





## شناسنامه کتاب - کتابخانه WHO

توانبخشی مبتنی بر جامعه: راهنمای CBR.

۱. توانبخشی. ۲. افراد معلول. ۳. خدمات سلامت اجتماعی. ۴. سیاست‌های سلامت. ۵. حقوق بشر. ۶. عدالت اجتماعی. ۷. مشارکت مشتریان. ۸. راهنما. ۱. سازمان بهداشت جهانی. ۱۱. یونسکو. ۱۱۱. سازمان بین‌المللی کار. ۱۴. کنسرسیوم بین‌المللی توسعه معلولیت.

(طبقه NLM: WB 326)

شابک: ۹۷۸۹۲۴۱۵۴۸۰۵۲

## © سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۰

حق چاپ برای سازمان جهانی بهداشت محفوظ است. این کتاب از طریق انتشارات سازمان جهانی بهداشت به آدرس زیر قابل دسترس است.

World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

هرگونه درخواست برای تکثیر یا ترجمه انتشارات WHO - خواه برای فروش یا توزیع رایگان - باید از طریق آدرس زیر به اطلاع انتشارات WHO برسد (Fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

عناوین به کار رفته و مطالب ارائه شده در این کتاب به این معنی نیست که هرچه توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شده امکان صدق در مورد وضعیت هر کشور سرزمین، شهرستان، منطقه و یا افراد ذی نفوذ و یا حد و مرزها را دارد. خطوط نقطه چین بر روی نقشه نشان‌دهنده مرز تقریبی است که هنوز در مورد آن توافق کامل وجود ندارد.

اشاره‌ای به مؤسسات خاص و یا برخی از محصولات به معنای تأیید یا توصیه توسط سازمان بهداشت جهانی و اولویت دادن به آن‌ها نسبت به دیگر مؤسسات و یا محصولات مشابه نیست. برای مستثنی کردن خطاها نام محصولات اختصاصی با حروف بزرگ متمایز شده‌اند.

تمامی اقدامات احتیاطی و معقول توسط سازمان بهداشت جهانی برای بررسی اطلاعات موجود در این کتاب انجام شده است. با این حال، هیچ نوع ضمانتی چه به صورت تلویحی و یا صریح برای مطالب به چاپ رسیده وجود ندارد. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب آمده شده به‌عهده خواننده است. در هیچ شرایطی، سازمان بهداشت جهانی مسئولیت خسارت ناشی از استفاده از آن را به‌عهده نمی‌گیرد.

طراحی و صفحه‌بندی توسط شرکت ارتباطات لنیس: [www.iniscommunication.com](http://www.iniscommunication.com)

چاپ نسخه انگلیسی در مالت



## سخن آغازین

در حدود ۴۵۰ هزار نفر در مناطق روستایی کشور، با معلولیت زندگی می‌کنند که اکثر آنها در شرایط استاندارد و مطلوبی قرار ندارند و حداقل دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، آموزش و فرصت‌های امرار معاش را تجربه می‌کنند.

حوزه معاونت امور توانبخشی، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) را برای اولین بار در سال ۱۳۷۴ به طور رسمی در دو منطقه از استان سمنان به طور آزمایشی به اجرا درآورد و هم اکنون پس از دو دهه، به عنوان یک استراتژی برتر برای بهبود دسترسی به خدمات توانبخشی برای افراد معلول در مناطق دورافتاده و محروم به طور قابل توجه‌ای گسترش یافته است. سازمان بهزیستی کشور در راستای خدمات‌رسانی به مناطق محروم و توسعه عدالت اجتماعی و تأمین امکانات مورد نیاز اقشار محروم جامعه برای داشتن یک زندگی بدون رنج و همراه با احترام، برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) را همواره مورد حمایت قرار داده است. در این برنامه که با مشارکت افراد معلول، خانواده آنان و اعضای جامعه محلی انجام می‌شود، خدمات آموزشی، درمانی و توانبخشی، حمایت شغلی و اجتماعی با هدف توانمندسازی افراد معلول و افزایش دسترسی آنان به عرصه‌های مختلف زندگی دنبال می‌گردد.

از آنجایی که تقویت برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه مستلزم فراهم آوردن دانش نوین برای مدیران و کارکنان CBR به ویژه تسهیلگران این برنامه، کارکنان سطوح اولیه بهداشتی (بهورزان)، معلمان مدارس، مددکاران اجتماعی و دیگر کارکنان توسعه محلی (دهیاران)، سازمان‌های غیر دولتی افراد معلول و گروه‌های خودیار می‌باشد، بنابراین مجموعه کتاب‌های هفت جلدی راهنمای توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) پس از ترجمه و بومی‌سازی مفاهیم در دفتر توانمندسازی معلولین، به بهره‌برداری مجریان برنامه رسید و به لحاظ اهمیت چاپ دوم آن آماده انتشار می‌باشد.

این راهنما درک و راهکار مشترکی را از CBR پس از ۲۰ سال تجربه در ایران ارائه می‌نماید؛ استفاده از الگوهای جاری CBR در سراسر جهان، چارچوب جدیدی را برای اقدام و اجرای عملی CBR فراهم خواهد نمود. این راهنما همچنین می‌تواند رهنمودهایی درمورد چگونگی توسعه و تقویت برنامه CBR ارائه نموده و باعث ارتقاء CBR به عنوان یک استراتژی برای توسعه فراگیر مبتنی بر جامعه، به منظور کمک به افراد معلول جهت قرار گرفتن در جریان اصلی زندگی در برنامه‌های توسعه و به طور اخص کاهش فقر گردد.

امید است این مجموعه بتواند با ارائه راهکارهای مناسب باعث ارتقای کیفیت اجرای برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در سطح کشور گردد.

دکتر انوشیروان محسنی بندپی

معاون وزیر و رئیس سازمان بهزیستی کشور



# راهنمای CBR

## مؤلفه‌ی سلامت

### فهرست مطالب:

۱	پیش‌گفتار
۱۱	ارتقاء سلامت
۲۱	پیشگیری
۳۳	مراقبت پزشکی
۴۵	توانبخشی
۵۷	وسایل کمکی





## پیش گفتار

حق برخورداری از سلامت بدون تبعیض موضوعی است که در بسیاری از قوانین بین‌المللی به آن اشاره شده است. در قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت WHO بیان شده است «بهره‌مندی از بالاترین سطح قابل قبول سلامت یکی از حقوق اساسی هر فرد صرف نظر از نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، و وضعیت اقتصادی و اجتماعی وی می‌باشد» (۱).

کنوانسیون حقوق افراد معلول سازمان ملل<sup>۱</sup> (CRPD) حق برخورداری افراد معلول از سلامت را مدنظر دارد به‌طوری‌که ماده ۲۵ این کنوانسیون کشورها را ملزم به «به رسمیت شناختن حق افراد معلول برای بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت قابل حصول بدون در نظر گرفتن معلولیت» می‌کند. همچنین ماده ۲۰ (دسترسی) و ماده ۲۶ (توانبخشی) به تشریح اقدامات کشورهای عضو پرداخته، بیان می‌کند که کشورهای عضو باید اطمینان حاصل کنند که افراد معلول به خدمات بهداشت و سلامت از جمله توانبخشی مناسب با جنسیت دسترسی دارند (۲).

متأسفانه شواهد نشان می‌دهند افراد معلول معمولاً از سطح بهداشتی پایین‌تری نسبت به افراد عادی جامعه برخوردار هستند (۳) و برای بهره‌مندی از حق سلامت خود اغلب با چالش‌های بسیاری مواجه هستند (۴).

حق سلامت نه تنها دسترسی به خدمات بهداشتی است بلکه دسترسی به عوامل زمینه ساز سلامت از جمله آب آشامیدنی سالم، فاضلاب و مسکن مناسب می‌باشد. حق سلامت همچنین حق برخورداری از آزادی و سایر حقوق مرتبط با سلامت می‌باشد. این آزادی‌ها شامل آزاد بودن از درمان‌های پزشکی بدون رضایت مثل آزمایش و تحقیق روی آنها، و حق آزاد بودن از سایر درمان‌های بی‌رحمانه، غیرانسانی و اهانت آمیز می‌باشد. حقوق مرتبط با سلامت شامل حق برخورداری از یک نظام تامین سلامت، حق خدمات پیشگیرانه، درمان یا کنترل بیماری‌ها، دسترسی به داروهای ضروری و مشارکت در تصمیمات مرتبط با سلامت می‌باشد (۴).

برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) از افراد معلول در کسب بالاترین سطح سلامت قابل دستیابی حمایت کرده، در پنج حوزه کلیدی کار می‌کند: ارتقاء سلامت، پیشگیری، مراقبت‌های پزشکی، توانبخشی و وسایل کمکی. CBR به منظور تسهیل و ترویج سلامت فراگیر و جهت اطمینان از دسترسی افراد معلول با بخش بهداشت و سلامت همکاری می‌کند و از حقوق افراد معلول در بخش سلامت دفاع کرده و پاسخگو می‌باشد (۶).

هر چند در گذشته، CBR بر بخش سلامت و درمان تمرکز داشته است (زیرا سلامت بر بسیاری عوامل تاثیرگذار است) اما به نظر می‌رسد، در این زمینه به همکاری چندبخشی و فراگیر (۷) از جمله همکاری با بخش‌های آموزش و پرورش و اشتغال نیاز می‌باشد. با توجه به حجم موضوع سلامت، این مؤلفه ابتدا بر فعالیت‌هایی از CBR که مربوط به بخش بهداشت می‌شوند، می‌پردازد.

<sup>۱</sup> - The United Nations Convention on the Rights of People with Disabilities (CRPD)

## بردن خدمات سلامت به جامعه

تایلند یکی از کشورهایی است که دارای سابقه طولانی و موفق در ارائه خدمات اولیه بهداشتی می‌باشد و در طول زمان از طریق به کارگیری راهبردها و فعالیتهای نوآورانه تکامل یافته است. مراقبت‌های اولیه در بسیاری از استان‌ها از طریق شبکه واحدهای اقماری بنام واحدهای مراقبت‌های اولیه ارائه می‌گردد که با یکدیگر در ارتباط بوده و توسط یک بیمارستان مرکزی پشتیبانی می‌شوند. در سال ۲۰۰۶ یکی از این بیمارستان‌ها به نام بیمارستان سیچون، توانبخشی مبتنی بر جامعه را به شبکه واحدهای مراقبتی اولیه خود معرفی کرد. واحد تأمین، بخشی از این شبکه می‌باشد که در یک منطقه روستایی واقع شده و دارای یک تیم سلامت فردی شامل یک پزشک خانواده، داروساز، پرستار و کارکنان بهداشتی می‌باشد. قبل از آشنایی با CBR این تیم عمدتاً در زمینه ارتقاء سلامت عمومی و فعالیتهای پیشگیرانه فعالیت می‌کرد. با اضافه شدن CBR این تیم هم‌چنین به شناسایی افراد معلول و ارائه خدمات سلامت عمومی و اختصاص به آنها بر اساس نیاز شان پرداخت.

تمرکز اصلی CBR بر ارائه خدمات بهداشت و سلامت به افراد معلول، در منزل بود. طرح مراقبت بهداشتی خانگی (که شامل خدمات به سالمندان و افراد با وضعیت‌های مزمن نیز می‌باشد) به نحوی ایجاد شده بود که در ارتباط مستقیم با بیمارستان سیچون بود. بازدیدهای خانگی بر یک مبنای منظم هدایت می‌شد و توسط اعضای تیم تأمین و یک فیزیوتراپیست از بیمارستان سیچون ارائه می‌گردید که افراد را از سفرهای غیرضروری و پرهزینه برحذر می‌کرد.

یک موافقتی هم برای اجرای توانبخشی در خانه به عمل آمده بود. داوطلبان محلی و هم‌چنین اعضای خانواده برای ارائه توانبخشی اولیه معلولان آموزش داده شدند (فعالیت‌هایی مثل آموزش مهارت‌های زندگی) و هم‌چنین تشویق به ارتقاء آموزش فراگیر برای کودکان معلول شدند. رویکرد چندتخصصی اطمینان داده است که همه افراد معلول می‌توانند به خدمات بهداشت و توانبخشی در جامعه خود دسترسی داشته باشند و هم‌چنین در صورت لزوم به بیمارستان سیچون ارجاع داده شوند. ارزیابی سال ۲۰۰۸ نشان داد که برنامه‌های CBR.

در ارائه طیفی از خدمات به افراد معلول شامل شناسایی به موقع افراد معلول و مداخله به‌هنگام، ارتقاء سلامت و توانبخشی از جمله آموزش عملکردی و ارائه وسایل کمک توانبخشی مفید و موثر بوده است. در مجموع کیفیت زندگی افراد معلول به واسطه بالا رفتن استقلال، تحرک و مهارت‌های اجتماعی آنها ارتقاء یافته بود. والدین کودکان معلول نیز از حمایت‌های بهتری برخوردار بودند. همکاری‌خوبی بین همه شرکای کاری (بیمارستان سیچون، واحدهای مراقبت‌های اولیه، و جامعه) به وجود آمده و ورود داوطلبان محلی و بسیج دیگر منابع یک احساس توانمندی و مالکیت در جامعه ایجاد کرده بود.



## هدف

افراد معلول به بالاترین سطح سلامت قابل حصول دسترسی یابند.

## نقش CBR

نقش CBR همکاری نزدیک با بخش بهداشت است. به منظور اطمینان از این که نیازهای افراد معلول و خانواده‌هایشان در حوزه‌های ارتقاء سلامت، پیشگیری، مراقبت‌های پزشکی، توانبخشی و وسایل کمکی در نظر گرفته می‌شود. همچنین لازم است CBR با افراد معلول و خانواده ایشان جهت تسهیل دسترسی آنها به خدمات بهداشتی کار کند و با دیگر بخش‌ها جهت اطمینان از این که همه جنبه‌های سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد، در تعامل باشند.

## پیامدهای مطلوب

- افراد معلول و خانواده‌هایشان آگاهی بیشتری در مورد وضعیت سلامت خود پیدا کرده‌اند و خود به‌عنوان مشارکت کنندگان فعال در دستیابی به سلامت محسوب می‌شوند.
- بخش سلامت در مورد این که افراد معلول هم می‌توانند و باید به بهداشت و سلامت مطلوب دسترسی داشته باشند، آگاه هستند و در این ارتباط تبعیضی به لحاظ معلولیت یا عوامل دیگر مثل جنسیت وجود ندارد.
- افراد معلول و اعضای خانواده ایشان به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات توانبخشی ترجیحاً در محل زندگی خود یا نزدیک آن و با هزینه مناسب دسترسی دارند.
- افراد معلول با مداخلات بهداشتی و توانبخشی قادر خواهند شد تا در زندگی خانوادگی و اجتماعی مشارکت فعال داشته باشند.
- برای رسیدن به سطح خوب سلامت برای افراد معلول همکاری بین همه بخش‌های توسعه‌ای جامعه از جمله آموزش و پرورش، معاش و اجتماعی افزایش یافته است.

## مفاهیم کلیدی

### سلامت

#### سلامت چیست؟

به طور سنتی سلامت به عنوان عدم وجود بیماری یا اختلال تعریف شده است. با این وجود سازمان بهداشت جهانی برای تعریف سلامت یک مفهوم بسیار گسترده‌تری را در نظر گرفته است که عبارت است از: "یک وضعیت مطلوب و کامل جسمانی، روانی، و رفاه اجتماعی و نه فقط وجود بیماری یا معلولیت"<sup>(۱)</sup>. سلامت یک منبع با ارزش می‌باشد که افراد را قادر به ایجاد یک زندگی پر بار فردی، اجتماعی و اقتصادی می‌سازد که برای آنها آزادی انجام کار، یادگیری و مشارکت فعال در امور خانوادگی و اجتماعی را به ارمغان می‌آورد.

۱- Infirmary

## خورشیدا

خورشیدا دختر نابینا - ناشنوای مادرزادی در یک روستای کوچک از بخش بارابانکی در اوتارپرادش هند بود. وقتی سایتهاهما که یکی از کارکنان دوره دیده CBR بود او را ملاقات کرد خورشیدا ۱۰ ساله بود و بیشتر زندگی خود را در یک گوشه تاریک خانه و کاملاً مجزای از جامعه‌اش و به صورت خوابیده سپری کرده بود. او برای همه نیازهایش کاملاً وابسته به مادرش بود و قادر به برقراری ارتباط نبود. سایتهاهما با خورشیدا سخت کار کرد و به او مهارت‌های برقراری ارتباط و زندگی روزانه را آموزش داد. خورشیدا با نشستن، غذا خوردن همراه با خانواده، و بازی کردن با اسباب بازی واکنش مثبتی نشان داد. او شروع به یادگیری زبان لمسی و کشف این که با گرفتن لباس مادرش می‌تواند مدت بیشتری بایستد نمود. به مرور زمان سایتهاهما توانست با گرفتن دست خورشیدا او را تشویق به برداشتن اولین قدم‌ها در خارج از خانه کند. او قادر به شنیدن صدای پرندگان و دیدن نور خورشید نبود اما از طریق تغییر حالت چهره‌اش نشان داد که از برخورد نسیم ملایم به صورتش لذت می‌برد. برنامه‌های CBR به خانواده خورشیدا کمک کرد تا برای او گواهی معلولیت بگیرند تا از طریق آن بتوانند به خدمات دسترسی پیدا کنند. CBR هم‌چنین به مادر خورشیدا برای درمان بیماری سل او کمک کرد. سایتهاهما کار کردن با خورشیدا را ادامه داد و اکنون به او زبان اشاره را آموزش می‌دهد. این یک سفر طولانی برای خورشیدا و خانواده‌اش بود اما با حمایت CBR آنها تا گنجاندن کامل خورشیدا در زندگی اجتماعی کار می‌کنند.

## عوامل تعیین کننده سلامت

- وضعیت سلامت یک فرد تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل فردی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی قرار دارد. این عوامل عموماً به‌عنوان عوامل تعیین کننده سلامت شناخته شده‌اند که در زیر بر شمرده می‌شوند (۸).
- عوامل ژنتیک - وراثت در زمینه طول عمر، سلامت و به احتمال زیاد ابتلا به بیماری‌ها نقش تعیین کننده‌ای را ایفا می‌کند.
  - رفتارهای فردی و سبک زندگی - رژیم غذایی، نوع فعالیت، استعمال دخانیات و مشروبات الکلی، و چگونگی مواجهه شدن با استرس‌ها همگی بر سلامت تاثیر گذارند.
  - وضعیت اقتصادی و اجتماعی - هر چقدر شکاف بیشتری بین افراد فقیر و غنی وجود داشته باشد در وضعیت سلامت نیز تفاوت بیشتر است.
  - وضعیت کار و اشتغال - افراد شاغل احتمالاً سالم‌تر هستند، به‌خصوص افرادی که کنترل بیشتری بر شرایط کاری خود دارند.
  - آموزش - سطح آموزش پایین با بهداشت ضعیف، فشار روحی بیشتر و اعتماد به نفس پایین‌تر مرتبط است.
  - شبکه‌های حمایتی اجتماعی - حمایت‌های بیشتر از جانب خانواده، دوستان و جامعه در ارتباط مستقیم با وضعیت سلامتی بهتر می‌باشد.
  - فرهنگ - آداب و رسوم، سنت‌ها و اعتقادات خانواده و جامعه همگی بر سلامت موثر می‌باشد.

- جنسیت - مردان و زنان به بیماری‌های مختلف در سنین متفاوت مبتلا می‌گردند.
  - محیط فیزیکی - آب و هوای سالم، محیط کار سالم، خانه‌های امن، جامعه و جاده‌های ایمن همگی به سلامت خوب کمک می‌کنند.
  - خدمات بهداشت و درمان - منظور دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی موثر می‌باشد.
- برخی از این عوامل قابل کنترل هستند، از جمله این که شخص می‌تواند رفتار سالم یا غیرسالم را انتخاب کند با این وجود برخی عوامل مثل ژنتیک غیرقابل کنترل هستند.

## معلولیت و سلامت

سلامت برای همه هدف سلامت جهانی بود که توسط سازمان بهداشت جهانی در کنفرانس مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۹۷۸ در آلماتا مطرح شد. سی سال می‌گذرد و هنوز برخی کشورها در سطح جهان دنبال دستیابی به این هدف هستند و بسیاری از افراد از جمله افراد معلول هنوز در بهداشت و سلامت پایین‌تری نسبت به سایر افراد به سر می‌برند.

- برای اطمینان از این که افراد معلول به سطح خوبی از سلامت و بهداشت دسترسی دارند لازم است بخاطر داشته باشیم که:
- افراد معلول مانند همه مردم نیازمند خدمات سلامت برای نیازهای مراقبت‌های اولیه عمومی (مثل ارتقاء سلامت، خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های پزشکی) از جمله نیازهای مختلف در مراحل مختلف زندگی هستند.
  - درحالی که تقریباً همه افراد معلول در رابطه با اختلال‌شان دچار مشکلات بهداشتی هستند، بسیاری از آن‌ها نیاز به خدمات خاص مراقبتی از جمله توانبخشی به صورت منظم، موردی، محدود یا برای تمام عمر دارند.

## مراقبت‌های بهداشتی

### *ارائه مراقبت‌های بهداشتی*

در همه کشورها مراقبت‌های بهداشتی از طریق نظام سلامت که شامل همه سازمان‌ها، موسسات، منابع و افرادی است که هدف اولیه ارتقاء کسب یا حفظ سلامت می‌باشد. درحالی که مسئولیت نهایی نظام سلامت بر دوش دولت‌ها می‌باشد، بیشتر مراقبت‌های بهداشتی به وسیله ترکیبی از بخش دولتی، خصوصی، سنتی و غیررسمی ارائه می‌گردد (۹).

گزارش سال ۲۰۰۸ بهداشت جهانی بر نقش اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دستیابی همه افراد به سلامت تاکید می‌کند (۱۰). مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید قابل دسترسی برای همگان و با هزینه مناسب در اختیار همه افراد و خانواده‌ها باشد. این در واقع اولین سطح از تماس افراد، خانواده‌ها و جوامع با نظام ملی سلامت می‌باشد و مراقبت بهداشت را در نزدیک‌ترین مکان به محل زندگی یا کار افراد ارائه می‌کند (۱۱).

### *موانع دسترسی افراد معلول به خدمات مراقبت‌های بهداشتی*

سلامت نامطلوبی که افراد معلول تجربه می‌کنند لزوماً نتیجه مستقیم معلولیت آنها نمی‌باشد، بلکه می‌تواند در ارتباط با مشکلات دسترسی این افراد به خدمات و برنامه‌ها باشد (۱۲). برآورد می‌شود که تنها درصد کمی از افراد معلول در

کشورهای در حال توسعه به توانبخشی و خدمات اولیه مناسب دسترسی دارند (۵). موانعی که افراد معلول و خانواده‌هایشان برای دسترسی به خدمات بهداشتی با آن مواجه هستند عبارتند از:

- فقدان یا وجود سیاست‌ها و قوانین نامناسب - گاهی سیاست‌ها و قوانین وجود دارند ولی یا اجرا نمی‌شوند و یا در صورت اجرا برای معلولان تبعیض‌آمیز است و یا با مانع مواجه می‌شود؛
- موانع اقتصادی - مداخلات سلامت نظیر ارزیابی، درمان و تجویز دارو اغلب مستلزم صرف هزینه می‌باشد، که این موضوع برای افراد معلول و خانواده‌های آنها که از درآمد کمی برخوردارند ایجاد مشکل می‌کند. (مراجعه کنید به کتاب مقدماتی: فقر و معلولیت)؛
- موانع فیزیکی و جغرافیایی - فقدان وسایل حمل و نقل در دسترس و غیرقابل دسترس بودن ساختمان‌ها و تجهیزات پزشکی مثال‌هایی از موانع رایج هستند. همچنین محدودیت منابع مراقبت بهداشتی در مناطق روستایی (مناطق که اکثر افراد معلول در آن زندگی می‌کنند) و وجود مسافت‌های طولانی برای دسترسی به خدمات در شهرهای بزرگ نیز از جمله این موانع می‌باشند؛
- موانع ارتباطی و اطلاعاتی - برقراری ارتباط با کارکنان بهداشتی ممکن است مشکل باشد. مثلاً یک فرد ناشنوا در بیان علائم بیماریش به پزشک مشکل دارد و یا اطلاعات بهداشتی در قالب‌های قابل فهم و دسترس مثل شکل‌های تصویری برای افراد با اختلالات ذهنی وجود ندارد؛
- نگرش محدود و دانش ناکافی کارکنان سلامت در مورد افراد معلول - کارکنان بهداشت و سلامت ممکن است نگرش نامناسب، تعصب‌آمیز و بدون احساس نسبت به افراد معلول داشته باشند و اغلب از دانش، آگاهی و مهارت کافی برای مدیریت مسائل سلامت این افراد برخوردار نباشند؛
- فقر دانش و نگرشی افراد در مورد مراقبت‌های بهداشتی و خدمات - افراد معلول اغلب تمایلی به استفاده از خدمات سلامت ندارند، همچنین بسیاری از آنها آگاهی کافی از حقوق خود و موضوعات بهداشت و سلامت و خدمات بهداشتی در دسترس ندارند.

بعضی از افراد معلول احتمالاً بیشتر از سایرین در معرض تبعیض و طرد قرار دارند. آنها احتمالاً چندین نابرابری و محرومیت را باید تحمل کنند. برای مثال به علت نوع معلولیت، سن، جنسیت یا وضعیت اجتماعی‌شان مشکلات بیشتری نیز متحمل می‌شوند (۱۳). برنامه‌های CBR باید توجه ویژه‌ای بر این گروه‌ها داشته باشد: کودکان و سالمندان معلول، افراد چند معلولیتی مثل نابینا - ناشنوا یا افرادی که به اختلالات ذهنی مبتلا هستند، معلولیت‌های همراه با HIV، مشکلات بهداشت روان، جذام یا عدم وجود رنگدانه در بدن (به کتاب تکمیلی مراجعه کنید).

