

فروردین ۱۴۰۱  
مسلسل: ۱۸۱۵۵

# ارزیابی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح «مثبت زندگی»



مرکز پژوهش‌ها  
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۸۱۵۵  
کد موضوعی: ۲۱۰

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: ارزیابی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح «مثبت زندگی»

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کنندگان: ایمان شعبانزاده، سامان یوسفوند

اظهار نظر کنندگان: سیدحسین موسوی چلک، علی خلیلی، سمیه نوشادی، سینا شیخی، احسان

آزمون نیا، یاسین طاهری، حسام عزت‌آبادی‌پور، محمدجواد ایمانی خوشخو

ناظران علمی: سیدمحمد موسوی خطاط، حسین بابایی مجرد، کمیل قیدرلو، وحید برسیاه

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی:

۱. مثبت زندگی

۲. ارزیابی سیاست

۳. خدمات اجتماعی

۴. قانون ساختار



تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱/۲۲

به نام خدا

## فهرست مطالب

۱	خلاصه مدیریتی.....
۳	مقدمه .....
۴	۱. چارچوب مفهومی.....
۵	۱-۱. اصل جامعیت.....
۵	۱-۲. اصل کفایت.....
۵	۱-۳. اصل فراگیری.....
۵	۱-۴. اصل پایداری منابع مالی.....
۶	۱-۵. اصل نظارت و اثربخشی.....
۷	۲. طرح مثبت زندگی چیست؟.....
۸	۳. سوابق موضوع.....
۱۱	۴. تصویر آماری از وضعیت مراکز مثبت زندگی.....
۱۵	۵. ارزیابی اجتماعی طرح براساس اصول پنج‌گانه.....
۲۶	پیشنهادها.....
۲۷	منابع و مأخذ.....





## ارزیابی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح «مثبت زندگی»

### خلاصه مدیریتی

سازمان بهزیستی کشور از سال ۱۳۹۸ اقدام به راه‌اندازی طرحی به نام «مثبت زندگی» نموده است. این طرح شامل تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی (موسوم به مراکز مثبت زندگی) است که در واقع مراکزی غیردولتی هستند که براساس بند «۴» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، پروانه فعالیت دریافت نموده و مطابق دستورالعمل تأسیس مجموعه، باید خدمات سطح یک سازمان بهزیستی را در قالب ساختار سازمانی خاصی به جامعه هدف این سازمان ارائه نمایند.

راه‌اندازی طرح «مثبت زندگی» با مدیریت بخش غیردولتی و نظارت و حمایت مالی سازمان بهزیستی، در واقع ادامه‌دهنده فرایند «برون‌سپاری خدمات اجتماعی» به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای ارائه خدمات اجتماعی در دو دهه اخیر در سازمان بهزیستی است. مراکز مثبت زندگی در عمل به دنبال تداوم فعالیت مراکز غیردولتی پیشین سازمان، همچون «مجموعه‌های خدمات بهزیستی» و «کلینیک‌های مددکاری اجتماعی» بوده است. در واقع همچنان سازمان با تعیین تعرفه خدمات خود، اقدام به برون‌سپاری و خرید خدمت از مراکز غیردولتی مجوزدار می‌نماید. در طرح مثبت زندگی، سازمان بهزیستی تلاش نموده تا با جانمایی متوازن جغرافیایی مراکز در سطح کشور و با اتخاذ رویکردهای نوین مددکاری اجتماع‌محور و مددکاری خانواده‌محور، زمینه ارتقای سطح کمی و کیفی خدمات اجتماعی ارائه‌شده به جامعه هدف این سازمان را فراهم نماید.

گزارش حاضر به‌عنوان گزارشی نظارتی تلاش نموده است تا با کاربری یک مدل مفهومی متناسب با ساختار استاندارد ارائه خدمات و حمایت‌های اجتماعی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین کشور، اقدام به بررسی سازوکار اجرای طرح مثبت زندگی در سازمان بهزیستی کشور و نحوه ارائه خدمات اجتماعی در این ساختار تازه تأسیس، نماید. بدین منظور تلاش شده تا از اصول پنج‌گانه مصرح در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور (شامل جامعیت، کفایت، فراگیری، پایداری منابع مالی و نظارت و اثربخشی)، به‌عنوان چارچوب نظارتی پژوهش حاضر استفاده شود.

بر این مبنا و براساس نتایج به‌دست آمده، طرح علی‌رغم تلاش برای ایجاد نوآوری‌های جدید در ارائه خدمات اجتماعی در سازمان بهزیستی، با چالش‌ها و نقیصه‌های اساسی همچون «ایجاد تغییرات

ساختاری بی‌ضابطه و غیرکارشناسی»، «عدم تناسب میان اصل محله‌محوری با استقرار استیجاری مراکز و مددجویان»، «ابهام در تحقق اهداف در نظر گرفته شده در حوزه مددکاری خانواده‌محور و جامعه‌محور»، «کیفیت پایین سامانه الکترونیکی مراکز» و «عدم پایداری مالی»، روبه‌رو بوده است. در مجموع بررسی‌ها نشان داده است که طرح مذکور نتوانسته استانداردهای پنج‌گانه مصرح در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور را تأمین نماید، به‌گونه‌ای که:

۱. «جامعیت»: طرح به‌دلیل عدم رعایت اصول علمی و حرفه‌ای مددکاری خانواده‌محور و مددکاری اجتماع‌محور فاقد جامعیت است. از سوی دیگر از مجموع ۲۲ فعالیت تعریف شده برای مراکز مثبت زندگی، ۱۸ مورد، پیش از این در مراکز قبلی انجام می‌شده است. لذا سازمان بهزیستی می‌توانست با اعمال تغییراتی در ساختارهای موجود خود، چهار فعالیت باقی‌مانده را نیز در قالب مراکز موجود پوشش دهد. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که طرح به دنبال ایجاد جامعیتی بوده که بلاوجه و کاذب بوده و فاقد پشتوانه کارشناسی است.

۲. «کفایت»: طرح به‌دلیل عدم مشارکت طلبیدن شرکای اجتماعی در تحقق مدل خانواده‌محور و اجتماع‌محور و همچنین به دلایلی از قبیل ضعف زیرساختی، کمبود پرسنل مددکاری و کمبود اعتبارات و همچنین نبود برنامه عملیاتی مشخص، نتوانسته است خدمات فراتر از سطح یک را با کمیت و کیفیت مطلوب ارائه دهد. از این‌رو، طرح نه تنها از کفایت لازم برخوردار نبوده، بلکه چرخه حمایت‌های اجتماعی در این حوزه نیز تکمیل نشده است.

۳. «فراگیری»: اگرچه طرح مثبت زندگی شمولیت مناسبی به‌لحاظ مکانی و جغرافیایی دارد، اما با توجه به گزارش‌های میدانی واصله، استیجاری بودن مراکز و جابه‌جایی احتمالی مشمولین در هر سال، باعث خواهد شد که ارائه خدمات اجتماعی در این طرح از فراگیری مستمر برخوردار نباشد.

۴. «پایداری منابع مالی»: به‌دلیل عدم وجود تناسب میان دریافتی این مراکز و سطح خدمات درخواست شده از آنان برای ارائه به جامعه هدف و عدم رعایت حقوق دستمزدی و بیمه‌ای پرسنل مددکاری و پرداخت‌های نامنظم، طرح با چالش جدی در حوزه پایداری منابع مالی روبه‌رو است.

۵. «نظارت و اثربخشی»: فرایند جابه‌جایی و نقل‌وانتقال پرونده‌ها توسط سازمان بهزیستی در بین مراکز قدیم و جدید، در حالی صورت گرفته است که مددجویان اطلاعی از روند آن نداشته‌اند. این عمل می‌تواند باعث قطع یکباره رابطه مددکار و مددجو شده و زمینه‌ساز خسارت‌های عاطفی، روحی و حتی اقتصادی به اقشار ضعیف تحت پوشش این سازمان شده و باعث بروز اختلالات جدی در فرایند توانمندسازی آنان گردد. از طرفی اعتماد افرادی که پرونده‌هایشان به مراکز قبلی واگذار شده بود، حاصل ارتباط حرفه‌ای چندین ساله بین مددکار و مددجو است، که نمی‌توان به راحتی آن را به یکباره حذف نمود. این سازوکار ضرب‌العجلی با تقلیل دادن ماهیت سیال و ظریف خدمات اجتماعی به کالایی مادی،



عملاً هم اثربخشی و هم جامعیت طرح را با چالش روبه‌رو می‌سازد. باید توجه کرد که موضوعات و مسائل اجتماعی ماهیت فرارونده، برگشت‌پذیر و سیال دارند و هرگونه توقف و تأخیر در نظام ارائه خدمات اجتماعی، ممکن است منجر به بی‌اثر شدن و خنثی‌سازی اقدامات پیشین، تحمیل هزینه‌های مضاعف و عدم تکمیل چرخه سیاستگذاری اجتماعی شود.

در پایان گزارش نیز پیشنهادهای نظارتی، به‌منظور ایراد سؤال و تحقیق و تفحص از نحوه عملکرد سازمان بهزیستی کشور در اجرای این طرح، ارائه شده است.

## مقدمه

اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دولت را مکلف نموده تا تمام امکانات خود را برای تأمین امور عمومی به‌کار گیرد. فلذا دولت در قبال تأمین تمامی نیازهای آحاد مردم جامعه تکلیف حقوقی دارد. این تکلیف در اصول (۲۱) و (۲۹) قانون اساسی با جزئیات و صراحت بیشتر و با تمرکز ویژه بر اқشار آسیب‌پذیر جامعه، همچون سالمندان، ازکارافتادگان و بی‌سرپرستان بیان شده است. در این میان، سازمان بهزیستی کشور از ابتدای تأسیس خود در سال ۱۳۵۹، به‌عنوان متولی اصلی سلامت اجتماعی در جامعه، نماینده ویژه دولت به‌منظور انجام تکالیف خویش در قبال اқشار آسیب‌پذیر جامعه بوده است.

سازمان بهزیستی کشور از ابتدای فعالیت خود تا اواخر دهه هفتاد، کلیه خدمات خود را در بستر مراکز دولتی و بعضاً با حمایت غیرانتفاعی انجمن‌های خیریه در کشور انجام می‌داد. از اوایل دهه هشتاد، سازمان با هدف کاهش تصدی‌گری خود در ارائه خدمات و افزایش تمرکز و نظارت خود بر ارتقای کیفیت خدمات، اقدام به مشارکت با بخش غیردولتی در قالب برون‌سپاری برخی خدمات خود نمود. در همین رابطه، تصویب ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و رویکرد کلی حاکم بر قانون مدیریت خدمات کشوری و سیاست‌های کلی اصل چهارم و چهارم قانون اساسی، زمینه‌های قانونی و حقوقی چنین تغییراتی را در سازمان بهزیستی تسهیل نمود. این رویکرد سازمان، فارغ از معایب و مزایای آن - که در این گزارش مورد بحث نیست - از دو دهه پیش تاکنون تداوم یافته است و مراکز غیردولتی زیادی در این مدت با سازمان جهت ارائه خدمات به مددجویان همکاری نموده‌اند.

