



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده علوم اجتماعی

پایان نامه تحصیلی جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی

موضوع:

بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم توان جسمی - حرکتی و

عوامل موثر بر آن در شهر تهران

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر حسین یحیی زاده

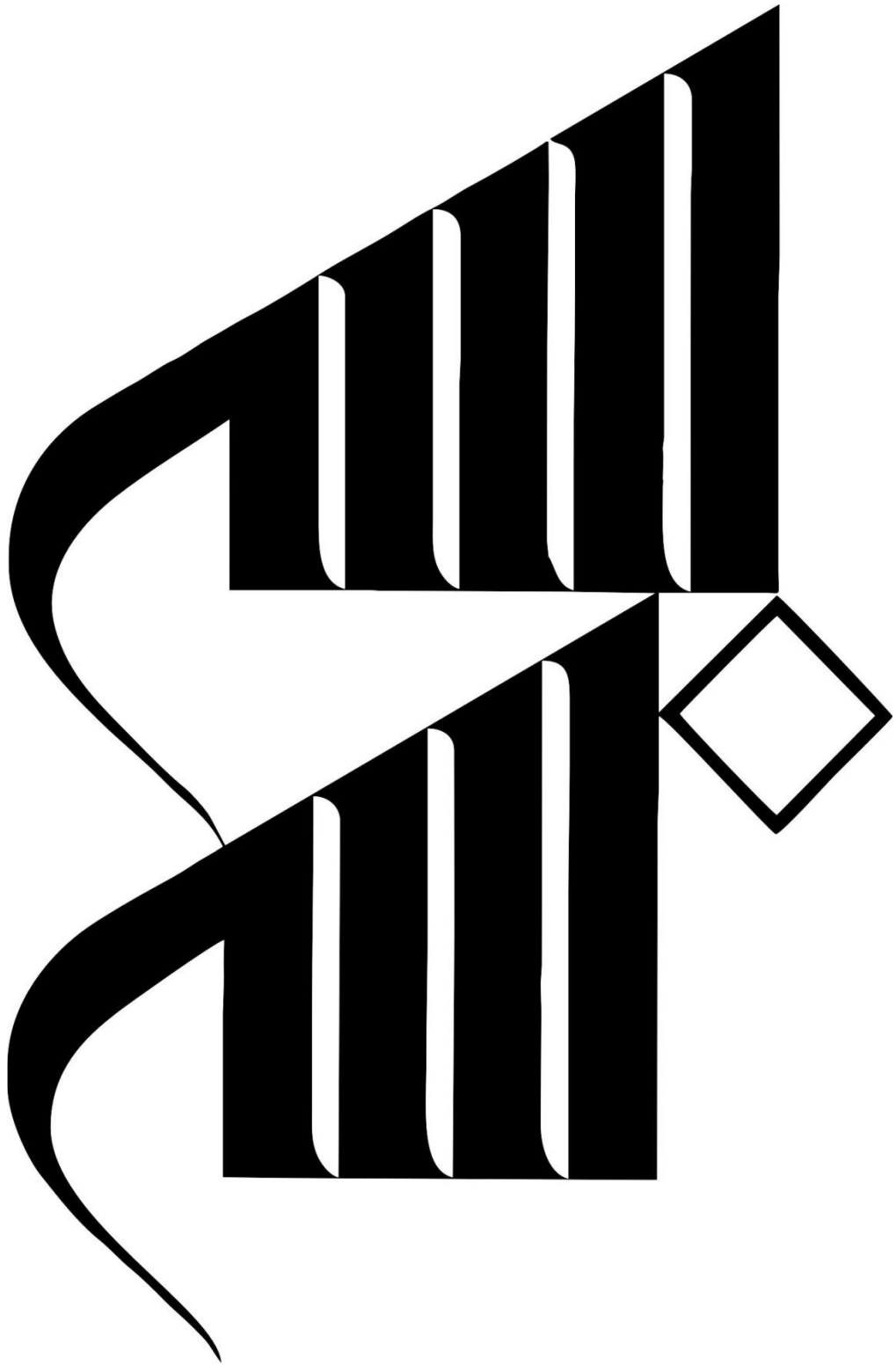
استاد مشاور:

جناب آقای دکتر سید احمد حسینی

پژوهشگر:

مرتضی شیرینی

زمستان ۹۰



تقدیم به پدر، مادر،

و همه انسان دوستان واقعی:

کسانی که وجود خویش را بی دریغ، وقف خدمت به

انسانها نموده اند.

