# المكوِّن الصحي

## التأهيل المجتمعي

# الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي


منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
UNESCO
منظمة العمل الدولية
IDC

المكوِّن الصحي

التأهيل المجتمعي

# الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
UNESCO
منظمة العمل الدولية
IDC

بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
التأهيل المجتمعي: الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي / منظمة الصحة العالمية.
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.
صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 2010 (ISBN: 978-92-4-154805-2)
1. التأهيل 2. الأشخاص ذوو الإعاقة 3. خدمات صحة المجتمع 4. السياسة الصحية
5. حقوق الإنسان 6. العدالة الإجتماعية 7. مشاركة المستهلك 8. دلائل إرشادية
أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ج. اليونسكو د. منظمة العمل الدولية هـ. الإتحاد الدولي للإعاقة والتنمية
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WB 320) (ISBN: 978-92-9021-877-7)
(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9021-889-0)

**© منظمة الصحة العالمية، 2012**
**جميع الحقوق محفوظة.**

إن التسميات المستخدَمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبِّر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكِّل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيَّنة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو مُوصَى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يَرِد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجَّلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقُّق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التوزيع والمبيعات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 2535 2670 202+؛ فاكس رقم: 2492 2670 202+؛ عنوان البريد الإلكتروني: PMP@emro.who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه: البريد الإلكتروني: WAP@emro.who.int.

طُبِعت النسخة العربية بواسطة شركة ((يات كوميونيكيشن)) YAT Communication
www.yatcommunication.com

**إن إعداد النسخة العربية من هذه الدلائل الإرشادية لم يكن ليتم لولا الدعم المقدم من المنظمة النرويجية للأشخاص المعاقين (ناد) والمؤسسة السويدية دياكونيا وهانديكاب انترناشونال وكريستوفل بليندين ميشن.**

الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي

# المكوِّن الصحي

## المحتويات


تمهيد ..... 1

تعزيز الصحة ..... 11

الوقاية ..... 21

الرعاية الطبية ..... 33

التأهيل ..... 45

الأجهزة المساعدة ..... 57

# تمهيد

تطرقت الصكوك الدولية المختلفة لقضية حق الجميع في الصحة دون تمييز. وقد نص دستور منظمة الصحة العالمية على أن «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية» (1).

وتتناول اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة مسألة الحق في الصحة لذوي الإعاقة، حيث تنص المادة 25 على أن «تعترف الدول الأعضاء بأن للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة»، وتحدد هذه المادة مع المواد 9 (إمكانية الوصول) و20 (التنقل الشخصي) و26 (التأهيل وإعادة التأهيل)، التدابير التي ينبغي على الدول الأطراف اتخاذها لضمان كون ذوي الإعاقة قادرين على الحصول على الخدمات الصحية التي تراعي الفوارق بين الجنسين، بما في ذلك خدمات التأهيل الصحي (2).

وللأسف، تشير الأدلة والبيّنات إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة غالباً ما يواجهون أوضاعاً صحية أكثر ترديا مما هي عليه بين عامة السكان (3) ويواجهون تحديات مختلفة في سبيل تمتعهم بالحق في الصحة (4).

ولا يتمحور الحق في الصحة فقط حول الحصول على الخدمات الصحية، بل هو معني أيضا بالحصول على المقومات والمحددات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الكافية والسكن اللائق. كما أنه يشمل الحريات والاستحقاقات أيضاً. وتشمل هذه الحريات الحق في عدم تعرض المرء إلى أشكال العلاج الطبي بدون موافقته كالتجارب والبحوث والحق في عدم التعرض للتعذيب أو غيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وتشمل الاستحقاقات المتعلقة بالصحة الحق في الحصول على نظام للحماية الصحية، والحق في الوقاية من الأمراض وعلاجها ومكافحتها، والحصول على الأدوية الأساسية، والمشاركة في صنع القرارات ذات الصلة بالصحة (4).

إن برامج التأهيل المجتمعي تدعم ذوي الإعاقة في تحقيق أعلى مستوى ممكن لهم من الصحة، وتعمل في خمسة مجالات رئيسية هي :تعزيز الصحة والوقاية والرعاية الطبية والتأهيل والأجهزة المساعدة. ويسهم التأهيل المجتمعي في تسهيل الوصول للصحة الجامعة من خلال العمل مع القطاع الصحي لضمان حصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على خدماته، والمناصرة لأن تستوعب الخدمات الصحية حقوق ذوي الإعاقة (5) وتستجيب لاحتياجاتهم، وأن ترتكز على المجتمع والمشاركة (6).

وقد ركز التأهيل المجتمعي في الماضي على القطاع الصحي، إلا أنه نظراً لتأثر الصحة بعوامل كثيرة فإن هناك حاجة للتعاون متعدد القطاعات والدمج (7)، وهناك ضرورة أيضاً إلى أن تعمل برامج التأهيل المجتمعي عبر الكثير من القطاعات المختلفة، مثل التعليم والعمل. ونظرا لحجم موضوع الصحة فإن هذا المكوِّن يركز في المقام الأول على أنشطة التأهيل المجتمعي التي تجري داخل القطاع الصحي.

# إيصال الخدمات الصحية إلى المجتمع

تتمتع تايلند بتاريخ طويل وناجح في الرعاية الصحية الأولية التي تطورت، بمرور الوقت، من خلال العديد من الاستراتيجيات والأنشطة المبتكرة. وفي العديد من المقاطعات تستند الرعاية الصحية الأولية إلى شبكات من الوحدات الفرعية تسمى وحدات الرعاية الأولية، التي ترتبط بمستشفيات مركزية كبيرة وتتلقى دعماً منها. وفي عام 2006، قام أحد هذه المستشفيات والمعروف باسم مستشفى سيشون (Sichon) بإدخال التأهيل المجتمعي في شبكة وحدات الرعاية الأولية التابعة له. ومن الوحدات التابعة لهذه الشبكة، الوحدة المعروفة باسم ثا – هين (Tha–Hin) وهي تقع في منطقة ريفية وفيها فريق من العاملين في المجال الصحي يضم طبيباً للأسرة، وصيدلانياً وممرضات وعاملين صحيين من الجنسين. وقبل استحداث التأهيل المجتمعي، كانت مهام هذه الفريق في جلها عبارة عن أنشطة عامة تتصل بتعزيز الصحة والوقاية. ولكن مع إضافة التأهيل المجتمعي أصبح الفريق مسؤولاً أيضاً عن تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة وتلبية احتياجاتهم من الرعاية الصحية سواءً العامة منها أم المتصلة أيضاً باحتياجاتهم الخاصة والمحددة.

وكان التركيز الرئيسي للتأهيل المجتمعي هو إيصال خدمات صحية للأشخاص ذوي الإعاقة إلى أبواب منازلهم. وقد أنشئ نظام للرعاية الصحية المنزلية (وهو مخصص أيضاً لكبار السن وذوي الأمراض المزمنة)، ويرتبط مباشرة بمستشفى سيشون Sichon. ويقوم بالزيارات المنزلية بشكل منتظم أعضاء فريق ثا – هين واختصاصي علاج طبيعي من مستشفى سيشون، مما أتاح للناس إمكانية تجنب مشقة السفر غير الضرورية والمكلِّفة. كما تم كذلك وضع بروتوكول خاص للتأهيل المنزلي. وجرى تدريب المتطوعين المحليين وأفراد الأسرة على تقديم التأهيل الأساسي (أي التدريب على مهارات المعيشة اليومية) للأشخاص ذوي الإعاقة، إضافة إلى تشجيعهم على تعزيز التعليم الجامع للأطفال ذوي الإعاقة. وقد ضمن هذا النهج متعدد التخصصات أن يكون جميع الأشخاص ذوي الإعاقة قادرين على الحصول على الرعاية الصحية وخدمات التأهيل في مجتمعاتهم المحلية، فضلا عن خدمات إحالة المرضى إلى مستشفى سيشون عند الحاجة.

وقد خلص تقييم أجري عام 2008 إلى فاعلية برنامج التأهيل المجتمعي في توفير مجموعة من خدمات الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، بما في ذلك التحديد المبكر للأشخاص ذوي الإعاقة والتدخل المبكر، وتعزيز الصحة والتأهيل بما في ذلك التدريب الوظيفي وتوفير الأجهزة المساعدة . وبوجه عام، تم تحسين نوعية وجودة الحياة لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة مع تحسين درجة استقلالهم ومهاراتهم المتعلقة بالتنقل والتواصل. وجرى أيضاً تقديم دعم أفضل لأهالي بعض الأطفال من ذوي الإعاقة. وأقيمت علاقات عمل جيدة بين جميع الأطراف المعنية الرئيسية (مستشفى سيشون ووحدة الرعاية الأولية والمجتمع المحلي). وأدت عملية إشراك المتطوعين المحليين وتعبئة الموارد الأخرى إلى خلق إحساس بتمكين المجتمع وملكيته للمبادرة.

## الهدف

حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على أعلى مستوى من الصحة يمكنهم بلوغه.

## دور التأهيل المجتمعي

يتمثل دور التأهيل المجتمعي في العمل الوثيق مع القطاع الصحي لضمان تلبية احتياجات ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم في مجالات تعزيز الصحة والوقاية والرعاية الطبية والتأهيل والأجهزة المساعدة. كما يتعين على التأهيل المجتمعي العمل مع الأفراد وأسرهم لتسهيل حصولهم على الخدمات الصحية، والعمل مع القطاعات الأخرى لضمان تلبية جميع جوانب الصحة.

## النتائج المرجوة

- تحسين معرفة ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم بشؤون صحتهم ومشاركتهم الفعالة في بلوغ مستويات جيدة من الصحة.
- إدراك قطاع الصحة أن ذوي الإعاقة يمكنهم بلوغ مستوى جيد من الصحة، مع الحرص على عدم التمييز على أساس الإعاقة وغيرها من العوامل مثل نوع الجنس.
- تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم من الحصول على خدمات الرعاية الصحية والتأهيل، ويفضل أن تقدم هذه الخدمات في مجتمعاتهم المحلية أو بالقرب منها وبتكلفة ميسورة.
- تمكين التدخلات الصحية والتأهيلية ذوي الإعاقة من المشاركة الفعالة في الحياة الأسرية والمجتمعية.
- إحداث تحسن في مدى التعاون بين جميع القطاعات الإنمائية، بما في ذلك قطاعات التعليم وسبل العيش والقطاع الاجتماعي، بما يكفل بلوغ مستوى صحة جيد للأشخاص ذوي الإعاقة.

## المفاهيم الرئيسية

### الصحة

*ما هي الصحة؟*

تعرّف الصحة عادةً على أنها حالة انعدام الأمراض والعلل. ومع ذلك، وبحسب تعريف منظمة الصحة العالمية، فإن للصحة مفهوم أوسع من ذلك بكثير فهي «هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرّد انعدام المرض أو العجز» (1). إن الصحة مورد ثمين يمكِّن الناس من أن يعيشوا حياة منتجة على الصعيد الفردي والاجتماعي والاقتصادي، ويتيح لهم حرية العمل والتعلم والمشاركة بنشاط في حياة الأسرة والمجتمع.

## خورشيدا

ولدت خورشيدا صماء مكفوفة البصر في قرية صغيرة من قرى مقاطعة بارابانكي، في ولاية اوتار براديش الهندية، وعندما كانت في العاشرة من عمرها التقت بساتيباهاما، العاملة في مجال التأهيل المجتمعي والتي تلقت تدريبها في جمعية سينس الدولية ــ الهند (Sense International India). وكانت خورشيدا قد قضت معظم الوقت الذي انقضى من عمرها حتى ذلك اليوم ملقاة في زاوية مظلمة من منزل أسرتها معزولة تماماً عن مجتمعها. وكانت تعتمد اعتماداً كلياً على والدتها لتلبية جميع احتياجاتها، فضلاً عن عدم قدرتها على التواصل مع الناس من حولها. وقد عملت ساتيباهاما بجد مع خورشيدا لتعلمها مهارات المعيشة اليومية والتواصل مع الآخرين. وبدأت خورشيدا في الاستجابة بشكل إيجابي من خلال الجلوس، وتناول وجبات الطعام مع أسرتها واللعب بالدمى. وبدأت كذلك في تعلم لغة اللمس واكتشفت أنها من خلال شد إزار والدتها فإنها ستمكث معها وقتاً أطول قليلاً. ومع الوقت صارت ساتيباهاما قادرة على الأخذ بيد خورشيدا وتشجيعها على أن تخطو خطواتها الأولى خارج منزل الأسرة. وربما لم تكن خورشيدا قد سمعت من قبل صوت العصفور يشدو ولا أبصرت الشمس تشرق، ولكن التعبير المرتسم على وجهها دل على أنها أحبت ذلك الإحساس الذي يبعثه النسيم اللطيف عندما يلمس وجهها. لقد تمكن برنامج التأهيل المجتمعي من مساعدة أسرة خورشيدا في الحصول على شهادة إعاقة لها، الأمر الذي مكّنها من الحصول على مجموعة كبيرة من الخدمات. وساعد البرنامج أيضا والدة خورشيدا في الحصول على علاج لمرض السل. وتواصل ساتيباهاما العمل مع خورشيدا وتعكف حالياً على تدريسها لغة الإشارة. وسوف تكون هذه الخطوة بمثابة رحلة طويلة لخورشيدا وأسرتها، ولكن مع دعم برنامج التأهيل المجتمعي فإنهم يعملون في سبيل تحقيق الإدماج الكامل لخورشيدا في حياة مجتمعها.

### *محددات الصحة*

يتأثر الوضع الصحي للفرد بمجموعة كبيرة من العوامل الشخصية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية. ويشار إلى هذه العوامل عادة باسم محدّدات الصحة وهي مبينة فيما يلي (مقتبس من (8)).

- العوامل الوراثية – تلعب العوامل الوراثية دوراً في تحديد طول العمر والصحة واحتمال الإصابة ببعض الأمراض.
- السلوك الفردي ونمط الحياة – النظام الغذائي والنشاط، والتدخين، وتعاطي الكحول، وكيفية تعاملنا مع ضغوط الحياة، كلها عناصر تؤثر في الصحة.
- الدخل والوضع الاجتماعي – كلما أخذت الفجوة بين الأغنياء والفقراء بالاتساع، تزداد الفوارق في مجال الصحة.
- العمالة وظروف العمل – الأفراد المنخرطون في العمل هم الأكثر صحة، ولا سيما أولئك الذين يتحكمون بصورة أكبر بظروف عملهم.
- التعليم – يرتبط تدني مستويات التعليم بسوء الصحة، وزيادة الضغوط وانخفاض الثقة بالنفس.
- شبكات الدعم الاجتماعي – يرتبط وجود دعم أكبر من الأسر والأصدقاء والمجتمعات المحلية بصحة أفضل.
- الثقافة – تتأثر الصحة بالعادات والتقاليد ومعتقدات الأسرة والمجتمع .
- نوع الجنس– يعاني الرجال والنساء من أنواع مختلفة من الأمراض في أعمار مختلفة.
- البيئة المادية المحيطة – المياه المأمونة والهواء النقي، وأماكن العمل الصحية، والبيوت والمجتمعات والطرق الآمنة، كلها عوامل تساهم في التمتع بصحة جيدة.
- الخدمات الصحية – تتأثر الصحة بإمكانية الحصول على الخدمات الصحية والاستفادة منها .

وهناك إمكانية للتحكم في بعض من هذه العوامل، فعلى سبيل المثال يمكن للشخص الاختيار بين سلوك صحي أو آخر غير صحي. ومع ذلك، تبقى هناك عوامل أخرى، مثل العوامل الوراثية، لا يمكن التحكم فيها.

## الإعاقة والصحة

كان مبدأ «الصحة للجميع» هدفاً صحياً عالمياً وضعته منظمة الصحة العالمية خلال مؤتمر الرعاية الصحية الأولية الذي عقد في ألما آتا سنة 1978. وبعد ثلاثين عاماً، ما تزال بعض المجتمعات في أنحاء العالم لما تحقق بعد هذا الهدف وما تزال هناك مجموعات عديدة من الناس، بمن فيهم ذوو الإعاقة، تواجه أوضاعاً صحية أكثر ترديا من غيرها.

ولضمان بلوغ الأشخاص ذوي الإعاقة لمستويات جيدة من الصحة من المهم أن نتذكر ما يلي:

- يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة إلى خدمات صحية تفي باحتياجاتهم العامة من الرعاية الصحية (مثل خدمات تعزيز الصحة والوقاية والرعاية الطبية) شأنهم في ذلك شأن بقية السكان، وتختلف هذه الاحتياجات مع اختلاف مراحل الحياة.
- برغم أنه ليس كل الأشخاص من ذوي الإعاقة لديهم مشاكل صحية تتعلق بما لديهم من اعتلالات، فإن الكثير منهم يحتاجون إلى خدمات رعاية صحية محددة – بما في ذلك التأهيل – بشكل دوري أو بين الحين والآخر، لفترات محدودة أو مدى الحياة.

## الرعاية الصحية

### *توفير الرعاية الصحية*

يتم توفير الرعاية الصحية في كل بلد من خلال النظام الصحي، الذي يضم جميع المنظمات والمؤسسات والموارد والناس الذين يجتمعون على غاية رئيسية هي تعزيز الصحة أو استعادتها أو الحفاظ عليها. وفي حين أن المسؤولية النهائية عن النظام الصحي تقع على عاتق الحكومة، فإن معظم الرعاية الصحية يتم توفيرها من خلال مزيج من القطاعات العام والخاص، والتقليدي وغير النظامي (9).

ويؤكد التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2008 على الدور الأساسي للرعاية الصحية الأولية في تحقيق الصحة لكل شخص (10). والرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية التي تتاح أمام جميع الأفراد والأسر وبتكلفة ميسورة يمكن تحملها. وتعد الرعاية الصحية الأولية بمثابة المستوى الأول للاتصال مع النظام الصحي الوطني للأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، لأنها تأتي بالرعاية الصحية إلى أقرب مكان ممكن إلى حيث يعيش الناس ويعملون (11).

### *العوائق التي تقف دون تقديم خدمات الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة*

لا تكون الصحة المتردية للأشخاص ذوي الإعاقة بالضرورة نتيجة مباشرة لوجود الإعاقة، بل من الممكن أن تكون متعلقة بصعوبات في الحصول على الخدمات والبرامج (12). وتشير التقديرات إلى أن نسبة صغيرة فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان ذات الدخل المنخفض تتمتع بإمكانية الحصول على خدمات التأهيل والخدمات الأساسية المناسبة (5).

وتشتمل العوائق التي تحول دون تقديم خدمات الرعاية الصحية والتي يمكن أن يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة وأفراد أسرهم على ما يلي:

- غياب التشريعات والسياسات وعدم ملاءمتها – فحيثما تكون السياسات والتشريعات موجودة فإنها قد لا تنفذ أو لا يتم إعمالها، ويمكن أن تكون تمييزية و/ أو معوِّقة فيما يتعلق بتوفير الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة؛
- العوائق الاقتصادية – غالباً ما تستوجب التدخلات الصحية مثل التشخيص وتقويم الحالة والمعالجات والأدوية الموصوفة، من الذين يحتاجونها أن يساهموا في دفع تكلفتها، الأمر الذي يمثل صعوبات للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم. فمن المرجح أن يكون دخل هذه الأسرة محدوداً ولا يمكنها من تحمل تكلفة الرعاية الصحية (انظر المقدمة: الفقر والإعاقة)؛
- العوائق المادية والجغرافية – إن الافتقار إلى وسائل النقل التي يمكن لذوي الإعاقة استخدامها، وصعوبة الوصول للمباني والمعدات الطبية واستخدامها، ما هي إلا أمثلة على العوائق الشائعة، فضلاً عن محدودية الموارد المخصصة للرعاية الصحية في المناطق الريفية (حيث يعيش الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة) والمسافات الطويلة التي يتعين قطعها للوصول إلى أماكن تقديم الخدمات في المدن الكبيرة؛
- عوائق الاتصال وتبادل المعلومات – قد يكون من الصعب التواصل مع العاملين في مجال الصحة؛ فمثلاً، قد يجد الشخص ذو الإعاقة السمعية صعوبة في شرح الأعراض الموجودة لديه للطبيب، كما أن المعلومات الصحية غالباً ما تكون غير متوفرة في أشكال يسهل تبادلها مع ذوي الإعاقة مثل التعابير التصويرية للأشخاص ذوي الاعتلالات الذهنية؛
- تدني مستوى المعارف لدى بعض العاملين الصحيين ومواقفهم تجاه الأمور الخاصة بذوي الإعاقة – قد يتخذ العاملون في المجال الصحي مواقف غير ملائمة من القضايا الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، وينحازون ضدها ولا يراعونها وكثيراً ما يفتقرون إلى المعرفة والفهم والمهارات اللازمة للتعامل معها؛
- تدني مستوى المعارف لدى ذوي الإعاقة ومواقفهم تجاه الرعاية والخدمات الصحية العامة – قد يحجم عن بعض ذوي الإعاقة في استخدام الخدمات الصحية؛ بل إن الكثيرين منهم ليس لديهم سوى معرفة محدودة عن حقوقهم وشؤونهم الصحية وحول الخدمات الصحية المتاحة.

قد يكون بعض الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة للتمييز والإقصاء من غيرهم، وقد يواجهون صعوبات مزدوجة أو متعددة، نظرا لنوع الإعاقة لديهم، و/ أو أعمارهم و/ أو جنسهم و/ أو وضعهم الاجتماعي مثلاً (13)، وهكذا يجدون مشقة أكبر في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. لذا ينبغي على برامج التأهيل المجتمعي أن تراعي على وجه الخصوص الفئات التالية من ذوي الإعاقة: النساء والأطفال وكبار السن، ومن لديهم اعتلالات متعددة مثل الأشخاص الصم والمكفوفين في آن واحد، أو من لديهم اعتلالات ذهنية، أو الإعاقات الأخرى وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، أو مشاكل الصحة النفسية، أو الجذام، أو المهق (انظر الفصول الواردة في الكتيّب التكميلي).

### *الصحة الجامعة*

بات «التعليم الجامع» مفهوماً واسع الانتشار ويجري تنفيذه بشكل متزايد في نظم التعليم في جميع أنحاء العالم. ويشير هذا المفهوم إلى التعليم الذي يرحب بانضمام جميع الأشخاص، بمن فيهم ذوو الإعاقة، للمشاركة الكاملة في المدارس أو مراكز التعليم المجتمعية العادية (14) (انظر مكوِّن التعليم). وبالمثل، فإن مفهوم الصحة الجامعة، أي الشاملة للجميع، يجري الترويج له في برامج التأهيل المجتمعي لضمان إدراك واستيعاب النظم الصحية لاحتياجات ذوي

الإعاقة في سياساتها وخططها والخدمات التي تقدمها. وينطلق هذا التوجه بدوره من مفهوم الرعاية الصحية الأولية و«الصحة للجميع»، فالرعاية الصحية يجب أن تكون «... متاحة لجميع الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم الكاملة وبتكلفة يستطيع المجتمع والبلد تحملها...» (11).

إن الصحة الجامعة تعني أن جميع الأفراد يمكنهم الحصول على الرعاية الصحية بغض النظر عن الاعتلال ونوع الجنس والسن واللون والعنصر والدين والوضع الاجتماعي والاقتصادي. ولضمان ذلك، يتعين على مقدمي خدمات الرعاية الصحية تبني مواقف إيجابية من الإعاقة وذوي الإعاقة وامتلاك المهارات المناسبة، مثل مهارات التواصل اللازمة لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الاعتلالات المختلفة. كما يتوجب تغيير البيئة كلها بحيث لا يمارس التمييز ضد أي شخص، سواء كان هذا التمييز بالإتيان بالفعل أو تركه يحدث. ولعل إحدى الطرق لتحقيق ذلك هى ضمان المشاركة الفعالة للأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات المعنية بهم في تخطيط وتعزيز وتقوية خدمات الرعاية الصحية والتأهيل.

**الإطار 3** باكستان

## شجاعة التغلب على العوائق

محمد أكرم شاب من مقاطعة السند في باكستان. أصبح أصماً في سن المراهقة بسبب مرض ما. وفي الحكاية التالية يصف محمد تجربته في زيارة لطبيب مع أسرته. «كوني أصم لم أكن أعرف دائماً ما كانوا يتحدثون عنه. وإذا ما سألت الطبيب سؤالاً، عادة ما يجيب بأنه قد قال كل شيء لأسرتي، وإذا ما سألت الأسرة فإنهم دوماً ما يقولون «لا تقلق، لا شيء هام» أو «سوف نخبرك لاحقاً»، لكن في واقع الأمر لا يقول لي أحد أي شيء – كل ما كانوا ينتَظرونه مني هو أن أتناول الأقراص فقط. لم يكن منهم من يستخدم لغة الإشارة ولم يكن لدى أي شخص الوقت أو الرغبة في التواصل معي باستخدام الورقة والقلم. وبمرور الوقت بدأت أفقد ثقتي بنفسي وأصبحت أعتمد اعتماداً كبيراً على الآخرين. ولكن بعد الانضمام لبرنامج التأهيل المجتمعي، أخذت اكتسب الثقة شيئاً فشيئاً وأتحلى بالشجاعة لمواجهة التحديات بنفسي. وبدأت أرفض اصطحاب أي من أفراد أسرتي معي لدى زيارة الطبيب. فاضطر هذا الطبيب للتواصل معي مباشرة مستعيناً بالكتابة. ولا زال هناك من الأطباء من يطلب مني أن أصطحب شخصاً معي في زيارتي القادمة، ولكنني أقول لهم دوماً إنني راشد بما يكفي. والآن، أشعر بالرضا لأنني قد بنيت ثقتي بنفسي، وساعدت أيضاً على تحسين صورة الإعاقة عن طريق تثقيف المختصين الطبيين».

### التأهيل المجتمعي والقطاع الصحي

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي تسهيل حصول ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية من خلال العمل مع الرعاية الصحية الأولية في المجتمع المحلي، وتوفير الصلة الضرورية بين ذوي الإعاقة ونظام الرعاية الصحية. وفي كثير من البلدان، على سبيل المثال الأرجنتين وإندونيسيا ومنغوليا وفيتنام، ترتبط برامج التأهيل المجتمعي مباشرة بنظام الرعاية الصحية – فهي تدار من قبل وزارة الصحة وتنفذ من خلال وحدات الرعاية الصحية الأولية التابعة لها. بينما نجد في بلدان أخرى، أن برامج التأهيل المجتمعي تدار من قبل منظمات غير حكومية أو وزارات حكومية أخرى، مثل الرعاية الاجتماعية، وفي هذه الحالات يجب المحافظة على الاتصال الوثيق مع الرعاية الصحية الأولية لضمان تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على الرعاية الصحية وخدمات التأهيل المناسبة في أقرب وقت ممكن.

## العناصر التي تندرج تحت هذا المكون

إن برامج التأهيل المجتمعي تقر وتدعم وتناصر توفير عدد من العناصر الرئيسية للرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة. وتتسق هذه العناصر مع أفضل الممارسات (5،15)، وهي مبينة فيما يلي.

### تعزيز الصحة

يهدف تعزيز الصحة إلى زيادة السيطرة على الصحة ومحدداتها. وهناك طيف واسع من الاستراتيجيات والتدخلات المتاحة والتي توظَّف في تقوية مهارات الأفراد وتغيير الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للتخفيف من آثارها على الصحة.

### الوقاية

ترتبط الوقاية ارتباطاً وثيقاً جداً بتعزيز الصحة. وتشتمل الوقاية من الحالات الصحية (مثل الأمراض، والاضطرابات، والإصابات) على تدابير الوقاية الأولية (التجنب)، والوقاية الثانوية (الكشف المبكر والعلاج المبكر) والوقاية الثالثية (التأهيل). ويركز هذا العنصر أساساً على الوقاية الأولية.