در این راستا و در ادامه همین رویکرد، سازمان بهزیستی کشور از اواخر سال ۱۳۹۸، به استناد اختیارات اعطا شده به این سازمان در بند «۴» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت<sup>۱</sup> اقدام به ارائه مجوز تأسیس به مراکز غیردولتی تحت عنوان «مراکز خدمات بهزیستی» (موسوم به مراکز مثبت زندگی) نموده است. در ماده (۱) دستورالعمل اجرایی تأسیس و اداره این مراکز، مصوب ۱۳۹۸/۹/۴، مراکز مثبت زندگی این‌گونه تعریف شده‌اند: «مراکز غیردولتی است که براساس بند «۴»

ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، پروانه فعالیت دریافت کرده و مجموعه‌ای از خدمات سطح یک سازمان بهزیستی را در بستر فناوری اطلاعات و در راستای بهتر زیستن آحاد جامعه ارائه می‌نماید». بنابراین با استناد به این دستورالعمل، مراکز مثبت زندگی مراکزی هستند که قرار است با هدف ارائه ترکیبی از خدمات سطح یک مددکاری اجتماعی و خدمات الکترونیکی و در راستای تسهیل مراجعه، پیگیری و پاسخگویی به آحاد مختلف جامعه، به‌ویژه جمعیت هدف این سازمان تأسیس گردند. تا پیش از آغاز فعالیت مراکز مثبت زندگی، «مجموعه‌های خدمات بهزیستی» و «کلینیک‌های مددکاری اجتماعی» از جمله مهم‌ترین مراکز خدمات اجتماعی و توانبخشی سازمان بهزیستی به‌شمار می‌آمدند و خدمات مددکاری اجتماعی را در سه سطح<sup>۱</sup> به مددجویان ارائه می‌دادند. در این میان ایجاد ساختار جدید مثبت زندگی، با مدیریت بخش غیردولتی و نظارت و حمایت مالی سازمان بهزیستی، در واقع ادامه‌دهنده همان فعالیت‌های مجتمع‌های خدمات بهزیستی و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی بوده است. در واقع همچنان سازمان با تعیین تعرفه خدمات خود، اقدام به برون‌سپاری بخشی از وظایف خود و خرید خدمات از مراکز غیردولتی مجوزدار می‌نماید. با این تفاوت که مراکز مثبت زندگی با وعده تحقق رویکردهای نوین‌تر مددکاری اجتماع‌محور و مددکاری خانواده‌محور و به‌منظور ارتقای کیفیت و کارایی و افزایش نظارت بر خدمات اجتماعی ارائه‌شده توسط نهادهای زیرمجموعه سازمان به جامعه هدف خود، راه‌اندازی شده‌اند. گزارش حاضر از بُعد نظارتی و به‌منظور ارزیابی اجتماعی سازوکار فعالیت مراکز مثبت زندگی و نحوه ارائه خدمات اجتماعی در این مراکز، تلاش خواهد نمود تا پس از بررسی پیشینه تاریخی و اطلاعات آماری این طرح، اقدام به بررسی کارشناسی جوانب مختلف اجرای آن نماید و در نهایت پیشنهادهایی در جهت اصلاح و تقویت سازوکار فعلی ارائه نماید.

### ۱. چارچوب مفهومی

گزارش حاضر با هدف ارزیابی اجتماعی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح ملی و گسترده «مثبت زندگی» در سازمان بهزیستی کشور ارائه شده است و ماهیتی نظارتی دارد. در این گزارش تلاش خواهد شد تا با کاربست یک چارچوب نظارتی مشخص، زوایای مختلف روند اجرای طرح مثبت زندگی در سازمان بهزیستی مورد ارزیابی قرار گیرد.

مدل مفهومی به‌کار رفته در این گزارش مبتنی بر چارچوب ارائه شده در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور<sup>۲</sup>، به‌عنوان مهم‌ترین سند اجرایی حوزه رفاه و حمایت‌های اجتماعی در کشور

۱. سطح اول: غربالگری و شناسایی افراد آسیب‌دیده و نیازمند حمایت. سطح دوم، مداخله و ارائه خدمات حمایتی و مددکاری.

سطح سوم: بازتوانی افراد به‌منظور توانبخشی و بازگشت به جامعه.

۲. مصوب سال ۱۳۹۳.



است. در مواد مختلف قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، به‌ویژه در ماده (۹) آن، اصول و استانداردهایی برای اجرای هرگونه سیاست اجرایی و ارائه خدمات اجتماعی ذیل نظام جامع تأمین اجتماعی کشور ارائه شده است. این اصول که باید در شالوده تمام طرح‌های حمایتی، بیمه‌ای و امدادی در کشور جاری و ساری باشند، عبارتند از:

#### ۱-۱. اصل جامعیت<sup>۱</sup>

مطابق ماده (۹) این قانون، ارائه هرگونه خدمات اجتماعی، چه در قالب خدمات حمایتی و چه در قالب خدمات بیمه‌ای یا امدادی، باید از «جامعیت» برخوردار باشد. به این معنا که خدمات اجتماعی ارائه شده در این نظام باید از شمول و گستردگی کافی، متناسب با سطح نیازمندی‌های جامعه هدف، برخوردار باشد.

#### ۱-۲. اصل کفایت<sup>۲</sup>

مطابق ماده (۹) این قانون، ارائه هرگونه خدمات اجتماعی در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور باید از «کفایت» برخوردار باشد. بدین معنا که هر خدمت اجتماعی ارائه شده در دستگاه‌های مشمول قانون فوق، باید در گام نخست حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه را تأمین نماید و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات باید به سمت توانمندسازی و حرکت دادن اقشار از لایه‌های حمایتی به سمت لایه‌های بیمه‌ای و مشارکتی باشد.

#### ۱-۳. اصل فراگیری<sup>۳</sup>

مطابق ماده (۹) این قانون، خدمات نظام تأمین اجتماعی باید از اصل «فراگیری» پیروی نموده و برای کلیه آحاد جامعه، بدون ایجاد هرگونه تبعیض، تأمین و تضمین شود.

#### ۱-۴. اصل پایداری منابع مالی<sup>۴</sup>

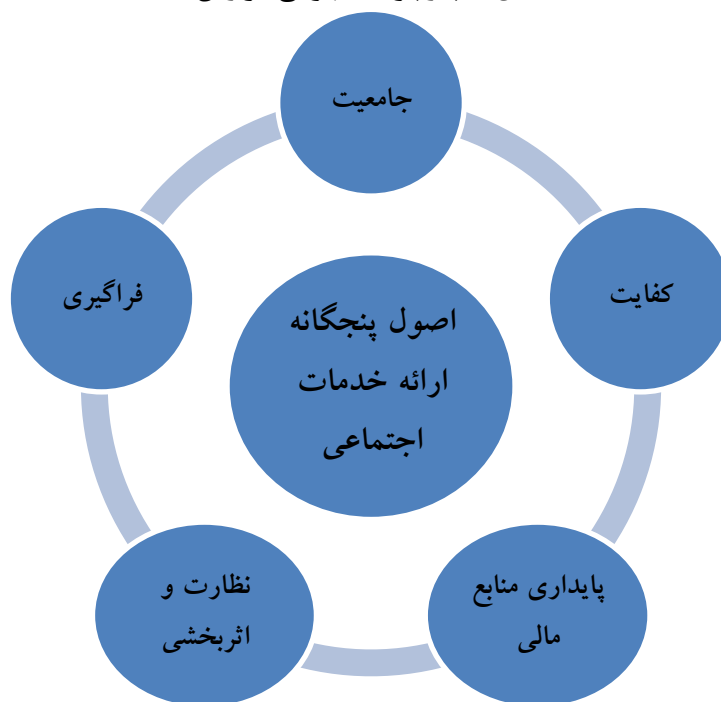
مطابق ماده (۷) این قانون، هرگونه اقدامی در چارچوب نظام تأمین اجتماعی کشور باید از اصول و سیاست‌های مالی مشخصی پیروی نماید، که مهم‌ترین آن پیروی طرح‌ها از اصل «پایداری منابع مالی» است.

- 
1. The Principle of Comprehensiveness
  2. The Principle of Adequacy
  3. The Principle of Inclusiveness
  4. The Principle of Sustainability of Financial Resources

۵-۱. اصل نظارت و اثربخشی<sup>۱</sup>

در نهایت مطابق بند «ح» ماده (۶) این قانون، کلیه فعالیت‌های ذیل این نظام باید مورد «نظارت» و بررسی مستمر دولتی قرار گیرد و «اثربخشی» آنها به‌طور پیوسته پایش گردد، تا مشخص شود خدمات اجتماعی ارائه شده ذیل هر دستگاه تا چه اندازه توانسته اثربخشی لازم را بر جامعه هدف مربوطه داشته باشد.<sup>۲</sup> به استناد اصول مصرح در قانون فوق، در گزارش حاضر نحوه ارائه خدمات حمایت اجتماعی توسط مراکز مثبت زندگی، به‌عنوان مهم‌ترین و گسترده‌ترین مراکز ارائه خدمات اجتماعی در حال حاضر در کشور و نحوه عملکرد سازمان بهزیستی کشور در روند تأسیس، مدیریت و نظارت بر این مراکز، مبتنی بر اصول پنج‌گانه فوق مورد ارزیابی و نظارت کارشناسی قرار خواهد گرفت. در شکل ۱ عناصر پنج‌گانه چارچوب مفهومی گزارش حاضر ارائه شده است.

شکل ۱. چارچوب مفهومی گزارش



مأخذ: قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور، مصوب ۱۳۸۳.

## 1. The Principle of Monitoring and Effectiveness

۲. تبصره بند «ح» ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: اتخاذ تمهیدات مالی، اعتباری و ساختاری لازم به‌منظور تداوم و استمرار توان پاسخگویی حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام به نیازهای شهروندان.



## ۲. طرح مثبت زندگی چیست؟

طرح موسوم به «مثبت زندگی» در واقع به دنبال تأسیس مراکز غیردولتی ذیل سازمان بهزیستی کشور است. سازمان بهزیستی از سال ۱۳۹۸ مطابق بخشنامه شماره ۱۲۹۳۰۶/۹۸/۹۰۰ و با استناد به ظرفیتی که در بند «۴» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و همچنین بند «۴» ماده (۵۷) قانون احکام دائمی توسعه کشور، به این سازمان داده شده است تأسیس شده‌اند، تا سازمان بتواند با اعطای پروانه فعالیت، بخشی از وظایف خود را در قالب خرید خدمت از مراکز غیردولتی برون‌سپاری نماید. سازمان بهزیستی از این مراکز با عنوان «نمادی از بهزیستی کوچک» یاد می‌کند که قرار است با جانمایی گسترده در مناطق شهری، روستایی و مناطق کم‌برخوردار و حاشیه‌ای کشور فعالیت نمایند.

متولیان اجرای طرح معتقدند که تأسیس مراکز مثبت زندگی اقدامی است که طی آن بهزیستی بخشی از خدمات خود را به محل زندگی مددجویان انتقال داده و ۲۲ وظیفه سازمان به این مراکز واگذار خواهد شد و چون این مراکز در محل سکونت مددجویان بهزیستی مستقر شده است، مددجو به راحتی در همسایگی خود می‌تواند از خدمات بهزیستی بهره‌مند گردد. ارائه خدمات مددکاری اجتماعی، توانبخشی، انجام اقدامات معیشتی و ارائه آموزش‌ها در زمینه مسائل اجتماعی، از جمله خدماتی است که در این مراکز ارائه می‌شود.

مطابق ماده (۲) دستورالعمل نحوه تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، هدف از تأسیس این مراکز از قرار ذیل است:

### جدول ۱. اهداف تأسیس مراکز مثبت زندگی

ردیف	هدف	ردیف	هدف
۱	افزایش آگاهی عموم افراد جامعه از وظایف، فعالیت‌ها و خدمات سازمان بهزیستی	۱۲	افزایش ظرفیت مشارکت بخش غیردولتی و کاهش تصدی‌گری دولت
۲	تسهیل دسترسی گروه‌های هدف به خدمات سازمان	۱۳	ارتقای کیفی و کمی خدمات سازمان
۳	کاهش تردهای غیرضروری به مراکز و ادارات بهزیستی	۱۴	فراهم شدن امکان ارائه خدمات به صورت الکترونیکی
۴	گسترش و فراگیری خدمات سازمان	۱۵	بهبود، اصلاح و حذف فرایندهای موازی
۵	توزیع عادلانه خدمات سازمان	۱۶	امکان طراحی برنامه‌های جدید برای رفع نیازهای روز جامعه هدف
۶	ایجاد شفافیت در فرایند ارائه خدمات سازمان	۱۷	کاهش بهای تمام شده ارائه خدمات
۷	ارائه مجموعه‌ای از خدمات سازمان در یک مرکز	۱۸	تسهیل اخذ بازخورد از ارائه خدمات
۸	تقویت رویکرد خانواده‌محور و اجتماع‌محور در ارائه خدمات سازمان	۱۹	تسریع گسترش برنامه‌های استاندارد ارائه خدمات از طریق شبکه مراکز
۱۱	افزایش رضایتمندی مردم از خدمات سازمان		

مأخذ: دستورالعمل نحوه تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۸.

