)، صدمات (مثل؛ تصادفات جاده‌ای، درگیری‌ها، سقوط و مین‌ها)، مشکلات روانی، نقایص هنگام زایمان، سوءتغذیه، ایدز و دیگر بیماری‌های غیرواگیر(3). برآورد دقیق تعداد افرادی که در سراسر دنیا با معلولیت زندگی می‌کنند بسیار سخت است. با این وجود، تعداد این افراد به علت عواملی همچون؛ رشد جمعیت، افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش سن سالمندی و پیشرفت‌های پزشکی که سبب حفظ و تداوم زندگی می‌شود، رو به افزایش است(3). بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط در معرض فشار مضاعف قرار دارند، یعنی آن‌ها باید هم به مشکلات سنتی مانند سوء تغذیه بپردازند و هم به مشکلات جدید مانند بیماری‌های مزمن.

کادر 2

آمار جهانی در مورد افراد معلول

- افراد معلول بزرگ‌ترین اقلیت دنیا را تشکیل می‌دهند(5).
- حدود 8٪ از افراد معلول در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند(5).
- تقریباً 20-15٪ از فقیرترین مردم دنیا معلول هستند(6).
- خدمات توانبخشی در 62 کشور دنیا در دسترس افراد معلول نیست(7).
- فقط 15- 5٪ افراد معلول در کشورهای در حال توسعه به وسایل کمکی دسترسی دارند(8).
- کودکان معلول نسبت به دیگران شانس بسیار کمتری برای ورود به مدرسه دارند. برای مثال در مالاوی و جمهوری تانزانیا امکان ورود سایر کودکان به مدرسه دو برابر کودکان معلول است(9).
- افراد معلول بیکاری بیشتر و درآمد پایین‌تری را نسبت به افراد دیگر تجربه می کنند(10).
- می‌کنند.

توسعه

فقر و ناتوانی

فقر جنبه‌های بسیاری دارد: فقر بیشتر از نداشتن پول یا درآمد است. فقر، باعث کم شدن یا از بین رفتن حقوق اقتصاد یا اجتماعی مانند، حق استفاده از بهداشت، مسکن مناسب، غذا و آب سالم و حق تحصیل می‌شود. فقر هم چنین در مورد حقوق مدنی و سیاسی مانند حق برخوداری از یک محاکمه عادلانه، مشارکت سیاسی و امنیت شخصی ... صادق است(11).

"هرجا که ما فردی را از فقر نجات می‌دهیم، در حقیقت از حقوق بشر دفاع می‌کنیم. و هر زمان که ما در این ماموریت شکست می‌خوریم، در دفاع از حقوق بشر کوتاهی کرده‌ایم."
ـ کوفی عنان دبیر کل سازمان ملل متحد

فقر هم علت و هم نتیجه معلولیت است (12). افراد فقیر احتمال بیشتری برای معلول شدن دارند، و افراد معلول نیز شانس فقیر شدن‌شان بیشتر است. هر چند که همه افراد فقیر معلول نیستند، ولی در کشورهای کم‌درآمد افراد معلول بیشتر در میان فقیرترین ها دیده می شوند. اغلب معلولان نادیده گرفته می‌شوند، در معرض تبعیض قرار دارند و از جریان اصلی برنامه توسعه محرومند. هم چنین در دسترسی به بهداشت، مسکن، و فرصت‌های امرار معاش دچار مشکل هستند. انزوا و حتی مرگ زودرس از پیامدهای فقر شدید یا فقر مزمن هستند. هزینه‌های درمان پزشکی، توانبخشی جسمانی و وسایل کمکی نیز به چرخه فقر بسیاری از افراد معلول کمک می‌کند.

توجه نمودن به معلولیت یک گام عینی برای کاهش خطر فقر در هر کشور است. در عین حال، توجه به فقر، معلولیت را کاهش می‌دهد. بنابراین، برای دستیابی به یک زندگی با کیفیت بهتر برای معلولان فقر باید از بین برود. از این‌رو، یکی از اهداف اصلی برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) باید در مسیر کاهش فقر و تضمین دسترسی به بهداشت، آموزش و فرصت‌های امرار معاش برای افراد معلول باشد.

کادر 3

عمر دوباره برای سلم

سلم از سن هشت سالگی از سردرد شکایت داشت. خانواده او نمی‌دانست چه کاری باید بکنند و چندین بار برای دریافت آب مقدس او را به کلیسا فرستاده بودند. آب مقدس کاری نکرد و او به‌تدریج بینایی خود را از دست می داد. یک روز سلم به مرکز بهداشتی محلی که دارای بخش بینایی بود، مراجعه کرد. آن‌ها متوجه شدند که او مشکل بسیار جدی دارد و او را به بیمارستانی در پایتخت ارجاع دادند، و بیمارستان او را در لیست انتظار عمل جراحی قرار داد. یکسال سپری شد اما نوبت او فرا نرسید. خانواده او نیز به‌دلیل فقر نمی‌توانستند او را برای عمل جراحی به بیمارستان خصوصی ببرند. زمانی که او در لیست انتظار قرار داشت هنوز می‌توانست کمی ببیند، اما با گذشت زمان بینایی او بیشتر از دست رفت. او هم چنین به‌دلیل معلولیت و فقر نتوانست به تحصیل خود ادامه دهد و در نتیجه سلم به‌شدت افسرده شد. او در خانه ماند و به دلیل عدم معاشرت اجتماعی با دوستانش،تنها شد. او در درون خانواده‌اش هم گوشه گیر شد، کسی نمی دانست که با او چه‌کار باید بکنند. سردردهای او افزایش یافت، عدم تعادل و استفراغ نیز شروع شد و او به مرگ نزدیک می شد.

کارکنان CBR، شرایطی را فراهم کردند تا سلم توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب معاینه شود، آن‌ها متوجه شدند که سلم دارای غده خوش خیم و منتژیت می‌باشد. سلم تحت عمل جراحی قرار گرفت و غده ی او خارج گردید. مقامات بیمارستان و صندوق مالی ایجاد شده توسط پزشکان 75٪ از هزینه عمل جراحی را تأمین کردند، و برنامه CBR 25٪ باقی مانده را کمک نمود، خانواده سلم نیز هزینه‌های لازم برای مسافرت، تهیه غذا و محل اقامت را تقبل نمودند. سلم اکنون از مشکلات رهایی یافته است، اما به‌دلیل فقر، ضعف سیستم، و تاخیر در مداخلات به‌موقع، تقریباً نابینا شد. اگرچه پس از آموزش تحرک و جهت یابی توسط کارکنان CBR ، سلم
اکنون کاملاً مستقل بوده و در حال حاضر آزادانه در جامعه حرکت می‌کند. وی
هم چنین مشغول آموزش خط بریل می‌باشد تا به مدرسه بازگردد.

به دلیل مداخله CBR کیفیت زندگی سلم به طرز چشمگیری تغییر کرده است و او دیگر سربار خانواده‌اش نیست. این همه تنها در اثرهمکاری سلم و خانواده‌اش، ارتباط با مراکز ارجاع، و پشتیبانی متخصصان و مقامات بیمارستانی ممکن شده است.

اهداف توسعه هزاره

در سپتامبر سال 2000، اعضای سازمان ملل متحد هشت هدف توسعه هزاره (MDGS) را تصویب نمودند، که از ریشه کن کردن فقر شدید و گرسنگی تا فراهم کردن آموزش اولیه همگانی، همگی تا تاریخ 2015 هدف‌گذاری شدند (13). این توافق بین‌المللی اهداف توسعه هزاره، بیانگر مجموعه معیارهایی برای توسعه در آغاز قرن جدید است. درحالی‌که اهداف توسعه هزاره به صراحت به معلولیت اشاره نمی‌کند، هر یک از اهداف توسعه به‌طور بنیادی با معلولیت پیوند خورده و نمی‌توان بدون به حساب آوردن موضوعات معلولیت به آنها دسترسی کامل پیدا کرد (14). از این‌رو در نوامبر سال 2009، شصت و چهارمین نشست مجمع عمومی سازمان ملل قطع‌نامه‌ای را برای تحقق اهداف توسعه هزاره برای افراد معلول به تصویب رساند (S/RES/64/131)(15).

کادر 4

فراگیرسازی افراد معلول، بانک جهانی

"تا افراد معلول وارد روند جاری توسعه نشود، ریشه‌کنی فقر به نصف تا سال 2015 و یا امکان برخورداری همه دختران و پسران از تحصیلات ابتدایی در زمان مقرر، محقق نخواهد شد. اهدافی که در توسعه هزاره سازمان ملل متحد گنجانده شد و در سپتامبر 2000 مورد توافق بیش از 180 نفر از رهبران کشورهای جهان قرار گرفت".

ـ جیمز فولفن‌سوهن رئیس سابق بانک جهانی، واشنگتن پست؛ 3 دسامبر 2002

توسعه فراگیر معلولیت

توسعه فراگیر، به‌معنی منظور کردن و دخالت دادن همه افراد است، به‌ویژه کسانی که به حاشیه رانده شده و اغلب در معرض تبعیض قرار دارند (16). افراد معلول و اعضای خانواده شان، به‌ویژه آنانی که در مناطق روستایی، جوامع دورافتاده یا حاشیه شهری زندگی می‌کنند، اغلب از برنامه‌های توسعه بهره‌مند نیستند و از این‌رو در توسعه فراگیر معلولیت ضرورت دارد اطمینان حاصل شود که آن‌ها به‌طور معنی‌داری می‌توانند در فرآیندهای توسعه و سیاست شرکت نمایند (17).

حق افراد معلول برای قرار گرفتن در جریان اصلی[1] برنامه های توسعه (فراگیرسازی)، راهی برای دستیابی افراد معلول به برابری است.(18). برای قادرسازی افراد معلول به‌منظور کمک به ایجاد فرصت‌ها، مشارکت در منافع توسعه، و شرکت در تصمیم‌سازی، ممکن است نیاز به یک رویکرد دوسویه[2] باشد. یک مسیر دوسویه که متضمن 1- لحاظ کردن مسائل مربوط به معلولیت در جریان اصلی توسعه باشد 2- فعالیت‌های هدفمند و اصلی تر برای معلولان را در موارد ضروری اجرا نماید (12). فعالیت‌های پیشنهادی در برنامه CBR که به طور مشروح در این راهنما آمده مبتنی بر این رویکرد است.

[1]- Mainstreming

[2]- Twin – Track Approch

توسعه با رویکرد مبتنی بر جامعه

اقدامات توسعه‌ای اغلب از بالا به پایین بوده است، که به‌وسیله سیاست‌گذارانی در مکانی دور از جامعه و بدون مداخله جامعه طراحی شده و آغاز می گردد. امروزه درگیر کردن جامعه همچون افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها، یا نمایندگی‌هایشان یکی از عناصر ضروری توسعه شناخته شده است که در تمام مراحل فرآیند توسعه ازجمله، برنامه‌ریزی، اجرا، و نظارت نقش دارند (19). یک رویکرد مبتنی بر جامعه کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که فقرا و افراد به حاشیه رانده شده به برنامه‌های توسعه دسترسی دارند، هم چنین فراگیرسازی بیشتر و اقدامات پایدار و منطقی تسهیل شود. بسیاری از نهادها و سازمان‌ها رویکردهای اجتماعی را در توسعه ترویج می‌کنند. برای مثال بانک جهانی، توسعه جامعه‌گردان[1] (CDD)(20) و سازمان جهانی بهداشت، ابتکارات جامعه محور[2] (CBI) را ترویج می‌کند (21).

حقوق بشر

حقوق بشر چیست؟

حقوق بشر معیارهای توافقی در سطح بین‌المللی است که برای همه انسان‌ها به مورد اجرا گذاشته می‌شود (22). همه انسان‌ها از حقوق انسانی برابری برخوردارند، به طور مثال، حق آموزش و غذای کافی، مسکن و امنیت اجتماعی، بدون توجه به ملیت، محل اقامت، جنسیت، ریشه های ملی یا قومی، رنگ، مذهب، ویا هر وضعیت دیگر (23). این حقوق در اعلامیه حقوق بشر تاکید شده است، که در سال 1948 توسط همه کشورهای عضو سازمان ملل متحد، و هم چنین دیگر معاهدات بین‌المللی حقوق بشر که بر روی گروه‌های خاص و دسته‌های مردم متمرکزند "همانند افراد معلول" به تصویب رسید (22).

کنوانسیون حقوق افراد معلول

در 13 دسامبر سال 2006، کنوانسیون حقوق افراد معلول در مجمع عمومی سازمان ملل به تصویب رسید (1). کنوانسیون نتیجه سال‌ها تلاش برای افراد معلول، در ایجاد قوانین استاندارد سازمان ملل متحد به منظور برابرسازی فرصت‌ها (1993)(25) و برنامه اقدام جهانی برای افراد معلول (1982)(26) و مجموعه معیارهای حقوق بشر موجود، است. کنواسیون حقوق بشر توسط کمیته‌ای با حضور نمایندگان دولت‌ها، موسسات حقوق بشر ملی، سازمان‌های غیردولتی و تشکل‌های غیردولتی معلولان توسعه داده شد. هدف این کنوانسیون "ارتقاء، حمایت، و اطمینان از بهره‌مندی کامل و برابر همه افراد معلول از همه حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، و افزایش احترام به کرامت ذاتی آنان" (ماده1) است.

[1]- Community Driven Development

[2]- Community – Based Initiauives

کادر 5

عصر جدید در حقوق افراد معلول

"کنوانسیون سازمان ملل متحد درباره حقوق افراد معلول نمایانگر طلوع عصر جدید برای حدود 650 میلیون انسانی است که در سراسر دنیا با معلولیت زندگی می‌کنند."

- کوفی عنان دبیر پیشین سازمان ملل متحد

کنوانسیون تعدادی از حوزه‌های کلیدی مانند دسترسی، تحرک فردی، تحصیل، سلامت، توانبخشی و اشتغال را پوشش می‌دهد و به تشریح اقدامات کشورهای عضو که باید متضمن حقوق افراد معلول باشند، می‌پردازد. کنوانسیون هیچ حق جدیدی را برای معلولان ایجاد نمی‌کند، بلکه معلولان همان حقوقی را دارند که دیگر افراد جامعه از آن برخوردارند، اما درعوض باعث می‌شود تا حقوق موجود در دسترس و مشمول افراد معلول هم بشود.

توسعه با رویکرد مبتنی بر حقوق بشر

حقوق بشر و توسعه، ارتباط نزدیکی با هم دارند. حقوق بشر بخش اساسی توسعه است و توسعه راهی است برای تحقق حقوق بشر (27). در نتیجه، بسیاری از سازمان‌ها و نهادها معمولاً رویکرد مبتنی بر حقوق بشر را در برنامه‌های توسعه خود به کار می‌برند. سازمان ملل متحد ویژگی‌های مهم این رویکرد را این‌گونه شرح می‌دهد (28):

- **تحقق بخشیدن به حقوق بشر**- هدف اصلی برنامه‌های توسعه و سیاست‌ها باید تحقق بخشیدن به حقوق بشر باشد.
- **پیروی کردن از برخی اصول و استانداردها**- اصول و قوانین استاندارد بین‌المللی در ارتباط با حقوق بشر باید راهنمای همه برنامه‌ها و همکاری‌های توسعه در همه بخش‌ها (به‌طور مثال، سلامت و آموزش) و در تمام مراحل فرآیند برنامه‌ریزی (به‌طور مثال، تحلیل وضعیت، طراحی و برنامه‌ریزی، اجرا و پایش، ارزشیابی) باشد (کادر شماره 6 در رابطه با اصول کلی مندرج در کنوانسیون حقوق افراد معلول را ببینید).
- **نگرانی دارندگان حقوق[1] و حاملان وظیفه[2]**- منظور از دارندگان حقوق افرادی هستند که دارای حقوقی می‌باشند، مانند کودکان که دارای حقوقی نظیر حق تحصیل و آموزش هستند و حاملان وظیفه شامل افراد یا سازمان‌های پاسخگو است که باید اطمینان حاصل نماید دارندگان حقوق از حق خود بهره‌مند می‌شوند، به‌طورمثال وزارت آموزش و پرورش وظیفه تضمین دسترسی کودکان به تحصیل را دارد و هم چنین والدین نیز وظیفه دارند از حضور کودکان خود در کلاس درس حمایت کنند.

[1] -Rights Holders

[2]- Duty bearer

توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR)

در سال‌های اولیه

بیانیه آلماتا در سال 1978 (29) اولین منشور بین‌المللی حامی مراقبت‌های اولیه بهداشتی بود که به‌عنوان استراتژی اصلی برای دسترسی به هدف **"سلامت برای همه"** از سوی سازمان بهداشت جهانی مطرح گردید (30)، مراقبت اولیه بهداشتی هدفش آن است که هر فردی چه فقیر یا ثروتمند بتواند به خدمات و شرایطی که لازمه تحقق بالاترین سطح سلامت است دسترسی داشته باشد.

به دنبال بیانیه آلماتا، سازمان بهداشت جهانی CBR را معرفی کرد. در آغاز، شروع توانبخشی مبتنی بر جامعه با روش ارائه خدمات از طریق استفاده بهینه از منابع جامعه و مراقبت اولیه بهداشتی، و به‌منظور فراهم آوردن خدمات توانبخشی و مراقبت‌های اولیه بهداشتی در دسترس افراد معلول، به‌ویژه در کشورهای کم درآمد بود. در بسیاری از کشورها وزارت بهداشت (به‌طور مثال، در کشور ایران، مغولستان، آفریقای جنوبی، ویتنام) اجرای برنامه‌های CBR را با استفاده از کارکنان سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی خود آغاز نمودند. تمرکز اصلی برنامه‌های اولیه بر روی فیزیوتراپی، وسایل کمکی، پزشکی یا مداخلات جراحی بود. در برخی موارد ارائه خدمات تحصیلی و فرصت‌های امرار معاش از طریق آموزش مهارت‌ها و یا برنامه‌های درآمدزا نیز جزء اقدامات بود.

در سال 1989 سازمان بهداشت جهانی، کتابچه‌های "*آموزش در جامعه برای افراد معلول*" را (31) برای ارائه راهنمایی و حمایت از برنامه‌های CBR و ذی‌نفعان، شامل افراد معلول، اعضای خانواده آنان، معلمان مدارس، کارکنان و اعضای شورای توانبخشی محلی منتشر ساخت. این کتابچه‌ها به بیش از 50 زبان دنیا ترجمه شده و هنوز به‌عنوان ابزار مهم در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد مورد استفاده قرار می‌گیرد. علاوه بر آن کتاب "*کودکان معلول روستایی*" راهنمایی برای کارکنان سلامت جامعه، و کارکنان توانبخشی و خانواده‌های آنان می‌باشد که سهم قابل توجهی در توسعه برنامه‌های CBR در کشورهای کم‌درآمد دارد.

در طول دهه 90، همراه با رشد تعداد برنامه‌های CBR تغییراتی در مفهوم CBR به وجود آمد. دیگر نهادهای سازمان ملل متحد، همانند سازمان بین‌المللی کار (ILO)، سازمان علمی، فرهنگی و آموزشی سازمان ملل متحد (UNESCO)، برنامه توسعه ملل متحد (UNDP) و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (UNICEF) وارد عرصه شده و تشخیص دادند که یک رویکرد چندبخشی مورد نیاز می‌باشد. در سال 1994 اولین منشور مشترک CBR توسط ILO، UNESCO و WHO منتشر شد.

