

طبقه‌بندی عملکرد، ناتوانی و سلامت
(راهنمای کمیسیونهای پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت)

مؤلف: دکتر کیوان دواتگران

سمت: مدیرکل دفتر توانمندسازی معلولین
و رئیس کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت

سخن مؤلف

دنیای امروز محل تبادل اندیشه‌ها و فضای روح بخشی است که در سایه خلاقیت و نوآوری شکل گرفته و مسیر آموختن و ساختن را برای نسل‌های آتی هموار ساخته است. بدون شک آموزش و توانبخشی معلولان نیز در چنین دنیایی تحت تأثیر یافته‌های علمی روز، تحولات چشمگیری را پشت سر می‌گذارد تا سمت و سوی فرآیند خدمت‌رسانی به افراد معلول، همگام با دگرگونی‌های علمی گسترش یابد. بی تردید ایجاد هرگونه نوآوری ولو در ساختارهای علمی با چالش‌ها و موانع بسیاری همراه است. جایگزینی نظام جدید تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت نیز در بدو امر با دشواری‌هایی مواجه بوده است و تشبیه هرچه بیشتر این نظام هم جز با همدلی و اعتقاد راسخ به دورنمای اقدامات توانبخشی امکان پذیر نخواهد شد.

انواع معلولیت

در حال حاضر فقط چهار سرفصل از کدهای b و s از فصول هشت گانه آسیب‌های رایج ICF شامل فصول اول، دوم، سوم و هفتم در دستور کار کمیسیون‌های تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی کشور قرار دارد. سرفصل اول Mental Impairment شامل پیامد چهار گروه از اختلالات: ذهنی هوشی، تکاملی رشد، سایکوتیک و شناختی می‌باشد. سرفصل دوم Sensory Impairment شامل پیامدهای حاصل از اختلالات بینایی و شنوایی می‌باشد. سرفصل سوم Impairment Voice & Speech شامل پیامدهای حاصل از اختلالات صوت و گفتار می‌باشد. سرفصل هفتم Movement Impairment شامل پیامد دو گروه از اختلالات:

جسمی حرکتی با منشاء ارتوپدی و جسمی حرکتی با منشاء نورولوژی می‌باشد. در واقع تشخیص نوع آسیب در سازمان بهزیستی معادل تشخیص نوع معلولیت تلقی می‌گردد.

شدت معلولیت

اعضاء کمیسیون پزشکی بر اساس داده‌ها و یافته‌های مندرج در پرونده در ۳ سطح زیر اقدام به تعیین جایگاه فرد در طیف عملکرد ناتوانی می‌نمایند:

۱. مشکل در وضعیت سلامت یا اطلاعات مربوط به بیماری - اختلال و هر آنچه که توسط پزشک به عنوان تشخیص پزشکی در پرونده لحاظ گردیده است، (تشخیص پزشکی بیماری وظیفه کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان نمی‌باشد)
۲. مشکل در ساختار تشریحی یا عملکرد فیزیولوژیک که همان آسیب در فصول چهارگانه ICF می‌باشد که توسط گروه پزشکی و توانپزشکی تعیین می‌گردد.

۳. مشکل در ظرفیت و قابلیت فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت‌های اجتماعی که معادل دشواری یا محدودیت در این سطح می‌باشد.

تعیین سطح آسیب، به تنهایی معرف شدت معلولیت فرد نیست و وضعیت فرد در طیف عملکرد - ناتوانی را مشخص نخواهد کرد، لذا تعیین جایگاه عملکرد فرد در ۲ سطح آسیب و محدودیت، اصلی‌ترین وظیفه اعضاء کمیسیون خواهد بود که با اجماع نظر منجر به تعیین شدت معلولیت فرد خواهد شد.

تعیین شدت معلولیت به معنی "اندازه و وسعت مشکل" در طیف عملکرد ۱ بوده که برآیند اندازه و وسعت آسیب در سطوح آناتومیک و فیزیولوژیک از یک سو و محدودیت در قابلیت انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (افت عملکرد) از سوی دیگر می‌باشد. تعیین سطح دشواری یا محدودیت‌های عملکردی در فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت‌های اجتماعی از طریق ابزارهای رایج و شناخته شده سنجش پیامد تعیین می‌گردد.

