

# تقرير تحليل أوضاع الإعاقة والصحة

تحسين إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة  
على الرعاية الصحية الجيدة في لبنان

تقرير لبنان

٢٠٢٠-٢٠١٩



Funded by the European Union  
بتمويل من الاتحاد الأوروبي

International  
Medical Corps  
الهيئة الطبية الدولية

مؤسسة  
التعزيز  
الإجتماعي  
Fundación  
Promoción  
Social

أجرت هذه الدراسة مؤسسة التعزيز الاجتماعي بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية والهيئة الطبية الدولية، وذلك لتكون جزءاً من تقليص أو تذييل الحواجز الاقتصادية أمام الوصول إلى الخدمات الصحية، ضمن مشروع تحسين إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية النوعية في لبنان، وهو الممول من قبل الاتحاد الأوروبي من خلال صندوق الاستئمان الإقليمي ("صندوق مدد") المقام في استجابة للأزمة السورية. وقد أنشئ صندوق الاستئمان في العام ٢٠١٤ بغية إتاحة المجال أمام استجابة منسقة تجاه الأزمة السورية، وتزويد اللاجئين السوريين وسكان الدول المجاورة لسوريا بالدعم الذي يحتاجونه. وقد حشد الصندوق وعباً حتى تاريخه ٢,٢ مليار يورو، بما في ذلك تبرعات طوعية من ٢١ دولة عضو في الاتحاد الأوروبي وكذلك بريطانيا وتركيا لمشاريع في ميادين التعليم والصحة وكسب المعيشة وإدارة المياه.

## مؤسسة التعزيز الاجتماعي

تعمل مؤسسة التعزيز الاجتماعي للقضاء على الفقر وتعزيز التنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية المستدامة انسجاماً مع كرامة الإنسان الفرد وإظهار الاحترام لهوية الجماعات الشعبية والاجتماعية. وقد نفذت المؤسسة، التي تأسست في مدريد في العام ١٩٨٧، ما يزيد على مئتي مشروع في الميدان الإنساني والإنمائي في البلدان المختلفة عبر أميركا اللاتينية وآسيا، وأفريقيا وحوض المتوسط.

## عمل مؤسسة التعزيز الاجتماعي في لبنان

تعمل مؤسسة التعزيز الاجتماعي في لبنان منذ العام ١٩٩٥ على إدارة المشاريع المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة والمجموعات التي تعيش في ظروف هشة شديدة التعرض والتأثر. والمؤسسة تنشط في رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية/الجسدية والفكرية/الذهنية، وذلك بهدف إدماجهم في المجتمع وإمكانية حصولهم على الوظائف اللائقة. وقد تبلور عملها في التدخلات الرامية إلى مساعدة المجموعات في أوضاع هشة شديدة التأثر والمعرضة لخطر العزل الاجتماعي. كما أنها تعمل بمقاربة الدعم للقطاع الصحي عبر مساهمتها بتوفير العناصر المبدعة الخلاقة والمساعدة في تكريس التدخلات التالية:

- دعم البنى الأساسية/التحتية وإيجاد المراكز الجديدة.
- برامج التدريب المهني لتشجيع إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل.
- تقديم الخدمات المجتمعية لتسهيل الإدماج الاجتماعي وإمكانية الوصول إلى فرص العمل والتوظيف والحصول عليها.
- برامج التعليم والتأهيل الخاصة المحددة للصغار والشباب.
- حملات التوعية مع إغارة انتباه خاص لأسر الأشخاص ذوي الإعاقة والصغار ذوي الصعوبات الاجتماعية التي قد تحد من إدماجهم الاجتماعي.

- دعم المؤسسات وتقوية المنظمات المحلية.
- إعارة أولوية الاهتمام لمقاربة التدخلات والمداخلات، وتعزيز قدرات المؤسسات العامة والخاصة العاملة في القطاع، مع السعي إلى التكامل مع السياسات الاجتماعية للدول المعنية بالتدخلات.
- تشجيع التدريب على التكنولوجيا المعينة واستخدامها بغية تأمين أحوال معيشية أفضل والمزيد من الإنصاف الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة.



[www.promocionsocial.org](http://www.promocionsocial.org)



[promocionsocial@promocionsocial.org](mailto:promocionsocial@promocionsocial.org)



Fundacion Promocion Social



@PromSocial\_ongd



@PROMOCIONSOCIAL\_ONGD



Fundacion Promocion Social

تمّ إنتاج هذه المنشورة بدعم مالي من الاتحاد الأوروبي. إلا أن مضمونها هو من مسؤولية مؤسسة التعزيز الاجتماعي وحدها، ولا تعبر بالضرورة عن آراء الاتحاد الأوروبي. صحيح أن هذا التقرير قد أعد بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية؛ إلا أن مضمونه هو من مسؤولية مؤسسة التعزيز الاجتماعي، علما أن وزارة الشؤون الاجتماعية لم تراجع هذه النسخة الأخيرة منه.

حقوق النشر، ٢٠٢٠ – مؤسسة التعزيز الاجتماعي. جميع الحقوق محفوظة للإتحاد الأوروبي وفق شروط بترخيص

الطبعة الأولى، أيار ٢٠٢٠



# تقرير تحليل أوضاع الإعاقة والصحة

تحسين إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة  
على الرعاية الصحية الجيدة في لبنان

جايسون إثريج MD,PHD  
مدير البرامج

شانتال طيار MPH  
باحثة مشاركة

تقرير لبنان

٢٠٢٠-٢٠١٩



”

للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في  
التمتع بأعلى مستويات الصحة  
دون تمييز على أساس الإعاقة

---

(المادة ٢٥ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)

# شكر وتقدير

تود مؤسسة التعزيز الاجتماعي أن تعرب عن تقديرها وشكرها لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة المقيمين في لبنان لإعطائهم المؤسسة فرصة الدخول إلى حياتهم. والأمل أن يساعد هذا التقرير في تحسين وصولهم إلى الخدمات الصحية واستعمالهم لها.

كما نرغب في انتهاز الفرصة لشكر جميع العاملين الذين أسهموا في البحث وأتاحوا مواردهم لإكمال هذا التقرير؛ ونودّ أن نخص بالشكر:

- سعادة المدير العام لوزارة الشؤون الاجتماعية على دعمه القيمّ والتمين لمشروعنا؛ وبرنامج تأمين حقوق المعوقين في الوزارة لتزويدنا بعينة من أسماء الأشخاص حملة بطاقة المعوق الشخصية الذين شاركوا في الدراسة.
- الهيئة الطبية الدولية لمراجعتها استمارة الاستبيان الخاصة بالمسح والتقرير النهائي ولتزويدنا بالدعم في عملية تحديد العينة واختيار الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شاركوا فيها.
- منظمة العمل الدولية، على مراجعة قسم العمل والأوضاع الاجتماعية في التقرير الأخير، وإعداد الأسئلة الخاصة بهذا القسم وتطويرها في استبيان المسح.
- جمعية مساواة، لدعمها لنا في تسمية المشاركين ذوي الإعاقة في المسح ومناقشات مجموعات التركيز وعلى استضافتنا كلما مست الحاجة.
- مفوضية اللاجئين السامية التابعة للأمم المتحدة، مستشفى الرحمة، منتدى المقعدين في زحلة، وزارة الشؤون الاجتماعية – مركز الخدمات الإنمائية في حوش الأمراء، جمعية الإنسان والمستقبل، إضافة إلى خمس وعشرين بلدية عبر لبنان والأفراد الآخرين الذين قدموا الدعم لمؤسسة التعزيز الاجتماعي في عملية الاختيار والاشتراك في عينة الأشخاص ذوي الإعاقة للرد على أسئلة المسح.

• دار الأيتام الإسلامية (مركز المعين)، جمعية تمكين للعيش باستقلالية، جمعية استثمار الأدمغة العربية وحماتها، مؤسسة الهادي، جمعية الإنسان والمستقبل، منتدى المقعدين في زحلة، بلدية دير القمر، وبلدية شحيم إذ إنهم قدمنا الدعم في اختيار واعتماد المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز واستضافت فريق مؤسسة التعزيز الاجتماعي لعقد جلسات تلك المجموعات.

• كذلك نقرن تقديرنا بالامتنان الكبير لمساهمة مديرة برنامج تأمين حقوق المعوقين، مديرة وحدة المراكز ورئيس مراكز التنمية الاجتماعية في وزارة الشؤون الاجتماعية، رئيسة مصلحة المعوقين في وزارة الصحة العامة، مدير جمعية مساواة، مديرة برنامج الرعاية الصحية الأولية في جمعية أطباء العالم، المنسقة الميدانية في جمعية أطباء بلا حدود، ورئيس برنامج التنقل وإمكانية الوصول ورئيس البرنامج الصحي في جمعية أركنسيال على مشاركتهم في المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية، فدون مشاركتهم ومساهماتهم الهامة الغنية بالمعلومات لما أن تجرى المقابلات.

أخيراً، ترغب مؤسسة التعزيز الاجتماعي في الإعراب عن شكر خاص لسخاء صندوق مداد الاستئماني التابع للاتحاد الأوروبي. فلولا دعمهم، لما كان بالإمكان إعداد هذه المنشورة وإنتاجها.

نقل التقرير إلى العربية: جورج خوري

التصميم والإخراج الفني: محمد علي شدياق

# قائمة المحتويات

9	١. الملخص التنفيذي
11	٢. قائمة الجداول
12	٣. قائمة الرسوم والأشكال
13	٤. الخلفية
23	٥. المنهجية
	أ. تصميم الدراسة
	ب. طريقة البحث الكمي
	• طريقة تركيب العينة
	• تصميم المسح
	• جمع البيانات
	• التحليل الإحصائي
	ج. طريقة البحث النوعي
	• مناقشات مجموعات التركيز
	• المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية
	د. الاعتبارات والمعايير الأخلاقية
31	٦. نتائج البحث الكمي
	أ. الخصائص الديمغرافية
	ب. الإعاقة وأوضاع الرعاية الصحية
	ج. الدخل والعمل/ اكتساب المعيشة
	د. الوعي حول الخدمات الصحية
	هـ. الحاجة إلى الرعاية الصحية واستعمالها
	و. الحواجز التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
	ز. الرضى عن الخدمات المتخصصة وخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية والتصورات بشأن الجودة
	ح. الحد من النشاط وقيود المشاركة الاجتماعية
72	٧. نتائج البحث النوعية
	أ. نتائج مناقشات مجموعات التركيز
	• خصائص العينة
	• الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية واستعمالها
	• الحواجز والتحديات أمام الوصول إلى الرعاية الصحية
	• الرضى عن خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية
	ب. نتائج المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية
	• خصائص العينة
	• الخدمات المقدمة من مقدمي الرعاية الصحية.
	• مراقبة المراكز
	• تأهيل المراكز وإمكانية الوصول إليها
	• مدى التعاون
125	٨. مناقشة وتحليل النتائج
134	٩. استخلاص النتائج والتوصيات
143	١٠. نقاط القوة والقيود
145	١١. المراجع
147	١٢. الملاحق



# الملخص التنفيذي

بشكل عام لدى الأشخاص ذوي الإعاقة متطلبات رعاية صحية أكثر من الآخرين، وهي المتطلبات المألوفة لدى الجميع وتلك المتصلة بالإعاقات وبالحالات الصحية الأساسية. فهم أشدّ تأثراً بتدهور الأحوال الصحية، ولذلك تمسّ بهم الحاجة في أحيان أكثر إلى خدمات الرعاية الصحية. وفي لبنان يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة انكشافاً متزايداً بسبب خدمات الرعاية الصحية غير المتاحة أو المفتقرة إلى إمكانية الوصول إليها. وينال الأشخاص ذوو الإعاقة قدراً أقلّ من خدمات الرعاية الصحية العامة والمتخصصة، ولا سيّما أنهم في الوقت نفسه يواجهون حواجز أكبر في الوصول إلى الخدمات والحصول عليها عندما تمسّ بهم الحاجة.

يرمي هذا البحث إلى فحص الوصول إلى الخدمات الصحية واستعمالها من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان، وإلى تجسيد الحواجز التي يجابهونها. وقد تضمّنت هذه الدراسة مسحاً كميّاً طال ١.٠٥٥ شخصاً ذا إعاقة من اللبنانيين من حملة بطاقة المعوق الشخصية ومن غير حاملها ومن النازحين السوريين، وشمل ١٤ مناقشة لمجموعات التركيز (١٢١ مشاركاً). وقد صار إلى حساب التنوع في الإعاقات والمناطق الجغرافية لضمان إدماج مجموعة واسعة من التجارب. كما عقدت ٨ مقابلات مباشرة شبه مركّبة مع أصحاب الشأن في مجال الإعاقة وخبراء الإعاقة بقصد زيادة فهم النظام الإجمالي الذي تقدّم بموجبه الخدمات الصحية إلى الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان.

أظهرت نتائج المسح أن الحاجتين الأكثر شيوعاً بين الأشخاص ذوي الإعاقة من اللبنانيين والنازحين السوريين تمثلتا في الأدوية المزمنة والفحوص المخبرية. كذلك أبرزت الدراسة أن ٩٧٪ ممّن يحتاجون إلى الدواء نالوه في الواقع، علماً أنّ ١٦٪ فقط من المجيبين حصلوا عليه من مراكز الرعاية الصحية الأولية، بينما أمّنته نسبة ٩٩٪ من أحد مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص. والخدمات الأكثر تأميناً من قبل مراكز الرعاية الصحية الأولية هما الحفاضات (٥١٪) والمعينات (٥١٪). أما الحاجزان في طريق الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية المذكوران أكثر من غيرهما، فيتمثلان في الحواجز المالية والجغرافية. أضف أن مناقشات مجموعات التركيز كشفت عن وجود حاجة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات كثيرة إلى الخدمات التأهيلية، وهم يشعرون أن ليس في وسعهم الاعتماد فقط على الرعاية المقدمة من الجهات الحكومية، وإنما عليهم عوضاً عن ذلك البحث عن

بدائل بغية الوصول إلى الخدمات الصحية التي يحتاجونها أكثر من غيرها. كذلك قام أصحاب المصلحة والشأن، ممن أجريت معهم مقابلات مصادر المعلومات الأساسية، بوصف الخدمات المقدمة من قبل مؤسساتهم، وأقرّوا بوجود الحواجز الجغرافية وتلك المتّصلة بالنقل والاتّصال التي يجابهها الأشخاص ذوو الإعاقة عند وصولهم إلى مراكز تلك المؤسسات.

يُختتمُ التقرير بمجموعة من التوصيات القائمة على نتائج الدراسة.

## قائمة الجداول

- الجدول ١: المشاركون في المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية
- الجدول ٢: التوزع العمري للأشخاص ذوي الإعاقة
- الجدول ٣: الوضع المعيشي الحالي حسب نوع الإعاقة
- الجدول ٤: توزع أنواع الإعاقة وأسبابها مفصلة حسب الهوية الوطنية
- الجدول ٥: أسباب الإعاقة حسب العمر
- الجدول ٦: توزع أوضاع العمل حسب الهوية الوطنية والنوع الاجتماعي
- الجدول ٧: أسباب عدم عمل الأشخاص ذوي الإعاقة مفصلة حسب نوع الإعاقة
- الجدول ٨: النسبة المئوية لمعدل الدخل الشهري الوسيط للأسرة
- الجدول ٩: الاحتياجات الأساسية
- الجدول ١٠: الحاجة إلى الخدمات الصحية حسب نوع الإعاقة
- الجدول ١١: متوسط المرات التي تم فيها طلب خدمة الرعاية الصحية في خلال الأشهر الاثني عشر الماضية
- الجدول ١٢: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة المعلنين عن خدمة مسّت الحاجة إليها وما إذا كانوا قد تلقّوها أم لا
- الجدول ١٣: توزع الخدمات المقدّمة من مراكز الرعاية الصحية الأولية مفصلة حسب الهوية الوطنية وحمل البطاقة
- الجدول ١٤: أنواع الحواجز التي تعترض الوصول إلى الخدمات الصحية
- الجدول ١٥: أنواع الحواجز التي تعترض الوصول إلى الخدمات الصحية حسب الهوية الوطنية
- الجدول ١٦: مستوى رضى المجيبين عن مراكز الرعاية الصحية الأولية
- الجدول ١٧: توزع المجيبين حسب العلاقة بين حاجتهم إلى المساعدة عند القيام بالأنشطة اليومية والخصائص الاجتماعية الديمغرافية
- الجدول ١٨: مقياس الرضى في ما يتعلق بالبيئة حسب المجيبين
- الجدول ١٩: موقف الناس من الأشخاص ذوي الإعاقة
- الجدول ٢٠: أمثلة على الخدمات الصحية ومعدل تكرارها الضروري، حسب ما ذكره المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز

## قائمة الرسوم والأشكال

- الشكل ١: توزع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المحافظات
- الشكل ٢: توزع المجيبين
- الشكل ٣: توزع المجيبين حسب نوع الإعاقة
- الشكل ٤: النسبة المئوية لتوزع العينة حسب الجنس والهوية الوطنية والحالة الاجتماعية
- الشكل ٥: النسبة المئوية للمستوى الدراسي للأشخاص ذوي الإعاقة
- الشكل ٦: توزع الأشخاص ذوي الإعاقة وفق الهوية الوطنية والحصول على البطاقة حسب المحافظات
- الشكل ٧: الوضع المعيشي الحالي للأشخاص ذوي الإعاقة
- الشكل ٨: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في المنزل نفسه
- الشكل ٩: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفيدون عن مشكلات صحية إضافية
- الشكل ١٠: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين استخدموا بطاقة المعوق في خلال الأشهر الاثني عشر الماضية
- الشكل ١١: النسبة المئوية للخدمات التي تم الحصول عليها باستخدام بطاقة المعوق
- الشكل ١٢: أسباب عدم طلب البطاقة وعدم قبول منحها والحصول عليها
- الشكل ١٣: أسباب عدم العمل
- الشكل ١٤: المعيل الرئيسي
- الشكل ١٥: النفقات الصحية الشهرية
- الشكل ١٦: نوع النفقات المتعلقة بالصحة (على أساس شهري)
- الشكل ١٧: رضى الأشخاص ذوي الإعاقة عن مصادر المعلومات الصحية المتوافرة
- الشكل ١٨: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة المحتاجين إلى خدمات الرعاية الصحية
- الشكل ١٩: الخدمات المصرح بها حسب حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة
- الشكل ٢٠: الحواجز القائمة مفصلة حسب المحافظات
- الشكل ٢١: أنواع الحواجز القائمة مفصلة حسب المحافظات
- الشكل ٢٢: توزع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب انطباعاتهم عن مراكز الرعاية الصحية الأولية
- الشكل ٢٣: النسبة المئوية للمجيبين الذين لديهم شخص من يساعدهم في أنشطتهم اليومية
- الشكل ٢٤: توزع مشاعر المجيبين عند مواجهة القيود على الأنشطة وعلى المشاركة الاجتماعية
- الشكل ٢٥: المواضيع المحورية والمواضيع المحورية الفرعية المستقاة من مناقشات مجموعات التركيز
- الشكل ٢٦: المواضيع المحورية والمواضيع المحورية الفرعية المستقاة من المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية

# الخلفية

لا تزال المجالات المعتبرة أساسية في الحياة العصرية في لبنان، من الرعاية الصحية والتعليم والإسكان إلى العمل والنقل والانخراط في العمل السياسي، متاحة على نحو غير منصف لمجموعة متنوّعة ومستضعفة من السكّان والتي يزيد عديدها على ٤٠٠.٠٠٠ شخص ذي إعاقة<sup>١</sup>. والحقيقة أن نقص فرص الحصول على خدمات الصحة والتأهيل والمعينات والتجهيزات يستمرّ تحدياً هاماً لراحة هؤلاء الأشخاص ورعايتهم. إنّ غياب المعلومات السهلة الإتاحة وواسعة الانتشار عن توافر الخدمات، وعدم إمكانية الوصول إلى البنى الصحية، والعدد غير الكافي من العاملين الصحيين الممتازين والقادرين على التقمّص الوجداني في مراكز الرعاية الصحية الأولية، والتوزيع الجغرافي غير المتساوي للموارد الصحية ونقص وسائل النقل المؤهلة سوى بعض الأمثلة على نظام غير صحيح البناء أو المستمرة صيانتها دون التفكير في احتياجات هذه المجموعة الضعيفة من السكان. إلا أنّ في أساس هذه المخاوف منظومة تصنيف الإعاقة المقامة على بنية قديمة الطراز وبالنية هي التصنيف الدولي للوظائف والإعاقة والصحة، وهي تفشل في التصدي بشكل مناسب للعوائق الاجتماعية والبيئية السائدة ولنظام توفير التقديرات والخدمات معطل لا ينجح في ربط كل شخص ذي إعاقة بالخدمات والأجهزة التي كثيراً ما تشتد الحاجة بهم إليها.

المؤكد أنّ الأزمة الاقتصادية المتواصلة (التي تتعدّى بمجموعة عوامل) قد لعبت دوراً في الحفاظ على، إن لم تساهم في زيادة، تدهور الأوضاع. كما ترك اعتماد إجراءات مالية تقشفية أثراً في موازنات الرعاية الصحية والاجتماعية، وهذه تدابير تنزع إلى التأثير بشدّة أولاً وإلى أقصى الحدود في الجماعات الضعيفة المعرضة للخطر من السكان كالأشخاص ذوي الإعاقة على كل الأصعدة. غير أن الحقوق والمتطلبات التي ينص عليها القانون ٢٠٠٠/٢٢٠ المتطور رغم بعض نقاط الضعف ليست محقّقة، إذ نجد الخدمات والأجهزة المقدمة من الحكومة تتوافر على نحو غير متناسق لأكثرية الأشخاص المعوقين اللبنانيين الذين يحتاجونها. والنتيجة هي أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم الأشدّ فقراً وحرماناً بدليل النتائج الصحية والمعيشية الأسوأ مع إمكانية الوصول الأدنى إلى الفرص الاقتصادية والرعاية الصحية الجيدة والخدمات الاجتماعية التي تمس إليها الحاجة. وفي غياب السياسات الحكومية التي تضمن الإدماج ورصد الموارد المناسبة والكافية اندفعت منظمات المجتمع المدني الأهلي لتقدم جزءاً هاماً من الخدمات إلى الأشخاص ذوي الإعاقة.

<sup>١</sup> Combaz.E- Situation of persons with disabilities in Lebanon-١٥ July ٢٠١٨

## القطاع الصحي

يعتبر الحصول على الرعاية الصحية النوعية من أهم الأهداف ذات الأولوية لأي نظام صحي، إذ قد يحسن استخدام الرعاية الفعالة المتمحورة حول الفرد بصورة ملحوظة الحصائل الصحية ويسمح بتفادي ارتفاع معدل الوفيات السابقة لأوانها ٢. وذلك كما ينص إعلان ألما أتا (أساتنه) الطموح الصادر في العام ١٩٧٨، الذي دعت فيه منظمة الصحة العالمية إلى تأمين "الصحة للجميع"، إلى أهداف التنمية المستدامة المعتمدة حالياً (وتحديدا الهدف ٣)، الذي يضمن توافر الخدمات الصحية وخدمات التأهيل المتاحة على نطاق واسع والتي لا توجد عسرا ماليا. وهذا تطلع يواصل التوق إليه الكثير من أصحاب الشأن الدوليين والوطنيين، بما في ذلك لبنان.

يتّسم نظام الرعاية الصحية الوطني اللبناني المعتمد على مزيج مفتت (أو متنوع ومتفاوت) من مقدمي الخدمات الصحية والاجتماعية العموميين والخصوصيين والمنظمات غير الحكومية، بالتداخل في بعض مجالات التغطية والفجوات أو الثغرات في بعضها الآخر. وهو يخضع لهيمنة القطاع الخاص الموجه نحو الرعاية الاستشفائية (٤٨٪ من نفقات الصحة العامة) بدلا من التدابير الصحية الأولية والوقائية. مع ذلك، نجحت الإصلاحات الهامة التي أطلقتها وزارة الصحة في الأعوام القليلة الأخيرة في تحريك القطاع نحو المزيد من الإدارة الجماعية وصناعة القرارات المعتمدة على الدلائل والقرائن. وتشير تصنيفات دولية عديدة للرعاية الصحية، على سبيل المثال، إلى أن لبنان قد أنجز تحسينات هامة على صعيد التغطية الصحية الإجمالية وأداء المنظومة. فوفقا لمؤشر الحصول على الرعاية الصحية وجودتها للعام ٢٠١٨، الذي اعتمد الوفيات القابلة للتعديل (الوفيات الناجمة من أسباب ينبغي ألا تطرأ في حضور الرعاية الطبية الفعالة) للاقتراب من المستويات الوطنية للحق في الرعاية الصحية الشخصية وجودتها، حل لبنان في المرتبة الثالثة والثلاثين بين ١٩٥ دولة ٣ وتتميز الرعاية الصحية المتاحة للعامة، والتي تتقدم على غيرها على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة، بالتشديد حاليا بصورة أكبر على جودة الرعاية مع الابتعاد عن الخدمات الصحية الموازية باتجاه توفير الدعم المكثف عبر شبكة مراكز الرعاية الصحية.

يعادل الإنفاق الإجمالي ضمن النظام الصحي في لبنان، حسب وزارة الصحة العامة، ما نسبته ٧,٥٪ من ناتج البلاد المحلي العام (وبما أن هذا الناتج المقدر للعام ٢٠١٧ قد بلغ ٥٣,٤ مليار دولار، فإن ذلك يعني إنفاق حوالى أربعة مليارات دولار على الخدمات الصحية). ٤ وتتم تغطية هذه النفقات بواسطة ثلاثة مصادر تمويل رئيسية بنسب متساوية تقريبا: فالثالث تغطيه شركات التأمين الخاصة وبرامج المعتمدة على المساهمات أو الاشتراكات

٢ World Health Organization, Geneva ٢٠٠٧ Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.

٣ Healthcare Access and Quality Collaborators, measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for ١٩٥ countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study ٢٠١٦. Lancet

٤ The Lebanese Healthcare Sector: In Urgent Need of Reforms (Blominvest Bank, ٢٠١٨)

كالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي؛ ويتألف الثلث الثاني من المدفوعات المباشرة من جيوب المرضى؛ والثلث الباقي تؤمنه الحكومة من عائدات الجباية أو الضرائب. لا يشمل ذلك المبالغ التي يقدمها الواهبون الدوليون كالاتحاد الأوروبي، وذلك دعماً للخدمات الصحية والاجتماعية التي توفرها الحكومة والجمعيات غير الحكومية للفقراء وشديدي التعرض والتأثر. ولا يتمتع حوالي ٥٠٪ من سكان لبنان بتغطية التأمين الخاص وهم معرضون لتحمل تكاليف ونفقات صحية مرتفعة، بينما نجدهم يفتقرون إلى وسائل الحماية الاجتماعية الأساسية كرواتب التقاعد والتأمين ضد البطالة؛ وهم عوضاً عن ذلك يكتفون من الاعتماد على وزارة الصحة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لتغطية أو إعادة دفع جزء من فاتورة الاستشفاء. مع ذلك، وعلى الرغم من الإصلاحات المعتمدة والموارد المالية المتاحة، يختبر السكان منخفضو الدخل عبر البلاد بمن فيهم الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة عدم الإنصاف وتعذر إمكانية الوصول في النظام الصحي، مما يجعلهم في الغالب مضطرين للاختيار بين الدفع في مقابل الخدمات الصحية أو للحصول على الضروريات الأخرى كالطعام.

## القانون ٢٠٠٠/٢٢٠

أقرّ مجلس النواب في العام ٢٠٠٠ القانون ٢٢٠ الخاص بحقوق الأشخاص المعوقين. وهذا القانون الشامل، الذي يظل القسم الأكبر منه غير مطبق، يشترط على الحكومة اللبنانية ضمان تأمين مجموعة حقوق ترمي إلى دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، وذلك عن طريق توفير الأجهزة اللازمة أو المعينات، والخدمات الصحية، والتعليم، ومبادرات تأهيل البيئة العمرانية، وخدمات التشغيل والتوظيف، إلى جانب اعتماد الكوّة والغرامات والحوافز لمقدمي الخدمات وأصحاب العمل. تحقيقاً لهذه الأهداف، قضى القانون بتشكيل الهيئة الوطنية لشؤون الإعاقة، وهي هيئة تعنى بصياغة الاستراتيجيات وصنع القرارات المتعلقة بقضية الإعاقة.

كذلك دعا القانون إلى اعتماد نظام بطاقة الإعاقة الذي تديره وزارة الشؤون الاجتماعية، الذي يمكن بموجبه للأشخاص ذوي الإعاقة، الذين تنطبق عليهم التعريفات الضيقة المرتكزة على المرض الخاص بالإعاقات الحركية، أو السمعية أو البصرية أو الذهنية (الموصوفة في تصنيف الإعاقة الرسمي)، أن يقوموا بالتسجيل فيه والحصول على الخدمات والتقديمات من الحكومة. وتفيد وزارة الشؤون الاجتماعية أنه حتى شباط ٢٠٢٠ استحق ١١٣.٠٠٠ شخصاً بطاقة المعوق الشخصية وحصلوا عليها، علماً أن مصادر متنوعة تضع العدد المقدر للأشخاص ذوي الإعاقة في البلاد على مستوى ٤٠٠.٠٠٠.

تقدم الحكومة اللبنانية في الوقت الحاضر، وعبر وزارة الشؤون الاجتماعية ونظام بطاقة المعوق الشخصية، الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين استناداً بالدرجة الأولى إلى سياستين معتمدين. بموجب أولاهما،

تبرم الوزارة عقوداً مع جمعيات غير حكومية وطنية تنشط في قطاع الإعاقة حتى توفر الإيواء والخدمات الطبية والتأهيلية والتعليمية والمهنية لحملة بطاقة المعوق الشخصية اللبنانيين. وحسب وزارة الشؤون الاجتماعية، استفاد ما مجموعه ٨.٦٠٠ (أو أقل من ٨٪ من مجموع حملة بطاقة المعوق الشخصية) من هذا البرنامج في العام ٢٠١٨، وذلك على الرغم من بلوغ تكلفة البرنامج حوالي ٤٤ مليون دولاراً (تقرير مصلحة المعوقين في وزارة الشؤون الاجتماعية، ٢٠١٩). والمؤسف أن المجموعة المتنوعة من التقديمات التي يؤمنها هذا البرنامج في مقابل الشرط الوحيد المتمثل في حمل بطاقة المعوق الشخصية قد أسفرت عن نظام باهظ الكلفة، علماً أن في إطاره يجوز لعدد صغير من الأفراد المندفعين استغلال أي خدمة أو تقديمة سواء كانت على صلة بإعاقتهم أم لا، في حين لا تتم تلبية احتياجات الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة الآخرين.

أما السياسة الأخرى المعتمدة لتوفير خدمات محددة خاصة بالإعاقة، فهي برنامج تأمين حقوق الأشخاص المعوقين، الذي أقامته وزارة الشؤون الاجتماعية في العام ١٩٩٤. يؤمن هذا البرنامج للأشخاص ذوي الإعاقة التجهيزات والمواد الضرورية كالطراحيات والكراسي المتحركة والعكازات. ويبلغ عدد المستفيدين سنوياً حوالي ١١.٠٠٠ مع موازنة تشغيل سنوية تناهز ٨ ملايين دولار (تقرير برنامج تأمين حقوق الأشخاص المعوقين للعام ٢٠١٩). وهذا البرنامج استثنائي للغاية، إذ يعتبر حملة بطاقة المعوق الشخصية من ذوي الإعاقات الجسدية/الحركية والذهنية أهلاً للحصول على التقديمات، علماً أن حملة بطاقة المعوق الشخصية في جميع الحالات الأخرى يمكن لهم الحصول على الخدمات والتقديمات نفسها بصرف النظر عن نوع الإعاقة.

يقدم البرنامج أيضاً خدمات محددة خاصة بالإعاقة إلى اللبنانيين من حملة بطاقة المعوق الشخصية في عدد صغير من المراكز المتعاقدة معها وزارة الشؤون الاجتماعية، وهي تقوم في محيط المناطق المدنية حول البلاد. كما تقدم الخدمات الصحية العامة والمتخصصة (ولكن غير الخاصة المتصلة بالإعاقة) بكلفة متدنية لجميع اللبنانيين، بمن في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة في مراكز الرعاية الصحية الأولية (وزارة الصحة العامة) ومراكز التنمية الاجتماعية (وزارة الشؤون الاجتماعية) الموزعة عبر لبنان. وتختلف الخدمات المقدمة من مركز إلى آخر، مما يعني أن قرب مركز الرعاية الصحية أو مركز التنمية الاجتماعية من مكان سكن الشخص ذي الإعاقة لا يعني توافر الخدمة التي تمس به الحاجة إليها في منطقة إقامته. أما فيما يتعلق بدخول المستشفيات، فينص القانون ٢٢٠ على وجوب تغطية وزارة الصحة أكلاف الاستشفاء غير الطارئ بنسبة ١٠٠٪ لكل شخص يحمل بطاقة المعوق. غير أن بعض المستشفيات تعترض على الشروط من خلال رفضها استقبال أي شخص تتولى وزارة الصحة تغطيته مالياً بصرف النظر عن الضرورة الطبية، وهي تعطل ذلك بتأخر الوزارة في تسديد المستحقات من رسوم ومصاريف.



تجدر الإشارة إلى أن النظام غير المنصف والمتعذر الاستفاد منه، والمؤتلف مع المضاعفات السياسية التي تبدو غير قابلة للمعالجة والتذليل والتي حالت دون مصادقة الدولة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، قد أسهم في إحساس متنامٍ بالإحباط في أوساط الأشخاص ذوي الإعاقة. في تشرين الثاني ٢٠١٥ دعت المراجعة الدورية العامة من المجتمع المدني في لبنان الحكومة اللبنانية إلى المصادقة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتطبيق القانون ٢٢٠ بصورة تامة ٥. من جهتها، باشرت وزارة الشؤون الاجتماعية عقد اجتماعات تشاورية مع الهيئة الوطنية لشؤون الإعاقة وجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة. على الرغم من ذلك لا تزال الاتفاقية دون مصادقة، ويظل القانون ٢٢٠ مطبقاً بصورة جزئية مع تعليق الكثير من بنوده الرئيسية في الوقت الحاضر.

في العام ٢٠١٥، وبعد تعيين مدير عام جديد لوزارة الشؤون الاجتماعية وانتخاب هيئة وطنية جديدة لشؤون الإعاقة، صدرت دعوات من أجل مراجعة السياسات السابقة بغية تحقيق هدفين رئيسيين: (١) انتهاج سياسات تتماشى مع روح اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والقانون ٢٢٠، أي السياسات المعتمدة على الإدماج وحقوق الإنسان، و (٢) السماح لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة بانتهاز الفرصة للإفادة من تقديم التجهيزات والمواد التي تمس إليها الحاجة. لكن أحد الهموم الكبرى المستمرة يتمثل في التكلفة. فسوء الإدارة المالية في الأعوام الموصلة إلى أزمة العام ٢٠١٩ المالية إلى جانب تسعة أعوام من الحرب الأهلية في سوريا التي أدخلت ١٥٠.٠٠٠ شخصاً ذا إعاقة إضافياً إلى النظام القائم أمور عملت على إيجاد وضع بالغ الصعوبة والتحدي أمام الخدمات الاجتماعية وغيرها في البلاد، وهو وضع لا ينتظر فيه اعتماد التقشف المبرمج ولكنه يبيت شرطا سياسيا ضروريا لا غنى عنه.

بغية تحقيق الأهداف المذكورة سابقا باستخدام الموازنة نفسها أو أصغر منها، باشرت وزارة الشؤون الاجتماعية عقد لقاءات تشاورية مع الهيئة لشؤون الإعاقة وجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها. ورأى الكثير من جمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة ضرورة مراجعة التعريف الرسمي للإعاقة ونظام تصنيف الإعاقة من أجل جعل الأكاليف المدفوعة أكثر نجاعة وكفاية. وربط تقديم الخدمات بإعاقة الفرد (بما في ذلك درجة الإعاقة أو حدتها) وبالحاجة الموثقة هو حاليا يعتبر الاستراتيجية الرئيسية للتقديم المنصف للخدمات الضرورية والمواد والتقديمات الأخرى للأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان.

## التعريف في القانون ٢٠٠

يتألف القانون ٢٢٠ من عشرة أبواب و١٠٢ مادتين تتناول مجالات عدة كالتعريف واعتماد نظام لتصنيف الإعاقة، وتشكيل الهيئة الوطنية لشؤون الإعاقة، والحق في الصحة والخدمات الصحية، والحق في البيئة المؤهلة (إمكانية الوصول)، والحق في وسائل النقل المؤهلة، وفي مواقف خاصة بسياراتهم وبرخص قيادة السيارات، والحق في السكن اللائق، والحق في التعليم والرياضة، والحق في العمل وتقديمات الضمان الاجتماعي، إضافة إلى أحكام ضريبية وتنظيمية متفرقة.

يعرّف القانون ٢٢٠ الشخص ذا الإعاقة كما يلي:

”المعوق هو الشخص الذي تدنت أو انعدمت قدرته على: ممارسة نشاط حياتي هام واحد أو أكثر، أو على تأمين مستلزمات حياته الشخصية بمفرده. أو المشاركة في النشاطات الاجتماعية على قدم المساواة مع الآخرين، أو ضمان حياة شخصية أو اجتماعية طبيعية بحسب معايير مجتمعه السائدة، وذلك بسبب فقدان أو تقصير وظيفي، بدني أو حسي أو ذهني، كلي أو جزئي، دائم أو مؤقت، ناتج عن اعتلال بالولادة أو مكتسب أو عن حالة مرضية دامت أكثر مما ينبغي لها طبيياً أن تدوم“.

للتعريفات أهميتها نظراً إلى نشوء نظام التصنيف الذي تعتمد أي حكومة، ولو جزئياً، من الأساس المفاهيمي الذي تعرف بموجبه ”الإعاقة“ (على سبيل المثال، تعريف تعتبر الإعاقة بموجبه قصوراً ناتجاً من العجز، يعتبر نظرة مميزة للنموذج الطبي). والتعريف المعتمد من قبل الحكومة اللبنانية يضمن النظر إلى الإعاقات من خلال منظور التصنيف الدولي الموجه طبياً للإعاقات على درجاتها الذي طورته منظمة الصحة العالمية في العام ١٩٨٠. وهو يمثل نقطة وسطى بين التعريفات الغربية المتسعة، التي تسفر عن نسبة مرتفعة من الأشخاص ذوي الإعاقة بين مجمل عدد السكان (كما هي الحال في الولايات المتحدة) والتعريفات الضيقة التي تعتمد دول نامية كثيرة والتي تؤدي إلى نسبة منخفضة.

يتضمن التصنيف الدولي للإعاقات أربع فئات للإعاقة يعبر عنها القانون اللبناني:

١. الإعاقة الجسدية/الحركية
٢. الإعاقة البصرية
٣. الإعاقة السمعية
٤. الإعاقة الذهنية/الفكرية

استناداً إلى هذه الفئات، عمدت وزارة الشؤون الاجتماعية لاحقاً إلى تفصيل قائمة تشخيصية من ١٥٨ سبباً للإعاقة. ويتطلب قبول الشخص في نظام بطاقة المعوق التابع لوزارة الشؤون الاجتماعية تشخيصه متمتعاً بأحد هذه الأسباب من قبل طبيب أحد مراكز إصدار البطاقة التابعة للوزارة.

على الرغم من شمولية القانون ٢٢٠، فإنه يشكو من عيوب فاضحة عدة. على سبيل المثال، يعتبر التعريف اللبناني للإعاقة شديد التأثير بالنموذج الطبي، مما يعني أن الحواجز والعوائق البيئية العديدة التي تحول دون قدرة الشخص ذي الإعاقة على العيش بصورة طبيعية لا توضع في الحسبان، وذلك على نقيض تصور "الإعاقة" ومفهومها المعتمد في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. عليه، يستثنى الأشخاص ذوو الإعاقة الذين لا يُصنّفون ضمن إحدى فئات الإعاقة المركزة طبيًا من التمتع بالامتيازات والتقديمات المتاحة، بما في ذلك بعض الموارد الصحية والتأهيلية. علاوة على ذلك، عالج القانون مفهوم إمكانية الوصول بطريقة أحادية الجانب، وقد وجه الانتباه نحو إزالة العوائق المادية من البيئة المحيطة، بينما تجاهل الحواجز والعقبات الاجتماعية والسلوكية وغيرها كتلك التي يتم اختبارها داخل الكثير من المرافق الصحية التي تديرها الحكومة. كما فشل القانون أخيرًا في التصدي بصورة صحيحة مناسبة الإدماج، وافترق إلى استراتيجية واضحة للابتعاد عن ممارسة الإيواء المنهجي المنتظم في المؤسسات باتجاه إقامة البيئات الدامجة.

تلقي مسؤولية رقابة تطبيق القانون على عاتق الهيئة الوطنية لشؤون الإعاقة المكونة من ١٨ عضواً، منهم أربعة ممثلين لجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة، وأربعة ممثلين عن المؤسسات أو الجمعيات غير الحكومية، وأربعة يمثلون الأشخاص ذوي الإعاقة أو المستفيدين من الخدمات يتم انتخابهم من صفوف حملة بطاقة المعوق الشخصية؛ وأربعة من موظفي وزارة الشؤون الاجتماعية، واثنان يعينهما الوزير. يتولى الوزير رئاسة الهيئة. ليس القانون في هذا المجال بعيداً عن استيفاء المعايير الدولية الأساسية التي أرستها موثيق واتفاقيات وشرعات وأدوات دولية عدة، تركز على مبدأ صناعة القرارات التشاركي والحاجة إلى ضمان التمثيل الحقيقي للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الهيئات ذات الصلة واللجان الهامة وعمليات صنع القرارات. مع ذلك، يظل تطبيق القانون أمراً صعباً ينطوي على التحدي، لأن كل قسم منه يتطلب إصدار مرسوم تطبيقي يمر عبر مجلس الوزراء، وذلك من أجل تنظيم الإجراءات التطبيقية ذات الصلة والمضي فيها قدماً. ويستغرق إعداد هذه المراسيم وإصدارها وقتاً بدليل عدم إصدار العديد منها حتى الآن.

## الجوانب الصحية في القانون ٢٢٠

لا مجال للشك في أن الحصول على الخدمات الصحية المناسبة من أولى أولويات الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الشباب بينهم والأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والجسدية/الحركية. إلا أن النقص العام في التغطية الطبية ومحدودية الخدمات وعدم الاتساق في توافرها مع المواد الخاصة بالإعاقة تظل عقبات هامة. بناءً على ما تقدم، يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما أولئك الذين ينتمون إلى أسر متدنية الدخل كثيراً في أي وقت تواجههم مشكلة طبية. مع ذلك، يجب ألا تكون الحال على هذا النحو إذ نجد المادتين ٢٧ و ٢٨ من القانون ٢٢٠ تفترضان أن

الحكومة اللبنانية تزود الأشخاص ذوي الإعاقة بالتغطية الطبية الكاملة المجانية والرعاية الصحية مع كل العقاقير المتصلة وكذلك الأجهزة والمعدات والأدوات الطبية:

### المادة ٢٧ مدى الحقوق

أ. يحق لكل شخص معوق أن يستفيد من الخدمات الصحية وإعادة التأهيل وخدمات الدعم وذلك بكاملها على نفقة الدولة، ممثلة بمختلف الإدارات والهيئات التي تؤمن تلك الخدمات.  
ب. تشمل هذه الخدمات على سبيل التعداد لا الحصر:

١. العمليات الجراحية كافة سواء نتجت عن الإعاقة أم لا: من زرع ومعالجة القروح، وتقويم الأطراف، والاستشفاء في مراكز متخصصة أم لا للعلاج المكثف أو العادي. وتشمل هذه التغطية جميع المعدات والأدوات والمزدرعات وغيرها الضرورية لإنجاح العملية، سواء كانت دائمة أم مؤقتة.

٢. التطبيب (أطباء عامون، اختصاصيون، أطباء أسنان...) والأدوية والأشعة والتحاليل المخبرية وغيرها من العلاجات والفحوصات المؤقتة والدائمة (تحاليل خاصة للمولود الجديد: منها لعدة الدرقية — فينيل الأنين، G٦PD، تقييم نفسي، تخطيط للسمع...)

٣. العلاج التأهيلي والمتخصص الداخلي والخارجي، (علاج فيزيائي انشغالي نطقي سمعي، نفساني).

٤. المعينات التقنية والتجهيزات من أجهزة تعويضية متحركة وثابتة (اطراف وسماعات، وعين اصطناعية وغيرها)، أشكال تقويمية، ومعينات للتنقل كراسي نقالة (عصي وعكازات) معينات للسلس المزدوج، وللوقاية من القروح، كافة المزدرعات المستخدمة في العمليات الجراحية وتشمل هذه الخدمات الصيانة حين تستجد.

### المادة ٢٨ التغطية الشاملة

يحق للشخص المعوق الاستفادة من التغطية الشاملة التي تؤمنها وزارة الصحة العامة إن على أساس التغطية الأصلية إذا لم يكن يستفيد من أية تغطية أخرى، أو على أساس التغطية الإضافية تضاف إلى أية تغطية أخرى لا تغطي الخدمات إلا جزئياً، ويبقى مستفيداً من سائر الخدمات الأخرى (تعويضات عائلية وغيرها) التي تؤمنها الجهة الضامنة التي ينتمي إليها.

من المؤسف أن يتسم مستوى تطبيق بنود الصحة الملخصة في هاتين المادتين بكونه محدود للغاية. من ناحيتها، تواصل وزارة الصحة العامة تغطية أكلاف الأطراف الصناعية ولو بمستوى متدن على نحو هام. أما وزارة الشؤون الاجتماعية، ومن خلال برنامج تأمين حقوق المعوقين، فتواصل إبرام عقود مع المؤسسات الخارجية حتى تؤمن المواد للأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين من حملة بطاقة المعوق الشخصية. وتستمر الوزارتان في تغطية تكلفة جلسات العلاج الطبيعي للأشخاص ذوي الإعاقة. إلا أن كلفة الاستشفاء تظل إشكالية. وكان الوزيران المختصان في مناسبتين مختلفتين أصدرتا تعاميم من أجل تعزيز وإعادة تأكيد اعتماد بطاقة المعوق باعتبارها مستند قانوني للحصول على الخدمات الصحية الاستشفائية (في العام ١٩٩٥، وفي العام ٢٠١٢) ومطالبة المستشفيات بقبول الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يبرزون بطاقات المعوق الشخصية وتقدم لهم المعالجة الطبية. غير أن معظم مدراء المستشفيات يعربون عن شعورهم بأن هذه التعاميم غير عملية نظراً إلى أن الأموال الزهيدة المرصودة لهذا الغرض تنزع إلى أن تستهلك بسرعة (مع حلول منتصف الشهر عادة)، بينما تتسم الكلفة المرتبطة بمعالجة المرضى المقيمين من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الارتفاع، ولا سيما في حالات القروح أو تلك التي تستدعي الاستعانة بالعاملين المتخصصين وبالمعدات الطبية. نتيجة لذلك، يسجل عدم التقيد بالتعاميم في أغلب الأحيان من قبل المستشفيات، بما فيها المستشفيات الحكومية.

عدا ذلك لا يتم حالياً توفير تغطية الدعم الطبي للمرضى الخارجيين غير المقيمين لجهة الرعاية الطبية وخدمات المختبر والمعالجة والأدوية للأشخاص ذوي الإعاقة من حملة بطاقة المعوق الشخصية وفقاً لأحكام القانون (الذي ينص على عدم تحميلهم أي أكلاف)، علماً أن هذه التغطية في أغلب الأحيان غير متاحة جغرافياً. على أن معظم الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين من غير حملة بطاقة المعوق الشخصية يتعذر عليهم تحمل الأكاليف الرعاية الطبية العامة والمتخصصة، وخدمات التأهيل، والأدوية والمعينات وأسعار وسائل النقل المؤهلة والرعاية الصحية عالية الجودة.

## النازحون السوريون

اختبر لبنان تدفقاً غير مسبوق للنازحين أو اللاجئين من سوريا، وقد بلغ مجموعهم الذروة مع تسجيل ١,٢ مليون نازحاً في منتصف العام ٢٠١٥. وكان التصاعد المذهل في مجموع المقيمين قد شكل ضغطاً هائلاً على الموارد المحدودة وعلى الخدمات العامة الممتدة أصلاً إلى أبعد من طاقتها القصوى. وقد شعر المعنيون بهذا الضغط بشدة في القطاع الصحي مع إفادة وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية عن معدل وسطي للزيادة في الاستفادة من خدماتهما بنسبة ٤٠٪ في أوقات مختلفة من السنة.

<sup>٦</sup> Elwood D. Carlson, Nathalie E. Williams, Comparative Demography of the Syrian Diaspora: European and Middle Eastern Destinations, Springer Nature, ٢٠١٩, Volume ٢٠ of European Studies of Population Series, ISSN ١٣٨١-٣٥٧٩ p1١٩

تتوافر خدمات الرعاية الصحية الأولية للسوريين سواء كانوا مسجلين أم غير مسجلين، وذلك عن طريق مجموعة متنوعة من المرافق الصحية. تشمل هذه مراكز الرعاية الصحية الأولية الـ ٢١٨ التابعة لوزارة الصحة، و ١٠١١ مركزاً آخرًا للرعاية الصحية الأولية (مستوصفا) ترتبط غالبيتها بالجمعيات غير الحكومية المحلية والدولية. وتؤمن مراكز الرعاية الصحية الأولية خدمات صحية أولية شاملة نسبياً، بينما توفر المستوصفات بما فيها مراكز التنمية الـ ٢٢٨ التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية دعماً صحياً محدوداً في العادة. ويثبت مسح مفوضية اللاجئين السامية التابعة للأمم المتحدة في العام ٢٠١٨ للرعاية الصحية واستعمالها أن المستبنيين يطلبون الخدمات للحالات الحادة والمزمنة عبر هذه المرافق ومنها، وذلك استناداً على الاحتياجات والمعلومات المتوافرة لهم عن الخدمات المتاحة. ويتاح انتفاع النازحين السوريين من خدمات الاستشفاء والرعاية الطبية عن طريق شبكة تضم أربعين من المستشفيات العامة والخاصة الموزعة عبر لبنان، علماً أن الرعاية المدعومة تقتصر حالياً على حالات الولادة وتلك المهددة للحياة أو بخطر الوفاة، علماً أن نسبة الدعم للاستشفاء تبلغ ٧٥٪، بينما يتولى السوريون تغطية الفرق.

تعتبر الموارد المتاحة لضمان التأمين العادل للخدمات الصحية الأساسية والضرورية للنازحين السوريين محدودة إجمالاً. ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة السوريون صعوبات أكبر وأقسى في الحصول على الخدمات التي يحتاجونها من قطاع صحي يفتقر إلى إمكانية الوصول على جميع المستويات.

# المنهجية

## ١. تصميم الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى فحص إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية في لبنان واستفادة الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين والسوريين منها؛ وإلى إبراز الحواجز والعوائق التي يجابهونها باستخدام دراسة عبر قطاعية تشمل خمس مناطق في البلاد (بيروت، جبل لبنان، الشمال، الجنوب والبقاع)، مع اعتماد مقارنة متعدّدة الطرق ومتداخلتها تنطوي على أساليب البحث الكمية والنوعية أو الكيفية.

## ٢. طريقة البحث الكمية

### ٢.١. طريقة تكوين العينة

استهدفت الدراسة الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية، الذهنية، البصرية والسمعية ممن لم يلتحقوا بمؤسسات الرعاية وتجاوزا سن ١٧ عاماً. ولأغراض هذه الدراسة يشير الإلتحاق بمؤسسة رعائية إلى الإقامة بدوام كامل في مؤسسة رعاية خاصة بالتأهيل أو بالتعليم. بغية احتساب حجم عينة معبّرة، صار إلى تحديد عديدها بالإستناد إلى مراجعة الأدبيات ثم إلى تقسيمها على ثلاث مجموعات: مجموعة اللبنانيين المسجلين في نظام بطاقة المعوق الشخصية التابع لوزارة الشؤون الإجتماعية، ومجموعة اللبنانيين من غير حملة بطاقة المعوق، ومجموعة السوريين. وتم احتساب حجم العينة البالغ ١٠٣٨.١ بالإعتماد على حاسبة حجم العينات الموصولة بشبكة الإنترنت.<sup>٧</sup>

• لإختيار المجموعتين من اللبنانيين، صار إلى اعتماد ٩٠٠.٠٠٠ من السكّان<sup>٨</sup> (وصار إلى استخدام مجمل الأشخاص المقيمين في لبنان بهدف ضمان إنتشار جميع الإعاقات (الجسدية أو الحسية والذهنية أو العقلية أو غيرها))، مع هامش الثقة بنسبة ٩٥٪، وهامش الخطأ بنسبة ٥٪، ونسبة ٥٠٪ للتكرار المتوقع. وقد تمّ تحديد الحجم النهائي لكل مجموعة عند مجموع ٣٨٤.

○ المجموعة الأولى، لبنانيون مسجلون في نظام بطاقة المعوق في وزارة الشؤون الاجتماعية، وقد تمّ اختيارهم استناداً إلى قائمة وفّرتها الوزارة، (وهي تتألف من ٤٨.٧٧٠ ممن أعطوا موافقة مسبقة

<sup>٧</sup> Epi info/ STATCALC/population survey

<sup>٨</sup> Combaz.E- Situation of persons with disabilities in Lebanon-١٥ July ٢٠١٨

على الإتصال بهم للإستبيان). وتم إنتقاء المستبنيين تناسبياً مع أعداد حملة بطاقة المعوق عبر مناطق البلاد الخمسة، وقد وزّعوا على فئات الإعاقة الأربع (الجسدية والذهنية والبصرية والسمعية) باستخدام أسلوب العينة العشوائية.

○ أما المجموعة الثانية من اللبنانيين، فضمت الأشخاص ذوي الإعاقة غير المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية، وقد تمّ اختيارهم عشوائياً من بين أولئك الذين يتلقون حالياً أي نوع من الخدمات من جمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة أو الجمعيات غير الحكومية الناشطة في مناطقهم، ومن البلديات في كل منطقة عبر الإتصال بها من أجل الحصول على قوائم بالأشخاص المعروف أنهم ذوو إعاقات.

● فيما يتعلّق بمجموعة السوريين، تمّ اعتماد تكرار متوقّع بحدود ٢٢.٦٪ ٩ ، مع هامش الثقة يعادل ٩٥٪، وهامش الخطأ بنسبة ٥٪، لتكوين عيّنة من ٢٧٠ شخص سوري ذي إعاقة.

○ تمّ اختيار المشاركين عشوائياً من أولئك الذين يتلقون في الوقت الحاضر خدمة من أي نوع من الجمعيات غير الحكومية وجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة في مناطقهم أو من قائمة مفوضية اللاجئين السامية للمخيمات في البقاع، مع استعمال أسلوب تكوين العينة الملائمة.

● كذلك تمّ اعتماد الأشخاص ذوي الإعاقة السوريين واللبنانيين من غير حملة بطاقة المعوق الشخصية عن طريق استعمال عينة كرة الثلج، التي تقوم بالإستكشاف من خلال سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة عمّا إذا كانوا يعرفون بوجود أشخاص ذوي إعاقة آخرين في مناطقهم أو في محلّة سكنهم نفسها.