بازنگری 25 سال اجرای CBR

در می سال 2003 با همکاری دیگر نهادهای سازمان ملل متحد، دولت‌ها و سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی شامل سازمان‌های تخصصی و سازمان‌های افراد معلول، سمینار رایزنی بین‌المللی برای بازنگری CBR در هلسینکی فنلاند برگزار شد (33). در این گزارش اشاره شد که لازم است برنامه‌های CBR بر روی موارد ذیل تمرکز کند:

- کاهش فقر، با توجه به این‌که فقر عاملی مهم و نتیجه معلولیت است؛
- ارتقاء مشارکت جامعه و احساس مالکیت؛

- توسعه و گسترش همکاری‌های بین بخشی؛
- درگیر کردن سازمان‌های افراد معلول در برنامه‌ها؛
- سنجش برنامه ها؛
- ارتقاء اقدامات مبتنی بر شواهد؛

منشور CBR

در سال 2004، ILO، UNESCO و WHO جهت همراهی با توصیه های هلینسکی، اولین منشور CBR را به‌روز کردند. منشور به‌روز شده نشان دهنده تکامل رویکرد CBR از روش ارائه خدمات به رویکرد توسعه جامعه بود. تعریف جدید CBR عبارت بود از "یک استراتژی در درون برنامه توسعه جامعه برای توانبخشی، کاهش فقر، برابرسازی فرصت‌ها و تلفیق اجتماعی همه افراد معلول "و ارتقای اجرایی برنامه CBR،" از طریق تلاش‌های مشترک خود افراد معلول و خانواده‌های آنان، سازمان‌ها و جوامع، و سایرخدمات دولتی و غیردولتی در زمینه سلامت، آموزش، امرار معاش و اجتماعی انجام شود".(34).

منشور CBR اذعان می‌دارد که افراد معلول باید همانند دیگر افراد جامعه به تمام خدمات همچون خدمات سلامت جامعه، سلامت کودکان، رفاه اجتماعی و برنامه‌های آموزشی، دسترسی داشته باشند. این منشور هم چنین بر حقوق بشر تاکید داشته و خواستار اقدام علیه فقر، و حمایت دولت و سیاست‌های ملی توسعه است.

CBR امروز

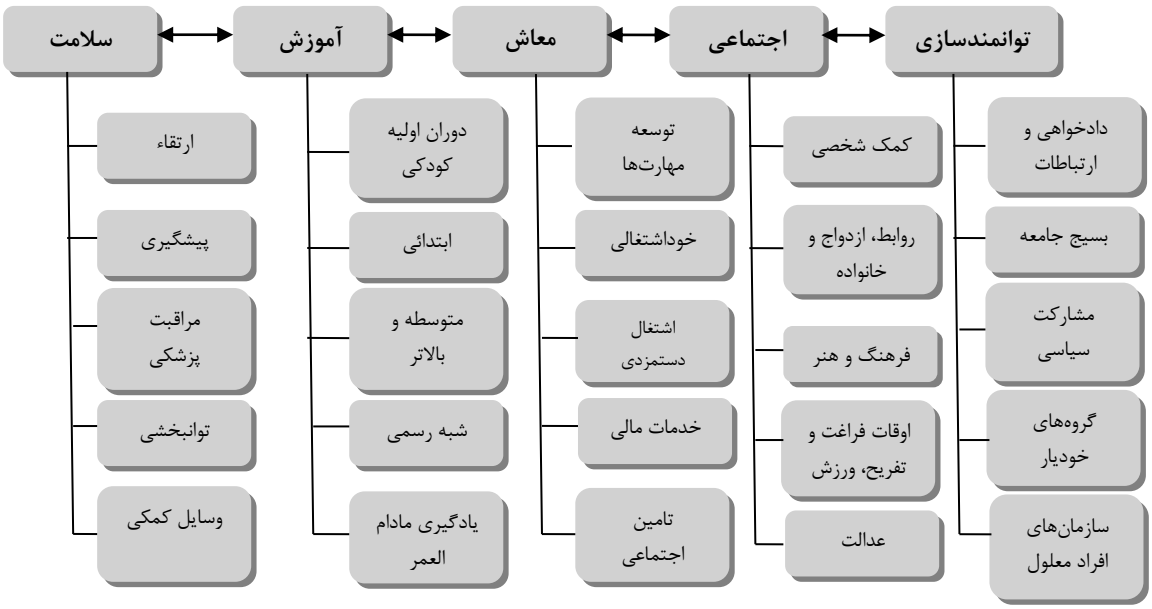
ماتریس CBR

با توجه به تکامل تدریجی CBR به سوی یک استراتژی توسعه چندبخشی، ماتریسی در سال 2004 به‌منظور ارائه یک قالب مشترک برای برنامه‌های CBR (شکل 1) تهیه گردید. این چارچوب شامل پنج **مؤلفه**[1] کلیدی است که عبارتند از: سلامت، آموزش، معاش، اجتماعی و توانمندسازی. در هر یک از این مؤلفه‌ها پنج **جزء**[2] وجود دارد. چهار مؤلفه اول مربوط به بخش‌های توسعه کلیدی است، که بیانگر تمرکز رویکرد چندبخشی در CBR است. آخرین مؤلفه مربوط به توانمندسازی فرد معلول، خانواده آنان، و جامعه می‌باشد که مبنایی برای حصول اطمینان از دسترسی افراد معلول به تمام بخش‌های توسعه و بهبود کیفیت زندگی و لذت بردن از حقوق بشر است.

انتظار نمی‌رود که برنامه‌های CBR همه مؤلفه‌ها و اجزاء ماتریس CBR را اجرا کنند. بلکه ماتریس CBR طراحی شده تا به برنامه های CBR اجازه دهد بهترین گزینه ها را بر اساس نیازهای محلی، اولویت ها و منابع انتخاب کنند. علاوه بر این، برنامه های CBR نیاز به توسعه همکاری و اتحاد با سایر بخش هایی دارند که در برنامه های CBR پوشش داده نمی شود، تا اطمینان حاصل گردد که افراد معلول و اعضای خانواده های آنان قادر به دسترسی یافتن به مزایای این بخش ها هستند. در فصل مدیریت این کتاب اطلاعات بیشتری درباره ماتریس فراهم شده است.

1- Component
2- Element

شکل 1: **ماتریس CBR**



اصول CBR

اصول CBR مبتنی بر اصول کنوانسیون حقوق افراد معلول می‌باشد (1) که در زیر آورده شده است. علاوه بر این، دو اصل دیگر نیز پیشنهاد شده است که عبارتند از: توانمندسازی و دادخواهی از خود (مؤلفه توانمندسازی را مشاهده کنید)، و پایداری (فصل مدیریت را مشاهده کنید) این اصول باید برای هدایت همه جنبه های کار CBR مورد استفاده قرار بگیرد.

کادر 6

کنوانسیون حقوق افراد معلول، ماده 3:
اصول عمومی (1)

اصول کنوانسیون حاضر باید:

a) احترام به حرمت ذاتی، استقلال فردی، شامل آزادی در انتخاب و عدم وابستگی
b) عدم تبعیض
c) مشارکت مؤثر و کامل، و فراگیرسازی در جامعه
d) احترام به تفاوت‌های افراد معلول و قبول معلولیت به عنوان جزیی از تفاوت های انسانی
e) برابر سازی فرصت‌ها
f) دسترسی
g) تساوی زنان و مردان
h) احترام به ظرفیت‌های در حال رشد کودکان معلول و احترام به حق کودکان معلول برای حفظ هویت آنان

حرکت رو به جلو

راهنمای CBR مسیر رو به جلو را برای برنامه‌های CBR فراهم می‌کند تا نشان دهد که CBR یک راهبرد عملی برای اجرای کنوانسیون حقوق افراد معلول و پشتیبان توسعه فراگیر مبتنی بر جامعه است.

CBR یک رویکرد چندبخشی و از پایین به بالا است، که اطمینان می‌دهد کنوانسیون می تواند تغییراتی را در سطح جامعه ایجاد کند. درحالی‌که کنوانسیون سیاست و فلسفه را مشخص می کند، CBR یک راهبرد عملی برای اجرا می‌باشد. فعالیت‌های CBR برای رفع نیازهای اساسی افراد معلول همچون کاهش فقر، امکان دسترسی به بهداشت، آموزش، امرار معاش و فرصت‌های اجتماعی طراحی شده است. همه این فعالیت‌ها اهداف کنوانسیون را محقق می‌سازند.

برنامه‌های CBR بین افراد معلول و فعالیت‌های توسعه ارتباط ایجاد می‌کند. راهنمای CBR بخش‌های کلیه ی توسعه را هدف گیری می کند که لازم است فراگیر شوند، تا بدین‌وسیله افراد معلول و خانواده‌هایشان توانمند شده و در جامعه ای فراگیر یا "جامعه‌ای برای همه "مشارکت کنند. همان‌طور که دخالت جامعه یک عنصر ضروری در توسعه است، راهنما نیز به‌شدت روی نیاز برنامه‌های CBR برای حرکت به‌سمت دخالت دادن جامعه تاکید دارد.

کادر 7

برنامه‌های CBR باعث تغییر می‌شوند

CBR کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود افراد معلول در سطح محلی از مزایای کنوانسیون از طریق ذیل بهره مند می شوند:

- **آشنا نمودن مردم با کنوانسیون** - ترویج فعالانه کنوانسیون و کمک به مردم برای درک معنای آن؛
- **همکاری با ذی‌نفعان** – کار کردن با سازمان‌های غیردولتی، از جمله سازمان‌های افراد معلول و دولت‌های محلی، برای اجرای کنوانسیون؛
- **دادخواهی** ـ اقدام برای فعالیت های دادخواهانه که هدف آن توسعه و تقویت قوانین ضدتبعیض و فراگیرسازی سیاست‌های ملی و محلی مرتبط با بخش‌های همچون سلامت، آموزش و اشتغال است؛
- **همکاری بین سطوح ملی و محلی** – حمایت و ارتقاء گفتگوها بین سطوح ملی و محلی، تقویت گروه‌های محلی یا سازمان‌های افراد معلول به‌طوری که آن‌ها بتوانند نقش قابل توجهی در سطوح ملی و محلی ایفا کنند؛
- **کمک به تدوین و نظارت بر برنامه‌های اجرایی محلی** ـ مشارکت در توسعه برنامه‌های عملیاتی محلی که اقدامات عینی داشته و لازمه داشتن منابع برای ادغام موضوعات معلولیت درون سیاست‌های عمومی محلی و دستیابی به همکاری‌های بین بخشی است؛
- **فعالیت‌های برنامه** – اجرای فعالیت‌هایی که منجر به پیشرفت سلامت، آموزش، معاش و خدمات اجتماعی در دسترس افراد معلول، از جمله افراد فقیری که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، می‌شود.

پژوهش و شواهد

همان‌طور که در این راهنما منعکس شده است، CBR یک رویکرد چندبخشی برای الحاق افراد معلول و خانواده‌هایشان در برنامه‌های توسعه است. این امر چالش‌هایی را برای محققان ایجاد می‌کند چرا که شواهد محدودی در رابطه با کارایی و اثربخشی CBR در دسترس است. با این وجود مجموعه‌ای از شواهد از طریق مطالعات تحقیقاتی رسمی، تجارب متنوع در زمینه معلولیت و CBR، ارزشیابی برنامه‌های CBR، و انجام اقدامات شایسته بر اساس رویکردهای مشابه در زمینه توسعه بین‌المللی، در طول زمان جمع‌آوری شده است.

در سال‌های اخیر، پژوهش کمی و کیفی CBR مربوط به کشورهای کم درآمد به‌طور چشم‌گیری افزایش یافته است (35). بر مبنای بررسی‌های انجام شده از پژوهش‌های منتشر شده CBR و دیگر آثار، که بیشتر به صورت مطالعات فردی انجام شده است، می‌توان به مواردی به شرح ذیل اشاره نمود:

- برنامه‌هایی از نوع CBR، از برنامه‌های موثر (36 و 37) و حتی بسیار موثر (38) شناخته شده است. این برنامه ها پیامدهایی همچون افزایش استقلال، افزایش تحرک، و ایجاد مهارت‌های ارتباطی افراد معلول را به‌دنبال داشته است (39). این پژوهش‌ها هم چنین نشان از مقرون به صرفه بودن CBR دارند (36،37،38).
- بررسی سیستماتیک از پژوهش‌های انجام شده بر روی CBR در توانبخشی صدمات مغزی در کشورهای با درآمد بالا نشان می‌دهد که چنین رویکردهایی به اندازه روش های سنتی مؤثر یا مؤثرتر هستند، و پیامدهای روانی بیشتری داشته و درجه بالایی از پذیرش افراد معلول و خانواده‌ها را به همراه دارد(40،41،42،43).
- مداخلات CBR در زمینه امرار معاش باعث افزایش درآمد افراد معلول و خانواده‌ی آنان شده (39) و با افزایش اعتماد به‌نفس و فراگیرسازی اجتماعی آنان ارتباط مستقیم دارد (44).
- در مراکز آموزشی، اثبات شده که CBR به تطابق و یکپارچگی کودکان و بزرگسالان معلول کمک کرده است(36،38،39).
- اثبات شده است که رویکرد CBR، به طور سودمندی آموزش کارکنان جامعه محلی را برای ارائه خدمات تسهیل نموده است (38).
- هم چنین تحقیقات مشابه در کشورهایی با درآمد بالا نشان داده، فعالیت‌های CBR پیامدهای اجتماعی مثبتی در تغییر نگرش جامعه، و هم چنین افزایش تطابق و فراگیرسازی اجتماعی افراد معلول داشته است (36،38،39).

منابع:

1. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm, accessed 18 June 2010).
2. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organization, 2001 (www.who.int/classifications/icf/en/, accessed 18 June 2010).
3. *Disability and rehabilitation: WHO action plan 2006–2011*. Geneva, World Health Organization, 2006 (www.who.int/disabilities/publications/daraction_plan_2006to 2011. pdf, accessed 18 June 2010).
4. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html, accessed 18 June 2010).
5. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: some facts about disability*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/convention/facts.shtml, accessed 18 June 2010).
6. *Elwan A. Poverty and disability: a survey of the literature*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/ 280658-1172608138489/ Poverty DisabElwan.pdf, accessed 18 June 2010).
7. *Global survey on government action on the implementation of the Standard Rules on the Equalizationof Opportunities for Persons with Disabilities*. UN Special Rapporteur on Disability, 2006 (www.escwa.un.org/divisions/sdd/news/GlobalSurveyReportJan 30_07_ ReadOnly.pdf).
8. *Assistive devices/technologies: what WHO is doing*? Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/disabilities/technology/activities/en/, accessed18 June 2010).
9. *EFA global monitoring report: reaching the marginalized*. Paris, United Nations Educational Scientificand Cultural Organization, 2009 (http://unesdoc.unesco.org/ images/ 0018/001866/186606E.pdf , accessed 18 June 2010).
10. *Facts on disability in the world of work*. Geneva, International Labour Organization, 2007(www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/facts.pdf, accessed 18 June 2010).
11. *Human rights dimension of poverty*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www2.ohchr.org/english/issues/poverty/index.htm,accessed 18 June 2010).
12. *Disability, poverty and development*. UK, Department for International Development, 2000(www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf, accessed 18 June 2010).
13. *Millennium development goals*. NewYork, United Nations, 2000 (www.un.org/ millenniumgoals, accessed 18 June 2010).
14. *Disability and the MDGs*. Brussels, International Disability and Development Consortium, 2009 (www.includeeverybody.org/disability.php, accessed 18 June 2010).
15. *Realizing the millennium development goals for persons with disabilities* (UN General Assembly ResolutionA/RES/64/131). New York, United Nations, 2009 (www.un.org/ disabilities/default.asp? id=36).

16. *Inclusive development*. New York, United Nations Development Programme (undated) (www.undp.org/poverty/focus_inclusive_development.shtml, accessed 18 June 2010).
17. *Inclusive development and the comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities* (International disability and development consortium reflection paper: Contribution for the 5th Session of the Ad Hoc Committee, January2005). International Disability and Development Consortium, 2005. (http://hpod.pmhclients.com/pdf/lord-inclusive-development. pdf, accessed 18 June 2010).
18. *Mainstreaming disability in the development agenda*. New York, United Nations, 2008 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=708, accessed 18 June 2010).
19. *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Handicap International, Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association, and the Swedish Disability Federation, 2008 (www.make-development-inclusive.org/ toolsen/ inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 18 June 2010).
20. *Community driven development: overview*. Washington, DC, The World Bank (undated) (http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCI-ALDEVELOPMENT/EXTCDD/0,,contentMDK:20250804~menuPK:535770 ~pagePK:148956~piPK:216618 ~theSitePK:430161,00.html, accessed 18 June2010).
21. *Community-based initiative (CBI)*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (http://www.emro.who.int/cbi/, accessed 18 June 2010).
22. *Human rights, health and poverty reduction strategies*. Geneva, World Health Organization, 2008. (http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR _Poverty Reductions Strategies_WHO_EN.pdf, accessed 18 June 2010).
23. *Your human rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx, accessed18 June 2010).
24. *Declaration of Human Rights*. United Nations, 1948 (www.un.org/en/documents/ udhr/index.shtml, accessed 18 June 2010).
25. *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 1993 (www.un.org/esa/socdev/enable/dissre.htm, accessed18 June 2010).
26. *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. New York, United Nations, 1982 (http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23, accessed 18 June 2010).
27. *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York, United Nations Development Programme, 2000 (http://hdr.undp.org/en/reports/global/ hdr 2000/, accessed 18 June 2010).
28. *Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2006 (www.un.org/depts/dhl/ humanrights/toc/toc9.pdf, accessed 18 June 2010).
29. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/hpr/ NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 18 June 2010).
30. *Primary health care*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/topics/primary_health_care/en/, accessed 18 June 2010).

31. *Helander et al. Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index. html, accessed 18 June 2010).
32. *Werner D. Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010).
33. *International consultation to review community-based rehabilitation (Report of a meeting held in Helsinki, Finland, 2003)*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_DAR_03.2.pdf, accessed 18 June 2010).
34. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004)*. Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 18 June 2010).
35. Finkenflugel H, Wolffers I, Huijsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *International Journal of Rehabilitation* Research, 2005, 28:187–201.
36. Mitchell R. The research base of community based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1999, 21(10–11):459–468.
37. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1231–1241.
38. Mannan H, Turnbull A. A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(1):29–45.
39. Velema JP, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the- community programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79:65–82.
40. Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2001, 33(6):244–248.
41. Chard SE. Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx*, 2006, 3(4):525–534.
42. Evans L, Brewis C. The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2008, 15(10): 446–458.
43. Doig E et al (under review). Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair*.
44. De Klerk T. Funding for self-employment of people with disabilities. Grants, loans, revolving funds or linkage with microfinance programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):92–109.

منابعی برای خواندن بیشتر:

A handbook on mainstreaming disability. London, Voluntary Service Overseas, 2006 (www.asksource.info/pdf/33903_vsomainstreamingdisability_2006.pdf, accessed 18 June 2010).

ABC: teaching human rights (Practical activities for primary and secondary schools). Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2003. (http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/TrainingEducation.aspx, accessed 18 June 2010).

Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-free and *Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific*. Bangkok, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003 (http://www.unescap.org/esid/psis/disability/, accessed 18 June 2010).

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A teaching kit and complementary resources). Lyon, Handicap International, 2007 (www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html, accessed 18 June 2010).

Disability, including prevention, management and rehabilitation (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf, accessed 18 June 2010).

Disability Knowledge and Research (KaR) website. (www.disabilitykar.net/index.html, accessed 18 June 2010).

Griffo G, Ortali F. *Training manual on the human rights of persons with disabilities*. Bologna, AIFO, 2007 (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/manual_human_rights-disability-eng07.pdf, accessed 18 June 2010).

Hartley S (Ed). *CBR as part of community development – a poverty reduction strategy*. University College London, 2006.

Helander E. *Prejudice and dignity: An introduction to community-based rehabilitation*. United Nations Development Programme, 2nd edition, 1999 (www.einarhelander.com/PD-overview.pdf, accessed 18 June 2010).

Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO) website. (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/cbr.htm, accessed 18 June 2010).

Making PRSP inclusive website. (www.making-prsp-inclusive.org/fr/accueil.html, accessed 18 June 2010).

Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP). Washington, DC, International Monetary Fund, 2010 (www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm, accessed 18 June 2010).

The build-for-all reference manual. Luxembourg, Build-for All, 2006 (www.build-for-all.net/en/documents/, accessed 18 June 2010).

مدیریت

مقدمه

ماتریس توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) که در مقدمه توضیح داده شد، دارای پنج مؤلفه (سلامت، آموزش، معاش، اجتماعی و توانمندسازی) و اجزاء مرتبط با آن‌ها است. این ماتریس یک چارچوب اساسی را مهیا می‌سازد که می‌تواند در توسعه برنامه‌های جدید CBR مورد استفاده قرار گیرد. حتی با وجود این ماتریس مشترک که هم اکنون وجود دارد، هر برنامه CBR دارای تفاوت‌های منحصر به فردی است، چراکه تحت تأثیر طیف گسترده‌ای از عواملی همچون؛ فیزیکی، اقتصادی ـ اجتماعی، فرهنگی و سیاسی می‌باشد. این فصل مدیران برنامه را راهنمایی خواهد کرد تا درکی اساسی از چگونگی انتخاب هریک از مؤلفه‌ها و اجزاء در برنامه CBR داشته باشند، به‌طوری‌که، مناسب و مرتبط با نیازها، اولویت‌ها و منابع محلی باشند.

