

الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية العلوم الصحية

قسم العلاج النفس حركي

مفاهيم في

الإعاقة وإعادة التأهيل

إعداد الدكتور أسعد السعد

اختصاصي بالطب الفيزيائي وإعادة التأهيل

مدخل

في جميع أنحاء العالم، لا يتمتع العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة بإمكانية متساوية مع الآخرين للحصول على الرعاية الصحية والتعليم وفرص العمل، ولا يتلقون الخدمات المتعلقة بالإعاقة التي يحتاجون إليها، ويعانون من الإقصاء من أنشطة الحياة اليومية. وبالتالي، يكون لدى الأشخاص ذوي الإعاقة من نتائج صحية أقل، وإنجازات تعليمية أقل، ومشاركة اقتصادية أقل، ومعدلات فقر أعلى من الأشخاص غير ذوي الإعاقة. ويرجع ذلك جزئياً إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون عوائق في الوصول إلى الخدمات التي اعتبرها الكثير منا منذ فترة طويلة كأمر مسلم به، بما في ذلك الصحة والتعليم والتوظيف والنقل بالإضافة إلى المعلومات. تتفاقم هذه الصعوبات في المجتمعات الأقل حظاً.

عموماً تزداد معدلات انتشار الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث يوجد أكثر من مليار شخص في العالم يعانون من شكل من أشكال الإعاقة، منهم ما يقرب من 200 مليون يعانون من صعوبات شديدة في الأداء، في السنوات المقبلة، ستكون الإعاقة مصدر قلق أكبر لأن انتشارها أخذ في الارتفاع. ويشكل هذا العدد المتزايد تحدياً صعباً بكافة الميادين لاسيما الطبية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية.

بعد دخول اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حيز التنفيذ، أصبحت الإعاقة تُفهم بشكل متزايد على أنها قضية من قضايا حقوق الإنسان.

تعد الإعاقة أيضاً قضية إنمائية مهمة مع وجود مجموعة متزايدة من الأدلة التي تظهر أن الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون من نتائج اجتماعية واقتصادية أسوأ من الأشخاص من غير ذوي الإعاقة.

نتيجةً لذلك تقفز مسألة الإعاقة لتكون من أصعب المسائل التي تواجه الحكومات في كل أنحاء العالم، وتتطلب تضافر جهود العديد من التخصصات وبمختلف المجالات للوصول إلى الهدف المثالي وهو دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم. وعلى الرغم من ضخامة القضية، فإن الوعي والمعلومات العلمية حول قضايا الإعاقة غير متوفرة، لدرجة أنه لا يوجد اتفاق على التعاريف وبالتالي لا يوجد سوى القليل من المعلومات القابلة للمقارنة دولياً بشأن حدوث وتوزيع واتجاهات الإعاقة.

لكل ما سبق، يشكل امتلاك المفاهيم الأساسية المتعلقة بالصحة والإعاقة وتطورها حجر الأساس لعمل فريق إعادة التأهيل بكل أعضائه، بما يضمن توحيد الرؤية والاتجاهات أثناء العمل في حقل الإعاقة وإعادة التأهيل.

مفهوم الصحة Health Concept

قديمًا، كان مفهوم الصحة الشائع يقتصر على غياب المرض لدى الشخص. أما في دستور منظمة الصحة العالمية (WHO) التي اعتمدها مؤتمر الصحة الدولي عام 1946 ودخلت حيز النفاذ عام 1948، نجد في الديباجة تعريفًا للصحة في أول المبادئ كالتالي:

"الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

إضافةً للمبادئ الأخرى الواردة في الديباجة:

- التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.
- صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول.
- ما تحقّقه أية دولة في مجال تحسين الصحة وحمائتها أمر له أهميته للجميع.
- تفاوت التنمية في البلدان المختلفة في تحسين الصحة ومكافحة الأمراض، ولا سيما الأمراض السارية، خطر على الجميع.
- النشأة الصحية للطفل أمر بالغ الأهمية، والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة أمر جوهري لهذه النشأة.
- إتاحة فوائد العلوم الطبية والنفسية وما يتصل بها من معارف لجميع الشعوب أمر جوهري لبلوغ أعلى المستويات الصحية.
- الرأي العام المستنير والتعاون الإيجابي من الجمهور لهما أهمية قصوى في تحسين صحة البشر.
- الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية.

- The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.
- The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent on the fullest co-operation of individuals and States.
- The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all.

- Unequal development in different countries in the promotion of health and control of diseases, especially communicable disease, is a common danger.
- Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.
- The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.
- Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.
- Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

ولم يخضع هذا التعريف لأيّ تعديل منذ عام 1948، لكن التوصيف المضاف لمفهوم الصحة في ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة Ottawa charter for health promotion بالعام 1986 عزز المفهوم الإيجابي للصحة، حيث جاء في وثائق منظمة الصحة العالمية ما يلي:

"إن تعزيز الصحة هي عملية تمكين الناس لزيادة السيطرة على صحتهم ولتحسينها، بهدف الوصول إلى حالة اكتمال الرفاهية well-being الجسدية والعقلية والاجتماعية، فالشخص يجب أن قادراً على تحديد وتحقيق تطلعاته وتلبية احتياجاته وتغيير البيئة أو التكيف معها."

"لذلك، يُنظر إلى الصحة على أنها مصدراً للحياة اليومية، وليست هدفاً للعيش. فالصحة مفهوم إيجابي يركز/يؤكد الموارد الاجتماعية والشخصية بالإضافة للقدرات البدنية/الجسدية."

"Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities."

بالتدقيق في مفهوم منظمة الصحة العالمية للصحة وتبسيطه، نجد أنه مفهوماً شاملاً يتناول الصحة من عدة زوايا هي:

- اكتمال السلامة، إذ ينظر للشخص بوصفه شخصاً كاملاً، وليس مجموعة أعضاء وأجهزة...
- مع ضرورة غياب المرض أو الداء أو الأذية...
- وسلامة "تأدية الوظائف" بكل المجالات: بدنياً وعقلياً واجتماعياً...
- وكل ما سبق، ضمن ظروف البيئة الطبيعية للشخص.

مفهوم العجز / الإعاقة Disability Concept

"إن وصف الإعاقة مرتبك وذلك بسبب الاستخدام المتباين للمصطلحات من قبل الحكومات والمهنيين والمشرعين وحتى الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم والمجموعات التي تمثلهم." مايجرز 1997.

"Disability description is confounded by divergent use of terminology by governments, professionals, legislators, by people with disabilities themselves and their representative groups." Meijers, 1997

وحيث "إن مفهوم الإعاقة معقد وديناميكي ومتعدد الأبعاد ومتنازع عليه/مختلف عليه". التقرير الدولي حول الإعاقة 2011.

"Disability is complex, dynamic, multidimensional, and contested". WORLD REPORT ON DISABILITY 2011

وقد جاء في ديباجة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة "هـ) وإذ تترك أن الإعاقة تشكّل مفهوما لا يزال قيد التطور،" 2006

"(e) Recognizing that disability is an evolving concept," THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES (CRPD)- Preamble 2006

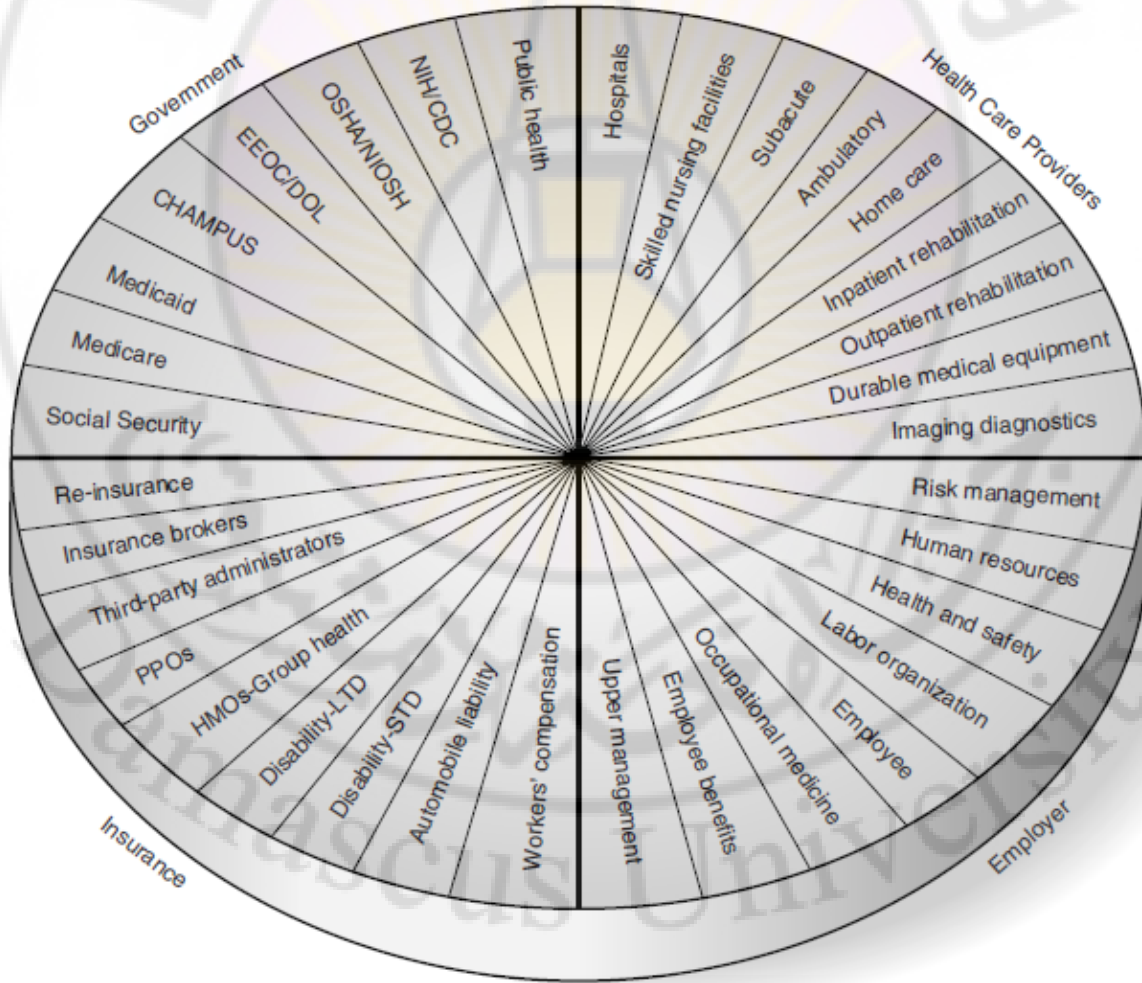
وبالتالي، يكون من البديهي أن ينتج عن اختلاف المفهوم تنوعاً و/أو اختلافاً -وحتى تعارضاً أحياناً- في النظرة والاتجاه والاستجابة لنفس المسألة، مما يجعل التعاطي مع المسألة معقداً ومتنوعاً.

وعلى سبيل المثال، بالعام 1995 تم تحديد ما لا يقل عن 50 تعريف قانوني للإعاقة في برامج الحكومة الأمريكية، و50 قانون منفصل، إضافةً لآلاف الخطط للاستحقاقات ضد العجز، الشكل رقم (1).

عموماً، واجهت مسألة الإعاقة ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة كل الحقب التاريخية سواءً من الناحية الأخلاقية أو من ناحية اعتماد السياسات والممارسات (وستصبح هذه المسألة في المرحلة القادمة أكثر حدة مع تغير التركيبة السكانية وازدياد تشيخ السكان)، وذلك تبعاً لاختلاف مفهوم الإعاقة الشائع بكل حقبة وبكل مجال على حدا (الصحة، التربية، الحياة الاجتماعية، العمل، القانون...).

إن العجز جزء من الحالة الإنسانية، إذ أنه سيصاب الجميع تقريباً بإعاقة مؤقتة أو دائمة في مرحلة ما من حياتهم، وسيواجه أولئك الذين يبقون على قيد الحياة حتى سن الشيخوخة صعوبات متزايدة في الأداء. كما أن معظم العائلات لديها فرد ذو إعاقة، والعديد من الأشخاص ممن ليس لديهم إعاقة يتحملون مسؤولية دعم ورعاية أشخاصاً ذوي إعاقة من أقاربهم وأصدقائهم.

تاريخياً، بقي مفهوم العجز غير واضحاً لعقود عديدة مقتصرًا إطلاقه على وسم الأشخاص المقعدين المصابين بالشلل أو البتر والأشخاص المصابين بالصمم والبكم وكف البصر، وتم اعتماد وتوفير كثير من "الحلول" التي تقام عزلهم، مثل مؤسسات الإيواء والمدارس الخاصة بهم. إلى أن تغيرت الاستجابات لمسألة الإعاقة منذ السبعينيات بشكل هام، مدفوعةً إلى حد كبير بالتنظيم الذاتي للأشخاص ذوي الإعاقة، والميل المتزايد إلى اعتبار الإعاقة قضية من قضايا حقوق الإنسان. ولذلك تحولت السياسات الآن نحو الإدماج الشامل المجتمعي والتعليمي، وقد أفسحت الحلول الطبية المجال لنهج أكثر تفاعلية تدرك بأن الأشخاص يكون لديهم إعاقة بسبب العوامل البيئية إضافةً للعوامل الجسدية الذاتية. أدرجت المبادرات الوطنية والدولية حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل قواعد الأمم المتحدة الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة، وبلغت ذروتها في عام 2006 باعتماد اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.



الشكل رقم (1): شكل توضيحي لمجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة الذين يعملون في مجال إدارة مسألة الإعاقة في الولايات المتحدة الأمريكية، ولكل منها تعريفات مختلفة عن الإعاقة، واستراتيجيات تداخلية تختلف بين أصحاب العمل والوكالات الحكومية وشركات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية

مفاهيم شائعة حول الإعاقة :Common concepts on disability

عموماً، يوجد العديد من المفاهيم Concepts المتنوعة للإعاقة -كانت ولا زالت- شائعة، وفي مختلف المجتمعات والثقافات في أنحاء العالم، منها:

- **المفهوم الديني و/أو الأخلاقي Moral and/or Religious Concept**: ويمثل أقدم مفهوم للإعاقة ويوجد في العديد من الديانات وبمختلف الحقب التاريخية. في هذا المفهوم، عادةً ما يتم اعتبار الإعاقة بمثابة عقاب من الله على خطيئة قد يكون قد ارتكبها الشخص، إذ يعتقد البعض، وإن لم يكن كثيرون، أن بعض الإعاقات ناتجة عن عدم الالتزام بالأخلاق الاجتماعية التي تحذر من الانخراط في سلوك معين، وتستند هذه المعتقدات على افتراض أن بعض الإعاقات هي نتيجة عقاب من كيان قوي لفعال أو أعمال تجاوزت ضد الفتاوى الأخلاقية و/أو الدينية السائدة.

كما يوجد شكل آخر بارز من المفهوم الأخلاقي و/أو الديني للإعاقة، وهو فكرة أن الإعاقة هي في الأساس "اختبار/امتحان للإيمان" حيث يتم اختيار الأفراد والعائلات بشكل خاص من قبل الله لحدوث الإعاقة ويتم منحهم الفرصة لتعويض أنفسهم من خلال التحمل والمرونة والتقوى، أو يُنظر إلى التحديات المرتبطة بالإعاقة على أنها فرصة مهداة من الله لتطوير وتعميق سمات شخصية معينة (مثل الصبر والشجاعة والمثابرة) للأشخاص ذوي الإعاقة، وبالتالي يمكن اعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة "مباركين".

وأحياناً، يُنظر للإعاقة وفقاً لمنظور التصوف، مستنداً إلى حقيقة أن تعطل إحدى حواس الشخص يؤدي حتماً إلى زيادة أداء الحواس الأخرى لذلك الشخص، فضلاً عن منحه أو منحها قدرات خاصة على الإدراك والتفكير والحياة الروحية.

- **المفهوم الخيري/الإحساني Charity Concept**: في كثير من الحالات الاجتماعية والثقافات وبمختلف أنحاء العالم، يتم التعاطي مع مسألة الإعاقة من منطلق مفهوم خيري/إحساني، إذ يُنظر للأشخاص ذوي الإعاقة كضحايا Persons with disability as victimhood للظروف ولإعاقتهم مما يجعل وضعهم مأساوي ويجعلهم يعانون.

لذلك يجب على الأشخاص "الأصحاء" مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة بأي طريقة ممكنة، وتشجيع "المعاملة الإنسانية للأشخاص ذوي الإعاقة" لأنهم "يحتاجون إلى خدمات خاصة، ومؤسسات خاصة، وما إلى ذلك.

- **المفهوم الاقتصادي Economic Concept**: في العديد من الحالات يتم التعاطي فيها مع مسألة الإعاقة من خلال مفهوم اقتصادي، إذا يُنظر للإعاقة على أنها تحدي للإنتاجية Disability as a challenge to productivity مع التركيز على التأثيرات المختلفة للإعاقة على قدرات الشخص، وعلى وجه الخصوص

على قدرات العمل والتوظيف، غالبًا ما تستخدم الحكومات هذا المفهوم كنقطة مرجعية أساسية في صياغة سياسة الإعاقة، على الرغم أنه يتعرض لانتقادات كثيرة بسبب تأطير الإعاقة بشكل حصري من حيث "تحليل التكلفة والفوائد" مع إهمال أخذ عوامل مهمة أخرى في الاعتبار، مما يساهم في نزع الصفة الإنسانية عن الشخص ذو الإعاقة باعتباره شخصًا "مفقودًا/غير منتج" بطريقة ما.

ما سبق يمثل ملخص بسيط لعينة من بعض المفاهيم الشائعة والمتنوعة حول الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، وهي وليست بأي حال من الأحوال المفاهيم الوحيدة للإعاقة.

النماذج المفاهيمية للإعاقة :Conceptual Models of Disability:

خلال العقود الأربعة الأخيرة، تم تطوير وصياغة عدد من النماذج المفاهيمية للإعاقة Conceptual Models of Disability مؤسّسة وفقاً لبناء "منطقي" نظري حول الإعاقة، تعرّف المفاهيم الأساسية في مجال الإعاقة، وتحدد العوامل والمتغيرات والعلاقات المنطقية والكمية فيما بينها، وبذلك يمكن صياغة كل منها برسم بياني يعرّف المكونات المختلفة وشكل العلاقة فيما بينها والمفردات المناسبة اللازمة للتواصل بشأنها. والجدير بالذكر هنا، أن هذه النماذج المفاهيمية أثرت وتأثرت فيما بينها أثناء تطورها، وصولاً للنموذج المفاهيمي لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CRPD.

إن معرفة وفهم هذه النماذج المفاهيمية للإعاقة ضرورة لكل العاملين في إدارة قطاع الإعاقة وإعادة التأهيل، بمن فيهم المهنيين الصحيين. لذلك سيتم بحث هذه النماذج المفاهيمية للإعاقة Conceptual Models of Disability وسياق تطورها في الفصول التالية.

أولاً: النموذج الطبي للإعاقة :Medical Model of Disability:

في محاولة لإنشاء مفردات عالمية موحدة وتحديد العجز والإعاقة عن طريق تطبيق مصطلحات ومفاهيم معتمدة دولياً. تم تطوير النموذج الطبي للإعاقة (والذي يسمى أحياناً بالنموذج الحيوي الطبي للإعاقة Biomedical Model of Disability) من قبل منظمة الصحة العالمية استناداً إلى التصنيف الدولي الإحصائي للأمراض والمشاكل الصحية المتعلقة بها International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (واختصاراً يدعى التصنيف الدولي للأمراض ICD)، وقد تم نشره بالعام 1980 (وفقاً لقرار جمعية الصحة العالمية التاسعة والعشرين أيار 1976 بخصوص الموافقة على نشر التصنيفات التكميلية للخلل والإعاقات والإجراءات الطبية، لأغراض تجريبية، باعتبارها مكملات للتصنيف الدولي للأمراض ICD ولكن ليس كجزء لا يتجزأ منه)، باسم التصنيف الدولي للخلل والعجز والإعاقة International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH).

يُعتبر الـ ICIDH أول نموذج مفاهيمي دولي للإعاقة، وقد تم وصفه في ثلاثة أبعاد هي الخلل (أو الضعف) والعجز والإعاقة، معرّفة في الجدول رقم (1).

<p>التعريف في التصنيف الدولي للخلل والعجز والإعاقة (في سياق التجربة الصحية) 1980</p> <p>Definition in International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) 1980 (in the context of health experience)</p>	
<p>أي فقد أو شذوذ بالبنية أو بالوظيفة سواء النفسية أم الفيزيولوجية أم التشريحية.</p> <p>Any loss or abnormality of psychologic, physiologic, or anatomic structure or function</p>	<p>الخلل/الضعف</p> <p>Impairment</p>
<p>هو أي تقييد أو نقص ناتج عن الضعف بإمكانية الشخص لإنجاز النشاط بالطريقة الطبيعية أو ضمن المجال المعتبر طبيعياً للإنسان.</p> <p>Any restriction or lack resulting from an impairment of the ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being</p>	<p>العجز</p> <p>Disability</p>
<p>هو تأذي وتعوق الشخص بسبب الضعف أو العجز، والذي يقيد أو يمنع الدور الطبيعي (اعتماداً على العمر والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية) لذلك الشخص.</p> <p>A disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal (depending on age, sex, and social and cultural factors) for that individual</p>	<p>التعوق/الإعاقة</p> <p>Handicap</p>

الجدول رقم (1): التصنيف الدولي للخلل والعجز والإعاقة لعام 1980 ICIDH

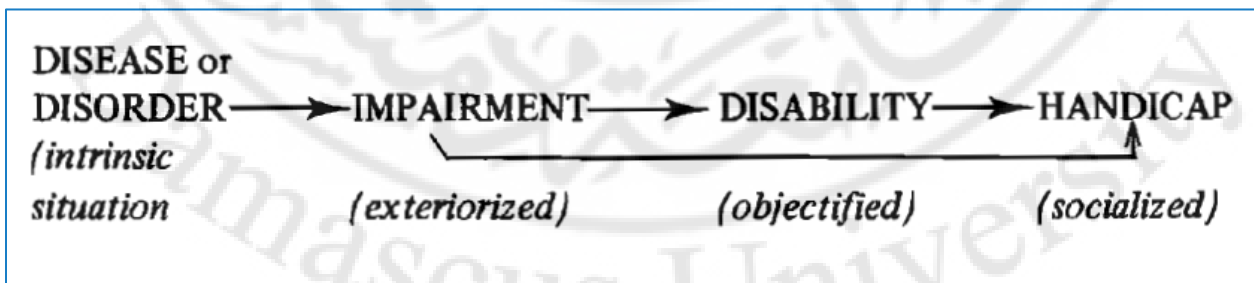
الخلل/الضعف Impairment مفهوم شامل يتجاوز مفهوم الاضطراب disorder والمرض illness، ويحدث على مستوى وظيفة العضو أو الجهاز، قد يكون مؤقتاً أو دائماً، ويتطلب تقييمه فحص الأداء الوظيفي العقلي والبدني للجسم إضافة لفحص الأجزاء المكونة للجسم وفقاً للمعايير المقبولة.

كما أن الخلل/الضعف لا يتوقف على السبب وكيف نشأ أو تطور، بل يتضمن الحالة الموصوفة لدى الشخص، ولا يشير استخدام مصطلح "خلل/ضعف" بالضرورة إلى وجود الداء، أو أنه ينبغي اعتبار الفرد مريضاً.

أما العجز Disability فيتعلق بالأنشطة المركبة أو المتكاملة المتوقعة من الشخص أو من الجسم ككل، أي بالأداء الوظيفي أو النشاط والقيود فيهما، والتي تؤثر على الشخص بأكمله. فالعجز يمثل خروجاً عن القاعدة في مجال أداء الفرد، وقد يكون مؤقتاً أو دائماً، قابلاً للعكس أو لا رجعة فيه، مترقياً أو متراجعاً. تحاول رموز العجز في التصنيف أن تشمل كل الأنشطة التي تعتبر مهمة في الحياة اليومية.

بينما تركز الإعاقة على الشخص بوصفه كائناً اجتماعياً، وتعكس تفاعله وتكيفه مع المحيط. وفي هذا المفهوم يتم الخروج والابتعاد عن القواعد الهيكلية أو الوظيفية أو الأداء، إذ يعتمد التقييم على المعايير الثقافية بحيث يمكن أن يكون الشخص "معاقاً" في مجموعة ما بينما ليس "معاقاً" في مجموعة أخرى فالزمن والمكان والحالة والدور كلها عوامل مساهمة في ذلك. وعادةً ما يكون التقييم لتضرر الفرد المصاب.

تكون حالة "المعوق" مرتبطة بالآخرين، ومن هنا تأتي أهمية القيم المجتمعية القائمة، وبالتالي فإن مواقف واستجابات "غير المعاقين" تلعب دوراً مركزياً في تطور الإعاقة للفرد الذي يحتمل أن يكون "معاقاً" أم لا، إذ يتمتع الفرد بحرية محدودة للغاية في تحديد أو تعديل واقعه. في هذا السياق، من المناسب أن نلاحظ الاختلافات في الاستجابات المجتمعية للخلل المرئي/الظاهر مقابل الخلل غير المرئي/الظاهر، والخلل الشديد مقابل الخلل البسيط، حيث تتميز الإعاقة بوجود تناقض بين أداء الفرد و/أو وضعه وبين توقعات المجموعة المحددة التي هو عضو فيها. تتراكم الضرر نتيجة عدم قدرة الشخص على التوافق مع معايير عالمه/كونه، وبالتالي فإن الإعاقة هي ظاهرة اجتماعية تمثل النتائج الاجتماعية والبيئية للفرد والناجمة عن وجود الخلل والعجز. تحاول رموز الإعاقة في التصنيف أن توضح العواقب التي تجعل الفرد في وضع غير ملائم وذلك مقارنة مع أقرانه إذ تشمل الإعاقة على مجموعة من "أدوار البقاء survival roles".



الشكل رقم (2) يمثل توضيحاً لدمج المفاهيم الثلاثة للتصنيف الدولي للخلل/الضعف والعجز والإعاقة ICIDH

من الواضح بأنه في هذا المفهوم تكون شرارة بدء وتطور العجز disability و/ أو الإعاقة handicap لدى الشخص هو وجود الضعف/الخلل impairment لديه، وبشكل علاقة ثابت هو سبب - نتيجة. أي أن العلاقة

فيما بين المكونات تكون شلالية أحادية الاتجاه افتترضت وجود علاقة سببية بين المستويات، بينما فشلت في حساب العوامل البيولوجية والبيئية والسلوكية وتأثيراتها المحتملة على جميع مستويات عملية الإعاقة. وعلى الرغم من أن هذه المصطلحات قديمة، إلا أنها لا تزال بمثابة الأساس المفاهيمي للعديد من القوانين والأدلة المعتمدة لتقييم الإعاقة الدائمة في كثير من البلدان بما فيها الدول المتقدمة.

فيما بعد، قامت منظمة الصحة بمراجعة وتعديل الـ ICIDH، واستبدال بعض المصطلحات بمصطلحات ذات بعد إيجابي، وقد تم نشره عام 1997 تحت اسم ICIDH-2 رغم تغيير المصطلحات المستخدمة فيه، كما هو موضح في الجدول رقم (2).

ICIDH-2 (1997)	
أي فقد أو شذوذ بالبنى الجسدية أو الفيزيولوجية أو الوظيفة النفسية (لم يحدث تغير هام عن التعريف في نسخة الـ 1980).	الضعف/الخلل Impairment
Any loss or abnormality of body structure or of a physiologic or psychologic function (essentially unchanged from the 1980 definition)	
هو طبيعة وامتداد تأدية الوظائف بمستوى الشخص ذاته.	النشاط Activity
The nature and extent of functioning at the level of the person	
هي طبيعة ومدى مساهمة الشخص في أوضاع الحياة بعلاقتها مع الضعف والأنشطة والحالات الصحية والعوامل الظرفية.	المساهمة Participation
The nature and extent of a person's involvement in life situations in relationship to impairments, activities, health conditions, and contextual factors	

الجدول رقم (2): التعاريف في التصنيف الدولي للخلل والعجز والإعاقة لعام 1997 (ICIDH-2) في سياق التجربة الصحية يرتبط تصنيف الضعف/الخلل Impairment بشكل أساسي بفقدان أو تشوهات على مستوى الجسم أو جزء منه أو العضو. بينما لا يشمل المشاكل على مستوى الأنسجة أو الخلايا أو على المستوى تحت الخلوي أو الجزيئي. فالضعف/الخلل ليس هو المرض الأساسي أو الحداثي الأمراض ذاتها، ولكنه يمثل مظاهر ذلك المرض. قد يكون الضعف/الخلل مؤقتاً أو دائماً، مترقياً أو متراجعاً، مستمراً أو منقطعاً، وقد يساهم في حدوث العجز و/أو ظروف صحية أخرى، ويؤثر على مدى مشاركة الشخص.

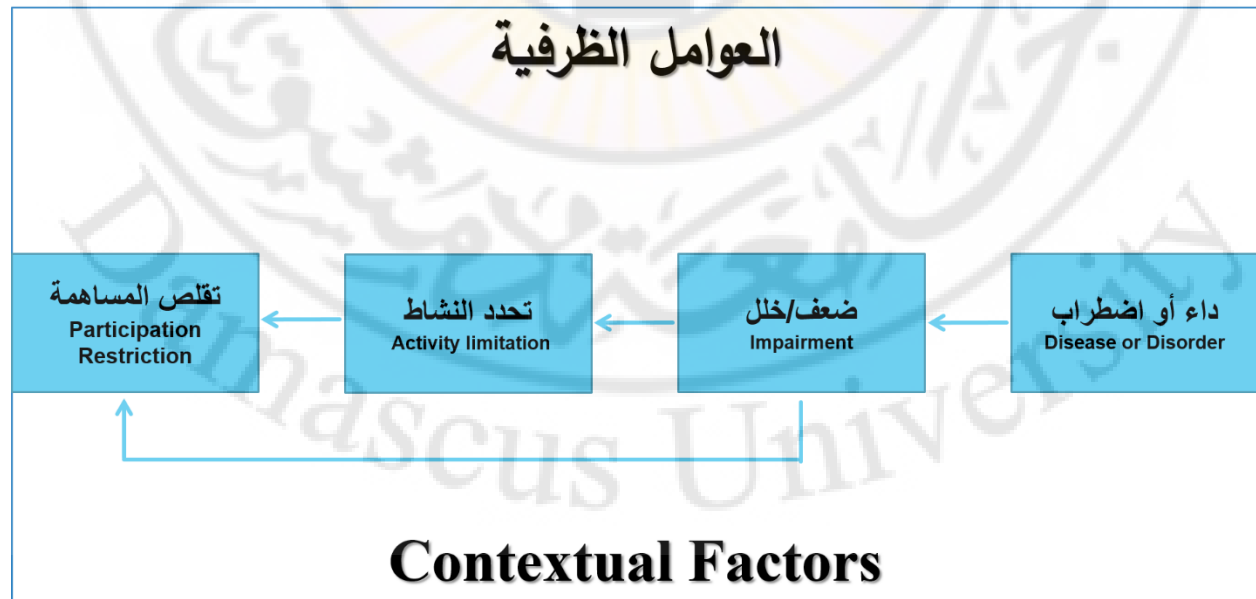
أما الأنشطة Activities فقد تكون محدودة limited في طبيعتها ومدتها وجودتها.

وبالتالي تحددات النشاط Activity limitations يمكن أن تنشأ عندما يكون هناك تغيير نوعي أو كمي في الطريقة التي يتم بها تنفيذ هذه الأنشطة. التحددات في الأنشطة هي ما كان يشار إليه سابقاً على أنه العجز .Limitations in activities were formerly referred to as disabilities

قد تكون التحددات بنشاط مؤقتة أو دائمة، وقابلة للعكس أو لا رجعة فيها، ومتروكية أو متراجعة. وبالتالي، فإن التحددات المفروضة على الأنشطة تتعلق بالصعوبات التي يواجهها الشخص في الأداء، أو استحالة أداء نشاط أو مجموعة من الأنشطة.

وفيما يتعلق بالمساهمة Participation، فقد تكون المشاركة مقلصة بطبيعتها ومدتها وجودتها، وتقلص المساهمة هي ما كان يُسمى سابقاً بالإعاقة handicap restriction in participation was formerly called a handicap. تتميز المساهمة بأنها نتيجة أو حصيل علاقة معقدة بين الحالة الصحية للشخص من جهة (ولا سيما الضعف وتحددات الأنشطة لديه)، وبين السمات الظرفية (والتي تمثل الظروف التي يعيش فيها الشخص ويدير حياته) من جهة أخرى.

وهنا نجد -وعلى عكس مفهوم الإعاقة handicap في النسخة الأصلية لعام 1980 من الـ ICIDH-1- بأن فكرة المساهمة محايدة، إن لم تكن إيجابية. ومما لا شك فيه، بأن الاستخدام الأساسي والأنسب لـ ICIDH-2 هو تحديد حالات التحدد أو التقلص في الوظيفة أو النشاط أو المساهمة، أي الحالة السلبية.



الشكل رقم (3): يمثل توضيحاً لدمج المفاهيم الثلاثة في التصنيف الدولي للخلل والعجز والإعاقة لعام 1997 (ICIDH-2)

يتضمن تصنيف المساهمة صراحة مبدأ "تكافؤ الفرص" المعلن في قواعد الأمم المتحدة الموحدة بشأن تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة.

وهذا يؤسس معياراً دولياً يتطلب تصنيف مستويات مساهمة الأشخاص ذوي الإعاقة في ضوء المستويات المتوقعة لمساهمة الأشخاص من غير ذوي الإعاقة.

عموماً، في النموذج الطبي الحيوي biomedical model للإعاقة، وبكلا التصنيفين، يتم التركيز على التشخيص والمعالجة الموجهة ضد العملية الإمبراضية وفق التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10).

ثانياً: النموذج الاجتماعي للإعاقة Social Model of Disability:

تعود جذور نشأة النموذج الاجتماعي للإعاقة من حركات المناصرة في السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي لاسيما حركات الحقوق المدنية الكبرى وجمعيات حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ذلك الوقت. ينطلق هذا النموذج من التشكيك الجذري في افتراضات المجتمع حول ما يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة فعله وما لا يمكنهم فعله وكيف يجب أن يعيش الأشخاص ذوو الإعاقة، ليؤسس رؤيته بأن أن المجتمع هو المسؤول عن الإعاقة في مواجهة المرض من خلال إخفاقه في استيعاب الاحتياجات الخاصة للأفراد ذوي الإعاقة سواءً من حيث الوصول البيئي، وتوافر وسائل التكيف والمعدات والتميز والتفكير المتحيز والحوجز السلوكية الأخرى في ذلك الوقت.

وتطور هذا النهج في التعامل مع الإعاقة بما أصبح يُعرف بالنموذج الاجتماعي للإعاقة الذي صاغه فعلياً مايك أوليفر Mike Oliver (وهو أكاديمي وناشط ذو إعاقة) في العام 1983، ليشكل أفضل دافعاً لتحقيق المساواة والتغيير الاجتماعي الحقيقي للأشخاص ذوي الإعاقة.

وقد تم تطويره باعتباره تحدياً مباشراً لنماذج الإعاقة السائدة كما في الشكل رقم (4) أدناه، والتي اعتبرت الإعاقة مشكلة طبية فريدة يجب الوقاية منها أو علاجها أو احتوائها، و/ أو مسألة خيرية تنظر إلى الأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم يحتاجون إلى الشفقة وتلبية احتياجاتهم من خلال خدمات خيرية.

حيث يعتمد كلا النموذجين الطبي والخيري للإعاقة على افتراضات حول ما "لا يستطيع" الشخص ذو الإعاقة فعله بسبب إعاقته، وعلى سبيل المثال: "لا يستطيع المشي، لذلك لن تكون قادرة على العمل"، وسيركز النموذج الطبي للإعاقة بعد ذلك على محاولة مساعدة الفرد على السير مرة أخرى خلال العمليات أو المعدات، بينما يستنتج النموذج الخيري للإعاقة أن الشخص غير القادر على المشي يحتاج إلى خدمات خيرية خاصة (غالباً ما تكون منفصلة عن المجتمع)، مثل مراكز الإيواء كبديل للعمل. كلا النموذجين يحددان مصدر "المشكلة" بصفته الشخص ذو الإعاقة، وبذلك، يضع المسؤولية عن الموقف على عاتق الشخص وبعيداً عن المجتمع وكيفية إدارته وتنظيمه.

