



تقرير الإعاقة والتنمية

تحقيق أهداف التنمية
المستدامة بمشاركة الأشخاص
ذوي الإعاقة ولأجلهم ومعهم

2018



الأمم المتحدة

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

تقرير الإعاقة والتنمية

تحقيق أهداف التنمية المستدامة بمشاركة الأشخا
ذوي الإعاقة ولأجلهم ومعهم

2018



الأمم المتحدة

نيويورك، 2019

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمانة العامة للأمم المتحدة هي واجهة حيوية للتفاعل بين السياسات العالمية في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية وبين الإجراءات الوطنية. وهي تعمل في ثلاثة مجالات مترابطة: (1) تجمع وتنتج وتحلل مجموعة واسعة من البيانات والمعلومات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تستند إليها الدول الأعضاء في استعراض المشاكل المشتركة وتقييم خيارات وضع السياسات، و(2) تيسر مفاوضات الدول الأعضاء في العديد من الهيئات الحكومية الدولية المتعلقة بمسارات العمل المشتركة للتصدي للتحديات الجارية أو الناشئة، و(3) تقدم مشورة للحكومات المهتمة بشأن طرق ووسائل ترجمة أطر السياسات التي تخلص إليها مؤتمرات الأمم المتحدة وقممها إلى برامج على المستوى الوطني، وتساعد على بناء القدرات الوطنية من خلال تقديم الدعم التقني

ملاحظة

ليس في التسميات المستخدمة في هذا المنشور ولا في طريقة عرض مادته ما ينطوي على التعبير عن أي رأي للأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو سلطات أي منها أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها. وقد يشير مصطلح "البلد" كما هو مستخدم في التقرير إلى إقليم أو منطقة. وليست تسميات مجموعات البلدان في النص والجداول إلا لأغراض إحصائية أو تحليلية ولا تعبر بالضرورة عن حكم على المرحلة التي وصلت إليها دولة ما أو منطقة ما في عملية التنمية. والإشارة إلى أسماء الشركات والمنتجات التجارية لا تعني مصادقة الأمم المتحدة. وتتألف فوموز وثائق الأمم المتحدة من أحرف كبيرة باللغة الإنكليزية مقترنة بأرقام.

تقرير الإعاقة والتنمية

صادر عن الأمم المتحدة

نيويورك، نيويورك 10017، الولايات المتحدة الأمريكية

حقوق الطبع © 2019 الأمم المتحدة

جميع الحقوق محفوظة

توجّه جميع الاستفسارات المتعلقة بالحقوق والتراخيص، بما في ذلك الحقوق الفرعية إلى:

منشورات الأمم المتحدة

405 East 42nd Street, S-09FW001

New York, New York 10017

الولايات المتحدة الأمريكية

البريد الإلكتروني: publications@un.org، الموقع الإلكتروني: <http://shop.un.org>

توجّه طلبات إعادة طبع مقتطفات من المطبوعة إلى: permissions@un.org

ISBN: 9789211303797

eISBN: 9789210479035(PDF)

ePUB: 9789213582800

منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع 19.IV.4

التصميم والتنسيق

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة، نيويورك

الترجمة وتنسيق النص العربي

قسم إدارة المؤتمرات، الإسكوا

تمهيد

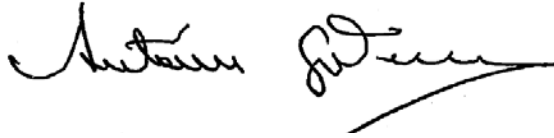
أنطونيو غوتيريش

الأمين العام للأمم المتحدة

خطة التنمية المستدامة لعام 2030 هي الخطة المتفق عليها عالمياً للسلام والازدهار للجميع على كوكب سليم. لكن هذه الرؤية لمستقبل أفضل لا يمكن تحقيقها إلا بمشاركة كاملة من الجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة. وليس التمسك بحقوق مليار من الأشخاص ذوي الإعاقة في العالم وضمان شمولهم في المجتمع شمولاً كاملاً ضرورة أخلاقية فقط، بل هو أيضاً ضرورة عملية.

ورغم الالتزام القوي الذي أعرب عنه المجتمع الدولي بتحقيق التنمية الشاملة للجميع والمستدامة، لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة يواجهون تحديات كبيرة تعوق مشاركتهم الكاملة في المجتمع. وتشمل هذه التحديات المواقف السلبية والوصم والتمييز والافتقار إلى إمكانية الوصول في البيئات الفعلية وفي البيئات الافتراضية على حدٍ سواء. إن واجبتنا المشترك هو معالجة التحيز والمعلومات المضللة وإيجاد نُهج وأدوات جديدة للعمل مع الأشخاص ذوي الإعاقة.

يهدف هذا التقرير إلى تعزيز جهودنا لإزالة العوائق وتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من إحداث تغييرات إيجابية في حياتهم ومجتمعاتهم. وهذا هو التقرير الأول عن التقدم المحرز في شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في سياق خطة عام 2030. وأوصي به لجمهور عالمي واسع باعتباره أداة مفيدة لصانعي القرار في عملهم المستمر لتصميم سياسات قائمة على الأدلة لا يستثنى منها أحد.



أنطونيو غوتيريش

المساهمون

تقرير الأمم المتحدة الرئيسي عن الإعاقة والتنمية هو منشور رئيسي طلبه قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/69/142. وقد أعدته شعبة التنمية الاجتماعية الشاملة التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، وهو نتيجة جهد جماعى شاركت فيه كيانات الأمم المتحدة ومجموعة واسعة من المساهمين الآخرين. والشكر للدول الأعضاء على المساهمات المقدمة إلى صندوق الأمم المتحدة للتبرعات لصالح الإعاقة التي مكنت من إعداد هذا التقرير.

| | |
|---------------------|--|
| التوجيه العام | دانيلا باس، مديرة شعبة التنمية الاجتماعية الشاملة |
| تنسيق الإنتاج | ألبرتو بادوفا، رئيس فرع الإدماج والمشاركة الاجتماعية |
| رئيسة فريق التحرير | أكيكو إيتو، رئيسة قسم البرنامج المعنى بالإعاقة |
| المدخلات الفنية | ماريا مارتينو |
| المراجعة | الموظفان: سايك وكاجيما، وغوتشونو غجانغ؛ الاستشاريون: هولغ رديتريش، بيورن غيلدرس، شينغ لو؛ المترجمون: وي تشانغ، أنوبريت سيدهو، جوشوا ليو، دونالد موراتز |
| المساعدة الاجتماعية | كارول بولاك، رئيسة وحدة تخطيط وتنسيق البرامج، مارتا رويغ، رئيسة قسم القضايا والاتجاهات الناشئة في مجال التنمية |
| المساعدة الإدارية | أنا ساتاروفا وميريم غيزيل |
| المساعدة في الخرائط | روبرت فين |
| التنقيح | من إدارة الدعم الميداني: أياكو كاغاوا، رئيس وحدة رسم الخرائط، وغيوم لو سورد |
| | لويزا لافلور |

المساهمون والمراجعون من الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى

يورغن مينز (منظمة العمل الدولية)؛ ستيفان ترومل (منظمة العمل الدولية)؛ فالنتينا ستوفيسكا (منظمة العمل الدولية)؛ خوسيه ماري باتانيرو (الاتحاد الدولي للاتصالات)؛ فاكوندو شافيز بينياس (مفوضية حقوق الإنسان)؛ غريس سانيكو ستيفان (مفوضية حقوق الإنسان)؛ فيكتوريا لي (مفوضية حقوق الإنسان)؛ هايدي أولمان (الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي)؛ ندى جعفر (الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا)؛ ماريبيل درجاني-بييه (هيئة الأمم المتحدة للمرأة)؛ سارة دويرتو فاليريو (هيئة الأمم المتحدة للمرأة)؛ فالنتينا ريستا (الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية/شعبة المؤسسات العامة والحكومة الرقمية)؛ ماساهيكو موراسي (الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية/شعبة أهداف التنمية المستدامة)؛ مينورو تاكادا (الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية/شعبة أهداف التنمية المستدامة)؛ نيكولا فرانك (الأمم المتحدة، إدارة الشؤون

الاقتصادية والاجتماعية/شعبة أهداف التنمية المستدامة)؛ جاكوب هركال (الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية/شعبة الإحصاءات)؛ مارغريت موبوغوني (الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية/شعبة الإحصاءات)؛ سارة راتراي (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي)؛ فلورنس ميجيون (اليونسكو)؛ ايرمغاردا كاسينسكيت-بودبيرغ (اليونسكو)؛ فريديش هوبل (معهد اليونسكو للإحصاء)؛ هيلين ترا (معهد اليونسكو للإحصاء)؛ أكيكو ساكاو (صندوق الأمم المتحدة للسكان)؛ ليلي شرفي (صندوق الأمم المتحدة للسكان)؛ ماريا إيدلمان (برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية)؛ تيسي أورا (برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية)؛ كريستين لانج (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)؛ أنرودها كولكارني (اليونيسف)؛ أسما مالودا (اليونيسف)؛ كلوديا كابا (اليونيسف)؛ غوبال ميترا (اليونيسف)؛ مارك والثام (اليونيسف)؛ ناتاشا غراهام (اليونيسف)؛ فيليب تستوت-فير (اليونيسف)؛ روبرت بين (اليونيسف)؛ روزانجيل بيرمان بيلر (اليونيسف)؛ ستيفاني داننمان-دي بالما (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث)؛ أندرو لانج (مكتب الممثل السامي لأقل البلدان نمواً والبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية)؛ سريروبا ميترا (شراكة الأمم المتحدة لتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)؛ ألكوس سبيزا (منظمة الصحة العالمية)؛ كارلا ساباريغو (منظمة الصحة العالمية)؛ تشابال خاسنايبس (منظمة الصحة العالمية)؛ ديان بيل (منظمة الصحة العالمية)؛ ليندساي لي (منظمة الصحة العالمية)؛ ميشيل ك. فونك (منظمة الصحة العالمية)؛ ناتالي درو (منظمة الصحة العالمية)؛ رفعت حسين (منظمة الصحة العالمية)؛ سومنات تشاتيرجي (منظمة الصحة العالمية)؛ ألكسندرا بوسارا (البنك الدولي)؛ شارلو تماكلين-نهلابو (مجموعة البنك الدولي)؛ دييتي سامانت راجا (مجموعة البنك الدولي).

المساهمون والمراجعون المشاركون بصفتهم خبراء

ديفيد باينس (خدمات الوصول والإدماج)؛ أرفيد ليندين (وكالة السويد للمشاركة)؛ هيروشي كاومورا (منظمة تطوير التكنولوجيا المساعدة)؛ جيسو ندا سيلفا (AXSMap)؛ ديفيد ستابلتون (مركز دراسة سياسة الإعاقة)؛ سوميترا باتاري (مركز قانون وسياسات الصحة العقلية، الجمعية الهندية للقانون)؛ هاينر سالومون (مسارات التنمية)؛ باتريك لويلين (مسارات التنمية)؛ فاندانا شودري (جامعة مدينة نيويورك)؛ جوليا فلوريت (برنامج الدراسات الديمغرافية والصحية)؛ صوفي ميترا (جامعة فوردهام)؛ مارتن غولد (G3ICT)؛ جوديث ستريك (المعهد الألماني لحقوق الإنسان)؛ رامون كروز (معهد سياسات النقل والتنمية)؛ ديريك ل. كوغورن (معهد شؤون الإعاقة والسياسة العامة، الجامعة الأمريكية)؛ نانسي بولت (الاتحاد الدولي لجمعية توموسات المكتبات)؛ ستيف نوبير (الاتحاد الدولي لجمعية توموسات المكتبات)؛ أتسورو تسوتسومي (جامعة كانازاوا)؛ إيلي كول (منظمة ليونارد شيشاير للإعاقة)؛ مارسيل ديلوكا (منظمة ليونارد شيشاير للإعاقة)؛ ماريا كيت (منظمة ليونارد شيشاير للإعاقة)؛ مار لكارو (منظمة ليونارد شيشاير للإعاقة)؛ نورا غروس (منظمة ليونارد شيشاير للإعاقة)؛ علا أبو الغيب (منظمة ليونارد شيشاير للإعاقة)؛ هانا كوبر (مدرسة لندن للعلوم المتعلقة بالصحة وطب الأمراض الاستوائية)؛ إي لاماكتاغار (مدرسة لندن للعلوم المتعلقة بالصحة وطب الأمراض الاستوائية)؛ مورغن بانكس (مدرسة لندن للعلوم المتعلقة بالصحة وطب الأمراض الاستوائية)؛ يوهان بورغ (جامعة لوند)؛ مايكل سبورلوك (MAS Consulting)؛ ألبرتو فاسكيز إنكالادا (مكتب المقررة الخاصة للأمم المتحدة المعنية بحقوق ذوي الإعاقة)؛ ستيوارت هاملتون (مكتبة قطر الوطنية)؛ آرنه هينينغ إيد (SINTEF)؛ جيل هاناس-هانوك (مجلس البحوث الطبية في جنوب أفريقيا)؛ روزالي كوريا دي أروجو (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في

الولايات المتحدة)؛ أندريوب (مركز أوبونتو، جنوب أفريقيا)؛ بياتريس نابوليم كاغيا (وزارة النوع الاجتماعي والعمل والتنمية الاجتماعية في أوغندا)؛ مونيكيا بينيلا (جامعة لوس أنديس، كولومبيا)؛ دان مونت (جامعة لندن)؛ غريغور وولبرينغ (جامعة كالغاري)؛ شارلوت ه. كابري (جامعة كيب تاون)؛ مارجي شنايدر (جامعة كيب تاون)؛ جولي هانا (جامعة إسكس)؛ رانفيغ ترستادوتير (جامعة آيسلندا)؛ غوتيه دي بيكو (جامعة ليدز)؛ كاثي فوغان (جامعة ملبورن)؛ منى باريه (جامعة أوتاوا)؛ ليزلي سوارتز (جامعة ستيلينبوش، جنوب أفريقيا)؛ تاكاشي إيزوتسو (جامعة طوكيو)؛ تسيستي شاتايكا (جامعة زمبابوي)؛ إليزابيث أومباتي (منظمة مستخدمي الطب النفسي والناجين منه في كينيا)؛ مايكل نينغا (منظمة مستخدمي الطب النفسي والناجين منه في كينيا)؛ جنيفر مادانز (فريق واشنطن/المركز الوطني لمكافحة الأمراض في الولايات المتحدة)؛ ميتش لوب (فريق واشنطن/المركز الوطني لمكافحة الأمراض في الولايات المتحدة)؛ جان فرانسوا تراني (جامعة واشنطن)؛ بارول باكشي (جامعة واشنطن)؛ أرشانا باتكار (المجلس التعاوني لتوفير المياه والمرافق الصحية)؛ أوهيونغ كويون (مكتب بين القانوني).

المساهمون والمراجعون من المنظمات غير الحكومية

مشرف حسين (المنظمة الدولية المعنية بالإعاقة والتنمية)؛ إليزابيث لوكوود (البعثة المسيحية للمكفوفين)؛ جوليان إيتون (البعثة المسيحية للمكفوفين)؛ سلام غوميز (Fundamental Colombia)؛ بولين ثيفيليه (منظمة الإنسانية والإدماج)؛ ريكاردو بلا كورديرو (منظمة الإنسانية والإدماج)؛ فلاديمير كوك (التحالف الدولي المعني بقضايا الإعاقة)؛ فريد سميث (منظمة منقذي البصر)؛ جيني بيل (منظمة منقذي البصر)؛ لويزا جوسلينغ (WaterAid)؛ فيكتور بينيدا (World Enable)؛ إيما بيرس (اللجنة العالمية للاجئين).

نُظمت خمسة اجتماعات خيرا لتتسيق إعداد هذا التقرير ضمت خبراء إضافيين من الدول الأعضاء وكيانات الأمم المتحدة والمؤسسات المالية الدولية والمجتمع المدني. وقوائم المشاركين في هذه الاجتماعات متاحة على:

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/monitoring-and-evaluation-of-inclusive-development/medd.html>

المحتويات

| | |
|--|---|
| 1 | موجز تنفيذي |
| 20 | مقدمة |
| 21 | تعريف الإعاقة |
| 21 | مصادر الأدلة |
| الفصل 1- نظرة عامة على تاريخ عمل الأمم المتحدة نحو مجتمع وتنمية شاملين للأشخاص ذوي الإعاقة ومتاحين للجميع ومستدامين | |
| 23 | معلومات أساسية |
| 23 | تحول في المنظور |
| 24 | توليد الزخم |
| 25 | مؤتمرات الأمم المتحدة الإنمائية |
| 27 | اجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بالأشخاص ذوي الإعاقة والتنمية ونحو وضع خطة عالمية للتنمية المستدامة لعام 2030 شاملة للإعاقة |
| 29 | خلاصة |
| الفصل 2- تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة | |
| 31 | ألف- القضاء على الفقر والجوع لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة (الهدفان 1 و2) |
| 31 | الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالفقر والجوع والإعاقة |
| 33 | حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالفقر والجوع والتغذية |
| 41 | الممارسات الحالية في معالجة الفقر والجوع بين الأشخاص ذوي الإعاقة |
| 44 | الاستنتاجات وسبل المضي قدماً |
| 46 | باء- ضمان حياة صحية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة وتعزيز رفاههم (الهدف 3) |
| 46 | الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والصحة |
| 48 | وضع الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحالة الصحية وبإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية |
| 59 | الممارسات الحالية في تعزيز الصحة ووصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية |
| 61 | الاستنتاجات وسبل المضي قدماً |
| 63 | جيم- الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة (المقصدان 3-7 و5-6) |

- 63 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية
- 64 حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والرعاية الصحية والحقوق الإنجابية
- 69 الممارسات الحالية الرامية إلى تحسين الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة
- 70 الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 72 دال- ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة (الهدف 4)
- 72 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والتعليم
- 75 حالة الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم
- 88 الممارسات الحالية في مجال تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة
- 93 الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 95 هاء- تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات ذوات الإعاقة (الهدف 5)
- 95 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والنوع الاجتماعي
- 97 حالة النساء والفتيات ذوات الإعاقة
- 114 الممارسات الحالية فيما يتعلق بالنوع الاجتماعي والإعاقة
- 115 الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 117 واو- ضمان توفر المياه وخدمات الصرف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة (الهدف 6)
- 117 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية والإعاقة
- 119 حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي
- 127 الممارسات الحالية في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والإعاقة
- 129 الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 132 زاي- ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الطاقة (الهدف 7)
- 132 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والحصول على الطاقة
- 135 حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحصول على الطاقة
- 143 الممارسات الحالية فيما يتعلق بالطاقة والإعاقة
- 145 الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 148 حاء- توفير العمالة الكاملة والمنتجة والعمل اللائق للأشخاص ذوي الإعاقة (الهدف 8)
- 148 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والعمالة
- 150 حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالعمالة
- 156 الممارسات الحالية في العمالة والإعاقة

- 162..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 165..... طاء- زيادة حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
(المقصد 9-ج)
- 165..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات
حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بإمكانية الحصول على تكنولوجيا
المعلوما ت والاتصالات
- 169..... الممارسات الحالية في تكنولوجيا المعلوما ت والاتصالات للإعاقة
- 181..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 183..... ياء- الحد من عدم المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة (الهد ف-10)
- 187..... إزالة القوانين والسياسات والممارسات التمييزية التي تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة
(المقصدان 3-10 و16-ب)
- 191..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بعدم التمييز
- 191..... التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة
- 192..... التغلب على القوانين والسياسات والممارسات التمييزية ضد الأشخاص ذوي الإعاقة
- 192..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 195..... الحد من أوجه عدم المساواة من خلال تحسين إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة
على التكنولوجيا المساعدة
- 196..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالتكنولوجيا المساعدة
- 196..... أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على التكنولوجيا المساعدة
- 197..... الممارسات الحالية في تعزيز الحصول على التكنولوجيا المساعدة
- 200..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 201..... تعزيز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال الانتقال من المؤسسة إلى المجتمع
- 203..... الأطر المعيارية الدولية
- 203..... الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية: الوضع والممارسات الحالية
- 204..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 205..... الحد من أوجه عدم المساواة بين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية أو الإعاقة النفسية الاجتماعية
- 206..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية
- 206..... حالة الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية
- 207.....

- 212..... الممارسات الحالية
- 214..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 216..... كاف- جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة ومستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة (الهدف 11)
- 216..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالمدن والمستوطنات البشرية الشاملة
- 218..... حالة المدن والمستوطنات البشرية فيما يتعلق بشمولها الأشخاص ذوي الإعاقة
- 227..... الممارسات الحالية لجعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع
- 231..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- لام- بناء قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الصمود والحد من تعرضهم وتأثرهم بالأخطار المتصلة بالمناخ وغيرها من الصدمات والكوارث (المقصدان 5-11 و 5-11 والهدف 13)
- 233..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالحد من مخاطر الكوارث الشاملة لقضايا الإعاقة
- 237..... حالة الأشخاص ذوي الإعاقة في الصدمات والكوارث وحالات الطوارئ الأخرى
- الممارسات الحالية لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الكوارث والطوارئ الأخرى
- 239.....
- 240..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- ميم- تشجيع إقامة مجتمعات سلمية وشاملة للجميع من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وتوفير إمكانية الوصول إلى العدالة، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة على جميع المستويات (الهدف 16)
- 244..... الحد من جميع أشكال العنف ضد الأشخاص ذوي الإعاقة وإنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف ضد الأطفال ذوي الإعاقة (المقصدان 1-16 و 2-16)
- 245..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من العنف
- 245..... حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالتعرض للعنف
- 249..... الممارسات الحالية لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من العنف
- 250..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً
- 251..... ضمان تكافؤ فرص وصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة (المقصد 3-16)
- 251..... الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالوصول إلى العدالة والإعاقة
- 251..... حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالوصول إلى العدالة
- 253..... الممارسات الحالية
- 254..... الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

| | |
|----------|---|
| 256..... | إنشاء مؤسسا توضعان اتخاذ قرارا تشاملة للأشخا صذوي الإعاقة (المقصدان 6-16 و7-16) |
| 256..... | الأطر المعيارية الدولية |
| 256..... | حالة المؤسسات العامة وصنع القرارات من حيث شمول الأشخاص ذوي الإعاقة |
| 263..... | الممارسات الحالية |
| 264..... | الاستنتاجات وسبل المضي قدماً |
| 265..... | توفير هوية قانونية لجميع الأطفال ذوي الإعاقة، بما في ذلك تسجيل المواليد (المقصد 9-16) |
| 265..... | الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة وتسجيل المواليد |
| 265..... | حالة تسجيل المواليد للأطفال ذوي الإعاقة |
| 265..... | الممارسات الحالية |
| 266..... | الاستنتاجات وسبل المضي قدماً |
| 267..... | كفالة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المعلومات (المقصد 10-16) |
| 267..... | الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المعلومات |
| 268..... | حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالوصول إلى المعلومات |
| 269..... | الممارسات الحالية |
| 270..... | الاستنتاجات وسبل المضي قدماً |
| 271..... | نون- زيادة توفر البيانات المفصلة حسب الإعاقة (المقصد 17-18) |
| 271..... | الأطر المعيارية الدولية |
| 275..... | الخبرات الوطنية في جمع البيانات عن الإعاقة |
| 278..... | الاستنتاجات وسبل المضي قدماً |
| 279..... | الفصل 3- سبل المضي قدماً نحو تنمية مستدامة شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة |
| 285..... | ملاحظات توضيحية |
| 286..... | الحواشي |

الأشكال

- الشك ل2-1 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدفين 1 و2 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة 32
- الشك ل2-2 النسبة المئوية للأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني، حسب حالة الإعاقة، في 6 بلدان، في الفترة 2011-2016 33
- الشك ل2-3 النسبة المئوية للأسر التي تعيش تحت خط الفقر الدولي (1.90 دولار أمريكي في اليوم)، من أسر لديها أشخاص ذوو إعاقة والأسر الأخرى، في 3 بلدان، في الفترة 2010-2011 34
- الشك ل2-4 معدلات الفقر المتعدد الأبعاد للأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في 22 بلداً، في الفترة 2002-2014 36
- الشك ل2-5 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يُعتبرون المصارف غير متاحة لهم، في 5 بلدان، حوالي عام 2011 38
- الشك ل2-6 عدم القدرة على تحمل تكاليف وجبة تحتوي اللحوم أو الدجاج أو الأسماك أو ما يعادلها نباتياً كل يومين لمن تبلغ أعمارهم 16 سنة فأكثر من الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في 35 بلداً، عام 2016 39
- الشك ل2-7 النسبة المئوية لمن لا يتوفر لهم الطعام دائماً من الأشخاص أو الأسر، حسب حالة الإعاقة، في 8 بلدان، حوالي عام 2012 40
- الشك ل2-8 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون خدمات رعاية اجتماعية لكنهم لم يتلقوها، في 9 بلدان، حوالي عام 2012 41
- الشك ل2-9 نظرة عامة على برامج استحقاقات الإعاقة الراسخة في تشريعات وطنية، حسب نوع البرنامج والاستحقاقات، في 183 بلداً، في الفترة 2012-2013 43
- الشك ل2-10 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة 48
- الشك ل2-11 النسبة المئوية للأشخاص الذين يبلغون عن سوء الحالة الصحية مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، حسب حالة الإعاقة، في 43 بلداً، حوالي عام 2013 49
- الشك ل2-12 النسبة المئوية للأشخاص الذين يُقيّمون صحتهم النفسية بأنفسهم على أنها سيئة، حسب حالة الإعاقة، في 6 بلدان، حوالي عام 2012 50
- الشك ل2-13 النسبة المئوية للأشخاص الذين يحتاجون رعاية صحية، حسب حالة الإعاقة، في 37 بلداً، حوالي عام 2016 52
- الشك ل2-14 النسبة المئوية لمن لديهم احتياجات رعاية صحية في عيادات خارجية غير ملباة، حسب شدة الإعاقة، في الكامبيرون وسري لانكا (نموذج مسح الإعاقة)، في الفترة 2015-2016 52
- الشك ل2-15 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون خدمات إعادة التأهيل لكنهم لم يتمكنوا من الوصول إليها، في 9 بلدان، حوالي عام 2011 53

- الشك ل2-16 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم احتياجات صحية غير ملبأة، حسب سبب عدم الوصول لى خدمات الرعاية الصحية، في 35 بلداً، حوالي عام 2016..... 54
- الشك ل2-17 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الاحتياجات الصحية غير الملبأة، بسبب عدم الحصول على الرعاية الصحية، حسب حالة الإعاقة، في سري لانكا (نموذج مسح الإعاقة)، في عام 2016..... 55
- الشك ل2-18 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفيدون أن مرافق الرعاية الصحية معيقة أو لا يمكن الوصول لىها، في 8 بلدان، حوالي عام 2013..... 56
- الشك ل2-19 النسبة المئوية لمدخني السجائر بين من تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة، في 21 بلداً، حوالي عام 2010..... 58
- الشك ل2-20 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق المقصدي ن3-7 و5-6 من مقاصد أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة..... 64
- الشك ل2-21 النسبة المئوية للولادات التي تجري بإشراف كادر طبي مؤهل، حسب حالة إعاقة الأم، في 5 بلدان، حوالي عام 2014..... 65
- الشك ل2-22 النسبة المئوية للولادات التي تجري بإشراف كادر طبي مؤهل، حسب مكان إقامة الأم ذات الإعاقة، في 3 بلدان، حوالي عام 2014..... 66
- الشك ل2-23 النسبة المئوية للمتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة ولم يحصلن على احتياجاتهن فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، حسب حالة الإعاقة، في 7 بلدان، حوالي عام 2014..... 67
- الشك ل2-24 النسبة المئوية للمتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة ولا يحصلن على احتياجاتهن فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، حسب موقع الإقامة، في أربعة بلدان، حوالي عام 2014..... 68
- الشك ل2-25 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة..... 74
- الشك ل2-26 النسبة المئوية للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 سنة الذين التحقوا بمدرسة في أي وقت، حسب حالة الإعاقة، في 41 بلداً نامياً، حوالي عام 2012..... 76
- الشك ل2-27 النسبة المئوية للأطفال في سن الدراسة الابتدائية غير الملتحقين بمدرسة، حسب حالة الإعاقة، في 6 بلدان، حوالي عام 2012..... 77
- الشك ل2-28 النسبة المئوية للمراهقين غير الملتحقين في المرحلة الأولى من التعليم الثانوي، حسب حالة الإعاقة، في 5 بلدان، حوالي عام 2010..... 77
- الشك ل2-29 معدل إتمام التعليم الابتدائي، حسب حالة الإعاقة، في 5 بلدان، حوالي عام 2010..... 78
- الشك ل2-30 معدلات إتمام المرحلة الأولى من التعليم الثانوي، حسب حالة الإعاقة، في 5 بلدان، حوالي عام 2011..... 79
- الشك ل2-31 النسبة المئوية لمن يبلغون من العمر 25 سنة فأكثر وأتموا التعليم العالي، حسب حالة الإعاقة، في 41 بلداً، حوالي عام 2012..... 80

- الشك ل2-32 متوسط سنوات الدراسة لمن يبلغون من العمر 25 سنة فأكثر،
حسب حالة الإعاقة، في 23 بلداً أو منطقة، حوالي عام 2010 81
- الشك ل2-33 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لمن يبلغون من العمر 15 سنة فأكثر،
حسب حالة الإعاقة، في 36 بلداً، حوالي عام 2010 82
- الشك ل2-34 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذي رُفِض دخولهم المدرسة أو المدرسة
التمهيدية في أي وقت من الأوقات بسبب إعاقته، في 7 بلدان، حوالي عام 2011 82
- الشك ل2-35 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين التحقوا أساساً بالتعليم التمهيدي
أو الابتدائي أو الثانوي أو العالي في مدرسة خاصة أو في صف خاص، في 9 بلدان،
حوالي عام 2012 83
- الشك ل2-36 النسبة المئوية للأطفال ذوي الإعاقة الملتحقين بمدرسة ابتدائية خاصة،
في 21 بلداً، حوالي عام 2015 84
- الشك ل2-37 النسبة المئوية للطلاب ذوي الإعاقة الذين توقفوا عن الالتحاق بمدرسة
لأنها مكلفة للغاية أو كانت بعيدة جداً أو لم تتوفر وسائل نقل إليها أو لأنه كان هناك
عائق تواصل أو لغة، في 4 بلدان، حوالي عام 2010 85
- الشك ل2-38 النسبة المئوية للطلاب ذوي الإعاقة الذين وجدوا أنه لا يمكنهم الوصول إلى المدرسة
أو أن المدرسة معيقة، في 6 بلدان، حوالي عام 2012 85
- الشك ل2-39 المدارس المتاحة لمستخدمي الكراسي المتحركة في منطقة مختارة في جنوب آسيا،
في عام 2017 (بيانات محشودة جماعياً) 86
- الشك ل2-40 المدارس المتاحة لمستخدمي الكراسي المتحركة في منطقة مختارة في أوروبا،
في عام 2017 (بيانات محشودة جماعياً) 87
- الشك ل2-41 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستخدمون أجهزة مساعدة
لكنهم يحتاجون المزيد منها للمشاركة في التعليم، في بلدين، في عام 2015 88
- الشك ل2-42 النسبة المئوية للبلدان التي نفذت تدابير مختارة لتعزيز التعليم الشامل للجميع،
من بين 87 إلى 101 من البلدان، عام 2013 إلى عام 2017 89
- الشك ل2-43 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 5 من أهداف التنمية المستدامة
للأشخاص ذوي الإعاقة 96
- الشك ل2-44 النسبة المئوية للأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني،
حسب حالة الإعاقة والجنس، في 6 بلدان أو مناطق، حوالي عام 2014 98
- الشك ل2-45 النسبة المئوية للأشخاص غير القادرين على تحمل تكاليف وجبة فيها لحوم أو دجاج
أو أسماك (أو ما يعادلها نباتياً) مرة كل يومين، حسب حالة الإعاقة والجنس،
في 35 بلداً، حوالي عام 2016 99
- الشك ل2-46 النسبة المئوية للأشخاص الذين لم يتوفر لهم في الأسبوعين الماضيين
دائماً طعام في الأسرة بسبب نقص الموارد، حسب حالة الإعاقة (فريق واشنطن)
والجنس في بوتسوانا، في عام 2014 100

- الشك ل2-47 النسبة المئوية للأشخاص الذين يحتاجون رعاية صحية لكنهم لم يحصلوا عليها، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 37 بلداً، حوالي عام 2016..... 101
- الشك ل2-48 النسبة المئوية للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة والتحقوا بمدرسة في أي وقت، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 29 بلداً، حوالي عام 2012..... 103
- الشك ل2-49 النسبة المئوية للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 17 و 24 سنة وأكملوا الدراسة الابتدائية على الأقل، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 17 بلداً، حوالي عام 2010..... 104
- الشك ل2-50 النسبة المئوية للأشخاص من عمر 25 سنة فأكثر الذين أكملوا التعليم العالي، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 41 بلداً، حوالي عام 2012..... 105
- الشك ل2-51 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة للسكان من عمر 15 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 35 بلداً، حوالي عام 2010..... 106
- الشك ل2-52 نسبة العمالة إلى السكان لمن تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 6 مناطق، 2006-2016..... 107
- الشك ل2-53 النسبة المئوية للنساء من عمر 15 سنة فأكثر المنخرطات في عمل غير مدفوع الأجر، حسب حالة الإعاقة، في 8 بلدان، حوالي عام 2008..... 108
- الشك ل2-54 النسبة المئوية للأشخاص من عمر 15 سنة فأكثر العاملين كمشرعين وكبار مسؤولين ومديرين، حسب الإعاقة والجنس، في 19 بلداً، حوالي عام 2010..... 109
- الشك ل2-55 النسبة المئوية لأعضاء من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة ومن منظمات أخرى في آليات التنسيق الوطنية المتعلقة بمسائل الإعاقة، حسب الجنس، في 17 بلداً أو منطقة، حوالي عام 2017..... 110
- الشك ل2-56 النسبة المئوية لمن يستخدمون الإنترنت، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 13 بلداً، حوالي عام 2011..... 111
- الشك ل2-57 النسبة المئوية للنساء والرجال ذوي الإعاقة الذين عانوا العنف بسبب إعاقتهم، في 9 بلدان، حوالي عام 2012..... 112
- الشك ل2-58 النسبة المئوية للنساء ذوات الإعاقة اللاتي تعرضن للضرب أو التوبيخ بسبب إعاقتهن، في 5 بلدان، في عام 2010..... 113
- الشك ل2-59 النسبة المئوية للفتيات من الأعمار بين 15 و 18 سنة المتزوجات أو المتزوجات من قبل، حسب حالة الإعاقة، في 14 بلداً، حوالي عام 2011..... 114
- الشك ل2-60 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 6 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة..... 118
- الشك ل2-61 الفرق بين النسبة المئوية للأشخاص بدون إعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة، في الحصول على خدمات الصر فالصدي المحسنة مقابل الحصول على المياه المحسنة، في 34 بلداً، في الفترة 2002-2004..... 120
- الشك ل2-62 النسبة المئوية لمن ليس لديهم مرصع في مسكنهم، حسب حالة الإعاقة، في 44 بلداً، حوالي عام 2014..... 121

- الشك ل2-63 الأشخاص من عمر 16 سنة فأكثر الذين ليس لديهم حوض استحمام أو دوش في مسكنهم، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، حوالي عام 2016.....122
- الشك ل2-64 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفيدون أن المراحيض في منازلهم معيقة أو لا يمكن استخدامها، في 8 بلدان، حوالي عام 2013.....123
- الشك ل2-65 إمكانية استفادة مستخدمي الكراسي المتحركة من المراحيض العامة، في أستراليا، في عام 2017 (بيانات محشودة جماعياً).....124
- الشك ل2-66 إمكانية استفادة مستخدمي الكراسي المتحركة من المراحيض العامة، في المنطقة الجنوبية من ملاوي، في عام 2017 (بيانات محشودة جماعياً).....125
- الشك ل2-67 نسبة المدارس الابتدائية التي لديها أي مرفق صرف صحي وتلك التي لديها مرفق صرف صحي يمكن للأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة استخدامه، في البرازيل، من عام 2006 إلى عام 2016.....126
- الشك ل2-68 النسبة المئوية لمن أعمارهم 17 سنة فأكثر وأبلغوا عن مشاكل كثيرة أو حادة في استخدام المراحيض، حسب حالة الإعاقة، مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلّي الإجمالي، في الفترة 2015-2016.....127
- الشك ل2-69 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 7 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة.....134
- الشك ل2-70 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وأفراد بدون إعاقة، وتحصل على الكهرباء، في 44 بلداً، في الفترة 2001-2015.....136
- الشك ل2-71 فجوة النوع الاجتماعي (النساء ناقص الرجال) والنسبة المئوية للأشخاص من عمر 16 سنة فأكثر القادرين على إبقاء منازلهم دافئة بقدر كاف، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، في عام 2016.....137
- الشك ل2-72 متطلبات الطاقة لقائمة الأجهزة المساعدة ذات الأولوية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية.....138
- الشك ل2-73 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة أو أفراد بدون إعاقة وتستخدم الخشب أو الفحم للطهي، في 14 بلداً، حوالي عام 2010.....140
- الشك ل2-74 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتستخدم الخشب أو الفحم للطهي، حسب موقع الأسرة، في 14 بلداً، حوالي عام 2010.....141
- الشك ل2-75 النسبة المئوية الدنيا والمتوسطة والقوى على المستوى الوطني للمدارس الابتدائية التي تتوفر لها الكهرباء، حسب المنطقة، في عام 2012.....142
- الشك ل2-76 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 8 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة.....149
- الشك ل2-77 نسبة العمالة إلى السكان لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة، في 8 مناطق، خلال الفترة 2006-2016.....151
- الشك ل2-78 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يبلغون عن أن أماكن عملهم معيقة أو يتعذر الوصول إليها، في 8 بلدان، حوالي عام 2013.....151

| | |
|---|------------|
| النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى الأجهزة المساعدة في العمل، في شيلي وسري لانكا، في عام 2015..... | الشكل 2-79 |
| 152..... | |
| نسبة العمالة إلى السكان لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و60 سنة من ذوي الإعاقة الواحدة أو الإعاقات المتعددة، في 12 بلداً، خلال الفترة 2002-2004..... | الشكل 2-80 |
| 153..... | |
| النسبة المئوية للأشخاص العاملين لحسابهم الخاص، حسب حالة الإعاقة، في 19 بلداً خلال الفترة 2002-2017..... | الشكل 2-81 |
| 154..... | |
| حصة العاملين بدوام جزئي من مجموع العمالة، حسب حالة الإعاقة، في 29 بلداً خلال الفترة 2003-2008..... | الشكل 2-82 |
| 155..... | |
| الفجوة في الأجور بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة (الأشخاص ذوو الإعاقة ناقص الأشخاص بدون إعاقة)، في 3 بلدان، خلال الفترة 2012-2013..... | الشكل 2-83 |
| 156..... | |
| النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة العاملين (موظفين وأصحاب عمل وعاملين لحسابهم الخاص) الذين يتلقون أجوراً أقل وأكثر من الحد الأدنى للأجور، حسب الجنس ومنطقة الإقامة، في بيرو في عام 2012..... | الشكل 2-84 |
| 156..... | |
| الحد الأدنى والمتوسط والأقصى لحصص العمالة المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة حسب المنطقة..... | الشكل 2-85 |
| 158..... | |
| حصص الوظائف للأشخاص ذوي الإعاقة مقابل فجوة نسبة العمالة إلى مجموع السكان (الأشخاص بدون إعاقة ناقص الأشخاص ذوي الإعاقة)، في 52 بلداً، حوالي عام 2010..... | الشكل 2-86 |
| 159..... | |
| الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق المقصد 9-ج من مقاصد أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة..... | الشكل 2-87 |
| 166..... | |
| النسبة المئوية للأشخاص الذين يستخدمون الإنترنت، حسب حالة الإعاقة، في 14 بلداً، حوالي عام 2011..... | الشكل 2-88 |
| 169..... | |
| النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، ولديها إمكانية وصول إلى الإنترنت، في 26 بلداً، في الفترة 2000-2016..... | الشكل 2-89 |
| 171..... | |
| متوسط النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستخدمون الإنترنت ويستطيعون الوصول إليها في منازلهم، حسب العمر، في 11 بلداً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حوالي عام 2010..... | الشكل 2-90 |
| 172..... | |
| النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة ويمكنها تحمّل تكاليف الإنترنت، في 3 بلدان، حوالي عام 2013..... | الشكل 2-91 |
| 172..... | |
| متوسط النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستخدمون الإنترنت، حسب مستوى التعليم، في 11 بلداً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حوالي عام 2010..... | الشكل 2-92 |
| 173..... | |

- الشك 2-93 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة وتمتلك هاتفاً نقالاً، في 36 بلداً، في الفترة 2001-2016..... 175
- الشك 2-94 النسبة المئوية للأشخاص الذين يملكون هاتفاً نقالاً والذين يستخدمون هاتفاً نقالاً في المعاملات المالية، حسب حالة الإعاقة والنوع الاجتماعي، في أوغندا (WG)، في عام 2016..... 176
- الشك 2-95 النسبة المئوية للأشخاص الذين يستخدمون الإذاعة والتلفزيون، حسب حالة الإعاقة، في 4 بلدان، في الفترة 2008-2016..... 176
- الشك 2-96 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة ويمكنها شراء مذياع أو هاتف نقال أو تلفزيون، في 3 بلدان، حوالي عام 2012..... 177
- الشك 2-97 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 16 سنة فأكثر ويستطيعون شراء الحاسوب والهاتف والتلفزيون، وفجوة النوع الاجتماعي، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، في عام 2016..... 178
- الشك 2-98 النسبة المئوية للبلدان التي تتوفر فيها بوابات إنترنت وطنية تتيح ميزات تعزز إمكانية الوصول، في 193 بلداً، في عام 2012..... 179
- الشك 2-99 النسبة المئوية للبلدان التي لديها عوائق في إمكانية الوصول إلى بواباتها الوطنية عبر الإنترنت، في 193 بلداً، في عام 2012..... 179
- الشك 2-100 القيمة المتوسطة والأعلى للفجوة بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة (أو الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتلك التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة) لـ 14 مؤشراً مختاراً..... 188
- الشك 2-101 الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في أربعة مؤشرات مختارة، في أوغندا، خلال الفترة 2006-2016..... 189
- الشك 2-102 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق المقصدي 10-3 و16-ب للأشخاص ذوي الإعاقة..... 192
- الشك 2-103 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرضوا للتمييز، في 6 بلدان، حوالي عام 2011..... 193
- الشك 2-104 النسبة المئوية للدول الأعضاء في الأمم المتحدة التي تحظر أو لا تحظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في القوانين المنظمة للعمل، من بين 193 دولة عضواً في الأمم المتحدة، حوالي عام 2016..... 194
- الشك 2-105 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحسين حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التكنولوجيا المساعدة..... 197
- الشك 2-106 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى أجهزة مساعدة (مثل مترجم لغة الإشارة، وكراسي متحركة، ومعينات سمعية/بصرية، وطريقة برايل) ولكنهم لا يملكونها، في 12 بلداً، حوالي عام 2013..... 198

- الشك ل2-107 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين توقفوا عن استخدام الأجهزة المساعدة،
حسب سبب التوقف، في 5 بلدان، حوالي عام 2012..... 200
- الشك ل2-108 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتعزيز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة
من خلال الانتقال من المؤسسة إلى المجتمع..... 203
- الشك ل2-109 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين عاشوا في أي وقت من الأوقات
في مؤسسة أو دار خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة، في 9 بلدان، حوالي عام 2012..... 205
- الشك ل2-110 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 18 سنة فأكثر المتزوجين،
حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 8 بلدان، حوالي عام 2011..... 208
- الشك ل2-111 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 15 سنة فأكثر الملمين بالقراءة والكتابة،
حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 5 بلدان، حوالي عام 2011..... 209
- الشك ل2-112 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 15 سنة فأكثر والذين يعملون
حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 9 بلدان، حوالي عام 2011..... 209
- الشك ل2-113 النسبة المئوية للأشخاص الذين يجدون أن المرافق الصحية معيقة أو معيقة جداً،
حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 3 بلدان (MDS)،
حوالي عام 2015..... 211
- الشك ل2-114 النسبة المئوية للأشخاص الذين يجدون أن المرافق الصحية سيئة أو سيئة جداً،
حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 3 بلدان (MDS)،
حوالي عام 2015..... 211
- الشك ل2-115 النسبة المئوية للأشخاص الذين يبلغون عن تحديات تواجههم في أنشطة أسرية
ومجتمعية مختارة، حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة،
في سري لانكا في عام 2015..... 212
- الشك ل2-116 النسبة المئوية للبلدان التي لديها تشريعات تسمح للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية
الاجتماعية بالزواج والعمل والتصويت والترشح لشغل مناصب عامة والتعاقد،
على قدم المساواة مع الآخرين، حوالي عام 2017..... 213
- الشك ل2-117 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 16 سنة فأكثر الذين يعيشون
في مساكن محرومة بشدة، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، في عام 2016..... 219
- الشك ل2-118 النسبة المئوية للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 16 سنة فأكثر الذين يعيشون في أسر
تمثل التكاليف الإجمالية للسكن فيها أكثر من 40 في المائة من الدخل المتاح لها،
حسب حالة الإعاقة، في 34 بلداً، في عام 2016..... 220
- الشك ل2-119 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين (1) يعتبرون أن مساكنهم معيقة
و(2) لا يستخدمون تعديلات في المنزل ولكنهم يحتاجون إليها، في 3 بلدان (MDS)،
حوالي عام 2015..... 221
- الشك ل2-120 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعتبرون أن النقل غير متاح لهم
أو يعيقهم، في 8 بلدان، حوالي عام 2013..... 223

- الشك ل2-121 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة، حسب أسباب عدم قدرتهم على استخدام وسائل النقل العام، في أستراليا، في عام 2015..... 224
- الشك ل2-122 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بأن المرافق الترفيهية (مثل دور السينما والمسرح والحانات) غير متاحة لهم عموماً، في 8 بلدان، حوالي عام 2011..... 225
- الشك ل2-123 أربعة مؤشرات مختارة تتعلق بالتعليم والصحة والعمل وإمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، حسب حالة الإعاقة ومنطقة الإقامة..... 227
- الشك ل2-124 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بتحقيق المقصدين 5-11 و5-11 والهدف 18 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة..... 236
- الشك ل2-125 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، وتتأثر سلباً بصدمة معينة، في 4 بلدان، حوالي عام 2011..... 239
- الشك ل2-126 النسبة المئوية للأشخاص الذين يبلغون عن شيوخ الجريمة والعنف والتخريب في أماكن إقامتهم أو منطقة إقامتهم، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، في عام 2016..... 246
- الشك ل2-127 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرضوا للضرب أو التوبيخ بسبب إعاقاتهم، في 5 بلدان، حوالي عام 2012..... 247
- الشك ل2-128 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرضوا للعنف في أي وقت من الأوقات بسبب إعاقاتهم، في 4 بلدان، حوالي عام 2013..... 248
- الشك ل2-129 النسبة المئوية للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة الذين تعرضوا للعنف الجنسي، مرة واحدة على الأقل في حياتهم وفي الأشهر الـ 12 الماضية، حسب حالة الإعاقة والنوع الاجتماعي، في أوغندا، في عام 2016..... 249
- الشك ل2-130 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين احتاجوا إلى مشورة قانونية ولم يحصلوا عليها، في 5 بلدان، حوالي عام 2012..... 252
- الشك ل2-131 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بأن مكاتب القضاة/المحاكم التقليدية ومراكز الشرطة لا يمكن الوصول إليها، في 5 بلدان، حوالي عام 2011..... 253
- الشك ل2-132 الأشخاص ذوو الإعاقة الذين أفادوا بأنهم تعرضوا للتمييز في الخدمات العامة، في بلدين، حوالي عام 2013..... 257
- الشك ل2-133 النسبة المئوية للبلدان التي تتوفر فيها خدمات حكومية على الإنترنت للأشخاص ذوي الإعاقة، في العالم وحسب المنطقة، بين 193 دولة عضواً في الأمم المتحدة، في الأعوام 2014 و2016 و2018..... 258
- الشك ل2-134 الإنفاق العام على البرامج الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، في 56 بلداً، حوالي عام 2014..... 259
- الشك ل2-135 عدد الدول الأعضاء في الأمم المتحدة التي تستثني تشريعاتها المتعلقة بالتصويت والترشح للمناصب الأشخاص ذوي الإعاقة، في عام 2018..... 260

| | | |
|-------------|--|-----|
| الشك ل2-136 | النسبة المئوية للأشخاص الذين لم يصوتوا في الانتخابات الأخيرة أو واجهوا مشاكل في التصويت، في 4 بلدان، حوالي عام 2014..... | 261 |
| الشك ل2-137 | النسبة المئوية للأشخاص العاملين الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر والذين يعملون كمشرعين ومسؤولين كبار ومدراء، حسب حالة الإعاقة، في 19 بلداً، حوالي عام 2010..... | 262 |
| الشك ل2-138 | النسبة المئوية للأطفال والشباب المسجلين عند الولادة والذين لديهم شهادة ميلاد، حسب حالة الإعاقة، في بلدين، حوالي عام 2012..... | 266 |
| الشك ل2-139 | الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بتحقيق المقصد 16-10 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة..... | 268 |
| الشك ل2-140 | النسبة المئوية للأسر التي ليس لديها إمكانية للحصول على صحف، حسب الأسر التي لديها والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، في بلدين، في عام 2015..... | 269 |

الجدول

| | | |
|------------|---|-----|
| الجدو ل2-1 | تقديرات التكاليف الإضافية المرتبطة بالإعاقة، حسب درجة الإعاقة، في 7 بلدان، في الفترة 1998-2008..... | 37 |
| الجدو ل2-2 | النسبة المئوية للبلدان في منطقة غرب المحيط الهادئ التي اتخذت مبادرات لتحسين الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، في 24 بلداً، في عام 2015..... | 60 |
| الجدو ل2-3 | مميزات الهواتف النقالة والمنصات التي تعزز إمكانية الوصول..... | 181 |

الأطر

| | | |
|------------|---|-----|
| الإطار 1- | معالجة المزالق الشائعة في استخدام مؤشرات فقر الدخل لتقييم الفقر لدى الأشخاص ذوي الإعاقة - دراسة حالة من فييت نام..... | 35 |
| الإطار 2- | ماذا تعني الصحة وماذا يعني الرفاه؟..... | 47 |
| الإطار 3- | المراحيض التي يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة استخدامها في المدارس..... | 126 |
| الإطار 4- | برامج العون في مجال الطاقة المتوفرة للأشخاص ذوي الإعاقة..... | 144 |
| الإطار 5- | الأطر المعيارية الإقليمية المتعلقة بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والإعاقة..... | 168 |
| الإطار 6- | النسخة الثانية من المبادئ التوجيهية للنفاد إلى شبكة الإنترنت..... | 182 |
| الإطار 7- | في أوغندا، تتقلص الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة..... | 189 |
| الإطار 8- | إعطاء أولوية لشمول الجميع وإمكانية الوصول إلى وسائل النقل في أستراليا..... | 224 |
| الإطار 9- | المبادرات الإقليمية المتعلقة بتخفيف وإدارة أخطار الكوارث على الأشخاص ذوي الإعاقة..... | 235 |
| الإطار 10- | تفعيل المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف من خلال برنامج المسوح الديمغرافية والصحية..... | 277 |

موجز تنفيذي

تحقيق أهداف التنمية المستدامة بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة ولأجلهم ومعهم

الإعاقة وخطة التنمية المستدامة لعام 2030

يمثل هذا التقرير أول جهد تبذله الأمم المتحدة على نطاق منظومتها ككل لدراسة الإعاقة وأهداف التنمية المستدامة لخطة التنمية المستدامة لعام 2030 على الصعيد العالمي. وهو يستعرض البيانات والسياسات والبرامج ويحدد أفضل الممارسات، ويستخدم هذه الأدلة لتحديد الإجراءات الموصى بها لتعزيز تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة.

ساهم في هذا التقرير أكثر من 200 خبير من وكالات الأمم المتحدة والمؤسسات المالية الدولية والدول الأعضاء والمجتمع المدني، بما في ذلك مؤسسات بحوث ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة. وهو يغطي مجالات جديدة لم تتوفر من قبل بحوث عالمية عنها، مثل الدور الذي يؤديه إيمان الحصول على الطاقة في تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من استخدام التكنولوجيا المساعدة. كما يحتوي على أول تجميع وتحليل عالميين لبيانات قابلة للمقارنة دولياً جمعت بواسطة المجموعة القصية وفريق واشنطن حول أداء الوظائف. كذلك أُجريت لغرض هذا التقرير استعراضات لتشريعات من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة الـ 193 جميعها وحُللت لتسليط الضوء على أفضل الممارسات وتقييم الوضع الراهن للقوانين التمييزية المتعلقة بالتصويت وشغل المناصب المُنتخبة والحق في الزواج وغير ذلك. كما حُلل أكثر من 12 قاعدة بيانات رئيسية لإحصاءات الإعاقة من وكالات دولية ومنظمات أخرى، تغطي كمية غير مسبوقه من البيانات من أكثر من 100 بلد. وبالإضافة إلى ذلك، فُحص أكثر من 1.2 مليون نقطة بيانات من البيانات المحشودة جماعياً للاسترشاد بها في تحليل إمكانية الوصول إلى الأماكن.

ويبين التقرير أنه على الرغم من التقدم المحرز في السنوات الأخيرة، لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة يواجهون عوائق عديدة تحول دون شمولهم ومشاركتهم الكاملة في حياة مجتمعاتهم المحلية. ويلقي التقرير الضوء على مستويات الفقر غير المتناسبة التي يعانون منها، وعلى افتقارهم إلى التعليم والخدمات الصحية وفرص العمل، وعلى نقص تمثيلهم في صنع القرار والمشاركة السياسية. وينطبق ذلك بصفة خاصة على النساء والفتيات ذوات الإعاقة. وتتضمن العوائق الرئيسية التي تحول دون الشمول، التمييز والوصم على أساس الإعاقة، والافتقار إلى إمكانية الوصول إلى البيئات المادية والافتراضية، والافتقار إلى الحصول على التكنولوجيا المساعدة والخدمات الأساسية وإعادة التأهيل، والافتقار إلى الدعم الذي يمكن من العيش المستقل الذي يعتبر حاسماً للمشاركة الكاملة والمتساوية للأشخاص ذوي الإعاقة بوصفهم وكلاء للتغيير ومستفيدين من التنمية. وتشير البيانات والإحصاءات التي جُمعت وحُللت في هذا التقرير إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة لم يُشملوا بعد بما فيه الكفاية في عمليات تنفيذ ورصد وتقييم أهداف التنمية المستدامة.

وتوفر خطة التنمية المستدامة لعام 2030 التي تتضمن 17 هدفاً إطاراً قوياً لتوجيه المجتمعات المحلية والبلدان والمجتمع الدولي إلى تحقيق التنمية الشاملة للإعاقة. وتتعهد خطة عام 2030 بعدم استثناء أحد، بما في ذلك ذوو الإعاقة وغيرهم من الفئات المحرومة، وتسلم بأن الإعاقة مسألة شاملة لعدة قطاعات ينبغي النظر فيها لدى تنفيذ جميع الأهداف. وتتضمن الخطة أيضاً سبعة مقاصد 11 مؤشراً تشير صراحةً إلى الأشخاص ذوي الإعاقة وتغطي إمكانية الحصول على التعليم

والعمل، وتوفّر المدارس المراعية لاحتياجات الطلاب ذوي الإعاقة، وشمول الأشخاص ذوي الإعاقة وتمكينهم، وتوفير وسائل النقل التي يمكنهم استخدامها، وكذلك المساحات العامة والخضراء التي يمكنهم الوصول إليها، وبناء قدرة البلدان على تفصيل البيانات حسب الإعاقة.

وتسترشد خطة عام 2030 بأغراض ومبادئ ميثاق الأمم المتحدة وتستند، من بين جملة أمور، إلى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمعاهدات الدولية لحقوق الإنسان. وبذلك ترتبط خطة عام 2030 باتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وينبغي أن يكون تنفيذها بمشاركة ولأجلهم وبالتعاون معهم تماشياً مع هذه الاتفاقية وإدراج منظور الإعاقة في جميع جوانب تنفيذ الخطة ورصدها وتقييمها.

كما تجلّى التزام الحكومات بالتنمية الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة في اتفاقات إنمائية أخرى أبرمت مؤخراً، وتوفر مزيداً من التوجيه في مجالات تركيز كل منها. فقد أدرج إطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث، الذي اعتمد في آذار/مارس 2015، الأشخاص ذوي الإعاقة بوصفهم وكلاء للتغيير. وتناولت خطة عمل أديس أبابا، التي اعتمدت في تموز/يوليو 2015، احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في مجالات الحماية الاجتماعية والعمالة والتعليم والبنية التحتية والشمول المالي والتكنولوجيا والبيانات. وأطلق مؤتمر القمة العالمي للعمل الإنساني، الذي عُقد في أيار/مايو 2016، أول ميثاق على الإطلاق لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني، وفي تشرين الأول/أكتوبر 2016 اعتمد الموئل الثالث الخطة الحضرية الجديدة الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة موجهاً التنمية الحضرية بمبادئ "التصميم الشامل" وإمكانية الوصول للجميع.

وليس السعي إلى تحقيق التنمية الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة ما يصح القيام به فحسب، بل هو أيضاً الأمر العملي الذي ينبغي القيام به، إذ لا يمكن تحقيق التنمية المستدامة للجميع إلا إذا أدرج الأشخاص ذوو الإعاقة على قدم المساواة بوصفهم وكلاء ومستفيدين على حدٍ سواء، في الوقت الذي تسعى فيه البلدان إلى تحقيق مستقبل مستدام. ويستلزم نجاح خطة عام 2030 اتباع نهج قائم على المشاركة وشامل يشارك فيه جميع أصحاب المصلحة، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة. ولذا فإن خطة عام 2030 تتيح فرصة هامة للنهوض بهدف الأمم المتحدة: تعزيز التقدم الاقتصادي والاجتماعي وحقوق الإنسان نحو عالم ينعم بالسلام والرخاء للجميع.

القضاء على الفقر والجوع لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة (الهدفان 1 و2)

يرجح أن يعيش الأشخاص ذوو الإعاقة في فقر أكثر من غيرهم بسبب العوائق التي تعترض سبيلهم في المجتمع، من مثل التمييز ومحدودية فرص الحصول على التعليم والعمل والافتقار إلى الشمول في برامج سُبل العيش وغيرها من البرامج الاجتماعية. ولا تزال البيانات الوطنية عن فقر الدخل المفصلة حسب الإعاقة شحيحة، لكن البيانات المتوفرة تبين أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني أو الدولي أعلى، بمقدار الضعف في بعض البلدان، من نسبة من هم بدون إعاقة. وفيما يتعلق بالأمن الغذائي، تبين البيانات المتاحة في البلدان المتقدمة أن متوسط النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة غير القادرين على تحمل تكاليف وجبة تحتوي البروتين كل يومين يكاد يكون ضعف متوسط النسبة المئوية لمن هم بدون إعاقة. وعدد النساء ذوات الإعاقة أكبر من عدد الرجال ذوي الإعاقة بين من هم في هذا الوضع، وفجوة النوع الاجتماعي من حيث الحصول على وجبات تحتوي البروتين أوسع بين

الأشخاص ذوي الإعاقة. وفي البلدان النامية، تبيّن البيانات أن الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم يحتمل أكثر ألا يتوفر لهم الطعام دائماً، مما في حالة من هم بدون إعاقة وأسرهم. وفي حين يمكن للشمول المالي أن يساعد الأشخاص ذوي الإعاقة على الخروج من دائرة الفقر، فإن إمكانية الوصول إلى الخدمات المالية كالمصارف لا تزال مقيدة بسبب الافتقار إلى إمكانية الوصول المادي والفعلي إلى هذه الخدمات. وفي بعض البلدان، لا تتوفر لهم إمكانية الوصول إلى أكثر من 30 في المائة من المصارف.

وقد اعتُمدت في العديد من البلدان برامج حماية اجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة يمكن أن تكون حيوية في تيسير انفلاتهم من الفقر. ولدى ما لا يقل عن 168 بلداً برامج للإعاقة توفر استحقاقات نقدية دورية للأشخاص ذوي الإعاقة، في حين يقدم 11 بلداً مبلغاً إجمالياً. وفي نصف البلدان التي تقدم استحقاقات دورية، تشمل هذه الاستحقاقات أساساً العما لوأسرهم في الاقتصاد النظامي وتستثني الأطفال ذوي الإعاقة ومن لا تتاح لهم فرصة المساهمة في التأمين الاجتماعي فترة تكفي ليكونوا مؤهلين للحصول على استحقاقات غير أن البرامج في 87 بلداً أخرى تُموّل بالكامل أو جزئياً من خلال الضرائب وقد تحسنت تغطيتها. وفي ثلث هذه البلدان فقط، تغطي البرامج جميع الأشخاص ذوي الإعاقة المقيمين بغض النظر عن وضع دخلهم. وفي بقية البلدان، لا تشمل البرامج سوى الأشخاص أو الأسر التي تتدنى إمكانياتها الاقتصادية عن عتبة معينة، ورغم توفر هذه البرامج إلا أنه لا يمكن للعديد من الأشخاص ذوي الإعاقة الحصول على الحماية الاجتماعية. وفي بعض البلدان، لا يستطيع أكثر من 80 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجونها.

وللقضاء على الفقر والجوع اللذين يعاني منهما الأشخاص ذوو الإعاقة، ينبغي النظر في عدد من الإجراءات، وهي:

- تصميم سياسات وبرامج الحماية الاجتماعية بحيث تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة.
- إزالة العوائق والعقبات التي يجابهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على الحماية الاجتماعية والاستفادة منها استفادة كاملة على قدم المساواة مع الآخرين.
- توعية موظفي مكاتب المنح بالعوائق التي يجابهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على الحماية الاجتماعية والنُهُج المتبعة للتغلب على هذه العوائق.
- تحسين إمكانية الوصول إلى الخدمات المصرفية وغيرها من الخدمات المالية، بما في ذلك الخدمات المصرفية عبر الهاتف لفلنقال.
- تفصيل البيانات المتعلقة بالفقر والجوع بحسب حالة الإعاقة.
- إنشاء نُظم وطنية للرصد والتقييم تقيّم دورياً جميع برامج الحماية الاجتماعية من ناحية شمولها الأشخاص ذوي الإعاقة وأثرها الإيجابي على وضعهم.

ضمان التمتع بأنما طعي صحية وبالرفاهية (الهد فغ)

عموماً، يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة إلى رعاية صحية أكثر من غيرهم، سواء للاحتياجات الاعتيادية أو لتلك المرتبطة بالإعاقة، ولذا فإنهم أكثر عرضة من غيرهم للتأثر بعواقب تدني جودة خدمات الرعاية الصحية أو تعذر الوصول إليها. ويُرجح أن يكون الوضع الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة سيئاً بالمقارنة مع غيرهم: ففي 43 بلداً، يرى 42 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة مقابل 6 في المائة ممن هم بدون إعاقة أن صحتهم سيئة. وفي بعض البلدان، أبلغ أقل من 20 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة عن سوء صحتهم، في حين أبلغ في بلدان أخرى أكثر من 70 في المائة منهم عن ذلك. وعدد من يبلغون عن سوء الحالة الصحية من بين الأشخاص ذوي الإعاقة أعلى في البلدان التي تنخفض فيها حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي ما يشير إلى أن زيادة توفر الموارد المالية قد تتيح الخدمات الصحية والأساسية والمجتمعية الضرورية لتحقيق صحة أفضل.

يشكل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية تحدياً، إذ يزيد بأكثر من ثلاثة أضعاف احتمال عدم قدرتهم على الحصول على الرعاية الصحية عندما يحتاجون إليها. كما أن وصولهم إلى خدمات إعادة التأهيل يشكل تحدياً. وفي بعض البلدان، لا تلبى حاجات أكثر من 50 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة لهذه الخدمات. ومن التحديات الرئيسية الافتقار إلى الموارد المالية، وعدم الوصول إلى الخدمات والمرافق الطبية ووسائل النقل، وعدم كفاية تدريب الكادر الطبي المؤهل لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة. وقد سعى بعض البلدان إلى إصلاح الأطر القانونية والسياساتية و/أو معالجة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مباشرة، بما في ذلك من خلال قوانين مكافحة التمييز المتعلقة بالقطاع الصحي أو قوانين الإعاقة أو خطط سياساتية، والقوانين التي تضمن وصول من يعانون ظروفًا صحية محددة (مثل إصابات الحبل الشوكي) أو فئات سكانية محددة (كقدامى المحاربين مثلاً). ورغم أن العديد من هذه القوانين عام ولا يستهدف عوائق خاصة بالإعاقة، إلا أن لدى ستة بلدان قوانين صريحة تضمن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية.

ولتحقيق أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه للأشخاص ذوي الإعاقة، ينبغي النظر في الإجراءات التالية:

- تعزيز التشريعاً نوالسياسات الوطنية المتعلقة بالرعاية الصحية بما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تحديد وإزالة العقبات والعوائق التي تحول دون الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية.
- تحسين تغطية الرعاية الصحية وتيسير الكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من نهج الرعاية الصحية الشاملة للجميع.
- تدريب موظفي الرعاية الصحية على شمول الأشخاص ذوي الإعاقة وتحسين تقديم الخدمات لهم.
- تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من اتخاذ قراراتهم المتعلقة بالرعاية الصحية، على أساس الموافقة المستنيرة.

- حظر الممارسات التمييزية في التأمين الصحي وتعزيز تغطية التأمين الصحي للأجهزة المساعدة وخدمات إعادة التأهيل.
- تحسين البحوث والبيانات لرصد النظم الصحية وتقييمها وتحسينها لتشمل الأشخاص ذوي الإعاقة.

الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة (المقصدان 3-7 و 5-6)

للأشخاص ذوي الإعاقة من الاحتياجات ما لغيرهم من ناحية الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، كما أن لهم متطلبات مشابهة تتعلق بتنظيم الأسرة والولادة. لكن التصورات الخاطئة عن الأشخاص ذوي الإعاقة وافترض أنهم غير نشطين جنسياً ساهمت في ألا يولى ضمان وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية غير القليل من الاهتمام. وتبين الأدلة المحدودة في عدد قليل من البلدان النامية أن 29 في المائة من ولادات الأمهات ذوات الإعاقة لا تتم بإشراف كادر طبي مؤهل وماهر كما لا تلبى احتياجات تنظيم الأسرة سوى لـ 22 في المائة فقط من المتزوجات ذوات الإعاقة. وترتفع هذه النسبة المئوية في المناطق الريفية. وتتعرض ذوات الإعاقة اللاتي لا يحصلن على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية أكثر للحمل غير المرغوب فيه ولأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وإلى جانب القوالب النمطية المجتمعية، تشمل العوائق التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الافتقار إلى إمكانية الوصول إلى الخدمات والمعلومات. كما يخشى هؤلاء، ولا سيما النساء وذوو الإعاقات الذهنية، سوء استخدام وانتهاك حقوقهم الإنجابية لدى الوصول إلى هذه الخدمات، إذ يتعرض أشخاص ذوو إعاقة عديدون للتعميم غير الطوعي في بلدان مختلفة.

وفي حين هناك أمثلة على سياسات وبرامج وطنية للصحة الجنسية والإنجابية تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن هؤلاء يظلون في معظم البلدان غير مرئيين في كثير من هذه الأطر كما في رصدها وتقييمها. وينبغي النظر في اتخاذ عدد من الإجراءات لضمان حصولهم على الحقوق الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية مثل:

- وضع سياسات وقوانين وطنية تكفل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية.
- إتاحة إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المرافق وحصولهم على معلومات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية.
- تدريب العاملين في الرعاية الجنسية والإنجابية على شمول الأشخاص ذوي الإعاقة ومكافحة الممارسات التمييزية وتحسين تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة.

- تثقيف الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك المراهقون منهم، حول الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية.
- إنشاء آلية للرصد والتقييم لتتبع تنفيذ سياسات وبرامج الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة.
- تحسين البحوث والبيانات لرصوتقييم وتعزيز الصحة والخدمات الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة.

ضمان التعليم الجيد والمنصف والشامل للجميع (الهد ف4)

لا يزال احتمال التحاق الأشخاص ذوي الإعاقة بالمدارس وإكمال التعليم الابتدائي والإلمام بالقراءة والكتابة أقل مما في حالة غيرهم. وتكشف البيانات المتوفرة أن طفلاً من بين كل ثلاثة من ذوي الإعاقة في سن الدراسة الابتدائية لا يلتحق بالمدرسة، مقارنة بطفل واحد من بين كل سبعة بدون إعاقة. كما أن إتمام الدراسة الابتدائية أقل لدى الأطفال ذوي الإعاقة. وتتعكس هذه الاتجاهات في انخفاض معدل إلمام الأشخاص ذوي الإعاقة بالقراءة والكتابة: إذ يلم بالقراءة والكتابة 54 في المائة منهم مقابل 77 في المائة ممن هم بدون إعاقة. وفي بعض البلدان، رُفض دخول أكثر من 10 في المائة منهم إلى المدارس بسبب بالإعاقة، وأفاد أكثر من ربع الأشخاص ذوي الإعاقة في بعض البلدان بعدم إمكانهم الوصول إلى المدارس وأنها معيقة لهم. وتشير البيانات المحشودة جماعياً من مصادر معظمها من البلدان المتقدمة، إلى أن 47 في المائة فقط من أكثر من 30,000 مرفق تعليمي مهياً لمن يستخدمون كراسي متحركة.

ويواصل العديد من البلدان تعزيز السياسات والأطر القانونية الوطنية لتحسين فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التعليم، حيث تكفل 34 دولة من أصل 193 دولة عضواً في الأمم المتحدة في دساتيرها حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم أو توفير الحماية لهم من التمييز القائم على الإعاقة في التعليم. لكن 44 في المائة فقط من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة تسمح للطلاب ذوي الإعاقة بالدراسة في نفس الصفوف الدراسية التي يدرس فيها الطلاب الآخرون. ورغم ذلك، أحرز تقدم في السنوات الأخيرة: فقد وفر 41 في المائة من البلدان في عام 2017، مقابل 17 في المائة في عام 2013، مواد ووسائل تواصل مناسبة لعدم شمول الطلاب ذوي الإعاقة في المدارس.

ولتحقيق الهدف 4 للأشخاص ذوي الإعاقة، تمشياً مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، يلزم بذل جهود لتنفيذ الإجراءات التالية وتوسيع نطاقها:

- تعزيز السياسات الوطنية والنظام القانوني لضمان حصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على تعليم جيد.
- بناء قدرات تواضعي السياسات توغيرهم م نصانعي القرا رعلى الصعيدين المجتمعي والوطني لتعزيز معرفتهم فيما يتعلق بشمول الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم.
- إتاحة إمكانية الوصول إلى المدار س والمرافق التعليمية ع نطريق تهيئة بيئة مؤاتية للطلاب ذوي الإعاقة وإتاحة البيانات المادية والافتراضية.

- توفير التدريب للمعلمين وغيرهم من أخصائيي التعليم لاكتساب المعرفة والخبرة في التعليم الشامل للأشخاص ذوي الإعاقة.
- اعتماد تدريس محوره المتعلم يسلم بأن لكل فرد احتياجات فريدة يمكن تلبيتها من خلال سلسلة متصلة من نُهج التعليم.
- إشراك المجتمع المدني والمجتمعات المحلية في التعليم الشامل للجميع.
- إنشاء آليات رصد لتقييم تنفيذ السياسات والقوانين المتعلقة بالتعليم الشامل للجميع.
- تحسين جمع وتفصيل مؤشرات التعليم على الصعيد الوطني حسب الإعاقة.
- استكشاف تطبيقات الإنترنت والهاتف الذكي والحشد الجماعي للمعلومات للحصول على معلومات من أسفل إلى أعلى عن إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المدارس.

تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات ذوات الإعاقة (الهدف 5)

كثيراً ما تتعرض ذوات الإعاقة لتمييز مزدوج بسبب بوضعهن كنساء وفتيات وبسبب الإعاقة، ولا يزلن في وضع غير مؤات في معظم مجالات المجتمع والتنمية. وتشير البيانات المتوفرة إلى أن الفجوة صارخة مقارنة بالرجال بدون إعاقة: إذ أن احتمال ألا تلبى احتياجات النساء والفتيات ذوات الإعاقة للرعاية الصحية أكثر بثلاث مرات، كما أن احتمال ألا يكنّ ملّمات بالقراءة والكتابة أكثر بثلاث مرات، واحتمال عملهن أقل بمرتين واحتمال استخدامهن للإنترنت أقل بمرتين. ومن بين الوظائف منهن، احتمال أن يكنّ مشرّعات أو مسؤولات أو مديرات أقل بمرتين. وتميل النساء والفتيات ذوات الإعاقة أيضاً إلى أن يكنّ في وضع أسوأ من غيرهن، وهنّ أكثر تعرضاً لمخاطر العنف الجنسي مقارنة بغيرهن من النساء.

وبالمقارنة مع الرجال ذوي الإعاقة، احتمال ألا تلبى احتياجات النساء ذوات الإعاقة من الرعاية الصحية أكثر، وهن أكثر عرضة للبطالة أو غير نشطات في سوق العمل، كما يقل احتمال أن يعملن مشرّعات أو مسؤولات أو مديرات. أما فيما يتعلق بالفقر والافتقار إلى إمكانية الحصول على التعليم والوصول إلى الإنترنت والعنف الجسدي، فلا يبدو أن الأدلة تشير إلى أنهن يعانين من الحرمان أكثر مما يعاني الرجال ذوي الإعاقة، ما يشير إلى أن العامل الرئيسي الذي يؤدي إلى الحرمان الذي تعاني منه النساء والفتيات ذوات الإعاقة في عدة بلدان هو العوائق السلوكية وتلك المرتبطة بالبيئة المحيطة وليس النوع الاجتماعي. ولكن، بسبب الافتقار إلى إمكانية الحصول على العمل وسبب العنف الجنسي، يبدو أن العوائق المرتبطة بالبيئة المحيطة والمواقف السلبية ضد النوع الاجتماعي والإعاقة تؤديان دوراً هاماً على حدّ سواء.

ولا يزال العديد من البلدان يعالج قضايا النوع الاجتماعي بانفصاله عن قضايا الإعاقة من دون التركيز على الترابط فيما بينها، لكن هناك مبادرات إيجابية متزايدة. ففي أمريكا اللاتينية، مثلاً، يدرج 17 بلداً من أصل 20 الإعاقة في

الخطط المتعلقة بالنوع الاجتماعي، لكن 6 بلدان فقط من أصل 19 بلداً تعالج مسألة النوع الاجتماعي في القوانين المتعلقة بالإعاقة. ولتحقيق المساواة الكاملة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات ذوات الإعاقة، ينبغي أن تركز الجهود على ما يلي:

- تناول احتياجات النساء والفتيات ذوات الإعاقة في الاستراتيجيات أو خطط العمل الوطنية المتعلقة بالإعاقة والنوع الاجتماعي.
- وضع سياسات وبرامج تركز على النساء والفتيات ذوات الإعاقة بهدف ضمان مشاركتهن الكاملة والمتساوية في المجتمع.
- دعم تمكين النساء والفتيات ذوات الإعاقة بالاستثمار في تعليمهن ودعم انتقالهن من المدرسة إلى العمل.
- التوعية باحتياجات النساء والفتيات ذوات الإعاقة والقضاء على الوصم والتمييز ضدهن.
- تعزيز جمع البيانات المتعلقة بالنساء والفتيات ذوات الإعاقة ونشرها وتحليلها، وتفصيل البيانات ونشرها حسب الجنس والعمر والإعاقة.

ضمان توفر المياه وخدمات الصرف الصحي (الهدف 6)

يجابه الأشخاص ذوو الإعاقة، لا سيما من يعيشون منهم في بلدان نامية، تحديات في الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، بما في ذلك العوائق الجسدية والمؤسسية والاجتماعية والسلوكية. ويصدق هذا بصفة خاصة على من يعانون إعاقات شديدة. وفي كثير من البلدان، يقل احتمال أن يعيش الأشخاص ذوو الإعاقة في أسر تتوفر لها إمكانية الحصول على المياه والمرافق الصحية المحسنة، كما يقل احتمال أن يعيشوا في مساكن مزودة بمرافق نظافة صحية وصرف صحي في المبنى. ويمكن أن يؤدي ذلك لمن يواجهون صعوبات حركية إلى متاعب في تحديد موقع الحمام وفي الانتظار في الطابور. وتشير الأدلة من عدد محدود من البلدان النامية إلى أن أكثر من شخص واحد من كل سبعة من الأشخاص ذوي الإعاقة يجد أن المراحيض خارج المنزل معيق أو يتعذر الوصول إليه. كما أن عدم إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المراحيض خارج المنزل يشكل تحدياً لهم ويحول دون مشاركتهم في المجتمع. وتشير البيانات المحشودة جماعياً، من مصادر معظمها من البلدان المتقدمة، إلى أن 69 في المائة فقط من المراحيض العامة مهيأة لمستخدمي الكراسي المتحركة. وتشير الأدلة أيضاً إلى أن العديد من المدارس الابتدائية تفتقر إلى مرافق للصرف الصحي يمكن أن يستخدمها من قدرتهم الحركية محدودة.

وقد استُخدمت التكنولوجيات المُساعدة، مثل مقابض مضخات المياه أو المراحيض والمنحدرات والدرابزين والأبواب الواسعة المصممة خصيصاً للأشخاص ذوي الإعاقة، في التغلب على هذه التحديات وتوالتاحة إمكانية الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية. كما جعل بعض البلدان الآبار المجتمعية آمنة يمكن وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها ووفرت مقاعد مراحيض متحركة للأسر التي لديها مراحيض، ما ساعد الأشخاص ذوي الإعاقة ومن يعانون مشاكل في الساق و/أو الظهر بتقليل الحاجة إلى الجلو س أو الزد فعلى أرضية مرحة ضمبللة.

ولتحقيق الهدف 6 للأشخاص ذوي الإعاقة، لا بد من التركيز على البرامج التي تستهدف تحديات الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي من خلال خطوات مختلفة، لا سيما:

- إشراك جميع أصحاب المصلحة، لا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة.
- استثمار وتخصيص الموارد المالية لجعل مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الأسر وفي بيئات خارج المنزل متاحة مع إعطاء الأولوية للمدارس وأماكن العمل والمرافق الصحية والمرافق المجتمعية.
- اعتماد نهج المسار المزدوج: تعميم مراعاة الإعاقة في سياسات وبرامج المياه والصرف الصحي مع وضع برامج خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة في الوقت نفسه.
- تبادل المعلوما تونبناء القدرات فيما يتعلق بالتدخلات الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة المنخفضة الكلفة لتوسيع نطاقها.
- زيادة الوعي ووضع عهد للتمييز والوصم.
- رصد التقدم المحرز بجمع البيانات الفردية.
- جمع وتحليل ونشر بيانات التعدادات السكانية والمسوح المتعلقة بإمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية وتفصيل هذه البيانات حسب نوع الإعاقة والعمر والجنس.
- استكشاف تطبيقات الحشد الجماعي للبيانات للحصول على معلوما تمن أسفل إلى أعلى عن إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مرافق المياه والصرف الصحي للاسترشاد بها في سياسات تعزيز الوصول.
- تعميم مراعاة الإعاقة في المنتديات الدولية والآليات العالمية التي تعمل في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

ضمان الحصول على الطاقة (الهدف 7)

الحصول على الطاقة الميسورة الكلفة والموثوقة والمستدامة والحديثة أمر حيوي الأهمية للأشخاص ذوي الإعاقة. وكثيراً ما تتطلب التكنولوجيا المساعدة، التي يستخدمها الكثيرون لتيسير المشاركة في المجتمع والعيش المستقل على قدم المساواة، الكهرباء. ويرجّح أن يقضي الأشخاص ذوو الإعاقة فترات أطول في منازلهم، فيستهلكون المزيد من الكهرباء، مثلاً، للحفاظ على درجة حرارة كافية في الغرفة. ويساهم ارتفاع استهلاك الكهرباء في ارتفاع فواتير الطاقة.

وفي العديد من البلدان، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديات في الحصول على الطاقة الحديثة أكثر من غيرهم. ففي 37 من أصل 44 بلداً نامياً، النسبة المئوية للأسر التي يمكنها الحصول على الكهرباء أقل للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة من الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة. وفي 17 بلداً، يحصل أقل من 50 في المائة من الأسر التي

لديها أفراد ذوو إعاقة على الكهرباء. وفي البلدان المتقدمة، يقل احتمال أن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما ذوات الإعاقة، من الحفاظ على تدفئة منازلهم.

كما تستخدم الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة أنواع الوقود التقليدية، مثل الكتلة الأحيائية والفحم، للطهي أكثر من الأسر الأخرى. ويمكن أن تؤدي الفترات الأطول التي تقضيها هذه الأسر في المنزل إلى زيادة التعرض للتلوث الداخلي الناجم عن هذه الأنواع من الوقود. وفي عدة بلدان، لا يزال أكثر من نصف الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة تستخدم الخشب والفحم لأغراض الطهي. ولذا فإن الحصول على الطاقة النظيفة أمر حاسم الأهمية لرفاه الأشخاص ذوي الإعاقة.

ولا تزال المبادرات المتخذة لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الطاقة محدودة. وتشمل أفضل الممارسات توفير الدعم المالي لتعديل درجة حرارة الغرفة في فصلي الشتاء والصيد فوتوزيع موافد موفرة للطاقة تركز على الأشخاص ذوي الإعاقة في مخيمات اللاجئين.

ويمكن للخطوات الثماني التالية أن تساهم في تلبية الاحتياجات من الطاقة وتنفيذ الهدف 7 للأشخاص ذوي الإعاقة بحلول عام 2030:

- الأخذ بالحسبان تكاليف الطاقة الإضافية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة عند تحديد تدابير الحماية الاجتماعية.
- إدراج تدابير موجهة للأشخاص ذوي الإعاقة في برامج الطاقة.
- سد الفجوة في الحصول على الطاقة بين الأشخاص ذوي الإعاقة ومن هم بدون إعاقة.
- إعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى تكنولوجيا مساعدة تعتمد على الكهرباء لتحقيق العيش المستق لومشاركة في المجتمع.
- الحد من استخدام الوقود الصلب بوتشجيع الأئمال الحديثة للطاقة في الأسر التي تضم أفراداً ذوي إعاقة.
- تعزيز الإمداد بالكهرباء في المدار سرلزيادة استخدام التكنولوجيا المساعدة في التعليم وتعزيز الفرص المتاحة للطلاب ذوي الإعاقة للمشاركة على قدم المساواة في النظم التعليمية.
- إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في مجالس الإدارة الوطنية العاملة على توفير الطاقة.
- التوعية ضمن الوزارات وتعزيز التنسيق بين الوزارات لمعالجة فقر الوقود والطاقة بين الأشخاص ذوي الإعاقة.

تعزيز العمالة الكاملة والمنتجة والعمل اللائق (الهدف 8)

لا يزال وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى سوق العمل محدوداً. فنسبة العمالة إلى السكان ذوي الإعاقة البالغين من العمر 15 سنة فأكثر تكاد تبلغ نصف النسبة لمن هم بدون إعاقة، ويحصل الأشخاص ذوو الإعاقة العاملون على

أجور أقل من نظرائهم. ويفرض الافتقار إلى أماكن عمل يسهل الوصول إليها والترتيبات التيسيرية المعقولة عقبات أخرى أمام عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة. وفي ثمانية بلدان نامية، يرى 32 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة أن أماكن عملهم معيقة ولا يمكن الوصول إليها.

ولتحسين وضع عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة، اعتمد 99 بلداً على الأقل نُظِم الحِصص التي تُلزم أصحاب العمل بتشغيل عدد معين أو نسبة مئوية معينة من الأشخاص ذوي الإعاقة. وتتراوح الحِصص عادة بين 1 و15 في المائة. ومن بين أكثر نُظُم الحِصص فعالية، النظام الذي يفرض على الشركة غير الممتثلة دفع ضريبة عن كل منصب لا يشغله شخص ذو إعاقة. وتساهم هذه الرسوم عادة في صندوق خاص يُستخدم لتمويل التدابير الرامية إلى تعزيز عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة. واعتمدت البلدان أيضاً قوانين وسياسات للعمالة تكفل حق الأشخاص ذوي الإعاقة في تكافؤ فرص العمل وتحظر التمييز على أساس الإعاقة. وفي 22 بلداً، تكفل الدساتير الوطنية صراحة حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل. وتتضمن قوانين العمل في أكثر من 60 في المائة من البلدان أحكاماً تحظر التمييز في العمل وتضمن المساواة في الأجور للأشخاص ذوي الإعاقة. وتقدم بعض البرامج الوطنية الدعم المالي للأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على التعليم والتدريب التقني والمهني العمومي.

ولمعالجة الثغرات الحالية في العمالة وتحقيق الهدف 8 للأشخاص ذوي الإعاقة، ينبغي للدول أن تكفل ما يلي:

- أن تحمي التشريعات الوطنية الأشخاص ذوي الإعاقة من التمييز على أساس الإعاقة في جميع مسائل العمالة.
- أن يوظف القطاع العام الأشخاص ذوي الإعاقة.
- أن تشمل سياسات ونُظُم المشتريات العامة أحكاماً تشجع على عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة.
- أن تشمل خدمات العمالة العامة الأشخاص ذوي الإعاقة.
- أن يتضمن التعليم المهني الأساسي أحكاماً تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة.
- أن يشمل كل من التدريب بعلَى التنمية الريادية ونُظُم التمويل البالغ الصغر الأشخاص ذوي الإعاقة.
- أن توضع سياسات تيسر خيارى الإبقاء على الوظيفة والعودة إلى العمل لمن يصابون بإعاقة، بمن فيهم من يعانون حالات الصحة النفسية.
- تقديم الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة العاملين في بيئات عمل محمية للاستفادة من سوق العمل الرئيسية ودخولهم إليها.
- تصميم نُظُم حماية اجتماعية لتوفير أمن الدخل والدعم للاحتياجات المتعلقة بالإعاقة والتكاليف الإضافية لتعزير مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل.
- وضع خطط تقييم صارمة لتنفيذ برامج تحسين عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة.

- وضع قاعدة بيانات للمعلومات والبيانات المفصلة المتوفرة عن الإعاقة والعمالة وإتاحتها في نسق يسهل الاطلاع عليها.

وينبغي للدول أن تشجع عمالة الأشخا ص ذوي الإعاقة في القطاع الخا ص بحيثما توجد تشريعات تتعل و يخصص العمالة، في القطا ع العام و/أو الخا ص ينبغي أن تكفل الدولة تنفيذها بنظام تقييم فعّال طوال التطور الوظيفي للعاملين ذوي الإعاقة.

زيادة فرص الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (المقصد 9-ج)

الفرص المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة للحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات أقل من تلك المتاحة لغيرهم ممن هم بدون إعاقة، كما أن هناك فجوة كبيرة في استخدام الإنترنت. فمن بين 14 بلداً، لا يستخدم الإنترنت سوى 19 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة مقابل 36 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. ويمكن أن يُعزى ذلك إلى الافتقار إلى إمكانية الحصول على هذه التكنولوجيا، فضلاً عن تدني قدرة الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة على تحمل كلفة الوصول إلى الإنترنت. فمثلاً، يتضمن أكثر من 60 في المائة من البوابات الوطنية على الإنترنت خصائص ليسهمقدور الأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها. وتشير الأدلة من ثلاثة بلدان في جنوب الصحراء الكبرى إلى أن 8 في المائة فقط من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة تستطيع الوصول إلى الإنترنت، أي حوالي نصف النسبة المئوية للأسر التي ليس لديها أفراد ذوو الإعاقة، كما أن احتمال امتلاكها هاتفاً نقّالاً أقل بالمقارنة مع الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة.

وقد وُضعت مبادرات وطنية لتعزيز المساواة في إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، بما في ذلك اعتماد مبادئ توجيهية وطنية لإمكانية الحصول على هذه التكنولوجيا وعونة أو تأشير البرامج التلفزيونية والإذاعية وإنشاء صفحات على الإنترنت يمكن الوصول إليها.

واستشرافاً للمستقبل، تقدم التوصيات التالية إرشادات حول كيفية تمكين النظام البيئي لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات لضمان أن تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة وإمكانية حصولهم عليها:

- التوعية وتعزيز المعرفة بإمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.
- إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في كل مرحلة من مراحل تطوير تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.
- تعزيز مبادئ "التصميم الشامل" في صناعة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الرئيسية وفي القطاع العام.
- اعتماد سياسات ولوائح تنظيمية تحكم إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.
- إنشاء جهات اتصال مخصصة في الوزارات أو الإدارات ذات الصلة التي تتعامل مع إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

- توفير إمكانية الوصول إلى الإنترنت بأسعار ميسورة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- توفير آليات تمويل لدعم تطوير البرمجيات المفتوحة المصدر.
- إشراك جميع أصحاب المصلحة المعنيين وزيادة التمويل لدعم "التصميم الشامل" وتكنولوجيا المعلومات واتصالات متدنية الكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- وضع ونشر بيانات قابلة للمقارنة عن إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها، مفصلة حسب الإعاقة وكذلك حسب إمكانية الحصول على هذه التكنولوجيا.

الحد من عدم المساواة (الهدف 10)

ما زال الأشخاص ذوو الإعاقة يواجهون عدم مساواة في الميادين الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وهم محرومون في جميع المجالات التي تغطيها أهداف التنمية المستدامة. ورغم أن الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة وبين من هم بدون إعاقة تتفاوت نفيما بين البلدان، إلا أنها تبلغ في بعض البلدان أكثر من 20 نقطة مئوية في فقر الدخل و15 نقطة مئوية في القدرة على تحمل تكاليف الحصول على وجبة تحتوي البروتين لكل يومين و50 نقطة مئوية في التمتع بصحة جيدة وفي معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة وفي نسبة العمالة إلى السكان. كما أن وضع الأشخاص ذوي الإعاقة غير مؤات من حيث الوصول إلى الخدمات الأساسية وتحمل كلفتها، بما في ذلك المياه والصرف الصحي والطاقة والإنترنت بتوالي جانب هذه الثغرات، فإن تمثيلهم في المشاركة السياسية منقوص.

ومكافحة التمييز أمر أساسي لخفض عدم المساواة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، والتميز سبب رئيسي لإقصائهم. وفي بعض البلدان، يعاني أكثر من 50 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة من تمييز. ورغم أن معظم البلدان صادق على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لا تزال هناك قوانين وسياسات تمييزية في بعض البلدان، لا سيما في المجالات التي تنظم الحق في الزواج والأهلية القانونية والمشاركة السياسية. فلا توجد قيود قانونية على زواج الأشخاص ذوي الإعاقة إلا لدى 36 في المائة من البلدان وليست هناك قيود على تصويتهم إلا لدى 13 في المائة، كما ليست هناك قيود على انتخابهم منذ عام 1999 في المائة.

و لضمان الحصول على التكنولوجيا المساعدة أمر بالغ الأهمية لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش المستقل والمشاركة الكاملة في المجتمع. وقد بذل بعض البلدان جهوداً لجعل هذه التكنولوجيا أكثر توفراً وأيسر كلفة من خلال وضع خطط وطنية. غير أن الأدلة المتوفرة تبين أنه في عدة بلدان نامية يتعذر على أكثر من نصف الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى أجهزة مساعدة الحصول عليها، ويعود ذلك أساساً إلى أن الأجهزة المتوفرة غير مناسبة أو أنها ليست ميسورة الكلفة أو أن وسائل النقل لا تتوفر لمقدمي هذه الأجهزة.

وسيتطلب النمو الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً عدم إلحاقهم بمؤسسات خاصة بهم، إذ لا يزال يستثنى الذين يعيشون منهم في مثل هذه المؤسسات من المجتمع وفي كثير من الأحيان لا يستطيعون الحصول على التعليم وممارسة الحق في التصويت واتخاذ قراراتهم بأنفسهم. وفي بعض البلدان، ما زال أكثر من 10

في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون في مؤسسات ودور خاصة لهم.

والأكثر حرماناً بين الأشخاص ذوي الإعاقة هم من يعانون إعاقات ذهنية ونفسية اجتماعية. ويحتمل أكثر أن يعاني هؤلاء من الإلحاق القسري بمؤسسات وسوء الأحوال المعيشية والانتهاكات التي تحدث في مستشفيات الأمراض النفسية، فضلاً عن الممارسات العلاجية الضارة والقسرية. وبالإضافة إلى ذلك، يقل احتمال إلمام هؤلاء بالقراءة والكتابة وعملهم ويرتفع احتمال أن يجدوا أن المرافق الصحية معيقة وأن يستثنوا من الأنشطة الأسرية والمجتمعية. وفي عدد قليل من البلدان تعزز التشريعات النمو الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للأشخاص ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية.

جعل المدن والمجتمعات المحلية شاملة ومستدامة (الهدف 11)

في معظم الحالات، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة صعوبة في استخدام وسائل النقل والوصول إلى الأماكن والمرافق العامة والتجارية. وتشير البيانات المتوفرة إلى أن وسائل النقل والأماكن العامة غير متاحة لأكثر من 30 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة، كما أنهم يواجهون صعوبة في الحصول على سكن ملائم. وتشمل العوائق الافتقار إلى إمكانية الوصول الفعلي إلى نُظُم النقل والتميز والوصم والافتقار إلى برامج الإسكان الاجتماعي أو الدعم المجتمعي. كما تفرص الحصول على عمل المحدودة تحديات في تأمين الحاجات المالية لاستئجار أو تمويل السكن الملائم. ونتيجة لذلك، هناك عدد غير متناسب من الأشخاص ذوي الإعاقة بلا مأوى. وقد لا يكون بوسع من يعثرون على منزل تحمل تكاليف التعديلات اللازمة لجعل منازلهم ملائمة لوضعهم. وفي بعض البلدان، يجد أكثر من 15 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة أن مساكنهم معيقة. وفي عدة بلدان، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية أو النفسية الاجتماعية عقبة إضافية، هي محدودية أمن الملكية لعدم الاعتراف بأهليتهم القانونية، وندراً ما يستطيعون الحصول على عقد إسكان رسمي.

ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعيشون في الأرياف تحديات أكثر من نظرائهم الذين يعيشون في المدن: فاحتمال التحاقهم بالمدارس أقل وكذلك احتمال عيشهم في أسرة تملك هاتفاً نقالاً. كما تقل في المناطق الريفية احتمالات ولادة الأمهات ذوات الإعاقة بإشراف كادر طبي مؤهل.

وقد اتخذ عدد أكبر من البلدان تدابير لتحسين إمكانية الوصول إلى نُظُم النقل العام وإلى الملاعب العامة والمرافق الثقافية والأرصدة ومعابر المشاة. ويوفر بعض البلدان خطوطاً توجيهية للإسكان الملائم. ويلزم لجعل المدن والمجتمعات المحلية شاملة ومستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة بذل المزيد من الجهود بغية:

- ضمان وضع وتنفيذ سياسات وقوانين وطنية للإسكان والبنية التحتية العامة والنقل والخدمات تكون في المتناول.
- وضع سياسات وقوانين وطنية تضمن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على سكن ملائم وميسور الكلفة.

- التوعية بما يتعلق بالإعاقة بين المجتمعات المحلية وصانعي القرار وتهيئة البيئة المؤاتية التي تتيح إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة من دون تمييز وتمكينهم من المشاركة على قدم المساواة في مجتمعاتهم المحلية.
- تبادل المعرفة وأفضل الممارسات وبناء القدرة على تنفيذ التدابير التي تعزز إمكانية الوصول إلى الخدمات وتوطد الشمول.
- تحسين البحوث والبيانات لرصد وتقييم وتمتين التطوير العمراني ليصبح متيسراً وشاملاً للأشخاص ذوي الإعاقة.

تعزيز قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الصمود والحد من تعرضهم وتأثرهم بالهزات والكوارث في مواجهة الأخطار المرتبطة بالمناخ (المقصدان 5-11 و5-11 والهدف 10)

يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة للخطر بوجه خاص أثناء الكوارث الطبيعية والظواهر المناخية القسوى والنزاعات وحالات الطوارئ الإنسانية. وفي أحيان كثيرة يكونون غير جاهزين لمواجهةها، إذ ليس لدى 72 في المائة منهم خطة تأهب شخصي للكوارث، ولن يتمكن 79 في المائة منهم من الإخلاء الفوري من دون صعوبة في حالة وقوع كارثة. وفي حالات كثيرة يُستثنى الأشخاص ذوو الإعاقة من عمليات الإخلاء، ويتأثرون بغير تناسب بالآثار السلبية للكوارث ويعانون ارتفاع معدلات الوفيات. وكثيراً ما لا يتم التعرف عليهم جميعاً في السياقات الإنسانية وسياقات ما بعد الكوارث، وكثيراً ما تُغفل احتياجاتهم في المراحل المبكرة من الاستجابة لحالات الطوارئ الإنسانية، ويواجهون صعوبات في الوصول إلى الخدمات والمساعدة، بما في ذلك إعادة التأهيل والحصول على الأجهزة المساعدة التي تعتبر حاسمة للتعافي. وكثيراً ما يتعرض اللاجئون من الأشخاص ذوي الإعاقة للتمييز في الأماكن التي يسعون إلى العيش فيها.

وينبغي الأخذ بالاعتبار احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة لدى التخطيط لخفض مخاطر الكوارث والاستجابة لها. ويتخذ العديد من البلدان تدابير للقيام بذلك، مثلاً، عن طريق إدراج احتياجاتهم في السياسات والقوانين والخطط الوطنية المتعلقة بالإجراءات الإنسانية وفي عمليات إعادة الإعمار بعد الكوارث. وبالإضافة إلى ذلك، يقوم بعض البلدان بإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في تحليل وتقييم مخاطر الكوارث. كما وُضعت توجيهاً تتعلق بالاستجابات الإنسانية الشاملة للإعاقة، وهي متاحة للجهات الفاعلة في المجال الإنساني لضمان تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة.

ويمكن أن تسهم الخطوات التالية في ضمان خفض مخاطر الكوارث والاستجابة لها وتشجيع العمل الإنساني على نحو يشمل اعتبارات الإعاقة:

- ضمان أن يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة في عمليات صنع القرار وأن يكونوا أصحاب مصلحة فعالين في جميع مراحل الاستجابة للكوارث والعمل الإنساني من التخطيط إلى التنفيذ والتقييم والرصد.
- ضمان أن تتضمن السياسات والبرامج الوطنية معايير ومؤشرات عملية لتشمل الأشخاص ذوي الإعاقة في التأهب لحالات الطوارئ والتخطيط لها والاستجابة لها.

- ضمان أن تكون المعلومات والسلع الأساسية والخدمات في حالات الطوارئ شاملة للجميع وتتوفر في أشكال يسهل الحصول عليها.
- تعبئة موارد كافية وفي الوقت المناسب ويمكن التنبؤ بها لتفعيل الالتزامات المتعلقة بالتأهب الشامل للجميع في حالات الطوارئ والاستجابة لها.
- توعية الأشخاص ذوي الإعاقة بالتخطيط لإدارة الكوارث على المستوى المحلي.
- تعزيز قدرات ومعرفة العاملين في مجال العمل الإنساني فيما يتعلق باحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة ومكامن قوتهم.
- إجراء بحوث قائمة على الأدلة ووضع نظام لجمع البيانات عن الأشخاص ذوي الإعاقة المتعلقة بالنزاعات والكوارث.

وينبغي للدول أن تكفل ما يلي:

- شمل الأشخاص ذوي الإعاقة في جهود التعافي المبذولة بعد الأزمات، بما في ذلك إعادة الإعمار وإعادة البناء ووضع آليات للحماية في سياقات الطوارئ وما بعد الأزمات للإقرار بتزايد تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما النساء والأطفال، لخطر العنف وسوء المعاملة والاستغلال والتصدي لهذا الخطر.
- تنفيذ آليات مساءلة على الصعيد الوطني عن الأفعال أو أوجه الإغفال التي تؤدي إلى التمييز وإقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة في سياق العمل الإنساني والاستجابة للكوارث.

التشجيع على إقامة مجتمعا تمسالمة لا يهْمش فيها أحد من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وإتاحة إمكانية وصول الجميع إلى العدالة وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع على جميع المستويات (الهدف 16)

يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة لخطر العنف المتزايد، وينجم ذلك جزئياً عن الوصم والتمييز والإقصاء المجتمعي. وتشير الأدلة من خمسة بلدان نامية إلى أن واحداً من بين كل خمسة من الأشخاص ذوي الإعاقة يتعرض للضرب أو الإساءة اللفظية بسبب الإعاقة. وفي العديد من البلدان المتقدمة، يرجح أن يعيش الأشخاص ذوو الإعاقة في أسرة أو منطقة سكن يشيع فيها الإجرام والعنف والتخريب، كما يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية من العنف أكثر من غيرهم ممن يعانون أشكال إعاقة أخرى. وبالمثل، النساء والفتيات ذوات الإعاقة أكثر تعرضاً للعنف الجنسي بالمقارنة مع النساء بدون إعاقة والرجال ذوي الإعاقة والرجال بدون إعاقة.

والمنزلة المتساوية أمام القانون والحماية القانونية بما يضمن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أمر أساسي لتكافؤ فرص وصول الجميع إلى العدالة. وفي حين يضمن بعض البلدان صراحة في دساتيره حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن بعضها يسمح باستثناءات. وتشمل المسائل التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة أيضاً

عدم إمكانية الوصول إلى المحاكم والحصول على الوثائق القانونية ومحدودية الوعي بالإعاقة بين العاملين في نظام العدالة. وفي بعض البلدان، لا يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الوصول إلى أكثر من 30 في المائة من المحاكم ومراكز الشرطة، ولا يستطيع أكثر من 90 في المائة من تلقي المشورة القانونية التي يحتاجونها.

وينبغي أن تشمل المؤسسات العامة الأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أنها لا تفعل ذلك في كثير من الأحيان. وفي بعض البلدان، يتعرض أكثر من واحد من كل عشرة أشخاص ذوي إعاقة للتمييز في الخدمات العامة. وعلى الصعيد العالمي، لا يملك سوى ثلثي البلدان خدماتاً متكافئة على الإنترنت متيسرة للأشخاص ذوي الإعاقة، كما أن تمثيل هؤلاء في هيئة صنع القرار منقوص. ومشاركتهم في السياسة، بما في ذلك في التصويت وفي الانتخاب للمناصب، أساسي لصنع القرارات الشاملة للجميع. مع ذلك، كثيراً ما يُحرم العديد منهم، لا سيما ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية، من حقوقهم في المشاركة السياسية بسبب القوانين التمييزية التي تحرمهم حقهم في التصويت وفي الترشح للمناصب ويمكن أن يعزز انخراط الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام من شمولية المؤسسات للجميع، وقد فرض العديد من البلدان نظام حصص لتشجيع عملهم في هذا القطاع.

كما يعوق مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة عدم حصولهم على المعلومات. وتسنّ بلدان عديدة قوانين حول حرية المعلومات وتعمل على إنفاذها لتكفل حصول الجمهور على البيانات والمعلومات التي تحتفظ بها الحكومة. لكن عدداً قليلاً فقط من البلدان أخذ بالاعتبار في هذه القوانين احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة.

وكثيراً ما لا يُسجّل الأطفال ذوو الإعاقة عند الولادة بسبب الوصم واتخاذ الأسر قراراً بإخفاء أفراد أسرهم ذوي الإعاقة. ورغم أن بعض البلدان تمكن بالفعل من تحقيق مستويات مشابهة لتسجيل الأطفال ذوي الإعاقة إلا أنهم ما زالوا لا يُسجّلون إلى حد كبير في بعض المجتمعات.

زيادة توفر البيانات المفصلة حسب الإعاقة (المقصد 17-18)

يتزايد توفر الإحصاءات الوطنية المتعلقة بالإعاقة. ويُعزى ذلك جزئياً إلى تزايد عدد البلدان التي تجمع بيانات الإعاقة في التعدادات السكانية. وقد أدرج ما لا يقل عن 120 بلداً من أصل 214 من البلدان أو المناطق التي أجرت تعداداً خلال جولة عام 2010 مجموعة من الأسئلة تتعلق بالإعاقة، ويمثّل ذلك زيادة كبيرة عما يقرب من 19 من البلدان أو المناطق التي قامت بذلك خلال جولة تعدادات عام 1970. وكان هناك اتجاه إيجابي في استخدام المنهجيات الموصى بها دولياً في جمع البيانات، مثل المنهجيات التي وضعها فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة.

ويعمل عدد من كيانات الأمم المتحدة على وضع منهجيات لتحسين نوعية إحصاءات الإعاقة في جميع أنحاء العالم. فمُنظمة الصحة العالمية تساعد البلدان على جمع البيانات عن الإعاقة والعمل من خلال نموذج مسح الإعاقة. ووضع فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة المجموعة القصيرة حول أداء الوظائف في المجموعة الموسّعة حول أداء الوظائف لتحديد الأشخاص ذوي الإعاقة، كما وضع أيضاً بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) نموذجاً لتحديد الأداء الوظيفي لدى الأطفال الذين يعانون صعوبات توظيفية، ونموذجاً تعليمياً يشمل مسألتين تقييم البيئة المدرسية والمشاركة. كما بُذلت جهود لبناء قدرات البلدان على استخدام هذه المنهجيات.

وبغية زيادة توفر البيانات المفصلة حسب الإعاقة، هناك ضرورة لما يلي:

- مواصلة بناء القدرات في البلدان لجمع ومعالجة وتحليل ونشر البيانات المفصلة حسب الإعاقة.
- التحديث المنتظم للخطوط التوجيهية الدولية بشأن إنتاج البيانات المفصلة حسب الإعاقة.
- الاستثمار في مستودع دولي لبيانات الإعاقة، وجمع البيانات على الصعيد الوطني لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة.

طريق للمضي قدماً في التنمية التي تشمل اعتبارات الإعاقة

تُبين الأدلة الواردة في هذا التقرير أن الأشخاص ذوي الإعاقة في وضع غير مؤات مقارنة بغيرهم في سياق تحقيق ورصد وتقييم أهداف التنمية المستدامة. ورغم إحراز تقدم فيما يتعلق باعتماد أو موازنة القوانين والسياسات القائمة بما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لا يزال التقدم المحرز في تنفيذ هذه التدابير بطيئاً، كما لا تزال هناك قوانين تمييزية في العديد من البلدان.

وللوفاء بأهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030، سيتعين على برامج التنمية الدولية والوطنية أن تعطي الأولوية للتنمية الشاملة للجميع وعلاوة على ذلك، يلزم اتخاذ إجراءات ملموسة لأخذ الأشخاص ذوي الإعاقة وأوضاعهم بالاعتبار في عملية صنع السياسات وبناء مجتمعات عادلة وشاملة للجميع. وينبغي أن يركز هذا العمل على الجبهات الأربع التالية.

1- معالجة العوائق الجوهرية التي تسبب إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة. ينبغي التصدي على وجه السرعة للعوائق الجوهرية التي تتسبب في إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما: القوانين والسياسات التمييزية، الانتقال إلى إمكانية الوصول إلى البيئتين الفعلية والافتراضية، المواقف السلبية والوصم والتمييز، الانتقال إلى إمكانية الحصول على التكنولوجيا المساعدة وإعادة التأهيل، الانتقال إلى تدابير تعزيز العيش المستقل.

2- تعميم اعتبارات الإعاقة في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة. تشمل المجالات ذات الأهمية الخاصة لتحقيق التنمية الشاملة لاعتبارات الإعاقة، الحماية الاجتماعية (المقصد 1-3)، والتعليم (الهدف 4)، والعمالة (الهدف 8)، والخدمات الأساسية، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية (الهدف 3)، والمياه والصرف الصحي (الهدف 6)، والطاقة (الهدف 7). كما أن لتطوير البنية الأساسية التي يمكن الوصول إليها في بيئات المدن والأرياف والأماكن والمرافق العامة (الهدف 11) أهمية قصوى لمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع جوانب المجتمع والتنمية. ويمكن للتقدم المحرز في هذه المجالات أن يحفز التقدم في جميع أهداف التنمية المستدامة.

3- الاستثمار في رصد وتقييم التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة. يحدّ الانتقال إلى البيانات والبحوث عن وضع الأشخاص ذوي الإعاقة بشدة من رصد المجتمع الدولي لوضع الأطفال والشباب والبالغين ذوي الإعاقة. وينبغي على البلدان أن تركز على وضع مؤشرات تُجمع وتُنشر بانتظام لتقييم وضع الأشخاص ذوي الإعاقة والتحديات التي يجابهونها (كالاقتناع إلى إمكانية الوصول)، بما في ذلك المؤشرات الخاصة

بالإعاقة، لتحديد التقدم المحرز في تنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى شمولهم. وستكون هناك حاجة أيضاً إلى إجراء دراسات عن أثر السياسات والبرامج لتوجيه تنفيذ خطة عام 2030 فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما لمساعدة واضعي السياسات على تصميم سياسات جديدة واتخاذ قرار بتوسيع نطاق السياسات القائمة أو تحسينها أو وقفها.

4- تعزيز وسائل تنفيذ أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة: التمويل والتكنولوجيا وبناء القدرات والاتساق السياساتي والمؤسسي والشراكات بين أصحاب المصلحة المتعددين. فيما يتعلق بالتمويل، ينبغي تخصيص موارد كافية لدعم (1) إنفاذ القوانين التي تحمي حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، (2) تنفيذ السياسات والخطط الوطنية المتعلقة بالإعاقة، (3) تقديم الخدمات الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي على الدول الأعضاء والوكالات المانحة والمنظمات الدولية أن ترصد بانتظام الالتزامات المالية لضمان أن تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة. وفيما يتعلق بالتكنولوجيا، ينبغي إعطاء الأولوية لتعزيز التكنولوجيا التي يمكن الحصول عليها، وفقاً لمبادئ "التصميم الشامل". ويمكن أن يساعد تحفيز البحث والتطوير في مجال التكنولوجيا المساعدة على تسريع توفر هذه التكنولوجيات. كما يمكن لسياسات واتفاقات التجارة الدولية أن تيسر الحصول على الأجهزة المساعدة بأسعار ميسورة في البلدان النامية. وثمة حاجة ماسة إلى بناء قدرات واضعي السياسات على صياغة قوانين وسياسات تشمل اعتبارات الإعاقة، وقدرات المنظمات العاملة في البرامج المتعلقة بتنفيذ أهداف التنمية المستدامة، وقدرات مقدمي الخدمات على زيادة كمية ونوعية الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى بناء قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم على اكتساب المعرفة لممارسة حقوقهم وتحسين فرص وصولهم إلى الخدمات والأجهزة المتوفرة التي قد تفيدهم، وقدرات الجهات الفاعلة الإنمائية والإنسانية بشأن كيفية تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في الأزمات والكوارث الإنسانية. ولتعزيز الاتساق السياساتي والمؤسسي، من بالغ الأهمية إنشاء آلية مؤسسية وطنية تعزز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وشمولهم ورفاههم لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة بفعالية وإتاحة مشاركتهم في الترتيبات المؤسسية. وينبغي لهذه الآلية المؤسسية أيضاً أن تنسق على المستوى الوطني عمل الوزارات. وبالإضافة إلى ذلك، وبينما تقوم البلدان بمراجعة القوانين والسياسات لمواءمتها مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ينبغي ضمان اتساق التشريعات الوطنية وخطط التنمية وكفالة ألا تتعارض مع الأحكام القانونية والأحكام السياساتية. وللشراكات بين أصحاب المصلحة المتعددين دور هام في تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة. وقد تشمل هذه الشراكات الدول الأعضاء، ووكالات الأمم المتحدة، والجهات الفاعلة في التنمية والشؤون الإنسانية وحقوق الإنسان، والجهات الفاعلة في السلام والأمن، والسلطات والمجتمعات المحلية، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني، وعلى وجه الخصوص الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم. ويمكن لهؤلاء الشركاء أن يكفلوا بصورة جماعية أن تشمل الأنشطة والبرامج الإنمائية قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة وأن تنظر إلى احتياجاتهم نظرة شمولية.

رغم التقدم المحرز في السنوات الأخيرة، لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة في جميع أنحاء العالم يجابهون عوائق عديدة تحول دون شمولهم ومشاركتهم الكاملة في حياة مجتمعاتهم المحلية. وللمساعدة على التصدي لهذا التحدي، طلبت الجمعية العامة إلى الأمين العام أن يعمل، بالتنسيق مع جميع كيانات الأمم المتحدة ذات الصلة، على "جمع وتحليل السياسات والبرامج وأفضل الممارسات والإحصاءات المتاحة على الصعيد الوطني بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تعكس التقدم المحرز في معالجة الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً ذات الصلة وأحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وأن يقدمها إلى الجمعية العامة في تقرير رئيسي خلال عام 2018"¹. ويأتي التقرير الرئيسي للأمم المتحدة، "تقرير الإعاقة والتنمية – تحقيق أهداف التنمية المستدامة بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة ولأجلهم وبالتعاون معهم، 2018" في وقت حاسم. وهو أول تقييم لموقفنا من الجوانب الرئيسية لتعميم الإعاقة على الصعيد العالمي في ضوء خطة عام 2030. وهذا التقييم حاسم لتحديد ما يلزم لرصد التقدم المحرز للأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتنمية وتقديم توصيات واسعة النطاق لإحداث تغيير تحويلي. وفي نهاية المطاف، يستند التقرير إلى خطة عام 2030، إلى جانب اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لتقديم خريطة طريق نحو عالم أكثر شمولاً واستدامة.

اعتمدت جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في عام 2015 خطة التنمية المستدامة لعام 2030 التي تضم 17 هدفاً من أهداف التنمية المستدامة و169 مقصداً مرتبطاً بها. وتضع الخطة رؤية تحويلية للحفاظ على كوكبنا وتعزيز السلام وضمان الازدهار للجميع. والتعهد الرئيسي لخطة عام 2030 هو عدم استثناء أحد والوصول إلى من هم أكثر إقصاءً. ولهذه الخطة التاريخية والطموحة صلة مباشرة بالأشخاص ذوي الإعاقة، الذين يواجهون عوائق عديدة تحول دون شمولهم ومشاركتهم الكاملة في حياة مجتمعاتهم المحلية. ويعترف الالتزام العالمي بخطة عام 2030 بتعزيز حقوق واعتبارات ورفاه الأشخاص ذوي الإعاقة كمسألة شاملة تتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ومع عدد التصديقات على الاتفاقية الذي بلغ 177 وعلى مدى عقد من الزمن (حتى 1 تشرين الأول/أكتوبر 2018)، أحرز تقدم في شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتنمية.

وتمشياً مع خطة عام 2030 واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، يهدف هذا التقرير إلى وضع الإعاقة في صميم خطة التنمية المستدامة. وهو يستعرض التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية ذات الصلة المتفق عليها دولياً ويبين ضرورة تكثيف الجهود لضمان تحقيق الأهداف والمقاصد لأجل الأشخاص ذوي الإعاقة.

ويقدم الفصل الأول لمحة تاريخية عن الخطوات التي اتخذتها الأمم المتحدة للنهوض بالمجتمع والتنمية الشاملين للجميع والمستدامين بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة ولأجلهم وبالتعاون معهم.

ويركز الفصل الثاني على أهداف ومقاصد خطة عام 2030 التي تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة بما يتماشى مع الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيقها، مقدماً الأدلة المتاحة عن وضع الأشخاص ذوي الإعاقة بالعلاقة مع كل هدف من أهداف التنمية الخاصة، فضلاً عن أفضل الممارسات ذات الصلة. كما يحدد الاستراتيجيات الممكنة لتعميم الإعاقة في تنفيذ ورصد وتقييم كل من أهداف التنمية المستدامة.

ويحل الفصل الثالث نكيد فستؤثر الإعاقة، بوصفها قضية إنمائية شاملة، على الجهود الجارية التي يبذلها المجتمع الدولي لتحقيق التنمية الشاملة للجميع والمستدامة. ويختتم التقرير بتوصيات حول تعميم احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم واعتباراتهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة على جميع المستويات لوضع خطة شاملة ومتاحة لعام 2030 لا تستثني أحداً.

تعريف الإعاقة

في التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة²، تُعرّف الإعاقة على أنها قيد في مجال وظيفي ينشأ عن التفاعل بين القدرة الجوهرية للشخص وبين العوامل البيئية والشخصية. ومن هذا المنطلق، يحدث الأداء الوظيفي على مستويات ثلاثة: وظيفة الجسد وهيكلية، والأنشطة، والمشاركة. مثلاً، إذا كان فرداً لا يستطيع تحريك رجله، فهو يعاني/هي تعاني محدودة في الأداء على مستوى وظيفة الجسد. وإذا كان فرداً يعاني من صعوبة في التنقل، فهو يواجه/هي تواجه محدودة في الأداء على مستوى النشاط الأساسي، وبعبارة أخرى، صعوبة في الجمع بين وظائف الجسد المختلفة للقيام بمهمة معينة. وإذا لم يتمكن فرداً من العمل بسبب عوائق مرتبطة بالبيئة المحيطة (مثل تعذر الوصول إلى مكان العمل)، فهو يواجه/هي تواجه محدودة على مستوى المشاركة. وبالمثل، تدرك اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة "أن الإعاقة تشكل مفهوماً لا يزال قيد التطوير وأن الإعاقة تحدث بسبب التفاعل بين الأشخاص المصابين بعاهة والعوائق في المواقف والبيئات المحيطة التي تحول دون مشاركتهم مشاركة كاملة فعالة في مجتمعهم على قدم المساواة مع الآخرين"³.

والتجربة الكلية للإعاقة متنوعة لأنها مزيج من محدوديات الأداء الوظيفي عبر مجالات متعددة (كالتنقل والنظر)، ولكل من هذه المحدوديات طيف عريض، من الإعاقات الطفيفة أو المعدومة إلى الإعاقات الشديدة، سواء في مجال ما مفرد أم عبر مجالات متعددة. وفي كل مجال، يعتمد مستوى الأداء الوظيفي الذي يعان منه الفرد على كل من القدرة الجوهرية لجسده وسمات بيئته التي قد تقلل قدرته على المشاركة في المجتمع أو ترفعها. وبما أن مجالات الأداء الوظيفي تمتد في تسلسل، لا بد لتعيين مدى انتشار الإعاقة تحديد مستوى عتبة من الأداء الوظيفي للتمييز بين "الأشخاص ذوي الإعاقة" وغيرهم.

ولا تُعرّف البلدان في أنشطتها لجمع البيانات الأشخاص ذوي الإعاقة تعريفاً موحداً، بل إنها كوّنت تعريفات ومستويات عتبات عملية لجمع بياناتها على أساس احتياجاتها السياسية. وتختلف التعريفات الوطنية من حيث شمولها ونطاقها وشدها. ويستخدم هذا التقرير بيانات تجمعها البلدان نغية الاستجابة للظروف والأولويات الوطنية الراهنة، مع الأخذ بالاعتبار ضرورة مراعاة وضع منهجيات للبيانات قابلة للمقارنة دولياً من جانب المنظمات والمجموعات الدولية العاملة تحت إشراف كيانات الأمم المتحدة. وعلى وجه الخصوص يجري في هذا التقرير تبيان البيانات التي أنتجت باستخدام المجموعة القصيرة لفري قواشنتط حول أداء الوظائف⁴ ونموذج مسح الإعاقة الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية⁵.

مصادر الأدلة

ساهم في هذا التقرير أكثر من 200 خبير من وكالات الأمم المتحدة والمؤسسات المالية الدولية والدول الأعضاء والمجتمع المدني (بما في ذلك مؤسسات بحوث ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة) ونظمت خمسة اجتماعات خبراء

لإعداد قائمة بالأدلة المتوفرة ومستودعات القوانين والسياسات وأفضل الممارسات. وجرى تحليل أكثر من اثنتي عشرة قاعدة بيانا ترنيسية لإحصاءات الإعاقة، من الوكالات الدولية وغيرها من المنظمات، تغطي كمية غير مسبقة من بيانات الإعاقة من أكثر من 100 بلد. وشملت هذه البيانات قواعد بيانات من المسوح الديمغرافية والصحية⁶، ومن اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ⁸، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي⁹، ومنظمة العمل الدولية، والمؤسسة الدولية لمجموعة البيانات الجزئية المعدة للاستخدام العام المتكامل¹⁰، ومؤسسة SINTEF النرويجية¹¹، وشعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومجموعة البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية.

ويغطي التقرير مجالا جديدة لم تكن متاحة بشأنها بحو شاعلمية من قبل (مثلاً، الدور الذي يؤديه الحصول على الطاقة في تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من استخدام التكنولوجيا المساعدة). وهو يتضمن أول تجميع وتحليل عالميين للبيانات القابلة للمقارنة دولياً باستخدام المجموعة القصيرة لفريد قواشنطن حول أداء الوظائف لتحديد الأشخاص ذوي الإعاقة. وبالإضافة إلى ذلك، دُرست أكثر من 1.2 مليون نقطة بيانات من البيانا نللمحشودة جماعياً للاسترشاد بها في إجراء تحليل لإمكانية الوصول الفعلي إلى الأماكن. وأخيراً، أُجريت استعراضات للتشريعات من جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة البالغ عددها 193 دولةً وحُلَّت لغرض هذا التقرير لتسليط الضوء على أفضل الممارسات وتقييم الوضع الراهن للقوانين التمييزية المتعلقة بالتصويت وشغل المناصب المنتخبة والحق في الزواج وغيرها.

الفصل 1- نظرة عامة على تاريخ عمل الأمم المتحدة نحو مجتمع وتنمية شاملين للأشخاص ذوي الإعاقة ومتأخين للجميع ومستدامين

الهدف من هذا الفصل هو تسليط الضوء على إنجازات المجتمع الدولي وتحديد مساره للنهوض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

معلومات أساسية

قبل إنشاء الأمم المتحدة، ناقش تعصبة الأمم الأفكار الناشئة المتعلقة بحقوق الإنسان الأساسية، بما في ذلك تعزيز حقوق الأقليات والحريات الدينية والمرأة والعمل. غير أن المجتمع الدولي رأى بداية عهد جديد لحقوق الإنسان الشاملة في ميثاق الأمم المتحدة، الذي تمخض عن مؤتمر المنظمة الدولية في عام 1945، الذي يوضد مع حقوق الإنسان كمبدأ أساسي للمنظمة، ملتزماً بدعم كرامة وقيمة البشر جميعاً. وهكذا، التزم المجتمع الدولي بتعزيز المشاركة الكاملة والفعالة للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع جوانب المجتمع والتنمية متجذر بعمق في مبادئ ميثاق الأمم المتحدة¹². وفي عام 1948، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان¹³ الذي يعز زحق الأشخاص جميعاً في الحياة والحرية والأمان في المجتمع، بما في ذلك تعزيز جميع هذه الحقوق في حالة الإعاقة، من بين ظروف أخرى. ورغم أن الإعلان يعتبر الإعاقة ظرفاً، بدلاً من كونها وضعاً أو نتيجة لتفاعل الشخص مع الطريقة التي يُنظم بها المجتمع، يُشاد به على نطاق واسع لأنه أرسى مبدأ المساواة للجميع مبدأً أساسياً.

وقد وفّرت الإشارة إلى الإعاقة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في وقت مبكر يعود إلى عام 1948، رغم تأخرها، خطوات إيجابية وتقدمية للنهوض بالأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم. ومنذ ذلك الحين، أحرز الاعتراف العالمي بالأشخاص ذوي الإعاقة كمتساوين تقدماً كبيراً. ففي عام 1976، اعتمدت الأمم المتحدة العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية¹⁴ والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية¹⁵، اللذين شكلا إلى جانب الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ثلاثية من المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان، وما يسمى بـ "الشرعة الدولية لحقوق الإنسان" التي تنطبق على الجميع وتوفر أساساً لحقوق الإنسان العالمية للأشخاص ذوي الإعاقة.

