

كُتُب تَهْدِي



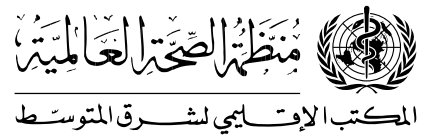
التأهيل المجتمعي الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي



كتيب تمهيدي

التأهيل المجتمعي

الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي



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 الاجتماعية 7. مشاركة المستهلك 8. دلائل إرشادية
أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ج. اليونسكو د. منظمة العمل الدولية هـ. الاتحاد 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 المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر 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. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق 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: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ 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.

طُبعت النسخة العربية بواسطة شركة ((يات كومونيكايشن)) YAT Communication

www.yatcommunication.com

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

نحو

تحقيق تنمية مجتمعية
شاملة وداخلة للجميع

المحرران الرئيسيان: Karen Heinicke Motsch و Chapal Khasnabis.

الفريق الاستشاري: Einar Helander، Sepp Heim، Mike Davies، Philippe Chervin، Alana Officer، Barbara Murray، Federico Montero، Padmani Mendis، Etienne Krug، William Rowland و Enrico Pupulin.

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

المحرران التقنيان: Teresa Lander و Nina Mattock.

التصميم والتنسيق: Inís Communication.

إعداد الأشكال التوضيحية: Regina Doyle.

مصادر الصور على الغلاف الأمامي: Gonna Rota و Chapal Khasnabis.

التعليقات الإلكترونية: Angela Burton.

الدعم المالي: حكومة إيطاليا، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، حكومة فنلندا، حكومة النرويج، حكومة السويد، حكومة المملكة المتحدة، منظمة العمل الدولية، منظمة اليونسكو، مؤسسة كريستوفل بليندين ميشن، منظمة Sightsavers، الجمعية الإيطالية لأصدقاء راؤول فوليرو ومنظمة Light for the World.

الدعم الإداري: Rachel MacKenzie.

الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي

كتيب تمهيدي

المحتويات

تمهيد.....	1
شكر وتقدير.....	3
حول الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي.....	11
المقدمة.....	15
الإدارة.....	33
المقدمة.....	33
المرحلة الأولى: تحليل الحالة.....	40
المرحلة الثانية: التخطيط والتصميم.....	47
المرحلة الثالثة: التنفيذ والمتابعة.....	53
المرحلة الرابعة: التقييم.....	60
ملحق: أمثلة على هياكل الإدارة في برامج التأهيل المجتمعي.....	67

تمهيد

أطلقت منظمة الصحة العالمية مبادرة التأهيل المجتمعي بعد إعلان ألماتي عام 1978. وقد تم الترويج لها كاستراتيجية لتحسين فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات التأهيل والاستفادة منها في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وذلك من خلال الاستفادة القصوى من الموارد المحلية. وعلى مدى 30 عاماً، ومن خلال التعاون مع منظمات أخرى تابعة للأمم المتحدة ومنظمات غير حكومية ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، تطور التأهيل المجتمعي إلى استراتيجية متعددة القطاعات لتلبية الاحتياجات الأوسع للأشخاص ذوي الإعاقة وضمان مشاركتهم وإدماجهم في المجتمع وتحسين نوعية حياتهم.

وقد شهدت السنوات الخمس السابقة تعاون الأطراف المعنية بالتأهيل المجتمعي وتعاضدهم لإعداد هذه الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي والتي بنيت على أساس التوصيات الرئيسية الصادرة في عام 2003 عن اللقاء التشاوري الدولي المعني بمراجعة وتقييم التأهيل المجتمعي في هلسنكي، وورقة الموقف المشترك الصادرة عام 2004 عن كل من منظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية حول التأهيل المجتمعي. وتعزز هذه الدلائل الإرشادية دور التأهيل المجتمعي كاستراتيجية يمكن أن تساهم في تنفيذ الاتفاقية الدولية بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والتشريعات الوطنية الداعمة لذوي الإعاقة، كما يمكن لها أن تدعم التنمية المجتمعية الشاملة والداخلة للجميع.

توفر الدلائل الإرشادية لمدرء التأهيل المجتمعي، والمعنيين الآخرين، مقترحات عملية حول كيفية بناء أو تقوية برامج التأهيل المجتمعي وضمان أن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة وأفراد أسرهم من الوصول إلى خدمات ومناقص قطاعات الصحة والتعليم وكسب العيش والقطاع الاجتماعي. وتركز الدلائل الإرشادية بقوة على التمكين من خلال تيسير دمج ومشاركة ذوي الإعاقة وأفراد عائلاتهم والمجتمعات أيضاً في جميع عمليات التنمية وصنع القرار. كما تشجع الدلائل الإرشادية على تقييم برامج التأهيل المجتمعي وإجراء المزيد من الأبحاث حول فعالية وكفاءة التأهيل المجتمعي في السياقات المختلفة والمتنوعة.

لقد تضافرت جهود كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية واليونسكو والاتحاد الدولي للإعاقة والتنمية (IDDC)، ولاسيما فريق عمل التأهيل المجتمعي، ومؤسسة كريستوفل بليندين ميشن (CBM) ومنظمة هانديكاب إنترناشونال (Handicap International)، والرابطة الإيطالية أميتشي دي راؤول فولاريو (AIFO)، ومنظمة لايت فور ذي ورلد (Light for the World)، والمنظمة النرويجية للأشخاص المعاقين (NAD)، وجمعية المدافعين عن الإبصار (Sightsavers)، لإعداد هذه الوثيقة. بالإضافة إلى ذلك، شارك في هذا العمل أكثر من 180 فرداً وحوالي 300 منظمة معظمها من البلدان ذات الدخل المنخفض حول العالم. ولا يسعنا إلا أن نعرب عن خالص شكرنا للجميع على دعمهم ومساهماتهم القيمة.

د. علاء علوان

مساعد المدير العام

الأمراض غير السارية والصحة النفسية

منظمة الصحة العالمية

شكر وتقدير

المساهمون

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

المراجعون النظراء

Kamala Achu, Rosangela Berman-Bieler, Roma Bhattacharjea, Dan Blocka, Jean-Luc Bories, Wim Van Brakel, Matthias Braubach, Svein Brodtkorb, Rudi Coninx, Huib Cornielji, Kenneth Eklindh, Gaspar Fajth, Hetty Fransen, Beth Fuller, Cristina Gallegos, Donna

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

المراجعون النظراء للنسخة العربية

حازم إبراهيم، علاء سبيع، مالك قطينة

المراجعون الميدانيون

بنغلاديش

مركز الإعاقة في مجال التنمية (CDD) والمنتدى الوطني للمنظمات العاملة مع ذوي الإعاقة (NFOWD).

بور كينا فاسو

مركز طب العيون في زورغو وبرنامج التأهيل المجتمعي في أوارغاي وكارناغو.

كمبوديا

بعثة كمبوديا التنموية للإعاقة (CDMD) والمركز الوطني للأشخاص ذوي الإعاقة.

الصين

الاتحاد الصيني لذوي الإعاقة (مركز توجيه الخدمة الاجتماعية)، اتحاد ذوي الإعاقة بمدينة دونغ غوان، اتحاد ذوي الإعاقة بمدينة وهان، اتحاد ذوي الإعاقة بمقاطعة شون دي، اتحاد ذوي الإعاقة بمقاطعة غوانغ دونغ، اتحاد ذوي الإعاقة بمقاطعة نان باي، اتحاد ذوي الإعاقة بمقاطعة هوبي، جامعة صن يات سن للعلوم الطبية، مركز التدريب والأبحاث المتعاون مع منظمة الصحة العالمية - جامعة فودان - مستشفى هوشان، جمعية التأهيل التابعة لاتحاد ذوي الإعاقة بمقاطعة غوانغ دونغ، جمعية التأهيل الطبية في غوانغ دونغ، رابطة الصين لطب التأهيل، مركز التأهيل التابع لاتحاد ذوي الإعاقة بمقاطعة غوانغ دونغ، المركز الصحي المجتمعي بالشارع الشمالي في مدينة جيانغ من، المركز الصيني لأبحاث التأهيل، الجمعية الصينية للطب الطبيعي والتأهيل، مركز تأهيل العاملين في غوانغ دونغ، مركز خدمة ذوي الإعاقة بشين ين، مركز خدمة ذوي الإعاقة بمقاطعة شون دي، مركز ليكانغ لموارد الأسرة في مقاطعة غوانغزو، مركز موارد مدينة شين ين للتكنولوجيا المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية - مركز متعاون مع منظمة الصحة العالمية، جمعية هونج كونج للتأهيل - مركز تأهيل متعاون مع منظمة الصحة العالمية، المستشفى الأول في مدينة شاي جيا زوانغ بغوانغزو، جامعة هوا زونغ للعلوم والتكنولوجيا، المستشفى الأول لجامعة بيجين، المستشفى الثالث لجامعة زونغ شان. المستشفى الثاني في كلية طب كومنج، نان باي، قرية جن يا، نان باي، قرية يوشان تي، مستشفى الشعب التاسع في شين ين، مستشفى الشعب الثاني في شين ين، مستشفى تونغجي، كلية الصحة العامة في زانغ، مستشفى جامعة أنهوي، مستشفى مقاطعة جيانغ، منظمة انقاذوا الأطفال - المملكة المتحدة.

مصر

مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة - كاريتاس مصر - القاهرة.

إثيوبيا

برنامج التأهيل المجتمعي في مدينة نيكمتي، برنامج التأهيل المجتمعي في جامعة غوندار، جامعة غوندار - قسم العلاج الطبيعي، برنامج التأهيل المجتمعي في ساكو، برنامج التأهيل المجتمعي في فيكي، برنامج رابيد للتأهيل المجتمعي في مدينة أداما، برنامج رابيد للتأهيل المجتمعي، البعثة الطبية لمبشري مريم (Medical Missionaries of Mary)، وزارة التعليم، وزارة الصحة، تشيشاير للخدمات - فرع ديرا داوا، تشيشاير للخدمات - فرع هاراري، تشيشاير للخدمات في أثيوبيا، جمعية أثيوبيا الوطنية للصم، الجمعية الوطنية للأطفال والشباب المتخلفين عقلياً، جمعية مساعدي مريم (Helpers of Mary)، خدمات التأهيل للصم. شبكة العمل الأثيوبية الوطنية المعنية بالإعاقة، مركز التأهيل في مدينة أربا مينش، منظمة كريستوفل بليندين ميشن (CBM) فرع إثيوبيا، شبكة التأهيل المجتمعي في إثيوبيا، مؤسسة تشيشاير (Cheshire Foundation) في أثيوبيا - أديس أبابا، مؤسسة تشيشاير في أثيوبيا - جيبا.

غانا

اتحاد غانا لذوي الإعاقة، برنامج التأهيل المجتمعي التابع للكنيسة المشيخية في غارو، برنامج التأهيل المجتمعي في ساندنيا - المنطقة الغربية العليا، برنامج التأهيل المجتمعي في غارو Garu، جمعية المدافعين عن الإبصار - المكتب القطري، جمعية المدافعين عن الإبصار - كراتشي، جمعية المدافعين عن الإبصار - نيكوانتا، جمعية غانا للمكفوفين - منطقة برونغ أهافو، جمعية غانا للمكفوفين، جيش الخلاص - فرع بيغورو، جيش الخلاص (Salvation Army) - فرع دونكوا، جيش الخلاص (الخدمات الطبية والاجتماعية) - فرع أكرا، جيش الخلاص (المدرسة المتكاملة للصم)، جيش الخلاص (مشروع التأهيل المجتمعي)، دائرة الرعاية الاجتماعية - مقاطعة فولتا، دائرة الرعاية الاجتماعية - مقاطعة وينيبا، دائرة الرعاية الاجتماعية، دائرة الرعاية الاجتماعية - مقاطعة أغونا، مجلس مقاطعة أغونا، مستشفى باوكو (وحدة السمع، ووحدة العلاج الطبيعي، ووحدة تقويم العظام)، مجلس مقاطعة نيكوانتا، الإدارة الصحية في سويدرو، مسؤول التخطيط في مقاطعة سويدرو، القادة الشعبيون والدينيون في دواكوا، جامعة التربية - فرع ونيب، مشروع كراتشي للتأهيل المجتمعي، وزارة التعليم، اللجنة الوطنية المعنية بالتعليم المدني لذوي الإعاقة وشؤون والديهم وعائلاتهم، مؤسسة العمل لأجل الإعاقة والتنمية، مؤسسة إيكوينغ هيلز (Echoing Hills)، مؤسسة خدمات التعليم في غانا، مؤسسة غانا الوطنية للصم، مؤسسة غانا للمكفوفين - غا-أدانجم، مؤسسة غانا للمكفوفين.

غيانا

برنامج غيانا للتأهيل المجتمعي، وزارة الصحة، اللجنة الوطنية المعنية بالإعاقة، المجلس الكاريبي للمكفوفين، مجموعة الدعم المعنية بالصم.

أكاديمية شري رامانا مهاريشي للمكفوفين (Shree Ramana Mahairishi Academy for the Blind)، جامعة روهيلخاند (معهد الدراسات المتقدمة في مجال التربية)، جمعية الأشخاص ذوي الإعاقة، جمعية المصابين بالشلل في تاميل نادو، جمعية المصابين بالشلل في كارناتاكا، جمعية المكفوفين - الهند، جمعية تشيشاير هومز (Cheshire Homes) في الهند - فرع كورغ، جمعية سيفا للعمل مع ذوي الإعاقة (SEVA in Action)، جمعية سينس الدولية (Sense International) - الهند، جمعية ليونارد تشيشاير الدولية، جمعية تشيشاير الدولية - بنغالور، جمعية موبيلتي الهندية (Mobility India)، حركة تحرير المناطق الريفية، الرابطة الإيطالية أميتشي دي راؤول فولاريو (AIFO) - الهند، شبكة التأهيل المجتمعي - بنغالور، شبكة قانون حقوق الإنسان، مجلس التأهيل في الهند، معهد الدراسات العليا للتعليم والبحث الطبي - تشانديغار، مكتب مفوض الدولة المعني بشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة، منتدى التأهيل المجتمعي، منظمة أيانا (Aaina)، منظمة باليوم الهندية (Pallium India)، منظمة كريستوفل بليندين ميشن (CBM)، مؤسسة الاحتياجات الأساسية للهند، مؤسسة العمل لأجل الإعاقة والتنمية - الهند، مؤسسة ساها (Saha)، مؤسسة فيكلانج كيندرا (Viklang Kendra)، مؤسسة ناريندرا (Narendra)، وزارة العدالة الاجتماعية والتمكين، وزارة تنمية الموارد البشرية.

إندونيسيا

برنامج التأهيل المجتمعي في مقاطعة جنوب سولاوسي، ومركز التنمية والتدريب في مجال التأهيل المجتمعي (CBR-DTC).

كينيا

جمعية ذوي الإعاقة الحركية في كينيا، جمعية الخدمات التطوعية عبر البحار (VSO) - كينيا، جمعية سينس الدولية (Sense International) - شرق أفريقيا، جمعية كينيا للمكفوفين، اتحاد كينيا للمكفوفين، مركز لتل روك للتنمية في مرحلة الطفولة المبكرة (Little Rock EDC)، مؤسسة كينيا الوطنية للصم، كلية كينيا للتدريب الطبي، مؤسسة ليونارد تشيشاير للإعاقة - المكتب الإقليمي لشرق وشمال أفريقيا، وزارة الصحة.

الجمهورية الديمقراطية لشعب لاو

منظمة هانديكاب إنترناشونال Handicap International، بلجيكا - المكتب القطري.

لبنان

الاتحاد العام للمرأة الفلسطينية، جمعية التأهيل المجتمعي، جمعية النهضة، المؤسسة النرويجية الشعبية للإغاثة (Norwegian People's Aid)، منظمة أركنسيل (arcenciel)، منظمة العون الطبي للفلسطينيين (Medical Aid for Palestinians)، منظمة أنقذوا الأطفال (Save the Children) - السويد، المنظمة النرويجية للأشخاص المعاقين (NAD)، المؤسسة السويدية دياكونيا.

ملاوي

اتحاد المنظمات المعنية بالإعاقة في ملاوي (FEDOMA)، مجلس ملاوي لشؤون ذوي الإعاقة (الأمانة العامة للبرنامج الوطني للتأهيل المجتمعي بملاوي)، منظمة اطعم الأطفال في ملاوي (Feed the Children)، وزارة التعليم والعلوم والتكنولوجيا، وزارة الصحة، وزارة العمل، وزارة النوع الاجتماعي وتنمية الطفل.

المكسيك

منظمة بينا بالميرا (Pina Palmera).

منغوليا

برنامج التأهيل المجتمعي في منغوليا، والبرنامج الوطني للتأهيل المجتمعي، الرابطة الإيطالية أميتشي دي راؤول فولاريو (AIFO) - المكتب القطري، مركز التأهيل الوطني في منغوليا.

ميانمار

منظمة (World Vision International) - المكتب القطري.

نيكاراغوا

مشروع التأهيل المجتمعي في مدينة جويغالبا.

فلسطين

الاتحاد العام للمعاقين الفلسطينيين، اتحاد النشأكو الفلسطيني، اتحاد رياضة المعاقين، إذاعة فرسان الإرادة، أطباء بلا حدود، برنامج التأهيل - دياكونيا/ المنظمة النرويجية للأشخاص المعاقين، برنامج التأهيل المجتمعي - جنوب الضفة الغربية، برنامج التأهيل المجتمعي - شمال الضفة الغربية، برنامج التأهيل المجتمعي - وسط الضفة الغربية، برنامج غزة للصحة النفسية المجتمعية، جامعة بيرزيت (معهد الصحة العامة والمجتمعية)، جمعية أطفالنا للأطفال الصم، جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، جمعية الحق في الحياة، جمعية القدس للتأهيل، جمعية المعاقين حركياً، جمعية الهلال الأحمر، جمعية الوداد، الجمعية الوطنية للتأهيل - غزة، الهيئة الفلسطينية لحقوق المعاقين، جمعية بيت لحم العربية للتأهيل، جمعية بيتنا، جمعية جباليا، جمعية رعاية المعوقين في قطاع غزة (شمس)، جمعية نجوم الأمل، جمعية وفاق للإغاثة والتنمية، كلية المجتمع - غزة، مركز النور، جمعية الوفاء الخيرية، المركز الوطني للتأهيل المجتمعي، مستشفى الوفاء، المعهد الفلسطيني للاتصال والتنمية، منظمة الصحة العالمية، منظمة العون الطبي للفلسطينيين - المملكة المتحدة، منظمة إنقاذ الطفل - فلسطين، مؤسسة الإغاثة الإسلامية، النادي العالمي للصم - الخليل، وزارة التربية والتعليم العالي (دائرة التربية الخاصة)، وزارة الحكم المحلي، وزارة الشباب والرياضة، وزارة الشؤون الاجتماعية، وزارة الصحة (دائرة إدارة الأزمات)، وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين - أونروا (برنامج التأهيل)، اليونيسيف

بابوا غينيا الجديدة

خدمات كالان للأشخاص ذوي الإعاقة.

الفلبين

جامعة الفلبين، مستشفى الفلبين العام (دائرة التأهيل)، منظمة كريستوفل بليندين ميشن (CBM) (مكتب تنسيق التأهيل المجتمعي)، مؤسسة سمعان القيرواني لتأهيل الأطفال والتنمية.

جنوب أفريقيا

جمعية تشيشاير هومز (Cheshire Homes) في جنوب أفريقيا، شبكة المنظمات غير الحكومية الجنوب أفريقية، مؤسسة ليونارد تشيشاير للإعاقة - المكتب الإقليمي لجنوب أفريقيا، الوكالة اليابانية للتعاون الدولي (JICA) - مكتب جنوب أفريقيا.

تايلند

جامعة كون كاين Khon Kaen (كلية العلوم الطبية المترابطة)، مركز التأهيل الطبي الوطني (وزارة الصحة العامة)، مركز التنمية المعني بالإعاقة في آسيا والمحيط الهادئ (APCD)، المكتب الإقليمي لمنظمة العمل الدولية - تايلند، المكتب الوطني لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة، منظمة هانديكاب انترناشونال (Handicap International) - تايلند.

أوغندا

الاتحاد الوطني لذوي الإعاقة في أوغندا، برنامج التأهيل المجتمعي في مقاطعة بوسيا، تحالف التأهيل المجتمعي، جامعة كيامبوغو، جمعية المدافعين عن الإبصار (Sightsavers International) - أوغندا، الجمعية الوطنية للصم المكفوفين في أوغندا، جمعية أوغندا الوطنية للصم، جمعية أوغندا للأطفال ذوي الإعاقة، جمعية سينس الدولية (Sense International)، الرابطة الألمانية لإغاثة مرضى الجذام، شبكة التأهيل المجتمعي في أفريقيا، مدرسة لوزيرا الثانوية العليا، منظمات دعم مرضى الإيدز، منظمة كريستوفل بليندين ميشن CBM، مؤسسة الصحة النفسية في أوغندا، مؤسسة العمل لأجل الإعاقة والتنمية - أوغندا، مؤسسة المرمى (GOAL) - أوغندا، مؤسسة المكفوفين الأوغندية، مؤسسة ليونارد تشيشاير للإعاقة - أوغندا، وزارة التعليم والرياضة، وزارة الصحة، وزارة النوع الاجتماعي والعمل والتنمية الاجتماعية.

فيت نام

لجنة هولندا الطبية (Medical Committee Netherlands)، مستشفى باتش ماي Bach Mai (وحدة التأهيل)، مستشفى ومصحة دانانغ للتأهيل، منظمة الرؤية العالمية (World Vision International) - فيت نام، منظمة كريستوفل بليندين ميشن CBM.

جامعة زمبابوي المفتوحة، جامعة زمبابوي، الرابطة الوطنية للجمعيات المعنية برعاية ذوي الإعاقة، المجلس الوطني لذوي الإعاقة في زمبابوي، معهد التأهيل الأفريقي، منظمة الصحة العالمية، مؤسسة تشيشاير (Cheshire Foundation)، مؤسسة دعم مرضى الصرع، وحدة البحث السريري، وزارة الصحة.

حول الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي

معلومات أساسية عن الدلائل الإرشادية

تشير التقديرات إلى أن 10٪ على الأقل من سكان العالم يتعايشون مع الإعاقة (1)، ويعيش غالبيتهم تحت وطأة الفقر بالبلدان النامية. كما أن ذوي الإعاقة هم من بين المجموعات الأكثر ضعفاً والأقل تمكناً في العالم. وفي كثير من الأحيان، يعانون من الوصم والتمييز مع محدودية قدرتهم على الوصول إلى الرعاية الصحية والتعليم وفرص كسب العيش.

وقد بدأ التأهيل المجتمعي بمبادرة من قبل منظمة الصحة العالمية في أعقاب المؤتمر الدولي حول الرعاية الصحية الأولية الذي عقد في عام 1978 وتمخض عن إعلان ألما-آتا (2). واعتبر التأهيل المجتمعي وقتها بمثابة استراتيجية لتحسين وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات التأهيل والاستفادة منها في البلدان النامية؛ غير أن نطاقه قد اتسع بشكل كبير على مدى السنوات الثلاثين الماضية.

ففي عام 2003، انعقدت مشاورات دولية لمراجعة التأهيل المجتمعي في هلسنكي وأصدرت عدداً من التوصيات الرئيسية (3). وتم لاحقاً تعديل وضع التأهيل المجتمعي في ورقة موقف مشترك ما بين منظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية كاستراتيجية ضمن استراتيجيات التنمية المجتمعية العامة، تنص على مسائل التأهيل وتكافؤ الفرص والحد من الفقر والدمج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة (4). وفي عام 2005، اعتمدت جمعية الصحة العالمية القرار ج.ص.ع. 58-23 (5) حول الوقاية من الإعاقة والتأهيل، حاثّة الدول الأعضاء على « تعزيز وتقوية برامج التأهيل المجتمعي... ».