در حالی‌که همه برنامه‌های CBR متفاوت هستند، یک توالی جهانی در مراحل وجود دارد که به هدایت توسعه برنامه‌ها کمک می‌کند. این مراحل معمولا مانند چرخه مدیریت مجموعه‌ای به‌هم پیوسته‌اند، و عبارتند از: تحلیل وضعیت (مرحله1)، طراحی و برنامه‌ریزی (مرحله 2)، اجرا و پایش (مرحله 3) و ارزشیابی (مرحله4). در این فصل چرخه مدیریت با جزئیات بیشتر برای کمک به مدیران برنامه شرح داده خواهد شد تا جنبه‌های مهم هر یک از مراحل را برای توسعه برنامه‌های موثر درک نمایند، که شامل همه شرکای کلیدی و نهایتا پاسخگویی به نیازهای افراد معلول و اعضای خانواده آنان است.

لطفاً توجه داشته باشید که این فصل راهکارهای ثابتی که هر برنامه باید از آن پیروی کند را معرفی نمی‌کند. از آن‌جایی‌که برنامه‌ها اغلب از طریق همکاری با دیگران به‌طور مثال، دولت‌ها یا گروه‌های مالی اجرا می‌شود، این موضوع ممکن است مستلزم فراهم نمودن راهنمایی در رابطه با چگونگی توسعه برنامه‌ها باشد. به‌علاوه با وجودی‌که تمرکز اصلی این فصل بر روی توسعه برنامه‌های جدید CBR است ولی برای تقویت برنامه‌های موجود هم می‌تواند مفید باشد.

کادر 8 هندوستان

بسیج یک جامعه‌ی فراگیر

انجمن هند پویا یک سازمان غیردولتی مستقر در بنگلور هند است. این موسسه CBR را از سال 1999 با هدف دستیابی به جامعه‌ای فراگیر که در آن افراد معلول دارای حقوق برابر و کیفیت زندگی مناسب باشند، آغاز نمود. انجمن، برنامه‌های CBR را در سه مکان مختلف اجرا می‌کند 1- منطقه حاشیه شهری بنگلور 2- شهرک آنکال تالوک حدود 35 کیلومتری بنگلور 3- منطقه روستایی بخش چاماراناگار که حدود 210 کیلومتر از بنگلور فاصله دارد.

در حالی‌که برنامه‌های CBR در هر یک از این مناطق با فعالیت‌های مشترک بسیاری همچون تسهیل در شکل گیری گروه‌های خودیار، تسهیل دسترسی به بهداشت، آموزش، امرار معاش و فرصت‌های اجتماعی و بسیج جامعه انجام می‌شود، آن‌ها هم چنین تفاوت‌های منحصر به‌فردی را به‌دلیل زمینه‌های مختلف که در آن فعالیت می‌کنند از خود بروز می‌دهند.

طی یک ارزیابی، انجمن هند پویا تجارب مدیریتی با ارزشی را در طول این چند سال آموخته است. این آموخته‌ها از نظر اهمیت عبارتند از:

- درگیر نمودن ذی‌نفعان کلیدی در همه سطوح چرخه مدیریت.
- انجام یک تحلیل مناسب وضع موجود قبل از شروع برنامه CBR.
- ایجاد یک سرمایه‌گذاری محکم در برنامه‌ریزی اولیه تا اطمینان حاصل شود که شاخص‌های واضح توسعه یافته‌اند.
- توسعه همکاری با ذی‌نفعان کلیدی و اطمینان از این‌که وظایف و مسئولیت‌ها به‌روشنی تعریف شده، مشارکت با دولت محلی ضروری است.
- انجام فعالیت‌هایی که به نفع تمام جامعه است نه فقط تعداد اندکی از افراد معلول.
- استخدام کارکنان CBR از جوامع محلی و اولویت دادن به افراد معلول به‌ویژه زنان.
- اطمینان از این‌که ظرفیت‌سازی یک فرآیند مداوم است و همه را شامل می‌شود، به‌طور مثال؛ افراد معلول، خانواده‌های آنان، اعضای جامعه، ارائه کنندگان خدمات و رهبران محلی یا تصمیم‌گیران.
- به اشتراک گذاشتن موفقیت‌ها و شکست‌ها با دیگران.

مفاهیم کلیدی

تفاوت بین یک پروژه CBR و یک برنامه CBR چیست؟

پروژه‌ها و برنامه‌های CBR در سراسر دنیا در حال اجرا هستند؛ اگرچه افراد زیادی تفاوتی بین این دو قایل نیستند. پروژه‌های CBR معمولا در مقیاس کوچکتری هستند که بر روی دستیابی به پیامدهای بسیار ویژه از یک مؤلفه ماتریس CBR متمرکز هستند، به‌طور مثال سلامت. آن‌ها کوتاه مدت و دارای نقطه آغاز و پایان مشخصی می‌باشند. در جائی‌که حمایت‌های دولت از CBR محدود است معمولا پروژه‌های CBR به‌وسیله گروه‌های جامعه محلی یا سازمان‌های غیردولتی CBR آغاز می‌گردد، به‌طور مثال، در آرژانتین، بوتان، کلمبیا، سریلانکا و اوگاندا. چنانچه آن‌ها همراه با موفقیت باشند، ممکن است در سطح یک برنامه ملی گسترش پیدا کنند، به‌طور مثال پروژه‌های آزمایشی در چین، مصر و جمهوری اسلامی ایران به برنامه ملی تبدیل شد. برنامه‌های CBR معمولا بلند مدت، در مقیاس بزرگتر و بسیار پیچیده‌تر از پروژه‌ها هستند. در حالی‌که پروژه‌ها و برنامه‌ها ویژگی‌های متفاوتی دارند، این فصل واژه "برنامه" را برای هر دو مورد استفاده قرار خواهد داد. چرخه مدیریت که در این فصل درباره آن صحبت می‌شود و هم چنین پیامدها، مفاهیم کلیدی، فعالیت‌های پیشنهادی ترسیم شده در دیگر مؤلفه‌های راهنماهای CBR به سادگی در هر دو مورد به کار گرفته می‌شود.

شروع کردن

CBR معمولا توسط یک محرک خارج از جامعه، به‌طور مثال یک وزارتخانه یا یک سازمان غیردولتی آغاز می گردد (1). چه این‌که منشا علاقه از داخل و یا خارج جامعه باشد، مهم این است که منابع لازم در دسترس بوده و جامعه برای توسعه و اجرای برنامه‌ها آمادگی داشته باشد (مدیریت مشارکتی را ببینید). برای یک وزارت‌خانه، گروه، مقامات یا سازمان‌های محلی شروع یک برنامه CBR با تمام مؤلفه‌های ماتریس آن نه انتظار می‌رود و نه ممکن است. بلکه ضرورت دارد که آنان شرکای کاری که مسئول هر مؤلفه از ماتریس CBR هستند را در توسعه فراگیر برنامه خود مشارکت بدهند. هر بخشی باید تشویق شوند برای قبول مسئولیت خود و اطمینان از این‌که برنامه‌ها و خدمات‌شان پاسخگویی به نیازهای افراد معلول، خانواده شان و جامعه را شامل می‌شود. به‌طور مثال توصیه می‌شود که وزارت بهداشت و یا سازمان‌های غیردولتی فعال در بخش سلامت، موضوعات مربوط به مؤلفه سلامت، وزارت آموزش و پرورش و یا سازمان‌های غیردولتی فعال در بخش آموزش، مسئولیت مؤلفه آموزش را به‌عهده بگیرند و غیره.

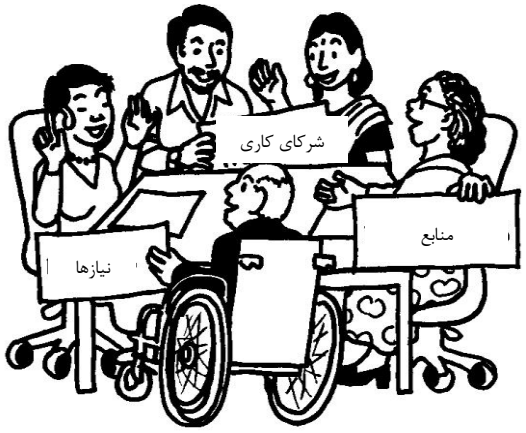
پوشش جغرافیایی

برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌توانند در سطح محلی، منطقه‌ای و یا ملی باشند. نوع پوشش به این‌که؛ چه کسی برنامه را اجرا می‌کند، در چه زمینه‌هایی مداخله صورت می‌گیرد، و به میزان دسترسی به منابع بستگی دارد. مهم است که به یاد داشته باشید، امکان حمایت کردن از افراد معلول و خانواده آنان مستلزم نزدیک بودن به جوامع خودشان از جمله مناطق روستایی است. منابع در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد محدود است و متمرکز در پایتخت یا شهرهای بزرگ است. چالش برنامه‌ریزان CBR یافتن مناسب‌ترین راه حل برای رسیدن به کیفیت مطلوبی از خدمات نزدیک به محل زندگی افراد

معلول است، که با توجه به واقعیات نیازها و منابع موجود در موقعیت محلی مقدور است (مرحله 1: تحلیل وضعیت را ببینید).

ساختار مدیریت برای CBR

هر برنامه CBR تصمیم خواهد گرفت که چگونه برنامه خود را مدیریت کند. بنابراین فراهم نمودن ساختار کلی مدیریت CBR در این مؤلفه‌ها مقدور نمی‌باشد. با این حال چند نمونه از ساختارهای مدیریتی که مبنایی برای برنامه‌های موجود در سراسر جهان هستند در انتهای این بخش ارائه شده است (ضمیمه را ببینید).



در بسیاری از موقعیت‌ها، ممکن است شوراهایی برای کمک به مدیریت برنامه‌های CBR ایجاد شود، که این اقدامات توصیه می‌شود. شوراهای CBR معمولا از افراد معلول، اعضای خانواده آنان، اعضای علاقه‌مند جامعه و نمایندگانی از مقامات دولتی تشکیل شده‌اند. این افراد برای اقدامات ذیل مفید خواهند بود:

- تعیین ماموریت و چشم انداز برنامه CBR
- شناسائی نیازها و منابع در دسترس محلی
- تعیین وظایف و پاسخگویی کارکنان و ذی‌نفعان CBR
- تدوین برنامه عملیاتی
- بسیج منابع برای اجرای برنامه
- فراهم کردن حمایت و راهنمایی برای مدیران برنامه CBR

مدیریت مشارکتی

یکی از موضوعات کلیدی در اجرای همه برنامه‌های CBR مشارکت است. در اغلب موقعیت‌ها، مدیران برنامه CBR مسئول تصمیم‌گیری نهایی برنامه CBR خواهند بود؛ اگرچه، این مهم است که، تمام ذی‌نفعان کلیدی، به‌ویژه افراد معلول و اعضای خانواده آنان به‌طور فعال در همه مراحل چرخه مدیریت درگیر باشند. ذی‌نفعان با به اشتراک گذاشتن تجارب، مشاهدات و توصیه‌های خود می‌توانند داده‌های با ارزشی را فراهم نمایند. مشارکت آنان در طول چرخه مدیریت کمک خواهد کرد تا اطمینان حاصل شود که برنامه به نیازهای جامعه بها می‌دهد و جامعه کمک می‌کند تا برنامه در دراز مدت پایدار بماند (به مرحله 1 تجزیه تحلیل ذی‌نفعان نگاه کنید).

پایداری برنامه‌های CBR

گرچه نیت خوب به شروع برنامه‌های CBR کمک می‌کند، اما هرگز برای اجرا و پایداری آن‌ها کافی نیست. به طور کلی، تجربیات نشان می‌دهد که برنامه‌های تحت رهبری و یا حمایت دولت در مقایسه با برنامه‌های اجرا شده توسط سازمان‌های مدنی، منابع مالی بیشتری را فراهم می‌کند و پایداری بهتر و دستاوردهای بزرگتری دارند. با این حال، برنامه‌های تحت

رهبری سازمان‌های جامعه مدنی معمولاً انجام کار در شرایط دشوار، اطمینان بهتر از مشارکت جامعه و احساس مالکیت در برنامه CBR را مناسب‌تر فراهم می‌کند. موفقیت‌آمیزترین برنامه CBR در جائی است که حمایت دولت و حساسیت‌های عوامل محلی همچون فرهنگی، مالی، منابع انسانی و حمایت ذی‌نفعان از قبیل مقامات مالی و سازمان‌های افراد معلول وجود داشته باشد.

برخی از موارد ضروری که برای پایداری برنامه‌های CBR باید مورد توجه قرار گیرد در زیر لیست شده است.

- **رهبری موثر**- پایداری برنامه‌های CBR بدون مدیریت و رهبری موثر بسیار مشکل است. مدیران برنامه CBR مسئول ایجاد انگیزه، رغبت، هدایت و حمایت ذی‌نفعان برای دستیابی به اهداف و پیامدهای برنامه هستند. از این‌رو انتخاب رهبران قوی که اجتماعی بوده و بتوانند ارتباط خوب برقرار نموده و مورد احترام گروه‌های ذی‌نفعان و اغلب جامعه باشند، بسیار مهم است.
- **مشارکت**- اگر کسانی به طور جداگانه کار می‌کنند در این حالت برنامه‌های CBR در خطر رقابت با دیگران، خدمات تکراری و هرز رفتن منابع با ارزش است. مشارکت می‌تواند به استفاده بهینه از منابع موجود کمک کرده و موجب پایداری برنامه‌های CBR از طریق فراهم کردن فرصت‌های جاری، طیف بیشتری از دانش و مهارت‌ها، منابع مالی و افزایش نقش نفوذ سیاست‌ها و قوانین دولتی در رابطه با حقوق افراد معلول گردد. در بسیاری از مواقع، ترتیبات رسمی همچون موافقت‌نامه‌های خدماتی، قراردادها و توافقات می‌تواند به تامین و پایداری همکاری شرکای کاری کمک کند.
- **مالکیت جامعه**- برنامه‌های CBR موفق دارای یک حس قوی مالکیت جامعه است. این را می توان با اطمینان از مشارکت ذی‌نفعان در تمام مراحل چرخه مدیریت به‌دست آورد (مؤلفه توانمندسازی: بسیج جامعه را ببینید).
- **استفاده از منابع محلی**- کاهش وابستگی به منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی خارجی، به تضمین پایداری بیشتر کمک خواهد کرد. جوامع باید جهت استفاده از منابع خود برای مواجهه با مشکلات شان تشویق شوند. استفاده از منابع محلی باید بر استفاده از منابع ملی اولویت داشته باشد و استفاده از منابع ملی باید بر استفاده از منابع کشورهای دیگر اولویت داشته باشد.
- **در نظر گرفتن عوامل فرهنگی**- فرهنگ‌ها مختلف می‌باشد، فرهنگی که برای یک گروه از مردم مناسب است ممکن است برای گروه دیگر مناسب نباشد. برای اطمینان از این که برنامه‌های CBR در شرایط متفاوت پایدار هستند، مهم است که بررسی شود برنامه ها چه تأثیری بر آداب و رسوم محلی دارند، چه مقاومتی ممکن است در مقابل برنامه‌ها باشد و این مقاومت چگونه مدیریت خواهد شد. هم چنین مهم است که بین تغییر رفتارها و عقاید نادرست در ارتباط با افراد معلول و تطبیق برنامه‌ها و فعالیت‌ها با شرایط محلی تعادل برقرار شود.
- **ظرفیت‌سازی**- ظرفیت‌سازی در ذی‌نفعان جهت برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه‌های CBR به پایداری کمک می‌کند. برنامه‌های CBR باید موجب افزایش آگاهی و آموزش برای کمک به ایجاد ظرفیت در میان ذی‌نفعان باشد، برای مثال بالا بردن ظرفیت افراد معلول، اطمینان خواهد داد که آنها مهارت‌های لازم برای دفاع از فراگیرسازی خود در برنامه‌های عادی جامعه را دارند.
- **حمایت‌های مالی**- مهم این است که همه برنامه‌های CBR منابع مالی پایداری تهیه کنند. طیف وسیعی از گزینه‌های مالی مختلف ممکن است موجود باشد، از جمله بودجه دولتی (به‌طور مثال، اعتبارات مالی مستقیم یا کمک‌های مالی)، منابع مالی خیرین (به‌طور مثال، ارائه پروژه پیشنهادی مالی خیرین ملی یا بین‌المللی، از نوع کمک‌های مالی یا حمایت مالی).

- **پشتیبانی سیاسی**- یک سیاست ملی CBR، یک برنامه ملی CBR، یک شبکه CBR، و حمایت بودجه‌ای لازم همگی تضمینی است برای رسیدن منابع کنوانسیون حقوق افراد معلول و اجرای طرح‌ها به همه افراد معلول و خانواده آنان. گنجاندن موضوعات معلولان در سیاست‌ها و قوانین دولت، منافع پایدار افراد معلول را از نظر دسترسی به خدمات و فرصت‌های بهداشتی، آموزشی، امرار معاش و بخش‌های اجتماعی تضمین می‌کند.

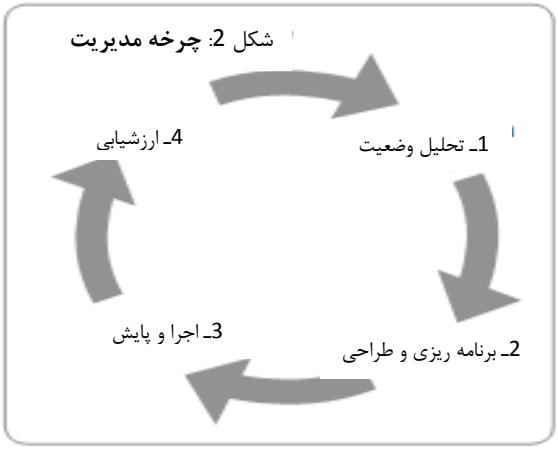
گسترش برنامه‌های CBR

گسترش برنامه‌های CBR به معنی گسترش اثرات یک برنامه موفق است. این امر مزایای متعددی دارد، به طورمثال CBR در میان افراد بیشتری از معلولان که نیازهای آنان برآورده نشده گسترش خواهد یافت، به افزایش آگاهی جامعه نسبت به موضوعات معلولیت کمک خواهد کرد، هم چنین ممکن است موجب افزایش حمایت برای تغییر سیاست‌ها و تخصیص منابع مرتبط به معلولیت بشود. گسترش برنامه نیازمند؛ 1) تشریح اثربخشی برنامه 2) پذیرش توسط افراد معلول و اعضای خانواده آنان 3) پذیرش توسط جامعه 4) منابع مالی کافی 5) شفاف نمودن سیاست‌ها و قوانین است.

راه‌های زیادی برای گسترش برنامه CBR وجود دارد. یکی از این راه‌ها افزایش پوشش جغرافیایی برنامه است، یعنی گسترش برنامه ورای یک محله به چند محله یا در سطح منطقه، و یا حتی در سطح ملی است. اگرچه عموماً پیشنهاد می گردد که برنامه‌های CBR از یک منطقه کوچک آغاز شود که دستیابی و دیدن پیامدهای آن بسیار آسان‌تر است و سپس توسعه آن مد نظر قرار گیرد. مثلاً بسیاری از برنامه‌های CBR بر روی افراد مبتلا به اختلالات خاصی متمرکز است، یکی از دیگر راه‌های گسترش، لحاظ نمودن افراد با انواع مختلف اختلالات در برنامه است.

