



社区康复指南

以社区为基础的康复

(健康篇)



世界卫生组织



联合国教育、
科学及文化组织



WHO 图书分类-出版资料

社区康复指南

1. 康复 2. 残疾人 3. 社区卫生服务 4. 卫生政策 5. 人权 6. 社会公正
7. 消费者参与 8. 指南 I 世界卫生组织 II 联合国教科文组织 III 国际劳工组织
IV 国际残疾人发展财团

ISBN 978-988-98878-3-4

Community-based rehabilitation: CBR guidelines

© 世界卫生组织, 2010 年

世界卫生组织总干事已将本书中文翻译权赠予同济医学院 同济医院 WHO 康复培训与研究合作中心, 该单位是中文版唯一的责任者。

版权所有。世界卫生组织出版物可从WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 – 无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版处提出申请, 地址同上(传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

原书设计与安排是由Inis Communication---www.iniscommunication.com

中文版: 由 华中科技大学 同济医院 世界卫生组织康复培训与研究合作中心(武汉)、
中山大学 附属第一医院 世界卫生组织康复合作中心(广州)与
香港复康会 世界卫生组织复康协作中心(香港) 联合组织译编

印刷: 中国 2011

朝向 包容性社区发展

序 言

《社区康复指南》出版了，对于残疾人工作者这是一本重要的手册。当我们面对需要各种帮助的残疾人，或许会有困惑和疑问：怎样帮助他们获得更好的康复和服务，怎样帮助他们融入社会生活。我想，建立社区服务是一个最好的途径。近些年，我们看到一些国家和地区越来越重视残疾人的公共服务、在保障残疾人权益方面有了新的进步。但是，什么才是最好的服务模式呢？这是一个值得探索和探讨的问题。《社区康复指南》所记录的正是 30 多年来有关国际组织，包括中国在内的 90 多个国家探索社区服务的模式和经验。

在此，我谨代表中国残疾人联合会，向《社区康复指南》中文版的出版表示诚挚的祝贺！向多年来致力于推动社区康复事业发展的世界卫生组织、国际劳工组织、联合国教科文组织和国际残疾与发展联盟等国际组织、以及为中文版译制付出辛勤工作的香港复康会、中山医科大学、同济医院等机构及各位专家学者表示衷心的感谢。社区康复是共同关注的问题，也是我们共同奋斗的目标。

中国残联正在致力于加快推进残疾人社会保障体系和服务体系建设，使残疾人基本生活、康复、教育、就业、文化等基本需求得到稳定的制度性保障。为 8300 万残疾人提供基本公共服务，这是一个庞大的社会工程，也是十分艰巨的任务。近年来，中国的残疾人康复工作有了很大发展，正向着让更多的人享有康复的目标而努力。康复工作是我们事业的重中之重。包括健康、教育、谋生、社会参与等方面“康复”在内的社区康复是康复工作发展的大趋势。减轻伤痛，恢复功能，是残疾者参与社会生活的前提，是解放残疾者身体和精神的方法，也是解放残疾人家庭的保障。没有痛苦，才能有生活质量。痛苦消除后，怎样为残疾人提供帮助和服务，为他们进行个性化的指导，是我们应该研究的课题。

社区康复帮助残疾人克服困难，走出困境，创造新生活，也会给他们的家庭增加幸福感。社区互帮互助，激扬爱的精神，会让贫弱者看到生活的希望。残疾人是社区康复的受益者，他们自强不息的经历也许会感动邻居和周围的朋友，让更多的人热爱生活。所以我想说，其实在我们的生活中，残疾人和健康人都是社会文明进程的创造者。

令人欣慰的是，今天中国经济发展、社会进步，城乡社区正在创建更好的人文环境。全社会都来关心残疾人已经成为大家的共识。全国有 2000 多个县开展了社区康复，很多残疾人和他们的家庭得到了帮助和精神慰藉。我相信《社区康复指南》一定会指导社区工作者把工作做得更好更规范，爱的阳光也一定会照亮生活的每一个角落，让所有的残疾人兄弟姐妹都能感受美好的生活！

中国残疾人联合会主席
张海迪

2011 年 9 月 7 日

前言

根据 2011.6 月世界卫生组织正式公布的《世界残疾报告》，世界人口中至少有 15% 的人带有残疾，他们对康复的需求殷切。机构康复以及延伸服务，远远不能满足其要求。世界卫生组织 1978 年国际初级卫生保健大会及阿拉木图宣言之后，提倡社区康复（Community-based rehabilitation, CBR），作为一种策略，在发展中国家促使广大残疾人得到康复服务，在过去 30 年，其范围已得到相当大的扩展。1994 年国际劳工组织、联合国教科文组织以及世界卫生组织共同制定了《社区康复联合意见书》。2003 年，在赫尔辛基召开的国际社区康复回顾与咨询大会做出了很多重要建议。随后，国际劳工组织、联合国教科文组织以及世界卫生组织的共同修订了《2004 社区康复联合意见书》。在 2004 年 11 月，该三国际组织邀请了 65 位社区康复及残疾、发育方面的专家开始制定《社区康复指南》。广泛收集资料，有 150 多位作者为该指南撰稿。草稿经过代表世界卫生组织各地地区的 29 个国家的广泛确定。总共有 300 多位完成社区康复的项目人对草稿提供了反馈。指南于 2010 年 5 月 19 日被批准出版。预计指南的有效期可保持到 2020 年。指南受到《残疾人权利公约》的深刻影响，是贯彻执行公约的具体体现。

鉴于《社区康复指南》的重要性，我们三个世界卫生组织康复合作中心决定联合行动，组织人员翻译印刷出版其中文版，以供大家参考。我们首先经过努力获得世界卫生组织出版社授予中文翻译出版权，先后约请了近 50 名专家、教授和年轻学者参与翻译、审校，其中多数具有所翻译部分的专业背景和英中文字功底。我们很高兴能请到中国残疾人联合会张海迪主席为本书作序，使中文版增色。我们感谢以 Sheila Purves 主任为首的香港复康协作中心同仁，为全书谋筹资金，使得本指南得以顺利印刷、出版。在此衷心感谢施永青基金（Shih Wing Ching Foundation）、国际助残（Handicap International）和英国国际发展部（Department for International Development, UK）。特别感谢原书主编 Chapal Khasnabis 给予我们指导。我们也感谢邹江华、王启明同志在编排上的贡献。

由于时间仓促，书中还存在一些错漏，望读者不吝指教，以便改正。

华中科技大学 同济医院 世界卫生组织康复培训与研究合作中心(武汉)
中山大学 附属第一医院 世界卫生组织康复合作中心（广州）
香港复康会 世界卫生组织复康协作中心（香港）

2011-9

社区康复指南

内容

1. 导论篇
2. 健康篇
3. 教育篇
4. 谋生篇
5. 社会篇
6. 赋能篇
7. 增补篇

Chief Editors: Chapal Khasnabis and Karen Heinicke Motsch.

Advisory group: Philippe Chervin, Mike Davies, Sepp Heim, Einar Helander, Etienne Krug, Padmani Mendis, Federico Montero, Barbara Murray, Alana Officer, Enrico Pupulin and William Rowland.

Editorial group and lead authors: Kamala Achu, Kathy Al Jubah, Svein Brodtkorb, Philippe Chervin, Peter Coleridge, Mike Davies, Sunil Deepak, Kenneth Eklinth, Ann Goerd, Cindy Greer, Karen Heinicke-Motsch, Derek Hooper, Venus B Ilagan, Natalie Jessup, Chapal Khasnabis, Diane Mulligan, Barbara Murray, Alana Officer, Francesca Ortali, Bob Ransom, Aline Robert, Sue Stubbs, Maya Thomas, Venkatesh Balakrishna and Roselyn Wabuge-Mwangi.

Technical editors: Nina Mattock and Teresa Lander.

Design and layout: In 6 Communication.

Illustrator: Regina Doyle.

Front cover photography credits: Chapal Khasnabis and Gonna Rota.

Alternative Text: Angela Burton.

Financial support: Government of Italy, United States Agency for International Development (USAID), Government of Finland, Government of Norway, Government of Sweden, Government of the United Kingdom, International Labour Organization (ILO), the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), CBM, Sightsavers, AIFO and Light for the World.

Administrative support: Rachel MacKenzie.

中文版:

组织委员会: Sheila Purves 黄晓琳 郭建勋 卓大宏 刘雅丽 南登崑

译审者:

导论篇: 翻译: 刘钦刚 冬 雪 孙晓明 陈夏尧 张金明

健康篇: 翻译: 林国徽 朱图陵

教育篇: 翻译: 赵江莉 郑 琨 刘汉军 李 乐 王 婷 陈兆聪

谋生篇: 翻译: 张豪杰 陈 曦 徐智勤 张 洲 朱经镇 张 涛

社会篇: 翻译: 邱卓英 张 静 陈 迪 刘 炼 罗雪红

赋能篇: 翻译: 魏国荣 刘钦刚 汪 立 张 霞 金 麒

增补篇: 翻译: 张 晖 司占杰 魏国荣

审校: 傅克礼 刘雅丽 南登崑

审校: 刘雅丽 南登崑

审校: 卓大宏 刘雅丽 南登崑

审校: 卓大宏 刘雅丽 南登崑

审校: 邱卓英 吴弦光 刘雅丽 南登崑

审校: 郭建勋 刘钦刚 刘雅丽 南登崑

审校: 郭建勋 张 霞 贾艳滨 刘雅丽 南登崑

赞助者: 施永青基金 (Shih Wing Ching Foundation)

国际助残 (Handicap International)

英国国际发展部 (Department for International Development, UK)

《社区康复指南》

健康篇

《社区康复指南》

健康篇

目录

前言	1
健康促进	7
疾病预防	13
医疗保健	21
康复	28
辅助器具	35

前言

许多国际机构都提到人的健康权利不该受歧视，在世界卫生组织的章程中提到“享受最高层次的可达到的健康标准是每个人的基本权利，不因种族、宗教、政治信仰、经济和社会的状况而受到歧视（1）。

联合国《残疾人权利公约》（CRPD）中提及残疾人的健康权，在第 25 条中要求国家机构要“确认残疾人有权享有可达到的最高健康标准，不受基于残疾的歧视”，并且在第 9 条（无障碍）和第 26 章（适应训练与康复）讲述了国家部门应实行的措施以确保残疾人能获得具有性别敏感性的医疗保健服务，包括与健康相关的康复服务（2）。

不幸的是，证据显示残疾人往往比一般人群的健康水平低（3），同时在行使他们的健康权方面会面对各种不同的障碍（4）。

健康权不仅仅是获得医疗保健服务，同时也是获得对健康起决定作用的潜在因素，例如：安全的饮用水、适当的卫生环境和居所。健康权同样也包含自由和有权得到的东西。所谓自由包括不参与不知情的治疗的权利，如实验和研究，和包括不参与承受折磨或痛苦、非人道的或有辱人格的治疗。有权获得与健康有关的东西包括健康保护体系，预防、治疗和控制疾病的权利，获得必要的医药，和参与与健康相关的决策的制定（4）。

社区康复项目支持残疾人以达到他们可能达到的最高的健康水平。有下列五个重要的工作领域：健康促进、预防、医疗保健、康复和辅助器具。社区康复提倡包容性的健康，通过与医疗卫生部门合作，确保所有的残疾人都能获得服务，提倡健康服务要顺应和响应残疾人的权利和需要（5），提倡以社区为本和参与（6）。

虽然社区康复在历史上曾注重医疗卫生部门的工作，而健康是受许多因素的影响的，因而需要多部门的合作与包容（7）。所以，社区康复要进行跨部门合作，例如教育和就业。由于本篇章的主题与健康有关，所以着重描述在医疗卫生部门中进行的社区康复活动。

补充阅读 1 泰国 健康服务进入社区

泰国在初级卫生保健上有着很长的历史和成功的经验，随着时间的推移，通过许多革新性的策略和活动得到了进一步的改进。在许多省份，初级医疗保健服务是建基于称作基本服务单位的卫星单位联网，这些基本服务单位与大的中心医院相联系并获得支持。在 2006 年，其中一所医院——锡春医院把社区康复纳入他们的基本服务单位联网。Tha-Hin 是联网中的一个基层服务单位，它位于乡村，拥有一名家庭医生、一名药剂师、护士和其他医务人员在内的医疗队伍。在引进社区康复之前，这支队伍主要从事一般性的健康促进和预防活动。然而，开展社区康复后，该团队要负责去查找残疾人，并满足他们一般性和特殊性的医疗保健方面的需要。

社区康复着重于把健康服务带到残疾人的“家门口”，并制定一个家庭健康保健计划（对象也包括老年人和慢性病人），与锡春医院提供一个直接的联系。Tha-Hin 团队的成员和一位来自锡春医院的物理治疗师定期进行家访，使人们避免了不必要和昂贵的交通费用。同时为家庭康复建立常规。受过培训的当地志愿者和家属为残疾人提供基本的康复训练（例如：日常生活技巧的训练），并鼓励他们投身到推广残疾儿童的包容性教学中。多学科合作的方式，确保所有的残疾人在他们的社区里得到医疗保健和康复服务，并且在必要时转介到锡春医院。

在 2008 年的评估总结报告中提到，社区康复项目在为残疾人及其家属提供一定范围的医疗保健服务、包括残疾的早期发现和早期治疗、健康促进和包括功能训练在内的康复服务以及辅助器具的供给等方面都卓有成效。总体上看，通过改善残疾人的独立能力、行走能力和沟通技巧，所有残疾人的生活品质都得到了改善。残疾孩子的家长们也得到了更好的支持。所有的利益相关者与本地的志愿者之间（锡春医院、基本医疗服务单位和社区）建立了良好的工作关系，并且动员了其他的资源，营造了社区增权赋能和主人翁的气氛。



目 标

残疾人达到他们能实现的最高健康状况。

社区康复的任务

社区康复的任务是与医疗卫生部门紧密合作，确保残疾人及其家人在健康促进、预防、医疗保健、康复和辅助器具方面的需求得到满足。社区康复同样也需要与残疾的个体和家人合作，帮助他们获得健康服务，并与其他部门合作，确保所有与健康相关的领域都能得到满足。

预期的结果

- 残疾人及其家属的健康知识有改善，并且为达到良好的健康状况而积极参与。
- 医疗卫生部门意识到残疾人能达到良好的健康状态，并不因残疾或其它诸如性别等的因素而受到歧视。
- 残疾人及其家人在他们的社区或附近获得医疗保健服务和康复服务，并且价格是可承受的。
- 医疗服务和康复治疗使残疾人变得积极参与家庭和社区生活。
- 为了使残疾人达到良好的健康状态，所有相关部门的合作有改善，包括教育、就业和社会部门。

关键概念

健康

什么是健康？

传统的观念认为健康就是没有疾病和不适。但是，根据世界卫生组织的定义，健康的概念就广泛得多，健康是“一种躯体、精神和社会的完美的状态，而不仅仅是没有疾病或不适”（1）。健康是一种珍贵的资源，使人们能在个体层面、社会层面和经济层面过上有意义的生活，为他们提供自由地就业、学习和主动投入到家庭与社区生活。

补充阅读 2 印度

柯舒姐

柯舒姐出生在印度北方邦巴拉班基地区的一个小村庄，她天生聋和盲。当接受过印度权智国际社区康复工作人员培训的萨蒂亚巴玛见到 10 岁的柯舒姐时，她大部分时间都是躺在家里一个阴暗的角落，完全与社区隔离，生活上完全依赖母亲的照顾，不能与别人交流。萨蒂亚巴玛努力教柯舒姐日常生活和交流的技巧，柯舒姐开始积极地配合坐起来，与家人一起进餐和玩玩具。她开始学习用触觉的语言表达，她发现拉着妈妈的纱丽会让妈妈跟她呆的时间长些。过了一段时间，萨蒂亚巴玛可以扶着柯舒姐的手，鼓励她踏出了离开家门的第一步。她也许不能听到鸟叫和看见阳光，但她的面部表情显示她喜欢清风轻轻吹过脸颊的感觉。通过社区康复项目，帮助柯舒姐的家人为她领到了残疾证，使她能获得更多的服务。该项目也帮助了柯舒姐的妈妈获得了抗结核病的治疗。萨蒂亚巴玛目前正在教柯舒姐手语，这对于柯舒姐和她的家人来说是个长期的任务，但在社区康复项目的支持下，他们正朝着让柯舒姐完全融入社区的目标而努力。

