

كُتَيْبُ تَكْمِيلِي



التأهيل المجتمعي الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي



منظمة العمل الدولية

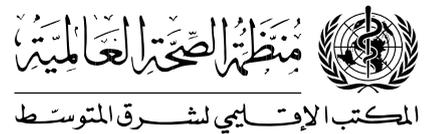


المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

كتيب تكميلي

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. الإتحاد الدولي
للإعاقة والتنمية
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WB 320) (ISBN: 978-92-9021-877-7)
(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9021-889-0)

© منظمة الصحة العالمية، 2012

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات 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 تحومها. 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.

الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي

كتيب تكميلي

المحتويات

- 1 تمهيد
- 3 التأهيل المجتمعي والصحة النفسية
- 21 التأهيل المجتمعي وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV /AIDS) ...
- 33 التأهيل المجتمعي والجذام
- 47 التأهيل المجتمعي والأزمات الإنسانية

التأهيل المجتمعي والصحة النفسية

المقدمة

الصحة النفسية هي حالة من العافية يدرك معها الشخص، ذكراً كان أم أنثى، قدراته الخاصة، ويكون بوسعه التعامل مع ضغوط الحياة العادية، ويمكنه أن يعمل بشكل منتج ومثمر، ويصبح قادراً على الإسهام في مجتمعه (1). والصحة النفسية هي جزء لا يتجزأ من الصحة العامة، وهي ضرورية لرفاه الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والمجتمعات الكبرى وقيامهم بوظائفهم (انظر المكون الصحي).

لا تحظى الصحة النفسية بأولوية عالية في أجندة التنمية وفي المجتمع بشكل عام. وهناك نقص في المعرفة بقضايا الصحة النفسية، فيما يجري وصم الأفراد الذين لديهم مشاكل مرتبطة بالصحة النفسية والتعامل عليهم والتمييز ضدهم على نطاق واسع. في كل مجتمع، يوجد أشخاص يعيشون بمشاكل في الصحة النفسية، وهؤلاء قد يتم عزلهم والإساءة إليهم وحرمانهم من حقوقهم الإنسانية الأساسية. وتسلب اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2) الضوء على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يشملون أولئك الذين لديهم «علل نفسية» وتؤكد الحاجة إلى (أ) ضمان تمتعهم الكامل وعلى قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية؛ و(ب) تعزيز مشاركتهم في المجالات المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية عبر فرص متكافئة مع الآخرين.

لا يملك الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية سوى إمكانية محدودة جداً للحصول على الدعم والخدمات الصحية، خاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض، وتاريخياً قد تم إقصاؤهم من برامج التأهيل المجتمعي. غير أن تقييماً أجري لبرامج التأهيل المجتمعي بالنسبة للأشخاص الذين لديهم فصام مزمن في ريف الهند أظهر أنه يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تحقق نتائج إيجابية لمن لديهم مشاكل في الصحة النفسية، خاصة عندما تكون الموارد فقيرة (3).

تتعلق هذه الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي تتعلق بجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم أولئك الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية — إن العديد من القضايا التي تؤثر في الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية هي ذاتها التي تؤثر بأي فئة من الأشخاص الذين لديهم إعاقات أخرى. وبالتالي يجب الرجوع إلى المكونات الأخرى لدى تناول هذا الأمر بالبحث، غير أن هذا القسم يقدم توجيهاً إضافياً فيما يتعلق بإدماج من لديهم مشاكل في الصحة النفسية في أنشطة التأهيل المجتمعي، حيث أنه من المسلم به أن العديد من برامج التأهيل المجتمعي تملك خبرة محدودة في العمل في هذا المجال.

واللغة المستخدمة عند الإشارة إلى الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية يمكن أن تكون محيرة بسبب استخدام العديد من المصطلحات المختلفة، مثل المرض النفسي، والمرض النفسي الخطير، والاضطراب النفسي، والعلل النفسية، وحالة الصحة النفسية، والاضطرابات السلوكية، والجنون، والصحة النفسية المعتلة، ومستخدمي الطب النفسي الحاليين والسابقين، والإعاقة النفسية الاجتماعية. ويستخدم هذا القسم تعبير «الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية» حيث إن هذا التعبير سهل الفهم والترجمة؛ ويشمل الأشخاص الذين لديهم حالات مرضية مثل الاكتئاب المزمن، والفصام، والاضطراب ثنائي القطب، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان.

كوكورون

في عام 2002، تأسست منظمة كوكورون، وهي منظمة غير ربحية، في مقاطعة فوكوشيما في اليابان من قبل أعضاء من المجتمع المحلي، بمن فيهم رئيس البلدية واختصاصي الصحة النفسية المجتمعية. والاسم كوكورون الذي يعني القلب و/ أو العقل، جرى اختياره من قبل المجتمع الأوسع. وكان تركيز كوكورون على تنمية المجتمع، باعتبار أن الفقر كان قضية مثيرة للقلق في المنطقة، وهدفت إلى تنمية ودعم المجتمع ككل، بحيث يستطيع الأشخاص ذوو الإعاقة وغير ذوي الإعاقة العيش بحقوق متكافئة وأمان وكرامة.

في البداية، قامت كوكورون بالتوعية وطورت قدرة أعضاء المجتمع وموظفيها وأعضاء مجلس الإدارة، من خلال إقامة سلسلة من ورشات العمل على مدى ثلاث سنوات. وبدعم من السلطة المحلية والمجتمع المحلي، دُعي الأشخاص ذوو الخبرة من قطاعات التنمية المختلفة لإدارة ورشات العمل هذه.

ثم عملت كوكورون باتجاه إنشاء عدد من الأنشطة المدرة للدخل في المجتمع. وحيث أن المصدر الكبير للدخل في المنطقة المحلية هو الزراعة، فقد قررت كوكورون تطوير العديد من أنشطتها لتتمحور حول هذه الصناعة. فتحت كوكورون محلات ومقاهي سميت كوكورويا لبيع المنتجات المحلية من الخضروات، وفطر عيش الغراب، والفواكه والمشروبات، ولتقديم وجبات الغذاء والحلويات. أصبحت كوكورويا في وقت قصير تمثل مكاناً لاجتماع الناس يحظى بشعبية كبيرة بين الأشخاص المحليين، خاصة بعد الإعلان عنها في الصحف وعلى التلفاز.

في آذار/ مارس 2004، فتحت كوكورون مركزاً مجتمعياً في قرية إيزوميزاكي لدعم الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية. أصبحت كوكورون على دراية بأن الأشخاص ذوي الإعاقة، خاصة الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، قد تم تهميشهم في المبادرات العامة للتنمية. وقد أنشأت كوكورون عدداً من سبل الدعم للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأسرههم، بما فيها خدمة الاستشارة والإقامة السكنية والتعليم والتدريب والدعم المرتكزين إلى العمل.

وقد تم الآن إدراج العديد من الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية في أنشطة متنوعة مدرة للدخل - وهم القوة العاملة الكبرى في كوكورويا - وأيضاً في أعمال أخرى في المجتمع. تغيرت حياتهم؛ وابتوا لا يعانون بعد الآن من العزلة الاجتماعية المرافقة للعيش في مرافق علاج الأمراض النفسية، وهم قادرون على العمل في بيئة مرحة وملائمة، وقد تحسنت صحتهم وأوضاعهم الاجتماعية الاقتصادية، وأخذوا يشعرون اليوم بمشاعر الرضى والاستقلال.



إن كوكورون مثلاً جيداً للتنمية المجتمعية الدامجة، حيث يشكل ذوو الإعاقة، خاصة الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، جزءاً أساسياً لا يتجزأ من المجتمع وحياة المجتمع.

الهدف

دعم الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية لتمكين إدماجهم ومشاركتهم في جميع أوجه حياة المجتمع.

دور التأهيل المجتمعي

إن دور برامج التأهيل المجتمعي هو تعزيز وحماية حقوق الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، ودعم شفائهم، وتسهيل مشاركتهم وإدماجهم في أسرهم، وتعزيز الصحة النفسية لدى جميع أفراد المجتمع.

النتائج المرجوة

- تقدير أهمية الصحة النفسية من قبل جميع أفراد المجتمع والاعتراف بها كمطلب لتنمية المجتمع.
- إدماج الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية في برامج التأهيل المجتمعي.
- زيادة وعي المجتمعات بشأن الصحة النفسية، مع الحد من الوصم والتمييز ضد الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية.
- تمكُّن الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية من الوصول للتدخلات الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية لدعم عملية تعافيتهم.
- حصول أفراد الأسرة على الدعم المعنوي والعملي.
- تمكين الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، مع زيادة وتيرة إدماجهم ومشاركتهم في حياة الأسرة والمجتمع.



مشاركة المجتمعات المحلية في التأهيل المجتمعي

في إحدى البقاع شديدة الحرمان في الريف الهندي، قام شاتيرجي وزملاؤه في العمل (3) بتكييف مبادئ التأهيل المجتمعي، خاصة استخدام الموارد المحلية وإشراك الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية والأسر والمجتمعات المحلية، لتكملة خدمات الصحة النفسية المتخصصة وبالتالي تحسين فرص الوصول والإنصاف ومقبولية التدخلات.

وجرى تدريب أعضاء محليين من المجتمع كعاملين في التأهيل المجتمعي لتقديم الخدمات المنزلية الشاملة، مثل تبيين من لديهم فصام مزمن وضمان وصولهم إلى الفريق الإكلينيكي العامل في العيادات الإيصالية، والقيام بالمتابعة المنتظمة والرصد، وتعليم الأشخاص وأسرتهم، والتخطيط لتدخلات التأهيل.

بالإضافة إلى ذلك، تم القيام بجهود متضافرة لتعزيز الوعي، ومواجهة الوصم، وتيسير التأهيل الاقتصادي والاجتماعي. في معظم القرى، شكلت أسر الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وغيرهم من الأعضاء المعنيين جماعات للمساعدة الذاتية بهدف تعزيز إعادة الاندماج الاجتماعي والاقتصادي للأعضاء المحليين الذين لديهم اضطرابات نفسية شديدة.

كانت النتائج الإكلينيكية وتلك المتعلقة بالإعاقة بالنسبة للمستفيدين ضمن برنامج التأهيل المجتمعي أفضل من تلك الخاصة بالمستفيدين الذين تلقوا الرعاية الخارجية فقط. وهذه المقاربة لتقديم الخدمة ركزت على تمكين المستفيدين، وتعبئة موارد المجتمع القائمة، والربط بين القطاعات (قطاعات الرفاه والحكومة المحلية والصحة)، وتبني منظور حقوق الإنسان.

إن نجاح برنامج التأهيل المجتمعي قد دفع لجنة الصحة في حكومة المقاطعة، بالشراكة مع منظمة غير حكومية، لضم خدمات الصحة النفسية في عملية التخطيط وإعداد الميزانية، بغرض رفع مدى تغطية البرامج بحيث يشمل المقاطعة بأكملها (4).

المفاهيم الرئيسية

الصحة النفسية والتنمية المجتمعية

يترافق الفقر مع مشاكل الصحة النفسية (انظر الكتيب التمهيدي ومكوّن الصحة) – إذ يمكن أن يكون الفقر سبباً ونتيجة معاً. إن الأشخاص والمجتمعات التي تعيش في فقر يواجهون عبئاً كبيراً من الضغط البيئي والنفسي (من قبيل العنف، وضيق فرص الحصول على الموارد، والبطالة، والإقصاء الاجتماعي، وعدم الأمان)، ويتزايد خطر تعرضهم لمشاكل الصحة النفسية (5). كما قد يفاقم الفقر مشكلة الصحة النفسية القائمة ويزيد الشعور باليأس وانعدام الخيلة. ويواجه الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية الفقر لأنهم أكثر عرضة لمصادفة العوائق التي تحول بينهم والتعليم، والتوظيف، والسكن، والإدماج – وهذه حلقة مفرغة من الصعب الهروب منها.

يمكن استخدام التنمية المجتمعية والاقتصادية لاستعادة الصحة النفسية وتعزيزها، فبرامج تنمية المجتمع التي تهدف إلى الحد من الفقر، وتحقيق الاستقلالية الاقتصادية، وتمكين النساء، والحد من سوء التغذية، وزيادة محو الأمية والتعليم، وتمكين الفئات الفقيرة المعتمدة سوف تساهم في تعزيز الصحة النفسية والوقاية من مشاكل الصحة النفسية (5). أما المجتمعات التي يتمتع أفرادها بصحة نفسية جيدة فهي مؤهلة بشكل أفضل لحل مشاكلها، وإنشاء شبكات اجتماعية وتعزيز الدعم المتبادل. وعلى التأهيل المجتمعي، كجزء من التنمية المجتمعية، أن يأخذ في الحسبان حاجات الصحة النفسية لجميع أفراد المجتمع، وأن يشرك قادة المجتمع وأعضاءه في هذه العملية. كما يمكن للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية أن يساهموا في تنمية مجتمعاتهم.

الخرافات الشائعة حول مشاكل الصحة النفسية

يوجد في الغالب فهم محدود جداً ضمن المجتمع حول مشاكل الصحة النفسية، وظهرت العديد من الخرافات في هذا الإطار. تشمل الخرافات الشائعة ما يلي.

- مشاكل الصحة النفسية غير شائعة. توجد مشاكل الصحة النفسية في الواقع في جميع الأعمار، والمناطق، والبلدان والمجتمعات. ويقدر أن حوالي 450 مليون شخص لديهم مشاكل في الصحة النفسية، وأن واحداً من أصل أربعة أشخاص سوف يتأثرون بها في مرحلة ما خلال حياتهم (6).
- الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، خاصة أولئك الذين لديهم حالات الذهان مثل الفصام يتسمون بالسلوك العنيف ويهددون سلامة الآخرين إذا ما سمح لهم بالعيش في المجتمع. أغلب الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية هم في الحقيقة بعيدون عن العنف. ولدى نسبة صغيرة من الناس، تترافق مشاكل الصحة النفسية مع خطر متزايد للعنف (6،7). ويتوافق في كثير من الأحيان خطر العنف مع عوامل إضافية، مثل تعاطي مواد الإدمان والتاريخ الشخصي وضغوطات البيئة المحيطة (8). أما الأشخاص الذين لديهم ذهان فهم بعيدون عن العنف، بل هم في كثير من الأحيان خائفون ومشوشون ويائسون.
- مشاكل الصحة النفسية كلها من الصعب علاجها ولن يتحسن المرضى أبداً. في الحقيقة هناك العديد من التدخلات الفعالة المتوفرة لمعالجة مشاكل الصحة النفسية؛ ويمكن لها أن تمكن الشخص من الشفاء بشكل كامل أو إبقاء الأعراض تحت السيطرة.
- مشاكل الصحة النفسية تحدث بسبب ضعف الشخصية. في الواقع، مشاكل الصحة النفسية هي نتاج عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية.

الوصم والتمييز

إن الوصم والتمييز ضد الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية منتشر ويؤثر في جميع مجالات الحياة بما فيها حياتهم الشخصية وحياة المنزل والأسرة، والعمل، وحتى في قدرتهم على الحفاظ على المعايير الأساسية للحياة. ويصف الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، في الغالب، ما يواجهونه من وصم وتمييز على أنه أسوأ من حالتهم النفسية الأصلية. كما أن أفراد أسرة ممن لديهم مشاكل في الصحة النفسية هم أيضاً عرضة للفهم المحدود والمواقف المتحيزة والسلوك التمييزي (7).

وقد يؤدي الوصم إلى الوصم الذاتي، حيث يقوم الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم بتبني مواقف المجتمع السلبية تجاههم (9). وفي الواقع قد يبدأون بتصديق ما يقوله الآخرون ويؤمنون به، مما يؤدي غالباً إلى لوم النفس وضعف تقدير الذات.

إن توقع الرفض بسبب الوصم قد يؤدي بالأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية إلى الحد من شبكات اتصالهم الاجتماعية وعدم الاستفادة من فرص الحياة. وهذا، بالمقابل، قد يؤدي إلى العزلة، والبطالة، وانخفاض الدخل (9). والتمييز، سواء الذي يمر به المرء أو يتوقع حدوثه هو السبب الرئيسي لإخفاء العديد من الأشخاص مشاكل الصحة النفسية لديهم وعدم سعيهم إلى طلب المساعدة.

حقوق الانسان

في العديد من البلدان، يواجه الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، بشكلٍ روتيني، انتهاكات لحقوق الانسان. وكثيراً ما تحدث هذه الانتهاكات في المؤسسات النفسية من خلال الرعاية والعلاج غير الكافيين والمهينين والمؤذنين، بالإضافة إلى ظروف العيش غير الصحية واللاإنسانية. وتحدث الانتهاكات أيضاً ضمن المجتمع، حيث يكون الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية غير قادرين على ممارسة حرياتهم المدنية ويملكون إمكانية محدودة للحصول على التعليم والعمل والسكن (10).

إن كل شخص، بما في ذلك الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، يملك حقوقاً إنسانية. وتنطبق جميع الاتفاقيات العامة الدولية لحقوق الانسان على الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وتتم حماية حقوقهم من خلال مبادئ المساواة وعدم التمييز (7)، كالإعلان العالمي لحقوق الانسان مثلاً. بالإضافة إلى ذلك توجد أيضاً اتفاقيات تنطبق على الأشخاص الذين لديهم مشاكل نفسية بشكل أكثر تحديداً، مثل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2).

وفيما أن السياسة والتشريع مطلوبان في البلدان لضمان تلبية معايير حقوق الانسان العالمية بالنسبة للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، فيمكن لجميع المجتمعات الآن أن تبدأ بالتحرك والعمل باتجاه حماية وتعزيز وتحسين حياة وعافية الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية.

الرعاية الصحية

قد يتطلب الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية الحصول على رعاية صحية متخصصة و/أو رعاية صحية عامة.

بالنسبة لمشاكل الصحة النفسية

هناك مجموعة من تدخلات الرعاية الصحية المتوفرة التي يمكن أن تعزز شفاء من لديه مشاكل في الصحة النفسية. وقد تشمل التدخلات الطبية وصف عقاقير ذات تأثير نفسي (مضادات الالتهاب، مضادات الاكتئاب، مثبتات المزاج) ومعالجة الحالات الصحية البدنية المرافقة. ويمكن للتدخلات النفسية أن تشمل واحداً أو أكثر مما يلي: التثقيف حول الحالة، وخيارات العلاج، والاستشارة، والمعالجة النفسية الفردية أو الجماعية، والتدخلات الأسرية.

في العديد من الثقافات، يترافق مفهوم الصحة النفسية مع المعتقدات الدينية أو الروحية أو الخارقة للطبيعة. لذا، غالباً ما يتم استشارة رجال الدين والمطبيين الشعبيين أولاً. ومن المهم أن ندرك أن ممارسات المطبيين الشعبيين، من

خلال بعض الممارسات التقليدية المعينة مثلاً، يمكن أن تتنوع بشكل كبير – قد تكون بعض طرق المعالجة ضارة، في حين أن البعض الآخر ليس كذلك. وثمة حاجة إلى مقارنةٍ للرعاية الصحية تراعي الثقافة السائدة وتأخذ بالاعتبار تقاليد الاستشفاء المحلية، وتبادل الخبرات وتطوير الفهم المتبادل.

الإطار 3 غانا

الشراكة مع المطبين الشعبيين

في غانا، يستشير أكثر من 75٪ من الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية المطبين الشعبيين كخطوة أولى في رحلة علاجهم. لذا فإن العمل مع المطبين الشعبيين هو أساسي لضمان عافية الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم. وتعمل منظمة الاحتياجات الأساسية لغانا (Basic Needs Ghana) مع المطبين الشعبيين لضمان إحداث التغيير الإيجابي والتقدم في وضع الصحة النفسية في غانا. وتستضيف المنظمة منتدى لجمعية المطبين الشعبيين وتقدم التدريب والتوجيه حول قضايا متنوعة في الصحة النفسية، بما فيها التعافي.

ورغم أنه تم التعرف على تدخلات فعّالة لتدبير مشاكل الصحة النفسية، إلا أن توفر الرعاية الصحية المتخصصة محدود جداً. فالنقص في الأطباء النفسيين، وممرضات الرعاية النفسية، والمعالجين النفسيين، والعاملين الاجتماعيين يشكل أحد العوائق الرئيسية أمام تقديم المعالجة والرعاية في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض (11). وإذا ما توافرت الأدوية، فإن أسعارها في الغالب مرتفعة جداً كما هو شأن رسوم المختصين، ولذا فإن العديد من الأشخاص في البلدان ذات الدخل المنخفض لا يملكون سوى إمكانية محدودة للحصول على الرعاية المتخصصة.

أما عندما تكون الرعاية الصحية المتخصصة متاحة للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، فإنها تكون في الغالب غير ملائمة. إذ يتم الإبلاغ بشكلٍ روتيني عن انتهاكات حقوق الإنسان للمرضى النفسيين في أغلب البلدان، بما يشمل التقييد البدني، والعزل، وحرمان المريض من الاحتياجات الأساسية، وعدم احترام خصوصيته (11). ويتردد العديد من الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية في طلب الرعاية الصحية بسبب الخوف من إدخالهم رغماً عنهم ومعالجتهم في مرافق الصحة النفسية (12). وغالباً ما يشعر مستخدمو خدمات رعاية الصحة النفسية الحاليين والسابقين بالتعالي والإذلال الممارس عليهم من قبل المختصين في الصحة النفسية؛ وهم غالباً لا يتلقون المعلومات حول حالاتهم الصحية ويعاملون على أنهم غير قادرين على تحمل مسؤولية حياتهم واتخاذ القرارات بشأنها.