ويجري حالياً تنفيذ التأهيل المجتمعي في أكثر من 90 بلداً. وتأتي هذه الدلائل الإرشادية استجابة للعديد من مطالب الأطراف المعنية بالتأهيل المجتمعي في أنحاء العالم، للحصول على الإرشاد بشأن كيفية المضي ببرامج التأهيل المجتمعي بما يتماشى مع التطورات المذكورة أعلاه. بالإضافة إلى ذلك، تتيح الدلائل الإرشادية وبعد 30 عاماً من الممارسة، فهماً ومقاربة مشتركة للتأهيل المجتمعي؛ وهي تجمع كل ما هو معروف حالياً عن التأهيل المجتمعي حول العالم وتقدم إطاراً جديداً للعمل فضلاً عن مقترحات عملية للتنفيذ. وتستتير هذه الدلائل الإرشادية إلى حد كبير باتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري الملحق بها (6) اللذين تم وضعهما أثناء إعداد هذه الدلائل الإرشادية.

الأغراض العامة للدلائل الإرشادية

- تقديم الإرشاد حول كيفية وضع وتقوية برامج التأهيل المجتمعي بما يتماشى مع ورقة الموقف المشترك بشأن التأهيل المجتمعي واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- الدعوة والترويج للتأهيل المجتمعي كاستراتيجية للتنمية المجتمعية الشاملة للجميع للمساعدة في دمج الإعاقة في مبادرات التنمية، وبشكل خاص، تلك الرامية إلى الحد من الفقر.

- دعم الأطراف المعنية لتلبية الاحتياجات الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم وتحسين نوعية حياتهم من خلال تيسير الوصول إلى قطاعات الصحة، والتعليم، وسبل العيش، والقطاع الاجتماعي.
- تشجيع الأطراف المعنية لتيسير تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم عبر تعزيز اندماجهم ومشاركتهم في عمليات التنمية وصنع القرار.

الجمهور المستهدف في هذه الدلائل الإرشادية

الجمهور الأساسي في الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي هم:

- مدراء التأهيل المجتمعي

الجمهور الثانوي في الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي هم :

- كوادرات التأهيل المجتمعي؛
- العاملون في الرعاية الأولية، ومعلمو المدارس، والأخصائيون الاجتماعيون، وغيرهم من العاملين في مجال التنمية المجتمعية؛
- الأشخاص ذوو الإعاقات وأفراد أسرهم؛
- منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة ومجموعات المساعدة الذاتية؛
- مسؤولو الحكومة المشاركون في برامج الإعاقة، وخاصة موظفو الحكومة المحلية والقادة المحليون؛
- موظفو منظمات التنمية، والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات غير الربحية؛
- الباحثون والأكاديميون.

نطاق الدلائل الإرشادية

تركز الدلائل الإرشادية بشكل رئيسي على تقديم نظرة عامة أساسية للمفاهيم الرئيسية، وتحديد المرامي والنتائج التي يجب على برامج التأهيل المجتمعي أن تسعى إليها، وتقديم أنشطة مقترحة لتحقيق هذه المرامي. (ولا يقصد من الدلائل الإرشادية أن تقدم وصفة جاهزة - وهي غير مصممة للإجابة عن أسئلة بعينها تتعلق بإعاقة ما، أو لتقديم توصيات حول التدخلات الطبية/ التقنية، أو لتوفير دليل تفصيلي حول خطوات وضع وتنفيذ البرنامج).

وسيتم عرض الدلائل الإرشادية في سبع كتيبات منفصلة:

- الكتيب 1 - التمهيد: يقدم لمحة عامة عن الإعاقة، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ووضع برامج التأهيل المجتمعي، ومصفوفة التأهيل المجتمعي. ويقدم فصل الإدارة: نظرة عامة حول دورة الإدارة من ناحية علاقتها ببناء وتقوية برامج التأهيل المجتمعي.
- الكتيبات 2 - 6 - يتناول كل كتيب واحداً من المكونات الخمسة لمصفوفة التأهيل المجتمعي (الصحة، والتعليم، وكسب العيش، والمكون الاجتماعي، والتمكين).

- الكتيب 7 - الكتيب التكميلي: يغطي أربع قضايا محددة، ألا وهي الصحة النفسية، وفيرس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، والجدام، والأزمات الإنسانية، والتي أغفلتها برامج التأهيل المجتمعي في الماضي.

عملية وضع الدلائل الإرشادية

في شهر تشرين الثاني/ نوفمبر من عام 2004، قامت كل من منظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية بدعوة مجموعة من 65 خبيراً من خبراء الإعاقة والتنمية والتأهيل المجتمعي للشروع في وضع الدلائل الإرشادية. وضمت المجموعة رواداً وممارسين في مجال التأهيل المجتمعي، وأفراداً يملكون تجارب شخصية مع الإعاقة، وممثلين عن منظمات الأمم المتحدة، ودولها الأعضاء، ومنظمات دولية غير حكومية لها أدوار قيادية في المجال، ومنظمات ذوي الإعاقة، ومنظمات مهنية، وغيرها. وقد أسفر اللقاء عن وضع مصفوفة التأهيل المجتمعي، والتي قدمت النطاق والبنية لهذه الدلائل الإرشادية.

وقادت لجنة استشارية ومجموعة أساسية الجهود المبذولة لإدخال مزيد من التحسينات على الدلائل الإرشادية. ولضمان أن تعكس الدلائل الإرشادية الممارسة الجيدة الحالية وأن تستقي من قاعدة المعرفة المتراكمة طوال الثلاثين عاماً الماضية والممتدة عبر المئات من برامج التأهيل المجتمعي على مستوى العالم، اختارت المجموعة الأساسية أسلوباً شاملاً وواسع النطاق وتشاركياً إلى أبعد الحدود لتأليف الدلائل بشكل يضمن تمثيل البلدان ذات الدخل المنخفض والنساء والأشخاص ذوي الإعاقة. كما تم اختيار اثنين على الأقل من الكتاب الرئيسيين لكل قسم من الدلائل وقد عمل هؤلاء لاحقاً بالتنسيق مع غيرهم حول العالم لإنتاج مسودة وثيقة. وبذا يكون مجموع من ساهموا في صياغة ووضع محتوى هذه الدلائل الإرشادية أكثر من 150 شخصاً.

وتم استقاء محتويات الدلائل الإرشادية من كم واسع من المصادر المنشورة وغير المنشورة والتي: تشمل توصيفاً لأفضل الممارسات في التنمية الدولية والمجتمعية، ويمكن تطبيقها مباشرة في سياقات البلدان ذات الدخل المنخفض، ويمكن استعمالها بسهولة من قبل الأطراف المعنية في التأهيل المجتمعي في البلدان ذات الدخل المنخفض. وقد أدرجت عدة دراسات حالة من الأطراف المعنية التي طبقت ونفذت برامج التأهيل المجتمعي لتوضيح النقاط الواردة في الدلائل. ومن منطلق الإقرار بأن جزءاً هاماً من قاعدة الأدلة اللازمة في التأهيل المجتمعي يكمن في تجارب وخبرات الأشخاص أنفسهم مع الإعاقة، تم إدراج العديد من القصص الشخصية التي تدعم أهمية وفائدة مقاربات التأهيل المجتمعي أيضاً.

خضعت مسودة الوثيقة لعملية ميدانية واسعة للتحقق من صحة ما ورد بها في 29 بلداً تمثل جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية. وبالإجمال، قدمت أكثر من 300 جهة معنية ومشاركة في تنفيذ التأهيل المجتمعي آراءها حول مسودة الوثيقة. وبناء على ذلك، تمت مراجعة مسودة الوثيقة من قبل المجموعة الأساسية لتخضع بعد ذلك إلى مراجعة النظراء من قبل خبراء في التأهيل المجتمعي، وأشخاص ذوي إعاقة، ووكالات الأمم المتحدة، وأكاديميين، ومن ثم إلى المزيد من المراجعة من قبل المجموعة الأساسية.

وفي 19 أيار/ مايو 2010 تمت المصادقة على نشر الدلائل الإرشادية. ومن المتوقع أن تبقى محتويات الدلائل الإرشادية سارية المفعول حتى 2020، عندما تبدأ دائرة الوقاية من العنف والإصابات والإعاقة في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف في مراجعتها.

1. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf, accessed 10 August 2010).
2. *Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*, Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 10 August 2010).
3. *International consultation to review community-based rehabilitation (CBR)*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf, accessed 10 August 2010).
4. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 10 August 2010).
5. Resolution WHA58.23. *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 25 May 2005 (www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html, accessed 10 August 2010).
6. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150, accessed 10 August 2010).

المقدمة

الإعاقة

تطور المفهوم

من المفيد كي نفهم كيف تُرى الإعاقة في الوقت الحالي أن ننظر إلى الطريقة التي تطور بها مفهوم الإعاقة عبر الزمن. فمن الناحية التاريخية، كانت الإعاقة تفهم بدرجة كبيرة في سياق الأساطير أو المعتقدات الدينية؛ على سبيل المثال، كان الأشخاص ذوو الإعاقة يرون على أنهم ممسوسون من الشياطين أو الأرواح؛ وغالباً ما كان ينظر إلى الإعاقة على أنها عقوبة على أخطاء ارتكبت فيما سبق. وما تزال هذه الآراء سائدة حتى يومنا هذا في العديد من المجتمعات التقليدية.

وفي القرنين التاسع عشر والعشرين، ساعدت التطورات في العلوم والطب في تكريس فهم الإعاقة بكونها ذات أساس بيولوجي أو طبي، نتيجة لضعف أو خلل في وظيفة أو بنية عضو أو جهاز ما في جسم الإنسان بسبب أوضاع صحية مختلفة. ينظر هذا النموذج الطبي إلى الإعاقة كمشكلة فردية، وهو يركز بشكل أساسي على العلاج وتوفير الرعاية الطبية من قبل المتخصصين.

لاحقاً في الستينيات والسبعينيات، جرى نقد هذه النظرة الفردية والطبية للإعاقة وتم تطوير مجموعة من المقاربات الاجتماعية لهذه المسألة، نذكر منها على سبيل المثال النموذج الاجتماعي للإعاقة. وقد حولت هذه المقاربات الانتباه بعيداً عن الجوانب الطبية للإعاقة، وبالمقابل ركزت على العوائق الاجتماعية والتمييز الذي يواجهه الأشخاص ذوو الإعاقة. وتم إعادة تعريف الإعاقة كمشكلة اجتماعية عوضاً عن كونها مشكلة فردية، وأصبحت الحلول تتركز على إزالة العوائق والتغيير الاجتماعي لا على العلاج الطبي فقط.

وقد كان محور هذا التغيير في فهم الإعاقة هو تحرك ذوي الإعاقة أنفسهم وقيام حركة عالمية للأشخاص ذوي الإعاقة والتي بدأت في أواخر الستينيات في أمريكا الشمالية وأوروبا وانتشرت منذ ذلك الحين عبر العالم. إن الشعار الشهير «لا شيء يخصنا من دوننا» يرمز إلى قدر التأثير والنفوذ الذي امتلكته الحركة. وقد ركزت منظمات ذوي الإعاقة على

تحقيق المشاركة الكاملة وتكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة، ولعبت دوراً رئيسياً في وضع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (1)، التي تعزز وتدعو إلى التحول تجاه نموذج يستند إلى حقوق الإنسان في رؤية قضايا الإعاقة والتعامل معها.



تمكين الناس من خلال تعزيز التعاون

نفذت حكومة جمهورية إيران الإسلامية برنامج التأهيل المجتمعي بشكل ارتيادي في منطقتين في عام 1992. وقد كان البرنامج ناجحاً وتم تحديثه عام 1994 ليغطي ست مناطق أخرى ضمن ست محافظات. وبحلول 2006 تم تحقيق التغطية على الصعيد الوطني لتشمل المحافظات الثلاثين كلها. وكانت هيئة الرفاه الاجتماعي، تحت إشراف وزارة الرفاه الاجتماعية، هي المسؤولة عن إدارة برنامج التأهيل المجتمعي في البلاد، بمشاركة أكثر من 6000 موظف بمن فيهم العاملين المجتمعيين، وموظفي التأهيل المجتمعي من المستوى المتوسط، وأطباء، وخبراء في التأهيل المجتمعي ومدراء التأهيل المجتمعي، لتنفيذ أنشطة التأهيل المجتمعي.

ومهمة برنامج التأهيل المجتمعي الوطني هي «تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم والمجتمعات بغض النظر عن الطبقة الاجتماعية، أو اللون، أو العقيدة، أو الدين، أو النوع الاجتماعي، أو السن، أو نوع الإعاقة وسببها، عبر زيادة الوعي، والتشجيع على الاندماج، والحد من الفقر، والتخلص من الوصم، وتلبية الاحتياجات الأساسية، وتسهيل الحصول على خدمات الصحة والتعليم وفرص كسب العيش».

أصبح البرنامج لامركزياً على مستوى المجتمع المحلي حيث يتم تنفيذ معظم أنشطة التأهيل المجتمعي من «مراكز التأهيل المجتمعي في البلدات». وتعمل هذه المراكز بالتعاون الوثيق مع مرافق الرعاية الصحية الأولية والتي تشمل «بيوت القرى الصحية» في المناطق الريفية و«المراكز الصحية» في المناطق الحضرية. ويتلقى العاملون الصحيون في هذه المرافق تدريباً يمتد من أسبوع إلى اثنين ويوفر لهم فهماً لاستراتيجية التأهيل المجتمعي والبرنامج الوطني ويمكنهم من تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة وإحالتهم إلى أقرب مركز بلدة للتأهيل المجتمعي.

تشمل الأنشطة الرئيسية لبرنامج التأهيل المجتمعي:

- تدريب الأسرة وأعضاء المجتمع حول الإعاقة والتأهيل المجتمعي باستخدام دليل منظمة الصحة العالمية للتدريب في مجال التأهيل المجتمعي؛
- توفير المساعدة في مجال التعليم وتسهيل التعليم الدامج من خلال بناء القدرات بالتعاون مع موظفي التعليم والطلبة، وتحسين الجوانب المعمارية لتسهيل إمكانية الوصول والاستفادة من أماكن التعلم؛
- إحالة الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الأخصائيين، على سبيل المثال الخدمات الجراحية والتأهيلية، حيث يتوافر أخصائيو العلاج الطبيعي وأخصائيو معالجة النطق والمعالجون الوظيفيون؛
- توفير الأجهزة المعينة/ المساعدة، مثل عصي المشي، والعكازات، والكراسي المتحركة، ومعينات السمع، والنظارات؛
- خلق فرص توظيف من خلال توفير فرص الحصول على التدريب والتوجيه المهني والدعم المالي للأنشطة المدرة للدخل؛
- تقديم الدعم للأنشطة الاجتماعية بما فيها الرياضة والترفيه؛
- توفير المساعدة المالية لإدخال تعديلات على ظروف المعيشة والتعليم والمنزل.

وقد تم توفير الدعم لأكثر من 229000 شخص من ذوي الإعاقة عبر برنامج التأهيل المجتمعي الوطني منذ عام 1992. وفي الوقت الحالي، يغطي البرنامج 51٪ من المناطق الريفية؛ ويهدف لتغطية جميع القرى الريفية بحلول 2011. وجرى تشكيل مجالس محلية لإدارة التأهيل المجتمعي لتعزيز التعاون بين جميع قطاعات التنمية ولضمان أن يستمر التأهيل المجتمعي في إيران في المضي قدماً.

التعاريف الحالية

يوجد العديد من التعاريف المختلفة للإعاقة تبعاً لاختلاف وجهات النظر المذكورة أعلاه. وتأتي التعاريف الأكثر حداثة للإعاقة من :

- التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة، والذي ينص على أن الإعاقة هي «مصطلح عام يشمل الخلل أو محدودية الأنشطة أو المشاركة» (2)، الناتج عن التفاعل بين شخص لديه حالة صحية معينة والعوامل البيئية المحيطة (على سبيل المثال البيئة المادية المحيطة، اتجاهات المحيطين ومواقفهم)، والعوامل الشخصية (على سبيل المثال العمر والنوع الاجتماعي).
- اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتي تنص على أن الإعاقة هي مفهوم لا يزال قيد التطور وأنها «تحدث بسبب التفاعل بين الأشخاص المصابين بعجز والحواجز في المواقف والبيئات المحيطة التي تحول دون مشاركتهم مشاركة كاملة فعالة في مجتمعهم على قدم المساواة مع الآخرين» (1).

تنوع تجارب الأشخاص مع الإعاقة بشكل كبير. وتظهر أنواع مختلفة من الاختلالات لدى الناس بطرق مختلفة. فبعض الأشخاص لديهم اختلال واحد، بينما يتعايش آخرون مع اختلالات متعددة؛ وبعضهم ولد باختلال، في حين أن آخرين قد اكتسبوا الاختلال خلال حياتهم. ونذكر على سبيل المثال حالة طفل مولود بإصابة خلقية مثل الشلل الدماغي، وجندي شاب يفقد ساقه في انفجار لغم أرضي، وامرأة متوسطة العمر أصيبت بالداء السكري وفقدت بصرها نتيجة لذلك، وشخص متقدم في العمر مصاب بالخرف؛ فهؤلاء جميعاً يمكن وصفهم كأشخاص ذوي إعاقات. تصف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، هؤلاء الأشخاص بأنهم «... كل من يعانون من اختلالات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية...» (1).

الاتجاهات العالمية

عالمياً نجد أن الأسباب الأكثر شيوعاً للإعاقة تتضمن: الأمراض المزمنة (مثلاً الداء السكري، والمرض القلبي الوعائي، والسرطان)؛ والإصابات (مثلاً بسبب التصادمات على الطرق، والصراعات، والسقوط، والألغام الأرضية)؛ ومشاكل الصحة النفسية؛ والعيوب الخلقية؛ وسوء التغذية؛ ومرض فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز وغيره من الأمراض المعدية (3). ومن الصعوبة بمكان تقدير العدد الدقيق للأشخاص الذين لديهم إعاقات عبر العالم، لكن العدد يزداد نتيجة لعوامل عدة مثل النمو السكاني، والزيادة في الحالات الصحية المزمنة، وتشيوخ السكان، والتقدم الطبي الذي يحافظ على العمر ويطيله (3). وتواجه العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط عبئاً مضاعفاً، بمعنى أنها تحتاج إلى معالجة كل من المشاكل التقليدية مثل سوء التغذية والأمراض المعدية، إلى جانب المشاكل الجديدة مثل الحالات المزمنة.

الإحصائيات العالمية حول الأشخاص ذوي الإعاقة

- ما يقرب من 10٪ من سكان العالم يتعايشون مع إعاقة (4).
- يشكل ذوو الإعاقة أكبر الأقليات في العالم (5).
- يعيش ما يقدر بحوالي 80٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان النامية (5).
- يقدر أن 15-20٪ من أفقر الناس في العالم هم ذوو إعاقة (6).
- لا تتوافر خدمات التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة في 62 بلداً (7).
- يتمكن 5-15٪ فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على الأجهزة المساعدة في العالم النامي (8).
- يقل احتمال ارتياد الأطفال ذوي الإعاقة للمدرسة إلى حد بعيد مقارنة مع غيرهم. على سبيل المثال، في ملاوي وجمهورية تنزانيا، تتضاعف احتمالية عدم ارتياد الأطفال للمدارس أبداً إذا ما كانوا من ذوي الإعاقة (9).
- يغلب أن يتعرض ذوو الإعاقة إلى مستويات بطالة أعلى ومدخول أقل من الأشخاص غير المعاقين (10).

التنمية

الفقر والإعاقة

للفقر أوجه عدة: فهو أكثر من مجرد نقص في المال أو الدخل. «الفقر يضعف أو يلغي الحقوق الاقتصادية والاجتماعية مثل الحق في الصحة، والسكن اللائق، والطعام والماء المأمون، والحق في التعليم. وينطبق الشيء ذاته على الحقوق المدنية والسياسية مثل الحق في محاكمة عادلة، والمشاركة السياسية، وأمن الأفراد...» (11)

«كلما انتشلنا روحاً واحدة من براثن الفقر، فإننا ندافع عن حقوق الإنسان. وحيثما خسرنا في هذه المهمة، فإننا نخذل حقوق الإنسان.»

— كوفي عنان، الأمين العام السابق للأمم المتحدة

إن الفقر هو سبب ونتيجة للإعاقة كلاهما معاً (12): فالفقراء أكثر عرضة للإعاقة، والأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة للفقر. وفي حين أنه ليس جميع الأشخاص ذوي الإعاقة من الفقراء، فإن تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة يزداد بشكل كبير بين الفئات الأكثر فقراً في البلدان ذات الدخل المنخفض. وغالباً ما يتم تجاهلهم ويتعرضون للتمييز والإقصاء من مبادرات التنمية الرئيسية، كما أنهم يجدون صعوبة في الحصول على خدمات الصحة والتعليم والسكن وفرص كسب العيش. ويؤدي ذلك إلى المزيد من الفقر أو الفقر المزمن والعزلة وحتى الوفاة المبكرة. كما أن تكاليف العلاج الطبي والتأهيل البدني والأجهزة المساعدة تساهم أيضاً في الدخول في دائرة الفقر لدى العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة.

إن التصدي للإعاقة هو خطوة ملموسة للحد من خطر الفقر في أي بلد. وفي ذات الوقت نجد أن التصدي للفقر يحذ من الإعاقة. لذلك يجب القضاء على الفقر لتحقيق حياة أفضل للأشخاص ذوي الإعاقة، وبالتالي فإن أحد الأهداف

الرئيسية لأي برنامج للتأهيل المجتمعي ينبغي أن يتمثل في الحد من الفقر من خلال ضمان أن تصبح خدمات الصحة والتعليم وفرص كسب العيش متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة.

الإطار 3

سلام تحصل على فرصة جديدة للحياة

منذ سن الثامنة كانت سلام تشتكي من نوبات الصداع. ولم تكن أسررتها تعرف ما الذي ينبغي فعله وأرسلتها عدة مرات إلى الكنيسة لتعالج بالماء المقدس. غير أن المياه المقدسة لم تنفعها وبدأت سلام تحسر بصرها ببطء. وفي يوم ذهبت فيه سلام إلى مركز صحي محلي به قسم لطب العيون، حيث شعروا أن حالتها صعبة جداً وأحالوها إلى المستشفى التخصصي الرئيسي في العاصمة. أدرج المستشفى اسمها على قائمة الانتظار من أجل إجراء عملية جراحية، لكن أكثر من عام مضى ولما يحين دورها. ولم تستطع أسررتها، نتيجة لفقرها، أن تتحمل تكلفة اصطحابها إلى مستشفى خاص لإجراء الجراحة. وعندما أدرجت في البداية على قائمة الانتظار، كانت سلام لا تزال تستطيع الرؤية بعض الشيء، ولكن مع مرور الوقت فقدت معظم بصرها. وأدت إعاقتها وفقرها إلى عدم استكمالها دراستها مما أدخلها في حالة من الاكتئاب. وأصبحت سلام معزولة وبقيت في المنزل ولم تعد تتواصل مع صديقاتها، كما أصبحت عبئاً على أسررتها التي لم تعد تعرف كيفية التصرف تجاهها. بالإضافة إلى ذلك ازدادت حدة الصداع الذي يتتابها، وأصبحت بنوبات من القيء واختل توازنها وأصبحت على شفا الموت.

غير أن بعض أفراد التأهيل المجتمعي تمكنوا من القيام ببعض الترتيبات لكي تتمكن سلام من مراجعة أخصائي بجراحة الأعصاب، والذي اكتشف أن لديها ورماً حميداً (ورم سحائي meningioma). تم إجراء العملية الجراحية لسلام واستئصال الورم. وساهمت إدارة المستشفى والصندوق الاجتماعي الذي أنشأه الأطباء بنسبة 75٪ من تكاليف الجراحة، فيما ساهم برنامج التأهيل المجتمعي بما تبقى من التكلفة، كما ساهمت الأسرة في تكاليف السفر والطعام والسكن.

واليوم تخلصت سلام من مشكلتها ولكن بسبب الفقر والنظام والتأخر في التدخل، أصبحت تقريباً مكفوفة. لكن بعد تلقيها تدريباً على التنقل من قبل موظفي التأهيل المجتمعي، أصبحت سلام الآن مستقلة تماماً وتتحرك بحرية في المجتمع. وهي أيضاً تتعلم طريقة برايل لكي تتمكن من العودة إلى المدرسة.