健康的决定因素

一个人的健康状态受个人、经济、社会和环境等多因素的影响，这些因素通常被认为是健康的决定因素并描述如下（以《健康决定因素》（8）为蓝本）。

- **基因** 遗传在寿命、健康和患某些疾病的可能性方面起到部分的决定作用。
- **个人行为 and 生活方式** 饮食、活动、吸烟、喝酒以及如何应付生活中的压力，这些都对健康造成影响。
- **收入和社会状态** 贫富差距越大，在健康方面的差距也越大。
- **就业和工作状况** 在职的人要健康些，特别是那些对工作状况有更多的控制权的人。
- **教育** 教育程度低与健康状况差、压力大和自信心低下是相关联的。
- **社会支持网络** 来自家庭、朋友和社区的支持越多，与更好的健康状态相关联。
- **文化** 习俗和传统以及家庭和社区的信仰都会影响健康。
- **性别** 男性和女性在不同的年龄段会患不同的疾病。
- **物理环境** 安全的水源和清新的空气、健康的工作场所、安全的家居、社区和道路、都与好的健康有关。
- **医疗保健服务** 服务的获得和使用会影响健康。

有些因素是可以调控的，例如：一个人可以选择健康和/或不健康的行为，但其他的因素，如基因，则是不可调控的。

残疾与健康

人人拥有健康是世界卫生组织 1978 年在阿拉木图召开的初级医疗卫生研讨会期间订立的全球健康目标。三年后，全球范围的社区都实现了这个目标，但许多人群包括残疾人，仍然比其他人群有着较差的健康状态。

为了确保残疾人能达到好的健康水平，记住以下要点很重要：

- 残疾人像其他人一样，需要一般的医疗保健服务，包括在生命的不同阶段有不同的需求；
- 同时，并不是所有的残疾人都有与他们的残损相关的健康方面的问题，许多人需要一些具体的医疗保健服务，包括康复服务，可能是定期或不定期的，也可能是暂时的或终身的。

医疗保健

医疗保健服务的提供

每个国家的医疗保健都是通过医疗卫生系统提供的，系统由所有的组织、机构、资源和人员组成，其主要目的是推广、重建或维持健康。同时，医疗卫生系统的最终责任则有赖于政府。大部分的医疗保健服务是由公共、私营、传统和非正式的部门联合提供的（9）。

2008 年的世界卫生报告强调初级医疗保健在达到人人拥有健康这一目标中所扮演的重要角色（10），初级医疗保健是必要的医疗卫生服务，使其在支付得起的情况下，个体和家人普遍都能获得。这是国家医疗卫生系统与个体、家人和社区的第一层接触，并且把医疗卫生服务尽可能近地带到人们生活与工作的地方（11）。

残疾人接受医疗卫生服务所遇到的障碍

残疾并不一定是导致残疾人健康状况差的直接原因，而有可能是与难以获得服务和计划有关（12）。据估计，在低收入国家，只有少数百分比的残疾人获得康复和适当的基本服务（5）。

残疾人及其家人在获得医疗保健服务方面可能面对的障碍有：

- 政策和法规不健全或不适当——有政策和法规，但没有执行或强制执行，会导致提供的医疗保健服务对残疾人产生偏差或障碍；
- 经济上的障碍——健康方面的介入例如检查、治疗和药物通常都需要付钱，这对于收入有限的残疾人及其家属来讲是困难的（参看导论篇：贫困与残疾）；
- 物理环境和地理上的障碍——缺乏无障碍的交通设施、建筑物和医疗设备是常见的障碍，农村地区缺乏医疗保健资源（许多残疾人住在农村），要到很远的大城市才能得到服务；
- 沟通和资讯方面的障碍——与医务工作者沟通可能有困难的，例如听力障碍的人很难把症状告诉医师。无障碍方式的健康资讯通常得不到，例如专为智力障碍者设计的图片形式资料；
- 医务工作者对待残疾人的态度不正确和知识贫乏——医务人员的态度可能不正确、怀有偏见或麻木不仁，同时缺乏关注，缺乏管理残疾人健康问题的知识、理解和认识；
- 残疾人缺乏整体健康保健和服务方面的知识，态度不够端正——残疾人可能不愿意使用医疗保健服务，许多人可能对他们自身的权利和健康方面的知识了解不多，也不知道有哪些医疗保健服务；

有些残疾人可能比其他人更容易受到歧视和排斥。他们可能处于双倍或多重不利境地，例如由于他们残疾的种类、年龄、性别和/或社会状态（13），在这种情形下更难去获得医疗保健服务。社区康复项目应对下列的人群特别加以留意：残疾妇女、残疾儿童和残疾老人，具有多重残损的人群，例如同时有聋和盲、智障，艾滋病带菌或患有艾滋病的残疾人，精神病人，麻风病人或白化病人（参看补遗篇）。

包容性健康

“包容性教育”是一个被广泛认可的概念，在世界范围内越来越多的教育系统在应用。这一概念使得教育为所有的人开放，包括残疾人。使他们完全地参与到普通的社区学校或教育中心（14）（参看教育篇）。同样，社区康复项目现在正推广包容性健康的概念，以确保医疗卫生系统在他们的政策、规划和服务的提供方面认识到并顺应残疾人的需求。在初级医疗保健服务的基础上建立“人人拥有健康”的概念。医疗保健应该是“…通过个体和家人的完全参与能在社区获得，并且是社区和国家能负担得起的…”（11）。



包容性健康意思是所有的个体无论是何种残损、性别、年龄、肤色、种族、宗教和社会经济地位，都能获得医疗保健服务。为了保证这一点，提供医疗保健服务的工作人员必须对残疾和残疾人有一个正面的态度和适当的技术。例如掌握多种的交流技巧以适应不同残损人群的需要。整个环境需要作出改变，使得没有人自主或不自主地受到歧视；要做到这一点其中一种方法是，确保残疾人和残疾人组织主动地参与到规划和医疗保健以及康复服务的改进的活动当中。

补充阅读 3 巴基斯坦

克服障碍的勇气

穆罕默德 阿克拉姆是来自巴基斯坦的信德省，他因少年时患病导致耳聋。下面的叙述描写了他和家人一起去看医生的经历。“耳聋了以后我就不太留意他人说什么了。如果我问医生问题，他通常会重复说他已经把所有的事情都告诉我的家人了。如果我问家人问题，他们也总是说：“别担心，没什么特别的”或“我们待会儿告诉你”。没有人会真正告诉我，我只管吃药片就行了。没有人用手语，也没有人有时间或愿意用笔和纸与我交流。时间一久，我变得没有信心了，并且变得非常依赖别人。自从参加社区康复项目后，我慢慢地有了信心并变得有勇气，自己面对挑战了。我开始不要家人的陪伴去看医生，这迫使医生用书写与我直接交流。有些医生依然要我下次复诊时带上别人一起来，我总是跟他们说我是个成人。我很高兴自己有了自信心，并且通过教育医疗专业人员而提升了残疾的形象”。

社区康复与医疗卫生部门

社区康复项目通过与当地的初级医疗保健部门合作，能促使残疾人获得医疗保健服务，同时为医疗保健系统和残疾人之间提供必要的联系。在许多国家，如阿根廷、印度尼西亚、蒙古和越南，社区康复项目就直接与医疗卫生系统连接，是由医疗卫生部门管理并通过他们的初级医疗保健架构进行实施。在其他国家，社区康复项目是由非政府机构或政府的其他部门，

如社会福利部去管理的。在这种情形下，必须要与初级医疗保健部门保持密切的联系，以确保残疾人能尽早获得医疗保健和适当的康复服务。

本篇的构成部分

社区康复项目认可、支持和提倡为残疾人提供的医疗保健服务的一些关键的领域，以下列出的领域是自始至终要贯彻执行的（5，15）。

健康促进

健康促进的目的是增加对健康和健康决定因素的控制。一系列的策略和方法都是直接为增强个体的技能和改变社会、经济和环境的因素，以减少这些因素对健康的影响。

预防

预防与健康促进的关系非常密切，疾病的预防（例如：患病、失调、损伤）涉及初级预防（避免发生）、二级预防（早期发现和早期治疗）和三级预防（康复）措施。这里所强调的主要是初级预防。

医疗保健

医疗保健涉及到对疾病及残损的早期发现、检查和治疗。目的是治愈或限制它们对个体的影响。医疗服务可以在医疗卫生系统的初级、二级或三级水平进行。

康复

康复是一整套的方法，使得残疾人在他们所生活的环境中达到和维持最佳的功能状态；这涉及到后天致残和先天性残疾两种人群。在许多不同的地点提供从基本到专科的一系列的康复服务，例如：医院、家庭和社区。康复服务通常是从医疗部门开始，但需要所有其他部门之间的协作。

辅助器具

一个经过设计、制作或改良的器具用以帮助人们去完成某一特定的活动，这个器具就是辅助器具。许多残疾人得益于一个或多个辅助器具的使用。一些常见的辅助器具有：助行器（如：拐杖、轮椅）、义肢（如：假腿）、矫形器（如：手支具）、视力辅助器具（如：眼镜、盲杖）和听力辅助器具（助听器）。为了确保辅助器具的有效使用，要提供下列一些主要的服务，包括：使用者的教育、维修、更换以及家居和社区环境的改造。

健康促进

引言

渥太华健康促进宪章（1986）中指出，健康促进是使得人们增加对健康的控制和改善他们的健康的过程。

健康促进的重点是针对有改善潜力的健康决定因素，例如个人的健康行为和生活方式、收入和社会状态、教育、就业和工作条件、获得适当的医疗保健服务和物理环境（17）。健康促进不需要昂贵的药物或精密的科技；而是利用社会介入、在最基础的水平、需要个人投入时间和精力，例如：健康推广宣传活动。

残疾人的健康潜力往往被忽视，其结果是他们通常被排斥在健康促进活动之外。本章节阐述为残疾人进行健康促进的重要性，并就社区康复项目如何促使残疾人进行健康促进活动和如何开展基本的活动提供建议。重要的是健康促进着重改变一系列的健康决定因素，这涉及到许多不同的部门，而不仅仅是医疗卫生部门可以解决的。



补充阅读 4 肯尼亚 克服偏见和歧视

在一些非洲文化中相信，白化病是由于母亲在怀孕期间与邪恶的魔鬼有“性行为”所导致的。有了一个白化病的孩子会被认为是不道德的，孩子和家人在社区里会被歧视和排斥。患有白化病的孩子要被藏起来，他们的基本人权包括他们的健康权被剥夺。

在肯尼亚的夸莱地区的眼科中心，有一个专门针对消除家庭、学校和社区环境对患白化病孩

子的偏见和歧视的社区康复项目。为了确保这些孩子达到可能的最高健康标准，社区康复项目举行了以下不同的健康促进活动：

- 提高社区成员和社区领导、村健康委员会、学校老师和妇女小组对改变患白化病孩子的看法、态度和治疗方面的认识；

- ● 教育家长使他们能够去改善和保护他们的孩子的健康，例如：白化病的孩子容易被晒伤、夸莱眼科中心提供关于使用防晒油和穿上如长袖的衬衣和裤子等保护性的衣物的重要性方面的教育；

- ● 与当地的酒店宾馆建立伙伴关系，鼓励客人在离开前捐出不用的防晒油和衣物，以送给有需要的人使用； □

- 进行眼科检查以发现视力损害，这在白化病人中是常见的，必要时提供眼镜和低视力辅助器具。

这个社区康复项目的成功之处在于夸莱眼科中心与医疗和教育部门建立了紧密的关系，患有白化病的孩子如今进入了主流学校。



目 标

残疾人及其家属的健康潜力得到认同，并增强他们改善和维持现有健康水平的能力。

社区康复的任务

社区康复的任务是寻找当地、区域或国家水平的健康促进活动，并与相关部门合作（例如：医疗卫生部门，当地的政府机构），确保这些活动对残疾人及其家人的包容性和可获得性。另一个任务是确保残疾人及其家人知道维持健康的重要性，并鼓励他们积极参与到健康促进的活动中去。

预期的结果

- 残疾人及其家属像社区一般的成员一样获得相同的健康促进信息。
- 健康促进资料与活动被设计或改良，以迎合残疾人及其家人的具体的需要。
- 残疾人及其家人具有知识、技巧和获得支持，以协助他们达到高的健康水平。
- 医务工作者提高了对残疾人的一般和具体健康需求的认识，并通过相关的健康促进活动去回应这些需求。
- 社区为残疾人提供一个支持性的环境，使他们参与改善他们健康的活动。
- 社区康复项目注重良好的健康，并在他们的工作地点为职员开展健康促进活动。



关键概念

对残疾人的健康促进

健康促进通常被认为是预防疾病的一种策略；它通常被认为与残疾人无关，因为残疾被认为是没有进行健康促进的结果（19）。例如：一个因脊髓损伤导致截瘫的人，可能被认为不是一个好的健康促进对象，因为他/她的健康已经受到外伤的影响。

许多残疾人与一般人群一样需要健康促进，甚至更多（3）。残疾人患同一类疾病的风险与一般人群是相同的，但他们可能还有附加的健康问题，因为他们对疾病有更大的易感性（与他们的残疾有关或无关）（20）。通常，残疾人及其家人很少考虑如何达到或维持好的健康。

健康促进的障碍

残疾人通常会比一般人群的健康水平要差，因为当他们试图去改善他们的健康时遇到许多的障碍（参看以上的：残疾人接受医疗卫生服务所遇到的障碍）。克服这些障碍会使残疾人参与健康促进活动变得更容易。

对家庭成员的健康促进

许多残疾人需要别人的支持，特别是家庭成员的支持。家庭成员可能会遇到许多与照顾残疾人有关的问题，包括体能上的压力和情绪上的障碍、照顾其他儿童方面的能力减弱、用于工作上的时间和精力减少、社交活动减少和受歧视（21）。维持家庭成员的健康是必要的（参看：社会篇：人员协助）。

健康促进活动

渥太华健康促进宪章指出五方面的活动能用于帮助发展和推行健康促进的策略（16）。

1. 建立健康国家政策

建立跨所有部门的法律和法规，通过确保更安全和更健康的产品和服务、更健康的公共服务和更清洁、更友善的环境以保护社区的健康。

2. 为健康创造支持的环境

改变物理和社会环境，以确保生活与工作的环境是安全、令人兴奋、满足和友好的。

3. 完善社区

针对存在的健康问题去改善社区，拥有完善的环境方面、社会经济方面和政治方面的组成部分。增强社区建立优先次序、作出决策和规划以及实施策略的能力以达到更好的健康状态。

4. 发展个人技巧

通过提供资讯和健康教育去发展个人技巧，使得他们能够去练习更多地控制自己的健康与环境，并作出更好的选择以改善健康状态。

5. 调整健康服务的方向

医疗卫生部门必须加快步伐向健康促进方面转移，超越其提供就诊和治疗服务方面的责任。

健康促进策略可用于下列不同情况：

- 人口组别，例如：儿童、青少年、老年人；
- 危险因素，例如：吸烟、缺少活动、不良饮食、不安全性行为；
- 健康或疾病优先次序，例如：糖尿病、艾滋病带菌/艾滋病、心脏病、口腔健康；
- 机构设置，例如：社区中心、诊所、医院、学校、工作地点。

个体有很大的潜能去影响他们自己的健康，参与的方法在健康促进中很重要，因为这些方法允许人们对影响健康的因素给予更大的控制。健康问题需要与他人合作解决，而不是由别人替他们去做。

建议的活动

健康促进活动要根据当地的实际情况和急需解决的问题而定，因此，这里所描述的活动只是一般的建议。社区康复项目需要对社区有深入的了解，要与已经在影响他们健康的因素上增强控制方面有经验的社区成员和人群进行接触。