چرخه مدیریت

وقتی که درباره توسعه و گسترش برنامه CBR فکر می‌کنید، تجسم کنید تمام فرآیند مدیریت مثل یک چرخه است(شکل2). این موضوع اطمینان می‌دهد که به تمام بخش‌های اصلی توجه شده و نشان می‌دهد که چگونه همه آن‌ها با هم سازگار و با یکدیگر پیوند دارند. در این راهنما، چرخه مدیریت شامل چهار مرحله زیر است:



شکل 2: **چرخه مدیریت**

1- **تحلیل وضعیت** - این مرحله به شرایط فعلی جامعه برای افراد معلول و خانواده آنان و مشکلات و موضوعاتی که نیاز به رسیدگی دارد، نگاه می‌کند.

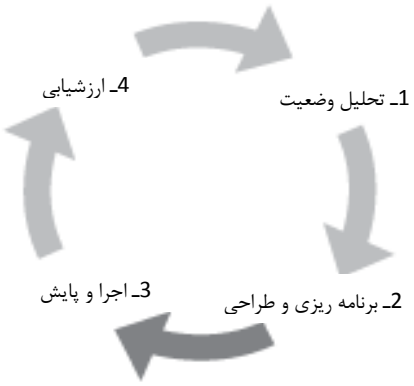
2- **برنامه‌ریزی و طراحی** - مرحله بعدی شامل تصمیم‌گیری درباره نوع برنامه CBR برای رسیدگی به مشکلات و مسائل موجود و نحوه برنامه‌ریزی می‌باشد.

3- **اجرا و نظارت** - در این مرحله برنامه با پایش‌های مکرر اجرا می‌شود و مراقبت می‌شود تا اطمینان حاصل شود که در مسیر صحیح انجام می‌گیرد.

4- **ارزشیابی** - این مرحله اندازه گیری پیامدهای برنامه است برای دیدن این که آیا پیامدها محقق شده است یا خیر، و هم چنین اندازه‌گیری اثرات کلی برنامه، به‌طور مثال، چه تغییراتی در نتیجه اجرای برنامه اتفاق افتاده است.

مرحله 1: تحلیل وضعیت

مقدمه



این یک ضرورت است که برنامه‌های CBR بر اساس اطلاعات منحصر به فرد و مربوط به هر جامعه باشد تا اطمینان حاصل شود پاسخگوی نیازهای واقعی بوده و مقرون به صرفه و واقع‌گرایانه می‌باشد. اغلب برنامه‌ریزان قبل از شروع برنامه، در مورد کافی بودن اطلاعات در خصوص این‌که نیازها چه چیزی می باشند و آنان چه اقدامی باید بکنند، فکر می‌کنند. اگرچه، در بسیاری از موارد این اطلاعات ناقص هستند. بنابراین اولین مرحله از چرخه مدیریت باید تحلیل وضعیت باشد.

هدف از انجام تحلیل وضعیت پاسخ به سوال زیر است:"در حال حاضر ما در کجا قرار داریم؟" این سوال به برنامه‌ریزان در درک درست شرایط کمک می‌کند، که چه تعداد از معلولان و خانواده آنان در آن جامعه زندگی می‌کنند تا مناسب‌ترین روش را برای اقدام انتخاب کنند. این کار مستلزم جمع‌آوری اطلاعات، شناخت ذی‌نفعان و نفوذ آنان، شناخت مشکلات اصلی و اهداف برنامه، و شناخت این‌که چه منابعی در درون جامعه موجودند، می‌باشد. این یکی از مراحل مهم چرخه مدیریت است، چراکه اطلاعات ضروری را برای برنامه‌ریزان و طراحان برنامه CBR فراهم می سازد (مرحله2: برنامه‌ریزی و طراحی را ببینید).

مراحل مربوطه

تحلیل وضعیت شامل مراحل زیر است:

1. جمع‌آوری آمار و ارقام.
2. تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان.
3. تجزیه و تحلیل مشکل.
4. تجزیه و تحلیل اهداف.
5. تجزیه و تحلیل منابع.

جمع‌آوری آمار و ارقام

جمع‌آوری آمار و ارقام پایه ای به شناخت وضعیت موجود افراد معلول و شرایطی که در آن زندگی می‌کنند، کمک می‌کند. این کار هم چنین اطلاعات پایه‌ای را فراهم می‌سازد که ممکن است در ارزشیابی آینده مفید واقع شود (مرحله 4: ارزشیابی را ببینید). آمار و ارقام می‌تواند درباره وضعیت محیطی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، و سیاسی و در سطح ملی، منطقه‌ای، و یا محلی جمع‌آوری شود.

برای مثال، اطلاعات جمع‌آوری شده می‌تواند درباره:

- جمعیت، مثل تعداد افراد معلول، سن، جنس، انواع اختلال؛
- شرایط زندگی، مثل نوع مسکن، آب و فاضلاب؛
- بهداشت، مثل میزان مرگ و میر، علل مرگ و بیماری، خدمات بهداشتی و درمانی محلی؛
- آموزش و پرورش، مثل تعداد کودکان معلول مدرسه رفته، نرخ باسوادی؛
- اقتصاد، مثل منابع درآمدی، متوسط روزانه دستمزد؛
- دولت مثل سیاست‌ها و قوانین، سطح میزان علاقه به معلولیت، تصویب و وضعیت اجرای کنوانسیون حقوق افراد معلول، استانداردهای دسترسی و مقررات؛
- فرهنگ، مثل گروه‌های فرهنگی، زبان‌ها، رفتارها و نگرش‌ها نسبت به معلولیت؛
- مذهب، مثل اعتقادات و گروه‌های مذهبی؛
- جغرافیا و آب و هوا؛

جمع‌آوری اطلاعات ممکن است از طریق صحبت کردن با مردم انجام شود، به‌طور مثال، مراجعه به ادارات دولتی محلی، بررسی اسناد و داده‌هایی که ممکن است در اینترنت، نشریات دولتی و در کتب و مقالات تحقیقی یافت شود.

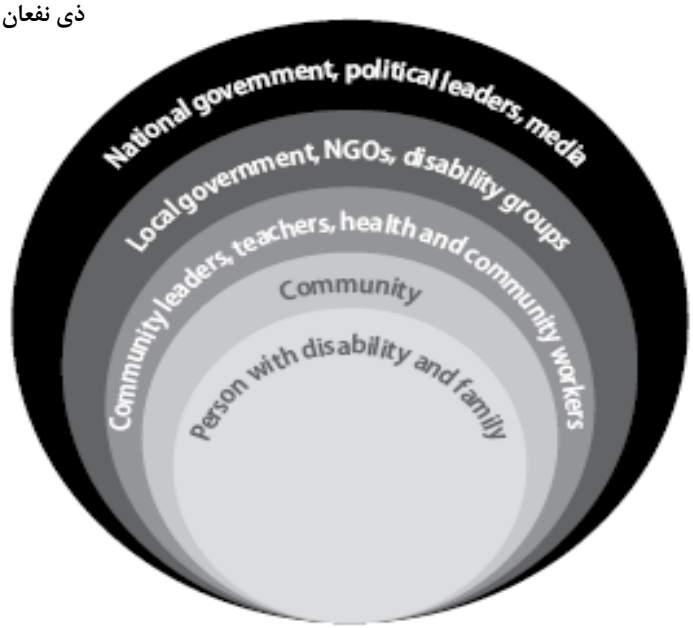
تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان

مهم است که تمام ذی‌نفعان کلیدی از همان آغاز چرخه مدیریت شناسایی شده و به جهت اطمینان از مشارکت آنان و کمک به ایجاد و حس مالکیت جامعه درگیر کار بشوند. تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان می‌تواند به شناسایی شرکای کاری (افراد، گروه‌ها و یا سازمان‌ها) که ممکن است از برنامه CBR بهره برده، یا تأثیری داشته باشند، کمک کند. ابزارهای مختلف بسیاری وجود دارد که می‌تواند در شناسایی ذی‌نفعان، سطح نفوذ و میزان فعالیت آنان مورد استفاده قرار بگیرند. تجزیه و تحلیل SWOT ابزاری است که می‌تواند برای تجزیه و تحلیل **نقاط قوت** و **ضعف** گروه ذی‌نفعان و **فرصت‌ها** و **تهدیدات** خارجی که با آن مواجه هستیم، مورد استفاده قرار بگیرد.

نقش‌ها و مسئولیت‌های ذی‌نفعان کلیدی

ذی‌نفعان بسیاری ممکن است در طی تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان شناسایی شوند. آن‌ها ممکن است شامل؛ افراد معلول و خانواده آنان، اعضای جامعه (شامل، رهبران جامعه، معلمان و غیره)، جامعه مدنی (مثل، سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های مذهبی و گروه‌های زنان)، سازمان‌های افراد معلول و مقامات دولتی باشند (شکل 3). مهم است که به یاد داشته باشیم که کارکنان CBR و مدیران برنامه CBR نیز از ذی‌نفعان هستند. هر یک از ذی‌نفعان مهارت، دانش، منابع و شبکه‌هایی را با خود می‌آورند و نقش‌ها و مسئولیت‌های خاصی در ارتباط با توسعه و اجرای CBR خواهند داشت.

Fig 3: ذی نفعان CBR



افراد معلول و خانواده‌های آنان

افراد معلول و خانواده‌های آنان نقش بسیار مهمی را در درون CBR ایفا می‌کنند. نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان از طریق راهنمای CBR روشن خواهد شد، اما خلاصه‌ای از آنها عبارتند از:

- ایفای یک نقش فعال در همه بخش‌های مدیریت برنامه CBR؛
- شرکت در شوراهای محلی CBR؛
- همکاری داوطلبانه و فعالیت کردن به‌عنوان کارکنان CBR؛
- ایجاد آگاهی در رابطه با معلولیت در جوامع محلی، به‌طورمثال جلب توجهات به سمت موانع و درخواست در جهت حذف آن‌ها.

اعضای جامعه

CBR نه فقط برای آنان که معلولیت دارند بلکه می‌تواند برای همه افراد جامعه منفعت داشته باشد. برنامه‌های CBR باید اعضای جامعه را برای پذیرش نقش‌ها و مسئولیت زیر تشویق کند:

- شرکت در فرصت‌های آموزشی به‌منظور شناخت بیشتر از معلولیت؛
- تغییر باورها و نگرش‌هایشان که ممکن است باعث ایجاد محدودیت در فرصت‌های فراهم شده برای افراد معلول و خانواده‌های آنان گردد؛

- آگاهی و توجه به موانع دیگری که ممکن از مشارکت در زندگی افراد معلول و خانواده‌های آنان در جوامع جلوگیری کند؛
- هدایت از طریق ارائه الگو و گنجاندن افراد معلول و خانواده‌های آنان در فعالیت‌ها؛
- کمک به برنامه CBR از طریق منابع (به‌عنوان مثال، زمان، پول، تجهیزات)؛
- حفاظت از جوامع خود و توجه به علت ایجاد معلولیت؛
- پشتیبانی و حمایت کردن از افراد معلول و خانواده‌های آنان به هنگام نیاز.

جامعه مدنی

نقش‌ها و مسئولیت‌های گروه‌ها و سازمان‌های جامعه مدنی بسته به سطح فعالیت آنان بین‌المللی، ملی، منطقه‌ای، و یا محلی متفاوت خواهد بود. نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان نیز هم چنین متاثر از تجارب آنان و مداخله کردن در موضوع معلولیت و CBR است. از لحاظ تاریخی، بسیاری از سازمان‌های غیردولتی در کانون فعالیت CBR بوده‌اند، بنابراین ممکن است نیروی محرکه هر برنامه جدید و یا موجود CBR باشند. عموما، نقش‌ها و مسئولیت‌های ممکن عبارتند از:

- توسعه و اجرای برنامه‌های CBR در جائی که حمایت دولت محدود است؛
- ارائه کمک‌های فنی، منابع و آموزش برای برنامه‌های CBR؛
- حمایت از رشد شبکه‌های ارجاعی بین ذی‌نفعان.
- حمایت از برنامه‌های CBR برای ظرفیت‌سازی سایر ذی‌نفعان؛
- عادی سازی موضوع معلولیت در برنامه‌ها و خدمات موجود؛
- حمایت از ارزشیابی، تحقیق و توسعه CBR؛

سازمان‌های افراد معلول

سازمان‌های افراد معلول یک منبع عالی برای گسترش برنامه‌های CBR بوده و در حال حاضر نقش بسیار معناداری در برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه دارند (مؤلفه توانمندسازی: سازمان‌های افراد معلول را ببینید).

نقش‌ها و مسئولیت‌های این سازمان‌ها می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- بیان علائق افراد معلول؛
- ارائه مشاوره درباره نیازهای افراد معلول؛
- آموزش به افراد معلول در رابطه با حقوق آن‌ها؛
- حمایت و اعمال فشار و اقدام جهت اطمینان از این که دولت‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات پاسخگوی این حقوق هستند، به‌عنوان مثال اجرای برنامه‌ها مطابق با کنوانسیون حقوق افراد معلول؛
- تهیه اطلاعات مربوط به خدمات برای افراد معلول؛
- دخالت مستقیم در مدیریت برنامه CBR؛

دولت

مسائل مربوط به معلولیت باید در تمام سطوح دولت و همه بخش‌های آن اهمیت داشته باشد، (به‌طور مثال، سلامت، آموزش، اشتغال و بخش‌های اجتماعی). وظایف و مسئولیت دولت باید شامل:

- پذیرفتن رهبری و مدیریت و یا اجرای برنامه‌های ملی CBR؛
- تضمین این که قوانین مناسب و چارچوب سیاست‌ها حمایت از حقوق افراد معلول را لحاظ نموده است؛
- گسترش سیاست ملی پیرامون CBR، یا حصول اطمینان از این‌که CBR به‌عنوان یک استراتژی در سیاست‌های مربوطه گنجانده شده است؛
- تامین نیروی انسانی، تجهیزات و منابع مالی برای برنامه‌های CBR؛
- اطمینان از این که افراد معلول و اعضای خانواده آنان قادرند به تمام برنامه‌های عمومی، خدمات و تسهیلات دسترسی داشته باشند؛
- گسترش CBR به‌عنوان یک روش عملیاتی یا خدمات مکانیزه قابل ارائه برای فراهم نمودن خدمات توانبخشی در سراسر کشور.

مدیران CBR

نقش‌ها و مسئولیت‌های مدیریت بستگی دارد به این که چه کسی مسئول آغاز و اجرای برنامه CBR است و این‌که میزان تمرکززدایی برنامه چقدر است؟ به‌عنوان مثال آیا برنامه در سطح ملی، منطقه‌ای و یا محلی اجرا می‌شود. عموماً بعضی از نقش‌ها و مسئولیت‌های یک مدیر برنامه CBR شامل موارد زیر است:

- تسهیل هر یک از مراحل چرخه مدیریت؛
- حصول اطمینان از این که سیاست‌ها، سیستم‌ها و روش‌ها مناسب مدیریت برنامه هستند؛
- ایجاد شبکه‌های پایدار و همکاری داخل و خارج جامعه؛
- اطمینان از این‌که تمام ذی‌نفعان کلیدی در هر مرحله از چرخه مدیریت درگیر هستند و به خوبی از دستاوردها و تحولات مطلع هستند؛
- بسیج و مدیریت منابع، به‌عنوان مثال منابع مالی، انسانی و تجهیزات؛
- ایجاد ظرفیت در جامعه و اطمینان از این‌که موضوعات معلولیت در بخش‌های توسعه جریان دارد؛
- مدیریت روزانه فعالیت‌ها و محول کردن وظایف و مسئولیت‌ها؛
- پشتیبانی و نظارت بر کارکنان CBR و حصول اطمینان از این‌که کارکنان CBR آگاه به نقش‌ها و مسئولیت‌های خود بوده و برگزاری نشست با کارکنان CBR به طور منظم برای بررسی عملکردشان و پیشرفت کار، و سازماندهی برنامه‌های آموزشی؛
- مدیریت سیستم‌های اطلاعات برای پایش پیشرفت کار و عملکرد؛

کارکنان CBR

کارکنان CBR نقش کانونی در برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه داشته و منبع مهمی برای افراد معلول، خانواده آنان و اعضای جامعه هستند. نقش‌ها و وظایف آنان از طریق راهنمای CBR روشن خواهد شد، که عبارتند از:

- شناخت افراد معلول، انجام ارزیابی اولیه جهت اقدام و ارائه مداخلات درمانی ساده؛
- آموزش و تمرین اعضای خانواده برای پشتیبانی و کمک به افراد معلول؛
- تهیه اطلاعات درباره خدمات در دسترس جامعه و پیوند افراد معلول و خانواده‌های آنان به این خدمات از طریق ارجاع و پیگیری؛
- حمایت برای ارتقاء دسترسی و فراگیرسازی افراد معلول از طریق ارتباط با بخش‌های بهداشتی، مدارس و محل کار؛
- ارتقاء آگاهی افراد جامعه نسبت به معلولیت و تشویق برای فراگیرسازی افراد معلول در زندگی خانوادگی و اجتماعی.

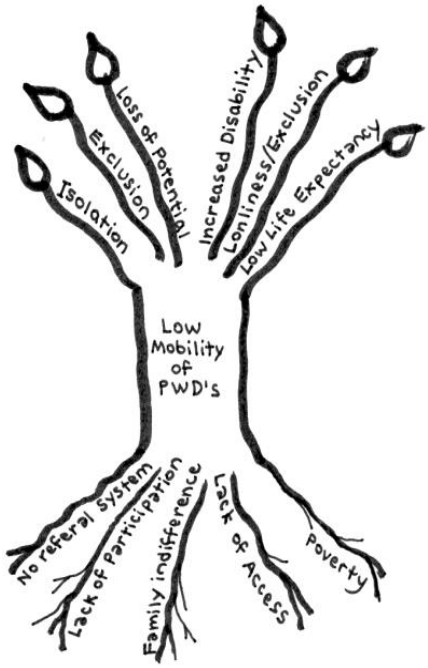
جدول 1: **برنامه ملی CBR ویتنام ـ وظایف و مسئولیت‌های ذی‌نفعان کلیدی**

سطح	ذی‌نفعان	وظایف و مسئولیت‌ها
روستا	افراد معلول و خانواده آنان	اجرای توانبخشی مبتنی بر منزل، مناسب‌سازی محیط منزل، تشکیل انجمن، کار به‌عنوان یک همکار (داوطلب)
روستا	داوطلبان CBR	شناسایی اولیه، ارجاع و پیگیری، جمع‌آوری داده‌ها و گزارش، افزایش آگاهی، ایجاد انگیزه، حمایت از افراد معلول، خانواده و جامعه، برقراری ارتباط با دیگر بخش‌ها
بخش (تعدادی از روستاها)	کمیته تدارکاتی، کارکنان CBR	مدیریت، هماهنگی و پشتیبانی برای فعالیت‌های همکاران، گزارش، بسیج منابع و تخصیص، اجرای توانبخشی مبتنی بر منزل، تسهیل سازمان‌های معلولان
ناحیه (شهرستان)	کمیته تدارکاتی، مدیر CBR، دبیر CBR، مربیان CBR و متخصصان	مدیریت و هماهنگی، پایش، گزارش، حمایت برای توانبخشی مبتنی بر منزل، تشخیص، ارزیابی، آموزش، تخصیص منابع
استان	کمیته تدارکاتی، مدیر برنامه، دبیر CBR مربیان و متخصصان	توسعه سیاست، تخصیص منابع، مداخلات مبتنی بر موسسات، مدیریت و هماهنگی کلی، پایش و ارزیابی، حمایت برای توانبخشی مبتنی بر منزل، تشخیص، ارزشیابی و آموزش
ملی	گروه آموزشی اساتید، کارشناسان و سیاست‌گذاران	توسعه سیاست، توسعه مواد، مداخلات مبتنی بر موسسات، آموزش، تحقیق

تجزیه و تحلیل مشکلات

برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه به مشکلات افراد معلول و خانواده آنان در جامعه می‌پردازد. تجزیه و تحلیل مشکلات کمکی است به شناخت مشکلات اصلی و ریشه علت‌ها و اثرات یا عواقب آن. پس از آن مهمترین مشکلات شناسایی شده باید هدف اصلی برنامه CBR قرار بگیرند (به آماده کردن یک طرح برنامه مراجعه کنید). در هر مؤلفه و جزء از راهنمای CBR هدف بالقوه‌ای از برنامه‌های CBR نهفته است که تحت عنوان "نقش CBR" آورده شده است.