درواقع سازمان بهزیستی تلاش نموده تا با تأسیس این مراکز از یک سو زمینه دسترسی سریع‌تر گروه‌های هدف به خدمات این سازمان را فراهم نماید و از سوی دیگر با الکترونیکی کردن بخشی از فرایندها ارائه خدمات، اقدام به ایجاد شفافیت بیشتر در روند فعالیت‌های این سازمان و در نهایت ارتقای ارائه کمی و کیفی خدمات خود نماید. در جدول ۲، مطابق ماده (۹) دستورالعمل نحوه تأسیس و اداره مراکز مثبت زندگی، به ۲۲ خدمت ارائه شده توسط مراکز مثبت زندگی اشاره شده است:

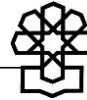
**جدول ۲. خدمات ۲۲گانه ارائه شده توسط مراکز مثبت زندگی**

ردیف	وظیفه	ردیف	وظیفه
۱	ثبت درخواست فرزندخواندگی و تشکیل پرونده اولیه	۱۲	شناسایی، بررسی و تحلیل وضعیت اجتماعی محله
۲	ثبت درخواست/ تشکیل پرونده و پاسخگویی به مراجعین	۱۳	تسهیل‌گری و تشکیل تیم محله CBO / و اقدامات اجتماع‌محور
۳	مصاحبه اولیه	۱۴	شناسایی فعال جامعه هدف
۴	اخذ و بررسی مدارک	۱۵	ارائه آموزش‌های تشکیل و تحکیم خانواده
۵	بازدید منزل	۱۶	آموزش‌های مهارت‌های زندگی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
۶	تحلیل، تشخیص و تعیین اولویت‌های نیاز مددجو و ارائه پیشنهاد برنامه کمکی	۱۷	آگاه‌سازی برای پیشگیری از معلولیت‌ها
۷	ارجاع درخواست‌های جامعه هدف اعم از مالی (مستمر و غیرمستمر) و معرفی نامه	۱۸	غربالگری سطح یک پیشگیری از معلولیت‌ها، ارجاع و پیگیری شامل: غربالگری بینایی، شنوایی، اختلالات ژنتیک، اوتیسم و...
۸	پیگیری امور مددکاری خانواده	۱۹	انجام استعلامات و پیگیری‌های مورد نیاز جهت صدور و تمدید موافقت اصولی، پروانه تأسیس، پروانه فعالیت، پروانه مسئول فنی مراکز و مؤسسات غیردولتی مندرج در بندهای سیزده‌گانه ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت
۹	ارجاع به مراکز سطح بالاتر	۲۰	اطلاع‌رسانی و معرفی خدمات سازمان
۱۰	نیازسنجی و داشته‌سنجی محلی	۲۱	همکاری در اجرای طرح‌ها و برنامه‌های جدید سازمان
۱۱	شناسایی داوطلبین، خیرین و معتمدین محلی و حمایت‌طلبی	۲۲	جلب مشارکت‌های مردمی اعم از نقدی و غیرنقدی

مأخذ: دستورالعمل نحوه تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۸.

### ۳. سوابق موضوع

از بدو تأسیس سازمان بهزیستی در ایران در سال ۱۳۵۹ تاکنون، ۵۲ وظیفه برعهده آن گذاشته شده است، که در این میان رسیدگی به امور کودکان بی سرپرست، زنان بی سرپرست و سرپرست خانوار، نگهداری، مراقبت و توانبخشی معلولان و آماده‌سازی آنان برای از سرگیری زندگی عادی در جامعه، حمایت از اقشار محروم و آسیب‌پذیر و حفظ کیان خانواده‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر، از عمده‌ترین وظایف و



مسئولیت‌های این سازمان ذکر شده است. در این راستا، عمده فعالیت‌های سازمان بهزیستی، به‌عنوان اصلی‌ترین متولی سلامت اجتماعی در کشور، در حوزه ارائه خدمات حمایت اجتماعی تعریف شده است، تا با اتخاذ تدابیر و ارائه خدمات و حمایت‌های غیربیمه‌ای و تکیه بر مشارکت‌های مردمی و همکاری نزدیک سازمان‌های ذی‌ربط، در جهت گسترش خدمات توانبخشی، حمایتی، بازپروری و پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی و کمک به تأمین حداقل نیازهای اساسی گروه‌های کم‌درآمد، اقدام نماید.<sup>۱</sup>

تا اوایل دهه هشتاد، کلیه فعالیت‌های سازمان بهزیستی به شکل دولتی انجام می‌شد. در کنار بخش دولتی، انجمن‌های خیریه حمایت از معلولین، با تکیه بر مشارکت‌های مردمی و با نگاهی کاملاً غیرانتفاعی، بخشی از خدمات اجتماعی موضوعه سازمان بهزیستی را به شکل غیررسمی، ارائه می‌دادند. در سال ۱۳۸۰ با تصویب قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و از سال ۱۳۸۴ با ابلاغ سیاست‌های کلی اصل (۴۴) قانون اساسی، سازمان بهزیستی قادر شد تا در قالب ارائه مجوز، امکان برون‌سپاری بسیاری از خدمات خود را به ۱۳ دسته از مراکز خدمات اجتماعی که ماهیتی غیردولتی داشتند، فراهم نماید.<sup>۲</sup>

درواقع با تصویب ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی، مراکز دیگری نیز علاوه بر خیریه‌ها، قادر شدند در کنار سازمان بهزیستی کشور به ارائه خدمات اجتماعی و توانبخشی بپردازند. مراکزی که اساساً برخلاف انجمن‌های خیریه‌ای، ماهیتی انتفاعی<sup>۳</sup> داشتند و به شکل خودگردان مدیریت می‌شدند و سازمان در قالب خرید خدمت با آنها همکاری می‌نمود. از میان این ۱۳ دسته مراکز غیردولتی، «مجمع‌های خدمات بهزیستی» و «کلینیک‌های مددکاری اجتماعی» به دلیل انجام کارویژه‌های پایه سازمان بهزیستی، همچون ارائه مشاوره‌ها، جذب مشمولین جدید و ارائه خدمات معیشتی و توانبخشی، از مهم‌ترین این مراکز به‌شمار می‌آمدند.

سازوکار تعیین شده برای فعالیت این مراکز غیردولتی، بدین صورت بود که آنها پس از درخواست مجوز تأسیس، می‌بایست استانداردهای درخواست‌شده از طرف سازمان<sup>۴</sup> را ارائه می‌نمودند. پس از موافقت سازمان بهزیستی با تأسیس این مراکز، تعدادی پرونده مددکاری به این مراکز اختصاص داده می‌شد و مطابق تعرفه مشخص شده از طرف سازمان، به‌ازای هر خدمت ارائه شده به مددجویان، مبلغ مشخصی به حساب این مراکز واریز می‌گردید.

۱. قانون راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور، مصوب ۱۳۵۹/۳/۲۴.

۲. مطابق ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷، سازمان بهزیستی کشور موظف است، پس از بررسی‌های کارشناسی، برای متقاضیان فعالیت در امور زیر پروانه فعالیت صادر نماید: ۱. تأسیس مهدهای کودک، ۲. تأسیس مراکز نگهداری شبانه‌روزی کودکان بی‌سرپرست و خیابانی، ۳. تأسیس خانه سلامت دختران و زنان، ۴. تأسیس مجتمع‌ها و مراکز خدمات بهزیستی، ۵. تأسیس کلینیک‌ها و اورژانس‌های مددکاری اجتماعی، ۶. تأسیس مراکز خدمات مشاوره‌ای اجتماعی، ۷. تأسیس مراکز توانبخشی معلولین، ۸. تأسیس مراکز حرفه‌آموزی معلولین، ۹. تأسیس مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان، ۱۰. تأسیس مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، ۱۱. تأسیس مراکز خدمات مشاوره ژنتیک، ۱۲. تأسیس مراکز درمانی و بازتوانی معنادین، ۱۳. تأسیس انجمن‌ها و مؤسسات غیردولتی و خیریه که در راستای اهداف سازمان بهزیستی کشور فعالیت می‌کنند.

۳. مبتنی بر منطق درآمد/ هزینه.

۴. استانداردهای فیزیکی و پرسنل مددکاری.

در ادامه، قانون مدیریت خدمات کشوری در سال ۱۳۸۶ تصویب شد. رویکرد کلی این قانون، پیشی گرفتن نگاه تصدی‌گری بر نگاه حاکمیتی و تشویق به سلب تصدی‌گری از دولت در بسیاری از امور عمومی بود. مواد (۸) و (۹) این قانون، به‌صراحت میان امور «حاکمیتی» و امور «اجتماعی، فرهنگی و خدماتی»، تفاوت قائل شده است. مطابق این قانون، امور اجتماعی، فرهنگی و خدماتی «آن دسته از وظایفی است که منافع اجتماعی حاصل از آنها نسبت به منافع فردی برتری دارد و موجب بهبود وضعیت زندگی افراد می‌گردد، اموری از قبیل: آموزش و پرورش عمومی و فنی و حرفه‌ای، علوم و تحقیقات، درمان، توانبخشی، تربیت بدنی و ورزش، اطلاعات و ارتباطات عمومی و امور فرهنگی، هنری و تبلیغات اسلامی». در این قانون، تکلیف مدیریت خدمات اجتماعی در کشور نیز به‌نوعی مشخص گردیده است. مطابق ماده (۱۳)، تصدی‌گری امور اجتماعی، فرهنگی و خدماتی، با رعایت اصول بیست‌ونهم (۲۹) و سی‌ام (۳۰) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، از طریق توسعه بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده و با نظارت و حمایت دولت پیش‌بینی شده است که باید با استفاده از یکی از شیوه‌های ذیل انجام گردد:<sup>۱</sup>

۱. اعمال حمایت‌های لازم از بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی مجری این وظایف،

۲. خرید خدمات از بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی،

۳. مشارکت با بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی از طریق اجاره، واگذاری امکانات و تجهیزات و منابع فیزیکی،

۴. واگذاری مدیریت واحدهای دولتی به بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی، با پرداخت تمام یا بخشی از هزینه سرانه خدمات،

۵. ایجاد و اداره واحدهای دولتی موضوع این ماده توسط دستگاه‌های اجرایی.

سرانجام در سال ۱۳۹۶ و مطابق جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۷) قانون احکام دائمی توسعه، سازمان بهزیستی کشور، به‌عنوان «متولی سلامت اجتماعی با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و مداخله در بحران‌های اجتماعی، ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی به کلیه معلولان، مددجویان و گروه‌های آسیب‌پذیر از قبیل زنان، کودکان، سالمندان نیازمند جامعه» در نظر گرفته می‌شود. مطابق همین قانون، این سازمان «مرجع صدور پروانه تأسیس و فعالیت در امور ذیل می‌باشد: مهدهای کودک، مراکز نگهداری شبانه‌روزی کودکان بی‌سرپرست و خیابانی، خانه سلامت دختران و زنان، مجتمع‌ها و مراکز خدمات بهزیستی، کلینیک‌ها و اورژانس‌های مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی، مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان‌شناختی اجتماعی، مراکز توانبخشی معلولان، مراکز حرفه‌آموزی معلولان، مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان، مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، مراکز خدمات مشاوره ژنتیک، مراکز درمانی و بازتوانی معتادان و نیز انجمن‌ها

۱. مطابق تبصره «۱» این ماده، اگر انجام امور موضوع این ماده به یکی از طرق چهارگانه فوق‌الذکر (بند «۱» لغایت «۴») مقدور نباشد، ایجاد و اداره واحدهای دولتی (بند «۵») وظیفه دولت است (قانون مدیریت خدمات کشوری، مصوب ۱۳۸۶/۷/۸).



و مؤسسات غیردولتی و خیریه»، که در راستای اهداف سازمان بهزیستی کشور فعالیت می‌نمایند. رویکرد قانون مدیریت خدمات کشوری، به همراه نگاه کلی حاکم بر ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و سیاست‌های کلی اصل (۴۴) و در پایان نیز اختیاراتی که به موجب جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۷) قانون احکام دائمی توسعه، به سازمان بهزیستی داده شده بود، منجر به تقویت برون‌سپاری خدمات اجتماعی دولتی به بخش غیردولتی در این حوزه گردید. اجرای طرح «تأسیس مراکز مثبت زندگی» در سازمان بهزیستی کشور در دو سال گذشته، در واقع در ادامه همین رویکرد و در راستای تحقق بخشیدن به ظرفیت‌های بند «۴» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (تأسیس مجتمع‌ها و مراکز خدمات بهزیستی) بوده است.

