جودة الرعاية وحقوق الإنسان

دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان

تقييم وتحسين جودة الرعاية وحقوق
الإنسان في مرافق الصحة النفسية
والرعاية الاجتماعية

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

جودة الرعاية وحقوق الإنسان

دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان

تقييم وتحسين جودة الرعاية وحقوق الإنسان
في مرافق الصحة النفسية والرعاية الأجتماعية

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان: تقييم وتحسين جودة الرعاية وحقوق الإنسان في مرافق الصحة النفسية والرعاية الإجتماعية / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.
صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 2012 (ISBN: 978-92-4-154841-0)
1. الصحة العقلية 2. خدمات الصحة النفسية – مواصفات 3. حقوق الإنسان 4. جودة الرعاية الصحية
5. المرافق السكنية – مواصفات 6. البرامج الصحية الوطنية أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WM 30) (ISBN: 978-92-9022-066-4)
(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-067-1)

© منظمة الصحة العالمية، 2016. جميع الحقوق محفوظة.

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

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

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

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة تبادل المعارف والإنتاج، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. 7608، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 20226702535+، فاكس رقم: 20226702492+؛ وعنوان البريد الإلكتروني: emrgoksp@who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه؛ والبريد الإلكتروني: emrgoegp@who.int.

المحتويات

شكر وتقدير 5

1. المقدمة 7

2. دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان 9

3. من يمكنه استخدام هذا الدليل؟ 15

4. إنشاء فريق إدارة المشروع وتحديد أهدافه 20

5. وضع إطار للتقييم 21

6. إنشاءُ لجان التقييم وتحديد طريقة عملها 28

7. تدريب أعضاء لجان التقييم 30

8. تحديد سلطة اللجان 31

9. إعداد استمارات الموافقة والحصول على الموافقة الأخلاقية 32

10. جدولة التقييم وإجراؤه 33

11. مشاهدة المرفق 34

12. مراجعة وثائق المرفق 36

13. مقابلة المستفيدين وأفراد الأسر (أو الأصدقاء أو القائمين بالرعاية) والموظفين 39

14. إعداد تقارير عن نتائج التقييم 43

15. استخدام نتائج التقييم 45

المُلحَق 1. مبادئ الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية 47

المُلحَق 2. الأهلية القانونية واتخاذ قرارات مدعومة 50

الملحَق 3. اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 52

المُلحَق 4. مواضيع ومقاييس ومعايير دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان 78

المُلحَق 5. أمثلة على أحجام عينات لأنواع مختلفة من المَرافق، وفقاً لعدد الموظفين والمستفيدين 90

الملحق 6. عينة استمارات موافَقة لمن تجرى معهم مقابلات من المشاركين في تقييم ما 93

شكر وتقدير

المؤلفون الرئيسيون لهذا الدليل هما ميشيل فنك، وناتالي درو، وكلاهما من قسم سياسات الصحة النفسية وتطوير الخدمات، إدارة الصحة النفسية وإساءة استخدام المواد، في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف، سويسرا.

وقدم الإرشادات والمراجعات التقنية كل من:

- ميلفين فريمان، الإدارة الوطنية للصحة، جنوب أفريقيا.
- أشمات موسى سالي، الشبكة العالمية للخاضعين والناجين من العلاج النفسي، مركز أبونتو في جنوب أفريقيا، كيب تاون، جنوب أفريقيا.
- آن ماري بوب، مركز أبونتو في جنوب أفريقيا، كيب تاون، جنوب أفريقيا.
- جوديث كوهين، لجنة حقوق الإنسان في جنوب أفريقيا.
- كريستين أوغارانكو، كندا.
- جي رامون كويروس، وزارة الصحة والرعاية الصحية، مقاطعة حكومة أوستورياس، إسبانيا.
- جابيث أوغامبا ماكانا، منظمة حرية الفكر، كينيا.
- سوسن ناجير، منظمة حرية الفكر، كينيا.
- تشارلين سونكيل، حركة غوتينغ لمناصرة المستهلكين، رئيس إدارة مناصرة الصحة النفسية في جنوب أفريقيا.
- سيلفستر كاتنتوكا، شبكة مستخدمي الصحة النفسية في زامبيا.
- توماس لوبيز كورومينيز، هيربابونا، جمعية أوفيديو للصحة النفسية، إسبانيا.
- هيلينا ناغرين كرونغ، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف، سويسرا.
- جيرما غريفين، الصحة النفسية والإدمان، المجلس الصحي للمنطقة الجنوبية في نيوزيلاندا.
- شيخار ساكسينا، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف، سويسرا.
- ديفيد كريباز، مؤسسة الصحة النفسية، المملكة المتحدة.
- جافيير فازكيز، المكتب الأمريكي الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية.
- خوسيه ميغيل كلداس دي أليدا، كلية العلوم الطبية، جامعة نوفا في لشبونة، البرتغال.
- سوميطرا باثاري، عيادة بي هول، بيون، الهند.
- بانتيدو ساراشينو، جامعة نوفا في لشبونة، البرتغال، المبادرة العالمية للطب النفسي، هولاندا.

ونود أيضاً إزجاء الامتنان والتقدير للذين رفدونا بخبراتهم وآرائهم التقنية:

- فيكتور أباريشيو، المكتب دون الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، باناما.
- غونيلا باكمان، جامعة لندن للصحة والأمراض المدارية، المملكة المتحدة.
- لورانت بنيدتي، كلية الطب في جامعة ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.
- لورا بينيتي، عمادة كلية سيفيرن للطب النفسي، المملكة المتحدة.
- بنجامين ي. بيركمان، قسم الأخلاقيات الحيوية، المعهد الوطني للصحة، المملكة المتحدة.
- باربرا بيرناث، جمعية مناهضة التعذيب، سويسرا.
- أندريا بروني، المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية في أثيوبيا.
- جوديث بيونو دي مسكيتا، كلية الحقوق في جامعة إسكس، كولشستر، المملكة المتحدة.
- فيجيي شندرا، المكتب الإقليم لجنوب شرق آسيا لمنظمة الصحة العالمية، نيو دلهي، الهند.
- هوغو كوهين، المكتب دون الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الأرجنتين.
- سباستيانا دي غاما نيكومو، المكتب الإقليمي الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية في برازافيل، جمهورية كونغو الديموقراطية.

- جوليان إيتون، سى بى أم المكتب الإقليمي لغرب إفريقيا، توغو.
- مارتا فيراز، البرنامج الوطني للصحة النفسية، وزارة الصحة، البرتغال.
- لانس غابل، كلية الحقوق في جامعة ولاية واين، ديترويت، ميتشغان، الولايات المتحدة الأمريكية.
- أميليا كونسوبشيونو غونزاليز لوبيز، الصحة العمومية والمشاركة، مقاطعة أوستارياس، إسبانيا.
- لورنس كوستين، مؤسسة أونيل للقانون والصحة العالمية، جامعة جورج تاون، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية.
- بول هنت، مركز حقوق الإنسان في جامعة إسكس، كولشستر، المملكة المتحدة.
- شادي جابر، جمعية أسر وأصدقاء الصحة النفسية، الضفة الغربية وقطاع غزة.
- جان بول كواسيك، صحة الشباب في أوريغين، ملبورن، أستراليا.
- كارولين فاي ينغ كوك، كندا.
- أوليفر لويس، مركز مناصرة الإعاقة النفسية، بودابست، هنغاريا.
- عائشة مالك، جامعة أكسفورد، المملكة المتحدة.
- أنجليكا مونريال، اللجنة الوطنية لحماية المصابين بالأمراض النفسية، تشيلي.
- مارستيلا مونتيرو، المكتب الأمريكي الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية.
- ماثيا مولجين، المكتب الإقليمي الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية، كوبنهاجن، الدانمرك.
- جميل ناصيف، مركز الصحة النفسية المجتمعية، سلفيت وزارة الصحة، الضفة الغربية وقطاع غزة.
- ألانا أوفيسر، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف، سويسرا.
- لونيلا بيتريا، مؤسسة تريمبوس، المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية، هولندا.
- مات بولارد، جمعية مناهضة التعذيب، جنيف سويسرا.
- جورج رودريغيز، المكتب الأمريكي الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية.
- ديانا روز، مؤسسة الطب النفسي، كلية كينغز، لندن، المملكة المتحدة.
- خالد سعيد، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، القاهرة، مصر.
- توم شكسبير، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف، سويسرا.
- جيسيكا سنكلير، ماكسويل ستامب، المملكة المتحدة.
- ساره سكين، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف، سويسرا.
- بيتر ستاستني، البرنامج العالمي للصحة النفسية، جامعة كولومبيا، مدينة نيو يورك، الولايات المتحدة الأمريكية.
- كنا سيغيورا، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف، سويسرا.
- عزرا سوسر، كلية ميلمان للصحة العمومية، جامعة كولومبيا، مدينة نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.
- ستيفن تانغ، الجامعة الأسترالية الوطنية، كانبيرا، أستراليا.
- غراهام ثوميكروفت، معهد الطب النفسي، كلية كينغز، لندن، المملكة المتحدة.
- أنيل فارتاك، جمعية إذكاء الوعي بالفصام، بيوني، الهند.
- هنريك فاهيلبيرغ، مجلس مقاطعة ستوكهولم للطب العابر للثقافات، ستوكهولم، السويد.
- سيمون واكر، مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان، جنيف، سويسرا.
- زينغدونغ وانغ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لغرب المحيط الهادئ، مانيلا، الفيلبين.
- ناريل فيكهام، الصحة العادلة، كانبيرا، أستراليا.
- مودي زكي، اللجنة العامة للمستشفيات، مصر.

الدعم الإداري والأمانة: باتريشيا روبرتسون.

تصميم الأشكال والتنسيق: إينيس للإعلام، www.iniscommunication.com

أُعِدَّ هذا الكتيب بدعم مالي سخي من حكومتي إسبانيا والبرتغال

1 المقدمة

يخضع الأشخاص الذين لديهم إعاقات نفسية وإعاقات ذهنية ومشاكل تعاطي مخدرات في جميع أنحاء العالم لرعاية سيئة الجودة ولانتهاكات حقوق الإنسان. وتفشل خدمات الصحة النفسية تحقيق التكامل بين المعالجة وبين الممارسات المسندة بالبينات، مما يؤدي إلى تردي حصائل التَعافي. كما أن الوصم المرتبط بهذه الحالات يعني أن هؤلاء الأشخاص يعانون من إقصاء ورفض وتهميش من قِبَل المجتمع. والمفاهيم الخاطئة عن الأشخاص الذين لديهم مثل هذه الإعاقات – بأنهم غير قادرين على اتخاذ القرارات أو على رعاية أنفسهم، وأنهم خطيرون، أو كائنات تستدعي الشفقة والرعاية – تعني أنهم يواجهون تمييزاً في جميع جوانب الحياة. فهم يُحرَمون من فرص العمل، ومن الحصول على التعليم، ومن العيش حياةَ مُنتجة ومستقلة في المجتمع.

ومن المفارقات، أن بعض أسوأ انتهاكات حقوق الإنسان والتمييز التي يعاني منها الأشخاص الذين لديهم إعاقات نفسية وإعاقات ذهنية ومشاكل تعاطي مخدرات تكون في أماكن تقديم الرعاية الصحية؛ إذ تعد جودة الرعاية في كثير من البلدان، فإن في كل من مَرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين سيئة بل ضارة، ويمكن فعلياً أن تعيق التعافي. وتهدف المعالجة المقدَّمة « غالباً » إلى إبقاء هؤلاء الناس وحالاتهم «تحت السيطرة»، وليس إلى تعزيز استقلالهم وتحسين نوعية حياتهم. ويُنظر إلى هؤلاء الأشخاص على أنهم «أشياء للمعالجة»، لا على أنهم بشر لهم نفس حقوق واستحقاقات أي شخص آخر؛ فلا يؤخذ رأيهم في خطط رعايتهم أو تعافيهم، وفي كثير من الحالات يتلقون العلاج رغماً عنهم. وغالباً ما يكون الوضع في مَرافق المرضى الداخليين أكثر سوءاً؛ فقد يُحتجَز هؤلاء الأشخاص لأسابيع وأشهر وأحياناً سنين في مستشفيات الأمراض النفسية أو في دور الرعاية الاجتماعية، حيث يعانون من ظروف معيشية رهيبة، ويتعرضون لمعاملة لا إنسانية ومُهينة؛ بما في ذلك العنفُ والإساءة.

ومـن هنـا، فمن المهـم تقييم وتحسـين نوعية مرافـق المـرضى الخارجيين ومرافـق المرضى الداخليـين على حد سـواء ومراعـاةِ حقـوق الإنسـان فيهـا، بغيـة تغيير هـذا الوضـع؛ حيـث يمكـن للتقييـم الشـامل للمَرافق أن يسـاعد عـلى تحديـد المشـاكل الموجـودة في ممارسـات الرعاية الصحيـة القائمـة، وعلى التخطيط لوسـائل فعَّالـة، تضمـن أن تكـون الخدمـات ذات نوعيـة جيـدة، وأنها تَحـترم حقوق الإنسـان، وتسـتجيب لمتطلبات المسـتفيدين، وتعـزز اسـتقلالهم وكرامتهـم وحقهـم في تقريـر المصـير. فالتقييـم ليـس مهـماً فقـط مـن أجل إصـلاح الإهمـال والإسـاءات التـي ارتكبـت في المـاضي، لكنـه مهم أيضـاً من أجل ضـمان تقديـم خدمات فعالـة وذات كفـاءة في المسـتقبل.[1،2] وبالإضافـة إلى ذلـك، فـإن النتائـج والتوصيـات التي يُتوصـل إليها من خـلال تقييـم جـودة الرعايـة وحقـوق الإنسـان يمكـن أن تضمـن احـترام وتعزيـز السياسـات والتخطيط والإصـلاح التشريعـي في المسـتقبل لحقـوق الإنسـان ويعززها.

[1] تحسين جودة الخدمات الصحية النفسية. المضمومة الإرشادية للخدمات والسياسات الصحية النفسية لمنظمة الصحة العالمية. القاهرة: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ 2006.

[2] ومن المصادر المتممة للبلدان التي تواجه أزمات إنسانية: منظمة الصحة العالمية والمفوض السامي للأمم المتحدة للإغاثة، قوائم التحقق من الزيارات الميدانية لمواقع مؤسسات الإغاثة، وذلك ضمن: تقدير الاحتياجات والموارد الصحة النفسية والنفسية–الاجتماعية: مجموعة أدوات للأوضاع الإنسانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2013.

2 دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان

الغاية

إن الغاية من **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** هي دعم البلدان في تقييم وتحسين جودة مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية لديها وتقييم وتحسين حقوق الإنسان فيها.

ويستند الدليل إلى مراجعة دولية واسعة النطاق من جانب أشخاص من ذوي الإعاقة النفسية ومنظماتهم، وقد أُجريت عليه اختبارات تجريبية في بلدان منخفضة ومتوسطة ومرتفعة الدخل؛ فهو مصمَّم لكي يُطبَّق في جميع هذه البيئات.

وقد يشمل مصطلح «أشخص ذوي الإعاقة النفسية» – في هذا الدليل – المصابين باعتلالات نفسية أو عصبية أو ذهنية، والمصابين باضطرابات تعاطي مواد الإدمان.

ويشير مصطلح «مرفق» إلى أي مكان يعيش فيه أشخاص ذوو إعاقات نفسية، أو يتلقون فيه رعاية و/ أو معالجة و/ أو تأهيل؛ وهذه الأماكن تشمل: مستشفيات الطب النفسي، وأجنحة الطب النفسي في المستشفيات العامة، وخدمات المرضى الخارجيين (بما في ذلك مراكز الصحة النفسية المجتمعية، ومراكز معالجة الإدمان، وعيادات الرعاية الأولية، ورعاية المرضى الخارجيين التي تقدمها المستشفيات العامة)، ومراكز الرعاية النهارية للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية، ودور الرعاية الاجتماعية (بما في ذلك دور الأيتام، ودور المسنين، ودور الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وغيرها، والدور التي تستضيف «مجموعات» أخرى).

وتقترن مَرافق الطب النفسي وغيرها من مرافق المرضى الداخليين ذات الإقامة الطويلة – منذ زمن طويل – برعاية سيئة الجودة وبانتهاكات لحقوق الإنسان؛ حيث يتم عزل نزلاء هذه المَرافق عن المجتمع، ويكون لديهم فرصة ضئيلة أو معدومة لعيش حياة عادية ومُنتجة في المجتمع. ولهذا السبب، فإن منظمة الصحة العالمية توصي الدول بإغلاق هذا النوع من المَرافق تدريجياً، وإنشاء خدمات مجتمعية عوضاً عنها، ودمج الصحة النفسية ضمن خدمات الرعاية الأولية والخدمات التي تقدمها المستشفيات العامة. وعلى الرغم من أن هذا الدليل لا يؤيد كون المَرافق ذات الإقامة الطويلة بيئة ملائمة للعلاج والرعاية، فإن هناك حاجة لمنع انتهاكات المقيمين فيها وتعزيز حقوقهم، طالما ظل هذا النوع من المَرافق موجوداً في شتى بلدان العالم.

وتعدُّ اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هي الأساس الذي تستند إليه معايير حقوق الإنسان التي يجب احترامها وحمايتها وتحقيقها في المَرافق.

المواضيع

يغطي هذا الدليل خمسة مواضيع مستنبطة من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي:

1. **الحق في التمتع بمستوى معيشي لائق المعيشة والحماية الاجتماعية (المادة 28 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)**. يعاني الكثير من النزلاء في مَرافق الإقامة ظروفاً معيشة لا إنسانية، بما في ذلك الاكتظاظ وسوء مستوى الإصحاح والنظافة؛ فهؤلاء النزلاء يفتقرون إلى الملابس المناسبة والمياه النظيفة والغذاء والتدفئة والفراش اللائق والخصوصية. ولا تكون البيئة الاجتماعية – في كثير من الأحيان – أفضل حالاً؛ فهؤلاء الأشخاص محرومون من فرصة التواصل مع العالم الخارجي، ولا تُصان خصوصيتهم، ويعانون من ملل وإهمال مؤلمين، ومن قلة أو انعدام التنشيط الفكري أو الاجتماعي أو الثقافي أو البدني أو غير ذلك من أشكال التنشيط. فالمادة 28 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تتطلب – من بين أمور أخرى – أن يُوفَّر للأشخاص ذوي الإعاقة مستوى معيشي لائق؛ بما في ذلك الطعام الملائم، والملابس، والمياه النظيفة، والأدوات، وغيرها من المساعدات الخاصة بالإعاقة، والتحسين المتواصل لظروفهم المعيشية.

2. **الحق في التمتع بأعلى مستويات ممكنة من الصحة البدنية والنفسية (المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)**. لا يستطيع هؤلاء الأشخاص في كثير من البلدان، الوصول إلى الرعاية والمعالجة الصحية النفسية الأساسية التي يحتاجون إليها، فغالباً ما تكون الخدمات بعيدة جداً عن منازلهم أو غير ميسورة التكلفة. وفي حالات أخرى، تكون الخدمات نفسها ذات نوعية رديئة؛ حيث تُطبَّق أساليب علاج غير فعالة أو ضارة، ويتم تجاهل مشاكل الأمراض الصحية العامة الناجمة عن العدوى المشتركة بأمراض مصاحبة. ويتم التشديد على الخدمات المؤسسية على حساب المَرافق المجتمعية الخاصة بالمرضى الخارجيين، وتركِّز العديد من الخدمات على احتجاز هؤلاء الأشخاص بدلاً من مساعدتهم على تطوير قدراتهم بغية التعافي وإعادة الاندماج في المجتمع (انظر المُرفق 1 بشأن المبادئ المتعلقة بالتعافي). وعلاوة على ذلك، فإن نزلاء مَرافق الإقامة غالباً ما يكونون غير قادرين على الحصول على خدمات الصحة العمومية والجنسية والإنجابية. فالمادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تقتضي أن يُعطى الأشخاص ذوو الإعاقات الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها في أقرب مكان ممكن من مجتمعاتهم. كما تقتضي أن يحصلوا على ما يحصل عليه غيرهم من الأشخاص، من حيث نطاق وجودة ومستوى الرعاية الصحية المجانية أو الميسورة التكلفة، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية.

3. **الحق في الأهلية القانونية والحق في الحرية الشخصية والأمن الشخصي (المادتان 12 و14 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)**. يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية والذهنية – بشكل روتيني – من انتهاكات لحقهم في ممارسة أهليتهم القانونية. وغالباً ما يُنظر إليهم على أنهم غير قادرين على اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم الخاصة، والخياراتُ الرئيسية التي تعنيهم (على سبيل المثال: ما يتعلق بمكان إقامتهم، وعلاجهم الطبي، وشؤونهم الشخصية والمالية) تقوم بها الأُسَر أو مقدمو الرعاية أو الأوصياء أو العاملون في مجال الصحة. بل الأكثر من ذلك، يُعطى هؤلاء الأشخاص – في جميع بلدان العالم – العلاج الطبي أو يتم إدخالهم إلى مرافق الإقامة دون موافقتهم المسبقة الصريحة.

تنص المادة 12 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أن الأشخاص ذوي الإعاقة لهم الحق في الاعتراف بهم كأشخاص ذوي اعتبار أمام القانون في كل مكان، كما أنها تؤكد مجدداً على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ممارسة أهليتهم القانونية على أساس المساواة مع الآخرين في

جميع مناحي الحياة، وبالتالي فإنهم يجب أن يظلوا محور جميع القرارات التي تؤثر عليهم، بما في ذلك القرارات المتعلقة بعلاجهم وبأماكن معيشتهم وبشؤونهم الشخصية والمالية. وتنص المادة 12 أيضاً على أن هؤلاء الأشخاص ينبغي أن يتلقوا الدعم في ممارسة أهليتهم القانونية. وهذا يعني أنه ينبغي أن يكون بإمكانهم الوصول إلى شخص أو مجموعة من الأشخاص الموثوق بهم، فيشرحوا لهم القضايا المتعلقة بحقوقهم وسبل علاجهم وبالمسائل الأخرى ذات الصلة، ويمكنهم أن يساعدوهم على توضيح خياراتهم والحلول المفضلة لديهم والإبلاغ بها. وهؤلاء الأشخاص الذين يقدِّمون الدعم يمكن أن يكونوا محامين، وأمناء مظالم شخصيين، ومقدمي خدمات مجتمعية، ومساعدين شخصيين وأقراناً (وللمزيد من المعلومات عن اتخاذ قرارات مدعومة، انظر المُرفق 2).

وتُعتبَر المادة 14 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (الحق في الحرية والأمان الشخصي) بنداً هاماً فيما يتعلق بإدخالهم المرفق دون موافقة مسبقة؛ فقد نصت على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يجب أن لا يُحرموا من حريتهم بشكل غير قانوني أو بشكل تعسفي، وأن أي حرمان من الحرية يجب أن يكون وفقاً للقانون، وأن وجود الإعاقة لا يبرر بأي حال من الأحوال الحرمانَ من الحرية.

4. **عدم التعرض للتعذيب، أو للمعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المُهينة، وللاستغلال والعنف والإساءة (المادتان 15 و 16 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة).** في كثير من البلدان يتعرض هؤلاء الأشخاص في مرافق المرضى الداخليين وفي دور الرعاية الاجتماعية إلى إساءة بدنية وجنسية ونفسية، ويقضي الكثير منهم أياماً وأشهراً وحتى سنين وهم يعيشون حياة جامدة بلا هدف في ملل شديد وعزلة اجتماعية تامة؛ فهم – غالباً – معزولون (في زنزانات العزل، على سبيل المثال) أو موضوعون في قيود (مثل السلاسل والأغلال والأسرة الشبيهة بالأقفاص). إضافة إلى ذلك، فإنهم – غالباً – ما يتعرضون إلى مداواة مفرطة، بحيث يبقون منقادين ويبقى «التعامل معهم سهلاً». وفي كثير من الأحيان – ووفقاً للقانون الدولي لحقوق الإنسان – فإن هذه المعاملة تصل إلى حد إساءة المعاملة، بل وتصل في بعض الحالات إلى درجة التعذيب.

وتقضي المادة 15 باتخاذ كافة التدابير المناسبة لوقاية الأشخاص ذوي الإعاقة من التعرض للتعذيب أو للمعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وتنص هذه المادة – أيضاً – على حظر إخضاع أي فرد إلى تجارب طبية إو علمية بدون موافقة حرة منه. وتقضي المادة 16 بأن تُتخذ كافة التدابير لمنع جميع أشكال الاستغلال والعنف والإساءة، وحماية هؤلاء الأشخاص منها. كما تقتضي هذه المادة بأن تُتخذ جميع التدابير المناسبة لتعزيز التعافي البدني والمعرفي والنفسي، وإعادة التأهيل، وإعادة الإدماج الاجتماعي، للأشخاص ذوي الإعاقة – الذين يصبحون ضحايا أي شكل من أشكال الاستغلال أو العنف أو الإساءة – بطرقٍ منها تقديم خدمات الحماية. إضافة إلى ذلك، فإن التعافي وإعادة الاندماج يجب أن يَحدثا في بيئةٍ تعزز صحةَ الفرد ورفاهيتَه وكرامتَه واستقلالَه واحترامَه لنفسه، وأن يأخذا في الاعتبار الاحتياجات الخاصة بنوع الجنس وبالسن. وعلى نفس القدر من الأهمية، نرى أن المادة 16 تقضي بمراقبة جميع المَرافق والبرامج المُعدَّة لخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة – بشكل فعال – من قِبَل سلطات مستقلة.

5. **الحق في العيش بصورة مستقلة وفي الاندماج ضمن المجتمع (المادة 19 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة).** يعاني الأشخاص ذوي الإعاقة من انتهاكات واسعة النطاق ومن التمييز، مما يمنعهم من العيش والاندماج في المجتمع؛ فهم يُحرَمون من فرص العمل ومن الحصول على التعليم، ومن الوصول إلى الدعم الاجتماعي والمالي الذي يحتاجون إليه حتى يعيشوا في المجتمع. كما أنهم يُمنعون من ممارسة حقهم في التصويت في المنظمات السياسية والدينية والاجتماعية والدعوية ومنظمات

المساعدة الذاتية، ومن الانضمام إليها والاشتراك فيها. وهم غير قادرين على أداء ممارساتهم الدينية أو الثقافية، ومحرومون من فرص الأنشطة الترفيهية والرياضية وأنشطة اللياقة البدنية. ويكمن جزء من المشكلة في أن كلاً من خدمات المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية تركز على المعالجة والرعاية، وليس على توفير أو تيسير الوصول إلى مجموعة كاملة من الدعم تسمح لهؤلاء الأشخاص بالعيش في المجتمع بصورة مستقلة، وبالمشاركة الكاملة في المجتمع.

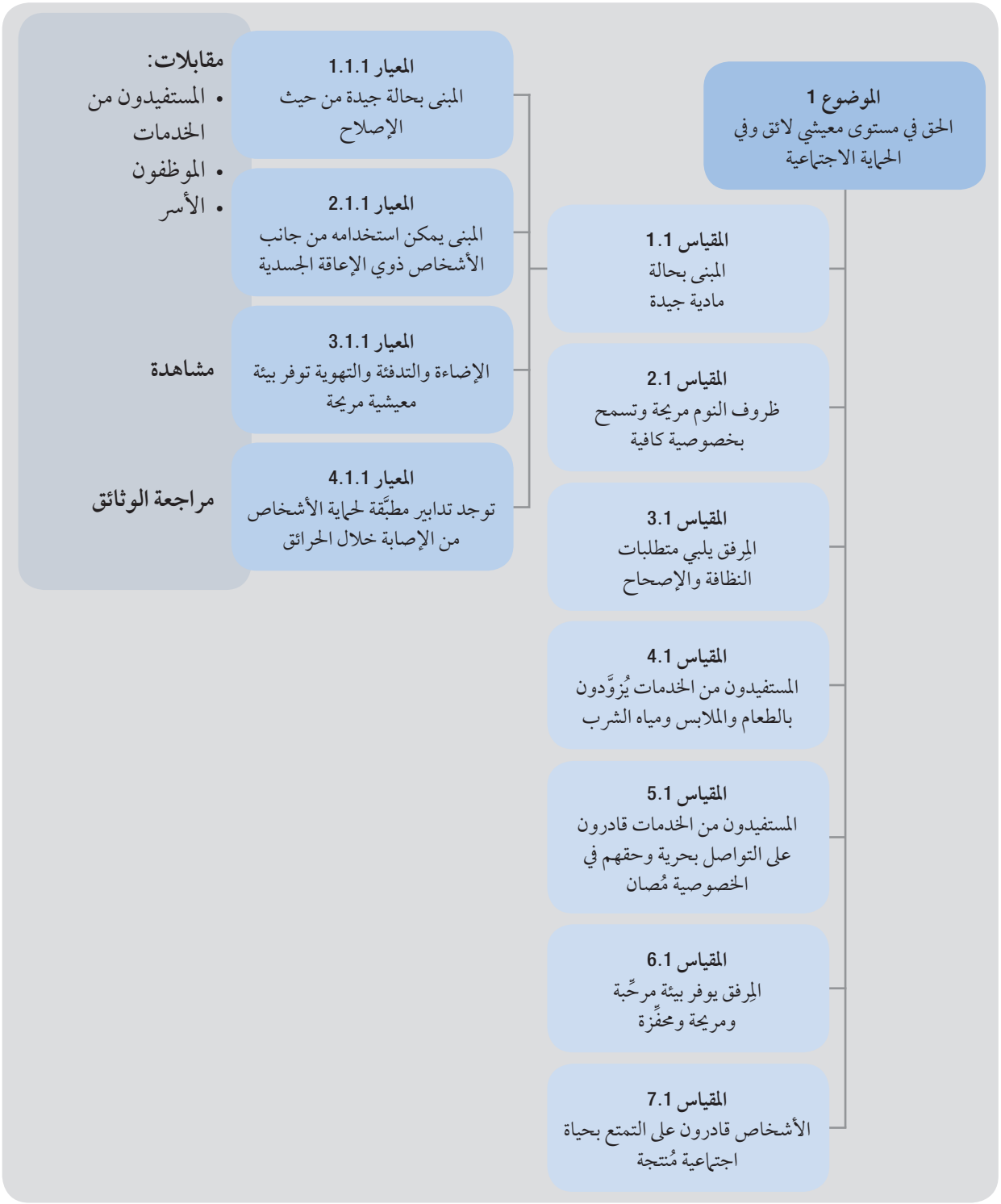
فالمادة 19 تنص على أن الأشخاص ذوي الإعاقة لهم الحق في العيش في المجتمع، وأن الحكومات يجب أن تتخذ التدابير الفعالة المناسبة لتسهيل اندماجهم ومشاركتهم الكاملة في المجتمع. وتنص كذلك على أن هؤلاء الأشخاص لهم الحق في أن يقرروا أين يعيشون، ومع من يعيشون، وعلى أنهم يجب ألا يجبَروا على العيش في إطار ترتيب معيشي معيَّن. كما أن المادة 19 تنص – بشكل ملحوظ – على أن هؤلاء الأشخاص يجب أن تتاح لهم فرصة الوصول إلى مجموعة من الخدمات المنزلية وخدمات الإقامة وغيرها من خدمات الدعم المجتمعي؛ بما في ذلك المساعدة الشخصية الضرورية لدعم العيش والاندماج في المجتمع، ولمنع الانعزال أو الانفصال عن المجتمع. وقد وردت مفاهيم الاندماج والمشاركة المبينة في المادة 19 كذلك في مواد أخرى من الاتفاقية، بما فيها تلك المتعلقة بالحقوق في التعليم، وفي العمل والتوظيف، وفي المشاركة في الحياة السياسية والعامة والثقافية، وفي الاستجمام والترفيه والرياضة.

(انظر المُرفق 3 للاطلاع على النص الكامل لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة).