تقدیر و سپاس فراوان از اساتید محترم راهنما و مشاور، جناب آقای دکتر یحیی زاده و جناب آقای دکتر حسینی که با زحمات بی شائبه خود اینجانب را در انجام هرچه بهتر و دقیق تر پژوهش یاری فرمودند.

همچنین تشکر بسیار از استاد محترم داور، سرکار خانم دکتر طلعت اللهیاری که با دقت علمی خود، نسبت به رفع نقاط ضعف و پربارتر شدن پژوهش حاضر، عنایت ویژه مبذول داشتند.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان	
تقديم	ب
تشكر و تقدير	پ
فهرست مطالب	ت
چكیده	ز

فصل اول

۱-۱- مقدمه	۱
۲-۱- بيان مسئله	۳
۳-۱- انگیزه پژوهشگر	۶
۴-۱- اهداف تحقيق	۷
۵-۱- اهميت و ضرورت تحقيق	۸
۶-۱- فايده تحقيق	۱۱

فصل دوم

۱-۲- مقدمه	۱۳
۲-۲- تاريخچه سلامت اجتماعي	۱۳
۳-۲- تعريف سلامت	۱۶
۴-۲- الگوهای مربوط به تعريف سلامت	۱۷
۵-۲- ابعاد سلامت	۱۸
۱-۵-۲- سلامت جسمي	۱۸
۲-۵-۲- سلامت عاطفي	۱۸
۳-۵-۲- سلامت شغلي	۱۸
۴-۵-۲- سلامت رواني	۱۹

- ۱۹.....۲-۵-۵- سلامت اجتماعی
- ۱۹.....۲-۶- تعریف سلامت اجتماعی
- ۲۴.....۲-۷- ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی
- ۳۰.....۲-۸- اختلال (نقص)
- ۳۲.....۲-۹- ناتوانی
- ۳۴.....۲-۱۰- معلولیت
- ۳۷.....۲-۱۱- معلول (فرد کم توان)
- ۳۷.....۲-۱۲- معلول جسمی - حرکتی
- ۳۸.....۲-۱۳- علل معلولیتها
- ۳۸.....۲-۱-۱۳- علل مستقیم
- ۳۸.....۲-۲-۱۳- علل عارضی (غیرم مستقیم)
- ۳۹.....۲-۱۴- شایعترین آسیبهای جسمی - حرکتی
- ۴۲.....۲-۱۵- اصطلاحات مرتبط با توانبخشی
- ۴۲.....۲-۱-۱۵- پیشگیری
- ۴۵.....۲-۲-۱۵- برابری فرصتها
- ۴۵.....۲-۳-۱۵- توانبخشی
- ۴۷.....۲-۲-۱۵- برابری فرصتها
- ۴۹.....۲-۳-۱۵- توانبخشی
- ۴۹.....۲-۶-۱۵- تیم توانبخشی حرفه ای
- ۵۲.....۲-۱۶- مبانی نظری
- ۵۲.....۲-۱-۱۶- رویکرد سیستمی
- ۵۳.....۲-۲-۱۶- رویکرد اکولوژی
- ۵۴.....۲-۳-۱۶- تئوری سلامت اجتماعی کیز
- ۵۴.....۲-۴-۱۶- دیدگاه انتقادی و نظریه مارکس
- ۵۶.....۲-۵-۱۶- دیدگاه کارکردی و نظریه دورکیم
- ۵۷.....۲-۶-۱۶- دیدگاه ترکیب گرایی و نظریه وبر
- ۵۸.....۲-۷-۱۶- نظریه پارسونز