### الرعاية الطبية

تشير الرعاية الطبية إلى الاكتشاف المبكر للحالات الصحية وتقييمها وعلاجها وما قد يترتب عليها من اعتلالات في أجهزة الجسم بهدف علاجها أو الحد من آثارها على الأفراد. ويمكن أن تقدَم الرعاية الطبية على المستوى الأولي أو الثانوي أو الثالثي داخل نظام الرعاية الصحية.

### التأهيل

التأهيل هو مجموعة من التدابير التي تمكِّن ذوي الإعاقة من تحقيق الأداء الأمثل في بيئاتهم والحفاظ عليه، وينطبق على حد سواء على من تحدث لهم الإعاقة خلال حياتهم ومن لديهم إعاقات منذ الولادة. وتتراوح خدمات التأهيل

ما بين الأساسية إلى التخصصية، ويتم تقديمها في العديد من المواقع المختلفة مثل المستشفيات والمنازل والأوساط المجتمعية. وفي كثير من الأحيان يبدأ التأهيل في القطاع الصحي ولكنه يتطلب تعاوناً بين جميع القطاعات.

## الأجهزة المساعدة

يعرَف الجهاز الذي يتم تصميمه أو صناعته أو تكييفه لمساعدة المرء على أداء وظيفة محددة باسم الجهاز المساعد. ويستفيد كثير من الأشخاص من ذوي الإعاقة من استخدام واحد أو أكثر من الأجهزة المساعدة. ومن الأنواع الشائعة للأجهزة المساعدة: أجهزة التنقل (مثل عصي المشي، الكراسي المتحركة) والأطراف الاصطناعية (مثل الأرجل الاصطناعية)، وأدوات التقويم (مثل جبيرة اليد)، والأجهزة البصرية (مثل النظارات والعصي البيضاء) والأجهزة السمعية (المعينات السمعية). ولضمان استخدام الأجهزة المساعدة على نحو فعال، ينبغي مراعاة بعض الجوانب الهامة عند إتاحة مثل هذه الأجهزة للأشخاص ذوي الإعاقة وهي تشتمل على تثقيف مستخدميها، وإصلاح الأجهزة واستبدالها، وتكييف البيئة المحيطة في البيت والمجتمع.

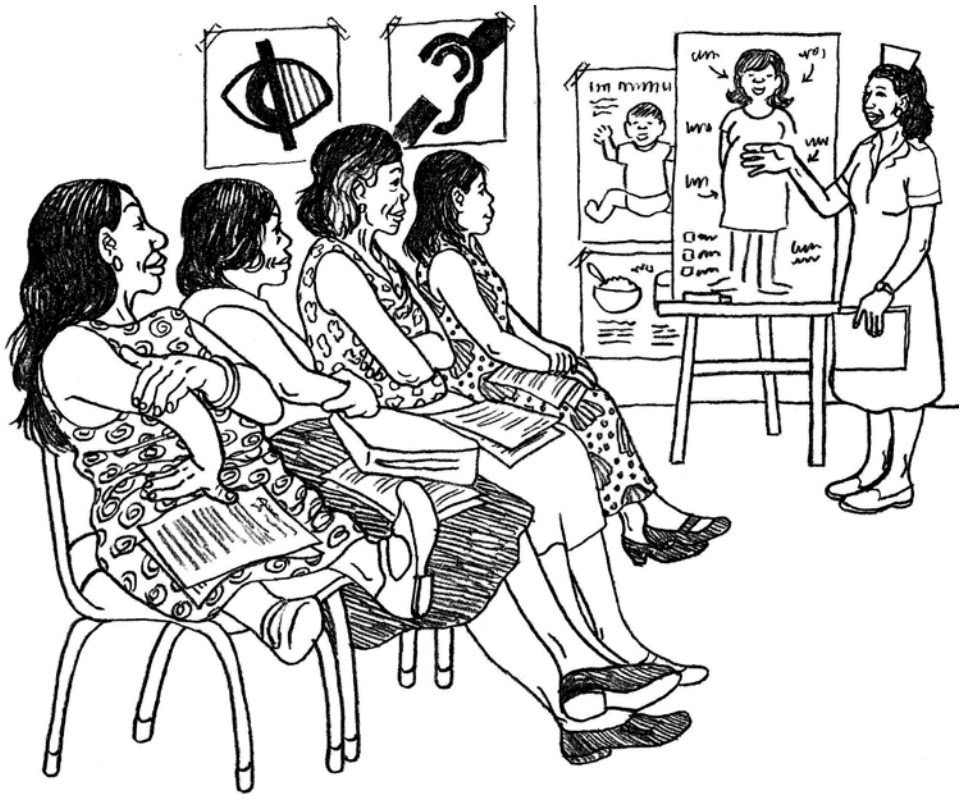
# تعزيز الصحة

## مقدمة

يصف ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة (1986) تعزيز الصحة بأنه عملية تمكين الأفراد من زيادة التحكم بصحتهم وتحسينها (16).

ويركز تعزيز الصحة على التصدي لمحددات الصحة القابلة للتعديل مثل السلوكيات الفردية وأنماط الحياة الصحية، والدخل والوضع الاجتماعي، والتعليم، والتشغيل وظروف العمل، والحصول على الخدمات الصحية المناسبة، والبيئة المادية المحيطة (17). ولا يستوجب تعزيز الصحة الحصول على أدوية باهظة الثمن أو استخدام تكنولوجيا معقدة، إذ أنه بدلاً من ذلك، يستعين بتدخلات اجتماعية تقوم، في أبسط مستوياتها، على استثمار شخصي من خلال تكريس الوقت وبذل الجهود (18) مثلاً في حملات تعزيز الصحة.

وكثيراً ما تهمل الإمكانيات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة مما يؤدي في العادة إلى استبعادهم من أنشطة تعزيز الصحة. ويتناول هذا العنصر أهمية تعزيز الصحة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ويقدم اقتراحات لبرامج التأهيل المجتمعي حول كيفية تيسير وصول ذوي الإعاقة إلى أنشطة تعزيز الصحة وكيفية تنفيذ بعض الأنشطة الأساسية عند الضرورة. ومن المهم أن نتذكر أنه مع تركيز جهود تعزيز الصحة على تغيير طائفة واسعة من محددات الصحة، فإنها تتطلب إشراك الكثير من القطاعات المختلفة ولا تقتصر فقط على القطاع الصحي.



## التغلب على الوصم والنظرة المتحاملة

في بعض الثقافات الأفريقية، ينظر إلى المهق على أنه نتيجة لقيام «علاقة جنسية» للأم مع الأرواح الشريرة أثناء الحمل. ويعتبر وجود طفل أمهق أمراً غير أخلاقي، ويجعل من الأسرة والطفل معاً عرضة للتمييز والوصم في مجتمعاتهم. وعادة ما يتم إخفاء الطفل الأمهق ويحرم من حقوقه الإنسانية الأساسية، بما في ذلك الحق في الصحة.

يمتلك مركز طب العيون في مقاطعة كوالي (KDEC) في كينيا برنامجاً للتأهيل المجتمعي يركز على التخفيف من حدة التمييز والوصم تجاه الأطفال المهق في بيوتهم ومدارسهم والأوساط المجتمعية التي يعيشون بها. ولضمان بلوغ هؤلاء الأطفال لأعلى مستوى ممكن من الصحة، يستعين البرنامج بمجموعة متنوعة من أنشطة وتدخلات تعزيز الصحة بما في ذلك:

- توعية أفراد وقادة المجتمع المحلي، واللجان الصحية القروية، ومعلمي المدارس والجماعات النسائية، لإحداث تغييرات في المفاهيم والمواقف وأساليب معاملة الأشخاص المهق؛
- تثقيف الآباء والأمهات لكي يتمكنوا من تعزيز صحة أطفالهم وحمايتها، فعلى سبيل المثال؛ نظراً لأن الشخص الأمهق يكون في خطر عند التعرض لأشعة الشمس، فإن مركز طب العيون يوفر معلومات تثقيفية حول أهمية استخدام المستحضرات الواقية من أشعة الشمس وارتداء الملابس الواقية مثل القمصان طويلة الأكمام والسراويل؛
- عقد شراكات مع الفنادق المحلية لتشجيع الضيوف على التبرع بالمستحضرات الواقية من الشمس وغيرها من الملابس التي لا يحتاجها الضيف قبل أن يغادر الفندق، حيث يمكن أن تعطى هذه الأشياء للمحتاجين؛
- إجراء فحوصات تقييمية للعين للكشف عن حالات ضعف البصر التي عادة ما تنتشر بين الأشخاص المُهق، وتوفير النظارات والأجهزة المساعدة لمن يعانون ضعف البصر عند الضرورة.

ويرتبط نجاح هذا البرنامج بعلاقة العمل القوية التي أقامها مركز طب العيون مع قطاعي التعليم والصحة معاً؛ حيث يتم إدماج الأطفال المهق اليوم في المدارس العادية.

## الهدف

إدراك الإمكانات والقدرات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم وتمكنيهم من تحسين مستوياتهم الصحية الحالية أو الحفاظ عليها.

## دور التأهيل المجتمعي

دور التأهيل المجتمعي هو تحديد الأنشطة المعززة للصحة على المستوى المحلي و/ أو الإقليمي و/ أو الوطني والعمل مع الجهات المعنية (مثل وزارات الصحة والسلطات المحلية) لضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم إلى هذه الأنشطة واندماجهم فيها. وهناك دور آخر يتمثل في ضمان إدراك الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم لأهمية الحفاظ على صحة جيدة وتشجيعهم على المشاركة الفعالة في الأنشطة المعززة الصحة.

## النتائج

- الوصول إلى ذوي الإعاقة وأسرهم من خلال رسائل تعزيز الصحة ذاتها المستخدمة مع عموم أفراد المجتمع.
- تصميم مواد وبرامج لتعزيز الصحة أو تكييفها لتلبية الاحتياجات المحددة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.
- حصول الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم على المعرفة والمهارات والدعم اللازم لمساعدتهم على تحقيق مستويات جيدة من الصحة.
- تحسن وعي العاملين في الرعاية الصحية باحتياجات ذوي الإعاقة الصحية، العامة والخاصة والاستجابة لهذه الاحتياجات من خلال أنشطة تعزيز الصحة الملائمة.
- قيام المجتمع بتوفير بيئة داعمة للأشخاص ذوي الإعاقة لتيسير مشاركتهم في الأنشطة التي تعزز صحتهم.
- تقدير برامج التأهيل المجتمعي لقيمة الصحة الجيدة وقيامها بأنشطة معززة للصحة في أماكن العمل للعاملين بها.

## المفاهيم الرئيسية

### تعزيز الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة

ينظر الكثيرون إلى تعزيز الصحة على أنه إحدى الاستراتيجيات المتبعة في تجنب حدوث المشكلات الصحية؛ وليس من الشائع الربط بين تعزيز الصحة والأشخاص ذوي الإعاقة بسبب الاعتقاد أن الإعاقة ذاتها ناشئة من عدم اتباع أساليب تعزيز الصحة (19). وهكذا فإن شخصاً لديه شلل سفلي نتيجة لإصابة الحبل الشوكي، على سبيل المثال، قد لا يعتبر مرشحاً جيداً لأنشطة تعزيز الصحة حيث أن الضرر على صحته قد وقع بالفعل من جراء الإصابة.

ومع ذلك، فكثير من ذوي الإعاقة يحتاجون إلى تعزيز الصحة قدر احتياج الآخرين من غير المعاقين، إن لم يكن أكثر (3). فالأشخاص ذوو الإعاقة معرضون لخطر التعرّض للحالات الصحية ذاتها التي يتعرض لها عموم الناس ولكنهم قد يواجهون أيضاً مشاكل صحية إضافية نتيجة لكونهم أكثر عرضة للحالات الصحية (التي قد تتصل أو لا تتصل بإعاقتهم) (20). وفي كثير من الأحيان يمتلك الأشخاص ذوو الإعاقة وأفراد أسرهم القليل جداً من الوعي بكيفية تحقيق الصحة الجيدة أو المحافظة عليها.

### العوائق التي تحول دون تعزيز الصحة

عادة ما يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة مستويات صحية أسوأ مما هو عليه حال عموم الناس نظراً لوجود مجموعة من العوائق التي تعترض مساعيهم لتحسين صحتهم (انظر فقرة العوائق التي تحول دون تقديم خدمات الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة أعلاه). إن معالجة هذه العوائق سيسهل على ذوي الإعاقة المشاركة في أنشطة تعزيز الصحة.

### تعزيز الصحة لأفراد الأسرة

يحتاج كثير من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى دعم الآخرين لهم، وخاصة أفراد الأسرة. وقد يواجه أفراد الأسرة بدورهم مشاكل متصلة برعاية ذوي الإعاقة، بما في ذلك الأمراض الجسدية والعاطفية المرتبطة بالإجهاد، وتراجع في قدرتهم على رعاية أطفالهم الآخرين، وقلة الوقت ونقص العزيمة للعمل، وانخفاض حجم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والوصم الاجتماعي الذي يتعرضون له (21). ويعد الحفاظ على صحة أفراد الأسرة عنصراً ضرورياً (انظر المكون الاجتماعي: تقديم المساعدة الشخصية).

### العمل لأجل تعزيز الصحة

يحدد ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة خمسة مجالات للعمل يمكن استخدامها للمساعدة في وضع وتنفيذ استراتيجيات لتعزيز الصحة (16).

1. **بناء سياسات عامة معززة للصحة**

إعداد تشريعات وأنظمة في جميع القطاعات من شأنها حماية صحة المجتمعات المحلية من خلال ضمان توافر سلع وخدمات أكثر مأمونية، وخدمات عمومية أكثر صحة، وأوساط أنظف وأكثر متعة.

2. **إيجاد بيئات داعمة للصحة**
إجراء تغييرات في البيئات المادية والاجتماعية لضمان ظروف معيشة وعمل آمنة ومحفزة ومُرْضية وممتعة.
3. **تقوية المجتمعات**
اعتماد مقاربات مجتمعية لمعالجة تلك المشاكل الصحية التي تشتمل بشكل أساسي على مكونات بيئية واجتماعية واقتصادية وسياسية، مع تمكين المجتمعات المحلية من تحديد الأولويات واتخاذ القرارات وتخطيط وتنفيذ الاستراتيجيات الرامية إلى تحقيق مستوى صحي أفضل.
4. **تطوير المهارات الشخصية**
تنمية وصقل مهارات الأفراد من خلال توفير المعلومات والتثقيف الصحي بغية تمكينهم من ممارسة المزيد من التحكم في صحتهم وبيئتهم واتخاذ الخيارات الأفضل لتحسين حالتهم الصحية.
5. **إعادة توجيه الخدمات الصحية**
يجب على القطاع الصحي التحرك بشكل متزايد نحو أنشطة تعزيز الصحة، وبما يتجاوز مسؤوليته عن تقديم الخدمات السريرية والعلاجية.

ويمكن تطبيق استراتيجيات تعزيز الصحة على مختلف:

- المجموعات السكانية، مثل الأطفال والمراهقين وكبار السن.
- عوامل الخطر، مثل التدخين والخمول البدني والنظام الغذائي السيئ وممارسة الجنس بشكل غير مأمون.
- الأولويات الصحية أو المرضية، مثل مرض السكري وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز وأمراض القلب وصحة الفم
- الأوساط/ البيئات، على سبيل المثال المراكز المجتمعية والعيادات والمستشفيات والمدارس وأماكن العمل.

يمتلك الأفراد قدرات هائلة للتأثير في أوضاعهم الصحية. لذلك من المهم اتباع أساليب تقوم على مشاركة الناس في تعزيز صحتهم، لأن ذلك يتيح للناس ممارسة قدر أكبر من التحكم في العوامل التي تؤثر على صحتهم؛ فقضايا الصحة تحتاج في التعامل معها إلى العمل مع الآخرين وليس فقط العمل من أجلهم .

## الأنشطة المقترحة

تعتمد الأنشطة المعززة للصحة اعتماداً كبيراً على القضايا والأولويات المحلية، وبالتالي فإن الأنشطة المبينة هنا لا تمثل سوى مقترحات عامة. وينبغي لبرامج التأهيل المجتمعي تحسين مدى فهمها للمجتمعات التي تعمل فيها عن طريق الاتصال مع أفراد المجتمع والجماعات التي تعمل بالفعل في سبيل زيادة التحكم في العوامل التي تؤثر في صحتها.

### دعم حملات تعزيز الصحة

يمكن أن يكون لحملات تعزيز الصحة تأثير إيجابي على صحة الأفراد والمجتمعات والسكان – فهي تستطيع توجيههم وتشجعهم وتحفزهم لتغيير سلوكياتهم. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تعزز مستويات صحية أفضل لدى الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال:

- التعرف على حملات تعزيز الصحة القائمة التي تعمل على صعيد المجتمع المحلي أو الصعيد الإقليمي أو الوطني، وضمان استهداف ذوي الإعاقة وإدماجهم في هذه الحملات بشكل فعال؛

- المشاركة الفعالة في حملات تعزيز الصحة والفعاليات والأنشطة المرافقة لها، وتسليط الضوء على قضية الإعاقة وزيادة الوعي بها؛
- تشجيع حملات تعزيز الصحة على إظهار صورة إيجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، على سبيل المثال من خلال تصوير ذوي الإعاقة على الملصقات واللوحات الإعلانية المروجة للرسائل التي تستهدف الوصول إلى جميع السكان؛
- ضمان أن تستخدم حملات تعزيز الصحة القائمة أشكال التواصل الملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة، كأن يتم على سبيل المثال تكييف الإعلانات التليفزيونية عن الخدمات العامة لكي تلائم الأشخاص الصم من خلال الشروحات النصية والترجمة إلى لغة الإشارة؛

- تحديد الموارد الموجودة داخل المجتمع (مثل المتحدثين باسم المجتمع والصحف والإذاعة والتلفزيون) وتشجيعهم على زيادة تغطيتهم لقضايا الصحة المتعلقة بالإعاقة – من الضروري الحرص على أن تحترم أي تغطية حقوق ذوي الإعاقة وكرامتهم؛
- دعم تنظيم حملات محلية معززة للصحة بغية معالجة القضايا ذات الصلة بالإعاقة التي لا تشملها الحملات القائمة.

## تقوية المعرفة والمهارات الشخصية

تمكن المعلومات والثقافة الصحية الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم من اكتساب المعرفة والمهارات الحياتية الضرورية لصيانة وتحسين صحتهم. ويمكنهم التعرف على عوامل الخطر للأمراض والنظافة الجيدة وخيارات التغذية الصحية وأهمية النشاط البدني وعوامل الحماية الأخرى، من خلال حلقات منظمة (فردية أو ضمن مجموعة صغيرة من الأفراد). ويمكن للعاملين ببرنامج التأهيل المجتمعي القيام بما يلي:

- زيارة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم في بيوتهم والحديث معهم حول كيفية المحافظة على نمط حياة صحي، وإعطاؤهم مقترحات عملية لتحقيق ذلك؛
- جمع مواد تعزيز الصحة (مثل الكتيبات والنشرات) وتوزيعها على ذوي الإعاقة وأسرهم؛
- تكييف أو إعداد مواد تعزيز الصحة لجعلها في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة. فمثلاً، يتطلب الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية مواد بسيطة ومباشرة بلغة سهلة وصوراً ملائمة للموضوع؛
- إعلام الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم عن البرامج والخدمات المحلية الخاصة بتعزيز الصحة والتي تمكنهم من اكتساب المعارف والمهارات الجديدة للبقاء في صحة جيدة؛
- تنظيم حلقات تثقيف خاصة، إذا لزم الأمر، للأشخاص ذوي الإعاقة الذين لا يتم الوفاء باحتياجاتهم من خلال البرامج التي تستهدف المجتمع عامة؛
- الحرص على استخدام مجموعة كبيرة من طرق التدريس والمواد في حلقات التثقيف بهدف تعزيز التعلم والفهم، مثل الألعاب، وأداء الأدوار التمثيلية، والشروحات العملية، والمناقشات، وسرد القصص، وتمارين حل المشكلات؛
- التركيز على مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم حتى يكونوا أكثر ثقة بأنفسهم في حضور مقدمي الرعاية الصحية مما يمكنهم من طرح الأسئلة واتخاذ القرارات بشأن صحتهم؛
- توفير التدريب للأفراد ذوي الإعاقة من خلال الشراكة مع القطاع الصحي، لتمكينهم من أن يقوموا هم أنفسهم بدور مثقفين صحيين.

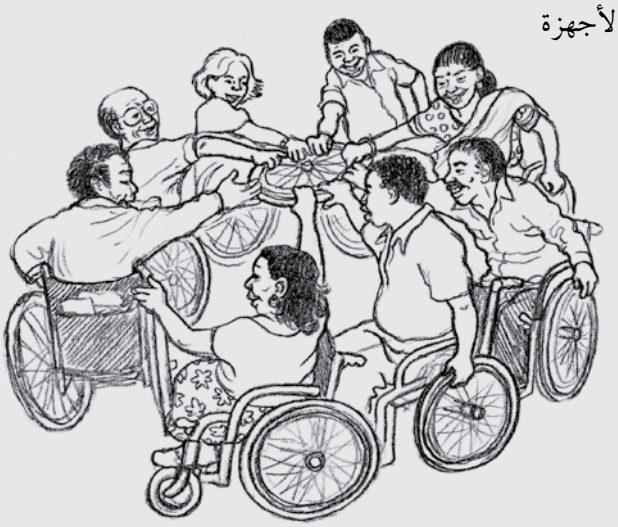
تمكّن جماعات المساعدة الذاتية الأفراد من العمل معاً في مجموعات صغيرة لتبادل الخبرات المشتركة أو المواقف أو المشاكل التي مروا بها مع بعضهم البعض (انظر مكون التمكين: جماعات المساعدة الذاتية). فبالنسبة لكثير من الناس تكون فرصة الحصول على الدعم والنصائح العملية من شخص آخر لديه مشكلة مماثلة أكثرَ فائدة من تلقي المشورة من أحد العاملين الصحيين (22). يرد ذكر جماعات المساعدة الذاتية خلال هذا المكون لأنه يمكنها أن تسهم في تحسين صحة الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي مايلي:

- إيصال الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بجماعات المساعدة الذاتية القائمة في مجتمعاتهم المحلية لتلبية احتياجاتهم الصحية الخاصة، مثل مجموعات الأشخاص الذين لديهم إصابات في الحبل الشوكي أو الجذام أو المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، أو أمهات وآباء الأطفال الذين لديهم شلل دماغي؛
- تشجيع الأشخاص ممن لهم تجارب متماثلة مع الإعاقة على العمل معاً بغية تشكيل جماعات جديدة للمساعدة الذاتية إذا لم تكن المجموعات المناسبة موجودة بالفعل. وقد يتعذر في بعض القرى الصغيرة تشكيل مثل هذه المجموعات ويكون الدعم الفردي الذي يتلقاه ذو الإعاقة من زميل له أكثر ملاءمة؛
- تشجيع جماعات المساعدة الذاتية، بالمشاركة مع الجهات الأخرى، على الانخراط بصورة فعالة في أنشطة تعزيز الصحة في مجتمعاتها، على سبيل المثال من خلال تنظيم المخيمات الصحية والاحتفال بيوم الصحة العالمي واليوم العالمي للصحة النفسية واليوم العالمي للأشخاص ذوي الإعاقة.

## الإطار 5 كولومبيا

### تدبير الشؤون الصحية من خلال جماعات المساعدة الذاتية

بدعم من برنامج التأهيل المجتمعي في مدينة بيديكويستا (Piedecuesta) في كولومبيا، قامت مجموعة من الأشخاص ممن لديهم إصابات في الحبل الشوكي بتكوين جماعة للمساعدة الذاتية. فقد شعروا بأنهم لم يحصلوا على القدر الكافي من المعلومات الصحية – فيما يتعلق بالرعاية الذاتية والوقاية من التقرحات والمشاكل البولية – في المستشفيات التي تلقوا العلاج فيها. ومن ثم، قام الأعضاء ذوو الخبرة في الجماعة بتقديم الدعم للأعضاء الجدد الذين وقعت لهم مؤخراً إصابة في الحبل الشوكي، وساعدوهم على تطوير وسائل للتغلب على إعاقتهم من خلال تعليمهم كيفية استخدام قدراتهم المتبقية والاستعانة بالأجهزة المساعدة. كما نظم برنامج التأهيل المجتمعي جلسة تفاعلية مع المتخصصين العاملين في المستشفيات، تمكن خلالها أعضاء المجموعة من طرح الأسئلة لاستيضاح أي جوانب غامضة لديهم.



### تثقيف مقدمي الرعاية الصحية

إن مقدمي الرعاية الصحية مصدر موثوق للمعلومات ذات الصلة بالصحة ولديهم القدرة على التأثير بشكل إيجابي على صحة الآخرين. ويتوجب على برامج التأهيل المجتمعي العمل مع هذه الكوادر لضمان حصولهم على قدر كاف من المعرفة حول الإعاقة ودمج ذوي الإعاقة في جميع أنشطتهم المعززة للصحة.

ولعله من المفيد أن تعمل برامج التأهيل المجتمعي على:

- تعريف العاملين الصحيين (مثل العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية) بالإعاقة وإطلاعهم على التحديات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم؛
- مساعدة العاملين الصحيين على فهم أهمية التواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة بطريقة محترمة وغير تمييزية وتقديم العروض التوضيحية العملية لهم لتيسير التعلم؛
- توضيح الكيفية التي يمكن بها للمختصين الصحيين إدخال بعض التعديلات البسيطة على التدخلات الصحية بهدف ضمان أن تكون رسائلهم الصحية مفهومة للآخرين؛
- تشجيع المختصين الصحيين على استخدام مجموعة متنوعة من الأدوات الإعلامية والوسائل التكنولوجية عند تخطيط وإعداد المعلومات والبرامج الصحية الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقة.

## الإطار 6 أفريقيا

### تدريب المدربين

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي العمل مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة لإعداد المواد التعليمية والطرق المناسبة لإعلام الأشخاص المكفوفين أو الذين لديهم ضعف في البصر عن فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز وتعريف خدمات الرعاية الصحية بالاحتياجات الخاصة لهذه الفئة من الناس. فعلى سبيل المثال أعد الاتحاد الأفريقي للمكفوفين دليلاً حول «تدريب المدربين» على المواضيع المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز لتسهيل إدماج ومشاركة الأشخاص المكفوفين وضعاف البصر في البرامج التثقيفية الخاصة بهذا الموضوع.

### خلق بيئات داعمة

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي العمل مع المراكز الصحية المجتمعية والمستشفيات والمدارس ومواقع العمل والمرافق الترفيهية ومع الأطراف المعنية الرئيسية لإيجاد بيئات مادية واجتماعية داعمة للأشخاص ذوي الإعاقة، فضلاً عن تمكينهم من تحقيق صحة مُثلى من خلال:

- ضمان كون هذه البيئات معززة لأنماط الحياة الصحية والإتاحة الفعلية لمجموعة محددة من البرامج والخدمات المعززة للصحة للأشخاص ذوي الإعاقة؛
- إقامة شراكات بين دوائر التخطيط الحضري والاجتماعي والصحي والأشخاص ذوي الإعاقة لجعل المرافق والأوساط المادية والمعمارية المحيطة أكثر سهولة لوصول الأشخاص ذوي الإعاقة، وتحسين إمكانية استفادتهم منها؛

- إيجاد الفرص الكفيلة بتمكين ذوي الإعاقة من المشاركة في الأنشطة الترفيهية، على سبيل المثال تشجيع مستخدمي الكراسي المتحركة على تنظيم مباراة لكرة القدم على الكرسي المتحرك في منشأة رياضية محلية (انظر المكون الاجتماعي: الترفيه ووقت الفراغ والرياضة)؛
- ضمان توافر وسائل النقل العمومي الآمنة والمتاحة، نظراً لأن المشاكل التي يواجهها ذوو الإعاقة في استخدام وسائل النقل يمكن أن تتسبب في تعرضهم للعزلة والشعور بالوحدة والإقصاء الاجتماعي؛
- التصدي، من خلال التعليم والتدريب، لأي مفاهيم خاطئة ومواقف سلبية ووصمات قد توجد داخل القطاع الصحي والمجتمع تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم؛
- تنظيم الفعاليات الثقافية لمعالجة القضايا الصحية المثيرة للجدل داخل المجتمع من خلال الرقص والتمثيل والأغاني والأفلام وعروض الدمى المتحرّكة.