المقاييس والمعايير المستخدمة في دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان

لقد تم تقسيم كل من «المواضيع» أو «الحقوق» المذكورة أعلاه إلى سلسلة من «المقاييس»، التي قُسِّمت بدورها إلى سلسلة من «المعايير». فالمعايير تشكل الأساس لتقييم جودة الرعاية وتقييم حقوق الإنسان. وعلى ضوء هذه المعايير يتم تقييم الوضع في المَرافق، من خلال المقابلات والمشاهدة ومراجعة الوثائق. وتقييم كل معيار من المعايير يمكِّن الشخص الذي يقوم بالتقييم من تحديد ما إذا تم استيفاء مقياس معين. وتساعد هذه المقاييس بدورها على تحديد ما إذا تم استيفاء الموضوع الشامل محل التقييم (الشكل 1).

الشكل 1. مثال على تقسيم كل موضوع إلى مقاييس ومعايير يجب توافرها في تقييم جودة الرعاية وتقييم حقوق الإنسان الخاصة بالصحة النفسية وبمرافق الرعاية الاجتماعية



علاقة المواضيع والمقاييس والمعايير بمَرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين

يوضح الجدول 1 أن المواضيع 2 و3 (باستثناء المعيار 4.1.3) و 4 و 5 ومقاييس ومعايير كل منها تنطبق على كلٍ من مَرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين. و يتناول الموضوع 1 – على وجه التحديد – ظروف المعيشة في مَرافق الإقامة، وبالتالي فهو لا ينطبق على خدمات المرضى الخارجيين، لكنه – مع ذلك – ينطبق على مراكز الرعاية النهارية. ويبين المُلحق 4 القائمة الكاملة للموضوعات والمقاييس والمعايير.

الجدول 1. قابلية تطبيق المواضيع على مَرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين

الموضوع	المرضى الداخليين	المرضى الخارجيين
1	✓	✗
2	✓	✓
3	✓	المعيار 4.1.3 في المقياس 1.3 لا صلة له بمَرافق المرضى الخارجيين
4	✓	✓
5	✓	✓

مكونات دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان

يقدِّم دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان تعليمات مفصَّلة حول كيفية إجراء التقييم وإعداد التقارير والاستفادة النتائج، كما يتضمن العديد من الأدوات:

- **أدوات التقييم:**
  - **أداة منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان في مجال المقابلات:** توفر هذه الأداة الإرشادات بشأن إجراء مقابلات مع المستفيدين من الخدمات، وأفراد الأسر (أو الأصدقاء أو مقدمي الرعاية) وموظفي المرفق.
  - **أداة منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان في مجال المعاينة ومراجعة الوثائق:** توفر هذه الأداة إرشادات بشأن مراجعة الوثائق والقيام بمعاينة المرفق.

- **استمارات إعداد التقارير:**
  - **تقرير تقييم المرافق:** تهدف هذه الوثيقة إلى مساعدة فِرق التقييم على جمع وتقديم النتائج التي توصلوا إليها والاستنتاجات والتوصيات الخاصة بمَرافق فردية.
  - **تقرير تقييم البلدان:** تهدف هذه الوثيقة لمساعدة فِرق التقييم في جمع وتقديم النتائج التي توصلوا إليها والاستنتاجات والتوصيات على مستوى البلدان.

3 من يمكنه استخدام هذا الدليل؟

يمكن استخدام هذا الدليل من قِبَل مجموعات ومنظمات وطنية ودولية شتى. ويمكن استخدامه لإجراء تقييم مفرد أو في إطار برنامج على مستوى البلد لتحسين المَرافق.

الهيئات الدولية لحقوق الإنسان والمنظمات غير الحكومية

يختص عدد من الهيئات الدولية والإقليمية برصد حقوق الإنسان في أماكن الاحتجاز وغيرها من المَرافق؛ فاللجنة الفرعية للأمم المتحدة لمنع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة – على سبيل المثال – والتي أنشئت بموجب بروتوكول الأمم المتحدة الاختياري بشأن اتفاقية مناهضة التعذيب وبدأ العمل بها في عام 2007 – لديها تفويض بزيارة أماكن الاحتجاز، بما في ذلك مؤسسات الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في البلدان التي صدقت على الاتفاقية. وبشكل مشابه، فإن لجنة منع التعذيب والمعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة، والتي أنشئت بموجب الاتفاقية الأوربية للمجلس الأوروبي من أجل منع التعذيب والمعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة (2007)، تزور كذلك أماكن الاحتجاز، بما في ذلك مستشفيات الأمراض النفسية ودور الرعاية الاجتماعية، لتقييم الكيفية التي تتم بها معاملة الأشخاص المحرومين من حريتهم. وتتكون كل من اللجنة الفرعية للأمم المتحدة واللجنة الأوروبية من خبراء مستقلين، وتقدم كل منهما توصيات للبلدان المعنية باتخاذ تدابير فعالة لمنع التعذيب وإساءة المعاملة.

وقد قامت جميع المنظمات غير الحكومية الدولية – مثل: منظمة حقوق المعاقين الدولية، ومركز رعاية الإعاقة النفسية، والمبادرة العالمية للطب النفسي – بالرصد وإصدار التقارير عن أوضاع حقوق الإنسان في مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية.

وفي حين أن الهيئات الدولية لحقوق الإنسان والمنظمات غير الحكومية يمكن أن تلعب دوراً حاسماً في إحداث تغيير في هذه المَرافق، إلا أنها لا يمكن أن تتحمل المسؤولية الكاملة عن هذه المهمة؛ فالمسؤولية الرئيسية تقع على عاتق الهيئات والآليات الوطنية.

الهيئات والآليات الوطنية

يمكن لهيئات وآليات وطنية مختلفة أن تقيِّم جودة الرعاية وحقوق الإنسان في مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية.

الهيئات والآليات الوطنية المنشأة بموجب المعايير الدولية لحقوق الإنسان

يشترط بعض الصكوك الدولية لحقوق الإنسان على البلدان أن تنشئ آليات وطنية لتعزيز حقوق الإنسان؛ فالمادة 33 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة – على سبيل المثال – تطلب من الحكومات أن تنشئ واحدة أو أكثر من الآليات المستقلة، مع انخراط الأشخاص ذوي الإعاقة ومشاركتهم الكاملة فيها، بغية تعزيز وحماية ومراقبة تنفيذ الاتفاقية.

والمادة 17 من بروتوكول الأمم المتحدة الاختياري بشأن اتفاقية مناهضة التعذيب (يتضمن الجدول 2 على رابط الاتفاقية) تطلب إنشاء آلية أو عدة آليات وطنية مستقلة لمنع التعذيب. وتتمتع هذه الآليات بالصلاحية لأن تقوم – بصورة منتظمة – بدراسة كيفية معاملة الأشخاص في أماكن الاحتجاز، وتجري المقابلات مع المحتجزين، وتقدم التوصيات إلى السلطات المعنية بشأن تحسين المعاملة والظروف، ومنع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان

تُنشأ المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان من أجل تعزيز وحماية حقوق الإنسان. وتتضمن مبادئ باريس التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 1992 توصيات شاملة حول دور هذه المؤسسات الوطنية وتكوينها ووضعها والمهام المسندة إليها. ويمكن تصنيف هذه المؤسسات إلى فئتين رئيسيتين: لجان حقوق الإنسان، ووكالات أمناء المظالم.

ومن مهام **اللجان الوطنية لحقوق الإنسان** التأكدُ من امتثال القوانين واللوائح للمعايير الدولية لحقوق الإنسان، والتحقيق في شكاوى انتهاكات حقوق الإنسان. وهناك لجان متخصصة في بعض البلدان لحماية حقوق الفئات التي تتعرض – بصفة خاصة – لانتهاكات حقوق الإنسان؛ بما في ذلك النساء والأطفال واللاجئين والأقليات. ويقضي القانون بوجود لجان وطنية عديدة لتقديم تقارير منتظمة إلى المجالس التشريعية مباشرة.

ويكلَّف **أمناء المظالم** بتمثيل مصالح الناس ومعالجة شواغلهم، عن طريق التحقيق في الشكاوى. وفي بعض الحالات، قد يُجرون تحقيقات دون أن تُقدَّم شكوى محددة؛ على سبيل المثال: عندما تُنتهك حقوق جماعة بأكملها.

ويجب على اللجان الوطنية لحقوق الإنسان وعلى أمناء المظالم أن يعملوا بصورة مستقلة عن الحكومة بغية القيام بتحقيقاتهم دون تحيز. وقد يعتمد كلاهما على المصالحة أو التحكيم لحل الشكاوى، بالرغم من أن هذه الهيئات تعطى – أحياناً – وضعاً شبه قضائي، وتُمنح سلطة لفرض نتيجة ملزِمة قانوناً.

الجدول 2. صكوك حقوق الإنسان الهامة

صكوك الأمم المتحدة	
اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm
البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-op.htm
العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية	http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm
العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية	http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm
اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة	http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm
البروتوكول الاختياري لاتفاقية مناهضة التعذيب	http://www2.ohchr.org/english/law/cat-one.htm
الصكوك الإقليمية	
الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب	http://www.africa-union.org/official_documents/treaties_%20conventions_%20protocols/banjul%20charter.pdf
الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان	http://www.oas.org/juridico/english/treaties/b-32.html
البروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية	http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-52.html
اتفاقية البلدان الأمريكية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة	http://www.oas.org/juridico/english/sigs/a-65.html
الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية	http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm
الاتفاقية الأوروبية لمنع التعذيب ومنع المعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة	http://www.cpt.coe.int/en/documents/ecpt.htm
وثائق أخرى مفيدة	
كتيب الأمم المتحدة للبرلمانيين بشأن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=212
رصد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. توجيهات لمراقبي حقوق الإنسان	http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17EN.pdf
التقرير المؤقت للمقرِّر الخاص المعني بمسألة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. (A/63/175)	http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/48db99e82.pdf
تقرير المقرِّر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والنفسية (E/CN.4/2005/51)	http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/CHR2005.pdf

اللجان الصحية الوطنية أو لجان الصحة النفسية

أنشأت بعض البلدان لجاناً وطنية للصحة، وأنشأ بعضها لجاناً للصحة النفسية. وتكون هذه الهيئات مستقلة عن المرافق الحكومية والصحية، والغرضُ منها تعزيز المعايير العالية والممارسات الجيدة في مجال الرعاية الصحية. وفي بعض البلدان، وضعت هذه اللجان معايير لضمان نوعية جيدة من الخدمات، وغالباً ما يتم ذلك بناء على مشاورات مستفيضة مع المستفيدين من الخدمات والموظفين في المرافق. وفي بعض البلدان، كُلِّفت هذه اللجان بزيارة المَرافق الصحية لإجراء تقييمات مستقلة لمعايير الخدمات، إما على أساس الشكاوى التي تلقتها أو كجزء من عملية تقييم مستمرة. تقدِّم اللجان الصحية الوطنية على أساس تقييماتها وتوجيهاتٍ بشأن الكيفية التي يمكن للمرفق أن يحسن بها مستوى الرعاية التي يقدمها.

هيئات اعتماد الخدمات الصحية

العديد من البلدان يمتلك هيئات أو وكالات لاعتماد الخدمات الصحية. وهي – مثل اللجان الصحية – هيئاتٌ مستقلة، مسؤولة عن تقييم مدى نجاح خدمات الرعاية الصحية في امتثال معايير الرعاية المعترف بها. غير أن هيئات الاعتماد لديها وظيفة إضافية هي تحديد ما إذا كان سيتم اعتماد المرافق الصحية، وذلك استناداً إلى تقييمها. وعندما يتم اعتماد مرفق ما فهذا يعني أن خدمته تلبي معايير الجودة المطلوبة. وتساعد هذه العملية على ضمان أن الجودة هي حجر الزاوية في الترخيص الرسمي للخدمات الصحية وخدمات الصحة النفسية ومَرافقها.

المنظمات الوطنية غير الحكومية

المنظمات الوطنية غير الحكومية – لا سيما منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية أو الذهنية، أو الذين يعانون من مشاكل تعاطي مواد الإدمان، إضافة إلى تلك المنظمات التي تركِّز على حقوق الإنسان أو على الإعاقة أو على قضايا الصحة النفسية وقضايا تعاطي المخدرات – قد تلعب أيضاً دوراً رئيسياً في تقييم جودة الرعاية وتقييم حقوق الإنسان في مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية. وتتمتع معظم المنظمات غير الحكومية بالاستقلال عن الحكومة وعن النظام الصحي؛ فهي في وضع قوي لإجراء تقييمات نزيهة، لأنها لا تخشى من قطع مواردها إذا فضحت أوجه القصور في المرافق. وبالنسبة لبعض المنظمات غير الحكومية، قد يكون غرضها من إجراء التقييم هو تسليط الضوء على أحوال المَرافق علانيةً، من أجل تحفيز الحكومة على اتخاذ تدابير لتحسينها. وقد تُجري منظمات أخرى التقييم بهدف العمل – في وقت لاحق – مع المرفق أو مع القطاع الصحي أو الحكومة لتحسين جودة الرعاية وتحسين أوضاع حقوق الإنسان.

اللجنة أو الهيئة «المخصصة» للتقييم

يمكن كذلك أن تُنشأ هيئة أو لجنة خصيصاً من أجل تقييم جودة الرعاية وتقييم حقوق الإنسان في المرافق ودور الرعاية الاجتماعية التي يستخدمها الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية أو الذهنية أو الذين يعانون من مشاكل تعاطي مواد الإدمان. وفي بعض البلدان، يتم تأسيس مثل هذه الهيئات (وتكوينها وسلطاتها) من قِبَل الصحة النفسية أو التشريعات الأخرى، وميزة ذلك أنها توجِد التزاماً قانونياً بتقييم المرافق بصورة منتظمة، وبتقديم تقارير عن النتائج والتوصيات إلى الحكومة. وهناك ميزة أخرى هي أن لجان التقييم هذه لا يمكن حلها – ببساطة – بسبب نقص الموارد أو لأنها كشفت عن معلومات قد

تكـون محرجـة للحكومـة. ومما يسـهِّل عمـل لجنة التقييـم المعيَّنـة قانونيـاً التعـاونُ الإلزامي من قِبَـل مقدمي الخدمـات، والوصـولُ الكامـل إلى جميع أجـزاء المَرافق.

ومـع ذلـك، فـإن إنشـاء اللجنة بشـكل قانوني ليـس شرطاً للتقييـم الفعَّـال، فيمكـن أن يتم إنشـاء مثل هذه الهيئـات خـارج الإطـار القانـوني، وقد تكـون هذه الهيئـة أكثر مرونة مـن الهيئة التي أُسسـت بشـكل قانوني؛ فيـما يخـص تكوينهـا واختصاصاتهـا مثـلاً. وفي كثـير مـن البلـدان، تـم إنشـاء مثـل هـذه الهيئـات مـن قبـل وزارات الصحـة أو الكيانـات الحكوميـة الأخـرى بغيـة تحسـين الأوضـاع في المَرافـق. وتتمثـل الميـزة الهامة لهـذه الهيئـات، سـواء أكانـت معيَّنة قانونيـاً أم لا، في أنها تحتفظ بالاسـتقلال عـن الحكومة وعـن المَرافق التي يجـري تقييمها.

وسـوف تعتمـد الهيئـة التـي تتـولى تقييـم جـودة الرعايـة وتقييـم حقـوق الإنسـان جزئيـاً عـلى الهيئـات والكيانـات الموجـودة مسـبقاً في البلد؛ فعلى سـبيل المثـال، إذا كانت هنـاك لجنة وطنية لحقوق الإنسـان تتمتع بـما يلـزم مـن الاسـتقلال والاختصاص والخـبرة لتقييـم المَرافق، فقـد يكون من المنطـق الجيد الاسـتفادةُ من هـذه البنيـة. وفي حـال عـدم وجـود هيئة مناسـبة قد يكـون من الضروري تأسـيس لجنـة تقييـم «مخصصة». ويعتمـد اختيـار الهيئـة أو الآليـة – أيضاً – على الغـرض من التقييـم، وعلى الكيفية التي سـيتم بها اسـتخدام النتائج.

4 إنشاء فريق إدارة المشروع وتحديد أهدافه

تعدُّ الخطوة الأولى في تطبيق **جودة الرعاية وحقوق الإنسان** بحسب منظمة الصحة العالمية هي تأسيس فريق أساسي من الأشخاص الذين سيكونون مسؤولين عن الإشراف على المشروع، وتقديم التوجيه للجنة التي ستُجري التقييم (انظر الفقرة 5)، وإدارة التقييم وتنسيقه، وإعداد تقارير عن النتائج، ومتابعة العمل.

وقد يضم فريق إدارة المشروع ممثلين من وزارة الصحة والوزارات المناسبة الأخرى (مثل: الشؤون الاجتماعية)، وممثلين عن منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية، والمنظمات الأسرية، واللجان أو الهيئات الوطنية لحقوق الإنسان أو للصحة، والمتخصصين في مجال الصحة، والصحة النفسية، والقانون.

ويجب أن يعطى فريق الإدارة سلطةً كافية لتنفيذ مشروع التقييم بشكل فعال. وقد يتطلب ذلك – في بعض الحالات، على سبيل المثال – اعترافاً رسمياً بسلطة الفريق في الإشراف على تقييم مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في البلد من قِبَل وزارة الصحة، أو وزارة الشؤون الاجتماعية، أو غيرها من الهيئات الحكومية. وقد يكون تعيين ممثلين رفيعي المستوى في فريق الإدارة وسيلة فعالة لتأمين السلطة اللازمة.

وهناك وسيلة أخرى لتوفير سلطة كافية لفريق الإدارة تتمثل في تعيين هيئة استشارية تضم ممثلين حكوميين رفيعي المستوى (على سبيل المثال، برلمانيين أو كبار موظفي اللجان الصحية الوطنية أو مؤسسات حقوق الإنسان)، ورؤساء منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، ومنظمات أسرية ومهنية. ويمكن للهيئة الاستشارية رفيعة المستوى أن تخدم الغرض المزدوج المتمثل في تقديم المشورة إلى فريق الإدارة بشأن تشغيل المشروع، وفي إعطائه ما يلزم من «النفوذ» السياسي للقيام بعمله دون عراقيل.

ويجب على فريق الإدارة أن يحدد أهداف التقييم؛ هل الهدف الرئيسي هو تقييم وتحسين جميع مرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين في البلد، أم أن المشروع سيقتصر على مَرافق المرضى الداخليين؟ هل الغرض منه هو توجيه السياسات والتشريعات، أم أنه تعزيزُ تنفيذها – عندما تكون تلك السياسات والتشريعات موجودة مسبقاً؟ وتحديد أهداف التقييم سيوضح الإطار والكيفية التي سيتم بها إعداد التقارير عن النتائج.

5 وضع إطار للتقييم

بمجرد أن يتم تحديد الغرض من التقييم، يجب على الفريق أن ينظر في عدد من القضايا قبل بدء التقييم، هي:

تحديد نطاق التقييم

في بداية المشروع ينبغي أن يحدِّد فريق الإدارة نطاق التقييم ويتفق عليه.

أولا، ما هو نوع المرفق أو الخدمة التي سيتم تقييمها؟ فعلى سبيل المثال، هل سيركز التقييم على الخدمات الخاصة بفئة معينة من الناس: الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية، أم الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، أم الأشخاص ذوي الإعاقة العصبية، أم الأشخاص الذين لديهم من اضطرابات تعاطي مواد الإدمان، أم البالغين، أم الأطفال، أم كبار السن؟ وهل سيكون التركيز على مرافق الإقامة (مثل: مستشفيات الأمراض النفسية، أجنحة الطب النفسي في المستشفيات العامة، دور الرعاية الاجتماعية) أم على مرافق المرضى الخارجيين (مثل: مراكز الرعاية النهارية، الخدمات المجتمعية، عيادات الرعاية الأولية، رعاية المرضى الخارجيين التي تقدمها المستشفيات العامة، مراكز التأهيل)؟ أم أنه سيتم تقييم مَرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين كليهما؟ ويبين الجدول 3 بعض أنواع الخدمات التي يمكن النظر في تقييمها .

الجدول 3. أنواع الخدمات التي ينظر في تقييمها

نوع المرفق:	المرفق يقدم خدمات لـ:
مستشفى للأمراض النفسية	البالغين
جناح الطب النفسي في مستشفى عام	الأطفال
خدمات المرضى الخارجيين (بما في ذلك المراكز المجتمعية للصحة النفسية أو لتعاطي المخدرات، أو عيادات الرعاية الأولية، أو رعاية المرضى الخارجيين التي تقدمها المستشفيات العامة)	المسنين
مراكز التأهيل	اضطرابات تعاطي الكحول
مراكز الرعاية النهارية	اضطرابات تعاطي مواد الإدمان
دور الرعاية الاجتماعية (بما في ذلك دور الأيتام، ودور كبار السن، ودور الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وغيرها من الإعاقات، ودور الفئات الأخرى)	الاضطرابات النفسية
	الإعاقات الذهنية
	الاضطرابات العصبية

وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي تحديد النطاق الجغرافي للتقييم؛ فهل سيكون على الصعيد الوطني؟ أم أنه سيركز على واحد أو اثنين من الأقاليم أو المناطق في البلد؟ أو لعل التقييم سيكون لواحد أو اثنين من المرافق فقط؟ وإذا كان التقييم على المستوى الوطني أو على مستوى المناطق، فهل سيتم تقييم جميع المرافق في البلد أو المنطقة؟ أم أن الهدف – بدلاً من ذلك – هو الحصول على صورة عامة عن أوضاع المَرافق في البلد أو المنطقة، اعتماداً على تقييم عدد من المرافق المختارة (والتي تعتبر ممثِّلة بما يكفي لجعلها تعكس الأوضاع على الصعيد الوطني)؟

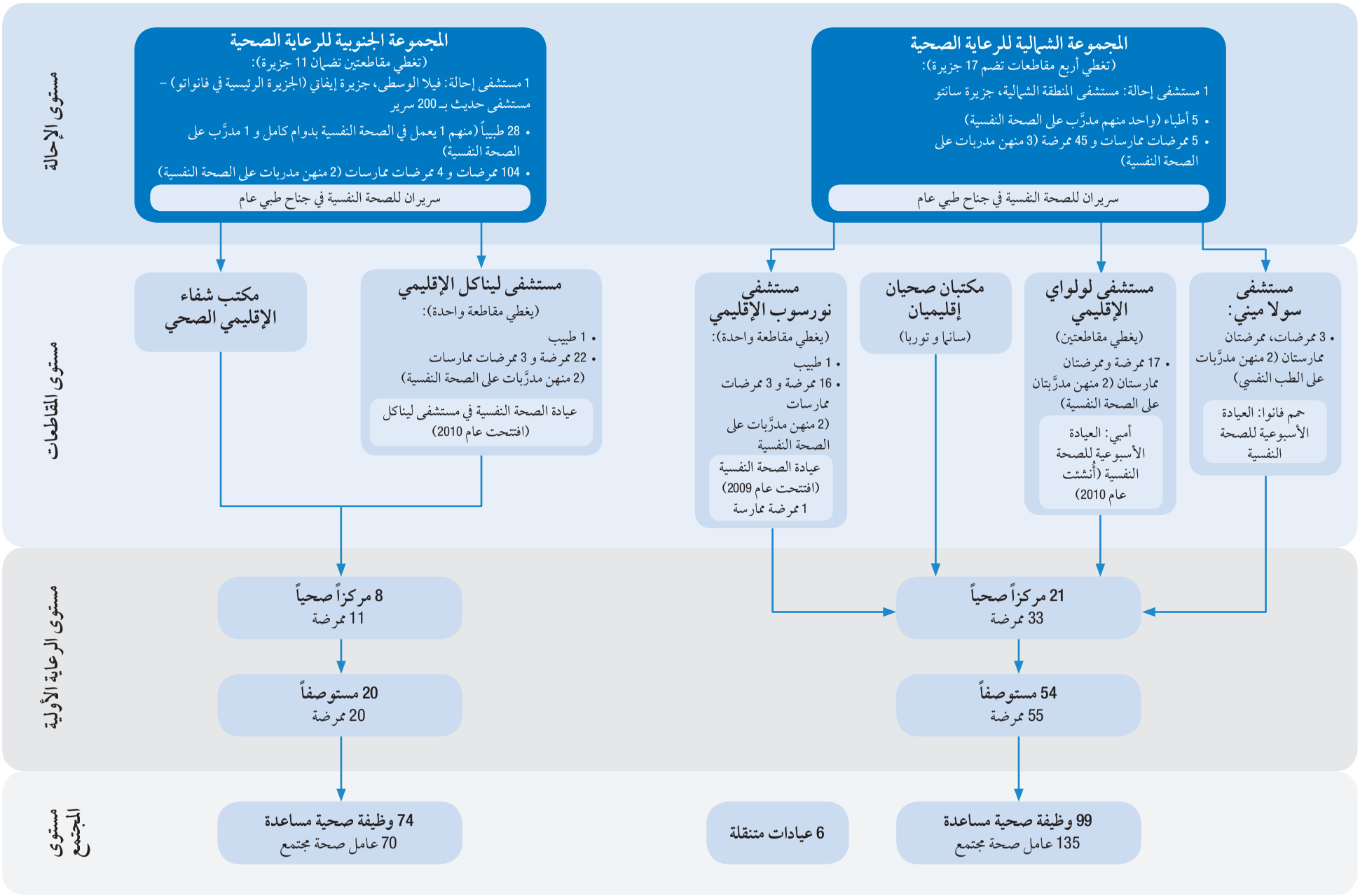
فهم تنظيم الخدمات في البلاد

لتحديد نطاق التقييم، من المهم أن نفهم كيف يتم تنظيم كل من مرافق أو خدمات الصحة النفسية والصحة العامة في البلد. وبالتالي فإنه يجب على فريق الإدارة توصيف الوضع الراهن لجميع الخدمات ذات الصلة في جميع أنحاء البلد، مع الحصول على معلومات عن الهيئة المسؤولة عن كل خدمة. وبما أن الخدمات المختلفة قد تكون مسؤولة عنها قطاعات مختلفة، فقد يكون من الضروري توصيف الوضع الراهن ليس فقط لخدمات الصحة النفسية، بل لخدمات تعاطي مواد الإدمان أيضاً (إذا كانت منفصلة عن الصحة النفسية) وللخدمات ذات الصلة التي يقدمها قطاع الخدمات الاجتماعية (على سبيل المثال؛ دور الرعاية الاجتماعية ودور الفئات الأخرى، في بعض البلدان). ويعطي الشكل 2 مثالاً للكيفية التي يمكن أن يتم بها توصيف الوضع الراهن لخدمات الصحة النفسية والصحة العامة في بلد ما.

ويعد توصيف الوضع الراهن مهماً لعدة أسباب:

- يساعد على تحديد القطاع (القطاعات) التي يجب التعامل معها من أجل التقييم؛ فعلى سبيل المثال، بالإضافة إلى وزارة الصحة، قد يكون من الضروري التعامل مع وزارة الشؤون الاجتماعية للحصول على موافقتها على إجراء التقييم في المرافق المسؤولة عنها.
- ويمكن أن يساعد توصيف الوضع الراهن – أيضاً – على ضمان عدم إغفال أي مرفق في التقييم؛ فعلى سبيل المثال، إذا كان الغرض من المشروع هو تقييم جميع مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية المعنية بالمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين في جميع أنحاء البلد، فإن توصيف الوضع الراهن سيساعد على التأكد من تحديد جميع هذه المرافق وعلى تجنب إغفال فئة معينة منها (مثل: مرافق الصحة النفسية العسكرية أو مرافق القطاع الخاص).
- ويساعد توصيف الوضع الراهن – أيضاً – على تحديد نطاق التقييم وتحديد ما يمكن تحقيقه في الواقع؛ فعلى سبيل المثال، بعد توصيف الوضع الراهن جميع المَرافق، قد يقرر فريق الإدارة أنه من غير الممكن تقييم مَرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين في نفس الوقت، وأنه – كخطوة أولى – ينبغي أن يركز التقييم على أوضاع مَرافق المرضى الخارجيين فقط.
- كما يمكن أن يساعد توصيف الوضع الراهن الخدمات على التأكد من أن التقييم سوف يعكس الأوضاع السائدة في مرافق البلد ككل؛ فعلى سبيل المثال، إذا كان الغرض هو تقييم بعض المرافق فقط بغية تكوين صورة الأوضاع في جميع أنحاء البلد، فإن توصيف الوضع الراهن سيساعد على تحديد أعداد ومجالات متنوعة من المَرافق بما فيه الكفاية، والتأكد من أنها تقع في جميع أجزاء البلد، بما في ذلك كل من المناطق الحضرية والريفية.

الشكل 2. البنية التنظيمية لخدمات الصحة النفسية في النظام الصحي العام لفانواتو (2011)



من WHO proMIND: profiles on mental health in development: Vanuatu [ملف منظمة الصحة العالمية عن الصحة النفسية في التنمية: فانواتو]. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2012. (باللغة الإنكليزية)

اختيار مرافق للتقييم

بعد تحديد النطاق وتوصيف الوضع الراهن للخدمات أو المرافق المعنية في البلد، يجب أن يختار فريق الإدارة المَرافق التي ينبغي تقييمها. وكما ذكر أعلاه؛ يمكن تقييم جميع المرافق في البلد، أو تقييم مجموعة عشوائية من المَرافق للحصول على صورة لجودة الرعاية ولحقوق الإنسان في هذه الخدمات.

وللمساعدة على اتخاذ هذا القرار، قد يكون من المفيد النظر في عدد المرافق في كل فئة؛ فإذا كان هناك – على سبيل المثال – فقط ثلاث وحدات للصحة النفسية في المستشفيات العامة، يمكن أخذها كلها كعيِّنات، أما إذا كان هناك 10 وحدات للصحة النفسية في المستشفيات العامة، فقد يلزم أخذ خمسٍ منها على الأقل كعيِّنات للحصول على عينة تمثيلية.

ومن المهم التأكد من أن جميع أجزاء المرفق قد قُيِّمت؛ فالكثير من المستشفيات النفسية الكبيرة – على سبيل المثال – لديها العديد من الوحدات أو الخدمات المختلفة (مثل: رعاية الحالات الحادة، وحدة رعاية الحالات المزمنة، وحدة الطب الشرعي، خدمات المرضى الخارجيون)، فينبغي تقييمها جميعاً.

ويجدر الأخذ في الاعتبار أن الوحدات الموجودة في مرفق ما قد تختلف عن بعضها بشكل كبير؛ فعلى سبيل المثال، قد تكون أوضاع وحدة رعاية الحالات المزمنة للإناث في مستشفى للأمراض النفسية جيدة، في حين أن أوضاع وحدة رعاية الحالات الحادة للذكور في نفس المستشفى قد تكون سيئة للغاية. وفي هذه الحالة، قد يكون من الصعب تقييم المرفق ككيان واحد، حيث إن الأوضاع كانت متغيرة جداً، كما أن أخذ متوسط التقييمات لن يعكس التقييم السليم لكلٍ من الأجزاء الجيدة والأجزاء السيئة في المرفق. ولذا، فقد يكون من الضروري – في مثل هذه الحالات – وضع تقييمات ودرجات وتقارير لكل وحدة على حدة.

تقييم المرافق الصحية العامة على سبيل المقارنة

من أجل إجراء تقييم فعَّال للأوضاع في مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية، من المهم أن تكون هناك مقارنة. وتكون مقارنتها مع مرافق الرعاية الصحية العامة في البلد نفسه مقارنة مفيدة. فالمقارنة بين مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية في بلدين مختلفين قد لا تكون مفيدة، لأن السياق الوطني (مثل: الموارد المخصصة للصحة وغيرها من العوامل) سيكون مختلفاً، في حين أن تقييم مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية مقارَنة مع المرافق الصحية العامة في البلد نفسه يتيح مقارنة أكثر قبولاً نظراً لوحدة السياق الوطني.