- ۵۸..... دیدگاه رز و وو. ۸-۱۶-۲
- ۵۹..... دیدگاه ونکل. ۹-۱۶-۲
- ۵۹..... دیدگاه الیاس و دانینگ. ۱۰-۱۶-۲
- ۶۰..... دیدگاه پاتریک. ۱۱-۱۶-۲
- ۶۰..... دیدگاه دومازیدیر. ۱۲-۱۶-۲
- ۶۱..... مدل سپر و تاثیر کلی حمایت اجتماعی. ۱۳-۱۶-۲
- ۶۲..... مدل تاثیر مستقیم حمایت اجتماعی. ۱-۱۳-۱۶-۲
- ۶۲..... مدل تاثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه گیر. ۲-۱۳-۱۶-۲
- ۶۳..... تئوری انسجام اجتماعی. ۱۴-۱۶-۲
- ۶۳..... تئوری شبکه ولمن. ۱۵-۱۶-۲
- ۶۴..... نظریه واتزویک. ۱۶-۱۶-۲
- ۶۵..... نظریه ارتباط. ۱۷-۱۶-۲
- ۶۶..... تئوری هارجی. ۱۸-۱۶-۲
- ۶۷..... دیدگاه اشنايدر. ۱۹-۱۶-۲
- ۶۸..... مدل حمایت اجتماعی ادراک شده. ۲۰-۱۶-۲
- ۶۹..... دیدگاه هاوس. ۲۱-۱۶-۲
- ۶۹..... الگوی برنامه ریزی اجتماعی. ۲۲-۱۶-۲
- ۷۰..... الگوی اجتماعی شدن. ۲۳-۱۶-۲
- ۷۰..... الگوی موقعیتی. ۲۴-۱۶-۲
- ۷۰..... الگوی زندگی. ۲۵-۱۶-۲
- ۷۱..... پیشینه پژوهش. ۱۷-۲
- ۷۱..... پژوهشهای انجام شده خارج از کشور. ۱-۱۷-۲
- ۷۳..... پژوهشهای انجام شده در داخل کشور. ۲-۱۷-۲
- ۷۳..... پایان نامه معصومه فارسی نژاد. ۱-۲-۱۷-۲
- ۷۴..... پایان نامه مریم کنگرلو. ۲-۲-۱۷-۲
- ۷۴..... پژوهش غلامرضا گرمارودی و مریم السادات وحدانی نیا. ۳-۲-۱۷-۲
- ۷۴..... پایان نامه لیلا دیداری. ۴-۲-۱۷-۲

۷۵	..... ۲-۱۷-۵- پایان نامه اعظم ابراهیم نجف آبادی
۷۶	..... ۲-۱۸- نقش مددکار اجتماعی
۷۸	..... ۲-۱۹- چارچوب نظری
۸۰	..... ۲-۲۰- پرسشهای تحقیق
۸۰	..... ۲-۲۱- فرضیات تحقیق
۸۰	..... ۲-۲۱-۱- فرضیات اصلی تحقیق
۸۱	..... ۲-۲۱-۲- فرضیات فرعی
۸۱	..... ۲-۲۲- مدل نظری تحقیق

فصل سوم

۸۲	..... ۳-۱- مقدمه
۸۳	..... ۳-۲- نوع و روش تحقیق
۸۳	..... ۳-۳- جامعه آماری
۸۴	..... ۳-۴- روش نمونه گیری
۸۴	..... ۳-۵- حجم نمونه
۸۴	..... ۳-۶- واحد تحلیل
۸۴	..... ۳-۷- واحد مشاهده
۸۴	..... ۳-۸- ابزار پژوهش
۸۵	..... ۳-۹- پایایی
۸۶	..... ۳-۱۰- اعتبار
۸۶	..... ۳-۱۱- نحوه جمع آوری داده ها
۸۷	..... ۳-۱۲- فنون تجزیه و تحلیل داده ها
۸۷	..... ۳-۱۳- تعریف مفاهیم
۸۸	..... ۳-۱۴- تعریف نظری فرد معلول
۸۸	..... ۳-۱۵- تعریف عملیاتی فرد معلول