الرعاية الصحية العامة

يواجه الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية في الغالب معدلات أعلى من الأمراض الجسدية بالمقارنة مع عامة السكان. ومن الأكثر احتمالاً أن يصابوا بمشاكل صحية كبيرة، مثل البدانة وارتفاع ضغط الدم والسكري (13). وقد تبين أن الأشخاص الذين لديهم فصام يشهدون معدلات من المراضة والوفيات الناجمة عن المرض القلبي الوعائي، أعلى من عامة السكان، كما أنهم يتعرضون بشكل أعلى من المعدلات المتوقعة للأمراض المعدية، وأمراض الجهاز التنفسي، وبعض أشكال السرطان، والعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد يرجع هذا إلى عوامل تتعلق

بمشكلة الصحة النفسية التي لديهم (بما فيها تأثيرات الأدوية)، أو السلوكيات الصحية مثل التدخين والخمول البدني، أو النظام الصحي (14).

إن ضعف إمكانية الحصول على الرعاية الصحية بالنسبة للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية هو ظاهرة عالمية، ويؤدي إلى زيادة احتمال حدوث مخاطر صحية بالغة ومشاكل صحية كبيرة. وتعد أسباب محدودة فرص الحصول على الرعاية الصحية معقدة وتنطوي على الحرمان الاجتماعي، والصعوبات المادية في إمكانية الوصول، ونقص تشخيص الأمراض البدنية، والمعالجة غير المراقبة، وسوء تنظيم الخدمات الصحية (13).

التعافي

أن التعافي هو مفهوم أدخله الأشخاص الذين يملكون خبرة مباشرة في مشاكل الصحة النفسية (15). ولا يوجد تعريف عام للتعافي، حيث أنه عملية شخصية تنطوي على معانٍ مختلفة. ففي حين أن العديد من المختصين الصحيين ينظرون إلى كلمة «التعافي» على أنها تعني «الشفاء»، إلا أن مفهوم التعافي يتجاوز هذا المعنى ويشمل جميع جوانب الفعالية الوظيفية للمرء. والتعافي هو عملية النمو الشخصي والتحول بعيداً عن المعاناة والإقصاء - فهو عملية تمكن تركيز على نقاط القوة لدى الناس وقدراتهم في العيش حياة كاملة ومُرضية. وقد يوصف التعافي من قبل الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية بأنه الاستمتاع بما تقدمه الحياة من متع، أو السعي لتحقيق الأحلام والأهداف الشخصية، أو تطوير علاقات مُرضية، أو تعلم التعامل مع مشاكل الصحة النفسية رغم الأعراض والانتكاسات، أو الحد من الانتكاسات، أو التحرر من الأعراض، أو البقاء خارج المستشفى، أو الحصول على وظيفة (7).

الإطار 4

تفسير شخصي للتعافي

بالنسبة لي، التعافي يعني أن أشعر بالطمأنينة وراحة البال، وأن أكون سعيداً، ويعني الشعور بالراحة في العالم ومع الآخرين، والشعور بالأمل في المستقبل. ويشمل الاستفادة من جميع تجاربي السلبية لتجعلني شخصاً أفضل. كما أنه يعني ألا أخاف مما أنا عليه وما أشعر به. ويعني أن أكون قادراً على المجازفة الإيجابية في الحياة، وألا أخاف من العيش في الحاضر، كما يعني معرفة من أكون وأن أكون قادراً على أن أكون كما أريد (16).

قضايا معينة تتعلق بالصحة النفسية

الأطفال والمراهقون

كما هو حال البالغين، يتعرّض الأطفال والمراهقون لمشاكل الصحة النفسية، لكن يتم إهمال مشاكلهم على نطاق واسع و/أو غالباً ما تشخص خطأً على أنها إعاقة ذهنية. وتشير التقديرات إلى أن حوالي 20٪ من أطفال ومراهقي العالم لديهم مشاكل في الصحة النفسية، كما أن هناك تشابهاً في أنواع المشاكل المشخصة ضمن الثقافات المختلفة (17). إن عدم إيلاء الانتباه الكافي للصحة النفسية لدى الطفل والمراهق قد يكون له عواقب تستمر مدى الحياة.

تتأثر الصحة النفسية للأطفال والمراهقين بالأسرة والمجتمع والبيئة الثقافية؛ فمعاناة الفقر والعنف والانتهاك الجسدي والجنسي والإهمال ونقص التحفيز قد يكون لها جميعاً تأثير. وهناك دليل على وجود رابط بين الصحة النفسية للأمم والنماء المعرفي والاجتماعي والعاطفي لطفلها (18). فالأطفال الذين يقومون برعاية والدين لديهم مشاكل في الصحة النفسية هم أيضاً عرضة للخطر، حيث أنهم قد لا يتلقون الانتباه والرعاية الكافية، وبالمقابل يتولون مستوى من المسؤولية عن والديهم بما يفوق قدراتهم.

ورغم أنه من الضروري تناول مشاكل الصحة النفسية عند الأطفال والمراهقين، إلا أنه يجب الحرص على عدم الإفراط في التشخيص وفي تطبيق المسميات النفسية على المشاكل المرافقة للحياة والتطور الطبيعيين خلال هذه الفترة، حيث يمكن أن يكون لهذا عواقب سلبية على كل من الأطفال والأسر.

النوع الاجتماعي

رغم أن معدل الانتشار العام لمشاكل الصحة النفسية متشابه بين الرجال والنساء، إلا أن هناك اختلافات تبعاً للنوع الاجتماعي عند الحديث عن مشاكل بعينها، فمثلاً لدى النساء احتمال أكبر لحصول مشاكل الصحة النفسية الشائعة، مثل القلق والاكتئاب، في حين أن لدى الرجال احتمالاً أكبر لتطور الاعتماد على المسكرات (19) والنجاح في أي محاولة من محاولات الانتحار.

وتوجد عوامل خطيرة لمشاكل الصحة النفسية الشائعة متعلقة بالنوع الاجتماعي، وتؤثر بشكل غير متناسب في النساء. ففي العديد من المجتمعات، تحتل النساء مكانة اجتماعية أدنى من الرجال، مما قد يؤدي إلى نهج السلوك الخاضع وظهور مشاعر الدونية، والتقدير المنخفض للذات والعجز، مما يجردهن من مهارات التكيف اللازمة. والنساء بشكل عام أقل نفوذاً من الرجال، وأقل إمكانية للحصول على الموارد، وأقل تحكماً بحياتهن. إن العنف البدني والجنسي القائم على النوع الاجتماعي، الممارس ضد النساء يؤدي إلى الإذلال والتبعية ومشاعر المحاصرة. كما أن الانتهاك الجنسي شائع جداً بالنسبة للنساء اللاتي يواجهن مشاكل الصحة النفسية. وعلاوة على ذلك، تعاني النساء في تفاعلهن مع الخدمات الصحية، من التمييز أكثر من الرجال.

أوضاع الأزمات

في أعقاب حالات الأزمات، يجب الأخذ بالاعتبار احتياجات الصحة النفسية للناجين، حيث أن تجربة الحرب وغيرها من الكوارث الكبيرة تترافق مع زيادة في مشاكل الصحة النفسية (11). وفي كثير من الأحيان، تكون الموارد الموجودة غير كافية، كما يجري الاستهانة بمقدار الوقت اللازم للتعامل مع الأحداث التي تسبب صدمة شديدة. والأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية المرتبطة بالصدمة قد يحتاجون الدعم العاطفي غير المتطفل، والتعليم والتشجيع على تبني الطرق الإيجابية في التكيف.

إن بعض الفئات، مثل الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم أولئك الذين لديهم مشاكل موجودة مسبقاً في الصحة النفسية، يكونون أكثر عرضة لخطر تطور مشاكل اجتماعية و/أو نفسية تلي حالات الأزمات (20). وقد لا يكون الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية حاضرين لتلقي الدعم أثناء حالات الأزمات بسبب العزلة، والوصم، والخوف، والإهمال الذاتي، والإعاقة، وضعف إمكانية الوصول. وقد يفقدون الدعم الاجتماعي الذي ساندتهم فيما مضى كنتيجة مباشرة للأزمة، أو قد يكونون معرضين لخطر متزايد من تحلي الأسر المجهدة بالعبء

الإضافي للرعاية عنهم (20). ومن الضروري أن تركز برامج التأهيل المجتمعي على الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية خلال حالات الأزمات، إذ بدون إيلاء انتباه خاص قد يتم إهمالهم أو نسيانهم (انظر التأهيل المجتمعي والأزمات الانسانية).

الأنشطة المقترحة

تعزيز الصحة النفسية

عند تعزيز الصحة النفسية، فإن العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية المؤثرة في الصحة النفسية، مثل الفقر والعنف والإهمال والانتهاك الجنسي، تتم معالجتها بالشراكة مع القطاعات ذات الصلة. ويمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تعزز الصحة النفسية في مجتمعاتها بالطرق التالية:

- إيجاد بيئات داخجة تحترم وتحمي الحقوق الأساسية لكل فرد، بمن فيهم الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية.
- تقوية شبكات المجتمع وتشجيع المسؤولية الجماعية لمنع تعاطي الكحوليات/ المخدرات، والتمييز على أساس النوع الاجتماعي، والعنف المجتمعي والأسري.
- تطوير شراكات مع الأطراف الأخرى المعنية بتعزيز الصحة والعافية النفسية، مثلاً العمل مع النوادي النسوية حول قضايا النوع الاجتماعي أو مع إحدى المنظمات المحلية غير الحكومية التي تركز على التدخلات المبكرة مع الأطفال.



- تعزيز التفاعل الإيجابي بين الآباء والأمهات من ناحية وأطفالهم من ناحية أخرى لتعزيز النمو في الطفولة.
- تعزيز البرامج المستندة إلى البيئة في المدارس، والتي تعزز الكفاءات الاجتماعية والعاطفية للطلبة للمساعدة في وقايتهم من تعاطي مواد الإدمان والعنف.
- العمل مع وسائل الإعلام لتغيير الصورة السلبية عن الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية. (انظر مكون الصحة: تعزيز الصحة).

الإطار 5 جامايكا

تعزيز التفاعلات الإيجابية

أظهر برنامج الزيارة المنزلية المنتظمة الذي يساعد الأمهات المحرومات اجتماعياً في توفير التحفيز المبكر للرضع في جامايكا، تأثيرات مفيدة على المدى البعيد على الصحة النفسية للمراهقين – بما فيها تعزيز الثقة بالنفس وانخفاض حالات التسرب من التعليم والسلوك المعادي للمجتمع.

تيسير الإدماج في برامج التأهيل المجتمعي

نقترح الفعاليات التالية لتسهيل إدماج الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية في برامج التأهيل المجتمعي:

- التأكد من تلقي موظفي التأهيل المجتمعي تدريباً دقيقاً فيما يتعلق بمشاكل الصحة النفسية ومن تبنيهم موقفاً إيجابياً تجاه دعم وإدماج الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية.
- التشاور مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم وإشراكهم في تخطيط وتنفيذ ورصد برامج التأهيل المجتمعي.
- بالتعاون مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأسرهم، تحديد العوائق الماثلة أمام تلبية الاحتياجات الأساسية، بما فيها الحصول على الخدمات الصحية، والتعليم، وكسب العيش، والضمان الاجتماعي، وتبينوا الحلول الممكنة لها.
- التعرف على موظفي الصحة النفسية و/ أو مستخدمي خدمات الصحة النفسية و/ أو أفراد الأسرة ممن يمكن أن يشاركوا كموارد بشرية في تدريب موظفي التأهيل المجتمعي.

التغلب على الوصم والتمييز في المجتمع

إن معرفة عامة الناس بمشاكل الصحة النفسية وإمكانية التعافي محدودة جداً. لتمكين الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية من المشاركة بفعالية في المجتمع، يجب معالجة الخرافات الشائعة، والممارسات المجحفة والتمييز. يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تلعب دوراً رئيسياً في تحقيق ذلك. تشمل الأنشطة المقترحة ما يلي:

- الحرص على أن يقوم موظفو التأهيل المجتمعي بمعاملة الناس بكرامة واحترام في كل الأوقات.
- تحديد الأفراد الأساسيين في المجتمع الذين يمكنهم أن يساعدوا برامج التأهيل المجتمعي في إعطاء رسائل وصور إيجابية حول الصحة النفسية. وقد يكون من ضمن أولئك الأشخاص أناس ذوو نفوذ مثل القادة السياسيين أو زعماء الدين المحليين.
- الاتصال بأفراد المجتمع الأساسيين الذين تم تحديدهم وتوفير المعلومات لهم بشأن قضايا الصحة النفسية في مجتمعاتهم، على سبيل المثال دعوتهم ليكونوا ضيوف شرف في أحداث تنظمها برامج التأهيل المجتمعي.
- مناقشة الطرق التي يمكن من خلالها لأفراد المجتمع أولئك أن يقدموا رسائل رئيسية حول مشاكل الصحة النفسية، مثلاً يمكن للزعماء الدينيين أن يقدموا تلك الرسائل عند مخاطبة أتباعهم.
- تحديد أفراد المجتمع وجماعته الذين يكون لديهم على الأرجح اتصال مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، والذين على الأغلب قد كونوا خلال اتصالهم هذا افتراضات ومواقف سلبية، مثلاً ضباط الشرطة، وموظفي الرعاية الصحية والمطبيين الشعبيين.
- إعداد الترتيبات اللازمة لتوفير التعليم والتدريب لأفراد المجتمع وجماعته. قدموا المعلومات الدقيقة حول مشاكل الصحة النفسية لتبديد الخرافات (من قبيل أن الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية يتسمون بالسلوك العنيف) ولجعل الناس يدركون أن هناك تدخلات فعالة،



من قبيل التدخلات الطبية والنفسية، يمكن أن تساعد الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية على التعافي.

- تعزيز حقوق الانسان ومواجهة السلوك التمييزي الذي يحدث في المجتمع تجاه الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم، لدى حدوثه. كونوا قدوة تحتذى، وتبنوا السلوكيات الإيجابية.

الإطار 6

تغيير التصورات التي يمتلكها البعض حول الصحة النفسية من خلال التواصل الشخصي

من المعروف أن التواصل الشخصي المباشر بين الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وعامة السكان فعال جداً في تغيير المواقف السلبية. قوموا بدعوة الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية إلى لقاءات مع أعضاء المجتمع أو الطلبة، حيث يمكن لهم مشاركة تجاربهم معهم. إن أولئك الأشخاص الذين تغلبوا على مشاكل الصحة النفسية ويلعبون أدواراً مُرضية على صعيد الأسرة والعمل والمجتمع هم مناصرون أقوياء في الكفاح ضد التمييز.

دعم عملية التعافي

يركز التعافي على نقاط قوة الأشخاص وقدراتهم لبدء حياة مثمرة ومرضية. إن عملية التعافي هي عملية شمولية وقد تنطوي على مزيج من التدخلات الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية.

تيسير الحصول على الرعاية الطبية

يجد الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية في البلدان ذات الدخل المنخفض صعوبة في الحصول على الرعاية الطبية بسبب الفقر، والمسافة البعيدة، وندرة الخدمات المتخصصة. يتعين على برامج التأهيل المجتمعي أن تعمل مع نظام الرعاية الصحية الأولية وموارد الصحة النفسية المحلية القائمة لتيسير الحصول على الرعاية الطبية المتخصصة والعامة معاً. نقتراح الأنشطة التالية في هذا المجال:

- تحديد البنى القائمة حالياً لتقديم الرعاية الصحية النفسية المتخصصة، ومواقعها، وأطقم العمل فيها، ومواردها، على سبيل المثال العيادات أو المشافي أو المؤسسات الإيوائية أو المراكز المجتمعية أو المنظمات غير الحكومية. ويمكن القيام بذلك على مستوى المجتمع و/أو المستوى الإقليمي و/أو الوطني.
- زيارة المؤسسات المقدمة لخدمات الصحة النفسية لبناء علاقة معها. احرص على تبادل المعلومات من خلال السؤال عن خدماتها (بما فيها توفر الأدوية نفسانية التأثير فيها)، والسياسات، وآليات الإحالة، وساعات العمل والتكاليف، وعبر تقديم معلومات عن التأهيل المجتمعي وكيف يمكن للتأهيل المجتمعي أن يساعدها في عملها.
- إعداد قائمة بالمطبيين الشعبيين والزعماء الدينيين في المجتمع والقيام



- بزيارتهم لتبادل الخبرات، وتبادل الأفكار، وبناء فهم واحترام متبادلين.
 - التأكد من أن موظفي التأهيل المجتمعي والرعاية الصحية الأولية قادرون على تسهيل الإحالة إلى مختصي الصحة النفسية عند الضرورة – قدموا التدريب عند الحاجة.
 - الحرص على أن يتم إعلام الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم بشأن التأثيرات الجانبية للأدوية نفسانية التأثير والتأكد من أنهم يفهمون هذه المعلومات.
 - تعزيز التعاون بين المربين الشعبيين وكوادر الرعاية الصحية لأنهم مصدر للعون للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية.
 - مساعدة الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية للحصول على الرعاية الصحية العامة من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية، عبر التوعية وتوفير المعلومات ذات الصلة إلى العاملين في الرعاية الصحية الأولية.
 - عند وجود برامج مجتمعية للصحة النفسية، بناء الشراكات وتعزيز العمل التعاوني معها – يمكن لبرامج الصحة النفسية المجتمعية أن تنصدي للاحتياجات الصحية/الطبية، في حين أنه يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تتناول الاحتياجات الأخرى، مثل فرص كسب العيش.
- (انظر المكون الصحي: الرعاية الطبية.)

الإطار 7 بليز

مقاربة شمولية للصحة النفسية

في بليز، تقابل المرضات العاملات في مجال الصحة النفسية المربين النفسيين لتبادل المعرفة والمهارات. اكتشفت المرضات أن بناء علاقات مع المربين الشعبيين في مجتمعاتهن يمكن أن يكون طريقة فعالة لتلبية احتياجات الصحة النفسية للمجتمع. ولضمان تبني مقاربة شمولية للرعاية الصحية النفسية يتم الاعتراف بالمقاربات التقليدية والشعبية معاً.

تيسير الحصول على الدعم النفسي

- في البلدان ذات الدخل المنخفض، قد يكون الحصول على الدعم النفسي المتخصص محدوداً جداً، يمكن القيام ببعض التدخلات الأساسية من قبل موظفي التأهيل المجتمعي. تشمل الأنشطة المقترحة ما يلي:
- تنظيم أو تقديم التدريب لموظفي التأهيل المجتمعي والرعاية الصحية الأولية في مجال الرعاية النفسية الأساسية. يجب أن يكون هذا التدريب مرعياً للثقافة السائدة ويمكن أن يشمل الدعم العاطفي (مهارات أساسية في تقديم المشورة)، والطمأننة، والمعلومات، وأساليب الاسترخاء.
- بناء علاقات إيجابية مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم على أساس من التواصل الصريح والثقة.
- العمل عن كثب مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، لتقديم الدعم لحل المشاكل وتدريب الأزمات تنمية مهارات التكيف.
- تبين أي التدخلات النفسية يمكن للمربين الشعبيين والزعماء الروحيين أن يقدموها للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم، وأفضل سبيل للحصول على هذا الدعم.

- تشجيع تشكيل جماعات المساعدة الذاتية للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية و/أو أفراد أسرهم، لتتيح لهم إمكانية الحصول على الدعم المتبادل والتمكين. وإذا كانت جماعات المساعدة الذاتية قائمة بالفعل في المجتمع، تسهيل إدماج الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية حينما يكون ذلك ملائماً.

تيسير الحصول على الدعم الاجتماعي

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تيسر الحصول على الدعم الاجتماعي بالطرق التالية:

- تحديد الخدمات الاجتماعية ذات الصلة، المتوفرة ضمن المجتمع المحلي.
- تحديد الاحتياجات الاجتماعية ووضع خطة بالحلول الممكنة، بالاشتراك مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم.
- العمل مع الأسر للتصدي لحقوق الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية، مع ضمان تلبية احتياجاتهم الأساسية (مثلاً الغذاء، النظافة، الملابس، المأوى).
- تقديم مقترحات لأفراد الأسرة بشأن طرق إدماج الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية في أنشطة الأسرة اليومية.
- تشجيع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم على الاستمرار بالتواصل الاجتماعي مع الأقارب والأصدقاء وعلى إعادة بناء العلاقات عند الضرورة. قد يكون من الضروري مساعدة الناس على تثقيف أقاربهم وأصدقائهم حول مشاكل الصحة النفسية التي لديهم.
- تحديد الأنشطة المجتمعية التي يمكن للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم المشاركة فيها – قد يكون من الضروري مرافقتهم في الجولات المجتمعية إذا كانت ثقتهم بأنفسهم ضعيفة وكان هناك عوائق كبيرة.
- التواصل المنتظم مع أولئك الأشخاص الذين لا يملكون شبكات الدعم الاجتماعي و/أو يعيشون في الشوارع و/أو يواجهون وصماً شديداً.
- بناء شراكات مع قطاعات التنمية المختلفة لضمان إمكانية تلبية احتياجات الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية – بما فيها الغذاء، والمأوى/المسكن اللائق، والتعليم، والعمل.
- حينما يكون الحصول على الأدوية صعباً بسبب عوامل التكلفة، تبين الطرق الكفيلة بالتغلب على هذه العقبة.