وبالتالي، فإنه من الضروري – أيضاً – أن تزور اللجنة (أو اللجان، بحسب حجم التقييم) مرافق الرعاية الصحية العامة؛ لأن مثل هذه الزيارات تسمح للجنة بتحديد ما إذا كان الأشخاص الذين يستخدمون مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية يتلقون – فعلاً – نفس معايير الرعاية الصحية ونفس الاحترام لحقوقهم كما هو حال الأشخاص الذين يستخدمون خدمات الرعاية الصحية العامة.

وفي الوضع المثالي، ينبغي أن تزور اللجنة أحد مرافق الرعاية الصحية العامة في كل فئة من فئات مرافق الصحة النفسية ومرافق تعاطي مواد الإدمان التي يجري تقييمها؛ فعلى سبيل المثال، إذا كان يتم تقييم مرافق الصحة النفسية الخاصة بالمرضى الداخليين، ينبغي أيضاً زيارة أحد مرافق المرضى الداخليين المعنية بالمشاكل الصحية «العامة» (مثل: وحدة السرطان في مستشفى عام). وإذا كان

يتم تقييم مرافق الصحة النفسية الخاصة بالمرضى الخارجيين، ينبغي -كذلك - أن تزور اللجنة أحد المرافق الصحية العامة الخاصة بالمرضى الخارجيين.

وعندما تشارك أكثر من لجنة في إجراء التقييم (مثلاً: من أجل إجراء تقييم على مستوى مقاطعة أو تقييم وطني)، ينبغي أن تزور كل لجنة نفس مرفق أو مَرافق الرعاية الصحية العامة، بغية الحد من الآراء الشخصية في نتائج اللجان المختلفة، بحيث يكون لدى الجميع نفس المقارنة.

ليس من الضروري أن يكون تقييم المَرافق الصحية العامة طويلاً، لكن يجب أن يكون مفصلاً بقدر الضرورة التي تقررها اللجنة؛ فقد يشمل - على سبيل المثال - جميعَ أنشطة التقييم الثلاثة - معاينة المرفق، ومراجعة الوثائق، وإجراء مقابلات مع المستفيدين - أو واحداً أو اثنين فقط من تلك الأنشطة. عند تقييم مَرافق المرضى الداخليين، ينبغي على اللجنة القيام بمكوِّن المعاينة على الأقل. وعندما يجري تقييم مَرافق المرضى الخارجيين، ينبغي - كحد أدنى - إجراء مقابلات مع المستفيدين. وفي جميع الحالات، ينبغي على اللجنة أن تسجل النتائج التي توصلت إليها على استمارة تقرير منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان، وأن تناقش أي اختلافات في النتائج بين مَرافق الصحة النفسية ومَرافق الصحة العامة في تقريرها النهائي.

اختيار مواضيع التقييم

كما ذكر أعلاه، فإن **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** يضم خمسة مواضيع، هي:

- الحق في مستوى معيشي لائق (المادة 28 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)،
- الحق في التمتع بأعلى مستويات ممكنة من الصحة البدنية والنفسية (المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)،
- الحق في ممارسة الأهلية القانونية والحق في الحرية الشخصية والأمن الشخصي (المادتان 12 و 14 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)،
- عدم التعرض للتعذيب أو للمعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وللاستغلال والعنف والإساءة (المادتان 15 و 16 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)،
- الحق في العيش المستقل وفي الاندماج في المجتمع (المادة 19 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة).

يقرِّر فريق الإدارة ما إذا كان سيتم تقييم جميع المواضيع الخمسة أو ما إذا كان سيتم اختيار عدد محدد منها. ومن المستحسن أن يتم تقييم جميع المواضيع الخمسة، لضمان دقة التقييم وشموله، لكن يمكن اختيار عدد أقل في سياق بلد معيَّن. وهناك درجة من التداخل بين المقاييس والمعايير المنضوية تحت مواضيع مختلفة، لأن هناك ترابطاً بين العديد من القضايا؛ فعلى سبيل المثال، كلا المقياسين 3.2 و 1.3 يتناولان خطط التعافي التي تعكس تفضيلات واختيارات المستفيدين من الخدمات، لأن هذه القضية ذات صلة بكل من الحق في الصحة (المشمول في الموضوع 2) والحق في ممارسة الأهلية القانونية (المشمول في الموضوع 3).

تحديد الأشخاص الذين ستتم مقابلتهم من كل مرفق وتحديد عددهم

يقوم فريق الإدارة بتحديد عدد المستفيدين من الخدمات وأفراد الأسر[3] والموظفين الذين ستتم مقابلتهم في كل مرفق. ويتضمن **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** أسئلة موجهة إلى المجموعات الثلاث كلها، ومن المهم أخذهم جميعاً كعيِّنات، حيث إن كلاً منهم له وجهة نظر مختلفة، ويمكن أن يضيف معلومات مهمة مكملة لعملية التقييم. وينبغي إجراء مقابلات مع مجموعة واسعة من الأشخاص المرتبطين بالمرفق؛ مثل المستفيدين من الخدمات من مختلف الأعمار، ومن كلا الجنسين، ومن مختلف التشخيصات، ومختلف الأصول العرقية، ومع من يتلقى خدمات من وحدات أو أقسام المرفق المختلفة، ومع من أُدخل مؤخَّراً ومن ظل هناك لبعض الوقت، و (في حالة مرافق المرضى الداخليين) مع المستفيدين ممن يذهبون للمرافق طوعاً إضافة إلى من يذهب إليها دون موافقته. وينبغي تحديد أفراد أسر مجموعة واسعة من فئات المستفيدين من الخدمات من أجل إجراء مقابلات معهم. وفي بعض السياقات، قد يكون من المناسب أيضاً مقابلة أصدقاء المستفيدين من الخدمات أو أعضاء شبكة دعم المستفيدين من الخدمات.

وينبغي إجراء مقابلات مع فئات مختلفة من الموظفين؛ بما في ذلك مدير المرفق والممرضات المساعدات والممرضات المسجَّلات والمرشدون الاجتماعيون وعلماء النفس والأطباء النفسيون وغيرهم من المهنيين الصحيين. وينبغي إجراء مقابلات مع الموظفين الذين مضى عليهم بعض الوقت في المرفق، إضافة إلى الموظفين الجدد فيه. وقد يكون من المفيد – أيضاً – مقابلة عمال النظافة وموظفي المطبخ وأفراد الأمن والبوابين وغيرهم من الموظفين ذوي الصلة.

وتعتمد أعداد الأشخاص الذين تتم مقابلتهم على عدد المستفيدين من الخدمات والموظفين المرتبطين بالمرفق، وعلى حجم المرفق وعدد الوحدات التي يضمها. ويتشابه نهج فريق الإدارة في تحديد عدد المستفيدين من الخدمات وأفراد الأسر والموظفين مع النهج الخاص باختيار عدد المرافق التي سيتم تقييمها. ويعطي المُلحق 5 توجيهات بشأن تحديد أحجام العينات التي ستجرى معها المقابلات؛ فعلى سبيل المثال:

- إذا كان هناك ستة مستفيدين فقط يتلقون خدمات من المرفق، ينبغي إجراء مقابلات معهم جميعاً (100٪).
- إذا كان هناك 16 مستفيداً من الخدمات، ينبغي إجراء مقابلات مع حوالي ثمانية منهم (50٪) كحد أدنى.
- إذا كان هناك 40 مستفيداً من الخدمات أو أكثر، ينبغي إجراء مقابلات مع 12 منهم على الأقل (30٪ تقريباً).
- يمكن تحديد عدد المقابلات التي ستجرى مع أفراد الأسر على أساس نصف عدد المقابلات المخطط لها مع المستفيدين من الخدمات؛ وبالتالي فإن عدد أفراد الأسر الذين سيتم إجراء مقابلات معهم في كل من الحالات المذكورة أعلاه سيكون ثلاثة (50٪ من عدد المستفيدين من الخدمات)، وأربعة (50٪) وستة (50٪).
- يمكن اختيار أعداد الموظفين على أساس النسب نفسها التي استخدمت للمستفيدين من الخدمات.

[3] يستخدم مصطلح «أفراد الأسر» في هذه الوثيقة للإشارة أيضاً إلى الإصدقاء والقائمين بالرعاية.

وعلى الرغم من أن أعداد وفئات الموظفين والمستفيدين من الخدمات الذين سيتم إجراء مقابلات معهم يمكن تحديدها قبل التقييم، لكن الأشخاص الذين سيتم إجراء مقابلات معهم ينبغي أن يُختاروا بشكل عشوائي – من قِبَل لجنة التقييم – في وقت زيارة المرفق. ويجب النظر في الحالة الصحية لهؤلاء الأفراد قبل إجراء المقابلات معهم.

والأرقام الواردة أعلاه هي مجرد أمثلة، وكل فريق من فرق الإدارة يحدد عدد المقابلات التي ينبغي أن تجرى في سياق كل مرفق. والمبدأ الحاكم لذلك هو الحصول على معلومات كافية – من خلال مراجعة الوثائق، والمعاينة، والمقابلات – للوصول إلى رؤية دقيقة لأوضاع المرفق ويجب أن تكون عينة الأشخاص الذين تتم مقابلتهم كبيرة بما يكفي لضمان عدم الكشف عن هوياتهم؛ فإذا تمت مقابلة عدد قليل جداً من الموظفين والمستفيدين من الخدمات – على سبيل المثال – فقد يسهل التعرف على الأفراد من خلال التقرير، مما قد يؤدي إلى انعكاسات سلبية عليهم. وكلما كثر الأشخاص الذين تتم مقابلتهم، تزداد صعوبة ربط ردود محددة بأفراد معينين.

بمجرد تكوين صورة واضحة عن المؤسسة – من خلال مراجعة الوثائق والمشاهدة والمقابلات – قد لا تبقى هناك ضرورة لإجراء المزيد من المقابلات المطوَّلة. قد يكون هذا هو الحال بالنسبة للمؤسسات الكبيرة؛ فعلى سبيل المثال، قد تقرر اللجنة مقابلة 100 من أصل 300 مستفيد من الخدمات (أي: 30٪) في مرفق كبير، ومع ذلك، إذا ظهرت صورة واضحة عن الأوضاع السائدة في المرفق بعد إجراء 30 مقابلة مع المستفيدين من الخدمات، قد لا تبقى هناك ضرورة لمقابلة الـ 70 الآخرين.

6 إنشاءُ لجان التقييم وتحديد طريقة عملها

بمجرد تحديد نطاق التقييم وعدد المَرافق التي سيتم تقييمها، ينبغي على فريق الإدارة أن يحدد عدد لجان التقييم اللازمة. ففي بعض السياقات (مثل: البلدان الصغيرة أو عندما يجرى تقييم لواحد أو اثنين فقط من المرافق)، قد يحتاج الأمر للجنة واحدة فقط. وفي سياقات أخرى (مثل: التقييمات الوطنية أو التقييمات على نطاق مقاطعة)، ستكون هناك حاجة إلى العديد من اللجان.

ويقوم فريق الإدارة أيضاً بتحديد طريقة عمل لجان التقييم؛ فعندما تكون هناك حاجة إلى العديد من اللجان قد تقرر الدولة أن يكون لديها لجنة مركزية، مع لجان فرعية لإجراء تقييمات في الأقاليم والمقاطعات. وتقدم اللجان الفرعية التقارير إلى فريق الإدارة، الذي سيكون مسؤولاً عن توحيد المساهَمات وتقديم التقارير إلى السلطة المعنية. ويجب أن يضمن هذا النشاط أقصى مشاركة ممكنة للأعضاء المستقلين من فريق الإدارة.

اختيار أعضاء لجان التقييم

ينبغي أن يتخذ فريق الإدارة قراراً بشأن أعضاء لجان التقييم. والمبدأ الرئيسي في إنشاء اللجنة هو أن يكون الأشخاص الذين يُختارون لعضوية اللجنة مستقلين عن الحكومة وعن المَرافق التي يجري تقييمها. كما ينبغي أن تكون اللجنة متعددة التخصصات، وأن تجمع بين أشخاص لديهم تنوع في المهارات والخبرات.

ويجب أن يشارك في تقييم مرافق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية والإعاقة الذهنية والأشخاص الذين يعانون من مشاكل تعاطي مواد الإدمان أشخاص لديهم تلك الإعاقات؛ فخبرتهم ووجهة نظرهم مهمة للغاية، وتساعد على التأكد من تحديد مخاوف المستفيدين من الخدمات والتصدي لها.

كما ينبغي أن تتضمن اللجنة مهنيين صحيين ذوي خبرة في الصحة النفسية و/ أو تعاطي مواد الإدمان، يستطيعون تقييم جودة الرعاية والمعالجة في المَرافق. وفي الوضع المثالي، يتعين أن يكون واحد أو أكثر من المهنيين الصحيين لديهم خبرة في مواقع صحية متنوعة، بحيث يمكنهم مقارنة الأوضاع والتكافؤ بين مَرافق الأشخاص الذين لديهم مشاكل في مجال الصحة النفسية أو مجال تعاطي مواد الإدمان وبين مَرافق الرعاية الصحية العامة.

ويعد المحامون والمدافعون عن حقوق الإنسان أيضاً أعضاءً مهمين في اللجنة، لأنهم يستطيعون أن يقدموا خبرة في المسائل المتعلقة بالتشريعات وبحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. كما أن ممثلي الأسر ومقدمي الرعاية والمرشدين الاجتماعيين يجلبون معارف وخبرات مفيدة للتقييم.

وتبعاً للبلد، قد يكون من المناسب إدراج أشخاص آخرين في اللجنة؛ مثل القيادات المجتمعية أو الدينية أو الأشخاص العاديين الملتزمين بتحسين حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

ويمكـن لأعضـاء فريـق الإدارة – أيضـاً – أن يكونـوا جـزءاً مـن لجنـة التقييـم، طالمـا أنهـم مسـتقلون عـن الحكومـة وعـن المَرافـق، ولا تتضـارب مصالحهـم مـع إجـراء تقييـم فعـلي.

وينبغـي النظـر في تـوازن اللجنـة – مـن حيـث نـوع الجنـس، والمجموعـة الإثنيـة، والعـرق، والإعاقـة، والثقافـة – عنـد اختيـار الأعضـاء. ومـن الخصائص الأخـرى المرغوبـة في أعضـاء اللجنة: الاهتـمام بتعزيز حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة، واحـترام قدراتهم في اتخـاذ القرارات والخيـارات الخاصة بهـم، ومراعاة الاختـلاف القومـي والعرقـي والسـياسي والدينـي والثقـافي والاقتصـادي، ومهـارات التواصـل الجيـدة، والقـدرة عـلى المشـاركة الوجدانيـة وعـلى توخـي الحيادية.

تحديد المهام المختلفة لأعضاء اللجنة

يجب أن يقرِّر فريق الإدارة من الذي سيكون مسؤولاً عن الجوانب المختلفة لعملية التقييم، بما في ذلك:

- التنسيق؛ مثل تنسيق اجتماعات اللجنة وزيارات المَرافق ومتابعة العمل،
- معاينة الأوضاع في المَرافق،
- استعراض الوثائق،
- إجراء المقابلات،
- صياغة تقارير التقييم؛ بما في ذلك جمع النتائج وصياغة التقارير بعد الزيارات،
- تنـاول التسـاؤلات أو الشـواغل أو الشـكاوى بعد زيـارة المرفق، من خـلال التواصل مع المسـتفيدين من الخدمات ومـع الموظفين.

وسـيكون لـدى بعـض أعضـاء لجنة التقييـم مهـارات ومعارف وخـبرات قد تجعلهم مناسـبين لـدور معين؛ فعـلى سـبيل المثـال، قد يكـون لدى البعـض خـبرة في إجراء المقابـلات. أمـا الأعضاء الذيـن عانَوا أنفسُـهم مـن إعاقـة فقـد يلعبـون دوراً مفيداً في إجـراء المقابلات مع المسـتفيدين مـن الخدمات، لأنه قـد يكون لديهم فهـم أعمـق لبعـض القضايـا، وبإمكانهم كسـب ثقـة المسـتفيدين. وينبغـي لأعضـاء اللجنـة أن لا يقتصروا عـلى أدوار محـددة، فربـما يقومون بأنشـطة متنوعـة خلال التقييم، بـل ينبغـي أن توجِّه مواطنُ القـوة المختلفة عنـد أعضاء اللجنـة القراراتِ بشـأن تخصيص الأدوار والمسـؤوليات.

7 تدريب أعضاء لجان التقييم

سوف يلزم تدريب أعضاء لجنة التقييم على استخدام **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان في تقييم وتحسين جودة الرعاية وحقوق الإنسان في مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية**، فضلاً عن التدريب في مجال قضايا حقوق الإنسان وقضايا الجودة. ومن المرجح أن يكون فريق الإدارة مجهزاً تجهيزاً جيداً لتقديم التدريب، لكن إضافة إلى ذلك – أو بدلاً من ذلك – قد يقوم مدربون خارجيون من ذوي الخبرة ذات الصلة بتقديم بعض التدريب. وقد يشمل ذلك ممثلين عن منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية، أو عن المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان، أو عن منظمات حقوق الإنسان غير الحكومية. وعلى نفس المنوال، قد يتم الاستعانة بممثلي اللجنة الصحية الوطنية أو غيرها من الهيئات ذات الصلة لتقديم التدريب على قضايا الجودة.

وفي إطار التحضير للتدريب، يجب أن يصبح فريق الإدارة على دراية بكل عنصر من عناصر **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان**، وهي: هذه اللمحة العامة، والأدوات – التي يتألف منها الدليل، وهي أداة المقابلات وأداة المشاهدة ومراجعة الوثائق – واستمارات إعداد التقارير عن مستوى المرفق، وإعداد التقارير على الصعيد القطري.

ويجب على لجنة التقييم أن تفهم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية والإعاقة الذهنية والأشخاص الذين يعانون من مشاكل تعاطي مواد الإدمان على وجه التحديد. وينبغي أن تكون اللجنة على علم بالصكوك الدولية التي صادق عليها البلد تحديداً، والتي تفرض على الحكومة التزامات قانونية. وينبغي أن يكون الأعضاء على دراية باتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي تبيِّن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ومن المعايير الدولية الأخرى التي يجب أن يكونوا على دراية بها: العهدُ الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، وصكوك حقوق الإنسان الإقليمية؛ الأفريقية والأمريكية والأوروبية، إضافة إلى عدد من الوثائق (غير الملزمة) والتي تقدم إرشادات مفيدة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (انظر الجدول 2 في الصفحة 11).

كما ينبغي أن يكون أعضاء اللجنة على دراية بالسياسات الوطنية ذات الصلة، وبالخطط والقوانين المتعلقة بالصحة النفسية وبتعاطي المخدرات وبالإعاقة، وبالتشريعات المناهضة للتمييز وبالدستور الوطني، مما سيمكِّنهم من تحديد ما إذا كان يتم التقيد بتلك السياسات والخطط والقوانين. وفي كثير من البلدان، تكون السياسات والخطط والقوانين قديمة، مما قد يحول دون تقديم خدمات جيدة، وينتهك حقوق الإنسان. وقد يتعرف التقييم على مشاكل وثغرات في الوثائق الوطنية الموجودة، ويمكن لأعضاء اللجنة أن يصدروا ضمن تقريرهم توصيات لملء تلك الثغرات.

ومن المفيد أيضاً الإلمام بالمقالات الصحفية الدولية والوطنية، وبمقالات وسائل الإعلام، وبتقارير المنظمات غير الحكومية وغيرها من المنظمات، عن الأوضاع السائدة في المَرافق وعن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

8 تحديد سلطة اللجان

تكـون اللجنـة أكثـر فاعليـة عندمـا يكـون لديهـا سـلطة رسـمية لإجـراء التقييـم. ويمكـن منـح مثـل هذه السـلطة مـن قِبَـل زعيـم البـلاد (رئيـس الجمهورية أو رئيـس الـوزراء) أو من قِبَـل وزارة الصحـة أو غيرها مـن الـوزارات المعنيـة. ويمكـن – بدلاً من ذلك – إنشـاء مثل هذه السـلطة مـن خلال التشريع (على سـبيل المثـال؛ مـن خـلال قانون حـول الصحة النفسـية يحتوي عـلى أحكام خاصـة بتفتيـش المرافـق) أو من خلال تفويـض الهيئـة المسـؤولة عـن التقييم (مثـل اللجنـة الوطنية لحقوق الإنسـان).

وتسـمح هذه السـلطة لأعضـاء اللجنة بالعمـل دون تدخل أو تأثـير خارجي، ودون خوف من انعكاسـات سـلبية عـلى أنفسـهم أو عـلى أولئـك الذيـن يقدمـون لهـم المعلومات، بغـض النظـر عن نتائـج التقييـم. كما يُسـمح للجنـة بزيارة أي منشـأة ومعاينتهـا دون عرقلة، وبالتمكـن من وصول غير مقيـد إلى جميع أجزاء هذه المرافـق، وإجـراء مقابـلات مع أي شـخص تـراه معنياً، مع ضـمان عدم الكشـف عن هويتـه وخصوصيته.

وفي بعـض الحـالات، قـد «تكلِّـف» الحكومـة (مثـل: وزارة الصحـة) أو المرفـق نفسـه جهـة بإجـراء تقييـم لتحسـين الجـودة مثـلاً. ورغـم أن ذلـك قـد يتطلب اشـتراك ممثلي الحكومـة أو أشـخاص مرتبطـين بالمرفق (لتنسـيق التقييم أو تيسـير الوصول، على سـبيل المثـال)، إلا أن التقييم نفسـه (أي: الزيـارات والمقابلات مع مقدمـي المعلومـات) وتحليـل النتائـج وإعـداد التقارير عنه يجـب أن يُجرى من قِبَل أشـخاص مسـتقلين تماماً ولا يتعـارض مـع مصالحهم.

ويجـب عـلى لجنـة الإدارة – أيضـاً – أن تنظـم الوصـول إلى المرافـق؛ فعندما يتـم التقييم «بتكليـف» من هيئة حكوميـة (مثـل وزارة الصحـة أو وزارة الشـؤون الاجتماعيـة) أو عـن طريق المرفق نفسـه، ينبغـي أن يكون الوصـول مبـاشراً. وعندمـا لا تكـون الحالـة كذلـك، قـد يقـوم فريـق الإدارة بالتمـاس الموافقـة عـلى إجراء التقييـم مـن الهيئـة الحكوميـة المعنيـة. ويجب عـلى الهيئة أن تعـترف بسـلطة اللجنة في إجـراء التقييـم – بما في ذلـك سـلطتها في القيـام بزيـارات غـير معلنـة – وينبغـي أن تُعلِـم المَرافق بأنهـا قد تخضـع للتقييم.

9 إعداد استمارات الموافقة والحصول على الموافقة الأخلاقية

يجب الحصول على موافقة من الموظفين والمستفيدين من الخدمات وأفراد الأسر المشاركين في التقييم قبل إجراء المقابلات، ولذا لا بد من إعداد استمارة الموافقة، ليتم التوقيع عليها من قِبَل الذين ستجرى معهم المقابلات، والتي تزودهم بمعلومات عن التقييم وعن سرية المقابلة. كما يجب طلب الموافقة إذا كانت المقابلة ستسجَّل تسجيلاً صوتياً أو مرئياً، ويجب احترام رغبات الذين ستجرى المقابلة معهم إذا رَفضوا ذلك. وإذا رغب الباحثون في التقاط صور عن أية علامات لأذى جسدي (مثل: الكدمات، الجروح) ظاهرة على المستفيدين، فإن ذلك يتطلب – أيضاً – موافقة مسبقة من المستفيد. ويعطي المُلحق 6 مثالاً على استمارة الموافقة، والتي يمكن تعديلها وترجمتها لاستخدامها على الصعيد الوطني.

ويعدُّ حماية خصوصية الأشخاص الذين يتم استجوابهم وعدم الكشف عن هويتهم أمراً هاماً لضمان عدم حدوث انعكاسات سلبية نتيجة التقييم. ولذا فإنه من المهم أن تُحفظ جميع استمارات الموافقة والتسجيلات الصوتية والمرئية والصور الفوتوغرافية وغيرها من الوثائق التي قد تكشف عن هوية من تجرى معهم المقابلات في مكان مأمون، لا يمكن الوصول إليه إلا من قِبَل أعضاء لجنة التقييم.

وتطلب بعض الدول ترخيصاً من لجنة وطنية للأخلاقيات قبل القيام بمشروع التقييم. وعندما تُطلب الموافقة الأخلاقية، يجب على فريق الإدارة اتباع الإجراءات المطلوبة من قِبَل الهيئة الوطنية للأخلاقيات من أجل الحصول على الترخيص اللازم.

10 جدولة التقييم وإجراؤه

مقارنة الزيارات المعلَنة مع الزيارات غير المعلَنة

يجب أن تجري لجنة التقييم زيارات غير معلَنة للمَرافق، عندما يكون ذلك ممكناً؛ لأن موظفي المرافق إذا علموا تاريخ الزيارة وتوقيتها قد يستعدون لها بـ «تنظيف» المرفق، بحيث يرى أعضاء اللجنة نسخة «حسنة» للمرفق، لا الأوضاع الفعلية. فالزيارات غير المعلَنة تضمن مشاهدة أعضاء اللجنة للأوضاع على النحو الذي يراه الأشخاص في المرفق كل يوم.

الزيارات في أوقات مختلفة من اليوم

ينبغي القيام بعدة زيارات إلى نفس المرفق في أوقات مختلفة من اليوم إذا أمكن، بحيث يتمكَّن أعضاء اللجنة من معاينة الأوضاع في الصباح وبعد الظهر وفي المساء.

تقديم اللجنة وشرح مشروع التقييم

قبل بدء الزيارة، ينبغي على اللجنة أن تعقد اجتماعاً مع موظفي المرفق والمستفيدين من الخدمات، ومع أعضاء الأسر عندما يكون ذلك ممكناً، لشرح الغرض من التقييم ومن زيارتهم، ولإيضاح ما سيقومون به وما يأملون في تحقيقه.

وينبغي على اللجنة أن تحاول توطيد شعور بالشراكة والتعاون مع الموظفين والمستفيدين من الخدمات وأعضاء الأسر؛ فقد يشعر الموظفون بعدم الارتياح إزاء التقييم، خوفاً من أن يتم رصد عملهم والحكم عليه، كما يمكن للمستفيدين من الخدمات وأعضاء الأسر أن يكونوا على حذر من التقييم وأن يخافوا من الانعكاسات إذا شاركوا في المقابلات. وبالتالي، فإنه ينبغي على اللجنة أن تسعى إلى تعزيز روح التعاون، مؤكِّدة أن جميع المشاركين لديهم هدف مشترك – هو تحسين الأوضاع في المرفق – وأن هذا الهدف لا يمكن أن يتحقق إلا بالمساهمة والمشاركة الفعالة من الجميع. بيد أنه يجب على فريق التقييم أن لا يثير توقعات غير واقعية عما سيحققه التقييم، وينبغي عليهم أن يوضحوا أنه من المسبعد أن تتحسن الظروف على الفور، ولكن مع مرور الوقت.

ويمكن للجنة التقييم أن تُعد منشوراً ليوزَّع بين الموظفين والمستفيدين من الخدمات والأسر، يبين المعلومات الواردة أعلاه.

11 مشاهدة المرفق

تعد المشاهدة أمراً أساسياً في تقييم أوضاع مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية. ويقدم **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان**، المعني بمراجعة الوثائق وبالمعاينة يقدِّم توجيهاً لأعضاء اللجنة حول ما ينبغي أن يعاينوه خلال زياراتهم للمَرافق، مع إعطائهم المجال لتسجيل النتائج التي توصلوا إليها.

فيجب على أعضاء اللجنة أن يقوموا بمعاينة جميع أجزاء المرفق. وفي حالة خدمات المرضى الداخليين – على سبيل المثال – ينبغي أن يقوموا بمشاهدة وحدات رعاية الحالات الحادة والمزمنة، وأقسام التنويم في كل من أجنحة الذكور والإناث، وغرف العزل، وغرف العلاج الكهربائي، وغرف العلاج المهني، والمطبخ، ومكان تناول الطعام، والمراحيض والحمامات.

ويجب أن لا تقتصر المشاهدة على فحص الأوضاع المادية، بل ينبغي أن تشمل – أيضاً – ما يحدث في المرفق؛ فعلى سبيل المثال، عند زيارة خدمات المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين، يجب على لجنة التقييم أن تشاهد التفاعل بين الموظفين والمستفيدين من الخدمات، من أجل تحديد ما إذا كان المستفيدون يُعامَلون بكرامة واحترام، وما إذا كان المرفق يحترم حقوقهم وأهليتهم القانونية. ولذا، وفي إطار المشاهدة، يجب على أعضاء اللجنة أن يشاركوا في جلسات تضم موظفين ومستفيدين من الخدمات، تشمل:

- التشاور بين المستفيدين من الخدمات والموظفين: هل يشارك المستفيدون من الخدمات في إعداد خطة تعافيهم؟ وهل يمكن أن يعبروا عن آرائهم وخياراتهم بشأن علاجهم، وهل تُحترم هذه الآراء؟ أم أن هناك من يتخذ لهم هذه القرارات؟
- جلسات التأهيل: هل يكتفي الموظفون بإلقاء محاضرات على المستفيدين من الخدمات في هذه الجلسات، أم أن المستفيدين من الخدمات يشاركون بفعالية في اكتساب المهارات؟

نصائح تتعلق بالمشاهدة

ينبغي أن تتم المعاينة بالحواس الخمس كلها.

اُنظُرْ – في مَرافق المرضى الداخليين: قمْ بمشاهدة الأوضاع المادية بعناية، وقيِّم ما إذا كانت مقبولة؛ فعلى سبيل المثال، هل وسائل الغسيل والمراحيضُ نظيفة؟ هل أقسام منامة المستفيدين من الخدمات تقدِّم ما يكفي من الخصوصية؟ هل هناك اكتظاظ؟ وفي كل من مرافق المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين: قم بمشاهدة التفاعلات والعلاقات بين الموظفين والمستفيدين من الخدمات؛ هل المستفيدون من الخدمات يُخاطَبون ويُعامَلون بكرامة واحترام؟

شُمَّ – تَبيَّن الروائح المختلفة في مَرافق المرضى الداخليين؛ فعلى سبيل المثال، هل للمراحيض رائحة؟ فالروائح الكريهة تشير إلى أن المراحيض لا تعمل أو لا تنظَّف بانتظام، وبالتالي فهي غير صحية وربما تكون خطرة.

اُشعُرْ – قم بلمس الفراش لتحديد ما إذا كان من نوعية ملائمة وأنه مناسب للمناخ. وتحسس بنفسك ما إذا كانت درجة حرارة الجو المحيط في أجزاء مختلفة من المِرفق مريحة أو حارة جداً أو باردة جداً. وقم بتشغيل الصنابير لتحديد ما إذا كان الماء الساخن متوافراً. ولا يكفي أن تسأل عما إذا كانت هناك فرش أو مدافئ أو أجهزة تهوية ملائمة في غرف النوم، أو عن وجود ماء ساخن شغال، بل يجب عليك أن تتحقق من ذلك بنفسك.

اسمعْ – فالأصواتُ في المرفق – أو عدمُها في بعض الأحيان – يمكن أن توحي بشئ ما كذلك. هل هناك صيحات أو صرخات من المستفيدين من الخدمات؟ إذا كان الأمر كذلك، حاول أن تحدد السبب، وترى ما الذي يتم فعله حيالها. هل صوت الموسيقى أو التلفزيون لا يراعي الآخرين من المستفيدين؟ هل هناك صمت في المرفق، وإذا كان الأمر كذلك، فهل يشير ذلك إلى جو قمعي يُحجم فيه المستفيدون عن التواصل مع بعضهم أو مع الزوار أو مع الموظفين؟

تَذوَّقْ – في بعض الأحيان يكون الطعام المقَّدم للمستفيدين في المَرافق غير صالح للاستهلاك. ولذا، قم بتذوق الطعام حتى تحكم ما إذا كان طيب المذاق وصالحاً للأكل.