الإطار 7 مصر

## أنماط الحياة الصحية

ينظم برنامج التأهيل المجتمعي في الإسكندرية (مصر) في كل عام مخيماً صيفياً يتمكن فيه الأطفال ذوو الإعاقة وأسرهم ومتطوعون من المجتمع من قضاء عطلات جماعية معاً. وينصب التركيز في هذا النشاط على قضاء وقت الفراغ في جماعة، وتحسين الوضع الصحي للمشاركين، واللعب والاستمتاع بالوجود مع الآخرين في أسرة أكبر أو مجموعة أوسع من الأصدقاء. ويتعاون برنامج التأهيل المجتمعي أيضا مع اللجنة الباراليمبية المصرية (اللجنة المختصة بالألعاب الرياضية لذوي الإعاقة)، وجمعيات الآباء ومنظمات ذوي الإعاقة لتنظيم يوم رياضي سنوي في استاد المدينة.

### احرص على تعزيز الصحة داخل مؤسستك

إن تعزيز الصحة في أماكن العمل من شأنه أن يحسن معنويات العاملين ومهاراتهم وأداءهم الوظيفي، وصحتهم ككل. وينبغي على المنظمات التي تنفذ برامج التأهيل المجتمعي أن تركز على تعزيز صحة العاملين بها عن طريق:

- توفير التدريب والتعليم لجميع العاملين، بغض النظر عن المستوى الذي يعملون فيه، بشأن السبل الكفيلة بتحسين صحتهم والحفاظ عليها؛
- توفير بيئة آمنة وصحية، على سبيل المثال جعل بيئة العمل خالية من التدخين، وتوفير وجبات صحية ومرافق مياه وصرف صحي مأمونة، وتحديد عدد معقول من ساعات العمل، وإتاحة خيارات آمنة للنقل؛
- وضع واعتماد سياسات وممارسات مؤسسية معززة للصحة، مثل سياسات مناهضة للتمييز والتحامل والوصم والتحرش ومنع تعاطي التبغ والمواد المخدرة والكحول؛
- تشجيع العاملين على أن يكونوا قدوة حسنة في مجتمعاتهم وأن يضربوا المثل الذي يحتذي به الآخرين من خلال اتباعهم للسلوكيات الصحية.

# الوقاية

## مقدمة

إن التركيز الرئيسي لجهود الوقاية في مجال الرعاية الصحية ينصب على منع الإصابة بالأمراض (الوقاية الأولية). ومع ذلك تنطوي الوقاية أيضاً على الاكتشاف والعلاج المبكرين لوقف تطور الحالة الصحية (الوقاية الثانوية) وإدارة/ تدبير الحالة للحد من العواقب المترتبة على الحالة الصحية الراهنة (الوقاية الثالثية). ولذا فهذا المكون يركز أساساً على الوقاية الأولية.

قد تشمل الوقاية الأولية ما يلي: الرعاية الصحية الأولية؛ والرعاية السابقة للولادة وبعدها، وتوفير المعلومات التثقيفية في مجال التغذية؛ وحملات التطعيم ضد الأمراض السارية؛ واتخاذ التدابير الضرورية للسيطرة على الأمراض المتوطنة؛ وتبني التشريعات الخاصة بالسلامة؛ وبرامج للوقاية من الحوادث في مختلف البيئات، بما في ذلك تكييف أماكن العمل لمنع إصابات العمل والأمراض المهنية؛ والوقاية من الإعاقة المرتبطة بتلوث البيئة أو بالصراعات المسلحة (23).

تشير التقديرات إلى أن استخدام مقاربات الوقاية الأولية وتعزيز الصحة بشكل أفضل، يمكن أن يؤدي إلى خفض العبء العالمي للمرض بنسبة تصل إلى 70٪ (10). ومع ذلك، فإن الاعتقاد الشائع هو أن الوقاية من الأمراض (شأنها في ذلك شأن تعزيز الصحة) إذا كان لها من دور فإنه لا يعدو أن يكون دوراً بسيطاً في تدبير الشؤون الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة.

ومن هنا، فعادة ما تركز الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة على تقديم الرعاية الطبية التخصصية والتأهيل. غير أن الأشخاص ذوي الإعاقة، كما ذكرنا سابقا، معرضون لخطر حالات صحية أخرى علاوة على إمكانية تعرضهم لأمراض ثانوية ناجمة عن حالاتهم الصحية الأولية (24).

وكما هو الحال في تعزيز الصحة فإن الوقاية تتطلب إشراك قطاعات عديدة مختلفة. وتلعب الرعاية الصحية الأولية في قطاع الصحة دوراً هاماً، وبما أن برامج التأهيل المجتمعي ترتبط بشكل وثيق مع الرعاية الصحية الأولية فإنها قادرة على لعب دور مهم في تشجيع ودعم الرعاية الصحية الوقائية للأشخاص ذوي الإعاقة.

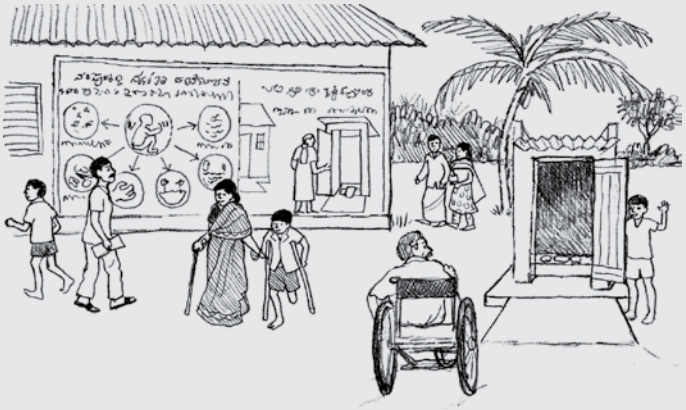
## العيش بكرامة

في مقاطعة شامارجنجار Chamarajnagar، وهي واحدة من أفقر المناطق في ولاية كارناتاكا الهندية، تتردى نوعية الحياة بشكل كبير لاسيما بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. وعندما كانت جمعية موبيلتي الهندية Mobility India (MI) ، وهي منظمة غير حكومية، تقوم بتنفيذ مشروع للتأهيل المجتمعي بدعم من مؤسسة الشركاء في الإعاقة والتنمية Disability and Development Partners في المملكة المتحدة، اكتشفت أن العديد من أفراد المجتمع لم يكن لديهم إمكانية الوصول إلى مرافق الصرف الصحي الأساسية. وكان الكثير من الناس يضطرون للسير بعيداً عن منازلهم لقضاء حاجاتهم في الحقول المكشوفة. وكان هذا الأمر يمثل مشقة شديدة للأشخاص ذوي الإعاقة، خاصة بالنسبة للنساء.

ولذلك قدمت الحكومة الهندية منحاً للأسر لبناء المراحيض وساعدت جمعية موبيلتي الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم في شامارجنجار على بناء مراحيض يسهل عليهم استخدامها. وبالاستفادة من الشبكات والصلات الاجتماعية القائمة في المجتمع المحلي وجماعات المساعدة الذاتية للمساعدة في هذا المشروع الجديد، نظمت الجمعية عروضاً مسرحية في الشوارع وأعدت لوحات جدارية لرفع مستوى الوعي حول النظافة والدور الذي يلعبه الصرف الصحي السليم في الوقاية من المشاكل الصحية. وعندما أصبح الناس مهتمين ومتحمسين لهذا السلوك وافقت الجمعية على العمل معهم لتسهيل إتاحة خدمات الصرف الصحي الأساسية للجميع.

وقد بلغت التكلفة الإجمالية لبناء مرحاض واحد ما يقدر بنحو 150 دولاراً أمريكياً. وفيما قدمت الحكومة الهندية منحة لكل أسرة، كان إيجاد تمويل المبلغ المتبقي من الصعوبة بمكان بالنسبة لمعظم الناس لاسيما ذوي الإعاقة منهم. وبدعم مالي من مؤسسة MIBLOU السويسرية والمساهمات المحلية، تمكنت جمعية موبيلتي من بناء 50 مرحاضاً بنوعية جيدة وسهلة الاستخدام. وقد طُلب إلى أعضاء جماعات المساعدة الذاتية تحديد الأسر الفقير التي تضم أفراداً ذوي إعاقة ممن كانوا في أمسّ الحاجة للمراحيض. وساهم هؤلاء الأعضاء أيضاً في تنسيق أعمال البناء بالاشتراك مع الأسر وعملوا أيضاً على ضمان الاستخدام السليم للأموال المقدمة.

لم يعد كثير من الأشخاص ذوي الإعاقة بحاجة إلى قطع مسافات طويلة سواء زحفاً أو محمولين لقضاء حاجاتهم. لقد أصبحوا مستقلين، والأهم من ذلك أنهم تمكنوا من استعادة كرامتهم. كما أن خطر تعرضهم للإصابة بالحالات المرضية المرتبطة بتدني مرافق الصرف الصحي قد تراجع بدرجة كبيرة. وبعد أن لمست الحكومة الهندية نجاح مشروع جمعية موبيلتي الهندية، زادت من مبلغ المنحة المالية التي تقدمها ووجهت السلطات المحلية لصرف هذه الأموال على الفور.



يستفيد من هذا المشروع الأشخاص ذوو الإعاقة وغير ذوي الإعاقة، ويجري العمل تدريجياً على توسيع نطاقه ليصبح مشروعاً على مستوى المقاطعات. وسوف تصبح شامارجنجار قريباً مقاطعة يمتلك فيها الناس مراحيض في بيوتهم، أو على الأقل بالقرب منها.

## الهدف

أن يصبح الأشخاص ذوو الإعاقة أقل عرضة للإصابة بالحالات الصحية سواء المتصلة أم غير المتصلة باعتلالاتهم، والتي تؤثر على أدائهم الوظيفي وصحتهم وعافيتهم عموماً؛ وأن يصبح أفراد الأسرة وغيرهم من أفراد المجتمع أقل قابلية للإصابة بالحالات الصحية والاعتلالات المرتبطة بالإعاقة.

## دور التأهيل المجتمعي

يتمثل دور التأهيل المجتمعي في ضمان تركيز المجتمعات المحلية وقطاعات التنمية ذات الصلة جهودها على أنشطة الوقاية للأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة على حد سواء. وتقدم برامج التأهيل المجتمعي الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم للتأكد من أنه بمقدورهم الحصول على الخدمات التي تعزز الصحة وتقي من الإصابة بالحالات الصحية العامة أو الحالات الثانوية (المضاعفات).

## النتائج المرجوة

- تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم من الوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية التي تهدف إلى الوقاية من الحالات الصحية.
- تقليل الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم لمخاطر التعرض للمشاكل الصحية عن طريق تبني سلوكيات وأنماط الحياة الصحية والمحافظة على هذا النهج.
- مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة وانخراطهم في أنشطة الوقاية الأولية مثل برامج التطعيم، للحد من مخاطر إصابتهم بحالات صحية أو اعتلالات إضافية.
- مشاركة جميع أفراد المجتمع في أنشطة الوقاية الأولية، مثل برامج التطعيم، للحد من خطر إصابتهم بحالات صحية أو اعتلالات يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة.
- تعاون برامج التأهيل المجتمعي مع القطاعات الصحية وغيرها من القطاعات الأخرى، مثل قطاع التعليم، لمعالجة القضايا الصحية وتقديم الدعم والمساعدة لأنشطة الوقاية.

## المفاهيم الرئيسية

### المخاطر على الصحة

تؤثر عوامل الخطر على صحة الفرد وتحدد احتمالات التعرض للإصابات والعلل والأمراض. وفي كل مكان، يتعرض الناس لمخاطر صحية عديدة طوال حياتهم. ومن عوامل الخطر الرئيسية: نقصان الوزن؛ وممارسات الجنس غير المأمونة وارتفاع ضغط الدم؛ وتعاطي التبغ؛ وتعاطي الكحول، والمياه غير الآمنة والصرف الصحي غير السليم وقلة النظافة؛ ونقص الحديد، والدخان المنبعث من الوقود الصلب المحترق في الأماكن المغلقة (25).

وتقلل أنشطة الوقاية من حجم المخاطر المحدقة بصحة الأفراد والمجتمعات. وفي حين أن بعض عوامل الخطر، مثل التاريخ المرضي للأسرة، تكون خارجة عن إرادة وتحكم الفرد، فإن البعض الآخر كنمط الحياة والبيئة المادية والاجتماعية يمكن تغييره مما قد يمكّن من الحفاظ على الحالة الصحية وتحسينها. ويمكن للقطاع الصحي أن يلعب دوراً مهماً في التصدي لهذه العوامل من عوامل الخطر.

## ثلاثة مستويات من الوقاية

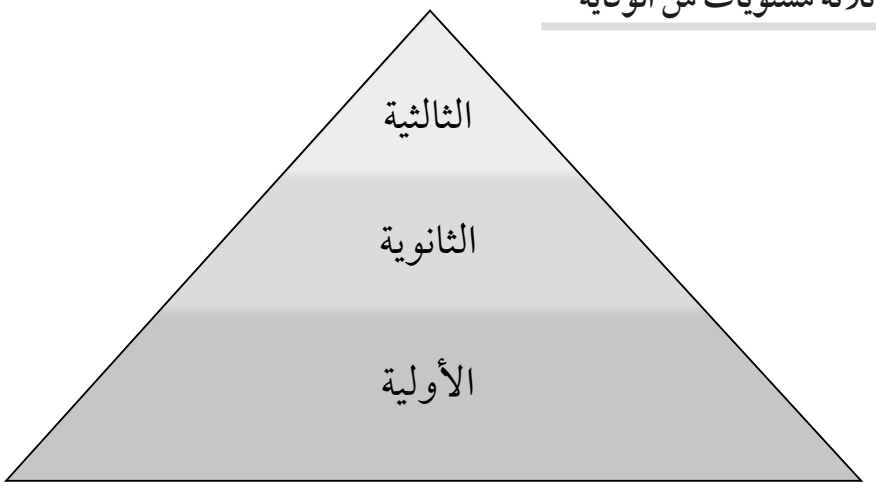
يمكن أن تعمل تدخلات الوقاية على واحد من مستويات ثلاثة.

1. **الوقاية الأولية** – «الوقاية خير من العلاج» هي عبارة يألفها العديد من الناس وهي محور الوقاية الأولية. فالوقاية الأولية تستهدف تجنب الأمراض وتستخدم تدخلات وقائية تحول دون الإصابة بالحالات الصحية (17). وتُعنى هذه التدخلات أساساً بالناس (على سبيل المثال تغيير السلوكيات الصحية، والتطعيم، والتغذية) والبيئات التي يعيشون فيها (توافر إمدادات المياه الآمنة والصرف الصحي والظروف الجيدة للعمل والمعيشة). وللوقاية الأولية نفس القدر من الأهمية بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة، وهي تشكل المحور الرئيسي لهذا العنصر.

2. **الوقاية الثانوية** – تعني الكشف المبكر عن المشكلات الصحية ومعالجتها مبكراً، بهدف الشفاء منها أو التخفيف من آثارها. كأمثلة على الكشف المبكر يمكن أن نذكر التصوير الشعاعي للثدي للكشف عن السرطان وفحص العين للكشف عن الساد (الماء البيضاء)؛ ومن الأمثلة على العلاج المبكر نذكر علاج التراخوما بالمضادات الحيوية للوقاية من العمى، والمعالجة الدوائية المتعددة للجذام لمنع تقدم المرض، والتدبير المناسب لإصابات كسور العظم لتعزيز الالتئام السليم والوقاية من التشوه. وسنناقش استراتيجيات الوقاية الثانوية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة أو غير ذوي الإعاقة في عنصر الرعاية الطبية الذي سيرد أدناه.

3. **الوقاية الثالثية (المتخصصة)** – تهدف إلى الحد أو التخلص من التأثير الذي تحدثه الحالات الصحية والاعتلالات القائمة بالفعل؛ وهي تشمل خدمات التأهيل والتدخلات التي تهدف إلى منع تقييد نشاط المرء، وتعزيز استقلاليته، ومشاركته واندماجه. وسنناقش استراتيجيات الوقاية الثالثية في العناصر المتعلقة بالتأهيل والأجهزة المساعدة.

**الشكل 1: ثلاثة مستويات من الوقاية**



الإطار 9 الهند

## أنيتا تقف شامخة

أنيتا امرأة تبلغ من العمر 50 عاماً تعيش في قرية خاندال Khandale التي تقع في منطقة جبلية في مقاطعة رايغاد Raigad في ولاية ماهاراشترا الهندية. وقد أصيبت أنيتا ذات يوم إصابة بسيطة في قدمها اليمنى. وبسرعة بدأت تشعر بآلام في قدمها التي أصبحت بعد بضعة أيام سوداء اللون. فاصطحبها ابنها إلى مستشفى أليباغ Alibaug، الذي يبعد عن قريتها 15 كيلومتراً، حيث نصحها الأطباء بالذهاب إلى أحد المستشفيات التخصصية في مومباي على بعد 100 كم. وشخّص العاملون الصحيون في مومباي بشكل فوري حالة أنيتا على أنها مصابة بمرض السكري وقاموا ببتر ساقها اليمنى تحت الركبة لإصابتها بالغنغرينا. وعقب الجراحة مباشرة قامت أسرة أنيتا باصطحابها إلى القرية نظراً لعدم قدرتها على تحمل تكاليف البقاء في المدينة. وكانت أنيتا غير قادرة على المشي مما حدا بابنها إلى حملها على ظهره.

أبلغ العامل الصحي بالقرية أنيتا وأسرتها عن برنامج للتأهيل المجتمعي يقدم خدمات صحية مجانية للأشخاص الذين فقدوا أحد أطرافهم. وقامت أنيتا بزيارة هذا البرنامج في المركز الصحي القريب من قريتها. وتمت معاينة جدعة الطرف المبتور لضمان الالتئام السليم وجرى فحص ساقها/ قدمها اليسرى لملاحظة وجود أي تغييرات في الإحساس أو دوران الدم فيها. واطلعت أنيتا على معلومات بشأن مرض السكري وكيفية السيطرة على الحالة باستخدام الأدوية، وممارسة التمارين الرياضية بانتظام، واتباع نظام غذائي مناسب. وتعلمت أيضا كيفية العناية السليمة بالقدم لتجنب بتر ساقها اليسرى في المستقبل. كما أعطيت أنيتا عكازات ودربت على كيفية استخدامها.

وفي وقت لاحق زار فريق من المختصين الصحيين المركز الصحي وزوّد أنيتا بطرف اصطناعي وزوج من الأحذية الجيدة لضمان حماية قدمها اليسرى من الأذى. كما تم تدريبها لضمان قدرتها على المشي بشكل صحيح مع ذلك الطرف الاصطناعي، وقام العاملون ببرنامج التأهيل المجتمعي بتثبيت قضيبين متوازيين خارج كوخها حتى تتمكن من ممارسة المشي بوجود الطرف الاصطناعي في المنزل. وشيئاً فشيئاً تحسنت ثقة أنيتا بنفسها، حتى أصبحت قادرة على المشي بشكل مستقل مع طرفها الاصطناعي والعودة إلى المهام المنزلية والعمل في الحقول. ولا زالت أنيتا تواظب على أخذ دوائها وتجري الفحوصات الطبية بانتظام. وتقول أنيتا أن نوعية حياتها قد تحسنت وأنها نجحت بمساعدة من برنامج التأهيل المجتمعي والآخرين في توقي حدوث المزيد من المضاعفات الصحية نتيجة للداء السكري.

### ما الذي تعنيه الوقاية للأشخاص ذوي الإعاقة؟

كما هو حال جميع الناس، يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة لعوامل خطر يتوجب عليهم معها الحصول على رعاية صحية وقائية بشكل منتظم، كاللقاحات مثلاً. ومع ذلك، قد يحتاج هؤلاء أيضاً إلى تدخلات مستهدِفة ومتخصصة لأنهم كثيراً ما يكونون أكثر عرضة للمخاطر الصحية الموجودة في المجتمع. فعلى سبيل المثال، في حالات الفقر نجد أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم الفئة الأقل حصولاً على المياه الآمنة ومرافق الصرف الصحي. وقد يجبرهم ضعف إمكانية الوصول إلى هذه المرافق والاستفادة منها على اتباع ممارسات غير صحية، مما يعرض صحتهم للمخاطر ويساهم في إبقائهم ضمن صفوف الفقراء غير قادرين على تحسين سبل عيشهم (26). وفي هذه الحالات، قد يتعين توفير مرافق ذات تسهيلات خاصة أو إدخال بعض التعديلات على المرافق القائمة لتلبية حاجة ذوي الإعاقة.

كما أن ذوي الإعاقة عرضة للإصابة بحالات صحية مرضية ثانوية (أي مشاكل صحية أو مضاعفات تتصل بحالتهم الصحية الأولية). ومن الأمثلة على ذلك: تقرحات الفراش، والتهابات المسالك البولية، وتقفع المفاصل، والألم، والسمنة، وهشاشة العظام والاكتئاب. ويمكن معالجة هذه الأمراض الثانوية عن طريق التدخل المبكر، ويمكن منع وقوع العديد منها تماماً. فعلى سبيل المثال، يمكن للشخص المصاب بشلل سفلي الوقاية من حدوث تقرحات الفراش عن طريق العناية الجيدة بالجلد، والوقاية من التهابات المسالك البولية عن طريق التدبير الجيد لعملية التبول.

## الإطار 10 فييت نام

### جعل البيئة المنزلية سهلة الاستخدام لذوي الإعاقة

قدمت هانديكاب إنترناشونال Handicap International الدعم لتأسيس وحدة لإصابات الحبل الشوكي في مستشفى التأهيل الواقع في مدينة هوشيه منه، في فييت نام. وكان موظفو التأهيل المجتمعي العاملون في هذه الوحدة مسؤولين عن متابعة حالات المرضى بعد مغادرتهم للمستشفى، بهدف منع إصابتهم بحالات صحية ثانوية وضمان سهولة الحركة بالكراسي المتحركة في منازلهم. وقد حاول موظفو التأهيل المجتمعي بذل ما في وسعهم لمتابعة جميع المرضى، ولكن نظرا لمحدودية الموارد البشرية واتساع المنطقة التي يغطيها المستشفى فقد تمكنوا من متابعة 25٪ فقط من الأفراد، وفي كثير من الأحيان تعذرت متابعة من هم في أشد الحاجة إلى ذلك. لذا فقد قرر العاملون الطبيون وموظفو التأهيل المجتمعي تنفيذ نظام جديد يتم بموجبه تحديد المرضى الأولى بالرعاية – وتم القيام بزيارات منزلية للأفراد الأكثر تعرضاً للمخاطر في حين جرى التواصل مع الأفراد الأقل عرضة للمخاطر عبر المكالمات الهاتفية مع إعطائهم كتيبات تثقيفية مناسبة. ونتيجة لذلك، شهد مستشفى التأهيل انخفاضاً في الحالات التي يتم إعادة إدخالها إلى المستشفى. وقد ثبت كذلك أن تلك المبادرة ذات جدوى من حيث التكلفة وأقل إرهاقاً لموظفي التأهيل المجتمعي.

### ما الذي تعنيه الوقاية للأشخاص غير المعاقين؟

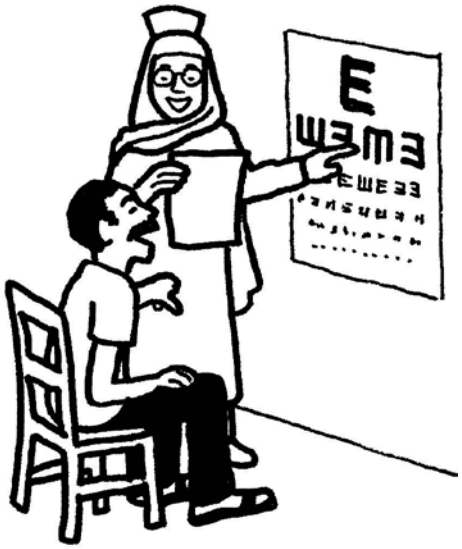
لا تقل الوقاية في أهميتها بالنسبة للأشخاص غير ذوي الإعاقة عما هو الحال بالنسبة لذوي الإعاقة. إذ يمكن الوقاية من الكثير من الحالات الصحية التي تترافق مع الاعتلال والإعاقة، فعلى سبيل المثال يمكن الوقاية من 80٪ من حالات العمى لدى البالغين أو علاجها ويمكن تجنب ما يقرب من نصف حالات العمى في مرحلة الطفولة من خلال علاج الأمراض في وقت مبكر، وتصحيح التشوهات عند الولادة، مثل الساد والمياه الزرقاء (27). وقد حث قرار جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين بشأن: الإعاقة، بما في ذلك الوقاية، والتدبير العلاجي، والتأهيل (28) (WHA58.23) الدول الأعضاء على زيادة الوعي العام حول أهمية قضية الإعاقة، وتنسيق جهود جميع القطاعات للمشاركة في أنشطة الوقاية من الإعاقة.

من الضروري توخي الحذر والتحلي بالحساسية عند الترويج للبرامج أو المبادرات التي تركز على الوقاية من الحالات الصحية والاعتلالات المترافقة مع الإعاقة، لأن كثيراً من الناس داخل مجتمع ذوي الإعاقة قد يرون في هذه الأنشطة تهديداً أو إهانة لهم وينظرون إليها على أنها محاولة للقضاء على وجود ذوي الإعاقة. وينبغي أن لا يكون هناك أي تضاد بين التدخلات الوقائية التي تحاول الحد من الحالات الصحية المرتبطة بالإعاقة، وتلك التي تسعى إلى الحفاظ على صحة الأشخاص ذوي الإعاقة وتحسينها (29).

## الأنشطة المقترحة

نظراً لارتباط الوقاية بشكل وثيق مع تعزيز الصحة والرعاية الطبية، من الضرورة بمكان أن نلاحظ أن هناك تداخلاً بين الأنشطة المقترحة المذكورة في جميع العناصر الثلاثة، وعليه نقترح على القارئ أن يقوم بقراءتها معاً. ويكون التركيز الرئيسي هنا على أنشطة الوقاية الأولية؛ ولن يتم التطرق هنا إلى موضوعات العنف وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، حيث سيتم تناولهما في المكون الاجتماعي والفصل التكميلي المتعلق بالتأهيل المجتمعي وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

### تيسير إتاحة خدمات البرامج الوقائية القائمة والاستفادة منها



يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي جمع المعلومات عن أنشطة الوقاية الموجودة في مجتمعاتها والعمل مع برامج الوقاية لتشمل ذوي الإعاقة في فعالياتها، مما يضمن تغطية أكبر لهذه البرامج. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تقوم بما يلي:

- التأكد من أن يكون الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم على علم بأنواع أنشطة الوقاية المتاحة في مجتمعاتهم؛
- التأكد من أن يكون العاملون في مجال الصحة على بينة من احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- التأكد من أن تكون المعلومات المتعلقة بأنشطة الوقاية متاحة بأشكال مناسبة ومتوافرة في العديد من المواقع القريبة من أماكن سكن الناس؛
- تحديد ما إذا كانت المواقع التي تجري فيها أنشطة الوقاية مصمَّمة بطريقة تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة الاستفادة منها واستعمالها بيسر. وفي حال لم تكن كذلك يتعين على برامج التأهيل المجتمعي اقتراح أفكار وحلول عملية تجعل هذه الأماكن سهلة لاستخدام ذوي الإعاقة؛
- تحديد ما إذا كان بالإمكان توفير خدمات الوقاية في مواقع بديلة، مثل البيئات المنزلية، عندما يصعب الوصول إليها.