تحول في المنظور

بينما أحرز تقدم كبير في مجموعة القانون الدولي لحقوق الإنسان وفي توسيع نطاق نظام معاهدات الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، ظلت الإعاقة إلى حد كبير قضية حماية اجتماعية ورفاه. وعززت الجمعية العامة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي وهيأته الفرعية، لجنة التنمية الاجتماعية، رضاء ورفاه الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال برامج تعاون فنية وإعادة تأهيل وبرامج مهنية. فمثلاً، اعتمدت لجنة التنمية الاجتماعية في دورتها السادسة عام 1950 التقريرين المعنونين "إعادة التأهيل الاجتماعي لذوي الإعاقة الجسدية" و "إعادة التأهيل الاجتماعي للمكفوفين"¹⁶، ما دفع المجلس الاقتصادي والاجتماعي إلى وضع برامج لإعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية والبصرية. وفي أعقاب القرارات التي اتخذتها أجهزة الأمم المتحدة في عام 1950، وافقت الأمم المتحدة وكياناتها، بما في ذلك منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، على وضع معايير دولية لتعليم وعلاج

وتدريب وتوفير فرص عمل للأشخاص ذوي الإعاقة. وأدى ذلك بدوره إلى تحول في التركيز في الطريقة التي كانت تتصوّر بها الإعاقة، بعيداً عن اعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة متلقين للرعاية والخدمات إلى أشخاص تحق لهم ممارسة حقوقهم الإنسانية الأساسية. وفي عام 1969، اعتمدت الجمعية العامة إعلاناً يؤكد ضرورة حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ورفاههم¹⁷، ويدعو إلى مشاركتهم الكاملة في المجتمع وبرز خلال هذه الفترة التسليم دولياً بأن المجتمع هو الذي يقيم عوائق أمام مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة، ما أدى إلى اعتماد صكين دوليين معنيين بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

الصد لكالأول هو "الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً" الذي اعتمده الجمعية العامة في عام 1971¹⁸، وهو خطوة هامة باتجاه زيادة الوعي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية وأهمية دور تعليمهم في تحقيق كامل إمكاناتهم. في ذلك الوقت، كان هذا الإعلان أداة مهمة لتقديم الإعاقة كجزء من جدول أعمال عالمي، وخاصة قضية الإعاقة الذهنية. غير أن الإعلان احتفظ في بعض أجزائه بنهج "نموذج الرعاية الطبية/الاجتماعية" إزاء الإعاقة، مشيراً إلى الأشخاص ذوي الإعاقة على أساس اعتمادهم على التأمين الاجتماعي والرعاية الاجتماعية وإلى أنهم يحتاجون خدمات ومؤسسات منفصلة.

وأعقب ذلك في عام 1975 إعلان ثان بشأن "حقوق المعوقين"¹⁹، الذي عزز الشمول الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة على أساس كرامتهم المتأصلة وحقوقهم الإنسانية، ووضع معايير للمساواة في المعاملة والوصول إلى الخدمات. وبالمقارنة مع إعلان عام 1971، عكس هذا الإعلان الثاني الانتقال من نهج "نموذج الرعاية الطبية/الاجتماعية" إزاء الإعاقة إلى نموذج "الحقوق الاجتماعية/حقوق الإنسان" المتمثل بتعزيز المساواة في الحقوق والفرص للأشخاص ذوي الإعاقة.

توليد الزخم

بحلول عام 1980، حصلت الأمم المتحدة على دعم الدول الأعضاء لاتخاذ مزيد من الخطوات لتحقيق المشاركة الكاملة للأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتنمية، ما أدى إلى تعيين عام 1981 السنة الدولية للأشخاص ذوي الإعاقة²⁰. وعززت السنة الدولية الشمول الكامل للأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتوعية، رافعة سوية الوعي ومشجعة تشكيل منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة في أنحاء العالم لإعطائهم صوتاً فعالاً. وعقد خلال السنة الدولية عدد كبير من المؤتمرات والندوات والفعاليات على المستويات العالمي والإقليمي والوطني للاحتفال بالتقدم المحرز في شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع وتعزيز الابتكار في مجال السياسات. هكذا، كانت السنة الدولية سنة محورية للنهوض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتنمية.

وفي عام 1982، اعتمدت الجمعية العامة برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة²¹، الرامي إلى تحقيق هدف المشاركة الكاملة والفعالة للأشخاص ذوي الإعاقة، والموضوع الألسي في هذا البرنامج هو تحقيق "تكافؤ الفرص" وأيضاً اتخاذ تدابير فعالة لتعزيز الوقاية من الإعاقة وتحسين التأهيل. ومن هنا، يمثل البرنامج تحولاً هاماً ومحورياً نحو اتباع نهج قائم على الحقوق إزاء الإعاقة كقضية عالمية. فقد ركز على كيفية إزالة العوائق المجتمعية وغيرها من العوائق المرتبطة بالبيئة المحيطة أو بالمواف فكي يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من المشاركة في المجتمع كعوامل تغيير وكمستفيدين من مكاسب التنمية.

ولدفع التقدّم ببرنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة قدماً، حددت الجمعية العامة عقد الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي امتد من عام 1983 إلى عام 1992²²، وحفز القيام بعدد من الأنشطة الرامية إلى تحسين وضع الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك تحسين فرص التعليم والعمل وزيادة مشاركتهم في حياة مجتمعاتهم وبلدانهم. وخلال هذه الفترة، عُقد عدد من المؤتمرات، بما في ذلك اعتماد "مبادئ تالين التوجيهية للعمل المتعلق بالتنمية الموازية البشرية في ميدان العجز" في عام 1989. وأسفر العقد عن الاحتفال باليوم الدولي للأشخاص ذوي الإعاقة في 3 كانون الأول/ديسمبر. كما أسفر أيضاً عن إنشاء أول شبكة عالمية للأشخاص ذوي الإعاقة، وهي "الشبكة الدولية للمعوقين"، وما تلا ذلك من تشكيل منظمات وطنية ومحلية للأشخاص ذوي الإعاقة. هكذا، بدأت رسالة "اعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة عناصر فاعلة في التنمية ومستفيدين منها" تتخذ أشكالاً ملموسة في الإطار المعياري الدولي المتعلق بالإعاقة والتنمية كما في أطر السياسات العالمية والوطنية والإقليمية، وأنشئت الشبكات العالمية للأشخاص ذوي الإعاقة لتعيين حقوقهم وعوامل رفاههم والاعتبارات المرتبطة بهم في المجتمع.

وكان من النتائج الرئيسية لعقد الأمم المتحدة للأشخاص ذوي الإعاقة "القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة" التي وضعت أهمية تكافؤ الفرص في صدارة جدول أعمال التنمية العالمية. وللدفع قدماً بالهدف الأساسي لبرنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، اعتمدت الجمعية العامة هذه القواعد الموحدة في عام 1993 كمجموعة من قواعد عمل الحكومات وغيرها من أصحاب المصلحة. وشملت آلية رصد القواعد الموحدة تكليف مقرر خاص صيرفرغ تقارير إلى لجنة التنمية الاجتماعية عن تنفيذ هذه القواعد²³.

مؤتمرات الأمم المتحدة الإنمائية

بالإضافة إلى المعالم الرئيسية التي حققتها الأمم المتحدة في التقدّم إزاء حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتنمية، أكدت المؤتمرات الدولية والعالمية التي عُقدت خلال تسعينات القرن الماضي، في أعقاب عقد الأشخاص ذوي الإعاقة، على ضرورة قيام "مجتمع للجميع"، ما وفرّ مجالاً للدعوة إلى مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع مجالات المجتمع. وشجعت المؤتمرات على اتخاذ مبادرات لتحسين الرعاية الصحية والتعليم والقضاء على العنف أو خفضه وتقليل معدل الفقر للأشخاص ذوي الإعاقة، وبالتالي أعمال حقوقهم في جميع جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. وشهد المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان في عام 1993 إصدار إعلان وبرنامج عمل فيينا²⁴، الذي اعتمدته الجمعية العامة للنهوض بحقوق الإنسان تمثيلاً مع النطاق المتغير للمجتمع. وقد أقر الإعلان أن حقوق الإنسان والحريات الممنوحة لجميع أفراد المجتمع تشمل دون تحفظ الأشخاص ذوي الإعاقة²⁵، ولهذا السبب، فإن التمييز ضدهم انتهاك لحقوق الإنسان.

وبالإضافة إلى ذلك، اعتمد مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية في عام 1995 إعلان كوبنهاغن بشأن التنمية الاجتماعية²⁶، الذي ينص على أن أوجه التقدّم في الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية هي مكونات تنمية مستدامة يعزز بعضها البعض. وأشار الإعلان أيضاً إلى أن التنمية لا يمكن أن تتحقق في غياب أي من حقوق الإنسان ومن دون مشاركة وتمثيل جميع المجموعات في المجتمع. ورغم أن معاهدات حقوق الإنسان الأساسية شاملة للجميع في تغطيتها، إلا أنها لا تعالج العوائق والاحتياجات والشواغل المحددة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، ما مهد الطريق لإبرام اتفاقية دولية بشأن الإعاقة.

بحث الأمم المتحدة، بالتعاون مع الدول الأعضاء ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة والمؤسسات الأكاديمية، كي يمكن أن تنهض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة القواعد الموحدة والإطار المعياري الدولي القائم بشأن الإعاقة، الذي يتألف من نصوكو لسهولة تتطوّر لحقوق الإنسان والتنمية. ولهذا الغرض، نُظِم عددٌ من الاجتماعات التقنية طوال الفترة الممتدة من أواخر تسعينات القرن الماضي إلى أوائل العقد الأوّل من القرن الحادي والعشرين. وعقد اجتماع محوري هو "اجتماع فريق الخبراء الاستشاري للأمم المتحدة المعني بالقواعد والمعايير الدولية المتعلقة بالإعاقة" (1998)، الذي استكشف سُبُلًا محددة لاستخدام القواعد والمعايير القائمة للنهوض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك وضع توصيات محددة لشمول الإعاقة في جدول أعمال الأمم المتحدة للتنمية وحقوق الإنسان وآلياتها وعملياتها والوثائق الناتجة منها. وفي العام التالي، عُقد مؤتمر أقليمي للأمم المتحدة معني بالقواعد والمعايير الدولية المتعلقة بالإعاقة بالتعاون مع لجنة تكافؤ الفرص في منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة في الصين، وضم قادة وخبراء عالميين وإقليميين ووطنيين في مجالات الإعاقة والتنمية وحقوق الإنسان. واعتمد المؤتمر مجموعة من التوصيات للنهوض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على المستويات العالمي والإقليمي والوطني، بما في ذلك إمكانية الترويج لاتفاقية دولية بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة²⁷.

وفي الدورة السادسة والخمسين للجمعية العامة، اقترحت حكومة المكسيك، على أعلى مستوى لها، اتفاقية دولية بشأن الإعاقة لتتبنى فيها الجمعية العامة، استناداً إلى برنامج العمل الذي اعتمده المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان في ديربان (جنوب أفريقيا) عام 2001. وشملت المشاورات بشأن هذا المقترح العديد من أصحاب المصلحة الجدد والتقليديين في مجال الإعاقة، ما أوجد زخماً لحقبة جديدة من "حركة الإعاقة" ضمن الأمم المتحدة وخارجها. وفي عام 2001، أنشأت الجمعية العامة اللجنة المتخصصة التي خُدد لها في البداية غرضاً للنظر في المقترحات المتعلقة بوضع اتفاقية دولية لدعم كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم". وأشركت اللجنة المجتمع المدني (في اجتماعها في عام 2002)، فأنشأت مجموعة عمل لإعداد مشروع اتفاقية (في عام 2003)، وأجريت مفاوضات نهائية بشأن مشروع النص وبروتوكوله الاختياري، اللذين اعتمدهما الجمعية العامة في كانون الأول/ديسمبر 2006²⁸.

منذ البداية، تُؤخّي أن تكون اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أداة للتنمية الشاملة للجميع وإعمال حقوق الإنسان الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة. وقد دخلت حيز النفاذ عام 2008 وأنشأت آليتين للرصد هما: (1) اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، و(2) مؤتمر الدول الأطراف. ومع أن اللجنة جزء من نظام الأمم المتحدة لرصد معاهدة حقوق الإنسان، إلا أن مؤتمر الدول الأطراف لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة آلية عالمية فريدة، إذ ليس هناك كيان مواز له في اتفاقيات حقوق الإنسان الأخرى. وقد أنشئ كمندوب فريد لتبادل الخبرات والأفكار الجديدة لتنفيذ الاتفاقية وتحسين السياسات والبرامج، مع التركيز على الحلول العملية للعقبات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة على أرض الواقع.

وهذه الاتفاقية التاريخية هي حقاً صك مرجعي لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة بحقوق الإنسان والحريات الأساسية الشاملة. وهي توفر، إلى جانب الصكوك الدولية الأخرى لحقوق الإنسان والتنمية، إطاراً شاملاً لوضع السياسات والتشريعات الوطنية، بما في ذلك التعاون الدولي، لبناء مجتمع شامل للجميع ولحفز التنمية. ويشكّل "البنينان" الدولي للإعاقة أداة لتمتين الحماية القانونية ووضع السياسات والتخطيط للتنمية. وعلى الصعيد الدولي، يمكن توظيف هذه الصكوك لدعم السياسات والممارسات الشاملة للإعاقة. وعلى الصعيد الوطني، يمكن توظيفها لدعم مواءمة

التشريعات والسياسات والبرامج الوطنية. ويركز كل من برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة والقواعد الموحدة على التخطيط والتنفيذ الاستراتيجي والرصد والتقييم، ويعتمد نهجاً مختلفاً عن نهج رصد الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان الأخرى. ومن منظور الإعاقة، تضيف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الإطار المعياري الدولي القائم قوة ممارسات حقوق الإنسان.

وبوجه عام، هناك جانبان أساسيان لتنفيذ الاتفاقية هما: (أ) موامة القوانين وتكييف السياسات والبرامج المتعلقة بالإعاقة، (ب) استراتيجيات غير قانونية في الاستخدام المبتكر لاتفاقية دولية في المناصرة والتغيير الاجتماعي. ويستدعي تنفيذ الاتفاقية صياغة خيارات استراتيجية لسياسات وبرامج وتدبير تقييم من شأنها أن تعزز المشاركة الكاملة وعلى قدم المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتنمية.

وفي حين زاد الإطار المعياري الدولي المتعلق بالإعاقة من زخم الاتفاقية، كان المجتمع الدولي يواجه نقصاً في المعلوما توالبيانات والإحصاءات والتحليلات عن وضع الأشخاص ذوي الإعاقة اللازمة لشمول الإعاقة في الأهداف الإنمائية، بما في ذلك الأهداف الإنمائية للألفية. واستجابة لهذه الحاجة، نشرت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي تقريراً رئيسياً، هو التقرير العالمي حول الإعاقة (2011). وقدرة التقرير أن هناك في أنحاء العالم مليار شخص يعانون شكلاً ما من أشكال الإعاقة، وتضمن تحليلاً ربط بين الإعاقة والفقر وبينها والافتقار إلى التعليم وارتفاع احتمال الممارسات الضارة بالصحة. وأوضح أن الإعاقة مسألة حاسمة تتعلق بالتنمية، وأن خطة التنمية العالمية يجب أن تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع قطاعات التنمية.

اجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بالأشخاص ذوي الإعاقة والتنمية ونحو وضع خطة عالمية للتنمية المستدامة لعام 2030 شاملة للإعاقة

بينما كان المجتمع الدولي يبدأ حواراته لوضع خطة للتنمية العالمية الشاملة للجميع والمستدامة، دعت الجمعية العامة في عام 2013 إلى عقد اجتماع رفيع المستوى بشأن الإعاقة والتنمية على مستوى رؤساء الدول والحكومات²⁹، بشأن: "سبل المضي قدماً – وضع خطة للتنمية تشمل المسائل المتصلة بالإعاقة حتى عام 2015 وما بعده". وفي هذا الاجتماع، اعتمدت الدول الأعضاء وثيقة ختامية³⁰، تشدد على أهمية إيلاء الاعتبار الواجب لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة في خطة الأمم المتحدة للتنمية لما بعد عام 2015. وتشجع الوثيقة الختامية "المجتمع الدولي على اغتنام كل فرصة لإدراج الإعاقة كمسألة شاملة لعدة قطاعات في خطة التنمية العالمية". وفي الاجتماع³⁰، شددت الدول الأعضاء على ضرورة ترجمة هذه الالتزامات الدولية إلى إجراءات ونتائج ملموسة للأشخاص ذوي الإعاقة.

وعلى أساس نتائج الاجتماع الرفيع المستوى المعني بالأشخاص ذوي الإعاقة، تناول المجتمع الدولي على وجه التحديد الروابط بين الإعاقة والتنمية المستدامة في سياق المفاوضات المتعلقة بخطة التنمية المستدامة لعام 2030. وشدد على أهمية وضع خطة تنمية عالمية شاملة للإعاقة، ونجح في إدراج إشارات إلى الإعاقة في مشروع وثيقة الخطة. وفي عام 2016، واصل المجتمع الدولي النظر في شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في مؤشرات رصد وتقييم خطة عام 2030.

ومنذ اعتماد الاتفاقية، التي تشدد على أهمية شمول الإعاقة كجزء لا يتجزأ من الاستراتيجيات ذات الصلة بالتنمية المستدامة³¹، اكتسبت حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ورفاههم والاعتبارات المرتبطة بهم التزامات سياسية متزايدة، لا سيما في برامج التنمية لما بعد عام 2015. ففي عام 2015، اعتمدت الدول الأعضاء خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وأهدافها للتنمية المستدامة، التي تقر بالإعاقة مسألة شاملة لعدة قطاعات وتعالجها صراحة في خمسة من أهداف التنمية المستدامة، تتعلق أساساً بالتعليم والنمو والعمالة وعدم المساواة والمستوطنات البشرية الشاملة للجميع والبيانات والرصد والمساءلة. وبالإضافة إلى ذلك، هناك إقرار بأن الأشخاص ذوي الإعاقة هم من بين الفئات المحرومة التي ينبغي على وجه الخصوص أن يُرصد إزاءها التقدم المحرز، إذ تهدف الدول الأعضاء إلى تحقيق الأهداف الشاملة المتعلقة بالاحتياجات الأساسية، بما في ذلك القضاء على الفقر والجوع، وضمان حياة صحية والرفاه، وضمان الحصول على المياه النظيفة والمرافق الصحية.

وتضمنت سلسلة من أطر التنمية لما بعد عام 2015 حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ورفاههم، وأشركت الأشخاص ذوي الإعاقة وضمنت مساهمتهم في مداوالات وضع الاستراتيجيات ذات الصلة، بما في ذلك إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا)³²، وخطة عمل أديس أبابا³³، وإطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث للفترة 2015-2030³⁴، واتفاق باريس، وإعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين³⁵، والخطة الحضرية الجديدة³⁶، والاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية.

وشدد إطار سينداي للحد من مخاطر الكوارث للفترة 2015-2030، الذي اعتمد في مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الثالث في آذار/مارس 2015، على أهمية الحد من مخاطر الكوارث الشاملة للإعاقة، ودعا إلى إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في تصميم وتنفيذ السياسات والخطط والمعايير المتعلقة بخفض مخاطر الكوارث، وتعزيز مساهمتهم في هذه العملية. وزاد مؤتمر القمة العالمي الأول للعمل الإنساني الذي عقد في إسطنبول، تركيا، من إبراز أهمية الالتفات إلى الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الأزمات الإنسانية، بإصداره لميثاق شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني.

وفي خطة عمل أديس أبابا، التي اعتمدت في المؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية في تموز/يوليو 2015، أدرجت الدول الأعضاء منظور الإعاقة في سياق تمويل التنمية. وعلى وجه التحديد، تلتزم هذه الخطة بتوفير إمكانية الحصول على تعليم جيد، بما في ذلك المرافق التعليمية التي يمكن الوصول إليها والمراعية للإعاقة، وعلى العمدة للحماية الاجتماعية والتكنولوجيات المتاحة، فضلاً عن جمع واستخدام بيانات مفصلة حسب الإعاقة لرصد وتقييم الخطة.

وأكدت الخطة الحضرية الجديدة التي اعتمدت في مؤتمر الأمم المتحدة الثالث المعني بالإسكان والتنمية الحضرية المستدامة (الموئل الثالث)، في كيتو في تشرين الأول/أكتوبر 2016، الصلة بين خطة أعمال التنمية الحضرية وخطة عام 2030، لا سيما في الهدف 11 المتعلق بالمدن والمجتمعات المستدامة. واتخذت الدول الأعضاء نهج المسار المزدوج لتعزيز التنمية الحضرية الشاملة للجميع وتعهدت بالقضاء على التمييز، وذلك بأن توفر للأشخاص ذوي الإعاقة على قدم المساواة فرص الحصول على التكنولوجيا والعمل والخدمات العامة، بما في ذلك البنى التحتية للنقل، وضمان مشاركتهم في عمليات صنع القرار في تخطيط المدن. وتدعم الخطة أيضاً العلوم والبحوث والابتكارات، بما في ذلك التركيز على الابتكارا لتلاعبة التكنولوجية الرقمية الابتكارات القائمة على الطبيعة، والصلات البيئية المتينة بين العلوم والسياسات في مجال التخطيط الحضري وتخطيط الأراضي ووضع السياسات والآليات المؤسسية من أجل تقاسم وتبادل المعلومات والمعارف والخبرات.

خلاصة

سعت الأمم المتحدة، منذ إنشائها، إلى النهوض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتنمية بالتعاون الوثيق مع الدول الأعضاء ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من منظمات المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية والقطاع الخاص، على المستويات المحلي والوطني والعالمي. وقد أحرز على مدى العقود الماضية تقدم ملحوظ في هذا المسعى، وثرجم التزام الأمم المتحدة بتعزيز المشاركة الكاملة والفعالة للأشخاص ذوي الإعاقة كعوامل تغيير وكمنتفعين من التنمية إلى إجراءات ملموسة. وكما بحثنا سابقاً، هناك عدد من المعايير القياسية، بما في ذلك اعتماد اتفاقية دولية بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وشمول الأشخاص ذوي الإعاقة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وعملياتها وآلياتها ورصدها وتقييمها.

"الأشخاص ذوو الإعاقة كمنتفعين وعوامل تغيير في المجتمع والتنمية"، تلءهي الرسالة الرئيسية لعمل الأمم المتحدة المتعلق بالإعاقة³⁷، وهي تتخذ أشكالاً ملموسة في خطط التنمية العالمية والإقليمية والوطنية. ويطالب الأشخاص ذوو الإعاقة بحقوقهم في المشاركة بفعالية في مجتمعاتهم المحلية وقيادتها. مع ذلك، ما زال الأشخاص ذوو الإعاقة يواجهون تحديات كثيرة تحول دون مشاركتهم الكاملة والمتساوية في المجتمع والتنمية. وبتحقيق خطة عام 2030 بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة ولأجلهم وبالتعاون معهم، أمام المجتمع الدولي فرصة استثنائية لإيجاد عالم شامل ومتاح للجميع ومستدام، يضمن السلام والرخاء للجميع.

الفصل 2- تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة

أدرجت الإعاقة في عدد من مقاصد أهداف التنمية المستدامة وكقضية شاملة لعدة قطاعات في خطة التنمية المستدامة لعام 2030. وينبغي تكثيف الجهود لضمان تحقيق الأهداف والمقاصد للأشخاص ذوي الإعاقة، تمشياً مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ويتناول هذا الفصل التقدم العام المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة من منظور الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى وجه الخصوص، تتناول الأقسام التالية من هذا الفصل بالتفصيل أهداف التنمية المستدامة التالية: الفقر والجوع (الهدفان 1 و2)، والصحة والرفاه (الهدف 3)، والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية (المقصدان 3-7 و5-6)، والتعليم الجيد (الهدف 4)، والمساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات (الهدف 5)، وتوفير المياه النظيفة والنظافة الصحية (الهدف 6)، والحصول على الطاقة (الهدف 7)، والعمالة والعمل اللائق (الهدف 8)، والحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (المقصد 9-ج)، والحد من عدم المساواة (الهدف 10)، والمدن والمستوطنات البشرية الشاملة للجميع (الهدف 11)، والكوارث والصدّات وتغيّر المناخ (المقصدان 1-5 و11-5 والهدف 13)، وأخيراً الحدّ من جميع أشكال العنف، والمجتمعات والمؤسسات الشاملة للجميع وصنع القرار التمثيلي وتسجيل المواليد والوصول إلى العدالة والمعلومات (الهدف 16). وتقدم هذه الأقسام نظرة عامة إلى أهداف التنمية المستدامة المختارة من منظور الإعاقة، وتناقش الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة والحالة الراهنة للأشخاص ذوي الإعاقة والممارسات الحالية مع تسليط الضوء على أفضل الممارسات، وكل ذلك بهدف توجيه تنفيذ خطة عام 2030 فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة.

ألف- القضاء على الفقر والجوع لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة (الهدفان 1 و2)

يتناول لهذا القسم حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالفقر والجوع، تمشياً مع الهدفين 1 و2. ويدعو الهدف 1 إلى "القضاء على الفقر بجميع أشكاله" والهدف 2 إلى "تحقيق القضاء التام على الجوع". ويعرض هذا القسم الأطر المعيارية الدولية المختلفة المتعلقة بالفقر والجوع والإعاقة، ويقدم نظرة عامة عن حالة الأشخاص ذوي الإعاقة إزاء الهدفين 1 و2 ويناقش السياسات الوطنية وأفضل الممارسات في هذه المجالات. ويتضمن القسم توصيات لتحقيق هذين الهدفين.

يركز القسم على مقاصد مختارة من الهدفين 1 و2 ذات الصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة: خفض نسبة الرجال والنساء والأطفال من جميع الأعمار الذين يعيشون في فقر بجميع أبعاده إلى النصف على الأقل وفقاً للتعريف الوطنية (المقصد 2-1)، القضاء على الجوع وضمان حصول الجميع على ما يكفيهم من الغذاء المأمون والمغذي طوال العام (المقصد 1-2)، استحداث نُظُم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها وتحقيق تغطية صحية واسعة للقراء والضعفاء بحلول عام 2030 (المقصد 3-1)، ضمان حصول الجميع على الخدمات المالية ولا سيما الضعفاء (المقصد 4-1).

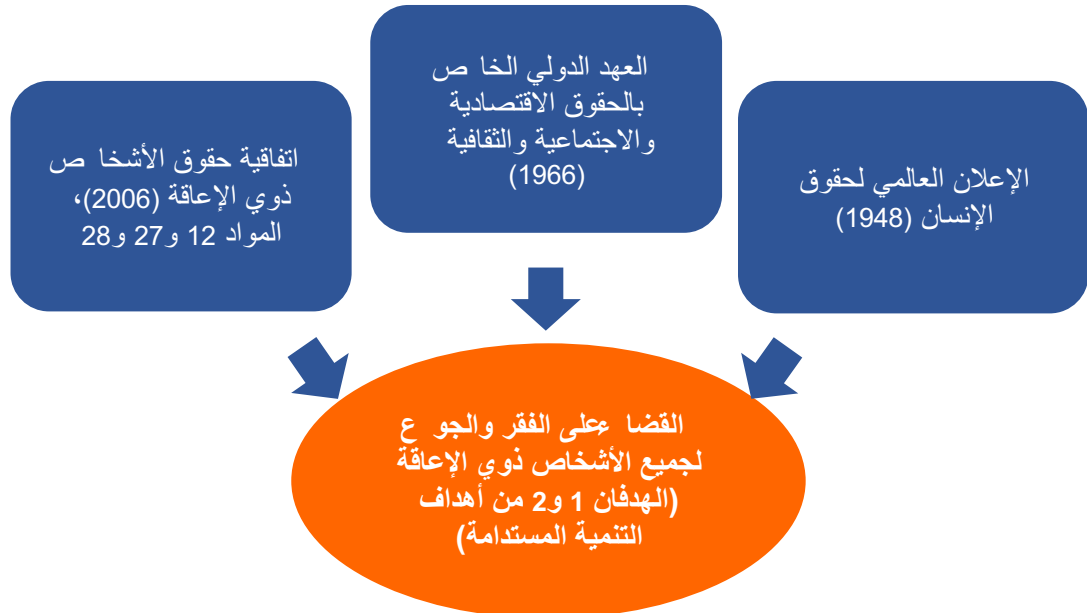
ويظل سبيل تحقيق هذه الأهداف للأشخاص ذوي الإعاقة مليئاً بالعقبات، إذ لا يزال هؤلاء يواجهون عوائق مادية واجتماعية واقتصادية و/أو عوائق مرتبطة بالبيئية المحيطة تحول دون مشاركتهم، ما قد يؤدي إلى الفقر والجوع. فمثلاً، قد يحول انعدام إمكانية الوصول إلى البيئة المادية والتمديد زدهم دون دخولهم النظام المدرسي، ما يقيد مهاراتهم ومعرفتهم وقدرتهم في المستقبل على العمل وإنتاج قيمة اقتصادية. وقد تحول هذه العوائق نفسها دون دخولهم سوق العمل أو قد تحدّ من نوع ومقدار العمل الذي يمكنهم القيام به، ما يؤدي إلى تدني مداخيلهم. وبالإضافة إلى ذلك، قد يكون لزيادة النفقات المتصلة بالإعاقة أثر سلبي على الموارد المالية فيقع الأشخاص ذوي الإعاقة في براثن الفقر. ورغم أن خطط الحماية الاجتماعية يمكن أن تساعد على تخفيف حدة الفقر، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة عوائق مختلفة في الوصول إلى برامج الحماية الاجتماعية³⁸. وتشمل هذه العوائق الافتقار إلى إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المعلومات المتوفرة عن برامج الحماية الاجتماعية وكيفية التقدم بطلب للحصول عليها، وعدم توفر الوثائق المطلوبة، ومحدودية إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مكاتب المنح، وشيوع التمييز الذي تمارسه مكاتب المنح، ولا سيما تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، والافتقار إلى الوضوح في عملية تقييم الإعاقة³⁹.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالفقر والجوع والإعاقة

القضاء على الفقر والجوع التزاماً رئيسياً من التزامات أهداف التنمية المستدامة ينعكس في الهدفين 1 و2. ويلتزم الهدف 1 بـ "القضاء على الفقر بجميع أشكاله" والهدف 2 بـ "تحقيق القضاء التام على الجوع". وتغطي شمولية هذين الهدفين الجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة. ورغم عدم وجود إشارة مباشرة إلى الإعاقة فيهما، إلا أن المؤشر 1-3-1 يقيس نسبة من تشملهم الحدود الدنيا/النُظُم الخاصة بالحماية الاجتماعية، حسب الجنس، مُمَيِّزاً الأشخاص ذوي الإعاقة، من بين آخرين.

ويتضمن الإطار المعياري الدولي المعني بالإعاقة والتنمية، الذي يتألف من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من الصكوك الدولية، أحكاماً/إحالات تتطابق بالجوهر والحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة (الشك 2-1). ويشكل الفقر بين الأشخاص ذوي الإعاقة شاغلاً رئيسياً في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وفي التشريعات الخاصة بالإعاقة. وتدعو المادة 28 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الدول الأطراف إلى: "ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، خصوصاً النساء والفتيات وتوكبار السن، من برامج الحماية الاجتماعية وبرامج الحد من الفقر". وتشدد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على المساواة في الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك تقاضي أجر متساو لقاء عمل متساوي القيمة، (المادة 27 الفقرة 1 (ب)) واستفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، من استحقاقات وبرامج التقاعد (المادة 28 الفقرة 2 (ه)). وتشدد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً على الاستقلال الذاتي، أي حق الأشخاص ذوي الإعاقة في إدارة شؤونهم المالية وإمكانية حصولهم، مساواة بغيرهم، على القروض المصرفية والرهن وغيرها من أشكال الائتمان المالي، (المادة 12، الفقرة 5)، وحق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بمستوى معيشة لائق وبمحمية اجتماعية (الفقرة 1 من المادة 28 والفقرة 2 (ب)(ج))، وتتصل أيضاً بالهدف 2 من خلال أحكام تتعلق بالغذاء الكافي ومستويات المعيشة (المادة 28، الفقرة 1) وإدارة الأراضي (الفقرة 5 من المادة 12). وتتضمن صكوك دولية أخرى لحقوق الإنسان أحكاماً تتعلق بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحماية الاجتماعية. فمثلاً، يتضمن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948)⁴⁰ والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966) تنويهاً عاماً بهذا الحق⁴¹.

الشكل 2-1 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدفين 1 و2 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



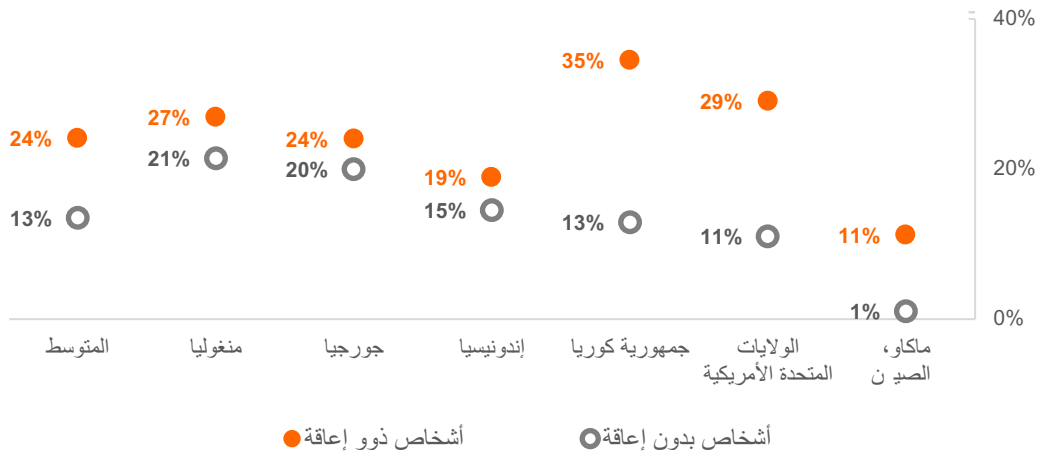
حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالفقر والجوع والتغذية

الفقر

يزيد احتمال أن يعيش الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم في الفقر. وتستند الأدلة على ذلك إلى مؤشرات الجوع ومؤشرات الفقر التقليدية (الدخل، نفقات الأسر، ملكية الأصول) ومؤشرات الفقر المتعدد الأبعاد، أي معاناة الأسرة نفسها أو أفرادها أوجه حرمان متعددة.

وفيما يتعلق بمؤشرات الفقر التقليدية، تظهر البيانات المستمدة من الفترة 2011-2016 لستة بلدان وأقاليم أن نسبة أعلى من الأشخاص ذوي الإعاقة كانت تعيش تحت خط الفقر الوطني⁴²، وبلغ الفرق في بعض البلدان 22 نقطة مئوية (الشك 2-2). وباستخدام خطوط الفقر الدولية، كان احتمال أن يكون الأشخاص ذوو الإعاقة فقراء أكثر في ثلاثة بلدان في الفترة 2010-2011 (الشك 2-3)، وكانت الفجوة الأوسع بين الأشخاص ذوي الإعاقة والآخرين 12 نقطة مئوية في أوغندا.

الشكل 2-2 النسبة المئوية للأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني، حسب حالة الإعاقة، في 6 بلدان، في الفترة 2011-2016



المصدر: ESCAP⁸؛ Brucker and others (2014)^{44,43}.

الشكل 2-3 النسبة المئوية للأسر التي تعيش تحت خط الفقر الدولي (1.90 دولار أمريكي في اليوم)، من أسر لديها أشخاص ذوو إعاقة والأسر الأخرى، في 3 بلدان، في الفترة 2010-2011



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة الصغيرة لفردي قواشنتز حول أداء الوظائف فيشير الرمز (*) إلى أن للفرق دلالة إحصائية عند حد 10 في المائة أو أقل.

المصدر: Mitra (2018).⁴⁵

وفيما يتعلق بالبلدان المرتفعة الدخل، تتسق الأدلة في الشكلين 2-2 و 2-3 مع دراسات أخرى تشير إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة لفقر الدخل^{46،47،48}. وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، يشير بعض الدراسات إلى ارتفاع معدلات الفقر بين الأشخاص ذوي الإعاقة، بما يتماشى مع معدلات الفقر الوطنية في الشكلين 2-2 و 2-3، لكن دراسات أخرى لم تجد ارتباطاً واضحاً بين الإعاقة والفقر. فمثلاً، تبين عدة دراسات أن لدى الأسر ذات الإعاقة أصول أقل وظروف معيشية أسوأ بالمقارنة مع الأسر الأخرى⁴⁹، أو أن انتشار هذه الأسر أعلى في أخماس الأصول الأدنى^{50،51،52}، أو أن نفقات هذه الأسر أقل^{53،54}. غير أن دراسات أخرى لم تجد ارتباطاً كبيراً^{55،56} أو وجدت نتائج متفاوتة عبر البلدان⁵⁷. وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وبسبب تقلب الدخل مع الوقت وتوصعية قياسه بالنسبة للعاملين في القطاع غير النظامي، يُقاس الفقر في أحيان كثيرة من خلال الأصول/الظروف المعيشية أو النفقات الاستهلاكية. غير أن من الصعب استخدام النفقات لتقييم رفاه الأسر ذات الإعاقة، لأنها قد تتضمن نفقات إضافية مرتبطة بالإعاقة (الإطار 1).

وليس فجوة الفقر بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم منتظمة بالضرورة، حتى في البلد نفسه. فمثلاً، تظهر البيانات المستمدة من مسح عام 2006 لمستويات المعيشة للأسر في فييت نام (الإطار 1) أن هناك فجوة صغيرة جداً في بعض المقاطعات وفجوة كبيرة جداً في مقاطعات أخرى. وخُصّ مزيد من التحليل إلى أن الفجوات كانت الأكبر في المقاطعات ذات البنى الأساسية الأقر والتي تقل فيها مستويات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ما يشير إلى أن التحسينات في البيئة وفي تقديم الخدمات يمكن أن تُضيّق فجوة الفقر بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم⁵⁸.

وإلى جانب الارتباط بفقير الدخل، وجدت عدة دراسات أيضاً أن الإعاقة ترتبط بازدياد احتمال المعاناة من أوجه حرمان متعددة، أي ما يشار إليه أيضاً بالفقر المتعدد الأبعاد⁵⁹. ويورد الشكل 2-4 تقديرات لنسبة من يعانون الفقر المتعدد الأبعاد في 22 بلداً. ويتبين منه أن هنا لفي جميع البلدان فجوة فقر متعدد الأبعاد بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم وأن الفجوة الأكبر هي التي في أوغندا إذ تبلغ النسبة 90 في المائة للأشخاص ذوي الإعاقة و57 في المائة لغيرهم. وفي حين ترتبط الإعاقة بمعاناة الفقر المتعدد الأبعاد، قد تختلف طبيعة الحرمان من بلد لآخر، فمثلاً قد تكون من حيث العمالة والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في بلد بينما تكون من حيث التحصيل التعليمي والظروف المعيشية في بلد آخر.

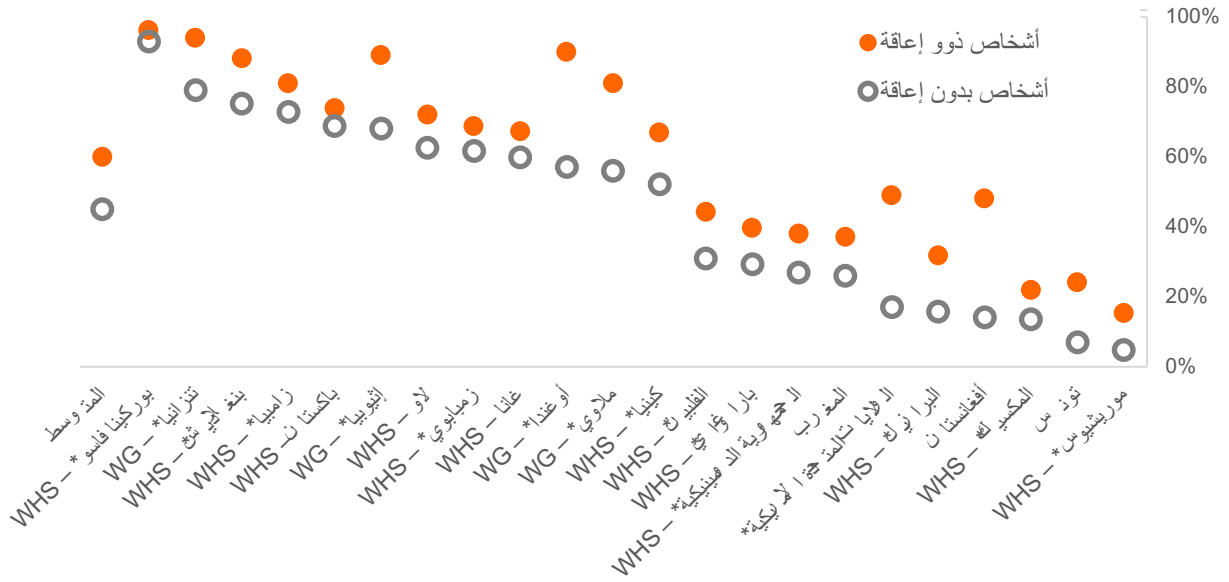
الإطار 1- معالجة المزالق الشائعة في استخدام مؤشرات فقر الدخل لتقييم الفقر لدى الأشخاص ذوي الإعاقة - دراسة حالة من فييت نام

عادة ما تُستخدم لتقييم الفقر في البلدان النامية المقاييس القائمة على الاستهلاك، التي تفترض أنه كلما قل استهلاك الشخص كلما كان أفقر. غير أن دراسة حالة من فييت نام تبين أهمية التنقيب تحت السطح لدى استخدام هذه المقاييس لتقييم الفقر لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. فقد أظهرت البيانات المستمدة من مسح مستويات معيشة الأسر في فييت نام لعام 2006 أن 17 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون من الفقر بالمقارنة مع 15 في المائة من غيرهم، ما يعني فجوة فقر متواضعة. غير أن ذلك يفترض أن خط الفقر للأشخاص ذوي الإعاقة هو نفسه كما لغيرهم، في حين يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة في الواقع تكاليف معيشة إضافية بسبب ارتفاع الفواتير الطبية أو كلفة التكنولوجيا المساعدة أو النقل الخاص. وبهذا الاستهلاك الإضافي، سيبدو الأشخاص ذوو الإعاقة أثرى مما هم عليه. ولدى تعديل خط الفقر، مع أخذ هذه التكاليف بالحسبان، يرتفع معدل الفقر للأشخاص ذوي الإعاقة إلى 23 في المائة.

ولكن حتى هذا التعديل لم يلتقط تعقيد الوضع، إذ قد يكون لتوقيت ظهور الإعاقة أيضاً أثر هام على الفقر. فمثلاً، قد لا يكون أثر الإعاقة على الفقر مع بداية الشيخوخة، بعد أن يكون الأشخاص قد تلقوا تعليمهم وقضوا سنوات في توليد سُبل عيش، كبيراً كما هو أثر الإعاقة عندما تحدث في وقت مبكر من الحياة. وفي الواقع، بينما كان معدل الفقر بين الفيتناميين الذين بدون إعاقة وتتراوح أعمارهم بين 19 و40 سنة 15 في المائة أيضاً، بلغ المعدل لدى أقرانهم من ذوي الإعاقة 25 في المائة، وارتفع هذا المعدل إلى 31 في المائة عند احتساب التكاليف الإضافية. هكذا، لتوفير تقييمات أدق للفقر لدى الأشخاص ذوي الإعاقة ولتسترشد بها على نحو كاف سياسات خفض الفقر، يتعين على مؤشرات الفقر القائمة على الاستهلاك أن تأخذ بالحسبان التكاليف الإضافية المتصلة بالإعاقة وأن تكون مفصلة حسب العمر.

المصدر: (Mont and Nguyen (2017)⁵⁴.

الشكل 2-4 معدلات الفقر المتعدد الأبعاد⁶⁰ للأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في 22 بلداً، في الفترة 2002-2014



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريد قواشنتز حول أداء الوظائف. يشير الرمز Z(*) إلى أن للفرق دلالة إحصائية عند حد 10 في المائة أو أقل. جُمعت بيانات المغرب بوتونس في مناطق جغرافية مختارة في كل بلد، وتمثل بيانات إثيوبيا المناطق الريفية والبلدات الصغيرة.

المصدر: (2014) Brucker and others⁴³؛ (2013) Mitra, Posarac and Vick⁶¹؛ (2018) Mitra⁴⁵؛ (2015) Trani and others⁶²؛ (2016) Trani and others^{63,64}.

التكاليف الإضافية المرتبطة بالإعاقة

يتحمل الأشخاص ذوو الإعاقة تكاليف مرتبطة بالرعاية الصحية أو النقل أو المساعدة الشخصية أو الأجهزة المساعدة والمساكن المعدلة، من بين أمور أخرى⁶⁵. والنتيجة هي أن أسرتين لهما المستوى نفسه من الاستهلاك (أو الدخل)، في إحدهما شخص ذو إعاقة، لا تتمتعان بمستوى المعيشة نفسه بسبب التكاليف الإضافية التي يتكبدها الأشخاص ذوو الإعاقة.

ويعرض الجدول 2-1 التكاليف المقدرة للعيش بإعاقة في سبعة بلدان. وهذه التكاليف الإضافية كبيرة، لا سيما للإعاقات الشديدة. وتتأثر بقدر أكبر الأسر الأصغر حجماً لأن التكاليف بالنسبة لدخل الأسرة تكون عادة أعلى⁶⁶. وبينما تتراوح التكاليف المقدرة للعيش مع إعاقة متوسطة بين 21 في المائة و40 في المائة من الدخل المتوسط، وللإعاقة الشديدة بين 39 في المائة و70 في المائة، فإن التقديرات التقريبية تشير إلى أن الإعاقة المتوسطة تزيد تكاليف المعيشة بنحو ثلث الدخل المتوسط وأن الإعاقة الشديدة تزيد تكاليف المعيشة بأكثر من 40 في المائة من الدخل المتوسط.

الجدول 1-2 تقديرات التكاليف الإضافية المرتبطة بالإعاقة، حسب درجة الإعاقة، في 7 بلدان،
في الفترة 1998-2008

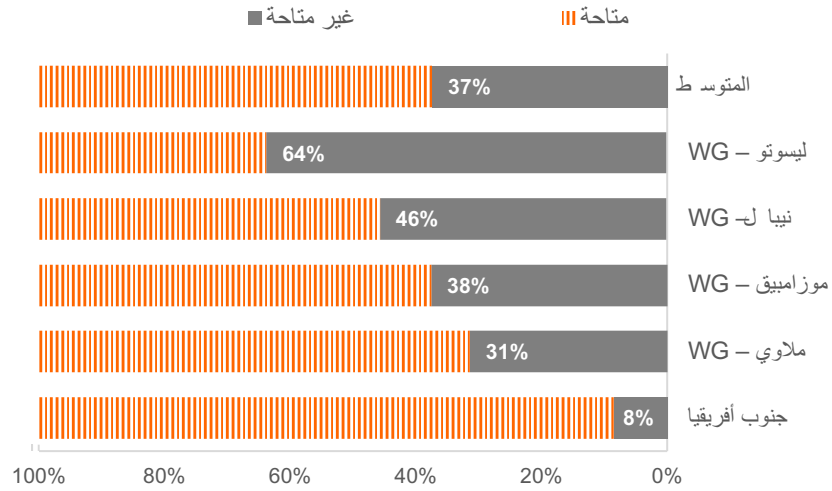
| التكاليف الإضافية المرتبطة بالإعاقة كنسبة مئوية من الدخل المتوسط | | | السنة | البلد |
|--|---------------------------------|--|-----------|----------------------------------|
| إعاقة شديدة (بالنسبة مئوية) | إعاقة متوسطة (بالنسبة مئوية) | أي إعاقة (بالنسبة مئوية) | | |
| 40 | 30 | 29 | 1999-1998 | أستراليا ⁶⁷ |
| - | - | 14 | 2004-2001 | البوسنة والهرسك ⁶⁸ |
| - | - | 8 إلى 43 (بالغون)، 18 إلى 31 (أظل) | 2006 | الصين ⁶⁹ |
| - | - | 40 (بالغو) تبلغ أعمارهم 65 سنة فأكثر) | 2001 | أيرلندا ⁷⁰ |
| 70 | 40 | - | 2007 | إسبانيا ⁷¹ |
| 39 | 21 | - | 2008-2007 | المملكة المتحدة ⁷² |
| - | - | 12 | 2006 | فييت نام ⁷³ |

الوصول إلى الخدمات المالية

من المسلم به أن الوصول إلى الخدمات المالية هو مفتاح انتشار الناس من براثن الفقر. فمثلاً، بدون حساب مصرفي، يواجه الأفراد أحياناً كثيرة تكاليف أعلى لإجراء المعاملات المالية من خلال مقدمي خدمات مالية بديلين. ويجد هؤلاء صعوبة أكبر في الادخار والتخطيط مالياً للمستقبل، ما يجعلهم أكثر عرضة للطوارئ الطبية أو الوظيفية التي قد تعرّض استقرارهم المالي للخطر. ويؤدي الافتقار إلى المدخرات الطويلة الأجل إلى تقويض قدرتهم على تحسين مهاراتهم أو شراء منزل أو دفع تكاليف تعليم أطفالهم.

وليست الخدمات المالية متاحة دائماً للأشخاص ذوي الإعاقة. فقد لا يكون الوصول فعلياً إلى المصارف متاحاً وقد لا تكون الخدمات المالية عبر الإنترنت متاحة افتراضياً. فمثلاً، يعتبر ما بين 8 في المائة و64 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في خمسة بلدان نامية أنه لا يمكنهم الوصول إلى المصارف (الشكل 2-5). وأشارت بيانات محشودة جماعياً ومعظمها من البلدان المتقدمة إلى أنه حتى عام 2017، لم يكن بإمكان 28 في المائة من مستخدمي الكراسي المتحركة دخول المصارف ولم يكن بإمكان 12 في المائة منهم استخدام الصراف الآلي^{197،78،74}.

الشكل 2-5 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعتبرون المصارف غير متاحة لهم، في 5 بلدان، حوالى عام 2011



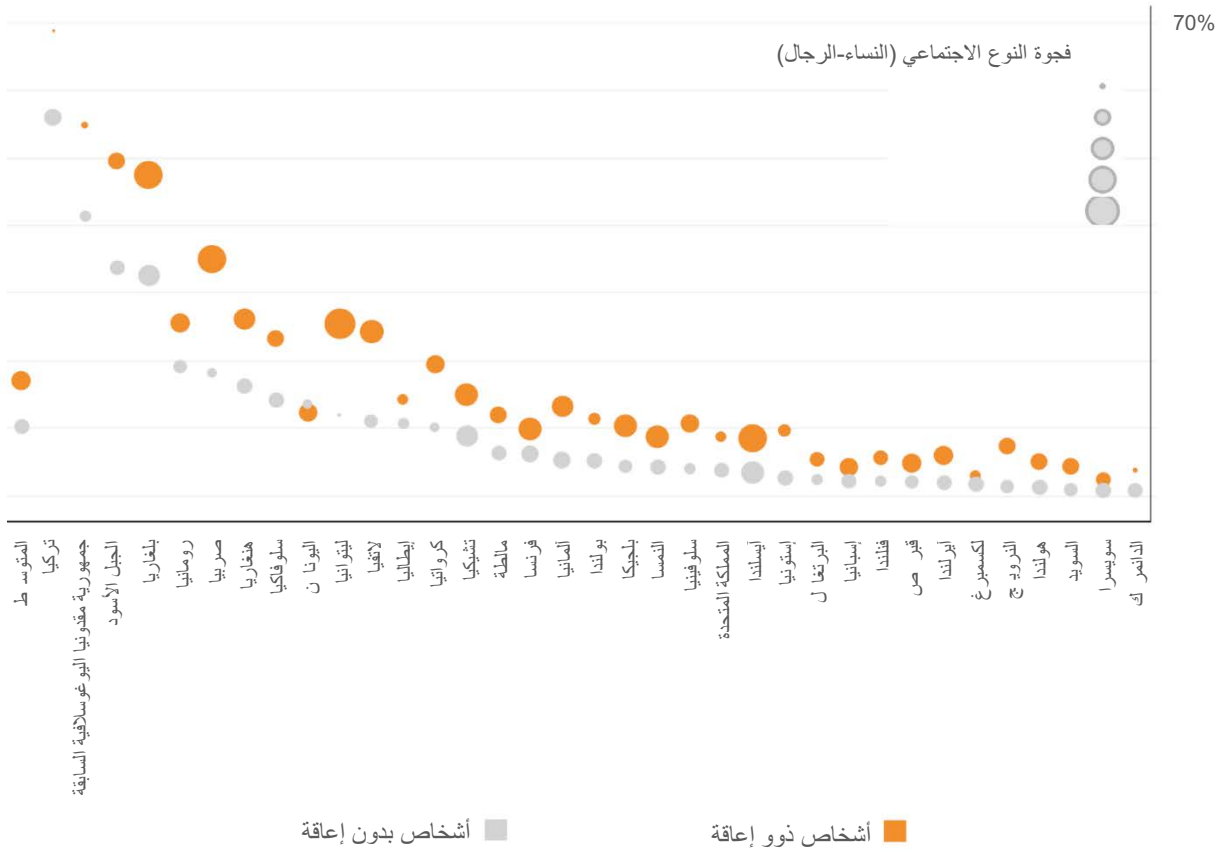
ملاحظة: يشير الـ WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجهز وقت القصيرة لفرد قواشنطن حول أداء الـ وظائف جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على المستوى الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الجوع والتغذية

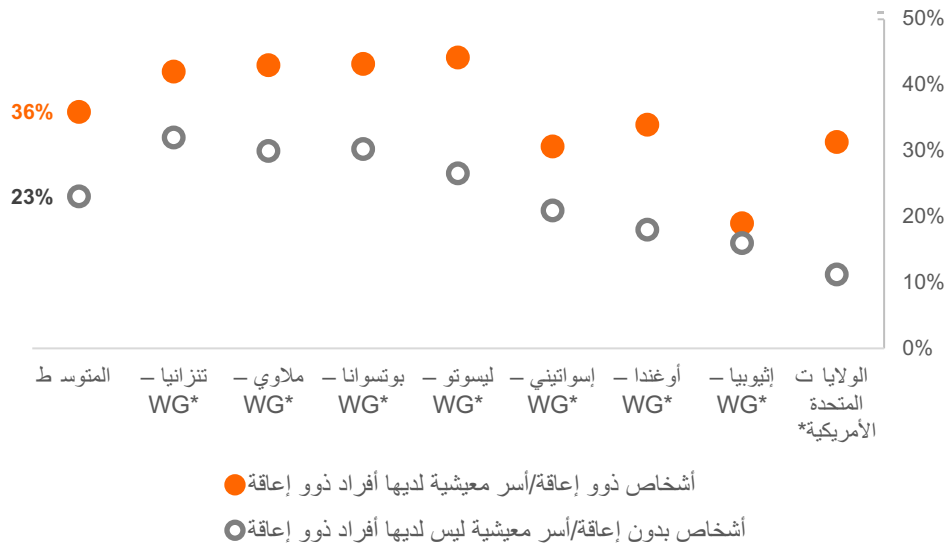
يرتفع احتمال أن يعيش الأشخاص ذوو الإعاقة في أسر تعاني انعدام الأمن الغذائي^{43،45}. ففي 34 بلداً من أصل 35 بلداً، معظمها في أوروبا، عدم القدرة على تحمل تكاليف وجبة تحتوي الب وتين، أي اللحوم أو الدجاج أو الأسماك أو ما يعادلها نباتياً، كل يومين أعلى لدى الأشخاص ذوي الإعاقة مما لدى غيرهم (النسبة 2-6). وفي المتوسط، تبلغ النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة غير القادرين على تحمل تكاليف هذه الوجبة الضعف تقريباً بالمقارنة مع غيرهم، أي 17 في المائة مقابل 10 في المائة. وفي 27 بلداً، بيدنا للأشخاص ذوي الإعاقة، تواجه النساء هذه الصعوبة أكثر مما يواجهها الرجال. وفجوة النقص الاجتماعي أوسع لدى الأشخاص ذوي الإعاقة (تصل إلى 7 نقاط مئوية) مما لدى الآخرين (تصل إلى 3 نقاط مئوية). وتبيّن أدلة أخرى، من ثمانية بلدان، حوالى عام 2012، أن احتمال ألا يتوفر للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم الطعام دائماً أكبر بالمقارنة مع من هم بدون إعاقة وأسرهم (النسبة 2-7). كما يقل احتمال استفادة الأطفال والشباب ذوي الإعاقة من الجهود التي تُبذل لخفض سوء التغذية في المدارس لأن احتمال التحاقهم بمدرسة أقل من احتمال التحاق أقرانهم ممن هم بدون إعاقة⁷⁵.

الشكل 2-6 عدم القدرة على تحمل تكاليف وجبة تحتوي اللحوم أو الدجاج أو الأسماك أو ما يعادلها نباتياً كل يومين لمن تبلغ أعمارهم 16 سنة فأكثر من الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في 35 بلداً⁷⁷، عام 2016



المصدر: Eurostat.⁹

الشكل 2-7 النسبة المئوية لمن لا يتوفر لهم الطعام دائماً من الأشخاص أو الأسر، حسب حالة الإعاقة، في 8 بلدان، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصية وفريق واشنطن حول أداء الوظائف. وتشير بيانات الولايات المتحدة الأمريكية إلى النسبة المئوية للأشخاص، وتشير جميع البيانات الأخرى إلى النسبة المئوية للأسر. وتشير بيانات بوتسوانا وإسواتيني وليسوتو إلى تجربة الأسرة خلال الأسبوعين الماضيين، وتشير جميع البيانات الأخرى إلى الأشهر الـ 12 الماضية.

المصدر: (2014) Brucker and others⁴³؛ (2018) Mitra⁴⁵؛ UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

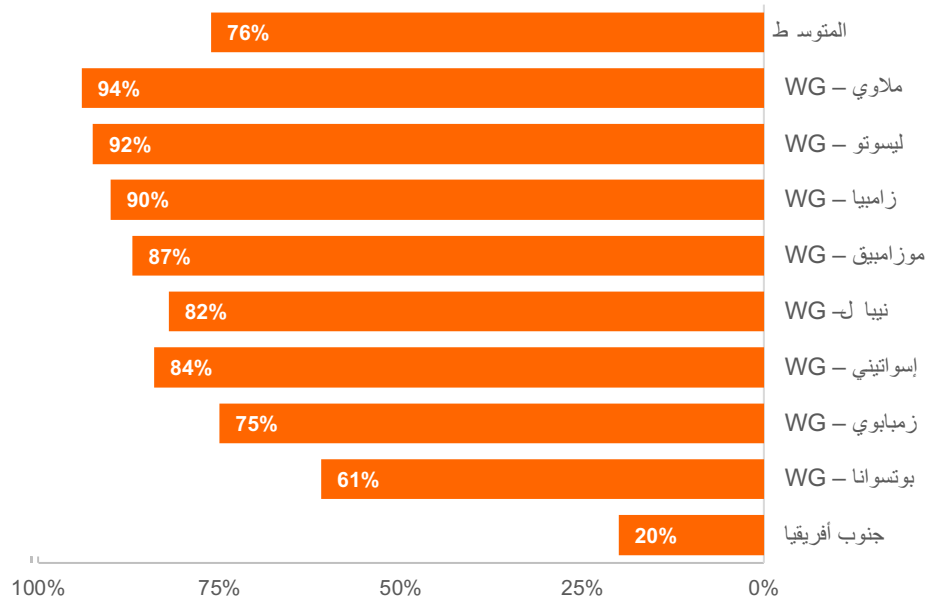
الحصول على الحماية الاجتماعية

رغم أن الأشخاص ذوي الإعاقة يحتاجون برامج الحماية الاجتماعية أكثر من غيرهم من عامة السكان، لا يقابل حاجتهم هذه دائماً ارتفاعاً في معدلات الالتحاق بهذه البرامج⁷⁹. ويشير تقدير عالمي حديث إلى أنه حتى عام 2016، لم يجمع سوى 27 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة استحقاقات الحماية الاجتماعية للإعاقة⁸⁰. وتشير الأدلة من تسعة بلدان نامية إلى أن 76 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون خدمات رعاية اجتماعية لم يتمكنوا في المتوسط من الوصول إلى هذه الخدمات (الشكل 2-8). وفي منطقة آسيا والمحيط الهادئ، تتباين تغطية الاستحقاقات الخاصة بالإعاقة الممولة من الحكومة تبايناً كبيراً، فلدى بعض البلدان تغطية شاملة تقريباً للأشخاص ذوي الإعاقة بينما لا توجد تغطية كهذه إطلاقاً في بلدان أخرى^{81،8}.

وقد تبين أن الاستفادة من برامج الحماية الاجتماعية، حتى تلك التي تستهدف فئات الأشخاص ذوي الإعاقة، مقيدة بمجموعة متنوعة من العوائق⁸². فهم لا يُبلغون دائماً ببرامج الحماية الاجتماعية في منطقتهم، وقد لا تتكيف الاستحقاقات المقدمة مع احتياجاتهم⁷⁹. وفي حال كان الأشخاص على علم بمثل هذه البرامج، قد تمنعهم عوائق أخرى من التسجيل.

وبيّنت دراسة أجريت في أفقر المناطق في جوهانسبرغ أن 41 في المائة فقط من عينة من الأشخاص ذوي الإعاقة كانوا يتلقون منحة إعاقة، رغم أن 71 في المائة كانوا على علم بها³⁹. وتفاوتت الأسباب المقدمة لعدم تلقي المنحة، من عدم معرفة كيفية تقديم طلب لها إلى عدم وجود وثائق والافتقار إلى إمكانية الوصول إلى مكاتب المنح وعدم الوضوح في عملية تقييم الإعاقة وتحيز موظفي مكاتب المنح تجاه أنواع معينة من الإعاقة، وخاصة الأمرا ضالنفسية. وقد استُخدمت منحة الإعاقة في 50 في المائة من الحالات لتغطية الاحتياجات الأساسية (الغذاء والرعاية الصحية والمياه والكهرباء). وفي بعض البلدان، ثبت أن معايير الأهلية غير الواضحة تشكل عائقاً أمام المشاركة في البرنامج⁸².

الشكل 2-8 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون خدمات رعاية اجتماعية لكنهم لم يتلقوها، في 9 بلدان، حواله عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنتو نحول أداء الوظائف. تقوم بيانات ليسوتو على ما يترأوح بين 25 و49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على المستوى الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الممارسات الحالية في معالجة الفقر والجوع بين الأشخاص ذوي الإعاقة

تحاول بلدان كثيرة خفض الفقر والقضاء على الجوع لدى الأشخاص ذوي الإعاقة بسياسات وبرامج مباشرة، ولا سيما من خلال خطط الحماية الاجتماعية، أو بتدابير غير مباشرة تزود الأشخاص ذوي الإعاقة بالمهارات اللازمة للخلاص من براثن الفقر. ويشمل ذلك تعزيز التعليم الشامل للجميع والوصول إلى سوق العمل من خلال، مثلاً، سياسات عدم التمييز والترتيبات التيسيرية المعقولة في مكان العمل. وبالفعل، يحتمل أن يكون للسياسات والبرامج التي تشجع شمول

الأشخاص ذوي الإعاقة أثر إيجابي على رفاههم ومستوى معيشتهم، وسيجري بحثها في فصول أخرى من هذا التقرير. بالعلاقة مع أهداف التنمية المستدامة الأخرى. أما هذا القسم فسيركز على تدبيرين مباشرين فقط: خطط الحماية الاجتماعية وإعادة التأهيل في المجتمع المحلي.

تساعد خطط الحماية الاجتماعية على إدارة وتخفيف الحالات التي تؤثر سلباً على رفاه الشخص. وقد أثبتت الاستحقاقات الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقة فعاليتها في مساعدة الأسر على تلبية الاحتياجات الأساسية⁸³. فمثلاً، بينت دراسة أجريت في جوهانسبرغ، جنوب أفريقيا، أن منحة الإعاقة استخدمت في 50 في المائة من الحالات لتغطية احتياجات أساسية (الغذاء والرعاية الصحية والمياه والكهرباء)³⁹.

ومنذ الستينيات، اعتمد عدد متزايد من البلدان برامج حماية اجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة، فبلغ عددها 179 بلداً من أصل 183 في الفترة 2012-2013 (الشكل 2-9). وفي 168 بلداً، تقدم برامج الإعاقة استحقاقات نقدية دورية للأشخاص ذوي الإعاقة، في حين لا يُقدّم في 11 بلداً أخرى سوى استحقاقات في شكل مبالغ إجمالية. وفي 81 بلداً، تغطي الاستحقاقات أساساً العمال وأسرهم في الاقتصاد النظامي، وبالتالي تستثني الأطفال ذوي الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة الذين لم تتح لهم فرصة المساهمة في التأمين الاجتماعي فترة كافية تؤهلهم للحصول على الاستحقاقات. غير أن 87 بلداً يستخدم برامج ممولة بالكامل أو جزئياً من الضرائب، ولذا فإن تغطيتها محسنة. وفي 27 بلداً، تشمل البرامج جميع الأشخاص ذوي الإعاقة بغض النظر عن دخلهم، وفي 60 بلداً، لا تحمي سوى الأشخاص أو الأسر التي تقل إمكانياتها الاقتصادية عن عتبة معينة⁸⁴. وتكون استحقاقات الإعاقة عادة أقل من متوسط أجر الموظف المتفرغ، كما من معاشات الشيخوخة واستحقاقات البطالة. وفي البلدان التي تتوفر عنها بيانات، تتراوح استحقاقات الإعاقة بين 2 في المائة و51 في المائة من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي⁸⁵.

وهناك برامج تمويلها برامج التأمين الاجتماعي تدعم مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في قوة العمل عن طريق تمويل إعادة التأهيل والتدريب المهنيين إذا احتاج الشخص تعلّم وظيفة جديدة أو اكتساب مهارات جديدة للقيام بعمله السابق، ما يساهم في إحراز تقدّم نحو تحقيق الهدفين 1 و8. ولدى ماليزيا، مثلاً، برنامج كهذا⁸⁶. لكن المشكلة في هذه البرامج هي أنها لا تشمل من لديهم إعاقة قائمة بالفعل لوغياً رشمولين بالتأمين الاجتماعي.

وتهدف برامج التأهيل لإعادة التأهيل في المجتمع المحلي إلى تعزيز الشمول الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم وفي الوقت ذاته كسر حلقة الفقر والإعاقة⁸⁷. وفي الأونة الأخيرة، استكشفت دراستان في الهند وأفغانستان أثر المكونات المتنوعة لهذه البرامج على رفاه البالغين وأطفالاً ذوي أنواع مختلفة من الإعاقة، فبيّنتا بعض الأثر الإيجابي على نواتج مختلفة. وبيّنت دراسة أخرى أن الأشخاص ذوي الإعاقة شهدوا تحسناً في حياتهم، وإن بدرجات متفاوتة، في عدد من أبعاد نوعية الحياة (الصحة، الدخل أو العمالة، الاندماج في الحياة الأسرية والمجتمعية) بعد مضي أربع سنوات وسبع سنوات من البرنامج⁸⁸. وتتشابه التأثيرات تبعد أربع وسبع سنوات على كل بُعد من الأبعاد، ما يشير إلى أن النتائج الرئيسية التي تتحقق في الفترة الأولى تستمر مع الوقت. وتتعاظم مؤشرات الشمول على المدى الطويل ويكون له تأثير غير مباشر على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يختارون عدم المشاركة في البرنامج لكنهم يعيشون في محيطه، ما يوضح النمط المعقد لعمليات التنقيف والتوعية في المجتمع المحلي.

الشكل 2-9 نظرة عامة على برامج استحقاقات الإعاقة الراسخة في تشريعا توطنية، حسب نوع البرنامج والاستحقاقات، في 183 بلداً، في الفترة 2012-2013

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

تؤكد مجموعة متزايدة من البحوث الافتراض الحالي وتبين أن احتمال أن يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم الجوع والفقر أكثر، كما يُحتمل أن يكونوا أكثر عرضة للمخاطر اقتصادياً. وبالإضافة إلى ذلك، يرجح أن يعيش الأشخاص ذوو الإعاقة في أسر تعاني انعدام الأمن الغذائي، ولا سيما النساء ذوات الإعاقة. ويمكن لبرامج الحماية الاجتماعية أن تساعد على التغلب على هذه الحالات، لكن تغطية الأشخاص ذوي الإعاقة محدودة، وذلك، من بين أمور أخرى، بسبب الافتقار إلى الوعي للحماية الاجتماعية وعدم إمكانية الوصول إلى مكاتب المنح والتميز الذي تمارسه هذه المكاتب يولد العديد من البلدان خطط حماية اجتماعية تعتمد برامج استحقاقات إعاقة قائمة على الاشتراكات تقتد ودعى من عملوا في الاقتصاد النظامي، ولا تزال البرامج الأخرى المفتوحة لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة محدودة. وللقضاء على الفقر والجوع لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ينبغي النظر في عدد من الإجراءات:

1) تصميم سياسات وبرامج للحماية الاجتماعية تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة. تنفيذ برامج حماية اجتماعية، تتضمن حدوداً دنياً، لتغطية الأشخاص ذوي الإعاقة وضمان أمن الدخل الكافي، وتنفيذ برامج خاصة بالإعاقة تعالج بفعالية التكاليف الإضافية المتعلقة بالإعاقة (مثلاً، الأجهزة المساعدة والرعاية الشخصية وإعادة التأهيل). وينبغي أن تكون هذه البرامج متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة وأن تشجع قدرأ أكبر من المشاركة والاستقلال الذاتي وحرية الاختيار من جانب الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم. وينبغي أن تعزز هذه البرامج مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في قوة العمل من خلال دعم وتمويل خدمات التدريب وإعادة التأهيل اللازمة لهم ليتمكنوا من العمل. وينبغي أن يكون هذا الدعم متاحاً لهم جميعاً، بغض النظر عما إذا كانوا قد عملوا من قبل أم لا.

2) إزالة العوائق والعقبات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الوصول إلى الحماية الاجتماعية والاستفادة منها بشكل كامل على قدم المساواة مع الآخرين. ينبغي توفير وإتاحة إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المرافق العامة ووسائل النقل والمصارف والمعلومات المتعلقة ببرامج الحماية الاجتماعية، بما في ذلك عمليات وإجراءات تقديم الطلبات.

3) توعية موظفي مكاتب المنح بالعوائق التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في سعيهم إلى الوصول إلى الحماية الاجتماعية (التميز وعدم إمكانية الوصول إلى مكاتب المنح، وما إلى ذلك)، والنهج الرامية إلى التغلب على هذه العوائق. تحسين تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال برامج تدريبية غرضها التوعية. وتضمن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ورفاههم ووجهات نظرهم في المواد التدريبية والمناهج الدراسية الموجهة إلى موظفي مكاتب المنح، بما في ذلك إمكانية إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في ذلك. ووضع استراتيجيات لتحسين تقديم خدمات شاملة لاعتبارات الإعاقة لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على استحقاقاتهم الاجتماعية وزيادتها.

4) تحسين الوصول إلى الخدمات المصرفية وغيرها من الخدمات المالية، بما في ذلك الخدمات المصرفية عبر الهاتف النقال، وضمان إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات المالية الشاملة. يمكن أن تمثل العوائق المادية أو عوائق السفر أو القيود الزمنية عقبات هامة أمام الشمول المالي للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي التكنولوجيا الرقمية إمكانية كبيرة لتغيير هذا الواقع. فالخدمات المالية النقالة خيار مناسب "في أي وقت وفي أي مكان". ولكن إذا لم يكن من الممكن الحصول على هذه التكنولوجيا، فإنها تزيد إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة عن المشاركة. ولإزالة العوائق، يمكن لمؤسسات الخدمات المالية إنشاء مواقع على الإنترنت وتطبيقات نقالة تتبع المبادئ التوجيهية للنفاد إلى محتوى الشبكة 2.0 (WCAG)⁹⁰.

5) تفصيل البيانات المتعلقة بالفقر والجوع عسد بحالة الإعاقة بغية تحسين استهداف السياسات الوطنية المتعلقة بالفقر والجوع، بما في ذلك برامج الحماية الاجتماعية. وينبغي تفصيل مؤشر الفقر المتعدد الأبعاد ومؤشرات التنمية المستدامة المتعلقة بالفقر والجوع على أساس حالة الإعاقة.

6) إنشاء نظم وطنية للرصد والتقييم تقوم دورياً بتقييم جميع برامج الحماية الاجتماعية فيما يتعلق بشمول الأشخاص ذوي الإعاقة والأثر الإيجابي على أوضاعهم. ينبغي أن يسترشد وضع برامج الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة بأدلة ومعلومات موثوقة عن أوضاعهم ومستويات معيشتهم ورفاههم، فضلاً عن معلومات عن العوائق التي تحول دون وصولهم إلى هذه البرامج وأثرها على قدرتهم على المشاركة في المجتمع.

باء- ضمان حياة صحية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة وتعزيز رفاههم (الهدف 3)

يتناول هذا القسم، من منطلق الإعاقة، تنفيذ الهدف 3 الذي يدعو إلى ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية. ولإنشاء قاعدة أدلة لتوجيه السعي إلى تحقيق هذا الهدف، يقدم هذا الفصل لمحة عن حالة الأشخاص ذوي الإعاقة، فضلاً عن استعراض الجهود الوطنية والدولية الرامية إلى تعزيز تنفيذ الهدف 3 تمشياً مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

إن أعلى مستوى ممكن من الصحة والرفاه شرط مسبق لحياة كاملة ومنتجة للأشخاص ذوي الإعاقة لأن صحة الشخص ورفاهه يؤثران على قدرته على المشاركة الكاملة في العمل والتعليم وفي المجتمع المحلي. ويركز هذا القسم على الصحة بما يتماشى مع المقصد 3-4، الذي يركز بشكل خاص على الصحة النفسية والرفاه. ولا يزال تقييم الرفاه ملتبساً (الإطار 2)، لا سيما فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة الذين تندر البيانات الخاصة بهم.

ولتحقيق مستوى مقبول من الصحة، من الضروري الوصول إلى خدمات رعاية صحية جيدة وفعالة وميسورة الكلفة. وما زال الوصول إلى الخدمات يشكل تحدياً بسبب العديد من العوائق، بما في ذلك عدم توفر المجموعة الكاملة من خدمات الرعاية الصحية الجيدة وصعوبة الوصول إليها وانعدام القدرة على تحمل كلفتها، والقيود المفروضة على التأمين الصحي، فضلاً عن العوائق السلوكية والوصم الناشئ عن عدم تدريب موظفي الرعاية الصحية تدريباً مناسباً لتقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة. فمثلاً، قد يواجه الأشخاص الذين يعانون إعاقات حسية أو حركية عقبات مادية أمام الرعاية الصحية، بما في ذلك تعذر الوصول إلى معدات ومرافق التشخيص. وقد لا ينظر أخصائيو الرعاية الصحية في أثر الإعاقات عندما يقدمون الرعاية الصحية. وقد يتعذر حصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية بسبب الممارسات والسياسات التمييزية والافتقار إلى المعلومات، وقد تحدّ برامج التأمين الخاصة أو العامة من توفير التغطية للإعاقات القائمة.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والصحة

تدعو خطة التنمية المستدامة لعام 2030 في هدفها 3 إلى توفير حياة صحية والرفاه للجميع، ما يعني ضمناً تحقيق هذا الهدف للأشخاص ذوي الإعاقة. ويتماشى ذلك مع الأطر المعيارية الدولية الأخرى التي تؤكد على ضرورة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية، من صدور الإعلان الأول بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 1975 الذي يدعو إلى ضمان الرعاية وإعادة التأهيل⁹¹ وبرنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة في عام 1982 الذي يركز على تعزيز إعادة التأهيل وتكافؤ الفرص في الخدمات الصحية⁹²، إلى القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة في عام 1993، التي تشدد على ضرورة ضمان توفير الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة⁹³. واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي اعتُمدت في عام 2006، هي معاهدة دولية ملزمة قانوناً فيما يتعلق بالإعاقة وتتبعي قراءتها ككل لفهم أثر نهجها الحقوقي-التنموي إزاء الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الصحة فهماً كاملاً. فبالإضافة إلى المادة 25 التي تؤكد حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التمتع بأعلى مستويات الصحة، هناك مواد آخرى تتناول تعزيز المشاركة في سوق العمل وفي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، أي باختصار، المشاركة الاجتماعية الكاملة والشمول الكامل، اللذين يؤثر كل منهما على الحالة الصحية للشخص

وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي النظر في المادة 26 المتعلقة بالتأهيل وإعادة التأهيل مع المادة 25 المتعلقة بالصحة، لأن إعادة التأهيل جزء من التغطية الصحية الشاملة⁹⁴ وتشير إلى الخدمات العادية المقدمة إلى جانب خدمات تعزيز الصحة والعلاج والرعاية الملطّفة⁹⁵. وتدعو المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى توفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة الكلفة لهم على قدم المساواة مع غيرهم، وتتطلب أن يقدم مزاولو المهن الصحية الرعاية على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة، كما تتطلب أيضاً إزالة العقبات التمييزية التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية كاملة، بما في ذلك حظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في التأمين الصحي ومنع الحرمان من الرعاية الصحية على أساس التمييز بسبب الإعاقة. وبالإضافة إلى ذلك، تطلب المادة 9 من الدول الأطراف التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى المرافق الطبية، وتوضيح ذلك أن هذه التدابير يجب أن تشمل تحديد العقبات والعوائق أمام إمكانية الوصول إلى المرافق وإزالة هذه العقبات والعوائق.

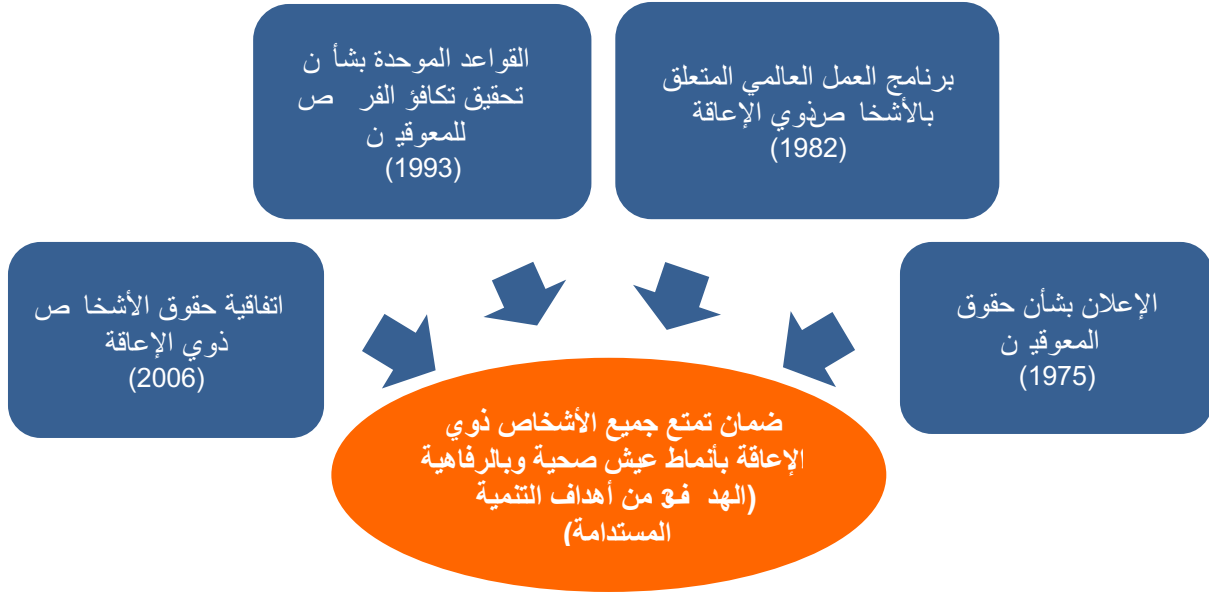
الإطار 2- ماذا تعني الصحة وماذا يعني الرفاه؟

عرّفت منظمة الصحة العالمية، في دستورها عام 1948، الصحة على أنها "حالة من اكتمال السلامة جسدياً و نفسياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو الإعاقة". هكذا يبيّن التعريف أن للصحة أبعاد اجتماعية وجسدية ونفسية، وأشار إلى أن الهدف النهائي ليس تحسين الصحة فحسب، بل أيضاً زيادة الرفاه. فالصحة لا تساوي الرفاه، لكنها مكون جوهري من مكونات الرفاه ومُحدّد له.

ويعتمد توافق الآراء الحالي بشأن تصور الرفاه، أو "الرفاه الذاتي" كما يطلق عليه أيضاً، على منظورين: (1) يؤكد أحد المنظورين على التجربة المباشرة للمتعة أو العواطف الإيجابية، و(2) ويعبّر عن الثاني في أحيان كثيرة من حيث مدى إدراك الفرد لمواهبه وإمكاناته أو اكتشافه غرضاً في الحياة. وبما أن المنظورين كليهما ذاتيان، فإن المعلومات حول الرفاه الذاتي لا يمكن الإبلاغ عنها ذاتياً إلا من الأفراد أنفسهم. وتوجد الآن مجموعة كبيرة من الأدبيات التي تعمل على قياس هذا المفهوم واستخدام هذه المعلومات في وضع السياسات.

وبالإضافة إلى ذلك، يمكن الاستدلال على الرفاه أيضاً من خلال قياس تلك الأشياء التي تجعل الحياة على ما يرام، كالدخل والحياة الأسرية والتعليم والصحة. وبالمعنى الدقيق، هذه الأشياء الجيدة موضوعياً في الحياة هي محددات الرفاه الذاتي. والواقع أن من الأسهل جمع البيانات حول هذه الظروف الموضوعية وقياسها، ما يجعل هذه البيانات شائعة الاستخدام في الأبحاث عن الرفاه.

الشكل 2-10 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



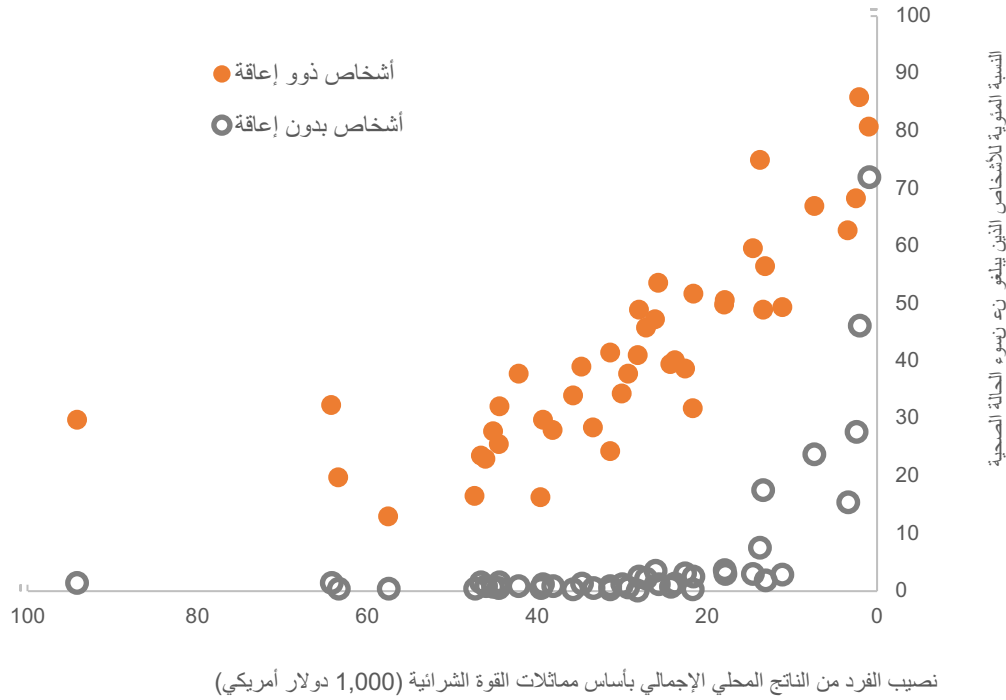
ينبغي تفسير الهدف 3 بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة الأخرى لأثرها على الصحة، ذلك أن محددات الصحة جزء لا يتجزأ من العديد من الأهداف الأخرى. وتتحدد الحالة الصحية للشخص من خلال لملامح البيئة الاجتماعية، بما في ذلك الفقر (الهدف 1)، والجوع (الهدف 2)، والتعليم (الهدف 4)، والعمل (الهدف 8)، والمساواة بين الجنسين (الهدف 5)، وعدم المساواة الاقتصادية (الهدف 10)، والسلام (الهدف 16)، كما البيئة المادية، بما في ذلك المياه النظيفة والصرف الصحي (الهدف 6)، والطاقة (الهدف 7) والمناخ (الهدف 13). وتتأثر صحة الأشخاص ذوي الإعاقة، كصحة الجميع، بهذه المحددات. ولجميع المقاصد المحددة للهدف 3 صلة بالأشخاص ذوي الإعاقة كما بغيرهم. وللمقصد 3-8 المتعلق بالتغطية الصحية الشاملة للجميع أهمية ملحوظة، لأنه الآلية الرئيسية لتحقيق المقاصد الأخرى للهدف 3 ولأن إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى رعاية صحية أقل.

وضع الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحالة الصحية وبإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية

الأشخاص ذوو الإعاقة أكثر عرضة لسوء الصحة وسوء الصحة النفسية وفق الرفاه

متوسط العمر المتوقع للأشخاص ذوي الإعاقة أقصر، وهم أكثر عرضة للإصابة بالحالات الصحية الثانوية والحالات المرضية المتلازمة والمتعلقة بالعمر، كالاكتئاب والألم وهشاشة العظام^{96,97,98}. ففي أوغندا، مثلاً، احتمالات الوفاة خلال عامين معدلة حسب العمر للنساء ذوات الإعاقة الشديدة أكبر بـ 26 مرة مما للاتي بدون إعاقة⁹⁹. كما أن خطر جميع أسباب الوفاة للأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية أو نفسية اجتماعية أكبر بالمقارنة مع عامة السكان⁹⁷.

الشكل 2-11 النسبة المئوية للأشخاص الذي يبلغون عن سوء الحالة الصحية مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، حسب بحالة الإعاقة، في 43 بلداً، حوالي عام 2013



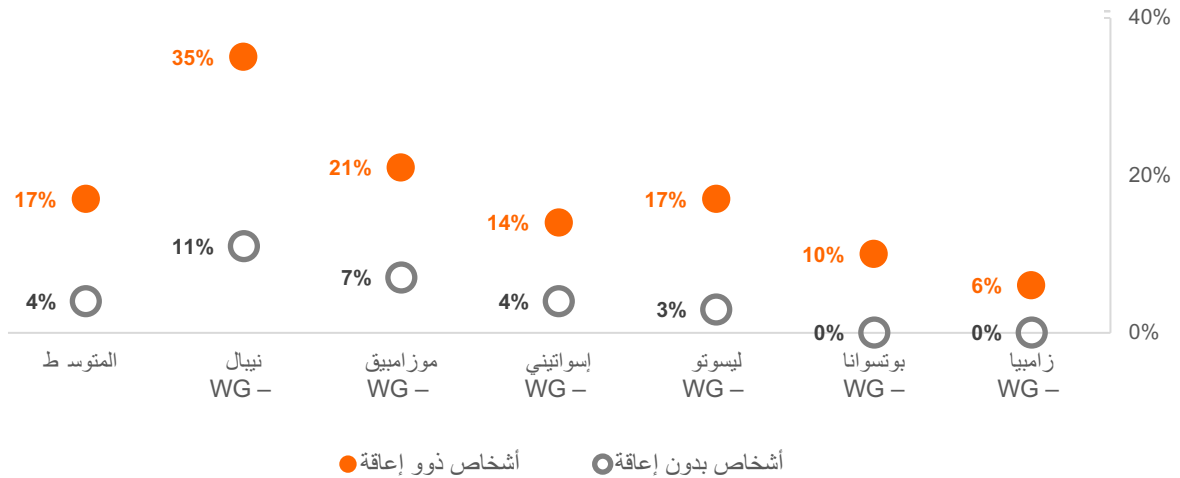
المصدر: Eurostat⁹؛ UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰؛ World Bank¹⁰¹.

وفي 43 بلداً، حوالي عام 2013، اعتبر 21 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في المتوسط أن صحتهم جيدة جداً أو جيدة بالمقارنة مع 80 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة^{100:11}. وبالمثل، اعتبر 42 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة أن صحتهم سيئة أو سيئة جداً بالمقارنة مع 6 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة، كما يفيد الأشخاص ذوو الإعاقة أن صحتهم أسوأ من صحة غيرهم في البلدان الـ 43 جميعها. ويرجح أن تفيد النساء ذوات الإعاقة عن صحة أسوأ مما يفيد الرجال ذوو الإعاقة. وعادة يفيد الأشخاص ذوو الإعاقة عن سوء الصحة في البلدان التي تنخفض فيها مستويات نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (الشكل 2-11)، إذ يفيد عن سوء الصحة ما يصل إلى 80 في المائة منهم في هذه البلدان. أما في البلدان التي لديها أعلى مستويات نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، والتي تتوفر فيها موارد أكثر، فلا يفيد عن سوء الصحة سوى 20 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة.

وقد ترتبط الصلة التي لوحظت في الشكل 2-11 بين الإعاقة والحالة الصحية السيئة بالتحالفا الصحية الأساسية أو بعوائق في البيئة المحيطة كمثل الافتقار إلى الدعم الاجتماعي أو إلى إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية. وكلما انخفض نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في بلد ما، كلما ارتفعت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفيدون عن سوء الحالة الصحية، ما يشير إلى أن توفر المزيد من الموارد المالية على المستوى الوطني قد يوفر الخدمات الصحية والأساسية والاجتماعية التي يمكن أن يحصل عليها الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يحتاجون إلى تحقيق صحة أفضل

وفيما يتعلق بالصحة النفسية، يبين الشكل 2-12 أن النسبة المئوية للأشخاص الذين يقيمون صحتهم النفسية بأنفسهم على أنها سيئة أعلى للأشخاص ذوي الإعاقة في ستة بلدان نامية مقارنة بغيرهم. وإذا ما نظرنا إلى المقاييس الموضوعية للرفاه (الإطار 2)، تشير الأدلة في أقسام أخرى من هذا التقرير، التي تتناول الفقر والوصول لخدمات الصحة العقلية والحصول على التعليم والإقصاء الاجتماعي، إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون عوائق تلحق الضرر برفاههم.

الشكل 2-12 النسبة المئوية للأشخاص الذين يقيمون صحتهم النفسية بأنفسهم على أنها سيئة، حسب حالة الإعاقة، في 6 بلدان، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنت حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

لدى الأشخاص ذوي الإعاقة احتياجات أكبر في مجال الرعاية الصحية، لكن الأرجح ألا يتمكنوا من تلبية هذه الاحتياجات

عموماً، لدى الأشخاص ذوي الإعاقة احتياجات رعاية صحية أكثر من غيرهم، سواء كانت احتياجات عادية، كالتحصين وفحوص كشف السرطان وعلاج الالتهابات، أم احتياجات مرتبطة بالحالات الصحية والإعاقات. وهم ليسوا أكثر عرضة لتدهور الصحة فحسب^{102,96} بل هم أيضاً بحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية بتواتر أكبر. ولذا فإنهم أكثر عرضة من غيرهم لأثر خدمات الرعاية الصحية المتدنية الجودة أو التي يتعذر الوصول إليها¹⁰². وفي الوقت نفسه، نظراً لأنهم يواجهون عوائق أكبر في الوصول إلى الخدمات، فإنهم عادة ما يحصلون على خدمات رعاية صحية عامة ومخصصة أسوأ عند الحاجة إليها¹⁰².

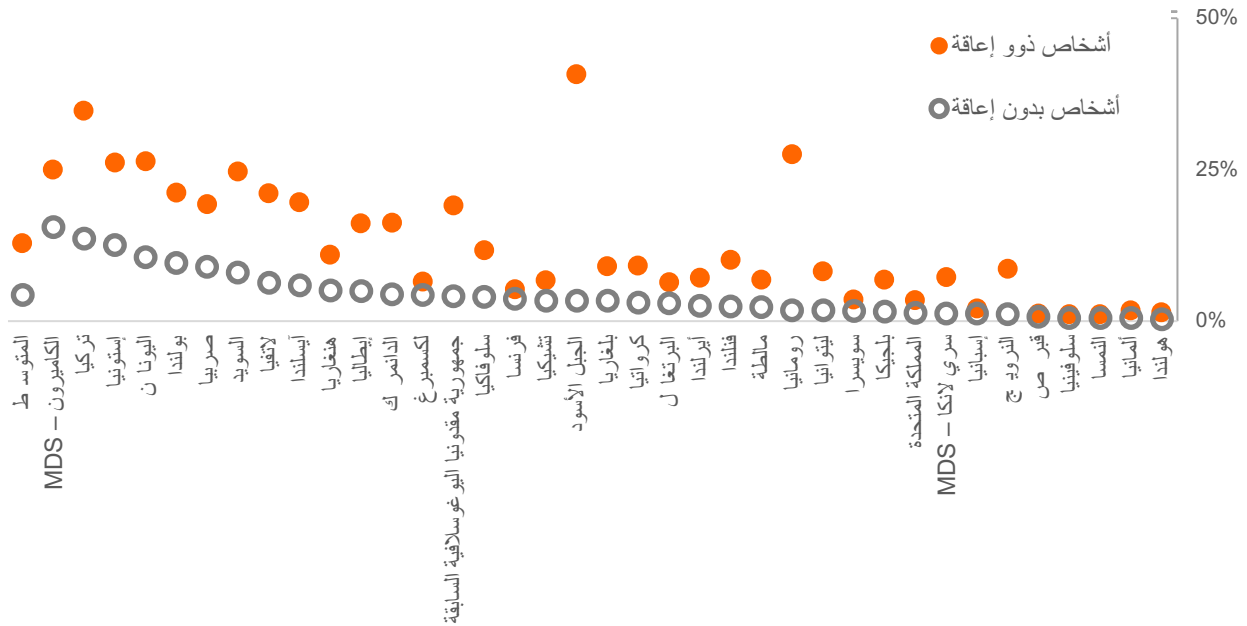
وفي 37 بلداً، معظمها من البلدان المتقدمة، يزيد متوسط احتمال عجز الأشخاص ذوي الإعاقة عن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية عند حاجتهم إليها بأكثر من ثلاثة أضعاف عما في حالة غيرهم (الشكل 2-13)، فقد أشار 13 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة مقابل 4 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة إلى أنهم بحاجة إلى رعاية صحية لكنهم لا يستطيعون الحصول عليها. وفي تسعة من هذه البلدان، ليس بمقدور أكثر من 20 في المائة من الأشخاص

ذوي الإعاقة الحصول على رعاية صحية عندما يحتاجون إليها. وفي خمسة بلدان نامية أخرى، لم يصل ما بين 10 في المائة و40 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية التي عرفوا أو أبلغوا أنهم بحاجة إليها^{103،104،105،106،107}. وفي غواتيمالا، 43 في المائة و70 في المائة فقط ممن يحتاجون إلى إعادة تأهيل طبي وخدمات صحية متخصصة، على التوالي، حصلوا بالفعل على هذه الخدمات¹⁰⁸. ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة الأشد حدّة صعوبات أكبر في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. فمثلاً، في الفترة 2015-2016، في سري لانكا والكاميرون، تزايدت النسبة المئوية لمن لم تقدم لهم خدمات رعاية كافية في العيادات الخارجية تبعاً لشدة الإعاقة (الشكل 2-14)¹⁰⁹. ففي الكاميرون، يبلغ احتمال عدم تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة للرعاية في العيادات الخارجية ضعف احتمال تلبية احتياجات غيرهم وفي سري لانكا تبلغ النسبة 12 مرة. ويمكن أن يؤثر نقص الرعاية الصحية أيضاً على الأمهات ذوات الإعاقة والمواليد الجدد والأطفال ذوي الإعاقة. ففي مناطق مختارة في الكاميرون، في عام 2013، تلقت جميع النساء بدون إعاقة وتتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة رعاية سابقة للولادة، لكن 8 في المائة من النساء ذوات الإعاقة لم يتلقين هذه الرعاية، ولم يُطعم 12 في المائة من الأطفال والشباب ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و17 سنة مقابل 7 في المائة فقط للأطفال والشباب بدون إعاقة¹¹⁰.

كما لا تتاح دائماً للأشخاص ذوي الإعاقة خدمات إعادة التأهيل التي يحتاجونها، كالعلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج النطق والسمع. وتشير البيانات المتوفرة لتسعة بلدان حوالي عام 2011، إلى أن 64 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في المتوسط لم يتمكنوا من الوصول إلى هذه الخدمات، وتراوحت النسبة بين 28 في المائة في جنوب أفريقيا و82 في المائة في نيبال (الشكل 2-15).

وتعزى الثغرات في الخدمات الصحية إلى العوائق المادية والمالية والسلوكية والإعلامية وعوائق الاتصالات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة عندما يحاولون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية¹¹¹. وكثيراً ما يُشار إلى العوائق المادية مثل المباني التي يتعذر الدخول إليها ومعدات التشخيص والعلاج التي يتعذر الوصول إليها بوصفها مشاكل، ولكن أيضاً، في البيئة الأوسع نطاقاً، تشكّل وسائل النقل العام التي يتعذر الوصول إليها والطرق المرصوفة بشكل سيئ والافتقار إلى المرافق الصحية الريفية عقبات واضحة أمام المصابين بإعاقات حسية وحركية وإدراكية^{102،112}. كما ثبت أيضاً أنه عندما لا يتوفر التواصل بلغة الإشارة تؤثر عوائق التواصل بين المرضى الذين لديهم صعوبة في السمع والأطباء سلباً على جودة الرعاية الصحية، بما في ذلك قلة استخدام الخدمات الوقائية^{113،114،115}.

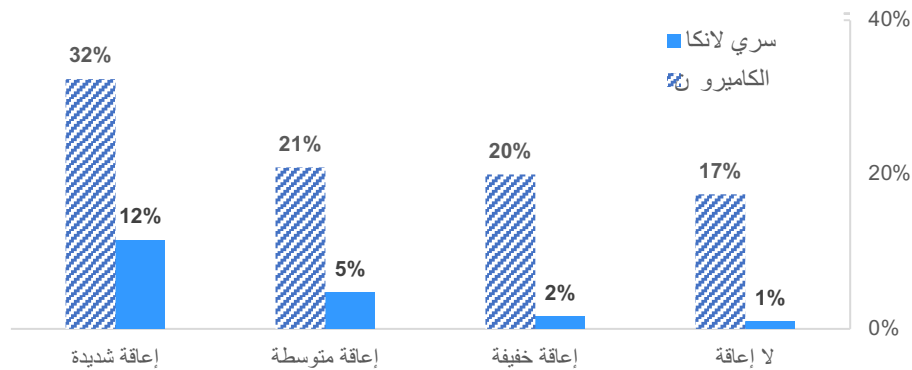
الشكل 2-13 النسبة المئوية للأشخاص الذين يحتاجون رعاية صحية، حسب حالة الإعاقة، في 37 بلداً، حوالي عام 2016



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على المستوى الوطني.

المصدر: Eurostat⁹؛ WHO¹¹.

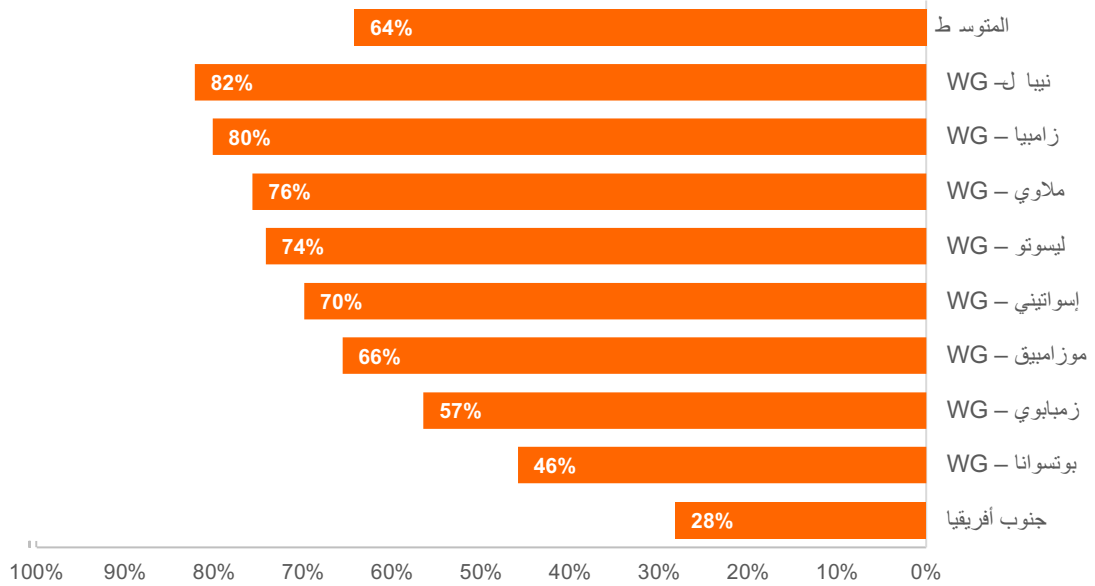
الشكل 2-14 النسبة المئوية لمن لديهم احتياجات رعاية صحية في عيادات خارجية غير ملبأة¹⁰⁹، حسب شدة الإعاقة، في الكاميرون وسري لانكا (نموذج مسح الإعاقة)، في الفترة 2015-2016



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على المستوى الوطني.

المصدر: WHO¹⁰⁰.

الشكل 2-15 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون خدمات إعادة التأهيل لكنهم لم يتمكنوا من الوصول إليها، في 9 بلدان، حوالى عام 2011

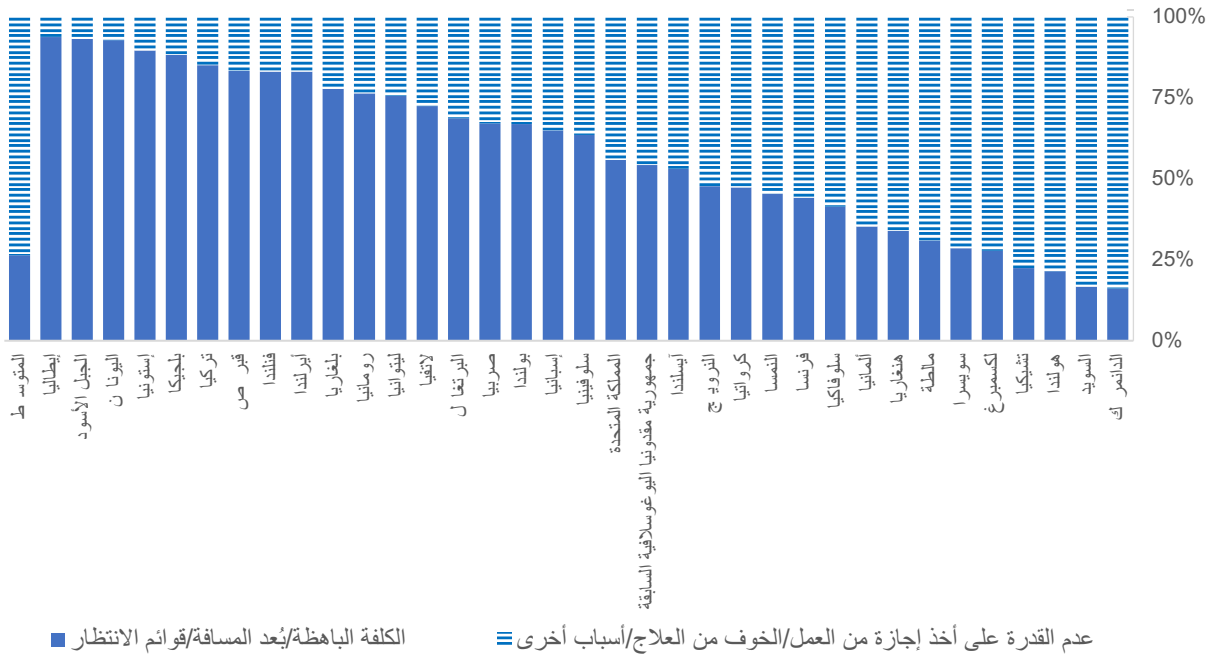


ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموع القليلة لفرق قواشنت نحو ل أداء الوظائف. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على المستوى الوطني. المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

كلفة الرعاية الصحية والافتقار إلى التأمين الصحي يعانقان رئيسيان أمام الأشخاص ذوي الإعاقة

تختلف أسباب زيادة الاحتياجات الصحية غير الملباة للأشخاص ذوي الإعاقة باختلاف السياق الوطني، لكن كلفة الرعاية الصحية هي التحدي الرئيس في العديد من البلدان. ففي عام 2016، وفي 35 بلداً في أوروبا وغرب آسيا، أشار في المتوسط 30 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون رعاية صحية لكنهم لم يتمكنوا من الحصول عليها إلى أن السبب هو الكلفة الباهظة أو بُعد المسافة أو قوائم الانتظار، بينما أشار 70 في المائة إلى أنهم لا يستطيعون أخذ إجازة من العمل أو يخشون العلاج أو أن لديهم أسباباً أخرى (الشكل 2-16). غير أن هذه المتوسطات تخفي تباينات واسعة: ففي الدانمرك، القدرة على تحمل التكاليف والمسافة وقوائم الانتظار في خدمات الرعاية الصحية هي أقل المشاكل، إذ لم يشر إلى ذلك كسبب سوى 16 في المائة فقط من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون رعاية صحية لكنهم لم يتمكنوا من الحصول عليها. ولكن يبدو أن هناك أسباباً أخرى تلعب دوراً أكبر، كعدم القدرة على أخذ إجازة من العمل أو الخوف من العلاج. على النقيض من ذلك، أشار 94 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في إيطاليا إلى أن الأسباب هي الكلفة الباهظة أو بُعد المسافة أو قوائم الانتظار الطويلة.

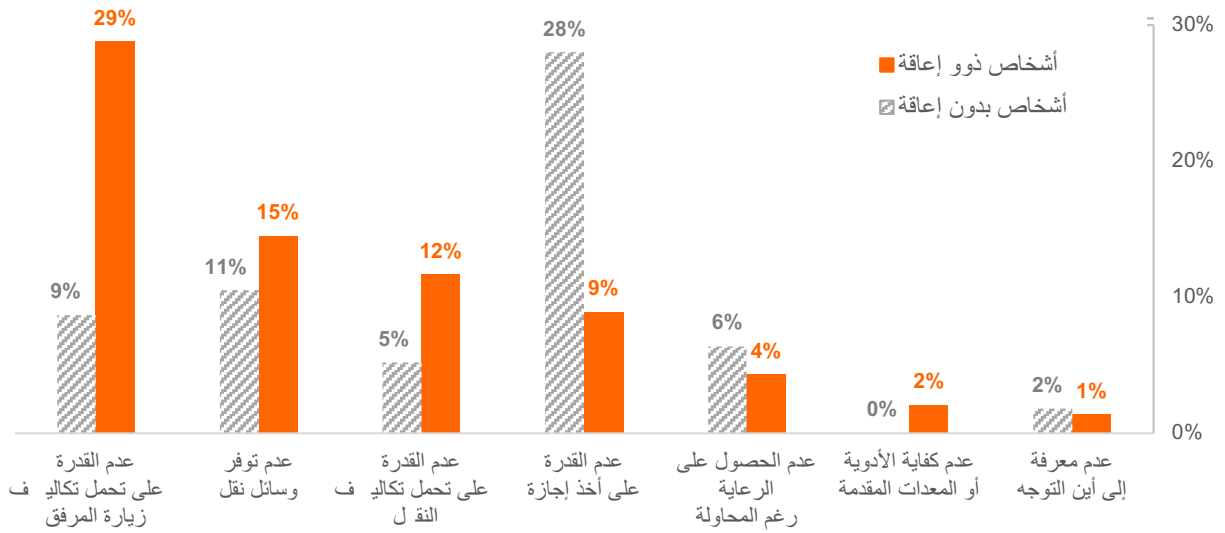
الشكل 2-16 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم احتياجات صحية غير ملبية، حسب سبب عدم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، في 35 بلداً، حوالي عام 2016



المصدر: Eurostat.⁹

وفي البلدان النامية، يشكّل عدم القدرة على دفع كلفة الرعاية الصحية أو عدم القدرة على الحصول على وسيلة نقل إلى مرفق الرعاية الصحية مشكلة رئيسية للأشخاص ذوي الإعاقة. ففي تركيا، أشار 85 في المائة ممن يحتاجون منهم إلى رعاية صحية لكنهم لا يستطيعون الحصول عليها إلى عدم القدرة على تحمل الكلفة والمسافة البعيدة وقوائم الانتظار الطويلة كعوائق (الشكل 2-16). وفي سري لانكا، أشار 29 في المائة في عام 2016 إلى أنهم لا يستطيعون تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية و12 في المائة إلى أنهم لا يستطيعون تحمل تكاليف النقل إلى المرافق الصحية و15 في المائة إلى أنه لم تتوفر لهم وسائل نقل للوصول إلى المرافق (الشكل 2-17). وكثيراً ما يشكّل عدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية عائقاً أمام الأشخاص ذوي الإعاقة. ففي سري لانكا، في عام 2016، لم يتمكن 29 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة من تحمل تكاليف زيارة مرفق الرعاية الصحية مقابل 9 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. وفي البلد نفسه، أشار 2 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أن الأدوية أو المعدات التي تقدم لهم غير كافية بالمقارنة مع غيرهم، ما يوضح إحدى الصعوبات التي قد يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة عند التماسهم العلاج. وتشكّل كلفة الرعاية الصحية التحدي الأصعب للأشخاص ذوي الإعاقة الأشد حدةً. فمثلاً، في الفترة 2015-2016، في سري لانكا وفي مناطق مختارة في الكاميرون، كان السبب الأكثر شيوعاً الذي أدى إلى عدم حصول الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة على الرعاية الصحية عند الحاجة إليها هو عدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمة¹⁰⁰.

الشكل 2-17 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الاحتياجات الصحية غير الملباة، بسبب عدم الحصول على الرعاية الصحية، حسب حالة الإعاقة، في سري لانكا (نموذج مسح الإعاقة)، في عام 2016

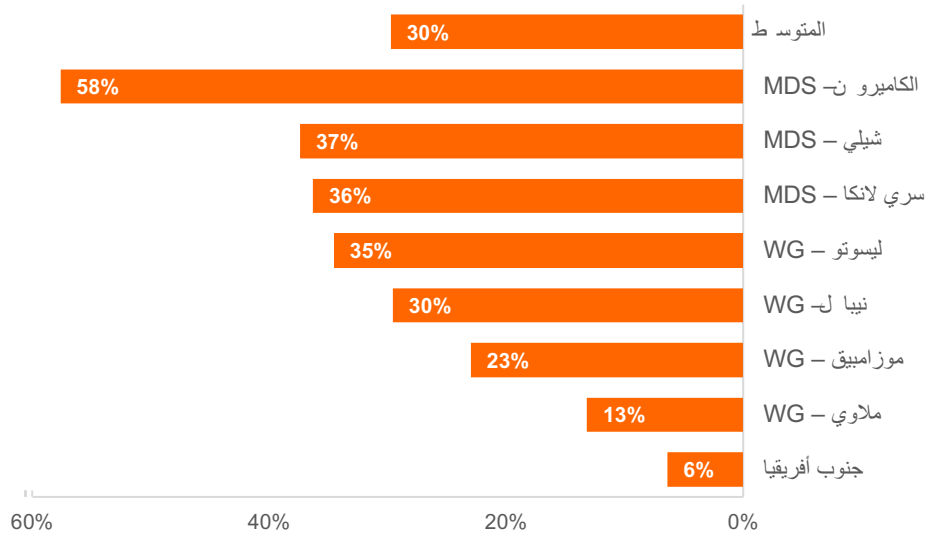


ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة.

المصدر: WHO¹⁰⁰.

وتُحوّل كلفة الخدمات الصحية التي تتفاقم بفعل عدم توفر التأمين الصحي دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية التي يحتاجونها أو ومواصلة العلاج إن هم بدأوه. وعلى الصعيد العالمي، تدفع الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة قدرًا من المصروفات الطبية الفعلية من الجيب مباشرة أكبر بالمقارنة مع الأسر الأخرى^{116،117،118،119،120،121،122،123}. لكن هذه النفقات الإضافية لا تُغطى دائماً من خلال الدعم المالي الخاص أو العام. وفي الفترة 2002-2004، كان احتمال تكبد الأشخاص ذوي الإعاقة في أنحاء العالم نفقات صحية كارثياً أكثر بـ 50 في المائة¹²⁴ بالمقارنة مع غيرهم⁹⁶.

الشكل 2-18 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفيدون أن مرافق الرعاية الصحية معيقة أو لا يمكن الوصول إليها، في 8 بلدان، حوالى عام 2013



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. تشير البيانات تجميعاً إلى عدم إمكانية الوصول إلى عيادات الرعاية الصحية الأولية، باستثناء بيانات نموذج مسح الإعاقة التي تشير إلى مرافق الرعاية الصحية معيقة. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا والكاميرون في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

العديد من مرافق الرعاية الصحية لا يمكن الوصول إليها وتفقر إلى موظفين مدربين للعمل بفعالية مع الأشخاص ذوي الإعاقة

في بعض البلدان، يفيد أكثر من 25 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة أن مرافق الرعاية الصحية معيقة أو لا يمكن الوصول إليها (الشكل 2-18). ومن بين ثمانية بلدان نامية، أفاد 30 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة، في المتوسط، عن ذلك في عام 2013. وفي مناطق مختارة في الكاميرون، واجه 58 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة مرافق صحية معيقة. ووجدت بيانات محشودة جماعياً ومعظمها من البلدان المتقدمة أنه، حتى عام 2017، لم يكن من الممكن الوصول إلى 20 في المائة من المستشفيات توتو 32 في المائة من الصيدليات على الكراسي المتحركة¹⁹⁷⁻¹²⁵⁻⁷⁸. كما أن العوائق السلوكية أثرت سلباً على إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية، ففي كثير من الأحيان لا يملك المهنيون الصحيون خبرة كافية تمكنهم من التفاءل مع الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة و/أو المعقدة أو تقديم الخدمات لهم أو تكون لديهم مواقف سلبية تتسم بالوصم إزاء هؤلاء المرضى. ولم يقتصر ذلك على تقييد فرص الوصول إلى الخدمات، بل أدى أيضاً إلى خفض نوعية الرعاية التي تلقاها الأشخاص ذوو الإعاقة، إذ يحتمل أكثر أن يفيد هؤلاء

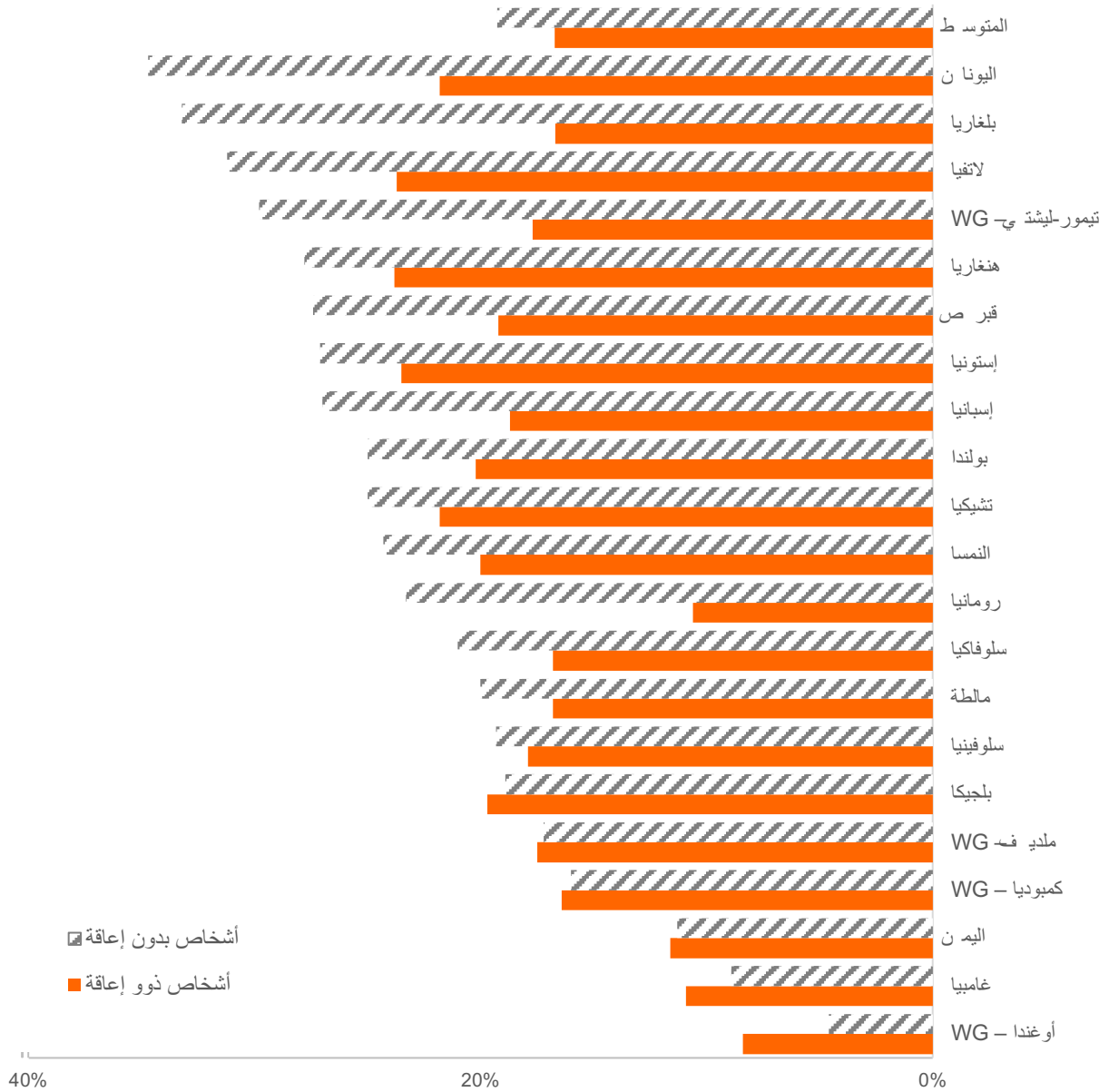
أن طبيبيهم لم يستمع لهم أو لم يعاملهم باحترام أو لم يعطهم وقتاً كافياً أو لم يشركهم في قرارات العلاج أو لم يشرح العلاجات شرحاً مناسباً¹²⁶⁻¹²⁷. وعادة يتلقى الأشخاص الذين يعانون إعاقات نفسية أو نفسية اجتماعية وفكرية خدمة أسوأ من المهنيين الصحيين، ما قد يساهم في نواتج أسوأ¹²⁸. وفي الوقت نفسه، يشكل افتقار المرضى ذوي الإعاقة إلى المعلومات عن الرعاية المتاحة لهم عائقاً أيضاً. ففي الهند والكامبيرون، مثلاً، دراية الأشخاص ذوي الإعاقة بالخدمات الصحية متدنية للغاية، ففي الهند لم يسمع حتى بالخدمات الصحية العامة سوى 49 في المائة منهم مقابل 73 في المائة في الكامبيرون¹¹⁰.

الأشخاص ذوو الإعاقة يدخنون أقل من الأشخاص بدون إعاقة

يركز أحد مقاصد أهداف التنمية المستدامة على مكافحة تعاطي التبغ (المقصد 3-أ والمؤشر 3-أ-1). ومن بين 21 بلداً، في حوالي عام 2010، كان في المتوسط 17 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة مدخنين مقابل 19 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة (الشكل 2-19). وفي جميع البلدان، باستثناء أوغندا وبلجيكا وغامبيا، نسبة المدخنين بين الأشخاص بدون إعاقة أعلى من نسبة المدخنين من ذوي الإعاقة. وتتراوح النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يدخنون يومياً بين 8 في المائة في أوغندا و24 في المائة في إستونيا وهنغاريا ولاتفيا. وتشير هذه البيانات إلى أن استراتيجيات مكافحة التبغ ينبغي أن تكون في عدة بلدان شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة ومتوفرة لهم.

وفي جميع البلدان، معدلات تدخين السجائر يومياً أقل بين النساء منها بين الرجال للأشخاص ذوي الإعاقة كما لغيرهم، ومتوسط فجوة النوع الاجتماعي بين المدخنين للسجائر يومياً مشابه للأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة (17 و16 نقطة مئوية على التوالي). وبين الأشخاص ذوي الإعاقة، متوسط النساء المدخنات 11 في المائة مقابل 29 في المائة للرجال.

الشكل 2-19 النسبة المئوية لمدخني السجائر بين من تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر¹²⁹، حسب حالة الإعاقة، في 21 بلداً، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶).

الممارسات الحالية في تعزيز الصحة ووصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية

لم يتم سوى عدد قليل من البلدان بإصلاحات قانونية وسياساتية منهجية تستهدف على وجه التحديد الأحكام الواردة في المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، أو تتناول إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مباشرة. وقد اتبعت البلدان ستة نهج أساسية لضمان الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية قانوناً: (ألف) الأحكام الدستورية أو أحكام قانون الحقوق المنطبقة على الأشخاص ذوي الإعاقة، (باء) قوانين ولوائح مكافحة التمييز المنطبقة على الجميع، (جيم) قوانين ولوائح مكافحة التمييز المتعلقة بالرعاية الصحية، (دال) قوانين أخرى موجهة لتوفير الرعاية الصحية والحصول عليها، (هاء) قوانين وطنية للإعاقة أو خطط سياساتية، (واو) قوانين متعلقة بحالات صحية محددة (مثل إصابة الحبل الشوكي) أو فئات سكانية محددة (مثل قدامى المحاربين) تضمن الحصول على الرعاية الصحية¹³⁰⁻¹³¹.

وفي عام 2014، كان الحق في الصحة مكفولاً للأشخاص ذوي الإعاقة في الدساتير الوطنية لـ 10 في المائة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة¹³². ورغم أن هذا النهج ونهج (ألف) شائعان، إلا أنهما عامان ولا يستهدفان صراحة أي عوائق خاصة بالإعاقة. وينطبق الأمر نفسه على قوانين مكافحة التمييز (النهج ز) (باء) و(جيم)) سواء كانت تشير صراحة إلى الحصول على الرعاية الصحية أم لا. وفي أحسن الأحوال، يُمنح الشخص ذو الإعاقة خيار رفع دعوى قضائية ضد الدولة. وهناك ستة بلدان فقط¹³³ تستخدم النهج (دال) ولديها قانون صريح يضمن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية. والنهجان (هاء) و(واو) شائعان، لكنهما يتخذان طيفاً عريضاً من الأشكال.

واعتمد بعض البلدان سياسات وبرامج لتعزيز النظم الصحية وجعل الخدمات الصحية وخدمات إعادة التأهيل متوفرة وميسورة الكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة. ومن بين 24 بلداً في منطقة غرب المحيط الهادئ (الجدول 2-2)، اتخذت بلدان كثيرة خطوات لتحسين إمكانية الوصول في البنية التحتية المستخدمة لتوفير خدمات الرعاية الصحية: 79 في المائة منها من خلال وضع معايير الوصول لـ 42 في المائة من خلال ضمان أشكال تواصل بديلة مثل الخدمات الإذاعية والشروح المكتوبة والأنساق التي تسهل قراءتها ولغات الإشارة ونسقي برايل/صوت. ويشرك 88 في المائة من هذه البلدان الأشخاص ذوي الإعاقة ومنظماتهم في تطوير خدمات الرعاية الصحية. ويحظر الـ 25 في المائة من نصف البلدان، أي 42 في المائة، على شركات التأمين الصحي التمييز ضد الإعاقات والحالات الصحية القائمة من قبل، وتعمل غالبية بلدان المنطقة على تحسين القدرة على تيسير كلفة الرعاية الصحية من خلال آليات الحماية الاجتماعية والتمويل الصحي: وضع 88 في المائة من البلدان استثناءات أو إعفاءات أو تخفيضات لخدمات الرعاية الصحية، واعتمد 67 في المائة آليات لخفض تكاليف النقل للوصول إلى الخدمات الصحية.

الجدول 2-2 النسبة المئوية للبلدان في منطقة غرب المحيط الهادئ التي اتخذت مبادرات لتحسين الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، في 24 بلداً، في عام 2015

| المبادرات | البلدان (النسبة المئوية) |
|--|--------------------------|
| تدابير مكافحة التمييز وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في التخطيط | |
| مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة أو منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة في تخطيط خدمات الرعاية الصحية في معظم الأحيان | 88% |
| منع شركات التأمين الصحي من التمييز ضد الإعاقة القائمة من قبل | 42% |
| خدمات الرعاية الصحية التي يمكن الوصول إليها | |
| اعتماد معايير الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية | 79% |
| استخدام أشكال تواصل بديلة مثل الخدمات الإذاعية والشروح المكتوبة والأنساق التي تسهل قراءتها ولغات الإشارة ونسقي برايل/صوت | 42% |
| خدمات رعاية صحية ميسورة الكلفة | |
| استثناءات أو إعفاءات أو تخفيضات حكومية لخدمات الرعاية الصحية | 88% |
| آليات لخفض كلفة النقل للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية | 67% |

المصدر: WHO (2017).¹³⁴

وركزت مبادرات ناجحة أخرى على الصعيد الوطني شرعت بها الحكومات أو الوكالات الدولية أو منظمات المجتمع المدني على مجالات مختلفة مثل: تطوير التعليم والتدريب للمهنيين الطبيين لتعزيز قدراتهم على توفير الرعاية للأشخاص ذوي الإعاقة^{135،136}، والاستثمار في جعل مرافق الرعاية الصحية متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة¹³⁷، والاستثمار في التدخل المبكر من خلال فحص الطلاب وتيسير وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية¹³⁸، وإنشاء خدمات إعادة التأهيل والرعاية المنزلية¹³⁹. ويركز بعض هذه المبادرات على الاحتياجات الصحية التي قد تؤثر بتواتر أكبر على أنواع معينة من الإعاقة، كأمراض القلب لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية. وركزت مبادرات أخرى على احتياجات الرعاية الصحية الأساسية، كرعاية العيون.