قامت مؤسسة التعزيز الاجتماعي من ناحيتها بالتنسيق على نطاق واسع مع الجمعيات غير الحكومية الدولية وجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة أو الجمعيات غير الحكومية المحلية (الهيئة الطبية الدولية/آي إم سي، وجمعية مساواة، ومستشفى الرحمة...)، التي تؤمن خدمات صحية للأشخاص ذوي الإعاقة ضماناً لوصول مجموعة متنوّعة جغرافياً من مقدمي الرعاية الصحية والسكان إلى المرضى.

## ٢.٢. تصميم المسح

هدف المسح إلى فحص مستوى الوعي بالخدمات الصحية، والوفرة المدركة، وإمكانية الوصول، والاستفادة والرضى عدا النظر إلى الحواجز الصحية، وأنواع الدعم أو المؤازرة المطلوبة والمتلقاة، وإلى مستويات التغطية للمؤشرات الصحية الأساسية (مع تفصيلها حسب السن والجنس والبيانات الديمغرافية الأخرى). وأعدت أسئلة الإستبيان بعد مراجعة الأدبيات المتعلّقة بهذا الموضوع، استناداً إلى التصنيف الدولي للوظائف والإعاقة والصحة وتماشياً مع إتفاقيّة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وصمّم إستبيان تتمّ الإجابة عليه في مقابلات شخصية مباشرة،

<sup>٩</sup> Humanity & Inclusion- July ٢٠١٨-Lebanon Report- Disability Assessment among Syrian Refugees in Jordan and Lebanon- Removing barriers



وقد تضمّن أسئلة مقفلة الإجابة مع أخرى متعدّدة الخيارات وأخرى مفتوحة الإجابة، وأسئلة تستخدم مقياس ليكرت الخماسي مع ردود تتفاوت من "راضٍ جداً" إلى "خائب الأمل جداً". وقد تكوّن الاستبيان من تسعة أجزاء. (ملحق ١)

عند وضع اللمسات النهائية على مسودة الأسئلة المفترض إدخالها في الاستبيان، الذي صار إلى تشاركه ومناقشته مع شريكي مؤسسة التعزيز الاجتماعي، أي الهيئة الطبية الدولية (آي إم سي) ومنظمة العمل الدولية، فقدّما مدخلاتهما على مجموعة الأسئلة. كما تمّت ترجمة الاستبيان إلى العربية، بينما راجعه خبراء الإعاقة في مؤسسة التعزيز الاجتماعي للتحقق من صحة التعابير المستعملة، ليتّم من ثم ترجمته إلى الإنكليزية مجدداً ضماناً لدقّة الترجمة.

تمّ تحميل الاستبيان على حواسيب اللوح باستخدام منصّة البيانات المحمولة/المتنقلة ماجبي (Data Dyne; Washington, D.C).

## ٢.٣. جمع البيانات

صار إلى جمع البيانات مباشرة من الأشخاص ذوي الإعاقة. أما في حال الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والسمعية، فاستكملت تعبئة الاستبيان في حضور أحد مقدمي العناية أو الرعاية أو أحد أفراد الأسرة لمساعدة المستبين على تقديم الإجابات. وقد أنجز جمع البيانات ستة مسؤولين ميدانيين، شابان وأربع شابات، بهدف ضمان جودة المقابلات الحساسة جندياً. وخضع مسؤولو الميدانيين للتدريب على أيدي موظفي دائرة المراقبة والتقييم، لمدة يومين في أيار ٢٠١٩، وذلك حتى يفهموا بصورة أفضل كيف يديرون المسح باستخدام ماجبي ميدانياً (Magpi). في حزيران ٢٠١٩، جرى يومين تدريب آخرين للمسؤولين الميدانيين، وقد قدّمه منسق المشروع والمستشار التقني للإعاقة، وتناول مواضيع أساسية ذات صلة بالإعاقة والاعتبارات الأخلاقية وآليات المسح.

قبل مباشرة جمع البيانات، جرى اختبار تجريبي للاستبيان في حزيران ٢٠١٩، مع أربعة مشاركين للتحقق من سهولة فهم الأسئلة، ومن شعور الأشخاص ذوي الإعاقة بالإرتياح في الردّ على الأسئلة، والتحقق من عدم وجود أخطاء في شروط تجاوز الأسئلة ضمن الاستبيان. وجرّت معالجة أي نتيجة أسفرت عنها المرحلة التجريبية على ضوء ذلك.

جرى جمع البيانات في خلال فترة امتدّت أربعة أشهر من حزيران إلى أيلول ٢٠١٩. وتمّ تزويد المسؤولين الميدانيين بحواسيب اللوح لإجراء المسح. وقام أفراد دائرة المراقبة والتقييم في أثناء ملء استمارات الاستبيان بزيارات تقويم مع كل مسؤول من مسؤولي الميدانيين للتحقق من إتباعهم التوجيهات والإرشادات التي تدرّبوا عليها. كما بادر المعنيون ببناء على ذلك إلى معالجة أي مشكلة ظهرت من تلك الزيارات.

اتّصل مسؤولو الميدانيين هاتفياً بالغالبية من المستيبين المحتملين قبل نزولهم إلى الميدان. إلا أن البعض جرى انتقاؤهم من كل منطقة في أعقاب بعد عمليات البحث الميداني عن الأشخاص ذوي الإعاقة في المخيمات والبلدات. وعلى الرغم من عدم تفضيل هذه الطريقة، فقد اعتمدها المسح في حالات كثيرة بحثاً عن السوريين وعن اللبنانيين غير الحاملين لبطاقة المعوّق، إذ ثبتت صعوبة تحديد مواضع وجود أفراد هاتين المجموعتين. كما صار إلى تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بشرح كامل عن أهداف الدراسة وعن حقوق المشاركين. أمّا الأشخاص ذوو الإعاقة الذين رفضوا المشاركة والذين هم دون سن الـ ١٨ ولم يكن موجوداً معهم مقدّم رعاية أو فرد من الأسرة لإعطاء الموافقة، فصار إلى استثنائهم من المشاركة في المسح.

## ٢.٤. التحليل الإحصائي

بعد كل يوم عمل ميداني، كان يتمّ تحميل البيانات ومراجعتها بحثاً عن أي عناصر مفقودة. و صار إلى تنقية البيانات وتهيئتها قبل التحليل. واستعمل المعنيون الإحصاء الوصفي والتحليل بغية وصف خصائص المشاركين وتقييم احتياجات الرعاية الصحية والوصول إلى الرعاية الصحية، والعوائق التي تعترضهم عند محاولة الوصول إلى الرعاية الصحية والحصول عليها، ومقارنة المجموعات المختلفة التي تناولها الدراسة. وجرى التحليل بإستعمال رزمة الإحصاء الخاصة بالعلوم الإجتماعية المعروفة بإس بي إس إس (SPSS) ٢٢. واعتمدت نسبة ٩٥٪ لهامش الثقة، مع القيمة الاحتمالية (p.value) أن تساوي أو تقل عن ٠,٠٥٪ لإظهار الدلالة الإحصائية.

## ٣. طريقة البحث النوعية/الكيفية

### ٣.١. مناقشات مجموعات التركيز

بغية الحصول على لمحة أدق وأفضل عن احتياجات الرعاية الصحية، ومستويات الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها واستعمالها، والعقبات والحواجز المرافقة التي يجابهها الأشخاص ذوو الإعاقة، عقدت مناقشات مجموعات التركيز. جدير بالذكر أن تفاعل المجموعة الفطري في مناقشات مجموعات التركيز يتيح استكشافاً أعمق لتجربة حصول الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان على خدمات الرعاية الصحية بينما يساعد في الوقت نفسه على تثبيت شرعية نتائج الاستبيان. إضافة إلى ذلك، إنّ الطبيعة المفتوحة لمناقشات مجموعات التركيز تتيح المجال لتحديد الحواجز والصعوبات والتحديات المحددة الخاصة بهذا السياق.

### ٣.١.١. العيّنة واعتماد الأفراد فيها

نظمت ١٤ مناقشة مجموعة تركيز في خلال شهري أيلول وكانون الأول ٢٠١٩، علماً أنّ كل مجموعة تتكوّن من ٧ إلى ١١ مشاركاً علاوة على ميسر خبير و مدوّن للملاحظات. كذلك حضر مترجم إشارة

عندما شارك شخص ذو إعاقة سمعية. استمرت مدّة النقاش من ٣ إلى ١١٠ دقائق. صار إلى تنظيم كل من مناقشات مجموعات التركيز في حيز مؤهل أو يسهل ارتياده المستعمل عادة من قبل المشاركين للمساعدة في ضمان الراحة والسهولة اللوجستية. جرى انتقاء ١٢١ مشاركاً لبنانياً وسورياً في مناقشات مجموعات التركيز عشوائياً من:

- قائمة الأشخاص ذوي الإعاقة المزودين ببطاقة المعوق الشخصية الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية.
- أولئك الذين يتلقون حالياً خدمات من أي نوع من قبل جمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة أو الجمعيات غير الحكومية.
- الأسماء التي زوّدتنا بها البلديات للأشخاص ذوي الإعاقة في مناطق سلطتها.

مع ذلك، لم يكن المجيبون على أسئلة المسح والأشخاص ذوو الإعاقة ممن لم يبلغوا ١٨ عاماً أهلاً للمشاركة في مجموعات التركيز.

### ٣.١.٢. تصميم الأسئلة

طوّر شريك البحث أسئلة مناقشات مجموعات التركيز مع مدخلات من فريق الإدماج. وتضمّنت الأسئلة المفتوحة المعدّة للنقاش مواضيع من الأدبيات واستمارة الاستبيان، وهي تدور حول وعي المشاركين بإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية واختبارها، وكذلك تصوراتهم ومداركهم المتعلقة بمواقف العاملين الصحيين وقاعدتهم المعرفية، وهم الذين سبق وتعاملوا معهم. وتركّزت الأسئلة بالدرجة الأولى على احتياجات المشاركين الصحية الملّبة وغير الملّبة (ملحق ٢). ولقي المشاركون في مجموعات التركيز التشجيع على الحديث فيما بينهم بحيث يمكن لحوار تفاعلي أن ينطلق بينهم بدل أن يكون بين الميسر والمشاركين.

### ٣.١.٣. تحليل البيانات

سجّل المعنيون مناقشات مجموعات التركيز، ودوّنها وطُلبت ترجمتها إلى الإنكليزية بهدف التحليل. واعتمدوا مقارنة التحليل الموضوعاتي لتركيب البيانات المستخلصة من مناقشات مجموعات التركيز وتحليلها. صار بعد ذلك إلى استنتاج القواعد أو الكودات استناداً إلى الأجزاء السبعة الرئيسية (الحاجات، الوعي، الإستعمال، إمكانية الوصول، قابلية تحمّل الكلفة، الحواجز الحائلة دون الخدمات الصحية، والرضى). كذلك جرى تحديد النجاحات والتحديات أو الصعوبات والتوصيات.

### ٣. ٢. المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية

أجرى ميسر ومقرّر خبيران مجربان ثماني مقابلات مباشرة مع أصحاب المصلحة في الإعاقة وخبراء الإعاقة الأساسيين في خلال شهري تشرين الثاني وكانون الأول ٢٠١٩. وقد استعملا أدلة المقابلات شبه المركبة (ملحق ٣)، بما في ذلك طرح أسئلة مفتوحة بهدف الحصول على فهم أفضل للنظام الذي تقدّم بموجبه الخدمات الصحية إلى الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان، عدا التمكن من الحصول على لمحات أعمق وأدقّ على توزّع الموارد الصحية وإمكانية الوصول إليها والوعي بوفرة الخدمات في أوساط الجماعات المعنية، وفرص تحسين النظام الصحي والعوائق والحوجز القائمة التي تحول دون الاستفادة من الخدمات الصحية. واستغرقت المقابلات ما يراوح من ٣٠ إلى ٧٠ دقيقة. ويعرض المشاركون في المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية في الجدول ١ أدناه:

#### الجدول ١: المشاركون في المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية

المؤسسة	المنصب
وزارة الشؤون الاجتماعية	مديرة برنامج تأمين حقوق المعوقين
وزارة الشؤون الاجتماعية	رئيسة وحدة المراكز
وزارة الشؤون الاجتماعية	رئيس مراكز التنمية الاجتماعية
وزارة الصحة العامة	رئيس مصلحة المعوقين
أركنسيال	رئيس برنامج التنقل وإمكانية الوصول رئيس البرنامج الصحي
مساواة	المدير
أطباء بلا حدود	المنسقة الميداني
أطباء العالم	مديرة برنامج الرعاية الصحية الأولية

سجّل المعنيون بالمقابلات ودوّنوها وجرى تفسيرها بصورة مكشوفة لتبويب المواضيع الأساسية وتحديد الأنساق. وخضع كل موضوع للتحليل لإكتساب فهم أعمق لتصورات المشاركين ومداركهم وعوامل تحفيزهم.

## ٤. الاعتبارات الأخلاقية

حضرت الاعتبارات الأخلاقية منذ بداية تصميم البحث حتى إدارة الاستبيان ومناقشات مجموعات التركيز. وقد شرح مسؤولو الميدانيين في أثناء مرحلة جمع البيانات الغرض من المسح والاستعمال المعتزم اعتماده للبيانات المجموعة وعملية تأكيد غفلية البيانات الشخصية. كذلك شدّد مسؤولو المشروع على أن المشاركة في المسح طوعية بالكامل، وأنه في حال اختار المعنيون المشاركة يمكن لهم تجاوز الأسئلة التي لا يتمنون الردّ عليها أو التوقف كلياً عن الإجابة. كما أكدوا للمجيبين أن مشاركتهم في الدراسة لن تكون لها تبعات سلبية عليهم وعلى أسرهم مع الحفاظ على خصوصيتهم وسريّة بياناتهم.

حصل المعنيون تالياً على موافقة شفوية على جمع البيانات الكميّة ومناقشات مجموعات التركيز. كذلك حصل شريك البحث على موافقة تحريرية من أصحاب المصلحة أو الشان بخصوص مقابلات مصادر المعلومات الأساسية. وقد وافق بعض مقدمي الرعاية الصحية على إجراء المقابلات لكن دون تسجيلها، في حين أجرى آخرون مقابلات دون التوقيع على كتاب الموافقة بسبب القيود المفروضة عليهم من جانب مؤسساتهم.



## شهادة م.و. في ٢١-١-٢٠٢٠

أنا لبناني، عمري خمسون عاماً. وأعيش باستقلالية في قرية البساتين. توفي والداي وانتقل إخوتي للعيش في مناطق أخرى من لبنان. لم أحصل على تعليم منهجي في المدرسة، لكنني أقوم بعمل مدبّر منزلي في بلدية البساتين منذ أربع سنوات.

في عمر السنة أصابني الحمى وبلغت درجة حرارتي ٤١ مئوية. ويقول والداي إنه التيفوئيد، الذي فقدت بعده قدرة الحركة في ذراعي وقدمي اليسرى. وقد استغرقني تعلّم المشي مدّة ١٤ عاماً، أي إلى حين باشرت العمل لإعالة أهلي وإخوتي.

أنا أحمل بطاقة المعوق الشخصية، وأعلم أنني معفى من رسم المسقّفات ورسم تسجيل السيارة. هذا ما أعرفه!

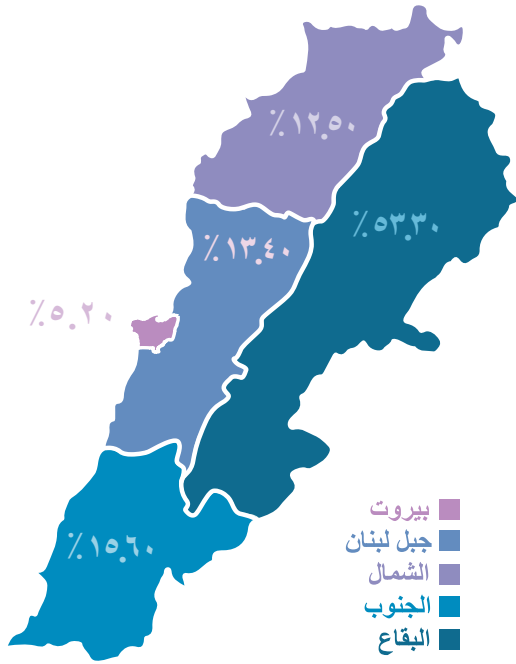
فيما يتعلّق بالخدمات الصحية، احتجت إلى استئصال الغدّة وإلى صورة مقطعية محورية لم أتمكن من إتمامها إلا بمساعدة أقاربي. وتمسّ بي الحاجة حالياً إلى دواء مهدئ للأعصاب (دواء كلونازيبام) من أجل معالجة التشنّجات العصبية التي تصيبني. لكنني لا أستطيع دفع ثمن هذا الدواء البالغ ١٥٠.٠٠٠

لل شهرياً. وأنا أعتد على كرم الصيدلي وطيبته، إذ يسمح لي أن أدفع الثمن بالتقسيط. حاولت الحصول على الدواء من مراكز وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية في بيبور والحدث، لكنهم جميعاً أبلغوني الشيء نفسه، وهو أنهم لا يؤمنونه وأن علي شراءه ودفع ثمنه من جيبي. إن لم أتاول الأقراص الستة التي وصفها لي الطبيب يومياً، يأخذ ذراعي وساقَي الأيسرين بالتشنّج والإرتعاش على نحو غير قابل للسيطرة.

لولا مساعدة أقاربي، لما أمكنت زيارة مراكز الرعاية الصحية الأولية طلباً للمشورة الطبية. عندما لا يتواجد أحد أقاربي، أضطر لإستئجار تكسي. وتولد العمليات داخل مركز الرعاية الصحية الأولية الإحباط. عليك أولاً أن تجلس لساعات في قاعة الانتظار. أضف أن الأطباء لا يأتون في المواعيد المحدّدة. كما أنتظر لساعات في مراكز وزارة الشؤون لتجديد بطاقة المعوق الشخصية وإتمام ملف طلب الخدمات التي يخولني إياها القانون كالإعفاء من الرسم البلدي. لقد أخذت ساعات الانتظار الطويلة في مراكز الرعاية الصحية ووزارة الشؤون تشكّل تهديداً لوظيفتي. فأنا الشخص الموظف الذي يعتاش من أجره لا أستطيع مواصلة طلب الأذون لساعات كلما مسّت بي الحاجة لإنجاز معاملات في وزارة الشؤون. وأنا في النهاية لا أريد أن أخسر وظيفتي لأنها الشيء الوحيد الذي أوصل تأمين معيشتي بواسطته.

# البيانات المتعلقة بالبحث الكمي

## ١. الخصائص الديمغرافية



الشكل ١: توزع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب المحافظات

استغرق جمع البيانات أربعة أشهر من حزيران إلى أيلول ٢٠١٩ وشمل خمس مناطق في البلاد: بيروت، وجبل لبنان، والشمال، والجنوب والبقاع. ومع أنّ حجم العينة قد حدّد أول الأمر عند ١٠٣٨، فإنّ مسؤولي المشروع توصلوا إلى ملء ١٠٥٨ استمارة للإستبيان تمّ استثناء ثلاث منها بعد تنقية البيانات (العمر أقل من ١٧ عاماً، من جنسية أو هوية وطنية أخرى، عدم تقديم جواب واضح وقاطع بشأن حمل بطاقة المعوق أو عدمه)، ممّا أدى إلى بلوغ مجموع الاستمارات الصالحة ١٠٥٥. وكما يبين الشكل ١، تمّت تعبئة الغالبية العظمى من استمارات الاستبيان في البقاع، بما في ذلك بعلبك والهامل (٥٣,٣%) بفعل

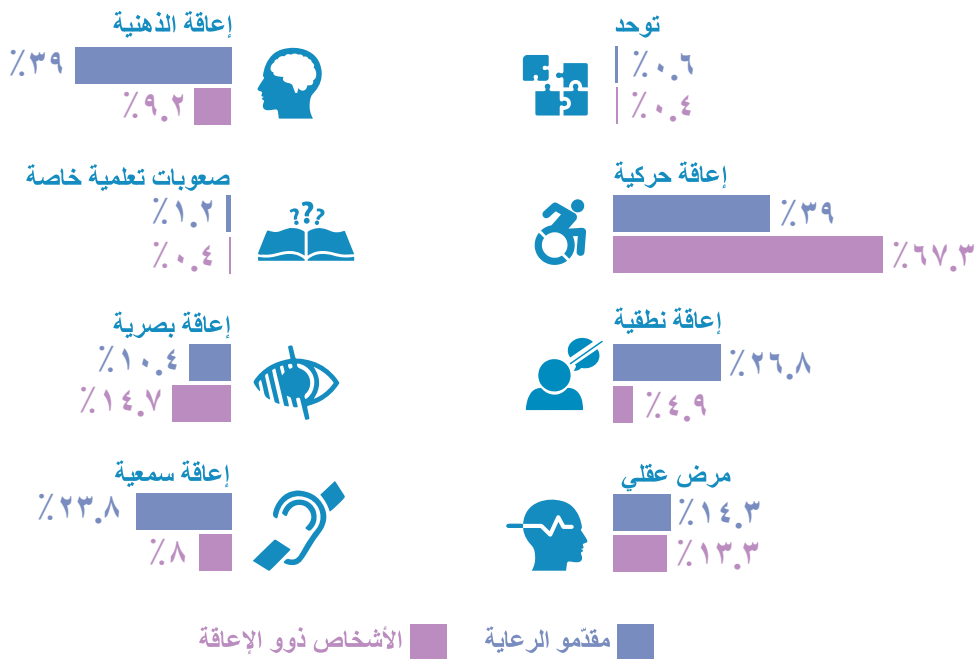
إقامة أكثرية النازحين السوريين في تلك المنطقة. أمّا بقية الاستمارات، فجرت تعبئتها في بيروت (٥,٢%)، وجبل لبنان (١٣,٤%)، ولبنان الشمالي بما فيه عكار (١٢,٥%)، ولبنان الجنوبي بما في ذلك محافظة النبطية (١٥,٦%).

أتيح للمجيبين الخيار لملء الاستمارة مباشرة، أو الاستفادة من معونة أحد أفراد الأسرة أو أي معتنٍ آخر إن هم شعروا بالمزيد من الإرتياح. ولم يسؤل المشاركون عن سبب اختيارهم الأخير. ويتبين من الشكل ٢ أنّ عدد المشاركين بلغ ٣٢٨ ملاً أحد المعتنين استمارة الاستبيان لنسبة ٣١%. وشكّلت الإعاقات الذهنية (٣٩%) والحركية (٣٩%) والنطقية (٢٦,٨%) والسمعية (٢٣,٨%) أكثر المجموعات الممثلة بهذه الطريقة، حسبما يُظهر الشكل ٣.



■ الأشخاص ذوي الإعاقة: 69%  
■ مقدمو الرعاية: 31%

الشكل ٢: توزع المجيبين



الشكل ٣: توزع المجيبين حسب نوع الإعاقة

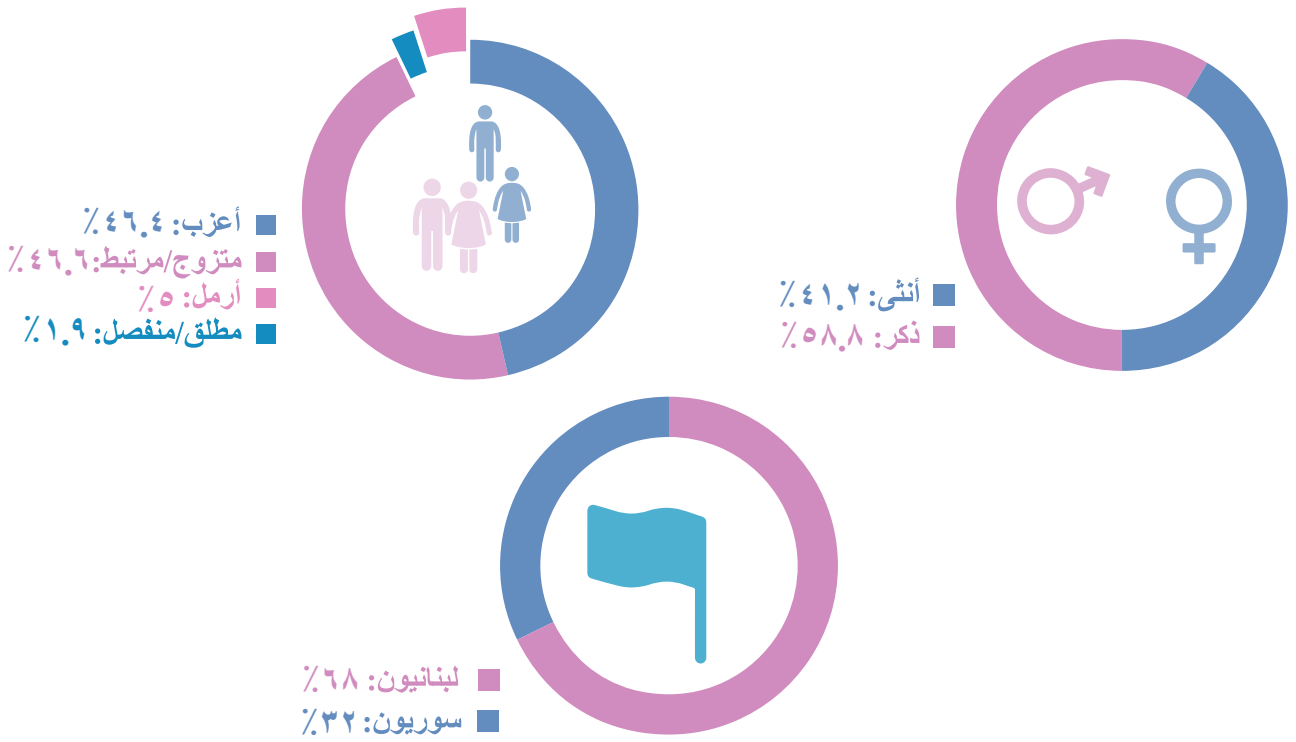
راوحت أعمار المجيبين من الأشخاص ذوي الإعاقة من ١٧ عاماً إلى مئة عام، مع معدّل عمري يناهز ٤٥,٦٣ عاماً، وانحراف معياري يساوي ١٨,٤٣٤ عاماً (الجدول ٢).

الجدول ٢: التوزع العمري للأشخاص ذوي الإعاقة

العمر	القيمة
المجموع	١٠٥٥
المعدّل	٤٥.٦٣
الإنحراف المعياري	١٨.٤٣٤
الحد الأدنى	١٧
الحد الأقصى	١٠٠

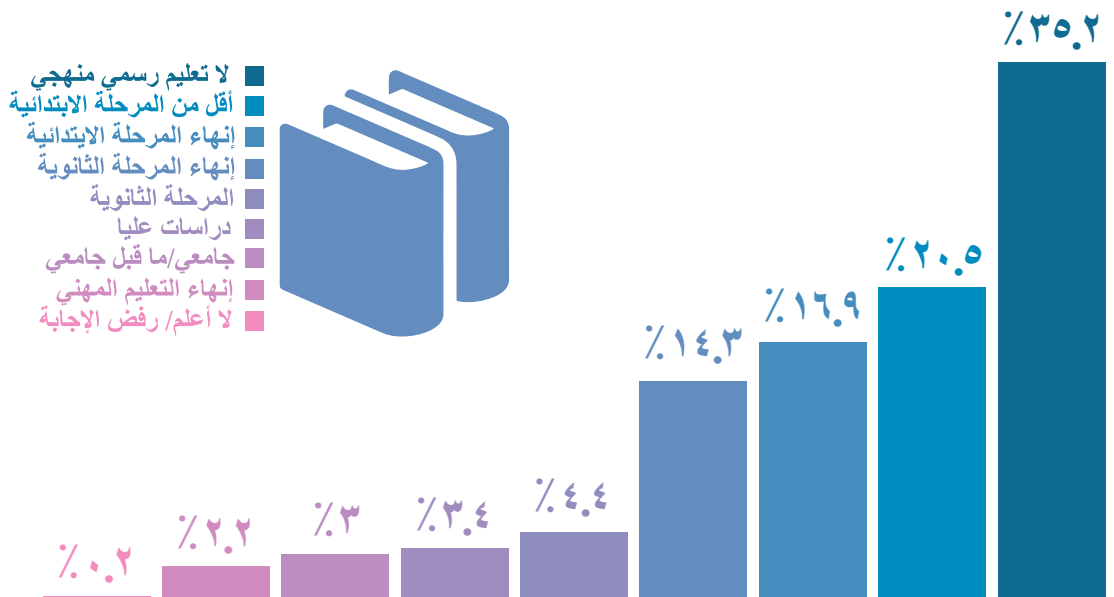
وتوزع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شاركوا في الرّد على أسئلة الإستمبيان بمعدل ٥٨,٨% ذكور و ٤١,٢% إناث. شكّل اللبناييون نسبة ٦٨% من المجيبين والسوريون ٣٢% منهم ٩١% سجّلوا أنفسهم لدى مفوضية اللاجئين السامية التابعة للأمم المتحدة. ويبرز الشكل ٤ أدناه توزع المجيبين حسب الجنس، والهوية الوطنية والحالة الاجتماعية.



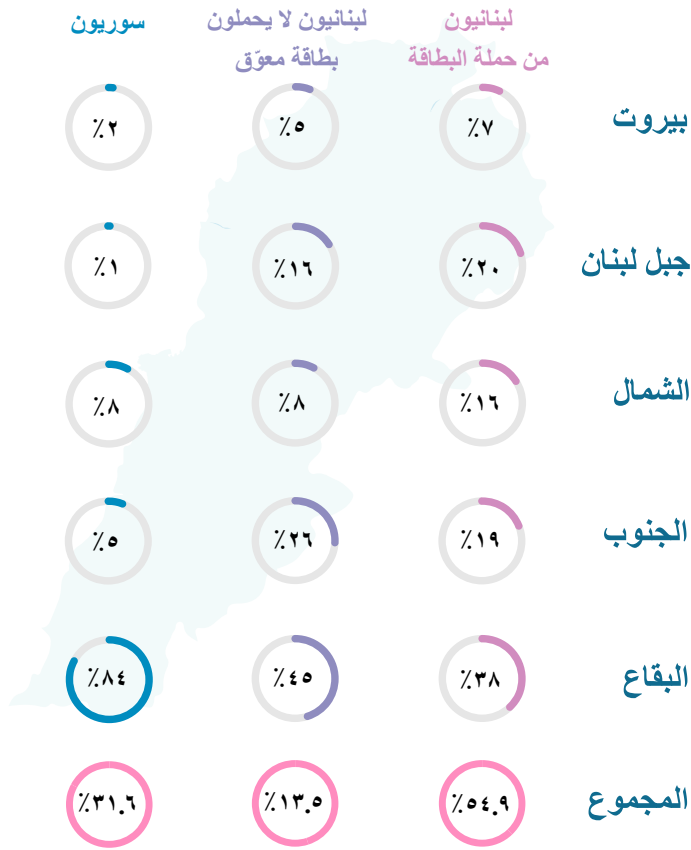


الشكل ٤: النسبة المئوية المنوية لتوزع العينة حسب الجنس، والهوية الوطنية والحالة الاجتماعية (المجموع = ١٠٥٥)

يفيد عدد كبير من المجيبين (٣٥,٢%) عن عدم تحصيلهم أي تعليم منهجي رسمي (٣١,٢% لبنانيون، و٤٣,٨% سوريون)، كما يبين الشكل ٥. إلا أنّ هذه الدراسة تجد أن حوالي ١٠% قد تلقوا نوعاً من التدريب المهني (مهن/حرف أولية: تصليح الكمبيوتر، والكهرباء، وتصفيف الشعر وتزيينه، والخياطة، وصيانة أجهزة الاتصالات، واللغة الإنكليزية). وأبلغت نسبة ١,٤% فقط عن عدم القبول بإلتحاقهم بمرحلة ما قبل المدرسة، أو بالمدرسة الابتدائية، أو المدرسة الثانوية، أو مدرسة متخصصة أو الجامعة بسبب نقص الموارد المالية.

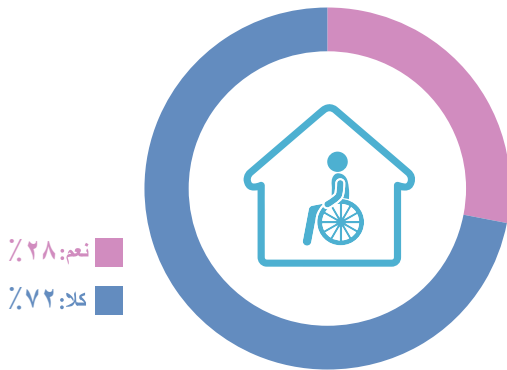


الشكل ٥: النسبة المئوية المنوية للمستوى الدراسي للأشخاص ذوي الإعاقة



الشكل ٦: توزع الأشخاص ذوي الإعاقة وفق الهوية الوطنية و الحصول على البطاقة حسب المحافظات

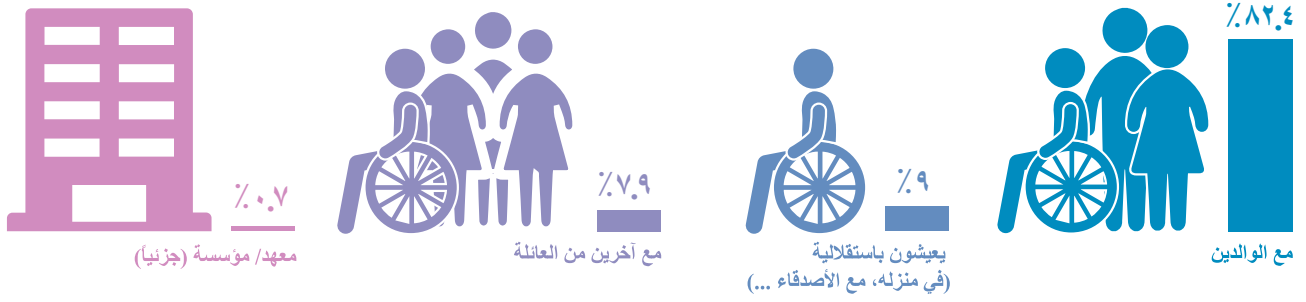
شكّل حملة بطاقة المعوّق الشخصية اللبنانيون غالبية العينة (٥٤,٩٪)، في حين كانت نسبة ٣١,٦٪ من اللاجئين السوريين، و ١٣,٥٪ من اللبنانيين غير الحاصلين على بطاقة المعوّق. وبدت هذه المجموعة الأخيرة غير قابلة للوصول إليها على الرغم من الجهد الهامّ، وذلك بسبب عدم وجود قائمة أو بيانات واضحة لتحديد الأفراد وسط السكان. ونعرض في الشكل ٦ أدناه توزّع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب الجنسية أو الهوية الوطنية ووضع حمل بطاقة المعوّق/البطاقة حسب المحافظات.



الشكل ٨: النسبة المئوية للمنيّة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في المنزل نفسه

المهمّ أنّ الشكل ٧ يظهر أن نسبة ٨٢,٤٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة يواصلون العيش مع والديهم، وتعيش نسبة ٠,٧٪ منهم جزئياً في المؤسسات بينما تعيش نسبة ٩٪ فقط بصورة مستقلة. وكما يتبيّن من الجدول ٣، تختبر نسبة ١٣,٢٪ من الأشخاص ذوي إعاقة المرض العقلي العيش المستقلّ تليها نسبة ١١,٨٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة السّمعية. وتطلّ زيادة عدد الأشخاص ذوي

الإعاقة الذين يستطيعون العيش باستقلالية في مجتمعاتهم هدفاً هاماً بالنسبة إلى لبنان. أمّا حجم العائلة المعدّل، فبلغ ٤,٠٩ (± ٢,٨٣٤) أشخاص، مع عدد أقصى يعادل ٢٤ شخصاً في المكان نفسه (بالإشارة إلى النازحين السوريين الذين يواصلون مشاركة حيز المخيمات مع الآخرين). ووجدت الدراسة أن ٢٩٧ أسرة (٢٨٪) تضمّ على الأقل فرداً آخر في العائلة من ذوي الإعاقة (الشكل ٨). وفي ٥٧ من هذه العائلات يوجد أكثر من فرد آخر من الأشخاص ذوي الإعاقة (الحدّ الأقصى ٤ أشخاص)، وفي ٢٤٠ أسرة يوجد شخص آخر فقط من ذوي الإعاقة. أمّا الإعاقات الأولية لهؤلاء الساكنين فهي: الحركية (٣٢٪)، والذهنية (١٩,٨٪) وإعاقات متعدّدة (١١٪).



الشكل ٧: الوضع المعيشي الحالي للأشخاص ذوي الإعاقة

الجدول ٣: الوضع المعيشي الحالي حسب نوع الإعاقة

المؤسسات (جزنياً)	باستقلالية (في المنزل، مع اصدقاء آخرين...)	مع أفراد آخرين من الأسرة	مع الوالدين	
٥ (٠.٨%)	٥٩ (٩.٦%)	٥٦ (٩.١%)	٤٩٧ (٨٠.٦%)	إعاقة حركية
٢ (١%)	٦ (٣.١%)	١٢ (٦.٢%)	١٧٥ (٨٩.٧%)	إعاقة ذهنية
٠ (٠%)	١٩ (١٣.٢%)	١٢ (٨.٣%)	١١٣ (٧٨.٥%)	مرض عقلي
١ (٠.٧%)	٩ (٦.٤%)	١١ (٧.٨%)	١٢٠ (٨٥.١%)	إعاقة بصرية
٠ (٠%)	١٦ (١١.٨%)	٤ (٢.٩%)	١١٦ (٨٥.٣%)	إعاقة سمعية
٠ (٠%)	٩ (٧.٣%)	٣ (٢.٤%)	١١٢ (٩٠.٣%)	إعاقة نطقية
٠ (٠%)	٠ (٠%)	١ (١٤.٣%)	٦ (٨٥.٧%)	صعوبات تعليمية خاصة
٠ (٠%)	٠ (٠%)	١ (٢٠%)	٤ (٨٠%)	توحد

## ٢. الإعاقة وأوضاع الرعاية الصحية

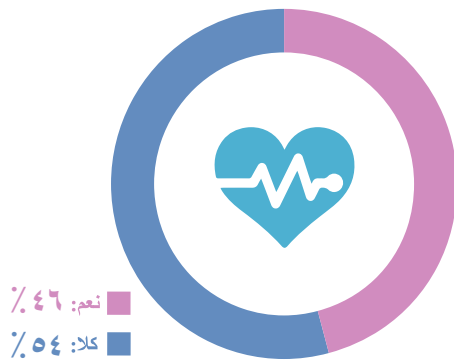
تعتبر إعاقات أكثرية الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين والسوريين الممسوحين حركية (٥٨,٤%). الملاحظ بشكل هامّ إزدياد نسبة اللبنانيين ذوي الإعاقة الذهنية (٢١,٥%) بالمقارنة مع السوريين ذوي الإعاقة نفسها (١٢%), بينما تزيد نسبة السوريين الذين يعانون مرضاً عقلياً (١٩,٨%) بالمقارنة مع نسبة ١٠,٨% بين اللبنانيين. وتزيد نسبة السوريين الذين هم ذوو إعاقة بصرية (١٨,٦%) في مقابل ١٠,٩%. والإعاقة السمعية أكثر انتشاراً بين السوريين (١٨,٣%) منها بين اللبنانيين (١٠,٤%). تجدر ملاحظة أنّ نسبة ٢٤,٥% من الممسوحين هم ذوو الإعاقات المتعددة (ويُعرف أيّ منهم بالشخص ذي الإعاقتين أو أكثر). وهذا يفسّر سبب عدم تشكيل النسب المئوية عند جمعها ١٠٠%.

فيما يتعلّق بالسبب الأولي للإعاقة، عزا القسم الأكبر (٣٣٪) إعاقاتهم للعلّة أو المرض: ٣٣,٧٪ من اللبنانيين و٣١,٥٪ من السوريين. وذكر اللبنانيون بصورة أكبر بشكل هامّ من السوريين أنّ مضاعفات الوضع أو الولادة أو العيوب الخلقية هي السبب الرئيسي لإعاقاتهم، وأفاد السوريون أكثر من اللبنانيين أنّ الإصابة أو العوامل البيئية هي سبب إعاقاتهم. وتجدر الإشارة عند هذه المسألة الأخيرة أنّ المسح لم يطرح أيّة أسئلة محدّدة عن طبيعة الإصابة المكتسبة، ممّا يعني أنّنا لا نستطيع في حال الأشخاص ذوي الإعاقة السوريين معرفة ما إذا كانت الإصابات مرتبطة مباشرة بالحرب في سوريا. (الجدول ٤)

الجدول ٤: توزع أنواع الإعاقة وأسبابها مفصّلة حسب الهوية الوطنية

الجنسية				نوع الإعاقة
القيمة الإحصائية (p.value)	المجموع	سوريون	لبنانيون	
$p = ٠.٣١٤$	٦١٧ (٥٨.٤٪)	١٨٧ (٥٦.٢٪)	٤٣٠ (٥٩.٥٪)	الإعاقة الجسدية/ حركية
$p < ٠.٠٠٠١$	١٩٥ (١٨.٥٪)	٤٠ (١٢٪)	١٥٥ (٢١.٥٪)	إعاقة ذهنية
$p < ٠.٠٠٠١$	١٤٤ (١٣.٦٪)	٦٦ (١٩.٨٪)	٧٨ (١٠.٨٪)	مرض عقلي
$p = ٠.٠٠١$	١٤١ (١٣.٤٪)	٦٢ (١٨.٦٪)	٧٩ (١٠.٩٪)	إعاقة بصرية
$p < ٠.٠٠٠١$	١٣٦ (١٢.٩٪)	٦١ (١٨.٣٪)	٧٥ (١٠.٤٪)	إعاقة سمعية
$p = ٠.٢٩٠$	١٢٤ (١١.٨٪)	٣٤ (١٠.٢٪)	٩٠ (١٢.٥٪)	إعاقة لفظية
$p = ٠.١٠٥$	٧ (٠.٧٪)	٠ (٠٪)	٧ (٠.٩٪)	صعوبات تعليمية محددة
$p = ٠.٣٣٣$	٥ (٠.٥٪)	٠ (٠٪)	٥ (٠.٧٪)	التوحد

القيمة الإحتمالية (p.value)	المجموع	الجنسية		سبب الإعاقة
		سوريون	لبنانيون	
$p = 0.495$	٣٤٨ (٣٣%)	١٠٥ (٣١.٥%)	٢٤٣ (٣٣.٧%)	علة أو مرض
$p = 0.014$	٢٧٠ (٢٥.٦%)	٦٩ (٢٠.٧%)	٢٠١ (٢٧.٨%)	منذ الولادة ( مضاعفات الوضع)
$p < 0.0001$	٢٥٦ (٢٤.٣%)	١٠٦ (٣١.٨%)	١٥٠ (٢٠.٨%)	إصابة (حرب، حادث...)
$p = 0.009$	٩٦ (٩.١%)	١٩ (٥.٧%)	٧٧ (١٠.٧%)	خلقي أو وراثي
$p = 0.004$	٥٠ (٤.٧%)	٢٥ (٧.٥%)	٢٥ (٣.٥%)	الأسباب البيئية (العنف، الوفاة أو خسارة في العائلة)
$p = 0.287$	٩ (٠.٩%)	١ (٠.٣%)	٨ (١.١%)	التعرض للمواد (العقاقير، السموم...)
$p = 1$	٥ (٠.٥%)	١ (٠.٣%)	٤ (٠.٦%)	ولادة سابقة لأوانها
$p = 0.532$	٢ (٠.٢%)	١ (٠.٣%)	١ (٠.١%)	التعرض للمواد قبل الولادة
$p = 0.117$	١٢ (١.١%)	١ (٠.٣%)	١١ (١.٥%)	أخرى (سوء الممارسة الطبية، تقدّم السن)
$p = 0.607$	١٦ (١.٥%)	٦ (١.٨%)	١٠ (١.٤%)	لا أعلم/ رفض الإجابة



الشكل ٩: النسبة المئوية المنوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفيدون عن مشكلات صحية إضافية

عند تفصيل أسباب الإعاقة المكتسبة حسب الفئة العمرية، نجد أن العلى/ المرض والإصابة (حرب، حادثة ...) هي الأشد حدوثاً ضمن المدى العمري ١٨ – ٥٩ عاماً (المعدّل ٣٢,٧ عاماً؛ الانحراف المعياري، ٢٢,٤٧٤)، وهذا ينسجم مع الأدبيات (الجدول ٥). وكما يُظهر الشكل ٩، أفادت نسبة ٤٦% من الأشخاص ذوي الإعاقة عن وعيهم بالمشكلات الصحية الأخرى علاوة على اعتلالهم الأولي كالمرض القلبي الوعائي أو ارتفاع الكوليسترول، أو الاضطرابات المعوية المعوية، أو المشكلات الخاصة بالصلب أو العمود الفقري، أو مشكلات الكلى أو ارتفاع ضغط الدم أو انخفاضه، مع تعامل نسبة ٢٠% إضافية مع المشكلات الصحية المتعددة. وفيما يتعلق بالمشكلات الصحية الأخرى، لم يُطلب إلى المجيبين على أسئلة المسح استثناء الأمراض أو العلل وثيقة الصلة بالاعتلال الأولي (سواء كانت وراثية أم غير وراثية). هكذا يفترض بشخص بُيّرَت قدمه بعد إصابته طويلة الأجل بالسكري المساءة معالجته مع مرض شرايين طرفية أن يكون قد أدرج المشكلات الأخيرة في الإجاب على هذا السؤال.

الجدول ٥: أسباب الإعاقة حسب العمر

الفئة العمرية				أسباب الإعاقة	
٦٠+	٥٩-١٨	١٧-٥	٤-٠		
١٢%	٢١.٩%	٥.٨%	١٠.٩%		علة أو مرض
٢.٦%	٢٥.٩%	٦.٥%	٢.٢%		إصابة (حرب، حادث...)
٠.٢%	٦%	٠.٨%	٠.١%		الأسباب البيئية (العنف، الوفاة أو خسارة في العائلة)
٠%	٠.٦%	٠.٤%	٠.٣%		التعرض للمواد (العقاقير، السموم...)
٠.١%	٠.٦%	٠.٥%	٠.٤%		أخرى (سوء الممارسة الطبية، تقدم السن)
٠.١%	١.١%	٠.٥%	٠.٤%		لا أعلم/ رفض الإجابة

يحق للأشخاص ذوي الإعاقة من حملة بطاقة المعوق الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية مبدئياً، وبموجب القانون ٢٢٠، ”الإفادة من مجموعة واسعة من الخدمات كخدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الرعاية الأولية والثانوية وخدمات التأهيل، والخدمات التربوية، والإعفاءات الضريبية على أن تتولى تغطيتها بالكامل الوزارات المختصة“.

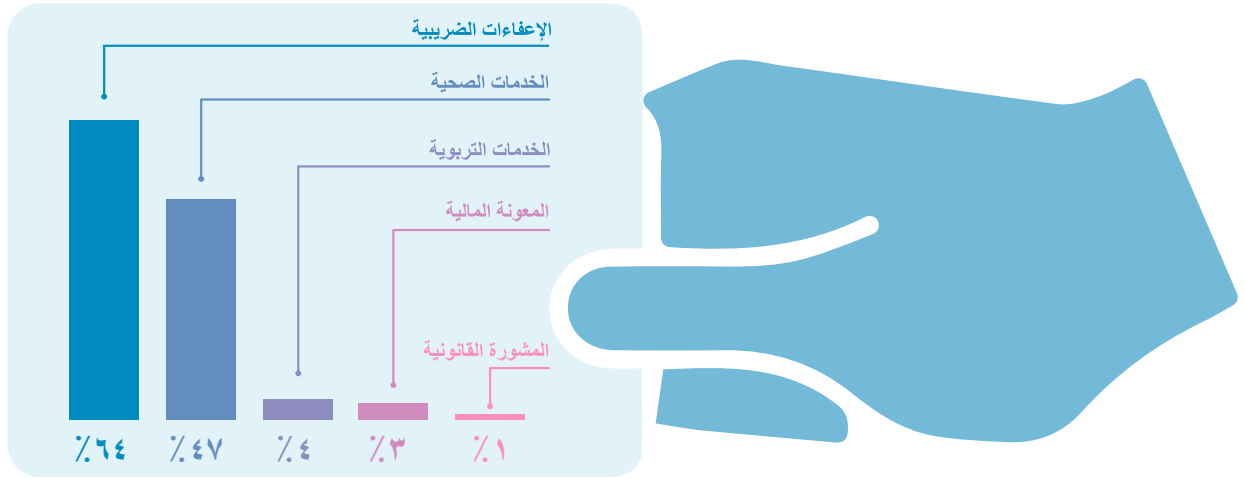
غير أنّ دراستنا وجدت أن ٥٤٪ فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة، الـ ٥٧٩ الذين يستحقون بطاقة المعوق وحصلوا عليها، استعملوها من أجل الحصول على أي نوع من الخدمات في غضون الأشهر الـ ١٢ الماضية (الشكل ١٠). وبين الـ ٣١٤ شخصاً الذين استخدموا بطاقة المعوق في خلال هذه الفترة، استعملتها نسبة ٦٤٪ للإعفاءات الضريبية، ، تتبعها نسبة ٤٧٪ ممن استخدموا البطاقة للخدمات الصحية، و ٤٪ للخدمات التربوية، و ٣٪ لطلب المعونة المالية و ١٪ لطلب المشورة القانونية (الشكل ١١). ويلاحظ عدم ذكر أيّ كان أنه/أنها من المستفيدين من خدمة الإرشاد (على سبيل المثال، معالج نفسي، طبيب نفسي، مساعد/عامل اجتماعي، مرشد تربوي، وهلم جرا)، أو التدريب المهني (على سبيل المثال التدريب على مهارات التشغيل والاستخدام). وليس واضحاً ما إذا كانت هذه الخدمات متوافرة على مدى أيام العام الماضي أو إذا كان ثمة نقص في الوعي بين الأشخاص ذوي الإعاقة، ولكن الشواهد الأخرى تدلّ على وجود حاجة كبيرة.



■ نعم: ٥٤٪

■ كلا: ٤٦٪

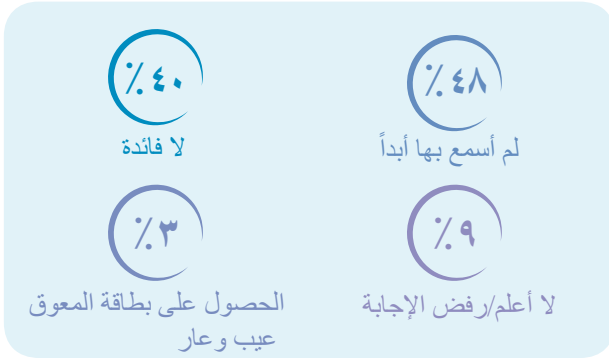
الشكل ١٠: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين استخدموا بطاقة المعوق في الأشهر الإثني عشر الماضية (المجموع = ٥٧٩)



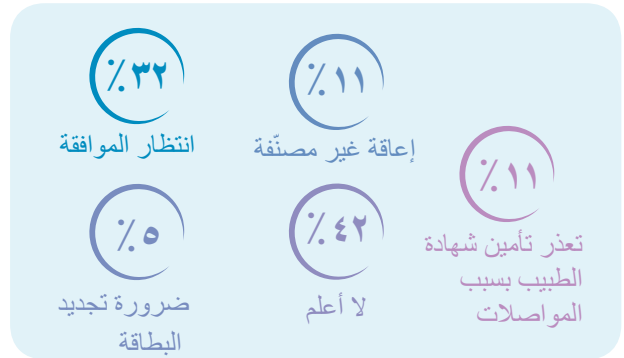
الشكل ١١: النسبة المئوية للمنوية للخدمات التي تم الحصول عليها باستخدام بطاقة المعوق (المجموع = ٣١٤)

لم يتقدم من اللبنانيين غير الحاملين لبطاقة المعوق الشخصية سوى ١٣٪ (١٩ من أصل ١٤٣) بطلب الحصول على البطاقة. وبين الذين تقدموا بالطلب ولا يملكون حالياً البطاقة (الشكل ١٢) صار إلى رفضهم فوراً، بينما تنتظر نسبة ٣٢٪ الحصول على الموافقة. وأفاد ١٢٣ لبنانياً ذا إعاقة لا يحملون بطاقة المعوق الشخصية أنهم لم يسبق أن تقدموا لطلبها لأنهم لم يسمعوا بها (٤٨٪)، أو لشعورهم أنهم لن يجنوا أي فائدة من حصولهم عليها (٤٠٪).

أسباب عدم طلب البطاقة (المجموع = ١٢٣)



سبب عدم قبول الطلب (المجموع = ١٩)



الشكل ١٢: أسباب عدم طلب البطاقة وعدم قبول منحها و الحصول عليها

### ٣. الدخل والعمل/ كسب المعيشة

”يرتكز تطوير الاستبيان الذي يتضمّن هذا القسم على التعاون بين المشروع ومنظمة العمل الدولية. وسوف يعرض تقرير منفصل ومستقل من إعداد المنظمة ومؤسسة التعزيز الاجتماعي تحليلاً شاملاً ومعماً للنواحي والمعالم المرتبطة بـاحتياجات الأساسية والتشغيل والعمل والحماية الاجتماعية والدعم الاجتماعي، أي المسائل غير المتصلة مباشرة بموضوع هذا التقرير“.

لا تتوفر جميع الخدمات الصحية، التي يستخدمها الأشخاص ذوو الإعاقة في لبنان، بواسطة الآليات العامة حيث وحين تكون مطلوبة، كما سبقت الملاحظة. ويستدعي الحصول على بعض الخدمات الصحية اللازمة في حالات

كثيرة أن يدفع المرء من جيبه مباشرةً و/أو أن يشتري بوليصة تأمين. كذلك تصدّى هذا المسح للمسائل والقضايا المتعلقة بالدخل والمعيشة بحيث يتسنى فهم أفضل لوضع العمل، وللدخل الشهري (بما في ذلك أيّ مساعدة أو معونة)، ولنفقات الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين والسوريين.

ينصّ القانون ٢٢٠ على وجوب تخصيص دوائر القطاع العام وشركات القطاع الخاص (التي يزيد عدد عاملها على ٦٠)، نسبة ٣٪ من الوظائف المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويشترط القانون على المؤسسة الوطنية للإستخدام، وبالتعاون مع الوزارات المختصة، ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التدريب التقني والمهني المناسب وفرص الإرشاد المهني الملائمة.

تبيّن نتائج المسح أنّ مجموعة ٧٩،٦٪ من جميع المستبنيين ليسوا عاملين في الوقت الراهن (٧٤،٤٪ من اللبنانيين و٩١٪ من السوريين) (الجدول ٦). وفي المدى العمري الحساس من ١٨ إلى ٦٤ عاماً تبلغ نسبة البطالة بين الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين ٧١٪، إلا أنّ الدراسة كشفت عن ملامسة معدل البطالة في أوساط الشباب اللبنانيين ذوي الإعاقة في المجموعة العمرية ١٨ إلى ٢٩ عاماً نسبة ٨٣،٩٪. عند تفصيل البيانات حسب النوع الاجتماعي (الجنس) والهوية الوطنية/الجنسية (الجدول ٦)، نجد الإناث اللبنانيات والأشخاص ذوي الإعاقة السوريين يشكّلون المجموعتين الأشدّ تأثراً. والواقع أنّ معدّل الالتحاق بالعمل في أوساط الذكور ذوي الإعاقة أعلى (٢٦،١٪) بنسبة هامة عنها بين الإناث ذوات الإعاقة (١٢،٢٪). في الوقت نفسه يسجّل تفوّق هامّ للأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين على نظرائهم السوريين (٢٥،٦٪ في مقابل ٩٪).