#### ۴. تصویر آماری از وضعیت مراکز مثبت زندگی

سازمان بهزیستی از نیمه دوم سال ۱۳۹۹ اقدام به جمع‌آوری پرونده‌های مددجویان، از کلیه مراکز پیشین ارائه‌دهنده خدمات مربوط به پرونده‌های مستمری‌بگیران این سازمان نمود. در ادامه، این پرونده‌ها به مراکز جدیدالتأسیس مثبت زندگی واگذار شد. بر این اساس، از نیمه دوم سال ۱۳۹۹ تا پایان خردادماه ۱۴۰۰، حدود ۲۵۲۰ مرکز موفق به کسب مجوز شده‌اند. ساختار نیروی انسانی در هر مرکز مثبت زندگی، مطابق بند «ج» ماده (۳) دستورالعمل تأسیس این مراکز، باید از قرار ذیل باشد:

۱. صاحب امتیاز<sup>۱</sup>
۲. مسئول مرکز<sup>۲</sup>
۳. مددکار اجتماعی<sup>۳</sup> (به‌ازای هر ۱۵۰ پرونده یک نفر)
۴. کارشناس پاره‌وقت<sup>۴</sup>
۵. متصدی امور پذیرش و اداری<sup>۵</sup>

بنابراین به‌غیر از فرد صاحب امتیاز، که حضور فیزیکی او در مرکز الزامی نیست، هر مرکز در صورت اخذ سقف پرونده‌های مددکاری، باید متشکل از پنج نفر نیروی ثابت باشد: یک نفر مسئول فنی، سه نفر مددکار اجتماعی و یک نفر متصدی امور پذیرش و اداری.

۱. حائز شرایط ذکر شده در ماده (۴) دستورالعمل.  
۲. با شرایط ذکر شده در ماده (۵) دستورالعمل.  
۳. مطابق دستورالعمل، دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی در رشته‌های مددکاری اجتماعی، علوم اجتماعی گرایش خدمات اجتماعی و رفاه اجتماعی برای مددکار الزامی است.  
۴. در صورت عدم وجود کارشناس با مدارک تحصیلی فوق، به‌کارگیری کارشناس با مدارک تحصیلی در رشته‌های علوم تربیتی، علوم اجتماعی، روان‌شناسی، مشاوره و سایر رشته‌های مرتبط با علوم بهزیستی با تشخیص کارگروه عملیاتی بلامانع می‌باشد.  
۵. دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی در یکی از رشته‌های گروه پزشکی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، فیزیوتراپی، شنوایی‌شناسی، بینایی‌سنجی، ارتوپدی فنی، توانبخشی، پرستاری، روان‌شناسی (همه گرایش‌ها)، علوم تربیتی، مشاوره و سایر رشته‌های مرتبط برای کارشناس الزامی است.  
۶. دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و داشتن مهارت کار با کامپیوتر با تأیید رئیس اداره فناوری اطلاعات، ارتباطات و تحول اداری استان برای متصدی امور اداری الزامی است.

نکته حائز اهمیت این است که مطابق اطلاعات واصله از سازمان بهزیستی کشور و مراکز مثبت زندگی، در حال حاضر خیلی از مراکز به‌منظور صرفه‌جویی در هزینه‌ها، متصدی امور پذیرش و اداری را حذف نموده‌اند و خود پرسنل مددکاری وظایف این نقش را انجام می‌دهند. از این‌رو در حال حاضر در مراکز فعلی، در صورت اخذ سقف پرونده‌های مجاز، چهار نفر به‌صورت تمام‌وقت در هر مرکز، در حال فعالیت هستند. بر این اساس و در مجموع حدود ۱۱ هزار نفر در این مراکز در کشور در حال فعالیت هستند. جدول ۳، آخرین اطلاعات مربوط به تعداد پرسنل و تعداد پرونده‌های توزیع شده بین مراکز را در سطح کشور نشان می‌دهد.

جدول ۳. اطلاعات کلی مربوط به مراکز مثبت زندگی در سطح کشور

ردیف	شرح	تعداد	توضیحات
۱	کل پرونده‌ها	۱,۰۷۶,۴۱۳	تعداد پرونده‌های مستمری‌بگیر سازمان
۲	پرونده‌های توزیع شده	۹۸۸,۱۶۷	تعداد پرونده‌هایی که بین مراکز توزیع شده است.
۳	پرونده‌های توزیع نشده	۸۸,۲۴۶	پرونده‌هایی که به دلیل مشخص نبودن و دقیق نبودن آدرس و تلفن مددجو توزیع نشده‌اند.
۴	کل مراکز	۲۵۲۰	تعداد کل مراکز مجوز داده شده
۵	بازدید از منازل	۸۳۹,۷۰۳	تعداد کل بازدید از منازل صورت گرفته از آغاز اجرای طرح
۶	افراد شاغل در مراکز	۱۱,۷۲۴	تعداد مراکز × ۴

مأخذ: سازمان بهزیستی کشور، خردادماه ۱۴۰۰.

در جدول ۴ نیز سرانه تعرفه تخصیص یافته از جانب سازمان بهزیستی به مراکز مثبت زندگی در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ ارائه شده است. مطابق این جدول در سال ۱۳۹۹ به هر مرکز حداکثر ۴۵۰ پرونده از جانب سازمان بهزیستی اختصاص می‌یافت و براساس اطلاعات ثبت شده در سامانه و تأیید مدیرکل استان، یارانه‌های مشخص شده به‌ازای هر خدمت به مراکز تعلق می‌گرفت. تعرفه مشخص شده برای هر کدام از خدمات ۲۲گانه در جدول ۴ مشخص شده است. تا پایان سال ۱۳۹۹، در صورت انجام کلیه مراحل می‌بایست، معادل ۱۱۰ میلیون تومان به هر مرکز پرداخت می‌گردید.

جدول ۴. سرانه کمک‌هزینه مراکز مثبت زندگی در سال ۱۳۹۹

ردیف	عنوان خدمت	واحد	هدف کمی	سرانه هر واحد	نحوه پرداخت
۱	مصاحبه تخصصی و تشکیل پرونده	پرونده	حداکثر ۴۵۰ پرونده	۴۰ هزار تومان	براساس اطلاعات ثبت شده در سامانه و تأیید مدیرکل استان
۲	بازدید از منزل	پرونده	حداکثر ۴۵۰ پرونده (دو بار در سال)	۵۰ هزار تومان	براساس اطلاعات ثبت شده در سامانه و تأیید مدیرکل استان
۳	امور مددکاری	مورد	متناسب با خدمات ارائه داده شده (بندهای «۶»، «۷»، «۸» و «۹» ماده (۹) دستورالعمل)	۱۰ هزار تومان ماهیانه	ارائه گزارش سیستمی و ارسال توسط مرکز به شهرستان، تأیید شهرستان، تأیید مدیرکل استان



ردیف	عنوان خدمت	واحد	هدف کمی	سرانه هر واحد	نحوه پرداخت
۴	انجام فعالیت‌های جامعه‌محور و محله‌محور	پرونده	براساس بندهای «۱۰» تا «۱۸» ماده (۹) دستورالعمل	به‌ازای هر پرونده ۱۹۰ هزار تومان ماهیانه	ارائه گزارش سیستمی و ارسال توسط مرکز به شهرستان، تأیید شهرستان، تأیید مدیرکل استان

مأخذ: سازمان بهزیستی کشور، بهمن‌ماه ۱۳۹۹.

در سال ۱۴۰۰، سرانه کلیه خدمات ۲۵ درصد افزایش داشته است. علاوه بر این، سرانه بازدید از منزل در سال ۱۴۰۰، به‌دلیل بُعد مسافت بیشتر در کلان‌شهرهای «تهران، مشهد، اصفهان، کرج، شیراز و تبریز»، به حدود ۷۸ هزار تومان افزایش یافته است. همچنین مورد چهارم تعرفه‌ها، که در سال ۱۳۹۹ به خدمات جامعه‌محور و محله‌محور اختصاص یافته بود، در سال ۱۴۰۰ به خدمات مربوط به مسئله کرونا تغییر یافته است. در واقع با توجه به اعتراضات مراکز در سال ۱۳۹۹، به‌دلیل عدم امکان ارائه بسیاری از خدمات محله‌محور در شرایط درگیری کشور با پاندمی کرونا، سازمان تصمیم گرفت، سرانه این بخش از خدمات را به اقدامات متنوع مراکز در رویارویی با بحران کرونا اختصاص دهد. در جدول ۵ اطلاعات مربوط به تعرفه‌های اختصاص‌یافته به مراکز در سال ۱۴۰۰ ارائه شده است.

#### جدول ۵. سرانه کمک‌هزینه مراکز مثبت زندگی در سال ۱۴۰۰

ردیف	عنوان خدمت	واحد	هدف کمی	سرانه هر واحد	نحوه پرداخت
۱	مصاحبه تخصصی و تشکیل پرونده	پرونده	حداکثر ۴۵۰ پرونده	۵۰ هزار تومان	براساس اطلاعات ثبت شده در سامانه و تأیید مدیرکل استان
۲	بازدید از منزل	پرونده	حداکثر ۴۵۰ پرونده (دو بار در سال)	۶۲ هزار و پانصد تومان	براساس اطلاعات ثبت شده در سامانه و تأیید مدیرکل استان
۳	امور مددکاری	پرونده	متناسب با خدمات ارائه داده شده (بندهای «۶»، «۷»، «۸» و «۹» ماده (۹) دستورالعمل)	به‌ازای هر پرونده ۱۲ هزار و پانصد تومان ماهیانه	ارائه گزارش سیستمی و ارسال توسط مرکز به شهرستان، تأیید شهرستان، تأیید مدیرکل استان
۴	آموزش و آگاه‌سازی ناشی از کرونا، اقدامات حفاظتی و پیشگیرانه	مرکز	در شرایط کرونا	۸ میلیون و هفتصد و پنجاه هزار تومان ماهیانه	براساس تأیید مدیرکل استان

مأخذ: سازمان بهزیستی کشور، اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۰.

در جدول ۶ نیز، گزارش نهایی پرداختی‌های انجام شده توسط سازمان بهزیستی به این مراکز، از مهرماه سال ۱۳۹۹ تا پایان خردادماه ۱۴۰۰، نمایش داده شده است.

جدول ۶. گزارش یارانه‌های پرداختی به مراکز از مهرماه ۱۳۹۹ تا خردادماه ۱۴۰۰

ردیف	شماره پرداخت	شرح پرداخت	تاریخ پرداخت	مبلغ پرداخت شده (تومان)	تعداد مراکز پرداخت شده	میانگین پرداختی به هر مرکز در هر مرحله
۱	پرداخت شماره ۱	خدمات کرونا (مهر، آبان، آذر)	۱۳۹۹/۱۰/۱	۱.۸۵۷.۳۳۳.۳۳۳	۱۱۷	۱۵.۸۷۴.۶۴۳
۲	پرداخت شماره ۲	خدمات کرونا (دی‌ماه)	۱۳۹۲/۱۱/۱۵	۲۱.۷۱۷.۴۶۹.۷۴۹	۱۸۵۰	۱۱.۷۳۹.۱۷۲
۳	پرداخت شماره ۳	عملکرد و خدمات مددکاری و خدمات کرونا (بهمن‌ماه)	۱۳۹۹/۱۲/۱۵	۵۴.۰۰۰.۱۱۶.۶۱۲	۲۰۶۰	۲۶.۲۱۳.۶۴۸
۴	پرداخت شماره ۴	خدمات مددکاری و خدمات کرونا (اسفندماه)	۱۳۹۹/۱۲/۲۶	۲۳.۳۱۳.۶۴۰.۰۰۰	۲۰۶۰	۱۱.۳۱۷.۳۰۱
۵	پرداخت شماره ۵	خدمات کرونا و مددکاری ۶ ماه گذشته (جامانده از پرداخت)	۱۴۰۰/۱/۳۱	۱۷.۳۹۴.۷۷۵.۳۸۷	۱۸۵۰	۹۴.۰۲۵.۸۱۱
۶	پرداخت شماره ۶	خدمات کرونا و مددکاری (فروردین‌ماه)	۱۴۰۰/۳/۱۰	۲۶.۹۲۲.۰۲۰.۰۰۰	۲۳۹۰	۱۱.۲۶۴.۴۴۳
۷	پرداخت شماره ۷	خدمات کرونا و مددکاری (اردیبهشت‌ماه)	۱۴۰۰/۳/۲۴	۳۲.۲۴۷.۱۷۵.۰۰۰	۲۳۸۸	۱۳.۵۰۳.۸۴۲
۸	پرداخت شماره ۸	عملکرد اردیبهشت و خردادماه و خدمات مددکاری خردادماه	در حال پرداخت	۸۰.۲۵۷.۶۰۰.۱۹۲	۲۴۶۳	۳۲.۵۸۵.۳۰۲

مأخذ: سازمان بهزیستی کشور، خردادماه ۱۴۰۰.