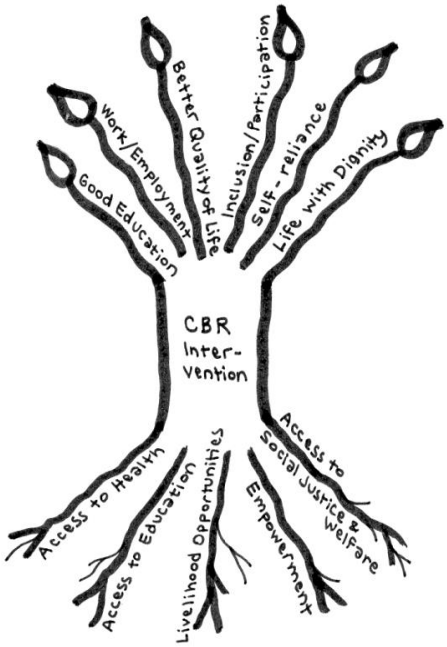
تجزیه و تحلیل مشکل باید به‌وسیله گروه‌های ذی‌نفع که در بالا شناخته شدند، انجام شود. بدون نظرات ذی‌نفعان درباره یک موضوع، ماهیت مشکل و نیازها و راه‌حل‌ها روشن نمی‌شود. برگزاری یک کارگاه برای چگونگی تجزیه و تحلیل مشکل توسط ذی‌نفعان مفید خواهد بود، و به ایجاد حس درک مشترک، هدف و اقدام کمک خواهد کرد. هرچند باید متذکر شد که ممکن است نیاز باشد کارگاه‌های متعددی برای گروه‌های مختلف ذی‌نفعان برگزار شود تا اطمینان حاصل شود گروه‌های آسیب پذیرتر قادر به بیان آزادانه عقاید خود هستند.



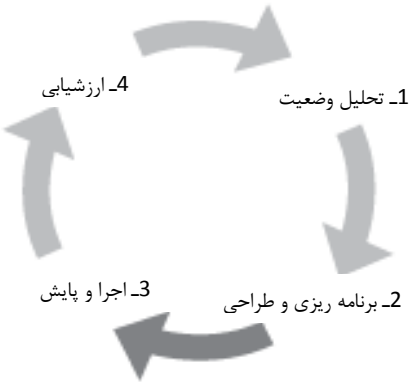
ابزارهای مختلف بسیاری وجود دارد که می‌تواند برای تجزیه و تحلیل مشکلات مورد استفاده قرار گیرند. "درخت مشکل" شاید یکی از عمومی‌ترین این ابزارها باشد که به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد. درخت مشکل یک روش تجسم وضعیت به صورت نمودار است. این روش اثرات ناشی از مشکل را در بالا و دلایل ایجاد مشکل را در پایین نشان می‌دهد.

تجزیه و تحلیل اهداف

تجزیه و تحلیل اهداف، نقطه شروعی است برای تعیین این که چه راه‌حل‌هایی امکان‌پذیر هستند. درخت اهداف ابزار مفیدی برای تکمیل این آنالیز است. این روش شبیه به درخت مشکل است، به‌جز این که در آن به جای اهداف، مشکلات دیده شده است. اگر درخت مشکل مورد استفاده قرار گرفته باشد، به راحتی می‌توان آن را تبدیل به درخت اهداف نمود. برای تکمیل درخت اهداف، علت‌ها در درخت مشکل (منفی‌ها) به بیان اهداف (مثبت) تبدیل می‌شود. اهداف شناسایی شده در طول این بررسی برای مرحله برنامه‌ریزی و طراحی مهم هستند و مبنایی برای طرح برنامه می‌باشند. همان‌طور که بسیاری از مشکلات و اهداف معمولاً در طول این مرحله از چرخه مدیریت شناسایی می‌شوند، اولویت‌بندی مناطق کلیدی برای تمرکز برنامه در آن‌جا نیز می‌باشد (برنامه‌ریزی و طراحی را ببینید).



تجزیه و تحلیل منابع



همه جوامع دارای منابعی هستند، حتی اگر خیلی فقیر باشند. هدف از تحلیل منابع، شناسایی منابع موجود و در دسترس جامعه است که می‌توان از آن در برنامه CBR استفاده نمود. هم چنین در طول روند تحلیل منابع، شناخت ظرفیت (به‌طور مثال، نقاط قوت و ضعف) این منابع برای رسیدگی به نیازهای افراد معلول اهمیت دارد. تحلیل منابع باید منابع انسانی، منابع مادی (مانند زیرساخت‌ها، ساختمان‌ها، سیستم حمل و نقل، تجهیزات، منابع مالی و سیستم اجتماعی موجود) و ساختارهایی مانند سازمان‌ها، گروه‌ها و ساختارهای سیاسی را شناسایی کند. این اقدام غالبا برای تعیین موقعیت آن‌ها در نقشه مفید است.

مرحله 2: برنامه‌ریزی و طراحی

مقدمه

برنامه‌ریزان CBR باید در مرحله 1 اطلاعات کافی را برای مرحله 2 جهت برنامه‌ریزی و طراحی فراهم کرده باشند. برنامه‌ریزان باید این مرحله را با تصویر روشنی از وضعیت افراد معلول و مفاهیمی که در برنامه CBR کاربرد خواهد داشت، آغاز کنند، آن‌ها باید اطلاعاتی درباره تعداد افراد معلول، نیازهای آنان و خانواده‌هایشان، راه حل‌های ممکن برای مشکلات و منابع موجود در جامعه داشته باشند.

برنامه‌ریزی به شما برای از پیش فکر کردن و آماده شدن برای آینده و فراهم کردن راهنمایی برای مراحل دیگر چرخه مدیریت، کمک می‌کند (مرحله 3: اجرا و پایش). این کار تضمین می‌کند که، تمام جنبه‌های برنامه CBR درنظر گرفته شده، اولویت نیازها شناسایی شده، یک نقشه روشن (یا برنامه) به‌سمت دستیابی به هدف مورد نظر طراحی شده، سیستم پایش و ارزشیابی مورد توجه قرار گرفته و منابع لازم برای انجام برنامه طراحی شده توانبخشی مبتنی بر جامعه، شناسایی شده است.

مراحل مربوطه

همراه با ذی‌نفعان کلیدی برنامه‌ریزی کنید

برگزاری یک جلسه با ذی‌نفعان روش خوبی برای بحث و بررسی در مورد یافته‌ها از مرحله 1 برای تعیین اولویت‌ها، طراحی نقشه برنامه و تهیه بودجه است. حضور افراد معلول و اعضای خانواده آنان به‌عنوان نمایندگانی خوب در مرحله طراحی مهم است، از این‌رو، باید توجه نمود که در برگزاری جلسه روشی را به‌کار گرفت تا از امکان مشارکت ارزشمند آنان اطمینان حاصل شود. به طور مثال، اطلاعات باید به شکلی ارائه شود که قابل دسترسی برای افراد با هر نوع اختلال باشد. همان‌گونه

که در مرحله 1 اشاره شد ممکن است لازم باشد جلسه‌ای به طور جداگانه با برخی از گروه‌های ذی‌نفعان تشکیل شود، به‌طور مثال افراد معلول و اعضای خانواده آنان، به‌منظور اطمینان از این‌که آن‌ها به راحتی و آزادانه قادر به بیان دیدگاه‌های خود هستند.

اولویت‌ها را تعیین کنید

این احتمال وجود دارد که نیازهای متعددی در طول مرحله اول شناخته شود که بالقوه می‌تواند توسط برنامه CBR مورد رسیدگی قرار گیرند. متاسفانه منابع نامحدود نیستند، در نتیجه اولویت‌بندی الزامی است. هنگام تصمیم‌گیری برای اولویت‌بندی رعایت موارد زیر سودمند می‌باشد؛ توجه به جایی‌که نیازها بیشتر است، پتانسیل بیشتری برای تغییر وجود دارد، و منابع بیشتری در دسترس می‌باشد. مشارکت ذی‌نفعان کلیدی در تعیین اولویت‌ها به‌منظور اطمینان از این که برنامه مرتبط و متناسب با نیازهایشان است دارای اهمیت است. اولویت بندی نیازمند داشتن مهارت و درک درست از واقعیت است. گاهی اوقات تسهیلگران خارجی (بیرونی) می‌توانند در پیشگیری از انحراف در اهداف برنامه کمک کننده باشند.

نقشه برنامه را آماده کنید

چارچوب منطقی یکی از ابزارهای طراحی می‌باشد که می‌تواند در تهیه کردن یک طرح برای برنامه‌های CBR مورد استفاده قرار گیرد. یک چارچوب منطقی کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که تمام جنبه‌های مورد نیاز برای برنامه موفق مورد توجه قرار گرفته است، که هدف آن پاسخ به سوالات زیر است::

- در برنامه به چه چیزی می خواهیم برسیم؟ (هدف و مقصود)؛
- برنامه چگونه به آن‌ها دست خواهد یافت؟ (پیامدها و فعالیت‌ها)؛
- چگونه می‌فهمیم برنامه در چه زمانی به آن‌ها دست می‌یابد؟ (شاخص‌ها)؛
- چگونه می توانیم تأیید کنیم که برنامه به آن‌ها دست یافته است؟ (دلایل اثبات)؛
- چه مشکلات بالقوه‌ای ممکن است در طول این مسیر تجربه شود؟ (خطرات).

تابلو2: **چارچوب منطقی**

	خلاصه	شاخص‌ها	منابع داده ها	فرضیات
هدف				
مقصود				
پیامدها				
فعالیت‌ها		منابع مورد نیاز	هزینه	

درک مراحل زیر برای آماده سازی نقشه برنامه CBR با استفاده از چارچوب منطقی اهمیت دارد. مراجعه به جدول 2 یک ساختار کلی از چارچوب منطقی را نشان می‌دهد و جدول 3 نمونه‌هایی را نشان می‌دهد که برای تکمیل یک چارچوب منطقی باید به آن توجه نمود. دقت داشته باشید که بعضی از واژگان چارچوب منطقی که در زیر استفاده شده ممکن است با آنچه که از سوی دیگر سازمان‌ها و نهادهای مالی و اعتباری استفاده شده، متفاوت باشد.

تعیین هدف کلی

مهم این است که قبل از فکر کردن در مورد آنچه می‌خواهیم انجام دهیم، یعنی فعالیت، درک خوبی از آنچه انتظار می‌رود در درازمدت از طریق برنامه‌ها حاصل شود، داشته باشیم، یعنی هدف. **هدف کلی**، توصیف‌کننده اثر نهایی است که از اجرای برنامه CBR انتظار می‌رود، آن نتیجه نهایی که به‌موجب آن دیگر مشکل و نیاز وجود نداشته باشد و اوضاع به‌طور قابل توجهی بهبود یافته باشد (مرحله 1: تجزیه و تحلیل مشکل را ببینید).

تعیین مقصود

مقصود برنامه، توصیف کننده تغییراتی است که شما برای رسیدن به اهداف برنامه ایجاد می‌کنید. معمولاً تنها یک مقصود وجود دارد که این باعث مدیریت آسانتر برنامه می‌شود. با این حال، برخی از برنامه‌های CBR ممکن است بیشتر از یک مقصود داشته باشند، چراکه آن‌ها ممکن است بر روی مؤلفه‌ها و اجزای مختلفی از ماتریس CBR متمرکز باشند، مثل سلامت و آموزش. این وضعیت مستلزم داشتن چارچوب منطقی جداگانه‌ای است، اما همه این چارچوب‌های منطقی باید با همان هدف کلی مشترک باشد (مرحله 1: تجزیه و تحلیل مشکل را ببینید).

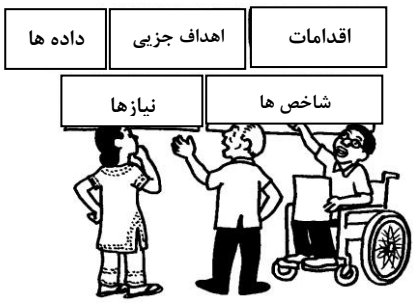
تعریف پیامدها

پیامدها[1] همان چیزی است که در برنامه CBR می خواهیم به آن‌ها برسیم. آن‌ها در عرض همه زمینه‌های فعالیت وجود دارند. معمولا بیش از 3 تا 6 پیامد برای هر چارچوب منطقی وجود ندارد (مرحله 1: تجزیه و تحلیل اهداف را ببینید).

تعیین فعالیت

فعالیت، اقدام یا مداخله‌ای است برای رسیدن به مقصود و پیامدها. فقط تعدادی از فعالیت‌های کلیدی ساده در چارچوب منطقی لیست شده‌اند. در مراحل بعدی چرخه مدیریت به جزئیات بیشتری از فعالیت‌ها پرداخته شده است، به‌طور مثال، زمانی که طرح عملیاتی اجرا می‌شود (به مرحله 3: اجرای جزئیات طرح عملیاتی نگاه کنید).

تعیین شاخص‌ها



شاخص‌ها هدف‌هایی هستند که پیشرفت به سوی دستیابی به پیامدها در برنامه CBR را نشان می‌دهند و در پایش و ارزشیابی اهمیت دارند (به مرحله 3 : اجرا و پایش و مرحله 4 : ارزشیابی نگاه کنید). شاخص‌های یک برنامه CBR ممکن است موارد زیر را اندازه‌گیری کند:

[1]- OUTCOMES

- کیفیت و سرعت ارائه خدمات؛
- مقدار فعالیت‌های برنامه که به گروه هدف می‌رسد؛
- مقبولیت و استفاده واقعی از خدمات؛
- هزینه‌هایی که در اجرای برنامه صرف می‌شود؛
- میزان برنامه‌های واقعی اجرا شده که مناسب با طرح برنامه اجرایی است؛
- کل پیشرفت و رشد اجرای برنامه و موانع موجود در راه اجرای آن.

مهم است که به‌خاطر داشته باشید هنگام تعیین شاخص‌ها دقت نمایید که آن‌ها SMART باشند به این معنی که:

- **خاص باشد** - هنگامی که شاخص‌ها نوشته می‌شوند لازم است به طور خاص مقدار تغییر مورد انتظار شما جهت دستیابی، یعنی کمیت (مثلاً چه مقدار، چه میزان)، نوع تغییر مورد انتظار شما برای دستیابی، یعنی کیفیت (مثل، رضایتمندی، افکار عمومی تصمیم‌گیری، توانایی و یا تغییر نگرش) و مدت زمان لازم برای تغییر (مثلاً هر چند وقت یکبار) مشخص شود؛
- **قابل اندازه گیری باشد** - یعنی این که به طور واقعی امکان اندازه گیری شاخص وجود داشته باشد.
- **قابل دسترسی باشد** - بدین معنی که دستیابی به شاخص‌ها با هزینه منطقی ممکن باشد.
- **مرتبط باشد** - شاخص‌ها با آنچه که می خواهد اندازه‌گیری بشوند، مرتبط باشند.
- **به‌موقع باشد** - امکان جمع‌آوری اطلاعات برای شاخص در موقع لزوم.

تعیین منابع تأیید کننده داده ها

پس از تعیین شاخص‌ها، تصمیم گیری درباره این‌که چه اطلاعاتی برای اندازه گیری هر شاخص لازم است، اهمیت دارد. یعنی، منابع تأیید کننده. این اطلاعات یا منابع ممکن است شامل گزارشات، یادداشت‌های جلسات، ثبت حضور و غیاب، صورت‌حساب‌های مالی، آمارهای دولتی، نظرسنجی، مصاحبه، سوابق آموزشی، مکاتبات و مکالمات، مطالعه موردی، گزارشات فصلی، ماهیانه و هفتگی برنامه، ارزشیابی میانی یا نهایی برنامه باشد. هنگام تصمیم گیری در خصوص منابع تأیید، هم چنین مهم است که درباره زمان و مکان و این‌که چه کسی داده‌ها را جمع‌آوری کند، فکر شود.

پرداختن به فرضیاتی که لازم است وضع گردد

برای تکمیل ستون فرضیات در چارچوب منطقی، خطرات و چیزهایی که ممکن است باعث انحراف در طول برنامه شود، لازم است مورد نظر قرار گیرد. خطراتی در ارتباط با هر برنامه CBR وجود دارد. با این وجود شناخت زودهنگام آن‌ها می‌تواند اطمینان بدهد که هیچ وضعیت غیرمترقبه‌ای در طول مسیر برنامه وجود نخواهد داشت. هنگامی‌که خطرات شناسایی شدند، می‌توان با تغییر طرح برنامه، کاهش یا حذف اثرات، آن‌ها را مدیریت کرد، که در این صورت خطرات به بیان مثبت (فرضیات) تبدیل شده و در چارچوب منطقی منظور می‌گردند.

برنامه پایش و ارزشیابی را آماده کنید

همه برنامه‌ها باید سیستم پایش و ارزشیابی داشته باشند، ضروری است که این سیستم‌ها در مرحله برنامه‌ریزی، همچون اطلاعاتی که لازم است به محض اجرا در همان آغاز برنامه جمع‌آوری شوند، در نظر گرفته شود. شاخص‌ها و منابع تأیید کننده که در طرح برنامه شناخته شده اند، بستر اساسی را برای سیستم پایش و ارزشیابی فراهم می‌سازند (مرحله 3: اجرا و پایش و مرحله 4 : ارزشیابی را ببینید).

تصمیم بگیرید چه منابعی مورد نیاز است

اگر چه منابعی که مورد نیاز برنامه هستند ممکن است به‌هنگام شروع برنامه بلافاصله در دسترس نباشد، اما مهم است که درباره منابع مورد نیاز برای اجرای فعالیت‌های برنامه و چگونگی به‌دست آوردن آن‌ها فکر کرد. با مروری به گذشته اجرای تجزیه و تحلیل منابع در مرحله 1 را برای شناسایی منابعی که درحال حاضر وجود دارند، به‌خاطر بیاورید (مرحله1: تجزیه و تحلیل منابع را ببینید). منابع زیر باید مورد توجه قرار گیرند:

منابع انسانی

کارکنان مختلفی برای اجرای برنامه مورد نیاز است مانند، مدیر برنامه، کارکنان CBR، دستیاران دولت و رانندگان.

منابع مادی

تجهیزات و امکانات متنوعی برای اجرای برنامه مورد نیاز است به‌عنوان مثال، فضای اداری، تجهیزات اداری، کامپیوتر، تلفن همراه، وسیله نقلیه، امکانات سمعی و بصری و تجهیزات توانبخشی.

منابع مالی

هزینه می‌تواند عامل محدود کننده بزرگی برای برنامه‌های جدید باشد. پس به‌دقت فکر کردن درباره مقدار پولی که مورد نیاز است، دارای اهمیت است. بهترین راه برای انجام این کار تعیین بودجه است. این‌که آیا برنامه CBR از منابع مالی موجود یا حامیان مالی استفاده می‌کند اهمیتی ندارد، بلکه مهم این است که در هر حال بودجه تهیه گردد.

بودجه تهیه کنید

بودجه میزان پولی است که قرار است برنامه آن را تهیه کند و برای اجرای فعالیت‌ها طی یک دوره‌ی زمانی خاص هزینه کند. بودجه برای یک مدیریت مالی شفاف، برنامه‌ریزی (به‌طور مثال، می‌گوید هزینه برنامه چقدر است)، جمع‌آوری اعانه (به‌طور مثال، دادن اطلاعات به اهدا کنندگان در مورد چگونگی هزینه کردن پول آن‌ها)، اجرای برنامه، پایش (به‌طور مثال، مقایسه هزینه‌های واقعی در برابر بودجه) و ارزشیابی اهمیت دارد.

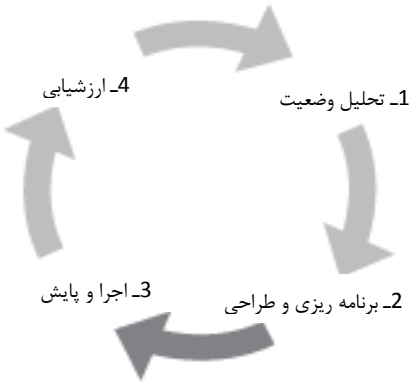
بودجه باید بازتاب‌دهنده هزینه‌های مرتبط با منابع مشخص شده باشد، مثلاً در بخش بالا "تصمیم بگیرید چه منابعی مورد نیاز است". مهم است که بودجه بندی با دقت باشد ؛ اگر بودجه شما به اندازه کافی بزرگ نباشد ممکن است قادر به انجام بعضی از فعالیت‌های برنامه نباشید، هم چنین اگر بودجه را در حد خیلی بالای نیز تنظیم کنید حامیان مالی تمایلی برای تامین مالی برنامه نداشته باشند.