12 مراجعة وثائق المرفق

تعـدُّ مراجعـة الوثائـق جزءاً مهماً مـن عمليـة التقييم. ويُعتـبر هذا الدليـل المعنـيَّ بالوثائق وبالمعاينـة موجِّهاً لأعضـاء اللجنـة بشـأن أنواع الوثائـق الواجب مراجعتهـا في عملية التقييـم؛ فيمكن تقسـيم الوثائق إلى أربع فئات رئيسـية:

- سياسات المَرافق ودلائلها الإرشادية ومعاييرها وتوجيهاتها الرسمية الأخرى،
- السـجلات الإداريـة (مثـل: عـدد وفئـات الموظفـين، وعـدد وعمـر وجنـس المسـتفيدين مـن الخدمات، وسـجلات القبـول والتخريـج)،
- سـجلات أحـداث معينة (مثـل: الشـكاوى، والطعون ضد دخول المستشـفى القسري والمعالجـة القسرية، وحوادث السرقة والإسـاءة والوفاة)،
- السجلات الشخصية للمستفيدين من الخدمات أو ملفاتُهم.

كـما تعـدُّ سياسـات المَرافـق ودلائلهـا الإرشـادية ومعاييرهـا وتوجيهاتهـا الرسـمية الأخـرى مصـدراً مهـماً للمعلومـات عـن القضايـا المتعلقـة بنوعيـة الخدمـات، وبأوضـاع المَرافـق، وبحقـوق الإنسـان الخاصـة بالمسـتفيدين مـن الخدمـات. وغالباً مـا يكون عدم وجود سياسـات للمرفـق في مجال معين مـؤشراً على عدم تلبيـة المعايـير ذات الصلـة؛ ولـذا فإنـه مـن المهـم تقييم ذلـك المجـال بعناية؛ فعلـى سـبيل المثـال، إذا لم يكن هنـاك توجيـه في المرفـق بشـأن تطبيـق العـلاج بالصدمـات الكهربائيـة، فهنـاك احتـمال كبير لعـدم الحصول عـلى موافقـة مسـبقة لهذا الإجـراء مـن قِبَل المسـتفيدين مـن الخدمـات، فينبغي دراسـة هذا الجانـب أكثر من خـلال المقابلات والمشـاهدة.

ويمكـن لسياسـات المَرافـق ودلائلها الإرشـادية ومعاييرهـا وتوجيهاتها الرسـمية الأخـرى أن تعزز حقوق الإنسـان ومعايـير الجـودة ويمكـن أن تنتهكهـا. ولـذا يجب عـلى أعضـاء اللجنة أن يسـتفيدوا مـن معرفتهم للمعايـير الدوليـة والوطنيـة لحقوق الإنسـان في تحليل هـذه الوثائق، حتى يقيِّمـوا ما إذا كانـت مطابقة لتلك المعايير.

وحتـى لو كانت سياسـات المَرافق تتماشـى مـع معايير جـودة الرعاية ومعايـير حقوق الإنسـان، فليس هناك مـا يضمـن أن تكـون محترمـة؛ فتقع عـلى عاتق لجنـة التقييم مسـؤولية تقييـم مدى الالتـزام بهذه السياسـات في الممارسـة، مـن خـلال المقابـلات والمشـاهدة. وعندمـا تكـون سياسـات المرفـق غـير منفَّـذة يجـب تحديـد الأسـباب؛ فعلى سـبيل المثال، قد يشـير عدم تنفيذ السياسـات إلى سـوء الإدارة أو إلى عدم تدريب الموظفين. فالسياسـات الجيـدة مفيـدة فقـط إذا تـم تنفيذها، والسياسـات الجيـدة التي لا تنفَّـذ ليس لها قيمـة تذكر.

كـما يجـب عـلى أعضـاء اللجنـة مراجعـة **السـجلات الإداريـة** ومعلومـات الوثائـق المتعلقـة بالتقييـم، بما في ذلك:

- أعداد الموظفين، بحسب المهنة (مثل: الأطباء النفسيين وعلماء النفس والمعالجين المتخصصين)،
- عدد المستفيدين الذين يتلقون خدمات من المرفق،
- أعداد المستفيدين من الخدمات من الذكور والإناث،

- الشريحة العمرية للمستفيدين من الخدمات،
- عدد المستفيدين من الخدمات الذين هم تحت الوصاية.

ومن المعلومات الأخرى التي يجب مراجعتها وتوثيقها فيما يتعلق بمرافق المرضى الداخليين ما يلي:

- عدد الأسرة المستخدمة،
- عدد المستفيدين من الخدمات الذين هم في إطار وضع طوعي،
- عدد المستفيدين من الخدمات الذين هم في إطار وضع قسري (دخول المرفق والعلاج)،
- وسطي مدة الإقامة لجميع المستفيدين من الخدمات.

ويمكن أن توفِّر مراجعة الوثائق الإدارية معلومات هامة حول حقوق الإنسان وقضايا الجودة؛ فعلى سبيل المثال، قد تكشف المراجعة عن أن المرفق يفتقر إلى الموارد البشرية الكافية بالنسبة لعدد المستفيدين من الخدمات. وقد تشير إلى أن عدداً كبيراً من الأشخاص تم إدخالهم ومعالجتهم على أساس قسري، مما يدل على أن الأهلية القانونية للمستفيدين من الخدمات يتم تجاهلها بشكل ممنهج أو قد تكشف عن أن هناك أطفالاً يُحتفظ بهم في مَرافق المرضى الداخليين المخصصة للبالغين.

كما أن السجلات الخاصة بأحداث معينة، مثل شكاوى المستفيدين من الخدمات، وطعنهم في القبول والمعالجة القسريين، وحوادث السرقة والاساءة والوفيات، هي – أيضاً – مصادر مفيدة للمعلومات؛ فدراسة الشكاوى المقدمة من المستفيدين من الخدمات – على سبيل المثال – يمكن أن تكشف عن مشاكل وانتهاكات، أو حتى عن أنماط من الإساءة في المرفق، والتي ينبغي أن تدرس أكثر من خلال عملية التقييم. ويجب توثيق عدم وجود شكاوى، لأنه قد يشير إلى عدم وجود آلية لتلقي الشكاوى أو أنها غير متاحة للمستفيدين من الخدمات. وقد يشير ارتفاع معدل الوفيات بشكل غير متناسب بين المستفيدين من الخدمات إلى سوء المعاملة أو الإهمال، أو إلى سوء نوعية الرعاية الصحية، أو إلى سوء الأحوال المعيشية في المرفق.

كما يمكن **للملفات الشخصية للمستفيدين من الخدمات وسجلاتهم** أن تكشف معلومات هامة؛ فمراجعة مثل هذه الملفات قد تبيِّن – على سبيل المثال – ما إذا كانت حديثة، ومتى تمت آخر مراجعة وتغيير لجداول الأدوية، وما إذا تم الحصول على موافقة مسبقة من أجل العلاج، وما إذا كانت خططُ التعافي وتوجيهاتُ التحسن[4] قد صُمِّمت بالتعاون مع المستفيدين من الخدمات، وما إذا كان المستفيدون من الخدمات يستطيعون أن يضيفوا معلومات إلى ملفاتهم. ويمكن أن تكشف – أيضاً – ما إذا كان هؤلاء الأشخاص يحصلون على المداواة والجرعات الصحيحة لحالتهم أم أنهم يُداوَون بشكل مفرط، أو يُداوَون بشكل غير صحيح، أو يُعطَون أدوية كثيرة جداً في وقت واحد.

وينبغي أن تتمتع لجنة التقييم بإمكانية الوصول إلى جميع سجلات المستفيدين من الخدمات، واختيار عدد منها – عشوائياً – من أجل القيام بدراسة مفصلة لها. وقد يقرروا دراسة سجلات المستفيدين الذين ستتم مقابلتهم بموافقتهم. وينبغي أن تغطي الملفات التي تتم دراستها كامل مجموعة المستفيدين

[4] يمكن للمستخدمين المستفيدين أن يحددوا مقدماً اختياراتهم في الرعاية الصحية، والمعالجة والتعافي عندما يصابون بحدث لايستطيعون معه التعبير عن اختياراتهم في المستقبل. ويمكن للتوجيهات المستقبلية ان تتضمن اختيارات المعالجة التي لايرغبون بها، مما يساعد على عدم إجراء أي تدخل لايرغبون به.

مـن الخدمـات، من حيـث العمر والأصـل الإثني ونوع الجنس والتشـخيص، على سـبيل المثـال. ويجب على لجنـة التقييـم أن تحـدد مـا إذا كانـت هنـاك حاجة للموافقـة على دراسـة ملفات المسـتفيدين مـن الخدمات.

ومـن أجـل مراجعة الوثائق بشـكل فعَّال، يجـب أن يكون هناك عضو بـارز من موظفي المرفق على اسـتعداد للمسـاعدة في العثـور عـلى الوثائـق التـي سـتتم مراجعتهـا، إذ أنه من غـير المرجـح أن تكون كلهـا في مكان واحـد. وقـد تُعطـى قائمة بالوثائـق التي سـتتم مراجعتها للموظفـين في المرفق قبـل الزيارة.

13 مقابلة المستفيدين وأفراد الأسر (أو الأصدقاء أو القائمين بالرعاية) والموظفين

تُعدُّ المقابلات مع المستفيدين من الخدمات وأفراد الأسر والموظفين في مرفق ما، والاستماعَ إلى آرائهم ووجهات نظرهم أمر بالغ الأهمية بالنسبة للتقييم. ويبيِّن **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** المعنيَّ بالمقابلات الموضيع والمقاييس والمعايير التي ينبغي أن تقيَّم أوضاعُ المَرافق بالمقارنة معها. كما أن الدليل يحتوي على أسئلة مرتبطة بكل معيار لمساعدة الشخص الذي يجري المقابلة.

وينبغي النظر في عدد من القضايا ذات الصلة بالمقابلة.

اختيار الذين ستجرى المقابلات معهم

في اختيار الأشخاص للمقابلة، ينبغي أن تسترشد اللجنة بمجموعة من المستفيدين والموظفين، ويتم تحديد حجم العينة من قِبَل اللجنة الإدارية (انظر الملحق 5). ويجب أن تَختار اللجنةُ – وليس موظفو المرفق – المستفيدين من الخدمات والموظفين الذين ستجرى المقابلات معهم، لضمان الحفاظ على حيادية المقابلة.

وقد تقرر اللجنة أفراد الأسر الذين ستجرى المقابلة معهم، أو قد تسترشد في اختيارهم بالمستفيدين من الخدمات. وينبغي على اللجنة أن تقرر ما إذا كانت ستقابل أفراد الأسر أثناء زيارة المرفق أم أنها ستنظم مثل هذه المقابلات خارج نطاق الزيارة.

وللموظفين والمستفيدين من الخدمات وأفراد الأسر الحقُّ في رفض إجراء مقابلة معهم، ويجب على لجنة التقييم أن تحترم قراراتهم.

المقابلة

يجب إيجاد غرفة أو حيز لإجراء المقابلات تضمن خصوصية الذين تجرى معهم المقابلات وتتيح لهم التحدث بحرية. ويجب أن تضم المقابلة باحثاً واحداً (أو اثنين كحد أقصى: واحداً لإجراء المقابلة، والآخر لتدوين الملاحظات مثلاً) والشخص الذي تجرى مقابلته. وقد يطلب بعض المستفيدين من الخدمات أن يكون معهم شخص يثقون به (لكن ليس موظفاً) أثناء المقابلة، فينبغي تيسير هذه الرغبة.

ويجب بذل كل جهد للتغلب على أية عقبة في التواصل بين الباحث والذي تجرى معه المقابلة؛ فعلى سبيل المثال، إذا كانا يتكلمان لغتين مختلفتين أو كان لدى الذي تجرى معه المقابلة علة تحول دون قدرته على التواصل (على سبيل المثال: صعوبة في الكلام أو في السمع)، فينبغي إحضار مترجم لغوي ملائم أو مترجم مناسب للغة الإشارة.

وقبل البدء بالمقابلة، ينبغي أن يقدِّم الباحثون أنفسهم، ويشرحوا الغرض من المقابلة، ويجيبوا على أية أسئلة قد تكون لدى الذي تجرى معه المقابلة. كما ينبغي على الباحثين أن يَسألوا أسئلة لاستخلاص معلومات عن الذين تجرى مقابلتهم (مثل: من أين هم، ومنذ متى هم في المرفق). فهذا النمط من

المقدمات يبني ألفة بين الذي تجرى معه المقابلة وبين الباحث، ويجعل الشخص مرتاحاً. وقد يكون من المفيد – أيضاً – مناقشة أي مخاوف قد تكون لدى الذين تجرى معهم المقابلات حول انعكاسات محتملة تنجم عن مشاركتهم في المقابلة، وتبيين التدابير التي اتخذت لحماية خصوصيتهم وعدم الكشف عن هويتهم. كما يجب على الباحثين مراجعة استمارة الموافقة المسبقة الذين تجرى مقابلتهم، ليتأكدوا فهمهم التام لمضمونها قبل أن يوقعوا عليها.

وقد تكون المقابلة طويلة ومتعبة، فينبغي أن يسمح للذين تجرى مقابلتهم باستراحات عندما يطلبونها. أضف إلى ذلك، أن المستفيدين الذين يُعطَون بعض الأدوية قد يجدوا صعوبة في التركيز لفترات طويلة، وربما يحتاجون إلى استراحات منتظمة. ويجب أن يراعي الباحث أي صعوبة قد تكون لدى المستفيدين تتعلق بمعاناتهم، وأن يسمح لهم بقطع المقابلة والعودة إليها في وقت لاحق إذا لزم الأمر.

والعنصر الذي سبق أن تأكدت منه لجنة التقييم – سواء في مقابلات سابقة أو بالمشاهدة – ليس من الضروري تناوله في المقابلات اللاحقة؛ فعلى سبيل المثال، إذا لاحظت اللجنة أن المراحيض في المرفق قذرة، لا حاجة لسؤال الذين تجرى المقابلة معهم عن نظافة المراحيض، لكن العكس ليس صحيحاً؛ فإذا بدت المراحيض نظيفة عند المعاينة – على سبيل المثال – ينبغي طرح أسئلة حول نظافتها أثناء المقابلات، لأن تنظيف المراحيض قد يكون أجري خصيصاً من أجل زيارة لجنة التقييم، وأنها تكون – في العادة – قذرة، ولا تنظَّف بشكل كافٍ بانتظام. ويمكن للباحثين – أيضاً – أن يسألوا أسئلة إضافية غير مشمولة في **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** بشأن المقابلات.

وفي نهاية المقابلة، ينبغي على الباحثين أن يشكروا المستفيدين من الخدمات على وقتهم. وينبغي أن يخبروهم عن كيفية الاتصال بفريق التقييم إذا رغبوا في تقديم معلومات إضافية بعد الزيارة، أو في الإبلاغ عن أية مشاكل أو إساءات جديدة، أو في التعبير عن أية مخاوف من انعكاسات تؤثر عليهم بعد المقابلة. كما يجب على الباحثين أن يخبروا الذين أُجريت معهم المقابلات عن الخطوات التالية في التقييم ويخبروهم بأنه سيتم إخطارهم بالنتائج بمجرد انتهاء التقرير.

ويجب على الباحثين أن لا يناقشوا محتوى المقابلات مع أي شخص باستثناء أعضاء اللجنة الأخرين. والطريقة الوحيدة لتعزيز السرية هي أن يوقِّع كل عضو من أعضاء اللجنة على الموافقة على أنهم سوف يحترمون سرية التقييم وخصوصية الأشخاص الذين تم إجراء مقابلات معهم.

نصائح تتعلق بإجراء المقابلات

يجب على الباحثين أن يُجروا المقابلات بطريقة محترمة ومهذبة. فينبغي عدم إشعار الذين تجرى المقابلات معهم بأن ما يجري هو استجواب، بل يشعرونهم بأنهم يقدِّمون مساهمة قيمة في عملية التقييم.

جميع الذين تجرى معهم مقابلات وجهات نظرهم مهمة. في كثير من الأحيان، تُعتبر آراء المستفيدين من الخدمات غير صالحة أو يُتغاضى عنها. فينبغي إجراء المقابلات بطريقة تعترف بآراء ووجهات نظر المستفيدين من الخدمات وتحترمها.

التزم الصمت بعد السؤال لتعطي مَن تُجري معه المقابلة وقتاً للتفكير، ولا تقاطعه. فقد تكون هناك حاجة إلى الصمت لمدة أطول مما تشعر أنه معتاد أو مريح.

تجنَّبْ المقاطعات. فاسمح للأشخاص بالحديث دون أن تقاطعهم. وإذا كان لديك سؤال حول ما يقولونه فانتظر حتى ينهوا جملتهم.

تجنَّبْ الإفراط في تدوين الملاحظات. فيمكن لتدوين الملاحظات أن يشتت الذين تجرى معهم المقابلات. ومن المهم الاستماع إلى الردود. وأحد الاحتمالات هو أن يكون في المقابلات شخصان: واحد يطرح الأسئلة ويستمع إلى الردود، والآخر يدوِّن الملاحظات.

ملخصات قصيرة، تكرِّر ما سمعتَه بكلماتك الخاصة، قد تكون طريقة مفيدة، للدلالة على أنك تستمع، وللتحقق من أنك قد فهمتَ ما يقوله الشخص بشكل صحيح.

تجنَّبْ توجيه الذين تُجري معهم المقابلات في إجاباتهم. فغالباً ما تميل المقابلات إلى توجيه الذين تجرى معهم المقابلات إلى الإجابة التي يتوقعون أن يسمعوها. فمن المهم أن تعي هذا الميل، وأن تبذل جهوداً لتجنبه.

استخدمْ أسئلة ذات نهايات مفتوحة. فإن الأسئلة ذات النهايات المفتوحة (مثل: «هل يمكنك التعليق على الحالة المادية للمرفق؟») تسمح للذين تجرى معهم المقابلات بأن يشاركوا بمعلومات يعتبرونها مهمة. وتجنَّب الأسئلة المغلقة (مثل: «هل تعتقد أن الحالة المادية للمرفق سيئة؟») بقدر الإمكان، لأن هذه الأسئلة يمكن أن تمنع الذين تجرى معهم المقابلات من التعبير عن آرائهم بطريقتهم الخاصة.

كنْ مرناً. فقد لا يجيب الأشخاص على الأسئلة بالترتيب المعروض في دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان المعني بالمقابلات. كما أن إجابات الذين تجرى معهم المقابلات عن أحد الأسئلة قد تقدِّم معلومات تتعلق بسؤال مقرَّر في وقت لاحق من المقابلة، فلا توقفهم بالقول إنك تخطط لطرح ذاك السؤال في وقت لاحق، ولكن اسمح لهم بأن يجيبوا عن السؤال المطروح بشكل كامل.

حاولْ أن تتأكد مما إذا كانت القضايا التي أثارها الذين تجرى معهم المقابلات هي أحداث أو ممارسات مفردة، أم أنها ممارسة مألوفة وشائعة في المرفق. فعلى سبيل المثال، إذا كان شخص ما يقول إن أحد الموظفين تحدَّث معهم بقلة احترام، حاول أن تتأكد مما إذا كان ذلك حدَثَ مرة واحدة فقط مع واحد من الموظفين أم أنه حالة شائعة، مع واحد من الموظفين أو مع العديد منهم.

شدة الصوت، السرعة، النبرة: انتبه إلى شدة صوتك وإلى نبرتك وسرعة كلامك؛ فيجب أن لا تتحدث بصوت مرتفع جداً أو هادئ جداً أو بشكل سريع جداً. واسمح لمن تجري المقابلة معه أن يحدد وتيرة المقابلة.

الممارسة، الممارسة، الممارسة. إن إجراء المقابلات مهارة حقيقية، وإن تعلُّم تقنيات المقابلة يتطلب ممارسة، ولذا فإنه من المهم أن تمارسها مع زملاء اللجنة – مثلاً – أو مع أسرتك وأصدقائك في المنزل، قبل زيارتك للمرفق.

الإبلاغ عن حالات الإساءة

قد يطلع أعضاء اللجنة خلال المقابلات أو المعاينة أو مراجعة شكاوى المستفيدين من الخدمات على ما يتعرض له أحد المستفيدين أو العديد منهم من سوء معاملة أو إهمال يعرِّض صحتهم ورفاهيتهم لخطر مباشر. ولذا ينبغي على اللجنة – قبل التقييم – أن تقرر كيفية التعامل مع مثل هذه الحالات، ربما عن طريق التحدث مع رئيس المرفق أو مع سلطة معنية أخرى، بحيث يمكن معالجة الوضع بسرعة. وقد يتعيَّن طلب موافقة المستفيدين من الخدمات المعنيين قبل الإبلاغ عن الإساءة. ويجب اتباع أي دلائل إرشادية وطنية معيَّنة أو أحكام قانونية بشأن الإبلاغ عن الإساءة إن توافرت. وينبغي على اللجنة أن تحدد القنوات القانونية أو الاجتماعية وأسماء المثلين القانونيين أو المحامين الذين يمكن أن يساعدوا ضحايا الإساءة. إضافة إلى ذلك، يمكن لأعضاء اللجنة أن يقرروا إعطاء المستفيدين من الخدمات رقم هاتف يمكنهم الاتصال به عند رغبتهم في الإبلاغ عن أي حادث من حوادث سوء المعاملة أو الإهمال بعد الزيارة.

14 إعداد تقارير عن نتائج التقييم

إعداد تقارير عن نتائج تتعلق بمرافق فردية

تقدِّم **استمارة منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** المعنية بالإبلاغ عن المرافق الفردية إطاراً للجنة التقييم حتى توثِّق – بشكل منهجي – المدى الذي حققه كل موضوع من المواضيع الخمسة **لمنظمة الصحة العالمية في جودة الرعاية وحقوق الإنسان** في مرفق معين من مرافق الصحة النفسية أو الرعاية الاجتماعية. وينبغي استكمال جميع أجزاء التقرير، وهي:

- الملخص التنفيذي؛
- الطريقة التي استُخدمت في التقييم؛
- نتائج التقييم (بما في ذلك التسجيل الكمي والموجودات النوعية)؛
- المناقشة؛
- الاستنتاجات والتوصيات؛

ويجب أن يجتمع جميع أعضاء اللجنة في أقرب وقت ممكن بعد الانتهاء من التقييم (لأن الانطباعات والمعلومات تتلاشى بسرعة) لمناقشة ودمج وتجميع النتائج التي توصلوا إليها من خلال المقابلات والمعاينة ومراجعة الوثائق في تقرير نهائي عن المرفق. وبعد ذلك تقوم اللجنة بتسجيل كل واحد من معايير ومقاييس ومواضيع **دليل منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** على النحو التالي: «تحقَّقَ بالكامل» أو «تحقق جزئياً» أو «بدأ بالتحقق» أو «لم يبدأ» أو «غير قابل للتطبيق».

وتتضمن استمارة إعداد تقرير على مستوى المرفق مكاناً لتسجيل كل معيار ضمن مقياس ثم كل مقياس ضمن موضوع. وتتضمَّن أيضاً مكاناً لتسجيل مرفق الصحة العامة الذي تم تقييمه، وبذلك يمكن مقارنة هذين النوعين من المَرافق.

وهذه التسجيلات الكمية بمفردها لا معنى لها، ومن الضروري أن تعطي المعلوماتُ النوعية مادةً وتفاصيل وصورة شاملة عن الوضع في المرفق. وتُعدُّ **استمارة منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** المعنية بإعداد التقارير نموذجاً لدمج النتائج الكمية والنوعية في تقرير واحد.

إعداد تقارير عن نتائج تتعلق بأكثر من مرفق واحد

إذا كان قد تم تقييم أكثر من مرفق واحد (على سبيل المثال: تقييم وطني أو تقييم على مستوى المناطق)، يجب على جميع اللجان التي أجرت التقييمات أن تجتمع لمناقشة ودمج وتجميع النتائج التي توصلت إليها عن كل مرفق، وإعداد تقييم وطني شامل أو على مستوى المناطق. وتقدم **استمارة منظمة الصحة العالمية لجودة الرعاية وحقوق الإنسان** المعنية **بإعداد تقارير عن تقييمات على مستوى البلد** إطاراً لذلك.

وتحتوي استمارة إعداد التقرير على نفس أقسام الاستمارات الخاصة بالمرافق الفردية، وتقدم نفس تصنيفات التسجيل (على الرغم من أن درجات كل مرفق تسجَّل وتقدَّم في الموضوع الخاص باستمارة إعداد تقرير على مستوى البلد أو على مستوى المناطق)، وتتضمن نموذجاً لدمج النتائج الكمية والنوعية في تقرير مفرد على مستوى البلد أو المنطقة.

التوصل إلى إجماع بشأن نتائج التقييم

إن أحد جوانب التقييم الأكثر صعوبة هو التوصل إلى إجماع بين أعضاء اللجنة وبين اللجان في حالة التقييم الوطني والتقييم على مستوى المناطق. فينبغي للمقاييس والمعايير في هذه الأداة أن توجِّه أعضاء اللجنة في تحديد ما هو متوقع من مرفق ما لتلبية معايير جودة الرعاية وحقوق الإنسان. ومع ذلك، فهناك الكثير من عدم الموضوعية في إجراء التقييمات، ويمكن للدرجات أن تختلف؛ فعلى سبيل المثال، يمكن لأحد أعضاء اللجنة أن يعتبر مستوى تحقيق معيار معين مقبولاً، في حين أن آخر قد يجده غير مقبول. وبغيةّ الحد من عدم الموضوعية هذه، ينبغي على أعضاء اللجنة إجراء مناقشات مفصَّلة حول الكيفية التي سجلوا فيها النتائج التي توصلوا إليها، والتوصل إلى إجماع بشأن تصنيف للموضوع أو المقياس أو المعيار بشكل شامل. وفي حال عدم التوصل إلى إجماع، يُستحسن اختيار أقل الدرجات.

ويساعد إدراج نتائج تقييمات المرافق الصحية العامة – أيضاً – على الحد من عدم الموضوعية في التسجيل داخل لجان التقييم وفيما بينها، حيث أنه يوفر نقطة مقارنة مشتركة لتوحيد التصنيفات أو ضبطها.

وتستغرق مناقشة النتائج، وتوحيد التصانيف أو ضبطها، وصياغة التقرير (لمرفق واحد أو على المستوى الوطني أو على مستوى المناطق) وقتاً طويلاً، وربما تتطلب عدة اجتماعات قبل أن يتم إعداد تقرير يمثل إجماعاً حول الأوضاع السائدة في المَرافق.

15 استخدام نتائج التقييم

يمكن لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان في مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية أن يخدم أغراضاً عدة، ويمكن استخدام النتائج بطرق مختلفة عديدة. فيجب على جميع المشاركين في تقييمٍ ما أن يفهموا الغرض منه بشكل واضح ويفهموا كيفية استخدام النتائج ويتوافقوا على ذلك.

إصلاح سياسات الإبلاغِ والتخطيطِ والقانونِ

يمكن، على المستوى الكلي، استخدام نتائج التقييم لإصلاح السياسات والخطط والتشريعات المتعلقة بالصحة النفسية وتعاطي المخدرات؛ فعلى سبيل المثال، قد تبين النتائج الحاجةَ إلى تدريب مركَّز أكثر كثافة للعاملين في مجال الصحة أو الصحة النفسية في ما يتعلق بأفضل الممارسات في المعالجة وبحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ويمكن إدراج ذلك – في وقت لاحق – ضمن سياسات وخطط الصحة النفسية. وقد تشير نتائج التقييم إلى أن القانون الحالي (على سبيل المثال: التشريعات المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان) يحتاج إلى تنقيح؛ فعلى سبيل المثال، إذا كشف التقييم عن أن الكثير من الأشخاص يعالَجون قسراً، ينبغي إدراج أحكام بشأن الموافقة المسبقة أو تعزيزها. وقد يكشف التقييم عن الحاجة إلى إنشاء «ميثاق للمريض» يبيِّن حقوق المستفيدين من خدمات الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان وغيرها من الخدمات.

فهمُ التفاوتات في انتهاكات حقوق الإنسان والدعوةُ إلى التغيير

يمكن استخدام نتائج التقييم – أيضاً – لفهم مدى ونمط انتهاكات حقوق الإنسان التي تحدث في المَرافق، ولزيادة الوعي حول هذه القضايا بين السلطات ذات الصلة والأطراف المعنية، عند الاقتضاء. وقد قام عدد من المنظمات غير الحكومية – الدولية والوطنية – بالتحقيق في أوضاع مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية، ووزعت نتائجها وتوصياتها على نطاق واسع للحكومات ولوسائل الإعلام وللسلطات والجماعات العامة وغيرها من السلطات والجماعات المعنية. ويمكن تسليط الضوء على أوجه القصور والانتهاكات أن يقنع السلطات وجماعات المجتمع المدني بالتصدي لهذه المشاكل. ولتحديد ما إذا كان هذا النهج سيُستخدّم وكيفية استخدامه، يجب أن تؤخذ النتيجة المحتملة بعين الاعتبار. ففي بعض السياقات؛ مثل استخدام وسائل الإعلام لتسليط الضوء على الانتهاكات وفضحها، يمكن أن يكون هذا النهج وسيلة هامة لتحفيز التحسينات في أوضاع حقوق الإنسان، لكنه في حالات أخرى، يمكن أن يولِّد عدم الثقة، ومن ثم لا يشارك المرفق في أنشطة التدقيق، مما يؤدي إلى مزيد من الانتهاكات سراً.

تحسين جودة الرعاية

ينبغي استخدام النتائج والتوصيات الصادرة عن التقييم كأساس لصياغة خطة لتحسين جودة الرعاية، وهذه الخطة ينبغي أن تدمج في إدارة الخدمات وتقديمِها في المرفق. ويكون الوضع المثالي هو الوضع

الـذي يعمـل فيـه الموظفون والمسـتفيدون مـن الخدمـات والأسرُ معاً في نهج تشـاركي لإعـداد خطة تتضمن إجراءات ملموسـة، وتهدف إلى منع الانتهاكات، وتعزيز حقوق الإنسـان، وتحسـين نوعيـة المعالجة والرعاية في المرفـق. ويمكـن تنفيذ خطة التحسـين أن يقيَّم باسـتمرار كجزء مـن إدارة المرفق، مع المراجعـات الدورية التـي تتَّبـع **دليـل تقييم جـودة الرعايـة وحقوق الإنسـان**. ويمكـن لهذا النهـج أن يحقـق رعاية أفضـل وتمتعاً أكـبر بحقـوق الإنسـان، لا سـيما وأنه ينطـوي على مشـاركة مقدمي الخدمـات – وليس على هيئـة خارجية – في إحـداث التغيـير الإيجـابي. ويصبح هؤلاء الأشـخاص جـزءاً من العمليـة ويجرون تغيـيرات، لا لأن ذلك يتعـيَّن عليهـم (عـلى الرغـم مـن أن المعايـير التـي يتعين تحقيقهـا قد وُضعـت) بـل لأنهـم شركاء في العملية، ويرغبـون في تحسـين الخدمـة. وثمـة قيـد عـلى هـذا النهج هو أنـه نـادراً ما يكـون مسـتقلاً – بالفعـل – عن السـلطات الصحيـة. ويمكـن التغلـب عـلى ذلك من خـلال الاسـتعانة بشـكل دوري بهيئة مسـتقلة لإجراء التقييـم. ولـذا، فـإن نهـج الجمـع بـين التقييم والتحسـين الداخـلي المسـتمر وبين التقييـم الخارجـي الدوري يعتـبر مفيداً.

