



# 社区康复指南

以社区为基础的康复

(导论篇)



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](mailto: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](mailto: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](http://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 Goerdt, 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 3 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》

---

## 导论篇

# 《社区康复指南》 导论篇

## 目录

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 序 .....                  | 1  |
| 致谢 .....                 | 2  |
| 关于社区康复指南 .....           | 8  |
| 导论 .....                 | 11 |
| 管理 .....                 | 24 |
| 引言 .....                 | 24 |
| 第一阶段：情况分析 .....          | 28 |
| 第二阶段：计划与设计 .....         | 34 |
| 第三阶段：实施与监督 .....         | 38 |
| 第四阶段：评估 .....            | 42 |
| 附录：社区康复项目管理结构的四个范例 ..... | 48 |

# 原序

社区康复（CBR）是世界卫生组织于 1978 年发表阿拉木图宣言之后开始的。作为一种策略，通过充分利用社区资源，提升低收入或中等收入国家残疾人获得康复服务的机会。在过去的 30 年里，通过与其它联合国组织、非政府组织及残疾人组织的协作，社区康复已经发展成多层面的策略以满足残疾人的广泛需求，确保他们的参与及融入社会，并提高其生活质量。

过去 5 年社区康复各相关方面协同工作，编写了这本《社区康复指南》，其缘起有赖于 2003 年在赫尔辛基召开的国际社区康复回顾与咨询大会，及 2004 年的国际劳工组织（ILO）、联合国教科文组织（UNESCO）、世界卫生组织共同发布的《社区康复意见书》中提出的重要建议。本指南促使社区康复作为一种策略，有助于《残疾人权利公约》及有关残疾的国家立法的落实，并支持以社区为基础的包容性发展。

指南为社区康复管理者提供了如何建立或如何加强社区康复计划，并确保残疾人及其家庭成员能够得到卫生、教育、就业及社会层面的服务的实际建议。指南的一个重点在于能够促进残疾人、其家庭成员，及社区在所有发展与决策过程中能融入与参与。指南还鼓励对社区康复计划进行评估及对社区康复的效果及效率做不同方面的进一步的研究。

世界卫生组织、国际劳工组织、联合国教科文组织及国际残疾与发展联盟（IDDIC），特别是社区康复工作组成员—CBM，国际助残，意大利爱福协会（AIFO），光明世界（Light for the World），挪威残疾与视力拯救协会，共同工作，创作了这个文献。另外，还有超过 180 位个人以及近 300 个组织，他们大部分来自低收入国家，参与了这项工作。我们诚挚感谢他们的大力支持和贡献。

**Ala Alwan** 博士

世界卫生组织非传染性疾病预防与精神卫生总干事助理

# 致谢

## 撰稿人

Alireza Ahmadiyeh, Suman Ahmed, Anupam Ahuja, Flavia Ester Anau, Marta Aoki, Shitaye Astawes, Luis Fernando Astorga, Ruma Banerjee, Angelo Barbato, Alcida Pérez Barrios, Denise Dias Barros, Mary Basinda, Raymann Beatriz, Beverly Beckles, Herve Bernard, Josse M. Bertolote, Francoise Boivon, Johan Borg, Wim Van Brakel, Vianney Briand, Ron Brouillette, Lissen Bruce, Jill Van den Brule, Stéphanie Lucien Brun, Cesar Campoverde, Joan Carey, Lorenzo Carraro, Blanca Castro, Mahesh Chandrasekhar, Gautam Chaudhury, Park Chul-Woo, Denis Compingt, Huib Cornielji, Enrique Coronel, Hannah Corps, Ajit Dalal, Tulika Das, **Nan Dengkun**, Bishnu Maya Dhungana, Pascal Dreyer, Servious Dube, Marcia Dugan, Livia Elvira Enriquez, Daniel Essy Etya'Ale, Amy Farkas, Harry Finkenflugel, Jonathan Flower, Ruiz Alix Solangel Garcia, Rita Giacaman, Susan Girois, Aloka Guha, Ghada Harami, Sally Hartley, Piet Van Hasselt, Sanae Hayashi, Damien Hazard, Els Heijnen, Sepp Heim, Emma Howell, Patrick Hubert, Shaya A. Ibrahim, Djenena Jalovcic, N. Janardhan, Ivo de Jesus, **Zhang Jinming**, Donatila Kanyamba, Anita Keller, Jahurul Alam Khandaker, Charles Kilibo, Kalle Konkola, Pim Kuipers, Emmanuel Laerte, Silva Latis, Chris Lavy, Soo Choo Lee, Tirza Leibowitz, Anne Leymat, **Yan Lin**, Johan Lindeberg, Anna Lindstroem, Graziella Lippolis, Betty MacDonald, Geraldine Maison-Halls, M.N.G. Mani, Steve Mannion, Enzo Martinelli, Gloria Martinez, Phitalis Were Masakhwe, Roy Mersland, Rajanayakam Mohanraj, Ashis K.Mukherjee, Roselyn Mwangi-Wabuge, James Mwesigye, Margaret Naegeli, D.M. Naidu, Alex Ndeezi, Alice Nganwa, Tran Thi Nhieu, Stela Maris Nicolau, Henry Mwizegwa Nyamubi, Lawrence Ofori-Addo, Joan Okune, Fatima Corrêa Oliver, Francesca Ortali, Parvin Ortogol, Djibril Ouedreagou, R. Pararajasegaram, Istvan Patkai, Carole Patterson, Akhil S.Paul, Norgrove Penny, Hernan SOTO Peral, Debra Perry, Katharina Pfortner, Eric Plantier, Fiona Post, Grant Preston, Bhushan Punani, **Sheila Purves** Nandini Rawal, Eladio Recabarren, Chen Reis, Ramin Rezaei, Aline Robert, Silvia Rodriguez, Desire Roman, Gonna Rota, Theresa Rouger, Johannes Sannesmoen, Mary Scott, Alaa Sebeh, Tom Shakespeare, Albina Shankar, Valerie Sherrer, Andrew Smith, Sian Tesni, Ongolo Thomas, Florence Thune, Heinz Trebbin, Daniel Tsengu, Veronica Umeasiegbu, Claudie Ung, Isabelle Urseau, Geert Vanneste, Johan Veelma, Rens Verstappen, John Victor, Mary Kennedy Wambui, Sheila Warenbourg, Patrick Wasukira, Terje Watterdal, Marc Wetz, Mary Wickenden, **Hu Xiangyang**, Miguel Yaber, Veda Zachariah, Daniel Zappala, **Tizun Zhao** and **Tuling Zhu**.

## 同行审议

Kamala Achu, Rosangela Berman-Bieler, Roma Bhattacharjea, Dan Blocka, Jean-Luc Bories, Wim Van Brakel, Matthias Braubach, Svein Brodtkorb, Rudi Coninx, Huib Cornielji, Kenneth Eklindh, Gaspar Fajth, Hetty Fransen, Beth Fuller, Cristina Gallegos, Donna Goodman, Demet Gulaldi, Praveena Gunaratnam, Sally Hartley, Sanae Hayashi, Sayed Jaffar Hussain, Djenana Jalovcic, Aboubacar Kampo, Etienne Krug, Garren Lumpkin, Chewe Luo, Charlotte McClain-Nhlapo, Asish Kumar Mukherjee, Barbara Murray, Brenda Myers, Kozue Kay Nagata, Alice Nganwa, Kicki Nordström, Alana Officer, Hisashi Ogawa, Malcolm Peat, Louise A. Plouffe, Fiona Post, Francesca Racioppi, Pia Rockhold, Hala Sakr, Chamaiparn Santikarn, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Helen Schulte, Kit Sinclair, Joe Ubiedo, Nurper Ulkuer, Armando Vasquez and Alexandra Yuster.

## 区域审议

### 孟加拉国

Centre for Disability in Development (CDD) and National Forum of Organizations Working with the Disabled (NFOWD).

### 布基纳法索（非洲国家）

Centre Opthalmologique de Zorgho and Community-based Rehabilitation programme (RBC) of Ouargaye and Garnago.

### 柬埔寨

Cambodian Development Mission for Disability (CDMD) and National Centre of Disabled Persons.

### 中国

安徽大学医院, 北京大学第一医院, 中国康复医学会, 中国残疾人联合会, 中国残疾人联合会（社会服务指导中心）, 中国康复研究中心, 中华物理医学与康复学会, 东莞市残疾人联合会, 广东省残疾人联合会, 河北省残疾人联合会, 南皮县残疾人联合会, 顺德区残疾人联合会, 武汉市残疾人联合会, 广东省残疾人康复协会, 深圳残疾人服务中心, 顺德区残疾人服务中心, 复旦大学华山医院, 广东康复医学会, 广东工伤康复中心, 广州利康家属资源中心, 河北石家庄市第一医院, 华中科技大学, 江门市北街社区卫生中心, 昆明医学院第二附属医院, 南皮焦山寺村, 南皮和许庄子村, 英国救助儿童会中国项目, 深圳第二人民医院, 深圳第九人民医院, 深圳市身体残疾辅助技术资源中心, **香港复康会 WHO 复康协作中心**, **中山大学 WHO 康复合作中心**, **华科大 同济医学院 同济医院 WHO 康复培训与研究合作中心**, 咸宁卫生学校, 浙江省医院及中山大学第三医院。

## 埃及

Support, Education, Training and Integration Centre – Cairo.

## 埃塞俄比亚

Arba Minch Rehabilitation Center, CBM Ethiopia, CBR Network Ethiopia, Cheshire Foundation Ethiopia – Addis Ababa, Cheshire Foundation Ethiopia – Jimma, Cheshire Services – Dire Dawa, Cheshire Services – Harar, Cheshire Services Ethiopia, Ethiopian National Association for the Deaf, Ethiopian National Disability Action Network, Fiche (CBR), Gondar University (CBR), Gondar University (Physiotherapy department), Helpers of Mary, Sako (CBR), Medical Missionaries of Mary, Ministry of Education, Ministry of Health, National Association of Mentally Retarded Children and Youth, Nekemtie (CBR), RAPID (CBR), Rapid Adama (CBR) and Rehabilitation Services for the Deaf.

## 加纳

Action on Disability and Development (ADD), Agona District Assembly, Bawku Hospital (audiology, physiotherapy and orthopaedic units), Department of Social Welfare, Department of Social Welfare – Agona District, Department of Social Welfare – Volta Region, Department of Social Welfare – Winneba, District Assembly of Nkwanta, Swedru District Health Administration, Echoing Hills, Garu CBR, Ghana Association of the Blind – Ga-Adangme, Ghana Association of the Blind (GAB), Ghana Education Service (GES), Ghana Federation of the Disabled, Ghana National Association of the Deaf, Ghana Society for the Blind – Brong Ahafo Region, Ghana Society for the Blind (GSB), Krachi CBR Project, Ministry of Education, National Commission on Civic Education, Parents and Families of the Disabled, Presbyterian CBR – Garu, Salvation Army – Dunkwa, Salvation Army – Begoro, Salvation Army (Community Rehabilitation Project), Salvation Army (Integrated School for the Deaf), Salvation Army (Medical and Social Services) – Accra, Sandema Community Based Rehabilitation Programme – Upper West Region, Sightsavers – country office, Sightsavers – Karachi, Sightsavers – Nkwanta, Swedru District Planning Officer, traditional and religious leaders of Duakwa and University of Education – Winneba.

## 圭亚那

Caribbean Council for the Blind, Guyana Community Based Rehabilitation Programme, Ministry of Health, National Commission on Disability and Support Group for the Deaf.

## 印度

Aaina, Action on Disability and Development – India, AIFO India, Basic Needs India, Blind People's Association – India, CBM, CBR Forum, CBR Network – Bangalore, Cheshire Homes India – Coorg, Human Rights Law Network, Leonard Cheshire International, Leonard Cheshire International – Bangalore, Ministry of Human Resource Development,

Ministry of Social Justice and Empowerment, Mobility India, Movement for Rural Emancipation, Narendra Foundation, Office of the State Commissioner for Persons with Disabilities, Pallium India, Postgraduate Institute of Medical Education and Research – Chandigarh, Rehabilitation Council of India, Rohilkhand University (Institute of Advanced Studies in Education), Saha Foundation, Sense International – India, SEVA in Action, Shree Ramana Maharishi Academy for the Blind, Spastic Society of Karnataka, Spastic Society of Tamil Nadu, The Association of People with Disability and Viklang Kendra.

#### 印度尼西亚

CBR Development and Training Centre (CBR-DTC) and CBR South Sulawesi Province.

#### 肯尼亚

Association for the Physically Disabled in Kenya, Kenya National Association of the Deaf, Kenya Medical Training College, Kenya Society for the Blind, Kenya Union for the Blind, Leonard Cheshire Disability – East and North African Regional Office (ENAR), Little Rock ECD, Ministry of Health, Sense International – East Africa and Voluntary Service Overseas (VSO) – Kenya.

#### 老挝人民民主共和国

Handicap International Belgium – country office.

#### 黎巴嫩

Arc En Ciel, Community Based Rehabilitation Association, Diakonia, General Union of Palestinian Women, Medical Aid for Palestinians, Nahda Association, Norwegian People's Aid, Save the Children – Sweden and The Norwegian Association of Disabled.

#### 马拉维（非洲国家）

Federation of Disability Organizations in Malawi (FEDOMA), Feed the Children Malawi, Malawi Council for the Handicapped (Secretariat of the National CBR Programme for Malawi), Ministry of Education Science and Technology, Ministry of Gender and Child Development, Ministry of Health and Ministry of Labour.

#### 墨西哥

Pina Palmera.

#### 蒙古

AIFO – country office, Mongolia CBR Program and National Rehabilitation Center of Mongolia, National CBR Programme.

## 缅甸

World Vision International – country office.

## 尼加拉瓜

Juigalpa CBR Project.

## 巴勒斯坦

Al-Noor Center, Al-Wafa Charitable Society, Al-Wafa Hospital, Al-Widad Society, Atflaluna Society for Deaf Children, Baituna Society, Bethlehem Arab Society for Rehabilitation, Birzeit University (Institute of Community and Public Health), CBR Program – Central West Bank, CBR Program – North West Bank, CBR Program – South West Bank, Community College, Diakonia and The Norwegian Association of Disabled, Gaza Community Mental Health Program, General Union of Disabled Palestinians, International Deaf Club, Hebron Islamic Relief, Jabalya Society, Jerusalem Rehabilitation Society, Media Institute, Medical Aid for Palestinians – UK, Ministry of Education and Higher Education (Special Education Department), Ministry of Health (Crisis Management Department), Ministry of Local Government, Ministry of Social Affairs, Ministry of Youth and Sports, National Center for Community Rehabilitation, National Society for Rehabilitation – Gaza, Palestinian Commission for the Rights of the Disabled, Palestinian Medical Relief Society, Palestinian Nunchaku Union, Physicians Without Frontiers, Radio A-Iradah (The Voice of the Disabled), Red Crescent Society, Right to Life Society, Save the Children – Palestine, Shams Center for Disability Care, Society for the Physically Handicapped, Sports Union for the Disabled, Stars of Hope Society, UNICEF, United Nations Relief and Works Agency (rehabilitation programme), WHO and Wifaq Society for Relief and Development.

## 巴布亚新几内亚

Callan Services for Disabled Persons.

## 菲律宾

CBM (CBR Coordination Office), Simon of Cyrene Children's Rehabilitation and Development Foundation, University of the Philippines and Philippines General Hospital (Department of Rehabilitation).

## 南非

Cheshire Homes South Africa, JICA (Japan International Cooperation Agency) – South Africa Office, Leonard Cheshire Disability – South African Regional Office (SARO) and South African Non Government Organizations Network.

## 泰国

Asia–Pacific Development Center on Disability (APCD), Handicap International – Thailand, ILO Regional Office – Thailand, Khon Kaen University (Faculty of Associated Medical Sciences), National Medical Rehabilitation Center (Ministry of Public Health) and National Office for Empowerment of Persons with Disabilities.