(انظر المكوّن الاجتماعي).

تيسير الحصول على فرص كسب العيش

أن المشاركة في أنشطة كسب العيش هي جزء هام في عملية التعافي. فبالإضافة إلى توليد الدخل، تعزز فرص كسب العيش التحرر والاستقلال الذاتي، وتحسن تقدير الذات، وتساهم في تأسيس شبكات اجتماعية، وتحقيق مكانة اجتماعية ذات قيمة، والتحكم بشؤون الحياة الشخصية. تشمل الأنشطة المقترحة لزيادة الحصول على فرص كسب العيش ما يلي:

- تحديد مبادرات التنمية في المجتمع، التي تركز على إدراج الدخل. والتواصل مع هذه المبادرات والعمل معها لضمان امتلاكها القدرة على إشراك الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية.
- تحديد فرص كسب العيش الأخرى المتوفرة ضمن المجتمع بالنسبة للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة

- النفسية . قد تشمل هذه مساعدة الأشخاص في العودة إلى وظائفهم السابقة أو إجراء اتصال مع الشركات المحلية التي تتبنى مواقف إيجابية بشأن توظيف الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية .
- عندما يصبح الأشخاص قادرين على العودة إلى وظائفهم السابقة، يتعين التعاون مع أصحاب العمل لإدخال التعديلات اللازمة على بيئة العمل. مثلاً، يوصى بأماكن العمل الهادئة إذا كان التركيز والحساسية للضوضاء يمثلان مشكلة لدى الفرد. ومن الممكن أيضاً تبني نظام ساعات العمل المرنة، وزيادة التدريجية لساعات العمل.
- إعلام أصحاب العمل بالتزاماتهم القانونية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة، والإشارة إلى التشريع ذي الصلة بهذا الأمر في البلد.

(انظر مكون سبل كسب العيش.)

الإطار 8 تنزانيا

عيش حياة ذات فائدة

بدأ برنامج متوارا للصحة النفسية العمل في تنزانيا بالشراكة مع خمس دوائر صحية تعمل على مستوى المقاطعة لوضع خيارات للمعالجة تكون ميسرة وبأسعار مقبولة ومتسقة، في المجتمع للأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية . خلال المرحلة الأولى من المشروع الرائد، تلقى 1026 شخصاً المعالجة ضمن مسافة قريبة من منازلهم وازداد هذا الرقم فيما بعد إلى 4711 شخصاً. وقد حسّن الحصول على المعالجة والدعم النفسي الاجتماعي نوعية حياة العديد من الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية. لقد أصبحت حياتهم أكثر استقراراً— إذ عاد عدد من الأشخاص إلى وظائفهم السابقة، في حين أن آخرين بدؤوا أعمالاً جديدة في مجتمعاتهم. وبحسب رأي مدير البرنامج: «بمجرد تعافي الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية من أعراضهم وشرعهم بالمشاركة في أنشطة مفيدة، فإن المواقف الاجتماعية تجاههم قد تغيرت أيضاً. إن هذه هي الأفضلية النسبية للمقاربة المجتمعية على المقاربة المؤسسية».

توفير الدعم لأفراد الأسرة

في البلدان ذات الدخل المنخفض، يمكن أن تكون الأسرة أكثر مصادر الصحة النفسية أهمية. نقتراح الأنشطة التالية:

- تقديم المعلومات لأفراد الأسرة بشأن مشاكل الصحة النفسية واستراتيجيات التلاؤم معها. تذكروا أن تحصلوا على إذن من الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية قبل تبادل المعلومات التي تخصهم مع الآخرين.
- مساعدة الأسر التي ترعى أشخاصاً لديهم العديد من الاحتياجات لتجنب الإرهاق من خلال تشجيع هذه الأسر على مشاركة أعباء الرعاية مع أفراد الأسرة والمجتمع الآخرين.
- تشجيع أفراد الأسرة على الانضمام لجماعات المساعدة الذاتية لتبادل تجاربهم مع الآخرين.

الأمهات يطلعن بعضهن على تجاربهن

تنتمي مجموعة من الأمهات في أوغندا إلى منظمة لأهالي الأطفال ذوي الإعاقة. هؤلاء الأمهات يذهبن بانتظام إلى مستشفى الأمومة المحلي لزيارة أمهات أخريات رزقن بأطفال ذوي إعاقة. تستمع أعضاء المجموعة إلى أولئك الأمهات، ويبدن تفهماً لمشاعر الحزن والخسارة التي قد تترافق مع الولادة، ويتبادلن معهن الحديث عن التجارب الإيجابية، مما يعيد لهن الأمل في المستقبل.

المساهمة في عملية التمكين

يرتبط التعافي من مشاكل الصحة النفسية بشكل كبير بالتمكين. وحيث أنه قد تمّ في مكوّن التمكين تقديم مراجعة تفصيلية لعملية التمكين وعرض قائمة شاملة بالأنشطة المقترحة، فإننا سندرج هنا مجموعة صغيرة منتقاة من الأنشطة:

- الحرص على أن يكون موظفو التأهيل المجتمعي يتعاملون ويتواصلون باحترام مع الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم.
- التيقن من أن الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم يملكون المعرفة والمهارات الشخصية. تأكدوا من وجود تركيز على مواطن القوة لدى الأشخاص، وشجعوهم على لعب دور فعال في عملية التعافي.
- تقديم المعلومات للأشخاص (وإذا كان ذلك مناسباً، إلى أفراد أسرهم) بشأن مشاكل الصحة النفسية لديهم دون فرض توصيفات غير ضرورية على الحالة. تأكدوا من أنهم على دراية بالحقوق التي يملكونها وكيفية ممارسة حقوقهم.
- جعل الناس على دراية بالمعالجة المتوفرة وخيارات الدعم في مجتمعاتهم لتمكينهم من اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة بشأن السبل التي يريدون سلوكها للمعالجة.
- ربط الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية وأفراد أسرهم مع جماعات المساعدة الذاتية.
- دعم وتشجيع جماعات المساعدة الذاتية لمناصرة تطوير خدمات مجتمعية للصحة النفسية تكون ميسرة، وذات تكلفة معقولة، ومقبولة.
- بالاشتراك مع الآخرين، العمل على رفع مستوى الوعي بشأن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتناول القوانين المحلية والوطنية بالمعالجة لتمكين الأشخاص الذين لديهم مشاكل في الصحة النفسية من ممارسة حقوقهم.

(انظر مكوّن التمكين.)

1. *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Summary report.* Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf, accessed 30 April 2010).
2. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/, accessed 30 March 2010).
3. Chatterjee S et al. Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:57–62.
4. Patel V et al. Global mental health 3: treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007, 370:991–1005.
5. *mhGAP: Mental health gap action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.* Geneva, World Health Organization, 2008 (www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf, accessed 30 April 2010).
6. *World health report 2001 – mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001 (www.who.int/whr/2001/en/, accessed 30 April 2010).
7. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness.* New York, Oxford University Press, 2006.
8. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 2009, 66(2):152–161.
9. Watson AC et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2007 (<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/sbl076v1>, accessed 30 April 2010).
10. *Mental health, human rights and legislation: WHO's framework.* Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/mental_health/policy/fact_sheet_mnh_hr_leg_2105.pdf, accessed 30 April 2010).
11. *10 facts on mental health.* Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index.html, accessed 30 April 2010).
12. *WHO resource book on mental health: human rights and legislation.* Geneva, World Health Organization, 2005 (www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf, accessed 30 April 2010).
13. Senior K. Greater needs, limited access. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:252–253.
14. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44:457–466.
15. Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15:140–153.
16. Schiff AC. Recovery and mental illness: analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004, 27(3):212–218.
17. *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions.* Geneva, World Health Organization, 2003 (www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf, accessed 30 April 2010).
18. Prince M et al. Global mental health 1: No health without mental health. *The Lancet*, 2007, 370:859–877.
19. *Gender and women's mental health.* Geneva, World Health Organization, (undated) (www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/, accessed 30 April 2010).
20. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings.* Geneva, 2007 (www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf, accessed 30 April 2010).

- Basic Needs. *Mental health and development. E-journal* (www.mentalhealthanddevelopment.org/, accessed 30 April 2010).
- Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. *World mental health casebook. Social and mental health programs in low-income countries*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002.
- Community mental health policy* (update of mental health policy from 2001). CBM, 2008 (www.cbm.org/en/general/downloads/19914/CBM_Community_Mental_Health_Policy.pdf, accessed 30 April 2010).
- Fisher D, Chamberlin J. *Consumer-directed transformation to a recovery based mental health system*, 2004 (www.power2u.org/downloads/SAMHSA.pdf, accessed 30 April 2010).
- Global Forum for Community Mental Health. *Mission statement, experiences, contacts, resources*, undated (www.gfcmh.com/, accessed 30 April 2010).
- Leff J, Warner R. *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge, Cambridge University Press, 2006.
- Patel V. *Where there is no psychiatrist. A mental health care manual*. London, Gaskell, 2003.
- Stastny P, Lehmann P, eds. *Alternatives beyond psychiatry*. Berlin, Peter Lehmann Publishing, 2007.
- World Association for Psychosocial Rehabilitation. *WAPR Bulletin* (www.wapr.info/wapr_bulletins.htm, accessed 30 April 2010).
- World Network of Users and Survivors of Psychiatry. *Human rights position paper of WNUSP*, 2001 (www.wnusp.net/wnusp%20evas/Dokumenter/Human%20Rights%20Position%20Paper.html, accessed 30 April 2010).

التأهيل المجتمعي وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (HIV /AIDS)

المقدمة

إن جهود الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) تستهدف غالباً المجموعات الرئيسية من السكان ممن يعتقد أن أفرادها معرضون للخطر بشكل أكبر، مثل العمّال المهاجرين، والعاملات بالجنس، والمثليين الجنسيين، ومتعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدية، والسكان الأصليين (1). لكن إحدى أكثر المجموعات السكانية في العالم عرضة – وهي الأفراد الذين يعيشون بإعاقات دائمة جسدية أو عقلية أو فكرية أو حسية – قد تم تجاهلها بالكامل تقريباً (2). فمن الشائع الافتراض أن الأشخاص ذوي الإعاقة ليسوا معرضين لخطر العدوى بالفيروس لأنه يعتقد أنهم غير نشيطين جنسياً، ومن غير المحتمل أن يتعاطوا المخدرات، وهم أقل عرضة لخطر الاغتصاب والعنف (3).

إن ملخص السياسة المشترك الصادر مؤخراً عن برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز (UNAIDS)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، ومكتب المفوض السامي للأمم المتحدة لحقوق الإنسان (OHCHR) بشأن الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية يقرّ بأن الأشخاص ذوي الإعاقة هم من المجموعات السكانية الرئيسية التي على قدر عالٍ من خطر التعرض للفيروس (4). غير أنه من النادر أن تقوم الحكومات وصانعو السياسة بمراعاة قضايا الإعاقة في السياسات والخطط المعنية بالفيروس. وهذه المسألة وعدد من العوائق الأخرى تجعل من برامج وخدمات الوقاية من الفيروس والإيدز، والمعالجة والرعاية والدعم غير متاحة وغير ميسرة لذوي الإعاقة.

في حين أن هذا القسم يركّز بشكل رئيسي على الأشخاص ذوي الإعاقة وتعرّضهم لفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والإمكانية المحدودة للوصول إلى البرامج والخدمات العامة، فإن برامج التأهيل المجتمعي يتعين عليها أيضاً الانتباه إلى أن الأشخاص المتعاشين مع الفيروس قد تكون لديهم إعاقة كنتيجة للمرض ومعالجته. من الممكن اعتبار الأشخاص المتعاشين مع الفيروس ذوي إعاقة، عندما يصبح لديهم اعتلالات، تمنعهم عند التفاعل مع بيئاتهم من المشاركة بصورة كاملة وفاعلة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين (5).

إن قضية الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز قد تم تجاهلها في العديد من برامج التأهيل المجتمعي. لكن



يمكن للتأهيل المجتمعي، بوصفه استراتيجية للتنمية المجتمعية الشاملة للجميع، أن يكون فعالاً في تسليط الضوء على الإعاقة في البرامج والخدمات المعنية بالإيدز وفيروسه. يتضمن التأهيل المجتمعي معالجة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، ويستجيب للحاجة إلى الإدماج الاجتماعي وتكافؤ الفرص بالنسبة للأشخاص المتعاشين مع الإيدز أو فيروسه الذين يمكن أن يمروا بتجربة الإعاقة، ويدعم تحقيق ذلك.

أليكسيا تضغط لسن قوانين تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة

أليكسيا مانومبي-نكوب، كانت أول عضو ذي إعاقة في تاريخ البرلمان النامبيي، علقت بأنه في العديد من البلدان الأفريقية يملك ذوو الإعاقة معدلات أعلى للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، مما هو الحال عليه لدى غير ذوي الإعاقة.

أكدت أليكسيا أن اللوم يقع على الاقصاء العام للأشخاص ذوي الإعاقة من التيار العام في المجتمع. إن الأشخاص ذوي الضعف البصري، على سبيل المثال، لا يمكنهم قراءة الملصقات أو الإعلانات الصحية التعليمية. فيما يفوت الأشخاص ذوو الإعاقات السمعية برامج التلفاز والإذاعة التي تعالج مسألة كيفية الوقاية من انتشار العدوى. أما أولئك الذين لديهم مشاكل في الحركة فلا يمكنهم في بعض الأحيان الوصول إلى المراكز الصحية للاستشارة أو إجراء الفحص. ونادراً ما تكون مواد التثقيف الصحي متوفرة بأشكال بديلة مثل طريقة برايل أو لغة الإشارة. في بعض الأحيان يتم استهداف ذوي الإعاقة بشكل مباشر. ويمكن إقناع النساء والفتيات ذوات الإعاقة الفكرية بسهولة بممارسة الجنس غير الآمن.

مع ذلك، كم عدد مقدمي الخدمة الصحية الذين يعالجون هذه القضايا حقاً في براجمهم؟ تستخدم السيدة مانومبي-نكوب منصبها لتضغط لسن قوانين جديدة حول الإعاقة في برلمان ناميبيا. فما لم يكن من الممكن لذوي الإعاقة الحصول على العلاج والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، سيكون من المستحيل تحقيق الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض.

منقول بتصرف عن (5)



الهدف

أن تكون هناك إمكانية وصول عام لبرامج وخدمات الوقاية والمعالجة والرعاية والدعم بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بالنسبة للأشخاص الذين لديهم إعاقة.

دور التأهيل المجتمعي

دور التأهيل المجتمعي هو (أ) ضمان أن يكون ذوو الإعاقة وأفراد أسرهم على دراية بالبرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في مجتمعاتهم المحلية؛ (ب) ضمان أن تكون البرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز ميسرة لذوي الإعاقة وأسرهم؛ (ج) شمول برامج التأهيل للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز ممن قد تكون لديهم إعاقة مؤقتة أو دائمة.

النتائج المرجوة

- تمكّن ذوي الإعاقة من الوصول إلى البرامج والخدمات العامة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- شمول الأشخاص الذين لديهم إعاقة مترافقة مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في برامج التأهيل المجتمعي.
- امتلاك الأطراف المعنية ذات الصلة للمعرفة بما يتعلق بالإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- إنشاء الشبكات والشراكات بين الأطراف المعنية بالإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- شمول قطاعات التنمية الرئيسية للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- وضع سياسات تخصّس مقار العمل للحد من خطر أن يغدو موظفو التأهيل المجتمعي حاملين لفيروس نقص المناعة البشرية ولتقديم الدعم لأولئك المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في السياسات والخطط الوطنية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

المفاهيم الرئيسية

فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز

فيروس نقص المناعة البشرية هو الفيروس المسبب للإيدز. ويمكن انتقاله من خلال الاتصال المباشر بدم أو سوائل جسم الشخص المصاب بعدوى هذا الفيروس، مثلاً قد يُعدى الناس بفيروس نقص المناعة البشرية عندما يمارسون الجنس غير المحمي أو يتشاركون بإبر الحقن مع شخص مصاب. كما يمكن للأطفال أيضاً أن يصابوا بالفيروس قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها إذا كانت الأم مصابة.

أما الإيدز - متلازمة العوز المناعي المكتسب فهو المرحلة الأخيرة من العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية. يصيب الإيدز جهاز المناعة في الجسم، مما يجعل من الصعب على الجسم مقاومة الأمراض. ويمكن أن يؤدي الإيدز إلى عدوى تهدد الحياة، وبعض أشكال السرطان، وتدهور الجهاز العصبي. ليس كل من يحمل فيروس نقص المناعة البشرية لديه الإيدز - فقد تمرّ عدّة سنوات قبل أن يتطور الإيدز لدى الأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية. يمكن

للمعالجة المضادة للفيروسات القهقرية (ART) أن تساعد في إبطاء عمل فيروس نقص المناعة البشرية، لكن لا يمكنها أن تشفي من فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. وفي يومنا هذا، تبقى الوقاية هي العلاج الأفضل والوحيد.

الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والإعاقة

العديد من الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز قد تكون لديهم إعاقة. تساعد الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية العديد من الأشخاص على العيش حياة أطول؛ لكن هذا يعني أيضاً أنهم سيعيشون حياتهم بحالة مرضية مزمنة تتصف بدورات من المرض والصحة (6). قد يصبح لدى الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز مجموعة من الإعاقات المؤقتة أو الدائمة (الجسدية أو الذهنية أو الحسية) تنتج عن العلاج أو عن تقدم الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. على سبيل المثال، يعد الإعياء و/ أو المشاكل الهضمية و/ أو المشاكل الجلدية و/ أو الاعتلال العصبي من التأثيرات الجانبية الشائعة للعلاج وقد تؤدي إلى مشاكل وظيفية (صعوبات في المشي والاستحمام والقيادة) والإعاقة بالنسبة للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

العديد من الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز يعانون أيضاً الوصم والتمييز. إذ يُربط فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بالسلوكيات التي تعتبر عادة غير مقبولة اجتماعياً، ولذا توصم بالعار على نطاق واسع. يتعرض الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بشكل متكرر للتمييز وانتهاكات حقوق الإنسان؛ فقد طرد العديد منهم خارج وظائفهم ومنازلهم، وعانوا الرفض من الأسرة والأصدقاء، بل تم قتل البعض أيضاً (7).

الأشخاص ذوو الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز

الجنسانية

الجنسانية هي الطريقة التي يختبر ويعبر بها الأشخاص عن أنفسهم ككائنات جنسية، وهي موضوع هام عند تناول فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. في العديد من المجتمعات، تحدّ المحرمات الثقافية من حرية مناقشة قضايا الجنسية، وبشكل خاص لا يشعر العديد من الأشخاص بالارتياح لمناقشة الجوانب الجنسية المتصلة بالإعاقة. لكن لهذه القضايا وجود حقيقي في حياة العديد من الأفراد ذوي الإعاقة ولا يمكن تجنبها (8). ينظر في الغالب إلى الأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم أفراد لا جنسيين بسبب رؤيتهم كأبرياء أو طفوليين، ويُظنّ أنهم غير قادرين على إقامة علاقات حميمة، و/ أو يُعتقد أن لديهم احتياجات جنسية أقل. لكن هذه خرافة، حيث أن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة هم نشيطون جنسياً مثل الأشخاص غير ذوي الإعاقة (9) ولذا فإنهم أيضاً معرضون لخطر العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية.

عوامل الخطورة

أظهر المسح العالمي حول فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والإعاقة أن جميع عوامل الخطورة المعروفة تقريباً للإصابة بالفيروس تزداد حدة بالنسبة لذوي الإعاقة (10). بعض عوامل الخطورة هذه هي كما يلي:

الأممية - معرفة القراءة والكتابة ضرورية لفهم الرسائل المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية واستخدام هذه الرسائل

لتغيير السلوكيات المحفوفة بمخاطر الإصابة بالفيروس (8). يسلّط مكون التعليم الضوء على أن الأشخاص ذوي الإعاقة عموماً يملكون مستويات منخفضة من التعليم بالمقارنة مع عامة السكان، مما يشير إلى أنهم قد يكونون معرضين أكثر لخطر الفيروس (انظر مكّون التعليم).