جدول 2: **مثالی برای چارچوب منطقی برای مؤلفه سلامت**

	خلاصه	شاخص‌ها	منابع تأییدکننده	فرضیات
هدف	دستیابی افراد معلول به بالاترین استاندارد قابل قبول سلامت شان.	درصد نرخ کاهش مرگ و میر افراد معلول.	به‌طور مثال، آمار مرکز بهداشتی محلی.	
مقصود	افراد معلول بتوانند به خدمات و تسهیلات سلامت، به‌همان میزانی که دیگر اعضای جامعه دارند، دسترسی داشته باشند.	درصد افزایش دسترسی تعداد افراد معلول به مراکز سلامت محلی تا آخر سال X . X درصد از افراد معلول سطح بالایی از رضایت‌مندی را از خدمات بهداشتی محلی نشان می‌دهند.	به‌طور مثال، آمار مرکز بهداشتی محلی، ارزشیابی میانی و پایانی برنامه.	خدمات مراقبت بهداشتی دولت محلی در دسترس است.
پیامدها	1ـ دانش افراد معلول در مورد سلامتی شان ارتقا می یابد و در جهت دستیابی به سلامتی کامل مشارکت فعال دارند.	-X درصد از افراد معلول تا پایان سال X در گروه‌های خودیار محلی مشارکت فعالانه دارند. -X درصد کاهش افراد مبتلا به بیماری ثانویه تا پایان سال X .	به‌طور مثال، سوابق حضور، مشاهده، گزارش از افراد و خانواده آنان.	افراد معلول از بهره‌مندی به خدمات مراقبت بهداشتی حذف نمی‌شوند. خدمات مراقبت بهداشتی دولت محلی ظرفیت کافی دارند.
	2- افزایش آگاهی بخش سلامت درباره معلولیت.	چه درصدی از کارکنان مراقبت بهداشتی تا پایان سال X در جلسات آموزشی در مورد معلولان شرکت می‌کنند	به‌طور مثال، مشاهده، گزارش از افراد معلول و خانواده آنان	
	3- موانع فیزیکی در بخش تسهیلات سلامت کاهش می یابد .	درصد دسترسی فیزیکی به امکانات بهداشتی محلی در پایان سال X.	به‌طور مثال، بازرسی امکانات بهداشتی، مشاهده، ارزیابی انتهای برنامه.	
فعالیت‌ها	1.1 دادن اطلاعات به افراد معلول در رابطه با خدمات و امکانات مراقبت بهداشتی محلی.	**منابع مورد نیاز** **منابع انسانی** 1. مدیر برنامه 2. کارکنان CBR 1. آموزش دهندگان CBR **مواد** ▪ مواد اطلاعاتی ▪ مواد آموزشی ▪ مکان‌های آموزشی ▪ ابزار بازرسی ▪ حمل و نقل	**هزینه** برای همه منابعی که مورد نیاز هستند هزینه‌های آماده شده است.	افراد معلول از اطلاعاتی که به آن‌ها امکان دسترسی به خدمات را فراهم می کند استفاده می‌کنند. افراد معلول برای پیوستن و کمک به گروه‌های خودیار دارای انگیزه هستند. کارکنان مراقبت بهداشتی آموزش‌هایی را که دریافت می‌کنند بکار می بندند. وزارت بهداشت و درمان منابع لازم را برای تغییرساختمان‌ها و ادارات اختصاص می‌دهند.
	1.2 راه اندازی گروه‌های خودیار که بر روی موضوعات بهداشتی خاص متمرکزند.			
	2.1 آموزش کارکنان مراقبت بهداشتی محلی درباره معلولیت.			
	3.1 انجام بازرسی امکانات بهداشتی برای شناسایی موانع فیزیکی که مانع دسترسی هستند.			
	3.2 برگزاری نشست با مقامات بهداشتی محلی جهت ارائه راهکارهایی برای حذف موانع فیزیکی.			

مرحله 3: اجرا و پایش

مقدمه



در مرحله 3، برنامه هایی را که در مرحله 2 طراحی کرده بودیم، به اجرا در می آید و اطمینان حاصل می شود که فعالیت های لازم در این زمینه طبق برنامه زمان بندی انجام می شود و پیامدهای مطلوب مورد نظر حاصل می شوند. در طی مراحل اجرا، مهم است که به‌طور مداوم پیشرفت برنامه CBR مورد پایش قرار گیرد. پایش کردن، اطلاعاتی را برای مدیران فراهم می‌کند تا بتوانند تصمیم گرفته و به‌منظور اطمینان از حصول پیامدها و نهایتاً اهداف و مقاصد تعیین شده، تغییراتی را در برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت ایجاد کنند. سیستم پایش باید در مرحله 2 برنامه‌ریزی شده و شاخص‌ها و منابع تأییدکننده معرفی شوند. در طی مرحله 3 سیستم‌های پایش باید اجرا شوند، تا بتوان اطلاعات را جمع‌آوری، ثبت، تجزیه و تحلیل و گزارش نموده و مورد استفاده مدیریت برنامه CBR قرار گیرد.

مراحل مربوطه

توجه داشته باشید که مراحل زیر ضرورتاً نیاز نیست به شکلی که لیست شده انجام شود.

تهیه برنامه کاری دقیق

اولین قدم اجرایی، گرفتن طرح برنامه و تهیه طرح کاری با جزییات بیشتر با کمک تیم و دیگر ذی‌نفعان است به‌طوری‌که موارد زیر در آن منعکس شود:

- وظایف خاصی برای تکمیل هر یک از فعالیت‌های طراحی شده مورد نیاز است.
- زمان آغاز و پایان هر یک از وظایف مورد نیاز چه موقع است.
- چه کسی مسئول کمک به تکمیل هر وظیفه است.

بهتر است همه اطلاعات طرح عملیاتی در قالب جدولی خلاصه شود. این اقدام نمای روشنی از رئوس مطالب را فراهم کرده و یا تصویرسازی می‌کند. یک شکل رایج در این خصوص جدول گانت است (3).

منابع را بسیج کرده و مدیریت نمایید

جمع‌آوری اعانه

جستجوی منابع مالی: برای اجرای برنامه‌های جدید یا تداوم برنامه‌های جاری ضروری است. امور مالی برنامه‌های CBR ممکن است از طریق بسیج منابع مختلف انجام شود. در صورت امکان باید تاکید بر منابع مالی مبتنی بر جامعه شود، چون این روش به پایداری درازمدت برنامه‌ها کمک می‌کند. منابع احتمالی تامین هزینه‌ها در جامعه ممکن است به صورت موارد زیر باشد:

- یارانه‌ها و یا کمک‌های مالی سازمان‌های محلی؛
- حمایت مالی شرکت‌ها یا کسبه محلی؛
- سازمان‌های جامعه مدنی؛
- گرفتن هزینه خدمات از افراد معلولی که توان مالی دارند؛
- قرعه کشی‌ها، رویدادهای اجتماعی، مسابقات و دیگر رویدادهای خاص؛
- فعالیت‌های درآمدزا؛
- اعتبارات مالی خرد یا منابع مالی در گردش مبتنی بر جامعه.

اگر منابع مالی کافی به‌صورت محلی در دسترس نباشد، جمع‌آوری اعانه برای توسعه و اجرای برنامه‌های CBR ممکن است لازم باشد در سطوح منطقه‌ای، ملی یا بین‌المللی انجام پذیرد.

مدیریت مالی: لازم است برای مدیریت امور مالی یک سیستم شفاف ایجاد شود. این سیستم تضمین خواهد کرد که برنامه پاسخگوی ذی نفعان از جمله نهادهای مالی، اعضای جامعه و خود افراد معلول باشد. مدیریت مالی نقش کلیدی مدیر برنامه است، اما ممکن است افراد دیگری هم درگیر آن باشند، به‌ویژه زمانی که برنامه بزرگ و حاوی مقادیر زیادی پول است. مدیریت مالی شامل موارد زیر است:

- داشتن مکانیسمی برای بررسی هزینه‌های مربوط به فعالیت‌های طرح‌ریزی شده در مرحله برنامه‌ریزی و یا مورد موافقت مدیر برنامه؛
- نگهداری سوابق مالی به قدر کافی؛
- به روز کردن حساب‌های مالی به‌عنوان مرجع آماده؛
- اجرای سیستم‌هایی برای کنترل مناسب و توازن مالی؛
- اطلاع‌رسانی به‌طور مرتب به همه ذی‌نفعان در مورد وضعیت مالی برنامه؛

منابع انسانی

استخدام: هنگام استخدام مدیران و کارکنان CBR در صورت امکان بهتر است آنان را از جامعه محلی انتخاب شوند. چرا که یقیناً دانش خوبی از فرهنگ و زبان محلی داشته و بهتر در دسترس جامعه خواهند بود. برنامه CBR هم چنین باید به‌شدت مقید به استخدام افراد معلول یا اعضای خانواده آن ها باشد، چرا که این عمل، تعهد به اصول CBR را نشان داده (به مقدمه نگاه کنید: CBR امروز) و به توانمندسازی آنان کمک می‌کند. در تمام موارد افراد باید بر اساس دانش، مهارت‌ها

و توانایی انجام کار به خدمت گرفته شوند. شرح وظایف باید قبل از فرایند استخدام آماده شده باشد. معمولاً این کار خلاصه‌ای از وظایف و مسئولیت‌های شغلی و تجارب مورد نیاز را ترسیم می‌کند.

هم چنین در برخی از برنامه‌های CBR ممکن است استفاده از نیروهای داوطلب به‌ویژه در جایی که منابع محدود است مدنظر قرار گیرد. داوطلبان پولی را بابت کارشان دریافت نمی‌کنند، در عوض آنها معمولاً مشوق‌ها و منابعی را به‌عنوان کمک برای کارشان دریافت می‌کنند. داوطلبین ممکن است افرادی از درون جامعه باشند که تمایل به فعالیت داوطلبانه برای برنامه CBR دارند، این افراد عبارتند از، افراد معلول، اعضای خانواده آنان، دانش‌آموزان و افراد تخصصی. توجه به مزایا و معایب به‌کارگیری افراد داوطلب دارای اهمیت است. به‌عنوان مثال، معمولاً دارای دانش محلی بوده و از نظر هزینه مقرون به صرفه می‌باشد، ولی از سوی دیگر آنان اغلب دچار محدودیت زمانی هستند و ریزش افراد داوطلب بالاست.

آموزش: مدیران و کارکنان CBR نیازمند طیف گسترده‌ای از دانش و مهارت‌هایی هستند که آن‌ها را برای انجام وظایف و مسئولیت‌هایشان آماده می‌کند (به مرحله 1 نگاه کنید: تحلیل ذی‌نفعان). توسعه اخیر ماتریس CBR (به مقدمه نگاه کنید: امروز CBR) و راهنمای CBR به خاطر نیازهای آموزشی جدید می‌باشد. این اقدام ممکن است برای به‌روزرسانی و تقویت برنامه‌های جاری CBR و یا توسعه طرح آموزشی جدید ضروری باشد.

در سراسر جهان، طیف وسیعی از برنامه‌های آموزشی CBR در دسترس مدیران و کارکنان برنامه می‌باشد. همه آن‌ها تفاوت‌هایی را از نظر دوره، مفاهیم و مدت دارند که توسط ارائه‌کنندگان مختلفی عرضه می‌گردد. به‌طور مثال در برخی از کشورها موسسات عالی دوره‌های دیپلم را برای کارکنان CBR ارائه می‌کنند، درحالی که در کشورهای دیگر ممکن است این دوره‌ها رسمی نبوده و فقط برای مدت چند هفته یا ماه برگزار می‌شود.

آموزش کارکنان CBR با هدف ارتقاء ظرفیت آنان برای ارائه خدمات با کیفیت بالا به افراد معلول و اعضای خانواده آن‌ها می‌باشد. آموزش ممکن است سطح وسیعی از زمینه‌ها را پوشش دهد که عبارتند از: حقوق معلولان، توسعه اجتماعی و شیوه‌های فراگیر، ارتباطات، مهارت اساسی توانبخشی (به‌طور مثال، شناسایی، ارزیابی و غربالگری اولیه و فعالیت‌های درمانی اولیه)، و فرایندهای گروهی (مثل، راه‌اندازی گروه‌های خودیار).

به هنگام اجرای دوره‌های آموزشی برای کارکنان CBR، مهم است که دقت شود چه محتوایی مناسب است. اغلب، دوره‌های آموزشی بر مبنای دوره‌های طراحی شده برای متخصصان توانبخشی همچون فیزیوتراپیست‌ها یا کاردرمانگرها می‌باشد. در نتیجه، این دوره‌ها اغلب نامناسب و غیرواقعی هستند، چرا که آنها به جای ایجاد مهارت مورد نیاز برای توسعه جامعه بر روی توسعه مهارت‌های فنی و سطح بالای مهارت‌های بالینی تمرکز دارند. هدف از آموزش برای مدیران برنامه CBR ایجاد ظرفیت در آنان برای مدیریت موثر و کارآمد فعالیت‌های برنامه است. مهم این است که مدیران برنامه با چهار مرحله چرخه مدیریت که نقش حساسی در موفقیت برنامه دارند آشنا باشند. مدیران هم چنین نیازمند داشتن درک درستی از معلولیت و استراتژی هستند.

کادر 9 جزایر سلیمان

آموزش حرفه‌ای برای مراقبت بهتر

در سال 2010، دانشکده آموزش عالی جزایر سلیمان تصمیم گرفت، دیپلم توانبخشی مبتنی بر جامعه را بر اساس استراتژی CBR ارائه کند. هدف از آن آماده کردن فارغ التحصیلان با مهارت‌ها و دانش اجرای CBR در سطح استانی است. این دوره دوساله می‌باشد که شامل زمینه‌های زیر است.

مهارت‌های درمانی سیار ـ آموختن درباره انواع معلولیت‌ها و مهارت‌های مبتنی بر رساندن خدمات فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی.

مهارت‌های توانبخشی محلی ـ مهارت کار کردن با جامعه، شامل کمک کردن به جامعه برای ایجاد شناخت نسبت به معلولیت و ایجاد فرصت‌های برابر برای افراد معلول.

مهارت‌های توسعه جامعه ـ مهارت برای اجرای پروژه‌های اجتماعی و گروه‌هایی که باعث معرفی معلولیت در جامعه می‌شوند.

انجام CBR بر اساس مهارت‌ها و کار میدانی ـ اجرای همه آن چیزهایی که آموخته شده روی افراد واقعی در جامعه.

پس از پایان دوره، انتظار می‌رود که فارغ التحصیلان مهارت و دانش مناسب را به‌عنوان کارکنان میدانی در استان‌ها و یا کمک درمانگر در بیمارستان‌ها برای کار در واحد CBR داشته باشند (وزارت بهداشت و خدمات پزشکی). خارج از بخش بهداشت، سیستم آموزش و پرورش و سازمان‌های غیردولتی نیز به‌عنوان مکان‌های بالقوه کار شناخته شده‌اند.

ستاد توسعه، حمایت و نظارت: برنامه های توسعه و پیشرفت کارمندان (مثل آموزش مداوم) اهمیت به‌سزائی در قادرسازی مدیران و کارکنان برنامه CBR برای تجدید مهارت‌های موجودشان و در صورت لزوم توسعه مهارت‌های جدید دارد. اغلب منابعی که در جامعه محلی در دسترس هستند می‌تواند برای آموزش مورد استفاده قرار گیرند، به طور مثال، دوره‌های آموزشی موجود، مواد آموزشی از دیگر سازمان‌ها و کارشناسان در زمینه‌های مربوطه.

برخی از برنامه‌های CBR ممکن است به‌خاطر عدم پشتیبانی و نظارت کافی بر کارمندان خود نتوانند موفق باشند. کارکنان CBR ستون فقرات برنامه CBR هستند. از این‌رو، مدیران نیاز به آن دارند که مطمئن شوند مورد توجه‌اند، و در انجام وظایف شان حمایت می‌شوند. حمایت و نظارت شامل برقراری نظارت شفاف و سیستم گزارش دهی، تربیت کارکنانی آگاه نسبت به نقش‌ها و مسئولیت‌ها، و انجام منظم بررسی عملکرد است. نظارت مدیران برنامه برای "فرسودگی شغلی" کارکنان CBR، هنگامی‌که ممکن است آنان کار زیادی را به‌صورت فشرده و برای مدت طولانی انجام دهند، اهمیت دارد.

کادر 6 گینه جدید پاپوآ

افزایش اعتبار و موقعیت کارکنان CBR

در گینه جدید پاپوآ، پس از یک دوره کوتاه‌مدت، کارکنان CBR قادر به غربالگری اختلال پا چنبری کودکان و آب مروارید افراد بزرگسال شده و سپس آن‌ها را برای مداخله ضروری پزشکی ارجاع می‌دهند. این مداخلات برای افراد مبتلا به این اختلالات و خانواده آنان بسیار مؤثر بوده و در عین حال موجب بالا رفتن اعتبار و موقعیت کارکنان CBR در درون جامعه می‌شود.

فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده را انجام دهید

مدیران برنامه باید با برنامه‌های عملیاتی خیلی آشنا بوده تا با اطمینان قادر به انجام همه فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده باشند. شرح مفصل فعالیت‌های CBR در اینجا ارائه نشده است، به‌طوری که هر یک از مؤلفه‌ها به‌طور جداگانه (کتاب‌های 6-2) و در کتاب تکمیلی (کتاب 7) گنجانده شده است. به‌طور کلی فعالیت‌ها در زیر مجموعه زمینه‌های اصلی زیر آورده شده است.

افزایش آگاهی

فعالیت افزایش آگاهی در CBR برای ایجاد اطلاعات و دانش در بین ذی‌نفعان کلیدی درباره معلولیت است، که نتیجه آن تغییر نگرش و رفتار است. این فعالیت‌ها هم چنین به جهت ایجاد پشتیبانی برای استراتژی CBR و برنامه‌ها و به‌منظور تشویق ذی‌نفعان جهت مشارکت و همکاری مورد استفاده می‌باشد.

هماهنگی و شبکه سازی

فعالیت‌های هماهنگی و شبکه‌سازی برای ایجاد ارتباط خوب و مشارکت با ذی‌نفعان CBR مورد نیاز می‌باشد. این فعالیت برای به اشتراک گذاشتن دانش و منابع، کاهش موازی کاری و تلاش برای بسیج جامعه مهم است.

در جریان عادی قرار دادن

فعالیت در جریان اصلی زندگی، اطمینان می‌دهد که افراد معلول می‌توانند در هر بخش توسعه‌ای مشارکت فعال داشته و برای انجام آن حمایت شوند، به‌طور مثال در بخش سلامت، آموزش، معاش و بخش‌های اجتماعی. فعالیت‌های عادی[1] با اقدام خاص همراه هستند به طور مثال، مسکن مناسب برای اطمینان از دسترسی به فرصت‌های برابر.

1- mainstreaming

تدارک خدمات

هر برنامه CBR طیف مختلفی از خدمات را بسته به این که چه بخش‌هایی از ماتریس CBR را انتخاب نموده و بر آن متمرکز باشد ارائه خواهد کرد. بسیاری از فعالیت‌های مرتبط با تامین خدمات توسط کارکنان CBR اجرا می‌گردند. فعالیت‌ها ممکن است شامل طیف وسیعی از اقدامات همچون شناسایی افراد معلول و ارجاع آنان به خدمات تخصصی یا مراکز معمولی، تدارک خدمات اساسی توانبخشی و یا تهیه وسایل کمکی ساده باشد.