عند النظر إلى نسبة الـ ٢٠،٤٪ من المستبنيين العاملين حالياً، نجد ٤٢٪ (٩١ من أصل ٢١٥) يزاولون عملاً بدوام كامل، وأفادت نسبة ٢٩٪ (٦٢ من أصل ٢١٥) عن كونها مستخدمة ذاتياً (الجدول ٦).

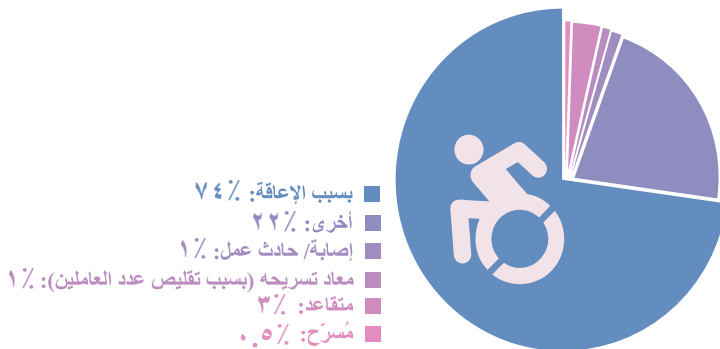
الجدول ٦: توزّع وضع العمل حسب الهوية الوطنية والنوع الاجتماعي

القيمة الإحصائية (p.value)	عاطل عن العمل حالياً	
	٨٤٠ (٧٩.٦٪)	جميع المجيبين
$p < ٠.٠٠٠٠١$	٥٣٧ (٧٤.٤٪)	لبنانيون (المجموع = ٧٢٢)
	٣٠٣ (٩١٪)	سوريون (المجموع = ٣٣٣)
$p < ٠.٠٠٠٠١$	٤٥٨ (٧٣.٩٪)	ذكور (المجموع = ٦٢٠)
	٣٨٢ (٨٧.٨٪)	إناث (المجموع = ٤٣٥)











القيمة الاحتمالية (p.value)	عامل حالياً		
$p < 0.0001$	١٦٢ (٢٦.١%)	ذكور (المجموع = ٦٢٠)	النوع الاجتماعي
	٥٣ (١٢.٢%)	إناث (المجموع = ٤٣٥)	
$p < 0.0001$	١٨٥ (٢٥.٦%)	لبنانيون (المجموع = ٧٢٢)	الهوية الوطنية
	٣٠ (٩%)	سوريون (المجموع = ٣٣٣)	
	٩١ (٤٢%)	العمل المأجور بدوام كامل	وضع العمل الحالي (المجموع = ٢١٥)
	٣٦ (١٧%)	عمل مأجور بدوام جزئي	
	٦٢ (٢٩%)	مستخدم ذاتياً يدير عمله	
	٢٠ (٩%)	عامل من حين إلى آخر	
	٦ (٣%)	عمل غير مأجور، مثل التطوع/عمل الخير/طالب	

كما يتبين من الشكل ١٣، أعلن ٧٤٪ (٦١٩ من أصل ٨٤٠) بين أولئك العاطلين عن العمل راهناً أنّهم لا يعملون بسبب إعاقتهم. ولم يبرز تمييز بين أولئك غير القادرين على العمل بسبب الإعاقة المتفاقمة (أو ما يتصل بها من قلق أو خوف طبي) وأولئك غير القادرين على إيجاد وظيفة مع وجود صاحب عمل مستعد لاعتماد ترتيبات تيسيرية معقولة تسهياً لاستخدامهم. ضمن هذه المجموعة شكّل ذوو الإعاقة الحركية أكثر من النصف (٥٧،٥٪)، وبلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية ٢٣٪ (الجدول ٧). وذكرت نسبة ٢٢٪ أسباباً أخرى لعدم الحصول على عمل، بينها ١٥،٣٪ أوضحوا أنّهم لم يسبق أن عملوا (لا قدرة أو لا رغبة لديهم) و٣،٧٪ بسبب تقدّم السن، ونسبة أقل (١،٣٪) بسبب كون المستبنيين إناثاً. وأبلغت نسبة ٢٠٪ أخرى من المستبنيين في المسح عن بحثهم بنشاط عن فرص عمل طلباً لدخل إضافي.

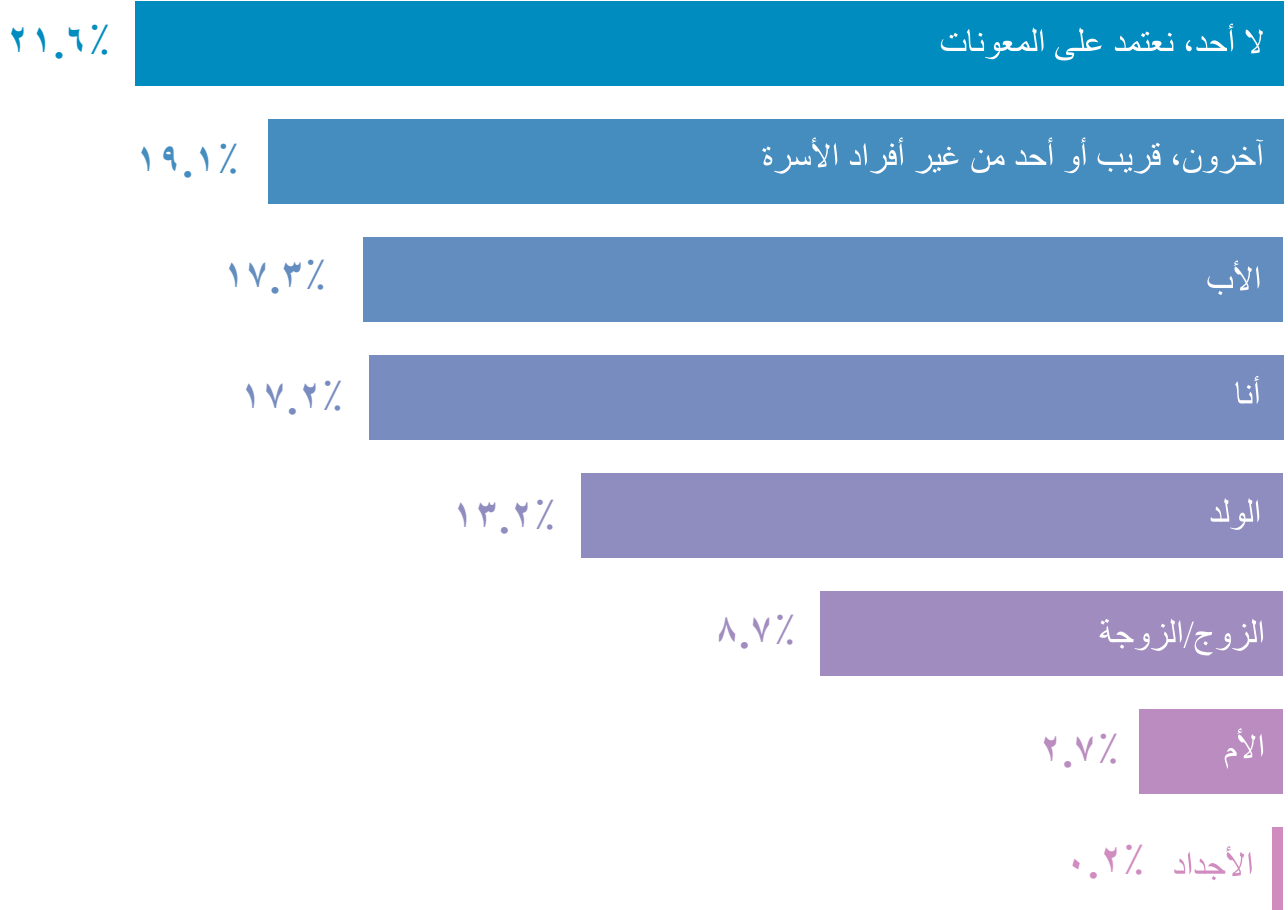


الشكل ١٣: أسباب عدم العمل

الجدول ٧: أسباب عدم عمل الأشخاص ذوي الإعاقة مفصلة حسب نوع الإعاقة

أسباب عدم العمل							نوع الإعاقة	
أخرى	بسبب الإعاقة	إصابة/ حادث عمل	مسرّح	معاد تسريحه	متقاعد	عامل حالياً		
٣٣ (١٨.٢%)	١٤٦ (٢٣.٦%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٣ (١.٣%)	١٣ (٦%)		ذهنية 
٠ (٠.٠%)	٥ (٠.٨%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٢ (١%)		صعوبات تعليمية محددة 
٢٤ (١٣.٢%)	٨٤ (١٣.٦%)	١ (١٦.٦%)	٠ (٠.٠%)	١ (١١.١%)	٥ (٢١.٧%)	٢٦ (١٢%)		بصرية 
٢٤ (١٣.٢%)	٧٢ (١١.٦%)	٣ (٥٠%)	٠ (٠.٠%)	١ (١١.١%)	٢ (٨.٧%)	٣٤ (١٥.٨%)		سمعية 
٠ (٠.٠%)	٥ (٠.٨%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)		توحد 
١٠٦ (٥٨.٥%)	٣٥٦ (٥٧.٥%)	٣ (٥٠%)	٠ (٠.٠%)	٧ (٧٧.٧%)	١٦ (٦٩.٥%)	١٢٩ (٦٠%)		حركية 
٩ (٥%)	٨٥ (١٣.٧%)	٢ (٣٣.٣%)	٠ (٠.٠%)	٠ (٠.٠%)	٣ (١٣%)	٢٥ (١١.٦%)		نطق 
٢٩ (١٦%)	٨٥ (١٣.٧%)	٠ (٠.٠%)	٢ (١٠٠%)	٠ (٠.٠%)	١ (٤.٣%)	٢٧ (١٢.٥%)	مرض عقلي 	

عند السؤال عن المصدر الأولي لدخل الأسرة، أفادت نسبة ٢١,٦٪ من مستبيني المسح عن الاعتماد على المعونة، تبعت ذلك فكرة الاتكال على قريب أو فرد من خارج العائلة (١٩,١٪)، على الوالد (١٧,٣٪)، وعلى أنفسهم (١٧,٢٪)، وعلى أحد الأولاد (١٣,٢٪) (الشكل ١٤).



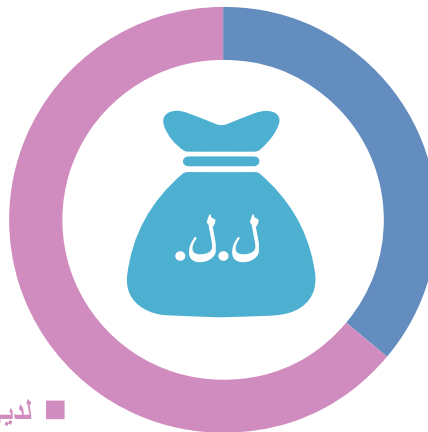
الشكل ١٤: المعيل الرئيسي

أعلنت نسبة ٦٢,٧٪ من المستبنيين اللبانيين والسوريين (٢٣٦ من أصل ٣٧٦) و ٨٧,٥٪ (٦٣ من أصل ٧٢)، على التوالي، عن التمتع بدخل شخصي شهري تقل قيمته عن ٥٠٠.٠٠٠ ليرة لبنانية (ل.ل.)، ونسبة ٢٦,٣٪ و ١٢,٥٪ عن دخل شخصي يراوح شهرياً من ٥٠٠.٠٠٠ إلى ١.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. من جهة أخرى، تتمتع نسبة ٥٦,٤٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة (٤٢,٧٪ من اللبانيين و ٨٦,٢٪ من السوريين) بدخل شهري للعائلة تقل قيمته عن ٥٠٠.٠٠٠ ل.ل.، وحصلت نسبة ٢٨,٢٪ (٣٥٪ من اللبانيين، و ١٣,٥٪ من السوريين) بدخل عائلي شهريّ تراوح قيمته من ٥٠٠.٠٠٠ إلى ١.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. (الجدول ٨)

الجدول ٨: النسبة المئوية لمعدل الدّخل الشهري الوسطي للأسرة

السوريون	اللبنانيون	الأشخاص ذوي الإعاقة غير العاملين حالياً (المجموع = ٨٤٠)	الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين حالياً (المجموع = ٢١٥)	الإجمالي	المعدّل الوسطي لدخل العائلة الشهري
٢٨٧ (٨٦.٢%)	٣٠٨ (٤٢.٧%)	٥١٦ (٦١.٤%)	٧٩ (٣٦.٧%)	٥٩٥ (٥٦.٤%)	أقل من ٥٠٠.٠٠٠ ل.ل.
٤٥ (١٣.٥%)	٢٥٣ (٣٥%)	٢٢٦ (٢٦.٩%)	٧٢ (٣٣.٥%)	٢٩٨ (٢٨.٢%)	٥٠٠.٠٠٠ إلى ١.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل.
٠ (٠.٠%)	١٠٧ (١٤.٨%)	٦٧ (٨.٠%)	٤٠ (١٨.٦%)	١٠٧ (١٠.١%)	١.٠٠٠.٠٠٠ إلى ٢.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل.
١ (٠.٣%)	٤٢ (٥.٨%)	٢٣ (٢.٧%)	٢٠ (٩.٣%)	٤٣ (٤.١%)	٢.٠٠٠.٠٠٠ إلى ٣.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل.
٠ (٠.٠%)	١٢ (١.٧%)	٨ (١.٠%)	٤ (١.٩%)	١٢ (١.١%)	أكثر من ٣.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل.

كما يظهر من الشّكل ١٥، ذك نسبة ٦٣،٤٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة أنّ عليهم تكبد نفقات شهرية تتعلّق بصحتهم. عند السؤال عن نوع الخدمات التي تمسّ بهم الحاجة إليها، أوضحت نسبة ٩٧.٦٪ أنّ الأدوية هي النّفقة الأولى الجارية تتبعها زيارات الطبيب (٣٣،٥٪) (الشّكل ١٦).



- لديهم نفقات صحية شهرية: ٦٣.٩%
- ليس لديهم نفقات صحية شهرية: ٣٦.١%

الشّكل ١٥: النّفقات الصحيّة الشهرية

٩٧.٦%



المشورات الطبية

٣٣.٥%



الفحوص المخبرية، الصور الإشعاعية

٢٩.١%



المواد الطبية الاستهلاكية (حفاضات، المحاقن، الإبر، الأنابيب...)

١٤.٥%



التأهيل علاج (فيزيائي، علاج النطق، علاج الانشغالي، علاج نفسي...)

٥.٩%



أخرى (العلاج الكيميائي، غسيل الكلى...)







٠.٣%

\* تجدر الملاحظة أنّ الإجابات المتعدّدة كانت متاحة للمستبئين.



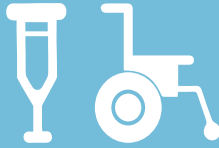



الشكل ١٦: نوع النفقات المتعلقة بالصحة (أساس شهري)

جرى قياس جميع الاحتياجات الأساسية بإعتماد مقياس ليكرت خماسي النّقاط بغية فهم أفضل لسهولة أو صعوبة الوفاء بالتزامات مالية محدّدة. وتظهر نتائج المسح أن عدداً كبيراً من الأشخاص ذوي الإعاقة (٤٢,٧٪ لبنانيّون، و٨٦,٢٪ سوريّون) يحصلون على دخل شهري شخصي شديد الانخفاض (أقلّ من ٥٠٠.٠٠٠ ل.ل.). عليه، تواجه نسبة مئوية مرتفعة من المستبئين صعوبات مستمرّة في تلبية الاحتياجات الأساسية كإيجار المسكن أو تأهيل المنزل (٤٦,٤٪)، وتأمين الملابس (٦٥,٢٪)، ومتطلّبات العائلة الضرورية (٧٣٪)، وكلفة النقل والمواصلات (٦٥,٧٪)، والمياه والطعام (٥٥,٨٪)، والتعليم (١٩,٣٪)، والخدمات الصحية (٧٦,٢٪)، والهاتف والاتصالات (٦٤,٩٪) والمعينات أو الأجهزة المساعدة (٣٣,٨٪)، والمساعد للعناية الشخصية/العناية (٣٠,٣٪). وتبيّن النتائج أيضاً أنّ السورّيّين يواجهون صعوبات أكثر من اللّبنانيّين في تلبية جميع احتياجاتهم الأساسية (٩٧٪ سوريّون، و٦٧,٦٪ لبنانيّون). وتبرز تفاصيل أخرى عن احتياجات المجيبين في الجدول ٩.

الجدول ٩: الاحتياجات الأساسية

القيمة الإحتمالية (p.value)	السوريون	اللبنانيون	الإجمالية		
p < 0.0001	٢.٧%	٥٢.٣%	٣٦.٧%	سهل	الإيجار/الإقامة والتجهيز 
	٤.٨%	٢٢.٤%	١٦.٩%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٩٢.٥%	٢٥.٣%	٤٦.٤%	صعب	
p < 0.0001	٢.١%	٣٠.٣%	٢١.٤%	سهل	الملابس 
	٣.٩%	١٧.٨%	١٣.٤%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٩٤%	٥١.٩%	٦٥.٢%	صعب	
p < 0.0001	١.٨%	٢٢.٢%	١٥.٧%	سهل	ضروريات العائلة (أي فواتير المياه، والكهرباء، الخ) 
	٤.٢%	١٤.٤%	١١.٢%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٩٤%	٦٣.٤%	٧٣%	صعب	
p < 0.0001	٢.٤%	٢٨.٣%	٢٠%	سهل	النقل والمواصلات 
	٢.٧%	١٢.٣%	٩.٤%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٩٠.١%	٥٤.٤%	٦٥.٧%	صعب	
	٤.٨%	٥%	٤.٩%	لا ينطبق	
p < 0.0001	٩%	٤١.٣%	٣١.١%	سهل	المياه والطعام 
	٤.٨%	١٦.٩%	١٣.١%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٨٦.٢%	٤١.٨%	٥٥.٨%	صعب	
p < 0.0001	٣%	٨.٢%	٦.٥%	سهل	التعليم 
	٨.٤%	١٦.٦%	١٤%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٣١.٥%	١٣.٧%	١٩.٣%	صعب	
	٥٧.١%	٦١.٥%	٦٠.١%	لا ينطبق	

الاحتياجات الأساسية

القيمة الإحتمالية (p.value)	السوريون	اللبنانيون	الإجمالية		
$p < 0.0001$	٣%	٢٠.١%	١٤.٧%	سهل	الخدمات الصحية 
	٣%	١١.٩%	٩.١%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٩٤%	٦٨%	٧٦.٢%	صعب	
$p < 0.0001$	٣.٦%	٣٠%	٢١.٦%	سهل	الهاتف والاتصالات 
	٣.٣%	١٨.١%	١٣.٥%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٩٣.١%	٥١.٩%	٦٤.٩%	صعب	
$p < 0.0001$	١.٤%	١٢.٢%	٨.٨%	سهل	المعينات 
	٥.٧%	١٣.٤%	١١%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٤٥.٥%	٢٨.٤%	٣٣.٨%	صعب	
	٤٧.٤%	٤٦%	٤٦.٤%	لا ينطبق	
$p < 0.0001$	٧.٦%	١٧.٧%	١٤.٥%	سهل	عناية المساعد الشخصي/ الرعاية (الرعاية الذاتية) 
	٣.٦%	٧.٩%	٦.٥%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٤٠.٢%	٢٥.٦%	٣٠.٣%	صعب	
	٤٨.٦%	٤٨.٨%	٤٨.٧%	لا ينطبق	
$p = 1$	٠%	٠%	٠%	سهل	أخرى (احتياجات شخصية) 
	٠%	٠%	٠%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٠%	٠.٤%	٠.٣%	صعب	
	١٠٠%	٩٩.٦%	٩٩.٧%	لا ينطبق	
$p < 0.0001$	٠.٦%	٢٠.٢%	١٤%	سهل	الاحتياجات الإجمالية 
	٢.٤%	١٢.٢%	٩.١%	ليس سهلاً ولا صعباً	
	٩٧%	٦٧.٦%	٧٦.٩%	صعب	

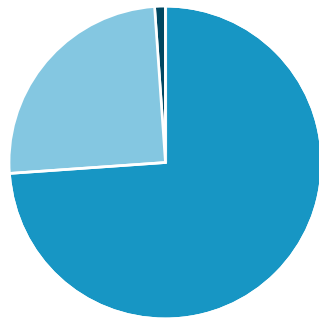
الاحتياجات الأساسية

يذكر ما يزيد على نصف المجيبين (٥٥,١٪) أنّ الدّعم الاجتماعي (بما في ذلك المساعدة العينية أو الغذائية أو مساندة الأهل أو دعم الدخل إلخ) شكّل الخدمة التي مسّت إليها الحاجة أكثر من غيرها في الأشهر الاثني عشر الماضية، تلت ذلك نسبة ١٦,٦٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أبلغوا عن حاجتهم إلى الإرشاد (بما في ذلك من الخبراء النفسيين والأطباء النفسانيين أو المساعدين الاجتماعيين أو المرشدين المدرسيين إلخ). تلقت نسبة ٥٧,١٪ ممّن احتاجوا إلى الإرشاد هذه الخدمة، وأفادت نسبة هامة (٤١٪) عن حصولهم على الخدمة من وزارة الشؤون الاجتماعية.

#### ٤. الوعي بخدمات الرعاية الصحية

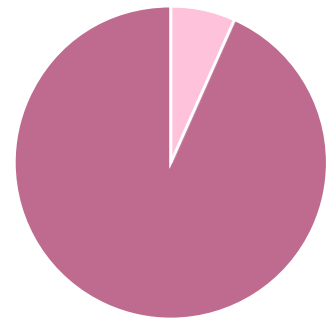
يبدأ الوصول الفعلي إلى خدمات الرعاية الصحية من الوعي بالخدمات المتاحة في المواقع ذات الصلة. عند سؤالهم عن الوعي بخدمات الرعاية الصحية، أعلنت نسبة ٦٨,٧٪ (٧٠,٨٪ لبنانيون و٦٤,٣٪ سوريون) عن المعرفة بمراكز محدّدة سهلة الارتياح توفر هذا النوع من الخدمات. غير أنّ هذا الوعي لا يبدو أنه يرجع إلى مصدر معياري. ويكشف الشّكل ١٧ أنّ ما نسبته ٧٤,٥٪ من المجيبين على الاستبيان ليسوا على دراية بمصدر معلومات صحية خاص محدّد يمكن التحقق منه. إلا أنّ ٩٣٪ منهم (٢٤٩ من مجموع ٢٦٧) وجدوا المادة سهلة المنال والفهم، مع إشارة نسبة ٩١٪ (٢٤٤ من ٢٦٧) أوضحوا أنّهم شعروا أنّ المادة مفيدة.

كلا: ٧٤.٥٪  
نعم: ٢٥.٣٪  
لا أعلم/ رفض الإجابة: ٠.٢٪



مصدر المعلومات الصحية

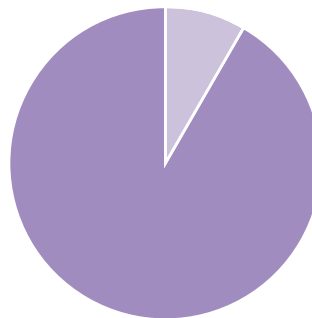
كلا: ٦.٧٪  
نعم: ٩٣.٣٪



مؤهل/ ممكن الوصول اليه



كلا: ٨.٦٪  
نعم: ٩١.٤٪



مفيدة

الشّكل ١٧: رضى الأشخاص ذوي الإعاقة عن مصادر المعلومات الصحية المتوافرة



## ٥. الحاجة إلى الرعاية الصحية واستعمالها



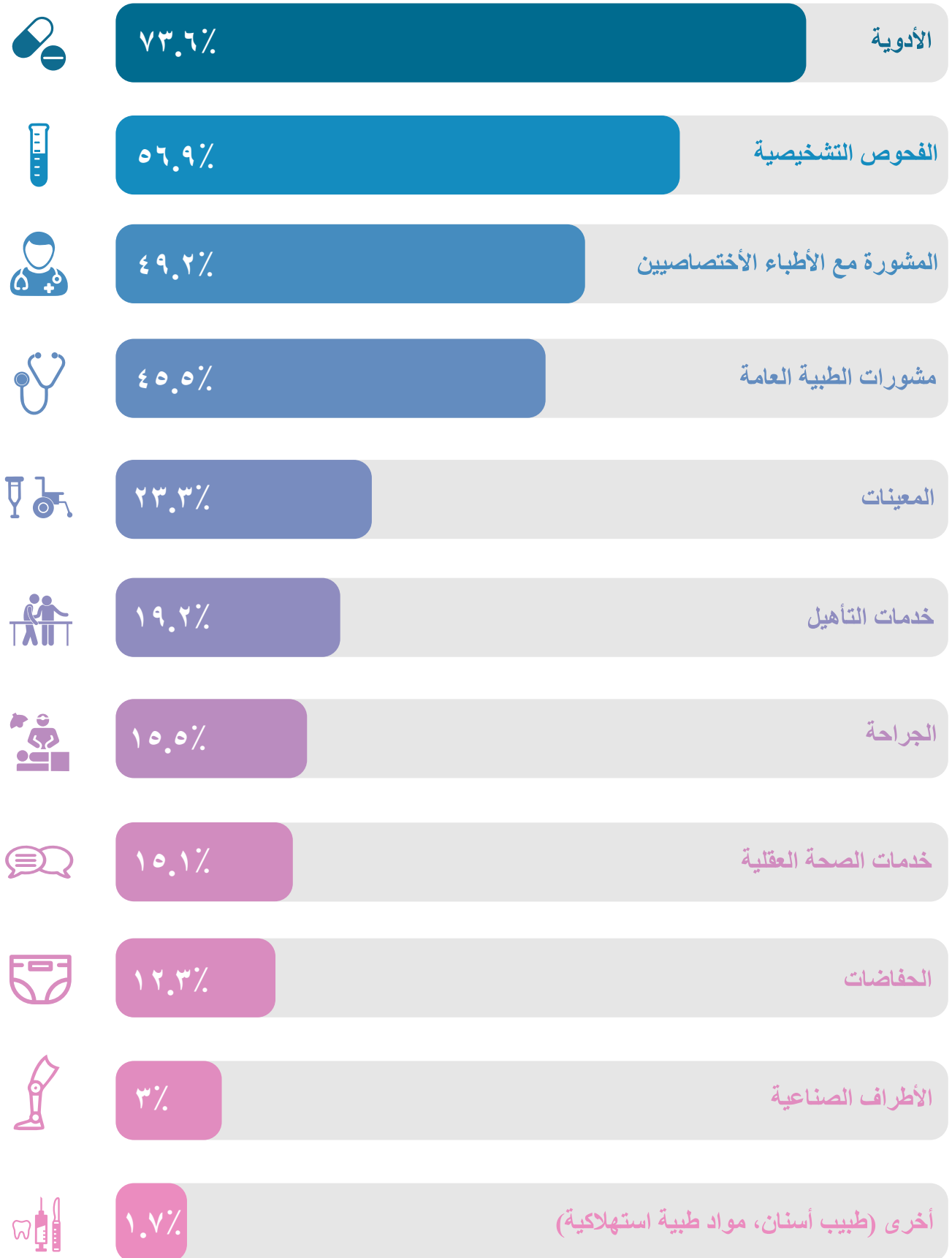
■ نعم: ٨٢.٤%

■ كلا: ١٧.٤%

■ لا أعلم/رفض الإجابة: ٠.٢%

الشكل ١٨: النسبة المئوية للأشخاص ذوي المحتاجين إلى خدمات الرعاية الصحية

يستكشف القسم الحالي الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية العامة والمحددة الخاصة بالإعاقة. وكما هو متوقع، أفادت نسبة مئوية كبيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة المجيبين (٨٢،٤٪) أنّ لديها حاجة إلى خدمات الرعاية الصحية (الشكل ١٨). كذلك يتبين من الشكل ١٩، أنّ أولى حاجات الرعاية الصحية المفاد عنها ذاتياً من قبل اللاجئيين السوريين و اللبنايين ذوي الإعاقة هي الأدوية (٧٣،٦٪) والفحوص التشخيصية (٥٦،٩٪) مع حلول المشورات (المتخصصة والعامة) في المرتبتين الثالثة والرابعة على التوالي. أما الأشخاص ذوو الإعاقات الحركية والمتعلقة بالنطق، فتحدثوا عن الاستشارات الطبية العامة باعتبارها الحاجة الأهمّ عندهم بنسبة ٩٥٪ و ٥٣،٢٪ على التوالي. غير أنّ الأدوية احتلت المكانة الأرفع بين احتياجات الرعاية الصحية عند الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية (٧٣،٣٪) وإعاقة المرض العقلي (٨١،٩٪) والإعاقة البصرية (٦٨،٨٪) والإعاقة السّمعية (٦٤،٧٪) والتوحد (٨٠٪) (الجدول ١٠).



\*تجدر الملاحظة أن الإجابة المتعددة أمر ممكن.

الشكل ١٩: الخدمات المصرح بها حسب حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة

الجدول ١٠: الحاجة إلى الخدمات الصحية حسب نوع الإعاقة

توحد	صعوبات تعليمية	إعاقة نطق	الإعاقة السمعية	الإعاقة البصرية	المرض العقلي	الإعاقة الذهنية	الإعاقة الحركية	الحاجة إلى الخدمات الصحية
٣ (٦٠٪)	٢ (٢٨.٦٪)	٦٦ (٥٣.٢٪)	٦٦ (٤٨.٥٪)	٥٤ (٣٨.٣٪)	٦٩ (٤٧.٩٪)	٨٣ (٤٢.٦٪)	٥٨٦ (٩٥٪)	استشارات طبية عامة
٤ (٨٠٪)	٢ (٢٨.٦٪)	٥٣ (٤٢.٧٪)	٦١ (٤٤.٩٪)	٧٣ (٥١.٨٪)	٧٦ (٥٢.٨٪)	٨٠ (٤١٪)	٣٠٦ (٤٩.٦٪)	استشارات مع طبيب اختصاصي
٢ (٤٠٪)	٣ (٤٢.٩٪)	٦٥ (٥٢.٤٪)	٧١ (٥٢.٢٪)	٧٣ (٥١.٨٪)	٨٤ (٥٨.٣٪)	١٠٧ (٥٤.٩٪)	٣٦٩ (٥٩.٨٪)	فحوص تشخيصية
١ (٢٠٪)	٢ (٢٨.٦٪)	١١ (٨.٩٪)	١٠ (٧.٤٪)	١٠ (٧.١٪)	٩٨ (٦٨.١٪)	٣٩ (٢٠٪)	٣٨ (٦.٢٪)	خدمات الصحة العقلية
١ (٢٠٪)	١ (١٤.٣٪)	١٤ (١١.٣٪)	٩ (٦.٦٪)	١٧ (١٢.١٪)	٤٧ (٣٢.٦٪)	٢٤ (١٢.٣٪)	١٣٨ (٢٢.٤٪)	خدمات التأهيل
٤ (٨٠٪)	٢ (٢٨.٦٪)	٨٨ (٧١٪)	٨ (٦.٤.٧٪)	٩٧ (٦٨.٨٪)	١١٨ (٨١.٩٪)	١٤٣ (٧٣.٣٪)	٤٥٢ (٧٣.٣٪)	أدوية
٠ (٠.٠٪)	١ (١٤.٣٪)	٣٤ (٢٧.٤٪)	٤٩ (٣٦٪)	٢٣ (١٦.٣٪)	١٣ (٩٪)	١٦ (٨.٢٪)	١٨٤ (٢٩.٨٪)	معينات
٠ (٠.٠٪)	٠ (٠.٠٪)	٠ (٠.٠٪)	٠ (٠.٠٪)	٤ (٢.٨٪)	٠ (٠.٠٪)	٠ (٠.٠٪)	٣٢ (٥.٢٪)	أطراف صناعية
٢ (٤٠٪)	١ (١٤.٣٪)	٢٤ (١٩.٤٪)	١٠ (٧.٤٪)	١٢ (٨.٥٪)	٨ (٥.٦٪)	٤٥ (٢٣.١٪)	٩٥ (١٥.٤٪)	حفاضات
١ (٢٠٪)	٠ (٠.٠٪)	١٣ (١٠.٥٪)	١٨ (١٣.٢٪)	٣٠ (٢١.٣٪)	١٧ (١١.٨٪)	٩ (٤.٦٪)	١٠٦ (١٧.٢٪)	جراحة
٠ (٠.٠٪)	٠ (٠.٠٪)	١ (٠.٨٪)	٣ (٢.٢٪)	١ (٠.٧٪)	١ (٠.٧٪)	٥ (٢.٦٪)	١٠ (١.٦٪)	أخرى طبيب أسنان، مواد طبية استهلاكية

أجاب المستبنيون عن عدد المرّات التي شعروا بحاجتهم إلى خدمة صحية محدّدة في الأشهر الاثني عشر الماضية. كما هو ملاحظ في الجدول ١١، جعل عدد المرّات التي مسّت فيها الحاجة إلى خدمات التأهيل هذه الخدمات تأتي في المرتبة الأولى بمعدّل ٢٦،٧٩ مرّة (مع إنحراف معياري بمستوى ٣٥،٢٨٢). تشمل خدمات التأهيل عادةً العلاج الفيزيائي، وعلاج النطق والعلاج الانشغالي، وهي تقدّم عموماً بواسطة المعالجين الفيزيائيين و الإنشغاليين وغيرهم عبر جلسات متعدّدة تمتدّ لفترة زمنية طويلة. وكان متوقّعاً بين المجيبين الذين يجدون هذه الخدمات مفيدة لهم أن يكون مرتفعاً نسبياً عدد المرّات التي مسّت بهم الحاجة إليها. في أعقاب خدمات التأهيل، مسّت الحاجة في أكثر الأحيان والحالات إلى الحفاضات (بمعدّل ١٢،٢٧، الانحراف المعياري ٨،١٩٤).

الجدول ١١ : متوسط المرّات التي تمّ فيها طلب خدمة الرعاية الصحية في الأشهر الاثني عشر الماضية

عدد المجيبين المحتاجين لكل خدمة	المعدّل (± الإنحراف المعياري)	خدمات الرعاية الصحية التي مسّت الحاجة إليها
٤٨٠ (٤٥.٥%)	٤.٤٠ (±٦.١٢٣)	 مشورات الطبية العامة
٥١٩ (٤٩.٢%)	٥.٥٧ (±٩.٤٩٢)	 المشورة مع الأطباء الأخصائيين
٦٠٠ (٥٦.٩%)	٤.٠٧ (±٧.٩١٧)	 الفحوص التشخيصية
١٥٩ (١٥.١%)	٤.٨٢ (±٣.٩٦٠)	 خدمات الصحة العقلية
٢٠٣ (١٩.٢%)	٢٦.٧٩ (±٣٥.٢٨٢)	 خدمات التأهيل
٧٧٦ (٧٣.٦%)	١٠.٥٢ (±٤.٩٠٤)	 الأدوية
٢٤٦ (٢٣.٣%)	١.٦٦ (±١.٦٣٨)	 المعينات
٣٢ (٣%)	١.٢٥ (±٠.٥٦٨)	 الأطراف الصناعية
١٣٠ (١٢.٣%)	١٢.٢٧ (±٨.١٩٤)	 الحفاضات
١٦٣ (١٥.٥%)	١.٤١ (±٠.٧٢٦)	 الجراحة
١٨ (١.٧%)	٤.٨٣ (±٤.٣٤٢)	 أخرى (طبيب أسنان، مواد طبية استهلاكية)

كذلك طرح المعنيون سؤالاً على المجيبين، الذين أفادوا عن حاجتهم إلى خدمات صحية محدّدة، عمّا إذا كانوا قد تلقّوا الخدمة، وفي حال تلقيهم لها طُلبَ إليهم تحديد مكان تقديمها. وقد تمّ قياس خدمات الرعاية الصحية باستعمال مجموعة حصائل مسجّلة عبر مجموعتين رئيسيتين: مستخدمو مراكز الرعاية الصحية الأولية ومستخدمو الخدمة الصحية في القطاع الخاص. الملاحظ أنّ غالبية المفيدين عن حاجتهم إلى الخدمة/الخدمات ذكروا أنهم حصلوا عليها من إحدى جهات القطاع الخاص التي تقدّمها. مع أنّ ٩٧٪ ممّن أفادوا عن حاجتهم إلى الأدوية، على سبيل المثال، ذكروا أنهم حصلوا عليها بنسبة ٩٩٪ عبر جهة تقدم الرعاية الصحية في القطاع الخاص، ولو أنّ ١٦٪ من المجيبين استطاعوا تأمين الأدوية من مراكز الرعاية الصحية الأولية. ولا بدّ من ملاحظة أن هذا السؤال سمح للمجيبين باعتماد خيارات أو مداخل عدّة. كذلك من المرجّح أن يكون المجيبون الذين حصلوا على دواء أو أكثر من مرافق وزارة الصحة العامة اعتمدوا أيضاً على جهة خاصة لتأمين الأدوية، كما سبقت الإشارة أعلاه. أمّا الخدمتان الأبرز المقدمتان من مراكز الرعاية الصحية الأولية، فهما الحفّاضات (٥١٪) والمعينات (٥١٪).

لم يحصل على خدمة محدّدة كلّ من أفاد عن الحاجة إليها، كما يتبيّن من الجدول ١٢. على سبيل المثال، أبلغت نسبة ٥١٪ عن عدم تسلّمهم الأجهزة المساعدة أو المعينات، بينما أكّدت نسبة ٤٦٪ على عدم تلقّيها خدمات التأهيل الضرورية (في كلا الحالتين، انقسم أولئك الذين تلقّوا الخدمة وحصلوا عليها بصورة متساوية تقريباً بين مراكز الرعاية الصحية الأولية ومقدّمي الخدمات في القطاع الخاص). عند السؤال عن سبب عدم تلقي الخدمات التي تمسّ إليها الحاجة، أعلنت نسبة ٧٨٪ في المعدل الوسطي أنّ الخدمات المتاحة لهم اتّسمت بشدّة ارتفاع ثمنها، وذكرت نسبة ٢٨٪ أنّ لا علم لها بمواقع تقديم الخدمات (العامة أو الخاصة).

**الجدول ١٢: النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة المعنّين عن خدمة مسّت الحاجة إليها وما إذا كانوا قد تلقّوها أم لا**

من مقدّم الخدمات الصحية في القطاع الخاص	من مراكز الرعاية الصحية الأولية	تمّ تلقيها	لم يتمّ تلقيها		
٩١٪	١٧٪	٨٥٪	١٥٪		مشورات الطبية العامة
٩٣٪	٢٠٪	٨٥٪	١٥٪		المشورة مع الأطباء الاختصاصيين
٨٦٪	٢٣٪	٨١٪	١٩٪		الفحوص التشخيصية
٧٣٪	٣٦٪	٧٨٪	٢٢٪		خدمات الصحة العقلية
٦١٪	٤٥٪	٥٤٪	٤٦٪		خدمات التأهيل
٩٩٪	١٦٪	٩٧٪	٣٪		الأدوية
٥٣٪	٥١٪	٤٩٪	٥١٪		المعينات
٨٦٪	١٤٪	٢٢٪	٧٨٪		الأطراف الصناعية
٧٥٪	٥١٪	٩١٪	٩٪		الحفّاضات
١٠٣٪	١٪	٧٢٪	٢٨٪		الجراحة
١٠٠٪	٧٪	٧٨٪	٢٢٪		أخرى (طبيب أسنان، مواد طبية استهلاكية)

\*لا بدّ من ملاحظة أنّ المجال متاح للإجابة المتعدّدة؛ يجوز لكل مجيب أن يحصل على خدمة واحدة من مراكز الرعاية الصحية الأولية والقطاع الصحي في الوقت نفسه، ولذلك لا يساوي جمع النسب المئوية ١٠٠٪.

عند مقارنة المجموعات الثلاث (اللبنانيون من حملة بطاقة المعوق الشخصية، واللبنانيون من غير حملة البطاقة، والسوريون)، تبين في التحليل أن نسبة مئوية أعلى من السوريين بصورة ملحوظة من اللبنانيين حصلت على خدمات كاستشارة الاختصاصيين (٢٤,٨٪)، والفحوص التشخيصية (٢٨,٨٪)، وخدمات التأهيل (٣٤,٤٪)، والأدوية (٢٤,٨٪) من مراكز الرعاية الصحية الأولية. المرجح أن يعبر هذا عن الجهد الذي بذلته مفوضية اللاجئين السامية التابعة للأمم المتحدة وغيرها لضمان الوعي في أوساط اللاجئين السوريين بتوافر الخدمات المجانية أو متدنية الكلفة وبمواقعها، التي يحتاجها الأشخاص ذوو الإعاقة وكذلك التواجد المحدود جداً للخيارات الأخرى.

وحصل المزيد من اللبنانيين من حملة البطاقة بصورة ملحوظة على المعينات (٣٤,٤٪) والحفاضات (٦٨,٣٪) من مراكز الرعاية الصحية الأولية، وذلك بالمقارنة مع اللبنانيين من غير حملة البطاقة أو مع السوريين. في لبنان، تتولى وزارة الشؤون الاجتماعية مسؤولية توزيع المعينات وخدمات السلس كالحفاضات، ولكن الحصول على هذه الخدمات يتطلب التسجيل في نظام بطاقة المعوق الشخصية، الأمر المتاح للمواطنين اللبنانيين فقط، على حد ما أوضحت مصادر المعلومات الأساسية.

الجدول ١٣: توزّع الخدمات المقدمة من مراكز الرعاية الصحية الأولية مفصلة حسب الهوية الوطنية وحمل البطاقة

نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين حصلوا على هذه الخدمات من المراكز الرعاية الصحية الأولية	لبنانيون دون بطاقة	لبنانيون حملة بطاقة	سوريون	المجموع	القيمة الاحتمالية (p.value)
مشورات الطبية العامة	٤ (٥.٥٪)	٣٥ (١٢.٦٪)	٣٢ (١٢.٦٪)	٧١ (١٤.٨٪)	$p < 0.0001$
المشورة مع الأطباء الاختصاصيين	١١ (١٢.١٪)	٣٦ (١٢.٧٪)	٣٦ (٢٤.٨٪)	٨٣ (١٦.٠٪)	$p < 0.0001$
الفحوص التشخيصية	٢٢ (٢١.٢٪)	٤٢ (١٢.٥٪)	٤٦ (٢٨.٨٪)	١١٠ (١٨.٣٪)	$p < 0.0001$
خدمات الصحة العقلية	١٤ (٢٨.٦٪)	١١ (١٩.٦٪)	٢٠ (٣٧٪)	٤٥ (٢٨.٣٪)	$p = 0.383$
خدمات التأهيل	١٤ (٣١.٨٪)	١٤ (١٤.٣٪)	٢١ (٣٤.٤٪)	٤٩ (٢٤.١٪)	$p = 0.034$
الأدوية	٢٢ (١٧.٣٪)	٤٩ (١١.٣٪)	٥٣ (٢٤.٨٪)	١٢٤ (١٦.٠٪)	$p < 0.0001$
المعينات	٣ (٨.٨٪)	٤٧ (٣٤.٨٪)	١٢ (١٥.٦٪)	٦٢ (٢٥.٢٪)	$p < 0.0001$
الأطراف الصناعية	٠ (٠.٠٪)	١ (٤.٢٪)	٠ (٠.٠٪)	١ (٣.١٪)	$p = 0.693$
الحفاضات	١ (٥.٩٪)	٥٦ (٦٨.٣٪)	٣ (٩.٧٪)	٦٠ (٤٦.٢٪)	$p < 0.0001$
الجراحة	٠ (٠.٠٪)	١ (١.١٪)	٠ (٠.٠٪)	١ (٠.٦٪)	$p < 0.0001$
أخرى	٠ (٠.٠٪)	١ (٧.٧٪)	٠ (٠.٠٪)	١ (٥.٦٪)	$p = 0.115$

## ٦. الحواجز التي تحول دون الحصول على خدمات الرعاية الصحية

ترى منظمة الصحة العالمية أنّ الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون عادةً الحواجز والعوائق عند طلب خدمات الرعاية الصحية ١٠. وقد عالج المسح أنواعاً عدّة من العوائق والحواجز بقصد تحديد أفضل لتلك العوائق التي تؤثر في إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية. وتبيّن هذه الدراسة أنّ ٦٨,٨٪ من المجيبين (السوريين ٨١,١٪) يواجهون أكثر بصورة هامة من اللبنانيين (٦٣,٢٪)، مجموعة من العوائق والحواجز عند محاولتهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وغالباً ما يواجهون عوائق متعدّدة في الوقت نفسه.

يجوز للعوائق والحواجز أن تتخذ أشكالاً كثيرة وقد تكون على صلة بالبيئة المادية العمرانية، وبتكنولوجيا المعلومات والاتصال، وبالتشريع أو السياسة أو بموقف المجتمع ١. عليه، صار إلى ترتيب الحواجز والعوائق في المجموعات الستّ التالية:

١. الإتاحة الجغرافية
٢. الحواجز/العوائق المادية الهندسية
٣. الصعوبات المالية
٤. نقص المعلومات
٥. الحواجز المتعلقة بالمواقف
٦. الحواجز المرتبطة بالخدمات الطبية

يشكّل العاملان الجغرافي والمالي الحاجزين الرئيسيين اللذين يجابهان الأشخاص ذوي الإعاقة، كما يتضح من الجدول ١٤ أدناه. فقد وجدت نسبة ٦٧٪ أنّ الخدمات المتخصصة كالتصوير والفحوص المخبرية باهظة الكلفة (٧٩,٦٪ سوريّون، و٦٠,١٪ لبنانيّون)، بينما وجدت نسبة ٥٧٪ صعوبة في تسديد الرّسوم المتوجبة للمراكز (٦٦,٣٪ سوريّون، و٥١,٥٪ لبنانيّون). كما عبّرت نسبة ٢٥٪ من المجيبين عن أنّها تجد الخدمات المطلوبة بعيدة وفي أماكن يصعب الوصول إليها وارتياحاً (٢٣,٧٪ سوريّون، و٢٦,٣٪ لبنانيّون). وشكّلت الصعوبات المالية الحاجز الأول أمام إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية في أوساط المجيبين السوريّين. وأنت هذه النتيجة أعلى بصورة هامة عنها بين المجيبين اللبنانيين. فالأشخاص ذوو الإعاقة السوريّون أكثر بصورة هامة من نظرائهم اللبنانيين (٢٢,٦٪ سوريّون و١٨,٨٪ لبنانيّون) اعتبروا نقص المعلومات عائقاً دون إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية اللازمة والضرورية. والسوريّون (١٩,٦٪) أكثر من اللبنانيين (١٢,١٪) أفادوا أن نقص وسائل النقل

١٠ WHO (٢٠١٢) Working to remove barriers to health care for people with disabilities. Retrieved on January ٩, ٢٠٢٠, from <https://www.who.int/westernpacific/news/detail/١٠-١٢-٢٠١٢-working-to-remove-barriers-to-health-care-for-people-with-disabilities>

المؤهلة والمواصلات التي يمكن تحمّل أجزائها بشكل حازماً هاماً أمام الوصول إلى الخدمات والحصول عليها (الجدول ١٥). أمّا الحواجز التي تحدّث عنها المجيبون أقلّ من غيرها أمام إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية، وبصرف النظر عن الهوية الوطنية، فشملت العوائق المرتبطة بالمواقف وتحديدًا ما يتّصل بمعرفة العاملين لكيفية التفاعل مع الأشخاص ذوي الإعاقة (٣٪ بين جميع المستبنيين)، وسهولة الاتّصال مع مقدمي الرعاية الصحية (٤٪ بين جميع المستبنيين)، واستعمال التعبيرات الخاطئة والسلبية من قبل عمالي مراكز الرعاية الصحية الأولية أو الطاقم الطبي عند الحديث عن الإعاقة (٢٪ بين جميع المستبنيين)، ووجود التمييز أو التهميش من قبل العاملين أو الطاقم الطبي؛ غير أن السوريين (٦٦٪) أكثر بصورة هامّة من اللّبنانيين (٤٠،٢٪) أبلغوا عن هذا الحاجز.

الجدول ١٤: أنواع الحواجز التي تعترض الوصول إلى الخدمات الصحية

النطاق الجغرافي		
المواصلات غير مؤهلة	المواصلات غير متوافرة	الخدمات بعيدة وفي أماكن يصعب الوصول إليها
١١١ (١٥٪)	١٠٨ (١٥٪)	١٨٤ (٢٥٪)

الحواجز المادية/الهندسية		
عدم توافر الأجهزة الطبية المكيفة التي قد تخدم احتياجاتك الفردية المتّصلة بالإعاقة (المعدات المستخدمة في الفحوص الطبية وجلسات العلاج)	صعوبات التحرك في المراكز الصحية وعدم القدرة على استخدام جميع دوائرها لأنها غير مؤهلة	تتعذر إمكانية الوصول إلى المراكز الصحية
٢٦ (٤٪)	٣٦ (٥٪)	٥٦ (٨٪)





## الحواجز المتصلة بالخدمات الطبية

<p>نقص النسخ المكيفة من الاستمارات والمستندات الأخرى الواجب تعبئتها (كنتائج الفحوص والتقارير الطبية)، التي تلبي حاجاتك الفردية الخاصة بالإعاقة</p> <p>١٠ (١%)</p>	<p>صعوبة الحصول على المواعيد</p> <p>١٣ (٢%)</p>	<p>محدودية الخدمات المتخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة</p> <p>٦٨ (٩%)</p>
<p>طول فترة الأنتظار للحصول على موعد</p> <p>٤٠ (٦%)</p>	<p>نقص الأدوية</p> <p>١٤٤ (٢٠%)</p>	<p>نقص العناية الطبية المناسبة</p> <p>١٣٥ (١٩%)</p>



## نقص المعلومات

<p>نقص في وفرة المعلومات</p> <p>٨٦ (١٢%)</p>	<p>عدم توافر المعلومات</p> <p>١٤٧ (٢٠%)</p>
<p>النقص في وفرة المعلومات المكيفة الخاصة بالحواجز المتصلة بالإعاقة</p> <p>٤١ (٦%)</p>	<p>نقص إمكانية الوصول إلى المعلومات المتوافرة</p> <p>٧١ (١٠%)</p>



## الحواجز المتعلقة بالموافق

<p>صعوبة التّواصل مع مقدّم الخدمة الصحية أو غيره من العاملين</p> <p>٢٨ (٤%)</p>	<p>نقص المعرفة لدى العاملين بشأن التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة</p> <p>٢٥ (٣%)</p>
<p>إخضاعك للتمييز والتهميش من قبل الموظفين والعاملين الطبيين</p> <p>٢٩ (٤%)</p>	<p>استخدام الموظفين أو العاملين الطبيين التعابير الخاطئة والسلبية عند الحديث معك أو عن الإعاقة</p> <p>١٨ (٢%)</p>



## الصعوبات المالية

<p>الخدمات المتخصصة كالتصوير والفحوص المخبرية باهظة الكلفة</p> <p>٤٨٩ (٦٧%)</p>	<p>صعوبة دفع الرسوم المطلوبة في بعض المراكز</p> <p>٤١٤ (٥٧%)</p>
---	--



## أخرى

٢٧  
(٤%)

\* من الجائز تعدّد الإجابات.

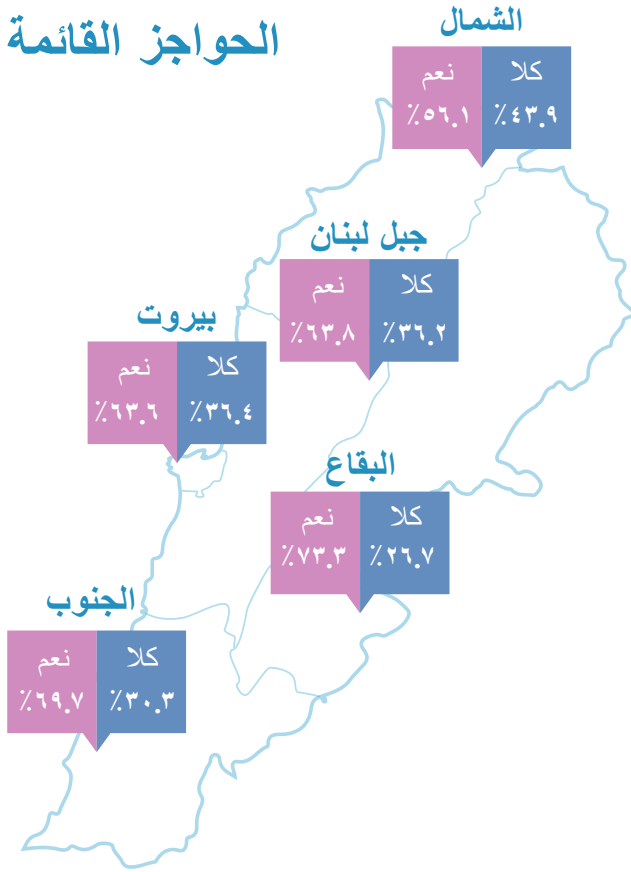
الجدول ١٥: أنواع الحواجز التي تعترض الوصول إلى الخدمات الصحية حسب الهوية الوطنية

الهوية الوطنية			القيمة الإحصائية (p.value)	الخدمات بعيدة وفي أماكن يصعب الوصول إليها	النطاق الجغرافي
سوريون (العدد= ٢٧٠)	لبنانيون (العدد= ٤٥٦)	الخدمات غير متوافرة			
٦٤ (٢٣.٧%)	١٢٠ (٢٦.٣%)	٥٥ (١٢.١%)	$p = 0.0001$	المواصلات غير مؤهلة	النطاق الجغرافي
٤٣ (١٥.٩%)	٦٨ (١٤.٩%)	٣٨ (٨.٣%)	$p = 0.086$	تتعدر إمكانية الوصول إلى المراكز الصحية	
٩ (٣.٣%)	٢٧ (٥.٩%)	٢٧ (٥.٩%)	$p = 0.924$	صعوبات التحرك في المراكز الصحية وعدم القدرة على استخدام جميع دوائرها لأنها غير مؤهلة	
٩ (٣.٣%)	١٧ (٣.٧%)	١٧ (٣.٧%)	$p = 0.389$	عدم توافر الأجهزة الطبية المكيفة التي قد تخدم احتياجاتك الفردية المتصلة بالإعاقة (المعدات المستخدمة في الفحوص الطبية وجلسات العلاج)	
١٧ (٦.٣%)	٥١ (١١.٢%)	١١ (٢.٤%)	$p = 0.735$	محدودية الخدمات المتخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة	الحواجز المادية/ الهندسية
٢ (٠.٧%)	١١ (٢.٤%)	٥ (١.١%)	$p = 0.207$	صعوبة الحصول على المواعيد	
٥ (١.٨%)	٥ (١.١%)	٥ (١.١%)	$p = 0.208$	نقص النسخ المكيفة من الاستمارات والمستندات الأخرى الواجب تعبئتها (كنتائج الفحوص والتقارير الطبية)، التي تلبي حاجاتك الفردية الخاصة بالإعاقة	
٣٨ (١٤.١%)	٩٧ (٢١.٣%)	٩٤ (٢٠.٦%)	$p = 0.36$	نقص العناية الطبية المناسبة	
٥٠ (١٨.٥%)	٩٤ (٢٠.٦%)	٣٠ (٦.٦%)	$p = 0.38$	نقص الأدوية	
١٠ (٣.٧%)	٣٠ (٦.٦%)		$p = 0.362$	طول فترة الانتظار للحصول على موعد	

الهوية الوطنية			القيمة الإحتمالية (p.value)	الصعوبات المالية	الحوادث
سوريون (العدد= ٢٧٠)	لبنانيون (العدد= ٤٥٦)				
١٧٩ (٦٦.٣%)	٢٣٥ (٥١.٥%)	صعوبة دفع الرسوم المطلوبة في بعض المراكز	$p < 0.0001$	الصعوبات المالية	
٢١٥ (٧٩.٦%)	٢٧٤ (٦٠.١%)	الخدمات المتخصصة كالتصوير والفحوص المخبرية باهظة الكلفة	$p < 0.0001$		
٦١ (٢٢.٦%)	٨٦ (١٨.٨%)	عدم توافر المعلومات	$p = 0.005$	نقص المعلومات	الحوادث
٢٥ (٩.٢%)	٦١ (١٣.٤%)	نقص في وفرة المعلومات	$p = 0.004$		
٣١ (١١.٥%)	٤٠ (٨.٨%)	نقص إمكانية الوصول إلى المعلومات المتوافرة	$p = 0.023$		
١٥ (٥.٥%)	٢٦ (٥.٧%)	النقص في وفرة المعلومات المكيفة الخاصة بالحاجات المتصلة بالإعاقة	$p = 0.048$		
٦ (٢.٢%)	١٩ (٤.٢%)	نقص المعرفة لدى العاملين بشأن التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة	$p = 0.041$	المتعلقة بالمواعف الحوادث	الحوادث
٨ (٢.٩%)	٢٠ (٤.٤%)	صعوبة التواصل مع مقدم الخدمة الصحية أو غيره من العاملين	$p = 0.073$		
٥ (١.٨%)	١٣ (٢.٨%)	استخدام الموظفين أو العاملين الطبيين التعابير الخاطئة والسلبية عند الحديث معك او عن الإعاقة	$p = 0.027$		
١٨ (٦.٦%)	١١ (٢.٤%)	إخضاعك للتمييز والتهميش من قبل الموظفين والعاملين الطبيين	$p < 0.0001$		
٥ (١.٨%)	٢٢ (٤.٨%)	أخرى	$p = 0.04$	أخرى	

\* من الجائز تعدد الإجابات.