نقص الوعي والمعرفة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية - لدى الأشخاص ذوي الإعاقة مستويات منخفضة من المعرفة الجنسية (9) وهم أقل دراية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية (11). قد يكون ذلك نتيجة إغفال الثقافة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية في المنزل والمدرسة بسبب المعتقدات الخاطئة حول جنسائيتهم، ولأن المعلومات والرسائل المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية غالباً ما تقدّم بأشكال لا يمكنهم تلقّيها. على سبيل المثال، يؤدي إجراء حملات الوقاية عن طريق الصحف واللوحات الإعلانية فقط إلى إقصاء المكفوفين؛ وعندما تكون تلك الحملات عبر الإذاعة فقط سيتم إقصاء الصم؛ وعندما تقدم الحملات معلومات تفصيلية ومعقدة فإنها بذلك قد تقصي ذوي الإعاقات الذهنية (3).

الإطار 11 موزامبيق

الاعتراف بالجنسانية

وجدت الأبحاث التي أجريت في موزامبيق حول الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية أن أحد الأسباب لإقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل روتيني من السياسات والبرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز هو الرفض أو التردد في اعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة كائنات جنسية. يظهر التقرير أن هذا يعتبر بعداً إضافياً للوصم والتمييز الموجه تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة (12).

السلوكيات المحفوفة بمخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية - إن السلوكيات مثل ممارسة الجنس غير المحمي، وتعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدية، والعمل بالجنس، تزيد من خطر العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد أظهرت الأبحاث أن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة ينخرطون أيضاً في مثل هذه السلوكيات (10). إن انخفاض تقدير الذات وإحساس المرء أنه غير جذاب أو غير مرغوب به قد تؤدي إلى سلوكيات جنسية خطيرة (9). على سبيل المثال، يتم الضغط على المراهقين ذوي الإعاقة لممارسة الجنس بسبب حاجتهم للقبول الاجتماعي والاندماج، ولذا لا يملكون سوى قدرة محدودة على الإصرار على ممارسة الجنس الآمن (3).

الانتهاك الجنسي - إن الأشخاص ذوي الإعاقة في مختلف أنحاء العالم هم أكثر عرضة لأن يقعوا ضحايا للانتهاك الجنسي والاعتصاب من أقرانهم من غير ذوي الإعاقة (4)، مما يضعهم في خطر أكبر للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية. إن العديد من العوامل تجعل الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة للانتهاك، مثل اعتمادهم على أشخاص آخرين للرعاية، والإقامة المؤسسية، ونقص إمكانية الحصول على حقوقهم القانونية (10) (انظر المكّون الاجتماعي).

العوائق الماثلة أمام الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومعالجة المتعاشين معه ورعايتهم ودعمهم

لدى الأشخاص ذوي الإعاقة إمكانية وصول محدودة للخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية، مثل الفحص المخبري والاستشارة، والأدوية، والرعاية والدعم (10، 13). إن العوائق التي يواجهها ذوو الإعاقة مشابهة لتلك المبيّنة في المكّون الصحي، وتشمل ما يلي:

السياسات - نظراً لكون العديد من الأشخاص يعتقدون أن ذوي الإعاقة يعيشون حياة أقل جودة ولا يستطيعون المساهمة بفعالية في المجتمع (14)، فإنه ليس من المستغرب من صانعي القرار أن يروا إعطاء أولوية الوقت والطاقة والموارد للسكان من غير ذوي الإعاقة (8). ويفيد الأشخاص ذوو الإعاقة دوماً أنه حينما تكون الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية نادرة والخدمات والدعم محدودين، فإنهم يوضعون غالباً في آخر قائمة أولئك الذين يستحقون الرعاية (2،8).

العوائق البيئية وعوائق التواصل - إن الخدمات المقدمة في العيادات والمستشفيات وغيرها من المواقع قد تكون غير ميسرة من الناحية المادية (مثلاً ليس فيها منحدرات للأشخاص الذين يستعملون الكراسي المتحركة)، أو تفتقر إلى تسهيلات التواصل بلغة الإشارة أو تفضل في تقديم المعلومات بأشكال بديلة، مثل طريقة برايل أو النصوص المقروءة أو المكتوبة بلغة بسيطة (5).

المواقف والمعارف السلبية للعاملين في مجال الصحة - يتعرض العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى السخرية أو الرفض من قبل العاملين في مجال الصحة عندما يطلبون معلومات عن الصحة الجنسية أو الإنجابية (14). في العديد من البلدان، ذكر ذوو الإعاقة أنه يتم إبعادهم، حتى عندما يكونون قادرين على الوصول إلى مراكز إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية أو عيادات الإيدز، من قبل الموظفين الذين يشيرون، بشكل خاطئ، إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة لا يمكنهم الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (8).

سلوك التماس الرعاية الصحية - توجد العديد من الأسباب التي قد تمنع الأشخاص ذوي الإعاقة من استخدام الخدمات التي تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز: فالمواقف السلبية للعاملين في المجال الصحي قد تجعل ذوي الإعاقة مترددين في طلب المساعدة عندما يساورهم القلق حيال صحتهم الجنسية (11)؛ والوصم المصاحب لفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز يؤدي إلى التكتفم والإنكار ويمنع الناس من طلب إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (9)؛ ويعتمد العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة على أفراد الأسرة أو الأصدقاء لدعمهم في الحصول على الخدمات الصحية، ولذا فإنهم قد لا يستخدمون هذه الخدمات لأنهم محرجون أو يخجلون أو يخافون من أن يعرف هؤلاء الأشخاص بحقيقة وضعهم بالنسبة لفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

أثر فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز على الأسر



يتأثر ذوو الإعاقة عند إصابة أحد أفراد الأسرة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. وبما أن الأشخاص ذوي الإعاقة يتطلبون في الغالب المساعدة من أفراد الأسرة من أجل القيام بالأنشطة اليومية ولديهم احتياجات طبية أو تعليمية أو تأهيلية إضافية، لذا فإنهم قد يتعرضون للإهمال عندما تحدث خسارة في دخل الأسرة والموارد والوقت بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. ويقدر أن 4-5٪ من الأطفال ممن فقدوا أحد أو كلا والديهم بسبب الإيدز هم أيضاً

ذوو إعاقة (5). في هذه الحالات، الاحتمال الأكثر أرجحية هو أن يعانون من سوء التغذية أو الإهمال أو يوضعون في مؤسسات أو يتم هجرهم (10). والأطفال ذوو الإعاقة الذين يحملون فيروس نقص المناعة البشرية هم أيضاً أكثر احتمالاً للتعرض إلى الإقصاء والتمييز في جميع المجالات، خاصة في مجال التعليم (5).

الوصول إلى الأشخاص ذوي الإعاقة

إدماج ذوي الإعاقة في البرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز

قد لا يتم إدماج العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة في البرامج والخدمات العامة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز لأنه غالباً ما يعتقد أن ذلك مكلف أو صعب جداً. لكن هناك طرقاً عديدة أمام برامج التأهيل المجتمعي، ومنظمات ذوي الإعاقة، والمدافعين عن قضايا المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، ومسؤولي التثقيف الصحي، وصانعي السياسة يمكنهم من خلالها دعم إدماج أولئك الأشخاص. هنالك العديد من الأفكار العملية التي سترد تحت فقرة الأنشطة المقترحة، ولكن هذه، بشكل عام، تشمل ما يلي:

- تيسير الوصول إلى البرامج والخدمات العامة لفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والتي تستهدف عامة السكان؛
- تكييف البرامج والخدمات العامة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز لتمكين الإدماج والمشاركة؛
- إعداد وتنفيذ تدخلات خاصة بذوي الإعاقة للأشخاص الذين لا يستطيعون الوصول إلى البرامج والخدمات العامة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

من المهم أن نتذكر أن مزيجاً من هذه التدابير مطلوبٌ للوصول إلى جميع الأشخاص ذوي الإعاقة.

التأهيل

أصبح التأهيل وبشكل متزايد ضرورياً بالنسبة للأشخاص الذين قد تكون لديهم إعاقة كنتيجة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. ويمكن للتأهيل المرتبط بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أن يبطئ من تدهور الحالة ويمكن الأشخاص من تحقيق الاستقلالية والحفاظ عليها (5). لن يتم مناقشة التأهيل بالتفصيل هنا حيث تم تناوله في المكوّن الصحي؛ لكن من المهم أن نفهم أنه يمكن للتأهيل المجتمعي أن يلعب دوراً رئيسياً على مستوى المجتمع في معالجة المشاكل الوظيفية التي قد يتعرض لها الأشخاص المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. كما أنه من المهم التفكير في طرق أخرى للدعم وأوجه أخرى للتأهيل، كالتأهيل المهني مثلاً، والتي قد تساعد الشخص الذي لديه إعاقة مرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية في الحفاظ على نمط حياة صحي ومنتج.

الأنشطة المقترحة

تيسير الوصول إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ومعالجته ورعاية المتعاشين معه ودعمهم

يجب أن يعمل التأهيل المجتمعي باتجاه معالجة العوائق التي تحد من المشاركة الكاملة لذوي الإعاقة في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، ومعالجته، ورعاية المتعاشين معه ودعمهم، بالطرق التالية:

- جعل الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم على دراية بالبرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، في مجتمعاتهم والتأكد من أنهم يدركون أن لديهم الحق في الحضور لهذه الفعاليات؛
- التأكد من أن البرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز يسيرة الوصول. مثلاً يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تشجع البرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز على الانتقال إلى أماكن اجتماع يمكن الوصول إليها، كما أن بوسعها تقديم النصيحة والمساعدة فيما يتعلق بالتعديلات الهندسية التي يمكن إدخالها؛



- تشجيع البرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز على إظهار الأشخاص ذوي الإعاقة في ملصقاتهم أو لوحاتهم الإعلانية أو غيرها من المواد الموجهة لعامة الجمهور، مثل إظهار مستخدم للكرسي المتحرك أو شخص مكفوف يحمل عصا بجانب الأشخاص غير ذوي الإعاقة؛
- العمل مع منظمات ذوي الإعاقة لتقديم المشورة لبرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بشأن طرق إدخال تعديلات بسيطة على تدخلاتهم لضمان فهم ذوي الإعاقة للرسائل، مثلاً توزيع الواقيات المطاطية أثناء الجلسات التعليمية بحيث يستطيع المشاركون المكفوفون تلمسها والتعرف على شكلها وكيفية عملها؛
- إعطاء المعلومات والمواد التعليمية حول فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز لذوي الإعاقة المعرضين للخطر، لضمان أنه قد تم الوصول إليهم؛
- العمل مع منظمات ذوي الإعاقة لتقديم النصيحة للبرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بشأن طرق تعديل المواد الموجودة لجعلها ميسرة لذوي الإعاقة. مثلاً قد يتطلب الأشخاص الصم إضافة نص توضيحي أو الترجمة إلى لغة الإشارة، وقد يتطلب الأشخاص المكفوفون طريقة برايل أو شرائط مسجلة، في حين قد يتطلب الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية صوراً توضيحية؛
- العمل إلى جانب منظمات ذوي الإعاقة لتطوير برامج وخدمات و مواد جديدة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين لا يمكن الوصول إليهم عبر البرامج والخدمات والمواد المصممة لعامة السكان، مثلاً تطوير جلسات تعليمية خاصة بذوي الإعاقة؛
- تقديم المساعدة العملية، كوسائل النقل مثلاً، لتحسين وصول ذوي الإعاقة وأسرهم لمرافق الخدمات العامة؛
- التأكد من توفر المتابعة اللاحقة المناسبة لذوي الإعاقة وأسرهم، كالمعالجة والرعاية والدعم، بمجرد معرفة برامج التأهيل المجتمعي بأنهم أصبحوا حاملين لفيروس نقص المناعة البشرية.

الإطار 12 أوغندا

امرأة شابة تتدبر أمر فيروس نقص المناعة البشرية مع المساعدة المقدمة في الوقت المناسب

في أوغندا، كانت لدى امرأة شابة صمًا علاقة جنسية مع رجل يحمل فيروس نقص المناعة البشرية. أصبحت الشابة حاملاً، ولم يتحمل الرجل أي مسؤولية عن هذه العلاقة أو الطفل. كان أفراد الأسرة قلقين من أنها قد تكون التقطت فيروس نقص المناعة البشرية، وأخذوها إلى مستشار معني بفيروس نقص المناعة

البشرية/ الإيدز. كانت نتيجة فحصها موجبة، وتم عمل الترتيبات اللازمة لتلقي الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. والآن هي وطفلها (الذي لم يكن موجباً بالاختبار الفيروسي) بخير؛ فهي تأخذ دواءها بانتظام، وتعمل وتساعد أيضاً في شؤون المنزل. واليوم تشجع عائلتها أسراً أخرى لديها أفراد ذوو إعاقة للحصول على المعلومات والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.



إدماج الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في برامج التأهيل المجتمعي

بما أن التأهيل المجتمعي ينقل رسالة قوية بشأن الإدماج، يتعين على البرامج تناول احتياجات الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز ممن قد يواجهون الإعاقة. قد يتطلب بعض الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز الحصول على خدمات متخصصة، مثل التأهيل والأدوات المعينة. ويمكن للتأهيل المجتمعي أن ييسر ذلك.

بناء القدرات

يمكن لعدد من الأطراف المعنية المختلفة أن يستفيدوا من بناء القدرات، بمن فيهم ذوو الإعاقة وأفراد أسرهم، وموظفو التأهيل المجتمعي، ومنظمات ذوي الإعاقة، والعاملون في المجال الصحي، وأفراد المجتمع. يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تقوم بالأنشطة التالية:

- تعزيز الأنشطة ودعم المبادرات التي تقوي أدوار النساء في عملية صنع القرارات المتعلقة بقضايا فيروس نقص المناعة البشرية والإعاقة في المجتمع؛
- الحرص على تلقي الأشخاص الذين يقدمون الدعم والمساعدة لذوي الإعاقة والمتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (مثلاً، أفراد الأسرة) التدريب والدعم الكافيين؛
- تقوية برامجها الخاصة لضمان التطرق لفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والقضايا المرتبطة به، مثل الجنسية والصحة الإنجابية والانتهاك الجنسي، وعند الضرورة، تقديم التدريب الإضافي لموظفي التأهيل المجتمعي؛
- إشراك منظمات ذوي الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة في الأنشطة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. مثلاً، يمكن تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة ليغدوا مثقفين صحيين لمجتمعاتهم، أو لجماعات معينة من الأشخاص ذوي الإعاقة حول فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز؛
- الاشتراك مع منظمات ذوي الإعاقة في تدريب مسؤولي التثقيف الصحي المعنيين بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، والعاملين في الخدمات الإيصالية، وموظفي القطاع الصحي بشأن قضايا الإعاقة؛
- تثقيف قيادات المجتمع والزعماء الدينيين بشأن قضايا الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وتشجيعهم على التحرك لمواجهة المواقف السلبية وتعزيز الإدماج في مجتمعاتهم؛
- تثقيف الأشخاص المشتركين في إنفاذ القانون، مثل ضباط الشرطة والمحامين والقضاة، بشأن قضايا الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والحاجة إلى حماية سلامة الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم الإنسانية.

الإطار 13

برامج معنية بفيروس نقص المناعة البشرية تدار من قبل مجتمع الصم

في بعض البلدان، تدير جماعات محلية للصم برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. تزيد هذه البرامج من الوعي ضمن مجتمع الصم وتعلم أنماط الممارسات الحياتية الأكثر أماناً وسلامة. وهي أيضاً تحسن بشكل كبير من وعي المنظمات والبرامج الحكومية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية بشأن الحاجة إلى التوسع في الأساليب التي يتم من خلالها توصيل المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى الجمهور.

إنشاء شبكات التواصل والشراكات

بسبب العلاقة بين الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز (أي أن الأشخاص ذوي الإعاقة معرضون لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز قد يواجهون الإعاقة)، هناك حاجة لبناء شبكات تواصل وعلاقات قوية بين الأطراف المعنية بكل من قضايا الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. ونقترح على برامج التأهيل المجتمعي أن تقوم بالأنشطة التالية:

- حضور الفعاليات والاجتماعات التي تنعقد في المجتمع حول فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز لضمان أخذ قضايا الإعاقة في الاعتبار؛ وبالمثل، يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تدعو ممثلين من مجتمع الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز إلى الفعاليات والاجتماعات المتعلقة بالإعاقة؛
- العمل عن كثب مع منظمات ذوي الإعاقة، عند تواجدها على الساحة، لتطوير استراتيجيات محلية لإيصال المعلومات والتثقيف المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، وتحديد احتياجات التدريب في المجتمع وتثقيف العاملين في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز بشأن الإعاقة؛
- تبادل خبرة برامج التأهيل المجتمعي حول الإعاقة والتأهيل مع شبكات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز من خلال تقديم التثقيف والتدريب حول الإعاقة وفوائد التأهيل، وزيادة مستوى الوعي بأن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أيضاً معرضون لخطر فيروس نقص المناعة البشرية؛
- دعوة البرامج والخدمات المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز لتبادل مهاراتها ومعرفتها التخصصية مع برامج التأهيل المجتمعي ومنظمات ذوي الإعاقة لمساعدتها في الاستجابة لاحتياجات موظفيها وأعضائها والمستفيدين منها؛
- إنشاء أنظمة إحالة بين برامج التأهيل المجتمعي والبرامج المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز .

تعزيز المقاربة متعددة القطاعات

إن الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز هي جميعها قضايا تنموية. وهي تشترك في العديد من الروابط المشتركة، بما فيها الفقر، والوصم والتمييز، والعنف وغيرها من أوجه عدم المساواة، مثل انخفاض إمكانية الحصول على التعليم وفرص كسب الرزق. لذا، من الضروري أن تفكر برامج التأهيل المجتمعي بإشراك جميع القطاعات عند وضع استراتيجيات لمعالجة كل من قضايا الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. إن مراجعة مكونات الصحة، والتعليم، وكسب العيش، والمكون الاجتماعي، والتمكين من شأنها أن توفر للقارئ نظرة عامة شاملة للأنشطة المقترحة، ومنها:

- معالجة مظاهر الوصم والتمييز المرتبطين بالإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والتي يمكن أن تكون موجودة في المجتمعات وفي كل قطاع من القطاعات؛
- تعزيز الحق في التعليم بالنسبة لذوي الإعاقة، بما فيها الثقافة الجنسية، وضمان أن تكون البيئات داجمة ويمكن الوصول إليها (انظر مكون التعليم).
- ضمان أن يتمكن ذوو الإعاقة المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وأفراد أسرهم، من الحصول على فرص كسب العيش (انظر مكون كسب العيش).
- ضمان أن يتمكن ذوو الإعاقة المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز من الحصول على برامج الحماية الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية (انظر مكون كسب العيش).
- ضمان أن يتمكن ذوو الإعاقة من الوصول إلى البرامج والآليات المصممة للوقاية من الاعتداء أو الانتهاك الجنسي وللتصدي لهذه المشكلة (انظر المكون الاجتماعي: العناصر التي تتناول العلاقات، والزواج والأسرة، والوصول إلى العدالة).

تطبيق سياسات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في أماكن العمل

فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز يعتبر مشكلة من المشاكل المرتبطة بأماكن العمل؛ ففي العديد من البلدان، قد يكون موظفو التأهيل المجتمعي وأفراد أسرهم معرضين لخطر الإصابة أو متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. لذا ينبغي على برامج التأهيل المجتمعي أن تملك سياسات ملائمة لأماكن العمل وذلك بغية:

- تقليل إمكانية إصابة موظفي التأهيل المجتمعي بفيروس نقص المناعة البشرية؛
- ضمان توفر الدعم الكافي للعاملين في مجال التأهيل المجتمعي ممن يحملون فيروس نقص المناعة البشرية، أو المتأثرين بسبب كون أحد أفراد الأسرة متعايشاً مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز؛
- إزالة أي وصم وتمييز قد يكون موجوداً في مكان العمل.

يجب أن تغطي السياسة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز المجالات التالية: حماية حقوق المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز؛ والوقاية من خلال المعلومات والتثقيف والتدريب؛ ورعاية ودعم العاملين وأسرهم (15).

الترويج لسياسات وبرامج وطنية داخلة

بما أنه في كثير من الأحيان يترك ذوو الإعاقة خارج السياسات والبرامج المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، فإنه ينبغي على برامج التأهيل المجتمعي أن تنضم لجماعات أخرى للمناصرة والضغط من أجل تغيير هذا الوضع. من الأمثلة على ذلك حملة أفريقيا بشأن الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، التي أطلقت في عام 2007، وهي منظمة شاملة ينضوي تحت مظلتها منظمات لذوي الإعاقة، ومنظمات لأشخاص متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، ومنظمات غير حكومية، وهيئات مقدمة لخدمات معنية بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وباحثون، وناشطون وغيرهم من المواطنين الذين يعملون بشكل جماعي لتعزيز تكافؤ فرص وصول الأشخاص ذوي الإعاقة للبرامج المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية ومشاركتهم الكاملة في السياسات والخطط الاستراتيجية المعنية بالإيدز (16).

الإطار 14 جنوب أفريقيا

معالم بارزة جديدة

لقد ضمت جنوب أفريقيا للمرة الأولى الأشخاص ذوي الإعاقة في الخطة الاستراتيجية الوطنية المعنية بالإيدز في عام 2007-2009. تم الدفع باتجاه تحقيق ذلك من خلال مزيج من الريادة التي أبدتها بعض الرواد داخل الحكومة، والتنظيم القوي لقطاع الإعاقة والتمثيل الذاتي في مجلس الإيدز الوطني الجنوب أفريقي (5).