الإطار 11 كينيا

## تلبية احتياجات مستخدمي الكراسي المتحركة

في منطقة كورغوشو Korogocho بنيروبي في كينيا، يوجد مركز صحي تديره منظمة غير حكومية. ولم يكن بناء هذا المركز يسمح بدخول الكراسي المتحركة بسبب وجود درج. ونتيجة لذلك لم تكن برامج التطعيم متاحة للأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية (مثل الأطفال الذين لديهم شلل دماغي)، لذلك كان العاملون الصحيون ينصحون الأسر بالتوجه إلى مركز للتأهيل في المدينة. ولمعالجة الأمر، نظم برنامج التأهيل المجتمعي اجتماعاً لمناقشة هذه المسألة مع العاملين الصحيين، وتم التوصل إلى حل بسيط وافق المركز الصحي بموجبه على تطعيم الأطفال ذوي الإعاقة في الطابق الأرضي من المبنى.

### تعزيز أنماط الحياة والسلوكيات الصحية والترويج لها

يمكن للسلوكيات الصحية الجيدة مثل الامتناع عن التدخين الحد من تناول الكحول وتناول الطعام الصحي وممارسة الرياضة بشكل منتظم وارتداء الواقي المطاطي أثناء ممارسة الجنس أن تحد من مخاطر الإصابة بالاعتلالات الصحية. وعادة ما تستعمل برامج الوقاية استراتيجيات تعزيز الصحة لتشجيع السلوكيات الصحية السليمة، مثل إطلاق حملات التوعية لإيصال رسائل الوقاية في المجتمعات المحلية، وتثقيف الأفراد. انظر عنصر تعزيز الصحة للتعرف على الأنشطة المقترحة لتعزيز السلوكيات الصحية الجيدة.

### تشجيع التطعيم

ينبغي توفير برامج التطعيم ضد الأمراض، داخل كل مجتمع، وجعلها متاحة للفئات الأكثر عرضة للخطر، ونذكر من هذه التطعيمات على سبيل المثال التلقيح ضد شلل الأطفال والدفتيريا والكزاز والحصبة للرضع وصغار الأطفال والتلقيح ضد الكزاز للنساء الحوامل. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن:

- تشارك بفاعلية في حملات التوعية الرامية إلى تشجيع تطعيم جميع أفراد المجتمع بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- تتواصل مع العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية لتثقيفهم حول أهمية التطعيم للأشخاص ذوي الإعاقة، لاسيما الأطفال منهم، بصرف النظر عن الاعتلالات القائمة لديهم؛
- تعمل مع خدمات الرعاية الصحية الأولية لضمان تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم من الوصول إلى برامج التطعيم في مجتمعاتهم؛
- تعمل على التأكد من أن الأشخاص الذين يتلقون الدعم والمساعدة من برامج التأهيل المجتمعي قد تلقوا التطعيمات الموصى بها، مثل الأطفال ذوي الإعاقة، وإخوانهم وأخواتهم، والأمهات الحوامل ممن لديهن أطفال ذوو إعاقة؛
- توفر المعلومات عن مواقع الخدمات الآمنة وذات السمعة الحسنة، للأشخاص الذين لم يتلقوا التطعيمات الموصى بها وتساعدهم على الوصول إلى هذه الخدمات عند الضرورة؛
- تعمل مع خدمات الرعاية الصحية الأولية لوضع ترتيبات بديلة للأشخاص الذين لا يستطيعون الوصول إلى برامج التطعيم، مثل الأطفال ذوي الإعاقة الذين لا يذهبون إلى المدرسة.

**الإطار 12** ماليزيا

## إنقاذ حياة الصغار

يعمل برنامج التأهيل المجتمعي الوطني في ماليزيا بشكل وثيق جداً مع خدمات الرعاية الصحية الأولية لضمان قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الوصول إلى الأنشطة التي يقوم بها العاملون في الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك التطعيم ضد الحصبة الألمانية للأمهات الشابات وبرامج تطعيم الأطفال.

## ضمان الحصول على تغذية صحيحة

عادة ما ينتج سوء التغذية عن عدم الحصول على ما يكفي من الطعام واتباع العادات الغذائية السيئة، وهو سبب شائع للمشاكل الصحية. ويعد ضمان الغذاء الكافي والتغذية الملائمة في المجتمعات مسؤولية العديد من قطاعات التنمية، والتي ينبغي على برامج التأهيل المجتمعي التعاون معها. وبالنسبة لقطاع الصحة، هناك بعض الأنشطة المقترحة التي يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي القيام بها، من قبيل:

- ضمان قدرة العاملين في برامج التأهيل المجتمعي على التعرف على الأشخاص (سواء ذوي الإعاقة منهم وغير ذوي الإعاقة) الذين تبدو عليهم علامات سوء التغذية وإحالتهم إلى الكوادر الصحية لإجراء التقييم السليم للحالة ومعالجتها؛
- تشجيع تناول الأغذية الغنية بالحديد وبالفيتامينات التي تتوفر محلياً، مثل السبانخ والنباتات الورقية الأخرى والحبوب الكاملة والفواكه – ويمثل شرح بعض الطرق منخفضة التكلفة لتحضير مأكولات مغذية أحد السبل لتشجيع الناس على تناول الأطعمة المغذية؛
- ضمان حصول الأطفال ذوي الإعاقة على الغذاء الكافي والمناسب – فعادة ما يتم إهمال الأطفال ذوي الإعاقة، وخصوصاً من لديهم مشاكل في تناول الطعام؛
- تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم صعوبات في تناول الطعام، مثل الأطفال الذين لديهم شلل دماغي ويواجهون مشاكل في المضغ والبلع، وإحالتهم إلى معالجي النطق واللغة حيثما أمكن ذلك؛

- تقديم اقتراحات بسيطة للأسر حول الطرق الكفيلة بمساعدة ذوي الإعاقة في تناول الطعام والشراب، مثل تحديد وضعيات الجلوس المناسبة للشخص ذي الإعاقة بحيث يكون الإطعام أكثر أمناً وسهولة؛
- تحديد مبادرات التغذية المتاحة في المجتمع والتأكد من قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الاستفادة منها، مثل تضمين الأطفال ذوي الإعاقة بشكل فعال في البرامج التي ترصد النمو وتوفر المغذيات زهيدة المقدار والأغذية التكميلية؛
- تشجيع الرضاعة الطبيعية وتشجيع النساء الحوامل على طلب الرعاية أثناء الحمل والحصول على المكملات المحتوية على الحديد وحمض الفوليك (انظر تيسير الحصول على الرعاية الصحية للأم والطفل، لاحقاً).

## اكتساب القوة من خلال التغذية

دأبت مؤسسة سانجيفيني ترست Sanjivini Trust الكائنة في مدينة بنغالور الهندية على العمل مع النساء والأطفال لأكثر من عقد من الزمن. وكان من أبرز مداخلاتها التصدّي لمشكلة سوء التغذية لدى الأطفال لاسيما أولئك الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات. واقتناعاً منها بأن سوء التغذية لدى الكثير من أطفال الأسر الفقيرة يحدث خلال فترة الانتقال من الرضاعة الطبيعية إلى تناول الأغذية شبه الصلبة ثم إلى الأغذية الصلبة، بسبب عدم توافر المواد الغذائية المناسبة، فقد قامت هذه المؤسسة بتوفير مكمل غذائي – وهو عبارة عن مسحوق غني ببروتينات الطاقة – لجميع الأطفال ممن لديهم سوء تغذية مرة واحدة كل شهر. ويجري تدريب المتطوعين على إعداد المكمل الغذائي وتوزيعه على الأطفال الذين يعانون سوء التغذية بعد التعرف عليهم. ويتم تقديم معلومات تثقيفية تغذوية للأمهات تبين كيفية إعداد وجبات مغذية منخفضة التكلفة باستخدام الحبوب والخضروات المتاحة محلياً. كما تعمل المؤسسة بالتعاون مع المنظمات الأخرى التي تقدم خدمات التأهيل للأطفال ذوي الإعاقة، من خلال توفير المكمل الغذائي لهم. وقد واظب الأطفال ممن لديهم احتياجات خاصة، مثل من لديهم مشاكل في تناول الطعام، على استخدام المكمل الغذائي وأفادوا منه بشكلٍ كبير.

أفرين طفلة تبلغ من العمر تسع سنوات لديها شلل دماغي، وهي تعيش مع والديها وأختيها في الأحياء الفقيرة من منطقة إلياسناجار Illyasnagar، في مدينة بنغالور. ويعمل والداها في مصنع محلي مقابل أجر يومي يعادل 70 روبية. وكانت أسرة أفرين قد هاجرت إلى بنغالورعندما كان عمرها ست سنوات. وأصيبت أفرين بالشلل الدماغي بسبب حدوث مضاعفات أثناء ولادتها، وكانت تتغذى على الأطعمة السائلة فقط. ونتيجة لذلك كانت تعاني من سوء تغذية وباتت طريحة الفراش وضعيفة النمو، وعانت بصورة متكررة من الإسهال ونوبات الصرع. كان العامل في برنامج التأهيل المجتمعي غير قادر على إعطاء أفرين أي شكل من أشكال العلاج بسبب حالتها، ونظراً لذلك تم إعطاؤها المكمل الغذائي لمدة سنة واحدة مما أدى إلى تحسن حالتها الصحية تدريجياً واكتسابها بعض القوة. وحالياً تذهب أفرين إلى مركز للتدريب لتلقي العلاج والتحفيز؛ وتشعر أسرتها بسعادة غامرة لهذا التحسن في حالتها، كما أن والدتها أصبحت قادرة على إدخال أطعمة أخرى في غذائها.

### تيسير الحصول على خدمات الرعاية الصحية للأم والطفل

إن الرعاية أثناء الحمل وخدمات الرعاية الماهرة أثناء الولادة وبعد الولادة من شأنها الحد من مخاطر تعرض الأمهات والرضع لخطر الإصابة بالحالات الصحية و/ أو الاعتلالات التي قد تؤدي إلى الإعاقة. وينبغي لبرامج التأهيل المجتمعي أن تعمل على:

- تحديد الخدمات الصحية المخصصة للأمهات المتوافرة في المجتمع المحلي، مثل الرعاية أثناء الحمل؛
- تزويد جميع النساء بالمعلومات حول الخدمات الصحية المخصصة للأمهات وتشجيعهن على الحصول عليها؛
- تقديم دعم إضافي للنساء ذوات الإعاقة إذا ما تعذر عليهن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المخصصة للأمهات، مثل بذل جهود لمناصرتهن إذا ما كان هناك تمييز ضدهن داخل نظام الرعاية الصحية؛
- إحالة النساء وأسرهن إلى خدمات الإرشاد الوراثي إذا كانت لديهن أسئلة محددة أو مخاوف متصلة بالحمل الحالي أو المقبل، فمثلاً قد يتساءل زوجان لديهما طفل ذو إعاقة عما إذا كان طفلهما القادم سيرث نفس الحالة/ الاعتلال؛

- تقديم المشورة للخدمات الصحية حول المسائل المتعلقة بحصول الحوامل من ذوات الإعاقة على هذه الخدمات وإتاحتها لهن، مثل تقديم الاقتراحات حول أساليب التواصل المناسبة وكيفية جعل مباني المستشفيات/ غرف الولادة يسهل الوصول إليها واستعمالها من قبل ذوات الإعاقة؛
- معرفة ما إذا كانت هناك برامج لتدريب القابلات العاملات في المجتمعات المحلية، والحرص على أن تشتمل هذه البرامج على معلومات عن الإعاقة والتعرف المبكر على الاعتلالات؛
- تشجيع الأسر على تسجيل الأطفال ذوي الإعاقة لدى السلطات المحلية عند الولادة.

الإطار 14 منغوليا

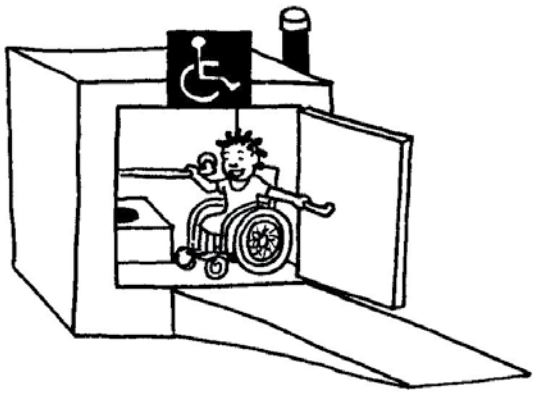
## التخفيف من الإجهاد المصاحب للحمل

في بعض القرى الواقعة في شمال غرب منغوليا، يعاني كثير من النساء من خلع في مفصل الفخذ؛ وعندما تصبح المرأة حاملاً فإن الوزن الزائد الذي ينجم عن الحمل يلقي بمزيد من الإجهاد على فخذها مما يتسبب بتفاقم الألم والإعاقة لديها. ويعمل أحد البرامج الوطنية للتأهيل المجتمعي في منغوليا مع هؤلاء النساء ويقدم لهن المشورة فيما يتعلق بتنظيم الفترات الفاصلة بين الحمل والذي يليه، والحصول على الراحة الكافية خلال المراحل المتقدمة من الحمل.

### الدعوة إلى ضرورة توافر المياه النظيفة وتعزيز خدمات الصرف الصحي

تساهم التدابير المتصلة بالمياه والصرف الصحي في تحسين العيش الصحي والحد من الإعاقة. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تساعد على ضمان مراعاة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال:

- التحدث إلى الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم للتعرف على العوائق التي يواجهونها عند الوصول إلى مصادر المياه ومرافق الصرف الصحي واستخدامها. فعلى سبيل المثال قد يكون الأشخاص ذوو الإعاقة غير قادرين على الوصول إلى مصادر المياه لأنهم يسكنون بعيداً جداً عنها، و/ أو لأن تضاريس المكان قاسية للغاية و/ أو لأن الطريقة المتبعة للحصول على المياه من الآبار صعبة جداً؛
- جعل السلطات المحلية والمؤسسات المسؤولة عن المياه والصرف الصحي على بينة من هذه العوائق وتقديم الاقتراحات والأفكار عن طرق التغلب على تلك العوائق عبر الشراكة مع ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم؛
- كسب تأييد السلطات المحلية والعمل معها من أجل تكييف المرافق القائمة و/ أو بناء مرافق جديدة، مثل تركيب مقاعد للمراحيض تكون مرتفعة وتثبيت درابزين يمكن الاستناد عليه للأشخاص غير القادرين على استخدام المرحاض العربي (أي المرحاض الذي يستعمَل في وضعية القرفصاء)؛
- تشجيع أفراد المجتمع على دعم ومساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة إذا ما دعت الحاجة، مثل حث الجيران على مرافقة الشخص ذي الإعاقة عند ذهابه لجلب المياه.



## تقديم المساعدة للوقاية من الإصابات

ينتج كثير من حالات الإعاقة عن الإصابات التي تحدث في المنزل أو العمل أو المجتمع. وفي كثير من الأحيان نجد أن البالغين والأطفال من ذوي الإعاقة هم أيضاً أكثر عرضة لخطر الإصابات. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن يكون لها دور في الوقاية من الإصابات في مجتمعاتها المحلية عن طريق:

- تحديد الأسباب الرئيسية للإصابة في المنزل والمجتمع (مثل الحروق والغرق والتصادمات على الطرق) وتحديد الفئات الأكثر عرضة للخطر (مثل الأطفال)؛
- بناء الوعي في المجتمع بالأسباب الشائعة للإصابات، وكيفية الوقاية منها؛ ويمكن أن يتم هذا من خلال حملة لتعزيز الصحة (انظر مكون تعزيز الصحة)؛
- العمل مع السلطات المحلية والجماعات المجتمعية حول الإجراءات التي يجب اتخاذها للحد من حدوث الإصابات في المنزل والمجتمع، مثل تفادي وقوع الإصابات خلال الاحتفالات الكبيرة؛
- تقديم اقتراحات للأسر حول كيفية تفادي وقوع الإصابات في المنزل، مثل مراقبة الأطفال عندما يكونون على مقربة من الماء أو من مصدر مكشوف للنيران، وحفظ السموم في مكان مغلق بعيداً عن متناول الأطفال، وإبعاد الأطفال عن الشرفات وحواف الأسقف والسلالم، وعدم السماح للأطفال باللعب بالأدوات الحادة؛
- تثقيف أصحاب العمل والعمال حول كيفية تفادي وقوع إصابات في مكان العمل، مثل ارتداء معدات السلامة المناسبة في مواقع البناء (الأحذية والخوذات والقفازات وواقيات الأذن)؛
- تثقيف أطفال المدارس بشأن السلامة على الطرق، مثل حول كيفية عبور الطرق بأمان، وارتداء أحزمة الأمان في السيارات، وارتداء الخوذات عند ركوب الدراجات الهوائية والدراجات البخارية.

## تقديم المساعدة للوقاية من الحالات الصحية الثانوية

إن الأشخاص ذوي الإعاقة من جميع الأعمار معرضون لخطر الحالات الثانوية المصاحبة لإعاقتهم. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي تعزيز استراتيجيات الوقاية الأولية للحد من احتمالات إصابة هؤلاء الأشخاص بتلك الحالات. ومن المحبذ أن تقوم برامج التأهيل المجتمعي بما يلي:

- ضمان علم ودراية الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم بالحالات الثانوية التي ترتبط عادة بإعاقاتهم، فعلى سبيل المثال يجب على من لديهم إصابات في الحبل الشوكي أو السنسنة المشقوقة spina bifida (وأسرهم) أن يكونوا مدركين أنهم عرضة لمخاطر حدوث التهابات في المسالك البولية بشكل كبير؛
- مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم على تحديد الاستراتيجيات الكفيلة بالوقاية من حدوث الحالات الثانوية، على سبيل المثال اعتماد سلوكيات وأنماط حياة صحية مثل ممارسة التمارين الرياضية، واتباع التغذية الجيدة، وإجراء فحوصات صحية منتظمة، والحفاظ على مستوى جيد من النظافة، والانضمام إلى جماعات المساعدة الذاتية؛
- التأكد من أن أي أجهزة مُساعِدة تقدم للأشخاص ذوي الإعاقة لا تتسبب في مخاطر تتصل بالحالات الثانوية، فعلى سبيل المثال يتعين تركيب الأطراف الاصطناعية بطريقة سليمة بحيث لا تسبب علامات حمراء يمكن أن تؤدي إلى حدوث تقرحات ناجمة عن الضغط.

# الرعاية الطبية

## مقدمة

يمكن تعريف الرعاية الطبية على أنها كشف وتقييم ومعالجة الحالات الصحية و/ أو الاعتلالات الناتجة عنها. ويمكن للرعاية الطبية أن تعمل على: توفير علاج (مثل علاج الجذام أو الملاريا)، والحد من التأثير (مثل علاج الصرع)، والوقاية من الاعتلالات التي يمكن تجنبها (مثل علاج مرض السكري للوقاية من العمى). إن الحصول على رعاية طبية ذات جودة عالية، عند اللزوم وكلما اقتضت الحاجة، هو أمر بالغ الأهمية للحفاظ على صحة جيدة ونشاط مقبول (30)، لاسيما بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين قد يعانون من مستويات متردية من الصحة.

أشرنا في التمهيد، إلى المادة 25 من اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتدابير التي يتعين على الدول الأعضاء اتخاذها فيما يتعلق بالخدمات الصحية المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك: تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بنفس التغطية والجودة والمستوى من الرعاية الصحية والبرامج المجانية أو ذات التكلفة المعقولة المقدمة إلى الأشخاص الآخرين؛ وتقديم تلك الخدمات الصحية تبعاً لحاجة الأشخاص ذوي الإعاقة وعلى وجه التحديد الحاجة الناشئة عن إعاقتهم، بما في ذلك الكشف المبكر والتدخل عند الاقتضاء؛ وتوفير الخدمات في مواقع أقرب ما تكون إلى أماكن عيش أولئك الأشخاص (2).

كما تبين القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة (23) مجموعة من المسؤوليات الملقاة على عاتق البلدان فيما يتعلق بالرعاية الطبية وتسلط الضوء على الرعاية الطبية كشرط مسبق للمشاركة على قدم المساواة في جميع أنشطة الحياة.

ويمكن للعاملين في برنامج التأهيل المجتمعي الاسترشاد بالاتفاقية والقواعد الموحدة والعمل ضمن مجتمعاتهم المحلية لضمان كون الأشخاص ذوي الإعاقة قادرين على الوصول في الوقت المناسب إلى الرعاية الطبية الشاملة للجميع والملائمة.

## التغيير الكبير الذي حصل لعدنان

تعيش أيرين ومحمد في جمهورية تنزانيا المتحدة. وشعر هذان الزوجان بسعادة غامرة عندما ولد لهما عدنان الذي جاء بعد أخته الكبرى التي تبلغ من العمر ست سنوات، حيث انتظر الزوجان فترة طويلة قبل أن يرزقا بهذا الطفل الثاني. وعندما اقترب عدنان من الشهر الثاني لاحظ والداه أن رأسه بدا وكأنه آخذ في الصغر. فاصطحبت أيرين ومحمد ابنهما عدنان إلى المستشفى المحلي لتلقي الرعاية الطبية. وتم إجراء صور بالأشعة السينية أخبر بعدها الأطباء الزوجين أنه لا يوجد ما يبعث على القلق لدى عدنان. ولكن مع تقدم عدنان في العمر بات واضحاً أنه غير قادر على إنجاز بعض الوظائف البسيطة أو اتباع الإرشادات الأساسية، وأصبح سلوكه شيئاً فشيئاً مدعاة للحيرة، كما تعرض لنوبات متكررة من الاختلاجات. وتوضح أيرين ما كان يحدث لابنها فتقول «لم يكن يتكلم أبداً أو يصدر الكثير من الأصوات، لذلك لم أظن أبداً أنه كان يفهم أي شيء، وفي الواقع لم أتكلم معه بأي شيء. ولم يكن يعي مغزى ما أقول؟ وكانت تصرفاته تسوء شيئاً فشيئاً.»

لم يتمكن عدنان من المشي إلا بعد أن بلغ الرابعة من العمر وذات يوم عندما كان يلعب في الشارع لاحظه أحد المارة وإدراكاً منه أنه يعاني من اعتلال ذهني قام بإخبار أيرين ومحمد عن برنامج تأهيل مجتمعي محلي تديره إحدى المنظمات غير الحكومية يسمى التأهيل المجتمعي الشامل في تنزانيا. فاتصل والدا عدنان بهذا البرنامج وطلبا من القائمين عليه الدعم والإرشاد. وشرعت إحدى العاملات في البرنامج وتدعى الأم كيتنج بزيارة منزل الأسرة بصورة منتظمة مقدمة لها المعالجة والمعلومات التثقيفية. كما ساعدت الأسرة في الحصول على الرعاية الطبية لمعالجة نوبات الصرع التي يتعرض لها الطفل. ونتيجة لذلك أصبح عدنان يتناول بانتظام دواءً لضبط نوبات الصرع.

تقول أيرين «قبل أن أنضم إلى هذا البرنامج كان عدنان غير قادر على القيام بأي شيء بمفرده. ولم يكن يستطيع الأكل أو ارتداء الملابس بنفسه أو غسل يديه، ومن ثم فهو لم يكن مستقراً أو سعيداً. ولم يكن يفعل شيئاً قط سوى التجول وكثيراً ما كان يتوه عن المنزل. والحقيقة إنني لم أكن أعلم كيف أتصرف مع حالته هذه. لقد كان التدريب مفيداً حقاً لاسيما في تقديم الإرشادات. وأصبحت اليوم أتحدث إلى طفلي طوال الوقت وأصبح يعي ما أقوله، وأصبح قادراً على حمل الماء وإطعام نفسه وغسل وجهه. وقد شرحت له عدة مرات طريق العودة إلى المنزل من موقع مصدر المياه حيث كنت على الدوام أوضح له العلامات التي يجب أن يبحث عنها وأصبح قادراً على العودة إلى المنزل بنفسه إذا ما تاه عن الطريق. عدنان يتناول أدوية الصرع بانتظام ولم يعد يصاب بنوبات الصرع. إنه لتحول كبير عن السابق.»

## الهدف

أن يتمكن ذوو الإعاقة من الحصول على الرعاية الطبية العامة منها والتخصصية بناءً على احتياجاتهم الفردية.

## دور التأهيل المجتمعي

دورالتأهيل المجتمعي هو العمل بالتعاون مع ذوي الإعاقة وأسرهم ومراكز تقديم الخدمات الطبية لضمان تمكين ذوي الإعاقة من الحصول على الخدمات الكفيلة بتشخيص الحالات الصحية والاعتلالات والوقاية منها وتقليلها إلى الحد الأدنى و/ أو تصحيحها والشفاء منها.

## النتائج المرجوة

- أن يصبح العاملون في التأهيل المجتمعي على دراية بخدمات الرعاية الطبية وقادرين على تيسير إحالة ذوي الإعاقة وأسرهم إلى المراكز الطبية القادرة على توفير الرعاية التي تستجيب لاحتياجاتهم الصحية العامة منها والتخصصية.
- أن يتمكن ذوو الإعاقة وأسرهم من الحصول على الخدمات التي ترمي إلى الاكتشاف المبكر للحالات الصحية والاعتلالات (خدمات التحري عن الأمراض).
- أن تقدر مرافق الرعاية الطبية على استيعاب ذوي الإعاقة وأن تتيح المجال بشكل أكبر للأشخاص ذوي الإعاقة للوصول إليها والاستفادة من خدماتها.
- أن يقدر ذوو الإعاقة على الحصول على خدمات الرعاية الجراحية بهدف التقليل ما أمكن من الاعتلالات أو تصحيحها، مما يسهم في تحسين صحتهم وفعاليتهم البدنية.
- أن يطور الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم مهارات تدبير الشؤون الذاتية ليتمكنوا معها من طرح الأسئلة ومناقشة الخيارات العلاجية واتخاذ قرارات مستنيرة عن دراية بشأن الرعاية الطبية، وتدبير حالاتهم الصحية.
- أن يزداد وعي العاملين في الرعاية الطبية بالاحتياجات الطبية للأشخاص ذوي الإعاقة وأن يحترموا حقوق هؤلاء وكرامتهم وأن يقدموا لهم الخدمات الطبية ذات الجودة العالية.

## المفاهيم الرئيسية

### أنماط الرعاية الطبية

الكثير من النظم الصحية في البلدان ذات الدخل المنخفض تقوم على ثلاثة مستويات من الرعاية الصحية: الرعاية الأولية، والثانوية، والثالثية. وعادة ما تتصل هذه المستويات من الرعاية ببعضها من خلال نظام للإحالة، فمثلاً يقوم العاملون في الرعاية الصحية الأولية بإحالة الأشخاص إلى المرافق التي تقدم الرعاية الثانوية عند الضرورة. وعلى الرغم من أنه يحدث دوماً نوع من التداخل بين كل مستوى من هذه المستويات كأن يجري تقديم الرعاية الصحية الأولية أحياناً في مرفق يقدم عادة الرعاية الصحية الثانوية، فمن الضرورة بمكان على العاملين في التأهيل المجتمعي أن يتفهموا الفوارق الأساسية بين هذه المستويات لكي يتمكنوا من تيسير وصول ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم إلى هذه الخدمات.