وفي كثير من البلدان، لا توفر خدمات الرعاية الاجتماعية في بعض الأحيان تغطية للأجهزة المساعدة وخدمات إعادة التأهيل، أو لا توفر التغطية إلا إذا كان الشخص يعمل أو إذا كانت الأسرة تدفع قسط التأمين. وفي بعض البلدان، تدخلت الحكومات الوطنية¹⁴⁰ والمحلية¹⁴¹ لردم هذه الفجوة من خلال خطط تأمين صحي توفر تغطية للأجهزة المساعدة وخدمات إعادة التأهيل. وفي بعض الأحيان، لا تتاح الخدمات إلا لمن أقر قانوناً بأن لديه 'إعاقة'، ما ينال من مبدأ توفر الأجهزة المساعدة لجميع المحتاجين لها.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

رغم تزايد عدد الدول المصادقة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والخطوات التي اتخذتها لتنفيذ المادة 25، لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة يعانون احتياجات صحية غير ملبأة وعوائق تحوّل دون الوصول إلى الخدمات الصحية بالمقارنة مع عامة السكان. ويفيد الأشخاص ذوو الإعاقة عن سوء صحتهم وسوء صحتهم النفسية، ولا يزالون يواجهون عوائق تحوّل دون شمولهم اقتصادياً واجتماعياً وسياسياً. ولهذا الإقصاء آثا رسلبية على رفاههم. ويشكل كل ذلك عقبة حقيقية أمام تنفيذ الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة. ولتحسين هذه الحالة، من الضروري أن يتعاون جميع أصحاب المصلحة بشكل كامل على التغييرات، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، لتعزيز الصحة والرفاه، مع التركيز على الإجراءات المنهجية عبر نظم الرعاية الصحية الوطنية.

ولا يمكن تحقيق مقاصد الهدف 3 التي تركز على حالة الأشخا ذوي الإعاقة والخدمات الصحية التي يتلقونها إلا إذا كان تنفيذها يتماشى مع المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ولتحقيق أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه للأشخاص ذوي الإعاقة، ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار الإجراءات التالية:

(1) تعزيز التشريعات والسياسات الوطنية المتعلقة بالرعاية الصحية بما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن تشمل عملية تقييم القوانين والسياسات القائمة جميع أصحاب المصلحة، بما في ذلك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، كما ينبغي أن تستند هذه العملية إلى معلومات عن أوجه عدم المساواة في مجال الصحة، فضلاً عن التقييمات القائمة على الأدلة للثغرات في تقديم خدمات الرعاية الصحية والعوائق السياسية والقانونية التي تحوّل دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. ولضمان الحصول على الرعاية الصحية قانوناً، وبسبب المجموعة الواسعة من المسائل المتعلقة بإمكانية الوصول إلى الخدمات التي تنبغ في معالجتها، ينبغي للاستراتيجيات الوطنية أن تكفل حماية عامة أوسع نطاقاً للحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة، إما من خلال تشريعات دستورية أو مناهضة للتمييز زام غير ذلك من تشريعات وطنية متعلقة بالإعاقة، ثم متابعة المسائل التفصيلية المتعلقة بإمكانية الوصول إلى الخدمات عن طريق لوائح تنظيمية وخطوط توجيهية على مستوى المجتمع المحلي.

(2) تحديد وإزالة العقبات والعوائق التي تحوّل دون الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية. وضع خطوط توجيهية وطنية لمرافق الرعاية الصحية بشأن إمكانية الوصول إلى الخدمات بالتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة، وإجراء تقييمات لها والاستفادة من المعلومات المتاحة جماعياً والملاحظة من المستخدمين للحصول على معلومات حولها من أسفل إلى أعلى. وضمان تمكّن الأشخاص ذوي الإعاقة من استخدام وسائل النقل للوصول إلى مرافق الرعاية الصحية.

(3) تحسين تغطية الرعاية الصحية ويسر كلفتها للأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من نهج الرعاية الصحية الشاملة للجميع. تنفيذ التغطية الصحية الشاملة للجميع من خلال تحديد الإجراءات الوطنية، بالتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة، لسد الفجوة في الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية تدريجياً، وتحسين جودة ونطاق خدمات الرعاية الصحية، وخفض تكاليف الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة.

4) تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية وتحسين تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة. إدماج التعليم الشامل للأشخاص ذوي الإعاقة في المناهج الدراسية وتدريب المهنيين الصحيين. وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في تصميم وتوفير التدريب، قدر الإمكان. ووضع استراتيجيات للرعاية الشاملة للجميع تركز على الإنسان بغية تحسين جودة واستمرارية رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة.

5) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من التحكم بقراراتهم الخاصة بالرعاية الصحية، على أساس محتوى حر ومستنير. إتاحة المعلومات المتعلقة بالصحة وضمان يسر الوصول إليها، بما في ذلك من خلال وسائل تواصل بديلة متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة. ونشر وتعميم المعلومات الصحية من خلال تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة ودعم الأقران، ليكونوا أكثر استعداداً لاتخاذ قرارات تتعلق بصحتهم وأفضل إدراكاً لخدمات الرعاية الصحية التي يمكنهم الاستفادة منها.

6) حظر الممارسات التمييزية في التأمين الصحي وتعزيز نظم التأمين الصحي التي توفر تغطية للأجهزة المساعدة وخدمات إعادة التأهيل. ينبغي ألا تحد أنظمة التأمين الخاصة والعامة من توفر التغطية للمسائل الصحية القائمة من قبل، فهذه الممارسات التمييزية تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة بغير تناسب. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي حظر الممارسات التمييزية على أساس الإعاقة. وينبغي للبلدان أن تشجع أنظمة التأمين الصحي التي تلبى احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الأجهزة المساعدة وخدمات إعادة التأهيل.

7) تحسين البحوث والبيانات الرامية إلى رصد وتقييم وتعزيز النظم الصحية لتشمل وتفيد الأشخاص ذوي الإعاقة. إجراء مزيد من البحوث بشأن ضرورة توفير خدمات رعاية صحية عالية الجودة، وتعزيز الصحة العامة، وبرامج الوقاية من الأمراض، وإزالة العوائق التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الوصول إلى الخدمات. وإنشاء آليات لرصد وتقييم النظام الصحي يمكنها تعقب بنواتج الإصلاحات التي تعالج العوائق التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، هنا حاجة إلى إجراء مزيد من الدراسات لفهم أسباب اعتقاد الأشخاص ذوي الإعاقة أن صحتهم أسوأ من غيرهم وأسباب ارتفاع وتيرة اعتلالهم ووفاتهم. وهناك حاجة أيضاً إلى إجراء دراسات لتقييم ما إذا كانت هذه النواتج الصحية السيئة مرتبطة بحالات صحية أساسية أم بعوائق في البيئة المحيطة كالافتقار إلى الدعم الاجتماعي أو الخدمات الصحية. ومن المهم في التخطيط للرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية، التحقق في هذه السببية عن كثب، وهناك على وجه الخصوص ضرورة لإجراء مزيد من البحوث الطولية.

جيم- الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة (المقصدان 3-7 و5-6)

يدعو المقصد 3-7 إلى ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، ويدعو المقصد 5-6 كذلك إلى ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية. وتشمل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية تنظيم الأسرة والرعاية الصحية للأمهات ومنع العنف القائم على النوع الاجتماعي ومكافحته والوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وعلاجها¹⁴². وتستند الحقوق الإنجابية إلى "الاعتراف بالحقوق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والمباعدة بين ولادات الأطفال وتوقيتها، وأن تتوفر لهم المعلومات والوسائل اللازمة للقيام بذلك والحق في الحصول على أعلى مستويات الصحة الجنسية والإنجابية. ويشمل هذا الحق أيضاً حقهم في اتخاذ قرارات بشأن الإنجاب بعيداً عن أي تمييز وقمع وعنف"¹⁴³.

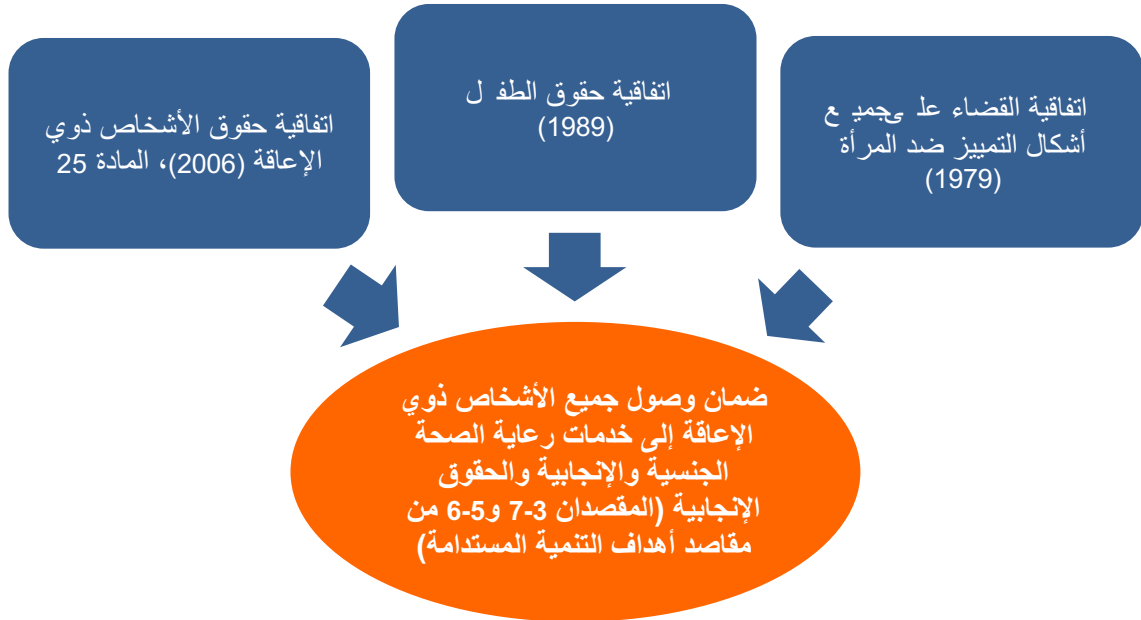
الهدف من هذا القسم هو استعراض التقدم المحرز نحو تعميم الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة في سياق أهداف التنمية المستدامة وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. تُقدّم أولاً نظرة عامة إلى الأطر المعيارية الدولية الحالية المتعلقة بالصحة والخدمات الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. وبلي ذلك استعراض لحالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وموجز للعقبات الرئيسية التي يواجهونها في الوصول إلى هذه الخدمات. ثم يعرض القسم الممارسات الحالية لتعزيز تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، قبل أن يختتم بتوصيات للمضي قدماً.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية

في سياق تعزيز الحياة الصحية والرفاه للجميع من الأعمار كافة، يدعو الهدف 3 من خلال المقصد 3-7 إلى وصول الجميع إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات والتعليم. ويدعو المقصد 5-6، الذي وُضع في إطار هدف تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات، إلى ضمان وصول الجميع إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية على النحو المتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضها. واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هي أول اتفاقية تعترف صراحة بالحاجة إلى الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة. وتشدد المادة 25 على ضرورة توفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو ميسورة الكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة تعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي تُوفّر للآخرين.

وتشدد الأطر المعيارية الدولية الرئيسية الأخرى أيضاً على حقوق النساء والفتيات ذوات الإعاقة في الصحة الجنسية والإنجابية كجزء من أحكامٍ أوسع نطاقاً لجميع النساء، وكذلك لجميع الأطفال والمراهقين. وتشمل هذه الأطر اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) التي اعتمدت في عام 1979، والتي تطلب من الدول ضمان حصول النساء والفتيات ذوات الإعاقة على الرعاية الصحية الإنجابية وحمايتهن من أي تمييز وقمع وعند¹⁴⁴ 145. كما أن اتفاقية حقوق الطفل التي اعتمدت في عام 1989 تحمي حقوق الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة لضمان وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال (المادة 23)¹⁴⁶.

الشكل 2-20 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق المقصدين 3-7 و 5-6 من مقاصد أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



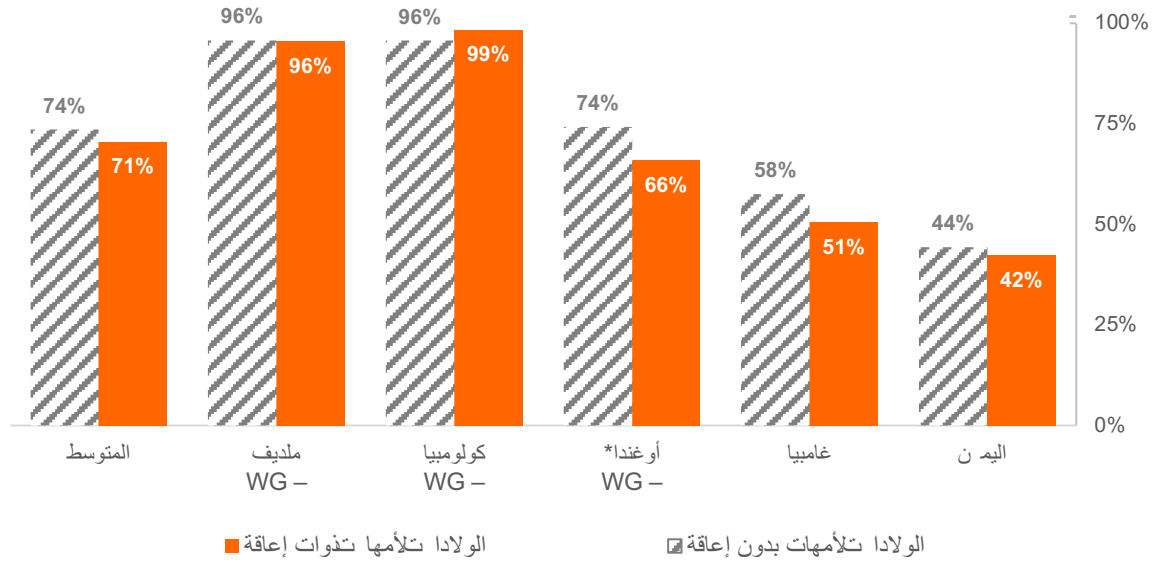
حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والرعاية الصحية والحقوق الإنجابية

الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

تحسين فرص الوصول إلى خدمات بإشراف كادر طبي مؤهل أثناء الولادة أمرٌ حاسم لتحسين صحة الأم ومكون هام من مكونات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. والمهنيون الصحيون المعتمدون، مثل القابلات أو الأطباء أو الممرضات، هم الذين نَقُفوا ودُربوا على إتقان المهارات اللازمة لإدارة الحالات العادية (غير المعقدة) للحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة وتحديد المضاعفات التي تصيب النساء والأطفال حديثي الولادة ومعالجتها وإحالتها¹⁴⁷.

وتشير أدلة من خمسة بلدان حوالى عام 2014 (الشكل 2-21) إلى أن احتمال أن تضع الأمهات ذوات الإعاقة مولوداً بإشراف كادر طبي مؤهل أقل في المتوسط مما لغيرهن (71 في المائة مقابل 74 في المائة). وكانت الفجوة الأوسع في أوغندا، إذ بلغت 8 نقاط مئوية، فقد كان احتمال الولادة بإشراف كادر طبي مؤهل 66 في المائة من الولادات للأمهات ذوات الإعاقة مقابل 74 في المائة من الولادات لغيرهن. وفي كولومبيا وملديف، كان احتمال الولادة بإشراف كادر طبي مؤهل 99 في المائة و96 في المائة على التوالي من الولادات للأمهات ذوات الإعاقة. ويمكن أن تعزى الفجوة بين الأمهات ذوات الإعاقة وغيرهن إلى التفاوت في الدخل وما يستتبعه ذلك من عدم قدرة الأمهات ذوات الإعاقة على تحمل تكاليف هذه الخدمة. ويمكن أن يُعزى أيضاً إلى المواقف السلبية للمهنيين الصحيين تجاه الأمهات ذوات الإعاقة وإلى الافتقار إلى الوعي لأن المعلوما تعن هذه الخدمات قد لا تتوفر بأشكال يسهل الوصول إليها.

الشكل 2-21 النسبة المئوية للولادات التي تجري بإشراف كادر طبي مؤهل، حسب حالة إعاقة الأم، في 5 بلدان، حواله عام 2014

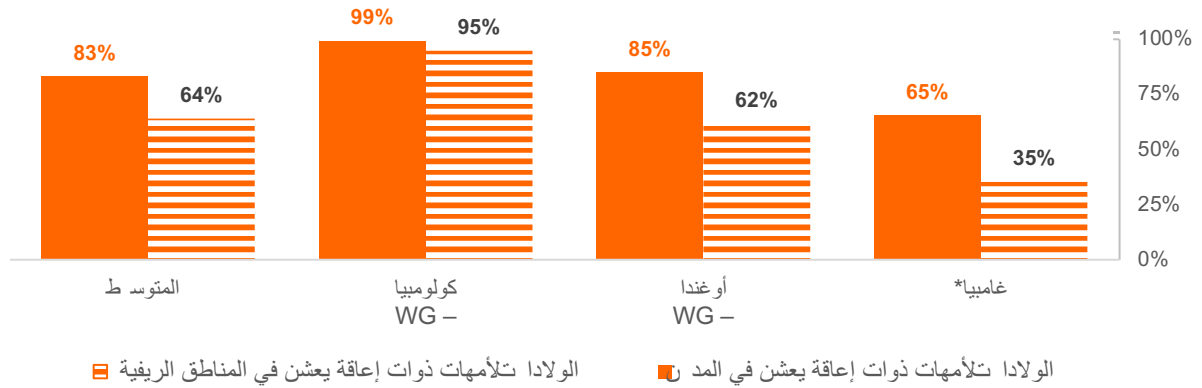


ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرد قواشنت نحول أداء الوظائف. يشير الرمز (*) إلى أن للفرق بين الولادات لنساء ذوات إعاقة والولادات لغيرهن دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶).

وتخفي متوسطات هذه البلدان الفروق بين المدن والأرياف (الشكل 2-22). ففي أوغندا وغامبيا وكولومبيا، في عام 2014، كانت إمكانية الولادة بإشراف كادر طبي مؤهل أعلى في المدن. وفي المتوسط، أشرف مهنيون صحيون مهرة على 64 في المائة من الولادات لأمهات ذوات إعاقة يعشن في المناطق الريفية مقابل 83 في المائة لمن يعشن منهن في المدن. وكانت الفجوة واسعة بوجه خاص في غامبيا (30 نقطة مئوية)، إذ لم يساعد مهني صحي ماهر أثناء الولادة سوى 35 في المائة من الولادات لأمهات ذوات إعاقة في المناطق الريفية.

الشكل 2-22 النسبة المئوية للولادات التي تجري بإشراف كادر طبي مؤهل، حسب مكان إقامة الأم ذات الإعاقة، في 3 بلدان، حوالي عام 2014



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف بيشير الرمز (*) إلى أن للفرق بين الولادات لنساء ذوات إعاقة والولادات لغيرهن دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة.

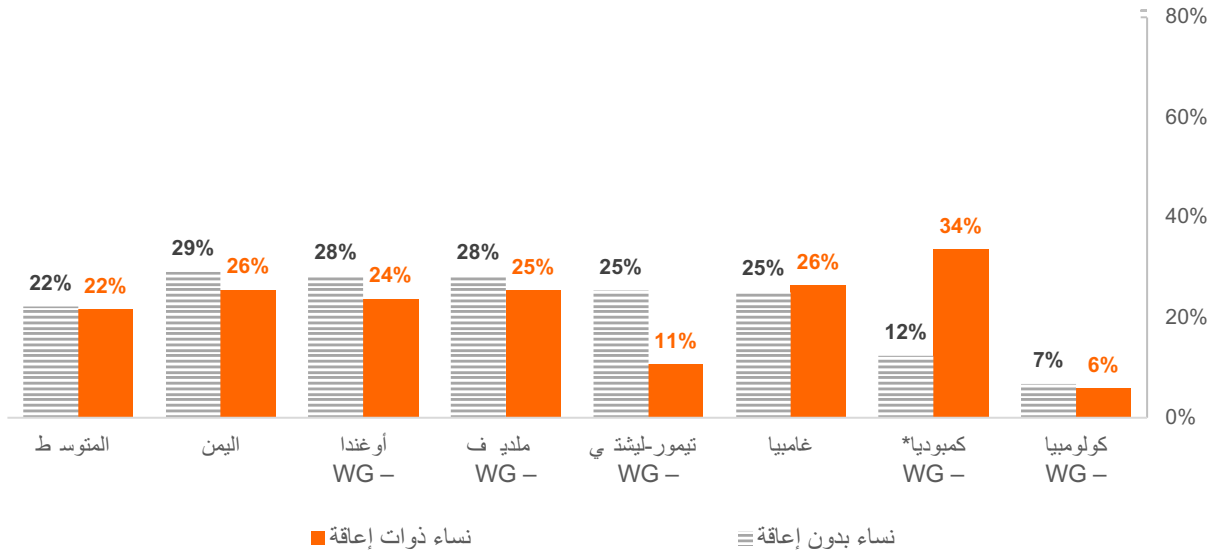
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶).

ويشكل دعم تنظيم الأسرة مكوناً هاماً آخر من مكونات خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وفيما يتعلق بالنساء ذوات الإعاقة اللاتي لديهن احتياجات في مجال تنظيم الأسرة، أي يرغبن في وقف الإنجاب أو تأخيرها، لكنهن لا يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل، لا تُلبى هذه الاحتياجات في كثير من الأحيان.

يبين الشكل 2-23 النسبة المئوية للنساء المتزوجات اللاتي لم يحصلن على احتياجاتهن من تنظيم لأسرة، حسب بحالة الإعاقة، في سبعة بلدان، حوالي عام 2014. وفقاً لهذه البيانات، 22 في المائة في المتوسط من النساء ذوات الإعاقة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة لم يحصلن على احتياجاتهن من تنظيم الأسرة. وفي ستة من البلدان السبعة، كان احتمال ألا تُلبى احتياجات النساء ذوات الإعاقة أقل أو مساوٍ تقريباً لما في حالة غيرهن، أما في كمبوديا فكان هذا الاحتمال أكبر في حالة النساء ذوات الإعاقة (34 في المائة) بالمقارنة مع غيرهن (12 في المائة). ويتفاوت عدم تلبية احتياجات تنظيم الأسرة تبعاً لمكان إقامة المرأة ذات الإعاقة (الشكل 2-24). ففي المتوسط، في أربعة بلدان نامية، كان احتمال ألا تُلبى احتياجات النساء ذوات الإعاقة اللاتي يعيشن في الأرياء (25 في المائة) أكبر مما في حالة النساء ذوات الإعاقة اللاتي يعيشن في المدن (18 في المائة).

وعلى العموم، لا يُعرف الكثير عن وصول الرجال إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، أما المعلومات عن الرجال ذوي الإعاقة فأقل. وبالنظر إلى العوائق التي تحول دون الوصول إلى الخدمات (القسم التالي)، يتوقع أيضاً أن تكون مستويات وصول الرجال ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية أقل من مستويات وصول أقرانهم الذين هم بدون إعاقة. وقد أشارت دراسة أجريت في إثيوبيا عن الشباب ذوي الإعاقة من الجنسين إلى أن 88 في المائة منهم معرفة ضئيلة بسبل منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية¹⁴⁸،¹⁴⁹. ووجدت الدراسة أيضاً أن الشباب ذوي الإعاقة الذهنية أقل اطلاعاً على مسائل الصحة الجنسية والإنجابية.

الشكل 2-23 النسبة المئوية للمتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة ولم يحصلن على احتياجاتهن فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، حسب بحالة الإعاقة، في 7 بلدان، حوالي عام 2014



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. يشير الرمز (*) إلى أن للفرق بين الولادات لنساء ذوات إعاقة والولادات لغيرهن دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة. تقوم بيانات كمبوديا وتيمور-ليشتي على ما يتراوح بين 25 و 49 ملاحظة، ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

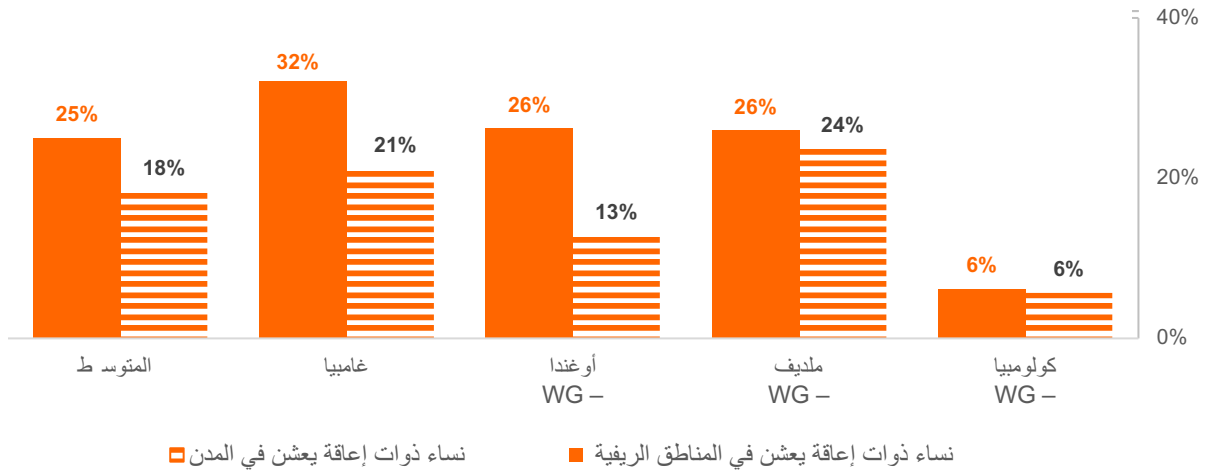
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶).

العوائق التي تحول دون الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة العديد من العوائق المرتبطة بالبيئة المحيطة التي تحول دون حصولهم على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. ففي البلدان النامية، كثيراً ما يتعذر وصولهم فعلياً إلى مرافق الصحة الجنسية والإنجابية، فهذه المرافق تفتقر إلى التعديلات المكيفة كالمحدرات أو المعدات المتحركة^{150،151}، وفي كثير من الأحيان تكون هناك قائمة انتظار طويلة¹⁵². وقد أشارت دراسة أجريت في إثيوبيا في عام 2012 إلى أن 62 في المائة من الشباب ذوي الإعاقة الذين أجريت معهم مقابلات¹⁴⁹ أشاروا إلى عدم إمكانية الوصول إلى مقدمي الخدمات كعائق رئيسي تحول دون وصولهم إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية¹⁴⁸. وحتى عندما تكون خدمات الصحة الجنسية والإنجابية متاحة، كثيراً ما لا تتوفر المعلومات بأشكال تسهل الوصول إليها. فمثلاً، نادراً ما يتوفر في عيادات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات الإيدز مترجمون بلغة الإشارة للصم¹⁵³.

كذلك تشكل المسافة إلى مرافق الرعاية الصحية عائقاً أمام العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة. إذ كثيراً ما يتعذر الوصول إلى وسائل النقل العام ولا يمكن الركوب إليها، بينما يكون النقل الخاص باهظ الكلفة^{151،152}. كما أن حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة إلى من يرافقهم في الزيارة للمرافق الصحية لا تزيد من تكاليف النقل فحسب، بل تثير أيضاً للكثيرين مسائل السرية الشخصية.

الشكل 2-24 النسبة المئوية للمتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة ولا يحصلن على احتياجاتهن فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، حسب موقع الإقامة، في أربعة بلدان، حوالي عام 2014



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. بالنسبة لجميع البلدان، ليس للفرق بين النساء ذوات الإعاقة والنساء بدون إعاقة دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶).

وهناك مجموعة متزايدة من البيانات التي تؤكد أن الأشخاص ذوي الإعاقة نشطون جنسياً مثل أقرانهم^{154،155،156،157} وأن احتياجاتهم مشابهة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة والولادة¹⁵⁸. غير أن هناك اعتقاداً خاطئاً شائعاً لدى عامة السكان بأن الأشخاص ذوي الإعاقة لا جنسيين وغير مرغوب بهم كشركاء جنسيين، وهم لا يتمتعون إلا بحقوق جنسية قليلة أو لا يتمتعون بأي من هذه الحقوق على الإطلاق ولا يستفيدون من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية التي يستفيد منها غيرهم¹⁵⁹. ويبدأ هذا الوصم للأشخاص ذوي الإعاقة ولحياتهم الجنسية في وقت مبكر ويتشكل من خلال المواقف السلبية والرافضة التي يبديها أفراد الأسرة وتبديها المجتمعات المحلية^{160،161}. وإلى جانب العوائق المرتبطة بالبيئة المحيطة وغيرها من العوائق، تردع هذه المواقف ففي نهاية المطاف العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة عن التماس الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية¹⁵¹.

وعلاوة على ذلك، قد يخشى الأشخاص ذوو الإعاقة، لا سيما النساء والفتيات، أيضاً التماس خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ففي إثيوبيا، أشار 23 في المائة من الشباب ذوي الإعاقة في عام 2012 إلى خشيتهم من مقارنة هذه الخدمات كأحد أسباب عدم التماس خدمات الصحة الجنسية والإنجابية^{148،149}. وتتجذر هذه المخاوف في ممارسات تنتهك الحقوق الإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة وترسخ سوء معاملتهم. ففي بلدان مختلفة، أُخضع العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما ذوي الإعاقة الذهنية والنساء منهم، للتعميم غير الطوعي^{162،163}. فمثلاً، أشارت دراسة موجزة عن النساء ذوات الإعاقة الذهنية في المكسيك في عام 2015 إلى أنه أوصي بتعميم نصفهن من أحد أفراد أسرهن، وجرى بالفعل تعقيم ما يقرب من نصفهن. وعلاوة على ذلك، لم يبلغ 6 في المائة منهن أن الجراحة التي أجريت لهن كانت عملية تعقيم¹⁶⁴. وفي الدراسة نفسها، تبين أن 43 في المائة من النساء تعرضن لاعتداء جنسي في مكتب طبيب الأمراض النسائية.

وكثيراً ما يتبنى أخصائيو الرعاية الصحية المواقف السلبية ذاتها حول الإعاقة والحياة الجنسية الراضية في المجتمع^{166،167}، ما قد يؤدي إلى تجارب مؤلمة للأشخاص ذوي الإعاقة. وكثيراً ما يُحرم المراهقون والبالغون ذوو الإعاقة من المعلومات والموارد المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، ولا يشجعهم المهنيون الصحيون على ممارسة النشاط الجنسي. وفي حالاً بقصوى، أفادت حوامل ذوات إعاقة عن تلقيهن مشورة غير ملتزمة للإجهاض، على افتراض أن الطفل غير مرغوب به أو أن الطفل سيرث الإعاقة نفسها التي لدى الأب أو الأم¹⁶⁴. وتنشأ هذه العوائق التي تحول دون تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة من أنه كثيراً ما لا تكون لدى العاملين في الصحة العامة والخدمات السريرية معرفة أو تدريب يذكر بشأن الإعاقة^{167،168} وهم لا يأخذون بالاعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة لدى التخطيط للتدخلات أو الخدمات الطويلة الأجل أو الحملات الإعلامية.

وما يضاعف العوائق المذكورة أمام الصحة الجنسية والإنجابية، أن البالغين والأطفال ذوي الإعاقة كثيراً ما يُستثنون في مجالات الحياة الأخرى مثل التعليم والعمالة والتنشئة الاجتماعية (الأقسام المتعلقة بالأهداف 4 و 8 و 10). وهذا يعني أنهم كثيراً ما يفتقرون إلى نُظم التعليم والدخل والدعم الاجتماعي التي تمكنهم من اتخاذ قرارات مستنيرة تتعلق بخياراتهم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. ولا يزال العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون في مؤسسات خا صة بهم (القسم المتعلق بالهدف 10)، وفي كثير من الأحيان، لا يُتاح لهم اتخاذ القرارات بشأن رعايتهم الصحية الجنسية والإنجابية أو بشأن الوصول إلى الخدمات المتعلقة بذلك.

وتتفاقم هذه العوائق أمام موارد الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة أثناء حالات الطوارئ الإنسانية. ففي هذه الحالات، تُعطى الأولوية لاحتياجات بقية السكان وتُهمل الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، فتتوجّل لبرامج مقبلة أو أنها لا تتلقى موارد كافية. فمثلاً، خلصت دراسة متعددة البلدان لمجتمعات اللاجئين إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة لا يستطيعون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، لأنه لا يوجد مترجمون بلغة الإشارة¹⁶⁶.

تزايد المخاطر

بالمقارنة مع الأشخاص بدون إعاقة، الشباب والبالغون ذوو الإعاقة معرضون على قدم المساواة لتزايد خطر الحمل غير المرغوب به والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي^{169،170،171} والعنف الجنسي (القسم المتعلق بالهدف 16). وليس هذا التعرض جزءاً من الإعاقة بطبيعته، بل يعكس العوائق المختلفة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية. فمثلاً، كثيراً ما يعني الاستثناء من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أن يمارس المراهقون ذوو الإعاقة سلوكيات جنسية محفوفة بالمخاطر، ما يزيد احتمال إصابتهم بمرض منقول بالاتصال الجنسي. ومن هنا أهمية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

الممارسات الحالية الرامية إلى تحسين الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة

تشمل المبادرات الرامية إلى تحسين الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة ما يلي: اعتماد سياسات وطنية بشأن الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة¹⁷²، وضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المعلومات

والخدمات الملائمة، وإشراكهم في تخطيط برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وتنفيذها ورصدها وتقييمها¹⁷³، وإقامة شبكات دعم مجتمعية فعالة، ومراجعة التشريعات والسياسات والاستراتيجيات والخطوط التوجيهية المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمراهقين ذوي الإعاقة، بالاستناد إلى الأدلة¹⁷⁴. كما جرت أيضاً بحوث عمل تشاركية¹⁷⁵ في مجال الصحة الجنسية والإنجابية بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة، ما أدى إلى عدة نواتج إيجابية كتعزيز معرفة الأشخاص ذوي الإعاقة بالرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وحصولهم عليها وزيادة مشاركتهم في المجتمعات المحلية¹⁷⁶.

ومن بين التطورات الإيجابية الأخرى وضع خطوط توجيهية عالمية ووطنية. فعلى الصعيد العالمي، صدرت خطوط توجيهية لتقديم المشورة بشأن توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة¹⁷⁷، وهناك أيضاً أمثلة على معايير وطنية للتثقيف الجنسي والتدريب على الصحة الجنسية والإنجابية¹⁷⁸. وقد تيسر تطبيق هذه المعايير من خلال أنشطة بناء قدرات المهنيين الصحيين¹⁷⁹.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

لا تقل أهمية الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة عن أهميتها لجميع أفراد المجتمع. فالأشخاص ذوو الإعاقة نشطون جنسياً كغيرهم ولديهم احتياجات تنظيم للأسرة مماثلة. وبدون خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، تتعرض النساء ذوات الإعاقة للحمل غير المرغوب به ويتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي كما يتفاقم احتمال تعرضهم للعنف الجنسي. ولذا فإن لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية أهمية خاصة لتقليل من تعرضهم لهذه المخاطر. مع ذلك، يُستثنى الأشخاص ذوو الإعاقة بانتظام من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بسبب عوائق مرتبطة بالبيئة المحيطة وغيرها سلوكية، كالاقتدار إلى إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية واستخدام النقل العام، وانخفاض مستوى الوعي والمفاهيم الخاطئة إزاء احتياجاتهم من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. وقد عنى الافتراض الخاطئ والشائع، بأن الأشخاص ذوي الإعاقة ليسوا نشطين جنسياً أنه لم يكرس غير القليل من الاهتمام والشحیح من الموارد لضمان حصولهم على قدم المساواة على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية.

وقد اتخذت بلدان مختلفة إجراءات لمعالجة هذه التحديات، بما في ذلك من خلال وضع سياسات وبرامج وطنية تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة، وإجراء دراسات متعمقة عن أوضاعهم فيما يتعلق بالوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، ووضع برامج لتنمية القدرات لتعزيز إمكانية الوصول. مع ذلك، لا يزال غير كافٍ جمع وتحليل البيانات والمعلومات الهامة عن حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والعوائق التي يواجهونها. ويتسبب الافتقار إلى البيانات في بروز تحديات في التخطيط البرنامجي وفي رصد وتقييم نجاح خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في الوصول إلى الأشخاص ذوي الإعاقة وتقديم خدمات كافية لهم.

من هنا، ينبغي النظر في اتخاذ عدد من الإجراءات لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الحقوق الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية:

- 1) وضع سياسات وقوانين وطنية تضمن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الصحة الجنسية والإنجابية وتمتعهم بالحقوق الإنجابية. إلغاء القوانين التمييزية التي تحول دون ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة لحقوقهم الإنجابية ووقف الإجراءات التمييزية، بما في ذلك التعقيم غير الموافق عليه. وضمان مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في عمليات تخطيط البرامج الوطنية وصنع القرار.
- 2) إزالة العوائق في البيئة المحيطة من خلال تيسير الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية والحصول على المعلومات. يجب أن يكون الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية ممكناً ويجب توفير المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية في نسق يسهل على الأشخاص ذوي الإعاقة الاطلاع عليها.
- 3) تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، ومكافحة العوائق السلوكية السلبية، وتحسين تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة. حظر الممارسات التمييزية ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وإدراج الإعاقة في وحدات التدريب لتعزيز الفهم لما يتعلق باحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وإشراكهم في دورات تدريبية عند الاقتضاء.
- 4) تثقيف الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم المراهقون ذوو الإعاقة حول الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. وضع خطوط توجيهية للمعلمين لتقديم تعليم عالي الجودة ومناسب للعمر حول الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للجميع، بمن فيهم ذوو الإعاقة. وينبغي توفير المواد التدريبية في نسق سهل.
- 5) إنشاء آلية للرصد والتقييم لتتبع تنفيذ السياسات والبرامج المتعلقة بوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ضمان مشاركة جميع أصحاب المصلحة، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، في عملية التقييم.
- 6) تحسين البحوث والبيانات لرصد وتقييم وتعزيز الصحة والخدمات الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة. إجراء بحوث تجريبية عن الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة وعن وصولهم إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والعوائق التي يواجهونها. وجمع بيانات مفصلة حسب الإعاقة والجنس والعمر في هذا السياق. وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في الدراسات.

دال- ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة (الهدف 4)

يركز هذا القسم على تحقيق الهدف 4 للأشخاص ذوي الإعاقة. ويدعو هذا الهدف إلى ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع. وجميع مقاصده حاسمة الأهمية في تحقيق المساواة في التعليم للأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن مقصدين اثنين فقط منها يشيران صراحة إلى الإعاقة، وهما المقصد 4-5 الذي يدعو، من بين جملة أمور، إلى ضمان تكافؤ فرص الوصول إلى جميع مستويات التعليم والتدريب المهني للفئات المعرضة للمخاطر، بما في ذلك للأشخاص ذوي الإعاقة، والمقصد 4-4 الذي يدعو إلى بناء المرافق التعليمية التي تراعي الإعاقة ورفع مستوياتها وتهينة بيئات تعليمية شاملة للجميع. ويعرض هذا القسم الإطار المعياري الدولي بشأن الإعاقة ويتناول على أساس الأدلة المتوفرة التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على التعليم. ويبحث أيضاً في الممارسات الحالية في البلدان فيما يتعلق بحصول هؤلاء على التعليم، ويقدم أمثلة على السياسات الوطنية وأفضل الممارسات، فضلاً عن توصيات للدفع قدماً بالتعليم الشامل للجميع.

التعليم د ق أساس يه ن حقوق الإنسا زوشر ط أساس ي لتنمية الفرد وللمشاركة الكاملة والفعالة في المجتمع. غير أن عدداً كبيراً جداً من الأشخاص ذوي الإعاقة ما زالوا محرومين من هذا الحق الأساسي بسبب العديد من العوائق والعقبات التي تعترض حصولهم على التعليم، بما في ذلك التحيز والتمييز ضدهم والافتقار إلى مدرسين مؤهلين لتلبية احتياجاتهم، فضلاً عن تعذر الوصول إلى المدارس والمواد التعليمية. كما يعوق الافتقار إلى البيانات والبحوث المفصلة وضع سياسات وبرامج فعالة لتعزيز التعليم الشامل للجميع. وتبين الأدلة المتوفرة أن احتمال التحاق الأشخاص ذوي الإعاقة بمدرسة أقل وكذلك احتمال إتمامهم التعليم الابتدائي أو الثانوي هو احتمال إمامهم بالقراءة والكتابة، مع أن التعليم أساسي للشمول الاجتماعي وللمشاركة في سوق العمل ودوره حاسم في اكتساب المهارات والمعرفة.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والتعليم

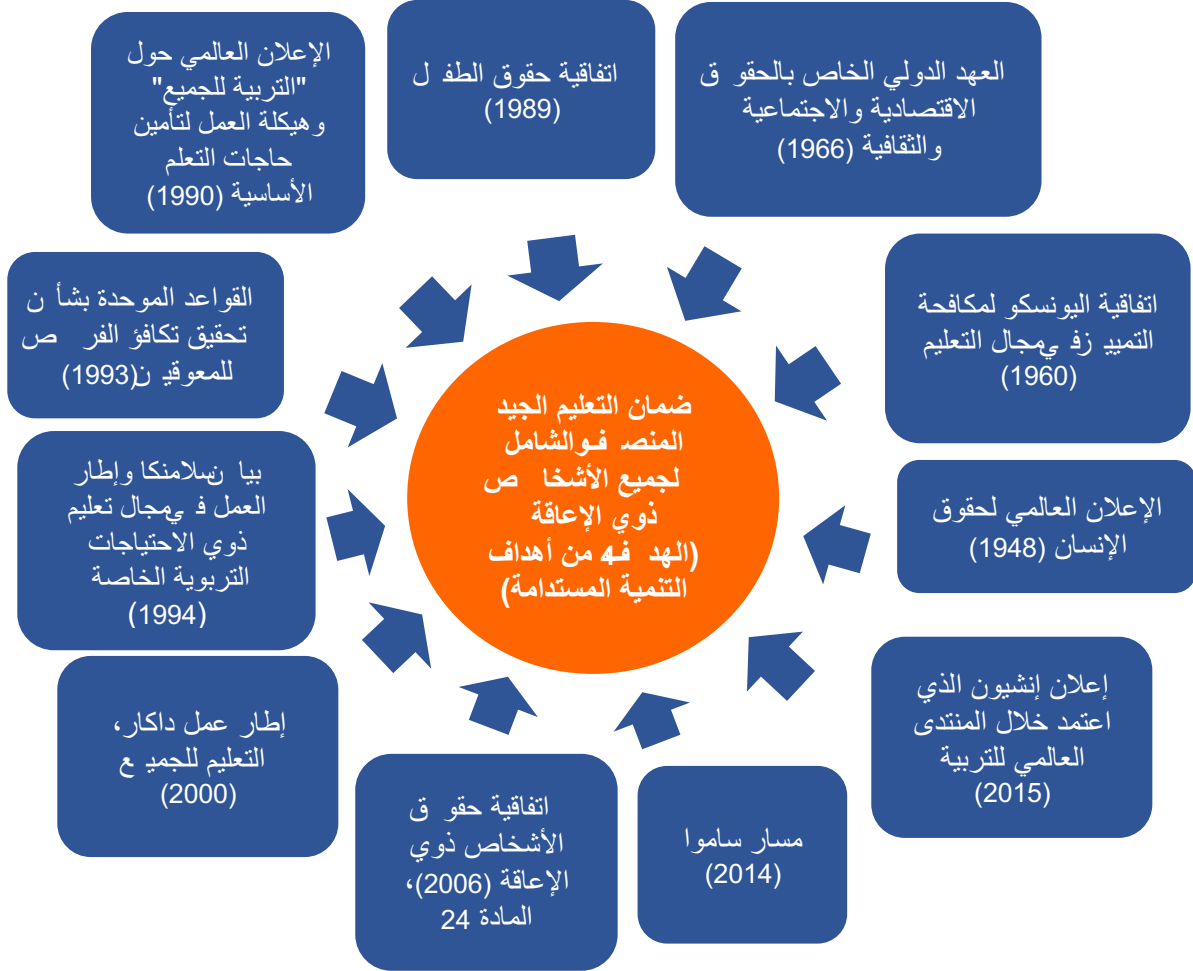
أعلن حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم في عدد من الصكوك الدولية، بما في ذلك الإعلان العالمي حول "التربية للجميع"، المنبثق عن المؤتمر العالمي حول "التربية للجميع" (1990)، الذي شدد على أن تكون التربية الأساسية قائمة على المساواة وعلى إيلاء عناية خاصة لحاجات التعلم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة¹⁸⁰. وتمثل "القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة" (1993) الالتزام السياسي القوي بتكافؤ الفرص التعليمية لهم. وفي عام 2000، أعاد المجتمع العالمي تأكيد التزامه بحركة توفير التعليم للجميع بأن اعتمد في المنتدى العالمي للتعليم "إطار عمل داكار، التعليم للجميع: الوفاء بالتزاماتنا الجماعية". وعزز إطار عمل داكار الجهود والالتزامات السابقة التي بذلها المجتمع الدولي لإحراز تقدم نحو توفير التعليم الشامل للجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة¹⁸¹. وتنص المادة 24 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2006) على أنه ينبغي للدول الأطراف أن تكفل تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على التعليم المجاني الابتدائي والثانوي، الجيد والجامع، على قدم المساواة مع الآخرين¹⁸². ولإعمال هذا الحق، تضمنت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حكماً يتعلّق بالاستعانة بمدرسين مؤهلين يتقنون لغة الإشارة و/أو طريقة برايل، وتدريب الأخصائيين والموظفين العاملين في جميع مستويات التعليم لتوعيتهم بمسائل الإعاقة. كما دعت المادة 24 إلى توفير الترتيبات التيسيرية المعقولة للأشخاص ذوي الإعاقة وإتاحة بيئات تعلم مناسبة لهم، بما في ذلك من خلال مواد تعليمية يمكنهم استيعابها.

وفي الأونة الأخيرة، في عام 2015، أقرت خطة التنمية المستدامة لعام 2030 بأنه ينبغي أن تتاح للأشخاص ذوي الإعاقة فرص التعلم مدى الحياة التي تساعدهم على اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة لاستغلال الفرص والمشاركة الكاملة في المجتمع¹⁸³. ويغطي الهدف 4 الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً. وبالإضافة إلى ذلك، تناول إعلان "إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا)" أهمية توفير تعليم وتدريب عالي الجودة، ودعا إلى تعزيز التعاون والاستثمار الدوليين في التعليم، بما في ذلك دعم عمليات الانتقال من التعليم الأساسي إلى التعليم الثانوي ومن المدرسة إلى العمل للأشخاص ذوي الإعاقة¹⁸⁴.

وركّز إطاران على تعليم الأطفال ذوي الإعاقة. فقد كرست اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل (1989) الحق في التعليم (المادتان 28 و29) وتناولت على وجه التحديد تعليم الأطفال ذوي الإعاقة (المادة 23)¹⁸⁵. وعلاوة على ذلك، طلبت الفقرة 3 من المادة 23 من الدول الأطراف أن توفر مساعدة موسعة ينبغي أن تهدف إلى ضمان إمكانية حصول الطفل ذي الإعاقة فعلاً على التعليم والتدريب¹⁸⁵. وحدد "بيان سلامنكا وإطار العمل في مجال تعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة"، الذي اعتمد عام 1994 في المؤتمر العالمي المعني بتعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة التحديات التي يواجهها الأطفال ذوو الإعاقة ودعا إلى تكافؤ الفرص أمام الأطفال والشباب والبالغين من ذوي الإعاقة في بيئات متكاملة¹⁸⁶. كما شجع الإطار البلدان على اعتماد إجراءات تشريعية متكاملة في مجالات أخرى ذات صلة كالصحة والرعاية الاجتماعية والعمالة وحث على تعزيز التنسيق على الصعيد الوطني لضمان الاتساق وتحقيق أقصى قدر من النتائج.

وأرست عدة صكوك دولية التعليم جزءاً لا يتجزأ من حقوق الإنسان الشاملة. فقد جاء في المادة 26 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) أن "لكل شخص الحق في التعليم"¹⁸⁷. وبالإضافة إلى ذلك، فصلت حق كل فرد في التعليم اتفاقية اليونسكو لمكافحة التمييز في مجال التعليم (1960)¹⁸⁸، وهي الاتفاقية الدولية الأولى التي حددت العناصر الأساسية للحق في التعليم. وتجدر الإشارة إلى أن الاتفاقية لم تلزم الدول الأطراف بحظر جميع أشكال التمييز في التعليم فحسب، بل ألزمتها أيضاً بالمساواة في الفرص التعليمية. ومن بين معاهدات الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، تغطي المادة 13 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966) الحق في التعليم تغطية شاملة¹⁸⁹.

الشكل 2-25 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



حالة الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم

العديد من الشبا بدوي الإعاقة مستثنون من التعليم

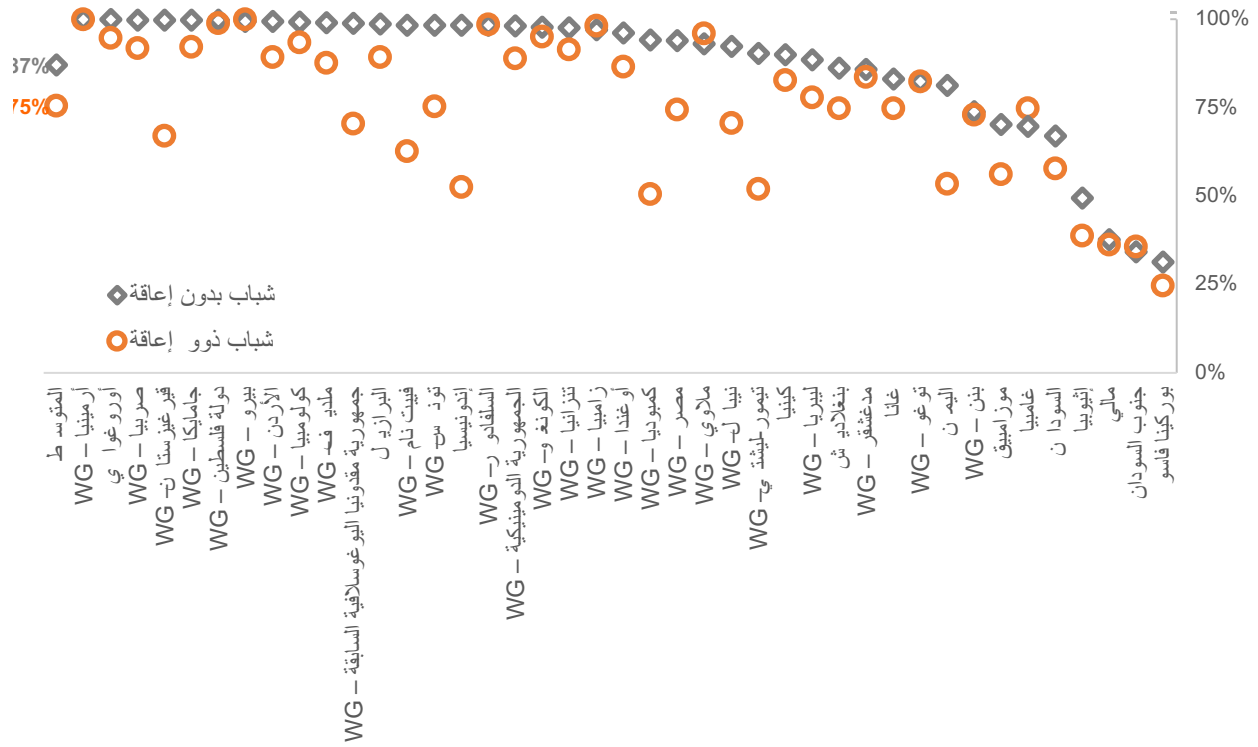
تشير نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة الذين التحقوا بمدرسة في أي وقت من الأوقات إلى النسبة المئوية لمن حصلوا على أي تعليم نظامي، بغض النظر عن المدة، من هذه الفئة العمرية. ويبين الشكل 2-26 أنه في 41 بلداً نامياً التحق بمدرسة في أي وقت من الأوقات ما متوسطه 87 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة مقابل 75 في المائة من الأشخا ص ذوي الإعاقة. وفي عشرة من هذه البلدان، تزيد الفجوات بين الشباب ذوي الإعاقة والشباب بدون إعاقة عن 15 نقطة مئوية، لكنها في 13 بلداً تقل عن 5 نقاط مئوية. ويلاحظ أن أكبر الفجوات هي في كمبوديا (51 في المائة مقابل 94 في المائة) واندونيسيا (53 في المائة مقابل 98 في المائة) وتيمور-ليشتي (52 في المائة مقابل 90 في المائة) وفيت نام (63 في المائة مقابل 98 في المائة)، ولدى بوركينا فاسو أدنى نسبة مئوية للشباب ذوي الإعاقة الذين التحقوا بمدرسة في أي وقت من الأوقات (25 في المائة). غير أن النسبة المئوية للشباب ذوي الإعاقة الذين التحقوا بمدرسة في أي وقت من الأوقات في 12 بلداً من هذه البلدان النامية تزيد على 90 في المائة.

العديد من الأطفال ذوي الإعاقة غير ملتحقين بمدرسة

معدل الأطفال غير الملتحقين بمدرسة في سن التعليم الابتدائي والإعدادي هو نسبة الأطفال في فئة عمرية معينة الذين لا يلتحقون بمدرسة ابتدائية أو ثانوية. وقد يكون بع ضهم التحق بمدرسة في الماضي وتسرب من المدرسة وقد يلتحق بعضهم بها في المستقبل وقد لا يلتحق البعض بالمدرسة إطلاقاً¹⁹⁰. وتشير بيانات ستة بلدان نامية إلى أن احتمال أن يكون الأطفال ذوو الإعاقة ممن هم في سن الدراسة الابتدائية (حوالي 6 سنوات إلى 11 سنة في معظم البلدان) خارج المدرسة أكبر في المتوسط بالمقارنة مع أقرانهم بدون إعاقة (الشكل 2-27)¹⁹¹. وقد أفيد أن الفجوة الأكبر هي في كمبوديا، إذ تبلغ 50 نقطة مئوية (57 في المائة مقابل 7 في المائة)، ما يعني أن احتمال عدم التحاق الأطفال ذوي الإعاقة بمدرسة يبلغ ثمانية أضعاف احتمال عدم التحاق أقرانهم بدون إعاقة. وليست الفجوة في البلدان الأخرى في نفس اتساع الفجوة في كمبوديا، لكنها مع ذلك تثبت وجود عدم مساواة صارخة بين الأطفال ذوي الإعاقة وغيرهم من الأطفال. ففي أوغندا وكولومبيا وملديف واليمن تبلغ معدلات الأطفال ذوي الإعاقة خارج المدرسة ضعفي إلى ثلاثة أضعاف معدلات الأطفال بدون إعاقة. وفي هذه البلدان يزيد في المتوسط احتما ل أن يكون الأطفال ذوو الإعاقة خارج المدرسة عن ضعف ما في حالة غيرهم من الأطفال.

يبين الشكل 2-28 معدل المراهقين ممن هم في سن المرحلة الأولى من التعليم الثانوي (حوالي 12 إلى 14 سنة في معظم البلدان) غير الملتحقين بمدرسة. وفي جميع البلدان التي تتوفر لها بيانات، احتمال أن يكون المراهقون ذوو الإعاقة غير ملتحقين بمدرسة أكبر بالمقارنة مع غيرهم من المراهقين، إذ يبلغ متوسط المراهقين بدون إعاقة خارج المدرسة 18 في المائة مقابل 26 في المائة لذوي الإعاقة. وفي أوغندا واليمن وغامبيا، أكثر من 30 في المائة من الأطفال بدون إعاقة ممن هم في سن المرحلة الأولى من التعليم الثانوي غير ملتحقين بمدرسة، بينما تبلغ النسبة في ملديف وكولومبيا 13 في المائة و16 في المائة على التوالي.

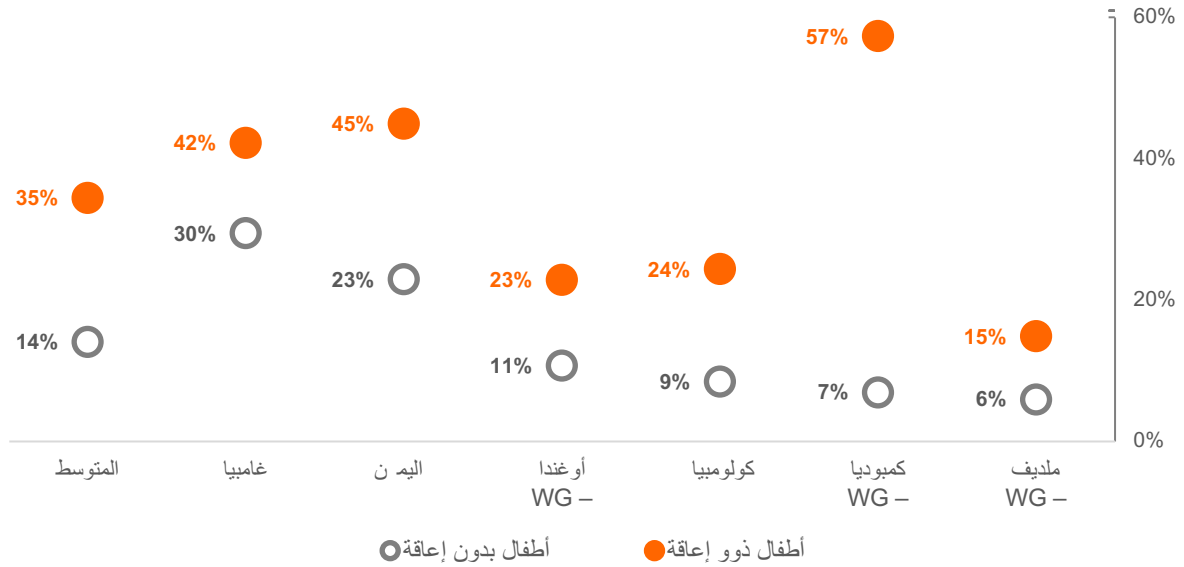
الشكل 2-26 النسبة المئوية للشباب الذي تتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة الذين التحقوا بمدرسة في أي وقت، حسب حالة الإعاقة، في 41 بلداً نامياً، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنتز حول أداء الوظائف. تقوم البيانات عن الشبا بذوي الإعاقة في بنبرو وجامايكا والسلفادور وصربيا وفيت نام وقيرغيزستان وليبيريا وملاوي ومقدونيا ونيبال على ما يتراوح بين 25 و 49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶)؛ معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰ والمسوح حول انتقال الشباب من المدرسة إلى العمل¹⁹²).

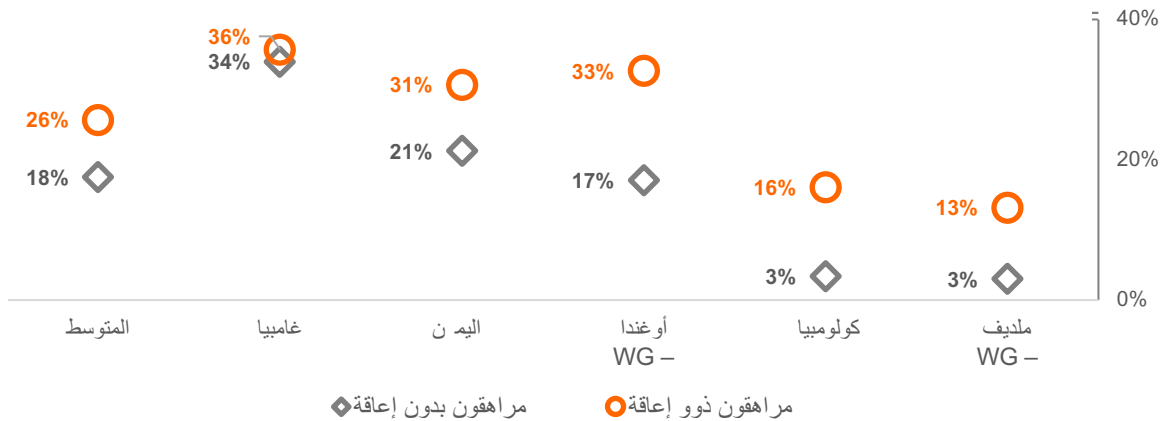
الشكل 2-27 النسبة المئوية للأطفال في سن الدراسة الابتدائية غير الملتحقين بمدرسة، حسب حالة الإعاقة، في 6 بلدان، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفري قواشنت حول أداء الوظائف.

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من DHS⁶).

الشكل 2-28 النسبة المئوية للمراهقين غير الملتحقين في المرحلة الأولى من التعليم الثانوي، حسب حالة الإعاقة، في 5 بلدان، حوالي عام 2010



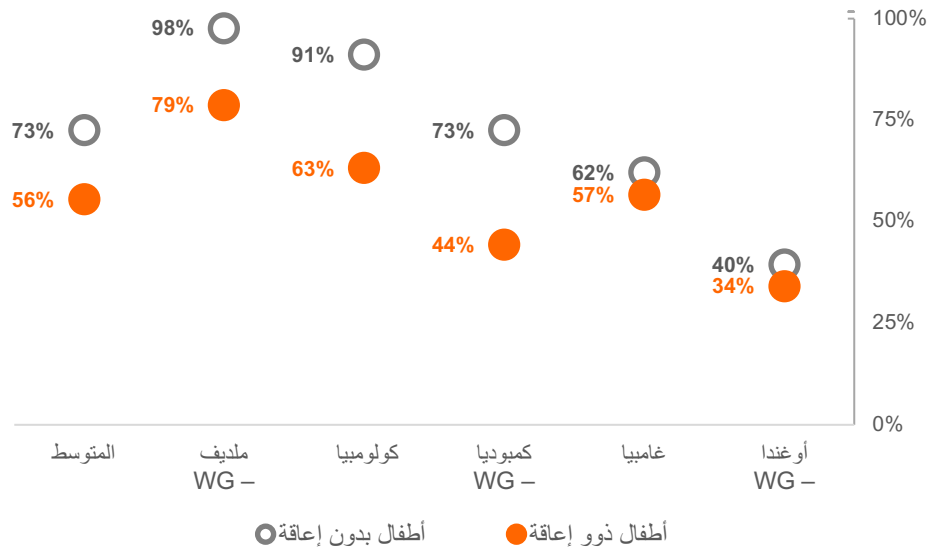
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفري قواشنت حول أداء الوظائف. تقوم البيانا تعن المراهقين ذوي الإعاقة في غامبيا على ما يتراوح بين 25 و 49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من DHS⁶).

احتمال إتمام الأشخاص ذوي الإعاقة التعليم الابتدائي والثانوي والعالي أقل

احتمال إتمام الأطفال ذوي الإعاقة التعليم الابتدائي أقل مما في حالة غيرهم من الأطفال. وتظهر بيانات خمسة بلدان نامية أن معدل إتمام المرحلة الابتدائية يبلغ في المتوسط 73 في المائة للأطفال بدون إعاقة و56 في المائة للأطفال ذوي الإعاقة (الشكل 2-29). وبالنسبة لهذه المجموعة الصغيرة من البلدان، يبلغ مؤشر التكافؤ من حيث الإعاقة 1930.76، ما يعني أن احتمال إتمام الأشخاص ذوي الإعاقة التعليم الابتدائي أقل مما في حالة غيرهم من الأطفال. والفجوة بين المجموعتين أوسع في كيمبوديا وكولومبيا: ففي كيمبوديا أتم 73 في المائة من الأطفال بدون إعاقة وتتراوح أعمارهم بين 14 و16 سنة تعليمهم الابتدائي، بالمقارنة مع 44 في المائة فقط من أقرانهم ذوي الإعاقة، وفي كولومبيا بلغ معدل إتمام الدراسة 91 في المائة لمن هم بدون إعاقة و63 في المائة للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي ملديف، أتم تقريباً جميع من تتراوح أعمارهم بين 15 و17 من الأشخاص بدون إعاقة التعليم الابتدائي (98 في المائة)، بالمقارنة مع أربعة فقط من كل خمسة من المراهقين ذوي الإعاقة من الفئة العمرية نفسها (79 في المائة). وتبين البلدان التي حققت معدلات أعلى من إتمام التعليم الابتدائي للأطفال بدون إعاقة فجوات أوسع مقارنة بالأطفال ذوي الإعاقة، ما يؤكد أن الجهود الرامية إلى تحسين إتمام الدراسة ينبغي أن تكون أكثر شمولاً.

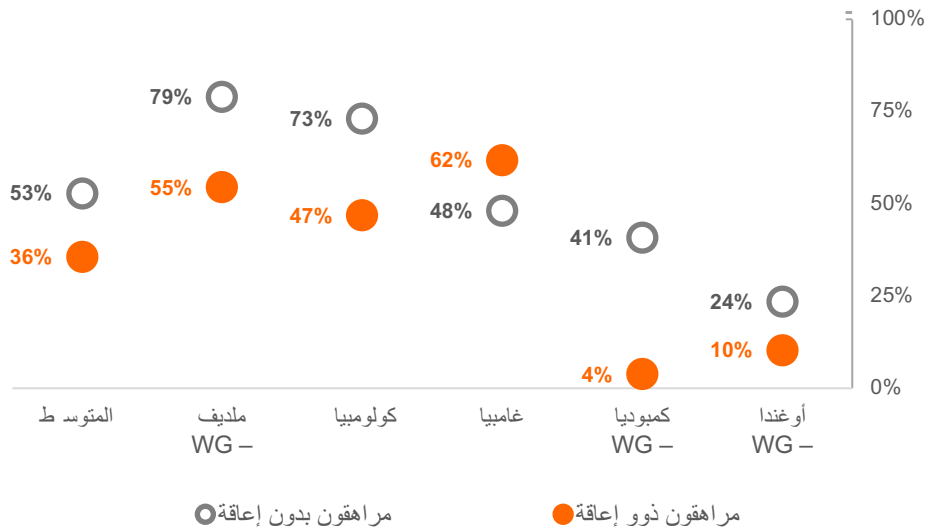
الشكل 2-29 معدل إتمام التعليم الابتدائي¹⁹⁴، حسب حالة الإعاقة، في 5 بلدان، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة الصغيرة لفردي قواشنتو نحو أداء الوظائف. تقوم البيانات عن الأطفال ذوي الإعاقة في غامبيا وكمبوديا على ما يتراوح بين 25 و49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من DHS⁶).

الشكل 2-30 معدلات إتمام المرحلة الأولى ومن التعليم الثانوي، حسب حالة الإعاقة، في 5 بلدان، حوالي عام 2011



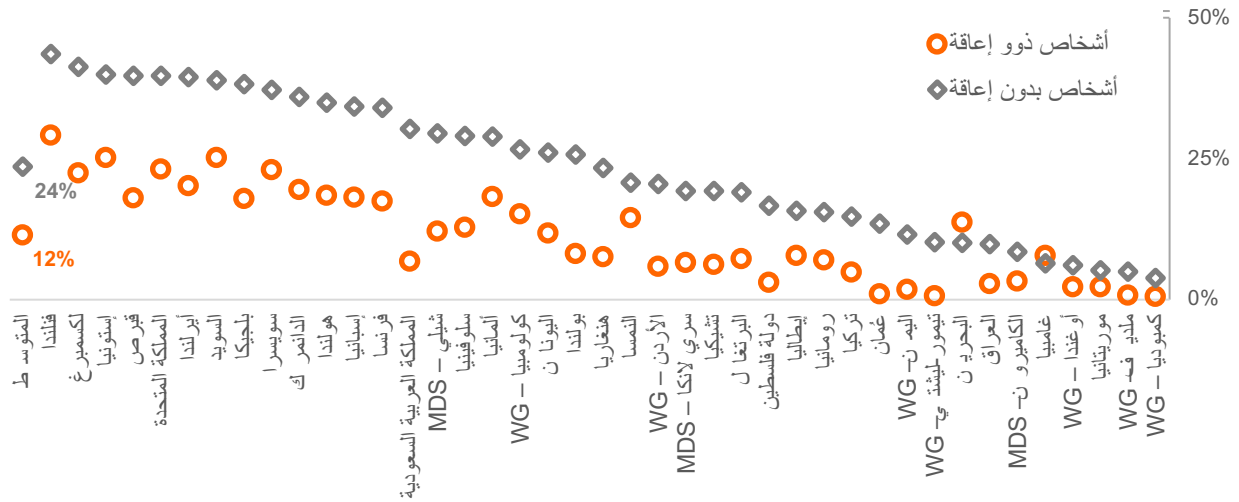
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرد قواشنت نحول أداء الوظائف. تقوم البيانات عن الأطفال لذوي الإعاقة في غامبيا وكمبوديا على ما يتراوح بين 25 و49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من DHS⁶).

وكنتيجة مباشرة لانخفاض معدلات إتمام التعليم الابتدائي، يقل أيضاً احتمال متابعة الأطفال ذوي الإعاقة مستويات أعلى من التعليم. ويعرض الشكل لـ2-30 معدل إتمام المرحلة الأولى من التعليم الثانوي في أربعة من البلدان الخمسة التي توفرت لها بيانات، وهو يبين أن احتمال إتمام المراهقين ذوي الإعاقة هذه المرحلة من التعليم أقل مما في حالة المراهقين بدون إعاقة. إذ يبلغ متوسط إتمام الدراسة 53 في المائة للمراهقين بدون إعاقة و36 في المائة للمراهقين ذوي الإعاقة. وفي كمبوديا، لم يتم سوى 4 في المائة من المراهقين ذوي الإعاقة المرحلة الأولى من التعليم الثانوي، بالمقارنة مع 41 في المائة من أقرانهم بدون إعاقة، وهي فجوة أكبر مما في أي بلد آخر توفرت عنه بيانات. وغامبيا هي البلد الوحيد الذي يبدو فيه نمط معاكس، فمعدلات إتمام الدراسة أعلى لدى المراهقين ذوي الإعاقة منها للمراهقين بدون إعاقة.

كما أن احتمال إكمال الأشخاص ذوي الإعاقة للتعليم العالي أقل (الشكل لـ2-31). ففي 41 بلداً، أتمّ هذه المرحلة من التعليم 24 في المائة ممن هم بدون إعاقة البالغين من العمر 25 سنة فأكثر، مقابل 12 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة. ويلاحظ أن الفجوة الأعلى بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة هي في المملكة العربية السعودية، إذ أتمّ هذه المرحلة 30 في المائة من البالغين بدون إعاقة مقابل 7 في المائة من البالغين ذوي الإعاقة. وفي بلدين آخرين، هما بلجيكا وقبرص، الفجوات أيضاً واسعة تبلغ 20 نقطة مئوية. وفي 11 بلداً آخر، تزيد الفجوة على 15 نقطة مئوية. وتتراوح النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين أتموا التعليم العالي من 1 في المائة في تيمور-ليشتي وعمان وكمبوديا وملديف إلى 29 في المائة في فنلندا.

الشكل 2-31 النسبة المئوية لمن يبلغون من العمر 25 سنة فأكثر¹⁹⁵ وأتموا التعليم العالي، حسب حالة الإعاقة، في 41 بلداً، حوالي عام 2012



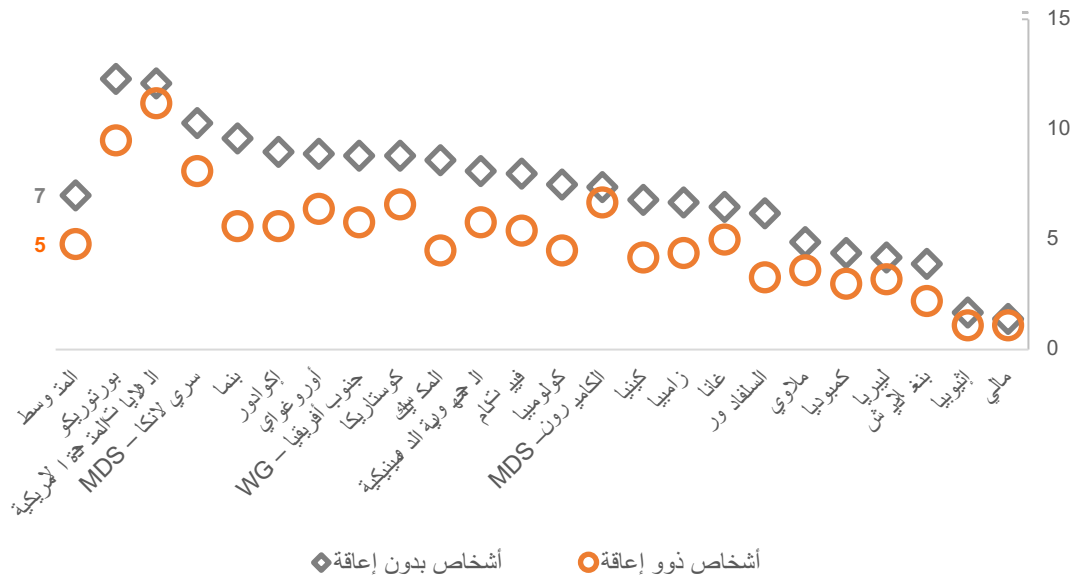
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنتز حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: الإسكوا⁷؛ Eurostat⁹؛ UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶)؛ WHO¹⁰⁰.

الأشخاص ذوو الإعاقة يقضون في المدرسة سنوات أقل

متوسط سنوات الدراسة هو عدد سنوات التعليم الرسمي التي تُستكمل على المستوى الابتدائي أو مستوى أعلى، من دون احتساب السنوات التي تُقضى في تكرار صفوف مفردة. ويبين الشكل لـ2-32 هذا المؤشر للسكان من عمر 25 سنة فأكثر في 23 بلداً ومنطقة. وفي جميع البلدان، يقضي الأشخاص ذوو الإعاقة سنوات دراسة أدنى من نظرائهم بدون إعاقة. ففي المتوسط، يحصل الأشخاص بدون إعاقة على سبع سنوات والأشخاص ذوو الإعاقة على خمس سنوات، أي أن سنوات الدراسة لمن يبلغون من العمر 25 سنة فأكثر من الأشخاص بدون إعاقة تزيد بنسبة 40 في المائة عن سنوات الدراسة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتوجد أكبر الفجوات في إكوادور والمكسيك وبنما، إذ يبلغ الفارق في المكسيك لثوبنما 4.1 و4 من السنوات على التوالي وفي إكوادور 3.4 ويبلغ في البلدان الأخرى جميعاً سنة واحدة على الأقل. والاستثناء هو مالي، حيث لا يتجاوز الفرق 0.3 سنة، لكن متوسط سنوات الدراسة فيها لمن تبلغ أعمارهم 25 سنة فأكثر منخفض جداً، إذ يبلغ 1.1 سنة للأشخاص ذوي الإعاقة و1.4 سنة لغيرهم. وفي السلفادور والمكسيك، يحصل الأشخاص بدون إعاقة على ما يقرب من ضعف سنوات الدراسة التي يحصل عليها الأشخاص ذوو الإعاقة، في حين تحصل الفتاة في الولايات المتحدة الأمريكية على سنوات الدراسة نفسها تقريباً.

الشكل 2-32 متوسط سنوات الدراسة لمن يبلغون من العمر 25 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة، في 23 بلداً أو منطقة، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جمعت بيانات الكاميرين في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰)؛ WHO¹⁰⁰.

في البلدان كافة، معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة أدنى لدى الأشخاص ذوي الإعاقة

يعرّف الإلمام بالقراءة والكتابة عادة بأنه القدرة على قراءة وكتابة وفهم جملة قصيرة بسيطة عن الحياة اليومية¹⁹⁶. ويبيّن الشكل 2-33 معدل إلمام الكبار بالقراءة والكتابة بين من تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر في 36 بلداً. ويتضح منه أن معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة أدنى في جميع البلدان من معدلاتها لغيرهم. وتتراوح الفجوات بين 5 نقاط مئوية في مالي (تعداد عام 2009) و56 نقطة مئوية في عُمان، حيث لدى أغلبية كبيرة (87 في المائة) من البالغين بدون إعاقة مهارات أساسية في القراءة والكتابة بالمقارنة مع ثلث البالغين ذوي الإعاقة فقط (31 في المائة). وهناك أيضاً فجوات كبيرة في إندونيسيا وإيران والعراق وقطر ودولة فلسطين وفيت نام والمملكة العربية السعودية والمغرب واليمن. ففي فيت نام، يتناقض ارتفاع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين بدون إعاقة البالغ 94 في المائة تناقضاً صارخاً مع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين ذوي الإعاقة البالغ 59 في المائة. وفي إيران، يبلغ الفرق 30 نقطة مئوية بين المعدل للبالغين ذوي الإعاقة (50 في المائة) والمعدل لغيرهم (80 في المائة). ويبلغ مؤشر التكافؤ، الذي يُحسب بقسمة معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين ذوي الإعاقة على معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين بدون إعاقة، 0.69 في المتوسط ويتراوح من 0.36 في عُمان، حيث معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين بدون إعاقة تقريباً ثلاثة أضعاف المعدل لدى البالغين ذوي الإعاقة إلى 0.93 في كوستاريكا.

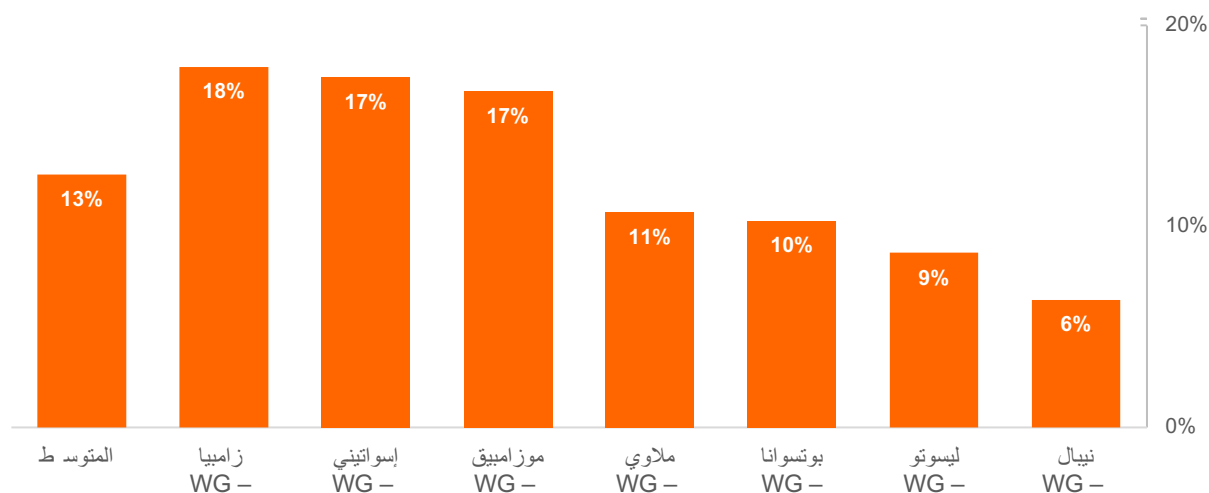
الشكل 2-33 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لمن يبلغون من العمر 15 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة، في 36 بلداً، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف.

المصدر: الإسكوا⁷¹؛ معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

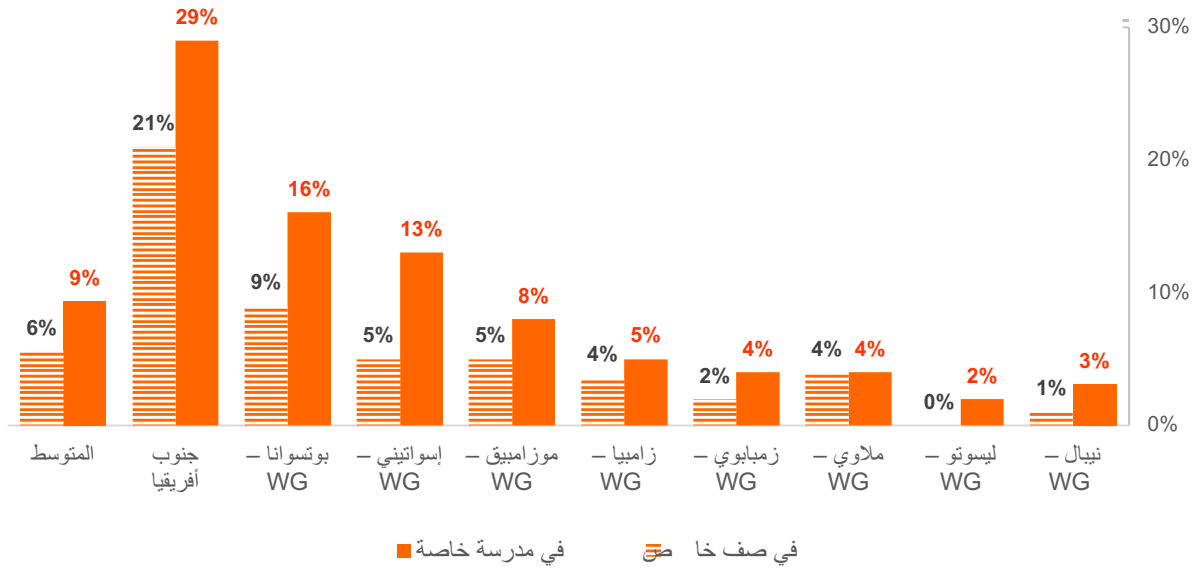
الشكل 2-34 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين رُفص دخولهم المدرسة أو المدرسة التمهيدية في أي وقت من الأوقات بسبب إعاقتهم، في 7 بلدان، حوالي عام 2011



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الشكل 2-35 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين التحقوا أساساً بالتعليم التمهيدي أو الابتدائي أو الثانوي أو العالي في مدرسة خاصة أو في صف خاص، في 9 بلدان، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعتين القصيرة لفرد قواشنت حول أداء الوظائف. تقوم بيانات ليسوتو على ما يتراوح بين 25 و49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

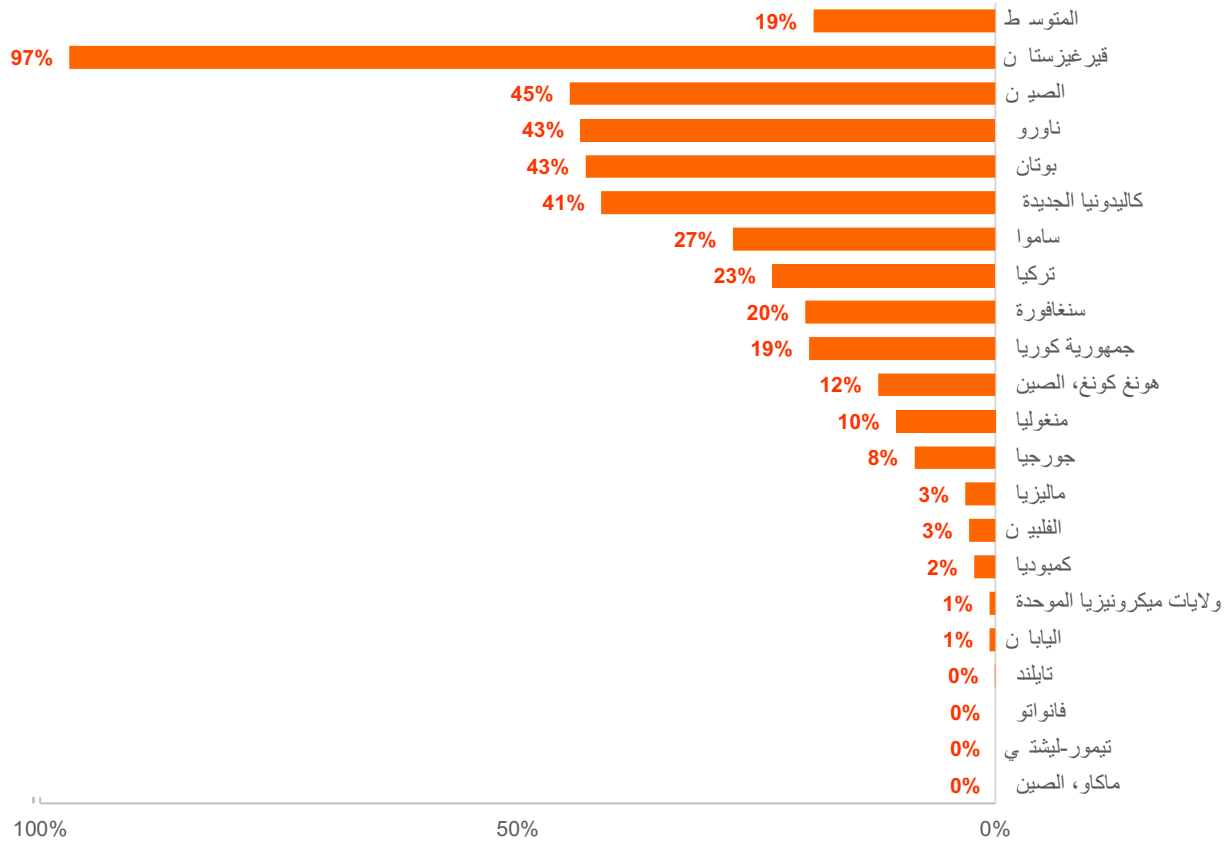
لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة يواجهون العديد من العوائق أمام التعليم

أحياناً، يُرفض دخول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المدارس بسبب إعاقته. وتظهر بيانا تسبعة بلدان حول العالم 2011 أن ما بين 6 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في نيبال و18 في المائة في زامبيا رُفض دخولهم المدرسة أو المدرسة التمهيديّة بسبب إعاقته (الشكل 2-34). والنسبتان لك لمن موزمبيق وإسواتيني مرتفعة تقريباً قدر ارتفاعها لزامبيا، إذ بلغت 17 في المائة. وفي البلدان السبعة هذه، رُفض في المتوسط دخول 13 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة المدرسة أو المدرسة التمهيديّة بسبب إعاقته مرة واحدة على الأقل.

ولا يزال من يلتحقون بالمدرسة منهم يواجهون تحديات أخرى. ففي تسعة بلدان حوالي عام 2012، التحق 9 في المائة من الطلاب ذوي الإعاقة أساساً بمدارس خاصة و6 في المائة بصفوف خاصة في التعليم الابتدائي أو الثانوي أو العالي (الشكل 2-35). وفي إسواتيني وبوتسوانا، التحق أكثر من 10 في المائة من الطلاب ذوي الإعاقة بمدارس خاصة. وتشير الأدلة من 21 بلداً ومنطقة في إقليم آسيا والمحيط الهادئ إلى أن العديد من الأطفال ذوي الإعاقة ما زالوا يتعلمون في مدارس ابتدائية خاصة: في المتوسط 19 في المائة (الشكل 2-36). ويتبين أن لدى فيرغيزستان أعلى نسبة مئوية، إذ بلغت 97 في المائة، ولدى أربعة بلدان وأقاليم هي الصيد زوناور ووبوتا نوكاليدونيا الجديدة، نسبة مئوية تفوق 40 في المائة. ويضطّر الطلاب ذوو الإعاقة في بعض الأحيان إلى التوقف عن الالتحاق بمدرسة بسبب العوائق المالية و/أو المرتبطة بالبيئة المحيطة. فحوالي عام 2010، توقف في أربعة بلدان 17 في المائة من الطلاب

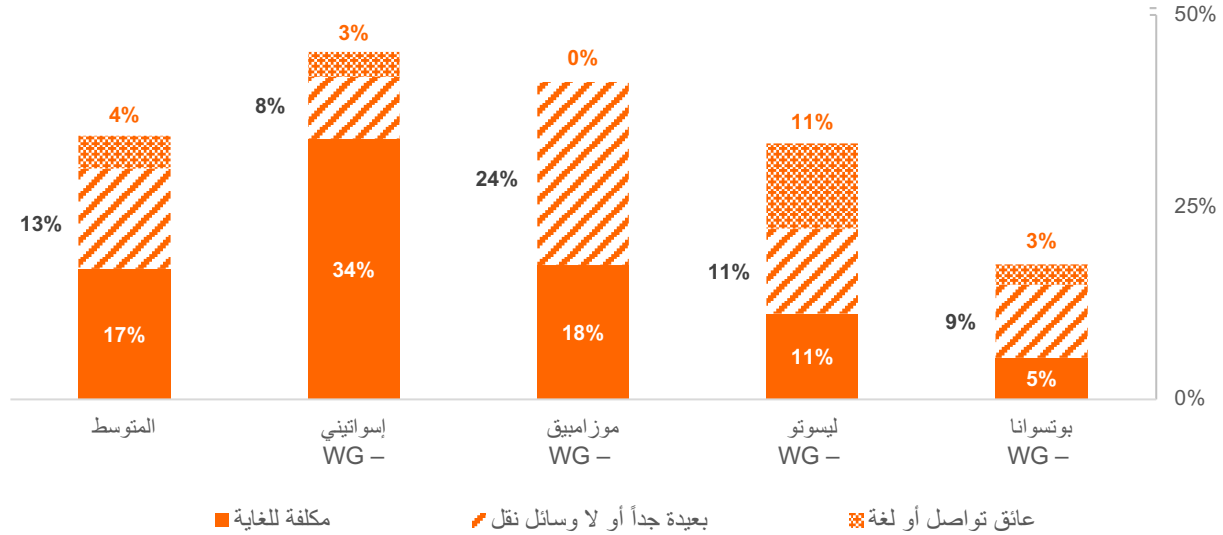
ذوي الإعاقة عن الدراسة لأنها مكلفة للغاية و13 في المائة لأن المدرسة كانت بعيدة جداً أو لم تتوفر لهم وسائل نقل إليها و4 في المائة بسبب عوائق تتعلق بالتواصل واللغة (الشكل 2-37).

الشكل 2-36 النسبة المئوية للأطفال ذوي الإعاقة الملتحقين بمدرسة ابتدائية خاصة، في 21 بلداً، حوالي عام 2015



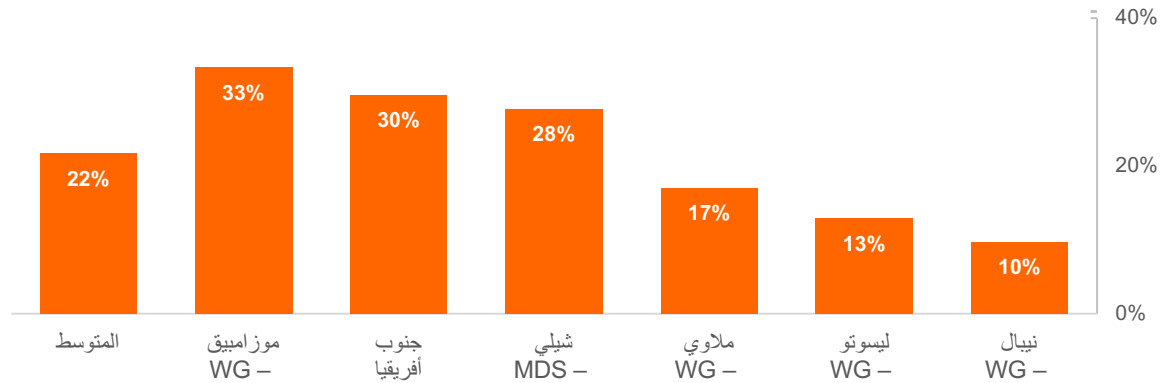
المصدر: ESCAP.⁸

الشكل 2-37 النسبة المئوية للطلاب ذوي الإعاقة الذين توقفوا عن الالتحاق بمدرسة لأنها مكلفة للغاية أو كانت بعيدة جداً أو لم تتوفر وسائل نقل إليها أو لأنه كان هناك عائق تواصل أو لغة، في 4 بلدان، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنت حول أداء الوظائف. تقوم بيانات ليسوتو على ما يتراوح بين 25 و49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الشكل 2-38 النسبة المئوية للطلاب ذوي الإعاقة الذين وجدوا أنه لا يمكنهم الوصول إلى المدرسة أو أن المدرسة معيقة، في 6 بلدان، حوالي عام 2012



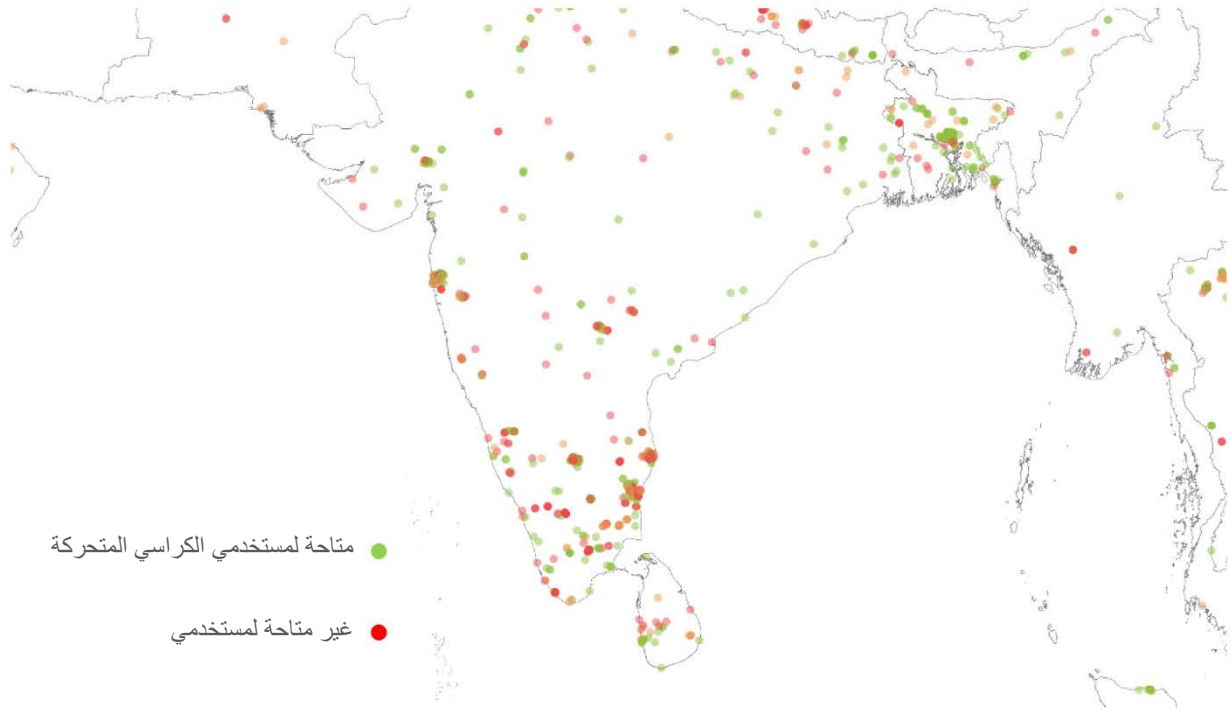
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنت حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. ويشير هذا المسح إلى "المدارس المعيقة"، بينما تشير البيانات الأخرى إلى "المدارس التي لا يمكن الوصول إليها". جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

وتجعل العوائق المادية والافتراضية في المدارس من الصعب على الطلاب ذوي الإعاقة المشاركة. ففي ستة بلدان، حوالي عام 2012، أفاد 22 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في المتوسط بأنه لا يمكن الوصول إلى المدارس أو أنها معيقة (الشكل 2-38). وتتراوح النسبة المئوية بين 10 في المائة في نيبال و33 في المائة في موزامبيق.

ووفقاً لبيانات عن إمكانية الوصول محشودة جماعياً جرى تحليلها في بلدان مختلفة (متقدمة في معظمها)، وُجد 47 في المائة فقط من أكثر من 30 ألف مرفق تعليمي متاحاً لمستخدمي الكراسي المتحركة^{78،197} ولدى التركيز في مناطق مختارة في جنوب آسيا وأوروبا (الشكل 2-39 والشكل 2-40) تبين أن في المنطقتين كليهما مزيجاً من المدارس المتاحة وغير المتاحة لهم.

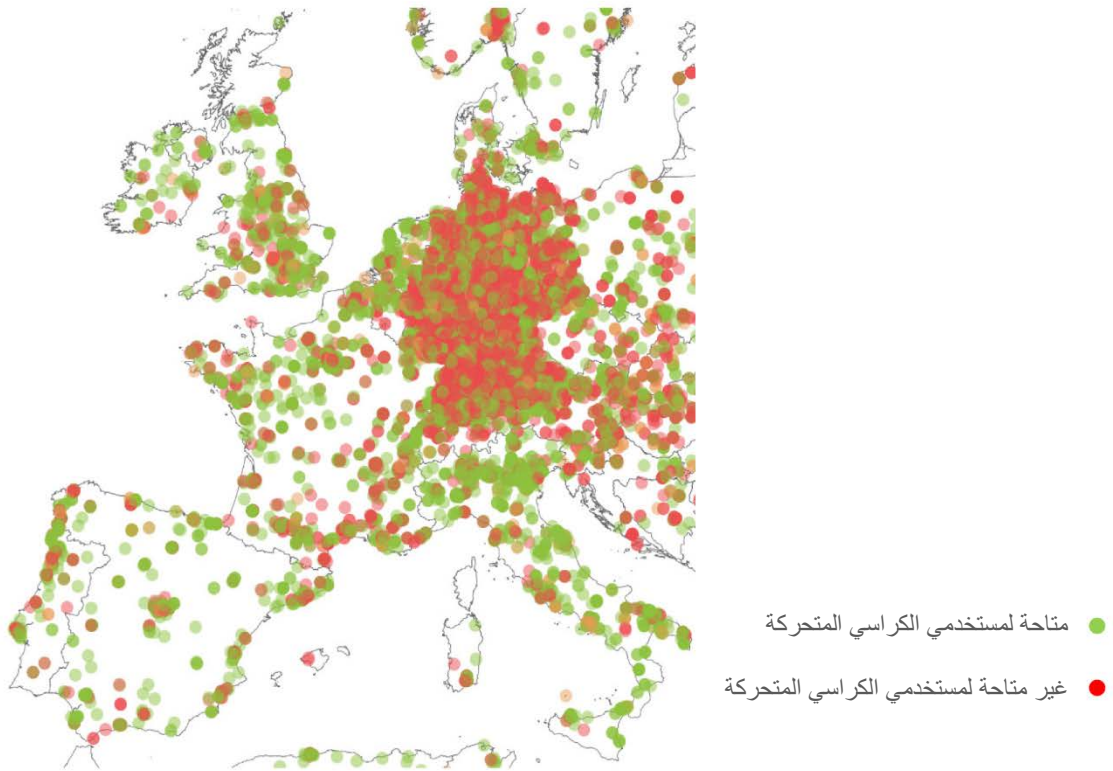
الشكل 2-39 المدارس المتاحة لمستخدمي الكراسي المتحركة في منطقة مختارة في جنوب آسيا، في عام 2017 (بيانات محشودة جماعياً)



ملاحظة: لا تعني الحدود والأسماء المبينة على هذه الخريطة مصادقة أو قبولاً رسمياً من الأمم المتحدة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من Sozialhelden¹⁹⁷).

الشكل 2-40 المدارس المتاحة لمستخدمي الكراسي المتحركة في منطقة مختارة في أوروبا،
في عام 2017 (بيانات محشودة جماعياً)

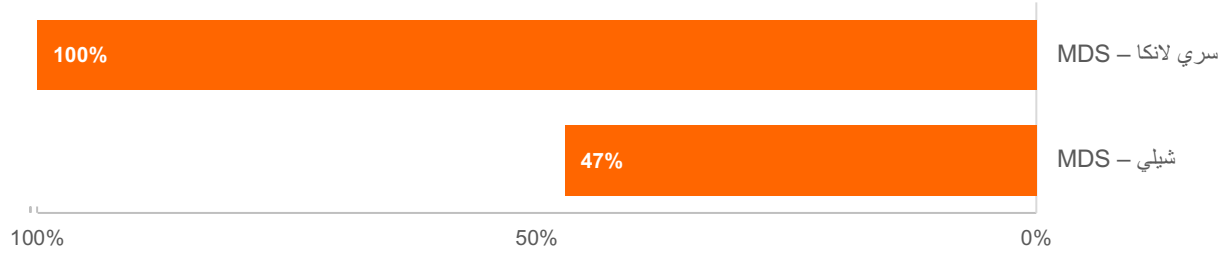


ملاحظة: لا تعني الحدود والأسماء المبينة على هذه الخريطة مصادقة أو قبولاً رسمياً من الأمم المتحدة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من Sozialhelden¹⁹⁷).

ويشكل عدم توفر التكنولوجيات المساعدة الكافية وعدم القدرة على تحمل التكاليف عائقين شائعين أمام الأشخاص ذوي الإعاقة. في عام 2015، استخدم 47 في المائة و100 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في شيلي وسري لانكا، على التوالي، الأجهزة المساعدة، لكنهم كانوا يحتاجون المزيد منها للمشاركة في التعليم (الشكل 2-41)، كما أن الافتقار إلى الكهرباء في العديد من المدارس في أنحاء العالم يعوق استخدام التكنولوجيا المساعدة في التعليم (القسم المتعلق بالهدف 7).

الشكل 2-41 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستخدمون أجهزة مساعدة لكنهم يحتاجون المزيد منها للمشاركة في التعليم، في بلدين، في عام 2015



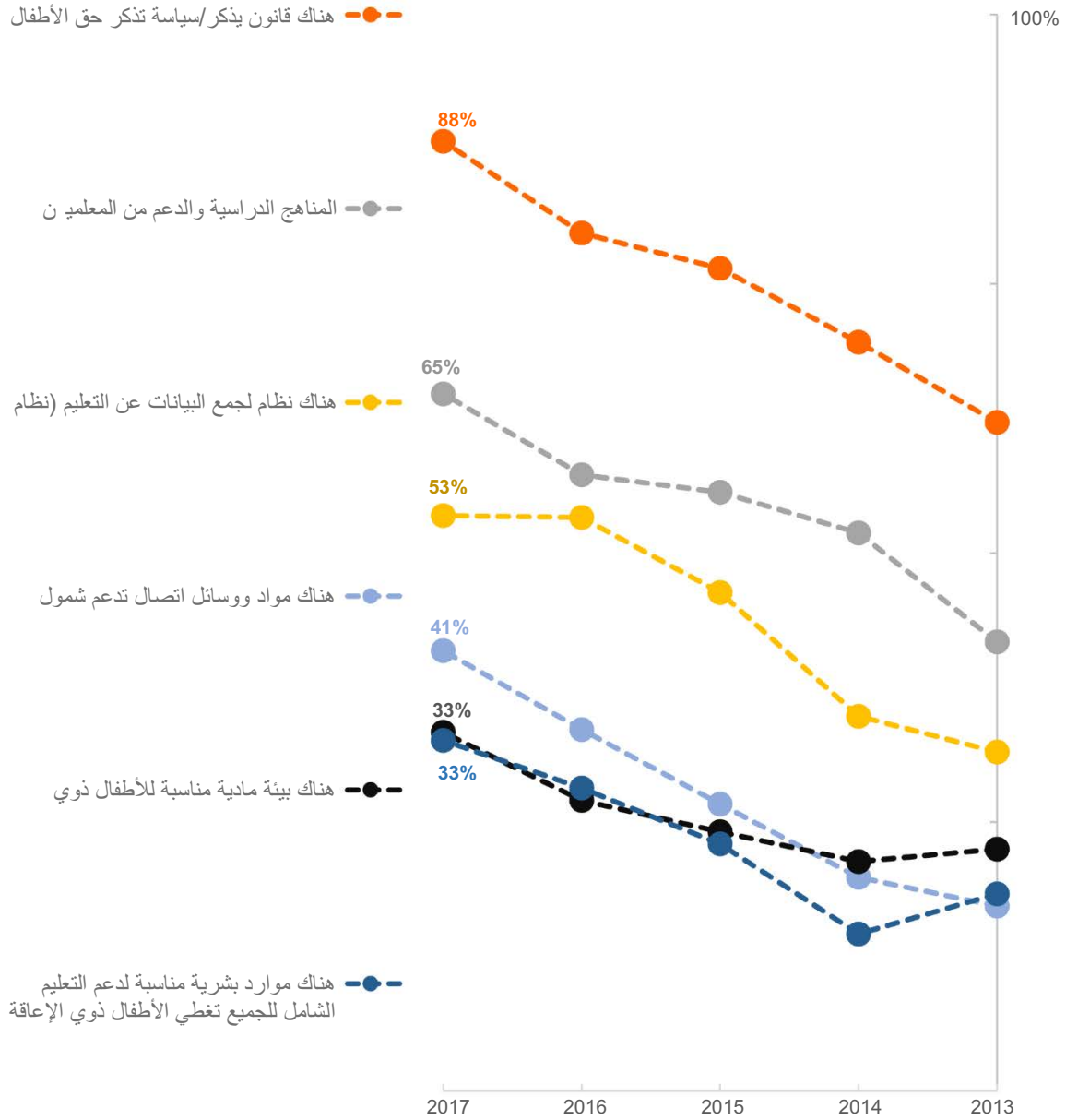
ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة.

المصدر: WHO¹⁰⁰.

الممارسات الحالية في مجال تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة

يحاول عدد أكبر من البلدان جعل النظم التعليمية أكثر شمولاً للأشخاص ذوي الإعاقة وإزالة العوائق والتصدي للتمييز على أساس الإعاقة. وعلى وجه الخصوص صُدرت بلدان كثيرة تدابير الحماية في دساتيرها أو قوانينها أو سياساتها. فمن بين 193 دولة عضواً في الأمم المتحدة، تكفل 34 دولة في دساتيرها الحق في التعليم للأشخاص ذوي الإعاقة أو الحماية من التمييز في التعليم على أساس الإعاقة¹³². وفي عام 2017، كان لدى 88 في المائة من البلدان الـ 102 التي شملها المسح قانون يذكر أو سياسة تذكر حق الأطفال ذوي الإعاقة في الحصول على التعليم، بالمقارنة مع 62 في المائة في عام 2013 (الشكل 2-42). كما قدمت غالبية البلدان، 65 في المائة من 88 بلداً، مناهج دراسية تشمل الأطفال ذوي الإعاقة، بالمقارنة مع 42 في المائة فقط في عام 2013. كما أحرزت حكومات عديدة تقدماً في جمع بيانات الإعاقة من خلال نظام معلومات لإدارة التعليم: ففي عام 2017، كان لدى 53 في المائة من بين 101 من البلدان نظام لجمع بيانات من هذا القبيل بالمقارنة مع 31 في المائة في عام 2013. وجمع البيانات أمر أساسي لتمكين الحكومات من وضع خطط قائمة على الأدلة لنظمها التعليمية، و/أو لتغيير المواقف تجاه الأطفال ذوي الإعاقة.

الشكل 2-42 النسبة المئوية للبلدان التي نفذت تدابير مختارة لتعزيز التعليم الشامل للجميع، من بين 87 إلى 101 من البلدان¹⁹⁸، عام 2013 إلى عام 2017



المصدر: UNICEF¹⁹⁹.

لكن لا تزال هناك عقبات كثيرة تحول دون شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في النظم التعليمية العامة. ففي حوالي عام 2013، لم يكن بالإمكان تعليم الطلاب ذوي الإعاقة في الصفوف الدراسية نفسها كغيرهم إلا في 44 في المائة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة. وفي 39 في المائة من الدول الأعضاء، كان بإمكان الطلاب ذوي الإعاقة الالتحاق بالمدارس نفسها، ولكن ليس بالضرورة بالصفوف الدراسية نفسها، وفي 12 في المائة كان بوسع الطلاب ذوي الإعاقة الالتحاق بمدارس خاصة وفي 5 في المائة لم يتلقَ الأطفال ذوو الإعاقة دعماً كافياً لمتابعة التعليم¹³². والأهم من ذلك، لا تزال هناك ثغرات كبيرة على مستوى المدارس: في المواد والاتصالات (بما في ذلك الأجهزة المساعدة للتعلم)، والموارد البشرية (بما في ذلك المعلمون) والبيئة المادية (بما في ذلك تشييد مبانٍ مدرسية تيسر حركة وتنقل الطلاب ذوي الإعاقة). وفي غياب موارد الخطوط الأمامية الحيوية هذه، يستحيل عملياً تمكين الأطفال ذوي الإعاقة من الالتحاق بمدرسة. ويوضح الشكل 2-42 هذه الثغرات. وعلى الرغم من التقدم المحرز منذ عام 2013، لم يقدم للطلاب ذوي الإعاقة بحلول عام 2017 سوى 41 في المائة من 88 بلداً مواد مناسبة في المدارس (مقابل 17 في المائة في عام 2013)، بل إن عدداً أقل من البلدان، أي 33 في المائة، وفر موارد بشرية كافية (مقابل 18 في المائة في عام 2013) وبيئات مادية مناسبة (مقابل 22 في المائة في عام 2013)²⁰⁰.

تعزيز التعليم الشامل للجميع

سنت عدة بلدان تشريعات وسياسات وخطوط توجيهية لتعزيز شمول الطلاب ذوي الإعاقة. فقد وضع العراق المشروع الوطني للتكامل التعليمي الذي يهدف إلى تحسين نوعية التعليم المقدم للأطفال ذوي الإعاقة²⁰¹. ووضعت فييت نام خطة العمل الوطنية لتوفير التعليم للجميع (2003-2015) مع توفير فرص تعليمية شاملة للأطفال ذوي الإعاقة²⁰². واعتمدت إثيوبيا استراتيجيتها الأولى لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في عام 2006 للمساعدة على ضمان حصول الأطفال ذوي الإعاقة على تعليم جيد²⁰³. وينص قانون الطفل في جنوب السودان على حق الجميع في التعلم، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة²⁰⁴. ويلزم قانون في تشيكيا اعتمد في عام 2004 المدارس بتوفير الكتب المدرسية والوسائل التعليمية المكيفة مع احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة²⁰⁵. وفي كندا، وُضع مبدأ توجيهي حول التعليم المدرسي الشامل لتشجيع المؤسسات التعليمية على أن تكون شاملة وتوفر فرصاً متساوية للجميع بمن فيهم الطلاب ذوو الإعاقة²⁰⁶.

وهناك أيضاً مبادرات مختلفة لتشجيع شمول الطلاب ذوي الإعاقة في المدارس العامة العادية²⁰⁷⁻²⁰⁸. ويشجع بعض البلدان التحاق الطلاب ذوي الإعاقة من خلال القبول المباشر في الجامعات ومنازل الطلبة والمنح الدراسية²⁰⁹. كما قدّمت خمسة بلدان مساعدة مدرسية استشارية وقدم الدعم والتوجيه لتقييم حالة الطلاب ذوي الإعاقة ونواتج تعلمهم²¹⁰. وتمنح ألمانيا جوائز سنوية للمدارس التي توفر فرصاً متساوية للتعليم لجميع الطلاب وتعزز التنوع²¹¹.

وتقدم بلدان كثيرة خططاً تعليمية تشمل الطلاب ذوي الإعاقة من خلال مناهج أو برامج مصممة خصيصاً لذلك²¹². ولدى بعض البلدان أحكام تتعلق بترتيبات بديلة للامتحانات والتقييمات تسمح باستثناءات وبتكييف شروط أو أنساق الامتحانات أو بإعادة التحقق من النواتج²¹³.

كما بذلت جهود ترمي إلى جعل بيئات التعليم والتعلم أكثر تكيفاً مع الاحتياجات المتنوعة للطلاب. وجّهت بعض المدارس بتقنيات وأجهز ومساعدة لدعم الطلاب²¹⁴، بما في ذلك أدوات تكنولوجيا معلومات واتصالا تمن مثل موالفات الكلام

وأدوات التهجئة والكتب الرقمية²¹⁵ وتكنولوجيا الكمبيوتر والبرمجيات²¹⁶. ويوفر بعض المدارس التعليم بلغة الإشارة أو بطريقة برايل^{217،218}، وباستخدام مواد سمعية وبصرية وألعاب وأنشطة²¹⁹ أو كتب إلكترونية للأطفال الصم أو الذين لديهم صعوبة في السم²²⁰ أو مكتبة كت بصوتية على الإنترنت²²¹. وفي أوروبا، تُوفّر المواد التعليمية بلغات الإشارة في المكتبات²²² وتُقدّم مسابقات اللغة الإنكليزية عبر الإنترنت للأشخاص الصم أو الذين لديهم صعوبة في السم²²³. وفي آسيا والمحيط الهادئ، طُوّر أرشيف ومحرك بحث للغات الإشارة الآسيوية لأغراض التدريب²²⁴.

وفي كثير من البلدان، استُخدم الفن، كالدراما والموسيقى والرسم، وسيلة تربوية للتعليم الشامل للإعاقة. ففي جنوب أفريقيا، مثلاً، تُستخدم مدرسة التطهيل الأفريقي كوسيلة لتسخير الإبداع لدى المُتعلّمين ذوي الإعاقة²²⁵، وفي مصر، أتا مشروع للطلاب بحدوي الإعاقة ولغيرهم من الطلاب فرصة أن يناقشوا من خلال الرسومات ما سيحدث في الحياة في عام 2050²²⁶. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، أُدرجت الدراما وأدرج الرق صوالموسيقى في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية^{227،228}، في حين يصمم الطلاب في المدارس الابتدائية في المملكة المتحدة ويكتبون كتباً عن الإعاقة كمورد للطلاب الجدد لتعزيز فهمهم للإعاقة²²⁹.

إمكانية الوصول الفعلي والافتراضي في المدارس

اتخذ العديد من البلدان إجراءات لتعزيز إمكانية الدخول الفعلي إلى المدارس من خلال استعراض المباني والمرافق المدرسية، وخُدّدت العقبات المادية التي تحول دون تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بحقهم في التعليم، وجرى تركيب أو تعديل المنحدرات والمصاعد والمرافق العامة^{230،231}. وفي بربادوس، رَكّبت مدرسة مصعداً وأرضيات صوتية تهتز بالموسيقى لدروس الرق صروشاشا تكبيرة وطابعات برايل لوبرمجيات صوتية مُساعدة²³². كما اتُخذت تدابير لتزويد المدارس سرحلو لتكنولوجيا معلومات متخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة²³³. وفي جنوب السودان، نُفّحت مواصفات الأبنية لجعل المدارس متاحة للطلاب ذوي الإعاقة²³⁴.

تقديم الدعم المالي للتعليم الشامل للجميع

الدعم المالي أم رحيوي لتغطية التكاليف الإضافية المتكبدة بسبب الإعاقة. ويمكن تقديم المعونة المالية على شكل منح وقروض وتغطية لتكاليف النقل إلى المدارس. فمثلاً، تقدم موريشيوس منحاً دراسية للطلاب ذوي الإعاقة لمواصلة دراستهم الثانوية والعالية، وتسمح بدفع بدل سيارات الأجرة لطلاب الجامعات ذوي الإعاقة الشديدة الذي يواجهون صعوبات في استخدام وسائل النقل العام²⁰⁷.

ويقدم بعض البلدان دعماً مالياً للمدارس لتعزيز التعليم الشامل للجميع. فمثلاً، تقدم أستراليا وأرمينيا تمويلاً للمؤسسات التعليمية لتعزيز قدرة المدارس والمعلمين على تلبية احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة²³⁵. وتطلب لاتفيا من مؤسسات التعليم العالي إعطاء الأولوية في منح الإعانة المالية للمرشح ذي الإعاقة²³⁶.

بناء قدرات المعلمين

بناء قدرات المعلمين في مجال التعليم الشامل للجميع حاسم الأهمية لتلبية احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة. وقد وفر بعض البلدان صفوفاً دراسية لتدريب المعلمين و/أو كتيبات تدريبية للمدرسين²³⁷. فمثلاً، نُفِّد في جميع أنحاء فييت نام برنامج "تدريب المدربين" الذي يرمي إلى إعداد معلمين من الجامعات والكليات الوطنية والإقليمية لتوسيع نطاق التعليم الشامل للجميع ليغطي كافة المدارس التمهيديّة والابتدائية والثانوية²³⁸. ونفّدت إثيوبيا برامج للمعلمين الجدد حول تعليم الأطفال ذوي الإعاقة²⁰³. وأتاحت مدرسة في فنلندا فرصاً لمعلمي الطلاب ذوي الإعاقة لتبادل المعرفة حول أساليب التعليم الشامل للجميع مع تعميم المساواة بين الطلاب²³⁹. وعلى نحو مشابه، وُضِع في كمبوديا برنامج لمعلمي المدارس الابتدائية لتعزيز فهمهم للطلاب ذوي الإعاقة والحيلولة دون التنازل في المدارس²⁴⁰. وشملت المبادرات في بلدان أخرى برمجيات لوضع مواد تعليمية عامة بلغة الإشارة لمساعدة المعلمين²⁴¹ ومساقات جامعية لتدريب المعلمين الذين يمكنهم التدريس بلغة الإشارة²⁴². وطوّرت في المكسيك وإسبانيا أساليب لتعليم الطلاب ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة^{243،244}.

التوعية بالتعليم الشامل للجميع

أقيمت أنشطة متنوعة للتوعية. وتشمل الأمثلة الكثيرة أنشطة للتوعية بحقوق الطلاب ذوي الإعاقة في المدارس أو في المجتمعات المحلية^{245،246،247}. فمثلاً، أتاحت مالطة فرصاً للطلاب ذوي الإعاقة والطلاب بدون إعاقة للتقاء معاً²⁴⁸. وفي أيرلندا، استُخدم عرض للذمى يوضح العلاقات بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم لتثقيف فطلا بالمدارس الابتدائية حول التوحد والصمم²⁴⁹.

رصد تنفيذ التعليم الشامل للجميع

أنشأت بلدان مختلفة آليات للرصد على الصعيدين المحلي والوطني، وذلك، مثلاً، بتشكيل لجان أو فرق مهام أو مجموعات تقدم توجيهاً حول التعليم لضمان تلبية احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة ورصد التقدم المحرز^{250،251}. وُضِع بعض البلدان خدمات أو آليات للمتابعة تعتمد على قيام المجتمعات المحلية بالرصد. فمثلاً، وُضِع خط مساعدة هاتفي للإعاقة للاستماع إلى الشواغل التي تعبر عنها أسر الطلاب ذوي الإعاقة وتقديم حلول بالتعاون مع سلطات التعليم المحلية ومفتشيات المدارس²⁵². وشُمل الوالدان في رصد فعالية التدابير المتخذة للتعليم الشامل للجميع²⁵³.

وحاولت البلدان أيضاً جمع وتسجيل وتحليل البيانات المتعلقة بالإعاقة في سياق التعليم. فوضعت الأرجنتين نظاماً للمعلومات يتضمن بياناً عن التلاميذ ذوي الإعاقة في المدارس. وعن طريق وضع مؤشرات تتعقب الأداء التعليمي، تقوم نيوزيلندا بتفصيل البيانات لقياس التقدم الذي يحرزه الطلاب ذوي الإعاقة بدقة²⁵⁴.

وعلى الصعيد الإقليمي، وضعت الوكالة الأوروبية لتنمية تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة دليلاً مرجعياً لتقييم التعليم الشامل للجميع²⁵⁵. وعلى الصعيد الدولي، أنشئ المرصد الدولي للإنصاف والشمول في التعليم لوضع خطوط توجيهية منهجية وتعزيز البحوث ونشر بيانات للهد فه قابلة للمقارنة دولياً²⁵⁶.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

تؤكد النتائج من البلدان التي لديها بيانات أن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون عوائق متعددة أمام التعليم، وأنهم غالباً أسوأ حالاً من غيرهم: فاحتمال التحاقهم بمدرسة أقل واحتمال أن يكونوا خارج المدرسة أكثر، كما أن احتمال إتمامهم التعليم الابتدائي أو الثانوي أقل وهم يحصلون على سنوات دراسة أقل واحتمال امتلاكهم مهارات القراءة والكتابة الأساسية أقل. وقد بذلت عدة بلدان جهوداً لتعزيز الأطر القانونية الوطنية ووضع سياسات لتوجيه إجراءات لمعالجة هذه الثغرات، من خلال سن قوانين لمكافحة التمييز وإتاحة الوصول إلى المدارس فعلياً وتكييف أساليب التدريس وتوفير الدعم المالي وتعزيز قدرات المعلمين والموظفين وزيادة الوعي عن طريق التثقيف الشامل للجميع. كما استثمر عدد متزايد من البلدان في نُظم جمع البيانات التعليمية التي تشمل الأطفال ذوي الإعاقة. ولكن رغم هذا التقدم، يستمر الأشخاص ذوو الإعاقة في مواجهة العوائق لأن العديد من هذه الإجراءات ما زال يتركز في عدد قليل من البلدان أو المجتمعات المحلية.

وهناك حاجة ملحة إلى تحسين إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التعليم لأن الحرمان من التعليم يمكن أن يؤدي إلى ارتفاع معدلاً للإقصاء الاجتماعي والفقر فتكون له آثار طويلة الأجل على قدرتهم على المشاركة في قوة العمل. ويمكن أن تقوّض ثغرة التعليم المتعلقة بالإعاقة تحقيق الهدف 4 وغيره من أهداف التنمية المستدامة. ولتحقيق الهدف 4 للأشخاص ذوي الإعاقة، وتمشياً مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، هناك حاجة إلى مزيد من الالتزام السياسي والمزيد من بذل الجهود، لا سيما في تنفيذ وتوسيع نطاق الإجراءات التالية:

- 1) **تعزيز السياسات الوطنية والنظام القانوني لضمان حصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على تعليم جيد.** ضمان أن تعكس الأطر القانونية والسياسات الوطنية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم وتكفل القضاء على السياسات والقوانين التمييزية. وتشجيع التحاق الأشخاص ذوي الإعاقة بالتعليم العام العادي وإجراء إصلاحات في النظام التعليمي ترمي إلى تعزيز التعليم الشامل للجميع وضمان تكافؤ فرص التعلم. ومن شأن ذلك أيضاً أن يساعد على الحيلولة دون مخاطر العزل وأن يساهم في ضمان بيئة تعليمية شاملة للجميع.
- 2) **بناء قدرات واضعي السياسات توصائي القرار الآخري على المستويين المجتمعي المحلي والوطني لتعزيز معرفتهم بالاحتياجات التعليمية للأشخاص ذوي الإعاقة وتحديد وتنفيذ استراتيجيات التعليم الشامل للجميع.**
- 3) **إتاحة الوصول إلى المدارس والمرافق التعليمية من خلال تهيئة بيئة مؤاتية للطلاب ذوي الإعاقة وإتاحة إمكانية الوصول إلى البيئات تالفعلية والافتراضية.** من الضروري أن يتمكن الطلاب ذوو الإعاقة من الوصول إلى جميع المباني المدرسية وغيرها من المرافق التعليمية والترفيهية، بما في ذلك الصفوف الدراسية والغرف المشتركة والمكتبات وتوقعات تناول الطعام والمراحيض والملاعب. وينبغي استخدام "التصميم الشامل"، وهو مجموعة من المبادئ التي يمكن تطبيقها في تشييد أو تجديد المباني كدليل لتحسين إمكانية الوصول إلى المدارس وفيها، فضلاً عن تحليل الحالة الراهنة في المدارس.

4) توفير التدريب للمعلمين وغيرهم من المتخصصين في مجال التعليم لاكتساب المعرفة والخبرة في مجال التعليم الشامل للأشخاص ذوي الإعاقة. فالمعلمون وغيرهم من المتقنين هم محور نُظْم التعليم وينبغي أن يتلقوا التدريب المناسب قبل الخدمة وخلالها والدعم المستمر لتبني أصول التربية الشاملة لتلبية الاحتياجات المتنوعة للطلاب.

5) تبني أصول التربية التي محورها المُتعلّم والتي تسلّم بأن لكل شخص احتياجات فريدة يمكن استيعابها من خلال طيف متصل من مقاربات التدريس. فمن الضروري توفير المواد التعليمية المصممة جيداً والميسورة الكلفة والمكيفة لضمان تلبية الاحتياجات التعليمية المتنوعة. وينبغي أن يتناول المنهج الدراسي الشامل للجميع التنمية المعرفية والعاطفية والاجتماعية والإبداعية. ويمكن للتكنولوجيات المُساعدة المتاحة، بما في ذلك التكنولوجيات الرقمية والوسائل المُساعدة في مجال التواصل، أن تؤدي دوراً هاماً في هذا الصدد بتعزيز يُسر الحصول على المواد التعليمية والتعلّمية. فمثلاً، يحتاج بعض الأشخاص ذوي الإعاقة إلى معينات سمعية وإلى نصو صطبوعة سهلة القراءة أو كبيرة الخط وكتب ومواد قراءة أخرى بطريقة برايل، فضلاً عن لغة الإشارة.

6) إشراك المجتمع المدني والمجتمعات المحلية في التعليم الشامل للجميع. فمن الضروري أن تشارك المجتمعات المحلية مشاركة كاملة في تحسين نوعية تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي تمكين الوالدين من المشاركة في تعليم أطفالهم ذوي الإعاقة. ويشكّل كل من التحيزّ والمواقف السلبية في المجتمعات المحلية عائقاً خطيراً أمام تكافؤ فرص الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على التعليم وينبغي التغلب عليه.

7) إنشاء آليات ترصد لمراقبة وتقييم تنفيذ السياسات والقوانين المتعلقة بالتعليم الشامل للجميع بانتظام. وينبغي أن تشمل عملية الرصد والتقييم الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك الأطفال ذوو الإعاقة والوالدون و/أو مقدمو الرعاية، عند الاقتضاء. وينبغي وضع مؤشرات تشمل الاعتبارات المتعلقة بالإعاقة واستخدامها بما يتماشى مع مؤشرات الهدف 4.

8) تحسين جمع البيانات التعليمية وتفصيلها على الصعيد الوطني حسب الإعاقة. ويمكن أن يكون التعداد الوطني مصدراً هاماً للمعلومات المتعلقة بالإعاقة، إذ يمكن عادة تفصيل البيانات حسب الجنس والعمر والموقع وغير ذلك من الأبعاد. وتوفر مسوح الأسر أيضاً بيانات تعليمية قيمة حسب الإعاقة، ولكن ينبغي أن تكون أحجام العينات كبيرة بما يكفي لإتاحة التفصيل حسب الجنس والموقع وأوضاع أخرى، تشمل العمر والدخل والأصل الإثني. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لإصدار بيانات تعليمية عن الأطفال ذوي الإعاقة. وعلاوة على ذلك، ينبغي طلب معلومات عن إمكانية الوصول إلى المباني المدرسية وفيها وإمكانية الحصول على مواد التعلّم في نُظْم جمع البيانات الإدارية الروتينية.