## 乌干达

Action on Disability and Development – Uganda, Busia District CBR Programme, CBM, CBR Africa Network, Community Based Rehabilitation Alliance, German Leprosy Relief Association, GOAL Uganda, Kyambogo University, Leonard Cheshire Disability – Uganda, Luzira Senior Secondary School, Mental Health Uganda, Ministry of Health, Ministry of Education and Sports, Ministry of Gender, Labour and Social Development, National Association of the Deafblind in Uganda, National Union of Disabled Persons of Uganda, Sense International, Sightsavers International – Uganda, The AIDS Support Organizations, Uganda National Association of the Deaf, Uganda Foundation for the Blind and Uganda Society for Disabled Children.

## 越南

CBM, Danang Rehabilitation and Sanatorium Hospital, Bach Mai Hospital (rehabilitation unit), Medical Committee Netherlands – Viet Nam and World Vision International – Viet Nam.

## 津巴布韦

African Rehabilitation Institute, Cheshire Foundation, Clinical Research Unit, Epilepsy Support Foundation, Ministry of Health, National Association of Societies for the Care of the Handicapped, National Council of Disabled People in Zimbabwe, University of Zimbabwe, WHO and Zimbabwe Open University.

# 关于社区康复指南

## 编写指南的背景

据估计，世界人口中至少有 10% 的人带有残疾 (1)，大部分为发展中国家中的贫困人群。残疾人在世界各地均为最无助、最弱勢的群体。他们经常受到偏见和歧视，仅仅得到极其有限的卫生保健、受教育及谋生机会。

社区康复 (Community-based rehabilitation, CBR) 的发起是世界卫生组织 1978 年在国际初级卫生保健大会及阿拉木图宣言之后 (2)。社区康复作为一种策略，在发展中国家促进残疾人得到康复服务，然而在过去 30 年，其范围已得到相当大的扩展。

2003 年，在赫尔辛基召开的国际社区康复回顾与咨询大会提出了很多重要建议 (3)。随后，在国际劳工组织 (International Labour Organization, ILO)、联合国教科文组织 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO) 以及 WHO 的**共同文件**上，社区康复被重新定位，是：为残疾人康复、机会均等、减少贫困及增加包融性的社区发展的一种策略 (4)。2005 年，世界卫生大会 (5) 通过一个残疾预防及康复的决议 (58.23)，敦促各成员国“促进及加强社区康复计划…”

现在社区康复在超过 90 个国家得到开展。这些指南能满足世界各地 CBR 项目人的许多要求，以便指导 CBR 计划如何能按上述的发展方略向前推动。此外，经过 30 年实践，指南提供了一种对 CBR 的共同认识和途径，指南综合了来自世界各地有关 CBR 的现阶段的全部知识，并提供了新的行动框架以及完成 CBR 的实用建议。指南受到《残疾人权利公约》(the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) 及其议定书的深刻影响，该议定书在创作指南中得以体现。

## 指南的总体目标

- ★ 提供如何发起与加强社区康复的指导，开展与**共同文件**及《残疾人权利公约》原则相一致的社区康复项目。
- ★ 促进社区康复作为社区包融性发展策略，以帮助残疾人主流化发展，尤其是减轻贫困。
- ★ 支持有关方面满足残疾人的基本需求，使能获得健康、教育、谋生及社会层面的机会，以提高残疾人及其家庭的生活质量。
- ★ 鼓励项目人通过促进残疾人融入与参与发展及决策过程，促进残疾人及其家庭提高社会地位。

## 指南的目标读者

社区康复指南的主要读者是：

- 社区康复管理者。

其次是：

- 社区康复工作人员；
- 初级卫生工作者、， 学校教师、 社会工作者及其他社区发展工作者；
- 残疾人及其家庭成员；
- 残疾人组织及自助团体；
- 与残疾人项目相关的政府官员， 尤其是当地政府工作人员及当地领导；
- 发展组织、 非政府组织及非赢利组织工作人员；
- 研究者及学术人员。

## 指南的范畴

指南的着重点在于提供关键性的基本观念， 确定社区康复项目应该努力达到的目标及结果， 并提供建设性的活动以达到这些目标。（指南无意作为一种规范， 指南的设计并不是来回答与任何残疾有关的特殊问题， 也不提供医疗及技术性治疗的建议， 不提供指导建立和完成项目的各个步骤。）

指南由 7 个分册构成：

**手册 1**—导论部分： 提供残疾、 残疾人权利公约及社区康复结构图的综述。

管理部分： 提供了开展与加强社区康复项目有关的管理环的内容。

**手册 2—6**—分别介绍了社区康复结构图中 5 大部分（健康、 教育、 谋生、 社会、 赋能）；

**手册 7**—是增补篇： 包括四个特殊问题， 即精神卫生、 艾滋病、 麻风病及人道主义灾难， 这些问题在过去的社区康复项目中曾被忽略。

## 指南的创作过程

在 2004 年 11 月， ILO， UNESCO 及 WHO 邀请了 65 位残疾、 发育问题及社区康复专家开始创作指南。 这些人中包括先驱者和从业者， 有残疾经历的个人， 联合国组织的代表， 成员国， 重要的国际非政府组织， 残疾人组织， 专业组织及其它。 会议的结果是制定了社区康复结构图， 它为指南提供了范围和结构。

顾问委员会和核心小组领导了指南的进一步发展。 为保证指南能反映出现代良好实践及吸取全球数百个社区康复项目的经验， 核心小组选择包融的、 广泛的及高度分享的写作过程， 以保证其能代表低收入国家、 妇女、 及残疾人。 对于每一部分的写作， 至少选择两位主要作家， 他们再与世界各地的其他人合作， 写出草稿。 总共有 150 多位作者为该指南撰稿。

指南的内容来源于广泛的已出版的和未出版的资料， 包括： 在国际上和社区发展中最佳实践

的描述，直接应用于低收入的书藉，及容易得到的低收入国家的社区康复项目人。完成社区康复项目的个案研究被包涵在内，以说明观点，对于社区康复的循证的重要部分是人们对残疾的亲身经历，许多人的叙述支持了社区康复的现实意义和实用性，也被包括在其中。

草稿经过世界卫生组织各分区的 29 个国家代表的广泛认定。总共有 300 多位完成社区康复的项目人对草稿提供了反馈。其后核心小组对草稿进行了修改，然后送给社区康复专家、残疾人、联合国机构、专业委员会进行审阅，其后再由核心小组做进一步的修改。

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，届时日内瓦世界卫生组织总部的预防暴力与伤害及残疾局将进行总结。

### 参考文献：

1. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 ([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_668.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf), accessed 10 August 2010).
2. *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/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), accessed 10 August 2010).
3. *International consultation to review community-based rehabilitation (CBR)*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who\\_dar\\_03.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf), accessed 10 August 2010).
4. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html), accessed 10 August 2010).
5. Resolution WHA58.23. *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 25 May 2005 ([www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html), accessed 10 August 2010).
6. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 ([www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150](http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150), accessed 10 August 2010).

# 导论

## 残疾

### 概念的演变

为了解残疾的现代观念，考察过去残疾观念的演化过程将很有帮助。从历史上看，人们在很大程度上从神话或宗教术语来理解残疾，如，认为残疾人是被魔鬼或幽灵附身，残疾也常被视为是对过去所犯错误的惩罚。这些观念至今还在许多传统社会中存在。

在 19 和 20 世纪，随着科学和医学的进步，使人们认识到残疾有其生物或医学原因，是与不同卫生状况有关的身体功能和结构方面的损害。这种医学模式视残疾为一种个体问题，并且把注意力放在治疗和由专业人员提供的医疗上。

随后，于 1960 和 1970 年代，残疾的个体的和医学的观念受到挑战，产生了许多社会性的态度，形成残疾的社会模式。这些观点把注意力从残疾的医学方面转移到残疾人面临的社会障碍和歧视上。残疾被重新定义为一个社会问题，而不是一个个人问题，解决这个问题的重点是祛除社会障碍及社会的改变，而不仅是靠医疗。

对这种残疾认识的改变起重要作用的是残疾人运动，该运动发起于 1960 年代的北美及欧洲，现在已经扩展到全世界。著名的口号“**没有我们的参与，不能作出与我们有关的决定**（*Nothing about us without us*）”就表明了该运动产生的巨大影响，残疾人组织把焦点对准了让残疾人达到完全参与及机会均等上。这些组织在发起《残疾人权利公约》上起到关键作用(1)，该公约促进了向人权模式的转变。



#### 补充阅读 1 伊朗

##### 通过加强合作 提高人民能力

伊朗政府于 1992 年在 2 个区试点社区康复项目。该项目取得成功，并于 1994 年扩大覆盖了

6个省中的6个地区，到2006年达到覆盖全国30个省的全部。社会福利部的下属社会福利组织负责管理全国的社区康复项目，超过6000人参与了社区康复的实施包括社区工作人员、社区康复中层人员、医师、社区康复专家及社区康复管理者。

全国社区康复项目的任务是“提升残疾人、他们的家庭及社区的能力，而不管其外貌、肤色、信仰、宗教、种族、年龄、残疾的类型及原因，通过提高认识，促进包融，减少贫困，限制歧视，满足基本需求及促进获得医疗、教育及谋生机会”。

该项目被扩散到社区水平，大部分社区康复活动都是在“城镇社区康复中心”完成。这些中心与初级卫生保健机构（包括农村的“村卫生室”及城市的“卫生站”）密切合作。这些机构的卫生工作者得到1-2周的培训，培训为他们提供了社区康复策略、国家项目的定位，并使他们能够鉴定残疾人，并把他们转介到最近的城镇社区康复中心。该社区康复项目的重要活动包括：

- 利用WHO的社区康复训练手册作为指导，训练家庭和社区成员关于残疾及社区康复；
- 通过对教员及学生进行能力培训及改善躯体无障碍，提供教育帮助及包融性教育；
- 转介残疾人到专家服务，如外科和康复服务，以得到物理治疗师、言语治疗师、作业治疗师的帮助；
- 提供辅助器具，如步行手杖、腋杖、轮椅、助听器、眼镜；
- 通过接受训练、职业培训及经济支持，增加就业，提高收入；
- 为社会活动提供支持，包括体育活动、娱乐活动；
- 为谋生、教育及房屋改造提供经济帮助。

从1992年以来，已经有超过229000位残疾人得到国家社区康复项目的支持。现在，该项目覆盖了农村51%地区；其目标是到2011年覆盖全部农村地区。社区康复委员会已经建立与各部门之间的协作以保证社区康复在伊朗能继续推进。

## 现代的定义

根据上面提到的不同观点，残疾有许多不同的定义。现在大部分残疾的定义来自于：

- 《国际功能 残疾和健康分类》（ICF）（2），该分类描述“残疾”是覆盖面广的术语，包括：损伤、活动受限和参与限制。是伴有健康问题和环境因素（如自然环境，态度）以及个人因素（如年龄或性别）之间相互作用的结果。
- 《残疾人权利公约》，该公约描述“残疾”是一种演变中的概念，“残疾是伤残者和阻碍他们在与其他人平等的基础上充分和切实地参与社会的各种态度和环境障碍相互作用所产生的结果”。（1）

人们经受的残疾是多种多样的。有许多不同类型的损害，其影响方式也不同。某些人可能只有一种残损，另外一些人则有多种残损；某些人可能生来就伴有残损，而另外一些人可能是在生活中受到损害。例如，儿童可能出生时伴有先天疾病如脑瘫；年轻士兵可能因地雷而失去一条腿；中年妇女可能患糖尿病并失明；患有痴呆的老年人可能被称为残疾人。残疾人权利公约描述残疾人是“...包括肢体、精神、智力或感官有长期损伤的人...”（1）

## 全球的趋势

从全球看，引起残疾最常见的原因包括：慢性疾病（如糖尿病、心血管疾病和癌症）；创伤（如道路交通事故、冲突、跌倒及地雷）；精神卫生问题；生育缺陷；营养不良；艾滋病及其它传染病（3）。要想确切估计全世界残疾人的数量是相当困难的，然而其数量由于人口增长、慢性疾病的增加、人口老龄化、及医学的进步对生命的保护和延长而增加（3）。许多低收入和中等收入国家面临着双重负担，即他们既需要解决传统问题，如营养不良和传染病，又要解决新问题，如慢性病。

### 补充阅读 2

#### 全球残疾人统计

- 世界人口中约 10% 带有残疾（4）。
- 残疾人构成了世界上最大的弱势群体（5）。
- 据估计 86% 的残疾人生活在发展中国家（5）。
- 据估计世界上 15—20% 的最贫困人口是残疾人（6）。
- 在 62 个国家中，残疾人不能获得康复服务（7）。
- 在发展中国家，只有 5—15% 的残疾人能得到辅助器具（8）。
- 残疾儿童更难得到上学机会。例如，在马拉维和坦桑尼亚，从未上过学的残疾儿童比其儿童的比例大一倍（9）。
- 残疾人比没有残疾的人有更高的失业率，更低的收入（10）。

## 发 展

### 贫困与残疾

贫困有很多方面：贫困远远不止是缺少金钱或收入。“贫困侵蚀和降低了经济和社会权益，如健康权、获得住房、食物及安全饮水的权利、以及受教育权。还有公民权和政治权益，如公正审判权、政治参与权及个人安全……”（11）

*“不管在哪，只要我们从贫困生活中拯救一个心灵，我们就是在捍卫人权。如果我们疏于此使命，我们就是在践踏人权。”——科菲 安南，前联合国秘书长*

贫困既是残疾的原因也是残疾的结果（12）：穷人更容易变成残疾，残疾人也更容易变得贫穷。虽然不是所有残疾人都贫穷，但在低收入国家，残疾人却扮演着最贫穷的角色。他们常常被忽略、歧视，并被排除在发展的主流之外，难以得到医疗、教育、住房及谋生机会。这种情况导致更加贫困或长期贫困、孤立、甚至早亡。医疗、躯体康复和辅助器具的花费也加剧了许多残疾人贫困的恶性循环。

在任何国家，关注残疾问题都是减少贫困的重要步骤，同样，关注贫困也会减少残疾问题。所以，必须消除贫困，以使残疾人得到更高质量的生活，因此，任何社区康复项目的主要目标之一必需是减少贫困，而减少贫困就要保证残疾人能够得到卫生、教育、谋生机会。

### 补充阅读 3

#### Selam 获得新生

从 8 岁起, Selam 就开始抱怨老是头痛。她的家人不知如何是好, 几次送她到教堂去接受圣水。可圣水也不起作用, 慢慢地 Selam 开始失明。一天, Selam 去了地区卫生中心, 那里有眼科, 但他们觉得她的情况太复杂而把她转介到首都的大医院。该医院为她做了登记以等待手术。但一年多过去了, 仍然没有轮到 Selam。由于贫困, 她的家人付不起私立医院的手术费用。当她刚开始登记等待手术时, 她还能看到一点, 随着时间的流逝, 她丧失了大部分视力。由于她的残疾和贫穷, 她不能继续上学了, 并因此而变得越来越抑郁。她变得孤立, 待在家中, 不再与其朋友交往。她成为其家庭的负担, 家人也不知道该为她做些什么。她的头痛在加重, 她开始呕吐, 失去平衡, 死亡在向她靠近。

社区康复人员安排 Selam 到一位神经外科专家那里就医, 专家发现她患有一种良性肿瘤—脑膜瘤。Selam 接受了手术, 肿瘤被切除了。医院和由医生创建的社会基金承担了 75% 的手术费用, 社区康复项目承担了余下 25% 的费用, 而其家庭承担了交通, 食物和住宿费。现在 Selam 已经从头痛中解脱出来, 但由于贫穷、体制, 及拖延的治疗, 她几乎完全失明。然而, 通过社区康复人员随后适当的训练, Selam 在社区已经相当独立, 并能随意走动。她还开始学习盲文以便重返学校。

由于社区康复的介入, Selam 的生活质量发生了很大改变, 不再是其家庭的负担了。所有这些都与 Selam 及其家庭的合作、转介中心的衔接、专家和医院官方的支持密不可分。