۸۸	.....	تعریف نظری توانبخشی	۱۶-۳
۸۸	.....	تعریف نظری حرفه آموزی	۱۷-۳
۸۸	.....	تعریف عملیاتی حرفه آموزی	۱۸-۳
۸۹	.....	تعریف نظری پایگاه اجتماعی - اقتصادی	۱۹-۳
۸۹	.....	تعریف عملیاتی پایگاه اجتماعی - اقتصادی	۲۰-۳
۸۹	.....	تعریف نظری شغل	۲۱-۳
۹۰	.....	تعریف عملیاتی شغل	۲۲-۳
۹۰	.....	تعریف نظری درآمد	۲۳-۳
۹۱	.....	تعریف عملیاتی درآمد	۲۴-۳
۹۱	.....	تعریف نظری تحصیلات	۲۵-۳
۹۱	.....	تعریف عملیاتی تحصیلات	۲۶-۳
۹۱	.....	تعریف نظری اوقات فراغت	۲۷-۳
۹۲	.....	تعریف عملیاتی اوقات فراغت	۲۸-۳
۹۲	.....	تعریف نظری مهارت‌های ارتباطی	۲۹-۳
۹۲	.....	تعریف عملیاتی مهارت‌های ارتباطی	۳۰-۳
۹۳	.....	تعریف نظری حمایت اجتماعی	۳۱-۳
۹۴	.....	تعریف عملیاتی حمایت اجتماعی	۳۲-۳
۹۵	.....	تعریف نظری سلامت اجتماعی	۳۳-۳
۹۵	.....	تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی	۳۴-۳

فصل چهارم

۹۸	.....	مقدمه	۱-۴
۹۹	.....	جداول توصیفی تک بعدی	۲-۴
۱۱۳	.....	جداول تحلیلی دو بعدی	۳-۴
۱۱۹	.....	تبیین اطلاعات پژوهش	۴-۴
۱۲۵	.....	مشکلات (موانع) پژوهش	۵-۴

فصل پنجم

۱۲۶	.....	۱-۵- مقدمه
۱۲۶	.....	۲-۵- نتایج توصیفی
۱۲۹	.....	۳-۵- نتایج تحلیلی
۱۳۳	.....	۴-۵- پیشنهادات پژوهشی
۱۳۴	.....	۵-۵- پیشنهادات کاربردی
۱۳۷	.....	فهرست منابع

فهرست جداول

- جدول ۴-۲-۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب جنسیت ۹۹
- جدول ۴-۲-۲: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب گروه سنی ۱۰۰
- جدول ۴-۲-۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان تحصیلات ۱۰۱
- جدول ۴-۲-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب شغل سرپرست خانوار ۱۰۲
- جدول ۴-۲-۵: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان درآمد سرپرست خانوار ۱۰۳
- جدول ۴-۲-۶: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان تحصیلات سرپرست خانوار ۱۰۴
- جدول ۴-۲-۷: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان پایگاه اجتماعی اقتصادی پاسخگویان ۱۰۵
- جدول ۴-۲-۸: آماره های توصیفی میزان پایگاه اجتماعی اقتصادی ۱۰۵
- جدول ۴-۲-۹: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان نحوه گذراندن اوقات فراغت ۱۰۶
- جدول ۴-۲-۱۰: آماره های توصیفی میزان نحوه گذراندن اوقات فراغت ۱۰۶
- جدول ۴-۲-۱۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان مهارتهای ارتباطی .. ۱۰۶
- جدول ۴-۲-۱۲: آماره های توصیفی میزان مهارتهای ارتباطی ۱۰۶
- جدول ۴-۲-۱۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان حمایت های اجتماعی دریافت شده ۱۰۷
- جدول ۴-۲-۱۴: آماره های توصیفی میزان حمایت های اجتماعی دریافت شده ۱۰۷
- جدول ۴-۲-۱۵: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان حمایت های عاطفی دریافت شده ۱۰۷
- جدول ۴-۲-۱۶: آماره های توصیفی میزان حمایت های عاطفی دریافت شده ۱۰۸
- جدول ۴-۲-۱۷: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان حمایت های اطلاعاتی دریافت شده ۱۰۸
- جدول ۴-۲-۱۸: آماره های توصیفی میزان حمایت اطلاعاتی دریافت شده ۱۰۸
- جدول ۴-۲-۱۹: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان سلامت اجتماعی ۱۰۹
- جدول ۴-۲-۲۰: آماره های توصیفی میزان سلامت اجتماعی ۱۰۹
- جدول ۴-۲-۲۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان انسجام اجتماعی ... ۱۰۹