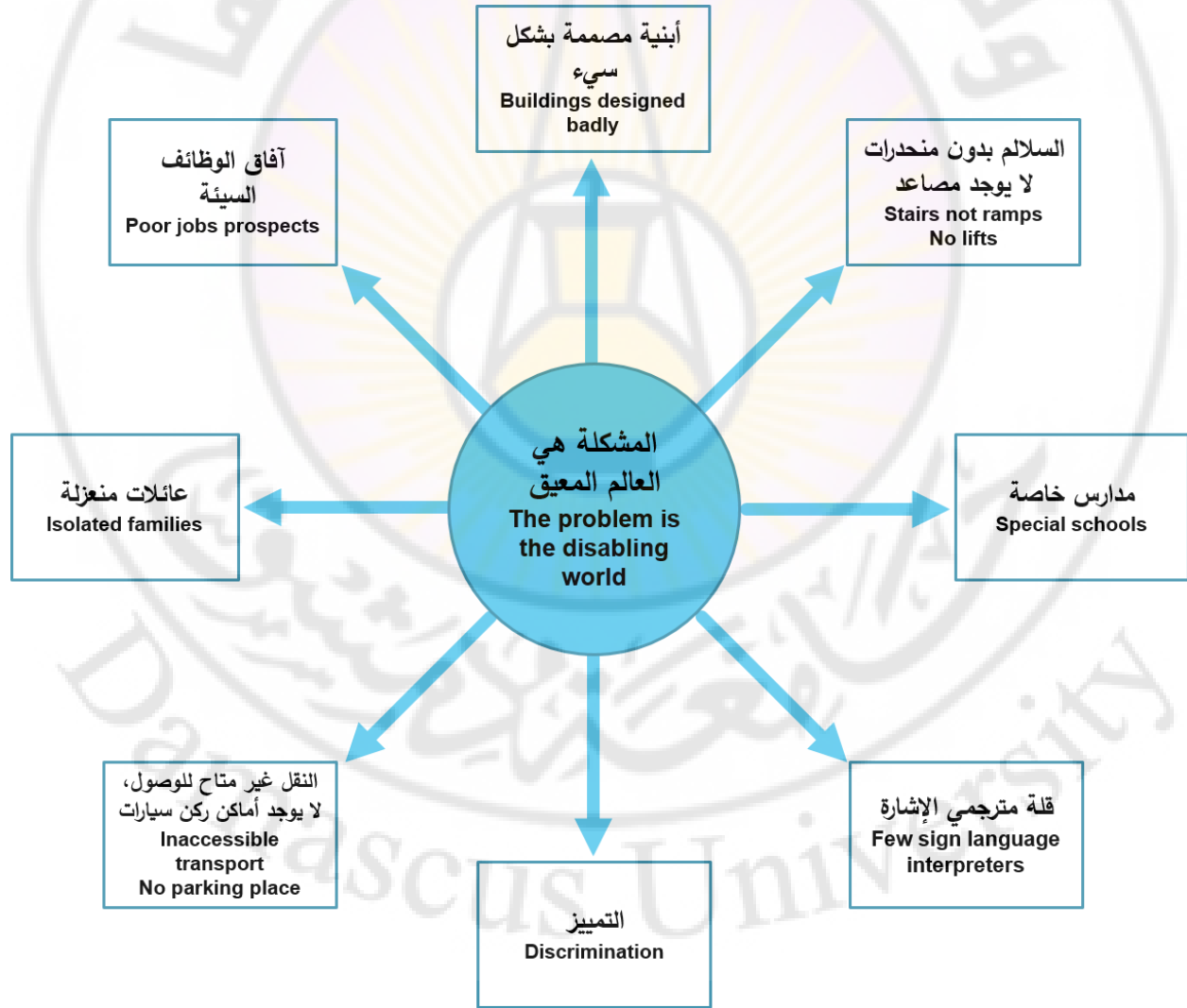


الشكل رقم (4): رسم تخطيطي للنموذج الطبي التقليدي للإعاقة، يوضح بعض الأفكار والافتراضات الخاصة بهذا النموذج، والذي نشأ النموذج الاجتماعي ليحدثه

بينما النموذج الاجتماعي للإعاقة هو نموذج مختلف تماماً عن النهج الطبي والخيري للإعاقة الموصوف أعلاه، وينص على أن الأشخاص قد يعانون من الخلل/الضعف impairment، لكن الاضطهاد والاستبعاد والتمييز الذي يواجهه الأشخاص ذوي الإعاقة ليس نتيجة للإصابة بالخلل/الضعف، ولكن سببها طريقة إدارة المجتمع وتنظيمه. ينص هذا النموذج على أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم "معاقون" بسبب الحواجز في المجتمع والتي تستبعدهم وتمارس التمييز ضدهم. الشكل رقم (5)

يدرك النموذج الاجتماعي أن الإعاقة تؤثر على كل جانب من جوانب الحياة وليس الصحة فقط، لذلك يوضح الحاجة إلى معالجة الإعاقة على كل المستويات: الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، لاسيما عند صياغة

الخط واتخاذ القرارات. فالأشخاص ذوي الإعاقة لهم كامل الحق في التمتع بالطفولة نفسها التي يتمتع بها إخوانهم وأصدقائهم بدون إعاقة، والالتحاق بالمدرسة العامة المحلية، واستخدام الخدمات العامة مثل النقل، والاستفادة من نفس فرص العمل مثل أي شخص آخر. لا يعرّف النموذج الاجتماعي المجتمع على أنه سبب الإعاقة فحسب، بل يوفر أيضاً طريقة لشرح كيفية قيام المجتمع بتعطيل الأشخاص ذوي الإعاقات، لذلك يُشار إلى النموذج الاجتماعي أحياناً باسم "تهج الحواجز" "barriers-approach" إذ يوفر "خريطة طريق" تحدد كلاً من الحواجز التي تعطل الأشخاص ذوي الإعاقات وكيف يمكن إزالة هذه الحواجز أو تقليلها أو مواجهتها بأشكال أخرى من الدعم.



الشكل رقم (5): رسم تخطيطي للنموذج الاجتماعي للإعاقة يوضح بعض الأفكار والافتراضات الخاصة بهذا النموذج

وتشمل الحواجز الأساسية المعوقة في النموذج الاجتماعي ما يلي:

- المواقف والافتراضات الاجتماعية والثقافية حول الأشخاص ذوي الإعاقات التي تفسر وتبرر وتدعيم التحيز والتمييز والإقصاء في المجتمع، على سبيل المثال، الافتراضات القائلة بأن الأشخاص الذين يعانون من إعاقات معينة لا يمكنهم العمل، ولا يمكنهم أن يكونوا مستقلين، ولا يمكنهم ممارسة الجنس، ولا ينبغي أن ينجبوا أطفال، ويحتاجون إلى الحماية، وأنهم "يشبهون الأطفال"، وأحياناً هم "خطيرون"...
- الحواجز الطبيعية المرتبطة بالبيئة المادية والمبنيّة، وتشمل مجموعة كبيرة من الحواجز التي تمنع الوصول المتكافئ، مثل السلالم / الدرجات، والممرات الضيقة والمداخل، والأرصفت، والمراحيض التي يتعذر الوصول إليها، والمسكن التي يتعذر الوصول إليها، والإضاءة السيئة، والمقاعد السيئة، والمصاعد المكسورة أو الشوارع والأماكن العامة سيئة الإدارة.
- حواجز المعلومات / الاتصال، مثل نقص مترجمي لغة الإشارة للصم، ونقص توفير حلقات تحريض السمع، ونقص المعلومات بتتسيقات مختلفة يسهل الوصول إليها مثل القراءة السهلة، والخط الكبير.

وبشكل موجز، ومن منظور النموذج الاجتماعي يوجد اختلاف جذري بين مفهوم الضعف/الخلل ومفهوم العجز/الإعاقة موضح في الجدول أدناه.

التعريف (في سياق النموذج الاجتماعي للإعاقة)	
Definition (in the context of social model of disability)	
<p>هو الاختلاف الجسدي أو الحسي أو الإدراكي للفرد. (على سبيل المثال، كون لديه عمى، أو لديه الاضطراب ثنائي القطب، أو لديه مرض التصلب المتعدد أو صعوبة في التعلم).</p> <p>Impairment is an individual's physical, sensory or cognitive difference. (for example, being blind, experiencing bipolar, having M.S. or a learning difficulty).</p>	<p>الخلل/الضعف</p> <p>Impairment</p>
<p>هي المصطلح الذي يطلق على العواقب الاجتماعية لمن لديه الضعف/الخلل، فالأشخاص ذوي الضعف/الخلل يُعَوَّقوا بالمجتمع، ولذلك فإن العجز/الإعاقة هي بناء اجتماعي يمكن تغييره وإزالته.</p> <p>Disability is the name for the social consequences of having an impairment. People with impairments are disabled by society, so disability is therefore a social construct that can be changed and removed.</p>	<p>العجز/الإعاقة</p> <p>Disability</p>

الجدول رقم (3): التعاريف الأساسية في النموذج الاجتماعي للإعاقة

ثالثاً: النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للإعاقة Biopsychosocial Model of Disability:

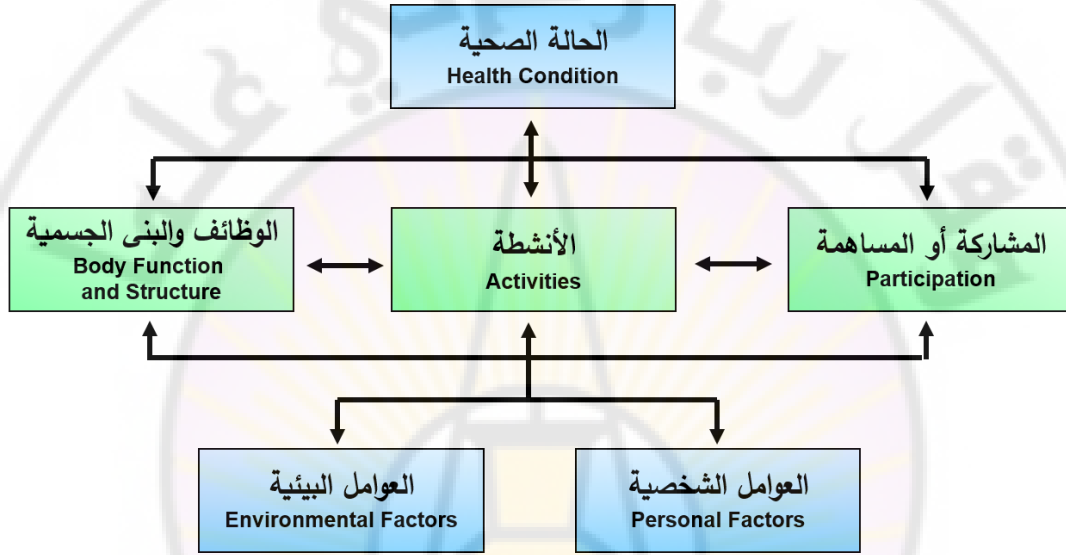
من الواضح الجدل الجوهرى الحاصل بين "النموذج الطبي" و"النموذج الاجتماعي" في فهم ومقاربة الإعاقة. إذ ينظر النموذج الطبي إلى العجز على كونه مشكلة شخصية ناجمة مباشرة عن الأمراض أو الرضوض أو أي مشكلة صحية أخرى والتي تستوجب العناية الطبية على شكل مداواة فردية يقدمها المهنيون في هذا المجال (من أطباء وعاملين صحيين). حيث تهدف معالجة العجز إلى مداواة الشخص أو إلى التغيير في طرق تكيفه وتصرفاته. تمثل المداواة الطبية المسألة الأساسية ويكون الترف على المستوى السياسي منحصراً في تغيير السياسة أو إعادة النظر فيها.

في مقابل ذلك ينظر النموذج الاجتماعي على المسألة على كونها مشكلة اجتماعية بالأساس. وخاصةً على كونها أمراً يتعلق بالاندماج الكامل للأشخاص في المجتمع. فالإعاقة ليست صفة تكمن في الشخص بل عبارة عن مجموعة معقدة من الحالات أغلبها تم خلقها من البيئة الاجتماعية. لذلك فإن معالجة المشكلة تتطلب تدخلات اجتماعية، وعلى المجتمع ككل القيام بالتغييرات اللازمة في البيئة قصد تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المساهمة الكاملة في الحياة الاجتماعية. فالمسألة إذاً هي مسألة مواقف ومعتقدات تتطلب تغييراً اجتماعياً مما يجعل المسألة على المستوى السياسي مسألة حقوق والإعاقة في هذا النموذج مسألة سياسية.

وحيث أنه غالباً ما يتم تقديم النموذج الطبي والنموذج الاجتماعي على أنهما ثنائي متعاكس/متضاد، لكن لا ينبغي النظر إلى الإعاقة على أنها مسألة طبية بحتة ولا اجتماعية بحتة، إذ يعاني الأشخاص ذوي الإعاقة من مشاكل ناشئة عن حالتهم الصحية إضافةً لمشاكل ناشئة من بيئتهم الاجتماعية. لذلك هناك حاجة إلى نهج متوازن يعطي وزناً مناسباً لمختلف جوانب الإعاقة.

وفي هذا السياق، تم تطوير التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) وتمت المصادقة عليه من قبل جمعية الصحة العالمية عام 2001 بقصد استعماله على الصعيد الدولي من قبل الدول أعضاء منظمة الصحة العالمية. وبذلك تم تطوير نموذج مفاهيمي جديد للإعاقة مؤسس على مقاربة حيوية-نفسية-اجتماعية تركز على إدماج كلا النموذجين المتقابلين (الطبي والاجتماعي)، بقصد التمكن من إدماج مختلف مستويات تأدية الوظائف، ضمن صورة متماسكة حول مختلف الأبعاد الصحية، البيولوجية والفردية والمجتمعية، والوصول إلى مفهوم شامل موحد للإعاقة. فالأداء الوظيفي Functioning والإعاقة Disability يكونان نتيجة تفاعل ديناميكي بين الظروف الصحية والعوامل الظرفية (الشخصية والبيئية على حد سواء). يتم الترويج لهذا النموذج باعتباره "نموذجاً حيوياً نفسياً اجتماعياً"، وهو يمثل حلاً وسطاً عملياً بين النموذج الطبي والنموذج الاجتماعي.

فالعجز Disability يصبح المصطلح الشامل للضعف/الخلل وتحدد النشاط وتقلص المساهمة، في إشارة إلى الجوانب السلبية للتفاعل بين الشخص (الذي لديه حالة صحية) والعوامل الظرفية المحيطة به (سواءً العوامل البيئية أم الشخصية). إن تعريف الإعاقة كتفاعل يعني أن "الإعاقة" ليست سمة من سمات الشخص، وبالتالي يمكن إحراز تقدم في تحسين المساهمة الاجتماعية من خلال معالجة العوائق والحواجز التي تعيق الأشخاص ذوي الإعاقة في حياتهم اليومية. الشكل رقم (6)

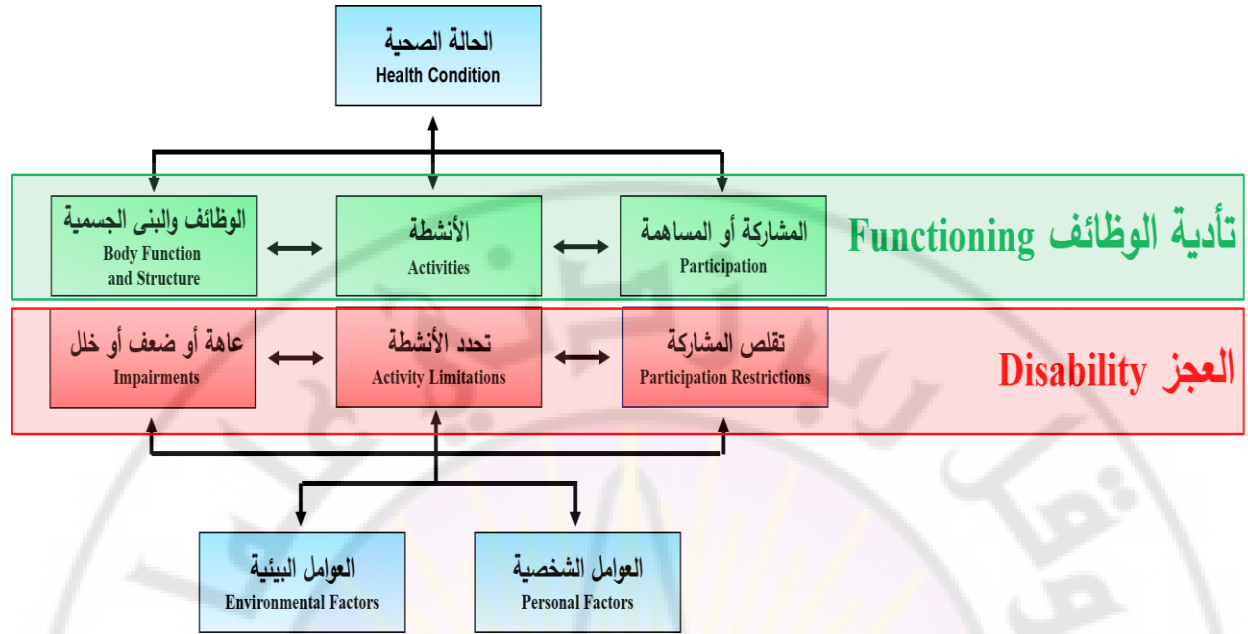


الشكل رقم (6): النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للإعاقة وفق التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة
Biopsychosocial Model of Disability, according to ICF

يمكن التعبير عن مكونات هذا المفهوم بطريقتين اثنتين، فمن جهة يمكن أن تدل على جوانب الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة غير المتضمنة لمشاكل ما (أي محايدة) وقد تم تلخيصها بمصطلح عام هو "تأدية الوظائف Functioning"، ومن جهة أخرى يمكن أن تدل على المشاكل (أي الخلل أو التحدد في الأنشطة أو النقل في المساهمة) وقد تم تلخيصها بمصطلح عام هو "العجز Disability"، بينما تم الاستغناء عن "مصطلح الإعاقة Handicap". الشكل رقم (7)

في هذا النموذج، تمت صياغة المصطلحات والتعاريف الأساسية المستخدمة في السياق الصحي لمكونات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة ICF بغرض إيجاد لغة موحدة ونموذجية وكذلك إيجاد إطار عام لوصف الصحة والحالات المتعلقة بها. موضحة في الجدول رقم (4)

وفي العام 2007 تم إصدار ونشر التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة - طبعة الأطفال والمراهقين International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY.



الشكل رقم (7): تقابل مفهوم تأدية الوظائف والعجز في النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للإعاقة

التعريف (في سياق النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للإعاقة) Definition (in the context of Biopsychosocial Model of Disability)	
<p>مصطلح عام يشمل ميادين الحياة البشرية بأكملها، ويشتمل على الجوانب البدنية والنفسيّة والاجتماعيّة التي تكوّن ما يمكن أن نسمّيه "الحياة الطيّبة". تعتبر الميادين الصحيّة مجموعة من الميادين المتفرعة من تلك التي تكوّن عالم الحياة البشرية بمجمله.</p> <p>a general term encompassing the total universe of human life domains, including physical, mental and social aspects, that make up what can be called a "good life". Health domains are a subset of domains that make up the total universe of human life.</p>	<p>الرفاه أو العافية Well-being</p>
<p>هي مصطلح عام يشمل الأمراض (الحادّة أو المزمنة)، والاضطرابات، والإصابات، والرضوح. قد تشمل الحالة الصحيّة أيضاً ظروفًا أخرى كالحمل، والشيخوخة، والإجهاد، والشذوذات الخلقيّة، والتأهب الوراثي. تُرمّز الحالات الصحيّة نموذجياً باستخدام التصنيف الدولي للأمراض-المراجعة العاشرة (ICD-10).</p> <p>is an umbrella term for disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma. A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition. Health conditions are coded using ICD-10.</p>	<p>الظروف الصحيّة Health conditions</p>

<p>هي مصطلح عام يشمل كل من وظائف الجسم، والبنى الجسمية، والأنشطة والمشاركات. يُبرز هذا المصطلح الجوانب الإيجابية للتفاعل بين الفرد (الذي يعاني من مشكلة صحية محدّدة) وبين العوامل الظرفية لهذا الفرد (العوامل البيئية والشخصية).</p> <p>is an umbrella term for body functions, body structures, activities and participation. It denotes the positive aspects of the interaction between an individual (with a health condition) and that individual's contextual factors (environmental and personal factors).</p>	<p>تأدية الوظائف Functioning</p>
<p>هو مصطلح عام يشمل كل من الاعتلالات، وتحدد الأنشطة، وتقييد المشاركة وهو يبيّن الجوانب السلبية للتفاعل بين الفرد (الذي يعاني من مشكلة صحية) وبين العوامل الظرفية له (العوامل البيئية والشخصية).</p> <p>is an umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions. It denotes the negative aspects of the interaction between an individual (with a health condition) and that individual's contextual factors (environmental and personal factors).</p>	<p>العجز Disability</p>
<p>هي الوظائف الفيزيولوجية لأجهزة الجسم، وتشمل الوظائف النفسية أيضاً. يشمل مصطلح "الجسم" الكائن البشري ككل بما في ذلك الدماغ، لذا تُدرج الوظائف النفسية ضمن وظائف الجسم.</p> <p>are the physiological functions of body systems, including psychological functions. "Body" refers to the human organism as a whole, and thus includes the brain. Hence, mental (or psychological) functions are subsumed under body functions.</p>	<p>وظائف الجسم Body functions</p>
<p>هي الأجزاء البنوية أو التشريحية للجسم كالأعضاء، والأطراف والمكونات المرتبطة بها التي تُصنّف بحسب أجهزة الجسم.</p> <p>are the structural or anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components classified according to body systems. The standard for these structures is considered to be the statistical norm for humans.</p>	<p>البنى الجسمية Body structures</p>
<p>هو فقد أو شذوذ/انحراف في البنى أو الوظائف الجسمية (يشمل هذا الوظائف النفسية أيضاً).</p> <p>is a loss or abnormality in body structure or physiological function (including mental functions).</p>	<p>الخلل/الضعف Impairment</p>
<p>هي قيام الشخص بتنفيذ مهمّة أو نشاط ما، وتمثّل المنظور الفردي لتأدية الوظائف.</p> <p>is the execution of a task or action by an individual. It represents the individual perspective of functioning.</p>	<p>الأنشطة Activities</p>
<p>هي الصّعوبات التي يمكن أن تعترض الشخص عند قيامه بالأنشطة.</p>	<p>تحدّد الأنشطة</p>

are difficulties an individual may have in executing activities.	Activity limitations
هي مشاركة الشخص في أوضاع الحياة المختلفة، وهي ما يمثل المنظور الاجتماعي لتأدية الوظائف. is a person's involvement in a life situation. It represents the societal perspective of functioning.	المساهمة Participation
هي المشاكل التي تواجه الشخص عند مشاركته في أوضاع الحياة المختلفة. are problems an individual may experience in involvement in life situations.	تقلص المساهمة Participation restrictions
هي العوامل التي تكوّن مع بعضها البعض السياق الكامل لحياة الفرد، ثمة مكونان للعوامل الظرفية: العوامل البيئية والعوامل الشخصية. are the factors that together constitute the complete context of an individual's life. There are two components of contextual factors: Environmental Factors and Personal Factors.	العوامل الظرفية Contextual factors
تشير إلى كلّ الجوانب الخارجية للعالم والتي تكون الظروف الحياتية للشخص، وهي بذلك تؤثر على تأدية الوظائف له. تشمل العوامل البيئية على العالم المادي وملامحه والعالم المصنوع من قبل الإنسان والأشخاص الآخرين حسب مختلف علاقاتهم وأدوارهم والمواقف والقيم والأنظمة والخدمات الاجتماعية والسياسة والقواعد والقوانين. refer to all aspects of the external or extrinsic world that form the context of an individual's life and, as such, have an impact on that person's functioning. Environmental factors include the physical world and its features, the human-made physical world, other people in different relationships and roles, attitudes and values, social systems and services, and policies, rules and laws.	العوامل البيئية Environmental factors
هي عوامل ظرفية متعلقة بالفرد مثل العمر والجنس والوضع الاجتماعي والخبرات الحياتية وما إلى ذلك. are contextual factors that relate to the individual such as age, gender, social status, life experiences and so on.	العوامل الشخصية Personal factors
هي كلّ العوامل الموجودة في بيئة الشخص والتي يمكن غيابها أو وجودها من تطوير تأدية الوظائف أو التخفيض من العجز. are factors in a person's environment that, through their absence or presence, improve functioning and reduce disability.	الميسرات Facilitators
هي كل العوامل الموجودة في بيئة الشخص والتي يؤدي غيابها أو وجودها الى التحدد في تأدية الوظائف والعجز. are factors in a person's environment that, through their absence or presence, improve functioning and reduce disability.	العراقيل/المعوقات Barriers

are factors in a person's environment that, through their absence or presence, limit functioning and create disability.	
المستوى الأعلى المحتمل لتأدية الوظائف الذي يمكن أن يصل إليه الشخص في ميدان معين وفي وقت معين ضمن قائمة الأنشطة والمساهمة. the highest probable level of functioning that a person may reach in a domain in the Activities and Participation list at a given moment.	القدرة Capacity
ما الذي يفعله الفرد في بيئته الحالية وبهذه الطريقة تعطينا جوانب مشاركة الشخص في أوضاع الحياة. what individuals do in their current environment, and so brings in the aspect of a person's involvement in life situations.	الأداء Performance

الجدول رقم (4): التعاريف في سياق النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للإعاقة

رابعاً: نموذج اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة Convention on the Rights of Persons

:with Disabilities (CRPD) Model of Disability

نشأ هذا النموذج وتطور مع بداية الألفية الثالثة، إذ ظل الأشخاص ذوو الإعاقة من بين أكثر الناس تهميشاً في كل مجتمع، وبينما غيّر الإطار الدولي لحقوق الإنسان حياة الناس في كل مكان، لم يَجُنْ ذوو الإعاقة هذه الفوائد نفسها. وهم، بغض النظر عن حالة حقوق الإنسان في البلد أو وضعه الاقتصادي، يقفون بوجه عام في آخر الخط انتظاراً لاحترام حقوقهم الإنسانية. فكان اعتماد الجمعية العامة لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في كانون الأول 2006 عبارة عن رد فعل دولي على التاريخ الطويل من التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة واستبعادهم وتجريدتهم من إنسانيتهم.

في هذا النموذج المفاهيمي يتم النظر إلى الأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم جزء من التنوع البشري، إذ ينطوي الانتماء إلى الجنس البشري على طيف واسع من الإمكانيات المختلفة بين الأشخاص، فالسمة الرئيسية لهذا النموذج أنه يقوم على قاعدة الانتقال من الاستثناء إلى المساواة، حيث يُنظر إلى الإعاقة باعتبارها نتيجةً للتفاعل بين الشخص - رجلاً كان أو امرأة - وبيئته، وبأن الإعاقة ليست شيئاً كامناً في الفرد نتيجة الضعف وبدقة وصراحة، لا تعرّف الاتفاقية كلمة "الإعاقة"، بل أنه في ديباجة الاتفاقية يوجد اعتراف وإقرار بأن "الإعاقة" مفهوم تطوري/قيد التطور، أي أن المجتمع والآراء داخل المجتمع غير ساكنة. وبناءً على ذلك، لا تفرض الاتفاقية وجهة نظر جاسئة/جامدة بشأن "الإعاقة"، إنما تفرض نهجاً متحركاً يسمح بإدخال تعديلات على مر الزمن داخل أوضاع اجتماعية-اقتصادية مختلفة. بالتالي، يستند الإطار المجدد في الاتفاقية إلى المفهوم بأن البيئة الخارجية، والمواقف المجسدة في بنائها، تلعب دوراً محورياً في تهيئة الحالة المصطلح عليها بـ "الإعاقة".

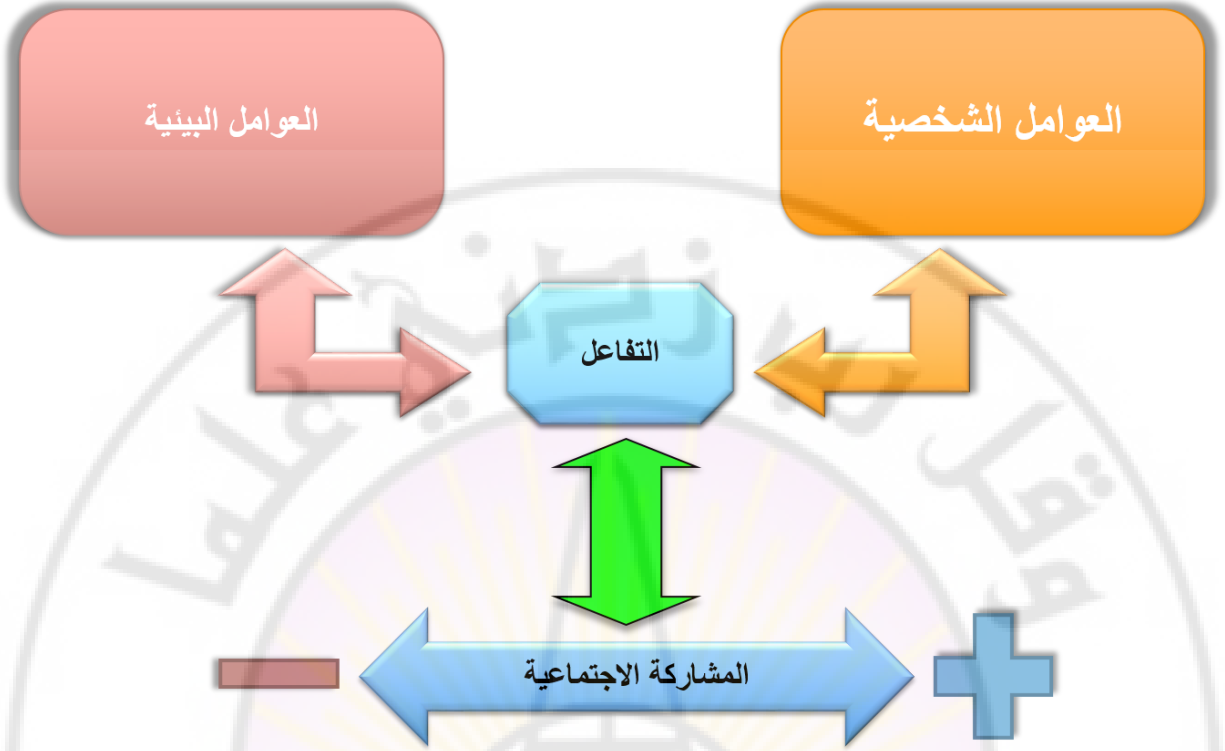
أي أن مفهوم الإعاقة ليس مفهوماً ضيقاً بل يمكن أن يكيّف مع البيئة المحيطة في مجتمع ما ويكون التركيز على نوع الحواجز في المواقف والبيئة المحيطة في تلك المجتمعات وسبل التغلب عليها. من جانب آخر، لا ينصب تركيز الاتفاقية على الإعاقة باعتبارها مشكلة طبية، بل إن الأشخاص يغدون "ذوي إعاقة" عندما يصطدمون ببيئة غير مرحبة بهم وغير مراعية لمتطلبات تيسير إمكانية الوصول، شاملةً بذلك جميع الإعاقات. وهنا لا بد من التأكيد على أن الاتفاقية لا تعرّف "الأشخاص ذوي الإعاقة" ولا تقدم تعريفاً حاسماً عمّن يكون "الأشخاص ذوو الإعاقة"، بل تبيّن بأن هذا المصطلح "يشمل كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل، بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسيّة، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف العوائق من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين". الشكل رقم (8)

وتبعاً لذلك، تصرّح الاتفاقية بشكل واضح على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يشملون من:

- يعانون من عاهات،
- طويلة الأجل،
- بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية،
- قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز،
- من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع،
- على قدم المساواة مع الآخرين.

فالمفهوم الحديث للإعاقة (مفهوم الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)، يصور الإعاقة على أنها بمثابة تفاعل بين حالة الفرد الشخصية (كأن يكون مستخدماً للكرسي المدولب المتحرك أو يكون لديه عاهة impairment بصرية مثلاً) من جهة، والعوامل المتعلقة بالبيئة (مثل المواقف الاجتماعية السلبية أو المباني التي يتعذر الوصول إليها) من جهة مقابلة، وهي تؤدي بتفاعلها مجتمعةً إلى تطور الإعاقة وبالتالي تؤثر على مشاركة الفرد في المجتمع. ومن ذلك على سبيل المثال:

- إذا كان شخص يستخدم كرسي مدولب متحرك (عامل شخصي)، واقترن ذلك بعيشه في مدينة تتوفر فيها مبان تراعي تيسير إمكانية الوصول (عامل بيئي) فهذا يفضي إلى مشاركته في المجتمع على قدم المساواة مع الشخص الذي لا يستعين بكرسي متحرك: هنا تقل الإعاقة أو تنعدم.
- أن يكون شخصاً ذا عاهة -أي ضعف أو خلل- عقلية (عامل شخصي) وأن يقترن ذلك بمعتقد سائد في المجتمع بأن الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية ليسوا قادرين على التصويت (عامل سلبي متعلق بالبيئة) فذلك يفضي إلى الإقصاء من المجتمع والحرمان من الحق في التصويت: وهنا يكون الحديث عن الإعاقة.



الشكل رقم (8): النموذج المفاهيمي لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

تتعدد أوجه العوامل الشخصية Personal factors ويمكن أن تكون بدنية واجتماعية-اقتصادية physical and socioeconomic. فعلى سبيل المثال: الشكل رقم (9)

- العوامل المادية Physical factors: الجنس، أو الأثنية/العرق، أو العاهة impairment (بدنية، بصرية، سمعية، عقلية، ذهنية)، الحجم والوزن وما إلى ذلك.
- العوامل الاجتماعية-الاقتصادية Socioeconomic factors: الوضع المادي، الطبقة الاجتماعية، الاندماج في المجتمع، المستوى التعليمي وما إلى ذلك.

ويمكن أن تتفاعل العوامل الشخصية لتضعف من الإعاقة أو تخفف من أثرها. فعلى سبيل المثال، يمكن للشخص الثري ذي الإعاقة البدنية أن يحصل على تعليم عال ومن ثم إيجاد عمل. وقد يزيد ذلك من مشاركته في المجتمع ويخفف من إعاقته إلى حد ما.

ترتبط عوامل البيئة/المحيط Environmental factors بأربعة عوامل فرعية على الأقل: الشكل رقم (10)

1. إمكانية الوصول Accessibility: مثل المدن التي فيها تضاريس طبيعية مرتفعة أو مستوية، وإمكانية الوصول إلى المباني (وجود ممرات متاحة لمستخدمي الكراسي المدولبة المتحركة، والمراحيض، وإشارات برايل وغير ذلك)، إضافةً لتوفر المعلومات السهلة المنال (مواقع الإنترنت، وتوفر الوثائق في صيغ متيسرة القراءة)، وتيسير إمكانية الوصول إلى وسائل النقل العامة والخدمات العامة وغير ذلك.