لقد تغيرت نوعية حياة سلام بشكل جذري ولم تعد تشكل عبئاً على أسررتها بسبب مداخله التأهيل المجتمعي. كل ذلك أصبح ممكناً من خلال التعاون من قبل سلام وأسررتها، والتواصل مع مراكز الإحالة، ودعم الأخصائيين وسلطات المستشفى.

في أيلول/ سبتمبر 2000، تبنت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة ثمانية أهداف إنمائية للألفية، تمتد لتشمل القضاء على الفقر المدقع والجوع إلى تحقيق تعميم التعليم الابتدائي، كل ذلك بحلول الموعد المستهدف في عام 2015 (13). وتمثل هذه الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً مجموعة من المعايير المرجعية للتنمية وضعت في بداية القرن الجديد. وبالرغم من أن تلك الأهداف لم تذكر الإعاقة صراحة، فإن لكل هدف صلات أساسية مع الإعاقة ولا يمكن تحقيق هذا الهدف بشكل كامل دون أخذ قضايا الإعاقة في الحسبان (14). لذلك، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الرابعة والأستين، في تشرين الثاني 2009، قراراً حول تحقيق المرامي الإنمائية للألفية للأشخاص ذوي الإعاقة (15) (131/A/RES/64).

الإطار 4

إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والبنك الدولي

« ما لم يتم وضع ذوي الإعاقة في صلب تيار التنمية سيصبح من المستحيل الحد من الفقر إلى النصف بحلول عام 2015 أو أن تعطى كل فتاة وفتى الفرصة لإتمام التعليم الابتدائي بحلول التاريخ ذاته، [والتي هي من ضمن] الأهداف التي اتفق عليها من قبل أكثر من 180 من قادة العالم في مؤتمر الألفية للأمم المتحدة في أيلول/ سبتمبر 2000 ».

— جيمس ولفينسن، الرئيس السابق للبنك الدولي. واشنطن بوست، 3 كانون الأول/ ديسمبر 2002.

التنمية الدامجة للإعاقة

التنمية الدامجة هي تلك التي تدمج وتشرك الجميع، خاصة أولئك المهمشين والذين غالباً ما يعانون من التمييز (16). فذوو الإعاقة وأفراد أسرهم، خاصة أولئك الذين يعيشون في المجتمعات الريفية أو النائية أو الأحياء الفقيرة في المدن، غالباً ما لا يستفيدون من المبادرات التنموية، وبالتالي فإن التنمية الشاملة والدامجة ضرورية لضمان أن يتمكن أولئك الأشخاص من المشاركة بفعالية في عمليات التنمية وسياساتها (17).

إن دمج حقوق ذوي الإعاقة في أجندة التنمية هي طريقة لتحقيق المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة (18). ولتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المساهمة في خلق الفرص وتقاسم فوائد التنمية والمشاركة في صنع القرار، قد نحتاج إلى مقارنة مزدوجة المسار. فالمقاربة مزدوجة المسار تضمن:

(1) العمل على دمج قضايا الإعاقة ضمن أعمال التنمية العادية؛

(2) تنفيذ أنشطة أكثر تركيزاً واستهدافاً للأشخاص ذوي الإعاقة حيثما كان ذلك ضرورياً (12).

وتعتمد الأنشطة المقترحة لبرنامج التأهيل المجتمعي التي سيتم تفصيلها في هذه الدلائل الإرشادية على هذه المقاربة.

مقاربات التنمية المرتكزة على المجتمع

لطالما كانت مبادرات التنمية في معظمها فوقية (من القمة إلى القاعدة)، يبدأها صناع السياسات في مواقع بعيدة كل البعد عن المستوى المحلي، وتصمم دون إشراك المجتمعات المحلية. ومن المسلّم به الآن أن أحد العناصر الضرورية للتنمية هو إشراك المجتمع كأفراد أو مجموعات أو منظمات، أو من خلال التمثيل، في جميع مراحل عملية التنمية بما فيها التخطيط، والتنفيذ، والمتابعة (19). وتساعد المقاربة المرتكزة



على المجتمع في ضمان أن تصل التنمية إلى الفقراء والمهمشين، وتسهل إطلاق المزيد من المبادرات الدامجة والواقعية والمستدامة. وتشجع العديد من الوكالات والمنظمات المقاربات المجتمعية للتنمية. على سبيل المثال يدعم البنك الدولي التنمية المدفوعة باعتباريات المجتمعات المحلية (20) وتشجع منظمة الصحة العالمية المبادرات المرتكزة على المجتمع (21).

حقوق الإنسان

ما هي حقوق الإنسان؟

حقوق الإنسان هي معايير دولية متفق عليها وتنطبق على جميع البشر (22). ويحق للجميع وبشكل متكافئ أن يحظوا بحقوقهم الإنسانية (مثلاً الحق في التعليم، والحق في الطعام الكافي، والسكن، والضمان الاجتماعي) بصرف النظر عن الجنسية، أو مكان الإقامة، أو النوع الاجتماعي، أو الأصل القومي أو العرقي، أو اللون، أو الديانة، أو أي وضع آخر (23). وتم التأكيد على هذه الحقوق في إعلان حقوق الإنسان الذي تبنته جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة عام 1948 (24)، بالإضافة إلى غيرها من المعاهدات الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان والتي تركز على مجموعات وفئات معينة من السكان، مثل الأشخاص ذوي الإعاقة (22).

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

في 13 كانون الأول 2006، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (1). وهذه الاتفاقية هي نتيجة لتحرك امتد على عدة سنوات لأجل الأشخاص ذوي الإعاقة، وبنيت على أساس القواعد الموحدة للأمم المتحدة حول تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة (1993) (25) والبرنامج العالمي للعمل المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة (1982) (26)، وتكملة لأطر حقوق الإنسان القائمة. وتم إعداد الاتفاقية من قبل لجنة تضم ممثلين عن الحكومات، ومؤسسات حقوق الإنسان الوطنية، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات ذوي الإعاقة. وهدفها هو « تعزيز وحماية وكفالة تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة » (المادة 1).

حقبة جديدة في مجال حقوق ذوي الإعاقة

« تمثل اتفاقية الأمم المتحدة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة فجراً لحقبة جديدة لما يقارب من 650 مليون شخص حول العالم يتعايشون مع إعاقات. »

— كوفي عنان، الأمين العام السابق للأمم المتحدة

تغطي الاتفاقية عدداً من المجالات الرئيسية مثل إتاحة سبل وإمكانية الوصول، والتنقل الشخصي، والتعليم، والصحة، والتأهيل، وخلق فرص العمل، وتحدد التدابير التي يجب على الدول الأطراف اتخاذها لضمان إعمال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ولم تنص الاتفاقية على أي حقوق جديدة للأشخاص ذوي الإعاقة - فلديهم حقوق الإنسان ذاتها التي يمتلكها أي شخص آخر في المجتمع - لكنها بدلاً من ذلك تجعل الحقوق القائمة داجمة للأشخاص ذوي الإعاقة ومتاحة أمامهم.

مقاربة التنمية المرتكزة إلى حقوق الإنسان

إن حقوق الإنسان والتنمية مرتبطة بشكل كبير، فحقوق الإنسان جزء أساسي من التنمية، والتنمية طريقة لإعمال حقوق الإنسان (27). ونتيجة لذلك، تستخدم العديد من الوكالات والمنظمات بشكل شائع المقاربات المرتكزة إلى حقوق الإنسان في برامجها التنموية. ولما لم تكن هناك وصفة موحدة لمقاربات التنمية المرتكزة إلى حقوق الإنسان، فقد حددت الأمم المتحدة عدداً من الخصائص الهامة (28) لهذه المقاربة وهي:



- **الوفاء بحقوق الإنسان** - ينبغي أن يكون الهدف الرئيسي لبرامج وسياسات التنمية هو الوفاء بحقوق الإنسان.
- **اتباع مبادئ ومعايير معينة** - إن مبادئ ومعايير معاهدات حقوق الإنسان الدولية يجب أن تكون دليلاً لجميع أوجه التعاون والبرامج التنموية في جميع القطاعات (مثل الصحة والتعليم) وفي جميع مراحل البرامج (مثل تحليل الحالة، والتخطيط والتصميم، والتنفيذ والمتابعة، والتقييم) (انظر الإطار 6 للمبادئ العامة المتضمنة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة).
- **تتوجه إلى أصحاب الحقوق والمكلفين بالمسؤولية** - أصحاب الحقوق هم أناس لديهم حقوق، فالأطفال مثلاً هم أصحاب حقوق حيث أن لهم الحق في التعليم. والمكلفون بالمسؤولية هم الأشخاص أو المنظمات المسؤولة عن كفالة تمتع أصحاب الحقوق بحقوقهم، مثل وزارة التعليم التي يجب عليها أن تضمن حصول الأطفال على التعليم، والآباء الذين يجب أن يشجعوا أطفالهم على الذهاب إلى المدرسة.

السنوات الأولى

كان إعلان ألما - آتا في عام 1978 (29) الإعلان الدولي الأول الذي يناصر الرعاية الصحية الأولية كاستراتيجية رئيسية من أجل تحقيق هدف منظمة الصحة العالمية في ضمان «الصحة للجميع» (30). وتهدف الرعاية الصحية الأولية إلى ضمان أن يصبح كل فرد - سواء كان غنياً أو فقيراً - قادراً على الحصول على الخدمات والظروف الضرورية لتحقيق أعلى مستوى يمكنه بلوغه من الصحة.

بعد إعلان ألما - آتا، تبنت منظمة الصحة العالمية مفهوم التأهيل المجتمعي. وفي البداية، كان التأهيل المجتمعي بشكلٍ أولي وسيلة لتوصيل الخدمة عبر الاستفادة القصوى من الرعاية الصحية الأولية وموارد المجتمع، وكان يهدف إلى جعل الرعاية الصحية الأولية وخدمات التأهيل أقرب إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض. وبدأت وزارات الصحة في العديد من البلدان (مثلاً جمهورية إيران الإسلامية، منغوليا، جنوب أفريقيا، فييت نام) بإطلاق برامج للتأهيل المجتمعي مستعينة بموظفي الرعاية الصحية الأولية لديها. وركزت البرامج الأولى بشكل رئيسي على العلاج الطبيعي، والأجهزة المساعدة، والتدخلات الطبية أو الجراحية. وأدرجت بعض أنشطة التعليم وفرص كسب العيش من خلال التدريب على اكتساب المهارات أو الانخراط في برامج مدرة للدخل.

وفي عام 1989، نشرت منظمة الصحة العالمية دليل التدريب في المجتمع للأشخاص ذوي الإعاقة (31) لتوفير الإرشاد والدعم لبرامج التأهيل المجتمعي والأطراف المعنية فيه، بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد الأسرة، ومعلمي المدرسة، والمشرفين المحليين، وأعضاء لجنة التأهيل المجتمعي. وترجم الدليل إلى أكثر من 50 لغة وما زال يعد وثيقة هامة للتأهيل المجتمعي استخدمت في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض. وعلاوة على ذلك فإن كتيب أطفال القرية ذوي الإعاقة (دليل للعاملين في الصحة المجتمعية والعاملين في مجال التأهيل والأسر) قد ساهم بشكل ملحوظ في تطوير برامج التأهيل المجتمعي خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض (23).

وخلال التسعينات وبجانب النمو في عدد من برامج التأهيل المجتمعي، كانت هناك تغيرات في طريقة تصور التأهيل المجتمعي، حيث أصبحت وكالات أخرى للأمم المتحدة، مثل منظمة العمل الدولية، واليونسكو، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، منخرطة في هذا الميدان مدركة الحاجة لمقاربة متعددة القطاعات. في عام 1994، تم نشر أول ورقة موقف مشترك للتأهيل المجتمعي من قبل منظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية.

نظرة على خمسة وعشرين سنة من التأهيل المجتمعي

في أيار/مايو من عام 2003، شاركت منظمة الصحة العالمية غيرها من منظمات الأمم المتحدة وحكومات ومنظمات دولية غير حكومية بما فيها منظمات مهنية ومنظمات لذوي الإعاقة في مشاوره دولية في هلسنكي، فنلندا، لمراجعة التأهيل المجتمعي (33). وسلط التقرير الذي أعقب المشاورة الضوء على حاجة برامج التأهيل المجتمعي للتركيز على:

- الحد من الفقر، بالنظر إلى أن الفقر هو محدد رئيسي للإعاقة ونتيجة لها؛

- تعزيز مشاركة المجتمع في المبادرات وملكيته لها.
- تطوير وتقوية التعاون متعدد القطاعات.
- إشراك منظمات ذوي الإعاقة في برامجها.
- التوسع في برامجها.
- تعزيز الممارسة المسندة بالبيّنات.

ورقة الموقف المشترك للتأهيل المجتمعي

في عام 2004، قامت منظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية بتحديث أول ورقة موقف مشترك للتأهيل المجتمعي لاستيعاب توصيات مشاورة هلسنكي. تعكس الورقة المحدثة التطور في مقاربة التأهيل المجتمعي من تقديم الخدمات إلى تنمية المجتمع. وهي تعيد تعريف التأهيل المجتمعي «كاستراتيجية ضمن التنمية المجتمعية العامة للتأهيل، والحد من الفقر، وتحقيق تكافؤ الفرص، والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة» وتعزز تنفيذ برامج التأهيل المجتمعي «... من خلال تضافر جهود ذوي الإعاقة أنفسهم وأسرهم والمنظمات والمجتمعات، والخدمات الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة العاملة في الصحة، والتعليم، والتدريب المهني، والميدان الاجتماعي، وغيرها من الخدمات» (34).

وتدرك ورقة الموقف المشترك أن الأشخاص ذوي الإعاقة يجب أن يتمكنوا من الحصول على جميع الخدمات المتاحة للناس في المجتمع، مثل الخدمات الصحية المجتمعية، ورعاية صحة الأطفال، والرعاية الاجتماعية، وبرامج التعليم. وتؤكد أيضاً على حقوق الإنسان وتدعو للتحرك ضد الفقر وتوفير الدعم الحكومي وتطوير سياسات وطنية.

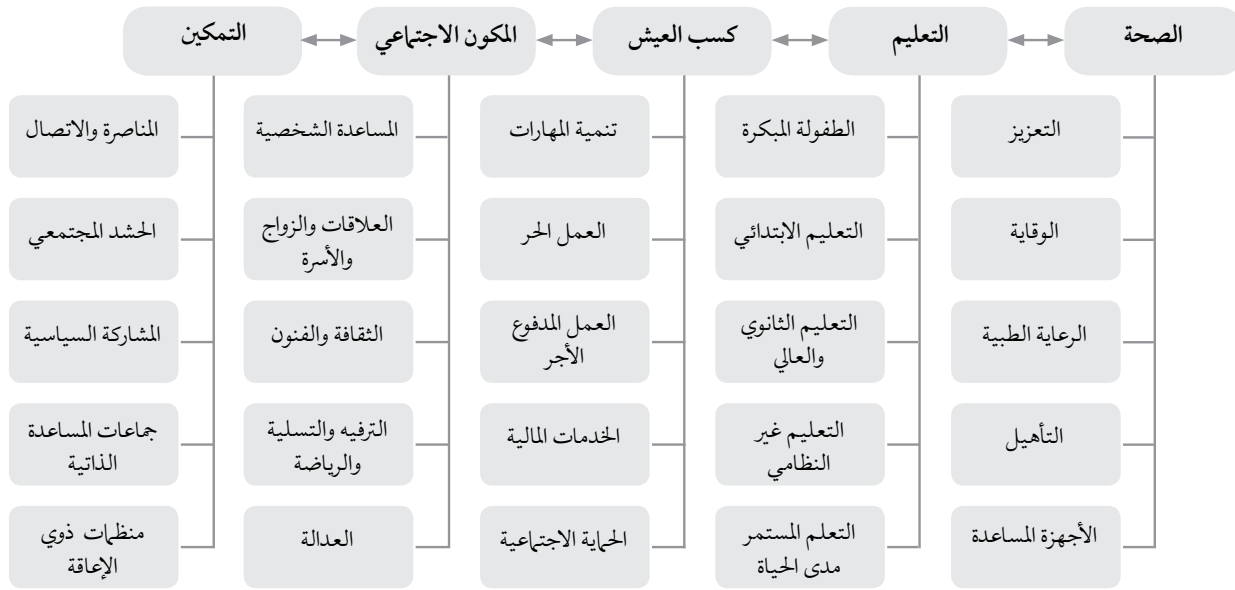
التأهيل المجتمعي اليوم

مصفوفة التأهيل المجتمعي

في ضوء تطور التأهيل المجتمعي إلى استراتيجية تنموية أوسع متعددة القطاعات، تم في عام 2004 تطوير مصفوفة تهدف إلى توفير إطار مشترك لبرامج التأهيل المجتمعي (الشكل 1). وتتكون المصفوفة من خمسة مكونات رئيسية هي الصحة، والتعليم، وكسب العيش، والمكون الاجتماعي، والتمكين. ويتضمن كل مكون من المكونات خمسة عناصر. والمكونات الأربعة الأولى تتعلق بقطاعات التنمية الرئيسية، مما يعكس تركيز التأهيل المجتمعي على قطاعات متعددة، في حين يتصل المكون الأخير بتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم ومجتمعاتهم، والذي يعد شرطاً أساسياً لضمان الوصول إلى كل قطاع من قطاعات التنمية وتحسين نوعية الحياة والتمتع بحقوق الإنسان بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة.

ولا يتوقع من برامج التأهيل المجتمعي أن تنفذ جميع مكونات وعناصر مصفوفة التأهيل المجتمعي. بل تم تصميم المصفوفة لتسمح للبرامج بتحديد الخيارات الأفضل التي تلبي احتياجاتها المحلية، وتراعي الأولويات والموارد. وبالإضافة إلى تنفيذ أنشطة معينة لأجل الأشخاص ذوي الإعاقة، يتعين على برامج التأهيل المجتمعي بناء وتطوير شراكات وتحالفات مع قطاعات أخرى لا تغطيها برامج التأهيل المجتمعي لضمان أن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم من الحصول على فوائد هذه القطاعات. ويقدم فصل الإدارة معلومات إضافية حول مصفوفة التأهيل المجتمعي.

الشكل 1: مصفوفة التأهيل المجتمعي



مبادئ التأهيل المجتمعي

تستند مبادئ التأهيل المجتمعي إلى مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (1) المبينة أدناه. وبالإضافة إلى ذلك، اقترح مبدعان إضافيان وهما: التمكين بما في ذلك المناصرة الذاتية (انظر مكون التمكين)، والاستدامة (انظر فصل الإدارة). ويجب توظيف هذه المبادئ لتوجيه جميع جوانب عمل التأهيل المجتمعي.

الإطار 6

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المادة 3) المبادئ العامة (1)

فيما يلي مبادئ هذه الاتفاقية:

- أ) احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي بما في ذلك حرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم
- ب) عدم التمييز
- ج) المشاركة والاندماج الكامل والفعال في المجتمع
- د) احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية
- هـ) تكافؤ الفرص
- و) إمكانية الوصول
- ز) المساواة بين الرجل والمرأة
- ح) احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة واحترام حقهم في الحفاظ على هويتهم

تقدم الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي طريقاً للمضي قدماً في برامج التأهيل المجتمعي لتثبت أن التأهيل المجتمعي هو استراتيجية عملية لتنفيذ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (1) ولدعم التنمية المجتمعية الشاملة للجميع.

إن التأهيل المجتمعي هو استراتيجية متعددة القطاعات تنطلق من القاعدة إلى القمة، ويمكن أن تضمن أن يكون للاتفاقية أثر واضح على صعيد المجتمع. وفي حين تقدم الاتفاقية الفلسفة والسياسة العامة، فإن التأهيل المجتمعي هو استراتيجية عملية للتنفيذ. وقد صممت أنشطة التأهيل المجتمعي لتلبية الاحتياجات الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة وللحد من الفقر، ولإتاحة إمكانية الحصول على الخدمات الصحية والتعليم وسبل كسب العيش والفرص الاجتماعية (كل هذه الأنشطة من شأنها تحقيق غايات الاتفاقية).

وتوفر برامج التأهيل المجتمعي رابطاً بين الأشخاص ذوي الإعاقة والمبادرات الإنشائية. وتستهدف الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي القطاعات الرئيسية للتنمية التي يتعين أن تصبح دامجية بحيث يمكن تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم ليصبحوا قادرين على المساهمة في مجتمع دامج وشامل أو «مجتمع للجميع». وبما أن إشراك المجتمع المحلي عنصر ضروري للتنمية، تؤكد الدلائل الإرشادية بشدة على حاجة برامج التأهيل المجتمعي للتحرك باتجاه إشراك المجتمع المحلي.

الإطار 7

برامج التأهيل المجتمعي تحدث فرقاً

يمكن للتأهيل المجتمعي أن يساعد في ضمان وصول فوائد الاتفاقية للأشخاص ذوي الإعاقة على المستوى المحلي من خلال:

- تعريف الناس بالاتفاقية عن طريق الترويج للاتفاقية بشكل فعال ومساعدة الناس في فهم معناها؛
- التعاون مع الأطراف المعنية عن طريق العمل مع المنظمات غير الحكومية بما فيها منظمات ذوي الإعاقة والحكومات المحلية لتنفيذ الاتفاقية؛
- الدعوة والمناصرة عن طريق الانخراط في أنشطة المناصرة التي تهدف إلى سن أو تقوية قوانين مكافحة التمييز والسياسات الوطنية والمحلية الدامجية المتصلة بقطاعات معينة مثل الصحة والتعليم وفرص العمل؛
- التنسيق بين المستويات المحلية والوطنية من خلال تعزيز ودعم الحوار بين المستويات المحلية والوطنية، وتقوية المجموعات المحلية أو منظمات ذوي الإعاقة لكي تتمكن من لعب دور هام على المستويات المحلية والوطنية؛
- المساعدة في إعداد ومتابعة خطط العمل المحلية من خلال المساهمة في رسم خطط العمل المحلية التي تشمل على اتخاذ إجراءات ملموسة وتوظيف الموارد الضرورية لدمج قضايا الإعاقة ضمن السياسات العامة المحلية وتحقيق التعاون بين القطاعات؛
- أنشطة البرنامج - عن طريق تنفيذ الأنشطة التي تساهم في جعل الخدمات الصحية والتعليم وكسب العيش والخدمات الاجتماعية ميسرة لجميع الأشخاص من ذوي الإعاقة، بمن فيهم الفقراء والذين يعيشون في المناطق الريفية.

كما هو مبين في هذه الدلائل الإرشادية، فإن التأهيل المجتمعي هو استراتيجية متعددة القطاعات لإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرتهم في مبادرات التنمية. ويمثل هذا الأمر عدة تحديات أمام الباحثين، وكنتيجة لذلك لا يتوفر سوى عدد محدود من البراهين حول كفاءة وفعالية التأهيل المجتمعي. لكن هنالك مجموعة من البراهين التي تراكت مع مرور الزمن، من الدراسات البحثية الرسمية، والتجارب المتنوعة للإعاقة والتأهيل المجتمعي، ونتائج تقييم برامج للتأهيل المجتمعي، واستخدام أفضل الممارسات المستمدة من مقاربات مشابهة في مجال التنمية الدولية.

ازدادت أبحاث التأهيل المجتمعي المرتبطة بالبلدان ذات الدخل المنخفض بشكل كبير في السنوات الأخيرة (35)، وذلك من حيث النوعية والكمية. وبلاستناد إلى مراجعات منشورة لأبحاث التأهيل المجتمعي وغيرها من الأدبيات عوضاً عن الإطلاع على الدراسات الفردية، يمكن ملاحظة ما يلي:

- وصفت البرامج من نمط التأهيل المجتمعي بالفعّالة (36، 37) أو حتى بشديدة الفعّالية (38). وقد اشتملت النتائج على ازدياد الاستقلالية، وتعزيز الحركة، وتحسين مهارات الاتصال للأشخاص ذوي الإعاقة (39). كما يوجد أيضاً مؤشرات سرديّة حول جدوى تكلفة التأهيل المجتمعي (36، 37، 38).
- إن المراجعات المنهجية للأبحاث المتعلقة بالمقاربات المرتكزة إلى المجتمع في تأهيل الإصابات الدماغية في البلدان ذات الدخل المرتفع تشير إلى أن هذه المقاربات هي على الأقل بنفس الفعّالية أو أكثر فعّالية من المقاربات التقليدية، ولها نتائج نفسية اجتماعية ودرجة أكبر من القبول من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرتهم (40، 41، 42، 43).
- إن المداخلات المعنية بسبل كسب العيش المرتبطة بالتأهيل المجتمعي قد أدت إلى زيادة دخل ذوي الإعاقة وأسرتهم (39) وهي مرتبطة بزيادة الثقة بالنفس واندماج اجتماعي أكبر (44).
- في البيئات التعليمية، وجد أن التأهيل المجتمعي يساعد في التكيف واندماج الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة (36، 38، 39).
- وجد أن مقاربة التأهيل المجتمعي تسهل بشكلٍ بناء تدريب العاملين في الخدمات المجتمعية على تقديم الخدمات (38).