9) استكشاف تطبيقات الحشد الجماعي للمعلومات للحصول على معلومات من أسفل إلى أعلى حول إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المدارس للاسترشاد بها في وضع سياسات الوصول. فتقييم إمكانية الوصول مُكلف ومعقّد. ويتيح العديد من تطبيقات الإنترنت والهاتف الذكي للمستخدمين مراجعة إمكانية وصول مستخدمي الكراسي المتحركة إلى أي مرفق من المرافق في العالم، بما في ذلك المدارس. وتغطي المعلومات الحالية المتعلقة بالمدارس أساساً البلدان المتقدمة وينبغي أن تركز الجهود المقبلة على الحشد الجماعي للمعلومات في البلدان النامية وتحديث هذه التطبيقات لالتقاط المعلومات عن إمكانية الوصول حسب كل نوع من أنواع الإعاقة. وتبيّن المعلومات المحشودة جماعياً التجربة المباشرة للمستخدمين ويمكن أن تكون مفيدة في تنوير السياسات الوطنية المتعلقة بإمكانية الوصول فيما يتعلق بالتعليم.

هاء- تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات ذوات الإعاقة (الهدف 5)

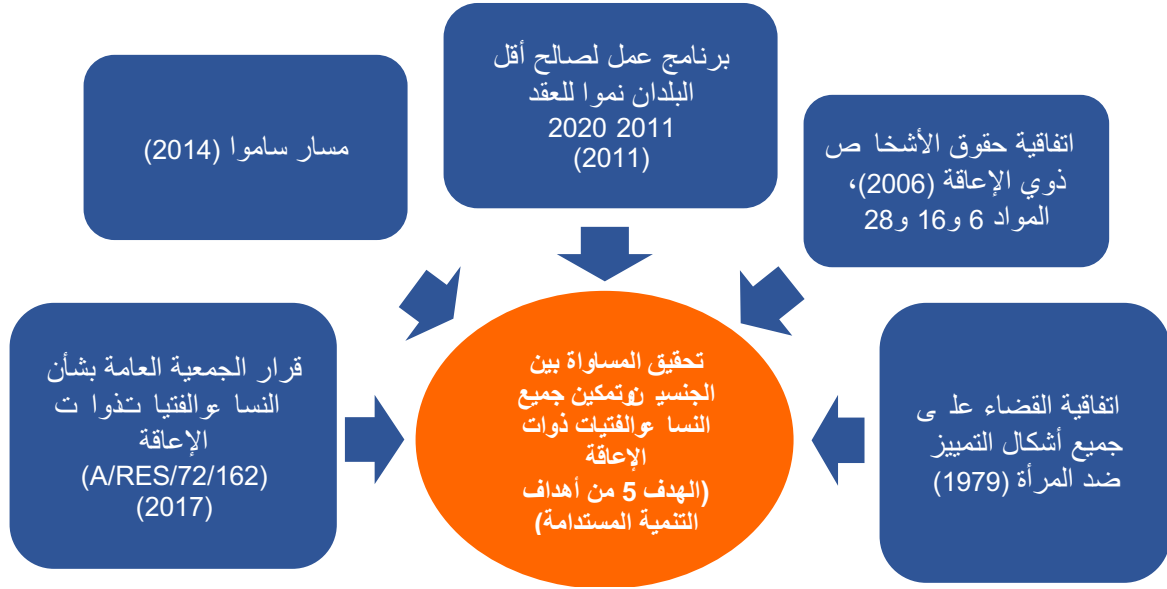
يهدف الهدف 5 إلى تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات بحلول عام 2030. ويركز هذا القسم على النساء والفتيات ذوات الإعاقة، ويحلل الإطار المعياري الدولي ويقدم نظرة عن حالتهم، فضلاً عن عرض الجهود الوطنية والدولية الرامية إلى تعزيز شمولهن ومشاركتهم في المجتمع. ويختتم القسم باقتراحات حول سُبل المضي قدماً، استناداً إلى الأدلة الحالية.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والنوع الاجتماعي

يدعو الهدف 5 إلى القاء على كافة أشكال التمييز والعنف ضد النساء والفتيات جميعهن، بمن فيهن ذوات الإعاقة. كما يشدد على أهمية مشاركتهن الكاملة والفعّالة وتكافؤ فرصهن في الحياة السياسية والاقتصادية والعامّة. وتتناول اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) التي اعتمدت في عام 1979 النهوض بوضع المرأة. وفي حين لا تشير هذه الاتفاقية صراحة إلى النساء والفتيات ذوات الإعاقة، يقرّ إعلان ومنهاج عمل بيجين بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يواجهن عوائق متعددة تحوّل دون مساواتهن الكاملة وتقدمهن وتمتعهن بحقوق الإنسان، كما يحدد إجراءات معيّنة لضمان تمكين النساء ذوات الإعاقة في مختلف المجالات، بما في ذلك: دعم البرامج التي تعزز الاعتماد على النفس لدى النساء ذوات الإعاقة (الفقرة 175 (د))، وضمان حصولهن على التعليم الملائم والتدريب الملائم على المهارات لتمكينهن من المشاركة مشاركة كاملة في الحياة (الفقرة 280 (ج))، وتوفير المزيد من فرص العمل لهنّ (الفقرة 82 (ك))، ووضع برامج وخدمات صحية تلبي احتياجاتهنّ الخاصة (الفقرة 106 (ج))، وتنفيذ ورصد برامج العمل الإيجابي وبرامج الإنصاف في العمل لمعالجة التمييز الذي تواجهه المرأة بصورة منتظمة في القوى العاملة لا سيما النساء ذوات الإعاقة (الفقرة 178 (و))، وتحسين مفاهيم وطرق جمع البيانات عن مشاركة النساء ذوات الإعاقة والرجال ذوي الإعاقة، بما في ذلك في الوصول إلى الموارد (الفقرة 206 (ك)).

غير أن المجتمع الدولي لم يضع أحكاماً محددة مكرّسة للنساء والفتيات ذوات الإعاقة إلا بعد اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تدعو إلى اتباع نهج المسار المزدوج في هذا الصدد: إذ ترسخ المساواة بين الجنسين كمبدأ عام، ينبغي أن يؤخذ بالحسبان لدى تنفيذ كل مادة من مواد الاتفاقية، كما تتضمن الاتفاقية مادة قائمة بذاتها عن النساء ذوات الإعاقة، هي المادة 6 التي تقرّ بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز وتنص على أنه ينبغي للدول الأطراف أن تتخذ كافة التدابير الملائمة لكفالة الارتقاء والتقدم والتمكين للمرأة. كما تنص الاتفاقية أيضاً على أنه ينبغي أن تضع الدول الأطراف تشريعات وسياسات فعالة تركز على النساء ذوات الإعاقة لحمايتهن من الاستغلال والعنف والاعتداء (الفقرة 5 من المادة 16)، وخصوصاً ضمان استفادة النساء والفتيات ذوات الإعاقة من برامج الحماية الاجتماعية وبرامج خفض الفقر (الفقرة 2 (ب) من المادة 28).

الشكل 2-43 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 5 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



وفي هذا الصدد، يركز قرار الجمعية العامة بشأن تنفيذ اتفاقية حق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري: حالة النساء والفتيات ذوات الإعاقة (A/RES/72/162)²⁵⁷، الذي اعتمد في عام 2017، على الاحتياجات والتحديات الخاصة التي تواجهها النساء والفتيات ذوات الإعاقة. ويدعو القرار إلى اتخاذ خطوات للقضاء على الأشكال المتعددة والمتقاطعة للتمييز ضد النساء والفتيات ذوات الإعاقة وجميع أشكال العنف، ودعم النساء والفتيات ذوات الإعاقة لممارسة أهليتهن القانونية لتكون لهن حرية الاختيار الشخصي على قدم المساواة مع غيرهن بشأن جميع جوانب الحياة، وتمكينهن وتعزيز مشاركتهن والنهوض بدورهن القيادي، وتعزيز حصولهن على التعليم والعمل والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية، بما فيها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ويشدد القرار على أهمية جمع وتحليل بيانات مفصلة حسب الدخل والجنس والعرق والسن والأصل الإثني والوضع من حيث الهجرة والإعاقة والموقع الجغرافي وغير ذلك من الخصائص ذات الصلة بالسياقات الوطنية لتوجيه تخطيط السياسات. كما يدعو الدول إلى تحسين نُظم جمع البيانات من أجل الرصد الكافي لتنفيذ الاتفاقية وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالنساء والفتيات ذوات الإعاقة وتقييم عملية التنفيذ.

وتتناول المساواة بين الجنسين أيضاً في سياق الدول الجزرية الصغيرة النامية وأقل البلدان نمواً، إذ يشدد "مسار إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية" (مسار ساموا)، الذي اعتمد عام 2014، على أهمية خفض أوجه عدم المساواة البنوية والاجتماعية-الاقتصادية وأشكال التمييز المتعددة المتقاطعة التي تؤثر على النساء والفتيات، بما في ذلك ذوات الإعاقة، فتعوق التقدم والتنمية²⁵⁸. وتشمل الالتزامات تجاه النساء والفتيات ذوات الإعاقة في مسار ساموا تقديم الدعم لتوفير تعليم وتدريب عالي الجودة وتفصيل البيانات حسب الجنس والسن والإعاقة. ويلتزم "برنامج العمل لصالح أقل البلدان نمواً للعدد 2011-2020" بمتابعة التدابير السياساتية لتعزيز المساواة بين الجنسين للنساء ذوات الإعاقة²⁵⁹.

حالة النساء والفتيات ذوات الإعاقة

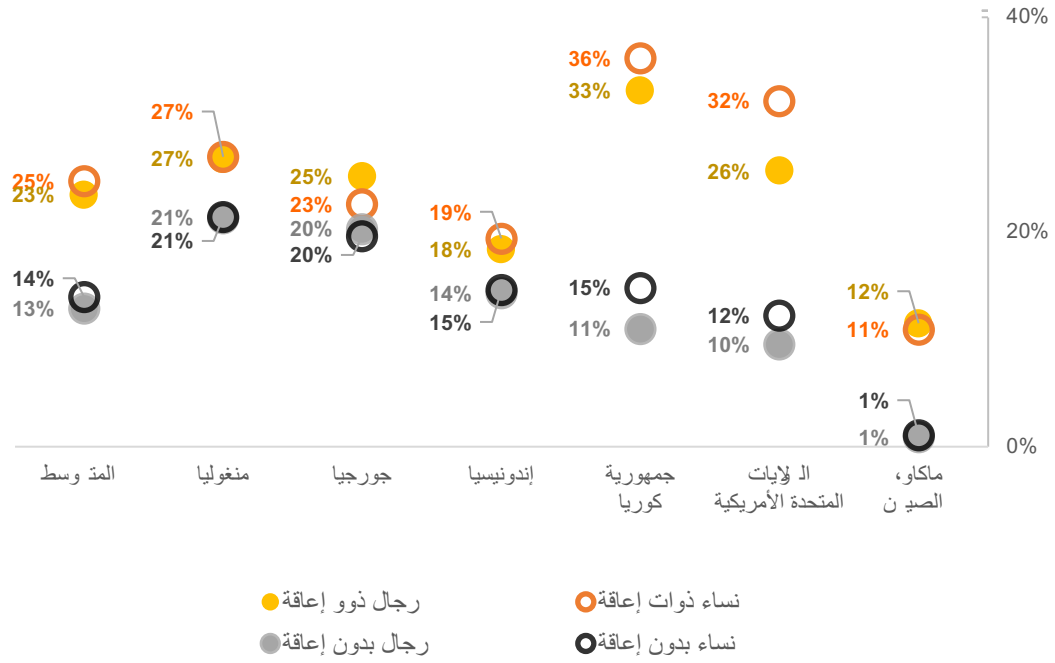
يقدم هذا القسم الفرع الأدلة المتوفرة عن حالة شمول النساء والفتيات ذوات الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين. وهو يركز على البيانات والمعلومات المتوفرة فيما يتعلق بالمجالات الرئيسية لأهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك الفقر والجوع، والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، والتعليم، والعمالة. ويقدم أيضاً أدلة توضح حالة النساء والفتيات ذوات الإعاقة فيما يتعلق بعدد من مقاصد الهدف 5، بما في ذلك البيانات المتاحة عن التعرض للعنف (المقصد 5-2)، وزواج الأطفال (المقصد 5-3)، وأعمال الرعاية غير المدفوعة الأجر (المقصد 5-4)، وتكافؤ الفرص المتاحة للقيادة (المقصد 5-5)، واستخدام الإنترنت (المقصد 5-ب).

الفقر والجوع

البيانات عن الفقر المفصلة حسب الإعاقة والجنس محدودة. وتبين البيانات عن النسبة المئوية لمن يعيشون تحت خط الفقر الوطني في ستة بلدان حوالي عام 2014، وإن كان عدد البلدان هذا محدوداً، نمطاً ثابتاً (الشكل 2-44). فالنساء ذوات الإعاقة في هذه البلدان يعانين معدلات فقر أعلى مما لدى الرجال والنساء بدون إعاقة، إلا أن معدلات الفقر لدى النساء والرجال ذوي الإعاقة متشابهة. ويلاحظ أن أعلى فجوة هي في الولايات المتحدة الأمريكية (6 نقاط مئوية) وأن أدنى فجوة هي في منغوليا (ليست هناك فجوة). وتتراوح معدلات الفقر لدى النساء ذوات الإعاقة بين 11 في المائة في ماكاو، الصين، و36 في المائة في جمهورية كوريا.

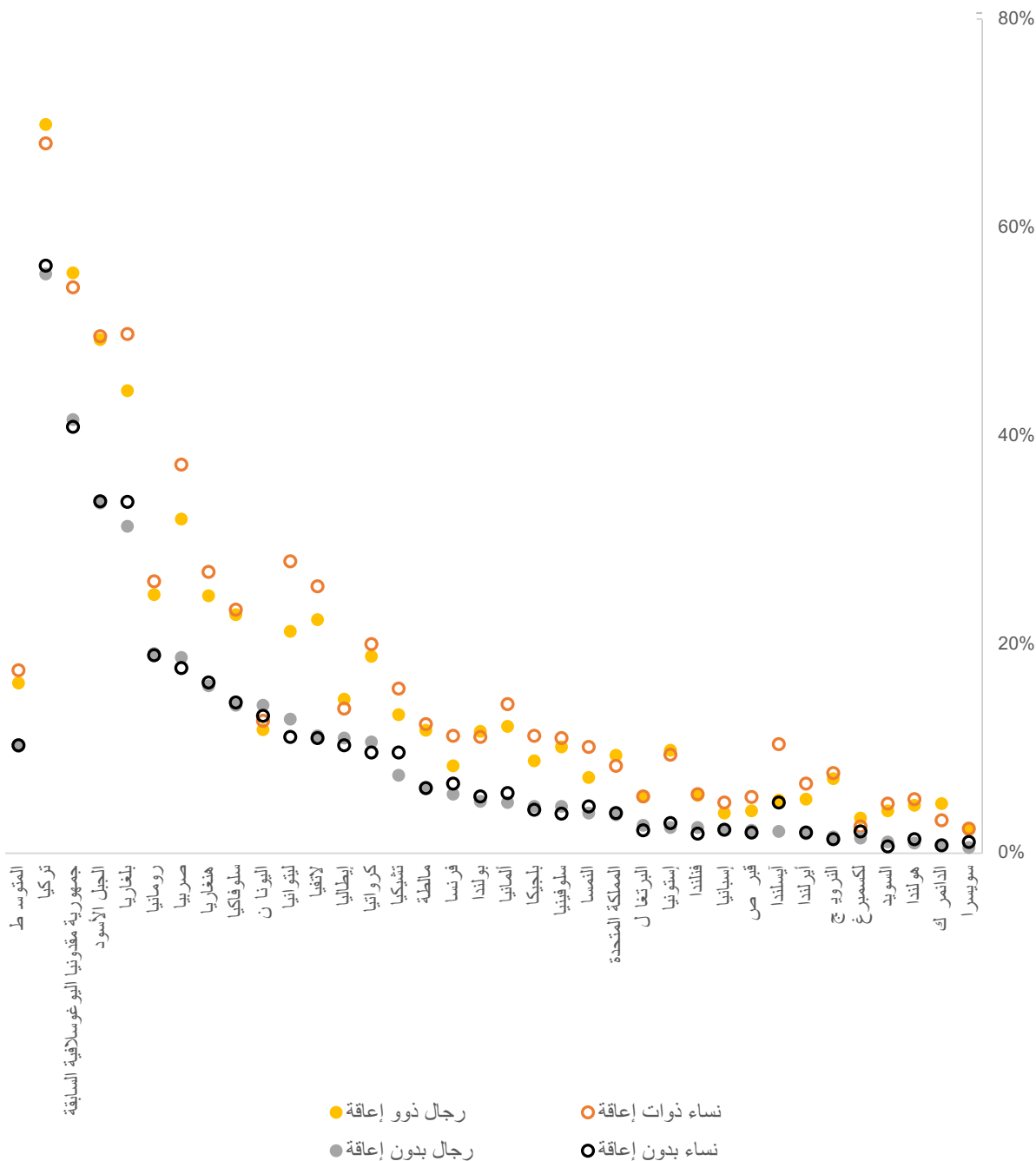
وفيما يتعلق بالأمن الغذائي والتغذية، تبين بيانات 35 بلداً، معظمها في أوروبا، أن 18 في المائة من النساء ذوات الإعاقة لا يستطعن في المتوسط تحمل تكاليف وجبة فيها بروتين مرة كل يومين. وتتراوح هذه النسبة بين 2 في المائة في آيسلندا و68 في المائة في تركيا (الشكل 2-45). ويتبين أن لدى النساء والرجال ذوي الإعاقة في المتوسط نسباً مئوية متشابهة فيما يتعلق بعدم القدرة على تحمل تكاليف وجبة تتضمن البروتين مرة كل يومين. ويتبين أن أعلى الفجوات بين النساء والرجال من ذوي الإعاقة، أي أكثر من 5 نقاط مئوية، هي التي في آيسلندا وبلغاريا وصربيا وليتوانيا. ويلاحظ أن أعلى الفجوات بين النساء ذوات الإعاقة والرجال بدون إعاقة، أي أكثر من 15 نقطة مئوية، هي التي في بلغاريا والجبيل الأسود وصربيا وليتوانيا. وتشير الأدلة الواردة من بوتسوانا إلى أن معدلات انعدام الأمن الغذائي لدى النساء ذوات الإعاقة والرجال ذوي الإعاقة متشابهة (الشكل 2-46). ولكن يبلغ احتمال عدم حصول النساء ذوات الإعاقة على الغذاء في الأسرة بسبب نقص الموارد نحو ضعف هذا الاحتمال بالنسبة للرجال بدون إعاقة.

الشكل 2-44 النسبة المئوية للأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 6 بلدان أو مناطق، حوالي عام 2014



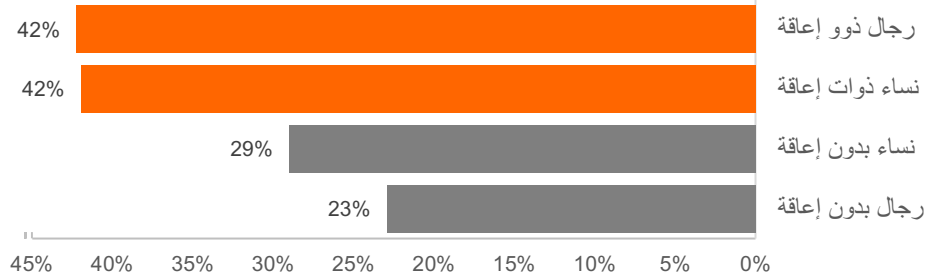
المصدر: ESCAP⁸؛ Brucker and others (2014)²⁶¹⁻²⁶⁰.

الشكل 2-45 النسبة المئوية للأشخاص غير القادرين على تحمل تكاليف وجبة فيها لحوم أو دجاج أو أسماك (أو ما يعادلها نباتياً) مرة كل يومين، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 35 بلداً، حوالي عام 2016



المصدر: Eurostat.⁹

الشكل 2-46 النسبة المئوية للأشخاص الذين لم يتوفر لهم في الأسبوعين الماضيين دائماً طعام في الأسرة بسبب نقص الموارد، حسب حالة الإعاقة (فريق واشنطن) والجنس في بوتسوانا، في عام 2014



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف.

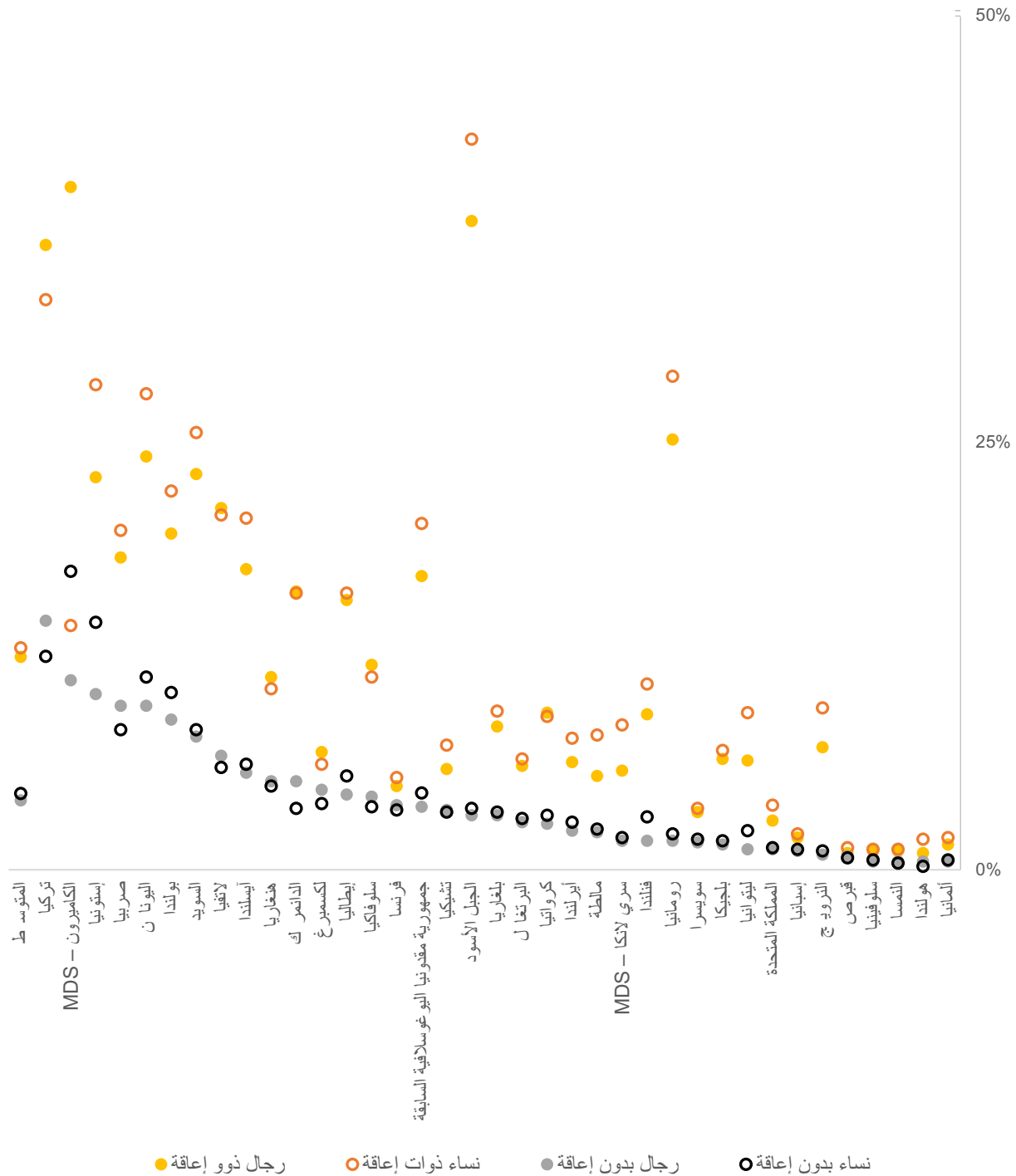
المصدر: UNDESA⁷⁸ (استناداً إلى بيانات من SINTEF^{262:11}).

الحصول على الرعاية الصحية

في 37 بلداً جرت دراستها، لا يستطيع ما متوسطه 13 في المائة من النساء ذوات الإعاقة الحصول على الرعاية الصحية عندما يحتجن إليها (الشكل 2-47). وتلبي في سلوفينيا وقبرص والنمسا إلى حد كبير احتياجات الرعاية الصحية للنساء ذوات الإعاقة: إذ تبلغ نسبة النساء ذوات الإعاقة اللاتي لا تلبي احتياجاتهن الصحية 1 في المائة فقط، وهي أدنى القيم بين البلدان الـ 37. مع ذلك، في عشرة من هذه البلدان، لا تلبي الاحتياجات الصحية لأكثر من 20 في المائة من النساء ذوات الإعاقة. وفي الجبل الأسود، يؤثر ذلك على 43 في المائة منهن. والتفاوتات بين النساء والرجال من ذوي الإعاقة صغيرة (تصل إلى 5 نقاط مئوية)، بينما التفاوتات بين النساء ذوات الإعاقة والرجال بدون إعاقة أوسع نطاقاً (تصل إلى 40 نقطة مئوية و9 نقاط مئوية في المتوسط).

وفي المتوسط، معدلات الاحتياجات الصحية غير الملباة متشابهة لدى النساء ذوات الإعاقة ولدى الرجال ذوي الإعاقة (13 في المائة و12 في المائة على التوالي)، لكنها أعلى مما لدى الرجال بدون إعاقة والنساء بدون إعاقة (4 في المائة). ويشير ذلك إلى أن العوائق التي تعترض الأشخاص ذوي الإعاقة عموماً تشكل عاملاً رئيسياً يعوق حصول النساء ذوات الإعاقة على الرعاية الصحية. ويتسق ذلك مع نتائج أخرى تبين أن العوائق المادية والمالية والسلوكية تشكل عقبة أمام الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الرعاية الصحية (القسم المتعلق بالهد ف3).

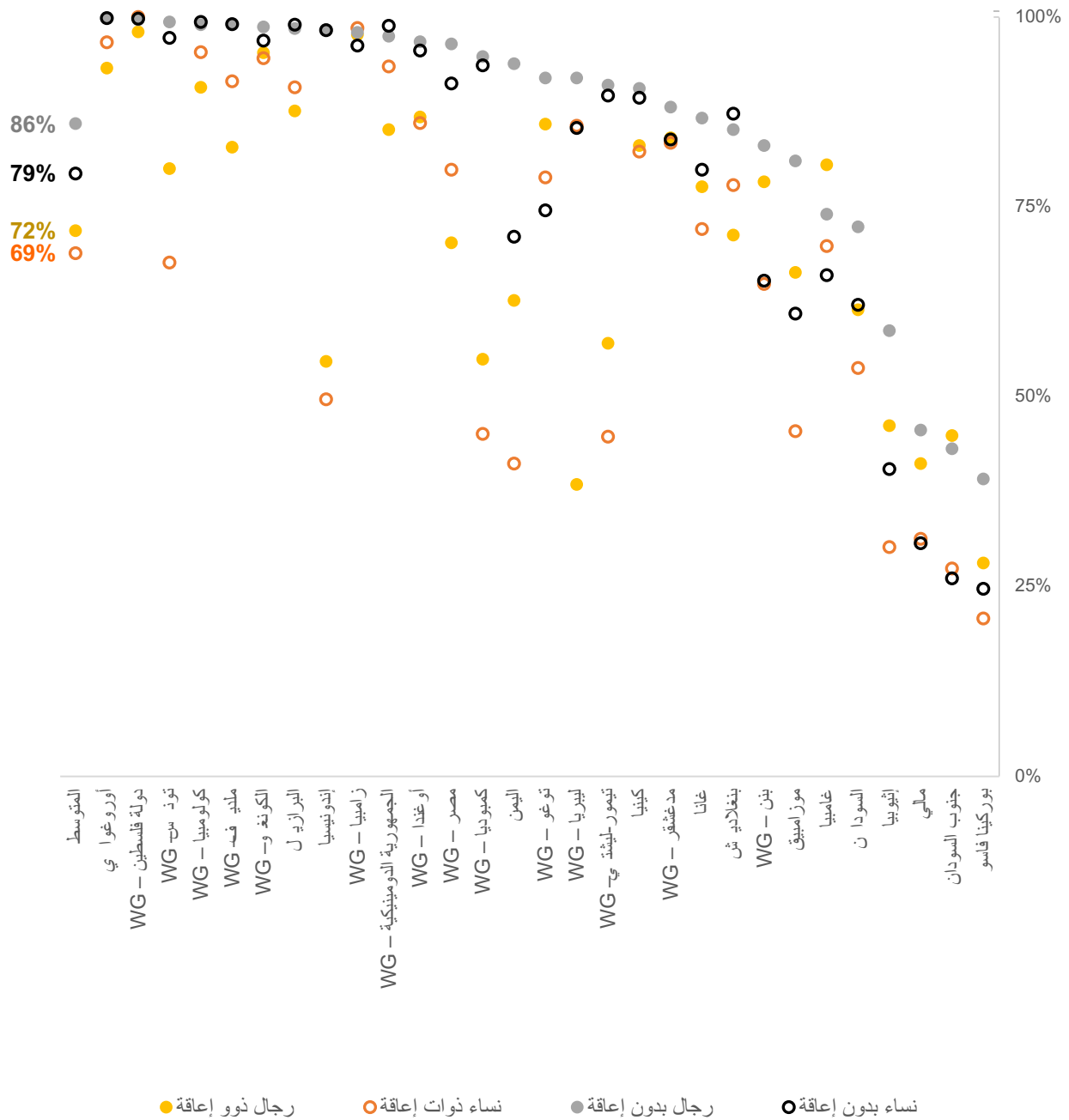
الشكل 2-47 النسبة المئوية للأشخاص الذين يحتاجون رعاية صحية لكنهم لم يحصلوا عليها، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 37 بلداً، حوالي عام 2016



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: Eurostat⁹؛ WHO¹⁰⁰.

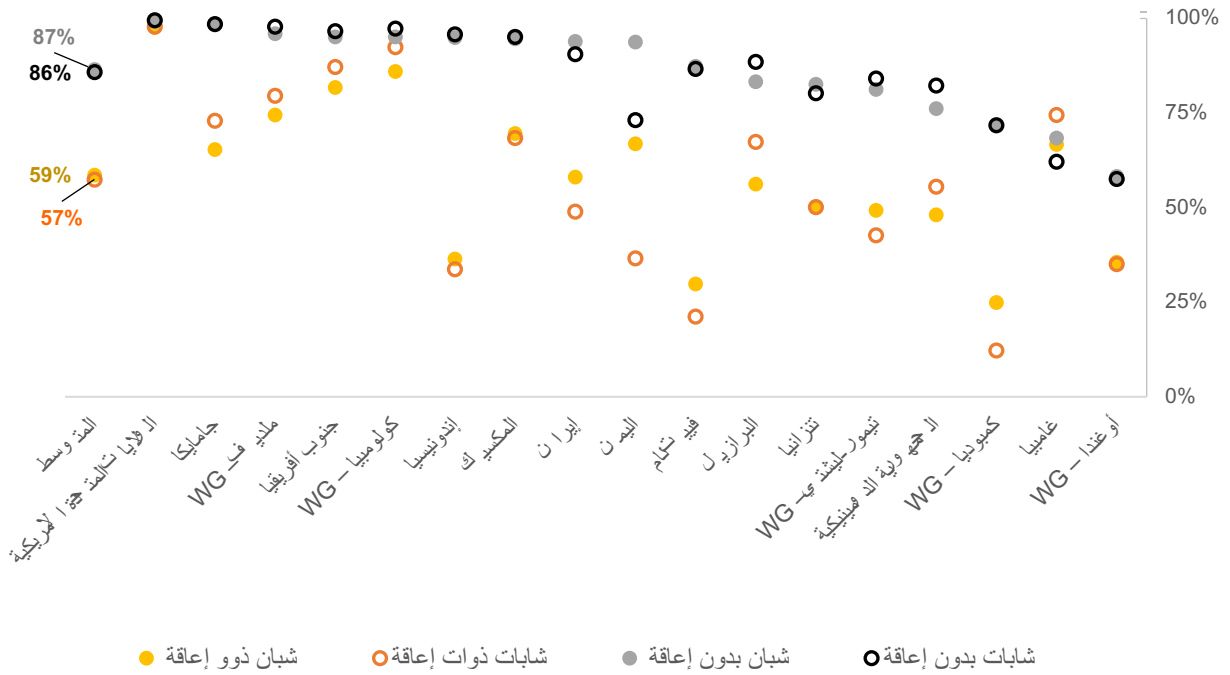
الشكل 2-48 النسبة المئوية للشباب الذي تتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة والتحقوا بمدرسة في أي وقت، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 29 بلداً، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريد قواشنتز حول أداء الوظائف. تقوم بيانات ليبيريا على ما يتراوح بين 25 و 49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶)؛ معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰ والمسوح حول انتقال الشباب من المدرسة إلى العمل²⁶³).

الشكل 2-49 النسبة المئوية للأشخاص الذي تتراوح أعمارهم بين 17 و24 سنة وأكملوا الدراسة الابتدائية على الأقل، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 17 بلداً، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة الصغيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف.

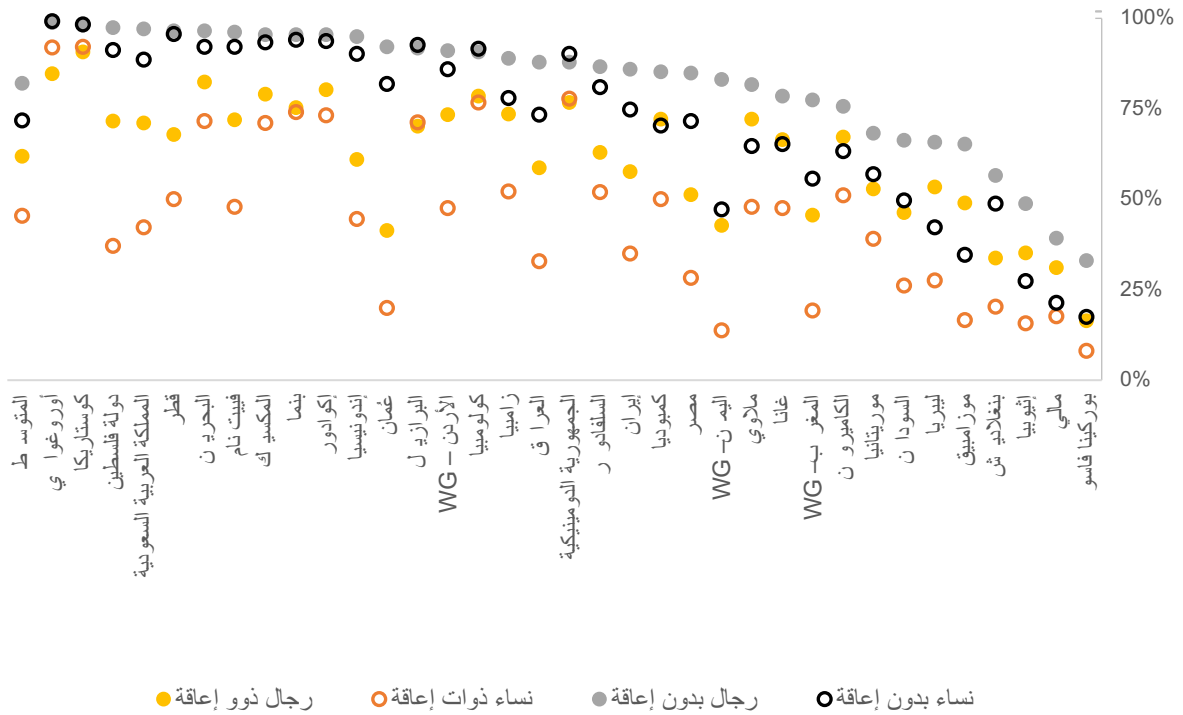
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶ وIPUMS¹⁰).

□□□□□□□□□□ **العالي**

في 41 بلداً جرت دراستها، حوالي عام 2012 أتم ما متوسطه نحو 10 في المائة من النساء ذوات الإعاقة التعليم العالي، وهذا المعدل مشابه لمعدل الرجال ذوي الإعاقة (أيضاً 10 في المائة)، لكنه أقل من معدل النساء بدون إعاقة والرجال بدون إعاقة (21 في المائة)، كما يتبين من الشكل 2-50. وهناك تباين كبير فيما بين البلدان فيما يتعلق بمعدلات إتمام التعليم العالي للنساء ذوات الإعاقة: ففي كمبوديا النسبة 0.2 في المائة فقط، لكنها تصل في فنلندا إلى 34 في المائة. وفي 27 بلداً، أي أكثر من نصف البلدان قيد الدراسة، معدلات إتمام التعليم العالي للنساء ذوات الإعاقة أدنى من معدلات الرجال ذوي الإعاقة. وفي 40 بلداً، أي معظم البلدان قيد الدراسة، معدلات إتمام التعليم العالي للنساء ذوات الإعاقة أدنى من معدلات الرجال بدون إعاقة. وفي 38 بلداً، معدلات النساء ذوات الإعاقة أدنى من معدلات النساء بدون إعاقة.

الفنتي زه ن6 نقا طئوية ف يكوستاريكا إله 72 نقطة مئوية في عُمان. ومن بين البلدان الـ35، تبلغ نسبة النساء ذوات الإعاقة الملمات بالقراءة والكتابة في المتوسط 45 في المائة بالمقارنة مع 61 في المائة من الرجال ذوي الإعاقة و71 في المائة من النساء بدون إعاقة و82 في المائة من الرجال بدون إعاقة.

الشكل 2-51 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة للسكان من عمر 15 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 35 بلداً، حوالي عام 2010



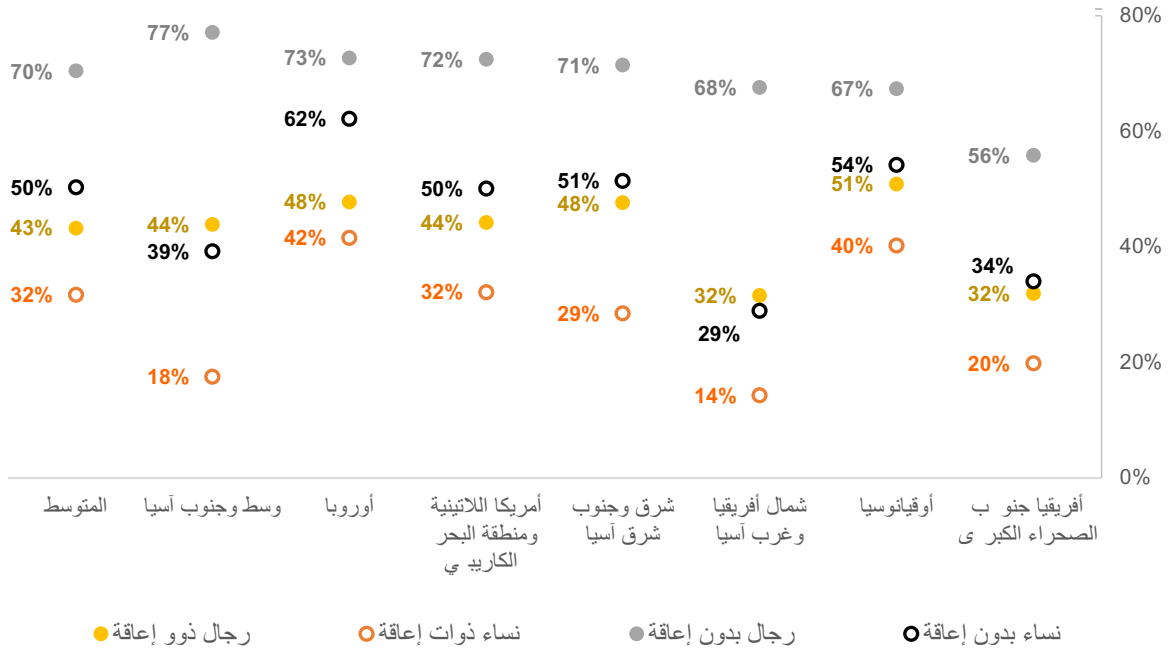
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريد قواشنتز حول أداء الوظائف.

المصدر: الإسكوا⁷¹؛ معهد اليونسكو للإحصاء (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

العمالة

من النتائج المباشرة لمحدودية فرص حصول النساء ذوات الإعاقة على التعليم، تضائل فرص دخولهن سوق العمل بالمقارنة مع الرجال ذوي الإعاقة كما مع النساء بدون إعاقة والرجال بدون إعاقة. وفقاً للأدلة من ست مناطق، احتمال حصول النساء ذوات الإعاقة على فرصة عمل أقل من احتمال الرجال ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في جميع المناطق (الشكل 2-52). ونسبة العمالة إلى السكان للنساء ذوات الإعاقة هي الأدنى في شمال أفريقيا وغرب آسيا (14 في المائة)، أما أعلى نسبة فهي في أوروبا (42 في المائة). وفي شمال أفريقيا وغرب آسيا، احتمال حصول النساء ذوات الإعاقة على فرصة عمل أقل من احتمال الرجال بدون إعاقة خمس مرات، وفي أوروبا أقل مرتين. وتتراوح الفجوة بين النساء والرجال من ذوي الإعاقة بين 6 نقاط مئوية في أوروبا و26 نقطة مئوية في هيس طوجنوب آسيا.

الشكل 2-52 نسبة العمالة إلى السكان²⁶⁵ لمن تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر²⁶⁶، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 6 مناطق²⁶⁷، 2006-2016²⁶⁸

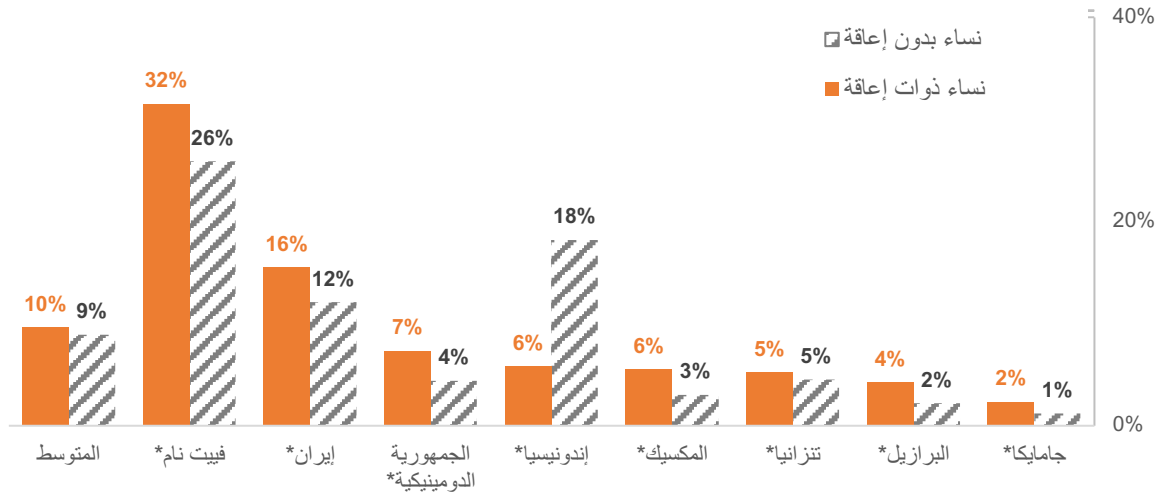


المصدر: ESCAP⁸، الإسكوا⁷؛ Eurostat⁹؛ ILO²⁶⁹؛ UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰ وSINTEF¹¹).

العمل غير المدفوع الأجر

يتزايد التسليم بقيمة عمل المرأة في الرعاية والعمل المنزلي غير المدفوع الأجر، لكن المعلومات عن دور المرأة ذات الإعاقة في هذا النوع من العمل شحيحة. وعلى عكس العمل المدفوع الأجر الذي تشارك فيه النساء ذوات الإعاقة بدرجة أقل من النساء بدون إعاقة، تبين الأدلة المتوفرة أن النساء ذوات الإعاقة في سبعة من ثمانية بلدان نامية أكثر عرضة للانخراط في أعمال غير مدفوعة الأجر من غيرهن. وبين هذه البلدان الثمانية، في المتوسط، يعمل 10 في المائة من النساء ذوات الإعاقة مقابل 9 في المائة من النساء بدون إعاقة في أعمال غير مدفوعة الأجر (الشكل 2-53). وتتراوح النسبة المئوية للنساء ذوات الإعاقة في العمل غير المأجور من 2 في المائة في جامايكا إلى 32 في المائة في فييت نام. وبما أن النساء ذوات الإعاقة يجدن صعوبة أكبر مما يواجهه غيرهن في العثور على عمل بأجر في القطاعات النظامية أو غير النظامية، قد يكون خيارهن الوحيد هو العمل غير المدفوع الأجر، لا سيما ضمن الأسرة.

الشكل 2-53 النسبة المئوية للنساء عم عمر 15 سنة فأكثر المنخرطات في عمل غير مدفوع الأجر، حسب حالة الإعاقة، في 8 بلدان، حواله عام 2008



ملاحظة: يشير الرمز (*) إلى أن للفرق بين النساء ذوات الإعاقة والنساء بدون إعاقة دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

فرص القيادة على جميع مستويات صنع القرار

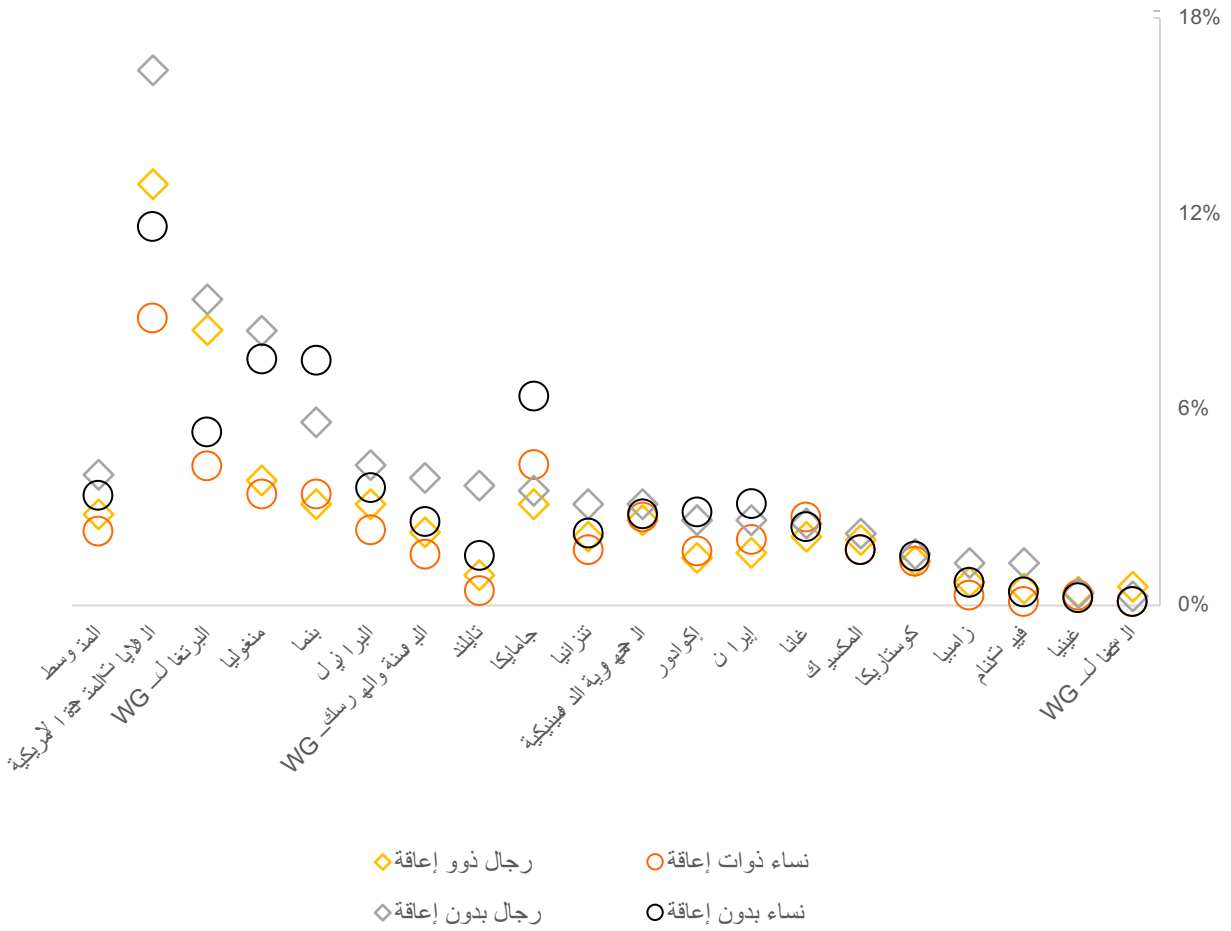
من الأصعب كسر السقف الزجاجي الذي يصدد به ارتقاء النساء ذوات الإعاقة. وتبين الأدلة من 19 بلداً أن احتمال تولي النساء ذوات الإعاقة منصب مشرع أو مسؤول أو مدير كبير أقل مما في حالة قريناتهن من النساء بدون إعاقة ومما في حالة الرجال ذوي الإعاقة والرجال بدون إعاقة: إذ يشغل 2.3 في المائة من النساء ذوات الإعاقة مناصب كهذه مقابل 2.8 في المائة من الرجال ذوي الإعاقة و3.4 في المائة من النساء بدون إعاقة و4 في المائة من الرجال بدون إعاقة (الشكل 2-54). واحتمال شغل النساء ذوات الإعاقة للمناصب القيادية أقل في تسعة من هذه البلدان التسعة عشر، كما أن احتمال تولي النساء بدون إعاقة المناصب القيادية أقل في جميع البلدان باستثناء غانا وجامايكا.

والبيانات المتوفرة عن أدوار النساء ذوات الإعاقة في القيادة السياسية محدودة، لكنها تشير إلى أن تمثيلهن فيها لا يزال منخفضاً للغاية. فوفقاً لبيانات جُمعت في عام 2017، لم يكن هناك في الهيئة التشريعية الوطنية في 14 من 18 بلداً في منطقة آسيا والمحيط الهادئ أي إنا ثذوات إعاقة. وفي البلدان الأربعة الأخرى، تراوحت نسبتهن بين 0.3 في المائة و6.3 في المائة⁸.

كما ينخفض تمثيل النساء من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة في آليات التنسيق الوطنية المتعلقة بمسائل الإعاقة. فمثلاً، من بين 17 بلداً أو منطقة من إقليم آسيا والمحيط الهادئ، تبلغ النسبة المئوية للعضوات من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة 12 في المائة في المتوسط، بالمقارنة مع 21 في المائة للرجال من هذه المنظمات و24 في المائة للنساء

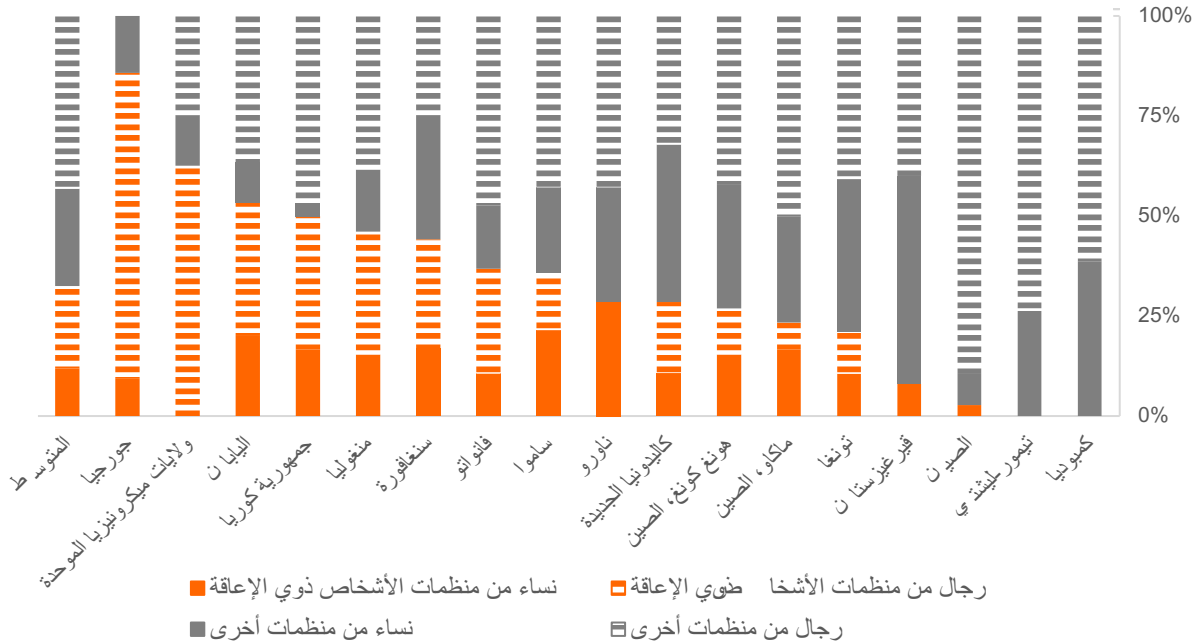
و43 في المائة للرجال من منظمات أخرى (الشكل 2-52). وفي ثلاثة من هذه البلدان، لا تمثيل لنساء من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة. ولدى ناورو أعلى نسبة تمثيل للنساء من هذه المنظمات (29 في المائة). وفي خمسة بلدان أو مناطق فقط طووازي عدد النساء من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة بين الممثلين عدد الرجال أو يزيد عليه.

الشكل 2-54 النسبة المئوية للأشخاص من عمر 15 سنة فأكثر العاملين كمشرعين وكبار مسؤولين ومديرين، حسب الإعاقة والجنس، في 19 بلداً، حوالي عام 2010



المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰)؛ شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة.

الشكل 2-55 النسبة المئوية لأعضاء من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة ومن منظمات أخرى في آليات التنسيق الوطنية المتعلقة بمسائل الإعاقة، حسب الجنس، في 17 بلداً أو منطقة، حوالي عام 2017



المصدر: ESCAP.⁸

أما تمثيل النساء ذوات الإعاقة في الآليات الوطنية للمساواة بين الجنسين فأقل حتى من ذلك. إذ لا توجد نساء ذوات إعاقة بين الأعضاء في 7 من 12 بلداً في إقليم آسيا والمحيط الهادئ، وفي البلدان الخمسة المتبقية، تشكل النساء ذوات الإعاقة في المتوسط 9 في المائة من الممثلين⁸.

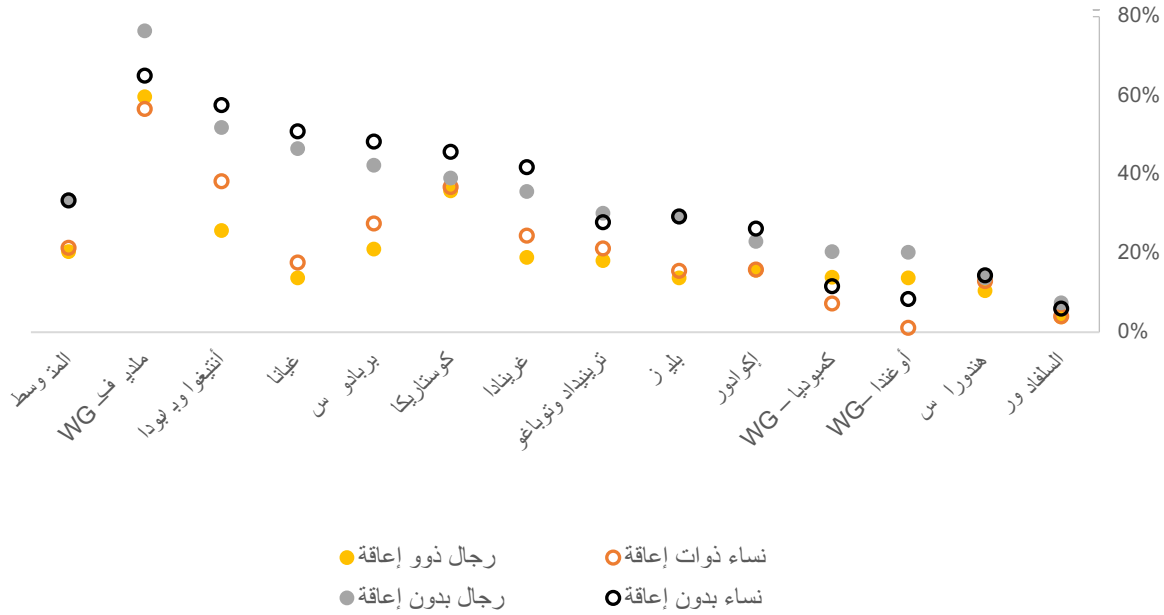
ووفقاً للأدلة المتوفرة، لا تزال فجوات النوع الاجتماعي قائمة أيضاً في قيادة منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة. فقد أشار تحليل للبيانات من وسائل التواصل الاجتماعي²⁷⁰ في عام 2017 إلى أن 42 في المائة من النساء يشغلن مناصب قيادية في المنظمات الناطقة بالإسبانية العاملة في قضايا الإعاقة أو مع الأشخاص ذوي الإعاقة، مقابل 58 في المائة من الرجال²⁷¹.

الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

تشير الأدلة من 13 بلداً نامياً إلى أن النسبة المئوية للنساء ذوات الإعاقة اللاتي يستخدمن الإنترنت تتراوح بين 1 في المائة في أوغندا و57 في المائة في ملديف (الشكل 2-56). واستخدام النساء ذوات الإعاقة للإنترنت أقل منه لدى الأشخاص بدون إعاقة (رجالاً ونساء على حد سواء) في جميع البلدان. ولكن بالمقارنة مع الرجال ذوي الإعاقة، النسبة المئوية للنساء ذوات الإعاقة اللاتي يستخدمن الإنترنت أعلى في 10 بلدان من أصل 13 بلداً. وتبلغ نسبة النساء ذوات الإعاقة اللاتي يستخدمن شبكة الإنترنت في هذه البلدان في المتوسط 21 في المائة، بالمقارنة مع 20 في المائة لدى

الرجال ذوي الإعاقة و33 في المائة لدى النساء بدون إعاقة و34 في المائة لدى الرجال بدون إعاقة، ما يشير إلى أن العوائق المرتبطة بالإعاقة أعلى من تلك المرتبطة بالنوع الاجتماعي. ويلاحظ أن أدنى الفجوات بين النساء ذوات الإعاقة والرجال ذوي الإعاقة والرجال بدون إعاقة هي في كوستاريكا وهندوراس، إذ أن معدلات استخدام الإنترنت فيها متشابهة.

الشكل 2-56 النسبة المئوية لمن يستخدمون الإنترنت، حسب حالة الإعاقة والجنس، في 13 بلداً، حوالي عام 2011



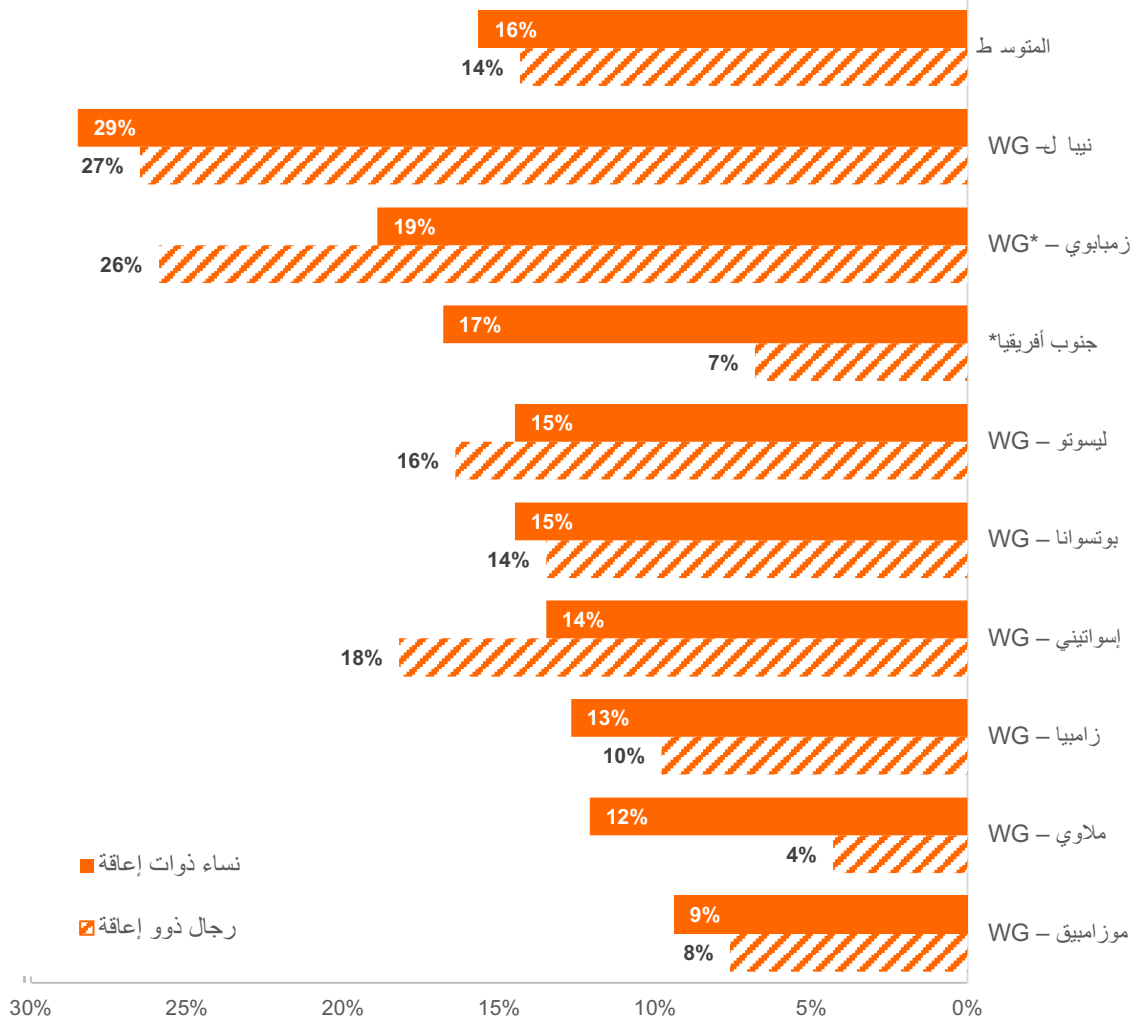
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف.

المصدر: ECLAC²⁷²؛ إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية؛ البنك الدولي (استناداً إلى بيانات من DHS⁶).

العنف الجسدي والجنسي

تبين الأدلة من تسعة بلدان نامية أن 16 في المائة من النساء ذوات الإعاقة عانين العنف بسبب إعاقتهن، وتراوحت هذه النسبة بين 5 في المائة في موزامبيق و29 في المائة في نيبال (الشكل 2-57). وفي هذه البلدان، تعاني النساء ذوات الإعاقة في المتوسط معدلات عنف أعلى قليلاً من الرجال ذوي الإعاقة، لكن الفجوة بين الرجال والنساء تتفاوتت تفاوتاً كبيراً. وفي خمسة من هذه البلدان، فإن مرتكبي العنف ضد أكثر من نصف النساء ذوات الإعاقة المعتنفات هم من أفراد الأسرة (الشكل 2-58).

الشكل 2-57 النسبة المئوية للنساء والرجال ذوي الإعاقة الذين عانوا العنف بسبب إعاقتهن،
في 9 بلدان، حوالى عام 2012



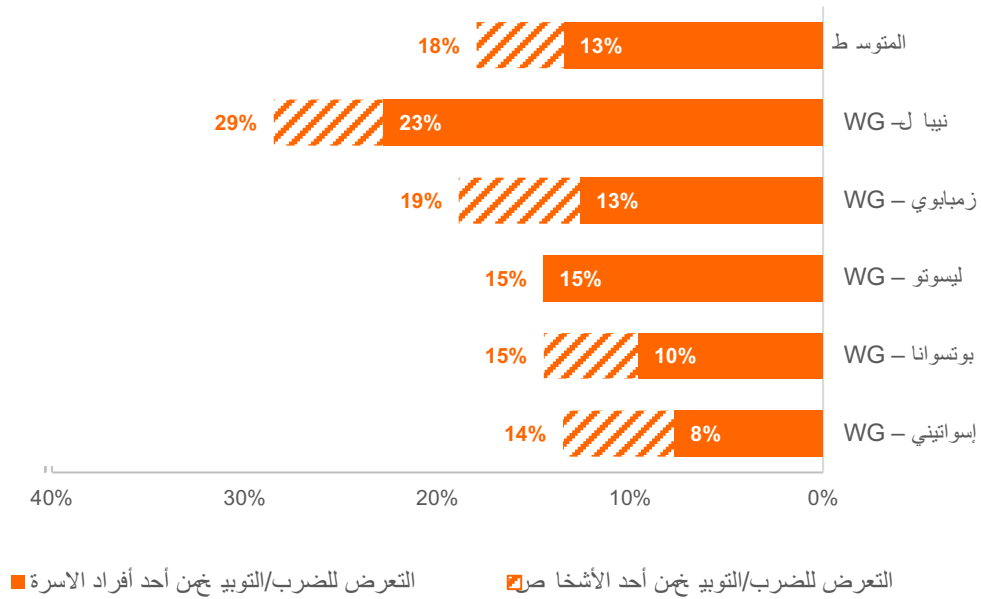
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريد قواشنتز حول أداء الوظائف. يشير الرمز (*) إلى أن للفَرْق بين النساء والرجال من ذوي الإعاقة دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة. تستند البيانات الواردة من ليسوتو إلى 25 إلى 49 ملاحظة.

المصدر: UNDESA⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

وفي 35 بلداً، معظمها في أوروبا، في عام 2016²⁷³، أفاد ما متوسطه 13 في المائة من النساء ذوات الإعاقة بأن حالات الجريمة والعنف فوالتهرب كانت شائعة في أماكن أو منطقة إقامتهن، وتلك نسبة مشابهة لما في حالة الرجال ذوي الإعاقة (13 في المائة)، بالمقارنة مع 10 في المائة للأشخاص بدون إعاقة (القسم 16)⁹. وهناك أدلة تشير إلى احتمال معاناة النساء ذوات الإعاقة العنف الجنسي أكثر مما في حالة النساء بدون إعاقة وحالة الرجال وفي أوغندا، في عام 2016، عانى العنف الجنسي 34 في المائة من النساء ذوات الإعاقة وعاناه 22 في المائة في الأشهر الاثني

عشر السابقة (الشكل 2-129 في القسم المتعلق بالمقصدتين 1-16 و2-16)²⁷⁴. وبالإشارة إلى الأشهر الاثني عشر السابقة، كان احتمال معاناة النساء ذوات الإعاقة العنف الجنسي ضعف احتمال معاناة النساء بدون إعاقة، أي ما يقرب من أربعة أضعاف احتمال تعرض الرجال ذوي الإعاقة وستة أضعاف احتمال تعرض الرجال بدون إعاقة. وكثيراً ما تعاني النساء والفتيات ذوات الإعاقة الحسية أو الذهنية مستويات أعلى من سوء المعاملة لأن صعوبات التواصل تعني أن احتمال إبلاغهن عن الإيذاء أقل (القسم المتعلق بالهدف 16).

الشكل 2-58 النسبة المئوية للنساء ذوات الإعاقة اللاتي تعرضن للضرب أو التوبيخ بسبب إعاقتهن، في 5 بلدان، في عام 2010



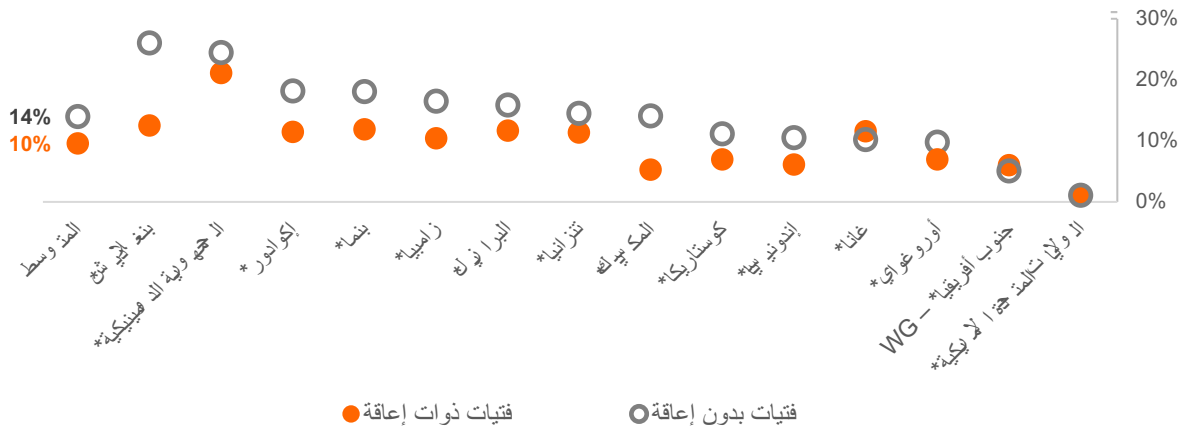
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

زواج الأطفال

تبين الأدلة من 14 بلداً، حوالي عام 2011، أن ما متوسطه 10 في المائة من الفتيات ذوات الإعاقة من الأعمار بين 15 و18 سنة متزوجات أو كن متزوجات، وتتراوح النسبة بين أقل من 1 في المائة في الولايات المتحدة الأمريكية و21 في المائة في الجمهورية الدومينيكية (الشكل 2-59). وفي ثلاثة من البلدان الـ 14، احتمال كون الفتيات ذوات الإعاقة متزوجات أو متزوجات من قبل أكثر مما في حالة أقرانهن بدون إعاقة.

الشكل 2-59 النسبة المئوية للفتيات من الأعمار بين 15 و 18 سنة المتزوجات أو المتزوجات من قبل²⁷⁵، حسب حالة الإعاقة، في 14 بلداً، حوالي عام 2011



ملاحظة: يشير الرمز (*) إلى أن للفُرُق بين النساء والرجال من ذوي الإعاقة دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

الممارسات الحالية فيما يتعلق بالنوع الاجتماعي والإعاقة

كثيراً ما تأتي السياسات والبرامج الوطنية على ذكر النساء والفتيات ذوات الإعاقة²⁷⁶. وتعالج بلدان كثيرة قضايا النوع الاجتماعي وقضايا الإعاقة على حدة من دون التركيز على التقاطع فيما بينها. وتشير دراسة أجريت في أمريكا اللاتينية إلى تزايد الوعي في هذه المنطقة للحاجة إلى تناول هذا التقاطع. ويشمل 17 بلداً من 20 بلداً في المنطقة الإعاقة في الخطط الوطنية حول النوع الاجتماعي، ولدى 12 بلداً منها خطط حول النوع الاجتماعي تتضمن تدابير محددة موجهة للنساء ذوات الإعاقة، لكن 6 بلدان فقط من 19 بلداً تتطرق لمسألة النوع الاجتماعي في قوانينها المتعلقة بالإعاقة²⁷⁷.

وفي حين يشجع بعض البلدان شمول وتمكين النساء والفتيات ذوات الإعاقة من خلال لقوانين عامة وخطط واستراتيجيات التنمية، تضع بلدان أخرى استراتيجيات وطنية تركز تحديداً على النساء والفتيات ذوات الإعاقة²⁷⁸. ومن الأمثلة على ذلك خطط العمل الوطنية للنساء ذوات الإعاقة^{279، 280}، والإجراءات التي تركز على الفتيات ذوات الإعاقة في المناطق الريفية، والمقاعد المحفوظة للنساء ذوات الإعاقة في البرلمان والحكومات المحلية، وتعزيز وصول النساء والفتيات ذوات الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية²⁸¹. وهناك أيضاً مبادرات تعطي الأولوية للمشاريع التي تحسّن وضع النساء ذوات الإعاقة لدى توزيع المنح الحكومية²⁸². كما وضع عدد من البلدان مبادرات لتعزيز تعليم الفتيات ذوات الإعاقة من خلال منح دراسية موجهة ولتعزيز عمالة النساء ذوات الإعاقة من خلال التدريب²⁸³. ويبنى أحد هذه البرامج على الإدراك للقيمة المضافة الناجمة عن شمول النساء والفتيات ذوات الإعاقة: فقد دُرِّبَت مكفوفات وضعيفات بصر كفاحصات سريريّات للثدي، فتبين أن باستطاعتهم اكتشاف عدد من التغيّرات في الثدي أكبر بما يصل إلى 50 في المائة مما يكتشف الأطباء، وتغيّرات أصغر بنسبة 28 في المائة²⁸⁴.

وعلى المستوى الدولي، اتخذ صندوق الأمم المتحدة الاستئمان بإنهاء العنف ضد المرأة مبادرة لإنشاء تمويل لمحدد لمشاريع تركز على النساء ذوات الإعاقة. وفي عام 2018، منحت صناديق التمويل هذه دعماً مالياً لتسعة مشاريع تهدف إلى إنهاء العنف ضد النساء والفتيات ذوات الإعاقة وتعزيز قدرة المنظمات العاملة على مستوى القاعدة مع النساء والفتيات الناجيا تمن العنف²⁸⁵.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

تقتصر النتائج في هذا القسم على مجموعة من البلدان، لكنها تؤكد أن العديد من النساء والفتيات ذوات الإعاقة يواجهن تمييزاً وعوائق متعددة تحول دون شمولهن الكامل على قدم المساواة في المجتمع والتنمية. فبالمقارنة مع الرجال بدون إعاقة، وضع النساء ذوات الإعاقة غير مؤات البتة. وتبين الأدلة المعروضة لدى مقارنة الاحتمالات للنساء ذوات الإعاقة مع الاحتمالات للرجال بدون إعاقة أن احتمال أن يكن فقيرات أكثر مرتين واحتمال ألا يحصلن على طعام مغذٍ وكاف أكثر مرتين أيضاً واحتمال ألا تُلبي احتياجاتهن من الرعاية الصحية أكثر ثلاث مرات واحتمال عدم إلمهن بالقراءة والكتابة أكثر ثلاث مرات واحتمال عملهن أقل مرتين واحتمال استخدامهن الإنترنت أقل مرتين أيضاً. ومن بين من يعملون، احتمال عمل النساء ذوات الإعاقة مشرعات أو مسؤولات أو مديرات كبيرات أقل لمرتين. وبشكل عام، وضع النساء ذوات الإعاقة أسوأ من وضع النساء بدون إعاقة.

وفي مجالين إثنيين، لا يبدو أن الأدلة تشير إلى مزيد من الحرمان للنساء ذوات الإعاقة بالمقارنة مع الرجال ذوي الإعاقة، ما يشير إلى أن العوائق السلوكية والمرتبطة بالبيئة المحيطة أمام الإعاقة، وليس العوائق المتعلقة بالنوع الاجتماعي، هي العوامل الرئيسية التي تدفع إلى الحرمان الذي تعاني منه النساء ذوات الإعاقة. وهذا هو الحال بالنسبة للفقير والحصول على التعليم واستخدام الإنترنت والعنف الجسدي. ولكن فيما يتعلق بالحصول على عمل وبالعنف الجنسي، يبدو أن العائقين المتعلقين بالنوع الاجتماعي والإعاقة يلعبان دوراً.

وتختلف هذه النتائج من بلد لآخر. ولتوجيه تصميم السياسات، من المهم أن تحدد الجهات الفاعلة ويحدد صانعو القرار في مجال التنمية ما إذا كان الحرمان الذي تعاني منه النساء ذوات الإعاقة مدفوعاً بالإعاقة أم بالنوع الاجتماعي وإلى أي مدى. ولن تنجح السياسات المتعلقة بالنوع الاجتماعي إذا حال العوائق ضد الإعاقة دون استفادة النساء ذوات الإعاقة من هذه السياسات. وفي هذه الحالة، يتعين على السياسات المتعلقة بالنوع الاجتماعي التصدي لهذه العوائق أيضاً. وعلى نحو مشابه، لن تنجح السياسات التي تعزز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة إذا ما حال التمييز القائم على النوع الاجتماعي دون استفادة النساء ذوات الإعاقة منها. وفي هذه الحالة، يتعين على سياسات الإعاقة التصدي لهذه القوالب النمطية.

ولا تزال احتياجات النساء ذوات الإعاقة ووجهات نظرهن لا تنعكس أحياناً كثيرة في الآليات الوطنية المعنية بالنوع الاجتماعي أو الإعاقة. وسيتعين على هذه الآليات أن تتجاوز العمل في صوامع منعزلة لنقرّ بالتقاطع بين النوع الاجتماعي والإعاقة.

وعلى الرغم من هذه النتائج، يبين هذا القسم أن الفجوات بين النساء ذوات الإعاقة وغيرهن تتفاوت من بلد لآخر، وأن بعض البلدان تمكّن من تقليص الفجوات. وقد نفذت عدة بلدان تدابير لتعزيز شمول النساء والفتيات ذوات الإعاقة، وينبغي توسيع نطاق هذه الممارسات الفضلى في بلدان أخرى. ولتحقيق المساواة الكاملة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات ذوات الإعاقة، ينبغي النظر في الإجراءات التالية:

1) تناول احتياجات ووجهات نظر النساء والفتيات ذوات الإعاقة في الاستراتيجيات أو خطط العمل الوطنية المتعلقة بالإعاقة، وكذلك في الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية المتعلقة بالنوع الاجتماعي. اعتماد استراتيجية وطنية للإعاقة أو خطة عمل وطنية للإعاقة ممولة جيداً، ولديها مؤشرات مرجعية، وتولي الاهتمام الواجب للبعد المشترك لكِبتين القطاعات فيما يتعلق بالنساء والفتيات ذوات الإعاقة، وإدراج هذا البعد أيضاً في الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية المتعلقة بالنوع الاجتماعي.

2) وضع سياسات وبرامج تركّز على النساء والفتيات ذوات الإعاقة بهدف مشاركتهن الكاملة والمتساوية في المجتمع. وعلاوة على ذلك، إشراك النساء والفتيات ذوات الإعاقة في وضع وتقييم السياسات والبرامج، ووضع برامج تهدف إلى مكافحة العنف ضدهن، ولا سيما العنف الجنسي.

3) دعم تمكين النساء والفتيات ذوات الإعاقة من المشاركة على قدم المساواة في المجتمع وتقليص فجوات النوع الاجتماعي في المشاركة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية. الاستثمار في تعليم النساء والفتيات ذوات الإعاقة ودعم انتقالهن من المدرسة إلى العمل من خلال التدريب. ويجب توفير فرص التعليم والتدريب بأشكال يسهل الوصول إليها، والتعاون مع أصحاب العمل لتوعيتهم بالقيمة المضافة لوجود قوة عمل متنوعة تضم النساء والفتيات ذوات الإعاقة.

4) التوعية باحتياجات النساء والفتيات ذوات الإعاقة والقضاء على الوصم والتمييز ضدهن. توفير التدريب في مجال الإعاقة بين المنظمات والعاملين في مجال المساواة بين الجنسين وتنظيم حملات عامة لمكافحة القوالب النمطية السلبية المرتبطة بالإعاقة والنوع الاجتماعي.

5) تعزيز جمع ونشر وتحليل البيانات المتعلقة بالنساء والفتيات ذوات الإعاقة وتفصيل ونشر البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة بغية وضع سياسات فعّالة وتنفيذ ورصد المساواة بين الجنسين. وتعزيز قدرة الأجهزة الإحصائية الوطنية على جمع هذه البيانات ونشرها. وتشجيع التحليلات القائمة على الأدلة لتحديد العوائق التي تواجهها النساء والفتيات ذوات الإعاقة، لا سيما إذا كانت عوائق سلوكية ضد الإعاقة أو النوع الاجتماعي أو كليهما. واستخدام البيانات توالدراسات لتتوير وتوجيه صنع السياسات.

واو- ضمان توفر المياه وخدمات الصرف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة (ف6)

يتناول هذا القسم تحقيق الهد ف6، أي توفر المياه والمرافق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة. ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة صعوبات في الحصول على المياه وخدمات المرافق الصحية والنظافة الصحية الكافية أكثر من غيرهم. ويُعزى ذلك إلى افتقار الأسر إلى إمكانية الوصول إلى المرافق، هذا الافتقار الذي كثيراً ما ينجم عن عدم كفاية الموارد المالية، فضلاً عن عدم إمكانية الوصول إلى البيئات العامة. وتشمل العوائق التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة فيما يتعلق بالمياه والصرف الصحي عوائق مرتبطة بالبيئة المحيطة، من مثل عدم إمكانية الوصول إلى المرافق²⁸⁶. غير أن العوائق تتجاوز المسائل المتعلقة بإمكانية الوصول. فكثيراً ما يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة الوصم والتمييز من الآخرين لدى استخدامهم المرافق المنزلية والعامة على حدٍ سواء، كمثل المفاهيم الخاطئة التي تذهب إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يمكن أن يلوثوا مصادر المياه أو يجعلوا المراحيض قذرة. وقد يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعانون أنواعاً معينة من الإعاقات إلى وقت أطول في استخدام المرافق، ما يؤدي إلى معاناتهم الوصم لدى استخدامهم المراحيض المجتمعية. وقد يشعرون أيضاً بالإذلال إذا ما اعتمدوا على أفراد أسرهم لمساعدتهم في استخدام مرافق المياه والصرف الصحي التي يتعذر الوصول إليها. ويؤثر تعذر الوصول إلى مرافق المياه والصرف الصحي خارج المنزل تأثيراً سلبياً على مجالات التنمية الأخرى. ففي أحيان كثيرة يُمنع الأطفال ذوو الإعاقة من الالتحاق بالمدارس بسبب عدم وجود مراحيض يسهل وصولهم إليها. كما يشكل الافتقار إلى مراحيض يمكن الوصول إليها عائقاً أمام الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يسعون إلى العمل والخدمات الصحية.

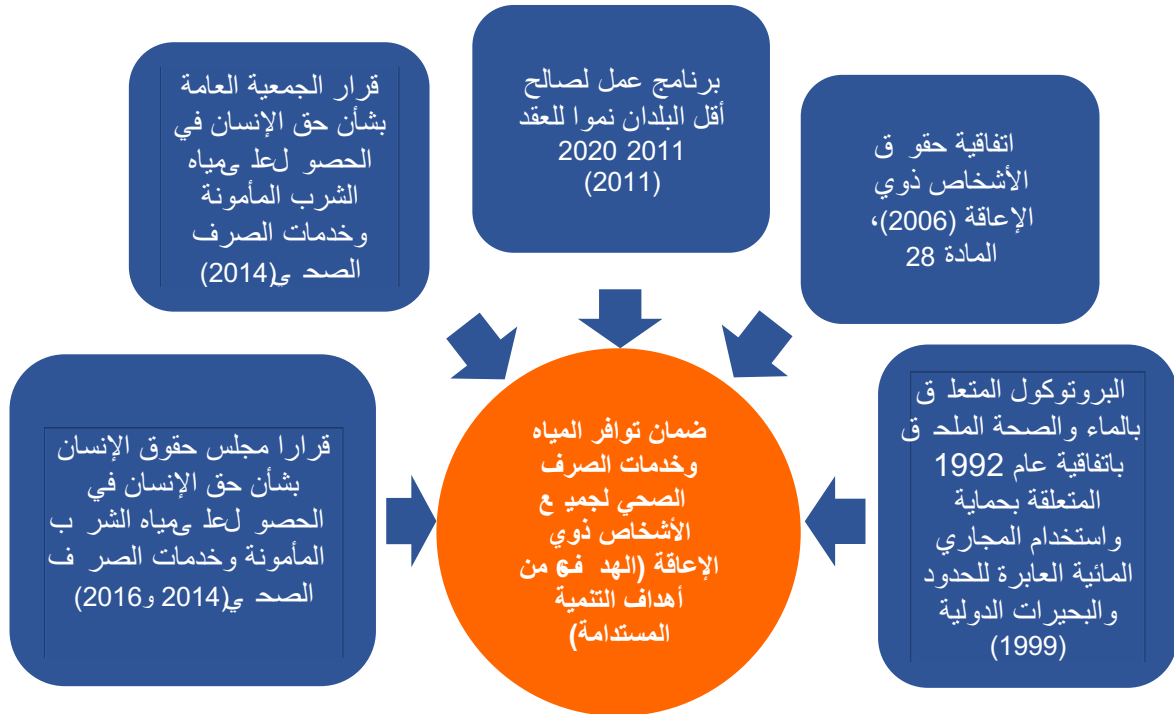
يعرض هذا القسم قائمة بالأطر المعيارية الدولية الرئيسية المتعلقة بالإعاقة والمياه والصرف الصحي، ويقدم نظرة عامة إلى توفر المياه والمرافق الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة وإمكانية الوصول إليها. ويحدد القسم أيضاً أفضل الممارسات التي يقدم توصيات لتحسين الحالة الراهنة للأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالمياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية والإعاقة

يُدرج المقصدان 1-6 و2-6 للهد ف6 الأشخاص ذوي الإعاقة على نحو غير مباشر في دعوة كل منهما إلى ما يلي: "تحقيق هدف حصول الجميع على خدمات الـ ص و الـ ص و النظافة الصحية ووضع نهاية للتغوط في العراء، وإيلاء اهتمام خاص لاحتياجات النساء والفتيات ومن يعيشون في ظل أوضاع هشة، بحلول عام 2030". ويتماشى ذلك مع المادة 28 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تنص على أن تضمن الدول الأطراف "مساواة الأشخاص ذوي الإعاقة مع الآخرين في فرص الحصول على المياه النقية" وتدعو كذلك إلى توفير "الخدمات والأجهزة المناسبة ذات التكاليف المعقولة وغير ذلك من المساعدات لتلبية الاحتياجات المرتبطة بالإعاقة". وتركز المادة 4 المتعلقة بالتعهدات العامة على جوانب ذات صلة بوجه خاص بالحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي، وتصل في الفقرة 1 (ب)، مسؤولية الدول الأطراف لاتخاذ جميع التدابير الملائمة بما فيها التشريع لتعديل أو إلغاء ما يوجد من قوانين ولوائح وأعراف وممارسات تشكل تمييزاً ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وفي الفقرة 1 (و) ترويج استخدام "التصميم الشامل" لدى وضع المعايير والمبادئ التوجيهية. ووفقاً للمادة 9، تقع على عاتق الدول الأطراف مسؤولية اتخاذ التدابير اللازمة

لوضع معايير دنيا ومبادئ توجيهية لتهيئة إمكانية الوصول إلى المرافق والخدمات المتاحة لعامة الجمهور أو المقدمة إليه، ونشر هذه المعايير والمبادئ ورصد تنفيذها (الفقرات 2 (أ))، وتنظيم القطاع الخاص لكفالة أن تراعي الكيانات الخاصة التي تتيح مرافق وخدمات لعامة الجمهور جميع جوانب إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها.

الشكل 2-60 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 6 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



تركز أطر معيارية دولية أخرى على توفير إمكانية الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة. فمثلاً يشدد البروتوكول المتعلق بالماء والصحة الملحق باتفاقية عام 1992 المتعلقة بحماية واستخدام المجاري المائية العابرة للحدود والبحيرات الدولية (1999) على الحاجة إلى ضمان حصول الأشخاص المحرومين والذين يعانون الإقصاء الاجتماعي على المياه على قدم المساواة²⁸⁷. ويشير قرار مجلس حقوق الإنسان بشأن حقوق الإنسان والحصول على مياه الشرب الآمنة وخدمات الصرف الصحي (2014) إلى اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ويسلط الضوء على أهمية حصول الجميع على مياه الشرب وخدمات الصرف الصحي مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الفئات الضعيفة²⁸⁸. ويشير قرار الجمعية العامة بشأن حق الإنسان في الحصول على مياه الشرب الآمنة وخدمات الصرف الصحي (2014) إلى اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ويدعو إلى توفير مياه الشرب الآمنة وخدمات الصرف الصحي للجميع بدون تمييز، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة²⁸⁹. كما يؤكد أيضاً في سياق أقل البلدان نمواً على إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي على قدم المساواة. ويشير برنامج العمل لصالح أقل البلدان نمواً للفترة 2011-2020 "بالتحديد إلى توفير خدمات المياه والمرافق الصحية والحقوق المتساوية للأشخاص ذوي الإعاقة²⁹⁰. ويشدد قرار اتخذه مجلس حقوق الإنسان عام 2016 على القضاء على أوجه عدم المساواة على أساس الإعاقة، من بين جملة أمور، في التمتع بقدر متساو على مياه الشرب الآمنة وخدمات الصرف الصحي

من خلال تعزيز التعاون بين قطاعات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وغيرها من القطاعات، بما في ذلك التعليم والعمالة والصحة²⁹¹.

ورغم أن الأطر المعيارية الدولية الرئيسية تسلّم بحق حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي على قدم المساواة، لم يُعالج على نحو كامل الدور الحاسم للتكنولوجيا المُساعدة في مجال المياه والصرف الصحي بما في ذلك، مثلاً، مقابض مضخات المياه أو المراحيض التي يسهّل الوصول إليها لجعل المياه والصرف الصحي متاحاً للأشخاص ذوي الإعاقة.

حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي

احتمال عيش الأشخاص ذوي الإعاقة في أسر تتوفر لها خدمات مياه وصرف صحي كافية أقل

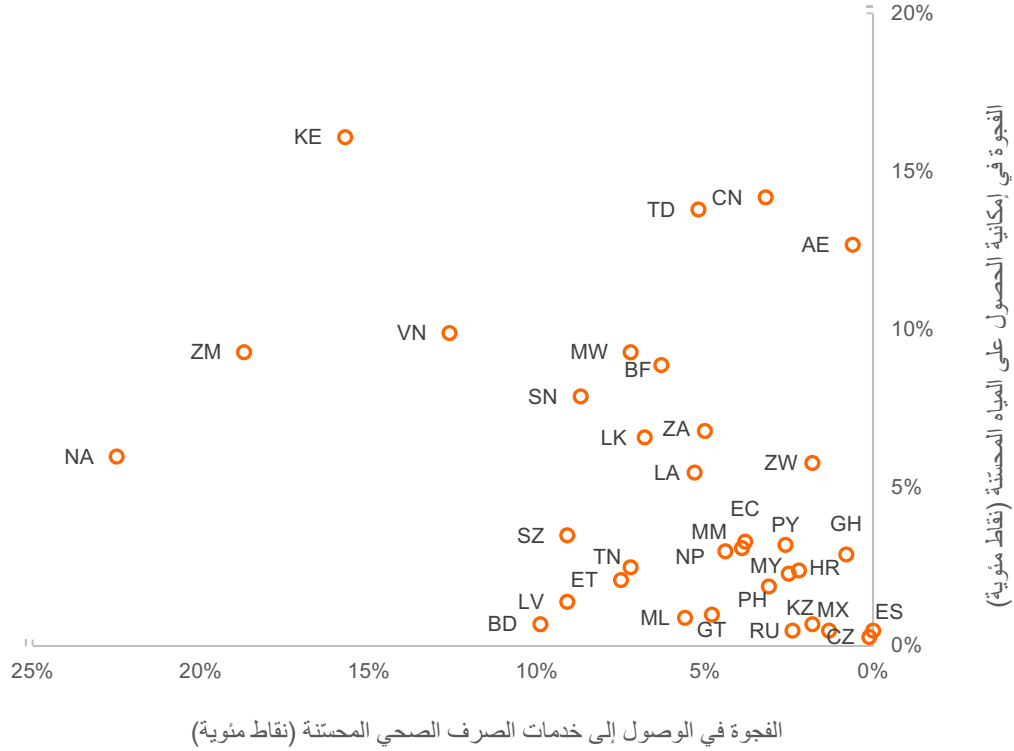
ما زالت إمكانية حصول العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة على مياه كافية ووصولهم إلى مرافق صحية ملائمة تشكل تحدياً. وتبين البيانات من 34 بلداً أن احتمال عيش الأشخاص ذوي الإعاقة في أسر لا تتوفر لها خدمات مياه وصرف صحي كافية أكثر مما في حالة الأشخاص بدون إعاقة (الشكل 2-61). وفي بعض البلدان، تصل الفجوة إلى أكثر من 10 نقاط مئوية. وتتسع في بعض البلدان الفجوة فيما يتعلق بالوصول إلى مصدر محسّن للمياه²⁹²، والأغلب أن تتسع الفجوة أيضاً فيما يتعلق بمرافق الصرف الصحي المحسّنة²⁹³. ويرجح أن يكون لفقر الأسر، وهو أكثر انتشاراً بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة، دور في هذه الفجوة.

احتمال عيش الأشخاص ذوي الإعاقة في أسر لديها مرافق للنظافة الصحية والصرف الصحي في المبنى أقل

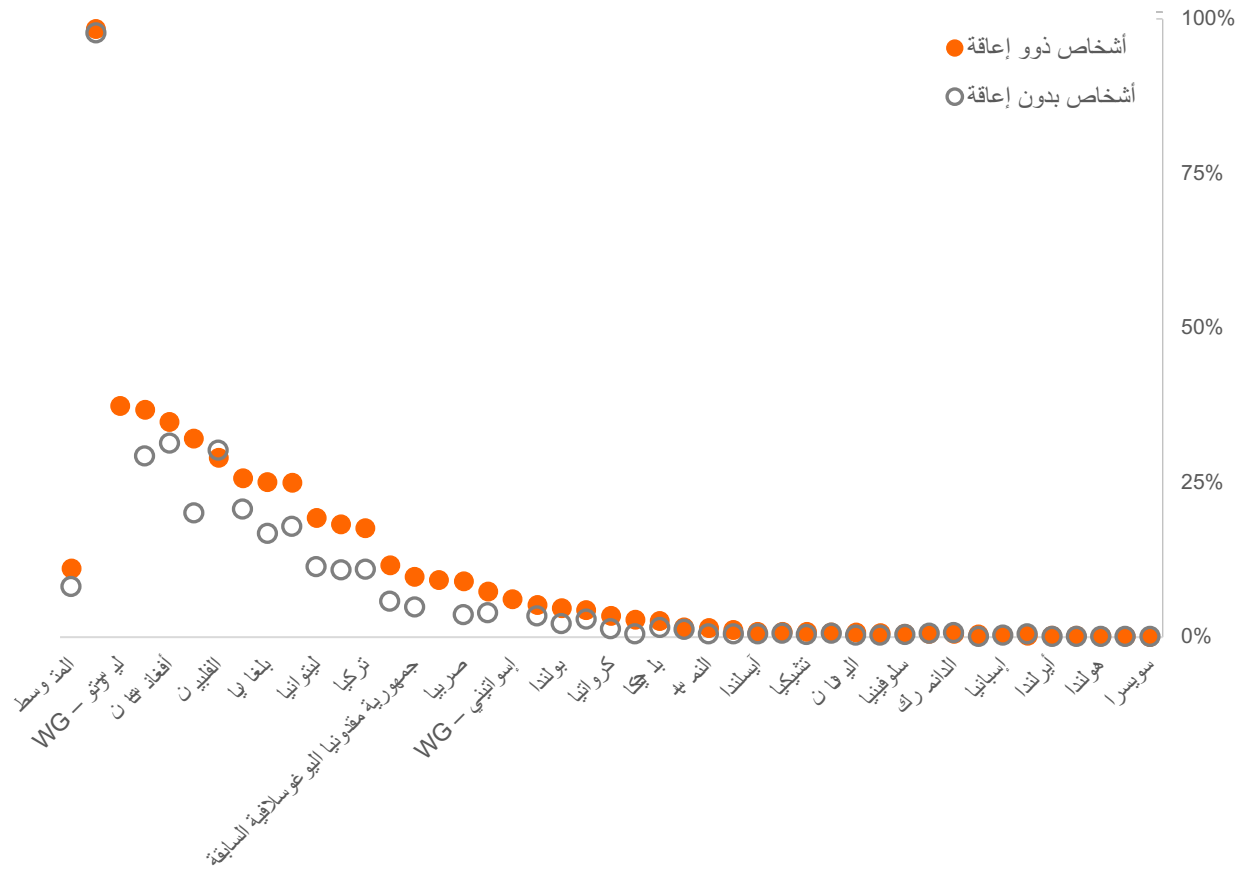
في 33 من 44 بلداً، النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة المقيمين في منازل لا توجد فيها مرافق داخلية أعلى منها لغيرهم (الشكل 2-62). وفي 10 بلدان تتجاوز الفجوة بين المجموعتين 5 نقاط مئوية. ويمكن أن يتسبب الحمام خارج المنزل والحمام المشترك بصعوبات إضافية للأشخاص ذوي الإعاقة، من مثل صعوبة الحركة وتحديد موقع الحمام و/أو الانتظار في طابور. وفي أغلب الأحيان، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة في البلدان النامية هذه الصعوبة، إذ أفاد بعض البلدان أنه لا يتوفر لما يزيد على 25 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة مرافق داخلية في مساكنهم.

وعلى نحو مشابه، من الشائع ألا يتوفر في منازل الأشخاص ذوي الإعاقة حوض استحمام أو دوش. وتشير البيانات من 34 بلداً أوروبياً ومن تركيا إلى أن النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين لا يتوفر في مساكنهم حمام أو دوش كانت في المتوسط أعلى (4.5 في المائة) بالمقارنة مع الأشخاص بدون إعاقة (2.8 في المائة). وفي خمسة من هذه البلدان، يعيش أكثر من 10 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في مسكن بدون حوض استحمام أو دوش، وفي بلدين تتجاوز النسبة 20 في المائة (الشكل 2-63). وفيما يتعلق بالمراحيض وحوض الاستحمام/الدوش، الفجوة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم أوسع في البلدان التي فيها افتقار عام لهذه المرافق في المساكن ويتوقع أن يكون هذا النقصاً أشد حدة في مناطق جغرافية أخرى، كأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أو جنوب شرق آسيا.

الشكل 2-61 الفرق بين النسبة المئوية للأشخاص بدون إعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة 294-295، في الحصول على خدمات الصرف الصحي المحسنة مقابل الحصول على المياه المحسنة، في 34 بلداً، في الفترة 2002-2004



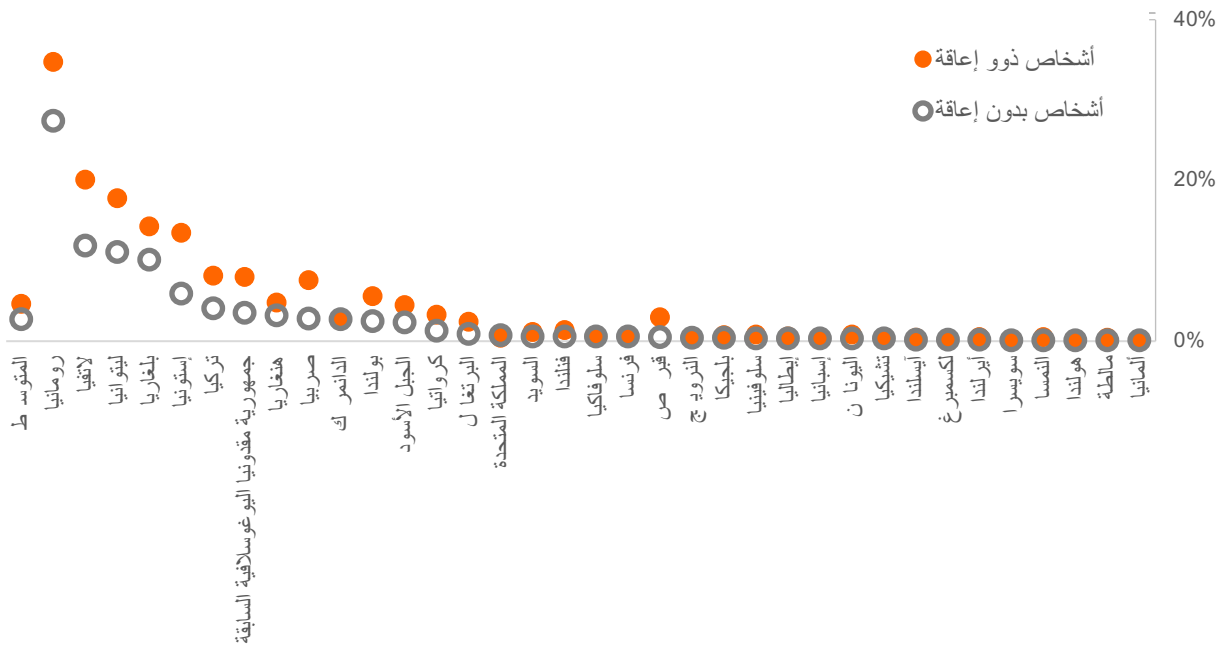
الشكل 2-62 النسبة المئوية لمن ليس لديهم مرض في مسكنهم، حسب حالة الإعاقة، في 44 بلداً، حوالي عام 2014



ملاحظة: البيانات غير متوفرة للأشخاص صيدون إعاقة لليستو وموزامبيد وقواسواتيني. يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريد قواشنتظ نحول أداء الوظائف.

المصدر: Eurostat⁹؛ UNDESA⁷⁸ (استناداً إلى بيانات من SINTEF¹¹)؛ شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة.

الشكل 2-63 الأشخاص من عمر 16 سنة فأكثر الذين ليس لديهم حوض استحمام أو دوش في مسكنهم، حسب حالة الإعاقة⁷⁶، في 35 بلداً، حوالي عام 2016²⁹⁷



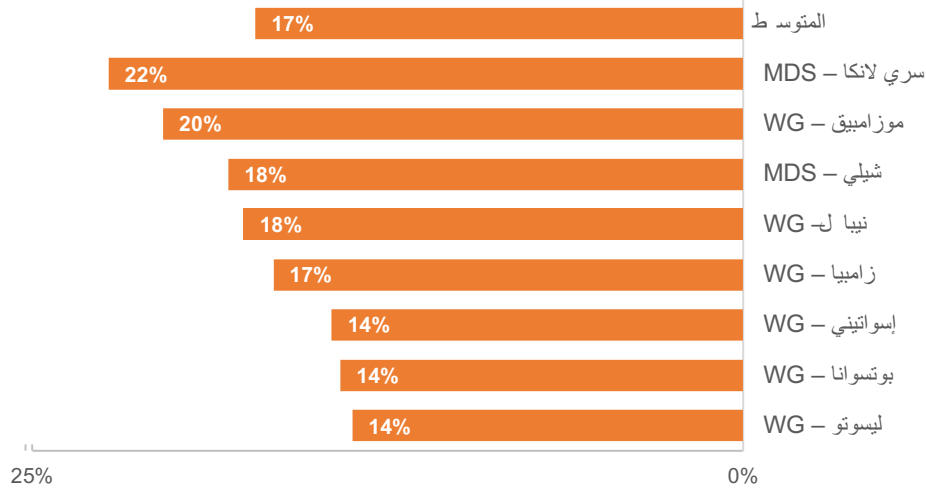
المصدر: Eurostat⁹.

يفيد واحد من كل خمسة أشخاص من ذوي الإعاقة أن المرحاض في المنزل معيق أو لا يمكن استخدامه

في كثير من البلدان، يتزايد شيوع استخدام التصميم الشامل وتنفيذ تدابير التيسير. ولكن لا تزال العوائق التي تحول دون حصول الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما من يعيشون في البلدان النامية، على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية قائمة²⁹⁸. وتشمل العوائق البنيوية التي كثيراً ما تُذكر الافتقار إلى قضبان دعم في المراحيض للأشخاص الذين يواجهون صعوبات في الجلوس أو القرفصاء أو الوصول إلى المغاسل وأحواض التغسيل²⁹⁹ و300.

وفي ثمانية بلدان نامية، أفاد 17 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة أن مراحيضهم في المنزل معيقة أو لا يمكن استخدامها (الشكل 2-64). ففي شيلي وسري لانكا، مثلاً، اعتبر شخص واحد تقريباً من كل خمسة يعانون إعاقة شديدة أن المرحاض في المسكن معيق أو لا يمكن استخدامه. وفي ستة بلدان نامية أخرى، أفاد 14 إلى 20 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة أنه لا يمكنهم استخدام المراحيض في منازلهم. ووجدت البيانات المحشودة جماعياً عن أكثر من 45 ألف مرحاض عام في أنحاء العالم، معظمها في البلدان المتقدمة، أن 69 في المائة منها متاح لمستخدمي الكراسي المتحركة، ولك زدرجة إمكانية استخدامها تختلف من بلد إلى آخر⁷⁸ و197. وفي أستراليا، مثلاً، قُيِّمت مراحيض عامة كثيرة على أنها متاحة لمستخدمي الكراسي المتحركة (الشكل 2-65). ومع أن البيانات المحشودة جماعياً في البلدان النامية نادرة، إلا أن ما يتوفر منها يشير إلى أن معظم المراحيض العامة غير متاح لمستخدمي الكراسي المتحركة، كما يبين الشكل 2-66 فيما يتعلق بالمنطقة الجنوبية من ملاوي. ويمكن أن يحول الافتقار في المواقع المفتوحة إلى مراحيض عامة يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة استخدامها دون مشاركتهم في المجتمع. ولا تزال هذه مشكلة رئيسية في المدارس، التي لا تتوفر فيها أحياناً كثيرة مراحيض سهلة الاستخدام (الإطار 3).

الشكل 2-64 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يفيدون أن المراحيض³⁰¹ في منازلهم معيقة أو لا يمكن استخدامها، في 8 بلدان، حواله عام 2013



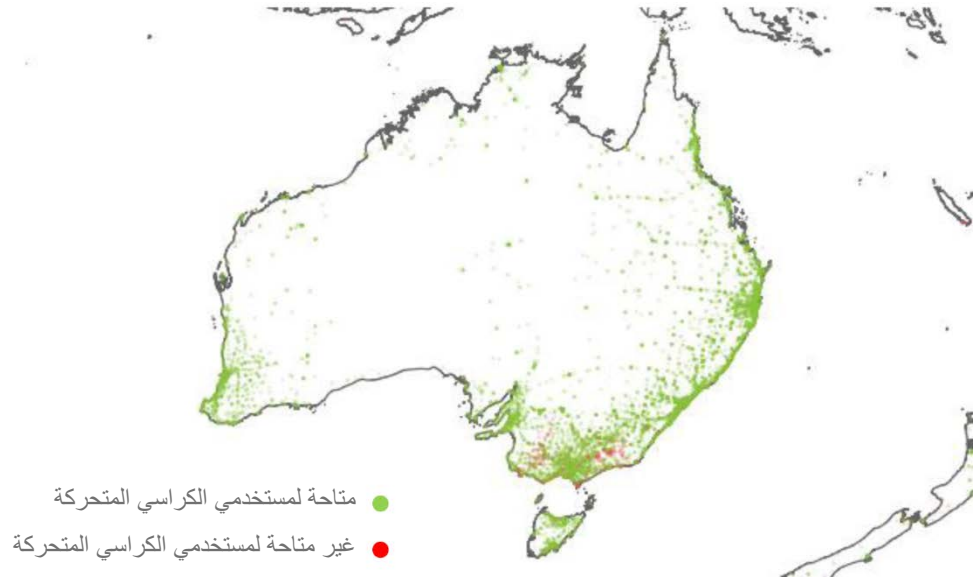
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصديّة ولفرق واشطن حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

بسبب صعوبة الوصول وبُعد المرافق والمواقف السلبية، قد يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة صعوبات شديدة في استخدام المراحيض وفي القدّ و على جمع المياه بأنفسهم باستقلالية. فمثلاً، قد تكون مصادر المياه بعيدة جداً أو تكون جدران البئر وصنابير المياه أعلى مما ينبغي. وقد لا يكون هناك مكان لوضع حاوية المياه أثناء ملئها أو ما يمكن التمسك به لحفظ التوازن لاجتناب الوقوع في البئر أو البركة. وكثيراً ما يتعذر على الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية الوصول إلى المراحيض تتطلب ارتفاع درج أو تلك المرتفعة الأرضية، وقد يكون من الصعب فتح وإغلاق أبواب المراحيض، وكثيراً ما تكون المراحيض صغيرة جداً فلا يمكن دخول مستخدمي الكراسي المتحركة أو العكازات إليها وإغلاق الباب خلفهم. وقد تكون أسطح الأرضيات زلقة لمن يعانون صعوبة في التنقّل أو حفظ التوازن. وإذا لم يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الوصول إلى المراحيض، فقد يضطرون للتغوط في العراء، ما يزيد خطر الحوادث والاعتصاب وغير ذلك من المخاطر المتعلقة بالسلامة والصحة.

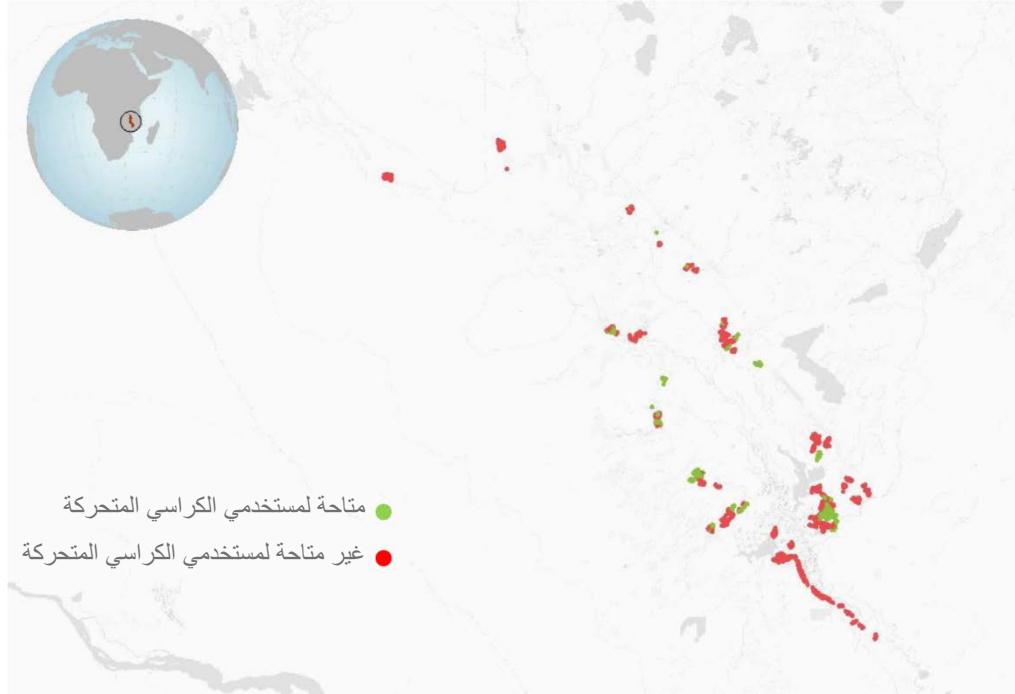
وتشير البيانات من ثلاثة بلدان نامية إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة كثيراً ما يبلغون عن مواجهتهم مسائل أو مشاكل حادة في استخدام المراحيض (الشكل 2-68) وتتراوح النسبة المئوية لمن أبلغوا عن مشاكل حادة بين 9 في المائة في شيلي و16 في المائة في سري لانكا و28 في المائة في مقاطعتين في الكاميرون. وفي هذه البلدان، تنخفض نسبتهم المئوية كلما ارتفع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، ما يشير إلى أن توفر الموارد المالية قد يسهم في تعزيز فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي على نحوٍ كافٍ.

الشكل 2-65 إمكانية استفادة مستخدمي الكراسي المتحركة من المراحيض العامة، في أستراليا، في عام 2017 (بيانات مشوذة جماعياً)



ملاحظة: لا تعني الحدود والأسماء المبينة على هذه الخريطة مصادقة أو قبولاً رسمياً من الأمم المتحدة.
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من Sozialhelden¹⁹⁷).

الشكل 2-66 إمكانية استفادة مستخدمي الكراسي المتحركة من المراحيض العامة، في المنطقة الجنوبية من ملاوي، في عام 2017 (بيانات محشودة جماعياً)

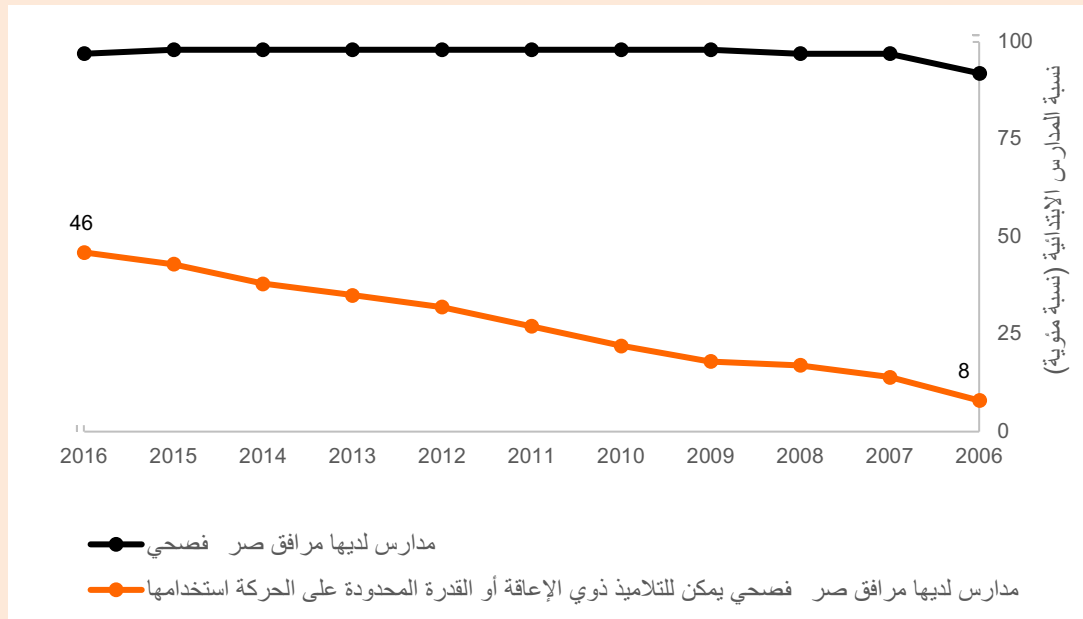


ملاحظة: لا تعني الحدود والأسماء المبينة على هذه الخريطة مصادقة أو قبولاً رسمياً من الأمم المتحدة.
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من Sozialhelden¹⁹⁷).

الإطار 3- المراحيض التي يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة استخدامها في المدارس

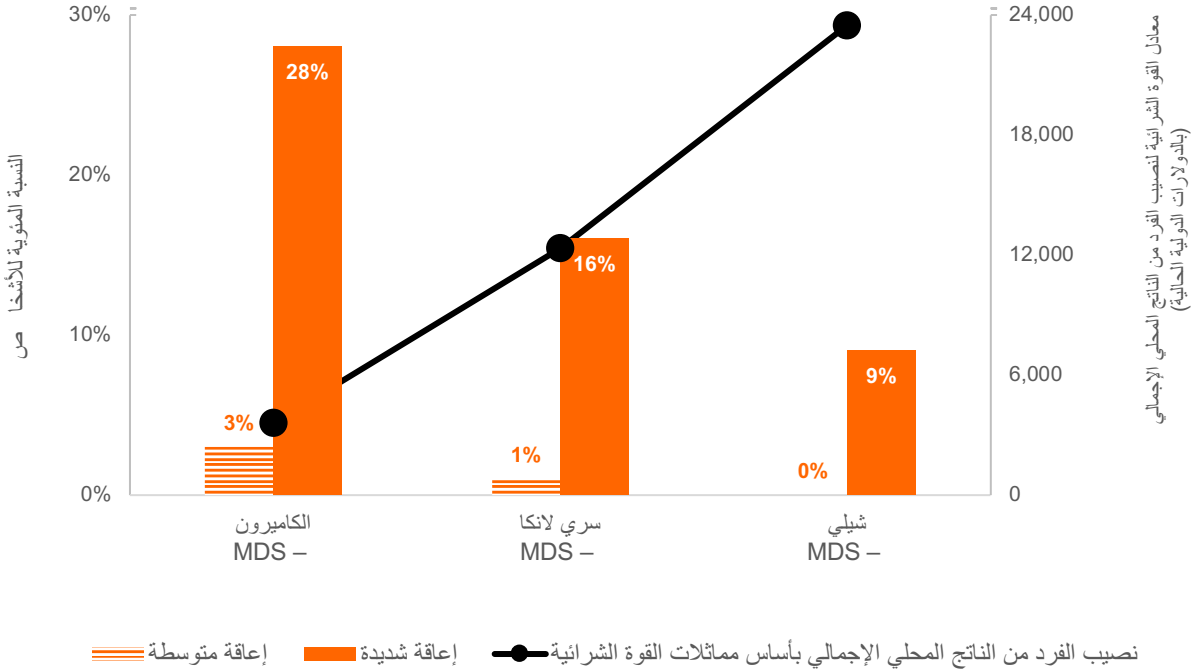
توفر المراحيض كافية يتيسر استخدامها خارج المنزل أمر أساسي لضمان مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة مشاركة كاملة في التعليم. وقد جمعت عدة بلدان بالفعل معلومات مفصلة عن المرافق في المدارس، بما في ذلك ما إذا كانت هناك مرافق صرف صحي في مباني المدارس وما إذا كانت هذه المرافق متاحة للتلاميذ ذوي الإعاقة. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك البرازيل، إذ جمعت منذ عام 2006 بيانات سنوية عن المراحيض التي يمكن استخدامها من خلال تعداد التعليم الأساسي Censo da Educação Básica (الشكل 2-67) وتبين البيانات المستمدة من الجولة الأخيرة أن معظم المدارس الابتدائية مجهزة بمرحاض داخل المبنى (97 في المائة)، ولكن رغم التقدم الكبير المحرز منذ عام 2006، لدى أقل من النصف (46 في المائة) مرافق للصرف الصحي يمكن للتلاميذ ذوي الإعاقة أو القدرة المحدودة على الحركة استخدامه. غير أن ذلك يمثل تحسناً كبيراً منذ عام 2006 عندما كانت النسبة تقتصر على 8 في المائة.

الشكل 2-67 نسبة المدارس الابتدائية التي لديها أي مرافق صرف صحي وتلك التي لديها مرافق صرف صحي يمكن للأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة استخدامه، في البرازيل، من عام 2006 إلى عام 2016



المصدر: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP).³⁰²

الشكل 2-68 النسبة المئوية لمن أعمارهم 17 سنة فأكثر وأبلغوا عن مشاكل كثيرة أو حادة في استخدام المراحيض، حسب بحالة الإعاقة، مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، في الفترة 2016-2015



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: WHO¹⁰⁰؛ وWorld Bank³⁰³.

الممارسات الحالية في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والإعاقة

بذلت جهات فاعلة مختلفة، بما في ذلك حكومات ومنظمات دولية، جهوداً لتعميم قضايا الإعاقة في برامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، بما في ذلك عن طريق (1) التصدي للتمييز والوصم لدى توفير خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، و(2) زيادة الوعي وبناء القدرات فيما يتعلق بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم الخاصة لدى تخطيط وتنفيذ ورصد وتقييم برامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، و(3) فرض الحد الأدنى من معايير الوصول ومراعاة الإعاقة في تصميم التدخلات في مجالات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، و(4) تصميم وبناء مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وفقاً لمبادئ "التصميم الشامل".

ويُعتمد على نحو متزايد نهج المسار المزدوج لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة في مجالات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية بتدخلات شاملة للإعاقة (بما في ذلك توفير مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وفقاً لمبادئ "التصميم الشامل") وضمان أن تتناول مؤشرات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الإعاقة وتدخلات

موجهة نحو الإعاقة (مثل توفير الأجهزة المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة وتطوير وتعزيز حلول مبتكرة للأشخاص ذوي الإعاقة)^{304،305}. وهناك عدد متزايد من البرامج المنقذة في البلدان النامية التي ترمي إلى تيسير استخدام مرافق المياه والصرف الصحي المحسنة وتحسين سلوكيات النظافة الصحية لدى سكان الأرياف والمناطق المحيطة بالمدن من ذوي الدخل المنخفض، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة^{306،307}. ففي إندونيسيا، مثلاً، أُدرج منذ عام 2016 النهج الشامل للإعاقة في عمليات المشروع الوطني لإمدادات المياه والصرف الصحي في المناطق الريفية، وهو يوفر تدريباً على التنمية الشاملة لاعتبارات الإعاقة للمسؤولين الحكوميين والمشرفين على عمليات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية التي يمكن استخدامها³⁰⁸. وفي زمبابوي، نُفذت مبادرة تجريبية تقضي بتقديم منح مجتمعية لدعم جماعات مجتمعية غير رسمية لضمان إتاحة خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع، ولا سيما للأشخاص ذوي الإعاقة، ما أدى إلى تحسين فرص الحصول على إمدادات مياه ومرافق وخدمات تصريف فضلات ملائمة للإعاقة في أكثر من 14 بلدة صغيرة^{309،310}. وفي بعض البلدان اتخذت مبادرات لتشراك الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما النساء والفتيات تدوا للإعاقة، في معالجة مسألة الوصم والشواغل التي يثيرها الأشخاص ذوو الإعاقة في إمكانية الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية في مجتمعاتهم المحلية، وذلك كي تُدرج أصواتهم وشواغلهم في التصميم والتخطيط والتنفيذ والرصد^{304،311،312}.

ويساعد على تيسير الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية تزايد استخدام المقابض التي في المتناول لمضخات المياه أو المراحيض واستخدام المنحدرات والدرابزينات والأبواب الأوسع المصممة للأشخاص ذوي الإعاقة. ففي مالي، مثلاً، أُعيد تصميم بئر مجتمعية في قرية، بالتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة، لتشمل جداراً عالياً لحماية الأشخاص المكفوفين من السقوط، كما رُكبت دعامة تساعد على رفع المياه، وخُصص جزء من الجدار وأقيم منحدر خرساني لمستخدمي الكراسي المتحركة^{298،304}. وفي نيبال، وُقرت مقاعد مراحيض متحركة للأسر الريفية التي لديها مراحيض، ما ساعد الأشخاص ذوي الإعاقة ومن لديهم مشاكل في الساق أو الظهر وقلل الحاجة إلى الجلوس أو الزد على أرضية مرصعة مبللة³¹³.

وقامت منظمات إعادة التأهيل المجتمعي أيضاً بدور هام في تأمين المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع، من خلال عملها في بناء قدرات المجتمعات المحلية والأسر لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة. ففي الهند، مثلاً، استُخدمت نُهج التأهيل المجتمعي الشامل للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والاستفادة من الشبكات المجتمعية القائمة ومجموعات المساعدة الذاتية للوصول إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، فضلاً عن زيادة الوعي بأفضل الممارسات في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المجتمعات المحلية³¹⁴. وركّز بعض المنظمات على تجميع وتبادل أفضل الممارسات التي تفيد الأشخاص ذوي الإعاقة ضمن نُهج الصرف الصحي الرئيسية وبما يتجاوزها، مثل عمليات الصرف الصحي الكلي التي تقودها المجتمعات المحلية للنهوض بمجالات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة^{315،316}.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

تشير البيانات المتوفرة إلى أن احتمال وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات المياه والمرافق الصحية المحسنة أقل، وكذلك احتمال تمتعهم بمرافق النظافة الصحية والصرف الصحي في مساكنهم، كما أنهم كثيراً ما يواجهون مرافق لا يمكنهم استخدامها أو معيقة وقد يواجهون الوصم والتمييز لدى استخدام مرافق المياه والصرف الصحي العامة. وقد يكون لذلك أثر شديد على صحتهم وكرامتهم ونوعية حياتهم. وفي البلدان التي تقل فيها عموماً إمكانية الوصول إلى المياه والمرافق الصحية الكافية، تكون الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم أوسع. ولضمان الوصول إلى المياه والمرافق الصحية في هذه البلدان، ينبغي أن يكون التركيز مزدوجاً على: (1) توسيع نطاق الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي في الوقت نفسه، و(2) سد فجوة الإعاقة. وقد وفر الهدف 6 فرصة لم يسبق لها مثيل لمعالجة العاملين كليهما وإعمال الحق في مياه مأمونة ومرافق صحية للأشخاص ذوي الإعاقة.

ولتحقيق الهدف 6 للأشخاص ذوي الإعاقة، لا بد من التركيز على البرامج الموجهة للصعوبات التي تتعلق بالحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية من خلال خطوات متنوعة:

(1) إشراك جميع أصحاب المصلحة، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة. للحكومات دور القيادة في تصميم وتنفيذ خطط تتيح بصورة مطردة للجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، إمكانية الوصول إلى مياه مأمونة ومرافق صحية. وفي الحالات التي لا تتوفر فيها الموارد الكافية، كثيراً ما تقوم منظمات المجتمع المدني بدور حاسم في دعم الجهود الحكومية في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. ولضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية، من الأهمية بمكان أن نتكفل الحكومات والمجتمع المدني وأصحاب المصلحة المعنيون الآخرون شمول الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات الممثلة لهم في جميع مراحل صنع القرار وفي تنفيذ البرامج وجهود المناصرة.

(2) الاستثمار في موارد مالية/موازنات وتخصيصها للخدمات الصحية والصرف الصحي التي يمكن استخدامها في الأسر وفي الأماكن خارج المنزل، مع إعطاء الأولوية للمدارس وأماكن العمل والمرافق الصحية والمرافق المجتمعية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. ضمان تخصيص أموال في الموازنات لتوفير إمكانية استخدام مرافق المياه والصرف الصحي ووضع وتقديم خطط/حزم لدعم الأسر فيما يخص التكاليف الإضافية لتوفير مرافق المياه والصرف الصحي. وينبغي أن يسترشد هذا الاستثمار برصد منتظم لتوفر المياه الكافية والصرف الصحي الملائم للأشخاص ذوي الإعاقة في الأسر وفي البيئات المؤسسية كمرافق الرعاية الصحية والمدارس.

(3) اعتماد نهج المسار المزدوج: تعميم اعتبارات الإعاقة في سياسات وبرامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية ووضع برامج مخصصة لذوي الإعاقة. ينبغي أن تنعكس أصوات الأشخاص ذوي الإعاقة وشواغلهم في وضع وتنفيذ ورصد وتقييم كافة سياسات وبرامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وتوفير الموارد لها³¹⁷. وسيكون الرصد ضرورياً لتقييم فعالية السياسات القائمة، وكذلك مدى تنفيذها، وللمساعدة على تحديد أي تعديلات في السياسات قد تكون ضرورية لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة.