支持健康促进运动

健康促进运动对个体、社区和人群的健康有正面的影响，它可以提供资讯、鼓励和调动行为的改变。社区康复项目通过以下的活动促进残疾人的健康：

- 确定在社区、地区或国家水平的现有的健康促进运动，确保残疾人是主要对象并融入到这些运动中；
- 主动参与到健康促进运动及其相关的事宜当中，提升残疾的形象及对残疾的关注；
- 推动健康促进运动，展示残疾人的正面形象，例如：在海报和板报上描绘残疾人以引起公众的注意；
- 确保现有的残疾人健康促进运动是以适合残疾人的形式开展的，例如：公共服务的公告有为聋人而设的文字说明和手语的翻译；
- 找出在社区中现有的资源（例如：社区发言人、报纸、电台、电视台）并鼓励他们去增加与残疾相关的健康问题的报道。重要的是确保所有的报道都尊重残疾人的尊严和权利；



- 支持那些现有的健康促进项目所没有涉及的，与残疾问题相关的当地的健康促进项目的开展

增加个人的知识和技巧

健康资讯和教育使残疾人及其家人增加维持和改善健康所必须的知识和生活技巧。通过结构化的单元（个体或小组）他们可以学到关于疾病的危险因素、好的卫生习惯、选择健康的饮食、身体锻炼的重要性和其他保护性的因素。社区康复的工作人员可以：

- 对残疾人及其家属进行家访，与他们谈论如何保持健康的生活方式、给予具体的建议；
- 收集健康促进资料（例如：宣传资料、小册子）并派发给残疾人及其家属；
- 改良或制作健康促进资料使之适合残疾人使用，例如：对智障人士的资料应该简单直接，用普通的文字和有关的图片；
- 告知残疾人及其家属有关当地的健康促进方面的项目和服务，使他们能够获得维持健康的新知识；
- 必要时制作一些特殊的教育单元，以满足社区公众的教育单元所没有涉及的某些残疾人的需求；
- 确保在教育环节中有一系列的教学方法和资料，以鼓励学习和理解，例如：角色扮演、实用的示范、讨论、讲故事、解决问题的练习；
- 着重培养残疾人及其家属在医务人员面前变得决断和自信，使他们能发问并为自己的健康做决定；
- 在医疗卫生部门的协助下，为残疾人提供培训，使他们成为健康促进的教育者。

引导人们与自助小组建立联系

自助小组能使一小组的人聚在一起相互分享共同的经历、情况和问题（参看：维权篇：自助小组）。对于许多人而言，有机会得到来自有着相似问题的人的支持和实用的建议，要比得到来自医务人员的建议更实用（22）。本段着重描述自助小组，因为它对残疾人及其家庭成员获得更好的健康资讯很有作用。社区康复项目可以做到：

- 根据残疾人及其家人的具体健康需求，引导他们联络所在社区的现有自助小组，例如：脊髓损伤自助组、麻风病小组、或艾滋病带菌/艾滋病患者组、脑瘫儿童家长组；
- 如果没有现成的自助组，可以鼓励相同残疾的人组成新的自助组，对于住在小村庄的残疾人，也许很难组成这样一个小组，可能以1帮1的形式更合适；
- 鼓励不同的自助小组建立伙伴关系，一起去主动参与在社区里的健康促进活动，例如：关注世界健康日、世界精神卫生日和国际残疾人日，组织健康营活动。

补充阅读 5 哥伦比亚

通过自助小组管理健康

在哥伦比亚的彼得奎斯塔，在社区康复项目的支持下，一群脊髓损伤的患者成立了一个自助小组。他们觉得在他们住院治疗时，他们所得到的关于自我管理、溃疡的预防和尿的问题方面的健康资讯是不确当的。有经验的组员帮助新近患脊髓损伤的新组员，就如何利用他们残存的能力和辅助器具去应对所面临的问题。社区康复项目安排了一个与医院里的专家的互动环节，组员通过提问以消除疑虑。



教育医务工作者

医务工作者是一个可信赖的健康信息的资源，而且有能力对别人的健康产生正面的影响。社区康复项目需要与医务工作者合作，去确保他们具备与残疾有关的正确的知识，并把残疾人纳入到他们的所有健康促进活动中。

建议社区康复项目：

- 引导医务工作者了解残疾，并使他们知道残疾人及其家属所面临的挑战；
- 帮助医务工作者理解以一种尊重和没有歧视的方式与残疾人沟通的重要性，并提供实用的示范以帮助学习；
- 向医务工作者显示如何作简单的改良使他们的健康信息能被理解；
- 鼓励医务工作者在为残疾人计划健康项目和制作健康资讯时使用不同的媒体和技术。

补充阅读 6 非洲 培训师资

社区康复项目能和残疾人的机构一起合作去开发适当的教育资料和方法，为盲人或低视力人士提供有关艾滋病带菌/艾滋病的资讯，以及为他们提供针对他们所需的医疗保健服务方面的资讯。例如非洲盲人联盟制作了一本关于艾滋病带菌/艾滋病“师资培训”手册，以促进盲人和弱视人士融入和参与到有关艾滋病带菌/艾滋病的教育项目中。

创造有利的环境

社区康复项目可以与社区健康中心、医院、学校、工场、娱乐设施、主要的利益相关者合作，为残疾人营造有利的物理和社会环境，同时通过以下的措施使他们达到最佳的健康状态：

- 确保环境利于提倡健康的生活方式，残疾人能亲身参与具体的健康促进项目和服务；
- 在城市、社会和健康规划部门、残疾人之间创立伙伴关系，以建造和改善物理环境和建筑物的无障碍设施；
- 创造机会使残疾人能够参与娱乐性的活动，例如：支持轮椅使用者在当地的体育设施举办轮椅足球赛（参看社会篇：娱乐、闲暇和体育）；
- 确保公共交通的可获得性和安全，因为交通的问题会导致残疾人面临隔离、孤独和被社会排斥；
- 针对在医疗卫生部门和社区存在的任何对残疾人及其家人的错误观念、负面的态度和歧视进行教育和培训；
- 在社区里，通过舞蹈、戏剧、歌曲、电影和木偶剧的形式，针对健康的问题去组织文化活动。

补充阅读 7 埃及 健康的生活方式

一个在亚历山大港（埃及）的社区康复项目在一份年报中提到，残疾儿童和家人以及社区里的志愿者一起度假，主要的目的是像一个大家庭或一群朋友一样，一起玩耍、享受、渡过休闲的时光、以改善健康状况。该项目还与当地的残奥会、家长组织和残疾人组织合作在城市体育馆安排年度体育运动日。



变成一个健康促进机构

在工作场所进行健康促进能鼓舞员工的士气和改善技巧以及工作表现，最终改善健康。执行社区康复项目的机构应注重促进员工的健康：

- 针对员工的工作层次，对所有的员工提供改善和维持健康培训和教育；
- 创造一个安全和健康的环境，例如：无烟环境、健康饮食、安全的水质和卫生设施、合理的工时、安全的搬运方法；
- 在机构内部制定改善健康的政策和条例，例如反对：歧视、偏见和侮辱、扰乱、吸烟、吸毒和酗酒的政策；
- 鼓励员工做社区里的楷模、用健康的行为树立好的榜样。

疾病预防

引言

医疗保健中预防的重点是阻止疾病的发生（初级预防）。然而，预防也包括早期发现和治理，以阻止疾病的发展（二级预防），同时对现存的疾病进行管理以减轻其造成的后果（三级预防）。本章节主要讨论初级预防。

初级预防可能包括：初级医疗保健；出生前后的护理；营养方面的教育；针对传染性疾病的免疫接种；地方病的控制方法；在不同环境下预防意外的安全守则、包括工作场所的改造以预防职业性伤害和疾病；以及与环境污染或武装冲突有关的残疾的预防（23）。

据估计，通过良好的初级预防和健康促进，全球对疾病的负担可以减少 70%（10）。尽管如此，人们通常认为，预防（对于健康促进而言）在残疾人健康管理方面只是扮演小角色。

残疾人的医疗保健通常都着重于专科的医疗和康复，但是，正如前面所提到的，残疾人有患其他疾病的风险，同时也会有由于原发病导致并发症的风险（24）。

与健康促进一样，预防需要许多不同资源的投入。在医疗卫生部门中，初级医疗扮演着很重要的角色，由于社区康复项目与初级医疗保健的关系非常密切，因此，他们在为残疾人推广和支持预防医疗方面起着重要的作用。



补充阅读 8 印度有尊严地生活

卡马拉那嘎是印度卡纳塔克邦最贫穷的一个地区，那里的生活质量非常低，特别是残疾人。当移动印度（MI）一个非政府机构与英国合作在该地为残疾人开展社区康复项目时，他们发现社区里的许多成员根本就没有卫生设施。大部分人需要到离家很远的旷野去上厕所。对于残疾人，特别是残疾的妇女就更为难。

印度政府拨款给家庭去建厕所，而移动印度则帮助卡马拉那嘎的残疾人及其家人去建造无障碍的厕所，并利用现存的社区网络和自助小组对该项目进行协助，移动印度组织街头剧和壁画去提高人们对卫生和适当的卫生设施对健康预防方面所起的作用的认识，当人们的兴趣和积极性被调动起来时，移动印度就与他们一起合作帮助他们获得基本的卫生设施。

建一个厕所估计共需要 150 美元。当印度政府把资金拨到每个家庭时，对于大多数人来说，要凑够欠缺的资金还是有困难的，特别是对残疾人。在 MIBLOU、瑞士和当地捐赠的资助下，移动印度有能力去建 50 座高质量的厕所。并要求自助小组的成员去选择最需要厕所

的经济有困难的残疾人家庭，他们还协调建筑商与家庭之间的协作关系以确保资金用得其所。

许多残疾人不再需要爬行或行走远距离去上厕所。他们变得独立了，更重要的是，他们能够维护他们自己的尊严。同时他们因为卫生问题而导致疾病的风险大大地降低了。移动印度这个项目的成功在于，印度政府先是增加了拨款并责令当地机关立刻发放资金。当地民众和残疾人得到了好处，使得该项目逐渐地被提升到地区的水平。卡马拉那嘎很快就会成为人们在自己的房子里或在家的附件有厕所的地区。



目 标

残疾人患与其残损相关或无关的疾病的机会减少，这会影响他们的功能和心身健康。残疾人的亲属和社区的其他成员患与残疾相关的疾病和损伤的风险减少。

社区康复的任务

社区康复的任务是确保社区和相关的部门把重点放在为残疾人和非残疾人而设的预防活动上。社区康复项目为残疾人及其家属提供支持，以确保他们得到为提高他们的健康水平和预防一般疾病及其伴发疾病（并发症）的服务。

预期的结果

- 残疾人及其家人得到了预防疾病方面的健康信息和服务。
- 通过改善和维持健康的行为和生活方式，残疾人及其家人减少了患病的风险。
- 残疾人被接纳并参与到基础预防活动当中去，例如：预防接种项目、减少他们患其他额外的疾病和损伤的风险。
- 所有的社区成员都参与到初级预防活动中去，例如：预防接种项目、减低他们患致残疾病或伤害的风险。
- 社区康复项目与医疗和其他部门合作，例如：教育部门，针对为相应的健康问题而举行的活动提供支持和帮助。

关键概念

健康的危险因素

危险因素是指影响人们健康及导致损伤、不适和疾病的可能性。世界各地的人们在生活中会遇到许多的健康风险，主要的风险包括：体重过轻、不安全的性行为、高血压、吸烟、饮酒、不清洁的水源、卫生与清洁、缺铁、在室内燃烧固体燃料导致的烟雾（25）。

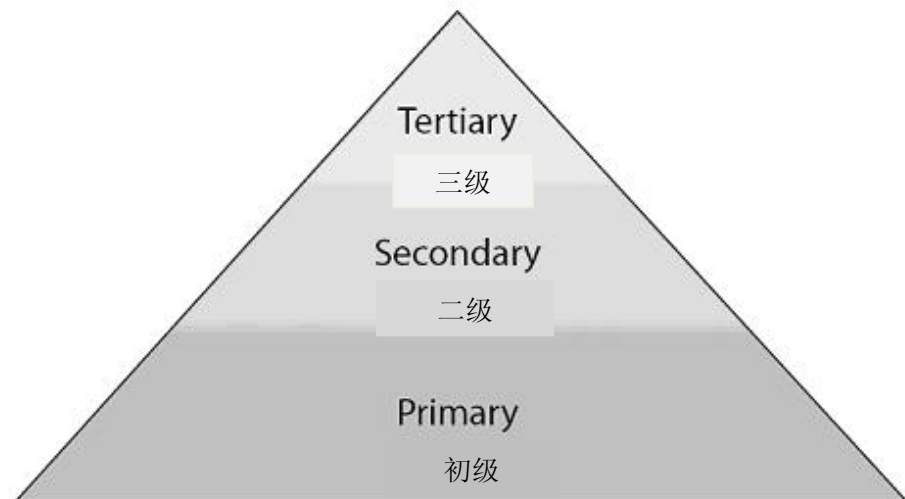
预防活动减少个体和社区的危害健康的风险。尽管有些危险因素如：家族史，是不能被人所控制的，但其他如生活方式、自然的和社会环境则是可以调整的，并有可能维持和改善健康状况。针对这些因素，医疗卫生部门可以扮演重要的角色。

三级预防

预防措施可以分成三个等级。

1. **初级预防** “预防胜于治疗”是众所周知的，其重点就是初级预防。初级预防是采取直接的措施避免疾病的发生（17）。这些措施主要针对的是人（例如：改变不健康的行为、预防接种、注意营养）和人们生活的环境（提供安全的饮用水、卫生设施、良好的生活与工作环境）。本章节的重点是强调初级预防，对于残疾人和非残疾人都同等重要。
2. **二级预防** 是对疾病的早期发现和早期治疗，目的在于治愈疾病或减少疾病的影响。例如早期发现包括用乳房 X 光片去发现乳腺癌和眼科检查发现白内障；早期治疗包括用抗生素治疗沙眼去预防失明；多种药物治疗麻风病预防疾病的进展；恰当的骨折部位固定以促进良好的愈合并预防畸形。针对残疾人与非残疾人的二级预防策略将在下面的医疗保健章节讨论。
3. **三级预防** 目的是限制或逆转已经存在的疾病或损伤的影响；包括康复服务和治疗，目的在于预防活动受限和改善独立、参与和融入的能力。三级预防的策略会在康复和辅助器具的章节中讨论。

图 1：三级预防



补充阅读 9 印度

阿妮塔站起来

阿妮塔是一个 50 岁的农村妇女，她住在印度马哈拉施特拉邦拉依加德地区的汗达里山村。有一天阿妮塔弄伤了自己的右脚，她马上觉得腿很痛，过了几天，腿变得发黑。她的儿子把她带到 15 公里以外的阿里堡医院，那里的医生建议他们到 100 公里外的孟买专科医院就诊。孟买医院的医务人员马上诊断出阿妮塔患有糖尿病，由于她的右腿已经产生坏疽，所有他们给她施行了右膝下的截肢手术。手术后，阿妮塔和家人马上就她搬回了家，因为他们支付不起在城市里的昂贵的费用。由于阿妮塔不能走路，所以要靠她的儿子背她。

村里的医务人员告诉阿妮塔和她的家人，有一个社区康复项目为失去肢体的人提供免费的医疗服务，于是阿妮塔就到了在她村子附近的健康中心里的社区康复机构，工作人员为她检查了残肢以确认伤口愈合良好，同时检查了她的左腿和脚，看是否有早期的感觉和血液循环的改变。阿妮塔学会了有关糖尿病的知识和如何通过药物、有规律的锻炼和饮食去控制疾病的进展。她同时也学到了如何保护脚以预防左腿被截肢的可能。他们还给了阿妮塔一副拐杖并教会她如何使用。