### 千年发展目标

在 2000 年 9 月, 联合国通过了 8 个千年发展目标, 这些目标从消除极端贫困和饥饿到提供广泛基础教育, 完成目标的日期为 2015 年(13)。这些国际上认可的发展目标描绘了新世纪初发展的基本目标。然而, 千年发展目标并没有明确提及残疾, 每个目标都与残疾有基础性联系, 不把残疾事务考虑进来就不可能达到(14)。因此, 在 2009 年 11 月召开的第 64 届联合国大会通过了“确认残疾人千年发展目标”的决议(15)。

### 补充阅读 4

#### 包融残疾人, 世界银行

“除非把残疾人纳入千年发展目标, 否则到 2015 年把贫困减少一半或为全部适龄儿童提供基本教育机会的目标是不可能完成的, 而这个目标是 2000 年 9 月, 联合国千年大会 180 位高层领导人确定的”。

——James Wolfensohn 前世界银行行长 2002 年 12 月 3 日

### 残疾包融性发展

包融性发展就是包容并涉及每个人, 尤其是那些被忽视及被歧视的人(16)。残疾人及其家庭成员, 特别是那些居住在农村或边远社区或城市贫民窟的人, 常常不能从发展中受益, 因此

残疾包容性发展的本质是确保他们能够长久地参与发展过程和决策(17)。

残疾人在发展议程中的主流(或包容权)是残疾人取得平等的一种途径(18)。为使残疾人能够自己创造机会、分享发展成果、参与决策,可能需要一种双轨的方法。双轨的方法能保证 1. 在主流发展工作中能主动考虑残疾人事务, 2. 只要需要, 就可以更多地关注残疾人或为残疾人完成有目的的活动(12)。在本指南中为社区康复项目建议的各项活动都是基于此种方法。

## 社区发展方式

发展的启动常是自上而下, 由政策制定者在特定地区启动而远离社区水平, 社区没有参与规划。现在人们认识到发展的基础是社区的个人、小组或组织, 或代表的参与, 在发展的所有阶段, 包括计划、执行及监测(19)。社区方式有助于保证发展延伸到贫困及被忽视的地方, 促进更包容、现实及可持续发展。很多机构和组织能促进社区发展途径。例如, 世界银行促进社区驱动发展(20)及世界卫生组织促进社区康复启动(21)。



## 人权

### 什么是人权?

人权是国际上认同的适用于所有人类的标准(22); 所有的人都拥有平等的人权—例如, 受教育权, 获得充足食物、住房及社会保障权, 而不论其国籍、居住地、性别、民族或种族、肤色、信仰、或其它状况(23)。这些权益于 1948 年在联合国成员国大会上发表的人权宣言(24)得到确认, 同样也在有关特殊人群(如残疾人)的国际文件中得到确认(22)。

### 残疾人权利公约

2006 年 12 月 13 日, 联合国大会通过了《残疾人权利公约》(1)。公约是人们为残疾人多年努力的结果, 建立在联合国《关于残疾人机会均等标准规则》(1993)(25)和《关于残疾人的世界行动纲领》(1982)(26)之上, 并作为现有人权框架的补充。来自政府、国家人权机构、非政府组织及残疾人组织的代表组成的委员会促成了大会的召开。其目的是“促进、保护和确保所有残疾人充分和平等地享有一切人权和基本自由, 并促进对残疾人固有尊严的尊重”(1[第一条])。

#### 补充阅读 5

#### 残疾人权益的新纪元

“联合国关于残疾人权利公约为全世界 6.5 亿残疾人展现了新纪元的曙光。”

——科菲 安南, 前联合国秘书长

公约涵盖了很多关键领域，如无障碍、个人行为能力、教育，健康、康复和就业，以及国家社团必须采取的主要措施，以保证残疾人权益的实现。公约并没有为残疾提出任何新的权益，但他们拥有与社区其他人相同的权益，必须使残疾人包括在现有权益中，并获得现有权益。

## 以人权促发展

人权与发展紧密地联系在一起，人权是发展的基础部分，发展是加强人权的方式之一（27）。因此，很多机构和组织通常使用以人权为基础促进发展的方法。虽然没有一种适合全球的以人权促进发展的诀窍，但联合国已经确定了很多这种发展方式的重要特征（28）：



- **满足人权**——发展和政策的主要目的应该是满足人权；
- **遵循一定的原则和标准**——国际人权条约的原则和标准应该指导所有层面的（如卫生和教育）及项目的所有阶段（如情况分析，计划和设计，执行及监督，评估）的发展合作和项目（见“补充阅读”6：残疾人权利公约的总原则）；
- **有关的权益享有者和责任承担者**——权益享有者是那些应该具有权益的人，如儿童应该享有受教育的权利；责任承担者是那些有责任保证权益享有者享受其权益的人或组织，例如，教育部门有责任保证儿童得到教育，父母有责任支持子女上学。

## 社区康复

### 初期

1978 年阿拉木图宣言（29）是第一个提倡初级卫生保健作为达到世界卫生组织“人人享有健康”（30）目标的主要策略的宣言。初级卫生保健目的是确保每个人，不管是贫还是富，都能够得到服务，满足其最高水平的健康需求。

阿拉木图宣言之后，世界卫生组织推介了社区康复。在初期社区康复是提供初级卫生保健和利用社区资源的主要方法，其目标是使初级卫生保健和康复服务能更贴近残疾人，尤其是在低收入国家。许多国家的卫生部门（如伊朗，蒙古，南非，越南）利用他们的初级卫生保健人员从事社区康复项目。早期项目主要注重于物理治疗、辅助器具、及内科或外科治疗。有些项目也引入了教育活动和通过技能培训或增收计划增加就业机会。

1989 年，世界卫生组织出版了《在社区训练残疾人手册》（31），以便为社区康复项目和项目发起人（各有关方面）提供指导和支持，包括残疾人、家庭成员、学校教师、当地主管和社区康复委员会成员。该手册已经被译成 50 多种文字，并且作为重要的社区康复文件在低收入国家使用。另外，《乡村残疾儿童》是社区卫生工作者、康复工作者和家庭，推动社区康复项目的发展的指南，尤其是在低收入国家，起到了很大的作用（32）。

在 1990 年代，随着社区康复项目的增长，社区康复的发展观念有了很多改变。一些联合国机构，如国际劳工组织、联合国教科文组织、联合国发展计划署、联合国儿童基金会开始参与，大家认识到需要多层面的合作。1994 年，国际劳工组织、联合国教科文组织和世界卫生组织发表了《社区康复联合意见书》。

## 社区康复的 25 年回顾

---

2003 年 5 月，世界卫生组织与其他联合国组织、政府和国际非政府组织、包括专业组织和残疾人组织，在芬兰首都赫尔辛基召开了国际社区康复回顾与咨询大会（33）。大会报告表明社区康复项目的需求集中在：

- 减少贫困，指出贫困是残疾的决定性因素和后果；
- 促进社区参与和共享；
- 发展和强化多层次合作；
- 让残疾人组织参与到他们自己的项目中；
- 评估他们的项目；
- 促进社区康复的循证实践。

## 社区康复联合意见书

---

2004 年，国际劳工组织、联合国教科文组织和世界卫生组织按赫尔辛基会议意见，对 1994 年的《社区康复联合意见》书进行了更新。更新后的意见书反映了社区康复方法从提供服务到社区发展的转变。意见书重新定义社区康复是“为残疾人康复、机会均等、减少贫困和社会包融的一种社区发展战略”，需要“通过残疾人自己、他们的家庭、组织及社区、及相关的政府和非政府卫生，教育、职业、社会和其他服务的共同努力”以促进社区康复项目的完成（34）。

联合意见书认同残疾人应该获得和社区中其他人能得到的同样服务，如社区卫生服务、儿童保健、社会福利及教育项目。意见书还强调人权，号召与贫困作斗争，号召政府支持，国家政策发展。

## 社区康复的今天

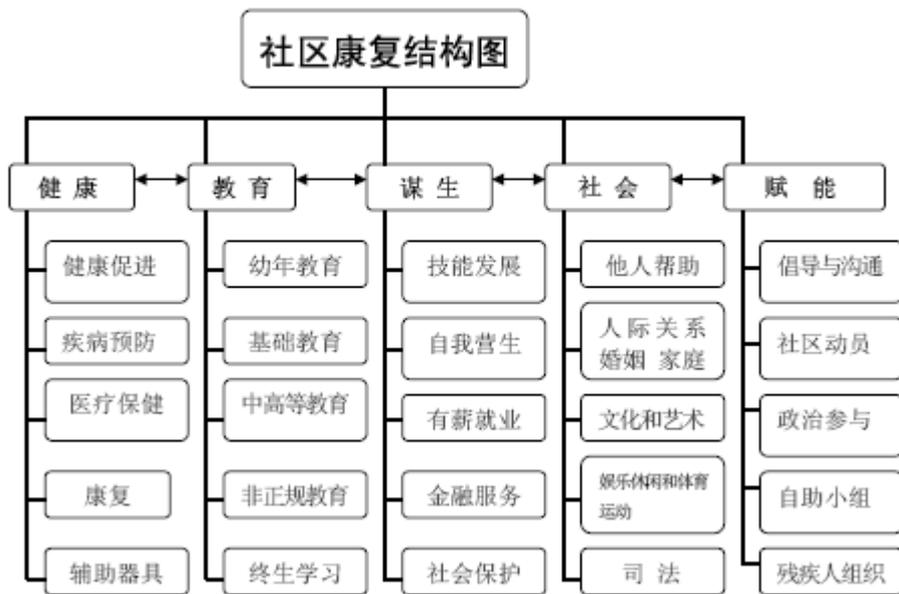
---

### 社区康复结构图

按照社区康复广泛多层面发展的策略，2004 年创建了结构图，为**社区康复**项目提供了共同框架（图 1）。结构图由五个关键部分**组成**—健康、教育、谋生、社会、赋能。在每一部分中又有五个**要素**。前四个部分与关键性发展层面相关，反映了社区康复的多层面的重点。最后一部分关于赋权增能予残疾人、他们的家庭和社区，它是保证残疾人无障碍地参与发展的各个层面、提高生活质量、分享人权的基础。

不要期望社区康复项目能完成社区康复结构图中的所有部分和要素。结构图被设计成可以选择最适合当地需求和资源、最急需解决的问题。另外，为残疾人完成特殊活动，社区康复项目将需要与未包含在社区康复项目中的其它层面建立伙伴和联盟关系。以保证残疾人和他们的家庭能从这些层面中受益。在管理部分提供了社区康复结构图的详细资料。

图 1：社区康复结构图



### 社区康复的原则

社区康复的原则以《残疾人权利公约》的原则为基础（1）。还有另外 2 个原则：倡导（见赋予职能部分），及维持（见管理部分）。这些原则应该用于指导社区康复工作的所有方面。

### 补充阅读 6

#### 残疾人权利公约，第 3 条：原则（1）

本公约的原则是：

- (一) 尊重固有尊严和个人自主，包括自由作出自己的选择，以及个人的自立；
- (二) 不歧视；
- (三) 充分和切实地参与和融入社会；
- (四) 尊重差异，接受残疾人是人的多样性的一部分和人类的一份子；
- (五) 机会均等；
- (六) 无障碍；
- (七) 男女平等；
- (八) 尊重残疾儿童逐渐发展的能力并尊重残疾儿童保持其身份特性的权利。

### 向前推进

《社区康复指南》为社区康复项目提出了向前发展的方式，以证明社区康复是实施《残疾人权利公约》（1）及支持社区包容性发展的可靠的策略。

社区康复是一种多层面，自下而上的策略，它能保证残疾人权益在社区水平的多样化。公约提供了原则和政策，而社区康复是执行的可靠策略。社区康复活动被设计为满足残疾人的基本需求、减少贫困、和得到卫生服务、教育、就业和社会机会，所有这些活动都是为了满足公约的目标。

社区康复项目提供了残疾人和发展活动之间的纽带。《社区康复指南》指出发展中关键部门需要具有包容性，这样才能提高残疾人及其家庭的能力和地位，促进形成一个包容的社会或

“人人共有的社会”（society for all）。由于社区参与是发展的基本因素，指南强调社区康复项目的需要，以推动社区参与。

### 补充阅读 7

#### 社区康复项目的多样化

社区康复能有助于保证公约的作用延伸到社区残疾人，通过：

- **熟悉公约的人**—积极推动公约并帮助人们理解其意义；
- **与有关方面合作**—与非政府组织，包括残疾人组织和当地政府合作执行公约；
- **鼓动**—从事鼓动活动，其目的是发展或强化反歧视法，促进国家的和地区的卫生、教育及就业有关政策具有包容性；
- **地区与国家水平的协作**—促进并支持地区和国家水平的对话；巩固地区组织和残疾人组织，使它们能在地区和国家水平发挥重要作用；
- **帮助起草和监督地区行动计划**—有助于地区发展的行动计划有具体的行动和必要的资源，以便把残疾人事务纳入当地公共政策中，并达成各部门之间的协作；
- **项目活动**—推行有助于使卫生、教育、就业及社会服务能惠及全体残疾人的活动，并将贫困者和居住在乡村的人包括在内。

## 研究与循证

正如指南所表现的，社区康复是包融残疾人及其家庭于发展中的多层面的策略。这种态势对研究者是个挑战，因此，只有很有限的证据表明社区康复的结果和效用。然而，通过长时间的积累，已经从正式的研究、残疾和社区康复的不同经验、社区康复项目的评估，及汲取于国际发展中应用相似方法的最佳实践中取得了很多证据。

有关低收入国家的社区康复研究，不管是在质量还是在数量上，近年来都有很大增长（35）。根据已发表的社区康复综述和其它文献（非个别研究），可以注意到以下情况：

- 社区康复式项目已经被证明是有效的（36、37），甚至是高效的（38）。其效果包括增加了残疾人的独立、提高了活动能力、增大了交流能力（39）。社区康复还有很好的投资—效益指标（36、37、38）。
- 对高收入国家脑损伤以社区为基础的康复研究进行系统的回顾，表明以这种方法至少是有效的或比传统方法更有效，有更好的社会心理结果，更高的残疾人及其家庭的接受度（40、41、42、43）。
- 与社区康复有关的就业干预的结果是增加了残疾人及其家庭的收入（39），也增加了他们的自尊和社会包融度（44）。
- 在教育方面，发现社区康复有助于残疾儿童和成人得到教育公平和融合（38、39、36）。
- 发现社区康复方法能建设性地促进社区工作者在提供服务方面的训练（38）。
- 在高收入国家的相似研究表明，社区康复活动具有正面的效果，能影响社区对残疾人的态度，提高社会包融性和公平（38、39、36）。



## 参考文献:

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, United Nations, 2006 ([www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm](http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm), accessed 18 June 2010).
2. International classification of functioning, disability and health (ICF) . Geneva, World Health Organization,2001([www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/), accessed 18 June 2010).
3. Disability and rehabilitation: WHO action plan 2006–2011. Geneva, World Health Organization, 2006([www.who.int/disabilities/publications/dar\\_action\\_plan\\_2006to2011.pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf), accessed 18 June 2010).
4. Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. Geneva, World Health Organization, 1981 ([www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html), accessed 18 June 2010).
5. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: some facts about disability. New York, United Nations, 2006 ([www.un.org/disabilities/convention/facts.shtml](http://www.un.org/disabilities/convention/facts.shtml), accessed 18 June 2010).
6. Elwan A. Poverty and disability: a survey of the literature. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172608138489/PovertyDisabElwan.pdf>, accessed 18 June 2010), accessed 18 June 2010).
7. Global survey on government action on the implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. UN Special Rapporteur on Disability, 2006 ([www.escwa.un.org/divisions/sdd/news/GlobalSurvey\\_Report\\_Jan30\\_07\\_ReadOnly.pdf](http://www.escwa.un.org/divisions/sdd/news/GlobalSurvey_Report_Jan30_07_ReadOnly.pdf)).
8. Assistive devices/technologies : what WHO is doing . Geneva, World Health Organization (undated) ([www.who.int/disabilities/technology/activities/en/](http://www.who.int/disabilities/technology/activities/en/), accessed 18 June 2010).
9. EFA global monitoring report: reaching the marginalized . Paris, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>, accessed 18 June 2010).
10. Facts on disability in the world of work . Geneva, International Labour Organization, 2007 ([www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/facts.pdf](http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/facts.pdf), accessed 18 June 2010).
11. Human rights dimension of poverty. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) ([www2.ohchr.org/english/issues/poverty/index.htm](http://www2.ohchr.org/english/issues/poverty/index.htm), accessed 18 June 2010).
12. Disability, poverty and development. UK, Department for International Development, 2000 ([www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf](http://www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf) , accessed 18 June 2010).
13. Millennium development goals. New York, United Nations, 2000 ([www.un.org/millenniumgoals](http://www.un.org/millenniumgoals), accessed 18 June 2010).
14. Disability and the MDGs . Brussels, International Disability and Development Consortium, 2009 ([www.includeeverybody.org/disability.php](http://www.includeeverybody.org/disability.php), accessed 18 June 2010).
15. Realizing the millennium development goals for persons with disabilities (UN General Assembly ResolutionA/RES/64/131). New York, United Nations, 2009 ([www.un.org/disabilities/default.asp?id=36](http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=36)).
16. Inclusive development. New York, United Nations Development Programme (undated) ([www.undp.org/poverty/focus\\_inclusive\\_development.shtml](http://www.undp.org/poverty/focus_inclusive_development.shtml), accessed 18 June 2010).
17. Inclusive development and the comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities (International disability and development consortium reflection paper: Contribution for the 5th Session of the Ad Hoc Committee, January 2005). International Disability and Development Consortium, 2005. (<http://hpod.pmhclients.com/pdf/lord-inclusive-development.pdf>, accessed 18 June 2010).