4) تبادل المعلوما توبناء القدرات بشأن التدخلات الشاملة للجمي عو المنخفضة الكلفة لرفع مستوى الممارسات الفضلى هناك ثروة من المعرفة فيما يتعلق بكيفية تيسير حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية. غير أن الخبرة الفنية القائمة وأفضل الممارسات لم تُستخدم أو تُعتمد بما فيه الكفاية 318-319-320. وهناك تعديلات منخفضة الكلفة وحلول "التصميم الشام ل" للمرافق، بما في ذلك المراحيض ومراكز توزيع المياه وناقلات المياه وأماكن الاستحمام ومرافق غسل لليدين، التي يمكن أن تنفذها الأسر والحكومات. ويمكن ن لآليات تبادل المعلوما ت عن الممارسات الشاملة للجميع، بطرق يسيرة المنال، إما على الإنترنت أم من خلال التدريب الشخصي للمهنيين في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، المساعدة على تعزيز هذه النهج ورفع مستواها.

5) زيادة الوء و إنهاء التمييز والوصم. ينبغي للحكومات أن تستثمر في التدابير الرامية إلى زيادة الوء و مكافحة التمييز والوصم. وينبغي على المنظمات والموظفين العاملين في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية تلقي وتوفير تدريب على اعتبارات الإعاقة وإمكانية الوصول. ويمكن مواصلة مكافحة القوالب النمطية السلبية المرتبطة بالإعاقة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية من خلال حملات إعلامية عامة. ويجب أيضاً تعزيز قدرة البلدان على تصميم وتنفيذ ورصد هذه الحملات.

6) رصد التقدم من خلا لجمع بيانات فردية. كما يورد هذا الفصل، لا يُترجم الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي على مستوى الأسرة دائماً إلى إمكانية حصول أفراد الأسرة ذوي الإعاقة عليها. ولتقييم إمكانية الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية ضمن الأسرة، ينبغي أن يتلقى من يجرون المسوح التدريب المناسب بعل ي النهج الفعالة لجمع المعلومات المتعلقة بالإعاقة ضمن الأسر 321.

7) بيانات مفصلة عن الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية حسب نوع الإعاقة، وكذلك حسب العمر والنوع الاجتماعي. للتصدي بفعالية وعلى النحو الأنس بللعواق التي تحو لدو ن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي، ينبغي تفصيل البيانات تحس بنوع الإعاقة، كما حسب العمر والنوع الاجتماعي، ليعكس ذلك التحديات المتعددة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي في استخدامها بأمان وكرامة.

8) جمع وتحليل ونشر بيانات التعدادات والمسوح المتعلقة بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للاسترشاد بها في السياسات الشاملة للجميع. تشكل مسوح الأسر مصدراً رئيسياً للبيانات، وبالإضافة إلى ذلك، يجمع التعداد الوطني أيضاً معلوما ت عن الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك إمكانية حصولهم على خدمات المياه والصرف الصحي.

9) استكشاف تطبيقات الحشد الجماعي للمعلوما ت للحصول على معلوما ت من أسفل إلى أعلى عن إمكانية استخدام الأشخاص ذوي الإعاقة لمرافق المياه والصرف الصحي للاسترشاد بها في سياسات السياسات. يتيح العديد من التطبيقات بالفعل للمستخدمين استعراض إمكانية استخدام المرافق في أي مكان في العالم. وتغطي البيانات الحالية أساساً البلدان المتقدمة، ولذا ينبغي بذل جهود لتوسيع نطاق استخدام هذه التطبيقات في البلدان النامية حتى يمكن التمتع بفوائدها على نطاق أوسع. وتعكس المعلوما ت التي تُجمع عن طريق تطبيقات الحشد الجماعي للمعلوما ت تجارب المستخدمين وقد تكون مفيدة في تنوير السياسات الوطنية لتسهيل الوصول إلى المرافق.

10 تعميم اعتبارات الإعاقة في المنتديات والآليات الدولية العاملة في مجالات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. لا تزال الإعاقة مستثناة في كثير من الأحيان من الاجتماعات والآليات وبرامج التنمية الدولية كما من المنشورات الدولية الرئيسية المرتبطة بمجالا تالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. وينبغي تناول مسائل الإعاقة بشكل متواصل بغية تحفيز اتخاذ إجراءا تعالمية لسد الفجوة في مجالات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة.

زاي- ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الطاقة (الهد ف7)

لتحقيق الهدف 7 بشأن ضمان حصول الجميع بكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة، ولا سيما المقصد 7-1 الذي يدعو إلى ضمان حصول الجميع، لا بد من معالجة الترابط بين الطاقة والإعاقة. مع ذلك، لا تزال الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحصول على الطاقة المستدامة مهمة في الخطاب العالمي حول الطاقة والتنمية. ويتناو لهذا القسم هذه الثغرة. أولاً، يقدم الفصل استعراضاً عاماً للأطر المعيارية الدولية الحالية المتعلقة بالحصول على الطاقة. وثانياً، يقدم أدلة على حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحصول على الطاقة ويحدد أفضل الممارسات لسد الثغرات الحالية في إمكانية الحصول عليها. ويختتم القسم بتوصيات لتحقيق الهدف 7 للأشخاص ذوي الإعاقة.

تعني إمكانية الحصول على الطاقة توفير خدمات الطاقة الحديثة للجميع في جميع أنحاء العالم. وتُعرّف هذه الخدمات بأنها حصول الأسر على الكهرباء ومرافق الطهي النظيفة³²². والطاقة ضرورية لتوفير المياه النظيفة والمرافق الصحية والمأوى الملائم والرعاية الصحية والتنمية الاقتصادية والتقدم الاجتماعي. وهذه كلها يمكن أن تحسّن حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، لكن للحصول على الطاقة أهمية أكثر لهم، لأن الكثيرين منهم يحتاجون الكهرباء لتشغيل التكنولوجيا المساعدة كي يعيشوا باستقلالية. ويمكن لأشكال الطاقة النظيفة والحديثة أن تعود بالفائدة على العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة في أنحاء العالم، نظراً لأنهم قد يقضون فترات طويلة في منازلهم بسبب صعوبات التنقل وبسبب الحاجة إلى مزيد من الوقت للاعتناء بالنفس في المنزل، أو لأنهم لا يُخرجون إلى العن بسبب الوصم أو العار، ولذا فإنهم قد يعانون من زيادة التعرض للتلوث الداخلي الناجم عن استخدام الوقود الصلب للطهي أو الإنارة. كما أن قضاء فترات أطول في المنزل قد يؤدي إلى ارتفاع استهلاك الكهرباء، ما يسهم في ارتفاع فواتير الطاقة. ولهذا كله فإن الحصول على الطاقة النظيفة الموثوقة الميسورة الكلفة أمر بالغ الأهمية للأشخاص ذوي الإعاقة.

وينبغي النظر في أربع مسائل حاسمة لدى تنفيذ الهدف 7 للأشخاص ذوي الإعاقة: (1) الحصول على الطاقة لتحقيق التنمية، (2) الحصول على الكهرباء لشحن أو تشغيل التكنولوجيا المساعدة، (3) الحصول على أشكال حديثة من الطاقة أقل تلويثاً للمنازل الأسرية التي يقيم فيها الأشخاص ذوو الإعاقة فترات طويلة من الوقت، (4) الحصول على الطاقة الميسورة الكلفة لأن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون في أسر منخفضة الدخل.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والحصول على الطاقة

لا تزال مسألة الحصول على الطاقة تبحث ومنذ فترة طويلة في سياق التنمية المستدامة ورفاه الأفراد، ولكن لم يتطرق الخطاب إلى فئات محرومة معينة كالأشخاص ذوي الإعاقة. كان هذا هو الحال، مثلاً، في التقرير الأول الصادر عن اللجنة العالمية المعنية بالبيئة والتنمية، بعنوان "مستقبلنا المشترك"، المعروف أيضاً باسم تقرير بروتلاند (1987)، الذي أقرّ أن الطاقة وسيلة ضرورية للبقاء اليومي³²³. وعلى نحو مشابه، دعت الوثيقة الختامية لمؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة لعام 2002، إعلان جوهانسبرغ بشأن التنمية المستدامة، إلى زيادة سريعة في الحصول على الطاقة³²⁴. وبالإضافة إلى ذلك، حددت خطة تنفيذ نتائج مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة³²⁵ الإجراءات الرامية إلى تحسين الحصول على خدمات وموارد طاقة موثوقة وميسورة الكلفة ومجدية اقتصادياً ومقبولة اجتماعياً

وسليمة بيثيا³²⁷. ولم يُشر أي من هذه الوثائق إلى الأشخاص ذوي الإعاقة. وجاءت الدعوة إلى حصول الجميع على الطاقة، وتشمل ضمناً الأشخاص ذوي الإعاقة، بعد 10 سنوات في عام 2012، عندما أقرت الوثيقة الختامية لمؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، أي مؤتمر ريو+20، "المستقبل الذي نصبو إليه"، بالدور الحاسم للطاقة في عملية التنمية³²⁸. وفي العام نفسه، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة قراراً بشأن تعزيز مصادر الطاقة الجديدة والمتجددة وأعلنت الفترة 2014-2024 عقد الأمم المتحدة لتوفير الطاقة المستدامة للجميع³²⁹.

ولم تتطرق الأطر الدولية الرئيسية المعنية بالإعاقة إلى الرابط الحاسم بين الطاقة ورفاه الأشخاص ذوي الإعاقة رغم أن الطاقة قد تكون ضرورية لتنفيذها. فمثلاً، يتناول كل من القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة (1993)³³⁰ وبرنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة (1982)³³¹ حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الحصول على تكنولوجيات تتطلب كهرباء. وعلى نحو مشابه، توفر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي اعتُمدت في عام 2006، قاعدة قوية لتعزيز الحصول على الطاقة المستدامة لأن تنفيذ العديد من موادها يستلزم توفير إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الطاقة. فمثلاً، تدعو الاتفاقية أن تشجع الدول الأطراف توفير الأجهزة والتقنيات المساعدة وتعميمها واستخدامها، علماً أن تشغيل الكثير منها يحتاج إلى الكهرباء (المادة 26) وتسلم بأهمية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (المادتان 4 و9). ويمكن للتكنولوجيات المساعدة التي تشغل بالكهرباء أن تيسر التنقل (المادة 20 (ب))، والمشاركة الفعالة في التعليم (المادة 24) والعمالة (المادة 27)، وخدمات التأهيل وإعادة التأهيل (المادة 26)، والتصويت (المادة 29 (أ))، والحصول على المياه النقية (المادة 28)، من بين أمور أخرى.

وتدعو خطة التنمية المستدامة لعام 2030، وهي الإطار التوجيهي للتنمية العالمية، في الهدف 7 إلى "حصول الجميع بكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة". وجانب الكلفة الميسورة بالغ الأهمية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحصلون عادة على دخل أقل من أقرانهم بدون إعاقة. وتولي خطة عام 2030، بالتزامها الأساسي بـ "عدم استثناء أحد"، الانتباه إلى أهمية رصد ومتابعة التقدم المحرز فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة لضمان استفادتهم الكاملة من هذا الإطار. وفي الأونة الأخيرة، اعتمدت الجمعية العامة قراراً لضمان حصول الجميع بكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة لأن هذه الخدمات تشكل جزءاً لا يتجزأ من الشمول الاجتماعي، ما يؤكد أهمية الطاقة في تحقيق تنمية تشمل مختلف الفئات الاجتماعية والضعيفة في كثير من الأحيان، بما في ذلك الأشخاص ذوو الإعاقة³³².

وتمكن معالجة الأثر السلبي على الأشخاص ذوي الإعاقة جراء التعرض للتلوث الضار الناجم عن مصادر الطاقة التقليدية من خلال إحراز تقدم في المقصد 7-1، "ضمان حصول الجميع بكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة بحلول عام 2030". وتدعو المقاصد الأخرى للهدف 7 إلى تشجيع الاستثمار في البنى التحتية للطاقة وتكنولوجيا الطاقة النظيفة (الهدف 7-أ) وتوسيع نطاق البنى التحتية وتحسين مستوى التكنولوجيا لتقديم خدمات الطاقة الحديثة والمستدامة للجميع في البلدان النامية (الهدف 7-ب). ويمكن لهذه الأهداف أن تعجل في حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على أشكال أنظف من الطاقة واجتبابهم التعرض للتلوث الناجم عن أشكال الطاقة التقليدية.

الشكل 2-69 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 7 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالحصول على الطاقة

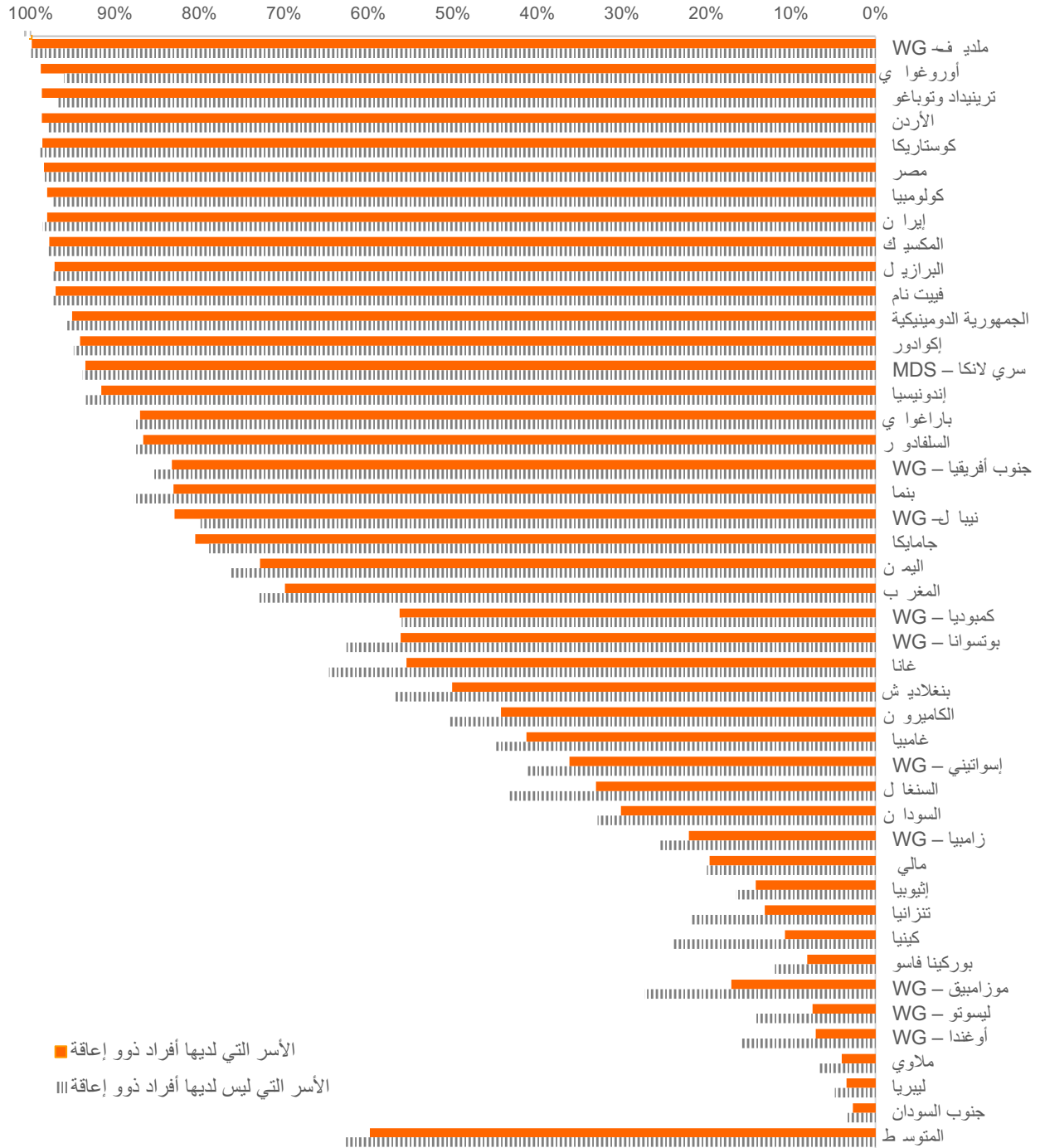
يشكل فقر الطاقة³³³، أي الافتقار إلى إمكانية الحصول على الكهرباء والاعتماد على الاستخدام التقليدي للكتلة الأحيائية لأغراض الطهي، تحديات للأشخاص ذوي الإعاقة الذين قد يحتاجون إلى تكنولوجيا مساعدة تُشغّل بالكهرباء للعيش باستقلالية والمشاركة على قدم المساواة في المجتمع وقد يقضون فترات في المنزل أطول. ويشكل هذا الأمر تحدياً خاصاً في البلدان المنخفضة الدخل في أنحاء العالم، حيث إمكانية الحصول على الكهرباء متدنية، إذ لا يحصل عليها سوى 28 في المائة من السكان³³⁴. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، لم يحصل على الكهرباء في عام 2014 سوى 37 في المائة من عامة السكان، وانخفضت هذه النسبة إلى 17 في المائة لمن يعيشون في المناطق الريفية. ولوحظ أيضاً انخفاض النسبة في حالة من يعيشون في المناطق الريفية في منطقة المحيط الهادئ، إذ حصل عليها 83 في المائة من عامة السكان ولكن فقط 44 في المائة من سكان الريف³³⁴ كما يشكل تدني إمكانية الحصول على الكهرباء تحدياً رئيسياً للنازحين في المخيمات، بمن فيهم ذوو الإعاقة. وفي عام 2014، لم يحصل 7 ملايين نازح في المخيمات على الكهرباء إلا مدة تقل عن أربع ساعات في اليوم³³⁵.

حصول الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم على الكهرباء والتدفئة متدن

في كثير من البلدان، يقل احتمال حصول الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة على الكهرباء عن احتمال حصول الأسر الأخرى عليها. ويبين الشكل 2-70 أنه بين عامي 2001 و2015، كان حصول الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة على الكهرباء أدنى في 37 بلداً من 44 من حصول الأسر الأخرى عليها. وقد يعود ذلك جزئياً إلى انخفاض دخل الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة نتيجة محدودة فرص العمل المتوفرة لها و/أو التكاليف الإضافية الناجمة عن الإعاقة. وفي 17 بلداً من هذه البلدان، حصل أقل من 50 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة على الكهرباء.

وفي البلدان الأوروبية، يقل احتمال إبقاء الأشخاص ذوي الإعاقة على منازلهم دافئة بقدر كاف في حالة الأشخاص بدون إعاقة (الشكل 2-71). وفي المتوسط، لا يستطيع 16 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة إبقاء منازلهم دافئة بقدر كاف بالمقارنة مع 11 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. وفي حين ليس هناك فرق كبير بين النسبة المئوية للنساء والرجال بدون إعاقة (متوسط فجوة النوع الاجتماعي أقل من نصف نقطة مئوية)، إلا أن فجوة النوع الاجتماعي أوسع بين الأشخاص ذوي الإعاقة، إذ تصل إلى 6.5 نقطة مئوية في بعض البلدان (يبلغ متوسط فجوة النوع الاجتماعي 1.6 نقطة مئوية). ومن بين الأشخاص ذوي الإعاقة، في 30 من 35 بلداً، عدد النساء اللاتي لا يستطعن الحفاظ على منازلهن دافئة بقدر كاف أكبر من عدد الرجال.

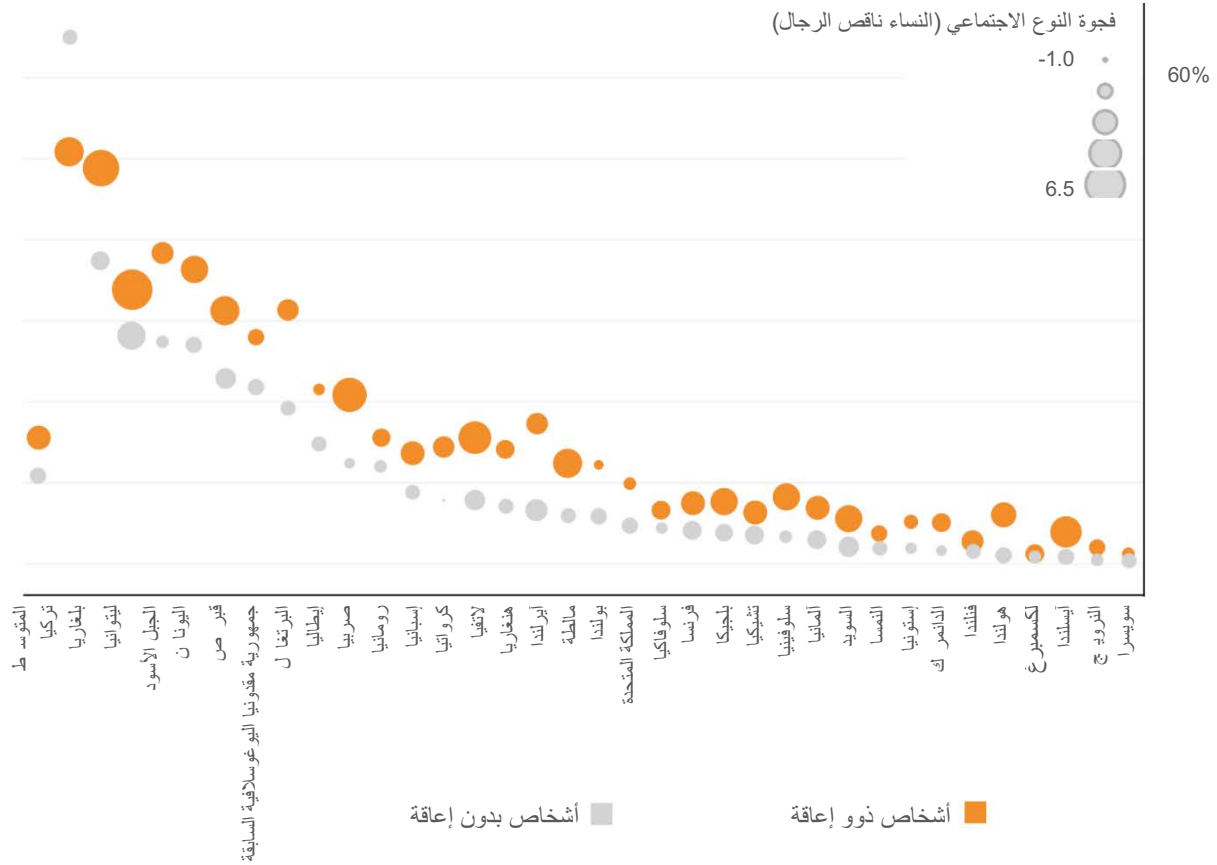
الشكل 2-70 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وأفراد بدون إعاقة، وتحصل على الكهرباء³³⁶، في 44 بلداً، في الفترة 2001-2015³³⁷



ملاحظة: يشير الـ MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶، IPUMS¹⁰، SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

الشكل 2-71 فجوة النوع الاجتماعي (النساء ناقص الرجال) والنسبة المئوية للأشخاص من عمر 16 سنة فأكثر القادرين على إبقاء منازلهم دافئة بقدر كاف، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، في عام 2016³³⁸

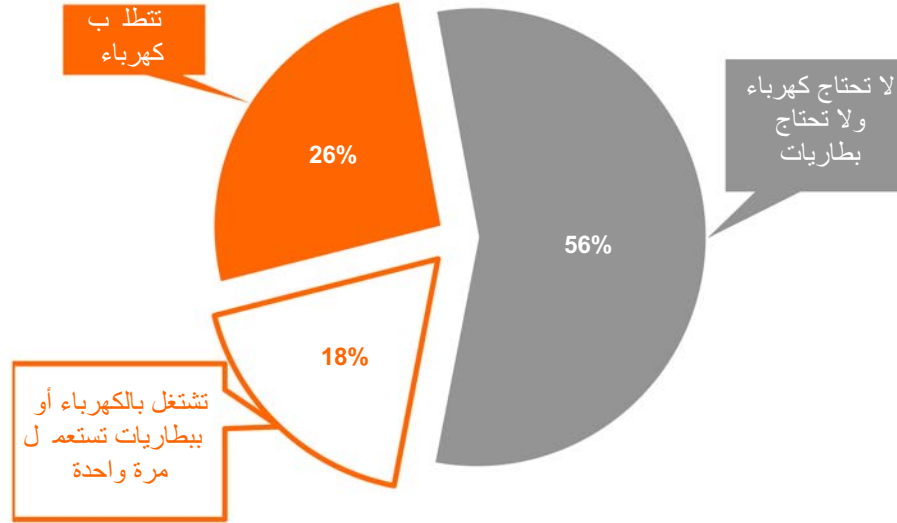


المصدر: Eurostat.⁹

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة صعوبات أكبر في دفع فواتير الطاقة لارتفاع احتياجاتهم منها وانخفاض دخلهم

يُحتمل أن تكون احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من الطاقة أكبر³³⁹⁻³⁴⁰، إذ يقضون العديد منهم فترات أطول من الوقت في منازلهم بسبب العوائق في البيئات الخارجية، كالاتقار إلى وسائل النقل والوصول إلى الأماكن العامة والتميز. وقد يؤدي قضاء فترات أطول في المنزل إلى ارتفاع نفقات الكهرباء المنزلية³⁴¹، كما قد يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة أيضاً إلى تكنولوجيا مساعدة تعتمد على الكهرباء³⁴²، كالكراسي المتحركة الكهربائية وشاشات برايل والمعينات السمعية وكاشفات التعثر، ما يؤدي إلى زيادة استهلاك الطاقة³⁴³. وقد بينت دراسات أجريت في المملكة المتحدة أن فواتير الطاقة السنوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة أعلى بنحو 50 في المائة من غيرها من الأسر³⁴⁴. وبالمقارنة مع الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، وجدت الدراسة أن فواتير الكهرباء أعلى بنسبة 39 في المائة في الأسر التي لديها كبير في السن مصاب بالتهاب المفاصل لـ 50 في المائة في الأسر الوحيدة الوالد التي لديها طفلان مصابان بإعاقة و 55 في المائة في الأسر التي لديها فرد ذو إعاقة.

الشكل 2-72 متطلبات الطاقة لقائمة الأجهزة المساعدة ذات الأولوية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية



المصدر: إعداد المؤلفين استناداً إلى قائمة الأجهزة المساعدة ذات الأولوية (WHO, 2016)³⁴².

وأكدت الحاجة المتزايدة إلى الكهرباء لتشغيل الأجهزة المساعدة قائمة الأجهزة ذات الأولوية (انظر القسم المتعلق بالتكنولوجيا المساعدة) التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في عام 2016 وتشمل 50 جهازاً اختير على أساس الحاجة الواسعة الانتشار له وأثره على حياة الأشخاص (الشكل 2-72). ويحتاج أكثر من ربع هذه الأجهزة إلى الكهرباء لتشغيلها، مثل الكراسي المتحركة التي تعمل بالطاقة الكهربائية، وتكنولوجيا الإيماء-إلى-الصوت والمساعدات الرقمية الشخصية وبرمجيات قراءة الشاشة وغيرها. كما يتطلب 18 في المائة من الأجهزة إما كهرباء أو بطاريات تستعمل مرة واحدة، مثل المعينات السمعية وأدوات الاتصال للسمع المكفوفين والمكبرات الرقمية المحمولة باليد. وبدون الكهرباء الميسرة والكلفة والبطاريات التي تستعمل مرة واحدة، لن يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من تشغيل 22 في المائة من الأجهزة المساعدة ذات الأولوية.

ويزيد عبء الاحتياجات من الطاقة المرتفع من تدني قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على دفع فواتير الطاقة. وهم يتكبدون عادة تكاليف إضافية بسبب إعاقتهم ويرجح أن يعيشوا في أسر منخفضة الدخل وأن يكون احتمال حصولهم على فرص عمل أقل (انظر القسم المتعلق بالهدفين 1 و2 والقسم المتعلق بالهدف 8)، ما يؤدي إلى قلة توفر موارد مالية لدفع فواتير الطاقة. وفي عام 2011، أنفق 22 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة في المملكة المتحدة أكثر من 10 في المائة من دخلها على التدفئة مقارنة بـ 14 في المائة من غيرها من الأسر، ويقع 14 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة تحت خط الفقر الرسمي بعد دفع فواتير التدفئة بالمقارنة مع 10 في المائة من غيرها من الأسر³⁴⁵. وتفاوتت هذه النسبة المئوية تبعاً لنوع الإعاقة من 12 في المائة إلى 18 في المائة، وكانت الأسر التي لديها أفراد يعانون إعاقات نفسية اجتماعية هي الأكثر تضرراً³⁴⁶. كما ارتبط العجز عن توفير التدفئة الكافية بآثار ضارة

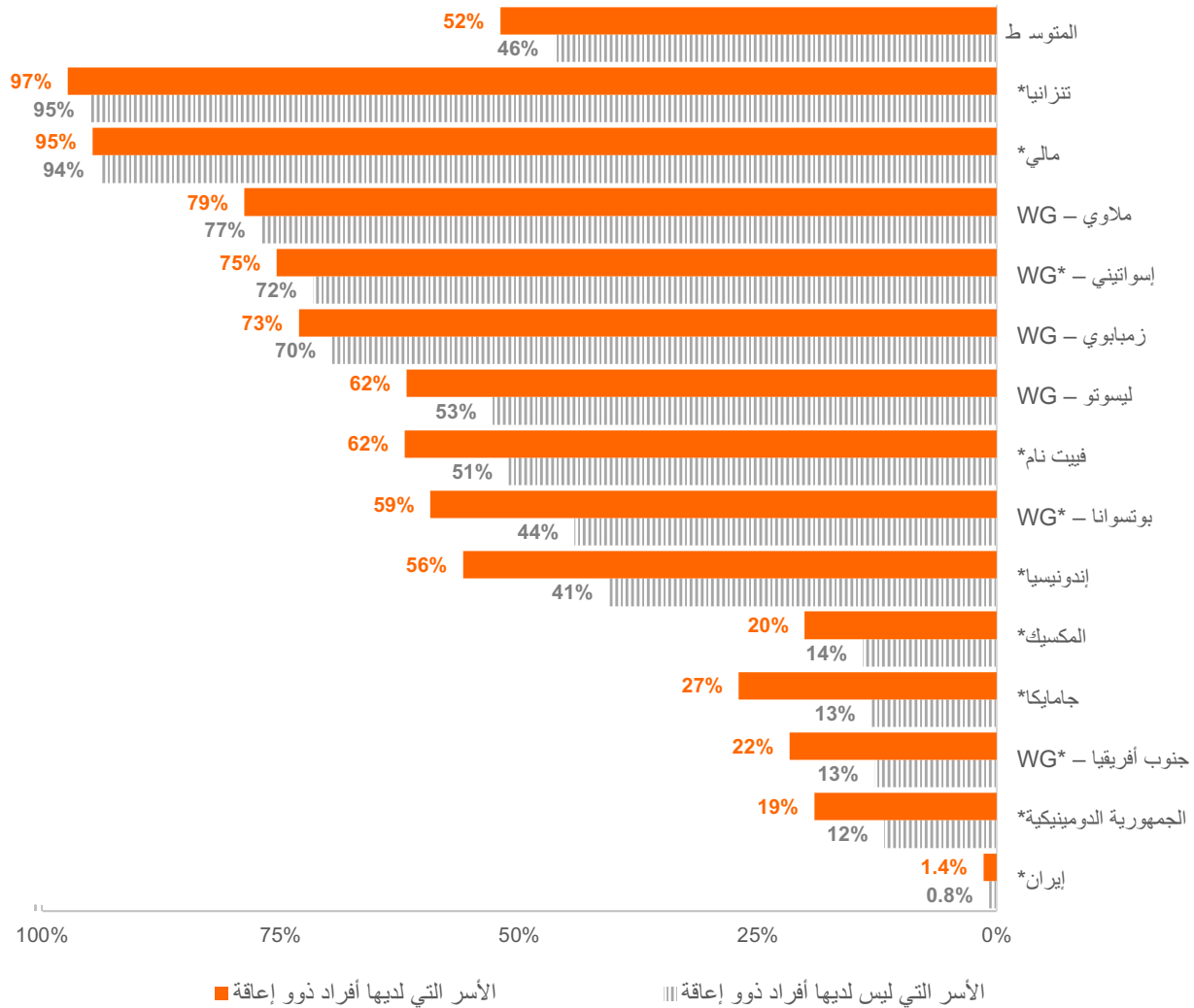
على الصحة الجسدية والنفسية للأشخاص ذوي الإعاقة بسبب تدني درجة حرارة الغرفة وشاغل ارتفاع الفواتير، كما قد تتفاقم بعض الحالات الصحية الموجودة أصلاً بفعل نقص التدفئة³³⁹.

الأشخاص ذوو الإعاقة أكثر عرضة لتلوث الهواء الضار الناجم عن استخدام الأشكال التقليدية للطاقة

في البلدان النامية، كثيراً ما تستخدم أنواع الوقود التقليدية، كالكثلة الأحيائية والفحم، لأغراض الطهي والتدفئة. ويتسبب التلوث في الأماكن المغلقة بمشاكل صحية، لا سيما مشاكل الجهاز التنفسي³⁴⁷. وتلوث الهواء في الأسر هو سبب لنحو 4.3 مليون حالة وفاة مبكرة سنوياً في أنحاء العالم، لا سيما في البلدان التي تعتمد اعتماداً كبيراً على الكثلة الأحيائية والفحم لأغراض الطهي³⁴⁸. وتستخدم أنواع الوقود والتكنولوجيات غير الكفؤة، مثل الفحم ونفايات المحاصيل والروث والخشب، في إشعال نيران مكشوفة ومواقد تسرب الخان، مما ينجم عن نذلة لمن تلوث الهواء المنزلي بمجموعة من الملوثات الضارة بالصحة، بما في ذلك الجزيئات السخام الصغيرة التي تخترق الرئتين عميقاً. وفي المساكن السيئة التهوية، قد يكون مستوى الدخان أعلى 100 مرة من المستويات المقبولة للجسيمات الدقيقة³⁴⁹. وقد يكون التعرض مرتفعاً بشكل خاص لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يرجح أن يقضوا وقتاً داخل المنزل أكثر من غيرهم بسبب الوصم أو عدم القدرة على الحركة.

ويشكل تلوث الهواء المنزلي مشكلة خاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب شرق آسيا، حيث كان أكثر من نصف السكان ما زالوا في عام 2013 يستخدمون الوقود الصلب لأغراض الطهي والتدفئة. وحتى في الأمريكتين وأوروبا، حيث استخدام الوقود الصلب أدنى، لا تزال أعداد من يستخدمون الوقود الصلب كبيرة، إذ تبلغ نسبتهم 25 في المائة في الأمريكتين و23 في المائة في أوروبا³⁵⁰. وتبين البيانات المتاحة من 14 بلداً نامياً أن نسبة الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة في جميع البلدان وتستخدم الحطب أو الفحم للطهي كانت في حوالي عام 2010 أعلى من نسبة الأسر الأخرى (الشكل 2-73). وفي المتوسط، يستخدم 53 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة مقابل 46 في المائة من الأسر الأخرى هذه الأشكال التقليدية من الطاقة لأغراض الطهي. وتتراوح النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتستخدم الخشب أو الفحم للطهي من 1.4 في المائة في إيران إلى 97 في المائة في تنزانيا. وتتأثر الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة في المناطق الريفية بشكل خاص، لأن الخشب والفحم يستخدمان للطهي في 66 في المائة من هذه الأسر مقابل 32 في المائة فقط من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة في المدن (الشكل 2-74). وفي هذه البلدان جميعها، نسبة الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتستخدم الفحم أو الخشب للطهي أعلى في الأرياف منها في المدن. ويتأثر أيضاً النازحون ذوو الإعاقة الذين يعيشون في المخيمات، لأن الطاقة المستخدمة للطهي كلها تقريباً في هذه المخيمات تأتي من الفحم والحطب³³⁵.

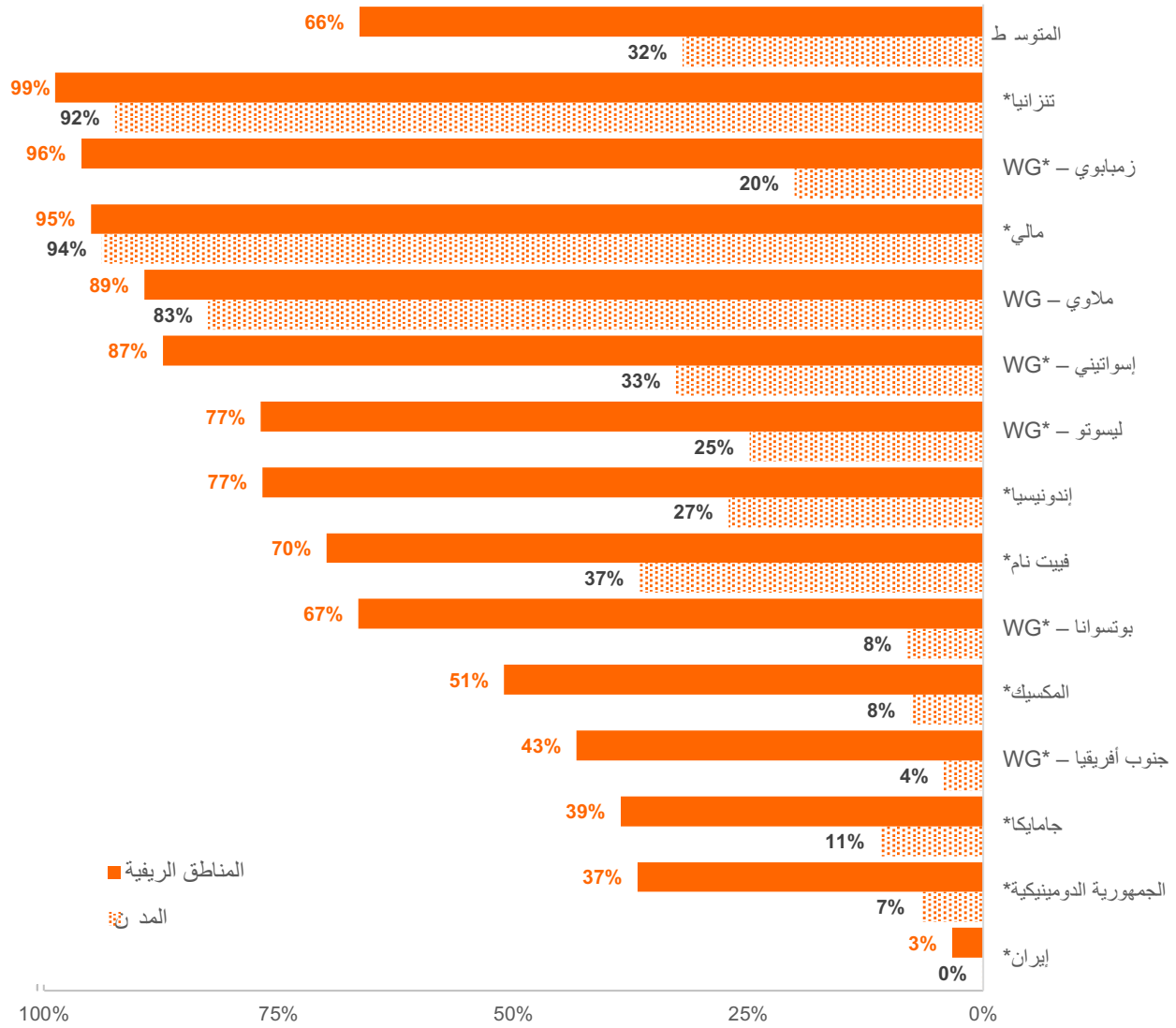
الشكل 2-73 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة أو أفراد بدون إعاقة وتستخدم الخشب أو الفحم للطهي، في 14 بلداً، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنتز حول أداء الوظائف. يشير الرمز (*) إلى أن للفرق بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتلك التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

الشكل 2-74 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتستخدم الخشب أو الفحم للطهي، حسب موقع الأسرة، في 14 بلداً، حوالي عام 2010



ملاحظة: يشير الرمز (*) إلى أن للفرق بين الأسر في الأرياف والأسر في المدن دلالة إحصائية عند مستوى 5 في المائة.

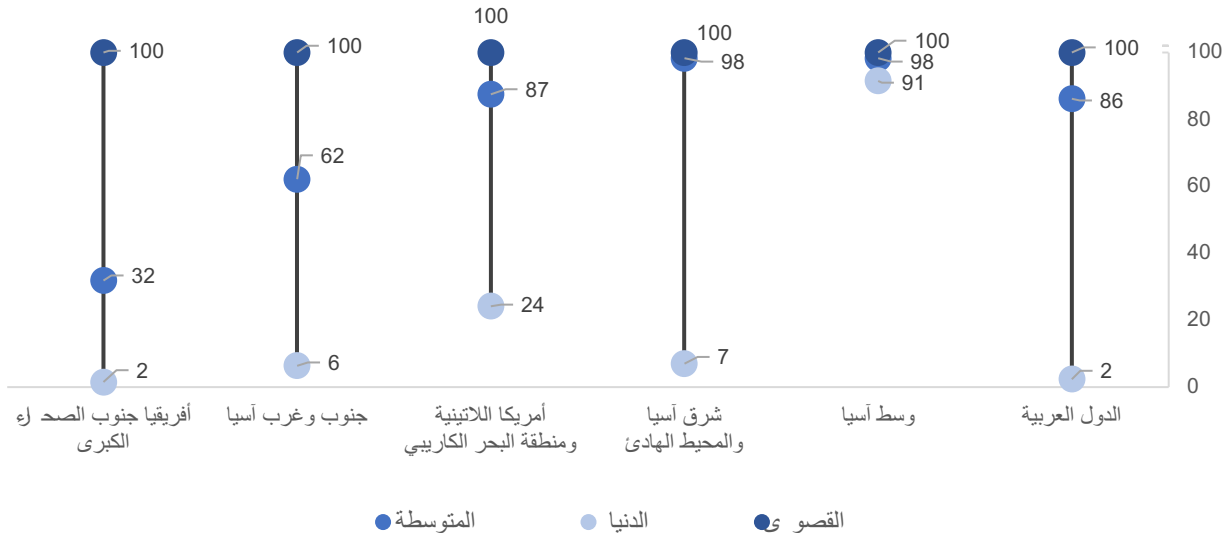
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

الافتقار إلى الكهرباء في المدارس يحول دون حصول الطلاب ذوي الإعاقة على تكنولوجيا من شأنها أن تعزز التعليم الشامل للجميع

تكنولوجيا المعلومات والاتصالات إحدى أفضل الطرق للنهوض بالتعليم الشامل للأشخاص ذوي الإعاقة³⁵¹، إذ يمكن لهذه التكنولوجيا أن تساعد على تعزيز إمكانية استخدامهم للأدوات التعليمية وتحسين تواصلهم مع المعلمين ومع

زملائهم في المدارس وتزويد المعلمين بالمعرفة والأدوات اللازمة لتعليمهم، كما تعطي تكنولوجيا المعلومات والاتصالات المساعدة الطلاب ذوي الإعاقة القدرة على بناء تجاربهم التعليمية الخاصة بهم. ونظراً لتعدد استخداماتها والقدرة على تكيفها وفقاً لاحتياجات المستخدمين، تقوم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بدور حيوي في تعزيز التعليم الشامل للجميع وفي تمكين التعليم المتميز والتعلم الشخصي. وتشمل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي يمكن استخدامها في المدارس لتعزيز مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة وشمولهم المواد التعليمية المتاحة على الإنترنت وتكنولوجيا تحويل المواد الرقمية إلى برايل وكتب دايزي DAISY والمواد بنسق تيسير القراءة للمصابين بالديسليكسيا ومكبرات النصوص وأشرطة الفيديو المصحوبة بتعليقات نصية والمواد الصوتية وأشرطة الفيديو بلغة الإشارة والمواقع التي تتيح إجراء تغييرات في نوع الخط وحجمه والوثائق الرقمية المعدة لبرمجيات قراءة الشاشة. غير أن تشغيل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتكنولوجيا المساعدة يتطلب الكهرباء³⁵²، التي ما زال يفقر إليها العديد من المدارس، لا سيما في البلدان النامية. ففي عام 2012، لم يكن يحصل على الكهرباء سوى 66 في المائة من المدارس الابتدائية في البلدان النامية. وفي 35 بلداً نامياً من 102، كان لدى أقل من 50 في المائة من المدارس الابتدائية كهرباء (الشكل 2-75). ولدى المدارس الابتدائية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أدنى مستوى من الحصول على الكهرباء، إذ بلغ 32 في المائة في المتوسط. وفي أقاليم أخرى، متوسط النسبة المئوية أعلى، ولكن في جنوب وغرب آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي والبلدان العربية، هناك بلدان يحصل فيها أقل من 10 في المائة من المدارس على الكهرباء. ولكن من ناحية أخرى، تحصل المدارس الابتدائية في 28 بلداً على الكهرباء بنسبة 100 في المائة. ولدى منطقة آسيا الوسطى أعلى مستوى من الحصول على الكهرباء في المدارس الابتدائية، بمتوسط يبلغ 98 في المائة³⁵³.

الشكل 2-75 النسب المئوية الدنيا والمتوسطة والقصى على المستوى الوطني للمدارس الابتدائية التي تتوفر لها الكهرباء، حسب المنطقة، في عام 2012



ملاحظة: تستند التقديرات إلى 102 بلداً.

المصدر: UNESCO Institute of Statistics (2016).³⁵⁴

يحول الافتقار إلى إمكانية الحصول على الكهرباء في مرافق الرعاية الصحية دون استخدام التكنولوجيا اللازمة لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة

الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ضروري للأشخاص ذوي الإعاقة، فهم يُبلغون عن السعي إلى رعاية طبية أكثر مما يفعل غيرهم³⁵⁵. وللطاقة دور حيوي في نوعية خدمات الرعاية الصحية، التي قد تعتمد على معدات طبية تعمل بالكهرباء³⁵⁶. وبالإضافة إلى ذلك، قد يحول الافتقار إلى الكهرباء دون تقديم خدمات طبية باستخدام الأجهزة المساعدة والتكنولوجيا الضرورية لتواجد الأشخاص ذوي الإعاقة ومشاركتهم مشاركة مستقلة. وهذا بدوره قد يسهم في الزيادة الملحوظة لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة للعناية الطبية غير الملباة (انظر القسم المتعلق بالهدف 3). ويشكل ذلك تحدياً خاصاً في المناطق التي لا تتوفر فيها الكهرباء في المرافق الصحية على نطاق واسع. وتبين البيانات المتوفرة أن 26 في المائة من المرافق الصحية لا تحصل على الكهرباء في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء وأن لدى 28 في المائة فقط منها كهرباء موثوقة³⁵⁷.

الممارسات الحالية فيما يتعلق بالطاقة والإعاقة

في العديد من البلدان، وُضعت برامج للرعاية الاجتماعية لتقديم دعم مالي للأشخاص ذوي الإعاقة (القسم المتعلق بالهدف 1 و 2). وفي حين تتفاوت الاستحقاقات المقدّمة في كل بلد، إلا أن المساعدة المالية يمكن أن تسهم في تحسين حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الطاقة. وتبعاً لما إذا كانت الاستحقاقات تنظر في تكاليف الطاقة الإضافية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، فقد تكفي أو لا تكفي للمساعدة في تسديد فواتير الطاقة³⁵⁸. وفي عدد قليل من البلدان، وجّهت برامج الرعاية الاجتماعية خصيصاً لتقديم دعم لتسديد فواتير الطاقة للأشخاص ذوي الإعاقة، كما يمكن في بعض البلدان للأشخاص ذوي الإعاقة ذوي الدخل المنخفض الحصول على دعم لتلبية احتياجاتهم من الطاقة بالاستفادة من برامج الحماية الاجتماعية لمنخفضي الدخل (الإطار 4).

ومن بين المبادرات الوطنية الإيجابية الأخرى سن تشريعات تكفل شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في الهيئات الوطنية للطاقة التي تُعنى بتوزيع الطاقة وبالمنازعا تبشأنها. وينص مشروع قانون الطاقة لكينيا (2015) على ضمان تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة في اختيار أعضاء محكمة الطاقة والنفط أو ترشيحهم أو الموافقة عليهم أو تعيينهم، وتتألف هيئة المحكمة من خبراء للبت في المنازعات والطعون المتعلقة بالطاقة³⁵⁹. وفي ألمانيا، يقوم خط المساعدة الذي توفره شركة E.ON، وهي شركة غاز وكهرباء في إيسن، بمساعدة المستهلكين الذين يجدون صعوبة في تسديد فواتير الخدمات على تعزيز فهمهم لما يتعلق بالخدمات كما توفر أيضاً وثائق سهلة الفهم يتييسر الحصول عليها. وقد استفاد من ذلك الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية على وجه الخصوص، ما أسهم في خفض حالات وقف إمداد الطاقة بسبب عدم الدفع بنسبة 93 في المائة³⁶⁰. ومن بين المبادرات الأخرى التوجه للأشخاص ذوي الإعاقة في البرامج الرامية إلى تعزيز الحصول على الطاقة النظيفة. فمثلاً في مخيم داداب للاجئين في كينيا، الذي يضم أكثر من 350 ألف لاجئ، وُزعت مواقد تتسم بالكفاءة في استخدام الطاقة، واختير المستفيدون بالتركيز على الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم من الفئات المهمشة³⁶¹.

الإطار 4- برامج العون في مجال الطاقة المتوفرة للأشخاص ذوي الإعاقة

توفر المملكة المتحدة برنامج "مدفوعات الطقس البارد"³⁶² و"برنامج الخصم لتوفير المنزل الدافئ" للأسر ذات الدخل المنخفض³⁶³، والبرنامجان متوفران للأشخاص ذوي الإعاقة لدعم مدفوعات الكهرباء اللازمة لتعديل درجة حرارة الغرفة في فصل الشتاء. ويتيح برنامج "مدفوعات الطقس البارد" للمستفيدين، بمن فيهم الأسر المنخفضة الدخل للأسر التي لديها أفراد وأطفال وذو إعاقة، تلقي مساعدة مالية إضافية عندما تنخفض درجة الحرارة الموسمية إلى الصفر أو أقل مدة سبعة أيام متتالية في أشهر الخريف والشتاء³⁶⁴. ويوفر "برنامج الخصم لتوفير المنزل الدافئ" خصماً لمرة واحدة في الشتاء على فواتير الكهرباء للأسر المنخفضة الدخل المؤهلة³⁶⁵. كذلك تمكن "مدفوعات الوقود الشتوي" في المملكة المتحدة كبار السن من الحصول على مبلغ معين من المال للمساعدة على تسديد فواتير التدفئة³⁶⁶. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، يساعد "برنامج مساعدة الطاقة المنزلية لذوي الدخل المنخفض"، وهو برنامج اتحادي تديره كل ولاية من الولايات، الأسر المنخفضة الدخل، بما في ذلك الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة، على دفع فواتير الكهرباء لأغراض التبريد والتدفئة في المساكن، وتلبية الاحتياجات من الطاقة المنزلية في حالات الطوارئ من مثل الظروف الجوية القسوى. كما يقدم البرنامج المساعدة لإجراء إصلاحات منزلية منخفضة الكلفة متعلقة بالطاقة³⁶⁷.

وتتمثل إحدى صعوبات وضع سياسات فعالة لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من الطاقة في أن الهيئات الحكومية المكلفة بتولي شؤون الإعاقة والتكنولوجيا المساعدة والطاقة مختلفة دائماً تقريباً على الصعيد الوطني. فالإعاقة تكون من مسؤولية وزارة الصحة أو إدارة الصحة أو الرعاية الاجتماعية، بينما تكون التكنولوجيا المساعدة من مسؤولية وزارة الصحة وتندرج قضايا الطاقة ضمن مسؤولية وزارة أو إدارة الطاقة. مثلاً، في المملكة المتحدة، تندرج البرامج المتعلقة بالإعاقة ضمن إدارتين. فوزير الدولة لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة يعمل في وزارة العمل والمعاشات التقاعدية، التي تقدم بدلاً تمعيشة للإعاقة وبرنامج حماية اجتماعية تدعم احتياجات المواطنين، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، من الطاقة (الإطار 4)³⁶⁸. كما تقدم وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية خدمات للأشخاص ذوي الإعاقة في مجال التعليم والصحة، بما في ذلك التكنولوجيا المساعدة³⁶⁹،³⁷⁰. وفيما يتعلق بالطاقة، تتولى وزارة الأعمال والطاقة والاستراتيجية الصناعية مسؤولية تأمين إمدادات الطاقة³⁷¹.

ولدى كيانات الأمم المتحدة عدد من الأنشطة الجارية المصممة لرفع سوية الجهود الرامية إلى تعزيز زحمات الجميع على الطاقة المستدامة والموثوقة والميسورة الكلفة³⁷²، لكنها عادة لا تشمل تدابير تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة على وجه الخصوص. والاستثناء هو "الاستراتيجية العالمية للوصول إلى الطاقة والوقود 2014-2018"، التي أطلقتها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وهي تدعى صراحة لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة وتوفير التسهيلات لتلهم لدى إدراج الاحتياجات من الطاقة في التخطيط لحالات الطوارئ³⁷³.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

يعيش كثير من الأشخاص ذوي الإعاقة بدون الحصول على الكهرباء، ما يعرض للخطر إمكانية تشغيل التكنولوجيا المساعدة التي يحتاجونها للعيش المستق لويعوق في نهاية المطاف مشاركتهم في المجتمع. ويعاني الأشخاص ذوو الإعاقة على وجه الخصوص من فقر الوقود والطاقة، وهم لا يحصلون عادة على ما يكفي من التدفئة وعلى الأشكال الحديثة من الطاقة الموثوقة. ورغم الترابط بين الطاقة والإعاقة، كان هذا الترابط غائباً في الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والطاقة، ونادراً ما يعالج هذا الترابط في السياسات الوطنية. ولا بد من معالجة هذه الثغرة في السياسات والبرامج الرامية إلى تحقيق هدف توفير الطاقة للجميع.

وقد وفرت خطة التنمية المستدامة لعام 2030 من خلال الهدف 7 ومبدأ عدم استثناء أحد للحكومات ووكالات الأمم المتحدة ومنظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص منصة قوية لحفز الزخم باتجاه تعزيز الطاقة المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة في السنوات المقبلة. وكإجراء فوري، من الأهمية بمكان إجراء المزيد من الدراسات حول الإعاقة والطاقة. فليس هناك غير القليل من الدراسات عن فقر الوقود والإعاقة وعن احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من الطاقة. وهكذا، هناك حاجة إلى إجراء مزيد من البحوث لتغطية هذه الثغرات. ويمكن للأنشطة الوطنية لجمع البيانات أن توفر المعلومات ذات الصلة. كما أن الدراسات والأدلة القابلة للمقارنة عن استهلاك الطاقة وعن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم على الطاقة قد تساعد أيضاً على ردم الفجوات. وترد أدناه اقتراحات لاتخاذ إجراءات فورية:

- أ- إعداد خريطة عالمية لحالة الطاقة والإعاقة، وللسياسات والبرامج والبيانات القائمة.
 - ب- تنظيم ندوات/ورش عمل لبناء القدرات للنظر في الاحتياجات الخاصة بكل بلد وتبادل أفضل الممارسات والدروس المستفادة على المستويات الوطني والإقليمي والعالمي.
 - ج- وضع قاعدة بيانات للمعلومات المتوفرة والبيانات المفصلة عن الإعاقة والطاقة.
 - د- إجراء تحليلات للتكاليف والفوائد لفهم وعرض الفوائد المشتركة لتوفير إمكانية الحصول على الطاقة الحديثة للأشخاص ذوي الإعاقة.
 - هـ- تقديم مجموعة من التوصيات الملموسة بشأن كيفية ردم الفجوة في إمكانية الحصول على الطاقة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم، في منديات منها المؤتمرات الرفيعة المستوى والدولية المعنية بالطاقة، بما في ذلك الاجتماعات التحضيرية للمنتدى السياسي الرفيع المستوى المعني بالتنمية المستدامة.
 - و- تشكيل مجموعة عمل متعددة التخصصات ومتعددة أصحاب المصلحة تضم واضعي سياسات وخبراء معينين بالطاقة والإعاقة وكذلك أشخاصاً ذوي الإعاقة ومنظمات تمثلهم للقيام بالأنشطة المذكورة.
- واستناداً إلى الأدلة التي جُمعت من الإجراءات المذكورة، يمكن أن تسهم الخطوات الثماني التالية في تلبية الاحتياجات الفريدة من الطاقة وتنفيذ الهدف 7 للأشخاص ذوي الإعاقة بحلول عام 2030:

(1) الأخذ بالاعتبار تكاليف الطاقة الإضافية التي يتكبدها الأشخاص ذوو الإعاقة والفوائد المشتركة لتوفير إمكانية الحصول على الطاقة للأشخاص ذوي الإعاقة لدى تحديد تدابير الحماية الاجتماعية. عادة يكون استهلاك الأشخاص ذوي الإعاقة للطاقة مرتفعاً، فتكون فواتير الطاقة التي تترتب عليهم مرتفعة أيضاً. وقد يزيد استهلاك الطاقة بفعل التكنولوجيا المساعدة التي تعمل بالكهرباء ويحتاجها العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة للعيش المستقل. ويمكن لبرامج الرعاية الاجتماعية أن تقوم بدور حاسم في توفير الدعم المالي للأشخاص ذوي الإعاقة ليتمكنوا من الحصول على الطاقة التي يحتاجونها³⁷⁴.

(2) إدراج تدابير خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة في برامج الطاقة. ينبغي أن تشمل المبادرات توالبرامج التي تطلقها البلدان والمنظمات الدولية والمجتمع المدني والقطاع الخاص بهدف توسيع نطاق الحصول على الطاقة إجراء تموجة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة لضمان استفادتهم أيضاً من هذه المبادرات توعدم استثنائهم. وينبغي أن تولي هذه التدابير الخاصة أيضاً اهتماماً لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة من الطاقة لضمان حصولهم على طاقة ميسورة الكلفة وموثوقة.

(3) سد الفجوة في الحصول على الطاقة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم. سيتطلب ذلك التركيز على البلدان التي تتدنى فيها إمكانية الحصول على الكهرباء، لأن الفجوة بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والأسر الأخرى تنحو إلى أن تكون أوسع في هذه البلدان. كذلك تتدنى إمكانية الحصول على الكهرباء أيضاً في المناطق الريفية، ما قد يستدعي تدابير خاصة.

(4) إعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون تكنولوجيا مساعدة تعتمد على الكهرباء للعيش المستقل والمشاركة في المجتمع. ينبغي أن تصد لخدمات الكهرباء إلى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون تكنولوجيا مساعدة تعمل بالكهرباء. وفي غياب الكهرباء المنزلية، يمكن النظر في تدابير رم نمثل الشحن في مرافق عامة أو بواسطة نُظُم خارج الشبكة³⁷⁵، من مثل نُظُم الطاقة الشمسية المستقلة عن الشبكة. وينبغي النظر بصفة خاصة في هذه البدائل للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في المناطق الريفية والناحية حيث لا تتوفر خطوط الكهرباء دائماً.

(5) تقليص استخدام الوقود الصلب وتشجيع الأشكال الحديثة للطاقة في الأسر للأشخاص ذوي الإعاقة. ينبغي أن تصل المبادرات والبرامج الرامية إلى تقليص استخدام الوقود الصلب إلى الأسر التي تضم أفراداً ذوي إعاقة كأولوية. وعلى وجه الخصوص، من شأن المواقف التي يتسم بالكفاءة من حيث الطاقة وتستخدم أشكالاً حديثة من الطاقة أن تنفذ الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يقضون فترات طويلة في المنزل من التلوث في الأماكن المغلقة بسبب الطهي بالمصادر التقليدية ومن التعرض للعنف، لا سيما في حالة النساء والفتيات ذوات الإعاقة اللاتي قد يجمعن الحطب.

(6) تعزيز إيصال الكهرباء إلى المدارس لنتاح للطلاب ذوي الإعاقة فرص المشاركة على قدم المساواة في النُظُم التعليمية. الحصول على الكهرباء في المدارس شرط مسبق للمشاركة الفعالة لكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما من يعتمدون على التكنولوجيا المساعدة منهم. ويمكن لهذه التكنولوجيا أن تعزز حصول العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة على الأدوات التعليمية وتحسن تواصلهم مع المعلمين ومع زملائهم في المدارس.

7 إدراج الأشخاص ذوي الإعاقة في مجالس الإدارة الوطنية العاملة في مجال الحصول على الطاقة. يمكن أن يؤدي إدراج الأشخاص ذوي الإعاقة في هذه الهيئات، بما في ذلك، مثلاً، اللجان الوطنية للطاقة والمجالس الاستشارية للطاقة ومحاكم المنازعات المتعلقة بالطاقة، دوراً حيوياً في تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة لدى تنفيذ سياسات الطاقة³⁷⁶. ويجب إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في عمليات صنع القرار لضمان أن تتناول السياسات تاحتياجاتهم على نحو كافٍ.

8 زيادة الوعي يضمن الوزراء توتعزيز التنسيق بينها لمعالجة فقر الوقود والطاقة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. على المستوى الوطني، عادةً ما تكون الهيئات ذات الولايات المتعلقة بالإعاقة والتكنولوجيا المساعدة والطاقة مختلفة. لكن هذه المجالات الثلاثة مترابطة، وستكون هناك حاجة إلى مزيد من التنسيق بين الوزارات لأخذ هذا الترابط بالحسبان. وسيلزم ربط المناقشات المتعلقة بالطاقة وفقر الوقود للأشخاص ذوي الإعاقة بالخطابات حول التكنولوجيا المساعدة، والعكس بالعكس، لأن فقر الطاقة يؤثر على استخدام التكنولوجيا المساعدة، التي تؤثر بدورها على الحياة المستقلة للأشخاص ذوي الإعاقة وعلى تمتعهم بحقوق الإنسان.

حاء- توفير العمالة الكاملة والمنتجة والعمل اللائق للأشخاص ذوي الإعاقة (الهدف 8)

يتناو لهذا القسم تحقيق الهدف 8 من أهداف التنمية المستدامة الذي يدعو إلى تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع، ولهذه الغاية، يستعرض هذا القسم الأطر المعيارية الدولية التي تغطي قضايا إيجاد فرص عمل للأشخاص ذوي الإعاقة، ويقدم نظرة عامة عن حالة مشاركتهم في القوى العاملة، ويسرد التدابير التي اتخذتها البلدان لزيادة فرص العمل المتاحة لهم، وينتهي باستنتاجات وتوصيات.

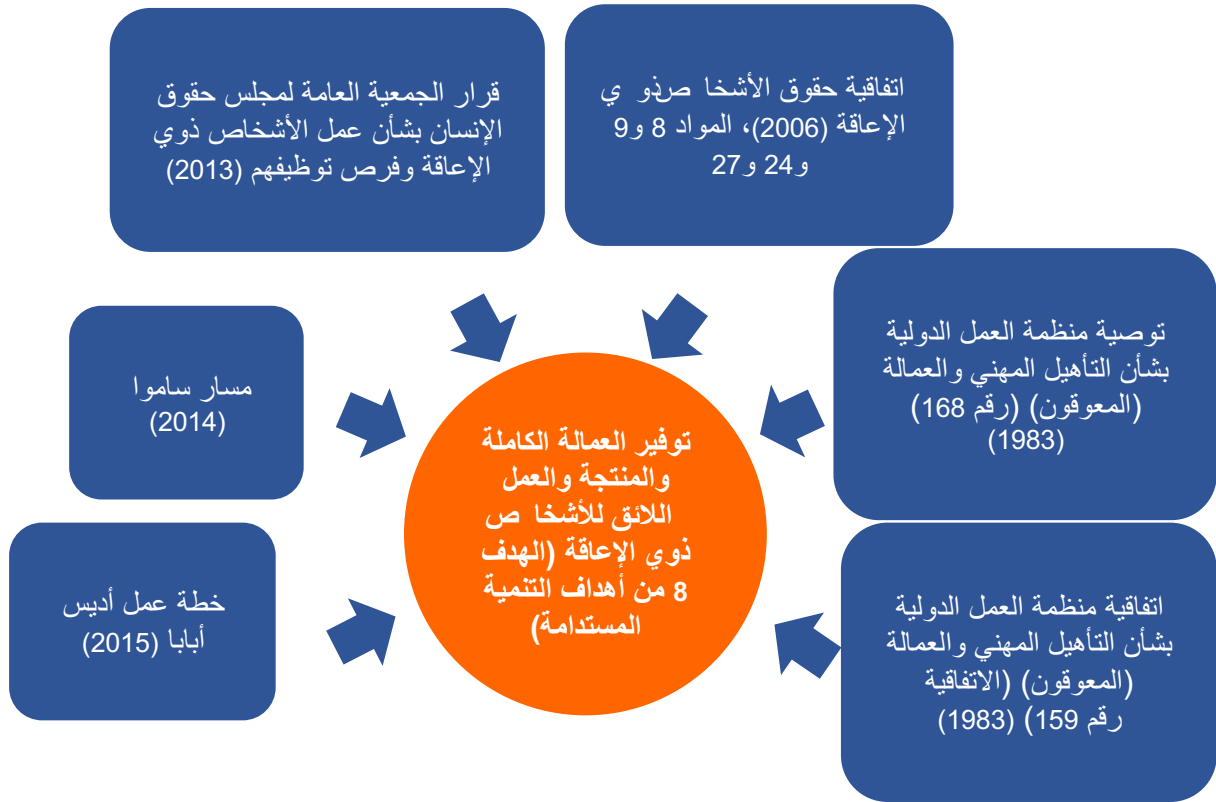
يشكل كل من العمل اللائق والعمالة ركيزة لرفاه الجميع وكرامتهم، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة. فالقدرة على العمل لها آثار إيجابية على الشمول الاجتماعي ونوعية الحياة، وفرص العمل الجيدة ضرورية لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة اقتصادياً، وبالتالي لعيشهم باستقلالية. العمالة والعمل اللائق هما أكثر الوسائل فعالية لكسر حلقة الفقر والتمييز التي قد يقع فيها الأشخاص ذوو الإعاقة. وكثيراً ما لا تستغل الإمكانيات المهنية للأشخاص ذوي الإعاقة بسبب المفاهيم الخاطئة عن قدرتهم على العمل، والمواقف المجتمعية السلبية منهم، وعدم إتاحة سُبل الوصول إلى أماكن العمل ومراكز المهارات المهنية والخدمات الوظيفية لهم.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة والعمالة

اعتمدت مؤخراً صكوكٌ عدة تتناول، بصورة مباشرة، حق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل (الشكل 2-76). وقد كرس هذا الحق صراحة في المادة 27 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تركز على العمل والعمالة. وأما الهدف 8 من أهداف التنمية المستدامة، الذي ينص على "تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع"، فيشير مقصده 5-8 بوضوح إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، إذ يدعو إلى تحقيق العمالة الكاملة والمنتجة والعمل اللائق لجميع النساء والرجال، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، والأجـال المتساوي عن العمل المتساوي القيمة بحلول عام 2030.

وفي عام 2013، اعتمدت الجمعية العامة لمجلس حقوق الإنسان قراراً يركز على إيجاد فرص العمل للأشخاص ذوي الإعاقة تحت عنوان: "عمل وعماله الأشخاص ذوي الإعاقة". ويدعو القرار الدول الأطراف إلى ضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً بالحق في العمل على قدم المساواة مع الآخرين، ويطلب اتخاذ تدابير لحظر التمييز وزيادة فرص العمل وتشجيع مزاولة الأعمال الحرة، وإزالة العوائق التي تحول دون دخول طالبي الوظائف والموظفين ذوي الإعاقة إلى مكان العمل، وضمان الترتيبات التيسيرية المعقولة³⁷⁷. كما أن المساواة في الفرص، والمساواة بين الرجال والنساء من ذوي الإعاقة هما من المبادئ الواردة في اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 159. وهذه الاتفاقية، ومعها توصية منظمة العمل الدولية المتعلقة بإعادة التأهيل المهني والعمالة (المعوقين) لعام 1983 (رقم 168)، تقضيان بأن تصيغ الدول الأعضاء، بصورة دورية، ومن ثم تنفذ وتستعرض، سياسات وطنية تُعنى بإعادة التأهيل المهني للأشخاص ذوي الإعاقة وبعملاتهم.

الشكل 2-76 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق الهدف 8 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



يتناول كلُّ من خطة عمل أديس أبابا والإطار الدولي للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا) التكافؤ في فرص العمل للأشخاص ذوي الإعاقة. فتشجع خطة عمل أديس أبابا مشاركة النساء والرجال، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، بصورة كاملة ومتكافئة في سوق العمل النظامي³⁷⁸. وأما مسار ساموا فيسلط الضوء على ارتفاع معدلات البطالة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة³⁷⁹، ويدعو إلى تطوير مهارات ريادة المشاريع والمهارات المهنية لديهم، وكذلك إلى تنمية صناعية يشاركون فيها³⁸⁰. وإذ يشكّل قطاع السياحة ركيزة اقتصادية أساسية لدى العديد من الدول الجزرية الصغيرة النامية، يشدد مسار ساموا على تحسين فرص العمل المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة في قطاع السياحة المستدامة³⁸¹.

ويقرّ كل من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وأهداف التنمية المستدامة بأهمية التعليم للعمل والعمالة، ولا سيما التدريب المهني والمستمر. وتدعو المادة 27 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى اتخاذ خطوات لـ "تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول بصورة فعالة إلى البرامج العامة للتوجيه التقني والمهني، وخدمات التشغيل، والتدريب المهني والمستمر"، في حين تسلّم المادة 24 بالحاجة إلى إنشاء نُظُم تعليمية شاملة للجميع. ويتفق ما سبق مع الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة، المتعلق بالتعليم، الذي يدعو إلى ضمان "التعليم الجيد الشامل والمنصف وتعزيز فرص التعلّم مدى الحياة للجميع"، ولا سيما مع المقصد 4-5 الذي يشدد على أهمية المساواة في وصول الأشخاص

ذوي الإعاقة إلى جميع مستويات التعليم والتدريب المهني. وتتضمن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، أيضاً، مواد أخرى ذات صلة بالعمالة، مثل التوعية بقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة (المادة 8) وزيادة إمكانية الوصول إلى البيئة المادية والنقل للمعلومات والاتصالات (المادة 9)، ما سيعزز فرص مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل.

حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالعمالة

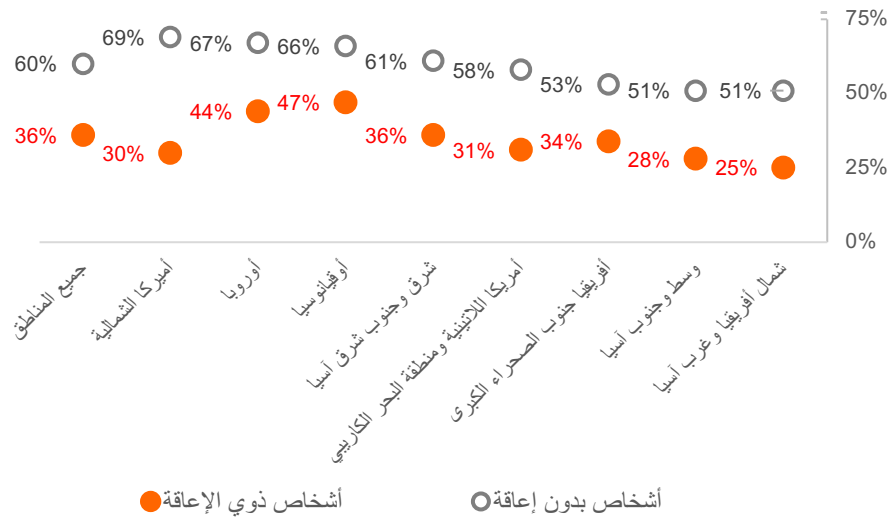
تقل احتمالات العمالة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما النساء منهم، مقارنة بغيرهم

لوحظ باستمرار انخفاض معدلات العمالة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. وفي ثماني مناطق جغرافية، كانت، بالمتوسط، نسبة العمالة إلى السكان لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر، 36 في المائة من مجموع السكان، مقابل 60 في المائة لدى الأشخاص بدون إعاقة (الشك ل2-77).

هذا، وقد تراوحت النسبة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة بين 25 في المائة في شمال أفريقيا وغرب آسيا، ونحو 47 في المائة في أوقيانوسيا. وتستند هذه المعدلات الإقليمية إلى بيانات من 91 بلداً وإقليماً، وتشير إلى تفاوت أوسع في نسبة العاملين إلى مجموع السكان على الصعيد الوطني، يتراوح حيد 7 و69 في المائة³⁸²، وتلاحظ فجوة في العمالة في جميع مناطق العالم، تتراوح بين 18 نقطة مئوية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و39 نقطة مئوية في أمريكا الشمالية. وقد تطرق القسم المتعلق بالهدف 5 من أهداف التنمية المستدامة إلى فجوة النوع الاجتماعي في العمالة، وتبين فيه أن احتمال عمل النساء ذوات الإعاقة في جميع المناطق أقل من احتمال عمل الرجال ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة.

ومع التقدم في السن، تنحو معدلات انتشار الإعاقة إلى التزايد ومعدلات العاملين من مجموع السكان إلى الانخفاض، فإذا ظلت العوامل الأخرى على حالها، يتوقع انخفاض أكبر في معدلات العاملين من مجموع السكان لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر. غير أن الفجوة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم من حيث العمالة لا تعود فقط إلى اختلافات في الخصائص الديمغرافية، فمع أن مستويات التعليم التي يصل إليها الأشخاص ذوو الإعاقة كثيراً ما تكون أدنى من غيرهم، ما يؤثر على فرص حصولهم على العمل، يبدو أن ثمة عوامل أخرى تتسبب بالحد من هذه الفرص. وتشمل هذه العوامل التمييز، والوصم، والمواقف السلبية، وعدم القدرة على الوصول إلى وسائل نقل إلى العمل، وأماكن العمل التي يتعذر الوصول إليها والتي تفتقر إلى الترتيبات التيسيرية المعقولة للأشخاص ذوي الإعاقة³⁸³. ففي ثمانية بلدان نامية، مثلاً، أفاد ما متوسطه 32 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة بأن أماكن عملهم إما معيقة أو لا يمكنهم الوصول إليها (الشك ل2-78). وفي الكثير من البلدان، لا تزال القوانين التي تنظم العمل تفتقر إلى آليات الحماية من التمييز على أساس الإعاقة (القسم المتعلق بالهدف 10). وتتسبب هذه العقبات بحرمان العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة القادرين على العمل من الحصول على الوظائف، فيظلون شريحة من القوى العاملة لم تُستغل بالدرجة الكافية³⁸⁴.

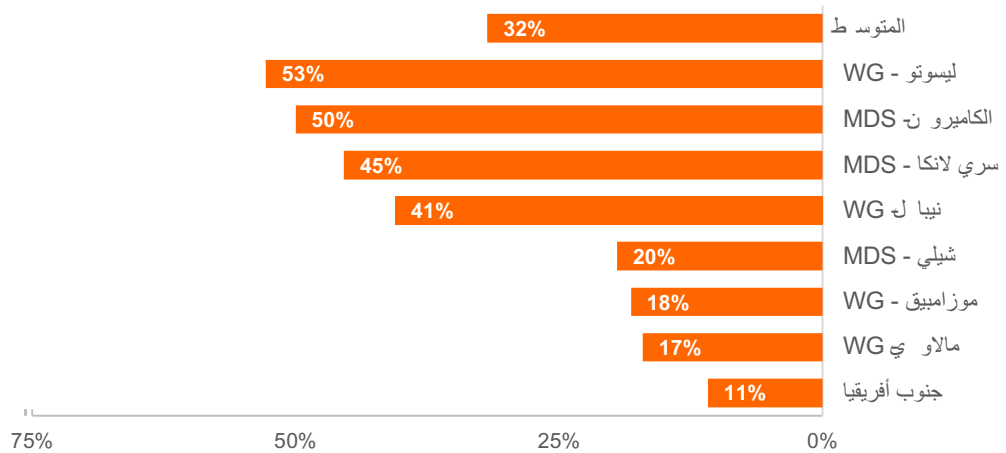
الشكل 2-77 نسبة العمالة إلى السكان لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر، حسب حالة الإعاقة، في 8 مناطق، خلال الفترة 2006-2016



ملاحظة: استناداً إلى بيانات من 91 بلداً وإقليمياً. البيانات لبعض البلدان نهي عن الفئة العمرية من 15 إلى 64 سنة.

المصدر: ESCAP⁸؛ الإسكوا⁷؛ Eurostat⁹؛ ILO²⁶⁹؛ UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰ و SINTEF¹¹).

الشكل 2-78 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يبلغون عن أن أماكن عملهم معيقة أو يتعذر الوصول إليها، في 8 بلدان، حوالاً لعام 2013



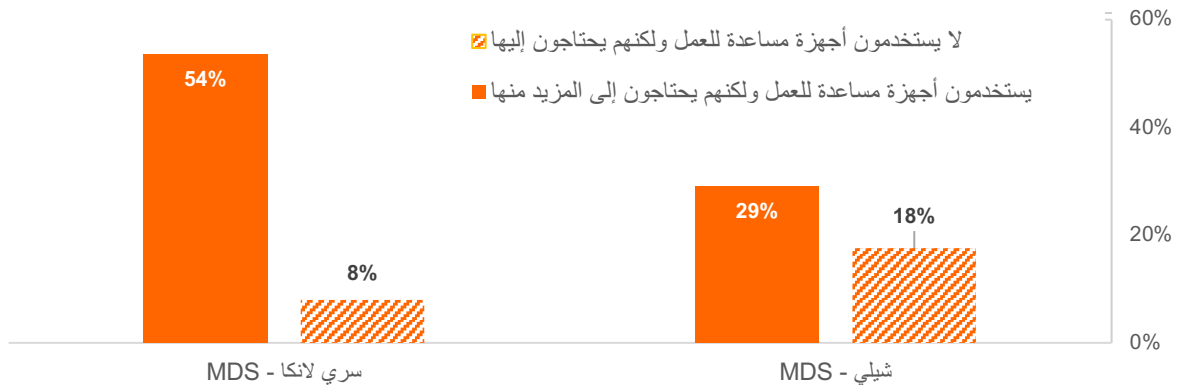
ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفري قواشنتظ نحول أداء الوظائف، ويشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت فيها البيانات باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا والكاميرون في مناطق مختارة ولذا فإنها غير ممثلة على المستوى الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

تفتقر أماكن العمل في أحيان كثيرة إلى الترتيبات التيسيرية المعقولة، بما في ذلك التكنولوجيا تلمُّساعدة

الترتيبات التيسيرية المعقولة هي التعديلات والترتيبات اللازمة والمناسبة، التي لا تفرض عبئاً غير متناسب أو غير ضروري، لكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وممارستها³⁸⁵. وتختلف الترتيبات التيسيرية المعقولة المستخدمة في أماكن العمل، بين حلول غير تقنية لا تكلف إلا القليل من المال أو لا تكلف شيئاً منه أصلاً (مثل إتاحة وقت إضافي للفرد أو وضع نظام إيداع مرمر بالألوان)، وأخرى بسيطة أو غير متطورة تقنياً (مثل استبدال مقبض الباب المعتاد بأخر يمكن الوصول إليه، أو إتاحة مكبر للقراءة)، وصولاً إلى الترتيبات التي تستخدم تكنولوجيا مُساعدة متقدمة أو متطورة (مثل استخدام برمجيات قراءة الشاشة مع موالات الكلام). وكثيراً ما تكون التكنولوجيا المُساعدة المتقدمة مكلفة وأقل توفراً. في شيلي وسري لانكا، لا يستخدم 8 إلى 18 في المائة من البالغين ذوي الإعاقة الأجهزة المساعدة للعمل، ولكنهم يحتاجون إليها، في حين يستخدم 29 إلى 54 في المائة هذه الأجهزة ولكنهم يحتاجون إلى المزيد منها (الشكل 2-79). وفي بعض البلدان، يمكن لأصحاب العمل التماس الدعم المالي من صندوق حكومي أو خيرى للحصول على ترتيبات تيسيرية معقولة³⁸⁶.

الشكل 2-79 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى الأجهزة المساعدة في العمل، في شيلي وسري لانكا، في عام 2015



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت فيها البيانات باستخدام نموذج مسح الإعاقة.

المصدر: WHO¹⁰⁰.

تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة أو الشديدة جداً أو النفسية الاجتماعية أقل احتمالاً

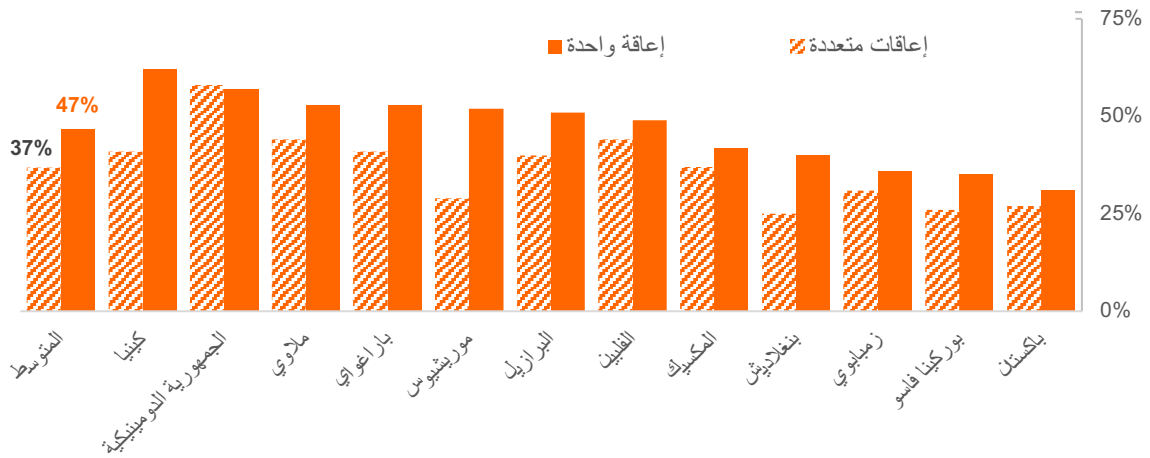
تقل، في معظم الأحيان، نسبة العمالة إلى السكان لدى الأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة عنها لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الواحدة. وتشير بيانات جُمعت من 12 بلداً، بين عامي 2002 و2004، إلى أن نسبة العمالة إلى السكان لدى الأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة أقل منها لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الواحدة في جميع تلك البلدان باستثناء بلد واحد (الشكل 2-80). ويبلغ متوسط النسب في هذه البلدان 37 في المائة للأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة، مقابل 47 في المائة للأشخاص ذوي الإعاقة الواحدة.

وقد يختلف تأثر الأشخاص الذين لديهم أنواع محددة أو درجات خاصة من الإعاقة بعدم إمكانية الوصول وبغير ذلك من العقبات المتصلة بالعمالة. ففي البرازيل، مثلاً، يقلُّ احتمال تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية الشديدة عن الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية الأقل لشدة³⁸⁷. وتُظهر البيانات المتاحة أن احتمال تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية يقلُّ بالنصف عن احتمال تشغيل الأشخاص ذوي الأنواع الأخرى من الإعاقة (الشكل 2-112).

الأشخاص ذوو الإعاقة أكثر احتمالاً بأن يزاولوا العمالة الهشة³⁸⁸

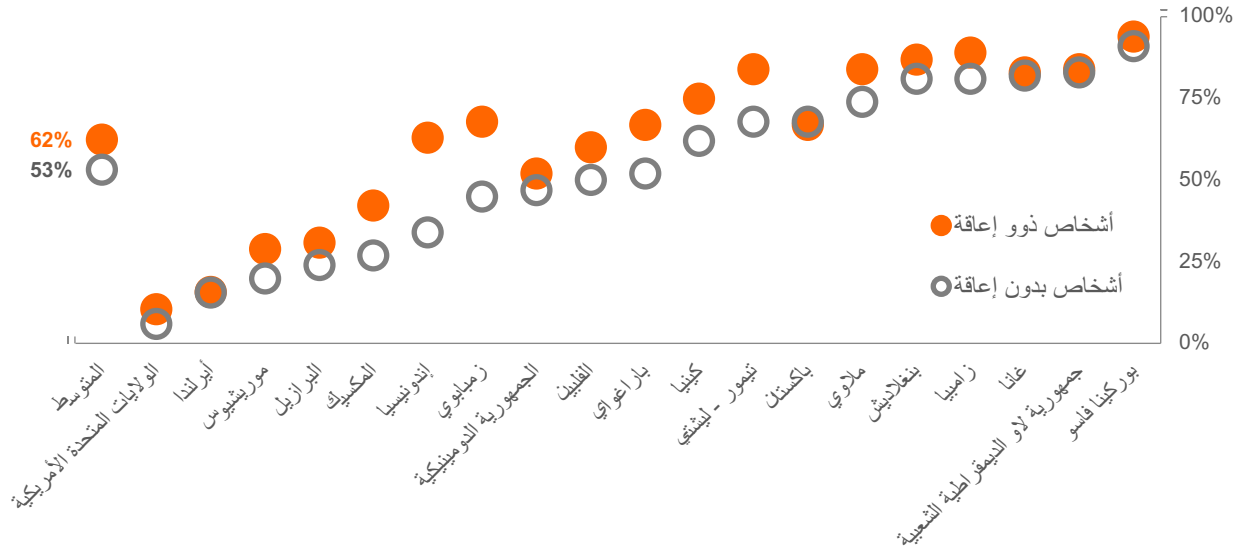
حتى عندما يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة على عمل، فهم يواجهون، وبدرجة غير متناسبة مقارنة مع عامة السكان، حالات غير مستقرة، فيرتفع في معظم البلدان احتمال عملهم في القطاع غير النظامي أو لحسابهم الخاص. ففي منغوليا، مثلاً، يزيد احتمال انخراط الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع غير النظامي بأربع مراتٍ غيرهم³⁸⁹. ويرتفع أيضاً احتمال عمل الأشخاص ذوي الإعاقة لحسابهم الخاص. فبلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعملون لحسابهم الخاص، في 19 بلداً، 62 في المائة بالمتوسط، مقابل 53 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة (الشكل 2-81). وفي هذه العينة من البلدان أيضاً، يتسع الفارق بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم في البلدان النامية أكثر مما في البلدان المتقدمة النم و وفي 13 من هذه البلدان، معدلات عمل الأشخاص ذوي الإعاقة لحسابهم الخاص أعلى بخمس نقاط مئوية مما هي لدى غيرهم، غير أن الفارق كان أعلى في إندونيسيا في عام 2010، حيث يعمل أكثر من 63 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقات الخفيفة لحسابهم الخاص، مقارنة بنحو 34 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. ويعمل العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعملون لحسابهم الخاص لدى أسرهم، وتبلغ نسبة هؤلاء، في تيمور-ليشتي، مثلاً، 21 في المائة³⁸⁹. وأما في البلدان المتقدمة النمو، فتشير أدلة من أيرلندا والولايات المتحدة الأمريكية إلى أن الفجوة تضيق. فيشابه في أيرلندا معدل الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين لحسابهم نظيره لدى غيرهم، ويرتفع في الولايات المتحدة الأمريكية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة بخمس نقاط مئوية.

الشكل 2-80 نسبة العمالة إلى السكان لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و60 سنة من ذوي الإعاقة الواحدة أو الإعاقات المتعددة، في 12 بلداً، خلال الفترة 2002-2004



المصدر: Mizunoya and Mitra (2013)³⁹⁰ استناداً إلى بيانات من المسوح الصحية العالمية للفترة 2002-2004.

الشكل 2-81 النسبة المئوية للأشخاص العاملين لحسابهم الخاص، حسب حالة الإعاقة، في 19 بلداً خلال الفترة 2002-2017³⁹¹

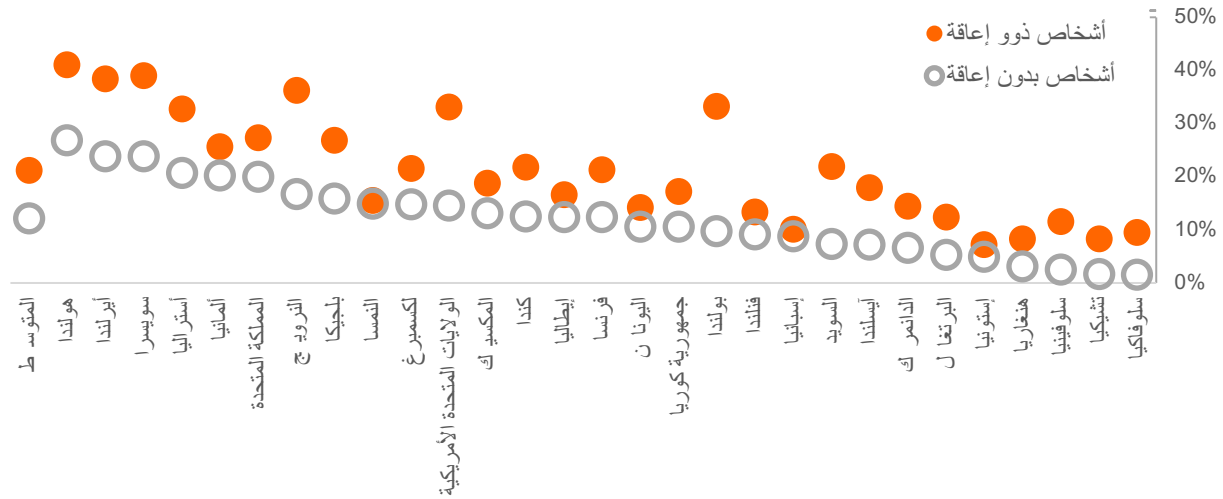


المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰)؛ U.S. Bureau of Labor Statistics؛ ESCAP (2015)³⁸⁹؛ Mizunoya and Mitra (2012)³⁹².

وقد ينخفض، كذلك، احتمال أن تغطي اتفاقات التفاوض الجماعي الأشخاص ذوي الإعاقة، ما يقلل من الحماية التي يتمتعون بها في العمل لارتفاع احتمال عملهم لحسابهم الخاص أو في القطاع غير النظامي.

ويرجح أن يزاول الأشخاص ذوو الإعاقة أعمالاً بدوام جزئي. فقد أظهرت دراسة أجريت في 29 بلداً في عام 2010 أن النسبة المئوية للموظفين بدوام جزئي كانت أعلى في جميع هذه البلدان لدى الأشخاص ذوي الإعاقة مما هي عليه لدى غيرهم (الشكل 2-82). كما خلصت دراسة أجريت في نيبال إلى أن ارتفاع مستويات الرضا الوظيفي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة يرتبط بالعمل بدوام كامل³⁹³. وكثيراً ما يقتصر عمل الأشخاص ذوي الإعاقة على العمل بدوام جزئي، لأن العمل بدوام كامل لا يتيح لهم الوقت الكافي للاستعداد للعمل، ولا للتنقل إليه ذهاباً ومنه إياباً بسبب افتقارهم إلى وسائل النقل التي يسهل الوصول إليها (القسم المتعلق بالهدف 11)، ولا للتعامل مع الخدمات المتصلة بالإعاقة التي قد يحتاجون إليها⁹⁶. ولكن عندما تتاح للأشخاص ذوي الإعاقة الترتيبات التيسيرية اللازمة، سيتمكنون من الانخراط في العمل بدوام كامل.

الشكل 2-82 حصة العاملين بدوام جزئي من مجموع العمالة، حسب حالة الإعاقة، في 29 بلداً خلال الفترة 2003-2008



المصدر: OECD (2010).³⁹⁴

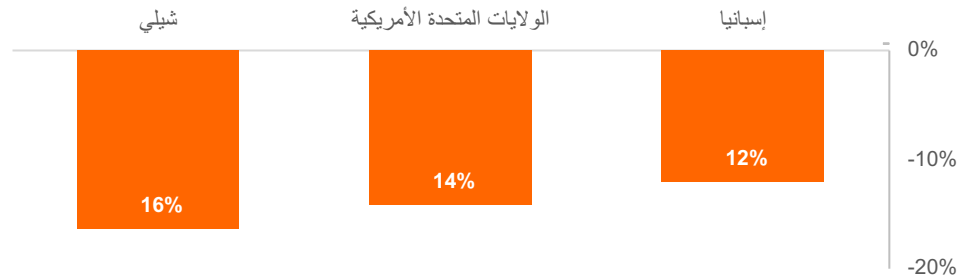
الأشخاص ذوو الإعاقة يحصلون عادة على أجور أقل

يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة العاملون عادة على أجور أقل من تلك التي يحصل عليها غيرهم³⁹⁵. قد يكون أحد أسباب ذلك هو أن الأشخاص ذوي الإعاقة يعملون لحسابهم الخاص بدرجة غير متناسبة مع غيرهم، ويقبل عادة ما يكسبه العاملون لحسابهم الخاص عن غيرهم، علاوة على أن الأشخاص ذوي الإعاقة كثيراً ما يعملون في القطاع غير النظامي³⁹⁶.

وقد أفادت تقارير بوجود فجوات في الأجور تتجاوز 10 في المائة (الشكل 2-83). ففي إسبانيا، يقل متوسط ما يكسبه شخص ذو إعاقة في الساعة 12 في المائة عن متوسط الشخص بدون إعاقة. ويكشف تحليل مماثل في الولايات المتحدة الأمريكية أن متوسط دخل الأشخاص ذوي الإعاقة في سن العمل الذين يعملون بدوام كامل ولسنة كاملة كان، في عام 2012، أقل بـ 14 في المائة من متوسط دخل الأشخاص بدون إعاقة. وفي شيلي، في عام 2013، كان متوسط الدخل من العمل الرئيسي لشخص ذي إعاقة عمره 15 سنة فأكثر أقل بـ 16 في المائة من متوسط الدخل من العمل الرئيسي لشخص بدون إعاقة. وتتسع الفجوات بين من لديهم أنواع محددة من الإعاقة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، يقل دخل الأشخاص ذوي الإعاقة الإدراكية بنسبة 29 في المائة عن الأشخاص بدون إعاقة³⁹⁷، وفي إسبانيا، يقل متوسط دخل الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية بنسبة 49 في المائة عن الأشخاص بدون إعاقة³⁹⁸.

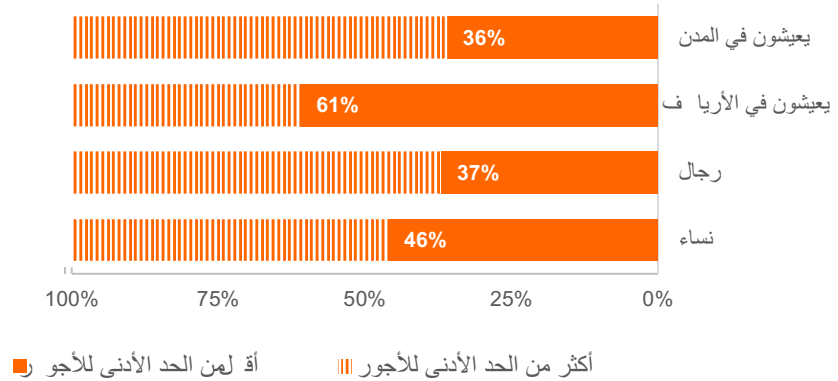
ومن بين الأشخاص ذوي الإعاقة، غالباً ما يحصل الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية والنساء على أدنى الأجور. وفي بيرو في عام 2012، بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين الذي تقل مداخيلهم عن الحد الأدنى للأجور 61 في المائة في الأرياف، مقابل 36 في المائة في المدن، كما بلغت 46 في المائة لدى النساء مقابل 37 في المائة لدى الرجال (الشكل 2-84). وفي إسبانيا، تقل مداخيل النساء ذوات الإعاقة بنسبة 16 في المائة عن مداخيل الرجال ذوي الإعاقة³⁹⁷.

الشكل 2-83 الفجوة في الأجور بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة (الأشخاص ذوو الإعاقة ناقص الأشخاص بدون إعاقة)، في 3 بلدان، خلال الفترة 2012-2013



المصدر: Ministry of ³⁹⁸Erickson and others (2014)؛ ³⁹⁷National Statistical Institute of Spain؛ ³⁹⁹Social Development of Chile.

الشكل 2-84 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة العاملين (موظفين زو أصحابا بعمل وعاملين لحسابهم الخاص) الذين يتلقون أجوراً أقل وأكثر من الحد الأدنى للأجور، حسب الجنس ومنطقة الإقامة، في بيرو في عام 2012



المصدر: ⁴⁰⁰National Statistical Institute of Peru.

الممارسات الحالية في العمالة والإعاقة

تبذل البلدان، في جميع المناطق، جهوداً للتوفيق بين الأطر التشريعية والسياسية الوطنية من جهة، وبين اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من جهة أخرى. وتشمل وسائل تحقيق ذلك تطويع مواد الاتفاقية المتعلقة بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل والعمالة وفقاً للظروف المحلية. وتركز مبادرات وطنية عديدة على دعم العمالة الشاملة للجميع، وذلك بطرائق عدة، منها التشريعات المناهضة للتمييز، وخدمات التشغيل الشاملة في كلِّ من القطاعين العام والخاص، وتعزيز التعليم والتدريب الشاملين، واعتماد خطط للحماية الاجتماعية تشجع العمل. ومع أن البلدان في أحيان كثيرة تركز على كلِّ من البرامج الهادفة وتعميم قضايا الإعاقة، إلا أنها باتت تميل نحو نهج التعميم، ولذا فهي تتجه إلى شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في البرامج والخدمات العامة الرئيسية.

الممارسات الوطنية المتعلقة بتعزيز العمالة الشاملة للجميع

تنفذ بلدان كثيرة أو تعزز تشريعات وسياسات ترمي إلى مكافحة التمييز على أساس الإعاقة في مختلف مجالات العمالة فتتضمن، مثلاً، دساتير 22 دولة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة مواد واضحة تكفل حق الأشخاص ذوي الإعاقة¹³². ويبين الشكل 2-104 أن أكثر من 60 في المائة من البلدان لديها، في القوانين التي تنظم العمل، أحكام قانونية خاصة بالإعاقة، تحظر الممارسات التمييزية، وتتكفل بالمساواة في الأجور. وقد اعتمدت بلدان عدة سياسات وطنية للعمالة، تشتمل على أحكام تكفل حق الأشخاص ذوي الإعاقة في تكافؤ فرص العمل⁴⁰¹، وفي برامج العمل الوطنية في إثيوبيا وسري لانكا وسيشيل وليبيريا أمثلة على ذلك⁴⁰².

ولكن التشريعات الرامية إلى تحقيق المساواة في فرص العمل ليست دائماً شاملة بالدرجة الكافية لتخطي جميع العقبات. فمع أن بلداناً عدة، كالمملكة المتحدة⁴⁰³ والولايات المتحدة الأمريكية⁴⁰⁴، بحثت في وضع أحكام قانونية بشأن الترتيبات التيسيرية المعقولة، لا تشتمل التشريعات، في أحيان كثيرة، على مثل هذه الأحكام. وحتى في البلدان التي يعتبر فيها الحرمان من الترتيبات التيسيرية المعقولة فعلاً تمييزياً من الناحية القانونية، كثيراً ما لا تقدم الدول التوجيه الكافي إلى أصحاب العمل والعاملين من ذوي الإعاقة وغيرهم من أصحاب المصلحة المعنيين بكيفية توفير الترتيبات التيسيرية المعقولة في مكان العمل. وفي بعض الحالات، قد تفتقر التشريعات المناهضة للتمييز إلى آليات إنفاذ كافية، ما قد يقوّض فعالية التشريعات.

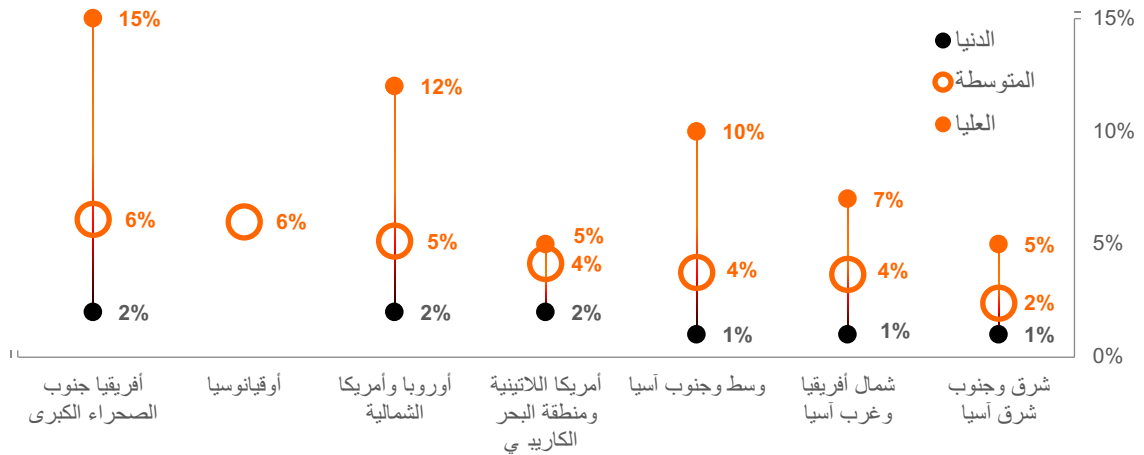
وعملت بلدان كثيرة مراعاة قضايا الإعاقة في خدمات التشغيل العامة، التي يمكن أن تشمل خدمات الدعم في البحث عن العمل، وتوفير المعلومات ذات الصلة حول سوق العمل، والتوجيه والتدريب المهنيين. ويمكن أن يشمل تعميم مراعاة الإعاقة في هذه الخدمات تيسير المطابقة بين الوظائف التي تطلبها الشركات وبين الباحثين عن عمل من ذوي الإعاقة. ويتطلب ذلك بدوره خفض تحيز أصحاب العمل القائم على الإعاقة في ممارسات التشغيل، وتقديم المساعدة المالية والتقنية لإجراء تعديلات على مكان العمل. وتشمل البلدان التي بدأت بمراعاة قضايا الإعاقة بخدمات التشغيل العامة لديها: الهند وساحل العاج والمكسيك، وبيرو والفلبين وفيت نام⁴⁰⁵.

واستُخدمت برامج التشغيل العامة كأداة إضافية للسياسة العامة للتصدي لتحدي البطالة ونقص تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة. ويمكن لهذه البرامج أن تصبح أكثر شمولاً للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال اعتماد أحكام لزيادة إمكانية الوصول إلى البيئة المبنية والنقل والمعلومات والاتصالات، ولتوفير الترتيبات التيسيرية المعقولة، إذا لزم الأمر، وزيادة الوعي بالإعاقة لدى موظفي البرامج ومديريها وزملاء العمل.

وفي الهند مثال على برنامج تشغيل عام يشتمل على تدابير لإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة على نحو فعال⁴⁰⁶. ومن خلال هذا البرنامج، الذي يكفل 100 يوم من العمل مقابل أجر في السنة المالية لكل أسرة، يتعين على حكومات الولايات في الهند أن توفر عمالاً يراعي الاحتياجات المتصلة بالإعاقة. فثَبُدل، مثلاً، جهود لضمان إتاحة فرص عمل للأشخاص ذوي الإعاقة بالقرب من مكان إقامتهم، حتى لا يضطرون إلى التنقل لمسافات طويلة إلى مكان العمل، ويُكفل، أيضاً دفع أجور للأشخاص ذوي الإعاقة مساوية للأجور التي يحصل عليها غيرهم. ويسعى هذا البرنامج أيضاً إلى ضمان بيئة خالية من الوصم في مكان العمل، حتى لا يُنظر بدونية إلى العاملين ذوي الإعاقة ولا يواجهون أي شكل من أشكال التمييز. وفي الفترة 2015-2016، شارك نحو نصف الأشخاص ذوي الإعاقة المسجلين في إطار هذا البرنامج، البالغ عددهم 130,420، في أعمال في إطار البرنامج⁴⁰⁷.

وأدى القطاع العام دوراً كصاحب عمل للأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك علاوة على قيامه بتصميم وتنفيذ القوانين والسياسات والخدمات والبرامج الرامية إلى تعزيز عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة. ففقدت نيوزيلندا، مثلاً، مجموعة من المبادرات الرامية إلى تشجيع تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام، وتشمل المبادرات تقديم التوجيه بشأن شمول الأشخاص ذوي الإعاقة للقادة والمديرين والعاملين في مجال الموارد البشرية في القطاع العام.

الشكل 2-85 الحد الأدنى والمتوسط والأقصى لحصص العمالة المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة حسب المنطقة



ملاحظة: استناداً إلى معلومات من 99 بلداً. القيمة لأوقيانوسيا تستند إلى بلد واحد.

المصدر: ILO and UNDESA.

نُظِم الحِصص هي أحد التدابير الإيجابية التي يشجع استخدام البلدان لها لدعم عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة. ويترتب على هذه النُظُم التزام أصحاب العمل بملء نسبة مئوية محددة من الوظائف بموظفين ذوي إعاقة. وتطبق نُظُم الحِصص الوطنية القائمة حالياً على أصحاب العمل إما في القطاع العام أو في القطاع الخاص أو في كليهما. وفي بعض البلدان، لا تطبق الحِصص إلا على الأعمال التي تبلغ حجماً محدداً، وتتراوح مستويات الحِصص المختلفة عادة بين 1 و15 في المائة (الشكل 2-85). وأدنى الحِصص الإقليمية هي في منطقة شرق وجنوب شرق آسيا، في حين تسجل أعلى مستويات الحِصص في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

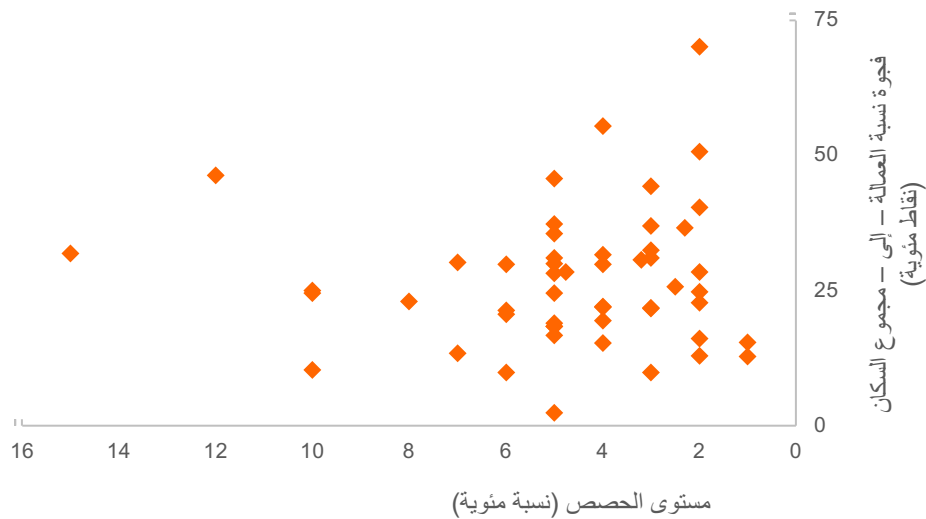
ولكن، وحيث لم تجر تقييمات دقيقة للحِصص، يصعب تحديد دورها ومدى نجاحها في شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل⁴⁰⁸. وتسجل في البلدان التي تتراوح الحِصص فيها بين 1 و4 في المائة فجوات شتى بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم في معدلات العاملين إلى مجموع السكان، في حين تسجل البلدان التي تتراوح الحِصص فيها بين 5 و9 في المائة أدنى الفجوات في هذه المعدلات، وقليلة هي البلدان التي تتخطى فيها الحصة 10 في المائة وتسجل فجوات واسعة (الشكل 2-86). ويرجح أن يعود هذا التباين الواسع إلى تفاوت البلدان في درجة إنفاذها لمستويات الحِصص، علاوة على ما إذا كانت تلك البلدان قد اعتمدت أدوات إضافية لاستكمال أوجه القصور في نُظُم الحِصص أم لا. وتفرض أكثر نُظُم الحِصص فعالية على الشركات غير الممتثلة دفع غرامات عن كل وظيفة ضمن الحصة

لا يشغلها شخص ذو إعاقة، وتصب هذه الغرامات عادة في صندوق خاص يستخدم لتمويل التدابير التي تعزز تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة. ولكن نُظِمَ الحِصص ليست لها أهمية تذكر في البلدان المنخفضة الدخل، حيث تعمل الغالبية العظمى من الناس في الاقتصاد غير النظامي. وعلاوة على ذلك، كثيراً ما يفضل أصحاب العمل دفع غرامة أو إدراج أشخاص ذوي إعاقة في كشوف المرتبات دون أن يتوقعوا منهم أن يأتوا إلى العمل⁴⁰⁹.

وشجع القطاع العام أيضاً على إيجاد عمل لائق للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال إدراج أحكام تتعلق بالإعاقة في سياسات المشتريات العامة. ففي جنوب أفريقيا، مثلاً، وفي إطار سياسة الشراء التفضيلي، تُمنح المؤسسات عقوداً تستند إلى نظام نقاط تفضيلية يتضمن شمول الأشخاص ذوي الإعاقة بوصفه أحد المجالات التي تؤثر تأثيراً إيجابياً على التصنيف العام للشركة إزاء القطاع العام. وفي الولايات المتحدة الأمريكية نظام مشابه، يقضي على جميع الجهات المتعاقدة مع الحكومة الفدرالية بالسعي إلى أن تشمل قواها العاملة على ما لا يقل عن 7 في المائة من العاملين ذوي الإعاقة⁴¹⁰. وفي الفلبين، يُطلب من المؤسسات العامة والحكومات المحلية شراء ما لا يقل عن 10 في المائة من السلع والخدمات من تعاونيات ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، حيثما ينطبق ذلك ويمكن تحقيقه.

وهناك أيضاً مبادرات واعدة لدعم مزاولة الأشخاص ذوي الإعاقة لريادة الأعمال، ولا سيما عن طريق إزالة الممارسات التمييزية وتحسين فرص الحصول على الخدمات المالية. ولكن الافتراض الخاطئ بأن الأشخاص ذوي الإعاقة هم من فئات المخاطر الأعلى يمثل أحد العوائق المزمنة في هذا المجال، مع أن الواقع يشير إلى أن معدلات تسديد الديون لدى الأشخاص ذوي الإعاقة لا تختلف عن نظيراتها لدى غيرهم⁴¹¹. وفي أوغندا، اتخذت رابطة مؤسسات التمويل البالغ الصغر تدابير لتهيئة فرص متكافئة للأشخاص ذوي الإعاقة للحصول على الخدمات المالية التي تقدمها الرابطة، مع التركيز بوجه خاص على توعية موظفيها بحقوق الإعاقة⁴¹². وفي النمسا، تقدم مجموعة مصرفية رئيسية خدمات العملاء بلغة الإشارة من خلال مكالمات الفيديو عبر الإنترنت⁴¹³.

الشكل 2-86 حصص الوظائف للأشخاص ذوي الإعاقة مقابل فجوة نسبة العمالة إلى مجموع السكان (الأشخاص بدون إعاقة ناقص الأشخاص ذوي الإعاقة)، في 52 بلداً، حوالي عام 2010



المصدر: للاطلاع على مصادر البيانات، الرجوع إلى الشكليين 2-77 و2-85.

الناجحة لمعالجة هذا التحدي، وتوفر منبراً للشركات العالمية والمحلية لتبادل الممارسات بشأن شمول الموظفين ذوي الإعاقة. تركز هذه المبادرة على المزايا التجارية لعمالة الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك من خلال تسليط الضوء على المواهب والمهارات التي يجلبها العاملون ذوو الإعاقة إلى الشركة، مما يسهم في تنويع القوى العاملة، وفي زيادة إعدادها للاستجابة للاحتياجات المتنوعة لاقتصادات تهيمن عليها العولمة. واهتمام القطاع الخاص في البلدان النامية بعمالة الأشخاص ذوي الإعاقة قليل، ولكنه يتزايد، ويدل عليه إنشاء مبادرات وطنية تتعلق بشمول الأشخاص ذوي الإعاقة يقودها أصحاب العمل، وذلك في بلدان مثل إندونيسيا وبنغلاديش وبيرو وزامبيا وغيرها. ولهذه المبادرات أهمية خاصة لأنها تتحدى الرأي السائد بأن فرص سُبُل العيش الوحيدة المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان النامية هي العمل لحسابهم الخاص في الاقتصاد غير النظامي.

الممارسات الوطنية المتعلقة بضمان الشمول الكامل في التعليم والتدريب في المجال التقني والمهني

تعمل بلدان عديدة على اعتماد تشريعات لمكافحة التمييز على أساس الإعاقة، أو على تعزيز التشريعات القائمة في هذا الإطار. وتتضمن هذه التشريعات أحكاماً تتعلق بالتعليم والتدريب المهنيين. كما أنشأت بلدان كثيرة مبادرات لتعزيز التعليم والتدريب الشاملين في المجال التقني والمهني واستحدثت بلدان مثل إثيوبيا⁴¹⁸ وأستراليا وبنغلاديش⁴¹⁹ وكندا وماليزيا والهند، قوانين أو سياسات أو استراتيجيات، إما عامة أو خاصة بالإعاقة، تعزز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في النظم والبرامج الرئيسية للتعليم والتدريب في المجال التقني والمهني. وخطت بلدان، من بينها إثيوبيا وإندونيسيا والبرازيل وجنوب أفريقيا ومصر، خطوات في إيجاد برامج للتدريب الحرفي أكثر شمولاً للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل برامج أماكن العمل والتعلم العملي. وهذه البرامج مفتوحة أيضاً للأشخاص ذوي الإعاقة في الشركات التي تجمع بين التدريب أثناء العمل والتدريب المدرسي التكميلي من أجل المهنة الكاملة أو الحرفة أو الصنعة اليدوية⁴²⁰. وفي موزامبيق، أُتيح للشباب ذوي الإعاقة دعم في الحصول على التدريب التقني والمهني من خلال إزالة العوائق المادية في أماكن الإقامة ومراكز التدريب، وذلك، مثلاً، عن طريق إنشاء مرابض يسهل الوصول إليها وتركيب أقفال للأبواب ومفاتيح للإضاءة أكثر انخفاضاً⁴²¹. وقد تبين أن المبادرات الوطنية التي تشمل الشباب ذوي الإعاقة في البرامج التي تقدم التعليم الشامل والتدريب على العمل وخدمات التشغيل للشباب المحرومين اقتصادياً فعالة بشكل خاص في تحسين نتائج عمل الشباب ذوي الإعاقة⁴²².

الممارسات الوطنية المتعلقة بالحماية الاجتماعية لتشجيع عمل الأشخاص ذوي الإعاقة

كثيراً ما ترتبط الأهلية للحصول على استحقاقات العجز، في البلدان التي تقدمها، بعدم القدرة على العمل، ما قد يثبط عن البحث عن عمل. ويؤدي إعطاء الاستحقاقات على أساس عدم القدرة على العمل إلى الحد من عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة، ويقوض الدعم للعمل الذي يقدمه كل من مزودي الخدمات والبرامج العامة الأخرى وأصحاب العمل والأسرة والأصدقاء. وينتج من ذلك تدني إنتاجية الأشخاص ذوي الإعاقة عما قد تكون عليه لولا ذلك وكذلك استثنائهم، ليس فقط من العمل، بل في أحيان كثيرة من جوانب أخرى للمجتمع. ولطالما أُشير إلى هذا النهج كعائق رئيسي أمام نجاح الجهود الأخرى الرامية إلى تحسين نواتج العمالة⁴²³، مثل إقرار الحق في العمل والاستثمار في خدمات التعليم والتدريب والعمالة. وعلى الرغم من ذلك، لا يزال هذا النهج في تحديد الأهلية منتشرراً في البلدان المتقدمة، وأحد أسباب

ذلك جزئياً على الأقل هو المخاوف من أن تؤدي نُهج أخرى إلى تنامي سريع في تكاليف البرامج، لأن العاملين على الرغم من إعاقته سيصبحون مؤهلين للحصول على استحقاقات. ولدى بلدان قليلة، مثل المملكة المتحدة، برامج بدل الإعاقة بغض النظر عن وضع العمل أو الدخل. ولكن البديل الذي تقدمه هذه البرامج صغير مقارنة بالاستحقاقات التي تعطى على أساس عدم القدرة على العمل. وفي السنوات الأخيرة، عالج عدد من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية هذه المسألة بزيادة التركيز على تحسين الدعم للاحتفاظ بالقوة العاملة قبل أن يصبح العمال معتمدين على الحماية الاجتماعية. وهذا يشجع على زيادة شمول الأشخاص ذوي الإعاقة، إذ يبدو أن إبقاء العاملين في القوى العاملة أقل تكلفة من تقديم الاستحقاقات على أساس عدم القدرة على العمل.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

يواجه العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة صعوبات في المشاركة في سوق العمل، ولا سيما النساء ذوات الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة للغاية. ولا تزال الثغرات قائمة في إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل الرئيسية، فيرجح أن ينخرط العاملون من ذوي الإعاقة في وظائفٍ فمعرضة للمخاطر، وأن يحصلوا على أجور أقل مقارنة بغيرهم. وقد عالجت بلدان عديدة هذه القضايا من خلال اعتماد مبادرات مثل التشريعات المناهضة للتمييز، ونظم الحصص، وكذلك من خلال مراعاة شمول الإعاقة في السياسات الوطنية للعمل، وفي التعليم والتدريب في المجال التقني والمهني، وخدمات توبرامج التشغيل للعامة، والمشتريات العامة، وخدمات دعم ريادة المشاريع، وأيضاً من خلال وضع برامج للحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة، لكن بما يتفق مع حثهم على العمل.

ولمعالجة الثغرات الحالية في فرص العمل وتحقيق الهدف فاع للأشخاص ذوي الإعاقة، يمكن أن تسهم الخطوات التالية في التصدي للتحديات الراهنة:

(1) **ينبغي على الدول أن تضمن حماية التشريعات الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة من التمييز على أساس الإعاقة في جميع الأمور المتعلقة بالعمالة، وأن تتضمن ما يشير إلى أن الحرمان من الترتيبات التيسيرية المعقولة هو شكل من أشكال التمييز. لا تتطلب الترتيبات التيسيرية المعقولة، في معظم الحالات، إلا تكاليف يسيرة أو لا تترتب عليها تكاليف أصلاً³⁸⁶. ومن المهم أن تحسن الدول الدعم المتاح لتوفير ترتيبات تيسيرية معقولة في أماكن العمل وأن تضع معايير موحدة لذلك الدعم⁴²⁴.**

(2) **ينبغي أن يكون القطاع العام قدوة في توفير فرص العمل للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن يتخذ إجراءات إيجابية لتشجيع تشغيلهم الأولي، وتطورهم المهني. وسيوسع ذلك الفرص المتاحة لعمل الأشخاص ذوي الإعاقة، وسيضع نموذجاً لأصحاب العمل الآخرين، وسيزيد من شرعية القطاع الخاص صومصادقته كموضع لتمثيل جميع السكان الذين يفترض أن يخدمهم.**

(3) **ينبغي أن تشمل سياسات ونظم المشتريات العامة على أحكام تشجع على توفير فرص عمل للأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك، على سبيل المثال، من خلال تحديد هدف واضح حول نسبة مشتريات الخدمات والمنتجات التي يقدمها الأشخاص ذوو الإعاقة.**

4) ينبغي أن تضمن الدول شمول خدمات التشغيل العامة للأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك، مثلاً، من خلال إدارة البيانا تالمفصلة حسب الإعاقة، والحد من التحيز القائم على الإعاقة في ممارسات التشغيل لد وأصحاب العمل، وتقديم المساعدة المالية والتقنية في إجراء التعديلا تعطى مكان العمل. ويحتا جهوظف وخدمات التشغيل العامة الذين يتفاعلون مع العملاء ذوي الإعاقة إلى التوعية بقضايا الإعاقة والاحتياجات الخاصة بالإعاقة، وينبغي تمكينهم من قراءة بيانات سوق العمل وتفسيرها وتطويرها بطريقة كفؤة وفعالة، وإيصالها على نحو مفهوم إلى الباحثين عن عمل من ذوي الإعاقة. وفي الحالات التي توجد فيها خدمات تشغيل لذوي الإعاقة تحديداً، ينبغي تنسيق هذه الخدمات بطريقة جيدة مع الخدمات المدنية العامة.

5) حيثما توجد تشريعات بشأن حصص العمل في القطاعين العام و/أو الخاص، ينبغي على الدولة أن تتكفل بتنفيذها من خلال نظام تقييم فعال في جميع مراحل التطور المهني للموظفين ذوي الإعاقة. ينبغي على نظم الحصص أن تتمم التشريعات المناهضة للتمييز التي تكفل المساواة في ظروف العمل للأشخاص ذوي الإعاقة بعد تشغيلهم. ومن ناحية، نظم الحصص هي أكثر فعالية في إدخال الأشخاص ذوي الإعاقة إلى سوق العمل، ولكنها لا تتطلب من أصحاب العمل لضمان تكافؤ الفرص في التطور المهني للموظفين ذوي الإعاقة. ومن ناحية أخرى، فإن التشريعات المناهضة للتمييز أقل فعالية في تيسير الدخول إلى سوق العمل، ولكنها قد تكون فعالة جداً في ضمان ظروف عمل متساوية للعاملين ذوي الإعاقة.

6) ينبغي أن يشمل كل من التدريب على تطوير المشاريع الريادية الرئيسية ونظم التمويل البالغة الصغر الأشخاص ذوي الإعاقة، بوسائل منها مكافحة الصور النمطية حول قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة المالية والريادية، وتيسير حصول منظمي المشاريع الحاليين والمحتملين ذوي الإعاقة على الائتمان والخدمات المالية. وقد تكون الخطوة الأولى نحو تعميم التدريب على التنمية الريادية ضمان أن توفر الدورات التدريبية ترتيبات تيسيرية معقولة. وكذلك، عند الإعلان عن الدورات، أن تشير إلى أن الرياديين من ذوي الإعاقة مرحب بهم.

7) ينبغي أن تعتمد الدول سياسات تيسر احتفاظ الأشخاص ذوي الإعاقة بعملهم وعودتهم إلى العمل، بمن فيهم الأشخاص ذوي حالات الصحة النفسية مع توفير استحقاقات للإعاقة تتسق مع العمل بدوام كامل أو جزئي. وينبغي للبرامج المصممة لدعم الدخول إلى سوق العمل أو العودة إليه أن تنتكف لهالشمول الكامل. وتوفر المبادئ التوجيهية التي وضعتها الرابطة الدولية للضمان الاجتماعي بشأن الاحتفاظ بالعمل والعودة إلى العمل إرشادات مفيدة بشأن مختلف التدابير التي يلزم اتخاذها لتحقيق ذلك⁴¹.

8) ينبغي أن تدعم الدول الأشخاص ذوي الإعاقة في العمالة المحمية لكي يستفيدوا من سوق العمل الرئيسية ويدخلوا إليها. وفي حين أدت ورش العمل المحمية دوراً حيوياً في عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة، فثمة حاجة إلى الانتقال إلى نموذج أوسع شمولاً، وزيادة عدد العاملين ذوي الإعاقة الذين يشاركون في سوق العمل الرئيسية. وكذلك تكفل الإشارة إلى "كافة أشكال العمالة" في الفقرة 1 (أ) من المادة 27 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حماية الأشخاص ذوي الإعاقة العاملين في الشركات أو ورش العمل المحمية من التمييز في جميع القضايا التي تغطيها المادة.

9) ينبغي أن تولي الدول اهتماماً خاصاً لتشجيع عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع الخاص، وأن تدعم، من جانب الطلب، المبادرات التي تزيد الثقة في الأشخاص ذوي الإعاقة بين أصحاب العمل، وأن تضمن، من جانب العرض، تحسين فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التعليم والتدريب المهنيين، وتيسر خدمات التشغيل. وعلى الحكومات أن تدعم مشاركة القطاع الخاص من خلال إدخال تحسينات على التشريعات والسياسات والخدمات، ولا سيما تلك المتصلة بتطوير المهارات وتوفير خدمات التشغيل الملائمة.

10) ينبغي أن تضمن نُظُم وبرامج التعليم والتدريب في المجال التقني والمهني وغيرها من نُظُم تطوير المهارات مواد لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك، مثلاً، من خلال بناء إمكانات العاملين في نُظُم وبرامج تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة، وزيادة إمكانية الوصول المادي لمراكز التعليم والتدريب في المجال التقني والمهني، مع توفير ترتيبات تيسيرية معقولة، وإجراء تعديلات لمعايير الدخول وأساليب ومواد التدريس، وكذلك وسائل تقييم تأخذ بالاعتبار الإعاقة. وينبغي أن تتلقى النساء ذوات الإعاقة اهتماماً خاصاً. ويمكن للتدريب الداخلي وعلى الإنترنت أن يزيدا من مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة. ويجب شمول الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً في التعلّم في مكان العمل المقدم لعموم العاملين، ولا سيما التدريب الحرفي. فينبغي، مثلاً، أن تتاح جميع خدمات التشغيل والتدريب، على المستوى الاتحادي والحكومي، للأشخاص ذوي الإعاقة.

11) ينبغي على الدول، عند تصميم وتنفيذ نُظُم الحماية الاجتماعية، أن تنظر في الجمع المرن بين أمن الدخل والدعم المتصل بالإعاقة، وذلك عبر طريقة متكاملة لتعزيز التمكين الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة. ويمكن لنُظُم الحماية الاجتماعية أن تؤدي دوراً حاسماً في إرساء أسس دخول العديد من الأشخاص سوق العمل و/أو بقائهم فيها. ومن خلال التكلفة بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على ضمان الدخل، وتلبية احتياجاتهم المتصلة بالإعاقة وتكاليفهم الإضافية، وحصولهم على خدمات الرعاية الصحية على نحو فعال، يمكن لهذه النُظُم أن تعزز إلى حد كبير مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل المفتوحة وفي المجتمع ككل.