### سلامت فراگیر

"آموزش فراگیر" تبدیل به یک مفهوم شناخته شده گردیده و در سیستم آموزش و پرورش سراسر جهان به‌طور فزاینده‌ای در حال اجرا می‌باشد و به آموزش و پرورشی اشاره دارد که پذیرای همه افراد از جمله معلولان جهت مشارکت کامل و منظم در مراکز آموزشی و مدارس می‌باشد (۱۴) (به کتاب آموزش مراجعه کنید). امروزه مفهوم سلامت فراگیر نیز از طریق برنامه‌های CBR به منظور اطمینان از این که نظام سلامت نیازهای افراد معلول را می‌شناسد و برنامه‌ها و سیاست‌های خود را جهت ارائه خدمات به این افراد اصلاح می‌نماید، ترویج می‌شود. مفهوم سلامت برای همه به این معناست که مراقبت‌های



بهداشتی باید برای افراد و خانواده‌ها از طریق مشارکت کامل آن‌ها قابل دسترسی باشد و افراد و جامعه توان پرداخت هزینه‌های مالی آن را داشته باشند (۱۱).

سلامت فراگیر بدان معنی است که همه افراد صرف نظر از جنس، سن، اختلال، رنگ پوست، نژاد، مذهب و وضعیت اجتماعی و اقتصادی می‌توانند به مراقبت‌های بهداشتی دسترسی داشته باشند و برای اطمینان لازم است که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی دارای نگرش مثبت نسبت به افراد معلول بوده و از مهارت‌های مناسب مثل مهارت‌های برقراری ارتباط جهت کمک به رفع نیازهای افراد معلول با اختلالات مختلف برخوردار

باشند. لازم است که کل محیط تغییر یابد به‌طوری‌که هیچ‌کس عمداً یا سهواً مورد تبعیض واقع نشود. یکی از راه‌های دستیابی به این منظور این است که افراد معلول و سازمان‌های معلولان در برنامه‌ریزی و تقویت خدمات مراقبتی و توانبخشی مشارکت فعال داشته باشند.

## کادر ۳ پاکستان

### مبارزه برای رفع موانع

محمد اکرم از اهالی سند پاکستان است. او در نوجوانی به علت بیماری ناشنوا شد. حکایت زیر شرح تجربه او از ملاقات او و خانواده‌اش با یک دکتر است. چون ناشنوا بودم از صحبت‌هایی که آنها می‌کردند سر در نمی‌آوردم و هر بار هم که سوال می‌کردم آنها می‌گفتند نگران نباش «مسئله خاصی نیست» یا «ما بعداً درباره آن با تو صحبت می‌کنیم». هیچ کس واقعاً با من حرف نمی‌زد جز مواقعی که باید قرص می‌خوردم. هیچ کس از زبان اشاره استفاده نمی‌کرد و هیچ کس وقت یا تمایل برقراری ارتباط به وسیله قلم و کاغذ با من را نداشت. با گذشت زمان من شروع به از دست دادن اعتماد به نفس خود کردم و به شدت به دیگران وابسته شدم. بعد از پیوستن به برنامه‌های CBR من به تدریج اعتماد به نفس از دست رفته خود را برای مبارزه و مواجهه با چالش‌ها به دست آوردم. من شروع کردم به رفتن به ملاقات دکتر بدون اعضا خانواده‌ام. این باعث شد که دکتر مستقیماً با من و از طریق نوشتن ارتباط برقرار کند. بعضی از پزشکان هنوز از من می‌خواهند که در ملاقات بعدی کسی همراه من باشد ولی من به آنها می‌گویم که من یک فرد بزرگسال هستم. من از افزایش اعتماد به نفسم احساس خوبی دارم و هم‌چنین کمک کرد تا دانش معلولیت در بین متخصصین پزشکی ارتقا یابد.

## CBR و بخش سلامت

برنامه‌های CBR می‌تواند از طریق کار با بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در جامعه محلی، دسترسی افراد معلول به مراقبت‌های بهداشتی را تسهیل کرده و بین نظام سلامت و افراد معلول ارتباط ایجاد کند. در بسیاری از کشورها نظیر آرژانتین، اندونزی، مغولستان و ویتنام برنامه‌های CBR مستقیماً به نظام بهداشت و سلامت مرتبط است و توسط وزارت بهداشت مدیریت و نظارت می‌گردند و برنامه‌هایشان نیز از طریق ساختار مراقبت‌های بهداشتی اولیه اجرا می‌گردد. در دیگر کشورها CBR توسط سازمان‌های غیردولتی یا دیگر وزارتخانه‌های دولتی مثل رفاه اجتماعی مدیریت می‌شوند و در چنین شرایطی باید ارتباط نزدیکی با بخش بهداشت و درمان وجود داشته باشد تا اطمینان حاصل شود افراد معلول به مراقبت‌های بهداشتی و توانبخشی به‌هنگام دسترسی دارند.

## اجزای مؤلفه سلامت

برنامه‌های CBR وظیفه شناسایی، پشتیبانی و دفاع از یک‌سری از جنبه‌های کلیدی سلامت برای افراد معلول را دارد. این وظایف به نحو احسن انجام می‌شود و شامل موارد زیر است:

### ارتقاء سلامت

در ارتقاء سلامت هدف افزایش کنترل بر سلامت و عوامل موثر بر آن است. طیف گسترده‌ای از راهبردها و مداخلات وجود دارند که موجب تقویت مهارت‌های فردی شده و تاثیرات منفی تغییرات اجتماعی، اقتصادی و محیطی بر سلامت را کاهش می‌دهد.

### پیشگیری

پیشگیری در ارتباط نزدیک با ارتقاء سلامت می‌باشد. پیشگیری از وضعیت‌های بد بهداشتی (مثل بیماری، اختلال و سوانح) شامل پیشگیری اولیه (اجتناب)، ثانویه (تشخیص و درمان به‌موقع) و پیشگیری ثالثیه (توانبخشی) می‌باشد. تمرکز این فصل عمدتاً بر پیشگیری اولیه است.

### مراقبت‌های پزشکی

مراقبت‌های پزشکی بر تشخیص به موقع، ارزیابی و درمان بیماری‌ها اشاره دارد و نتیجه آن بهبود یا کاهش تاثیرات منفی بیماری‌ها و اختلالات می‌باشد. مراقبت‌های پزشکی در هر سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه در نظام سلامت قرار دارد.

### توانبخشی

توانبخشی شامل یک رشته از اقداماتی است که فرد معلول را قادر به دستیابی یا حفظ عملکرد مطلوب در محیطش می‌کند. اقدامات توانبخشی برای افرادی که از بدو تولد یا در طول زندگی دچار معلولیت شده‌اند مورد استفاده قرار می‌گیرد. خدمات توانبخشی طیفی از برنامه‌های پایه تا تخصصی را تشکیل داده که در مکان‌های مختلف قابل ارائه می‌باشند (مثل



بیمارستان، منزل و محیط جامعه). توانبخشی معمولاً به وسیله بخش سلامت ارائه می شود ولی در عین حال نیاز به یک همکاری بین بخشی وجود دارد.

## وسایل کمکی

وسیله کمکی به ابزارهایی اطلاق می شوند که به منظور انطباق و کمک به فرد به منظور انجام فعالیت های طراحی و ساخته می شود و به همین دلیل وسیله کمکی نامیده می شود. بسیاری از افراد معلول از یک یا تعدادی وسیله کمکی بهره می برند. برخی از انواع رایج وسایل کمکی عبارت هستند از: وسایل کمک حرکتی (مثل عصا، ویلچر)، پروتزها (مثل پاهای مصنوعی)، ارتزها (مثل آتل های دست)، وسایل کمک بینایی (مثل عینک یا عصای سفید)، وسایل کمک شنوایی (مثل سمعک). برای اطمینان از این که وسایل کمکی موثر واقع می شوند باید جنبه های مهمی مثل آموزش کاربر، تعمیر، انطباق محیط زندگی و جامعه در نظر گرفته شود.



# ارتقای سلامت

## مقدمه

منشور اوتاوا برای ارتقاء سلامت (۱۹۸۶)، ارتقاء سلامت را به عنوان فرآیندی توصیف می کند که فرد را قادر می سازد تا بر سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشد (۱۶).

ارتقاء سلامت به آن دسته از عوامل تعیین کننده سلامت توجه می کند که می تواند آن ها را بالقوه افزایش دهد یا اصلاح نماید مثل رفتارهای سلامت فردی و سبک زندگی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، آموزش، اشتغال و شرایط کاری، دسترسی به خدمات مناسب سلامت و محیط فیزیکی (۱۷). در برنامه های ارتقاء سلامت به هزینه برای داروهای گران قیمت یا تکنولوژی تخصصی نیازی نیست، بلکه می توان با استفاده از مداخلات اجتماعی که در پایین ترین سطح تنها نیازمند به زمان و انرژی فردی است، به اجرا درآورد (۱۸). به عنوان مثال گردهمایی های ارتقاء سلامت.

ظرفیت سلامت افراد معلول غالباً نادیده گرفته شده و در نتیجه آنها معمولاً از فعالیتهای ارتقاء سلامت در جامعه حذف می گردند. در این بخش به اهمیت ارتقاء سلامت در افراد معلول پرداخته شده و پیشنهاداتی برای CBR در زمینه تسهیل دسترسی افراد معلول به فعالیتهای ارتقاء سلامت و چگونگی اجرای فعالیتهای اساسی و ضروری ارائه می دهد. به خاطر داشته باشیم ارتقاء سلامت بر طیف گسترده ای از عوامل تاکید دارد که به تنهایی توسط بخش بهداشت و درمان قابل اجرا نبوده و همکاری بخش های مختلف را می طلبد.



## غلبه بر انگ و تعصب

در برخی از جوامع آفریقایی عدم وجود رنگدانه در بدن یا بیماری آلبینیسم را در نتیجه ارتباط مادر باردار با ارواح شیطانی می‌دانند. داشتن یک کودک دچار آلبینیسم یک ننگ و رسوایی اخلاقی در نظر گرفته می‌شود و هم مادر و هم کودک مورد انگ و تبعیض در جامعه واقع می‌شوند. کودکان مبتلا به آلبینیسم پنهان می‌شوند و حقوق اولیه و انسانی آنها، از جمله حق برخورداری از سلامت نادیده گرفته می‌شود.

مرکز اختلالات چشمی ویل در کنیا مجری یک برنامه CBR است که هدف آن کاهش انگ و تبعیض در مورد کودکان مبتلا به آلبینیسم در منازل، مدرسه و محیط زندگی آنها می‌باشد. برای اطمینان از این که این کودکان به بالاترین سطح قابل حصول سلامت دسترسی می‌یابند، برنامه CBR از فعالیت‌ها و مداخلات متنوع ارتقاء سلامت استفاده می‌نماید از جمله:

- ایجاد حساسیت در افراد و رهبران جامعه، کمیته‌های بهداشت و سلامت روستا، معلمان مدارس و گروه‌های زنان به منظور تغییر فهم، نگرش و درمان افراد مبتلا به آلبینیسم؛
- آموزش والدین به این منظور که آنها بتوانند سلامت کودک‌شان را حفظ و ارتقاء دهند. به طور مثال از آنجائی که نور آفتاب برای افراد مبتلا به آلبینیسم خطرناک است، مرکز اختلالات چشمی ویل آموزش‌هایی را در مورد اهمیت استفاده از کرم ضد آفتاب و لباس‌هایی محافظ مثل شلوار یا بلوزهای آستین بلند، آغاز کرد؛
- ایجاد همکاری با هتل‌ها به منظور تشویق میهمانان جهت اهداء کرم ضد آفتاب و لباس‌های بی‌مصرف خود قبل از ترک هتل جهت استفاده برای افراد نیازمند؛
- انجام معاینات چشمی جهت کاهش اختلالات بینایی که در بین افراد با آلبینیسم شایع می‌باشد و فراهم آوردن عینک و دیگر ابزار کمکی بینایی مورد نیاز.

موفقیت این طرح CBR تا حد زیادی

مربوط به همکاری مرکز اختلالات

چشمی کوال با بخش سلامت و آموزش

می‌باشد. کودکان با آلبینیسم امروزه

در مدارس عادی مشغول درس

خواندن می‌باشند.





### ارتقاء سلامت برای افراد معلول

ارتقاء سلامت عموماً به عنوان یک راهبرد جهت پیشگیری از بیماری‌ها در نظر گرفته می‌شود و اغلب افراد معلول به‌عنوان یک پیامد عدم به‌کارگیری برنامه‌های ارتقاء سلامت در نظر گرفته می‌شود، بنابراین اغلب افراد معلول از برنامه‌های ارتقاء سلامت بهره‌ای نمی‌گیرند (۱۹). به‌عنوان مثال یک فرد مبتلا به فلج اندام‌ها به‌علت ضایعه نخاعی ممکن است کاندید خوبی برای اقدامات ارتقاء سلامت به نظر نیاید زیرا سلامت او قبلاً تحت تأثیر ضایعه قرار گرفته است.

بسیاری از افراد معلول اگر نه بیشتر اما به‌اندازه سایر افراد به برنامه‌های ارتقاء سلامت نیاز دارند (۳). در واقع افراد معلول همانند افراد کلی جامعه در معرض خطر بیماری‌ها قرار دارند و حتی ممکن است مشکلات بیشتری در مورد سلامتشان (به‌دلیل آمادگی بیشتر به بیماری‌ها) داشته باشند (۲۰). با این وجود اغلب افراد معلول و خانواده‌هایشان آگاهی کمی در مورد دستیابی و یا نگهداری یک وضعیت مطلوب سلامت دارند.

### موانع ارتقاء سلامت

افراد معلول اغلب به‌دلیل مواجهه با عواملی که مانع تلاش آنها برای ارتقاء سلامت می‌شود، از سطح سلامت پایین‌تری نسبت به جمعیت کل برخوردارند (به مطالب فوق در مورد موانع موجود برای ارائه خدمات مراقبتی به افراد معلول توجه کنید). مقابله با این موانع می‌تواند مشارکت افراد معلول در فعالیت‌های ارتقاء سلامت را تسهیل نماید.

### ارتقاء سلامت برای اعضای خانواده

بسیاری از افراد معلول نیاز به کمک و حمایت از سوی دیگران به‌ویژه اعضای خانواده خود دارند. اعضای خانواده افراد معلول معمولاً مشکلاتی را در ارتباط با مراقبت از افراد معلول تجربه می‌کنند. از جمله استرس ناشی از بیماری جسمی و روانی، کاهش توانایی مراقبت از فرزندان دیگر، کمبود زمان و انرژی برای انجام کار، کاهش روابط اجتماعی و انگ اجتماعی. از این رو حفظ و نگهداری سلامت اعضای خانواده ضروری به نظر می‌رسد (به مؤلفه اجتماعی، بخش مساعدت‌های شخصی مراجعه کنید)

### اقدامات برای ارتقاء سلامت

منشور اوتاوا برای ارتقاء سلامت به تشریح پنج حوزه پرداخته است که می‌تواند جهت ترویج و اجرای راهبردهای ارتقاء سلامت مورد استفاده قرار گیرد (۱۶).

#### ۱. برقراری سیاست‌های عمومی سلامت

ایجاد و توسعه قوانین و مقررات در تمام بخش‌هایی که متولی امر سلامت در جوامع می‌باشند و اطمینان از به‌کارگیری ابزار و خدمات سالم تر و ایمن تر، پاکیزه‌تر و ایجاد محیطی قابل قبول تر و مفرح‌تر.

## ۲. ایجاد محیط حمایتی برای سلامت

ایجاد تغییرات در محیط اجتماعی و فیزیکی به منظور اطمینان یافتن از این که شرایط زندگی و کاری ایمن، محرک، رضایت بخش و لذت بخش می باشند.

## ۳. تقویت جوامع

اتخاذ رویکردهای اجتماعی جهت نشان دادن مشکلات حیطه سلامت که ریشه قوی محیطی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی دارند. تقویت جوامع به منظور برقراری و تنظیم اولویت ها، تصمیم گیری، برنامه ریزی و اجرای راهبردهایی جهت دستیابی به وضعیت سلامت بهتر

## ۴. توسعه مهارت های فردی

توسعه مهارت های فردی از طریق ارائه اطلاعات و آموزش بهداشت به منظور فعال تر کردن افراد و کنترل بر سلامت و محیط شان و امکان انتخاب های بهتر برای ارتقاء سلامتشان.

## ۵. جهت دهی مجدد خدمات بهداشتی

بخش سلامت باید به طور فزاینده ای در جهت ارتقاء سلامت و فراتر از وظائف معمول آن که ارائه خدمات بالینی و درمانی است، حرکت نماید.

راهبردهای ارتقاء سلامت را می توان به صورت های مختلف به کار برد:

- برای گروه های مختلف جامعه، مثل کودکان، نوجوانان و بزرگسالان
- عوامل خطر ساز، نظیر استعمال دخانیات، عدم فعالیت بدنی، رژیم غذایی نامناسب، رفتارهای پرخطر جنسی
- اولویت بندی بیماری ها و سلامت نظیر: دیابت، ایدز، بیماری های قلبی، بهداشت دهان و دندان
- محیط های مختلف مثل، درمانگاه ها، بیمارستان ها، مدارس و محیط های کاری.

افراد، دارای توانایی های بی شماری برای تأثیرگذاری بر سلامت خویش هستند و رویکردهای مشارکتی در ارتقاء سلامت به این دلیل اهمیت دارند که به افراد امکان کنترل بیشتر بر عوامل موثر بر سلامت شان را می دهد. لازم است موضوعات سلامت از طریق کار با دیگران نشان داده شوند تا انجام کارهایی برای آن ها.

## فعالیت های پیشنهادی

فعالیت های ارتقاء سلامت بسیار مرتبط با مسائل و اولویت های محلی می باشند بنابراین فعالیت های پیشنهادی تنها پیشنهادات کلی را شامل می شوند. CBR باید درک خوبی از جامعه ای که در آن کار می کند، داشته باشد و آن از طریق برقراری ارتباط با اعضای جامعه و گروه ها و کار با آنها است به منظور افزایش کنترل آنها بر عوامل موثر بر سلامتشان.

## حمایت از گردهمایی های<sup>۱</sup> ارتقاء سلامت

ارتقاء سلامت می تواند تأثیر مثبتی بر سلامت افراد، جوامع و جمعیت ها بگذارد. می تواند موجب اطلاع رسانی، تشویق و ایجاد انگیزه برای تغییر گردد. در همین زمینه نیز CBR می تواند از طریق فعالیت های زیر موجب ارتقاء سلامت افراد معلول گردد:

<sup>۱</sup> - Campaign

- شناسایی گردهمایی ارتقاء سلامت موجود در جامعه در سطح منطقه‌ای یا ملی و اطمینان از این‌که افراد معلول به طور فعالی هدف این گردهمایی‌ها هستند؛
- مشارکت فعال در گردهمایی‌های ارتقاء سلامت و رویدادهای مربوطه، بالا بردن آگاهی عمومی از معلولیت؛
- تشویق گردهمایی ارتقاء سلامت به نشان دادن تصویری مثبت از افراد معلول از آن جمله نشان دادن افراد معلول در پوسترها و تابلوهای تبلیغاتی برای پیام‌هایی که برای کل جمعیت در نظر گرفته می‌شود؛
- اطمینان از این‌که گردهمایی ارتقاء سلامت موجود از روش‌های مناسبی برای افراد معلول استفاده می‌کنند نظیر: اطلاعیه‌های خدمات عمومی باید برای افراد ناشنای جامعه به وسیله نوشتن متن یا استفاده از زبان اشاره مناسب‌سازی شود؛
- شناسایی منابع موجود در درون جامعه به عنوان مثال سخنرانان، روزنامه‌ها، رادیو و تلویزیون و تشویق آنان به افزایش پوشش موضوعات مرتبط با سلامت و معلولیت. البته گنجاندن هر موضوعی در این ارتباط باید با حفظ شأن و منزلت افراد معلول انجام شود؛
- حمایت از توسعه گردهمایی محلی به منظور نشان دادن مسائل مربوط به معلولیت که توسط گردهمایی دیگر پوشش داده نشده است.



### تقویت دانش و مهارت فردی

- اطلاعات و آموزش‌های بهداشتی، افراد معلول و خانواده‌های آنها را قادر می‌سازد تا دانش و مهارت‌های ضروری برای حفظ و ارتقاء سلامت‌شان را به دست آورند. آن‌ها می‌توانند در زمینه عوامل ایجاد بیماری‌ها، بهداشت خوب، انتخاب تغذیه سالم، اهمیت فعالیت بدنی و دیگر عوامل حفاظتی از طریق برگزاری جلسات ساختاریافته بیاموزند (به صورت فردی یا گروهی). کارکنان CBR می‌توانند:
- با افراد معلول و خانواده‌های آنها در منزلشان ملاقات کنند و با آن‌ها در مورد نحوه حفظ یک سبک زندگی سالم صحبت کرده و به آنها پیشنهادات عملی ارائه دهند؛
  - جمع آوری مواد آموزشی ارتقاء سلامت مثل جزوه و بروشور و توزیع آن‌ها به افراد معلول و خانواده‌های آنها؛
  - انطباق و توسعه مواد آموزشی ارتقاء سلامت جهت در دسترس ساختن آن‌ها برای افراد معلول به عنوان مثال افراد با معلولیت‌های ذهنی نیاز به ابزار ساده و راه‌حل‌های ساده برای یادگیری دارند همراه با استفاده از زبان ساده و تصاویر مرتبط؛
  - اطلاع‌رسانی به افراد معلول و خانواده‌هایشان درباره برنامه‌های محلی ارتقاء سلامت و خدماتی که آن‌ها را به کسب دانش و مهارت‌هایی جهت حفظ زندگی سالم قادر می‌سازد؛
  - برگزاری جلسات آموزشی ویژه «در صورت نیاز» برای افراد معلولی که نیازهای آنها در برنامه‌های کلی جامعه در نظر گرفته شده؛
  - اطمینان حاصل شود که طیف وسیعی از ابزار و روش‌ها در جلسات آموزشی به منظور آموزش به کار برده می‌شوند. به عنوان مثال استفاده از بازی‌ها، ایفای نقش، نمایش عملی، بحث و گفتگو، داستان‌سرایی و تمرینات حل مسئله؛
  - تمرکز بر کمک به افراد معلول و خانواده‌های آنها جهت افزایش جرات و اعتماد به نفس آنها هنگام حضور ارائه‌دهندگان خدمات و پرسیدن سوال از آن‌ها و تصمیم‌گیری در مورد سلامت خودشان؛
  - آموزش به افراد معلول با همکاری بخش بهداشت و درمان به منظور تبدیل شدن آنها به آموزش دهنده‌های ارتقاء سلامت.



## پیوستن افراد به گروه‌های خودیار

گروه‌های خودیار امکان گردآمدن گروه‌های کوچک مردم را فراهم می‌کند تا آن‌ها تجربه‌ها، موقعیت‌ها و مسائل خود را با یکدیگر به اشتراک بگذارند. (به کتاب توانمندسازی بخش گروه‌های خودیار مراجعه کنید) برای بسیاری از مردم دریافت حمایت و مشاوره‌های عملی از افرادی که مشکلات مشابهی دارند مفیدتر از دریافت آن‌ها از کارکنان بهداشتی است. به این ترتیب گروه‌های خودیار می‌توانند به ارتقاء سلامت افراد معلول و خانواده‌های آنها کمک نماید. CBR نیز می‌تواند:

- تشویق افراد معلول و خانواده‌های آنها به ایجاد گروه‌های خودیار در جوامع محلی خودشان جهت نشان دادن نیازهای خاص آنها مثل گروه‌های افراد ضایعات نخاعی، افراد مبتلا به جذام یا ایدز یا والدین کودکان فلج مغزی؛
- تشویق افراد با معلولیت‌های مشابه برای تشکیل گروه‌های خودیار جدید در روستاهای کوچک؛
- تشویق گروه‌های خودیار به مشارکت فعال در فعالیت‌های ارتقاء سلامت جامعه به طور مثال با سازماندهی اردوهای سلامت، روز جهانی بهداشت، روز جهانی سلامت روان، و روز جهانی افراد معلول.

## کلمبیا کادر ۵

### مدیریت سلامت از طریق گروه‌های خودیار

با حمایت CBR در یکی از شهرهای کلمبیا یک گروه از افراد با ضایعات نخاعی در قالب یک گروه خودیار تشکیل داد. آنها احساس کردند در ارتباط با مراقبت از خود، پیشگیری از زخم بستر و مشکلات ادراری از بیمارستانی که در آن‌جا تحت درمان قرار گرفته بودند، اطلاعات کافی دریافت نکرده‌اند اعضای با تجربه گروه، حمایت از اعضای جدید که به



تازگی دچار ضایعه نخاعی شده بودند را به عهده گرفتند و با نشان دادن نحوه استفاده از توانایی‌های موجود و وسایل کمکی، کمک کردند شیوه جدید انجام امور زندگی را یاد بگیرند. CBR نیز مسئولیت هماهنگی جلساتی را با متخصصین بیمارستان و اعضای گروه به منظور طرح سوالات و برطرف کردن تردیدهایشان، به عهده گرفت.

## آموزش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی

ارائه دهنندگان مراقبت‌های بهداشتی یک منبع قابل اعتماد اطلاعات بهداشتی و سلامت محسوب می‌شوند و بالقوه این پتانسیل را که بر سلامت دیگران تأثیر مثبت بگذارند، دارند. لازم است CBR اطمینان حاصل کند که این افراد دارای دانش کافی و مناسب در مورد معلولیت و فعالیت‌های ارتقاء سلامت افراد معلول می‌باشند.

پیشنهاد می‌شود که CBR:

- کارکنان بهداشتی درمانی (نظیر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه) را در مورد معلولیت راهنمایی کنند و به آنها درباره چالش‌هایی که افراد معلول و خانواده‌هایشان با آنها مواجه هستند اطلاع‌رسانی نمایند؛
- کمک به کارکنان سلامت و بهداشت در درک اهمیت برقراری ارتباط با افراد معلول به شیوه‌ای محترمانه و به دور از تبعیض و ارائه توضیحات عملی به آنها جهت تسهیل یادگیری؛
- نشان دادن روش‌های انطباق درمان‌ها و مداخلات به متخصصین سلامت و اطمینان یافتن از این‌که پیام‌های بهداشتی آنها فهمیده می‌شوند؛
- تشویق متخصصان سلامت به استفاده از رسانه‌ها و فن‌آوری‌های مختلف برای برنامه‌ریزی و توسعه اطلاعات سلامت و برنامه‌هایی برای افراد معلول.