## الحواجز القائمة

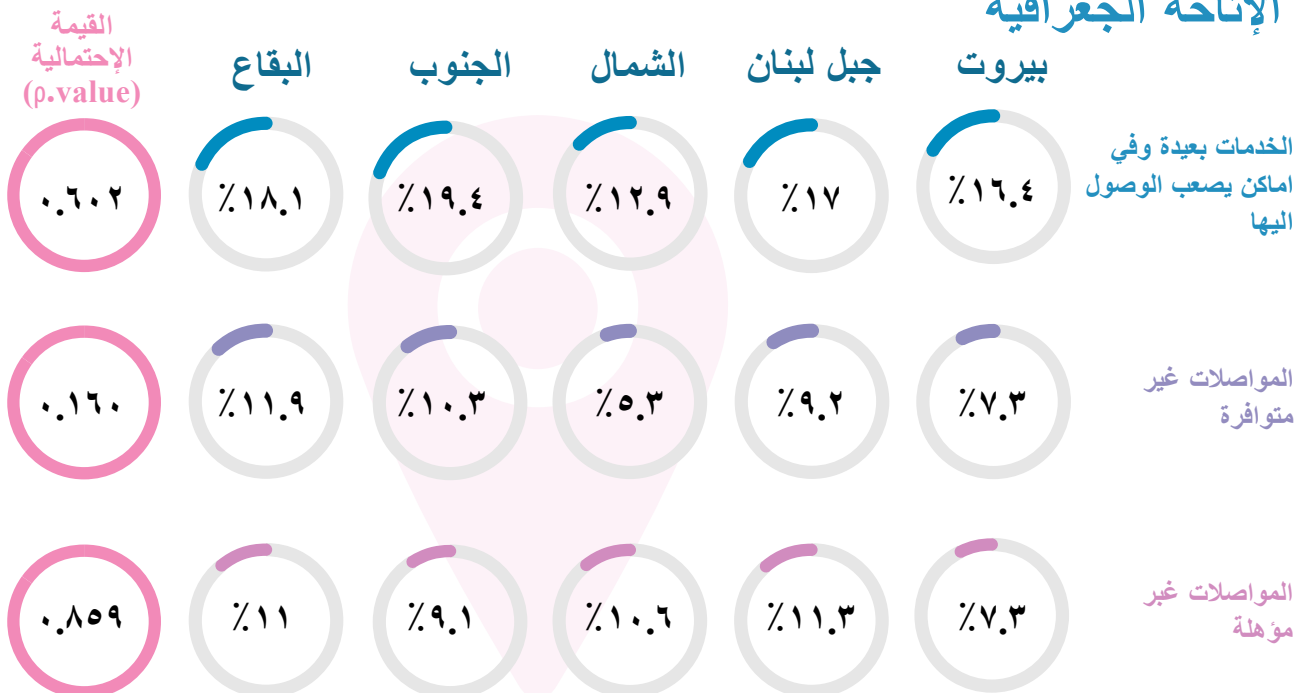


الشكل ٢٠: الحواجز القائمة مفصلة حسب المحافظات

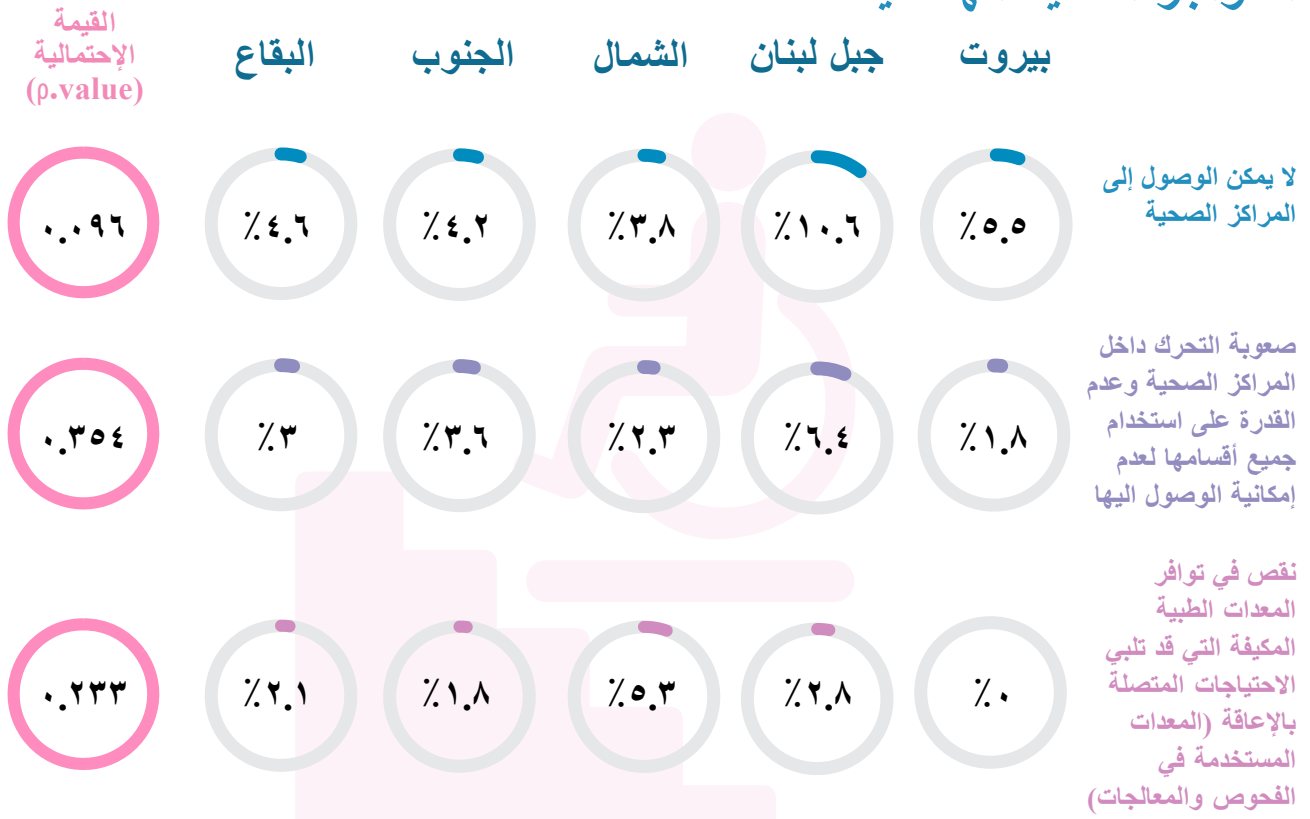
كذلك تتفاوت الحواجز والعوائق في الأطر الجغرافية والثقافية المختلفة. ويبين الشكل ٢٠ أنّ الأشخاص ذوي الإعاقة في البقاع (٧٣,٣٪) تحدّثوا عن حواجز وعوائق تحول دون الوصول إلى الخدمات الصحية أكثر بصورة هامة من نظرائهم في الجنوب (٦٩,٧٪)، وجبل لبنان (٦٣,٨٪)، وبيروت (٦٣,٦٪)، والشمال (٥٦,١٪). علاوة على ذلك، ذكر الأشخاص ذوو الإعاقة في البقاع الصعوبات المالية أكثر من نظرائهم المقيمين في المناطق الأخرى. وتحدّث الأشخاص ذوو الإعاقة في الشمال أكثر بصورة هامة منهم في المناطق الأخرى عن نقص إمكانية الوصول إلى المعلومات المتاحة (١١,٤٪)، وصعوبة التّواصل مع مقدّم الخدمة الصحية أو أعضاء الملاك الآخرين (٦,٨٪).

أمّا الأشخاص ذوو الإعاقة المقيمون في بيروت، فتحدّثوا أكثر من غيرهم بصورة هامة عن النقص في توافر المعلومات وإتاحتها (١٨,٢٪)، وعن فترات الانتظار الطويلة للحصول على موعد (١٨,٢٪ أيضاً) بالمقارنة مع الأشخاص ذوي الإعاقة المقيمين في مناطق أخرى من لبنان. (الشكل ٢١)

## الإتاحة الجغرافية



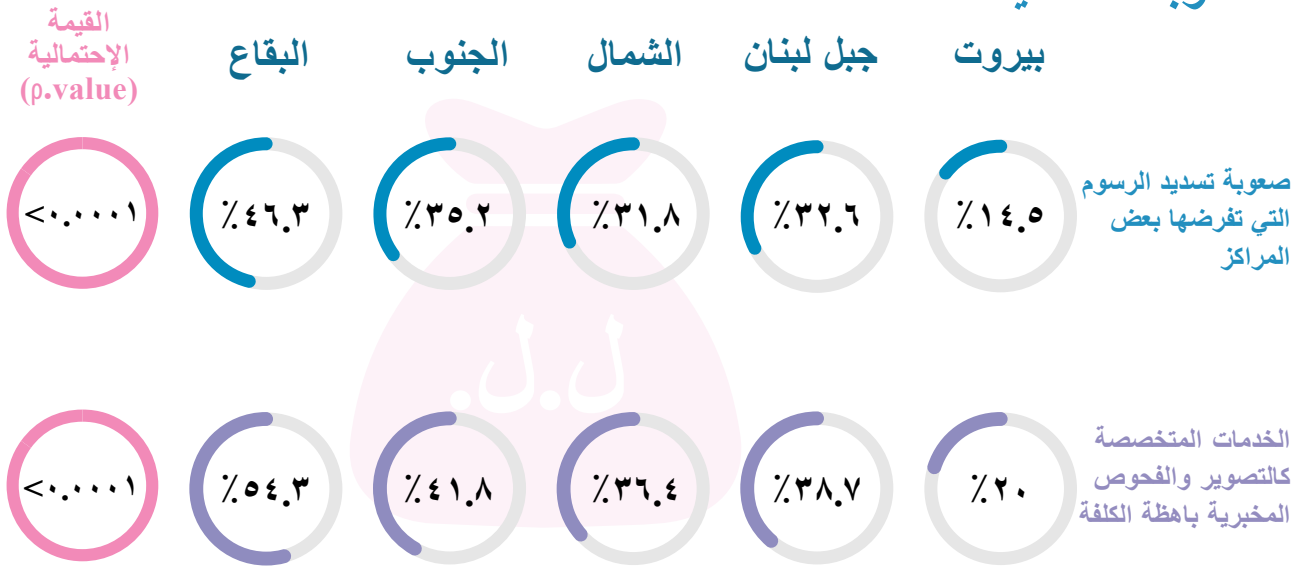
## الحواجز المادية الهندسية



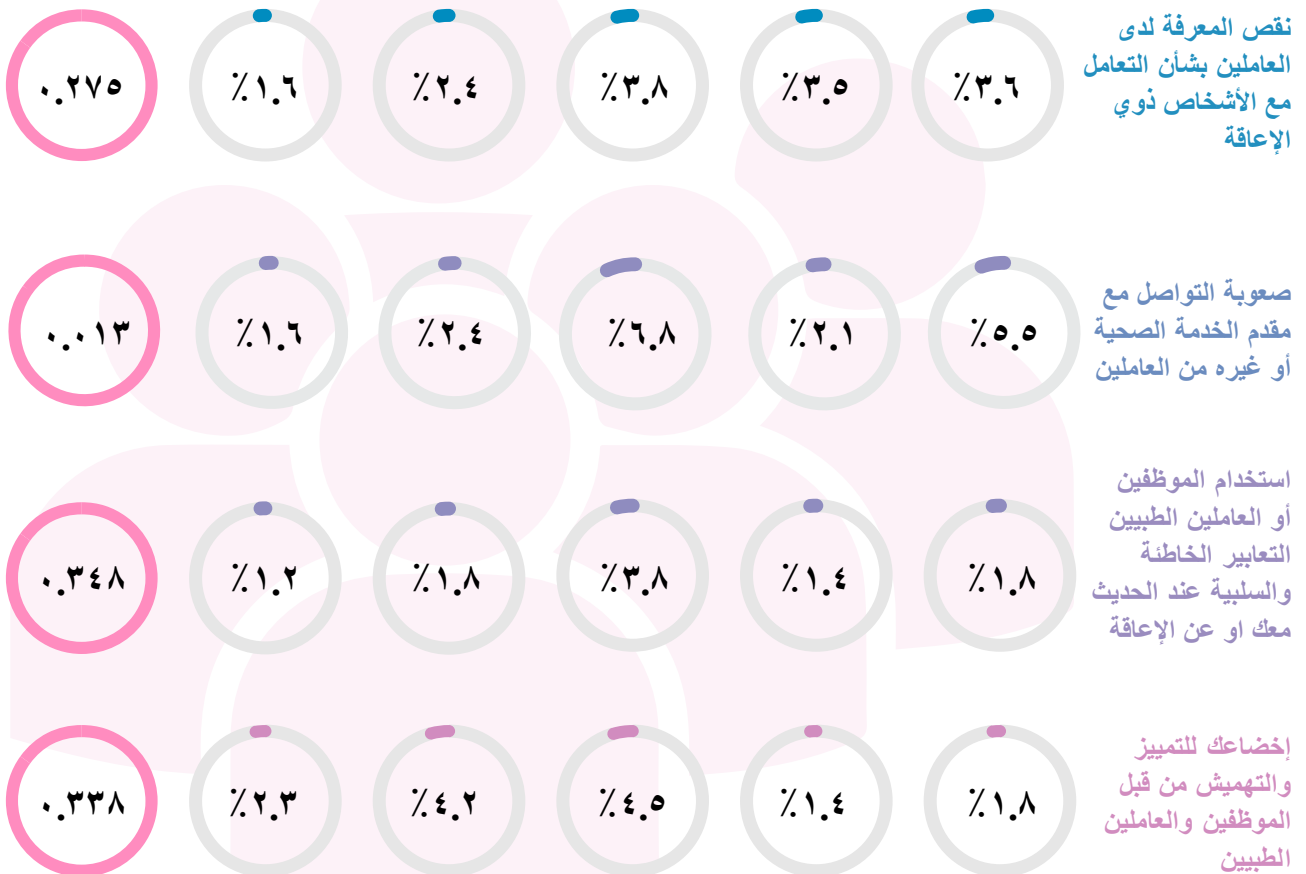
## نقص المعلومات



## الصعوبات المالية



## الحواجز المتعلقة بالمواقف



## الحواجز الخاصة بالخدمات الطبية



الشكل ٢١: أنواع الحواجز القائمة مفصلة حسب المحافظات



## ٧. الرضى عن الخدمات المتخصصة وخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية والتصورات الخاصة بالجودة

طالما اعتبر رضى المرضى عنصراً بالغ الأهمية في الرعاية الصحية عند قياس الحاصلات الصحية ونوعية الرعاية وجودتها ١١. ويعتبر رضى المريض عموماً المدى الذي يشعر عنده المرضى بأن الخدمات الصحية المقدّمة تلبي احتياجاتهم وتوقعاتهم. طرح المسح على المشاركين في الدراسة (العدد = ٣٦٢) سؤالاً عن مستوى رضاهم عن تفاعل العاملين وعن الخدمات المتلقاة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في خلال الأشهر الاثني عشر الماضية.

يبرز الشكل ٢٢ التالي الانطباعات لدى المجيبين بعد آخر زيارة إلى مركز رعاية صحية أولية طلباً للخدمات الصحية. وتوافق نسبة ٧١٪ في المعدل الوسطي على حسن معاملة العاملين لهم. وأفادت أكثرية المرضى (٨٠٪) أنّ العاملين استخدموا التعابير الصحيحة فيما يتصل بإعاقاتهم، وأبدوا الاستعداد للإصغاء جيداً إلى الأفراد وتقديم إجابات على جميع تساؤلاتهم، مع إظهار الاحترام لخصوصية الأفراد وسريّة معلوماتهم في خلال المشورة. وأفاد حوالي ثلاثة أرباع أو ٧٥٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة، الذين زاروا أحد مراكز الرعاية الصحية الأولية، أنّ العاملين تحدّثوا معهم مباشرة عوضاً عن الشخص المرافق لهم ومكنوهم بمعلومات كافية ومناسبة فيما يتعلق بإعاقته. وفي حين وافقت نسبة ٣٥٪ من المستبنيين على أنّ العاملين تفاعلوا بطريقة مفيدة ومساعدة في حال وقوع حادث أو مواجهة مشكلة غير متوقعة في أثناء زيارة المركز، أفادت نسبة ٤٧٪ أنّ العاملين أمّنوا المساعدة الإدارية التي تمس الحاجة إليها (على سبيل المثال، المساعدة في الاتصال بأحدهم، المساعدة في قراءة الأوراق، والمساعدة في الذهاب إلى أحد الأماكن...). ولم تتم ملاحظة فوارق كبيرة ورئيسية بين المناطق وأفراد الجنسين.

٧٤٪

يسأل الموظفون الأشخاص ذوي الإعاقة إذا كانوا بحاجة إلى مساعدة شخصية في المركز

٣٥٪

يتصل العاملون بطريقة مفيدة

٤٧٪

يسأل الموظفون الأشخاص ذوي الإعاقة إذا كانوا بحاجة إلى مساعدة إدارية

٧٩٪

يشعر الأشخاص ذوي الإعاقة أنهم يعاملون مثل غيرهم

٧٦٪

يعطي الموظفون الأشخاص ذوي الإعاقة الوقت الكافي الذي يحتاجون إليه لطرح أسئلتهم

٧٦٪

يشرح الموظفون للأشخاص ذوي الإعاقة بوضوح المستندات الواجب عليهم توقيعها

٨٠٪

تعتمد الخصوصية والسرية في أثناء  
الإستشارات مع مقدمي الرعاية  
الصحية في المراكز

٧٨٪

تم شرح الحالة والمعالجة للأشخاص  
ذوي الإعاقة بطريقة واضحة ومعدلة  
يمكن لهم فهمها

٧٥٪

يمكن الموظفون الأشخاص ذوي  
الإعاقة بما يكفي من المعلومات  
المتعلقة بإعاقتهم

٧٠٪

أشرك مقدموا الرعاية الصحية  
الأشخاص ذوي الإعاقة في صنع  
القرارات الخاصة

٨٠٪

الموظفون يستخدمون المصطلحات  
الصحية

٧٤٪

يتحدث الموظفون إلى الأشخاص  
ذوي الإعاقة مباشرة

٨٠٪

الموظفون على استعداد للإصغاء  
بانتهاء والإجابة على جميع الأسئلة

الشكل ٢٢: توزّع الأشخاص ذوي الإعاقة حسب انطباعاتهم عن مراكز الرعاية الصحية الأولية

كذلك تعتبر نوعية الخدمات المقدّمة وجودتها عنصراً حيوياً وجوهرياً لا بدّ من قياسه. كما طلب إلى المستبنيين أن يحدّدوا مستوى رضاهم عن جودة الخدمات الصحية التي يحصلون عليها، وذلك على النحو التالي: راضٍ (١)، لست راضياً ولست غير راضٍ (٢)، غير راضٍ (٣). أظهرت هذه الدراسة أن الرضى الإجمالي للأشخاص ذوي الإعاقة طال نسبة ٦٧٪ ممن زاروا مراكز الرعاية الصحية الأولية (شعر اللبنانيون بالرضى أكثر من السوريين بصورة هامة). أمّا الأشخاص ذوو الإعاقة الذين حصلوا على الحفاضات والأطراف الصناعية والمعينات، فأعربوا على التوالي عن مستوى أقل من الرضى عن نوعية الخدمة وجودتها بنسب ٣٥٪، و٦٪، و٤٣٪. ربما يعزى هذا المستوى الأدنى من الرضى إلى مشكلات حقيقية تتّصل بهذه الخدمات مثل مسألة استمرار الرعاية، والموارد المتوافرة ونقص الصيانة المناسبة والصحيحة للأجهزة.

عند الطلب إليهم تحديد درجة رضاهم فيما يتعلق بزيارة أحد مراكز الرعاية الصحية الأولية، أعلنت بمعدّل ٥١٪ من المستجيبين عن الرضى. ويتّضح من الجدول ١٦ أنّ نسبة ٦٠٪ تشعر بالرضى عن نظافة المبنى وتنظيمه وترتيبه والغرف، تلي ذلك نسبة ٥٧٪ من الشعور بالرضى عن الراحة في قاعة الانتظار وطاقتها الاستيعابية، بينما سجّل المستوى من الرضى عن وسائل النقل والمواصلات (٣٦٪)، علماً أنّ نسبة ٢٣٪ أعربت عن خيبة أملها.

جدول ١٦: مستوى رضى المجيبين عن مراكز الرعاية الصحية الأولية

مستاء	غير راضٍ وغير مستاء	راضٍ	
٨٣ (٢٣٪)	٢٤ (٧٪)	١٣١ (٣٦٪)	سهولة الوصول (المواصلات) إلى المركز
١٣ (٤٪)	٣٤ (٩٪)	١٩٣ (٥٣٪)	ساعات العمل في المنشأة الصحية
٦ (٢٪)	١٧ (٥٪)	٢١٧ (٦٠٪)	نظافة المبنى والغرف وترتيبها
٩ (٢٪)	٢٢ (٦٪)	٢٠٨ (٥٧٪)	الراحة والانتعاش في قاعة الإنتظار
٤٠ (١١٪)	٢٧ (٧٪)	١٧٢ (٤٨٪)	أوقات الإنتظار

## ٨. الأنشطة والقيود على المشاركة الاجتماعية

وفقاً لنموذج التّصنيف الدولي للوظائف والإعاقة والصحة الذي وافقت على استعماله جمعية الصحة العالمية في العام ٢٠٠١، تعتبر الوظائف والإعاقة مفاهيم متعددة الأبعاد، على صلة بـ:

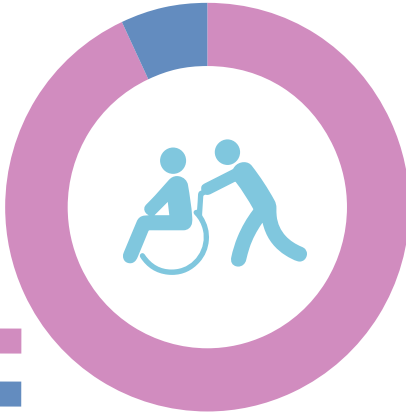
- وظائف الجسم وبنى البشر؛
- أنشطة الناس وحصر النشاط الذي يختبرونه؛
- مشاركة الناس أو انخراطهم في جميع ميادين الحياة ونواحيها، والقيود على المشاركة التي يختبرونها؛
- العوامل البيئية التي تؤثر في هذه التجارب. ١٢

أضيفت بفعل هذه الحقيقة أسئلة عن عمليات حصر الأنشطة وفرض القيود على المشاركة الاجتماعية إلى الاستبيان، وتمّ توجيهها إلى الأشخاص ذوي الإعاقة بغية إيضاح كيف يمكن للبيئات المادية والاجتماعية أن تؤثر في فرص المرء لجهة المشاركة في الحياة اليومية. وقد عبّرت نسبة ٣١،٦٪ من جميع المجيبين عن الحاجة إلى مساعدة بدوام كامل من أجل إتمام أنشطة العناية الذاتية، وأفادت نسبة ٣١،٢٪ أنّها ليست بحاجة إلى أية مساعدة إضافية، وذكرت نسبة ٣٧،٣٪ الحاجة الطارئة للمساعدة من حين إلى آخر. وأجري المزيد من التحليل لفحص علاقة الخصائص الاجتماعية الديمغرافية فيما يخص الحاجة إلى المساعدة، الأمر الذي أظهر بصورة هامة أن نسبة ٤٠،٤٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة المتقدمين في السنّ (٦٠ عاماً ويزيد) بحاجة إلى مساعد بدوام كامل أكثر من الأشخاص الشباب ذوي الإعاقة (٢٨،٧٪). والمهم أن السوريين أكثر (٤٠،٥٪) من اللبنانيين (٢٧،٤٪) ذكروا الحاجة إلى المساعدة بدوام كامل (الجدول ١٧).

١٢ The ICF: An overview- Retrieved on January ٢٣, ٢٠٢٠, from [https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icfoverview\\_finalforwho10sept.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icfoverview_finalforwho10sept.pdf).

الجدول ١٧: توزّع المجيبين حسب العلاقة بين حاجتهم الى المساعدة عند القيام بالأنشطة اليومية والخصائص الإجتماعية الديموغرافية

المساعدة مطلوبة دائماً	المساعدة مطلوبة أحياناً	لا حاجة إلى المساعدة	جميع المجيبين	
٣٣٣ (٣١.٦%)	٣٩٣ (٣٧.٣%)	٣٢٩ (٣١.٢%)		
١٩٨ (٢٧.٤%)	٢٨٢ (٣٩.١%)	٢٤٢ (٣٣.٥%)	لبنانيون	الهوية الوطنية
١٣٥ (٤٠.٥%)	١١١ (٣٣.٣%)	٨٧ (٢٦.١%)	سوريّون	
١٧٨ (٢٨.٧%)	٢٤٠ (٣٨.٧%)	٢٠٢ (٣٢.٦%)	ذكور	النوع الإجتماعي
١٥٥ (٣٥.٦%)	١٥٣ (٣٥.٢%)	١٢٧ (٢٩.٢%)	إناث	
٢٢٨ (٢٨.٧%)	٢٩٤ (٣٧%)	٢٧٢ (٣٤.٣%)	٥٩-١٨	السّن
١٠٥ (٤٠.٤%)	٩٩ (٣٨.١%)	٥٦ (٢١.٥%)	+٦٠	



■ نعم: ٩٣%

■ كلا: ٧%

الشكل ٢٣: النسبة المنوبة للمجيبين الذين لديهم من يساعدهم في أنشطتهم اليومية

تمتعت نسبة ٩٣٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة ممن يحتاجون إلى المساعدة إمّا لبعض الوقت وإمّا طوال الوقت، وكما يبين الشّكل ٢٣، بوجود من يساعدهم (العدد = ٧٢٦). ومن الجائز للحياة اليومية أن تتسم بالصعوبة والتّحدي بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة وأولئك الذين يعتنون بهم. فتلبية الاحتياجات المركبة أو المعقدة لشخص ذي إعاقة قد تعرّض العائلات للكثير من الإرهاق والضغط، سواء كان عاطفياً أم مالياً أم غير ذلك. وتظهر هذه الدراسة أنّ المشاركين تأثروا نفسياً في الواقع بفعل المسائل المتعلقة بعمليات الحصر لأنشطة العناية الذاتية، بدليل الإفادة عن شعور نسبة ٣١,٧٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة بالتوتر/القلق، و ٢٠,٣٪ بالعزلة والإبعاد والاستثناء (الشّكل ٢٤).

٣١.٧%

معزول ومستثنى

٢٠.٣%

مختلف عن الآخرين

١٩.٦%

غير ذلك (لا شيء مكيف، لا أعرف، لا جواب...)

١٤.٩%

نقص الثقة

٨.٨%

يشجع ويحفز

٤.٧%

الشكل ٢٤: توزع مشاعر المجيبين عند مواجهة القيود على و على المشاركة الإجتماعية

يختبر جميع الناس صعوبات في حياتهم، ولكن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون صعوبات وتحديات إضافية. ويتضح من الجدول ١٨ أنّ وسائل النقل والمواصلات تشكل قضية بالغة الأهمية بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة (٣٥,٨٪) بسبب انعدام خيارات النقل في وسائل مؤهلة وبكلفة يمكن تحملها. من الهموم الأخرى ذات الأولوية سهولة العيش في المسكن أو حوله، مع إفادة ٢٩,٤٪ عن صعوبة العيش في مساكنهم بسبب نقص إمكانية الوصول أو انعدامها.

الجدول ١٨ : مقياس الرضى في ما يتعلق بالبيئة حسب المجيبين

لا ينطبق	لا أعلم	صعب جداً	مقبول	سهل جداً	
١ (٠.١%)	٨٠٨ (٧٦.٦%)	٥١ (٤.٨%)	١٢١ (١١.٥%)	٧٤ (٧%)	هل يجعل مكان عملك من السهل أو الصعب عليك أن تعمل وتتعلم؟
٥ (٠.٥%)	٩١٩ (٨٧.١%)	٢٨ (٢.٧%)	٤٨ (٤.٥%)	٥٥ (٥.٢%)	هل تجعل مؤسستك التربوية من السهل أو الصعب عليك ان تعمل وتتعلم؟
٣ (٠.٣%)	٣١٨ (٣٠.١%)	٢١٢ (٢٠.١%)	٣٦٩ (٣٥%)	١٥٣ (١٤.٥%)	هل تجعل أماكن تخاطبك الإجتماعي ومشاركتك في أنشطة المجتمع من السهل أو الصعب عليك القيام بذلك؟
٢٣ (٢.٢%)	٧٠ (٦.٦%)	٣٧٨ (٣٥.٨%)	٣٤٥ (٣٢.٧%)	٢٣٩ (٢٢.٧%)	هل نوع المواصلات الذي تحتاجه سهل أو صعب الاستعمال؟
١ (٠.١%)	٣ (٠.٣%)	٣١٠ (٢٩.٤%)	٣٦٤ (٣٤.٥%)	٣٧٧ (٣٥.٧%)	هل يسهل أو يصعب عليك العيش في مسكنك؟
٠ (٠%)	٢٤ (٢.٣%)	٣٠٢ (٢٨.٦%)	٢٩٩ (٢٨.٣%)	٤٣٠ (٤٠.٨%)	هل يسهل أو يصعب عليك استعمال المرحاض في مسكنك؟
١ (٠.١%)	٢٧١ (٥.٧%)	٢٠٨ (٩.٧%)	٣٦٥ (٣٤.٦%)	٢١٠ (١٩.٩%)	هل تجعل الإضاءة والضجيج والحشود في محيط منزلك من السهل أو الصعب عليك الإقامة هناك؟

قيمت هذه الدراسة أكثر موقف الأشخاص والأسر من الأفراد ذوي الإعاقة. فمن الجائز للموقف أن يشكّل العائق أو الحاجز الأثدّ صعوبة تجاه المشاركة في أنشطة الترفيه والتسلية التي يختبرها الأشخاص ذوو الإعاقة. ويعرض الجدول ١٩ ثمانية أمور تمت معالجتها مع الأشخاص ذوي الإعاقة. تعلن نسبة ٥٤,٦٪ أنّها لا تواجه مشكلات في الانخراط في المجتمع نتيجة مواقف الآخرين، بينما اختبرت نسبة ٢٤,٣٪ هذا الحاجز وواجهته من حين إلى آخر. وتشارك نسبة ٥٨٪ من المجيبين في صنع قرارات أسرهم، في حين أنّ نسبة ٢١,٩٪ لا تشارك أبداً. تشير نسبة ٥٢,٥٪ إلى اتخاذهم القرارات الكبرى في حياتهم، بينما لا تفعل نسبة ٢٥,٥٪ شيئاً أبداً على هذا الصعيد. وإذا كان لهذه المقاييس أن تعني شيئاً، فإنّها تدلّ على أنّ موقف الآخرين من الأشخاص ذوي الإعاقة يفرض تحدياً اجتماعياً أمام الكثير من الأشخاص المعاقين.

الجدول ١٩: موقف الناس من الأشخاص ذوي الإعاقة

لا ينطبق	لا أعلم	أجل كلياً	أحياناً	لا أبداً	
٣ (٠.٣٪)	٧ (٠.٧٪)	٦١٢ (٥٨٪)	٢٠٢ (١٩.١٪)	٢٣١ (٢١.٩٪)	هل تشارك في قرارات العائلة؟
٦ (٠.٦٪)	٢٩ (٢.٧٪)	١٨٨ (١٧.٨٪)	٢٥٦ (٢٤.٣٪)	٥٧٦ (٥٤.٦٪)	هل تواجه مشاكل في المشاركة في المجتمع بسبب مواقف الناس المحيطين بك؟
٤ (٠.٤٪)	١٨ (١.٧٪)	١٣٤ (١٢.٧٪)	٣٢١ (٣٠.٤٪)	٥٧٨ (٥٤.٨٪)	هل تشعر أنّ بعض الناس يعاملونك بطريقة غير منصفة؟
٣ (٠.٣٪)	٤ (٠.٤٪)	٦٩٩ (٦٦.٣٪)	٢١٥ (٢٠.٤٪)	١٣٤ (١٢.٧٪)	هل تعتمد شخصياً خياراتك الخاصة بحياتك اليومية؟
٢ (٠.٢٪)	٧ (٠.٧٪)	٥٥٤ (٥٢.٥٪)	٢٢٣ (٢١.١٪)	٢٦٩ (٢٥.٥٪)	هل تتخذ القرارات الكبيرة في حياتك؟
١٠ (٠.٩٪)	٥ (٠.٥٪)	٦٧٩ (٦٤.٤٪)	٣٠٦ (٢٩٪)	٥٥ (٥.٢٪)	هل تشعر ان الآخرين يقبلونك؟
٥ (٠.٥٪)	١٠ (٠.٩٪)	٧٢٠ (٦٨.٢٪)	٢٧٥ (٢٦.١٪)	٤٥ (٤.٣٪)	هل تشعر أنّ الآخرين يحترمونك؟
٨ (٠.٨٪)	٢٢ (٢.١٪)	٥٠ (٤.٧٪)	٣١٦ (٣٠٪)	٦٥٩ (٦٢.٥٪)	هل يميل الناس المحيطين بك إلى فقدان الصبر معك؟

## ن.أس، في ٢١/١/٢٠٢٠

أنا لبنانية أعيش بمفردي. في السابق كنت ممرضة في إحدى المستشفيات الحكومية في منطقة عاليه. فكنت في النهار أعتني بالمرضى، لأعتني بعد ساعات الدوام بوالدي المصابة بخرف الشيخوخة. وكنت أعيش معها، لكنها توفيت قبل أربع سنوات. أصبت بالتهاب في حبلي الشوكي ولاحقاً تعرّضت لفالج أعاق قدرتي على الحركة. نتيجة لذلك لم يعد في وسعي العمل وشطب اسمي من الضمان الاجتماعي، وبعد حوالي أربعين عاماً من خدمة الآخرين أجدي وحدي دون من يعتني بي. أنا اليوم بحاجة إلى مجموعة واسعة من الخدمات الصحية التي لا يمكنني تأمين كلفتها. وهي تبدأ بحفنة من الأدوية وصورة شعاعية محورية طبقية كل ستة أشهر، وفحوص مخبرية ومعينات وتنتهي بالحفاضات والمنتجات المضادة للإلتان. وأنا أنفق من مالي لأشترئها. ولو رأيت الكرسي التي أقتنيها لضحكت. إنني أشعر بالإحراج إن رأها أحد. لذا أحتفظ بها في غرفة نومي. لم أتسلم أي معدات أو تجهيزات من وزارة الشؤون الاجتماعية. عندما سعت إلى تأمينها من مراكز الوزارة، حصلت على الرد نفسه منها جميعاً: "ارجعي لاحقاً لقد نفذ ما لدينا". هل يفترض بي أن أدفع أجرة التكسي مرة تلو أخرى لأسمع الكلام نفسه في مراكز وزارة الشؤون؟ (...). إن أقل أجر تكسي أدفعه ليقلني إلى مركز الوزارة في الحدث يبلغ ٥٠.٠٠٠ ل.ل.

إنني أقتني بطاقة المعوق الشخصية لكنها عديمة الجدوى. لقد توجب علي زيارة مراكز وزارة الشؤون لطلب الخدمات التي أحتاجها، وذلك لأن أحدا لا يجيب على الهاتف أو لأنهم يتركوني على الخط أنتظر طويلاً. إن ارتفاع أجر الرحلة ذهاباً وإياباً إلى المركز تجعل من الأوفر علي أن أحصل على هذه الخدمات على حسابي من الباعة الخصوصيين بالقرب من سكني.

أحتاج أن أحصل على صورة محورية طبقية دورياً لمراقبة التهاب حبلي الشوكي، لكنني لا أستطيع تغطية كلفتها، ولا يستطيع أي مركز صحي تأمينها لي مجاناً. قدم لي بعض المحسنين جهاز مشي (ووكر) وكروسي متحرك/متنقل، وأنا ممتنة للصيدلي الذي يسمح لي أنأدفع ثمن الأدوية بالتقسيط. إلا أن هذا الشكل من الاتكالية لا يتيح لي الحصول على الرعاية الصحية الجيدة التي تمس بي الحاجة إليها. وأنا أحاول تقليص الدين للصيدلية بتجاوز جرعات من الأدوية المفترض بي تناولها يومياً. "فأنا أتناول اليوم مثلاً دواء الضغط وغدا أتناول دواء القلب".

أمل أن ترسل وزارة الشؤون الاجتماعية أو وزارة الصحة العامة يوماً مساعدين وعاملين اجتماعيين لفحص أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة بحيث يتسنى لي أن أستعيد حتى ولو القليل من بعض الدعم الذي وفرته للآخرين في خلال عقود خدمتي.

# نتائج البحث النوعية

## مناقشات مجموعات التركيز

### خصائص العينة

جرت مناقشات مجموعات التركيز على مدى أربعة أشهر، بين حزيران وكانون الأول ٢٠١٩، في خمس مناطق من البلاد: بيروت، وجبل لبنان، والشمال، والجنوب والبقاع. ورغم التخطيط لتنظيم خمس عشرة مناقشة لمجموعات التركيز، فإن أربع عشرة منها عقدت، بسبب تشبّع المعلومات، بمشاركة مجموع يعادل ١٢١ شخصاً ذا إعاقة (٥٥ أنثى ذات إعاقة و٦٦ ذكراً ذا إعاقة) موزعين على المناطق المختلفة في لبنان. وراوحت أعمار المشاركين من ١٨ إلى ٧٤ عاماً (متوسط العمر = ٣٨،٦٩ عاماً، والانحراف المعياري يعادل ١٥،١٢ عاماً). وبلغت نسبة المشاركين من اللبنانيين حاملي بطاقة المعوق الشخصية ٥٧٪، وبلغت نسبة المشاركين اللبنانيين من غير حملة البطاقة الصادرة عن وزارة الشؤون ١٢٪، بينما شارك النازحون السوريون بنسبة ٣١٪. شكّل الأشخاص ذوو الإعاقة الحركية القسم الأكبر من المشاركين (٤٨،٨٪)، بينما كانت نسبة ١٢٪ منهم متعدّدة الإعاقات. يضمّ الملحق ٤ معلومات ديمغرافية موجزة عن المشاركين.

مع أن مناقشات مجموعات التركيز دارت باللغة العربية، فإن الجلسات قد تمّ تدوينها ثم ترجمتها لتسهيل التحليل الموضوعاتي الذي برزت منه ثلاثة مواضيع رئيسية كبرى. التقط أولها حاجة المشاركين إلى الخدمات الصحية واستعمالها أو الاستفادة منها؛ ووصف الثاني الحواجز أو العوائق والصعوبات التي يواجهها المشاركون عندما يحاولون الحصول على الرعاية؛ وعبر ثالثها عن المستوى الإجمالي لرضى المشاركين عن خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية. ويلخص الشكل ٢٥ أدناه المواضيع الثلاثة والمواضيع المحورية الفرعية الثلاثة عشر.

- أخذ المواعيد
- قضاء الوقت في المركز
- لرضى عن طول الجلسة ومدّتها
- سلوك العاملين والموظفين
- الرضى عن الكلفة

الرضى عن خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية

- الصعوبات المالية
- إمكانية الوصول
- نقص الوعي بتوافر الخدمات
- محدودية الخدمات المتوافرة
- صعوبات بطاقة المعوق

الحواجز والتحديات

- الخدمات المطلوبة
- تكرار الخدمات المطلوبة
- مصادر تلقي الخدمات المطلوبة

الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية و الاستفادة منها

الشكل ٢٥: المواضيع المحورية والمواضيع الفرعية المستقاة من مناقشات مجموعات



## الموضوع المحوري (أ): الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية واستعمالها

### الموضوع المحوري الفرعي أ١: الخدمات المطلوبة

ذكرت غالبية المشاركين أنّ الأشخاص ذوي الإعاقة، وعلى غرار سواهم من الناس، يحتاجون إلى خدمات صحية عامة ووقائية وتخصصية غير تلك المتّصلة بإعاقاتهم، بما في ذلك الأدوية، والمشورات مع الأطباء العموميين والاختصاصيين، وطب الأسنان، والتصوير والفحوص المخبرية.

” أنا أمرض بصورة طبيعية عادية مثل أي بشري عادي طبيعي. عندما أتناول الأدوية والعقاقير.

“ (ال ١١)

” لا حاجة بي إلى أية خدمات صحية على صلة بالإعاقة. إلا أنني بحاجة فقط إلى الخدمات الصحية عندما أمرض من حين إلى آخر تماما مثل أي شخص آخر، كالصداع، وطبيب الأسنان، والإنفلونزا...

“ (دل ١١)

علاوة على ذلك، غالبا ما تمس الحاجة بالأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمة تأهيلية واحدة أو أكثر، كالعلاج الفيزيائي، والمعينات، وعلاج النطق، والعلاج النفسي وما إلى ذلك. ولعل لصعوبة الحصول على هذه الخدمات تبعات واسعة النطاق بالنسبة إلى الكثيرين.

”احتجت إلى طبيب لأنني تعرضت للشلل مدة أربعة أعوام. ولم يكن في وسعي التحرك أبدا. من عام وحتى يومنا هذا لم تمس بي الحاجة إلى أي شيء سوى العكازات

“ (بل ٩)

لعلّ التحدّيات الصحية التي يجابهها الأشخاص ذوو الإعاقة غير متصلة أو متصلة، أو متصلة مباشرة أو غير مباشرة بهذه أو تلك الإعاقة المحدّدة. ومن الجائز للتعقيد الناتج أن ينطوي على صعوبة في إدارة صحيحة للوضع، وهذا غالبا ما يستدعي استشفاء وإجراء جراحات أكثر من السكان غير ذوي الإعاقة، كجراحة القلب المفتوح، وجراحة الماء الأسود الغلوکوما (أو استئصال الترايبيق)، زراعة الكلى، الخ.

” تلقيت جلطة في عيني. وأنا أحتاج جراحة في العين تبلغ كلفتها ٤٠٠٠ دولاراً. هذا فقط لتغطية كلفة جراحة الغلوкома وحدها.

“ (إي س ٥)

” خضعت لزراعة كلوة وتركيب ناظمة لضربات القلب.

“ (سي ل ٨)

بالإضافة، أنّ بعض الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية بحاجة إلى مساعدة شخصية للمعاونة في أداء أنشطة الحياة اليومية كالعناية الشخصية والرعاية المنزلية.

### الموضوع المحوري الفرعي ٢١: تكرار الخدمات المطلوبة

تتفاوت نسبة تكرار الحاجة إلى الرعاية الصحية بين الأشخاص ذوي الإعاقة، بالاعتماد على مجموعة من العوامل: نوع الإعاقة ودرجتها، والوضع الصحي الإجمالي العام (حادّة، مزمنة، شديدة)، السن، النوع الاجتماعي/الجنس، وأحوال الحياة، وهلم جرا. يلخص الجدول ٢٠ تكرار أو تردّد خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين شاركوا في مناقشات مجموعات التركيز. ذكر الكثير من المشاركين الحاجة إلى الخدمات الصحية على أساس شهري، ولو أنّ البعض تحدّثوا عن الحاجة إلى خدمات كالعلاج الفيزيائي والأدوية والإمدادات الطبية، بوتيرة أشد (يوميًا، أسبوعياً أو كل أسبوعين).

بالنسبة إلى الكثيرين من الأشخاص ذوي الإعاقة، تعتبر التدابير والإجراءات التأهيلية حيوية وضرورية للوقاية من فقدان القدرة الوظيفية أو إبطاء العملية، أو تحسين الوظيفة أو إنعاشها، والتعويض عن الوظيفة المفقودة، أو الحفاظ على المستوى الراهن من القدرة الوظيفية. والتأهيل يحصل بانتظام على مدى فترة زمنية معينة مع توقف نسبة التكرار أو التردد على تقييم الحاجة. على سبيل المثال، أفاد أحد المشاركين من ذوي الإعاقة الجسدية عن حاجته إلى جلسات علاج فيزيائي يومية.

” أحتاج العلاج الطبيعي/الفيزيائي كل يوم، لكن إن استطعت الخضوع لها خمس مرات في الأسبوع، فإن ذلك جيد.

“ (ك س ٥)

بالإضافة، أنه عند الحديث عن المعينات فإن معظم الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية يذكرون أنهم يتطلبون بدائل بتردد أو تكرار أكثر مما يمكن لوزارة الشؤون الاجتماعية تزويدهم بها (الكراسي المتحركة، والعكازات والأحذية

الطبية تؤمنها الوزارة للمعاقين اللبنانيين من حملة بطاقة المعوق). وصف رجل الصعوبات عند محاولة طلب كرسي متحرك جديد.

” تسمح الأنظمة بتقديم طلب للحصول على كرسي متحرك أو عكاز أو خلفه كل خمسة أعوام، لكنني أحتاج إلى تغييرها كل ثلاثة أعوام. ولا يناسبني الانتظار لخمسة أعوام، لكن حتى ولو فعلت، فإن من غير المحتمل أن تكون الخدمة متاحة. يجدر بنا أن نتحول إلى مؤسسات أو جمعيات أخرى من أجل الحصول على هذه الخدمات...”

٦٦ (إل ٣)

الجدول ٢٠: أمثلة على الخدمات الصحية ومعدل تكرارها الضروري، حسب ما ذكره المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز

معدل التكرار	خدمات الرعاية الصحية
كل ثلاثة إلى أربعة أعوام	كرسي متحرك، ساق اصطناعية
سنوياً	المعينات (أحذية طبية، عكازات)، فحص الطبيب (طبيب الأعصاب، جراح العظام..)، فحص الدم
مرتان في السنة	استشارة الطبيب، فحوص الدم، تصوير شعاعي
ثلاث مرات في السنة	فحص الدم، استشارة الطبيب، الأدوية
شهرياً	الأدوية، استشارة الطبيب، الحفاضات، بطاريات لمعينات السمع
كل ١٥ يوم	العقاقير ذات التأثير العصبي
أسبوعياً	العلاج الفيزيائي، المعالجة النفسية
يوميّاً	المساعد الشخصي، الإمدادات الطبية (أنابيب السفت، أجهزة التنفس، أكياس البول، القفازات) العلاج الفيزيائي
عند الحاجة	طبيب الأسنان، استشارة الطبيب، فحص الدم، الاستشفاء، الأدوية، الإمدادات الطبية

### الموضوع المحوري الفرعي ٣١: مصادر تلقي الخدمات المطلوبة

كشفت مناقشات مجموعات التركيز أن معظم الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين والسوريين يشعرون أن ليس في وسعهم الاعتماد فقط على الرعاية التي توفرها الحكومة، ولكن عوضاً عن ذلك يجدر بهم البحث عن بدائل من أجل الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية أكثر من غيرها والحصول عليها. ويفيد اللبنانيون من حملة بطاقة المعوق الشخصية عن حصولهم على المعينات حين تتوافر لدى وزارة الشؤون الاجتماعية، بينما تحدث اللبنانيون من غير حملة البطاقة والنازحون السوريون عن تلقيهم هذه التجهيزات من الجمعيات غير الحكومية أو من القطاع الخاص أو على حسابهم. إلا أن الكثير من المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز صرحوا بخيبة أملهم وعدم رضاهم تجاه الكمية المحدودة (فيما يتعلق بمنتجات السلس الاطراحية أو الاستهلاكية على سبيل المثال)، والملاءمة الشخصية والجودة الإجمالية للأجهزة والأدوات المقدمة بصرف النظر عن مصدرها.

” يتاح لنا الحصول على كرسي متحرك كل خمسة أعوام، لكنها لا تكاد تعمر لعامين. عندما تذهب للحصول على الكرسي، فإن الأمر لا يشبه إتاحة الحق لك باختيار ما يريحك أو تلك التي تناسب جسمك. فهم يقولون لك إن هذا هو المتوافر لديهم وعليك القبول بالصفقة.“

“ (أ ل ٦)

غالباً ما تشكل الجمعيات غير الحكومية، التي تؤمن المعدات والخدمات اللازمة كالمعينات (عكازات وأطراف صناعية، الخ.)، والأدوية، والعلاج الفيزيائي والعلاج النفسي ومشورة الأطباء العموميين أو الاختصاصيين، الوسيلة الأولية التي بواسطتها يفيد المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز عن حصولهم على الخدمات.

” أنا أتلقى العلاج الفيزيائي في المنزل، إذ يحضر المعالج إلي، تماماً كما هي الحال مع المعالج النفسي لأن ليس في وسعي التنقل ذهاباً وإياباً. ولم أَدفع بدل العلاجات الفيزيائية والنفسي لأن جمعية مساواة تكفلت بالأمر.“

“ (أ س ٥)

يعتمد عدد صغير جداً من الأشخاص ذوي الإعاقة على التأمين، أو الضمان الاجتماعي أو تغطية المؤسسات العسكرية والأمنية لتلبية احتياجاتهم من الخدمات الصحية:

” عندما أحتاج الأدوية أشتريها من الصيدلية وأدفع ثمنها. لدي بوليصة تأمين تغطي كلفة هذه الأدوية.“

“ (إ ل ٨)

” لدي تغطية من الطبابة العسكرية. أحصل على الأدوية من المستشفى العسكري الذي يغطي عادة كل شيء.

“ (ج ل ١١)

الإجراءات الجراحية هي عادة تدخلات عالية الكلفة قد لا تؤمنها أو تغطيها بالكامل المصادر المتاحة (الحكومة، الجمعيات غير الحكومية/الأهلية، وهلم جرا). لذلك عندما تمس الحاجة إلى جراحة، يبادر بعض المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز إلى طلب التبرعات من الأقارب وغيرهم:

” أجريت لي جراحة لم تكمل بالنجاح. لم تساعدني أي مؤسسة أو جمعية. حصلت على المعونة المالية من الناس.

“ (أ س ٤)

يصف شخصان سوريان من ذوي الإعاقة استعارة المعينات كالعكازات أو عصي المشي من أصدقائهما.

على الرغم من ذكر الكثيرين من المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز أنهم يحصلون على بعض الخدمات من مراكز الرعاية الصحية الأولية، فإن ما يزيد على النصف وصفوا الصعوبات الملحوظة التي دفعتهم إلى البحث عن مصادر بديلة أو الاستغناء عن الخدمة الضرورية في بعض الحالات. ويندرج في عداد الأسباب الرئيسية لذلك:

١. عدم توافر الخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، كما هي الحال مع الأدوية وحضور الأطباء الاختصاصيين:

” عندما سألتهم (في مركز الرعاية الصحية الأولية)، قالوا لي إن هذه الخدمة غير متاحة. ربما كانوا يقدمونها، لكن ربما كان مخزونهم من الأدوية قد نفذ.

“ (د ل ١)

٢. مستوى الخدمات غير الباعث على الرضى

” يؤمن هذا المستوصف الأدوية، ولكن الأدوية زهيدة الثمن. وصف لي الطبيب مسكنا ونوعا من الفيتامينات غالية الثمن. فكان علي أن أشتريه بنفسه وأدفع ثمنه ٨٠.٠٠٠ ل.ل.

“ (ج س ٥)

٣. البرنامج المحدود في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

” لا يتواجد جميع الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية طوال الوقت. أضف أن الشخص ذا الإعاقة يمرض معظم الوقت في ساعات الليل حين تكون هذه المراكز مغلقة.

“ (مقدم الرعاية والعناية أ ل ١٢)

٤. نقص الوعي بتوافر الخدمة

” أدفع ثمن الأدوية لأنني لا أعرف أين أحصل على هذه الخدمات مجانا.

“ (ي ل ٢)

٥. عدم توافر المراكز القريبة يدفع إلى صعوبات وتحديات في التنقل

” علي أن أتحمل دفع مبلغ ٣٠.٠٠٠ ل.ل. بدل نقل للوصول إلى هذا المركز. فكيف يمكن لي أن أستفيد؟ ليس مهما فقط أن توفر مراكز الرعاية الصحية الأولية ال خدمات أو تفتح مراكز جديدة، إذ إن موقعها من العوامل الكبيرة.

“ (ي ل ٣)

٦. وقت الانتظار للمعاينة في مراكز الرعاية الصحية الأولية

” أفضل دفع رسم معاينة كامل للطبيب في عيادته بسبب جميع القيود المفروضة على توقيت الزيارات وعددها في خلال اليوم الواحد في مراكز الرعاية الصحية الأولية. إذا قصدت أحد هذه المراكز أحيانا تجد نفسك مضطرا للانتظار ساعات وينتهي بك الأمر دون مقابلة الطبيب. فلماذا أسلك هذا الطريق الملتوي؟ من الأسهل التوجه إلى عيادة خاصة نظرا إلى جميع العقبات المتعلقة بمراكز الرعاية الصحية الأولية.

“ (ه ل ٣)

٧. المزيد من الراحة مع القطاع الخاص

” أنا أراجع طبيبي منذ عشرة أعوام وقد اعتدت عليه. هو يعمل في عيادة خاصة، لكنني لا أبدله.