过了一段时间，有一队医疗专家访问了村里的健康中心，他们为阿妮塔适配了一个假肢和

一双好的鞋子以确保她的左脚不易受伤，给她作步态训练以确保她适当地用假肢行走。社区康复工作人员还在她家的茅草屋外搭建了平衡杠以供她练习戴假肢行走。逐渐地，阿妮塔的信心增加了，后来她能独立地戴着假肢行走并重新干起家务和农活。她继续按时服药和定期作健康检查。阿妮塔说，在社区康复项目和其他人的帮助下，她的生活品质提高了，她成功地避免了由于糖尿病而导致的其他并发症的发生。

对残疾人而言预防意味着什么？

和其他人一样，残疾人也暴露在致病的危险因素中，需要常规的预防性的医疗保健服务，例如：预防接种。但是，他们可能也需要一些有针对性和专科的介入，因为他们通常比其他人对存在社区里的致病因素更敏感。例如：在贫穷的状态下，残疾人获得安全的饮用水和卫生设施的机会更少。由于获得这些设施的机会少，会迫使他们沿用一些不卫生的习惯，使他们的健康受到威胁，他们持续处于贫穷状态而没有能力去改善他们的生计（26）。在这种情形下，就需要给残疾人提供特别的设施或改进的方法。

残疾人也有患继发性疾病的风险（例如：与他们的原发病有关的健康问题或并发症）。例如：压疮、尿路感染、关节挛缩、疼痛、肥胖、骨质疏松和抑郁症。这些继发性疾病大部分可以通过有针对性的早期介入而得到预防。例如截瘫的人可以通过良好的皮肤护理来预防压疮，并通过良好的膀胱管理来预防尿路感染。

补充阅读 10 越南 改造无障碍的家居环境

国际助残在越南的胡志明市的一所医院建立了一个脊髓损伤部门，社区康复项目的工作人员在这个部门里工作，负责随访出院的病人，目的在于预防并发症的发生并确保他们的家居环境适合轮椅使用。社区康复项目的工作人员试图去随访所有的病人，但由于人力的不足和管辖的区域大，只有 25% 的病人得到随访，而通常是最需要随访的病人却错过了。为此，医疗和社区康复项目的工作人员决定实行一个新的运作系统，把病人按优先次序排列——对高风险的病人先进行家访，而对低风险的病人则用电话随访并提供教育小册子。结果，康复医院的入院病人减少了。这种新方法被证明成本更低而且减少了社区康复项目工作人员的压力。

对于没有残疾的人预防意味着什么？

预防对于没有残疾的人来说跟残疾人一样重要。许多与残损和残疾有关的疾病是可以预防的，例如：80% 的成年人的失明是可以预防或治疗的，大约有一半的儿童失明是可以通过对疾病的早期治疗和对出生时的异常加以矫正而避免的，例如：白内障和青光眼（27）。第 53 届世界卫生大会关于残疾、包括预防、管理和康复（WHA58.23）的决议中敦促成员国要提高公众对残疾问题的重要性的认识，并协调所有部门的力量去参与残疾的预防活动。

在推广关于预防与残疾有关的疾病和残损计划或新的方案时要留意，因为社区里的残疾人会觉得这是一种威胁或攻击，他们会认为这是试图去杜绝残疾人的存在。采取预防措施以减少与残疾有关的疾病与残疾人维持和改善健康之间应该是没有矛盾的。

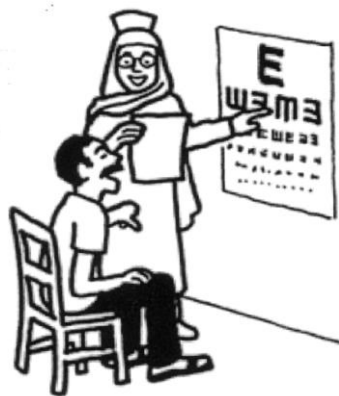
建议的活动

预防与健康促进和医疗保健是密切相关的，值得注意的是在所有三个章节中提到的建议的活动之间是有重复的，建议三个章节一起阅读。本章节主要讨论初级预防的活动；不包括暴力和艾滋病的内容，因为这些内容会在社会篇和关于社区康复与艾滋病的增补篇中提及。

促进参与现存的预防项目

社区康复项目可以收集关于正在社区里进行的预防活动和工作方面的资料，以接纳残疾人参加，以此来确保更大的覆盖面，社区康复项目能做到：

- 确保残疾人及其家属知道在他们的社区中有不同类型的预防活动；
- 确保医务人员知道残疾人的需要；
- 确保关于预防活动的资料以适当的形式出现，并可以在人们的住所附近拿到；
- 确定预防活动的地点是否无障碍，如果不是，提供实用的方法使之变成无障碍；
- 当无障碍设施有困难时，确定是否可以改变提供预防服务的地点，例如家居的环境。



补充阅读 11 肯尼亚 满足轮椅使用者的需求

在肯尼亚内罗毕的蔻罗苟科地区，有一个由非政府机构管理的健康中心，由于有几级台阶而导致轮椅不能进入，因此，肢体残疾的人不能到这里进行预防接种（例如：脑瘫的孩子）。工作人员便告诉家属到城市里的康复中心去进行接种。社区康复项目安排了一个会议与医务工作者进行讨论，他们作出了一个简单的解决方法，就是健康中心同意把残疾儿童的接种放到房子的一楼进行。

推广健康的行为和生活习惯

健康的行为如：不吸烟、少饮酒、健康的饮食、定期做运动和性行为时戴避孕套，这样能减少患病的风险。预防的项目通常用健康促进的策略去鼓励健康的行为，例如：用提高认识的活动去与社区交流预防的信息和教育个体。参考健康促进部分所建议的活动去推广良好的健康行为。

鼓励预防免疫

在每一个社区内，都应该有为高危人群而设的具体疾病的预防接种项目，例如：为婴幼儿而设的小儿麻痹、白喉、破伤风和麻疹的和为孕妇而设的破伤风预防接种，社区康复项目能够做到：

- 积极参与到向社区的所有成员包括残疾人在内推广预防免疫而进行的提高认识活动中；
- 与初级医疗保健服务的工作人员联系，教育他们关于预防免疫对残疾人的重要性，特别是残疾儿童，尽管他们有现存的残损；
- 与初级医疗保健服务合作以确保残疾人及其家人在他们的社区能得到预防接种服务；
- 确保人们从社区康复项目中得到支持和帮助，接受预防免疫服务，例如：残疾儿童、他们的兄弟姐妹、残疾儿童的怀孕的母亲；
- 为没有接受所建议的预防免疫服务的人们提供有关安全和信誉良好的服务的地点的有关资料，有必要时帮助他们去接受这些服务；
- 与初级医疗保健服务合作，为不能获得预防接种的人们进行安排上的调整，例如：不能上学的残疾孩子。

补充阅读 12 马来西亚

挽救幼小的生命

马来西亚的国家社区康复项目与初级医疗保健服务的合作非常密切，以确保残疾人能获得由初级医疗保健的工作人员提供的服务，包括为年轻母亲的和为儿童而设的麻疹预防免疫。

确保适当的营养

营养不良（缺乏营养）通常是由于没有足够的食物和不良的饮食习惯所致，是常见的致病原因。确保在社区里得到食物和营养是许多部门的责任，而社区康复项目需要从中进行协调。建议社区康复项目应参与下列医疗等活动：

- 确保从事社区康复项目的工作人员能识别个体（残疾和非残疾人）的营养缺乏征象并转介绍给医务人员进行适当的检查和治疗；
- 鼓励食用在当地可以得到的富含铁质和维生素的食物，例如：菠菜、莴苣叶子、整粒的谷物、木瓜等低价、营养丰富的营养食品，鼓励人们多吃；
- 确保残疾儿童有足够和适当的食物吃——残疾儿童通常会被忽略、特别是有喂养问题的孩子；
- 找出有进食困难的人，例如有咀嚼和吞咽问题的脑瘫孩子，如有可能的话，把他们转介绍给言语治疗师；
- 为家人提供一些简单的建议去帮助残疾人进食和饮水，例如适当的体位使得进食更安全和容易；
- 寻找在社区里营养讲座并确保残疾人能够参与，例如：残疾儿童被主动地接纳到活动中并监测其生长和提供微量元素和补充食物；
- 提倡母乳喂养和鼓励怀孕的妇女作怀孕期的护理，以补充铁质和叶酸（参看下面的章节，促进母亲和孩子获得医疗保健服务）。



补充阅读 13 印度

从营养中获得力量

杉基维尼卓斯特在印度的班加罗尔从事妇女儿童的工作已经超过十年。其中一个主要的任务是针对儿童营养不良的问题，特别是五岁以下的孩子。许多来自贫穷家庭的儿童营养不良发生在从母乳向半固体到固体食物过渡的时期。因为没有合适的食物，该机构向所有营养不良的孩子每月提供一次营养补充食品——富含能量和蛋白的粉末。受过培训的志愿者负责准备这种补充食品，并送给确诊为营养不良的儿童。教会母亲如何利用当地可以得到的谷物和蔬菜去制作廉价的营养餐。该机构还和其他机构合作，通过提供营养补充食品的同时，为残疾儿童提供康复服务。对于有特殊需求的儿童，例如有喂食问题的儿童，经过持续的营养补充食品的使用已经取得了明显的效果。

阿芬琳是个九岁的脑瘫孩子，她与父母和两个姐妹住在班加罗尔的利亚斯纳嘎斯朗姆。她的父母在当地的工厂工作，每天赚取 70 个卢比的工钱。在阿芬琳六岁的时候，她们全家搬到了班加罗尔。阿芬琳出生时由于并发症而导致脑瘫。因为只是用液体食物喂养而导致她营养不良和卧床、发育不良和频繁的腹泻和抽搐。鉴于阿芬琳的情况，社区康复项目的工作人员没有能力给她任何形式的治疗，因此，他们给她提供了为期一年的营养补充食品，阿芬琳的健康状况逐渐地得到改善并且有了力气。阿芬琳现在到了咨询辅助站接受治疗 and 刺激训练；她的家人对她的进步感到十分的高兴，她的母亲能够给她吃其他的食物了。

促进母婴保健服务的获得

孕期护理、有技巧的产期和产后护理能减少母亲和婴儿患有可能导致残疾的疾病和/或残

损的风险，社区康复项目应该做到：

- 寻找在社区里现有的孕产期保健服务，例如：孕期护理；
- 为所有的妇女提供关于孕产期健康保健服务的信息并鼓励她们去接受服务；
- 当残疾妇女接受孕产期保健服务时要给予额外的帮助可能会有困难，例如，选择医疗卫生系统中在有歧视出现的地方进行宣传教育；
- 在妇女及其家属有具体的或与目前或将来怀孕相关的问题时，推荐她们去作基因方面的咨询，例如：当一对夫妇有一个残疾孩子之后，他们可能会问他们的下一个孩子是否会遗传到同一种疾病/残损；
- 给医疗保健服务提供一些关于残疾妇女怀孕的问题方面的建议，例如：提供一些关于适当的交流方法的建议，如何使得医院/产房无障碍化；
- 寻找社区里是否有为传统的接生服务所提供的培训项目，并确保这些项目包含有关于残疾和残损的早期诊断方面的信息；
- 鼓励家人在出生时就到当地的有关部门对残疾儿童进行登记。

补充阅读 14 蒙古

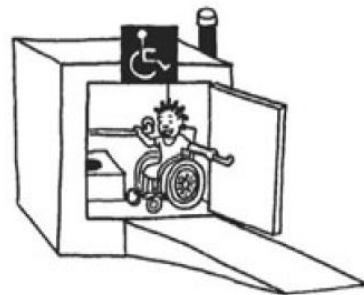
减轻怀孕的压力

在蒙古西北地区的一些村庄，许多妇女患有髋关节脱位。当这些妇女怀孕时，他们发现这种附加的重量使得她们的髋关节承受了额外的压力、加重了痛楚和残疾。国家社区康复项目与这些妇女一起合作，建议采取计划性的怀孕中期和在怀孕的后期作适当的休息。

提倡清洁的用水和卫生设施

水和卫生设施对改善健康的生活和减少残疾起到一定的作用。通过以下的措施，社区康复项目能帮助以确保残疾人的需求得到考虑：

- 与残疾人及其家属谈论关于他们用水和卫生设施时所遇到的困难，例如：残疾人可能因为住得离水源太远而不能获得水、因地形太凹凸不平或从井里取水的方法对他们来说太难了；
- 让当地的政府部门和供水及卫生设施管理部门关注残疾人所面临的困难，并与残疾人及其家人一起合作，提供解决问题的建议和办法；
- 游说并与当地政府部门合作去改造现有的设施和/或建造新的设施，例如：安装加高的座厕和扶手，为不能使用蹲厕的人提供支撑；
- 鼓励社区的成员在有需要时给残疾人提供帮助，例如：鼓励邻居在取水时与残疾人一对一配对作伴。



帮助预防受伤

许多残疾是由于在家里、工作或社区里的意外损伤所导致的。通常残疾的成人和孩子都是易受损伤的高风险人群。社区康复项目可以通过以下的措施，在预防他们在社区里受伤方面发挥重要的作用：

- 找出在家里和社区受伤的主要原因（例如：烧伤、溺水、交通事故）和确定哪些人群的风险最高（例如：儿童）；
- 让社区认识常见的受伤原因以及预防方法；这可能包括健康促进运动（参看健康促进章节）；
- 与当地政府和社区团体合作采取相关的行动去减少在家庭和社区受伤的发生，例如，在大的节假日预防受伤；
- 向家庭提供如何在家里预防损伤的建议，例如：在水边和明火旁要看管好孩子；把有毒的物品锁好并远离儿童；让孩子远离阳台、房顶的边缘和楼梯，不让孩子玩尖锐的物品；
- 教育雇主和工人如何在工作场所预防损伤，例如：在建筑工地要穿戴适当的安全设备（鞋子、头盔、手套、耳塞）；
- 为学童提供关于道路安全的教育，例如：如何安全地过马路、在乘车时要系好安全带、

在骑自行车和摩托车时要戴头盔。

帮助预防并发症

所有年龄段的残疾人都有患并发症的风险，社区康复项目能通过推广初级预防的策略去减少残疾人并发症的危险。建议社区康复项目应该：

- 确保残疾人及其家人认识和具备与他们的残疾有关联的常见并发症的知识，例如：脊髓损伤或脊柱裂的患者（和他们的家属）应该留意他们患尿路感染的风险很高；
- 协助残疾人及其家人去寻找预防并发症的策略，例如：改善生活方式和进行锻炼和注意营养的健康行为、定期做健康检查、保持好的清洁卫生和参加自助小组；
- 确保所提供残疾人的辅助器具不会增加患并发症的风险，例如：义肢合身，不会引起皮肤发红而导致压疮。

医疗保健

引言

医疗保健服务可以定义为疾病或残损的诊断、检查和治疗。医疗保健服务能够：提供治愈（例如：麻风病和疟疾的治疗）、减少影响（例如：癫痫的治疗）和预防避免残损（例如：治疗糖尿病以预防失明）。当有需要时能获得同样的医疗保健服务，这是保持好的健康和功能的关键（30），特别是健康水平较差的残疾人。

在前言中我们提到《残疾人权利公约》的第 25 条，要求国家部门为残疾人提供相关的医疗保健服务，包括：向残疾人提供与公众同样范围、质量和标准的免费或收费的医疗保健服务；提供与残疾人特别是由于残疾所导致的需求相吻合的服务，包括早期发现和早期适当的治疗，而且服务应该尽可能地靠近人们所居住的社区（2）。

《残疾人机会均等标准规则》（23）为成员国列出了医疗保健和重点的医疗保健作为平等参与到所有的生活活动中的一个前提的系列责任。

根据公约和标准规则的指引，社区康复项目的工作人员能在社区中开展工作去确保残疾人能够得到包容的、适当的和及时的医疗保健服务。



补充阅读 15 坦桑尼亚 阿德南的大变化

艾琳和莫哈默德住在坦桑尼亚共和国。当阿德南出生时，他们都非常高兴因为他们已经有了一个六岁的女儿，等了很长时间才有了另一个孩子。当阿德南约两个月大时，他们发现他的头反而变小了。艾琳和莫哈默德把阿德南带到当地的医院就诊，在做完 X 光检查后，医生告诉艾琳和莫哈默德不用担心。但随着阿德南长大，他明显的不能完成简单的活动或听从简单的指令，他的行为变得越来越有挑战性，而且不时地出现抽搐。艾琳解释说：“他从来不说话或发出什么声音，所以我从来没想到他能理解什么东西，并没有真正地跟他说过话，有什么意义呢？但他的行为却越来越差”。