## کادر ۶ آفریقا

### آموزش مربیان

CBR می‌تواند به منظور متناسب نمودن ابزار و روش‌های آموزش برای افراد نابینا یا کم‌بینا در مورد ایدز و خدمات مراقبتی بهداشتی و نیازهای خاص این گروه، با سازمان‌های معلولان همکاری نماید. به عنوان مثال انجمن نابینایان آفریقا یک کتابچه راهنمایی با عنوان «آموزش مربی» درباره ایدز تدوین و منتشر نموده به منظور تسهیل مشارکت و گنجاندن افراد نابینا و کم‌بینا در آموزش‌های مربوط به ایدز تدوین و منتشر نمود.

### ایجاد محیط‌های حمایتی

CBR می‌تواند با مراکز سلامت جامعه، بیمارستان‌ها، مدارس، محل کار<sup>۱</sup>، مراکز تفریحی و ذینفعان کلیدی جهت ایجاد محیط فیزیکی و اجتماعی حمایتی و پشتیبان افراد معلول همکاری نماید. تا افراد معلول را قادر به دستیابی به سلامت مطلوب نماید. به همین منظور لازم است که:

- اطمینان حاصل نماید که محیط‌ها و جوامع، برنامه‌های خاص ارتقاء سلامت و سبک زندگی سالم را ترویج می‌دهند و خدمات از نظر فیزیکی برای افراد معلول قابل دسترس هستند؛
- ایجاد مشارکت بین برنامه‌ریزان سلامت اجتماعی و شهری و افراد معلول جهت ایجاد و بهبود دسترسی‌های فیزیکی و معماری؛
- فراهم نمودن فرصت‌هایی جهت قادر نمودن افراد معلول به شرکت در فعالیتهای تفریحی مثلاً حمایت از استفاده‌کنندگان از ویلچر برای شرکت در مسابقات فوتبال محلی (مؤلفه اجتماعی، جزء تفریح، اوقات فراغت و ورزش)؛

۱ - Worksites

- حصول اطمینان از دسترسی و ایمنی حمل و نقل عمومی زیرا مشکلات رفت و آمد می‌تواند موجب انزوا، تنهایی و محرومیت اجتماعی افراد معلول گردد؛
- از طریق برنامه‌های آموزشی و تربیتی تصورات غلط، نگرش منفی و انگ که در بخش بهداشت و درمان و جامعه نسبت به افراد معلول و خانواده‌های آنها وجود دارد را نشان دهند؛
- برگزاری برنامه‌های فرهنگی به منظور نشان دادن مسائل و مشکلات سلامت که در جامعه وجود دارد از طریق تئاتر، موسیقی، فیلم و نمایش عروسکی.

## مصر

## کادر ۷

### شیوه زندگی سالم

CBR کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که مزایای کنوانسیون از طریق ذیل به افراد معلول در سطح محلی می‌رسد: یک برنامه CBR در اسکندریه مصر یک اردوی تابستانی سالانه را راه‌اندازی نمود که در آن کودکان معلول، خانواده‌ها و



داوطلبان محلی با هم به تعطیلات بروند. در این برنامه تاکید بر گذراندن اوقات فراغت با یکدیگر، ارتقاء وضعیت سلامت، بازی و لذت بردن از با هم بودن به‌عنوان یک خانواده بزرگ‌تر یا گروه دوستانه بود. CBR هم‌چنین با همکاری کمیته پارالمپیک محلی، سازمان‌های والدین و سازمان‌های معلولان، روز ورزش سالانه را در ورزشگاه شهر انتخاب نمودند.

### تبدیل شدن به یک سازمان ارتقاء دهنده سلامت

اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت در محیط‌های کاری می‌تواند موجب افزایش روحیه کارکنان، مهارت‌ها، عملکرد کاری و در نهایت سلامت افراد شود. سازمان‌هایی که برنامه‌های CBR را اجرا می‌نمایند باید بر ارتقاء سلامت کارکنان خود نیز تمرکز نمایند که این امر از طریق فعالیت‌های زیر امکان‌پذیر می‌باشد:

- ارائه آموزش به همه کارکنان صرف نظر از سطحی که آنها در آن کار می‌کنند و به روش‌هایی که موجب ارتقاء و حفظ سلامت آنها گردد؛
- ایجاد یک محیط سالم و ایمن از جمله نکشیدن سیگار، آب سالم و امکانات بهداشتی، ساعت کار منطقی، انتخاب حمل و نقل ایمن؛
- ایجاد سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی در درون سازمان که باعث ارتقاء سلامت می‌شود از جمله سیاست‌های رفع تبعیض، تعصب و انگ، آزار و اذیت و هم‌چنین منع مصرف دخانیات و الکل؛
- تشویق کارکنان به ارائه یک الگوی مطلوب در جامعه، ارائه نمونه‌های خوب برای دیگران با اتخاذ رفتارهای سالم.



## مقدمه

تمرکز اصلی پیشگیری در مراقبت‌های بهداشتی جلوگیری از وقوع شرایط بد بهداشتی می‌باشد (پیشگیری اولیه). البته، پیشگیری شامل شناسایی و درمان به‌هنگام برای جلوگیری از پیشرفت وضعیت (پیشگیری ثانویه) و مدیریت برای کاهش عواقب وضعیت بهداشتی موجود (پیشگیری ثالثیه) نیز می‌باشد. این قسمت بیشتر روی پیشگیری اولیه متمرکز می‌باشد.

پیشگیری اولیه ممکن است شامل: مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان؛ آموزش در مورد تغذیه؛ گردهمایی‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های واگیردار؛ اقداماتی برای کنترل بیماری‌های بومی و شایع؛ مقررات ایمنی؛ برنامه‌های پیشگیری از حوادث در محیط‌های مختلف، از جمله مناسب‌سازی محیط‌های کار برای پیشگیری از آسیب‌ها و بیماری‌های شغلی؛ و پیشگیری از معلولیت مربوط به آلودگی محیط یا درگیری‌های مسلح می‌باشد (۲۳).

می‌توان نتیجه گرفت که، از طریق بهره‌گیری بهتر از پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت، فشار جهانی بیماری تا ۷۰٪ کاهش می‌یابد (۱۰). با این همه، این اعتقاد وجود دارد که پیشگیری (و ارتقاء سلامت) نقش چندانی در مدیریت بهداشتی معلولان ندارد.

مراقبت‌های بهداشتی معلولان معمولاً روی مراقبت‌های پزشکی تخصصی و توانبخشی تمرکز دارند. اما، همان‌طور که قبلاً اشاره شد، معلولان در معرض خطر وضعیت‌های بهداشتی دیگر و وضعیت‌های ثانویه ناشی از وضعیت‌های بهداشتی اولیه می‌باشند (۲۴).

پیشگیری، درست مثل ارتقاء سلامت، نیازمند مداخله بخش‌های مختلف زیادی می‌باشد. در بخش سلامت، مراقبت‌های

بهداشتی اولیه نقش مهمی ایفا می‌کنند و از آنجایی که برنامه‌های CBR رابطه نزدیکی با مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارند نقش چشمگیری در ارتقاء حمایت از مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه برای معلولان ایفا می‌کنند.



## غلبه بر انگ و تعصب

در چاماراج ناگار، یکی از فقیرترین مناطق کارناتاکا در هند، کیفیت زندگی، به خصوص برای معلولان، بسیار پایین است. در حالی که یک سازمان غیردولتی در هند، به نام انجمن هند پویا (MI)، که یک پروژه CBR را با حمایت از معلولیت و همیاران توسعه انجام می‌داد، دریافت کرد که بسیاری از افراد جامعه به امکانات اولیه بهداشتی دسترسی ندارند. اکثر افراد به جاهایی دور از خانه‌هایشان می‌رفتند تا از فضای آزاد برای توالیت استفاده کنند. این کار برای افراد معلول بسیار دشوار و برای زنان معلول به مراتب دشوارتر بود.

دولت هند به خانواده‌ها کمک کرد تا توالیت بسازند و MI به افراد معلول و خانواده‌هایشان در چاماراج ناگار کمک کرد تا توالیت‌های قابل دسترسی درست کنند. با استفاده از شبکه‌های موجود مبتنی بر جامعه و گروه‌های خودیار برای کمک در این پروژه جدید، MI نمایش‌های خیابانی و نقاشی‌های دیواری ترتیب داد تا در مورد بهداشت و نقش مناسب تأسیسات بهداشتی در پیشگیری از مشکلات بهداشتی آگاه‌سازی نماید. وقتی مردم مشتاق و مایل شدند، MI موافقت کرد که با همکاری آنها دسترسی به تأسیسات اولیه بهداشتی را تسهیل کند.

هزینه کلی ساخت یک توالیت ۱۵۰ دلار آمریکا تخمین زده شد. با این که دولت هند به هر خانواده کمک هزینه‌ای اختصاص داد، تأمین هزینه باقیمانده برای اکثر مردم، به خصوص معلولان دشوار بود. MI با حمایت مالی MIBLOU، سوئیس و اعانه‌های محلی توانست ۵۰ توالیت قابل دسترسی با کیفیت بسازد. از اعضاء گروه خودیار خواسته شد خانوارهای فقیر دارای اعضاء معلول که نیاز مبرم به توالیت داشتند را شناسایی کنند. آنها همچنین کار ساخت توالیت را با همکاری خانواده‌ها انجام دادند و استفاده‌ی مناسب از هزینه‌ها را تضمین کردند.

دیگر لازم نبود افراد معلول برای توالیت رفتن مسافت‌های طولانی را سینه‌خیز بروند یا برده شوند. آنها مستقل شده‌اند و به‌طور عمده، توانسته‌اند شرافت خود را بازیابند. خطر ابتلا به وضعیت‌های بهداشتی مربوط به تأسیسات بهداشتی ضعیف نیز به طور چشمگیری کاهش یافت. دولت هند با مشاهده موفقیت پروژه MI، میزان کمک هزینه مالی را افزایش داده و رسماً به مقامات محلی دستور داده است تا بلافاصله بودجه را تأمین کنند.

افراد معلول و افراد سالم از این پروژه بهره می‌برند، و به تدریج به پروژه‌ای در سطح منطقه تبدیل شد. چاماراج ناگار به زودی منطقه‌ای خواهد شد که مردم در خانه‌هایشان یا حداقل نزدیک خانه‌هایشان توالیت دارند.



## هدف

در افراد معلول احتمال ابتلا به مشکلات بهداشتی، مرتبط یا غیرمرتبط با اختلالاتشان، که روی کارکرد، بهداشت و سلامت عمومی آنها تأثیر می‌گذارد، کمتر شود؛ و احتمال ابتلا به مشکلات بهداشتی و اختلالات مربوط به معلولیت در اعضاء خانواده و سایر اعضاء جامعه کمتر گردد.

## نقش CBR

کسب اطمینان از این که تمرکز جوامع و بخش‌های توسعه مربوط روی فعالیتهای پیشگیری برای افراد معلول و افراد سالم باشد. برنامه‌های CBR افراد معلول و خانواده‌هایشان را حمایت می‌کنند تا دسترسی به خدماتی که سلامت را ارتقاء می‌دهند و مانع ابتلا به مشکلات بهداشت عمومی یا عوارض ثانویه می‌شوند، تضمین شود.

## پیامدهای مطلوب

- افراد معلول و خانواده‌هایشان به اطلاعات و خدمات بهداشتی با هدف پیشگیری از مشکلات بهداشتی دسترسی دارند.
- احتمال ابتلا به مشکلات بهداشتی در افراد معلول و خانواده‌هایشان با آغاز و حفظ رفتارها و سبک زندگی سالم کاهش می‌یابد.
- افراد معلول در فعالیتهای اولیه پیشگیری، مثل برنامه‌های ایمن‌سازی، دخالت و مشارکت داده می‌شوند تا احتمال ابتلا به مشکلات و اختلالات بهداشتی دیگر را کاهش دهند.
- تمام اعضاء جامعه در فعالیتهای اولیه پیشگیری، مثل برنامه‌های ایمن‌سازی، مشارکت می‌کنند تا احتمال ابتلا به وضعیت‌ها و اختلالات بهداشتی که منجر به معلولیت می‌شود را کاهش دهند.
- برنامه‌های CBR با بخش سلامت و سایر بخش‌ها، مثل آموزش، همکاری می‌کنند تا مسائل بهداشتی را مورد توجه قرار دهند و برای فعالیتهای پیشگیری حمایت و کمک ارائه نمایند.

## مفاهیم کلیدی

### مخاطرات بهداشتی

عوامل خطر روی سلامت فرد تأثیر می‌گذارند و احتمال آسیب، بیماری و اختلال را تعیین می‌کنند. مردم در همه‌جا در طول عمر خود در معرض خطرات بهداشتی زیادی قرار می‌گیرند. برخی عوامل اصلی خطر عبارتند از: لاغری مفرط، روابط جنسی پرخطر، فشارخون بالا، مصرف تنباکو، مصرف الکل، آب و تأسیسات بهداشتی ناسالم، فقر آهن و دود ناشی از سوخت‌های فسیلی (۲۵).

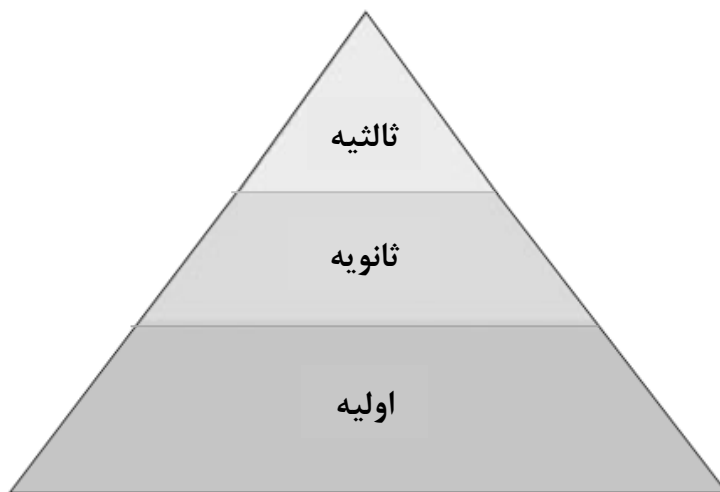
فعالیت‌های پیشگیری، خطرات بهداشتی را برای افراد و جوامع کاهش می‌دهند. با این که برخی عوامل خطر، مثل توارث، خارج از کنترل فرد می‌باشند، برخی دیگر، مثل شیوه زندگی و محیط‌های فیزیکی و اجتماعی را می‌توان تغییر داد و احتمالاً وضع بهداشتی را حفظ کرد و بهبود بخشید. بخش سلامت نقش مهمی در لحاظ نمودن این عوامل خطر ایفا می‌کند.

## سه سطح پیشگیری

مداخلات پیشگیرانه می‌توانند در یکی از این سه سطح باشند:

۱. **پیشگیری اولیه** - عبارت «پیشگیری بهتر از درمان است» عبارتی است که بسیاری از افراد با آن آشنا هستند و مرکز توجه پیشگیری اولیه می‌باشد. پیشگیری اولیه به سمت اجتناب هدایت می‌شود و از مداخلاتی استفاده می‌کند که از وقوع مشکلات بهداشتی پیشگیری می‌کنند (۱۷). هدف اصلی این مداخلات، افراد (مثلاً تغییر رفتارهای بهداشتی، ایمن‌سازی، تغذیه) و محیط‌هایی هستند که مردم در آن‌جا زندگی می‌کنند (تأمین آب سالم، تأسیسات بهداشتی، شرایط خوب زندگی و کار). پیشگیری اولیه هم برای افراد سالم و هم برای افراد معلول حایز اهمیت است و تمرکز اصلی این بخش است.
۲. **پیشگیری ثانویه** عبارت است از شناسایی و درمان به‌هنگام وضعیت‌های بهداشتی با هدف درمان یا کاهش اثرات آنها. نمونه‌های تشخیص زود هنگام شامل ماموگرام برای شناسایی سرطان پستان و معاینات چشم برای شناسایی آب‌مروارید، درمان به‌هنگام شامل درمان تراخم با آنتی بیوتیک برای پیشگیری از نابینایی، درمان جذام با چند دارو برای پیشگیری از پیشرفت بیماری، و کنترل مناسب یک استخوان شکسته برای کمک به معالجه بهتر و پیشگیری از تغییر شکل می‌باشد. راهکارهای پیشگیری ثانویه برای افراد معلول و افراد سالم در بخش مراقبت‌های پزشکی مورد بحث قرار خواهد گرفت.
۳. **پیشگیری ثالثیه** محدود کردن یا از بین بردن تأثیر مشکل بهداشتی و اختلالات موجود را هدف خود قرار داده است؛ و شامل خدمات توانبخشی و مداخلاتی است که هدفشان پیشگیری از محدودیت‌های فعالیتی و ارتقاء استقلال، مشارکت و مداخله می‌باشد. راهکارهای پیشگیری ثالثیه در بخش توان‌بخشی و وسایل کمکی مورد بحث قرار می‌گیرند.

شکل ۱: سه سطح پیشگیری





## آنیتا روی پاهای خود می ایستد

آنیتا زن ۵۰ ساله‌ای است که در روستای کاندال، واقع در منطقه کوهستانی ناحیه رایگاد، ماهاراشترا، در هند زندگی می‌کند. یک روز پای راست آنیتا آسیب کوچکی دید. درد خیلی زود در ساق پایش پیشرفت کرد و بعد از چند روز سیاه شد. پسرش او را به بیمارستان آلی باگ، در فاصله ۱۵ کیلومتری، بود در آنجا به او توصیه کردند که به یک بیمارستان تخصصی در مامبی، در فاصله ۱۰۰ کیلومتری، برود. پزشکان در مامبی بلافاصله تشخیص دادند مشکل وی دیابت است و پای راست وی را از زیر زانو قطع کردند زیرا به قانقاریا مبتلا شده بود. خانواده آنیتا بلافاصله بعد از عمل جراحی وی را به روستایشان بردند زیرا نمی‌توانستند هزینه اقامت در شهر را پردازند. آنیتا نمی‌توانست راه برود بنابراین پسرش او را پشت خودش حمل می‌کرد.

بهورز روستا آنیتا و خانواده‌اش را از برنامه CBR که برای افرادی که یک عضو خود را از دست داده‌اند خدمات بهداشتی رایگان ارائه می‌نماید، آگاه کردند. آنیتا از برنامه CBR در مرکز بهداشت نزدیک روستایش بازدید کرد. در آنجا پای قطع شده وی را چک کردند تا از معالجه مناسب اطمینان حاصل کنند پای چپ وی را برای تغییرات حسی و گردش خون مورد ارزیابی قرار دادند. آنیتا در مورد دیابت و نحوه کنترل آن با دارو، ورزش منظم و رژیم غذایی اطلاعاتی کسب کرد. وی همچنین با نحوه مراقبت صحیح برای پیشگیری از قطع شدن پای چپش در آینده آشنا شد. به آنیتا چوب زیر بغل داده شد و در مورد نحوه استفاده از آن‌ها آموزش دادند.

سپس تیمی از متخصصان پزشکی از مرکز بهداشت بازدید به عمل آورد و یک اندام مصنوعی و یک جفت کفش مناسب به آنیتا دادند تا اطمینان حاصل کنند که پای چپ او از آسیب حفظ شده است. راه رفتن را به وی آموزش دادند تا وی بتواند با اندام مصنوعی به خوبی راه برود و کارکنان CBR در خارج از کلبه‌اش میله‌های موازی (پارالل‌بار) ساختند تا بتواند راه رفتن با اندام مصنوعی‌اش را تمرین کند. به تدریج اعتماد به نفس آنیتا بالا رفت، تا این‌که توانست به طور مستقل با اندام مصنوعی‌اش راه برود و به انجام وظایف خانه‌داری پردازد و در مزرعه مشغول به کار شود. وی به مصرف داروهایش به طور مرتب ادامه می‌دهد و معاینات بهداشتی منظمی دارد. آنیتا می‌گوید که کیفیت زندگی وی بهبود یافته و با کمک برنامه CBR و سایر برنامه‌ها وی در پیشگیری از عوارض بهداشتی ناشی از دیابتش موفق بوده است.

## پیشگیری برای افراد معلول چه مفهومی دارد؟

افراد معلول درست مثل همه افراد در معرض عوامل خطری هستند که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه مرتب و همیشگی، مثل ایمن سازی، می‌باشد. اما آن‌ها ممکن است به مداخلات هدفمند تخصصی نیز نیاز داشته باشند، زیرا اغلب در برابر خطرات بهداشتی موجود در جامعه آسیب‌پذیرترند. به عنوان مثال، در شرایط فقر افراد معلول حداقل دسترسی را به آب سالم و تأسیسات بهداشتی دارند. دسترسی اندک به این امکانات می‌تواند آن‌ها را مجبور به انجام روش‌های

## قابل دسترس کردن محیط خانه

انجمن بین‌المللی معلولان به تأسیس بخش آسیب نخاعی در یک بیمارستان توانبخشی در شهر وچی‌مین، در ویتنام کمک کرد. کارکنان CBR شاغل در این بخش مسئول مراقبت‌های بعدی بیماران ترخیص شده بودند، و هدفشان پیشگیری از وضعیت‌های ثانویه و کسب اطمینان از قابل دسترس بودن ویلچر در محیط خانه بود. کارکنان CBR سعی کردند مراقبت‌های بعدی را برای تمام بیماران تضمین کنند، اما به دلیل محدودیت منابع انسانی و سطح وسیع دامنه شمول، فقط ۲۵٪ افراد کنترل شدند و اغلب افرادی که نیاز زیادی به مراقبت داشتند مورد توجه قرار نگرفتند. کارکنان پزشکی و CBR تصمیم گرفتند سیستم جدیدی را اجرا کنند که بیماران اولویت‌بندی شوند ملاقات‌های خانگی برای افراد پرخطر و تماس‌های تلفنی و دفترچه‌های آموزشی برای افراد کم‌خطر. در نتیجه در این بیمارستان توانبخشی پذیرش‌های مجدد کاهش یافته است. ثابت شده است که این ابتکار عمل مقرون به صرفه‌تر است و استرس کارکنان CBR کمتر می‌شود.

## پیشگیری برای افراد فاقد معلولیت به چه معناست؟

پیشگیری برای افراد فاقد معلولیت درست به اندازه پیشگیری برای افراد معلول حائز اهمیت است. می‌توان از بسیاری از وضعیت‌های پزشکی مربوط به اختلال و معلولیت پیشگیری کرد، مثلاً ۸۰٪ تمام نابینایی‌ها در افراد بالغ قابل پیشگیری و درمان است و با درمان به‌هنگام و اصلاح نابهنجاری‌های هنگام تولد، مثلاً آب مروارید و گلوکوم (آب‌سیاه) می‌توان از حدود نیمی از نابینایی‌های کودکان جلوگیری کرد (۲۷). در قطع‌نامه پنجاه و هشتم آبی سازمان بهداشت جهانی درباره معلولیت، شامل پیشگیری، مدیریت و توان‌بخشی، توصیه می‌کند که دولت‌ها باید آگاهی عمومی را در مورد اهمیت موضوع معلولیت افزایش دهند و تلاش تمام بخش‌ها را برای مشارکت در فعالیتهای پیشگیری از معلولیت هماهنگ کنند.

وقتی تمرکز برنامه‌های ارتقاء و کارهای ابتکاری روی پیشگیری از وضعیت‌های بهداشتی و اختلالات مربوط به معلولیت باشد باید حساسیت به خرج داد زیرا ممکن است افراد زیادی در جامعه معلولان پیشگیری را تهدید کننده و آزاردهنده بدانند و آن را تلاشی برای جلوگیری از ادامه حیات افراد معلول تلقی کنند. نباید مغایریتی بین مداخلات پیشگیرانه که

۱- Contractures

۲- Osteoporosis

تلاش دارند وضعیت‌های بهداشتی مربوط به معلولیت را کاهش می‌دهند و مداخلاتی که سلامت افراد معلول را حفظ می‌کنند و ارتقاء می‌دهند وجود داشته باشد (۲۹).

## فعالیت‌های پیشنهادی

از آن جایی که پیشگیری رابطه نزدیکی با ارتقاء سلامت و مراقبت‌های بهداشتی دارد، باید خاطرنشان سازیم که فعالیت‌های پیشنهادی هر سه بخش هم‌پوشانی دارند و توصیه می‌شود که هر سه با هم مورد مطالعه قرار گیرند. در این جا تمرکز اصلی روی فعالیت‌های پیشگیری اولیه است؛ خشونت و HIV لحاظ نمی‌شوند، زیرا این دو موضوع در مؤلفه‌ی اجتماعی و کتاب تکمیلی، بخش مربوط به CBR و HIV/ایدز مورد بحث قرار گرفته‌اند.

### تسهیل دسترسی به برنامه‌های پیشگیری موجود

برنامه‌های CBR می‌توانند در مورد فعالیت‌های پیشگیری موجود در جامعه اطلاعاتی جمع‌آوری و با برنامه‌های پیشگیری همکاری کنند تا افراد معلول منظور شوند و افراد بیشتری تحت پوشش قرار گیرند. برنامه‌های CBR می‌توانند:

- تضمین کنند که افراد معلول و خانواده‌هایشان از انواع فعالیت‌های پیشگیرانه موجود در جوامع شان آگاه هستند؛
- تضمین کنند که کارکنان بخش سلامت از نیازهای معلولان آگاه هستند؛
- تضمین کنند که اطلاعات مربوط به فعالیت‌های پیشگیرانه به صورت مناسب و در مکان‌های مختلف نزدیک محل سکونت افراد در دسترس می‌باشند؛
- تعیین کنند که آیا مکان‌هایی که فعالیت‌های پیشگیرانه در آنها صورت می‌گیرد از نظر فیزیکی قابل دسترس افراد هستند یا خیر، ایده و راه‌حل‌های عملی ارائه می‌نمایند تا آنها را قابل دسترس کنند؛
- تعیین کنند که آیا خدمات پیشگیرانه را می‌توان در جاهای متفاوتی ارائه نمود، مثلاً در محیط خانه، وقتی دسترسی دشوار است.