18. Mainstreaming disability in the development agenda. New York, United Nations, 2008  
([www.un.org/disabilities/default.asp?id=708](http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=708), accessed 18 June 2010).
19. A guidance paper for an inclusive local development policy . Handicap International, Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association, and the Swedish Disability Federation, 2008 ([www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf](http://www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf), accessed 18 June 2010).
20. Community driven development: overview. Washington, DC, The World Bank (undated)  
(<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTCDD/0,,contentMDK:20250804~menuPK:535770~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430161,00.html>, accessed 18 June 2010).
21. Community-based initiative (CBI). Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009(<http://www.emro.who.int/cbi/>, accessed 18 June 2010).
22. Human rights, health and poverty reduction strategies. Geneva, World Health Organization, 2008.  
([http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR\\_PovertyReductionsStrategies\\_WHO\\_EN.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR_PovertyReductionsStrategies_WHO_EN.pdf), accessed 18 June 2010).
23. Your human rights. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated)  
([www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx](http://www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx), accessed 18 June 2010).
24. Declaration of Human Rights. United Nations, 1948 ([www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml](http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml), accessed 18 June 2010).
25. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. New York, United Nations, 1993 ([www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm](http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm), accessed 18 June 2010).
26. World Programme of Action Concerning Disabled Persons. New York, United Nations, 1982  
(<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>, accessed 18 June 2010).
27. Human development report 2000: Human rights and human development. New York, United Nations Development Programme, 2000 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/>, accessed 18 June 2010).
28. Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2006 ([www.un.org/depts/dhl/humanrights/toc/toc9.pdf](http://www.un.org/depts/dhl/humanrights/toc/toc9.pdf), accessed 18 June 2010).
29. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, USSR, 6 –12 September 1978 .Geneva, World Health Organization, 1978  
([www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), accessed 18 June 2010).
30. Primary health care. Geneva, World Health Organization (undated) ([www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/), accessed 18 June 2010).
31. Helander et al. Training in the community for people with disabilities. Geneva, World Health Organization, 1989 ([www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html), accessed 18 June 2010).
32. Werner D. Disabled village children. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009  
([www.hesperian.org/publications\\_download\\_DVC.php](http://www.hesperian.org/publications_download_DVC.php), accessed 30 May 2010).
33. International consultation to review community-based rehabilitation (Report of a meeting held in Helsinki, Finland, 2003). Geneva, World Health Organization, 2003  
([http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_DAR\\_03.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_DAR_03.2.pdf), accessed 18 June 2010).
34. CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004  
([www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html), accessed 18 June 2010).

35. Finkenflugel H, Wolffers I, Huijsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2005, 28:187–201.
36. Mitchell R. The research base of community based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1999,21(10–11):459–468.
37. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Social Science and Medicine* 2007, 64:1231–1241.
38. Mannan H, Turnbull A. A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(1):29–45.
39. Velema JP, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the- community programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79:65–82.
40. Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine* , 2001, 33(6):244–248.
41. Chard SE. Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx* , 2006, 3(4):525–534.
42. Evans L, Brewis C. The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2008, 15(10):446–458.
43. Doig E et al (under review). Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair*.
44. De Klerk T. Funding for self-employment of people with disabilities. Grants, loans, revolving funds or linkage with microfinance programmes. *Leprosy Review* , 2008, 79(1):92–109.

### 推荐读物:

- A handbook on mainstreaming disability* London, Voluntary Service Overseas, 2006  
([www.asksources.info/pdf/33903\\_vsomainstreamingdisability\\_2006.pdf](http://www.asksources.info/pdf/33903_vsomainstreamingdisability_2006.pdf), accessed 18 June 2010).
- ABC: teaching human rights (Practical activities for primary and secondary schools). Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2003.  
(<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/TrainingEducation.aspx>, accessed 18 June 2010).
- Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-free and *Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific*. Bangkok, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003 (<http://www.unescap.org/esid/psis/disability/>, accessed 18 June 2010).
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (A teaching kit and complementary resources). Lyon, Handicap International, 2007 ([www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html](http://www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html), accessed 18 June 2010).
- Disability, including prevention, management and rehabilitation* (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005  
([http://www.who.int/disabilities/WHA5823\\_resolution\\_en.pdf](http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf), accessed 18 June 2010).
- Disability Knowledge and Research (KaR) website*. ([www.disabilitykar.net/index.html](http://www.disabilitykar.net/index.html), accessed 18 June 2010). Griffo G, Ortali F. Training manual on the human rights of persons with disabilities. Bologna, AIFO, 2007  
([www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/manual\\_human\\_rights-disability-eng07.pdf](http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/manual_human_rights-disability-eng07.pdf), accessed 18 June 2010).
- Hartley S (Ed). *CBR as part of community development – a poverty reduction strategy*.

University College London, 2006.

Helander E. *Prejudice and dignity: An introduction to community-based rehabilitation*. United Nations Development Programme, 2nd edition, 1999 ([www.einarhelander.com/PD-overview.pdf](http://www.einarhelander.com/PD-overview.pdf), accessed 18 June 2010).

Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO) website.

([www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/cbr.htm](http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/cbr.htm), accessed 18 June 2010).

*Making PRSP inclusive website*. ([www.making-prsp-inclusive.org/fr/accueil.html](http://www.making-prsp-inclusive.org/fr/accueil.html), accessed 18 June 2010).

*Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP)* . Washington, DC, International Monetary Fund, 2010

([www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm](http://www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm), accessed 18 June 2010).

*The build-for-all reference manual*. Luxembourg, Build-for All, 2006

([www.build-for-all.net/en/documents/](http://www.build-for-all.net/en/documents/), accessed 18 June 2010).

# 管理

## 引言

社区康复结构图，如前所述是由五部分（健康、教育、谋生、社会 and 赋能）及其相关的要素组成。它提供了开展社区康复项目的基本工作框架。尽管现在有一个基本框架，但每一个社区康复项目将表现出其独特之处，因为存在很多影响因素，例如，自然的、社会-经济的、文化和政治上的因素。本部分将为社区康复管理者提供如何选择社区康复项目成分和要素的基本理解，以便适应当地需求和资源，与优先考虑的事务。

虽然所有社区康复项目都有差异，但还有一个通用的阶段顺序，帮助指导他们的发展。这些阶段通常构成**管理环**，包括：情况分析（第一阶段），计划与设计（第二阶段），执行与监督（第三阶段）及评估（第四阶段）。本部分将更详细地描述管理环，以帮助项目管理者理解每阶段的重要工作，并建立包括所有方面，最终能满足残疾人及其家庭成员需求的计划。

请注意，本部分并未提出任何社区康复项目都必须遵守的一个固定方式。因为项目常通过与其它伙伴共同建立，如政府或基金会，这些可能提供如何建立项目的必要指南。另外虽然本章着重于建立新的社区康复项目，但也可以用于强化一些已经存在的项目。



### 补充阅读 8 印度 动员一个包融的社会

流动印度（Mobility India）是一个建立于印度班加罗尔的非政府组织。该组织自 1999 年就已经开始促进社区康复，其目标是建立一个包融的社会，残疾人在这个社会能够拥有平等的权利和高品质的生活。流动印度在三个不同的地区执行社区康复项目：1、班加罗尔的城市贫民窟；2、城市周边区（Anekal Taluk）离班加罗尔大约 35 公里；3、农村地区（Chamrajnagar 区）离班加罗尔大约 210 公里。

虽然这些地方的社区康复项目执行许多同样的活动，如促进成立自助组织，促进获得卫生、教育、就业和参与社会机会，及社区动员，他们还因不同的场合起到不同的作用。

通过评估，流动印度在过去岁月里已经学习了很多管理课程。重要的包括：

- 在管理环的所有层面中，把各关键部门纳入其中；
- 在社区康复项目开始之前，完成一个恰当的情况分析；
- 在初始计划中做一个可靠的投资，保证建立明确的指标；
- 发展与各有关方面的伙伴关系，确保各方面的角色清楚，责任明确，而与当地政府的伙伴关系是基础；
- 启动活动有益于整个社区，而不仅仅是残疾人；
- 从当地社区中征集社区康复工作人员，给予残疾人，尤其是妇女优先参与权；
- 保证建筑容量的可持续性并包融所有的人，如残疾人、他们的家庭、社区成员、服务提供者、当地领导或决策者；
- 与其它人分享成功与失败。



## 关键概念

### 社区康复计划 (projects) 与社区康复项目(programmes)有何不同?

世界各地正在做许多社区康复计划和社区康复项目；然而，许多人并不清楚两者之间有何不同。社区康复计划通常是小规模，可能着重于达到社区康复结构图中一项内容的特殊效果，如卫生方面。它们是短期的，有确定的开始时间和结束时间。在政府对社区康复支持有限的地方，如阿根廷、不丹、哥伦比亚、斯里兰卡及乌干达，社区康复计划常由当地社区团体或非政府组织发起。如果社区康复计划取得成功，可能把它们扩展到社区康复项目的规模，例如，在中国、埃及、伊朗，试验计划已经变成国家项目。社区康复项目是一组以协作的方式管理的社区康复计划。通常社区康复项目是长期的，无确定的完成时间，比社区康复计划的规模更大，也更复杂。尽管社区康复计划和项目有不同的特征，在本章中将使用“项目”这个术语来指二者。在本部分讨论的管理环中及其结果，在社区康复指南的其它成分中概述的关键概念和建议的活动也适用于二者。

### 启动

社区康复通常是由来自于社区外部的促进因素而启动的，如一个政府部门或非政府组织(1)。不论其发起是来自于社区内部还是外部，重要的是要保证有可利用的资源，以及社区已经准备好发展并完成这个项目（见下面的参与管理）。既不要期望，也不大可能由政府部门，当地官方或组织启动一个社区康复项目去完成社区康复结构图中的各项任务。他们主要与不同部门建立伙伴关系，以便共同负责结构图中的每个部分，以发展全面的项目。应鼓励每个部门以负责的态度保证其项目及服务是包融的，能反映残疾人、他们的家庭和社区的需求。例如，建议卫生部门和工作于卫生部门的非政府组织负责卫生部分，教育部门和在工作于教育部门的非政府组织负责教育部分，等等。

## 地域覆盖

社区康复项目可以是局部的、地区性的、或全国性的。覆盖的形式将取决于谁将完成该项目，有多大范围的参与，可利用的资源。重要的是要记住：残疾人和其家庭需要的支持离他们自己的社区越近越好，包括农村地区。在低收入国家，资源是有限的，并且多集中在首都或大城市。社区康复计划制定者的挑战，是找到最合适的解决方法，以达到最好的服务，最接近残疾人的家庭，提出真实的需求和存在于当地状况的资源。

## 社区康复的管理结构

每一个社区康复项目都将决定如何管理自身项目，所以不可能在本部分提供一个社区康复的总管理结构。然而，根据现存于世界各地的项目某些管理结构的例子，在本篇最后提供给大家参考（见附录）。

在很多情况下，可能需要成立一个委员会，以帮助管理社区康复项目，鼓励这样做。社区康复委员会通常由残疾人、他们的家庭成员、社区志愿者、及政府部门的代表组成。他们有助于：

- 确定社区康复项目的任务和目标；
- 确认需求和可以利用的社区资源；
- 确定社区康复工作人员和相关部門的任务和责任；
- 建立行动计划；
- 为项目的完成动员资源；
- 为社区康复项目管理者提供支持和指导。



## 参与管理

贯穿整个社区康复项目运作的思路就是参与。在大多数情况下，社区康复项目管理者将负责做出最后的决定；然而，重要的是所有关键部门参与的残疾人和他们的家庭成员，都主动参与管理环的各个阶段。相关部门能通过分享他们的经验、观察和建议提供有价值的参与。他们参与整个管理环将有助于保证满足社区的需求，而社区能帮助项目的长期发展（见第一阶段：相关部门分析）。

## 社区康复项目的维持

虽然良好的愿望有助于启动社区康复项目，但对运行和维持项目还远远不够。总的来说，由政府主导的或由政府支持的项目与民间项目相比，能提供更多的资源，有更大的范围和更好的维持。然而，由民间主导的社区康复项目通常更合适，更适应不同的状况，更好地保证了社区的参与及人们的理解。社区康复最成功的地方必有政府的支持、对当地因素敏感，有文化、经济、人力资源及来自各部门、包括地方政府及残疾人组织的支持。

维持社区康复项目需要考虑的某些基本因素如下：

- **有效的领导层** 如果没有有效的领导和管理，社区康复项目将很难维持下去。社区康复项

目管理者有责任激发、鼓舞、指导和支持相关部门去完成项目的目标和结果。因此，选择忠诚的、善于沟通的、受各相关部门和社区广泛尊敬的、有力的领导层非常重要。

- **伙伴关系** 如果他们孤立地工作，社区康复项目在社区中将与其它项目形成竞争，重复服务及浪费宝贵资源。伙伴关系有助于最有效地使用现存资源并维持社区康复项目，通过提供主流机会、广泛的知识和技能、经济资源及额外的声音，以影响与残疾人权益有关的政府立法和政策。在许多情况下，正式的安排，如服务协议、谅解备忘录及合同，能有助于保证和支撑合伙人的参与。
- **社区所有权** 成功的社区康复项目具有一个很强的社区所有权的认识。通过保证各相关部门在管理环的不同阶段的参与，能达此目的（见赋能部分：社区动员）。
- **利用当地资源** 减少对来自外部的人力、经济和物质资源的依赖，将有助于保证项目更持久。应该鼓励社区利用他们自己的资源来解决他们面对的问题。应该优先使用当地资源而非国家资源，应该优先使用国家资源而非来自国外的资源。
- **考虑文化因素** 文化有多样性，适合一群人的文化未必适合另外一群人。要保证社区康复项目能经受得住不同文化的考验，重要的是要考虑到它们对当地习俗和传统有何影响，项目将遇到什么阻力，以及如何应对这些阻力。重要的是要在与残疾人有关的信仰和行为的改变与为当地文化而调整项目和活动之间找到平衡。
- **培养能力** 培养有关方面进行计划、执行、监督及评估社区康复项目的的能力，将有助于项目的持久。社区康复项目应该有一个强烈的提高认识和训练部分，以帮助在相关部门中培养能力。例如，在残疾人中培养能力将保证他们具有相应的能力，以促进他们包融在主流社区中。
- **经济支持** 社区康复项目建立稳定的资金来源很重要。可能有一些不同的基金可资利用，包括政府基金（如直接融资或公共基金），捐助基金（如提交计划提案给国家或国际捐助基金、慈善基金或赞助基金），自创收入（如出售产品，会费及服务收入，或小额信贷）。
- **政策支持** 国家社区康复政策、国家社区康复项目、国家社区康复网络及必要的预算支持将保证《残疾人权利公约》（2）的落实，并能惠及所有残疾人及其家庭。把残疾人事务包括在政府立法及政策中也将保证残疾人的长久利益，尤其是在卫生、教育、就业和社会层面得到服务和机会。