- جدول ۴-۲-۲۲: آماره های توصیفی میزان انسجام اجتماعی ۱۱۰
- جدول ۴-۲-۲۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان پذیرش اجتماعی ... ۱۱۰
- جدول ۴-۲-۲۴: آماره های توصیفی میزان پذیرش اجتماعی ۱۱۰
- جدول ۴-۲-۲۵: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان انطباق اجتماعی ۱۱۱
- جدول ۴-۲-۲۶: آماره های توصیفی میزان انطباق اجتماعی ۱۱۱
- جدول ۴-۲-۲۷: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان مشارکت اجتماعی.. ۱۱۱
- جدول ۴-۲-۲۸: آماره های توصیفی میزان مشارکت اجتماعی ۱۱۲
- جدول ۴-۲-۲۹: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان شکوفائی اجتماعی... ۱۱۲
- جدول ۴-۲-۳۰: آماره های توصیفی میزان شکوفائی اجتماعی ۱۱۲
- جدول ۴-۳-۱: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پایگاه اجتماعی اقتصادی و میزان سلامت اجتماعی ۱۱۳
- جدول ۴-۳-۲: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب نحوه گذراندن اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی ۱۱۴
- جدول ۴-۳-۳: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی ۱۱۵
- جدول ۴-۳-۴: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان حمایت های اجتماعی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی ۱۱۶
- جدول ۴-۳-۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان حمایت های عاطفی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی ۱۱۷
- جدول ۴-۳-۶: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان حمایت اطلاعاتی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی ۱۱۸
- جدول ۴-۴-۱: ضریب همبستگی بین میزان پایگاه اجتماعی اقتصادی و میزان سلامت اجتماعی ۱۱۹
- جدول ۴-۴-۲: ضریب همبستگی بین میزان نحوه گذراندن اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی ۱۲۰
- جدول ۴-۴-۳: ضریب همبستگی بین میزان مهارت‌های ارتباطی افراد و میزان سلامت اجتماعی ۱۲۱

- جدول ۴-۴-۴: ضریب همبستگی بین میزان حمایت های اجتماعی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی ۱۲۲
- جدول ۴-۴-۵: ضریب همبستگی بین میزان حمایت های عاطفی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی ۱۲۳
- جدول ۴-۴-۶: ضریب همبستگی بین میزان حمایت های اطلاعاتی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی ۱۲۴

فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۲-۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب جنسیت ۹۹
- نمودار ۴-۲-۲: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب گروه سنی ۱۰۰
- نمودار ۴-۲-۳: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان تحصیلات ۱۰۱
- نمودار ۴-۲-۴: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب شغل سرپرست خانوار ۱۰۲
- نمودار ۴-۲-۵: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان درآمد سرپرست خانوار ۱۰۳
- نمودار ۴-۲-۶: توزیع فراوانی و درصد نمونه بر حسب میزان تحصیلات سرپرست خانوار ۱۰۴

چکیده:

هدف اصلی این پژوهش بررسی و شناخت نسبت به میزان سلامت اجتماعی افراد کم توان جسمی - حرکتی و عوامل موثر بر آن میباشد. در این پژوهش از روش پیمایش استفاده شده است که در آن افراد توان یاب مرکز آموزشی، نیکوکاری رعد با تعداد ۱۸۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شد و مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج حاصل از این پژوهش به شرح زیر میباشد:

یافته های پژوهش نشان میدهد که بین میزان مهارتهای ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان میدهد که بین میزان حمایت های اجتماعی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی افراد، بین میزان حمایت های عاطفی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی افراد و بین میزان حمایت های اطلاعاتی دریافت شده و میزان سلامت اجتماعی افراد، رابطه معناداری وجود دارد. در ضمن طی بررسی صورت گرفته مشخص شد که بین میزان پایگاه اجتماعی - اقتصادی و میزان سلامت اجتماعی افراد و بین نحوه گذراندن اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی افراد نیز رابطه معناداری برقرار میباشد. در واقع میتوان گفت در بررسی انجام شده، تمامی فرضیات محقق مورد تایید قرار گرفتند.