براساس جدول ۶ و بر مبنای اطلاعات و گزارش‌های دریافتی از سازمان بهزیستی و مراکز مثبت زندگی در کشور،<sup>۱</sup> میانگین دریافتی ماهیانه این مراکز در سال ۱۳۹۹، در خوش‌بینانه‌ترین حالت، حدود ۱۳ میلیون تومان و در سال ۱۴۰۰، حدود ۱۶ میلیون تومان بوده است.



## ۵. ارزیابی اجتماعی طرح براساس اصول پنج‌گانه

سازوکار تعبیه شده به‌منظور برون‌سپاری خدمات اجتماعی که در دو دهه اخیر در سازمان بهزیستی کشور، به‌عنوان اصلی‌ترین متولی سلامت اجتماعی در جامعه، دنبال شده است و برخوردار از پشتوانه‌های قانونی متعددی نیز است، همواره با چالش‌ها و نقدهای زیادی از جانب ذی‌نفعان این حوزه همراه بوده است. راه‌اندازی مراکز مثبت زندگی و هم‌زمان شدن این رویداد با خبر واگذاری‌های دیگر از این جنس، همچون واگذاری «خانه‌های امن» و «شیرخوارگاه‌ها» به بخش غیردولتی، با اعتراضات و هیاهوهای فراوانی در جامعه مددکاری و سایر کارشناسان علوم اجتماعی در کشور همراه بوده است. بسیاری از کارشناسان معتقدند که این قبیل واگذاری‌ها در تعارض با وظایف حاکمیتی دولت و مشخصاً در تقابل با اصول (۲۱) و (۲۹) قانون اساسی است. اما فارغ از ملاحظات کلی حاکم بر فرایند برون‌سپاری خدمات اجتماعی در کشور و الزامات و چالش‌های آن، گزارش حاضر تلاش خواهد کرد تا با پیش‌فرض قرار دادن چارچوب فعلی ارائه خدمات اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور، از اصول پنج‌گانه مصرح در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور به‌عنوان شاخصی برای ارزیابی کیفیت خدمات اجتماعی ارائه شده در مراکز مثبت زندگی استفاده نماید. در ادامه به بررسی سازوکار حاکم بر این طرح و به تفکیک شاخص‌های پنج‌گانه می‌پردازیم:

### ۵-۱. اصل جامعیت

مطابق این اصل می‌بایست ارائه هرگونه خدمات اجتماعی در نظام تأمین اجتماعی کشور از شمول و گستردگی کافی و متناسب با نیازهای جامعه هدف برخوردار باشد. در راستای این اصل چند ملاحظه پیرامون طرح مثبت زندگی قابل طرح است:

۱-۱-۵. در ادبیات علمی نوین مددکاری اجتماعی، اقدامات مددکاری نسبت به جامعه هدف، به‌طور کلی در چهار سطح صورت می‌گیرد:<sup>۱</sup>

- سطح اول خدمات که ناظر بر غربالگری افراد در خطر و نیازمند حمایت است.
- سطح دوم خدمات که ناظر بر مداخله مددکار و ارائه خدمات مددکاری و حمایتی<sup>۲</sup> به افراد دچار آسیب، به‌منظور مشکل‌زدایی است.
- سطح سوم خدمات در راستای توانمندسازی و بازتوانی افراد پس از مواجهه با مشکل یا مشکلات، با هدف بازگشت آنها به زندگی سالم و مستقل و جلوگیری از گرایش مجدد آنان به آسیب‌های اجتماعی است.
- سطح چهارم خدمات ارائه شده، در راستای ارتقای سلامت اجتماعی کلیت جامعه می‌باشد. هدف

1. Introduction to Social Work: An Advocacy-Based Profession (Social Work in the New Century)(2018)

۲. همچون پرداخت مستمری.

این سطح از مداخلات، صرفاً جامعه هدف نهاد ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی و حمایتی نخواهد بود، بلکه کل جمعیت سالم در یک محله (اجتماع)<sup>۱</sup> را مبنا قرار می‌دهد. زیرا معتقد است که سلامت اجتماعی یک امر جمعی است و بدون سازوکار جامعوی مطلوب، نمی‌توان از گسترش اقشار آسیب‌پذیر جلوگیری نمود. فعالیت‌های اجتماع‌محور در واقع در سطح چهارم معنا می‌یابند.<sup>۲</sup>

مطابق تعریفی که از مراکز مثبت زندگی در ماده (۱) دستورالعمل اجرایی تأسیس و اداره این مراکز، ارائه شده است، این مراکز قرار است که ۲۲ خدمت را مطابق جدول ۲ و در قلمرو خدمات سطح یک سازمان به جامعه هدف ارائه دهند. در ارتباط با این موضوع چند ملاحظه حائز اهمیت است:

- موارد ۶، ۸، ۱۵، ۱۶ و ۱۷ از مواد ۲۲ گانه تصریح شده در ماده (۹) دستورالعمل، جزء خدمات سطح دو مددکاری و موارد ۱۰ تا ۱۴ این ماده نیز زیرمجموعه خدمات سطح چهار مددکاری<sup>۳</sup> هستند و در واقع از حوزه سطح یک مددکاری<sup>۴</sup> خارج می‌شوند.

این در حالی است که متولی اصلی خدمات بالاتر از سطح یک، باید کلینیک‌های تخصصی مددکاری اجتماعی باشند و این امر می‌بایست با حضور کارشناسان متخصص و آموزش‌دیده این حوزه انجام شود. - رویکرد مددکاری مبتنی بر خانواده،<sup>۵</sup> جزء رویکردهای نوین مددکاری اجتماعی هستند و از پیچیدگی‌های نظری و عملیاتی خاصی برخوردار است. در رویکرد خانواده‌محور، معنای فرد از «خودبستگی»<sup>۶</sup> به «سلامتی معطوف به وابستگی متقابل»<sup>۷</sup> تغییر می‌یابد.<sup>۸</sup> بدین معنا که در این شیوه، مداخلات مددکاران به‌گونه‌ای تنظیم می‌شود تا هم‌زمان شرایط مددجو اصلی و تمامی اعضای خانواده، که به‌نوعی در ایجاد آسیب، بهبود آسیب و یا بازتوانی مددجو مؤثرند، کنترل شود. در این شیوه، مددکاران با تنوع وسیعی از خانواده‌ها روبه‌رو خواهند بود؛ خانواده‌های دارای فرزندان و کودکان نوجوان؛ والدین نوجوان؛ والدین بزهکار؛ خانواده‌های مهاجران غیرقانونی؛ افراد و خانواده‌های دارای فرد ناتوان و معلول و بسیاری از گروه‌های متنوع دیگر.

از طرفی دیگر، هنگامی که در مورد خانواده صحبت می‌کنیم، مراد کیفیت روابط درونی مجموعه‌ای از افراد متکثر، در تمامی مراحل زندگی و نمو آنهاست.<sup>۹</sup> از این رو صرف ثبت اطلاعات مربوط به اعضای خانواده، لزوماً به معنای تحقق مددکاری خانواده‌محور در طرح مثبت زندگی نیست و این امر نیازمند مداخله‌های تخصصی و حرفه‌ای است، که قاعدتاً از خدمات سطح یک سازمان فراتر خواهد رفت و باید

#### 1. Community

۲. مددکاری جامعه‌ای محله‌محور (راهنمای عملی تجارب مددکاران اجتماعی)، (۱۳۹۹).

۳. مددکاری اجتماع‌محور

۴. غربالگری

#### 5. Family-based Rehabilitation

#### 6. Self-sufficiency

#### 7. Health Interdependence

#### 8. Introduction to Social Work & Social Welfare: Critical Thinking Perspectives (2012)

۹. مددکاری اجتماعی؛ کار با خانواده (۱۳۹۳).



در کلینیک‌های تخصصی صورت پذیرد. اما اگر مراد از کاربرد خانواده‌محور در طرح جدید، صرفاً ثبت اطلاعات مربوط به کلیه اعضای خانواده مددجو باشد، این کار جدیدی نیست و پیش‌تر نیز در پرونده‌های مربوط به مددجویان، انجام می‌گردید.

نگاهی ساده به دستورالعمل حمایت‌های مالی سازمان بهزیستی هم گویای همین موضوع است. به‌عنوان مثال یک زن سرپرست خانوار در مراکز قبلی نیز برای ازدواج، تهیه جهیزیه، تحصیل، اشتغال، بیمه، معافیت‌ها و بسیاری دیگر از نیازمندی‌های فرزندان خود، از سازمان حمایت می‌گرفت. این امر نشان‌دهنده ثبت و لحاظ کردن اطلاعات و ویژگی‌های اعضای خانواده مددجو، در نوع خدمات ارائه شده به آنها، توسط مراکز پیشین بوده و از بدیهیات حرفه مددکاری اجتماعی است.

از این‌رو؛ به‌نظر می‌رسد طرح بدون توجه به ظرفیت‌های وجودی و نیروی انسانی این مراکز، از یک سو دچار آسیب «فراگیری غیرموجه و بدون ضابطه» است و از سوی دیگر از «جامعیت» لازم در ارائه خدمات اجتماع‌محور و خانواده‌محور برخوردار نیست.

۱-۵. تا پیش از راه‌اندازی مراکز مثبت زندگی، مجتمع‌های خدمات بهزیستی و کلینیک‌های مددکاری در جهت خدمت‌رسانی به جامعه هدف این سازمان، مجموعه‌ای از خدمات مددکاری، از جمله خدمات سطح یک سازمان را، ارائه می‌نمودند. برخی از خدمات این مراکز نیز پیش‌تر در قالب سامانه‌های نرم‌افزاری مختلف به شکل الکترونیکی انجام می‌شد. اما سازمان بهزیستی همه این مراکز را ملزم نموده است که برای تداوم فعالیت خود اقدام به اخذ مجوز مراکز مثبت زندگی کنند. در غیر این صورت مجوز این مراکز باطل شده و همه پرونده‌های مددکاری آنان باید به سازمان عودت داده شود. این در حالی است که از مجموع ۲۲ فعالیت تعریف شده برای مراکز مثبت زندگی، ۱۸ مورد، پیش از این در مراکز قبلی انجام می‌شده است. لذا سازمان بهزیستی می‌توانست با اعمال تغییراتی در ساختارهای موجود خود، چهار فعالیت باقی‌مانده را نیز در قالب مراکز موجود پوشش دهد.

درواقع سازمان باید به این مسئله توجه می‌نمود که با جامعه هدفی آسیب‌پذیر و شکننده روبه‌رو است و انجام هرگونه تغییرات ساختاری در زیرمجموعه این سازمان، باید با رعایت ملاحظات دقیق کارشناسی و توجیهات علمی کافی انجام شود. درواقع سازمان می‌توانست با اعمال یک نظارت دقیق و پایش عملکردی مستمر، ضعف‌ها و نواقص مراکز قبلی را جبران نماید و موارد جدید را نیز به همان سازوکار قبلی اضافه کند. از این‌رو؛ باید توجه نمود شایسته نیست که هزینه‌های ضعف نظارتی سازمان بهزیستی بر مراکز قبلی، با اعمال تغییرات ساختاری پیاپی، متوجه جامعه هدف آسیب‌پذیر این سازمان گردد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرح به دنبال ایجاد جامعیتی بوده که بلاوجه و کاذب و فاقد پشتوانه کارشناسی است.