“ (ه ل ٦)

٨. سلوك العاملين غير المهني

” يأخذني والدي إلى الطبيب على نفقته الخاصة. ثمة مستوصفات، لكن والدي لا يقصدها. فالموظفون هناك يتسلون بي.

“ (أ ل ٦)

يصف ربع المشاركين أو حوالي ٢٥٪ منهم عدم حصولهم على خدمات صحية أبداً بتأثير الأسباب نفسها.

” إنني بحاجة إلى تصوير محوري طبقي، لكنه (ليس متوافراً في مراكز الرعاية الصحية الأولية) ولا يسعني تحمل الكلفة.

“ (سي س ٤)

” إنها بحاجة إلى العلاج النفسي، لكنني لم أخذها لفحص صحتها العقلية لأن ليس لدي المال حتى أدفع كلفة هذه الفحوص.

“ (مقدم الرعاية ه ل ١١)

## الموضوع المحوري (ب): الحواجز والتحديات في الوصول إلى الرعاية الصحية والحصول عليها

عند الوصول إلى الرعاية الصحية والحصول عليها، يواجه الجميع تقريباً صعوبات بين حين وآخر. إلا أن هذه الصعوبات بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر تردداً وتكراراً وأشد وطأة نظراً إلى نشوئها من عوائق أساسية كامنة ترتبط بالموافق أو بالمؤسسة أو بالنظام، وهي مادية وعلى صلة بالتكنولوجيا والتواصل. ويقدم تصنيف الإعاقة الصادر عن منظمة الصحة العالمية الأمثلة التالية:

- بيئة عمرانية/مادية تفتقر إلى إمكانية الوصول؛
- نقص التكنولوجيا المساعدة ذات الصلة (الأجهزة المعينة، وتلك المكيفة أو المساعدة على التكيف والتأهيلية)؛

- مواقف الناس السلبية تجاه الإعاقة؛
- الخدمات والمنظومات والسياسات غير الموجودة أو تلك التي تعيق انخراط جميع الأشخاص الذين يعانون مشكلة صحية في جميع ميادين الحياة ١٣.

عند السؤال في هذه الدراسة عن أنواع الحواجز والصعوبات والتحديات التي تواجه المعنيين عند طلب الخدمات الصحية، أورد معظم المشاركين أمثلة عديدة كافحوا فيها للوصول إلى الخدمات الصحية الجيدة التي تمسّ بهم الحاجة إليها. والمواضيع المحورية الفرعية الخمسة التالية تلتقط معظم الصعوبات الشائعة التي يجابهها المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز. ولا بدّ من ملاحظة أنّ لا مجال لمواجهة هذه العوائق بشكل منفرد، وذلك بسبب الطبيعة الشاملة والعابرة لهذه الحواجز، هذا أمر أوضحه المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز.

### الموضوع المحوري الفرعي ب ١: الصعوبات المالية

شكّلت الكلفة المالية للوصول إلى المعالجة والحصول عليها حاجزاً محدّداً عموماً من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شاركوا في مناقشات مجموعات التركيز في هذه الدراسة. مع أن الخدمات المقدمة من قبل مراكز الرعاية الصحية الأولية منخفضة التكلفة نسبياً، فإنها ليست مجانية بالكامل، (على سبيل المثال، يجب رسم بقيمة ٧.٠٠٠ ل.ل. مقابل استشارة الطبيب فور الدخول إلى المستوصف؛ من الجائز استيفاء رسوم إضافية بالاعتماد على الخدمات المقدمة). ذكرت إحدى المشاركات، مثلاً، أنّ من الصعوبة بمكان عليها تدبير أمرها مع الزيادة الأخيرة في الرسم.

” عندما يتعلّق الأمر بالحذاء الطبي، يعادل الفرق ٢٠.٠٠٠ ل.ل. قبل ثلاثة أعوام كنت أحصل عليه مجاناً. وعندما يتعلّق الأمر بالعكازات، يعادل الفرق ١٥.٠٠٠ ل.ل.، وكذلك هي الحال مع استشارات الطبيب، والأمر نفسه يصح على الخدمات الأخرى. لم يكن هذا هو الحال قبل سنوات عدة.

“ (د ل ١)

فيما يتعلّق بالجراحات والاستشفاء، أعرب السوريون واللبنانيون على السواء عن إحباطهم من الصعوبة الكامنة في دفع الفرق الذي لا تتحمله وزارة الصحة أو وزارة الشؤون الاجتماعية أو الجمعيات غير الحكومية.

” أصبتُ بفالج ولم يقبل أي مستشفى استقبالي. وحدها المستشفيات الحكومية تستقبل حملة بطاقة وزارة الشؤون الاجتماعية. وعندما تقصد مستشفى حكومياً يجعلونك تدفع ثمن الأدوية التي يحقنوك بها. خضعت لاستئصال



المرارة. حتى الطبيب تقاضى مني بدل أتعب الجراحة التي أجراها. وقد أخبرني أن أجره لا تغطيه بطاقة المعوق. فحصلت على قرض حتى أجري العملية. لقد غطت البطاقة كلفة إيجار سرير المستشفى ولكن دون الأدوية.

“ (هـ ل ١٠)

عند سؤال المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز عن كيفية تحملهم كلفة تأمين الخدمات الصحية (سواء كانت من الحكومة أم من مرافق القطاع الخاص)، ذكر المعنيون مجموعة كبيرة من المصادر:

• أفادت الأكثرية عن الاعتماد على عائلاتهم، ولو أن بعض الأشخاص ذوي الإعاقة اتخذوا قرار وقف معالجتهم حتى لا يواصلوا إرهاب أهاليهم بالجمل.

” اعتاد والدي ابتياع الأدوية التي أتناولها. إلا أننا بلغنا مرحلة لا نتناول فيها الدواء حتى لا نجعل والدينا يدفعان ثمنه.

“ (هـ ل ٧)

• يتمتع عدد صغير من الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين بدعم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ولكن بغية الاستفادة من هذا الامتياز المتعلق بالتشغيل والاستخدام، على حامل البطاقة دفع كامل المبلغ مقدماً ثم يتقدموا بطلب إعادة النفقات، وهذه عملية قد تستغرق أشهراً حتى تكتمل.

” انا لا أعمل ولزوجي ضمان اجتماعي يحتم عليك أن تنتظر سبعة إلى ثمانية أشهر قبل أن تسترجع أموالك من الصندوق.

“ (ي ل ٢)

• يقوم الأشخاص ذوو الإعاقة العاملون حالياً بدفع الرسوم الطبية بأنفسهم.

” تبلغ كلفة أدوية الغدة الدرقية ٦٠.٠٠٠ ل.ل، وأدوية القلب غالية أيضاً، ولا أحد يؤمنها. لذا علي أن أدفع الثمن بنفسني.

“ (أ س ٥)

- طلب بعض الأشخاص ذوي الإعاقة المساعدة من أصدقائهم.

” إنني لا أعمل بسبب إعاقتي. لدي صديقة تعمل في عيادة أحد الأطباء وهي أحياناً تؤمن لي أدويتي. وأحياناً أخرى أشتريها من الصيدلية وأسدد ثمنها بالتقسيط.

“ (د ل ٣)

- أعلن عدد صغير من المشاركين أن الاستدانة هي حلهم.

” توافق الصيدلية أحياناً أن أشتري بالدين، وفي أحيان أخرى يطالبونني بدفع الدين المستحق قبل شراء المزيد من الدواء. قبل أيام عدة اضطررت إلى أن أرهن بطاقة هويتي من أجل الحصول على قرض. أرهني الشرطي حتى أسدد القرض المستحق علي وأخذوا يزيدون دولارين يومياً عن كل يوم تأخير في السداد.

“ (ه ل ١٠)

- تمكّن السوريون المسجلون لدى مفوضية اللاجئين السامية التابعة للأمم المتحدة أن يستفيدوا من معونة الوكالة، لكن المساعدة لم تكن كافية ومناسبة لتلك الأسر التي تضم فرداً ذا إعاقة.

” تعاملنا الأمم المتحدة مثل فرد عادي/غير معاق من الأسرة. وهي تقدم لنا مبلغ ٤٠.٠٠٠ ل.ل. شهرياً! هذا غير كافٍ. فالأسرة التي لديها شخص ذو إعاقة تحتاج إلى أن تحصل على المزيد من المال.

“ (أ س ٥)

” تعطينا مفوضية اللاجئين السامية مبلغ ٢٧ دولاراً أميركياً في الشهر (أي ٩٠ سنتاً في اليوم الواحد). هل من المعقول أن يكفي مبلغ ٩٠ سنتاً آدمياً؟

“ (ف س ٥)

- ذكر الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة أنهم ببساطة لا يستطيعون تغطية كلفة احتياجاتهم الصحية.

” لم أزر الطبيب لأعرف إذا كنت بحاجة إلى أية فحوص. إذا أردت إجراء أي فحوص طبية، فإن عليك أن تدفع ما يراوح من مئة إلى مئتي دولار. هكذا ينتهي الأمر بي وأنا أردد أن الأمر سوف يمرّ وأنني سوف أتحسن.

“ (د ل ٧)

” توقفت عن تعاطي دوائي لأن من المتعذر علي تسديد ثمنه. سألت كثيرا في مراكز الرعاية الصحية الأولية، لكن أحدا لا يقدمه.

“ (دل ١٢)

• أشار بعض المشاركين إلى أنهم واجهوا خيارا بين تسديد أكلاف الرعاية الصحية أو ثمن احتياجاتهم المعيشية اليومية:

” يجب أنت تقلق بشأن ظروف المعيشة أكثر من شأن الخدمات الطبية. صحيح أن الخدمات الطبية هامة، إلا أن عليك التفكير في البيت وفيما إذا كان عليك دين.

“ (سي س ٤)

## الموضوع المحوري الفرعي ب ٢: إمكانية الوصول

ذكر المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز العوائق المتصلة بإمكانية الوصول إلى المراكز التي تقدّم الخدمات الصحية (سواء كانت عامة أو خاصة)، وهي تضم خمس عقبات رئيسية: الحواجز الهندسية، والحواجز الخاصة بالمعلومات، وحواجز الإتّصال و التواصل، والحواجز الجغرافية وعقبات النقل والمواصلات.

### ١. الحواجز الهندسية

يواجه الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة عوائق وحواجز هندسية أو عمرانية تعيق وصولهم إلى الخدمات الصحية وتحول دونهم ودون الحصول على الرعاية التي تمسّ بهم الحاجة إليها. ويجوز لتصميم المرافق والمنشآت الخارجية والداخلية وبنائها أن تمنعهم من زيارة مراكز الرعاية الصحية الأولية أو غيرهم من مقدمي خدمات الرعاية الصحية. فمداخل المباني غير منظمة وعديمة الاستواء، والمعدات الطبية يتعذر استعمالها، والأبواب والممرات ضيقة، والمنشآت متعددة الطبقات مفتقرة إلى مصاعد عاملة، والحمامات والمراحيض متعذر الوصول إليها ومواقف السيارات يصعب الوصول إليها ودخولها إذ توجد حواجز وعوائق تحول دون الحصول على خدمات رعاية صحية مناسبة. وكان الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية في مناقشات مجموعات التركيز قد رويوا تجارب محبطة.

” يظنون أن مركز الرعاية الصحية الأولية سهل الارتياح يمكن الوصول إليه بمجرد إقامة منحدر عند مدخله، ولكن المنحدر ليس كافياً. فهم لا يضعون في اعتبارهم إذا كنا بحاجة إلى دخول دورة المياه وما إذا كان الكرسي المتحرك يمكن له الدخول والتحرك هناك! وهم لا يدخلون الكرسي المتحرك في حسابهم عند إقامة غرف الفحص. فأحياناً تكون تلك الغرف متناهية الضيق على دخول الكرسي، مما يجعلنا نخضع للفحص والباب مفتوح.

“ (سي ل ٣)

## ٢. الحواجز الخاصة بالمعلومات

كذلك يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة، وبخاصة أولئك ذوي الإعاقات البصرية، حواجز وعوائق بخصوص إمكانية الوصول إلى المعلومات والحصول عليها. وفي خلال مناقشات مجموعات التركيز، تحدث الأشخاص ذوو الإعاقات البصرية عن أن المراكز الصحية في لبنان هي عموماً تقتصر إلى إمكانية الوصول بالنسبة إليهم، إذ يتعذر عليهم بلوغ تلك المرافق بأنفسهم، وما لم يتم تزويدها بتعليمات أو توجيهات مدونة بالخط النقطي البارز (برايل) يتعذر عليهم التحرك والتجول فيها بمجرد دخولهم إليها.

” المراكز في لبنان ليست متاحة (تقتصر إلى إمكانية الوصول) أمام الأشخاص ذوي الإعاقة. على سبيل المثال، ليس من حروف وإشارات برايل في المصاعد ولا عند مداخل الطبقات ولا على أبواب الغرف.

“ (فل ٧)

## ٣. حواجز الاتصال والتواصل

ربما كان إخفاق مقدمي خدمات الرعاية الصحية في التواصل بطريقة صحيحة وفعالة مع الأشخاص ذوي الإعاقة الحاجز الأقل اعترافاً بواقعه، وهو ينهض في وجه تأمين حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية. ويشكل هذا صعوبة بالنسبة إلى الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية/ الفكرية والإعاقات السمعية، وغير ذلك من الإعاقات النمائية الأخرى، إذ إنه يقوض نمو وتطور العلاقات الثنائية النامية عن الاحترام التي تمكن المرضى من التعاون بكفاية وفعالية في عنايتهم بأنفسهم. علاوة على ذلك، وصف المشاركون الصم في هذه الدراسة الصعوبات التي تجابههم في إدارة البيئة الصحية دون ترافق ذلك دون ترجمة (بخصوص لغة الإشارة) أو أدوات الاتصال المقتبسة والمكيفة (معلومات سهلة القراءة، والصور والرموز).

” مشكلتي هي أنني عندما أذهب إلى مركز طبي، نجدهم لا يفهمون لغة الإشارة. فإذا قصدت المكان دون مرافقة أحد أفراد الأسرة، فإنهم يبيتون عاجزين عن فهم ما أقوله.

“ (سي ل ١)

أفاد بعض المشاركين أنهم حين كانوا يجابهون صعوبات اتصال وتواصل اضطروا إلى اللجوء إلى كتابة ما يريدون قوله.

” لا يمكنني أحيانا أن أفهم الأجوبة حتى ولو كتبوها.

“ (إي ل ٨)

#### ٤. الحواجز الجغرافية

كذلك يواجه الناس المقيمون في المناطق الريفية والمدينية على حد سواء حواجز وعوائق جغرافية عندما يحاولون الوصول إلى الرعاية اللازمة لأن منطقتهم قد تعرف وجود عدد محدود العيادات أو المستشفيات، وهذه حقيقة تؤثر سلبا في تنوع الخدمات المتخصصة المتوافرة. على سبيل المثال، لم يكن في وسع ام لثلاثة أولاد ذوي إعاقة الوصول إلى أي من مراكز الرعاية الصحية الأولية طلبا للخدمات بسبب موقع إقامتها.

” نحن لا نقصد مراكز الرعاية الصحية الأولية أبدا، ونقصد فقط مستوصف البلدية. لا بد أن ثمة مركز رعاية صحية أولية على مقربة منا. إلا أنني لا أستطيع اصطحاب أطفالي إلى أماكن بعيدة كبيروت أو طرابلس.

“ (مقدم الرعاية ه ل ١١)

” اضطرت إلى ركوب ثلاث سيارات أجرة للوصول إلى هنا (في رحلة). لقد اجتزت ثلاث محطات حتى بلغت هذا المكان.

“ (أي ل ١٠)

أشار مشاركون آخرون إلى أن المراكز التي يحتاجون إليها يتعذر الوصول إليها نتيجة المسافة والكلفة.

” يفترض بي أن ادفع مبلغ ٣٠.٠٠٠ ل.ل. بدل نقل حتى أصل إلى هذا المركز. عليه، كيف يحتمل لي أن أنتفع؟ ليس مهما فقط أن تؤمن مراكز الرعاية الصحية الأولية الخدمات أو تفتح مراكز جديدة، فإن موقعها عامل مؤثر أيضا.

“ (ك ل ٣)

#### ٥. عقبات النقل والمواصلات

أثار المشاركون بصورة متكررة الهموم والمخاوف بخصوص نقص النقل المؤهل والجائز تحمل كلفته، إن لزيارة

مرافق الرعاية الصحية المحلية وإن من أجل السفر لمسافات طويلة. ويتعذر على الكثير من الأفراد قيادة السيارات لمسافة طويلة بسبب إعاقاتهم، بينما تعتبر وسائل النقل العام في حالات كثيرة إما غير موجودة (في معظم المناطق) وإما أنها ببساطة غير مؤهلة. ووصف الكثير من المشاركين، وبخاصة أولئك الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية، كيف تؤثر عوائق النقل والمواصلات في حياتهم بطرق هامة.

” تمس بنا الحاجة إلى سيارات مؤهلة لاستقبال الأشخاص ذوي الإعاقة. فنحن نحتاج أن يحملنا أحدهم لأننا نجلس على كرسي متحرك.“

“ (ف ل ١)

روت سيدة ذات إعاقة بصرية تجربتها عندما حاولت الحصول على خدمات النقل.

” نحن، وبخاصة كأشخاص ذوي إعاقة بصرية، نقلق بشأن هوية من يقود السيارة التي نركبها. عان تليك التحقق من عثورك على مرافق قبل العثور على مركز رعاية صحية أولية حتى ولو كان على مقربة من منزلك. أما المركز الذي أرتاده، فيمكن لك منطقياً أن تبلغه سيراً على القدمين. بالنسبة إلي، إذا لم أجد من يصحبني، فإنني أقصد المركز في التكسي. إنه عبء ثقيل، لكنني تغلبت عليه.“

“ (د ل ٧)

شكّلت تكلفة النقل وأجرة المواصلات هماً كبيراً أيضاً. لقد أخبر العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة عن خيبة أملهم وشعورهم بالإحباط من جراء تكلفة النقل والمواصلات (سيارات التكسي بالدرجة الأولى)، الأمر الذي دفع بعضهم إلى وقف معالجاتهم تجاوباً مع الطبيعة الطاغية لهذه الصعوبة أو هذا التحدي.

” عندما يتعلق الأمر عموماً بالنقل والمواصلات يبدو أنه ينطوي على منتهى الصعوبة. هكذا يترتب علي استعمال التكسي الذي يكلفني ٢٠.٠٠٠ ل.ل. على الأقل. لهذا السبب توقفت عن تلقي العلاج الفيزيائي.“

“ (ف س ٥)

### الموضوع المحوري الفرعي ب ٣: نقص الوعي بتوافر الخدمات

تكلم الكثير من المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز عن حاجات الرعاية الصحية التي لم يصر إلى تلبيتها نتيجة نقص في المعلومات أو الوعي بشأن توافر خدمات محددة لازمة وموقع تقديمها. أفادت الأكثرية عن تلقيها المعلومات الصحية بالتواتر من خلال التعاطي مع أبناء الحي أو البلدة.

” علمت بها من خلال صديقة أختي، وهي ممرضة تعمل هناك (في أحد مراكز الرعاية الصحية الأولية). سألتني عن سبب عدم ذهابي إلى المركز. فرسوم الاستشارة الطبية والفحوص المخبرية تساوي ١٥.٠٠٠ ل.ل.، علما أن التصوير بالرنين المغناطيسي ليس مشمولاً.

“ (ب ل٦)

ذكر العديد من السوريين أنهم حصلوا على المعلومات من دليل مفوضية اللاجئين السامية التابعة للأمم المتحدة، علما أنه يضم جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية والخدمات التي تقدمها.

” أنا أقصد مفوضية اللاجئين الأممية؛ هم يعطون قائمة فيها أسماء المستوصفات وأرقام هواتفها. المعلومات سهلة المنال لكن ليست جميع الخدمات الطبية متوافرة.

“ (د س٤)

كثيرا ما أخبر الأشخاص ذوو الإعاقة المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز أن معلومات الخدمات الصحية إما غير متوافرة وإما غير متاحة لهم، مما يقودهم إلى البحث عن معلوماتهم الخاصة عن الخدمات الصحية.

” اكتشفت الخدمات الصحية بالصدفة. لقد ترتب علي أن أمضي للسؤال في محيطي. لما كانت لي القدرة على أن أنشط اجتماعيا، تسنى لي أن أسأل وأعرف. لو لم يكن لي معارفي، ما كان أحد ليأتي إلي بالمعلومات.

“ (ف ل١)

اقترح المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز الكثير من مصادر الاتصال من أجل الحصول على معلومات أفضل عن خدمات الرعاية الصحية:

(أ) وسائل التواصل الاجتماعي (تطبيق الواتساب، الفيسبوك ...)

” وسائل الإعلام هي اليوم الطريقة الأكثر أهمية. عند افتتاح مركز جديد في البقاع، ألا يفترض به أن يحظى بالإعلان والترويج؟ يصح ذلك على المراكز العامة والخاصة لدى كل منا هذه الأيام تطبيق الواتساب والفيسبوك أيضا، مما يعني وجود وسائل اتصال وإعلام تربطنا كلنا.

“ (ك ل٣)

## ب) الموقع على الشبكة العنكبوتية

” أفضل أن تتعاون جميع الجمعيات وتوجد صفحة على شبكة الإنترنت بحيث يتسنى للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إلى المعلومات من مصدر واحد.

66 (د ل ١)

## ج) المكالمات أو الرسائل النصية القصيرة/رقم هاتف الخط الساخن

” إذا كان بالإمكان تشغيل شخص في وزارة الشؤون الاجتماعية أو وزارة الصحة للاتصال بالأشخاص ذوي الإعاقة لإعلامهم عن الخدمات، وبطريقة حصولنا عليها. هذا أمر جيد جداً.

66 (ف ل ١)

## د) مساعدة البلديات عبر زيارة المنازل

” البلدية هي أقرب مصدر يسهل عليهم الوصول إليه أو الاتصال به. إذا احتاج أحدهم طبيب عيون على سبيل المثال، يجدر به أن يسأل في المحيط ثم يدفع ثمن الخدمة في عيادة خاصة. لا بد للشخص المقيم في المسكن أن يحصل على المعلومات عبر وصولها إليه. على البلدية التنسيق مع وزارة الشؤون الاجتماعية وترتب زيارات إلى المنازل، أو تتصل بالشخص ذي الإعاقة وتستفسر عن وضعه وتستطلع حاجاته.

66 (ج ل ١)

## هـ) النشرات، الكراسيات، القوائم أو الكتيبات

” يقصد الأشخاص ذوو الإعاقة في أغلب الحالات وزارة الشؤون الاجتماعية بغية تجديد بطاقة المعوق الشخصية. فلو أمكن توزيع كراسيات أو نشرات على ورقة واحدة أو كراسيات تساعد في إعادة توجيه الأشخاص إلى زيارة مراكز الرعاية الصحية الأولية.

66 (س ل ٣)

## و) التلفزيون

” التلفزيون هو الطريقة الفضلى لأن ليس لدى الجميع اتصال بمنظومات التواصل الاجتماعي.

66 (د ل ٧)



### الموضوع المحوري الفرعي ب٤: محدودية الخدمات المتوافرة

يشكّل نقص الخدمات الصحية المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة حاجزاً هاماً أمام الرعاية الصحية. عبر الكثير من المشاركين عن قلقهم وخوفهم إزاء النقص في الأدوية المطلوبة واللازمة والأطباء الاختصاصيين في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

” تغيب جميع الخدمات الاختصاصية كطبيب عيون أو أذن وأنف وحنجرة. لا تتوفر اختصاصات عديدة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. لذا نضطر لزيارة العيادات الخاصة... على سبيل المثال، لا يتواجد طبيب اختصاصي في جراحة العظام في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

“ (ك ل١)

تحدّث أحد المشاركين عن شعوره بالخوف من جراء انقطاع الخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

” ليس ثمة ضمانات بأن في وسعهم تزويدي لوقت طويل بالدواء الذي تمس بي الحاجة إليه. إنني أخشى ألا يوفروا لي الدواء باستمرار. لذلك لا اقصد المستوصفات.

“ (د ل٢)

### الموضوع المحوري الفرعي ب٥: صعوبات بطاقة المعوق

بدأت الحكومة اللبنانية، كما سبق وأشرنا، بإصدار بطاقة المعوق الشخصية عبر وزارة الشؤون الاجتماعية في تسعينات القرن الماضي. بموجب هذه السياسة، يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة تقديم طلب للانضمام إلى هذا البرنامج في الوزارة المعنية. في أي حال، من الضروري لهم أن يستوفوا ثلاثة شروط تؤكد أهليتهم واستحقاقهم للحصول على البطاقة:

- يجب لصاحب الطلب أن يحمل الجنسية اللبنانية؛
- يخضع الطالب لفحص طبيب اختصاصي في أحد مراكز وزارة الشؤون الثمانية المختصة بإصدار البطاقة المنتشرة عبر لبنان؛
- من الضروري لتشخيص صاحب الطلب أن يكون مدرجاً على القائمة الرسمية للإعاقات الخاصة بالتصنيف. تصدر بطاقة المعوق الشخصية لفترة قصوى تمتد خمسة أعوام، حين يخضع الشخص لفحص جديد حتى يصار إلى تجديد البطاقة. ومن الضروري لاستمارة التسجيل أن تتضمن معلومات محدثة وجديدة عن الشخص، بما في ذلك السن، والجنس (النوع الاجتماعي)، والتعليم، ووضع العمل، ومقر السكن، ونوع الإعاقة.

أعرب المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز عن مخاوفهم حيال الفوائد والتقديمات التي تؤمنها البطاقة والتي يحددها القانون، علماً أن بعضها لا يُقدّم.

وصف الكثير من الأشخاص ذوو الإعاقة الصعوبات المحبطة عند استعمالهم بطاقة المعوق الشخصية الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية مثل:

- الاستعمال المحدود.

” في حال كانت العملية مغطاة بواسطة البطاقة وفي حال قبل المستشفى بها، فإنك تظل بحاجة إلى أن تدفع بدل أتعاب الطبيب، علماً أن هذه الرسوم يجب أن تتضمنها كلفة العملية التي تغطيها البطاقة. ثمة الكثير من النفقات الإضافية كالأدوية والفحوص والصور الإشعاعية غير المغطاة بالبطاقة في المستشفى، مما يجعلنا ننتهي بدفع كلفتها.

“ (سي ل ٣)

- لا تقديمات رعاية صحية ، حتى في حالة الاستشفاء، على الرغم من أن جميع المستشفيات مطلوب منها أن تستقبل حملة البطاقة مجاناً.

” نحن الأشخاص ذوو الإعاقة في لبنان حصلنا على بطاقة المعوق الشخصية معتقدين أنها سوف تكون نافعة لنا. حتى بالنسبة إلى العمليات الجراحية، ثمة بعض المستشفيات تقبل التعامل بالبطاقة، وأخرى ترفضها.

“ (٥ ل ٢)

ذكر أحدهم أنه استخدم اتصالاته في المستشفيات من أجل قبول استعماله البطاقة.

”...خضعت لعمليتين جراحيتين غطتهما بطاقة وزارة الشؤون. يرجع ذلك إلى ما بعد العام ٢٠٠٠. منذ الشروع في إصدار البطاقة يمكن لك استخدامها والانتفاع بها في المستشفى فقط إذا كان لديك صلات ومعارف إما مع مدير المستشفى أو مع طبيب صالح يعمل هنالك. استخدمت صلاتي حينذاك واستطعت أن أعفى من المبلغ الذي طلبه المستشفى.

“ (٥ ل ٩)

يفضّل البعض عدم الحصول على البطاقة أو عدم تجديدها لأسباب عدة:

○ عدم الدراية والوعي بالبطاقة وفوائدها:

” لدي القليل من المعلومات عن بطاقة المعوق الشخصية. أسمع من المحيطين بي أنها غير نافعة للخدمات الصحية ولا سيما للعمليات الجراحية.

“ (ي ل ٢)

○ طول الإجراءات المطلوبة للحصول على البطاقة أو لتجديدها

” كلما أردت تجديد البطاقة، عليك أن تذهب شخصياً. في وزارة الشؤون يقولون لي إن الطبيب يريد أن يراك. إلا أنه يعرفني. فلماذا تحملوني على المجيء إلى المركز كل مرة؟ كما أن تشخيصي لن يتغير. لماذا يفترض بي أن أذهب إلى المركز كل أربعة أعوام. إنه أمر متعب للجميع بمن فيهم والدي.

“ (ب ل ٦)

○ تصنيف الإعاقات

” حملوني على الذهاب إلى هنالك أربع مرات، ولم تسفر الزيارات في نهاية المطاف عن نتيجة. لقد اضطررت للذهاب والرجوع أربع مرات ليحكموا بأن إعاقتي ليست مدرجة في التصنيف. لقد ذهبت ورجعت أربع مرات من أجل المعاملات الورقية المكتوبة. أز عجبني ذلك فعلاً.

“ (ج ل ٣)

○ يصعب تحمل التكلفة

” عليك أن تدفع عندما تريد تجديد بطاقة المعوق من وزارة الشؤون الاجتماعية.

“ (ب ل ١٢)

○ مخجل: أعلن أحدهم أنه لم يستحصل على البطاقة بسبب ما يتصل بها من وصمة وعار

” ربما شعر المرء أحياناً بالخجل والعار إن هو ذهب إلى أحد المراكز وأعلن أنّ بحوزته بطاقة المعوق الشخصية.

“ (ي ل ٢)

## الموضوع المحوري ج: الرضى عن خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية

طرح المسح أيضا أسئلة عن رضى الأشخاص ذوي الإعاقة عن خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية في مناقشات مجموعات التركيز. ويشكل رضى المريض مقياسا مهما لجودة الرعاية الصحية، إذ يؤمن لمحات للتعرف على نوعية الخدمات المقدمة، ومستوى الاحتراف المهني الذي يظهره الموظفون والعاملون، والانخراط اللاحق للمريض. على سبيل المثال، من المرجح للمرضى الراضين أن يحددوا مواعيد ويكملوا أنظمة علاج ١٤.

### الموضوع المحوري الفرعي ج ١: أخذ المواعيد

من الجائز أن يتسم أخذ موعد أو حجزه في أحد مراكز الرعاية الصحية الأولية بالصعوبة بسبب برنامج عمل المراكز وتوافر الاختصاصيين الذين يقدمون خدماتهم فيها، على حد وصف بعض المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز.

” لا يحضر الطبيب يوميا. تنتظر أحيانا لشهر كامل.

” (س ل ١٢)

تطرق عدد صغير من المشاركين إلى سهولة الحصول على موعد في بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية.

” من السهل تحديد الموعد.

” (ب ل ٦)

### الموضوع المحوري الفرعي ج ٢: قضاء الوقت في المركز

عند السؤال عن الوقت الذي ينفقونه في المراكز، تبين أن أكثرية الأشخاص ذوي الإعاقة قد اختبرت انتظارا طويلا في المراكز من أجل الحصول على الخدمة التي تمس الحاجة إليها.

” أنتظر مدة أربع إلى خمس ساعات من أجل استشارة لمدة خمس دقائق.

” (ج ل ٧)

من الجائز أحيانا أن ينتظروا لوقت طويل دون الحصول على الخدمة التي يحتاجون إليها.

” نذهب أحيانا وننتظر ساعات هنالك ثم نكتشف أن الخدمة التي نحتاج إليها ونريد الحصول عليها ليست

” (د ل ١)

متوافرة.

عبر المشاركون عن مسألتين تتعلّقان بإعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الإعاقة في انتظارهم للمواعيد.

” يفترض بجميع مراكز الرعاية الصحية الأولية أن تعطي الأولوية على حساب الأشخاص غير ذوي الإعاقة، لأنّني اعتدت أن أنتظر وقتاً طويلاً وهذا ما كان يضايقني ويزعجني.

“ (ك س ٥)

” يجب في جميع الحالات عدم وجود تمييز بين المرضى ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة. فالحاح الحالة لا يتوقف على ما إذا كان الشخص ذا إعاقة أم لا.

“ (ف س ٥)

### الموضوع المحوري الفرعي ج ٣: الرضى عن طول الجلسة ومدتها

أبلغ الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة عن عدم رضاهم عن مدّة الجلسات في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

” هنالك فرق هائل بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الخاصة. ففي المراكز يسجل حضور الكثير من المرضى المنتظرين، والكثير من الأوراق الواجب تعبئتها وختمها، وعليك حجز موعد للأسبوع التالي قبل أن تعود وتجلس منتظراً أحياناً لأربع إلى خمس ساعات، وفي نهاية المطاف يعاينك الطبيب لمدة خمس دقائق.

“ (ج ل ٧)

على نقيض ذلك، لم يختبر القليلون من الأشخاص ذوي الإعاقة انتظاراً قبل الحصول المساعدة الضرورية، الأمر الذي يتوقف على المركز.

” الوقت المخصص للعلاج كافٍ، فهو ساعة.

“ (ه س ٤)

” بخصوص مدة الاستشارة/المشورة، تتوقف على كل حالة بمفردها. عندما أصبت بالتهاب في إحدى عيني، أخذ الطبيب كل الوقت اللازم لفحصي. أما حين تعرضت للإصابة بإنتان في إحدى البثور، لم تدم الزيارة عشر دقائق.

“ (د ل ٦)

## الموضوع المحوري ج٤: سلوك العاملين والموظفين

أخبر الأشخاص ذوو الإعاقة عن تجارب وآراء مختلطة عن سلوك العاملين والموظفين. فتحدّث بعض المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز عن تجارب إيجابية مع مقدمي الرعاية الصحية، في حين أن الآخرين لم يخبروا عن ذلك، و أنّ ذلك يعتمد على كلّ المركز. لكن الكثيرين أكدوا تعاون المراكز، وأن العاملين فيها اتسموا بالمودّة وبحسن المعاملة. وتأمّلت إحدى السيدات ممن شاركن في مناقشات مجموعات التركيز في تجربتها الإيجابية مع مقدمي الرعاية الصحية وعلّقت قائلة:

” يساعد الموظفون في مراكز الرعاية الصحية الأولية الأشخاص ذوي الإعاقة. فحوالي ٨٠٪ طبيون وجيدون. وهم في المراكز يعتون بنا ويحسنون معاملتنا.

“ (ف ل ١)

مع ذلك، لم يفد جميع المشاركين، وكما سبقت الملاحظة أعلاه، أنّ جميع مقدمي الرعاية تميزوا بالحساسية تجاه حاجاتهم. وقال البعض أن مقدمي الرعاية لم يكن مؤهلين للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، وقد تميّزوا عموماً بالقحّة وتصرفوا بطيش وعدم اكتراث. وبيّن بعض الأشخاص ذوي الإعاقة أن الموظفين أشعروهم بعدم الراحة والانزعاج.

” يشعروني الموظفون والعاملون حقاً بالانزعاج وعدم الراحة. وهم يشعرونني بأني مختلف وأنا لا أحب ذلك. فلا أحد يحب أن يشعر كذلك.

“ (أ ل ٦)

” حتى الموظفون في هذه الجمعيات والمنظمات غير الحكومية ليس مؤهلين للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة. هذه ملاحظة بالغة الأهمية إذ إنهم ليسوا إنسانيين.

“ (ه ل ٤)

روى بعض المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز أنّ مقدّمي الرعاية الذين قابلوهم لم يقدّموا تفسيرات صحيحة أو يعطوا معلومات/خيارات واضحة فيما يتعلق بمعالجتهم، مع استخدامهم أحياناً التعابير والمصطلحات الطبية غير المفهومة.

” يردّ بعض الأطباء على أسئلتك، بينما لا يرد الأخرى عليه. فكل شيء يتوقف على وفرة الوقت نظراً إلى أن كل طبيب (في المراكز) يفترض به أن يعملوا في أماكن أخرى.

“ (ج ل ٧)

” لا يعطي الأطباء أحيانا الوقت لي حتى أشرح وضعي.

“ (أ ل ٦)

### الموضوع المحوري الفرعي ج ٥: الرضى عن الكلفة

أبلغ بعض المشاركين عن استيائهم من الأكلاف المرتبطة بالحصول على الخدمات الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وأكدوا أنّ من حقهم القانوني الحصول على خدمات صحية معفاة من الكلفة، ولا سيّما أن غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة عاطلون أو شبه العاطلين عن العمل.

” تقلق أحيانا بشأن تأمين المال قبل الذهاب حتى ولو كانت قيمة المبلغ هي مجرد ١٥.٠٠٠ ل.ل. فأنت لا تعمل.

“ (د ل ٧)

” أنا لست راضيا عن تحمل أكلاف التداوي وثمان الأدوية مع رسوم النقل. لقد دفعت أصلا عشرة آلاف ليرة لبنانية في مقابل فحص الطبيب، ولو أنه كان يفترض أن يكون مجانياً.

“ (س ل ١١)

من جهة أخرى، شعر بعض المشاركين الآخرين بالرضى عن الرسوم المدفوعة في مراكز الرعاية الصحية الأولية لأن المبلغ رمزي بالمقارنة مع تلك التي يجيبها القطاع الخاص.

” شعرت بالراحة وأحسست بالرضى عن المبلغ الذي دفعته في مركز الرعاية الصحية. لقد دفع ١٠.٠٠٠ ل.ل. أما لو أردت التوجه إلى القطاع الخاص، لتحتم علي دفع مبلغ ٥٠.٠٠٠ ل.ل.

“ (ف ل ٨)

” نحن ندفع مبلغا رمزيا، ٣.٠٠٠ ل.ل. للاستشارة، وهذا أفضل من دفع مبلغ ٣٠ أو ٥٠ دولارا لطبيب في القطاع الخاص.

“ (ي س ٤)

## المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية

### خصائص العينة

شارك في تشرين الثاني وكانون الأول ٢٠١٩ ثمانية أفراد، ممن يتمتعون بنظرات معرفية بشأن الإعاقة وقطاع الصحة، في المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية. وفي عدادهم:

- أربعة مقدمي رعاية من الجمعيات الغير الحكومية (رفض أحدهم التوقيع على استمارة القبول بإجراء المقابلة)؛
  - مديرتان من وزارة الشؤون الاجتماعية (يرمز إليهما بالشؤون ١ والشؤون ٢) وهما عالمتان بالمراكز الثمانية في لبنان التي تتحمل مسؤولية تنفيذ برنامج تأمين حقوق المعوقين ، الذي تصدر بموجبه بطاقة المعوق الشخصية عن وزارة الشؤون الاجتماعية؛
  - رئيس وحدة مراكز التنمية الاجتماعية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية) ويرمز إليه بالشؤون ٣ ( علما أنه يشرف على عمل ٢٢٨ مركزا للتنمية الاجتماعية وينسقها في لبنان، علما أنها تقدم الرعاية الصحية لجميع السكان بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة يذكر أن ١١ من هذه المراكز تدخل في عداد شبكة وزارة الصحة العامة.
  - رئيسة مصلحة الإعاقة في وزارة الصحة العامة التي رفضت التوقيع على استمارة القبول.
- كما ورد في قسم الطرق أعلاه، جرت المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية باللغتين العربية والإنكليزية. وهي مقابلات وافق على التوقيع على استمارة القبول (سنة مجمل الموقعين، في مقابل رفض اثنين)، وقد صار إلى تسجيلها وتدوينها خطأً لنتم ترجمتها إلى الإنكليزية، ثم تحليلها بحثاً عن المواضيع المحورية الأساسية. يلخص الشكل ٢٦ أدناه المواضيع المحورية الأربعة الرئيسية التي نشأت وإلى جانبها المواضيع المحورية الفرعية الأربعة عشر.





الشكل ٢٦: المواضيع المحورية والمواضيع الفرعية المستقاة من المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية

## ملاحظة بشأن مصلحة المعوقين في وزارة الصحة العامة

ومن سوء الحظ أن تكون هذه المصلحة غير نشطة وهي تضمّ شخصين فقط: رئيسة المصلحة وأحد الإداريين التي تعمل على مراقبة المؤسسات المتعاقدة مع الوزارة. والمسؤوليات الرئيسية لهذه المصلحة هي كما يلي:

- إعطاء الموافقة على استشفاء الأشخاص ذوي الإعاقة من حملة بطاقة المعوق الشخصية (فالأشخاص ذوي الإعاقة يجب قانوناً أن تتم تغطيتهم بنسبة ١٠٠٪؛ خدمات الاستشفاء الطارئة مستثناة على نحو ملحوظ).
  - يجوز للأشخاص ذوي الإعاقة إعطاء تغذيتهم المرتجعة بخصوص المستشفيات (على سبيل المثال، في حال رفض السماح بدخول المريض) وعلى هذه المصلحة المتابعة.
  - مراقبة المؤسسات المغطاة والمتعاقدة مع الوزارة لضمان تقيدها بأحكام القوانين المعتمدة.
  - رفع تقارير عن المؤسسات التي تفشل في التقيد بأحكام القانون.
- بسبب رفض السيدة التي أجريت المقابلة التوقيع على استمارة القبول، فإن ردودها ليست مشمولة هنا.

## الموضوع المحوري أ: الخدمات التي يوفرها مقدمو الرعاية الصحية

### الموضوع المحوري الفرعي أ: وصف الخدمات

تتفاوت خدمات المؤسسات المشاركة في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية استناداً إلى أهداف البرامج المعنية. أما الخدمات التي تقدمها وزارة الشؤون الاجتماعية، فتتوزع على مجموعتين: الخدمات الصحية العامة المقدمة عن طريق مراكز التنمية الاجتماعية، والخدمات المتصلة بالإعاقة المقدمة عن طريق برنامج تأمين حقوق المعوقين.

تقدم وزارة الشؤون الاجتماعية الخدمات والأدوات الصحية عبر المؤسسات والمراكز المتعاقدة معها الوزارة، كما ذكرت المشاركتان في المقابلات. وتقدم الوزارة المعينات، لوازم السلس و لوازم استئصال القولون، والوقاية من القروح ومعالجتها إلى جانب خدمات التأهيل وبعض التدريب المهني والتعليم.

” تشمل الخدمات المتاخمة للأسرة الآلية وأجهزة المشي (وكر) وجميع أنواع الكراسي المتحركة (ما عدا الكراسي الكهربائية) والأحذية الطبية... للإعاقات الحركية. من المعلوم أننا كنا في الماضي اعتدنا تقديم الخدمات المتاخمة للأشخاص ذوي الإعاقات البصرية والسمعية، لكننا لم نعد نقوم بذلك. يرجع ذلك إلى نقص الموازنة، ولا سيما أن السماعات باهظة الثمن.

“ (الشؤون ٢)

كذلك تقدم الوزارة من خلال مراكز التنمية الاجتماعية خدمات صحية أخرى كالاستشارات/المشورات الطبية (مع جراحي العظام، وأطباء المسالك البولية، والأطباء النفسيين، وأطباء الصحة، والأطباء النسائيين وأطباء التوليد، وأطباء الأطفال)، والأدوية والتصوير بالصدى (الإكو)، والفحوص البسيطة للأمراض الشائعة (على سبيل المثال قياس ضغط الدم والسكري). أما المعينات، فلا يتم تقديمها من خلال هذه الآلية، وإنما يتم توزيعها عبر برنامج تأمين حقوق المعوقين.

” كما تقدم مشورات مع الأطباء كاستشارة طبيب التوليد، واختصاصي الطب الداخلي، وطبيب الأطفال، وطب الأسنان؛ وفي بعض المراكز تؤمن العناية بالصحة العقلية. هذا بالنسبة إلى الخدمات الطبية. والخدمات الأخرى تضم الخدمات الاجتماعية والثقافية الخ...

“ (الشؤون ٣)

” يتم تأمين المعينات في مراكز وزارة الشؤون الاجتماعية التي تتولى تطبيق برنامج تأمين حقوق المعوقين. أما نحن في مراكز التنمية الاجتماعية، فلا نؤمنها، ولو أن في بعض مراكزنا عدد قليل من هذه الأجهزة. فإذا احتاج إليها أحد، ولا داعي أن يكون من الأشخاص ذوي الإعاقة بل يمكن أن يكون امرأة حاملاً أو شخصاً كسر ساقه. يمكن لهم أن يستعيروها ويعيدوها. إلا أننا لا نقدم أكثر من ذلك.

“ (الشؤون ٣)

إضافة إلى ذلك، أفادت كل جمعية غير حكومية عن تقديمها الخدمات الصحية استناداً إلى الموازنة المتاحة للبرنامج المحدد الجاري تنفيذه. وتشمل بعض الخدمات المقدمة الاستشارات الطبية (العامة والمتخصصة)، الأدوية (الأدوية شديدة الأثر و ليست الأدوية المزمّنة عادة)، وخدمات الصحة النفسية و الدعم النفسي الإجتماعي (جمعية غير حكومية واحدة)، التي تستهدف جميعها المجموعات السكانية الضعيفة والمعرضة. ولا تقوم غالبية الجمعيات غير الحكومية بتعزيز وضع الأشخاص ذوي الإعاقة أو توفير الخدمات الصحية المحددة لهم.

” تضع خدماتنا في حسابها الأشخاص ذوي الإعاقة في تصميم المراكز والخدمات، ولكن ليس ثمة أي شيء خاص ومحدد لهم.

“ (أطباء العالم)

ثمة عدد صغير من الجمعيات غير الحكومية التي تقدم خدمات خاصة محدّدة للأشخاص ذوي الإعاقة، كالمعينات ولوازم العناية المزمّنة، وخدمات التأهيل والتدريب المهني.

” خدمات التأهيل بصورة رئيسية (العلاج الفيزيائي، علاج النطق، والعلاج الانشغالي، والخدمات التقييمية كتصنيع التجبير القدم والكاحل، ومواد التجبير والمعينات التقنية).

“ (جمعية مساواة)

عندما يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة خدمات لا تقدّمها هذه المراكز، يتم تأمين الإحالة إلى مركز آخر (على سبيل المثال، مقدمو الخدمات المتخصصة والفحوص المخبرية والتصوير الشعاعي، الأشعة السينية).

### الموضوع المحوري الفرعي ٢: التغطية والصعوبات في بطاقة المعوق الشخصية

إضافة إلى هذه الخدمات، ووفق ما ينص القانون ٢٢٠، من الضروري لبطاقة المعوق الشخصية الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية توفير المزيد من الخدمات. إلا أن الاستشفاء هو الخدمة التي تناولها أكثر من غيرها المشاركون في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية.

” تتيح البطاقة وفق القانون للشخص ذي الإعاقة أن يفيد من الخدمات الطبية عبر وزارة الصحة العامة، وقد أدرج القانون تلك الخدمات. إن الفائدة الكبرى هي تأمين الرعاية الصحية المجانية بواسطة وزارة الصحة.

“ (الشؤون ١)

” تغطي وزارة الصحة الاستشفاء. هكذا يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة أن يدخلوا المستشفيات باستخدام بطاقة المعوق. إلا أن وزارة الصحة تؤمن تغطية لمواد معينة في حين نجد الشخص ذا الإعاقة يطلب بنصيحة طبيبه شيئاً آخر لا تغطيه الموازنة.

(الشؤون ٢)

“

عند السؤال عن التحديات والصعوبات التي يعبر عنها الأشخاص ذوي الإعاقة من حملة بطاقة المعوق، أتى جواب اثنين من مصادر المعلومات الأساسية في الوزارة مغلفاً بالتشكيك، مع الإعلان أن الأشخاص ذوي الإعاقة قد لا يكونون على دارية بفوائد البطاقة أو بكيفية استعمالها.

” شخصياً لا أظن ثمة أية صعوبات وتحديات عندما يتعلق الأمر بالبطاقة خصوصاً.

(الشؤون ١)

“

” ليس ثمة صعوبات يجابهها من يستخدمون البطاقة في حال استخدام الشخص لها بالشكل الصحيح ومعرفته بحقوقه وبما تؤمنه البطاقة وتغطيه. حتى لو كان الشخص مضموناً في الصندوق الوطني للضمان، تؤمن الوزارة تغطية الباقي أو الفرق. ما أحاول قوله هو أن الشخص ذا الإعاقة إما غير عارف أو واع وإما جاهل.

(الشؤون ٢)

“

من جهة أخرى، إنهم يعرفون أن المشكلات تنشأ مع بعض المستشفيات التي لا تطبق القانون ٢٢٠ بصورة صحيحة مناسبة (على سبيل المثال ضمان الدخول المناسب والمعالجة السليمة لرسوم الاستشفاء المستحقة على الأشخاص ذوي الإعاقة).

” عندما يحوز الشخص ذو الإعاقة بطاقة معوق، ينبغي للمستشفى ألا يتقاضى أي مبلغ نقدي من الشخص لأن ذلك غير مسموح. هذا ما يجعل المقاربة السائدة في المستشفيات الخاصة هي تجنب المرضى من الأشخاص ذوي الإعاقة.

(الشؤون ١)

“

” تبرز مشكلة في تطبيق القوانين وتفيد المستشفيات الخاصة بها.

(الشؤون ٢)

“

كان نظام تصنيف الإعاقة المعتمد حالياً من قبل الحكومة أحد التحديات التي تطرّق إليها الحديث في مقابلة مع أحد مصادر وزارة الشؤون الاجتماعية الأساسية للمعلومات.

” نحن نصدر بطاقة المعوق التي من أغراضها تأكيد أنّ الشخص ذا إعاقة تصنف في أربع فئات، وضمن كل فئة تتضمن عدداً من الإعاقات المصنفة، كما ينص قرار الوزير. في حال كان الشخص ذا إعاقة غير مصنفة، نحتفظ بملف الشخص المعني تحسباً لاحتمال تصنيف إعاقة بموجب القانون. والطبيب الذي يفحص الأشخاص ذوي الإعاقة في المراكز يتحمل وحده مسؤولية إثبات أن الشخص ذا إعاقة مصنفة.

“ (الشؤون ١)

ذكر أحد المصادر المشاركة أن الأشخاص ذوي الإعاقة قد لا يتلقون الخدمات التي تخولهم البطاقة الحصول عليها بسبب القيود الصارمة المفروضة على موازنتي وزارتي الصحة والشؤون.

” من سوء الحظ والمؤسف ألا تتمتع وزارتا الصحة والشؤون هذه الأيام بإمكانات تغطية خدمات إضافية كالعلاج الفيزيائي أو علاج النطق.

“ (أركنسيال)

عبّر أحد المشاركين في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية، وهو شخص ذو إعاقة، عن رأيه بخصوص بطاقة المعوق الشخصية.

” بالنسبة إلينا نحن الأشخاص ذوي الإعاقة، لا تعني البطاقة شيئاً. على الصعيد الشخصي، أنا لبناني وأنا أحوز البطاقة ولكنني لم أستعملها قط. ولا أحاول استخدامها حتى في حالة الاستشفاء لأنني لي ضمانتي. أنا أسمع من الآخرين من المستفيدين من الأصدقاء أن الأمر نسبي. عندما تنظم حملة تطالب المستشفيات بوجوب التجاوب مع احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، نجد المستشفيات تتجاوب. لكن بمجرد انتهاء الحملة تبدأ المستشفيات بدفع هؤلاء الأشخاص خارجاً. إن الخدمة الرئيسية التي يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة هي خدمة الطوارئ في المستشفيات التي لا تغطيها البطاقة والتي هي القضية الرئيسية. أضف أن الأمر كله يتوقف على ما إذا كانت لك صلات مع المستشفى.

“ (مساواة)

### الموضوع المحوري الفرعي ٣١: معدّل تكرار تلقي الخدمات

فيما يتعلق بمستوى تكرار أو تردد تقديم الخدمات، أوضح جميع مصادر المعلومات الأساسية أن التكرار يتفاوت من خدمة إلى أخرى وأنه يتوقف على قيود الموازنة. يجوز للشخص ذي الإعاقة مثلاً أن يحصل على كرسي متحرك مرة كل خمسة أعوام.

” حسب الوزارة، لا يحق لهم الحصول على كرسي آخر في خلال فترة الخمسة أعوام. عليهم طلب التجهيزات من مؤسسة أخرى.

“ (أركنسيال)

عند السؤال عن متانة وديمومة الكراسي المتحركة التي أشار إليها الأشخاص ذوو الإعاقة في مناقشات مجموعات التركيز، أوضح أحد مصادر المعلومات الأساسية أن الوزارة تعتمد معايير الجودة للأجهزة التي تقدمها الجمعيات والمؤسسات إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، ولكن الوزارة لا تتمتع بقدرة مراقبتها على نحو ثابت و متماسك.

” من المؤسف أن بعض المؤسسات تستورد أجهزة متدنية الجودة (الكراسي المتحركة الصينية). إنها طبعاً ليست متينة وليس للوزارة القدرة هذه الأيام على محاسبة المؤسسات على الأجهزة التي تستورها.

“ (أركنسيال)

كما يعتمد تقديم الخدمات الأخرى، كالعلاج الفيزيائي والأدوية ولوازم السلس، على مدى المشروع والموازنة المرصودة له.

” يتوقف ذلك على المشروع. على سبيل المثال، لو أرسلت مفوضية اللاجئين التابعة للأمم المتحدة أحد السوريين وأعطوهم عشر جلسات، ننقيد بالجلسات العشر.

(أركنسيال)

“

” لكل خدمة شروطها ومهلها المرتكزة على قيود عملية. لقد قررنا استناداً إلى تقدير متأن أن من الأسهل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الحفاضات كل شهرين بدلاً من كل سنة. فنحن مقيدون بالوزن والحجم اللذين يمكن للناس حملهما في وقت واحد. نحن طبعاً نضع في حسابنا موازنة البرنامج.

“ (الشؤون ١)

“

أعلن أحد مصادر المعلومات الأساسية أن من الجائز بروز بعض الاستثناءات على الرغم من قيود الخدمة والتكرار. في هذا النوع من الحالات، يفترض بالوزارة أن تفتح تحقيقاً قبل التوصل إلى قرار نهائي.

” لدينا الكثير من الخدمات، حوالى ١٠١ خدمة، لكل منها مدتها. كل حامل بطاقة يمكن له تقديم طلبه للحصول على المزيد. يمكن تقديم هذه الطلبات في مراكزنا في مسعى لتسهيل الأمر على الحالات الخاصة. على سبيل المثال، لو كسر أحد الأسرة، نحقق في ما حدث لنعرف إذا كان في وسعنا تأمين سرير آخر. بموجب نظامنا، إذا حصل المرء على سرير، فليس من حقه الحصول على سرير آخر قبل خمسة أعوام.

“ (الشؤون ٢)

في المقابل، أوضح اثنان من مصادر المعلومات الأساسية من الجمعيات غير الحكومية عدم وجود قيود على الخدمات المقدمة من قبل مؤسساتهما.

” لا حدود، إذ يمكن لأي كان طلب الخدمة أو المساعدة أياً تكن جنسيته أو عمره أو عدد المرات التي يعيد طلبه.

“ (أطباء العالم)

” لا يمكننا التحديد، لكنني أعرف بعض الأشخاص ذوي الإعاقة الذين كانوا يأتون إلى مراكزنا لسنوات طويلة، ربما عشرين سنة، كذوي الإصابات في العمود الفقري الذين يأتون طلباً للعلاج الفيزيائي. يتوقف الأمر على الوضع حالة بحالة... نحن لا نفرض حدوداً ولا قيوداً. في حال عدم توافر الخدمة لأسباب مالية، نعتذر ونحيل صاحب الطلب إلى جمعية أو مؤسسة أخرى.