12) وضع خطط تقييم متينة لتنفيذ البرامج الرامية إلى تحسين عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة. على عمليات وضع السياسات الوطنية وتنفيذها وتقييمها أن تعتمد منظوراً للإعاقة قائماً على الحقوق، ويشمل ذلك تدابير فعالة لتعزيز عمالة الأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى المشاركة المجدية، وفي جميع المراحل، للمنظمات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة. ولا بد من إدراج مؤشرات مفصلة عن الإعاقة في خطط العمل لتنفيذ السياسات لضمان أن يراعي الرصد والتقييم، وبفعالية، قضايا الإعاقة.

13) ينبغي على الدول أن تضمن تطوير قاعدة بيانات للمعلومات المتاحة والبيانات تلمفصلة عن الإعاقة والعمالة وإتاحتها في نسق يسهل الوصول إليه. وعند الإبلاغ عن فجوة العمالة على أساس الإعاقة، من الضروري تجاوز منظور النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة العاملين، والتوسع في تفصيل البيانات حسب الوضع في العمالة وعدد ساعات العمل والإيرادات من العمل، وذلك لرسم صورة أوفى عن الفوارق في العمالة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم. وينبغي تفصيل المقارنات بين ملامح العلامة، للأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم حسب الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية الهامة الأخرى (مثل النوع الاجتماعي والسن والأصل العرقي والنشاط الاقتصادي والمهنة ومستوى التعليم وغير ذلك)، وذلك لما لهذه الخصائص من أبعاد تفاعلية مع أثر الإعاقة. وعلى التفصيل أن يراعي الحاجة إلى السرية وإلى الدلالة الإحصائية.

طاء- زيادة حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (المقصد 9-ج)

يتطرق هذا القسم إلى القدرة على الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات كما تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة. وينطلق من عرض للأطر المعيارية الدولية في هذا المجال، ليقدم نظرة عامة وعالمية عن قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها، ومن ثم يسلط الضوء على المبادرات الوطنية في هذا الإطار، وينتهي بتوصيات لتحسين قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

لقد تنامي قطاع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، في نطاق وصوله وقوته، إلى درجة هائلة خلال العقود الأخيرة⁴²⁵، فبات العالم اليوم في عصر رقمي، تؤدي فيه تكنولوجيا المعلومات والاتصالات دوراً محورياً في جميع جوانب الحياة تقريباً. وأضحت هذه التكنولوجيات تؤثر في كيفية عمل الناس وتمضية أوقات فراغهم وتصويتهم وتفاعلهم مع بعضهم البعض. وبالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً، يمكن أن تمثل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات فرصة سانحة لتحسين نوعية حياتهم وتعزيز شمولهم ومشاركتهم الاجتماعية وتمكينهم من العيش المستقل، وكما قيل: "التكنولوجيا، بالنسبة لمعظم الناس تجعل الأمور أسهل، ولكنها لنسبة لذوي الإعاقة تجعل الأمور ممكنة"⁴²⁶. فتكنولوجيا المعلومات والاتصالات قد تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة فرصاً في التعليم والعمل والترفيه والتفاعل الاجتماعي والمشاركة السياسية، علاوة على أنها تمكنهم من الوصول إلى الخدمات والمعلومات العامة. ولا ريب في أن الوصول عبر الإنترنت إلى الخدمات العامة، ومواد التعلم الإلكتروني التي يمكن تكييفها مع احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة، وأجهزة تحويل النص إلى صوت، وغير ذلك، يمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من الانخراط في المجتمع بدرجة أكبر.

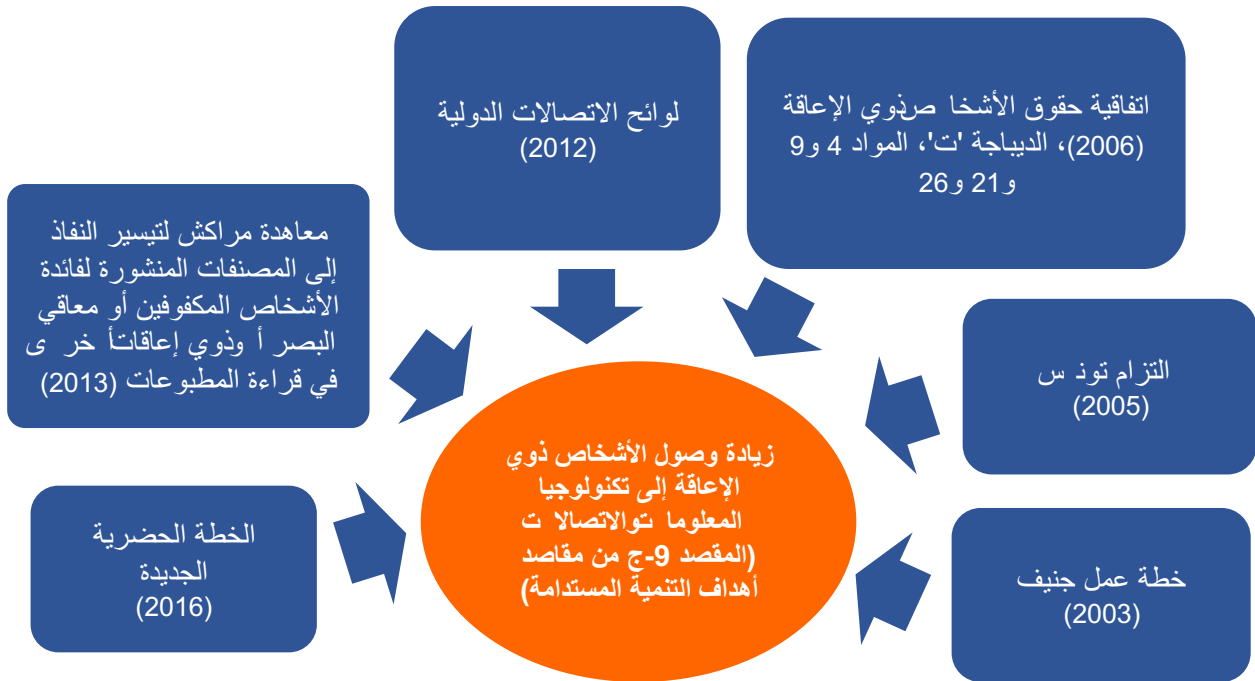
ومع تزايد انتقال المعلومات والاتصالات على الإنترنت، تتيح التكنولوجيات الرقمية فرصة لم يسبق لها مثيل لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة. لكنها، وفي ذات الحين، قد تعرّض الأشخاص ذوي الإعاقة لمزيد من مخاطر الإهمال، وذلك حين لا تُبتكر هذه التكنولوجيات والمنتجات والمحتويات والخدمات على نحو يراعي تيسير الوصول إليها. فينبغي النظر إلى الشمول الرقمي، أي تمكين الناس كافة بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة، من الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها، وإتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أنهما عنصران حاسمان لضمان شمول الأشخاص ذوي الإعاقة وتحقيق أهداف التنمية المستدامة لهم.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات

ينص المقصد 9-ج من مقاصد أهداف التنمية المستدامة على "الالتزام بزيادة كبيرة في فرص الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وبالسعي إلى توفير فرص الوصول الشامل والميسور إلى شبكة الإنترنت للجميع في أقل البلدان نمواً بحلول عام 2020". وهذا المقصد حاسم في تطوير الإدماج الرقمي، ولا سيما للأشخاص ذوي الإعاقة. والأطر المعيارية الدولية القائمة، التي تتضمن أحكاماً تتعلق بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والأشخاص ذوي الإعاقة، تركز بالدرجة الأولى على إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيات المعلومات والاتصالات بكلفة ميسورة وبإنصاف، وعلى إزالة العوائق التي تحول دون حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تلك التكنولوجيات وعلى تعزيز التكنولوجيات التي تستجيب لاحتياجاتهم (الشكل 2-87).

والإطار الرئيسي في هذا الصدد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تقر بدور المعلومات والاتصالات الحاسم في تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من التمتع الكامل بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية (الديباجة (ج)). وتدعو الاتفاقية أيضاً إلى إجراء أو تعزيز البحوث والتطوير للتكنولوجيات الجديدة، وتعزيز توفيرها واستعمالها، بما في ذلك تكنولوجيات المعلومات والاتصال (المادة 4 (ز)). وقد حُصِّصَت المادة 9 من الاتفاقية لإمكانية الوصول، وتنص على أن تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى المعلومات والاتصالات، بما في ذلك تكنولوجيات ونُظُم المعلومات والاتصال. ولضمان الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، تدعو المادة 9 كذلك إلى إزالة العوائق أمام إمكانية الوصول إلى المعلومات والاتصالات والخدمات الأخرى، بما فيها الخدمات الإلكترونية وخدمات الطوارئ، وإلى تشجيع تصميم وتطوير وإنتاج وتوزيع تكنولوجيات ونُظُم معلومات واتصالات يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها، في مرحلة مبكرة، كي تكون هذه التكنولوجيات والنُظُم في المتناول بأقل كلفة. وتحث المادة 21 الكيانات الخاصة التي تقدم خدمات إلى عامة الناس عن طريق شبكة الإنترنت على تقديم معلومات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة بأشكال سهلة المنال. وتضطلع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بدور رئيسي أيضاً في التأهيل وإعادة التأهيل المجديين، وتدعو المادة 26 الدول الأطراف إلى تشجيع توفّر ومعرفة واستخدام الأجهزة والتقنيات المساعدة المستخدمة في هذا الصدد.

الشكل 2-87 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق المقصد 9-ج من مقاصد أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



ولوائح الاتصالات الدولية (2012)، وهي أحد الأطر الدولية الرئيسية التي تركز على المعلومات والاتصالات، كانت واضحة في دعوتها الدول الأعضاء إلى تعزيز إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة، تحديداً، على خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية الدولية⁴²⁷. وتدعو، أيضاً، وثيقة ختامية لمؤتمر القمة العالمية لمجتمع المعلومات، وهي خطة عمل جنيف (2003)، إلى الشمول الكامل للأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمع المعلومات. وتشجع الوثيقة كذلك على تصميم وإنتاج معدات وخدمات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي تلبي احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، وعلى تطوير تكنولوجيات تتسق مع مبدأ "التصميم الشامل"⁴²⁸. وتتناول الحاجة إلى تعزيز الإمكانيات المحلية لإنشاء وتوزيع برامج حاسوبية وفقاً لظروف السكان المحلية، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة⁴²⁹. وشددت وثيقة ختامية أخرى لمؤتمر القمة العالمي لمجتمع المعلومات، وهي التزام تونس (2005)، على ضرورة مراعاة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة عند إتاحة الحصول المنصف والميسور الكلفة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات⁴³⁰. وينص استعراض نتائج القمة العالمية لمجتمع المعلومات بعد مضي عشر سنوات، والتوجيهات الاستراتيجية بشأن بناء مجتمعات المعرفة الشاملة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة (2013) على أن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وحتى تكون متاحة، لا بد من تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من "إدراك المعلومات المتعلقة بالنتائج وفهمها ومن العمل بناءً عليها"⁴³¹.

وتشمل الأطر الدولية الأخرى التي تشدد على أهمية التكفل بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات: "الخطة الحضرية الجديدة (2016)"، التي تدعو إلى تيسير حصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ونظمها⁴³². وتلتزم أيضاً بتشجيع تطوير سياسات وطنية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، واستراتيجيات للحكومة الإلكترونية، لجعل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في متناول الجمهور، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة⁴³³.

وعلاوة على ما سبق، سلّمت أطر معيارية دولية عدة بأهمية التعاون الدولي من أجل توسيع نطاق الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. ولهذا أهمية خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة، الذين قد تساعدهم أحدث تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مساعدة حاسمة في تحقيق معيشة مستقلة. وتركز المادة 32 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أهمية التعاون الدولي في تيسير الحصول على التكنولوجيات السهلة المنال والمساعدة وتقاسمها، ومنها تكنولوجيات المعلومات والاتصالات. وعلى المنوال نفسه، يلتزم المقصد 17-8 بالتنفيذ الكامل لبنك التكنولوجيا وآلية بناء القدرات في مجالات العلم والتكنولوجيا والابتكار لصالح أقل البلدان نمواً، وتعزيز استخدام التكنولوجيا التمكينية، ولا سيما تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

الإطار 5- الأطر المعيارية الإقليمية المتعلقة بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والإعاقة

راعت الأطر المعيارية الإقليمية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات أيضاً احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة ووجهات نظرهم. ويشدد برنامج العمل الرقمي، الذي اعتمده الاتحاد الأوروبي في عام 2010، على أهمية التمكين من الوصول إلى المواقع والخدمات الإلكترونية، ويدعو إلى التغلّب على تحديات القدرة على الوصول والاستخدام التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك من خلال تطويرهم على المشاركة في المجتمع الرقمي بوسائل لمثل إتاحة التدريب لهم. وتلتزم المفوضية الأوروبية، في إطار برنامج العمل الرقمي هذا، بإجراء تقييم منهجي لقضايا التمكين من الوصول في تنقيحاتها للتشريعات إثر اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة⁴³⁴. ومن ناحية أخرى، يسعى القانون الأوروبي لتيسير الوصول (2015) إلى تحسين أداء السوق الداخلية للمنتجات والخدمات التي يمكن الوصول إليها، وذلك من خلال إزالة العقبات الناجمة عن تباين التشريعات، وبالتالي تيسير وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى تلك السوق⁴³⁵. ويهدف توجيه الاتحاد الأوروبي بشأن "إمكانية الوصول إلى المواقع الشبكية والتطبيقات النقالة لهيئات القطاع العام"⁴³⁶ (2016) إلى تحسين إمكانية الوصول إلى مواقع القطاع العام وتطبيقاته النقالة، ولا سيما بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة⁴³⁶.

وفي الأمريكتين، اعتمدت اتفاقية البلدان الأمريكية للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 1999 للنهوض بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحرياتهم الأساسية. ومع أن هذا الصك الإقليمي لا يشير، على وجه التحديد، إلى تيسير الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، فهو يشتمل على توجيهات تشجع الدول الأطراف على القضاء على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وتشمل سبل ذلك توفير وسائل للاتصالات يمكن الوصول إليها⁴³⁷. وفي إطار منظمة الدول الأمريكية، دعا برنامج عمل عقد الأمريكتين للأشخاص ذوي الإعاقة (2006-2016) إلى إزالة عوائق الاتصال والمعلومات في جميع وسائل الاتصال والخدمات العامة لتحسين إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة (التدبير 5.f) وإلى تصميم وتنفيذ برامج تعليمية باستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الجديدة لتلبية الاحتياجات التعليمية للطلاب ذوي الإعاقة (التدبير 3.f)⁴³⁸.

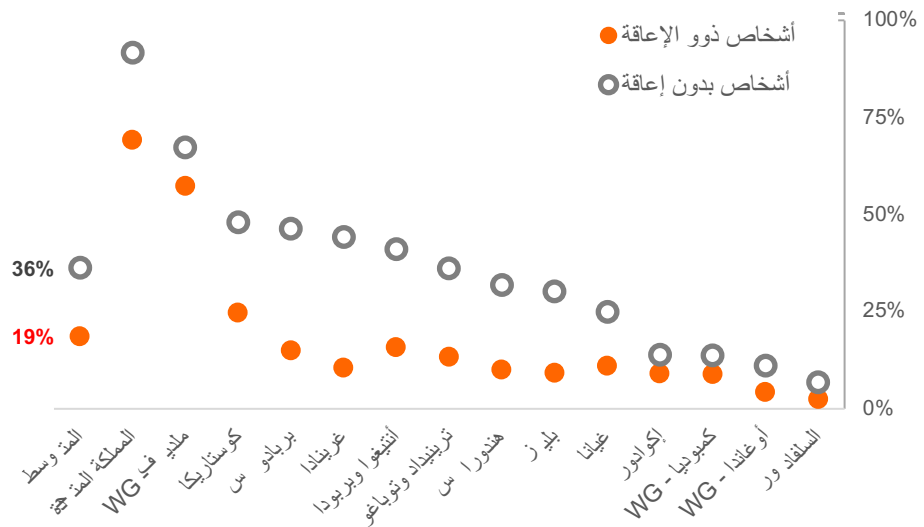
وتسلّم خطة العمل لمجتمع المعلومات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (eLAC2015)، التي اعتمدت في عام 2013، بأن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات هي أدوات للتنمية الاقتصادية والشمول الاجتماعي. ويلتزم هدفها السادس بتعزيز حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها، مع التركيز على تطوير التطبيقات التي تبحث في مقاييس ومعايير الشمول لإتاحة الوصول⁴³⁹. ويتم برنامج العمل الرقمي لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (eLAC2018)، الذي اعتمد في عام 2015، خطة العمل eLAC2015، ويركز على تحقيق وصول الجميع إلى الخدمات الرقمية وإنتاج المحتوى، ولا سيما الفئات المعرضة للمخاطر، التي تشمل ضمناً الأشخاص ذوي الإعاقة (الغاية 1). ويتأكد برنامج العمل eLAC2018 أيضاً من حصول الفئات المعرضة للمخاطر على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من أجل تحسين شمول تلك الفئات الاجتماع والتعليم والثقافة والاقتصاد (الغاية 18)⁴⁴⁰.

حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بإمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

الوصول إلى الإنترنت واستخدامه

كانت المواقع على شبكة الإنترنت قد صُنفت من بين أهم تكنولوجيات المعلومات والاتصالات للأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك في مجالات كالرعاية الصحية والتعليم والعمالة والوصول إلى الخدمات الحكومية والمشاركة في الحياة السياسية والعامّة⁴⁴¹. ولكن تلاحظ فجوات كبيرة في استخدام الإنترنت بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم حيث أُبلغوا عن استخدام متدنٍ⁴⁴². وفي عام 2011، بلغ متوسط الفجوات في 14 بلداً 18 نقطة مئوية، حيث سجلت بلدان عدة فجوات تصل إلى 30 نقطة مئوية (الشكل 2-88). وفي المتوسط في هذه البلدان، يستخدم 19 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الإنترنت، مقابل 36 في المائة من غيرهم. وفي البلدان الأربعة عشر جميعها، تقل النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة عن الأشخاص بدون إعاقة، وهذه الفجوات تنحو إلى التزايد في البلدان التي يرتفع فيها عموماً استخدام الإنترنت.

الشكل 2-88 النسبة المئوية للأشخاص الذين يستخدمون الإنترنت، حسب حالة الإعاقة، في 14 بلداً، حوالي عام 2011



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنتز حول أداء الوظائف.

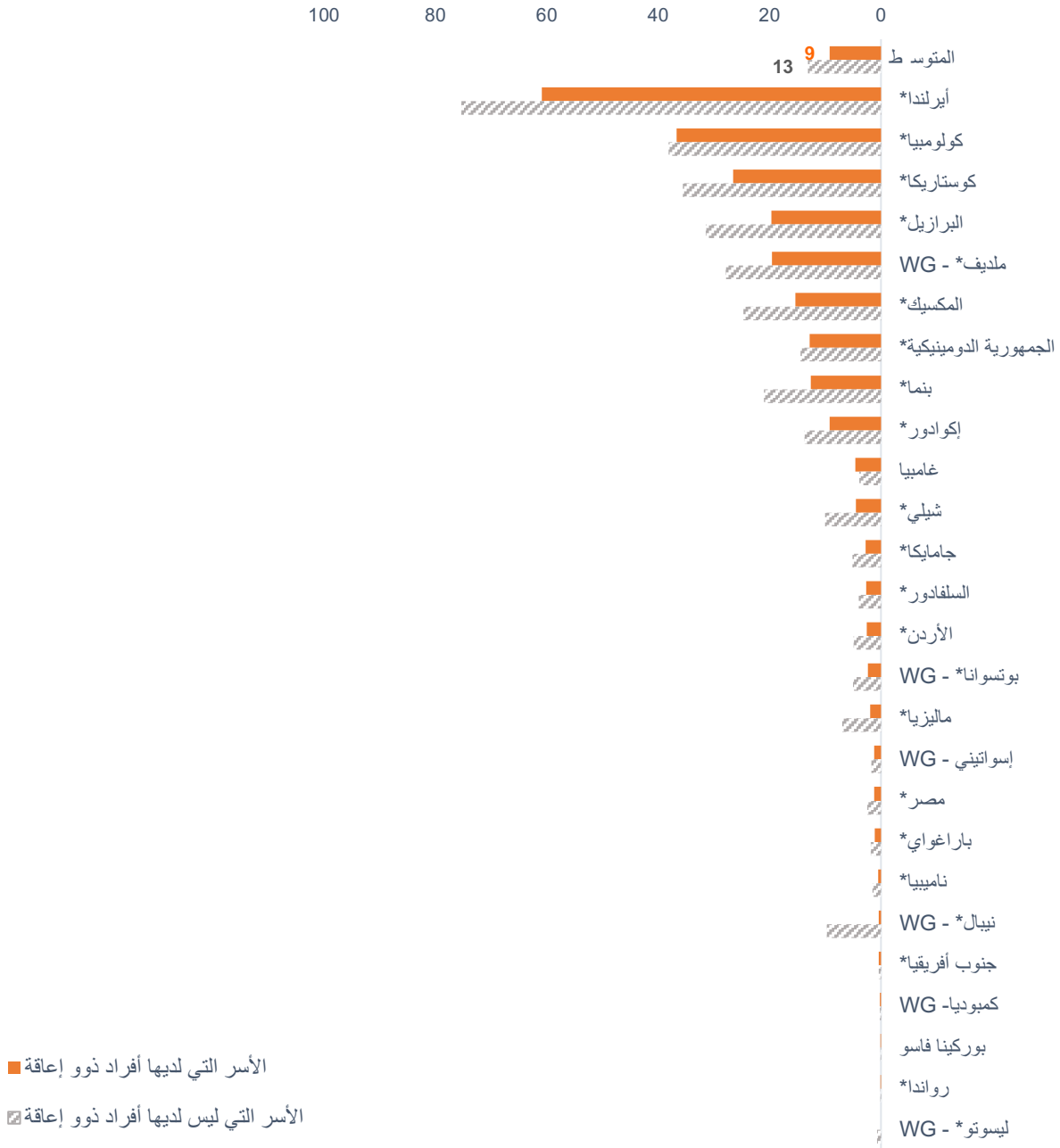
المصدر: ECLAC²⁷²؛ United Kingdom Office for National Statistics⁴⁴³؛ World Bank and UNDESA (على أساس بيانات من DHS⁶).

وفرض الأسرة التي لديها أفراد ذوو إعاقة في الوصول إلى الإنترنت متدنية إجمالاً (الشك ل2-89). ففي 26 بلداً، تبلغ نسبة الأسر التي يمكنها الوصول إلى الإنترنت 9 في المائة إذا كان فيها أفراد من ذوي الإعاقة، مقابل 13 في المائة للأسر التي ليس فيها أفراد من ذوي الإعاقة. وفي تسعة من هذه البلدان، تتجاوز الفجوة خمس نقاط مئوية. كما تتفاوت الفجوة في الوصول إلى الإنترنت في المنزل واستخدام الإنترنت باختلاف العمر. ففي 11 بلداً من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، على سبيل المثال، تزيد النسبة المئوية للشباب ذوي الإعاقة الذين يستخدمون الإنترنت، ولا سيما أولئك الذين تقل أعمارهم عن 40 سنة، على نسبة الذين لديهم إمكانية وصول إلى الإنترنت في منازلهم. أما لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تبلغ أعمارهم 40 سنة فأكثر، من الشائع أكثر أن يكون لديهم إمكانية وصول إلى الإنترنت في منازلهم ممن يبلغون عن استخدام للإنترنت (الشك ل2-90). هذه الأنماط قد تعني أن الجيل الأصغر قد لا يتقيد، في استخدامه للإنترنت، بعدم القدرة على الاتصال بالشبكة في المنزل، ما قد يشير بدوره إلى تنامي شعبية الهواتف الذكية وغيرها من الأجهزة النقالة التي لديها اتصال بالإنترنت، أو استخدام الأجيال الشابة للإنترنت في الأماكن العامة⁴⁴⁴. وفيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة البالغين الأكبر سناً، لا يعني الوصول إلى الإنترنت استخدام الإنترنت. والتفاوتات العمرية أوضوح أكثر في الاستخدام منها في إمكانية الوصول، وقد يكون سبب ذلك هو أن الوصول لربما يرتبط بمستوى دخل الأسرة، في حين أن الاستخدام الأعم للإنترنت وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات تحده الفجوة الرقمية بين الفئات العمرية.

وانخفاض استخدام الإنترنت لدى الأشخاص ذوي الإعاقة قد تفسره أسباب عدة، مثل عدم القدرة على تحمل تكاليف الإنترنت، أو عدم القدرة على الوصول إليه أو على تحمل تكاليف أجهزة الاتصال به (كالحواسيب والهواتف الذكية)، أو تدني مهارات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. ولعل هذه الأسباب جميعها لها دور في هذا الصدد. والواقع أن معدلات العمالة أقل لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، كما أن مداخيلهم أدنى (القسم المتعلق بالهدف 8)، وقد يتكبدون أعباء مالية إضافية تتصل بالإعاقة، ما يحد من قدرتهم على تحمل تكاليف الاشتراكات في الإنترنت والأجهزة الإلكترونية. وتشير البيانات المتاحة لثلاثة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى أن 15 في المائة من الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة قادرة على تحمل تكاليف الإنترنت، مقابل 8 في المائة فقط من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة (الشك ل2-91). وتقل أيضاً نسبة الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة ولديها حاسوب (11 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة مقابل 16 في المائة من الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة)⁴⁴⁵.

وعلاوة على ما سبق، يقل احتمال حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التعليم (القسم المتعلق بالهدف 4)، وبالتالي، من المرجح أن تكون مستويات الإلمام الرقمي لديهم أقل من غيرهم. وحتى الذين لديهم مستويات تعليم مماثلة لغيرهم قد يواجهون عوائق إضافية تحول دون استخدام الإنترنت. ففي 11 بلداً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حوالي عام 2010، كانت نسبة استخدام الإنترنت لدى الأشخاص ذوي الإعاقة أقل منها لدى غيرهم في المستويات التعليمية المشابهة (الشك ل2-92). وعلى الرغم من أن نسبة استخدام الإنترنت تزايدت مع مستوى التعليم لدى الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة، إلا أن الفجوات بين المجموعتين تزايدت كذلك مع تزايد مستوى التعليم، من 6 نقاط مئوية في مرحلة التعليم الابتدائي إلى 14 نقطة مئوية في مرحلة التعليم العالي.

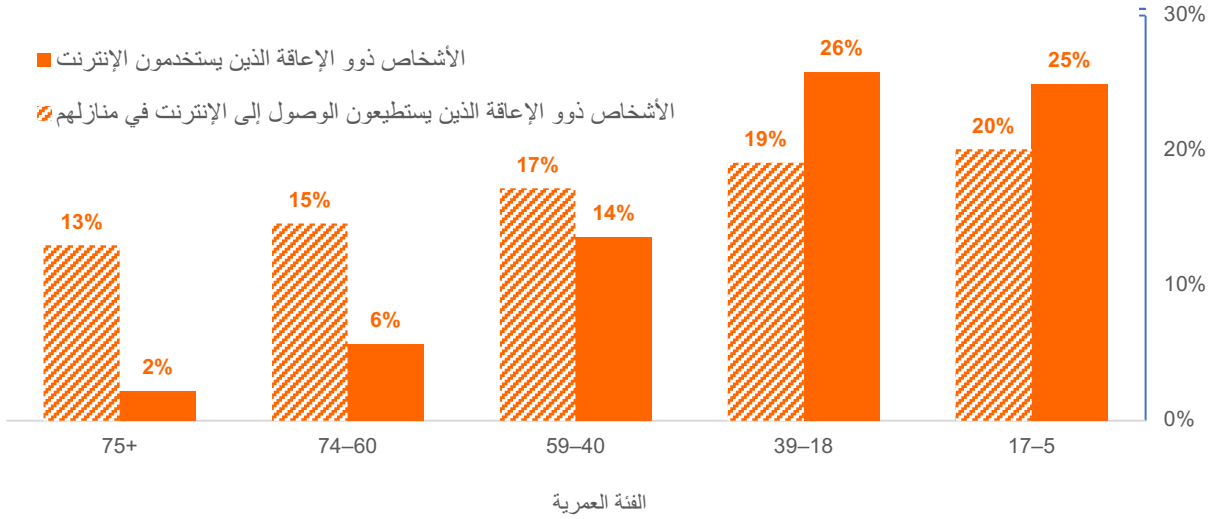
الشكل 2-89 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، ولديها إمكانية وصول إلى الإنترنت، في 26 بلداً، في الفترة 2000-2016



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف فإلى أن للفرق بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة دلالة إحصائية، عند حد 5 في المائة. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا من مناطق مختارة في البلد وهي غير ممثلة على المستوى الوطني.

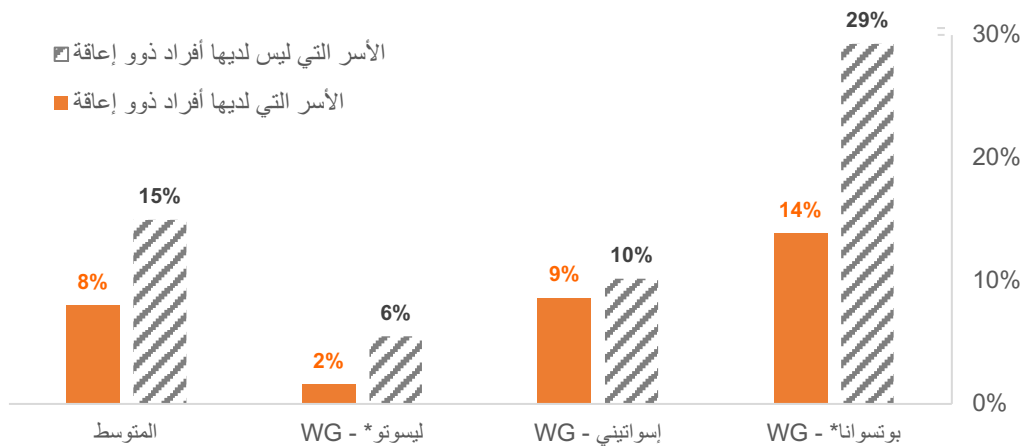
المصدر: UNDESA and World Bank (على أساس بيانا تمّ من DHS⁶ وIPUMS¹⁰ وSINTEF¹¹).

الشكل 2-90 متوسط النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستخدمون الإنترنت ويستطيعون الوصول إليها في منازلهم، حسب العمر، في 11 بلداً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حوالي عام 2010



المصدر: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean⁴⁴⁶.

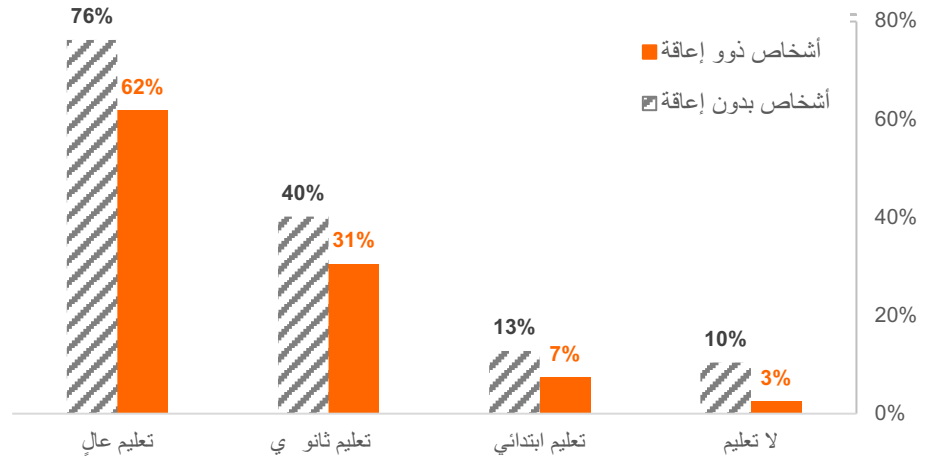
الشكل 2-91 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة ويمكنها تحمّل تكاليف الإنترنت، في 3 بلدان، حوالي عام 2013



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف إلى أن للفرق بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتلك التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة دلالة إحصائية، عند حدّ 5 في المائة.

المصدر: UNDESA and World Bank (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الشكل 2-92 متوسط النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستخدمون الإنترنت، حسب مستوى التعليم، في 11 بلداً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حوالي عام 2010



المصدر: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean⁴⁴⁶.

وحتى عندما يتوفر كلُّ من التعليم الرقمي وتكنولوجيات المعلومات والاتصالات وإمكانية الوصول إلى الإنترنت، تظل القدرة على استخدام الأجهزة الإلكترونية محدودة ما لم تتح معها تكنولوجيا مساعدة خاصة. فقد لا يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة الجسدية، مثلاً، من تشغيل الأجهزة القياسية المستخدمة للتنقل عبر الإنترنت (الفأرة ولوحة المفاتيح والشاشة)، وقد يحتاجون إلى أجهزة بديلة تتناسب مع احتياجاتهم. وقد يواجه الأشخاص الذين لديهم إعاقات بصرية أو إدراكية أو في القراءة أو غير ذلك عوائق بسبب محتوى رقمي لا يمكنهم الوصول إليه (مثل صفحات المواقع الإلكترونية والوثائق الرقمية)، وقد يحتاجون إلى تنسيق خاص لهذا المحتوى أو إلى برمجيات مساعدة. وبالإضافة إلى ما سبق، قد لا يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة دائماً من الوصول إلى المتاجر التي تبيع الإلكترونيات. وقد أفادت تقارير تستند إلى بيانات محشودة جماعياً عن 6,015 متجراً إلكترونياً في جميع أنحاء العالم، معظمها من البلدان المتقدمة، بأن 43 في المائة من تلك المتاجر غير متاحة للأشخاص الذين يستخدمون كراسي متحركة^{197,78}.

الحصول على الهواتف النقالة واستخدامها

قد تؤثر الهواتف النقالة بقوة في تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش المستقل⁴⁴⁷. ولكن، وكما هو حال ملكية الإنترنت، يقل احتمال امتلاك الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة لهاتف نقال عن الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة (الشكل 2-93). وفي 36 بلداً، تبلغ نسبة الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتملك هاتفاً نقالاً 53 في المائة، مقارنة بنسبة 60 في المائة من الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة. وتزيد الفجوة على 10 نقاط مئوية في 11 بلداً. كما تنحو الفجوات إلى التزايد في البلدان ذات التغطية المتدنية.

وحتى في حال وجود هواتف نقال في المنزل، قد لا يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من استخدامه. ومن المرجح أن تكون الملكية الفردية للهواتف النقالة أقل لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. ففي أوغندا، على سبيل المثال، كانت نسبة الأشخاص

ذوي الإعاقة الذين يمتلكون هاتفاً نقالاً أقل من الأشخاص بدون إعاقة في عام 2016 (الشك ل2-94). وكانت النسبة الأدنى لدى النساء ذوات الإعاقة مع 42 في المائة فقط، مقابل 46 في المائة من النساء بدون إعاقة، و52 في المائة من الرجال ذوي الإعاقة، و66 في المائة من الرجال بدون إعاقة. وعلى نحو مماثل، لا تتجاوز النسبة المئوية للنساء ذوات الإعاقة اللاتي يستخدمن الهاتف النقال في المعاملات المالية 26 في المائة مقابل 34 في المائة من النساء بدون إعاقة و48 في المائة من الرجال بدون إعاقة.

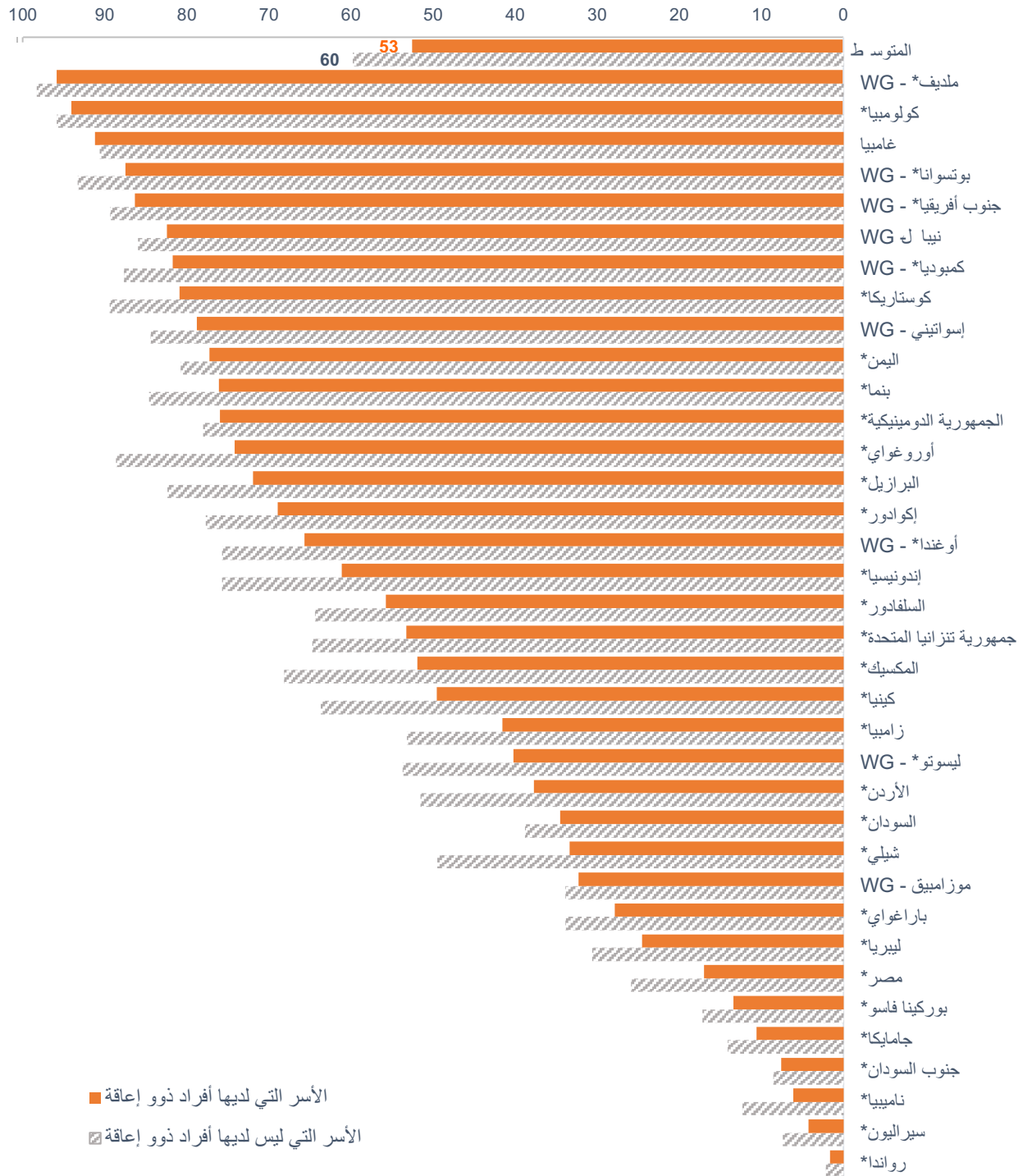
استخدام التلفزيون والإذاعة

سُجِّل في أربعة بلدان نامية استخدام أقل للإذاعة والتلفزيون لدى الأشخاص ذوي الإعاقة (الشك ل2-95)، ولكن الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم أقل من تلك التي لوحظت في استخدام شبكة الإنترنت. وفي المتوسط، استمع إلى الإذاعة 74 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة و78 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة، وشاهد التلفزيون 65 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة و72 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة.

يُسّر كلفة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

تتزايد المصاعب التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم في تحمل تكاليف تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (الشك ل2-91، والشك ل2-96 والشك ل2-97). وفي ثلاثة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حوالي عام 2012، لم يتمكن إلا ما متوسطه 37 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة من تحمل تكاليف التلفزيون، و61 في المائة من شراء مذياع، و67 في المائة من شراء هاتف نقال (الشك ل2-96). وفي البلدان الثلاثة كافة، كانت قدرة الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة على شراء تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، بجميع أنواعها، أقل من الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة. وفي تركيا، في عام 2007، لم تتجاوز نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين بوسعهم شراء حاسوب 53 في المائة، وأما الذين بإمكانهم شراء هاتف فبلغت نسبتهم 82 في المائة. وفي 34 بلداً في أوروبا (الشك ل2-97)، تزيد النسبة المئوية للذين يستطيعون تحمل تكاليف الحاسوب لدى الأشخاص بدون الإعاقة (95 في المائة) قليلاً عليها لدى الأشخاص ذوي الإعاقة (91 في المائة). وأما النسبة المئوية للأشخاص الذين يستطيعون تحمل تكاليف الهاتف والتلفزيون في هذه البلدان، فلا تكاد تختلف بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم (99 في المائة).

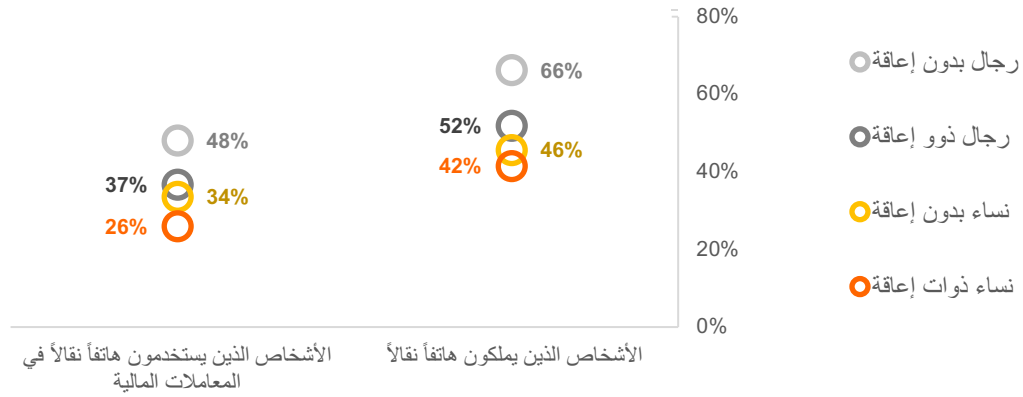
الشكل 2-93 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة وتمتلك هاتفاً نقالاً، في 36 بلداً، في الفترة 2001-2016



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنتز حول أداء الوظائف. ويشير الرمز (*) إلى أن الفرق دلالة إحصائية، عند حد 5 في المائة.

المصدر: UNDESA and World Bank (على أساس بيانات من DHS⁶ وIPUMS¹⁰ وSINTEF¹¹).

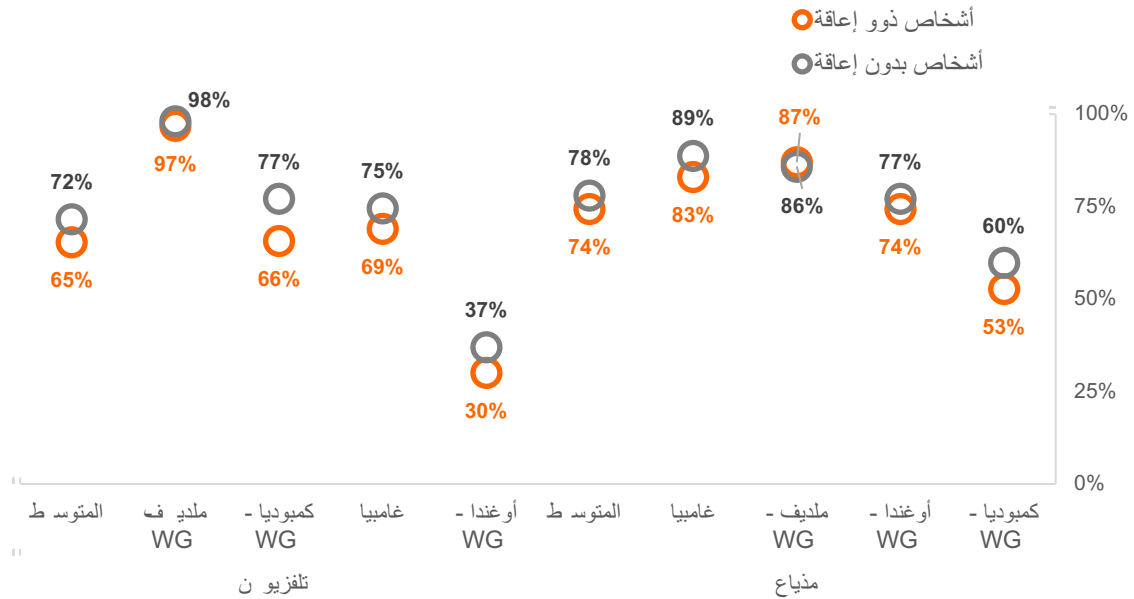
الشكل 2-94 النسبة المئوية للأشخاص الذين يملكون هاتفاً نقالاً والذين يستخدمون هاتفاً نقالاً في المعاملات المالية، حسب بحالة الإعاقة والنوع الاجتماعي، في أوغندا (WG)، في عام 2016



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة الصغيرة لفري قواشنتظ نحول أداء الوظائف.

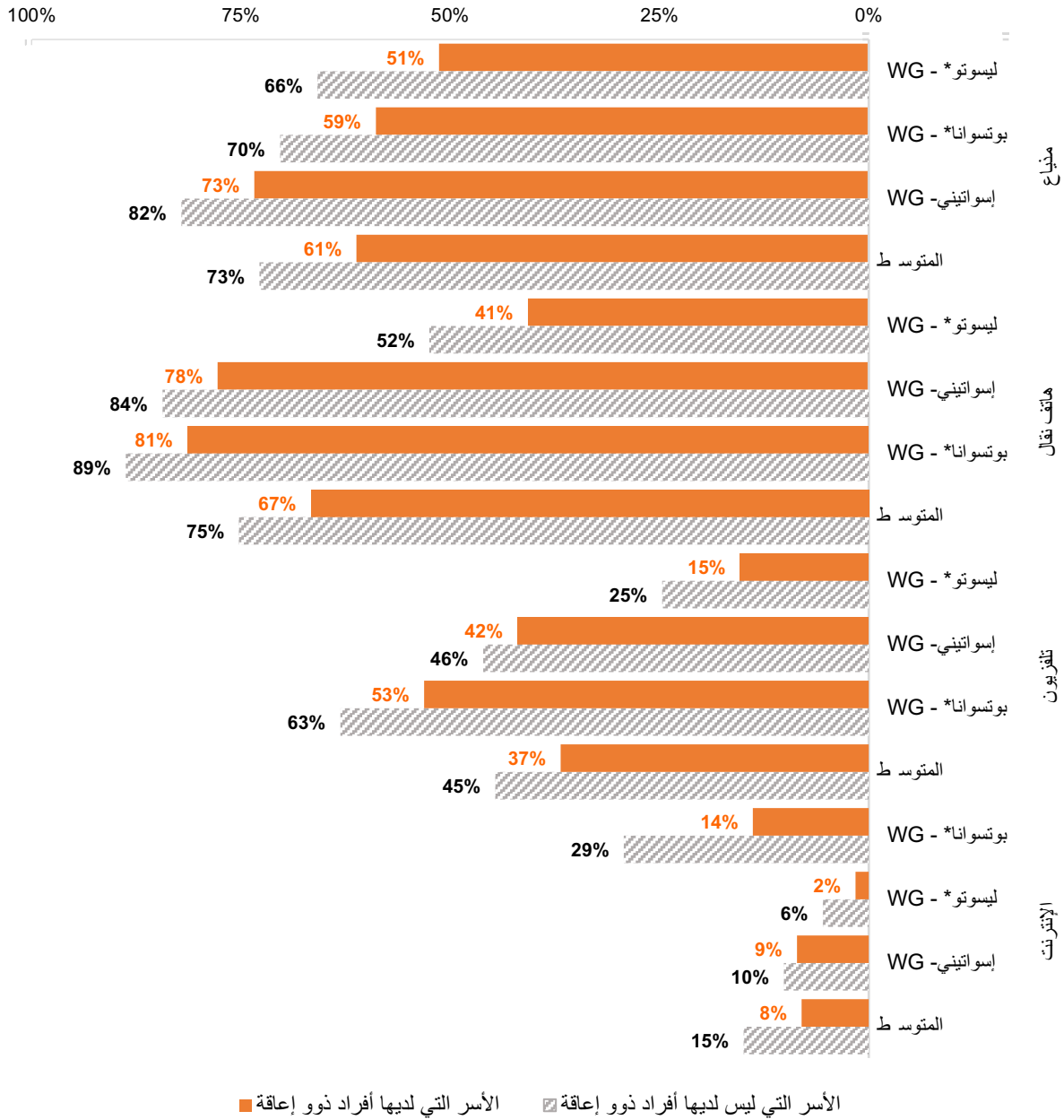
المصدر: Uganda DHS 2016 Report.⁶

الشكل 2-95 النسبة المئوية للأشخاص الذين يستخدمون الإذاعة والتلفزيون، حسب بحالة الإعاقة، في 4 بلدان، في الفترة 2008-2016



المصدر: UNDESA and World Bank (على أساس بيانات من DHS⁶).

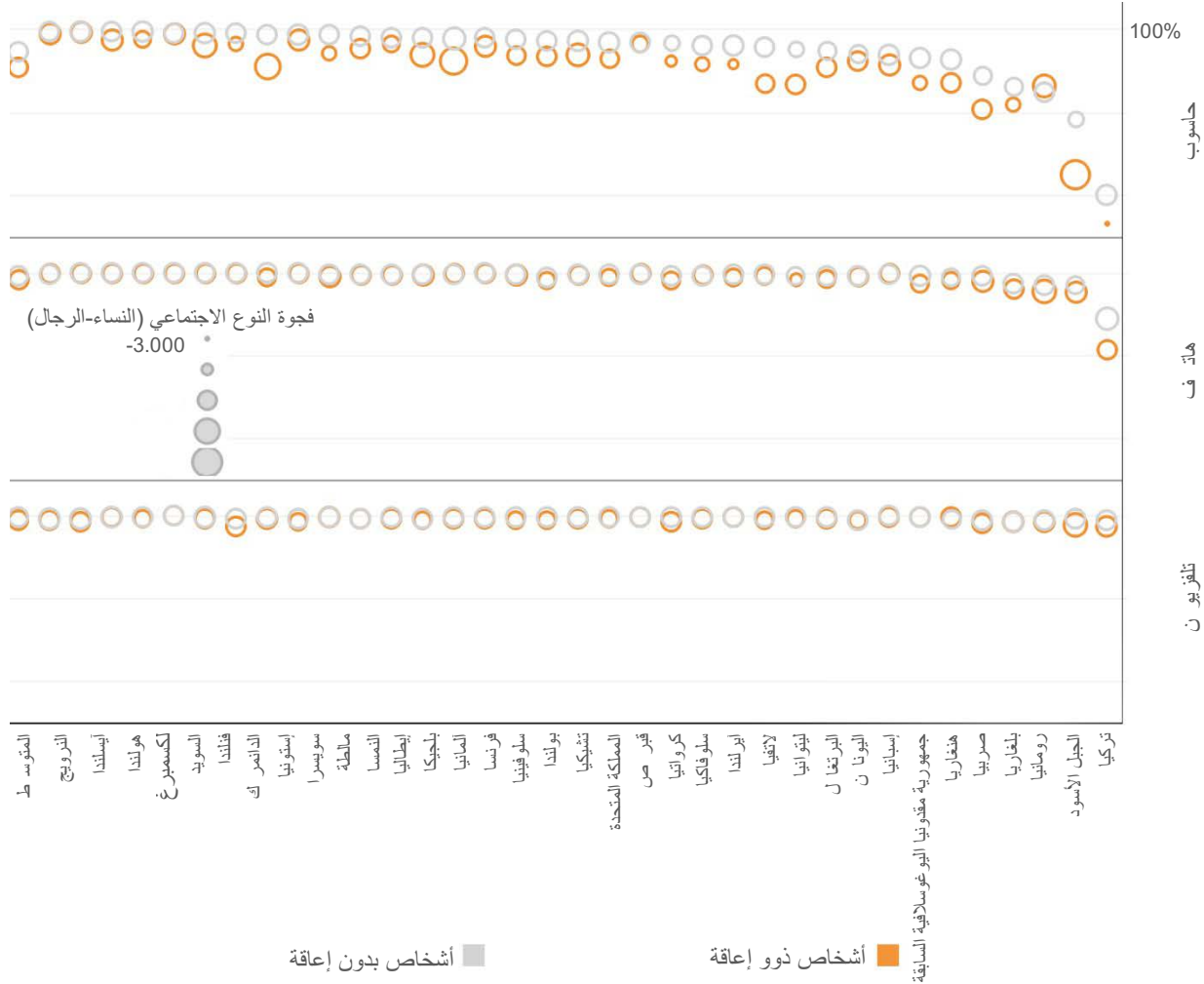
الشكل 2-96 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة
ويمكنها شراء مذياع أو هاتف نقال أو تلفزيون، في 3 بلدان، حوالى عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة الصغيرة لفري قواشنتز حول أداء الوظائف. ويشير الرمز (*) إلى أن للفرق بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة دلالة إحصائية، عند حدّ 5 في المائة.

المصدر: UNDESA and World Bank (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الشكل 2-97 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 16 سنة فأكثر ويستطيعون شراء الحاسوب والهاتف والتلفزيون، وفقوة النوع الاجتماعي، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، في عام 2016

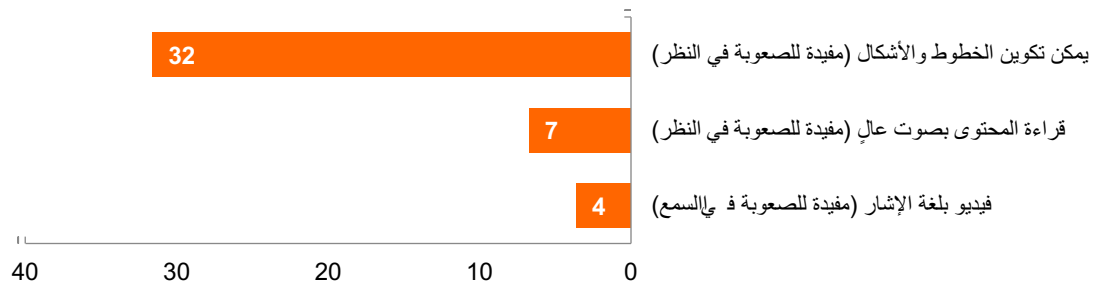


المصدر: Eurostat⁹.

إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

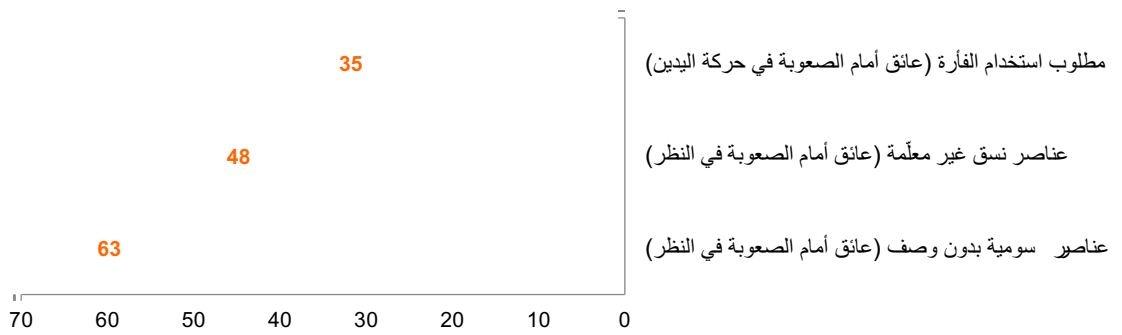
تتزايد أعداد تكنولوجيات المعلومات والاتصالات الرئيسية المستخدمة في الحياة اليومية، على غرار الأجهزة النقالة والحواسيب المكتبية، التي تتيح مزيداً من الوظائف التي تيسر وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المعلومات. وبعد أن كانت سمات برمجية، مثل تحويل النص إلى كلام، والتعرف على الصوت، والقدرة على تغيير الألوان ومباينتها، والإدخال باللمس والإيماءة، وتكبير الشاشة، تتطلب في الماضي برامج وأجهزة مستقلة متخصصة، باتت اليوم مشمولة في أجهزة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الجاهزة. وتمكّن هذه السمات الأشخاص ذوي الإعاقة من تلقي المعلومات والمحتوى على نسق يمكنهم إدراكه، وعلى النحو الذي يفضلون. فيمكن، مثلاً، لشخص لديه صعوبة في النظر أن يستخدم وظيفة تحويل النص إلى كلام أو برنامجاً لقراءة المواقع الإلكترونية، ويمكن لشخص لديه صعوبة في السمع استخدام الرسائل النصية القصيرة أو الرسائل النصية الفورية للاتصال، ويمكن للشخص الذي لديه صعوبة في الحركة أن يستخدم التعرف على الصوت لتشغيل جهازه الرقمي وتصفح برامجه.

الشكل 2-98 النسبة المئوية للبلدان التي يتوفر فيها بوابات إنترنت توطئية تتيح مميزات تعزز إمكانية الوصول، في 193 بلداً، في عام 2012



المصدر: United Nations E-Government Survey 2012⁴⁴⁸.

الشكل 2-99 النسبة المئوية للبلدان التي لديها عوائق في إمكانية الوصول إلى بواباتها الوطنية عبر الإنترنت، في 193 بلداً، في عام 2012



المصدر: United Nations E-Government Survey 2012⁴⁴⁸.

ومن الاتجاهات الرئيسية التي ظهرت خلال السنوات الأخيرة إدراج ميزات إتاحة الوصول لضمن الصفحات الإلكترونية، ما يقلل الحاجة إلى التكنولوجيات المساعدة المتخصصة ذات الكلفة الأكبر. فتستخدم، مثلاً، بعض الصفحات الإلكترونية خطوطاً أكبر، أو تركيبات من ألوان معينة لتيسير القراءة على الأشخاص الذين لديهم صعوبة في النظر. وكذلك، تفيد التسميات التوضيحية في محتوى الصوت أو الفيديو على الصفحات الإلكترونية الأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع. وتشمل بعض المواقع الإلكترونية ميزات تمكن الأشخاص الذين لديهم صعوبة في الحركة من تصفح المواقع بدون جهاز تأشير.

غير أن غالبية مواقع شبكة الإنترنت تفتقر إلى الميزات التي تعزز إمكانية الوصول، وتشتمل على ميزات يتعذر على الأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها، وينطبق هذا الأمر على مواقع شبكة الإنترنت الحكومية أيضاً (الشكل 2-98 والشكل 2-99). ففي بوابات الإنترنت الحكومية لد 193 من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، لا يمكن إعادة تشكيل الخطوط والألوان إلا في ما نسبته 32 في المائة من تلك البوابات، مع أن هذه الميزة مفيدة للأشخاص الذين لديهم

صعوبة في النظر، وأما قراءة محتوى الموقع بصوتٍ عالٍ، وهي ميزة مفيدة لمن لديهم صعوبات شديدة في النظر، فلا تتاح إلا في 7 في المائة من البوابات. و فقط 4 في المائة من مواقع شبكة الإنترنت الحكومية تتضمن أفلاماً بلغة الإشارة، التي تتيح المعلومات ومواقع الشبكة للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع. ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة، أيضاً، عوائق إضافية في العديد من البوابات الوطنية: ففي 35 في المائة من البلدان، تتضمن البوابات الوطنية ميزات لا يمكن استخدامها إلا بالفأرة، ما يشكل عائقاً للأشخاص الذين لديهم صعوبة في حركة اليدين، وفي بوابات 48 في المائة من البلدان، لم توضع علامات لعناصر النماذج⁴⁴⁹، وفي بوابات ما يصل إلى 63 في المائة من البلدان، تفتقر العناصر الرسومية إلى نص وصفي، ما يتسبب بعوائق للأشخاص الذين لديهم صعوبة في النظر. وعلى الرغم من عدم توفر بيانات أحدث عن جميع هذه الميزات، فمن المعروف أن تقدماً قد أُحرز في عدد المواقع الحكومية التي تسمح بإجراء تغييرات في نوع الخط وحجمه، وهي ميزة مفيدة للأشخاص الذين لديهم صعوبة في النظر. ففي عام 2012، سمحت المواقع في 31 في المائة من البلدان بمرونة في حجم الخط ونوعه، وقد تزايدت النسبة منذئذ لتصل إلى 40 في المائة في عام 2014⁴⁵⁰.

ولا يزال تحسين إمكانية الوصول إلى الهواتف والخدمات النقالة من بين المجالات التي لم تتطور إلى الحد الكافي في سوق تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، ولكن التكنولوجيا الداعمة لإمكانية الوصول شهدت بعض التقدم مع تزايد عدد تطبيقات الهواتف الذكية التي تتيح الوصول (الجدول 2-3). وبعض التطبيقات، مثل برمجيات قراءة الشاشة، تجعل الأداة في متناول الجميع، وتزيد تطبيقات أخرى، مثل النظام العالمي لتحديد المواقع، من إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى البيئات المادية. وعلى الرغم من أن ميزات وتطبيقات كثيرة تتاح مجاناً، لا تزال القدرة على تحمل التكاليف تشكل مسألة رئيسية، وخاصة فيما يتعلق بالهواتف الذكية⁴⁵¹. فبرمجيات قراءة الشاشة وتطبيقات تحويل النص إلى كلام تكلف بضع مئات من الدولارات الأمريكية على بعض المنصات النقالة⁴⁵². وتحد مسألة أخرى من استخدام ميزات وتطبيقات إتاحة الوصول، وهي عدم توفرها عادة باللغات المحلية. فالهند، مثلاً، لديها 22 لغة رسمية، غير أن معظم التطبيقات لا تتاح إلا باللغة الهندية. وتواجه بلدان أخرى تُستخدم فيها لغات كثيرة، كما في عدد من بلدان أفريقيا، عوائق مشابهة.

الجدول 2-3 ميزات الهواتف النقالة والمنصات التي تعزز إمكانية الوصول

| تعزيز إمكانية وصول الأشخاص الذين لديهم: | ميزات الهواتف النقالة والمنصات |
|---|--|
| صعوبة في النظر | برمجيات قراءة الشاشة (إلى الكلام أو بطريقة برايل) ⁴⁵³ ، وعلامات للمس، والإجابات المسموعة من خلال ضغط الأزرار، وأحجام الخطوط القابلة للتعديل، والإشارات المسموعة، والسطوع/التباين القابل للتعديل، ومكبرات الشاشة، والوصول الرقمي إلى الكتب "المتحدثة"، ونظام تحديد المواقع العالمي (GPS) |
| صعوبة في السمع | التنبيهات المرئية والهزاة، وخدمات الترحيل ⁴⁵⁴ ، والأجهزة المتوافقة مع المعينات السمعية، وتعديل مستوى الصوت، والرسائل النصية القصيرة، وخدمة الطوارئ المستندة إلى الرسائل القصيرة، والصوت الأحادي، والعرض النصي لمقاطع الفيديو ⁴⁵⁵ |
| صعوبة في حركة الذراعين/اليدين/الأصابع | التعرف على الصوت، النص التلقائي ⁴⁵⁶ ، التعرف على حركة الرأس ⁴⁵⁷ |
| صعوبة في الإدراك | الرسائل النصية التنبؤية، التعرف على الكلام، تحويل النص إلى كلام، الآلة الحاسبة المدمجة، تذكيرات الجدول الزمني، شاشات العرض الكبيرة والبسيطة |

المصدر: إعداد المؤلف على أساس معلومات من الاتحاد الدولي للاتصالات والمبادرة العالمية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الشاملة (G3ict) (2012)⁴⁵⁸ و Sesame⁴⁵⁷.

الممارسات الحالية في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات توعية الإعاقة

اعتمدت، على الصعيد الوطني وتدرجياً، قوانين وسياسات وبرامج لتعزيز حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات⁴⁵⁹. وركزت معظم هذه المبادرات على توفير إمكانية الحصول عليها على قدم المساواة مع الآخرين وتحسين إتاحتها. وركزت بعض البلدان على تدعيم مهارات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من خلال تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة، وأحياناً مع التركيز على الشباب^{460،461،462،463}.

وفيما يتعلق بالتشريعات التي تحسن إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، مثلاً، يرد ذكر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والأشخاص ذوي الإعاقة في القانون العام للإعاقة في 13 بلداً وإقليماً⁴⁶⁴، وكذلك في أحكام القانون العام للاتصالات السلكية واللاسلكية في 6 بلدان^{465،463}.

وقد وُضعت معايير ومبادئ توجيهية لمواقع الشبكة والوثائق وغيرها من وسائل الإعلام الرقمية التي يمكن الوصول إليها. وتهدف "المبادئ التوجيهية للنفاذ إلى محتوى شبكة الإنترنت" إلى توفير معيار مشترك وموحد لتيسير الوصول إلى محتوى شبكة الإنترنت، يلبي احتياجا مجموعة واسعة من المستخدمين، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة (الإطار 6)، وهي من أكثر المبادئ التوجيهية قبولاً واستخداماً على نطاق العالم⁹⁰. وقد اعتمدت حكومات وطنية هذه المبادئ التوجيهية في معاييرها الأساسية للوصول إلى شبكة الإنترنت، وفي بعض الحالات، أُدرجت المبادئ التوجيهية في القانون^{470،469،468،467،466}. ولبناء إمكانات مصممي ومبرمجي مواقع الشبكة في مجال إتاحة الوصول إلى الإنترنت أهمية بالغة في تشجيع إنشاء مواقع الشبكة التي يسهل الوصول إليها، وقد اضطلعت بلداً عدة، بالفعل، ببناء هذه الإمكانيات^{472،471}. وكان نشر المعلومات عن المبادئ التوجيهية لتيسير الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وسيلة أخرى لزيادة الوعي وتعزيز إتاحتها⁴⁷³.

الإطار 6- النسخة الثانية من المبادئ التوجيهية للنفاذ إلى شبكة الإنترنت

توفر النسخة الثانية من المبادئ التوجيهية للنفاذ إلى شبكة الإنترنت (WCAG 2.0)، المعروفة أيضاً بمعايير ISO/IEC 40500:2012، إرشادات بشأن تيسير وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى محتوى شبكة الإنترنت. وتقدم مبادئها الأربعة الوسائل الكفيلة بزيادة إمكانية الوصول إلى شبكة الإنترنت:

- (1) قابلية الإدراك - تُقدّم المعلومات بطريقة يمكن للمستخدمين إدراكها
- (2) قابلية التشغيل - تعمل الواجهة والتصفح على نحو يمكن جميع المستخدمين من الوصول إلى المحتوى
- (3) قابلية الفهم - تشغيل واجهة مستخدم يمكن فهمها
- (4) المتانة - يُفسر المحتوى على نحو موثوق، من قبل مجموعة متنوعة من المستخدمين، باستخدام مجموعة من التكنولوجيات المساعدة

وثمة مبادئ توجيهية ومعايير أخرى لمجموعة متنوعة من التكنولوجيات. وتغطي المبادئ التوجيهية للمعلومات التي يمكن الحصول عليها أشكالاً عديدة من وسائل الإعلام الرقمية، بما في ذلك الفيديو والصوت والنصوص والصور⁴⁷⁴. وقد نشرت المنظمة الدولية للتوحيد القياسي (ISO) معايير الوصول لمجموعة متنوعة من تكنولوجيات المعلومات والاتصالات، مثل معايير للأجهزة المادية كلوحات المفاتيح والشاشات⁴⁷⁵، ومعايير للبرمجيات⁴⁷⁶، ومعايير لوثائق PDF التي يمكن الحصول عليها⁴⁷⁷. وقد وُضعت المبادئ التوجيهية للنفاذ EPUB3 للكتب الإلكترونية⁴⁷⁸. ولدى بلدان عديدة معايير عنوانية إلكترونية للصحف في البث التلفزيوني والرقمي للفيديو، وتشمل هذه البلدان: الصين⁴⁷⁹ والبلدان الأوروبية⁴⁸⁰ واليابان⁴⁸¹ والولايات المتحدة الأمريكية⁴⁸². وبالإضافة إلى ذلك، وضع قطاع تقييس الاتصالات في الاتحاد الدولي للاتصالات المبادئ التوجيهية لتيسير الوصول إلى الاتصالات السلكية واللاسلكية لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة وكذلك التوصية المتعلقة بنظام التصفح السمعي للشبكات للأشخاص الذين لديهم صعوبة في النظر^{484،483}.

وتعتمد بلدانٌ أيضاً شروطاً في المشتريات العامة تتعلق بتيسير الوصول، وتؤثر بهذه الطريقة في إتاحة الوصول إلى الخدمات الحكومية، كما تعزز، على العموم، من القدرة على الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من خلال الآثار المضاعفة لتلك الجهود في أسواق المستهلكين بنطاقها الأوسع^{485،486،487}. كما وُضعت سياسات تتطلب من مقدمي خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية ومؤسسات القطاع العام (بما في ذلك المصاف المملوكة للحكومة) والمسكن العامة والمرافق التجارية ومنتجي وموزعي وسائل الإعلام الرقمية توفير خدمات يمكن الحصول عليها⁴⁸⁸.

ويتزايد تيسير الوصول إلى المحتوى على الإنترنت للأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك من خلال أشرطة الفيديو على الإنترنت مع عنونة إلكترونية^{472،489،490}، وقد طوّرت وكالات الأنباء الوطنية خدمات إخبارية بلغة سهلة متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية^{491،492}. وتقدم هيئات البث التلفزيوني البرامج بوصف للفيديو وعنونة إلكترونية للصم، بالإضافة إلى خدمات سمعية لبعض البرامج⁴⁹³، وأشرطة فيديو للتفسير بلغة الإشارة للبرامج الإذاعية الوطنية⁴⁹⁴. وأنشأت البلدان كذلك صناديق تدعم الوصول إلى محتوى البث⁴⁹⁴.

أدت آليات التمويل الوطنية والدولية دوراً مهماً في تشجيع تطوير تكنولوجيا المعلومات والاتصالات للأشخاص ذوي الإعاقة. فأنشئت، مثلاً، صناديق لتعزيز قارئات إلكترونية رقمية للكتب المدرسية مفتوحة المصدر، حتى يستفيد منها الأطفال في المدارس الابتدائية في كينيا، وأما في الهند، فقد أنشئ تطبيق للألات النقالة لمساعدة الأطفال ذوي الصعوبة في الكلام على التواصل⁴⁹⁵. وأنشئت، كذلك، صناديق لنشر أمثلة عن أفضل ممارسات الوصول، ولزيادة الوعي من خلال تعميم معايير الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصال^{496،497} ودعم توزيع المعدات المتخصصة على الأشخاص ذوي الإعاقة والدخل المنخفض لكي يتمكنوا من الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات⁴⁹⁰.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

في حين تستمر التكنولوجيات الرقمية في الانتشار، لم يتمكن جميع الأشخاص ذوي الإعاقة من استخدام تكنولوجيات المعلومات والاتصالات أو المشاركة بكافة فوائدها. ولا تزال الفجوات الرقمية قائمة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم. وفي بعض البلدان، تصل الفجوات إلى 30 نقطة مئوية في استخدام الإنترنت، و10 نقاط مئوية في وصول الأسر إلى الإنترنت، و5 نقاط مئوية في استخدام الإذاعة والتلفزيون. وهذه الفجوة الرقمية مستمرة، فثمة تكنولوجيات عديدة لا يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الحصول عليها أو تحمل كلفتها. ولا يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إلى أكثر من 60 في المائة من بوابات الإنترنت الوطنية. وأما فيما يتعلق ببيسر الكلفة، فتشير البيانات المحدودة عن البلدان النامية إلى أن احتمال الأسر التي لديها أفراد ذوي إعاقة وتقدر على تحمل تكاليف الإنترنت يبلغ النصف وهي أقل احتمالاً على تحمل كلفة المذياع والتلفزيون والهاتف النقال.

لكن بات من المسلّم به أن الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات عامل حاسم في تحقيق العيش المستقل وشمول الأشخاص ذوي الإعاقة، ولذا هو من ضرورات تحقيق جميع أهداف التنمية المستدامة. وتشير الأدلة الواردة في ما سبق إلى أن الحصول على التعليم له أهمية بالغة في زيادة إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بين الأشخاص ذوي الإعاقة. وثمة مبادرات ومشاريع ومنظمات عدة، في جميع أنحاء العالم، تعتمد ممارسات مبتكرة لتعزيز ذلك، إلا أن معظمها في البلدان المتقدمة. وأما البلدان النامية، فليس في العديد منها البنى

الأساسية اللازمة لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. لكن، ولأن تكنولوجيا الإنترنت تتضمن طاقات هائلة لتحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، والمساهمة في تحقيق مختلف أهداف التنمية المستدامة لهم، ينبغي اعتبار توسيع نطاق الوصول إلى الإنترنت تمسأة ذات أولوية.

واستشرافاً للمضي قدماً، تقدم التوصيات التالية إرشادات حول كيفية تعزيز النظام الإيكولوجي لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات لضمان شمول الأشخاص ذوي الإعاقة فيها وإتاحتها لهم:

(1) زيادة الوعي وتعزيز المعرفة بإمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. سيكون تحسين الوعي بالعوائق التي تتصل بتكنولوجيا المعلومات للأشخاص ذوي الإعاقة والحلول التي تقدمها عاملاً حاسماً في النجاح في زيادة تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها. وعلى وجه الخصوص، يجب تنبيه أصحاب المصلحة الرئيسيين، مثل الحكومات وصانعي القرارات والمربين والإحصائيين والمنظما تغيير الحكومية، ولا سيما منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، وصناعات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في القطاعين العام والخاص، إلى ما تحمله تكنولوجيات المعلومات والاتصالات التي يمكن الحصول عليها من طاقات هائلة، وإلى الحاجة الماسة إلى تلك التكنولوجيات لتحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة وزيادة شمولهم. ويمكن أن تشمل أساليب تحقيق ذلك وضع برامج أكاديمية وتدريبية تسلط الضوء على تيسير الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وكذلك على مبدأ "التصميم الشامل".

(2) إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة مباشرة. لا بد من إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في كل مرحلة من مراحل تطوير تكنولوجيا المعلومات والاتصالات للتوصل إلى فهم سليم لتنوع الاحتياجات والقدرات التي يمكن لتكنولوجيات المعلومات والاتصالات أن نتناولها، وكذلك للمتطلبات اللازمة لتيسير الحصول عليها. والعمل مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما التي لديها خبرة في هذا المجال وربطها مع المؤسسات التجارية العاملة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات للحصول على مدخلاتها وأفكارها، وذلك من أكثر الطرق فعالية لإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة.

(3) تشجيع إدراج مبادئ "التصميم الشامل" ضمن التوجهات الساندة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والقطاع العام. إن تنفيذ مبادئ "التصميم الشامل" هو أوسع شمولاً وأيسر كلفة، وفي الكثير من الأحيان، أبسط من تطوير برامج أو معدات متخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة. ويمكن، في هذا الصدد، تعميم الأمثلة الجيدة لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي طوّرت باستخدام "التصميم الشامل". وفوائد اعتماد "التصميم الشامل" لا تنحصر بالأشخاص ذوي الإعاقة فقط، بل تشمل كذلك الشركات، إذ تفتح أمام البائعين فرصاً جديدة في السوق.

(4) اعتماد سياسات ولوائح تنظيمية وطنية لتيسير الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. تبني السياسات واللوائح المتعلقة بتيسير الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات ركائز للتنفيذ في مختلف المجالات، ويمكنها أن تشجع تيسير الوصول إلى البيانات الافتراضية. ويمهد وضع المعايير والقواعد الوطنية الطريق أمام تنفيذ وسائل إتاحة الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، لأن الجها تفاعلة المشاركة في إنتاج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تستعر فما هو المتوقع منها.

5) إنشاء جهات اتصال مخصصة في الوزارات/الإدارات المعنية بالتعامل مع قضايا إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بغية تنسيق جهود إتاحتها وتشجيعها على نحو يتوافق مع أحكام اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وذلك من خلال السياسات والحوافز الرامية إلى تنظيم جميع الجهات الفاعلة في صناعة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وفي سوقها وفي المشتريات العامة. ويمكن لجهات اتصال مخصصة أن تشرف، أيضاً، على وضع السياسات والتوجيهات، بالتعاون مع الهيئات الوطنية الأخرى أو نتحمل مسؤولية رد التقدم المحرز في إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على الصعيد الوطني، وفي تنظيم الحملات العامة، وفي تنسيق أنشطة جمع البيانات.

6) إتاحة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الإنترنت بكلفة ميسورة. ينبغي وضع برامج أو سياسات أو نُظُم تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة، ولاسيما من فئات الدخل الأدنى، الوصول مجاناً أو بكلفة أقل إلى الإنترنت. وقد يكون ذلك في شكل استحقاق اجتماعي نقدي للأشخاص ذوي الإعاقة، أو في شكل استحقاقا بتغير نقدية، مثل الأجهزة النقالة المجانية أو المدء وة واشتراكات الإنترنت. وينبغي إعطاء الأولوية خاصة للوصول إلى الإنترنت عبر الهاتف النقال، لأن تغطية شبكات الهاتف النقال أوسع عالمياً من انتشار النطاق العريض، ومن المتوقع أن تتزايد هذه التغطية، لا سيما في البلدان النامية. ويمكن الاستعاضة عن ذلك بإنشاء مراكز للموارد المجتمعية، حيث يتاح للأشخاص ذوي الإعاقة وصول مُيسر إلى الإنترنت. ويسر كلفة شبكة الإنترنت عنصر حاسم من عناصر الشمول الرقمي، فيمكن له أن يوفر فرصاً للعمل، والحصول على المعلومات والمواد التعليمية وعلى الخدمات والمشاركة الاجتماعية.

7) توفير آليات التمويل لدعم تطوير البرمجيات مفتوحة المصدر. توفر البرامج المفتوحة المصدر مزايا عديدة. فيمكن الحصول عليها مجاناً، ويمكن تعديلها وفقاً لمختلف احتياجات المستخدمين ولغاتهم وظروفهم الثقافية. وهذه الميزة لها أهمية خاصة في المناطق التي تنخفض لديها الموارد المالية، وقد لا يتحمل الأشخاص ذوو الإعاقة فيها كلفة البرمجيات المتوفرة تجارياً. والبرمجيات المفتوحة المصدر هي أيضاً وسيلة مثلى لتلبية احتياجات المستخدمين ذوي الإعاقة مباشرة، لأنها تتيح للمبرمجين ذوي الإعاقة فرصة مباشرة لإصلاح البرامج التي يتعذر عليهم الوصول إليها.

8) إشراك جميع أصحاب المصلحة المعنيين وزيادة التمويل لدعم "التصميم الشامل" وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات المنخفضة الكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة. تشمل توصيات عديدة قدمت في هذا القسم أصحاب مصلحة متعددين، فكلٌّ من الحكومات والقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية لديه القدرة على أداء أدوار في هذا السبيل. وبصورة عامة، لا بد من زيادة كلاً من الانخراط والتمويل في مجال إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. وقد تساهم إدارات المسؤولية الاجتماعية في الشركات الكبيرة بشكل كبير في إحداث هذا التغيير من خلال تخصيص المزيد من الموارد لمسألة الشمول الرقمي للأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي توفير التمويل لدعم "التصميم الشامل"، والبرمجيات المفتوحة المصدر، وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات المساعدة المنخفضة الكلفة في جميع أنحاء العالم، لأن العديد من البلدان النامية تفتقر إلى الموارد المالية اللازمة لاستخدام الحلول التجارية المتخصصة. وينبغي تعزيز التعاون الدولي وبناء القدرات في مجال إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

9) وضع ونشر بيانات قابلة للمقارنة عن إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها، مفصلة حسب حالة الإعاقة وكذلك حسب إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. لا تتوفر حالياً إحصاءات قابلة للمقارنة عن إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها، مفصلة حسب حالة الإعاقة، وكذلك عن إمكانية الحصول عليها. لكن، وبدون هذه الإحصاءات، تكاد تستحيل معرفة مدى التقدم في تحقيق المقصد 9-ج. والحاجة ملحة إلى البيانات والتحليلات الموثوقة والقابلة للمقارنة للتكفل بالمساءلة في الدول الأعضاء وبين الجهات الفاعلة المعنية الأخرى. ولا بد، في هذا الإطار، من التشديد على جمع منهجي للبيانات، واعتماد منهجية واضحة للمقارنة، والاضطلاع بتقييم منتظم للبيانات، وإنشاء منصة متاحة للجمهور لعرض البيانات تعلق الأطراف ذات المصلحة، وذلك لإجراء تحليل ناجح لوضع خطة عام 2030 من حيث الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها وإتاحتها.

ياء- الحد من عدم المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة (الهد ف10)

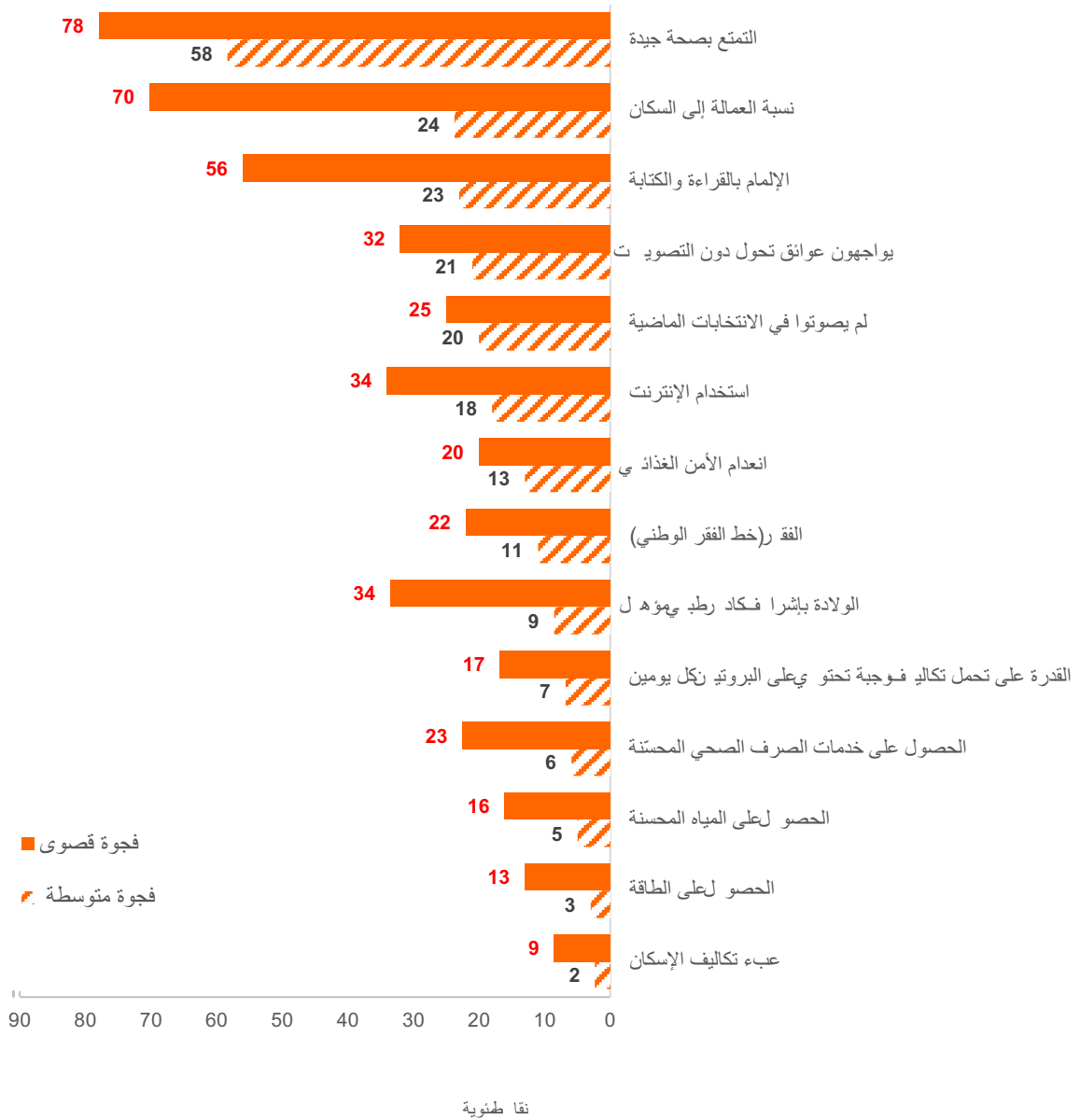
يتناول هذا القسم الهدف 10 من أهداف التنمية المستدامة، الذي يدعو إلى "الحد من عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها" من منظور الإعاقة. ويركز، بوجه خاص على المقصد 10-2، الذي يدعو إلى "تمكين وتعزيز الشمول الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للجميع بغض النظر عن الإعاقة"، والمقصد 10-3 الذي يهدف إلى إزالة القوانين والسياسات والممارسات التمييزية في ما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة. ويبدأ القسم بنظرة عامة عن الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في مجالات التنمية المختلفة التي تغطيها أهداف التنمية المستدامة، وذلك بالاستناد إلى الأدلة التي تطرقت إليها جميع أقسام هذا التقرير. وبعد ذلك، يناقش القسم ثلاثة عوامل حاسمة لتعزيز الشمول الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للأشخاص ذوي الإعاقة وتضييق الفجوة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم. وهذه العوامل الحاسمة هي: (1) مكافحة التمييز، و(2) ضمان إتاحة التكنولوجيا المساعدة، و(3) الانتقال من المؤسسة إلى المجتمع. كما أن إمكانية الوصول إلى البيئات المادية والافتراضية عامل أساس، يتطرق إليه التقرير في القسمين اللذين تناولوا الهد ف11 (البيئة المادية) والمقصد 9-ج (البيئة الافتراضية).

وعند مناقشة أوجه عدم المساواة، من المهم الإقرار بأن ثمة مجموعات من الأشخاص ذوي الإعاقة تشتد وطأة الحرمان عليها بدرجة أكبر من غيرها بسبب تعرضها لأوجه متعددة من التمييز. وعلى وجه الخصوص، غالباً ما يلاحظ تزايد في أوجه عدم المساواة في النواتج لدى النساء ذوات الإعاقة (القسم المتعلق بالهدف 5)، والأشخاص ذوي الإعاقة من الشعوب الأصلية، والأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية والنفسية الاجتماعية. ويبين هذا القسم، وبالتفصيل، حالة الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية.

لمحة عامة عن الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة

تتفاوت الفجوات القائمة على الإعاقة فيما بين البلدان، ولكنها تتسع في بعض المجالات (الشك ل2-100). وفي المتوسط، لوحظت الفجوات الأوسع في الحالة الصحية والعمالة والإلمام بالقراءة والكتابة والتصويت واستخدام الإنترنت وانعدام الأمن الغذائي والفقر. وتتجاوز الفجوة في هذه المجالات في المتوسط، 10 نقاط مئوية. وتلاحظ فجوات أكبر بكثير في بعض البلدان، ويمكن أن تبلغ الفجوات أكثر من 20 نقطة مئوية في فقر الدخل، و30 نقطة مئوية في الفقر المتعدد الأبعاد، و15 نقطة مئوية في القدرة على تحمل تكاليف وجبة تحتوي على البروتين كل يومين، و70 نقطة مئوية في التمتع بحالة صحية جيدة، و50 نقطة مئوية في معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة، و70 نقطة مئوية في نسبة العمالة إلى السكان. كما يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة مصاعب في الوصول إلى الخدمات الأساسية والضرورية التي تحمل تكاليف هذه الخدمات. وتصل الفجوات في البلدان التي تتسع فيها الفجوات، إلى أكثر من 15 نقطة مئوية في الحصول على المياه المحسنة، وأكثر من 20 نقطة مئوية في الحصول على خدمات الصرف الصحي المحسنة، وحوالي 9 نقاط مئوية في الحصول على الطاقة في الأسرة⁴⁹⁸، وأكثر من 30 نقطة مئوية في استخدام الإنترنت، وأكثر من 10 نقاط مئوية في تزايد عبء تكاليف الإسكان⁴⁹⁹. كما يُرجح ألا يُمثل الأشخاص ذوو الإعاقة بالدرجة الكافية في عمليات صنع القرار (القسم المتعلق بالهد ف16) وكذلك في عمليات المشاركة السياسية. ومن حيث العوائق التي تحول دون التصويت أو الانخراط في السياسة، تبلغ الفجوة بين الأشخاص ذوي الإعاقة ولأشخاص بدون إعاقة أكثر من 30 نقطة مئوية في بعض البلدان⁵⁰⁰.

الشكل 2-100 القيمة المتوسطة والأعلى للفجوة بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة (أو الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتلك التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة) لـ 14 مؤشراً مختاراً⁵⁰¹



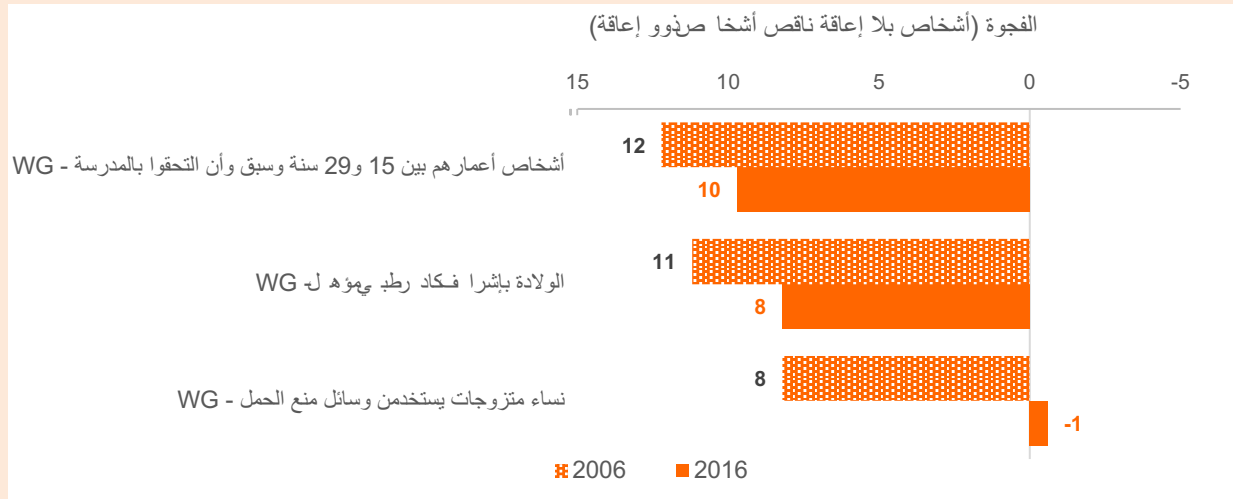
المصدر: DHS⁶؛ الإسكوا⁷؛ ESCAP⁸؛ Eurostat⁹؛ ILO و IPUMS¹⁰؛ SINTEF¹¹؛ UNDESA و UNESCO و WHO¹⁰⁰؛ World Bank.

الإطار 7- في أوغندا، تتقلص الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة

تحظر المادة 21 من دستور أوغندا التمييز على أساس الإعاقة، وكانت أوغندا من أوائل البلدان التي صدقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2008. اعتمدت أوغندا تشريعات وسياسات وطنية بشأن الإعاقة، تشمل قانون المجلس الوطني للإعاقة في عام 2003، وكلاً من قانون الأشخاص ذوي الإعاقة والسياسة الوطنية بشأن الإعاقة في عام 2006. وقد وُجدت بيانات عن الإعاقة لتسترشد بها السياسات⁵⁰²، فكان، مثلاً من بين أوائل البلدان التي أدرجت المجموعة القصيرة لفريدي قواشنط نحول أداء الوظائف في المسوح الديمغرافية والصحية⁶.

تشير البيانات المستمدة من هذه المسوح إلى تقلص الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم في مجالات عدة (الشكل 2-101). فانخفضت، خلال الفترة بين عامي 2006 و2016، الفجوة في معدل الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 سنة وسبق لهم أن التحقوا بالمدارس من 12 نقطة مئوية إلى 10 نقاط، وكذلك في نسبة الولادات التي تجري بإشراف الكادر الطبي المؤهل من 11 نقطة مئوية إلى 8 نقاط. ولوحظ انخفاض أكبر في الفجوة في النسبة المئوية للنساء المتزوجات اللاتي يستخدمن وسائل لمنع الحمل اللاتي لا يستخدمنها، من فارق قدره 8 نقاط مئوية إلى معدلات استخدام متشابهة (بفارق نقطة مئوية واحدة). تزامن هذه الانخفاضات مع تقدم شهادته المجالات المشار إليها للأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم على حد سواء. وعلى وجه التحديد، تضاعفت، بين عامي 2006 و2016، نسبة الولادات التي تجري بإشراف الكادر الطبي المؤهل بين الأمهات ذوات الإعاقة، كما تضاعفت النسبة المئوية للنساء المتزوجات ذوات الإعاقة اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل. وتزايدت، خلال الفترة نفسها، النسبة المئوية للشباب ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 سنة وسبق أن التحقوا بالمدرسة، من 80 إلى 87 في المائة.

الشكل 2-101 الفجوات بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة في أربعة مؤشرات مختارة، في أوغندا، خلال الفترة 2006-2016



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريدي قواشنط نحول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶).

لا تتوفر بيانات كافية لتقييم أوجه عدم المساواة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في جميع أنحاء العالم، ولكن البيانات المتاحة من أوغندا تشير إلى أن الفترة بين عامي 2006 و2016 شهدت تقدماً في الحد من أوجه عدم المساواة في المجالات المتصلة بالتعليم والرعاية الصحية والصحة الإنجابية، وذلك بعد إجراء بعض التغييرات القانونية الإيجابية في البلد (الإطار 7).

ويبحث القسم، في ثلاثة عوامل رئيسية للحد من أوجه عدم المساواة التي يتعرض لها الأشخاص ذوو الإعاقة.

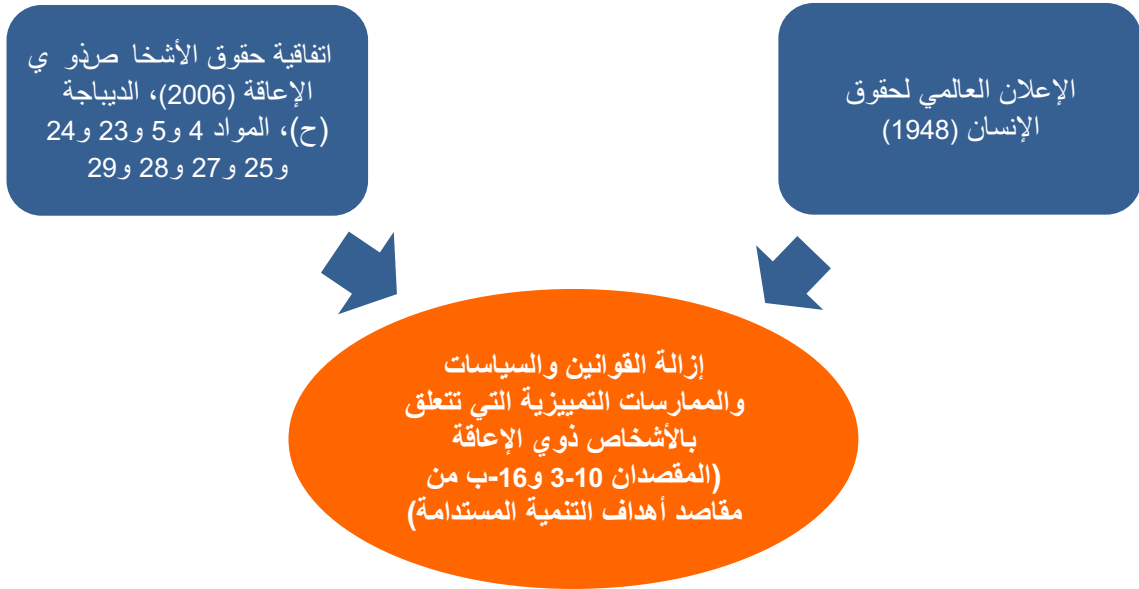
إزالة القوانين والسياسات والممارسات التمييزية التي تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة (المقصدان 3-10 و16-ب)

يركز هذا القسم على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي ما زال يشكل عائقاً كبيراً أمام شمولهم الاجتماعي والاقتصادي والسياسي، وأيضاً أمام خفض أوجه عدم المساواة بينهم وبيد غيرهم، وبالتالي أمام تحقيق الهدف 10 من أهداف التنمية المستدامة. يتعلق هذا القسم، على وجه الخصوص، بالمقصدان 3-10 و16-ب، اللذين يدعوان إلى القضاء على القوانين والسياسات والممارسات التمييزية. ويتناول القسم هذين المقصدان من منظور الإعاقة، وذلك من خلال التوسّع في بيان الأطر المعيارية الدولية التي تدعو إلى إزالة التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وأيضاً من خلال تقديم نظرة عامة عن الممارسات التمييزية المتواصلة ضدهم، ومن ثم استعراض المبادرات الرامية إلى إلغاء الأحكام التمييزية الواردة في التشريعات الوطنية. ويختتم القسم بتوصيات بشأن سُبُل المضي قدماً بالاستناد إلى الأدلة الحالية.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بعدم التمييز

ينص المقصد 3-10 على الالتزام بضمان تكافؤ الفرص والحد من أوجه عدم المساواة في النتائج، بما في ذلك من خلال إزالة القوانين والسياسات والممارسات التمييزية، وتعزيز التشريعات والسياسات والإجراءات الملائمة في هذا الصدد. ويرتبط هذا المقصد ارتباطاً وثيقاً بالمقصد 16-ب، الذي يدعو إلى تعزيز القوانين والسياسات غير التمييزية لتحقيق التنمية المستدامة. وتنبثق الجهود الدولية للقضاء على التمييز زرع نجنو رراسخة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948)، الذي شدد على أن الناس جميعاً سواء أمام القانون، وهم يتساوون في حقّ التمتع بحماية القانون، ولهم الحق في أجرٍ متساوٍ على العمل المتساوي دون أي تمييز (المادتان 7 و23)⁵⁰³. وتعيد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2006) التأكيد على ما سبق، وتقرّ بأن التمييز ضد أي شخص على أساس الإعاقة يمثل انتهاكاً للكرامة والقيمة المتأصلتين للفرد⁵⁰⁴، وتطلب اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من الدول الأطراف كفالة وتعزيز أعمال كافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية إعمالاً تاماً لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة دون أي تمييز من أي نوع على أساس الإعاقة، ويشمل ذلك تعديل أو إلغاء ما يوجد من قوانين ولوائح وأعراف وممارسات تشكل تمييزاً ضد الأشخاص ذوي الإعاقة (الفقرة 1 (ب) من المادة 4). وتطلب الاتفاقية أيضاً حظر أي تمييز على أساس الإعاقة وتكفل للأشخاص ذوي الإعاقة الحماية القانونية المتساوية والفعالة من التمييز على أي أساس (الفقرة 2 من المادة 5). والصلة وثيقة بين مواد الاتفاقية المشار إليها والمقصد 3-10 من أهداف التنمية المستدامة. وبالإضافة إلى ذلك، تدعو الاتفاقية إلى القضاء على التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في مجالاً تمثل الأسرة (المادة 23)، والتعليم (المادة 24)، والصحة (المادة 25)، والعمل والعمالة (المادة 27)، ومستويات المعيشة (المادة 28)، والمشاركة السياسية (المادة 29).

الشكل 2-102 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحقيق المقصدي ن3-10 و16-ب للأشخا ص ذوي الإعاقة



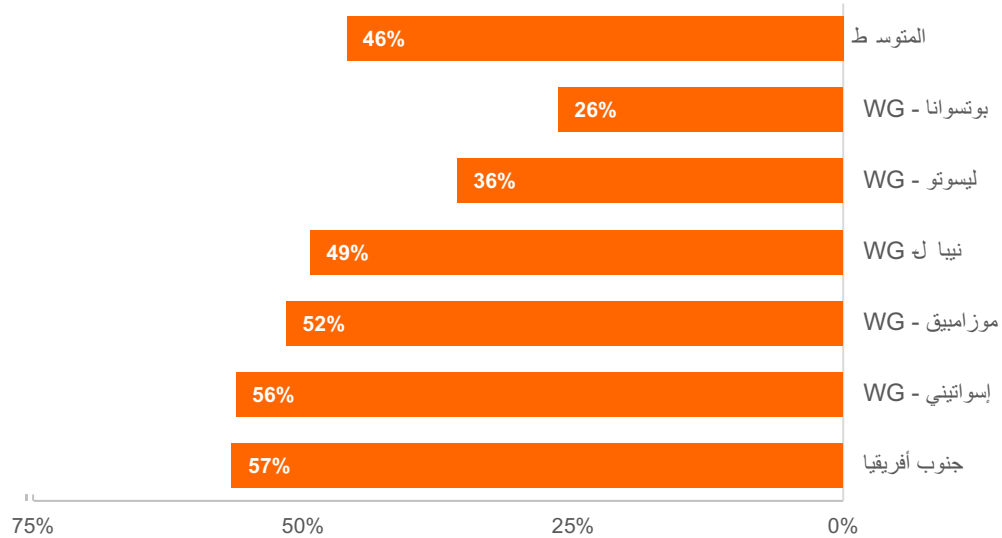
التمييز ضد الأشخا ص ذوي الإعاقة

يتعرّض الأشخا ص ذوو الإعاقة للتمييز في العديد من جوانب الحياة. وتشير بحوث إلى أن أحد الأسباب الرئيسية للتمييز هو عدم الوعي الكافي بالإعاقة وظروفها، واحتياجات الأشخا ص ذوي الإعاقة وإمكاناتهم⁵⁰⁵. وتشير أدلة، من ستة بلدان حوالي عام 2011، إلى أن 46 في المائة من الأشخا ص ذوي الإعاقة بالمتوسط تعرضوا لشكل من أشكال التمييز (الشكل 2-103). كما يواجه العديد من الأشخا ص ذوي الإعاقة التمييز في الخدمات العامة (الشكل 2-132).

التغلب على القوانين والسياسات والممارسات التمييزية ضد الأشخا ص ذوي الإعاقة

شهد العقد الماضي بعض التقدم بعد اعتماد اتفاقية حقوق الأشخا ص ذوي الإعاقة في عام 2006. فصار من المرجح، مثلاً، أن تنص الدساتير الوطنية التي سُنّت بعد ذلك العام صراحة على حقوق الأشخا ص ذوي الإعاقة وأن تلغي أي أحكام تمييزية، فشمّل 62 في المائة من الدساتير هذا الضمان بعد أن كانت لا تتجاوز 16 في المائة قبل عام 2006. لكن، ومن بين الدول الأعضاء الـ 193 في الأمم المتحدة، لا تزال 2 في المائة من بينها لديها أحكام تمييزية: فمع أنها تكفل المساواة في الحقوق، فهي تسمح بإجراء استثناءات إذا كانت الإعاقة تمنع شخصاً من ممارسة حقوقه. وبالنسبة إلى الصّدق، تكفل 16 في المائة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، صراحةً في دساتيرها، صون الحقوق الصحية للأشخا ص ذوي الإعاقة أو تقديم الخدمات الطبية المجانية لهم، في حين تكفي 10 في المائة أخرى بحظر التمييز في إطاره العريض ودون التطرق إلى التفاصيل. وفي مجالي التعليم والعمالة، تنص دساتير 27 في المائة من البلدان، صراحة، على كفالة حقوق التعليم و19 في المائة على كفالة حقوق العمل. ومع ذلك، لا تزال دساتير عدة تشتمل على أحكام تمييزية، على غرار حصر الحق في العمل بالأشخا ص القادرين على العمل⁵⁰⁶.

الشكل 2-103 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرضوا للتمييز، في 6 بلدان، حوالي عام 2011

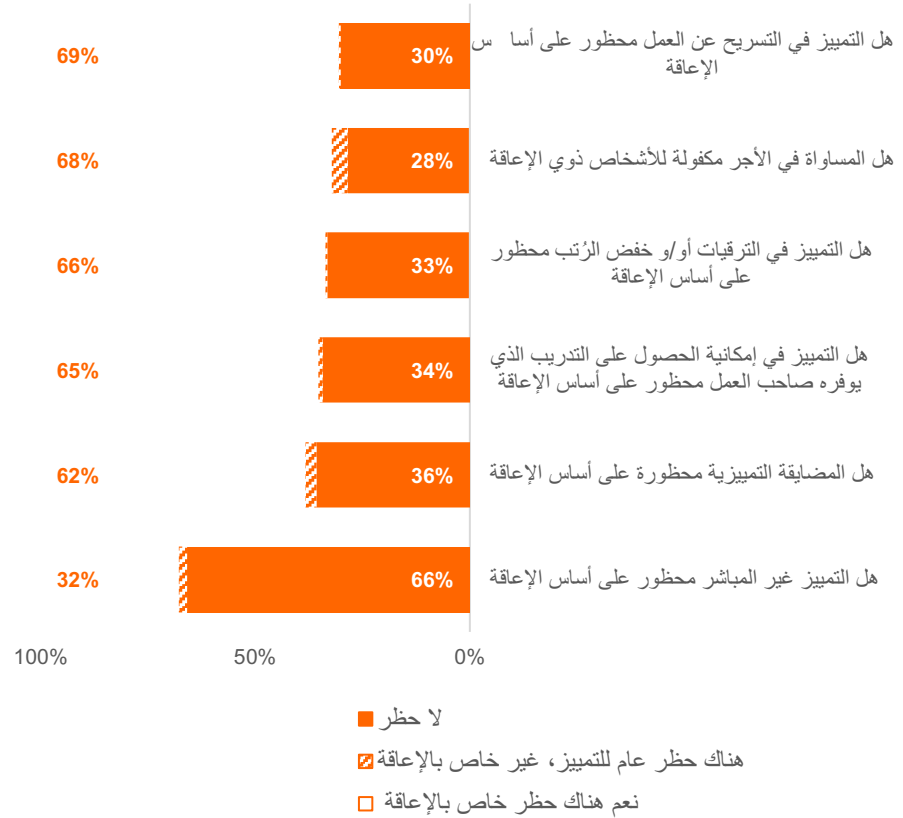


ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. وقد جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على المستوى الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

ولا يزال لدى عدد من البلدان قوانين تميز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما فيما يتعلق بالحق في الزواج، والأهلية القانونية، والتصويت والترشح للمناصب العامة. فليس لدى سوى 36 في المائة من البلدان قيود قانونية على زواج الأشخاص ذوي الإعاقة و13 في المائة قيود على التصويت و9 في المائة على الترشح للمناصب العامة وعلى إبرام العقود (القسم المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية والقسم المتعلق بالهدف 16). وبالمقابل، عززت بلدان عديدة تدابيرها لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من التمييز. وفي عام 2016، مثلاً، أدرج العديد من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة تدابير للحماية تحظر التمييز على أساس الإعاقة في تشريعاتها ذات الصلة، وبلغت نسبة البلدان التي تحظر التمييز في حالات التسريح عن العمل 69 في المائة، و66 في المائة في حالات الترقية أو خفض الرتبة، و65 في المائة في إمكانية الحصول على التدريب الذي يوفره أ هطب العمل (الشكل 2-104). وكذلك تكفل 68 في المائة من البلدان المساواة في الأجور للأشخاص ذوي الإعاقة، وتحظر 62 في المائة المضايقة التمييزية و32 في المائة التمييز غير المباشر على أساس الإعاقة.

الشكل 2-104 النسبة المئوية للدول الأعضاء في الأمم المتحدة التي تحظر أو لا تحظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في القوانين المنظمة للعمل، من بين 193 دولة عضواً في الأمم المتحدة، حوالي عام 2016



ملاحظة: يشير التمييز غير المباشر إلى فرض معايير أو مقاييس أو شروط أخرى غير معقولة يمكن أن تنطبق على جميع الأشخاص، ولكنها تؤثر سلباً ودرجة غير متناسبة على الأشخاص ذوي الإعاقة.

المصدر: World Policy Analysis Center¹³².

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

التمييز زسب بأساس ي لإقصاء الأشخا ص ذو ي الإعاقة وهو يحول دون تمكينهم من المشاركة في المجتمع على قدم المساواة مع غيرهم. وتواجه فنا تم نينهم، مث ل للنساء ذوا تا الإعاقة وذو ي الإعاقة م ن الشعو بالأصلية وذو ي الإعاقة الذهنية والنفسية الاجتماعية، أوجهاً متعددة من التمييز، وبالتالي حرماناً أشد من غيرهم. وعلى الرغم من تقدم بلدان كثيرة في اعتماد قوانين وسياسات غير تمييزية، لا يزال بعض القوانين التمييزية قائماً، لا سيما في النواحي التي تنظم الزواج، والأهلية القانونية، والعمل، والمشاركة السياسية. وللتغل بعلى التمييز ضد الأشخاص ذو ي الإعاقة، وإزالة القوانين والسياسات التمييزية، سيكون للتالي أهمية بالغة:

(1) مراجعة القوانين والسياسات الوطنية لتحديد الأحكام التمييزية ضد الأشخاص ذو ي الإعاقة وإزالتها وضمان توفر الفرص لهم للمشاركة السياسية والاقتصادية والاجتماعية، على قدم المساواة مع غيرهم ودون تمييز. ولا بد أيضاً من مشاركة الأشخاص ذو ي الإعاقة في عملية تنقيح تلك القوانين والسياسات لضمان مراعاة احتياجاتهم ووجهات نظرهم.

(2) التوعية بشأن احتياجات الأشخاص ذو ي الإعاقة وقدراتهم من خلال حملات عامة لمكافحة القوالب النمطية السلبية ضدهم. ينبغي إشراك الأشخا ص ذو ي الإعاقة ومنظمات الأشخا ص ذو ي الإعاقة في أنشطة التوعية هذه. وعلى الحملات أن تركز على توعية السكان باحتياجات الأشخاص ذو ي الإعاقة وقدراتهم.

(3) وضع آليات للإبلاغ عن التمييز. تشمل النهج المتبعة في وضع هذه الآليات إنشاء خدمة عامة، حيث يمكن للأشخاص ذو ي الإعاقة الإبلاغ أو تقديم شكاوى عن حالات التمييز، كما قد تشمل النهج إجراء مسوح دورية وجمع الآراء من الأشخاص ذو ي الإعاقة حول كيفية إنفاذ القوانين المناهضة للتمييز من الناحية العملية.

الحد من أوجه عدم المساواة من خلال تحسين إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التكنولوجيا المساعدة

يركز هذا القسم على حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التكنولوجيا المساعدة، وهو شرط لا بد من تلبية للحد من أوجه عدم المساواة بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم، وبالتالي لتحقيق الهدف 10⁵⁰⁷. وتشمل الأجهزة المساعدة: الأجهزة والمعدات والأدوات والبرامج الحاسوبية التي يتمثل غرضها الرئيسي في الحفاظ على أداء الفرد واستقلاله أو تحسينهما، وبالتالي تعزيز رفاهه⁵⁰⁸. ويمكن لهذه الأجهزة أن تحسن أداء الفرد⁵⁰⁹، وأن تتيح للناس فرصاً لمعيشة صحية ومنتجة ومستقلة وكريمة. وبالمقابل، قد يؤدي عدم توفر الأجهزة المساعدة الفعالة إلى تفويض قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على المشاركة الكاملة في المجتمع⁵¹⁰. ولذا، فإن تحسين الحصول على هذه الأجهزة بكلفة ميسورة أمر أساسي لعدم استثناء أحد⁵¹¹.

يستعرض هذا القسم الإطار المعياري الدولي المتعلق بالتكنولوجيا المساعدة، ومن ثم يقدم نظرة عامة عن الاحتياجات غير الملباة من التكنولوجيا المساعدة. ويتناول هذا القسم أيضاً الممارسات الحالية في البلدان، وينتهي بتوصيات حول تحسين الحصول على التكنولوجيا المساعدة.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالتكنولوجيا المساعدة

تسلم القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة (1993) واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بالدور الفعال للتكنولوجيا المساعدة في تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من التمتع بحقوقهم وحياتهم، وممارستها على قدم المساواة مع غيرهم. وقد أدرجت التكنولوجيا المساعدة في السياسات الدولية من خلال القاعدة 4 من القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة، وحثت المادة 4 أيضاً الدول على كفالة تطوير وتوريد أجهزة تساعد الأشخاص ذوي الإعاقة على زيادة مستوى استقلالهم وعلى ممارسة حقوقهم⁵¹². ومع اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، أدمجت التكنولوجيا المساعدة في أطر السياسة الدولية، وطُبق من خلالها نهج أكثر تمحوراً على الحقوق في توفير التكنولوجيا المساعدة كتدبير ينبغي للدول أن تتخذته لتعزيز جميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وحمايتها وضمان التمتع الكامل وعلى قدم المساواة بها.

فاقترد تسبع مواد لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة استخدام تدابير محددة أو عامة في مجال التكنولوجيا المساعدة. وهذه المواد هي: المادة 4 المتعلقة بالالتزامات العامة، والمادة 9 المتعلقة بإمكانية الوصول، والمادة 20 المتعلقة بالتنقل الشخصي، والمادة 21 المتعلقة بحرية التعبير والرأي والحصول على معلومات، والمادة 26 المتعلقة بالتأهيل لإعادة التأهيل، والمادة 29 المتعلقة بالمشاركة في الحياة السياسية والعامة، والمادة 32 المتعلقة بالتعاون الدولي. لكن، ورغم ما تحمله التكنولوجيا المساعدة من فوائد جمة للأشخاص ذوي الإعاقة، افتقرت مواد مهمة من الاتفاقية تتعلق بمجالات مثل الصحة (المادة 25) والعمل (المادة 27)، إلى إشارة صريحة إلى التدابير التكنولوجية المساعدة⁵¹³. ولا تتضمن الاتفاقية إشارة صريحة إلى التكنولوجيا المساعدة كوسيلة لتمكين النساء والفتيات ذوات الإعاقة (المادة 6) وللعيش بصورة مستقلة (المادة 19)، مع أن كلاهما حاسم لتحقيق المقصد 10-2 المتعلق بالشمول الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للجميع.

واعتمدت جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين، مؤخراً، قراراً بشأن تحسين الحصول على التكنولوجيا المساعدة وحث القرار الدول الأعضاء على تحسين فرص الحصول عليها من خلال وضع سياسات وبرامج في إطار التغطية الشاملة للجميع للصحة و/أو الخدمات الاجتماعية، وتدريب الموارد البشرية على استخدام الأجهزة المساعدة، والبحث والتطوير في مجال تصميم الأجهزة، والتعاون الدولي والإقليمي، وجمع البيانات السكانية عن الاحتياجات الصحية واحتياجات الرعاية الطويلة الأمد^{514:515}.

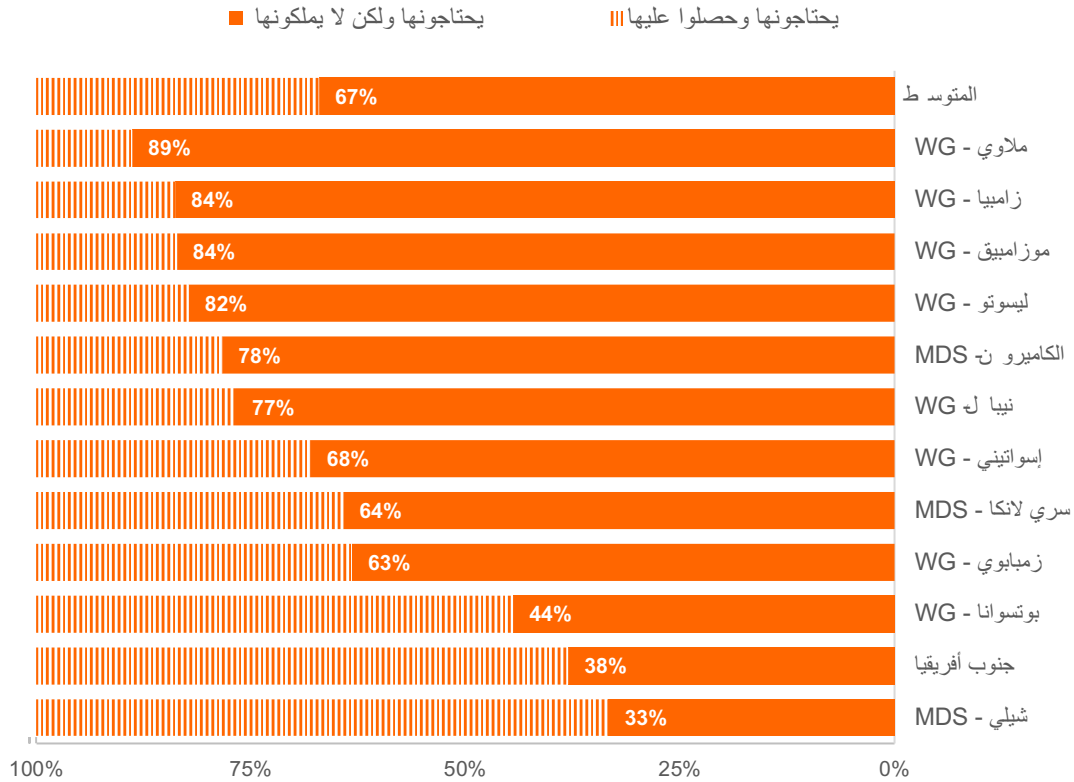
الشكل 2-105 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتحسين حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التكنولوجيا المساعدة



أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على التكنولوجيا المساعدة

للتكنولوجيا المساعدة فوائد وإيجابيات وظيفية وصحية واقتصادية، إذ يمكنها أن تفيد الأشخاص الذين لديهم قيود وظيفية في التنقل والسمع والنظر والتواصل والإدراك^{516:517:518}. ويمكنها أيضاً أن تفيد الأطفال ذوي الإعاقة في النمو والمشاركة⁵¹⁹ وكذلك كبار السن في المشاركة والاستقلال^{520:521}. ويمكن للأجهزة المساعدة أن تحدث أثراً اجتماعية واقتصادية إيجابية، من خلال تحسين قدرة المستخدمين على حصولهم على التعليم وزيادة تحصيلهم التعليمي، ويمكنها كذلك أن تدعم المشاركة في العمل والحفاظ على الصحة^{522:523:524:525:526}. وتشير الأدلة التجريبية بوضوح إلى أن توفير الأجهزة المساعدة يمكن أن يكون فعالاً من حيث الكلفة، لأنه قد يخفف من الحاجة إلى الخدمات الأخرى كما قد يحد من تكاليفها، أو قد يمكّن المستخدمين من كسب الدخل، أو يبسر الدعم الذي يقدمه أفراد الأسرة أو يخفّض الحاجة إليه^{517:519:521}، ما يتيح لأفراد الأسرة استخدام وقتهم للقيام بالعمل أو بأنشطة أخرى.

الشكل 2-106 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى أجهزة مساعدة (مثل مترجم لغة الإشارة، وكراسي متحركة، ومعينات سمعية/بصرية، وطريقة برايل) ولكنهم لا يملكونها، في 12 بلداً، حوالي عام 2013



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد وينبغي تفسيرها بحذر لأنها تقوم على ما يتراوح بين 25 إلى 49 ملاحظة ولذا ينبغي تفسيرها بحذر.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

الاحتياجات من الأجهزة المساعدة

التخطيط لنظم توفير التكنولوجيا المساعدة على نحو مسؤول لا بد وأن يستند إلى بيانات كمية عن الاحتياجات من الأجهزة المساعدة. ولكن البيانات الموثوقة عن هذه الاحتياجات غير متوفرة في الكثير من البلدان. وتشير التقديرات العالمية إلى أن حوالي 0.5 في المائة من السكان بحاجة إلى أطراف اصطناعية أو تقويمية، وحوالي 1 في المائة بحاجة إلى كراسي متحركة وحوالي 3 في المائة بحاجة إلى معينات سمعية^{527.528.529}. وفي السنوات التي تلت اعتماد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، قُدِّر أن ما يتراوح بين 5 و15 في المائة فقط من الذين يحتاجون إلى الأجهزة المساعدة يحصلون عليها⁵³⁰، وأن 3 في المائة فقط من الذين سيستفيدون من استخدام المعينات السمعية لديهم أي من تلك المعينات⁵³¹.

وقد تختلف هذه الاحتياجات من بلد إلى آخر، وكذلك بين مختلف المناطق في البلد، وذلك بسبب عوامل مثل توزيع العم روانتشا رصعوبات مختلفة. في السويد، تتزايد نسبة مستخدمي الأجهزة المساعدة من 20 في المائة من الذين تبلغ أعمارهم 70 سنة، إلى 90 في المائة من الذين تبلغ أعمارهم 90 سنة⁵³². وفي شيلي والصين، يستفيد ما يتراوح بين 7 و9 في المائة من الأطفال في سن الدراسة من استخدام النظارات الموصوفة على نحو صحيح^{533،534}.

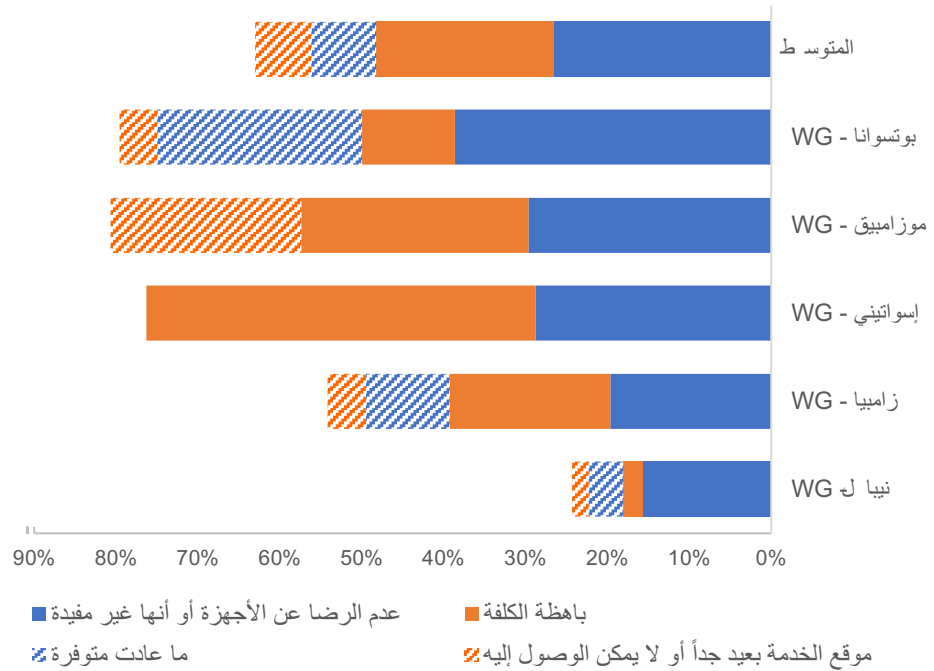
وتشير الأدلة المتاحة من البلدان النامية إلى احتياجات كبيرة غير ملباة من الأجهزة المساعدة. ومن بين 12 بلداً، حوالي عام 2013، بلغ متوسط النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى الأجهزة المساعدة ولكنهم لا يملكونها 67 في المائة، وتراوح النسبة بين 33 في المائة في شيلي و89 في المائة في ملاوي (الشك 2-106).

العوائق التي تحول دون الحصول على التكنولوجيا المساعدة

تشمل العوائق الرئيسية التي تعترض تحقيق التغطية الشاملة للتكنولوجيا المساعدة: الافتقار إلى الوعي والحوكمة والخدمات والأجهزة وإمكانية الحصول والموارد البشرية والاقتصادية ويُسر الكلفة⁵¹⁹. وفي العديد من البلدان، لا تتوفر لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم والعاملين في مجال الصحة سوى معرفة محدودة بالأجهزة المساعدة أو بكيفية الحصول عليها. وفي أحيان كثيرة، لا يكون صانعو السياسات والقرارات تتولى دراية بالتكنولوجيا المساعدة والإمكانات التي تتيحها. وتواجه بلدان كثيرة نقصاً في الخدمات التي تكون في أحيان كثيرة في مواقع بعيدة عن المحتاجين إليها. وكذلك حال الأجهزة المساعدة المأمونة والفعالة، فتوفرها محدود من حيث الكمية وكذلك التنوع في الأجهزة ونماذجها وأحجامها. وهناك عوائق إضافية بسبب الافتقار إلى مكانية الوصول المادي والإدراكي إلى نظام النقل والمرافق التي تُقدم فيها الخدمات. وثمة عائق مشترك آخر أمام توفير التكنولوجيا المساعدة، وهو الافتقار إلى الموظفين المدربين تدريباً مناسباً، أو المهرة في تصنيع الأجهزة أو تكيفها، أو أصحاب الكفاءة في تقديم الخدمات. وأخيراً، يشكل ارتفاع تكاليف الأجهزة والخدمات المساعدة وتكاليف التنقل عوائق رئيسية، لا سيما وأن الضرائب والرسوم على الأجهزة المساعدة أو المواد والمكونات اللازمة لإنتاجها، تزيد من التكاليف.

وتشير بيانا تمن خمسة بلدان عن الأشخاص ذوي الإعاقة الذين توقفوا عن استخدام الأجهزة المساعدة (الشك 2-107) إلى أن سبب توقفهم هو، في أحيان كثيرة، لأن الأجهزة باهظة الكلفة (22 في المائة في المتوسط) أو لأنها لا تساعد (26 في المائة في المتوسط). كما تشير بيانات هذه البلدان إلى أسباب أخرى، مثل أن الأجهزة ما عادت متوفرة (8 في المائة في المتوسط) أو أن موقع الخدمة للحصول عليها بعيد جداً (7 في المائة في المتوسط).