## کادر ۱۱ کنیا

### پاسخ به نیازهای کاربران ویلچر

بهداشت که توسط یک سازمان مردم نهاد (غیردولتی) در منطقه کوروگوچو نایروبی، کنیا اداره می‌شود به واسطه چندین پله با ویلچر قابل دسترسی نبود. در نتیجه، برنامه‌های واکسیناسیون برای افراد با معلولیت‌های جسمانی (مثلاً کودکان فلج مغزی) قابل دسترسی نبود، بنابراین بهورزان خانواده‌ها را به یک مرکز توان‌بخشی در شهر هدایت می‌کردند. برنامه CBR جلسه‌ای ترتیب داد و این موضوع را با مددکاران بهداشتی بحث کرد و یک راه‌حل ساده یافتند و آن این بود که مرکز بهداشت کودکان دچار معلولیت را در طبقه همکف ساختمان واکسینه کند.

## ارتقاء رفتارها و شیوه زندگی سالم

رفتارهای سالم و بهداشتی، مثل عدم استعمال دخانیات، استفاده بسیار اندک از الکل، خوردن غذای سالم، ورزش کردن به طور منظم و استفاده از کاندوم هنگام آمیزش جنسی، می توانند خطر ابتلا به مشکلات بهداشتی را کاهش دهند. برنامه های پیشگیرانه اغلب از راهکارهای ارتقاء سلامت استفاده می کنند تا رفتارهای سالم را ترغیب کنند، از جمله این راهکارها عبارتند از اقدامات آگاه سازی برای انتقال پیام های پیشگیرانه در جوامع و آموزش افراد. به فعالیت های پیشنهادی در بخش سلامت مراجعه نمایید تا رفتارهای سالم را ارتقاء دهید.

## ترغیب ایمن سازی

در هر جامعه ای، باید برنامه های ایمن سازی برای بیماری های خاص و گروه های پرخطر، مثل واکسیناسیون فلج اطفال، دیفتری، کزاز و سرخک برای نوزادان و کودکان و واکسیناسیون کزاز برای زنان باردار، موجود باشند. برنامه های CBR می توانند:

- به طور فعال در اقدامات آگاه سازی دخیل باشند تا ایمن سازی را برای اعضاء جامعه از جمله معلولان ارتقاء دهند؛
- با مددکاران مراقبت های بهداشتی اولیه در تماس باشند تا به آنها در مورد اهمیت ایمن سازی برای معلولان، به خصوص کودکان معلول، علیرغم اختلالات موجود، آموزش دهند؛
- با خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه همکاری کنند تا اطمینان حاصل شود که افراد معلول و خانواده هایشان می توانند به برنامه های واکسیناسیون در جوامع خود دسترسی داشته باشند؛
- اطمینان حاصل کنند که افرادی که از برنامه های CBR حمایت و کمک دریافت می کنند ایمن سازی های توصیه شده را نیز دریافت کرده اند، مثلاً کودکان معلول، خواهرها و برادرهایشان، مادران باردار کودکان معلول؛
- اطلاعاتی در مورد مکان خدمات ایمن و مهم برای افرادی که ایمن سازی های توصیه شده را دریافت نکرده اند، فراهم نماید و به آنها کمک کند تا در صورت لزوم به این خدمات دسترسی پیدا کنند؛
- با خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه همکاری کنند تا برای افرادی که نمی توانند به برنامه های واکسیناسیون دسترسی داشته باشند برنامه ریزی کنند، مثلاً کودکان معلولی که به مدرسه نمی روند.

## مالزی

کادر ۱۲

### نجات زندگی جوانان

برنامه ملی CBR در مالزی با خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه همکاری نزدیکی دارد تا اطمینان حاصل شود افراد معلول می توانند به فعالیت هایی که توسط کارکنان مراقبت های بهداشتی اولیه انجام می شود، از جمله واکسیناسیون سرخجه برای مادران جوان و برنامه های ایمن سازی برای کودکان دسترسی داشته باشند.

## تغذیه مناسب

فقر غذایی (سوءتغذیه) معمولاً ناشی از نخوردن غذای کافی و عادات غذایی بد است و عامل عمده مشکلات بهداشتی می‌باشد. کسب اطمینان از غذا و تغذیه کافی در جوامع وظیفه بسیاری از بخش‌های توسعه می‌باشد، بخش‌هایی که باید برنامه‌های CBR با آنها همکاری کنند. در رابطه با بخش سلامت، برخی فعالیت‌ها برای برنامه‌های CBR توصیه می‌شود. از جمله:

- اطمینان از این‌که کارکنان CBR می‌توانند افراد (معلول و فاقد معلولیت) دارای علایم سوءتغذیه را شناسایی کنند و آنها را برای ارزیابی و مدیریت صحیح به بهورزان ارجاع دهند؛
- ترغیب استفاده از غذاهای سرشار از آهن و ویتامین که به‌طور محلی موجود می‌باشند، مثلاً اسفناج، ران مرغ، غلات سبوس‌دار، میوه پاپایا- ارایه دستورهای آشپزی کم‌هزینه و مغذی راهی برای ترغیب افراد به خوردن غذاهای مغذی است؛
- اطمینان از این‌که کودکان معلول غذای کافی و مناسب می‌خورند - کودکان معلول اغلب نادیده گرفته می‌شوند، به‌خصوص کودکانی که مشکلات تغذیه دارند؛
- شناسایی افراد معلولی که مشکلات تغذیه‌ای دارند، مثلاً کودکان فلج مغزی که مشکلات جویدن و بلعیدن دارند، و در صورت امکان آنها را به گفتاردرمان‌ها و آسیب شناسان گفتار و زبان ارجاع دهند؛
- ارائه پیشنهادها ساده‌ای برای خانواده‌ها در مورد روش‌های کمک به معلولان برای خوردن و آشامیدن، مثلاً وضعیت مناسب بدن برای ایمن‌تر و راحت‌تر غذا خوردن؛
- شناسایی فعالیت‌های تغذیه‌ای موجود در جوامع و اطمینان از این‌که افراد معلول می‌توانند به این‌ها دسترسی داشته باشند، مثلاً کودکان معلول در برنامه‌هایی که رشد را کنترل و ریزمغذی‌ها و غذاهای تکمیلی ارائه می‌کنند به‌طور فعال شرکت دارند؛
- ترغیب تغذیه با شیر مادر و تشویق زنان باردار به مراقبت‌های دوران بارداری برای (دریافت) مکمل‌های آهن و اسید فولیک.



## نیرومند شدن با تغذیه

بنیاد سانجی وینی در بنگلور، هند، بیش از یک دهه است که با زنان و کودکان کار می‌کند. یکی از مداخلات اصلی‌اش پرداختن به مسئله سوءتغذیه در کودکان، به‌خصوص کودکان زیر ۵ سال می‌باشد. با توجه به این که سوءتغذیه در بسیاری از کودکان خانواده‌های فقیر حین گذار از شیرمادر به غذاهای نیمه‌جامد به غذاهای جامد اتفاق می‌افتد، به علت عدم دسترسی به غذا، مناسب می‌باشد. این بنیاد مکمل تغذیه‌ای - پودری سرشار از پروتئین و روغن کبد ماهی یک بار برای تمام کودکان دچار سوءتغذیه ارائه می‌نماید. داوطلبان آموزش می‌بینند که این مکمل را تهیه و بعد از شناسایی کودکان نیازمند، بین آنها تقسیم کنند. مادران در مورد تغذیه و نحوه تهیه غذاهای کم خرج با استفاده از غلات و سبزیجات موجود محلی آموزش می‌بینند. بنیاد سانجی وینی همچنین با ارائه مکمل‌های تغذیه‌ای با سایر سازمان‌های توانبخشی کودکان معلول همکاری می‌کند. کودکان دارای نیازهای خاص، مثل کودکان با مشکلات تغذیه‌ای، به‌طور مرتب از این مکمل استفاده کرده و بسیار زیاد از آن بهره برده‌اند.

آفرین نه ساله است و فلج مغزی می‌باشد. وی با والدین و دوخواهرش در زاغه ایلیاس ناگار در بنگلور، زندگی می‌کند. والدینش با دستمزد ۷۰ روپیه به‌طور روزمزد در یک کارخانه محلی کار می‌کنند. وقتی آفرین شش ساله بود خانواده‌اش به بنگلور مهاجرت کردند. آفرین به علت یک مشکل هنگام وضع حمل به فلج مغزی مبتلا شد. به وی فقط غذاهای مایع داده شد و در نتیجه دچار سوءتغذیه و زمین‌گیر شد، رشد کمی داشت و مرتب دچار اسهال و دل درد می‌شد. مددکار CBR به علت شرایط آفرین نمی‌توانست هیچ درمانی به وی ارائه کند، در نتیجه به وی مکمل تغذیه‌ای داد و طی یک دوره یک‌ساله سلامت و نیروی آفرین به تدریج بهبود یافت.

اکنون آفرین برای درمان و توانبخشی به مرکز آموزشی می‌رود؛ خانواده‌اش از پیشرفت وی بسیار خوشحال هستند و مادرش می‌تواند غذاهای دیگری هم به وی بدهد.

## تسهیل دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای مادر و کودک

مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت‌های ماهرانه حین وضع حمل و مراقبت‌های پس از تولد خطر ابتلای مادران و کودکان را به وضعیت‌ها و / یا اختلالاتی که ممکن است منجر به معلولیت شود را می‌کاهد. برنامه‌های CBR باید:

- خدمات بهداشتی موجود در جامعه برای مادران را شناسایی کنند، مثلاً مراقبت‌های دوران بارداری؛
- اطلاعاتی در مورد خدمات بهداشتی مادران را در اختیار تمام زنان قرار دهند و آنها را ترغیب کنند که از این خدمات استفاده کنند؛
- به زنان معلولی که دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی مادران برایشان دشوار است کمک بیشتری ارائه نمایند، مثلاً وقتی در سیستم مراقبت بهداشتی تبعیض وجود داشته باشد حمایت کنند؛
- زنان و خانواده‌هایشان را در صورتی که پرسش‌ها و نگرانی‌های خاصی در مورد بارداری فعلی یا آینده دارند به مشاوره ژنتیک ارجاع دهند، مثلاً ممکن است زوجی که یک فرزند معلول دارند می‌خواهند بدانند که آیا فرزند بعدی‌شان همان وضعیت/ اختلال را به ارث خواهد برد؛

- بخش خدمات بهداشت را نسبت به مسائل دسترسی زنان باردار معلول راهنمایی کنند، مثلاً آرایه توصیه‌هایی در مورد روش‌های مناسب برقراری ارتباط و نحوه دسترسی به بیمارستان‌ها/ اتاق‌های زایمان؛
- برنامه‌های آموزشی موجود قابله‌های سنتی شاغل در جوامع محلی را شناسایی کنند و اطمینان حاصل کنند که این برنامه‌ها اطلاعاتی در مورد معلولیت و شناسایی به‌هنگام اختلالات را دربرمی‌گیرند؛
- خانواده‌ها را ترغیب کنند تا کودکان معلول را هنگام تولد به مقامات محلی معرفی کنند.

## مغولستان ۱۴ کادر

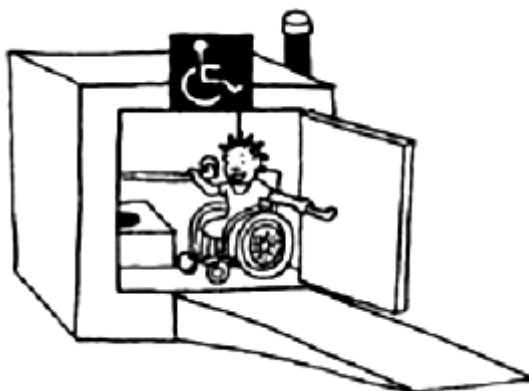
### کاهش فشارهای دوران بارداری

در برخی روستاهای شمال غرب مغولستان، زنان زیادی دچار دررفتگی مفصل لگن می‌شوند. وقتی این زنان باردار می‌شوند، درمی‌یابند که وزن اضافه فشار زیادی به لگن‌شان وارد می‌کند و درد و معلولیت آنها را تشدید می‌کند. برنامه ملی CBR در مغولستان با این زنان کار می‌کند؛ و توصیه‌هایی در مورد برنامه‌ریزی فواصل بین زایمان‌ها و استراحت کافی در مراحل آخر بارداری ارائه می‌نماید.

### ترویج استفاده از آب و تأسیسات بهداشتی سالم

هرگونه اقدام در زمینه آب و تأسیسات بهداشتی به بهبود زندگی سالم و کاهش معلولیت مربوط می‌شود. برنامه‌های CBR می‌توانند اطمینان حاصل کنند که نیازهای معلولان از طریق اقدامات ذیل لحاظ می‌شوند:

- صحبت با افراد معلول و اعضای خانواده آن‌ها در مورد موانع دسترسی و استفاده از آب و امکانات بهداشتی، مثلاً ممکن است دسترسی به آب برای افراد معلول به دلیل دور بودن منابع آب، سفتی زیاد زمین یا روش بسیار دشوار به‌دست آوردن آب از چاه امکان‌پذیر نباشد؛
- آگاه‌سازی مقامات محلی و سازمان‌های آب و تأسیسات بهداشتی در مورد این موانع و ارائه‌ی پیشنهاد و ایده برای رفع آن‌ها با مشارکت افراد معلول و اعضای خانواده ایشان؛
- تحت فشار قراردادن و همکاری با مقامات محلی برای مناسب‌سازی تسهیلات موجود و/ یا ساخت تسهیلات جدید، مثل نصب صندلی‌های برجسته<sup>۱</sup> توالت و میله برای حمایت از افرادی که نمی‌توانند از توالت صحرائی فرنگی استفاده کنند؛
- ترغیب اعضای جامعه برای حمایت و کمک به افراد معلول در صورت لزوم، مثلاً ترغیب همسایگان برای همراهی فرد معلول هنگام آوردن آب.



<sup>۱</sup> - Raised toilet seats

## کمک به پیشگیری از آسیب‌ها

بسیاری از معلولیت‌ها در اثر حوادث در خانه، محل کار یا جامعه به وجود می‌آیند. اغلب افراد بالغ و کودکان معلول در معرض خطر آسیب بیشتری می‌باشند. برنامه‌های CBR می‌توانند از طریق روش‌های ذیل در پیشگیری از آسیب در جوامع‌شان نقش داشته باشند:

- شناسایی دلایل اصلی آسیب در خانه و جامعه (مثلاً سوختگی، غرق شدن، حوادث جاده‌ای) و گروه‌های پرخطر (مثلاً کودکان)؛
- آگاه‌سازی جامعه در مورد دلایل عمده آسیب‌ها و نحوه پیشگیری از آنها، این امر ممکن است شامل اقدامی برای ارتقاء بهداشت باشد؛
- همکاری با مقامات و گروه‌های محلی در مورد اقداماتی برای کاهش وقوع آسیب در خانه و جامعه؛ مثل پیشگیری از آسیب‌ها حین جشن‌های بزرگ؛
- ارائه پیشنهاداتی برای خانواده‌ها در مورد نحوه پیشگیری از آسیب‌ها در خانه، مثل مواظبت از کودکان وقتی نزدیک آب یا آتش روشن هستند، نگهداری سموم در جای امن و دور از دسترس اطفال، دور نگه داشتن کودکان از بالکن، لبه‌ی پشت‌بام و پله‌ها و عدم اجازه به کودکان برای بازی با اشیاء تیز؛
- آموزش کارکنان و مددکاران در مورد نحوه پیشگیری از آسیب‌ها در محیط کار، مثل پوشیدن تجهیزات ایمنی مناسب در مکان‌های ساخت و ساز (کفش، کلاه ایمنی، دستکش، گوشی‌های مخصوص)؛
- آموزش بچه‌های مدرسه‌ای در مورد ایمنی جاده‌ای، مثل عبور ایمن از عرض جاده‌ها، بستن کمربند ایمنی در وسایط نقلیه موتوری و پوشیدن کلاه ایمنی هنگام دوچرخه و موتورسواری.

## کمک به پیشگیری از وضعیت‌های ثانویه

افراد معلول با هر سنی در معرض خطر وضعیت‌های ثانویه هستند. برنامه‌های CBR می‌توانند راهکارهای پیشگیرانه اولیه را ارتقاء بخشند تا احتمال ابتلاء افراد معلول به این وضعیت‌ها کاهش یابد. توصیه می‌شود که برنامه‌های CBR:

- اطمینان حاصل کنند که افراد معلول و اعضای خانواده‌هایشان در مورد وضعیت‌های ثانویه مربوط به معلولیت‌هایشان آگاهی و دانش دارند، مثلاً افراد دچار ضایعه نخاعی یا اسپینابیفیدا<sup>۱</sup> (و خانواده‌هایشان) باید آگاه باشند که احتمال ابتلا به عفونت مجاری ادراری در آنها زیاد است؛
- به افراد معلول و خانواده‌هایشان کمک کنند تا راهکارهای پیشگیری از ابتلا به وضعیت‌های ثانویه را شناسایی کنند، مثل اتخاذ رفتارهای شیوه زندگی سالم مثل ورزش و تغذیه مناسب، انجام معاینات بهداشتی منظم، حفظ بهداشت مناسب و پیوستن به گروه‌های خودیار؛
- اطمینان حاصل کنند که وسایل کمکی که برای افراد معلول فراهم می‌شوند آنها را در معرض خطر وضعیت‌های ثانویه قرار نمی‌دهد، مثلاً اندام‌های مصنوعی اندازه مناسبی داشته باشند و علائم قرمزی پوست که منجر به زخم‌های فشاری می‌شوند، به وجود نیاورند.

<sup>۱</sup>-Spina bifida



# مراقبت پزشکی

## مقدمه

مراقبت پزشکی را می‌توان به صورت تشخیص، ارزیابی و درمان وضعیت‌های بهداشتی و / یا آسیب‌های حاصل از آنها تعریف نمود. مراقبت‌های پزشکی می‌توانند درمان ارایه نمایند (مثلاً درمان جذام یا مالاریا)، اثرات را کاهش دهند (مثلاً درمان صرع)، و از آسیب‌های اجتناب‌پذیر پیشگیری نمایند (مثلاً درمان دیابت برای پیشگیری از نابینایی). دسترسی به مراقبت‌های پزشکی با کیفیت بالا، در مواقع لازم، برای حفظ سلامت و کارکرد خوب بسیار حایز اهمیت می‌باشد (۳۰)، به‌خصوص برای افراد معلولی که از سطح سلامت پایینی برخوردارند.

در پیش‌گفتار، به کنوانسیون حقوق معلولان، ماده ۲۵، و اقدامات لازمی که باید از سوی دولت در زمینه خدمات بهداشتی برای افراد معلول انجام شود اشاره شد. این خدمات عبارتند از ارایه مراقبت‌ها و برنامه‌های بهداشتی رایگان و قابل دسترسی با همان طیف، کیفیت و استاندارد مراقبت‌های ارایه شده به سایر افراد؛ ارایه خدمات بهداشتی ویژه که افراد معلول به واسطه معلولیت‌هایشان به آن نیاز دارند، شامل تشخیص به موقع و مداخله مناسب؛ و ارایه خدماتی که تا حد امکان نزدیک محل زندگی افراد باشد (۲).

قوانین استاندارد در مورد یکسان سازی فرصت‌ها برای افراد معلول نیز به طور خلاصه لیستی از وظایف دولت در زمینه مراقبت‌های بهداشتی را بیان می‌کند (۲۳) و بر مراقبت‌های بهداشتی به عنوان شرط لازم برای مشارکت یکسان در تمام فعالیت‌های زندگی تأکید دارد.

با توجه به کنوانسیون و قوانین استاندارد، کارکنان CBR می‌توانند در جوامع خود فعالیت کنند تا افراد معلول بتوانند به مراقبت‌های فراگیر، مناسب و به‌هنگام دسترسی داشته باشند.



## تغییر بزرگ ادنان

ایرن و محمد در جمهوری متحده تانزانیا زندگی می‌کنند. آنها از تولد ادنان بسیار خوشحال شدند زیرا یک دختر شش ساله داشتند و مدت زیادی بود که منتظر بچه دیگری بودند. وقتی ادنان حدود دو ماهه بود آنها متوجه شدند که سرش ظاهراً کوچک‌تر می‌شد. ایرن و محمد، ادنان را به یک بیمارستان محلی برای مراقبت‌های بهداشتی بردند. رادیوگرافی انجام شد و سپس پزشکان به ایرن و محمد گفتند که جای هیچ‌گونه نگرانی نیست. اما همین که ادنان بزرگ‌تر می‌شد، معلوم شد که نمی‌تواند کارهای ساده را انجام دهد یا از دستورهای اصلی پیروی کند و رفتارش بسیار مشکل دار شد. وی مرتب دچار تشنج نیز می‌شد. ایرن می‌گوید، «ادنان هرگز حرف نمی‌زد یا سروصدای زیادی تولید نمی‌کرد بنابراین اصلاً فکر نمی‌کردم که او چیزی می‌فهمد و در واقع با او حرف نمی‌زدم. مشکل چه بود؟ رفتار او بدتر و بدتر می‌شد.»

ادنان در چهار سالگی فقط شروع به راه رفتن کرد و وقتی یک روز در خیابان مشغول بازی بود، یک رهگذر که فهمید ادنان اختلال ذهنی دارد، به ایرن و محمد در مورد برنامه CBR که توسط یک سازمان غیردولتی اداره می‌شد، به نام توانبخشی مبتنی بر جامعه در تانزانیا (CCBRT)، توضیح داد. والدین ادنان با CCBRT تماس گرفتند و تقاضای حمایت و مشاوره نمودند. ماماکی‌تنگ، یک کارشناس CBR، ملاقات‌های منظم در خانه آنها را آغاز و آموزش و فیزیوتراپی ارائه نمود. وی همچنین به این خانواده کمک کرد تا برای مدیریت تشنج وی به مراقبت‌های پزشکی دسترسی پیدا کنند. در نتیجه، ادنان حالا برای کنترل صرع خود به طور منظم دارو مصرف می‌کند.

ایرن اظهار می‌دارد که «قبل از این که به برنامه ملحق شوم، ادنان نمی‌توانست به تنهایی کاری انجام دهد. وی نمی‌توانست به تنهایی غذا بخورد، لباس بپوشد یا دستانش را بشوید. او کودکی آرام و شاد نبود. فقط تمام روز راه می‌رفت و اغلب گم می‌شد. نمی‌دانستم با او چه کنم. آموزش بسیار مفید بوده است، به خصوص در دستورالعمل‌ها. حالا تمام مدت با او صحبت می‌کنم و او هر چه می‌گویم



می‌فهمد. او می‌تواند آب را در دستش بگیرد و خودش غذایش را بخورد و صورتش را بشوید. راه برگشت به خانه را از روی جهت آب بارها به او نشان داده‌ام، همیشه به اشیاء یکسانی اشاره می‌کنم تا به دنبال آنها بگردد، بنابراین حالا اگر گم شود راه برگشت به خانه را می‌شناسد. وی داروهای صرع را به طور منظم مصرف می‌کند و دچار حمله نمی‌شود. وی نسبت به گذشته بسیار تغییر کرده است.»

## هدف

افرد معلول به مراقبت‌های پزشکی اعم از عمومی و تخصصی، بر مبنای نیازهای فردی خود دسترسی داشته باشند.

## نقش CBR

نقش CBR با مشارکت افراد معلول، خانواده‌هایشان و خدمات پزشکی است تا اطمینان حاصل شود افراد معلول می‌توانند به خدماتی دسترسی داشته باشند که برای تشخیص، پیشگیری، به حداقل رساندن و / یا اصلاح وضعیت‌ها یا اختلالات بهداشتی طراحی شده‌اند.

## پیامدهای مطلوب

- کارکنان CBR معلومات زیادی در مورد خدمات مراقبت پزشکی دارند و می‌توانند ارجاع افراد معلول و خانواده‌هایشان به منظور نیازهای مراقبت پزشکی عمومی و تخصصی را تسهیل بخشند.
- افراد معلول و خانواده‌هایشان به فعالیت‌هایی که هدفشان شناسایی به موقع وضعیت‌ها و آسیب‌های بهداشتی (خدمات غربالگری و تشخیصی) است، دسترسی دارند.
- تسهیلات مراقبت پزشکی جامع و کلی هستند و دسترسی به آنها برای افراد معلول بهبود یافته است.
- افراد معلول می‌توانند به مراقبت‌های جراحی دسترسی پیدا کنند تا آسیب‌ها را به حداقل برسانند یا اصلاح کنند و در نتیجه سلامت و عملکرد آنها بهبود می‌یابد.
- افراد معلول و خانواده‌هایشان مهارت‌های مدیریت خود را به تدریج یاد می‌گیرند و از این طریق می‌توانند پرسش‌های خود را بپرسند، گزینه‌های درمان را مورد بحث قرار دهند، در مورد مراقبت‌های پزشکی تصمیم‌های آگاهانه بگیرند و وضعیت بهداشتی خود را مدیریت کنند.
- آگاهی کارکنان مراقبت‌های پزشکی در مورد نیازهای پزشکی افراد معلول، احترام به حقوق و منزلت آنها و آرایه خدمات با کیفیت بالا افزایش یافته است.

## مفاهیم کلیدی

### انواع مراقبت پزشکی

بسیاری از سیستم‌های بهداشتی در کشورهای کم‌درآمد دارای سه سطح مراقبت بهداشتی می‌باشند: سطح اول<sup>۱</sup>، سطح دوم<sup>۲</sup> و سطح سوم<sup>۳</sup>، این سطوح معمولاً توسط سیستم ارجاع به هم مربوط می‌شوند: مثلاً کارکنان مراقبت بهداشتی سطح اول در صورت لزوم افراد را به مراقبت‌های سطح دوم ارجاع می‌دهند. هرچند اغلب بین این سطوح همپوشانی وجود دارد، مثلاً ممکن است مراقبت‌های بهداشتی سطح اول در جایی ارائه شوند که معمولاً مراقبت‌های بهداشتی سطح دوم آرایه

---

<sup>۱</sup>- Primary

<sup>۲</sup>- Secondary

<sup>۳</sup>- Tertiary

می‌شوند. برای کارکنان CBR درک تفاوت‌های اساسی بین این سطوح حایز اهمیت است تا دسترسی افراد معلول و اعضاء خانواده‌شان را تسهیل بخشند.