دادخواهی

به لحاظ تاریخی، برنامه‌های توانبخشی، دادخواهی را نادیده گرفته و در عوض بر روی ارایه خدمات به افراد معلول تمرکز نموده است. انواع بسیار مختلفی از فعالیت‌های دادخواهی وجود دارد که می‌تواند برای اطمینان از برابرسازی فرصت‌ها و حقوق افراد معلول برای دسترسی به بخش‌های سلامت، آموزش، امرار معاش و اجتماعی و هم چنین در دیگر بخش‌های زندگی اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

ظرفیت‌سازی

ایجاد ظرفیت در ذی‌نفعان کلیدی این اطمینان را ایجاد خواهد نمود که آنان دانش و مهارت کافی برای انجام نقش‌ها و مسئولیت‌های خود دارند (مرحله 1: تجزیه و تحلیل ذی‌نفعان را ببینید). آموزش یکی از راه‌های ایجاد ظرفیت در ذی‌نفعان است که به‌عنوان یک راهکار در تمام راهنماها ذکر شده است. همه ذی‌نفعان نیازمند یک سطح و نوع آموزش نیستند، بلکه آموزش باید بر اساس انتظارات مبتنی بر وظایف و مسئولیت‌ها و نیازهای برآمده از آن باشد. برخی از ذی‌نفعان ممکن است تنها نیازمند کارگاه، سمینار یا جلسه توجیهی کوتاه‌مدت برای حساس نمودن آنان در موضوعات معلولیت و آشنا شدن با برنامه CBR باشند. برخی دیگر نیز ممکن است نیازمند برنامه‌های آموزشی رسمی باشند.

برنامه‌های CBR نیازمند شناسایی برنامه‌های آموزشی موجود در جامعه برای حفظ و افزایش منابع خود است. منابع آموزشی احتمالی ممکن است شامل؛ نمایندگی‌های دولتی، سازمان‌های دولتی و غیردولتی عادی متخصص در معلولیت باشند. دیگر آموزش‌ها در مورد چگونگی ارائه آموزش CBR نیز حائز اهمیت هستند، به جهت اطمینان از این‌که جمعی از افراد با دانش خوب از CBR و داشتن مهارت‌های تدریس به دیگران، همیشه در سطوح محلی در دسترس می باشند.

پایش

پایش چیست؟

پایش، دنبال کردن مسیر فعالیت‌های برنامه است. پایش شامل جمع‌آوری منظم اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن‌ها در طول مرحله اجرا است. این اقدام یک عملکرد داخلی برنامه است (یعنی، توسط مدیران و کارکنان برنامه CBR انجام می‌شود) و کمکی است به تیم در شناختن این‌که کدام یک از فعالیت‌ها خوب انجام شده و یا کدام‌یک خوب نیستند، تا در صورت لزوم تغییراتی که لازم است اعمال شود. اگر سیستم پایش خوب باشد، اثربخش خواهد بود و هم چنین ارزیابی برنامه خیلی آسان‌تر انجام خواهد شد (مرحله 4: ارزیابی را ببینید).

مراحل پایش

تعیین شاخص‌ها: شاخص‌ها باید در مرحله 2: برنامه‌ریزی و طراحی، تعیین بشوند.

تصمیم‌گیری در مورد نحوه جمع‌آوری اطلاعات: تصمیم‌گیری در مورد چگونگی جمع‌آوری اطلاعات پایش (منابع تأیید) نیز باید در مرحله 2 تعیین بشود.

جمع‌آوری و تثبیت اطلاعات: سیستم‌های رسمی برای جمع‌آوری و ثبت اطلاعات باید موجود باشد. این سیستم باید به‌قدر ممکن ساده و تنها اطلاعاتی را که نیاز است، جمع‌آوری نماید. همه کارمندان باید آموزش کافی را جهت شناختن و استفاده از این سیستم فرا بگیرند، به‌طور مثال کارکنان نیاز دارند که چگونگی استفاده از فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها را آموزش ببینند. هم چنین سیستم‌های غیررسمی نیز می‌توانند مفید باشد، به‌طور مثال می‌توان از کارکنان CBR توقع داشت جزئیات مطالب در مورد فعالیت‌هایشان را در دفترچه یادداشت یا خاطرات خود حفظ کنند. مهم است که اطمینان حاصل شود یک برنامه منظم برای جمع‌آوری اطلاعات وجود دارد. با توجه به نیازهای برنامه گزارش‌دهی، برنامه‌ها می تواند روزانه، هفتگی، ماهانه، و یا فصلی باشند.

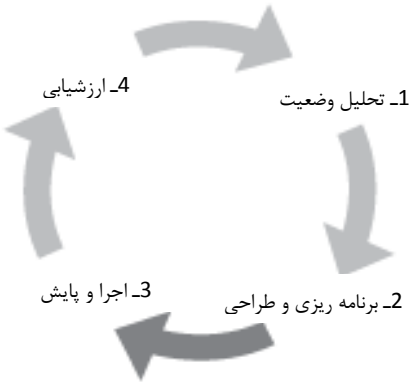
تجزیه و تحلیل اطلاعات: جمع‌آوری و ثبت اطلاعات اغلب خیلی ساده تر از تجزیه و تحلیل آن است. با این حال، اگر مدیران CBR نگاه دقیقی به اطلاعات نداشته باشند، قادر به مشاهده پیشرفت فعالیت‌ها برنامه و شناسایی هرگونه مشکلات بالقوه نخواهند بود. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات ممکن است انجام بررسی بیشتر برای پیدا کردن آنچه که واقعاً در جریان است، لازم باشد.

گزارش‌دهی و به‌اشتراک گذاشتن اطلاعات: گزارش‌دهی و به اشتراک گذاشتن پیامدهای حاصل از پایش با ذی‌نفعان نشان می‌دهد که برنامه شفاف و پاسخگو است. گزارش پایش می‌تواند شامل اطلاعات درباره: گزارش فعالیت و اقدامات عملیاتی، اقدام برنامه‌ریزی شده برای دوره و کار تکمیل شده، پیشرفت به سمت پیامدهای برنامه، مقایسه کردن هزینه واقعی در مقابل بودجه، دستاوردها، موانع یا مشکلات و اقدامات توصیه شده، و درس‌های آموخته شده باشد. الزامات گزارش بسته به ساختار مدیریتی مناسب با برنامه CBR متفاوت خواهد بود. به‌طور مثال، در سطح محلی ممکن است لازم باشد که کارکنان CBR به طور هفتگی به مدیران برنامه گزارش بدهند و مدیران برنامه نیز ممکن است به طور ماهیانه به سطوح بالاتر خود گزارش بدهند و غیره.

مدیریت اطلاعات: بسیاری از اطلاعات از طریق برنامه CBR به‌دست می‌آید؛ مانند، اسناد، گزارشات، مکاتبات، و حساب‌های مالی. یک سیستم بایگانی کارآمد یک روش موثر مدیریت اطلاعات است که موجب کاهش اتلاف وقت و مانع از برداشت غلط در طول پایش می‌شود. اگر اطلاعات محرمانه جمع‌آوری می‌شود، باید مطمئن شد که در محل امنی نگهداری می‌شود.

مرحله 4: ارزشیابی

مقدمه



آخرین مرحله از چرخه مدیریت ارزشیابی است، که کلیات برنامه CBR یا برنامه‌های جاری را سنجش می‌کند. این اقدام کمک می‌کند به تعیین این که آیا پیامدهای توصیف شده در طرح برنامه (مرحله2: برنامه‌ریزی و طراحی را ببینید) محقق شده‌اند و این‌که وضعیت نسبت به آنچه که بوده (مرحله 1: تجزیه و تحلیل وضعیت را ببینید) چه تغییراتی داشته است. ارزشیابی می‌تواند در تصمیم گیری برای ادامه، تغییر یا توقف یک برنامه کمک کند، و هم چنین می‌تواند نشانه مهمی برای تعیین این که آیا CBR استراتژی مناسبی برای برابرسازی فرصت‌ها، کاهش فقر و فراگیرسازی اجتماعی افراد معلول بوده، باشد.

بعضی از مدیران برنامه CBR ممکن است نگران انجام ارزشیابی باشند چرا که آن‌ها از فاش شدن خطاها و ضعف‌هایشان می‌ترسند. درک این موضوع مهم است که هیچ برنامه‌ای کاملاً بدون زحمت پیش نمی‌رود و حتی برنامه‌های بسیار موفق نیز مشکلاتی در پیش‌رو دارند. برنامه‌های موفق CBR باید مشکلاتی را که تجربه کرده‌اند انعکاس داده و از آن بیاموزند و از آن آموزه‌ها در برنامه‌های آینده استفاده کنند.

بسیاری از افراد تصور می‌کنند که ارزشیابی مشکل است چرا که اغلب کتاب‌ها توضیحات پیچیده‌ای از انواع رویکردها و روش‌ها ارائه می‌دهند. در نتیجه بسیاری از کارکنان CBR ممکن است تصور کنند که نیاز به کارشناسان خاصی برای انجام ارزشیابی دارند. با این حال، با وجود یک برنامه‌ریزی و تدارک صحیح، از طریق روش‌های ارزشیابی ساده می‌توانید به میزان زیادی اطلاعات ارزشمند حاصل نمایید.

ارزشیابی

ارزشیابی چیست؟

ارزشیابی معنای ساده سنجش است. ارتباط، کارایی، اثربخشی، اثرات، و پایداری برنامه، عوامل اصلی هستند که باید در ارزشیابی مورد توجه قرار گیرند. با انجام ارزشیابی، برنامه‌های CBR می‌توانند از تجارب خود بیاموزند و از درس‌های آموخته شده در جهت ارتقاء فعالیت‌های جاری و بهبود برنامه‌ریزی و انتخاب دقیق برنامه‌های جایگزین، برای اقدامات آتی بهره بگیرند.

چه کسی ارزشیابی را انجام دهد؟

ارزشیابی می‌تواند توسط کارکنان داخلی درگیر برنامه CBR انجام شود (خود ارزشیابی) و یا به‌طور خارجی توسط افراد یا موسسه‌ای مستقل و خارج از برنامه انجام شود (ارزشیابی خارجی). مزایا و معایبی برای هر یک از روش‌ها وجود دارد، از این‌رو، رویکردهای ارزشیابی از برنامه‌ای به برنامه دیگر متفاوت خواهد بود. در حالت مطلوب، انجام ارزشیابی به طریق ترکیبی و با استفاده از هر دو رویکرد می‌باشد.

چه موقع ارزشیابی انجام بگیرد؟

ارزشیابی با پایش تفاوت دارد، چراکه به‌طور مداوم انجام نمی‌شود. ارزشیابی فقط در زمان یا نقاط خاصی از چرخه پروژه انجام می‌شود. یک ارزشیابی ممکن است در نیمه راه اجرای برنامه، فورا پس از پایان برنامه و یا مدتی پس از آن انجام شود (به‌طور مثال چند سال بعد).

مراحل ارزشیابی

روشی که در آن ارزشیابی برنامه CBR انجام می‌شود، بستگی دارد به این که چه چیزی ارزیابی می‌شود، چه کسی آن را انجام می‌دهد و از چه کسی پرسش می‌شود. به‌طور کلی مراحل آن به شرح ذیل است:

متمرکز کردن ارزشیابی

اولین مرحله ارزشیابی شامل تصمیم‌گیری در مورد کانون ارزشیابی است. یعنی چرا ارزشیابی انجام می‌شود (هدف) و تصمیم‌گیری درباره سوالاتی که در ارزشیابی به‌دنبال پاسخ آن هستید.

در یک ارزشیابی این امکان وجود ندارد که همه جنبه‌های برنامه مورد ارزیابی قرار بگیرد. از این‌رو فکر کردن دقیق درباره اهداف ارزشیابی اهمیت زیادی دارد. اهداف ممکن است شامل:

- ارزیابی این که آیا کارکنان CBR قادر به انجام کامل وظایف و مسئولیت‌های خود هستند و در صورت لزوم آیا کارکنان نیازمند آموزش بیشتر هستند؛

- ارزیابی این که کدام یک از فعالیت‌ها بهترین کارکرد را داشته و تعیین این که کدام‌یک از جنبه‌های برنامه باید ادامه یابد و یا متوقف شود؛
- ارزیابی این که برنامه طبق آنچه که برنامه‌ریزی شده بود اثربخش بوده و تصمیم‌گیری در مورد این که آیا این استراتژی در جاهای دیگر قابل تکرار است؛
- ارزیابی این که آیا منابع خوب هزینه شده است، پیامدهای حاصل شده و روش‌ها برای کمک به تصمیم‌گیری در خصوص آینده برنامه درست بوده است؛

وقتی که هدف ارزیابی تأیید شده باشد، پس از آن طرح کردن سوالاتی که در ارزشیابی نیاز به یافتن پاسخ برای آن می‌باشیم ممکن خواهد شد. این سوالات معمولاً آن‌قدر ساده نیست که پاسخ بله یا خیر برایشان کافی باشد. سوالات بسیار متفاوتی می‌تواند در رابطه با تناسب، کارایی، اثربخشی، و اثرات و پایداری برنامه پرسیده شود (جدول 4: مؤلفه های ارزشیابی را ببینید)

جدول 4: **مؤلفه های ارزشیابی**

تناسب/ارتباط	آیا برنامه، نیازهای افراد معلول، خانواده آنان، و جامعه شان را برآورده کرده است؟
کارایی	آیا منابع (نیروی انسانی، مالی و ابزار) به بهترین وجه مورد استفاده قرار گرفته است؟
اثربخشی	آیا برنامه از نظر کمی و کیفی و زمانی به پیامدهای خود دست یافته است؟
اثرات	آیا اهداف در سطح وسیعی محقق شده؟ برنامه به چه طریقی زندگی افراد معلول و خانواده آنان را تغییر داده است؟ برنامه چه اثری بر روی نگرش و رفتار جامعه در قبال معلولان داشته است؟
پایداری	آیا برنامه در صورت کم شدن یا قطع حمایت خارجی قادر به ادامه فعالیت خواهد بود؟

جمع‌آوری اطلاعات

دومین مرحله شامل اتخاذ تصمیم در مورد بهترین راه برای پاسخ به سوالات ارزشیابی و فکر کردن در مورد سوالات زیر است.

- **چه کسی می‌تواند اطلاعات را تهیه کند** - ذی‌نفعان منابع بسیار خوبی از اطلاعات هستند. اطلاعات را می توان از افراد و خانواده آنان، دیگر برنامه‌های اجتماعی، مقامات دولت محلی (مانند، دفاتر آمار محلی) و از میان دیگران جمع‌آوری نمود. کارکنان CBR و دیگر متخصصان هم چنین می‌توانند منابع خوبی برای اطلاعات باشند، زیرا آنها معمولاً سوابق فعالیت‌ها و مداخلات را به همراه پیامدهای حاصله نگهداری می‌کنند.

- **چه اطلاعاتی را می‌توان جمع‌آوری نمود** - روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری اطلاعات وجود دارد، هر یک از آن‌ها معایب و مزایایی دارند. معمولاً بیش از یک روش جمع‌آوری اطلاعات برای ارزشیابی مورد استفاده قرار می‌گیرد (تابلو 5: روش‌های جمع‌آوری اطلاعات را ببینید).
- **چه زمانی اطلاعات را باید جمع‌آوری نمود** - اطلاعات را می توان در مراحل مختلف جمع‌آوری نمود. جمع‌آوری اطلاعات

قبل از شروع برنامه، داده‌های اولیه را فراهم می سازد (مرحله 1: تجزیه و تحلیل وضعیت را ببینید). اطلاعات پایه برای هنگام اندازه گیری اثر نهایی برنامه CBR مهم هستند. اگر اطلاعات وضعیت موجود قبل از شروع برنامه در اختیار نباشد، به هنگام ارزشیابی درک این مسئله که آیا اجرای برنامه تأثیری داشته است یا خیر، دشوار خواهد بود. اطلاعات هم چنین می‌تواند در حین اجرای برنامه (مرحله3: پایش را ببینید) و یا در انتهای برنامه جمع‌آوری شود. هنگام اندازه گیری اثر نهایی برنامه CBR مهم هستند. اگر اطلاعات وضعیت موجود قبل از شروع برنامه در اختیار نباشد، به هنگام ارزشیابی درک این مسئله که آیا اجرای برنامه تأثیری داشته است یا خیر، دشوار خواهد بود. اطلاعات هم چنین می‌تواند در حین اجرای برنامه (مرحله3: پایش را ببینید) و یا در انتهای برنامه جمع‌آوری شود.

جدول 5: **روش‌های جمع‌آوری اطلاعات**

روش	کیفی	کمی	اهداف کلی
پرسش‌نامه	*	*	برای به‌دست آوردن اطلاعات در مورد موضوعات مشخص شده و تعداد تعیین شده از معلولان، والدین و دیگر ذی‌نفعان کلیدی.
ارزیابی فردی	*	*	برای ارزیابی وضعیت جاری رفاه، بهداشت فعالیت روزانه و غیره. پیامدها می‌تواند در مقایسه با گزارش موردی اولیه مقایسه شود.
بررسی		*	برای ارزیابی تغییر نگرش‌ها و تغییر کیفیت زندگی (مقایسه وضعیت ایده‌ال با اطلاعات پایه) از طریق بررسی.
مرور مستندات	*	*	برای سیاست‌های زیربنایی برنامه و این که چگونه برنامه عمل می‌کند (به‌طور مثال، بررسی سیاست‌ها، مقررات، رویه‌ها و مدیریت مالی و اداری).
مرور گزارشات		*	برای به‌دست آوردن نمای کلی از تعداد و ویژگی‌های مشتریان، پیشرفت و مداخلات پدید آمده، رابطه بین به‌کارگیری اقدامات و پیامدها، حجم کار کارکنان توانبخشی و غیره.
مصاحبه	*		برای درک دیدگاه‌های افراد، برداشت‌ها و تجربیات، یا دریافت اطلاعات بیشتر درباره پاسخ‌های آنان به سوالات.
مشاهده	*	*	برای جمع‌آوری اطلاعات دقیق در مورد چگونگی اجرای یک برنامه، به‌ویژه در مورد فرایندها و تعاملات.
گفتگوی گروه کانونی	*		برای کشف یک موضوع عمیق از طریق بحث گروهی، به‌عنوان مثال، درباره واکنش‌ها نسبت به یک تجربه و پیشنهاد، برای رسیدن به یک درک مشترک از مشکلات و مسائل و غیره.

تجزیه و تحلیل اطلاعات و نتیجه گیری

پس از جمع‌آوری اطلاعات، شما نیاز به آن خواهید داشت که از آن سر در بیاورید. تجزیه و تحلیل اطلاعات می‌تواند به شناسایی الگوها، روندها و یا یافته‌های غیرمنتظره و تعیین این که آیا اطلاعات، پاسخ سوالات ارزشیابی را داده است یا خیر و اگر داده است به چه میزان، کمک کند. انواع مختلف اطلاعات راهکارهای متفاوتی برای تجزیه و تحلیل دارند. به‌طور مثال داده‌های کمی از پرسش‌نامه‌ها، تست‌ها یا ثبت سوابق، معمولاً با استفاده از روش‌ها و برنامه‌های آماری تجزیه و تحلیل می‌شوند. داده‌های کیفی ناشی از مصاحبه، بحث‌های گروهی معمولاً از طریق سازماندهی و ساختارسازی آن‌ها طبق طبقه‌بندی‌ها و عناوین کلیدی، تجزیه و تحلیل می‌شوند. بعد از تجزیه و تحلیل اطلاعات، نتیجه‌گیری و ارائه توصیه در خصوص برنامه ممکن می گردد.

به اشتراک گذاشتن یافته‌ها و اقدام کردن روی آن‌ها

اگر کسی به پیامدها و توصیه‌های ارزشیابی اقدام نکند، بی فایده است. بنابراین، گزارش دادن و به اشتراک گذاشتن یافته‌ها اهمیت زیادی دارند. راهکارهای زیادی برای این کار وجود دارد: به‌طور مثال، گزارش رسمی ارزشیابی نوشته شود، پیامدهای ارزشیابی را می توان در نشست میان اعضای جامعه ارائه نمود، می‌توان به صورت مقاله در روزنامه محلی منتشر کرد، به‌عنوان یک مقاله مطالعه موردی برای چاپ در روزنامه‌هایی که سازمان‌های دیگر حق اشتراک آن را دارند، ارسال نمود، می‌توان به‌عنوان مقاله در مجلات و یا کنفرانس‌ها ارائه کرد. بعد از ارزشیابی، انعکاس دادن و آموزش دادن چیزهایی که انجام گرفته و چیزهایی که انجام نگرفته است، و آنچه را که شما به‌درستی و یا به غلط انجام داده‌اید، نیز حائز اهمیت است. پیامدهای حاصل از ارزشیابی باید برای تصمیم‌سازی در رابطه با جنبه‌های مختلف برنامه اعمال گردد؛ مانند، این‌که چه چیزی باید ادامه پیدا کند، نیاز به چه تغییری است، چه چیزی باید متوقف شود، کدامیک از شیوه‌های موفق باید توسعه یابد و کدام مناطق دیگر و اولویت‌های جامعه نیاز به توجه دارند.