بناء القدرات في مجال حقوق الإنسان

يمكـن اسـتخدام نتائـج التقييـم – أيضـاً – لتحديـد الثغـرات في المعرفـة المتعلقـة بحقـوق الإنسـان وقضايا الجـودة. ويمكـن إجراء تدريـب وتعليم مخصـوص للموظفين والمسـتفيدين مـن الخدمـات والأسر، لضمان أن كل طـرف مـن الأطـراف المعنيـة يفهـم حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة النفسـية ومعاييرَ الجـودة التي يجـب احترامها وتشـجيعها، لتحسـين الأوضـاع السـائدة في الخدمة.

المُلحَق 1. مبادئ الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية

الحكومة الأسترالية. **معايير وطنية لخدمات الصحة النفسية**. كانبيرا، 2010. أُعيد طبعه بإذن من الحكومة الأسترالية. http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-pubs-n-servst10

يقصد بالتعافي – من وجهة نظر الفرد المصاب بعلة نفسية – تحصيل الأمل والاحتفاظ به، والفهمَ لقدرات المرء وإعاقاته، والمشاركة في حياة فعالة، والاستقلالية الشخصية، والهوية الاجتماعية، والمعنى والهدف في الحياة، والشعور الإيجابي بالذات. وإنه من المهم أن نتذكر أن التعافي ليس مرادفاً للشفاء؛ فالتعافي يشير إلى كلٍّ من الأوضاع الداخلية التي يواجهها الأشخاص الذين يصفون أنفسهم بأنهم في طريقهم للتعافي – وهي الأمل والمعافاة والتمكين من التواصل – والأوضاع الخارجية التي تسهل التعافي – وهي تطبيق حقوق الإنسان، وثقافة المعافاة الإيجابية، والخدمات الموجَّهة نحو التعافي.[5]

إن الغرض من مبادئ الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية هو التأكد من أن خدمات الصحة النفسية تُقدَّم بطريقة تدعم تعافي المستهلكين في مجال الصحة النفسية.

1. تميُّز الفرد

الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية:

- تعترف بأن التعافي ليس بالضرورة قريباً من الشفاء، ولكنه قريب من الحصول على فرص لبعض الخيارات وللعيش حياة ذات معنى ومُرْضية وهادفة، ومن الكون عضواً مهماً في المجتمع
- تقبل بأن نتائج التعافي أمرٌ شخصيٌ ومميَّز لكل فرد، وأنها تتجاوز التركيز الصحي الحصري لتشمل التركيز على الاندماج الاجتماعي وعلى نوعية الحياة
- تمكِّن الأفراد من أن يدركوا أنهم في صميم الرعاية التي يتلقونها.

2. الخيارات الحقيقية

الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية:

- تدعم الأفراد وتمكِّنهم من اتخاذ القرارات الخاصة بهم حول الكيفية التي يريدون أن يمارسوا حياتهم بها، وتقر بالخيارات التي يجب أن تكون ذات معنى وأن تُستكشف بشكل مبتكر

[5] Jacobson N, Greenley D, What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. Psychiatric Services 52:482–485; 2001 [جاكوبسون ن، غرينلي د، ماهو التعافي؟ نموذج مفهومي وتأويلاته. الخدمات النفسية]. (باللغة الإنكليزية)

- تدعم الأفراد في أن يبنوا على مَواطن القوة ويتحملوا أكبر قدر يستطيعونه من المسؤولية عن حياتهم في أي وقت من الأوقات
- تضمن أن يكون هناك توازن بين واجب الرعاية وبين الدعم المقدَّم للأفراد لتحمل المخاطر الإيجابية وتحقيق الاستفادة القصوى من الفرص الجديدة.

3. المواقف والحقوق

الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية:

- تشمل الاستماع إلى الفرد والتعلم منه والبناء على البلاغات المقدمة منه ومن مقدِّمي الرعاية له حول ما هو مهم لكل فرد
- تعزز وتحمي حقوق الإنسان والحقوق القانونية وحقوق المواطنة للفرد
- تدعم الأفراد في الحفاظ على الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والمهنية التي يقبلها الفرد وتنميتِها
- تغرس الأمل في مستقبلَ الفرد وفي قدرته على العيش حياةً ذات معنى.

4. الكرامة والاحترام

الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية:

- تقوم على المجاملة والاحترام والصدق في جميع التعاملات
- تشمل مراعاة واحترام كل الأفراد، لا سيما ما يتعلق بقيمهم ومعتقداتهم وثقافتهم
- تتحدى التمييز والوصم أينما وجدت؛ داخل الخدمات الخاصة بنا أو داخل المجتمع الأوسع.

5. الشراكة والتواصل

الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية:

- تُقرُّ بأن كل فرد خبير بحياته الخاصة، وأن التعافي يشمل العمل في شراكة بين هؤلاء الأفراد وبين مقدِّمي الرعاية لهم، لتقديم الدعم بطريقة يقبلونها.
- تقدِّر أهمية تبادل المعلومات ذات الصلة وضرورة التواصل بوضوح لتمكين المشاركة الفعَّالة
- تلتزم بالعمل بطرق إيجابية وواقعية مع الأفراد ومع مقدِّمي الرعاية لمساعدتهم على تحقيق آمالهم وأهدافهم وتطلعاتهم.

6. تقييم التعافي

الممارسة الموجَّهة نحو التعافي في مجال الصحة النفسية:

- تضمن وتتيح تقييماً مستمراً للممارسة القائمة على التعافي على عدة مستويات
- تمكِّن الأفراد ومقدِّمي الرعاية لهم من متابعة التقدم المحرَز
- تُثبت الخدماتُ بأنها تستخدم خبرات الأفراد في مجال الرعاية، للإبلاغ عن أنشطة تحسين الجودة
- يُبْلغ نظامُ الصحة النفسية عن النتائج الرئيسية التي تدل على التعافي، بما في ذلك (على سبيل المثال لا الحصر) الإسكان والتوظيف والتعليم والعلاقات الاجتماعية والأسرية، فضلاً عن تدابير الصحة والرفاه.

هذه المبادئ الخاصة بالتعافي مأخوذة عن مبادئ استعادة الثقة لمؤسسة هيرتفوردشاير لشراكة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة.

المُلحَق 2. الأهلية القانونية واتخاذ قرارات مدعومة

يُحرَم الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية – عادة – من الحق في ممارسة أهليتهم القانونية. وغالباً ما يُمنعون – من خلال الوِصاية وغيرها من التدابير البديلة لاتخاذ القرار – من اتخاذ القرارات واختيار شؤون حياتهم، بما في ذلك القضايا المتصلة بترتيباتهم المعيشية ورعايتهم الطبية، وشؤونهم الشخصية والمالية، وغير ذلك من المسائل. وبدلاً من ذلك، يُتخذ هذه القرارات – غالباً – الأسر أو مقدِّمي الرعاية أو الأوصياء أو المهنيين الصحيين.

والهدف من **اتفاقية الأمم المتحدة الخاصة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة** (انظر المُلحق 3) هو إنهاء هذا الوضع؛ فالمادة 12 من الاتفاقية تقر بأن الأشخاص ذوي الإعاقة – بما في ذلك الإعاقة النفسية – لهم الحق في ممارسة أهليتهم القانونية، أي: في اتخاذ القرارات والخيارات المتعلقة بجميع جوانب حياتهم، على قدم المساواة مع الآخرين.

وتقر الاتفاقية – أيضاً – بأن بعض الأشخاص قد يحتاجون إلى مساعدة – في بعض الأحيان – لاتخاذ قرارات تتعلق بحياتهم، وتروِّج لنموذج اتخاذ قرارات مدعومة، كوسيلة لتقديم هذه المساعدة.

ويشمل اتخاذ القرارات المدعومة قيام هؤلاء الأشخاص بترشيح شخص موثوق به أو شبكةٍ من الأشخاص الذين يمكن أن يتشاوروا معهم ويناقشوا القضايا التي تؤثر عليهم. ومثل هؤلاء الأشخاص قد يساعدون المستفيدين من الخدمات على فهم الخيارات المتاحة لهم فيما يتعلق بمعالجتهم الخاصة بالصحة النفسية (مثلاً: هل سيحصلون على المعالجة، أين سيحصلون على المعالجة، ما هو نوع المعالجة) وفي إيصال خياراتهم وأفضلياتهم للآخرين عند الضرورة. كما يساعدوا الآخرين على إدراك أن الشخص الذي لديه إعاقة كبيرة هو أيضاً شخص له تاريخ واهتمامات وأهداف في الحياة، وهو شخص قادر على ممارسة أهليته القانونية. وبالنسبة لاتخاذ القرارات المدعومة، يُفترض أن تكون – دائماً – لصالح الشخص ذي الإعاقة الذي سيتأثر بالقرار.[6]

يمكن للموظفين في مَرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية أن يلعبوا دوراً حيوياً في تعزيز اتخاذ قرارات مدعومة عن طريق:

- تشجيع مستخدِمي الخدمات على ترشيح شخص أوشبكات من الأشخاص الداعمين،
- تسهيل الاتصالات بين المستفيدين من الخدمات وبين الأشخاص الداعمين،
- ضمان إعطاء المستفيدين من الخدمات والأشخاص الداعمين المجالَ والوقتَ لمناقشة القضايا المتعلقة بمعالجة الأمراض النفسية ورعايتها.

---

[6] From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol [من العزلة إلى المساواة: إدراك حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. كتيب للبرلمانيين حول اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري الملحق بها]. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2007. (باللغة الإنكليزية)

ومن أشكال اتخاذ القرار المدعوم: شبكاتُ الدعم، وأمناء المظالم الشخصية، ودعم الأقران، والمحامون، والمساعدون الشخصيون. وقد قدَّمت كندا والسويد نماذج لاتخاذ القرار المدعوم، يجري تطبيقها حالياً:

- الرابطة الكندية للحياة المجتمعية: http://www.cacl.ca /
- مركز وِسجِل نيدوس موارد التخطيط الشخصية (كولومبيا البريطانية، كندا): http://www.rarc.ca/textual/home.htm
- النموذج السويدي لأمين المظالم الشخصية: PO-Skane: http://www.po-skane.org /

الملحَق 3. اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

(التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في ديسمبر/ كانون الأول من عام 2006)

تمهيد

إن الدول الأطراف في هذه الاتفاقية،

(أ) **إذ تذكِّر** بالمبادئ المنصوص عليها في ميثاق الأمم المتحدة، والتي تعترف بالكرامة والقيمة المتأصلة وبالحقوق المتساوية والثابتة لجميع أعضاء الأسرة البشرية، باعتبارها أساس الحرية والعدل والسلام في العالم،

(ب) **وإذ تعترف** بأن الأمم المتحدة – في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وفي العهدين الدوليين الخاصين بحقوق الإنسان – قد أعلنت ووافقت على أن لكل إنسان حق التمتع بجميع الحقوق والحريات الواردة فيه، دون أي نوع من أنواع التمييز،

(ج) **وإذ تؤكِّد** من جديد على عالمية جميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وعلى عدم تجزئتها، وعلى تآزرها وترابطها، وعلى ضرورة ضمان الأشخاص ذوي الإعاقة للتمتع الكامل بها دون تمييز ،

(د) **وإذ تذكِّر** بالعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، واتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، واتفاقية حقوق الطفل، والاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم،

(هـ) **وإذ تعترف** بأن الإعاقة مفهومٌ قيد التطور، وأن الإعاقة تنتج عن التفاعل بين الأشخاص المصابين بعاهات وبين حواجز المواقف والبيئات المحيطة، والتي تحول دون مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين،

(و) **وإذ تعترف** بأهمية المبادئ والدلائل الإرشادية للسياسات الواردة في برنامج العمل العالمي الخاص بالأشخاص المعاقين، وفي القواعد المعيارية الخاصة بتحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة، في التأثير على تعزيز وصياغة وتقييم السياسات والخطط والبرامج والإجراءات على الصعد الوطنية والإقليمية والدولية، لتحقيق المزيد من تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة،

(ز) **وإذ تؤكِّد** على أهمية تعميم مراعاة قضايا الإعاقة كجزء لا يتجزأ من إستراتيجيات التنمية المستدامة ذات الصلة،

(ح) **وإذ تعترف** – أيضاً – بأن التمييز ضد أي شخص على أساس الإعاقة يمثل انتهاكاً لكرامة الإنسان وقيمته المتأصلة،

(ط) **وإذ تعترف** كذلك بتنوع الأشخاص ذوي الإعاقة،

(ي) **وإذ تعترف** بالحاجة إلى تعزيز وحماية حقوق الإنسان لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم أولئك الذين يحتاجون إلى دعم أكثر تركيزاً،

(ك) **وإذ يساورها** القلق - بالرغم من مختلف هذه الصكوك والعهود - من أن الأشخاص ذوي الإعاقة ما زالوا يواجهون حواجز تعترض مشاركتهم كأعضاء في المجتمع متساوين مع غيرهم، ومن انتهاكات حقوق الإنسان الخاصة بهم في جميع أنحاء العالم،

(ل) **وإذ تعترف** بأهمية التعاون الدولي في تحسين الظروف المعيشية للأشخاص ذوي الإعاقة في كل البلدان، لا سيما في البلدان النامية،

(م) **وإذ تعترف** بالمساهمات القيِّمة - القائمة والمحتمَلة - المقدَّمة من الأشخاص ذوي الإعاقة للرفاه العام وللتنوع في مجتمعاتهم، وبأن تعزيز التمتع الكامل - من قِبَل الأشخاص ذوي الإعاقة - بحقوق الإنسان والحريات الأساسية، وبالمشاركة الكاملة - من قِبَل الأشخاص ذوي الإعاقة - سوف يؤدي إلى تعزيز شعورهم بالانتماء، وإلى تقدم كبير في التنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، والقضاء على الفقر،

(ن) **وإذ تعترف** بأهمية تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بالاستقلال الفردي وعدم التبعية، بما في ذلك الحرية في اتخاذ خياراتهم الخاصة بهم،

(س) **وإذ ترى** أن الأشخاص ذوي الإعاقة ينبغي أن تتاح لهم الفرصة لكي يشاركوا بفعالية في عمليات اتخاذ القرارات المعنية بالسياسات والبرامج، بما في ذلك تلك التي تهمهم بشكل مباشر،

(ع) **وإذ يساورها** القلق إزاء الأوضاع الصعبة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقات، والذين يتعرضون لأشكال متعددة أو متفاقمة من التمييز على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو غير السياسي أو الأصل الوطني أو الإثني أو الأصل الشعبي أو الاجتماعي أو الثروة أو الميلاد أو السن أو أي وضع آخر،

(ف) **وإذ تعترف** بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقات غالباً ما يكنَّ أكثر عرضة - سواء داخل المنزل أو خارجه - إلى العنف أو الإصابة أو الإساءة أو الإهمال أو إهمال المعالجة وأسوء المعالجة أو الاستغلال،

(ص) **وإذ تعترف** بأن الأطفال ذوي الإعاقة ينبغي أن يتمتعوا - بشكل كامل - بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية على قدم المساواة مع الأطفال الآخرين، وإذ تذكِّر بالالتزامات التي تعهدت بتا الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الطفل لتحقيق هذه الغاية،

(ق) **وإذ تؤكِّد** على الحاجة إلى إدراج وجهة نظرٍ تُراعي الجنسين في جميع الجهود الرامية إلى تعزيز التمتع الكامل بحقوق الإنسان والحريات الأساسية من قِبَل الأشخاص ذوي الإعاقة،

(ر) **وإذ تسلط** الضوء على حقيقة أن أكثرية الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون في ظروف يسودها الفقر، وتعترف - في هذا الصدد - بالحاجة الملحة إلى معالجة الأثر السلبي للفقر على الأشخاص ذوي الإعاقة،

(ش) **وإذ تضع** في اعتبارها أن ظروف السلم والأمن - القائمة على الاحترام التام للمقاصد والمبادئ الواردة في ميثاق الأمم المتحدة واحترام صكوك حقوق الإنسان المعمول بها - لا غنى عنها لتوفير الحماية الكاملة للأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما أثناء المنازعات المسلحة والاحتلال الأجنبي،

(ت) **وإذ تعترف** بأهمية الوصول إلى البيئة المادية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وإلى الصحة والتعليم، وإلى الإعلام والاتصالات، في تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من التمتع الكامل بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية،

(ث) **وإذ تدرك** أن الفرد – الذي تترتب عليه واجبات إزاء الأفراد الآخرين وإزاء الجماعة التي ينتمي إليها – تقع على عاتقه مسؤولية السعي إلى تعزيز ومراعاة الحقوق المعترف بها في الشرعة الدولية لحقوق الإنسان،

(خ) **واقتناعاً** منها بأن الأسرة هي الوحدة الجماعية الطبيعية والأساسية في المجتمع، وأن لها حق التمتع بحماية المجتمع والدولة، وأن الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد أسرهم ينبغي أن يحصلوا على الحماية والمساعدة اللازمتين لتمكين الأسر من المساهمة في التمتع الكامل والمتكافئ بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة،

(ذ) **واقتناعاً** منها بأن اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لتعزيز وحماية حقوق وكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة ستقدم مساهمة جوهرية في تدارك الحرمان الاجتماعي العميق للأشخاص ذوي الإعاقة، وتعزز مشاركتهم في المجالات المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أساس تكافؤ الفرص، في كل من البلدان النامية والمتقدمة،

قد اتفقت على ما يلي:

المادة 1

الغرض

الغرض من هذه الاتفاقية هو تعزيز وحماية وضمان التمتع الكامل والمتكافئ بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة.

والأشخاص ذوو الإعاقات هم أولئك الذين لديهم عاهات بدنية أو نفسية أو فكرية أو حسية طويلة الأجل، والتي قد تعيق – في التعامل مع مختلف الحواجز – مشاركتَهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

المادة 2

تعاريف

تتعلق بأغراض هذه الاتفاقية:

«التواصل» يشمل اللغات، وعرض النصوص، وطريقة بريل للمكفوفين، والتواصل عن طريق اللمس، وحروف الطباعة الكبيرة، والوسائط المتعددة الميسورة، إضافة إلى اللغة المبسطة المكتوبة والمسموعة، والقراءة بواسطة البشر، والوسائط المعزِّزة والبديلة، ووسائل وأشكال الاتصال بما في ذلك تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الميسورة؛

«اللغة» تشمل لغة الكلام ولغة الإشارة وغيرها من أشكال اللغات غير المنطوقة؛

«التمييز على أساس الإعاقة» يعني أي تمييز أو استبعاد أو تقييد على أساس الإعاقة، يكون غرضه أو أثره إضعاف أو إبطال الاعتراف بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية أو التمتع بها أو ممارستها

على قدم المساواة مع الآخرين، في المجال السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي أو المدني أو أي مجال آخر. وهو يشمل جميع أشكال التمييز؛ بما في ذلك الحرمان من الترتيبات التيسيرية المعقولة؛

«الترتيبات التيسيرية المعقولة» تعني التعديلات والتسويات اللازمة والمناسبة، والتي لا تفرض عبئاً غير متناسب أو غير ضروري، حيثما كانت هناك حاجة إليها في حالة معينة، لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وممارستها على قدم المساواة مع الآخرين؛

«التصميم العالمي» يعني تصميم منتجات وبيئات وبرامج وخدمات لكي يستعملها جميع الناس، بأكبر قدر ممكن، دون حاجة إلى تكييف أو تصميم متخصص. و«التصميم العالمي» لا يستبعد الجهائز المساعدة لفئات معينة من الأشخاص ذوي الإعاقة حيثما كانت هناك حاجة إليها.

المادة 3

مبادئ عامة

إن مبادئ هذه الاتفاقية ينبغي أن تراعي:

(أ) احترام الكرامة المتأصلة، والاستقلال الفردي؛ بما في ذلك حرية تقرير هؤلاء الأشخاص لخياراتهم الخاصة ولاستقلاليتهم؛

(ب) عدم التمييز؛

(ج) المشاركة الكاملة والفعالة والاندماج في المجتمع؛

(د) احترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية؛

(هـ) تكافؤ الفرص؛

(و) إمكانية الوصول؛

(ز) المساواة بين الرجل والمرأة؛

(ح) احترام القدرات المتطورة للأطفال ذوي الإعاقة، واحترام حق الأطفال ذوي الإعاقة في الحفاظ على هويتهم.

المادة 4

التزامات عامة

1. تتعهد الدول الأطراف بضمان وتعزيز التحقيق الكامل لجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة دون تمييز من أي نوع على أساس الإعاقة. ولتحقيق هذه الغاية، تتعهد الدول الأطراف بما يلي:

(أ) اعتماد جميع التدابير التشريعية والإدارية وغيرها لتطبيق الحقوق المعترف بها في هذه الاتفاقية؛

(ب) اتخاذ جميع التدابير المناسبة – بما في ذلك التشريعية – لتغيير أو إبطال القائم من القوانين والأنظمة والأعراف والممارسات التي تشكل تمييزاً ضد الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(ج) مراعاة حماية وتعزيز حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع السياسات والبرامج؛

(د) الامتناع عن مباشرة أي عمل أو ممارسة تتعارض وهذه الاتفاقية، وضمان أن السلطات والمؤسسات العامة تعمل وفقاً لهذه الاتفاقية؛

(هـ) اتخاذ جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز على أساس الإعاقة من جانب أي شخص أو منظمة أو مؤسسة خاصة؛

(و) إجراء أو تعزيز البحوث، وإعداد السلع والخدمات والمعدات والمَرافق المصممة تصميماً عالمياً، على النحو المحدد في المادة 2 من هذه الاتفاقية، والتي ينبغي أن تتطلب أدنى حد ممكن من التكييف وأقل التكاليف لتلبية الاحتياجات المحددة للأشخاص ذوي الإعاقة، وتشجيع توافرها واستعمالها، وتعزيز التصميم العالمي لدى وضع المعايير والدلائل الإرشادية؛

(ز) إجراء أو تعزيز البحوث والتطوير للتكنولوجيات الجديدة، وتعزيز توافرها واستخدامها؛ بما في ذلك تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والوسائل المُعينة على التنقل، والجهائز، والتكنولوجيات المساعِدة، والتي تلائم الأشخاص ذوي الإعاقة، مع إعطاء الأولوية للتكنولوجيات ذات الأسعار المعقولة؛

(ح) تقديم معلومات سهلة المنال للأشخاص ذوي الإعاقة بشأن الوسائل المُعينة على التنقل، والجهائز، والتكنولوجيات المساعِدة؛ بما في ذلك التكنولوجيات الجديدة، فضلاً عن أشكال أخرى من المساعَدة وخدمات الدعم والمرافق؛

(ط) تعزيز تدريب المهنيين والموظفين العاملين مع الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الحقوق المعترف بها في هذه الاتفاقية، وذلك لتحسين تقديم المساعدة والخدمات التي تكفلها تلك الحقوق.

2. فيما يتعلق بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: تتعهد كل دولة طرف بأن تتخذ أقصى ما تسمح به مواردها المتاحة من تدابير – وفي إطار التعاون الدولي إذا اقتضى الأمر – بغية التوصل بشكل تدريجي إلى الإعمال الكامل لهذه الحقوق، دون الإخلال بتلك الالتزامات الواردة في هذه الاتفاقية القابلة للتطبيق فوراً، وفقاً للقانون الدولي.

3. في وضع وتنفيذ التشريعات والسياسات الرامية إلى تنفيذ هذه الاتفاقية، وفي عمليات اتخاذ القرار الأخرى، بشأن المسائل المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة: يتعين على الدول الأطراف أن تتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل وثيق، وأن تشركهم بشكل نشط؛ بما في ذلك الأطفال ذوو الإعاقات، من خلال المنظمات التي تمثلهم.

4. لا يوجد في هذه الاتفاقية ما يمس أي أحكام تكون أسرع إفضاء إلى إعمال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي قد ترد في قانونِ دولةٍ طرفٍ أو في القانون الدولي المعمول به في تلك الدولة. ولا يجوز تقييد أو انتقاص أي حق من حقوق الإنسان والحريات الأساسية المعترف بها أو القائمة في أي دولةٍ طرفٍ في هذه الاتفاقية، عملاً بالقانون أو الاتفاقيات أو اللوائح أو العرف، بحجة أن هذه الاتفاقية لا تعترف بهذه الحقوق أو الحريات أو أنها تعترف بها بدرجة أقل.

5. تسري أحكام هذه الاتفاقية على جميع أجزاء الدول الاتحادية دون أي قيود أو استثناءات.

المادة 5

المساواة وعدم التمييز

1. تقر الدول الأطراف بأن جميع الأشخاص متساوون أمام القانون وبمقتضاه، ولهم الحق في الحماية

المتساوية والاستفادة المتساوية التي يكفلها القانون، دون أي تمييز.

2. تحظر الدول الأطراف أي تمييز على أساس الإعاقة، وتكفل للأشخاص ذوي الإعاقة الحماية القانونية المتساوية والفعالة من التمييز على أي أساس كان.

3. بغية تعزيز المساواة والقضاء على التمييز، تتخذ الدول الأطراف جميع الخطوات المناسبة لضمان توفير ترتيبات تيسيرية معقولة.

4. إن اتخاذ تدابير محددة ضرورية لتسريع أو تحقيق المساواة الفعلية للأشخاص ذوي الإعاقة لا يجوز اعتبارها تمييزاً بمقتضى أحكام هذه الاتفاقية.

المادة 6

النساء ذوات الإعاقات

1. تقر الدول الأطراف بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقات يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز، ويجب – في هذا الصدد – أن تتخذ تدابير لضمان تمتعهم الكامل وعلى قدم المساواة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية.

2. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة لضمان التنمية والتقدم والتمكين بالكامل للنساء، بغرض أن تضمن لهن ممارسةَ حقوقِ الإنسان والحرياتِ الأساسية المبينة في هذه الاتفاقية والتمتعَ بها.

المادة 7

الأطفال ذوو الإعاقات

1. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الضرورية لضمان التمتع الكامل من قِبَل الأطفال ذوي الإعاقة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية على قدم المساواة مع غيرهم من الأطفال.

2. في جميع الإجراءات التي تتعلق بالأطفال ذوي الإعاقة، يكون الاعتبار الأول لمصالح الطفل الفضلى.

3. تكفل الدول الأطراف تمتع الأطفال ذوي الإعاقة بالحق في التعبير عن آرائهم بحرية في جميع المسائل التي تمسهم، مع إيلاء الاهتمام الواجب لآرائهم هذه – وفقاً لسنهم ومدى نضجهم – على قدم المساواة مع غيرهم من الأطفال، وأن يُوفَّر ذلك الحق مع المساعدة على ممارسته بما يتناسب مع الإعاقة والعمر.

المادة 8

إذكاء الوعي

1. تتعهد الدول الأطراف باعتماد تدابير فورية وفعالة وملائمة:

(أ) لإذكاء الوعي في المجتمع بأسره – بما في ذلك على مستوى الأسرة – فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، ولتعزيز احترام حقوق وكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(ب) لمكافحة القوالب النمطية والإجحافات والممارسات الضارة المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة، بما فيها تلك القائمة على الجنس والسن، في جميع مجالات الحياة؛

(ج) لتعزيز الوعي بقدرات وإسهامات الأشخاص ذوي الإعاقة.

2. التدابير الرامية إلى تحقيق هذه الغاية تشمل:

(أ) البدء والمتابعة بحملات توعية جماهيرية فعالة تهدف إلى:

(1) تعزيز تقبُّل حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(2) نشر تصورات إيجابية ووعي اجتماعي أعمق تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(3) التشجيع على الاعتراف بمهارات وكفاءات وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة، وبإسهاماتهم في مكان العمل وسوق العمل؛

(ب) تعزيز موقف يتسم باحترام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على جميع مستويات نظام التعليم، بما في ذلك جميع الأطفال منذ سن مبكرة؛

(ج) تشجيع جميع أجهزة وسائل الإعلام على تصوير الأشخاص ذوي الإعاقة بطريقة تتفق مع الغرض من هذه الاتفاقية؛

(د) الترويج لبرامج تدريب خاصة بالتوعية المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة وبحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

المادة 9

إمكانية الوصول

1. لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش في اَستقلالية والمشاركة بشكل كامل في جميع جوانب الحياة، تَتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة لتكفل للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول – على قدم المساواة مع الآخرين – إلى البيئة المادية المحيطة وإلى وسائل النقل وإلى المعلومات والاتصالات؛ بما في ذلك تكنولوجيات ونُظُم المعلومات والاتصالات، وإلى غيرها من المَرافق والخدمات المتاحة أو المقدمة للجمهور، في المناطق الحضرية وفي المناطق الريفية على حد سواء. هذه التدابير، التي تشمل تحديد العقبات والمعوقات أمام إمكانية الوصول والتخلص منها تنطبق على جملة أمور هي:

(أ) المباني والطرق ووسائل النقل وغيرها من المَرافق الداخلية والخارجية؛ بما في ذلك المدارس والمساكن والمَرافق الطبية وأماكن العمل؛

(ب) المعلومات والاتصالات وغيرها من الخدمات، بما فيها الخدمات الإلكترونية وخدمات الطوارئ.

2. تتخذ الدول الأطراف – أيضاً – التدابير المناسبة لما يلي:

(أ) وضع معاييرَ دنيا ودلائلَ إرشادية خاصة بإمكانية الوصول إلى المَرافق والخدمات المتاحة أو المقدمة للجمهور، ونشرها ومراقبة تنفيذها؛

(ب) التأكد من أن الكيانات الخاصة التي تعرض مَرافق وخدمات متاحة أو مقدَّمة للجمهور تأخذ في الاعتبار جميع جوانب إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(ج) تقديم التدريب للأطراف المعنية بشأن المسائل المتعلقة بإمكانية الوصول التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(د) تزويد المباني والمَرافق الأخرى المتاحة للجمهور بلافتات بطريقة بريل للمكفوفين وبأشكال سهلة القراءة والفهم؛

(هـ) توفير أشكال من المساعدة البشرية والوسطاء؛ بما في ذلك المرشدون والقراء والمتخصصون بتفسير لغة الإشارة، لتيسير إمكانية الوصول إلى المباني والمَرافق الأخرى المتاحة للجمهور؛

(و) التشجيع على أشكال ملائمة أخرى من المساعدة والدعم للأشخاص ذوي الإعاقة لضمان حصولهم على المعلومات؛

(ز) تعزيز إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى تكنولوجيات ونُظُم المعلومات والاتصالات الجديدة، بما في ذلك شبكة الإنترنت؛

(ح) التشجيع على تصميم وتطوير وإنتاج وتوزيع تكنولوجيات ونُظُم معلومات واتصالات سهلة المنال في مرحلة مبكرة، كي تكون هذه التكنولوجيات والنُظُم في المتناول بأقل تكلفة.

المادة 10

الحق في الحياة

تؤكِّد الدول الأطراف من جديد على أن لكل إنسان الحق الأصيل في الحياة، وتتخذ جميع التدابير اللازمة لضمان التمتع الفعال به من قِبَل الأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين.

المادة 11

حالات الخطر والطوارئ الإنسانية

على الدول الأطراف – وفقاً لالتزاماتها بموجب القانون الدولي؛ بما في ذلك القانون الإنساني الدولي والقانون الدولي لحقوق الإنسان أن تتخذ جميع التدابير اللازمة لضمان حماية وسلامة الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الخطر؛ بما في ذلك حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الإنسانية وحدوث الكوارث الطبيعية.

المادة 12

الاعتراف بالمساواة أمام القانون

1. تؤكِّد الدول الأطراف من جديد على أن الأشخاص ذوي الإعاقة لهم الحق في أن يُعترف بهم في كل مكان كأشخاص أمام القانون.

2. تقر الدول الأطراف بأن الأشخاص ذوي الإعاقة يتمتعون بالأهلية القانونية على قدم المساواة مع الآخرين في جميع مناحي الحياة.

3. تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة لتوفير إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الدعم الذي قد يحتاجون إليه أثناء ممارسة أهليتهم القانونية.