**مراقبت سطح اول** به مراقبت بهداشتی اولیه در سطح جامعه اطلاق می‌شود و معمولاً از طریق مراکز بهداشتی یا درمانگاه‌ها ارائه می‌شود و اغلب اولین تماس افراد با سیستم بهداشتی است. مراقبت‌های پزشکی ارائه شده در سطح اولیه شامل درمان‌های ساده و کوتاه برای وضعیت‌های حاد (مثلاً عفونت) و مدیریت معمولی برای شرایط مزمن (مثلاً جذام، صرع، سل، دیابت) می‌باشد. برنامه‌های CBR در سطح جامعه محلی عمل می‌کنند و بنابراین رابطه نزدیکی با خدمات مراقبت بهداشتی اولیه دارند (۱۴).

**مراقبت سطح دوم** به خدمات پزشکی تخصصی‌تری اطلاق می‌شود که توسط درمانگاه‌های بزرگ یا بیمارستانی ارائه می‌شود که معمولاً در سطح منطقه موجود است. مراقبت‌های بهداشتی سطح اول از طریق سازوکارهای ارجاع رابطه مهمی با مراقبت سطح دوم ایجاد می‌کنند.

**مراقبت سطح سوم** مراقبت پزشکی بسیار تخصصی است و توسط پزشکان متخصص و با همکاری پرستاران و کارکنان پیراپزشکی ارائه می‌گردد و استفاده از فن‌آوری تخصصی را دربرمی‌گیرد. این خدمات توسط بیمارستان‌های بزرگ که معمولاً در شهرهای بزرگ در سطح ملی یا منطقه‌ای قرار دارند، ارائه می‌شوند. مراقبت‌های پزشکی سطح سوم می‌توانند شامل جراحی مغز، مراقبت‌های سرطان یا جراحی ارتوپدی باشند.

### مراقبت‌های پزشکی برای افراد مبتلا به دیابت

کارکنان پزشکی اغلب بیماران دیابتی را به جای درمان در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه به خدمات توانبخشی برای مراقبت‌های عمومی پزشکی ارجاع می‌دهند. زیرا آنها نیز مثل اکثر افراد، متوجه نیستند که افراد معلول ممکن است یک وضعیت بهداشتی عمومی را در هر مرحله‌ای از زندگی‌شان داشته باشند که برای آن به مراقبت‌های پزشکی، به‌خصوص مراقبت‌های بهداشتی عمومی نیاز داشته باشند. مثلاً، برای عفونت‌های تنفسی، آنفولانزا، فشار خون بالا، عفونت‌های گوش میانی، دیابت، سل یا مالاریا ممکن است مراقبت‌های پزشکی لازم باشد.

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در شناسایی به موقع وضعیت‌هایی دارند که می‌توانند منجر به آسیب شوند. شناسایی و درمان به موقع تمام وضعیت‌های بهداشتی (پیشگیری ثانویه) حایز اهمیت است. برخی وضعیت‌های بهداشتی، اگر درمان یا کنترل نشوند، می‌توانند منجر به آسیب‌های جدید شوند یا آسیب‌های موجود در افراد معلول را تشدید کنند. مداخله به‌هنگام آسیب‌زایی کمتری دارد، مقرون به صرفه است و پیامدهای بهتری ایجاد می‌کند.

بسیاری از افراد معلول نیز دارای نیازهای مراقبت پزشکی در دوره‌های زمانی محدود یا به صورت دائمی می‌باشند، مثلاً افراد دچار صرع یا افراد مبتلا به مشکلات روانی ممکن است به رژیم‌های دارویی درازمدت نیاز داشته باشند. برخی افراد دیابتی نیز احتمالاً برای آسیب‌هایشان به جراحی نیاز دارند.

## صرع

تشنج یا صرع اختلال عصبی مزمنی هستند که معمولاً منجر به معلولیت می‌شوند، به‌خصوص در مناطق در حال توسعه. افراد مبتلا به صرع و خانواده‌هایشان اغلب از ننگ و تبعیض ناشی از آن رنج می‌برند. تصورات غلط و اوهام زیادی در مورد صرع و درمان مناسب آن وجود دارد. مطالعات اخیر در کشورهایی با درآمد بالا و کشورهایی با درآمد پایین نشان داده‌اند که تا ۷۰٪ کودکانی که صرع به تازگی در آنها تشخیص داده شده است و افراد بالغ مبتلا به صرع می‌توانند به طور موفقیت‌آمیزی با داروهای ضدصرع درمان شوند (یعنی حملاتشان به طور کامل کنترل شود) بعد از دو تا پنج سال درمان موفقیت‌آمیز، داروها را می‌توان در حدود ۷۰٪ کودکان و ۶۰٪ افراد بالغ بدون عود کردن قطع کرد. اما تقریباً سه چهارم افراد مبتلا به صرع در کشورهای کم درآمد درمان لازم را دریافت نمی‌کنند.

## جراحی

جراحی بخشی از مراقبت‌های پزشکی است و معمولاً در سطوح دوم و سوم سیستم مراقبت بهداشتی ارایه می‌گردند. برخی انواع جراحی قادر به اصلاح اختلالات یا پیشگیری یا محدود کردن تغییر شکل<sup>۱</sup> یا عوارض مربوط به اختلالات می‌باشند. نمونه‌های جراحی عبارتند از برداشتن آب مرواریدی که باعث اختلال بینایی می‌شود، جراحی ارتوپدی برای شکستگی یا تغییر شکل‌های ستون فقرات و جراحی بازسازی لب شکری و شکاف کام، سوختگی‌ها یا جذام.

قبل از انجام جراحی باید نکات زیادی را مورد توجه قرار دارد. ممکن است خانواده‌ها آگاهی و درک محدودی در مورد جراحی داشته باشند، بنابراین باید در مورد مزایا و عواقب جراحی به درستی مطلع شوند. مراقبت‌های جراحی اغلب بدون تأمین اجتماعی یا بیمه خدمات درمانی بسیار گران هستند، و دسترسی به آن توسط افراد فقیر دشوار است. پیامدهای موفقیت‌آمیز ناشی از جراحی به مراقبت‌های جامع بعد از جراحی بستگی دارد، ممکن است افراد به مراقبت‌های پزشکی بیشتر، فیزیوتراپی و ابزار کمکی نیاز داشته باشند، بنابراین باید رابطه نزدیکی بین متخصصان پزشکی و توانبخشی وجود داشته باشد. مهم است که به خاطر داشته باشیم که صرفاً جراحی نمی‌تواند تمام مشکلات مربوط به اختلال و ناتوانی را حل نماید.

<sup>۱</sup>-.Deformity

## آگاه شدن از امکانات

پاتریک، اهل کنیا، در سال ۱۹۸۷ با بد شکلی مادرزادی پا به دنیا آمد. خواهرش سارا نیز با همین مشکل به دنیا آمده بود. پاتریک می‌گوید که تا ۱۷ سالگی با این معلولیت زندگی می‌کرد تا اینکه یک آگهی رادیویی را شنید که در آن از کودکان معلول خواسته شد به شهر کامونگی بروند. «تمام این سال‌ها، همیشه از همسالان خودم کناره‌گیری می‌کردم. وقتی آگهی رادیو را شنیدم احساسات مختلفی داشتم، مطمئن نبودم که می‌شود کاری روی پاهایم انجام شود. اما سرانجام به مرکز امداد رسانی کامونگی رفتم. کودکان معلول زیاد دیگری را دیدم. هرگز نمی‌دانستم که افراد دیگری نیز تجارب مشابهی دارند. بعد از دو جراحی پاهایم اصلاح شد و مهم‌تر از همه خوشحالم که می‌توانم کفش‌های عادی بپوشم، چیزی که آرزویش را داشتم. راه رفتن هر روز راحت‌تر می‌شود. خواهر کوچک‌ترم، که حالا ۱۴ ساله است، نیز جراحی انجام داد. در تمام جوامع خدمات پزشکی و توانبخشی برای کودکان معلول باید در دسترس و امکان‌پذیر باشد. مردم منطقه ما از این خدمات اطلاع نداشتند. من و سارا، برای آگاه‌سازی خانواده، دوستان و محله‌مان در مورد این خدمات حداکثر تلاش خود را می‌کنیم.

ما به اتفاق سایر افراد معلول، بخشی از جامعه‌ایم و می‌خواهیم در فعالیتهای عادی در کلیسا، مدرسه و سایر گروه‌ها شرکت کنیم. از زمانی که من و خواهرم مورد عمل جراحی قرار گرفتیم، حالا افراد زیادی معتقدند که کودکان معلول دیگری نیز قادر به ارزیابی امید از دست رفته‌شان می‌باشند.

خودپایی<sup>۲</sup>

خودپایی یا مدیریت مراقبت از خود<sup>۳</sup> به معنای مدیریت سلامت خود بدون مداخلات پزشکی نیست. خودپایی یعنی سلامت خود را کنترل کنند - آنها مسئول انتخاب و تصمیم‌های آگاهانه در مورد مراقبت‌های پزشکی و ایفای نقش فعال در برنامه‌های مراقبتی برای بهبود و حفظ سلامت خود می‌باشند. خودپایی مستلزم رابطه‌ای خوب بین افراد و کارکنان مراقبت بهداشتی‌شان می‌باشد تا دستیابی به پیامدهای بهداشتی مطلوب حاصل شود. افرادی که مراقبت‌هایشان را مدیریت می‌کنند:

- ارتباط منظم و مؤثری با کارکنان بخش سلامت دارند.
- در تصمیم‌گیری و طراحی مراقبت مشارکت می‌کنند.
- خواستار اطلاعات بهداشتی هستند، به آنها دست می‌یابند و آنها را درک می‌کنند.
- رژیم درمانی تنظیم شده توسط کارکنان بخش سلامت را دنبال می‌کنند.
- فعالیتهای مناسب مراقبت از خود را، که به توافق کارکنان بخش سلامت رسیده است، انجام می‌دهند.

<sup>۱</sup>- Clubfeet

<sup>۲</sup>- Self - management

<sup>۳</sup>- Self – Care management

## افزایش توانایی

خودپایی برای افراد معلول مادام‌العمر، مثلاً پاراپلژی، یا یک وضعیت مزمن مثل دیابت، حائز اهمیت است. ممکن است کارکنان بخش سلامت نقش افراد معلول و خانواده‌هایشان را در خودپایی نادیده بگیرند. همچنین، ممکن است افراد مهارت‌های لازم برای پذیرفتن مسئولیت سنگین سلامت خود را نداشته باشند. گروه‌های خودیار می‌توانند فرصت مناسبی برای افراد معلول فراهم نمایند تا از طریق صحبت کردن در مورد اطلاعات و مهارت‌ها، مدیریت خود را بیاموزند. این افراد اغلب اطلاعات ارزشمندی در مورد منابع موجود مراقبت پزشکی، و نحوه مذاکره مؤثر در مورد سیستم مراقبت بهداشتی و نحوه مدیریت وضعیت بهداشتی موجود می‌آموزند.

انجمن ایتالیایی آیفو با همکاری تیم معلولیت و توانبخشی سازمان بهداشت جهانی و انجمن بین‌المللی معلولان تحقیقی را در چندین کشور انجام دادند تا دریابند، اگر افرادی که نیازهای مراقبت پزشکی یکسانی دارند دور هم جمع شوند می‌توانند مهارت‌های خودپایی را بیاموزند و نقش فعال‌تری در بهبود وضعیت سلامت خود داشته باشند. پروژه‌های آزمایشی می‌خواستند گروه‌هایی از معلولان با نیازهای مراقبت پزشکی یکسان را شناسایی و ایجاد کنند؛ نیازهای اصلی مراقبت پزشکی را شناسایی کنند؛ با همکاری متخصصان بهداشتی، دانش و مهارت‌های مراقبت از خود برای شناسایی نیازها را آرایه کنند؛ بهبود کیفیت مراقبت از خود و مراقبت پزشکی توسط افراد معلول و خانواده‌هایشان را ارزیابی و دانش و مهارت‌های افراد معلول و نقش محول شده به افراد معلول در سیستم مراقبت پزشکی را بازشناسی کنند.

یک پروژه آزمایشی در السالوادور روی آسیب نخاعی متمرکز شد. انجمن آیفو در ایتالیا، با همکاری دانشگاه دون بوسکو و انجمن توانبخشی افراد معلول در السالوادور، با ۳۰ فرد دچار آسیب نخاعی و خانواده‌هایشان از مناطق مختلف سن سالوادور و روستای توناکاتپک کار کردند. ۴ گروه خودیار تشکیل و جلسات منظمی برگزار شد. اعضاء این گروه‌ها نیازهای اصلی مراقبت پزشکی‌شان را شناسایی کردند، این نیازها مشکلات اداری، مthane و کلیه؛ زخم‌های فشاری؛ سفتی مفصل؛ مسائل جنسی و روابط زناشویی را دربرمی‌گرفت. متخصصان بهداشتی دخیل در این پروژه مهارت‌های مدیریت خود را آموزش دادند تا مسایل شناسایی شده را لحاظ کنند. با گذشت زمان، اعضاء گروه‌های خودیار و متخصصان بهداشتی سهیم در پروژه طرز تفکرشان تغییر کرد. آنها دریافتند که با حمایت و آموزش مناسب، افراد دچار ضایعه نخاعی می‌توانند سلامت خود را مدیریت کنند و به کیفیت زندگی بهتری دست یابند. آنها همچنین دریافتند که متخصصان بهداشتی باید فراتر از نقش‌های پزشکی سنتی را ببینند و مدیریت (مراقبت) خود را تسهیل کنند و ارتقاء بخشند. اعضاء گروه‌های خودیار انجمنی تشکیل دادند به نام ALMES (انجمن افراد ضایعه نخاعی السالوادور)

## فعالیت‌های پیشنهادی

برنامه‌های CBR می‌توانند فعالیت‌های ذیل را انجام دهند تا دسترسی معلولان به مراقبت‌های بهداشتی ارتقاء یابد.

### جمع‌آوری اطلاعات در مورد خدمات پزشکی

- اطلاعات در مورد خدمات پزشکی موجود در سطوح اول، دوم و سوم سیستم بهداشتی برای کمک به افراد معلول و خانواده‌هایشان برای دسترسی به مراقبت و حمایت پزشکی نقش اساسی دارند. برنامه‌های CBR می‌توانند:
- خدمات پزشکی موجود محلی، منطقه‌ای و سطوح ملی را شناسایی کنند، تا اطمینان حاصل شود که خدمات دولتی، خصوصی و غیردولتی، شامل ارایه دهندگان خدمات پزشکی سنتی، در صورت لزوم، شناسایی شده‌اند؛
  - تماس با ارایه دهندگان خدمات را آغاز کنند و در مورد نوع مراقبت پزشکی، قابلیت دسترسی، هزینه‌ها، برنامه‌های زمانی و سازوکارهای ارجاع اطلاعات جمع‌آوری کنند؛
  - دفترچه راهنمای خدمات را گردآوری کنند تا تمام اطلاعات برای کارکنان CBR، افراد و جوامع قابل دسترسی باشد - دفترچه‌های راهنمای خدمات به زبان‌های محلی و اندازه‌های قابل دسترسی فراهم می‌شوند و در مکان‌هایی که مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌شوند موجود می‌باشند.

### کمک به شناسایی به‌هنگام

برنامه‌های CBR می‌توانند:



- سازوکاری برای شناسایی به موقع وضعیت‌ها و اختلالات پزشکی مربوط به معلولیت با همکاری کارکنان مراقبت بهداشتی درجه یک ایجاد کنند؛
- فعالیت‌های غربالگری را با هدف شناسایی به موقع بیماری‌های واگیردار یا غیرواگیردار، مثل سل، جذام، فیلاریاسیس، نابینایی رودخانه‌ای<sup>۱</sup>، دیابت و سرطان انجام دهند؛
- به افراد معلول و خانواده‌هایشان اطلاعاتی در مورد زمان و مکان فعالیت‌های غربالگری ارایه نمایند و به آنها اطمینان دهند که می‌توانند به این فعالیت‌ها دسترسی پیدا کنند؛
- اطمینان حاصل کنند که اعضاء خانواده که دارای سابقه ژنتیکی یا وضعیت‌های ارثی، مثل دیستروفی عضلانی، هستند به مراکز پزشکی مناسب برای ارزیابی و مشاوره مراجعه می‌کنند؛
- از وضعیت‌های ثانویه مطلع باشند، مثلاً زخم‌های فشاری که به معلولیت‌های خاصی مربوط می‌شود و هنگام کار با افراد معلول آنها را چک کنند؛
- افراد دارای اختلال را که ممکن است جراحی برایشان مفید باشد را در جامعه شناسایی کنند.

<sup>۱</sup> - River blindness



## بسیج نیروها برای ارائه مراقبت

برنامه‌های CBR که توسط دو سازمان غیردولتی در منطقه مندیای هند اداره می‌شود با برنامه ملی جذام همکاری می‌کنند. آنها در فعالیت‌های آگاه‌سازی در مورد علایم و نشانه‌های اولیه جذام و ترغیب افراد دارای زخم‌های مشکوک برای مراجعه به نزدیک‌ترین مرکز خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه شرکت می‌کنند. افرادی که جذام در آنها تشخیص داده شده است یک رژیم درمانی ۱۲-۶ ماهه را شروع می‌کنند، که توسط خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه به طور رایگان ارائه می‌گردد. اگر افراد در درمان شرکت نکنند، خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه از برنامه CBR می‌خواهد که درمان این افراد را پیگیری کند.

## اطمینان از دسترسی به درمان زودهنگام

برنامه‌های CBR می‌توانند همکاری میان افراد معلول، خانواده‌هایشان و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه را ارتقاء بخشند و ترغیب نمایند تا دسترسی به خدمات مراقبت‌های پزشکی در تمام سطوح افزایش یابد. فعالیت‌های پیشنهادی عبارتند از:

- بازبینی با کمک کارکنان بخش سلامت برای اطمینان از اینکه افراد معلول که در فعالیت‌های غربالگری شرکت داشته‌اند در صورت لزوم، مراقبت‌های پزشکی بعدی را دریافت می‌کنند.
- بازبینی با کمک کارکنان بخش سلامت برای اطمینان از ارجاع افراد معلولی که نیازمند دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ثانویه و ثالثیه هستند؛
- حمایت، مثلاً کارکنان CBR که زبان اشاره می‌دانند ممکن است افراد ناشنوا را تا مراکز بهداشتی همراهی کنند تا اطمینان حاصل شود که افراد ناشنوا می‌توانند نیازهایشان را بیان و اطلاعات ارائه شده را درک کنند و آنها را برای دسترسی به درمان مناسب حمایت نمایند؛
- بالا بردن آگاهی در مورد موانع دسترسی به مراقبت‌های پزشکی و همکاری با دیگران به منظور کاهش یا حذف این موانع - ممکن است برای پرداختن به برخی از این موانع، سازوکارهای ابداعی لازم باشند؛ مثلاً هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های پزشکی؛



- شناسایی کمبودها در ارائه خدمات به افراد معلول و بررسی راه‌های کاهش یا حذف این کمبودها با کمک دیگران (مثلاً افراد معلول، اعضای خانواده، کارکنان بخش پزشکی، سیاست‌گذاران)

## طراحی موفقیت

تغییر شکل‌های مادرزادی پا معایبی هستند که در کشورهای کم درآمد اغلب منجر به معلولیت می‌شوند. دفتر نمایندگی کانون توانبخشی و آموزشی معلولان در بلیز، دریافت که این موضوع مشکل مهمی برای کودکان بلیز بود. این کانون با مشارکت بیمارستان بین‌المللی کودکان و وزارت بهداشت، برنامه‌ای طراحی کردند تا تشخیص و درمان به موقع کودکان دارای کلاب فوت تضمین شود. پزشکان، درمانگرها و مسئولان توانبخشی محلی آموزش دیدند تا پذیرای روش پونستی باشند، روش غیرجراحی برای اصلاح کلاب فوت در سال‌های اولیه زندگی با استفاده از ماساژ ملایم، گچ گرفتن و آتل بستن متوالی. کانون بلیز از طریق کارکنان CBR کودکان را در سال‌های اولیه زندگی شناسایی کرد و آنها را برای اصلاح این تغییر شکل به خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارجاع داد. هرچند در اصل یک سازمان محلی غیردولتی پیشگام بود، موفقیت آن شکل‌گیری برنامه ملی کلاب فوت را به دنبال داشته است.

سهولت دسترسی به مراقبت‌های جراحی

ممکن است برخی افراد معلول به مراقبت‌های جراحی نیاز داشته باشند. وقتی جراحی با مراقبت‌های بعدی و توانبخشی همراه باشد می‌تواند اختلالات را اصلاح و از وخیم شدن آنها جلوگیری کند و کارکرد<sup>۱</sup> را بهبود بخشد. برنامه‌های CBR می‌توانند:

- گزینه‌های جراحی موجود برای افراد معلول و به‌خصوص گزینه‌های مالی موجود را بررسی کنند؛
- قبل از جراحی اطمینان حاصل کنند که اطلاع رسانی صحیحی به افراد معلول و اعضاء خانواده‌هایشان در مورد نظرات و مزایای احتمالی جراحی صورت گرفته است و آنها از هزینه‌ها و مدت کل طرح جراحی / درمان آگاه هستند.
- بعد از جراحی، بازبینی کنند که آیا افراد مراقبت‌های بعدی مناسبی را از تیم‌های جراحی و پرستاری و متخصصان توانبخشی (مانند فیزیوتراپیست‌ها، کاردرمان‌ها، مهندسان پروتز و ارتز) دریافت می‌کنند تا مزایای جراحی به حداکثر برسد - CBR می‌تواند در انتقال از مراقبت‌های پزشکی به توانبخشی کمک کند.

ارتقاء مدیریت خودپایی در بیماری‌های مزمن

برنامه‌های CBR می‌تواند به افراد معلول و خانواده‌هایشان کمک کند تا از حقوق‌شان در مورد مراقبت‌های پزشکی آگاه شوند و مهارت‌های لازم برای مدیریت وضعیت بهداشتی مزمن خود را بیاموزند. توصیه می‌شود که برنامه‌های CBR:

- به‌طور مستقیم با افراد معلول کار کنند تا آنها را برای پذیرفتن مسئولیت سلامت خود با جستجوی مراقبت‌های پزشکی مناسب و انتخاب شیوه زندگی سالم ترغیب و اطمینان حاصل کنند که این افراد می‌توانند توصیه‌های پزشکی را درک و دنبال می‌کنند.

<sup>۱</sup> - Functioning

- مطالب نشریات موجود را تغییر دهند تا اطلاعات پزشکی در مورد وضعیت‌های بهداشتی را به شکلی مناسب برای افراد معلول و خانواده‌هایشان، مثلاً به زبان ساده، با طرح‌ها و تصاویر ساده و ترجمه شده به زبان‌های محلی، ارائه نمایند؛
- افراد معلول را به گروه‌های خودیار ارتباط دهند تا آنها بتوانند از طریق صحبت کردن در مورد دانش و مهارت‌ها با دیگران، مدیریت خود را بیاموزند - آنها می‌توانند اطلاعات ارزشمندی در مورد منابع موجود درباره مراقبت‌های پزشکی، نحوه مذاکره مؤثر در مورد سیستم مراقبت‌های بهداشتی و نحوه مدیریت وضعیت‌های بهداشتی را بیاموزند.

## کادر ۲۱ نیکاراگوئه

### مشارکت برای ایجاد تغییر

در نیکاراگوئه، باشگاه‌هایی برای افراد دارای وضعیت‌های مزمن، مثلاً فشارخون بالا یا دیابت وجود دارد. این باشگاه‌ها، یا گروه‌های حمایتی، به افراد اطمینان دهند که می‌توانند مسئولیت مدیریت سلامت را برعهده بگیرند و از بروز وضعیت‌ها و آسیب‌های بیشتر پیشگیری کنند و بدین ترتیب بر



تلاش‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی می‌افزایند. در جلسات، افراد در مورد مشکلات خود صحبت می‌کنند، در مورد نظارت بر وضعیت‌های بهداشتی خود آموزش می‌بینند و راه‌حل‌ها، مثل ایجاد شیوه زندگی سالم، را بررسی کنند. هیأت مدیره باشگاه به جمع‌آوری اعانه پرداخت تا هزینه‌های دارو و تست‌های آزمایشگاهی، را که معمولاً توسط سیستم بهداشتی تأمین نمی‌شوند، را تأمین کنند. برنامه CBR با این گروه‌های حمایتی همکاری می‌کند تا به افراد معلول اطمینان داده شود که به حساب می‌آیند.

### ایجاد رابطه با تأمین کنندگان مراقبت<sup>۱</sup> پزشکی

کارکنان پزشکی اغلب در مورد معلولیت و بهترین روش دسترسی افراد معلول به خدمات مراقبت پزشکی دانش محدودی دارند. برنامه‌های CBR از طریق تماس با این خدمات و ایجاد رابطه با کارکنان می‌توانند شبکه‌ای ایجاد کنند که ارجاع و مراقبت پزشکی جامع افراد معلول را تسهیل می‌کند. برنامه‌های CBR می‌توانند:

- آگاهی کارکنان پزشکی را در مورد نیازهای بهداشتی افراد معلول و خانواده‌هایشان ارتقاء دهد؛
- جلساتی برای تعامل افراد و گروه‌های متشکل از افراد معلول، اعضاء خانواده‌شان (در صورت لزوم) و کارکنان پزشکی ترتیب دهند تا امکان بحث در مورد مسایل اساسی معلولیت، مانند مسایل دسترسی و در میان گذاشتن تجارب، فراهم شود؛

<sup>۱</sup> - Care provider

- کارکنان پزشکی را برای شرکت دادن افراد معلول و اعضاء خانواده‌شان در ايجاد طرح‌های مراقبت / درمان پزشکی ترغیب نمایند؛
- از خدمات پزشکی درخواست نمایند تا کارکنان CBR را آموزش دهند تا آنها بتوانند به شناسایی به‌هنگام کمک کنند، ارجاع به خدمات مناسب را انجام دهند و مراقبت‌های بعدی را در جامعه فراهم نمایند؛
- همکاری مشترکی با برنامه‌های بهداشتی جامعه داشته باشند تا اطمینان حاصل شود که افراد معلول می‌توانند به مزایای این برنامه‌ها دسترسی داشته باشند.