کلید واژه ها:

سلامت اجتماعی، افراد کم توان جسمی و حرکتی، مهارتهای ارتباطی، حمایت اجتماعی

فصل اول:

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه:

سلامت یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. بعبارت دیگر حفظ و ارتقای سلامت پیش نیاز حرکت در راستای برنامه ریزیهای اقتصادی و اجتماعی است. سلامت یکی از حقوق اساسی بشر است که مفهومی پویا دارد. هر جامعه زمانی از پویایی و نشاط برخوردار خواهد بود که شهروندان از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطلوب برخوردار باشند. در این صورت است که جامعه میتواند پله های ترقی و تکامل را طی نموده و به سطح قابل قبولی از توسعه دست یابد. سلامت جامعه در گرو سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تک افراد است و افراد در جامعه سالم است که پرورش می یابند. مفهوم سلامتی دربرگیرنده رفاه و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی است و نداشتن بیماری به تنهایی به معنای سلامتی نیست. بطور کلی میتوان گفت انسان بهنجار و سالم کسی است که هدفی اجتماع پسند دارد، از دنبال کردن هدف خود خرسند است و در مجموع از زندگی خود اظهار رضایت میکند. در مقابل کسی که هدفی اجتماع پسند ندارد و همواره با خود و اجتماع درگیر است و از زندگی نیز سودی نمی برد فردی نابهنجار است (گنجی، ۱۳۸۴: ۳۷۵).

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه ای برخوردار است که دایره شمول موضوعات آن هر روز فراگیرتر میشود. ناسازگاری و وجود اختلالات رفتار در جوامع انسانی بسیار مشهود است و در هر طبقه و صنف و در هر گروه و جمعی اشخاص نامتعادلی زندگی میکنند. بطور کل در بحث سلامت اجتماعی، انسان به تنهایی مطرح نیست بلکه آنچه مورد بحث است پدیده هایی هستند که در اطراف او وجود دارند که بر مجموعه و سیستم او تاثیر گذاشته و او نیز بالتبع از آنها تاثیر میپذیرد. برخورداری از سلامت اجتماعی یعنی تامین و حفظ سلامت روانی، فردی و اجتماعی بطوری که فرد بتواند فعالیتهای روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار نماید و رفتار نامناسب از نظر فرهنگ و جامعه خود نداشته باشد.

سلامت اجتماعی را نمیتوان خصوصیت مطلق، از مردمی مجزا و منفرد دانست. توسعه شهرنشینی در جهان و روند شتابان آن در سالهای بعد از جنگ جهانی دوم از جمله مسائل و موضوعات مهم در جهت بسیاری از رشته های علوم رفتاری، اجتماعی و اقتصادی است. خمیر مایه این دیدگاهها و نظریات با یافته های روانشناسی اجتماعی عجین شده است. در شرایط و اوضاع و احوال خاص بعد از جنگ که بی نظمی های رفتاری و اجتماعی گوناگونی را در پی داشت،

روانشناسی اجتماعی بعنوان یک علم آکادمیک زاده شد و در شرایط و اوضاع و احوالی بسط یافت که جهان به ویژه جهان پیشرفته که بستر تکامل و حرکت این علم به شمار میرود با گسیختگی ها و نابسامانیهای عدیده ای مواجه بود. در این جهان بسیاری از امور به هم ریخته بود، فقر و بیکاری و به تبع آن جرم و جنایت جلوه بارزی یافته بود و در شهرهای بزرگ نفرت نژادی و قومی آشکار شده و کشتارهای جمعی نژادی به شکل سازمان یافته تری تجلی یافته بود. روانشناسی اجتماعی در چنین شرایطی انبوهی جمعیت در شهرها و به ویژه در محله های پر تراکم شهرها را از عوامل اصلی پدید آورنده این مسائل و مشکلات به شمار آورد و چنان در این راه پیش رفت که در اغلب تحقیقات اجتماعی و به تبع آن در افکار عمومی همبستگی بین ازدحام و جرم و جنایت غیرقابل انکار شد. در پی آن در سایر علوم اجتماعی نیز به محکوم کردن شهر و شهرنشینی پرداختند و غافل از الزامات ناشی از افزایش جمعیت که مهمترین عامل تعیین کننده تعداد و حجم جمعیتی شهرهاست، آرزوی داشتن روستاهای پر جنب و جوش و شهرهای کوچک و متوسط را در ذهن پروراندند. نکته مهمی که در حال حاضر نیز در بحثهای مربوط به نابسامانیهای موجود در شهرهای بزرگ نادیده گرفته شده است این است که جمعیتهایی معادل چند صد شهر کوچک در شهرهای بزرگ می گنجد و به همین جهت وضع تقابل و رویارویی افراد نیز در شهرها به مراتب وسیعتر و گسترده تر از شهرهای کوچک است. در این شهرها نه تنها مسائل و مشکلات ناشی از زندگی اجتماعی ابعاد وسیعتری پیدا میکنند و تعاون و معاضدت و وفاق اجتماعی نیز در آنها غنی تر و پر محتواتر از شهرهای کوچکتر میشود و طبیعی است که در چنین حالتی با توجه به تنوع و تکثر روابط اجتماعی بین افراد در چنین مجموعه جمعیتی باید انتظار داشت که جرم و جنایت و نابسامانی های اجتماعی نیز در آن بیشتر میشود (زنجانی، ۱۳۷۱: ۱۸۲).