**يشير المستوى الأولي من الرعاية إلى** الرعاية الصحية الأساسية المقدمة على مستوى المجتمع؛ فعادة ما يتم تقديم هذه الرعاية من خلال المراكز الصحية والعيادات، ودوماً تكون بمثابة نقطة الاتصال الأولى للناس مع النظام الصحي. وتشتمل الرعاية الطبية المقدمة على المستوى الأولي على العلاجات البسيطة قصيرة الأمد للحالات الحادة (كحالات العدوى والالتهابات مثلاً) والمعالجة الروتينية للحالات المزمنة (كالجذام والصرع والسل والسكري). وتعمل برامج التأهيل المجتمعي على مستوى المجتمع المحلي، فهي بالتالي قريبة في عملها من خدمات الرعاية الصحية الأولية (14).

**أما المستوى الثانوي من الرعاية فيشير إلى** الخدمات الطبية الأكثر تخصصاً التي تقدم من خلال العيادات الكبيرة أو المستشفيات التي عادة ما تتواجد على مستوى المقاطعة. وتوفر الرعاية الصحية الأولية حلقة وصل هامة مع الرعاية الثانوية من خلال آليات إحالة المرضى.

**المستوى الثالثي من الرعاية** يمثل الرعاية الطبية عالية التخصص التي يقدمها مختصون طبيون بالتعاون مع كوادر التمريض والمساعدين الطبيين وتستوجب استخدام تكنولوجيا متخصصة. ويحصل المرضى على هذه الخدمات في المستشفيات الكبيرة التي تقع عادة في المدن الرئيسية على الصعيد الوطني أو الإقليمي. قد تتضمن الرعاية الطبية المقدمة في المستوى الثالثي جراحة الدماغ أو رعاية مرضى السرطان أو جراحة تقويم العظام.

## الرعاية الطبية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة

كثيراً ما تحيل الكوادر الطبية الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات التأهيل لتلقي الرعاية الطبية العامة عوضاً عن تقديم العلاج لهم في مرافق الرعاية الصحية الأولية. وهذا مرده إلى أن تلك الكوادر ينقصها الوعي الكافي بأن ذوي الإعاقة، شأنهم في ذلك شأن عموم الناس، قد يواجهون حالات صحية عامة في أي مرحلة من مراحل حياتهم تضطرهم إلى الحصول على الرعاية الطبية، لاسيما الرعاية الصحية الأولية. فعلى سبيل المثال قد يحتاجون إلى الرعاية الطبية لمعالجة حالات العدوى التنفسية أو الإنفلونزا أو ارتفاع ضغط الدم أو حالات التهابات الأذن الوسطى أو السكري أو السل أو الملاريا.

ويؤدي العاملون في الرعاية الصحية دوراً هاماً في الكشف المبكر عن الحالات التي قد تؤدي إلى حدوث اعتلالات، ومن الضرورة بمكان اكتشاف كافة الحالات المرضية الصحية وعلاجها في وقت مبكر (الوقاية الثانوية). فبعض الحالات الصحية إذا لم يتم علاجها أو السيطرة عليها قد تؤدي إلى اعتلالات جديدة أو قد تفاقم من الاعتلالات القائمة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. والتدخل المبكر أقل إيلاماً، فضلاً عن أنه يتسم بمردودية وفعالية عالية من ناحية التكلفة ويحقق نتائج أفضل.

والكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم احتياجات محددة من حيث الرعاية الطبية لفترة قصيرة من الوقت أو طوال حياتهم، فعلى سبيل المثال قد يحتاج ذوو الإعاقة الذين لديهم صرع أو الذين لديهم مشكلات صحية نفسية إلى نظام علاجي دوائي يمتد لفترات طويلة. كما أن بعض ذوي الإعاقة قد يكونون بحاجة إلى تدخل جراحي لمعالجة اعتلالاتهم.

# الصرع

الصرع (نوبات الصرع) عبارة عن اضطراب عصبي مزمن يؤدي عادة إلى الإعاقة، لاسيما في المناطق النامية. وكثيراً ما يواجه الأشخاص الذين لديهم صرع وأسرهم الوصم الاجتماعي والتمييز. وهناك الكثير من المفاهيم المغلوطة والخرافات بشأن الصرع والمعالجة المناسبة له. فتشير الدراسات الحديثة التي أجريت في بلدان مرتفعة الدخل وأخرى منخفضة الدخل إلى أن ما يقرب من 70٪ من الأطفال والبالغين الذين جرى تشخيص إصابتهم بالصرع مؤخراً يمكن علاجهم بنجاح (أي أنه يمكن السيطرة بشكل تام على نوبات الصرع التي تنتابهم) بالأدوية المضادة للصرع. وبعد معالجة ناجحة لفترة من سنتين إلى خمس سنوات يمكن سحب الأدوية من حوالي 70٪ من الأطفال و60٪ من البالغين دون حدوث أي انتكاسات. إلا أن ما يقرب من ثلاثة أرباع المصابين بالصرع في البلدان ذات الدخل المنخفض لا يحصلون على المعالجة التي يحتاجونها (31).

## الجراحة

الجراحة جزء من الرعاية الطبية، وعادة ما يتم تقديم الخدمات الجراحية في المستويات الثانوية أو الثالثية من نظام الرعاية الصحية. فبعض أنواع الجراحات قادر على تصحيح الاعتلالات أو الوقاية أو الحد من التشوهات والمضاعفات التي قد تترافق مع تلك الإعاقات. وتتضمن الأمثلة على الجراحات كلاً من جراحة التخلص من الساد المتسبب في ضعف البصر، وجراحة تقويم العظام لمعالجة الكسور أو تشوهات الحبل الشوكي، والجراحة الترميمية لمعالجة الشفة المشقوقة والحنك المشقوق والحروق والجذام.

وهناك الكثير من الأمور التي يجب أخذها بعين الاعتبار قبل الشروع بالجراحة؛ فقد لا تمتلك الأسرة المعرفة الكافية والفهم الضروري فيما يتعلق بالجراحة، لذلك يجب تنويرها بشكل سليم حول الفوائد والعواقب التي قد تترتب على الجراحة. وغالباً، تكون العمليات الجراحية باهظة الكلفة، وبدون تغطية من الضمان الاجتماعي أو التأمين الصحي قد يتعذر على الفقراء الحصول عليها. ويعتمد نجاح نتائج الجراحة على المتابعة الشاملة بعد الجراحة، حيث يمكن أن يحتاج بعض المرضى إلى المزيد من الرعاية الطبية والعلاج والأجهزة المساعدة، الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود صلات وثيقة بين المختصين الطبيين والعاملين في التأهيل. ومن الضروري أن نتذكر أن الجراحة وحدها ليست بقادرة على معالجة جميع المشكلات التي قد تتصل بالاعتلال والإعاقة.

## التعرف على السبل الممكنة

ولد باتريك بمقاطعة كينيوجو في كينيا عام 1987 ولديه ما يعرف بحالة حنف الأقدام clubfoot، وكانت أخته سارة بدورها قد ولدت ولديها نفس الحالة. ويقول باتريك أنه ظل يعيش مع هذه الإعاقة حتى بلغ سن 17 عاماً عندما سمع إعلاناً في المذياع يطلب إلى الأطفال ذوي الإعاقة التوجه إلى مدينة كامومينجي. ويقول: «طيلة تلك السنوات كنت دوماً منعزلاً عن أقراني. وعندما سمعت ذلك الإعلان عبر المذياع اعترتني أحاسيس مختلطة، لم أكن متأكداً من أن هناك أي شيء يمكن فعله لقدمَي. وأخيراً توجهت إلى مركز الخدمات الإيصالية في كامومينجي حيث وجدت فيه العديد من الأطفال ذوي الإعاقة الآخرين. لم أظن في حياتي أبداً أن هناك أشخاصاً آخرين قد يمرون بالتجارب ذاتها. بعد إجراء عمليتين جراحيتين تم تصحيح قدمي وفوق كل ذلك صرت أنعم بسعادة ارتداء حذاء عادي الآن، الأمر الذي كان بمثابة الحلم بالنسبة لي. ويصبح المشي أسهل مع كل يوم يمضي. وخضعت أختي الصغرى التي تبلغ اليوم 14 عاماً لجراحة أيضاً. ومن الضرورة بمكان معرفة أنه تتوافر وتتاح في جميع المجتمعات المحلية إمكانية الحصول على خدمات طبية وتأهيلية للأطفال ذوي الإعاقة. إذ لم يكن الناس في منطقتنا يعلمون بوجود هذه الخدمات. لذا، أبذل وأختي سارة ما في وسعنا لتعريف أسرنا وأصدقائنا ومجتمعنا المحلي بتلك الخدمات. إننا نشكل مع الأشخاص ذوي الإعاقة الآخرين جزءاً من المجتمع ونطمح إلى المشاركة في الفعاليات المعتادة التي تتم على صعيد الكنائس والمدارس والتجمعات الأخرى. ومنذ أن خضعنا أنا وأختي للجراحة، بات الكثير من الناس اليوم يعتقدون أنه من الممكن للأطفال ذوي الإعاقة الآخرين استعادة أملهم الضائع.»

### تدبير الشؤون الذاتية

تدبير الشؤون الذاتية (عادة ما يشار لها بالرعاية الذاتية أو تدبير شؤون الرعاية الذاتية) لا تعني تدبير شؤونك الصحية بدون التدخل الطبي. وتقتضي الرعاية الذاتية أن يقوم الأفراد بالتحكم في صحتهم – أي أن يكونوا مسؤولين عن اتخاذ خيارات وقرارات عن دراية بشأن الرعاية الطبية، وأن يلعبوا دوراً فاعلاً في تنفيذ خطط الرعاية الرامية إلى تحسين صحتهم والمحافظة عليها. وتستوجب الرعاية الذاتية قيام علاقات طيبة بين الأفراد والعاملين في الرعاية الصحية لضمان بلوغ محصلات صحية جيدة. ويقوم الأشخاص الذين يديرون شؤون رعايتهم الصحية بأنفسهم بما يلي:

- التواصل بانتظام وبشكل فعال مع العاملين في الرعاية الصحية؛
- المشاركة في عملية صنع القرار والتخطيط للرعاية؛
- طلب واكتساب وفهم المعلومات الصحية؛
- اتباع نظام علاجي تم إعداده بالتعاون مع العاملين في الرعاية الصحية؛
- تنفيذ إجراءات الرعاية الذاتية الملائمة التي تم الاتفاق عليها مع العاملين في الرعاية الصحية.

تدبير الشؤون الذاتية يعتبر هاماً للأشخاص الذين لديهم إعاقة تستمر مدى الحياة، مثل الشلل السفلي، أو الحالات المرضية المزمنة كالداء السكري. وقد يتجاهل العاملون الصحيون الدور الذي يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم أداؤه في تدبير الشؤون الذاتية، وفي السياق ذاته قد يفتقر الأفراد إلى المهارات الضرورية لضمان تحملهم لمسؤولية أكبر عن صحتهم.

وتتيح مجموعات المساعدة الذاتية فرصة طيبة للأشخاص ذوي الإعاقة للتعرف على موضوع تدبير الشؤون الذاتية من خلال المشاركة مع الآخرين بالمعارف والمهارات. ويمكن دوماً اكتساب معلومات قيّمة بشأن مصادر الرعاية الطبية المتوافرة، وكيفية التفاوض الناجح بشأن الخدمات التي يمكن الحصول عليها من نظام الرعاية الصحية وكيفية معالجة الحالات الصحية الراهنة.

## الإطار 18 السلفادور

### القوة في الكثرة

قامت الرابطة الإيطالية أميتشي دي راؤول فولاريو AIFO بالتعاون مع فريق منظمة الصحة العالمية لشؤون الإعاقة والتأهيل والمنظمة العالمية للأشخاص ذوي الإعاقة DPI بإجراء بحث شمل عدة بلدان للوقوف على مدى قدرة الأشخاص على تعلم مهارات تدبير الشؤون الذاتية وأداء دور أكثر فعالية في تحسين مستوى رعايتهم الطبية إذا ما اجتمعوا سوية كمجموعة من ذوي الإعاقة الذين لديهم حاجات متماثلة من الرعاية الطبية. وكانت مهمة المشاريع التجريبية التي انطلقت في هذا الإطار هي: تحديد وتشكيل مجموعات من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم حاجات متماثلة من الرعاية الطبية؛ وتحديد الحاجات الرئيسية من الرعاية الطبية؛ والعمل بالتعاون مع مختصين صحيين على توفير المعرفة والتزويد بالمهارات الضرورية للرعاية الذاتية اللازمة لتلبية تلك الاحتياجات التي تم تحديدها؛ وتقييم مدى حصول تقدم في جودة الرعاية الذاتية والرعاية الطبية التي يوفرها الأشخاص ذوو الإعاقة و/ أو أفراد الأسر؛ وتحديد ما إذا كانت المعرفة والمهارات التي يمتلكها ذوو الإعاقة قد تم الاعتراف بها وإعطاؤها دوراً ما لتلعبه في نظام الرعاية الطبية.

ركز أحد المشروعات التجريبية في السلفادور على إصابات الحبل الشوكي. وعملت الرابطة الإيطالية أميتشي دي راؤول فولاريو عبر شراكة مع جامعة دون بوسكو والمعهد السلفادوري لتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة مع ثلاثين شخصاً لديهم إصابات في الحبل الشوكي وأسرهم، ممن يعيشون في بعض مناطق مدينة سان سلفادور وقرية توناكاتيبيك. وتم تشكيل أربع مجموعات للمساعدة الذاتية، ثم عقدت عدة اجتماعات منتظمة، حيث حدد أعضاء هذه المجموعات احتياجاتهم الرئيسية من الرعاية الطبية والتي اشتملت على: مسائل تتعلق بالتبول والمثانة والكلية؛ وتقرحات الضغط؛ وتيبس المفصل؛ ومسائل تتعلق بالحياة الجنسية والوالدية. وقدم المختصون الصحيون المشاركون في المشروع التدريب على مهارات تدبير الشؤون الذاتية بغية معالجة المسائل التي تم تحديدها. وبمرور الوقت أخذ أعضاء مجموعات المساعدة الذاتية والمختصون الصحيون المشاركون في المشروع في تغيير طريقة تفكيرهم. وقد أدرك هؤلاء أنه بوجود الدعم والتدريب المناسبين سوف يصبح بوسع الأشخاص الذين لديهم إصابات في الحبل الشوكي تدبير شؤونهم الصحية وبلوغ مستوى أفضل من نوعية الحياة. كما أيقنوا أيضاً أنه يتعين على المختصين الصحيين النظر إلى ما هو أبعد من أدوارهم الطبية التقليدية والعمل على تسهيل وتعزيز تدبير الشؤون الذاتية / الرعاية الذاتية – وهو مفهوم يقوم على المسؤولية المشتركة. ثم قام بعض أعضاء مجموعات المساعدة الذاتية تلك بتشكيل تجمعهم الخاص بهم الذي أطلقوا عليه اسم الرابطة السلفادورية لأصحاب إصابات الحبل الشوكي.

## الأنشطة المقترحة

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تنفذ الأنشطة التالية بغية تعزيز إمكانية الحصول على الرعاية الطبية من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة:

### جمع المعلومات عن الخدمات الصحية

إن التعرف على الخدمات الطبية المتوافرة على المستويات الأولية والثانوية والثالثية من النظام الصحي يعتبر ضرورياً لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم للحصول على الرعاية والدعم الطبيين. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن:

- تحدد الخدمات الطبية القائمة على صعيد المحليات والمناطق وعلى المستوى الوطني وأن تعمل على تحديد مقدمي الخدمات بالقطاعات الحكومية والخاصة وغير الحكومية بمن فيها مقدمو خدمات الطب التقليدي إذا ما كان ذلك ملائماً؛
- التواصل مع مقدمي الخدمة وتجميع المعلومات المتعلقة بنوع الرعاية الطبية المقدمة، ومدى إمكانية الوصول إليها، وتكاليفها، وجداولها الزمنية، وآليات الإحالة؛
- وضع فهرس للخدمات من شأنه أن يضمن إتاحة جميع المعلومات إلى العاملين بالتأهيل المجتمعي، والأفراد والمجتمعات المحلية. يجب الحرص على توفير فهارس الخدمات باللغات المحلية وبتصاميم يسهل الإطلاع عليها، كما يجب إتاحة هذه الفهارس في أماكن تقديم الرعاية الصحية.

### المساعدة في الاكتشاف المبكر

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن:

- تضع آلية للاكتشاف المبكر للحالات الصحية والاعتلالات المترافقة بالإعاقة بالشراكة مع العاملين بالرعاية الصحية الأولية؛
- تحدد فعاليات التحري عن الأمراض الرامية إلى الاكتشاف المبكر للأمراض السارية وغير السارية، مثل السل، والجذام، وداء الفيلاريات، وداء عمى الأنهار، والسكري، والسرطان؛
- تقدم المعلومات للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم حول توقيت وموقع إجراء فعاليات الفحص وضمان تمكينهم من الوصول إلى تلك الفعاليات؛
- تضمن إحالة أفراد الأسرة التي لديها تاريخ مرضي من الأمراض الجينية أو الوراثية، كالضمور العضلي مثلاً، إلى المرافق الطبية الملائمة، لتقييم حالتهم وتقديم النصح والإرشاد لهم؛
- تكون واعية بإمكانية الإصابة بحالات صحية ثانوية كتقرحات الضغط المرافقة لأنواع محددة من الإعاقات والتحقق من هذه الحالات لدى العمل مع أشخاص ذوي إعاقة؛
- تحدد أفراد المجتمع المحلي الذين لديهم إعاقات يمكن تدبيرها عبر التدخل الجراحي.

الإطار 19 الهند

# التكاتف لتقديم الرعاية

في مقاطعة ماندیا الهندية يتعاون برنامجان للتأهيل المجتمعي يداران من قبل منظمتين غير حكوميتين مع البرنامج الوطني للجذام. ويشارك هذان البرنامجان في أنشطة مخصصة لزيادة الوعي عبر تقديم معلومات حول العلامات والأعراض المبكرة للجذام وتشجيع الناس الذين لديهم آفات محتملة على زيارة أقرب مركز لخدمات الرعاية الصحية الأولية. ويبدأ الأشخاص الذين يتم تشخيص وجود جذام لديهم نظاماً علاجياً يمتد على فترة 6 – 12 شهراً يقدمه مركز خدمات الرعاية الصحية مجاناً. وإذا لم يتمكن أولئك الأفراد من تلقي العلاج، يطلب مركز خدمة الرعاية الصحية الأولية إلى برنامج التأهيل المجتمعي متابعتهم.

## ضمان الحصول على المعالجة المبكرة

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تعمل على تعزيز وتشجيع التعاون بين ذوي الإعاقة وأسرهم والعاملين في الرعاية الصحية الأولية لزيادة مدى الحصول على خدمات الرعاية الطبية على جميع المستويات. والأنشطة المقترحة في هذا المجال تشتمل على:

- التواصل مع العاملين الصحيين لضمان كون الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملتهم فعاليات التحري عن الأمراض سيحصلون عند الضرورة على رعاية طبية لاحقة لمتابعة حالتهم.
- التواصل مع العاملين الصحيين لضمان إحالة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تستوجب حالتهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية إلى تلك الخدمات؛
- المناصرة، حيث يمكن، على سبيل المثال، للعاملين ببرنامج التأهيل المجتمعي العارفين بلغة الإشارة أن يصطحبوا الأشخاص الصم إلى المرافق الصحية لضمان قدرتهم على التواصل والتعبير عن احتياجاتهم وتفهم المعلومات المقدمة لهم، ودعمهم للحصول على المعالجة الملائمة؛
- زيادة الوعي بالعوائق التي تحول دون الحصول على الرعاية الطبية والعمل مع الآخرين للحد من هذه العوائق أو إزالتها – قد تكون هناك حاجة لابتكار آليات جديدة للتصدي لبعض العوائق من قبيل التكاليف المترتبة على الرعاية الطبية؛
- تحديد الثغرات القائمة في عملية تقديم الخدمة للأشخاص ذوي الإعاقة والبحث عن السبل الكفيلة بسد هذه الثغرات أو الحد منها بالتعاون مع الآخرين (كذوي الإعاقة مثلاً وأفراد أسرهم والكوادر الطبية وصانعي السياسات).

## الاستفادة من النجاح

حنف القدم clubfoot أو تشوهات الأقدام الولادية هي عبارة عن عيوب خلقية تؤدي غالباً إلى الإعاقة في البلدان ذات الدخل المنخفض. وقد أدركت الوكالة المجتمعية لتأهيل وتثقيف ذوي الإعاقة في بليز CARE-Belize أن هذه الحالة تمثل مشكلة كبيرة للأطفال في بليز فقامت عبر شراكة مع المستشفى الدولي للأطفال ووزارة الصحة بإعداد برنامج لضمان الاكتشاف والمعالجة بشكل مبكر للأطفال الذين لديهم حنف القدم.

وتمّ تدريب كوادر محلية من الأطباء والمعالجين والعاملين بالتأهيل الميداني لتبني طريقة بونستي (Ponseti) وهي طريقة غير جراحية لتصحيح تشوهات حنف القدم في سن مبكرة جداً باستخدام المعالجة اليدوية الخفيفة، والقولبة والتجبير المتسلسلين. وقامت الوكالة المجتمعية لتأهيل وتثقيف ذوي الإعاقة في بليز من خلال العاملين في التأهيل المجتمعي بتحديد الأطفال الذين لديهم هذه الحالة في سن مبكرة جداً وأحالتهم إلى مراكز لتقديم خدمات الرعاية الطبية بغية تصحيح حنف القدم. وعلى الرغم من أن هذه المبادرة نشأت في الأصل في منظمة غير حكومية فإن النجاح الذي أحرزته أدى إلى تطوير برنامج وطني لمعالجة حنف القدم.

### تيسير الحصول على خدمات الرعاية الجراحية

قد يحتاج بعض الأشخاص من ذوي الإعاقة إلى رعاية جراحية. وعندما تترافق الرعاية الجراحية مع الرعاية اللاحقة والتأهيل فإنها تستطيع تصحيح الاعتلالات وتحول دون تفاقمها وتسهم في تحسين الأداء الوظيفي لذي الإعاقة. بوسع برامج التأهيل المجتمعي أن:

- تتحرى الخيارات الجراحية المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة، وعلى وجه الخصوص ما إذا كانت هناك خيارات لتوفير التمويل اللازم للجراحة؛
- تتحقق، قبل إجراء الجراحة، من كون ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم قد تم إطلاعهم على الأخطار والفوائد المحتملة للجراحة وأنهم على علم بتكاليف الخطة الجراحية/ العلاجية بمجملها وفترة تلك الخطة؛
- تتحقق، بعد إجراء الجراحة، من أن ذوي الإعاقة يحصلون على المتابعة اللاحقة الملائمة من الفريق الجراحي والتمريضي ومن مختصي التأهيل (كمختصي العلاج الطبيعي، والمعالجين الوظيفيين، ومختصي الأطراف الاصطناعية) لتحصيل أكبر قدر من الفوائد من الجراحة. يمكن لبرنامج التأهيل المجتمعي أن يساعد في تحقيق انتقال سلس من الرعاية الطبية إلى التأهيل.

### تعزيز التدبير الذاتي للأمراض المزمنة

تستطيع برامج التأهيل المجتمعي أن تقدم العون للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم لكي يصبحوا على دراية بحقهم في الحصول على الرعاية الطبية وكي يتعلموا المهارات التي تمكنهم من تدبير حالاتهم الصحية المزمنة بأنفسهم. ومن الأنشطة المقترحة التي يمكن أن تقوم بها برامج التأهيل المجتمعي نذكر:

- العمل مباشرة مع ذوي الإعاقة لتشجيعهم على تحمل المسؤولية عن صحتهم عبر السعي للحصول على الرعاية

الطبية الملائمة وانتقاء الخيارات المنسجمة مع نمط الحياة الصحي، وضمان قدرتهم على فهم المشورة الطبية واتباعها؛
- إعداد أو تنقيح ما هو متاح من المواد/ المطبوعات التي تقدم المعلومات الطبية حول الحالات الصحية بتصميمات ملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم، فتقدم مثلاً المعلومات بلغة مبسطة، وبرسومات وصور بسيطة، ومترجمة إلى اللغات المحلية؛
- وصل ذوي الإعاقة بمجموعات المساعدة الذاتية لتمكينهم من تعلم كيفية تدبير الشؤون الذاتية من خلال تبادل المعارف والمهارات مع الآخرين- يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة اكتساب معلومات قيمة حول الموارد المتاحة لتقديم الرعاية الطبية، وكيفية التفاوض الفعال بشأن الخدمات التي يمكن الحصول عليها من نظام الرعاية الصحية، وكيفية تدبير الحالات الصحية الراهنة.

## الإطار 21 نيكاراغوا

### شراكات لصنع التغيير

في نيكارغوا توجد «نواد» للأشخاص الذين لديهم أمراض مزمنة، كارتفاع ضغط الدم مثلاً أو الداء السكري. هذه النوادي أو مجموعات الدعم تؤازر الجهود التي تبذل في النظام الصحي من خلال ضمان قدرة الأشخاص على تحمل مسؤولية تدبير شؤونهم الصحية ومنع تطور مزيد من الحالات الصحية والاعتلالات. وأثناء الاجتماع يتحدث الأشخاص عن مشاكلهم، ويتعلمون كيفية مراقبة حالاتهم الصحية ويبحثون في الحلول الممكنة من قبيل تبني أنماط حياة صحية. تقوم اللجان المسؤولة عن إدارة النوادي بمجموعة من الأنشطة الرامية لجمع التبرعات من أجل المساعدة في تغطية تكاليف الأدوية والتحاليل الطبية التي لا تقدم عادة في النظام الصحي. ويتعاون برنامج التأهيل المجتمعي مع مجموعات الدعم هذه لضمان دمج الأشخاص ذوي الإعاقة فيها.

### مد جسور من العلاقات مع مقدمي الرعاية الطبية

تمتلك الكوادر الطبية معرفة محدودة بالإعاقة وأفضل الطرق الكفيلة بتمكين ذوي الإعاقة من الحصول على خدمات الرعاية الطبية. وبإمكان برامج التأهيل المجتمعي، من خلال التواصل مع هذه الخدمات وبناء علاقات مع كوادرها، أن تؤسس شبكة تواصل من شانها تيسير الإحالات وتوفير الرعاية الطبية الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن:

- تعزز من وعي الكوادر الطبية بالاحتياجات الطبية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم؛
- تنظم جلسات تفاعلية بين أفراد ومجموعات تضم أشخاصاً ذوي إعاقة وأفراد أسرهم (إذا ما كان ذلك مناسباً) وكوادر طبية لتمكين المشاركين من مناقشة المسائل الرئيسية المتصلة بالإعاقة مثل مشاكل الوصول إلى الخدمات الطبية والاستفادة منها وتبادل الخبرات؛
- تشجع الكوادر الطبية على إشراك ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم في وضع خطة المعالجة / الرعاية الطبية؛
- تطلب إلى الخدمات الطبية تقديم المعلومات التثقيفية والتدريب للعاملين بالتأهيل المجتمعي بحيث يصبحون

قادرين على المساعدة في الاكتشاف المبكر، والإحالة إلى الخدمات الملائمة، والقيام بالمتابعة اللاحقة للحالات في المجتمع المحلي؛

- تعمل مع البرامج الصحية المجتمعية من أجل ضمان استفادة ذوي الإعاقة من المنافع التي تقدمها تلك البرامج.

## الإطار 22 إندونيسيا

### زيادة الوعي في إندونيسيا

في أحد برامج التأهيل المجتمعي في مقاطعة ساوث سولاويسي South Sulawesi الإندونسية يوجد فريق متعدد القطاعات يضم عاملين صحيين قرويين، ومدرسين في المدارس الابتدائية ومتطوعين من المجتمع المحلي، الكثير منهم إما ذوو إعاقة أو أفراد في أسرة فيها شخص من ذوي الإعاقة. ويدير فريق التأهيل المجتمعي جلسات تدريب منتظمة مع العاملين من كافة المستويات في النظام الصحي، حيث تتيح هذه الجلسات فرصاً عظيمة للتواصل والتعريف بالاحتياجات الطبية للأشخاص ذوي الإعاقة، وتعزيز دور التأهيل المجتمعي وخدمات الرعاية الطبية.