كما أظهرت أبحاث مشابهة في بلدان ذات دخل مرتفع أن أنشطة التأهيل المجتمعي تحقق نتائج اجتماعية إيجابية في التأثير على مواقف المجتمع، وفي تعزيز الإيجابي للاندماج الاجتماعي وتكيف ذوي الإعاقة (36، 38، 39).



1. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm, accessed 18 June 2010).
2. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organization, 2001 (www.who.int/classifications/icf/en/, accessed 18 June 2010).
3. *Disability and rehabilitation: WHO action plan 2006–2011*. Geneva, World Health Organization, 2006 (www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf, accessed 18 June 2010).
4. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html, accessed 18 June 2010).
5. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: some facts about disability*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/convention/facts.shtml, accessed 18 June 2010).
6. Elwan A. *Poverty and disability: a survey of the literature*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172608138489/PovertyDisabElwan.pdf>, accessed 18 June 2010), accessed 18 June 2010).
7. *Global survey on government action on the implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. UN Special Rapporteur on Disability, 2006 (www.escwa.un.org/divisions/sdd/news/GlobalSurvey_Report_Jan30_07_ReadOnly.pdf).
8. *Assistive devices/technologies: what WHO is doing*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/disabilities/technology/activities/en/, accessed 18 June 2010).
9. *EFA global monitoring report: reaching the marginalized*. Paris, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>, accessed 18 June 2010).
10. *Facts on disability in the world of work*. Geneva, International Labour Organization, 2007 (www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/facts.pdf, accessed 18 June 2010).
11. *Human rights dimension of poverty*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www2.ohchr.org/english/issues/poverty/index.htm, accessed 18 June 2010).
12. *Disability, poverty and development*. UK, Department for International Development, 2000 (www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf, accessed 18 June 2010).
13. *Millennium development goals*. New York, United Nations, 2000 (www.un.org/millenniumgoals, accessed 18 June 2010).
14. *Disability and the MDGs*. Brussels, International Disability and Development Consortium, 2009 (www.includeeverybody.org/disability.php, accessed 18 June 2010).
15. *Realizing the millennium development goals for persons with disabilities* (UN General Assembly Resolution A/RES/64/131). New York, United Nations, 2009 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=36).
16. *Inclusive development*. New York, United Nations Development Programme (undated) (www.undp.org/poverty/focus_inclusive_development.shtml, accessed 18 June 2010).
17. *Inclusive development and the comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities* (International disability and development consortium reflection paper: Contribution for the 5th Session of the Ad Hoc Committee, January 2005). International Disability and Development Consortium, 2005. (<http://hpod.pmhclients.com/pdf/lord-inclusive-development.pdf>, accessed 18 June 2010).
18. *Mainstreaming disability in the development agenda*. New York, United Nations, 2008 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=708, accessed 18 June 2010).

19. *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Handicap International, Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association, and the Swedish Disability Federation, 2008 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 18 June 2010).
20. *Community driven development: overview*. Washington, DC, The World Bank (undated) (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTCDD/0,,contentMDK:20250804~menuPK:535770~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430161,00.html>, accessed 18 June 2010).
21. *Community-based initiative (CBI)*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (<http://www.emro.who.int/cbi/>, accessed 18 June 2010).
22. *Human rights, health and poverty reduction strategies*. Geneva, World Health Organization, 2008. (http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR_PovertyReductionsStrategies_WHO_EN.pdf, accessed 18 June 2010).
23. *Your human rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx, accessed 18 June 2010).
24. *Declaration of Human Rights*. United Nations, 1948 (www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml, accessed 18 June 2010).
25. *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 1993 (www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm, accessed 18 June 2010).
26. *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. New York, United Nations, 1982 (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>, accessed 18 June 2010).
27. *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York, United Nations Development Programme, 2000 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/>, accessed 18 June 2010).
28. *Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2006 (www.un.org/depts/dhl/humanrights/toc/toc9.pdf, accessed 18 June 2010).
29. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 18 June 2010).
30. *Primary health care*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/topics/primary_health_care/en/, accessed 18 June 2010).
31. Helander et al. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html, accessed 18 June 2010).
32. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010).
33. *International consultation to review community-based rehabilitation* (Report of a meeting held in Helsinki, Finland, 2003). Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_DAR_03.2.pdf, accessed 18 June 2010).
34. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint Position Paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 18 June 2010).
35. Finkenflugel H, Wolffers I, Huijsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2005, 28:187–201.

36. Mitchell R. The research base of community based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1999, 21(10–11):459–468.
37. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1231–1241.
38. Mannan H, Turnbull A. A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(1):29–45.
39. Velema JP, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the- community programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79:65–82.
40. Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2001, 33(6):244–248.
41. Chard SE. Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx*, 2006, 3(4):525–534.
42. Evans L, Brewis C. The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2008, 15(10):446–458.
43. Doig E et al (under review). Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair*.
44. De Klerk T. Funding for self-employment of people with disabilities. Grants, loans, revolving funds or linkage with microfinance programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):92–109.

قراءات مقترحة

- A handbook on mainstreaming disability*. London, Voluntary Service Overseas, 2006 (www.asksources.info/pdf/33903_vsomainstreamingdisability_2006.pdf, accessed 18 June 2010).
- ABC: teaching human rights (Practical activities for primary and secondary schools). Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2003. (<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/TrainingEducation.aspx>, accessed 18 June 2010).
- Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-free and *Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific*. Bangkok, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003 (<http://www.unescap.org/esid/psis/disability/>, accessed 18 June 2010).
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (A teaching kit and complementary resources). Lyon, Handicap International, 2007 (www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html, accessed 18 June 2010).
- Disability, including prevention, management and rehabilitation* (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf, accessed 18 June 2010).
- Disability Knowledge and Research (KaR) website*. (www.disabilitykar.net/index.html, accessed 18 June 2010).
- Griffo G, Ortali F. *Training manual on the human rights of persons with disabilities*. Bologna, AIFO, 2007 (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/manual_human_rights-disability-eng07.pdf, accessed 18 June 2010).
- Hartley S (Ed). *CBR as part of community development – a poverty reduction strategy*. University College London, 2006.
- Helander E. *Prejudice and dignity: An introduction to community-based rehabilitation*. United Nations Development Programme, 2nd edition, 1999 (www.einarhelander.com/PD-overview.pdf, accessed 18 June 2010).

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

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

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

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

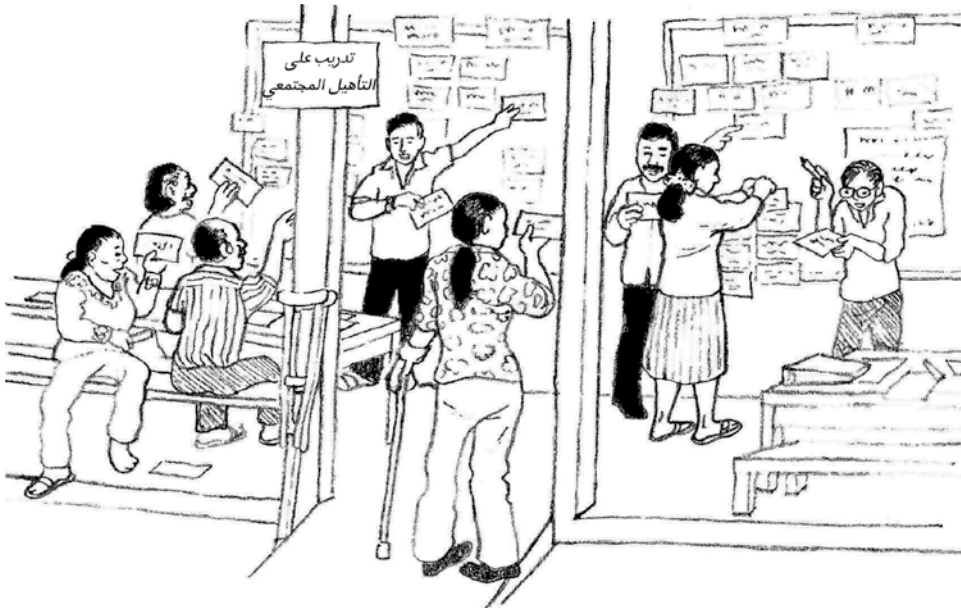
الإدارة

المقدمة

تتألف مصفوفة التأهيل المجتمعي التي تم التطرق إليها في المقدمة، من خمسة مكونات (الصحة، والتعليم، وكسب العيش، والمكون الاجتماعي، والتمكين) وعناصرها المرافقة. وهي تقدم إطاراً أساسياً يمكن استخدامه في وضع برامج جديدة للتأهيل المجتمعي. ورغم وجود هذه المصفوفة المشتركة في الوقت الحالي، يظل لكل برنامج بعض السمات الفريدة لأنه يتأثر بمجموعة واسعة من العوامل التي نذكر منها على سبيل المثال العوامل المادية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية. وسيكون هذا الفصل بمثابة دليل لمديري البرامج يتيح لهم فهماً أساسياً لكيفية اختيار المكونات والعناصر لبرنامج التأهيل المجتمعي والتي تكون متوافقة مع الاحتياجات والأولويات والموارد المحلية وملائمة لها.

في حين أن جميع برامج التأهيل المجتمعي مختلفة، إلا أن هناك تسلسلاً عاماً لمراحلها يفيد في توجيه عملية وضع البرنامج. عادة ما يشار إلى هذه المراحل مجتمعة بدورة الإدارة، وتشتمل على: تحليل الحالة (المرحلة الأولى)، والتخطيط والتصميم (المرحلة الثانية)، والتنفيذ والمتابعة (المرحلة الثالثة)، والتقييم (المرحلة الرابعة). وسوف يتناول هذا الفصل دورة الإدارة بشيء من التفصيل لمساعدة مديري البرنامج في فهم الجوانب الهامة لكل مرحلة ولوضع برامج فعالة تكون شاملة لجميع الأطراف المعنية الرئيسية وتلبي في النهاية احتياجات ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم.

الرجاء تذكر أن هذا الفصل لا يقدم مقارنة ثابتة يجب أن يتبعها كل برنامج للتأهيل المجتمعي، حيث أنه غالباً ما يتم وضع البرامج من خلال شراكات مع آخرين، مثل الحكومات أو هيئات التمويل، والتي يمكن أن تقدم الإرشادات الضرورية حول كيفية وضع البرامج. بالإضافة إلى ذلك من المفيد التنويه إلى أنه بالرغم من كون هذا الفصل يركز بشكل أساسي على وضع برامج جديدة للتأهيل المجتمعي، فإنه مفيد أيضاً لتقوية البرامج القائمة بالفعل.



تعبئة مجتمع شامل ودامج

جمعية موبيلتي الهندية Mobility India منظمة غير حكومية مقرها بنغالور في الهند. وقد دأبت هذه الجمعية على الترويج للتأهيل المجتمعي منذ عام 1999، وتهدف إلى تحقيق مجتمع شامل ودامج يملك فيه الأشخاص ذوو الإعاقة حقوقاً متساوية ونوعية حياة جيدة. وقد نفذت جمعية موبيلتي الهندية برامج للتأهيل المجتمعي في ثلاثة مواقع مختلفة هي (1) الأحياء الفقيرة في مدينة بنغالور، (2) منطقة شبه حضرية (أنيكال تالوك) تبعد بحوالي 35 كم عن بنغالور، (3) منطقة ريفية (مقاطعة شامراجنغار) تبعد حوالي 210 كم عن بنغالور.

وبالرغم من أن برامج التأهيل المجتمعي في كل منطقة من تلك المناطق تنفذ العديد من الأنشطة المشتركة، مثل تيسير تشكيل جماعات المساعدة الذاتية، وتيسير الوصول إلى خدمات الصحة والتعليم وسبل كسب العيش والفرص الاجتماعية، وتعبئة المجتمع، فإن كلاً منها يتميز بفوارق فريدة ناتجة عن السياقات المختلفة التي يعمل فيها البرنامج.

تعلمت الجمعية، من خلال عملية تقييم برامجها، دروساً قيمة في الإدارة على مر السنين. وتتضمن هذه الدروس الاستفادة إدراك أهمية:

- إشراك الأطراف المعنية الرئيسية في جميع مستويات دورة الإدارة؛
- إجراء تحليل حالة صحيح قبل البدء ببرنامج التأهيل المجتمعي؛
- استثمار الوقت والجهد الضروريين في التخطيط المبدي، وضمان وضع مؤشرات واضحة؛
- عمل شراكات مع الأطراف المعنية الرئيسية، وضمان أن يكون هناك تحديد واضح للأدوار والمسؤوليات - الشراكات مع الحكومة المحلية ضرورية؛
- القيام بأنشطة تفيد المجتمع بأكمله، وليس فقط أعداداً محدودة من ذوي الإعاقة؛
- تعيين موظفي التأهيل المجتمعي من المجتمعات المحلية وإعطاء الأفضلية للأشخاص ذوي الإعاقة، خاصة النساء منهم؛
- ضمان أن تكون عملية بناء القدرات مستمرة وداخلة للجميع، مثلاً الأشخاص ذوي الإعاقة، وأسرهم، وأفراد المجتمع، ومقدمي الخدمات، والقادة أو صناع القرار المحليين؛
- التشارك بقصص النجاح والفشل مع الآخرين.



ما هو الفرق بين مشروع للتأهيل المجتمعي وبرنامج للتأهيل المجتمعي؟

يتم تنفيذ مشاريع التأهيل المجتمعي وبرامج التأهيل المجتمعي حول العالم. لكن العديد من الأشخاص لا يدركون الفرق بين الاثنين. فعادة ما تكون مشاريع التأهيل المجتمعي صغيرة في نطاقها وقد تركز على تحقيق نتائج محددة للغاية في مكون واحد من مصفوفة التأهيل المجتمعي، كالصحة على سبيل المثال. وتكون هذه المشاريع قصيرة الأجل، تبدأ وتنتهي في فترة محددة. وعندما يكون الدعم الحكومي للتأهيل المجتمعي محدوداً غالباً ما تنطلق المشاريع بمبادرة من جماعات أو منظمات غير حكومية من المجتمع المحلي، كما هو الحال في الأرجنتين، وبوتان، وكولومبيا، وسري لانكا، وأوغندا. فإذا كانت ناجحة، يكون من الممكن توسيع نطاقها إلى مستوى البرنامج. مثلاً أصبحت المشاريع الارتياضية برامج وطنية في الصين ومصر وجمهورية إيران الإسلامية. أما برامج التأهيل المجتمعي فهي مجموعة من المشاريع المترابطة والتي يتم إدارتها بطريقة منسقة وعادة ما تكون طويلة الأجل، وليس لها تواريخ محددة للانتهاء، وهي أكبر من حيث الحجم وأكثر تعقيداً من المشاريع. وبالرغم من أن المشاريع والبرامج تتحلّى بخصائص مختلفة، فسوف يستخدم هذا الفصل مصطلح «برنامج» للإشارة إلى كليهما. وتنطبق دورة الإدارة التي ستتم مناقشتها في هذا الفصل والنتائج والمفاهيم الرئيسية والأنشطة المقترحة المبينة في المكونات الأخرى للمبادئ الإرشادية للتأهيل المجتمعي على كليهما بسهولة.

البداية

عادةً ما يبدأ التأهيل المجتمعي من خلال محفز من خارج المجتمع، على سبيل المثال من قبل وزارة أو منظمة غير حكومية (1). وسواء كان الاهتمام نابعاً من داخل أو خارج المجتمع، فمن المهم أن نضمن أن تكون الموارد متوفرة وأن يكون المجتمع مستعداً لوضع وتنفيذ البرنامج (انظر الإدارة بالمشاركة أدناه). وليس من المتوقع ولا من الممكن للوزارة أو الدائرة أو السلطة المحلية أو المنظمة التي تبدأ برنامج التأهيل المجتمعي أن تنفذ جميع مكونات مصفوفة التأهيل المجتمعي. ومن الضروري تكوين شراكات مع مختلف الأطراف المعنية المسؤولة عن كل من مكونات المصفوفة، لوضع برنامج شامل. وينبغي تشجيع كل قطاع على تحمل مسؤولية التأكد من أن تكون برامجه وخدماته داخلة ومستجيبة لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم ومجتمعاتهم. فعلى سبيل المثال، يُقترح أن تتحمل وزارة الصحة و/أو المنظمات غير الحكومية العاملة في القطاع الصحي مسؤولية المكون الصحي، وأن تتحمل وزارة التعليم و/أو المنظمات غير الحكومية العاملة في قطاع التعليم مسؤولية مكون التعليم... إلخ.

التغطية الجغرافية

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تكون محلية أو إقليمية أو وطنية. ويعتمد نمط التغطية على من سيقوم بتنفيذ البرنامج، ومجالات التدخل، والموارد المتاحة. ومن المهم أن نتذكر ضرورة توفير الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بالقرب من مجتمعاتهم المحلية ما أمكن ذلك، بما في ذلك المناطق الريفية. وعادة ما تكون الموارد محدودة في أغلب البلدان ذات الدخل المنخفض ومرتكزة في العاصمة أو المدن الكبيرة. والتحدي الذي يمثل أمام مخططي التأهيل المجتمعي هو أن يجدوا الحل الأكثر ملاءمة لتحقيق أفضل نوعية للخدمات، أقرب ما يمكن من مساكن الأشخاص، آخذين بالاعتبار واقع الاحتياجات والموارد الموجودة في السياق المحلي (انظر المرحلة 1: تحليل الحالة).

هيكل إدارة التأهيل المجتمعي

سيقرر كل برنامج للتأهيل المجتمعي كيف يدير برنامجه الخاص، لذلك من غير الممكن أن نقدم هيكل إدارة واحد عام للتأهيل المجتمعي في هذا المكون. لكن سيتم تقديم بعض الأمثلة عن هياكل الإدارة التي تستند إلى برامج قائمة حول العالم في نهاية هذا المكون (انظر الملحق).



وفي العديد من الحالات، يمكن تشكيل لجان للمساعدة في إدارة برامج التأهيل المجتمعي، وهذا أمر محبذ. وتتكون لجان التأهيل المجتمعي عادة من أشخاص ذوي إعاقة وأفراد أسرهم وأعضاء مهتمين بهذه القضية من المجتمع المحلي وممثلين عن الهيئات الحكومية، وهذه اللجان مفيدة في :

- تحديد رسالة ورؤية برنامج التأهيل المجتمعي؛
- تعريف الحاجات والموارد المحلية المتوفرة؛
- تحديد أدوار ومسؤوليات موظفي التأهيل المجتمعي والأطراف المعنية؛
- وضع خطة للعمل؛
- حشد الموارد لتنفيذ البرنامج؛
- توفير الدعم لمديري برنامج التأهيل المجتمعي وتوجيههم.

الإدارة بالمشاركة

إن أحد الخيوط الرئيسية التي تربط ما بين جميع برامج التأهيل المجتمعي هي المشاركة. وفي معظم الحالات، سيكون مدراء برنامج التأهيل المجتمعي مسؤولين عن اتخاذ القرارات النهائية؛ لكن من المهم أن يجري إشراك جميع الأطراف المعنية الرئيسية، خاصة الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم، بفاعلية في جميع مراحل دورة الإدارة. ويمكن للأطراف المعنية أن تقدم إسهامات قيمة من خلال عرض تجاربها وملاحظاتها وتوصياتها. وسوف تساعد مشاركتهم خلال دورة الإدارة في ضمان أن يستجيب البرنامج لحاجات المجتمع المحلي وأن يساعد المجتمع في استدامة البرنامج على المدى الطويل (انظر المرحلة 1: تحليل الأطراف المعنية).

المحافظة على استدامة برامج التأهيل المجتمعي

في حين أن النوايا الحسنة تساعد في إطلاق برامج التأهيل المجتمعي، إلا أنها لا تكفي أبداً لتشغيل هذه البرامج والمحافظة على استمراريتها. وعموماً تظهر التجربة أن البرامج التي تقودها الحكومة أو البرامج التي تدعمها الحكومة تقدم موارد أكثر وتملك قدرة على الوصول إلى قطاعات أوسع وتتمتع باستدامة أفضل، بالمقارنة مع برامج المجتمع المدني. لكن البرامج التي يقودها المجتمع المدني عادة ما تجعل التأهيل المجتمعي أكثر ملائمة، وتمكنه من العمل في أوضاع صعبة، وتضمن مشاركة مجتمعية أفضل وتتيح للمجتمع نصيباً أكبر في البرنامج. لقد كان التأهيل المجتمعي أكثر نجاحاً حيثما يوجد الدعم الحكومي وعندما يكون البرنامج مراعيًا للعوامل المحلية، مثل الثقافة السائدة، والجوانب المالية، والموارد البشرية، وحجم الدعم المقدم من الأطراف المعنية بما فيها السلطات المحلية ومنظمات ذوي الإعاقة.

وقد تم إدراج بعض المكونات الضرورية للاستدامة والتي يتعين على برامج التأهيل المجتمعي أخذها في الاعتبار في الأسفل.

- **القيادة الفعالة** - سيكون من الصعب جداً أن نحافظ على برامج التأهيل المجتمعي بدون القيادة والإدارة الفعالة. إن مديري برنامج التأهيل المجتمعي مسؤولون عن تحفيز وإلهام وتوجيه ودعم الأطراف المعنية لتحقيق أهداف البرنامج وبلوغ نتائجه. لذا فإنه من المهم اختيار قادة أقوياء ملتزمين، بارعين في التواصل مع الآخرين، ومحترمين من قبل مجموعات الأطراف المعنية والمجتمع الأوسع.
- **الشراكات** - إذا ما عملت برامج التأهيل المجتمعي بشكل منفرد فإنها تقع في خطر المنافسة مع غيرها في المجتمع، وحدوث ازدواجية في الخدمات المقدمة وهدر لموارد قيمة. ويمكن للشراكات أن تساعد في تحقيق الاستفادة المثلى من الموارد الموجودة والمحافظة على برامج التأهيل المجتمعي من خلال تقديم فرص للإدماج، ومجال أكبر من المعرفة والمهارات، والموارد المالية، وصوت إضافي للتأثير على التشريعات والسياسات الحكومية المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وفي العديد من الحالات يمكن للترتيبات الرسمية مثل اتفاقيات الخدمة ومذكرات التفاهم والعقود، أن تساعد في تأمين انخراط الشركاء واستدامة مشاركتهم.
- **ملكية المجتمع المحلي** - إن برامج التأهيل المجتمعي الناجحة يكون للمجتمع المحلي فيها نصيب قوي. ويمكن تحقيق ذلك من خلال كفالة مشاركة الأطراف المعنية الرئيسية في جميع مراحل دورة الإدارة (انظر مكون التمكين: التعبئة المجتمعية).
- **استخدام الموارد المحلية** - إن الحد من الاعتماد على الموارد البشرية والمالية والمادية من مصادر خارجية من شأنه أن يساعد في ضمان قدر أكبر من الاستدامة. لذا يجب تشجيع المجتمعات على استخدام مواردها الخاصة لمعالجة المشاكل التي تواجهها. وينبغي إعطاء استخدام الموارد المحلية الأولوية على الموارد الوطنية، كما يجب إعطاء الأولوية للموارد الوطنية على موارد بلدان أخرى.
- **مراعاة العوامل الثقافية** - تتنوع الثقافات، وما يمكن أن يكون ملائماً ثقافياً لجماعة من الناس قد لا يكون كذلك بالنسبة لجماعة أخرى. ولضمان استدامة برامج التأهيل المجتمعي في مختلف السياقات من الضرورة بمكان الأخذ بالاعتبار كيف ستؤثر هذه البرامج على العادات والتقاليد المحلية، وما هي المقاومة التي يتوقع أن يواجهها البرنامج، وكيف سيتم التصدي لهذه المقاومة. ومن المهم إيجاد توازن بين تغيير المعتقدات والسلوكيات غير الصحيحة المرتبطة بالأشخاص ذوي الإعاقة وتكييف البرامج والأنشطة تبعاً للسياق المحلي.
- **بناء القدرات** - إن بناء قدرات الأطراف المعنية لتخطيط، وتنفيذ، ومتابعة وتقييم برامج التأهيل المجتمعي سوف يساهم في الاستدامة. ويجب أن تمتلك برامج التأهيل المجتمعي في أنشطتها عنصراً قوياً للعمل على رفع الوعي والتدريب للمساعدة في بناء القدرات بين الأطراف المعنية. فعلى سبيل المثال سيكفل بناء قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة امتلاكهم للمهارات الضرورية لتمكينهم من مناصرة اندماجهم في المبادرات الرئيسية العامة.
- **الدعم المالي** - من الضروري أن تقوم جميع برامج التأهيل المجتمعي بتطوير موارد مالية ثابتة ومجموعة مختلفة من فرص التمويل قد تكون متاحة بما فيها التمويل الحكومي (مثل التمويل المباشر أو عبر المنح) والتمويل المقدم من الجهات المانحة (مثل تقديم مقترحات لمشاريع للجهات المانحة الوطنية والدولية للحصول على تمويل منها بشكل تبرعات عينية أو عبر رعايتها للمشروع)، ومصادر الدخل الذاتي (مثل الدخل المتحصل من بيع المنتجات، أو تحصيل رسوم وأجور للخدمات، أو التمويل متناهي الصغر).