阿德南四岁才开始走路，有一天他在街上玩耍的时候，一个路人认出阿德南患有智力障碍，并告诉艾琳和莫哈默德关于当地的一个叫坦桑尼亚综合社区康复的非政府机构运作的社区康复项目，阿德南的父母与该项目取得联系并要求帮助和建议。洁顿妈妈，一名社区康

复项目的工作人员，开始定期到他们家造访，提供教育和训练。她还帮助这个家庭去获得针对抽搐的医疗服务。结果，阿德南现在定期地吃药控制癫痫。

艾琳说：“在加入到这个项目之前，阿德南自己什么都不能做，他自己不能吃饭或穿衣，也不能洗手，他不是个安分快乐的孩子。他每天就是到处逛并经常走失。我不知道能为他做什么。训练真的很有效，特别是他们的指导。现在我整天跟他说话而且他能理解我所说的。他能去取水、自己吃饭和洗脸。我教他从取水的地方回家很多次，常指给他看要认住的地方，所以，现在他迷路了也会自己回家了。他定时服用抗癫痫的药，而且没有发作，他跟以前大不一样了”。



目 标

残疾人能获得基于他们的个体需要的医疗保健服务，包括普通和专科的服务。

社区康复的任务

社区康复的任务是与残疾人、家属和医疗服务部门一起合作，确保残疾人能得到疾病和残损诊断、预防、限制和治疗的服务。

预期的结果

- 社区康复项目的工作人员具备关于医疗保健服务的知识并能够帮助转介残疾人及其家人在普通和专科医疗保健服务方面的需求。
- 残疾人及其家人参加早期发现疾病和残损而举办的活动（筛查和诊断服务）。
- 医疗保健服务设施容纳并改善了对残疾人的服务。
- 残疾人能获得外科服务以减轻或纠正他们的残损，从而改善健康和功能状况。
- 残疾人及其家人发展自我管理技巧，他们能通过提问、讨论对治疗的意见、在知情的情况下对他们疾病的医疗保健和管理做决定。
- 医务人员增加了对残疾人在医疗保健方面的需要的认识，认识到他们的权利和尊严并提供高质量的服务。

关键概念

医疗保健的类型

许多低收入国家的医疗系统有三个层次的医疗保健：初级、二级和三级。它们通常是通过一个转介系统而相互联系。例如：初级医疗保健的工作人员在有需要时把病人转介到二级医疗保健，同时，每个层次间有些重叠，例如：初级医疗保健也可能在二级医疗服务场所提供服务。重要的是社区康复工作人员明白不同层次的区别，并能帮助残疾人及其家属去获得这些服务。

初级医疗保健是指在社区水平的的基本医疗保健，通常是由健康中心或诊所提供，而且通常是医疗系统与病人接触的第一人。在基本水平所提供的医疗服务包括疾病急性期的简短的治疗（例如：感染）和对慢性病的常规治疗（例如：麻风病、癫痫、结核病、糖尿病）。因此，在社区水平的社区康复项目的工作人员要与初级医疗保健服务紧密合作（14）。

二级医疗保健是指更专业化的医疗服务，通常是由区一级的大的诊所或医院提供的。通过转介机制，初级医疗保健与二级医疗服务建立重要的联系。

三级医疗保健是高度专业化的医疗服务，由专业化的护士和相关的医疗专业人员所提供，并涉及到使用专业化的技术的服务。通常是由坐落在一个国家的重要城市或地区水平的大医院提供。三级医疗服务可能包括脑外科、癌症治疗和骨科手术。

对残疾人的医疗保健

医务人员通常会把残疾人转介到康复服务机构去接受普通的医疗服务，而不是把他们留在初级医疗保健设施中进行治疗。原因是他们缺乏这方面的认识。其实就像大部分人一样，残疾人在他们的一生中可能会患上一般的疾病，他们需要医疗服务，特别是初级医疗保健服务。例如：需要治疗呼吸道感染、流感、高血压病、中耳炎、糖尿病、结核病或疟疾方面的医疗服务。

医务人员在早期发现能导致残损的疾病方面扮演重要的角色。重要的是所有的疾病要在早期得到发现和治疗（二级预防）。在残疾人身上，有些疾病如果不治疗或不加以控制，会导致新的残损或加重已有的残损。早期的治疗创伤性小、成本低并且效果更好。

许多残疾人也会有暂时或终身的特殊医疗服务的需求，例如患有癫痫的病人或有精神问题的病人可能需要一段长时间服用药物。有些残疾人可能也需要手术治疗他们的残损。

补充阅读 16

癫痫

癫痫（羊癫疯）是一种通常会导致残疾的慢性的神经疾病，特别是在发展中的地区。癫痫的患者和他们的家人通常会被侮辱和歧视。关于癫痫及其适当的治疗有许多错误的观念和谬误。近期在高收入和低收入国家的研究表明，有 70% 新近确诊的癫痫儿童和成人可以通过服用抗癫痫药而得到成功的治疗（例如：他们的癫痫发作得到完全控制）。经过 2-5 年的成功治疗后，有 70% 的儿童和 60% 的成人可以减药而没有复发。但，约有 3/4 的生活在低收入国家的癫痫患者得不到他们所需的治疗（31）。

手术治疗

手术治疗是医疗保健的一部分，通常是由医疗保健系统的二或三级机构提供。某些种类的手术能纠正残损或预防、限制畸形和并发症，而这些可能与残损是有关的。手术的例子包括，取出导致视力受损的白内障的晶体；针对骨折或脊柱畸形的骨科手术；唇腭裂、烧伤或麻风病的重建修补手术。

在进行手术之前有很多事情要考虑，家人对手术的了解和知识可能有限，因此应该适当地告诉他们手术的好处和结果。手术费用往往是昂贵的，并且没有社会的保障或医疗保险。对于贫困的人来讲要得到手术会有困难。手术效果的成功有赖于在手术后的综合性的随访、患者可能需要进一步的医疗服务、康复治疗 and 辅助器具。因此，需要临床医疗与康复专业之间紧密合作。重要的是要记住只靠手术本身并不能解决与残损和残疾相关的所有问题。

补充阅读 17 肯尼亚

寻找可能性

帕特里克来自肯尼亚的琪恩尤犹地区，他生于 1987 并患有先天性的马蹄内翻足。她的妹

妹萨拉也患有先天性马蹄内翻足。帕特里克说他在 17 岁以前都是处于残疾状态，当时他听到收音机广播，邀请残疾的孩子到坎温依城去接受治疗。“这么多年来，我的同伴总是疏远我，当听到收音机的广播时我的心情是复杂的，我不敢肯定我的脚是否能治好。但最终我还是到了坎温依的延伸服务中心，我发现那里有很多其他的残疾孩子，我从不知道其他人会和我有着相似的经历。经过了两次手术后，我的脚得到了矫正，尤其是我可以穿上普通的鞋子让我很高兴，这就像做梦一样。我每天的步行变得容易多了。我的妹妹现在十四岁，她也做了手术。现在重要的是让所有的社区都知道，为残疾孩子而设的医疗和康复服务是可以得到的并且是有可能的。在我们那里的人并没有留意这些服务，萨拉和我打算尽我们的最大努力去让我们的家人、朋友和社区去知道这些服务。我们，与其他的残疾人一起，是社会的一部分，并且想投入到正常的教堂、学校和其他群体的活动中去。自从我与妹妹开始行动以来，现在许多人相信其他的残疾孩子能重拾他们失去的希望”。

自我管理

自我管理（通常也称自我照顾或自我照顾管理）并不是说不需要医疗方面的介入而去管理自己的健康。自我管理是指人们去控制他们自己的健康——他们在知情的情况下作医疗保健方面的选择和决定，并在执行改善和维持他们的健康的计划方面扮演主动的角色。这要求个体与医务人员之间有良好的关系以确保达到好的健康结果。人们通过下列措施管理自己的健康：

- 与医务人员定期和有效的沟通；
- 参与决策和计划过程；
- 索取、获得和理解健康资讯；
- 遵循与医务人员一起制定的治疗方案；
- 执行受医务人员认可的适当的自我管理活动。

自我管理对于有终身残疾的人来说十分重要，例如：截瘫或糖尿病这类情况。医务工作者可能会忽略了残疾人及其家人在自我管理方面所起的作用。同样地，个体可能缺乏去确保对自己健康的更多技巧。自我管理小组为残疾人提供了一个良好的机会，通过与别人分享知识和技巧去学习自我管理。通常可学到的有价值的资讯包括：可获得的医疗资源、如何有效地与医疗卫生系统商谈和怎样管理目前存在的疾病。

补充阅读 18 圣萨尔瓦多

增加数量

意大利的 Amici di Raoul Follereau 协会(AIFO/意大利)联合世界卫生组织和残疾人国际的残疾和康复团队，在几个国家进行一项研究：关于人们是否应该学习自我管理的技巧和在改善他们自己的医疗保健方面扮演一个更主动的角色。如果他们把有相似医疗保健需要的残疾人组成一个小组，进行试验性的研究项目并探究以下的活动：寻找有相似医疗保健需求的残疾人并组成小组；找出主要的医疗保健需求；与医疗卫生专业人员合作，针对找出的医疗保健需求提供自我管理方面的知识和技巧；评估残疾人和/或家属的自我管理和医疗保健质量是否有改善；并决定由残疾人认可的知识和技巧是否在医疗卫生系统中能扮演一定的角色。

AIFO/意大利与唐包思高大学和圣萨尔瓦多的一所康复机构合作，对 30 名来自圣萨尔瓦多地区和唐纳卡提帕奎村的脊髓损伤患者和家属进行了研究。组成了 4 个自助小组并定期举行聚会。这些小组的成员找出了他们的医疗保健需求包括：尿、膀胱和肾脏的问题；压疮；关节僵硬；性和为人父母相关的问题。参与项目的医疗卫生专业人员针对这些问题给他们提供自我管理方面的技巧训练。一段时间后，参与项目的自助小组的成员和医疗卫生专业人员开始改变他们的想法，他们认识到适当的支持和培训，能使脊髓损伤患者管理他们的健康并且生活质量得到改善。他们同时也认识到医疗卫生专业人员需要去超越他们传统的医疗保健角色，并帮助和提倡自我管理/照顾——一个分享责任的概念。自助小组的成员进一步创建了他们自己的协会，叫做 ALMES (Asociación de Personas con Lesión Medular de El Salvador)。

建议的活动

社区康复项目可以通过举行下列的活动来推动残疾人得到医疗保健服务。

收集关于医疗服务的资讯

关于可获得的医疗卫生系统中的初级、二级和三级医疗服务方面的知识对于帮助残疾人及其家人去获得医疗保健服务和支持是必不可少的。社区康复项目能够：

- 找出当地、地区和国家级的现有的医疗保健服务，分清服务的提供者是政府、私营和非政府机构，包括相关的传统医疗服务提供者；
- 主动与服务提供者取得联系并收集关于医疗保健服务的类型、可获得性、价格、服务时间和转介机制等方面的信息；
- 编写一个服务指南，确保社区康复项目的工作人员、个体和社区能得到所有的这些信息—确保服务指南有当地语言的版本，并且是无障碍的形式，而且在提供医疗保健服务的场所可以取得。

帮助早期发现

社区康复项目能够：

- 与初级医疗保健的工作人员合作，建立与残疾相关的残损和疾病的早期发现机制；
- 落实筛查活动，目的在于早期发现传染和非传染的疾病。例如：结核病、麻风病、丝虫病、盘尾丝虫病、糖尿病、癌症；
- 向残疾人及其家人提供关于筛查活动的时间、地点方面的信息并确保他们能参加；
- 确保有遗传病或基因家族史的家庭成员（例如：肌肉萎缩症），被转介到适当的医疗机构做检查和咨询；
- 留意并发症，例如：压疮与某些具体的残疾有关联，当与这些残疾人在一起时，检查是否有这些情况；
- 找出社区里有手术治疗可能性的残疾人。



补充阅读 19 印度 联合力量提供服务

在印度的门迪亚地区，社区康复项目是由国家麻风项目与两个非政府机构一起运作的。他们举办提高认识的活动，提供关于麻风病的早期症状和体征的信息，鼓励有可疑征象的人到距离最近的初级医疗服务站就诊。确诊为麻风病的患者要接受 6-12 个月的治疗，由初级医疗保健服务免费提供。如果患者没有去接受治疗，初级医疗服务就会要求社区康复项目去随访这些个体。

确保获得早期治疗

社区康复项目可以提倡并鼓励残疾人、家人和初级医疗保健工作人员之间的合作去提高各层次的医疗服务的可获得性。建议举行下列的活动：

- 与医务人员一起检查，确保残疾人参加了筛查活动并在有需要时提供随访医疗服务；
- 与医务人员一起检查，确保需要二级和三级医疗服务的残疾人得到转介；

- 倡导，例如懂手语的社区康复人员可以在医疗设施中陪伴聋人，确保他们能表达他们的需求和理解别人提供的信息，并支持他们去获得适当的治疗；
- 提高人们对妨碍获得医疗服务因素的认识，与他人合作减少或消除这些障碍，针对某些障碍可能需要创造一些机制，例如：与医疗服务相关的成本；
- 找出为残疾人所提供的服务中的欠缺，和他人一起（例如：残疾人、家属、医务工作者、政策制定者）寻求解决的方法。



补充阅读 20 伯利兹 建立在成功的基础上

马蹄内翻足或先天性的足部畸形是与生俱来的，在低收入国家通常会导致残疾。伯利兹残疾人康复和教育社区机构（CARE-伯利兹）认识到这是伯利兹儿童的重要问题。在与国际儿童医院和卫生部的合作下，伯利兹残疾人康复和教育社区机构开发了确保马蹄内翻足儿童早期发现和治疗的计划。

当地的医生、治疗师和康复领域的官员接受潘赛提疗法的培训，一种在非常早期用轻柔的手法、一系列的石膏托和支具去纠正马蹄内翻足的非手术的方法。透过社区康复项目的工作人员，伯利兹残疾人康复和教育社区机构在非常早期就发现患儿并转介到医疗机构去进行马蹄内翻足的矫治。虽然这原本是一个由当地非政府机构发起的项目，但是她的成功引出了一个国家级的马蹄内翻足项目的开展。

协助获得手术治疗

有些残疾人可能需要手术治疗，当与随访服务和康复相结合时，手术能矫治残损、防止恶化和改善功能。社区康复项目可以：

- 寻找有什么外科手术可以提供给残疾人，特别是是否存在有资助的手术；
- 在做手术之前，检查以确保残疾人及其家人了解了手术可能的风险和好处方面的资料，而且留意手术的费用和所需时间；
- 手术后，检查以确保患者得到来自手术和护理团队以及康复专业人员（例如：物理治疗师、作业治疗师、义肢矫形师）的适当的随访跟进，以获得最好的手术效果—社区康复项目能帮助去确保从临床服务到康复服务的顺利过渡。

推广慢性病的自我管理

社区康复项目能协助残疾人及其家人了解自己在医疗服务方面的权利并学习使他们有能力管理自己的慢性病的技巧。建议社区康复项目做到：

- 直接与残疾人接触以鼓励他们通过寻求适当的医疗服务和选择健康的生活方式来对自己的健康负责，并确保他们能够理解和遵循医疗方面的建议；
- 编写或改编现有的为残疾人提供疾病的资料/读物，使它们适合残疾人及其家属，例如：简单的语言，有简单的图表或插图并翻译成当地的语言；
- 组建残疾人自助小组使他们能够通过相互分享知识和技巧学会自我管理—他们能学到关于有什么可获得的医疗服务、怎样与医疗保健系统有效地高谈以及如何管理自己的疾病方面的有价值的信息。