المراجع

1. Hanass-Hancock J, Nixon SA. The files of HIV and disability: past, present and future. *Journal of the International AIDS Society*, 2009, 12(28):1-14 (www.jiasociety.org/, accessed 30 March 2010).
2. Groce N. HIV/AIDS and individuals with disability. *Health and Human Rights*, 2005, 8(2):215-224 (<http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details?page=526>, accessed 30 March 2010).

3. Groce N. HIV/AIDS and people with disability. *The Lancet*, 2003, 361:1401–1402 (<http://globalsurvey.med.yale.edu/lancet.html>, accessed 30 March 2010).
4. UNAIDS, WHO and OHCHR policy brief: disability and HIV. Geneva, UNAIDS/World Health Organization/Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2009 (www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf, accessed 30 March 2010).
5. HIV/AIDS higher among disabled. International Disability and Development Consortium (undated) (www.includeeverybody.org/cs-hiv.php, accessed 30 March 2010).
6. Rusch M. et al. Impairments, activity limitations and participation restrictions: prevalence and associations among persons living with HIV/AIDS in British Columbia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, 2:46.
7. *Stigma and discrimination*. UNAIDS, 2009 (www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/StigmaDiscrim/default.asp, accessed 30 March 2010).
8. *Disability and HIV/AIDS: at a glance*. Washington, DC, World Bank, 2004 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20208464~menuPK:488268~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282699,00.html>, accessed 30 March 2010).
9. Rohleder P et al. HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. *Disability and Rehabilitation*, 2009, 31(1):51–59.
10. Groce N. *HIV/AIDS & disability: capturing hidden voices, global survey on HIV/AIDS and disability*. New Haven, Yale University, 2004 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20208464~menuPK:488268~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282699,00.html>, accessed 30 March 2010).
11. Yousafzai AK et al. Knowledge, personal risk and experiences of HIV/AIDS among people with disabilities in Swaziland. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2004, 27:247–251.
12. *Disability and HIV & AIDS in Mozambique: a research report by Disability and Development Partners April 2008*. London, Disability and Development Partners, 2008. ([www.reliefweb.int/rw/RWFiles2008.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/EDIS-7J7PFZ-full_report.pdf/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2008.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/EDIS-7J7PFZ-full_report.pdf/$File/full_report.pdf), accessed 30 March 2010).
13. Yousafski A, Edwards K. *Double burden: a situation analysis of HIV/AIDS and young people with disabilities in Rwanda and Uganda*. London, Save the Children, 2004. (http://v1.dpi.org/files/uploads/1600_DoubleBurden.pdf, accessed 30 March 2010).
14. *HIV, AIDS and disability*. Ottawa, Interagency Coalition on AIDS and Development (ICAD), 2008 (www.aidslex.org/site_documents/DB-0038E.pdf, accessed 30 March 2010).
15. *The ILO and HIV/AIDS*. Geneva, International Labour Organization (undated) (www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/aboutiloaids.htm, accessed 30 March 2010).
16. Disability and HIV & AIDS. *The Africa campaign on disability and HIV & AIDS* (www.africacampaign.org, accessed 10 August 2010).

قراءات مقترحة

Bridging the gap: a call for cooperation between HIV/AIDS activists and the global disability movement. Tataryn M, 2005 (<http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details.php?page=325>, accessed 30 March 2010).

International guidelines on HIV/AIDS and human rights, 2006 consolidated version. UNAIDS, 2006 (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252interguidelines_en.pdf?preview=true, accessed 30 March 2010).

MacNaughton G. *Women's human rights related to health-care services in the context of HIV/AIDS* (Health and Human Rights Working Paper Series, No 5). Geneva, World Health Organization, 2004 (www.who.int/hhr/information/Series_5_womenshealthcarerts_MacNaughtonFINAL.pdf, accessed 10 August 2010).

التأهيل المجتمعي والجدام

المقدمة

الجدام مرض معدٍ مزمن عرف منذ زمن بعيد جداً. تُسبب الجذام جرثومة وإذا ترك دون علاج، يمكن أن يسبب أذية تصاعديّة ودائمة للجلد والأعصاب والأطراف والعيون (1). سُجِّل في عام 2008 ما يقرب من 249000 حالة جديدة (1). وفي حين أنه يوجد علاج فعال للجدام، فمن المقدر أن حوالي 3 ملايين شخص يتعايشون مع إعاقات مرتبطة بالجدام (2).

قبل وجود علاج وشفاء فعّال للجدام، كانت المجتمعات تخاف كثيراً من المرض، وواجه من لديهم الجذام الكثير من الوصم والتمييز (3). أجبر العديد على ترك أسرهم ليعيشوا في مستعمرات أو مستوطنات، حيث تمّ عزلهم عن المجتمع ولم يكن بمقدورهم الوصول إلى الخدمات والدعم. ساهم هذا العزل أيضاً في وصمهم. ومع التقدّم في المعالجة والجراحة، أصبحت هذه المقاربات القائمة على المؤسسات بالية (3) - يواصل الأشخاص الذين لديهم جذام الآن العيش في الغالب ضمن أسرهم ومجتمعاتهم، وتمّ دمج الأنشطة المعنية بالجدام ضمن الخدمات الصحية العامة (4).

لكن، بالرغم من وجود معالجة فعّالة للجدام وحملات للتوعية العامة ودمج الإجراءات المعنية بالجدام في الخدمات الصحية العامة، لا يزال الوصم مشكلة كبيرة بالنسبة للأشخاص الذين لديهم جذام (5). يستمر العديد من الأشخاص في مواجهة الإقصاء الاجتماعي، ومكابدة بعض الصعوبات في الحصول على الخدمات العامة من قبيل برامج التأهيل المجتمعي. مثلاً قد تكون آلاف عديدة من الأشخاص الذين لديهم جذام بحاجة لخدمات التأهيل، لكن قلة منهم فقط يمكنهم الحصول على هذه الخدمات (5).

والتأهيل المجتمعي هو استراتيجية تنطبق أيضاً على الأشخاص المتأثرين بالجدام (4). توفر الأنشطة المقترحة التالية أفكاراً عملية بشأن طرق إدماج المتأثرين بالجدام في برامج التأهيل المجتمعي وفي المجتمع الأوسع. نأمل أن يرفع هذا القسم أيضاً من وعي الأشخاص العاملين في الخدمات المعنية بالجدام بشأن أهمية إدماج الأشخاص الذين لديهم إعاقات أخرى في أنشطتهم.



شيفراو

يعيش شيفراو في قرية صغيرة في قضاء مانديا في ولاية كارناتاكا في جنوب الهند. تعرّض ثلاثة من أفراد عائلته إلى الإصابة بالجدام وأصبح لديهم نتيجة لذلك إعاقات. في عام 1999، عندما كان عمره 15 عاماً، ظهرت علامة حمراء دائرية على وجهه. في أحد الأيام قامت أمبوجا، وهي عاملة في مجال مرض الجدام من برنامج ماريا أوليفيا بونالدو الصحي الريفي، بزيارة منزل شيفراو ولاحظت تلك العلامة على وجهه. شكّت في أنها قد تكون بسبب الجدام ولذا أخذته إلى المستشفى المدني في مانديا حيث تم تشخيص المرض لديه وبُدئ بالمعالجة. بطريقة ما وصلت أخبار تلّقي شيفراو المعالجة لمرض الجدام إلى مدرسته، فقال له معلموه أنه ينبغي عليه أن لا يحضر إلى المدرسة مجدداً.

عندما قامت أمبوجا بزيارة منزل شيفراو لمتابعة الحالة، علمت بما حدث وقررت أن تتحدث مع معلمي مدرسته. شرحت لهم أن شيفراو كان يتلقى العلاج وأنه لا يوجد خطر من انتقال العدوى للأطفال الآخرين. طلبت منهم أن يسمحوا لشيفراو أن يعود إلى المدرسة. لكن معلميه لم يقتنعوا وطلبوا شهادة من المستشفى. ذهبت أمبوجا مع شيفراو إلى المستشفى المدني وأحضرت هذه الشهادة من الطبيب، وسُمح أخيراً لشيفراو بالعودة إلى المدرسة.

في عام 2001، قرّر برنامج ماريا أوليفيا بونالدو الصحي الريفي أن يبدأ برنامجاً للتأهيل المجتمعي، وتمّ تدريب أمبوجا كأحد أول العاملين في التأهيل المجتمعي. وبعد هذا التدريب، قرّرت أمبوجا أن تنشئ جماعة للمساعدة الذاتية لذوي الإعاقة. ذهبت إلى منزل شيفراو لتستفسر من الأسرة عما إذا كان أحد أفرادها يودّ الانضمام إلى الجماعة. كانت أسرة شيفراو حائفة من الانضمام إلى جماعة المساعدة الذاتية لأنهم اعتقدوا أنه لن يتقبلهم الآخرون. لكن، بعد العديد من المناقشات، قرّرت والدة شيفراو أن تصاحبها إلى اجتماعات جماعة المساعدة الذاتية. انضمت الأم إلى نشاط الادخار، حيث يدخر كل عضو مبلغاً صغيراً من المال كل أسبوع.

استمرت أمبوجا في المتابعة المنتظمة لشيفراو. أعطت نصيحة لشيفراو بشأن العناية الجيدة بقدميه، لأنها اكتشفت أن قدماه أصببتا بالخدّر بسبب الجدام. وأعطته أيضاً زوجاً من الصنادل من برنامج الجدام لحماية قدميه من الأذى.

وفي عام 2003، قرر شيفراو أن ينضمّ إلى البرنامج المحلي للتأهيل المجتمعي كعامل في التأهيل المجتمعي.

وقد منحته تجربته في هذا العمل الكثير من الثقة بالنفس، وعرف المزيد عن الفرص المختلفة المتاحة أمام الأشخاص ذوي الإعاقة. واستمر في الدراسة في الجامعة من خلال التعلم عن بعد. اليوم يعمل شيفراو معلماً في المدرسة، وبات متزوجاً ولديه طفلة. وهو يستمر أيضاً في الدعم النشط للتأهيل المجتمعي في قريته.



الهدف

أن يتم الاعتراف بحقوق الأشخاص الذين لديهم جذام وأن يكونوا قادرين على الحصول على الدعم المحلي والخدمات المحلية لتحسين نوعية حياتهم وضمان أن يتمكنوا من المشاركة كأعضاء متساوين مع الآخرين في المجتمع.

دور التأهيل المجتمعي

إن دور التأهيل المجتمعي هو (أ) إدماج من لديهم جذام في أنشطته، و(ب) تشجيع البرامج والخدمات المعنية بالجذام لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في أنشطتها.

النتائج المرجوة

- تلبية الحاجات التأهيلية للمتأثرين بالجذام من خلال برامج التأهيل المجتمعي و/أو خدمات الإحالة ذات الصلة.
- تقديم مراكز وبرامج التأهيل الخاصة بالجذام لخدماتها إلى ذوي إعاقة آخرين، بمن فيهم أولئك المشتركين في برامج التأهيل المجتمعي.
- الحد من الوصم والتمييز تجاه الأشخاص المتأثرين بالجذام وأفراد أسرهم في المجتمعات.
- زيادة مهارات ومعرفة جميع أصحاب المصلحة ذوي الصلة ليتمكنوا من معالجة المشاكل والقضايا المرتبطة بالجذام.

المفاهيم الرئيسية

فهم الجذام

ما هو الجذام؟

الجذام هو مرض تسببه جرثومة المتفطرة الجذامية *Mycobacterium leprae*، التي تصيب بشكل رئيسي الجلد والأعصاب. عادة ما يسمى الجذام داء هانسن، على اسم الشخص الذي اكتشف الجرثومة. يمكن للجذام أن يصيب كلا الجنسين وجميع الأعمار. يتقدم المرض بشكل بطيء، ولذا يمكن أن تمر عدة سنوات قبل أن تظهر أي علامات وأعراض ملحوظة. إحدى العلامات الشائعة للجذام هي «اللطفحات الجلدية»، وهي ذات لون شاحب أو أحمر أو نحاسي. قد تكون هذه المناطق من الجلد مسطحة أو مرتفعة وينعدم فيها الشعور (الإحساس). قد تظهر في أي مكان على الجسم؛ وهي لا تسبب الحكّة ولا تؤلم عادة (6).

خرافات شائعة حول الجذام

رغم أن الوعي والمعرفة المتعلقة بالجذام قد تحسّنا مع الوقت، إلا أنه لا يزال هناك بعض الخرافات الشائعة. وتشمل هذه ما يلي.

- الجذام غير قابل للشفاء. هذا خطأ، إذ يمكن للعلاج متعدّد الأدوية أن تشفي الجذام. فخلال السنوات العشرين الماضية، تمّ شفاء أكثر من 14 مليون شخص (1). توفر منظمة الصحة العالمية العلاج متعدد الأدوية لأي بلد يحتاجها كجزء من جهود المنظمة المستمرة للقضاء على الجذام. والعلاج متوفر مجاناً في المراكز الصحية (6).
- الجذام معدٍ بشكل كبير. هذا خطأ؛ ففي حين أن الجذام يمكن نقله إلى أشخاص آخرين (عبر الرذاذ من الأنف والفم)، إلا أنه ليس معدياً بشكل كبير. فقط الأشخاص الذين يحملون أعداداً كبيرة من الجراثيم يمكنهم أن ينقلوا المرض إلى الآخرين؛ لذا، فإن العديد من الأشخاص المتأثرين بالجذام لا يعتبرون مُعدّين. يقدر أيضاً أن 95٪ من سكان العالم لديهم مناعة طبيعية ضدّ الجذام، مما يجعل من غير المحتمل نقله لهم. المعالجة متعدّدة الأدوية فعالة جداً في قتل الجرثومة؛ لذا بمجرد أن يبدأ المرضى بالمعالجة متعدّدة الأدوية فإنهم لا يعتبرون معدّين (7).

التفاعلات الجسدية مع المرض

قد يواجه بعض الأشخاص المتأثرين بالجذام « تفاعلات الجذام ». هذه التفاعلات هي جزء من استجابة الجسم للجذام، ولا تعني أن المرض يسوء أو أن المعالجة غير فعّالة (6). وهي أكثر شبيهاً بالتفاعلات نتيجة حساسية – يستجيب الجسم لوجود جرثومة الجذام، وبفعل ذلك يمكن أن يسبّب الضرر لأنسجته. ونظراً لأن جرثومة الجذام تستهدف الأعصاب، فعادة ما يحدث عطب للأعصاب خلال تفاعلات الجذام. ويمكن أن يظهر عطب الأعصاب بسرعة كبيرة، ولذا فإن الكشف المبكر والإحالة إلى الخدمات الصحية المناسبة للحصول على المعالجة ضروري لمنع حدوث ضرر لا يمكن علاجه. كما أن الكشف والمعالجة المبكرين لعطب الأعصاب يعدّان من التحديّات الكبيرة أمام برامج مكافحة الجذام. إن نسبة ما يقارب 30٪ من الأشخاص المتأثرين بالجذام معرّضون لخطر حدوث التفاعلات وتضرّر الأعصاب (8).

العلل المصاحبة للجذام

قد يؤدّي ضرر الأعصاب المترافق مع الجذام إلى مجموعة واسعة من الاعتلالات (9). يمكن أن ينتج عن ضرر الأعصاب إعاقات حسيّة، فمثلاً قد يفقد المتأثرون بالجذام الشعور في أيديهم وأقدامهم. يمكن أن ينتج عن ضرر الأعصاب أيضاً عطب في الجهاز الحركي، مثلاً قد تصبح عضلات أيدي و/أو أقدام و/أو عين المصاب ضعيفة أو مشلولة. غالباً ما يتسبب الجذام أيضاً بجفاف الجلد بشكل كبير بسبب الضرر الذي يصيب الأعصاب التي تتحكّم بالتعرق. بالنسبة للعديد من الأشخاص، هذه الإعاقات يمكن أن تؤدّي إلى مشاكل ومضاعفات إضافية.

على سبيل المثال، الأشخاص الذين يفقدون الإحساس في أيديهم وأقدامهم غالباً ما يؤذون أنفسهم دون أن يلاحظوا ذلك. ولأنهم لا يحسون بالألم الناجم عن العطب، فهم لا يلتصون العلاج بالضرورة، وقد يؤدي هذا إلى انتقال العدوى وتلف الأنسجة والعظم واحتمال فقدان الأطراف. ويؤدّي ضمور العضلات وشلل الأيدي والأقدام في الأغلب إلى تيبس في المفاصل وتشوّهها. وقد يؤدّي ضمور عضلات العين في النهاية إلى كف البصر، حيث إنه من دون أن تطرف العين بانتظام ومن دون إغلاقها الكامل في الليل تصبح العين جافة ويسهل إصابتها (10). ويمكن للجلد الجاف أن يتشقّق؛ وهذا من شأنه أن يخلق فتحات مناسبة لانتقال العدوى التي يمكنها أن تنتشر بسرعة إلى المفاصل والعظام، مما يسبّب ضمور وفقدان إصبع اليد أو إصبع القدم المتأثرة (10).

أثر الجذام

الأثر الوظيفي

إن العلل المرافقة للجذام يمكن أن تجعل من الصعب على الأشخاص القيام بالأنشطة اليومية. على سبيل المثال، إن الأشخاص الذين يفقدون الشعور أو القوة في أيديهم سيواجهون صعوبة أكبر في أداء المهام البسيطة، مثل إدخال خيط في سم الإبرة أو الإمساك بالملعقة؛ والأشخاص غير القادرين على رفع أقدامهم (الذين لديهم «ارتخاء القدم foot drop») سيواجهون صعوبة في المشي. يقدر أن حوالي 20-25٪ من الأشخاص المصابين بالجذام يتعرّضون للإعاقة (9). لذا فإن الكشف المبكر عن الجذام والمعالجة الملائمة مع الفحوصات المنتظمة هي إجراءات أساسية للوقاية من الإعاقات (11).

الأثر الاجتماعي

في الغالب، ليست الإعاقات البدنية أو حتى القيود الوظيفية هي التي تسبب المشاكل الكبرى للأشخاص المتأثرين بالجذام. على العكس، إنها الوصم والإقصاء الاجتماعي اللذان لهما الأثر الأعظم. إن الأشخاص الذين يتأثر مظهرهم بالجذام يكونون في كثير من الأحيان غير قادرين على العثور على عمل أو الزواج، ولذا فهم يتكلمون على آخرين للحصول على الدعم المادي والرعاية. الوصم الذاتي هو أيضاً شائع - يبدأ الأشخاص بلوم أنفسهم على مرضهم، فيتملكهم شعور بأنهم عديمو الجدوى ويفقدون تقدير الذات والأمل والهدف. في الغالب، حتى الأشخاص ممن تمّ شفاؤهم من الجذام سيستمرّون في مواجهة التأثيرات المستمرة للوصم والتمييز.

وقد وضّحت هذه الدلائل الإرشادية في جزء آخر أن النساء ذوات الإعاقة هنّ في الغالب الأكثر ضعفاً وحرماناً في المجتمع. هذا صحيح أيضاً بالنسبة للنساء المتأثرات بالجذام. إن النقص العام في الوعي والمعرفة بشأن الجذام ضمن المجتمعات، مثلاً فيما إذا كان هذا المرض موروثاً أو معدياً أو يمكن الشفاء منه، له أثر على العلاقات والزواج والأسرة. لقد هُجرت الكثيرات من النساء من قبل أزواجهن، خاصة إذا ما كنّ حديثات الزواج، وبالنسبة للعديد من النساء غير المتزوجات يمكن للجذام أن يعيق بشدة فرص زواجهن.

الأثر الاقتصادي

يمكن أن يكون للجذام أثر اقتصادي كبير على الأفراد وأسرهم. قد يصبح الأشخاص غير قادرين على العمل أو قد لا يتمكنون من الاستمرار في العمل، بسبب الإعاقات المرافقة للجذام. قد يخسر الأشخاص أيضاً وظائفهم بسبب الوصم المرتبط بالجذام. على سبيل المثال، يتردّد الناس عادة في شراء السلع، مثل منتجات الطعام، من الشخص المتأثر بالجذام، بسبب الخوف من التلوث. هناك أيضاً تكاليف مرتبطة بالمعالجة. في حين أن العلاج الدوائي مجاني، إلا أن الحصول على الرعاية الصحية في البلدان ذات الدخل المنخفض يترافق في الغالب مع تكاليف سفر وخسارة الأجور. قد تكون هناك أيضاً تكاليف معالجة إضافية، مثل الإدخال إلى المستشفى أو شراء الأحذية الواقية، أو المقاييم أو الأطراف الصناعية. يمكن أن يمتنع العديد من الأشخاص عن الحصول على الخدمات بسبب تلك التكاليف. وفي النتيجة، قد تتطوّر لديهم حالات مرضية ثانوية وقد يزداد أثر إعاقاتهم.