شهرنشینی در عرصه سلامت بیش از هر چیز سلامت اجتماعی را در نظر دارد زیرا شهرنشینی پدیده ای است اجتماعی. گذار از جوامع سنتی به مدرن که جامعه ایران نیز در آن به سر میرسد معضل جدیدی به همراه دارد که جامعه شناسان از آن بعنوان شرایط آنومیک یاد میکنند (فدایی، ۱۳۸۶: ۱۱). در کشورهای درحال توسعه یک مسئله گریز ناپذیر است و آن شهرنشینی و زندگی شهری است. به میزانی که این جوامع به سوی مدرنیسم حرکت میکنند به همان میزان نیز درگیر زندگی شهری میشوند و هر روزه نمودهای متعددی از الگوهای زیستی را به همراه خود می آورند. الگوهای زندگی شهری غالباً الگوهای غربی هستند و از این منظر یک الگوی زیستی را بوجود می آورند. بدین ترتیب در جوامع در حال توسعه هم الگوهای سلامت اجتماعی سنتی و هم الگوهای جدید غربی وجود دارد و اساساً خصلت جوامع در حال گذار در همین دوگانگی نهفته است. امیل

دورکیم معتقد است در چنین شرایطی شهروندان با یک ناهنجاری رفتاری و روانشناختی مواجه خواهند شد که یا به خودکشی منجر میشود و یا آسیبهای فراوانی به سلامت اجتماعی وارد خواهد کرد (واترز، ۱۳۸۱: ۱۹۰). باید این را پذیرفت که ناهنجاری های اجتماعی یکی از ویژگیهای انکار ناپذیر جوامع در حال گذار است. ایرادی که در فرایند توسعه غرب وجود داشت این بود که آنها به تبعیت از الگوهای تفکر لیبرال، جامعه را نیز همچون عرصه اقتصادی تصور کردند که رها کردن آن باعث میشود دست پنهانی که آدام اسمیت وعده آن را داده بود وضعیت مطلوبی را برای سلامت اجتماعی شهروندان ایجاد کند. اما آیا این راه خودجوش و دست نامرئی متضمن سلامت اجتماعی شهروندان نیز هست یا خیر؟ (فدایی، ۱۳۸۶: ۱۲)

۲-۱- بیان مسئله:

از ابتدای خلقت بشر همواره در فراز و نشیب زندگی با حوادث و اتفاقات ناشناخته روبرو بوده و عوامل مختلفی همچون بیماریهای لاعلاج، تصادفات، مواد مخدر و ... سلامت انسان را در معرض خطر قرار داده است که باعث میشود هر ساله تعداد زیادی از افراد دچار کم توانی (معلولیت) شوند. از ابتدای قرن حاضر تا کنون عواملی از جمله جنگ، پیشرفت تکنولوژی، رشد سریع جمعیت، سوء تغذیه، عدم رعایت بهداشت، فقدان آموزش و پیشگیری و ... موجب شده اند که تعداد افراد دچار کم توانی مرتبا افزایش یابند به طوری که امروزه این معضل اجتماعی در تمام کشورها چه پیشرفته و چه در حال توسعه مشهود است. این در حالی است که برخورد با این افراد در گذشته های دور بصورت حذف آنان بوده و سپس وظیفه مراقبت از آنان و رسیدگی به امور آنان (قبل از اقدامات موسسات رسمی) به عهده خانواده، افراد نیکوکار و خیر و یا موسسات خیریه قرار گرفت. اما به تدریج روشن شد که این تلاشها و اقدامات باید سازمان یابد و در جهت یکپارچگی گام برداشته شود. دولتها و سیاستگذارها باید این واقعیت را بپذیرند که حقوق شخصی و اجتماعی این افراد با سایر افراد جامعه برابر بوده و آنها نیز حق زندگی در جامعه را به مانند دیگران دارا میباشند. از اینرو یکی از اهداف برنامه اقدام جهانی برای افراد کم توان که از سوی بخش اطلاعات اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل تهیه و تنظیم شده تحقق مشارکت کامل آنها در زندگی اجتماعی، توسعه کشور و همچنین برابری به معنای فرصتهای برابر برای تمام افراد جامعه و سهمی یکسان از توسعه اقتصادی و اجتماعی در بهبود شرایط زندگی آنان عنوان شده است.