Some personal factors

Physical (inherent)

male/female
skin colour
visual impairment
hearing impairment
physical impairment
intellectual impairment
psychosocial impairment
fit / not fit

Socioeconomic (individual impact)

rich
middle class
poor
connected
isolated
educated
illiterate

بعض العوامل الشخصية

البدنية (المتأصلة)

ذكر/انثى
لون الجلد
الإعاقة البصرية
الإعاقة السمعية
الإعاقة البدنية
الإعاقة الفكرية
الإعاقة النفسية الاجتماعية
لائق صحيا/غير لائق

الاجتماعية الاقتصادية (الأثر الفردي)

غني
طبقة متوسطة
فقير
صاحب اتصالات
متعزل
متعلم
أمي

الشكل رقم (9): بعض أوجه العوامل الشخصية Personal factors



الشكل رقم (10): عوامل البيئة/المحيط Environmental factors

2. الجوانب القانونية/السياسات Legal/policy: وجود حماية من التمييز مقابل الحرمان من الحقوق على أساس الإعاقة، وسياسات موجهة لصالح الفقراء، وسياسات تشير صراحة إلى حقوق ذوي الإعاقة مقابل سياسات تتجاهل الأشخاص ذوي الإعاقة، وغير ذلك.

3. العوامل الاقتصادية-الاجتماعية Socioeconomic: العوامل القروية/الحضرية (مختلف المسائل المتعلقة بإمكانية الوصول)، الغنى/الفقر، امتلاك المجتمع وعياً إيجابياً بشأن الإعاقة، وانفتاح المجتمع على التغيير، وغير ذلك.

4. الخدمات Services: خدمات شاملة للجميع أو خدمات تمييزية (في قطاعات الصحة والتعليم ومراكز الشباب)، خدمات إعادة التأهيل القائمة في المجتمعات المحلية، خدمات الدعم الاجتماعي، توفر الخدمات بأسعار معقولة، وغير ذلك.

وأيضاً، يمكن أن تجتمع عوامل المحيط أيضاً لتضعف من الإعاقة أو تخفف من أثرها. ومع ازدياد الوعي بالإعاقة، يغلب أن يوجد خليط بين العوامل البيئية الإيجابية والسلبية بنفس الوقت. فعلى سبيل المثال، قد تصبح إمكانية الوصول إلى مدرسة ما متيسرة بتوفير ممرات للكراسي المتحركة. بيد أن خدمات النقل العام تظل غير متيسرة، وهذا يعني أن الطفل ذي العاهة البدنية لا يمكنه أن يصل إلى المدرسة، بالرغم من انفتاح بيئة المدرسة. وتقترن هذه العوامل لتحديد مدى إمكانية مشاركة الفرد في المجتمع، ومن ثم مدى وجود الإعاقة وبلغة مبسطة، تنتج الإعاقة من تفاعل العاهة مع العوائق:

$$\text{العاهة} \times \text{العوائق} = \text{الإعاقة}$$

$$\text{IMPAIRMENT} \times \text{BARRIERS} = \text{DISABILITY}$$

بينما ينتج الدمج من تفاعل العاهة مع البيئة سهلة الوصول:

$$\text{العاهة} \times \text{بيئة سهلة الوصول} = \text{الدمج}$$

$$\text{IMPAIRMENT} \times \text{ACCESSIBLE ENVIRONMENT} = \text{INCLUSION}$$

وبالخلاصة، يتم التعاطي مع مسألة الإعاقة في هذا النموذج وفق قواعد:

1. تكفل تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بجميع حقوق الإنسان تمتعاً كاملاً وعلى قدم المساواة، ويدعم احترام كرامتهم المتأصلة.
2. تركز على المساواة في الفرص، وعدم التمييز على أساس الإعاقة والمشاركة في المجتمع.
3. تتطلب من السلطات كفالة الحقوق وعدم تقييدها.
4. تعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة من أصحاب الحقوق.

ويقترح هذا النموذج معالجة الإعاقة من خلال:

1. إنفاذ التشريعات والقوانين لكفالة الإدماج الكامل وفي كل جوانب الحياة (المدرسة والأسرة والمجتمع المحلي والعمل..).

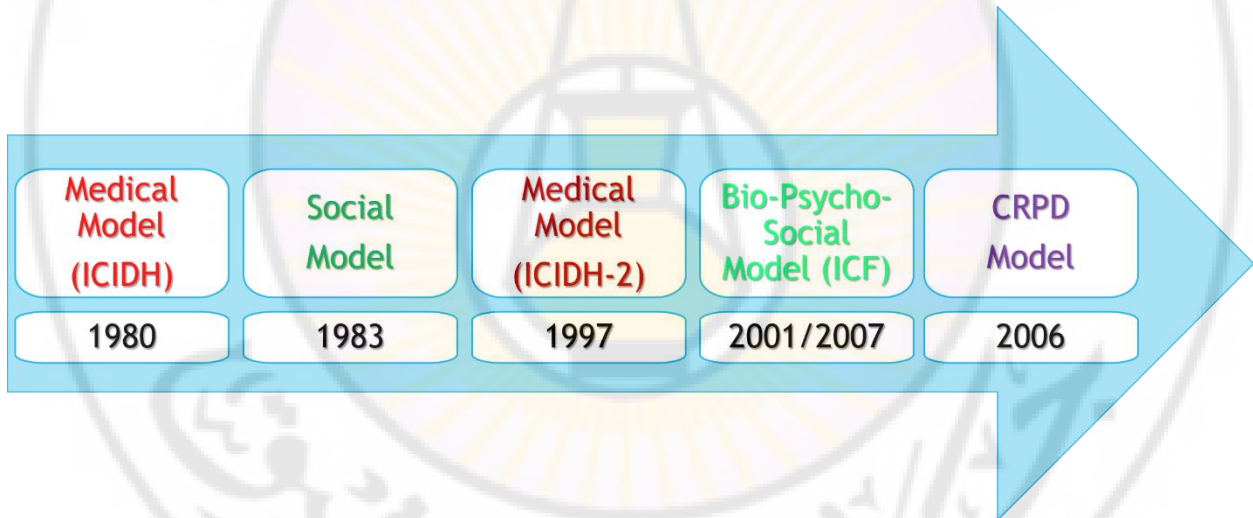
2. تطبيق السياسات لزيادة الوعي.

3. احترام الاعتراف أمام القانون على قدم المساواة.

4. تنظيم المجتمع والقطاع الخاص.

وبذلك تكون المسؤولية في مسألة الإعاقة على عاتق الدولة، وجميع الوزارات والمجتمع.

أخيراً، وبمراجعة سريعة ومبسطة، نجد بأن مختلف النماذج المفاهيمية للإعاقة قد تطورت خلال العقود الأربعة الأخيرة، وصولاً إلى نموذج اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والذي يؤكد ويعلن بأن الإعاقة مفهوم تطوري/قيد التطور، ما يشكل دافعاً بضرورة فهم مختلف النماذج وسياق تطورها. الشكل رقم (11)



الشكل رقم (11): مخطط يمثل مختلف النماذج المفاهيمية للإعاقة

ملاحظات متعلقة بالمصطلحات:

حيث أنه من الضرورة بمكان فهم وتوحيد التعريف المحدد لكل مكون من مكونات النماذج المفاهيمية، وحيث أن بعض المصطلحات تم استخدامها بشكل متباين بين مختلف النماذج لاسيما بالنسخة المعرّبة منها، لا بد من تثبيت الملاحظات التالية:

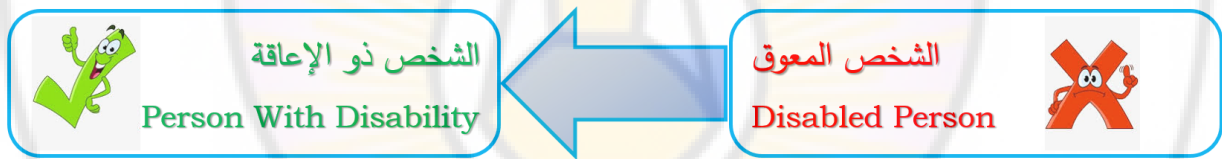
ملاحظة (1): إن مصطلح impairment بالإنكليزية، تم تعريبه رسمياً في النماذج السابقة إلى مصطلح "ضعف أو خلل" وأحياناً إلى "اعتلال" بينما تم تعريبه رسمياً في الاتفاقية إلى مصطلح "عاهة".

ملاحظة (2): كان يوجد تمييز واضح بين مصطلحي العجز disability والإعاقة handicap، حتى تم إلغاء مصطلح handicap في الـ ICF بشكل كامل عام 2001، ليصبح مصطلح العجز disability شاملاً لكل المشاكل "أي الخلل والتحدد في الأنشطة والتنقل في المساهمة" وبذلك يمثل الوجه السلبي لمصطلح "تأدية الوظائف functioning".

ملاحظة (3): تم تعريب مصطلح الـ disability رسمياً في الاتفاقية إلى مصطلح "الإعاقة".

ملاحظة (4): مصطلح Persons with Disabilities واختصاراً بـ PWDs تم تعريبه بمختلف الوثائق الرسمية إلى "الأشخاص ذوي الإعاقة"، مع ضرورة تجنب استخدام مصطلح "الشخص المعاق/المعوق disabled person" لما فيه من وصمة للشخص.

ملاحظة (5): إن موضوع المصطلحات التي تستخدم للإشارة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة أو التعامل معهم ذا أهمية خاصة. لذلك لا بد من تشجيع استخدام اللغة الملائمة - لاسيما من قبل العاملين في قطاع إعادة التأهيل - خاصة وأن الموضوع ليس متعلق بالمصطلحات المستخدمة وحسب، بل وذا دلالة هامة في نهج التعاطي مع الأشخاص ذوي الإعاقة. الشكل رقم (12)



*It is not just a language,
it is a concept*

ليست مجرد لغة
بل مفهوم

Personal problem	→	Social problem	←	مشكلة اجتماعية	←	مشكلة شخصية
Medical therapy	→	Social integration	←	دمج اجتماعي	←	معالجة طبية
Individual treatment	→	Social action	←	عمل اجتماعي	←	معالجة الشخص
Professional help	→	Group responsibility	←	مسؤوليات جماعية	←	مساعدة الاختصاصيين
Personal changes	→	Environmental change	←	تغيرات البيئة	←	تغيرات الشخصية
Behaviour	→	Attitude, culture	←	المواقف والثقافة	←	السلوك
Care	→	Human rights	←	حقوق الإنسان	←	الرعاية
Individual adaptation	→	Social change	←	التغيير الاجتماعي	←	التكيف الشخصي

الشكل رقم (12): بعض الدلالات ذات الأهمية عند استخدام المصطلحات الملائمة المتعلقة بالإعاقة

نُهج التعامل مع الإعاقة

Approaches to disability

توجد نهج مختلفة للتعامل مع الإعاقة في العالم، وبعضها أكثر حضوراً من غيره في بعض أنحاء العالم.

أولاً: النهج القائم على الإحسان The charity approach:

يتعامل النهج القائم على الإحسان مع الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم متلقين لأفعال الخير أو لمدفوعات الرفاه لا أفراداً ممكنين يملكون الحق في المشاركة في الحياة السياسية والثقافية والنماء. وما يميز هذا النهج هو أنه يعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة غير قادرين على التكفل بأنفسهم بسبب عاهاتهم. ونتيجة لذلك، فالمجتمع من يتكفل بهم.

ولا يمكن الحديث في هذا النهج عن أي ظروف مرتبطة بالمحيط، إذ يُنظر إلى الإعاقة باعتبارها مشكلة فردية. ومن هذا المنطلق، يكون الأشخاص ذوو الإعاقة مدعاة للشفقة ويعتمدون على تعاطف المجتمع. وبالإضافة إلى ذلك، يعتمد الأشخاص ذوو الإعاقة على أصحاب الواجب: دور الإحسان والمؤسسات الخيرية، والمؤسسات الدينية من مساجد وكنائس وغيرها، والتي يفوض المجتمع لها مسؤولية التعاطي مع الإعاقة وبالتالي المسؤولية عن الأشخاص ذوي الإعاقة.

وفي إطار هذا النموذج، يُنزع التمكين عن الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا يتحكمون في حياتهم وتقل مشاركتهم أو لا يشاركون بتاتاً. ويعتبرون عبئاً على المجتمع. ولأن الإحسان يأتي من حسن النوايا، فإن جودة "الرعاية" لا تكون بالضرورة متسقة أو حتى ذات بال.

- إذا اقتضت استجابات المجتمع للإعاقة على رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة ومساعدتهم من خلال برامج الإحسان، فإن فرص تقدمهم تصير محدودة جداً. الخطر يكمن في بقاء الأشخاص ذوي الإعاقة على هامش المجتمع. وهذا النهج لا يدعم مشاركتهم.
- إذا استمر اعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة "بؤساء" يُشفق عليهم، ويعتمدون على المساهمات والمساعدة وعلى حسن النية لدى الآخرين، فإن فرص تمكينهم تصبح ضعيفة جداً. وبدلاً من أن يعزز هذا النهج المساواة والإدماج، فإنه يزيد من المسافة بين الأشخاص ذوي الإعاقة والمجتمع.

ثانياً: النهج الطبي The medical approach:

في النموذج الطبي، ينصب التركيز كثيراً على عاهة (ضعف/خلل impairment) الشخص، والتي تُصوّر باعتبارها مصدراً لعدم المساواة، إذ أن حقوق واحتياجات الشخص تحدّد بالعلاج الطبي المقدم للمريض أو المفروض عليه. وبالتالي يتم "إصلاح أعطاب" الأفراد بالدواء أو إعادة التأهيل لكي يعودوا إلى المجتمع.

وفيما يخص الأشخاص ذوي العاهات العقلية تحديداً، يمكن أن يشكل العلاج الطبي فرصة للمريض "الجامح" (الأشخاص ذوو الإعاقات العقلية الذين غالباً ما يعتبرون أشخاصاً خطرين) لكي يصبح مريضاً "صالحاً".

ولكي يعتبر الأشخاص ذوو الإعاقة قادرين على التكفل بأنفسهم، فيتعين عليهم أن "يعالجوا" من العاهة أو على الأقل أن تخفّف العاهة إلى أدنى حد ممكن. ولا يمكن الحديث عن أي ظروف تتصل بالمحيط في هذا النهج، إذ يُنظر إلى الإعاقة باعتبارها مشكلة فردية. فالأشخاص ذوو الإعاقة هم مرضى يجب أن يعالجوا لكي يصبحوا أشخاصاً "عاديين". وعندما تُعامل الإعاقة باعتبارها مشكلة طبية في الأساس، يكون للخبراء مثل الأطباء، والمعالجين والممرضين سلطة واسعة على الأشخاص ذوي العاهات، ويتخذ العاملون في المؤسسة قرارات تخص المرضى، وتُعامل تطلعات هؤلاء المرضى في إطار طبي. وإذا تعذرت إعادة الإدماج الكامل، فلن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من العودة إلى المجتمع وسيظلون في المؤسسات. وتفهم الإنجازات والإخفاقات داخل أسوار المؤسسة باعتبارها تتصل بالعاهة ومن ثمّ فهي مبررة. وغالباً ما يمتزج هذا النموذج بالنهج القائم على الإحسان. فعلى سبيل المثال، تجمع الخيريات الأموال من أجل مرافق إعادة التأهيل وتسييرها. وأصحاب الواجب في هذا النهج هما القطاع الصحي والدولة.

وعندما يقترن هذا النموذج بالنهج القائم على الإحسان، فإن دور الإحسان والمؤسسات الدينية تضطلع أيضاً بدور هام. وفي إطار هذا النموذج، يُنزع التمكين عن الأشخاص ذوي الإعاقة ولا يتحكمون في حياتهم وتقل مشاركتهم أو تتعدم. وعادة ما يمثل القطاع الصحي والعاملون فيه والخيريات مصالح الأشخاص ذوي الإعاقة، لأنه يُنظر إليهم باعتبارهم يملكون المعرفة بما يخدم المصالح الفضلى لمرضاهم.

ثالثاً: النهج الاجتماعي The social approach:

يطرح النهج الاجتماعي نوعاً مختلفاً تماماً من التفكير: فيقرّ بالإعاقة باعتبارها نتيجة بيئة الشخص التي لا تستوعب اختلافات ذلك الفرد. ويعيق غياب الاستيعاب مشاركة الفرد في المجتمع. ولا يعزى عدم المساواة إلى العاهة، بل إلى عدم قدرة المجتمع على إزالة الحواجز التي تعترض الأشخاص ذوي الإعاقة. ويضع هذا النموذج الشخص لا عاهته في صميم اهتمامه، ويقرّ بقيم الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم كجزء من المجتمع. لا يلغي الانتقال النهج الاجتماعي بأية حال أهمية الرعاية والنصح والمساعدة التي يقدمها الخبراء الطبيون والمؤسسات الطبية، والتي قد تطول مدتها أحياناً، بل في حالات عدة، يتطلب الأشخاص ذوو الإعاقة المعالجة الطبية والرعاية، وإجراء الفحوص، والرصد الدائم وتناول الأدوية. في هذا النهج يواصل الأشخاص ذوي الإعاقة الذهاب إلى المستشفيات والمراكز التي توفر علاجاً خاصاً عند الاقتضاء.

وفي إطار النهج الاجتماعي، لا تعد الإعاقة "خطأ" للمجتمع بل عنصراً من عناصر تنوعه. فالإعاقة هي بناء اجتماعي وليست الإعاقة مشكلة فردية بل نتيجة لسوء تنظيم المجتمع. ونتيجة لذلك، ينبغي أن يعيد المجتمع

هيكله سياساته، وممارساته، ومواقفه، وإمكانية الاستفادة من المحيط، والأحكام القانونية والمنظمات السياسية ومن ثم تفكيك الحواجز الاجتماعية والاقتصادية التي تمنع الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة الكاملة. يقتضي هذا النهج أن يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة في صياغة جميع السياسات والقوانين. وصاحب الواجب في إطار هذا النموذج هو المجتمع.

وفي إطار هذا النهج، يمكّن الأشخاص ذوو الإعاقة، ويتحكمون في حياتهم ويتمتعون بالمشاركة الكاملة على قدم المساواة مع غيرهم. وبذلك لا يقع عبء الإعاقة عليهم بل على المجتمع.

رابعاً: النهج القائم على حقوق الإنسان The human rights approach:

يعترف النهج القائم على حقوق الإنسان بأن الأشخاص ذوي الإعاقة أصحاب حقوق وأن الدولة وغيرها مسؤولون عن احترام هؤلاء الأشخاص. ويتعامل مع الحواجز في المجتمع باعتبارها تمييزية، ويتيح للأشخاص ذوي الإعاقة مجالاً لتقديم الشكاوى عندما يواجهون تلك الحواجز.

ومن الأمثلة على ذلك مسألة الحق في التصويت. فالشخص المكفوف له الحق في التصويت مثل غيره في المجتمع. بيد أنه إذا لم تُتَّحِ معدّات التصويت في أشكال متيسرة من قبيل لغة برايل وتعذر على الشخص أن يصطحب شخصاً موثقاً به إلى قاعة التصويت لمساعدته في تحديد المرشح الذي يختاره، فعندها لن يكون بإمكان الشخص المكفوف التصويت. ويقرّ النهج القائم على حقوق الإنسان في التعامل مع الإعاقة أن غياب معدّات التصويت وعدم القدرة على توفير المساعدة في التصويت يمثلان ضرباً من التمييز، ويضع على عاتق الدولة مسؤولية التكفل بإزالة هذه الحواجز التمييزية. وعند تعذر ذلك، ينبغي أن يكون الشخص المعني قادراً على تقديم شكوى رسمية.

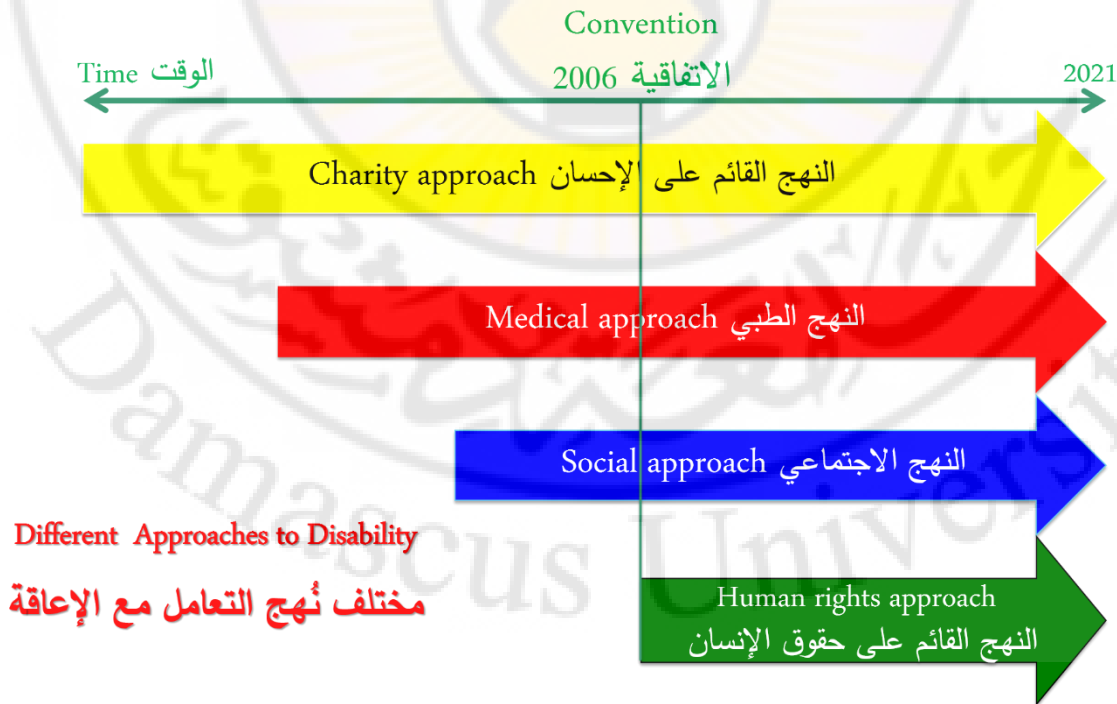
الباعث في النهج القائم على حقوق الإنسان ليس الشفقة، بل الكرامة والحرية. ويسعى هذا النهج إلى إيجاد سبل لاحترام التنوع البشري ودعمه وإعلاء شأنه بتهيئة الظروف التي تمكن طائفة واسعة من الأشخاص، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، من المشاركة الفعلية. وبدل التركيز على الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم مجرد متلقين لأفعال الإحسان، يسعى هذا النهج إلى مساعدة الأشخاص على مساعدة أنفسهم لكي يتمكنوا من المشاركة في المجتمع، وفي التعليم وفي مكان العمل، وفي الحياة السياسية والثقافية ومن الدفاع عن حقوقهم من خلال الوصول إلى العدالة.

يمثل النهج القائم على حقوق الإنسان اتفاقاً والتزاماً من جانب الأشخاص ذوي الإعاقة، والدول ومنظومة حقوق الإنسان الدولية، إذ أنه يلزم جميع الدول التي صدقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ويجب على الدول أن تقضي على الأفعال التمييزية وأن تمنع حدوثها.

يقر النهج القائم على حقوق الإنسان أن جميع السياسات والقوانين ينبغي أن تصمّم بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة، وأن تُدرج الإعاقة في جميع مناحي الحياة السياسية. وحسب هذا النموذج، لا ينبغي أن تصمّم أي سياسات "خاصة" من أجل الأشخاص ذوي الإعاقة، بالرغم من الخصائص المطلوبة للائتمثال لمبدأ المشاركة الكاملة. وفي إطار هذا النهج، تكون الدولة هي صاحبة الواجب الرئيسية - بما في ذلك جميع وزاراتها وفروعها، إضافةً لدور منوط بالمجتمع لا سيّما الأشخاص ذوو الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم، ويكون للأشخاص ذوي الإعاقة الحقوق والأدوات التي تمكنهم من المطالبة بحقوقهم. ويملكون الأدوات التي تمكنهم من التحكم بحياتهم والمشاركة الكاملة على قدم المساواة مع غيرهم. ويقضي النهج القائم على حقوق الإنسان أن يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة مشاركة وثيقة في صنع القرارات بموجب القانون.

ما هو النهج السائد حالياً؟

النهج القائم على الإحسان هو أقدم هذه النهج الأربعة، يليه النهج الطبي، فالنهج الاجتماعي، وأخيراً النهج القائم على حقوق الإنسان. بيد أن جميع هذه النهج لا تزال سائدة حتى اليوم. وبالرغم من اعتماد الاتفاقية، لا يزال النموذجان القائمان على الإحسان وعلى النهج الطبي شائعين جداً بمختلف أوساط الدول الموقعة والمصادقة على الاتفاقية بما فيها "مجتمعات حقوق الإنسان". الشكل رقم (13)



الشكل رقم (13): شكل يمثل تطور مختلف نهج التعاطي مع الإعاقة واستمرارها حتى اليوم

عموماً -بغياح حقوق الإنسان- تكون التصورات الناجمة عن التعامل مع مسألة الإعاقة وفق التالي:

1- تصوير الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم أشخاصاً "خاصين Special":

مما يجعل المعاملة "خاصة special" بدلاً من أن تكون المعاملة "دامجة/شاملة inclusive". ومصطلح "خاص" غالباً ما يُثار في ارتباط مع الأشخاص ذوي الإعاقة: الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة، المدارس الخاصة، الخدمات الخاصة، المؤسسات الخاصة. فأن يكون المرء خاصاً في سياق الإعاقة ليس بالضرورة أمراً محموداً؛ بل قد يفضي إلى التهميش.

لنأخذ المدارس الخاصة على سبيل المثال: تمكن المدارس الخاصة الأشخاص ذوي الإعاقة من التفاعل فقط مع أشخاص آخرين ذوي إعاقة أو مع بعض "المهنيين". وهذا يجبرهم على العيش في وضع غير واقعي لأنه لا يجسد تنوع المجتمع ولا يفيد لا الأشخاص ذوي الإعاقة ولا الأشخاص من غير ذوي الإعاقة، بل لا يوجد أي فوائد للأفعال/القرارات الرامية إلى عزل البشر، لأن البشر اجتماعيون بطبعهم، والأطفال يحق لهم الدراسة واللعب مع أقرانهم. وينبغي أن يكون التنوع والإدماج هو القاعدة، والمدرسة المعزولة ليست مرآة حقيقية للمجتمع. إذ يكون التنوع محدوداً جداً، والمشاكل التي تُناقش بين الطلبة "ذوي الاحتياجات الخاصة" والأساتذة "المختصين" تتأثر بالبيئة المركزة على الإعاقة، ومقارعة الأفكار والآراء تقتصر إلى جمهور أكثر تنوعاً، بما في ذلك الأشخاص من غير ذوي الإعاقة الذين لا يواجهون حواجز مادية أو على صعيد المواقف. ويمثل الحق في التعليم حقاً هاماً، يترابط مع سائر حقوق الإنسان، ويتعلمون النظريات والمهارات والانضباط، وتترسخ لديهم القيم، والمدرسة في حد ذاتها هي مجتمع يتعلم التلاميذ الصغار العيش في المجتمع والتفاعل باستمرار مع سائر أفراد المجتمع، فالمدرسة فرصة أولية للعيش المستقل الذي يشمل في مرحلة لاحقة من الحياة الاستفادة من فرص العمل والمشاركة في الحياة العامة وتكوين أسرة.. الخ.

2- تصوير الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم "خطرين dangerous":

على مر التاريخ، تعرض الأشخاص ذوو الإعاقات العقلية والذهنية لسوء المعاملة والإهمال في معظم المجتمعات، ولا يزال الوصم بالعار والخرافات حول الأمراض العقلية من الأمور الشائعة التي غالباً ما تكون نتيجتها هي التمييز والإقصاء.

وقد أدى التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية والذهنية إلى ظهور طبقة من الأشخاص الذين يُنزع عنهم التمكين ويتعرضون للحرمان بشكل ممنهج. وبسبب الوصم بالعار الذي يحيط بالمرض العقلي، أصبح الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة مشردين، وعاطلين عن العمل، وغير متعلمين ومعزولين اجتماعياً ويفتقرون للرعاية الصحية المناسبة. ومعظم الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية والذهنية ليسوا عنيفين، ولا هم أكثر عرضة لارتكاب

أفعال أو جرائم عنيفة كمن لم يعانون من الإعاقة العقلية، بل إن الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية لهم نفس القدر من الذكاء كغيرهم وهم قادرين على العمل. والقول إن الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية أقل عنفاً من الأشخاص غير المعوقين يقرّ بوجود العنف باعتباره مشكلة اجتماعية.

3- تصوير الأشخاص ذوي الإعاقات باعتبارهم أشخاصاً "خارقين للعادة superhuman":

عادة ما تصور وسائل الإعلام الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم خارقين للعادة نوعاً ما. وفي هذه المحاولة الظاهرة للترويج لصور إيجابية عنهم (وهو أمر مرحب به بطبيعة الحال)، قد تكون النتيجة مثلها مثل ترويج الخرافات الأخرى، ومنها أن الأشخاص ذوي الإعاقة يصبحون ذوي بعد واحد.

فهم يتحلون بالشجاعة، وهم أقوى وأقاربون نوعاً ما على التغلب على صعوبة جسيمة (الإعاقة). وعند التدقيق في الأمر عن كثب، فإن هذه الصورة التي قد تكون إيجابية يفهم منها أن غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون حياة صعبة وتغدو الإعاقة صعوبة لا سبيل إلى التغلب عليها، ويُقدم البطل كشخص تمكن من التغلب على محنة لم يسلم منها الكثيرون. غافلين بذلك عن كون الشخص ذو الإعاقة إنسان له مواطن قوة وضعف، مثله مثل غيره.

صحيح أن من المهم أن يصوّر الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة إيجابية لدى الجمهور (بغرض إنكاء الوعي) لكن يجب تسليط الضوء على حياة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين حققوا إنجازاً ملموساً في السياسة، والرياضة، والآداب أو أي مجال آخر، دون حصر إنجازات هذا الشخص في تغلبه على الإعاقة، بل أنه قد تمكن من التغلب على مجموعة كاملة من الحواجز التي تواجه أي شخص يسعى إلى الشهرة، كالتفوق في الدراسة والمنافسة مع الزملاء وتطلعات المجتمع وغير ذلك.

4- تصوير الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم "عبئاً burden":

خلافاً لخرافة الأشخاص الخارقين للعادة، غالباً ما يصوّر الأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارهم عبئاً على المجتمع وعلى الأسرة وعلى الأصدقاء. هذا التصور ما زال قائماً بوجه خاص في وسائل الإعلام، فكم مرة شاهدنا برنامجاً وثائقياً يركز على والدي طفل ذي إعاقة، والكفاح الذي يبذلانه، والصعوبات التي يواجهونها بسبب المواقف إزاء طفلها، والطريقة التي تغيرت بها حياتهما وغير ذلك.

وقد يؤدي ذلك إلى آثار سلبية على الأشخاص ذوي الإعاقة، فمثلاً: "يمكن أن يعتقدوا أنهم يمثلون عبئاً بالفعل، وقد يخلصون إلى توقع أنهم لا يفترض بهم العيش بشكل مستقل، وقد لا يتوقع منهم الآباء والأساتذة أن يكونوا مكتفين بذواتهم وأن يقبلوا تحمل عبء المسؤولية، مما يعزز المعتقدات بأن الأشخاص ذوي الإعاقة هم عبء.

النتائج الفعلية لمختلف نُهج التعامل مع الإعاقة

The actual outcome of different approaches to disability

صحيح أن مختلف النماذج المفاهيمية للإعاقة، وبالتالي النهج المتبعة في مسألة التعاطي مع الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، جميعها ذات غايات وأغراض نبيلة تجاه مسألة الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن النتائج الفعلية/الحقيقية يمكن توضيحها بأحد الأشكال الموضحة بالشكل رقم (14) أدناه.

وحيث أن المصطلحات الإنكليزية المستخدمة في توصيف وتوضيح الأشكال ذات معنى محدد، سيتم عرض دلالاتها المعجمية وفق التالي:

1. الاستبعاد/الإقصاء: هو الفعل الذي لا يسمح (يمنع) لشخص أو شيء للمشاركة في نشاط أو دخول مكان.

Exclusion: the act of not allowing someone or something to take part in an activity or to enter a place.

2. العزل/الفصل: هو السياسة التي تضمن فصل مجموعة من الناس عن أخرى، ومعاملتها بشكل مختلف، خاصة بسبب العرق أو الجنس أو الدين.

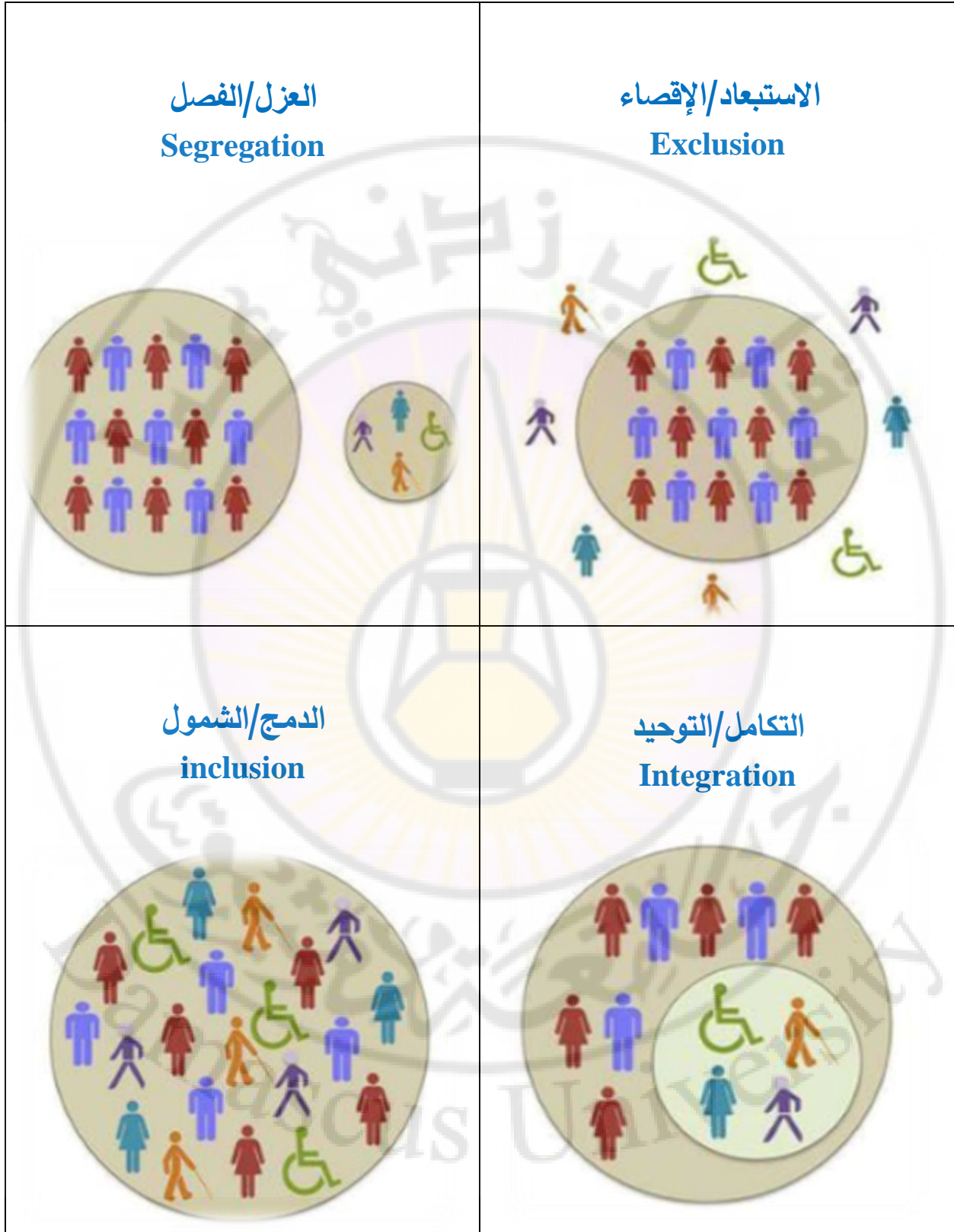
Segregation: the policy of keeping one group of people apart from another and treating them differently, especially because of race, sex, or religion.

3. التكامل/التوحيد: هو الإجراء أو العملية التي تكفل انضمام أو اختلاط بشكل ناجح لمجموعة مختلفة من الناس.

Integration: the action or process of successfully joining or mixing with a different group of people.

4. الدمج/الشمول: هو فعل تضمين شخص أو شيء كجزء من مجموعة أو قائمة أو ما إلى ذلك..