● **الدعم السياسي** - من شأن وجود سياسة وطنية للتأهيل المجتمعي، وبرنامج وطني للتأهيل المجتمعي، وشبكة للتأهيل المجتمعي وتوفير الدعم الضروري للميزانية أن يضمن أن تصل فوائد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2) ومبادرات التنمية إلى جميع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم. إن إدراج قضايا الإعاقة في التشريعات والسياسة الحكومية سوف يكفل أيضاً استمرار الفوائد المتحققة للأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بحصولهم على الخدمات والفرص في القطاعات الصحية، والتعليمية، وسبل كسب العيش، والمجال الاجتماعي.

التوسع في برامج التأهيل المجتمعي

أن التوسع في برامج التأهيل المجتمعي يعني توسيع أثر البرنامج الناجح. ولهذا الأمر عدد من الفوائد: مثلاً سيصل التأهيل المجتمعي إلى المزيد من ذوي الإعاقة الذين لم تلَب احتياجاتهم، كما أنه سوف يساهم في تنامي الوعي بقضايا الإعاقة في المجتمع، وقد يزيد أيضاً من حجم الدعم لإجراء تغييرات في السياسات وتخصيص الموارد المتعلقة بالإعاقة. ويتطلب التوسع:

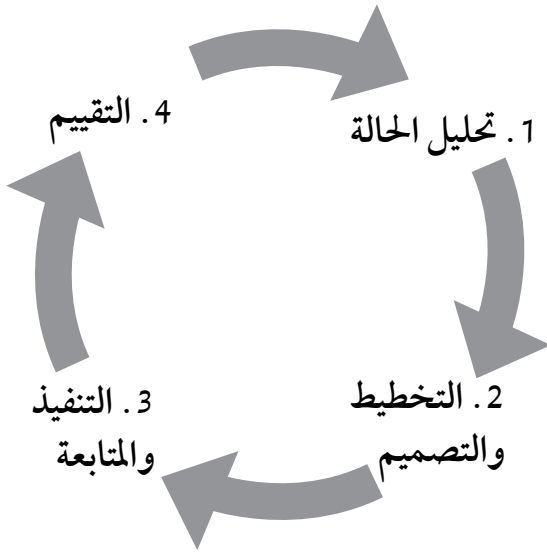
- (1) توضيح فعالية البرنامج؛
- (2) القبول من قبل ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم؛
- (3) قبول المجتمع؛
- (4) موارد مالية كافية؛
- (5) تشريعات وسياسات واضحة.

توجد طرق عديدة مختلفة يمكن من خلالها التوسع في برنامج التأهيل المجتمعي. وإحدى الطرق هي زيادة التغطية الجغرافية للبرنامج أي توسيع البرنامج إلى ما هو أبعد من مجتمع محلي بعينه، أي إلى العديد من المجتمعات أو إلى المستوى الإقليمي أو حتى الوطني. ولكن بشكل عام يقترح أن تبدأ برامج التأهيل المجتمعي صغيرة في مناطق يسهل الوصول إليها، تظهر النتائج فيها مبكراً قبل التفكير في التوسع. وحيث أن العديد من برامج التأهيل المجتمعي تركز على الأشخاص ممن لديهم إعاقة معينة، فإن إحدى الطرق التي يمكن التوسع من خلالها هي استيعاب أشخاص لديهم أنواع مختلفة من الإعاقات.

دورة الإدارة

عند التفكير بتطوير أو تقوية برنامج التأهيل المجتمعي، من المفيد تصور كامل عملية الإدارة كدورة (الشكل 2)، مما يضمن أخذ جميع الأجزاء الرئيسية في الاعتبار، ويظهر كيف أنها جميعاً تتكامل وترتبط بعضها مع بعض. وفي هذه الدلائل الإرشادية تتألف دورة الإدارة من المراحل الأربعة التالية.

الشكل 2: دورة الإدارة



1. تحليل الحالة - تدرس هذه المرحلة الوضع الحالي في المجتمع بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، وتحدد المشاكل والقضايا التي تحتاج إلى معالجة.

2. التخطيط والتصميم - المرحلة التالية تتضمن تقرير ما الذي يجب على برامج التأهيل المجتمعي أن تفعله لمعالجة هذه المشاكل والقضايا والتصدي لها، والتخطيط لكيفية عمل ذلك.

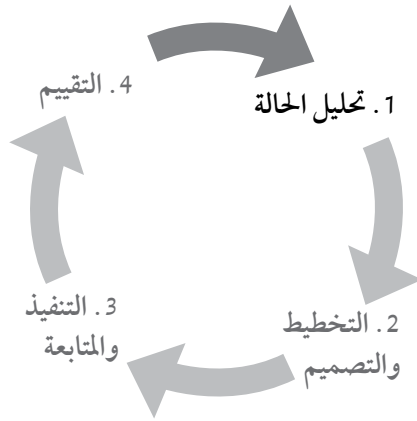
3. التنفيذ والمتابعة - في هذه المرحلة، يجري تنفيذ البرنامج مع إجراء متابعة ومراجعة منتظمة لضمان كونه في المسار الصحيح.

4. التقييم - تقيم هذه المرحلة البرنامج بالمقارنة مع نتائجه لمعرفة إذا ما كانت النتائج قد تحققت وكيفية حدوث ذلك، وتقدير الأثر العام للبرنامج، مثلاً ما هي التغييرات التي ظهرت كنتيجة للبرنامج.



المرحلة الأولى: تحليل الحالة

المقدمة



من المهم أن تستند برامج التأهيل المجتمعي إلى معلومات ذات صلة بكل مجتمع وميزة له لضمان استجابتها للاحتياجات الحقيقية وكونها مجدية التكلفة وواقعية. وفي كثير من الأحيان يعتقد المخططون، قبل المباشرة ببرنامج للتأهيل المجتمعي، أنهم يملكون معلومات كافية حول ما هو مطلوب وما يجب أن يفعلوه. لكن في العديد من الحالات تكون هذه المعلومات غير كاملة، لذلك فإن المرحلة الأولى لدورة الإدارة يجب أن تكون تحليل الحالة.

يهدف تحليل الحالة للإجابة عن السؤال التالي: «أين نحن الآن؟» وهو يساعد المخططين في بناء فهمهم للحالة (أو السياق) التي يعيش فيها

ذوو الإعاقة وأسرهم، وفي تحديد المسار الأكثر ملاءمة للعمل. وهو يشمل على جمع المعلومات، وتحديد الأطراف المعنية وتأثيرهم، وتحديد المشاكل الرئيسية وأغراض البرنامج، وتحديد الموارد المتاحة ضمن المجتمع. لذلك تعد هذه مرحلة مهمة في دورة الإدارة حيث أنها توفر المعلومات الضرورية لتخطيط وتصميم برنامج التأهيل المجتمعي (انظر المرحلة الثانية: التخطيط والتصميم).

الخطوات التي تتضمنها هذه المرحلة

يشمل تحليل الحالة الخطوات التالية:

1. جمع الحقائق والأرقام
2. تحليل الأطراف المعنية
3. تحليل المشكلة
4. تحليل الأغراض
5. تحليل الموارد

جمع الحقائق والأرقام

تساعد عملية جمع الحقائق الأساسية والأرقام في تحديد ما هو معروف حالياً عن الأشخاص ذوي الإعاقة والأوضاع التي يعيشون فيها. وتوفر أيضاً معلومات أساسية قد تكون مفيدة في التقييم في المستقبل (انظر المرحلة الرابعة: التقييم). يمكن جمع الحقائق والأرقام حول الأوضاع البيئية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية على المستويات الوطنية و/أو الإقليمية و/أو المحلية.

على سبيل المثال، يمكن جمع معلومات حول:



- السكان، مثل عدد الأشخاص ذوي الإعاقة وتوزيعهم حسب العمر والنوع الاجتماعي وأنماط الإعاقة؛
- ظروف المعيشة، مثل أنماط السكن، والمياه والصرف الصحي؛
- الصحة، مثل معدلات الوفيات، وأسباب الوفاة والمرض، والخدمات الصحية المحلية؛
- التعليم، مثل عدد الأطفال ذوي الإعاقة الذين يرتادون المدرسة، ومعدلات معرفة القراءة والكتابة؛

- الأوضاع الاقتصادية، مثل مصادر الدخل، ومتوسط الأجر اليومي؛
- الحكومة، مثل السياسات والتشريع، ومستوى الاهتمام بالإعاقة، والمصادقة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ووضع تنفيذها، والمعايير والأنظمة المتعلقة بتيسير الوصول؛
- الثقافة، مثل الجماعات الثقافية، واللغات، والممارسات والمواقف تجاه الإعاقات؛
- الديانة، مثل المعتقدات والجماعات الدينية؛
- الجغرافيا والمناخ.

وقد تتضمن عملية تقصي الحقيقة التحدث مع الناس، مثل زيارة مقر الحكومة المحلية ومراجعة الوثائق والبيانات التي يمكن إيجادها على شبكة الإنترنت، وفي المنشورات الحكومية، وفي الكتب وأوراق البحث.

تحليل الأطراف المعنية

من الضروري أن يتم تحديد جميع الأطراف المعنية وإشراكها منذ بداية دورة الإدارة لضمان مشاركتها وللمساعدة في خلق إحساس بملكية المجتمع للبرنامج. ويساعد تحليل الأطراف المعنية في تحديد تلك الأطراف المعنية (أفراد أو جماعات أو منظمات) الذين قد يستفيدون من برنامج التأهيل المجتمعي أو يساهمون فيه أو يؤثر عليهم. وتوجد العديد من الأدوات المختلفة التي يمكن استخدامها لتحديد الأطراف المعنية، وتوثيق مستويات تأثيرهم وتخطيط أنشطتهم. ويعد تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات، أحد الأدوات التي يمكن استخدامها لتحليل مواطن القوة والضعف لدى جماعة من الأطراف المعنية والفرص والتهديدات الخارجية التي تواجهها.

أدوار الأطراف المعنية الرئيسية ومسؤولياتها

يمكن التعرف على العديد من الأطراف المعنية المختلفة أثناء القيام بتحليل الأطراف المعنية. فقد يكون من بينها أشخاص ذوو إعاقة وأفراد أسرهم، وأعضاء من المجتمع (بمن فيهم قادة المجتمع، معلمين،... إلخ)، والمجتمع المدني (مثل منظمات غير حكومية، ومنظمات دينية، وجماعات نسائية)، ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، وهيئات حكومية (الشكل 3). ومن المهم أن نتذكر أن موظفي التأهيل المجتمعي ومديري برنامج التأهيل المجتمعي هم أيضاً من الأطراف المعنية، وأن كل طرف معني سيقدم المهارات والمعرفة والموارد وشبكات التواصل، وسيكون له أدوار خاصة ومسؤوليات فيما يتعلق بتطوير وتنفيذ التأهيل المجتمعي.

الشكل 3: الأطراف المعنية في التأهيل المجتمعي



الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم

يؤدي الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم دوراً مهماً للغاية ضمن التأهيل المجتمعي وستتضح أدوارهم ومسؤولياتهم من خلال الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي، لكنها باختصار قد تشتمل على:

- لعب دور فعال في جميع أقسام إدارة برنامج التأهيل المجتمعي؛
- المشاركة في لجان التأهيل المجتمعي المحلية؛
- المشاركة سواء بالتطوع أو بالعمل كموظفين في التأهيل المجتمعي؛
- بناء المعرفة حول الإعاقة في مجتمعاتهم المحلية، مثلاً لفت الانتباه للعوائق والمطالبة بإزالتها.

أفراد المجتمع

علاوة على ذوي الإعاقة، يمكن أن يستفيد جميع الأشخاص في المجتمع من التأهيل المجتمعي. ويجب أن تشجع برامج التأهيل المجتمعي أفراد المجتمع على أن يضطلعوا بالأدوار والمسؤوليات التالية:

- المشاركة في فرص التدريب لمعرفة المزيد حول الإعاقة؛
- تغيير معتقداتهم ومواقفهم التي يمكن أن تحد من فرص الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم؛
- معالجة العوائق الأخرى والتي يمكن أن تمنع ذوي الإعاقة وأسرهم من المشاركة في حياة مجتمعاتهم؛
- تقديم قدوة يحتذى بها في إشراك ذوي الإعاقة وأسرهم في الأنشطة؛
- المساهمة في الموارد (مثل الوقت، المال، المعدات) لصالح برامج التأهيل المجتمعي؛

- حماية مجتمعاتهم ومعالجة أسباب الإعاقة؛
- تقديم الدعم والمساعدة عند الحاجة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.

المجتمع المدني

تختلف أدوار ومسؤوليات منظمات وجماعات المجتمع المدني تبعاً للصعيد الذي تعمل فيه (دولي، أو وطني، أو إقليمي، أو مجتمعي). وتتأثر أدوارها ومسؤولياتها بمستوى خبرتها ومشاركتها في شؤون الإعاقة والتأهيل المجتمعي. ومن الناحية التاريخية، كانت العديد من المنظمات غير الحكومية محورية في عمل التأهيل المجتمعي، ولذلك فإنها قد تعتبر القوة المحركة خلف أي برنامج جديد أو قائم للتأهيل المجتمعي. وبشكل عام تشتمل الأدوار والمسؤوليات على:

- تطوير وتنفيذ برامج التأهيل المجتمعي عندما يكون الدعم الحكومي محدوداً؛
- تقديم المساعدة التقنية والموارد والتدريب لبرامج التأهيل المجتمعي؛
- دعم تطوير شبكات الإحالة بين الأطراف المعنية؛
- دعم برامج التأهيل المجتمعي لبناء قدرة الأطراف المعنية الأخرى؛
- دمج مفهوم الإعاقة ضمن البرامج والخدمات القائمة؛
- دعم جهود التقييم والبحث والتطوير للتأهيل المجتمعي.

منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة

إن منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة هي مورد عظيم لتقوية برامج التأهيل المجتمعي، ويؤدي العديد منها حالياً أدواراً هامة ومؤثرة في برامج التأهيل المجتمعي (انظر مكون التمكين: منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة).

قد تتضمن أدوارها ومسؤولياتها:

- تمثيل مصالح الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- تقديم المشورة حول احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- تثقيف ذوي الإعاقة فيما يتعلق بحقوقهم؛
- المناصرة والضغط من أجل العمل لضمان استجابة الحكومات ومقدمي الخدمات لهذه الحقوق، مثلاً تنفيذ البرامج بشكل يمثل لمتطلبات اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- توفير المعلومات حول الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة؛
- المشاركة المباشرة في إدارة برامج التأهيل المجتمعي.



الحكومة

يجب أن تحظى قضايا الإعاقة باهتمام جميع مستويات الحكومة وكافة قطاعاتها، على سبيل المثال قطاعات الصحة، والتعليم، والعمل، والقطاع الاجتماعي. قد تتضمن أدوارها ومسؤولياتها:

- أخذ دفة القيادة في إدارة و/أو تنفيذ برامج التأهيل المجتمعي الوطنية؛
- ضمان وجود أطر العمل التشريعية والسياساتية المناسبة لدعم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- وضع سياسة وطنية بشأن التأهيل المجتمعي، أو ضمان إدراج التأهيل المجتمعي كاستراتيجية في السياسات ذات الصلة، على سبيل المثال سياسات التأهيل أو التنمية؛
- توفير موارد بشرية ومادية ومالية لبرامج التأهيل المجتمعي؛
- ضمان أن يكون الأشخاص ذوو الإعاقة وأفراد أسرهم قادرين على الوصول إلى جميع البرامج والخدمات والمرافق العامة؛
- تطوير التأهيل المجتمعي كمنهجية تنفيذية أو كآلية لتقديم الخدمة بهدف توفير خدمات التأهيل في جميع أنحاء البلد.

مدراء برامج التأهيل المجتمعي

ستعتمد أدوار ومسؤوليات الإدارة على من هو المسؤول عن بدء وتنفيذ برنامج التأهيل المجتمعي وعلى درجة اللامركزية فيه، على سبيل المثال، ما إذا كان البرنامج قائماً على المستوى الوطني أو الإقليمي أو المحلي. عموماً، بعض أدوار ومسؤوليات مديري برنامج التأهيل المجتمعي قد تشمل على:

- تسهيل كل مرحلة من مراحل دورة الإدارة؛
- ضمان وجود سياسات ونظم وإجراءات لإدارة البرنامج؛
- بناء شبكات التواصل والشراكات والمحافظة عليها داخل وخارج المجتمع؛
- ضمان مشاركة جميع الأطراف المعنية المسؤولة في كل مرحلة من مراحل دورة الإدارة وأن يتم إطلاعهم بشكل جيد على الانجازات والتطورات؛
- تعبئة وإدارة الموارد، مثلاً الموارد المالية والبشرية والمادية؛
- بناء قدرة المجتمعات وضمان إدماج قضايا الإعاقة ضمن قطاع التنمية؛
- إدارة الأنشطة اليومية من خلال تفويض المهام والمسؤوليات؛
- دعم موظفي التأهيل المجتمعي والإشراف عليهم، مثل ضمان إدراك موظفي التأهيل المجتمعي لأدوارهم ومسؤولياتهم، والاجتماع بشكل منتظم مع موظفي التأهيل المجتمعي لمراجعة أدائهم وتقديمهم، وتنظيم برامج التدريب؛
- إدارة أنظمة المعلومات لمتابعة التقدم ومتابعة الأداء.

العاملون ببرامج التأهيل المجتمعي

إن موظفي التأهيل المجتمعي هم في قلب التأهيل المجتمعي ويمثلون مورداً للأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم والمجتمع، وستصبح أدوارهم ومسؤولياتهم واضحة من خلال الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي. وهي تشمل:

- تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة، وإجراء تقييم أساسي لأدائهم الوظيفي، وتقديم التدخلات العلاجية البسيطة؛

- تعليم وتدريب أفراد الأسرة لدعم ومساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة؛
- توفير المعلومات حول الخدمات المتوفرة ضمن المجتمع، وربط الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بهذه الخدمات عبر الإحالة والمتابعة؛
- مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة للتلاقي مع بعضهم لتشكيل جماعات المساعدة الذاتية؛
- المناصرة والدعوة لتحسين إمكانية الوصول والاندماج للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال التواصل مع المراكز الصحية والمدارس وأماكن العمل؛
- رفع مستوى الوعي في المجتمع حول الإعاقة لتشجيع اندماج ذوي الإعاقة في حياة الأسرة والمجتمع.

الجدول 1: برنامج التأهيل المجتمعي الوطني في فيت نام - أدوار ومسؤوليات الأطراف المعنية

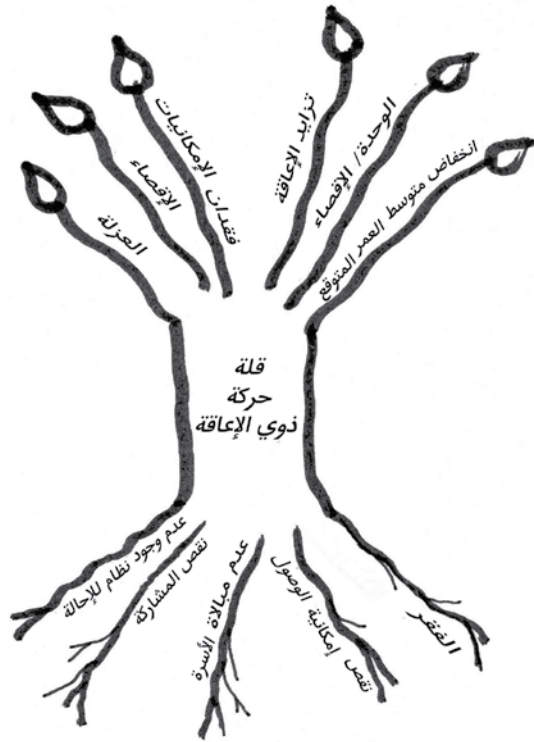
المستوى	الأطراف المعنية	الأدوار والمسؤوليات
القرية	الأشخاص ذوو الإعاقة والأسر	تنفيذ التأهيل المنزلي، تكييف بيئة المنزل، تكوين جمعية، العمل كمتعاونين (متطوعين).
القرية	متطوعو التأهيل المجتمعي	الكشف المبكر عن الإعاقات، الإحالة والمتابعة، جمع البيانات والإبلاغ عنها، التوعية، التحفيز، المناصرة مع ذوي الإعاقة والأسرة والمجتمع، إنشاء صلات وصل مع القطاعات الأخرى.
الوحدة المحلية (مجموعة من القرى)	اللجنة التوجيهية، العاملون في التأهيل المجتمعي	الإدارة، التنسيق ودعم أنشطة المتعاونين، الإبلاغ، تعبئة الموارد وتخصيصها، تنفيذ التأهيل المنزلي، تيسير عمل منظمات ذوي الإعاقة.
المنطقة	اللجنة التوجيهية، مدير التأهيل المجتمعي، أمين سر التأهيل المجتمعي، مدربو وأخصائيو التأهيل المجتمعي	الإدارة والتنسيق، المتابعة، الإبلاغ، دعم التأهيل المنزلي، التشخيص، التقدير، التدريب، تخصيص الموارد.
المحافظة	اللجنة التوجيهية، مدير التأهيل المجتمعي، أمين سر التأهيل المجتمعي، المدربون والأخصائيون	وضع السياسات، تخصيص الموارد، التدخلات المؤسسية، التنسيق والإدارة العامة، المتابعة والتقييم، دعم التأهيل المنزلي، التشخيص، التقدير والتدريب.
المستوى	مجموعة التدريب الرئيسية، الخبراء، صناعات القرار	وضع السياسات، إعداد المواد، التدخلات المؤسسية، التدريب، البحث.

تحليل المشكلة

توضع برامج التأهيل المجتمعي لمعالجة المشاكل القائمة في المجتمع بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم. ويساعد تحليل المشكلة في تحديد ماهية المشاكل الرئيسية وأسبابها الجذرية وتأثيراتها أو عواقبها. ويجب أن يصبح التصدي للمشاكل الأكثر أهمية، التي تم التعرف عليها، هو الغرض الرئيسي من برنامج التأهيل المجتمعي (انظر إعداد خطة البرنامج). وفي كل جزء من مكونات وعناصر الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي يتم تسليط الضوء على الغرض المحتمل من برنامج التأهيل المجتمعي تحت عنوان «دور التأهيل المجتمعي».