شدت معلولیت در Mental Impairment

آسیب‌های ناشی از طیف اختلالات ذهنی هوشی، تکاملی رشد، سایکوتیک و شناختی به هر گونه آسیب در عملکرد هوشی، هیجانی، رفتاری یا شناختی اطلاق می‌گردد که با کاستی‌ها و اختلالاتی در مهارت‌های انطباقی همراه بوده و در وضعیت روانشناختی یا رفتاری فرد بروز نماید. این اختلالات با منشاء ژنتیک، عوامل اجتماعی، روانشناختی، بیوشیمیایی و سایر عوامل نظیر عفونت یا تروما ایجاد می‌شود. این اختلالات توسط متخصصین گروه‌های روانپزشکی، نورولوژی و اطفال، تشخیص و به کمیسیون معرفی می‌گردد.

روش‌های مختلفی برای ارزیابی این گروه وجود دارد که مناسب‌ترین آن ارزیابی کارکرد هوشی ذهنی و تکاملی رشد توسط مقیاس‌های وکسلر، آزمون استنفورد-بینه، مقیاس‌های سنجش مهارت‌های انطباقی سازشی نظیر مقیاس رشد اجتماعی وایلد و مقیاس رفتار سازشی لمبرت و ابزار سنجش رشدی بهنجار می‌باشد.

طیف اختلالات سایکوتیک به گروهی از بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان اطلاق می‌گردد که بیماری آن‌ها شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد، به مدت طولانی (حدود ۲ سال) دوام و تمایل به عود داشته، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی و معلولیت شود.

مقیاس ارزیابی عملکرد کلی در بیمارستان‌های تخصصی و بخش‌های روانپزشکی توسط روانپزشک مورد بررسی قرار می‌گیرد. نمره GAF افرادی که بیش از یک سال از ارزیابی آن‌ها نگذشته باشد برای بررسی در کمیسیون معتبر می‌باشد.

محدودیت در ظرفیت و قابلیت انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از طریق کدهای d مرتبط کدگذاری و اندازه محدودیت عملکردی حداقل در ۳ کد d مربوطه تعیین می‌گردد.

شدت معلولیت در Movement Impairment

آسیب‌های ناشی از طیف اختلالات جسمی حرکتی با منشاء ارتوپدیک و نورولوژیک توسط متخصصین ارتوپدی، نورولوژی، طب فیزیکی و توانبخشی و داخلی تشخیص و به کمیسیون معرفی می‌گردند.

اختلالات ارتوپدیک نظیر بیماری‌های مفاصل، استخوان، بافت همبند و عضلات در اندام‌ها و ستون فقرات و همچنین بدشکلی‌ها (با علل مادرزادی و اکتسابی)، ضربه، شکستگی و قطع عضو می‌باشد.

اختلالات نورولوژیک نظیر سکته مغزی، MS، پارکینسون، صدمه به مغز و نخاع و هرگونه پیامد حرکتی ناشی از صدمه یا بیماری در سیستم اعصاب مرکزی، محیطی و اتونومیک می‌باشد.

چنانچه انجام آزمون‌های تکمیلی جهت بررسی سطح استقلال مراجعین از طرف اعضای کمیسیون درخواست گردد به کمک ابزارهای سنجش پیامد عملکرد نظیر مقیاس بارتل، WHO-DASII، مقیاس استقلال عملکردی (FIM)، کاتز و لوتون تعیین و مستندات به کمیسیون ارائه می‌گردد.

با توجه به این که کاربرد مقیاس بارتل ساده و در زمان کوتاه قابل اجرا است و از اعتبار بالایی برخوردار می‌باشد، ملاک ارزیابی مناسبی برای سنجش سطح استقلال عملکردی خواهد بود. در این مقیاس محدودیت عملکردی فرد با اختلالات فوق در ۱۰ تکلیف شامل:

بهداشت فردی، توالیت رفتن، حمام کردن، غذا خوردن، آشامیدن، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، تحرک و جابجایی و نهایتاً بالا رفتن از پله در یک مقیاس ۱۰۰ نمره ای بررسی و محاسبه می‌شود.

در ارزیابی کودکان زیر ۶ سال توجه به جدول رشد تکامل حرکتی کودکان ضروری است.