Inclusion: the act of including someone or something as part of a group, list, etc.



الشكل رقم (14): النتائج الفعلية لمختلف نُهج التعامل مع الإعاقة

التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

النموذج المفاهيمي للتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):

إن النموذج المفاهيمي للـ ICF يركز على "النموذج الحيوي - النفسي - الاجتماعي للإعاقة Biopsychosocial model of disability"، حيث تأسس على الدمج بين كل من "النموذج الطبي الحيوي للإعاقة Biomedical model of disability" و"النموذج الاجتماعي للإعاقة Social model of disability". حيث تم استعمال مقاربة "حيوية-نفسية-اجتماعية" لمفهوم تأدية الوظائف بكل المستويات، وبذلك يوفر الـ ICF صورة متماسكة حول مختلف الأبعاد الصحية، البيولوجية والفردية والمجتمعية. راجع الشكل رقم (6)

في الـ ICF يكون العجز مقابل الصحة، وبشكل مبسط، تتمثل الصحة بتأدية الوظائف في كل المستويات (الوظائف والبنى الجسمية، والأنشطة، والمشاركة)، بينما يحدث العجز من خلال تأثر وتأدي تأدية الوظائف وبأي من المستويات الثلاث.

إذ تعتبر تأدية الوظائف لشخص ما وكذلك عجزه بمثابة تفاعل ديناميكي بين المشاكل الصحية (الأمراض والاضطرابات Disorders والإصابات Injuries والرضوح Traumas الخ..) والعوامل الطرفية، حيث تتفاعل العوامل البيئية مع كل المكونات الخاصة بتأدية الوظائف والعجز. راجع الشكل رقم (7)



مثال تطبيقي توضيحي: إن الجدة (س.ك) تحب أن تمضي وقتها مع حفيدتها. وفي السنوات الأخيرة، تطور لديها التهاب المفاصل الرثياني للحد الذي أصبح يؤثر بشكل كبير على رعايتها لحفيدتها. فقد أصاب المرض الركبتين والمعصمين واليدين، إلا أن إصابة مفاصل اليدين كانت الأشد والأكثر تأثيراً عليها، حيث أصبحت بصعوبة تستطيع إنجاز المهارات البسيطة باليدين كمساعدة حفيدتها على تزيير معطفها.

فالصحة لدى هذه الجدة تتمثل بتأدية الوظائف Functioning في كل من المستويات وفق التالي: تتمثل المشاركة participation الفعالة للجدة بالعناية بالآخرين (لاسيما حفيدتها)، وذلك يتطلب منها القيام بأنشطة activity عديدة وعلى رأسها التعامل باليد مع الأشياء الصغيرة والمسك والمهارات الدقيقة باليدين، كما أن تنفيذ هذه الأنشطة يحتاج لوجود سلامة عدد من الوظائف الجسدية body functions (منها حركية وثباتية

مفاصل اليد والقوة العضلية لعضلات اليد..) إضافةً لسلامة عدد من البنى الجسدية body structures (منها المفاصل والعضلات في اليدين).

أما العجز Disability لدى هذه الجدة يتمثل بتأثر تأدية الوظائف في كل من المستويات وفق التالي:
إن وجود الضعف/الخلل impairment في بعض الوظائف الجسمية body functions (مثل حدوث التحدد الحركي والضعف العضلي)، إضافةً لوجود الضعف/الخلل impairment في بعض البنى الجسمية body structures (مثل المفاصل والعضلات)، سوف يؤدي إلى تحدد بالأنشطة activity limitation لدى الجدة لاسيما الأنشطة التي تتطلب منها مهارات دقيقة باليدين مثل ترزير الأزرار، وهذا بدوره سوف يسبب تقلصاً في المشاركة participation restriction الاجتماعية وبالتالي تتجنب مساعدة الآخرين لاسيما حفيدتها.

أهداف التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):

يمكن تلخيص أهدافه المحددة بما يلي:

1. توفير قاعدة علمية تمكّن من فهم ودراسة الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة ونتائجها ومحدداتها؛
2. إرساء لغة موحدة لوصف الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة من أجل تحسين التواصل بين مختلف المستخدمين كالعاملين في قطاع الرعاية الصحية والباحثين وأصحاب القرار وعامة الناس بما فيهم الأشخاص المصابين بالعجز؛
3. السماح بمقارنة المعطيات بين البلدان، وبين الاختصاصات الصحية، وبين الخدمات، خلال الزمن؛
4. إيجاد نظام ترميز منهجي يصلح لبناء نظم معلوماتية صحية.

تطبيقات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):

يستخدم التصنيف لعدة أغراض منها:

1. كأداة إحصائية - لجمع المعطيات وتسجيلها (في الدراسات والمسوحات السكانية أو في نظم إدارة المعلومات)؛
2. كأداة للبحث - تصلح لقياس النتائج، وجودة الحياة أو العوامل البيئية؛
3. كأداة سريرية - تصلح لتحديد الحاجات، واختيار المعالجة المناسبة، وللتقييم والتأهيل المهني، وتقييم النتائج؛
4. كأداة لرسم السياسات الاجتماعية وتصميمها وتنفيذها - كتخطيط سياسة الضمان الاجتماعي؛
5. كأداة للتعليم - كتصميم المناهج، ورفع الوعي، والقيام بالأنشطة الاجتماعية.

رغم أنّ التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة يُعتبر بالأساس تصنيفاً خاصاً بالصحة وبالميادين المتعلقة بالصحة، إلا أنه يستعمل كذلك في قطاعات أخرى مثل التأمين والحماية الاجتماعية والعمل والشغل

والتربية والاقتصاد وتنمية السياسة الاجتماعية والتشريعات العامة والمتغيرات البيئية. لذا تم قبوله كأحد التصنيفات الاجتماعية للأمم المتحدة وهو يعد مرجعاً ويشمل مبادئ تساوي الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities، إذ يعتبر التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة أداة مناسبة لإرساء مثل هذه القيم العالمية من خلال التشريعات الوطنية.

تقديم/عرض Presentation التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):

صدر التصنيف بعدة نسخ عن منظمة الصحة العالمية، وهي:

1. النسخة الكاملة الـ ICF، وهي تقدّم تصنيفاً مفصّلاً على أربعة مستويات. صدر بالعام 2001م.
2. والنسخة المختصرة الـ ICF-Short Version تحصر نظام التصنيف ليشمل الميادين بالمستوى الثاني فقط. صدر بالعام 2001م.
3. ونسخة الأطفال والشباب الـ ICF-CY، تشمل معلومات أكثر تفصيلاً حول تطبيقات الـ ICF عند الأطفال والشباب دون عمر الـ 18. صدر بالعام 2007م.

خصائص Properties التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):

كل تصنيف يحدد بوضوح ما الذي يصنّفه، عالم الطيف الواسع Universe، ومداه Scope، والوحدات المصنفة Units، وكذلك تنظيم كل هذه العناصر، وكيفية ترابطها مع بعضها البعض.

- عالم الطيف الواسع Universe في التصنيف:

يهتم التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF) بكل جوانب الصحة البشرية وبعض المكونات المتعلقة بالصحة وبالرفاهة والتي يوصفها بـ "الميادين الصحية والميادين المتعلقة بالصحة Health domains and Health-related domains". إذ يظل الـ ICF في حدود المجال الصحي وهو لا يشمل الظروف غير المتعلقة بالصحة مثل التي تهتم بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية غير المتعلقة بالمشاكل الصحية. كأن يعاني شخص ما من تقلص في تنفيذ بعض المهام في إطار بيئته الحالية وذلك من جراء العرق أو الجنس أو الدين أو أي سبب اجتماعي أو اقتصادي آخر، لكن ذلك لا يُعتبر تقلصاً بالمساهمة متعلقاً بالصحة مثلما هو مصنف في الـ ICF.

كما أنه يوجد سوء فهم بأن الـ ICF يخص فقط الأشخاص المصابين بالعجز، والواقع أنه يخص كل الناس. فالحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة والتي هي مرتبطة بكل المشاكل الصحية على مستوى الجسم والفرد والمجتمع، يمكن وصفها باستعمال الـ ICF، أي أن الـ ICF تطبيقات عامة.

- مدى Scope التصنيف:

يقدم الـ ICF وصفاً Description للأوضاع المتعلقة بتأدية الوظائف وكذلك المتعلقة بالتقليص Restrictions الحاصل فيها، ويعطينا أيضاً إطاراً لتنظيم المعلومات ومنظومة تمكنا من تقديم هذه المعلومات بطريقة مفهومة ومترابطة وسهلة المنال.

- لمحة عن مكونات التصنيف:

يتألف التصنيف من جزأين Parts اثنين، يحتوي كلٌّ منهما على مكونين Components اثنين:

الجزء (1): تأدية الوظائف والعجز Functioning and Disability:

أ- المكون الخاص بالجسم Body، ويحتوي على تصنيفين الأول يهتم بالوظائف الجسمية Body Functions والثاني بالبنى الجسمية Body Structures، وقد صُنفت كل منها في فصول موزعة حسب أجهزة الجسم.

ب- المكون الخاص بالأنشطة والمساهمة Activities and Participations، ويحتوي على مجمل الميادين التي تبين الجوانب المتعلقة بتأدية الوظائف من المنظور الفردي والمنظور الاجتماعي.

الجزء (2): العوامل الظرفية Contextual Factors:

أ- العوامل البيئية Environment Factors، وتؤثر على كل مكونات تأدية الوظائف والعجز، وقد تم تصنيفها بالعوامل القريبة جداً من الفرد وصولاً إلى العوامل البيئية العامة.

ب- العوامل الشخصية Personal Factors، من مكونات العوامل الظرفية لكن لم يتم تصنيفها في الـ ICF نظراً للاختلافات الاجتماعية والثقافية المرتبطة بها.

يمكن التعبير عن كل هذه المكونات باستعمال مصطلحات إيجابية أو سلبية.

يتألف كل مكون من عدة ميادين Domains (تمثل الفصول الرئيسية ضمن الوظائف الجسمية، والبنى الجسمية، والأنشطة والمشاركة، والعوامل البيئية).

وتتألف الميادين بدورها من عدة فئات Categories (أصناف رئيسية classes وأخرى فرعية subclasses) وهي وحدات التصنيف.

يمكن تسجيل الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة باختيار رموز الفئة المناسبة وإضافة الموصفات Qualifiers، وهذه جميعاً روافيز رقمية تبين مقدار أو حجم تأدية الوظائف أو العجز ضمن فئة معينة، أو

مدى الدور الذي يمثله العامل البيئي كميّسّر Facilitator أو عوائق Barrier. الجدول رقم (5) والشكلين رقم

(15-أ) بالعربية و(15-ب) بالإنكليزية توضح بناء الـ ICF.

- المسائل التصنيفية والاصطلاحية التي تم استخدامها بصورة عملية في التصنيف:

تمت صياغة الـ ICF حسب ترتيب هرمي يأخذ بعين الاعتبار المبادئ التصنيفية التالية:

- تم تصنيف مكونات الوظائف الجسمية والبنى الجسمية ومكونات الأنشطة والمساهمة ومكونات العوامل البيئية بطريقة مستقلة عن بعضها، وبالتالي لا يوجد تكرار لأي لفظ ينتمي لإحدى هذه المكونات في المكونات الأخرى.
- داخل كل مكون، تمت صياغة الفئات حسب رسم ممتثل في جذع تتفرع منه أوراق، بحيث أن الفئات الموجودة في مستوى سفلي لها نفس خاصيات الفئات في المستوى الأعلى وهي تعتبر جزءاً منها.
- تتصف الفئات بالتنافي -أو بالاستبعادية المتبادلة- أي أنه لا يمكن أن يتقاسم صنفين اثنين في نفس المستوى بنفس الخاصيات.

إن المصطلحات هي تسمية مفاهيم معينة بواسطة تعابير لغوية (كلمات أو جمل)، متفق عليها تعطيها معانٍ محددة. فمن المهم بمكان الاتفاق على المصطلح الذي يعكس بالطريقة الأحسن المضمون في كل لغة بطريقة تركز على الدقة والقبول والاستعمال العام. لذلك لا بد من تعريف المصطلحات الشائعة المستخدمة بالـ ICF. راجع الجدول رقم (4)

- وحدات Units التصنيف:

يصنف الـ ICF الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة لذا فإن وحدات التصنيف هي الأصناف الموجودة في ميادين الحالات الصحية وميادين الحالات المتعلقة بالصحة، فمن المهم جداً الإشارة إلى أنّ الأشخاص لا يمثلون وحدات التصنيف، ما يعني أن الـ ICF لا يصنف الأشخاص، بل يصنف أوضاع الأشخاص ضمن ميادين صحية وميادين متعلقة بالصحة، ويكون هذا الوصف دائماً في إطار العوامل الظرفية.

فيما يلي عناوين التصنيف على مستوى واحد / أي قائمة عناوين فصول التصنيف:

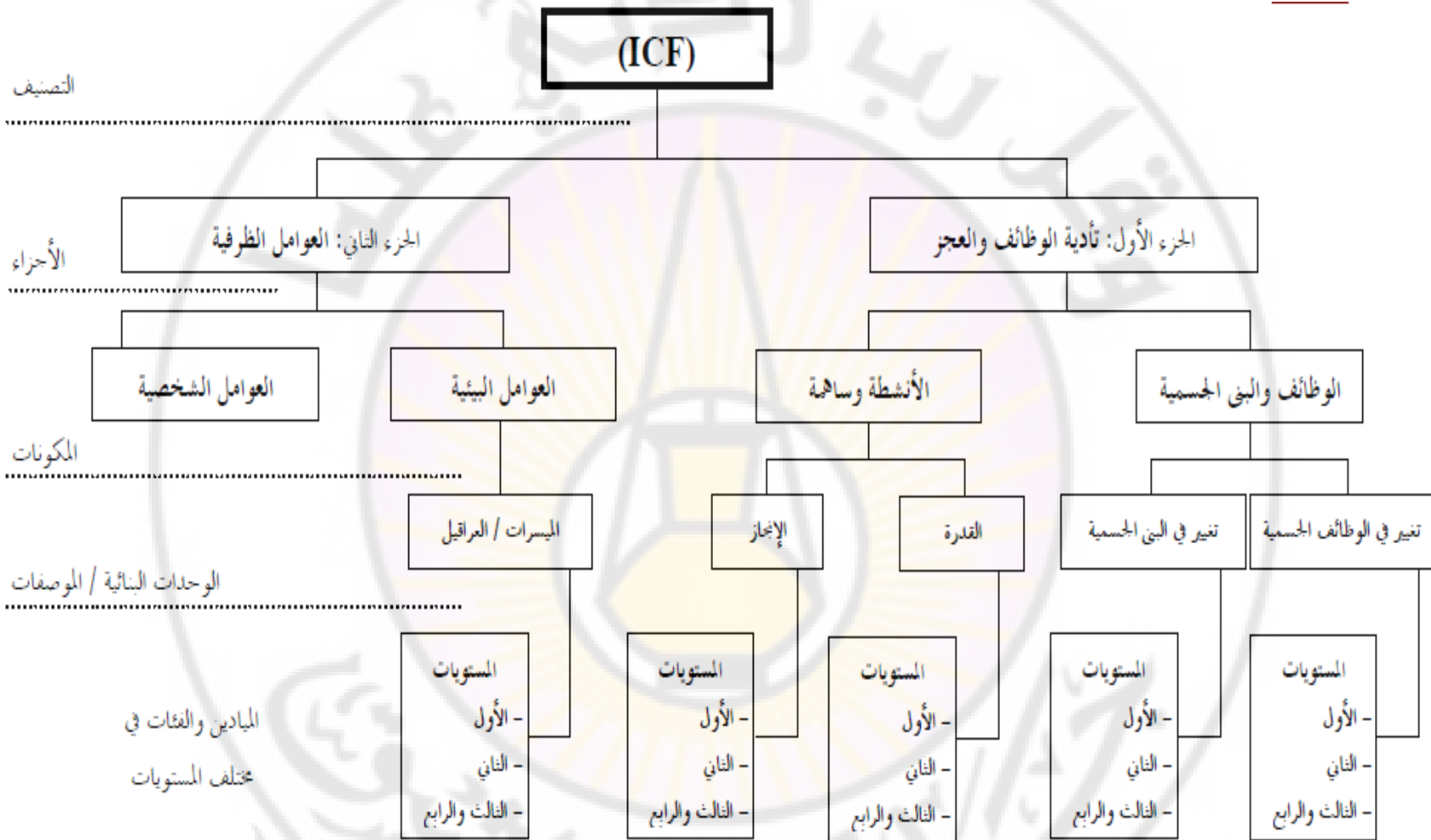
الوظائف الجسميّة:

- الفصل 1 الوظائف النفسية
- الفصل 2 الوظائف الحسيّة والألم
- الفصل 3 الوظائف الصوتية والكلام
- الفصل 4 وظائف الجهاز القلبي الوعائي، والجهاز الدموي، والجهاز المناعي، والجهاز التنفسي
- الفصل 5 وظائف الجهاز الهضمي وجهاز الاستقلاب (الأبيض) وجهاز الغدد الصمّ
- الفصل 6 وظائف الجهاز البولي التناسلي والإنجابي

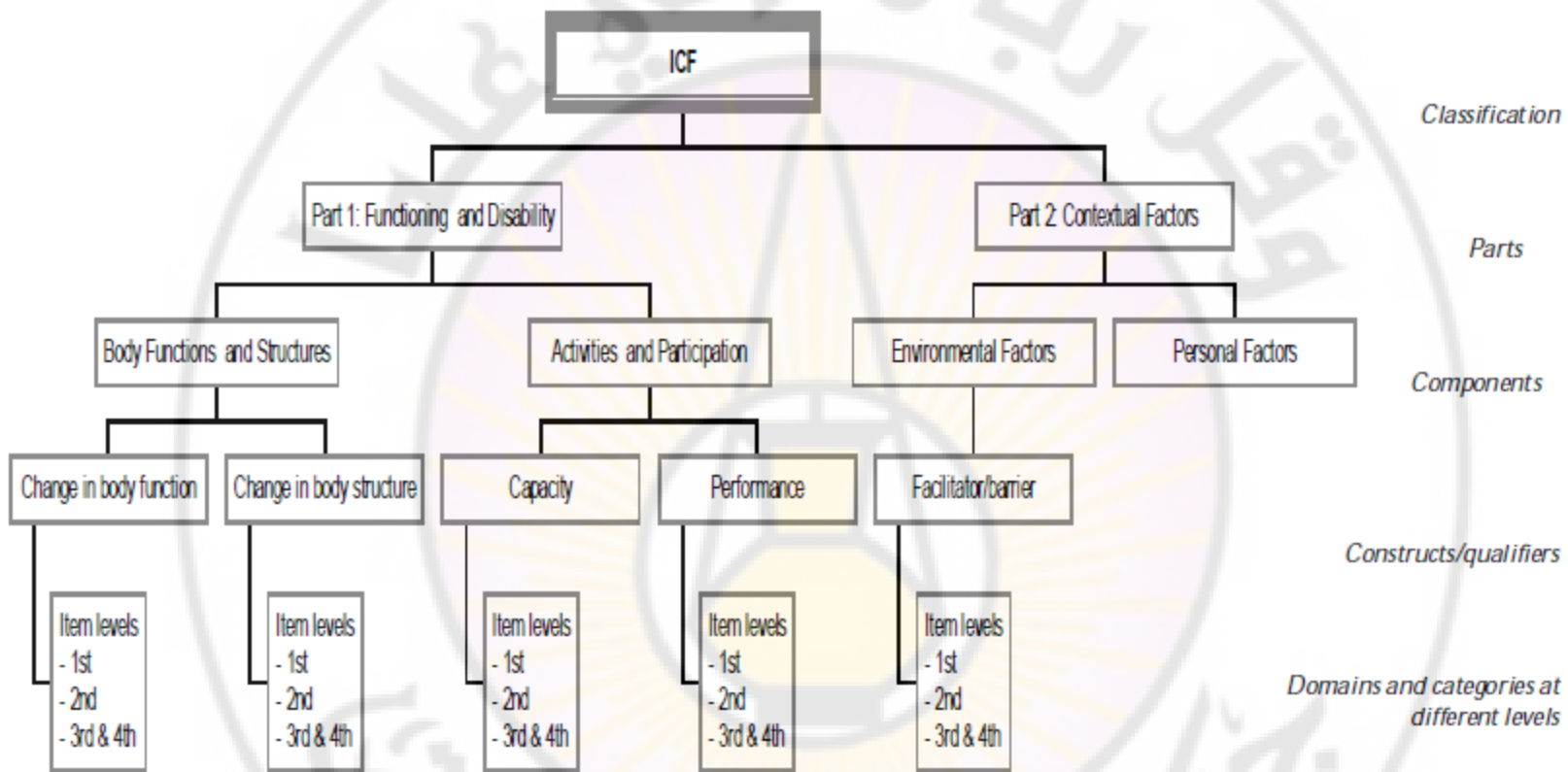
7	الفصل	وظائف الجهاز العصبي الحركي والوظائف الحركية ذات العلاقة
9	الفصل	وظائف الجلد والبني المرتبطة به البني الجسمي:
1	الفصل	الجهاز العصبي
2	الفصل	العين والأذن والبني المرتبطة بهما
3	الفصل	البني المتعلقة بالصوت والكلام
4	الفصل	الجهاز القلبي- الوعائي والجهاز المناعي والجهاز التنفسي
5	الفصل	البني المرتبطة بالجهاز الهضمي وجهاز الاستقلاب (الأيض) وجهاز الغدد الصم
6	الفصل	البني المرتبطة بالجهاز البولي التناسلي والجهاز الإنجابي
7	الفصل	البني المرتبطة بالحركة
8	الفصل	الجلد والبني المرتبطة به الأنشطة والمشاركة:
1	الفصل	التعلم وتطبيق المعارف
2	الفصل	المهام والمتطلبات العامة
3	الفصل	التواصل والاتصال
4	الفصل	الحركة والتحرك
5	الفصل	الاعتناء الذاتي
6	الفصل	الحياة المنزلية
7	الفصل	التعاملات الشخصية والعلاقات مع الغير
8	الفصل	المجالات الأساسية في الحياة
9	الفصل	الحياة المجتمعية والاجتماعية والمدنية العوامل البيئية:
1	الفصل	المنتجات والتكنولوجيا
2	الفصل	البيئة الطبيعية والتغيرات المحدثة في البيئة من قبل الإنسان
3	الفصل	الدعم والعلاقات الشخصية
4	الفصل	المواقف والتصرفات
5	الفصل	الخدمات والأنظمة والسياسات

الجزء الثاني: العوامل الظرفية		الجزء الأول: تأدية الوظائف والعجز		
العوامل الشخصية	العوامل البيئية	الأنشطة والمساهمة	الوظائف والبنى الجسمية	المكونات Components
التأثيرات الداخلية تأدية على الوظائف وعلى العجز	التأثيرات الخارجية تأدية على الوظائف وعلى العجز	مجالات الحياة (المهام، الأفعال)	الوظائف الجسمية البنى الجسمية	الميادين Domains
أثر صفات الشخص	أثر ملامح العالم المادي والاجتماعي ومواقفه كميسرات أو عراقيل	القدرة القيام بالمهام في بيئة معيارية الإنجاز القيام بالمهام في البيئة الحالية	تغير (فيزيولوجي) في وظائف الجسم تغير (تشريحي) في بنى الجسم	الوحدات البنائية Constructs
غير منطبق	الميسرات	الأنشطة المساهمة	سلامة الوظائف والبنى تأدية الوظائف	الجانب الإيجابي Positive aspect
غير منطبق	العراقيل والحواجز	التحدد في الأنشطة التقلص في المساهمة	الخلل العجز	الجانب السلبي Negative aspect

الجدول رقم (5): لمحة عامة حول التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF)



الشكل رقم (15-أ): يوضح بنية التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة



الشكل رقم (15-ب): يوضح بنية التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة

الدلائل الإرشادية لترميز التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (ICF):

يمكن الـ ICF من ترميز مختلف الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالصحة. صحيح أنه يوصى مستعملي التصنيف بتلقي تدريب في كيفية استعماله من طرف منظمة الصحة العالمية أو المراكز المتعاونة معها، إلا أن ما يلي يمكن ان يقدم لمحة لفهم وقراءة الترميز في هذا التصنيف.

ينقسم التصنيف إلى قسمين اثنين:

يحتوي الجزء الأول على المكونات التالية: الوظائف الجسمية والبنى الجسمية - الأنشطة والمساهمة. يحتوي الجزء الثاني على المكونات التالية: العوامل البيئية - العوامل الشخصية التي لم تصنف حالياً.

يُشار إلى مكونات التصنيف ببادئات ضمن الرواميز بالأحرف التالية:

- (b) بالنسبة إلى الوظائف الجسمية Body Functions.
- (s) بالنسبة إلى البنى الجسمية Body Structures.
- (d) بالنسبة إلى الأنشطة Activities والمساهمة Participation.
- (e) بالنسبة إلى العوامل البيئية Environment Factors.

يشير الحرف (d) إلى الميدان في صلب المكون الخاص بالأنشطة والمساهمة، وللمستعمل كل الحرية في تعويض الحرف (d) بالحرف (a) للدلالة على الأنشطة أو بالحرف (p) للدلالة على المساهمة.

يلي الأحرف (b)، (s)، (d)، (e) راموز رقمي يبدأ برقم الفصل (خانة واحد)، يليه المستوى الثاني (خانتين)، ثم المستوى الثالث فالرابع (خانة واحدة لكليهما). مثال:

الوظائف الجسمية	b	الحرف الدال على المكون
الوظائف الحسية والألم	b2	البند الدال على المستوى الأول
الوظائف البصرية	b210	البند الدال على المستوى الثاني
جودة البصر	b2102	البند الدال على المستوى الثالث
الإحساس بالتباين	b21022	البند الدال على المستوى الرابع

يمكن استخدام أيّ عدد من الرواميز قابل للتطبيق في كل مستوى حسب احتياجات المستخدمين، ويمكن تطبيق أكثر من رمز واحد في كل مستوى لوصف حالة فرد. قد تكون هذه الرموز مستقلة أو متعلقة ببعضها البعض.

حسب احتياجات المستعملين، يمكن استعمال العديد من الرواميز في كل مستوى. يمكن أن يكون لأي فرد أكثر من راموز واحد في كل مستوى. ويمكن أن يكون هذا بصفة مستقلة أو بصفة متفاعلة.

يمكن الـ ICF من إعطاء لكل حالة صحية مجموعة من الرواميز تكتنف مكونات التصنيف. يمكن أن يصل العدد الأقصى من الرواميز التي يمكن إسنادها للشخص إلى 34 وذلك بالنسبة إلى مستوى الفصول (8 بالنسبة إلى رواميز الوظائف الجسمية، 8 بالنسبة إلى رواميز البنى الجسمية، 9 بالنسبة إلى رواميز الإنجاز و9 بالنسبة إلى رواميز القدرة)، أو 362 بالنسبة إلى المستوى الثاني. بالنسبة إلى المستويين الثالث والرابع هناك أكثر من 1424 راموز متاح والتي تكون مع بعضها البعض النسخة الكاملة للتصنيف.

في الواقع المعاش، يكون تطبيق الـ ICF حسيب مجموعة تتراوح من 3 إلى 18 راموز كافيا لوصف الحالة باستعمال المستوى الثاني (ثلاثة أرقام). يخص المستوى الرابع الأكثر تفصيلا، عادة، الخدمات المختصة (مثل التأهيل، طب الشيوخ أو الصحة النفسية). في حين يمكن استعمال المستوى الثاني في الدراسات وعمليات تقييم النتائج الصحية.

يجب ترميز الميادين المناسبة في وقت معين حيث يمثل هذا الوصف الوضع المتوقّف/الافتراضي، صحيح أنه من الممكن أيضا الاستعمال المستمر عبر الزمن، لكن يجب على المستعملين أن يحددوا الترميز والإطار الزمني الذي استعملوه فيه.

الفصول Chapters:

تمت صياغة مكونات التصنيف في عدة فصول أو عناوين Headings، تضم كل منها الفئات العامة أو العبارات الخاصة، مثلا ضمن تصنيف الوظائف الجسمية، يهتم الفصل 1 بكلّ الوظائف النفسية.

الكتل Blocks:

غالبا ما يتم تقسيم الفصول إلى "كتل" من الفئات. وعلى سبيل المثال، في الفصل 3 من تصنيف الأنشطة والمساهمة (التواصل) يوجد ثلاث كتل هي: التواصل بواسطة الاستقبال (d310-d329) والتواصل بواسطة الإنتاج (d330-d349) والمحادثة واستعمال آلات وتقنيات التواصل (d350-369). تمت صياغة هذه الكتل لكي تلائم وتريح المستخدم فقط، وبمعنى دقيق فهي ليست جزءاً من هيكل التصنيف ولن تُستخدم عادةً لأغراض الترميز.

الفئات Categories:

يوجد في كل فصل فئات حسب مستوى واحد أو مستويين اثنين أو ثلاثة مستويات أو أربعة مستويات، وقد تم تعريف كل من هذه الفئات بطريقة مختصرة مع ذكر ما الذي يمكن أن تشمله وما الذي يجب ألا تشمله وذلك لتسهيل عملية اختيار الرموز المناسب.

التعاريف Definitions:

يقدم الـ ICF تعاريف عملية لفئات الصحة والفئات المتعلقة بها، وذلك خلافاً لما تعطيه التعاريف "الدارجة" أو التي يستعملها غير المتخصص. تصف هذه التعاريف الخاصيات الأساسية لكلّ ميدان (مثلاً الكيفية، والخواص والعلاقات) وتحتوي على معلومات على ما الذي تشمله كلّ فئة وما الذي لا تشمله. كما تحتوي هذه التعاريف على النقاط الأساسية المستعملة عادة في عمليات التقييم أو عمليات تطبيق الدراسات أو الاستبيانات وكذلك في عمليات ترميز نتائج التقييم حسب رواميز التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة.

مثلاً وقع تعريف وظائف حدة البصر باستعمال ألفاظ حدة الإبصار بعين واحدة أو بالعينين الاثنتين عن قرب أو عن بعد، وبهذا يمكن ترميز الصعوبات في حدة البصر إما بغير موجودة None أو خفيفة Mild أو متوسطة Moderate أو وخيمة Severe أو مكتملة Complete.

عبارة "يشمل" Include:

تم سرد ما يمكن أن تشمله الفئة إثر تعريف العديد من الفئات. وذلك للدلالة على ما تشتمل عليه الفئة وهذا يعني أن الفئة لا تقتصر على ذلك. بالنسبة إلى عبارات المستوى الثاني فإن الاشتمال يغطي كل العبارات المدرجة في المستوى الثالث.

عبارة "لا يشمل" Exclude:

تم سرد ما لا يجب أن تشمله الفئة وذلك عندما ينشأ تشابه مع عبارات أخرى، أو عندما يعترض تطبيقها بعض الصعوبة. مثلاً من الممكن أن نظن أن فئة "الاعتناء بالإفراغ" يندرج ضمن فئة "الاعتناء ببعض أجزاء الجسم"، وللتفريق بين الاثنتين نذكر أن "الاعتناء بالإفراغ" وقع إقصاؤه من فئة d520 "الاعتناء ببعض أجزاء الجسم" ووقع ترميزه بالرموز d530.

عبارة "آخر محدد" Other Specified:

في نهاية كل مجموعة من العبارات الموجودة في المستوى الثالث أو الرابع وكذلك في آخر كل فئة، تم ذكر "آخر محدد" (تتم الإشارة إليه برقم 8 في آخر الرموز)، يمكن هذا من ترميز بعض جوانب تأدية الوظائف التي لم يقع ذكرها في أي فئة من الفئات الأخرى، وعند استعمال عبارة "آخر محدد" يجب على المستعمل أن يحدد الفئات الجديدة في قائمة إضافية.

عبارة "غير محدد" Unspecified:

في نهاية المستوى الثالث أو الرابع وكذلك في آخر كل فئة فصل تم ذكر فئات "غير محدد"، وهي تمكّن من ترميز الوظيفة التي تتوافق مع المجموعة ولكن لعدم توفر المعلومات الكافية لم نتمكن من إدراجها ضمن فئة

محدد. يتمتع هذا الراموز بنفس المعنى الذي تحتويه العبارة الموجودة في المستوى الثاني أو الثالث والتي تأتي بعده مباشرة، ولكن بدون معلومات إضافية. (بالنسبة إلى الكتل وقع جمع عبارتي "آخر محدد" و"غير محدد" في عبارة واحدة، ولكن تتم الإشارة إليها برقم 9 في آخر الراموز).

الموصّفات Qualifiers:

تتطلب رواميز الـ (ICF) استخدام موصّف واحد أو أكثر لتبيان درجة الصّحة أو الوخامة للمشكلة المعنية. تُرمّز الموصّفات باستخدام رقم واحد أو اثنين أو أكثر بعد النقطة العشريّة. يجب أن يصاحب كلّ راموز على الأقلّ موصّف واحد. لا يكون للراموز أيّ معنى إذا لم يشتمل على موصّفات. يشرح الموصّف الأول لكلّ من وظائف الجسم وبنى الجسم، والأداء والقدرة الخاصّين بالأنشطة والمشاركة، والموصّف الأوّل للعوامل البيئيّة، مدى المشكلة الصحيّة (حجم المشكلة). عادة ما يُستخدم السّلم القياسي العمومي ذاته لتحديد حجم المكوّنات كافة. لكن يختلف معنى وجود المشكلة الصحيّة باختلاف مكوّناتها فقد تكون المشكلة خلاً أو تحديداً أو تقليصاً أو عراقيل. ينبغي اختيار كلمات التوصيف، كذلك الموجودة في الأسفل بين قوسين، وفقاً لميدان التصنيف ذي العلاقة (يدل الرمز xxx على رقم الميدان في المستوى الثاني):

xxx.0	لا توجد مشكلة NO problem (غير موجودة، غائبة، تكاد تنعدم،...)	0-4%
xxx.1	مشكلة خفيفة MILD problem (بسيطة، طفيفة، صغيرة،...)	5-24%
xxx.2	مشكلة متوسطة MODERATE problem (معتدلة، معقولة،...)	25-49%
xxx.3	مشكلة وخيمة SEVERE problem (شديدة، مرتفعة، عالية، حادة،...)	50-95%
xxx.4	مشكلة مكتملة COMPLETE problem (إجمالية، كاملة،...)	96-100%
xxx.8	غير محدّدة not specified	
xxx.9	غير منطبقة not applicable (غير قابلة للتطبيق)	

في حالة مكوّنات العوامل البيئيّة، يمكن استخدام الموصّف الأوّل للدلالة على مقدار الجوانب الإيجابيّة للبيئة أو الميسّرات facilitators. يمكن استعمال نفس السّلم من 0 إلى 4 للدلالة على الميسّرات، ولكن ينبغي استبدال النقطة العشريّة بعلامة الجمع: مثلاً "2+110e".

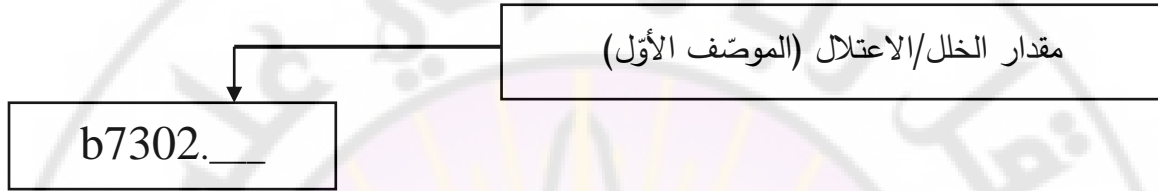
قواعد الترميز الخاصة بالمكوّنات:

أولاً: ترميز وظائف الجسم:

تُرمّز وظائف الجسم بموصّف واحد يدل على مدى (مقدار) الخلل أو حجمه. يمكن التعبير عن أي خلل حاصل بعدة طرق وهي:

الفقدان loss أو النقصان Lack، أو الانخفاض reduction، أو الزيادة addition أو الإفراط excess، أو الانحراف deviation.