# التأهيل

## مقدمة

كما بيَّنا في التمهيد، فإن الحصول على خدمات التأهيل يعتبر أمراً ضرورياً للأشخاص ذوي الإعاقة لتمكينهم من بلوغ أعلى مستوى بمقدورهم تحقيقه من الصحة. وتدعو المادة 26 من اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى اتخاذ « تدابير مناسبة، بما في ذلك عن طريق دعم الأقران، لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من بلوغ أقصى قدر من الاستقلالية والمحافظة عليها، وتحقيق إمكاناتهم البدنية والعقلية والاجتماعية والمهنية على الوجه الأكمل، وكفالة إشراكهم ومشاركتهم بشكل تام في جميع نواحي الحياة...» (2).

وتنص القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة على أن تدابير التأهيل تشمل تلك التي تعمل على توفير و/ أو استعادة الوظائف، أو تعوض عن فقدان أو غياب وظيفة أو عن وجود حالة من التقييد الوظيفي (23). يمكن أن يحدث التأهيل في أي مرحلة من مراحل حياة المرء ولكنه عادة ما يتم لفترات محددة ويشتمل على تدخل منفرد أو عدة تدخلات معاً. والتأهيل يتراوح ما بين أنماط تقوم على تدخلات أساسية في معظمها مثل تلك التي يقدمها عاملوا التأهيل المجتمعي وأفراد الأسرة وتدخلات أكثر تخصصية كتلك التي يقدمها المعالجون.

التأهيل الناجح يستوجب مشاركة من جميع القطاعات الإنمائية بما فيها الصحة، والتعليم، وسبل المعيشة، والضمان الاجتماعي. ويركز هذا العنصر على تلك التدابير التي يقدمها القطاع الصحي وترمي إلى تحسين الفعالية الوظيفية. ومن الجدير بالملاحظة، على أي حال، أن خدمات التأهيل المتصلة بالجانب الصحي وتقديم الأجهزة المساعدة ليست بالضرورة مهام تخضع لإدارة وزارة الصحة (انظر خدمات التأهيل).

## تأسيس شراكات بين القطاعين العام والخاص

دأبت جمعية ذوي الإعاقة البدنية في كينيا على تقديم خدمات تأهيلية شاملة في هذا البلد طيلة السنوات الخمسين الماضية ليصل عدد المستفيدين منها إلى أكثر من 500 ألف شخص ذي إعاقة. ونتيجة بناء العديد من الشراكات نجحت الجمعية في تأسيس شبكة وطنية للتأهيل تضم تسعة فروع رئيسية و280 مركزاً إيصالياً والكثير من برامج التأهيل المجتمعي؛ تقدم هذه الفعاليات بعض الخدمات من قبيل المعالجة، والأجهزة المساعدة، والدعم للتدخلات الجراحية.

وكانت إحدى الشراكات الناجحة التي أقامتها الجمعية مع وزارة الخدمات الطبية (سابقاً وزارة الصحة)، حيث عملت الجمعية طيلة السنوات الثلاثين المنصرمة مع الوزارة لضمان وصول أكبر عدد من الناس إلى خدمات تأهيل متميزة. وتقع ستة من فروع الجمعية التسعة داخل مستشفيات حكومية، ووفرت وزارة الخدمات الطبية أكثر من خمسين عاملاً صحياً معظمهم معالجين وفنيين للعمل في تلك الفروع. وتقدم الوزارة الرواتب لمعظم هؤلاء العاملين الصحيين في حين تغطي الجمعية تكاليف البرنامج.

وفي سنة 1992 أسست الجمعية أول برامجها للتأهيل المجتمعي في فرعها الواقع في مومباسا. واعتباراً من سنة 2000، قامت بتوسيع نطاق عمل برامجها لتشمل الأحياء الفقيرة الرئيسية في نيروبي بهدف الوصول إلى الأشخاص ذوي الإعاقة الأكثر عرضة. وتقدم برامج التأهيل المجتمعي التأهيل المنزلي وهي بمثابة نقطة رئيسية للإحالة إلى مراكز الإيصال في الجمعية و فروعها. ثم بدعم مالي من مؤسسة سي بي إم ومؤسسة كندرنوثلايف Kindernothilfe، قامت الجمعية بتوظيف 32 عاملاً مختصاً بالتأهيل المجتمعي للعمل في هذه البرامج، في حين وفرت الحكومة الدعم المالي لتغطية تكاليف توظيف عدة مختصين في المعالجة.

جمعية ذوي الإعاقة البدنية في كينيا هى مثال ناجح عن الشراكة بين القطاعين العام والخاص يبين كيف أن التأهيل المقدم في المراكز والتأهيل المجتمعي يمكن أن يعملا سوية لتوفير خدمات تأهيلية للأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية والحضرية. ففي سنة 2008 وحدها حصل ما يقرب من 52000 مواطن كيني على خدمات تأهيلية من الجمعية.

## الهدف

أن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الحصول على الخدمات التأهيلية التي تسهم في عافيتهم الكليّة واندماجهم ومشاركتهم.

## دور التأهيل المجتمعي

دور التأهيل المجتمعي هو تعزيز ودعم وتنفيذ الأنشطة التأهيلية على مستوى المجتمع وتيسير إجراءات الإحالة للحصول على خدمات تأهيلية أكثر تخصصاً.

## النتائج المرجوة

- حصول ذوي الإعاقة على تقييمات فردية لوضع كل فرد منهم ومشاركتهم في وضع خطط للتأهيل تبين الخدمات التي ستقدم لهم.
- فهم ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم لدور التأهيل والغاية منه وحصلوهم على معلومات دقيقة حول الخدمات المتاحة ضمن القطاع الصحي.
- إحالة ذوي الإعاقة إلى خدمات تأهيلية تخصصية وتوفير المتابعة لهم لضمان حصولهم على هذه الخدمات بشكل يلبي احتياجاتهم.
- توفير خدمات التأهيل الأساسية على مستوى المجتمع المحلي.
- تزويد العاملين بالتأهيل المجتمعي والأشخاص ذوي الإعاقة والأسر بالموارد الضرورية لدعم أنشطة التأهيل التي يجري تنفيذها في المجتمع المحلي.
- حصول العاملين بالتأهيل المجتمعي على التدريب والتثقيف والدعم المناسب لتمكينهم من تنفيذ أنشطة التأهيل.

## المفاهيم الرئيسية

### التأهيل

يعتبر التأهيل ملائماً للأشخاص الذين لديهم إعاقة قد تنشأ عن مجال واسع من الحالات الصحية، ولذلك نجد أن اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تشير في نصها إلى مصطلحي «التأهيل Habilitation» و«إعادة التأهيل Rehabilitation». فالتأهيل يرمي إلى مساعدة الأفراد من ذوي الإعاقات الخلقية أو التي تحصل في مراحل الطفولة المبكرة ولم تتح لهم الفرصة لتعلم كيفية أداء الوظائف الحياتية والتعايش مع الإعاقة. أما إعادة التأهيل فيهدف إلى مساعدة أولئك الذين يفقدون وظيفة جسدية نتيجة لمرض أو إصابة ويصبحون بحاجة إلى تعلم كيفية أداء الوظائف اليومية بغية استعادة أقصى قدر من الفاعلية. والتأهيل هو مصطلح حديث نسبياً وغير شائع الاستخدام في البلدان ذات الدخل المنخفض، وعليه سنستخدم في هذه الدلائل الإرشادية مصطلح «التأهيل» للإشارة إلى التأهيل وإعادة التأهيل معاً.

## تدخلات التأهيل

هناك نطاق واسع من التدخلات في مجال التأهيل يمكن تنفيذها في القطاع الصحي. لنتأمل في الأمثلة التالية:

- التأهيل المقدم إلى طفلة مولودة بشلل دماغي قد يشتمل على أنشطة تقوم على اللعب لتشجيع نمائها الحركي والحسي واللغوي، وبرامج تدريبية للوقاية من الشد العضلي وحصول التشوهات، وتوفير كرسي متحرك مجهز بوسادة خاصة تتيح القدرة على اتخاذ الوضعية المناسبة للقيام بالأنشطة الوظيفية.
- التأهيل المقدم إلى صبي صغير أصم وكفيف البصر قد يشتمل على العمل مع والديه للحرص على إشراكهم للطفل في فعاليات منشِّطة لتشجيع النماء، وتوفير التدريب الحركي الوظيفي لتمكين الطفل من التنقل في محيطه المنزلي وفي الحي الذي يقطن فيه، وتعليمه وسائل الاتصال المناسبة كاللمس والإشارات.
- التأهيل المقدم إلى فتاة مراهقة لديها اعتلال ذهني قد يتضمن تعليمها تدابير العناية بالنظافة الشخصية، مثلاً أثناء الدورة الشهرية، والتعاون مع الأهل لوضع استراتيجيات لمعالجة المشكلات السلوكية وإتاحة الفرص للتفاعل الاجتماعي من خلال تمكنيها من الوصول إلى أنشطة مجتمعية مأمونة والمشاركة فيها.
- التأهيل المقدم إلى شاب لديه اكتئاب قد يشتمل على توفير المشورة الشخصية لمعالجة المشاكل الدفينة المؤدية للاكتئاب، وتدريب الشاب على تقنيات الاسترخاء لمعالجة حالات الكرب والقلق، وإشراكه في مجموعات دعم تتيح له زيادة التفاعل الاجتماعي وتعزيز شبكات الدعم المساندة له.
- التأهيل المقدم إلى امرأة في منتصف العمر لديها سكتة دماغية قد يشتمل على تمارين مقوية للأطراف السفلية، وتمارين للمشي، وتمارين وظيفية لتعليمها كيف ترتدي ملابسها وتستحم وتأكل بمفردها، وتقديم عكاز يساعدها على التوازن، وتمارين تيسر لها استعادة قدرتها على النطق.
- التأهيل المقدم إلى رجل مسن يعانى داء السكري خضع مؤخراً لبتر لكلتا ساقيه ابتداءً من الجزء الواقع تحت الركبة، قد يشتمل على تمارين مقوية، وتوفير الأطراف الاصطناعية له و/ أو الكرسي المتحرك والتدريب الوظيفي لتعليمه مهارات الحركة والتنقل ومهارات الحياة اليومية.

## خدمات التأهيل

يتولى إدارة خدمات التأهيل الحكومة أو القطاع الخاص أو الجهات غير الحكومية. ففي معظم البلدان تقوم وزارة الصحة بإدارة هذه الخدمات؛ وفي بعض البلدان نجد أن خدمات التأهيل يتم إدارتها من قبل وزارات أخرى كوزارة العمل وضحايا الحروب والشؤون الاجتماعية في فيتنام، ووزارات الضمان الاجتماعي في الهند وغانا وإثيوبيا. وفي بعض البلدان قد يتم إدارة هذه الخدمات من خلال شراكات مختلطة تضم وزارات حكومية ومؤسسات غير حكومية كما هو الحال في الجمهورية الإسلامية الإيرانية وكينيا والصين.

وتقدم هذه الخدمات من خلال مجموعة متنوعة من الكوادر تضم مختصين طبيين (كالممرضات، وأطباء التأهيل)، وأخصائيي المعالجة (كالمعالجين الوظيفيين، مختصي العلاج الطبيعي، مختصي معالجة النطق)، وأخصائيي التكنولوجيا (على سبيل المثال المختصين بالمقاويم والمختصين بالأطراف الاصطناعية) والعاملين في مجال التأهيل (على سبيل المثال مساعدو التأهيل، وعاملو التأهيل المجتمعي). يمكن لخدمات التأهيل أن تقدم في مجموعة مختلفة من المواقع كالمستشفيات والعيادات والمراكز أو الوحدات التخصصية والمنشآت المجتمعية وفي المنازل؛ عادة ما يعتمد تحديد الموقع الأنسب على الطور الذي تتم فيه عملية التأهيل (مثلاً في المرحلة الحادة التي تعقب الحادث / الإصابة) ونمط التدخل المطلوب.

عادة ما يكون نطاق خدمات التأهيل المتوافرة والمتاحة في البلدان ذات الدخل المنخفض محدوداً ولاسيما المناطق الريفية. وقد يكون هناك مركز تأهيل واحد في إحدى المدن الكبيرة بأحد البلدان مثلاً، أو نجد المعالجين يعملون في المستشفيات أو العيادات الكبيرة فقط. ومن هنا تصبح الاستراتيجيات المرتكزة إلى المجتمع كالتأهيل المجتمعي ضرورية للربط مابين ذوي الإعاقة وأسرهم وخدمات التأهيل وإتاحة هذه الخدمات لهم.

***الخدمات المجتمعية***

تاريخياً كان التأهيل المجتمعي وسيلة لتوفير الخدمات المعنية بالتأهيل للأشخاص الذين يعيشون في البلدان ذات الدخل المنخفض من خلال استخدام الموارد المتاحة في المجتمعات المحلية. وعلى الرغم من أن مفهوم التأهيل المجتمعي قد تطور إلى استراتيجية تنموية أوسع مدى، تبقى المشاركة في تقديم خدمات التأهيل على صعيد المجتمع نشاطاً أساسياً وواقعياً في برامج التأهيل المجتمعي .

قد لا يكون التأهيل المقدم في المراكز التخصصية ضرورياً أو عملياً بالنسبة للكثير من الأشخاص، لاسيما الذين يعيشون منهم في المناطق الريفية، ومن ثم يمكن البدء في إقامة كثير من أنشطة التأهيل في المجتمع. ويعد الدليل الصادر عن منظمة الصحة العالمية بشأن التدريب في المجتمع للأشخاص ذوي الإعاقة دليلاً لأنشطة التأهيل التي يمكن تنفيذها في المجتمع بالاستعانة بالموارد المحلية (32).

قد تكون الخدمات المجتمعية ضرورية أيضاً في المرحلة التي تلي الحصول على التأهيل في المراكز التخصصية. قد يحتاج الفرد إلى دعم ومساعدة مستمرين في استخدامه للمهارات والمعارف الجديدة في المنزل والمجتمع في أعقاب عودته إليهما. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تقدم الدعم من خلال زيارة الناس في بيوتهم وتشجيعهم على متابعة أنشطة التأهيل بحسب الضرورة.

ويتعين، عند تأسيس خدمات التأهيل في المجتمع، المحافظة على روابط وثيقة مع المراكز التي تستقبل الإحالات الطبية والتي تقدم خدمات تأهيلية متخصصة. فاحتياجات الكثير من ذوي الإعاقة تتغير بمرور الزمن وقد يحتاجون إلى دعم دوري على المدى الطويل. والتأهيل الناجح يتوقف على إقامة شراكات قوية بين ذوي الإعاقة ومختصي التأهيل والأشخاص العاملين على نطاق المجتمع المحلي.

## الإطار 24 الصين

### رحلة لي نحو الاستقلال

«لي» هي أرملة في منتصف العمر تعيش مع أمها العجوز وأطفالها الثلاثة في مقاطعة كينج هاي الصينية. وكانت الأسرة كلها تعتمد عليها قبل أن تتعرض إلى حادث في شهر تشرين الأول / أكتوبر من سنة 2003، حيث سقطت لي من ارتفاع شاهق عندما كانت تقوم بإصلاح منزلها وأصيبت بكسر في العمود الفقري، مما أدّى إلى ضعف وفقد في الإحساس في كلتا ساقيها. وبعد خروجها من المستشفى ظلت طريحة الفراش ليلاً ونهاراً. وتورمت ساقاها بسرعة وكانت بحاجة للمساعدة من أولادها عندما كانت تريد أن تتقلب في الفراش أو تغتسل أو ترتدي ملابسها أو تستخدم المرحاض. وسرعان ما فقدت لي ثقتها بنفسها وأقدمت على الانتحار عدة مرات؛ ولكن محاولاتها باءت بالفشل.

وقام أحد العاملين بالتأهيل في القرية من برنامج محلي للتأهيل المجتمعي، بزيارة لي وقدم لها خدمات التأهيل بالمنزل، فتعلمت لي طرقاً جديدة في إنجاز أنشطة الحياة اليومية باستخدام ما تبقى من قدراتها. وأعطيت لها معلومات عن إعاقتها وتعلمت كيفية الوقاية من تقرحات الفراش والتهابات المسالك البولية. وتم تعليم أسرتها وأصدقائها كيفية صنع هيكل بسيط لمساعدتها على الوقوف والمشي. كما قاموا بصنع وعاء بسيط لقضاء الحاجة لحل مشكلة الذهاب إلى المرحاض. وقام مركز التأهيل في المقاطعة بتقديم عكازات وكرسي متحرك. وبمرور الزمن ومن خلال الممارسة أصبحت لي قادرة على الوقوف والمشي بمفردها بالاستعانة بالعكازات واستخدام الكرسي المتحرك للمسافات الأطول.

وشيئاً فشيئاً استعادت لي ثقتها بنفسها. وسرعان ما أصبحت قادرة على إدارة شؤونها اليومية التي اشتملت على طهي الطعام لأسرتها، وهو النشاط الذي طالما استمتعت به بشدة. كما قامت لي بافتتاح مشروع صغير أمّن لها مصدر دخل، إلى جانب علاوة المعيشة البسيطة المقدمة لها من وزارة الشؤون المدنية في المقاطعة، بما يساعدها على رعاية أسرتها مجدداً والثقة بمستقبلها.

### خطط التأهيل

ينبغي لخطط التأهيل أن تكون مرتكزة على الشخص الذي يحتاج إلى التأهيل وأن تكون هادفة وواقعية. ولدى وضع الخطة يتعين الأخذ بعين الاعتبار رغبات الشخص المعني وسنه وجنسه ووضعه الاجتماعي الاقتصادي وبيئته المنزلية. وغالباً ما كان التأهيل رحلة طويلة تتطلب رؤية بعيدة الأمد وأهدافاً تتحقق على الأمد القصير. وقد تتسبب خطط التأهيل في إهدار موارد قيمة عندما لا تكون واقعية.

وكثير من خطط التأهيل يكون مصيره الفشل نظراً لعدم استشارة الأشخاص ذوي الإعاقة بشأنها. ومن هنا، يجب الحرص على أن تؤخذ آراؤهم وخياراتهم في الاعتبار لدى وضع الخطة، وأن يتم إيلاء واقعهم الحياتي، وعلى وجه التحديد مسألة الفقر، العناية الكافية. فعلى سبيل المثال، الخطة التي توجب على إنسان فقير يعيش في المناطق الريفية أن يسافر مراراً إلى المدينة لتلقي العلاج الطبيعي هي خطة فاشلة على الأرجح. ويتعين على العاملين بالتأهيل أن يأتوا بأفكار مبتكرة و أن يضعوا برامج التأهيل الملائمة التي تكون متاحة بشكل أقرب ما يكون إلى منزل ذي الإعاقة، بما في ذلك الحالات التي تشمل أشخاصاً يعيشون في المناطق الريفية.

قد تتغير احتياجات التأهيل مع الزمن لاسيما في الفترات الانتقالية، على سبيل المثال حين يباشر الطفل الذهاب إلى المدرسة، أو حين يباشر شاب العمل، أو حين يعود شخص للعيش في مجتمعه المحلي عقب إقامته في مركز للتأهيل. فخلال هذه المراحل الانتقالية يتعيّن إدخال بعض التعديلات على خطة التأهيل لضمان أن الأنشطة المتبعة سوف تظل ملائمة وذات صلة باحتياجات ذوي الإعاقة.

## الأنشطة المقترحة

### تحديد الاحتياجات

قبل الشروع في وضع خطة للتأهيل والبدء بتنفيذ الأنشطة يتعين على العامل بالتأهيل المجتمعي إجراء تقييم أولي للاحتياجات والأولويات بالتعاون مع الفرد ذي الإعاقة وأفراد أسرته. والقيام بالتقييم هو مهارة هامة، لذلك يتوجب على العامل بالتأهيل المجتمعي الحصول على تدريب وإشراف سابقين لضمان امتلاك الكفاءة اللازمة في هذا المجال. ولتحديد احتياجات الأفراد فمن المفيد طرح الأسئلة التالية:

- ما هي الأنشطة التي يمكنهم القيام بها وتلك التي تتعذر عليهم؟
- ما الذي يطمحون إلى امتلاك القدرة على القيام به؟
- ما هي المشاكل التي يواجهونها؟ كيف ومتى بدأت تلك المشاكل؟
- ما هي الجوانب المتضررة؟ على سبيل المثال الجسد، الحواس، الذهن، التواصل، السلوك؟
- ما هي المشاكل الثانوية التي أخذت بالظهور؟
- ما هو حال منزلهم ومجتمعهم المحلي؟
- بأي شكل تمكنوا من التكيف مع إعاقتهم؟

ويمكن الحصول على معلومات دقيقة من خلال مراجعة السجلات الطبية السابقة، ومعاينة الفرد ذي الإعاقة، وإجراء فحص طبي أولي لهذا الفرد، ومن خلال النقاش معه ومع أفراد أسرته ومع المشاركين في تدبير حالته من المختصين/ الخدمات الصحية. ومن الضروري الاحتفاظ بتوثيق للتقييم الأولي والمشاورات المستقبلية بحيث يصبح من الممكن رصد التقدم في حالة الفرد مع الزمن، ولتيسير ذلك على العاملين، قام الكثير من برامج التأهيل المجتمعي بوضع نماذج للتقييم وصحائف لتدوين تطور الحالة.

### تيسير الإحالات عند الضرورة والمتابعة اللاحقة

إذا ما تبين للعامل بالتأهيل المجتمعي في أعقاب التقييم الأولي أن هناك حاجة لتلقي خدمات تأهيلية متخصصة، على سبيل المثال العلاج الطبيعي، أو المعالجة الوظيفية/ الانشغالية، أو السمعيات، أو المعالجة المقومة للنطق، فإنه يمكن أن يعمل على تيسير حصول ذوي الإعاقة على هذه الخدمات من خلال إحالتهم إليها. ونقترح الفعاليات التالية في هذا المجال:

- التعرف على خدمات التأهيل المستقبلة للإحالات والموجودة في مختلف مستويات النظام الصحي.
- تقديم معلومات عن خدمات الإحالة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، بما في ذلك موقعها والفوائد المتوقع تحصيلها والتكاليف المحتملة لهذه الخدمات.
- تشجيع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم للتعبير عن همومهم وطرح تساؤلاتهم المتعلقة بخدمات الإحالة

ومساعدتهم في الحصول على المزيد من المعلومات إذا ما اقتضت الضرورة ذلك. من الممكن تيسير التواصل مع الأشخاص الآخرين الموجودين في المجتمع الذين واجهوا مشكلات مماثلة واستفادوا من هذه الخدمات أو من خدمات أخرى شبيهة.

- التأكد من الحصول على موافقة عن دراية من ذوي الإعاقة ومن أفراد أسرهم قبل القيام بإحالتهم.
- عند إجراء إحالة، يتعين التواصل بشكل مستمر مع الخدمات المحال إليها ومع الأفراد المعنيين للتأكد من أنه تم حجز مواعيد للزيارة وتم القيام بهذه الزيارة فعلاً.
- تحديد الدعم المطلوب لتسهيل الحصول على هذه الخدمات (سواء من النواحي المالية أو المواصلات أو المناصرة) والكيفية التي يمكن معها تقديم هذا الدعم. فعلى سبيل المثال إذا ما توجب الأمر مناصرة ذوي الإعاقة في مسعاهم، يمكن للعامل بالتأهيل المجتمعي أن يصحبهم في زياراتهم إلى هذه المراكز.
- تقديم المتابعة بعد القيام بزيارة الخدمات للتعرف على ما إذا كانت هناك من ضرورة للاستمرار في تقديم الدعم، على سبيل المثال قد يستوجب الأمر متابعة أنشطة التأهيل في المنزل.

غالباً ما تتواجد خدمات التأهيل التخصصية في المراكز الحضرية الكبرى، وهذا قد يضيق على إمكانية الوصول إليها من قبل الأشخاص الذين يقطنون في المناطق الريفية/ النائية. ينبغي الأخذ بعين الاعتبار التكاليف المتصلة بالقيام بزيارة للمدينة، بما في ذلك النقل والطعام والإقامة وخسارة أجرة العمل اليومية؛ كما أن الكثير من الخدمات تتطلب من الشخص تغطية كل نفقات العلاج أو جزء منها من ماله الخاص . يتوجب على برامج التأهيل المجتمعي أن تكون مدركة للصعوبات المالية وأن تحرص على البحث عن مجموعة خيارات متنوعة بما في ذلك التغطية عبر مؤسسات حكومية أو غير حكومية، أو من خلال القروض المصرفية أو عبر الدعم المجتمعي.

**الإطار 25** جمهورية إيران الإسلامية

## ما من مكان لا تصل إليه الخدمات

يشجع برنامج التأهيل المجتمعي في جمهورية إيران الإسلامية العاملين الصحيين في القرى والعاملين بالتأهيل المجتمعي على التعرف على الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل مبكر وإحالتهم إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية في المجتمع المحلي. وفي أعقاب الإحالة يقوم فريق متنقل من العاملين بالتأهيل بزيارة المنزل لتقديم تأهيل منزلي. فإذا ما استدعى الأمر الحصول على تدخلات تخصصية يتم إحالة ذي الإعاقة إلى مركز للرعاية الثالثية عادة ما يقع في مركز المقاطعة أو في العاصمة. وعقب الحصول على التأهيل في مركز تخصصي يتم إحالة الناس مجدداً إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية، والتي تعمل مع برنامج التأهيل المجتمعي للتأكد من الاستمرار في أنشطة التأهيل عند الضرورة. ويقوم الفريق المتنقل بالمتابعة اللاحقة لمراقبة التقدم الحاصل وتوفير مزيد من العون إذا ما اقتضى الأمر.

### تيسير أنشطة التأهيل

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تعمل على تيسير الحصول على الخدمات العلاجية المنزلية و/ أو المجتمعية وتوفير العون للأشخاص ذوي الاعتلالات المختلفة بما يمكنهم من المحافظة على فعاليتهم والوصول بها إلى أقصى مدى ممكن في البيت والمجتمع.

### *إتاحة أنشطة التدخل المبكر لدعم نماء الطفل*

يمر كل طفل بعملية تعلم تمكّنه من امتلاك مجموعة من المهارات الهامة التي ترافقه طيلة حياته. والجوانب الرئيسية في نماء الطفل تشتمل على: النماء البدني، والنماء النطقي واللغوي، والنماء الإدراكي، والنماء الاجتماعي والعاطفي.
والتأخر في النماء يحدث عندما يعجز الطفل عن بلوغ معالم مهمة تتلاءم مع فئته العمرية. ويتيح التدخّل المبكر التعرف على الأطفال المعرضين للخطر أو الذين لديهم تأخر في النمو بشكل مبكر ما أمكن والقيام بتدخلات تأهيل مركزة لتجنب حدوث هذا التأخر أو تحسين الحالة.

إن وجود إعاقة ما كالشلل الدماغي أو العمى أو الصمم يمكن أن يؤدي إلى حدوث تأخر في النماء ويحدّ من قدرة الطفل على المشاركة في الأنشطة المعتادة كاللعب مع الأطفال الآخرين والذهاب إلى المدرسة. ويمكن للعاملين بالتأهيل المجتمعي أن يقوموا بمجموعة من أنشطة التدخّل المبكر، التي عادة ما تكون منزلية، لتعزيز الفرص التعليمية البسيطة والممتعة المتاحة للطفل. كما يمكن أن تعمل برامج التأهيل المجتمعي على تشجيع الأمهات والآباء على الالتقاء وتبادل الأفكار والخبرات وتيسير اللعب الجماعي بين الأطفال، بحيث يتعلم أطفالهم كيفية اللعب مع الأطفال الآخرين، ويكتسبون مهارات جديدة ويتحسّنون في جميع مجالات النماء.