ينبغي إجراء تحليل المشكلة بالاشتراك مع مجموعات الأطراف المعنية الرئيسية الذين تم تحديدهم فيما سبق، فبدون رصد آراء الأطراف المعنية حول أي قضية فإن كل من طبيعة المشكلة والحاجات والحلول لن تكون واضحة. إن ورشة

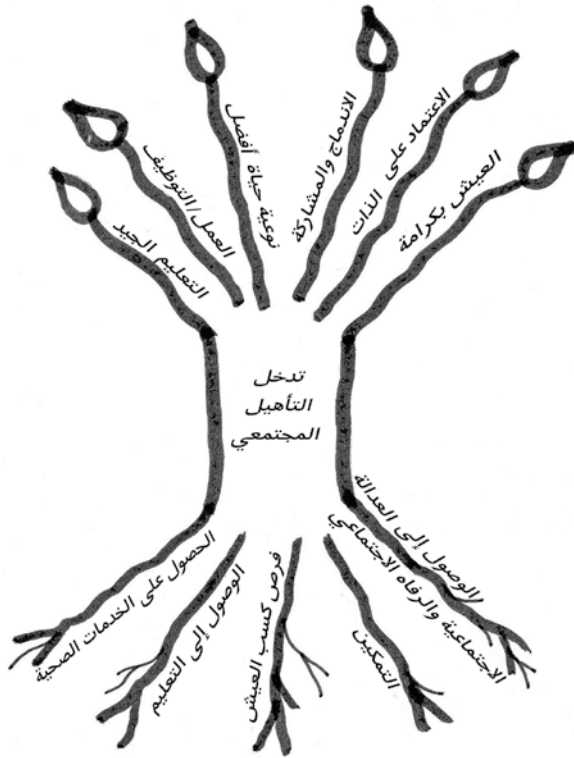
العمل هي طريقة مفيدة لإجراء تحليل للمشكلة مع الأطراف المعنية، كما أنها تساعد في بناء فهم مشترك وإدراك للغرض وطبيعة العمل. لكن يجب ملاحظة أنه قد يكون من الضروري إقامة العديد من ورش العمل مع مختلف مجموعات الأطراف المعنية لضمان أن تتمكن الجماعات الأكثر ضعفاً من التعبير عن آرائها بحرية.



يوجد العديد من الأدوات المختلفة والتي يمكن استخدامها لإجراء تحليل المشكلة - وربما تكون «شجرة المشكلة» هي إحدى الأدوات الأكثر شيوعاً والأوسع استخداماً (3،4). شجرة المشكلة هي طريقة لتصوير الوضع في صورة رسم تخطيطي. وهي تظهر تأثيرات المشكلة في الأعلى وأسبابها في الأسفل.

تحليل الأهداف

يقدم تحليل الأهداف نقطة البداية لتحديد ما هي الحلول الممكنة. وتعد شجرة الأهداف أداة مفيدة لإتمام هذا التحليل - وهي تشبه شجرة المشكلة المذكورة سابقاً، ماعدا أنها تتناول الأهداف بدلاً من المشاكل (3،4). إذا ما استخدمت شجرة المشكلة، فمن السهل تحويلها إلى شجرة أهداف. ولإتمام شجرة الأهداف يتم تحويل الأسباب في شجرة المشكلة (السلبيات) إلى بيانات بالأهداف المطلوب تحقيقها (إيجابيات). إن الأهداف التي يتم تحديدها خلال هذا التحليل هامة بالنسبة لمرحلة التخطيط والتصميم، حيث أنها تشكل قاعدة لخطة البرنامج. وحيث أنه غالباً ما يتم خلال هذه المرحلة من دورة البرنامج تحديد العديد من المشاكل والأهداف، فإنه من الضروري تحديد أولويات للمجالات الرئيسية في البرنامج بغية التركيز عليها (انظر التخطيط والتصميم).

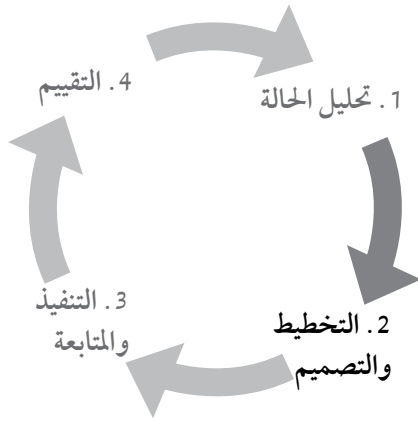


تحليل الموارد

تملك جميع المجتمعات موارد ما، وحتى تلك الفقيرة جداً. لذلك فإن الغرض من تحليل الموارد هو تحديد الموارد القائمة والمتاحة في المجتمع والتي يمكن لبرنامج التأهيل المجتمعي استخدامها أو البناء عليها. ومن المهم أيضاً خلال تحليل الموارد تحديد قدرات (أي نقاط القوة والضعف) هذه الموارد على معالجة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة. ويجب على تحليل الموارد أن يحدد: الموارد البشرية، والموارد المادية (مثل البنية التحتية، والمباني، ووسائل النقل، والمعدات، والموارد المالية، والنظم الاجتماعية القائمة)، والهياكل، مثل المنظمات والجماعات والبنى السياسية. وعادةً ما يكون من المفيد تعيين مواقع هذه الموارد.

المرحلة الثانية: التخطيط والتصميم

المقدمة



يجب أن تكون المرحلة الأولى قد أمنت لمخططي التأهيل المجتمعي معلومات كافية للمرحلة الثانية - التخطيط والتصميم. ويجب أن يبدأ المخططون هذه المرحلة بتصور واضح لحالة الأشخاص ذوي الإعاقة والسياق الذي سيعمل فيه برنامج التأهيل المجتمعي؛ وينبغي أن يملكوا المعلومات حول عدد الأشخاص ذوي الإعاقة، واحتياجات هؤلاء الأشخاص وأسرهم، والحلول الممكنة للمشاكل، وإمكانية توفر الموارد في المجتمع.

إن التخطيط يساعدكم في التفكير قدماً والاستعداد للمستقبل، ويوجهكم للمرحلة التالية في دورة الإدارة (المرحلة الثالثة: التنفيذ والمتابعة). إنه يضمن أن يتم الأخذ بعين الاعتبار جميع جوانب برنامج التأهيل المجتمعي - بما في ذلك تحديد الاحتياجات ذات الأولوية، وتصميم مخطط واضح (أو خطة) تجاه تحقيق الهدف المنشود، والنظر في أنظمة المتابعة والتقييم، وتحديد الموارد اللازمة لإنجاز خطة برنامج التأهيل المجتمعي.

الخطوات التي تتضمنها هذه المرحلة

التخطيط جنباً إلى جنب مع الأطراف المعنية الرئيسية

إن عقد ملتقى للأطراف المعنية هو طريقة جيدة لاستعراض ومناقشة نتائج المرحلة الأولى من أجل تحديد الأولويات وتصميم خطط البرنامج وإعداد الميزانية. ومن المهم أن يتم تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم بشكل جيد في مرحلة التخطيط؛ ولذلك يجب النظر في الطريقة التي سيعقد فيها الملتقى لضمان إمكانية مشاركتهم بفعالية. فعلى سبيل المثال، يجب أن تعرض المعلومات بأشكال تكون في متناول الأشخاص الذين لديهم أنواع مختلفة من الإعاقات.

وكما ذكر في المرحلة الأولى، قد يكون من الضروري عقد ملتقيات منفصلة لبعض مجموعات الأطراف المعنية، مثل الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم، لضمان إمكانية تعبيرهم عن وجهات نظرهم بسهولة وحرية.

تحديد الأولويات

غالباً ما يتم تحديد العديد من الاحتياجات المختلفة خلال المرحلة الأولى والتي يمكن معالجتها كلها من خلال برنامج التأهيل المجتمعي. لكن لسوء الحظ، تكون الموارد محدودة مما يستدعي ضرورة القيام بتحديد الأولويات. وعند البت في الأولويات من المفيد البحث أين تشتد الاحتياجات، وأين تكمن الإمكانية الأكبر للتغيير، ومدى توافر الموارد. وتعد مشاركة الأطراف المعنية الرئيسية في تحديد الأولويات أمراً هاماً لضمان أن يكون البرنامج وثيق الصلة باحتياجاتهم وملائماً لها. ويتطلب تحديد الأولويات مهارة وفهماً للواقع - في بعض الأحيان يمكن أن يساعد ميسرون خارجيون في منع الانحراف عن هدف البرنامج.

إعداد خطة البرنامج

إطار العمل المنطقي عبارة عن أداة تخطيط يمكن استخدامها لإعداد خطة لبرنامج التأهيل المجتمعي. يساعد الإطار المنطقي في ضمان الأخذ في الاعتبار جميع الجوانب المطلوبة للبرنامج الناجح. ويهدف إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما الذي يريد البرنامج أن يحققه؟ (الهدف والغاية)؛
- كيف سيحقق البرنامج ذلك؟ (النتائج والأنشطة)؛
- كيف سنعرف متى حقق البرنامج ذلك؟ (المؤشرات)؛
- كيف يمكننا أن نثبت أن البرنامج قد حقق ما يريد؟ (وسائل التحقق)؛
- ما هي المشاكل المحتملة والتي قد نتوقعها خلال مراحل العمل؟ (المخاطر).

الجدول 2: إطار العمل المنطقي

الافتراضات	مصادر التحقق	المؤشرات	الملخص	
				الهدف
				الغاية
				النتائج
	التكلفة	الموارد المطلوبة		الأنشطة

إن فهم الخطوات التالية مهم لإعداد خطة برنامج التأهيل المجتمعي باستخدام الإطار المنطقي. ارجعوا إلى الجدول 2 الذي يظهر الهيكل العام للإطار المنطقي والجدول 3 الذي يعرض مثلاً عن إطار منطقي تم استكماله. وتجدر الإشارة إلى أنه قد تختلف بعض مصطلحات الإطار المنطقي المستخدمة أدناه عن تلك المستخدمة من قبل منظمات أخرى، مثل الهيئات الممولة... إلخ.

تحديد الهدف

قبل التفكير فيما سيتم فعله، أي الأنشطة، من الضروري وجود فهم جيد لما ينبغي البرنامج تحقيقه على المدى الطويل، أي الهدف. يصف الهدف الأثر النهائي المنشود لبرنامج التأهيل المجتمعي -النهاية المرغوبة حيث لن يكون للمشكلة أو الحاجة من وجود بعد ذلك أو حيث يكون الوضع قد تحسن بشكل واضح (انظر المرحلة الأولى: تحليل المشكلة).

توضيح الغاية

تصف الغاية من البرنامج التغيير الذي ترغبون من البرنامج أن يحدثه باتجاه تحقيق الهدف. وعادةً ما تكون هناك غاية واحدة حيث أن هذا الأمر يجعل إدارة البرنامج أسهل. لكن بعض برامج التأهيل المجتمعي قد تملك أكثر من غاية لأنها تريد أن تركز على عدة مكونات مختلفة من مصفوفة التأهيل المجتمعي، مثل الصحة والتعليم. وفي هذه الحالة، سيكون من المطلوب وضع أطر منطقية منفصلة، ولكن يجب على الأطر المنطقية هذه أن تتشارك في نفس الهدف العام (انظر المرحلة الأولى: تحليل المشكلة).

تعريف النتائج

النتائج هي ما يريد برنامج التأهيل المجتمعي أن يحققه. وهي مجالات عامة واسعة من العمل. ولا يوجد عادة أكثر من ثلاث إلى ست نتائج لكل إطار منطقي (انظر المرحلة الأولى: تحليل الأهداف).

تحديد الأنشطة

الأنشطة هي العمل أو التدخلات التي من المطلوب إجراؤها لتحقيق الغاية والنتائج. ويتم سرد الأنشطة البسيطة والرئيسية فقط في الإطار المنطقي. ويتم التفكير في أنشطة أكثر تفصيلاً فيما بعد في دورة الإدارة، مثلاً عند تطوير خطط العمل (انظر المرحلة الثالثة: تطوير خطط العمل التفصيلية).

وضع المؤشرات



المؤشرات هي غايات مستهدفة تظهر التقدم تجاه تحقيق نتائج برنامج التأهيل المجتمعي، وهي ضرورية للمتابعة (انظر المرحلة الثالثة: التنفيذ والمتابعة) والتقييم (انظر المرحلة الرابعة: التقييم). يمكن لمؤشرات برنامج التأهيل المجتمعي أن تقيس ما يلي:

- جودة الخدمات وسرعة تقديم الخدمة؛
- إلى أي مدى استطاعت أنشطة البرنامج أن تصل إلى الأفراد المستهدفين؛

- القبول والاستخدام الفعلي للخدمات؛
- التكلفة التي تطلبها تنفيذ البرنامج؛
- مدى تطابق التنفيذ الفعلي للبرنامج مع خطة التنفيذ؛
- التقدم والتطور العام في تنفيذ البرنامج والعوائق أمام ذلك.

من الضروري أن نذكر عند وضع المؤشرات بأن تكون SMART (اختصار من الأحرف الأولى للكلمات المبينة أدناه وتعني ذكية)، أي:

- **محددة (Specific)** - عند صياغة المؤشرات يجب أن تحدد مدى التغيير الذي ترغبون في تحقيقه، أي الكمية (مثلاً كم أو عدد)، ونمط التغيير الذي ترغبون في تحقيقه، أي النوعية (مثلاً الرضا، أو الآراء، أو القدرة على صنع القرار، أو التغيرات في المواقف)، والجدول الزمني للتغيير، أي الوقت (مثلاً متى أو بأي تكرار).
- **قابلة للقياس (Measurable)** - هل سيكون من الممكن قياس المؤشرات بشكل واقعي؟
- **يمكن بلوغها (Attainable)** - هل سيكون من الممكن تحقيق المؤشرات بتكلفة معقولة؟
- **ذات صلة (Relevant)** - هل المؤشرات ذات صلة بما ينبغي لها قياسه؟
- **آنية (Timely)** - هل سيكون من الممكن جمع معلومات عن المؤشرات عند الحاجة لها؟

تحديد مصادر التحقق

بعد وضع المؤشرات، من الضروري تحديد ما هي المعلومات المطلوبة لقياس كل مؤشر، أي مصادر التحقق، وهذه قد تتضمن التقارير، ومحاضر الاجتماعات، وسجلات الحضور، والبيانات المالية، وإحصائيات الحكومة، والمسوح، والمقابلات، وسجلات التدريب، والمراسلات أو المحادثات، ودراسات الحالة، وتقارير البرنامج الأسبوعية أو الشهرية أو الفصلية، والتقييمات المرحلية في منتصف البرنامج أو في نهاية البرنامج. عند تحديد مصادر التحقق، من الضروري أيضاً التفكير في متى وأين ومن سيجمع البيانات.

النظر في أي الافتراضات يجب وضعها

لإتمام عمود الافتراضات في الإطار المنطقي، يجب النظر في المخاطر والأشياء التي قد لا تكون على ما يرام خلال البرنامج. توجد مخاطر مرتبطة بكل برنامج للتأهيل المجتمعي. لكن تحديدها في وقت مبكر يمكن أن يساعد في ضمان عدم وجود مفاجآت جديّة خلال العمل. بمجرد تحديد المخاطر، يمكن تدبيرها بتغيير خطة البرنامج للحد منها أو إلزائها. تتحول عندها المخاطر إلى بيانات إيجابية (افتراضات) وتدرج في الإطار المنطقي.

إعداد خطة للمتابعة والتقييم

يجب أن تمتلك جميع البرامج أنظمة متابعة وتقييم. ومن المهم النظر في هذه الأنظمة خلال مرحلة التخطيط حيث أنه ينبغي جمع المعلومات فور البدء بتنفيذ البرنامج. إن المؤشرات ومصادر التحقق التي تم تحديدها في خطة البرنامج ستقدم الركيزة الأساسية لأنظمة المتابعة والتقييم (انظر المرحلة الثالثة: التنفيذ والمتابعة، والمرحلة الرابعة: التقييم).

تحديد الموارد المطلوبة

حيث أن الموارد المطلوبة لبرنامج تأهيل مجتمعي قد لا تكون متاحة فور بدء البرنامج، فمن المهم النظر في الموارد المطلوبة لتنفيذ أنشطة البرنامج وكيفية العمل للحصول عليها. تذكروا أن تعودوا إلى تحليل الموارد الذي تم إجراؤه في المرحلة الأولى لتحديد الموارد الموجودة أصلاً (انظر المرحلة الأولى: تحليل الموارد). ويجب النظر في الموارد التالية:

الموارد البشرية

أنواع الموظفين المطلوبين لتنفيذ البرنامج، مثلاً مدير البرنامج، موظفو التأهيل المجتمعي، مساعدون إداريون، سائقون.

الموارد المادية

أنواع المرافق والمعدات المطلوبة لتنفيذ البرنامج، مثلاً حيز للمكتب، الأثاث، أجهزة الكمبيوتر، الهواتف النقالة، المركبات، المعدات السمعية البصرية، معدات التأهيل.

الموارد المالية

قد تكون التكلفة عاملاً مقيداً كبيراً للبرامج الجديدة، لذلك من الضروري التفكير بعناية بشأن حجم الأموال المطلوبة. أفضل الطرق لعمل ذلك هي إعداد ميزانية. وسواء أكان برنامج التأهيل المجتمعي يستخدم أموالاً متاحة أو أموالاً من إحدى الجهات المانحة، فإنه من الضروري دائماً إعداد ميزانية للبرنامج.

إعداد ميزانية

تصف الميزانية حجم الأموال التي يخطط البرنامج لجمعها وإنفاقها بغية تنفيذ الأنشطة خلال فترة معينة من الزمن. وتعد الميزانية ضرورية للإدارة المالية الشفافة، وللتخطيط (لأنها مثلاً تعطي فكرة عن التكلفة المتوقعة للبرنامج)، وجمع الأموال (لأنها مثلاً تقدم معلومات للمانحين عن المجالات التي ستتنق عليها الأموال التي يقدمونها)، وتنفيذ البرنامج ومتابعته (مثل مقارنة التكاليف الحقيقية مقابل التكاليف المدونة في الميزانية) وتقييمه.

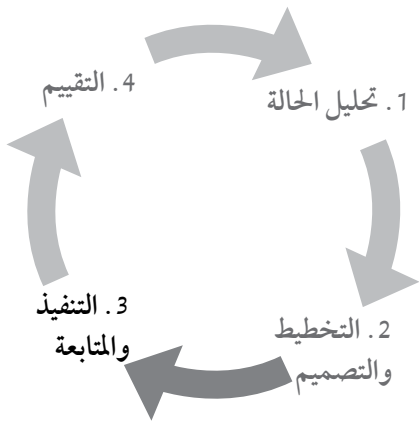


يجب أن تعكس الميزانية التكاليف المرتبطة بالموارد الموضحة في قسم «تحديد الموارد المطلوبة» أعلاه. ومن المهم وضع الميزانية بعناية شديدة؛ فإذا لم تتوافر لديكم ميزانية كبيرة بما فيه الكفاية فربما لن تكونوا قادرين على القيام ببعض أنشطة البرنامج، ولكن إذا وضعت ميزانية ضخمة كثيراً فيما يتعلق ببعض الأشياء، فإن المانحين قد لا يرغبون في تمويل البرنامج.

المختص	المؤشرات	مصادر التحقق	الفرضيات
الهدف	أن يحقق الأشخاص ذوو الإعاقة أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة.	انخفاض معدلات الوفيات والأمراض بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة بنسبة س.٪	مثلاً إحصائيات المركز الصحي المحلي.
الغاية	أن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الوصول إلى نفس المرافق والخدمات الصحية كالأفراد الآخرين في المجتمع.	عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يترادون المراكز الصحية المحلية يزداد بنسبة س.٪ بنهاية عام س. س.٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة يشير ون إلى مستوى مرتفع من الرضا عن الخدمات الصحية المحلية.	خدمات الرعاية الصحية الحكومية المحلية متوفرة. مثلاً إحصائيات المركز الصحي المحلي، التقييم المحلي في مستشفى ونهاية البرنامج.
النتائج	1. تحسنت معرفة الأشخاص ذوي الإعاقة بصحتهم وهم يشاركون فعالاً في تحقيق الصحة الجيدة. 2. امتلاك القطاع الصحي لستوى أكبر من الوعي بشأن الإعاقة. 3. تقليل العوائق المعارية ضمن مرافق الرعاية الصحية.	س.٪ الأشخاص ذوي الإعاقة المنخرطين بفعالية في جماعات محلية للمساعدة الذاتية بنهاية العام س. عدد الأشخاص المصابين بحالات ثانوية انخفض بنسبة س.٪ بحلول عام س. س.٪ من العاملين في الرعاية الصحية يترادون جلسات تدريبية حول إصاف ذوي الإعاقة في نهاية عام س. س.٪ من مرافق الرعاية الصحية المحلية التي يتيح تصميمها المعماري إمكانية الوصول إليها بنهاية عام س.	الأشخاص ذوو الإعاقة لا يستثنون من الحصول على خدمات الرعاية الصحية. خدمات الرعاية الصحية الحكومية المحلية تملك قدرة استيعاب كافية. مثلاً سجلات الطوارئ، المشاهدات، تقارير من الأشخاص ذوي الإعاقة وأسهم. مثلاً أبحاث، تقارير من الأشخاص ذوي الإعاقة وأسهم. مثلاً عمليات التدقيق على المرافق الصحية، الملاحظة، التقييم المحلي في نهاية البرنامج.
الأنشطة	1-1 إعطاء المعلومات للأشخاص ذوي الإعاقة بشأن موقع مرافق وخدمات الرعاية الصحية. 2-1 إنشاء جماعات للمساعدة الذاتية تركز على قضايا صحية معينة. 2-2 تدريب العاملين في مرافق الرعاية الصحية المحلية بشأن الإعاقة. 3-1 إجراء عمليات تدقيق على المرافق الصحية لتحديد العوائق المعمارية التي تمنع الوصول إليها واستخدامها. 2-3 عقد اجتماعات مع السلطات الصحية المحلية لتقديم توصيات حول طرق إزالة العوائق المعمارية.	الموارد المطلوبة الموارد البشرية 1 مديرو برنامج 2 عاملون في التأهيل المجتمعي 1 مدرب في التأهيل المجتمعي مواد إعلامية (توفر المعلومات) مواد التدريب أماكن التدريب أداة التدقيق التقل	يستخدم الأشخاص ذوو الإعاقة المعلومات التي تلقوها للحصول على الخدمات. يتم توفير الأشخاص ذوي الإعاقة للانضمام إلى جماعات للمساعدة الذاتية وقيادتها. يطبق العاملون في الرعاية الصحية التدريب الذي تلقوه. تخصص وزارة الصحة الموارد لإجراء تعديلات على المباني والمكتب.

المرحلة الثالثة: التنفيذ والمتابعة

المقدمة



المرحلة الثالثة، التنفيذ والمتابعة، تتضمن وضع الخطط المعتمدة من المرحلة الثانية حيز التنفيذ، وضمان القيام بجميع الأنشطة الضرورية بحسب الجدول المقرر، والتأكد من أنها تعطي النتائج المطلوبة. وخلال مرحلة التنفيذ، من الضروري أن يجري متابعة تقدم برنامج التأهيل المجتمعي باستمرار. وتوفر المتابعة معلومات للمديرين تمكنهم من صنع القرارات وإحداث التغييرات على الخطط قصيرة المدى لضمان تحقيق النتائج والتأكد من أنه في النهاية، سيتم بلوغ الهدف ونيل الغاية المنشودة. ويجب التخطيط لأنظمة المتابعة في المرحلة الثانية كما يتعين تحديد المؤشرات ومصادر التحقق. وخلال المرحلة الثالثة، يجب وضع أنظمة المتابعة قيد العمل بحيث يمكن جمع المعلومات وتسجيلها وتحليلها، وإعداد التقارير المستندة إليها، واستخدامها في إدارة برنامج التأهيل المجتمعي.

الخطوات التي تتضمنها هذه المرحلة

لاحظوا أن الخطوات التالية ليست مدرجة بالضرورة بالترتيب الذي يتم تنفيذها فيه.

وضع خطط عمل مفصلة

الجزء الأول من مرحلة التنفيذ يتمثل في توظيف خطة البرنامج، بمساعدة أعضاء الفريق وغيرهم من الأطراف المعنية، في وضع خطط عمل أكثر تفصيلاً للتيان:



- ما هي المهام المحددة المطلوبة لإتمام كل نشاط مخطط له.
- متى يجب إنجاز كل مهمة، مع تحديد تواريخ بداية ونهاية كل مهمة.
- من المسؤول عن المساعدة في إتمام كل مهمة.