## 社区康复项目的拓展

---

社区康复项目拓展的意思是扩大成功项目的效果。这将有很多好处，例如，社区康复将惠及更多的未得到康复的残疾人，有助于在社会上增加残疾人事务的影响，还可能增加与残疾有关的政策及资源配置方面的改变。拓展需要：1、项目效果的示范；2、被残疾人及其家庭成员所接受；3、被社区所接受；4、有充分的经济支持；5、明确的立法和政策。

社区康复项目有许多不同的拓展方式。一种方式是增加项目的地理覆盖面，即扩大项目的范围从单一社区到若干社区或一个地区甚至国家层面。然而，一般来说，建议社区康复项目先开始于一个小的范围内，这样容易达到和显现预期效果，然后再考虑拓展。由于许多社区康复项目着眼于一种特殊伤残人群，所以另外一种拓展方式是增加不同类型的残疾人。

## 管理环

---

在考虑建立或强化一个社区康复项目时，把整个管理过程形象化成一个环很有帮助（图2）。这就保证所有主要部分都被考虑到了，并显示了它们的位置和相互关系。在本指南中，该管

理环由四个阶段组成。

1. **情况分析**——该阶段考察社区残疾人及其家庭状况，确定问题所在以及需要解决的事情。
2. **计划与设计**——该阶段要决定社区康复项目应该解决哪些问题及事情，及如何去做。
3. **实施及监督**——在这一阶段，项目进入实施阶段，并要定期监督及回顾，以保证其按正确的轨道发展。
4. **评估**——本阶段对其结果进行评价，看是否达到预期结果，及结果如何，并评价项目的总体影响，如，项目引起了哪些改变。

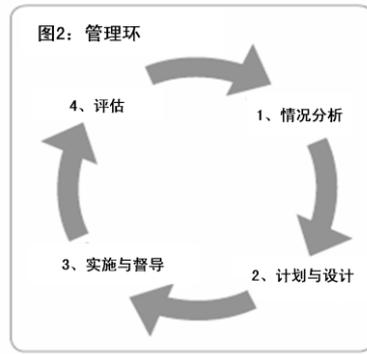


图 2：管理环：1. 情况分析，2. 计划与设计，3. 实施及监督，4. 评估



## 第一阶段：情况分析

### 简介

建立社区康复项目最基本的要求是要根据每一个社区的相关及独特情况，以保证项目能满足社区的实际需求及成本-效益比和现实的。通常，在社区康复项目开始之前，计划者认为他们对社区需求什么及如何做已经有足够的信息。然而，在许多情况下，这种信息是不完全的，所以管理环的第一阶段应该是情况分析。



情况分析的目的是回答以下问题：“我们在什么地方？”该问题有助于计划者了解残疾人及其家庭的生活情况，以决定最合适的行动路线。它还包括收集信息，确认各有关方面及他们

的影响，确定主要问题和项目的目标，确定在社区内有什么资源可以利用。在管理环中这是一个重要阶段，因为它为计划和设计社区康复项目提供了基本信息（见第二阶段：计划与设计）。

## 相关步骤

情况分析包括以下步骤。

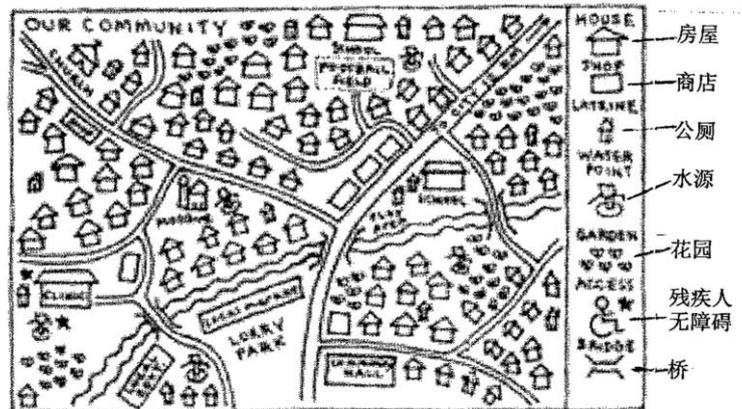
- 1、收集事实及数据。
- 2、各相关方面的分析。
- 3、问题分析。
- 4、目标分析。
- 5、资源分析。

## 收集事实及数据

收集基本事实及数据，帮助确定对残疾人及其生活情况我们到底知道哪些。它还可能为将来的评估提供参照基线（见第四阶段：评估）。事实及数据的收集包括了国家水平，地区水平及当地水平的环境、社会、经济、文化和政策情况。

例如，收集的信息可能有：

- 人口：如残疾人的数量、年龄、性别、残疾类型；
- 生活情况：如住宅的类型、水源及卫生设施；
- 卫生：如死亡率，死亡及疾病原因，当地卫生服务；
- 教育：如残疾儿童上学率、文盲率；
- 经济：如收入来源，日平均工资；
- 政府：如政策和立法，对残疾的关注度，对《残疾人权利公约》批准及完成情况，无障碍标准及规则；
- 文化：如文化组织，语言，对残疾人的习惯及态度；
- 宗教：如宗教信仰和组织；
- 地理和气候。（图：我们的社区）



我们的社区

事实调查可能要找某些人交谈，如访问当地政府机关或在互联网上、政府出版物上、书籍及调查报告中查找文献和数据。

## 各相关方面的分析

重要的是要确定所有关键方面，并从管理环的开始环节就让他们参与其中，以保证他们的参与，并建立以社区为主导的状态。相关方面的分析帮助确定那些可能帮助、捐助、或影响社区康复项目的方面（个人、团体或组织）。有许多不同的工具可用于确定相关方面，记录他

们的影响水平及活动。**SWOT** 分析法可用以分析相关方面的**力量 (Strengths)** 和**弱点 (Weaknesses)**及外部的**机遇(Opportunities)**和其面对的**风险(Threats)**。

### 关键方面的角色和责任

许多不同的方面可能在相关分析中被确定。这些方面可能包括：残疾人及其家庭成员，社区成员（包括社区领导，老师等），民间团体（如非政府组织，宗教组织和妇女组织），残疾人组织和政府部门。各相关部门所处的位置如下图（图 3）。要记住社区康复工作人员和社区康复管理者也是相关方面的人员。每一相关方面都将带来技能、知识、资源及网络，在社区康复项目的建立和完成中都将具有特殊的角色和责任。

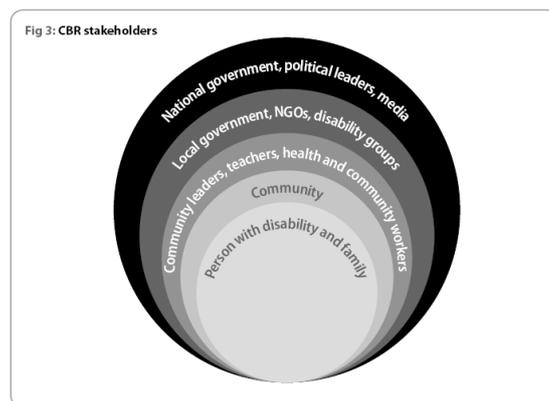


图 3：社区康复有关方面。外圈：国家级政府，政治领导人，媒体；第 2 圈： 地区政府，非政府组织，残疾人组织；第 3 圈：社区领导，教师，卫生与社区工作者；第 4 圈：社区；内圆：残疾人及其家庭。

### 残疾人及其家庭

残疾人及其家庭在社区康复项目中扮演着极其重要的角色。他们的角色和责任贯穿在整个《社区康复指南》中，表达十分清晰，概括起来有：

- 在社区康复项目管理的每个部分都扮演积极角色；
- 参加当地社区康复委员会；
- 通过志愿或工作的方式作为工作人员参与社区康复；
- 在他们的社区中做有关残疾的宣传，如引起人们对无障碍通道的关注，要求人们移除妨碍通行的障碍物。

### 社区成员

社区康复能惠及社区所有成员，而不仅仅是残疾人。社区康复项目应鼓励社区成员承担以下任务和责任：

- 参加训练以学习更多的有关残疾的知识；
- 改变他们妨碍残疾人及其家庭获得机会的观念和态度；
- 关注其它可能妨碍残疾人及其家庭参与社区生活的障碍；
- 带头并包融残疾人及其家庭于活动中；
- 为社区康复项目贡献资源（如时间、资金、设备）；
- 保护他们的社区并关注引起残疾的原因；
- 在残疾人及其家庭需要的方面提供支持和帮助。

### 民间团体

民间社团组织和团体的角色和责任根据其层次有国际的、国家的、地区的或社区的。他们的

任务和责任还受到参与残疾人事务及社区康复的经验水平和参与程度的影响。从以往经验看,许多非政府组织已经处于社区康复工作的中心,所以它们可能是任何新的或已经存在的社区康复项目的驱动力。其任务和责任可能包括:

- 在政府支持有限的地方建立和完成社区康复项目;
- 为社区康复项目提供技术帮助、资源和培训;
- 支持在各有关方面之间建立相互联系的网络;
- 支持社区康复项目有关方面培养能力;
- 把残疾事务纳入现在的计划和服务体系中;
- 支持社区康复的评估、研究和发展。

### 残疾人组织

残疾人组织是加强社区康复项目的强大资源,在现阶段的社区康复项目中可能担负重要角色(见维权部分:残疾人组织)。

他们的任务和责任可能包括:

- 表达残疾人的利益;
- 提供残疾人需求的建议;
- 培养残疾人权益意识;
- 进行提倡和游说活动,以保证政府和服务提供者对残疾人权益做出反应,执行《残疾人权利公约》项目;
- 提供为残疾服务的信息;
- 直接参与社区康复项目管理。



### 政府

残疾人事务涉及所有政府层面和部门,如卫生、教育、就业和社会部门。它们的任务和责任可能包括:

- 在国家社区康复项目的管理和完成中担负领导责任;
- 保证适当的立法和政策架构,以支持残疾人权利;
- 建立社区康复的国家政策,或保证社区康复被包括在相关的政策策略中,如康复或发展政策;
- 为社区康复项目提供人力、物资、财政资源;
- 保证残疾人和他们的家庭成员能得到公共项目、服务和进入设施服务;
- 在全国范围内为提供康复服务建立操作方法学或服务提供机制。

### 社区康复管理者

管理角色和责任将取决于谁负责启动和完成社区康复项目以及其管理权限,如项目是国家级的、地区级的还是社区级的。一般来说,社区康复项目管理者的任务和责任可能包括:

- 促进管理环的每个阶段;
- 保证政策、体制和过程处于项目管理之中;
- 在社区内外建立并保持网络和伙伴关系;
- 保证各有关方面在管理环的每个阶段都参与其中,并知晓完成的进度;
- 动员和管理资源,如经济、人力和材料资源;
- 构建社区能力,并保证残疾事务纳入发展部门的主流中;
- 通过委派任务和责任,管理日常活动;

- 支持和监督社区康复工作人员，如保证社区康复工作人员知道他们的角色和责任，定期开会以总结他们的表现和进步，组织训练项目；
- 管理信息系统，以监督进步和表现。

### 社区康复工作人员

社区康复工作人员是社区康复的核心，是残疾人、残疾家庭和社区成员的一种资源。他们的任务和责任在通读《社区康复指南》后将变得十分清晰，包括：

- 确认残疾人，对他们的功能进行基本评价，提供简单的治疗；
- 教育和训练家庭成员支持和帮助残疾人；
- 提供社区内可以利用的服务信息，通过转介和随访，在残疾人及其家庭与这些服务之间建立联系；
- 支持残疾人建立他们自助小组
- 通过与卫生中心、学校和工作场所接触，倡导改善对残疾的服务及包融残疾人；
- 提升社区对残疾的认识，以鼓励残疾人在家庭及社区生活中被包融。

表 1：越南国家社区康复项目中有关方面的任务和责任

| 层次     | 有关方面                            | 任务和责任   |
|--------|---------------------------------|---|
| 村      | 残疾人和家庭                          | 完成家庭康复，家庭环境改造，形成协会，以协作者（志愿者）方式工作                  |
| 村      | 社区康复志愿者                         | 早期确定、转介和随访，数据收集和报告，提高认识，动员，鼓动残疾人、家庭和社区，建立与其它层面的联系 |
| 公社（村落） | 指导委员会，社区康复工作者                   | 管理、协调和支持协作者的活动，报告，资源动员和配置，完成家庭康复，促进残疾人组织          |
| 区      | 指导委员会，社区康复管理者，社区康复书记，社区康复训练者和专家 | 管理、协调、监督、报告、支持家庭康复，诊断，评价，训练，资源配置                  |
| 省      | 指导委员会，社区康复管理者，社区康复书记，社区康复训练者和专家 | 政策建设，资源配置，机构干预，总协调与管理、监督和评估，支持家庭康复、诊断、评价和训练       |
| 国家     | 政府训练团体，专家，政策制定者                 | 政策建设，物资建设，机构干预，训练，研究                              |

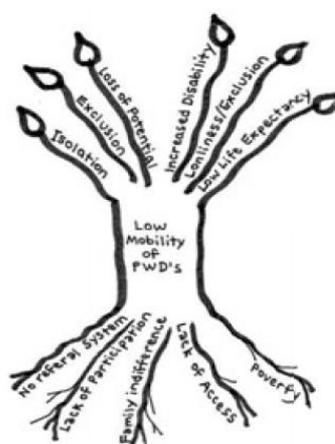
### 问题分析

社区康复项目提出在社区中要关注的残疾人及其家庭成员的现实问题。问题分析有助于确定主要问题、其根本原因和影响或后果。确定的最主要的问题将成为社区康复项目的主要目标（见准备一个项目计划）。在《社区康复指南》每一篇及其部分中，社区康复项目的工作都强调置于“社区康复任务”之中。

问题分析应该与上面确认的有关方面共同完成。没有各有关方面对于有关问题的意见，问题的性质，需求和解决方案将是不明确的。与各有关方面开一个座谈会，将有助于完成问题分

析，帮助达成共识，确定目标和行动。然而，应该注意的是，可能需要与不同方面的团体进行多次座谈会，以保证弱势群体能自由表达他们的意见。

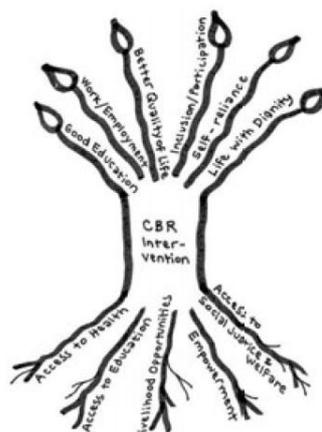
有许多不同的工具可用于完成问题分析—“问题树”可能是最常见和最广泛使用的工具（3、4）。问题树是一种形象化表达情况的图形。图的顶部显示问题的影响，图的底部显示问题的原因。



此问题树：上面枝叶部分 左起：隔离 受排斥 潜能丧失 残疾加剧 孤独 生活期望值低；主干：**残疾人活动差**；根系部分 左起：缺乏转介系统 参与缺失 家庭冷漠 缺无障碍 贫穷

### 目标分析

目标分析提供了决定可行的解决方案的出发点。**目标树**是完成该分析的有用工具，它类似于上面提到的问题树，只是它着眼于目标而不是问题。如果已经使用问题树，则更容易转化成目标树。把问题树（负面的）的原因修改成目标描述（正面的），就变成为目标树了。在该分析中目标的确认对于计划和设计阶段非常重要，因为它们形成了项目计划的基础。由于许多问题和目标通常都是在项目环的该阶段确定的，因此，区分项目关注的关键区域非常重要（见计划与设计）。



此目标树主干是：**开展了社区康复**；上面枝叶部分左起：良好教育 工作/就业 更好的生活品质 包融/参与 自信 有尊严的生活；下面根系部分左起：维护健康 接受教育 谋生机会 维权 司法与福利