## ۵-۲. اصل کفایت

کفایت در ارائه خدمات اجتماعی بدین معناست که ارائه هر خدمت باید از کمیت و کیفیت لازم برخوردار بوده و در راستای توانمندسازی و بی‌نیازسازی شهروندان از استمرار دریافت خدمات در آینده باشد. از این منظر توجه به چند نکته در طرح مثبت زندگی حائز اهمیت است:

۱-۲-۵. در ادبیات متأخر مددکاری اجتماعی، رویکرد اجتماع‌محور، متضمن حضور توأمان سه گروه است: مردم محلی، نهادهای دولتی و گروه‌ها و سازمان‌های غیردولتی. این سه گروه در تعامل با یکدیگر، دارای وظایف مشخصی هستند:

- مردم محلی: برنامه‌ریزی، مدیریت اجرا و نظارت کلی بر برنامه‌ها،
- نهادهای دولتی محلی: مشارکت، همکاری و حمایت از مداخلات و برنامه‌های گروه‌های محلی،
- نهادهای غیردولتی: انتقال دانش و مهارت‌های لازم به مردم محلی.<sup>۱</sup>

از طرفی دیگر پروژه‌های اجتماع‌محور اساساً فرایندی و گام‌به‌گام هستند. در گام اول مددکار اجتماعی اقدام به تحلیل وضعیت محله<sup>۲</sup> می‌نماید. این مرحله خود شامل شناخت اولیه اجتماع و اشخاص و مطلعین کلیدی،<sup>۳</sup> تحلیل دست‌اندرکاران<sup>۴</sup> و احياناً یک نیازسنجی<sup>۵</sup> اولیه است. در گام دوم با فراخواندن افراد و منابع برای حل مشکلات و پاسخ به نیازها، بسیج اجتماعی صورت خواهد گرفت. در گام سوم باید این نیروهای داوطلب بومی را سازمان‌دهی نمود. در مرحله بعد برنامه‌ریزی و ارائه خدمات با کمک افراد بومی صورت می‌پذیرد. گام نهایی نیز پایش و ارزیابی<sup>۶</sup> فرایند کار و اثرات آن بر جامعه هدف است.<sup>۷</sup>

بنابراین نگاهی به شرکای کاری این رویکرد و فرایند پیچیده اجرای آن نشان می‌دهد که صرفاً با شناسایی خیرین در یک محل و ارائه خدمات تسهیل‌گری، مطابق آنچه در دستورالعمل تأسیس و اداره مراکز مثبت زندگی بدان اشاره شده است، لزوماً مددکاری جامعه‌محور محقق نخواهد شد. از این‌رو؛ طرح مثبت زندگی با سازوکار کنونی از کفایت لازم برای تحقق مطلوب مدل مددکاری خانواده‌محور و جامعه‌محور برخوردار نیست.

۲-۲-۵. خدمات ارائه شده در مراکز مثبت زندگی می‌بایست به‌نحوی سازمان‌دهی و مدیریت می‌شدند که فرایند توانمندسازی و تکمیل چرخه حمایت‌های اجتماعی را فراهم کند و مددجو پس از طی فرایند دریافت خدمات اجتماعی و بازتوانی، از چرخه حمایت‌های اجتماعی خارج شده و یا لاقلاً میزان حمایت‌های دریافتی به مرور زمان با توانمندتر شدن آنها کمتر شود و زنجیره حمایت با بهره‌گیری از مشارکت کلیه شرکای اجتماعی به گردش درآید.

---

1. Geyer, 2006  
 2. Situation Analysis  
 3. Key Persons & Key Informant  
 4. Stakeholder Analysis  
 5. Need Assessment  
 6. Monitoring & Evaluation  
 7. Essentials of Community-based Rehabilitation (2017)



همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود از مجموع ۲۲ خدمت مراکز مثبت زندگی، خدمات اجتماع‌محوری از قبیل تسهیل‌گری و تشکیل تیم محله (CBO) و آموزش مهارت‌های زندگی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، می‌بایست در دستور کار این مراکز قرار می‌گرفت. اما مطالعات میدانی به عمل آمده حاکی از آن است که به دلایلی از قبیل ضعف زیرساختی، کمبود پرسنل مددکاری و کمبود اعتبارات و همچنین نبود برنامه عملیاتی مشخص، این خدمات در مراکز مثبت زندگی با کیفیت و حتی کمیت محدود هم ارائه نشده است. از این‌رو، طرح نه تنها از کفایت لازم برخوردار نبوده، بلکه چرخه حمایت اجتماعی در این حوزه نیز تکمیل نشده است.

### ۳-۵. اصل فراگیری

فراگیری در حوزه ارائه خدمات اجتماعی ناظر بر تلاش به‌منظور پوشش برابر و متوازن کلیه شهروندان جامعه در فرایند دریافت خدمات اجتماعی است. با استناد به این اصل چند ملاحظه پیرامون طرح حائز اهمیت است: ۱-۳-۵. مطابق با اطلاعات دریافتی از سازمان بهزیستی، در فاز نخست این طرح، حدود ۲۵۰۰ مرکز مثبت زندگی در ۲۵۰۰ محله در سطح کشور آغاز به کار نموده‌اند. در واقع چشم‌انداز سازمان این است که نحوه تشکیل مراکز مثبت زندگی براساس توزیع جغرافیایی و جمعیتی مددجویان تعریف شود؛ یعنی برحسب محل سکونت مددجویان در نقشه جغرافیایی، هر ۴۵۰ خانوار در یک محله، تحت پوشش یک مرکز قرار گیرند. در واقع با توجه به محله‌محور بودن این مراکز، سعی شده است تا جامعه تحت پوشش سازمان، در نزدیک‌ترین فاصله از محل سکونت خود، خدمات درخواستی را دریافت نمایند.

از طرف دیگر سازمان تلاش نموده است تا کلیه خدمات ارائه شده توسط خود را در یک مکان جمع‌نماید، تا مددجویان و افرادی که با این نهاد سروکار دارند، بدون سردرگمی به خدمات دسترسی داشته باشند. به‌عنوان مثال تا قبل از تأسیس این مراکز، یک معلول برای درخواست تجهیزات مورد نیاز خود باید به یک بخش خاص از سازمان بهزیستی مراجعه حضوری می‌کرد. یک فرد مستمری‌بگیر برای قطع و وصل مستمری خود باید به یک بخش خاص دیگر و یک زن سرپرست خانوار هم برای حل امور اداری خود باید به بخشی دیگر مراجعه می‌نمود. اکنون، اما مددجویان برای رسیدگی به درخواست‌های خود، می‌توانند به نزدیک‌ترین مرکز مثبت زندگی در محل سکونت‌شان مراجعه و مطالبات خود را مطرح کنند. در واقع توزیع جغرافیایی متوازن طرح در محلات مختلف کشور، زمینه‌ساز تسهیل دسترسی گروه‌های هدف به خدمات سازمان شده است و از این‌رو اجرای طرح از منظر رعایت «اصل فراگیری»، به‌ویژه از منظر جغرافیایی و محلی، مثبت قلمداد می‌شود.

اگرچه طرح شمولیت مناسبی به‌لحاظ مکانی و جغرافیایی دارد، اما با توجه به گزارش‌های میدانی واصله به‌دلیل استیجاری بودن مراکز و جابه‌جایی احتمالی مشمولین در هر سال، این امر باعث می‌شود

که ارائه خدمات اجتماعی در طرح مثبت زندگی از فراگیری مستمری برخوردار نباشد.

۲-۳-۵. در جزء «۸» بند «الف» شاخص‌های ارزیابی و اولویت‌بندی متقاضیان اخذ مجوز مراکز مثبت زندگی، کارمند بازنشسته و بازرخرد سازمان بهزیستی با (۵) نمره بر فرد غیر بازنشسته این سازمان (با صفر امتیاز) مزیت داده شده است. این اقدام بهزیستی خلاف سیاست‌های رسمی کشور و مغایر با قانون منع به‌کارگیری بازنشستگان، مصوب ۱۳۹۵/۲/۲۰، است و از سوی دیگر فراگیری مضمولان اجرای طرح را با محدودیت مواجه می‌سازد.

#### ۴-۵. اصل پایداری منابع مالی

این اصل بیانگر لزوم رعایت سیاست‌های مالی مشخص، منظم و منسجم در حوزه ارائه خدمات اجتماعی در کشور است.

۱-۴-۵. در تفاهمنامه‌ای که میان سازمان بهزیستی و مراکز مثبت زندگی امضا شده است، تعهدات مالی سازمان در قبال این مراکز و بازه زمانی پرداخت به‌صراحت مشخص نشده است. این در حالی است که هر مرکز (شخص صاحب امتیاز)، در ازای ۴۵۰ پرونده، موظف به جذب حداقل چهار نفر نیروی انسانی و پرداخت حداقل حقوق ماهیانه قانون کار به این افراد، هزینه‌های جاری، اجاره مکان (در صورت استیجاری بودن)، تجهیز و استانداردسازی مکان مطابق ضوابط اعلام شده توسط سازمان بهزیستی و غیره است.

از سوی دیگر نگاهی گذرا به سرانه‌های اختصاص داده شده به این مراکز نشان می‌دهد که اساساً تناسبی میان دریافتی این مراکز و سطح خدمات درخواست شده از آنان برای ارائه به جامعه هدف، وجود ندارد. براساس جدول ۶ و بر مبنای اطلاعات و گزارش‌های دریافتی از سازمان بهزیستی و مراکز مثبت زندگی در کشور<sup>۱</sup> میانگین دریافتی ماهیانه این مراکز در سال ۱۳۹۹، در خوش‌بینانه‌ترین حالت، حدود ۱۳ میلیون تومان و در سال ۱۴۰۰، حدود ۱۶ میلیون تومان بوده است. بر این اساس گزارش‌های دریافتی از مددکاران و مراکز نشان می‌دهد که متوسط حقوق پرداختی به پرسنل مددکاری حدود دو میلیون تومان می‌باشد. این در حالی است که حداقل حقوق وزارت کار در سال گذشته یک میلیون و نهصد هزار تومان و در سال ۱۴۰۰ حدود دو میلیون و ششصد هزار تومان<sup>۲</sup> بوده است. از طرف دیگر بسیاری از مراکز نیز استیجاری بوده و ناگزیر به پرداخت اجاره‌بها هستند.

بنابراین، با چنین پرداختی‌هایی، مراکز در پرداخت حداقل دستمزد نیروهای مددکاری خود نیز ناتوان خواهند بود و احتمالاً یا ناگزیر به جذب مددکار پاره‌وقت خواهند شد و یا خود مددکاران برای امرار معاش، به فعالیت در شغل دوم خواهند پرداخت. از طرفی گزارش‌های غیررسمی حاکی از این است که برخی مراکز به‌منظور فرار از پرداخت حق بیمه پرسنل خود، هر سه ماه یک بار، نیروهای خود را جایگزین

۱. در ازای ۴۵۰ پرونده.

۲. بدون احتساب حق بیمه و سایر مزایای تأمین اجتماعی.



می‌سازند. درنهایت همگی این موارد باعث سلب آرامش ذهنی و کیفیت کاری مددکاران خواهد شد و زیان چنین سازوکاری درنهایت متوجه مددجویان، به‌عنوان ضعیف‌ترین و نیازمندترین اقشار جامعه خواهد بود. ازاین‌رو طرح حاضر از لحاظ شاخص پایداری و استمرار حمایت‌های مالی با چالش جدی روبه‌رو است.

## ۵-۵. اصل نظارت و اثربخشی

شاخص نظارت و اثربخشی نیز به دنبال پایش مستمر دولتی به‌منظور ارزیابی اثربخشی خدمات اجتماعی ارائه شده بر جامعه دریافت‌کننده خدمات است.

۵-۵-۱. در حالی که پیش‌تر، اطلاعات مربوط به مددجویان در پرونده‌های فیزیکی مددکاری آنان ثبت می‌گردید، از این پس قرار است که کلیه اطلاعات مربوط به مددجویان و اعضای خانواده آنان، در بستر یک سامانه ثبت شود. درواقع اطلاعات کلیه افراد خانواده، در یک پرونده واحد (خانواده) ثبت خواهد شد. به‌عنوان مثال خانواده‌ای شامل یک زن سرپرست خانوار یا سرپرست معلول، فرزند دارای معلولیت، کودک دارای بدسرپرست، فرزند محصل، سرباز، دانشجو، فرزندان چندقلو و فرزند دارای معلولیت ضایعه نخاعی بوده، که هرکدام دارای پرونده‌ای جداگانه در سازمان بوده است. از این پس کلیه این اطلاعات در یک پرونده واحد ثبت می‌شود و برای هر یک از افراد، مطابق دستورالعمل‌های تخصصی، خدمت خاصی ارائه می‌شود. برای هر خانواده فقط یک شماره حساب آن هم به‌نام سرپرست خانواده ثبت می‌گردد و پرداخت‌های مستمر و غیرمستمر به خانواده و یا عضو، فقط به حساب سرپرست خانواده واریز خواهد شد. این امر علاوه بر کمک به ایجاد شفافیت بیشتر در روند ارائه خدمات به جامعه هدف، باعث تسهیل در دسترسی به اطلاعات این افراد توسط مددکاران، به‌منظور ارائه مشاوره‌های خانواده‌محور به مددجویان خواهد شد.