در جهان امروزی پیشرفت ابزار و تکنولوژی و توسعه همه جانبه با سرعت شگفت انگیزی شکل میگیرد. همین مساله انسان را بیش از پیش به تفکر واداشته است. در جهان فراز و نشیب عجیبی حاکم است، تامین اجتماعی مردم در بخشی از آن در حداکثر ممکن میباشد و در حالیکه در بخش دیگر مردم از برخورداری حداقل های زندگی محروم هستند. این وقایع انسان را با سوالات مختلفی مواجه میسازد، از جمله اینکه علل این همه پیشرفت و موفقیت از یک سو و عقب ماندگی از سوی دیگر چیست؟ در میان پاسخهایی که به این سوال داده شده سرمایه انسانی بیش از سایر موارد جلب توجه نموده است. یعنی توجه به کمیت و کیفیت نیروی انسانی که توسعه انسانی و در نتیجه زیربنای یک توسعه پایدار را فراهم میکند. برجستگی همین عامل باعث شد که شولتز با طرح نظریه سرمایه انسانی تاکید کند که در تحلیل های مربوط به عوامل تعیین کننده پیشرفت یک عامل مهم یعنی بهبود نیروی انسانی فراموش شده است و این بهبود حاصل نمیشود مگر از طریق سرمایه گذاری در سرمایه انسانی (محرابی، ۱۳۸۰: ۲۰).

فرد توانخواه هم فردی است که بخشی از توانایی های فیزیکی، جسمی، اجتماعی، حرفه ای، ذهنی و روانی خود را از دست داده یا اصلا به دست نیآورده است. بنابراین باید سعی شود توانایی های او تا حد ممکن افزایش یابد (نودهی، ۱۳۸۵: ۴۴). از نظر سازمان بهداشت جهانی کم توانی عبارت است از هرگونه محدودیت یا فقدان توانایی انجام فعالیتهای معمولی و متعارف که از یک نقص نشات میگیرد (سازمان بهداشت جهانی: ۲۰۰۸). کم توانی بیماری نیست و معمولا تا پایان عمر با فرد باقی میماند، میزان مرگ و میر و بیماری در بین افراد دارای کم توانی به مراتب بیشتر میباشد و آنها اغلب به خدمات و فرصتهایی که در اختیار سایر افراد جامعه داده میشود دسترسی ندارند و عدم حضور یا حضور کم رنگ آنها در امور جامعه منجر به این میشود که نیازهای آنها به ورطه فراموشی سپرده شود. در واقع کم توانی در اثر تعامل دو سری از عوامل حاصل میشود: ویژگیهای فردی که دارای کم توانی است و ویژگیهای محیط که ایجاد کننده محرومیت میباشد. احساساتی نظیر بی ارزش بودن، سردرگمی، نداشتن شغل و درآمد، زندگی منزوی و... محرومیتهایی هستند که فرد دارای کم توانی آنها را تجربه میکند. در سرشماری سال ۱۳۷۵ از ۱۲۳۹۸۲۳۵ خانوار کشور نزدیک به ۴۷۹۵۹۰ خانوار دارای فرد کم توان سرشماری شده اند (محمدی شاهبلاغی، ۱۳۸۵: ۵۲).

سازمان بهداشت جهانی معتقد است تقریبا ۱۰٪ از جمعیت جهان با کم توانی زندگی میکنند که بزرگترین گروه اقلیت جهان هستند. بدلیل رشد جمعیت جهان، پیشرفتهای پزشکی و فرایند سالمندی، تعداد افراد دارای کم توانی در حال افزایش است. شمار جهانی افراد دارانی کم توانی بیش