### 资源分析

所有的社区都有一定的资源，即使那些非常贫困的社区。资源分析的目的在于确定社区康复项目可以使用或依靠的可利用资源。在资源分析中还要确定这些资源满足残疾人需求的能力（即实力和弱点）。资源分析应该确定：人力资源、物质资源（如基础设施、建筑、交通、设备、经济资源及现有的社会体制）及结构，如组织、团体和政治组织。把这些放在确定的位置很重要。

## 第二阶段：计划与设计

### 简介

第一阶段已经为计划者提供了第二阶段计划和设计的足够信息。计划者在此阶段的开始就应该对残疾人状况和将开展的社区康复项目程序有一个清晰的轮廓；他们应该清楚残疾人的数量、残疾人及其家庭的需求、解决问题的方法、可以利用的社区资源。



计划帮助你提前思考并为未来做准备，为下一个管理环节（第三阶段：实施与监督）提供指导。要确保考虑到社区康复项目的所有方面，确定优先需求，设计达到预期目标的清晰轮廓（或计划），考虑到了监督和评估系统，以及确定了完成社区康复计划所需要的资源。

### 相关步骤

#### 与各有关方面共同计划

召开各有关方面的讨论会是回顾与讨论来自第一阶段结果的良好方法，以便决定优先需求，设计项目计划及准备预算。重要的是保证残疾人及其家庭成员在计划阶段的代表性；因此，应该考虑到举办讨论会的形式，要保证他们能充分参与。例如，通知讨论会的方式要考虑到不同类型的残疾人都能够接收到。正像第一阶段提到的那样，或许需要为某些方面相关团体分别举行讨论会，如残疾人和他们的家庭成员，以保证他们能容易地和自由地表达他们的意见。

#### 确定优先需求

社区康复项目关注的潜在需求有些在第一阶段大概已被确定。由于资源并非是有限的，因此，需要确定优先需求。当确定了优先需求时，将有助于考虑最大需求在什么地方，什么地方存在潜在的改变，及可利用的资源。在优先需求确定中各有关方面的参与将有助于保证项目与需求之间的相关和适当。区分先后需要技巧和对现实的了解。有时，外部促进因素能帮助预防与项目目标的偏差。

#### 准备一个项目计划

逻辑方框图可用于准备社区康复项目计划的工具。逻辑方框图有助于保证一个成功项目所需的各个方面都被考虑在其中。其目的是回答以下问题：

- 项目要达到什么？（目标和目的）

- 项目如何达到这个目标？（结果和活动）
- 我们如何知道项目何时达到这个目标？（指标）
- 我们如何确定项目已经达到这个目标？（查证手段）
- 按此方式可能出现什么潜在的问题？（风险）

下列步骤的理解对于使用逻辑方框图来准备社区康复项目计划很重要。表 2 显示的是逻辑方框图的一般结构，而后面的表 3 显示的是一个完成的逻辑方框的样本。注意：在下面逻辑方框中使用的某些术语对于某些组织，基金会等可能有不同的用法。

表 2：逻辑方框图

|    | 概要 | 指标   | 查证资料 | 承担 |
|----|----|------|------|----|
| 目标 |    |      |      |    |
| 目的 |    |      |      |    |
| 结果 |    |      |      |    |
| 活动 |    | 所需资源 | 费用   |    |

### 决定目标

在考虑将要做什么，即活动之前，要对项目希望达到什么长期目标有一个清晰的认识。该目标描述社区康复项目的最终影响，即渴望的最终结果，那时，问题或需求不再存在，或情况有明显改善（见第一阶段：问题分析）。

### 描述目的

项目的目的是要使项目朝向目标所做的改变。通常只有一个目的，因为这样可使项目管理更容易。然而，某些社区康复项目可能有超过一个目的，因为他们可能要关注社区康复结构图中几个不同的部分和要素，如健康与教育。在这种情况下，就可能需要不同的逻辑方框图，但这些逻辑方框图应该有一个共同的总目标（见第一阶段：问题分析）。

### 结果的定义

结果是社区康复项目要达到的。它们涵盖工作范围的全部。每一个逻辑方框图通常有不会超过 3—6 个结果（见第一阶段：目标分析）。

### 活动的确定

活动是为要达到目的和结果而需要做的工作或干预。只需简单地把关键活动列在逻辑方框图中。以后在管理环中考虑更详细的活动，如当工作计划产生时（见第三阶段：建立详细的工作计划）。

### 确定指标

指标是为达到社区康复项目的结果而显示进展的目标和重要监督对象（见第三阶段：实施与监督）和评估（见第四阶段：评估）。社区康复项目的指标可能测定以下内容：

- 服务的质量和提供服务的速度；
- 项目活动涉及到目标个体的范围；



- 服务的方便程度和实际使用度；
- 完成项目涉及的费用；
- 与完成计划相比，实际完成项目的程度；
- 项目完成的总进度和完成项目的障碍。

要记住，当确定指标时应该遵循 **SMART** 原则，即：

- **Specific** (具体的) 当定下指标时，它们必须能确定你希望达到的变化的程度，即数量（如，多大或多少），你希望达到的变化性质，即质量（如，满意度、意见、决策能力或态度改变），及改变的时间表，即时间（如，何时或频度）；
- **Measurable** (可测量的) 是能够实际地测量的指标吗？
- **Attainable** (可达到的) 在合理的花费下能达到指标吗？
- **Relevant** (相关的) 指标与要测定的内容相关吗？
- **Timely** (适时的) 当需要时，指标能收集到有关的信息吗？

### **确定查证资料**

在指标确定之后，就要决定要测定的每一个指标，需要什么信息，即查证的资料。这可能包括报告、会议记录、出席记录、财政文件、政府统计、调查、采访、训练记录、信件或会谈、个案研究、周、月或季度项目报告、项目中期或项目后评估。当确定了查证资料后，还要考虑何时，何地及由谁收集这些资料。

### **考虑需要做什么承担**

为完成逻辑方框图中**承担**栏，需要考虑到风险及项目中可能出现的差错。每一个社区康复项目都伴随着风险；然而，早期识别这些风险有助于保证不发生实际的意外。一旦风险被确定，通过改变项目计划可以减少或消除这些风险。风险就转化成正面表述（**承担**）并被包括在逻辑方框图中。

### **准备监督和评估计划**

所有的项目都应该有监督和评估系统。在计划阶段就必须考虑这些系统，正如项目一开始执行就要收集相关信息一样。项目计划中确定的指标和查证资料将提供基本监督和评估系统（见第三阶段：实施与监督，及第四阶段：评估）。

### **确定需要什么资源**

虽然社区康复项目需要的资源在项目开始时不一定立即使用，但是，考虑完成项目活动需要的资源，以及如何获得这些资源仍然重要。记住，参照在第一阶段未完成的资源分析，以确定已经存在的资源（见第一阶段：资源分析）。下面的这些资源应该考虑到。

#### **人力资源**

完成项目需要的人员类型，如项目经理、社区康复工作人员、管理助理、司机。

#### **物质资源**

完成项目需要的设备和器材，如办公场所、家具、计算机、移动电话、车辆、视听设备和康复设备。

## 财政资源

经费可能是新项目的主要制约因素，所以要认真考虑所需经费的数量。最好的方法是准备一个预算。社区康复项目是否使用来自捐助人的现有基金无关紧要，重要的必须准备一个预算。

## 准备预算

预算是项目在一定时期内为完成活动所筹措和花费的金钱数量。一个预算对于明晰的管理和计划（如，预算为捐助者提供了他们的钱花在了什么地方的信息）、资金筹集、项目的完成和监督（如，实际花销与预算花销的比较）及评估都是非常重要的。

预算必须反映上面提到的“确定需要什么资源”中与资源相关的花销。重要的是做预算要非常仔细，如果你没有足够大的预算，你就不可能完成某些项目活动，但如果你为某些事情做了过高的预算，捐助者可能不愿意资助该项目。



表 3：健康部分逻辑方框图例子

|           | 概要                              | 指标   | 查证资料                   | 承担                    |
|-----------|---------------------------------|--|------------------------|-----------------------|
| <b>目标</b> | 残疾人达到他们所能达到的最高水平的健康标准           | 残疾人的死亡率和发病率降低×%                                | 如，当地卫生中心的统计表           |                       |
| <b>目的</b> | 残疾人能和社区其他成员一样得到同样的卫生设施和得到同样的服务。 | 残疾人到当地卫生中心的数量于×年底达到×%。其中×%的残疾人对当地卫生服务表示高满意度    | 如，当地卫生中心的统计，项目中的末期的评估。 | 可得到当地政府的卫生保健服务。       |
| <b>结果</b> | 1, 残疾人已经提高了有关自己健康的知识并主动参加健康活动。  | 于×年底有×%残疾人主动参与当地一个自助组织。到×年底，残疾人继发病情的数量已经减少到×%。 | 如，参与记录、观察，残疾人及其家庭的报告。  | 残疾人没有被卫生保健服务排除在外。     |
|           | 2, 卫生部门提高了对残疾人的认知程度。            | 到×年底，%的卫生保健工作者参加了残疾训练班                         | 如，观察，残疾人及其家庭的报告。       | 当地政府卫生保健服务有充分的能力。     |
|           | 3, 卫生保健设施中环境障碍减少。               | 到×年底，%的卫生保健设施变成无障碍。                            | 如，卫生设施审计，观察，项目结束的评估。   |                       |
| <b>活动</b> | 1.1 为残疾人提供当地卫生保健设施和服务的信息。       | <b>需要的资源</b>                                   | <b>费用</b>              | 残疾人使用提供的服务信息。         |
|           | 1.2 建立特殊健康问题的自助组织。              | <b>人力资源</b>                                    | 为需要的资源提供费用             | 残疾人被动员参加和领导自助组织。      |
|           | 2.1 在当地卫生保健设施中训练工作人员。           | • 1 位项目经理<br>• 2 位社区康复工作者<br>• 1 位社区康复训练者      |                        | 卫生工作者应用他们得到的训练。       |
|           | 3.1 完成对卫生设施的审计，以确定妨碍通行的障碍物。     | <b>材料</b>                                      |                        | 卫生部门分配资源以完成修改建筑及办公场所。 |
|           |                                 | • 信息材料<br>• 教学材料<br>• 训练房屋                     |                        |                       |

- 
- 3.2 与当地卫生官员举行会议提出移除障碍物的建议。
- 审计工具
  - 交通
- 

## 第三阶段：实施与监督

### 概论

第三阶段，实施与监督，包括把计划从第二阶段付诸行动，确保所有的必要活动都按时间表进行，并达到预期效果。在完成阶段，重要的是要不断地监督该社区康复项目的进展情况。监督为管理人提供信息，使他们能决定和改变短期计划，以保证达到预期效果，并最终达到期望的目标。监督系统应该在第二阶段已经计划好了，并有明确的指标和验证资料。在第三阶段，这些监督系统应该用于适当的地方，以便能为社区康复项目的管理收集、记录、分析、报告和使用这些信息。



### 涉及的步骤

注意下面的步骤未按执行的顺序排列。

#### 建立详细的工作计划

实施阶段的第一步是在团队和其它相关部门帮助下，拿出项目计划，建立更详细的工作计划以展示出：

- 完成每个计划内任务需要什么特殊活动
- 每一项活动需要在何时进行，及其开始和结束日期
- 谁将负责帮助完成每项活动

把工作计划中的所有信息概括在一张表格中很有帮助。这样可提供一个清晰的大纲或轮廓。最常用的是甘特图（Gantt chart）（3）。



#### 动员和管理资源

##### 经费资源

**筹款：**为新项目或使现有项目能继续进行下去，寻求经费资源是必须的。社区康复的经费可

以从不同的途径筹集。如果可能的话，重点应该放在社区基金上，因为这样将有助于较长期地支持项目。社区内可能的经费来源包括：

- 当地政府拨款或补助；
- 当地商业捐助和社团赞助；
- 社会团体组织，如扶轮社，狮子会；
- 残疾人所必需的服务费或用者付费；
- 彩票、社会事件、竞赛和其它特殊事件；
- 增收活动；
- 小额信贷或社区循环基金。

如果在当地没有筹到足够的经费，可能需要在地区、国家或国际上筹款，以建立和完成社区康复项目。

**经费管理：**建立一套透明的经费管理体系非常重要。这将确保项目对各有关方面有个明确的交待，包括基金会、社区成员及残疾人自己。经费管理是项目经理的重要任务，其他人也可以参与，尤其当项目庞大并涉及很多钱时。经费管理包括：

- 建立一个检查机制，以检查花费与计划阶段确定的活动有关或得到项目经理的同意；
- 保持经费记录完整；
- 及时更新经费数据；
- 在管理系统内推进适当的检查和平衡；
- 定期通知各有关方面项目经费的状况。

### **人力资源**

**招募：**在招募社区康复项目经理和工作人员时，最好是选当地社区人员，因为这样将保证他们对当地文化和语言的很好的了解，并能更好地接触到社区成员。社区康复项目更应该招募残疾人或其家庭成员，因为这样更符合社区康复的原则（见前：社区康复今天）以及更有助于他们的能力和地位。所有招募到的人必须有基本的知识、技能和能力去完成工作。在招募进行之前必须把每个职位的工作内容准备好。通常包括工作的任务和责任及需要的经验。

某些社区康复项目还考虑招募志愿者，尤其是那些人力资源受限的地方。一般不为志愿者付工资，取而代之的是他们得到鼓励和资源，以帮助他们进行他们的工作。他们可能是社区里愿意为社区康复项目志愿工作的人，如残疾人、其家庭成员、大学生、及专业人员。重要的是考虑招募志愿者的好处和不利之处。例如，虽然志愿者具有良好的当地知识及成本低，但他们通常时间有限，周转快。

**训练：**社区康复项目经理及工作人员需要广阔的知识面和技能，才能完成他们的任务和责任（见第一阶段：各有关方面分析）。前述的社区康复结构图（见社区康复今天）和《社区康复指南》将产生新的训练需要。对于社区康复项目来说，可能需要更新和加强现有训练项目或启动新的训练。

纵观世界，对于项目经理和工作人员有很多社区康复训练项目可以利用。这些训练项目是由不同的方面提供的，在内容和时间上各不相同。例如，在某些国家，三级学院为社区康复工作人员提供文凭课程班，而在另外一些国家训练项目可能不被承认，这些训练可能只持续几周或几个月。

训练社区康复工作人员的目的是提高他们的能力，以便他们能为残疾人及其家庭成员提供高质量的服务。训练可能涵盖广泛的内容，包括：残疾人权益、社区发展和包融实践、交流、基本康复技能（如确认与基本筛选和评价，以及基本治疗活动）、小组活动（如建立自助组织）。

当为社区康复工作人员建立一个训练课程时，重要的是要仔细考虑什么内容合适，如物理治疗还是作业治疗。这是因为，这些课程常常不合适和不现实，由于他们把重点放在发展高端临床和技术上，而不是社区发展的需要。

训练社区康复项目经理同样要提高他们管理项目活动的能力和效率。重要的是项目经理应熟悉管理环的四个阶段，这对项目的成功至关重要。项目经理同样要对残疾和社区康复策略十分了解。



### 补充阅读 9 所罗门群岛 为更好地服务提供专业教育

2010 年，所罗门群岛高级教育学院将以社区康复策略为基础，提供社区康复文凭教育。其目的是训练毕业生技能和知识，以便在省级水平实施社区康复政策。这是一个二年制的课程班，内容包括下面的范围。

**广泛的治疗技能**—学习有关残疾类型和物理治疗的基本手法技能，作业治疗和言语治疗。

**社区康复技能**—在社区工作的技能，包括帮助社区了解残疾及为残疾人提供平等机会。

**社区发展技能**—在社区内发起促进残疾人康复的计划和组织的技能。

**社区康复实践和现场工作技能**—在社区中实习全部所学。

在课程结束之后，希望毕业生能够具有适当的技能和知识，作为省级现场工作者或作为医院中的治疗助手，为社区康复单位（卫生和医疗服务部）工作。在卫生部门之外，教育系统和非政府组织也被确定为工作的潜在范围。