ایجاد شفافیت در زمینه اطلاعات مددجویان و خانوارها و آخرین وضعیت دریافت خدمات توسط آنان، زمینه را برای امکان نظارت بیشتر بر روند حمایت اجتماعی و بازتوانی جامعه هدف سازمان بهزیستی، فراهم خواهد نمود؛ اما مسئله حائز اهمیت این است که شفافیت لزوماً باعث افزایش کارایی و اثربخشی نخواهد شد و این هدف باید در کنار سایر شرایط حاکم بر این مراکز مورد بررسی و قضاوت قرار گیرد.

۵-۵-۲. فرایند جابه‌جایی و نقل‌وانتقال پرونده‌ها توسط سازمان بهزیستی در بین مراکز قدیم و جدید، در حالی صورت گرفت که مددجویان هیچ اطلاعی از روند آن نداشتند. این عمل می‌تواند باعث قطع یکباره رابطه مددکار و مددجو و زمینه‌ساز خسارت‌های عاطفی، روحی و حتی اقتصادی به اقشار ضعیف تحت پوشش این سازمان شده و باعث بروز اختلالات جدی در فرایند توانمندسازی آنان گردد. از طرفی اعتماد افرادی که پرونده‌هایشان به مراکز قبلی واگذار شده بود، حاصل ارتباط حرفه‌ای چندین ساله بین مددکار و مددجو است، که نمی‌توان به‌راحتی آن را یکباره حذف نمود.

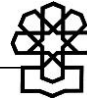
این سازوکار ضرب‌العجلی با تقلیل دادن ماهیت سیال و ظریف خدمات اجتماعی به کالایی مادی، عملاً هم اثربخشی و هم جامعیت طرح را با چالش روبه‌رو می‌سازد. باید توجه نمود که موضوعات و مسائل اجتماعی ماهیت فرارونده، برگشت‌پذیر و سیال دارند و هرگونه توقف و تأخیر در نظام ارائه خدمات اجتماعی، ممکن است منجر به بی‌اثر شدن و خنثی‌سازی اقدامات پیشین و تحمیل هزینه‌های مضاعف گردد.

۳-۵-۵. یکی از مهم‌ترین مواردی که سازمان بهزیستی به‌عنوان یک تحول مثبت در مراکز جدید نسبت به مراکز قبلی، از آن یاد می‌کند، محله‌محور شدن و جانمایی بهتر مراکز در سطح محلات در کشور است. ایده فوق‌گرفته در ذات خود یک نوآوری مطلوب اجتماعی و در جهت حمایت از جامعه هدف سازمان به حساب می‌آید، اما بدون توجه به یک ملاحظه مهم، اجرایی و دنبال شده است. در این رابطه، باید توجه کرد که مطابق اطلاعات میدانی دریافتی، بسیاری از مراکز جدید، استیجاری بوده و احتمالاً بعد از مدتی محله را ترک خواهند نمود. این امر در حالی صورت می‌پذیرد که مراکز قبلی (شامل پایگاه خدمات اجتماعی، پایگاه سلامت اجتماعی، مجتمع‌های خدمات بهزیستی، کلینیک‌های مددکاری اجتماعی)، گرچه چنین پوشش جغرافیایی متوازنی نداشتند، اما عمدتاً ملک شخصی مسئول مراکز بوده و سال‌ها مورد شناخت و مراجعه توسط مددجویان بوده‌اند.

از سوی دیگر باید توجه نمود که مددجویان سازمان بهزیستی اساساً شهروندان دهک‌های یک تا سه جامعه هستند و عموماً در املاک استیجاری ساکن بوده و احتمالاً هر ساله و بعد از مدت کوتاهی، محل سکونت خود را تغییر خواهند داد و طبیعتاً پرونده مددکاری آنان نیز به مراکز مستقر در محلات جدید انتقال خواهد یافت. بنابراین با سازوکار فعلی محله‌محورسازی مراکز در سطح کشور فاقد معنا خواهد بود. درنهایت نیز این قبیل تغییر و تحولات می‌تواند زمینه‌ساز بی‌اعتمادی بخش خصوصی نسبت به تصمیمات ناپایدار دولت و سردرگمی و ایجاد نارضایتی در میان اقشار مختلف مددجویان آسیب‌پذیر شود.

۴-۵-۵. یکی دیگر از نکاتی که سازمان بهزیستی در وصف نقاط مثبت این طرح نسبت به مراکز قبلی، بر آن پافشاری می‌نماید و در تفاهمنامه‌های مالی خود نیز تصریح نموده که صرفاً بر آن اساس، اقدام به پرداخت یارانه به مراکز خواهد نمود، «ملزم نمودن مددکاران به ثبت دقیق اطلاعات مددجویان و خانواده ایشان در سامانه و ارائه گزارش سیستمی کلیه خدمات ارائه شده توسط پرسنل مددکار» است. این اقدام سازمان بهزیستی بدون توجه به چند ملاحظه مهم اتفاق افتاده است:

- مددکاری اساساً حرفه‌ای با ماهیتی سیال، مستمر و نیازمند خلاقیت است. مددکار اجتماعی یک اپراتور کامپیوتری نیست و نباید دغدغه کار با سیستم و سامانه الکترونیکی داشته باشد. اما از طرفی هنگامی که تمام پرداختی‌های این مراکز، منوط به ثبت عملکرد در سامانه باشد، مددکار ناگزیر به صرف وقت زیادی برای کار با سامانه خواهد بود. به‌عنوان مثال هنگامی که مددجو با مرکز تماس تلفنی برقرار می‌کند (که در شرایط پاندمی کرونا بسیار محتمل بود) به این دلیل که این تماس تلفنی نمی‌تواند در سامانه ثبت شود،



مددکار از پاسخ تفصیلی و ارائه مشاوره‌های عمیق به مددجویان امتناع خواهد نمود. در این حالت، رابطه بین مددکار و مددجو، به جای رابطه‌ای دوستانه و فارغ از نگرانی‌های مادی و اختصاص زمان، رابطه‌ای سرد، ماشینی و به مثابه رابطه یک اپراتور با فردی تماس‌گیرنده خواهد بود. در حرفه مددکاری، در بسیاری از موارد، مددجو و توانخواه بیشتر مایل به شنیده شدن، درک شدن و گوش داده شدن فعالانه از جانب مددکار است، تا ارائه مشاوره تخصصی. در این حالت تمام تلاش مدیران مراکز بخش خصوصی معطوف به افزایش ثبث عملکرد (بدون توجه به کیفیت خدمات ارائه شده) در راستای کسب یارانه بیشتر خواهد بود.

- از سوی دیگر کیفیت پایین سامانه مثبت زندگی، چالش زیادی را برای مراکز ایجاد کرده است. باید این مسئله مهم را در نظر گرفت که وقتی تمام پرداختی‌های سازمان، منوط به ثبت عملکرد در سامانه باشد و سامانه نیز از زیرساخت ضعیفی برخوردار باشد، این امر به اضطراب و تشویش ذهنی پرسنل مراکز منجر خواهد شد. پیش‌تر عنوان شد که مددکارانی که باید هر لحظه آمادگی تسکین دادن دغدغه‌های ذهنی مددجویان خود را داشته باشند، نباید خود در فضایی پُر از التهاب فعالیت نمایند.

### جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

گزارش حاضر به‌عنوان یک گزارش نظارتی تلاش نموده تا با کاربست یک مدل مفهومی ویژه، اقدام به بررسی و نقد سازوکار اجرای یک طرح ساختاری در سازمان بهزیستی کشور و نحوه ارائه خدمات اجتماعی در این ساختار تازه‌تأسیس نماید. بدین منظور تلاش شد از اصول پنج‌گانه مصرح در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور، به‌عنوان مهم‌ترین و جامع‌ترین سند نظام رفاهی کشور، به‌عنوان چارچوب نظارتی پژوهش حاضر استفاده شود.

در جدول ۷ یافته‌های پژوهش حاضر به استناد اصول پنج‌گانه ارائه شده است.

### جدول ۷. نتایج ارزیابی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح مثبت زندگی

اصل	نتایج ارزیابی سیاست
جامعیت	طرح به‌دلیل عدم رعایت اصول علمی و حرفه‌ای مددکاری خانواده‌محور و مددکاری اجتماع‌محور فاقد جامعیت است. از سوی دیگر از مجموع ۲۲ فعالیت تعریف شده برای مراکز مثبت زندگی، ۱۸ مورد، پیش از این در مراکز قبلی انجام می‌شده است. لذا سازمان بهزیستی می‌توانست با اعمال تغییراتی در ساختارهای موجود خود، چهار فعالیت باقی‌مانده را نیز در قالب مراکز موجود پوشش دهد. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که طرح به دنبال ایجاد جامعیتی بوده که بلاوجه و کاذب و فاقد پشتوانه کارشناسی است.
کفایت	طرح به‌دلیل عدم مشارکت طلبیدن شرکای اجتماعی در تحقق مدل خانواده‌محور و اجتماع‌محور و همچنین به دلایلی از قبیل ضعف زیرساختی، کمبود پرسنل مددکاری و کمبود اعتبارات و همچنین نبود برنامه عملیاتی مشخص، نتوانسته است خدمات فراتر از سطح یک را با کیفیت و کمیت مطلوب ارائه دهد. از این‌رو، طرح نه تنها از کفایت لازم برخوردار نبوده، بلکه چرخه حمایت‌های اجتماعی در این حوزه نیز تکمیل نشده است.
فراگیری	اگرچه طرح مثبت زندگی شمولیت مناسبی به‌لحاظ مکانی و جغرافیایی دارد، اما با توجه به گزارش‌های میدانی واصله، استیجاری بودن مراکز و جابه‌جایی احتمالی مشمولین در هر سال، باعث خواهد شد که ارائه خدمات اجتماعی در این طرح از فراگیری مستمری برخوردار نباشد.

اصل	نتایج ارزیابی سیاست
پایداری منابع مالی	به دلیل عدم وجود تناسب میان دریافتی این مراکز و سطح خدمات درخواست شده از آنان برای ارائه به جامعه هدف و عدم رعایت حقوق دستمزدی و بیمه‌ای پرسنل مددکاری و پرداخت‌های نامنظم، طرح با چالش جدی در حوزه پایداری منابع مالی روبه‌رو است.
نظارت و اثربخشی	فرایند جابه‌جایی و نقل‌وانتقال پرونده‌ها توسط سازمان بهزیستی در بین مراکز قدیم و جدید، در حالی صورت گرفته است که مددجویان اطلاعی از روند آن نداشته‌اند. این عمل می‌تواند باعث قطع یکباره رابطه مددکار و مددجو شده و زمینه‌ساز خسارت‌های عاطفی، روحی و حتی اقتصادی به اقشار ضعیف تحت پوشش این سازمان و بروز اختلالات جدی در فرایند توانمندسازی آنان گردد. از طرفی اعتماد افرادی که پرونده‌هایشان به مراکز قبلی واگذار شده بود، حاصل ارتباط حرفه‌ای چندین ساله بین مددکار و مددجو است که نمی‌توان به راحتی آن را یکباره حذف نمود. این سازوکار ضرب‌العجلی با تقلیل دادن ماهیت سیال و ظریف خدمات اجتماعی به کالایی مادی، عملاً هم اثربخشی و هم جامعیت طرح را با چالش روبه‌رو می‌سازد.

- در مجموع نتایج ارزیابی طرح مثبت زندگی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین طرح‌های ارائه خدمات اجتماعی در کشور نشان می‌دهد که سازوکار برون‌سپاری خدمات اجتماعی در نهادهای حمایتی کشور با چالش‌های اساسی روبه‌رو است. مادامی که زمینه‌ها و شرایط لازم برای عملکرد مطلوب بخش غیردولتی فراهم نباشد تداوم چنین سیاست‌هایی نوعی گمراهی سیاستی و اتلاف منابع محسوب می‌شود، لذا بایستی به این امر توجه داشت که موضوعات و مسائل اجتماعی ماهیت فرارونده، برگشت‌پذیر و سیال دارند و هرگونه توقف و تأخیر در نظام ارائه خدمات اجتماعی، ممکن است منجر به بی‌اثر شدن و خنثی‌سازی اقدامات پیشین، تحمیل هزینه‌های مضاعف و عدم تکمیل چرخه سیاستگذاری اجتماعی شود.