4. تتكفل الدول الأطراف بكون جميع التدابير المرتبطة بممارسة الأهلية القانونية توفِّر ضمانات مناسبة وفعالة لمنع الإساءة وفقاً للقانون الدولي لحقوق الإنسان. إن مثل هذه الضمانات تكفل بأن تَحترم التدابيرُ المتعلقة بممارسة الأهلية القانونية حقوقَ ورغبات وتفضيلات الشخص، وأن تكون مجردة من تضارب المصالح ومن التأثير الذي لا مسوغ له، وأن تكون متناسبة ومتماشية مع ظروف الشخص، وأن تطبَّق في أقصر مدة ممكنة، وأن تخضع لمراجعة منتظمة من قِبَل سلطة مختصة ومستقلة ومحايدة، أو من قِبَل هيئة قضائية. ويجب أن تكون هذه الضمانات متناسبة مع القدر الذي تؤثر به هذه التدابير على حقوق الشخص ومصالحه.

5. مراعاةً لأحكام هذه المادة، تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة والفعالة لضمان حق المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة في امتلاك أو وراثة الممتلكات، وفي إدارة شؤونهم المالية، وفي التمتع بالمساواة في الحصول على القروض المصرفية والرهون العقارية وغيرها من أشكال الائتمان المالي، وتضمن عدم حرمان الأشخاص ذوي الإعاقة من ممتلكاتهم بشكل تعسفي.

المادة 13

الوصول إلى العدالة

1. تكفل الدول الأطراف سبلاً فعالة لتحقيق العدالة للأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين؛ بطرق منها: توفير التيسيرات الإجرائية التي تتناسب مع أعمارهم، من أجل تيسير دورهم الفعال في المشاركة المباشرة وغير المباشرة – بما في ذلك أداء الشهادة – في جميع الإجراءات القانونية؛ بما في ذلك التحقيق والمراحل التمهيدية الأخرى.

2. بغية المساعدة على ضمان الوصول الفعال إلى العدالة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة، تعزز الدول الأطراف التدريب المناسب للعاملين في مجال إقامة العدل؛ بما في ذلك الشرطة وموظفو السجون.

المادة 14

حريةُ الشخص وأمنُه

1. تكفل الدول الأطراف بأن يكون الأشخاص ذوو الإعاقات على قدم المساواة مع الآخرين:

(أ) يتمتعون بحق الشخص في حريته وأمنه؛

(ب) لا يُحرمون من حريتهم بشكل غير قانوني أو بشكل تعسفي؛ فأي حرمان من الحرية يجب أن يكون مطابقاً للقانون، ولا يجوز بأي حال من الأحوال أن يكون وجود الإعاقة مبرراً للحرمان من الحرية.

2. تتكفل الدول الأطراف للأشخاص ذوي الإعاقة – إذا ما حُرموا من حريتهم عبر أية عملية – بأن يكون لهم الحق في ضمانات وفقاً للقانون الدولي لحقوق الإنسان، على قدم المساواة مع الآخرين، وأن يُعامَلوا وفقاً لأهداف ومبادئ هذه الاتفاقية؛ بما في ذلك توفير ترتيبات تيسيرية معقولة.

المادة 15

عدم التعرض للتعذيب أو للمعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المُهينة

1. لا يجوز إخضاع أحد للتعذيب ولا للمعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وعلى وجه الخصوص، لا يجوز إخضاع أي شخص دون موافقة حرة منه لإجراء التجارب الطبية أو العلمية.

2. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير التشريعية والإدارية والقضائية الفعالة وغيرها من التدابير لمنع الأشخاص ذوي الإعاقة من التعرض للتعذيب أو للمعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، على قدم المساواة مع الآخرين.

المادة 16

عدم التعرض للاستغلال والعنف والإساءة

1. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة – من تشريعية وإدارية واجتماعية وتعليمية وغيرها – لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من جميع أشكال الاستغلال والعنف والإساءة – داخل المنزل وخارجه – بما في ذلك الجوانب المعتمدة على نوع الجنس.

2. تتخذ الدول الأطراف – أيضاً – جميع التدابير المناسبة لمنع جميع أشكال الاستغلال والعنف والإساءة، عن طريق ضمان جملة أمور، منها: توفير أشكال مناسبة من المساعدة والدعم – تراعي نوعَ الجنسِ والسنِّ – للأشخاص ذوي الإعاقة ولأسرهم وللقائمين على رعايتهم، بطرق منها: توفير المعلومات والتثقيف بشأن كيفية تجنب حالات الاستغلال والعنف والإساءة، والتعرف عليها والإبلاغ عنها. ويجب على الدول الأطراف أن تتأكد من أن خدمات الحماية تراعي السن ونوع الجنس والإعاقة.

3. بغية منع وقوع جميع أشكال الاستغلال والعنف والإساءة، تكفل الدول الأطراف أن تتم مراقبة جميع المَرافق والبرامج المُعَدَّة لخدمة الأشخاص ذوي الإعاقة من قِبَل سلطات مستقلة.

4. تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة لتعزيز التعافي البدني والمعرفي والنفسي، وإعادة التأهيل، وإعادة الإدماج الاجتماعي، للأشخاص ذوي الإعاقة – الذين يصبحون ضحايا أي شكل من أشكال الاستغلال أو العنف أو الإساءة – بطرق منها: توفير خدمات الحماية. ويحدث مثل هذا التعافي وإعادة الإدماج في بيئةٍ تُعزِّزُ صحة الفرد ورفاهيته واحترامه لنفسه وكرامته واستقلاله الذاتي، وتأخذ في الاعتبار الاحتياجات الخاصة بنوع الجنس وبالسن.

5. تضع الدول الأطراف تشريعات وسياسات فعالة – بما في ذلك التشريعات والسياسات التي تركز على النساء والأطفال – لضمان التعرف على حالات الاستغلال والعنف والإساءة ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، والتحقيق فيها، والمقاضاة عليها عند الاقتضاء.

المادة 17

حماية السلامة الشخصية

كل شخص ذي إعاقة له الحق في أن تُحترَم سلامته البدنية و النفسية على قدم المساواة مع الآخرين.

المادة 18

حرية التنقل والجنسية

1. تقر الدول الأطراف بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في حرية التنقل، وحرية اختيار مكان إقامتهم وجنسيتهم، على قدم المساواة مع الآخرين؛ بما في ذلك ضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بـ:

(أ) أن يكون لهم الحق في الحصول على الجنسية وتغييرها، وعدم حرمانهم من جنسيتهم تعسفاً أو بناء على الإعاقة؛

(ب) عدم حرمانهم - بناء على الإعاقة - من قدرتهم على الحصول على وثائق جنسياتهم أو غيرها من وثائق إثبات الهوية، وحيازتها واستخدامها، أو من استخدام العمليات ذات الصلة؛ مثل إجراءات الهجرة، التي قد تكون ضرورية لتيسير ممارسة الحق في حرية التنقل؛

(ج) الحرية في مغادرة أي بلد، بما في ذلك بلدهم؛

(د) عدم حرمانهم من حق دخول بلدهم تعسفاً أو بناء على الإعاقة.

2. أن يُسجَّل الأطفال ذوو الإعاقات فور ولادتهم، وأن يكون لهم - منذ الولادة - الحق في الحصول على اسم، والحق في اكتساب جنسية، والحق في معرفة والديهم والتمتع برعايتهم إلى أقصى حد ممكن.

المادة 19

العيش بشكل مستقل والإدماج في المجتمع

تعترف الدول الأطراف في هذه الاتفاقية بالحق المتساوي لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة في العيش في المجتمع، بخيارات مساوية لخيارات الآخرين، وتتخذ تدابير فعالة ومناسبة لتيسير تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بهذا الحق بشكل كامل، وبإدماجهم الكامل ومشاركتهم في المجتمع، بما في ذلك كفالة ما يلي:

(أ) حق الأشخاص ذوي الإعاقة بفرصة اختيار مكان إقامتهم ومحل سكناهم والأشخاص الذين يعيشون معهم على قدم المساواة مع الآخرين، وعدم إجبارهم على العيش في إطار ترتيب معيشي خاص؛

(ب) حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على مجموعة من خدمات الدعم، في المنزل وفي محل الإقامة وغيرها من خدمات الدعم المجتمعية؛ بما في ذلك المساعدة الشخصية اللازمة لدعم العيش والإدماج في المجتمع، ولمنع الانعزال أو الانفصال عن المجتمع؛

(ج) إتاحة الخدمات والمَرافق المجتمعية - المُعَدَّة لعامة السكان - للأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة، واستجابتُها لاحتياجاتهم.

المادة 20

التنقل الشخصي

تتخذ الدول الأطراف تدابير فعالة لضمان التنقل الشخصي للأشخاص ذوي الإعاقة، مع أكبر قدر ممكن من الاستقلال؛ بما في ذلك:

(أ) تيسير حرية تنقل الأشخاص ذوي الإعاقة، بالطريقة وفي الوقت الذي يختارونه، وبتكلفة في متناولهم؛

(ب) تيسير حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على وسائل مُعِينة على التنقل، وعلى جهائز وتكنولوجيات مساعِدة، وعلى أشكال من المساعَدة البشرية والوسطاء، بطرق منها: جعلُها في متناولهم من حيث التكلفة؛

(ج) توفير التدريب على مهارات التنقل للأشخاص ذوي الإعاقة وللموظفين المتخصصين الذين يعملون مع الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(د) تشجيع الكيانات التي تنتج وسائل مُعِينة على التنقل وجهائز وتكنولوجيات مساعِدة على مراعاة جميع الجوانب المتعلقة بتنقل الأشخاص ذوي الإعاقة.

المادة 21

حرية التعبير والرأي والحصول على المعلومات

تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للتأكد من أن الأشخاص ذوي الإعاقة يمكن أن يمارسوا الحق في حرية التعبير والرأي – بما في ذلك الحرية في التماس المعلومات والأفكار وتلقيها ونقلها – على قدم المساواة مع الآخرين، ومن خلال جميع أشكال الاتصال التي يختارونها، كما هو معرَّف في المادة 2 من هذه الاتفاقية، بطرق منها:

(أ) توفير المعلومات المُعَدَّة لعامة الناس للأشخاص ذوي الإعاقة، بأشكال سهلة المنال وبتكنولوجيات ملائمة لمختلف أنواع الإعاقات، في الوقت المناسب وبدون تكلفة إضافية؛

(ب) قبول وتيسير استخدام لغة الإشارة، وطريقة بريل الخاصة بالمكفوفين، والاتصالات البديلة والمعزِّزة لقوة التعبير، وكل ما هو متاح من وسائل وطرق وأشكال الاتصال الأخرى، التي يختارها الأشخاص ذوو الإعاقات في معاملاتهم الرسمية؛

(ج) حث الكيانات الخاصة التي تقدم خدمات إلى عامة الناس – بطرق منها: شبكة الإنترنت – على تقديم معلومات وخدمات في أشكال سهلة المنال وقابلة للاستعمال من قِبَل الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(د) تشجيع وسائط الإعلام الجماهيري – بما في ذلك مقدمو المعلومات عن طريق شبكة الإنترنت – على جعل خدماتها في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(هـ) الاعتراف بلغات الإشارة والتشجيع على استخدامها.

المادة 22

احترام الخصوصية

1. لا يجوز أن يخضع أي شخص ذي إعاقة – بصرف النظر عن مكان الإقامة أو ترتيبات المعيشة – لتدخل تعسفي أو غير قانوني بخصوصيته أو بأسرته أو بمسكنه أو بمراسلاته أو بغير ذلك من أنواع الاتصال، أو لحملات غير قانونية تمس شرفه وسمعته. فالأشخاص ذوو الإعاقات لهم الحق في حماية القانون من مثل هذا التدخل أو الحملات.

2. تقوم الدول الأطراف بحماية خصوصية المعلومات الشخصية والصحية ومعلومات إعادة التأهيل الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين.

المادة 23

احترام البيت والأسرة

1. تتخذ الدول الأطراف تدابير فعالة ومناسبة للقضاء على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المسائل المتعلقة بالزواج والأسرة والأبوة والعلاقات، على قدم المساواة مع الآخرين، وذلك لضمان ما يلي:

(أ) الاعتراف بحق جميع الأشخاص ذوي الإعاقة – الذين هم في سن الزواج – في الزواج وفي تأسيس أسرة على أساس الموافقة الحرة والكاملة من المقدمَين على الزواج؛

(ب) الاعتراف بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في اتخاذ القرارات بشكل حر ومسؤول بشأن عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات، وفي الحصول على المعلومات المناسبة للفئة العمرية، وعلى التثقيف في مجالي الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، وتوفير الوسائل اللازمة لتمكينهم من ممارسة هذه الحقوق؛

(ج) حق الأشخاص ذوي الإعاقة – بمن فيهم الأطفال – في الإبقاء على خصوبتهم على قدم المساواة مع الآخرين.

2. تكفل الدول الأطراف حقوق ومسؤوليات الأشخاص ذوي الإعاقة، فيما يتعلق بالولاية أو القوامة أو الوصاية أو تبني الأطفال أو العادات المشابهة، حيثما توجد هذه المفاهيم في التشريع الوطني، وفي جميع الحالات يجب أن ترجَّح مصالح الطفل الفضلى. وتقدم الدول الأطراف للأشخاص ذوي الإعاقة المساعدات المناسبة للقيام بمسؤولياتهم في تنشئة الأطفال.

3. تتكفل الدول الأطراف بأن يتمتع الأطفال ذوو الإعاقات بحقوق متساوية فيما يتعلق بالحياة الأسرية. وبغية إعمال هذا الحق، ولمنع تقييد الأطفال ذوي الإعاقة والتخلي عنهم وإهمالهم وعزلهم، تتعهد الدول الأطراف بتقديم دعم ومعلومات وخدمات باكرة وشاملة للأطفال ذوي الإعاقة ولأسرهم.

4. تتكفل الدول الأطراف بعدم فصل الطفل عن والديه رغماً عنهما، إلا عندما تحدِّد السلطات المختصة الخاضعة لمراجعة قضائية – وفقاً للقوانين والإجراءات المعمول بها – أن مثل هذا الفصل ضروري لمصلحة الطفل. ولا يجوز بأي حال أن يفصل الطفل عن والديه بناء على إعاقة الطفل أو أحد والديه أو كليهما.

5. يتعين على الدول الأطراف – عندما تكون الأسرة المباشرة غير قادرة على رعاية الطفل ذي الإعاقة – أن تبذل قصارى جهودها لتوفير رعاية بديلة له ضمن الأسرة الأوسع، وإن لم يتيسر ذلك فضِمن المجتمع المحلي وفي جو أسري.

المادة 24

التعليم

1. تعترف الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم. وبغيةَ إعمال هذا الحق دون تمييز

وعلى أساس تكافؤ الفرص، تتكفل الدول الأطراف بنظام تعليمي شامل على جميع المستويات، وبتعلُّمٍ مدى الحياة، موجَّهَين نحو:

(أ) التنمية الكاملة للإمكانات البشرية والشعور بالكرامة وتقدير الذات، وتعزيز احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية والتنوع البشري؛

(ب) تنمية شخصية الأشخاص ذوي الإعاقة ومواهبهم وإبداعاتهم، فضلاً عن قدراتهم النفسية والبدنية، إلى أقصى إمكاناتها؛

(ج) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة الفعالة في مجتمع حر.

2. في سبيل إعمال هذا الحق، تتكفل الدول الأطراف بما يلي:

(أ) عدم استبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة من النظام التعليمي العام على أساس الإعاقة، وعدم استبعاد الأطفال ذوي الإعاقة من التعليم الابتدائي المجاني والإلزامي، أو من التعليم الثانوي، على أساس الإعاقة؛

(ب) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على التعليم الابتدائي والتعليم الثانوي الشامل والجيد والمجاني، على قدم المساواة مع غيرهم من سكان المجتمعات التي يعيشون فيها؛

(ج) توفير سكن ملائم لاحتياجات الفرد؛

(د) حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الدعم اللازم ضمن النظام التعليمي العام، لتيسير حصولهم على تعليم فعال؛

(هـ) توفير تدابير دعم فردية فعالة في بيئات تسمح بتحقيق أقصى قدر من النمو الأكاديمي والاجتماعي، انسجاماً مع هدف الإدماج الكامل.

3. تمكِّن الدول الأطراف الأشخاص ذوي الإعاقة من تعلم مهارات تنمية حياتية واجتماعية لتيسير مشاركتهم الكاملة والمتساوية في التعليم بوصفهم أعضاء في المجتمع. وتحقيقاً لهذه الغاية، تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة، بما في ذلك:

(أ) تيسير تعلم طريقة بريل الخاصة بالمكفوفين، وأنواع الكتابة البديلة، وطرق ووسائل وأشكال الاتصال المعزِّزة والبديلة، ومهارات التوجه والتنقل، وتيسير دعم الأقران وتوجيههم؛

(ب) تيسير تعلم لغة الإشارة وتعزيز الهوية اللغوية لفئة الصم؛

(ج) ضمان أن يكون تعليم الأشخاص المكفوفين أو الصم أو الصم المكفوفين - ولا سيما الأطفال منهم - مقدَّماً بأكثر اللغات وطرق ووسائل الاتصال ملائمة لهؤلاء الأشخاص، وفي بيئات تسمح بتحقيق أقصى قدر من النمو الأكاديمي والاجتماعي.

4. بغية المساعدة في ضمان إعمال هذا الحق، تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة لتوظيف مدرسين - بمن فيهم مدرسون ذوو إعاقات - يتقنون لغة الإشارة و/ أو طريقة بريل، ولتدريب متخصصين وموظفين يعملون في جميع مستويات التعليم. ويشمل مثل هذا التدريب التوعيةَ بمسائل الإعاقة، واستخدامَ طرقِ ووسائلِ وأشكالِ الاتصال المعزِّزة والبديلة المناسبة، والتقنيات والمواد التعليمية لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة.

5. تتكفل الدول الأطراف بأن يكون الأشخاص ذوو الإعاقات قادرين على الحصول على التعليم

العالي العام، والتدريب المهني، وتعليم الكبار، والتعلم مدى الحياة، دون تمييز وعلى قدم المساواة مع الآخرين. وتحقيقاً لهذه الغاية، تتكفل الدول الأطراف بتوفير ترتيبات تيسيريه معقولة للأشخاص ذوي الإعاقة.

المادة 25

الصحة

تعترف الدول الأطراف بأن الأشخاص ذوي الإعاقة لهم الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، دون تمييز على أساس الإعاقة. وتتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات صحية تراعي الفروق بين الجنسين، بما في ذلك إعادة التأهيل المرتبطة بالصحة. وتقوم الدول الأطراف – على وجه الخصوص – بما يلي:

(أ) تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بنفس نطاق وجودة ومستوى الرعاية والبرامج الصحية المجانية أو الميسورة التكلفة، التي تُقدَّم للأشخاص الآخرين؛ بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وبرامج الصحة العامة المرتكزة على السكان؛

(ب) توفير تلك الخدمات الصحية التي يحتاجها الأشخاص ذوو الإعاقات تحديداً بسبب إعاقتهم؛ بما في ذلك التعرفُ والتدخلُ المبكرَين عند الاقتضاء، والخدماتُ التي تهدف إلى تقليل ومنع المزيد من الإعاقات، بما في ذلك بين الأطفال وكبار السن؛

(ج) توفير هذه الخدمات الصحية في أقرب مكان ممكن من مجتمعات هؤلاء الأشخاص، بما في ذلك في المناطق الريفية؛

(د) الطلب من مزاولي المهن الصحية أن يقدِّموا للأشخاص ذوي الإعاقة رعاية من نفس الجودة التي يقدمونها للآخرين – بما في ذلك كونها على أساس الموافقة الحرة والمسبقة – عن طريق جملة أمور منها: زيادة الوعي بحقوق الإنسان وكرامته واستقلاله الذاتي وباحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال التدريب ونشر المعايير الأخلاقية المتعلقة بالرعاية الصحية العامة والخاصة؛

(هـ) حظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمين الصحي، والتأمين على الحياة، حيثما يسمح التشريع الوطني بمثل هذا التأمين، على أن يوفَّرا بطريقة عادلة ومعقولة؛

(و) منع الحرمان التمييزي من الرعاية الصحية أو الخدمات الصحية أو من الغذاء والسوائل على أساس الإعاقة.

المادة 26

التأهيل وإعادة التأهيل

1. تتخذ الدول الأطراف تدابير فعالة ومناسبة – بطرق منها: دعم الأقران – لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من بلوغ أقصى درجات الاستقلال وكامل القدرات الجسدية والنفسية والاجتماعية والمهنية، والمحافظة عليها، والاندماج التام والمشاركة في جميع جوانب الحياة. وتحقيقاً لهذه الغاية، تقوم الدول الأطراف بتنظيم وتعزيز وتوسيع نطاق خدمات وبرامج التأهيل وإعادة التأهيل الشاملة، لا سيما في مجالات الصحة والعمل والتعليم والخدمات الاجتماعية، على نحو يجعل هذه الخدمات والبرامج:

(أ) تبدأ في أقرب مرحلة ممكنة، وتستند إلى تقييمٍ متعددِ التخصصات لاحتياجات الفرد ومَواطن قوَّته؛

(ب) تدعم كون مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة وإدماجهم في المجتمع المحلي وفي جميع نواحي المجتمع طوعية، وأن تكون متاحة في أقرب مكان ممكن من مجتمعاتهم المحلية، بما في ذلك في المناطق الريفية.

2. تشجع الدولُ الأطرافُ على وضع برامج للتدريب الأولي والمستمر للمتخصصين والموظفين الذين يعملون في خدمات التأهيل وإعادة التأهيل.

3. تشجع الدولُ الأطرافُ على توفير ومعرفة واستخدام الجهائز والتقنيات المُعِينة، المصمَّمة للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث أنها ذات صلة بالتأهيل وإعادة التأهيل.

المادة 27

العمل والتوظيف

1. تعترف الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل على قدم المساواة مع الآخرين؛ وهذا يشمل الحق في إتاحة الفرصة لهم لكسب العيش من عمل يختارونه أو يقبلونه بحرية في سوق عمل وبيئة عمل منفتحة وشاملة ومتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتحمي الدول الأطراف إعمال الحق في العمل وتعزِّزه، بما في ذلك المتعلقُ بأولئك الذين تصيبهم الإعاقة خلال سير العمل، عن طريق اتخاذ خطوات مناسبة، منها سن التشريعات لجملة أمور، منها:

(أ) حظر التمييز على أساس الإعاقة فيما يتصل بجميع المسائل المتعلقة بكافة أشكال العمالة؛ ومنها شروط التوظيف، والتعيين والعمل، واستمرار العمل، والتقدم الوظيفي، وظروف العمل الآمنة والصحية؛

(ب) حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ظروف عمل عادلة ومواتية، على قدم المساواة مع الآخرين؛ بما في ذلك تكافؤ الفرص، وتقاضي أجر متساوٍ عن عمل ذي قيمة متساوية، وظروف عمل آمنة وصحية؛ بما في ذلك الحماية من المضايقات، والانتصاف من المظالم؛

(ج) ضمان تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من ممارسة حقوقهم العمالية والنقابية على قدم المساواة مع الآخرين؛

(د) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول بصورة فعالة على البرامج العامة للتوجيه التقني والمهني، وخدمات التوظيف، والتدريب المهني والمستمر؛

(هـ) تعزيز فرص العمل والتقدم الوظيفي للأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل، فضلاً عن تقديم المساعدة على إيجاد العمل والحصول عليه والمداومة عليه والعودة إليه؛

(و) تعزيز فرص العمل الحر، وريادة الأعمال، وتكوين التعاونيات، والشروع في الأعمال التجارية الخاصة بهم؛

(ز) تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام؛

(ح) تشجيع توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع الخاص من خلال سياسات وتدابير مناسبة، قد تشمل برامج العمل الإيجابي والحوافز وغيرها من التدابير؛

(ط) ضمان توفير ترتيبات تيسيريه مقبولة للأشخاص ذوي الإعاقة في أماكن العمل؛

(ي) تشجيع اكتساب الأشخاص ذوي الإعاقة للخبرات المهنية في سوق العمل المفتوحة؛

(ك) تعزيز برامج إعادة التأهيل المهني والوظيفي، والاحتفاظ بالوظائف، والعودة إلى العمل، بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة.

2. تضمن الدول الأطراف أن لا يعامَل الأشخاص ذوو الإعاقات معاملة الأرقاء أو العبيد، وأن تتم حمايتهم من العمل القسري أو الإلزامي، على قدم المساواة مع الآخرين.

المادة 28

المستوى المعيشي اللائق والحماية الاجتماعية

1. تعترف الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بمستوى معيشي لائق بهم وبأسرهم – بما في ذلك ما هو ملائم من غذاء وملبس ومأوى – وبحقهم في التحسين المتواصل لظروفهم المعيشية، وتتخذ الخطوات المناسبة لصون وتعزيز إعمال هذا الحق دون تمييز على أساس الإعاقة.

2. تعترف الدول الأطراف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحماية الاجتماعية، وفي التمتع بهذا الحق دون تمييز على أساس الإعاقة، وتتخذ الخطوات المناسبة لصون وتعزيز إعمال هذا الحق، بما في ذلك تدابير ترمي إلى:

(أ) ضمان المساواة في حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات المياه النظيفة، وضمان الوصول إلى خدمات وجهائز ومساعدات أخرى مناسبة وبأسعار معقولة، لتلبية الاحتياجات المرتبطة بالإعاقة؛

(ب) ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما النساء والفتيات ذوات الإعاقات وكبار السن المعوقين، من برامج الحماية الاجتماعية وبرامج الحد من الفقر؛

(ج) ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم التي تعيش في حالة من الفقر من المساعدة التي تقدمها الدولة مع النفقات المتعلقة بالإعاقة، بما فيها التدريب المناسب، وإسداء المشورة، والمساعدة المالية، والرعاية المؤقتة؛

(د) ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة من برامج الإسكان العام؛

(هـ) ضمان المساواة في فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على مزايا وبرامج التقاعد.

المادة 29

المشاركة في الحياة السياسية والحياة العامة

تكفل الدول الأطراف للأشخاص ذوي الإعاقة الحقوقَ السياسية وفرصة التمتع بها على أساس المساواة مع الآخرين، وتتعهد بما يلي:

(أ) ضمان إمكانية مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة فعالة وكاملة في الحياة السياسية والعامة على قدم المساواة مع الآخرين، إما مباشرة وإما بواسطة ممثلين يتم اختيارهم بحرية، بما في ذلك

حـق الأشـخاص ذوي الإعاقـة وفرصتهـم في أن يَنتخبـوا ويُنتخَبـوا، مـن بـين أمور أخـرى، وذلك عـن طريق:

(1) ضـمان أن تكـون إجـراءات التصويـت ومَرافقـه ومـواده مناسـبة وميـسَّرة وسـهلة الفهـم والاسـتعمال؛

(2) حمايـة حـق الأشـخاص ذوي الإعاقـة في التصويت عـن طريق الاقـتراع الـسري في الانتخابات والاسـتفتاءات العامـة دون ترهيـب، وفي الترشـح للانتخابـات، وفي التقلد الفعـلي للمناصب، وأداء جميـع المهـام العامـة عـلى جميـع المسـتويات الحكوميـة، وتسـهيل اسـتخدام التكنولوجيـا المُعِينـة والجديـدة حيثـما اقتـضى الأمر؛

(3) كفالـة التعبـير الحر عـن إرادة الأشـخاص ذوي الإعاقـة كناخبين. وتحقيقـاً لهذه الغاية، السـماحُ بالمسـاعدة في التصويـت مـن قِبَل شـخص يختارونـه، عند الاقتضـاء، وبناء عـلى طلبهم؛

(ب) العمـل بنشـاط عـلى تعزيـز البيئـة التـي يمكـن للأشـخاص ذوي الإعاقـة أن يشـاركوا فيها بشـكل فعـال وكامـل في تسـيير الشـؤون العامـة، دون تمييـز وعـلى قـدم المسـاواة مـع الآخريـن، وتشـجيع مشـاركتهم في الشـؤون العامـة، بـما في ذلـك:

(1) المشـاركة في المنظـمات غـير الحكوميـة والجمعيات التـي تعنـى بالحياة العامـة والسياسـية للبلد، وبأنشـطة الأحـزاب السياسـية وإدارتها؛

(2) تشـكيل منظـمات للأشـخاص ذوي الإعاقـة والانضمام إليهـا، من أجل تمثيل الأشـخاص ذوي الإعاقـة على الصعـد الدوليـة والوطنية والإقليميـة والمحلية.

المادة 30

المشاركة في الحياة الثقافية وفي أنشطة الترفيه والتسلية والرياضة

1. تعـترف الـدول الأطراف بحـق الأشـخاص ذوي الإعاقة في المشـاركة في الحياة الثقافية على قدم المسـاواة مـع الآخرين، وتتخذ جميـع التدابير المناسـبة لتكفل للأشـخاص ذوي الإعاقة:

(أ) التمتع بالحصول على المواد الثقافية بأشكال ميسرة؛

(ب) التمتـع بالبرامـج التلفزيونيـة والأفـلام والعـروض المسرحيـة والأنشـطة الثقافية الأخرى بأشـكال ميسرة؛

(ج) التمتـع بالوصـول إلى الأماكـن المخصصة للعـروض أو الخدمـات الثقافية – مثل المسـارح والمتاحف ودور السـينما والمكتبـات – والخدمـات السـياحية، والتمتـع – قـدر الإمـكان – بالوصـول إلى المعالم الأثريـة والمواقـع ذات الأهميـة الثقافيـة الوطنية.

2. تتخـذ الـدول الأطـراف التدابـير المناسـبة لتمكـين الأشـخاص ذوي الإعاقـة مـن الحصـول عـلى فرصةٍ لتنميـة واسـتخدام إمكاناتهـم الإبداعيـة والفنيـة والفكريـة، لا لخدمـة مصلحتهـم فحسـب، بـل لإثـراء المجتمـع أيضاً.

3. تتخـذ الـدول الأطـراف جميـع الخطـوات المناسـبة – وفقاً للقانـون الدولي – للتأكـد مـن أن القوانين التي تحمـي حقـوق الملكيـة الفكريـة لا تشـكل عائقـاً تعسـفياً أو تمييزيـاً يحـول دون اسـتفادة الأشـخاص ذوي الإعاقـة مـن المـواد الثقافية.

4. يحق للأشخاص ذوي الإعاقة أن يحظوا بالاعتراف والدعم لهويتهم الثقافية واللغوية الخاصة؛ بما في ذلك لغات الإشارات وثقافة الصم.

5. بغية تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة في التسلية والأنشطة الترفيهية والرياضية، تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة:

(أ) لتشجيع وتعزيز مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في الأنشطة الرياضية الرئيسية على جميع المستويات، إلى أقصى حد ممكن؛

(ب) لضمان إتاحة الفرصة للأشخاص ذوي الإعاقة في تنظيم وتطوير أنشطة رياضية وترفيهية خاصة بالإعاقة، والمشاركة فيها. وتحقيقاً لهذه الغاية تشجع على توفير التعليم والتدريب والموارد المناسبة، على قدم المساواة مع الآخرين؛

(ج) لضمان إتاحة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الأماكن الترفيهية والرياضية والسياحية؛

(د) لضمان تمتع الأطفال ذوي الإعاقة بالمشاركة في اللعب والتسلية والأنشطة الترفيهية والرياضية، على قدم المساواة مع غيرهم من الأطفال، بما فيها تلك الأنشطة الموجودة في النظام المدرسي؛

(هـ) لضمان إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الخدمات المقدَّمة من المعنيين بتنظيم أنشطة التسلية والسياحة والترفيه والرياضة.