مثال: يمكن وصف اعتلال شخص مصاب بالخلز الشقيّ hemiparesis باستعمال رموز b7302 الخاص بقوة عضلات جانب واحد من الجسم، وعند وجود خلل يتم تقييم شدته باستخدام الموصّف العامّ Generic qualifier.



وبحال وجود خلل يتم تقييمه وبالتالي ترميزه حسب سلم شدة الوخامة Severity، على سبيل المثال:

b7302.1	خلل خفيف في قوة عضلات جانب واحد من الجسم	5-24%
b7302.2	خلل متوسط في قوة عضلات جانب واحد من الجسم	25-49%
b7302.3	خلل وخيم في قوة عضلات جانب واحد من الجسم	50-95%
b7302.4	خلل تام في قوة عضلات جانب واحد من الجسم	96-100%

بينما يشار إلى عدم وجود خلل (بحسب المستوى العتبة المحدد سابقاً) بالرقم "0" في الموصّف العامّ. مثلاً:

b7302.0 لا يوجد خلل في قوة عضلات جانب واحد من الجسم

عندما لا توجد معلومات كافية لتقييم وخامة الخلل/الاعتلال، يستعمل الرقم "8". مثلاً بحال أظهر السجل الصحي لشخص أنه يعاني من ضعف في الجانب الأيمن من جسمه دون إعطاء تفاصيل أكثر، يمكن تطبيق الرموز التالي:

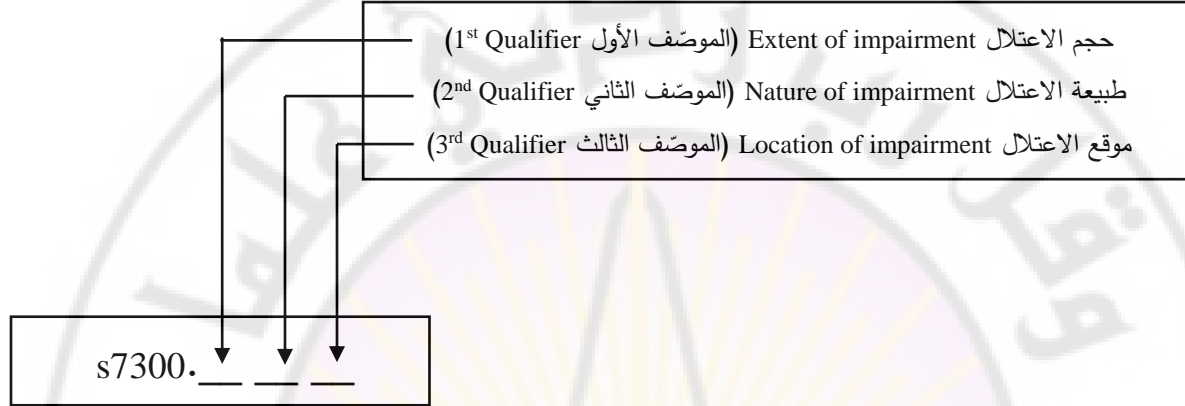
b7302.8 خلل في عضلات جانب واحد من الجسم، غير محدد

قد توجد حالات لا يكون من الملائم فيها تطبيق أيّ رموز معيّن، مثلاً، لا يمكن تطبيق رموز b650 المعني بوظائف الحيض للنساء قبل سنّ معيّن أو بعد سنّ معيّن (قبل بدء الإحاضة أو بعد الإياس)، ففي مثل هذه الحالات يُسند الرقم "9":

b650.9 ووظائف الحيض، غير منطبقة (غير قابلة للتطبيق)

ثانياً: ترميز البنى الجسمية:

يوجد ثلاثة موصّفات تستعمل في ترميز البنى الجسميّة، يبيّن الموصّف الأول مقدار الخلل أو حجمه، ويشير الموصّف الثاني إلى طبيعة التغير، أمّا الموصّف الثالث فيبيّن موقع الخلل.



يبين الجدول سلم الموصّفات الخاصّ بالبنى الجسميّة

الموصّف الأول حجم الاعتلال	الموصّف الثاني طبيعة الاعتلال	الموصّف الثالث (افتراضي) موقع الاعتلال
0 = لا يوجد اعتلال	0 = لا تغير في البنية	0 = أكثر من منطقة واحدة
1 = اعتلال خفيف	1 = غياب كلي	1 = اليمين
2 = اعتلال متوسط	2 = غياب جزئي	2 = اليسار
3 = اعتلال وخيم	3 = جزء إضافي	3 = الجانبان الاثنان
4 = اعتلال تامّ	4 = قياسات زائغة	4 = الأمام
8 = غير محدد	5 = توقف/تقطع	5 = الخلف
9 = غير قابل للتطبيق	6 = انحراف في الموقع	6 = الداني
	7 = تغير كفي في البنية بما في ذلك تراكم السوائل	7 = القاصي
	8 = غير محدّد	8 = غير محدّد
	9 = غير قابل للتطبيق (غير منطبق)	9 = غير منطبق

الجدول رقم (6): سلم الموصّفات الخاصّ بالبنى الجسميّة

ثالثاً: ترميز مكّون الأنشطة والمساهمة:

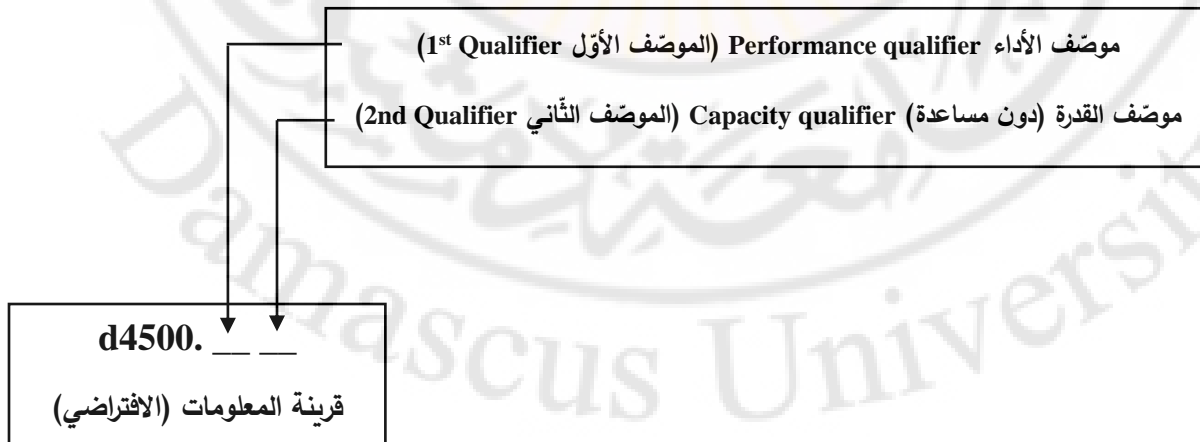
يوجد موصّفان يستخدمان في ترميز الأنشطة والمشاركات، هما موصّف الأداء Performance الذي يحتلّ المركز الأوّل بعد النقطة العشريّة، وموصّف القدرة Capacity الذي يحتلّ المركز الثّاني بعد النقطة العشريّة. يبيّن موصّف الأداء ما يفعله الفرد في بيئته الحاليّة. وحيث أنّ البيئة الحاليّة تشتمل على إطار اجتماعي، يمكن فهم الأداء الذي يتمّ تسجيله بواسطة هذا الموصّف على أنّه "مشاركة في حالة حياتية" أو "تجربة حياتية" لأشخاص في الإطار البيئي الحالي الذي يعيشون فيه، ويشتمل هذا الإطار على العوامل البيئية لذلك يمكن ترميز خاصيات البيئة الحاليّة باستعمال العوامل البيئية.

يبيّن موصّف القدرة امكانية الفرد على تنفيذ مهمّة ما أو فعل ما. يهدف هذا المكوّن إلى الإشارة إلى أعلى مستوى محتمل يمكن أن يصل إليه الشخص في تأديته لوظائفه في ميدان ووقت محدّدين. ولتقييم القدرة الكلية للشخص، نحتاج إلى وجود بيئة "معياريّة" تعدّل من التأثيرات المتغيرة لمختلف البيئات على قدرة الفرد.

من الناحية النموذجية، يستعمل موصّف القدرة لوصف الكفاءة الحقيقية للفرد والتي لم يقع تحسينها بواسطة آلات مساعدة أو مساعدات شخصيّة، يُستخدم موصّف القدرة غير المعتمدة على المساعدة، لوصف الكفاءة الحقيقية للفرد غير المُعززة بمساعدة من أجهزة أو أشخاص.

وحيث أنّ موصّف الأداء يهتمّ ببيئة الفرد الحاليّة، فإنّه من السهل الملاحظة بطريقة مباشرة وجود أيّ إعاقة أو مساعدة سواء كانت شخصية أو بواسطة الأجهزة. يُمكن وصف طبيعة الميسرات أو المعوقات باستخدام تصنيف العوامل البيئية.

أمثلة على تطبيق الموصّفين: d4500 المشي مسافات قصيرة



فيما يتعلّق بموصّف الأداء، يشير هذا الميدان إلى التّقل سيراً على الأقدام لمسافات تقل عن كيلومتر واحد في بيئة الفرد الراهنة كالمشي على مساحات متعددة في ظروف مختلفة بمساعدة العكاز أو المشاء أو أيّة تقنيات

مساعدة أخرى. مثلاً، يمكن ترميز أداء شخص فقد ساقه إثر حادث عمل ويستعين بعكاز للسير ويعاني من صعوبات متوسطة لأنّ الأرصفة الموجودة في الجوار شديدة الانحدار وذات سطوح زلقة، بالرموز التالي:

"_ 3 d4500" تقلص متوسط في أداء المشي لمسافات قصيرة

فيما يتعلّق بموصّف القدرة يشير هذا الميدان، إلى قدرة الفرد على المشي دون مساعدة. ومن أجل تحييد التأثيرات المتعدّدة للبيئات المختلفة، يمكن إجراء تقييم القدرة في بيئة معيارية. يُمكن لهذه البيئة المعيارية أن تكون: (1) البيئة الراهنة التي تستخدم عادة في تقييم القدرات ضمن الأطر الاختبارية؛ أو (2) في حال استحالة ذلك، يمكن إجراء التقييم في بيئة افتراضية يُعتقد بأنّ تأثيراتها مُماثلة. على سبيل المثال، تكون القدرة الحقيقية للشخص المذكور أعلاه في المشي دون عكاز وفي بيئة معيارية (كبيئة ذات سطوح مستوية وغير زلقة) محدودة جدّاً. لذا، يمكن ترميز قدرة هذا الشخص كما يلي:

"_ 4 d4500" محدودية وخيمة في القدرة على المشي لمسافات قصيرة

رابعاً: ترميز العوامل البيئية:

تعتبر العوامل البيئية من مكونات الجزء الثاني (العوامل الظرفية) للتصنيف. ينبغي ترميز العوامل البيئية من منظور الشخص الموصوفة حالته.

على سبيل المثال، تُرمز الأرصفة المنحدرة وغير المُمهّدة على أنها من الميسّرات بالنسبة إلى مستعملي الكراسي المتحرّكة في حين تصبح من المعيقات بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بالعمى. يبيّن الموصّف المقدار الذي يمكن أن يلعبه العامل البيئي كميّسّر أو كمعيق.

فيما يلي السّلّمين السلبي والإيجابي اللذين يبيّنان مقدار ما يمكن أن يلعبه العامل البيئي في الإعاقة أو التيسير للشخص. استعمال النّقطة العشرية بمفردها يدلّ على وجود معيق. في حين تعويض هذه النقطة بعلامة + يدلّ على وجود ميسّر، مثلما هو مبين أدناه:

لا توجد عوائق	xxx.0	لا توجد ميسّرات	xxx+0
عوائق بسيطة	xxx.1	ميسّرات بسيطة	xxx+1
عوائق متوسطة	xxx.2	ميسّرات متوسطة	xxx+2
عوائق وخيمة	xxx.3	ميسّرات مهمة	xxx+3
عوائق تامّة	xxx.4	ميسّرات تامّة	xxx+4
عوائق غير محدّدة	xxx.8	ميسّرات غير محدّدة	xxx+8
غير قابلة للتطبيق	xxx.9	غير قابلة للتطبيق	xxx.9

التصنيف الوطني للإعاقة

National Classification of Disability

إن التصنيف الوطني للإعاقة هو المعتمد لمنح بطاقة الشخص ذو الإعاقة في سوريا، (وفق المادة 14 من القانون رقم 34 لعام 2004 الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حيث جاء فيها: يعتمد التصنيف الوطني للإعاقة أساساً لمنح بطاقة المعوق ويصدر هذا التصنيف بقرار من الوزير بالتنسيق مع وزارة الصحة، وتذكر فيها الحاجة إلى مرافق أو لا").

لقد تم تعديل هذا التصنيف عدة مرات، آخرها بقرار وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل رقم 2818 لعام 2017، مع تطوير "دليل استخدام التصنيف الوطني للإعاقة" يحدد كيفية العمل على جدول التصنيف الوطني للإعاقة لما يحتوي من تعاريف وتفسيرات وطرق ضبط، وقد تم تأكيد المفاهيم التالية:

- يستند التصنيف الوطني للإعاقة عموماً على المفاهيم المعتمدة في التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) الصادر عن منظمة الصحة العالمية بمختلف طبعاته، وفي اتفاقية الأمم المتحدة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).
- تعريف الشخص ذو الإعاقة (Person With Disability (PWD): هو كل شخص لديه حالة صحية تسبب ضعف جسدي أو عقلي أو نفسي أو حسي مستمر وغير قابلة للعكس أو التدبير بالتدخلات والإجراءات الطبية بمختلف أنواعها، على أن تعيق هذه الحالة الصحية استقلاليته الشخصية ومساهمته الاجتماعية.
- تعريف الحالة الصحية (Health Condition): هي مصطلح عام يشمل الأمراض (diseases)، والاضطرابات (disorders)، والإصابات (injuries)، والرضوح (traumas)، وتُصنف عموماً وفق التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Diseases (ICD-10).
وعليه فالحالة الصحية التي يمكن أن تسبب إعاقة يجب أن تكون دائمة-مستمرة-متواصلة غير قابلة للعكس أو التدبير بالتدخلات والإجراءات الطبية بمختلف أنواعها (دوائية -جراحية...).
- وتختلف الحالات الصحية بتأثيراتها المتبقية (العقائيل) على تأدية الوظائف Functioning من شخص لآخر (أي أن وجود نفس الحالة الصحية عند عدة أشخاص لا تقتضي حتماً وجود إعاقة عند جميع هؤلاء الأشخاص)، كما قد تتشابه التأثيرات المتبقية (العقائيل) على تأدية الوظائف Functioning لعدة حالات صحية مختلفة تماماً (أي قد تكون نفس الإعاقة هي نتيجة لعدة حالات صحية مختلفة)، وعليه فإن وضع التشخيص الطبي للحالة الصحية لا يعني مطلقاً تحديد الإعاقة.

أقسام التصنيف الوطني للإعاقة: انظر الجدول رقم (7)

أولاً: الإعاقة الجسمية:

أ. الإعاقة البصرية.

ب. الإعاقة السمعية.

ج. الإعاقة النطقية.

د. الإعاقة الحركية.

ثانياً: الإعاقة العقلية والنفسية:

هـ. الإعاقة العقلية.

و. الإعاقة النفسية.

ثالثاً: الإعاقة المتعددة.

بنظرة عامة على "التصنيف الوطني للإعاقة" وعلى "دليل استخدام التصنيف الوطني للإعاقة"، يمكن استنتاج النقاط التالية:

- ككل تصنيف، تم اعتماد تعريف مختلف أنواع الإعاقة والمصطلحات المستخدمة في التصنيف بطريقة منهجية تمنع الالتباس في المفاهيم لدى المستخدمين.
- أثناء تقييم الشخص، تعتمد اللجنة الطبية تأثيرات الحالة الصحية المتبقية (العقائيل) على تأدية الوظائف Functioning لدى الشخص، وليس على الحالة الصحية بذاتها (أي التشخيص الطبي) والتي تكون لازمة أيضاً. وبمعنى آخر، يتم تقييم الوظيفة البصرية والسمعية والنطقية والحركية والعقلية والنفسية لتحديد الأهلية للحصول على بطاقة الشخص ذو الإعاقة من عدمه.
- بمختلف أنواع الإعاقة، تم اعتماد تأثير الحالة الصحية على تأدية الوظائف بدرجة "شديدة إلى مكتملة" ضمن التصنيف. وبمعنى آخر، تم اعتماد الإعاقات الشديدة والمكتملة لأهلية الحصول على بطاقة الشخص ذو الإعاقة.
- تم اعتماد مقاييس معيارية موضوعية لتحديد درجة تأدي تأدية الوظائف Functioning لدى الشخص، مما يوحد نتيجة التقييم الذي يتم من مختلف اللجان الطبية وبمختلف الحالات الصحية. وبمعنى آخر، تم توحيد المعايير المحددة لأهلية الشخص للحصول على بطاقة الشخص ذو الإعاقة من عدمه.
- كل ما سبق، يفيد بأن الأشخاص ذوي الأهلية للحصول على "بطاقة الشخص ذو الإعاقة" وفق التصنيف الوطني في سوريا هم جزء من الأشخاص ذوي الإعاقة وفق الـ ICF، ويمثلون ذوي الإعاقة الشديدة والمكتملة فقط.

التصنيف الوطني للإعاقة

تعريف الشخص ذو الإعاقة: هو كل شخص لديه حالة صحية تسبب ضعف جسدي أو عقلي أو نفسي أو حسي مستمر وغير قابلة للعكس أو التديير بالتدخلات والإجراءات الطبية بمختلف أنواعها، على أن تحيق هذه الحالة الصحية استقلاليته الشخصية ومساهمته الاجتماعية.

الإعاقة العقلية والنفسية	الإعاقة الجسمية	
ه- الإعاقة العقلية	د- الإعاقة الحركية	أ- الإعاقة البصرية
التخلف العقلي: وينقسم إلى أربع درجات حسب مستوى حاصل الذكاء: 1. التخلف العقلي الخفيف (IQ) = (50-69). 2. التخلف العقلي المتوسط الشدة (IQ) = (35-49). 3. التخلف العقلي الشديد (IQ) = (20-34). 4. التخلف العقلي العميق (IQ) = (>20).	أولاً: الشلل: شلل رباعي - شلل في ثلاثة أطراف - شلل طرفين سفليين - شلل في جانب واحد (شقي) - شلل في طرف سفلي واحد - شلل في طرف علوي واحد. ثانياً: فقدان الأطراف (خلفي أو مكتسب): 1- فقدان طرف سفلي في مستوى: الحوض - الورك - الفخذ - الركبة - الساق - الكاحل - الرسغ - الأضراس. 2- فقدان طرف علوي في مستوى: الكتف - مفصل الكتف - مفصل المرفق - الساعد - المعصم - الرسغ - الأستناح - الأصابع الخمسة - أربعة أصابع - ثلاثة أصابع بما فيها الإبهام - إصبعين بما فيهما الإبهام. ثالثاً: اضطراب الحركات الإرادية/حركات لا إرادية: فقدان التحكم الكامل بوضع: الرأس - الذراع - واحد أو أكثر من طرف (مع التحديد)، (الكتف - الرقبة - الرق - الرعاش). رابعاً: قصور بالقدرة الوظيفية الحركية: تشوه هيكلية مع تحدد حركي وضعف عضلي في: العمود الفقري - واحد أو أكثر من طرف (مع التحديد). ملاحظات ملزمة لكل ما سبق: 1. في حالات الشلل يجب تحديد نمط الشلل (تشنجي - رخو). 2. في حالات الشلل يجب تحديد مقدار الشلل (جزئي - كامل). 3. في إصابات الأطراف يجب تحديد مكان الطرف المصاب (أيمن/أيسر - علوي/سفلي). 4. عند إصابة الطرف العلوي المسيطر يضاف إشارة (+) لتبين بأن الإعاقة أشد. 5. يجب أن تؤثر الإعاقة الحركية على القدرة الوظيفية للشخص (أي على أداء النشاطات الحياتية اليومية والتنقل).	أولاً: كف البصر: من كانت القدرة البصرية لديه واحد من الآتي: 1- القدرة البصرية أقل من 10/2 بالرغم من تصحيح البصر بالعدسات الطبية. 2- القدرة البصرية أكثر من 10/2 لكن تخطيط الساحة البصرية يظهر أنها أقل من 30 درجة. ثانياً: المتأدي بصرياً: من كان لديه واحد من الآتي: 1- القدرة البصرية أقل من 10/4 في أفضل عين بالرغم من تصحيح البصر بالعدسات الطبية. 2- تخطيط الساحة البصرية يظهر أنها أقل من 40 درجة في أفضل عين.
و- الإعاقة النفسية	1. اضطرابات المواء النفسي: الحبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع - الاضطرابات النمائية الشاملة (التوحد / متلازمة ريت / متلازمة اسبرجر) - الاضطرابات اللاهائية الطفلية. 2. الخرف أو العته بأنواعه: الزهايمر-الوعائي - الكولي-الانسمامي - الاهدانات. 3. اضطراب الاهدان المعتد على المعالجة.	ب- الإعاقة السمعية الصمم: كل ما يؤدي إلى نقص سمع حسي عصبي أكثر من 70 ديسيبل إن كان بسبب خلفي أو مكتسب في الطرفين. ج- الإعاقة اللفظية البكم: كل ما يؤدي إلى انعدام التصويت إن كان بسبب خلفي أو مكتسب.
الإعاقة المتعددة		

الجدول رقم (7): التصنيف الوطني للإعاقة

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and Optional Protocol

معلومات أساسية

اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري في 13 كانون الأول عام 2006، وفي 30 آذار 2007 افتتح باب التوقيع عليهما في مقر الأمم المتحدة بنيويورك. وفي سابقة من نوعها وقع على الاتفاقية في يوم افتتاح التوقيع عليها 81 بلداً، وقد وقعت سوريا على الاتفاقية في 30 آذار 2007 وصادقت عليها في 10 تموز 2009.

قبل اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، سبق أن تطرقت صكوك أخرى في مجال حقوق الإنسان إلى موضوع الإعاقة، كجزء من تركيز عام أو بوجه أكثر تحديداً. منها:

- بعض هذه الصكوك [الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والسياسية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (هذه الصكوك التي تشكل مجتمعة الشرعة الدولية لحقوق الإنسان)] يعزز ويحمي حقوق كل الأشخاص، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، من خلال بند عدم التمييز. وفي جميع هذه الصكوك الثلاثة، تلتزم الدول بضمان حقوق الإنسان "دون تمييز من أي نوع، من قبيل العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي... أو مركز آخر"، وتشمل الإشارة إلى مركز آخر لـ "الإعاقة".
- معاهدات حقوق الإنسان المتخصصة (اتفاقية مناهضة التعذيب، واتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة، واتفاقية حقوق الطفل وغيرها..) تتضمن أحكاماً تحمي من التمييز. وتقرّ اتفاقية حقوق الطفل بوجه خاص ضرورة الحماية من التمييز على أساس الإعاقة.
- العديد من البيانات ذات الحجية التي تصدر عن اللجان المكلفة بالإشراف على تطبيق معاهدات حقوق الإنسان، ذات الصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة التي تتناول التمييز على أساس الإعاقة.
- الصكوك ذات الصلة بمسألة الإعاقة [الإعلان المتعلق بحقوق المعوقين 1975، وبرنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة 1982، القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة 1993].

وحيث أن جميع هذه الصكوك التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة لم تكن ملزمة قانونياً، فإنها ترمز إلى الالتزام المعنوي والسياسي الذي أبدته الدول باتخاذ تدابير لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك من خلال التشريعات والسياسات الوطنية.

إذاً، وعلى الرغم من وجود إطار قانوني دولي أصلاً، كان لابد من تطوير "اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة" لأسباب مختلفة، منها ما يلي:

- كانت هناك حاجة إلى اتفاقية تعيد التأكيد على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتكفل بمشاركتهم في المجتمع باعتبارهم أفراداً متساوين وأصحاب حقوق. فما يزال ينظر إلى الأشخاص ذوي الإعاقة كمتلقين للمساعدة لا كأصحاب حقوق.
- كانت الحاجة إلى الاتفاقية ضرورية لتناول التحديات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة أشمل وتحسين حماية حقوقهم وتعزيزها من خلال وثيقة ملزمة قانونياً.
- جاءت الاتفاقية ثمرة لاستراتيجية دعوة قوية وضعتها منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، والمجتمع المدني والدول. وكانت منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، والمنظمات الدولية والدوائر الأكاديمية التي تدعم حركة الإعاقة، في صدارة الجهود للدعوة إلى الاتفاقية والضغط من أجلها.

إن اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري بمثابة وسيلة لتحسين احترام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يمثلون زهاء 15 في المائة من سكان العالم، حسب أحدث الأرقام، ورغم تقدّم التصديق على الاتفاقية وبروتوكولها الاختياري بخطى حثيثة، بيد أن المعرفة بالاتفاقية وسبل تنفيذها ورصدها لم تواكب بالضرورة وتيرة التقدم تلك. ما أظهر الحاجة لبناء قدرات الجهات الفاعلة الوطنية بالمعرفة الأساسية بكل ما يتعلق بالاتفاقية.

إن المعرفة بالاتفاقية وسبل تنفيذها ورصدها ضرورية لفئات مختلفة، منها المهنيون العاملون في مجالات ذات صلة مثل الصحة لا سيما قطاع إعادة التأهيل وخدمات الدعم (إضافةً لممثلي الحكومة، وأعضاء البرلمان، والقضاة، وممثلي وكالات الأمم المتحدة وصناديقها وبرامجها المتخصصة، وممثلي المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان، والأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم، وممثلي وسائل الإعلام..).

ما هي الاتفاقية؟

إن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هي معاهدة من معاهدات حقوق الإنسان، أي اتفاق دولي بين الدول تبيّن فيه حقوق الإنسان وما يقابلها من التزامات واقعة على الدول.

وبإقرار الاتفاقية، تأسس نموذج مفاهيمي جديد للإعاقة [راجع الشكل رقم (8)]، وبالتالي تم تبني وبشكل نهائي النهج القائم على حقوق الإنسان في التعاطي مع مسألة الإعاقة.

- تقر الاتفاقية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (وهي نفس حقوق الآخرين)، لكنها تؤكد على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يجب أيضاً أن يتمتعوا بالحقوق، دون أي تمييز وعلى قدم المساواة مع غيرهم.

- وتضع المعاهدة على عاتق الدول التزامات بتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحمايتهم، ويجب على الدول أحياناً أن تتخذ خطوات مختلفة أو إضافية للتكفل بإعمال تلك الحقوق.
- وتتص الاتفاقية أيضاً على إنشاء المؤسسات الوطنية والدولية اللازمة لتنفيذ الاتفاقية ورصدها.

الغرض من الاتفاقية:

تتص المادة 1 من الاتفاقية على الغرض منها، وهو "تعزيز وحماية وكفالة تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة". وتستحق العديد من العناصر إمعان النظر فيها:

- تعزيز وحماية وكفالة الحقوق: يؤكد ذلك على الجوانب المتعددة للالتزامات الدول بموجب الاتفاقية، وهي تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (مثلاً إذكاء الوعي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)، وحمايتهم (مثلاً اعتماد قوانين وتشريعات تقرّ بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقات وتوفر سبل انتصاف من الانتهاكات) والتكفل بالحقوق (مثلاً تعزيز إمكانية الوصول المادية والمعلوماتية إلى الخدمات).
- التمتع الكامل بجميع حقوق الإنسان على قدم المساواة مع الآخرين: يؤكد ذلك على أن للأشخاص ذوي الإعاقة نفس الحقوق كغيرهم وأنه ينبغي أن يمكّنوا من التمتع بتلك الحقوق على قدم المساواة مع أي فرد في المجتمع.
- احترام الكرامة المتأصلة: يؤكد ذلك على جميع جوانب حقوق الإنسان إذ يشدد على مفهوم احترام حقوق الإنسان باعتباره بيت القصيد. والفشل في احترام حقوق الإنسان إنما هو فشل في احترام كرامة الفرد وهذا ما يعيشه الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة عبر العالم.

أهمية الاتفاقية:

إن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هامة لأنها:

1. توضح حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى نحو ما تقدم، فالكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يعرفون حقوقهم وغالباً ما تُهمل هذه الحقوق. وتقرّ الاتفاقية بأن للأشخاص ذوي الإعاقة نفس الحقوق كغيرهم وبأنه ينبغي أن يتمتعوا بها على قدم المساواة مع الأشخاص غير ذوي الإعاقة.
2. تتص على مسؤوليات احترام تلك الحقوق. وتقرّ بأن تأكيد الحقوق ليس كافياً في حد ذاته بل من المهم أيضاً تحديد مختلف الخطوات التي ينبغي أن تتخذها الدول (والآخرون) لاحترام هذه الحقوق. وبهذا المعنى، تكون الاتفاقية شاملة جداً لأنها تبين ببعض التفصيل مسؤوليات احترام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحمايتهم وإعمالها.

3. تعترف بأن المجتمع ينبغي أن يفكك الحواجز التي تحول دون مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة مشاركة كاملة في المجتمع.

4. تعزز التنمية الشاملة والمتيسرة. وكثيراً ما توصف بأنها معاهدة لحقوق الإنسان وأداة للتنمية.

5. التكفل برصد الحقوق على الصعيدين الوطني والدولي. ولئن كان ذلك يختلف عن التكفل بإمكانية الإنفاذ القانونية، فإن الاتفاقية تنص على آليات وطنية ودولية لدعم التنمية، ويمثل الرصد سبيلاً لدعم الحقوق وتنفيذ الاتفاقية.

بنية الاتفاقية ومحتوياتها:

تضم الاتفاقية خمسين مادة، يمكن تقسيمها على النحو المبين بالجدول أدناه.

الديباجة	تحدد السياق العام وتميّر المسائل الهامة ذات الصلة بالمعلومات الأساسية، من قبيل العلاقة بين الإعاقة والتنمية.
المادة 1	الغرض تنص على هدف الاتفاقية، وهو تعزيز وحماية وكفالة تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة. وتشرح المادة 1 أيضاً من يشملهم مصطلح "الأشخاص ذوي الإعاقة".
المادة 2	التعريف تعرف المصطلحات الرئيسية الواردة في الاتفاقية، ومنها الاتصال، واللغة، والتمييز على أساس الإعاقة، والترتيبات التيسيرية المعقولة والتصميم العام. عند الارتياح، من المفيد الرجوع إلى هذه التعريف. ولا يعرف مصطلحا "الأشخاص ذوي الإعاقة" و"الإعاقة" بحد ذاتهما، إذ يوجد قرار واع للتعامل معهما باعتبارهما مفهومين قيد التطور. (مفصلة أدناه)
المادة 3	مبادئ عامة تتطوي المبادئ على أهمية بالغة في تفسير وتنفيذ الحقوق وسائر مواد الاتفاقية. وعند الارتياح في معنى أي مادة، يمكنك الرجوع إلى المبادئ والاستئناس. (مفصلة أدناه)
المادة 4	الالتزامات العامة إلى جانب الإقرار بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، تحدد الاتفاقية أيضاً من يتولون مسؤولية الوفاء بتلك الحقوق وما يقومون به ومتى يقومون به، وتكون كل الالتزامات هامة. ومثال ذلك: تتخذ الدول الأطراف التدابير اللازمة لإعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تدريجياً بأقصى ما تتيحه الموارد المتوفرة. وهذا إقرار هام بأن مستوى التنمية في بلد ما يمكنه أن يؤثر على مقدار تنفيذ بعض مواد هذه الاتفاقية. ويمثل ذلك سبيلاً أصيلاً للوقوف على واقع الحال. وهناك أيضاً التزام بالتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة وثيقة وفعالة وإشراكهم في إعداد التشريعات والسياسات الخاصة بتنفيذ الاتفاقية وفي سائر عمليات اتخاذ القرارات التي تهمهم. وهذا يجسد المبدأ العام للمشاركة والإدماج الوارد في المادة 3 ويعزّزه بوضع التزام على عاتق الدول باحترامه.

<p>المواد 30-5</p>	<p>مسائل متداخلة</p>	<p>تشمل الاتفاقية إطاراً متيناً لعدم التمييز وتحقيق المساواة، يسري على جميع الحقوق، سواء أكانت مدنية أو ثقافية أو اقتصادية أو سياسية أو اجتماعية.</p> <p>تقضي المادة 5 بأن تتكفل الدول الأطراف بتحقيق المساواة للأفراد ذوي الإعاقة، وتحظر أي تمييز على أساس الإعاقة. ويستفاض في هذا الحظر العام في سياق الحقوق الخاصة، التي تشرح ما يرقى إلى التمييز على أساس الإعاقة في سياقاتها وتدابيرها، بما في ذلك التدابير الإيجابية، لبلوغ المساواة الفعلية.</p> <p>وتتص الاتفاقية أيضاً على أن هذه التدابير لا يمكن اعتبارها تمييزية.</p> <p>وتأتي بعد المادة 5 مواد للتطبيق العام تسري على المواد الأخرى في الاتفاقية، إذ تشمل المادة 6 بشأن النساء ذوات الإعاقة، والمادة 7 بشأن الأطفال ذوي الإعاقة.</p>
<p>المادة 32</p>	<p>حقوق محددة</p>	<p>تغطي الاتفاقية مجموعة كاملة من حقوق الإنسان. وفي تعبير واضح للترابط والمركز المتساوي لجميع حقوق الإنسان، تجمع الاتفاقية بين الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وتوضح موادها الجوهرية محتوى ونطاق حقوق الإنسان التي تحقق لجميع الأشخاص، كما تسري على الأشخاص ذوي الإعاقة.</p> <p>الاتفاقية أتت بالجديد لأنها تبين مجموعة من التدابير التي تضع على الدول التزامات بالقيام بأمر لازمة لضمان الحقوق، بيد أن هذه التدابير ليست مرتبطة بشكل مباشر بأي حق واحد بوجه الخصوص. وتشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> إذكاء الوعي - إمكانية الوصول - الحق في الحياة - حالات الخطر والطوارئ الإنسانية - الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع آخرين أمام القانون - إمكانية اللجوء إلى القضاء - حرية الشخص وأمنه - عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة - عدم التعرض للاستغلال والعنف والاعتداء - حماية السلامة الشخصية - حرية التنقل والجنسية - العيش المستقل والإدماج في المجتمع - التنقل الشخصي - حرية التعبير والرأي والحصول على معلومات - احترام الخصوصية - احترام البيت والأسرة - التعليم - الصحة - التأهيل وإعادة التأهيل - العمل والعمالة - مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية - المشاركة في الحياة السياسية والعامية - المشاركة في الحياة الثقافية وأنشطة الترفيه والتسلية والرياضة
<p>التعاون الدولي</p>	<p>التعاون الدولي</p>	<p>تأكيداً لأهمية التعاون الدولي، بما في ذلك التعاون الإنمائي، فقد أفردت الاتفاقية مادة له، من أجل الوفاء بالحقوق المنصوص عليها في الاتفاقية. وهذا يستند إلى الممارسة السابقة في معاهدات حقوق الإنسان التي أشارت إلى التعاون الدولي، ولا سيما في المواد المتعلقة بالإعمال التدريجي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.</p> <p>وتتص المادة 32 بمزيد من التفاصيل على أشكال الإجراءات التي يمكن من خلالها أن يساعد التعاون الدولي على تعزيز الاتفاقية (التعاون في البحوث، والتكفل بأن يكون التعاون الإنمائي شاملاً وفي متناول الأشخاص ذوي الإعاقة).</p>

		ويُلاحظ أن المادة بشأن التعاون الدولي والمواد الأخرى مترابطة ومتداخلة. وبعبارة أخرى، يمثل التعاون الدولي، بما في ذلك التعاون الإنمائي، سبيلاً لإعمال الحقوق وتحسين تنفيذ الاتفاقية؛ وتمثل التنمية وحقوق الإنسان أجزاءً غير منفصلة من الاتفاقية بل متداخلة.
المادتان 31 و 33	تدابير تنفيذ الاتفاقية ورصدها	تنص هاتان المادتان على تدابير تنفيذ الاتفاقية ورصدها. تقضي المادة 31 بأن تقوم الدول الأطراف بجمع المعلومات المناسبة، بما في ذلك البيانات الإحصائية والبيانات المستخدمة في البحوث، لتمكينها من وضع وتنفيذ السياسات الكفيلة بإنفاذ الاتفاقية. تنص المادة 33 على مختلف التدابير التي يتعين على الدول الأطراف أن تعتمد لإنشاء أطر لتنفيذ الاتفاقية ورصدها على الصعيد الوطني.
المواد 34-39	اللجنة	بدءاً من المادة 34، تفصل الاتفاقية بنيتها المؤسسية. وتنشئ لجنة معنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لها صلاحية تلقي تقارير دورية من الدول الأطراف واستعراضها.
المادة 40	مؤتمر الدول الأطراف	تنشئ الاتفاقية مؤتمراً للدول الأطراف يجتمع بانتظام بغية النظر في أي مسألة تتعلق بتطبيق الاتفاقية.
المادة 41 وما يليها	أحكام ختامية	تنص الاتفاقية على إجراءات التوقيع على الاتفاقية والتصديق عليها، ودخولها حيز النفاذ وسائر المتطلبات ذات الصلة.