- یکی از مهم‌ترین نقص‌های طرح ایجاد مراکز مثبت زندگی، بنا نهادن آن بر پایه پیش‌فرض‌های نادرست است. در واقع طراحان این ایده در سازمان بهزیستی با این پیش‌فرض که با اعمال یک سری تغییرات سامانه‌ای، مکانیکی و ضرب‌العجلی می‌توان کیفیت خدمات اجتماعی ارائه شده در بخشی از مراکز غیردولتی تحت نظارت این سازمان را ارتقا داد، به این نکته حیاتی توجه ننمودند که قلمرو مدیریت خدمات اجتماعی، ماهیتاً حوزه‌ای حساس و خطیر است. در واقع هرگونه تغییر و تحول ساختاری و اعمال تصمیمات کلان در این حوزه، باید با بررسی‌های کامل و مطالعات و پژوهش‌های مقدماتی جامع صورت پذیرد. باید توجه نمود که جامعه هدف سازمان بهزیستی از آسیب‌پذیرترین و بی‌صداترین اقشار جامعه شکل می‌گیرد و هرگونه تغییر در مکانیسم ارائه خدمات به آنها باید به صورت تدریجی و با همراهی و آگاهی بخشی به جامعه هدف انجام پذیرد.

- مسئله حائز اهمیت دیگر اینکه سازمان بهزیستی یکباره تصمیم به اجرای طرحی ملی و فراگیر می‌گیرد. حال آنکه بسیاری از خدماتی که بناست در این مراکز به مددجویان ارائه شود، پیش‌تر در مراکز قبلی انجام می‌گرفت. در واقع با اعمال تغییراتی در مراکز پیشین، همچون تقویت ابعاد نظارتی بر مجتمع‌های خدمات بهزیستی و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی، سازمان می‌توانست از ایجاد تغییر و تحولات ساختاری و پُر هزینه مادی و معنوی اجتناب نماید. از طرف دیگر در صورت وجود ضرورت در تأسیس مراکز جدید،



طرح می‌بایست ابتدا به صورت پایلوت در یک یا چند استان اجرا شده و پس از احصای مشکلات اجرایی و پایش اثر تغییرات جدید بر جامعه هدف، به صورت تدریجی در سطح ملی ایجاد می‌شد.

- فارغ از ملاحظات کلی و ماهیتی، طرح از لحاظ اجرایی نیز با نواقص و چالش‌های فراوانی روبه‌رو بوده که تحقق اهداف مورد اشاره در ماده (۲) دستورالعمل اجرایی آن را، با ابهامات فراوانی مواجه می‌کند. یکی از مهم‌ترین نواقص طرح، که بسیاری از اهداف اجرای آن را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، عدم برآورد مالی صحیح از هزینه نگهداری مراکز توسط بخش غیردولتی و تعیین تعرفه‌های غیرواقعی برای خدمات ارائه شده توسط این مراکز است. بر این اساس می‌بایست ابتدا طبق قراردادهای پیمانکاری، حداقل‌های قانونی برای پرسنل در نظر گرفته می‌شد، سپس مابقی پرداخت سازمان به این مراکز براساس نحوه عملکرد آنان و تعداد پرونده‌های بررسی شده، پرداخت می‌گردید.

رسالت حرفه مددکاری اجتماعی زمانی محقق خواهد شد که حداقل‌های قانونی برای یک مجموعه مددکاری حاصل شود، تا بتواند بدون دغدغه، به رفع نیازهای مددجویان بپردازد و در راه توانبخشی محرومین بکوشد. توجه به این نکته حائز اهمیت است که یک مرکز غیردولتی ارائه خدمات اجتماعی، در کنار تمام دغدغه‌مندی‌های اجتماعی خود، در ذات خود یک نهاد انتفاعی است و با هدف کسب سود فعالیت خود را آغاز می‌نماید. حال بخش غیردولتی با این میزان دریافتی و در تناسب با هزینه‌ای که دارد، چگونه می‌تواند فعالیت و خدمت منجر به رضایت برای افراد تحت پوشش ارائه نماید؟ و از چه راه‌هایی باید سایر هزینه‌های مازاد خود را جبران کند؟ عدم شفافیت مالی و عدم پاسخگویی شفاف سازمان به این مراکز، نتیجه‌ای جز کاهش انگیزه فعالان این مراکز و پایین آمدن سطح خدمات ارائه شده توسط آنها و درنهایت، هدایت سیستماتیک این مراکز به روش‌های کسب درآمد غیرشفاف، تضييع حقوق پرسنل مددکاری و آسیب دیدن مددجویان بهزیستی، نخواهد داشت.

- علاوه بر عدم رعایت اصل پایداری مالی، طرح با چالش‌های زیرساختی همچون کیفیت پایین سامانه مثبت زندگی نیز روبه‌رو بوده است. حرفه مددکاری اصولاً حرفه‌ای با ماهیتی سیال، مستمر و نیازمند خلاقیت است. مددکار اجتماعی یک اپراتور کامپیوتری نیست و نباید دغدغه کار با سیستم و سامانه الکترونیکی داشته باشد. اما به دلیل ضعف پرداختی‌ها به مراکز، آنان ناگزیر شده‌اند که «نقش متصدی اداری و پذیرش» را که در دستورالعمل پیش‌بینی شده بود، حذف نمایند و از پرسنل مددکاری به منظور ورود اطلاعات به سامانه استفاده نمایند.

- از سوی دیگر طرح با ادعای اتخاذ رویکردهای نوین مددکاری اجتماعی همچون رویکرد خانواده‌محور و اجتماع‌محور تأسیس شده است؛ اما بررسی‌های کارشناسی این گزارش نشان داد که به دلیل عدم ادراک درست علمی طراحان از پیش‌نیازهای کاربست چنین رویکردهایی و عدم برآورد مالی و نیروی انسانی دقیق، اعمال چنین رویکردهایی با سازوکار فعلی عملاً امکان‌پذیر نیست.

## پیشنهادها

در این بخش با توجه به وجود چالش‌های اصلی احصا شده از طرح مثبت زندگی در این گزارش، همچون چالش عدم پیش‌بینی لوازم علمی و اجرایی متناسب با زیرساخت‌های موجود، عدم شفافیت و پایداری منابع مالی و عدم تناسب میان اهداف تأسیس و اقدامات صورت گرفته، پرسش‌های ذیل به‌منظور تقویت سازوکارهای نظارتی مجلس شورای اسلامی، پیشنهاد می‌شود:

### ۱. ابهام در ضرورت تغییر در رویه ارائه خدمات اجتماعی

تا پیش از راه‌اندازی مراکز مثبت زندگی، مجتمع‌های خدمات بهزیستی و کلینیک‌های مددکاری در جهت خدمت‌رسانی به جامعه هدف این سازمان، مجموعه‌ای از خدمات مددکاری، از جمله خدمات سطح یک سازمان را ارائه می‌نمودند. برخی از خدمات این مراکز نیز پیش‌تر در قالب سامانه‌های نرم‌افزاری مختلف به شکل الکترونیکی انجام می‌شد؛ به‌طوری که از مجموع ۲۲ فعالیت تعریف شده برای مراکز مثبت زندگی، ۱۸ مورد، پیش از این در مراکز قبلی انجام می‌شده است. در چنین شرایطی، ضرورت ایجاد چنین تغییرات کلان و ساختاری در مراکز غیردولتی وابسته به سازمان بهزیستی چه بوده است؟

### ۲. عدم رعایت اصول علمی و حرفه‌ای مددکاری اجتماعی در ضوابط اجرایی طرح

با توجه به عدم وجود مطالعات پشتیبان و فقدان بررسی‌های کارشناسی کافی به‌منظور اجرای طرح فوق، سازمان بهزیستی کشور باید هرچه سریع‌تر نسبت به ارائه گزارش‌های نظارتی و کارشناسی به محافل علمی مددکاری اجتماعی و ذی‌نفعان طرح اقدام نماید.

### ۳. عدم تناسب میان اصل محله‌محوری با استقرار استیجاری مراکز و مددجویان

در شرایطی که بسیاری از مراکز جدید، استیجاری بوده و احتمالاً بعد از مدتی محله را ترک خواهند نمود و عمده مددجویان سازمان بهزیستی نیز ساکن املاک استیجاری هستند و احتمالاً هر ساله و بعد از مدت کوتاهی، محل سکونت خود را تغییر خواهند داد و طبیعتاً پرونده مددکاری آنان نیز به مراکز مستقر در محلات جدید انتقال خواهد یافت، سازمان چگونه می‌خواهد از فواید جانمایی متوازن مراکز در سطح کشور بهره‌مند شده و ارتباط مستمر و پیوسته میان مددکار و مددجو را حفظ نماید؟

### ۴. ابهام در تحقق اهداف در نظر گرفته‌شده در حوزه مددکاری خانواده‌محور و جامعه‌محور

با توجه به سازوکار فعلی، سازمان بهزیستی پس از گذشت حدود دو سال از شروع طرح، چه خروجی مشخصی در حوزه مددکاری خانواده‌محور و جامعه‌محور از مراکز دریافت نموده است؟



## ۵. عدم پایداری مالی طرح

با توجه به بررسی‌های تفصیلی انجام شده در گزارش، سازمان باید گزارش عملکرد مالی خود را در سال جاری، به مجلس ارائه نموده و گزارشی جامع از وضعیت حقوقی و بیمه‌ای پرسنل مددکاری، نحوه عقد قرارداد با مراکز و میزان اثربخشی سازوکارهای جلب مشارکت‌های مردمی توسط مراکز، ارائه دهد.

### منابع و مآخذ

۱. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.
۲. قانون احکام دائمی توسعه، مصوب ۱۳۹۶/۱/۱۶.
۳. قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه کشور، مصوب ۱۳۹۶/۱/۱۷.
۴. قانون مدیریت خدمات کشوری، مصوب ۱۳۸۶/۷/۸.
۵. قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل چهل‌وچهارم قانون اساسی، مصوب ۱۳۸۶/۱۱/۸.
۶. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۸۳/۲/۲۱.
۷. قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷.
۸. لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور، مصوب ۱۳۵۹/۳/۲۴.
۹. دستورالعمل اجرایی و شیوه‌نامه‌های تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، تهران، سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۹.
۱۰. قادری و همکاران. مددکاری جامعه‌ای محله‌محور؛ راهنمای عملی تجارب مددکاران اجتماعی. تهران، آرون، ۱۳۹۹.
۱۱. کالینز و همکاران. مددکاری اجتماعی؛ کار با خانواده، ترجمه فریده همتی، تهران، سمت، ۱۳۹۳.
۱۲. موسوی چلک، سیدحسین. مددکاری اجتماعی (کار با فرد ۲)، تهران، نشر شلاک، ۱۳۹۵.
۱۳. مافت، مری؛ اشفورد، خوزه. اصول و مبانی مددکاری اجتماعی، تهران، آوای نور، ۱۳۹۷.
14. Baradaran Eftekhari, M., et al. (2014). A Qualitative Study of Community-Based Health Programs in Iran: An Experience of Participation in IR Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(6).
15. Crisp, B.R. & Beddoe, L. (2012). *Promoting Health and Well-being in Social Work Education*. Routledge.4++
16. Geyer, Y(2006). *Advocacy and Communication: Handbook Series for Community-Based Organisations*. Institute for Democracy in South Africa (IDASA).
17. Rothman, J. (1968). *Three Models of Community Organization Practice*. National Conference on Social Welfare. New York: Columbia University Press.
18. Cox, L, et al. (2018). *Introduction to Social Work: An Advocacy-Based Profession (Social Work in the New Century)*. SAGE Publications.
19. Kirst-Ashman, K. (2012). *Introduction to Social Work & Social Welfare: Critical Thinking Perspectives*. Brooks Cole; 4th edition.
20. Nagar, S. (2017). *Essentials of Community-based Rehabilitation*. Jaypee Brothers Medical Publishers; First edition.
21. Skidmore, R. (1995). *Social Work Administration: Dynamic Management and Human Relationships*. Pearson Education; 3rd edition.

22. DuBois, B. (2018). Social Work: An Empowering Profession (The Merrill Social Work and Human Services Series). Pearson; 9th edition
23. Consultation to Review Community – Based Rehabilitation. Geneva, World Health Organization, 2004.
24. CBR: A strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities. joint position paper / International Labour organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural organization and the World Health organization, 2004.
25. Report of the 4th Meeting on Development of CBR Guidelines. Geneva, World Health Organization, 2006.
26. Nahvinejad, H.(2004). Performance of Community – Based Rehabilitation (CBR) in Rural Areas of Islamic Republic of Iran. Iranian Rehabilitation 1(1).