## کادر ۲۲ اندونزی

### بالا بردن سطح آگاهی در اندونزی

یک برنامه CBR در سولادسی جنوبی، اندونزی، تیمی متشکل از چند بخش دارد که کارکنان بهداشت روستایی، آموزگاران مدارس ابتدایی و داوطلبان محلی، که بسیاری از آنان معلول یا اعضاء خانواده معلولان هستند، را در بر می‌گیرد. تیم CBR جلسات آموزشی منظمی با کارکنانی از تمام سطوح سیستم بهداشتی دارد. این جلسات آموزشی فرصت‌های زیادی برای شبکه‌سازی، ارتقاء نیازهای مراقبت پزشکی افراد معلول و ارتقاء نقش CBR و خدمات مراقبت پزشکی فراهم می‌نماید.

همان‌طور که در پیش‌گفتار مورد تأکید قرار گرفت، دسترسی به توانبخشی برای افراد معلول ضروری است تا این افراد به بالاترین سطح سلامت دست یابند. کنوانسیون حقوق افراد معلول ماده ۲۹، نیازمند «اقدامات مناسب، شامل حمایت هم‌سالان»<sup>۱</sup>، به منظور توانمندسازی افراد معلول برای دستیابی و حفظ حداکثر استقلال، توانایی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و شغلی و دخالت و مشارکت کامل در تمام جنبه‌های زندگی می‌باشد...» (۲).

طبق قوانین استاندارد یکسان‌سازی<sup>۲</sup> فرصت‌ها برای افراد معلول اقدامات توانبخشی شامل اقداماتی است که باعث بازگشت کارکردها یا حفظ آن‌ها می‌شود، یا فقدان یک کارکرد یا یک محدودیت کارکردی را جبران می‌کند (۲۳). توانبخشی می‌تواند در هر مرحله‌ای از زندگی اتفاق بیفتد اما معمولاً در دوره زمانی محدودی رخ می‌دهد و شامل مداخلات یک یا چندجانبه می‌باشد. ممکن است دامنه توانبخشی از مداخلات اولیه مانند مداخلاتی که توسط کارکنان توانبخشی محلی و اعضاء خانواده ارائه می‌شود تا مداخلات تخصصی، مثل مداخلاتی که توسط درمانگرها ارائه می‌شود، باشد.

توانبخشی موفق نیازمند مشارکت تمام بخش‌های توسعه شامل بهداشت، آموزش، معیشت و رفاه اجتماعی می‌باشد. تمرکز این اصل روی اقداماتی است که برای بهبود کارکرد بخش بهداشت و سلامت می‌باشد. اما باید خاطرنشان سازیم که خدمات

توانبخشی مربوط به سلامت و آرایه ابزار  
کمکی لزوماً توسط وزارت بهداشت اداره  
نمی‌شوند.



<sup>۱</sup> - Peer

<sup>۲</sup> - Equalization

## ایجاد مشارکت‌های دولتی - خصوصی

انجمن معلولان جسمی کنیا خدمات توانبخشی جامعی در ۵۰ سال گذشته به بیش از ۵۰۰.۰۰۰ معلول ارائه نموده است. این انجمن در نتیجه مشارکت‌های متعدد قادر به ایجاد شبکه ملی توانبخشی متشکل از ۹ شعبه اصلی، ۲۸۰ مرکز امداد رسانی پیوسته و بسیاری برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بوده است؛ این اقدامات خدماتی مثل فیزیوتراپی، وسایل کمکی و حمایت برای مداخلات جراحی ارائه می‌نمایند.

یکی از مشارکت‌های موفق انجمن معلولان جسمی کنیا با وزارت بهداشت بوده است. انجمن طی ۳۰ سال گذشته رابطه نزدیکی با این وزارتخانه داشته است تا دسترسی به خدمات توانبخشی با کیفیت بالا را برای افراد زیادی امکان‌پذیر سازد. ۶ شعبه از ۹ شعبه انجمن در بیمارستان‌های دولتی واقع هستند و وزارت بهداشت بیش از ۵۰ نفر از کارکنان بخش سلامت، به‌خصوص درمانگرها و تکنسین‌ها، را در این شعبه‌ها به کار گماشته است. این وزارتخانه حقوق اکثر این کارکنان را پرداخت می‌کند در حالی که انجمن معلولان جسمی کنیا هزینه‌های برنامه را تأمین می‌نماید.

انجمن معلولان جسمی کنیا اولین برنامه CBR خود را در شعبه مومباسا در سال ۱۹۹۲ آغاز کرد. از سال ۲۰۰۰ تا کنون، این برنامه‌ها را تا زاغه‌های اصلی نایروبی بسط داده‌اند تا به افراد معلولی که آسیب‌پذیرترین افراد هستند دسترسی پیدا کنند. برنامه‌های CBR توانبخشی مبتنی بر خانه فراهم می‌کنند و رابط ارجاعی مهمی با مراکز امداد رسانی و شعبه‌های انجمن می‌باشند. انجمن معلولان جسمی کنیا با حمایت مالی CBM و کیندر نوتلایف ۳۲ نفر از کارکنان CBR را به خدمت گرفته است تا در این برنامه‌ها فعالیت کنند در حالی که دولت هزینه چندین موقعیت شغلی درمانگری را تأمین کرده است.

انجمن معلولان جسمی کنیا نمونه موفقیت‌آمیز مشارکت دولت با بخش خصوصی است و نشان می‌دهد که چگونه توانبخشی مبتنی بر مرکز و توانبخشی مبتنی بر جامعه با هم عمل می‌کنند تا خدمات توانبخشی را برای افراد ساکن در مناطق شهری و همچنین

روستایی فراهم کنند. فقط در سال ۲۰۰۸، تقریباً ۵۲۰۰۰ نفر کنیایی خدمات توانبخشی از انجمن دریافت نمودند.



## هدف

افراد معلول به خدمات توانبخشی که به سلامت و مشارکت عمومی‌شان مربوط می‌شود دسترسی داشته باشند.

## نقش CBR

نقش CBR ارتقاء، حمایت و اجرای فعالیتهای توانبخشی در سطح جامعه و تسهیل ارجاع برای دسترسی به خدمات توانبخشی تخصصی‌تر می‌باشد.

## پیامدهای مطلوب

- افراد معلول جداگانه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و در پیشرفت طرح‌های اصلی توانبخشی که دریافت خواهند کرد دخیل هستند.
- افراد معلول و اعضاء خانواده‌هایشان نقش و هدف توانبخشی را درک و اطلاعات دقیقی در مورد خدمات موجود در بخش سلامت دریافت می‌کنند.
- افراد معلول به خدمات توانبخشی تخصصی ارجاع داده می‌شوند و مورد مراقبت‌های بعدی قرار می‌گیرند تا اطمینان حاصل شود که این خدمات را دریافت می‌کنند و نیازهای آنها برآورده می‌شود.
- خدمات توانبخشی اولیه در سطح جامعه موجود می‌باشند.
- منابع اطلاعاتی لازم برای حمایت از فعالیتهای توانبخشی انجام شده در جامعه برای کارکنان CBR، افراد معلول و خانواده‌هایشان موجود می‌باشند.
- کارکنان CBR آموزش و حمایت لازم را دریافت می‌کنند تا بتوانند فعالیتهای توانبخشی را انجام دهند.

## مفاهیم کلیدی

### توانبخشی

توانبخشی مربوط به افراد معلول است و طیف وسیعی از وضعیت‌های سلامت را دربرمی‌گیرد، بنابراین CRPD هم به «نوتوانی»<sup>۱</sup> و هم به «توانبخشی» اشاره کرده است. هدف از نوتوانی کمک به افرادی است که به طور مادرزادی یا از اوایل کودکی معلولیت را اکتساب کرده‌اند و فرصت نداشته‌اند نحوه ایفای نقش بدون معلولیت‌ها را بیاموزند. هدف از توانبخشی کمک به افرادی است که در نتیجه یک بیماری یا آسیب یک کارکرد خود را از دست داده‌اند و به بازآموزی نحوه انجام فعالیتهای روزمره نیاز دارند تا حداکثر کارکرد را بازیابند. نوتوانی اصطلاح جدیدتری است و معمولاً در کشورهای کم درآمد مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، از این رو در این راهنماها از اصطلاح «توانبخشی» هم به جای نوتوانی و هم به جای توانبخشی استفاده می‌شود.

---

<sup>۱</sup> - Habilitatin

## مداخلات توانبخشی

طیف وسیعی از مداخلات توانبخشی را می‌توان در بخش سلامت انجام داد. به نمونه‌های زیر توجه کنید.

- توانبخشی دخترچه‌ای که با فلج مغزی متولد شده ممکن است شامل فعالیت‌های بازی، برای پیشرفت حرکتی، حسی و زبانی، و یک برنامه ورزشی که مانع سفتی عضله و ایجاد تغییر شکل می‌شود، و ارائه ویلچر، با یک دکمه مخصوص، تا بدن برای فعالیت‌های کارکردی در وضعیت مناسبی قرار گیرد، باشد.
- توانبخشی پسرچه‌ای که مشکل شنوایی و گویایی دارد، می‌تواند شامل کار با والدین وی برای اطمینان از این‌که آنها فعالیت‌های جذابی برای پیشرفت ارائه می‌کنند، آموزش تحرک کارکردی تا وی بتواند در خانه و محیط‌های اجتماعی گفتگو کند و آموزش مناسب روش‌های برقراری ارتباط مثل اشاره دست و زبان اشاره باشد.
- توانبخشی یک دختر نوجوان با اختلال روانی می‌تواند شامل آموزش فعالیت‌های بهداشت فردی به وی، مثل مراقبت‌های دوران قاعدگی، ارایه راهکارهایی با کمک خانواده برای پرداختن به مشکلات رفتاری و ایجاد فرصت‌هایی برای تعامل اجتماعی برای دسترسی و مشارکت اجتماعی ایمنی وی باشد.
- توانبخشی یک مرد جوان مبتلا به افسردگی می‌تواند شامل مشاوره حضوری<sup>۱</sup> برای پرداختن به مسایل اساسی افسردگی، آموزش تکنیک‌های کسب آرامش برای پرداختن به اضطراب و مشارکت در یک گروه حمایتی برای افزایش تعامل اجتماعی و شبکه‌های حمایتی باشد.
- توانبخشی یک خانم میانسال دچار سکنه مغزی می‌تواند شامل تمرین‌های تقویت اندام‌های تحتانی، آموزش طرز راه رفتن<sup>۲</sup>، آموزش کارکردی لباس پوشیدن، حمام کردن و خوردن به طور مستقل، ارائه عصا برای راه رفتن به منظور فراهم کردن تکیه‌گاه برای مشکلات تعادل و تمرین‌هایی برای تسهیل بازیابی تکلم باشد.
- توانبخشی یک مرد سالمند مبتلا به دیابت که اخیراً هر دو پایش از زانو به پایین قطع شده‌اند، می‌تواند شامل تمرین‌های تقویت، ارائه پروتز یا ویلچر و آموزش کارکردی برای تحرک و مهارت‌های انتقال و زندگی روزمره باشد.

## خدمات توانبخشی

خدمات توانبخشی توسط دولت، بخش خصوصی یا غیردولتی اداره می‌شوند. در اکثر کشورها، وزارت بهداشت این خدمات را مدیریت می‌کند؛ اما در برخی کشورها، خدمات توانبخشی توسط وزارت‌خانه‌های دیگری اداره می‌شوند، مثل وزارت کار، امور معلولان جنگی و اجتماعی در ویتنام و توسط وزارت‌خانه‌های تأمین اجتماعی در هند، غنا و اتیوپی. در برخی کشورها، ممکن است خدمات از طریق مشارکت وزارت‌خانه‌های دولتی و سازمان‌های غیردولتی اداره شوند، مثل جمهوری اسلامی ایران، کنیا و چین.

این خدمات توسط طیف وسیعی از کارکنان از جمله متخصصان پزشکی (مثل پرستاران، پزشکان، متخصصین توانبخشی)، تراپیست‌ها (مثل کاردرمان‌ها، فیزیوتراپیست‌ها، گفتاردرمان‌ها)، کارشناسان فنی (مثل اورتوتیست‌ها<sup>۳</sup> و پروتزست‌ها<sup>۴</sup>) و کارکنان بخش توانبخشی (مثل دستیاران توانبخشی، کارکنان توانبخشی مبتنی بر جامعه) تأمین می‌شوند. خدمات توانبخشی را می‌توان در محیط‌های مختلفی ارائه نمود، از جمله بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز و واحدهای تخصصی، مراکز

<sup>۱</sup>- One – to – one

<sup>۲</sup>- Gait

<sup>۳</sup>- Orthotists

<sup>۴</sup>- Prosthetists



محلی و خانه‌ها؛ مرحله‌ای که توانبخشی در آن اتفاق می‌افتد (مثل مرحله حاد بعد از یک حادثه / آسیب) و نوع مداخلات لازم معمولاً محیط مناسب را تعیین می‌کنند.

در کشورهای کم‌درآمد و به‌خصوص در مناطق روستایی، معمولاً طیف خدمات توانبخشی موجود و قابل دسترس محدود می‌باشد. مثلاً ممکن است فقط یک مرکز توانبخشی در شهر اصلی (پایتخت) یک کشور وجود داشته باشد، یا درمانگرها فقط در بیمارستان‌ها یا درمانگاه‌های بزرگ در دسترس می‌باشند. بنابراین راهکارهای مبتنی بر جامعه مثل CBR برای ارتباط افراد معلول و خانواده‌هایشان با خدمات توانبخشی لازم است.

### خدمات مبتنی بر جامعه

به لحاظ تاریخی، CBR شیوه‌ای است برای ارائه خدمات از طریق استفاده از منابع جامعه محلی که روی توانبخشی افراد ساکن در کشورهای کم‌درآمد متمرکز است. از آنجایی که مفهوم CBR به یک راهکار توسعه‌ای وسیع‌تری بسط یافته است، دخالت در ارائه خدمات توانبخشی در سطح جامعه به صورت فعالیتی واقعی و لازم در برنامه‌های CBR باقی می‌ماند.

ممکن است توانبخشی در مراکز تخصصی برای افراد زیادی لازم یا عملی نباشد، به‌خصوص افرادی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند و بسیاری از فعالیت‌های توانبخشی را می‌توان در جامعه آغاز کرد. کتابچه‌های WHO در مورد آموزش در جامعه برای افراد معلول، راهنمای فعالیت‌های توانبخشی است که می‌توان با استفاده از منابع محلی در جامعه انجام داد. خدمات مبتنی بر جامعه نیز ممکن است بعد از توانبخشی در مراکز تخصصی لازم باشند (۳۲).

ممکن است فردی در بعد از بازگشت (از مراکز تخصصی) در استفاده از مهارت‌ها و دانش جدید به حمایت و کمک در خانه و جامعه نیاز داشته باشد. برنامه‌های CBR این حمایت را با ملاقات افراد در خانه و ترغیب آنها برای ادامه فعالیت‌های توانبخشی لازم فراهم می‌نمایند.

در جایی که خدمات توانبخشی در جامعه مستقر می‌شوند، باید ارتباط نزدیکی با مراکز ارجاعی ارائه دهنده خدمات توانبخشی تخصصی حفظ شود. نیازهای افراد معلول با گذشت زمان تغییر می‌کنند و شاید این افراد در درازمدت به حمایت دوره‌ای نیاز پیدا کنند. توانبخشی موفقیت‌آمیز به مشارکت قوی افراد معلول، متخصصان توانبخشی و کارکنان توانبخشی مبتنی بر جامعه بستگی دارد.



## سفر لی به سمت استقلال

لی بیوه زن میانسالی است که با مادر سالمند و سه بچه‌اش در استان کینگ‌های چین زندگی می‌کند. قبل از یک حادثه در اکتبر ۲۰۰۳، کل خانواده به وی وابسته بود. لی هنگام تعمیر خانه‌اش از یک بلندی افتاد و دچار شکستگی ستون فقرات شد، که منجر به فلج و فقدان حس در هر دو ساق پای وی گردید. او بعد از ترخیص از بیمارستان، تمام شبانه روز در رختخواب می‌ماند. هر دو پایش به سرعت متورم شدند و برای رفتن به رختخواب، حمام کردن، لباس عوض کردن و توالت رفتن به کمک کامل بچه‌هایش نیاز داشت. طولی نکشید که لی اعتماد به نفس خود را از دست داد و چندین بار اقدام به خودکشی کرد؛ و خوشبختانه، موفق نشد.

یک کارشناس توانبخشی روستایی از طرف یک برنامه CBR محلی به ملاقات لی آمد و توانبخشی مبتنی بر خانه را برای وی فراهم نمود. لی، روش‌های جدید انجام فعالیت‌های روزمره زندگی را با استفاده از توانایی‌های باقیمانده‌اش آموخت. به وی اطلاعاتی در مورد ناتوانی‌اش داده شد و یاد گرفت که چگونه از زخم‌های بستر و عفونت‌های مجرای ادراری پیشگیری کند. به خانواده و دوستانش آموزش داده شد که چگونه برای وی یک واکر ساده متحرک بسازند تا بتواند ایستادن و راه رفتن را تمرین کند.

آنها همچنین یک صندلی توالت ساده ساختند تا مشکل توالت رفتن وی را حل کنند. مرکز توانبخشی استان به وی چوب زیربغل و ویلچر داد. وی با گذشت زمان و تمرین توانست به طور مستقل با چوب زیربغل بایستد و راه برود و برای مسافت‌های طولانی‌تر از ویلچر استفاده کند. وی قدم به قدم اعتماد را در خود ایجاد کرد و سریع توانست فعالیت‌های روزمره‌اش را مدیریت کند، که شامل آشپزی برای خانواده‌اش بود، فعالیت‌هایی که واقعاً از آن لذت می‌برد. همچنین لی یک آسیاب افتتاح کرد، که همراه مستمری ماهیانه اندک از طرف وزارت امور اجتماعی استان منبع درآمد وی شد، و دوباره امکان مراقبت از خانواده‌اش فراهم شد و در مورد آینده اطمینان کسب کرد.

طرح‌های توانبخشی

طرح‌های توانبخشی باید فرد محور، هدفمند و واقع‌بینانه باشند. هنگام طراحی یک برنامه، علایق فردی، سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و محیط خانواده باید لحاظ شوند. توانبخشی اغلب یک سفر طولانی است، و به یک دید درازمدت، با اهداف کوتاه‌مدت نیاز دارد. اگر طرح‌های توانبخشی واقع‌بینانه نباشند ممکن است منابع ارزشمندی به هدر بروند.

بسیاری از طرح‌های توانبخشی شکست می‌خورند زیرا افراد معلول مورد مشورت قرار نمی‌گیرند؛ باید بدانیم که نظرات و انتخاب‌های معلولان روی پیشرفت طرح تأثیر می‌گذارند و واقعیت‌های زندگی این افراد، به‌خصوص مسأله فقر، باید لحاظ شوند. مثلاً، طرحی که در آن باید یک فرد فقیر ساکن در ناحیه‌ای روستایی برای فیزیوتراپی مرتب به شهر برود احتمالاً با شکست مواجه می‌شود. کارکنان توانبخشی باید خلاق باشند و برنامه‌های توانبخشی مناسبی را طراحی کنند که تا حد امکان نزدیک خانه باشد، از جمله در نواحی روستایی.

ممکن است نیازهای توانبخشی با گذشت زمان تغییر کنند، به خصوص در دوره‌های گذار<sup>۱</sup>، مثلاً وقتی کودکی مدرسه رفتن یا فرد جوانی کاری را آغاز می‌کند، یا فردی بعد از اقامت در مرکز توانبخشی به زندگی در جامعه برمی‌گردد. حین این دوره‌های گذار، باید انطباق‌هایی در طرح‌های توانبخشی انجام شود تا اطمینان حاصل شود که فعالیت‌ها مناسب و مربوط می‌باشند.

## فعالیت‌های پیشنهادی

### شناسایی نیازها

قبل از تهیه یک طرح توانبخشی و شروع فعالیت‌ها، کارکنان CBR باید فرد و اعضای خانواده‌اش را مورد ارزیابی اولیه قرار دهند تا نیازها و اولویت‌ها شناسایی شوند. ارزیابی، مهارت مهمی است، بنابراین کارکنان CBR باید از قبل آموزش ببینند و راهنمایی شوند تا در این زمینه صلاحیت پیدا کنند. برای شناسایی نیازهای یک فرد پرسش‌های زیر می‌توانند مفید واقع شوند:

- افراد چه فعالیت‌هایی را می‌توانند انجام دهند و چه فعالیت‌هایی را نمی‌توانند انجام دهند؟
  - برای انجام چه کارهایی می‌خواهند توانایی کسب کنند؟
  - چه مشکلاتی دارند؟ این مشکلات چگونه و چه موقع آغاز شدند؟
  - کدام نواحی تحت تأثیر قرار گرفته‌اند؟ مثلاً بدن، حواس، ذهن، برقراری ارتباط و رفتار؟
  - کدام مشکلات ثانویه در حال شکل‌گیری می‌باشند؟
  - موقعیت خانه و جامعه‌شان چگونه است؟
  - چگونه خود را با این معلولیت انطباق داده‌اند؟
- با مروری بر یادداشت‌های پزشکی گذشته، دیدن فرد، انجام معاینات جسمانی اولیه فرد و از طریق صحبت با وی، اعضای خانواده و متخصصان / خدمات بهداشتی می‌توان به اطلاعات دقیقی دست یافت. ثبت ارزیابی اولیه و مشاوره‌های بعدی حایز اهمیت است، تا بتوان پیشرفت فرد با گذشت زمان مورد نظارت قرار داد. بسیاری از برنامه‌های CBR به منظور تسهیل این کار برای کارکنانشان فرم‌های ارزیابی و یادداشت‌های پیشرفت طراحی کرده‌اند.

### تسهیل ارجاع و ارایه مراقبت‌های بعدی

اگر بعد از ارزیابی اولیه، کارکنان CBR نیاز به خدمات توانبخشی تخصصی، مثلاً فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی سنجی، گفتاردرمانی، را شناسایی کنند، می‌توانند دستیابی افراد معلول را با شروع فرایند ارجاع تسهیل کنند. فعالیت‌های زیر توصیه می‌شوند:

- خدمات ارجاع توانبخشی موجود در تمام سطوح سیستم بهداشتی را شناسایی نمایید.
- اطلاعاتی در مورد خدمات ارجاعی برای افراد معلول و خانواده‌هایشان، شامل مکان، مزایای ممکن، هزینه‌های احتمالی فراهم نمایید.

<sup>۱</sup> - Transition

- افراد معلول و خانواده‌هایشان را برای بیان نگرانی‌ها و پرسش در مورد خدمات ارجاعی ترغیب نمایید. در صورت لزوم برای جستجو اطلاعات بیشتر به آنها کمک کنید.
  - باید با افراد دیگری در جامعه که مشکلات مشابهی دارند و از همان خدمات یا خدمات مشابهی بهره برده‌اند ارتباط برقرار شود.
  - قبل از هر ارجاعی باید افراد معلول و اعضاء خانواده‌هایشان رضایت آگاهانه داشته باشند. وقتی ارجاع انجام شد، با خدمات و افراد دخیل مرتب در تماس باشید تا مطمئن شوید که فرد ملاقات را انجام داده است.
  - حمایت برای تسهیل دستیابی به خدمات (مثلاً خدمات مالی، جابجایی، حمایتی) و نحوه ارائه این حمایت را شناسایی نمایید. مثلاً اگر حمایت لازم باشد، کارکنان CBR می‌توانند افراد را تا محل ملاقات همراهی کنند.
  - بعد از ملاقات برای مشخص شدن این‌که آیا فرد به حمایت فعلی نیاز دارد، مثلاً ممکن است لازم باشد فعالیت‌های توانبخشی در خانه ادامه نیابند، مراقبت‌های بعدی ارایه شوند.
- خدمات توانبخشی تخصصی اغلب در مراکز شهرهای بزرگ مستقر می‌باشند و این امر می‌تواند دستیابی افراد ساکن در نواحی روستایی / دور دست را محدود کند. باید هزینه‌های مربوط به ملاقات در شهر، شامل حمل و نقل، غذا، محل اقامت و از دست دادن دستمزد روزانه نیز لحاظ شوند؛ بسیاری از خدمات نیز نیازمند مخارج جزئی می‌باشند. برنامه‌های CBR باید از محدودیت‌های مالی آگاه باشند و اطمینان حاصل کنند که گزینه‌های زیادی شامل طرح‌های دولت و / یا سازمان‌های غیردولتی، وام‌های بانکی و حمایت جامعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

## کادر ۲۵ ایران

### خدمات در دسترس و نزدیک

برنامه CBR در جمهوری اسلامی ایران کارکنان بهداشت روستایی و کارکنان CBR را ترغیب می‌کند که افراد معلول را شناسایی کنند و آنها را به خدمات مراقبت بهداشتی اولیه در جامعه ارجاع دهند. بعد از ارجاع، یک تیم سیار کارکنان توانبخشی به خانه فرد می‌رود و توانبخشی مبتنی بر خانه ارایه می‌نماید. اگر به مداخلات تخصصی نیاز باشد، به یک مرکز مراقبت ثالثیه که معمولاً در مراکز استان‌ها یا پایتخت می‌باشد، ارجاع داده می‌شود. افراد بعد از توانبخشی در یک مرکز تخصصی مجدداً به خدمات مراقبت بهداشتی اولیه مراجعه می‌کنند، که با برنامه CBR همکاری می‌کند تا فعالیت‌های توانبخشی، در صورت لزوم، ادامه یابند. تیم سیار مراقبت‌های بعدی را به منظور نظارت بر پیشرفت و در صورت نیاز، ارائه کمک بیشتر انجام می‌دهد.

### تسهیل فعالیت‌های توانبخشی

برنامه‌های CBR می‌توانند خدمات درمانی مبتنی بر خانه و / یا جامعه را تسهیل کنند و به افراد دارای اختلالات متعدد کمک ارایه می‌کنند، و به آنها امکان می‌دهند در خانه و جامعه کارکرد خود را حفظ کنند و آن را به حداکثر برسانند.