“ (مساواة)

## الموضوع المحوري الفرعي ٤: الفرق في تقديم الخدمة بين الهوية الوطنية واللبنانيين من حملة بطاقة المعوق الشخصية

عند مقارنة المجموعات الثلاث (اللبنانيون من حملة بطاقة المعوق الشخصية واللبنانيون من غير حملة البطاقة، واللاجئون السوريون)، برز تمايز واضح. مع أن اللبنانيين من حملة البطاقة يستفيدون من خدمات وزارة الشؤون الاجتماعية عبر المؤسسات والجمعيات المتعاقدة معها، فإن هذه الخدمات ليست مجانية بالكامل.

” جميع خدماتنا هي للأشخاص الذين يحملون بطاقة المعوق الشخصية التي تصدرها الوزارة.

“ (الشؤون ٢)

” يحصل حامل البطاقة على الخدمة في مقابل دفعه ١٠٪ من ثمنها حتى يتحمل مسؤولية الحصول على الخدمة. لو أتحت الخدمات مجاناً للناس لا اعتبروها من المسلمات.

“ (الشؤون ٢)

أما المؤسسات المتعاقدة مع وزارة الشؤون، كما هي الحال مع أركنسيال، فتقدم الخدمات إلى أفراد المجموعات الثلاث، علماً أن الكلفة تختلف من مجموعة إلى أخرى. على سبيل المثال:

- يحصل اللبنانيون حاملو البطاقة على الخدمات مجاناً.
- اللبنانيون من غير حملة البطاقة يدفعون رسماً بسيطاً قدر ما تسمح به نفس كل منهم إذا لم تكن الخدمة مغطاة بواسطة مشروع قيد التطبيق.

” بالنسبة إلى من ليس بحوزتهم بطاقة معوق شخصية، نعمل على تقديم الخدمة لهم إما مجاناً من خلال مشروع ممول، وإلا كان على الشخص الطالب دفع رسم بسيط، سمحة نفس.

“ (أركنسيال)

- السوريون مغطون بمشروع من قبل مفوضية اللاجئين السامية ويحصلون على الخدمة والنقل مجاناً.

” نحن نقدم الخدمة للمجموعات كلها، بما في ذلك السوريين، بالاعتماد على الخدمات المرتكزة على المشاريع (أي عبر اليونيسيف ومفوضية اللاجئين وغيرها). تحصل المجموعات الثلاث على الخدمات نفسها. تدفع مفوضية اللاجئين بدل الخدمات للسوريين. وحدهم اللبنانيون من غير حملة البطاقة يدفعون، أو أولئك الأشخاص الذين يتعذر علينا تغطية خدماتهم من خلال المشاريع قيد التطبيق. أما اللبنانيون حاملو البطاقة فتغطيهم وزارة الشؤون الاجتماعية.

“ (أركنسيال)

تؤمن مراكز التنمية الاجتماعية الخدمات للجميع، ولكن التكلفة تختلف.

” الأشخاص ذوو الإعاقة من حملة البطاقة لا يدفعون شيئاً. أما غير حاملي البطاقة، فيدفعون ٧.٠٠٠ ل.ل. أما السوريون، فيدفعون الرسم نفسه الذي يتحمله اللبنانيون من غير حملة البطاقة.

“ (الشؤون ٣)

“



” هنالك قائمة طويلة بالأشخاص الذين يحصلون على الخدمات مجاناً: حملة بطاقة المعوق الشخصية، بطاقة الحالة (للقراء) الأيتام، الأرمال والنساء المحكوم على أزواجهن بالسجن...

“ (الشؤون ٣)

أوضح اثنان من مصادر المعلومات الأساسية من الجمعيات غير الحكومية غير المتعاقدة مع وزارة الشؤون الاجتماعية أنّ جميع خدماتهما تقدم بالكلفة نفسها للجميع.

” ليس ثمة فرق بين المستفيدين إن لجهة الهوية الوطنية (الجنسية) وإن لجهة حمل بطاقة المعوق الشخصية. لما كنا جمعية تعمل في المخيمات، فإن ليس لنا عقد مع وزارة الشؤون الاجتماعية ونحن لا نعير أهمية للبطاقة. وكل خدماتنا مجانية.

“ (مساواة)

” ليس ثمة فرق بين السوريين واللبنانيين. بصرف النظر عن الهوية الوطنية، تراوح كلفة الاستشارة من ٣.٠٠٠ إلى ٥.٠٠٠ ل.ل.

“ (أطباء العالم)

### الموضوع المحوري الفرعي ٥: الخدمات المقدمة لا تطابق احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة

أعلنت الأكثرية الساحقة من مصادر المعلومات التي أجريت المقابلات معهم أنّ الخدمات المقدمة من الوزارة والجمعيات غير الحكومية لا تطابق احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة للأسباب التالية:

• العدد الكبير من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين هم بحاجة إلى الخدمات الصحية في مقابل العدد الصغير من المراكز المتعاقدة مع وزارة الشؤون والصعوبات والتحديات المرتبطة بتغطية منطقة جغرافية واسعة، إضافة إلى غياب وزارة الصحة العامة الواجب عليها تغطية هذه الخدمات.

” لم تطور مراكز الرعاية الصحية الأولية لتلبي احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، بعد ذلك أخذت وزارة الصحة تحيلهم إلى مراكز متخصصة لا تدفع لها الوزارة.

“ (أركنسيال)

● لا تؤمن المراكز المتعاقدة معها وزارة الشؤون، وكذلك الجمعيات غير الحكومية، جميع الخدمات المتخصصة كالتصوير الشعاعي والفحوص المخبرية.

” لا نستطيع أن يكون عندنا تصوير شعاعي، ولا نملك مختبرات طبية. هذا ليس مجازاً لنا. ولا توجد خطط له في المستقبل. فنحن لا نقدر أن ندخل في مجال الخدمات المتخصصة. ثمة مستشفيات حكومية لذلك.

“ (الشؤون ٣)

” كلا. نحن مؤسسة تأهيل. نحن نقدم خدمات التأهيل والمعينات التقنية لكن ليس لدينا خدمات رعاية صحية أولية، أو الأدوية أو الفحوص المخبرية.

“ (مساواة)

● ذكر أحد المقابلات أنّ منظّمته لا تعتمد إلى تقويم خاص محدّد للتحقق من أن الخدمات التي تقدمها هي التي تمس الحاجة إليها أكثر من غيرها.

” بالنسبة إلى الأدوية، نحن نؤمن الأدوية بشكل عام دون أن يكون هنالك شيء خاص محدّد. طب الأسنان هو أحد الخدمات الأساسية التي نوفرها. لا بد من اعتماد خمس خدمات أساسية حتى تحصل على الإجازة الرسمية: طبيب صحة، طبيب أطفال، طبيب توليد واختصاصي بالأمراض النسائية وطب الأسنان، وطبيب قلبية أو الغدد الصم. نحن نحرص على توافر هذه الاختصاصات في المراكز إل جانب الخدمات الإضافية التي تقدم عند الحاجة إليها وطلبها. لم نعد إلى تقويم للتحقق من أن هذه الخدمات هي التي تمس الحاجة إليها أكثر من غيرها.

“ (أطباء العالم)

أعلن المشاركون من وزارة الشؤون الاجتماعية أن مسؤولية وزارة الصحة توفير الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، وأنّ لا شيء يجب على وزارة الشؤون القيام به في هذا المجال.

” يجب على وزارة الشؤون الاجتماعية ألا تتدخل في مجال المؤسسات الأخرى. فيما يتعلق بشؤون الصحة، يتصل الأمر بوزارة الصحة العامة.

“ (الشؤون ١)

## الموضوع المحوري الفرعي ٦: وعي الأشخاص ذوي الإعاقة ومعرفتهم بالمراكز

بالنسبة إلى السؤال عن كيف يعلم الأشخاص ذوو الإعاقة بالمراكز وبخدمات الرعاية الصحية، ذكر كل من المقابلات الطريقة المعتمدة من قبل مؤسسته.

تشمل الطرق التي تعتمد عليها وزارة الشؤون الاجتماعية:

- الاحتفاظ بقائمة تضم جميع المؤسسات.

” لدينا قوائم بجميع المؤسسات التي توفر الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، ونحن نوزعها، علما أن القائمة تركز على المناطق وعلى الإعاقات. ثمة أيضا كتيب تمت طباعته، وقد اعترضت عليه لأن البيانات تتغير مع مرور الوقت، وهو اليوم قيد التحديث والتجديد.

“ (الشؤون ١)

- استنادا إلى نشاط المراكز.

” تعرّف المراكز من نشاطها. وهي تنسق مع البلديات والمستشفيات والمدارس. لا أحد في منطقة معينة لا يعلم بمراكز الرعاية الصحية الأولية.

“ (الشؤون ٢)

- الإرشاد من الموظفين والإحالة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

” في المركز هنا يقوم موظفونا بالإرشاد إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية إن هم سألوا عن الخدمات.

“ (الشؤون ٢)

- الإعلان في وسائل الإعلام.

” حاولنا الإعلان عبر وسائل الإعلام. لكن خدماتنا شاملة. ونحن نعلن فقط في حال تقديم إحدى الخدمات في وضع خاص محدد مع إجراءات واضحة.

“ (الشؤون ١)

● توزيع النشرات والكراسات.

” نوزع النشرات والكراسات. ومراكزنا ليست جديدة. فالجميع في المناطق الريفية يعرفونها. نحن نوزع النشرات والكراسات على البلديات.

(الشؤون ٣)

“

تفيد أركنسيال أن قائمة بجميع المؤسسات المتعاقدة مع وزارة الشؤون الاجتماعية تُوزَّع على الأشخاص ذوي الإعاقة عند تسلّمهم بطاقة المعوق الشخصية لكل منهم.

” عندما يستصدر شخص ذو إعاقة بطاقة المعوق الشخصية يزوّد بقوائم بالمؤسسات. ومراجع حملة البطاقة هي مراكز وزارة الشؤون الاجتماعية.

(أركنسيال)

“

” لوزارة الشؤون الاجتماعية سبعة مراكز لإصدار بطاقة المعوق الشخصية، ثلاثة منها في مكاتبنا. معنى ذلك أننا أعطينا الوزارة الإذن بأن تفتح مكاتبها في فروعا في حلبا وتعايل وبيروت دون أن تدفع أي نفقات تسهيلات للعمل. وتعتبر نسبة ٤٠٪ على الأقل من الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان مكاتبنا مراكز لوزارة الشؤون، وهم يتعرفون على خدماتنا عند قيامهم بزيارة مراكز وزارة الشؤون الاجتماعية عندنا. أما البقية، فلا تعلم.

(أركنسيال)

“

بالنسبة للأطباء العالم، تنظم دورات توعية بخصوص مراكزها المدعومة (بما في ذلك الخدمات) وهي تطل اللاجئين السوريين.

” نعتد عنصر جلسات التوعية. في كل منطقة عمل واجتذاب للخدمات التي نوفرها ينشط أشخاص يتولون تعبئة المجتمع يتلقون التدريب ويقومون بتعليمه في مجموعاتهم المحلية. وأحد المكونات الرئيسية الخاضعة للنقاش في كل جلسة رسم خارطة للخدمات. ويعلم مسؤولو تعبئة المجتمع بنشرة مفوضية اللاجئين السامية والخدمات المقدمة حيث تعمل منظمة أطباء العالم والجمعيات غير الحكومية الدولية وحتى إن لم تكن أطباء العالم توفر الدعم لها. غير أن ذلك يصح فقط في حالة السوريين.

(أطباء العالم)

“

مساواة، من ناحية أخرى، لا تمارس أي توعية بشأن مراكزها نظرا إلى كونها من مقدمي خدمات التأهيل المعروفين في لبنان.

” نحن نعتمد على تناقل اسمنا في أحاديث الناس لأننا جمعية قديمة العهد ومعروفة. لقد بدأنا عملنا في خلال الحرب الأهلية. يجدر بنا أن نوضح أن يتم بذل قصارى الجهد للتعريف جيدا بالخدمات، ولا أظن في الحقيقة أن لدينا مشكلة تتعلق بالعلم والمعرفة.

“ (مساواة)

من الطرق الأخرى التي يمكن اعتمادها، حسب رأي أحد المقابلات، تعميم الإعلانات في مراكز الجمعيات الأخرى والمقار الحكومية.

” إذا أردنا للمزيد من الناس أن يعرفوا بخدماتنا، علينا الإعلان عنها في المراكز الأخرى.

“ (أركنسيال)

## الموضوع المحوري ب: مراقبة المراكز

### الموضوع المحوري الفرعي ب ١: تدريب طاقم العمل

على نقيض ما تبين من نتائج مسح الأشخاص ذوي الإعاقة ومناقشات مجموعات التركيز التي شاركوا فيها ضمن هذه الدراسة، أعلنت غالبية من أجرينا معهم مقابلات مصادر المعلومات الأساسية أن الموظفين والعاملين في مؤسساتهم مدربين على معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة وحسن التواصل معهم. إلا أن أحد مسؤولي وزارة الشؤون الذين أجرينا معهم المقابلة أعلن أن هذا النوع من التدريبات قد جرت سابقا، لكن العمل به قد توقف بسبب قضايا النقل والمواصلات.

” بشأن طريقة التعامل مع أنواع الإعاقات المختلفة. ثمة المزيد من الإشارات على تنظيم تدريب متخصص، علما أن العاملين والموظفين متخصصين فنيا في مجال عملهم. ويخضع أفراد المراكز لتدريب داخلي على كيفية التصرف مع الأشخاص ذوي الإعاقة. على أن هذا التدريب سلوكي أكثر منه تخصصي.

“ (أركنسيال)

” تلقوا الكثير من التدريب حتى الملل! طبعا نحن اشتغلنا على طريقة الاتصال بالأشخاص ذوي الإعاقة والتواصل معهم وكيف نؤمن لهم الخدمات.

“ (الشؤون ٣)

” يشكل التدقيق الداخلي مع التدريب جزءاً من الذي باشرنا به منذ العام ١٩٩٤. اعتاد جميع أفراد ملائنا على الخضوع لأربع دورات تدريب على الأقل في كل عام، وهذا هو الحد الأدنى. إلا أن ذلك كله توقف هذا العام. وكما تعلم يحصل جميع الموظفين على بدلات نقل. لكن منذ بداية العام الحالي لم يحصل موظفونا على بدلات نقل إلا عن شهر كانون الثاني. عندما أحضر أشخاصاً من عكار للمشاركة في التدريب، فإن أقل ما يمكن لي عمله لمصلحتهم هو دفع بدل نقلهم. غير أن ٦٠٪ من العاملين معنا هذا العام هم مياومون، وهم يتقاضون أجرهم في مقابل ساعات العمل دون أن يتمتعوا برعاية صندوق الوطني للضمان الاجتماعي ولا حتى بدلات النقل. حتى عقودهم لم يصر إلى تجديدها. لماذا أخضعهم لدورات التدريب؟

“ (الشؤون ١)

خضع العاملون لدورات تدريب أخرى كثيرة، وفقاً لأحد من أجريت معهم المقابلات.

” ننظم دورات وورش عمل تدريبية متواصلة. ونجري الكثير من التدريب الداخلي على قضايا الحماية ومسائل الرعاية الصحية الأولية، التي لا يتناولها بالجامعة كإدارة الحالات و الإحالات. فلدينا برنامج بناء القدرات.

“ (مساواة)

صرّحت إحدى الجمعيات غير الحكومية أنّ عاملها يتلقون التدريب، ولكنهم لا يخضعون تحديداً لتدريب على طريقة التعامل والتواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة والاتصال بهم.

” بصراحة لا تتوافر لنا الإمكانيات لتنظيم هذه التدريبات داخلياً ولم نحصل عليه من مصادر خارجية. يخضع عاملونا للتدريب الذي ليس على صلة بالأشخاص ذوي الإعاقة. وهذه تدريبات تتصل بمراقبة المراكز والإشراف عليها أو قائمة الضبط التي تصدرها وزارة الصحة العامة أو الشروط الكندية للاعتماد أو بالعنف المرتكز على الجندر أو الصحة العقلية أو الإسعاف الأولي النفسي، ولكن دون شيء يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة.

“ (أطباء العالم)

عند السؤال عن رأيهم في مستوى التدريب في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ردّ أحد من أجرينا معهم المقابلات بعرض تجربته مع طاقم العمل في القطاع الخاص.

” لدينا مركز رعاية صحية أولية واحد وطاقم العمل عندنا حسن التدريب، لكن عاملي المراكز الأخرى ليسوا متمتعين بمهارات جيّدة لجهة التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، حتى لدى مقدمي الرعاية الصحية الأرفع مستوى حسب تصنيف الخدمات الصحية في القطاع الخاص.

“ (مساواة)

كما تحدّث من جرت معهم المقابلات عن تحسين مهارات أفراد المؤسسات، وهذا يتم قياسه بواسطة استمارات التقييم والإشراف المباشر. ويجري اتخاذ التدابير التحصّية بناءً على تقييم الأداء.

” إذا رأينا بعد بعض الوقت أن العاملين لا يتفاعلون جيدا مع المستفيدين، نعلم إلى اتخاذ إجراءات تقييمية أو تصحيحية صارمة إما عبر إخضاع الموظفين للمزيد من التدريب وإما عبر إبلاغهم أنهم لا يستطيعون متابعة العمل معنا بعد الآن.

“ (أركنسيال)

” أثمر من حين إلى آخر استمارة تقييم... وأمرّ على جميع المراكز لمعاينة ماذا يحصل ولمعرفة آراء الناس. كما أعدد مواعيد للاجتماع مع المشرفين، والمحققين والأطباء. فأرى بذلك المفقود وما الذي ينبغي تحسينه استنادا إلى التغذية المرتجعة التي أتلقاها ومن ملاحظتي.

“ (الشؤون ٢)

” اعتدنا أن نجري تقييمات بعد كل دورة تدريب، لكننا الآن نعمل على إنجاز تقييم سنوي أيضا للأداء بالتعاون الإيطالي.

“ (الشؤون ٣)

” نجري تقييما داخليا كل عامين على جميع المستويات للقضايا المهنية والإدارية والمالية. ونحضر مستشارا خارجيا للقيام بذلك، وكذلك نعتمد على الإداريين والمدير التقني.

“ (مساواة)

أضاف أحد المشاركين من وزارة الشؤون الاجتماعية أن تقييم أفراد طاقم العمل كان يجري في السابق ولكنه لم يعد كذلك حاليا.

## الموضوع المحوري الفرعي ب ٢: نوعية المواد وجودتها

تعتبر نوعية الأدوات والأجهزة والمواد المعدة للاستهلاك التي تقدمها المؤسسات عنصرا هاما من جودة الرعاية/ العناية الإجمالية. في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية، طرح مجرو المقابلات سؤالا عن نوعية المواد المستعملة وجودتها، وهي المواد التي يقومون بتوزيعها. وصف أحد من جرت مقابلتهم تصنيع المعينات في لبنان ثم استيراد عينة صغيرة لإجراء مقارنة معها. وصار تاليا إلى تحسين المنتجات عن طريق إجراءات مراقبة الجودة والتغذية المرتجعة من قبل المستفيدين.

” معظم المعينات التي نوزعها إما مصنعة بأيدينا في مشاغلنا وإما مستوردة. لقد باشرنا التصنيع منذ العام ١٩٩٤. وقد تحسنا مع مرور الوقت. (نحن نصنع الكراسي المتحركة، وأجهزة المشي (وكر) اللخ). إن الأشخاص ذوو الإعاقة يصنعونها بأنفسهم.

“ (أركنسيال)

” نستورد عنية ونقارنها بأدواتنا التي من صنعنا.

“ (أركنسيال)

يشير مصدر آخر أجرينا معه المقابلات إلى ابتياع مؤسسته الأجهزة من الموردين المحليين مع اعتمادها على لجنة ضبط الجودة ومراقبتها لفحص نوعية المواد وجودتها.

” نشترىها من مورد محلي.

“ (مساواة)

” لدينا لجنة ضبط الجودة، ونقوم بمقارنة الجودة والأموال المتوافرة، وأحيانا نقارنها باحتياجات المستفيدين. مثال ذلك أن لدينا أربعة أنواع من الكراسي المتحركة بأسعار مختلفة، ونقرر نوع الكرسي الذي نقدمه بالاعتماد على نمط حياة الفرد، إذا كان شابا نشيطا أو إذا كان رجلا متقدما في السن يلزم منزله.

“ (مساواة)

بالنسبة إلى مصادر المعلومات الأساسية من وزارة الشؤون الاجتماعية وجمعية أركنسيال، تعتمد الوزارة كتيب شروط وبنود (يرتكز على المرسوم ١٨١/١٩٩٨)، الذي يدرج مواصفات المعينات والأجهزة التقنية المساعدة حسب النوع. تشمل هذه المواصفات ثلاث قواعد معيارية: المتانة والسلامة والملاءمة.



اعتاد فريق المراقبة التابع للوزارة أن يقوم في السابق بزيارات ميدانية لفحص نوعية الأجهزة والمنتجات وجودتها وقياس مستوى رضى المستفيدين عن الخدمات التي يحصلون عليها من المنشآت المتعاقدة معها الوزارة. على ضوء هذه النتائج تقوم الوزارة بالمتابعة مع المركز أو المؤسسة. إلا أن هذه العملية انقطعت في السنوات الأخيرة ومع تفاقم الأزمة المالية.

عند السؤال عن صيانة المعينات، أجاب من أجرينا معهم المقابلات أن المؤسسات الغير الحكومية تؤمن هذه الخدمات مجانا في العادة، ولكن ثمة أوضاعا تتعرض لها الجمعيات والمؤسسات.

” أجل، نتولى الصيانة. في حال دفع أحد ثمن الجهاز، نؤمن الصيانة للجهاز طول مدة حياته إلا إذا تعرض لتلف شديد بسبب حادث.

“ (أركنسيال)

” نقدم خدمات صيانة مجانية في بيروت وصور، لكن على الناس أن يحضروا ويجلبوا معيّناتهم. أحيانا نجمع الكراسي المتحركة القديمة ونأخذ منها أجزاءها الجيدة ونستعملها.

“ (مساواة)

من جهتهم، أعلن المشاركون من وزارة الشؤون الاجتماعية في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية أن ليس في وسع الوزارة تحمل كلفة صيانة الأجهزة أو المعينات، وأصروا على وجوب قيام الجمعيات غير الحكومية مجانا.

” لقد أردنا أن نشارك في صيانة المعينات، لكن موازنتنا لا تسمح بذلك. إلا أن هذا قد يصبح قابلا للتحقيق في المستقبل. فالمؤسسة أو الجمعية التي توزع المعينات ملزمة بتأمين الصيانة طوال فترة كفاءة الأجهزة، علما أن المعينات تأتي مع أدوات ونشرة للتصليح والصيانة. وتتوقف مدة عمل المعينات على المعينة نفسها. فأسرة فرش الماء قد تمتد كفالتها عاما ونصف. لست أذكر بالضبط. لكل معينة عمر افتراضي.

“ (الشؤون ١)

” توفر جميع المراكز الصيانة؛ من المفترض أن تكون مجانية، لكن بعض المراكز تطلب مساهمة مالية. كل مركز مسؤول عن الخدمات التي يقدمها، وإذا لم يعطوا المستفيد كرسيا في حال جيدة مثلا، يجدر بهم إعطاؤه كرسيا آخر.

“ (الشؤون ٢)

بالنسبة إلى الأدوية، تعتمد المؤسسات والجمعيات عادة إجراءات الشراء المعتمدة في قائمة الأدوية والتداوي الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة العامة.

” نعتد مسارا عمليا للمشتريات، وكل دواء مسجل في وزارة الصحة يعتبر مجازا. إذا أرادت شركة صيدلانية إجازة دواء للاستعمال في لبنان، عليها توفير معادل له من الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة. لذا يعتبر كل دواء مجاز من قبل وزارة الشؤون ذات نوعية وجودة عالية.

“ (الشؤون ٣)

” نوزع الأدوية للمراكز غير المنتسبة إلى الشبكة لأنها لا تتلقى أدوية من وزارة الصحة العامة. أما فيما يتعلق بمراكز الشبكة، نعتد قائمة الأدوية الأساسية وتحدث مع الوزارة ونسألهم عن الأدوية التي لا تغطيها الوزارة فنشترتها ونعطيها للمراكز. ليس مسموحا في مراكز الرعاية الصحية الأولية توزيع الأدوية ذات العلامات التجارية، بل ينبغي أن تكون أدوية عمومية. حتى يتسنى لنا أن نتقيد بالقوانين ومعايير وزارة الصحة العامة، يجدر بنا اتباع هذا التوجه العام. ونفتح مناقصات ونصل بالموردين المجازين من قبل الوزارة ويستوفون المواصفات ويحوزون المواد المطلوبة.

“ (أطباء العالم)

### الموضوع المحوري الفرعي ب٣: استدامة الخدمات

فيما يتعلق باستدامة أو استمرارية المراكز، وصف معظم من أجرينا معهم المقابلات من الجمعيات غير الحكومية كيف يصعب ضمان الاستدامة نظرا إلى كونها جمعيات لا تتوخى الربح تعتمد على التقلبات في تمويل الواهبين.

” الاستدامة أو الاستمرارية أمر صعب، وهي ليست مضمونة على الدوام لأننا جمعية لا تتوخى الربح ونعتمد على الواهبين ولسنا مسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية للحصول على المال كالجمعيات الأخرى. حتى تلك المفترض أنها قابلة للاستمرار تتعرض للمعاناة. فالاستدامة ليست مضمونة ويجدر بنا اعتماد استراتيجية لتحقيقها.

“ (مساواة)

” فيما يتعلق باستدامة الخدمات، تعتبر هذه قضية كبرى نواجهها في الوقت الحاضر لأن دعماً المقدم للمراكز يختلف عن الدعم المألوف. فنحن نعيد تغطية رواتب العاملين الذين لم يكونوا موجودين في المراكز والذين تم تشغيلهم بناء على طلبنا من أجل ضمان جودة الخدمات ونوعيتها: على سبيل المثال، لم تكن الممرضات المجازات موجودات في جميع المراكز لإعطاء اللقاحات مجاناً. بمجرد أن ينتهي مشروعنا؛ ولست أدري إلى أي حد ... إلى أي حد يمكن للمركز أن يبقى أو يستغني عن مقدمي الرعاية الصحية الأساسيين في ضمان جودة الخدمات، سواء كانوا من الممرضين المجازين أم من القابلات القانونيات، الخ. هكذا تعتبر الاستدامة خارجة جزئياً عن نطاق السيطرة.

(أطباء العالم)

“

### الموضوع المحوري الفرعي ب٤: قياسات رضى المستفيدين بعد تلقي الخدمات الصحية من مراكز الرعاية الصحية الأولية

اتفق جميع المشاركين في المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية على أن إدراك المرضى وتصورهم لنوعية المعالجة وجودة العناية في المراكز الصحية أمر مهم. وقد ذكر الثلاثة من قطاع الجمعيات غير الحكومية التي جرت معهم المقابلات أنهم يستخدمون مناقشات مجموعات التركيز ومسوح الرضى على أساس دوري منتظم لتقييم خدمات الرعاية الصحية ولاتخاذ تدابير تصحيحية عادة بالحديث مع طاقم العمل وتنظيم المزيد من التدريب وإنجاز المراقبة الداخلية.

” مناقشات مجموعات التركيز ومسوح الرضى بقصد تحديد الخدمات التي أرضت المستفيدين بغية تحسين خدماتنا. نحن نستعمل هذه الأدوات بصورة مستمرة لأننا حائزون على شهادة الأيزو، فإذا لم يكن الرضى عند المستوى المطلوب، نعد إلى اتخاذ التدابير كالتحدث مع العاملين وتنظيم تدريبات إضافية حين لا يكون الرضى حسب المتوقع.

(أركنسيال)

“

” نعد مناقشات مجموعات التركيز مع المستفيدين، ونعتمد استمارة رضى يقوم المستفيدون القدامى والحاليين بتعبئتها بانتظام أو حين ينتهون من علاجهم. بناء على النتائج، نقوم بمراقبة ومتابعة داخليتين للعيادات.

(مساواة)

“

” نعتمد نظامين: مسح رضى المريض الذي نجريه تكرارا بصورة يومية أو أسبوعية بواسطة مسؤولي الرقابة والإشراف، ونجري مسحاً مع كل من يفرغ من الاستشارة. هنالك أيضاً مسحاً لرضى المستفيدين نقوم به سنوياً. يتسم بعينة أكبر وبآلية أشد تعقيداً لأنه مسح أطول. نحن نعتمد القياس على مدار السنة ونزور المخيمات. وله معادلة. بعد ظهور النتائج، نراجع الشكاوى الرئيسية من المسحين. وبناء على ذلك نعتمد التدابير التصحيحية.

“ (أطباء العالم)

اعتادت وزارة الشؤون الاجتماعية في السابق أن تقوم بزيارات ميدانية لفحص رضى الأشخاص ذوي الإعاقة. وبناء على النتيجة، توجه الوزارة إنذارات أو تقلص التمويل للمؤسسة المعنية إذا كانت قد خضعت للتفتيش. إلا أن ذلك لم يعد قيد التطبيق في الوقت الحاضر.

” ينزل هذا المفتش إلى الميدان ويأخذ عينة عشوائية لإجراء المسح وفقاً للمواصفات التي نعتمدها. وهو يفحص إذا استخدمت العينة وإذا كان راضياً عنها. بناء على نتائج المسح، ننجز فحصاً للنوعية والجودة ونوجه إنذار إلى المؤسسة المعنية إذا تبين أن خدماتها لا تستوفي المواصفات. ونحن أحياناً، وبناء على شدة الوضع، نسقط المؤسسة من موازنتنا أو نغلقها كلياً. توقف ذلك عن التطبيق اعتباراً من العام ٢٠٠٤.

“ (الشؤون ١)

” ليس لدي إجراءات لقياس مستوى رضى المستفيدين، وإن كان لدينا صندوق شكاوى هو الآن غير فعال. وثمة مسألتان أود الحديث عنهما فيما يتعلق بالرضى: كان من المفترض بفريق المراقبة أن يقوم معي بزيارة المنازل لمعرفة من الناس إذا كانوا الخدماء، ونوعيتها وجودتها وطريقة استخدامهم لها. هذا الإجراء معطل حالياً، لكنني أناضل من أجل تفعيله من جديد.

“ (الشؤون ٢)

## الموضوع المحوري ج: إمكانية الوصول إلى المراكز

على نقيض التغذية المرتجة من المشاركين في المسح ومناقشات مجموعات التركيز، وصف جميع مصادر المعلومات الأساسية مراكزهم بالمؤهلة. كما تحدّث مسؤولو الوزارة الذين أجرينا معهم المقابلات عن اعتماد الوزارة مواصفات ومعايير التأهيل أو إمكانية الوصول التي تعتمدها الوزارة للمراكز التي تتعاقد معها.

” ثمة ثلاثة شروط يجب أن تتقيد بها المؤسسات المجازة والمعتمدة حتى تعتبر خدماتها متاحة أو متمتعة بإمكانية الوصول. يتعلق الشرط الأول بإمكانية الوصول الجسدية أو المادية، إن من الخارج وإن في الداخل. ويتناول الشرط الثاني إمكانية الوصول بالنسبة إلى الاتصالات، مما يعني توافر رقم هاتف للاتصال به. أما الشرط الثالث لإمكانية الوصول، فيتصل بساعات الدوام في المركز: من المفترض أن تكون معقولة ومن الضروري تدوينها على ورقة مطبوعة على المدخل الخارجي للمؤسسة حتى يتمكن الجميع من مطالعتها.

“ (الشؤون ١)

” تتمتع المراكز المتخصصة مثل مركزنا بجميع مواصفات إمكانية الوصول كإستخدام الخط النقطي البارز ووجود فسات خالية من العوائق وما إلى ذلك.

“ (أركنسيال)

” عندما يتعلّق الأمر بإمكانية الوصول أو الارتياح، نعمل مع المراكز لتأهيلها وتأمين إمكانية الوصول إليها من قبل الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة سواء كانوا مسنين أم أشخاصا ذوي إعاقة، وذلك ليس فقط لأن ذلك من معايير الجودة وجودة الخدمات، ولكن أيضا بدافع رغبتنا في خدمة الجميع دون تمييز. على سبيل المثال، بنينا في عاليه امتدادا للمركز في الطبقة الأرضية زودناه بمنحدرات ودورات مياه مؤهلة خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة تستوفي مواصفات إمكانية الوصول. في كامد اللوز قمنا بتركيب مصعد لهذا الغرض، وفي العين نصبنا مصعدا لرفع الكراسي المتحركة، وفي القاع باشرنا بتسهيل ارتياح المدخل بإقامة منحدرات عوض الأدراج وإقامة عيادات في الطبقة الأرضية، إذ إنه مركز من طبقتين مع قاعة استقبال وانتظار في الطبقة الأرضية.

“ (أطباء العالم)

## الموضوع المحوري الفرعي ج ١: العوائق التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية

إلا أنّ المشاركين أوردوا عوائق وحواجز مختلفة في الوصول إلى مراكزهم:

- تحدّث المشاركون في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية عن الحواجز الجغرافية الناشئة من التوزيع غير المتساوي لعدد محدود من المراكز في منطقة واسعة يصعب التنقل فيها. على سبيل المثال، المتحدّث عن أركنسيال ذكر أن مراكز جمعياته، وعلى نقيض مراكز الرعاية الصحية الأولية، مؤهلة يمكن الوصول إليها لكنها تواجه تحديات وصعوبات جغرافية.

” إنَّ مركزنا في الدامور مثلاً يقع في أعلى التلة. فإذا أراد الشخص ذو الإعاقة الوصول إليه، فإن عليه استئجار سيارة خاصة بسبب سوء وضع المواصلات العامة في لبنان. كما أن سيارات الأجرة وحافلات الركاب العاملة على الخطوط لا توقف ركابها بالضرورة في النقاط المحددة التي يقصدونها. عندما يتعلق الأمر بالمؤسسات المتخصصة تبرز العوائق والحواجز في المواصلات وتكلفة النقل أكثر منها في المراكز وداخلها.

“ (أركنسيال)

” من الجائز لمراكزنا أن تكون أكثر توزعاً من الناحية الجغرافية. لدينا مركز في حلبا وآخر في الجنوب، الخ. لكن من الممكن أن نتعاقد مع المزيد من المؤسسات الأمر الذي يتطلب فريقاً أكبر. لا تستطيع النمو في اتجاه واحد ولا توفر له البنية التحتية لذلك.

“ (الشؤون ١)

• كما ذكر اثنان من المشاركين في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية الحواجز المتعلقة بالمواصلات والنقل، بما في ذلك التكلفة والآليات المؤهلة.

” إنَّ الحواجز الأكثر أهمية للحصول على الرعاية الصحية بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة هو النقل والمواصلات، وبصورة رئيسية تكلفة المواصلات من أجل بلوغ المركز.

“ (أركنسيال)

” جميع مراكزنا مؤهلة يمكن الوصول إليها من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة، لكننا نواجه صعوبة تتعلق بالمواصلات لبلوغ مراكزنا (التكلفة وتوافر وسائل النقل التي تمر أمامها). اعتدنا استعمال حافلات مؤهلة لضمان النقل، لكننا اضطررنا لوقف هذه الخدمة بسبب نقص الأموال. وعندما نستأجر مركزنا، نقوم عادة بإجراء تعديلات بصورة رئيسية لتأمين إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليه وتحركهم داخله (المدخل والمرحاض...).

“ (مساواة)

• الحواجز المتعلقة بالمعلومات والاتصال قضية للأشخاص ذوي الإعاقات ولا سيّما من إعاقات معينة، وفق ما يفيد بعض من جرت معهم المقابلات، علماً أنّ خدمات محدّدة لا تقدّم إلى هؤلاء الأشخاص.

” نحن لا نقدم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات السمعية والبصرية. لذلك ليست مراكزنا مؤهلة لهذا النوع من الخدمات.

“ (مساواة)

” هل المقصود جميع أنواع الإعاقة؟ في كل لبنان، لا تعتمد أي إجراءات لضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية. من سوء الحظ أن تكون إمكانية الوصول مفهومة في هذه البلاد من جانب الكرسي المتحرك فقط.

“ (الشؤون ٣)

” ليست مراكزنا مجهزة للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية. أعني، كم من شخص في كل أنحاء لبنان على دراية بكيفية مساعدة الأشخاص الصم؟ عندما يتعلق بالإعاقة الحركية، تعتبر جميع مراكزنا مجهزة بالنسبة إلى المنحدرات. ثمة فقط أربعة أو خمسة مراكز ليست مؤهلة. ومراكزنا عموماً شقق مستأجرة. ففي الأشرافية مثلاً نمتلك مركزاً مجاز بالعمل وهو يتمتع بموقف لسيارة واحدة. والأمر نفسه يصح على مركزينا في المزرعة والمصيطة. إلا أنك في المناطق الريفية تستطيع أن توقف سيارتك أينما شئت.

“ (الشؤون ٣)

عند سؤال المشاركين عن إمكانية الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية، أجاب المشاركون من وزارة الشؤون الاجتماعية والمؤسسات بالتأكيد على تمتع هذه المراكز بتوزيع جغرافي جيد، لكنها نادراً ما تكون سهلة الارتياح أو متمتعة بإمكانية الوصول.

” إذا تأملنا مراكز الرعاية الصحية الأولية، نجدها تواجه قضايا معاكسة. من السهل الوصول إليها باستعمال وسائل النقل العامة، لكن بعد الوصول إليها يبرز عدم وجود بعض الخدمات وتبدو صعوبة ارتياح المراكز والتحرك في داخلها، إذ إنها تقوم في الطبقة الثالثة.

“ (أركنسيال)

” ليست جميع مراكزنا قابلة للارتياح أو متمتعة بإمكانية الوصول بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما المراكز داخل المدن القائمة في الطبقات العالية. إلا أن في جميع المباني التي تقوم فيها تلك المراكز تحوي مصاعد باستثناء مركزين. لكن هنالك مشكلة التيار الكهربائي هو دائماً قضية كبرى.

“ (الشؤون ٣)

## الموضوع المحوري الفرعي ج ٢: تحسين إمكانية الوصول إلى المراكز

عند السؤال عن تحسين إمكانية الوصول إلى المراكز، أفاد من أجرينا معهم مقابلات مصادر المعلومات الأساسية، المعنيون أن النقص في الموارد المالية شكّل عقبة أولية أساسية أمام ضمان حسن توزّع المراكز جغرافياً، بينما تعتبر مؤهلة يسهل الوصول إليها وارتدادها مع ضمان المواصلات إليها ومنها وجود معدات وأجهزة صحيحة ومناسبة فيها.

” حتى نتمكن من التحسين، نحتاج إلى التمويل لتقديم المعينات التي نوزّعها والقيام بصيانتها وبصيانة المراكز حتى يصبح بالإمكان الوصول إليها من قبل الأشخاص من ذوي الإعاقات الأخرى.

“ (الشؤون ٢)

” علينا إما أن نحسن المواصلات وإما أن نحسن المراكز عبر جعلها سهلة الارتداد جغرافياً. وإلا لتوجب علينا تقديم جميع الخدمات التي يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة في عن طريق تقديم جميع الخدمات التي تمس الحاجة بالأشخاص ذوي الإعاقة عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية، الأمر الذي ينص عليه القانون. وجعل تلك المراكز متمتعة بإمكانية الوصول.

“ (أركنسيال)

” عليهم أن يطبقوا جميع الإجراءات والتدابير الخاصة بالإعاقة، ويباشروا التفكير في إمكانية الوصول العامة الشاملة. ولم يعد جديراً الآن التفكير في إمكانية الوصول بقدر التفكير في التصميم العام، إذ يجدر بنا أن نجعل كل شيء ممكن الوصول إليه بالنسبة إلى الجميع.

“ (مساواة)

كما يرى اثنان من مسؤولي الجمعيات غير الحكومية أن بعض التحسينات في إمكانية الوصول قد جرى تطبيقها. علاوة على ذلك، ثمة خطة تقضي بالعمل على بناء مراكز تنمية اجتماعية جديدة سهلة الارتداد، على حد ما يوضح رئيس وحدة هذه المراكز.

” لدينا مشروع ممول من قبل برنامج المعونة البريطاني يرمي إلى توفير أربعة تكاتك يمكن الوصول إليها بواسطة منحدر يدوي، تسمح بنقل الأشخاص ذوي الإعاقة داخل مخيمي البداوي ونهر البارد.

“ (مساواة)



” أجل. نحن في القاع وسّعنا الغرف وفسحات الأبواب بحيث يمكن للكراسي المتحركة التحرك فيها وعبرها. أما في العين وكامد اللوز، فالمراحض ليست مؤهلة أو متاحة، وبذلك تكمن المشكلة هنا. ما عدا ذلك يتم تقديم الخدمات إلى الجميع بالطريقة نفسها.

(أطباء العالم)

“

” نحن نضع خططا لإقامة مركز مؤهل لاستقبال جميع أنواع الإعاقة، ولا يبدو أن ثمة طريقة للعثور على مكان يستوفي هذه المواصفات. كما نخطط لإقامة مئة من هذه المراكز في لبنان وإغلاق مئة من مراكز التنمية الاجتماعية القائمة (من ١٢٠ إلى ٢٠). وقد سلمنا شروط العمل أو بنود التفويض إلى الشركات التي سوف تنفذ العمل. ولدينا حاليا المال الكافي لتنفيذ أربعة مراكز. وأعيد أن هذه المراكز لا تقدم فقط الرعاية الصحية، التي هي إحدى الخدمات العديدة المقدمة هنالك. نحن قد أوجدنا النموذج الطبي ونقوم باختباره في عدد محدود من المراكز. ونحن نريد أن نتمكن من وضع ملفات محدثة في قاعدة البيانات المركزية على أن يكون في وسع الأطباء وحدهم أن يروها. ومع نهاية هذا العام سوف يعمم هذا النموذج على جميع المراكز.

(الشؤون ٣)

“

## الموضوع المحوري د: التعاون

### الموضوع المحوري الفرعي د١: التعاون بين الجمعيات غير الحكومية والوزارات

في نهاية المقابلات مع مصادر المعلومات الأساسية، طرح سؤال على المشاركين من الجمعيات الأهلية غير الحكومية عن تعاونهم مع وزارتي الشؤون الاجتماعية والصحة العامة. أبلغت أركنسيال عن تعاون جيد مع وزارة الشؤون، وأضاف ممثلها أن الموازنة المؤمنة لهم تعتبر التحدي الوحيد أمامهم. من جهة أخرى، أوضح ممثل أركنسيال أنهم يحاولون التعاون مع وزارة الصحة ولكن دون إحراز تقدم يذكر.

” تخضع الصعوبات والتحديات مع وزارة الشؤون الاجتماعية للتوجيه والضبط. ونحن نشكر للوزارة قدرتها على تأمين تغطية النفقات أحيانا حتى وإن لم يكن ذلك من شأنها. إلا أن التحويلات تتأخر أحيانا، ووزارة المال لا تؤمن ما يكفي من التمويل والتغطية.

(أركنسيال)

“

” لقد بذلنا الجهد للتعاون مع وزارة الصحة، ولكن ذلك عملية طويلة المدى. وإذا كنت تريد الاستفادة من وزارة الصحة، فلا بد أن تكون مركز رعاية صحية أولية.

(أركنسيال)

“

ليس ثمة تعاون بين جمعية مساواة ووزارة الشؤون الاجتماعي، لأن الأولى لا تحصل على الدعم المالي من الوزارة على غرار المؤسسات والجمعيات غير الحكومية الأخرى.

” لا تدعم وزارة الشؤون الاجتماعية مساواة مالياً لذا ليس ثمة تعاون معها.

“ (مساواة)

أما الجمعية غير الحكومية الدولية الثالثة التي جرت مقابلة مسؤولها، فأوضحت أنها تتعاون وتتسق مع وزارة الصحة وليس مع وزارة الشؤون وذلك لأن المنظمة لا تقدم خدمات خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة. وأطباء العالم توفر الدعم لمراكز الرعاية الصحية الأولية عموماً وبخاصة أن أنشطتها تتماشى مع أولويات وزارة الصحة.

” ينحصر تعاوننا بصورة رئيسية مع وزارة الصحة أكثر منه مع وزارة الشؤون الاجتماعية. فأنشطتنا تتطابق مع وزارة الصحة. لقد أنجزنا في بعض الأحيان بعض المهام التي كان يفترض بالوزارة أن تنجزها: فالوزارة تعتمد على منسق واحد لأربعين مركزاً للرعاية الصحية الأولية في البقاع. فأخذنا قائمة التوجيهات الصادرة عن الوزارة ورفعنا إلى الإدارة تقاريراً عن المراكز. ونحن دائماً نرفع تقارير عن أنشطتنا إلى وزارة الصحة.

“ (أطباء العالم)

### الموضوع المحوري الفرعي ٢د: التعاون بين وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية

عند السؤال عن التعاون بين الوزارتين، وصف أحد المشاركين تكرار الخدمات وعدم تنسيقها نتيجة غياب الاتصال والتعاون بين وزارتي الصحة والشؤون. في حال الأشخاص اللبنانيين ذوي الإعاقة من غير حملة بطاقة المعوق، يفترض بوزارة الصحة أن تتحمل مسؤولية عن توفير الخدمات الاستشفائية لهم. كما أكد مشارك آخر هذا النقص في التعاون.

” توفر وزارة الصحة أدوات السلس وخدمات الرعاية الصحية الأولية بفعل تلقيها تقرير طبي من الشخص. أما حامل بطاقة المعوق، فيمكن له الحصول على كرسي متحرك من وزارة الشؤون الاجتماعية ليمضي بعد ذلك ويحصل على كرسي آخر من وزارة الصحة. هكذا نلاحظ هنا تداخلاً بين عمل الوزارتين. ومراكز وزارة الصحة لا تتسق فيما بينها، مما يسمح للشخص بالحصول على الخدمة نفسها من مركزين مختلفين. في وزارة الشؤون نجد نظاماً معتمداً له كودات، والمرجع هو المركز الذي صدرت منه بطاقة المعوق.

“ (الشؤون ٢)

” تعرف وزارة الصحة ببطاقة المعوق الصادرة عن وزارة الشؤون لأن تغطية كلفة الاستشفاء بنسبة ١٠٠٪ تتم من خلال وزارة الصحة. لذا يجدر بوزارة الصحة أن تأخذ المبادرة لإعلام جميع مراكزها بضرورة ألا يكون طالبو الخدمات من حملة بطاقة المعوق وأنهم بالتالي لا يستفيدون من خدمات وزارة الشؤون. في وسعها الاتصال بنا بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الذين ليس لديهم بطاقة معوق ولا يدخلون في تصنيف وزارة الشؤون، وذلك بهدف تزويدهم بسرير أو فراش وخدمة سلس البول.

(الشؤون ٢)

“

” ليس من تعاون بينهم. وهم لا يعملون مع بعضهم. وحقيقة الخدمات المقدمة من قبل الوزارتين فوضى كاملة. لا بد لهم من التمييز بين خدمات كل من الوزارتين، ومن الضروري للخدمات أن تقدم من جانب واحد فقط من أجل عدم إرباك الأشخاص ذوي الإعاقة.

(مساواة)

“

على نقيض ما قاله المشاركون الآخرون في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية، أكدت مشاركتين من الوزارة على حسن التعاون والاتصال مع وزارة الصحة، ولا سيما أن عددا صغيرا من مراكز التنمية الاجتماعية تشكل جزءا من شبكة وزارة الصحة. كذلك ذكرا أن ليس من تكرار للخدمات بينهما وتداخل جغرافي في عملهما.

” إننا نتعاون قدر ما نتعاون أي وزارتين في لبنان. ونحن لا نقدم الخدمات نفسها التي تقدم الوزارات الأخرى. فنحن لا نقدم الأطراف الاصطناعية والجباير لأن هذه تغطي من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ووزارة الصحة. ونحن في وزارة الشؤون لا نتدخل في الخدمات الأخرى.

(الشؤون ١)

“

” إن بعض مراكزنا تشكل جزءا من شبكة وزارة الصحة. فوزارة الصحة فعليا لا تملك مراكز، وهي تجيز بعض مراكز الرعاية الصحية مما يجعلها تشكل شبكتها. فمستوصفات الوزارة قد أقفلت منذ وقت طويل، ووزارة الصحة حاليا تجيز وتعتمد بعض المؤسسات. ونحن عموما لا ننشئ مراكز التنمية الاجتماعية في المناطق المغطاة من قبل وزارة الصحة. وليس من طريقة تجعلنا ندخل في تنافس مع وزارة الصحة، ونحن نغطي المناطق والمجالات التي لا تشملها وزارة الصحة. إذا كنا متواجدين في منطقة وقامت وزارة الصحة باعتماد منشأة طبية أو صحية فيها، فإننا نحول خدماتنا من المجال الصحي إلى المجال الاجتماعي.

(الشؤون ٣)

“

ختاماً، أشار أحد المشاركين إلى أن التعاون/الاتصال بين العاملين في المجال الصحي قد يتعزز ويقوى، مع إمكان إنقاص الخدمات المتكررة والمتماثلة عن طريق تفعيل "لجنة خدمات الصحة والتأهيل والدعم"، التي تدعو إلى قيامها المادة ٣٢ من القانون ٢٢٠.

”

تشكل البنية القانونية المنصوص عليها في القانون تشكل الحل في رأي. فهي تتألف من ممثلين عن وزارتي الشؤون والصحة والضمان الاجتماعي الخ. ومن المفترض بها بما أنها تضم جميع الجهات الفاعلة في التغطية الصحية في لبنان أن تضع المعايير والقواعد لجودة الخدمات وللإجراءات.

“ (أركنسيال)

# مناقشة وتحليل النتائج

تمثل الهدف الأولي لهذه الدراسة في فهم أفضل لطريقة ارتباط الأشخاص ذوي الإعاقة (اللبنانيين والسوريين) بموارد الصحة والتأهيل ومداه في لبنان. قبل تصميم أدوات جمع البيانات النوعية والكمية ذات الصلة، أدرك فريق الدراسة أن هذه فرصة استثنائية للإضافة إلى الدلائل والقرائن الإحصائية والسردية المتوافرة عن هذه المجموعة السكانية. في سبيل هذه الغاية، اتجه إلى توجيه أسئلة إلى المشاركين في المسح ومناقشات مجموعات التركيز تتعلق بالتعليم والدراسة وكسب المعيشة أو الارتزاق وعن بطاقة المعوق الشخصية الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية أو تقديمات الحكومة، علاوة على تلك المركزة على الاحتياجات الصحية والتأهيلية، والوصول إلى الخدمات الضرورية واستعمالها، ومستويات الوعي والرضى والحواجز المدركة أمام الرعاية. وتوفر نتائج هذه الدراسة، تلك المتوقعة وتلك غير المنتظرة، توضيحاً لواقع دولة غير قادرة لضمان تمويل وتقديم الخدمات المناسبة بعد ٢٠ عاماً على صدور القانون ٢٠٠٠/٢٢٠. كذلك تظهر أنه في ظل غياب القيادة على الصعيد المركزي بالنسبة إلى هذه القضية الهامة، واصلت غالبية الجماعات المحلية والأعمال والمؤسسات نزع الأولوية عن العوائق والحواجز، مع تعهد جهود التوعية والإدماج وتعزيزها على نطاق واسع. لكن، والأهم من ذلك كله، تؤمن هذه النتائج إطاراً أغنى لشريحة سكانية متناهية الضعف ولكنها واسعة الحيلة في مواجهة الصعوبات المترامية والمتزايدة في معركتها اليومية لعيش حياة مرضية وكريمة.

فالأشخاص ذوو الإعاقة يواصلون مواجهة عوائق وحواجز بيئية ومؤسسية ومرتبطة بالمواقف تحول دون الأعمال الكاملة للحقوق الاجتماعية والاقتصادية والتربوية والصحية التي يخولهم إيها القانون اللبناني والاتفاقية الدولية. ومع أن القانون ٢٢٠ كرّس الحق في العمل ووسائل النقل المؤهلة والسكن والخدمات الصحية والتربوية للأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين، فإن غالبية هذه الالتزامات تظل غير مطبقة وفق أي مقياس معقول. مع ذلك، أعربت نسبة مئوية كبيرة من المشاركين في هذه الدراسة عن رضاها، بل ورضاها الكبير، عن الخدمات المقدمة لهم من قبل الحكومة والجمعيات غير الحكومية، ولم تعترف بوجود حواجز وعوائق تتصل بالبيئة العمرانية وبعرض المعلومات والمواصلات والعوائق والحواجز الخاصة بالمواقف. ومع أن هذه النتيجة تبدو في ظاهرها متباينة، فإنها عوضاً عن ذلك تكشف عن إحدى تبعات سنوات من الانحياز والتمييز على صعيد الفرص التعليمية والمشاركة

الاجتماعية. فالمهارات الصلبة والليونة المشحوزة والموسعة عبر الانخراط في عمليات التعليم المنهجي تشكل أساسا في تطوير الوعي بحقوق المرء والتوقع بأنها سوف تتحقق والقدرة على الدفاع عنها والمطالبة بها في حال عدم احترامها.

يعتبر الأشخاص ذوو الإعاقة بين أفقر الفقراء وأشدّ الضعفاء مع ارتفاع مستويات أميتهم وبطالتهم ومحدودية مشاركتهم في الحياة المدنية والاجتماعية. فالكثير منهم قلما يغادرون منازلهم وهم يتكلمون كليا على أسرهم ولا سيما أولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية. ولا عجب في هذا السياق أن تتمتع مجموعة الأشخاص ذوي الإعاقة بمستوى وعي منخفض فيما يتعلق بحقوقهم القانونية، وبقدرة أقل على المطالبة باحترام هذه الحقوق وحمائتها وإعمالها. وفي الوقت نفسه، قامت منظمات المجتمع المدني أو الأهلي في هذه الأثناء بتزويد الأشخاص ذوي الإعاقة باحتياجاتهم من التعليم والمعونة الاجتماعية والخدمات الصحية. إلى ذلك أدت دورا رئيسيا في توعية الأشخاص والمجتمع بخصوص الحقوق المتعلقة بالإعاقة.

على الرغم من أن لجميع الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة الحق في الحصول على التعليم على قدم المساواة مع الآخرين في جميع مراحل الدراسة وأنواع التعليم، وعلى الرغم من أن التعليم هو على الأرجح ثاني أهم قضية بعد الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة الصغار، فإن عددا كبيرا من المجيبين أو المستبنيين (٣٥،٢٪) أفاد عن عدم تلقيهم أي تعليم رسمي منهجي (٣١،٢٪ من اللبنانيين و٤٣،٨٪ من السوريين). يتباين ذلك بحدّة مع بيانات دراسة أجرتها منظمة العمل الدولية في العام ٢٠١٤، وهي تكشف عن عدم التحاق نسبة ٠،٣٪ فقط من الشباب اللبناني (١٥-٢٩ سنة) بالمدرسة ١٥. لعلّ هذا الفرق يعزى إلى حد ما إلى متوسط أعمار الشريحة قيد الدراسة، وبخاصة أن السنوات الأخيرة قد شهدت تحسنا بسيطا في التحصيل الدراسي للأطفال والبالغين ذوي الإعاقة عند مقارنة ذلك مع الوضع في الأوقات السابقة في لبنان. إضافةً أن الكثيرين من أولياء أمر الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما فية والمحدودي التعليم قد يخجلون بأطفالهم ويرغبون في إبقائهم مقيدين في منازلهم، أو لعلهم يجهلون حق أطفالهم في التعليم وما يتصل بذلك من خدمات. إلى ذلك تظل المواصلات المؤهلة ومنخفضة الكلفة والمدارس المؤهلة والمدرسين المدربين والمستعدين والإداريين الملتزمين بالإدماج التربوي ومواقف المجتمع حواجز حاسمة تؤثر في هذه القضية.