من المفيد تلخيص جميع المعلومات الواردة في خطة العمل على شكل جداول، فهذا من شأنه أن يعطي شكلاً عاماً أو تصويراً مرئياً بوضوح. والنموذج الشائع المستخدم لهذا الغرض هو مخطط جانث (3).

جمع الأموال: من الضروري البحث عن موارد مالية لتأسيس برامج جديدة أو تمكين البرامج القائمة من مواصلة عملها. ويمكن حشد الأموال لبرامج التأهيل المجتمعي من مصادر عديدة مختلفة. وحيثما أمكن يجب أن ينصب التركيز على التمويل المجتمعي، حيث أن هذا الأمر سيساهم في استدامة البرنامج على المدى الطويل. وقد تشمل المصادر المحتملة للتمويل في المجتمع:

- المنح أو الإعانات الحكومية المحلية؛
- تبرعات المؤسسات التجارية المحلية والرعاية المقدمة من قبل الشركات؛
- منظمات المجتمع المدني، مثل نادي الروتاري ونادي الليونز؛
- رسوم الخدمة أو أجور الاستخدام التي يتم تحصيلها من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يملكون القدرة على الدفع؛
- حفلات اليانصيب الخيري والمناسبات الاجتماعية والمسابقات والمناسبات الخاصة الأخرى؛
- الأنشطة المدرة للدخل؛
- التمويل المتناهي الصغر أو الصندوق المجتمعي الدوار.

إذا لم تتوفر الموارد الكافية محلياً، ينبغي جمع الأموال على المستويات الإقليمية أو الوطنية أو الدولية لتطوير وتنفيذ برامج للتأهيل المجتمعي.

الإدارة المالية: من الضروري إنشاء نظام شفاف لإدارة الأموال. يضمن هذا أن يكون البرنامج مسؤولاً أمام الأطراف المعنية بمن فيهم هيئات التمويل، وأعضاء المجتمع، والأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم. والإدارة المالية هي من الأدوار الرئيسية التي يضطلع بها مدير البرنامج، لكن قد يشترك فيها آخرون، خاصة عندما تكون البرامج كبيرة وتتضمن مبالغ كبيرة من المال. تتضمن الإدارة المالية:

- امتلاك آلية للتحقق من أن التكاليف ذات صلة بالأنشطة التي اعتمدت خلال مرحلة التخطيط أو التي تم الاتفاق عليها مع مدير البرنامج؛
- الاحتفاظ بسجلات مالية سليمة؛
- تحديث الأرقام المالية لكي يسهل الرجوع إليها؛
- اعتماد الأنظمة الكفيلة بفرض الضوابط والموازن المناسبة؛
- إعلام جميع الأطراف المعنية بشكل منتظم حول الوضع المالي للبرنامج.

التوظيف: عند توظيف مديريين وموظفين لبرنامج التأهيل المجتمعي، من الأفضل اختيارهم من المجتمع المحلي إذا أمكن، حيث أن هذا الأمر سيضمن أن يكون لديهم معرفة جيدة بالثقافة المحلية واللغة وإمكانية أفضل للوصول إلى أعضاء المجتمع. ويجب أن تكون برامج التأهيل المجتمعي ملتزمة بشدة بتوظيف ذوي الإعاقة أو أفراد عائلاتهم، لأن هذا يظهر مدى الالتزام بمبادئ التأهيل المجتمعي (انظر المقدمة: التأهيل المجتمعي اليوم) ويساهم في تمكينهم.

في جميع الحالات يجب توظيف الناس بالاستناد إلى معرفتهم ومهاراتهم وقدرتهم على إنجاز العمل. ويجب إعداد توصيف للوظائف قبل البدء بعملية التوظيف. عادة يبين التوصيف الوظيفي الأدوار ومسؤوليات الوظيفة والخبرة المطلوبة.

قد تلجأ بعض برامج التأهيل المجتمعي أيضاً إلى استقطاب متطوعين، خاصة عندما تكون الموارد محدودة. ولا يدفع للمتطوعين مقابل عملهم؛ بالمقابل يتلقون عادة حوافز وموارد لمساعدتهم على القيام بعملهم. وقد يكون هناك العديد من الأشخاص في المجتمع على استعداد للعمل التطوعي لحساب برامج التأهيل المجتمعي، مثلاً الأشخاص ذوي الإعاقة، وأفراد أسرهم، والطلبة، والأشخاص المهنيين. من الضروري أن نضع في الحسبان محاسن ومساوئ توظيف المتطوعين. فعلى سبيل المثال، بالرغم من أن المتطوعين عادة ما يملكون معرفة محلية جيدة وتكون الاستعانة بهم ذات مردود جيد لقاء التكلفة، إلا أنهم غالباً ما يملكون وقتاً محدوداً، كما أن وتيرة انقطاعهم عن العمل مرتفعة أيضاً.

التدريب: يحتاج مديرو وموظفو برنامج التأهيل المجتمعي قدراً كبيراً من المعرفة والمهارات لتمكينهم من أداء أدوارهم ومسؤولياتهم (انظر أيضاً المرحلة الأولى: تحليل الأطراف المعنية). إن التطوير الذي جرى مؤخراً على مصفوفة التأهيل المجتمعي (انظر المقدمة: التأهيل المجتمعي اليوم) والدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي سيؤدي إلى نشأة احتياجات تدريبية جديدة. وقد يكون من الضرورة بمكان لبرامج التأهيل المجتمعي أن تقوم بتحديث وتقوية برامج التدريب القائمة أو وضع مبادرات تدريبية جديدة.

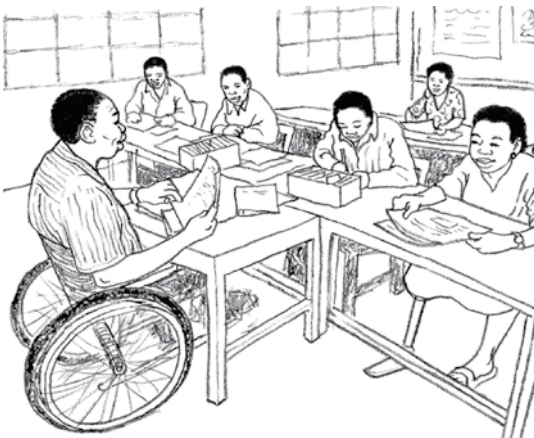
ويتوفر حول العالم مجموعة واسعة من برامج التدريب في ميدان التأهيل المجتمعي لكل من مديري وموظفي البرنامج. وتختلف هذه البرامج فيما بينها من حيث محتواها ومدتها، وتقدمها مجموعة متنوعة من مقدمي التدريب. فعلى سبيل المثال، في بعض البلدان تقدم معاهد التعليم العالي مساقات تعليمية للحصول على دبلوم لموظفي التأهيل المجتمعي في حين نجد أن برامج التدريب في البلدان الأخرى قد لا تكون معتمدة وقد تستمر لعدة أسابيع أو أشهر فقط.

ويهدف تدريب العاملين في التأهيل المجتمعي إلى تحسين قدرتهم على تقديم خدمات ذات نوعية جيدة للأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم. وقد يغطي التدريب مجموعة واسعة من المجالات بما فيها: حقوق ذوي الإعاقة، والتنمية المجتمعية والممارسات الشاملة للجميع، والتواصل، ومهارات التأهيل الأساسية (مثل تحديد الإعاقات، والفحص والتقييم الأوليين، وأنشطة العلاج الأساسية)، والعمليات الجماعية (مثلاً إنشاء جماعات للمساعدة الذاتية).

ومن المهم عند إعداد دورات تدريب لموظفي التأهيل المجتمعي، إيلاء عناية كافية لاختيار المحتوى التدريبي الملائم. وفي كثير من الأحيان، تستند دورات التدريب على دورات مصممة للمختصين في مجال التأهيل، مثل أخصائيي

العلاج الطبيعي أو المعالجين الوظيفيين. ونتيجة لذلك، غالباً ما تكون هذه الدورات غير مناسبة وغير واقعية، حيث أنها تركز على تنمية المهارات السريرية والتقنية عالية المستوى بدلاً من المهارات المطلوبة لتنمية المجتمع.

أما تدريب مديري برنامج التأهيل المجتمعي فيهدف إلى بناء قدرتهم على إدارة أنشطة البرنامج بفعالية وكفاءة. ومن الضروري أن يكون مديرو البرنامج على دراية بالمرحلة الأربعة لدورة الإدارة التي تعد حيوية لنجاح البرامج. كما يحتاج المديرون أيضاً إلى فهم الإعاقة واستراتيجية التأهيل المجتمعي.



التعليم المهني من أجل تقديم رعاية أفضل

في عام 2010، قدمت كلية جزر سليمان للتعليم العالي شهادة دبلوم في التأهيل المجتمعي، تستند إلى استراتيجية التأهيل المجتمعي. وهي تهدف إلى تزويد الخريجين بالمهارات والمعرفة لتنفيذ استراتيجيات التأهيل المجتمعي على مستوى المقاطعة. وهذا التدريب عبارة عن دورة مدتها سنتان تغطي المجالات التالية:

- مهارات العلاج الإيصالية - من خلال دراسة أنواع الإعاقة والتدريب العملي الأساسي على مهارات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والمعالجة المقومة للنطق.
- مهارات التأهيل المجتمعي - وهي مهارات العمل في المجتمع، بما في ذلك مساعدة المجتمع على تفهم الإعاقة ومنح فرص متساوية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- مهارات التنمية المجتمعية - وهي مهارات البدء بمشاريع مجتمعية وتأسيس جماعات تدعم قضية الإعاقة في المجتمع.
- التمرن العملي على المهارات والعمل الميداني في التأهيل المجتمعي - أي ممارسة كل ما قد تم تعلمه من خلال العمل مع أشخاص حقيقيين في المجتمع.

وبعد إتمام الدورة، يفترض من المتخرجين أن يكونوا قد اكتسبوا المهارات الملائمة والمعرفة للعمل في وحدة التأهيل المجتمعي (وزارة الصحة والخدمات الطبية) كعاملين ميدانيين في المقاطعات أو كمعالجين مساعدين ملحقين بالمستشفى. أما خارج القطاع الصحي، فإن النظام التعليمي والمنظمات غير الحكومية تعتبر أيضاً مجالات محتملة للعمل فيها.

تطوير فريق العمل ودعمهم والإشراف عليهم: إن تطوير فريق العمل (مثلاً من خلال التدريب المستمر) ضروري لتمكين مديري وموظفي برنامج التأهيل المجتمعي من تجديد مهاراتهم القائمة وتنمية مهارات جديدة حسب الضرورة. وعادة يمكن للموارد المتوفرة في المجتمعات المحلية أن تستخدم للتدريب المستمر، مثل دورات تدريب قائمة، ومواد تدريب من منظمات أخرى، وخبراء في مجالات ذات صلة.

قد تكون بعض برامج التأهيل المجتمعي غير ناجحة لأنها تفشل في توفير الدعم والإشراف الكافي لموظفيها. إن موظفي التأهيل المجتمعي هم العمود الفقري لبرامج التأهيل المجتمعي، ولذا فعلى المديرين التأكد من أن يتم سماع الموظفين ودعمهم في تأديتهم للأدوار المنوطة بهم. وتقديم الدعم والإشراف يتضمن تأسيس آلية إشراف واضحة وقنوات إبلاغ محددة، مع الحرص على أن يكون الموظفون على دراية بأدوارهم ومسؤولياتهم، والقيام بمراجعات منتظمة لأدائهم. ومن المهم أن يحذر مديرو البرنامج من «استنزاف القوى» الذي قد يحدث عندما يقوم موظفو التأهيل المجتمعي بالكثير من المهام بشكل مكثف ولمدة طويلة جداً.

تعزيز مصداقية ومكانة موظفي التأهيل المجتمعي

في بابوا غينيا الجديدة، يصبح موظفو التأهيل المجتمعي، بعد دورات تدريبية قصيرة، قادرين على الكشف على الأطفال لتحري إصابتهم بحنف القدم (clubfeet)، والبالغين لتحري الإصابة بالسار، وإحالتهم للحصول على التدخلات الطبية الضرورية. هذه التدخلات فعالة جداً مع المصابين بتلك الاعتلالات وأسرههم، وتعزز أيضاً من مصداقية موظفي التأهيل المجتمعي ومكانتهم في مجتمعاتهم.

القيام بالأنشطة المخطط لها

يجب أن يكون مدير البرنامج على دراية جيدة بخطة العمل وقادراً على إنجاز التحضيرات اللازمة لضمان أن يتم القيام بجميع الأنشطة كما خطط لها. ولن نقدم هنا وصفاً تفصيلياً لأنشطة التأهيل المجتمعي بما أنها مشمولة في كل مكون من المكونات (انظر الكتيبات 2-6) والكتيب التكميلي (انظر الكتيب 7). وتقع الأنشطة بشكل عام تحت أحد المجالات الرئيسية التالية:

التوعية

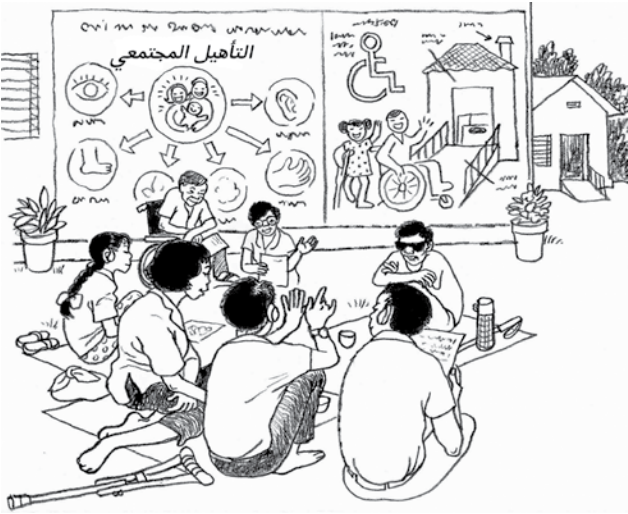
إن أنشطة التوعية في التأهيل المجتمعي موجهة إلى الأطراف المعنية الرئيسية لتوفير المعلومات والمعرفة حول الإعاقة، وبذلك يتولد التغيير في المواقف والسلوك. وهي تستخدم أيضاً لاستنباط الدعم لاستراتيجية التأهيل المجتمعي وبرامجه ولتشجيع انخراط ومشاركة الأطراف المعنية.

التنسيق والتواصل

إن أنشطة التنسيق والتواصل مطلوبة لبناء علاقات وشراكات جيدة مع الأطراف المعنية في التأهيل المجتمعي. وهي أيضاً أنشطة مهمة لتقاسم المعرفة والموارد، والحد من الازدواجية، وحشد جهود المجتمع.

الإدماج في السياق العادي

تضمن أنشطة الإدماج في السياق العادي إمكانية مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل كامل ضمن كل قطاع من قطاعات التنمية وتلقيهم الدعم في هذا المسعى، أي ضمن قطاع الصحة والتعليم وكسب العيش والقطاع الاجتماعي. وتترافق أنشطة الإدماج في السياق العادي بتدابير معينة، مثل وجود ترتيبات معقولة لضمان تحقيق تكافؤ الفرص.



تقديم الخدمة

سيقدم كل برنامج للتأهيل المجتمعي مجموعة مختلفة من الخدمات بالاعتماد على أي أجزاء من مصفوفة التأهيل المجتمعي اختار البرنامج التركيز عليها. إن العديد من الأنشطة المرافقة لتقديم الخدمة يتم تنفيذها من قبل موظفي التأهيل المجتمعي. قد تتنوع الأنشطة من تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة والإحالات إلى الخدمات العامة / التخصصية، إلى تقديم التأهيل الأساسي وتوفير المعينات البسيطة.

المناصرة

أغفلت برامج التأهيل المجتمعي، تاريخياً، جهود المناصرة، وركزت بدلاً من ذلك على تقديم الخدمة للأشخاص ذوي الإعاقة. وهناك أنواع مختلفة من أنشطة المناصرة التي يمكن استخدامها لضمان تحقيق تكافؤ الفرص والحقوق للأشخاص ذوي الإعاقة في قطاعات الصحة والتعليم وسبل كسب العيش والقطاع الاجتماعي، بالإضافة إلى الجوانب الأخرى من حياة المجتمع.

بناء القدرات

إن بناء قدرة الأطراف المعنية الرئيسية سيضمن امتلاكها للمعرفة والمهارات الكافية لأداء أدوارها ومسؤولياتها (انظر أيضاً المرحلة الأولى: تحليل الأطراف المعنية). والتدريب هو أحد السبل لبناء قدرة الأطراف المعنية الرئيسية، ويرد ذكره كنشاط مقترح على صفحات هذه الدلائل الإرشادية. وبما أن جميع الأطراف المعنية لا تحتاج إلى نفس النوع أو المستوى من التدريب، لذا يجب أن يعتمد التدريب على أدوارهم ومسؤولياتهم المتوقعة والحاجات التي تنبع من هذه الأدوار والمسؤوليات. فقد يتطلب بعض الأطراف المعنية ورش عمل قصيرة وحلقات دراسية أو جلسات إعلامية فقط لتوعيتهم بقضايا الإعاقة وتوجيههم إلى استراتيجية التأهيل المجتمعي، فيما قد يتطلب آخرون برامج تدريب أكثر توسعاً.

ويتعين على برامج التأهيل المجتمعي العمل على تحديد برامج التدريب القائمة في المجتمع للمحافظة على مواردها والاستفادة منها إلى أقصى الحدود. وقد تشمل موارد التدريب المحتملة الهيئات الحكومية، والمنظمات التنموية العامة، والمنظمات غير الحكومية المتخصصة في الإعاقة. كما أن تدريب الآخرين حول كيفية تقديم تدريب عن التأهيل المجتمعي مهم أيضاً لضمان التواجد الدائم على المستوى المحلي لمجموعة من الأشخاص الممتلكين لمعرفة جيدة بالتأهيل المجتمعي والمهارات الضرورية لتدريسه للآخرين.

المتابعة

ما هي المتابعة؟

المتابعة هي مراقبة أنشطة البرنامج، وتتضمن القيام بعمليات منتظمة لجمع وتحليل المعلومات في جميع مراحل التنفيذ. والمتابعة هي وظيفة داخلية للبرنامج (أي يقوم بها مدير وموظفو برنامج التأهيل المجتمعي) لمساعدة الفريق في تمييز أي الأنشطة تسير على ما يرام وأيها لا تسير في الاتجاه المأمول، وبذلك يمكن إجراء التغييرات اللازمة. وإذا كانت أنظمة المتابعة الجيدة متاحة وفعالة، فإنها ستجعل من عملية تقييم البرنامج أمراً أسهل بكثير (انظر المرحلة الرابعة: التقييم).

الخطوات التي تتضمنها المتابعة

وضع المؤشرات: يجب وضع المؤشرات خلال المرحلة الثانية: التخطيط والتصميم.

تحديد كيفية جمع المعلومات: ينبغي للقرارات المتعلقة بكيفية جمع معلومات المتابعة (مصادر التحقق) أن تتخذ في المرحلة الثانية.

جمع وتسجيل المعلومات: ينبغي تواجد أنظمة رسمية تهتم بجمع وتسجيل المعلومات. ومن الضروري أن تكون هذه الأنظمة بسيطة قدر المستطاع وأن تجمع المعلومات المطلوبة فقط. ويجب أن يتلقى جميع الموظفين تدريباً بشأن كيفية اتباع واستخدام هذه الأنظمة، مثلاً سيحتاج الموظفون إلى تدريبهم حول كيفية استخدام نماذج جمع البيانات بشكل صحيح. وقد تكون الأنظمة غير الرسمية أيضاً مفيدة، مثلاً يمكن أن يُطلب من موظفي التأهيل المجتمعي أن يحتفظوا بملاحظات مفصلة حول أنشطتهم في دفتر ملاحظات أو مذكرات. ومن الضروري كفالة أن يكون هناك جدول زمني منتظم لجمع المعلومات. وقد تكون الجداول الزمنية معدة على أساس يومي أو أسبوعي أو شهري أو فصلي تبعاً لاحتياجات البرنامج لإعداد التقارير.

تحليل المعلومات: عادة ما يكون جمع وتسجيل المعلومات أسهل بكثير من تحليلها. ولكن إذا لم يمعن مدير برنامج التأهيل المجتمعي النظر بالمعلومات، فإنهم لن يتمكنوا من مراقبة تقدم أنشطة البرنامج وتحديد أي مشاكل محتملة. بعد تحليل المعلومات، قد يكون من الضروري إجراء المزيد من التحريات لمعرفة ما يحدث في الواقع.

الإبلاغ والمشاركة بالمعلومات: إن الإبلاغ عن نتائج المتابعة والتشارك بها مع الأطراف المعنية الرئيسية يظهر مدى شفافية البرنامج وإمكانية مساءلة القائمين عليه. ويجب أن يتضمن تقرير المتابعة معلومات حول النشاط أو مجال العمل الذي تم إعداد التقرير عنه، والعمل الذي خطط لإنجازه خلال الفترة المعنية والعمل الذي أنجز فعلاً، والتقدم الحاصل تجاه تحقيق نتائج البرنامج، والنفقات المدرجة في الميزانية مقابل النفقات الحقيقية، والإنجازات، والقيود/المشاكل والإجراءات المتخذة أو الموصى بها، والدروس المستفادة. وتختلف متطلبات الإبلاغ تبعاً للهيكل الإداري القائمة لبرامج التأهيل المجتمعي. فعلى سبيل المثال، على المستوى المحلي، قد يتعين على موظفي التأهيل المجتمعي إعداد تقرير أسبوعي إلى مدير البرنامج، فيما يتوجب على مدير البرنامج تقديم تقرير للمستويات الأعلى بشكل شهري، وهلم جراً.

إدارة المعلومات: سيتم توليد الكثير من المعلومات من برنامج التأهيل المجتمعي من قبيل الوثائق، والتقارير، والمراسلات، والحسابات. وتتمثل إحدى طرق إدارة المعلومات في وجود نظام كفء لحفظ الملفات، من شأنه أن يوفر الكثير من الوقت ويتجنب سوء الفهم خلال المتابعة. إذا ما تم جمع معلومات سرية، فمن الضروري أيضاً الحرص على تخزينها في مكان آمن.



المرحلة الأخيرة من دورة الإدارة، ألا وهي التقييم، تشمل تقييماً لبرامج التأهيل المجتمعي القائمة أو المكتملة. يساعد التقييم في تحديد ما إذا كان قد تم تحقيق النتائج الموضحة في خطة البرنامج (انظر المرحلة الثانية: التخطيط والتصميم) وكيف تغير الوضع الذي بنيت على أساسه تلك النتائج (انظر المرحلة الأولى: تحليل الحالة). ويمكن أن يؤدي التقييم إلى اتخاذ قرار بالاستمرار أو التغيير أو وقف البرنامج، ويمكن أن يقدم أيضاً دليلاً هاماً على أن التأهيل المجتمعي استراتيجية جيدة لتحقيق تكافؤ الفرص والحد من الفقر والاندماج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة.

قد يكون بعض مديري برنامج التأهيل المجتمعي قلقين بشأن إجراء التقييم لأنهم يخافون من الكشف عن أخطائهم ونقاط ضعفهم. ومن المهم أن نفهم أنه لا يوجد برنامج يسير بسلاسة مطلقة، فحتى البرامج الناجحة جداً تتعرض لمشاكل خلال مسيرة عملها. ويجب أن تتفكر برامج التأهيل المجتمعي الناجحة في المشاكل التي مرت بها وتتعلم منها، وتستخدم ما تعلمته في التخطيط للمستقبل.

يعتقد العديد من الأشخاص أن التقييم صعب لأن الكتيبات حول هذا الموضوع غالباً ما تقدم وصفاً معقداً جداً للمقاربات والطرق المختلفة المستخدمة. نتيجة لذلك، يعتقد الكثير من موظفي برنامج التأهيل المجتمعي أنه يتعين عليهم أن يكونوا خبراء لإجراء التقييم. ولكن عندما يتوفر المستوى المناسب من التخطيط والإعداد، يمكن لإجراءات التقييم البسيطة أن توفر كمية كبيرة من المعلومات المفيدة.