الجدول رقم (8): أقسام مواد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

المصطلح	التعريف
الاتصال Communication	يشمل اللغات وعرض النصوص، وطريقة برايل، والاتصال عن طريق اللمس، وحروف الطباعة الكبيرة، والوسائط المتعددة الميسورة الاستعمال، فضلاً عن أساليب ووسائل وأشكال الاتصال المعززة والبديلة، الخطية والسمعية، وباللغة المبسطة والقراءة بواسطة البشر، بما في ذلك تكنولوجيا المعلومات والاتصال الميسورة الاستعمال؛
اللغة Language	تشمل لغة الكلام ولغة الإشارة وغيرها من أشكال اللغات غير الكلامية؛
التمييز على أساس الإعاقة Discrimination on the basis of disability	يعني أي تمييز أو استبعاد أو تقييد على أساس الإعاقة يكون غرضه أو أثره إضعاف أو إحباط الاعتراف بكافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية أو التمتع بها أو ممارستها، على قدم المساواة مع الآخرين، في الميادين السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو الثقافية أو المدنية أو أي ميدان آخر. ويشمل جميع أشكال التمييز، بما في ذلك الحرمان من ترتيبات تيسيرية معقولة؛

تعني التعديلات والترتيبات اللازمة والمناسبة التي لا تفرض عبئاً غير متناسب أو غير ضروري، والتي تكون هناك حاجة إليها في حالة محددة، لكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة على أساس المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وممارستها؛	الترتيبات التيسيرية المعقولة Reasonable accommodation
يعني تصميم المنتجات والبيئات والبرامج والخدمات لكي يستعملها جميع الناس، بأبكر قدر ممكن، دون حاجة إلى تكييف أو تصميم متخصص. ولا يستبعد "التصميم العام" الأجهزة المعينة لفئات معينة من الأشخاص ذوي الإعاقة حيثما تكون هناك حاجة إليها.	التصميم العام Universal design

الجدول رقم (9): التعاريف المستخدمة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وفق المادة رقم 2

المبدأ	المناقشة
احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي بما في ذلك حرية اختيار قراراتهم بذواتهم واستقلاليتهم	تشير كرامة الأشخاص المتأصلة إلى قيمة كل فرد. وعندما تُحترم كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن تجاربهم وآراءهم تحظى بالقيمة وتتسكّل دون خوف من الأذى البدني أو النفسي أو العاطفي. ويعني استقلال الأفراد أن يكونوا مسؤولين عن حياتهم وأن تكون لهم حرية تقرير خياراتهم. ويعني احترام استقلالية الأفراد أن الأشخاص ذوي الإعاقة لهم، على قدم المساواة مع غيرهم، خيارات معقولة في الحياة، ويخضعون لأدنى تدخل في حياتهم الشخصية ويمكنهم أن يتخذوا قراراتهم، بدعم مناسب إن لزم الأمر.
عدم التمييز	عدم التمييز هو مبدأ أساسي لجميع معاهدات حقوق الإنسان وأساس لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ويحظر أساساً التمييز ضد أي فرد على أساس الإعاقة، لأن هذا التمييز يحول دون تمتع الأشخاص بحقوقهم على قدم المساواة مع غيرهم. بيد أن عدم التمييز يُفهم اليوم باعتباره مبدأً أوسع نطاقاً لا يشمل حظر الأفعال التمييزية فحسب بل أيضاً اتخاذ خطوات للحماية من أي تمييز محتمل في المستقبل ومن التمييز المخفي وتعزيز المساواة.
المشاركة الكاملة والفعالة والإدماج في المجتمع	تعني مفاهيم المشاركة الكاملة والفعالة والإدماج في المجتمع، سواء في أبعاده الخاصة والعامّة، أن المجتمع منظم بحيث يمكن جميع الأشخاص من المشاركة الكاملة. وتعني هذه المفاهيم أن المجتمع والجهات الفاعلة المعنية تقدر الأشخاص ذوي الإعاقة وتعترف بهم كمشاركين متساوين - على سبيل المثال، في العمليات المتصلة بالقرارات التي تؤثر على حياتهم أو في حرية تبوء منصب حكومي. وتتجاوز المشاركة التشاور وتشمل مشاركة فعالة في الأنشطة وعمليات اتخاذ القرار، وإمكانية الإعراب عن الآراء، والتأثير والشكوى عند الحرمان من المشاركة. ويقتضي الإدماج توفير بيئة اجتماعية ومادية تيسر إمكانية الوصول وتخلو من الحواجز. وهذه عملية بمسارين تُعزز قبول

الأشخاص ذوي الإعاقة ومشاركتهم من جهة، وتشجع المجتمع على الانفتاح وعلى تيسير إمكانية الوصول للأشخاص ذوي الإعاقة، من جهة أخرى.	
ينطوي احترام الاختلاف على قبول الآخرين في سياق من التفاهم. وبالرغم من بعض الفوارق المرئية والظاهرة بين البشر، فلهم كلهم نفس الحقوق وهم متساوون في الكرامة. وفيما يتعلق بالإعاقة، يقتضي ذلك قبول الأشخاص ذوي الإعاقة كما هم، بدلاً من الإشفاق عليهم أو اعتبارهم بمثابة مشكلة ينبغي حلها.	احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية
يرتبط تكافؤ الفرص ارتباطاً وثيقاً بعدم التمييز. ويحيل إلى وضع يكون فيه المجتمع والبيئة متاحين للجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة. ولا يعني تكافؤ الفرص دوماً إتاحة نفس الفرص للجميع، لأن التعامل مع الجميع بنفس الطريقة قد يؤدي إلى أوجه من عدم المساواة. بل إنه يقر الاختلاف بين الناس ويتكفل بحصول الجميع على نفس الفرص للتمتع بحقوقهم، رغم اختلافهم.	تكافؤ الفرص
إن جعل إمكانية الوصول (والمساواة) أمراً واقعياً يقتضي تفكيك الحواجز التي تحول دون التمتع الفعلي بحقوق الإنسان لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. وتمكن إمكانية الوصول للأشخاص ذوي الإعاقة من العيش باستقلالية والمشاركة بشكل كامل في جميع مناحي الحياة. وإمكانية الوصول أمر مهم في جميع مجالات الحياة، ولا سيما في البيئة المادية من قبيل المباني، والطرق والسكن، وغير ذلك، والنقل، والمعلومات والاتصالات، وسائر المرافق والخدمات المفتوحة للجمهور أو المقدمة إليه.	إمكانية الوصول
يشير مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة إلى ضرورة الإقرار صراحة بنفس الحقوق للرجل والمرأة على قدم المساواة، واتخاذ تدابير مناسبة للتكفل بحصول المرأة على فرصة ممارسة حقوقها. وبالرغم من التداخل مع مبدأ عدم التمييز، فإن إعادة التأكيد على المساواة بين الرجل والمرأة مدرجة صراحة في المعاهدات، خاصة نظراً لاستمرار العديد من الأحكام المسبقة التي تحول دون تطبيق المعاهدات تطبيقاً كاملاً.	المساواة بين الرجل والمرأة
احترام القدرات المتطورة للأطفال هو مبدأ منصوص عليه في اتفاقية حقوق الطفل. وينبغي أن يُنظر إليه باعتباره عملية إيجابية وممكنة تدعم نضج الطفل، واستقلاله وتعبيره عن نفسه. ومن خلال هذه العملية، يكتسب الأطفال تدريجياً المعارف، والكفاءات والفهم، بما في ذلك بشأن حقوقهم. وينبغي أن يوسع نطاق مشاركتهم في عمليات اتخاذ القرارات التي تؤثر عليهم، بما في ذلك حقهم في الحفاظ على هويتهم، بمرور الوقت وبالموازاة مع تطورهم.	احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة واحترام حقهم في الحفاظ على هويتهم

الجدول رقم (10): المبادئ العامة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وفق المادة رقم 3

التشريعات الوطنية المتعلقة بالإعاقة National legislations on disability

في سوريا -مثل كل دول العالم- تطورت مقارنة مسألة الإعاقة، متماشيةً مع المقاربة الدولية السائدة في كل حقبة. وعلى سبيل المثال، تم إنشاء مؤسسة نموذجية لتأهيل المكفوفين بالعام 1958 (وفق القانون رقم 144) وإنشاء معاهد لرعاية الصم والبكم بالعام 1970 (وفق المرسوم رقم 40) وإحداث مراكز للتأهيل المهني للعاجزين بالعام 1970 (وفق المرسوم رقم 54).

في ذلك الوقت، كان مفهوم الإعاقة مقتصرًا على الأشخاص المقعدين المصابين بالشلل أو البتر والأشخاص المصابين بالصم والبكم وكف البصر، فكانت "الحلول" الشائعة عبارة عن توفير مؤسسات إيواء ومدارس خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

لاحقاً تغيرت الاستجابات لمسألة الإعاقة بشكل هام، وتحولت السياسات تدريجياً نحو الإدماج المجتمعي والتعليمي، وتجلت ذلك -من الناحية التشريعية- بصدور "القانون رقم 34 لعام 2004 - قانون المعوقين" (المعدل في بعض بنوده بالمرسوم التشريعي رقم 46 لعام 2009)، والذي شكّل أساساً تشريعياً شاملاً لمسألة الإعاقة بمختلف النواحي، وركيزةً لإطلاق استراتيجية وطنية وخطة عمل شاملة لرعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة في سوريا بالعام.

إذاً، سابقاً لصدور قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 2004 كان يوجد العديد من الصكوك التشريعية المتعلقة ببعض المسائل الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، لكن تطوير إطار قانوني شامل لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة كان ضرورياً لأسباب مختلفة منها:

- تغير المفاهيم حول مسألة الإعاقة، وتطور النماذج المفاهيمية السائدة للإعاقة على المستوى العالمي، لاسيما بعد تبني النموذج المفاهيمي الحيوي النفسي الاجتماعي للإعاقة عام 2001 (نموذج الـ ICF).
- ضرورة وجود تشريع وطني بمفهوم شامل لمسألة الإعاقة، يؤكد ويثبت حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ويكفل مشاركتهم الكاملة في المجتمع.
- الحاجة لتحديد الخدمات المقدمة من قبل الدولة للأشخاص ذوي الإعاقة لاسيما في مجالات الصحة والتربية والتعليم والعمل...
- الحاجة لتناول التحديات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة أشمل وضمان حماية حقوقهم لاسيما تلك المتعلقة بالبيئة والنقل والأجهزة والمعدات...

- الحاجة لتطوير إطار مؤسسي على المستوى الوطني يُعنى برسم السياسة العامة ووضع الخطط والبرامج المتعلقة بالإعاقة ومتابعة تنفيذها واقتراح التشريعات ذات الصلة.
- الحاجة لتطوير إطار مؤسسي على مستوى المحافظات يُعنى بمتابعة تنفيذ السياسة العامة والخطط والبرامج المتعلقة بالإعاقة على مستوى المحافظة واقتراح الخطط والبرامج ذات الصلة.
- الحاجة لتأمين وتخصيص الموارد المالية اللازمة لتنفيذ الخطط المتعلقة بقطاع الإعاقة، من خلال صك تشريعي يضمن الاستدامة.

لذلك كان إقرار القانون رقم 34 لعام 2004 وتعديل بعض مواد بالمرسوم 46 لعام 2009 بمثابة خطوة متقدمة على المستوى الوطني لتحسين احترام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

إن المعرفة بالتشريعات الوطنية المتعلقة بمسألة الإعاقة وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ضرورية لفئات عديدة ومختلفة، منها العاملون الصحيون في مجالات ذات صلة مثل قطاع إعادة التأهيل وخدمات الدعم (إضافةً لممثلي الحكومة، وأعضاء مجلس الشعب، والقضاة، والأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم، وممثلي وسائل الإعلام..).

بإقرار التشريعات الوطنية المذكورة أعلاه، تم تثبيت:

- حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في سوريا في مختلف نواحي الحياة.
- التزامات الدولة بتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحمايتهم.
- إحداث المؤسسات على المستوى المركزي ومستوى المحافظات المعنية بإنفاذ الحقوق المنصوص عليها بالقانون، أي بوضع الخطط والسياسات ذات الصلة ومتابعة تنفيذها...
- تخصيص الموارد المالية المستدامة اللازمة لتنفيذ الخطط المتعلقة بقطاع الإعاقة.

بنية القانون رقم 34 لعام 2004 والمرسوم 46 لعام 2009 ومحتوياتها:

المادة	العنوان	المناقشة
المادة (1)	التعريف المستخدمة	تم شرح التعابير المستخدمة في معرض تنفيذ أحكام القانون. تم تحديد "الوزارة" المعنية بشكل رئيسي، وهي وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وتحديد "الجمعية" و"المعهد" ذات الصلة بموضوع القانون. تم تعريف الشخص "المعوق" بأنه: (الشخص غير القادر على أن يؤمن ضرورات الحياة الفردية والاجتماعية العادية لنفسه بنفسه سواء

<p>كان ذلك بصورة كلية أم جزئية بسبب قصور خلقي أو مكتسب في قدراته الجسمية أو العقلية). ومن الواضح أنه يستند للنموذج الطبي (ذلك في العام 2004)، لكن تم تطوير التعريف التصنيف الوطني للإعاقة في العام 2017 [راجع الجدول رقم (7)] حيث تم التأكيد على أن التصنيف الوطني للإعاقة عموماً يستند على مفاهيم الـ (ICF) والـ (CRPD).</p> <p>تم تعريف "التأهيل" بأنه: (مساعدة "المعوق" بهدف تمكينه من التوافق مع متطلبات بيئته الطبيعية والاجتماعية وكذلك تنمية قدراته للاعتماد على نفسه من خلال الخدمات الاجتماعية والتربوية والصحية والنفسية والرياضية والترفيهية وخدمات التدريب المهني والتشغيل).</p> <p>إضافة لتعريف "المجلس المركزي" و"المجلس الفرعي" كجهات معنية بشؤون الإعاقة على المستوى الوطني ومستوى المحافظات.</p>		
<p>تحدد تشكيل المجلس المركزي لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة (حيث يتشكل برئاسة الوزير وعضوية 16 شخص، نصفهم من الوزارات ذات الصلة والنصف الآخر من الجمعيات العاملة في قطاع الإعاقة وأشخاص ذوي الإعاقة وخبراء، إضافةً لأمين عام). هذا التشكيل يثبت ويؤكد بأن مسألة الإعاقة مسألة متعددة القطاعات وبأن مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة كأصحاب مصلحة ضرورية.</p> <p>وتحدد مهامه برسم السياسة العامة لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة ووضع الخطط والبرامج ومتابعتها، واقتراح التشريعات ذات الصلة، ودراسة تقارير المجالس الفرعية، والتعاون مع المنظمات العربية والإقليمية والدولية.</p> <p>كما تحدد آلية عمل المجلس المركزي (اجتماعاته ودوريتها وقانونيتها التصويت على قراراته..).</p>	<p>المجلس المركزي</p>	<p>المواد من (2) إلى (5) في القانون والمعدلة بالمادتين (1) و(3) في المرسوم</p>

<p>تحدد تشكيل المجلس الفرعي لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة (حيث يتشكل برئاسة المحافظ وعضوية 11 شخص، من المديريات ذات الصلة وأشخاص ذوي الإعاقة وخبير، إضافةً لأمين عام). وتحدد مهامه بتنفيذ السياسة العامة لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة والخطط والبرامج، واقتراح الخطط البرامج ذات الصلة، ورفع التقارير الدورية، وتشكيل اللجان المعنية بتحديد الأشخاص ذوي الإعاقة. كما تحدد آلية عمل المجلس الفرعي.</p>	<p>المجلس الفرعي</p>	<p>المواد من (6) إلى (8) في القانون والمعدلة بالمادة (2) في المرسوم</p>
<p>وهي المادة التي تحدد الخدمات التي تقدمها الدولة في مختلف المجالات (الصحة، التربية والتعليم العالي والرياضة، التأهيل والعمل، توفير البيئة المؤهلة، الإعلام والتوعية، الإعفاءات والخدمات).</p>	<p>الخدمات المقدمة للأشخاص المعوقين</p>	<p>المادة (9)</p>
<p>تحدد إحداث معاهد الرعاية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة لتقديم الخدمات الاجتماعية والتربوية والصحية والنفسية والتأهيلية والرياضية وخدمات التدريب المهني والتشغيل.. وترخيصها وأهدافها.</p>	<p>المعاهد</p>	<p>المواد من (10) إلى (12)</p>
<p>توضح الأحكام العامة لعمل المجلس المركزي والمجالس الفرعية، واعتماد التصنيف الوطني للإعاقة لمنح "بطاقة الشخص ذو الإعاقة" التي تسمح لحاملها من الاستفادة أحكام القانون.</p>	<p>أحكام عامة</p>	<p>المواد من (13) إلى (18)</p>
<p>تشرع إصدار طابع الإعاقة يخصص ريعه لدعم أنشطة المجلس المركزي لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة</p>	<p>إصدار طابع مالي خاص</p>	<p>المادة (4) من المرسوم التشريعي</p>
<p>تشرع موازنة مالية خاصة للمجلس المركزي لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة، ومواردها وأوجه صرفها</p>	<p>موازنة مالية خاصة</p>	<p>المادة (5) من المرسوم التشريعي</p>

الجدول رقم (11): أقسام مواد القانون رقم 34 لعام 2004 والمعدل بالمرسوم رقم 46 لعام 2009

إعادة التأهيل وأنماط تفاعل فريق إعادة التأهيل

Rehabilitation and Styles of Interactions of Rehabilitation Team

تعريف إعادة التأهيل Rehabilitation Definition:

وفق منظمة الصحة العالمية، إن إعادة التأهيل **Rehabilitation** مكون أساسي من مكونات التغطية الصحية الشاملة إلى جانب تعزيز التمتع بصحة جيدة **Promotion** of good health والوقاية من الأمراض **Prevention** of diseases وتوفير العلاج والرعاية الملطفة **Treatment** and palliative care.

إن منظمة الصحة العالمية تعرّف إعادة التأهيل على أنها "مجموعة من التدخلات المعدة لغرض تحسين الأداء والحد من الإعاقة لدى الأفراد الذين يعانون من حالات صحية في تفاعلهم مع بيئتهم".

The rehabilitation is "a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment".

تتميز التدخلات في عملية إعادة التأهيل بأنها تتناول كل من: الضعف impairments، وتحدد النشاط activity limitations، تقلص المشاركة participation restrictions، بالإضافة إلى العوامل الشخصية والبيئية (بما في ذلك التكنولوجيا المساعدة) (personal and environmental factors (including assistive technology)).

وببساطة، فإن إعادة التأهيل تساعد الطفل أو البالغ أو المسن على التمتع بأقصى قدر ممكن من الاستقلالية في إطار ممارسته لأنشطته اليومية، وتمكّنه من المشاركة في مجالات التعليم والعمل والترفيه وأداء أدوار نافعة في الحياة، مثل رعاية الأسرة. وتحقق إعادة التأهيل ذلك عن طريق معالجة الحالات الصحية الكامنة (مثل الألم) وتحسين طريقة أداء الفرد لوظائفه في الحياة اليومية وتزويده بالدعم اللازم للتغلب على ما يواجهه من صعوبات في التفكير أو الرؤية أو السمع أو التواصل أو تناول الطعام أو التنقل.

وقد يلزم إعادة تأهيل أي شخص في مرحلة ما من حياته عقب تعرضه لإصابة أو خضوعه لعملية جراحية أو إصابته بمرض أو اعتلال أو بسبب قصور أدائه الوظيفي جراء تقدمه في السن. وفيما يلي بعض الأمثلة على إعادة التأهيل:

- تمارين تحسين قدرة الشخص على النطق واستعمال مفردات اللغة والتواصل في أعقاب تعرضه لإصابة في الدماغ.
- تعديل بيئة سكن شخص مسن لتحسين سلامته واستقلاليته في المنزل والحد من خطورة تعرضه للسقوط.
- تدريب الشخص المصاب بمرض القلب على ممارسة التمارين الرياضية وتنقيفه بشأن التمتع بأنماط عيش صحية.

- صنع الأطراف الاصطناعية وتركيبها وتثقيف الفرد بجوانب استعمالها عقب تعرضه لبتير في الساق.
- الاستفادة من تقنيات التثبيت والتجبير للمساعدة في شفاء الجلد والحد من التورم واستعادة القدرة على الحركة عقب الخضوع لعملية جراحية لعلاج الحروق.
- وصف الدواء للأطفال المصابين بالشلل الدماغي للحد من تعرضهم لتصلب العضلات.
- تزويد المصابين بالاكْتئاب بالدعم النفسي.
- تدريب المصابين بفقدان البصر على استعمال العصا البيضاء.

وتركز إعادة التأهيل على الشخص Rehabilitation is highly person-centered بشدة، ما يعني أن التدخلات والنهج المختارة فيما يخص كل فرد مرهونة بأهدافه وتفضيلاته.

يمكن تقديم خدمات إعادة التأهيل في أوساط مختلفة كثيرة، ابتداءً بالمستشفيات للمرضى الداخليين inpatient أو الخارجيين outpatient، وانتهاءً بالعيادات الخاصة أو الأوساط المجتمعية مثل المنزل وغيرها.

وتتكون القوة العاملة لخدمات إعادة التأهيل من مهنيين صحيين مختلفي الفروع، بمن فيهم المعالج الفيزيائي والمعالج الوظيفي ومعالج النطق واللغة وفني المقومات والأطراف الاصطناعية والمعالج النفس-حركي والطبيب الاختصاصي في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل وغيرهم.

فوائد إعادة التأهيل Rehabilitation Benefits:

يمكن أن تحدّ إعادة التأهيل من تأثير طائفة واسعة من الحالات الصحية، ومنها الأمراض (الحادة أو المزمنة)، أو الاعتلالات أو الإصابات، كما يمكنها أن تكمل تدخلات صحية أخرى، مثل التدخلات الطبية والجراحية، لتساعد بذلك على تحقيق أفضل ما يمكن من حصائل.

ويمكن مثلاً أن تساعد إعادة التأهيل في تقليل المضاعفات الناجمة عن حالات صحية كثيرة مثل السكتة، أو في تدبير تلك الحالات علاجياً أو الوقاية منها.

وتساعد إعادة التأهيل على التقليل إلى أدنى حد من الآثار المقعدة للحالات الصحية المزمنة، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وداء السكري، أو إبطاء وقع تلك الآثار عن طريق تزويد المصابين بتلك الحالات باستراتيجيات للتدبير العلاجي الذاتي وبما يلزمهم من منتجات مساعدة أو عن طريق معالجة الآلام أو غيرها من المضاعفات.

وإعادة التأهيل استثمار يحقق فوائد من حيث التكلفة للأفراد والمجتمع على حد سواء، ويمكنه أن يساعد على تجنب النفقات الباهظة لدخول المستشفيات وتقليل مدة الرقود فيها وتلافي دواعي دخولها مجدداً.

كما تمكّن إعادة التأهيل الأفراد من المشاركة في مجال التعليم والعمل بأجر والحفاظ على الاستقلالية في المنزل، وتقلّل إلى أدنى حد من الحاجة إلى دعم مالي أو دعم الجهات المقدمّة للرعاية.

وتشكّل إعادة التأهيل جزءاً مهماً من التغطية الصحية الشاملة، وهي استراتيجية أساسية لتحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة "ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحيّة وبالرفاهيّة في جميع الأعمار".

المفاهيم المغلوطة بشأن إعادة التأهيل Misconceptions about Rehabilitation:

لا تقتصر إعادة التأهيل على الأشخاص ذوي الإعاقة فقط أو اعتلالات بدنية طويلة الأجل، بل هي بالأحرى خدمة صحية أساسية يمكن أن يحتاجها -وتقدم به- أي شخص يعاني من حالة صحية أو إعاقة أو إصابة حادة أو مزمنة تقيد قدرته على تأدية وظائفه، ولا بد بالتالي من إتاحتها لكل من يحتاجها.

من الأفكار الخاطئة أيضاً بأن إعادة التأهيل ليست سوى خدمة متخصصة للغاية يتم تقديمها للرياضيين أو خدمة للعودة إلى العمل بعد الإصابات، لكنها في الحقيقة يمكن أن تلبي احتياجات قطاع عريض من الناس طوال حياتهم.

من جانب آخر، إن إعادة التأهيل ليست خدمة صحية ترفيهية (رفاهية) تُتاح فقط لمن يستطيعون تحمل تكاليفها، ولا خدمة اختيارية تُجرب حصراً في حال عجز سائر التدخلات المنفذة عن الوقاية من حالة صحية ما أو علاجها، وبالتالي يمكن تجاهلها في مواجهة الطلبات المتنافسة على الاستثمار والموارد. بل إن إعادة التأهيل هي عنصر أساسي في الرعاية الصحية، وغالباً ما تكون ضرورية أيضاً لتحقيق والحفاظ على أفضل النتائج من التدخلات الصحية الأخرى، وبالتالي ينبغي أن تتاح للجميع تدخلات إعادة التأهيل على أن تكون مناسبة التوقيت وعالية الجودة ومعقولة التكلفة من أجل تحقيق مجمل الفوائد الاجتماعية والاقتصادية والصحية التي تتطوي عليها، ما يعني في حالات كثيرة الشروع في خدمات إعادة التأهيل بمجرد وجود حالة صحية ومواصلة تقديم هذه الخدمات مع سائر التدخلات الصحية.

احتياجات إعادة التأهيل عالمياً Global Need for Rehabilitation:

تشير التقديرات إلى وجود 2,4 مليار شخص في العالم من المتعاشين حالياً مع حالة صحية تستفيد من إعادة التأهيل. وبحسب التقديرات، فإن هذه الحاجة إلى خدمات إعادة التأهيل ستزيد بشكل أكبر في السنوات القادمة في جميع أنحاء العالم في ظل التغيرات الطارئة على صحة السكان وسماتهم.

حيث يعيش الناس الآن عمراً أطول، ومن المتوقع أن يتضاعف عدد من تتجاوز أعمارهم الستين إلى الضعف بحلول عام 2050، وأن يتزايد عدد المتعاشين مع الأمراض المزمنة (كالداء السكري والسكتة الدماغية)، كما

يتواصل في الوقت نفسه التعرض للإصابات (كالحروق) والحالات الصحية المعيقة لنمو الطفل (كالشلل الدماغي)، وهي حالات يمكن أن تؤثر على أداء الفرد لوظائفه وتتسبب في زيادة معدلات الإعاقة التي يمكن أن تستفيد من خدمات إعادة التأهيل.

وما زالت الاحتياجات من خدمات إعادة التأهيل غير ملباة إلى حد كبير في أنحاء كثيرة من العالم، حيث لا يحصل أكثر من نصف الأشخاص في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط ما يلزمهم من هذه الخدمات. وقد تسببت جائحة كوفيد-19 في حدوث زيادة جديدة في الاحتياجات من خدمات إعادة التأهيل، فضلاً عن تسببها في تعطل الخدمات القائمة بشدة في نسبة تتراوح بين 60 و70% من البلدان في جميع أنحاء العالم.

ولا تزال احتياجات العالم من خدمات إعادة التأهيل غير ملباة بسبب عوامل عديدة، منها ما يلي:

- الافتقار إلى أولويات محددة وإلى التمويل اللازم وسياسات وخطط لإعادة التأهيل على الصعيد الوطني.
- نقص الخدمات المتاحة لإعادة التأهيل خارج المناطق العمرانية، وطول فترات الانتظار.
- ارتفاع التكاليف التي ينفقها الفرد من جيبه الخاص وانعدام وسائل التمويل أو قصورها.
- نقص المهنيين المدربين على إعادة التأهيل، حيث يوجد أقل من 10 ممارسين متمرسين لكل مليون نسمة من السكان في الكثير من الأماكن ذات الدخل المنخفض والمتوسط.
- نقص الموارد، بما فيها التكنولوجيات المساعدة والمعدات والمواد الاستهلاكية.
- الحاجة إلى مزيد من البحوث والبيانات بشأن إعادة التأهيل.
- عدم فعالية مسارات الإحالة إلى خدمات إعادة التأهيل وتدني مستوى الاستفادة منها.

كما أنه أثناء الطوارئ، يمكن أن تسفر الأخطار الطبيعية مثل الزلازل أو فاشيات الأمراض والمخاطر التي هي من صنع الإنسان، بما فيها الصراعات أو الأعمال الإرهابية أو الحوادث الصناعية، عن توليد احتياجات هائلة إلى خدمات إعادة التأهيل من جراء التعرض للإصابات أو الاعتلالات. كما أنها تعطل في آن معاً الخدمات القائمة وتخلق أكبر آثارها على أضعف فئات السكان والنظم الصحية.

ورغم الاعتراف بأهمية دور إعادة التأهيل أثناء الطوارئ في المبادئ التوجيهية السريرية والإنسانية، فإنها نادراً ما يُنظر إليها على أنها تشكل جزءاً من تأهب النظام الصحي لمواجهة الطوارئ والإبكار في الاستجابة لها، مما يسفر عن تعاطم القيود المفروضة مسبقاً على خدمات إعادة التأهيل وتقليل كفاءة عملية تقديم الخدمات الصحية وتعريض الأشخاص المتأثرين بذلك مباشرة لخطورة الإصابة بحالات العجز والإعاقة بشكل متزايد.

ونظراً للنقص الهام في تلبية احتياجات إعادة التأهيل عالمياً، ولكي تحقق خدمات إعادة التأهيل كامل إمكاناتها، أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة توجيه الجهود نحو تعزيز جوانب النظام الصحي ككل ودمج إعادة

التأهيل في الرعاية الصحية بوصفها جزءاً منها على جميع مستويات النظام الصحي وفي إطار تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وقد أطلقت المنظمة في عام 2017 مبادرة إعادة التأهيل لعام 2030 بعنوان "إعادة التأهيل: أساس الصحة في القرن 21 Rehabilitation: key for health in the 21st century"، والتي تشدد على ضرورة تعزيز النظام الصحي وتدعو جميع أصحاب المصلحة في العالم بأسره إلى العمل يداً بيد في مختلف المجالات ذات الأولوية، مع التركيز على ما يلي:

• تحسين القيادة والحوكمة.

Improving leadership and governance.

• إعداد قوة عاملة قوية ومتعددة التخصصات في مجال إعادة التأهيل.

Developing a strong multidisciplinary rehabilitation workforce.

• زيادة التمويل اللازم لإعادة التأهيل.

Expanding financing for rehabilitation.

• تحسين عملية جمع البيانات وإجراء البحوث المتعلقة بإعادة التأهيل.

Improving data collection and research on rehabilitation.

وقد أطلقت المنظمة توصيات موجهة للقادة الحكوميين وواضعي السياسات الصحية في الدول، وهي ذات صلة أيضاً بقطاعات القوى العاملة والتدريب. كما يمكن أن تكون مفيدة أيضاً للأشخاص المشاركين في أبحاث إعادة التأهيل وتقديم الخدمات والتمويل والمنتجات المساعدة، بما في ذلك المنظمات المهنية والمؤسسات الأكاديمية والمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والدولية. انظر الجدول رقم (12)

WHO Recommendations on rehabilitation in health systems	توصيات منظمة الصحة العالمية حول إعادة التأهيل في النظم الصحية
1. Rehabilitation services should be integrated in health systems.	1. يجب أن تكون خدمات إعادة التأهيل مدمجة في النظم الصحية.
2. Rehabilitation services should be integrated into and between primary, secondary and tertiary levels of health systems	2. يجب دمج خدمات إعادة التأهيل ضمن مختلف مستويات النظم الصحية الأولية والثانوية والثالثية وما بينها.
3. A multi-disciplinary rehabilitation workforce should be available.	3. يجب أن تتوفر القوى العاملة لإعادة التأهيل متعدد التخصصات.
4. Both community and hospital rehabilitation services should be available.	4. يجب أن تكون خدمات إعادة التأهيل متوفرة ضمن المراكز المجتمعية والمستشفيات.

5. Hospitals should include specialized rehabilitation units for inpatients with complex needs.	5. يجب أن تحتوي المستشفيات على وحدات إعادة تأهيل متخصصة للمرضى الداخليين ذوي الحاجات المعقدة.
6. Financial resources should be allocated to rehabilitation services to implement and sustain the recommendations on service delivery.	6. يجب تخصيص الموارد المالية لخدمات إعادة التأهيل لتنفيذ التوصيات المتعلقة بتقديم الخدمات والحفاظ عليها.
7. Where health insurance exists or is to become available, it should cover rehabilitation services.	7. حيثما يوجد تأمين صحي أو سيصبح متاحاً، يجب أن يغطي خدمات إعادة التأهيل.
8. Financing and procurement policies should ensure that assistive products are available to everyone who needs them.	8. يجب أن تضمن سياسات التمويل والمشتريات بأن المنتجات المساعدة تكون متاحة لكل من يحتاج إليها.
9. Adequate training should be offered to users to whom assistive products are provided.	9. يجب تقديم التدريب المناسب للمستخدمين الذين يتم توفير المنتجات المساعدة لهم.

الرجوع رقم (12): توصيات منظمة الصحة العالمية حول إعادة التأهيل في النظم الصحية

تطور مفهوم إعادة التأهيل Evolution of the Concept of Rehabilitation:

إن مفهوم "إعادة التأهيل rehabilitation" قد تطور خلال القرن العشرين متجاوزاً مفهوم الرعاية care "الشائع -على أهميته- إذ أن عملية إعادة التأهيل عبارة عن عملية تدخلية وفاعلة تهدف للوصول إلى الحد الأعظمي لإمكانات الشخص بكل المجالات الفيزيائية والعقلية والاجتماعية.

حيث أنه وبشكل مغاير لكل المقاربات الطبية التقليدية التي تركز على التشخيص الطبي والعلاج الموجه ضد العملية المرضية (النموذج الطبي الحيوي biomedical model)، تُنتج إعادة التأهيل مداخلات متزامنة ومتعددة تحدد كلاً من السبب والتأثيرات الثانوية للمرض (النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial model)، بذلك تتضمن الطبيعة المختلفة لإعادة التأهيل تقييم السعة الوظيفية للشخص والأداء الوظيفي لديه إضافةً للطموح في الحياة. بالتالي تكون عملية إعادة التأهيل عبارة عن تطوير الشخص لإمكاناته للحد الأقصى الممكن من الناحية الفيزيائية والنفسية والاجتماعية والمهنية وغير المهنية والثقافية... بشكل متناغم مع الحالة الصحية لديه والعوامل الظرفية لاسيما العوامل البيئية.

خلال القرن العشرين، بدأ حدوث تغيير هام في تفكير مقدمي الرعاية الصحية -خاصةً عندما عاد ألوف "المصابين بالعجز" من ساحات قتال الحرب العالمية الثانية- حيث أصبحت الحاجة لتركيز الرعاية على المصابين بالعجز واضحة بشكل كبير، وبدأ تطوير نظام الرعاية الكلية الشاملة الموجهة بعمل فريق لهؤلاء الأشخاص وذلك كواجب اجتماعي هام إضافةً للواجب الطبي من خلال الاهتمام بالشخص الكامل وليس فقط بالمرض، وقد حثت هذه الفلسفة الجبارة على ازدياد الاهتمام بين مقدمي الرعاية الصحية للعمل في هذا الحقل.