حتى عقود قليلة مضت، لم يكن هناك علاج فعّال للجذام، ولذا فإن الأشخاص المتأثرين بالمرض عادة ما كان يتم عزلهم في مستعمرات للجذام أو مشافي الجذام. غالباً ما كان يتم إنفاذ عملية الفصل هذه بموجب القانون. ومع توفر المعالجة الفعّالة والشفاء، تم إغلاق العديد من هذه المستعمرات؛ لكنها لا تزال موجودة في بعض البلدان. قد يكون بعض الأشخاص الذين يعيشون في هذه المستعمرات من المقيمين لفترات طويلة بدون اتصال بأفراد أسرهم السابقة. أمّا من لديهم إعاقات شديدة فقد يكونون معتمدين على التسول أو الإحسان (4).

الإطار 16 الهند

مستعمرات الجذام

لظالما كان في الهند أكبر عدد من السكان المتأثرين بالجذام. في عام 2005، أجرت منظمة للأشخاص المتأثرين بالجذام مسحاً وطنياً لمستعمرات الجذام في الهند. وكشفت هذه الدراسة أن 700 مستعمرة للجذام لا تزال قائمة وما يقارب من 200000 شخص متأثر بالجذام وأفراد أسرهم يعيشون في هذه المستعمرات. من هؤلاء، حوالي 25000 شخص كانوا يكسبون عيشهم عبر التسول. والعديد من المستعمرات، لم يكن فيها مراحيض أو مصادر لمياه الشرب أو طرقات للسير أو مرافق للتعليم. تجنّبت المجتمعات المحيطة بالأشخاص الذين يعيشون في هذه المستعمرات، ونتيجة لذلك كانوا يواجهون صعوبة في الوصول إلى وسائل النقل العامة وغيرها من المرافق العمومية.

من المهم أن تقوم الحكومات والمنظمات غير الحكومية بدعم جهود دمج الأشخاص المتأثرين بالجذام ضمن مجتمعاتهم المحلية، وتوعيتهم بشأن ما يملكون من حقوق والعمل معهم لإزالة الوصم والتمييز. يمكن للتأهيل المجتمعي أن يلعب دوراً أيضاً في هذه العملية. وعندما لا تكون إعادة التوطين في المجتمع خياراً مطروحاً، بسبب كون الأشخاص لا يريدون مغادرة مستعمرات الجذام على سبيل المثال، يمكن للتأهيل المجتمعي أن يساعدهم في العيش بانسجام مع المجتمعات المحيطة وفي الانفتاح التدريجي لمستعمراتهم لاستيعاب أشخاص آخرين. وهناك أمثلة من حول العالم عن مستعمرات للجذام تطوّرت تدريجياً إلى قرى عادية.

تنمية المجتمع المحلي من خلال الدعم الحكومي

في أواخر الثمانينيات، تم إغلاق مستشفى للجذام في مانوس، شمال غرب البرازيل، وتم إعادة توطين المتأثرين بالجذام في محيط مدينة بحيرة أليكسو Lago de Aleixo. في ذلك الوقت، كانت البنية التحتية في بحيرة أليكسو محدودة، ولم يكن هناك سوى القليل من الخدمات، فلم يكن هناك مثلاً مياه للشرب ولا مدرسة. وبدعم من الكنيسة المحلية، اجتمع الأشخاص المتأثرون بالجذام وشكّلوا تعاونية لمعالجة تلك القضايا. أسسوا مصنعاً للطوب ونظاماً لتوزيع المياه. ومع ازدياد المجتمع المحلي قوة، أسسوا أيضاً مزرعة للدجاج ومطعماً ومدرسة. بدأ المجتمع في النمو، ومع قيام الحكومة بتأمين البنية التحتية وخدمات إضافية، أتى أشخاص آخرون تدريجياً واستقروا هناك. واليوم فإن بحيرة أليكسو هي جزء من المدينة، ولا يعرف العديد من الأشخاص أنها كانت سابقاً مستوطنة للجذام.

إدماج خدمات الجذام في أنشطة التأهيل المجتمعي

حتى لو استمر الجذام في كونه مرضاً قليل الانتشار، بل إنه قد يكون نادراً في العديد من المناطق، فإنه يتعيّن الحفاظ على الخدمات المعنية بالجذام - التشخيص، والمعالجة، والوقاية، ورعاية الإعاقات، والتأهيل - لفترة طويلة من القرن 21 (9).

في الماضي، كانت هذه الخدمات متخصصة ومنفصلة، أما اليوم فبات يُنظر إلى دمجها ضمن النظام الصحي العام على أنه أكثر الاستراتيجيات ملاءمة (9). إن لهذا أيضاً أثراً على الطريقة التي يتم بها تقديم خدمات التأهيل.

وقد تطور توفير التأهيل للأشخاص المتأثرين بالجذام في كثير من الأحيان بالتوازي مع «التيار العام» لخدمات التأهيل. على سبيل المثال، أنشأت العديد من المنظمات الدولية والوطنية غير الحكومية خدمات للتأهيل (منها ما هو معني بالتأهيل الصحي ومنها ما هو معني بالتأهيل الاجتماعي الاقتصادي) خصيصاً للأشخاص المتأثرين بالجذام، في حين نجد من جهة أخرى، أن خدمات التأهيل العامة، مثل برامج التأهيل المجتمعي تقوم باستبعاد الأشخاص المتأثرين بالجذام. ويعتقد أن الوصم المرتبط بالجذام ووجود برامج خاصة بالجذام هي أسباب رئيسية لعدم إدماج الأشخاص المتأثرين بالجذام في برامج التأهيل المجتمعي (12).

يجري حالياً التشجيع على تقديم خدمات التأهيل الخاصة بالأشخاص المتأثرين بالجذام إلى مجموعات أخرى من الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث أن هذه الخدمات تمتلك العديد من المهارات والموارد التي قد تكون مفيدة بالنسبة لهذه المجموعة الأوسع. قد تكون هذه الخدمات بمثابة مراكز متلقية للإحالات عظيمة الفائدة بالنسبة لبرامج التأهيل المجتمعي؛ على سبيل المثال، يمكن لبرنامج التأهيل المجتمعي أن يحيل شخصاً لديه إعاقة جسدية إلى ورشة تقويمية عادة ما يتم حجزها للأشخاص المتأثرين بالجذام. كما يتم تشجيع برامج التأهيل المجتمعي أيضاً على تقديم خدماتها للأشخاص المتأثرين بالجذام لأنه بات من المعروف أن استراتيجية التأهيل المجتمعي تلائم هذه المجموعة إلى حد كبير (4). مؤخراً، اقترح البعض أنه ينبغي أن يكون التأهيل المجتمعي الاستراتيجية المفضلة بالنسبة للأشخاص المتأثرين بالجذام والذين يحتاجون إلى التأهيل (12).

بما أن التأهيل المجتمعي هو الاستراتيجية التي يمكن تطبيقها على جميع الأشخاص الذين لديهم إعاقة، فإن العديد من الأنشطة المقترحة في هذه الدلائل الإرشادية تنطبق أيضاً على الأشخاص المتأثرين بالجدام. لذا نقترح أن تتم قراءة هذا القسم بجانب المكونات الرئيسية الأخرى لمصفوفة التأهيل المجتمعي - الصحة، والتعليم، وكسب العيش، والمكون الاجتماعي، والتمكين. بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض المنشورات مثل الدليل التقني حول التأهيل المجتمعي والجدام الصادر عن منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الاتحاد الدولي لجمعيات مكافحة الجذام، تقدم مراجعة تفصيلية للأنشطة المقترحة لمدراء برامج التأهيل المجتمعي والعاملين فيها (4).

إدماج الأشخاص المتأثرين بالجدام في برامج التأهيل المجتمعي

إن حلول المشاكل التي يواجهها الأشخاص المتأثرون بالجدام يجب دراستها من منظور تنموي (2). لذا يتعين على برامج التأهيل المجتمعي العمل عبر جميع القطاعات لضمان تمكّن الأشخاص المتأثرين بالجدام من الوصول إلى برامج وأنشطة التنمية العامة. وبما أن النساء اللواتي لديهن إعاقات مرتبطة بالجدام هن أكثر عرضة للإقصاء والفقر، فيتعيّن على برامج التأهيل المجتمعي أن تحرص على ضمان امتلاكهن لفرصة المشاركة والاستفادة من أنشطة التأهيل المجتمعي.

الصحة

إن الأشخاص الذين لديهم إعاقات مرتبطة بالجدام سوف يحتاجون إلى تدخلات صحية وذلك (1) للمحافظة على وظيفة العصب، (2) للمحافظة على حركة المفصل، (3) للمحافظة على البصر، (4) تعلم تدبّر الشؤون الذاتية/ الرعاية الذاتية، (5) الحصول على الأحذية الواقية، (6) الحصول على الأدوات المعينة. يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تدعم التدخلات المناسبة المتعلقة بالصحة من خلال:

- التأكد من أن الأشخاص المتأثرين بالجدام وأفراد أسرهم على دراية بالخدمات الصحية المتوفرة في مجتمعاتهم وأنهم قادرين على الحصول عليها؛
- تحفيز الأشخاص ممن وصف لهم العلاج متعدد الأدوية على تناول أدويتهم بانتظام إلى أن يستكمل العلاج، والتأكد من أن الأشخاص المتأثرين بالجدام يملكون معلومات حول تفاعلات الجذام ليكونوا قادرين على تمييزها وطلب المعالجة فوراً؛
- دعم تأسيس جماعات للمساعدة الذاتية حيث يتمكن معها المتأثرون بالجدام من الاجتماع بانتظام لتبادل التجارب وتعلم أنشطة تدبّر الشؤون الذاتية/ الرعاية الذاتية للوقاية من حدوث الاعتلالات وتدابير الاعتلالات الموجودة (انظر المكون الصحي: الوقاية)؛



- تقديم النصيحة للأشخاص الذين يفقدون الإحساس بشأن حماية أيديهم وأقدامهم وأعينهم، مثلاً استخدام قفازات من القماش عند حمل أشياء ساخنة كأواني الطبخ مثلاً. إن بعض الكتيبات، مثل دليل التدريب في المجتمع للأشخاص ذوي الإعاقة (13)، توفر المزيد من المعلومات التفصيلية بشأن منع الإصابات والشبهات لدى الأشخاص الفاقدين للإحساس؛
- تسهيل الحصول على الأدوات المعينة عند الحاجة لها، مثل الأحذية الخاصة، وضمان إصلاحها وصيانتها (انظر المكون الصحي: الأدوات المعينة).

احترام الذات والكرامة من خلال جماعات المساعدة الذاتية

أليرت ALERT هي منشأة طبية تقع على حافة مدينة أديس أبابا في إثيوبيا، وهي متخصصة في الجذام. في عام 1995، أعرب طاقم أليرت عن قلقه إزاء تزايد عدد الأشخاص الذين يستمرون في الاعتماد على مستشفى أليرت والعيادات الميدانية لتدبير الجروح (مثل قرحات القدم)، رغم تلقيهم للتثقيف الصحي طيلة عدة سنوات. إن هذا الأمر قد شكل ضغطاً متزايداً على المستشفى، حيث أن موارده المالية كانت محدودة بالنسبة لتكلفة المستلزمات الطبية المستخدمة لتيسير التثام الجروح. واستجابة لهذه المشكلة، أنشأت أليرت جماعات للرعاية الذاتية لتشجيع الناس على تحمّل مسؤولية تدبير ومراقبة جروحهم. بحلول عام 1999، كان قد تم تأسيس 72 جماعة وتم تسجيل عدد من المحصلات الإيجابية، فمثلاً تناقص عدد الجروح، وأفاد أعضاء الجماعة عن حصول تحسّن في احترام الذات لديهم وتعزّز الشعور بالكرامة وتزايد المشاركة في المجتمع (14).

التعليم

قد يحصل الجذام لدى الأطفال بشكل مباشر، أو قد يعانون بسبب كون آبائهم أو أقاربهم متأثرين بالجذام. كنتيجة لذلك، قد يحرمون من الدخول إلى المدرسة، أو يجبرون على الانقطاع عن الدراسة، أو يعزلون عن الأصدقاء السابقين، أو يتم إخفاؤهم على يد أسرهم، أو يطلب منهم العمل وجني الدخل (4). هناك عدّة طرق يمكن من خلالها لبرامج التأهيل المجتمعي أن تضمن كون الأطفال (والبالغين أيضاً) قادرين على الحصول على فرص التعليم في مجتمعاتهم. مثلاً يمكن للعاملين في التأهيل المجتمعي أن يلتقوا بمعلمي المدارس والوالدين لرفع مستوى الوعي بشأن الجذام بغية تغيير المواقف المتبناة تجاه الطلبة المتأثرين بالجذام. للحصول على قائمة مفصلة بالأنشطة، انظر المكون التعليمي.

كسب العيش

غالباً ما يكون المتأثرون بالجذام فقراء جداً؛ كما أن مشاكل إضافية مثل الوصم والتمييز والإعاقة المرتبطة بالجذام غالباً ما تحدّ من فرص العمل، مما يزيد من فقرهم. ويمكن للتدريب على المهارات والعمل اللائق أن يوفر نقطة دخول قوية للاندماج في المجتمع، و يعدان آلية لكسر حلقة العزل والافتكال والفقر المرافقة بشكل شائع للإعاقة. عندما يكون ذوو الإعاقة قادرين على القيام بمساهمات مالية في أسرهم، فإنهم يفيدون عادة بازدياد مشاركتهم في الأنشطة العائلية مثل صنع القرار (15). وتوجد عدّة طرق يمكن من خلالها لبرامج التأهيل المجتمعي أن تدعم الأشخاص في كسب الرزق، فمثلاً قد يتعيّن على هذه البرامج العمل كوسيط وتقديم المعلومات لأصحاب العمل المحتملين ممن قد يتخوفون من توظيف أشخاص متأثرين بالجذام. للحصول على قائمة مفصلة بالأنشطة، ارجع إلى مكون كسب العيش.

تسخير الإمكانيات لإنهاء الوصم والفقر

إن الجمعية الوطنية الإثيوبية للأشخاص المتأثرين بالجدام (ENAPAL) ملتزمة بتحسين معيشة أعضائها لتمكينهم من إعادة كسب الكرامة وتقدير الذات. حالياً، تضم الجمعية 20000 عضو موزعين على 54 جمعية محلية في الأقاليم الأثيوبية السبعة. نفذت الجمعية أنشطة للتوعية والمناصرة ومشاريع لكسب العيش بالشراكة مع مؤسسات وطنية ودولية. يوضح مشروع كسب العيش أن الأشخاص المتأثرين بالجدام لديهم الإمكانية لأن يكونوا منتجين غيرهم من المواطنين. تستخدم الجمعية صناديق القروض الدوارة التي تمنح للأعضاء لتمكينهم من الانخراط في الأنشطة المدرة للدخل. وتقدم أيضاً فرص التعليم لأطفال الأعضاء، فتمكّن بجهودها هذه الأسر من كسر حلقة الوصم والفقر. وللغاية ذاتها، تنظم الجمعية جماعات المساعدة الذاتية للنساء المتأثرات بالجدام. وقد أثبتت هذه الاستراتيجيات نجاحها.

المكون الاجتماعي

إن الوصم والتمييز والمفاهيم المغلوطة حول الجذام تؤدي في كثير من الأحيان إلى جعل الأشخاص غير قادرين على الحصول على الخدمات العامة والمشاركة في حياة مجتمعاتهم. ويمكن لموظفي التأهيل المجتمعي أن يلعبوا دوراً مهماً جداً في الحد من مواقف وممارسات الوصم بالعار في المجتمع عبر:



- العمل مع الآخرين، مثل قادة المجتمع والمعلمين والهيئات الدينية، لنشر رسائل إيجابية حول الجذام؛
- الإعداد لحمولات توعية عامة بشأن الجذام أو المشاركة في مثل هذه الحملات -قد تشمل هذه الحملة على أنشطة الدراما أو المعارض أو توزيع المنشورات، ويمكن إجراؤها في مختلف الأماكن، مثل الأسواق المحلية وأماكن الاجتماع العامة والمراكز الصحية والمدارس؛
- إعداد أنشطة مشتركة، مثل الأنشطة الرياضية أو البرامج الثقافية، حيث يمكن للأشخاص المتأثرين بالجدام وذوي الإعاقة والأشخاص غير ذوي الإعاقة، أن يلتقوا معاً - سوف يساعد هذا في اقناع المجتمع بأكمله بقدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على المشاركة كأعضاء متساوين في المجتمع، وبحقهم في القيام بذلك.

التمكين

من الضروري أن يكون الأشخاص المتأثرون بالجدام على دراية بحقوقهم وكيفية الدفاع عن أنفسهم لكي يستطيعوا الحصول على الخدمات والموارد. يمكن للتنظيم الذاتي أن يكون طريقة فعالة لتحقيق ذلك، وحول العالم، نظم الأشخاص المتأثرون بالجدام أنفسهم في جماعات وجمعيات محلية. من الأمثلة على ذلك نذكر حركة إعادة دمج الأشخاص الذين لديهم داء هانسن في البرازيل، وجمعية إعادة دمج الأشخاص المتأثرين بالجدام في أنغولا، والمنتدى الوطني في الهند. بعض هذه الجماعات قد «اتحد» (انضموا معاً) في كيانات أكبر كالجمعية الدولية للدمج والكرامة والنهضة الاقتصادية (IDEA). بعض الأشخاص أيضاً قد انضم إلى منظمات محلية لذوي الإعاقة. دأبت هذه

الجمعيات على العمل بنشاط في تنظيم ورشات عمل عن التمكين، واجتماعات أخرى تتناول مواضيع من قبيل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (16). بمقدور برامج التأهيل المجتمعي أن تدعم الأشخاص المتأثرين بالجدام للوصول إلى جماعات المساعدة الذاتية، ومنظمات ذوي الإعاقة في مناطقها المحلية (انظر مكون التمكين: جماعات المساعدة الذاتية، ومنظمات ذوي الإعاقة).

تشجيع البرامج المعنية بالجدام لتصبح داخلة

ينبغي على برامج التأهيل المجتمعي أن تشجّع برامج تأهيل المتأثرين بالجدام على جعل خدماتها متاحة للأشخاص الآخرين من ذوي الإعاقة. يمكن لهذا الأمر أن يعود بالكثير من الفوائد؛ إذ يمكن أن يساعد في الحدّ من الوصم المرافق للجدام، ويسهّل دمج خدمات الجذام داخل القطاعات العامة، ويضمن أن يتمكن المزيد من الأشخاص من الاستفادة من الخدمات القائمة. في المناطق التي تتواجد فيها فقط برامج وخدمات الجذام المتخصّصة، فإنه ينبغي تشجيعها على إدخال استراتيجية التأهيل المجتمعي كطريقة لفتح خدماتها للأشخاص ذوي الإعاقات الأخرى (4). عند التواصل مع هذه الشبكات، من الضروري تبادل المعلومات، والحدّ من ازدواجية الخدمات، وتبيّن طرق جديدة للاستجابة لاحتياجات التأهيل.

بناء القدرات

ينبغي على برامج التأهيل المجتمعي أن تركز بشكل خاص على بناء قدرات جميع الأطراف المعنية لتمكينهم من التحرك تجاه مقاربة التأهيل المجتمعي الشامل للجميع (17). ويمكن أن تضمّ الأطراف المعنية موظفي التأهيل المجتمعي، وموظفين من البرامج والخدمات المعنية بالجدام، والأشخاص المتأثرين بالجدام، والأشخاص ذوي الإعاقة، وأفراد الأسرة، ومنظمات ذوي الإعاقة. تشمل الأنشطة المقترحة ما يلي.

- توفير التدريب/إعادة التدريب لموظفي التأهيل المجتمعي لتمكينهم من إدماج الأشخاص المتأثرين بالجدام في برامج التأهيل المجتمعي - احرصوا على إشراك الأشخاص ذوي الخبرة مع مرض الجذام في برامج التدريب هذه.
- تشجيع البرامج والخدمات المعنية بالجدام على تقديم التدريب لموظفيها حول استراتيجية التأهيل المجتمعي - احرصوا على مشاركة موظفي التأهيل المجتمعي في دورات التدريب هذه.
- رفع مستوى الوعي بالجدام بين الأشخاص ذوي الإعاقة المشتركين حالياً في برامج التأهيل المجتمعي - تأكدوا من كونهم متقبلين لفكرة انضمام الأشخاص المتأثرين بالجدام إلى برامج التأهيل المجتمعي.
- تيسير تثقيف وتدريب الأشخاص المتأثرين بالجدام وأفراد أسرهم لضمان تحملهم مسؤولية تدبير حالتهم والإعاقات المرافقة.
- تشجيع منظمات ذوي الإعاقة المحلية على التعرّف على الجذام، وقبول الأشخاص المتأثرين بالجدام كأعضاء لهم حقوق وفرص متساوية .

قبول الأشخاص المتأثرين بالجذام

في مدينة نيالا في السودان، لم تكن جمعية ذوي الإعاقة تضمّ الأشخاص المتأثرين بالجذام. نظمت مجموعة من العاملين في بعثة الجذام دورات تدريبية لأعضاء الجمعية لتثقيفهم بشأن الجذام، مثلاً التوضيح أن الأشخاص لم تعد حالاتهم معدية عند تلقيهم العلاج المتعدد الأدوية. وفي أعقاب التدريب، قرّرت جمعية ذوي الإعاقة البدء بتقديم العلاج المتعدد الأدوية بالإضافة إلى مجموعة متنوعة واسعة من خدماتها القائمة، وقبول الأشخاص المتأثرين بالجذام كأعضاء فيها.