#### ارائه فعالیت‌های مداخله‌ای به‌هنگام برای رشد کودک

هر کودکی یک فرآیند یادگیری را پشت سر می‌گذارد تا بتواند بر مهارت‌های مهم زندگی تسلط یابد. زمینه‌های اصلی رشد کودک عبارتند از: رشد جسمانی، تکلم و رشد زبانی، رشد شناختی و رشد اجتماعی و احساسی. تأخیر در رشد وقتی اتفاق

می‌افتد که کودک نتواند به نقطه عطف مناسب گروه سنی خود برسد. با مداخله به‌هنگام، کودکان در معرض خطر، یا دارای تأخیر در رشد تا حد امکان به موقع شناسایی می‌شوند و مداخلات توانبخشی متمرکز دریافت می‌کنند تا این تأخیر متوقف شود یا بهبود یابد.

وجود یک معلولیت، مثلاً فلج مغزی، نابینایی یا ناشنوایی، می‌تواند منجر به تأخیر در رشد شود و توانایی کودک برای شرکت در فعالیت‌هایی مثل بازی با بچه‌های دیگر و مدرسه رفتن را محدود کند. کارکنان CBR می‌توانند فعالیت‌های مداخله‌ای به‌هنگامی، که معمولاً مبتنی بر خانه می‌باشند، ارایه نمایند، تا فرصت‌های یادگیری ساده و لذت‌بخش در مورد رشد را ترغیب کنند. برنامه‌های CBR هم‌چنین والدین را ترغیب می‌کنند تا یکدیگر را ملاقات کنند و نظرات و تجارب خود را مطرح کنند تا به پیشرفت گروه‌های بازی کمک کنند و کودکانشان با دیگر کودکان بازی کنند، مهارت‌های جدید را بیاموزند و در تمام زمینه‌های رشد پیشرفت کنند.

## مصر

کادر ۲۶

### تفریح برای خانواده‌ها

برنامه CBR در اسکندریه، مصر، باشگاه‌های متعددی دارد که هفته‌ای یک بار در بخش‌های مختلف شهر، از جمله استادیوم محلی و یک مسجد، تشکیل جلسه می‌دهد. والدین با بچه‌های معلول‌شان می‌آیند تا در فعالیت‌هایی که توسط برنامه CBR و داوطلبان محلی سازمان‌دهی می‌شوند شرکت کنند. مجموعه‌ای از فعالیت‌های تفریحی برای بچه‌ها وجود دارد، مثلاً بازی‌های کودکانه، و به والدین فرصت داده می‌شود که صحبت کنند و تجارب خود را با یکدیگر مطرح و در جلسات آموزشی شرکت نمایند.

### ترغیب استقلال کارکردی

هدف مداخلات کارکردی بهبود سطح استقلال فرد در مهارت‌های زندگی روزمره، مثلاً تحرک، برقراری ارتباط، حمام کردن، دستشویی رفتن، لباس پوشیدن، خوردن و آشامیدن، آشپزی کردن، انجام کارهای خانه می‌باشد. مداخلات به سن فرد، جنسیت و محیط زندگی بستگی دارد و با گذشت زمان وقتی فرد از یک مرحله از زندگی به مرحله دیگری گذر می‌کند تغییر خواهد کرد. کارکنان CBR می‌توانند:

- به افراد معلول و خانواده‌هایشان در مورد روش‌های مختلف انجام فعالیت‌ها آموزش دهند؛
- به خانواده‌ها در مورد نحوه ارائه بهترین کمک به افراد معلول در انجام فعالیت‌های کارکردی برای به حداکثر رساندن استقلال این افراد آموزش دهند؛
- در استفاده از ابزار کمکی مثل ابزار راه رفتن/تحرک برای تسهیل فعالیت‌ها آموزش دهند؛



- در مورد تکنیک‌های خاص توجه به اختلالات، مثل ضعف عضلانی، تعادل ضعیف و سفتی عضله، که روی توانایی فرد برای انجام فعالیت‌ها تأثیر می‌گذارد آموزش دهند، این تکنیک‌ها می‌توانند شامل برنامه‌های تقویت، کشش و تناسب اندام<sup>۱</sup> باشند.

<sup>۱</sup> - Fitness

## آموزش نگرش متفاوت به زندگی

شرلی در روستایی در گویان زندگی می‌کند. او نابیناست و از این رو مادرش می‌ترسید که به او اجازه دهد تنها از خانه بیرون برود، او نگران بود که مبدا شرلی آسیب ببیند. وقتی داوطلبان CBR به خانه شرلی رفتند، با مادرش صحبت کردند و به وی گفتند که می‌توان به شرلی آموزش داد که چطور بدون کمک بیرون برود. متقاعد کردن مادر شرلی دشوار بود. یکی از داوطلبان CBR از پولین، هماهنگ کننده منطقه‌ای CBR، خواست که به خانه آنها برود. از آنجایی که پولین هم نابینا بود، آن داوطلب فکر کرد که او نمونه و انگیزه خوبی برای شرلی و مادرش خواهد بود. مادر شرلی موافقت کرد و یک طرح توانبخشی برای تسهیل استقلال کارکردی بیشتر شرلی ارائه شد. شرلی به سرعت پیشرفت کرد و حالا می‌تواند به‌طور مستقل با کمک عصای سفید در محله‌شان حرکت کند. وی عضو فعال کمیته محلی CBR و عضو سازمان معلولان شده است.

## تسهیل مناسب سازی محیط

ممکن است تطابق محیط برای بهبود استقلال کارکردی فرد معلول لازم باشد. کارکنان CBR می‌توانند مناسب سازی محیط را در سطح فردی (در خانه)، مثلاً سطح شیب دار برای دسترسی ویلچر، نرده نزدیک پله‌ها، مناسب سازی دستشویی، تعریض آستانه درها، یا در سطح جامعه، مثلاً مناسب سازی فضاهای مدرسه، اماکن عمومی یا محل کار را تسهیل کنند (به جزء وسایل کمکی مراجعه کنید).

## مادربزرگی راه خود را می‌یابد

یک مادربزرگ سالمند در روستای تانی‌بین ویتنام دیابت و ضعف بینایی داشت. وی می‌بایست مرتب به دستشویی می‌رفت، به‌خصوص شب‌ها، و از آنجایی که دستشویی در حیاط بود وی مجبور بود یکی از اعضای خانواده را بیدار کند تا او را همراهی کند. یکی از داوطلبان برنامه CBR محلی به خانواده وی توصیه کرد که یک ریسمان از تختش به دستشویی ببندند، تا وی شب‌ها بتواند این ریسمان را تا دستشویی

دنبال کند و نیازی نبود که خانواده‌اش را بیدار کند. یک اصلاح محیطی ساده استقلال این مادربزرگ را تضمین کرد.



## ارتباط با گروه‌های خودیار<sup>۱</sup>

برنامه‌های CBR گروه‌های خودیار را حمایت می‌کنند. در این گروه‌ها افراد دارای اختلالات یا نیازهای توانبخشی مشابه دور هم جمع می‌شوند تا اطلاعات، نظرات و تجرب خود را با هم در میان بگذارند. برنامه‌های CBR می‌توانند تعامل بین این گروه‌ها و متخصصان توانبخشی را ترغیب نمایند تا درک و همکاری متقابل را ممکن سازند.

## هندوستان

کادر ۲۹

### حمایت بیمارستان‌ها

یک برنامه CBR در منطقه فقیرنشین مامبی هند اغلب کارکنان مؤسسات توانبخشی را به عنوان مربی و مدرس کارکنان CBR به خدمت گرفت. این برنامه CBR دریافت که بسیاری از خانواده‌های افراد معلول از رفتن به بیمارستان‌های مرجع برای مراقبت‌های مثلاً گوش، حلق، بینی (ENT) یا چشم پزشکی می‌ترسیدند. بنابراین برنامه‌ای ترتیب داده شد تا گروه‌های کوچک معلولان و اعضاء خانواده‌شان از بیمارستان‌های مرجع دیداری داشته باشند تا با نحوه عملکرد این بیمارستان‌ها و دسترسی افراد به خدمات متفاوت آشنا شوند. برخی متخصصان بیمارستانی برای رویدادهای فرهنگی سازمان‌دهی شده توسط برنامه CBR دعوت می‌شوند و حمایت‌های بیمارستانی را به جامعه معرفی می‌کردند. بسیاری از بیمارستان‌ها موافقت کردند که برای افرادی که توسط برنامه CBR ارجاع می‌شوند، حق طبابت یارانه‌ای مطالبه کنند.

### تهیه و توزیع منابع اطلاعاتی

کتابچه‌ها و بروشورهای راهنما می‌توانند ابزار مفیدی برای توانبخشی باشند. این منابع قابل استفاده کارکنان CBR و افراد معلول و اعضاء خانواده‌هایشان می‌باشد و در مورد توانبخشی، به‌خصوص در جایی که دسترسی به متخصصان توانبخشی محدودیت داشته باشد، راهنمایی می‌کنند. ممکن است این منابع اطلاعات ارزشمندی برای جامعه وسیع‌تر باشند و خدمات و بخش‌های مختلف دخیل در فعالیت‌های توانبخشی نیز اطلاعاتی ارائه نمایند. فعالیت‌های CBR در ذیل توصیه می‌شوند:

- محل منابع اطلاعاتی موجود را بیابید ممکن است این منابع از طریق وزارتخانه‌های دولتی، هیئت‌های سازمان ملل متحد، سازمان‌های معلولان یا سازمان‌های ملی و بین‌المللی غیردولتی فراهم شوند، و بسیاری را می‌توان از اینترنت به‌دست آورد، مثلاً مجموعه آموزش در جامعه برای افراد معلول (۳۲) و کودکان معلول روستایی (۳۳).
- اطلاعات را برای نیازهای محلی مناسب سازی نمایید، توجه خاصی به تفاوت‌های فرهنگی داشته باشید.
- منابع موجود را به زبان‌های ملی و / یا محلی ترجمه کنید.
- در صورتی که منابع موجود در دسترس نباشند، منابع جدیدی به زبان ساده تهیه کنید که مناسب نیازهای محلی باشد.
- منابع اطلاعاتی را بین تمام کارکنان CBR توزیع کنید تا هنگام ملاقات افراد معلول برای توانبخشی همراه داشته باشند.

<sup>۱</sup> - Self-help groups

• ایجاد دفاتر منابع اطلاعاتی به‌طوری‌که معلولان، اعضاء خانواده‌شان و اعضاء جامعه به آن دسترسی داشته باشند. این دفاتر ممکن است در اداره توسعه محلی، مرکز بهداشت محلی یا مراکز خاص معلولان باشند.

## کادر ۳۰ ویتنام

### ترجمه منابع به زبان ویتنامی

یک برنامه CBR در ویتنام کتاب و نشریات متعددی، شامل راهنمای CBR سازمان بهداشت جهانی، را به زبان ویتنامی ترجمه کرده است تا برای اهداف محلی مورد استفاده گیرند. به علاوه، مطالبی در مورد نگرانی‌های خاص معلولان و مددکارانشان تهیه کرد. کارکنان بخش سلامت همواره دو کپی از هر منبع اطلاعاتی دارند - یک کپی برای خودشان و یک کپی برای افرادی که ملاقات می‌کنند.

### آموزش

کارکنان CBR به آموزش نیاز دارند تا بتوانند دسترسی به خدمات توانبخشی را تسهیل و خدمات مناسبی در سطح جامعه فراهم کنند. سازمان‌های زیادی برنامه‌های آموزشی مناسبی طراحی کرده‌اند. کارکنان CBR باید درک صحیحی از نقش کارکنان توانبخشی، مثلاً فیزیوتراپیست‌ها، کاردرمان‌ها، گفتاردرمان‌ها، شنوایی شناسان، مربیان سیار<sup>۱</sup>، پروتزیست‌ها / ارتوتیست‌ها، کارکنان پزشکی و پیراپزشکی و نحوه کمک به افرادی با اختلالات مختلف داشته باشند. CBR همچنین می‌تواند کارکنان توانبخشی را آموزش دهد تا آنها را در مورد نقش CBR و نحوه بهینه‌سازی خدماتشان آگاه نماید.

<sup>۱</sup> - Mobility trainers



وسایل کمکی ابزاری بیرونی هستند که برای کمک به فرد در انجام یک وظیفه خاص طراحی، ساخته یا مناسب‌سازی شده‌اند. بسیاری از معلولان به وسایل کمکی وابسته‌اند تا بتوانند فعالیت‌های روزمره را انجام دهند و به طور فعال و سازنده در زندگی اجتماعی شرکت کنند.

کنوانسیون حقوق افراد معلول، ماده ۴، ۲۰ و ۲۶ از دولت‌ها می‌خواهد قابلیت دسترسی ابزار مناسب و وسایل کمک حرکتی را ارتقاء بخشند و اطلاعات قابل فهمی در مورد آنها فراهم نمایند (۲). قوانین استاندارد در مورد یکسان سازی فرصت‌ها برای معلولان نیز از دولت‌ها درخواست می‌کند که طراحی، تولید، توزیع و تعمیر ابزارها و تجهیزات کمکی و اشاعه دانش در مورد آنها را مورد حمایت قرار دهند (۲۳).

در بسیاری از کشورهای کم درآمد و کشورهای دارای درآمد متوسط، فقط ۵ تا ۱۵ درصد افرادی که به تکنولوژی و وسایل کمکی نیاز دارند به آنها دسترسی دارند (۳۴). در این کشورها، تولید کم و کیفیت غالباً پایین است، کارکنان آموزش دیده بسیار اندک و هزینه‌ها سرسام‌آور می‌باشند.

دسترسی به وسایل کمکی برای بسیاری از معلولان لازم است و بخش مهمی از هر راهکار توسعه‌ای می‌باشد. بدون وسایل کمکی، ممکن است افراد معلول هرگز آموزش نبینند یا نتوانند کار کنند، بنابراین چرخه فقر ادامه می‌یابد. سالمندان بیش از پیش مزایای وسایل کمکی را به عنوان راهکار ارتقاء سلامت و پیشگیری شناخته‌اند.



## توانایی کار کردن مجدد

توانبخشی مبتنی بر جامعه در بیراتناگار (CBRB) یک سازمان غیردولتی است که از سال ۱۹۹۰ تاکنون در منطقه شرقی نیپال مشغول به کار می‌باشد. در حال حاضر در ۴۱ روستا در منطقه مورانگ در شهرداری بیراتناگار فعالیت می‌کند، و به بیش از ۳۰۰۰ کودک و بزرگسال معلول خدمات توانبخشی ارائه می‌نماید.

در سال ۱۹۹۷، CBRB یک کارگاه کوچک ارتوپدی افتتاح کرد تا تعمیرات جزئی وسایل کمکی را انجام دهد، زیرا معلولان زیادی مجبور بودند برای تعمیرات به پایتخت یا مناطق نزدیک هند بروند. با گذشت زمان، CBRB به تأسیس یک کارگاه ارتوپدی کاملاً مجهز پرداخت. با مشارکت انجمن بین‌المللی معلولان (نیپال) خدمات جامعی طراحی کردند که ساخت، تهیه و تعمیر وسایل کمکی را انجام می‌داد. افراد محلی (زنان و مردان معلول و سالم) در هند و نیپال به عنوان تکنسین آموزش دیدند و به تیم CBRB فعلی ملحق شدند. اکنون CBRB برای معلولان ساکن در ۶ منطقه شرقی نیپال ارتز (مثل ژاکت ستون فقرات، بريس، آتل) و اندام‌های مصنوعی (مثل پا و دست مصنوعی) و وسایل حرکتی با کیفیت بالا (مثل چوب زیر بغل، سه چرخه، ویلچر) فراهم می‌نماید. کارکنان CBR، درمانگرها و تکنسین‌های کارگاه دست در دست هم برای ارتقاء کیفیت زندگی افراد معلول تلاش می‌کنند.

یکی از افرادی که از کارگاه ارتوپدی بهره‌مند شده، چاندزوار است. وی یک سه چرخه مسافرکشی می‌راند و سخت کار می‌کرد تا اینکه آسیب دید و پای چپش قطع شد. درآمدش را از دست داد زیرا دیگر نمی‌توانست سه چرخه را براند. پس‌اندازش تمام شد زیرا می‌بایست هزینه مراقبت‌های بهداشتی را می‌پرداخت. چاندزوار توسط تیم CBRB روستایش شناسایی شد، و برای او یک پروتز زیر زانو آماده کردند و توانبخشی ارائه نمودند و وی توانست به خوبی با پای مصنوعی راه برود و آموخت که چگونه مجدداً سه چرخه‌اش را رکاب بزند. حالا

چاندزوار سه چرخه‌اش را در خیابان‌های شلوغ بیراتناگار پدال می‌زند و امرار معاش می‌کند.



با توجه به مزایای CBR برای افرادی مثل چاندزوار، رئیس CBRB اظهار می‌دارد: «چندین سال بود که CBR را اجرا می‌کردیم اما از وقتی ارایه وسایل کمکی با کیفیت بالا را آغاز کردیم مؤثرتر شده‌ایم و اعتبار ما افزایش یافته است و حالا مقبولیت زیادی در جامعه داریم».

## هدف

افراد معلول به وسایل کمکی مناسب و با کیفیت خوبی که به آن‌ها این امکان را می‌دهد که در زندگی خانوادگی و کار و جامعه مشارکت داشته باشند دسترسی پیدا کنند.

## نقش CBR

نقش CBR کار با افراد معلول و خانواده‌هایشان برای تعیین نیاز آنها به وسایل کمکی، تسهیل دسترسی به وسایل کمکی و تضمین نگهداری، تعمیر و جایگزینی در صورت لزوم می‌باشد.

## پیامدهای مطلوب

- کارکنان CBR معلومات زیادی در مورد وسایل کمکی، شامل انواع موجود، کارکرد آن‌ها و تناسب آنها برای معلولیت‌های مختلف، ساخت اولیه، قابلیت دسترسی در جوامع و سازوکارهای ارجاع برای وسایل خاص دارند.
- افراد معلول و خانواده‌هایشان معلومات زیادی در مورد وسایل کمکی دارند و برای دسترسی و استفاده از آنها تصمیم‌های آگاهانه می‌گیرند.
- به افراد معلول و خانواده‌هایشان آموزش و مراقبت‌های بعدی ارایه می‌شود تا اطمینان حاصل شود که وسایل کمکی‌شان را استفاده و به درستی از آنها مراقبت می‌کنند.
- افراد محلی، شامل افراد معلول و خانواده‌هایشان، می‌توانند وسایل کمکی اولیه را بسازند و تعمیرات و نگهداری ساده را انجام دهند.
- موانعی که از دسترسی به وسایل کمکی، مثل اطلاعات ناکافی، محدودیت‌های مالی و ارایه خدمات متمرکز پیشگیری می‌کند، کاهش می‌یابند.
- عوامل محیطی لحاظ می‌شوند تا افراد بتوانند وسایل کمکی خود را در جاهای لازم به کار گیرند.

## مفاهیم کلیدی

### وسایل کمکی متداول

انواع وسایل کمکی عبارتند از وسایل ساده با تکنولوژی پایین (مثل عصا برای راه رفتن یا فنجان‌های مناسب‌سازی شده) و وسایل پیچیده با تکنولوژی بالا (مثل نرم‌افزار / سخت‌افزارهای تخصصی کامپیوتر یا ویلچرهای موتوردار). در نظر گرفتن وسایل کمکی مختلف در مقوله‌های متفاوت مفید است.

## وسایل کمک حرکتی

وسایل تحرک به افراد کمک می‌کنند راه بروند یا حرکت کنند و ممکن است شامل این موارد باشند:

- ویلچر
- سه چرخه
- چوب زیربغل
- عصا / چوب راه رفتن
- فریم / واکر راه رفتن

وسایل تحرک ممکن است دارای ویژگی‌های تخصصی باشند به‌طوری‌که پاسخگوی نیازهای کاربر باشند. مثلاً، یک فرد فلج مغزی احتمالاً به ویلچری با حمایت شکم و سر نیاز خواهد داشت تا بتواند در وضعیت مناسبی بنشیند. دستورالعمل‌های WHO در مورد تأمین ویلچرهای دستی در محیط‌هایی با امکانات مالی اندک (۳۵) مرجع مفیدی برای افرادی است که در طراحی، تولید و توزیع ویلچر نقش دارند.

## وسایل حفظ وضعیت بدن<sup>۱</sup>

افراد دچار اختلالات جسمانی اغلب در حفظ وضعیت‌های دراز کشیدن، ایستادن یا نشستن برای فعالیت‌های کارکردی مشکل دارند و به واسطه وضعیت نامناسب بدن در معرض بد شکلی اندام‌ها می‌باشند. وسایل ذیل برای حل برخی از این مشکلات مفید می‌باشند:

- وج<sup>۲</sup>
- صندلی، مثلاً صندلی گوشه‌دار، صندلی مخصوص
- فریم ایستادن

## پروتز، ارتز و کفش‌های ارتوپدی

اینها معمولاً وسایل سفارشی هستند که جایگزین یا حمایت گر اعضاء بدن می‌شوند یا آنها را اصلاح می‌کنند. این کفش‌ها در کارگاه‌ها یا مراکز خاصی توسط کارکنان آموزش دیده ارتز و پروتز طراحی، ساخته و آماده می‌شوند و عبارتند از:

- پروتز پا یا دست مصنوعی
- ارتز مثل بریس ستون فقرات، آتل دست/پا
- کفش طبی

## وسایل زندگی روزمره

این ابزارها افراد معلول را قادر می‌سازند تا فعالیت‌های زندگی روزمره (مثل غذاخوردن، حمام کردن، لباس پوشیدن، توالی رفتن و رسیدگی به کارهای خانه) را انجام دهند. نمونه‌های زیادی از این ابزارها وجود دارد، از جمله:

- قاشق و چنگال و فنجان‌های مناسب‌سازی شده
- صندلی و چهارپایه‌های حمام
- توالی فرنگی متحرک

---

<sup>۱</sup>- Positioning

<sup>۲</sup>- Wedge

- گیره مخصوص لباس پوشیدن

### وسایل بینایی

کم بینایی یا نابینایی تأثیر زیادی روی توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های مهم زندگی دارد. طیفی از ابزارها (از ساده تا پیچیده) را می‌توان برای به حداکثر رساندن مشارکت و استقلال به کار برد. این ابزارها عبارتند از:

- کتاب‌های چاپ درشت
- ذره‌بین
- عینک
- عصای سفید
- سیستم‌های بریل برای خواندن و نوشتن
- وسایل شنوایی، مثل رادیو، کتاب‌های گویا، گوشی‌های موبایل
- صفحه‌خوان کامپیوتری، مثل JAWS (دسترسی به کار با کلام)<sup>۱</sup> که برنامه‌ای برای خواندن صفحات کامپیوتری است.

### وسایل شنوایی

ناشنوایی روی توانایی فرد در برقراری ارتباط و تعامل با دیگران تأثیر می‌گذارد؛ و می‌تواند روی بسیاری از بخش‌های رشد، مثل گفتار و زبان مؤثر باشد و فرصت‌های تحصیلی و شغلی را محدود می‌کند؛ که منجر به تبعیض و انزوای اجتماعی می‌شود وسایل شنوایی عبارتند از:

- سمعک
- هدفون (گوشی) برای گوش دادن به تلویزیون
- تلفن‌های تقویت کننده صدا
- TTY/TTD (ابزارهای مخابراتی)
- سیستم‌های بینایی برای آرایه نشانه، مثل چراغی که هنگام به صدا درآمدن زنگ در روشن می‌شود.

## کادر ۳۲ گینه نو پاپوا

### شاگرد اول کلاس

آنا مادری است که در استان سپیک شرقی گینه نو پاپوا زندگی می‌کند. دختر وی کورس ناشنوا متولد شد. آنا مصمم بود که دخترش را به مدرسه بفرستد و از طریق یک کارشناس CBR که توسط خدمات معلولان کالان (یک سازمان غیردولتی ملی) آموزش دیده، اطلاعاتی در مورد مدرسه مخصوص کودکان ناشنوا به دست آورد. قبل از حضور کورس در این مدرسه، انجمن خدمات کالان ترتیبی داد تا یک سمعک برای کورس تهیه شود، بنابراین گوش وی را قالب‌گیری کردند و وقتی سمعک آماده شد کورس به یک شنوایی شناس در بندر مورزی ارجاع شد. کورس مدرسه را آغاز کرد و شروع به یادگیری زبان اشاره کرد. با کمک وسایل کمکی و حمایت مربیان، کورس یکی از شاگردان برجسته کلاس شد.

<sup>۱</sup>- Job Access with Speech

## وسایل برقراری ارتباط

وسایل ارتباطی حمایتی<sup>۱</sup> و جایگزینی می‌توانند به افرادی که در درک و تولید کلام مشکل دارند کمک کنند. این ابزارها جهت کمک به گفتار (حمایتی) یا جبران آن (جایگزین) فراهم می‌شوند. این ابزارها عبارتند از:

- صفحه‌های برقراری ارتباط<sup>۲</sup> با تصاویر، علائم و حروف الفبا
- کارت‌های درخواست
- ابزارهای الکترونیکی تولید کلام
- کامپیوترهای دارای تجهیزات و برنامه‌های خاص

## وسایل شناختی

شناخت عبارت است از توانایی درک و پردازش اطلاعات و به کارکردهای ذهنی مغز مثل حافظه، برنامه‌ریزی و حل مشکل اطلاق می‌گردد. آسیب‌های مغزی، اختلالات ذهنی، جنون و بیماری‌های روانی برخی از وضعیت‌هایی هستند که روی توانایی شناختی فرد تأثیر می‌گذارند. وسایل ذیل می‌توانند به افراد کمک کنند تا وظایف / وقایع مهم را به خاطر بیاورند، زمان را مدیریت کنند و برای فعالیت‌ها آماده شوند.

- لیست
- دفتر خاطرات
- تقویم
- برنامه زمانی
- ابزارهای الکترونیکی مثل گوشی موبایل، پیجر

## انتخاب وسایل کمکی

### تکنولوژی مناسب

بسیاری از انواع تکنولوژی، برای مناطق روستایی / دوردست و کشورهای کم‌درآمد مناسب نمی‌باشند. اما تکنولوژی مناسب با در نظر گرفتن عوامل محیطی، فرهنگی، اجتماعی، و اقتصادی مؤثر بر جوامع و افراد طراحی می‌شوند. تکنولوژی مناسب پاسخگوی نیازهای افراد می‌باشد؛ و از مهارت‌ها، ابزار و منابع محلی ساده، مؤثر، قابل تهیه و قابل قبول برای کاربران بهره می‌جوید. وسایل کمکی فن‌آوری‌هایی هستند که باید به دقت طراحی، تولید و انتخاب شوند تا مطمئن شویم افراد معلول از این شاخص‌ها برخوردار می‌شوند.