كانت سنة 1936 هي السنة الممتازة لطب إعادة التأهيل عندما افتتح الطبيب فرانك كروسن Dr. Frank krusen البرنامج الفعلي الأول للتدريب على إعادة تأهيل الإعاقة في جامعة ومشفى مايوكليينك Mayo Clinic، وهو الذي ابتكر مصطلح طبيب إعادة التأهيل Physiatrist وله الفضل في تأليف الكتاب المدرسي الأول الشامل بإعادة التأهيل، لذلك تبقى بصمة فرانك كروسن خاصة ومميزة في هذا الحقل. وقد تأسس البورد الأميركي للطب الفيزيائي وإعادة التأهيل (ABMP&R) عام 1947 ليصبح واحد من الاختصاصات الطبية الأربع والعشرون "الرسمية"، محددًا رسالته النبيلة بتعزيز "نوعية الحياة (QoL) Quality of Life" للشخص والحصول الوظيفي له، عن طريق مزج أفضل الطرق الطبية التقليدية (إضافة سنين لحياة المريض) مع الوظيفة النموذجية (إضافة حياة لسنين المريض).

مفاهيم أساسية في إعادة التأهيل Basic Concepts in Rehabilitation:

إن فهم المريض بذاته -بصفته شخصاً- يكون أساسياً لنجاح عملية التأهيل، **فالشخص Person** هو الإنسان الحي المستقل بكونه متميزاً بالمجالات الوراثية والفيزيائية والعقلية والاجتماعية والروحية، ويكون موجهاً بالخبرات السابقة والتغيرات خلال التطور، ويكون مجدداً لذاته من خلال قرارات الحياة المتخذة بشكل إرادي، وبالتالي تكون **الشخصية Personhood** متغيرة بشكل مستمر. إن هذا الفهم الشامل ضروري لفريق إعادة التأهيل، لأن الشخص "الذات الحقيقية" هو الخاضع لتدخلات إعادة التأهيل، ويبقى له اختيار حل المشكلة كما يكون هو المساهم الأساسي بوضع الهدف الصحيح.

لذلك فإن العمل مع الشخص كمريض يقتضي ضمنا علاقة طبية فعالة مع توقعات غير الحالة أو الموكل أو الزبون، **فالمريض Patient** هو الشخص المصاب بأذية أو مرض أو داء ويكون خاضعاً للمعالجة الطبية الفعالة بهدف العودة لحالة الصحة المثلى، أما **الحالة Case** فهي مثال على الداء أو الأذية بتفصيلاتها الملازمة مجردة عن الشخص بغرض الدراسة العلمية أو التعليم، أما **الموكل/العميل Client** فهو الشخص الذي تقدم له الخدمات، ولا يتطلب اشتراك الشخص في شكل العلاقة، حيث يتم إعداد الأشياء والترتيبات لأجله، بينما **الزبون Customer** فهو الذي يشتري السلعة والخدمات وحسب.

لذلك تم تطوير مفهوم **إعادة تأهيل المركز على الشخص person-centered rehabilitation** وهي فلسفة دعم تقديم الخدمات في أماكن إعادة التأهيل، من خلال عملية تفاعل تقوم على معرفة المريض كشخص كامل، واستنتاج الأهداف الملائمة لحياة المريض، والتدخلات التي تزيد كل إمكانيات المريض وقدراته للحد الأقصى.

من جانب آخر، يجب أن يتم التمييز بين **المعاناة suffering** والألم pain، حيث يكون الألم عملية نفسية فيزيولوجية من الإدراك الحسي كاستجابة للتنبه المؤلم، أما المعاناة فهي الإدراك الحسي بالتهديد بسلامة

الشخصية ككل (مثل إدراك الشخص لماضيه، وحاضره، ومستقبله، والعائلة، ودوره الثقافي والاجتماعي..). يمكن أن تتضمن المعاناة الألم الجسدي لكنها لا تقتصر عليه، كما يمكن أن تزول المعاناة عندما يتم تقديم تفسير جديد وبطريقة إيجابية للإحساس بالتهديد للشخصية.

مثلاً، إن طريقة فهم الألم تؤثر على كمية الأدوية المطلوبة للسيطرة عليه (مريضة كانت تعتقد بأن ألمها ناتج عن عرق النسا وقد تمت السيطرة عليه بجرعة قليلة من الكودئين ولكن حين اكتشفت بأنه ناتج عن الخباثة احتاجت كميات أكبر من الدواء للراحة)، كما أن طريقة فهم إنذار المرض والحلول الممكنة تغير بشكل هام تعاون المريض (مريض لديه داء سكري مع تطور خثار شرياني مزمن وغانغرين بالطرف السفلي، كان رافضاً بشكل قاطع إجراء البتر معتقداً بأنه سيفقد المشي وقدرته على العمل، لكن عندما تم إخباره بإمكانات تركيب الطرف الاصطناعي والمشي الوظيفي لديه من خلال تدريب المجموعات أمامه، وافق على البتر باطمئنان).

فريق إعادة التأهيل Rehabilitation Team:

"لوجدنا يمكن فعل القليل، معاً يمكننا فعل الكثير" هيلين كيلر

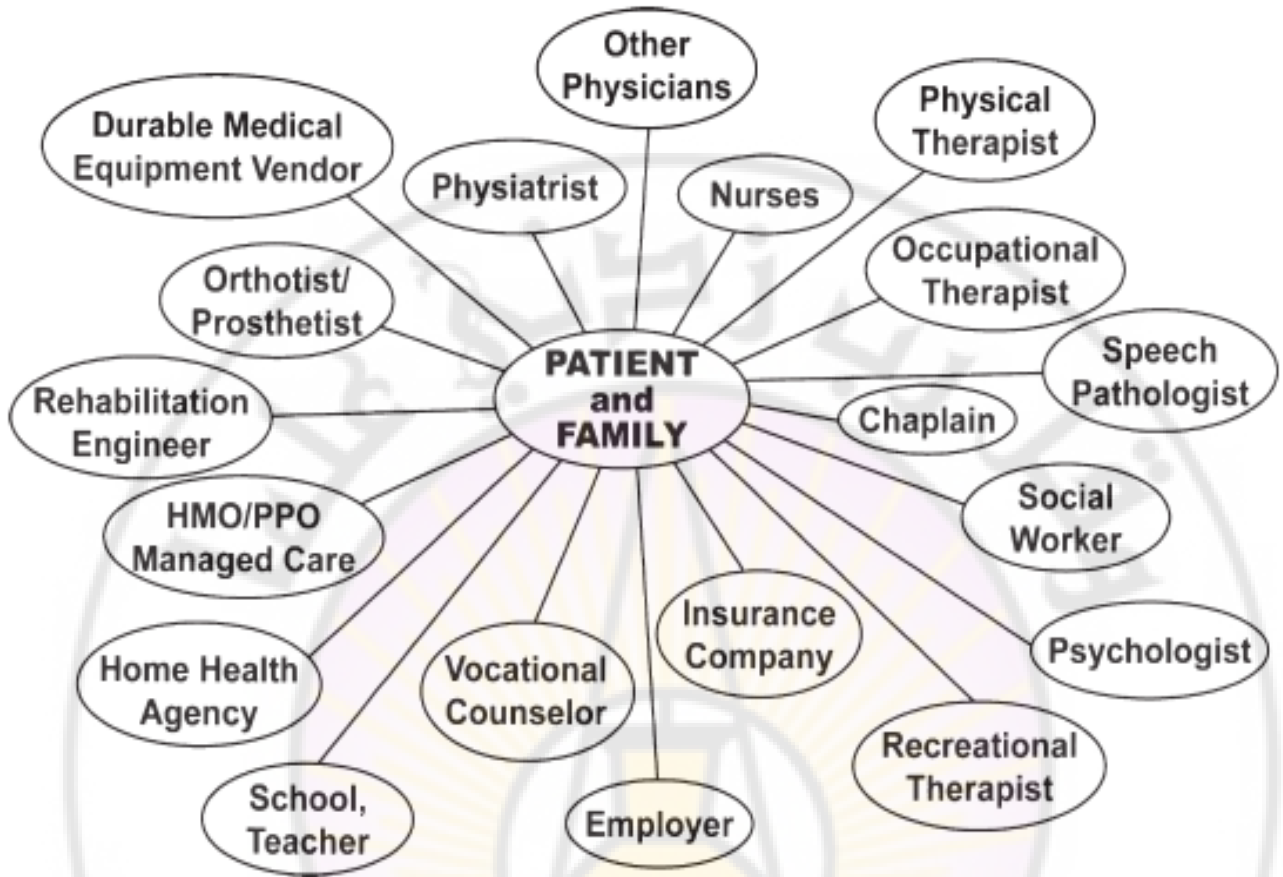
"Alone we can do so little, together we can do so much" Helen Keller

يحتاج المرضى الذين يخضعون لإعادة التأهيل إلى خدمات العديد من مقدمي الرعاية الصحية الذين يمتلكون مهارات وتدريباً وخبرات فريدة يتم توظيفها لاستعادة وظيفة هؤلاء المرضى في جميع جوانب الحياة. انظر الشكليين رقم (16-أ) بالإنكليزية و(16-ب) بالعربية يوضحان بعض مقدمي الرعاية الذين قد يكونوا مساهمين في إعادة التأهيل الشامل.

يجب أن يكون طبيب إعادة التأهيل وباقي محترفي إعادة التأهيل قادرين على التواصل بالطريقة المثلى مع كل مزودي الخدمات لتلبية الاحتياجات العديدة للمريض.

إذ غالباً ما يتم تقديم خدمات إعادة التأهيل -إضافةً لطبيب إعادة التأهيل- من قبل العديد من مهن العلوم الصحية health sciences، مثل العلاج الوظيفي والعلاج الفيزيائي والعلاج النفس حركي وخدمات المقومات والأطراف الاصطناعية وعلم النفس السريري والعلاج الترفيهي وعلاج النطق واللغة وتمريض إعادة التأهيل وآخرون حسب الحاجة.

كما أنه في العديد من الحالات يتم استشارة العديد من الاختصاصات الطبية medical specialties الأخرى حسب الحاجة، وتشمل هذه الاختصاصات الطبية الجراحة العصبية والداخلية العصبية والجراحة العظمية وأمراض المفاصل وطب الشيخوخة والطب الباطني وطب الأطفال والطب النفسي وغيرها.



الشكل رقم (16-أ): بعض مقدمي الرعاية الذين قد يكونوا مساهمين في إعادة التأهيل الشامل

عموماً، يتم تحديد المهن التي يتعامل معها مريض معين ومدى هذه التدخلات إلى حد كبير من خلال طبيعة وأوجه القصور لدى المريض والبيئة التي يتم فيها إجراء إعادة التأهيل.

في حقل إعادة التأهيل، من المثبت بالدليل بأن "نهج رعاية الفريق المنسق" هو الأكثر فعالية وكفاءة من الرعاية المجزأة للمرضى الذين لديهم مرض طويل الأمد.

وعليه فإن فريق إعادة التأهيل -والذي هو مجموعة من العاملين في الرعاية الصحية ومن مختلف الفروع- يجب أن يكونوا مشتركين في القيم والأهداف العامة، إضافةً لضرورة الإلمام بطريقة الوصفات الطبية والإحالات والطلبات المختلفة سواءً في التقييم أو تخطيط العلاج أو تقديم العلاج أو توفير المعدات وتركيب الأجهزة أو تعديلات البيئة. إذ أن أي قصور في قواعد المعرفة أو مهارات تفاعل الفريق والمريض سوف تؤدي إلى خطط علاج ورعاية دون المستوى الأمثل.



الشكل رقم (16-ب): بعض مقدمي الرعاية الذين قد يكونوا مساهمين في إعادة التأهيل الشامل

خصائص ماك جورج لفريق عمل فعال :McGregor's Characteristics of an Effective Work Team

1. يميل الجو إلى أن يكون غير رسمي ومريح، ولا توجد توترات واضحة، يشارك فيه الجميع ويهتمون به بدون علامات ملل.
2. هناك الكثير من المناقشات التي يشارك فيها الجميع تقريباً، لكنها تظل ذات صلة بمهمة المجموعة. وإذا خرجت المناقشة عن الموضوع، سيقوم شخص ما بإعادتها لسياقها بشكل بسيط ومرتب.
3. مهمة وهدف المجموعة مفهومة جيداً ومقبولة من قبل الأعضاء. تحدث مناقشة حرة للهدف في مرحلة ما، حتى تتم صياغته بطريقة يمكن لأعضاء المجموعة الالتزام بها.

4. الأعضاء يستمعون لبعضهم البعض، تتم المناقشة بدون القفز من فكرة إلى أخرى غير ذات صلة، ويتم الاستماع إلى كل فكرة. لا يخاف عضو المجموعة من أن يكون أو يبدو "أحمقاً" من خلال طرح فكرة إبداعية حتى لو بدت متطرفة إلى حد ما.
5. يجب أن يكون ضمن المجموعة بعض الاختلاف، وتشعر المجموعة بالارتياح تجاه هذا الأمر ولا تظهر أي علامات على الاضطرار إلى تجنب الصراع أو إبقاء كل شيء على مستوى من الحلاوة والضوء. لا يتم قمع الخلافات أو إبطالها من خلال عمل جماعي سابق لأوانه. يتم فحص الأسباب بعناية، وتوسع المجموعة إلى حلها بدلاً من السيطرة على المختلف. من ناحية أخرى، لا يبدو أن الأعضاء الذين يختلفون في الرأي يحاولون الهيمنة على المجموعة أو التعبير عن العداة. خلافهم هو تعبير عن اختلاف حقيقي في الرأي، ويتوقعون جلسة استماع حتى يتم العثور على حل. في بعض الأحيان توجد خلافات أساسية لا يمكن حلها. تجد المجموعة أنه من الممكن التعايش معهم، وتقبلهم دون السماح لهم بعرقلة مساعيها. في ظل بعض الظروف، سيتم تأجيل الإجراء للسماح بإجراء مزيد من الدراسة لقضية ما بين الأعضاء. في مناسبات أخرى، عندما يتعذر حل الخلاف ويكون الإجراء ضرورياً، سيتم اتخاذه ولكن بحذر واعتراف صريحين بأن الإجراء قد يخضع لإعادة النظر في وقت لاحق.
6. يتم التوصل إلى معظم القرارات بتوافق الآراء، حيث من الواضح أن الجميع متفقون بشكل عام ومستعدون للمضي قدماً. التصويت الرسمي ممكن ببعض الحالات، لكن لا تقبل المجموعة بالأغلبية البسيطة كأساس سليم للعمل.
7. النقد متكرر وصريح ومريح نسبياً. هناك القليل من الأدلة على الهجوم الشخصي، سواء بشكل علني أو خفي. النقد له نكهة بناءة من حيث أنه موجه نحو إزالة عقبة تواجه المجموعة وتمنعها من إنجاز المهمة.
8. أعضاء الفريق أحرار في التعبير عن مشاعرهم وكذلك أفكارهم حول المشكلة وحول عمل المجموعة، وهناك القليل من الأجندات الخفية.
9. عند اتخاذا الإجراءات، يتم ذلك بتكليفات واضحة وموافق عليها.
10. قائد المجموعة لا يسيطر عليها، كما أن المجموعة لا تدعن له بغير حق. خاصةً وأن القيادة تتغير من وقت لآخر حسب الظروف. هناك القليل من الأدلة على وجود صراع على السلطة أثناء عمل المجموعة، فالمشكلة ليس من يتحكم بل كيفية إنجاز المهمة.
11. تدرك المجموعة نفسها فيما يتعلق بعملياتها التنفيذية، بحال وجود مشكلة ما، فإنه يتم فتح نقاش حتى يتم العثور على حل.

يمكن تصنيف أنماط عمل فرق إعادة التأهيل إلى أربع مجموعات: النموذج الطبي التقليدي Classic Medical Model، والنموذج متعدد التخصصات Multidisciplinary Team Model، والنموذج بين التخصصات Interdisciplinary Team Model، والنموذج عبر التخصصات Transdisciplinary Team Model.

التعارض والخلافات Conflict and Disagreement:

إن التعارض هو جزء طبيعي وضروري في عمل الفريق، وليس بالضرورة أن يكون سلبياً على الفريق. كما أنه من الممكن نشوب صراع كبير في مؤسسات الخدمات الصحية لكن تحدد كيفية التعامل معه وفقاً لتأثيره على أهداف الفريق وعملية المجموعة.

يخلق فريق إعادة التأهيل الجيد جواً يمكن فيه للأعضاء الاتفاق على الاختلاف دون توجيه اتهامات شخصية أو انتقاد شخصيات بعضهم البعض. ففي هذا الجو، يمكن استخدام الخلاف كوسيلة للنمو والابتكار. وجود مستوى معين من الخلاف يكون صحياً ويؤدي إلى مجموعة قابلة للحياة وتنتقد الذات ومبتكرة. ففي المجموعة قليلة الاختلافات، وبدون تعارض بوجهات النظر، يمكن أن يُنظر إليها على أنها منسجمة وتعاونية وهادئة، لكن قد يصبح الفريق لا مبالياً وغير مبتكر وغير مستجيب لاحتياجات التغيير وقد يُظهر إنتاجية منخفضة. وقد يترك أعضاء الفريق فريقهم اللامبالي لأنهم يشعرون بالملل، وهنا تكون مسؤولية قادة الفريق إثارة ما يكفي من الصراع أو التوتر لتعزيز الإبداع والابتكار والإنتاجية بين أعضاء الفريق. يجب أن يكون لدى المدير الذي يخلق الخلافات مهارة كبيرة لتجنب وصولها للنقطة التي يصبح فيها مدمرة أو مثيرة للانقسام. بالمقابل إذا لم يتم السيطرة على الخلاف، فإن التواصل يتأثر، والتعاون يتوقف، وجودة رعاية المرضى تتخفف.

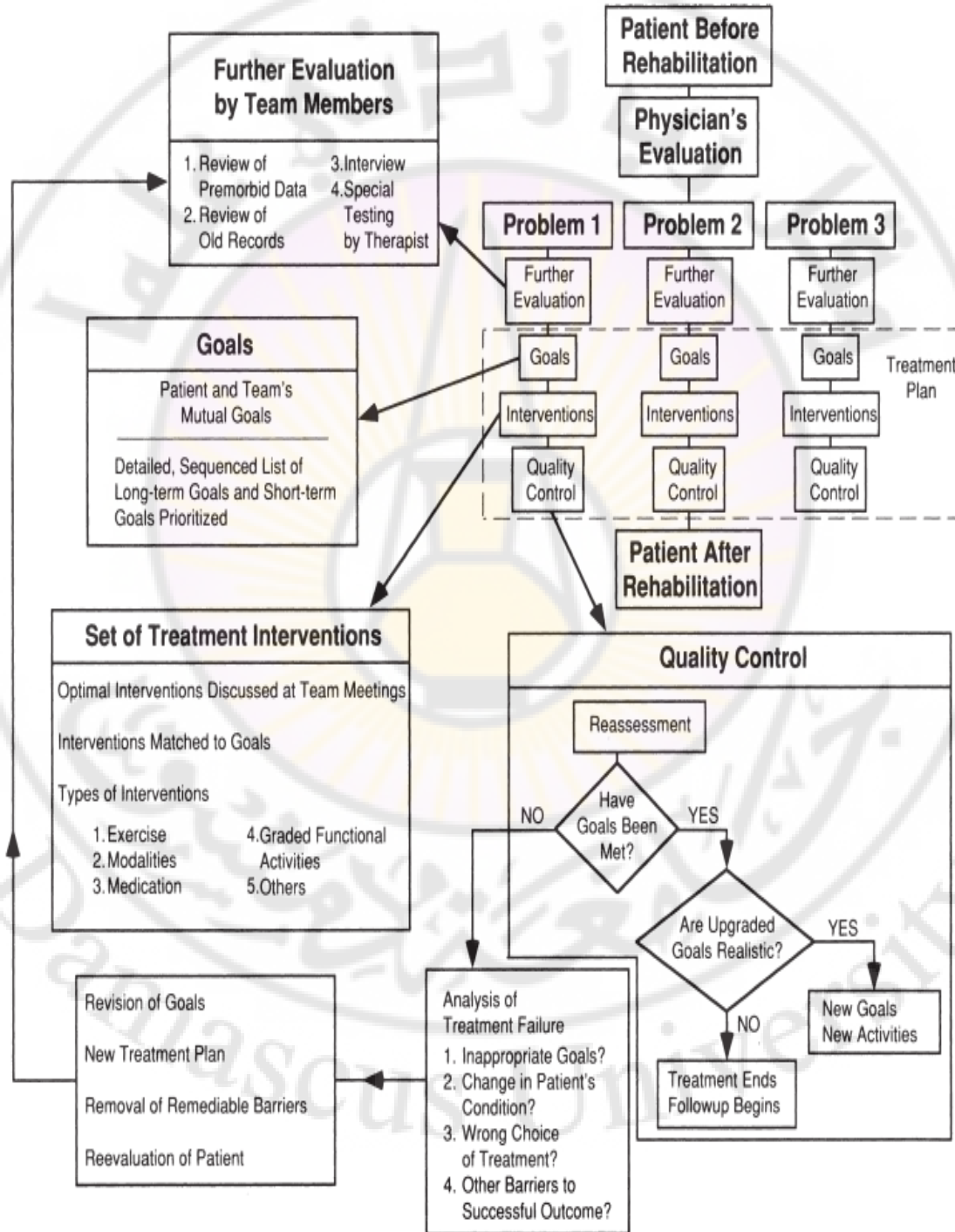
خطة المعالجة في إعادة التأهيل Treatment Plan in Rehabilitation:

يتم تطوير خطط العلاج من الأهداف التي تنشأ من قائمة المشاكل التي تم تطويرها أثناء التقييم. خطوات تطوير الخطة تكون وفق التسلسل: تقييم طبي - تحديد المشاكل - تقييم إضافي لكل مشكلة - تحديد الأهداف - تصميم التداخلات - ضبط الجودة. انظر الشكلين رقم (17-أ) بالإنكليزية و(17-ب) بالعربية يوضحان مصفوفة خطة المعالجة التأهيلية.

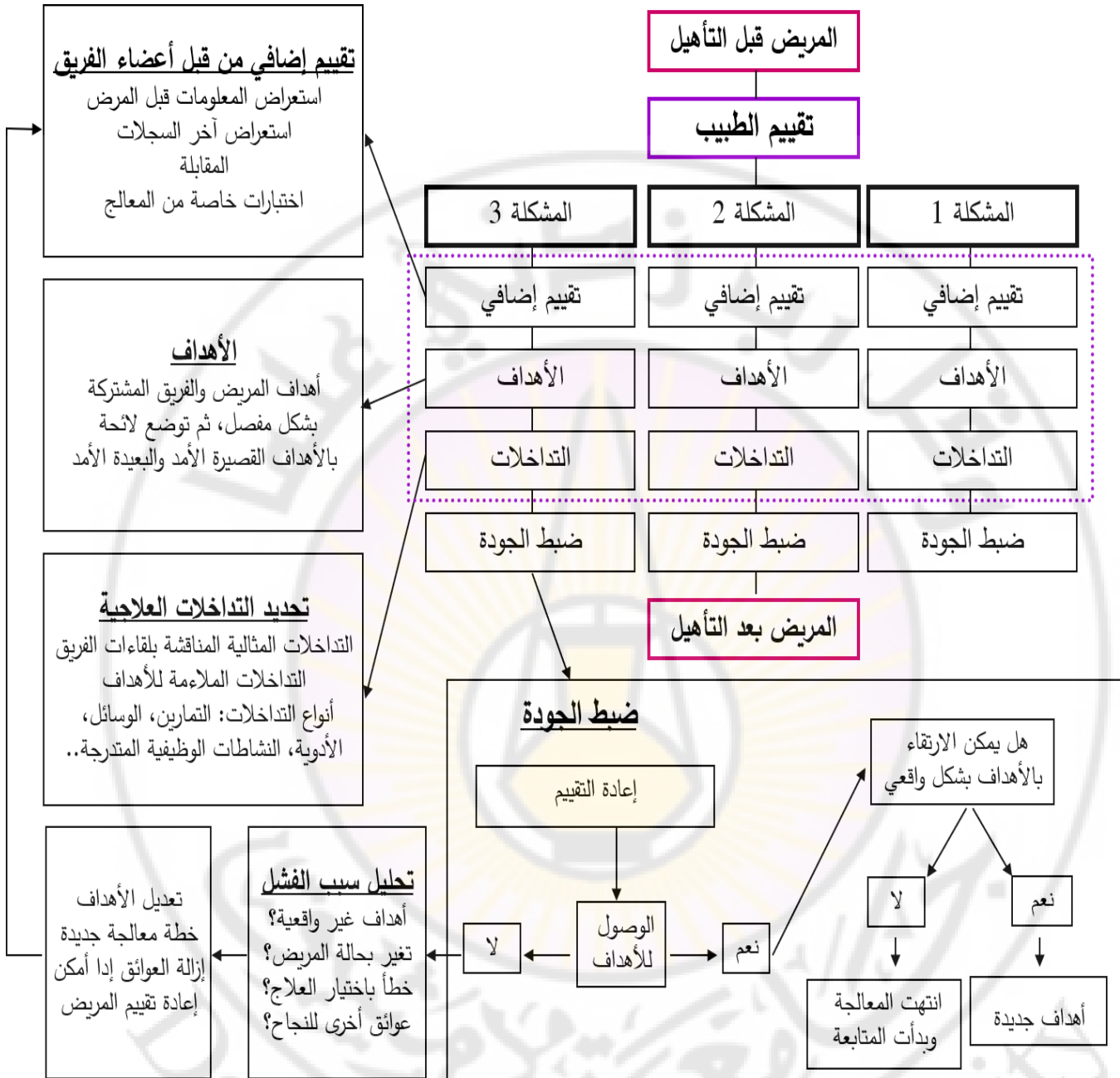
ينتج عن التقييم من المشكلات المحددة التي يمكن تصنيفها بطرق مختلفة ولكنها عادة ما يتم تنظيمها على أنها مشكلات طبية وإعادة تأهيل واجتماعية. يتم إنشاء مجموعة من الأهداف، جنباً إلى جنب مع تقدير أولي لمدة العلاج اللازمة لتحقيق كل منها.

تساعد هذه الأهداف المهنيين المعالجين في وضع أهداف علاجية خاصة بكل منهم بما يدعم خطة إعادة التأهيل الطبي الشاملة، وتساعد في تحديد المهارات المستهدفة المطلوبة للوصول إلى هذه الأهداف، وتكون

بمثابة أساس لخطة العلاج الشاملة. هذه الخطة يمكن أن تكون أداة يمكن أن يفحصها المرضى والعائلات والمعالجون وغيرهم للتنبؤ بالتغيرات الحاصلة والتوقعات. إنها يشكل الأساس الذي يمكن لجميع أعضاء الفريق من خلاله اقتراح الإضافات أو الحذف أو طرق الأداء أو التعديلات.



الشكلين رقم (17-أ) : مصفوفة خطة المعالجة التأهيلية



الشكل رقم (17-ب): مصفوفة خطة المعالجة التأهيلية

خطة العلاج ليست وثيقة ثابتة/جامدة، ولكنها تظل ديناميكية حيث يتم تحقيق الأهداف، ويتم تحديد الأهداف الجديدة وإضافتها، أو يتم التخلص من بعض الأهداف التي تصبح غير ذات صلة أو غير قابلة للتحقيق. يجب أن يتم تطوير استراتيجيات وتدخلات العلاج لتحقيق الأهداف المحددة، ويمكن أن تكون هذه الاستراتيجيات المحددة موجهة من قبل الطبيب، أو بتوجيه من المعالج، أو -بشكل مثالي- مبنية على التفاعل المتبادل بين المريض والفريق من خلال عملية تفاعل فريق إعادة التأهيل.

أنماط تفاعل فريق إعادة التأهيل :Styles of Rehabilitation Team Interaction

أولاً: النموذج الطبي التقليدي Classic Medical Model

تستند الرعاية الطبية التقليدية إلى نموذج يلي فيه الطبيب المعالج كل احتياجات المريض. وفي حالة الرغبة في الحصول على خدمات أخرى، يتم طلب استشارة إما بطلبات محددة أو عامة للمساعدة لتلبية احتياجات المريض على النحو الذي يحدده الطبيب المعالج. وهو النموذج المعتمد والشائع استخدامه في الممارسة ضمن العيادات الطبية.

تكون الخدمة المطلوبة بالاستشارة (سواءً من اختصاص طبي آخر أو مهني صحي) قائمة على تلبية احتياجات المريض والطبيب المعالج. وعادةً ما يناقش مقدم الخدمة مع الطبيب المعالج -بحال ارتأى وجود احتياجات إضافية غير مذكور بالاستشارة- قبل الشروع في أي علاج إضافي.

ينتج عن هذا النموذج الطبي التقليدي سلسلة واضحة من المسؤوليات الصارمة التي لا تزال تحظى باحترام جيد ويتم تعزيزها بالعديد من حالات الممارسة، على الرغم من كونه نموذجاً أوتوقراطياً تقليدياً في القيادة traditional autocratic model of leadership، إذ يكون للطبيب المعالج دوراً أوتوقراطياً في الطلبات وعلى أعضاء الفريق الآخرون تنفيذها.

في وضع إعادة التأهيل، قد تؤدي الاستشارات المختلفة إلى قيام العديد من المهنيين بمهام متعددة، ويكون تنسيق هذه الجهود من قبل الطبيب المعالج أو بين المهنيين المعنيين صعباً أو غير كامل، مما قد يؤدي إلى رعاية المريض أقل كفاءة وأحياناً زائدة عن الحاجة، وهذا هو أحد العيوب الرئيسية للنموذج الطبي التقليدي لرعاية مرضى إعادة التأهيل.

حديثاً، تم تطوير مفهوم "العلاج الذي يركز على العميل client-centered therapy" من قبل مهنيو إعادة التأهيل، وهذا لا يعني التقليل من احتياجات المريض، كما قد يفترض الأطباء، ولكن بدلاً من ذلك التأكيد على كون المريض كمدبر للتدخلات وفقاً لرغباته الخاصة. حيث يتم استخدام مصطلح العميل client في مكان المريض للإشارة إلى أن الدور نشط، حيث يدخل العميل ومقدمو الرعاية في علاقة تعاونية على افتراض أن العميل هو الأكثر معرفة باحتياجاته الوظيفية الخاصة.

إلا أن توفير الرعاية التي تركز على العميل يمثل تحدياً هاماً لهيكل أنظمة الرعاية الصحية الحالية، والتي تؤكد على أولوية دور التقييم المهني والضرورة الطبية على رغبات المريض في إنشاء التدخلات العلاجية المسموح بها. إضافةً لكونه قد يؤدي إلى تفاعل مائع يمكن أن يسبب مشاكل بين محترفي الرعاية.

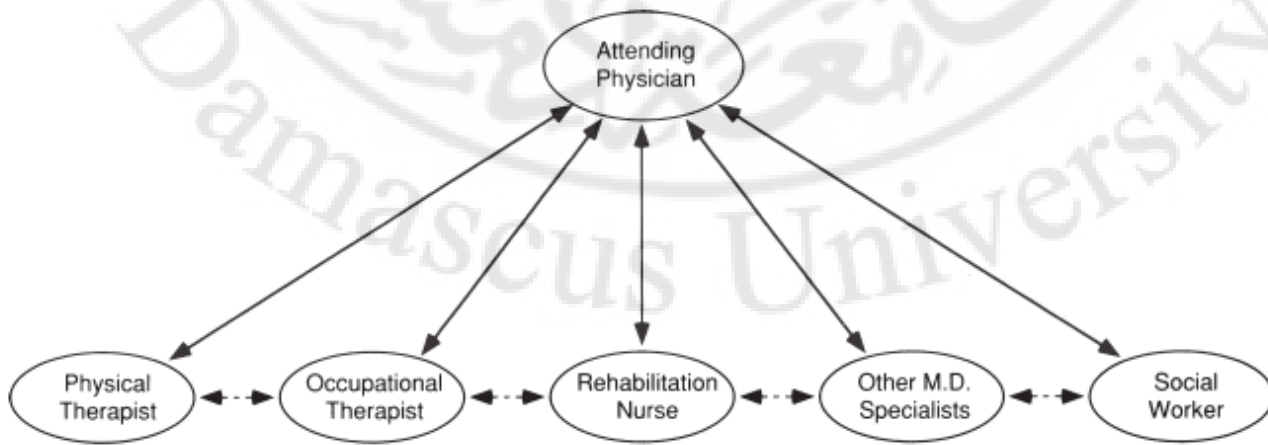
إن النموذج الطبي، بالمقارنة مع النماذج التفاعلية الجماعية التي يكون فيها المريض جزءاً من الفريق، يسبب جهداً إضافياً مطلوب من الطبيب المعالج، وذلك لأن جميع العلاجات والخطط يتم تنسيقها من قبله وبالتالي يتحمل الطبيب المعالج الوزن الكامل لتتقيف المريض، بما في ذلك المشورة بشأن جميع التدخلات الممكنة ومخاطرها وفوائدها المحتملة، والتوصيات. لقد أصبح هذا الأمر أكثر صعوبة في عصر الرعاية الصحية المحددة بأنظمة التأمين الصحي (ما يغطي التأمين وما لا يغطي حيث تستند القرارات إلى الاعتبارات الاقتصادية أكثر من اعتمادها على اعتبارات الفوائد الصحية المثلى).

ثانياً: النموذج متعدد التخصصات Multidisciplinary Team Model:

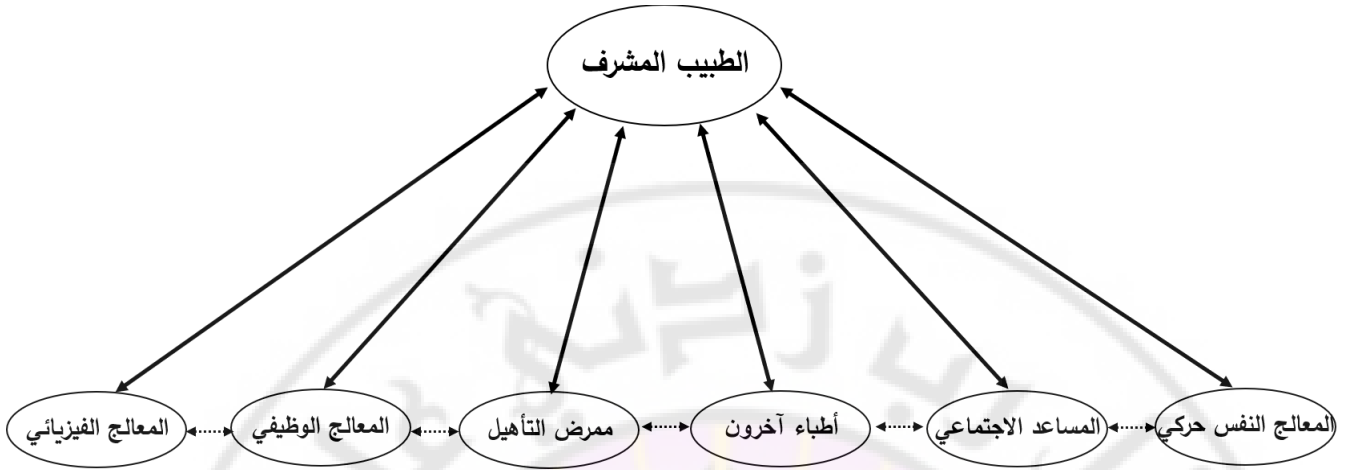
يوفر هذا النموذج وسيلة للعديد من المهنيين الذين يحتاجون إلى تفاعلات متكررة للالتقاء وتنسيق الجهود على أساس ثابت. حيث يتألف الفريق -إضافة للطبيب- من محترفين كثر بمعالجة المريض بشكل منفصل ومتوازي، مع أهداف نوعية مضبوطة. ويتم التواصل حول تطور حالة المريض من خلال التوثيق أو عند المقابلات لتغيير المعلومة، وتكون الاجتماعات مجدولة وقليلة.