الشكل 2-107 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين توقفوا عن استخدام الأجهزة المساعدة، حسب سبب التوقف، في 5 بلدان، حوالى عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفري قواشنت حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الممارسات الحالية في تعزيز الحصول على التكنولوجيا المساعدة

في الفترة 2004-2005، كانت 91 في المائة من الحكومات، في 114 بلداً، تشارك في توفير الأجهزة المساعدة، ولكن أكثر من ثلث هذه البلدان (36 في المائة) أشار إلى أنه لا يدفع أو لا يخصص صموارد مالية لتوفير الأجهزة المساعدة. وأما فيما يتعلق بالقوانين والسياسات، أفاد 59 بلداً (52 في المائة من البلدان المجيبة) بأن لديه سياسات تتعلق بالتكنولوجيا المساعدة، كما أفاد 57 بلداً (50 في المائة) بأنه سنّ تشريعات وطنية في هذا الصدد⁵³⁵.

وفي الأونة الأخيرة، تزايد توجه السياسات والقوانين الوطنية نحو تشجيع حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التكنولوجيا المساعدة، وذلك من خلال تقديم منح لتلك التكنولوجيا⁵³⁶، والتدريب المجاني على استخدام الأجهزة المساعدة وصيانتها⁵³⁷، وتعزيز حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من خلال إزالة العوائق وإلزام القطاعين العام والخاص بإتاحة ما لديهما من معلومات لهم واشتراط توفير مركز للتكنولوجيا المساعدة لإنشاء صندوق لتحسين الحصول على الأجهزة المساعدة⁵³⁸. وفي سياق متصل، دعت خطة وطنية تتعلق بالعلم والتكنولوجيا والابتكار إلى حفز تطوير تكنولوجيا وأجهزة جديدة لتحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة وشمولهم⁵³⁹. وكذلك نُشرت الأجهزة المساعدة لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة في عمليات ما بعد الكوارث في بعض المجالات^{540:541}.

وتختلف النُظُم الوطنية لتوفير التكنولوجيا المساعدة من بلد إلى آخر، فمنها نُظُم مركزية أو موحدة⁵⁴²، ومنها نُظُم أقرب إلى اللامركزية أو تديرها سلطا محلية⁵⁴³. وتشرك بعض البلدان، وبدرجة كبيرة، المنظمات غير الحكومية ومؤسسات إعادة التأهيل و/أو المؤسسات الطبية في توفير الأجهزة المساعدة⁵⁴⁴.

وقد اتُّخِذت مبادراتٌ مختلفة لدعم البلدان في جهودها الرامية إلى تحسين الحصول على الأجهزة المساعدة. فمثلاً، وُضِع تصنيف لمجموعة واسعة من الأجهزة المساعدة عُرف باسم ISO 9999، وأطلقت مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيا المساعدة (GATE) في عام 2014 من خلال شراكات بين هيئات الأمم المتحدة ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة أو تلك التي تعمل من أجلهم، والجهات المانحة، والمؤسسات المهنية، والأوساط الأكاديمية، والهيئات الصناعية⁵⁴⁵. وأدت المبادرة إلى وضع أول قائمة للأجهزة المساعدة ذات الأولوية التي شمل 50 جهازاً^{530:546:547}.

وقد تبين أن الأجهزة المساعدة مفيدة وفعالة في تيسير تحقيق جميع أهداف التنمية المستدامة⁵⁴⁸. ففي ما يتعلق بالهدف 1 الذي يدعو إلى إنهاء الفقر، مثلاً، وُجِد أن الأشخاص صرلذين لديهم صعوبة في السمع أو الحركة ويستخدمون المعينات السمعية والكراسي المتحركة في بنغلاديش أقل عرضة للفقر من الذين لم يتمكنوا من الحصول على الأجهزة المساعدة⁵⁴⁹.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

تتيح التكنولوجيا المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة عيشاً مستقلاً وإنتاجية معززة، وتؤدي دوراً حاسماً في تحقيق تكافؤ الفرص لهم، ولإستخدام الأجهزة المساعدة أثر اجتماعي واقتصادي إيجابي عليهم. وقد سعت بلدان عدة إلى تحسين حصولهم عليها، فأدّجت توفير الأجهزة المساعدة في الخطط والسياسات الوطنية. وفي حين يفتح تطور التكنولوجيا آفاقاً لتحسين الدعم الذي تقدمه التكنولوجيات المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة، تبقى العوائق التي تحول دون حصولهم عليها كبيرة، وتشمل ارتفاع التكاليف، والافتقار إلى وسائل النقل إلى مواقع تقديم الخدمات والوعي الكافي بإمكانيات الأجهزة المساعدة والموظفين المدربين على تكييف الأجهزة أو تقديم الخدمات، ومحدودية السياسات الرامية إلى تحسين الحصول على التكنولوجيا المساعدة الميسورة الكلفة.

وحصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على الأجهزة المساعدة أمر أساسي لضمان مشاركتهم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وقد يؤدي عدم التسخير الكافي للتكنولوجيا المساعدة إلى تقويض الجهود الرامية إلى تحقيق المساواة لهم. ولا بد من البحث في إجراءات متنوعة لتعزيز حصولهم على التكنولوجيا المساعدة الميسورة الكلفة، وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:

(1) صياغة سياسات وقوانين لدعم تطوير الأجهزة المساعدة وإنتاجها وتوزيعها وخدمتها. وينبغي إدراج توفير التكنولوجيا المساعدة في التشريعات والاستراتيجيات والسياسات، سواء القائمة منها أم الجديدة، والمتعلقة بمجالاً توتيسية مثل التعليم والعمل والصحة. ومن المهم أيضاً شمول التكنولوجيا المساعدة في استراتيجيات وخطط العمل المتعلقة بالإعاقة.

(2) ضمان توفر الأجهزة المساعدة بكلفة ميسورة للأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك من خلال تقديم المنح. وينبغي تنفيذ خطط للتعبويض، حسب الاقتضاء، لتغطية النفقات الإضافية للأجهزة المساعدة. وينبغي التكفل بخلو البيئات من العوائق، لتمكين الاستخدام الفعال للأجهزة المساعدة. ويمكن، أثناء حالات الطوارئ وفي الأوضاع الهشة، إدراج أحكام تتصل بالتكنولوجيا المساعدة في خطط التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ، وأن تشمل الأجهزة المساعدة في الإمدادات الإنسانية. وفي البلدان التي لديها نُظُم راسخة لتوفير التكنولوجيا المساعدة، ينبغي أن ينصب التركيز على تحسين الكفاءة والفعالية، عن طريق توسيع نطاق التغطية وتحسين الملاءمة والنوعية وتيسير الكلفة، في حين يمكن لبلدان أخرى أن تركز على استحداث هذه النُظُم وتوسيع نطاقها تدريجياً، مع إعطاء الأولوية للنُهُج الفعالة من حيث الكلفة.

(3) تحفيز البحث والتطوير في مجال التكنولوجيا المساعدة توفير حوافز مالية للبحث والتطوير في مجال التكنولوجيا المساعدة. وتصميم أجهزة وبرامج مساعدة بالتعاون الوثيق مع الأشخاص ذوي الإعاقة ومنظماتهم. وتقديم الاحتياجات من التكنولوجيا المساعدة وربطها بالموارد البشرية والمالية المتاحة، ففي ذلك أدلة يمثل الحصول عليها شرطاً مسبقاً للتخطيط لتقديم خدمات منصفة. وكذلك: البحث في احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة بجميع أنواعها، بمن فيهم ذوو الإعاقة الجسدية والإدراكية والحسية.

(4) تعزيز إمكانات الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم والمسؤولين الحكوميين ومقدمي الخدمات في مجال التكنولوجيا المساعدة. ضمان توعية الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بالأجهزة والمخططات المساعدة المتاحة التي يمكنهم الاستفادة منها. وتدريب المسؤولين الحكوميين ومقدمي الخدمات على الحاجة إلى التكنولوجيا المساعدة ومدى توفرها، وذلك لتقديم خدمات عالية الجودة للأشخاص ذوي الإعاقة.

(5) الاستثمار في البيئة لتحقيق الاستفادة القصوى من التكنولوجيا المساعدة. على الرغم من أن الأجهزة المساعدة تنطوي على إمكانيات لتحسين نوعية الحياة وزيادة المشاركة في المجتمع، لا يمكن ضمان النجاح. فالقدرة على الوصول إلى البيئة المحيطة شرط لا بد من تلبيةه لاستخدام بعض الأجهزة المساعدة. فيمكن، مثلاً، للممرات المنحدرة والمداخل الواسعة أن تيسر الاستخدام الفعال للكرسي المتحرك^{550،551}. ولا بد من اتخاذ بعض التدابير لضمان استخدام الأجهزة المساعدة بفعالية، مثل حلقات السمع لمستخدمي المعينات السمعية⁵⁵². وبالإضافة إلى إتاحة الوصول، لا بد للأجهزة المساعدة من أن تلي توقعات المستخدمين وتفضيلاتهم حتى تكون فعالة⁵⁵³.

(6) رصد الاحتياجات غير الملباة من التكنولوجيا المساعدة لتحديد الثغرات توسدها. لم تُجر سوى بحوث قليلة على مستوى السكان حول الاحتياجات من الأجهزة المساعدة والسياسات المتعلقة بها وكذلك نماذج تقديم الخدمات والتنفيذ والفعالية من حيث الكلفة. وثمة حاجة إلى رصد التقدم المحرز في تلبية هذه الاحتياجات من الأجهزة المساعدة وخفض العوائق التي تحول دون الحصول عليها.

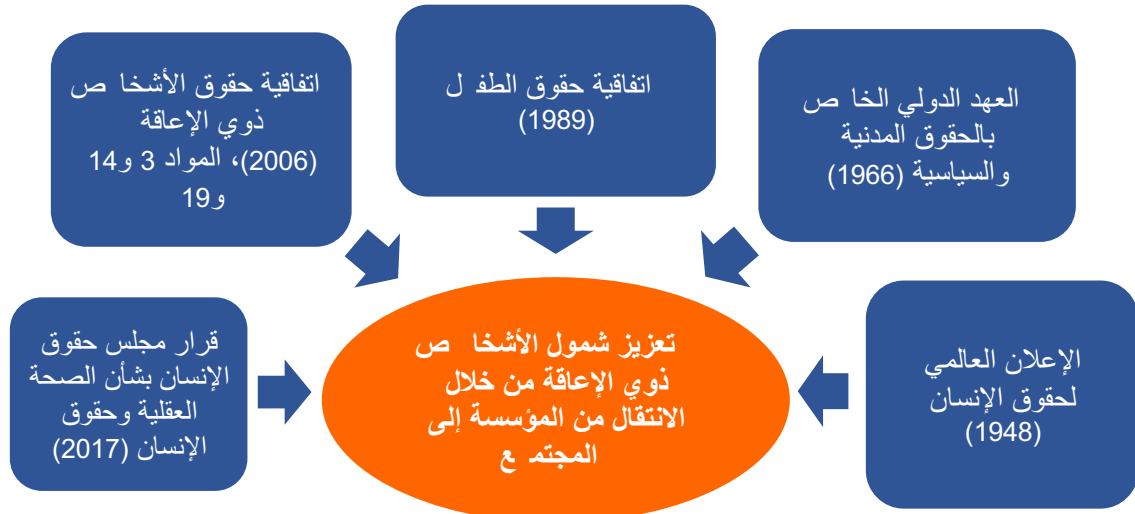
تعزيز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال الانتقال من المؤسسة إلى المجتمع

من العوامل التي تحول دون الشمول الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للأشخاص ذوي الإعاقة إبداعهم في مؤسسات الرعاية أو دور خاصة، حيث يتعرضون للإقصاء من المجتمع ويحرمون من حريتهم. وفي كثير من الأحيان، لا يستطيع الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعيشون في مؤسسات الحصول على التعليم ولا ممارسة حقهم في التصويت ولا يتمتعون بالقدرة على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم.

الأطر المعيارية الدولية

تتصح مجموعة من الأطر المعيارية الدولية بعدم إبداع الأشخاص ذوي الإعاقة في مؤسسات الرعاية. وقد أرسى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) 554 والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (1966) 555 وغيرهما من المعاهدات الدولية الأساسية الأخرى لحقوق الإنسان معياراً أساسياً، وهو أن لكل فرد الحق في الحرية. وتنص المادة 14 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أنه ينبغي للدول الأطراف أن تكفل تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، بالحق في الحرية، وألا يكون وجود الإعاقة مبرراً بأي حال من الأحوال لأي حرمان من الحرية. وتنص المادة 19 كذلك على أن تتخذ الدول الأطراف تدابير فعالة ومناسبة لتيسير تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً بالحق في العيش المستقل والمشاركة في المجتمع. كما يتصل عددٌ من المبادئ العامة لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وبصورة خاصة، بالانتقال من المؤسسة إلى المجتمع، مثل احترام كرامة الأشخاص المتأصلة واستقلالهم الذاتي بما في ذلك لحرية تقرير خياراتهم بأنفسهم واستقلاليتهم (الفقرة (أ) من المادة 3)، والمشاركة والشمول الكاملين والفعالين في المجتمع (الفقرة (ج) من المادة 3)، واحترام الفوارق وقبول الأشخاص ذوي الإعاقة كجزء من التنوع البشري والطبيعة البشرية (الفقرة (د) من المادة 3). ويشتمل الهدف 10 من أهداف التنمية المستدامة، الذي يدعو إلى الحد من عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها، على المقصد 10-2 الذي يركز على تمكين وتعزيز الشمول الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للجميع، بغض النظر عن حالة الإعاقة.

الشكل 2-108 الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة بتعزيز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال الانتقال من المؤسسة إلى المجتمع

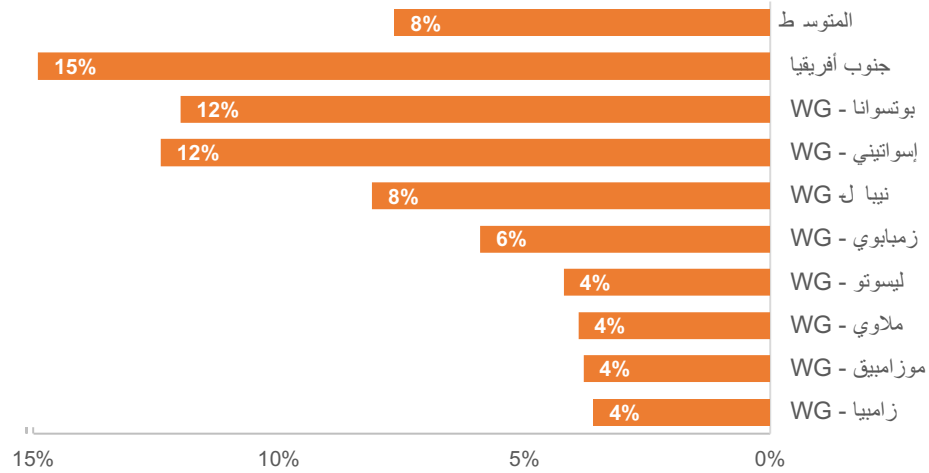


تحدد اتفاقية حقوق الطفل (1989)، بدورها، التزامات للدول الأطراف، وذلك في المادة 23 منها التي تتعلق بالأطفال ذوي الإعاقة. فتتصّل على ضمان حياة كاملة وكرامة في ظل ظروف تكفل كرامة الطفل وتعزز اعتماده على النفس وتيسير مشاركته الفعلية في المجتمع⁵⁵⁶. وقد أعرب قرار اعتمده مجلس حقوق الإنسان بشأن الصحة العقلية وحقوق الإنسان (2017) عن القلق بشأن إمكانية تعرّض طلائع ضوئي حالات الصحة النفسية أو إعاقات نفسية اجتماعية للإقصاء الاجتماعي والفصل والإيداع غير المشروع أو التعسفي في المؤسسات، وحث الدول الأعضاء على وضع خدمات ووسائل دعم مجتمعية تتمحور حول الإنسان⁵⁵⁷.

الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية: الوضع والممارسات الحالية

لا تزال ممارسة إيداع الأشخاص ذوي الإعاقة في مؤسسات الرعاية قائمة في العديد من البلدان. فأشارت بيانات من تسعة بلدان نامية إلى أن 4 إلى 15 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون في مؤسسات أو دور خاصة (الشك 2-109). ولا تزال معدلات إيداع الأطفال ذوي الإعاقة في مؤسسات الرعاية مرتفعة أيضاً في العديد من البلدان، وشهد العديد من بلدان الدخل المنخفض والمتوسط، على وجه الخصوص، تزايداً في هذه المعدلات. وهؤلاء الأطفال كثيراً ما يُبعدون عن أسرهم عند الولادة أو بعد التشخيص الطبي مباشرة، وفي بعض الأحيان بخلاف الرغبات التي يعرب عنها والديهم⁵⁵⁸. وفي تقييم للرعاية البديلة في 21 بلداً، تبين أن الإعاقة في 13 بلداً أدرجت كـ "السبب الجذري" لوضع الأطفال في الرعاية البديلة⁵⁵⁹. وفي عام 2007، كان ثلث الأطفال في الرعاية البديلة في أوروبا الشرقية من ذوي الإعاقة⁵⁶⁰. وفي معظم الأحيان، يواجه الأطفال ذوو الإعاقة في المؤسسات نقصاً مزمناً في الاهتمام الجسدي والعاطفي والوجداني⁵⁶¹، كما أن احتمال إهمالهم أكبر بـ 1.8 مرة، واحتمال إهمالهم عاطفياً أكبر بـ 2.8 مرة⁵⁶². ويودع الكثير من الشباب ذوي الإعاقة في مؤسسات الرعاية خلال فترة المراهقة لأن أسرهم تجد صعوبة بالغة في الاستمرار برعايتهم بموارد محدودة أو لأن أفرادها قد تقدم بهم العمر إلى درجة لا تسمح لهم برعاية شخص راشد⁵⁶³. وفي معظم البلدان، لا تزال رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية والذهنية تقدم غالباً في المؤسسات، رغم أنه قد تبين أن خدمات الصحة النفسية المجتمعية أكثر فعالية وأقل كلفة وأفضل في التقليل من الإقصاء الاجتماعي^{564،565}. وقد بذل عدد من البلدان جهوداً استثنائية لخفض عدد الأطفال في مؤسسات الرعاية. ففي صربيا، مثلاً، انخفض عدد الأطفال في مؤسسات الرعاية بنسبة 63 في المائة بين عامي 2000 و2011، في حين انخفض عدد الأطفال ذوي الإعاقة بنسبة 37 في المائة⁵⁶⁶.

الشكل 2-109 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين عاشوا في أوقات تمن الأوقات في مؤسسة أو دار خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة، في 9 بلدان، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة الصغيرة لفردي قواشنت نحل أداء الوظائف. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما الأطفال والشباب وذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية والذهنية، من بينهم محرومين من حريتهم ومعرضين للإقصاء من مجتمعاتهم المحلية ومن المجتمع ككل بسبب إيداعهم في مؤسسات الرعاية. وكثيراً ما لا تتاح لهم إمكانية الحصول على التعليم ولا يستطيعون التصويت ولا المشاركة اجتماعياً واقتصادياً وسياسياً في المجتمع. ويجب عدم إهمال الأشخاص ذوو الإعاقة الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية. وسيطلب تحقيق الهدف 10 الانتقال من المؤسسة إلى المجتمع وإزالة الممارسات القسرية. ولتحقيق ذلك، لا بد من بذل الجهود التالية:

(1) مراجعة وإلغاء السياسات والقوانين التي تسمح بإيداع الأشخاص ذوي الإعاقة قسراً في مؤسسات الرعاية، وتلك التي تحرمهم من حريتهم.

(2) الاستعاضة عن المؤسسات بالخدمات المجتمعية ونُظُم الدعم لأسر الأشخاص ذوي الإعاقة لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش في المكان الذي يرغبون فيه.

(3) التوعية على مختلف المستويات، بما في ذلك لدى مقدمي الخدمات في المؤسسات والأسر ومجموعات الوالدين وواضعي السياسات. وينبغي توجيه حملات التوعية العامة والمناصرة نحو تغيير النُهج الفكرية والمعايير الاجتماعية الموجهة ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الأطفال ذوي الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية، بغية تعزيز الحلول المجتمعية.

الحد من أوجه عدم المساواة بين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية أو الإعاقة النفسية الاجتماعية

في سياق الهدف 10، يسلط هذا القسم الضوء على أوجه عدم المساواة والقوانين التمييزية المتعلقة تحديداً بالأشخاص ذوي الإعاقة النفسية أو الإعاقة النفسية الاجتماعية، التي ينبغي معالجتها. فهؤلاء يتعرضون للوصم والتمييز والإقصاء من المشاركة في الحياة المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية، وذلك بسبب الإبقاء على قوانين تسمح بفصل الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية أو الإعاقة النفسية الاجتماعية وتهميشهم والتمييز ضدهم وإكراههم.

وقد اعتُمدت مصطلحات مختلفة للإشارة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية. فاستخدمت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية مصطلح الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية⁵⁶⁷. ولكن يُستخدم المصطلح أحياناً على نحو لا يميّز هؤلاء الأشخاص عن غيرهم، مثل الأشخاص الذين يعانون من عاهات عقلية في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة⁵⁶⁸، أو الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الـ *صحة العقلية أو الإعاقة النفسية الاجتماعية* في قرار مجلس حقوق الإنسان 569/18/32. وتشمل حالات الصحة النفسية الفصام، والاضطراب الثنائي القطب والاكنتا ب والصرع واضطرابات الكحول وتعاطي المخدرات وغير ذلك⁵⁷⁰. ويُستخدم، في هذا القسم، مصطلح "الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية".

ويبدأ القسم بوصف الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة، ومن ثم تحليل أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، يليه استعراض للقوانين والسياسات الوطنية، بالإضافة إلى الممارسات المثلى. وترد في نهاية القسم ملاحظات ختامية وتوصيات.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية

جميع الأطر المعيارية الدولية التي تنطبق على الأشخاص ذوي الإعاقة والتي ورد وصفها في جميع أقسام هذا التقرير، تنطبق أيضاً على الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية. وتوضح اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على وجه الخصوص، أن الأشخاص ذوي الإعاقة يشملون ذوي الإعاقة النفسية، وأن جميع مواد الاتفاقية تتصل أيضاً بالأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية. وأحد الأحكام الأكثر انتهاكاً بدرجة غير متناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية هو الحق في الاعتراف على قدم المساواة مع آخرين أمام القانون الذي تنص عليه المادة 12 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تضمن اتخاذ قرارات صحيحة قانوناً لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقات النفسية الاجتماعية، في أي وقت من الأوقات⁵⁷¹.

أعرب قرار مجلس حقوق الإنسان للأمم المتحدة المعتمد في عام 2016، الذي يركز على الصحة النفسية وحقوق الإنسان، عن القلق من أن (1) "الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية أو الإعاقة النفسية الاجتماعية، ولا سيما من يستعملون خدمات الصحة العقلية، قد يتعرضون على نطاق واسع لجملة ممارسات لا تراعي استقلالهم ورغبتهم وميولهم منها التمييز والوصم والتحيز والعنف والإقصاء الاجتماعي والعزل والإيداع التعسفي أو غير القانوني في مؤسسات الرعاية والإفراط في التطبيب والعلاج"، ومن أن (2) "هذه الممارسات قد تشكل أو تخلف انتهاكات

وخروفا لحقوق الإنسان والحريات الأساسية تصل أحيانا إلى حد التعذيب أو غيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وإذ يدرك ضرورة الالتزام بقدر أكبر بمعالجة جميع التحديات المتبقية في هذا الصدد⁵⁷². كما يؤكد القرار من جديد التزام الدول بضمان توافق السياسات والخدمات المتصلة بالصحة النفسية مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، ويسلم بضرورة أن تتخذ الدول خطوات فعالة من أجل الشمول الكامل لمنظور قائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة النفسية والخدمات المجتمعية، ولا سيما بغرض القضاء على جميع أشكال العنف والتمييز في هذا السياق، وتعزيز حق كل شخص في الشمول الكامل والمشاركة الفعالة في المجتمع.

وفي عام 2013، اعتمدت جمعية الصحة العالمية خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية 2013-2020. وتشتمل هذه الخطة على إجراءات لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية من المشاركة في أنشطة الصحة النفسية، مثل المناصرة ووضع السياسات⁵⁷³. ويدعو إطار سندي للحد من مخاطر الكوارث (2015)، تحديداً، إلى تعزيز خطط التعافي التي توفر الدعم النفسي والاجتماعي وخدمات الصحة النفسية. وهذه الخدمات أساسية بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية الذين يحتاجون إليها.

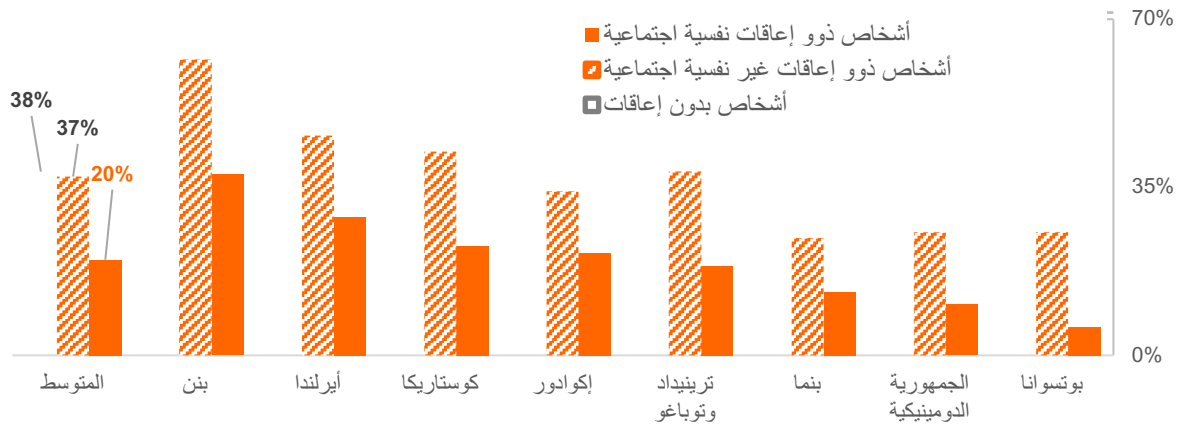
حالة الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية

في جميع أنحاء العالم، يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية لانتهاكات كبيرة لحقوقهم ومشاركتهم وأهليتهم القانونية وكرامتهم وشمولهم، تشمل الإيداع في المؤسسات، والتجاوزات التي تحدث في مستشفيات الأمراض النفسية، وممارسات العلاج الضارة والقسرية، علاوة على سوء الأحوال المعيشية⁵⁷⁴⁻⁵⁷⁵⁻⁵⁷⁶. والحرمان من الحق في ممارسة الأهلية القانونية، الذي يفرض من خلال قوانين الإشراف والوصاية والصحة النفسية وغيرها من التشريعات في البلدان، يجرّد الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية من القدرة على اتخاذ القرارات والسيطرة على حياتهم.

وكثيراً ما يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية للعنف والإكراه والاعتداء في كل من مرافق خدمات الصحة النفسية وفي المجتمع في إطاره الأوسع⁵⁷⁷. فيتعرض، في أي سنة من السنوات، واحد من كل أربعة أشخاص من ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية إلى عنف جسدي أو جنسي، وهو معدل أعلى بكثير من بقية السكان⁵⁷⁸. وفي سياق الرعاية الصحية النفسية، كثيراً ما يُحرم الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية من الحق في اتخاذ قرارات بشأن علاجهم ورعايتهم، ما يؤدي إلى إيداعهم قسراً في مؤسسات الرعاية وفرض علاجات عليهم وإلى غير ذلك من الممارسات التعسفية مثل استخدام العزل والتقييد والأدوية غير الملائمة والاستخدام المفرط للأدوية والعلاج بالصدمات الكهربائية دون موافقتهم⁵⁷⁹⁻⁵⁸⁰.

ويؤثر الحرمان من الأهلية القانونية أيضاً على جوانب أخرى من حياة الناس ويجردهم من حقوق مدنية وسياسية أساسية، مثل الحق في الزواج وفي أن يكون لديهم أطفال وتمثيل قانوني، والدفاع عن حقوقهم في المحاكم، والتصويت أو الترشح للمناصب العامة⁵⁷⁰⁻⁵⁸¹. ويبين الشكل 2-110 مثلاً نسبة الأشخاص المتزوجين ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، في 8 بلدان في حوالي عام 2011. وفي المتوسط، لا يتزوج سوى 20 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، مقابل 37 في المائة من الأشخاص ذوي أنواع الإعاقات الأخرى و38 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. وفي جميع هذه البلدان، يقل احتمال زواج الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية عن غيرهم.

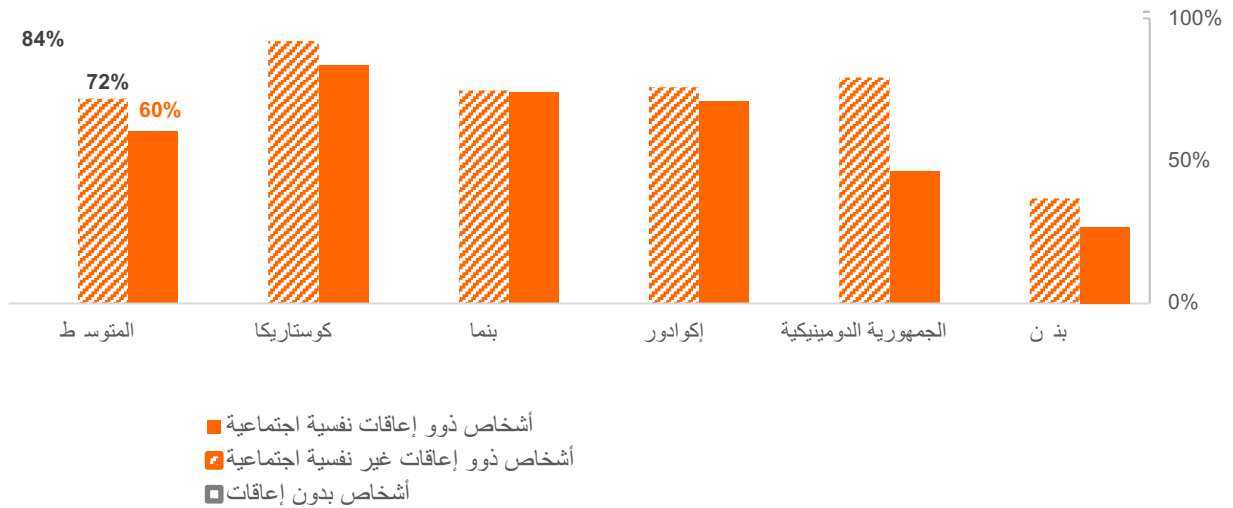
الشكل 2-110 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 18 سنة فأكثر المتزوجين، حسب بوضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 8 بلدان، حوالي عام 2011



المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

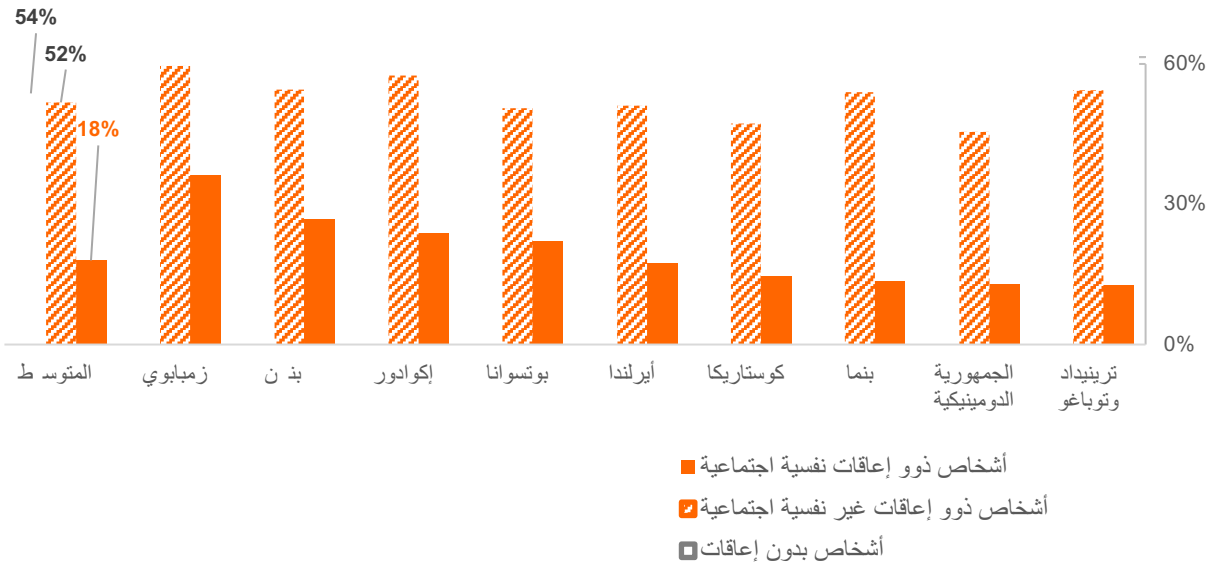
كما يُحرّم العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية من الحصول على التعليم والعمل وغير ذلك من الفرص التي تولد الدخل^{570،582}. ومعدلات التمييز بين الأفراد الذين شخصوا بأن لديهم فصام، مثلاً، مرتفعة في بلدان ذات مستويات دخل مختلفة^{583،584،585،586}. وتشير البيانات المتاحة إلى أن معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أقل من بقية السكان (الشك ل2-111)، فلا تتجاوز في المتوسط وفي خمسة بلدان 60 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، مقارنة مع 72 في المائة من ذوي أنواع الإعاقات الأخرى و84 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. وعلاوة على ما سبق، لوحظت فجوات أوضح في الوصول إلى سوق العمل (الشك ل2-112). ففي تسعة بلدان، بلغت في المتوسط نسبة الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية الذين لديهم عمل 18 في المائة، مقارنة مع 52 في المائة من ذوي أنواع الإعاقات الأخرى و54 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. وفيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، تتراوح هذه النسبة المئوية، التي تسمى أيضاً نسبة العمالة إلى السكان، بين 13 في المائة في الجمهورية الدومينيكية وترينيداد وتوباغو و36 في المائة في زمبابوي. وفي جميع البلدان، تزيد الفجوات في هذه النسبة بين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية وذوي أنواع الإعاقات الأخرى على 20 نقطة مئوية، بل تصل إلى 40 نقطة مئوية وأكثر في بلدين.

الشكل 2-111 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 15 سنة فأكثر الملمين بالقراءة والكتابة، حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 5 بلدان، حواله عام 2011



المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

الشكل 2-112 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 15 سنة فأكثر والذين يعملون حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 9 بلدان، حواله عام 2011



المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰).

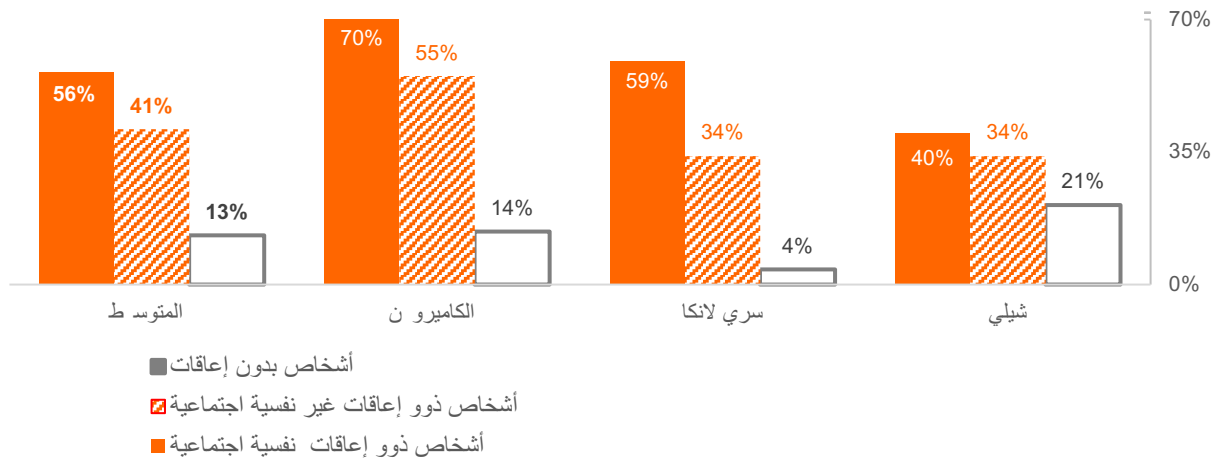
يفتقر الأشخاص ذوو الإعاقات النفسية الاجتماعية إلى إمكانية الحصول على السكن وغيره من الخدمات ووسائل الدعم الاجتماعي، وكذلك إلى الرعاية الصحية المناسبة. وتشير الأدلة الواردة من ثلاثة بلدان، حوالي عام 2015، إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أكثر عرضة لأن يجدوا أن المرافق الصحية معيقة أو معيقة جداً لهم (الشك ل2-113)، وذلك بنسبة 56 في المائة منهم في المتوسط. وفي المقابل، يجد 41 في المائة من الأشخاص ذوي أنواع الإعاقات الأخرى و13 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة أن المرافق الصحية معيقة. وهذه التباينات قائمة في كلِّ من البلدان الثلاثة، ولكن سجلت شيلي أدنى نسبة مئوية من الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية الذين يواجهون هذا التحدي (40 في المائة).

وعلى نحو مشابه، تشير الأدلة الواردة من نفس البلدان إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أكثر عرضة لأن يعتبروا صحتهم العامة سيئة (الشك ل2-114). فيعتبر ما متوسطه 60 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أن صحتهم العامة سيئة أو سيئة جداً، مقابل 47 في المائة من الأشخاص ذوي أنواع الإعاقات غير النفسية الاجتماعية و7 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة. وفي هذه البلدان الثلاثة، كلما انخفضت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية الذين يجدون أن المرافق الصحية معيقة، انخفضت نسبة الذين يعتبرون أن صحتهم العامة سيئة، ما يشير إلى أن المرافق الصحية التي تستوعب احتياجاتهم وتلبّيها تؤدي دوراً في توفير الرعاية الصحية الكافية. ويموت، عموماً، الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية في سن أصغر من بقية السكان.

وتشير الأدلة المتوفرة، أيضاً، إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية يواجهون عوائق أكثر من غيرهم في المشاركة في الأنشطة الأسرية والمجتمعية. فمثلاً، في سري لانكا في عام 2015، كانت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية الذين أفادوا بأنهم يواجهون تحديات في المشاركة في أنشطة أسرية ومجتمعية مختارة أكبر بمقارنة مع بقية السكان: فحوالي 27 في المائة منهم لم يتمكنوا من المشاركة في القرارات الأسرية، واعتبر 39 في المائة منهم أن الانضمام إلى الأنشطة المجتمعية ينطوي على مشاكل أو مشاكل كبيرة، واعتبر 59 في المائة أن أماكن الأنشطة الاجتماعية معيقة أو معيقة جداً و62 في المائة اعتبروا أن المتاجر والمصارف ومكاتب البريد معيقة أو معيقة جداً (الشك ل2-115). وبالمقارنة، أبلغ أقل من 3 في المائة من الأشخاص بدون إعاقة عن أي من هذه التحديات. كما أن الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أكثر عرضة لمواجهة هذه المصاعب من الأشخاص ذوي أنواع الإعاقات الأخرى: فيزيد احتمال عدم شمولهم في القرارات الأسرية بخمس مرات، كما أن احتمال أن يعتبروا أن الانضمام إلى الأنشطة ينطوي على مشاكل أو أن المتاجر والمصارف ومكاتب البريد معيقة لهم أكثر بضعف من الأشخاص ذوي أنواع الإعاقات الأخرى.

وبدون فرص التعليم والعمل والخدمات الأساسية والدعم الاجتماعي، ينتهي الأمر بالعديد من الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية إلى العيش في الشوارع أو في مستشفيات الأمراض النفسية أو في فق رمقع⁵⁸⁷. وقد أظهرت دراسة أجريت في المملكة المتحدة أن الأشخاص ذوي حالات الصحة النفسية الحادة هم أكثر عرضة للوفاة المبكرة من عامة السكان⁵⁸⁸.

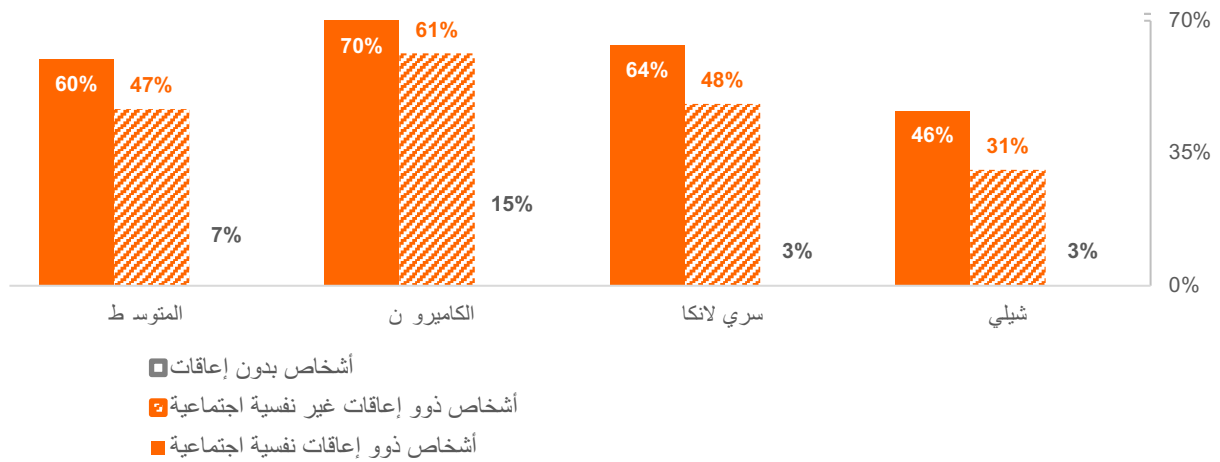
الشكل 2-113 النسبة المئوية للأشخاص الذين يجدون أن المرافق الصحية معيقة أو معيقة جداً، حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 3 بلدان (MDS)، حوالي عام 2015



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: WHO¹⁰⁰.

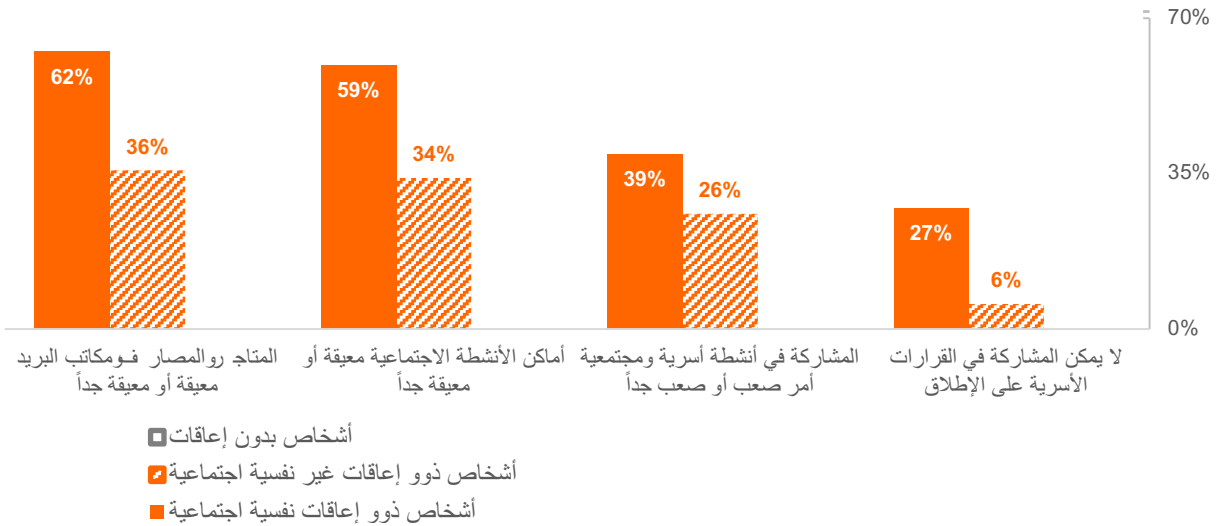
الشكل 2-114 النسبة المئوية للأشخاص الذين يجدون أن المرافق الصحية سيئة أو سيئة جداً، حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في 3 بلدان (MDS)، حوالي عام 2015



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: WHO¹⁰⁰.

الشكل 2-115 النسبة المئوية للأشخاص الذين يبلغون عن تحديات تواجههم في أنشطة أسرية ومجتمعية مختارة، حسب وضعي الإعاقة النفسية الاجتماعية والإعاقة، في سري لانكا في عام 2015



المصدر: WHO¹⁰⁰.

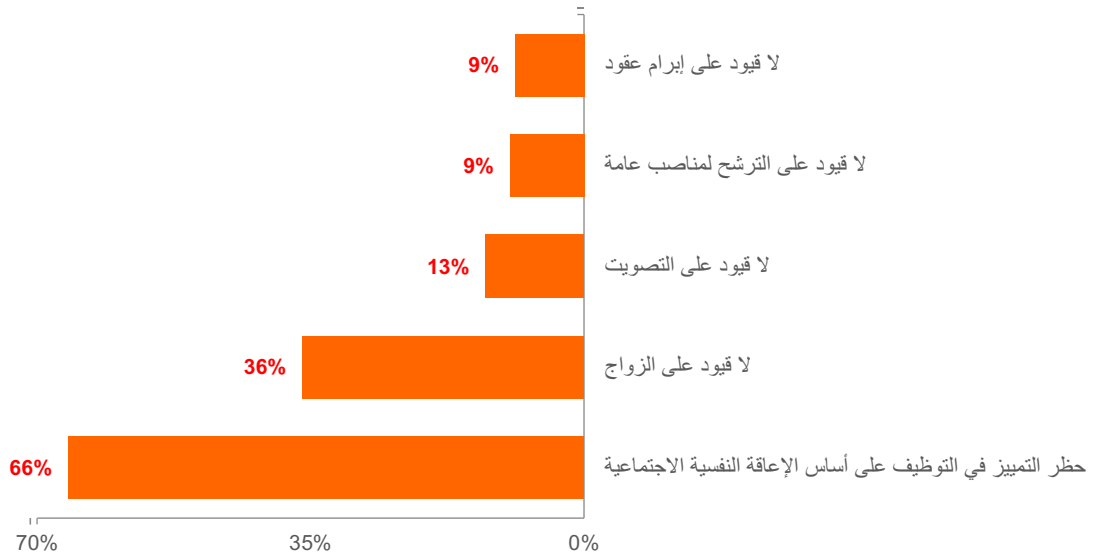
الممارسات الحالية

للسياسات والقوانين الوطنية المتعلقة تحديداً بالصحة النفسية والإعاقة النفسية الاجتماعية آثار مباشرة وهامة على مستوى شمول ومشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية في المجتمع. وعلى الرغم من أن السياسات والقوانين المتعلقة بالإعاقة قد أهملت الإعاقات النفسية الاجتماعية في أحيان كثيرة، يتزايد اليوم عدد السياسات والتشريعات التي تشملها. وحتى عام 2014، كان 21 بلداً من بين 168 بلداً قد أدمج خطأ للصحة النفسية في خطته العامة للصحة أو الإعاقة، ووضع 131 بلداً آخر خطأ للصحة النفسية. وتضمنت معظم السياسات المتعلقة بالصحة النفسية، سواء القائمة بذاتها أم التي تمثل جزءاً من السياسات العامة الأخرى المتعلقة بالصحة أو الإعاقة، عدداً من بنود القائمة المرجعية التي تعكس احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية: فأشارت 92 في المائة من البلدان إلى أن سياساتها أو خططها تعزز الانتقال إلى خدمات الصحة النفسية المجتمعية، وأشارت 85 في المائة منها إلى أن سياساتها أو خططها تولي اهتماماً واضحاً لاحترام حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية⁵⁸⁹. ولكن في المائة من البلدان أشارت إلى أنها نفذت سياساتها أو خططها المتعلقة بالصحة النفسية⁵⁹⁰.

تشجع التشريعات في عدد من البلدان الشمول الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، على أساس المساواة مع الآخرين (الشكل 2-116). ولكن لا تزال قوانين عديدة تتعلق بالعمل والزواج والتصويت وحقوق الملكية لا تفي بالالتزامات التي نصت عليها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إزاء الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية^{591، 592، 593}. ومن بين 186 بلداً تسمح 53 في المائة منها بفصل من لديه إعاقة نفسية اجتماعية من العمل أو تعليق العمل أو إنهائه. غير أن ذلك حُظر في 37 في المائة من هذه البلدان، كما يحظر التمييز على أساس الإعاقة النفسية الاجتماعية وقت التشغيل في 66 في المائة⁵⁹⁴. ولا تفرض القوانين أي قيود على أهلية

الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية للزواج إلا في 36 في المائة من 161 بلداً. وتحرم قوانين 44 في المائة من هذه البلدان الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية من الحق في الزواج، في حين يتعين على الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية في 7 في المائة منهم التماس رأي أو إذن من آخرين ليتمكنوا من الزواج. وفي النسبة المتبقية، البالغة 13 في المائة، تعدّ الإعاقة النفسية الاجتماعية سبباً مقبولاً لإبطال الزواج أو للطلاق⁵⁹⁵. بل إن القيود المفروضة على حقوق الوالدين للأشخاص ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية أكثر انتشاراً⁵⁹⁶. ومن بين 167 بلداً، 13 في المائة لا يضع قيوداً قانونية على حق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية في التصويت، في حين تضع الـ 87 في المائة المتبقية قيوداً قانونية على ممارسة هذا الحق. وفيما يتعلق بالترشح للمناصب العامة يواجه الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية في 91 في المائة من 161 بلداً قيوداً على ممارسة هذا الحق⁵⁹⁷، وفي أكثر من نصف هذه البلدان، يستهدف هذا التقييد الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية على وجه التحديد⁵⁹⁸. و فقط 16 بلداً من أصل 182، أي 9 في المائة، لا يضع أي قيود قانونية على قيام الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية بإبرام عقود⁵⁹⁹.

الشكل 2-116 النسبة المئوية للبلدان التي لديها تشريعات تسمح للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية بالزواج والعمل والتصويت والترشح لشغل مناصب عامة والتعاقد، على قدم المساواة مع الآخرين، حوالي عام 2017



المصدر: Nardodkar and others (2016)⁶⁰⁰؛ Bhugra and others (2016)⁶⁰¹؛ Bhugra and others (2016a)⁵⁹³؛ UNDESA⁵⁹⁸؛ Bhugra and others (2016b)⁶⁰².

وعلى نحو مشابه، لا تزال التشريعات في بلدان عدة تحول دون التمكين الكامل للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية من اتخاذ قرارات متعلقة برعايتهم الصحية. ففي الدول الأعضاء في الكومنولث، مثلاً، تعوق قوانين 71 في المائة من هذه البلدان الحق في الاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أمام القانون على قدم المساواة مع الآخرين وفي ممارسة الأهلية القانونية، وذلك بالسماح لآخرين بأن يتخذوا قرارات نيابة عنه، بما في ذلك القرارات

الطبية. وعلاوة على ذلك، فإن تشريعات الصحة النفسية في جميع الدول الأعضاء في الكومنولث تصرّح مباشرة بالتطبيق بالعلاج غير الطوعيين. ولا تعترف قوانين الصحة النفسية في 76 في المائة من هذه الدول بالحق في العيش في المجتمع المحلي وفي تلقي الخدمات في المجتمع المحلي، ما يشكل عقبة أمام انتقال الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية/النفسية من المؤسسة على المجتمع⁶⁰³.

وقد أحرزت بلدان عدة بعض التقدم في إزالة جميع أشكال الوصاية والقوامة على الأشخاص ذوي الإعاقة، ما أتاح الأهلية القانونية الفعلية للأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية⁶⁰⁴. وعلى الصعيد العالمي، وُضعت أداة، هي "مجموعة أدوات حقوق الجودة" (Quality Rights Tool Kit)، تركز على الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، وتساعد على بناء إمكانات البلدان في تقييم الرعاية وتحسين نوعيتها، وفي مراعاة حقوق الإنسان في خدمات الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية⁶⁰⁵.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية، في جميع البلدان، يواجهون التمييز في القوانين والسياسات وبيئات الرعاية الصحية والمجتمع بوجه عام، ما يزيد من إقصائهم وتهميشهم. ويتطلب تعزيز مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية إجراء إصلاح كبير لسياسات وقوانين الصحة النفسية في معظم البلدان. وينبغي أن تكفل القوانين والسياسات توفر الخدمات وإمكانية الوصول إليها وأن تكون مقبولة وذات نوعية لائقة، وأن تعزز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية وتدعمها على قدم المساواة مع الآخرين. ولا بد أيضاً من إنفاذ هذه القوانين والسياسات وتنفيذها. وعلى الجهات الفاعلة في مجال التنمية، أثناء تنفيذ الهدف 10 من أهداف التنمية المستدامة، الذي يدعو إلى الحد من أوجه عدم المساواة، أن تعمل، تحديداً، على تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية وأن تتخذ إجراءات لضمان شمولهم اجتماعياً وثقافياً واقتصادياً ومدنياً وسياسياً. وسيتطلب تحقيق ذلك بذل جهود بناء ومنسقة بين أصحاب المصلحة المتعددين والتعاون على مختلف المستويات، لتحقيق الأهداف التالية:

(1) مراجعة السياسات والتشريعات الوطنية وإزالة أو تعديل تلك التي تميز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية وتحرمهم من حقوقهم في المشاركة في المجالات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية ومنظماتهم في عملية المراجعة حيث أمكن ذلك.

(2) إنهاء الممارسات القسرية، بما في ذلك الإيداع في مؤسسات الرعاية والعلاج الضار والقسري، وإنشاء مجموعة كاملة من الخدمات ووسائل الدعم لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية النفسية الجيدة. فلا بد من إنهاء الممارسات الضارة، بما في ذلك العلاج بالصدمات الكهربائية القسرية، والحبس الانفرادي، والقسر على تناول الأدوية والإفراط في استخدامها، وتقديم الأدوية بناءً على معلومات مُشوّهة، علاوة على القيود الجسدية والكيميائية. ويمكن اعتبار هذه الممارسات إساءة معاملة تصل إلى حد التعذيب^{606،607،608،609،610،611}. ولا ينبغي إجبار الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية على الخضوع للعلاج على أساس "ضرورة طبية" أو "مصلحة فضلى"، دون موافقة الشخص المعني الحرة والمستنيرة^{612،613}.

3) وضع سياسات وبرامج تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية لدعم مشاركتهم على قدم المساواة في المجتمع. ينبغي إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية في أي أنشطة تتعلق بهم، مثل حملات التوعية ووضع السياسات.

4) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية. دعم مشاركتهم في عمليات صنع القرار، وقدرتهم على العيش المستقل والمشاركة في المجتمع، وممارستهم لحقهم في الحرية والأهلية القانونية على قدم المساواة مع الآخرين. وعلى وجه الخصوص، تشجيع الحصول على الرعاية الصحية والعلاج جنائاً على موافقتهم المستنيرة ومشاركتهم.

كاف- جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة ومستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة (الهدف 11)

يركز الهدف 11 من أهداف التنمية المستدامة على شمول المدن والمستوطنات البشرية للجميع وسلامتها، وقدرتها على الصمود واستدامتها. ويتناول هذا القسم احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وما يواجهون من تحديات تتعلق بالهدف 11، من خلال توفير الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالمدن والمستوطنات البشرية الشاملة للجميع ويبحث في السياسات الوطنية القائمة والممارسات المثلى المعتمدة.

وإلى جانب البحث في شمول المدن والمستوطنات البشرية للأشخاص ذوي الإعاقة، بما يتسق مع الهدف 11، يركز القسم بصفة خاصة على أربعة مقاصد لهذا الهدف: (1) المقصد 1-11، ويدعو إلى ضمان حصول الجميع على مساكن وخدمات أساسية ملائمة وأمنة وميسورة الكلفة، (2) والمقصد 2-11، ويدعو إلى توفير إمكانية وصول الجميع إلى نُظُم نقل مأمونة وميسورة الكلفة ومستدامة بحلول عام 2030، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات بعض الفئات، منها الأشخاص ذوو الإعاقة، (3) والمقصد 3-11 الذي يدعو إلى التوسع الحضري الشامل للجميع، (4) والمقصد 7-11 الذي يدعو إلى توفير سُبل استفادة الجميع من مساحات خضراء وأماكن عامة آمنة وشاملة للجميع ويمكن الوصول إليها، ولاسيما بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة بحلول عام 2030. ويحلل القسم أيضاً تجربة الأشخاص ذوي الإعاقة في المدن والأرياف لتحديد الإجراءات اللازمة في كلٍ منهما بغية تحقيق الهدف 11.

ورغم أن هذا القسم لا يتطرق إلا بإيجاز إلى سلامة المدن والمستوطنات البشرية، فثمة نقاش أكثر إسهاباً في القسم المتعلق بالعنف ضد الأشخاص ذوي الإعاقة (المقصدان 1-16 و 2-16). وفيما يتعلق بجانب الصمود، فسيبحث في القسم المتعلق بالأخطار والصدمات والكوارث (المقصدان 5-11 و 5-11 والهدف 13).

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالمدن والمستوطنات البشرية الشاملة

ينص الهدف 11 على "جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة"، وتعود أصوله إلى عدد من المعاهدات الدولية الأساسية، مثل حرية اختيار مكان الإقامة التي يسلم بها العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية⁶¹⁴، والحق في مستوى معيشي لائق، بما في ذلك الحق في السكن اللائق، الذي نص عليه العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية⁶¹⁵. وتحظى الحاجة إلى حرية التنقل وحرية اختيار مكان الإقامة بمزيد من الدعم في اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة⁶¹⁶، كما تتناول اتفاقية حقوق الطفل مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة من أجل تعزيز مشاركتهم في المجتمع المحلي⁶¹⁷.

وتتضمن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أحكاماً مختلفة تتصل بالقضايا التي يغطيها الهدف 11، أي جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال التركيز على احتياجاتهم ووجهات نظرهم. وعلى وجه التحديد، تشمل الاتفاقية الحد من العيش المستقل وفي المجتمع المحلي (المادة 19)، والحق في المستوى المعيشي اللائق والحماية الاجتماعية (المادة 28). وتشمل عناصر إنفاذ هذين الحقين: حق الأفراد في اختيار مكان إقامتهم والأشخاص الذين يعيشون معهم (المادة 19 (أ)).

وتتناول "الخطة الحضرية الجديدة" (2016)، كذلك، الحق في السكن اللائق ومستوى المعيشة، والوصول إلى البنى التحتية المادية والاجتماعية الأساسية بما في ذلك الأراضى المزودة بالخدمات بكلفة معقولة والسكن وتكنولوجيات المعلوما ت والاتصالات، والمساحات العامة ووسائل النقل التي يمكن الوصول إليها، وتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة ومشاركتهم⁶¹⁸.

ويبني قرار حقوق الإنسان في المدن والمستوطنات البشرية الأخرى (2017) على الأطر المعيارية الدولية السابقة ويدعو إلى إنشاء بنى تحتية مادية واجتماعية ومنصفة وميسورة الكلفة ومستدامة للجميع دون تمييز في حين تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، ويحث الدول على تنفيذ سياسات السلامة على الطرق بما يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة⁶¹⁹.

وتقتضي الفقرة 5 من المادة 12 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من الدول الأطراف أن تتخذ التدابير المناسبة والفعالة لضمان حق الأشخاص ذوي الإعاقة في ملكية أو وراثة الممتلكات وإدارة شؤونهم المالية وإمكانية حصولهم، مساواة بغيرهم، على الخدمات المالية. وترتبط هذه الفقرة بالمقصد 11-3 من مقاصد أهداف التنمية المستدامة الذي يدعو إلى تعزيز التوسع الحضري الشامل للجميع والمستدام والقدرة على تخطيط وإدارة المستوطنات البشرية في جميع البلدان.

وتوضح الاتفاقية، أيضاً، ضرورة الشمول في بعض القطاعات، مثل التعليم (المادة 24)، والتأهيل وإعادة التأهيل (المادة 26)، والعمل (المادة 27). وتتجلى هذه الحاجة إلى الشمول، كذلك، في مختلف أهداف التنمية المستدامة.

المسكن

على غرار المقصد 11-1، الذي يدعو إلى توفير مساكن ملائمة وآمنة وميسورة الكلفة، تركز اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على السكن: فالمادة 28 تنظر وإلى الحق في السكن، وتدعو الدول الأطراف إلى ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة من برامج الإسكان العام، وتنص المادة 9 على ضرورة اتخاذ تدابير لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على مساكن، على قدم المساواة مع الآخرين، وأن تشمل هذه التدابير تحديد العقبات والعوائق أمام إتاحتها وإزالتها.

النقل

تتضمن الاتفاقية أحكاماً محددة بشأن إمكانية الوصول إلى وسائل النقل. وعلى وجه التحديد، تدعو المادة 9 الدول الأطراف إلى اتخاذ التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى وسائل النقل لتؤكد على أن هذه التدابير يجب أن تشمل تحديد العقبات والعوائق أمام إمكانية الوصول وإزالتها.

ويدعو المقصد 11-2 إلى توفير إمكانية وصول الجميع إلى نُظم نقل مأمونة وميسورة الكلفة، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة. وتلتزم "الخطة الحضرية الجديدة"، بدورها، باتخاذ تدابير لتحسين سلامة الطرق والبنية التحتية للنقل والتنقل المستدام للأشخاص ذوي الإعاقة⁶²⁰.

إمكانية الوصول إلى الأماكن والخدمات العامة

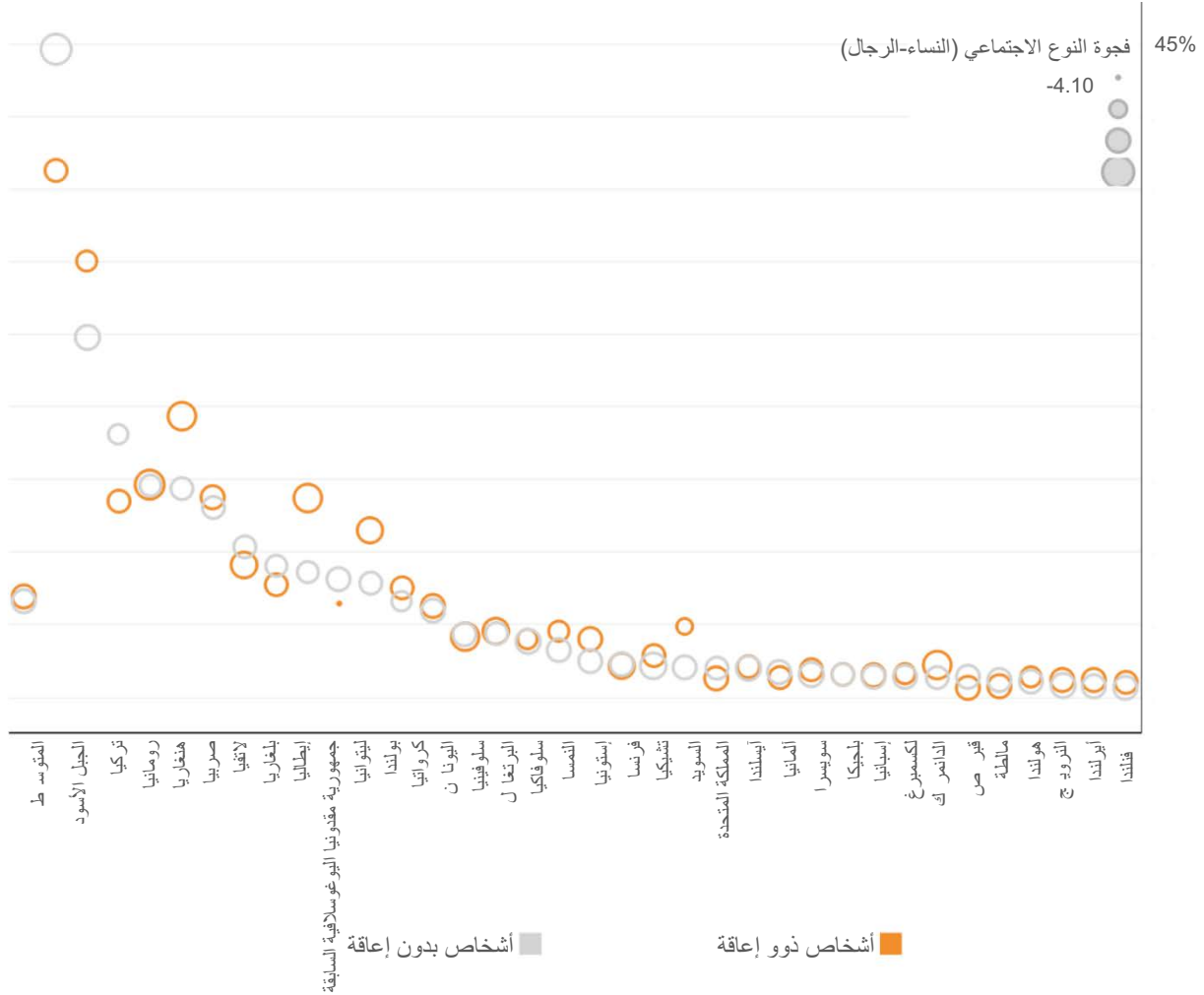
تطرت صكوك مختلفة إلى إمكانية الوصول. ففي برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، المعتمد في عام 1982، اعتبرت إمكانية الوصول مجالاً مستهدفاً رئيسياً للنهوض بالمشاركة والمساواة الكاملتين لهذه الفئة السكانية⁶²¹. وحددت القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة (1994) في القاعدة 5 إمكانية الوصول إلى البيئة المادية والمعلومات والاتصالات كمجالات مستهدفة لتعزيز تكافؤ الفرص⁶²². وأما اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فتتخذ من الدول الأطراف أن تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى البرامج والخدمات بشكل كامل من خلال "التصاميم العامة للجميع"، والترتيبات التيسيرية المعقولة، والقضاء على التمييز. وتُلزم هيئات القطاع العام بإجراء عمليات مراجعة لإمكانية الوصول، ووضع وتنفيذ خطط لإنفاذ الحق في إمكانية الوصول، وهو ما نصت عليه اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حين دعت إلى "كفالة أن تراعي الكيانات الخاصة التي تعرض مرافق وخدمات متاحة لعامة الجمهور أو مقدمة إليه جميع جوانب إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها" (الفقرة 2 (ب) من المادة 9). كما تدعو الاتفاقية الدول الأطراف إلى اتخاذ جميع التدابير المناسبة لحث الكيانات الخاصة على تقديم معلومات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة بأشكال سهلة المنال والاستعمال (الفقرة (ج) من المادة 21)، وأن تكفل إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على مجموعة من خدمات المؤازرة في المنزل وفي محل الإقامة وغيرها من الخدمات المجتمعية (الفقرة (ب) من المادة 19)، واستفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، من الخدمات والمرافق المجتمعية المتاحة لعامة الناس، (الفقرة (ج) من المادة 19). وتضفي المادة 30 من الاتفاقية، كذلك، بأن على الدول الأطراف أن تتخذ تدابير لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة، على قدم المساواة مع الآخرين، في أنشطة الترفيه والتسلية والرياضة. ويدعو المقصد 7-11 إلى توفير سُبل استفادة الجميع، ولا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة، من مساحات خضراء وأماكن عامة آمنة وشاملة للجميع.

حالة المد والمستوطنات البشرية فيما يتعلق بشمولها الأشخاص ذوي الإعاقة

المسكن الملائم والأمن والميسور الكلفة (المقصد 11-1)

يبين الشكل 2-117، أن بين 35 بلداً، معظمها في أوروبا، متوسط النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 16 سنة فأكثر ويعيشون في مساكن محرومة بشدة مشابه للأشخاص ذوي الإعاقة (6.9 في المائة) والأشخاص بدون إعاقة (6.6 في المائة). ولكن الفجوة الضيقة، التي تقل عن 0.5 نقطة مئوية تحجب تباينات أوسع في بعض البلدان. ففي ثلاثة بلدان، وهي صربيا ومقدونيا وتركيا، تصل الفجوة إلى حوالي 5 نقاط مئوية. والفوارق بين الجنسين ضئيلة في معظم البلدان. كما يشكل الافتقار إلى المرافق الصحية الداخلية في المساكن عبئاً كبيراً على الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التنقل (القسم المتعلق بالهدف 6).

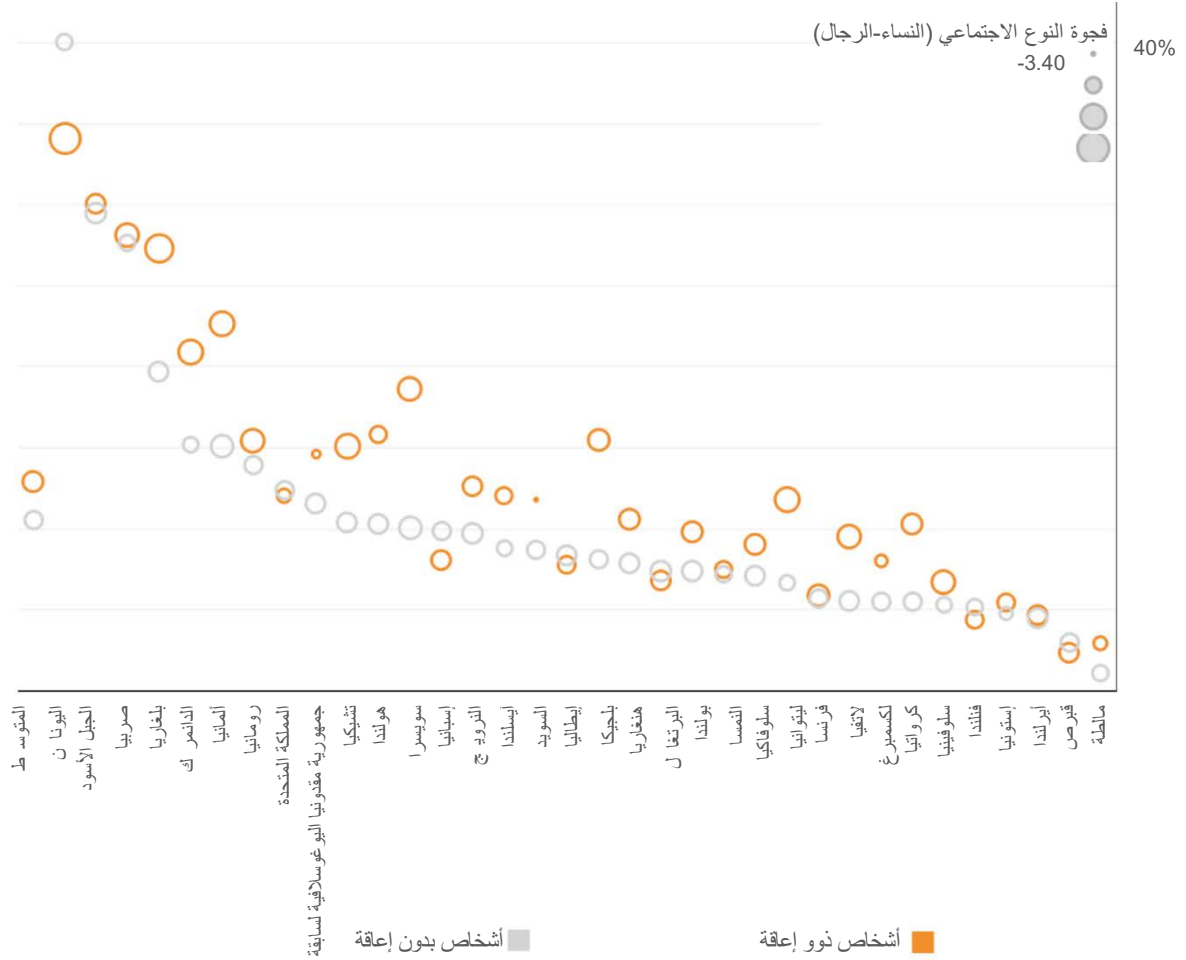
الشكل 2-117 النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 16 سنة فأكثر الذين يعيشون في مساكن محرومة بشدة، حسب حالة الإعاقة، في 35 بلداً، في عام 2016



المصدر: Eurostat.⁹

ويبدو أن عدم توفر المساكن بكلفة ميسورة يمثل تحدياً أشد على الأشخاص ذوي الإعاقة من غيرهم. وعلى وجه التحديد، يرجح أن يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما النساء منهم، لعبء زائد من تكاليف السكن بدرجة أكبر من غيرهم (الشكل 2-118). والعبء الزائد لتكاليف السكن، أي النسبة المئوية للأشخاص البالغين من العمر 16 سنة فأكثر الذين يعيشون في أسر تمثل التكاليف الإجمالية للسكن فيها أكثر من 40 في المائة من الدخل المتاح لها، أعلى قليلاً بين الأشخاص ذوي الإعاقة (13 في المائة) مقارنة بغيرهم (11 في المائة). وبالمجمل، يصل معدل العبء الزائد لتكاليف السكن إلى أعلى مستوياته بين النساء ذوات الإعاقة، فيبلغ 14 في المائة، مقارنة مع 12 في المائة بين الرجال ذوي الإعاقة. وأما المعدل بين الأشخاص بدون إعاقة، فيبلغ 10 في المائة للرجال و11 في المائة للنساء.

الشكل 2-118 النسبة المئوية للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 16 سنة فأكثر الذين يعيشون في أسر تمثل التكاليف الإجمالية للسكن فيها أكثر من 40 في المائة من الدخل المتاح لها، حسب حالة الإعاقة، في 34 بلداً، في عام 2016

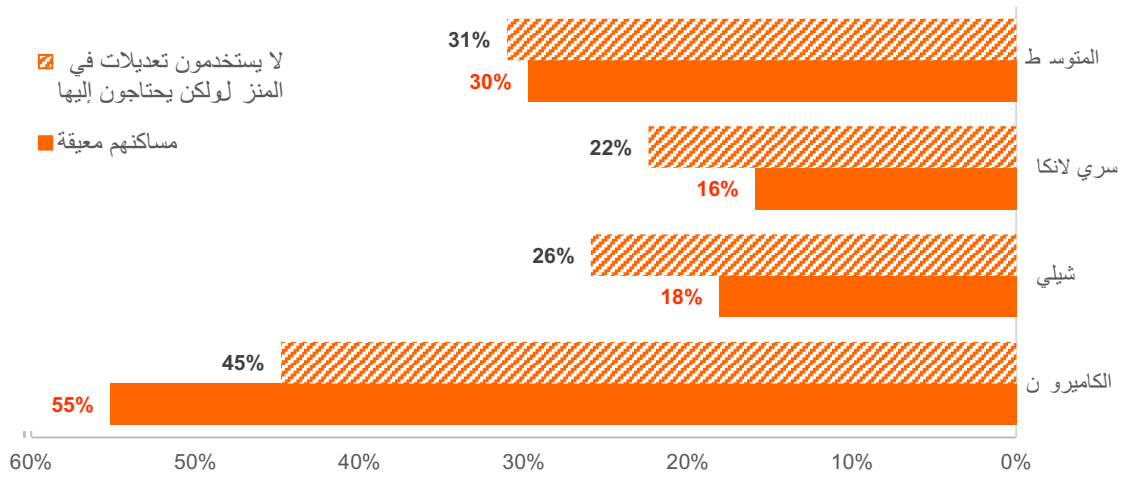


المصدر: Eurostat.⁹

وتشير الأدلة المتاحة أيضاً إلى أن عدداً غير متناسب من الأشخاص ذوي الإعاقة هم بلا مأوى⁶²³، ويرجح أن يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديات أكبر في الحصول على دخل وأصول وخدمات بسبب الوصم والتمييز، ما يزيد من تعرضهم للتشريد. وتحول عوائق عدة دون تمتعهم بحقهم في السكن اللائق، مثل عدم إمكانية الوصول المادي، والتمييز والوصم، ومحدودية فرص الوصول إلى سوق العمل، والانتقال إلى السكن الاجتماعي أو الدعم المجتمعي⁶²⁴. وعلى وجه الخصوص، يمكن للانتقال من المؤسسة إلى المجتمع دون توفير الخدمات المجتمعية اللازمة والانتقال إلى المساكن بكلفة ميسورة أن يجعل العديد منهم بلا مأوى⁶²³. ويتمثل تحدّي آخر في محدودية ضمان الحيازة، ولا سيما بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية أو النفسية الاجتماعية الذين كثيراً ما تُهمل أهليتهم القانونية: فنادرًا ما يتمكنون من الحصول على عقود سكن نظامية، فيضطرون إلى إبرام عقود م زخلال طرائق أقل نظامية للحصول على السكن⁶²⁵.

ما يؤدي إلى زيادة تعرضهم للإخلاء القسري. وفي بعض البلدان، قد تتخلى الأسر عن الأطفال ذوي الإعاقة⁶²⁶، فيواجه هؤلاء خطر التشرد والاستغلال لغرض التسول في الشوارع أو في أماكن أخرى⁶²⁷. والنوع الاجتماعي هو أيضاً عامل مهم في التشرد، فالنساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة لمخاطر العنف، وحين يهربن من العنف قد لا تتاح لهن ملاجئ للطوارئ⁶²³. وكثيراً ما ترفض الملاجئ استقبال الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية، بسبب افتقارها إلى الترتيبات التيسيرية التي تلبي احتياجات هؤلاء الأشد⁶²⁸.

الشكل 2-119 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين (1) يعتبرون أن مساكنهم معيقة و(2) لا يستخدمون تعديلات في المنزل ولكن يحتاجون إليها، في 3 بلدان (MDS)، حوالي عام 2015



ملاحظة: يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جمعت بيانات الكاميرون في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: WHO¹⁰⁰.

وحتى إذا نجح الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على مسكن، فقد يكون ذلك المسكن معيقاً أو معيقاً جداً لأنه لا يتضمن ما يكفي من الترتيبات التيسيرية لتلبية احتياجاتهم. وفي ثلاثة بلدان، في حوالي عام 2015، أشار 30 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة، في المتوسط، إلى أن مساكنهم معيق، وتراوحت نسبهم بين 16 في المائة في سري لانكا و18 في المائة في شيلي، وصولاً إلى 55 في المائة في مقاطعتين في الكاميرون (الشكل 2-119). وأفادت أعداد مشابهة من الأشخاص ذوي الإعاقة بأنهم لا يستخدمون تعديلات في المنزل مع أنهم يحتاجون إليها، فبلغت نسبة هؤلاء 22 في المائة في سري لانكا، و26 في المائة في شيلي، و45 في المائة في مقاطعتين في الكاميرون.

وعلاوة على الافتقار إلى السكن الملائم والميسور الكلفة والمتاح، ينحو الأشخاص ذوو الإعاقة أيضاً إلى العيش في أماكن إقامة أقل أمناً، وفي مناطق تنتشر فيها الجريمة أو العنف أو التخريب (القسم المتعلق بالهدف 16).

وتشمل العوائق الرئيسية التي تحول دون توفير السكن اللائق للأشخاص ذوي الإعاقة تدني أوضاعهم الاقتصادية (الأقسام المتعلقة بالأهداف 1 و2 و8)، والتمييز في التشريعات والسياسات التي تحد من القدرة على ممارسة الحق في

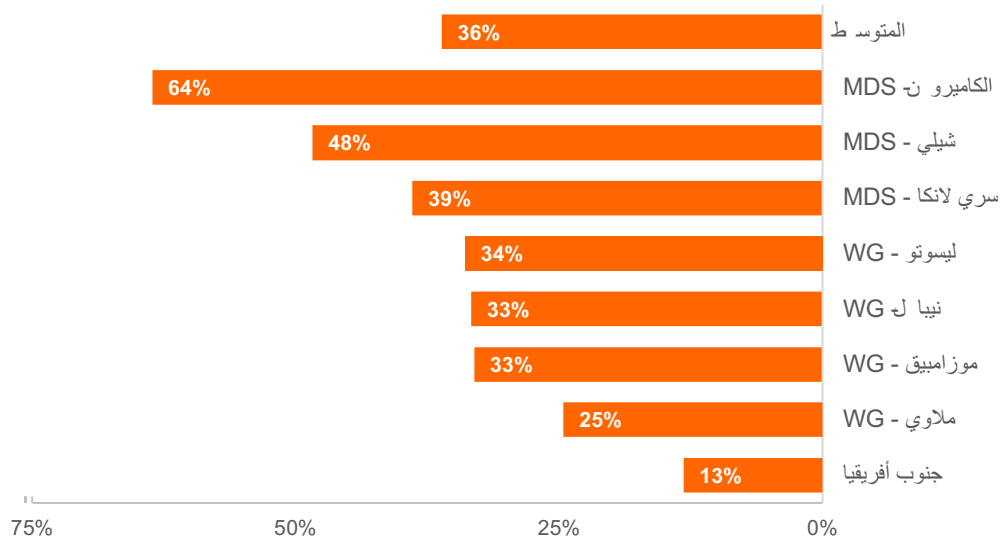
السكن اللائق، ومحدودية فرص الحصول على المعلومات المتعلقة بالسكن، ولا سيما بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقات الحسية أو الذهنية، وعدم إمكانية الوصول المادي، وعدم كفاية آليات الرصد⁶²⁹.

نُظْم نقل يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها (المقصد 2-11)

لقد تحولت المناطق الريفية، بفعل الزحف العشوائي للمدن وانخفاض فرص العمل، إلى مستوطنا تسكنية بالكامل تقريباً، وتعتمد اعتماداً كبيراً على المدن المجاورة. وهذا الواقع يؤثر مباشرة على الأشخاص ذوي الإعاقة، الذين قد ينتهي بهم الحال بإجراء رحلات يومية طويلة إلى أماكن عملهم، ما قد يعرقل قدرتهم على الوصول إلى سوق العمل بسبب عدم توفر خدمات نقل عام متيسرة.

وبالفعل، لا تتاح، في بلدان كثيرة، نُظْم النقل والأماكن العامة بشكل دائم للأشخاص ذوي الإعاقة. وتشير البيانات من ثمانية بلدان نامية إلى أن متوسط نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعتبرون أن النقل غير متاح لهم أو يعيقهم يبلغ 36 في المائة، وتتراوح النسبة بين 13 في المائة و64 في المائة (الشكل 2-120). وتشير بيانات، جمعت بواسطة الحشد الجماعي من بلدان معظمها متقدمة النمو، إلى أنه في عام 2017، لم يكن الوصول متاحاً لمستخدمي الكراسي المتحركة إلا 32 في المائة من مرافق النقل العام^{197،78}. وفي بعض البلدان، لا يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إلى المطارات الدولي المتوفرة الوحيد⁶³⁰. وفي عام 2015، حددت الأدلة الواردة من أستراليا العقبان الرئيسية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في استخدام وسائل النقل العام بأنها: السلاسل اللازمة للدخول إلى المركبات أو الخروج منها، والعوائق التي تحول دون الوصول إلى نقاط التوقف أو المحطات، وعدم وجود مقاعد أو صعوبة الجلوس، والألم أو عدم الراحة عند الجلوس، والخوف أو القلق، والأبواب التي يتعذر الوصول إليها للدخول إلى المركبات والخروج منها، وعدم إتاحة الوصول إلى المراحيض بدرجة كافية (الإطار 8).

الشكل 2-120 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعتبرون أن النقل غير متاح لهم أو يعيقهم، في 8 بلدان، حواله عام 2013



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفردي قواشنت ن حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. وتشير جميع البيانات إلى النقل غير متاح، باستثناء بيانا MDS التي تشير إلى النقل المعيق. جمعت بيانات الكاميرون وجنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

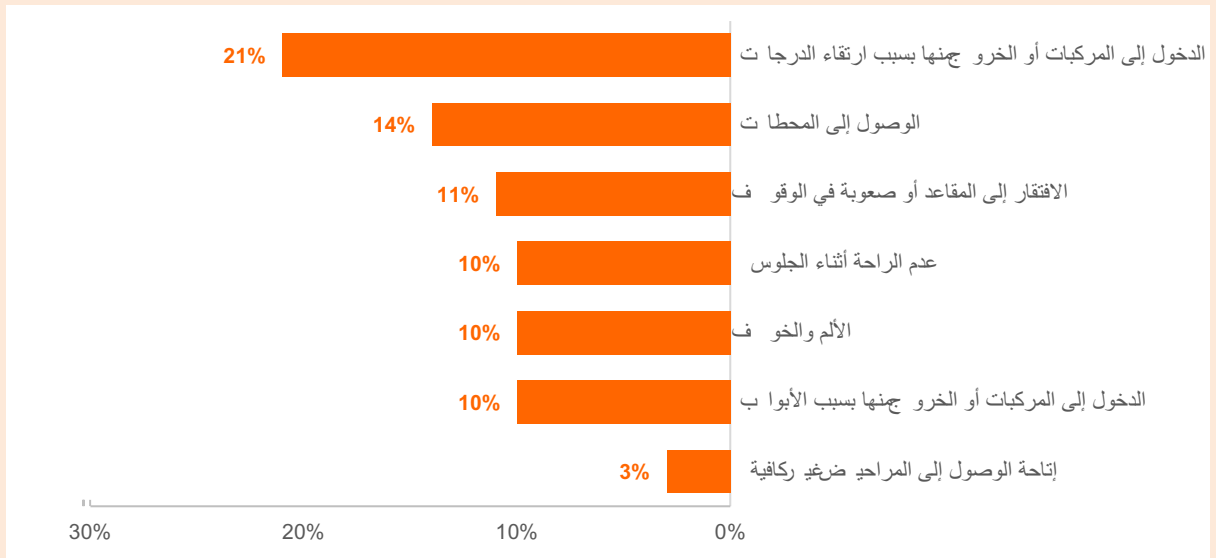
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

الإطار 8- إعطاء أولوية لشمول الجميع وإمكانية الوصول إلى وسائل النقل في أستراليا

يشكّل شمول الجميع وإمكانية الوصول إلى وسائل النقل أحد الأولويات الرئيسية في الاستراتيجية الوطنية للإعاقة للفترة 2010-2020 التي اعتمدها أستراليا⁶³¹. وهذا مجال ذو أولوية، لأن الوصول إلى وسائل النقل يرتبط بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في حياة المجتمعات المحلية. وقد أظهرت بيانات جُمعت في عام 2015 أن وسائل النقل العامة متاحة لنحو 80 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في منطقتهم المحلية⁶³². وفي حين يمثل تحقيق ذلك إنجازاً كبيراً، أفاد 43 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في عام 2015 بأنهم غير قادرين على استخدام وسائل النقل العام، ويرجع ذلك أساساً إلى صعوبات في الدخول إلى المركبات أو الخروج منها بسبب صعود السلالم (21 في المائة)، والوصول إلى المحطات (14 في المائة)، والألم (10 في المائة)، والخوف (10 في المائة)، وإتاحة الوصول إلى المراحيض غير كافية (3 في المائة)، وغير ذلك من الصعوبات في الوصول إلى وسيلة النقل المتوفرة (الشكل 2-121).

وتدليلاً لهذه العقبات، تتضمن "معايير الإعاقة لوسائل النقل العامة التي يمكن الوصول إليها" حداً أدنى من المتطلبات التي يجب الوفاء بها، وتشمل: "مجموعة من مسارات الوصول، وأجهزة الصعود، والمساحات المخصصة، والدرابزينات" تنفذ من خلال خطة مدتها 30 عاماً. وعلاوة على ذلك، تُدعم أو تُخفّض تكاليف استخدام وسائل النقل العام في أستراليا من خلال استخدام بطاقات الامتياز للأشخاص ذوي الإعاقة. وتتيح البطاقات خيارات أقل كلفة أو خصومات على بعض الخدمات، بما في ذلك أسعار النقل العام⁶³³.

الشكل 2-121 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة، حسب أسبب عدم قدرتهم على استخدام وسائل النقل العام، في أستراليا، في عام 2015

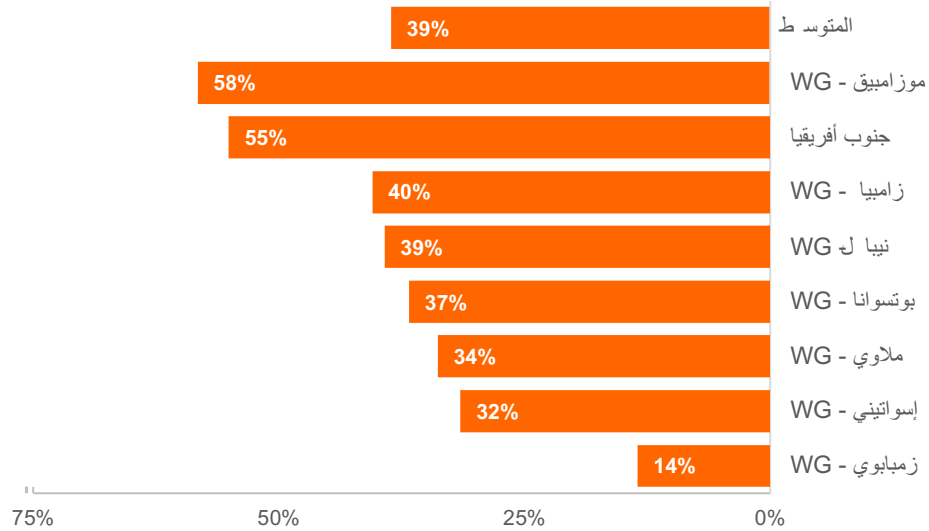


المصدر: Australia, Bureau of Statistics, Survey of Disability, Ageing and Carers 2015⁶³².

الأماكن العامة التي يمكن الوصول إليها (المقصد 7-11)

يمكن أن تشكل الأعمال التجارية والأماكن العامة تحدياً للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي بعض البلدان، يرى أكثر من 25 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة أن المصارف والمتاجر ومكاتب البريد إما معيقة أو لا يمكنهم الوصول إليها^{100،11}. وتشير بيانات من ثمانية بلدان نامية إلى أن 39 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في المتوسط، أفادوا بأن المرافق الترفيهية لا تكون متاحة لهم عموماً (الشكل 2-122)، بنسبة تتفاوتت من 14 في المائة في زيمبابوي إلى 58 في المائة في موزامبيق. ووفقاً لبيانات عن إمكانية الوصول جمعت بواسطة الحشد الجماعي عن 20,000 مرفق ترفيهي عام، جرى تحليلها في بلدان مختلفة معظمها في المناطق المتقدمة النمو، اعتُبر نصفها غير متاح للأشخاص الذين يستخدمون الكراسي المتحركة^{197،78}.

الشكل 2-122 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بأن المرافق الترفيهية (مثل دور السينما والمسرح والحانات) غير متاحة لهم عموماً، في 8 بلدان، حوالي عام 2011



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنتز حول أداء الوظائف. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

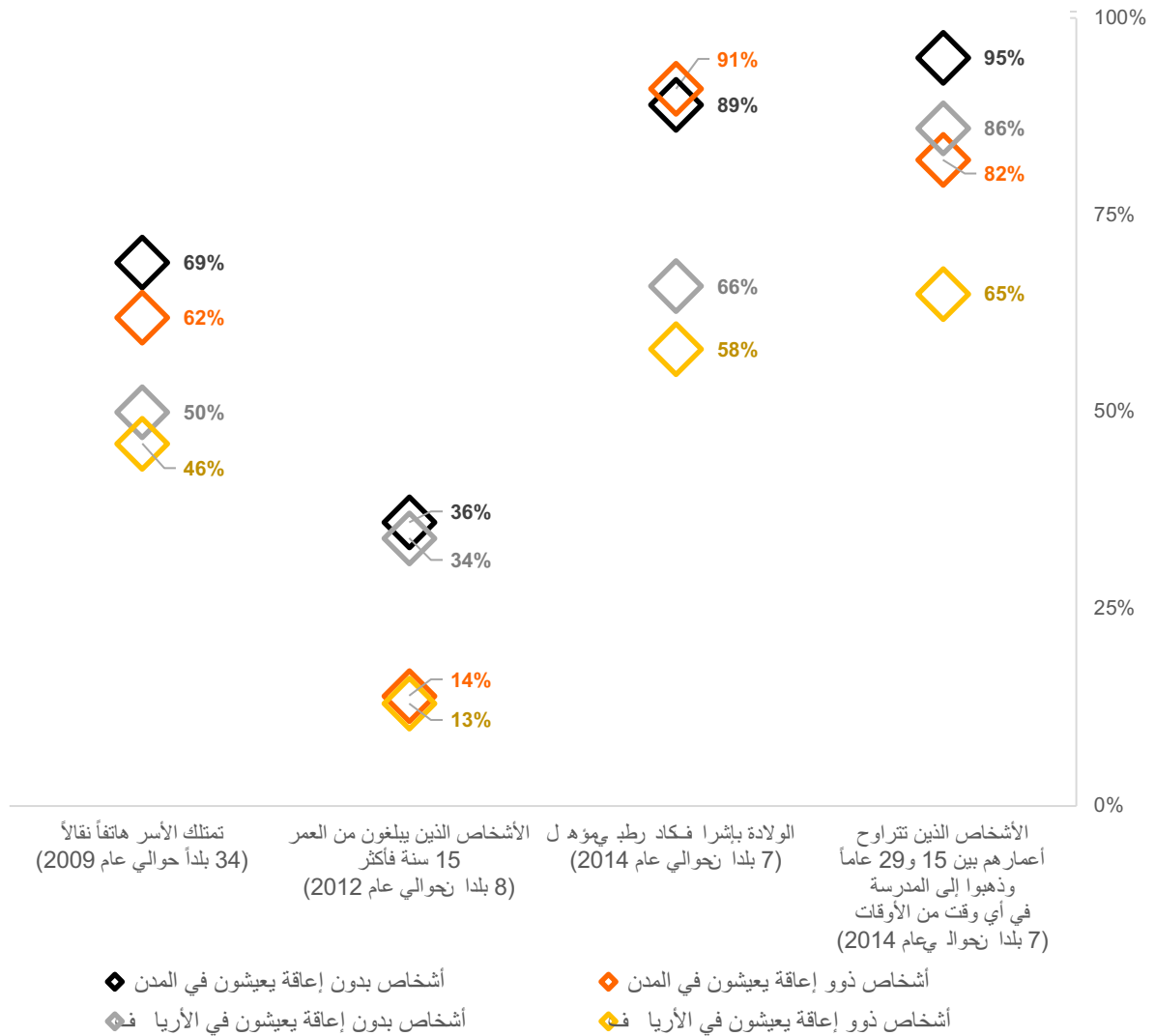
المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

التحديات في المدن والأرياف

كثيراً ما يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة في المناطق الريفية للحرمان. وتشير البيانات المتوفرة عن عدد محدود من البلدان (الشكل 2-123) إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة في المناطق الريفية، إذا ما قورنوا بالأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص بدون إعاقة من المدن وبالأشخاص بدون إعاقة في المناطق الريفية، هم أقل احتمالاً بأن يكونوا قد التحقوا بمدارس في أي وقت من الأوقات (65 في المائة) وكذلك أن يوظفوا (13 في المائة). والولادات من الأمهات ذوات الإعاقة اللاتي يعشن في المناطق الريفية أقل احتمالاً بأن تكون بإشراف كادر طبي مؤهل (58 في المائة). والأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتعيش في المناطق الريفية أقل احتمالاً بأن تمتلك هاتفاً نقالاً (46 في المائة).

ويسود اعتقادٌ بأن توسع المدن فيه استجابة أفضل لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، لأن فرص العمل تكون أكبر ومرافق الدعم أكثر توفراً في المدن. ولكن النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة العاملين متشابهة في المدن والأرياف (14 في المائة و 13 في المائة)، وهي أقل بكثير من النسبة المئوية للأشخاص بدون إعاقة العاملين في كلٍّ من المدن والأرياف (36 في المائة و 34 في المائة). وقد يعني ذلك أن مكان الإقامة ليس هو العامل الرئيسي في تحديد فرص عمل الأشخاص ذوي الإعاقة، بل عقبات مثل التمييز وعدم إمكانية الوصول إلى مكان العمل تؤدي الدور الأكبر في المدن والأرياف على حد سواء. والحال في التعليم على العكس من ذلك، فالفجوة بين الأرياف والمدن واضحة (65 في المائة مقابل 82 في المائة)، ما يشير إلى أن التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الحصول على التعليم في المدن هي أقل منها في الأرياف. ويبدو أيضاً أن موقع الإقامة له دور رئيسي في الولادة بإشراف كادر طبي مؤهل إذ تحصل في المدن 91 في المائة من الأمهات ذوات الإعاقة و 89 في المائة من الأمهات بدون إعاقة على هذه الخدمة أثناء الولادات، ولكن التغطية في المناطق الريفية أقل بكثير. ويزيد احتمال ملكية الأشخاص ذوي الإعاقة لهاتف نقال في المدن مما في الأرياف، ولكنها أقل مما هي لغيرهم: ففي المدن يملك ما نسبته 62 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة هاتفاً نقالاً مقابل 69 في المائة من الأسر التي ليس التي لديها أفراد ذوو إعاقة، وفي المناطق الريفية، تمتلك 46 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة هاتفاً نقالاً، مقابل 50 في المائة من الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة.

الشكل 2-123 أربعة مؤشرات مختارة تتعلق بالتعليم والصحة والعمل وإمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، حسب بحالة الإعاقة ومنطقة الإقامة



المصدر: الإسكوا⁷؛ UNDESA and the World Bank (على أساس بيانات من DHS⁶، IPUMS¹⁰ وSINTEF¹¹).

الممارسات الحالية لجعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع

بذلت بلدان عديدة جهوداً لزيادة إمكانية وصول لأشخاص ذوي الإعاقة وشمولهم ومشاركتهم في المدن والمستوطنات البشرية، وذلك غالباً عبر وضع استراتيجية وخطة عمل وطنيتين للإعاقة، واعتماد معايير الوصول إلى البيئة المبنية وإيجاد سياسات وبرامج للتمكين من الوصول إلى جميع النظم والخدمات العامة، وزيادة الوعي العام بالإعاقة والاستثمار في البرامج والخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة⁶³⁴.

الممارسات الحالية لتعزيز حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على السكن اللائق

وضعت بلدان عدة معايير لوحدة سكنية تعزز إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى سبيل المثال، يتطلب قانون البناء السويدي من جميع الوحدات في المباني السكنية التي تتألف من ثلاثة طوابق فأكثر أن تشتمل على ترتيبات تيسر وصول الكراسي المتحركة وعلى مصاعد كبيرة ومطابخ حمامات لها أبعاد معينة. وتنفيذ هذا القانون يعطي الأشخاص ذوي الإعاقة خيارات أوسع تتعلق بمساكنهم، ويمكنهم من زيارة الآخرين على نحو أكثر سهولة. وقدرت الكلفة الإضافية لإدراج هذه الخصائص في المباني بأقل من 1 في المائة من مجموع تكاليف البناء⁶³⁵.

وهناك أيضاً مبادرات لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة على الانتقال من ترتيبات المعيشة المؤسسية إلى اختيار مسكنهم الخاص أو العيش مع أسرهم، وتستند هذه المبادرات إلى توفير الخدمات في المجتمع المحلي ودعم العيش المستقل، بما في ذلك الطلغوثور على سكن. وتشتمل الخدمات المجتمعية توفير عيادات الصحة النفسية وخدمات الرعاية الاجتماعية ومرافق العيادات النفسية الخارجية وخدمات الرعاية الصحية ومركز للرعاية النهارية ودعم مالي ومجموعات دعم وتواصل مجتمعي وحملات توعية⁶³⁶.

وفي نيبال، وُضع برنامج لتوفير أماكن إقامة بكلفة ميسورة للأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمعات الريفية⁶³⁷. واعتمدت بلدان عدة برامج اجتماعية لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة مالياً تشمل تكاليف السكن (القسم المتعلق بالهدفين 1 و2).

الممارسات الحالية لجعل الأماكن العامة متاحة

وضعت بلدان عديدة استراتيجيات و/أو خططاً وطنية شاملة تحيط بمختلف أبعاد تحسين إمكانية الوصول إلى الأماكن العامة، بما في ذلك المباني والمرافق العامة والمدارس، وذلك لتعزيز المجتمعات المحلية الشاملة. ومن البلدان التي فيها أمثلة على هذه الاستراتيجيات والخطط: إثيوبيا، وأستراليا، والإمارات العربية المتحدة، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وجنوب أفريقيا، وجورجيا، والصين، ورواندا، وفرنسا، والمملكة المتحدة، ونيبال، والنرويج⁶³⁸. وكمثال على ذلك التزمت النرويج بأن تتبع مبادئ التصميم الشامل بحلول عام 2025⁶³⁹.

وقد سنَّ بعض البلدان قوانين أو مراسيم أو معايير أو سياسات تتعلق بإمكانية الوصول إلى الأماكن العامة، مثلاً، من خلال إدراج إمكانية الوصول في تصميم المباني وتشبيدها^{640، 641، 642}، وإتاحة الوصول إلى جميع الأماكن العامة والخاصة^{643، 644}، ووضع إطار لتحديد معايير الوصول لكيانات في القطاعين العام والخاص، بما في ذلك تصميم الأماكن العامة والعمالة والمعلومات والاتصالات وخدمة العملاء⁶⁴⁵، بالإضافة إلى شمول إمكانية الوصول في المباني الاتحادية، ومعايير الخلو من العوائق في المباني، وقوانين تكنولوجيا المعلومات والاتصالات⁶⁴⁶. ففي بربادوس، مثلاً، إمكانية الوصول إلزامية في المباني العامة⁶⁴⁷. وتشير الأدلة إلى أن القطاع الخاص أصبح هو أيضاً يعتمد هذه الممارسة تدريجياً. وقد اعتمدت معايير الوصول في تنظيم كيفية عرض معلومات التنقل في المباني العامة. ففي اليابان، مثلاً، تقتضي معايير الوصول المطبقة على المباني توضيح المرافق الرئيسية للأشخاص ذوي الإعاقة في النظر باستخدام طريقة برايل⁶⁴⁸.

وثمة تحسن، أيضاً، في الوصول إلى الوثائق والمعلومات المتعلقة بمعايير ولوائح إمكانية الوصول في الأماكن العامة. ففي شيلي، مثلاً، أُتيتحت هذه المعايير للأشخاص ذوي الإعاقة في نسق سهل القراءة، من خلال تقديم دليل لإتاحة الوصول ييسط اللوائح التنظيمية للبناء باستخدام الصور والرسوم البيانية لجعل المعلومات في متناول أعداد أكبر من المستخدمين⁶⁴⁹.

واتخذت مؤسسات الأعمال التجارية ومنظمات المجتمع المدني أيضاً مبادرات لتعزيز إمكانية الوصول لتقديم خدمات أفضل للأشخاص ذوي الإعاقة. ففي أيرلندا، عزز المصرف المركزي إمكانية الوصول المادي إلى مرافقه، مثل لهواقف السيارات ومناطق الانتظار ومكاتب الاستقبال والأبواب والمصاعد الأكبر حجماً والدرابزينات وغير ذلك⁶⁵⁰. وتقدم إحدى المؤسسات التجارية في إسبانيا خدمة تسوق يسهل الوصول إليها من خلال ضمان إمكانية الوصول المادي، واستخدام لغة الإشارة للأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع، وتنظيم المنتجات حسب الحجم، واستخدام ألوان مختلفة لتيسير التسوق للأشخاص ذوي الإعاقة الإدراكية⁶⁵¹. واتخذت الفنادق أيضاً إجراءات لتعزيز إمكانية الوصول المادي للأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال تعيين مدير لتيسير الوصول إلى المرافق الفندقية، وتوفير دورات تدريبية بشأن إمكانية وصول الموظفين، وضمان الارتفاع المناسب للأسرة وانخفاض رؤوس الدش وتوفير حلقات السمع غير رذلة⁶⁵².

ولا ينحصر تزايد الوعي بأهمية إتاحة الوصول في المدن فقط. ففي سريلانكا، تتاح للأشخاص ذوي الإعاقة في المناطق الريفية إمكانية الوصول إلى المباني العامة، بما في ذلك المدارس ومراكز الاقتراع والمواقع الدينية⁶⁵³. وفي نيبال، طُوّر برنامج للتوعية وإزالة العوائق المادية في المجتمعات المحلية الريفية، وقد ساعد البرنامج على إعادة بناء المدارس ومراكز الرعاية الصحية والمراحيض العامة على نحو ييسر إمكانية الوصول إليها⁶³⁷.

والوصول إلى المرافق والفعاليات الترفيهية قد يشكل جانباً حيوياً من جوانب تعزيز مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم المحلية. ففي كولومبيا، وُقّرت دور للسينما تسهل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها. وشملت إمكانية الوصول: وصد فصوتي، و مترجم لغة الإشارة، وترجمات معروضة بألوان عالية التباين على الشاشة⁶⁵⁴. وتوفر المتاحف في النمسا والولايات المتحدة الأمريكية مرافق وخدمات يسهل الوصول إليها لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، تشمل الوصف الصوتي للأعمال الفنية بأساليب لغوية سهلة الفهم^{655،656}. وفي إسبانيا، وعلى نحو مشابه، يُيسر وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى معرض فني عن طريق توفير المعلومات من خلال الصوت ولغة الإشارة وطريقة برايل ونظام التنقل القائم والإشارات الضوئية⁶⁵⁷. وتوفّر في متاحف في ألبانيا والبوسنة والهرسك وصربيا ومقدونيا واليونان برامج يسهل الوصول إليها، مثل ورش عمل فنية للفخار للأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم وأدلة بطريقة برايل وخرائط لمسية⁶⁵⁸.

وفي بعض البلدان رُكّبت ممرات للأشخاص ذوي الإعاقة للاستمتاع بالهواء الطلق⁶⁵⁹، وشيدت ممرات لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة في المواقع السياحية ووضعت فيها ترتيبات بطريقة برايل ووسائل الدعم السمعي⁶⁶⁰. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، صُمم مركز مجتمعي يسهل الوصول إليه باستخدام مبدأ "التصميم الشامل"، وجرى فيه تركيب منحدرات وسطح مستو (خال من السلالم) وتوفير حلقات استماع وساحة للعب البيسبول باستخدام الكراسي المتحركة، ما أتاح للأشخاص ذوي الإعاقة المشاركة في الألعاب الرياضية والثقافية على قدم المساواة مع الآخرين⁶⁶¹. وأولت

بلدان عدة اهتماماً خاصاً للأماكن الترفيهية للأطفال ذوي الإعاقة. وتتوفر في المجر وإسرائيل والسويد ملاعب أتيحت فيها إمكانية الوصول، تضم معداً تودورات مياه يسهل الوصول إليها^{662,663,664}.

وتشمل المبادرات الأخرى وضع خريطة تتضمن معلومات عن ترتيبات إمكانية الوصول في المدينة، تشير إلى المطاعم والمراحيض العامة ومرافق النقل ومواقف السيارات⁶⁶⁵، وتطوير موقع على شبكة الإنترنت يوفر معلومات عن ترتيبات تيسير الوصول في الفنادق والمرافق وسائل النقل والفعاليات^{666,667}.

ويؤدي رصد وتقييم السياسات واللوائح المتعلقة بإمكانية الوصول دوراً حاسماً في ضمان التنفيذ. وقد اتخذت مبادرة من هذا القبيل في كندا، من خلال استمارة تقييم ورقية حول إمكانية الوصول في الأماكن العامة، مثل الأرصفة والمعابر والمباني في المدن. ويستخدم في الاستمارة 114 مؤشراً من مؤشرات إمكانية الوصول⁶⁶⁸. وفي بعض بلدان أوروبا، وعلى نحو مشابه، يُستخدم نموذج لتقييم إمكانية الوصول إلى اللوازم والأماكن العامة بالاستناد إلى قائمة مرجعية تضم 300 سؤال⁶⁶⁹.

الممارسات الحالية لجعل وسائل النقل متاحة

سنّت بلدان عدة قوانين تقضي بإتاحة إمكانية الوصول إلى جميع وسائل النقل^{643,644} ووضعت استراتيجيات و/أو خطط عمل وطنية لتعزيز إمكانية الوصول إلى وسائل النقل العام^{670,671}، وجعل الأرصفة ومعابر المشاة أيسر منالاً من خلال إزالة العقبات. وتركز اللوائح في بعض الأحيان على وسائل نقل محددة، كما هو الحال في ألمانيا، حيث أدرجت لوائح إمكانية الوصول في بناء وتشغيل السكك الحديدية⁶⁴⁶.

ووضعت معايير الوصو لتيسير التواصل لدى استخدام الأشخاص ذوي الإعاقة لنظم النقل. ففي اليابان، مثلاً، تنص معايير الوصول المطبقة في نظام النقل العام على وجوب تزويد النظام بالمرافق التي تمكّن من تحقيق التفاهم المتبادل من خلال استخدام المعلومات الخطية⁶⁴⁸.

ولتيسير تنقل المشاة ذوي الإعاقة، رُكّبت، في عدد من البلدان، إشارات خالية من العوائق، مثل الإشارات الصوتية المرورية للأشخاص الذين لديهم صعوبة في النظر ومناطق المرافقة عند معابر المشاة من أجل سلامتهم⁶⁷²، علاوة على الممرات والعلامات السطحية للمسبية⁶⁷³.

ويمكن تحسين تنقل الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال خدمات سيارات الأجرة التي يمكن الوصول إليها. وتشمل الممارسات المثلى خدمةً لسيارات الأجرة في الولايات المتحدة الأمريكية، تقدم مركبات يمكن الوصول إليها بواسطة الكراسي المتحركة مع مسانقي مدمربين، حيث يمكن للمستخدمين الاتصال بسيارة أجرة من خلال تطبيق على الهاتف النقال أو الهاتف أو البريد الإلكتروني⁶⁷⁴، وكذلك تقدم دعماً نقدياً للأشخاص ذوي الإعاقة لاستخدام سيارات الأجرة⁶⁷⁵، وإعانة نقدية لسداد نفقات النقل للأشخاص ذوي الإعاقة الذين قد لا يتمكنون من استخدام وسائل النقل العام⁶⁷⁶.

وتركّز مبادرات أخرى على بناء قدرات الأشخاص ذوي الإعاقة على التنقل في الأماكن العامة. ومن الأمثلة على ذلك تدريب يدعى "فلاشسونار" (Flashsonar) يقدّم للأشخاص المكفوفين أو الذين لديهم صعوبة في النظر رعلى تقنية

تحديد موقع الصدى البشري، وينطوي على نقر اللسان والاستجابة لصوت منعكس حتى يتمكنوا من التنقل بأنفسهم عند السير في شارع أو في الهواء الطلق⁶⁷⁷.

لكن في أحيان كثيرة، يعتبر تيسير الوصول إلى النقل في المدن مكلفاً. ولكن يمكن إجراء بعض تدخلات تيسير الوصول إلى النقل دون كلفة تذكر، مثل إنشاء تصميم أساسي للأرصفت ومسار العبور، وخفض عدد السلالم وغيرها من المخاطر إلى أدنى حد ممكن، ووضع علامات تحذير من الخطر، بالإضافة إلى استخدام التباين البصري والترميز بالألوان وعلامات واضحة/حدسية⁶⁷⁸. وتبين أمثلة لتدخلات تحققت بالفعل أن التشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة لتخطيط البنى التحتية وتنفيذها مفيد للغاية⁶⁷⁹.

الاستنتاجات وسبب المضي قدماً

من المتوقع أن يزداد عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في المدن مع استمرار توسع المدن والمناطق المحيطة بها في العالم، ولكن لن يكون بإمكانهم التمتع تمتعاً كاملاً بسبل عيشهم ما دامت هناك بسبب التمييز عوائق مادية واجتماعية، مثل تعذر الوصول إلى وسائل النقل والمؤسسات التجارية والمرافق العامة والافتقار إلى السكن اللائق. ويتطلب تحقيق مدن ومجتمعات محلية شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة إزالة هذه العوائق.

والمساكن من المكونات الرئيسية للتنمية الشاملة للمدن. ولضمان إمكانية الوصول للجميع، لا بد من إدراج مبادئ "التصميم الشامل" في خطط البنى التحتية الجديدة منذ بدايتها، وكذلك، وبقدر الإمكان، في خطط تجديد المباني والمرافق القائمة. تشمل الأمثلة على "التصميم الشامل" استخدام طريقة برايل على لوحات التحكم في المصاعد، ونظام حلقات حث السمع في حالات الطوارئ الذي يتيح لمستخدميه التحدث مع مسؤولي الأمن من خلال الميكروفون.

ولا تتيح وسائل النقل التي يمكن الوصول إليها قدرة الجميع على التنقل فحسب بل تدفع النمو المستدام والشامل للجميع. والحفاظ على إمكانية الوصول في جميع مراحل الرحلة، بدءاً من نقطة الانطلاق إلى الوجهة النهائية، أمر هام وينبغي دعمه بسياسات وخطط للمدن وتصلح الثغرات في إمكانية الوصول إلى الأماكن العامة، أو من بيئة مبنية إلى أخرى. وجعل وسائل النقل شاملة للجميع يعني أيضاً التأكد من بقاء وسائل النقل التي يمكن الوصول إليها ميسورة الكلفة.

وتؤدي تكنولوجيا المعلومات والاتصالات دوراً رئيسياً في بناء مدن شاملة للجميع ويسهل التنقل فيها. فتكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي يمكن الحصول عليها، ولا سيما تطبيقات الهاتف النقال، والمواقع الحكومية على شبكة الإنترنت، والأكشاك العامة، والصراف الآلي، يجب أن تكون جزءاً من خطط تنمية المدن الشاملة للجميع.

ويمكن للمدن المتراصة أن تزيد من إمكانية الوصول، لأن الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في مناطق من هذا القبيل لديهم إمكانية أفضل للوصول إلى الموارد والبنى التحتية المركزة. وهذه المدن قد تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة إمكانات هائلة، إلا أنها لن تتحقق ما لم تُعط الأولوية لإمكانية الوصول وعدم التمييز.

وقد بين هذا القسم أن ثمة ممارسات مثلى أخرى عديدة. ومع أن الافتقار إلى الموارد لا يمكن أن يبرر التقاعس عن العمل، فإن القيود المالية المفروضة على تنفيذ التكيف المادي والبنوي في المدن لا تزال تشكل عقبة أمام زيادة إمكانية الوصول. كما أن ثمة خياراً تتمنخضة الكلفة يمكن التوسع في استخدامها.

ولجعل المدن والمجتمعات المحلية شاملة ومستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة، يلزم بذل المزيد من الجهود لتحقيق:

- (1) **ضمان وضع وتنفيذ سياسات وقوانين وطنية للمساكن والبنى التحتية العامة ووسائل النقل والخدمات التي يسهل الوصول إليها.** والمعايير والقوانين وآليات التنفيذ الفعالة ضرورية لضمان إتاحة السكن والخدمات للجميع والنقل للأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن يشمل التخطيط وتنمية المدن إجراء مشاورات مع الأشخاص ذوي الإعاقة وأن يأخذوا بالاعتبار احتياجاتهم مع مراعاة إمكانية الوصول إلى الأماكن العامة ويسر كلفة الوصول وضمان جودته، ويشمل ذلك النقل والمرافق والمباني والخدمات، فضلاً عن المرافق والخدمات الثقافية والترفيهية. وينبغي أن يكون الهدف النهائي للتخطيط العمراني هو تهيئة بيئة يسهل الوصول إليها حيث يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة أن يعيشوا باستقلالية.
- (2) **وضع سياسات وقوانين وطنية تكفل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على سكن لائق وميسور الكلفة.** ينبغي القضاء على القوانين التمييزية التي تحوّل ممارسة الأشخاص ذوي الإعاقة، ولاسيما ذوي الإعاقة الذهنية أو النفسية الاجتماعية، حقهم في السكن لائق. وضمان توفر المعلومات المتعلقة بالسكن في أشكال يسهل الاطلاع عليها، وأن تكون كلفة المساكن المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة ميسورة.
- (3) **التوعية حول الإعاقة بين المجتمعات المحلية وصانعي القرارات،** وتهيئة البيئة المؤاتية التي تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة دون تمييز، وتمكنهم من المشاركة على قدم المساواة مع غيرهم في مجتمعاتهم المحلية.
- (4) **تبادل المعارف والممارسات المثلى وبناء القدرات.** هناك افتقار للخبرات والإمكانات التقنية لتنفيذ التدابير التي تعزز إمكانية الوصول والشمول. ويتطلب ازدياد مشاركة الإدارات الحكومية والتزامها ببناء القدرات، لا سيما في الحكومة نفسها وبين المهنيين في مجال التشييد، مثل الممارسين والمهندسين والمخططين والمديرين الحضريين.
- (5) **تحسين البحوث والبيانات لرصد تنمية المدن وتقييمها وتعزيزها لتكون متاحة وشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة.** إجراء المزيد من البحوث ضمن السياق المحلي، حول احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في المدن والمجتمعات المحلية، من خلال وسائل تشتمل تفصيل البيانات تحسب بحالة الإعاقة، والنوع الاجتماعي، والعمر، والدخل، وحالة السكن. وكذلك إجراء عمليات الرصد والتقييم بصورة منتظمة. وجمع وعرض البيانات عن التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة في إتاحة السكن والأماكن العامة والنقل، وكذلك فيما يتعلق بيسر كلفة السكن اللائق.

لام- بناء قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الصمود والحد من تعرضهم وتأثرهم بالأخطار المتصلة بالمناخ وغيرها من الصدمات والكوارث (المقصدان 5-1 و5-11 والهدف 13)

الأشخاص ذوو الإعاقة هم أشد تعرضاً من غيرهم لمخاطر الكوارث الطبيعية والنزاعات والظواهر المناخية القسوى وحالات الطوارى الإنسانية. وتتفاقم خلا لهذه الصدمات والكوارث عوائق تحول دون مشاركتهم الكاملة في المجتمع، مثل عدم إمكانية الوصول إلى البيئة المادية. ولذلك، فإن الإخفاق في التشاور معهم أو مع المنظمات التي تمثلهم حول خطط الاستجابة لحالات الطوارى يعني أن تلك العقبات ستظل قائمة، ولا سيما في حالات الخطر هذه. ومع أن التسليم يتزايد بشدة المخاطر التي يتعرض لها الأشخاص ذوو الإعاقة، إلا أن هذه القضية لا تتلقى علاجاً كافياً. كما أن الكوارث والأزمات الإنسانية كثيراً ما تتسبب بزيادة أعداد الأشخاص ذوي العاهات⁶⁸⁰⁻⁶⁸¹⁻⁶⁸² ما يمثل عاملاً لا بد من مراعاته عند التخطيط للاستجابة للكوارث على نحو يأخذ قضايا الإعاقة بالحسبان.

يستعرض هذا الفصل الأطر المعيارية الدولية التي تتناول حماية الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الطوارى كالكوارث الطبيعية والنزاعات، ويقدم نظرة عامة عن وضع شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في إجراءات خفض أخطار الكوارث وفي المساعدات الإنسانية، ويحدد الممارسات والتدابير المثلى التي اتخذتها البلدان لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في هذه الأزمات.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالحد من مخاطر الكوارث الشاملة لقضايا الإعاقة

يغطي عدد من أهداف التنمية المستدامة خفض أخطار الكوارث وبشكل ملحوظ في سياق الدعوة إلى القضاء على الفقر من خلال بناء قدرة الفقراء والفئات الضعيفة على الصمود إزاء الأحداث المتطرفة المتصلة بالمناخ (المقصد 5-1)، وجعل المستوطنات البشرية مستدامة وشاملة عن طريق ضمان حماية الأشخاص الذين يعيشون في أوضاع هشة من الكوارث (المقصد 5-1)، ومكافحة تغير المناخ عن طريق تعزيز القدرات على التخطيط والإدارة الفعالين المتصلين بتغير المناخ، مع التركيز على المجتمعات المهمشة (المقصد 13-ب).

وتسلم اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بأن حقوق هؤلاء الأشخاص معرضة بدرجة خاصة للمخاطر إزاء حالات الطوارى، وتوفر إطاراً لتوجيه جهود التأهب والاستجابة والتعافي خلال الأحداث المناخية وحالات النزاع. وتتضمن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حكماً محدداً (المادة 11) يسلم بأن حالات الخطر والطوارى الإنسانية تشكل تحديات جسيمة للأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم. وتقتضي هذه المادة بأن تتعهد الدول وفقاً لالتزاماتها بالقانون الإنساني الدولي، باتخاذ كافة التدابير اللازمة لضمان حماية وسلامة الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات تتسم بالخطورة، بما في ذلك حالات النزاع المسلح والطوارى الإنسانية والكوارث الطبيعية⁶⁸³. وتتضمن مواد أخرى من الاتفاقية أحكاماً ترتبط بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات النزاع والطوارى، مثل إمكانية اللجوء إلى القضاء (المادة 13)، وحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من جميع أشكال الاستغلال والعنف والاعتداء (المادة 16) في مثل هذه الحالات، والحق في العيش المستقل والشمول في المجتمع المحلي ويشمل ذلك الملاجئ أثناء حالات الطوارى (المادة 19)، وتوفير خدمات التأهيل وإعادة التأهيل (المادة 26)، والحق في التمتع بمستوى المعيشة اللائق وفي الحماية الاجتماعية (المادة 28) بما في ذلك الحق في الحصول على الغذاء والماء والمأوى ولا سيما في مرحلة ما بعد النزاع و/أو التعافي

وإعادة الإعمار بعد الكوارث، وجمع الإحصاءات والبيانات المناسبة (المادة 31) لفهم حالة الأشخاص ذوي الإعاقة في الحالات الإنسانية، وزيادة الوعي (المادة 8) بين أصحاب المصلحة في ما يتعلق بالحد من مخاطر الكوارث والإجراءات الإنسانية الشاملة لمسائل الإعاقة، وآليات الرصد والتنفيذ الوطنية (المادة 33) بما في ذلك جهات الاتصال في الحكومات وآليات التنسيق والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان، وذلك لإشراك جميع الجهات الفاعلة الهامة في جهود الإعداد والاستجابة والتعافي.

وهناك اتفاق آخر يركز على الإعاقة، وهو الوثيقة الختامية للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن "تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة: سبل المضي قدماً، وضع خطة تنمية شاملة لمسائل الإعاقة حتى عام 2015 وما بعده"، التي اعتمدت في عام 2013. ويبحث هذا الاتفاق الدول الأعضاء على التحرك نحو "مواصلة تعزيز إدماج احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في وضع البرامج والاستجابة الإنسانية والتركيز عليها، وإدراج التسهيلات الخاصة بالمعوقين وبرامج إعادة تأهيلهم باعتبارها عناصر أساسية في جميع جوانب ومراحل الاستجابة الإنسانية، وذلك بطرق عدة منها تعزيز القدرة على التأهب والحد من أخطار الكوارث"⁶⁸⁴. وعلى نحو مشابه، يلتزم ميثاق إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني (2016) الذي وُضع لمؤتمر القمة العالمي للعمل الإنساني في عام 2016 وصادق عليه العديد من الدول وأصحاب المصلحة، بـ "السعي بجد لضمان إتاحة الخدمات والمساعدات الإنسانية بالتساوي لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، وضمان توافر الخدمات المتخصصة والوصول إليها والقدرة على تحمّل تكاليفها، بما يشمل التكنولوجيا المساعدة على المدى القصير والمتوسط والطويل"⁶⁸⁵.

وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة هو أيضاً موضع تركيز في التحركات للتصدي لتغيّر المناخ، وللحد من مخاطر الكوارث ويشير اتفاق باريس (2015) لاتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغيّر المناخ إلى أن الأطراف عليها أن تحترم وتعزز وتنظر في التزاماتها في مجال حقوق الإنسان، بما في ذلك حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، عند اتخاذ إجراءات للتصدي لتغيّر المناخ⁶⁸⁶. ويعتمد إطار سندي للحد من أخطار الكوارث للفترة 2015-2030 خطة للتنمية المستدامة تستند إلى الحقوق، تدعو إلى إتاحة الوصول للأشخاص ذوي الإعاقة وشمولهم في سياسات الحد من مخاطر الكوارث وجميع مراحل التخطيط لها، وكذلك إلى تفصيل البيانات حسب الإعاقة⁶⁸⁷. وعلى نحو مشابه، شدد مسار إجراءات العمل المعجلّ للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا) على أهمية تعزيز التخطيط الاحترازي ووضع أحكام بشأن التأهب للكوارث، والاستجابة لها، والإغاثة في حالات الطوارئ، وإجلاء السكان ذوي الإعاقة. وفي سياق تغيّر المناخ، أقر مسار ساموا أيضاً بأهمية إشراك مجموعة واسعة من أصحاب المصلحة، تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة⁶⁸⁸.