المادة 31

الإحصاءات وجمع البيانات

1. تتعهد الدول الأطراف بجمع المعلومات المناسبة؛ بما في ذلك البيانات والبحوث الإحصائية، لتمكينها من وضع وتنفيذ السياسات الكفيلة بإنفاذ هذه الاتفاقية. وينبغي لعملية جمع المعلومات والاحتفاظ بها ما يلي:

(أ) الامتثال للضمانات المعمول بها قانوناً – بما فيها التشريعات المتعلقة بحماية البيانات – لضمان السرية واحترام خصوصية الأشخاص ذوي الإعاقة؛

(ب) الامتثال للأعراف المقبولة دولياً لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وللمبادئ الأخلاقية، في جمع الإحصاءات واستخدامها.

2. تصنيف المعلومات التي يتم جمعها وفقاً لهذه المادة – حسب الاقتضاء – واستخدامها للمساعدة في تقييم تنفيذ التزامات الدول الأطراف بمقتضى هذه الاتفاقية، ولتحديد ومعالجة العقبات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة في ممارسة حقوقهم.

3. اضطلاع الدول الأطراف بمسؤولية نشر هذه الإحصاءات وضمان إتاحتها للأشخاص ذوي الإعاقة ولغيرهم.

المادة 32

التعاون الدولي

1. تعترف الدول الأطراف بأهمية التعاون الدولي وتعزيزه، في دعم الجهود الوطنية الرامية إلى تحقيق

غايات وأهداف هذه الاتفاقية، وتتخذ تدابير مناسبة وفعالة في هذا الصدد، ضمن الدول وفيما بينها، وتتشارك - عند الاقتضاء - مع المنظمات الدولية والإقليمية ذات الصلة ومع المجتمع المدني، لا سيما منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة. وقد تشمل هذه التدابير جملة أمور، منها:

(أ) ضمان كون التعاون الدولي - بما في ذلك البرامج الإنمائية الدولية - شاملاً للأشخاص ذوي الإعاقة ومتاحاً لهم؛

(ب) تسهيل ودعم بناء القدرات، بطرق منها: تبادل وتقاسم المعلومات والخبرات والبرامج التدريبية وأفضل الممارسات؛

(ج) تسهيل التعاون في مجال البحوث والحصول على المعارف العلمية والتقنية؛

(د) تقديم المساعدة التقنية والاقتصادية - عند الاقتضاء - بطرق منها: تيسيرُ الحصول على تكنولوجيات مُعِينة وسهلة المنال، وتقاسمُ هذه التكنولوجيات، وذلك من خلال تحويلها.

2. أحكام هذه المادة لا تُخِلُّ بالتزامات كل دولة طرف بالوفاء بالتزاماتها المنصوص عليها في هذه الاتفاقية.

المادة 33

التنفيذ الوطني والمراقبة الوطنية

1. تقوم الدول الأطراف - وفقاً لنهجها التنظيمي - بتعيين واحد أو أكثر من مراكز التنسيق داخل الحكومة التي تُعنى بالمسائل المتصلة بتنفيذ هذه الاتفاقية، وتولي الاعتبار الواجب لمسألة إنشاء أو تعيين آلية تنسيق داخل الحكومة لتيسير الأعمال ذات الصلة في مختلف القطاعات وعلى مختلف المستويات.

2. تقوم الدول الأطراف - وفقاً لنُظُمها القانونية والإدارية - بصيانة أو تعزيز أو تعيين أو إنشاء إطار داخل الدولة الطرف، يشمل واحداً أو أكثر من الآليات المستقلة - حسب الاقتضاء - لتعزيز وحماية ومراقبة تنفيذ هذه الاتفاقية. وعند تعيين أو إنشاء مثل هذه الآلية، يتعين على الدول الأطراف أن تأخذ في الاعتبار المبادئ المتعلقة بحالة المؤسسات الوطنية وبأدائها من حيث حماية حقوق الإنسان وتعزيزها.

3. يتم إشراك المجتمع المدني مشاركة كاملة في عملية الرصد، لا سيما الأشخاص ذوو الإعاقات والمنظمات الممثلة لهم.

المادة 34

اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

1. يتم إنشاء لجنة معنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (سيشار إليها فيما يلي باسم «اللجنة»)، تتولى تنفيذ المهام المنصوص عليها أدناه.

2. تتألف اللجنة - عند بدء سريان هذه الاتفاقية - من اثني عشر خبيراً. وبعد 60 تصديقاً أو انضماماً إضافياً إلى الاتفاقية، يجب أن يزيد عدد أعضاء اللجنة بمقدار ستة أعضاء، لتبلغ العدد الأقصى، وهو ثمانية عشر عضواً.

3. يجب أن يعمل أعضاء اللجنة بصفتهم الشخصية، وأن يكونوا من المشهود لهم بالأخلاق العالية،

والمعترَف لهم بالكفاءة والخبرة في الميدان الذي تغطيه هذه الاتفاقية. وإن الدول الأطراف مدعوَّة – عند تسمية مرشحيها – إلى إيلاء الاعتبار الواجب للحكم الوارد في المادة 3.4 من الاتفاقية.

4. يُنتخب أعضاء اللجنة من قِبَل الدول الأطراف، مع مراعاة التوزيع الجغرافي العادل، والتمثيل لمختلف أشكال الحضارات والنظم القانونية الرئيسية، والتمثيل المتوازن للجنسين، ومشاركة خبراء ذوي إعاقات.

5. يُنتخب أعضاء اللجنة بالاقتراع السري من قائمة أشخاصٍ ترشحهم الدول الأطراف من بين رعاياها في اجتماعات مؤتمر الدول الأطراف. وفي تلك الاجتماعات – التي يشكل فيها ثلثا الدول الأطراف نصاباً قانونياً – يكون الأشخاص المنتَخبون لعضوية اللجنة هم الذين يحصلون على أكبر عدد من الأصوات، وعلى الأغلبية المطلقة لأصوات ممثلي الدول الأطراف الحاضرين والمصوِّتين.

6. تعقد الانتخابات الأولية في موعد لا يتجاوز ستة أشهر من تاريخ بدء سريان هذه الاتفاقية. وقبل تاريخ كل انتخاب بأربعة أشهر على الأقل، يوجه الأمين العام للأمم المتحدة رسالة إلى الدول الأطراف يدعوها فيها إلى تقديم أسماء المرشحين خلال فترة شهرين. يقوم الأمين العام – بعد ذلك – بإعداد قائمة مرتَّبة أبجدياً بجميع الأشخاص المرشحين على هذا النحو، مبيناً الدول الأطراف التي رشحتهم، ويبلِّغها إلى الدول الأطراف في هذه الاتفاقية.

7. يُنتخب أعضاء اللجنة لفترة مدتها أربع سنوات، ويجوز إعادة انتخابهم مرة واحدة. غير أن فترة عضوية ستة من الأعضاء المنتخبين في الانتخاب الأول تنقضي في نهاية فترة سنتين، ويتم اختيار أسماء هؤلاء الأعضاء الستة بعد الانتخاب الأول مباشرة، عن طريق قرعة يجريها رئيس الاجتماع المشار إليه في الفقرة 5 من هذه المادة.

8. يُجرى انتخاب أعضاء اللجنة الستة الإضافيين بمناسبة إجراء الانتخابات العادية، وفقاً للأحكام ذات الصلة من هذه المادة.

9. إذا مات أحد أعضاء اللجنة أو استقال أو أعلن لأي سبب آخر أنه غير قادر على أداء واجباته، تقوم الدولة الطرف التي رشحت ذلك العضو بتعيين خبير آخر يملك المؤهلات ويستوفي الشروط المنصوص عليها في الأحكام ذات الصلة من هذه المادة، ليكمل ما تبقى من المدة.

10. تضع اللجنة نظامها الداخلي.

11. يقدم الأمين العام للأمم المتحدة ما يلزم من موظفين ومَرافق للاضطلاع بالوظائف المنوطة باللجنة بصورة فعالة بموجب هذه الاتفاقية، ويدعو إلى انعقاد أول اجتماع لها.

12. بموافقة الجمعية العامة، يتلقى أعضاء اللجنة المنشأة بموجب هذه الاتفاقية أجورهم من موارد الأمم المتحدة بحسب الأحكام والشروط التي تحددها الجمعية، مع إيلاء الاعتبار لأهمية المسؤوليات المنوطة باللجنة.

13. يحق لأعضاء اللجنة الحصول على التسهيلات والامتيازات والحصانات المقررة للخبراء المكلفين بمهمة للأمم المتحدة على النحو المنصوص عليه في البنود ذات الصلة من اتفاقية امتيازات وحصانات الأمم المتحدة.

المادة 35

تقديم التقارير من الدول الأطراف

1. يتعين على كل دولة طرف أن تقدم إلى اللجنة – عن طريق الأمين العام للأمم المتحدة – تقريراً شاملاً عن التدابير المتخذة لتنفيذ التزاماتها المقررة في هذه الاتفاقية، وعن التقدم المحرَز في هذا الصدد، في غضون سنتين بعد بدء سريان هذه الاتفاقية بالنسبة للدولة الطرف المعنية.

2. بعد ذلك، يتعين على الدول الأطراف أن تقدم تقارير لاحقة كل أربع سنوات على الأقل، وكلما طلبت اللجنة ذلك أيضاً.

3. تقوم اللجنة بالبت في أي دلائل إرشادية تنطبق على فحوى هذه التقارير.

4. على الدولة الطرف التي قدمت تقريراً أولياً شاملاً إلى اللجنة أن لا تكرر في تقاريرها اللاحقة معلومات سبق تقديمها. وإن الدول الأطراف مدعوَّة – عند تقديم التقارير للجنة – إلى النظر في القيام بذلك في إطار عملية مفتوحة وشفافة، وإلى إيلاء الاعتبار الواجب للحكم الوارد في المادة 3.4 من هذه الاتفاقية.

5. يجوز أن تبين التقارير العوامل والصعوبات التي تؤثر على درجة الوفاء بالالتزامات المقررة في هذه الاتفاقية.

المادة 36

النظر في التقارير

1. تنظر اللجنة في كل تقرير، وتقدم اقتراحات وتوصيات عامة عن التقرير بحسب ما قد تراه مناسباً، وتحيلها إلى الدولة الطرف المعنية. ويجوز للدولة الطرف أن تردَّ على اللجنة بأية معلومات تختارها. ويجوز للجنة أن تطلب مزيداً من المعلومات من الدول الأطراف المعنية بتنفيذ هذه الاتفاقية.

2. إذا تأخرت دولةٌ طرفٌ تأخراً كبيراً في تقديم تقرير ما، جاز للجنة أن تُخطر الدولة الطرف المعنية بضرورة فحص تطبيق هذه الاتفاقية في تلك الدولة الطرف، استناداً إلى معلومات موثوق بها أتيحت للجنة، إذا لم يقدَّم التقرير المعني في غضون ثلاثة أشهر من توجيه الإخطار. وتدعو اللجنة الدولةَ الطرف المعنية إلى المشاركة في هذا الفحص. وينبغي للدولة الطرف أن تردَّ بتقديم التقرير المعني، وتطبَّق أحكام الفقرة 1 من هذه المادة.

3. يقوم الأمين العام للأمم المتحدة بجعل التقارير متاحة لجميع الدول الأطراف.

4. تقوم الدول الأطراف بجعل تقاريرها متاحة على نطاق واسع للجمهور في بلدانها، وتيسر إمكانية الاطلاع على الاقتراحات والتوصيات العامة المتعلقة بهذه التقارير.

5. تحيل اللجنة – حسبما تراه مناسباً – التقارير المقدمة من الدول الأطراف إلى الوكالات والصناديق والبرامج المتخصصة التابعة للأمم المتحدة – وغيرها من الهيئات المختصة – بغية توجيه طلب أو إشارة إلى الحاجة إلى مشورة تقنية أو مساعدة واردة فيه، إلى جانب ملاحظات اللجنة وتوصياتها – إن وجدت – بشأن هذه الطلبات أو الإشارات.

المادة 37

التعاون بين الدول الأطراف واللجنة

1. يتعين على كل دولة طرف أن تتعاون مع اللجنة وتساعد أعضاءها في الاضطلاع بولايتهم.

2. يتعين على اللجنة – في علاقتها مع الدول الأطراف – أن تولي الاعتبار الواجب لسبل ووسائل تعزيز القدرات الوطنية الخاصة بتنفيذ هذه الاتفاقية، بطرق منها: التعاون الدولي.

المادة 38

علاقة اللجنة مع الهيئات الأخرى

من أجل تعزيز التنفيذ الفعال لهذه الاتفاقية وتشجيع التعاون الدولي في المجال الذي تغطيه هذه الاتفاقية:

(أ) يحق للوكالات المتخصصة ولأجهزة الأمم المتحدة الأخرى أن تكون ممثَّلة لدى النظر في تنفيذ ما يدخل في نطاق ولايتها من أحكام هذه الاتفاقية. ويجوز للجنة أن تدعو الوكالات المتخصصة والهيئات المختصة الأخرى – حسبما تراه مناسباً – لتقديم مشورة خبرائها بشأن تنفيذ الاتفاقية في المجالات التي تدخل في نطاق ولاية كل منها. ويجوز للجنة أن تدعو الوكالات المتخصصة وأجهزة الأمم المتحدة الأخرى إلى تقديم تقارير عن تنفيذ الاتفاقية في المجالات التي تدخل في نطاق أنشطتها؛

(ب) تقوم اللجنة لدى اضطلاعها بولايتها – عند الاقتضاء – باستشارة الهيئات الأخرى ذات الصلة، والمنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان الدولية، بغية ضمان اتساق الدلائل الإرشادية الخاصة بكل منها في مجال إعداد التقارير والاقتراحات والتوصيات العامة، وتفادي الازدواجية و التداخل في أداء وظائفها.

المادة 39

تقرير اللجنة

تقدم اللجنة تقريراً عن أنشطتها كل سنتين إلى الجمعية العامة وإلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي، ولها أن تقدم مقترحات وتوصيات عامة مبنية على دراسة التقارير والمعلومات الواردة من الدول الأطراف. وتُدرج تلك المقترحات والتوصيات العامة في تقرير اللجنة مشفوعة بتعليقات من الدول الأطراف، إن وجدت.

المادة 40

مؤتمر الدول الأطراف

1. تجتمع الدول الأطراف بانتظام في مؤتمر للدول الأطراف، بغية النظر في أي مسألة تتعلق بتنفيذ هذه الاتفاقية.

2. في موعد لا يتجاوز ستة أشهر بعد بدء سريان هذه الاتفاقية، يدعو الأمين العام للأمم المتحدة إلى مؤتمر للدول الأطراف. وتتم الدعوة إلى الاجتماعات اللاحقة من قبل الأمين العام للأمم المتحدة كل سنتين أو بناء على قرار مؤتمر الدول الأطراف.

المادة 41

جهة الإيداع

الأمين العام للأمم المتحدة هو جهة إيداع هذه الاتفاقية.

المادة 42

التوقيع

تكون هذه الاتفاقية مفتوحة للتوقيع من جانب جميع الدول ومن جانب منظمات التكامل الإقليمي، في مقر الأمم المتحدة بنيويورك اعتباراً من 30 مارس/ آذار من عام 2007.

المادة 43

الموافقة على الالتزام

تكون هذه الاتفاقية خاضعة لتصديق الدول الموقعة، وللتأكيد الرسمي من جانب منظمات التكامل الإقليمي الموقعة. وتكون مفتوحة لانضمام أية دولة أو منظمة من منظمات التكامل الإقليمي لم توقع على الاتفاقية.

المادة 44

منظمات التكامل الإقليمي

1. «منظمة التكامل الإقليمي» تعني: منظمة شكلتها دول ذات سيادة في منطقة معينة، وحوَّلت الدولُ الأعضاء فيها الاختصاصَ إليها فيما يتعلق بالمسائل التي تحكمها هذه الاتفاقية. وتُعلِن تلك المنظمات – في صكوك تأكيدها أو انضمامها الرسميَّين – نطاق اختصاصها فيما يتعلق بالمسائل التي تحكمها هذه الاتفاقية. وعليها – بعد ذلك – أن تُعلِم جهة الإيداع بأي تعديل جوهري في نطاق اختصاصها.

2. تنطبق الإشارات إلى «الدول الأطراف» في هذه الاتفاقية على هذه المنظمات في حدود اختصاصها.

3. بالنسبة لأغراض الفقرة 1 من المادة 45، والفقرتين 2 و 3 من المادة 47، فإن أي صك تودعه منظمة للتكامل الإقليمي لن يُحتسب.

4. يجوز لمنظمات التكامل الإقليمي أن تمارس حقها في التصويت في مؤتمر الدول الأطراف – في المسائل التي تندرج ضمن نطاق اختصاصها – بعدد من الأصوات مساوٍ لعدد دولها الأعضاء التي هي أطراف في هذه الاتفاقية. ولا يجوز لمنظمة كهذه أن تمارس حقها في التصويت إذا مارست أي من الدول الأعضاء فيها حقها، والعكس صح.

المادة 45

الدخول حيز التنفيذ

1. تدخل هذه الاتفاقية حيز التنفيذ في اليوم الثلاثين الذي يلي تاريخ إيداع الصك العشرين من صكوك التصديق أو الانضمام.

2. بالنسبة لكل دولة أو منظمة من منظمات التكامل الإقليمي تصدِّق أو تؤكِّد رسمياً أو تنضم إلى الاتفاقية بعد إيداع الصك العشرين، تدخل الاتفاقية حيز التنفيذ في اليوم الثلاثين الذي يلي تاريخ إيداع صكها.

المادة 46

التحفظات

1. لا يُسمح بالتحفظات التي تتعارض مع الهدف والغرض من هذه الاتفاقية.

2. يجوز سحب التحفظات في أي وقت.

المادة 47

التعديلات

1. يجوز لأي دولة طرف أن تقترح تعديلاً لهذه الاتفاقية وأن تقدمه إلى الأمين العام للأمم المتحدة. ويقوم الأمين العام بإبلاغ أية تعديلات مقترحة إلى الدول الأطراف، مع الطلب بإشعاره ما إذا كانت تحبذ عقد مؤتمر للدول الأطراف بغرض النظر والبت في المقترحات. وفي حال تفضيل ثلث الدول الأطراف على الأقل عقد مثل هذا المؤتمر – في غضون أربعة أشهر من تاريخ هذا التبليغ – يدعو الأمين العام إلى عقده تحت رعاية الأمم المتحدة. ويقوم الأمين العام بتقديم أي تعديل يُعتمد بأغلبية ثلثي الدول الأطراف الحاضرة والمصوِّتة إلى الجمعية العامة للموافقة عليه، ثم إلى كافة الدول الأطراف لقبوله.

2. التعديل الذي يُعتمد ويُقَر وفقاً للفقرة 1 من هذه المادة يدخل حيز النفاذ في اليوم الثلاثين بعد بلوغ عدد صكوك القبول المودعة ثلثي عدد الدول الأطراف في تاريخ اعتماد التعديل. بعد ذلك، يدخل التعديل حيز النفاذ بالنسبة لأية دولة طرف في اليوم الثلاثين الذي يلي إيداع صك قبولها. ويكون التعديل ملزماً فقط للدول الأطراف التي قبلته.

3. إذا تقرر ذلك من قِبَل مؤتمر الدول الأطراف بالإجماع، فإن التعديل الذي اعتُمد وأُقِر وفقاً للفقرة 1 من هذه المادة، والتي تتعلق حصراً بالمواد 34 و 38 و 39 و 40 يدخل حيز النفاذ بالنسبة لجميع الدول الأطراف في اليوم الثلاثين بعد بلوغ عدد صكوك القبول المودعة ثلثي عدد الدول الأطراف في تاريخ اعتماد التعديل.

المادة 48

الانسحاب

يجوز لأي دولة طرف أن تنسحب من هذه الاتفاقية بإشعار خطي يوجه إلى الأمين العام للأمم المتحدة. ويصبح هذا الانسحاب نافذاً بعد مرور سنة على تاريخ استلام الإشعار من قِبَل الأمين العام.

المادة 49

الشكل الميسَّر

يجب أن يتاح نص هذه الاتفاقية بأشكال يسهل الاطلاع عليها.

المادة 50

حجية النصوص

يجب أن تكون النصوص العربية والصينية والإنكليزية والفرنسية والروسية والإسبانية من هذه الاتفاقية متساوية فى الحجية. وإثباتاً لذلك، يقوم المفوَّضون الموقعون أدناه – المخوَّلون بذلك من جانب حكوماتهم حسب الأصول – بالتوقيع على هذه الاتفاقية.

المُلحَق 4. مواضيع ومقاييس ومعايير دليل منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان

الموضوع 1. الحق في مستوى معيشي لائق (المادة 28 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)[7]

المقياس 1.1. أن يكون المبنى في حالة مادية جيدة.

المعايير

1.1.1 المبنى في حالة جيدة من الإصلاح (على سبيل المثال: النوافذ غير مكسورة، الطلاء ليس مقشوراً عن الجدران).

2.1.1 يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية استخدام المبنى.

3.1.1 إضاءة المبنى (الاصطناعية والطبيعية) وتدفئته وتهويته توفر بيئة معيشية مريحة.

4.1.1 توجد تدابير متخذة لحماية الأشخاص من الإصابة أثناء اندلاع حريق.

المقياس 2.1. أن تكون ظروف نوم المستفيدين مريحة وتسمح بخصوصية كافية.

المعايير

1.2.1 أجنحة النوم توفر مساحة معيشية كافية لكل مستفيد وليست مكتظة.

2.2.1 لكل من الرجال والنساء وكذلك الأطفال وكبار السن أجنحة نوم منفصلة.

3.2.1 المستفيدون أحرار في اختيار وقت الاستيقاظ ووقت النوم.

4.2.1 أجنحة النوم تسمح بخصوصية المستفيدين.

5.2.1 توافر أعداد كافية من البطانيات والفرش النظيفة للمستفيدين.

6.2.1 المستفيدون يستطيعون المحافظة على ممتلكاتهم الشخصية ولديهم مكان يمكن إغلاقه لتخزينها.

[7] ينطبق الموضوع 1 تحديداً على الظروف المعيشية في المرافق السكنية، ومن ثم لا ينطبق على المرافق التي تتعامل مع المرضى الخارجيين ولكنه ينطبق على مراكز الرعاية النهارية.

المقياس 3.1. أن يلبي المرفق النظافة والمتطلبات الصحية.

المعايير

1.3.1 مرافق الاستحمام والمراحيض نظيفة وتعمل بشكل صحيح.

2.3.1 مرافق الاستحمام والمراحيض تسمح بالخصوصية، ومَرافق الرجال منفصلة عن مَرافق النساء.

3.3.1 المستفيدون من الخدمات يتمتعون بالحرية التامة في الوصول إلى مرافق الاستحمام والمراحيض.

4.3.1 تلبية احتياجات الاستحمام واستخدام المراحيض للمستفيدين طريحي الفراش أو الذين يعانون من ضعف الحركة أو من إعاقات جسدية أخرى.

المقياس 4.1. أن تُقدَّم للمستفيدين المواد الغذائية ومياه الشرب المأمونة والملابس التي تلبي احتياجاتهم ورغباتهم.

المعايير

1.4.1 توافر المواد الغذائية ومياه الشرب المأمونة بكميات كافية، وكونها من نوعية جيدة، وتلبي الرغبات الثقافية ومتطلبات الصحة البدنية للمستفيدين .

2.4.1 يتم إعداد الطعام وتقديمه في ظل ظروف مُرضية، ومناطق الأكل مناسبة من الناحية الثقافية، وتعكس ترتيبات الأكل في المجتمع.

3.4.1 بإمكان المستفيدين ارتداء ملابسهم وأحذيتهم الخاصة (ملابس نهارية وملابس ليلية).

4.4.1 عندما لا يكون لدى المستفيدين ملابس خاصة بهم، تُقدَّم لهم ملابس ذات نوعية جيدة، تلبي رغباتهم الثقافية، وتكون مناسبة للمناخ.

المقياس 5.1. أن يتمكن المستفيدون من التواصل بحرية، وأن يُحترم حقهم في الخصوصية.

المعايير

1.5.1 إتاحة الهواتف والرسائل والبريد الإلكتروني والإنترنت بحرية للمستفيدين دون رقابة.

2.5.1 احترام خصوصية المستفيدين في مجال الاتصالات.

3.5.1 تمكُّن المستفيدين من التواصل باللغة التي يختارونها، وتقديم الدعم (كالمترجمين مثلاً) لضمان تمكُّن المستفيدين من التعبير عن احتياجاتهم.

4.5.1 تمكُّن المستفيدين من استقبال الزوار، ومن اختيار من يريدون رؤيته ومشاركته في الزيارات في أي وقت معقول.

5.5.1 تمكُّن المستفيدين من التنقل بحرية في جميع أرجاء المرفق.

المقياس 6.1. أن يوفِّر المرفق بيئة ترحيبية ومريحة ومحفِّزة تفضي إلى مشاركةٍ وتفاعلٍ نَشِطَين.

المعايير

1.6.1 وجود أثاث كافٍ ومريح وبحالة جيدة.

2.6.1 أن يكون تصميم المرفق مواتياً للتفاعل بين كل من المستفيدين والموظفين والزوار وفيما بين كل صنف منهم.

3.6.1 توافر الموارد اللازمة – بما في ذلك المُعِدات – من جانب المرفق، لضمان حصول المستفيدين على فرص للتفاعل مع الأنشطة الترفيهية والمشاركة فيها.

4.6.1 وجود غرف داخل المرفق مخصصة تحديداً كمناطق ترفيهية للمستفيدين .

المقياس 7.1. أن يستطيع المستفيدون التمتعَ بحياة اجتماعية وشخصية مُرضية، ويظلوا مشاركين في الحياة والأنشطة المجتمعية.

المعايير

1.7.1 تَمَكُّن المستفيدين من التفاعل مع غيرهم من المستفيدين ، بما في ذلك أفراد الجنس الآخر.

2.7.1 قيام الموظفين بتسهيل الطلبات الشخصية؛ مثل حضور الأعراس أو الجنائز.

3.7.1 تقديم مجموعة من الأنشطة المنظمة بمواعيد منتظمة ذات صلة بالموضوع ومتناسبة مع الأعمار.

4.7.1 قيام الموظفين بتوفير معلومات للمستفيدين عن الأنشطة التي تمارَس في المجتمع، وتسهيل وصولهم إلى تلك الأنشطة.

5.7.1 قيام الموظفين بتسهيل وصول المستفيدين إلى وسائل ترفيهية خارج المرفق، وجلب وسائل ترفيهية من المجتمع إلى داخل المرفق.

الموضوع 2. الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية و النفسية (المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)

المقياس 1.2. أن تكون المَرافق متاحة لكل شخص يحتاج إلى المعالجة والدعم.

المعايير

1.1.2 عدم حرمان أي شخص من الوصول إلى المَرافق أو الحصول على المعالجة على أساس العوامل الاقتصادية أو على أساس عرقه أو لونه أو جنسه أو لغته أو دينه أو رأيه السياسي أو غير السياسي

أو أصلـه القومـي أو الإثنـي أو الاجتماعـي أو كونه من السـكان الأصليين أو ممتلكاتـه أو إعاقته أو مولـده أو عمـره أو أي وضع آخر.

2.1.2 كل شـخص يطلـب معالجـة في مجـال الصحـة النفسـية يتلقـى الرعايـة في هـذا المرفـق أو يحـال إلى مرفـق آخـر يمكـن أن يقـدم لـه الرعايـة.

3.1.2 عـدم قبـول أي مسـتفيد أو معالجتـه أو الاحتفـاظ بـه في المرفـق عـلى أسـاس عرقـه أو لونـه أو جنسـه أو لغتـه أو دينـه أو رأيـه السـياسي أو غـير السـياسي أو أصلـه القومـي أو الإثنـي أو الاجتماعـي أو كونـه مـن السـكان الأصليـين أو ممتلكاتـه أو إعاقتـه أو مولـده أو عمـره أو أي وضع آخر.

المقياس 2.2. أن يكون لدى المرفق موظفون مهرة، وأن يقدم خدمات ذات نوعية جيدة في مجال الصحة النفسية .

المعايير

1.2.2 وجـود موظفـين في المرفـق مـن ذوي المهـارات المتنوعـة بـما فيـه الكفايـة، لتقديـم المشـورة وإعادة التأهيـل النفـسي – الاجتماعي والمعلومـات والتعليم والدعم للمسـتفيدين وأسرهـم أو أصدقائهم أو مقدمـي الرعايـة لهـم، بغيـة تعزيز العيـش المسـتقل والإدمـاج في المجتمع.

2.2.2 كـون الموظفـين على درايـة بتوافر الخدمـات والمـوارد المجتمعية وبدورهـا في تعزيز العيش المسـتقل والإدمـاج في المجتمع.

3.2.2 تمكُّـن المسـتفيدين من استشـارة طبيـب نفسي أو غيره مـن الموظفـين المتخصصين بالصحة النفسـية عندمـا يرغبـون في القيـام بذلك.

4.2.2 كون الموظفين في المرفق مدرَّبين ومجازين في وصف الأدوية النفسية ومراجعتها.

5.2.2 كـون الموظفـين يتلقـون تدريبـاً ومعلومـات مكتوبـة بشـأن حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة النفسـية، وكونهـم على درايـة بالمعايير الدولية لحقوق الإنسـان؛ بـما فيها اتفاقية حقوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة.

6.2.2 القيـام بإطـلاع المسـتفيدين عـلى آليـات للتعبـير عـن آرائهـم حـول توفـير الخدمـات وتحسـينها، وإتاحـةُ الفرصـة لهـم حتـى يصلـوا إليهـا.

المقياس 3.2.[8] أن تكون المعالجة والتأهيل النفسي – الاجتماعي والروابط بشبكات الدعم وغيرها عناصرَ من خطةٍ للتعافي[9] يقودها المستفيدون، وتساهم في قدرتهم على العيش بشكل مستقل في المجتمع.

المعايير

1.3.2 وجود خطة تعافٍ شاملة مميزة لكل مستفيد ، تتضمن أهدافه وأغراضه الاجتماعية والطبية والوظيفية والتعليمية الخاصة بالتعافي.

2.3.2 كون خطط التعافي يقودها المستفيد، وتعكس خياراته وتفضيلاته بشأن الرعاية، وموضوعة حيز التنفيذ، وتتم مراجعتها وتحديثها بشكل منتظم من قِبَل المستفيد وأحد الموظفين.

3.3.2 تشجيع المستفيدين على إعداد توجيهات مسبقة[10] – كجزء من خططهم للتعافي – تحدد خيارات المعالجة والتعافي التي يرغبون في تلقيها، إضافة إلى تلك التي لا يرغبون في تلقيها، ليتم استخدامها، إذا كانوا لا يقدرون على الإبلاغ عن خياراتهم في مرحلةٍ ما في المستقبل.

4.3.2 إتاحة إمكانية حصول كل مستفيد على برامج نفسية–اجتماعية لأداء الأدوار الاجتماعية التي يختارها من خلال تطوير المهارات اللازمة للعمل أو التعليم أو غير ذلك من المجالات. وكون تطوير المهارات مصمَّماً بحسب تفضيلات الشخص للتعافي، ويمكن أن يشمل تحسين نوعية الحياة ومهارات الرعاية الذاتية.

5.3.2 تشجيع المستفيدين على إنشاء شبكة دعم اجتماعي و/ أو البقاء على اتصال مع أعضاء شبكة الاتصال الخاصة بهم، لتسهيل العيش المستقل في المجتمع. وقيام المرفق بتقديم المساعدة في ربط المستفيدين مع الأسرة والأصدقاء، تمشياً مع رغباتهم.

6.3.2 قيام المَرافق بربط المستفيدين مع نظام الرعاية الصحية العامة، ومع مستويات أخرى من خدمات الصحة النفسية – مثل الرعاية الصحية الثانوية – ومع الخدمات التي تُقدَّم في المجتمع؛ مثل المنع والسكن ووكالات التوظيف ومراكز الرعاية النهارية والرعاية السكنية المساعَدة.[11]

المقياس 4.2. أن تكون الأدوية النفسية متاحة وبأسعار معقولة وتُستخدم على نحو ملائم.