ليس مفاجئا أن يكون نقص التعليم المنهجي والتدريب المهني في أوساط الأجيال المتقدمة في السن قد أثرا في قابلية استخدامهم. فقد أعلنت نسبة ٣٪ فقط من المستبنيين أنهم أنهوا دراستهم في أحد المعاهد أو ما قبل الجامعة أو حازوا شهادة جامعية. وحسب تقرير برنامج تأمين حقوق المعوقين في وزارة الشؤون الاجتماعية الصادر بتاريخ ٣١

١٥ Intenational Labor Organization (٢٠١٥) Matching skills and jobs in Lebanon: Main features of the labor market-challenges, opportunities and recommendations. Retrieved on February ١٣, ٢٠٢٠, from [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---Arab states/---RO Beirut/documents/publication/wcms\\_٥٥٩٦٧٣.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---Arab%20states/---RO%20Beirut/documents/publication/wcms_٥٥٩٦٧٣.pdf)

كانون الأول ٢٠١٩، يبلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة من حملة بطاقة المعوق في المجموعة العمرية ١٨-٦٤ عاماً ٢.٢٦٥ من مجموع ٥٩.٩٥١ شخصاً مسجلاً في البرنامج، أو ما نسبته ٣,٧٧٪، قد أعلنوا عن حيازتهم شهادة جامعية. إضافة إلى ذلك وبانسجام مع نتائج هذه الدراسة، تكشف بيانات اليونسكو ١٦ أن أكثرية الأشخاص ذوي الإعاقة ليسوا قادرين على تأمين أجر يسمح لهم بالعيش لهذه الأسباب.

بمبادئ الحساب والرياضيات إلى حل المشكلات والمهارات الاجتماعية—التي تعتبر بالغة الأهمية للفهم الصحيح والمدافعة عن حقوق المرء، وتحديد موقع الموارد الصحية التي تمس الحاجة إليها وتعبئتها، والمشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع. كما يزيد نقص المعلومات سهولة الفهم وواسعة الانتشار من إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الكثيرين بينهم الذين نادراً ما يغادرون مساكنهم، الأمر الذي يغير آراءهم وتوقعاتهم بخصوص الخدمات والتقديمات التي تؤمنها الحكومة، ويحد من قدرتهم على اتخاذ قرارات تنسجم مع حاجاتهم وأولوياتهم الشخصية.

امتنع الكثيرون ممن شاركوا في الدراسة عن تسجيل أنفسهم في وزارة الشؤون الاجتماعية على الرغم من أن للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في الحصول على بطاقة المعوق إن هم سجلوا. صحيح أن الدوافع عديدة ومتنوعة. إلا أن نتائج الدراسة تبين تصوراً سائداً بين الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة يفيد أن البطاقة لا تؤمن لهم الخدمات والمعينات التي تمس الحاجة بهم إليها أكثر من غيرها. استناداً إلى بيانات وزارات الشؤون الاجتماعية والصحة العامة، يستند هذا التصور إلى قاعدة واقعية نظراً إلى عدم تقديم الكثير من الخدمات التي ينص عليها القانون ٢٢٠/٢٠٠٠، أو لا يتم تعويض المستفيدين منها مالياً. لكن، عند سؤال المشاركين عن معرفتهم بالخدمات والتقديمات المتوفرة، تبين أن عدداً كبيراً لم يكن على دراية بذلك. يرجح أن يشكل هذا سبباً وراء استخدام نسبة ٥٤٪ بطاقة المعوق للحصول على أي نوع من الخدمات في الأشهر الاثني عشر الماضية؛ وعلى الرغم من مواجهة مشكلات صحية، استخدمت نسبة ٤٧٪ فقط البطاقة لطلب الخدمات الصحية، بما في ذلك الحصول على المعينات. وحسب برنامج تأمين حقوق المعوقين، اقتصر استعمال البطاقة على نسبة ٣٩,١٥٪ من حملتها لطلب المعينات، مما يشير إلى أن نسبة كبيرة من مجموع الـ ٤٧٪ الذين استخدموا البطاقة للخدمات الصحية قد لجأوا إليها لطلب المعينات. الواضح أن التقديم المحدود للخدمات الضرورية (والمقتصرة بصورة رئيسية على العناية الأولية المحدودة وبعض الجراحات والأنواع من المعالجات) المؤتلف مع نقص الوعي بهذه الخدمات المتوفرة أسهم في قلة الأعداد المرتبطة باستعمال الخدمات الصحية.

اللافت والمهم هنا هو ذكر تقرير برنامج تأمين حقوق المعوقين بتاريخ ٣١ كانون الأول ٢٠١٩ أن العدد الأكبر من الأشخاص ذوي الإعاقة استخدموا البطاقة بهدف الحصول على إعفاءات ضريبية (٤٣,٧٣٪) بين جميع الخدمات والتقديمات المقدمة. كذلك أعلن عدد مرتفع من المشاركين في هذه الدراسة عن استخدام البطاقة للغرض نفسه (٦٤٪). ولعل بعض أهم الأسباب وراء هذا الاستخدام، طول مدة توافر هذه الخدمة واتساع نطاق الوعي بها، وما تتيحه من فوائد مالية وسهولة الإجراءات التي تعتمدها وزارة الشؤون لتطبيقها. أما حقيقة تأمين بطاق المعوق خدمات محدودة جدا في ميادين مختلفة كالتعليم والنقل وغيرهما، يفسر انخفاض النسب المئوية من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستخدمون البطاقة للحصول على هذه الخدمات (٤٪ للخدمات التربوية، و٣٪ لطلب الدعم الاجتماعي، و١٪ للمشورة القانونية).

يظل نقص فرص العمل أمام الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان إحدى أكبر المشكلات التي تجابه التطبيق الكامل للقانون ٢٢٠/٢٠٠٠. لا تتوافر إحصاءات واضحة تتعلق بعدد الأشخاص ذوي الإعاقة الناشطين فعليا في سوق العمل في لبنان، إلا أن في وسعنا الاعتماد على بعض الأرقام لرسم نوع من صورة عن واقع العمالة والتشغيل في حال الأشخاص ذوي الإعاقة الشباب.

دلت نتائج دراستنا على أن المعدل الإجمالي للبطالة في أوساط الأشخاص ذوي الإعاقة في الأعمار ١٧ إلى ١٠٠ عاما (المعدل ٤٥ عاما) يبلغ حاليا ٧٩,٦٪. لكن، عند النظر إلى أولئك الذين هم ضمن النطاق العمري للعمل (١٨ إلى ٦٤ عاما)، كشفت الدراسة عن معدل بطالة تبلغ نسبته ٧١٪. هذا الرقم أقرب إلى ما أورده تقرير برنامج تأمين حقوق المعوقين (٨٠٪ بتاريخ ٢٠ شباط ٢٠٢٠)، لكنه أعلى بكثير من معدل البطالة الوطني المسجل في العام ٢٠١٧ والبالغ ٢٥٪، كما ذكرت وزارة العمل ١٧. كذلك وجدت الدراسة أن معدل البطالة يعادل ٨٣,٩٪ في أوساط الشباب ذوي الإعاقة (من الفئة العمرية الفتية ١٨-٢٩ عاما). يتماشى هذا مع نتائج تقرير اليونسكو للعام ٢٠١٣ عن لبنان، الذي قدر نسبة البطالة في أوساط الشباب ذوي الإعاقة اللبنانيين بقرابة ٧٨٪، علما أنه أعلى بكثير من معدل البطالة الوطني للشباب اللبناني البالغه ٣٧٪ (٦ وزارة العمل، ٢٠١٧).

عند تفصيل الأمر حسب النوع الاجتماعي والهوية الوطنية أو الجنسية، نجد أن المجموعات الأضعف والأشد تعرضا تضم الإناث ذوات الإعاقة والنازحين السوريين ذوي الإعاقة. الهام في الأمر، أن نسبة أعلى من الذكور ذوي الإعاقة اللبنانيين وأقرانهم السوريين (٢٦,٢٪) يلتحقون بالعمل، بالمقارنة مع الإناث ذوات الإعاقة (١٢,٢٪)، في

١٧ Lebanese Republic Economic and Social Council (March ٢٠١٩) Unemployment in Lebanon. Retrieved on December ٢٧, ٢٠١٩, from <http://www.databank.com.lb/docs/Unemployment%20in%20Lebanon%20Findings%20and%20Recommendations%20٢٠١٩%20ECOSOC.pdf>

١٨ UNESCO (٢٠١٣) Social Inclusion of Young Persons with Disabilities (PWDS) in Lebanon, Beirut, page ١٧. Retrieved on December ٢٧, ٢٠١٩, from [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Beirut/images/SHS/Social\\_Inclusion\\_Young\\_Persons\\_with\\_Disabilities\\_Lebanon.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Beirut/images/SHS/Social_Inclusion_Young_Persons_with_Disabilities_Lebanon.pdf)



الوقت نفسه يتمتع الأشخاص اللبنانيون ذوو الإعاقة بتفوق هام على أقرانهم السوريين (٦٠،٢٥٪ في مقابل ٩٪ على التوالي). وفقاً لمفوضية اللاجئين السامية ١٩، يجد النازحون السوريون (من الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم) صعوبة ملحوظة في ارتياد سوق العمل في لبنان، بصرف النظر عن وضعية إقامتهم بسبب الأنظمة المعتمدة التي تقيد استخدام المواطنين السوريين في قطاعات معينة، بما في ذلك البناء والزراعة حيث العمل موسمي.

إن الأسباب وراء النسبة المئوية المرتفعة للبطالة في أوساط الأشخاص ذوي الإعاقة على صلة بعدد من العوامل:

• رفض القطاع الخاص تطبيق المادة ٧٤ من القانون ٢٠٠٠/٢٢٠ المتعلقة بكوتة تشغيل الأشخاص المعوقين في الأعمال والشركات الخاصة. والحقيقة، أن الحكومة قد فشلت في ضمان استخدام هذا القطاع للأشخاص ذوي الإعاقة، على الرغم من أن القانون قد نص على إجراءات لمعاقبة من يرفضون تطبيق العمل بنظام الكوتة (المادة ٧٤، والبندان ج ود).

• تقاعس القطاع العام عن تطبيق أحكام المادة ٧٣ بصورة تامة لجهة اعتماد الكوتة من مجموع موظفي الإدارات العامة، وذلك إذا استثنينا بعض وظائف الدرجة الرابعة. ويواصل مجلس الخدمة المدنية رفضه لإصدار توصيفات وظيفية للوظائف المعلنة. بذلك ينتزعون من الأشخاص ذوي الإعاقة القدرة على تقرير ملاءمة وظائف معينة لهم أو مدى صلاحهم لشغلها.

• غياب الترتيبات التيسيرية المعقولة وال فشل في ضمان إمكانية الوصول في مواقع العمل، إضافة إلى الحواجز المؤسسية وتلك المتعلقة بالموافق، أمور تحول دون انضمام الأشخاص ذوي الإعاقة إلى القوى العاملة. فقوانين العمل المطبقة في لبنان حالياً لا تتضمن أي بيان واضح يتعلق بتطبيق هذه الإجراءات أو العناصر الواجب أن تتضمنها. من الجائز استنتاج هذه الخلاصات إلى حد معين من الاتجاه العام للقانون ٢٢٠، إلا أن القانون لم يحدد من يتحمل هذه المسؤولية (الحكومة أم أصحاب العمل أم الأشخاص ذوو الإعاقة أنفسهم).

تُظهر الدراسات الدولية بوضوح أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم من أفقر الفقراء وأشد الناس ضعفاً وتعرضاً. في لبنان، تكافح الأسر الفقيرة التي فيها طفل ذو إعاقة أو أكثر حتى تغطي الأكلاف المرتبطة بتلبية احتياجاتهم الطبية والتأهيلية.

تبين هذه الدراسة أن نسبة مئوية عالية من المستبنيين اللبنانيين والسوريين على حد سواء تجابه صعوبة مستمرة في تلبية الاحتياجات الأساسية كالإيجار والإقامة أو التجهيز (٤٦،٦٪) وشراء الثياب والملابس (٦٥،٢٪) والحصول على حاجات الأسر الضرورية (٧٣٪) والمواصلات (٦٥،٧٪) والمياه والطعام (٥٥،٨٪) والتعليم

(١٩،٣٪)، والخدمات الصحية (٧٦،٢٪)، والهاتف والاتصالات (٦٤،٩٪) والمعينات (٣٣،٨٪)، والمساعد الشخصية/الرعاية (٣٠،٣٪). وتبين النتائج أن السوريين أكثر بصورة هامة من اللبنانيين يجدون صعوبة أكبر في تلبية احتياجاتهم الأساسية (٩٧٪ سوريون، ٦٧،٧٪ لبنانيون). هذه النتيجة مفهومة لأن السوريين لاجئون وهم محرومون بالتالي من الخدمات الاجتماعية والطبية والتربوية المتوافرة للأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين. ومع أن السوريين ذوي الإعاقة يواصلون الحصول على خدمات مماثلة من منظمات محلية وإقليمية ودولية، فإن هذه الخدمات قد لا تكون كافية ومناسبة لتلبية احتياجات أولئك الذين شاركوا في هذه الدراسة.

فيما يتعلق بالفقر، أظهرت آخر بيانات مفوضية اللاجئين السامية أن نسبة ٦٩٪ من النازحين السوريين يعيشون تحت مستوى خط الفقر حاليا بالمقارنة مع نسبة ٢٧-٢٨،٥٪ من اللبنانيين المعتبرين فقراء ويناصلون من أجل تلبية احتياجاتهم الأساسية. ينسجم هذا أيضا مع وضعهم كلاجئين، حيث أنهم بغالبيتهم الساحة عاطلون عن العمل، ولا تغطيهم خدمات الضمان الاجتماعي والتغطية الطبية الاستشفائية لنظام الرعاية الصحية اللبناني.

بناء على نتائج هذه الدراسة وغيرها، يتضح أن الهموم الصحية تظل الأولوية القصوى بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما، بالنسبة إلى أولئك ذوي الإعاقات الحركية/الجسدية والفكرية/الذهنية. يواجه هؤلاء الأفراد مشكلة خطيرة على صلة بنقص التغطية الطبية والضمان الاجتماعي وتواجد الاختصاصات الطبية المتعلقة بالإعاقة وتوافرها المنتظم في المستشفيات والمراكز الطبية اللبنانية.

يتطلب الأشخاص ذوو الإعاقة، وعلى غرار الآخرين جميعا، خدمات صحية عامة ووقائية ومتخصصة ليست على صلة بإعاقتهم، بما في ذلك الأدوية واستشارات الأطباء الاختصاصيين وأطباء الصحة (الأطباء العامين) وأطباء الأسنان، والتصوير الشعاعي والفحوص المخبرية.

يعد الوصول إلى هذه الخدمات والحصول عليها حاسما نظرا إلى الدلائل التي تبين أن من المرجح أن يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة بوضع صحي أسوأ إجمالا من عموم السكان، نتيجة لمجموعة من الآليات المحتملة التي قد تتفاوت بين الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة ٢١. والحقيقة، أن الأشخاص ذوي الإعاقة عرضة لأوضاع صحية ثانوية لها صلة سببية بالإعاقة أو التشخيص الأولي وحالات الوفاة المترافقة، التي تحدث بصورة متزامنة مع الإعاقة الأولية، علما أنها على صلة أقل مباشرة ووضوحا. تشمل الأمثلة على الحالات الصحية الثانوية الأشخاص ذوي الإصابات في العمود الفقري، الذين يتعرضون لزيادة خطر إصابتهم بالقروح والتهابات المسالك البولية ٢٢، والأشخاص ذوي متلازمة داون المرجح أن يختبروا أمراضا قلبية خلقية وإعاقات سمعية وبداية

٢٠ UNHCR (٢٠١٩) Lebanon Crisis Response Plan ٢٠١٧-٢٠٢٠. Retrieved February ١٣, ٢٠٢٠, from <https://www.unhcr.org/lb/wp-content/uploads/sites/١٦/٢٠١٩/٠٤/LCRP-EN-٢٠١٩.pdf>

٢١ Froehlich-Grobe, K., et al., Impact of disability and chronic conditions on health. *Disabil Health J*, ٢٠١٦, ٩(٤): ٦٠٠-٨.

٢٢ Garcia-Arguello, L.Y., et al., Infections in the spinal cord-injured population: a systematic review. *Spinal Cord*, ٢٠١٧, ٥٥(٦): ٥٢٦-٥٣٤.

باكرة للخرف ٢٣. ويجوز للاعتلال المشترك أن تشمل من جهة أخرى حالات غير متصلة كمرض الكبد عند من تعرض لفالج، ولكنها تعني أيضا تشير إلى الحالات الطارئة في الأوضاع الحياتية العادية (أي العزلة والإقصاء أو الاستبعاد الاجتماعي والفقر) التي هي على صلة بالإعاقة الأساسية الأولية كمشكلات الصحة العقلية عند شخص ذي إعاقة حركية طويلة الأمد.

تشكّل الصعوبات المالية، وكما يتبين من قسم البيانات الكمية، حاجزا حقيقيا ومستمرا أمام الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي حين أن من الصحيح تأثير الالتزامات المالية المرتبطة بالوصول إلى نظام الرعاية الصحية على أفراد جمهور العامة من السكان، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة يتعرضون في الوقت نفسه لمجموعة من السلبيات والنقائص الأخرى، مما يزيد من ضخامة هذا التحدي. وتوفر الدراسة الحالية، المزيد من الدلائل أن الحواجز أمام الوصول إلى الخدمات الصحية تزداد بصورة ملحوظة بالنسبة إلى الأفراد غير العاملين في الوقت الحاضر، وتبلغ نسبتهم ٨٢،٩٪ بالمقارنة مع نسبة ١٧،٢٪ من أصحاب الدخل المتدني (أقل من ٥٠٠ ألف ليرة لبنانية). وتجد أكثرية الأشخاص ذوي الإعاقة (٦١،٦٪) أن عليها اعتماد خيارات صعبة على حساب الخدمات الصحية الضرورية التي تمس الحاجة إليها في أغلب الأحيان. كذلك قد تستدعي الحواجز الجغرافية المقترنة بالحصول على الرعاية استئجار وسائل النقل المؤهلة أو تكريس مواقع عمل لها علاوة على انخراط أحد أفراد الأسرة (الذي قد يخسر يوم عمل) أو مساعد شخصي (تمس به الحاجة إلى أن يتقاضى أجرا). من الجائز لهذه المتطلبات أن تزيد الكلفة الإجمالية بالاعتماد بفعل بعد الشخص ذي الإعاقة عن المركز الطبي. على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يجدون حاجزا إضافيا يمنعهم من الحصول على الخدمات الصحية الضرورية يتمثل في المباني غير المؤهلة المفتقرة إلى إمكانية الوصول (التي تشمل غالبية مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات والعيادات/المراكز الطبية الخاصة)، وانعدام مصادر المعلومات الممكن استعمالها من قبل هؤلاء الأشخاص (مطبوعات برايل، الإشارات، والمطبوعات بالحروف الكبيرة الخ.)، ومع غياب العاملين الصحيين العارفين بالصعوبات والتحديات الطبية التي تجابه الأشخاص ذوي الإعاقة. أخيرا، يترك تدني المستوى الدراسي وارتفاع نسبة الأمية بين الأشخاص ذوي الإعاقة تأثيرا هاما في الحصول على معلومات تتصل بالخدمات الصحية واتخاذ القرارات المناسبة بالنسبة إلى الرعاية الصحية.

كذلك توفر هذه الدراسة، كما يظهر من قسم نتائج البحث النوعية، دلائل هامة وأساسية على أن الحواجز التالية التي تجابه الأشخاص ذوي الإعاقة تعيق وصولهم إلى الخدمات الصحية وتمنعهم من الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها:

- غالبا ما يحول تصميم البناء الخارجي والداخلي للمراكز الصحية دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية وغيرها من مراكز مقدمي الرعاية الصحية. فمداخل المباني غير المستوية، والمعدات الطبية غير المؤهلة، والأبواب الضيقة والمنشآت متعددة الطبقات أو الأدوار المفتقرة إلى مصاعد عاملة، والمراحيض/دورات المياه غير المؤهلة وغير المتسعة ومواقف السيارات غير المؤهلة تخلق حاجزا أمام الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المناسبة.
- تعتبر المراكز الصحية في لبنان بصورة عامة غير مؤهلة للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، إذ يتعذر عليهم بلوغها بمفردهم، ونتيجة عدم وجود إشارات بالخط النقطي البارز (برايل)، يصعب بل يستحيل عليهم التحرك داخلها.
- كثيرا ما لا يستطيع مقدمو الرعاية الصحية أن يخاطبوا بطريقة مناسبة وفعالة الأشخاص ذوي الإعاقة، علما أن هذا الحاجز هو الأقل اعترافا بوجوده ومنعه لتقديم الرعاية الصحية الجيدة لهؤلاء الأفراد. هذا تحدّد شامل وعمومي ومعيق للأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما أولئك ذوي الإعاقات الفكرية/الذهنية والسمعية والنمائية لأنه يقوض العلاقات الثنائية المنطوية على الاحترام، التي تمكن المرضى من التعاون بفاعلية بالنسبة إلى رعايتهم شخصيا والعناية بهم.
- ليست البيئات الصحية مجهزة بخدمات الترجمة (لغة الإشارة) أو معدات الاتصال المكيفة أو المعدلة (المعلومات سهلة القراءة والصور والرموز)، الأمر الذي يتسبب بالمزيد من الصعوبات الإضافية للأشخاص ذوي الإعاقات السمعية في التخاطب مع الطاقم العامل وتلقيهم الخدمات الضرورية.
- يؤثر العدد المحدود لمراكز الرعاية الصحية والمستشفيات والعيادات في المناطق الريفية سلبا في التوزع الجغرافي للخدمات المتخصصة المتاحة.
- كذلك يعتبر العدد الصغير نسبيا من الخدمات الضرورية للأشخاص ذوي اإعاقة عائقا هاما دون الحصول على الرعاية الصحية.
- كما يحول نقص وسائل النقل المؤهلة والمواصلات التي يسهل تحمل كلفتها دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مراكز الرعاية الصحية والسفر لمسافات طويلة.
- يستمر الكثير من احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة مهملا دون أن يلبي نتيجة نقص التوعية والمعلومات الممكن الوصول إليها والإفادة منها بخصوص توافر الخدمات الخاصة المحددة التي قد تمس إليها الحاجة. لذلك يميل الأشخاص ذوو الإعاقة إلى الحصول على معلومات صحية بتناقل الأخبار ومن المجتمعات المحلية حيث يقيمون.

أفاد الأشخاص ذوو الإعاقة المشاركون في الدراسة عن مستوى رضى عال عن الخدمات الصحية المتاحة. وهذه النتيجة، كما سبقت الإشارة، لا تتسجم مع الدراسات الأخرى ومع خبرات فريق الدراسة التطبيقية والميدانية. على أن ارتفاع النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة والمستوى الرفيع لإبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة وتهميشهم يقدم التفسير الأهم لهذا التناقض.

كشفت الدراسة أيضا أن نسبة مئوية كبيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة (٧١٪) أعربت عن الشعور بأن العاملين في المراكز الصحية قد أحسنوا معاملتهم. فغالبية المرضى (٨٠٪) أبلغت أن العاملين استخدموا التعابير والمصطلحات السليمة الخاصة بإعاقاتهم وأبدوا الاستعداد للإصغاء بانتباه للأفراد وتقديم أجوبة على جميع أسئلتهم، واحترموا خصوصية الفرد وسريته في وقت المشورة الطبية. كما أخبر ثلاثة أرباع المستبنيين (٧٥٪) أن العاملين في المراكز تحدثوا إليهم مباشرة وليس إلى مرافقيهم. وقد مكنوهم من خلال تزويدهم بما يكفي من المعلومات المتصلة بإعاقاتهم. في المقابل وافقت نسبة ٣٥٪ على كون العاملين والموظفين قد تفاعلوا بطريقة مساعدة أو تميزوا برد فعل مؤاتٍ عندما تعرض الأشخاص ذوو الإعاقة لحادث غير متوقع أو في حال نشوء مشكلة غير منتظرة في أثناء وجودهم داخل المراكز؛ وذكرت نسبة ٤٧٪ أن الموظفين والعاملين قدمت المساعدة الإدارية الضرورية (على سبيل المثال، المساعدة في الاتصال هاتفيا بأحدهم، والمساعدة في قراءة الأوراق، والمساعدة في توجه الفرد إلى مكان ما...).

إذا تأملنا وضع الإعاقة في لبنان، وبناء على معرفة الأحوال الصعبة والقاسية التي يعيش فيها الأشخاص ذوو الإعاقة في البلاد، فإن النسب المئوية المرتفعة للرضى تدل على أن الكثير من المستبنيين والمجيبين لا يعرفون حقوقهم وأنهم عرضة للأقصاء والعزل اجتماعيا. وغالبا ما لا يقدر الأشخاص الذين يعيشون في هذه الظروف على ملاحظة الظروف كالتصرف السيئة أو غير الملائمة أو استخدام التعابير والمصطلحات غير الملائمة.

تؤيد نتائج البحث النوعية هذا الزعم عن تقديم دليل قوي على الوضع الحقيقي. فقد عبر المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز، الذين أظهر الكثير منهم تمتعهم بخبرة كبيرة في عمل النظام ومستوى إجمالي من المشاركة والانخراط، عن عدم الرضى عن الخدمات الصحية المتاحة، ومحدودية الكميات وتدني جودة المقدم من الأجهزة والأدوات والمعينات، وطول أوقات الانتظار في المراكز لتسلم أو تلقي الخدمات التي تمس بهم إليها الحاجة، والمباني غير المؤهلة ونقص المعلومات الممكن الوصول إليها واستعمالها والاستفادة منها، وعدم توافر الخدمات الطبية الضرورية، علما أن هذه جميعا تؤثر في حصولهم على الخدمات الضرورية. بالإضافة أن الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة رويوا تجارب محبطة أو مخيبة للأمال في خلال زيارتهم إلى مراكز الرعاية الصحية نتيجة الموقف السلبي لمقدمي الرعاية الصحية تجاه الإعاقة، وسوء معرفتهم ومهاراتهم الضعيفة لجهة تأمين خدمات يسهل الوصول إليها والحصول عليها، مع استخدام التعابير غير المناسبة أو غير اللائقة عند التفاعل معهم.

# استخلاص النتائج والتوصيات

يجوز لقراءة واقعية لنتائج هذه الدراسة أن تظهر لنا بوضوح عدم بذل جهود جدية من أجل تطبيق القانون ٢٢٠ على الرغم من كونه بحاجة إلى إصلاح كبير. ففيما لا تزال الحقوق الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة عرضة للإهمال، كما هي الحال مع الحق في السكن والنقل والبيئة المؤهلة والتعليم والعمل وتعويض البطالة والأهم من ذلك الحق في الصحة. يظل هؤلاء الأشخاص يعانون الحرمان من حقهم في النمو بينما يضطرون إلى احتياج المساعدة للحصول على احتياجاتهم الأساسية أو أن يعيشوا في المؤسسات. يمنع هذا الواقع بصورة جوهرية استقلالية العيش النابعة من صناعة القرارات الذاتية والعمل في المجتمع والمشاركة على قدم المساواة مع الآخرين في جميع معالم الحياة داخل المجتمع. لا بد من التصريح بذلك بقوة؛ فالاستعمال المستمر لنموذج الرعاية لن يحسن حياة الأشخاص ذوي الإعاقة ولا يضمن حقوقهم المتأصلة.

وفيما يتعلّق بالقطاع الصحي، الذي شكّل الهم الرئيسي لهذا التقرير، فإن مراجعة عامة لما تحقق مما ينص عليه القانون ٢٢٠ تبنينا بأنه لم ينفذ الكثير على هذا الصعيد. لذا تحاول هذه الدراسة إثارة هذه القضية الملحة وترفع من شأنها على أجندة عمل الحكومة اللبنانية، وتقرّح بناء على ذلك توصيات قانونية واجتماعية واقتصادية وتربوية يفترض أن تؤثر بشكل هام في الخدمات الصحية، وفي إزالة العوائق والحوجز.

والواضح أن تحسين القطاع الصحي مع إزالة الحواجز البيئية والمؤسسية وتلك المتعلقة بالمواقف السلوكية التي تجابه الأشخاص ذوي الإعاقة يستدعي تحسين المنظومة بأكملها التي تشمل العديد من المنظمات والوزارات، ويتطلب تخطي الكثير من المعالم والقيام بمقدار هائل من العمل الجاد الشاق والتزام سياسي هادف. فالأقسام المختلفة من القانون ٢٢٠ تترابط وتؤثر في بعضها، ولا بد تالياً من تنفيذها بقصد تغيير الوضع الراهن. لكن للقيام بذلك ولتحديد رزمة شاملة من الخدمات الصحية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، التي ينبغي أن تغطيها وزارة الصحة، وأن يشمل ذلك الأخذ في الحسبان المتطلبات والتفاصيل الصحية الخاصة بأنواع الإعاقة؛ وعلى الحكومة الشروع فوراً في حوار مع الأشخاص ذوي الإعاقة وجمعياتهم استعداداً لاتخاذ بعض الخطوات الكبرى والجزرية. وفرت منظمات المجتمع المدني أو الأهلي، على سبيل المثال، التعليم والمعونة الاجتماعية والخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة زمناً طويلاً، بينما أدت في الوقت نفسه دوراً حيوياً في المناصرة والتوعية بشأن الحقوق

المتصلة بالإعاقة. وترسي هذه الأحاديث أساسا هاما للتصميم الخطوات الكبرى وانطلاقها نحو بناء مجتمع دامج، كما في تبني تعريف جديد للإعاقة قائم على حقوق الإنسان وتقويم الإعاقة واحتضان سياسة اجتماعية واضحة تركز على الحماية الاجتماعية، مع جميع ما تتطلبه من تقديمات اجتماعية وصحية واقتصادية. ويجري التعبير بمزيد من التفصيل عن هذه الخطوات والتدابير عبر التوصيات والمقترحات الواردة في القسم التالي.

## مقترحات لإزالة الحواجز وتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية أمام الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان

تعمل حواجز كثيرة، كما صار إلى بحثه في هذا التقرير، على منع الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين والسوريين من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الضرورية والحصول عليها. يعرض القسم التالي الحلول المقترحة من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شاركوا في الدراسة، ويوصي باتخاذ مجموعة تدابير من قبل الحكومة وأصحاب الشأن والمصلحة لتعزيز الخدمات الصحية الضرورية وتحسين إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان إليها.

### توصيات الأشخاص ذوي الإعاقة

تماشيا مع شعار العالمي حركات حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة "لا شيء عنا من دوننا"، جرى تصميم المنهجية والأدوات المتبناة لهذه الدراسة لضمان المشاركة المباشرة للأشخاص ذوي الإعاقة في صياغة توصيات التقرير ومقترحاته. فما يزيد على نصف الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شاركوا في المسح ومناقشات مجموعات التركيز عرضوا تجاربهم وأفكارهم، وقدموا التوصيات التالية لتحسين وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية وحصولهم عليها أو استعمالهم لها. تنقسم هذه التوصيات إلى توصيات قصيرة و متوسطة وطويلة المدى.

## ١. الخدمات الصحية والتغطية

قصيرة المدى
التوعية على نطاق واسع بفوائد البطاقة وخدماتها
تحسين جودة الخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية عبر تبني برامج التدريب الصحيح وإجراءات الرقابة المتواصلة
زيادة تفاعل عملي الرعاية الصحية الأولية وتفاعلهم مع احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة
تنقيف وتدريب عملي المراكز على الاتصال مع الأشخاص ذوي الإعاقة بطريقة لائقة تتم عن التعاطف

متوسطة المدى
تحديث طريقة التسجيل لبطاقة المعوق الشخصية
ضمان وجود خدمات التأهيل في مراكز الرعاية الصحية الأولية وتغطيتها بواسطة البطاقة (على سبيل المثال، المعينات والعلاج الفيزيائي الخ)

طويلة المدى
ضمان توفير البطاقة التغطية الاستشفائية في جميع المستشفيات الخاصة و الحكومية عبر البلاد
ضمان تغطية البطاقة لمجموعة واسعة من الخدمات الصحية خارج مراكز الرعاية الصحية الأولية (على سبيل المثال: الجراحة، الأطباء والأدوية)
ضمان تغطية بطاقة المعوق الشخصية للخدمات الصحية المتخصصة مجاناً في مراكز الرعاية الصحية (التصوير الشعاعي، فحوص الدم والأطباء الاختصاصيين، الخ...)

## ٢. إمكانية الوصول

قصيرة المدى
توفير رسوم المواصلات عند الوصول المراكز الصحية



## طويلة المدى

ضمان توافر وسائل النقل المؤهلة منخفضة الأجر والكلفة لزيارة المراكز

ضمان وجود مراكز صحية مفتوحة ومؤهلة في المجتمعات المحلية وبخاصة في المناطق الريفية

ضمان تأهيل الطرقات، الأرصفة، المستشفيات، المراكز الصحية، المباني العامة، المجمعات التجارية، الجامعات، المدارس، والشركات والأعمال

توحيد لغة الإشارة للصم على الصعيد الوطني

## ٣. أشكال الدعم الأخرى

## متوسطة المدى

التوعية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة عبر المجتمع اللبناني

توعية أولياء الأمور ومقدمي الرعاية للأطفال ذوي الإعاقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك الإرشاد على أفضل سبل الدعم، تماثيا مع الحاجات وكذلك على استخدام اللغة الصحيحة اللائقة

## طويلة المدى

تحديث وتطبيق القانون ٢٢٠ بصورة كاملة

تعزيز إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع بدءا من الطفولة

دعم جميع المدارس التي توفر خدمات التعليم الدامج للأشخاص ذوي الإعاقة ضمانا لاستمراريتها على المدى الطويل

ضمان زيادة توافر خدمات التدريب المهني والتعليم الدامج

توفير المزيد من فرص العمل وخدمات التوظيف للأشخاص ذوي الإعاقة

توفير المساعدة الشخصية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجونها في أنشطتهم اليومية

توفير الدعم المالي للأشخاص ذوي الإعاقة ولأسرهم

## توصيات الدراسة العامة

بناء على نتائج الدراسة الكمية والنوعية، يوصى باعتماد العديد من الإجراءات من قبل الحكومة وأصحاب الشأن والمصلحة (على سبيل المثال، الجمعيات غير الحكومية، وجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة، والقطاع الخاص والأشخاص ذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية لهم، الخ) لضمان حق هؤلاء الأشخاص في الصحة في لبنان. أما التوصيات، فتصنف وتعرض على المستويات الثلاثة التالية:

### ١. الأطر التشريعية والسياسية والمالية: يوصى صانعو القرارات ومسؤولو الحكومة

#### اللبنانية باتخاذ التدابير العملية التالية

##### متوسطة المدى

تعديل نظام تصنيف الإعاقة المعتمد في لبنان بغية تطوير نظام تقويم الإعاقة وتصنيفها للحماية الاجتماعية القائمة على نموذج حقوق الإنسان، وفرض استعماله من قبل جميع أصحاب الشأن والمصلحة.

##### طويلة المدى

مصادقة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ومراجعة وتعديل جميع القوانين المحلية، بما في ذلك القانون ٢٢٠/٢٠٠٠، لتتطابق مع الاتفاقية الدولية

إصدار جميع المراسيم والسياسات والإجراءات التطبيقية وبنود الموازنة ذات الصلة لضمان تطبيق القوانين الوطنية المعدلة

تبنى سياسات قائمة على الحماية الاجتماعية والإدماج بدلاً من تلك المستندة إلى الرعاية والإيواء

اتخاذ جميع الإجراءات التشريعية والإدارية وغيرها للإعمال الكامل لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

توفير منصة لصناعة القرارات التشاركية ضماناً لاشتمال الإجراءات المستقبلية لعملية تطوير جميع السياسات الصحية وتقديم الخدمات الصحية على الأشخاص ذوي الإعاقة وجمعياتهم

ضمان أن تكون دامجية جميع آليات التنسيق والمراقبة والتقويم المتبناة بين الحكومة والأطراف المنخرطة

توسيع تغطية بطاقة المعوق الشخصية وضمان توافر الموارد المالية المناسبة والكافية للسماح للأشخاص ذوي الإعاقة بالوصول إلى جميع الخدمات الصحية المتاحة

تحديد وتبني رزمة شاملة من الخدمات الصحية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة حتى تغطيها وزارة الصحة، وضمان أخذها في عين الاعتبار المتطلبات الصحية العديدة والاحتياجات الخاصة بأنواع الإعاقة المختلفة

تفعيل نظام مراقبة شؤون الإعاقة في مراكز وزارة الشؤون الاجتماعية ضمانا لمراقبة إجراءات توزيع بطاقة المعوق الشخصية وتوسيعها بالتعاون مع وزارة الصحة لتشمل نظام مراقبة يعتمده جميع الشركاء الصحيين
معالجة المشكلات الصحية في المناطق الريفية بطريقة دامجة تأخذ في عين الاعتبار جميع الجوانب والتأثيرات
توفير شبكة أمان اجتماعي، بما في ذلك طرح برامج التأمين الصحي، لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة على أن تضمن الوصول الشامل إلى خدمات الرعاية الصحية الجيدة النوعية
اعتماد آلية قانونية لمكافحة التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وخاصة تلك المتعلقة بالحصول على تغطية التأمين الصحي الخاص

**٢. اعتبارات إطار الإتاحة والتعاطي مع البيانات:** يوصى للهيئات الحكومية ولمراكز ومؤسسات الرعاية الصحية العامة والخاصة، وللجمعيات غير الحكومية المحلية والدولية وجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة، ولكليات الطب والصحة العامة وللمجتمع ككل، باعتماد التدابير التالية، التي قد تؤدي إلى إتاحة خدمات الرعاية الصحية بطريقة أكثر إنصافاً.

#### أ. ضمان تقديم خدمات رعاية صحية دامجة:

##### متوسطة المدى

ضمان ومراقبة جودة الخدمات المقدمة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع المراكز العامة والخاصة بواسطة وزارة الشؤون الاجتماعية و الصحة العامة و جمعيات الأشخاص ذوي اعاقة

تقديم معينات جيدة النوعية بناء على احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة

ضمان استمرارية الخدمات وبخاصة حيث لا تستطيع المؤسسات تزويد الأشخاص ذوي الإعاقة بالخدمات التي يحتاجونها، وذلك عن طريق اعتماد آليات الإحالة المناسبة

من واجب وزارتي الشؤون الاجتماعية والصحة العامة أن تتعاوننا وتنسقا خدماتهما بغية تقادي حالات الازدواجية وتوفير المعونة الاجتماعية الضرورية والرعاية الصحية الجيدة.

<b>طويلة المدى</b>
تقديم الخدمات الصحية بطريقة منهجية ومنصفة مرتكزة على دراسة شاملة لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية على أن تتطابق مع المعايير والمواصفات الدولية
على وزارة الصحة العامة تقديم الخدمات الصحية العامة للجميع، مع إعادة توجيهها نحو نموذجي التعامل مع الإعاقة الاجتماعي والحقوق
تقديم الخدمات المتخصصة وخدمات التأهيل في جميع المراكز والمؤسسات الصحية عبر لبنان من خلال الأدوات القانونية، ولا سيما تلك المتعاقدة مع وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية
<b>ب. ضمان تجهيز جميع المراكز والمؤسسات الصحية وكونها مؤهلة يمكن للجميع الوصول إليها</b>
<b>طويلة المدى</b>
ضمان تجهيز وتأهيل جميع المراكز الطبية العامة والخاصة، بما في ذلك مراكز الرعاية الصحية والعيادات والمستوصفات والمستشفيات، بطريقة تضمن الوصول إليها للجميع
ضمان كون جميع المؤسسات والمباني العامة ومراكز تقديم الرعاية الصحية مؤهلة ومجهزة بنيويا لاستقبال الأشخاص ذوي الإعاقة التي يجب تحقيقها من قبل الجهات الحكومية المختصة
يجدر بالوزارات المختصة والمعنية أن تطلب إلى جميع المؤسسات الصحية العامة ومراكز الرعاية الصحية الخاصة استخدام التصاميم والمواصفات الدامجة، التي تضع في حسابها البيئة العمرانية والمعدات والأثاث ومنظومات الاتصالات والمعلوماتية
اعتماد برامج التحفيز وخطته لتشجيع المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمات حتى يعملوا على تحسين جودة الرعاية وقابلية حصول الجميع عليها
ضمان إمكانية الوصول داخل مراكز اللجوء والإقامة للسماح بحصول اللاجئين ذوي الإعاقة على حقوقهم والانتفاع من الخدمات على مستوى مساوٍ لأولئك غير ذوي الإعاقة

### ج. ضمان كون جميع عاملي الرعاية الصحية مؤهلين للتعامل مع احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة

#### متوسطة المدى

تشجيع المراكز الصحية على توظيف العاملين المتخصصين والمؤهلين الذين هم على دراية باحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، ومدربين على حسن التعامل معهم

ضمان كون أفراد الطاقم الطبي وموظفي الاستقبال والموظفين الآخرين والمتطوعين المتواجدين في المستشفيات والمستوصفات ومراكز الرعاية الصحية الأولية مثقفين، ويتلقون باستمرار التدريب على احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، وأفضل الطرق للتعامل معهم، وعلى استخدام اللغة اللانقة المناسبة التي يجب تحقيقها من قبل الجهات الحكومية المعنية، الجمعيات التي تعنى بالأشخاص ذوي إعاقة، الجمعيات الغير الحكومية المحلية والعالمية ووكالات تدريب القطاع الخاص

تطوير قدرات وطاقات العاملين الاجتماعيين في مراكز التنمية الاجتماعية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية، وذلك حتى يؤدي دور المنسقين الإقليميين المناطقيين وتقديم خدمات إدارة الحالات المتكاملة

#### طويلة المدى

ضمان دمج المناهج الخاصة بالإعاقة والتأهيل في جميع برامج التدريب الصحي المهني والجامعي وحتى على صعيد الدراسات العليا التي هي من مسؤولية وزارة التربية والتعليم العالي

### د. ضمان تقديم المعلومات الهامة والممكن الوصول إليها

#### قصيرة المدى

تحسين شمولية خدمات بطاقة المعوق الشخصية من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية

#### متوسطة المدى

تفعيل دائرة المعوقين في وزارة الصحة، وضمان قدرته على توفير معلومات متاحة يمكن الوصول إليها عن المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان، على أن يشمل ذلك أنواع الخدمات المتاحة وتكلفتها، والخدمات المغطاة التي يؤمنها مقدمو الرعاية الصحية

ضمان كون جميع المعلومات والمستندات المتصلة بمقدمي الرعاية الصحية الموجودة على مواقعهم على الشبكة العنكبوتية متاحة للجميع ومتوافرة في أشكال متعددة وسهلة الاستعمال التي تتطلب التعاون بين جميع الجهات الفاعلة بما في ذلك الحكومة و المجتمع المدني، الجمعيات التي تعنى بالأشخاص ذوي إعاقة و المؤسسات الخاصة

ضمان كون جميع الاستثمارات الإدارية والطبية التي يستخدمها مقدمو الرعاية الصحية متاحة للجميع ومتوافرة في استثمارات متعددة وسهلة الاستعمال

٥. إصلاح الأنظمة الوطنية لجمع البيانات، بما في ذلك منظومات المعلومات الصحية، وضمان توافر بيانات محدثة تتصل بالأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم الصحية من قبل وزارتي الشؤون الاجتماعية والصحة العامة

#### قصيرة المدى

تنظيم مسح صحي وطني شامل استناداً إلى تعريف الإعاقة حسب مبادئ ومفاهيم حقوق الإنسان

اعتماد تدابير لضمان تجديد البيانات المجموعة بانتظام

جمع البيانات عن النازحين السوريين من ذوي الإعاقة واحتياجاتهم الإضافية وفقاً لاستمارات متخصصة ومعيارية بالتعاون مع مفوضية اللاجئين السامية وغيرها من المنظمات الدولية والوطنية العاملة ميدانياً في المجال

### ٣. أعمال المناصرة والدفاع: التي من المستحسن أن تنفذ من قبل جمعيات الأشخاص ذوي إعاقة و الجمعيات الغير حكومية التي تعمل في مجال الإعاقة

#### قصيرة المدى

تحسين معرفة الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم وبناء قدراتهم من أجل المطالبة بصورة أفضل بهذه الحقوق

التوعية بالإعاقة وقضيتها عبر المجتمع اللبناني

توعية أولياء الأمور ومقدمي الرعاية للأطفال ذوي الإعاقة بشأن قضايا الإعاقة، بما في ذلك الإرشاد بشأن أفضل الطرق لتوفير الدعم على ضوء الحاجات واستخدام اللغة اللائقة والمناسبة

#### طويلة المدى

اعتماد مقاربة حقوقية تعمل على تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم

إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وجمعياتهم ومقدمي الرعاية لهم في تطوير جميع السياسات والبرامج المتصلة بهؤلاء الأشخاص

# نقاط القوة والقيود

## نقاط القوة

تتميز هذه الدراسة المختلطة الطرق، التي تستكشف إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة من اللبنانيين والنازحين السوريين إلى الخدمات الصحية وحصولهم عليها، بنقاط قوة عديدة.

ضمن استخدام استراتيجية التنوع الأقصى في تركيب العينة لجهة النوع الاجتماعي والمناطق والإعاقة، جرى استغلال تعدد المناظير.

أخذ جمع البيانات الكمية في حسابه ثلاث مجموعات: اللبنانيون من حملة بطاقة المعوق الشخصية، واللبنانيون من غير حملة البطاقة، والسوريون. وتمكّننا من مقارنة الحاجة إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها بين المجموعات الثلاث.

أتاحت مناقشات مجموعات التركيز استكشافاً معمّقا للعوامل المؤثرة في سعي الأشخاص ذوي الإعاقة للخدمات الصحية. وقد قدّم المشاركون في المناقشات، والعديد منهم يتميزون بخبرة كبيرة في النظام ومستوى عالٍ من الانخراط، مناظير متنوعة ونامة عن عمق التفكير. وقد تمكّننا من اكتشاف مجموعة آراء ووجهات نظر ونفهم تجارب الأشخاص ذوي الإعاقة، ونجمع توصياتهم ومقترحاتهم للتغيير. كما أجرينا مقابلات مع أشخاص متعدّدي الإعاقات نوعا ودرجة بقصد اكتشاف مناظير مختلفة وتأمّل التنافر الكامن في أساس هذه الجماعة. وقد صار إلى إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية في مجموعات التركيز بمساعدة مترجمي لغة الإشارة. إضافة إلى ذلك، صار إلى اعتماد التركيبة الهادفة للعينة في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية من أجل اختيار مجموعة واسعة من المقدمين مختلفي الخبرات والتجارب.

توفر الدراسة الحالية كنزا من المعلومات التي تحتاج إليها الوزارات لتطوير استراتيجيات جديدة خاصة بالتقديمات الاجتماعية والصحية.

## القيود والتحديات

على الرغم من بذلنا قصارى الجهد، تعرف هذه الدراسة بعض القيود أو النقصان بما في ذلك:

- استبعد بحثنا الأطفال ذوي الإعاقة دون سن السابعة عشر، والأشخاص ذوي الإعاقة من المقيمين في المؤسسات. من الجائز جعل هذه المجموعات موضوعاً لدراسات مستقبلية.
- صار إلى ترجمة المسح (الاستبيان) إلى العربية وصار إلى ضبطها بتأنٍ لضمان الدقة والأمانة، ثم صار إلى اختبار استمارة المسح قبل بدء جمع البيانات. مع ذلك، من الجائز لبعض الأسئلة ألا تكون قد فهمت بصورة واضحة.
- أحرّت الصعوبات في اختيار المستبنيين في إجراء المسح وعملية جمع البيانات.
- اختبر الفريق صعوبات هامة في الحصول على بيانات الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين من غير حملة بطاقة المعوق الشخصية. بعد محاولات عدة فاشلة للاتصال بجمعيات الأشخاص ذوي الإعاقة والجمعيات غير الحكومية، تحول الفريق إلى التعامل مع البلديات في كل منطقة لإعداد قوائم بالأشخاص ذوي الإعاقة من غير حملة بطاقة المعوق. حالت هذه الصعوبة دون تمكّن الفريق من بلوغ العينة الحدم المحدد أصلاً. عوضاً عن ذلك، صار إلى اختيار عدد أكبر من اللبنانيين حملة بطاقة المعوق للمشاركة في الدراسة.
- لم تكن البيانات المقدمة من وزارة الشؤون الاجتماعية عن المعوقين من حملة البطاقة محدثة. واضطر الفريق إلى طلب قوائم جديدة بأصحاب البطاقة مرّات عدة.
- رفض العديد من المشاركين في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية القواعد المعتمدة لإجراء المقابلات (التوقيع على استمارة الموافقة والقبول، وتسجيل المقابلات)، الأمر الذي أدّى إلى تأخير تدوين المقابلات وتحليلها.
- لم يتمكن بعض ممثلي الحكومة كرئيسة مصلحة الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة المشاركة في مقابلات مصادر المعلومات الأساسية. وحسب الدكتورة رندا ومساعدتها، لا توفر وزارة الصحة أية خدمات رعاية صحية محددة للأشخاص ذوي الإعاقة.



# المراجع

1. Combaz.E- Situation of persons with disabilities in Lebanon-15 July 2018
2. World Health Organization, Geneva 2007 Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.
3. Healthcare Access and Quality Collaborators, measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet
4. The Lebanese Healthcare Sector: In Urgent Need of Reforms (Blominvest Bank, 2018)
5. The Universal Periodic Review- Lebanon 2015- Civil Society Reports
6. Elwood D. Carlson, Nathalie E. Williams, Comparative Demography of the Syrian Diaspora: European and Middle Eastern Destinations, Springer Nature, 2019, Volume 20 of European Studies of Population Series, ISSN 1381-3579 p119
7. Epi info/ STATCALC/population survey
8. Combaz.E- Situation of persons with disabilities in Lebanon-15 July 2018
9. Humanity & Inclusion- July 2018-Lebanon Report- Disability Assessment among Syrian Refugees in Jordan and Lebanon-Removing barriers.
10. WHO (2012) Working to remove barriers to health care for people with disabilities Retrieved on January 9, 2020, from <https://www.who.int/westernpacific/news/detail/10-12-2012-working-to-remove-barriers-to-health-care-for-people-with-disabilities>
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 2005; 83:691-729.
12. The ICF: An overview- Retrieved on January 23, 2020, from [https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icfoverview\\_finalforwho10sept.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icfoverview_finalforwho10sept.pdf)
13. World Health Organization, International classification of functioning, disability and health. Geneva:2001, WHO. p. 214.
14. Zapka JG, Palmer RH, Hargraves JL, Nerenz D, Frazier HS, Warner CK. Relationship of patient satisfaction with experience of system performance and health status. J Ambul Care Manage 1995; 18: 73-83 PMID: 10139348.
15. International Labor Organization (2015) Matching skills and jobs in Lebanon: Main features of the labor market-challenges, opportunities and recommendations. Retrieved on February 13, 2020, from [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---Arab states/---RO Beirut/documents/publication/wcms\\_559673.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---Arab%20states/---RO%20Beirut/documents/publication/wcms_559673.pdf)
16. UNDP (2012) Livelihood opportunities for persons with disabilities, page 12

17. Lebanese Republic Economic and Social Council (March 2019) Unemployment in Lebanon. Retrieved on December 27, 2019, from <http://www.databank.com.lb/docs/Unemployment%20in%20Lebanon%20Findings%20and%20Recommendations%202019%20ECOSOC.pdf>
18. UNESCO (2013) Social Inclusion of Young Persons with Disabilities (PwDs) in Lebanon, Beirut, page 17. Retrieved on December 27, 2019, from [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Beirut/images/SHS/Social\\_Inclusion\\_Young\\_Persons\\_with\\_Disabilities\\_Lebanon.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Beirut/images/SHS/Social_Inclusion_Young_Persons_with_Disabilities_Lebanon.pdf)
19. UNHCR, UNICEF & WFP. (2017). Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon. VASYR 2017. Retrieved on December 27, 2019, from <https://data2.unhcr.org/fr/documents/download/61312>
20. UNHCR (2019) Lebanon Crisis Response Plan 2017-2020. Retrieved February 13, 2020, from <https://www.unhcr.org/lb/wp-content/uploads/sites/16/2019/04/LCRP-EN-2019.pdf>
21. Froehlich-Grobe, K., et al., Impact of disability and chronic conditions on health. *Disabil Health J*, 2016. 9(4): 600-8.
22. Garcia-Arguello, L.Y., et al., Infections in the spinal cord-injured population: a systematic review. *Spinal Cord*, 2017. 55(6): 526-534.
23. Malt, E.A., et al., Health and disease in adults with Down syndrome. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2013. 133(3):290-4.

# الملاحق

## الملحق ١. المسح

إسم المحاور	
تاريخ المقابلة	
المنطقة/ الموقع	
المحافظة	

### ساعة بدء المقابلة

أنا المدعو \_\_\_\_\_، أعمل بصفة مسؤول ميداني ضمن مشروع ” الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان التابع لمؤسسة التعزيز الاجتماعي والممول من الإتحاد الأوروبي. أتواصل معك لأننا بصدد إجراء دراسة استقصائية عن الوضع الخدمات الصحية المتوفرة للأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان والعوائق التي يواجهونها للحصول على هذه الخدمات، وأود أن أطرح عليك بعض الأسئلة. لقد تم اختيارك عشوائياً للمشاركة في هذا الاستبيان، وأؤكد بأن المعلومات التي ستقدمها لنا ستكون سرية تماماً ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث. لن نحتفظ بسجلٍ بإسمك أو عنوانك ولن يتم تحديد هويتك من خلال نتائج هذا الاستبيان. ستكون إجاباتك جزءاً من مجموعة أكبر تضم حوالي ١٠٣٨ مقابلة مع أشخاص ذوي إعاقة من جميع أنحاء لبنان. إن مشاركتك في هذا الاستبيان طوعية، وفي أي وقت تشعر بعدم الرغبة في الإستمرار، أو حتى بعدم الإجابة عن أية أسئلة، يمكنك إبلاغنا بذلك.

هل توافق على المشاركة في هذا الاستبيان؟  نعم  لا

### ملاحظة

- يشير الضمير المنفصل ”أنت“ والضمير المتصل ”ك“ في هذا الاستبيان إلى المشارك من ذوي الإعاقة.
- إذا كان الشخص الذي يُجيب على أسئلة الاستبيان هو مقدم الرعاية، يرجى إعادة صياغة الأسئلة وتوجيهها إلى المشارك من ذوي الإعاقة.
- تشير عبارتا ”العام الماضي“ أو ”١٢ شهراً“ في هذا الاستبيان إلى الفترة الممتدة بين آذار ٢٠١٨ وآذار ٢٠١٩.