<sup>۱</sup>- Augmentative

<sup>۲</sup>- Communication board

## پوشیدن کفش‌های عادی

انجمن جذام و برنامه CBR در آندهرپرادش هند صندل‌های ساخته شده از کائوچو (لاستیک) میکروسلولی سیاه را برای افراد مبتلا به جذام که احساس را در پاهایشان از دست داده و در معرض زخم پا بودند فراهم نمود. مشخص شد که بسیاری از افرادی که صندل به آنها داده شد از آن استفاده نکردند. بعد از صحبت با این افراد، معلوم شد که آنها با پوشیدن این صندل‌ها در معرض ننگ اجتماعی قرار گرفتند - صندل‌های سیاه در جامعه به آسانی به عنوان کفش‌های مخصوص افراد جذامی شناخته شدند. در نتیجه، این برنامه تصمیم گرفت از صندل‌های موجود در بازار محلی استفاده کند و آنها را در صورت لزوم اصلاح کند تا مناسب نیازمندی‌های افراد مبتلا به جذام شود. افراد پوشیدن این کفش‌ها را آغاز کردند زیرا تفاوت ظاهری چندانی با کفش‌هایی که سایر افراد جامعه می‌پوشیدند نداشت.

## ارزیابی

وسایل کمکی باید با دقت انتخاب شده و اغلب به طور خاصی اندازه‌گیری و ساخته شوند تا پاسخگوی نیازهای افراد باشند. انتخاب و طراحی ضعیف می‌تواند منجر به مشکلات زیادی شود، از جمله سرخوردگی، ناراحتی و بروز وضعیت‌های ثانویه. مثلاً ممکن است در برخی کشورها ویلچرهای اهدایی یا دست دوم در مقیاس وسیع توزیع گردند. با این‌که این کار مزایایی دارد ولی ممکن است باعث آسیب کاربران شود، مثلاً آرایه ویلچری بدون پشتی به فردی که از آسیب نخاعی رنج می‌برد ممکن است باعث فشار بالقوه مهلکی شود.

ارزیابی جامع لازم است تا وسایل کمکی پاسخگوی نیازهای افراد در خانه، مدرسه و محیط‌های کاری و اجتماعی باشند. یک ارزیابی جامع ممکن است شامل تاریخچه پزشکی، بازنگری کارکرد فعلی، اهداف فردی، و ارزشیابی وسایل کمکی موجود و معاینه فیزیکی باشد. رویکرد ارزیابی باید در صورت امکان چندرشته‌ای و شامل طیف وسیعی از افراد مثل افراد معلول، اعضاء خانواده، درمانگرها (تراپیست‌ها)، تکنسین‌ها، مربیان و کارکنان CBR باشد.

## استفاده از وسایل کمکی

### محیط‌های بدون مانع

بسیاری از افراد از وسایل کمکی‌شان در جاهای مختلفی استفاده می‌کنند و باید تمام محیط‌ها بدون مانع باشند تا افراد به حداکثر کارکرد و استقلال دست یابند. مثلاً زن جوانی که از ویلچر استفاده می‌کند باید بتواند از آن برای ورود و خروج از خانه استفاده کند، به راحتی در خانه حرکت کند و به جاهای مهم (مثلاً حمام و دستشویی) دسترسی داشته باشد، در جامعه حرکت کند و به محل کارش دسترسی داشته باشد.

انطباق / اصلاح محیط فیزیکی شامل نصب سطح شیب‌دار<sup>۱</sup> دارای پله، تعریض ورودی‌ها (درگاه‌ها)، سازمان‌دهی مجدد اثاثیه برای افزایش فضای حرکت می‌باشد. در نظر گرفتن سایر جنبه‌های محیط، مثل نگرش‌ها، سیستم‌های حمایتی مؤثر بر توانایی فرد در استفاده از ابزارها حایز اهمیت می‌باشد. مثلاً پسر بچه‌ای که از صفحه برقراری ارتباط به جای کلام استفاده می‌کند نیاز دارد تا این صفحه را در خانه و مدرسه استفاده کند، بنابراین برای استفاده از این وسیله اعضاء خانواده و معلم‌های مدرسه و دوستان باید بتوانند مشتاقانه به وی کمک کنند.

برای انجام مناسب سازی محیط، به‌خصوص در جامعه، در نظر گرفتن «طراحی همگانی»<sup>۲</sup> سودمند می‌باشد. طراحی همگانی یعنی طراحی محصولات، محیط‌ها، برنامه‌ها و خدمات به گونه‌ای که برای همه افراد (۲)، معلول و سالم، قابل استفاده باشند.

## کادر ۳۴ ویتنام

### ساخت پل برای معابر جامعه

در روستایی در منطقه تایی بین ویتنام، داوطلبان CBR اعضاء جامعه را ترغیب کردند تا پل محلی را تکمیل کنند تا افرادی که از ویلچر استفاده می‌کنند و سایر افراد بتوانند به راحتی از آن عبور کنند.

## فعالیت‌های پیشنهادی

کارکنان CBR باید در مورد وسایل کمکی آموزش ببینند تا بتوانند اطلاعات، ارجاع و آموزش صحیحی ارائه نمایند. این آموزش ممکن است خاص یا بخشی از یک دوره توانبخشی باشد. کارکنان CBR نیازمند دانش در زمینه‌های ذیل می‌باشند:

### آموزش کارکنان CBR

- وسایل کمکی رایج؛
- هدف و کارکرد وسایل کمکی؛

<sup>۱</sup> - Ramp

<sup>۲</sup> - Universal design



- وسایل کمکی که می‌توان آنها را در جامعه آماده کرد مثل چوب زیر بغل؛
- محل دسترسی به وسایل خاص، مثل پروتز (اندام‌های مصنوعی) و سمک؛
- مکانیسم‌های ارجاع، برای دسترسی به وسایل خاص؛
- حمایت‌های مالی موجود برای افرادی که نمی‌توانند ابزارها را تهیه کنند؛

آموزش عملی نیز لازم است، به‌خصوص برای کارکنان CBR که در مناطق روستایی / دوردست کار می‌کنند، تا بتوانند وسایل کمکی اولیه را بسازند و مهارت‌ها و اعتماد به‌نفس لازم برای کار مستقیم با افرادی که به ابزارها نیاز دارند را در خود ایجاد کنند. مثلاً، کارکنان CBR باید:

- به یک خانواده نشان دهند که چطور صندلی چوبی بسازند که نواری داشته باشد تا کودکی که تعادل ضعیفی دارد بتواند صاف بنشیند؛
- به یک خانواده نشان دهند که چطور میله‌های موازی<sup>۱</sup> بسازند تا بتوانند در خانه تمرین راه رفتن بکنند؛
- به یک خانواده نشان دهند که چطور یک عصای ساده راه رفتن بسازند تا به فردی که بعد از سکته مغزی توانبخشی می‌شود در راه رفتن کمک کند؛
- به یک کودک فلج مغزی، که نمی‌تواند حرف بزند یا حرکت دستانش هماهنگی ندارد، نحوه استفاده از یک صفحه برقراری ارتباط مصور را با استفاده از چشمانش بیاموزد؛
- به یک فرد نابینا نحوه استفاده از عصای سفید را آموزش دهد.

## کادر ۳۵ اندونزی

### ارائه اطلاعات در صورت لزوم

برنامه CBR در سولاوسی جنوبی، اندونزی، لیستی از ارایه دهندگان خدمات وسایل کمکی در استان که قادر به تهیه و تعمیر ابزارها می‌باشند را فراهم نمود. این لیست بین تمام کارکنان CBR توزیع شد تا همواره اطلاعات دقیق در دسترس افراد معلول ساکن در روستاها قرار گیرد.

### ظرفیت‌سازی<sup>۲</sup> در افراد و خانواده

- کارکنان CBR باید همکاری نزدیکی با معلولان و اعضاء خانواده‌شان داشته باشند تا اطمینان حاصل کنند این افراد:
- از انواع مختلف وسایل کمکی اطلاع دارند و می‌دانند که این ابزارها چگونه به افراد کمک می‌کنند تا به استقلال و مشارکت دست یابند؛

<sup>۱</sup> - Parallel bars

<sup>۲</sup> - Build Capacity

• می‌توانند از وسایل کمکی خود به خوبی و ایمن استفاده کنند و قادر به تعمیر و نگهداری برای استفاده درازمدت می‌باشند؛

• می‌توانند در مورد مشکلاتی که تجربه می‌کنند با خدمات ارجاعی مشورت کنند و آن‌ها را آگاه نمایند تا تغییراتی صورت گیرد و گزینه‌های مختلفی لحاظ شود.

این بخش بهداشتی بر این واقعیت تأکید دارد که گروه‌های خودیار باعث می‌شود تا افراد تبادل اطلاعات، مهارت‌ها و تجارب ارزشمند خود را با یکدیگر تبادل کنند. وقتی فرد دسترسی محدودی به کارکنان توانبخشی داشته باشد، گروه‌های خودیار بسیار مفید می‌باشند. گروه‌های خودیار افراد را حمایت می‌کنند تا خود را با وسایل کمکی جدید تطبیق دهند، از طریق آموزش در مورد مراقبت و نگهداری، و این گروه‌ها می‌توانند توصیه‌هایی در مورد مراقبت از خود، مثل پیشگیری از عوارض ثانویه و نحوه دسترسی به کارکرد بهینه، ارائه نمایند.

### آموزش صنعتگران محلی



نامعقول است که انتظار داشته باشیم افراد ساکن در مناطق روستایی جهت تعمیر وسایل خود به مراکز تخصصی سفر کنند. بسیاری از افراد وقتی وسایلشان دچار مشکل می‌شود دیگر از آنها استفاده نمی‌کنند. صنعتگران محلی می‌توانند آموزش ببینند تا تعمیرات جزئی وسایل کمکی مثل ارتزها، پروترها (اندام‌های مصنوعی) و ویلچرها را انجام دهند، مثلاً ارتزها را با تعویض بندها، پیچ‌ها یا پرچ‌ها تعمیر کنند. برنامه‌های CBR می‌توانند صنعتگران محلی را شناسایی و این آموزش را با مشارکت تکنیسین‌ها تسهیل کنند.

صنعتگران محلی می‌توانند وسایل کمکی مثل عصای راه رفتن، چوب زیربغل، فریم راه رفتن، فریم ایستادن و صندلی‌های مخصوص<sup>۱</sup> را بسازند زیرا ساختشان با استفاده از مواد موجود محلی ساده است. برنامه‌های CBR می‌توانند صنعتگران محلی علاقمند به ساخت وسایل کمکی را شناسایی و آموزش را تسهیل کنند.

## کادر ۳۶ مغولستان

### یادگیری ساخت وسایل کمکی

در سال ۲۰۰۰ میلادی، برنامه ملی CBR در مغولستان برای کارکنان شاغل در کارگاه ارتوپدی ملی در اولان باتار یک دوره آموزشی ترتیب داد، تا به آنها آموزش دهد چگونه آتل‌های ساده، وسایل نشستن و تحرک را با استفاده از مواد محلی و تکنولوژی مناسب بسازند. اکنون، وقتی یک برنامه CBR در یک استان جدید در مغولستان آغاز به کار می‌کند، دو صنعتگر محلی شناسایی می‌شوند و در کارگاه ارتوپدی ملی آموزش می‌بینند.

<sup>۱</sup> - Basic seating

## تسهیل دسترسی به وسایل کمکی

ممکن است دسترسی به وسایل کمکی به واسطه اطلاعات ناکافی، فقر، مسافت و تأمین خدمات متمرکز محدود شود. کارکنان CBR باید همکاری نزدیک با افراد معلول و خانواده‌هایشان داشته باشند تا دسترسی به وسایل کمکی به روش‌های ذیل تسهیل شود:

- شناسایی ارایه دهندگان خدمات موجود - محلی، منطقه‌ای و ملی، که وسایل کمکی (مقدماتی و تخصصی) را به طور گسترده تولید و / یا عرضه می‌کنند؛
- جمع‌آوری اطلاعات دقیقی در مورد هر یک از مراکز ارایه دهنده خدمات، شامل مکانیسم‌های ارجاعی، هزینه‌ها و فرآیندها؛ مثل روال اداری، روال ارزیابی، تعداد ملاقات‌های لازم برای اندازه‌گیری و پُر و زمان ساخت؛
- اطمینان از در دسترس بودن این اطلاعات به صورت مناسب و انتقال دادن آنها به افراد معلول و خانواده‌هایشان؛
- شناسایی گزینه‌های تأمین بودجه برای افرادی که نمی‌توانند هزینه‌های مربوط به وسایل کمکی را بپردازند؛
- برنامه‌های CBR می‌توانند دسترسی به طرح‌های دولتی و غیردولتی موجود را تسهیل کنند و می‌توانند خودشان اعانه جمع کنند و / یا جوامع را به وقف امکانات مالی ترغیب نمایند؛
- کمک به افراد برای انجام فرآیندهای اداری مربوط برای اخذ گواهینامه معلولیت، که در بسیاری از کشورها دسترسی به وسایل رایگان را برای این افراد امکان‌پذیر می‌سازد؛
- مشارکت با مراکز ارجاعی، مقامات محلی و سایر سازمان‌ها برای مذاکره در مورد روش‌های تمرکززدایی ارایه خدمات، مثل تسهیلات سیار؛
- فراهم کردن ترابری برای گروه‌های کوچک افراد ساکن در مناطق روستایی / دوردست برای سفر به مراکز ارجاعی، با کسب اطمینان از اینکه توافقات قبلی با این مراکز صورت گرفته است؛
- فراهم کردن خدمات تعمیرات مبتنی بر خانه یا جامعه برای افراد ساکن در مناطق روستایی / دوردست، مثلاً ایجاد خدمات سیار یا جلسات منظم در جامعه برای برآوردن نیازهای تعمیراتی وسایل افراد.

## لبنان

کادر ۳۷

### دسترسی به وسایل کمکی

سازمان ملی معلولان در لبنان واحد تولید ویلچر و سایر وسایل کمکی مثل چوب زیر بغل، واکر، صندلی توال، کفش ارتوپدی و سیستم‌های تخصصی نشستن را راه‌اندازی کرد. این سازمان همچنین در سطح کشور کارگاه‌های توزیع، تعمیر و نگهداری برگزار کرد تا دسترسی به این ابزارها تسهیل شود. در واحد تولید و کارگاه‌های نگهداری افراد معلول به خدمت گرفته شدند. سازمان معلولان بودجه ملی کافی برای وسایل کمکی تأمین کرده است. اکنون برنامه‌های CBR می‌توانند افراد نیازمند به وسایل کمکی را به مراکز ارجاع دهند تا به این ابزارها دسترسی پیدا کنند.

### برگزاری کارگاه‌های کوچک

وقتی خدمات ارجاعی در دسترس نمی‌باشند یا موانعی مثل هزینه و مسافت وجود داشته باشد، برنامه‌های CBR می‌توانند برگزاری و / یا حمایت از کارگاه‌های کوچک را لحاظ کنند تا نیازهای محلی برآورده شوند. افراد محلی آموزش دیده

می‌توانند وسایل ساده را بسازند. دستورالعمل CBR (۳۲) سازمان بهداشت جهانی و کودکان معلول روستایی (۳۳) اطلاعاتی در مورد ساخت وسایل کمکی در جامعه با استفاده از منابع محلی ارائه می‌نمایند.

## کادر ۳۸ گینه بیسائو

### یافتن راه‌حل‌های محلی

بیمارستان کومورا در گینه بسائو کارگاه کوچکی برای تهیه ارتز دارد و دو فرد معلول به عنوان تکنسین‌های ارتوپدی آموزش دیده‌اند و در این کارگاه مشغول به کار می‌باشند. یافتن مواد (اولیه) مناسب اغلب یک معضل است و هزینه واردات مواد بسیار زیاد می‌باشد، بنابراین تکنسین‌ها تلاش می‌کنند راه‌حل‌های محلی برای طرح‌ها از سایر کارگاه‌ها بیابند. مثلاً آنها ساخت آتل‌های چرمی و پلاستیکی برای افرادی که پایشان قطع شده را آغاز کرده‌اند.

خود افراد معلول هم می‌توانند آموزش ببینند تا وسایل کمکی بسازند. این کار می‌تواند درآمدزایی کند و به شناخته شدن فرد به عنوان عامل فعال در جامعه‌اش، توسعه شبکه‌های اجتماعی و در نهایت به توانمندسازی بیانجامد.

## کادر ۳۹ هندوستان

### انجام یک کار تجاری کوچک

چند برنامه CBR در بنگلور هند گروهی متشکل از ۱۰ زن جوان معلول را شناسایی کرد. تمام این زنان با وضعیت‌های نامطلوب و تبعیض مواجه بودند زیرا فقیر، بی‌سواد، زن و معلول بودند - همه آنها مایه دردسر خانواده‌ها و جوامع‌شان تلقی می‌شدند. در سال ۱۹۹۸، این ۱۰ زن به عنوان تکنیسین‌های ارتوپدی آموزش دیدند و از سوی یکی از برنامه‌های CBR به آنها وام داده شد تا کارگاهی تجاری افتتاح کنند. زندگی این زنان از زمان شروع این تجارت تاکنون تغییر کرده است (کارگاه کمک‌های توان‌بخشی توسط زنان معلول). سوددهی این



کارگاه از سال دوم آغاز شد و در پایان سال چهارم کل وام را بازپرداختند. آنها نماینده شرکت‌های مهم سازنده وسایل کمکی و محصولات مراقبت بهداشتی شدند و با بیمارستان‌های خصوصی مهم در شهر ارتباط برقرار کردند و بدین ترتیب تجارت را گسترش دادند. اکنون این زنان درآمد و زندگی خوبی دارند و به عنوان عوامل فعال جامعه‌شان تلقی می‌شوند. آنها ازدواج کرده‌اند و سرمایه‌های خانواده‌هایشان و الگوی بسیاری از معلولان می‌باشند.

## شبکه‌سازی و همکاری

ممکن است در برخی کشورها ایجاد خدمات برای ارایه گسترده وسایل کمکی ممکن نباشد. این امر می‌تواند به دلیل اولویت‌های دولت، منابع (مالی) محدود، یا جمعیت کم باشد. اما بسیاری از وسایل کمکی در کشورهای همسایه موجود خواهند بود، که احتمالاً ارزان‌تر و دسترسی به آنها راحت‌تر از واردات آنها از کشورهای با درآمد بالاست. برنامه‌های CBR باید منابع موجود در کشورهای همسایه را شناسایی و در صورت امکان با این کشورها همکاری کنند. به علاوه، برنامه‌های CBR باید روابط مستحکمی با سازمان‌های بین‌المللی و ملی فعال در تهیه و تولید وسایل کمکی داشته باشند و توسعه تأمین پایدار خدمات را لحاظ کنند.

## توجه به موانع در محیط

اغلب موانعی در خانه، مدرسه، محیط‌های کار و جامعه وجود دارند که استفاده از وسایل کمکی را دشوار می‌سازند. کارکنان CBR نیازمند دانش عملی در مورد این موانع می‌باشند تا بتوانند با افراد، اعضاء خانواده، جوامع و مقامات محلی برای شناسایی و پرداختن به آنها همکاری کنند.

## منابع

1. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 2006 ([www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf), accessed 30 May 2010).
2. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 ([www.un.org/disabilities/](http://www.un.org/disabilities/), accessed 30 March 2010).
3. Becker H. Measuring health among people with disabilities. *Community Health*, 2005, 29(15):705–775.
4. *The right to health* (Fact Sheet No. 31). Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/World Health Organization, 2008 ([www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf), accessed 30 May 2010).
5. *Disability, poverty and development*. London, Department for International Development, 2000 ([www.dfid.gov.uk/Documents/publications/disabilitypovertydevelopment.pdf](http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/disabilitypovertydevelopment.pdf), accessed 30 May 2010).
6. *Access to basic services for the poor: The importance of good governance* (Asia Pacific MDG Study Series). Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific/UNDP/ADB, 2007 ([www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/access-to-basic-services.asp](http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/access-to-basic-services.asp), accessed 30 May 2010).
7. *From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities*. Geneva, United Nations – DESA/OHCHR/IPU, 2007 ([www.ohchr.org/Documents/Publications/training14en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training14en.pdf), accessed 30 May 2010).
8. *The determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([www.who.int/hia/evidence/doh/en/](http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/), accessed 30 May 2010).
9. *Health systems*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/), accessed 30 May 2010).
10. *World health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf), accessed 30 May 2010).

11. *Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 ([www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), accessed 30 May 2010).
12. Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *Journal of Lifestyle Medicine*, 2008, 2(5):409–420.
13. *International Norms & Standards Related to Disability, Section V – Rights of special groups with disabilities*. New York, United Nations, 2003–2004 ([www.un.org/esa/socdev/enable/discom500.htm](http://www.un.org/esa/socdev/enable/discom500.htm), accessed 30 May 2010).
14. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint position paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 ([www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html), accessed 30 May 2010).
15. *Understanding community-based rehabilitation*. Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2009 ([www.unescap.org/esid/psis/disability/decade/publications/cbr.asp](http://www.unescap.org/esid/psis/disability/decade/publications/cbr.asp), accessed 30 May 2010).
16. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1986 ([www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), accessed 30 May 2010).
17. *Health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998 ([www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf), accessed 30 May 2010).
18. *Regional framework for health promotion 2002–2005*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002 ([www.wpro.who.int/publications/pub\\_9290810328.htm](http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290810328.htm), accessed 30 May 2010).
19. Harrison T. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Family Community Health*, 2005, 29(15):125–195.
20. *The Surgeon General's call to action to improve the health and wellness of people with disabilities*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2005 ([www.surgeongeneral.gov/library/disabilities/calltoaction/index.html](http://www.surgeongeneral.gov/library/disabilities/calltoaction/index.html), accessed 30 May 2010).
21. Smith RD. Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. *Health Promotion International*, 2000, 15(1):79–86 (<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/15/1/79>, accessed 30 May 2010).
22. Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*, 2nd ed. Oxford, Macmillan Education, 2004.
23. *The Standard Rules for the Equalization of Opportunities of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 1993 ([www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm](http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm), accessed 30 May 2010).
24. Patrick DL. Rethinking prevention for people with disabilities Part 1: a conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):257–260.
25. *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 ([www.who.int/whr/2002/en/](http://www.who.int/whr/2002/en/), accessed 30 May 2010).
26. Jones H, Reed B. *Water and sanitation for people with disabilities and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility*. Loughborough, Water Engineering and Development Centre, 2005.
27. *Visual impairment and blindness* (Fact Sheet No. 282). Geneva, World Health Organization, 2009 ([www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html), accessed 30 May 2010).



28. *Disability, including prevention, management and rehabilitation* (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 ([www.who.int/disabilities/WHA5823\\_resolution\\_en.pdf](http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf), accessed 30 May 2010).
29. Albrecht GL et al., eds. *Encyclopedia of disability*, Vol. 2. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2006.
30. Drum CD et al. Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. *Californian Journal of Health Promotion*, 2005, 3(3):29-42 ([www.csuchico.edu/cjhp/3/3/29-42-drum.pdf](http://www.csuchico.edu/cjhp/3/3/29-42-drum.pdf), accessed 30 May 2010).
31. *Epilepsy fact sheet*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html), accessed 30 May 2010).
32. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 ([www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html), accessed 30 May 2010).
33. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 ([www.hesperian.org/publications\\_download\\_DVC.php](http://www.hesperian.org/publications_download_DVC.php), accessed 30 May 2010).
34. *Assistive devices/technologies*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([www.who.int/disabilities/technology/en/](http://www.who.int/disabilities/technology/en/), accessed 30 May 2010).
35. *Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less resourced settings*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20\(EN%20for%20the%20web\).pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20(EN%20for%20the%20web).pdf), accessed 30 May 2010).

### منابع برای مطالعه بیشتر

- A health handbook for women with disabilities*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2007 ([www.hesperian.org/publications\\_download.php](http://www.hesperian.org/publications_download.php), accessed 30 May 2010).
- Guideline for the prevention of deformities in polio*. Geneva, World Health Organization, 1990 ([www.who.int/disabilities/publications/care/en/](http://www.who.int/disabilities/publications/care/en/), accessed 30 May 2010).
- Hartley S (ed.). *CBR as part of community development: a poverty reduction strategy*. London, University College London Centre for International Child Health, 2006.
- Hartley S, Okune J (eds.). *CBR: inclusive policy development and implementation*. Norwich, University of East Anglia, 2008.
- Heinicke-Motsch K, Sygall S (eds.). *Building an inclusive development community: a manual on including people with disabilities in international development programmes*. Eugene, OR, Mobility International, 2003.
- Helping children who are blind*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2000 ([www.hesperian.org/publications\\_download.php](http://www.hesperian.org/publications_download.php), accessed 30 May 2010).
- Helping children who are deaf*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2004 ([www.hesperian.org/publications\\_download.php](http://www.hesperian.org/publications_download.php), accessed 30 May 2010).
- Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, World Health Organization/World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008 ([www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf), accessed 30 May 2010).
- Let's communicate: a handbook for people working with children with communication difficulties*. Geneva, World Health Organization, 1997 ([www.who.int/disabilities/publications/care/en/](http://www.who.int/disabilities/publications/care/en/), accessed 30 May 2010).
- Promoting independence following a spinal cord injury: a manual for mid-level rehabilitation workers*. Geneva, World Health Organization, 1996 ([www.who.int/disabilities/publications/care/en/](http://www.who.int/disabilities/publications/care/en/), accessed 30 May 2010).
- Promoting independence following a stroke: a guide for therapists and professionals working in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1999 ([www.who.int/disabilities/publications/care/en/](http://www.who.int/disabilities/publications/care/en/), accessed 30 May 2010).

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

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

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

*Where there is no doctor.* Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1992 ([www.hesperian.org/publications\\_download.php](http://www.hesperian.org/publications_download.php), accessed 30 May 2010).

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