## الإطار 26 مصر

## الترويح عن الأسر

يمتلك برنامج التأهيل المجتمعي في مدينة الإسكندرية في جمهورية مصر العربية العديد من النوادي التي يجتمع روادها أسبوعياً في أرجاء مختلفة من المدينة، بما في ذلك الاستاد المحلي وأحد المساجد. ويحضر الآباء والأمهات مع أطفالهم ذوي الإعاقة للمشاركة في أنشطة ينظمها برنامج التأهيل المجتمعي وبعض المتطوعين في المجتمع. وهناك مجموعة مختلفة من أنشطة المرح والترفيه المتاحة للأطفال، مثل مسابقات الغناء والرقص، كما يتمكن الأهل من الحديث معاً وتبادل الخبرات وحضور جلسات تدريبية.

### *تشجيع الاستقلال في أداء الوظائف*

ترمي التدخلات الوظيفية إلى تحسين مدى استقلالية الفرد في أداء مهام الحياة اليومية التي تستوجب بعض المهارات، من قبيل التنقل والاتصال والاستحمام وقضاء الحاجة وارتداء الملابس والأكل والشرب والطهي وأداء الأعمال المنزلية. تتوقف هذه التدخلات على سن ذي الإعاقة وجنسه وبيئته المحلية، وسوف تتغير بمرور الزمن مع انتقال الفرد من مرحلة عمرية إلى أخرى. يمكن للعاملين بالتأهيل المجتمعي أن يقدموا:

- التدريب للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم حول السبل المختلفة لأداء أنشطتهم؛
- تثقيف الأسر حول أفضل الطرق التي يمكن من خلالها مساعدة ذوي الإعاقة في أنشطتهم الوظيفية لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلالية لديهم؛

- التدريب على استخدام الأجهزة المساعدة، من قبيل أدوات المشي/ التنقل بشكل يجعل القيام بهذه المهام أسهل؛
- التثقيف والإرشادات حول التقنيات الخاصة المستخدمة في التعامل مع الاعتلالات، مثل ضعف العضلات، وضعف التوازن، والشد العضلي، التي تؤثر على قدرة الشخص على تنفيذ بعض الأنشطة. وتشتمل هذه التقنيات على برامج التقوية والشد واللياقة.

## الإطار 27 غيانا

### تعلم كيفية النظر إلى الحياة بصورة مختلفة

تعيش شيرلي في قرية من قرى غيانا. ونظراً لكونها كفيفة البصر خشيت أمها من السماح لها بالذهاب خارج المنزل بمفردها خوفاً عليها من أن تلحق الأذى بنفسها. وعندما قام بعض متطوعي التأهيل المجتمعي بزيارة منزل شيرلي تحدثوا إلى أمها واخبروها أنه بمقدورهم تعليم شيرلي كيفية التنقل خارج المنزل بمفردها. وكان من الصعوبة بمكان إقناع الأم. وطلب أحد متطوعي التأهيل المجتمعي من باولين، وهي منسقة إقليمية للتأهيل المجتمعي، زيارة المنزل. ونظراً لكون باولين هي أيضاً مكفوفة فقد اعتقد متطوع التأهيل المجتمعي ذلك أنها ستكون مثالاً جيداً وحافزاً لكل من شيرلي وأمها. وافقت أم شيرلي وتم وضع خطة تأهيل ترمي إلى تيسير الوصول إلى مزيد من الاستقلال في أداء الوظائف لدى شيرلي، والتي حققت تقدماً سريعاً وباتت قادرة على التنقل في أرجاء مجتمعها المحلي بمفردها بالاستعانة بعصا بيضاء. وأصبحت شيرلي عضواً فعالاً في لجنة التأهيل المجتمعي المحلية وعضواً في منظمة للأشخاص ذوي الإعاقة.

***تيسير إدخال تعديلات على البيئة المحيطة***

قد تكون التعديلات البيئية ضرورية لتحسين مدى الاستقلال في أداء الوظائف للشخص ذي الإعاقة، فيمكن للعامل بالتأهيل المجتمعي أن ييسر إجراء بعض التعديلات البيئية على الصعيد الفردي، من قبيل وضع منحدر مناسب لصعود الكرسي المتحرك وتثبيت درابزين بالقرب من الدرج وتعديل المرحاض وتوسيع المدخل، أو على صعيد المجتمع، من قبيل تعديل بيئة المدرسة أو المباني الحكومية أو مقار العمل (انظر مكوِّن الأجهزة المساعدة).

## الإطار 28 فييت نام

### الجدة تجد طريقها

في قرية ثاي بينه في فييت نام تعيش جدة طاعنة في السن تعاني السكري وهي ضعيفة البصر. وكانت الجدة مضطرة للذهاب إلى المرحاض بشكل متكرر لاسيما أثناء الليل، ونظراً لكون المرحاض يقع في باحة المنزل توجب على الجدة إيقاظ أحد أفراد الأسرة لاصطحابها. ونصح أحد المتطوعين المحليين في برنامج التأهيل المجتمعي الأسرة بتثبيت حبل يمتد من سريرها إلى المرحاض، بحيث إنها في الليل سيكون في وسعها تتبع الحبل إلى المرحاض بدون الحاجة إلى إيقاظ فرد من الأسرة. إن هذا التعديل البسيط في البيئة المحيطة ضَمِن لهذه الجدة استقلالها.

تعزز برامج التأهيل المجتمعي جماعات المساعدة الذاتية التي يلتقي من خلالها الناس الذين لديهم اعتلالات متشابهة أو لديهم احتياجات تأهيلية متماثلة، وذلك بغرض تبادل المعلومات والأفكار والخبرات. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تشجع التفاعل بين هذه المجموعات ومختصي التأهيل للتوصل إلى فهم متبادل وتعاون مشترك.

الإطار 29 الهند

## تثمين وتقدير دعم المستشفيات

دأب برنامج للتأهيل المجتمعي في منطقة فقيرة من مقاطعة مومباي الكبرى في الهند، على إشراك موظفين من المؤسسات التأهيلية كمدربين ومدرسين لكوادره. وتبين لهذا البرنامج أن الكثير من الأسر التي فيها أشخاص ذوو إعاقة كان لديها خشية من الذهاب إلى المستشفيات التي تستقبل الإحالات، كالمستشفيات التي تقدم رعاية لمرضى الأذن والأنف والحنجرة أو مرضى العيون. لذلك تم تنظيم زيارات لهذه المستشفيات لمجموعات صغيرة من ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم. وكان الغرض من تلك الزيارات تقديم شرح لهذه المجموعات حول كيفية عمل هذه المستشفيات والكيفية التي يمكن معها للناس الوصول إلى الخدمات المختلفة فيها. ووجِّهت الدعوة لبعض المختصين العاملين في هذه المستشفيات لحضور بعض المناسبات الثقافية التي نظمها برنامج التأهيل المجتمعي وحظيوا بالتقدير على ما قدموه من دعم. ووافقت الكثير من المستشفيات التخصصية على أن تتقاضى أجوراً رمزية من الأشخاص المحالين إليها من قبل برنامج التأهيل المجتمعي.

### إعداد المواد المرجعية وتوزيعها

قد تكون الكتيبات والكراسات المتعلقة بالإعاقة أداة مفيدة في التأهيل. وهذه المصادر يمكن للعاملين بالتأهيل المجتمعي والأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم استخدامها في توجيه خطوات التأهيل، لاسيما عندما تكون إمكانية الوصول إلى مختصي التأهيل محدودة. كما أن هذه المصادر قد تقدم معلومات قيمة للمجتمع ككل علاوة على الخدمات والقطاعات المشاركة في أنشطة التأهيل. ونقترح الأنشطة التالية ضمن إطار التأهيل المجتمعي:

- تحديد بعض المواد المرجعية الموجودة حالياً. وقد تتاح هذه المواد من خلال الوزارات الحكومية، أو الهيئات التابعة للأمم المتحدة، أو منظمات ذوي الإعاقة، أو المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، كما أن الكثير منها يمكن الوصول إليه عبر شبكة الإنترنت، مثل دليل «التدريب في المجتمع للأشخاص ذوي الإعاقة (32) وأطفال القرية ذوو الإعاقة» (33).
- تعديل هذه المواد بما يجعلها أكثر ملاءمة للاحتياجات المحلية، مع إيلاء عناية خاصة للفوارق الثقافية.
- ترجمة المواد الموجودة إلى اللغات الوطنية و/ أو المحلية.
- حيثما لا تتوافر مثل هذه المواد، يتوجب إعداد مواد جديدة بلغة مبسطة لملاءمة الاحتياجات المحلية.
- توزيع المواد المرجعية على جميع العاملين بالتأهيل المجتمعي لكي يحملوها معهم لدى زيارتهم للأشخاص ذوي الإعاقة بغرض التأهيل.

- إنشاء وحدات تختص بالمصادر المرجعية يتم عبرها توفير المواد التثقيفية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم وباقي أفراد المجتمع. ويمكن لهذه الوحدات أن تتواجد داخل مكتب التنمية المحلية، أو في مركز صحي مجتمعي، أو في مراكز خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.

## الإطار 30 فييت نام

### تعلم كيفية النظر إلى الحياة بصورة مختلفة

قام أحد برامج التأهيل المجتمعي بترجمة العديد من المطبوعات المتوافرة، بما في ذلك دليل التأهيل المجتمعي الصادر عن منظمة الصحة العالمية، إلى اللغة الفيتنامية لاستخدامها لأغراض محلية. وعلاوة على ذلك، قام هذا البرنامج بإعداد المواد الخاصة به التي تتناول هموماً محددة تشغل الأشخاص ذوي الإعاقة والقائمين على رعايتهم. وعادة ما يتم تزويد العاملين الصحيين بنسختين من أي مادة مرجعية – واحدة لاستخدامهم وأخرى للأشخاص الذين يقومون بزيارتهم.

#### توفير التدريب

يحتاج العاملون بالتأهيل المجتمعي إلى التدريب لضمان قدرتهم على تيسير حصول ذوي الإعاقة على خدمات التأهيل وتقديم الخدمات الملائمة على صعيد المجتمع. وقد أعد الكثير من المنظمات برامج تدريبية ملائمة. ويتعين على كوادر التأهيل المجتمعي امتلاك مستوى جيد من الفهم لدور العاملين بالتأهيل مثل مختصي العلاج الطبيعي، ومختصي المعالجة الوظيفية، ومختصي معالجة النطق، واختصاصيي السمع، ومدربي التنقل، والمختصين بالأطراف الاصطناعية والمقاويم، والكوادر الطبية والمساعدين الطبيين. كما يتعين عليهم استيعاب الفائدة التي يمكن لهؤلاء العاملين تقديمها للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تقدم التثقيف للعاملين بالتأهيل لرفع مستوى وعيهم بدور التأهيل المجتمعي وكيف يمكن أن يساعدهم على الوصول بخدماتهم إلى المستوى الأمثل (انظر الإدارة).

# الأجهزة المساعدة

## مقدمة

الأجهزة المساعدة هي أدوات ذات استعمال خارجي مصمَّمة أو مصنَّعة أو مكيَّفة بحيث تساعد الشخص على أداء وظيفة معينة. ويعتمد الكثير من ذوي الإعاقة على الأجهزة المساعدة لتمكينهم من القيام بأنشطتهم اليومية والمشاركة بفعالية وإيجابية في الحياة المجتمعية.

تطالب اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في موادها رقم 4، و20، و26 الدول بتعزيز توافر الأجهزة المناسبة ومعينات التنقل وإتاحة المعلومات عنها (2). كما تدعو القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة الدول إلى دعم جهود تطوير وإنتاج وتوزيع وصيانة الأدوات والأجهزة المساعدة ونشر المواد المعرفية المتعلقة بها (23).

في كثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل نجد أن 5–15٪ فقط من الناس الذين هم بحاجة إلى أدوات وتكنولوجيات معينة يستطيعون الحصول عليها (34). وفي هذه الدول يكون الإنتاج قليلاً وغالباً رديء النوعية، كما أن هناك القليل جداً من العاملين المتدربين، وتلعب التكلفة كذلك دوراً مثبطاً يحول دون الحصول على هذه الأجهزة.

إن الحصول على الأجهزة المساعدة يعتبر أمراً ضرورياً لدى الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة كما أنه عنصر مهم في أي استراتيجية إنمائية. وبدون توافر الأجهزة المساعدة، قد لا يتمكن ذوو الإعاقة أبداً من الحصول على التعليم أو امتلاك القدرة على العمل مما يساهم في استمرارية دورة الفقر. كما أن هناك اعترافاً متزايداً بدور الأجهزة المساعدة في حياة كبار السن في إطار استراتيجيةٍ لتعزيز الصحة والوقاية.

## استعادة القدرة على العمل

دأبت إحدى المنظمات غير الحكومية المعروفة باسم منظمة التأهيل المجتمعي في براتناغار(CBRB)،على العمل في المنطقة الشرقية من نيبال منذ سنة 1990. وتعمل هذه المنظمة حالياً في 41 قرية من مقاطعة مورانج في بلدية براتناغار الفرعية، حيث تقدم خدمات التأهيل إلى أكثر من 3000 طفل وراشد من ذوي الإعاقة.

في سنة 1997، افتتحت المنظمة ورشة صغيرة لتقويم العظام من أجل القيام ببعض الإصلاحات البسيطة للأدوات المساعدة، وذلك نظراً لاضطرار العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة للسفر إلى العاصمة أو إلى جمهورية الهند المجاورة لإصلاح أدواتهم. ومع مرور الزمن، سعت المنظمة إلى إنشاء ورشة لتقويم العظام مجهزة تجهيزاً كاملاً. وعبر الشراكة مع المنظمة الدولية للإعاقة في نيبال تم تطوير خدمة شاملة تضمّنت صناعة وتوفير وإصلاح الأجهزة المساعدة. وتم تدريب بعض السكان المحليين (من الرجال والنساء ذوي الإعاقة أو غير ذوي الإعاقة) للعمل كفنيين في نيبال والهند، وتم دمجهم في فريق منظمة التأهيل المجتمعي الحالي. وتقدم المنظمة اليوم المقاويم ذات النوعية الجيدة (كالفراجير، والسنادات، والجبائر) والأطراف الاصطناعية (كالسيقان والأيدي الاصطناعية) وأدوات التنقل (كالعكازات، والدراجات ثلاثية العجلات، والكراسي المتحركة) لأشخاص من ذوي الإعاقة في 16 مقاطعة شرق نيبال. ويعمل العاملون بالتأهيل المجتمعي والمعالجون وفنيو الورشة يداً بيد لتحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة.

«تشاندسوار» هو أحد الأشخاص الذين استفادوا من هذه الورشة لتقويم العظام. يعمل تشاندسوار كسائق تاكسي دراجة هوائية، كوسيلة نقل مقابل أجر وقد دأب على هذا العمل الشاق حتى أصيب بجرح أدى إلى بتر ساقه اليسرى. وفقد تشاندسوار مصدر دخله لأنه لم يعد قادراً على قيادة الدراجة وخسر مدخراته في سبيل سعيه لتغطية تكاليف الرعاية الطبية. تعرف على تشاندسوار فريقُ من منظمة التأهيل المجتمعي يعمل في قريته وزوده بطرف اصطناعي يثبت تحت الركبة، كما قدم له التأهيل لضمان قدرته على المشي مع ساقه الاصطناعية تلك. وتعلم تشاندسوار كيف يحرك دواسات الدراجة الهوائية مجدداً. وعاد تشاندسوار اليوم لمزاولة عمله، حيث يسوق الدراجة في شوارع براتناغار ويكسب قوت يومه.

يقول رئيس منظمة التأهيل المجتمعي، بعد أن لمس الفوائد التي حققها بعض الأشخاص مثل تشاندسوار: «لقد دأبنا على تقديم التأهيل المجتمعي لكثير من السنوات، ولكن منذ أن بدأنا بتقديم الأجهزة المساعدة ذات النوعية الجيدة، أصبحنا أكثر فاعلية وازدادت مصداقيتنا وأصبحنا نلقى قبولاً أكبر في المجتمع».

## الهدف

أن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الحصول على الأجهزة المساعدة المناسبة ذات النوعية الجيدة والتي تمكنهم من المشاركة في أنشطة الحياة على صعيد المنزل والعمل والمجتمع.

## دور التأهيل المجتمعي

يتجلى دور التأهيل المجتمعي في العمل مع الاشخاص ذوي الإعاقة و أسرهم لتحديد احتياجاتهم من الأجهزة المساعدة، وتيسير الحصول على هذه الأجهزة، وضمان توافر خدمات الصيانة والإصلاح والاستبدال عند الضرورة.

## النتائج المرجوة

- إلمام العاملين بالتأهيل المجتمعي بالأجهزة المساعدة بما في ذلك الأنواع الموجودة، ووظائفها وملاءمتها للأنواع المختلفة من الإعاقات، وتصميمها الأولي، وتوافرها في المجتمع، وآليات الإحالة للحصول على الأدوات التخصصية.
- إلمام ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم بالأجهزة المساعدة ويستطيعوا اتخاذ قرارات عن دراية للحصول على هذه الأجهزة واستخدامها.
- أن يحصل ذوو الإعاقة وأسرهم على التدريب والتثقيف والمتابعة اللاحقة لضمان استخدامهم واعتنائهم بأدواتهم المساعدة بالشكل المناسب.
- أن يستطيع السكان المحليون بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم صناعة أدوات مساعدة أولية والقيام بأعمال الصيانة والإصلاحات البسيطة لهذه الأجهزة.
- الحد من العوائق التي تحول دون الحصول على الأجهزة المساعدة مثل قلة المعلومات، والقيود المالية، وتمركز الخدمة في المدن الكبرى.
- معالجة العوامل البيئية لتمكين الأفراد من استخدام أدواتهم المساعدة في مختلف المواقع التي يحتاجون لاستخدامها فيها.

## المفاهيم الرئيسية

### الأنواع الشائعة من الأجهزة المساعدة

تتفاوت الأجهزة المساعدة من الأدوات البسيطة القائمة على تكنولوجيا قليلة التعقيد (مثل عصا المشي أو أكواب الشرب المكيَّفة مع احتياجات ذي الإعاقة)، إلى الأدوات المعقدة ذات التكنولوجيا المتطورة (مثل برامج الحاسوب / الأجهزة الحاسوبية المتخصصة أو الكراسي المتحركة الآلية). ومن المفيد أن نطّلع على هذه التشكيلة الواسعة من الأجهزة المساعدة التي تندرج تحت فئات مختلفة.

### *أدوات التنقل*

تساعد أدوات التنقل الأشخاص على المشي أو الحركة وتشتمل على:

- الكراسي المتحركة
- الدراجات ثلاثية العجلات
- العكازات
- عصا / قضيب المشي
- إطار المشي / المشّاية

قد تحتوي أدوات التنقل على بعض المزايا الخاصة لكي تلائم احتياجات المستخدم. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يحتاج الشخص الذي لديه شلل دماغي إلى كرسي متحرك مزود بدعائم للجذع / العنق لضمان قدرة الشخص ذي الإعاقة على الحفاظ على وضعية جيدة في الجلوس. وتعتبر الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية حول توفير الكراسي المتحركة اليدوية في المناطق ذات الموارد المحدودة (35) مرجعاً مفيداً للأشخاص المعنيين بتصميم وإنتاج وتوزيع الكراسي المتحركة.

### *أدوات الاتزان والاحتفاظ بالوضعية الصحيحة*

يواجه الأشخاص ذوو الاعتلالات صعوبة في الحفاظ على وضعيات جيدة في الاستلقاء أو الوقوف أو الجلوس لأداء الأنشطة الوظيفية، وهم عرضة لخطر حصول تشوهات جراء اتخاذ وضعيات غير مناسبة. وتساعد الأدوات التالية على التغلب على بعض من هذه الصعوبات:

- المساند والوسادات
- الكراسي، من قبيل كرسي الزاوية، والمقاعد المخصصة لغرض معين
- أطر الوقوف

### *الأطراف الاصطناعية والمقاويم والأحذية المقومة للعظام*

يجري عادة تفصيل هذه الأدوات لتناسب الاحتياجات المختلفة لكل شخص بحيث تعوض أو تدعم أو تصحح جزءاً من أجزاء البدن. وتُصمم هذه الأدوات وتُصنع وتثبت في ورش أو مراكز متخصصة على يد عاملين مدربين في مجال الأطراف الاصطناعية/ المقاويم، وتشتمل على:

- الأطراف الاصطناعية مثل السيقان أو الأيدي
- المقاويم من قبيل السنادات الجذعية أو جبائر اليد/ الساق أو الفراجير
- الأحذية المقومة للعظام

### *الأجهزة المساعدة لأنشطة الحياة اليومية*

تمكن هذه الأدوات الأشخاص ذوي الإعاقة من إنجاز أنشطة الحياة اليومية (مثل الأكل، والاستحمام، وارتداء الملابس، وقضاء الحاجة، والأعمال المنزلية). وهناك الكثير من الأمثلة على هذه الأدوات مثل:

- أدوات المائدة وأقداح الشرب المكيَّفة مع احتياجات ذي الإعاقة
- مقاعد الاستحمام والكراسي
- مقاعد وأُطر المرحاض

- كراسي التغوط
- عصا اللبس

***الأجهزة البصرية***

يؤثر ضعف البصر أو العمى بشكل كبير على قدرة المرء على القيام بأنشطة الحياة اليومية الهامة. وهناك مجموعة متنوعة من الأدوات (تتراوح بين البسيط والمعقد) التي يمكن استخدامها لتحقيق أكبر قدر من المشاركة والاستقلالية، بما في ذلك:

- الكتب المطبوعة بأحرف كبيرة
- العدسات المكبرة
- النظارات
- العصا البيضاء
- طريقة برايل للقراءة والكتابة
- الأجهزة المسموعة، مثل المذياع، الكتب الناطقة، الهواتف النقالة
- قارىء الشاشة لأجهزة الحاسوب، مثل البرنامج الناطق المعروف باسم JAWS (Job Access with Speech)

***الأجهزة السمعية***

يؤثر فقدان السمع على قدرة المرء على التواصل والتفاعل مع الآخرين؛ ويؤثر أيضاً على الكثير من جوانب النماء مثل القدرة على النطق واستخدام اللغة، كما يحد من فرص التعلم والعمل المتاحة مما يؤدي إلى التمييز الاجتماعي والعزلة. وتشتمل الأجهزة السمعية على:

- المعينات السمعية
- سماعات الرأس للاستماع للتلفاز
- الهواتف المكبرة للصوت
- المبرقة الكاتبة/ أدوات الاتصالات المخصصة للصم (وهي من أدوات الاتصال عن بعد)
- النظم البصرية التي تعطي إشارات مساعِدة، مثل إصدار ضوء عندما يقرع جرس الباب

**الإطار 3 2** بابوا غينيا الجديدة

## الأولى في الصف

«أنّا» هي أم تعيش في مقاطعة سيبك الشرقية في بابوا غينيا الجديدة، ورزقت ببنت صماء أسمتها «كوريس». وكانت أنّا عاقدة العزم على إرسال ابنتها إلى المدرسة. ومن خلال أحد عاملي التأهيل المجتمعي المدرَّبين في إحدى المنظمات غير الحكومية الوطنية المعروفة باسم مؤسسة خدمات كالان للأشخاص ذوي الإعاقة، علمت أنّا أن هناك دار حضانة لرعاية الأطفال الصم. وقبل الانتظام في هذه المدرسة قامت المؤسسة بتوفير المعينات السمعية اللازمة لكوريس، حيث تم أخذ طبعات لشكل أذنيها، وعندما أصبحت المعينات السمعية جاهزة للتركيب أحيلت كوريس إلى اختصاصي بالسمع في مدينة بورت مورسبي. وشرعت كوريس بالانتظام بالمدرسة وبدأت أيضاً بتعلم لغة الإشارة. وهكذا، بمساعدة من الأجهزة المساعدة ودعم من مدرسيها سرعان ما أصبحت كوريس واحدة من الطلاب الأوائل في صفها.

### *أجهزة الاتصال والتواصل*

أدوات الاتصال المعززة والبديلة يمكن أن تساعد الأفراد الذين يواجهون صعوبة في الفهم والنطق. وتفيد هذه الأجهزة في دعم النطق (معززة)، أو للتعويض عن غياب القدرة على النطق (بديلة). وتشتمل هذه الأدوات على:

- لوحات التواصل المزودة بصور أو رموز أو أحرف الأبجدية.
- بطاقات مدون بها طلبات بعينها
- أدوات إلكترونية لإصدار مخرجات نطقية
- حواسيب مزودة بمعدات وبرامج تخصصية

### *أجهزة مساعدة على الإدراك*

الإدراك هو القدرة على فهم المعلومات ومعالجتها. وهو يشير إلى الوظائف الفكرية التي يقوم بها الدماغ كالذاكرة والتخطيط وحل المشكلات. والاصابات الدماغية والاعتلال الذهني والخرف والأمراض النفسية هي بعض من الكثير من الحالات المرضية الكثيرة التي قد تؤثر على قدرة المرء الإدراكية. و يمكن أن تساعد الأجهزة والأدوات التالية الأفراد على تذكر المهام/ الأحداث الهامة وإدارة أوقاتهم والتحضير لأنشطتهم:

- القوائم
- المفكرات
- التقاويم
- الجداول الزمنية
- الأجهزة الإلكترونية مثل الهواتف النقالة، وأجهزة الاستدعاء (البيجر)، والمنظم الشخصي.

## اختيار الأجهزة المساعدة

### *التكنولوجيا الملائمة*

لا يتلاءم الكثير من الخيارات التكنولوجية مع المناطق الريفية/ النائية والبلدان ذات الدخل المنخفض، إلا أن «التكنولوجيا المناسبة» تكون مصمَّمة بحيث تراعي العوامل البيئية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي تلعب دوراً في حياة المجتمعات والأفراد. وتلبي التكنولوجيا المناسبة احتياجات الأفراد؛ فهي توظف المهارات المحلية، كما أن الأدوات والمواد الضرورية بسيطة، ومجدية، وميسورة التكلفة، ومقبولة لدى المستخدمين. والأجهزة المساعدة هي عبارة عن وسائل تكنولوجية يتعين تصميمها وإنتاجها واختيارها بعناية لضمان استيفائها لهذه المعايير.

## الإطار 33 الهند

# أحذيتنا ليست مختلفة

وفّر مركز أسيسي ليبروسي Assisi Leprosy، بالتعاون مع برنامج التأهيل المجتمعي في ولاية أندرا براديش الهندية، صنادل مصنوعة من المطاط الأسود ذي البنية الخلوية الصغيرة، للأشخاص الذين لديهم الجذام وفقدوا الإحساس في أقدامهم وباتوا عرضة لخطر حصول تقرّحات بالقدم. وتبين لاحقاً أن الكثير من الأشخاص الذين حصلوا على الصنادل لم يستعملوها. وبالحديث مع هؤلاء الاشخاص، اتضح أنه بانتعالهم لهذه الصنادل سوف يصبح هؤلاء الأشخاص عرضة للوصم الاجتماعي – فقد أصبحت الصنادل السوداء سهلة التمييز من قبل أفراد المجتمع المحلي على أنها الأحذية التي يرتديها المجذومون فقط. ونتيجة لذلك، قرر البرنامج استخدام صنادل متوافرة في السوق المحلي مع إدخال بعض التعديلات عليها لتلائم احتياجات الأشخاص الذين لديهم جذام، وبدأوا يلبسون صنادلهم التي لم تكن تختلف كثيراً عن تلك التي يلبسها أفراد المجتمع الآخرون.