## القسم ١ - خصائص الخلفية الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

### القسم أ - الخلفية الديموغرافية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
أ. ١	هل المجيب هو الشخص ذو الإعاقة أو مقدم الرعاية؟	الكل	١ = الشخص ذو الإعاقة ٢ = مقدم الرعاية
أ. ٢	هل الشخص ذو الإعاقة أنثى أم ذكر؟	الكل	١ = ذكر ٢ = أنثى
أ. ٣	كم عمرك؟		سنة _____
أ. ٤	ما هو وضعك الاجتماعي؟	الكل	١ = عازب ٢ = مرتبط/ متزوج ٣ = مطلق/ منفصل ٤ = أرمل ٩٩ = لا تريد الإجابة/ لا تعرف
أ. ٥	كيف تعيش حالياً؟	الكل	١ = مع الأهل ٢ = مع أحد أفراد العائلة ٣ = مستقل (في منزل، مع أصدقاء آخرين...) ٤ = في مؤسسة رعائية
أ. ٦	كم شخص يسكن معك في المنزل؟		أ. ١ = ١ أو أ. ٢ = ٢ أ. ٣ = ٣
أ. ٧	ما هي جنسيتك؟	الكل	١ = لبناني ٢ = سوري ٣ = غيرها _____
أ. ٨	هل تحمل بطاقة معوّق من وزارة الشؤون الاجتماعية؟	أ. ٧ = ١	٠ = لا ١ = نعم
أ. ٩	هل استخدمت بطاقة "مُعَوَّق" للحصول على أي خدمة خلال آخر الـ ١٢ شهراً الأخيرة (من آذار ٢٠١٨ حتى آذار ٢٠١٩)؟	أ. ٨ = ١	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = لا تعرف / لا تريد الإجابة

القسم ١ - خصائص الخلفية الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

القسم أ - الخلفية الديموغرافية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
أ. ١٠	إذا كانت الإجابة نعم، ما هي الخدمة التي حصلت عليها؟	أ. ٩=١	١= خدمات صحية (مثل الخدمة من عيادة الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات وخدمات الرعاية الصحية المنزلية وما إلى ذلك)؛ وإعادة التأهيل الطبي (مثل العلاج الفيزيائي والعلاج الانشغالي والعلاج النطقي والسمعي وما إلى ذلك) وخدمة الأجهزة المساعدة (مثل مترجم لغة الإشارة أو الكرسي المتحرك أو المعينات السمعية والبصرية، طريقة برايل، إلخ) ٢= الخدمات التعليمية (مثل أخصائي التقوية، المدرسة المتخصصة، التدخل المبكر، التعليم النظامي، إلخ) ٣= التدريب المهني (مثل التدريب على مهارات العمل، إلخ) ٤= تقديم المشورة للأشخاص ذوي الإعاقة (مثل الطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي، مستشار مدرسي، إلخ) ٥= دعم الرعاية الاجتماعية (مثل الدعم العيني أو الغذائي، دعم الدخل، إلخ) ٦= مشورة قانونية ٧= الإعفاءات الضريبية ٨= غير ذلك، يرجى التحديد
أ. ١١	هل تقدمت بطلب للحصول على بطاقة "مُعَوَّق" من وزارة الشؤون الاجتماعية؟	أ. ٨=٠	٠= لا ١= نعم ٩٩= لا أعرف/ لا أريد الإجابة
أ. ١٢	لماذا لم تتقدم بطلب للحصول على بطاقة "مُعَوَّق"؟	أ. ١١=٠	١= لا فائدة من ذلك ٢= لم تسمع بها من قبل ٣= تخجل أن تحمل بطاقة معوّق ٩٩= لا أعرف/ لا أريد الإجابة
أ. ١٣	لماذا تم رفض طلبك للحصول على بطاقة "مُعَوَّق"؟	أ. ٨=٠ و أ. ١١=١	
أ. ١٤	هل أنت مسجل كلاجئ لدى مفوضية شؤون اللاجئين؟	أ. ٤=٢	٠= لا ١= نعم ٩٩= لا أعرف/ لا أريد الإجابة

القسم ١ - خصائص الخلفية الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

القسم أ - الخلفية الديموغرافية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
أ. ١٥	هل تقدمت بطلب للتسجيل لدى مفوضية شؤون اللاجئين؟	أ. ١٤=٠	٠= لا ١= نعم ٩٩= لا أعرف/ لا أريد الإجابة
أ. ١٦	لماذا لم تتقدم بطلب للتسجيل لدى مفوضية شؤون اللاجئين؟	أ. ١٥=٠	١= لا فائدة من ذلك ٢= المفوضية لم تعد تسجل ٣= غير ذلك، يرجى التحديد
أ. ١٧	لماذا تم رفض تسجيلك لدى مفوضية شؤون اللاجئين؟	أ. ١٤=٠ و أ. ١٥=١	
أ. ١٨	ما هو نوع الإعاقة الموجودة لديك؟	الكل	١= إعاقة ذهنية ٢= صعوبات تعليمية محددة ٣= إعاقة بصرية ٤= إعاقة سمعية ٥= توحد ٦= إعاقة حركية ٧= إعاقة نطقية ٨= مرض نفسي /عقلي ٩= غير ذلك ، يرجى التحديد
أ. ١٩	هل تواجه مشاكل صحية؟	الكل	٠= لا ١= نعم ٩٩= لا أعرف/ لا أريد الإجابة
أ. ٢٠	ما هي المشاكل الصحية التي تواجهها؟		
أ. ٢١	ما هو سبب الإعاقة الموجودة لديك؟	الكل	١= منذ الولادة (مضاعفات الولادة) ٢= ولادة مبكرة ٣= خلقي أو وراثي ٤= تعرضت لمواد قبل الولادة ٥= توعدك أو مرض ٦= إصابة (في الحرب، حادث ...) ٧= تعرض لمواد (مخدرات، سموم ...) ٨= أسباب بيئية ٩= (عنف، موت أو خسارة فرد من الأسرة ...) ٩٩= لا تعرف / لا تريد الإجابة

القسم ١ - خصائص الخلفية الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

القسم أ - الخلفية الديموغرافية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
أ. ٢٢	كم كان عمرك عندما أصبح لديك إعاقة؟	أ. ٥=٢٠ أو أ. ٦=٢٠ أو أ. ٧=٢٠ أو أ. ٨=٢٠ أو أ. ٩=٢٠	
أ. ٢٣	هل يوجد أي شخص آخر في منزلك من ذوي الإعاقة؟	أ. ٦=١ أو أ. ٦=٢	٠=لا ١=نعم، يرجى تحديد الشخص ونوع الإعاقة الموجودة لديه ٩٩=لا أعرف/ لا أريد الإجابة
أ. ٢٤	ما هو مستواك التعليمي؟	الكل	١=لا تعليم انتظامي ٢=دون المرحلة الابتدائية ٣=أنهت المرحلة الابتدائية ٤=أنهت المرحلة الثانوية ٥=أنهت المرحلة المهنية ٦=أنهت المرحلة الثانوية (أو ما يعادلها) ٧=أنهت دراستي في المعهد/ ما قبل الجامعة/ الجامعة ٨=أنهت الدراسات العليا ٩٩=لا أعرف/ لا أريد الإجابة
أ. ٢٥	هل حصلت على أي تدريب مهني؟	الكل	٠=لا ١=نعم، يرجى تحديد طبيعة التدريب ٩٩=لا أعرف/ لا أريد الإجابة
أ. ٢٦	هل سبق أن رفض دخولك الى مدرسة ما في مرحلة الحضانه أو المرحلة الابتدائية أو المرحلة الثانوية أو الى مدرسة خاصة أو جامعة بسبب نقص الموارد المالية؟	الكل	٠=لا ١=نعم، يرجى تحديد أية مرحلة ٩٩=لا أعرف/ لا أريد الإجابة

القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ب. ١	هل تعمل حالياً؟	الكل	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = لا أعرف/ لا أريد الإجابة
ب. ٢	ما هي وظيفتك/ مهنتك؟	ب. ١=١	
ب. ٣	ما هو وضع عملك الحالي؟	ب. ١=١	١ = عمل مدفوع الأجر بدوام كامل ٢ = عمل مدفوع الأجر بدوام جزئي ٣ = عمل لحسابك الخاص/ تدير مشروعاً ٤ = عامل مؤقت ٥ = عمل بدون أجر مثل العمل التطوعي / العمل الخيري ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ٤	لماذا توقفت عن العمل؟	ب. ١=٢	١ = متقاعد ٢ = مسرّح من العمل (بسبب تخفيضات الميزانية) ٣ = مطرود ٤ = إصابة / حادث في العمل ٥ = بسبب الإعاقة ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ٥	هل تبحث حالياً عن عمل؟	ب. ٢=٤ أو ب. ٣=٤ أو ب. ٤=٤ أو ب. ٤=٦	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = لا أعرف/ لا أريد الإجابة
ب. ٦	ما هو السبب الرئيسي وراء رغبتك في العمل حالياً؟	ب. ١=٥	١ = تحتاج إلى دخل ٢ = تريد أن تشعر بأنك مفيد ٣ = لتساعد عائلتك ٤ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ٧	من هو مصدر الدخل الرئيسي في المنزل؟	الكل	١ = أنت ٢ = زوجتك ٣ = والدك ٤ = والدتك ٥ = ابنك ٦ = جدك ٧ = غيرهم من الأقارب أو المعارف ٨ = لا أحد، أنت تعتمد على المساعدات



القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ب. ٨	ما هو متوسط دخلك الشهري الشخصي بالليرة اللبنانية؟	ب. ١=١	١= أقل من ٥٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٢= ١٠٠٠٠٠٠ - ٥٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٣= ٢٠٠٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٤= ٣٠٠٠٠٠٠٠ - ٢٠٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٥= أكثر من ٣٠٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية
ب. ٩	ما هو متوسط إجمالي دخل الأسرة الشهري بالليرة اللبنانية؟ (ملاحظة: هذا يشمل جميع المداخل الممكنة)	أ. ٦=١ أو أ. ٦=٢	١= أقل من ٥٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٢= ١٠٠٠٠٠٠ - ٥٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٣= ٢٠٠٠٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٤= ٣٠٠٠٠٠٠٠ - ٢٠٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية ٥= أكثر من ٣٠٠٠٠٠٠٠ ليرة لبنانية
ب. ١٠	هل لديك نفقات صحية شهرية؟	الكل	١= نعم ٠= لا
ب. ١١	حدد طبيعة الخدمات الصحية التي تنفق عليها شهريا بشكل عام؟	ب. ١=١	١= الاستشارات الطبية ٢= إعادة التأهيل (العلاج الفيزيائي، العلاج النطقي، العلاج الانشغالي...) ٣= الأدوية ٤= التحاليل المخبرية، تصوير الأشعة السينية ٥= مستهلكات طبية (حفاضات، محاقن، إبر، أنابيب...) ٦= غير ذلك، يرجى التحديد

القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة					
الرقم		السؤال	الحالة	خيارات الإجابة	
ب ١٢		على مُعدّل يتراوح من ١ إلى ٥، ما مدى صعوبة أن تُلبي احتياجاتك الأساسية في المجالات التالية؟	الكل		
				٥ (صعب جداً)	٤ (صعب)
				٣ (محايد)	٢ (سهل)
				١ (سهل جداً)	٠ لا ينطبق
ب. ١٢ أ		١ = الإيجار / الإقامة			
ب. ١٢ ب		٢ = الملابس			
ب. ١٢ ج		٣ = الضروريات المنزلية ، مثل فواتير الماء والكهرباء وغيرها من الفواتير.			
ب. ١٢ د		٤ = النقل			
ب. ١٢ هـ		٥ = المأكل والمشرب			
ب. ١٢ و		٦ = التعليم			
ب. ١٢ ز		٧ = الخدمات الصحية			
ب. ١٢ ح		٨ = الهاتف والاتصالات			
ب. ١٢ ط		٩ = الأجهزة المساعدة			
ب. ١٢ ي		١٠ = مساعد شخصي/ رعاية شخصية (رعاية الذات)			
ب. ١٢ ك		١١ = غير ذلك، يرجى			
ب. ١٢ ل		التحديد			
		١٢ = بصورة عامة	الكل		
ب. ١٣		سأطرح عليك الآن مجموعة من خدمات الدعم أو المساعدة التي ربما قد إحتجت إليها / تلقيتها خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة (آذار ٢٠١٨ - آذار ٢٠١٩) من مزودين من المؤسسات أو الأسرة أو المجتمع. يرجى الإجابة على ما يلي:	إحتجت إلى هذه الخدمة خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة ؟	هل تعرف أين يمكنك الحصول على هذه الخدمة؟	هل تلقيت هذه الخدمة خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة ؟
					في حال تلقيك لهذه الخدمة خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة ، من زودك بها؟

القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة

الرقم	السؤال	الحالة			خيارات الإجابة
		الكل			
ب. ١٣ أ	خدمات صحية (مثل عيادة الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات وخدمات الرعاية الصحية المنزلية وما إلى ذلك)؛ إعادة التأهيل الطبي (مثل العلاج الفيزيائي والعلاج الانشغالي والعلاج النطقي والسمعي وما إلى ذلك) خدمة الأجهزة المساعدة (مثل مترجم لغة الإشارة أو الكرسي المتحرك أو المعينات السمعية / بصرية، وطريقة برايل وغيرها)	=٠ لا	=١ نعم	=٩٩ لا	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ١٣ ب	خدمات تعليمية (مثل أخصائي التقوية، المدرسة المتخصصة، التعليم النظامي، إلخ)	=٠ لا	=١ نعم	=٩٩ لا	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ١٣ ج	تدريب مهني (مثل التدريب على مهارات العمل، إلخ)	=٠ لا	=١ نعم	=٩٩ لا	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد

القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة					
الرقم	السؤال	الحالة			خيارات الإجابة
		الكل			
ب. ١٣ د	تقديم المشورة للأشخاص ذوي الإعاقة (مثل الطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي، مستشار مدرسي، إلخ)	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا أعرف/	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ١٣ هـ	دعم الرعاية الاجتماعية (مثل الدعم العيني أو الغذائي، دعم الدخل، إلخ)	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا أعرف/	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ١٣ و	مشورة قانونية	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا أعرف/	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ١٤	خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة ، هل تلقيت أي شكل آخر من أشكال المساعدة أو الدعم الخارجي؟	=٠ لا =١ نعم =٩٩ لا	=٠ لا =١ نعم يرجى تحديد نوع الدعم الذي تم تلقيه =٩٩ لا	الكل أعرف/ لا أريد الإجابة	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد

القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ب. ١٥	من كان المزود؟	ب. ١٤=١	١ = مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من وكالات الأمم المتحدة ٢ = منظمة غير حكومية ٣ = جماعة أو منظمة دينية ٤ = وزارة الشؤون الاجتماعية أو دائرة حكومية أخرى ٥ = مزود رعاية خاص ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ١٦	خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة (آذار ٢٠١٨ - آذار ٢٠١٩): هل تلقيت أي دعم مالي على شكل نفقة أو منحة، من فرد / أسرة أو مؤسسة عامة أو خاصة أو جماعة دينية أو منظمة غير حكومية أو ضمان اجتماعي أو وكالات الأمم المتحدة أو تأمين؟	الكل	٠ = لا ١ = نعم ٩٩- ترفض الإجابة/ لا تعرف
ب. ١٧	من من تلقيت هذا الدعم وكم كانت قيمته؟	ب. ١٦=١	تم تلقيها (نعم أو لا)
ب. ١٧ أ	١ = دائرة حكومية	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	القيمة الشهرية باليرة اللبنانية (في حال لم تكن القيمة على أساس شهري، يرجى إدراج المتوسط على مدار الأشهر الـ ١٢ الأخيرة)
ب. ١٧ ب	٢ = الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو تعاونية الموظفين	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	
ب. ١٧ ج	٣ = تأمين خاص / مهني	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	

القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ب. ١٧ د	٤= منظمة غير حكومية	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	
ب. ١٧ هـ	٥= وكالات الأمم المتحدة	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	
ب. ١٧ و	٦= جماعة أو منظمة دينية	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	
ب. ١٧ ز	٧= فرد من الأسرة أو صديق أو جار	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	
ب. ١٧ ح	٨= غيرها	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف	
ب. ١٨	خلال الخمس سنوات الماضية، هل استفدت من أي إعفاء ضريبي أو إستثناء؟	الكل	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف
ب. ١٩	إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحديد أيها	ب. ١٨=١	١ = رسوم البلدية ٢ = الضرائب العقارية على الميراث ٣ = رسوم تسجيل الجمارك والمركبات والسيارات ٤ = غير ذلك، يرجى التحديد
ب. ٢٠	هل سبق أن ساهمت بنفسك أو أي فرد من أفراد عائلتك في التأمين الاجتماعي من خلال الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو أي نظام تأمين اجتماعي آخر في لبنان أو في أي بلد آخر؟	الكل	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف
ب. ٢١	إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحديد المدة	ب. ٢٠=١	

القسم ب - الدخل والعمل / المعيشة			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ب. ٢٢	إذا كانت الإجابة نعم، هل تحصل حاليًا على أية منفعة نتيجةً لمساهماتك؟	ب. ٢٠=١	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف
ب. ٢٣	يرجى تحديد نوع المنفعة/ المنافع	ب. ٢٢=١	١ = تعويض نهاية الخدمة ٢ = بدل الشيخوخة أو مساعدة على الاستمرار ٣ = تعويضات الإعاقة ٤ = تعويض العمال عن حوادث العمل ٥ = إعانة البطالة ٦ = تعويض الأسرة أو غيرها من الفوائد العائلية
ب. ٢٤	لماذا لا تحصل على منفعة رغم مساهمتك؟	ب. ٢٠=١ و ب. ٢٢=٠	١ = لا يحق لك الحصول على المنافع (كأن تكون لم تساهم لفترة كافية) ٢ = التأخير في تقديم المنافع ٣ = لا يمكنك الحصول على المنافع في الخارج أو غيرها من القيود بسبب الجنسية ٤ = لا تعرف ٥ = غير ذلك، يرجى التحديد

القسم ٢ التوعية بخدمات الرعاية الصحية			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ت. ١	هل تعرف أي مراكز متاحة للناس (مراكز الرعاية الصحية الأولية/ عيادات الأسنان التخصصية) أو منظمات غير حكومية تقدم خدمات الرعاية الصحية؟	الكل	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف
	إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحديد اسم هذه المراكز	ت. ١ = ١	
ت. ٢	هل تعرف أي مصدر للمعلومات حول الخدمات الصحية؟	الكل	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف
ت. ٣	هل يمكن الوصول بسهولة إلى مصادر المعلومات المتاحة حول الخدمات الصحية؟	ت. ٢ = ١	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف
ت. ٤	هل المعلومات التي يمكن الوصول إليها مفيدة؟	ت. ٣ = ١	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف

القسم ٣ الحاجة إلى وزارة الصحة / وزارة الشؤون الإجتماعية			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ت. ١	هل احتجت إلى خدمات رعاية صحية من مراكز وزارة الصحة العامة / وزارة الشؤون الاجتماعية خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة (أذار ٢٠١٨ – آذار ٢٠١٩)؟	الكل	٠ = لا ١ = نعم ٩٩ = ترفض الإجابة/ لا تعرف
ت. ٢	إذا كانت الإجابة نعم، ماذا كانت؟	ت. ١ = ١	١ = استشارات طبية عامة ٢ = إستشارة طبيب متخصص (أخصائي أمراض القلب، طبيب نساء وتوليد، طبيب عيون...) ٣ = اختبارات تشخيصية (تحاليل مخبرية، تصوير) ٤ = خدمات الصحة النفسية/العقلية ٥ = خدمات إعادة التأهيل (العلاج الفيزيائي، العلاج الإنشغالي، علاج النطق...) ٦ = أدوية ٧ = أجهزة مساعدة (سماعات او معينات سمعية ، نظارات، عكازات، كرسي متحرك، إلخ...) ٨ = أطراف اصطناعية ٩ = حفاضات ١٠ = جراحة ١١ = غيرها



القسم ٣ الحاجة إلى وزارة الصحة / وزارة الشؤون الإجتماعية			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ث. ٣	إلى جانب كل خدمة إحتجت إليها، يرجى تحديد عدد المرات التي إحتجت فيها لهذه الخدمة خلال الـ ١٢ شهراً الأخيرة(آذار ٢٠١٨ - آذار ٢٠١٩)؟	ث. ١=١	
ث. ٣ أ	١= استشارات طبية عامة	ث. ١=١ و ث. ١=٢	
ث. ٣ ب	٢= إستشارة طبيب متخصص (أخصائي أمراض القلب، طبيب نساء وتوليد، طبيب عيون ...)	ث. ١=١ و ث. ٢=٢	
ث. ٣ ج	٣= اختبارات تشخيصية (تحاليل مخبرية، تصوير)	ث. ١=١ و ث. ٢=٣	
ث. ٣ د	٤= خدمات الصحة العقلية	ث. ١=١ و ث. ٢=٤	
ث. ٣ هـ	٥= خدمات إعادة التأهيل (العلاج الفيزيائي، العلاج الانشغالي، العلاج النطقي...)	ث. ١=١ و ث. ٢=٥	
ث. ٣ و	٦= أدوية	ث. ١=١ و ث. ٢=٦	
ث. ٣ ز	٧= أجهزة مساعدة (سماعات او معينات سمعية، نظارات، عكازات، كرسي متحرك، إلخ ...)	ث. ١=١ و ث. ٢=٧	
ث. ٣ ح	٨= أطراف اصطناعية	ث. ١=١ و ث. ٢=٨	
ث. ٣ ط	٩= حفاضات	ث. ١=١ و ث. ٢=٩	
ث. ٣ ي	١٠= جراحة	ث. ١=١ و ث. ٢=١٠	
ث. ٣ ك	١١= غير ذلك	ث. ١=١ و ث. ٢=٢٠	

القسم ٤ استخدام مراكز الرعاية الصحية الأولية			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ج. ١	إلى جانب كل خدمة إحتجت إليها، يرجى تحديد ما إذا تم تلقي هذه الخدمة خلال الـ ١٢ شهراً الأخيرة (أذار ٢٠١٨ - آذار ٢٠١٩)؟		
ج. ١ أ	١= استشارات طبية عامة	ث. ١=١ و ث. ٢=١	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ ب	٢= إستشارة طبيب متخصص (أخصائي أمراض القلب، طبيب نساء وتوليد، طبيب عيون ...)	ث. ١=١ و ث. ٢=٢	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ ج	٣= اختبارات تشخيصية (تحاليل مخبرية، تصوير)	ث. ١=١ و ث. ٢=٣	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ د	٤= خدمات الصحة العقلية	ث. ١=١ و ث. ٢=٤	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ هـ	٥= خدمات إعادة التأهيل (العلاج الفيزيائي، العلاج الانشغالي، العلاج النطقي...)	ث. ١=١ و ث. ٢=٥	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ و	٦= أدوية	ث. ١=١ و ث. ٢=٦	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ ز	٧= أجهزة مساعدة (سماعات او معينات سمعية ، نظارات، عكازات ، كرسي متحرك، إلخ ...)	ث. ١=١ و ث. ٢=٧	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ ح	٨= أطراف اصطناعية	ث. ١=١ و ث. ٢=٨	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ ط	٩= حفاظات	ث. ١=١ و ث. ٢=٩	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ ي	١٠= جراحة	ث. ١=١ و ث. ٢=١٠	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ١ ك	١١= غير ذلك	ث. ١=١ و ث. ٢=١١	لا = ٠ نعم = ١ ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف

القسم ٤ استخدام مراكز الرعاية الصحية الأولية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ج. ٢	أين تلقيت هذه الخدمة؟	ج. ١=١	١= مركز الرعاية الصحية الأولية ٢= مستشفى (خارج مركز الرعاية الصحية الأولية) ٣= طبيب (خارج مركز الرعاية الصحية الأولية) ٤= صيدلي (خارج مركز الرعاية الصحية الأولية) ٥= غيرها ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ٣	ما كان إسم مركز الرعاية الصحية الأولية؟	ج. ١=٢	
ج. ٤	كم مرة تلقيت هذه المساعدة المطلوبة؟	ج. ١=١	١= دائماً ٢= غالباً ٣= أحياناً ٤= أبداً ٩٩= ترفض الإجابة/ لا تعرف
ج. ٥	يرجى ذكر أسباب عدم تلقي هذه الخدمات؟	ج. ١=٠	١= لا أعرف أين تتوفر الخدمة أو الدعم أو من يمكنه المساعدة ٢= حصلت على بعض المعلومات لكنني لم أستطع قراءتها أو فهمها ٣= ليس لدي مستندات للحصول على الخدمات (مثل بطاقة المفوضية أو بطاقة "مُعَوَّق") ٤= الخدمات غير متوفرة ٥= الخدمات مكلفة جداً ٦= الخدمات بعيدة والنقل غير متاح ٧= يتم تقديم الخدمات في أماكن لا يمكن الوصول إليها لأنها غير مجهزة هندسياً بما يتلائم واحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة (مثل أماكن لا يوجد فيها ممر خاص أو باب عريض) ٨= الموظفون ليسوا داعمين و / أو لا يعرفون كيفية التواصل معي ٩= الخدمات لا تلبي احتياجاتي الخاصة ١٠= غير ذلك، يرجى التحديد

القسم ٥ إمكانية الحصول على الخدمات الصحية			
الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ج. ١	هل بإستطاعتك الحصول على خدمات الرعاية الصحية المتخصصة المطلوبة؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم
ج. ٢	إذا كانت الإجابة لا، لماذا؟	ج. ٠=١	١=الخدمات بعيدة ٢=النقل غير متاح ٣=يتم تقديم الخدمات في أماكن لا يمكن الوصول إليها (مثل أماكن لا يوجد فيها منحدر أو باب عريض) ٤=غير ذلك، يرجى التحديد
ج. ٣	ما مدى سهولة الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية؟	ج. ١=١	١=سهولة جداً ٢=سهولة إلى حد ما ٣=عادية ٤=صعبة بعض الشيء ٥=صعبة جداً
ج. ٤	كم من الوقت تحتاج للوصول إلى أقرب مركز تحتاجه لخدمات الرعاية الصحية؟	ج. ١=١	١=أقل من ١٥ دقيقة ٢=١٥ - ٣٠ دقيقة ٣=٣٠ - ٤٥ دقيقة ٤=٤٥ - ٦٠ دقيقة ٥=أكثر من ساعة
ج. ٥	ما هي وسيلة النقل التي تستخدمها للوصول إلى مركز الرعاية الصحية الذي تحتاجه؟	ج. ١=١	١=المواصلات العامة ٢=النقل الخاص ٣=غيرها
ج. ٦	هل وسيلة النقل التي تستخدمها للوصول الى مركز الرعاية الصحية مجهزة لتتناسب وإحتياجاتك المتعلقة بالإعاقة؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم

### القسم ٦ القدرة على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأولية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
١.خ	هل دفعت مقابل الخدمة التي تلقيتها خلال الـ ١٢ شهراً الأخيرة(آذار -٢٠١٨ آذار ٢٠١٩)؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم
٢.خ	ما هو متوسط المبلغ الذي دفعته لكل خدمة تلقيتها؟	خ. ١=١	
٣.خ	ما مدى قبولك أو رفضك للتكلفة المدفوعة لهذه الخدمة؟	خ. ١=١	١=مقبولة ٢=عادية ٣=غير مقبولة ٩٩=ترفض الإجابة / لا تعرف
٤.خ	هل يمكنك الحصول على الخدمة الصحية من خلال أي شكل من أشكال التأمين الصحي؟		٠=لا ١=نعم
٥.خ	إذا كانت الإجابة نعم، ما هو البرنامج الذي يغطي نفقاتك؟	خ. ٤=١	١=الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ٢=بدلات القطاع العام ٣=صندوق الرعاية الصحية للأفراد العسكريين ٤=التأمين الخاص ٥=مفوضية شؤون اللاجئين ٦=غير ذلك، يرجى التحديد

### القسم ٧ عوائق الخدمات الصحية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
١.د	برأيك، هل هناك أية عوائق قد تمنعك من الحصول على الخدمات الصحية؟	الكل	٠=لا ١=نعم
٢.د	ما أنواع العوائق التي تواجهها عند محاولة الحصول على الخدمات الصحية؟	د. ١=١	١=الموقع الجغرافي (١) الخدمات بعيدة ويصعب الوصول إليها (٢) النقل غير متاح (٣) وسائل النقل المتاحة غير مجهزة ٣=عوائق هندسية (١) المراكز الصحية لا يمكن الوصول إليها بسبب غياب التجهيز الهندسي الملائم (٢) عدم إمكانية التنقل داخل المراكز الصحية واستخدام كافة أقسامها بسبب غياب التجهيز الهندسي (٣) عدم توفر أدوات الطبية المجهزة أو المعدلة لتلائم واحتياجاتك الفردية المتعلقة بالإعاقة. (كالأدوات المستخدمة في الكشف الطبي أو في توفير العلاج...)

## القسم ٧ عوائق الخدمات الصحية

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
			٣= التحديات المالية
			(١) صعوبة في دفع الرسوم التي تتطلبها بعض المراكز
			(٢) الخدمات المتخصصة مثل التصوير والتحليل المخبرية باهظة الثمن
			٤= عوائق متعلقة بتوفر المعلومات
			(١) غياب توفر المعلومات
			(٢) قلة توفر المعلومات
			(٣) عدم إمكانية الوصول الى المعلومات المتوفرة
			(٤) عدم توفر المعلومات بطرق مكيفة تتلائم والاحتياجات المتعلقة بالإعاقة
			٥= عوائق سلوكية
			(١) قلة المعرفة لدى الموظفين فيما يتعلق بكيفية التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة
			(٢) صعوبة في التواصل مع مقدم الخدمة الصحية أو غيره من الموظفين
			(٣) استخدام الموظفين او الطاقم الطبي للتعبير السلبية عند مخاطبتك او التحدث عن الإعاقة
			(٤) تعرضك للتمييز او للتهميش من قبل الموظفين او الطاقم الطبي
			٦= حواجز الخدمة الطبية
			(١) خدمات متخصصة محدودة للأشخاص المعوقين
			(٢) صعوبة في الحصول على المواعيد
			(٣) عدم توفر نسخ معدلة من الاستمارات المتوجب ملؤها والمستندات (كنتائج الفحوصات والتقارير) بشكل يتلائم واحتياجاتك الفردية المتعلقة بالإعاقة.
			(٤) نقص الرعاية الطبية الكافية
			(٥) نقص الدواء
			(٦) هناك وقت انتظار طويل للحصول على الخدمة
			٧= غير ذلك، يرجى التحديد

## القسم ٨ الرضا عن الخدمات المتخصصة وخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية وتصورات الجودة

أود أن أعرف إنطباعاتك حيال زيارتك الأخيرة خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة (آذار ٢٠١٨- آذار ٢٠١٩) للرعاية الصحية. أرجو منك الإجابة بنعم أو لا على الأسئلة التالية:

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
١. ذ.	هل استخدم الموظفون المصطلحات الصحيحة المتعلقة بالإعاقة الموجودة لديك؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٢. ذ.	هل تحدث إليك الموظفون مباشرة؟ (يمكن أيضاً طرح السؤال كالتالي: هل تحدث الموظفون إلى الشخص ذو الإعاقة مباشرة أو مع الشخص الذي رافقه)	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٣. ذ.	هل كان الموظفون على استعداد للاستماع إليك جيداً والإجابة على جميع أسئلتك؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٤. ذ.	هل شرح لك الموظفون حالتك وعلاجك بطريقة واضحة وملائمة يمكن أن تفهمها؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٥. ذ.	هل قام الموظفون بتزويدك بمعلومات كافية بخصوص الإعاقة الموجودة لديك؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٦. ذ.	هل تم إشراكك من قبل مقدمي الرعاية الصحية في اتخاذ القرارات بشأن علاجك؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٧. ذ.	هل كان هناك خصوصية وسرية في الاستشارات التي أجراها مقدمو الرعاية الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٨. ذ.	هل شعرت أنه تمت معاملتك مثل الأشخاص الآخرين؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
٩. ذ.	هل منحك الموظفون الوقت الكافي لطرح أسئلتك؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
١٠. ذ.	هل شرح لك الموظفون بوضوح المستندات التي تحتاج إلى توقيعها؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩٩=أرفض الإجابة/ لا أعرف
١١. ذ.	عند وصولك إلى المركز، هل كان يسأل الموظفون عما إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة محددة أثناء تواجدك في مراكز الرعاية الصحية الأولية؟ (مثل إرشادك إلى حيث يمكنك الجلوس، مساعدة في التنقل، أو الذهاب إلى الحمام...)	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم

## القسم ٨ الرضا عن الخدمات المتخصصة وخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية وتصورات الجودة

أود أن أعرف إنطباعاتك حيال زيارتك الأخيرة خلال الأشهر الـ ١٢ الأخيرة (آذار ٢٠١٨- آذار ٢٠١٩) للرعاية الصحية. أرجو منك الإجابة بنعم أو لا على الأسئلة التالية:

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
ذ. ١٢	في حال كان يواجهك أي حادث في المركز، هل كان الموظفون يتفاعلون معك بطريقة مفيدة؟	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩=لم يحدث
ذ. ١٣	هل كان يسألك الموظفون عما إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إدارية؟ (مثل المساعدة في الاتصال بشخص ما، والمساعدة في قراءة الأوراق، والمساعدة في الوصول إلى مكان ما...)	ج. ١=١	٠=لا ١=نعم ٩=لم يحدث
ذ. ١٤	تقيّم رضاك عن المسائل التالية:		
	جودة الخدمة الصحية (يرجى الطلب من المشارك بتقييم الخدمات التي تلقاها خلال الزيارة الأخيرة في الـ ١٢ شهرًا الأخيرة)	١ راضٍ ٢ لست راضٍ أو غير راضٍ ٣ غير راضٍ ٩ لا ينطبق	
	الإستشارة الطبية		
	خدمات إعادة التأهيل (العلاج الفيزيائي، العلاج الانشغالي، العلاج النطقي السمعي...)		
	الاختبارات التشخيصية (التحاليل المخبرية، التصوير)		
	الأدوية		
	الأجهزة المساعدة		
	خدمات الصحة العقلية		
	الحفاضات		
	الأطراف الاصطناعية		
	رضاك العام عن الخدمة الصحية:		
ذ. ١٥	تقيّم رضاك عن المسائل التالية:		
	سهولة الوصول (النقل) إلى المنشأة	١ راضٍ ٢ لست راضٍ أو غير راضٍ ٣ غير راضٍ ٩ لا ينطبق	
	ساعات عمل المنشأة الصحية		
	نظافة وترتيب المبنى والغرف		
	راحة وسعة غرفة الإنتظار		
	أوقات الإنتظار		



القسم ٩ قيود النشاط وقيود المشاركة الاجتماعية (البيئية)

الرقم	السؤال	الحالة	خيارات الإجابة
١. ر	كم مرة تحتاج إلى المساعدة عند قيامك بالأنشطة اليومية؟	الكل	١ = لا أحتاج للمساعدة ٢ = المساعدة ضرورية في بعض الأحيان ٣ = المساعدة ضرورية طوال وقت
٢. ر	هل لديك شخص يساعدك في أنشطتك اليومية في المنزل أو في الخارج؟	ر. ١ = ٢ أو ر. ٣ = ١	٠ = لا ١ = نعم
٣. ر	كيف تشعر حيال القيود على النشاط اليومي وقيود المشاركة الاجتماعية التي تواجهها؟	الكل	١ = انعدام في الثقة ٢ = عصبية / قلق ٣ = إنعزال وإستبعاد ٤ = إختلاف عن الآخرين ٥ = رغبة في تغيير الواقع ٦ = غير ذلك، يرجى التحديد

سوف أ طرح عليك بعض الأسئلة العامة حول بيئتك. أريدك منك الإجابة على الأسئلة التالية على معدل من ١ إلى ٣، بحيث أن ١ تعني سهلة جداً و ٣ تعني صعبة جداً.

٤. ر	١	٢	٣	٩٩	٩
سهلة جداً	مقبولة	صعبة جداً	لا أعرف	لا ينطبق	
هل مكان عملك يجعل من السهل أو من الصعب عليك العمل أو التعلم؟					
هل مؤسستك التعليمية تجعل من السهل أو من الصعب عليك العمل أو التعلم؟					
هل الأماكن التي تذهب إليها وتشارك فيها بأنشطة مجتمعية تجعل من السهل أو من الصعب عليك القيام بذلك؟					
هل من السهل أو من الصعب إستخدام نوع وسيلة النقل التي تحتاجها؟					
هل من السهل أو من الصعب العيش في منزلك؟					
هل من السهل أو من الصعب إستخدام الحمام في منزلك؟					
هل الإضاءة والوضوء والزحمة في محيطك تجعل من السهل أو من الصعب عليك العيش هناك؟					

سوف أ طرح عليك بعض الأسئلة حول مواقف الأشخاص من حولك. أريدك منك الإجابة على الأسئلة التالية على معدل من ١ إلى ٣، بحيث أن ١ تعني أبداً و ٣ تعني تماماً.

٩	٩٩	٣	٢	١	٥. ر.
لا ينطبق	لا أعرف/ أرفض الإجابة	نعم، تماماً	أحياناً	أبداً	
					هل تشارك في القرارات العائلية؟
					هل تواجه مشاكل في الانخراط في المجتمع بسبب مواقف الناس من حولك؟
					هل تشعر أن بعض الناس يعاملونك بشكل غير عادل؟
					هل تقوم باختياراتك الخاصة حول حياتك اليومية؟ مثل أين تذهب وماذا تفعل وماذا تأكل
					هل تتخذ القرارات الكبيرة في حياتك؟ مثل تحديد مكان إقامتك أو مع من تعيش وكيف تنفق أموالك.
					هل تشعر بأن الآخرين يتقبلونك؟
					هل تشعر بأن الآخرين يحترمونك؟ أي هل تشعر أن الآخرين يقدرونك كشخص ويستمعون إلى ما تقوله؟
					هل يفقد الناس حولك صبرهم عند التعامل معك؟

## القسم ١٠ توصيات

أرجو منك مشاركة توصياتك لتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية للأشخاص المعوقين في لبنان:

## الملحق ٢. أسئلة مناقشات مجموعات التركيز

							اسم الميسر
							اسم مدون الملاحظات
							مكان مجموعة التركيز
							التاريخ
							ساعة بداية الوقت
							ساعة انتهاء الوقت
الرقم	الجنسية	العمر	الجنس	المنطقة	حامل البطاقة	نوع الإعاقة	المشاركون في مجموعة التركيز
١							
٢							
٣							
٤							
٥							
٦							
٧							
٨							
٩							
١٠							

### مقدمة وموافقة شفوية:

اسمي هو \_\_\_\_\_ ، وهذا زميلي \_\_\_\_\_ . ونحن نعمل مع مؤسسة التعزيز الاجتماعي (FPS). الهدف من مجموعة التركيز هذا هو الفهم الأفضل لتجربتك في الوصول إلى والحصول على الخدمات الصحية، واحتياجاتك الصحية، وتصوراتك المتعلقة بالموافق السلوكية ومدى معرفة الموظفين في المراكز الصحية الذين تعاملت معهم، والعوائق التي تواجهها عند محاولة الوصول إلى والحصول على الخدمات الصحية.

وأثناء المناقشة، سيتم إجراء مقابلة معك لمدة ساعة إلى ساعتين. سأطرح الأسئلة، وسيتم تسجيل الأجوبة وستقوم زميلتي بكتابة إجاباتك. جميع تلك الملاحظات والتسجيلات ستكون محمية بعد تفرغها وتدوين مضمونها، على أن يتم إتلاف جميع التسجيلات والملاحظات بعد الانتهاء من وضع وإعداد التقرير النهائي. فنحن نجري أيضاً مناقشات في عدد من المناطق الأخرى. وردودك ستبقى سرية ولن يتم تضمين التقرير النهائي أية أسماء، لكننا قد نذكر اسم هذا المكان وهذه المنطقة.

سوف نقوم بمبادرات بعضنا البعض بأسمائنا الأولى. ونحن ملتزمون بالحفاظ على سرية المناقشات، فنحن مهتمون بأرائكم وبوجهات نظركم وليس بمن قال هذا أو ذلك. نرجو منكم احترام سرية بعضنا البعض وعدم ذكر من قال هذا أو ذلك عند مغادرتكم لهذه القاعة. وإذا كنت ترغب في إخبارنا بقصة ذات صلة بالموضوع من ضمن بيئتك المحلية، فالرجاء عدم الكشف عن أسماء الأشخاص المعنيين بالأمر، أو أي تفاصيل قد تكشف عن هوياتهم.

وإذا كنت غير مرتاح لأي أمر مما نقوم به، فأنت حر في عدم المشاركة الآن أو في أي وقت أثناء المناقشة. ويمكنك أيضاً اختيار عدم الإجابة عن أي من الأسئلة التي ستطرح عليك.

هل يمكننا أن نبدأ الآن؟

هل تم الحصول على الموافقة الشفهية؟ نعم لا

١. نود أن نعرف عن الخدمات الصحية التي احتجت إليها خلال الأشهر الـ ١٢ الماضية.

أ. إلى كم مرة احتجت لهذه الخدمات خلال الأشهر الـ ١٢ الماضية؟

ب. يرجى منك ذكر كل خدمة احتجت إليها، مع تحديد ما إذا كنت قد حصلت عليها من مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

ج. إذا لم يتم الحصول عليها من تلك المراكز المحلية، فما هي الخيارات الأخرى التي كانت المتوفرة؟

د. ما هو السبب الذي يجعلكم تحصلون على تلك الخدمات من مراكز تابعة للقطاع الخاص؟ (الخدمات متدنية الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، مراكز الرعاية الصحية الأولية بعيدة جداً، ندرة وسائل النقل، عدم توفر المعلومات...)

هـ. إذا كانت مراكز الرعاية الصحية الأولية بعيدة عن مكان سكنك وهناك عيادة خاصة قريبة منه، فإلى أي من المركزين تتوجه باختيارك وعلى أي أساس تتخذ قرارك؟

و. كيف تتمكن من توفير كلفة الخدمات الصحية؟ (هل بالاعتماد على عائلتك، أو عن طريق أي نوع من أنواع التأمين الصحي، لا تستطيع توفيرها بالمطلق...)

٢. كيف علمت عن الخدمات الصحية المتوفرة ضمن بيئتك المحلية؟

أ. هل توجد هناك معلومات متوفرة وكافية حول الخدمات التي تحتاجها؟

ب. هل إن المعلومات المتوفرة ممكنة الوصول وسهلة الاستخدام بالنسبة لك؟

ج. أين وبحسب اعتقادك توجد بعض الأماكن التي من الجيد مشاركة المعلومات فيها مع الأشخاص ذوي الإعاقة حول الخدمات المتوفرة لهم؟

د. من، إن وجد، يقوم بمساعدتك على إيجاد هذه المعلومات؟

ه. ما هو مصدر التواصل الذي ترغب في إضافته إذا أردت أن تعرف معلومات عن خدمات الرعاية الصحية؟

٣. هل أنت قادر على الوصول إلى الخدمات المتخصصة المطلوبة؟

أ. إذا كانت الإجابة لا، فلماذا لا تستطيع الوصول إلى هذه الخدمات؟

ب. أي نوع من التحديات أو العوائق وبحسب رأيك، يمكن أن تواجهك عند محاولتك للوصول إلى والحصول على الخدمات الصحية؟ (تحديات مالية/عوامل جغرافية/توفر الموظفين/توفر العلاج/المواقف السلوكية لعناصر الفريق الطبي)

٤. بالنسبة لأولئك الذين يحتاجون منكم إلى الخدمات الصحية، وكانوا قادرين على الوصول إلى واستخدام المنشآت الخاصة بذلك، نرجو منكم شرح الخطوات التي تم اتخاذها عند استخدامكم لأول مرة لمنشآت المركز؟

أ. ما مدى سهولة أو صعوبة تحديد موعد لرؤية شخص مختص حول صحتك؟

ب. مقدار الوقت الذي قضيته في المركز، وما هي المدة التي أمضيتها في الانتظار قبل أن تستطيع رؤية شخص ما؟

ج. ما هي الخطوات التي قام بها الموظفون لجعلك تشعر بالراحة؟

د. كيف كان تعامل وتواصل الموظفين معك؟

ه. هل يمكنك الحصول على الرعاية اللازمة عندما تحتاجها؟

و. هل الساعات التي يمكنك فيها مقابلة مقدم الخدمات مناسبة لك؟

ز. هل تم شرح حالتك وطريقة علاجك بشكل مناسب تستطيع فهمه؟ وإذا لم يكن كذلك، كيف يمكن تحسين هذا الأمر؟

ح. هل أنت راضٍ أو غير راضٍ عن الكلفة المالية المرتبطة بحصولك على الخدمات الصحية من مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

٥. ما الذي ترغبه من الناس في مجتمعك أن يعرفوا حول الطريقة الأفضل لكيفية دعم الأشخاص ذوي الإعاقة؟

• ما هو الشيء الأكثر أهمية الذي قد تعلمهم إياه؟

٦. هل لديك أي ملاحظات أخرى تود إضافتها حول كيفية تحسين أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة عندما يقصدون مكان معين في المجتمع بهدف الحصول على الخدمات؟

### الملحق ٣. اسئلة مقابلات مصادر المعلومات الأساسية

	اسم الميسر
	اسم المدون
	موقع المقابلة
	التاريخ
	وقت البداية
	وقت النهاية
	اسم من أجريت معه المقابلة
	موقع من أجريت معه المقابلة

١. هل تدعم مؤسساتكم المراكز التي تقدّم خدمات صحية للأشخاص ذوي الإعاقة؟

أ. ما نوع الخدمات المقدمة؟

ب. كم مرة يمكن للشخص ذي الإعاقة يستفيد من هذه الخدمات؟

ج. هل هذه الخدمات مجانية أو هل عليهم دفع مبلغ؟ (ما هي الخدمات المجانية وما تلك التي يجب أن يدفعوا بدلا لها وما هو المبلغ؟)

د. ما الفرق في الخدمات المقدمة من مؤسساتكم إلى المجموعات الثلاث التالية:

• اللبنانيون من حملة بطاقة المعوق الشخصية.

• اللبنانيون من غير حملة البطاقة.

• السوريون.

٢. استنادا إلى نتائج مناقشات مجموعات التركيز ومسح حاجات الأشخاص ذوي الإعاقة (المعينات، الأدوية،

استشارات الأطباء، المعالجة النفسية، العلاج الفيزيائي، طب الأسنان، فحص الدم، التصوير الشعاعي...) هل

تطابق الخدمات المقدمة من مؤسساتكم تطابق الخدمات المذكورة؟

أ. ما الخطوات التي تتخذها مؤسساتكم للتحقق من أن الخدمات التي تقدمونها هي تلك التي تمس الحاجة

بالأشخاص ذوي الإعاقة إليها أكثر من غيرها؟ (وما نسبة تكرار الطلب عليها؟)

ب. ما الذي يمكن لوزارتكم القيام به لجعل الخدمات أكثر توافرا وإتاحة للأشخاص المعوقين؟ (سؤال

لوزارتي الشؤون الاجتماعية والصحة العامة)

٣. ما نوع الخدمات التي تغطيها بطاقة المعوق الشخصية؟

أ. ما هي الصعوبات التي يواجهها مستخدمو البطاقة؟ (سؤال ليس موجهًا، لوزارة الصحة)

٤. هل العاملون الميدانيون التابعون لمؤسستكم مدربون تحديداً على طرق التعامل والتواصل مع الأشخاص ذوي

الإعاقة؟ (سؤال للجمعيات غير الحكومية)

أ. ما نوع التدريب الذي يخضعون له؟

ب. كيف تقيس تحسن المهارات/المعرفة لدى المشاركين وتضمن استمرارية التحسن؟

٥. هل تعتقد أن الموظفين العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز التنمية الاجتماعية مدربين أو

عارفين تحديداً بطرق التعامل والتواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة؟ (سؤال للجمعيات غير الحكومية، ووزارتي

الصحة والشؤون الاجتماعية)

أ. ما نوع التدريب الذي يخضعون له؟

ب. كيف تقيس تحسن مهارات/معرفة المشاركين وتضمن استمرار التحسن؟

٦. كيف يعلم الأشخاص ذوو الإعاقة بالمراكز حيث تتوفر الخدمات الصحية المختلفة؟

أ. ماذا تقوم به مؤسستكم لضمان معرفة الأشخاص ذوي الإعاقة بالخدمات التي تقدمونها وأين يمكنهم

الحصول عليها؟

ب. ما الذي يمكن القيام به بعد لزيادة الوعي بتوافر الخدمات؟

٧. إذا كانت مؤسستكم توفر معينات، من أين تشتريها؟

أ. كيف يمكنكم التحقق من نوعية المعينات وجودتها؟

ب. هل توفر مؤسستكم الصيانة للمعينات؟

٨. ما الإجراءات أو التدابير التي تتخذها مؤسستكم لمراقبة مراكزكم للحفاظ على النوعية الجيدة للخدمات ولصيانة

استمرارية الخدمات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

٩. كيف تقيس رضى المستفيدين الذين يحصلون على الخدمات الصحية من مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

أ. ما الخطوات التي تتخذها بناء على هذا المقياس؟

١٠. ما نوع الصعوبات أو الحواجز التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة عند محاولتهم الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها؟

أ. هل يمكنك القول أن غالبية المراكز التي تدعمها مؤسستكم مؤهلة ويمكن الوصول إليها من قبل الجميع بغض النظر عن نوع إعاقاتهم؟ (الكتابة بالخط البارز برايل، المنحدرات...)

• في رأيك، ما هي التحسينات التي تمس الحاجة إليها بالنسبة إلى التأهيل أو إمكانية الوصول؟

١١. بأي الطرق تتعاون/تتصل مؤسستكم مع وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية بالنسبة إلى الخدمات المقدمة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة؟ (سؤال موجه إلى الجمعيات غير الحكومية)

١٢. كيف تعمل وزارتنا الصحة والشؤون الاجتماعية مع بعضهما لسد الفجوات في توافر الخدمات التي يحتاج إليها الأشخاص ذوو الإعاقة؟ (سؤال إلى وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية)

أ. في رأيكم، هل يمكن القيام بالمزيد؟



## الملحق ٤. المشاركون في مناقشات مجموعات التركيز

#	الكود	المنطقة	الهوية الوطنية/ الجنسية	نوع الإعاقة	التفاصيل
مناقشة مجموعة التركيز ١	ل ١	النبطية- الجنوب	٨ لبنانيون (٧ حملة بطاقة و ١ من غير حملة البطاقة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>١ صعوبات التعلم</li> <li>٣ إعاقة حركية</li> <li>١ إعاقة اذهنية</li> <li>٢ إعاقة بصرية</li> <li>١ إعاقة متعددة</li> </ul>	
مناقشة مجموعة التركيز ٢	ل ٢	بيروت	٩ لبنانيون (٨ من حملة بطاقة المعوق و ١ من غير حملة البطاقة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>١ إعاقة حركية</li> <li>٤ إعاقة بصرية</li> <li>٣ إعاقة سمعية</li> <li>١ إعاقة متعددة</li> </ul>	حضور مترجم لغة إشارة
مناقشة مجموعة التركيز ٣	ل ٣	تعايل- البقاع	٩ لبنانيون (٨ من حملة بطاقة المعوق و ١ من غير حملة البطاقة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>٦ إعاقة حركية</li> <li>١ إعاقة ذهنية</li> <li>٢ إعاقة بصرية</li> </ul>	
مناقشة مجموعة التركيز ٤	س ٤	صور	٨ سوريون	<ul style="list-style-type: none"> <li>٦ إعاقة حركية</li> <li>٢ إعاقة متعددة</li> </ul>	حضور شخصين من مقدمي الرعاية
مناقشة مجموعة التركيز ٥	س ٥	المرج- البقاع	٨ سوريين	<ul style="list-style-type: none"> <li>٧ إعاقة حركية</li> <li>١ إعاقة متعددة</li> </ul>	حضور شخص من مقدمي الرعاية
مناقشة مجموعة التركيز ٦	ل ٦	بديايل- البقاع	٧ لبنانيون (٧ من حملة بطاقة المعوق)	<ul style="list-style-type: none"> <li>٧ إعاقة حركية (الشلل الدماغي)</li> </ul>	حضور شخصين من مقدمي الرعاية
مناقشة مجموعة التركيز ٧	ل ٧	بيروت	١٠ لبنانيون (٥ من حملة بطاقة المعوق و ٥ من غير حملة البطاقة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>١٠ إعاقة البصرية</li> </ul>	

مناقشة مجموعة التركيز ٨	ل ٨	بيروت	١٠ لبنانيون (٥ من حملة بطاقة المعوق و ٥ من غير حملة البطاقة)	١٠ • إعاقة سمعية	حضور مترجمي لغة الإشارة
مناقشة مجموعة التركيز ٩	ل ٩ س ٩	عرسال- البقاع	٥ سوريون ٥ لبنانيون (٤ من حملة بطاقة المعوق و ١ من غير حملة البطاقة)	٩ • إعاقة حركية ١ • إعاقة متعددة	
مناقشة مجموعة التركيز ١٠	ل ١٠	زحلة - البقاع	٦ لبنانيون (٦ من غير حملة البطاقة)	١ • إعاقة ذهنية ٥ • إعاقة عقلية	حضور شخص من مقدمي الرعاية
مناقشة مجموعة التركيز ١١	ل ١١	الشمال- دير عمار،	١١ لبنانيون (٨ من حملة بطاقة المعوق و ٣ من غير حملة البطاقة)	٣ • إعاقة حركية ٢ • إعاقة بصرية ١ • توحد ٥ • إعاقة متعددة	حضور شخصين من مقدمي الرعاية
مناقشة مجموعة التركيز ١٢	ل ١٢	شحيم- جبل لبنان	٨ لبنانيون (٧ من حملة بطاقة المعوق و ١ من غير حملة البطاقة)	٢ • إعاقة حركية ١ • إعاقة ذهنية ٢ • إعاقة عقلية ٢ • إعاقة بصرية ٢ • إعاقة متعددة	حضور ٦ مقدمي الرعاية
مناقشة مجموعة التركيز ١٣	س ١٣	الكورة- الشمال	١٠ سوريون	٨ • إعاقة حركية ٢ • إعاقة متعددة	حضور مقدمي الرعاية
مناقشة مجموعة التركيز ١٤	س ١٤	الكورة- الشمال	٧ سوريون	٧ • إعاقة حركية	حضور ٤ مقدمي رعاية

# تقرير تحليل أوضاع الإعاقة والصحة

تحسين إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة  
على الرعاية الصحية الجيدة في لبنان

تقرير لبنان

٢٠٢٠-٢٠١٩

 [WWW.PROMOCIONSOCIAL.ORG](http://WWW.PROMOCIONSOCIAL.ORG)

 [PROMOCIONSOCIAL@PROMOCIONSOCIAL.ORG](mailto:PROMOCIONSOCIAL@PROMOCIONSOCIAL.ORG)

 [FUNDACION PROMOCION SOCIAL](https://www.facebook.com/FUNDACION.PROMOCION.SOCIAL)

 [@PROMSOCIAL\\_ONGD](https://twitter.com/PROMSOCIAL_ONGD)

 [@PROMOCIONSOCIAL\\_ONGD](https://www.instagram.com/PROMOCIONSOCIAL_ONGD)

 [FUNDACION PROMOCION SOCIAL](https://www.youtube.com/FUNDACION.PROMOCION.SOCIAL)