المراجع

1. *Leprosy*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html, accessed 30 March 2010).
2. Disabilities and rehabilitation. In: *WHO Expert Committee on Leprosy, seventh report*, Chapter 6 (WHO Technical Report Series, No. 874). Geneva, World Health Organization, 1997 (www.who.int/lep/resources/Expert06.pdf, accessed 30 March 2010).
3. *Guidelines for the social and economic rehabilitation of people affected by leprosy*. London, ILEP, 1999 (www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Technical_Guides/sereng.pdf, accessed 30 March 2010).
4. *WHO/ILEP technical guide on community-based rehabilitation and leprosy*. Geneva, World Health Organization, 2007 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/cbr1eng.pdf, accessed 30 March 2010).
5. Van Brakel WH. Disability and leprosy: the way forward. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 2007, 36(1):86–87 (www.annals.edu.sg/pdf/36VolNo1Jan2007/V36N1p86.pdf, accessed 30 March 2010).
6. *Guide to eliminate leprosy as a public health problem*. Geneva, World Health Organization, 2000 (www.who.int/lep/resources/Guide_Int_E.pdf, accessed 30 March 2010).
7. Frist TF. *Don't treat me like I have leprosy!* London, ILEP, 2003 (www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Non-ILEP_Publications/dtml.pdf, accessed 30 March 2010).
8. *Consensus statement on prevention of disability*. Pan American Health Organization, 2006 (www.paho.org/English/AD/DPC/CD/lep-consensus-stmt-pod.doc, accessed 30 March 2010).
9. *ILEP technical guide. Facilitating the integration process: a guide to the integration of leprosy services within the general health system*. London, ILEP, 2003 (www.ilep.org.uk/library-resources/ilep-publications/english/, accessed 30 March 2010).
10. *Learning Guide 4 – How to prevent disabilities in leprosy*. London, International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP), 2006 (www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/lg4eng1.pdf, accessed 30 March 2010).
11. Meima A et al. Dynamics of impairment during and after treatment: the AMFES cohort. *Leprosy Review*, 2001, 72(2):158–170.
12. Finkenflugel H, Rule S. Integrating community-based rehabilitation and leprosy rehabilitation services into an inclusive development approach. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):83–91 (www.leprosy-review.org.uk/, accessed 30 March 2010).

13. Helander E 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 30 March 2010).
14. Benbow C, Tamiru T. The experience of self-care groups with people affected by leprosy: ALERT, Ethiopia. *Leprosy Review*, 2001, 72(3):311–321 (www.leprosy-review.org.uk/, accessed 30 March 2010).
15. Ebenso B et al. Impact of socio-economic rehabilitation on leprosy stigma in Northern Nigeria: findings of a retrospective study. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(2):98–119 (www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/apdrj207/leprosy_nigeria.pdf, accessed 30 March 2010).
16. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/, accessed 30 March 2010).
17. Cornielje H et al. Inclusion of persons affected by leprosy in CBR. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):30–35 (www.leprosy-review.org.uk/, accessed 30 March 2010).

قراءات مقترحة

Infolep Leprosy Information Services. London, ILEP (undated) (www.infolep.nl, accessed 30 March 2010).

International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) (www.ilep.org.uk/, accessed 30 March 2010).

ILEP Learning Guide 1 – How to diagnose and treat leprosy. London, ILEP, 2001 (www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/lg1eng.pdf, accessed 30 March 2010).

Special issue on CBR and leprosy. *Leprosy Review*, 2008, 79(1) (www.leprosy-review.org.uk/, accessed 30 March 2010).

WHO Goodwill Ambassador's newsletter for the elimination of leprosy. Nippon Foundation (undated) (www.nippon-foundation.or.jp/eng/leprosy/2006736/20067361.html, accessed 30 March 2010).

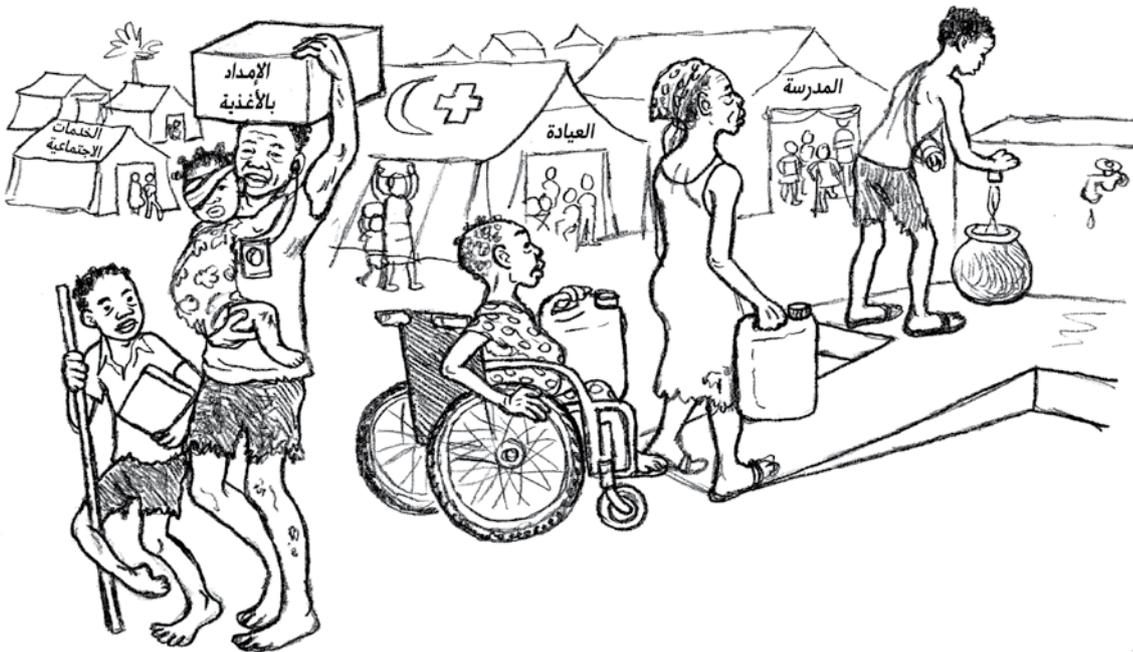
التأهيل المجتمعي والأزمات الإنسانية

المقدمة

الوضع الإنساني هو ظرف تسبب فيه حدث ما (مثل نزاع مسلح، كارثة طبيعية، وباء، مجاعة) أو سلسلة من الأحداث، بتهديد خطير للصحة والسلامة والأمن والرفاه للمجتمع أو لمجموعة كبيرة أخرى من الأشخاص. وتكون قدرة المجتمع على مجابهة الحدث منهكة، وتمس الحاجة هنا إلى المساعدات الخارجية (1).

يمكن أن يكون للأزمات الإنسانية أثر إنساني هائل من خلال التسبب بالأذى وفقدان الحياة وتناقص القدرة على تلبية الاحتياجات الأساسية، مثل الغذاء والماء والمأوى والصرف الصحي. كما أن لهذه الأزمات أيضاً أثراً اقتصادياً من خلال التسبب بالضرر للبنية التحتية والمحاصيل والمساكن، وبتزايد البطالة (2). وتتصل الأزمات الإنسانية بمجال الإعاقة والتأهيل المجتمعي لأنه يمكنها التأثير بشكل غير متناسب على الأشخاص الذين هم أصلاً ذوو إعاقة، كما أنها تخلق أيضاً جيلاً جديداً من الأشخاص ذوي الإعاقة ممن سيحتاجون الدعم والمساعدة (3).

حدثت تغيرات عديدة في القطاع الإنساني خلال السنوات القليلة الماضية لضمان أن يكون العمل الإنساني والاستجابة الإنسانية أكثر فعالية وكفاءة. ويسلط هذا القسم من الكتيب التكميلي الضوء على هذه التغيرات، ويستكشف دور برامج التأهيل المجتمعي في الأزمات الإنسانية ويقدم مقترحات بشأن كيفية ضمان إدماج ومشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم في العمل الإنساني.



الإتاحة/ الوصول للجميع

انطلقت حملة «الإتاحة/ الوصول للجميع» فوراً بعد التسونامي الذي دمر أجزاء كبيرة من المناطق الساحلية في سري لانكا في 26 كانون الأول/ ديسمبر 2004. تم إطلاق هذه الحملة من قبل الجبهة المشتركة لمنظمات ذوي الإعاقة (مجموعة وطنية شاملة تنضوي تحت مظلتها ثماني عشرة منظمة محلية لذوي الإعاقة)، وجمعية إصابات العمود الفقري، ومنظمة موتيفاشن Motivation، وجمعية سي بي إم، وجمعية جون غرومز، ومنظمة هانديكاب إنترناشونال، ووزارة الصحة (وحدة الشباب والمسنين والمعاقين والمشردين).

كانت الغاية من الحملة هي تعزيز إدماج كافة الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم في جهود التسونامي على صعيد أعمال الإغاثة وإعادة الإعمار والتأهيل في سري لانكا. وعلى وجه الخصوص، ركزت الحملة على إعادة بناء سري لانكا بشكل يمكن الجميع من الاستفادة من كافة مرافقها - من خلال ضمان أن تكون جميع المباني العامة، ووسائل النقل، وأماكن العمل، والخدمات، والبنية التحتية ميسرة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. ولم يكن الوصول أمراً سهلاً على الإطلاق عندما يختص الموضوع بذوي الإعاقة الذين يعيشون في سري لانكا حتى قبل التسونامي؛ لكن عملية إعادة الإعمار المكثفة التي كانت ضرورية بعد الكارثة كانت فرصة جيدة لضمان أخذ احتياجاتهم بالحسبان ومعالجتها.

بدأت اللجنة المسؤولة عن حملة «الإتاحة/ الوصول للجميع» بعقد الاجتماعات بعد أسبوعين من التسونامي، داعية الأشخاص المسؤولين عن التأهيل وإعادة الإعمار، بما في ذلك الهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية الدولية والسريلانكية والقطاع العام، للحضور. كان الهدف من هذه الاجتماعات جعل الجميع على دراية بحاجة ذوي الإعاقة للوصول إلى المرافق والخدمات (بما فيها الحاجة إلى عمليات توزيع وملاجئ مؤقتة، يسهل الوصول إليها والاستفادة منها) ولتقديم المشورة التقنية والموارد والدعم.

كنتيجة لحملة «الإتاحة/ الوصول للجميع»، كانت هناك رغبة كبيرة بين المنظمات المشتركة في أعمال إعادة الإعمار والتأهيل للاعتراف بقضايا الإعاقة ومعالجتها. وضعت لوائح تشريعية بشأن إمكانية الوصول - عند إعمار جميع المباني الجديدة يجب مراعاة المسائل المتصلة بإمكانية الوصول، كما يجب خلال فترة زمنية محددة جعل جميع المباني غير يسيرة الوصول مباني يمكن الوصول إليها. وتواصل حملة الوصول إلى الجميع أنشطتها في سري لانكا وترتكز الآن على إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في السياق الأوسع، من خلال تعزيز حقوقهم وتعزيز فرصهم المتساوية مع الآخرين في التعليم والعمل.

مقتبس من (4)

الهدف

أن يتم إشراك وإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم في العمل الإنساني بما فيه التأهب والاستجابة للطوارئ وأنشطة التعافي.

دور التأهيل المجتمعي

يكمّن دور التأهيل المجتمعي في (أ) مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم والمجتمعات للاستعداد للأزمات الإنسانية المحتملة؛ و(ب) ضمان أن تكون الاستجابة الإنسانية والتعافي شاملة لذوي الإعاقة؛ و(ج) ربط الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم بالخدمات والمساعدة المقدمة من خلال القنوات الإنسانية.

النتائج المرجوة

- الأشخاص ذوو الإعاقة وأفراد أسرهم مهياًون للاستجابة أثناء الأزمات الإنسانية.
- التعرف على الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم وتلبية احتياجاتهم خلال الاستجابة الإنسانية.
- إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في تخطيط وتنفيذ البرامج الإنسانية وبرامج عملية التعافي.
- البنية التحتية التي يعاد بناؤها بعد الأزمة الإنسانية مُمكنة الوصول من الناحية المادية بالنسبة لذوي الإعاقة ومتاحة للاستخدام من قبلهم.
- الدعم والخدمات التي يعاد تأسيسها أو يتم تطويرها في أعقاب الأزمة ميسرة ومستجيبة لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة.

المفاهيم الرئيسية

الإعاقة والأزمات الإنسانية

إن الأشخاص ذوي الإعاقة هم إحدى المجموعات التي تكون في أكثر الأحيان معرضة للخطر في الأزمات الإنسانية (5). فيما يلي نورد قائمة ببعض العوامل التي قد تجعل الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة.

الإقصاء - إن السياسات والممارسات غير الملائمة من قبل المجتمعات والهياكل المنخرطة في تقديم المساعدة والتدخلات الإنسانية قد تؤدي إلى إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة (6،7).

نقص الوعي - إن المعلومات حول المخاطر والأخطار، والتحذيرات الصادرة بشأن أحداث وشيكة، والنصيحة حول الإجراء الذي يجب اتخاذه أثناء وبعد الأزمة لا يتم في الغالب عرضها بأشكال يمكن تلقيها من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة. لذا قد يكون من الصعب عليهم أن يروا الإشارات التحذيرية، ويفهموا ويتبعوا التعليمات بشأن ما يجب فعله، وإلى أين يمكنهم الذهاب وإلى من يلجأون للمساعدة (7).

انقطاع شبكات الدعم الاجتماعي - إن الشبكات الاجتماعية هامة بشكل خاص بالنسبة لذوي الإعاقة، الذين يعتمدون دوماً على أفراد الأسرة والأصدقاء والجيران للمساعدة والدعم (انظر المكوّن الاجتماعي: المساعدة الشخصية). تتأثر هذه الشبكات في كثير من الأحيان أثناء حالة الأزمة، فمثلاً قد يفصل ذوو الإعاقة عن مقدمي الرعاية أو قد يصاب مقدم الرعاية أو يقتل.

العوائق المادية - غالباً ما تتبدّل البيئات المادية في حالات الأزمات، مما يفاقم من العوائق القائمة أو يخلق عوائق جديدة بالنسبة لذوي الإعاقة. وقد يخسر العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً أدواتهم المعينة، مثل الأطراف الصناعية، والعكازات، والمعينات السمعية، والنظارات (4). كنتيجة لذلك يواجه ذوو الإعاقة صعوبة أكبر في طلب المساعدة والدعم في حالات الأزمات، مثلاً قد يكونون غير قادرين على الحصول على الغذاء والماء والمأوى والمرحاض وخدمات الرعاية الصحية (4).

إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني

على الرغم من أن البيئات تظهر شدة تأثير الأشخاص ذوي الإعاقة بما لا يتناسب مع حجم تلك الأزمات، فإنهم في الغالب يستبعدون من الأنشطة الإنسانية (8،9). لذا ينبغي تناول قضايا الإعاقة في كل جهود العمل الإنساني كما هو موضح في المادة 11 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

«تعهد الدول الأطراف، وفقاً لالتزاماتها بمقتضى القانون الدولي، بما فيه القانون الإنساني الدولي والقانون الدولي لحقوق الإنسان، باتخاذ كافة التدابير اللازمة لضمان حماية وسلامة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يوجدون في حالات تتسم بالخطورة، بما في ذلك حالات النزاع المسلح والطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية» (10).

إن مشاركة السكان المتضررين تشكّل جانباً مهماً في الأزمات الإنسانية (5). من المهم ألا يتم إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات الممثلة لهم كمستفيدين فقط، بل يتعيّن إدماجهم كشركاء في العمل والاستجابة الإنسانية. هذا يعني إشراكهم في تقدير وتصميم برامج المساعدة وتنفيذها ورصدها وتقييمها.

نهج المجموعات

منذ عام 2005، كانت هناك جهود لتحسين فعالية الاستجابة الإنسانية الدولية للأزمات. كان الهدف العام هو ضمان أن تصل الإغاثة والحماية الشاملتان المرتكزتان إلى الاحتياجات إلى عدد أكبر من الأشخاص بطريقة أكثر فعالية وفي الوقت المناسب. إن أحد التغييرات الكبيرة في الاستجابة الإنسانية هو تطوير وتنفيذ نهج المجموعات.

يقوّي نهج المجموعات التنسيق داخل قطاعات المساعدة الإنسانية (مثلاً الصحة، التعليم، الإيواء الطارئ) وبينها عبر تحديد أدوارها ومسؤولياتها بوضوح خلال الأزمات. ويهدف هذا النهج إلى جعل المجتمع الإنساني الدولي أكثر تنظيماً، وعلى قدر أعلى من المهنية وقابلية المساءلة، بحيث يمكنه أن يكون شريكاً أفضل للحكومات والسلطات المحلية والمجتمع المدني المحلي.

توجد 11 مجموعة على المستوى العالمي (انظر الجدول 1). وكل مجموعة تقودها إحدى الوكالات، مثلاً المجموعة العالمية للصحة تقودها منظمة الصحة العالمية (WHO)، بحيث تكون مسؤولة عن وضع المعايير والسياسات، وبناء قدرات الاستجابة، وتقديم الدعم التشغيلي. وداخل كل مجموعة، يوجد عدد من الهيئات والمنظمات التي ينبغي أن

تعمل معاً لضمان الاستجابة المنسقة خلال الأزمات الإنسانية. مثلاً تتكوّن المجموعة العالمية للصحة من ما يزيد على 30 هيئة ومنظمة، نذكر منها على سبيل المثال صندوق الأمم المتحدة للطفولة-اليونيسف، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب والهلال الأحمر والمنظمة الدولية للإعاقة.

على المستوى القطري، عندما تحدث أزمة إنسانية، من الممكن أن يتم تفعيل بعض أو كل المجموعات؛ لكن من الضروري أن نعلم أنها قد تسمى بأسماء مختلفة. مثلاً، يمكن أن تسمى المجموعات قطاعات وتقودها وكالات مختلفة. كما إن العضوية على المستوى القطري تكون مفتوحة لجميع الأطراف المعنية التي تدعم أو تقدم الخدمات في المناطق المتضررة، بما فيها الجهات المانحة. وتكون المجموعات، على المستوى القطري، مسؤولة عن ضمان التنسيق الفعال والشامل للجميع للتمكين من:

- تقدير الاحتياجات وتحليلها
- التأهب لحالات الطوارئ
- التخطيط وإعداد الاستراتيجيات
- تطبيق المعايير
- الرصد والإبلاغ
- المناصرة وحشد الموارد
- التدريب وبناء القدرات

إن نهج المجموعات ذو صلة ببرامج التأهيل المجتمعي التي تعمل في المناطق التي تتعرض للأزمات الإنسانية. يركّز التأهيل المجتمعي على العديد من قطاعات التنمية المختلفة، أي قطاعات الصحة، والتعليم، وكسب العيش والقطاع الاجتماعي، لضمان أن تكون هذه القطاعات داخلة ويمكن الوصول إليها من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم. ولا يختلف دور برامج التأهيل المجتمعي أثناء الأزمات الإنسانية عن دورها في الأحوال العادية. ومع ذلك يتعيّن على برامج التأهيل المجتمعي بدلاً من العمل منفردة أن تركز على العمل جنباً إلى جنب مع كل المجموعات/القطاعات الإنسانية على المستوى الوطني/الإقليمي و/أو المجتمعي لضمان تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم. يوفر نهج المجموعات أيضاً الفرص لبرامج التأهيل المجتمعي للحصول على موارد إضافية (مثل الموارد المالية والتقنية) للأنشطة التي ترغب في القيام بها عند حدوث الأزمات لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة.

الجدول 1: المجموعات الإنسانية العالمية

المجموعات/المجال	المنظمة (المنظمات) المعنية
المجالات التقنية	
مجموعة الصحة	منظمة الصحة العالمية (WHO)
مجموعة التغذية	صندوق الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسف (UNICEF)
مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة (WASH)	اليونيسف
مجموعة الإيواء الطارئ والمواد غير الغذائية	مكتب المفوض السامي للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR) في حالات النزاع، والاتحاد الدولي للصليب والهلال الأحمر (IFRC) في حالات الكوارث
مجموعة التعليم	اليونيسف ومنظمة إنقاذ الطفولة
مجموعة الزراعة	منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (FAO)
المجالات المشتركة	
مجموعة تنسيق وإدارة المخيمات	مكتب المفوض السامي للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR) والمنظمة الدولية للهجرة (IOM)
مجموعة الحماية	مكتب المفوض السامي للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
مجموعة الإنعاش المبكر	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)
مجالات الخدمة المشتركة	
مجموعة الخدمات اللوجستية	برنامج الأغذية العالمي (WFP)
مجموعة الاتصالات السلوكية واللاسلكية في حالات الطوارئ	مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) واليونيسف وبرنامج الأغذية العالمي

الانتقال من الأزمة إلى التنمية

في الأزمات الإنسانية، يوجد عادة فيض من المنظمات الخارجية، وكتيجة لذلك قد يجد بعض الأشخاص ذوي الإعاقة أنهم في الواقع باتوا يتلقون خدمات أفضل من السابق (7). وتمثل الإعاقة قضية تنمية طويلة المدى، لذا فمن الضروري أن تعمل المنظمات الخارجية بالمشاركة مع المجتمعات المحلية لضمان وجود القدرة على العمل المستمر والتنمية المستدامة بعد مغادرة هذه المنظمات. إن لبرامج التأهيل المجتمعي دوراً هاماً لتعبه بصفتها استراتيجية للتنمية المجتمعية الدائمة.