***التقييم***

يتعيّن انتقاء الأجهزة المساعدة بعناية ويجب صنعها وتكييفها بشكل يضمن تلبيتها لاحتياجات الشخص ذي الإعاقة. ويؤدي الاختيار الرديء والتصميم غير المناسب إلى كثير من المشاكل بما في ذلك الإحباط وعدم الارتياح وحصول حالات مرضية ثانوية. فعلى سبيل المثال، يشيع في بعض البلدان توزيع الكراسي المتحركة المتبرع بها أو المستعملة على نطاق واسع. وعلى الرغم من أن هذا قد يكون له بعض الفوائد، فإنه قد يعود بالضرر على المستخدمين، ففي حالة تقديم كرسي متحرك بدون وسادة مثلاً لشخص لديه إصابة في الحبل الشوكي فإن ذلك قد يتسبب بحصول منطقة ضغط مهددة للحياة (انظر مكوّن الوقاية).

ومن الضروري إجراء تقييم شامل لضمان كون الأدوات المساعدة تلبي احتياجات الأفراد داخل منازلهم، ومدارسهم، وفي بيئات العمل والمجتمع. وقد يتضمّن التقييم الشامل كلاً من التاريخ المرضي، واستعراض الوظائف الحالية، والأهداف الشخصية، وتقييم الأجهزة المساعدة الحالية، وإجراء فحص جسدي. وينبغي أن يكون أسلوب التقييم متعدد التخصصات حيثما أمكن، وأن يشتمل على مجموعة متنوعة من الأشخاص المعنيين مثل الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم والمعالجين والفنيين والمعلمين والعاملين بالتأهيل المجتمعي.

### استخدام الأجهزة المساعدة

***البيئات الخالية من العوائق***

يستخدم الكثير من الأشخاص أدواتهم المساعدة في أماكن مختلفة، ومن الضرورة بمكان الحرص على أن تكون جميع البيئات خالية من العوائق كي يتمكن المرء من تحقيق أقصى قدر من الفعالية والاستقلالية. فمثلا الشابة التي تستخدم كرسياً متحركاً يجب أن تكون قادرة على استخدامه في الدخول والخروج من منزلها والتحرك بحرية داخل هذا المنزل والوصول إلى أماكن مهمة فيه (كالحمام)، والتنقل داخل مجتمعها والوصول إلى مقر عملها.

التكييف / التعديل الذي يجرى على البيئة المادية المحيطة يشتمل على إقامة منحدر عند وجود درجات أعلى من مستوى الأرضية، وزيادة عرض المدخل اذا كان ضيقاً، وإعادة ترتيب الأثاث بغية توسيع المساحة المتاحة للحركة. ومن المهم مراعاة الجوانب الأخرى في البيئة المحيطة مثل المواقف تجاه هذه الأدوات والأجهزة ونظم الدعم، والتي يمكن لها أيضاً أن تؤثر على مقدرة الشخص على استعمالها. فعلى سبيل المثال، يتعين على الطفل الذي يستخدم لوحة التواصل عوضاً عن النطق أن يستعمل هذه اللوحة في المنزل والمدرسة، مما يستوجب أن يتبنى أفراد أسرته ومدرسوه وأصدقاؤه موقفاً إيجابياً وأن يكونوا مستعدين وقادرين على استخدام هذه الأداة لدى التواصل معه.

وعند التفكير في إدخال تعديلات بيئية، لاسيما على صعيد المجتمع، من المفيد اللجوء إلى ما يسمّى «التصميم الشامل» (Universal Design) (36)، وهو ما يقصد به القيام بتصميم المنتجات، والبيئات، والبرامج، والخدمات بشكل يتيح لجميع الناس استخدامها (2)، سواء ذوي الإعاقة أم غيرهم.

**الإطار 34** فييت نام

## إقامة جسر في المجتمع المحلي

في قرية من قرى مقاطعة ثاي بينه في فييت نام، حثّ متطوعو التأهيل المجتمعي أفراد المجتمع على تحسين الجسر المحلي بحيث يتمكن مستخدمو الكراسي المتحركة، فضلاً عن الأشخاص الآخرين، من عبوره بلا معاناة.

## الأنشطة المقترحة

### تدريب العاملين بالتأهيل المجتمعي

يحتاج العاملون بالتأهيل المجتمعي إلى شيء من التدريب على الأدوات المساعدة لضمان قدرتهم على تحري الدقة في المعلومات والإحالة الضرورية والتثقيف. وقد يكون التدريب مصمم خصيصاً لهذا الموضوع، كما يمكن أن يكون جزءاً من دورة تدريبية عن التأهيل. ويحتاج العاملون بالتأهيل إلى المعرفة بشأن:

- الأنواع الشائعة من الأدوات المساعدة؛
- غرض ووظيفة الأدوات المساعدة؛

- الأدوات الأولية التي يمكن صنعها في المجتمع المحلي كالعكازات مثلاً؛
- أماكن توافر الأدوات التخصصية مثل الأطراف الاصطناعية والمعينات السمعية؛
- آليات الإحالة لتمكين ذوي الإعاقة من الحصول على الأدوات المساعدة المتخصصة؛
- خيارات التمويل المتاحة لتغطية النفقات لدى الأشخاص غير القادرين على تحمل تكلفة الأدوات.

كما أن التدريب العملي هو أيضاً أساسي، لاسيما للعاملين بالتأهيل المجتمعي الذين يعملون في المناطق الريفية/ النائية، لضمان قدرتهم على صناعة أدوات مساعدة بسيطة وامتلاك المهارات والثقة بقدرتهم على العمل مباشرة مع الأفراد الذين يحتاجون لهذه الأدوات. فعلى سبيل المثال، قد يحتاج العامل بالتأهيل المجتمعي إلى أن:

- يوضح للأسرة كيفية صنع كرسي خشبي مزود بحزام لتمكين الطفل مختل التوازن من الجلوس منتصباً؛
- يوضح للأسرة كيفية بناء قضبان متوازية لتمكين طفلها من التمرّن على المشي في المنزل؛
- يوضح للأسرة كيفية صناعة عصا بسيطة للمشي للشخص الذي يتعافى من السكتة لإعانته على المشي؛
- يعلم طفلاً لديه شلل دماغي ولا يملك القدرة على النطق أو على تحريك يده بصورة متناسقة، كيفية استعمال لوحة صورٍ للتواصل مع الآخرين باستخدام عينيه؛
- يوجه إنساناً كفيف البصر بشأن كيفية استخدام العصا البيضاء.

## الإطار 35 إندونيسيا

### المعلومات عند الحاجة

قام برنامج التأهيل المجتمعي في مقاطعة جنوب سولاوسي الأندونيسية بإعداد قائمة بمصادر الأدوات المساعدة تحتوي على عناوين مقدمي الخدمة الرئيسيين القادرين على توفير الأدوات المساعدة وإصلاحها. وتم توزيع هذه القائمة على كافة العاملين بالتأهيل المجتمعي مع الحرص الدائم على توفير المعلومات الدقيقة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في القرى.

#### بناء قدرة الأفراد والأسر

يتعين على العاملين بالتأهيل المجتمعي العمل بشكل وثيق مع الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم لضمان:

- درايتهم بالأنواع المختلفة من الأدوات المساعدة وكيف يمكن لهذه الأدوات أن تساعد الأفراد على تحقيق استقلاليتهم وتفعيل مشاركتهم؛
- مشاركتهم في اتخاذ القرار المتعلق باختيار وتصميم الأدوات المساعدة – فإتاحة الفرصة للأشخاص لرؤية وتجريب الأدوات المساعدة سيساعدهم على اتخاذ قرارات عن دراية ؛
- قدرتهم على استخدام أدواتهم المساعدة بشكل سليم ومأمون وأن يكون باستطاعتهم القيام بإصلاح وصيانة أدواتهم بشكل يطيل من عمر تلك الأدوات؛
- قدرتهم على إفادة المراكز التي تستقبل الإحالات بأي صعوبات تعترضهم بحيث يمكن إجراء التعديلات اللازمة والبحث عن خيارات أخرى.

يسلط هذا المكوّن الصحي الضوء على حقيقة أن جماعات المساعدة الذاتية تمكِّن الأشخاص من تبادل المعلومات القيمة والمهارات والخبرات. ويمكن لهذه الجماعات أن تكون ذات فائدة جمّة لاسيما عندما لا يكون المرء قادراً على الوصول بسهولة إلى العاملين بالتأهيل. ويمكن لجماعات المساعدة الذاتية أن تشجّع أفرادها على التأقلم مع أدواتهم المساعدة التي اقتنوها مؤخراً وأن تثقفهم بشأن كيفية العناية بها وصيانتها، كما أن هذه الجماعات يمكن أن تقدم النصيحة لأفرادها بشأن الرعاية الذاتية، كالوقاية من التعرّض للمضاعفات الثانوية وكيفية تحقيق الفعالية على النحو الأمثل.

### تدريب الحرفيين المحليين

من غير المعقول أن نتوقع من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية أن يسافروا إلى المراكز التخصصية لإصلاح أدواتهم بل إن الكثير منهم يتوقفون عن استخدام هذه الأدوات عندما تصادفهم بعض المشاكل. ومن هنا، يمكن تدريب الحرفيين المحليين على إجراء بعض الإصلاحات البسيطة على الأدوات المساعدة كالمقاويم والأطراف الاصطناعية والكراسي المتحركة، مثل إصلاح بعض المقاويم من خلال استبدال الأحزمة أو البراغي أو المسامير. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تبحث عن الحرفيين المحليين وأن تيسر الحصول على هذا التدريب عبر شراكة مع الفنيين.

إن الأدوات المساعدة مثل عصي المشي والعكازات وأطر المشي وأطر الوقوف والكراسي البسيطة يمكن أيضاً صناعتها من قبل الحرفيين المحليين نظراً لسهولة إعدادها باستخدام مواد متوافرة محلياً. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تبحث عن الحرفيين المحليين الذين يبدون اهتماماً بتصنيع هذه الأدوات وأن تيسر حصولهم على التدريب.

**الإطار 36** منغوليا

## تعلم كيفية صنع أدوات مساعدة

في سنة 2000، نظم برنامج التأهيل المجتمعي الوطني في منغوليا دورة تدريبية للعاملين في المختبر الوطني لجراحة تقويم العظام في مدينة أولان باتار بغية تعليمهم كيفية صناعة جبائر بسيطة وأدوات للجلوس وأدوات للتنقل باستخدام المواد المحلية والتكنولوجيا المناسبة. وفي يومنا هذا نجد أنه مع انطلاق أي برنامج جديد للتأهيل المجتمعي في مقاطعة جديدة من منغوليا، يجري تسمية اثنين من الحرفيين المحليين وتدريبهم في المختبر الوطني لجراحة تقويم العظام.

### تيسير الحصول على الأدوات المساعدة

قد يكون الحصول على الأدوات المساعدة محدوداً نتيجة لعدم كفاية المعلومات المتوافرة عنها، إلى جانب الفقر وبعد المسافة وتمركز الخدمات في المدن الكبرى. لذا يتعيّن على العاملين بالتأهيل المجتمعي العمل بشكل وثيق مع الأشخاص ذوي الإعاقة و أسرهم لتيسير الحصول على الأدوات المساعدة، وذلك من خلال:

- تحديد مقدمي الخدمة الموجودين على الصعيد المحلي والإقليمي والوطني الذين يصنعون و/ أو يوفرون مجموعة واسعة من الأدوات المساعدة (الأولية والمتخصصة)؛
- تجميع معلومات تفصيلية عن كل مقدم للخدمة بما في ذلك آليات الإحالة والتكاليف والإجراءات، من قبيل الإجراءات الإدارية، وإجراءات التقييم، وعدد الزيارات المطلوبة لأخذ القياسات وتركيب الجهاز والوقت اللازم لتصنيعه؛
- العمل على توفير هذه المعلومات وعرضها بشكل مناسب وإيصالها للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم؛
- تحديد خيارات التمويل المتاحة للأشخاص غير القادرين على تحمل النفقات المتصلة بالأجهزة المساعدة – يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تيسر الوصول إلى بعض مبادرات التمويل الحكومية وغير الحكومية، كما أن بوسعها جمع تبرعات لهذا الغرض و/ أو تمكّين المجتمعات المحلية من التبرع ببعض الموارد؛
- مساعدة الاشخاص على استكمال الإجراءات الإدارية التي تمكنهم من الحصول على شهادة عجز تخولهم – في العديد من الدول– من الحصول على الأجهزة مجاناً؛
- الدخول في شراكات مع المراكز التي تستقبل الإحالات، والسلطات المحلية، وغيرها من المنظمات لمناقشة كيفية تحقيق اللامركزية في تقديم الخدمة من خلال بعض الحلول، كالوحدات المتنقلة مثلاً؛
- تأمين وسيلة نقل للمجموعات الصغيرة من الأفراد الذين يعيشون في المناطق الريفية/ النائية للسفر إلى المراكز التي تستقبل الإحالات مع الحرص على إجراء ترتيبات مسبقة مع هذه المراكز.
- تقديم خدمات إصلاح للأعطال وذلك إما في المنازل أو في المجتمع للأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية/ النائية، فمثلاً تأسيس وحدة متنقلة أو اعتماد نقطة تجمع دائمة في المجتمع المحلي يذهب إليها الأفراد الذين هم بحاجة إلى من يصلح لهم أدواتهم.

الإطار 37 لبنان

## الحصول على الأجهزة المساعدة

أسست الهيئة الوطنية لشؤون المعاقين بلبنان وحدة لصناعة الكراسي المتحركة وغيرها من الأجهزة المساعدة كالعكازات، والمشّايات، وكراسي المرحاض، والأحذية المقومة للعظام، وأنظمة الجلوس المتخصصة. كما أسست الهيئة خمس ورش للتوزيع والإصلاح والصيانة في مختلف أنحاء البلاد لتيسير الحصول على هذه الأجهزة. وتوظف وحدة الإنتاج وورش الإصلاح أشخاصاً ذوي إعاقة. كما وفرت الهيئة ميزانية وطنية للأدوات المساعدة. وقد أصبح بمقدور برامج التأهيل المجتمعي إحالة الأشخاص الذين هم بحاجة إلى أجهزة مساعدة إلى هذه المراكز للحصول على تلك الأجهزة.

***تأسيس ورش صغيرة***

عند عدم توافر خدمات الإحالة وتعذر التغلب على بعض الصعوبات كارتفاع التكلفة وبعد المسافة، يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي اللجوء إلى تأسيس و/ أو دعم ورشة صغيرة لتلبية الاحتياجات المحلية. ويمكن إنتاج أدوات

بسيطة بمعرفة بعض الأشخاص المدربين محلياً. وتقدِّم بعض الوثائق مثل دليل تدريب المعوقين في إطار المجتمع الصادر عن منظمة الصحة العالمية (32) وأطفال القرية ذوو الإعاقة (33) المعلومات عن كيفية صنع الأدوات المساعدة في المجتمع باستخدام الموارد المحلية.

## الإطار 38 غينيا بيساو

### إيجاد حلول محلية

يضم مستشفى كومورا في غينيا بيساو ورشة صغيرة لإصلاح المقاويم، وتم هناك تدريب شخصين ذوي إعاقة للعمل كفنيين لتقويم العظام في هذه الورشة. وغالباً ما يمثل العثور على المواد الملائمة مشكلة، كما يتكلف استيراد المواد تكلفة باهظة، وهذا ما حدا بالفنيين لمحاولة إيجاد حلول محلية للتصاميم من الورش الأخرى. فعلى سبيل المثال، أخذا يصنعان جبائر من الجلد والبلاستيك للأشخاص الذين لديهم سقوط بالقدم foot-drop.

ويمكن تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً على صنع الأجهزة المساعدة، وهذا من شأنه أن يدر عليهم دخلاً، ويعكس تقدير دورهم كمساهمين فاعلين في مجتمعاتهم، ويساعد على تطوير شبكات للتواصل الاجتماعي، وفي نهاية المطاف يؤدي إلى تمكينهم.

## الإطار 39 الهند

### توفير بيئة مناسبة للمشروعات الصغيرة

تم التعرف من خلال عدة برامج للتأهيل المجتمعي في مدينة بنغالور الهندية على مجموعة من 10 شابات ذوات إعاقة، حيث واجهت تلك النسوة جميعاً صعوبات وتمييزاً بسبب كونهن إناثاً فقيرات وغير متعلمات، فضلاً عن أنهن ذوات إعاقة. وكان يُنظر إليهن على أنهن يشكلن عبئاً على أسرهن ومجتمعاتهن. ولكن في عام 1998، تم تدريب أولئك الشابات العشر ليكنّ بمثابة فنيات تقويم عظام وحصلن على قرض من أحد برامج التأهيل المجتمعي لتأسيس ورشة تجارية. وقد تغيرت حياة هؤلاء الشابات منذ باشرن هذا العمل (ورشة مُعينات التأهيل بإشراف نساء ذوات إعاقة). وبدأت هذه الورشة في تحقيق أرباح منذ السنة الثانية، ومع نهاية السنة الرابعة كن قد تمكّنّ من سداد كامل القرض. وقد قام هؤلاء الشابات بالتوسع في أعمالهن بعد أن أصبحن وكلاء للعديد من الشركات الكبيرة التي تنتج الأجهزة المساعدة ومنتجات الرعاية الصحية، ومن خلال إقامة علاقات مع مستشفيات القطاع الخاص الرئيسية في المدينة. وتحقق هؤلاء الشابات اليوم دخلاً جيداً وتتسم حياتهن بأنها ذات نوعية جيدة، وأصبح ينظر إليهن بمثابة مساهمات فاعلات في مجتمعاتهن. وقد تزوجت تلك الشابات جميعاً وأصبحن ثروة لأسرهن وقدوة للكثير من الأشخاص من ذوي الإعاقة.

قد لا يكون ممكناً في بعض البلدان من الناحية العملية تأسيس خدمات تقدّم مجموعة متنوعة من الأجهزة المساعدة. وقد يرجع هذا إلى أولويات الحكومة أو محدودية الموارد أو قلّة عدد السكان، غير أن كثيراً من الأجهزة المساعدة ستتوافر في البلدان المجاورة، حيث يرجح أن تكون أرخص ويكون الحصول عليها أسهل من استيرادها من البلدان ذات الدخل المرتفع. وينبغي لبرامج التأهيل المجتمعي أن تحدّد الموارد المتاحة في البلدان المجاورة وأن تتعاون مع هذه البلدان ما أمكنها ذلك. علاوة على ذلك، يتعيّن على برامج التأهيل المجتمعي إقامة علاقات قوية مع المنظمات غير الحكومية الدولية والوطنية النشطة في مجال إنتاج وتقديم الأجهزة المساعدة وذلك بغية تحقيق استدامة في تقديم الخدمة.

## التصدي للعوائق في البيئة المحيطة

توجد في أغلب الأحيان عقبات في البيئات أو الأوساط المحيطة بالشخص كما هو الحال في البيت أو المدرسة أو العمل أو المجتمع، مما يجعل من الصعب على الأفراد استخدام أدواتهم المساعدة. ويتعين على العاملين بالتأهيل المجتمعي امتلاك معرفة عملية بخصوص هذه العوائق بحيث يتمكنوا من العمل مع الأفراد وأعضاء الأسرة والمجتمعات والسلطات المحلية لتحديد هذه العوائق والتصدي لها.

## المراجع


1. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 2006 (www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 30 May 2010).
2. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/, accessed 30 March 2010).
3. Becker H. Measuring health among people with disabilities. *Community Health*, 2005, 29(1S):70S–77S.
4. *The right to health* (Fact Sheet No. 31). Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/World Health Organization, 2008 (www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf, accessed 30 May 2010).
5. *Disability, poverty and development*. London, Department for International Development, 2000 (www.dfid.gov.uk/Documents/publications/disabilitypovertydevelopment.pdf, accessed 30 May 2010).
6. *Access to basic services for the poor: The importance of good governance* (Asia Pacific MDG Study Series). Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific/UNDP/ADB, 2007 (www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/access-to-basic-services.asp, accessed 30 May 2010).
7. *From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities*. Geneva, United Nations – DESA/OHCHR/IPU, 2007 (www.ohchr.org/Documents/Publications/training14en.pdf, accessed 30 May 2010).
8. *The determinants of health.* Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/hia/evidence/doh/en/, accessed 30 May 2010).
9. *Health systems*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/topics/health_systems/en/, accessed 30 May 2010).
10. *World health report 2008: primary health care – now more than ever.* Geneva, World Health Organization, 2008 (www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, accessed 30 May 2010).

11. *Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 30 May 2010).
12. Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *Journal of Lifestyle Medicine*, 2008, 2(5):409–420.
13. *International Norms & Standards Related to Disability, Section V – Rights of special groups with disabilities*. New York, United Nations, 2003–2004 (www.un.org/esa/socdev/enable/discom500.htm, accessed 30 May 2010).
14. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint position paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 30 May 2010).
15. *Understanding community-based rehabilitation*. Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2009 (www.unescap.org/esid/psis/disability/decade/publications/cbr.asp, accessed 30 May 2010).
16. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1986 (www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 30 May 2010).
17. *Health promotion glossary.* Geneva, World Health Organization, 1998 (www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf, accessed 30 May 2010).
18. *Regional framework for health promotion 2002–2005.* Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002 (www.wpro.who.int/publications/pub_9290810328.htm, accessed 30 May 2010).
19. Harrison T. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Family Community Health*, 2005, 29(1S):12S–19S.
20. *The Surgeon General's call to action to improve the health and wellness of people with disabilities*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2005 (www.surgeongeneral.gov/library/disabilities/calltoaction/index.html, accessed 30 May 2010).
21. Smith RD. Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. *Health Promotion International*, 2000, 15(1):79–86 (http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/15/1/79, accessed 30 May 2010).
22. Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*, 2nd ed. Oxford, Macmillan Education, 2004.
23. *The Standard Rules for the Equalization of Opportunities of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 1993 (www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm, accessed 30 May 2010).
24. Patrick DL. Rethinking prevention for people with disabilities Part 1: a conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):257–260.
25. *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (www.who.int/whr/2002/en/, accessed 30 May 2010).
26. Jones H, Reed B. *Water and sanitation for people with disabilities and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility.* Loughborough, Water Engineering and Development Centre, 2005.
27. *Visual impairment and blindness* (Fact Sheet No. 282). Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html, accessed 30 May 2010).

28. *Disability, including prevention, management and rehabilitation* (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 (www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf, accessed 30 May 2010).
29. Albrecht GL et al., eds. *Encyclopedia of disability,* Vol. 2. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2006.
30. Drum CD et al. Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. *Californian Journal of Health Promotion*, 2005, 3(3):29–42 (www.csuchico.edu/cjhp/3/3/29–42-drum.pdf, accessed 30 May 2010).
31. *Epilepsy fact sheet*. Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html, accessed 30 May 2010).
32. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html, accessed 30 May 2010).
33. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010).
34. *Assistive devices/technologies*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/disabilities/technology/en/, accessed 30 May 2010).
35. *Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less resourced settings*. Geneva, World Health Organization, 2008 (www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20(EN%20for%20the%20web).pdf, accessed 30 May 2010).

## قراءات مقترحة

*A health handbook for women with disabilities*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2007 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

*Guideline for the prevention of deformities in polio*. Geneva, World Health Organization, 1990 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

Hartley S (ed.). *CBR as part of community development: a poverty reduction strategy*. London, University College London Centre for International Child Health, 2006.

Hartley S, Okune J (eds.). *CBR: inclusive policy development and implementation*. Norwich, University of East Anglia, 2008.

Heinicke-Motsch K, Sygall S (eds.). *Building an inclusive development community: a manual on including people with disabilities in international development programmes*. Eugene, OR, Mobility International, 2003.

*Helping children who are blind*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2000 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

*Helping children who are deaf*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2004 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

*Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, World Health Organization/World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008 (www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf, accessed 30 May 2010).

*Let's communicate: a handbook for people working with children with communication difficulties*. Geneva, World Health Organization, 1997 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

*Promoting independence following a spinal cord injury: a manual for mid-level rehabilitation workers*. Geneva, World Health Organization, 1996 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

*Promoting independence following a stroke: a guide for therapists and professionals working in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1999 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

*Promoting the development of infants and young children with spina bifida and hydrocephalus: a guide for mid-level rehabilitation workers*. Geneva, World Health Organization, 1996 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

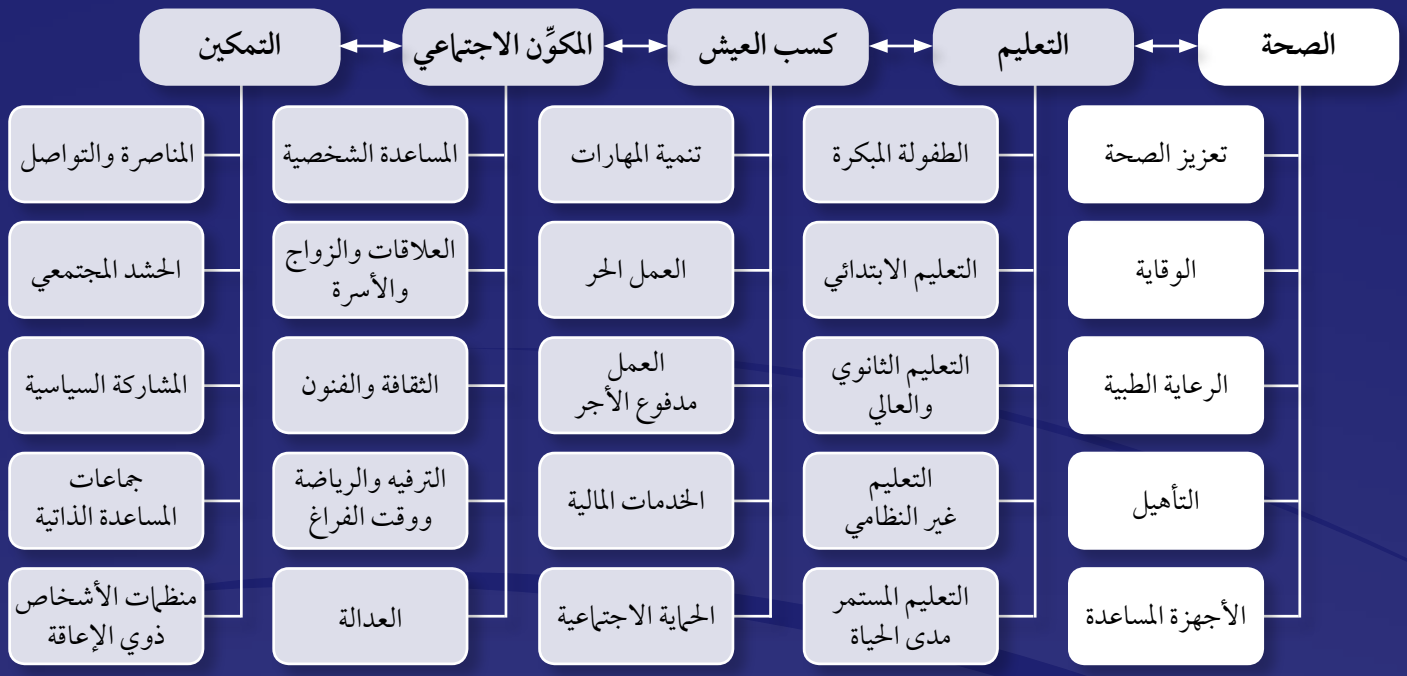
*Promoting the development of young children with cerebral palsy: a guide for mid-level rehabilitation workers*. Geneva, World Health Organization, 1993 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

*Rehabilitation for persons with traumatic brain injuries*. Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).

*Where there is no doctor*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1992 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).

*The relationship between prosthetics and orthotics services and community based rehabilitation (CBR): a joint ISPO/WHO statement*. Geneva, WHO/International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO), 2003 (www.who.int/disabilities/technology/po_services_cbr.pdf, accessed 30 May 2010).

## مصفوفة التأهيل المجتمعي




منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
شارع عبد الرزاق السنهوري
ص ب 7608
مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر
هاتف : 5000 2276 (202+)
فاكس : 2492 2670 (202+) أو 2494 2670 (202+)

ISBN 978 92 9021 877 7

السعر: 25 دولار أمريكي