يشبه النموذج متعدد التخصصات نموذج الإدارة الهرمي الكلاسيكي، والذي يتميز بالاتصال الرأسي بين المدير وأعضاء الفريق. يبقى عادةً فريقاً مداراً من قبل الطبيب حيث تكون معظم التفاعلات بينه وبين الاستشاريين والحاضرين الأساسيين. يتم إجراء المناقشة بين المتخصصين الاستشاريين إلى الحد الأدنى أو، عند الضرورة، بتوجيه من الطبيب المعالج. انظر الشكلين رقم (18-أ) بالإنكليزية و(18-ب) بالعربية يوضحان نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل متعدد التخصصات.

تم تطوير هذا النموذج من النموذج الطبي الذي يحدد دور الطبيب وعلاقته مع كافة المهنيين مع التركيز على التواصل العمودي.



الشكل رقم (18-أ): نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل متعدد التخصصات Multidisciplinary Team



الشكل (18-ب): نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل متعدد التخصصات Multidisciplinary Team

يمكن عقد اجتماعات الفريق بكفاءة ضمن هذه الخطوط الواضحة للإدارة، ولكن يبقى التواصل الجانبي أو الأفقي ضعيفاً. إن هذا الميل لمحدودية التواصل الأفقي الحر بين أعضاء الفريق يمكن أن يشكل عقبة أمام الاستخدام الأمثل للخبرة الخاصة لكل مشارك في الفريق ومهاراته في حل المشكلات.

قد يهمل هذا النموذج التآزر الجماعي المحتمل الذي يمكن أن يخلق منتجاً أكبر من مجموع أجزائه؛ أو، من الناحية السريرية، خطة رعاية أفضل مما يمكن لأي مشارك أن يضعه بمفرده.

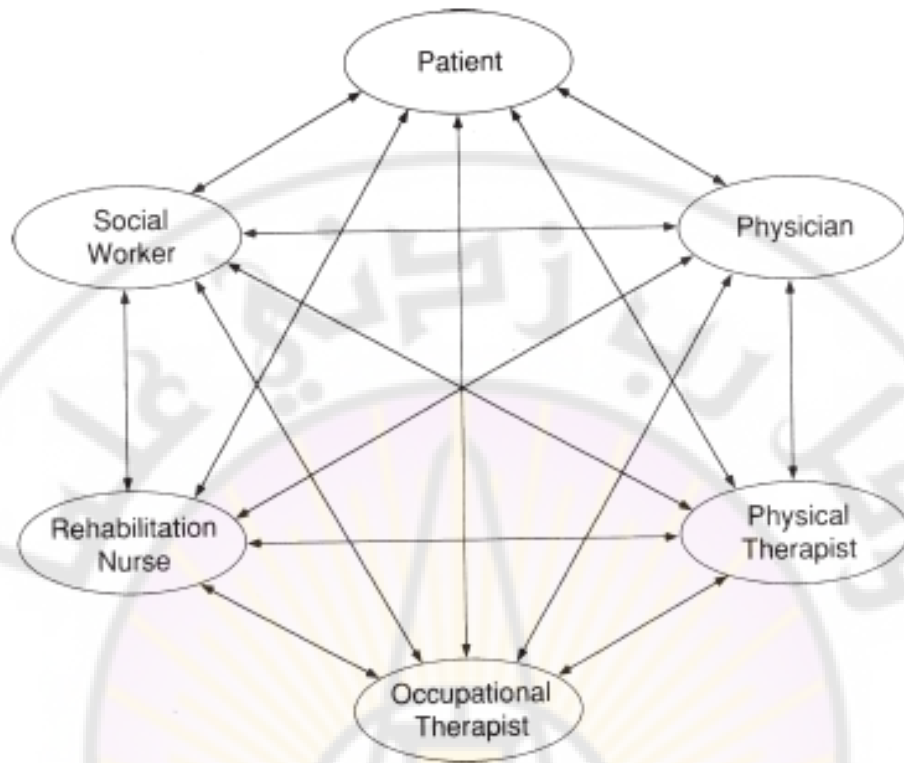
ثالثاً: النموذج بين التخصصات Interdisciplinary Team Model:

يقوم كل محترف متميز بتقييم المريض بشكل منفصل ومن ثم يتم التفاعل معاً في اجتماعات الفريق، حيث يتشاركون بتقييم الأهداف القصيرة الأمد والطويلة الأمد. يتم توجيه الأهداف بشكل أساسي بتفاعل كل فرد من أعضاء الفريق مع المريض وفيما بعد يتم تشذيبها عبر عملية تفاعلية تآزرية ضمن اجتماعات الفريق. وبذلك يكون الحصيل النهائي أفضل من خلاصة الأجزاء المكوّنة.

يحاول هذا النموذج تحسين التواصل وتعزيز التآزر الجماعي لعمل الفريق، وبالتالي تعزيز الشعور بالسلطة والمسؤولية المتبادلة mutual authority and responsibility.

يستفيد هذا الفريق من تدفق التواصل الجانبي الذي يحدث بسهولة مثل التواصل الرأسي في الفريق متعدد التخصصات، وحيث أن نموذج بين التخصصات مصمم أصلاً لتسهيل مثل هذا التواصل الجانبي، فهو من الناحية النظرية مناسب أكثر لفرق إعادة التأهيل. القاعدة المتوقعة هي اتخاذ القرار الجماعي والمسؤولية الجماعية لتطوير تخطيط الرعاية المثلى للمريض.

انظر الشكلين رقم (19-أ) بالإنكليزية و(19-ب) بالعربية يوضحان نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل بين التخصصات.



الشكل رقم (19-أ): نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل بين التخصصات Interdisciplinary Team



الشكل رقم (19-ب): نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل بين التخصصات Interdisciplinary Team

يعتبر المريض جزءاً من مجموعة التخطيط هذه وله دور مركزي في اعتبارات الفريق، مع التركيز على التواصل المتبادل والمسؤولية، يمكن أن يقود اجتماعات تنسيق رعاية المرضى أي عضو في الفريق. يتمثل أحد أهداف هذا النموذج في السماح بتبادل أكثر حرية للأفكار وبالتالي الاستفادة من مفهوم تآزر المجموعة. تم وصف النموذج بين التخصصات على أنه حل وسط بين فوائد التخصص والحاجة إلى استمرارية الرعاية وشمولها.

يمكن أن تشمل عيوب هذا النموذج هو أن الوقت أقل فعالية less time- effectiveness بكثير، حيث يتم إعطاء وقت كبير لاستكمال اجتماعات الفريق على حساب تقديم الخدمات. لكن من الناحية النظرية، يتم تعويض ذلك من خلال تحسين التواصل وحل المشكلات بشكل أفضل.

تتطلب مثل هذه الفرق أيضاً تدريباً كبيراً في عملية الفريق، والذي لا يتم تلقيه بشكل عام خلال سنوات التدريب الرسمي في مختلف التخصصات الفردية، حيث أن هذا التدريب على الرعاية لغير المرضى non-patient care training مكلف وغير مضمون النجاح.

إن العمل ضمن نموذج هذا الفريق يتطلب التزامات وسمات شخصية يجب أن تكون موجودة في أعضاء الفريق بين التخصصات ليكون ناجحاً. الجدول رقم (13)

بل أكثر من ذلك، لا يمكن للمهني الذي لا يرغب في قبول مثل هذه الأدوار المشاركة بطريقة مهمة في عملية الرعاية الصحية بين التخصصات.

Personal Characteristics of Successful Interdisciplinary Team Participants	الخصائص الشخصية للمشاركين الناجحين في الفريق بين التخصصات
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accept differences and perspectives of others 2. Function interdependently 3. Negotiate role with other team members 4. Form new values, attitudes, and perceptions 5. Tolerate constant review and challenge of ideas 6. Take risks 7. Possess personal identity and integrity 8. Accept team philosophy of care 	<ol style="list-style-type: none"> 1. تقبل الاختلافات ووجهات نظر الآخرين 2. وظيفة مترابطة 3. دور التفاوض مع أعضاء الفريق الآخرين 4. تكوين قيم ومواقف وتصورات جديدة 5. التحمل والتسامح مع المراجعة المستمرة وتحدي الأفكار 6. القدرة على المخاطرة 7. يمتلك الهوية الشخصية والنزاهة 8. قبول فلسفة الفريق في الرعاية

الجدول رقم (13): الالتزامات والسمات الشخصية المطلوبة لنجاح الفريق بين التخصصات

قد يكون الطبيب غير مرتاح لعملية اتخاذ القرار الجماعي لأن الطبيب هو الشخص الذي يجب عليه تحمل المسؤولية القانونية الأكبر عن كل إجراءات الفريق وخطئه. صحيح أنه يتم حل مثل هذه الاختلافات في

وجهات النظر بشكل مثالي في اجتماعات الفريق الدورية، لكن التأخير في إكمال الأعمال الورقية والوثائق يمكن أن يعرض الرعاية المثلى للمرضى للخطر، علاوةً عن الوقت.

الشروط التسعة لزيادة نجاح فريق إعادة التأهيل بين التخصصات للحد الأعظمي:

1. الإخلاص بعرض المهمة.
2. الدور المرسوم بشكل متخصص لكل نظام.
3. الانسجام والتشارك من قبل كل محترف.
4. الموافقة على القواعد الإجرائية للتفاعل وعلى تنفيذها.
5. التوثيق والتواصل الواضح والفعال.
6. المقاربة العلمية لمشاكل المريض.
7. الأهداف المعروفة بشكل واضح والقابلة للقياس.
8. معرفة عمل الفريق.
9. الإجراءات الملائمة لبلوغ الإجماع وصنع القرار.

رابعاً: النموذج عبر التخصصات Transdisciplinary Team Model:

وهو تطور أحدث، حيث يتم تصميم الفريق عبر الانضباطية من خلال التدريب المتقاطع للأعضاء وتحسين الإجراءات للسماح بتداخل المسؤوليات overlap of responsibilities بين الأنظمة، فهو لا يعزز التواصل وحسب بل يقوم على العلاج المتبادل/المتقاطع بين التخصصات.

في هذا النموذج، قد يختلف القائد بحسب المريض المتلقي العناية من قبل المريض نفسه. يسمح هذا التداخل بالمرونة في حل المشكلة، لكنه قد يسبب تداخل بين أعضاء الفريق. الشكلين رقم (20-أ) بالإنكليزية و(20-ب) بالعربية يوضحان نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل عبر التخصصات.

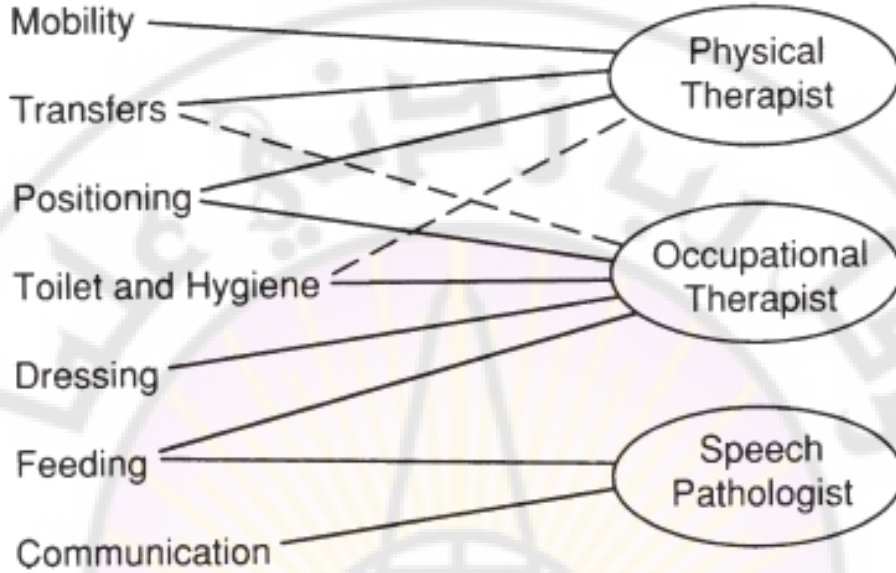
تم تطوير هذه الاستراتيجية غير النمطية مع التركيز على تحسين رعاية المرضى من خلال نهج الفريق الذي يتم فيه تقاسم المسؤوليات كما هو الحال في الفريق بين التخصصات وأيضاً حيث تكون الحدود الطبيعية لمختلف مهن الرعاية الصحية غير واضحة.

طورت هذه الفرق في الغالب من النماذج التعليمية educational models وتم تبريرها على أساس قوى السوق الاقتصادية economic market forces وجزئياً بسبب النقص في أعداد المتخصصين في العلاج.

تبين بأن التدريب المتقاطع أو المهارات المتعددة Cross-training, or multiskilling للمعالجين مفيد جداً في توفير الخدمات المطلوبة.

Functional Activity

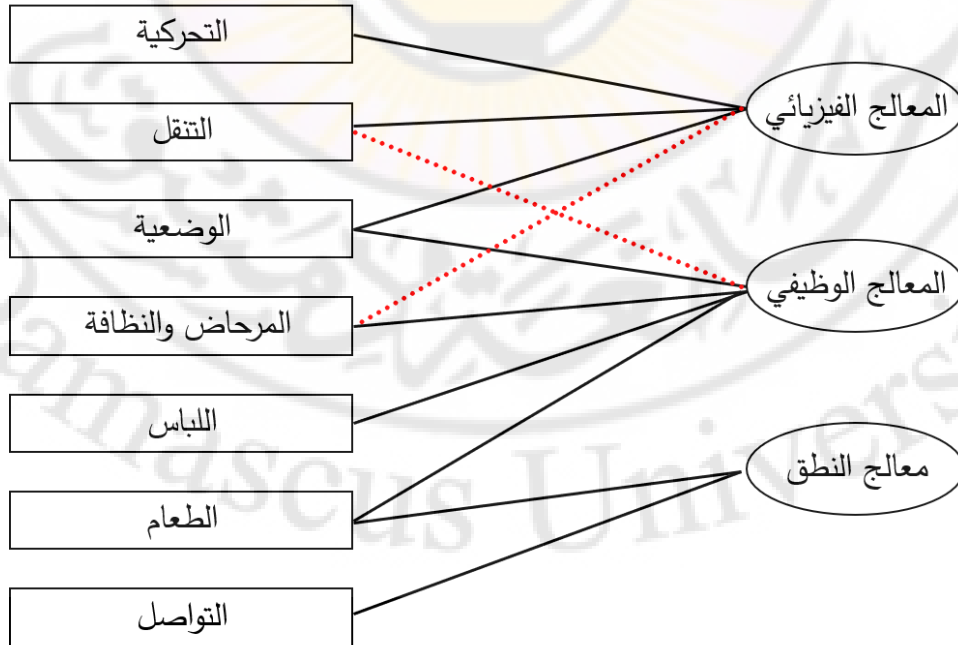
Therapist



الشكل رقم (20-أ): نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل عبر التخصصات Transdisciplinary Team

النشاط الوظيفي

المعالج



الشكل رقم (20-ب): نموذج تفاعل فريق إعادة التأهيل عبر التخصصات Transdisciplinary Team

وقد وجد الفريق عبر التخصصات تفضيلاً خاصاً مع فرق تأهيل مرضى إصابات الدماغ الرضية. تم الاعتماد على اتساق تبادل المعلومات، مع وجود المريض في جوهر العلاج، علاوة على ذلك، فإن تبادل المعلومات بين التخصصات ذات قيمة عالية، حيث يلاحظ المعالجون توسع خبراتهم المهنية الخاصة. من جانب آخر، ما إذا كانت هذه المعرفة المهنية المشتركة بشكل غير رسمي والعلاج المشترك يؤديان إلى معالجين أكفاء في مجالات بعضهم البعض أمر مشكوك فيه.

قضايا الرعاية المختصة تقنياً، ومعارضة الجمعيات المهنية، والتراخيص المهنية الوطنية، والمؤهلات جميعها تشكل التحدي الأكبر بوجه تطوير نموذج إعادة التأهيل عبر التخصصات. أحد تطبيقات الخاصة في نهج الفريق عبر التخصصات هو "الساحة arena" أو تقييم المجموعة، حيث يجتمع المريض وجميع المعالجين في مكان واحد، ويقوم أحد منسقي الفريق الأساسي بإجراء التقييم الأولي، مع قيام جميع التخصصات الأخرى بالمراقبة أو الإضافة أو طرح الأسئلة حسب الحاجة.

بالتالي يحد هذا النهج من عدد المرات التي يُطلب فيها من المريض الإجابة على نفس السؤال أو إظهار نفس النشاط أو المهارة، ويُعتبر الأفضل لاكتشاف الصعوبات نظراً لشمولها من خلال عدة تخصصات تراقب نفس المريض في نفس الوقت ولكن من اختلاف وجهات نظر. على الرغم من تعزيز الزمالة من خلال النهج عبر التخصصات، إلا أن عدم وضوح الأدوار لا يشجعه العديد من التخصصات والهيئات التنظيمية لها، كما أن توفر قواعد ولوائح الفوترة أيضاً يسبب مشكلات عملية إضافية لإجراء جلسات العلاج.

أي نهج لعمل الفريق يجب استخدامه؟ Which Team Approach to Use?

بعد عرض النماذج الأربعة أعلاه، من المنطقي والمشروع أن يقفز السؤال حول أي من هذه النماذج هو الأفضل في الممارسة وبالتالي يجب استخدامه، لكن في حقيقة الأمر، يوجد افتقار شديد للبحوث والدراسات حول أي من النماذج هو الأكثر فعالية في عمل فريق إعادة التأهيل. ومن شبه المؤكد أن فائدة مثل هذه الدراسات ستعتمد على المعايير التي يتم فحصها (أي رضا الفريق والمريض مقابل النتيجة). قد تختلف هذه النماذج المختلفة في فعاليته باختلاف بيئات الممارسة، لذلك يمكن أن نجد النماذج الأربعة السابقة في مراكز إعادة التأهيل المختلفة.

غالباً ما يستخدم النموذج الطبي التقليدي Classic Medical Model في الممارسة ضمن العيادات القائمة بذاتها (المستقلة) أو في استشارات المرضى الداخليين ضمن مستشفيات الرعاية الحادة. ويصبح هذا النموذج واقعياً وصحياً خاصةً عند الإحالة إلى المعالجين البعيدين جغرافياً أو الذين يكون التواصل المستمر معهم صعباً.

أما في المستشفيات العامة، التي غالباً ما تشمل اختصاصات عديدة، غالباً ما يتم استخدام النموذج متعدد التخصصات Multidisciplinary Team Model مع طبيب واحد مسؤول عن حالة المريض، وهو النموذج الموصى به ضمن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة CRPD.

المادة 26: التأهيل وإعادة التأهيل: ... (أ) تبدأ في أقرب مرحلة قدر الإمكان، وتستند إلى تقييم متعدد التخصصات لاحتياجات كل فرد ومواطن قوته على حدة"

“Article 26: Habilitation and rehabilitation: (a) Begin at the earliest possible stage, and are based on the multidisciplinary assessment of individual needs and strengths”

نموذج الفريق بين التخصصات Interdisciplinary Team Model عموماً يتألف من مجموعة مستقرة من مقدمي الرعاية الصحية الذين يمكن العثور عليهم غالباً معاً ضمن وحدات متخصصة ضمن مشفى أو مركز إعادة تأهيل شاملة.

تكون نموذج الفريق عبر التخصصات Transdisciplinary Team Model أكثر شيوعاً عندما تقوم مجموعة من المهنيين بتوفير رعاية طويلة الأجل للمريض، وتكون الاحتياجات التعليمية الإدراكية أكثر بروزاً من الاحتياجات الجسدية لدى المريض.

جميع نماذج التفاعل هذه تهدف إلى تعزيز التواصل الفعال بهدف تنسيق الرعاية. قد يفضل أحد الممارسين أسلوباً واحداً على الآخر، ولكنه غالباً ما يجد أنه مضطراً للتواصل مع المرضى ومقدمي الرعاية المتعددين في جميع هذه النماذج، أو مزيجاً منها، اعتماداً على مكان الممارسة.

مزايا العمل ضمن فريق إعادة التأهيل Advantages of Work in Rehabilitation Team:

1. نادراً ما تعمل لوحدهم، إذ أنك تعمل كجزء من فريق منضبط ولكل أعضاء الفريق خبرة متفاوتة مما يجعل الواحد متمماً للآخر عند مواجهة حاجات المريض.
2. دائماً ما تحتاج لمعارف متنوعة، إذ يتطلب عملك بأن تعرف كل مريض من مرضاك كشخص كامل، وكل عضو بالفريق كمحترف شامل، كما أنك تحتاج لمعرفة الموارد الموجودة ومواضع الخطر في بيئة مريضك.
3. عادةً ما تستمتع -بشكل حقيقي- عندما تمكن مرضاك من الوصول إلى أهدافهم ومشاركتهم نجاحاتهم.
4. إن العمل مع المرضى المصابين بتحديات وظيفية متنوعة كل بمفرده، يقدم لك تنوعاً غنياً بالحلول المعززة للحياة المرضية.
5. كل ما سبق، يقتضي الاكتشاف المستمر للمرضى ولأعضاء الفريق وللخيارات الموجودة في بيئاتهم، إنك بذلك تهئ الإمكانية للجهود المتأثرة للفريق بحيث يستطيع كل واحد زيادة إمكانية الآخر للحد الأقصى.

التقييم الوظيفي Functional Assessment

"بوضوح وصراحة، لا يمكن أن تكون محاكمة الشخص أفضل من المعلومة التي اعتمد عليها" أ.ه. سوليزبيرغر
"Obviously, a man's judgment cannot be better than the information on which he has to base it"
A.H.Sulzberger

تعريف التقييم الوظيفي:

بشكل مبسط، يمكن تعريف التقييم الوظيفي على أنه "أي محاولة نظامية لقياس، وبشكل موضوعي، المستوى الذي يكون عنده الشخص وظيفياً، بأي من المجالات المختلفة مثل الصحة الفيزيائية، والعناية الذاتية، والفعالية الوظيفية، والحالة الفكرية، والفعالية الاجتماعية، والموقف من العالم ومن الذات، والحالة العاطفية".

أهمية التقييم الوظيفي:

إن برامج إعادة تأهيل هي جهود مكثفة للعديد من محترفي الصحة ضمن فريق إعادة التأهيل، وهذه الجهود مكلفة نسبياً، مما يحتم توثيق فعالية الكلفة Cost-Effective (أو ما يدعى بالجدوى) لهذه الخدمات وبشكل موضوعي. ولبلوغ هذا الهدف، يجب أن نكون قادرين على قياس التحسن بالوظيفة (التقييم الوظيفي functional assessment) مع مرور الوقت كنتيجة لتدخلات إعادة التأهيل (الحصول الوظيفي functional outcome).
يكون الهدف من تدخلات إعادة التأهيل هو زيادة الاستقلالية الوظيفية للحد الأقصى ليكون الشخص قادراً على تأدية الوظيفة دون الحاجة لمساعدة الآخرين، أو بأقل مساعدة ممكنة. وبذلك تتحسن نوعية الحياة اليومية للشخص من خلال تعزيز الاستقلالية الشخصية وتقليل الحاجة للمساعدة، عن طريق إنقاص "عبء الرعاية burden of care" التي يمكن أن تكون مكلفة، وبذلك فإن توظيف المال في خدمات التأهيل يثبت بأنه كلفة فعالة على المدى الطويل.

تطبيقات التقييم الوظيفي:

في بيئة إعادة التأهيل، يتم تطبيق التقييم الوظيفي بشكل نموذجي لقياس ما يقوم به الشخص لنفسه. وبشكل أكثر شيوفاً بالعناية الذاتية (أداء النشاطات الحياتية اليومية ADLs) والتحركية Mobility، كما تتضمن النواحي الأخرى من الوظيفة التي يتم تقييمها بشكل متردد مهارات تدبير المنزل Home Making (مثل الطبخ والتنظيف وغسل الألبسة وترتيب المنزل)، والمهارات المتصلة بالحياة الاجتماعية العامة (مثل استعمال الهاتف، وتدبير النقود، والتسوق).

يمكن التقييم الوظيفي من "التشخيص" المضبوط وقياس الخسارة الوظيفية، والذي بدوره يساهم في تطوير إعادة التأهيل المناسبة والفعالة لكل حالة على حدة.

إن أهم مهارات العناية الذاتية self-care المتضمنة في النشاطات الحياتية اليومية ADL هي: الأكل، والتنزين (مثل تنظيف الأسنان بالفرشاة، تمشيط الشعر، الحلاقة، تطبيق المكياج)، والحمام، واللباس، والنظافة الشخصية (المرحاض)، ويمكن تقسيم الحمام واللباس إلى تدبير القسم العلوي من الجسم والقسم السفلي من الجسم.

أما التكرية Mobility فلها أنواع متعددة يمكن قياسها، وتتضمن التكرية بالسرير bed mobility: الجلوس المنتصب بالفرش والاستلقاء بالفرش بالإضافة للدوران والتقلب من جانب لجانب.

بينما يشير التنقل transfers إلى الحركة بين مستويين كالسرير والكرسي (أو الكرسي المدولب) والمرحاض وحوض الاستحمام. إن التنقل بالوقوف من محور الجلوس stand pivot sit transfers هو الأكثر شيوعاً، لكن في الأشخاص الذين لديهم ضعف بالطرفين السفليين فإنه يمكن استعمال طريقة التنقل بالانزلاق الجانبي side slide transfers مع أو بدون لوح الانزلاق.

يوجد أشكال أخرى من التكرية تتضمن دفع الكرسي المدولب (تكرية الكرسي المدولب wheelchair mobility) والمشي الحقيقي (التجول ambulation)، بالإضافة لتجاوز الدرج والحواجز والسطوح غير المستوية (مثل المشي الجانبي، والمشي بالمنحدرات، وعلى طريق الحصى، وفي المراعي).

معظم مقاييس التقييم الوظيفي تتضمن مؤشراً على مستوى الوظيفة، أو درجة المساعدة التي يحتاجها لإتمام النشاط أو المهمة المحددة، وتبعاً لذلك يكون يتم استخدام المصطلحات التالية أثناء التقييم الوظيفي:

- الشخص المستقل independent: هو الشخص القادر على إتمام كامل المهمة أو النشاط بدون أي مساعدة خارجية.
- الشخص المستقل مع التعديل modified independence: فهو الذي يحتاج لوسيلة مساعدة (مثل العصا أو الموصل طويل القبضة long-handled reacher) أو يحتاج لوقت أطول بـ 2-3 مرات من المتوقع لأداء المهمة أو لأن الفعالية المستقلة قد تعرض الأمان لبعض الخطر.
- الشخص الذي ينجز النشاط مع مراقبة with supervision: هو الذي يحتاج لتلقين شفهي، أو ملاحظة وتشجيع، أو إطلاق صيحة وإيعاز، لكن بدون تماس فيزيائي.
- الشخص الذي يحتاج لمساعدة فيزيائية physical assistance (أي معتمد dependence): فهو الذي يحتاج وجود شخص آخر معه لمساعدته في أداء النشاط وتتدرج هذه المساعدة من حماية بالتماس (اللمس للتوازن فقط)، إلى مساعدة صغرى أو متوسطة أو عظمى أو تامة أي معتمداً بشكل كامل على الغير وذلك وفقاً على كمية المساعدة المطلوبة.

ما سبق ينطبق على مختلف الوظائف بما فيها وظيفة الإدراك أو المعرفة، فقد تكون الحاجة للمساعدة بشكل تلقين أو تقديم التوجيه. ولقد تم تطوير مقاييس لمجالات وظيفية أخرى غير الوظيفة الفيزيائية، متضمنة الوظيفة

العقلية mental functioning (الحالة المعرفية، أو العاطفية، أو الهياج)، والوظيفة الاجتماعية social functioning (التواصل الاجتماعي وشكل العلاقات، والدور الاجتماعي، والفعاليات)، ونوعية الحياة اليومية quality of daily living. لقد أجريت محاولات متعددة لدمج مجالات متعددة في مقاييس شاملة أو متعددة المجالات. كما تم تطوير مقاييس مركزة (وحيدة المجال) مثل الحبسة.

إن فريق إعادة التأهيل يحتاج لقياس الوظيفة، لا لوصفها فقط، إذ أن نظام المقاييس المعيارية يدخل تحسينات على ملاحظة المهني والوصف القصصي ويوفر معلومات منتظمة بتصميم مفيد لصنع القرار السريري. تستطيع مقاييس التقييم الوظيفي توفير الخط القاعدي baseline مقابل تغيرات الوظيفة التي يمكن اكتشافها ومناظرتها مع الوقت، وهذه المعلومات تكون مفيدة بتحديد فعالية التداخلات الخاصة (مثل الأدوية، المقومات، الإجراءات العلاجية).

لكن ولسوء الحظ، فإنه لا يوجد وسيلة تقييم مفردة تستطيع قياس كل شيء يمكن أن يكون ضرورياً أو مهماً من الناحية السريرية. لقد تطورت مقاييس متعددة لأغراض نوعية أو في مكان خاص لكن لم تعمم لأماكن أو لأغراض أخرى. عموماً فإن الوسيلة الأكثر شمولية تكون أكثر إزعاجاً وعبئاً حيث: تحتاج لوقت أكثر ليتدرب عليها محترف الرعاية الصحية ليديرها بشكل مناسب، وتستغرق وقتاً أطول للإتمام (والتحليل).

وبما أن لكل مقاييس التقييم الوظيفي محددات لاستعمالاتها وتفسيراتها الخاصة، يكون من الهام أولاً إن تقرر ماذا تريد أن تقيم ولماذا، وبعد ذلك يمكن استعمال التقييم الوظيفي لتحديد نوع المعالجة أو المداخلة الموصوفة، ولتقييم فعالية وكفاية المعالجة، ولمراقبة المرضى خلال المستويات المختلفة من الرعاية لأغراض تدبير الحالة، ولتحديد مصادر المعالجة المحتاجة، بالإضافة للمساعدة بتحسين نوعية وبرنامج تقييم الأهداف.

مواصفات مقياس التقييم الوظيفي المثالي:

إن المتغيرات الأكثر أهمية بالمقاييس الوظيفية تشمل:

1. الشرعية/الصلاحية Validity: درجة قياسه الحقيقي للمطلوب قياسه.
2. الموثوقية Reliability: مدى الاعتماد عليه والوثوق به بقياس نفس الأشياء وبكل الأوقات.
3. الحساسية للتغيرات Sensitivity to Changes: اكتشاف وقياس ومناظرة تغيرات القدرة الوظيفية.

المشاكل الممكنة مع استخدام مقاييس التقييم الوظيفي:

هناك مسائل متعددة يمكن أن تؤثر على استعمال وتفسير وسائل التقييم الوظيفي، إن المقياس يمكن أن يعكس قدرة المريض على إنجاز الفعالية، أكثر مما يعكس أداءه الحقيقي أو الفعلي. إن التباين بين الأداء والقدرة، غالباً ما يحدث كنتيجة لضعف الدافع، أو الاكتئاب، أو ضعف الإدراك أو الأمراض الأخرى المؤثرة.

أهم مقاييس التقييم الوظيفي الشائعة:

• مقياس الاستقلال الوظيفي (Functional Independence Measure (FIM): يتألف من 18 موضوع من الوظيفة مرتبة تحت العناوين: العناية الذاتية، والسيطرة على المصبرات، والتحركية، والتنقل، والتواصل، والمجالات الاجتماعية/الثقافية، مع كون كل موضوع يتدرج على المقياس من 1 (معتمد) وحتى 7 (مستقل). وهي الأكثر شيوعاً للاستخدام كمقياس وظيفي في إعادة التأهيل الطبي منذ عقود.

• موجز الـ "PULSES Profile " PULSES:

هو مقياس ذهبي يقدم قياساً للأداء الوظيفي العام، متضمناً التحركية وإمكانية العناية الذاتية، بالإضافة للحالة الطبية والعوامل النفسية. يرتبط المقياس بالحالة الفيزيائية (P)، والطرفين العلويين (U)، والطرفين السفليين (L)، وحالة الحس (S) (البصر والكلام والسمع)، وتدبير البراز أو الإفراغ (E)، والحالة النفسية (S)، مع علامات تتراوح من 6 (استقلال كامل، استقرار طبي) وحتى 24 (معتمد، يتطلب رعاية طبية/تمريضية مكثفة).

• مؤشر كاتز للنشاطات الحياتية اليومية Katz Index of ADL:

تطور من دراسات مرضى الشيخوخة المصابين بمختلف أنواع العجز، إنه يعتبر ستة نشاطات حياتية يومية ADL هي: الحمام، واللباس، والمرحاض، والتنقل، والحصر (الاستمساك)، والطعام. تصنف كل ناحية بأنها مستقلة أم لا، مع الحالة الوظيفية المتدرجة من A (مستقل بشكل كامل) حتى G (معتمد بشكل كامل).

• تقييم الرعاية الذاتية لكيني Kenny Self Care Evaluation:

يصنف المرضى من 0 (معتمد) وحتى 4 (مستقل) في ستة مجموعات من الرعاية الذاتية هي: النشاطات بالسرير، والانتقال، والتنقل، واللباس، والعناية بالنظافة الشخصية، والطعام. مع علامة تتدرج من 1 إلى 24، إن هذا المقياس يعتبر واحداً من أكثر المقاييس حساسية للتغيرات في الإمكانية الوظيفية.

• مقياس بارتل Barthel Index:

يصنف خمسة وجوه من الوظيفة، مستعملاً موازين مختلفة نسبياً لكل متغير بالاعتماد على الخبرة السريرية للفاحص، مع علامات تتدرج من 0 (معتمد كلياً) حتى 100 (مستقل كلياً). تم تطوير نسخ معدلة من المعيار، وجميعها أظهرت درجة عالية من الشرعية والموثوقية والحساسية لتغيرات الوظيفة مع مرور الوقت.

الفهرس

رقم الصفحة	عنوان البحث
1	مدخل
2	الفصل الأول: مفهوم الصحة
4	الفصل الثاني: مفهوم العجز / الإعاقة
6	مفاهيم شائعة حول الإعاقة:
6	المفهوم الديني و/أو الأخلاقي
6	المفهوم الخيري/الإحساني
6	المفهوم الاقتصادي
7	النماذج المفاهيمية للإعاقة:
7	النموذج الطبي للإعاقة
12	النموذج الاجتماعي للإعاقة
16	النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للإعاقة
21	نموذج اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
29	نهج التعامل مع الإعاقة:
29	النهج القائم على الإحسان
29	النهج الطبي
30	النهج الاجتماعي
31	النهج القائم على حقوق الإنسان
35	النتائج الفعلية لمختلف نهج التعامل مع الإعاقة
37	الفصل الثالث: التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة
37	النموذج المفاهيمي للتصنيف
38	أهداف التصنيف
38	تطبيقات التصنيف
39	تقديم التصنيف
39	خصائص التصنيف
46	الدلائل الإرشادية لترميز التصنيف
54	الفصل الرابع: التصنيف الوطني للإعاقة
57	الفصل الخامس: اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري

57	معلومات أساسية
58	ما هي الاتفاقية؟
59	الغرض من الاتفاقية
59	أهمية الاتفاقية
60	بنية الاتفاقية ومحتوياتها
65	الفصل السادس: التشريعات الوطنية المتعلقة بالإعاقة
69	الفصل السابع: إعادة التأهيل وأنماط تفاعل فريق إعادة التأهيل
69	تعريف إعادة التأهيل
70	فوائد إعادة التأهيل
71	المفاهيم المغلوطة بشأن إعادة التأهيل
71	احتياجات إعادة التأهيل عالمياً
74	تطور مفهوم إعادة التأهيل
75	مفاهيم أساسية في إعادة التأهيل
76	فريق إعادة التأهيل
80	خطة المعالجة في إعادة التأهيل
83	أنماط تفاعل فريق إعادة التأهيل:
83	النموذج الطبي التقليدي
84	النموذج متعدد التخصصات
85	النموذج بين التخصصات
88	النموذج عبر التخصصات
90	مزايا العمل ضمن فريق إعادة التأهيل
92	الفصل الثامن: التقييم الوظيفي
92	تعريف التقييم الوظيفي
92	أهمية التقييم الوظيفي
92	تطبيقات التقييم الوظيفي
94	مواصفات مقياس التقييم الوظيفي المثالي
95	أهم مقاييس التقييم الوظيفي الشائعة
96	