الأنشطة المقترحة

تتمحور الأنشطة التالية حول ثلاثة مجالات واسعة: التأهب (الأنشطة والتدابير التي يتم إجراؤها في وقت يسبق الأزمة المحتملة بهدف تقليل أثرها)، والاستجابة للطوارئ (تقديم المساعدة لتحقيق الحفاظ على الحياة واحتياجات البقاء الأساسية) والتعافي (استعادة أو تحسين ظروف العيش التي كانت قائمة قبل الأزمة).

إعداد الأشخاص ذوي الإعاقة للأزمات المحتملة

توجد العديد من الأنشطة التي يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي أن تقوم بها لضمان أن يكون ذوو الإعاقة وأسرهم ومجتمعاتهم مستعدين للأزمة المحتملة، كالكارثة الطبيعية مثلاً. تشمل هذه ما يلي:

- رفع مستوى الوعي في المجتمع بشأن أهمية إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في أنشطة التأهب، مثل تنظيم تدريب حول التوعية بالإعاقة للمسؤولين المحليين، ولجان إدارة الكوارث، وموظفي إدارة الحالة الطارئة، وأفراد المجتمع؛
- إعلام الأشخاص ذوي الإعاقة بشأن عمليات التخطيط للتأهب في مجتمعاتهم وتشجيع مشاركتهم، مثلاً في لجان إدارة الكوارث؛
- تحديد وتسجيل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في المجتمع، مع ملاحظة أين سيعيشون وماهية احتياجاتهم أثناء حالة الأزمة؛
- ضمان الاحتفاظ بنسخ من قواعد البيانات المشار إليها في البند السابق في مواقع مختلفة (مثلاً في المكتب الرئيسي أو لدى منظمة شريكة) حيث أنه غالباً ما تفقد المعلومات في الأزمات؛
- إعلام الأشخاص ذوي الإعاقة بشأن أنشطة التأهب في مجتمعاتهم وتشجيع مشاركتهم، مثلاً في تمارين/ تدريبات الإخلاء؛
- تقديم النصيحة للأطراف المعنية ذات الصلة حول جعل تدابير التأهب ميسرة، مثل أنظمة التحذير، وإجراءات الإخلاء، وملاجئ حالات الطوارئ؛
- تشجيع ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم على وضع تدابير للتأهب على صعيد المنزل من قبيل:
 - تحديد أشخاص يمكن الوثوق بهم ممن يمكنهم تقديم الدعم أثناء الحالة الطارئة؛
 - تخزين كمية إضافية من الأدوية الأساسية، مثل دواء الصرع، والمعدات/ المواد (على سبيل المثال الأكياس البولية للأشخاص المصابين بأذية في الحبل الشوكي، الأدوات المعينة)؛
 - إعداد صحف معلومات حديثة حول احتياجات الأفراد، مثل الاحتياجات من الأدوية والاتصال، والمواظبة على تحديث المعلومات في هذه الصحف؛
 - التمرن على إجراءات الإخلاء عملياً، مثلاً التمرن على استخدام طرق الإخلاء المؤدية إلى الملاجئ.



ضمان أن تكون الاستجابة للحالة الطارئة شاملة لذوي الإعاقة

تعرفوا على الوضع الحالي في المجتمع

- ينبغي القيام بتحديث قاعدة البيانات حول الأشخاص ذوي الإعاقة وجعلها متاحة بالنسبة للأطراف المعنية ذات الصلة المنخرطة في الاستجابة للحالة الطارئة.
- حدّدوا ما إذا كانت الخدمات القائمة في المجتمع قبل حدوث الأزمة قابلة للاستخدام.

أقيموا شراكات مع الأطراف الجديدة المعنية بالشؤون الإنسانية

- تعرّفوا على الأطراف الجديدة المعنية بالشؤون الإنسانية في المجتمع وقوموا بالاتصال بها.
- حدّدوا أدوارهم ومسؤولياتهم وما هي الخدمات والموارد التي يمكنهم تقديمها.
- تبادلوا المعلومات معهم حول السياق المحلي والوضع الحالي مع التركيز على الأشخاص ذوي الإعاقة.
- ساعدوهم في تحديد وتحليل احتياجات المجتمع، خاصة الأشخاص ذوي الإعاقة.
- قدّموا المعلومات حول قدرة برنامج التأهيل المجتمعي، مثل البنية التحتية، والموظفين المتوفّرين، والشراكات القائمة، والأنشطة، إلخ.
- أنشئوا آليات للإحالة ليكون من السهل ربط الأشخاص ذوي الإعاقة بالخدمات التي تقدمها هذه الأطراف المعنية ومصادر الدعم التي توفرها.
- ناقشوا معهم بعض الأفكار بشأن أنشطة التأهيل المجتمعي المحتملة وقدموا لهم مقترحات للحصول على الموارد عبر المجموعات/ القطاعات ذات الصلة.

تأكدوا من إعلام الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بشكل جيد

- اسعوا إلى ذوي الإعاقة لضمان إبقائهم على إطلاع جيد وتعريفهم بأخر المستجدات فيما يتعلق بالوضع الراهن.
- إذا أمكن، جهّزوا مكاناً يمكن الوصول إليه في المجتمع لتقديم المعلومات لذوي الإعاقة وأسرهم بشأن أنشطة الإغاثة التي تجرى والدعم المتوفّر.
- اضمّنوا مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في إعداد ونقل المعلومات/ الرسائل الرئيسية.
- اضمّنوا أن تكون جميع المعلومات وطرق الاتصال ميسرة.

الأنشطة المقترحة المتعلقة بمجموعات/ قطاعات معينة

يمكن لبرامج التأهيل المجتمعي بالتعاون مع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، أن تضمن مراعاة الأطراف المعنية ذات الصلة على المستوى المحلي والوطني والدولي لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وشمول هذه الاحتياجات في تخطيط وتنفيذ الأنشطة الإنسانية. بعض الأنشطة المقترحة لبرامج التأهيل المجتمعي ذات الصلة بكل مجموعة/ قطاع تشمل التالي.

مجموعة / قطاع الصحة

- حدّدوا أولويات للأشخاص الذين يحتاجون للخدمات الصحية (مثلاً رعاية الإصابات، الإسعافات الأولية الأساسية) والإحالة إلى الخدمات المناسبة.
- إذا ما احتاج ذوو الإعاقة إلى المساعدة الشخصية، رافقوهم إلى الخدمات الصحية.
- نظّموا الحصول على تعويض عن الأدوات المعينة المفقودة/ المتضررة وقدموا أدوات جديدة للأشخاص الذين حدثت لهم إصابات/ اعتلالات.
- وفروا المتابعة والرعاية الأساسية والتأهيل للأشخاص المصابين وذوي الإعاقة.

مجموعة / قطاع التغذية والخدمات اللوجستية

- عيّنوا متطوعين لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على المواد الغذائية.
- قدّموا النصيحة والمساعدة للأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية لجعل عمليات توزيع المواد الغذائية ميسرة، مثل تهيئة طوابير منفصلة، وتخصيص مواقع توزيع معينة، وتركيب منحدرات بدائية مؤقتة في نقاط التوزيع.
- اضمنوا توفر حصص غذائية مناسبة لذوي الإعاقة ممن يملكون حاجات غذائية خاصة، مثل تقديم الأغذية التي يسهل هرسها أو إعداد عصيدة للأشخاص الذين يواجهون صعوبة في المضغ أو البلع.

مجموعة / قطاع الإيواء الطارئ والمواد غير الغذائية

- قدّموا النصيحة والمساعدة للأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية لجعل الملاجئ المؤقتة ميسرة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- قدّموا النصيحة والمساعدة للأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية لضمان قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الحصول على البطانيات، والمشمعات المضادة للبرد، ومستلزمات النظافة، والملابس، واللوازم الصحية.
- خذوا المؤن مباشرة للأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم حيثما يكون هذا ضرورياً.

مجموعة / قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة

- قدّموا النصيحة والمساعدة للأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية لتضمنوا ملاءمة المراحيض ومرافق دورات المياه للأشخاص ذوي الإعاقة.
- قدّموا النصيحة والمساعدة للأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية لتضمنوا أن تكون نقاط توزيع المياه والآبار والمضخات اليدوية ميسرة لذوي الإعاقة.
- أعلموا الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم حول متى وأين تتوفر موارد المياه والمرافق الصحية.
- قدّموا المعلومات بشأن الوقاية من الأمراض المرتبطة بالمياه والصرف الصحي بأشكال يمكن تلقيها.



مجموعة / قطاع التعليم

- تأكدوا من أن برامج التعليم جامعة للأطفال ذوي الإعاقة.
- ساندوا المعلمين وقادة الأنشطة عبر تزويدهم بمعلومات حول كيفية إدماج الأطفال ذوي الإعاقة في الأنشطة.

مجموعة / قطاع الحماية

- ارفعوا مستوى الوعي بين الأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية بشأن الإعاقة وقضايا الوقاية، بما فيها العنف والاستغلال والانتهاك والتمييز، خاصة فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقات الفكرية والنساء والفتيات ذوات الإعاقات.
- قدّموا النصيحة والمساعدة للأطراف المعنية بالشؤون الإنسانية لتحقيق أقصى قدر من سلامة الأشخاص ذوي الإعاقة في الملاجئ المؤقتة، مثل تسييج المناطق غير الآمنة، وضمان إضاءة كافية، وجمع شمل الأشخاص وأسرهم/القائمين برعايتهم بالسرعة الممكنة.
- حدّدوا الأماكن الصديقة للأطفال وغيرها من تدابير حماية الطفل ويسّر وإدماج الأطفال ذوي الإعاقة.
- قدّموا أنشطة الأقران (النظراء) وادعموا تشكيل جماعات المساعدة الذاتية (انظروا مكون التمكين: جماعات المساعدة الذاتية).
- حدّدوا الخدمات التي توفر الدعم النفسي الاجتماعي وتأكدوا من أنها شاملة للجميع ويمكن الوصول إليها من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.

مجموعات / قطاعات الإنعاش المبكر والزراعة والحماية

- قدموا وسائل لكسب العيش (كالأدوات ورأس المال الأولي) بأسرع وقت ممكن لتعزيز الاعتماد على الذات لدى الناس.

ساعدوا الأشخاص ذوي الإعاقة لاستعادة و/ أو تحسين نوعية حياتهم خلال مرحلة التعافي

عندما تبدأ الأزمة الإنسانية بالاستقرار، تبدأ عملية إعادة بناء البنية التحتية تدريجياً ويبدأ تقديم الخدمات بواسطة العمليات أو القنوات الطبيعية. يمكن للأزمة أن تقدم فرصاً جديدة للتنمية (11) وينبغي على برامج التأهيل المجتمعي أن تستغل هذه الفرص لضمان «إعادة بناء» المجتمعات الدامجة. نقترح أن تقوم برامج التأهيل المجتمعي بالإجراءات التالية.

- الاستمرار في توعية الأطراف المعنية ذات الصلة في المجتمع، مثل السلطات المحلية ومنظمات التنمية العامة، حول الإعاقة واحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.
- تقديم المعلومات والموارد حول القضايا المتصلة بإمكانية الحصول على المسكن، والمياه والصرف الصحي، وإمكانية الوصول إلى المدارس، والمباني العامة، ووسائل النقل... إلخ، للأطراف المعنية المشتركة في إعادة الإعمار - سيكون من المفيد توفير معلومات بشأن الحد الأدنى من المعايير، والدلائل الإرشادية العملية، وأمثلة للممارسة الجيدة، ومبادئ التصميم الشامل (Universal Design).
- العمل مع قطاع التعليم لمساعدة الأطفال ذوي الإعاقة في العودة إلى المدرسة (انظر مكوّن التعليم).

● العمل مع الأطراف المعنية ذات الصلة لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرتهم في العودة إلى أنشطة كسب العيش السابقة، والمساعدة في التعرف على فرص جديدة لكسب العيش حيثما يكون هذا ضرورياً (انظر مكوّن كسب العيش).



● العمل مع الأطراف المعنية ذات الصلة لضمان أن يتلقى ذوو الإعاقة وأسرتهم الدعم الاجتماعي اللازم لإعادة بناء علاقاتهم مع الأسرة والأصدقاء والتأكد من أنهم قادرون على المشاركة في أنشطة المجتمع (انظر المكوّن الاجتماعي).

● دعم جماعات المساعدة الذاتية التي ينظمها أشخاص مروا بتجارب من الأزمات (انظر مكوّن التمكين: جماعات المساعدة الذاتية).

الإطار 22

خلق فرص عمل عبر التعاونيات

بعد الزلزال المدمر في إندونيسيا، أصبح العديد من الأشخاص ذوي إعاقة أو حصلت لديهم اضطرابات الكرب الذي يلي الإصابات وفقدوا مصادر دخلهم. قرر هؤلاء الأشخاص العمل معاً لتغيير وضعهم. وبمساعدة من برنامج التأهيل المجتمعي، أنشأوا جمعية تعاونية. وقدمت منظمة غير حكومية رأس المال بالإضافة إلى المساعدة التقنية للجماعة. تقدم التعاونية القروض والمشورة في مجال الأعمال لأعضائها المنخرطين في مشاريع، مثل صنع الطوب، وصنع الأقمشة، وبيع الأغذية. وقد وسعت الجمعية التعاونية تدريجياً فرص العمل في المجتمع وزادت من دخل الأعضاء.

المراجع

1. *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2010 (www.iawg.net/IAFM%202010.pdf, accessed 30 March 2010).
2. *Disaster statistics 1991–2005*. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (ISDR), 2006 (www.unisdr.org/disaster-statistics/introduction.htm, accessed 30 March 2010).
3. *Disasters, disability and rehabilitation*. World Health Organization, 2005 (www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/en/disaster_disability.pdf, accessed 30 March 2010).
4. Adapted from: CBM (undated) (www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general_article_75271.html, accessed 30 March 2010).
5. *Humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Sphere Project, 2004 (www.sphereproject.org/content/view/27/84, accessed 15 June 2010).
6. *Protecting persons affected by natural disasters – IASC operational guidelines on human rights and natural disasters*. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2006 (www.brookings.edu/reports/2006/11_natural_disasters.aspx, accessed 30 March 2010).

7. *World disasters report 2007 – Focus on discrimination*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), 2007 (www.ifrc.org/publicat/wdr2007/summaries.asp, accessed 15 June 2010).
8. *Disability and early tsunami relief efforts in India, Indonesia and Thailand*. Center for International Rehabilitation/International Disability Rights Monitor, 2005 (www.idrmnet.org/reports.cfm, accessed 30 March 2010).
9. Kett M et al., for International Disability and Development Consortium. *Disability in conflict and emergency situations: focus on tsunami-affected areas*. 2005 (www.iddcconsortium.net/joomla/index.php/conflict-and-emergencies/key-resources, accessed 30 March 2010).
10. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/disabilities/>, accessed 30 March 2010).
11. *How to include disability issues in disaster management, following floods 2004 in Bangladesh*. Handicap International, 2005 (www.handicap-international.fr/documentation-presse, accessed 30 March 2010).

قراءات مقترحة

Accessibility for the disabled. A design manual for a barrier free environment. New York, United Nations, 2004 (www.un.org/esa/socdev/enable/designm/, accessed 30 March 2010).

Building an inclusive society. CBM, 2009 (www.cbm.org/en/general/downloads/48197/CBM_Profile_2009.pdf, accessed 30 March 2010).

Disaster preparedness for people with disabilities, American Red Cross (undated) (www.redcross.org/www-files/Documents/pdf/Preparedness/Fast%20Facts/Disaster_Preparedness_for_PwD-English.pdf, accessed 30 March 2010).

Disaster psychological response: handbook for community counsellor trainers. Geneva, Academy for Disaster Management Education Planning and Training (ADEPT), 2005 (www.preventionweb.net/english/professional/trainings-events/edu-materials/v.php?id=7708, accessed 30 March 2010).

E-discussion: disabled and other vulnerable people in natural disasters. Washington, DC, World Bank, 2006 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20922http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20922979~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>, accessed 30 March 2010).

Guidance note on using the cluster approach to strengthen humanitarian response. Inter-agency Standing Committee (IASC), 2006 (www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/Resources%20&%20tools/IASCGUIDANCENOTECLUSTERAPPROACH.pdf, accessed 30 March 2010).

Health cluster guide: a practical guide for country-level implementation of the health cluster. Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/en/index.html, accessed 30 March 2010).

Hyogo framework for action 2005–2015. Geneva, International Strategy for Disaster Reduction, 2005 (www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm, accessed 30 March 2010).

Older people in disasters and humanitarian crises: Guidelines for best practice. HelpAge International, 2005 (www.helpage.org/Resources/Manuals, accessed 30 March 2010).

Older people's associations in community disaster risk reduction. HelpAge International, 2007 (www.helpage.org/Resources/Manuals, accessed 30 March 2010).

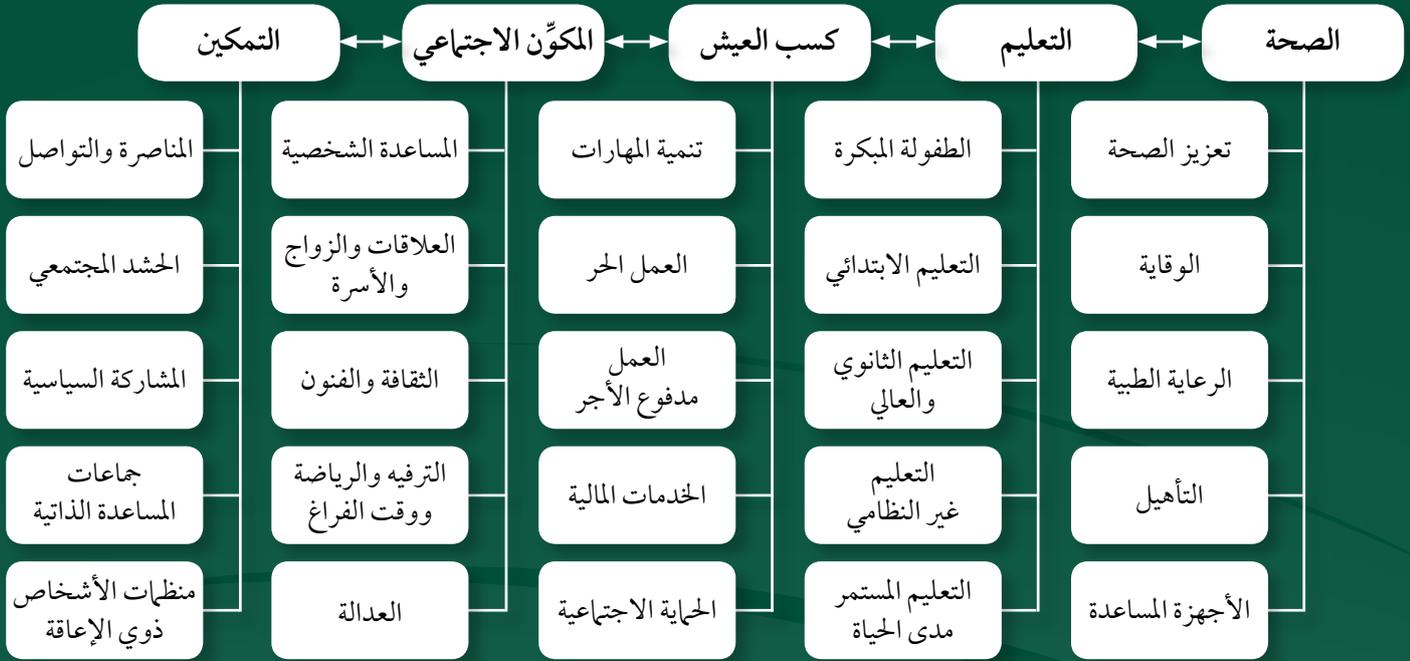
Oxfam GB/Emergency Capacity Building Project. *Impact, measurement and accountability in emergencies: the good enough guide*. Oxfam, Oxfam GB, 2007 (<http://publications.oxfam.org.uk/oxfam/display.asp?isbn=0855985941>, accessed 30 March 2010).

Promoting access to the built environment – guidelines. CBM, 2008 (www.cbm.org.au/documents/Be%20Active/Access%20to%20built%20environment%20guidelines%20-%20CBM.pdf, accessed 30 March 2010).

Scherrer V. Disability in emergency: accessing general assistance and addressing specific needs. *Voice Out Loud Newsletter*, No.5, May 2007 (http://60gp.ovh.net/~ngovoice/documents/VOICE%20out%20loud%205_final.pdf, accessed 30 March 2010).

Scherrer V et al. Towards a disability-inclusive emergency response: saving lives and livelihoods for development. *Journal for Disability and International Development*, 2006,1:3–21 (www.ineesite.org/toolkit/docs/Journal_for_Disability_MSEE.pdf, accessed 30 March 2010).

مصفوفة التأهيل المجتمعي



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

ISBN 978 92 9021 877 7



السعر: 25 دولار أمريكي