شدت معلولیت در Voice & Speech Impairment

آسیب‌های صوت، گفتار و زبان شامل مشکلات مربوط به ساختار دهان (کام، دندان‌ها، لب‌ها، لثه‌ها و...)، فک و صورت، حلق، حنجره و تارهای صوتی و همچنین هر گونه آسیب با منشأ سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد. آسیب‌های مرتبط با ساختار به تشخیص متخصص جراحی گوش و حلق و بینی (جراح سر و گردن) و آسیب‌های مربوط به سیستم اعصاب مرکزی با تشخیص متخصص داخلی مغز و اعصاب به کمیسیون ارجاع می‌گردد. پس از تشخیص پزشکی، سطح آسیب توسط آسیب‌شناسان گفتار و زبان با استفاده از آزمون‌های تخصصی نظیر آزمون زبان‌پریشی، آزمون درک شنیداری وپمن و دیگر آزمون‌های موجود با توجه به نوع آسیب (صوت، گفتار، زبان) ارزیابی و تعیین می‌شود. لازم است نتیجه ارزیابی‌های مربوط به هر نوع آسیب با در نظر گرفتن موارد ذیل به کمیسیون گزارش گردد:

- آسیب زبان: شامل بررسی مهارت‌های زبان شامل طول جمله، نحو، صرف، واژه یابی، معنانشناسی، کاربردشناسی و درک شنیداری
- آسیب گفتار: شامل بررسی آسیب تولید گفتار (تلفظ صداهای گفتاری)، بررسی آسیب در روانی، ریتم و سرعت گفتار
- آسیب صوت: شامل بررسی چهار ویژگی صوت (کیفیت، شدت، زیر و بمی و تشدید) به شکل مجزا و متناسب با جنس و سن

در تعیین میزان محدودیت در ظرفیت و قابلیت فعالیت‌های روزمره زندگی سطح دشواری در ارتباط با کلامی فرد از طریق حداقل ۳ کد d مرتبط باید مد نظر قرارگیرد. در این مقوله تکالیف عملکرد ارتباط کلامی شامل درک پیام کلامی، تولید پیام کلامی و توانایی مکالمه (شروع، ادامه و خاتمه مکالمه) بررسی می‌گردد.

در ارزیابی‌ها، لهجه‌های منطقه ای لحاظ نمی‌شود و در خصوص کودکان، توجه به جدول رشد طبیعی گفتار و زبان الزامی می‌باشد.

شدت معلولیت در Hearing Impairment

آسیب‌های شنوایی شامل آسیب‌های مربوط به ساختار تشریحی گوش خارجی، گوش میانی (پرده تیمپان، شیپور استاش، استخوانچه‌ها)، گوش داخلی (حلزون، لابیرنت تعادلی، مجاری نیم دایره ای) و عصب هشتم می‌باشد که پس از تشخیص پزشکی توسط متخصص گوش و حلق و بینی (جراح سر و گردن) به کمیسیون ارجاع می‌گردد.

عملکرد شنوایی، تمایز شنیداری، تمیز گفتار و شدت آسیب در سطح عملکرد فرد براساس آزمون‌های کاهش شنوایی تعیین می‌گردد. کاهش شنوایی حسی - عصبی و آمیخته در کمیسیون مورد بررسی قرار می‌گیرد. کاهش شنوایی انتقالی، در صورت عدم بهبودی از طریق روش‌های درمانی و جراحی، با تشخیص متخصص جراحی گوش و حلق و بینی به کمیسیون ارجاع می‌گردد.

فرد معرفی شده به کمیسیون الزاماً باید برگه ارزیابی شنوایی شامل: PTA، SRT، SDS و ایمپدانس را همراه داشته باشد و در صورت عدم همکاری در آزمون‌های ذکر شده انجام آزمون ABR و سایر آزمون‌های مورد نیاز و ارائه نتیجه آن الزامی است.

جدول شماره ۱: شدت آسیب در اختلالات شنوایی

مقادیر کمی ارزیابی تخصصی	مقادیر کمی ICF	مفهوم کد	کد توصیف کننده
۱۵ dBHL و کمتر	۰-۴ درصد	بدون آسیب	۰
۱۶-۲۵ dBHL	۵-۲۴ درصد	آسیب خفیف	۱
۲۶-۵۰ dBHL	۲۵-۵۰ درصد	آسیب متوسط	۲
۵۱-۷۰ dBHL	۵۱-۷۴ درصد	آسیب شدید	۳
۷۱ dBHL و بیشتر	۷۵-۹۵ درصد	آسیب خیلی شدید	۴
*	۹۶-۱۰۰ درصد	آسیب کامل	۵
-	اطلاعات برای کد گذاری کافی نباشد	غیر اختصاصی	۸
-	امکان کد گذاری متناسب با ICF نباشد	غیر کاربردی	۹

* مربوط به موارد بیش از یک آسیب خیلی شدید در تعیین میزان محدودیت در ظرفیت و قابلیت فعالیت‌های روزمره زندگی سطح دشواری در کدهای d مرتبط با عملکرد شنوایی (نظیر کدهای d۱ , d۳ , d۶ و...) حداقل در ۳ کد d باید مد نظر قرار گیرد.