منابع

1. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint Position Paper 2004). International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 30 March 2010).
2. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (http://www.un.org/disabilities/, accessed 30 March 2010).
3. Blackman R. Project cycle management. Teddington, Tearfund, 2003 (http://tilz.tearfund.org/Publications/ROOTS/Project+cycle+management.htm, accessed 5 May 2010).
4. Australian Agency for International Development. *AusGuideline: 3.3: The logical framework approach*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005 (http://www.ausaid.gov.au/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf, accessed 5 May 2010).

منابع توصیه شده برای مطالعه بیشتر:

ARC resource pack: a capacity-building tool for child protection in and after emergencies. London, Action on Rights for Children, 2009 (http://www.arc-online.org/using/index.html, accessed 5 May 2010).

Community based initiatives series. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003 (http://www.emro.who.int/publications/series.asp? RelSub =Community-Based%20Initiatives%20Series, accessed 5 May 2010).

Community-based rehabilitation and the health care referral services: a guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 1994 (http://whqlibdoc. who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf, accessed 5 May 2010).

Cornielje H, Velema JP, Finkenflügel H. Community based rehabilitation programmes: monitoring and evaluation in order to measure results. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):36-49 (http://www.leprosy-review.org.uk/, accessed 5 May 2010).

Düring I, ed. *Disability in development: experiences in inclusive practices*. Lyon, Handicap International, 2006 (http://www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general _article_46088.html, accessed 5 May 2010).

FAO Socio-Economic and Gender Analysis Programme. *Project cycle management technical guide*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2001 (http://www.fao.org/sd/Seaga/downloads/En/projecten.pdf, accessed 5 May 2010).

Guidance Note 5: Tools for mainstreaming disaster risk reduction – project cycle management. European Commission, 2004 (http://www.proventionconsortium.org/ themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN5.pdf, accessed 5 May 2010).

Guidelines for conducting, monitoring and self-assessment of community based rehabilitation programmes: using evaluation information to improve programmes. Geneva, World Health Organization, 1996 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_RHB_96.3. pdf, accessed 5 May 2010).

Handicap International/ Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association (SHIA)/ Swedish Disability Federation (HSO). *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Make Development Inclusive, 2009 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed5May 2010).

Helander E. *Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation*, 2nd ed. NewYork, United Nations Development Programme, 1999 (http://www.einarhelander.com/books.html, accessed 5 May 2010).

Make development inclusive: how to include the perspectives of persons with disabilities in the project cycle management guidelines of the EC – concepts and guiding principles. Make Development Inclusive (undated) (http://www.inclusive-development.org/cbmtools/, accessed 5 May 2010).

Managing the project cycle. Network Learning, 2009 (http://www.networklearning.org/ index.php?option=com_docman&Itemid=52, accessed 5 May 2010).

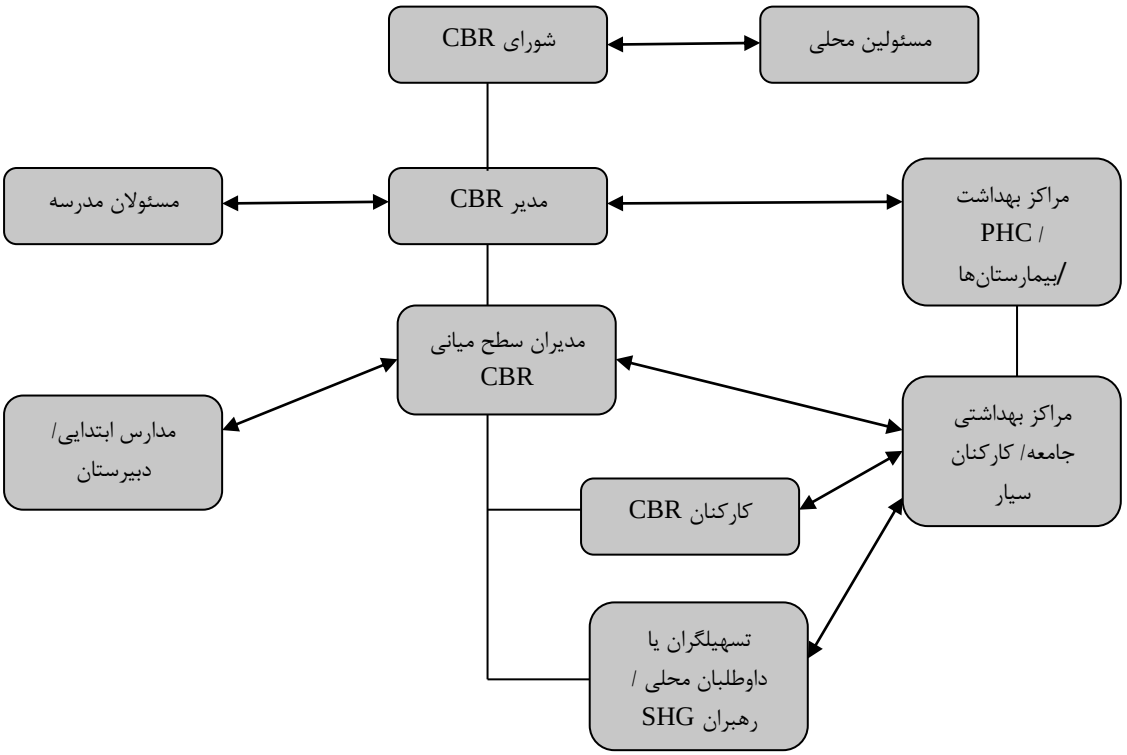
Manual project cycle management. European Commission Directorate-General for Humanitarian Aid (ECHO), 2005 (http://ec.europa.eu/echo/files/about/actors/fpa/2003/ guidelines/project_cycle_mngmt_en.pdf, accessed 5 May 2010).

McGlade B, Mendorza VE, eds. *Philippine CBR manual: an inclusive development strategy*. Bensheim, CBM/National Council on Disability Affairs (NCDA), 2009.

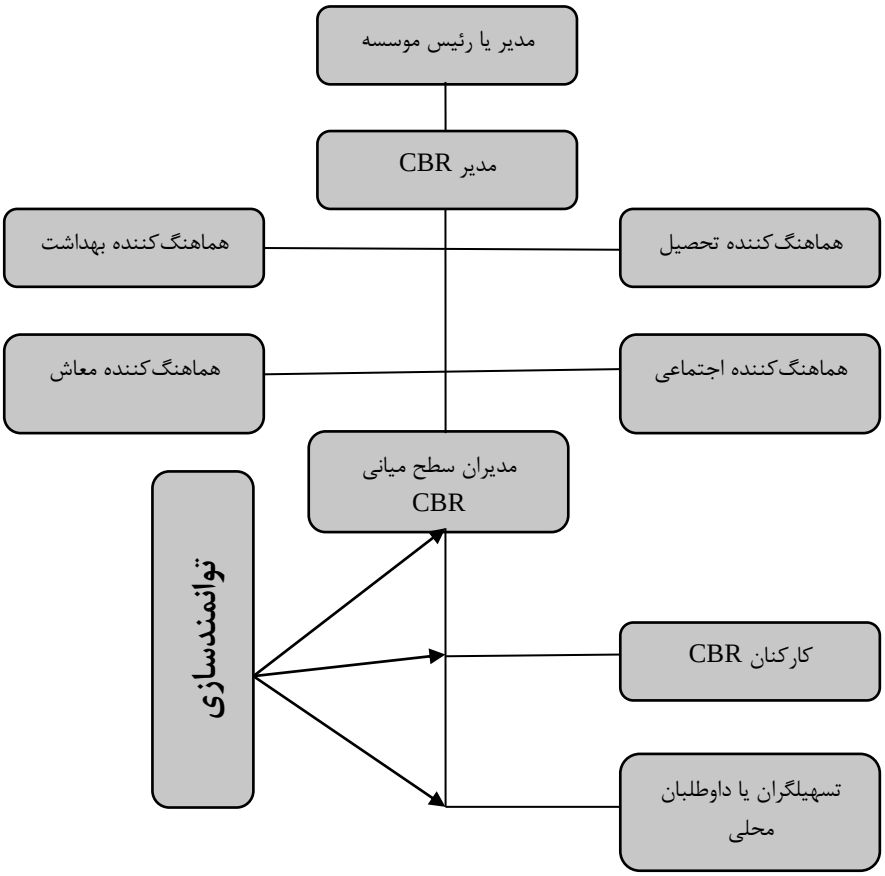
Ojwang VP, Hartley S. *Community based rehabilitation training in Uganda: an overview*. (http://www.asksource.info/cbr-book/cbr04.pdf, accessed 5 May 2010).
Shapiro J. *Monitoring and evaluation*. Johannesburg, World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS) (undated) (http://www.civicus.org/new/media/Monitoring%20 and %20Evaluation.pdf, accessed 5 May 2010).
Thomas M. *Evaluation of CBR programmes* (http://www.aifo.it/english/resources/online/ books/ cbr/workshop95/CBR%20evaluation.pdf, accessed 5 May 2010).
Thomas M, Thomas MJ, eds. *Manual for CBR planners*. Bangalore, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal Group, 2003 (http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/ Manual %20for%20cbr_planners.pdf, accessed 5 May 2010).
WWF standards of conservation project and programme management. WWF, 2007 (http://www.panda.org/what_we_do/how_we_work/programme_standards/, accessed 5 May 2010).
Zhao T, Kwok J. *Evaluating community based rehabilitation: guidelines for accountable practice*. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific/ Regional NGO Network for Asia and the Pacific Decade of Disabled Persons 1993 -2002/ Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific Region, 1999 (http://www.Dinf.ne .jp/doc/english/resource/z00021/z0002101.html#contents,accessed5 May 2010).

ضمائم: مثال‌هایی از ساختارهای مدیریت در برنامه‌های CBR

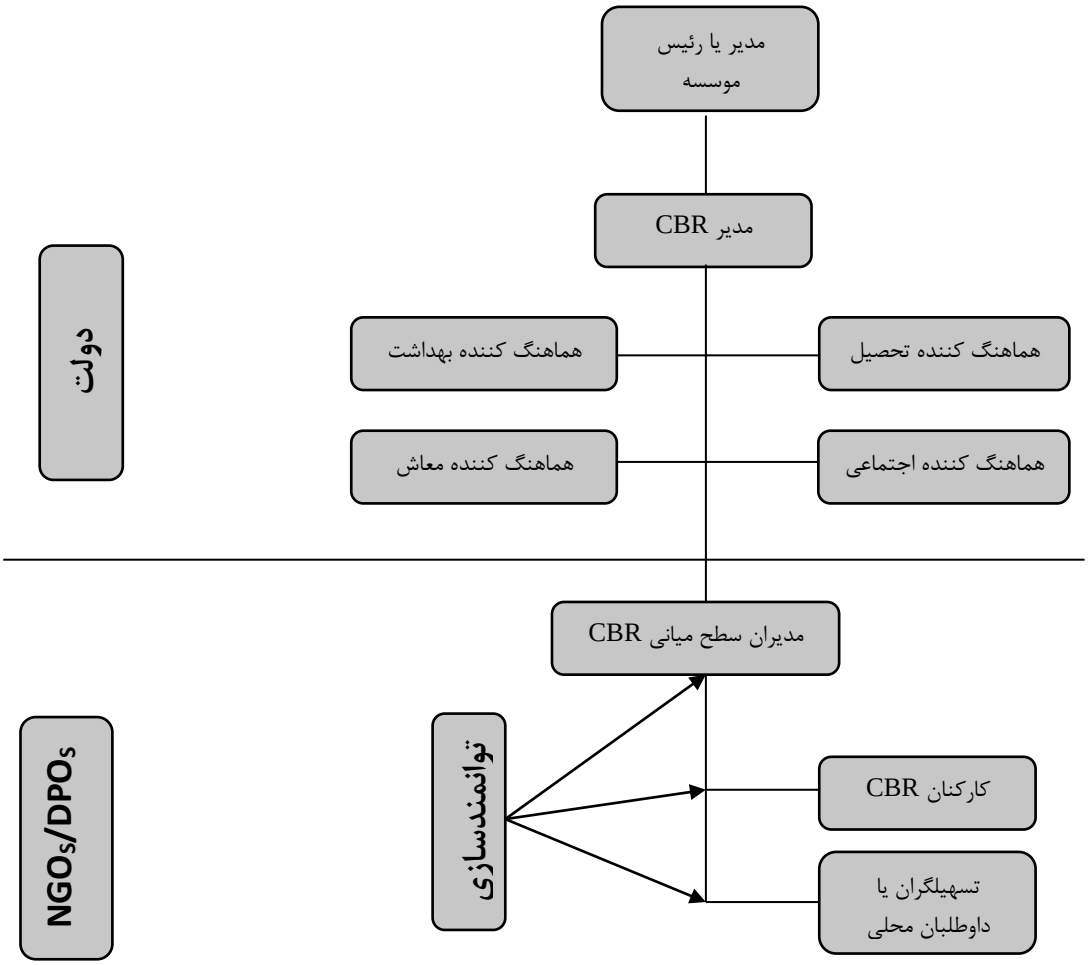
برنامه CBR در سطح محلی



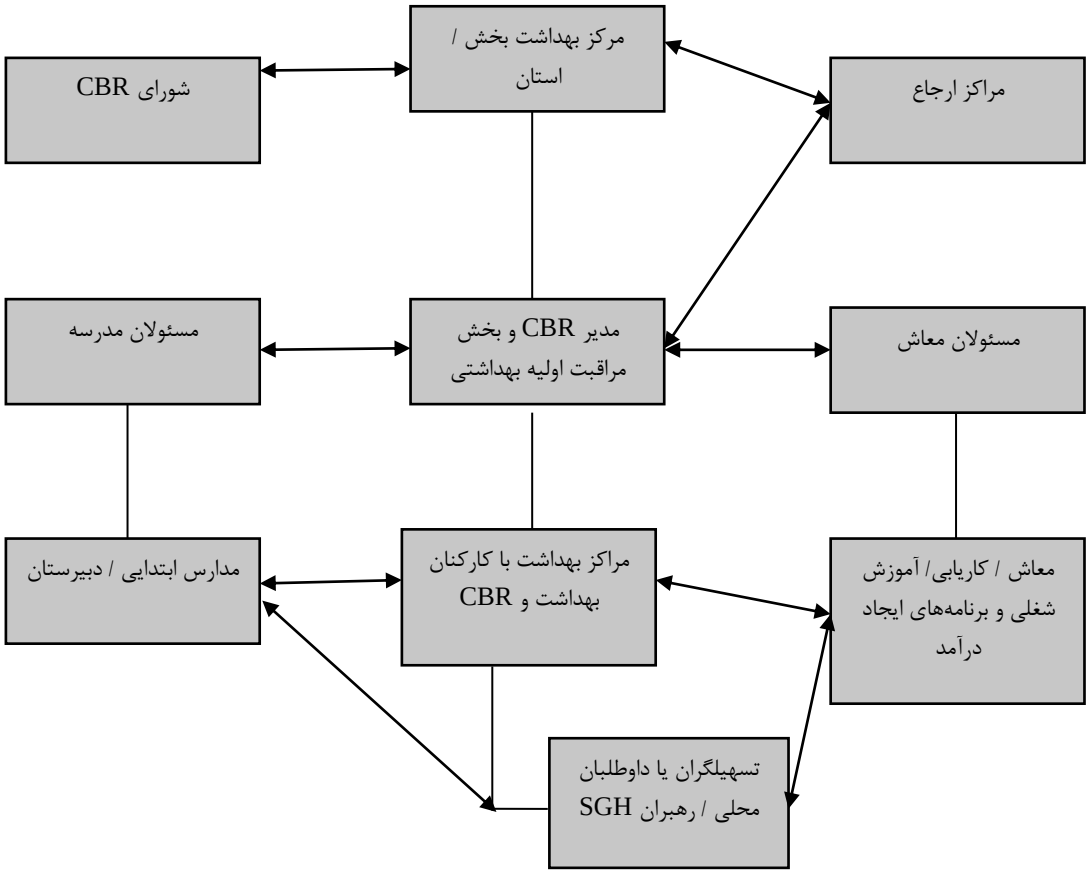
اجرای برنامه CBR در سطح بخش / زیر بخش
توسط دولت محلی یا NGOs



اجرای برنامه CBR توسط همکاری بخش خصوصی ـ عمومی

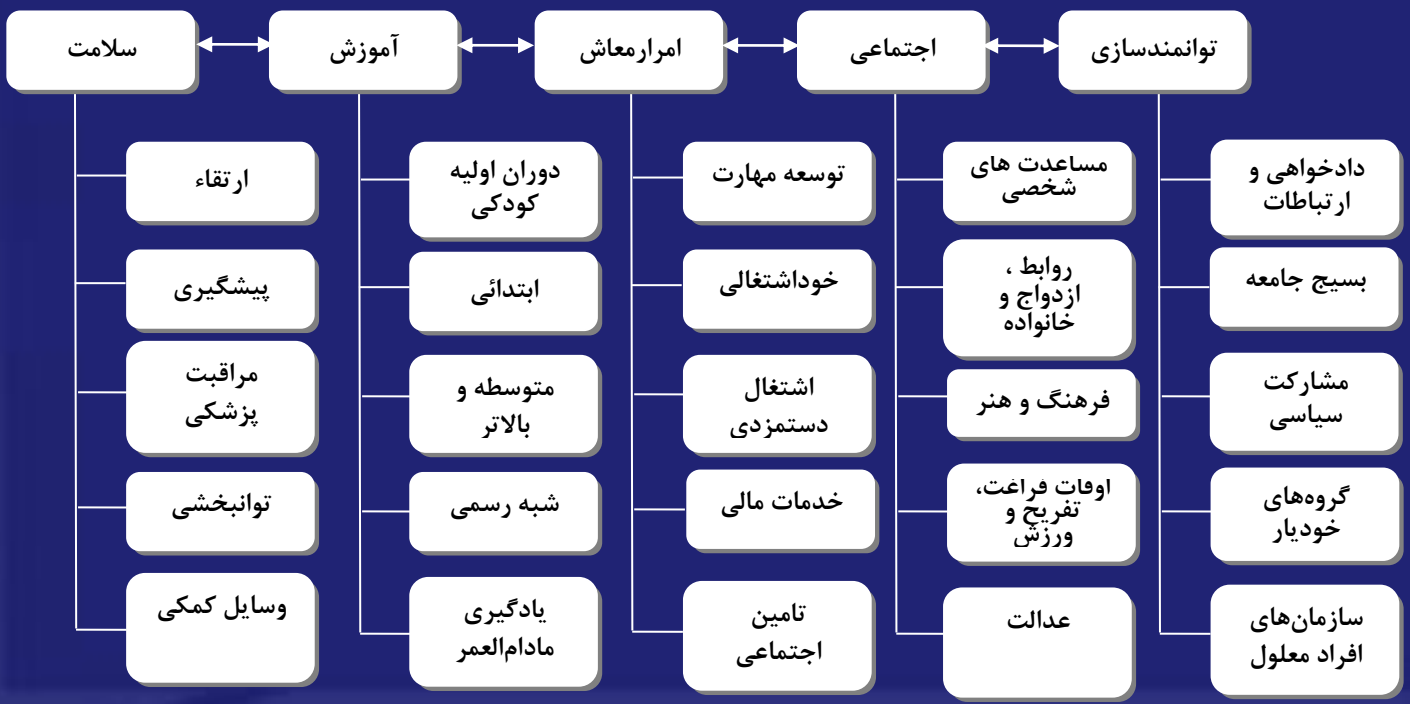


اجرای برنامه CBR توسط وزارت بهداشت



Persian

ماتریس CBR



ISBN 978 92 4 154805 2

World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland
Telephone: +41 22 791 21 11
Facsimile (fax): +41 22 791 31 11