التقييم

ما هو التقييم؟

التقييم يعني ببساطة التقدير. إن ملاءمة وكفاءة وفعالية وأثر واستدامة البرنامج هي العوامل الجوهرية التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار في التقييم. وعند إجراء التقييم يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تتعلم من تجاربها وتستخدم الدروس المستفادة لتحسين الأنشطة الحالية وتعزيز التخطيط بشكل أفضل من خلال الاختيار الدقيق للبدائل في الأنشطة المستقبلية.

من يقوم بالتقييم؟

يمكن إجراء التقييم داخلياً من قبل الموظفين المنخرطين في برنامج التأهيل المجتمعي (التقييم الذاتي) أو أن يجري خارجياً من قبل جهة مستقلة غير مرتبطة بالبرنامج، وهذه يمكن أن تكون فرداً أو مؤسسة (التقييم الخارجي). وتوجد محاسن ومساوئ لكل مقارنة، ولهذا تختلف مقاربات التقييم من برنامج إلى آخر. والأمثل أن يجري التقييم باستخدام مزيج من المقاربتين.

متى يتم إجراء التقييم؟

يختلف التقييم عن المتابعة لأنه لا يجري باستمرار. يجري التقييم فقط في مراحل معينة من دورة المشروع - فيمكن أن يتم إجراء التقييم في منتصف الطريق أثناء تنفيذ البرنامج، أو فوراً بعد إتمامه، أو بعد مضي بعض الوقت (سنتين على سبيل المثال).

الخطوات التي يتضمنها التقييم

ستعتمد الطريقة التي يجري بها تقييم برنامج التأهيل المجتمعي على ما الذي يتم تقديره، ومن هي الجهة الطالبة للتقييم، ومن سيقوم بالتقييم. بشكل عام تتكون عملية التقييم من الخطوات التالية:

تركيز التقييم

الخطوة الأولى تنطوي على تحديد المحور الذي سيركز عليه التقييم، أي تحديد لماذا يتم إجراء التقييم (الغاية) وتحديد الأسئلة التي تريدون من التقييم أن يجيب عنها.

ليس من الممكن لتقييم واحد أن يغطي كافة جوانب البرنامج. لذلك من الضروري أن نفكر بدقة بشأن الغرض من التقييم. قد يكون الغرض:

- تقدير ما إذا كان موظفو التأهيل المجتمعي قادرين على أداء أدوارهم ومسؤولياتهم بكفاءة، لاتخاذ قرار فيما إذا كانوا يحتاجون إلى تدريب إضافي؛
- تقدير أي من الأنشطة نجح بشكل أفضل، لنحدد أي جوانب البرنامج يجب أن تستمر أو تتوقف؛

- تقدير ما إذا كان للبرنامج الأثر المخطط له، لنقرر اتباع الاستراتيجية ذاتها في مكان آخر؛
- تقدير ما إذا قد تم إنفاق الموارد بشكل جيد، والنتائج قد تحققت والإجراءات قد اتبعت. يساعد هذا في اتخاذ القرارات المناسبة بشأن مستقبل البرنامج.

عندما يتم تأكيد الغرض من التقييم، سيغدو من الممكن عندها وضع الأسئلة التي يجب على التقييم الإجابة عنها. ولا تكون هذه الأسئلة عادة بسيطة بما يكفي للإجابة عنها «بنعم» أو «لا». يمكن طرح العديد من الأسئلة المختلفة، تتعلق بملاءمة البرنامج وكفاءته وفعاليته وأثره واستدامته (انظر الجدول 4: مكونات التقييم).

الجدول 4: مكونات التقييم

الملاءمة	هل يلبي البرنامج احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وعائلاتهم ومجتمعهم؟
الكفاءة	هل استخدمت الموارد (البشرية والمالية والمادية) بأفضل طريقة؟
الفعالية	هل حقق البرنامج نتائجها فيما يتعلق بالنوعية والكمية والوقت؟
الأثر	هل تحقق الهدف الأوسع؟ كيف غير البرنامج حياة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم؟ ما هو أثر البرنامج على المجتمع فيما يتعلق بمواقفه وسلوكه تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة؟
الاستدامة	هل سيكون البرنامج قادراً على الاستمرار عندما يقل أو يسحب الدعم الخارجي؟

جمع المعلومات

تتضمن الخطوة الثانية تحديد أفضل طريقة للإجابة عن أسئلة التقييم، آخذين بالاعتبار المسائل التالية:

- من يستطيع تقديم المعلومات - الأطراف المعنية هي مصدر جيد للمعلومات. ويمكن جمع المعلومات من الأشخاص ذوي الإعاقة وعائلاتهم، والبرامج المجتمعية الأخرى، وهيئات الحكومة المحلية (مثلاً الدوائر الإحصائية الوطنية)، وغيرهم. ويمكن أيضاً لموظفي التأهيل المجتمعي وغيرهم من المهنيين أن يكونوا مصادر جيدة للمعلومات، حيث أنهم عادة ما يحتفظون بسجلات للأنشطة والتدخلات التي قاموا بها بالإضافة إلى ما تمخضت عنه من نتائج.
- كيف يمكن جمع المعلومات - توجد العديد من الطرق المختلفة لجمع المعلومات، وكل طريقة لها محاسنها ومساوئها. تستخدم عادة أكثر من طريقة واحدة لجمع معلومات للتقييم (انظر الجدول 5: طرق جمع البيانات).
- متى يجب جمع المعلومات - يمكن جمع المعلومات في مراحل مختلفة. إن جمع المعلومات قبل بداية البرنامج يوفر بيانات أساسية (انظر المرحلة الأولى: تحليل الحالة). والبيانات الأساسية ضرورية لقياس أثر برنامج التأهيل المجتمعي - فإذا كان الوضع قبل بدء البرنامج غير معروف، سيكون من الصعب تقييم ما إذا كان للبرنامج من أثر أم لا. ويمكن أيضاً جمع المعلومات أثناء مسيرة البرنامج (انظر المرحلة الثالثة: المتابعة) أو في نهاية البرنامج.



الجدول 5: طرق جمع البيانات

الطريقة	نوعية	كمية	الغاية الأساسية
الاستبيانات	X	X	للحصول على معلومات حول عدد من القضايا المعنية والمحددة بشكل جيد من الأشخاص ذوي الإعاقة والوالدين وغيرهم من الأطراف المعنية الرئيسية.
التقدير الفردي	X	X	لتقدير الوضع الحالي للرفاه والصحة والأنشطة اليومية.. إلخ. ويمكن قياس النتائج بالمقارنة مع تقارير دراسة الحالة الأولية.
المسوح		X	لتقدير التغيرات الحاصلة في المواقف والتغيرات في نوعية الحياة (يجد قياسها مقابل البيانات الأساسية) من خلال المسوح.
مراجعة الوثائق	X	X	لفهم السياسات الرئيسية للبرنامج وكيفية عمل البرنامج (مثلاً مراجعة السياسات، واللوائح، الإجراءات، والإدارة المالية والإدارية).
مراجعة السجلات		X	لأخذ فكرة عامة عن عدد وخصائص المستفيدين، والتقدم الحاصل، والتدخلات المنجزة، والعلاقة بين التدخلات والنتائج، وعبء العمل على العاملين في التأهيل.. إلخ.
المقابلات	X		لفهم وجهات نظر شخص ما أو انطباعاته أو تجاربه أو معرفة المزيد حول إجاباته عن الاستبيانات.
المشاهدة	X	X	لجمع معلومات دقيقة حول كيفية عمل البرنامج في الواقع، لاسيما حول العمليات والتفاعلات.
مجموعات النقاش المركزة	X		لسبر أغوار موضوع ما بتعمق من خلال مناقشات جماعية، مثلاً حول ردود الفعل تجاه تجربة أو اقتراح ما، وللوصول إلى فهم مشترك للمشاكل والقضايا.. إلخ.

تحليل المعلومات واستخلاص الاستنتاجات

بعد جمع المعلومات، ستحتاجون لفهمها. ويمكن لتحليل المعلومات أن يميّز الأنماط أو النزعات أو أي استنتاجات غير متوقعة، وأن يقرر فيما إذا كانت المعلومات تجيب عن أسئلة التقييم، وإذا كان الأمر كذلك، فإلى أي مدى. ويتم تحليل الأنواع المختلفة من المعلومات بطرق مختلفة. فعلى سبيل المثال، البيانات الكمية المستمدة من الاستبيانات أو الاختبارات أو السجلات غالباً ما يتم تحليلها باستخدام أساليب وبرامج إحصائية. والبيانات النوعية المستمدة من المقابلات والمناقشات الجماعية عادة ما يجري تحليلها من خلال هيكلتها وتنظيمها وفقاً لفئات ومواضيع رئيسية. وبعد تحليل المعلومات، سيكون من الممكن استخلاص الاستنتاجات وإصدار التوصيات بشأن البرنامج.

يعد التقييم عديم الفائدة إذا لم يتصرف أحد بناءً على استنتاجات وتوصيات ذلك التقييم. لذلك من الضروري الإبلاغ عن النتائج وتبادلها. وتوجد طرق مختلفة لعمل ذلك: على سبيل المثال يمكن كتابة تقرير رسمي عن التقييم، أو يمكن تقديم نتائج التقييم في اجتماع لأعضاء المجتمع، أو يمكن كتابة مقال لصحيفة محلية، أو إعداد دراسة حالة في رسالة إخبارية يتم تعميمها على المؤسسات الأخرى، أو كتابة مقال لمجلة، أو تقديم ورقة في مؤتمر. وبعد إجراء التقييم، من الضروري أيضاً التفكير والتعلم من الأنشطة التي نجحت وتلك التي لم يحالفها النجاح، وما الأمور الصحيحة التي تقومون بها وما الذي تفعلونه بشكل خاطئ. ويجب أن تنعكس نتائج التقييم على عملية صنع القرارات المتعلقة بالجوانب المتنوعة من البرامج: ما الذي يجب أن يستمر، وما الذي يجب أن يتغير، وما الذي يجب أن يتوقف، وأي الممارسات الناجحة يمكن تعميمها، وما هي المجالات والأوليات الأخرى في المجتمع التي تستوجب المعالجة.

المراجع

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

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

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

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

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

Düring I, ed. *Disability in development: experiences in inclusive practices.* Lyon, Handicap International, 2006 (http://www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general_article_46088.html, accessed 5 May 2010).

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

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

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

Handicap International/ Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association (SHIA)/ Swedish Disability Federation (HSO). *A guidance paper for an inclusive local development policy.* Make Development Inclusive, 2009 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 5 May 2010).

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

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

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

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

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

Ojwang VP, Hartley S. *Community based rehabilitation training in Uganda: an overview.* (<http://www.asksource.info/cbr-book/cbr04.pdf>, accessed 5 May 2010).

Shapiro J. *Monitoring and evaluation.* Johannesburg, World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS) (undated) (<http://www.civicus.org/new/media/Monitoring%20and%20Evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

Thomas M. *Evaluation of CBR programmes* (<http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/workshop95/CBR%20evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

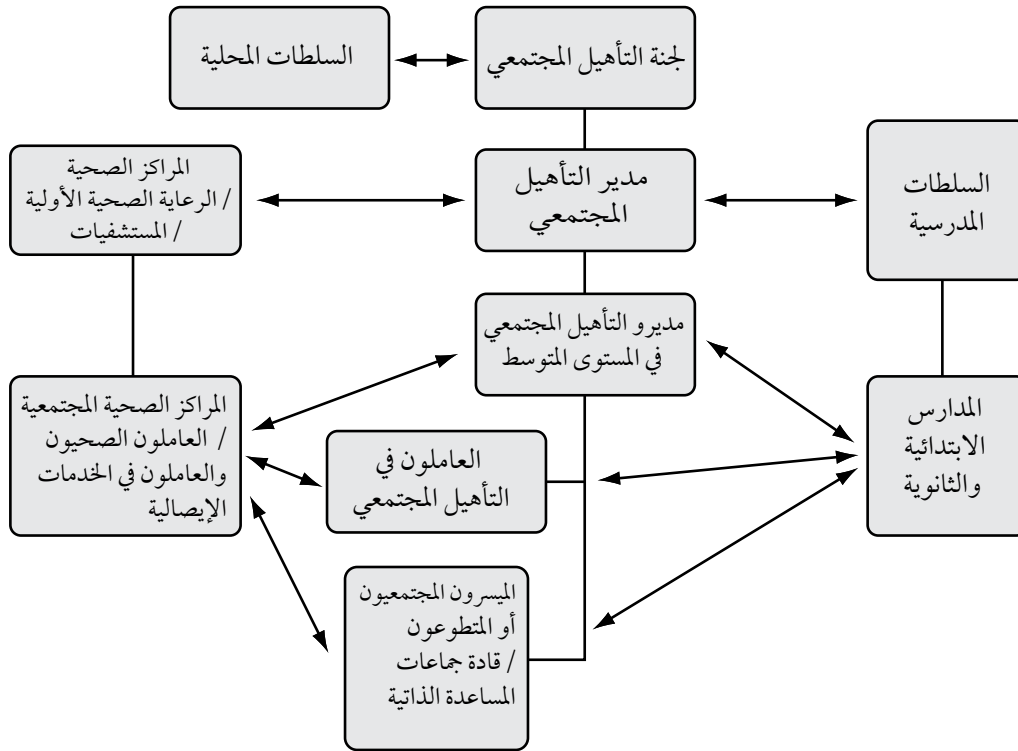
Thomas M, Thomas MJ, eds. *Manual for CBR planners*. Bangalore, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal Group, 2003 (http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/Manual%20for%20cbr_planners.pdf, accessed 5 May 2010).

WWF standards of conservation project and programme management. WWF, 2007 (http://www.panda.org/what_we_do/how_we_work/programme_standards/, accessed 5 May 2010).

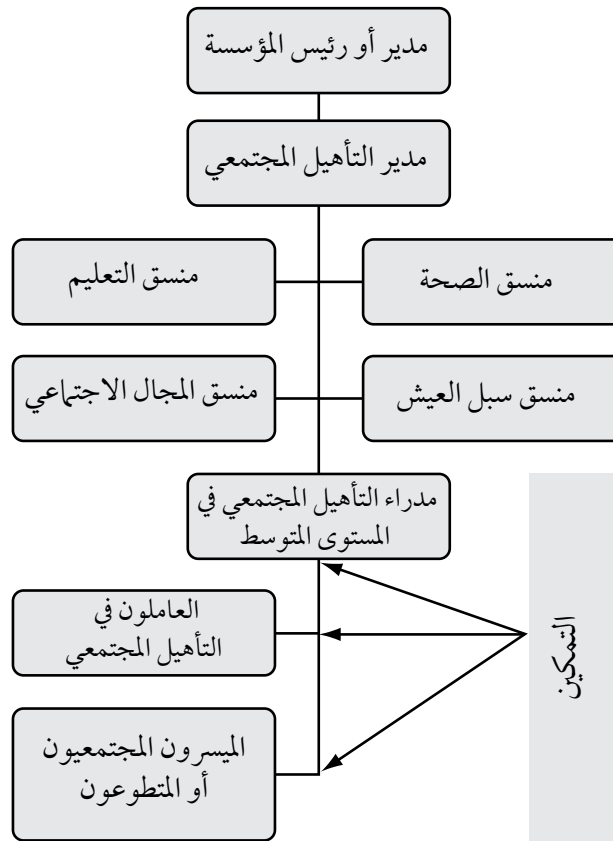
Zhao T, Kwok J. *Evaluating community based rehabilitation: guidelines for accountable practice*. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific/ Regional NGO Network for Asia and the Pacific Decade of Disabled Persons 1993 -2002/ Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific Region, 1999 (<http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/z00021/z0002101.html#contents>, accessed 5 May 2010).

ملحق: أمثلة على هياكل الإدارة في برامج التأهيل المجتمعي

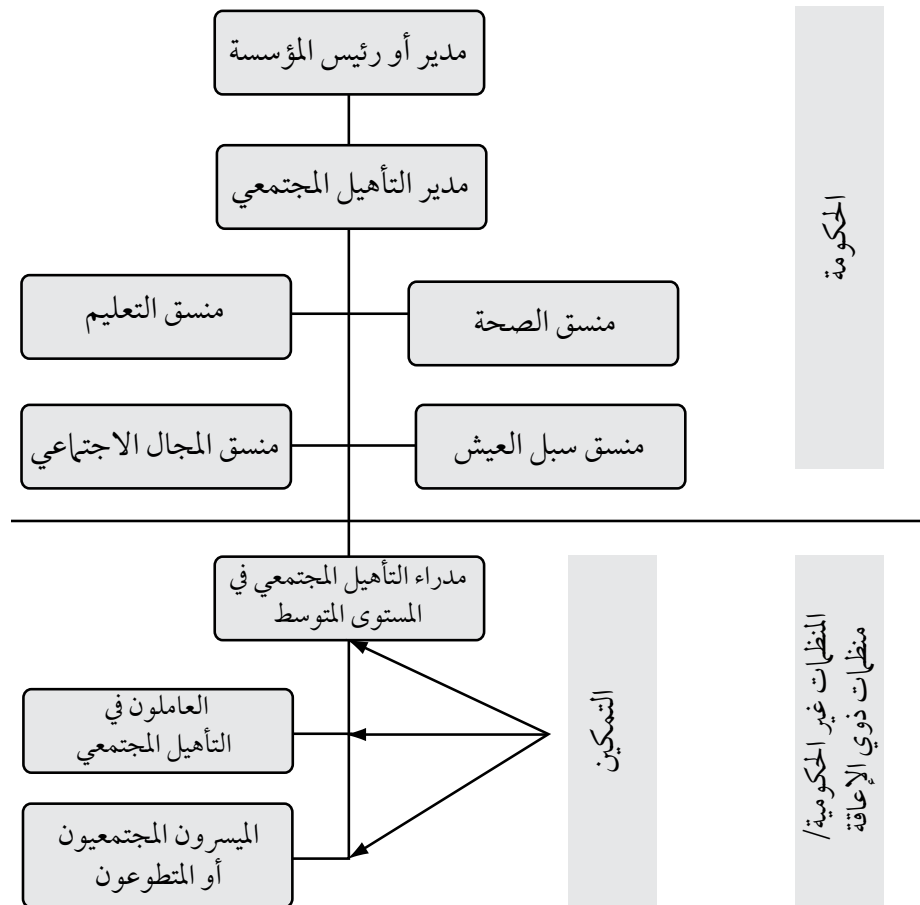
برنامج للتأهيل المجتمعي على المستوى المحلي



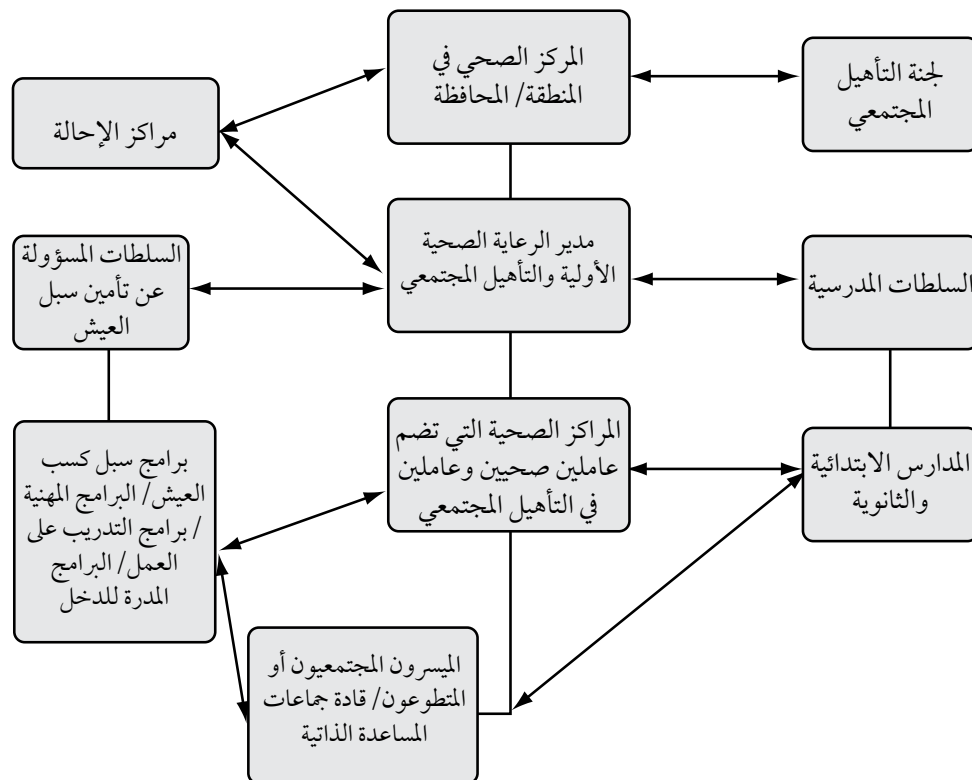
برنامج للتأهيل المجتمعي على مستوى المقاطعة / دون المقاطعة
تديره الحكومة المحلية أو منظمات غير حكومية



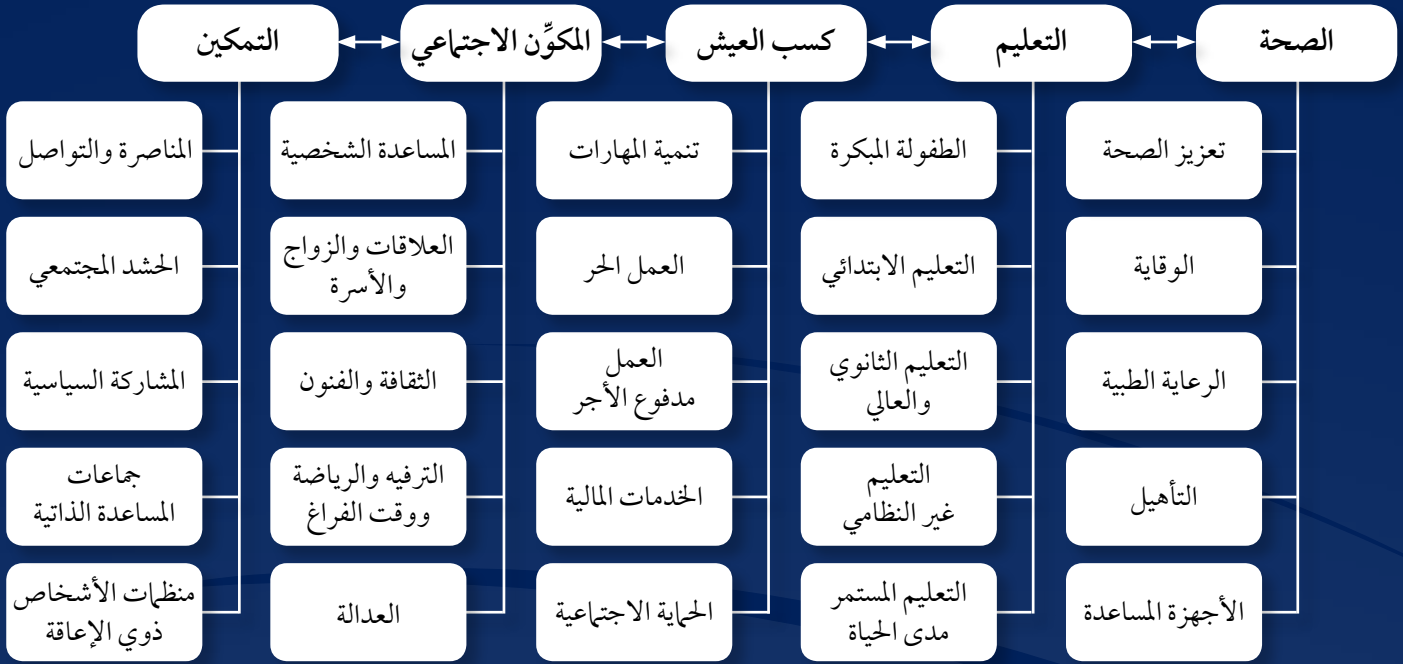
برنامج للتأهيل المجتمعي يدار بواسطة شراكة بين القطاعين العام والخاص



برنامج للتأهيل المجتمعي تديره وزارة الصحة



مصفوفة التأهيل المجتمعي



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

ISBN 978 92 9021 877 7



السعر: 25 دولار أمريكي