المعايير

1.4.2 توافر الأدوية النفسية المناسبة (المحددة في القائمة الوطنية للأدوية الأساسية) في المرفق أو إمكانية وصفها.

2.4.2 توافر إمدادات ثابتة من الأدوية النفسية الأساسية بكميات كافية لتلبية احتياجات المستفيدين.

---

[8] انظر أيضاً المقياس 1.3.

[9] انظر الملحق 1 للحصول على المزيد من المعلومات حول الرعاية الصحية النفسية التي تتوجه إلى التعافي.

[10] تعتبر التوجيهات المسبقة بمثابة وثيقة تحريرية يمكن للشخص من خلالها تحديد الخيارات الخاصة بالرعاية الصحية والمعالجة والتعافي مسبقا وذلك في حالة تعذر التواصل في نقطة ما في المستقبل. وهي تشمل أيضا خيارات المعالجة والتعافي التي يرفضها الشخص ومن ثم فهي قد تساعد في ضمان عدم تلقيه لتدخلات تخالف رغبته.

[11] انظر ايضا الموضوع 5.

3.4.2 كـون نـوع الأدوية وجرعتها مناسـبة دائـماً للتشـخيصات السريرية للمسـتفيدين ، وتتـم مراجعتها بشـكل منتظم.

4.4.2 إطلاع المستفيدين على الغرض من الأدوية التي تقدَّم لهم وعلى أية آثار جانبية محتملة.

5.4.2 إطـلاع المسـتفيدين عـلى خيـارات علاجية يمكـن أن تكون بدائـل أو مكملة للأدويـة؛ مثل العلاج النفسي.

المقياس 5.2. أن تتوفر خدمات كافية في مجال الصحة العامة والصحة الإنجابية.

المعايير

1.5.2 تقديـم فحـوص صحيـة بدنيـة للمسـتفيدين و/ أو التحـري عن أمـراض معينـة عنـد الدخول إلى المرفـق وبصـورة منتظمـة بعـد ذلك.

2.5.2 توفُّـر المعالجـة للمشـاكل الصحيـة العامـة – بما في ذلـك اللقاحـات للمسـتفيدين ، في المرفق أو عن طريـق الإحالة.

3.5.2 وجـود آليـات الإحالـة – عنـد الحاجة إلى إجـراءات جراحيـة أو طبيـة لا يمكن توفيرهـا في المرفق – لضـمان حصـول المسـتفيدين عـلى هـذه الخدمـات الصحيـة في الوقت المناسـب.

4.5.2 إجراء تثقيف صحي منتظم والترويج له في المرفق.

5.5.2 إطلاع المستفيدين على مسائل الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وتقديم النصح لهم بشأنها.

6.5.2 تقديم خدمات الصحة العامة والصحة الإنجابية للمستفيدين ، مع الموافقة الحرة والمستنيرة.

الموضوع 3. الحق في ممارسة الأهلية القانونية والحق في الحرية الشخصية والأمن الشخصي (المادتان 12 و 14 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)

المقياس 1.3.[12] أن تكون الأولوية دائماً لتفضيلات المستفيدين في ما يتعلق بمكان وشكل العلاج.

المعايير

1.1.3 إعطاء الأولوية لتفضيلات المستفيدين في جميع القرارات المتعلقة بحصولهم على الخدمات.

2.1.3 بـذل كافـة الجهـود لتسـهيل الخـروج مـن المرفـق، حتـى يتسـنى للمسـتفيدين إمكانيـةُ العيـش في مجتمعاتهـم.[13]

---

[12] انظر أيضا المقياس 3.2.

[13] ينطبق هذا المعيار 2.1.3 على مرافق المرضى الخارجيين وكل المعايير الأخرى في هذاالمقياس تنطبق على مرافق المرضى الداخليين والخارجيين.

3.1.3 إعطاء الأولوية لتفضيلات المستفيدين في جميع القرارات المتعلقة بمعالجتهم وخطة تعافيهم.

المقياس 2.3. أن تكون هناك إجراءات وضمانات مطبَّقة لمنع الاحتجاز والعلاج دون موافقة حرة ومستنيرة.

المعايير

1.2.3 استناد القبول والعلاج إلى الموافقة الحرة والمستنيرة من قِبَل المستفيدين .

2.2.3 احترام الموظفين للتوجيهات المسبقة من قِبَل المستفيدين عند تقديم العلاج.[14]

3.2.3 امتلاك المستفيدين من الخدمات للحق في رفض تلقي العلاج.

4.2.3 توثيق أية حالة من حالات العلاج أو الاحتجاز تتم في المرفق بدون موافقة حرة ومستنيرة، وإبلاغ السلطة القانونية عنها بسرعة.

5.2.3 إطلاع الأشخاص الذين يعالَجون أو يُحتجزون في المرفق دون موافقتهم المستنيرة على إجراءات الطعن في العلاج والاحتجاز.

6.2.3 دعم المرافق للأشخاص الذين يعالجون أو يُحتجزون دون موافقتهم المستنيرة في الوصول إلى إجراءات الطعون والتمثيل القانوني.[15]

المقياس 3.3. أن يكون المستفيدون قادرين على ممارسة أهليتهم القانونية، وأن يقدَّم لهم الدعم[16] الذي قد يحتاجون إليه لممارسة أهليتهم القانونية.

المعايير

1.3.3 تعامل الموظفين مع المستفيدين بطريقة محترمة في جميع الأوقات، مع الاعتراف بقدرتهم على فهم المعلومات واتخاذ القرارات والخيارات.

2.3.3 توفير معلومات واضحة وشاملة عن حقوق المستفيدين بشكليها المكتوب والشفهي.

3.3.3 إعطاء معلومات واضحة وشاملة عن التقييم والتشخيص والعلاج وخيارات التعافي للمستفيدين بشكل يفهمونه ويتيح لهم اتخاذ قرارات حرة ومستنيرة.

4.3.3 تمكُّن المستفيدين من أن يسموا شخصاً – أو شبكة أشخاص – للدعم، يختارونهم بحرية، وأن يستشيروهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالقبول في المرفق والعلاج والشؤون الشخصية والقانونية والمالية وغيرها، وأن يتم التعرف على الأشخاص المختارين من قِبَل الموظفين.[17]

5.3.3 احترام الموظفين لسلطة الشخصِ – أو شبكة الأشخاص – المقدِّمة للدعم ممن تمت تسميتهم لتبليغ قرارات المستفيد.

---

[14] انظر المقياس 3.2.

[15] انظر المقياس 5.4.

[16] انظر الملحق 2 للمزيد من المعلومات عن دعم اتخاذ القرار.

[17] انظر الملحق 2 للمزيد من المعلومات عن دعم اتخاذ القرار.

6.3.3 كون اتخاذ القرار المدعوم هو النموذج السائد، وتجنب اتخاذ قرار بديل.

7.3.3 عندما لا يكون لدى المستفيد شخص – أو شبكة أشخاص – للدعم، ويرغب في تعيين واحد، يقوم المرفق بمساعدة المستفيد على الحصول على الدعم المناسب.

المقياس 4.3. أن يكون المستفيدون لهم الحق في الخصوصية وفي الحصول على المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بهم.

المعايير

1.4.3 هناك ملف طبي سري شخصي مُنشأ لكل مستفيد.

2.4.3 تمكُّن المستفيدين من الحصول على المعلومات الواردة في الملفات الطبية الخاصة بهم.

3.4.3 الحفاظ على سرية المعلومات المتعلقة بالمستفيدين.

4.4.3 تمكُّن المستفيدين من إضافة معلومات وآراء وتعليقات مكتوبة على الملفات الطبية الخاصة بهم دون رقابة.

الموضوع 4. عدم التعرض للتعذيب أو للمعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وللاستغلال والعنف والإساءة (المادتان 15 و 16 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)

المقياس 1.4. أن يكون المستفيدون لهم الحق في عدم التعرض للإساءة اللفظية والنفسية والجسدية والجنسية وللإهمال الجسدي والعاطفي.

المعايير

1.1.4 قيام الموظفين بمعالجة المستفيدين بإنسانية وكرامة واحترام.

2.1.4 عدم تعرض أي مستفيد لإساءة لفظية أو جسدية أو جنسية أو نفسية.

3.1.4 عدم تعرض أي مستفيد لإهمال بدني أو عاطفي.

4.1.4 اتخاذ خطوات مناسبة لمنع جميع حالات الإساءة.

5.1.4 قيام الموظفين بدعم المستفيدين الذين تعرضوا لإساءة في الحصول على الدعم الذي قد يريدونه.

المقياس 2.4. أن تُستخدَم أساليب بديلة – عوضاً عن التقييد[18] والعزل[19] – كوسائل لتخفيف شدة الأزمات المحتملة.

المعايير

1.2.4 عدم إخضاع المستفيدين للعزل أو التقييد.

2.2.4 اتخاذ بدائل للتقييد وللعزل في المرفق، والموظفون مدرَّبون على أساليب تخفيف شدة التدخل[20] في الأزمات ومنع الأذى للمستفيدين أو للموظفين.

3.2.4 تقييم تخفيف الشدة يجرى بالتشاور مع المستفيد المعني، بغية تحديد المحفزات[21] والعوامل التي يجدها تساعد على نشر الأزمات، وتحديد الأساليب المفضلة للتدخل في الأزمات.

4.2.4 كون طرق التدخل المفضلة التي يحددها المستفيد المعني متاحة بسهولة في الأزمة، ومُدمجة ضمن خطة التعافي الفردية للمستفيد.

5.2.4 تسجيل أية حالات من العزل أو الكبح (مثلاً: النوع، المدة) وتقديم تقرير إلى رئيس المرفق وإلى إحدى الهيئات الخارجية المعنية.

المقياس 3.4. أن لا يساء استخدام المعالجة بالصدمة الكهربائية والجراحة النفسية والإجراءات الطبية الأخرى التي قد يكون لها آثار دائمة أو غير قابلة للشفاء – سواء تم تنفيذها في المرفق أو تمت إحالتها إلى مرفق آخر – وأن لا يجوز إجراؤها إلا بموافقة حرة ومستنيرة من المستفيد.

المعايير

1.3.4 عدم إعطاء أي علاج بالصدمة الكهربائية دون موافقة حرة ومستنيرة من المستفيدين.

2.3.4 توافر دلائل إرشادية سريرية واضحة مستندة إلى الأدلة عن التوقيت والكيفية التي يمكن أو لا يمكن أن يعطى فيها العلاج بالصدمة الكهربائية، والالتزام بها.

3.3.4 عدم استخدام العلاج بالصدمة الكهربائية مطلقاً في شكله غير المعدل (أي: بدون مخدر ومرخٍ عضلي).

4.3.4 عدم استخدام العلاج بالصدمة الكهربائية لأي قاصر.

---

[18] «التقيد» يعني استخدام الأجهزة الميكانيكية أو الأدوية لمنع الشخص طواعية من تحريك جسده.

[19] «العزل» يعني وضع الشخص طواعية بمفرده في غرفة مغلقة أومنطقة محمية ويمنع من مغادرتها.

[20] أساليب تخفيف الشدة قد تتضمن : التقييم الفوري والتدخل السريع في الأزمات المحتملة باستخدام طرق حل المشاكل مع الشخص المعني من قبيل تمارين التنفس وإعطاء فسحة من الوقت وتقديم الخيارات وإعطاء الشخص فرصة للتفكير.

[21] المحفزات قد تشمل الضغط للقيام بعمل ما أو توجيه بعض لأسئلة أو وجود شخص لا يطمئن إليه. وبالنسبة للعوامل التي تهدىء من الأزمات فقد تشمل أن يترك الفرد بمفرده لبعض الوقت أو التحدث إلى شخص محل ثقة أو الاستماع إلى الموسيقى

5.3.4 عـدم إجـراء الجراحـة النفسـية والعلاجـات الأخـرى التـي يتعـذر تغييرهـا دون كل مـن الموافقـة الحـرة والمسـتنيرة للمسـتفيد والموافقـة المسـتقلة لمجلـس مـا.

6.3.4 عدم إجراء عمليات الإجهاض والتعقيم للمستفيدين دون موافقتهم.

المقياس 4.4. عدم إخضاع أي مستفيد للتجارب الطبية أو العلمية دون موافقته المسبقة.

المعايير

1.4.4 عدم إجراء التجارب الطبية أو العلمية إلا بموافقة حرة ومسبقة من المستفيدين.

2.4.4 عـدم حصـول الموظفـين عـلى أيـة امتيـازات أو تعويضـات أو مكافآت في مقابـل تشـجيع أو تجنيد المسـتفيدين للمشـاركة في تجربـة طبيـة أو علميـة.

3.4.4 عدم إجراء تجارب طبية أو علمية إذا كان من المحتمل أن تكون ضارة أو خطرة على المستفيدين.

4.4.4 أخذ الموافقة على أية تجربة طبية أو علمية من قِبَل لجنة أخلاق مستقلة.

المقياس 5.4. أن تكون ضمانات منع التعذيب أو المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة وغيرها من ضروب سوء المعاملة والإيذاء مطبَّقة.

المعايير

1.5.4 إطـلاع المسـتفيدين عـلى إجـراءات تقديم الطعـون والشـكاوى إلى هيئـة قانونية خارجية مسـتقلة، بشـأن القضايـا المتصلة بالإهمال أو الإسـاءة أو العـزل أو التقييد، والقبول في المرفـق أو المعالجة دون موافقـة مسـبقة، وغيرهـا مـن المسـائل ذات الصلـة، وإتاحتُها لهم على أسـاس سري.

2.5.4 تأمين المستفيدين من التداعيات السلبية الناجمة عن الشكاوى التي قد تقدَّم.

3.5.4 إتاحة وصول المستفيدين إلى ممثلين قانونيين، وتمكينهم من الاجتماع معهم بسرية.

4.5.4 إتاحـة وصول المسـتفيدين إلى محامـين لإطلاعهم على حقوقهم، ومناقشـة المشـاكل، وتقديم الدعم لهم في ممارسـة حقوقهـم الإنسـانية، وتقديم الطعون والشـكاوى.

5.5.4 اتخاذ إجراء تأديبي و/ أو قانوني ضد أي شخص يتبين أنه يسيء إلى المستفيدين أو يهملهم.

6.5.4 رصد المرفق من قِبَل سلطة مستقلة، لمنع حدوث إساءة في المعاملة.

الموضوع 5. الحق في العيش بشكل مستقل وفي الاندماج في المجتمع (المادة 19 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)

المقياس 1.5. أن يكون المستفيدون مدعومين في الحصول على مكان للعيش، وأن تكون لديهم الموارد المالية اللازمة للعيش في المجتمع.

المعايير

1.1.5 قيام الموظفين بإطلاع المستفيدين على خيارات السكن والموارد المالية.

2.1.5 قيام الموظفين بدعم المستفيدين في الحصول على سكن آمن ولائق وبأسعار معقولة، وفي الحفاظ عليه.

3.1.5 قيام الموظفين بدعم المستفيدين في الحصول على الموارد المالية اللازمة للعيش في المجتمع.

المقياس 2.5. أن يكون المستفيدون قادرين على الحصول على فرص التعليم والعمل.

المعايير

1.2.5 إعطاء الموظفين معلومات للمستفيدين حول فرص التعليم والعمل في المجتمع.

2.2.5 دعم الموظفين للمستفيدين في الحصول على فرص التعليم؛ بما في ذلك التعليم الابتدائي والثانوي وما بعد الثانوي.

3.2.5 دعم الموظفين للمستفيدين في التطوير الوظيفي وفي الحصول على فرص عمل مقابل أجر.

المقياس 3.5. أن يكون حق المستفيدين في المشاركة في الحياة السياسية والعامة وفي ممارسة حرية تكوين الجمعيات مدعوماً.

المعايير

1.3.5 قيام الموظفين بإعطاء المستفيدين المعلومات اللازمة لهم من أجل المشاركة الكاملة في الحياة السياسية والعامة، والتمتع بفوائد حرية تكوين الجمعيات.

2.3.5 قيام الموظفين بدعم المستفيدين في ممارسة حقهم في التصويت.

3.3.5 قيام الموظفين بدعم المستفيدين في الانضمام إلى الأنشطة السياسية والدينية والاجتماعية لمنظمات الإعاقة والإعاقة النفسية وغيرها من المجموعات، وفي المشاركة فيها.

المقياس 4.5. أن يكون المستفيدون مدعومين في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والدينية والترفيهية.

المعايير

1.4.5 قيام الموظفين بإعطاء المستفيدين معلومات عن خيارات النشاط الاجتماعي والثقافي والديني والترفيهي المتاحة.

2.4.5 قيام الموظفين بدعم المستفيدين في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية التي يختارونها.

3.4.5 قيام الموظفين بدعم المستفيدين في المشاركة في الأنشطة الثقافية والدينية التي يختارونها.

المُلحَق 5. أمثلة على أحجام عينات لأنواع مختلفة من المَرافق، وفقاً لعدد الموظفين والمستفيدين

تذكير (انظر الفصل 5: وضع إطار للتقييم)

تعتمد أعداد الأشخاص الذين تتم مقابلتهم على عدد المستفيدين والموظفين المرتبطين بالمرفق، وعلى الحجم الكلي للمرفق، وعلى عدد الوحدات التي يضمها؛ فعلى سبيل المثال:

- إذا كان ستة مستفيدين فقط يتلقون خدمات من المرفق، ينبغي إجراء مقابلات معهم جميعاً (100٪).
- إذا كان هناك 16 مستفيداً ، ينبغي إجراء مقابلات مع ما لا يقل عن ثمانية (50٪).
- إذا كان هناك 40 مستفيداً أو أكثر، ينبغي إجراء مقابلات مع ما لا يقل عن 12 (حوالي 30٪).
- يمكن تحديد عدد المقابلات التي ستجرى مع أفراد الأسرة بتنصيف عدد المقابلات المخطط إجراؤها مع المستفيدين. وبالتالي، فإن عدد أفراد الأسرة الذين ستجرى مقابلات معهم في السيناريوهات المذكورة أعلاه سيكون ثلاثة (50٪ من عدد المستفيدين) ، وأربعة (50٪) وستة (50٪).
- يمكن تحديد أعداد الموظفين الذين ستجرى مقابلات معهم على أساس نفس النسب المستخدمة للمستفيدين.

هذه النسب هي دلائل فقط؛ فقد يكون من غير الضروري إجراء العدد المحدد سلفاً من المقابلات إذا رأى فريق التقييم أنه جمع معلومات كافية للتأكد من جودة المرفق وأوضاع حقوق الإنسان فيه؛ فعلى سبيل المثال، لا يوجد جدوى من إجراء مقابلات مع أشخاص إذا كانت هذه المقابلات لا تقدم معلومات إضافية هامة. ولذا، فإنه – مع التسربات المحتملة والامتناع عن الموافقة – سيكون هناك غالباً فرق بين الأعداد المخطط لها والأعداد الفعلية للمقابلات التي يتم إجراؤها.

وان إجراء مقابلات خاصة بالمرافق الصحية العامة ليس إلزامياً؛ فيمكن إجراء المقارنات بين مَرافق الصحة النفسية ومَرافق الصحة العامة على أساس المعاينة. لكن لمقارنةٍ أكثر عمقاً، يمكن إجراء مقابلات خاصة بمرافق الصحة العامة – أيضاً – باستخدام النسب المذكورة أعلاه كدليل.

المستشفيات النفسية

المرفق	إجمالي عدد الموظفين	إجمالي عدد المستفيدين	عدد المقابلات المخطط لها		
			المستفيدون	أفراد الأسرة	الموظفون
المستشفى-1	17	70	23	12	9
المستشفى-2	18	120	40	20	9
المستشفى-3	14	65	22	11	7
المستشفى-4	22	110	37	19	11
المستشفى-5	20	125	42	21	10
أحد مرافق الصحة العامة (يحبذ المستوى الثالثي كحل أمثل)	40	140	–	–	–
الإجمالي	**131**	**630**	**164**	**83**	**46**

وحدات المرضى الداخليين

المرفق	إجمالي عدد الموظفين	إجمالي عدد المستفيدين	عدد المقابلات المخطط لها		
			المستفيدون	أفراد الأسرة	الموظفون
الوحدة-1	2	12	12	6	2
الوحدة-2	3	4	4	2	3
الوحدة-3	4	6	6	3	4
الوحدة-4	3	8	8	4	3
الوحدة-5	2	13	13	6	2
أحد مرافق الصحة العامة (يحبذ جناح المرضى الداخليين كحل أمثل)	6	12	–	–	–
الإجمالي	**20**	**55**	**43**	**21**	**14**

مرافق المرضى الخارجيين

المرفق	إجمالي عدد الموظفين	إجمالي عدد المستفيدين	عدد المقابلات المخطط لها		
			المستفيدون	أفراد الأسرة	الموظفون
المرفق-1	2	120	40	20	2
المرفق-2	3	90	30	15	3
المرفق-3	4	60	20	10	4
المرفق-4	3	80	26	13	3
المرفق-5	2	130	44	22	2
أحد مرافق الصحة العامة (يحبذ المرضى الخارجيين كحل أمثل)	4	60	–	–	–
الإجمالي	**18**	**540**	**160**	**80**	**14**

مرافق المعالجة النهارية

المرفق	إجمالي عدد الموظفين	إجمالي عدد المستفيدين	عدد المقابلات المخطط لها		
			المستفيدون	أفراد الأسرة	الموظفون
المرفق-1	2	12	12	6	2
المرفق-2	3	4	4	2	3
المرفق-3	4	6	6	3	4
أحد مرافق الصحة العامة (تحبذ المعالجة النهارية كحل أمثل)	4	12	–	–	–
الإجمالي	**13**	**34**	**22**	**11**	**9**

الملحق 6. عينة استمارات موافَقة لمن تجرى معهم مقابلات من المشاركين في تقييم ما

(يمكن تكييفها مع السياق الوطني)

[**تعليمات للباحث**: اقرأ المقدمة والغرض من الزيارة ومن المقابلة لمن تجري معه المقابلة. وإذا كنت تشعر – ولو قليلاً – أنه لا يفهم تماماً بعض البنود، اشرح المعنى والانعكاسات بعبارات بسيطة ومفهومة قدر الإمكان. وتأكد من أن الشخص يعطي حقاً «موافقته المستنيرة أو المبنية على علم واطلاع» على إجراء المقابلة معه. وإذا كنت ترى أن الشخص غير قادر على توقيع استمارة الموافقة هذه لأنه لا يفهم المحتويات – حتى بعد أن تشرح له الغرض بعناية – ينبغي عدم إجراء المقابلة معه. في بعض الحالات، قد يتم تسجيل المقابلة على شريط، فيجب – في هذه الحالة – على من تجري معه المقابلة أن يوقع على كل من الموافقة على إجراء المقابلة معه والموافقة على تسجيلها.]

المقدمة والغرض من الزيارة والمقابلة

اسمي [**اسم من يقوم بالتقييم ومهنته أو خلفيته عند الاقتضاء**]

أعمل ضمن فريق يضم [**أسماء الأعضاء الآخرين في فريق التقييم ومهنهم أو خلفياتهم عند الاقتضاء**]

الغرض من المقابلات التي أجريها هو جمع المعلومات ومعرفة وجهات نظر الموظفين، والمستفيدين أو المقيمين، وأفراد أسرهم (أو أصدقائهم أو مقدمي الرعاية لهم) عن هذا المرفق.

إذا وافقتَ على إجراء المقابلة معك، سوف أسألك عن المرفق نفسه، وعن الرعاية والمعالجة التي تُقدَّم، وعن حقوق الأشخاص في المرفق.

أنا «مقيِّم مستقل»، مما يعني أنني ليس لدي أية علاقات أو التزامات تجاه أي شخص أو منظمة؛ فأنا أُجري عملي باستقلالية ولا أخضع لأي ضغوط خارجية في الطريقة التي أُجري بها عملي، ولا يمكن أن يؤثر علي أحد لتقديم ادعاءات غير دقيقة أو لحجب معلومات تتعلق باستنتاجاتي أو تقريري.

وكوني «مقيِّماً مستقلاً» يعني – أيضاً – أن لا أحد غيري والفريق الذي أعمل معه سيعرف ما تقوله لي. وبما أننا سنتشارك في إعداد تقريرنا النهائي بـ[**وضع علامات في المربع الوارد أدناه بحسب الاقتضاء**]، فإننا سنضمن خصوصيتك الشخصية في تقريرنا.

☐ إدارة المستشفى

☐ الموظفون الآخرون في هذا المستشفى

☐ الحكومة

☐ وسائل الإعلام

☐ المنظمات غير الحكومية

☐ أشياء أخرى (اذكرها) _____

وللتأكد من أن هويتك لن يُفصَح عنها، فإن اسمك لن يُكتب على دليل المقابلة، ولن يظهر في التقرير النهائي.

وإذا أطلعتني على حدث معين أو قضية معينة تعتقد أنها سوف تجعل من السهل التعرف عليك، وأنت لا ترغب أن تكون مرتبطة بك، فأخبرني بذلك، وسوف أبذل كل جهد ممكن لضمان حماية هويتك.

سأسألك أسئلة مأخوذة من أداة أعدَّتها منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان وتحسينهما في مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية.

أنت غير ملزم بأن تكمل هذه المقابلة، وبإمكانك أن ترفض المشاركة إذا كنت ترغب في ذلك. وقرارك بعدم المشاركة سيبقى سرياً، ولن يكون هناك جزاء أو عقوبة أو تداعيات سلبية أخرى إذا ما رفضتَ المشاركة في هذه المقابلة.

وإذا وافقتَ على الإجابة على هذه الأسئلة، بإمكانك أن توقف المقابلة في أي وقت، وسيبقى قرارك بوقف المقابلة سرياً. وأؤكد مرة أخرى، لن يحدث أي جزاء أو عقوبة أو تداعيات إذا ما رفضتَ أن تكمل هذه المقابلة. وقد تكون بعض الأسئلة ذات طبيعة حساسة، فإذا كنت لا ترغب في الإجابة عليها، يمكن أن ننتقل إلى السؤال التالي.

نأمل – أنا والفريق الذي أعمل معه – أن تُستخدم المعلومات التي نحصل عليها منك ومن غيرك ومن زيارة المرفق وتقييمه من أجل تحديد المجالات التي ينبغي تحسينها. ومع أننا نأمل أن يؤدي هذا التقييم إلى تحسينات، فإننا لا يمكن أن نضمن تغيير المجالات التي لستَ راضياً عنها، لكننا – مع ذلك – سنسعى إلى استخدام هذه المعلومات لإحداث أية تغييرات إيجابية قد تكون مطلوبة.

[**عندما تكون المقابلة ستسجل على شريط**] أود أن أسجل هذه المقابلة على شريط، لكن لك الحق في أن لا تسجَّل. وسوف أضمن أن الأشرطة لن تعطى لأي شخص خارج فريق الرصد هذا، وأن اسمك لن يكون مرتبطاً بالتسجيل. وأؤكد لك مجدداً أنه لن يحدث أي جزاء أو عقوبة أو تداعيات إذا ما قررتَ بأنك لا ترغب في تسجيل المقابلة.

فإذا وافقتَ على تسجيل المقابلة، فالرجاء أن توقع على الجزء أ والجزء ب من صفحة استمارة الموافقة.

وإذا وافقتَ فقط على المقابلة ولم توافق على تسجيلها بشريط، فالرجاء أن توقع فقط على الجزء أ من صفحة استمارة الموافقة.

ويُرجى طرح أي سؤال لديك حول هذه المقابلة قبل أن توقع على استمارة الموافقة. ويمكنك أن توقفني – أيضاً – خلال المقابلة إذا كان لديك أية أسئلة حولها.

سوف تستمر المقابلة ما يقرب من [... ساعة، ... دقيقة. **وضِّحْ المدة التقريبية.**]

استمارات الموافقة

الجزء أ. الموافقة على إجراء المقابلة

أوافق على المشاركة في مقابلةٍ، الهدف منها جمع المعلومات ومعرفة وجهات نظر الموظفين والمستفيدين والمقيمين وأفراد أسرهم (أو أصدقائهم أو مقدمي الرعاية لهم)، عن المرفق نفسه، وعن الرعاية والمعالجة التي تُقدَّم، وعن حقوق الأشخاص في المرفق.

وأنا أفهم أنني أشارك بحرية في هذه المقابلة، دون أن أُجبَر بأية طريقة على ذلك، وأن لدي الحق في رفض المشاركة. وإذا قررت عدم المشاركة سيبقى ذلك سراً، ولن أتحمل أي جزاء أو عقوبة أو تداعيات إذا ما رفضت.

وأفهم أنني يمكن أن أوقف هذه المقابلة في أي وقت أرغب فيه بعدم الاستمرار، وأن ذلك سيبقى سرياً، وأنني لن أتحمل أي جزاء أو عقوبة أو تداعيات إذا ما أنهيت المقابلة.

وأفهم أن هويتي ستبقى سرية للغاية.

وأفهم أن استمارة الموافقة هذه لن تكون مرتبطة بدليل إجراء المقابلة، وأن إجاباتي ستبقى سرية.

وقد سبق بيان الغرض من هذه المقابلة لي، وأنا أفهم محتويات هذه الاستمارة.

الاسم بخط واضح: _____

توقيع المشارك: _____

التاريخ: _____

الجزء ب. الموافقة على تسجيل المقابلة على شريط أو بالفيديو

أوافق – بموجب هذه الوثيقة – على تسجيل هذه المقابلة على شريط. وأفهم أن اسمي لن يُربط بالتسجيل، وأنه لن يستطيع أحد أن يربط بيني وبين الإجابات التي أعطيتها.

الاسم بخط واضح: _____

توقيع المشارك: _____

التاريخ: _____

الجزء ج. الموافقة على التقاط صور فوتوغرافية أثناء المقابلة

أوافق – بموجب هذه الوثيقة – على التقاط صور فوتوغرافية. وأفهم أن اسمي لن يُربط بالصور الفوتوغرافية، وأنه لن يستطيع أحد أن يربط بيني وبين الإجابات التي أعطيتها.

الاسم بخط واضح: _____

توقيع المشارك: _____

التاريخ: _____

يسـهم دليل منظمـة الصحة العالميـة لجودة الرعاية وحقوق الإنسـان في تزويـد البلدان بالمعلومـات والأدوات العمليـة الخاصة بتقييم وتحسـين معايير جـودة الرعاية وحقوق الإنسـان في مرافـق الصحـة النفسـية والرعايـة الاجتماعيـة. ويسـتند هـذا الدليـل إلى اتفاقيـة الأمـم المتحـدة بشـأن حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة، ويقـدِّم إرشـادات عملية بشـأن:

- حقـوق الإنسـان ومعايير الجودة التي ينبغـي احترامها وحمايتها والوفـاء بها في مرافق الصحة النفسـية والرعايـة الاجتماعية لكل من المـرضى الداخليين والخارجيين،
- الإعداد لتقييم شامل للمرافق، وإجراء هذا التقييم،
- الإبلاغ عن النتائج وتقديم توصيات مناسبة تستند إلى التقييم.

وقـد صُمِّـم هذا الدليـل ليُسـتخدم في البلـدان منخفضة ومتوسـطة ومرتفعـة الدخل. ويمكـن أن تسـتخدمه أطـراف معنيـة مختلفـة كثـيرة، بـما في ذلـك اللجـان المخصصـة للتقييـم، والمنظـمات غـير الحكوميـة، والمؤسسـات الوطنيـة لحقـوق الإنسـان، ولجـان الصحـة الوطنيـة أو الصحـة النفسـية، وهيئـات اعتماد الخدمـات الصحيـة، والآليات الوطنيـة المنشـأة بموجـب المعاهـدات الدوليـة لمراقبـة تنفيـذ معايـير حقوق الإنسـان، وغـير ذلـك مـن الأطـراف المهتمـة بتعزيـز حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقة.

وهـذا الدليـل هـو مَصـدرٌ أسـاسي – ليـس فقـط لوضـع نهايـة للإهمـال والإسـاءات السـابقة – بـل هـو أيضـاً لضـمان خدمـات عاليـة الجـودة في المسـتقبل.