补充阅读 21 尼加拉瓜

参与产生改变

在尼加拉瓜有慢性病人的“俱乐部”，例如：高血压或糖尿病。这些俱乐部或互助小组，与医疗保健系统一起努力，使得人们能管理自己的健康，并预防疾病和残损的进一步发展。在聚会中，人们谈论他们自己的问题、学习如何对自己的疾病进行监测和发掘诸如建立健康生活方式这一类的解决方法。俱乐部的管理委员会举办筹款活动去帮助人们解决药物和检验的费用问题，医疗系统通常并不免费提供这些服务。社区康复项目与这些互助小组合作以确保残疾人被接纳进去。



与医疗服务的提供者建立良好关系

医务人员往往对残疾和残疾人如何最好地获得医疗保健服务方面的知识不足，通过与这些服务机构接触，并与他们的员工建立良好关系，社区康复项目能建立起一个网络，以协助残疾人的转介和获得综合的医疗保健服务。社区康复项目能够：

- 在医务人员中提高他们对残疾人及其家属在健康方面需求的认识；
- 在残疾人个体和小组、家庭成员（相关的成员）和医务人员之间组织互动式的交流，一起讨论与残疾有关的主要问题，例如：获得服务的问题和分享经历；
- 鼓励医务人员与残疾人及其家属一起制定治疗计划；
- 邀请医疗服务机构为社区康复的工作人员提供教育和培训，使他们能够协助早期发现疾病、转介到合适的服务机构和在社区中提供随访服务；
- 与其他社区健康项目联合起来，确保残疾人能受惠于这些项目。

补充阅读 22 印度尼西亚

提高认识

在印度尼西亚的苏拉威西岛有一个社区康复项目，他们有一支包括村医疗卫生工作者、小学教师和社区志愿者在内的多部门的团队，他们当中许多是残疾人或家里有残疾的成员。医疗卫生系统各层次的员工定期为社区康复项目的团队提供培训，这些培训课程为网络的建立、残疾人对医疗保健服务的需求的推广、社区康复以及医疗保健服务的角色的推广提供了很好的机会。

康 复

引 言

正如前言中提到的，康复服务的获得对残疾人达到他们最高的可达到的健康水平是必不可缺少的。在《残疾人权利公约》的第 26 条中，号召“采取有效和适当的措施，包括通过残疾人相互支持，使残疾人能够实现和保持最大程度的自立，充分发挥和维持体能、智能、社会和职业能力，充分融入和参与生活的各个方面。……” (2)。

《残疾人机会均等标准规则》指出，康复的方法包括提供和(或)恢复功能、补偿功能缺失或补偿功能限制的各种措施 (23)。康复可以用于人生的任何阶段，但典型地用在有限的时间段，并涉及单一或多种的治疗。康复的范畴可以从基本的诸如由社区康复工作人员和家属提供的治疗，到更专业化的，由治疗师提供的治疗。

成功的康复服务要求所有包括医疗卫生、教育、就业和社会福利部门的参与。本章节着重讨论改善医疗卫生部门职能的方法。重要的是要知道，与医疗卫生相关的康复服务和辅助器具的供应不一定要由卫生部去管理 (参看下述的“康复服务”)。



补充阅读 23 肯尼亚 锻造公共-私营机构的关系

肯尼亚肢体残疾协会已经为肯尼亚提供了 50 年的综合康复服务，有超过 500000 的残疾人得到了服务。在其合作伙伴的协助下，肯尼亚肢体残疾协会建立了九个主要分支机构、280 个延伸服务中心和许多的社区康复项目组成的一个国家康复网络；提供的服务包括康复治疗、辅助器具和支持性外科手术。

肯尼亚肢体残疾协会的一个成功的伙伴是医疗服务部 (前身是卫生部)。在过去的 30 年，肯尼亚肢体残疾协会与该部门紧密合作，确保尽量多的人能获得高质量的康复服务。九个分支机构中的六个设立在政府和医疗服务部的医院中，有超过 50 名医务人员，大部分是治疗师和技术人员在这些分支机构中工作，医疗服务部为大部分的医务人员提供薪酬而肯尼亚肢体残疾协会则提供项目的运作费用。

1992 年肯尼亚肢体残疾协会在蒙巴萨岛的分支机构建立了首个社区康复项目。自 2000 年，他们把这些项目扩展到了内罗毕的较大的贫民窟，目的是为了向那里最弱势的残疾人提供服务。社区康复提供家庭为本的康复服务，而且作为转介到肯尼亚肢体残疾协会的延伸服务中心和分支的一个重要连接点。在 CBM 和 Kindernoethilfe 的财政支持下，肯尼亚肢体残疾协会雇佣了 32 名社区康复项目工作人员在这些项目里工作，同时政府资助几个治疗站点。

肯尼亚肢体残疾协会是一个公共-私营合作的成功典范，示范了机构康复与社区康复如何一起合作，为生活在城市和乡村的残疾人提供康复服务。在2008年，约有52000个肯尼亚人从肯尼亚肢体残疾协会中得到了康复服务。



目 标

残疾人获得有助于整体健康、融入和参与的康复服务。

社区康复的任务

社区康复项目的任务就是在社区的水平推广、支持和实施康复活动，并协助转介到更专业化的康复服务。

预期的结果

- 残疾人得到了分别的评估，并一起制定他们将要获得的康复服务的计划。
- 残疾人及其家属理解康复的目的和作用，并得到有关医疗卫生部门里获得的服务的准确信息。
- 残疾人被转介到专业化的康复服务并且得到随访，以确保所得到的服务符合他们的需求。
- 基本的康复服务在社区可以获得。
- 社区康复项目的工作人员、残疾人及其家属能在社区开展的康复活动的资料中获得支持。
- 社区康复项目的工作人员获得适当的培训、教育和支持，使他们能够开展康复活动。

关键概念

康复

康复是涉及人们因许多疾病所导致的残疾，因此，《残疾人权利公约》制定了“适应训练”和“康复”这两个概念。适应训练的目的是协助先天残疾或在儿童早期获得的残疾，而且在功能缺如的情况下没有机会去学习如何到达功能的患者。康复的目的是协助那些由于疾病或损伤导致功能丧失，并需要重新学习如何执行日常活动以重新获取最大功能的患者。适应训练是新的术语，在低收入国家不常用，因此，在本指南中用“康复”这一术语去涵盖适应训练和康复。

康复治疗

在医疗卫生部门可以进行很多的康复治疗，例如：

- 对一个患脑瘫的女孩来说，康复可能包括：游戏活动去帮助她的运动、感觉和言语的发育，制定锻炼计划去预防她肌肉僵硬和畸形的发生，并且提供一辆轮椅和特殊的坐垫使她有良好的体位去完成功能活动。
- 对于一个既聋又盲的男孩来说，康复可能包括与他的父母合作，确保他们给孩子提供刺激活动去帮助发育，功能性的行走训练使他能适应家里和社区的环境，并教他适当的触摸和手势这类沟通方法。
- 康复对于一个智障的少女来说可能包括：教会她个人的清洁卫生活动，如月经的处理，针对行为方面的问题与家人一起制定策略，并且提供接触社会的机会以促进安全的社区环境和参与。
- 康复对于一名患有抑郁症的年轻男性来说，可能包括：针对抑郁问题的一对一的咨询，针对压力和焦虑的放松技巧的训练，和参加互助小组以增强与社会的接触和建立支持网络。
- 康复对于一个中风的中年妇女来说可能包括：增强下肢活动的练习、步态训练、教她穿衣、洗澡和独立进食的功能训练，提供拐杖以弥补平衡的缺陷，帮助言语恢复的练习。
- 康复对于一个因患糖尿病而导致新近双下肢膝下截肢的老伯伯来说可能包括：增强肌力的练习，提供义肢和/或轮椅，教会他行走和转移技巧和日常生活技巧的功能训练。

康复服务

康复服务是由政府、私人或非政府机构提供的。在许多国家，这些服务由卫生部主管。但在有些国家，康复服务由其他部门去管理，例如：在越南是由劳工部、战争伤残和社会福利部主管，印度、加纳和埃塞俄比亚是由社会福利部管理。而在其他一些国家，康复服务可能是由政府和非政府机构之间联合管理，例如伊朗、肯尼亚和中国。

服务由多种专业人员提供，包括：医疗专业（例如：护士、康复医师）、治疗专业（例如：作业治疗师、物理治疗师、言语治疗师）、技师（例如：义肢矫形师）和康复工作人员（例如：康复助理员、社区康复工作者）。康复服务可由许多机构提供，包括：医院、诊所、专科的中心、社区设施和家庭；在什么阶段开始康复治疗（例如：意外/损伤后的急性期）和需要什么类型的康复治疗，通常还要决定什么样的机构比较合适。

在低收入的国家特别是在农村地区，康复服务的范围和可获得性往往有限。有些国家可能只是在大城市有一个康复中心，或者只有在医院或大的诊所才有治疗师。因此，诸如社区康复这样的社区为基础的策略，在为残疾人及其家属提供康复服务和联系方面就必不可少。

以社区为基础的服务

原本，社区康复意思是指利用当地社区的资源，着重为居住在低收入国家的人们提供康复。如今，社区康复概念包含了一个更广的发展策略，在社区的水平提供康复服务，为社区康复项目划定了一个现实和必须的范围。

专科的康复中心所提供的康复服务对许多人来说，特别是住在农村地区的人是不必要和不适用的，而且许多的康复活动是可以在社区开展的。世界卫生组织的手册《在社区训练残疾人》是利用当地的资源在社区举行康复活动的指南（32）。

即使在接受了专科的康复中心的康复服务后也可能还需要社区康复服务。一个患者在回到家后，他/她可能在家里和社区使用新的技巧和知识方面需要持续的支持和帮助。社区康复项目能通过家访病人来提供支持，并在必要时鼓励他们继续康复活动。

在社区设立了康复服务后，必须与提供专业化的康复服务的转介中心保持紧密的联系。随着时间的推移，许多残疾人的需求是会改变的，从长远来讲他们可能需要阶段性的支持。成功的康复有赖于残疾人、康复专业人员和社区为本的工作人员之间的紧密合作。



补充阅读 24 中国

李阿姨的独立历程

李阿姨，一个中年的寡妇，与她年迈的母亲和三个孩子住在中国的青海省。在受伤前，她是整个家庭的支柱。2003年的10月，她在修理房子的时候摔了下来，导致脊柱骨折，双下肢无力和感觉缺失。从医院出院回家后，她从早到晚都躺在床上，她的双腿很快就肿起来了，并且完全需要她的孩子照顾她在床上翻身、洗澡、换衣服和上厕所。李阿姨很快就对自己失去了信心并几次试图自杀，所幸的是她没有成功。

一个来自当地社区康复项目的村康复主管来探访她，并为她提供家庭康复服务。李阿姨学会了利用残存的功能，使用新的方法去完成日常的生活活动。她了解了关于她的残疾方面的信息，并学会了怎样预防压疮和尿路感染。她的家人和朋友学会了如何制作简易的助行架让她练习站立和行走。他们还为她制作了一个简易的便盆去解决她上厕所的问题。县级的康复中心为她提供了拐杖和一辆轮椅。经过一段时间的练习，李阿姨能用拐杖独立站立和行走了，并用轮椅作长距离的代步。

逐渐地，李阿姨建立了自信心，很快她就能管理自己的日常活动了，包括为家里人做饭，这是她真正能乐在其中的活动。李阿姨还开了一个磨坊，为她提供了一定的收入来源，加上县里的民政部门给她发放的小额生活补贴，使她能重新照顾家庭并对将来有了信心。

康复计划

康复计划必须以个人为中心，目标为导向和可以实现的。当制定一个计划时，需要考虑到个人的意愿、年龄、性别、社会经济状态和家庭环境。通常情况下，康复是一个漫长的历程，要作长远的打算，并有短期的目标。当康复计划的制定不够现实，珍贵的资源有可能被浪费。

许多康复计划的失败是因为没有征询残疾人的意见；重要的是确保计划是在他们的意见和选择的影响下制定的，同时要考虑他们的生活现实，特别是贫困的问题。例如，要求住在农村地区的家境贫穷的人，反复到城里接受物理治疗的计划很可能是失败的。康复人员必须制定适当的康复计划，尽量在患者家的附近进行康复，包括农村地区。

随着时间的推移，康复的需求是会改变的，特别是在一些转折点，例如：当孩子开始上学时、一个年轻人开始要上班、或一个从康复中心出院回到她/他所住的社区时。在这些转折点，要对康复计划作些必要的调整，以确保活动的适当性和相关性。

建议的活动

确定需求

在制定康复计划和开始行动前，重要的是社区康复工作人员对个体和他/她的家人进行评估以确定需求和优先次序。评估是一项重要的技巧，因此，社区康复工作人员应该在事前接受培训和指导以确保他们具备这方面的技能。为了确定个人的需求，下面的问题可能有所帮助。

- 他们能和不能做什么活动？
- 他们想能够做什么？
- 他们现在有什么问题？这些问题是怎样和何时开始的？
- 什么方面受累了？例如：身体、感觉、思维、交流、行为？
- 有什么次要的问题正在发生？
- 他们的家和社区的情形是怎样的？
- 他们用什么方法去应对他们的残疾？

通过查阅以往的医疗记录、对个体的观察、对个体进行一项基本的身体测试和与个体、家属和相关的医务人员进行讨论，能获得准确的资料。重要的是保存好初次评估和后来评估的记录，就可以顺时间对个体的进步进行监测。许多社区康复项目制作了评估表和进度记录，使得他们的员工更容易地执行。

协助转介和提供随访

如果经过基本的评估，社区康复工作人员找出了一个对专科康复服务的需求，例如：物理治疗、作业治疗、听力语言治疗，他们就能启动转介机制去帮助残疾人去获得这些服务。建议进行以下的活动。

- 找出在医疗保健系统中能获得的所有层次的康复转介服务。
- 向残疾人及其家属提供有关的转介服务信息，包括地点、可能达到的效果和费用。
- 鼓励残疾人及其家属去表达关于转介服务方面的关注和提问。如果需要，帮助他们寻找额外的资讯。与社区里有相似问题并从相同或相似的服务中获益的人取得联系。
- 确保残疾人及其家属在转介之前提供了知情同意书。
- 一旦确定转介，要与服务机构和个体保持定期的联系，确保作了预约并且应约。
- 找出什么对获得服务有帮助（例如：财政、交通、倡导），如何提供这些帮助，例如：如果需要，社区康复工作人员就陪伴病人去赴约。
- 在预约后提供随访，确定是否需要持续的支持，例如：可能需要在家里继续康复活动。

专业化的康复服务通常都位于大城市的中心，这给住在农村/边远地区的人带来不便。必须要考虑到大城市相关的费用问题，包括交通、食物、住宿和误工费；许多服务是要自己支付的。社区康复项目应该注意费用方面的约束，并确保大范围的资金筹集包括：政府和/或非政府组织、银行贷款和社区的支持。

补充阅读 25 伊朗 服务无论远近

伊朗的社区康复项目鼓励村庄里的医疗工作者和社区康复工作人员去及早地发现残疾人并转介他们到社区里的初级医疗保健服务。转介之后，一支流动的康复队就到残疾人的家里提供家庭康复服务。如果需要专业化的治疗，就转介到一个三级的医疗中心，往往是位于省会或首都。在接受完专业化中心的康复后，残疾人就会被转介回到原来的初级医疗保健服务机构，如有必要的话，初级医疗保健会与社区康复项目一道去确保康复活动能得到持续。当有需要时，流动康复队会进行随访，以监测进展并提供进一步的协助。

促进康复活动

社区康复项目能协助在家里和/或社区里进行的康复治疗服务，并能为许多种类的残损病人提供协助，使他们能在他们的家里和社区维持并达到最大的功能。

为儿童的发育提供早期的治疗活动

每一个孩子都经历一个使自己去掌握生活中的重要技巧的学习过程。孩子发育的重要领域包括：身体的发育、言语和语言的发育、认知的发育和社交与情绪的发育。

当孩子不能赶上相应的年龄组的重要发育里程碑时，就是发育迟缓。提供早期干预，尽早地发现处于发育迟缓风险或已经有迟缓的儿童，并提供有针对性的康复治疗以预防或改善发育迟缓。