**人员的发展、支持和监督：**人员的发展（如继续教育）对于社区康复项目经理和工作人员更新他们的技能和发展新的技能是必需的。通常，可能利用社区内资源进行继续教育，如已有的训练班，和来自其它组织的训练材料和相关领域的专家。

某些社区康复项目可能不太成功，因为他们未能对其工作人员提供充分的支持和监督。社区康复工作人员是社区康复项目的支柱，因此管理者需要确保他们服从于他们的任务并得到支持。提供支持和监督包括建立清晰的监督和报告途径，保证工作人员明确他们的角色和责任，保证定期的操作回顾。项目经理要关注工作人员的“精疲力竭”，这可能发生于工作人员承担太多、太密集、太长时间的工作而精疲力竭。

### 补充阅读 10 巴布亚 新几内亚 提升社区康复工作人员的可信度和地位

在巴布亚新几内亚，在短期培训后社区康复工作人员能够筛选儿童畸形足和成人白内障，并转介到需要的医疗单位治疗。这些治疗对于这些残疾人和他们的家庭非常有效，同时也提升

了社区康复工作人员在社区中的可信度和地位。

## 完成计划内活动

项目经理应该十分熟悉工作计划并能做好必要的准备工作，以保证所有的活动都能按计划完成。这里没有提供社区康复活动的详细描述，因为这些都包括在计划的各个部分中（见手册 2—6）及附册（见手册 7）。活动基本都在下列范围内。

### 提高认识

社区康复中提高认识的活动是直接为有关方面提供关于残疾方面的信息和知识，并因此而促使态度和行为的改变。还能促进对社区康复策略和项目的支持，并鼓励各有关方面的参与。



### 协调与网络

需要协调与网络活动以便与各有关方面建立良好的伙伴关系。这些活动对于分享知识和资源，减少重复及动员社区参与非常重要。

### 主流化

主流化活动保证残疾人能充分参与在每项发展活动中，即卫生、教育、就业和社区部门得到参与的支持。主流活动伴随着特殊标准，如合理的食宿，以保证能得到平等的机会。

### 服务的准备

每一个社区康复项目都将提供一些不同的服务，根据社区康复结构图中所选择的不同部分。与服务的准备有关的许多活动都是由社区康复工作人员完成的。活动可能与残疾的种类有关，并参照主流/特殊服务以提供基本康复服务和简单辅助用具。

### 鼓动

过去，社区康复项目没有注意到鼓动，而只强调为残疾人服务。有很多不同的活动能够用于保证残疾人在医疗、教育、就业和社会层面以及社区生活的其它方面达到机会和权益的平等。

### 提高能力

提高各有关方面的能力，将保证他们具有充分的知识和技能去执行他们的任务和责任（见第一阶段：各有关方面分析）。训练是提高各有关方面能力的方式之一，并作为整个指南推荐的活动。不是所有的有关方面都需要同样类型或水平的训练；训练应该根据他们希望承担的角色和责任及因此而产生的需要而定。某些方面的人可能仅需要参加短期讲习班、研讨会或短期感受残疾人事务和社区康复政策。其他人可能需要正式的培训项目。

社区康复项目需要确定现有的社区训练项目能保留和使资源最大化。可能的训练资源包括

政府机构、主流发展组织和与残疾有关的非政府组织。训练其他人如何提供社区康复训练也十分重要，要保证在当地帮助具有良好社区康复知识和技能的人去教导另外一些人。

## 监督

### 什么是监督？

监督能保证项目的正确轨道。它包括定期的对整个完成阶段的信息进行收集和分析。是项目的内部功能（即由社区康复项目经理和工作人员完成），帮助这个团队确定哪些活动进行的良好，哪些不好，以便做出改进。如果良好的监督系统存在并很有效，还可以使项目的评估变得相对容易（见第四阶段：评估）。

### 监督的步骤

**确定指标：**指标应该在第二阶段：计划和设计中已经确定。

**确定如何收集信息：**确定如何收集监督信息（查证资源）也应该在第二阶段完成。

**收集和记录信息：**正式的系统应该能恰到好处地收集和记录信息。重要的是这些系统尽可能地简单，只收集那些需要的信息。所有工作人员都应该得到如何遵循和使用这些系统的培训，如工作人员应得到如何正确使用数据收集表格的培训。非正式的系统也可能有用，例如，可能要求社区康复人员对他们的活动在笔记本或日记中做详细的记录。重要的是要保证收集信息有定期的日程表。日程表可能是每日、每周、每月或每季度，依据项目的需要。

**分析信息：**分析信息比收集和记录信息更难。然而，如果社区康复项目经理不密切关注这些信息的变化，他们将无法看到项目活动的进展及确定有些潜在的问题。在进行信息分析之后，可能还需要做进一步的调查，以发现实际情况。

**报告和分享信息：**与各有关方面报告和分享监督的结果表明项目是透明的和负责的。监督报告应该包括的信息：活动或工作的区域，阶段工作计划和完成的工作，项目的进度，预算与实际花费，成绩，制约因素和问题及采取或推荐的措施，所学的课程。报告的要求根据社区康复项目所在地的管理结构的不同而异。例如，在当地，社区康复工作人员可能需要向项目经理每周报告一次，项目经理可能需要更高层每月报告一次，等等。

**管理信息：**一个社区康复项目将产生很多信息，如文件、报告、信件和账目。一个有效的归档系统是管理信息的方法之一，将在监督过程中节省大量时间并减少误解。如果收集到的信息涉及机密，就应该将其保存在保密的地方。

## 第四阶段：评估

### 简介

管理环的最后阶段：评估，涉及对社区康复项目的完成进行评价。评估有助于确定是否已经达到了社区康复计划的



主要目标（见第二阶段：计划与设计）及社区情况发生了哪些转变（见第一阶段：情况分析）。评估后才能决定该项目是继续、改变还是停止，还可以提供证据证明该社区康复项目对于残疾人机会均等、减少贫困和社会包融是一个良好的策略。

某些社区康复项目经理可能担心评估会暴露他们的过错和弱点。要理解没有哪个项目会特别顺利，即便是非常成功的项目也伴随着问题存在。成功的社区康复项目必须反映其经历的问题，并从中学习到经验以应用到未来的计划中。

许多人认为评估是困难的，因为手册常提供很复杂的不同方式和方法的描述。因此，许多社区康复项目人员可能认为他们需要成为专家才能完成评估。然而，通过适当水平的计划和准备，简单的评估可以产生很多有用的信息。



## 评估

### 什么是评估？

评估简单地说就是评价。项目的现实意义、效率、效果、影响和可持续性评估中要考虑的核心因素。通过完成评估，社区康复项目能从中学到经验及使用课程中所学，以改善现在的活动，并通过仔细选择未来的活动，提高计划水平。

### 谁来做评估？

评估可以由社区康复项目内部人员完成（内部评估）或由外部独立个人或机构完成（外部评估）。每种方法各有优缺点，因此，项目的不同选择的评估方法也不同。理想的评估是两种方法的联合使用。

### 何时评估？

评估很难监督，因为评估不是连续不断地在进行。评估仅在计划中的某些特殊点进行，评估可能在项目完成的中间、完成之后立即进行，或完成之后的某个时间（如数年）。

## 评估涉及的步骤

评估社区康复项目的方式将依据要评价什么内容，谁来评价而定。一般来说，由下列步骤组成。

### 焦点评估

第一步涉及评估的焦点是什么，即决定为什么要进行评估（目的）并决定评估要回答的问题。通过一次评估来评价项目的所有方面是不可能的。因此要仔细考虑评估的目的。目的可能是：

- 评价社区康复工作人员是否能胜任他们的角色和责任，以决定他们是否需要进一步的培训；
- 评价哪些活动效果良好，以决定项目的哪些方面应该继续或停止；
- 评价项目是否具有计划中的效果，以决定是否在别处重复该策略；
- 评价是否合理地使用资源、达到预期结果、过程正常，以帮助决定项目的未来。

当评估目的已经确定时，才可以提出评估需要回答的问题。这些问题通常不是能用简单的“是”或“否”就能回答的。可以提出很多与现实意义、效率、效果、影响和可持续性有关的不同问题（见表 4：评估的组成）。

表 4：评估的组成

|      |   |
|------|---|
| 现实意义 | 项目满足了残疾人、他们的家庭和社区的需求了吗？                           |
| 效率   | 是以最佳方式使用资源（人力、经费和材料）吗？                            |
| 效果   | 项目在质量、数量和时间上达到预期效果了吗？                             |
| 影响   | 达到更广泛的目标了吗？以何种方式改变了残疾人及其家庭的生活？项目对社区内对待残疾的态度有哪些影响？ |
| 可持续性 | 当外部支持逐渐减少或取消时，该项目还能继续吗？                           |

### 收集信息

第二步包括决定以最佳方式回答评估的问题，考虑下面的事情。

- **谁能提供信息**——各相关方面都是很好的信息来源。可以从残疾人及其家庭、其它社区项目、当地政府部门（如国家统计局），及其它部门收集信息。社区康复工作人员和其它专业人员也可以是很好的信息来源，因为他们通常保留活动及参与记录。
- **如何收集信息**——有很多收集信息的方法，每种方法都有其优缺点。通常都使用一种以上的评估方法（见表 5：数据采集方法）。
- **何时应该收集信息**——在不同的阶段收集不同的信息。在项目开始前收集的信息可以提供基础数据（见第一阶段：情况分析）。



在评测社区康复项目影响时，基础数据很重要。如果不知道项目开始前的状况，将很难评估项目产生效果。还可以在项目进行（见第三阶段：监督）或项目结束时收集信息。

表 5：数据采集方法

| 方法   | 定性的 | 定量的 | 总目标  |
|------|-----|-----|--|
| 问卷   | ×   | ×   | 从残疾人，其双亲和其他方面获得指定的和明确的结果                       |
| 个别评价 | ×   | ×   | 评价福利、卫生、日常活动等现状。其结果可以和初始个案研究报告相比较。             |
| 调查   |     | ×   | 评价态度的改变和生活质量的改变（与基础数据比较）。                      |
| 文件回顾 | ×   | ×   | 理解项目依据的政策及如何操作该项目（如政策、规章、手续和经费及行政管理回顾）。        |
| 记录回顾 |     | ×   | 得到客户数量和特征一般观察、取得的进展、所做的干预、输入与结果的关系、康复工作者的工作量等。 |
| 访谈   | ×   |     | 了解某人的观点、印象和经验，或了解他们对问卷更多的答案                    |
| 观测   | ×   | ×   | 收集有关项目实际操作的正确信息，尤其是关于过程和相互作用的信息。               |
| 焦点讨论 | ×   |     | 通过小组讨论，深度探讨一个主题，如对于一种经验或建议的反应，对问题和事情达到一个共同理解等。 |

### 分析信息和得出结论

在收集信息之后，你需要对其做出判断。分析信息能确定模式、趋势或意想不到的结果，并确定是否回答了评估问题，如果是，在多大程度上。不同类型的信息需要不同的分析方式。例如，从问卷、试验或报告得来的数量、数据，通常使用统计分析的方法和程序。来自访谈和焦点讨论的定性数据可根据关键类别和主题进行分类和组织。在信息分析之后，才可能得出结论并对项目提出建议。

### 分享结果及采取行动

如果一个评估不能得出结论和建议将是毫无用处的。因此重要的是报告和分享结果。这有很多不同的方式：例如，可以写一个正式的评估报告，在社区成员会议上提供评估结果，可以为当地报纸写文章，可以为在机构中传播的通讯写一个个案研究，可以为杂志写文章，或在大会上做论文报告。评估之后，重要的是要在发挥作用的事情和未发挥作用的事情上反思和学习，什么事情作对了，什么事情作错了。评估的结果应该影响项目的不同方面的决策：什么应该继续，什么需要调整，哪些成功的实践应该逐步扩大，以及社区内哪些地方和优先事务需要加强。

### 参考文献：

1. CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004). International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 ([www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html](http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html), accessed 30 March 2010).
2. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/disabilities/>, accessed 30 March 2010).

3. Blackman R. Project cycle management. Teddington, Tearfund, 2003  
(<http://tilz.tearfund.org/Publications/ROOTS/Project+cycle+management.htm>, accessed 5 May 2010).
4. Australian Agency for International Development. AusGuideline: 3.3: The logical framework approach. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005  
(<http://www.ausaid.gov.au/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf>, accessed 5 May 2010).

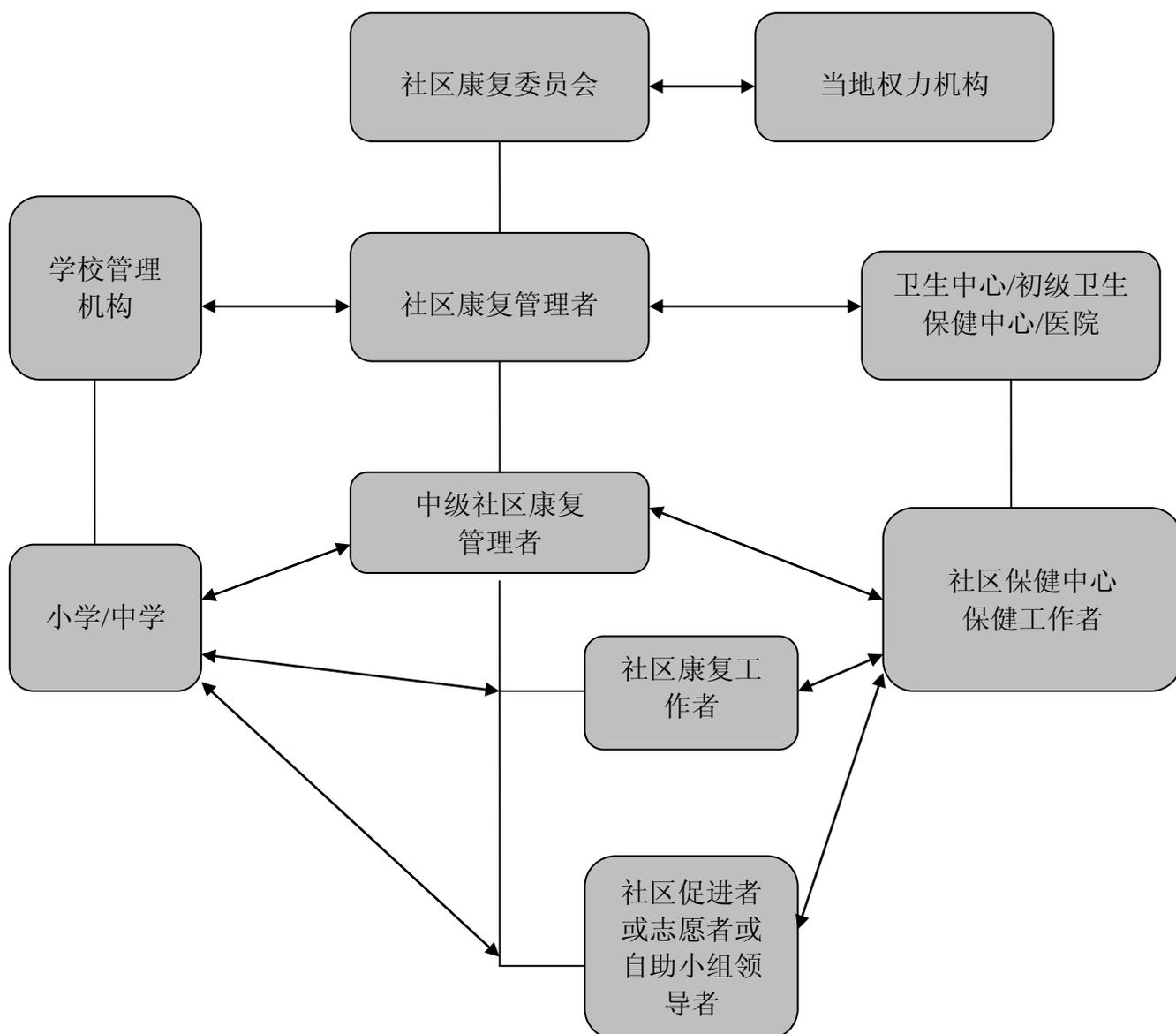
### 推荐读物:

- *ARC resource pack: a capacity-building tool for child protection in and after emergencies*. London, Action on Rights for Children, 2009  
(<http://www.arc-online.org/using/index.html>, accessed 5 May 2010).
- *Community based initiatives series*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003  
(<http://www.emro.who.int/publications/series.asp?RelSub=Community-Based%20Initiatives%20Series>, accessed 5 May 2010).
- *Community-based rehabilitation and the health care referral services: a guide for programme managers*. Geneva, World Health Organization, 1994  
([http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_RHB\\_94.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf), accessed 5 May 2010).
- Cornielje H, Velema JP, Finkenflügel H. Community based rehabilitation programmes: monitoring and evaluation in order to measure results. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):36–49 (<http://www.leprosy-review.org.uk/>, accessed 5 May 2010).
- Düring I, ed. *Disability in development: experiences in inclusive practices*. Lyon, Handicap International, 2006  
([http://www.cbm.org/en/general/CBM\\_EV\\_EN\\_general\\_article\\_46088.html](http://www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general_article_46088.html), accessed 5 May 2010).
- FAO Socio-Economic and Gender Analysis Programme. *Project cycle management technical guide*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2001  
(<http://www.fao.org/sd/Seaga/downloads/En/projecten.pdf>, accessed 5 May 2010).
- *Guidance Note 5: Tools for mainstreaming disaster risk reduction – project cycle management*. European Commission, 2004  
([http://www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools\\_for\\_mainstreaming\\_GN5.pdf](http://www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN5.pdf), accessed 5 May 2010).
- *Guidelines for conducting, monitoring and self-assessment of community based rehabilitation programmes: using evaluation information to improve programmes*. Geneva, World Health Organization, 1996  
([http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_RHB\\_96.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_RHB_96.3.pdf), accessed 5 May 2010).
- Handicap International/ Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association (SHIA)/ Swedish Disability Federation (HSO). *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Make Development Inclusive, 2009  
([www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf](http://www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf), accessed 5 May 2010).
- Helander E. *Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation*, 2nd ed. New York, United Nations Development Programme, 1999  
(<http://www.einarhelander.com/books.html>, accessed 5 May 2010).
- *Make development inclusive: how to include the perspectives of persons with disabilities in the project cycle management guidelines of the EC – concepts and guiding principles*. Make Development Inclusive (undated)  
(<http://www.inclusive-development.org/cbmtools/>, accessed 5 May 2010).
- *Managing the project cycle*. Network Learning, 2009  
([http://www.networklearning.org/index.php?option=com\\_docman&Itemid=52](http://www.networklearning.org/index.php?option=com_docman&Itemid=52), accessed 5 May 2010).

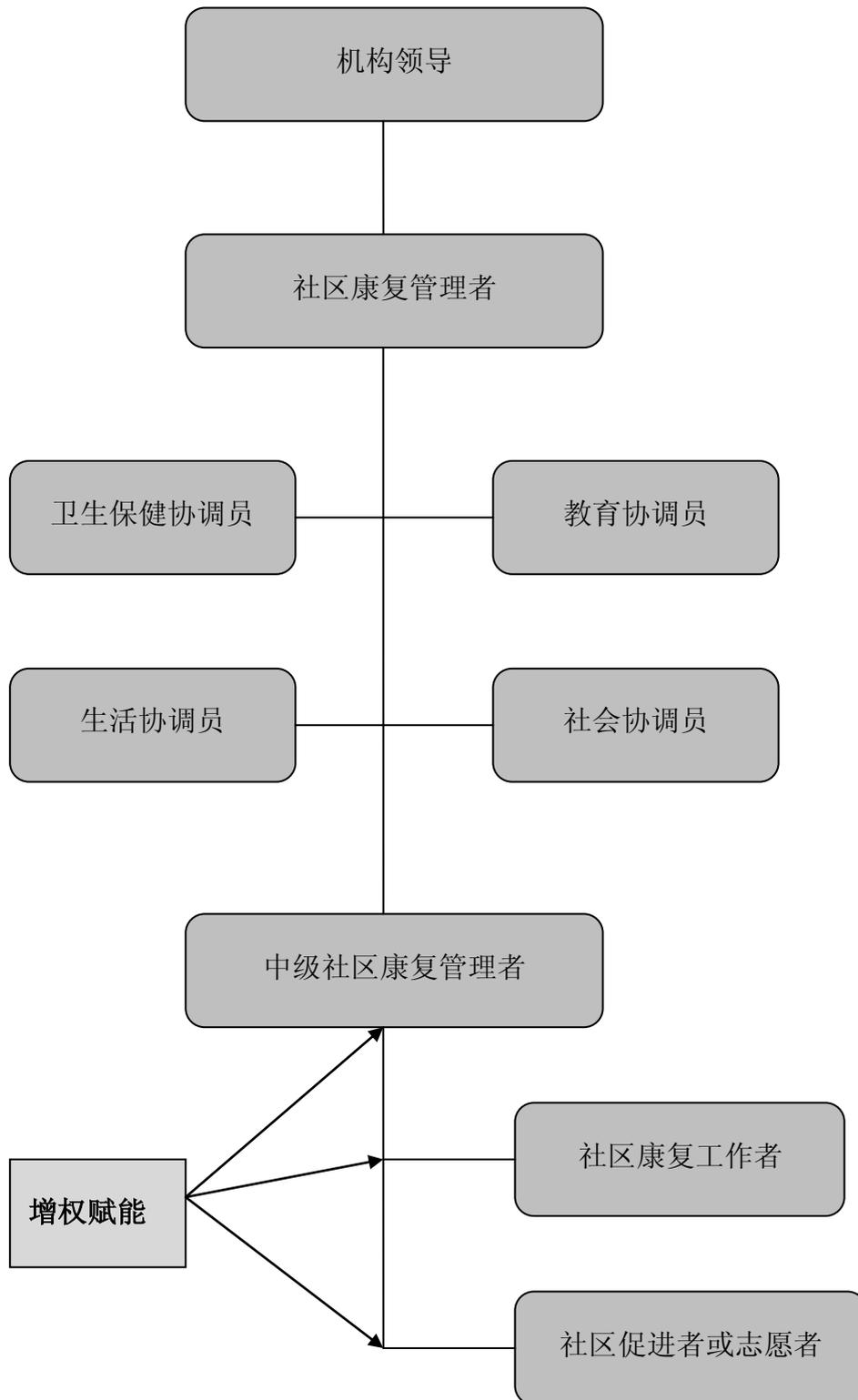
- *Manual project cycle management*. European Commission Directorate-General for Humanitarian Aid (ECHO), 2005  
([http://ec.europa.eu/echo/files/about/actors/fpa/2003/guidelines/project\\_cycle\\_mngmt\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/about/actors/fpa/2003/guidelines/project_cycle_mngmt_en.pdf), accessed 5 May 2010).
- McGlade B, Mendorza VE, eds. *Philippine CBR manual: an inclusive development strategy*. Bensheim, CBM/National Council on Disability Affairs (NCDA), 2009.
- Ojwang VP, Hartley S. *Community based rehabilitation training in Uganda: an overview*. (<http://www.asksource.info/cbr-book/cbr04.pdf>, accessed 5 May 2010).
- Shapiro J. *Monitoring and evaluation*. Johannesburg, World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS) (undated)  
(<http://www.civicus.org/new/media/Monitoring%20and%20Evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).
- Thomas M. *Evaluation of CBR programmes*  
(<http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/workshop95/CBR%20evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).
- Thomas M, Thomas MJ, eds. *Manual for CBR planners*. Bangalore, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal Group, 2003  
([http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/Manual%20for%20cbr\\_planners.pdf](http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/Manual%20for%20cbr_planners.pdf), accessed 5 May 2010).
- *WWF standards of conservation project and programme management*. WWF, 2007  
([http://www.panda.org/what\\_we\\_do/how\\_we\\_work/programme\\_standards/](http://www.panda.org/what_we_do/how_we_work/programme_standards/), accessed 5 May 2010).
- Zhao T, Kwok J. *Evaluating community based rehabilitation: guidelines for accountable practice*. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific/ Regional NGO Network for Asia and the Pacific Decade of Disabled Persons 1993 -2002/ Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific Region, 1999  
(<http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/z00021/z0002101.html#contents>, accessed 5 May 2010).

## 附录：社区康复项目管理结构的四个范例

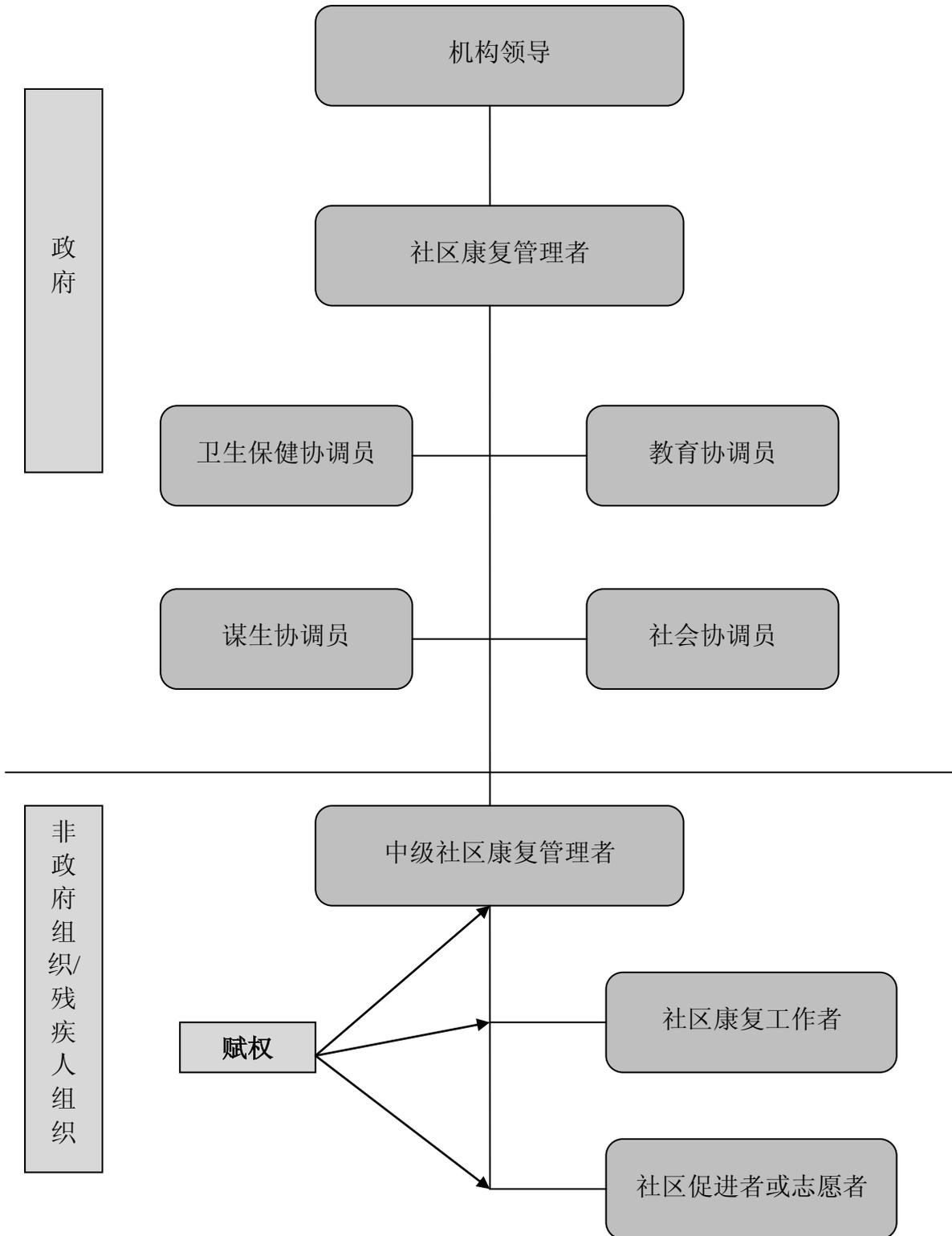
### 1. 社区康复管理架构图(范例)



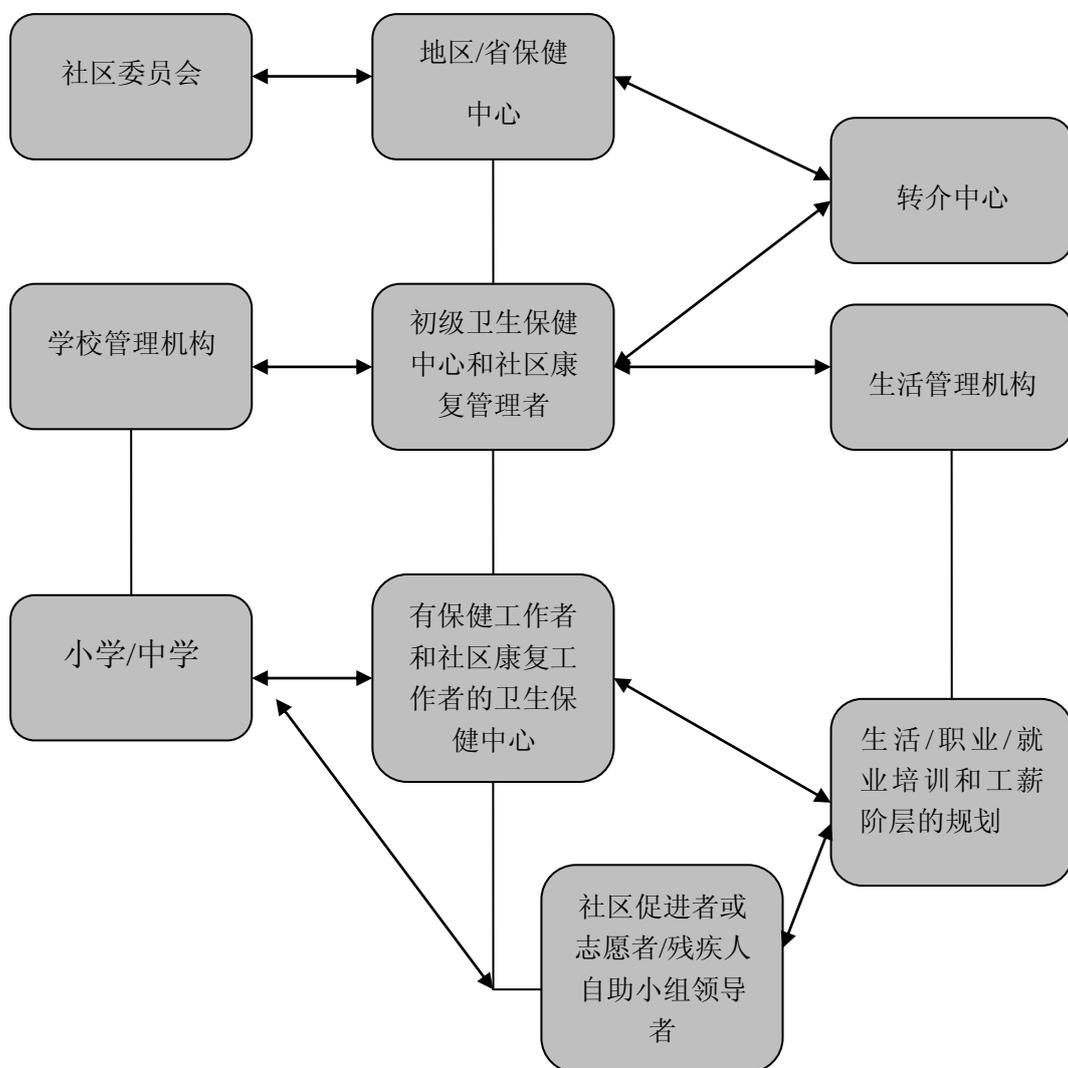
## 2. 当地政府或非政府组织的区和分区级社区康复规划结构图



### 3. 公立—私立组织合作的社区康复规划



#### 4. 卫生部的社区康复规划



## 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