شدت معلولیت در Visual Impairment

آسیب‌های بینایی شامل آسیب‌هایی است که به دنبال بیماری‌هایی نظیر گلوکوم، دژنراسیون ماکولا، کاتاراکت، رتینیت پیگمنتوزا و... در هر یک از بخش‌های ساختار بینایی (قرنیه، عدسی، زلالیه، زجاجیه، شبکیه و گیرنده‌های عصب بینایی) ایجاد می‌گردد. این دسته از آسیب‌ها در اثر عوامل ژنتیکی یا اکتسابی ایجاد می‌شود که پس از تشخیص چشم پزشک، اندازه و وسعت آسیب تعیین می‌گردد. در تعیین میزان محدودیت در ظرفیت و قابلیت فعالیت‌های روزمره زندگی سطح دشواری یا محدودیت در کدهای d مرتبط با عملکرد بینایی (نظیر کدهای d1، d4، d5 و...) حداقل در ۳ کد d باید مد نظر قرار گیرد. فرد معرفی شده به کمیسیون الزاماً باید بر گه ارزیابی بینایی و مقیاس سنجش عملکردی را همراه داشته باشد.

جدول شماره ۲: شدت آسیب بر اساس حدت بینایی

مقادیر کمی ارزیابی تخصصی	مقادیر کمی ICF	مفهوم کد	کد توصیف کننده اندازه و وسعت آسیب
بین $\frac{7}{10}$ تا $\frac{10}{10}$	۰-۴ درصد	بدون آسیب	۰
بین $\frac{3}{10}$ تا $\frac{6}{10}$	۵-۲۴ درصد	آسیب خفیف	۱
بین $\frac{1}{10}$ تا $\frac{3}{10}$	۲۵-۵۰ درصد	آسیب متوسط	۲
بین $\frac{1}{100}$ تا $\frac{5}{100}$	۵۱-۷۴ درصد	آسیب شدید	۳
بین $\frac{5}{1000}$ تا $\frac{2}{1000}$	۷۵-۹۵ درصد	آسیب خیلی شدید	۴
بین $\frac{2}{10000}$ تا $\frac{14}{10000}$ NLP ²	۹۶-۱۰۰ درصد	آسیب کامل	۵
-	اطلاعات برای کد گذاری کافی نباشد	غیر اختصاصی	۸
-	امکان کدگذاری متناسب با ICF نباشد	غیر کاربردی	۹

جدول شماره ۳: شدت آسیب بر اساس میدان بینایی

مقادیر کمی ارزیابی تخصصی	مقادیر کمی ICF	مفهوم کد	کد توصیف کننده اندازه و وسعت آسیب
بین ۵۵ تا ۶۵ درجه	۰-۴ درصد	بدون آسیب	۰
بین ۳۵ تا ۵۰ درجه	۵-۲۴ درصد	آسیب خفیف	۱
بین ۱۵ تا ۳۰ درجه	۲۵-۵۰ درصد	آسیب متوسط	۲
بین ۷ تا ۱۰ درجه	۵۱-۷۴ درصد	آسیب شدید	۳
بین ۳ تا ۶ درجه	۷۵-۹۵ درصد	آسیب خیلی شدید	۴
بین ۱ تا ۲ درجه NVF ²	۹۶-۱۰۰ درصد	آسیب کامل	۵
-	اطلاعات برای کد گذاری کافی نباشد	غیر اختصاصی	۸
-	امکان کدگذاری متناسب با ICF نباشد	غیر کاربردی	۹

منابع:

- World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health, ٢٠٠٨.
- Benjamin J. Virginia A. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, ٢٠٠٧.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), ٢٠٠٠.
- Barry G. Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, ١٩٩٨.
- Rhea P. Language Disorders from Infancy Through Adolescence: Assessment & Intervention, ٢٠٠٧.
- Hegde M. N. Treatment Protocols for Language Disorders in Children, ٢٠٠٥.
- John E.B, Articulation and Phonological Disorders: Speech Sound Disorders in Children, ٢٠١٢.
- Alison B. Speech & Voice Science, second edition, ٢٠١٢.