残疾的出现，例如脑瘫、失明或耳聋，可以引起发育迟缓并妨碍孩子参与其他孩子玩耍和上学这一类平常的活动的的能力。社区康复人员能提供早期的治疗活动，通常是在家里进行，以鼓励为发育提供简单而快乐的学习机会。社区康复人员还可以鼓励家长聚会，分享想法和经验并协助进行小组游戏，这样，他们的孩子就学会与其他孩子玩耍，学习新的技巧并改善所有领域的发育。

补充阅读 26 埃及 为家庭带来欢乐

在埃及亚历山大港的社区康复项目，有几个每周都在城中不同地方聚会的俱乐部，包括在当地的一座体育馆和一座清真寺。家长们带着他们的残疾孩子来参加有社区康复项目和社区里的志愿者组织的活动。那里有许多对孩子来说很有趣的活动，例如唱歌和跳舞比赛，家长们也有机会与他人去谈论和分享他们的经验，同时参加培训班。

鼓励功能独立

功能性治疗的目的在于改善个体在日常生活中的技巧，例如：行走、交流、洗澡、上厕所、穿衣、进食、饮水、烹饪、家务。治疗根据个人的年龄、性别、和所处的环境而定，并且随着时间的推移，随个体生活的阶段改变而改变。社区康复人员能够提供：

- 训练残疾人及其家属用不同的方法去做活动；
- 教育家人在功能活动方面如何用最好的方法给予残疾人协助，以增强他们的独立性；
- 训练如何使用辅助器具，例如：助行器使活动变得更容易；
- 针对残损，教会和指导特殊技术的应用，例如：肌肉无力、平衡不良和肌肉僵硬，这些会影响一个人的活动；可能需要增强肌力、牵伸和锻炼计划。

补充阅读 27 圭亚那 学习用不同的角度看待生活

薛莉住在圭亚那的一个村庄，她是个盲人，正因为如此，她的母亲不让她独自离开房子，怕她会弄伤自己。当社区康复志愿者拜访薛莉时，他们告诉她的母亲有可能教会薛莉独自在户外行走。但薛莉的母亲很难说服。那位志愿者就邀请宝丽琳，一位社区康复项目的地区协调员去拜访薛莉。因为宝丽琳自己也是盲人，这位志愿者认为，宝丽琳对于薛莉和她母亲来说是个好说客和好榜样。薛莉的母亲终于同意了，并为薛莉制定了一个促进更好的功能性独立的康复计划。薛莉进步很快，现在她能够在社区里用一根白色的盲杖自行走了。她现在变成了当地社区康复委员会的积极分子和残疾人组织的成员。

促进环境的改造

环境的改造对于改善一个残疾人的功能性独立来说可能是必要的。社区康复工作人员可以从一个个体的水平去进行环境改造（在家里），例如：为轮椅而设的斜坡、楼梯上的扶手、厕所的改造和增宽门道。也可以在社区的水平去改造，例如：学校环境的改造、公共建筑和工作场所的改造（参看辅助器具部分）。



补充阅读 28 越南 一位祖母找到了自己的路

一位住在越南太平的村庄里的老祖母患有糖尿病和低视力。她经常需要上厕所，特别是在晚上，但厕所位于院子里，她不得不叫醒家人

陪她上厕所。一名当地社区康复的志愿者建议家人为老祖母从房间到厕所系上一条绳子，这样在晚上沿着绳子去上厕所而不需要叫醒家人了。一个简单的环境改造就确保了祖母的独立。



建立自助小组之间的联系

社区康复项目提倡有相似残损或相似康复需求的人组成自助小组，一起分享资讯、想法和经验。社区康复项目可以鼓励这些小组和康复专业人员之间的互动，以增进相互理解与合作。

补充阅读 29 印度

认识来自医院的支持

一个位于印度大孟买的社区康复项目经常邀请康复机构的职员为自己的员工做老师。该项目发现许多有残疾人的家庭害怕因为耳、鼻喉咙或眼科的问题被转介到医院去。于是，他们就安排一小组的残疾人及其家属去参观转介医院，并解释这些医院是如何运作的，人们如何获得不同的服务。一些来自医院的专业人员被邀请到社区参加有该项目组织的文化活动，让社区认识到他们所给予的支持。许多专科医院同意给予该项目转介来的病人在收费上的优惠。

编写和发放资料

有关残疾的小册子和手册是有用的康复训练资料。这些资源可以被社区康复人员、残疾人及其家属用于指导他们的康复训练，特别是在康复专业人员有限的地方。这些资源也可以为更广泛的社区、不同的服务机构和与康复活动有关的部门提供有价值的资讯。建议开展下列的社区康复活动。

- 寻找现有的资料。这些资料可以通过政府部门、联合国机构、残疾人组织或国家和国际非政府组织等渠道去获得，而且很多可以通过互联网来获得，例如：《在社区培训残疾人手册》(32) 和《乡村残疾儿童》(33)。
- 改编资料以符合当地的要求，特别要留意文化的差异。
- 把现有的资料翻译成国家和/或当地的语言。
- 当现有的资源不能获得时，可以用简单的语言编写以适合当地的需求。
- 把资料发放给所有的社区康复项目的工作人员，并带着资料去对残疾人进行康复方面的探访。
- 设立为残疾人、家属和其他社区成员而设的资料的发放点，位置可以设在当地部门的办公室、社区卫生中心或具体的残疾人中心。

补充阅读 30 越南

把资料翻译成越南语

一个越南的社区康复项目把现有的出版物，包括世界卫生组织的社区康复手册，翻译成越南语供当地使用。另外，他们还就残疾人和他们的照顾者所关注的具体的话题编写了自己的资料。他们总是给医务工作者提供两套的资料，一套给他们阅读，一套给他们所探访的对象。

提供培训

社区康复人员需要接受培训，以确保他们有能力去协助他人获得康复服务和在社区的水平提供适当的服务。许多组织都开发了适合的培训项目。社区康复项目的工作人员要对康复人员的角色有一个好的了解，例如：物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、听力治疗师、转移训练员、义肢矫形师、临床和辅助医疗的工作人员，以及他们是如何为不同残损的人提供服务的。社区康复也可以为康复人员提供教育，以提高他们对社区康复项目作用的认识，以及这个项目是如何能够帮助他们改善他们的服务的（参看管理部分）。

辅助器具

引言

辅助器具是为帮助个体执行特殊任务而设计、制作或适配的外置器具。许多残疾人依靠辅助器具能进行日常活动，并积极地和有成效地参与社区生活。

《残疾人权利公约》的第4、20 和26 条要求各国促进获得适用的器具和助行器，并提供相关的无障碍信息（2）。《残疾人机会均等标准规则》也号召各国支持辅助器具和设备的开发、生产、销售和服务，以及有关知识的传播(23)。

在许多低收入和中等收入的国家，辅助器具和辅助技术需求者中仅有5-15%的人能获得（34）。在这些国家，生产低下且质量经常有限，受过培训的人员很少且成本过高。

对许多残疾人来说，获得辅助器具是必要的，而且是发展战略的重要部分。没有辅助器具，残疾人决不可能受到教育或工作，以致贫困将继续循环下去。辅助器具的好处也已越来越多地被老年人认可，作为促进健康和预防的策略。



补充阅读 31 尼泊尔 重新能工作

CBRB（伯拉特纳咖社区康复）是非政府组织，从1990年起就一直工作在尼泊尔东区。最近他们工作在伯拉特纳咖自治县莫润区的41个村庄，为超过3000名残疾儿童及成人提供了康复服务。

在1997年，**CBRB**开始建立了一个小型的矫形车间从事辅助器具的少量修理，当时许多残疾人不得不到首都或邻国印度去修理。一段时间后，**CBRB**建立了一个设备完善的矫形车间。在与国际助残**HI**（尼泊尔分会）一起工作后，他们开展了辅助器具的制造、供应和修理等综合服务。许多当地人（有残疾和无残疾的女人和男人们）在尼泊尔和印度培训成为技师后，加入到现有的**CBRB** 协作组。目前**CBRB** 给生活在东尼泊尔16 个区的残疾人提供质量好的矫形器（如双脚规式踝足矫形器、支具、夹板），假肢（如假腿和假手）和移动器具（如拐杖、三轮车、轮椅）。社区康复的人员、治疗师和车间技师协同工作来提高残疾人的生活质量。

该矫形车间的受益者之一是成得思瓦，在他受伤致左腿截肢前一直是一位努力工作的人力车夫。由于截肢使他不能再作为人力车夫工作而失去收入，而且他用尽了积蓄来支付他的医疗。幸运的是成得思瓦被工作在他村庄的CBRB 协作组认可，为他安装了小腿假肢和提供康复来确保他能用假肢很好地行走，而且学会了如何重新蹬他的人力车。现在成得思瓦已经回到伯拉特他的人力车，并过上了有意义的生活。

看到了受益者如成得思瓦，伯拉特纳咖社区康复主席说：“我们从事社区康复已经许多年了，但自从我们开始提供质量好的辅助器具后，我们才变得更有效，我们的信任度提高了，现在我们在社区里已经被极大地认可了”。



目 标

使残疾人得到适用的且质量好的辅助器具，并使他们能够参与家庭生活和工作以及社区活动。

社区康复的任务

社区康复的任务是要和残疾人及他们家庭一起工作来确定他们对辅助器具的需求，促进他们能得到辅助器具并确保需要时能维护、修理和更换。

预期的结果

- 社区康复工作者要具备辅助器具方面的知识，包括有用的类型、功能以及适合于不同的残疾，基本的构造，在社区里的有效性以及转介到能提供特殊器具的机构等。
- 残疾人及他们的家庭对辅助器具也要有一定知识，以便对得到和使用辅助器具能做出明智的决定。
- 残疾人及他们的家庭要得到培训、教育及后续工作，以确保他们对其辅助器具的使用和适当地护理。
- 当地人，包括残疾人及他们的家庭，要能制作一些基本的辅助器具，并承担简单的修理和维护。
- 减少获得辅助器具的一些障碍，如不适当的信息、财政的限制，以及集中提供服务。
- 环境因素要应对，以使得个人在所有需要帮助的场所都能使用他们的辅助器具。

关键概念

普通型辅助器具

辅助器具是从简单的、低技术的器具（如手杖、和适配的杯子）到复杂的高技术器具（如专门的电脑软件/硬件或机动轮椅车），所以要考虑不同种类的各式各样辅助器具是有帮助的。

移动器具

移动器具是帮助人们行走或移动，可以包括：

- 轮椅
- 三轮车
- 拐杖
- 手杖
- 助行架

移动器具可以有专门的特色以适应用户的需求。例如，一位脑瘫患者可以要求一台能支撑躯干和头部的轮椅，以确保他（她）能维持良好坐姿。世界卫生组织《资源有限地区轮椅服务指南》（35）对那些涉及到轮椅设计、生产和销售的人员都是有用的参考。

姿势保持器具

肢体损伤者经常难以保持良好的卧姿、站姿或坐姿来进行功能性活动，而且由于不合适的姿势会使畸形越发危险。以下器具能有助于克服一些这类困难：

- 楔形垫
- 椅子，如角椅、特制座位
- 站立架

假肢、矫形器和矫形鞋

这些通常都是定做的器具，用于代替、支撑或矫正身体部位。它们是由受过训练的假肢/矫形器专业人士在专门车间或中心里进行设计、制作和装配，包括：

- 假肢，如假腿或假手
- 矫形器，如脊柱支具、手或腿夹板、以及双脚规式踝足矫形器
- 矫形鞋

日常生活器具

这些器具能使残疾人完成日常生活的活动（如进食、洗浴、穿衣、如厕、料理家务）。有许多这类器具的例子，包括：

- 适配的餐具和杯子
- 淋浴椅和淋浴凳
- 坐便器座和支撑架
- 洗脸台
- 穿衣杆

助视器具

低视力或盲对人们从事重要生活活动的能力有很大的影响。一系列的器具（从简单到复杂）都能用于最大化的参与和自立，包括：

- 大字书本
- 放大镜
- 眼镜
- 盲杖
- 用于阅读和写作的盲文系统
- 音频器具，如收音机、听书机、手机
- 电脑屏幕阅读，如JAWS 是一种读屏软件

助听器具

丧失听觉会影响一个人与他人的沟通和交往；并影响多方面的发展，如言语和语言，还会限制教育和就业机会，以致引起社会歧视和孤立。这类器具包括：

- 助听器
- 听电视的耳机
- 电话扩音机
- TTY/TTD（远程交流器具）
- 提供警示的可视系统，如声光门铃

补充阅读 32 巴布亚新几内亚

班级的尖子

安娜是一位母亲，住在巴布亚新几内亚的东赛皮克省。她的女儿科瑞斯出生时就是聋儿。安娜通过一位曾在残疾人青少年服务社（全国性的非政府组织）受过培训的社区康复工作者得知有一所聋儿的幼儿学校后，非常果断地送她的女儿去上学。在上学之前，青少年服务社为安娜提供了助听器和耳模取型，在助听器制备调试好以后，又送她到莫尔兹比港（巴布亚新几内亚首都）的一位听觉病矫治专家那里。科瑞斯开始上学并也开始学手语。借助辅助器具的帮助和她的老师支持下，科瑞斯很快就成为了她班上的尖子学生之一。

沟通器具

增强与替代沟通的器具能够帮助理解困难和发音困难的个人。所以要为他们提供帮助发音（增强的）或代偿发音（替代的）的器具，包括：

- 带图片、符号或字母文字的沟通板
- 请求卡片
- 电子发声器具
- 带专门设备和程序的电脑

认知器具

认知是理解和处理信息的能力。它涉及到大脑的智力，如记忆、计划和解决问题。脑外伤、智力损伤、痴呆和精神病等可以影响个人认知能力。以下器具能帮助个人记忆重要的任务/事件，管理他们的时间以及为活动作准备：

- 记事本
- 日记簿
- 日历本
- 计划表
- 电子器具，如手机、寻呼机、个人备忘记事本

辅助器具的选择

适用技术

许多类型的技术不适合于农村/边远地区和低收入国家。然而，“适用技术”是要考虑影响社区和个人的环境、文化、社会和经济因素而设计的。适用技术满足人们的需求；它采用当地的技能、工具和材料，而且是简单的、有效的、付得起的和能为用户接受的。辅助器具应当是仔细地设计、生产和选择以确保它们能满足这些准则。



补充阅读 33 印度

穿同样的鞋

印度安得拉邦的阿西西麻风病和社区康复计划，政府为那些足部丧失感觉且有足溃疡风险的麻风病人提供了黑微孔橡胶制作的凉鞋。但明显的是，许多得到这些凉鞋的人并不穿它们。在与他们交谈以后才发现，穿凉鞋后使他们感受到社会的耻辱，因为只有麻风病人才穿这种鞋，导致黑凉鞋在社区里成为了容易辨认的标志。为此，该计划决定采用

当地市场上可得到的凉鞋，经必要的改制来适合麻风病人的需要。人们就开始穿这种鞋了，因为他们的凉鞋与社区其他人穿的凉鞋之间只有少量可见的差别。

评估

辅助器具需要仔细地选择，而且经常是特制和适配的，以确保它们能满足个人的需求。选择和设计不好会导致许多问题，如沮丧、不舒适，以致发展为二次伤害。例如，在一些国家习惯于大规模地分发捐赠的或二手的轮椅。这在有益的同时，也潜伏着会对用户引起伤害，例如对脊髓损伤者提供没有座垫的轮椅可以引起潜在危及生命的压疮（见预防部分）。

综合评估十分必要，可确保辅助器具能满足个人在他们的家里、学校、工作以及社区环境里的需求。综合评估包括病历、考察目前功能、个人目标、现有辅助器具的评价，以及身体检查。进行评估的途径应当是有可能涉及到的各种学科及有关人员，如残疾人、家庭成员、治疗师、技师、教师和社区康复的职员都参加。

辅助器具的使用

无障碍环境

许多人使用他们的辅助器具是在不同的地方，因此确保所有的环境都无障碍是重要的，才能为他们实现最大的功能和独立性。例如，一位使用轮椅的年轻女士必须能坐轮椅出入她的住宅，且能在她的家里自由移动，并无障碍地出入重点区域（如卫生间），还能在她的社区里移动，以及无障碍地进入她的工作场所。

对物质环境要作相应的适配/修改，包括在有台阶的地方要修建坡道，加宽狭窄门道，重新摆放家俱以增加移动空间。考虑环境的其它方面也是重要的，如态度和支持系统，它也影响个人使用器具的能力。例如，一位年轻的男孩使用沟通板来代替说话，则在家里和学校都需要用他的沟通板，所以重要的是家庭成员，学校老师和朋友们都持积极的、欢迎的态度，并能和他一起用这个器具。

当考虑修改环境的时候，特别是在社区里，考虑“通用设计”（36）是有帮助的。通用设计意味着设计的产品、环境、方案和服务可用于所有人（2）包括残疾人。

补充阅读 34 越南 社区建桥

在越南赛宾区的一个村庄，社区康复志愿者发动社区成员来改善当地的桥，使得轮椅使用者及其他人士都能舒适地过桥。

建议的活动

培训社区康复人员

社区康复人员要接受辅助器具的培训，以确保他们能提供正确的信息、转介和教育。培训可以是专门的，或是康复课程的一部分。社区康复工作者需要的知识有：

- 普通型辅助器具；
- 辅助器具的目的和功能
- 哪些基本器具在社区里能准备，如拐杖；
- 哪里可以得到专门的器具，如假肢和助听器；
- 介绍到能获得专门器具的机构；
- 要为那些买不起器具的人提供有用的筹资选择

实际操作训练也是基本的，特别是对工作在乡村/边远地区的社区康复工作者来说，以确保他们能制作一些基本的辅助器具，并在直接与需要器具的个人工作时发挥技能和信心。例如，社区康复工作者可以需要：

- 给家庭演示如何建造一个有固定带的木头椅子，使平衡能力差的儿童能坐得垂直；
- 给家庭演示如何建造平行杠，以便在家里能练习行走；
- 给家庭演示如何为中风恢复者制作简单的手杖以帮助他/她行走；
- 教不能说话或手的活动不协调的脑瘫儿童如何借助她/他的眼睛来使用图片沟通板；
- 为盲人使用盲杖提供指导。

补充阅读 35 印度尼西亚

为需要的地方提供信息

印度尼西亚南苏拉威西岛的社区康复计划准备了一份辅助器具资源清单，列出了在省内能供应和修理器具的主要服务供应商。这份资源清单是分发给所有社区康复职员，以确保生活在乡村的残疾人总是能够得到正确的信息。

建立个人及家庭的能力

社区康复人员需要接近残疾人及其家庭成员工作，以确保他们：

- 知道不同类型的辅助器具，以及这些辅助器具如何能帮助个人实现自立和参与；
- 涉及到决策，对见过和试用过辅助器具的人们，当他们有机会提供选择和设计辅助器具的时候，能帮助他们作出明智的决定；
- 能正确和安全地使用他们的辅助器具，并能进行修理和维护以确保长期使用；
- 对转介服务中遇到的任何困难能给予反馈，以便能作调整和考虑不同的选择。

本健康篇强调了这个事实，即自助小组能使人们分享有价值的信息、技能和经验。特别是当有些人难以得到康复人员帮助时，自助小组就更加是有益。自助小组能支持个人调整新得到的辅助器具，教育他们有关照料及维护辅助器具，以及能提供有关自己照料的建议，如预防二次并发症及如何达到最佳功能。

培训当地的工匠

期望生活在乡村的人们到专门的中心去修理他们的器具是不现实的，所以许多人当遇到问题的时候就停止使用他们的器具。但是，当地的工匠经过培训后，对矫形器、假肢和轮椅等辅助器具也能作一些小的修理，如更换固定带、螺钉或铆钉等来修理矫形器。社区康复计划要识别当地的工匠，并促进与技师合作来进行这类培训。

一些辅助器具如手杖、拐杖、助行架、站立架和基本的坐姿装置也能够由当地的工匠来生产，因为这些器具是简单的，且可用当地得到的材料来制作。社区康复计划要识别当地有兴趣生产它们的工匠，并促进培训。



补充阅读 36 蒙古

学习如何制作辅助器具

2000 年蒙古国立社区康复计划为工作在乌兰巴托国立矫形实验室的职员组织了一个培训课程，教他们如何用当地的材料和适用技术来制作简单的夹板、坐姿器具及移动器具。现在，社区康复计划在蒙古的一个新省开始了，两名当地的工匠被确认并在国立矫形实验室接受培训。

促进获得辅助器具

辅助器具的获得，由于不适当的信息、贫困、距离和集中提供服务而受到了限制。社区康复人员需要接近残疾人及其家庭来工作，以促进获得辅助器具，方法如下：

- 识别现存的服务供应商（当地的、地区的和全国的）谁生产和（或）供应各式各样的辅助器具（基本的和特制的）；
- 对每一个服务供应商要编撰详细的信息，包括转介机制、成本和过程，例如行政程序、评估程序、要求测量和适配的访问数量，以及生产时间；
- 确保这个信息是以适用的格式可以获得，且能与残疾人及其家庭沟通；
- 为付不起辅助器具费用的人辨别资金的选择，社区康复计划能够促进得到现行政府或非政府的方案，以及能筹集他们自己的资金和（或）对有捐款资源的个别社区维权。
- 帮助人们完成有关的行政程序，以使他们能得到残疾证，这在许多国家将能使他们得到免费器具；
- 与转介中心、地方当局及其它组织合作来讨论分散提供服务的途径，如流动服务车；
- 为小组人群提供从乡村/边远地区到转介中心的交通，以确保在这些中心能优先安排；
- 为居住在乡村/边远地区的人们提供上门或以社区为基础的修理服务，例如为需要修理他们器具的人们建立流动服务或在社区里的定期集合点。

补充阅读 37 黎巴嫩

评估辅助器具

黎巴嫩国立残疾人组织为轮椅和其它辅助器具如拐杖、助行器、坐便椅、矫形鞋以及专门的坐姿系统开办了一个生产单位。他们还在国内创建了 5 个车间来销售、修理和维护，以促使易于得到这些器具。该生产单位和修理车间雇佣残疾人。该残疾人组织还为辅助器具获得了一笔充足的国家预算。现在社区康复计划能把需要辅助器具的人士推荐给这些中心来评估辅助器具。

建立小规模的车间

当转介服务不行或有障碍的时候，如费用和距离不可能克服，社区康复计划应考虑建立和（或）支持一个小车间来满足当地需求。一些简单的器具可以由当地培训过的人员来生产。世界卫生组织的《在社区训练残疾人手册》（32）和《乡村残疾儿童》（33）都提供了在社区用当地资源来制作辅助器具的有关信息。

补充阅读 38 几内亚-比绍共和国

寻找当地的解决办法

在几内亚-比绍的库慕让医院有一个小车间来制作矫形器，并有两位残疾人经过培训成为矫形技师后在那里工作。找到适用的材料经常是一个问题，而且进口的材料又非常昂贵，因此这两位技师试图从其它车间找到就地解决的设计。例如，他们已开始为足下垂人士制作皮革

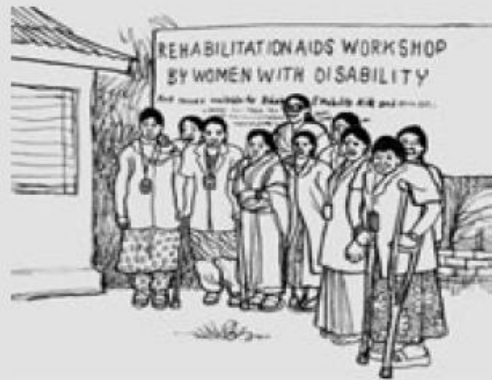
和塑料的足托板。

残疾人接受培训后也能制作辅助器具。这能产生收入并导致他们认识到已成为社区的积极贡献者，并发展了社交网络以致最终得到授权。

补充阅读 39 印度

开展小型业务工作

印度班加罗尔几个社区康复计划确认了一个由 10 位年轻残疾妇女组成的小组，所有这些妇女都面对着不利条件和歧视，因为她们都是穷人、文盲、女性和残疾——她们都曾经被认为是她们家庭和社区的累赘。在 1998 年这 10 位妇女接受培训成为了矫形技师，并从一个社区康复计划里得到一笔贷款来开办一个商业车间。这些妇女自从开展她们的业务“残疾妇女康复器械车间”以来，生活改变了。这个车间从第二年就开始有利润，到第四年末她们还清了全部贷款。她们还通过成为几个主要生产辅助器具和卫生保健产品公司的代理，以及与该市主要私人医院建立联系来逐渐扩展她们的业务。现在这些妇女有了好的收入和好的生活质量，并且被看作是对她们社区的积极贡献者。她们都已婚，是她们家庭的财源，对许多残疾人来说，她们是行为榜样。



网络及合作者

在有些国家建立能提供各种各样辅助器具的服务是不切实际的。这可能是由于政府有不同的优先政策、有限的资源、或人口稀少。但是许多辅助器具在邻国是可以得到，在那里它们可能是廉价的，而且比从高收入国家进口还容易获得。社区康复计划需要确定哪些资源在邻国可以得到，而且这些国家有可能合作。此外，社区康复计划还需要与那些经常活跃在辅助器具生产和供应方面的国际间和全国性非政府组织发展强有力的联系，才能可持续的提供服务。

应对环境里的障碍

在家里、学校、工作或社区环境里经常存在着障碍，使人们难以使用他们的辅助器具。社区康复人员需要有关于这些障碍的实践知识，以便使他们能与个人、家庭成员、社区和当地官员一起工作来识别和应对障碍。

参考文献：

1. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, 2006 (www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 30 May 2010).
2. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/, accessed 30 March 2010).
3. Becker H. Measuring health among people with disabilities. *Community Health*, 2005, 29(1S):70S-77S.

4. *The right to health* (Fact Sheet No. 31). Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights/World Health Organization, 2008 (www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf, accessed 30 May 2010).
5. *Disability, poverty and development*. London, Department for International Development, 2000 (www.dfid.gov.uk/Documents/publications/disabilitypovertydevelopment.pdf, accessed 30 May 2010).
6. *Access to basic services for the poor: The importance of good governance* (Asia Pacific MDG Study Series). Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific/UNDP/ADB, 2007 (www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/access-to-basic-services.asp, accessed 30 May 2010).
7. *From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities*. Geneva, United Nations – DESA/OHCHR/IPU, 2007 (www.ohchr.org/Documents/Publications/training14en.pdf, accessed 30 May 2010).
8. *The determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/hia/evidence/doh/en/, accessed 30 May 2010).
9. *Health systems*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/topics/health_systems/en/, accessed 30 May 2010).
10. *World health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008 (www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, accessed 30 May 2010).
11. *Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 30 May 2010).
12. Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *Journal of Lifestyle Medicine*, 2008, 2(5):409–420.
13. *International Norms & Standards Related to Disability, Section V – Rights of special groups with disabilities*. New York, United Nations, 2003–2004 (www.un.org/esa/socdev/enable/discom500.htm, accessed 30 May 2010).
14. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint position paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 30 May 2010).
15. *Understanding community-based rehabilitation*. Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2009 (www.unescap.org/esid/psis/disability/decade/publications/cbr.asp, accessed 30 May 2010).
16. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1986 (www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 30 May 2010).
17. *Health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998 (www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf, accessed 30 May 2010).
18. *Regional framework for health promotion 2002–2005*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002 (www.wpro.who.int/publications/pub_9290810328.htm, accessed 30 May 2010).
19. Harrison T. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Family Community Health*, 2005, 29(1S):12S–19S.
20. *The Surgeon General's call to action to improve the health and wellness of people with disabilities*.

- Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2005 (www.surgeongeneral.gov/library/disabilities/calltoaction/index.html, accessed 30 May 2010).
21. Smith RD. Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. *Health Promotion International*, 2000, 15(1):79–86 (<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/15/1/79>, accessed 30 May 2010).
 22. Hubley J. *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*, 2nd ed. Oxford, Macmillan Education, 2004.
 23. *The Standard Rules for the Equalization of Opportunities of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 1993 (www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm, accessed 30 May 2010).
 24. Patrick DL. Rethinking prevention for people with disabilities Part 1: a conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):257–260.
 25. *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (www.who.int/whr/2002/en/, accessed 30 May 2010).
 26. Jones H, Reed B. *Water and sanitation for people with disabilities and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility*. Loughborough, Water Engineering and Development Centre, 2005.
 27. *Visual impairment and blindness* (Fact Sheet No. 282). Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html, accessed 30 May 2010).
 28. *Disability, including prevention, management and rehabilitation* (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 (www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf, accessed 30 May 2010).
 29. Albrecht GL et al., eds. *Encyclopedia of disability*, Vol. 2. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2006.
 30. Drum CD et al. Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. *Californian Journal of Health Promotion*, 2005, 3(3):29–42 (www.csuchico.edu/cjhp/3/3/29-42-drum.pdf, accessed 30 May 2010).
 31. *Epilepsy fact sheet*. Geneva, World Health Organization, 2009 (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html, accessed 30 May 2010).
 32. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html, accessed 30 May 2010).
 33. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010).
 34. *Assistive devices/technologies*. Geneva, World Health Organization, 2010 (www.who.int/disabilities/technology/en/, accessed 30 May 2010).
 35. *Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less resourced settings*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20\(EN%20for%20the%20web\).pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/technology/English%20Wheelchair%20Guidelines%20(EN%20for%20the%20web).pdf), accessed 30 May 2010).

推荐读物:

1. *A health handbook for women with disabilities*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2007 (www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).
2. *Guideline for the prevention of deformities in polio*. Geneva, World Health Organization, 1990 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).
3. Hartley S (ed.). *CBR as part of community development: a poverty reduction strategy*. London, University College London Centre for International Child Health, 2006.

4. Hartley S, Okune J (eds.). *CBR: inclusive policy development and implementation*. Norwich, University of East Anglia, 2008.
5. Heinicke-Motsch K, Sygall S (eds.). *Building an inclusive development community: a manual on including people with disabilities in international development programmes*. Eugene, OR, Mobility International, 2003.
6. *Helping children who are blind*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2000
(www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).
7. *Helping children who are deaf*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2004
(www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).
8. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, World Health Organization/ World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008
(www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf, accessed 30 May 2010).
9. *Let's communicate: a handbook for people working with children with communication difficulties*. Geneva, World Health Organization, 1997 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).
10. *Promoting independence following a spinal cord injury: a manual for mid-level rehabilitation workers*. Geneva, World Health Organization, 1996 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).
11. *Promoting independence following a stroke: a guide for therapists and professionals working in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1999 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).
12. *Promoting the development of infants and young children with spina bifida and hydrocephalus: a guide for mid-level rehabilitation workers*. Geneva, World Health Organization, 1996
(www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).
13. *Promoting the development of young children with cerebral palsy: a guide for mid-level rehabilitation workers*. Geneva, World Health Organization, 1993 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).
14. *Rehabilitation for persons with traumatic brain injuries*. Geneva, World Health Organization, 2004
(www.who.int/disabilities/publications/care/en/, accessed 30 May 2010).
15. *Where there is no doctor*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1992
(www.hesperian.org/publications_download.php, accessed 30 May 2010).
16. *The relationship between prosthetics and orthotics services and community based rehabilitation (CBR): a joint ISPO/WHO statement*. Geneva, WHO/International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO), 2003
(www.who.int/disabilities/technology/po_services_cbr.pdf, accessed 30 May 2010).

社区康复结构图



ISBN 978-988-9 8878-3-4



9 789889 887834

WHO 康复培训与研究合作中心

同济医院 同济医学院 华科大

武汉解放大道 1095 号

430030

T-F: 86-27-8364 8310