وكذلك، فإنّ في كلّ من إعلان نيويورك بشأن اللاجئين والمهاجرين (2016) والاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية (2018)، الذي جرى التفاوض بشأنه مؤخراً، رفع لمستوى التزام الدول الأعضاء بتعزيز وتحسين آليات حماية الأشخاص الذين يضطرون إلى الهجرة بسبب النزاع والأزمات الإنسانية⁶⁸⁹. فالإعلان يتضمن التزاماً بتلبية الاحتياجات الخاصة للأشخاص الذين يعيشون في أوضاع هشّة، ولا سيما اللاجئين والمهاجرون ذوو الإعاقة، ويدعو إلى تحديد ما يحتاجون إليه من مساعدة خاصة. وتستند الصيغة النهائية من الاتفاق العالمي إلى اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وغيرها من المعايير الدولية، ويدعو الاتفاق في الهدف 7 إلى "استعراض

السياسات والممارسات ذات الصلة للتأكد من أنها لا تؤدي إلى إحداث مواطن ضع فعند المهاجرين أو تفاقمها أو زيادتها عن غير قصد، بسؤال منها تطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان ومراع... للعجز". ويدعو كذلك إلى "وضع سياسات شاملة وإقامة شراكات توفر للمهاجرين ممن هم في حالة من الضعف، أيًا كان وضعهم كمهاجرين، الدعم اللازم في جميع مراد الهجرة، من خلال تحديد هويتهم وتقديم المساعدة لهم، لا سيما في الحالات المتعلقة... بالأشخاص ذوي الإعاقة"⁶⁹¹. كما يتطلب الاتفاق، في الهدف 15 "سن قوانين واتخاذ تدابير تكفل ألا يشوب تقديم الخدمات تمييز ضد المهاجرين على أساس... الإعاقة"، ويدعو إلى "إنشاء وتعزيز مراكز خدمات متكاملة يسهل الوصول إليها على المستوى المحلي وتكون مفتوحة في وجه المهاجرين، وتقدم المعلومات اللازمة عن الخدمات الأساسية بطريقة ملبية لاحتياجات ذوي الإعاقة"⁶⁹². ويدعو، كذلك، في الهدف 20 المتعلق بإرسال التحويلات المالية، إلى فتح قنوات توزيع مراعية للسكان الذين يعانون من نقص في الخدمات بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة"⁶⁹³.

الإطار 9- المبادرات الإقليمية المتعلقة بتخفيف وإدارة أخطار الكوارث على الأشخاص ذوي الإعاقة

على صعيد إقليمي، وضعت المفوضية الأوروبية في عام 2016 "خطة العمل المعنية بإطار سندي للحد من أخطار الكوارث للفترة 2015-2030"، التي تحدد إجراءاتنا أولوية تشمل وضا استراتيجيا بصحده للتوعية بالمخاطر، ووضع سياسات وممارسات الصمود في المدن التي تعالج الاحتياجات المحددة للأشخاص ذوي الإعاقة"⁶⁹⁴. وأما استراتيجية إنشيو من أجل إحقاق الحق لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة في آسيا والمحيط الهادئ (2012)، فتدعو في هدفها السابع إلى شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في التخطيط بخفض مخاطر الكوارث وتعزيز تنفيذ التدابير الداعمة للأشخاص ذوي الإعاقة في الاستجابة للكوارث"⁶⁹⁵. ويتضمن إطار المحيط الهادئ لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 2016-2025 هدفاً قائماً بذاته بشأن إدارة مخاطر الكوارث، يتناول تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع الاستراتيجيات الوطنية للتكيف مع تغير المناخ وفي خطط إدارة مخاطر الكوارث والأطر القانونية، وكذلك في تقييمات ما بعد الكوارث"⁶⁹⁶. وبالإضافة إلى ما سبق، أدرجت المؤتمرات الوزارية الإقليمية المعنية بخفض أخطار الكوارث في آسيا والمحيط الهادئ"⁶⁹⁷، والأمريكتين"⁶⁹⁸، وأفريقيا"⁶⁹⁹، وأوروبا"⁷⁰⁰ الإعاقة في وثائقها الختامية، ما يمهد الطريق نحو مراعاة قضايا الإعاقة في الحد من مخاطر الكوارث.

الشكل 2-124 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بتحقيق المقصدين 5-1 و5-11 والهدد 13
من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



حالة الأشخاص ذوي الإعاقة في الصدمات والكوارث وحالات الطوارئ الأخرى

أفادت 11 دولة، من أصل 49 قدمت تقريراً وطنياً بشأن المادة 11 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بأن لديه خطط للطوارئ عامة فقط وليس لديها خطط طوارئ محددة للأشخاص ذوي الإعاقة⁷⁰¹. وبالإضافة إلى الافتقار إلى خطط طوارئ وطنية تراعي الأشخاص ذوي الإعاقة، تشير الأدلة المتاحة إلى أن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة لا يزالون، على المستوى الشخصي، غير مهينين لاحتمالات وقوع الكوارث. وأظهر مسح عالمي أجري في عام 2013 في 137 بلداً أن 72 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين شملهم البحث ليس لديهم خطة للتأهب الشخصي للكوارث⁷⁰²، وأفاد 31 في المائة منهم بأن لديهم دائماً شخص يساعده على إخلاء موقع الكارثة، ولكن 13 في المائة منهم ليس لديه أي شخص لمساعدته. وأجاب 21 في المائة فقط بأنهم يستطيعون الإخلاء فوراً دون صعوبة في حالة وقوع كارثة مفاجئة، في حين أفاد 73 في المائة بأنهم سيواجهون بعض الصعوبة، و6 في المائة بأنهم لن يتمكنوا من الإخلاء مطلقاً. ومع إتاحة الوقت الكافي، ازدادت النسبة المئوية للذين أجابوا بأنهم قادرين على الإخلاء دون صعوبة من 21 في المائة إلى 38 في المائة. ولكن، شعر 58 في المائة بأنهم سيستمرون في مواجهة المصاعب، و4 في المائة أنهم لن يتمكنوا من الإخلاء مطلقاً. وعلاوة على ذلك، كان 17 في المائة من المجيبين فقط على علم بوجود خطة لإدارة الكوارث في مجتمعاتهم المحلية.

وأشار المسح نفسه إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة لا يزالون غير مشمولين في التخطيط للاستجابة لحالات الطوارئ والكوارث. ولم تتجاوز نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين قالوا إنهم استُشيروا بشأن خطط إدارة الكوارث في مجتمعاتهم المحلية 14 في المائة، على الرغم من أن نصف المجيبين أعربوا عن رغبتهم في المشاركة في إدارة الكوارث في مجتمعاتهم المحلية.

وحيث تنشب النزاعات أو تقع الكوارث، أو يحدث غير ذلك من الأزمات الإنسانية، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة مخاطر أكبر، ويتأثرون بها بدرجة غير متناسبة بالمقارنة مع غيرهم. فقد لا يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الإفلات من أوضاع الأزمة، وقد يهملون فيضطرون لتولي كافة أمورهم بأنفسهم⁷⁰³. وقد يواجهون عقبات إضافية أثناء الإخلاء بسبب الافتقار إلى وسائل النقل أو الملاجئ التي يسهل أو حتى يمكن الوصول إليها، وقد لا يتلقون التحذيرات في نسق متاح لهم⁷⁰⁴. وعلى وجه الخصوص، يتأثر الأشخاص ذوو الإعاقات النفسية الاجتماعية أو الذهنية على نحو أكثر سلبية. فمثلاً، بلغ معدل الوفيات بسبب الزلزال وأمواج تسونامي في اليابان في عام 2011 لدى الأشخاص ذوي الإعاقة ضعف ما هو عليه لدى بقية السكا^{705،706}. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، خلصت دراسات إلى أنه في أعقاب ثلاثة أعاصير، كانت معدلات الإخلاء بين الأسر التي لديها فرد من ذوي الإعاقة أقل، بما يتراوح بين 9 و25 في المائة، مقارنة بمقارنة بالأسر التي ليس لديها فرد من ذوي الإعاقة⁷⁰⁷.

وعلاوة على ذلك، كثيراً ما تُغفل احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في أعقاب الكوارث، ولا سيما أثناء عمليات الإخلاء أو في المراحل المبكرة من حالات الطوارئ الإنسانية، وقد يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة عوائق إضافية تحول دون الوصول إلى الخدمات والمساعدة، بما في ذلك إعادة التأهيل والأجهزة المساعدة^{708،709}. وفي بعض البلدان، لا يتاح الوصول للأشخاص ذوي الإعاقة إلا إلى أقل من نصف مواقع الإغاثة في حالات الطوارئ والكوارث⁸. وقد يواجهون أثناء الإخلاء عوائق مادية في الوصول إلى خدمات أساسية مثل مياه الشرب المأمونة والمرافق الصحية.

وقد يتزايد أيضاً احتمال وقوع التمييز على أساس الإعاقة عندما تكون الخدمات والموارد الأساسية محدودة. ففي هايتي، في أعقاب زلزال عام 2010، لم تكن خدمات إعادة التأهيل كافية وواجهت طلباً متزايداً بسبب الإصابات الناجمة عن الكارثة⁷¹⁰. وفي الأردن، وعلى الرغم من السياسات المعلنة التي تنص بأن الأطفال اللاجئين ينبغي أن يحصلوا على التعليم، تبين أن عدداً قليلاً جداً من الأطفال اللاجئين كانوا ملتحقين بالمدارس، ناهيك عن ذوي الإعاقة منهم⁷¹¹.

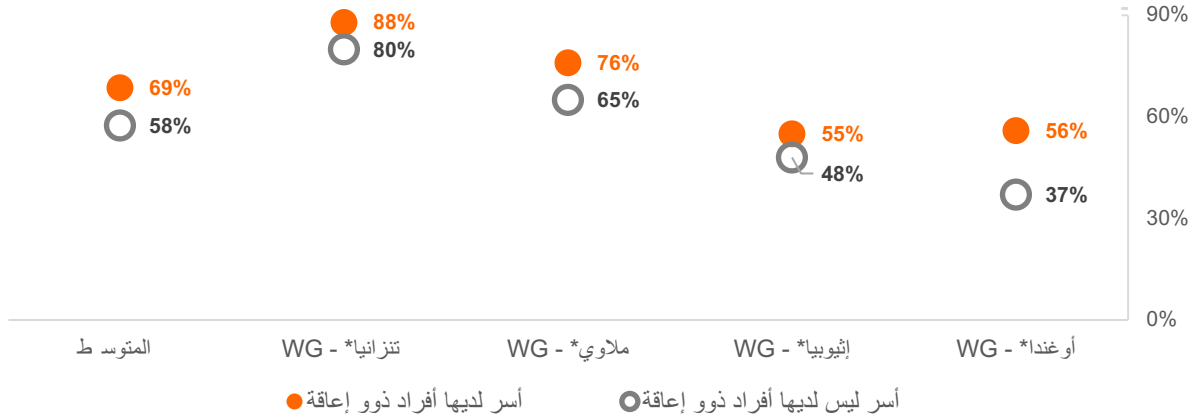
وكثيراً ما يؤدي تدني القدرة على تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة وعلى تسجيلهم أثناء الأوضاع الإنسانية إلى تقديرات لأعدادهم تقل كثيراً عن الواقع، ما يضعف القدرة على تحديد العوائق التي تحول دون الحصول على المساعدة والتصدي لها. ويشيع، مثلاً، التقليل من تقدير أعداد الأشخاص ذوي الإعاقة بين اللاجئين، لأن عملية تحديد هؤلاء الأشخاص كثيراً ما تركز إما على تعريف الأفراد عن أنفسهم، أو على مدى وعي الموظف المسؤول عن تسجيل اللاجئين. وفي بعض البيئات، يتردد الأفراد في التعرف عن أنفسهم لتجنب الوصم. وأما الموظفون فعادة ما يسجلون الإعاقات الظاهرة فقط ما يحُدُّ من احتمالية تحديد الإعاقات الحسية والنفسية الاجتماعية مقارنة بالإعاقات الجسدية⁷¹². وتشمل التحديات الإضافية التي تواجه التعرف على الأشخاص ذوي الإعاقة انعزالهم في المنازل وافتقار الموظفين إلى الوعي والمعرفة بأدوات تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة⁷⁰⁸.

والأشخاص ذوو الإعاقة، وخاصة النساء والأطفال وكبار السن منهم، أكثر عرضة للاستغلال والعنف والاعتداء الجسدي والجنسي والعاطفي في أعقاب الأزمات الإنسانية، وخاصة اللاجئين من ذوي الإعاقة⁷¹³⁻⁷¹⁴. فالأشخاص ذوو الإعاقة الذين يضطرون إلى مغادرة بلدانهم، والنازحون داخلياً، لديهم احتياجات خاصة للحماية، ويعانون من أشكال متعددة ومتداخلة من التمييز، سواء أكان ذلك على أساس حالة الإعاقة أم بسبب وضعهم كلاجئين أو نازحين داخلياً. وكثيراً ما يتفاقم الوصم الذي يواجهه اللاجئون وملتصقاً باللاجئين ذوي الإعاقة بسبب تجارب كراهية الأجانب والتمييز العنصري والتعصب، ما يزيد من تفويض الكرامة والمساواة⁷¹⁵ وكذلك من خطر العنف والإيذاء ومحدودية القدرة على الوصول إلى شبكات الدعم المجتمعي⁷¹⁴.

ويستمر، في بعض الأحيان، إغفال احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في جهود التعافي وإعادة الإعمار الطويلة الأمد⁷¹⁶.

والصددمات أيضاً، سواء البيئية منها على غرار الكوارث الطبيعية الكبرى، أم المالية مثل وفاة المعيل الرئيسي للأسرة أو مرض أحد أفرادها أو فقدان العمل، قد تتسبب بآثار سلبية جسيمة على الأسر التي تضم أشخاصاً ذوي إعاقة. فقد تؤدي إلى انخفاض الدخل أو تناقص الأصول، علاوة على انخفاض في إنتاج الأغذية أو في مخزونات الأغذية أو مشترياتها. ويبين الشكل 2-125 أن نسبة الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة وتتأثر سلباً بالصددمات (69 في المائة) كانت، في أربعة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في عام 2011، أعلى منها بين الأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة (58 في المائة). وفي البلدان الأربعة جميعها، أشارت غالبية الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة إلى أنها تأثرت سلباً بأثر صدمة تعرضت لها، وذلك بنسبة تتفاوت بين 55 في المائة في إثيوبيا و88 في المائة في تنزانيا. ويلاحظ في أوغندا الفجوة الأعلى بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والأسر التي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، إذ أشارت 56 في المائة من الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة إلى تأثرها سلباً من جراء كارثة وقعت مؤخراً.

الشكل 2-125 النسبة المئوية للأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، وتتأثر سلباً بصدمة معينة، في 4 بلدان، حوالي عام 2011



ملاحظة: تشمل الصدمات الوفاة أو المرض وفقدان وظيفة غير زراعية لأحد أفراد الأسرة والجفاف والفيضانات والانهيارات الأرضية والانهيارات الثلجية والأمطار الغزيرة التي تحول دون العمل. يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. ويشير الرمز (*) إلى أن للفرق دلالة إحصائية عند 10 في المائة أو أقل.

المصدر: (Mitra (2018).⁴⁵

الممارسات الحالية لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الكوارث والطوارئ الأخرى

أدرجت بلدان عدة قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة في سياساتها وقوانينها وخططها الوطنية المتعلقة بالإجراءات الإنسانية، واعتمدت طرق عدة في هذا الإطار، تشمل على سبيل المثال: البحث في احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في آليات التأهب والاستجابة المتبعة في الخطط الوطنية للاستجابة للكوارث أو الأزمات⁷¹⁸⁻⁷¹⁷، واعتماد تشريعات تلزم الحكومة بإعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الإعاقة في أنشطة الطوارئ (المساعدة الطبية والإسكانية والإنسانية) في الاستجابة للكوارث الطبيعية⁷¹⁹، ووضع تدابير وإجراءات مساعدة للبحث عن الأشخاص ذوي الإعاقة وإنقاذهم وإخلائهم وتوفير الرعاية الصحية الأولية لهم⁷²⁰، وضمان الحماية والرعاية التأهيلية والتعافي وإعادة الشمول في الحياة الاجتماعية لضحايا الكوارث الطبيعية من خلال سنّ قوانين تحمي حقوق الأطفال ورفاههم، ولا سيما الأطفال ذوي الإعاقة⁷²¹. وتركز التدابير الأخرى المتخذة على إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال طرق مثل شمول ممثلين عنهم في لجان إدارة الكوارث التي ترصد وتنسق تنفيذ عمليات الإغاثة في حالات الطوارئ⁷²²، وإشراكهم في تحليل مخاطر الكوارث وتقييمها⁷²³، وكذلك في أنشطة التوعية بشأن الحد من مخاطر الكوارث بحيث تشمل مسائل الإعاقة⁷²⁴، وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الطوارئ الإنسانية⁷²⁵⁻⁷²⁶. ويتزايد، أيضاً، إجراء دورات تدريبية للجهات الفاعلة في المجال الإنساني بشأن احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، وتركز هذه الدورات أحياناً على النساء والفتيات ذوات الإعاقة⁷²⁷.

وتركز مبادرات أخرى على الاحتياجات في مرحلة ما بعد الكوارث، من خلال توفير التحويلات النقدية للأشخاص ذوي الإعاقة في أعقاب وقوع كارثة أو أزمة إنسانية⁷²⁴. ففي نيبال، مثلاً، وبعد زلزال عام 2015، أُنشئت منحة للتحويلات النقدية، واعتبرت فيها الإعاقة كأحد المعايير الخمسة لأهلية الاستفادة من المنحة، وفي الجمهورية العربية السورية، استهدفت مبادرة للتحويلات النقدية الأشخاص ذوي الإعاقة على وجه التحديد⁷²⁸. كما بُذلت جهود لتحويل إعادة الإعمار بعد الكوارث إلى فرصة لتحسين إمكانية الوصول إلى البيئة المادية. فتحسنت في نيبال، مثلاً، معايير الوصول في أعقاب الزلزال الذي وقع في نيسان/أبريل 2015⁷²⁹.

واتخذت، أيضاً، تدابير لدعم اللاجئين ذوي الإعاقة في الحالات الإنسانية، وذلك، مثلاً، من خلال الخدمات التي تربط اللجان والفتيات ذوات الإعاقة بمقدمي الخدمات من القطاعين الإنساني والإنمائي⁷³⁰، والتوعية باحتياجات اللاجئين ذوي الإعاقة ووجهات نظرهم في فعاليات المجتمعات المحلية⁷³¹.

ووضعت توجيهات تتعلق بالإجراءات الإنسانية الشاملة لمسائل الإعاقة، مثل التوجيهات الموجهة إلى الجهات الإنسانية الفاعلة التي تشارك في مساعدة اللاجئين ذوي الإعاقة⁷³²⁻⁷³³، ودليل عملي للإجراءات التي تركز على إشراك الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة في التأهب لحالات الطوارئ والتعافي منها⁷³⁴، ومذكرة توجيهية للجهات الصحية الفاعلة في إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث تحول الخطوات التي يتعين اتخاذها لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الطوارئ⁷³⁵.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

تشير البيانات عن الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الكوارث، على شحها، إلى أن ليس لدى غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة خطة للتأهب الشخصي للكوارث، وأن عدداً قليلاً منهم سيتمكن من الإخلاء فوراً ودون صعوبة في حال وقوع كارثة مفاجئة، بل إن عدداً أقل على علم بوجود خطة لإدارة الكوارث في مجتمعهم المحلي. وعندما تقع كارثة أو أزمة إنسانية، يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة في أحيان كثيرة للإهمال أثناء عملية الإخلاء، ويرجح أن يموتوا نتيجة لذلك. وأما في حالات النزاع والنزوح القسري، فيتعرض العديد منهم للتمييز والاستغلال لوالعد فويستثنون من المساعدة الإنسانية.

وقد تزايدت، في مختلف البلدان، التدابير والإجراءات الرامية إلى حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وإشراكهم في التأهب للكوارث والتصدية لها وفي الإجراءات الإنسانية، وذلك بطرق منها تشجيع شمولهم في عمليات التأهب للكوارث وخطط الاستجابة لها، وكذلك في عمليات التعافي وتحسين إمكانات الجهات الفاعلة في المجال الإنساني على تلبية احتياجاتهم. ومع ذلك، تبقى ثغرات قائمة تحول دون شمولهم في الحالات الإنسانية. ولا يزال الاعتقاد شائعاً بأن التخطيط العام لحالات الطوارئ سيلبي احتياجات جميع الأشخاص، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة. وفي أحيان كثيرة، لا تسلّم الدول، ولا أصحاب المصلحة الرئيسيون في التخطيط لحالات الطوارئ، بأهمية الشمول ولا بأن الأشخاص ذوي الإعاقة سيظلون في وضع غير مؤات من حيث الوصول إلى الخدمات بما لم تؤخذ احتياجاتهم بالاعتبار.

وقد تختلف احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء الكوارث والنزاعات والأحداث المتعلقة بالمناخ وبعدها، وينبغي أن تؤخذ هذه الاحتياجات بالاعتبار في التخطيط لخفض مخاطر الكوارث وفي الاستجابة لها وفي الإجراءات الإنسانية. لكن، وفي أحيان كثيرة، يعترض تحقيق ذلك عدم وضوح توزيع المسؤوليات المتعلقة بشمول الأشخاص ذوي الإعاقة، والافتقار إلى الوعي بالإعاقة بين الحكومات والجهات الفاعلة في المجال الإنساني. بيد أن الحكومات وتلك الجهات يمكنها، في هذا الصدد، أن تسترشد بحقوق الإنسان والمبادئ الإنسانية. وتشكل المجموعة المتنامية من الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالحد من أخطار الكوارث والعمل الإنساني، سواء العامة منها أم المعنية تحديداً بالإعاقة، أساساً لتوجيه هذه الجهات الفاعلة نحو احترام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحماية تلك الحقوق والوفاء بها. وكذلك، ينبغي على الجهود المبذولة للاستجابة للكوارث وحالات الطوارئ أن تراعي جميع أهداف التنمية المستدامة لكي تضمن تلبية الاحتياجات الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة في مثل هذه الحالات، والتي تشمل الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي (الهدف 6 من أهداف التنمية المستدامة) وخدمات الرعاية الصحية (الهدف 3). ولا بد أيضاً من إدراك أكبر للنقاط عيّن الجهود الإنسانية والإنمائية وجهود بناء السلام، وبين الاستراتيجيات الموضوعية للوصول إلى الأشخاص ذوي الإعاقة المتضررين الذين تعرضوا للنزوح داخل حدود بلدهم أو خارجها، وذلك لحماية حقوقهم وتعزيز شمولهم بما يحقق "عدم استثناء أحد".

ويمكن أن تسهم الخطوات التالية في التكفل بمراعاة الإعاقة في خفض مخاطر الكوارث والاستجابة لها، وكذلك في العمل الإنساني:

1) كفالة مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما النساء والأطفال منهم، في عمليات صنع القرار، وجعلهم أصحاب مصلحة فاعلين في جميع مراحل الاستجابة للكوارث والعمل الإنساني، بدءاً بالتخطيط ووصولاً إلى التنفيذ والتقييم والرصد. وأفضل طريقة لضمان تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، والتخفيف من أوجه انكشافهم على المخاطر بأكبر درجة ممكنة، وزيادة فعالية جهود الحكومة في الاستجابة والتعافي، هي إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع مراحل التخطيط ووضع البرامج. ومن الأهمية بمكان إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة عندما تنظر الحكومات في السياسات أو التشريعات المعنية بالكوارث أو الحالات الإنسانية، أو عندما يضع مجتمع محلي خطة للإخلاء أو نظاماً للإنذار المبكر، أو يتخذ قرارات لمكافحة تغيّر المناخ. وكذلك الحال أيضاً فيما يتعلق بمرحلة إعادة الإعمار بعد الدمار الذي تلحقه الأزمات بالبنى الأساسية والنظم المجتمعية. فهذا سيساعد على جعل الخط شاملة للجميع ومتاحة، لا لذوي الإعاقة فحسب، بل أيضاً لكبار السن والأطفال والحوامل والمصابين بجروح أو الذين يعانون من إجهاد نفسي شديد، وبالتالي فلن يستثنى أحداً.

2) كفالة أن تتضمن السياسات والبرامج الوطنية معايير ومؤشرات تنفيذية لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة في التأهب لحالات الطوارئ والتخطيط والاستجابة لها. وضمان أن تتضمن إجراءات التشغيل الموحدة والأدلة التشغيلية للوكالات المشاركة في العمل الإنساني توجيهها لتواضحة بشأن شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في التأهب لحالات الطوارئ والتخطيط والاستجابة لها.

- (3) كفالة أن تكون المعلومات والسلع الأساسية والخدمات المتعلقة بحالات الطوارئ شاملة ومتاحة في أنساق يسهل الوصول إليها. وينبغي استخدام "التصميم الشامل" في جميع جوانب الحد من مخاطر الكوارث والاستجابة الإنسانية. ولا بد، في هذا الصدد، من الإشارة إلى أن بعض الناس قد يحتاجون إلى خدمات متخصصة تُهفي الحالات الإنسانية، بالإضافة إلى هذه الجهود العامة المبذولة. ومن الضروري تحديد الاحتياجات من الخدمات والسلع المتخصصة والإعداد للأزمات قبل وقوعها مع الأشخاص ذوي الإعاقة.
- (4) تعبئة موارد كافية بكميات يمكن توقعها وفي الوقت المناسب، لتفعيل الالتزامات الخاصة بالتأهب والاستجابة لحالات الطوارئ الشاملة للجميع، بما في ذلك التعاون الوثيق بين الدول والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني.
- (5) توعية الأشخاص ذوي الإعاقة بخطط إدارة الكوارث على المستوى المحلي وضمان أن تكون المعلومات والخدمات المتعلقة بحالات الطوارئ شاملة ومتاحة في أنساق يسهل الوصول إليها وفقاً لمبادئ "التصميم الشامل". ومن الضروري أيضاً تعزيز إمكانات الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الحد من أخطار الكوارث والاستجابة الإنسانية. وسيساهم ذلك بالإضافة إلى حماية الأشخاص ذوي الإعاقة لأنفسهم بأنفسهم ويساعدهم على الحفاظ على حياتهم، في تعزيز مكانتهم كمساهمين رئيسيين في حالات الأزمات. وينبغي أن يتوقع أن يسهم الأشخاص ذوو الإعاقة في تخطيط وتنفيذ إجراءات الحد من أخطار الكوارث وفي الأعمال الإنسانية، عن طريق التقدم بوجهات نظر إما جديدة أو أغفل عنها، وعن طريق مساعدة الآخرين بعد وقوع الأزمات.
- (6) تعزيز إمكانات ومعرفة العاملين في مجال تقديم المعونة حول احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة ومواطن قوتهم في الأعمال الإنسانية. ومن الضروري توفير تدريب حول الإعاقة لجميع أصحاب المصلحة في مجال المعونة على مستوى السياسات والممارسة. وينبغي للعاملين في مجال المعونة أن يفهموا وجهات نظر الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم ومواطن قوتهم، إذ سيفيدهم ذلك في العمل من أجل الأشخاص ذوي الإعاقة ومعهم في حالات الأزمات. وينبغي أيضاً تشجيع الجهات الفاعلة في المجال الإنساني على تشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة، وألا تقتصر الوظائف على المشاريع الموجهة مباشرة لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة خلال الأزمات الإنسانية.
- (7) ينبغي على الدول أن تكفل شمول جميع جهود التعافي بعد الأزمات، بما في ذلك إعادة الإعمار والبناء، للأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك تطبيق مبادئ "التصميم الشامل" في كافة برامج إعادة الإعمار والبناء. ولا بد من التركيز على خصائص إتاحة الوصول أثناء تخطيط وإعادة بناء البنى التحتية والمرافق العامة، واعتماد تكنولوجيات ونظم اتصالات يسهل الوصول إليها. فالنزاعات تدمر البنى التحتية والنظم المجتمعية، ولذلك يجب النظر في إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في عمليات بناء السلام والمصالحة أيضاً.
- (8) ينبغي على الدول أن تكفل أن تسلم آليات الحماية في ظروف الطوارئ وما بعد الأزمات بتزايد مخاطر العنف والإيذاء والاستغلال التي يتعرض لها الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما النساء والأطفال منهم، وبأن تتصدى هذه الآليات لتلك المخاطر. إجراء تعديلات لضمان أن تكون آليات الوقاية من العنف القائم على النوع الاجتماعي والتصدي له، وكذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما النساء والفتيات منهم. وضمان وصول الأطفال والشباب ذوي الإعاقة إلى جميع الخدمات الصحية والقانونية والاجتماعية وغيرها من الخدمات التي تتصدى للعنف والاستغلال والاعتداء.

9) إجراء بحوث قائمة على الأدلة ووضع نظام لجمع بيانات متعلقة بالنزاعا توالكوارث عن الأشخاص ذوي الإعاقة. ينبغي إجراء تحاليل واستعراضات منهجية لآليات التأهب والموارد والخبرات المتصلة بالحد من مخاطر الكوارث والاستجابة الإنسانية الشاملة لقضايا الإعاقة على الصعيد الوطني. وعلى وجه الخصوص، ولدى وضع خطة للحد من مخاطر الكوارث، يتعين عند جمع البيانات تقدير الأعداد الإجمالية للأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم المختلفة في بعض المجتمعات المحلية. وينبغي وضع سجلات للأشخاص ذوي الإعاقة الذين قد يحتاجون إلى دعم في حالات الأزمات حتى تتمكن السلطات المحلية من الاستجابة الفورية لهم. وحالما تقع حالة طوارئ، يلزم تقديم بيانات تصف حالة الأشخاص ذوي الإعاقة في حالات الكوارث والنزاع. وعلى التقييمات السريعة التي تُجرى بعد الأزمات أن تراعي منظور الإعاقة، وأن تضع أيضاً طريقة منهجية لتقييم حجم وأنواع الاحتياجات بين الأشخاص ذوي الإعاقة بعد النزاعات أو الكوارث. ولا يكفي تقييم عدد الإصابات والوفيات بين الأشخاص ذوي الإعاقة. ومن الأمور البالغة الأهمية في هذا الإطار استخدام بيانات موثوقة خلال المراحل جميعها، أي قبل الأزمات وخلالها وبعدها، مع إيلاء اهتمام للجوانب الرئيسية ولكن المهملة، مثل كيفية استخدام تكنولوجيات جديدة كالهواتف النقّالة ووسائل التواصل الاجتماعي. ومن المهم أيضاً تقاسم معرفة الأشخاص ذوي الإعاقة وتجاربهم أثناء كوارث ونزاعات حقيقية.

10) ينبغي أن تكفل الدول وضع آليات على مستويات وطنية، للمساءلة عن الأفعال أو أوجه الإهمال التي تؤدي إلى التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة و/أو إقصائهم في سياق الأعمال الإنسانية والاستجابة للكوارث.

ميم- تشجيع إقامة مجتمعات سلمية وشاملة للجميع من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وتوفير إمكانية الوصول إلى العدالة، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة على جميع المستويات (الهدف 16)

يضع الهدف 16 مقاصد طموحة للحد من العنف بجميع أشكاله، وكفالة الوصول إلى العدالة للجميع، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع، وضمان اتخاذ قرارات تستجيب للاحتياجات وتشمل الجميع وتمثلهم وتخضع للمساءلة ولا تستثني أحداً. غير أن عوائق عديدة تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة والمعلومات والخدمات العامة وصنع القرار، مثل التمييز والوصم والتمثيل المحدود للأشخاص ذوي الإعاقة في صنع القرار، وعدم كفاية آليات الحماية القانونية وبقاء بعض القوانين والسياسات التمييزية، ولا سيما القوانين الانتخابية والقوانين التي تنظم الوصول إلى العدالة والمعلومات. كما أن المواقف السلبية في المجتمع تجعل الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة للعنف.

سيركز هذا القسم على القضايا التي يتناولها الهدف 16 وذات أهمية حاسمة لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة. وهذه القضايا هي: الحد من التعرض للعنف (المقصد 16-1 و 16-2)، وضمان تكافؤ فرص وصول الجميع إلى العدالة⁷³⁶ (المقصد 16-3)، وإنشاء مؤسسات عامة وشفافة وخاضعة للمساءلة (المقصد 16-6)، وجعل المشاركة في اتخاذ القرارات شاملة للجميع (المقصد 16-7)، وكفالة تسجيل المواليد (المقصد 16-9)، وتعزيز الوصول إلى المعلومات (المقصد 16-10). أما القوانين والسياسات غير التمييزية (المقصد 16-ب)، فيتناولها القسم المتعلق بالهدف 10 لأن المقصد 10-3 يتطرق إليها أيضاً. وفيما يتعلق بالمقاصد الستة للهدف 16 التي سبقت الإشارة إليها، سيعرض كل بند فرعي في كل مجال من هذه المجالات الأطر المعيارية الدولية ذات الصلة ويقدم بيانات وأدلة تصوّر وضع الأشخاص ذوي الإعاقة وبيحث في الممارسات الحالية ويختتم بتوصيات.

الحد من جميع أشكال العنف ضد الأشخاص ذوي الإعاقة وإنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف ضد الأطفال ذوي الإعاقة (المقصدان 1-16 و2-16)

يتسبب العنف بين الأشخاص صرع زوفاة نصد فمليون إنسا نكل عام، ويعاني ملايين آخرون من العنف غير المميت وما يرتبط به من عواقب⁷³⁷، إلا أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أشد تعرضاً لهذا العنف بسبب الوصم والتمييز، والإقصاء من التعليم والعمل، والعوائق أمام الاتصال والافتقار إلى الدعم الاجتماعي⁷³⁸.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من العنف

يدعو المقصد 1-16 من أهداف التنمية المستدامة إلى الحد من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان، ويدعو المقصد 2-16 إلى إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف ضد الأطفال وتعذيبهم. وفيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، يتوافق تحقيق هذين المقصدين مع المادة 16 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تقتضي من الدول الأطراف اتخاذ جميع التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية وغيرها من التدابير المناسبة لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة، داخل منازلهم وخارجها على السواء، من جميع أشكال الاستغلال والعنف والاعتداء، بما في ذلك جوانبها القائمة على النوع الاجتماعي.

وتضمنت أطر مختلفة تتناول قضايا النساء والأطفال عموماً آليات خاصة لحماية النساء والأطفال ذوي الإعاقة من العنف. فدعت اتفاقية حقوق الطفل (1989) الدول الأطراف إلى "اتخاذ جميع التدابير الملائمة لحماية الطفل لمن كافة أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية أو العقلية والإهمال أو المعاملة المنطوية على إهمال، وإساءة المعاملة أو الاستغلال، بما في ذلك الإساءة الجنسية"⁵⁵⁶. وركز إعلان ومنهاج عمل بيجين (1995) على أهمية القضاء على جميع أشكال العنف ضد النساء والفتيات⁷³⁹. وأما بروتوكول منع وقمع ومعاقبة الاتجار بالأشخاص، وبخاصة النساء والأطفال، المكمل لاتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الوطنية (بروتوكول باليرمو)، المعتمد في عام 2000، فدعا بدوره إلى وقاية النساء والأطفال من هذا النوع من الاتجار، وحمايتهم منه⁷⁴⁰. ويصنف نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية، المعتمد في عام 1998، في الفقرة 1 (ز) من المادة 7، "الاغتصاب أو الاستعباد الجنسي أو الإكراه على البغاء أو الحمل القسري أو التعقيم القسري أو أي شكل آخر من أشكال العنف الجنسي على مثل هذه الدرجة من الخطورة" ارتكب "في إطار هجوم واسع النطاق أو منهجي موجه ضد أية مجموعة من السكان المدنيين" كجريمة ضد الإنسانية⁷⁴¹.

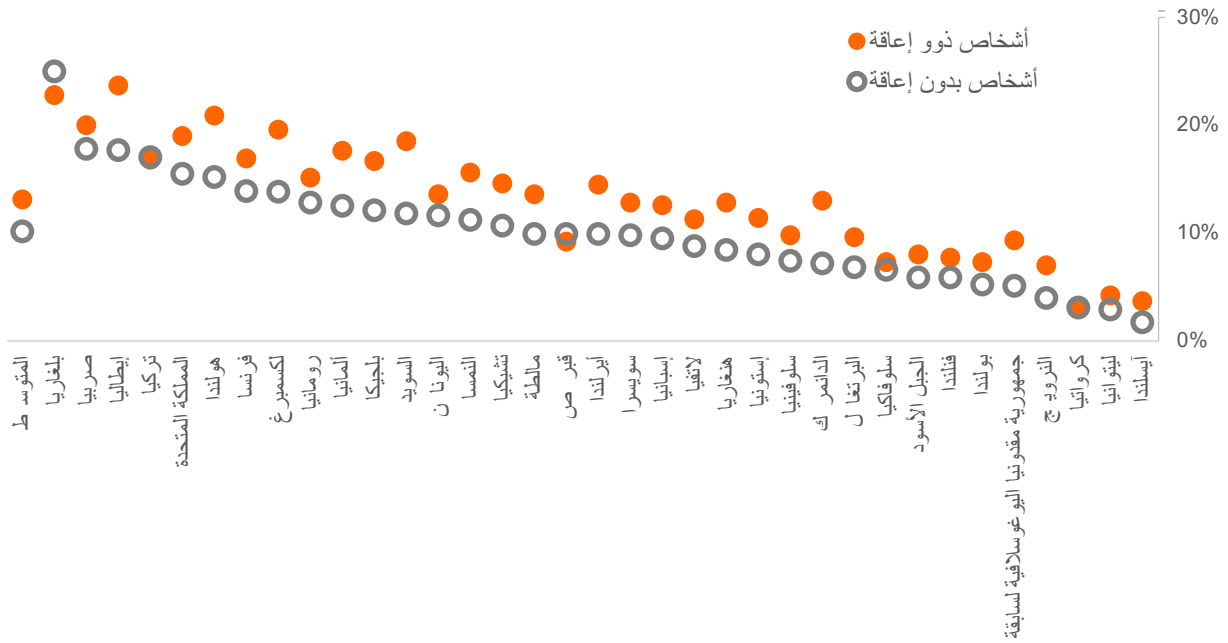
حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالتعرض للعنف

يعرض التفاعل بين عوامل فردية وأخرى أسرية واجتماعية-اقتصادية وبنوية الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الأطفال، لمخاطر إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار والعنف. ويمكن لموقف المجتمع إزاء الأشخاص ذوي الإعاقة والوصم ضدهم أن يؤثرنا بسهولة على بيئة الأسرة والأقران إلى حد يدفع نحو القبول بتعرضهم للإيذاء والعنف والاستغلال.

في 35 بلداً، معظمها في أوروبا، النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بأن الجرائم وأعمال العنف والتخريب بشائنة في أماكن أو مناطق إقامتهم أعلى مما هي لدى الأشخاص بدون إعاقة (الشك ل2-126). وكان

بالمتوسط 13 في المائة للأشخاص ذوي الإعاقة مقابل 10 في المائة للأشخاص بدون إعاقة. وفي بلدين، أيسلندا والدانمرك، بلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعانون من هذه البيئة العنيفة ضعف ما هي عليه لدى الأشخاص بدون إعاقة. وتشير البيانات من خمسة بلدان نامية (الشكل 2-127) إلى أن 19 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في المتوسط يتعرضون للضرب والتوبيخ بسبب إعاقاتهم، وفي أحيان كثيرة على أيدي أحد أفراد الأسرة (12 في المائة). ويعاني نحو 14 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في بوتسوانا و27 في المائة في نيبال من هذا النوع من العنف. وفي ليسوتو ونيبال، أشار أكثر من ثلاثة أرباع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرضوا للضرب أو التوبيخ إلى أن المرتكب هو أحد أفراد الأسرة، وفي البلدان الثلاثة الأخرى، أفاد أكثر من نصفهم بذلك. وتبين من مسح أجري في أوغندا في عام 2016 إلى أن كلاً من الرجال والنساء ذوي الإعاقة يعانون من العنف الجسدي بمعدلات أعلى (60 في المائة) من الأشخاص بدون إعاقة (51 في المائة)⁷⁴². وفي أربعة بلدان أخرى في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، أفاد نحو 10 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة بأنهم تعرضوا للعنف بسبب إعاقاتهم (الشكل 2-128). وتظهر الأدلة أن الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية هم الأشد تعرضاً للعنف. ومقارنة بغيرهم، الأشخاص ذوو الإعاقة أكثر عرضة للوقوع ضحايا للعنف بـ 1.5 مرة، وذوو حالات الصحة النفسية أشد عرضة للعنف بنحو أربعة أضعاف⁷⁴³.

الشكل 2-126 النسبة المئوية للأشخاص الذين يبلغون عن نشيوع الجريمة والعنف والتخريب في أماكن إقامتهم أو منطقة إقامتهم، حسب حالة الإعاقة⁷⁶، في 35 بلداً، في عام 2016⁷⁴⁴

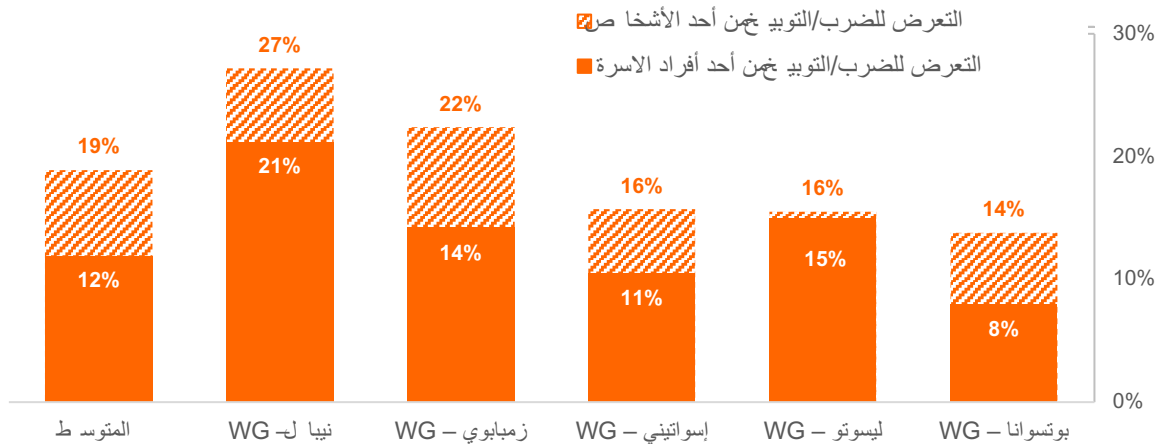


المصدر: Eurostat⁹.

لقد أظهرت الأدبيات المتاحة تفاوتات واسعة في معدلات انتشار العنف ضد النساء ذوات الإعاقة، ولكن يسود توافق واسع النطاق بأن النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة للمعاناة من الإيذاء والعنف الجنسي والجسدي⁷⁴⁵⁻⁷⁴⁶⁻⁷⁴⁷. وبالاستناد إلى بيانات من 28 بلداً أوروبياً، تعرض ما نسبته 34 في المائة من النساء اللاتي لديهن مشاكل صحية أو إعاقات للعنف الجسدي أو الجنسي من شريك⁷⁴⁸. وأشارت دراسة أخرى إلى أن النساء ذوات الإعاقة الجسدية يتعرضن للاعتداء الجسدي أو الجنسي لفترات أطول بكثير من النساء بدون إعاقة⁷⁴⁹.

وفي أوغندا، في عام 2016، كان احتمال وقوع الرجال ذوي الإعاقة ضحايا للعنف الجنسي يزيد بثلاثة أضعاف تقريباً على غيرهم من الرجال، بنسبة تبلغ 21 في المائة بين الرجال ذوي الإعاقة مقابل 8 في المائة من الرجال بدون إعاقة (الشكل 2-129). بيد أن النسبة بين الرجال الكبار ذوي الإعاقة كانت، خلال الأشهر الـ 12 الماضية، أقل بكثير (6 في المائة) ما يشير إلى أن العنف الجنسي ضد الرجال ذوي الإعاقة لربما يحدث في مرحلة الطفولة غالباً. وعلى النقيض من ذلك، كانت النسبة المئوية للنساء ذوات الإعاقة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة وتعرضن للعنف الجنسي خلال الأشهر الـ 12 الماضية أعلى بكثير وبلغت 22 في المائة، ما يشير إلى أن العنف الجنسي في مرحلة البلوغ هو أكثر شيوعاً ضد النساء ذوات الإعاقة منه ضد الرجال ذوي الإعاقة، كما أن النساء ذوات الإعاقة هن أيضاً الأكثر عرضة للعنف الجنسي (34 في المائة)⁷⁴².

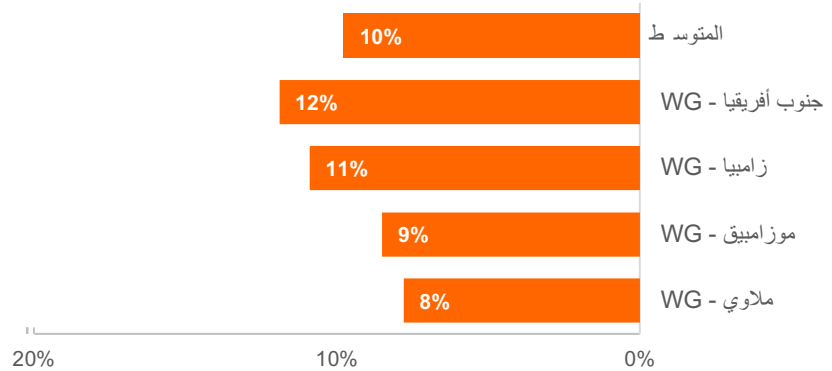
الشكل 2-127 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرضوا للضرب أو التوبيخ بسبب إعاقتهم، في 5 بلدان، حوالى عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصديّة وفريق واشنطن حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الشكل 2-128 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرضوا للعنف في أي وقت من الأوقات بسبب إعاقته، في 4 بلدان، حوالي عام 2013

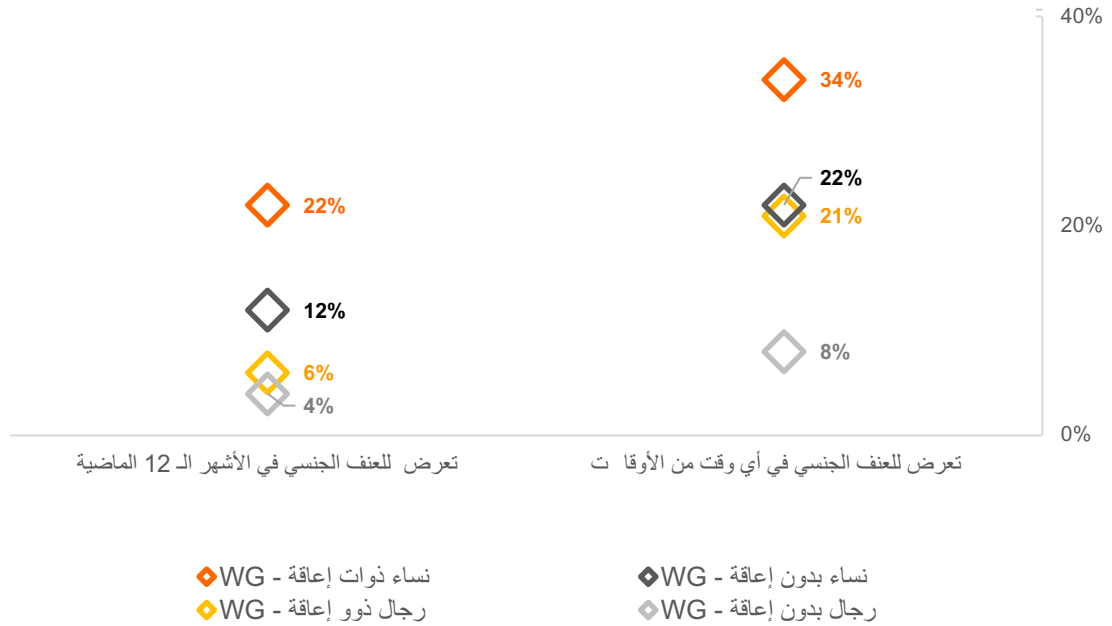


ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفرق قواشنت حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

ويزيد أيضاً احتمال تعرض الأطفال ذوي الإعاقة للعنف الجسدي بأربعة أضعاف تقريباً على الأطفال بدون إعاقة وللعنف الجنسي كذلك بثلاثة أضعاف⁷⁵⁰. وأما الأطفال ذوو الإعاقة النفسية الاجتماعية أو الذهنية، فهم أكثر عرضة للإيذاء الجنسي بخمس مرات من الأطفال بدون إعاقة⁷⁵¹. والأطفال في المؤسسات بشكل عام هم أيضاً أكثر تعرضاً لإساءة المعاملة الجسدية والجنسية والعاطفية، إلا أن هذه الإساءات تتفاقم بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات⁷⁵². وأظهرت بيانا تم 15 بلداً أن في سبعة من هذه البلدان من المحتمل أكثر أن يوقع أفراد الأسرة عقاباً جسدياً شديداً على الأطفال ذوي الإعاقة⁷⁵³. كما قد يُستهدف الأطفال ذوو الإعاقة تحديداً بالإيذاء أو الاستغلال بسبب إعاقته. وفي حالات الاستغلال الجنسي للفتيات اللواتي لديهن اضطرابات في التعلم أو النمو وكذلك استغلال الأطفال ذوي الإعاقة لغرض التسول إشارة إلى أن مرتكبي الاتجار بالأشخاص ينتهزون أوجه الضعف فهذه لإشراك الأطفال في أنشطة لا يدركون تبعاتها، كما قد يستغل أولئك المرتكبون النظرة المجتمعية المتحيزة إزاء الإعاقة⁷⁵⁴. فقد خلُصت، مثلاً، دراسة أُجريت على الأطفال ضحايا الاستغلال الجنسي في تايلند إلى أن بعض بيوت الدعارة تعمدت الاتجار بالفتيات اللواتي لديهن صعوبة في السمع على افتراض أنهم لا يستطيعون طلب المساعدة أو الاتصال بأخريين⁷⁵⁵.

الشكل 2-129 النسبة المئوية للأشخاص الذي نتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة الذين تعرضوا للعنف الجنسي، مرة واحدة على الأقل في حياتهم وفي الأشهر الـ 12 الماضية، حسب حالة الإعاقة والنوع الاجتماعي، في أوغندا، في عام 2016



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفري وواشنطن نحول أداء الوظائف.

المصدر: Uganda Demographic and Health Survey 2016²⁷⁴.

الممارسات الحالية لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة من العنف

اتخذت بلداً عديدة مبادرات للحد من إساءة المعاملة والعنف ضد الأشخاص ذوي الإعاقة ودعم ضحايا تلك الأعمال، من تحسين السلامة الشخصية للأشخاص ذوي الإعاقة وتيسير عملية الإبلاغ عن العنف وصولاً إلى تقديم خدمات لتحسين مهارات الأشخاص ذوي الإعاقة للمثول أمام المحاكم وتقديم الأدلة كشهود أو خبراء⁷⁵⁶. وتشمل الأمثلة على ذلك إتاحة إمكانية الحصول على تدريب في مجال السلامة الشخصية للطلاب ذوي الإعاقة الذهنية⁷⁵⁷، وتوفير برنامج تدريبي لتحسين السلامة الشخصية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات النطق الوظيفية أو غير القادرين عليه⁷⁵⁸، وإنشاء نُظم لإطلاق نداءات الطوارئ عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني لذوي الإعاقة الحسية لتمكينهم من إرسال رسائل الطوارئ إلى مراكز الشرطة في حالة تعرضهم لجريمة⁷⁵⁹، وتنظيم دورات تدريبية لمقدمي الخدمات المتصلة بالإعاقة ومنظماً تخدم الضحايا وكالات العدالة الجنائية حول الاعتداء الجنسي والعنف العائلي ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وكذلك حول تحسين نوعية الخدمات لتلبية احتياجات الناجين من ذوي الإعاقة⁷⁶⁰. واتخذت مبادرات أيضاً لتعزيز وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة، وسيعود ذلك بالفائدة على جميع الضحايا ذوي الإعاقة (القسم الفرعي أدناه حول مقصد 3-16 من مقاصد أهداف التنمية المستدامة).

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما منهم الأطفال والنساء وذوو الإعاقة الذهنية، أشد تعرضاً للعنف بسبب الوصم والتمييز. وتركز التدابير المتخذة لحمايتهم من العنف على الوقاية من خلال تمكينهم عبر التدريب، وعلى تيسير الإبلاغ عن العنف ضدهم، والملاحقة القانونية لمرتكبي ذلك العنف. وفي التوصيات التالية إرشادات بشأن كيفية وضع حد لإساءة المعاملة والاستغلال والاتجار وجميع أشكال العنف ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الأطفال منهم:

- (1) **زيادة الوعي** على مختلف المستويات، بين الأسر ومجموعات الوالدين ومقدمي الخدمات وتوابعي السياسات والمشرفين. وينبغي توجيه الحملات العامة للتوعية والمناصرة نحو تغيير العقلية والمعايير الاجتماعية إزاء الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما الأطفال منهم.
- (2) **توفير التدريب للأشخاص ذوي الإعاقة لتعزيز معرفتهم بمعايير السلامة وتمكينهم من المثول في مراكز الشرطة وأمام المحاكم في حالة العنف.** وينبغي أيضاً تعزيز قدرة مقدمي الخدمات للضحايا ذوي الإعاقة لتحسين نوعية تلك الخدمات وعرض مواد التدريب والمعلومات في أنساق تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من الاطلاع عليها.
- (3) **إنشاء آليات للإبلاغ عن العنف يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها وتوفير الدعم المناسب والكافي للإبلاغ عن العنف.** وينبغي توفير مترجمي لغة الإشارة وخدمات للضحايا ذوي الإعاقات الذهنية والنفسية الاجتماعية.

ضمان تكافؤ فرص وصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة (المقصد 16-3)

يسهم ضمان تكافؤ فرص وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة في تمكينهم القانوني، ما يتيح لهم استخدام القانون والنظام القانوني والخدمات القانونية لحماية حقوقهم ومصالحهم والنهوض بها كمواطنين، ما يسهم في إقامة مجتمع أكثر شمولاً واستدامة. وهذا الضمان يرتبط بحق الأشخاص ذوي الإعاقة بأن يعترف بهم في كل مكان كأشخاص أمام القانون وبأنهم يتمتعون بالأهلية القانونية⁷⁶¹. ولكن الوصول إلى العدالة يبقى بعيداً عن منال العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة بسبب عوائق مرتبطة بالبيئة المحيطة وعوائق مالية وسلوكية إزاءهم.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالوصول إلى العدالة والإعاقة

في إطار الهدف 16 من أهداف التنمية المستدامة، يدعو المقصد 16-3 إلى ضمان تكافؤ فرص الجميع في الوصول إلى العدالة. وكذلك، تقتضي المادة 13 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من الدول الأطراف أن تكفل سُبُلًا فعالة للأشخاص ذوي الإعاقة للجوء إلى القضاء على قدم المساواة مع الآخرين، بما في ذلك من خلال توفير التيسيرات الإجرائية التي تتناسب مع أعمارهم، بغرض تيسير دورهم الفعال في المشاركة في جميع الإجراءات القانونية، كما تشجع الدول الأطراف على توفير التدريب المناسب للعاملين في مجال إقامة العدل. وتنص المادة 12 من الاتفاقية على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الاعتراف بهم في كل مكان كأشخاص أمام القانون، وبتمتعهم بأهلية قانونية، وأن تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة لتوفير إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الدعم الذي قد يتطلبونه أثناء ممارسة أهليتهم القانونية. ووفقاً للتعليق العام رقم 1 للجنة الأمم المتحدة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، يتطلب "الاعتراف على قدم المساواة أمام القانون"، الوارد في المادة 12، من الحكومات الابتعاد عن صنع القرارات البديلة (التي يتخذ فيها الوكيل قرارات قانونية بالنيابة عن الأشخاص ذوي الإعاقة)⁷⁶²، لصالح اتخاذ قرارات مدعومة، تؤدي إلى تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بالاعتراف الكامل وبالمساواة بموجب القانون، وإلى ممارسة أهليتهم القانونية لاتخاذ قرارات قانونية. وفي نموذج صنع القرارات المدعومة، يتلقى الفرد الدعم من فرد موثوق به أو من شبكة من الأفراد أو الكيانات لصنع القرارات القانونية⁷⁶³.

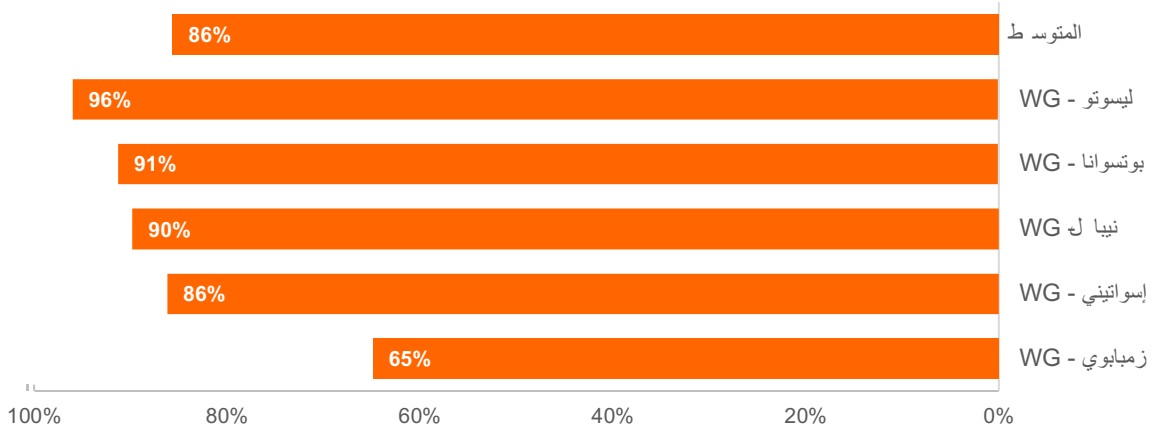
حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالوصول إلى العدالة

لا يزال الوصول إلى العدالة تحدياً بالنسبة إلى العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة. ففي خمسة بلدان، في عام 2012، لم يتمكن ما متوسطه 86 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى المشورة القانونية من الحصول عليها (الشكل 2-130)، وذلك بنسبة مرتفعة للغاية في البلدان الخمسة جميعها، تتراوح بين 65 في المائة في زيمبابوي و96 في المائة في ليسوتو. ويواجه العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة عقبات مختلفة في الحصول على التعليم، وبدونه قد لا يحصلون على المهارات اللازمة للتماس المشورة القانونية. ويؤدي انخفاض مستويات التعليم بين الأشخاص ذوي الإعاقة والعوائق التي تعترض حصولهم على فرص العمل إلى انخفاض الموارد المالية المتاحة لتغطية تكاليف الخدمات القانونية، التي عادة ما تكون مرتفعة. وحتى إذا تمكن بعض الأشخاص ذوي الإعاقة القادرين من تخطي هذه العقبات والتماس المشورة القانونية، فسواجهون مزيداً من العوائق. فالافتقار إلى الوعي بالإعاقة بين المسؤولين في المجال القانوني هو عقبة مزمنة أمام تكافؤ فرص الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى العدالة. وعلاوة على ذلك،

لا تُنشر التشريعات والمعلومات والوثائق القانونية دائماً على نحو يتيح إمكانية الوصول إليها. ولا يزال الحصول على الخدمات القانونية والوصول إلى غرف المحاكم ومراكز الشرطة متعزراً ومفتقراً إلى الترتيبات التيسيرية المعقولة في العديد من الأماكن. وفي خمسة بلدان نامية، أشار ما متوسطه 31 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أن المحاكم ومراكز الشرطة غير متاحة (الشكل 2-131). وبلغت نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين واجهوا ذلك 15 في المائة في جنوب أفريقيا ونحو 45 في المائة في ليسوتو.

ولا يمكن تحقيق المساواة في الوصول إلى العدالة للجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، دون الاعتراف بهم على قدم المساواة كأشخاص أمام القانون وتمتعهم بالأهلية القانونية. والدستور هو حجر الزاوية في سيادة القانون والنظام القانوني لجميع المواطنين. ومع ذلك، من بين الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، البالغ عددها 193 دولة، تكفل أربع فقط حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في دساتيرها⁷⁶⁴، ولكنها تسمح باستثناءات إذا كانت الإعاقة تمنع الأشخاص من ممارسة حقوقهم، ما يقوض فرص التكافؤ في الاعتراف أمام القانون والتمتع بالأهلية القانونية¹³². وبالإضافة إلى ذلك، أعربت تسعة بلدان أخرى، عند التصديق على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، عن قيود على تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة بالأهلية القانونية: فأعلنت ستة بلدان أن فهمها للمادة 12 هو أنها تدعم كلاً من صنع القرارات البديلة والمدعومة⁷⁶⁵، وأشارت ثلاثة بلدان إلى وجود شروط أو قيود على الأهلية القانونية⁷⁶⁶.

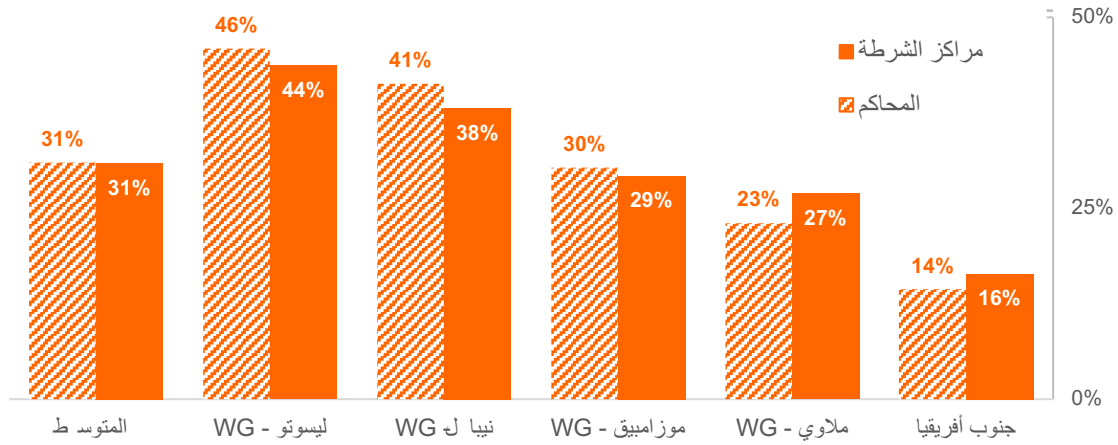
الشكل 2-130 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين احتاجوا إلى مشورة قانونية ولم يحصلوا عليها، في 5 بلدان، حوالي عام 2012



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفري قواشنت حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الشكل 2-131 النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا بأن مكاتب القضاة/المحاكم التقليدية ومراكز الشرطة لا يمكن الوصول إليها، في 5 بلدان، حوالي عام 2011



ملاحظة: الاختصار (WG) يشير إلى البلدان التي تُجمع بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني. المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الممارسات الحالية

يتزايد عدد البلدان التي تعتمد مبادئ توجيهية لتيسير الوصول إلى المباني العامة (القسم المتعلق بالهدف 10 من أهداف التنمية المستدامة)، وهذه الجهود قد تكون مفيدة أيضاً في إتاحة الوصول إلى المحاكم ومراكز الشرطة. وكتعزيز إضافي للوصول إلى العدالة، بما يتجاوز مجرد إتاحة الوصول إلى المواقع، اتخذت بعض البلدان المبادرات التالية: تعيين مترجمي لغة الإشارة في المحاكم للأشخاص ذوي الإعاقة الذين حددتهم المحكمة كناجين أو شهود أو جناة مزعومين، وتشكيل فرق احتياطية من الخبراء في الإعاقة⁷⁶⁷، وإنشاء خدمات يقدمها محققون خاصون واختصاصيون في اضطرابات النطق واللغة لدعم التواصل خلال التحقيقات المرتبطة بالأشخاص ذوي الإعاقة ولا سيما ذوي الإعاقة الذهنية⁷⁶⁸، وإصدار الاستدعاءات بلغة يسهل فهمها على الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية⁷⁶⁹. ولمعالجة العوائق المالية، يستفيد الأشخاص ذوي الإعاقة في بعض البلدان من إعفاءات من دفع رسوم المحاكم⁷⁷⁰. وهناك أيضاً مبادرات للمجتمع المدني لتوفير الخدمات الاستشارية القانونية المجانية والدعم القانوني للأشخاص ذوي الإعاقة⁷⁷¹.

وقد أدرجت بلدان كثيرة عملية صنع القرارات البديلة (مثل الوصاية) في تشريعاتها بدلاً من صنع القرارات المدعومة. ولكن هناك مبادرات إيجابية في بعض البلدان، تؤيد إلغاء صنع القرارات البديلة لصالح صنع القرارات المدعومة للأشخاص ذوي الإعاقة. فعلى سبيل المثال، أوقفت ألمانيا طلبات الوصاية الكاملة منذ عام 1992. وفي السويد، يعمل "المرشد القانوني" كوكيل للفرد بعد موافقة ذلك الفرد. ويمكن لذلك الفرد أن ينهي، في أي وقت يشاء، ذلك التفويض فتراعى رغبات الفرد في كل مرحلة من مراحل صنع القرار⁷⁷².

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة عوائق تحول دون الوصول إلى العدالة، بسبب عدم إمكانية الوصول إلى المحاكم ومراكز الشرطة والوثائق القانونية، والافتقار إلى الوعي بين الموظفين القانونيين بقضايا الإعاقة والقوانين التي تحد من أهليتهم القانونية والاعتراف بهم على قدم المساواة مع الآخرين أمام القانون. ولكن الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة للتمييز وقد تكون حاجتهم إلى العدالة أكبر. تشير أدلة من البلدان النامية إلى أن معظم الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى خدمات قانونية لا يتلقونها.

وقد اتخذت تدابير لتحسين وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة ولكن يلزم توجيه تدابير أخرى إليهم، مثل توفير الخدمات القانونية الأساسية والدعم القانوني والدعم المالي فيما يتعلق بالرسوم القانونية.

ولتحقيق المساواة في إتاحة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى العدالة، لا بد من اعتماد الإجراءات التالية:

(1) إتاحة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المحاكم ومراكز الشرطة وغيرها من الخدمات والوثائق القانونية بشكل كامل. ضمان إمكانية الوصول المادي إلى المرافق وإتاحة الوثائق القانونية في نسق يمكن من الاطلاع عليها. تقديم الخدمات القانونية الأساسية والدعم القانوني على نحو يلبي الاحتياجات المحددة للمواطنين ذوي الإعاقة. ويمكن للبلدان الاستفادة من بعض الفرص مثل تشييد أو تجديد مباني المحاكم لتحسين إمكانية الوصول، فذلك عادة أقل كلفة من القيام بتجديدات محددة لتيسير إتاحة الوصول فقط. وينبغي معالجة إمكانية الوصول إلى مباني المؤسسات القانونية وإتاحة الوثائق القانونية بطريقة منهجية وذلك من خلال اعتماد مبادئ توجيهية وطنية.

(2) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من ممارسة حقوقهم القانونية والوصول إلى العدالة. ينبغي توفير تدريب للأشخاص ذوي الإعاقة حول المعلومات القانونية وحقوقهم القانونية لتعزيز قدرتهم على ممارسة حقوقهم. وينبغي توفير هذه التدريباً تجميعياً بأنساق يمكن الوصول إليها.

(3) التوعية بالإعاقة وتوفير تدريب حول الإعاقة بين مقدمي الخدمات القانونية والموظفين القانونيين لتحديد احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وكيفية تعزيز نوعية الخدمات القانونية المقدمة لهم. وينبغي توفير هذه التدريباً تجميعياً بأنساق يمكن الوصول إليها.

(4) تشجيع صنع القرارات المدعومة وتعزيز خدمات الدعم القانوني للأشخاص ذوي الإعاقة. هناك افتقار للأطر التشريعية والسياسات في معظم الولايات القضائية حيث يهيم نك لمن قانون وممارسة الوصاية. ويلزم مراجعة هذه القوانين والسياسات للتوجه نحو صنع القرارات المدعومة. وستكون هناك حاجة إلى موارد مالية وبناء للقرارات لوضع نموذج لصنع القرارات المدعومة وللحفاظ على هذا النموذج. وسيكون من الضروري توفير التدريب بالتعليم ولا سيما لمقدمي خدمات الدعم القانوني.

(5) إجراء دراسات عن العوامل الكامنة وراء الحاجة غير الملباة إلى الخدمات القانونية بين الأشخاص ذوي الإعاقة لتحديد التحديا توالعوائق التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة عند التماس العدالة.

(6) استخدام المسوح المتعلقة بالإعاقة لجمع ونشر البيانات المتعلقة بالحاجة غير الملابة إلى الخدمات القانونية بين الأشخاص ذوي الإعاقة وعن إمكانية وصولهم إلى المحاكم ومراكز الشرطة. المسوح المتعلقة بالإعاقة هي التي تستهدف السكان ذوي الإعاقة، ويمكن استخدامها لرصد الاحتياجات غير الملابة من الخدمات القانونية والنسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين أفادوا عن تعذر الوصول إلى المحاكم ومراكز الشرطة. وينبغي أن يكون عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يشملهم أي مسح مرتفعاً بما يكفي لإتاحة تفصيلهم حسب النوع الاجتماعي والعمر والأصل الإثني والموقع في المدن والأرياف.

إنشاء مؤسسا توضحان اتخاذ قرارات شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة (المقصدان 6-16 و7-16)

يتطلب الوصول إلى المجتمعات الشاملة للجميع من أجل تحقيق التنمية المستدامة مؤسسات عامة شاملة للجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة، شفافة وتشاركية وخاضعة للمساءلة على جميع المستويات، وأيضاً مجتمعات تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة المشاركة في صنع القرار العام على قدم المساواة مع غيرهم على جميع المستويات⁷⁷³، ولكن، لا تزال مؤسسات عامة عديدة غير متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة، وفي أغلب الأحيان لا تضمن قوانين وسياسات تتعلق بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في المشاركة في صنع القرار على قدم المساواة.

الأطر المعيارية الدولية

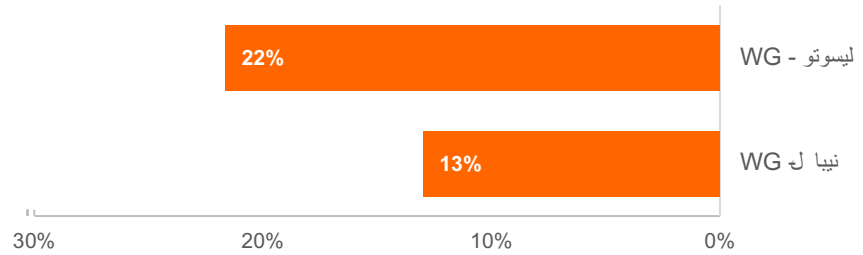
يدعو المقصد 6-16 من مقاصد أهداف التنمية المستدامة إلى إنشاء مؤسسات فعالة وشفافة وخاضعة للمساءلة على جميع المستويات. ويدعو المقصد 7-16 إلى ضمان صنع القرارات على نهج مستجيب للاحتياجات وشامل للجميع وتشاركي وتمثيلي على جميع المستويات. وشمول الجميع في صنع القرارات هو أيضاً إحدى النقاط التي نادى بها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، إذ تحث ديباجتها الأشخاص ذوي الإعاقة على المشاركة بفعالية في عمليات صنع القرارات بشأن السياسات والبرامج، بما في ذلك تلك التي تهمهم مباشرة (الفقرة (س)). وتنص المادة 4 (الفقرة 3) أيضاً بالتحديد على أن تتشاور الدول الأطراف تشاوراً وثيقاً مع الأشخاص ذوي الإعاقة، من خلال المنظمات التي تمثلهم، في عمليات صنع القرار المتعلقة بهم. كما تنص المادة 29 (الفقرة (أ)) على أن تكفل الدول الأطراف للأشخاص ذوي الإعاقة إمكانية المشاركة بصورة فعالة وكاملة في الحياة السياسية والعامة على قدم المساواة مع الآخرين، إما مباشرة وإما عن طريق ممثلين يختارونهم بحرية.

حالة المؤسسات العامة وصنع القرارات من حيث شمول الأشخاص ذوي الإعاقة

المؤسسات الشاملة للجميع

لا بد أن تكون المؤسسات، وما تقدمه من خدمات، متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة حتى تكون شاملة للجميع وفعالة. ولكن الواقع هو أن وصول الأشخاص ذوي الإعاقة لا يزال متعزراً إلى العديد من المؤسسات العامة. فمثلاً، تتفاوت نسبة المباني الحكومية التي يمكن الوصول إليها في العاصمة الوطنية في 15 بلداً في منطقة آسيا والمحيط الهادئ بين 25 في المائة و100 في المائة⁶³⁰. وكذلك، لا يمكن، في أحيان كثيرة، وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الإنترنت التي تقدمها المؤسسة العامة. ففي عام 2012، كانت البوابات الحكومية الوطنية على الإنترنت في أكثر من 60 في المائة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، البالغ عددها 193 دولة، تتضمن سمات لا يمكن الوصول إليها، وخصوصاً لمن لديه صعوبة في حركة اليدين أو في النظر (للاطلاع على مزيد من التفاصيل، الرجوع إلى القسم المتعلق بالمقصد 9-ج)⁷⁷⁴. وفي عام 2018، كان الوصول المادي في 28 بلداً غير ميسر إلى 7 في المائة من المكتبات العامة، ولم توفر 16 في المائة من تلك المكتبات موارد يمكن الوصول إليها، ولم يكن لدى 34 في المائة منها خدمات فعلية مخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة⁷⁷⁵. وعلاوة على الافتقار إلى هذه الخدمات، قد يؤدي الوصم والمواقف السلبية إلى تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة للتمييز في الخدمات العامة. فقد أفاد ما نسبته 13 و22 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة في بلدين ناميين، في عام 2013، بأنهم تعرضوا للتمييز في الخدمات العامة (الشكل 2-132).

الشكل 2-132 الأشخاص ذوو الإعاقة الذين أفادوا بأنهم تعرضوا للتمييز في الخدمات العامة، في بلدين، حواله عام 2013

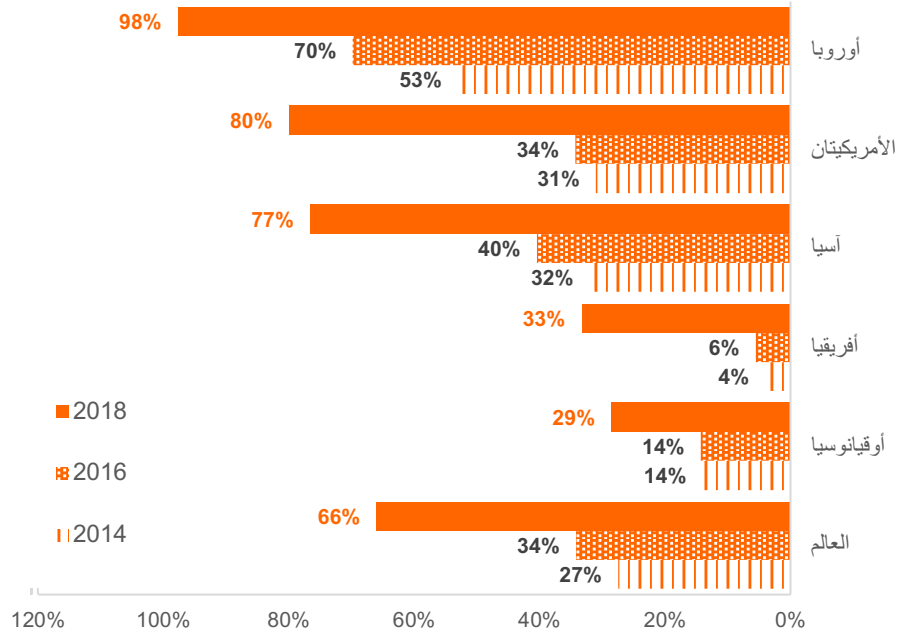


المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

تستثمر البلدان بصورة متزايدة في توفير الخدمات الحكومية على الإنترنت للأشخاص ذوي الإعاقة (الشكل 2-133). وبحلول عام 2018، بلغت نسبة البلدان التي تتوفر فيها هذه الخدمات 66 في المائة، بعد أن كانت 27 في المائة في عام 2014. فباتت هذه الخدمات تتوفر في معظم البلدان في أوروبا والأمريكيتين وآسيا في عام 2018. ولكن في مناطق أخرى خدمات الإنترنت للأشخاص ذوي الإعاقة غير شائعة. ففي عام 2018، كانت متاحة فقط في 33 في المائة من بلدان أفريقيا و29 في المائة من بلدان أوقيانوسيا.

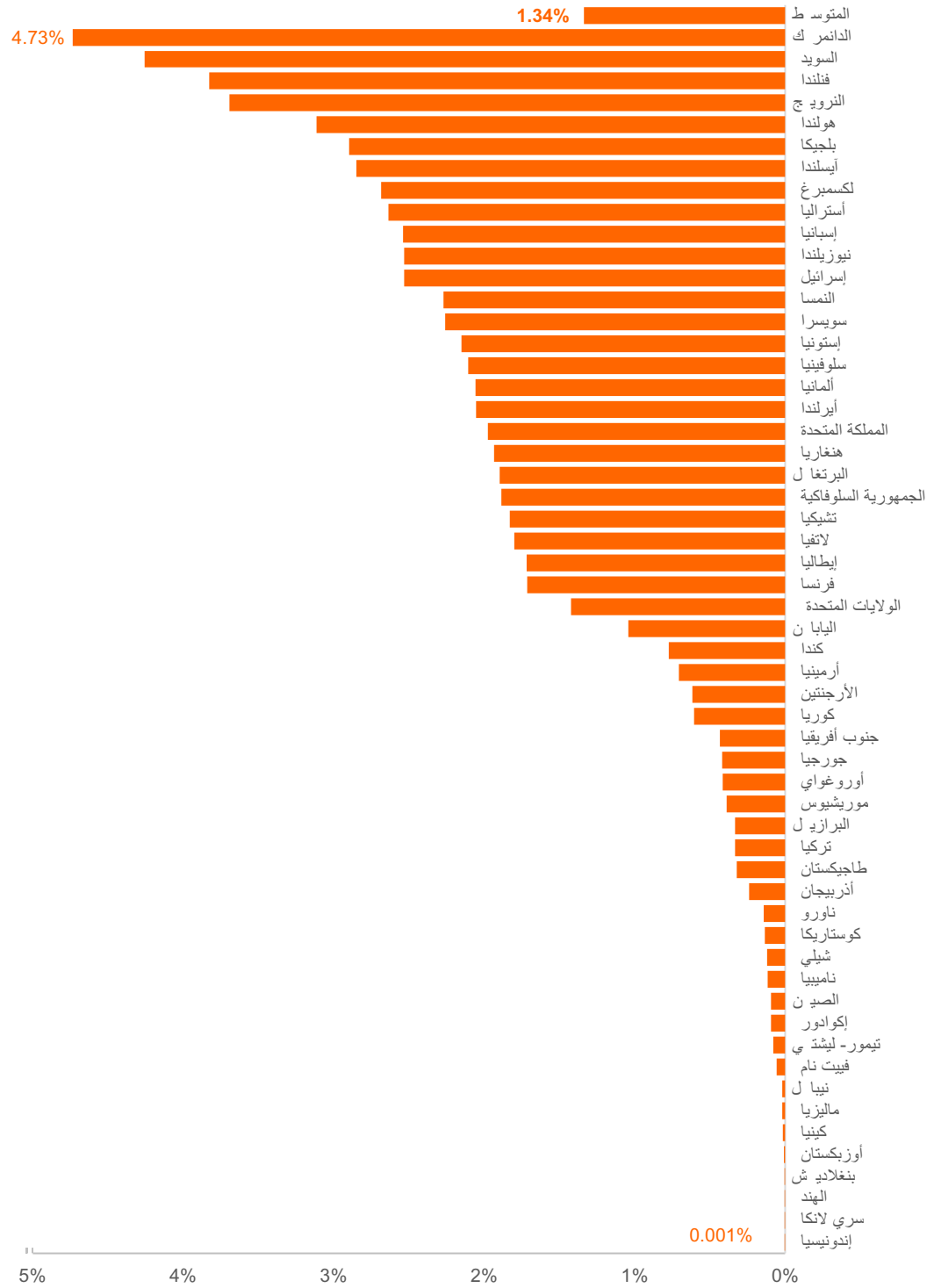
وزيادة الإنفاق الحكومي على هذا المجال هي أحد تجليات الالتزام السياسي بتعزيز تحقيق مجتمع شامل للجميع، يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة أن يشاركوا فيه مشاركة كاملة. ويمكن أن تتخذ هذه النفقات الحكومية المتعلقة بالإعاقة أشكالاً شتى من النفقات العامة، كجعل المباني والخدمات العامة متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة وتدريب موظفي الخدمات العامة على شؤون الإعاقة وصولاً إلى تقديم استحقاقات للإعاقة. ولا يُجرى تتبع للبيانات المتصلة بالنفقات على مستوى نُظُمي، غير أن بيانات النفقات العامة على استحقاقات الإعاقة تعطي لمحة، وإن جزئية، عن الاستثمارات في خدمات الإعاقة. وتشير البيانات من 56 بلداً في عام 2014 إلى أن الإنفاق العام على البرامج الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة يبلغ في المتوسط 1.34 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، وبمعدلات تتراوح بين 0.001 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في إندونيسيا و4.73 في المائة في الدانمرك (الشكل 2-134).

الشكل 2-133 النسبة المئوية للبلدان التي تتوفر فيها خدمات حكومية على الإنترنت للأشخاص ذوي الإعاقة، في العالم وحسب المنطقة، بين 193 دولة عضواً في الأمم المتحدة، في الأعوام 2014 و2016 و2018



المصدر: مسح الأمم المتحدة بشأن الحكومة الإلكترونية للأعوام 2014 و2016 و2018 (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية).

الشكل 2-134 الإنفاق العام على البرامج الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، في 56 بلداً، حوالي عام 2014



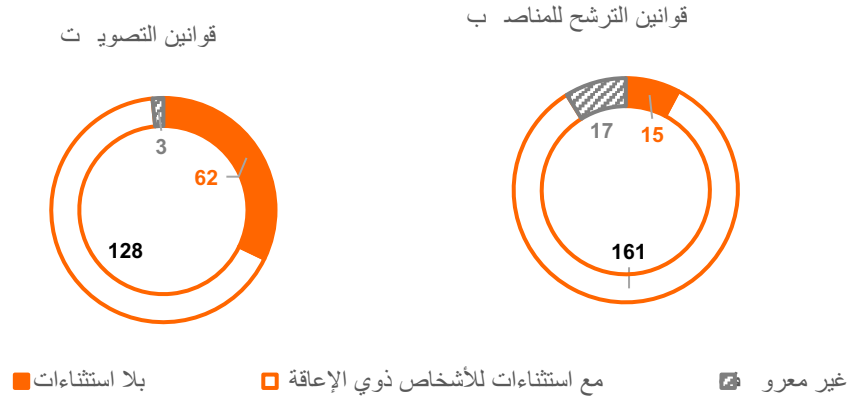
المصدر: OECD⁷⁷⁶؛ Development Pathways⁷⁷⁷.

صنع القرارات على نحو شامل للجميع

هناك نقص في تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة في هيئات صنع القرار، إذ لا يزال مستوى تمثيلهم في الهيئات التشريعية متدنياً في معظم أنحاء العالم. فمثلاً، في 21 بلداً في منطقة آسيا والمحيط الهادئ خلال الفترة 2016-2017، لم يكن في نصف هذه البلدان برلمانين ذوي إعاقة، إذ لم يتجاوز المتوسط في جميع هذه البلدان 2 في المائة من مجموع البرلمانيين⁸. ومن بين 18 بلداً وإقليماً، تراوحت نسبة الممثلين ذوي الإعاقة في آليات التنسيق الوطنية المعنية بقضايا الإعاقة بين صفر و86 في المائة. وفي بلدين إثنين فقط شكّل الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر من 50 في المائة من مجموع العاملين في تلك الهيئات.

المشاركة الواسعة النطاق في السياسة، ولا سيما في التصويت والترشح للمناصب، عامل أساسي لشمول الجميع في صنع القرارات. ولكن يواجه العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة عقبات عند انخراطهم في السياسة. وتشكل القيود القائمة في قوانين الانتخاب والترشح مصدراً للقلق في جميع أنحاء العالم، ولا سيما لجهة تواتر تطبيقها على الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية أو النفسية الاجتماعية، الذين كثيراً ما يُحرمون من الحق في التصويت وفي الترشح لشغل المناصب. وكثيراً ما يُحرم الأشخاص ذوي الإعاقة من حقوقهم في المشاركة السياسية بسبب البيئات المؤسسية التي تستثني الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل مباشر نتيجة عدم إتاحة الوصول والتحيز المؤسسي والتمييز. وحتى في الحالات التي تكفل فيها القوانين الحقوق السياسية للأشخاص ذوي الإعاقة، تحد الدول بصورة مباشرة وغير مباشرة من مشاركة الأفراد في هذه العمليات على أساس الإعاقة. ويمكن أن يؤدي التمييز وعدم إمكانية الوصول إلى المعلومات والمناصب العامة، مثلاً، إلى حرمان الأشخاص ذوي الإعاقة من ممارسة حقوقهم السياسية.

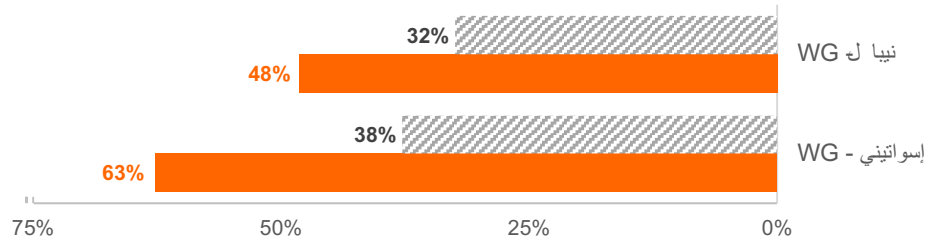
الشكل 2-135 عدد الدول الأعضاء في الأمم المتحدة التي تستثني تشريعاتها المتعلقة بالتصويت والترشح للمناصب الأشخاص ذوي الإعاقة، في عام 2018



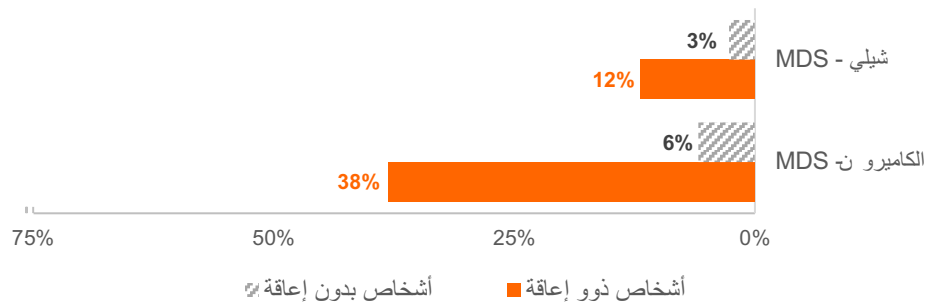
المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة والمؤسسة الدولية للنظم الانتخابية⁷⁷⁸.

وفي بلدان عديدة، لا يزال تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من التصويت ومن الترشح لشغل المناصب محدوداً. فمن بين 190 بلداً، تشتمل دساتير أو تشريعات أو قوانين 128 بلداً على استثناءات قد تقيّد الأشخاص ذوي الإعاقة من ممارسة حقهم في التصويت، منها 94 بلداً لديها استثناءات تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أو الذهنية. ولا يمنح سوى 62 بلداً لجميع المواطنين بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التصويت دون استثناء. وبالنسبة إلى حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الترشح للمناصب، لدى 161 بلداً من أصل 176 استثناءات، من بينها 104 لديها استثناءات تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية أو الذهنية. ولا يمنح سوى 15 بلداً جميع المواطنين بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة الحق في الترشح لشغل المناصب دون استثناء (الشكل 2-135).

الشكل 2-136 النسبة المئوية للأشخاص الذين لم يصوتوا في الانتخابات الأخيرة أو واجهوا مشاكل في التصويت، في 4 بلدان، حوالي عام 2014 (أ) لم يصوتوا في الانتخابات الأخيرة



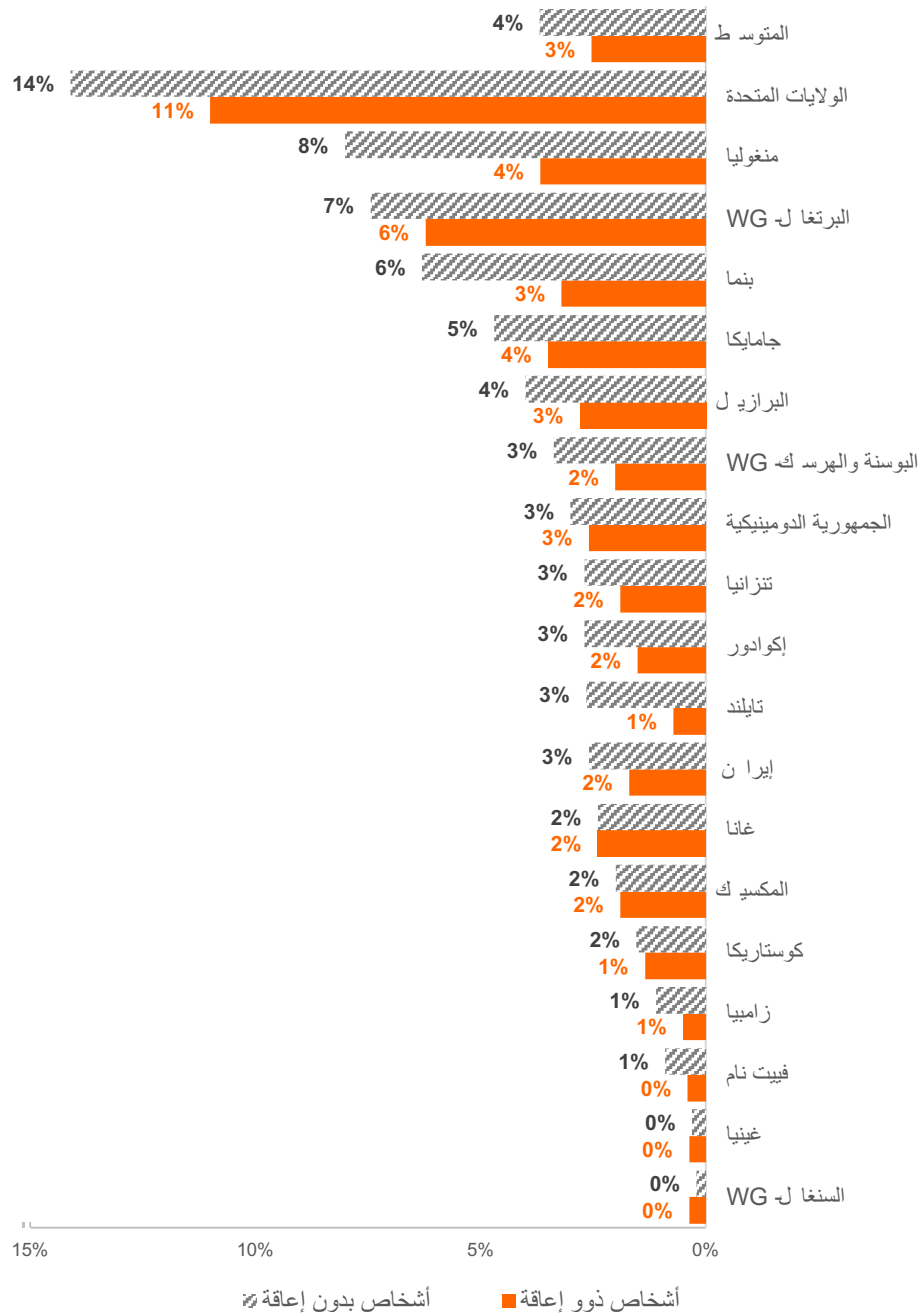
(ب) واجهوا صعوبة في التصويت في الانتخابات الأخيرة



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. يشير الرمز MDS إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام نموذج مسح الإعاقة. جُمعت بيانات جنوب أفريقيا في مناطق مختارة من البلاد، ولذا فإنها غير ممثلة على الصعيد الوطني.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹)؛ WHO¹⁰⁰.

الشكل 2-137 النسبة المئوية للأشخاص العاملين الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر والذين يعملون كمشرعين ومسؤولين كبار ومدراء، حسب حالة الإعاقة، في 19 بلداً، حوالي عام 2010



المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من IPUMS¹⁰) وشعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة.

التصويت وأكثر أشكال المشاركة السياسية المباشرة التي يمارسها المواطنون حقوقهم السياسية. إلا أن معدلات مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة متدنية حتى في البلدان التي فيها قوانين للإعاقة شاملة. فيشكّل عدم إتاحة الوصول إلى مراكز الاقتراع عقبة أمام الأشخاص ذوي الإعاقة في ممارسة حقهم في التصويت.

وفي 7 من أصل 13 عاصمة في آسيا والمحيط الهادئ، كان الوصول متاحاً إلى أقل من 50 في المائة من مراكز الاقتراع⁷⁷⁹. وفي الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2008، كان الوصول متاحاً إلى مركز واحد فقط من كل أربعة مراكز للاقتراع. وتشير البيانات من البلدان النامية إلى أن احتمال عدم تصويت الأشخاص ذوي الإعاقة في الانتخابات الأخيرة بلغ الضعف فواحتماً لمواجهة صعوبات في التصويت خلال الانتخابات الأخيرة بلغ أكثر من أربعة أضعاف (الشكل 2-136)⁷⁷⁹. وتشمل العقبات النمطية التي أفاد الأشخاص ذوو الإعاقة بأنهم واجهوها أثناء الإدلاء بأصواتهم: صعوبات في قراءة أوراق الاقتراع، والانتظار في الصف، والعثور على مكان الاقتراع والدخول إليه، والكتابة على ورقة الاقتراع، والاتصال بمسؤولي الانتخابات⁷⁸⁰.

ويواجه العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة عقبات كثيرة في الحصول على أدوار رفيعة المستوى وفي صنع القرار، لا سيما بسبب المواقف السلبية إزاءهم. ففي 16 من أصل 19 بلداً في عام 2010، كان احتمال شغل الأشخاص ذوي الإعاقة لمنصب مشرع أو مسؤول أقدم أو مدير أقل من الأشخاص الذين ليس لديهم إعاقة (الشكل 2-137).

الممارسات الحالية

يمكن لإتاحة مزيد من فرص العمل في القطاع العام للأشخاص ذوي الإعاقة أن يعزز المؤسسات الشاملة والفعالة، وذلك من خلال إنشاء مؤسسات عامة تتجلى فيها وجهات نظر الأشخاص ذوي الإعاقة. ويضع أكثر من 90 بلداً شروط الحصص لتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام، بنسبة تتراوح بين 1 و15 في المائة، كما اعتُمدت في بلدان عدة سياسات محلية لتيسير الوصول إلى بعض المباني والخدمات العامة⁷⁸¹. فهناك، مثلاً، سياسة محلية بشأن إتاحة الوصول في 43 في المائة من المكتبات العامة في 28 بلداً.

ولدى بعض البلدان دساتير أو تشريعات أو قوانين تكفل إمكانية تصويت الأشخاص ذوي الإعاقة الذين لديهم صعوبات في التنقل و/أو صعوبات في النظر، على قدم المساواة مع غيرهم. وتشمل الأحكام القانونية هذه، على سبيل المثال، التمكين من التصويت من المنزل أو عن طريق البريد أو التغييرات في مراكز الاقتراع مع إشعار مسبق، و/أو السماح لمساعد أن يرافق الشخص ذي الإعاقة إلى مركز الاقتراع أو بأن يبدي الشخص ذو الإعاقة بصوته شفويًا⁷⁸².

تشمل التدابير الأخرى المتخذة لدعم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من التصويت إجراء تقييمات لإمكانية الوصول بغية تحديد مراكز الاقتراع وتصحيح التي يتعذر الوصول إليها، والتصويت المتنقل حيث تُحضر معدات الاقتراع إلى أماكن إقامة الأشخاص ذوي الإعاقة، وتدريب الموظفين العاملين في عمليات الانتخابات ومراكز الاقتراع فيما يتعلق بالإعاقة وإتاحة الوصول، وتوزيع المعلومات حول الاقتراع والحملات الانتخابية ونتائج الانتخابات في أنساق يمكن الإطلاع عليها، والسماح بالتصويت عن طريق البريد، وإزالة القوانين التمييزية المتعلقة بأهلية التصويت^{779,8}.

وقد اتخذت بلدانٌ عدة تدابير إيجابية لتعزيز عملية صنع القرار الشاملة للإعاقة، ولا سيما لضمان تمثيل شواغل الأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم بصورة فعالة في الهيئات التشريعية والأجهزة الحكومية. فيشترط دستور أوغندا، مثلاً، أن يكون لدى خمسة أعضاء في البرلمان الوطني تجربة شخصية في الإعاقة. وينص قانون الحكم المحلي لعام 1997 على انتخاب امرأة ورجل من ذوي الإعاقة في كل مجلس من مجالس الأقاليم والمدن والمقاطعات، ومستشارين اثنين من ذوي الإعاقة في كل بلدية وبلدة، وإشراك رئيس المنظمة المعنية بشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة على مستوى

الأبرشية/القرية في اللجنة التنفيذية لكل قرية وأبرشية⁷⁸³. وخصّصت كذلك مقاعد في البرلمان للأعضاء الذين يمثلون الأشخاص ذوي الإعاقة في البلد⁷⁸⁴. وفي بلدان أخرى، يجوز للسلطة التنفيذية أن تحتفظ بعدد معين من المقاعد البرلمانية للأشخاص ذوي الإعاقة، وقد أسفرت هذه السياسة عن تعيين ممثلين من ذوي الإعاقة في البرلمان في ناميبيا⁷⁸⁵. وفي جنوب أفريقيا، يُمثّل الأشخاص ذوي الإعاقة مفضّ في اللجنة الوطنية لحقوق الإنسان⁷⁸⁵.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في عمليات صنع القرار محدودة بسبب العوائق المختلفة التي يواجهونها في المجتمع والتي تشمل التمييز والوصم. فلا تزال مؤسسات عديدة لا تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة، وفي كثير من الأماكن لا يُسمح للأشخاص ذوي الإعاقة بالمشاركة في الحياة السياسية على قدم المساواة مع الآخرين. فعلى سبيل المثال، كثيراً ما يُحرم الأشخاص ذوو الإعاقة، ولا سيما ذوو الإعاقة الذهنية أو النفسية الاجتماعية، من الأهلية القانونية للتصويت أو الترشح للمناصب بسبب قوانين تقييدية لا داعي لها.

وتقوم بلدان عديدة بمراجعة قوانينها وسياساتها لمعالجة هذه المسائل. ومن أكثر التدابير انتشاراً إنشاء نُظُم حصص لتشغيل الأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام. وبتزايد، أيضاً، عدد البلدان التي تقدم خدمات حكومية على الإنترنت للأشخاص ذوي الإعاقة، وإن لم تتح حتى الآن إمكانية كاملة ودائمة لوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى هذه الخدمات. وقد صيغت قوانين وطنية لضمان مشاركة عدد أكبر من الأشخاص ذوي الإعاقة في التصويت عن طريق توفير أساليب اقتراع بديلة، مثل التصويت الإلكتروني.

والإجراءات التالية هي خطوات أساسية نحو إقامة مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة ولشمولهم في عمليات صنع القرار:

(1) مراجعة الأطر القانونية والسياساتية الوطنية القائمة المتعلقة بالمشاركة السياسية للأشخاص ذوي الإعاقة
لإزالة القوانين التمييزية التي تحول دون تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا سيما ذوي الإعاقة الذهنية والنفسية الاجتماعية، بحقوقهم في التصويت أو في المشاركة في جميع جوانب الحياة السياسية والعامّة. وقد أوصت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة "بأن تُعتمد على وجه الاستعجال تدابير تشريعية تكفل تمتع الأشخاص ذوو الإعاقة، بمن فيهم الأشخاص الخاضعون حالياً لنظام الكفالة أو الوصاية، بالحق في التصويت والمشاركة في الحياة العامة، على قدم المساواة مع الآخرين"¹⁰¹. وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في عملية صياغة هذه السياسات.

(2) تعزيز إمكانات الأشخاص ذوي الإعاقة للتقدم للمناصب العامة، بما في ذلك من خلال التدريب على الحقوق القانونية والدساتير الوطنية، وتكليف عدد معين من الممثلين للأشخاص ذوي الإعاقة في الهيئات التشريعية والأجهزة الحكومية.

(3) ضمان إتاحة المعلومات العامة عن الانتخابات والخدمات العامة للأشخاص ذوي الإعاقة والتواصل مع الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة. وينبغي توفير جميع المعلومات العامة في أنساق يسهل الاطلاع عليها، مثل لغة برايل ولغة الإشارة أو التي تسهل قراءتها من بين غيرها.

(4) إتاحة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة المادي إلى مراكز الاقتراع والمرافق العامة، وضمان توفر أساليب بديلة للاقتراع تلبي الاحتياجات المختلفة للناخبين من ذوي الإعاقة.

توفير هوية قانونية لجميع الأطفال ذوي الإعاقة، بما في ذلك تسجيل المواليد (المقصد 16-9)

يثبت تسجيل المواليد، وهو التسجيل الرسمي لولادة الطفل لم نجانب الحكومة، وجود الطفل بموجب القانون ويوفر الأساس لحماية العديد من الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية للطفل. ولكن أحياناً ومخافة الوصم لا تقوم الأسر التي لديها أطفال ذوو إعاقة بتسجيلهم، وقد يكون لذلك آثاراً سلبية خطيرة عليهم في سنوات تلاحقة حين الحصول على الحقوق والاستحقاقات.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالإعاقة وتسجيل المواليد

في إطار الهدف 16 من أهداف التنمية المستدامة، يدعو المقصد 16-9 إلى توفير هوية قانونية للجميع، بما في ذلك تسجيل المواليد، بحلول عام 2030. وتنص المادة 18 من اتفاقية حقوق الطفل (الفقرة 2) على أن يسجل الأطفال ذوو الإعاقة فور ولادتهم ويكون لهم منذئذ الحق في الحصول على اسم والحق في اكتساب الجنسية.

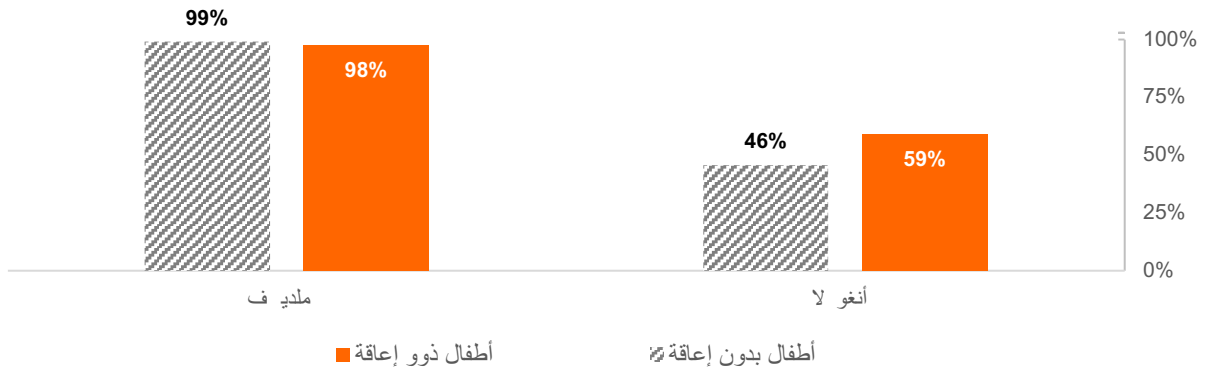
حالة تسجيل المواليد للأطفال ذوي الإعاقة

تختار الأسر أحياناً إخفاء الأفراد ذوي الإعاقة خشية من الوصم والقوالب النمطية السلبية ولا تسجلهم عند الولادة. ونظراً لبقاء هؤلاء الأطفال مخفيين يصعب تقدير حجم المشكلة. وأفادت تقارير بأن ما يتراوح بين 80 و90 في المائة من الأطفال ذوي الإعاقة لا يحصلون على شهادة ميلاد في بعض المجتمعات المحلية⁷⁸⁶. ولكن بيانات من بلدين آخرين تشير إلى نتائج مختلفة على الصعيد الوطني. ففي ملديف، في عام 2009، كانت تغطية تسجيل المواليد للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وأربع سنوات متشابهة بين ذوي الإعاقة والأطفال بدون إعاقة، وفي أنغولا في عام 2016، كان عدد الأطفال والشباب ذوي الإعاقة دون سن 18 الذين سجلوا لدى الولادة أكبر من عدد الأطفال والشباب بدون إعاقة من الفئة العمرية نفسها (الشكل 2-138)⁷⁸⁷. وقد يلزم تسجيل الطفل للوصول إلى الخدمات، ما يشكل أهمية خاصة للحفاظ على حياة الأطفال ذوي الإعاقة وعلى نمائهم العام، وقد يكون ذلك حافزاً للأسر على تسجيل الأطفال ذوي الإعاقة. ولكن ينبغي تفسير هذه النتائج بحذر لأن الأسر إذا كانت تخفي الأطفال ذوي الإعاقة ولا تسجلهم، فمن المرجح ألا تدلي بمعلومات عنهم في المقابلات التي تُجرى معها أثناء عمليات المسح.

الممارسات الحالية

الممارسات الحالية في البلدان نهي تسجيل المواليد للأطفال ذوي الإعاقة بصورة غير مباشرة. وقد بذل تجهد في بعض البلدان لزيادة تسجيل المواليد ولكنها عادة موجهة إلى السكان ككل. واتخذ عدد من البلدان تدابير لمكافحة الوصم والتمييز (القسم المتعلق بالهدف 10 من أهداف التنمية المستدامة)، تشمل التوعية بالإعاقة وتعزيز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة، وإذا ما تحقق ذلك فسيزيل أحد العوائق الرئيسية التي تحول دون تسجيل الأطفال ذوي الإعاقة. ويسرت بعض البلدان عملية تسجيل الطفل عند الولادة، وذلك عن طريق السماح بالتسجيل عن طريق الرسائل القصيرة. وقد يكون ذلك مفيداً في تجنب الأسر الوصم عند التفاعل مع موظفي التسجيل⁷⁸⁸.

الشكل 2-138 النسبة المئوية للأطفال والشباب المسجلين عند الولادة والذين لديهم شهادة ميلاد، حسب حالة الإعاقة، في بلدين، حوالي عام 2012



ملاحظة: تغطي البيانات من أنغولا الأطفال والشباب دون سن الثامنة عشرة، تغطي البيانات من ملديف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وأربعة سنوات.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من DHS⁶).

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

يلزم تسجيل المواليد لإبراز الأطفال ذوي الإعاقة ومن ثم تمكينهم. وفي بلدنا نكتفينا، شهادة الميلاد ضوئية للوصول إلى خدمات التعليم والعدالة والخدمات الصحية وغير ذلك من الحقوق والخدمات العامة. كما أن امتلاك شهادة ميلاد يحمي الأطفال ذوي الإعاقة من الزواج المبكر (القسم المتعلق بالهدف 5 من أهداف التنمية المستدامة) وعمالة الأطفال. وتشير أدلة إلى إجماع البعوض عن تسجيل الأطفال ذوي الإعاقة عند الولادة بسبب الوصم، ولكن هناك أدلة أخرى تشير إلى أنه في بعض البلدان معدلات تسجيل الأطفال ذوي الإعاقة مشابهة لمعدلات تسجيل الأطفال بدون إعاقة أو حتى أعلى منها.

وإلى جانب مكافحة الوصم والمواقف السلبية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة، يمكن اتخاذ المبادرات الهادفة التالية لتشجيع تسجيل الأطفال ذوي الإعاقة:

- (1) دعم الدراسات التي تحدد المجتمعات المحلية التي تعاني من عوائق أمام تسجيل الأطفال ذوي الإعاقة وتوجيه الجهود نحو هذه المجتمعات.
- (2) دعم الأسر التي لديها أطفال ذوو إعاقة من خلال الخدمات المجتمعية وزيادة الوعي فيما بينها بأهمية تسجيل ولادتهم.
- (3) توفير التدريب حول قضايا الإعاقة للموظفين المسؤولين عن عملية التسجيل المدني، سواء في مكاتب التسجيل المدني أو في المرافق الصحية، لمكافحة المواقف السلبية تجاه الإعاقة.
- (4) تعزيز عمليات التسجيل التي قد تكون أسهل لأسر الأطفال ذوي الإعاقة، مثل تسجيل المواليد عن بُعد.

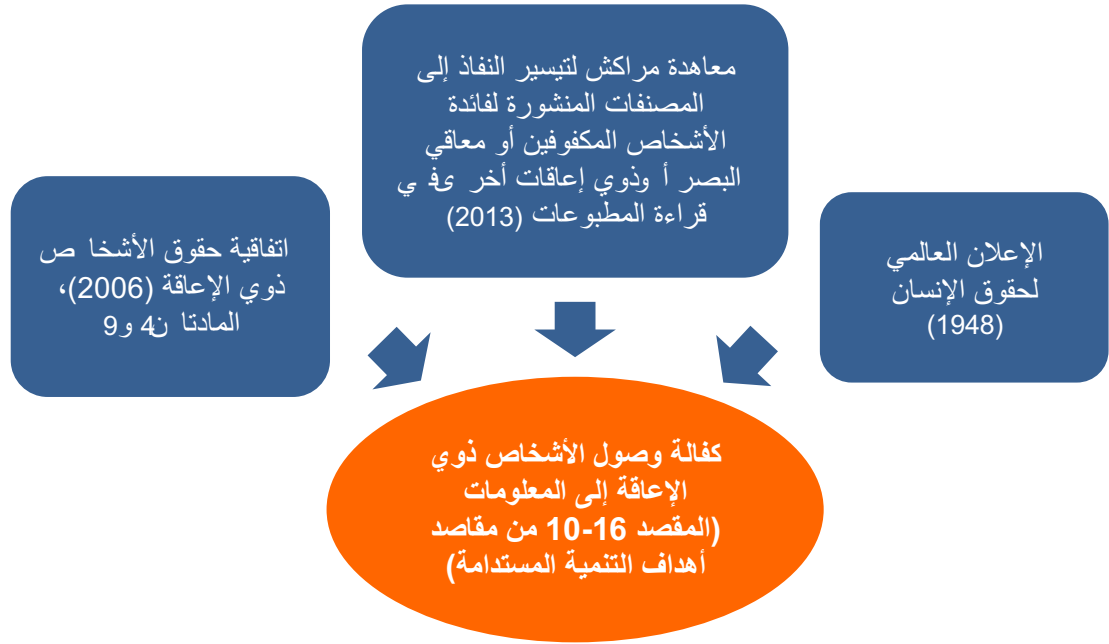
كفالة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المعلومات (المقصد 10-16)

الوصول إلى المعلومات هو إتاحة حرية الأفراد أو قدرتهم على تحديد البيانات أو المعلومات والحصول عليها والاستفادة منها بفعالية. وتُنقل المعلومات في مجتمعاتنا بطرق مختلفة، من خلال قنوات رسمية وأخرى غير رسمية وفي أنساق رقمية أو مادية. وفي أغلب الأحيان، تنظم القوانين الوطنية الوصول إلى المعلومات العامة. لكن الوصول إلى المعلومات بالنسبة للعديد من الأشخاص ذوي الإعاقة مسار حافل بالعقبات. فكثيراً ما لا تُقدّم المعلومات في أنساق يسهل الوصول إليها، أو تُخزن في مرافق لا يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها.

الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المعلومات

ينص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على الحق في التماس المعلومات وتلقيها⁷⁸⁹. وتمشياً مع هذا الحق الأساسي، تقتضي المادة 4 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المتعلقة بالالتزامات العامة، من الدول الأطراف "توفير معلومات سهلة المنال للأشخاص ذوي الإعاقة بشأن الوسائل والأجهزة المساعدة على التنقل، والتكنولوجيات المساعدة، بما في ذلك التكنولوجيات الجديدة، فضلاً عن أشكال المساعدة الأخرى، وخدمات ومرافق الدعم". وتلزم المادة 9 الدول الأطراف باتخاذ التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى المعلومات والاتصالات، بما في ذلك تكنولوجيات ونظم المعلومات والاتصال. وثمة معلم قانوني هام آخر هو معاهدة مراكش لتيسير الوصول إلى المصنفات المنشورة لفائدة الأشخاص المكفوفين أو معاقبي البصر أو ذوي إعاقات أخرى في قراءة المطبوعات (2013)، التي تعالج العوائق التي يواجهها الأشخاص الذين لديهم صعوبة في النظر في الوصول إلى المصنفات المنشورة، وذلك عن طريق إدخال تقييدات واستثناءات على حقوق الطبع والتأليف للسماح بالنسخ والتوزيع لتسهيل توفر المصنفات في نسخ متاحة في أنساق ميسرة لفائدة الأشخاص الذين لديهم صعوبة في النظر أو صعوبات تحول دون قراءة المطبوعات، وعن طريق تبادل هذه الأعمال عبر الحدود من جانب المنظمات التي تخدم هؤلاء الأشخاص⁷⁹⁰.

الشكل 2-139 الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بتحقيق المقصد 10-16 من أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة



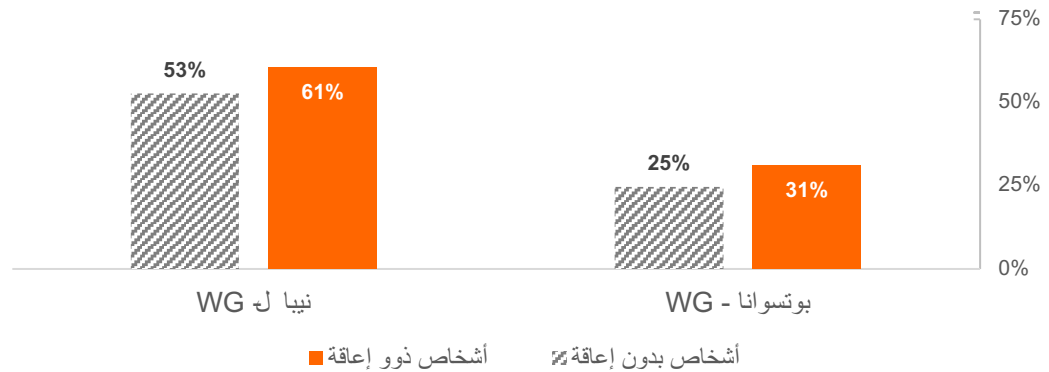
حالة الأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالوصول إلى المعلومات

تعدُّ الوصول إلى وسائل أو مرافق نشر المعلومات يقوِّض الحق في الوصول إلى المعلومات. في 11 بلداً في آسيا والمحيط الهادئ، تتراوح النسبة المئوية للبرامج الإخبارية التلفزيونية التي يمكن الوصول إليها بين 1 و100 في المائة⁶³⁰. ويبيِّن مسح للمكتبات في 28 بلداً أنه، وعلى الرغم من أن 88 في المائة منها يمكن الوصول إليها مادياً، فإن 49 في المائة منها فقط لديها سياسة محلية بشأن إمكانية الوصول، و63 في المائة تقدم موارد يمكن الوصول إليها.

وبما أن الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة غالباً لديها موارد مالية أقل من غيرها، قد لا تكون كلفة الحصول على المعلومات في متناولها، ما يحد من فرص حصولها عليها. فمثلاً، في بلدين في عام 2015، كانت نسبة الأسر التي لا تتوفر لديها إمكانية الحصول على صحف أعلى بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة (الشك 2-140)، وكان الفرق بين تلك الأسر يبلغ 6 نقاط مئوية في بوتسوانا و8 نقاط مئوية في نيبال.

وقد يشكل عدم إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات حاجزاً أمام وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المعلومات، فالكثير من المعلومات في مجتمعاتنا تُنقل رقمياً، وكثيرة هي تكنولوجيا المعلومات والاتصالات غير المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة (القسم المتعلق بالمقصد 9-ج).

الشكل 2-140 النسبة المئوية للأسر التي ليس لديها إمكانية للحصول على الصحف، حسب الأسر التي لديها والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة، في بلدين، في عام 2015



ملاحظة: يشير الرمز WG إلى البلدان التي جُمعت بياناتها باستخدام المجموعة الصغيرة لفردٍ قواشنت حول أداء الوظائف.

المصدر: UNDESA⁷⁸ (على أساس بيانات من SINTEF¹¹).

الممارسات الحالية

تعتمد بلدان عديدة وتنفذ ضمانات دستورية أو تشريعية أو سياساتية لإطلاع الجمهور على المعلومات⁷⁹¹. وعادة تغطي "قوانين حرية المعلومات" الحصول على المعلومات العامة التي تكفل حصول العامة الجمهور على البيانات وتوالمعلومات التي تحثف طلبها الحكومة⁷⁹². وبالمبدأ، تجيز قوانين حرية المعلومات حرية الحصول دون تمييز على أساس مقدم الطلب، ولكن قليلة جداً هي البلدان التي شددت على التزام المسؤولين الحكوميين بتيسير الحصول على المعلومات للأشخاص غير القادرين على تقديم طلبات خطية بسبب الإعاقة^{793,794}. غير أن العديد من الحكومات يتجه نحو أنساق رقمية أو الحكومة الإلكترونية⁷⁹⁵ في إتاحة المعلومات والخدمات والسجلات والمنتديات العامة على الإنترنت أو إلكترونياً⁷⁹⁶. وينص قانون الحكومة الإلكترونية لعام 2004 في النمسا على ضرورة اتخاذ تدابير لضمان امتثال المواقع الشبكية العامة للمعايير الدولية فيما يتعلق بإتاحتها بما في ذلك للأشخاص ذوي الإعاقة⁷⁹⁷. ولرصد السياسات المتعلقة بقضايا الإعاقة في بلغاريا، وُضعت قاعدة بيانات وطنية مركزية موحدة عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة والمؤسسات العاملة في مختلف مجالات خدمتهم، إلى جانب نظام معلومات لتقييم السياسات الوطنية المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة وتخطيطها وتنفيذها⁷⁹⁸.

وتشمل المبادرات الأخرى الرامية إلى تعزيز الحصول على المعلومات: تحسين مهارات الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (القسم المتعلق بالمقصد 9-ج). ومضت بلدانٌ عدة قدماً في وضع مبادئ توجيهية ومبادرات لجعل وسائل الإعلام العامة متاحة (القسم المتعلق بالمقصد 9-ج).

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة عدداً من العوائق في سعيهم إلى الحصول على المعلومات على قدم المساواة مع غيرهم. والقوانين الوطنية المعنية بالحصول على المعلومات لا تشتمل دائماً على وجهات نظر الأشخاص ذوي الإعاقة، وكثيراً ما تفتقر إلى أحكام تتعلق بإتاحتها. وعادة تغطي "قوانين حرية المعلومات" الحصول على المعلومات العامة، فتكفل حصول عامة الجمهور على البيانات والمعلومات التي تحتفظ بها الحكومة. ولكن قليلة هي البلدان التي أخذت احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة بالاعتبار في هذه القوانين، أي في إتاحة الحصول على المعلومات. وكثيرون هم مقدمو المعلومات الذين لا يدركون احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، وينشرون معلومات بطريقة لا تمكنهم من الحصول عليها.

ولا بد من معالجة هذه المسائل لتعزيز حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المعلومات، ذلك من خلال الوسائل التالية:

(1) اعتماد مبادئ توجيهية لمقدمي المعلومات، بمن فيهم المكاتب العامة ووسائل الإعلام، بشأن إتاحتها، وذلك لضمان إتاحة جميع المعلومات والخدمات الإعلامية التي تقدمها الحكومة ووسائل الإعلام للأشخاص ذوي الإعاقة.

(2) التوعية بين الموظفين في القطاع العام والإعلامي حول إتاحة المعلومات للأشخاص ذوي الإعاقة. تدريب الموظفين العموميين على قضايا الإعاقة وسبل إتاحة المعلومات لتحسين إمكانية الحصول على المعلومات المنشورة. وينبغي أن تناقش الوحدات التدريبية معايير الحصول على المعلومات توالأدوا توالأساليب المتوفرة التي يمكن استخدامها لتعزيز إمكانية الحصول على المعلومات المنشورة.

(3) رصد وتقييم إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المعلومات. إجراء مسح دورية وجمع الملاحظات والتعليقات الواردة من الأشخاص ذوي الإعاقة لفهم العقبات التي يواجهونها في الحصول على المعلومات. ويمكن القيام بذلك من خلال استفسارات المسوح حول إمكانية الحصول على المعلومات توالخدمات الإعلامية (مثل الصد فوالبرامج التلفزيونية) ويسد ركلفتها.

نون- زيادة توفر البيانات المفصلة حسب الإعاقة (المقصد 17-18)

يدعو المقصد 17-18 إلى "تعزيز تقديم الدعم لبناء قدرات البلدان النامية، بما في ذلك أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، لتحقيق زيادة كبيرة في توافر بيانا تعالية الجودة ومناسبة التوقيت وموثوقة ومفصلة حسب الدخل والجنس والسن والانتفاء العرقي والإثني والوضع كمهاجر والإعاقة والموقع الجغرافي وغيرها من الخصائص ذات الصلة في السياقات الوطنية، بحلول عام 2020".

ويقدم هذا القسم نظرة عامة عن الأطر المعيارية الدولية المتعلقة بالبيانات والإحصاءات المتعلقة بالإعاقة ويعرض الأدوات التي وُضعت لقياس الإعاقة في جمع البيانات. تليها نظرة عامة عن جمع البيانات الحديثة عن الإعاقة على المستوى الوطني، وكذلك الأنشطة الجارية التي يقوم بها أصحاب المصلحة على المستوى الدولي لتعزيز القدرات الوطنية للإحصاءات الوطنية الرسمية المتعلقة بالإعاقة. ويختتم بتحديد استراتيجيات لتعزيز القدرات الوطنية لتلبية الطلب على البيانات بغية تحقيق التنمية الشاملة للإعاقة في سياق أهداف التنمية المستدامة.

الأطر المعيارية الدولية

تدعو اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الدول الأطراف إلى جمع المعلومات المناسبة، بما في ذلك البيانات الإحصائية والبيانات المستخدمة في البحوث، لتمكينها من وضع وتنفيذ السياسات الكفيلة بإنفاذ الاتفاقية، وكشف العوائق التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء ممارستهم لحقوقهم. وتشجع الاتفاقية الدول الأطراف على نشر هذه الإحصاءات وتضمن إتاحتها للأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم⁷⁹⁹. وعلى نحو مشابه، وفي سياق متابعة واستعراض تنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام 2030، بات من المسلّم به أن هنالك حاجة لبيانات جيدة موثوقة مفصلة يمكن الحصول عليها في الوقت المناسب تساعد في قياس التقدم المحرز وتكفل استفادة شاملة لا يُستثنى منها أحد ذلك أن مثل هذه البيانات أساسية لصنع القرار⁸⁰⁰. ومن خلال خطة عام 2030 التزمت الدول الأعضاء بتعزيز تقديم الدعم لبناء قدرات البلدان النامية، بما في ذلك أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، لتحقيق زيادة كبيرة في توافر بيانات عالية الجودة ومناسبة التوقيت وموثوقة ومفصلة حسب الإعاقة من بين أمور أخرى وتناول مسار ساموا بدوره أهمية تحسين جمع وتحليل ونشر واستخدام البيانات المفصلة حسب الإعاقة بطريقة منهجية ومنسقة على الصعيد الوطني⁸⁰¹.

وقد حققت الجهود الرامية إلى وضع تصور للإعاقة وتعريفها وقياسها معلماً بارزاً مع مصادقة جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة⁸⁰²، وذلك في جمعية الصحة العالمية الرابعة والخمسين في عام 2001⁸⁰³. وقد أحدث هذا التصنيف قفزة نوعية في جمع البيانات عن الإعاقة، وشكل تقدماً تمثل في عدم الاكتفاء بفهم الإعاقة كنتيجة مباشرة لحالة صحية أو عاهة، بل تجاوز ذلك إلى الاعتراف بأن الإعاقة هي نتيجة لتفاعل بين حالة الفرد الصحية وبيئته المادية ومحيطه البشري والمسلكي والاجتماعي والسياسي.

وفيما يتعلق باعتماد مبادئ توجيهية منهجية لجمع البيانات المتعلقة بالإعاقة، اعتمدت اللجنة الإحصائية للأمم المتحدة، في عام 2015، مبادئ توجيهية منقحة لجمع بيانات الإعاقة في التعدادات الوطنية⁸⁰⁴، واعتمدت في ذلك على توصيات فريق واشنطن (القسم أدناه)⁸⁰⁵.

الأدوات الحالية لقياس الإعاقة في جمع البيانات وحالة استخدامها في البلدان

يعرض هذا الفرع الأدوات المتاحة حالياً لقياس الإعاقة في عمليات جمع البيانات، وهي التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، وفري قواشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، بالإضافة إلى الأدوات التي وضعتها وكالات الأمم المتحدة بالتعاون مع فري قواشنطن.

أدوات قياس الإعاقة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية

تدعم منظمة الصحة العالمية حالياً الدول الأعضاء في جمع البيانات عن الإعاقة وفي العمل على المستوى السكاني، وذلك باستخدام نموذج مسح الإعاقة⁸⁰⁶، وهو مسح عام للسكان، أعدته منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي في عام 2012، بالتعاون مع مجموعة من أصحاب المصلحة من المنظمات الدولية الأخرى، وكبار الباحثين، والأشخاص ذوي الإعاقة ومنظماتهم الجماعية. ويمثل نموذج مسح الإعاقة استراتيجية منظمة الصحة العالمية لدعم دولها الأعضاء في إنشاء وتعزيز نُظُم رصد الإعاقة وتقييمها، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالاحتياجات الملابة وغير الملابة والتكاليف والعوائق ونوعية الحياة. ويستخدم نموذج مسح الإعاقة أيضاً نموذج الإعاقة النفسية الاجتماعية الذي يعتمد التصنيف الدولي لتأدية الوظائف فالعجز زوالصحة، وبذلك يقر بأنه ينبغي فهم الإعاقة على أنها ما يحدث عندما ما تؤثر حالة صحية في بيئة الفرد، ولذلك لا يمكن الاستدلال عليها ببساطة من وجود الحالة الصحية أو العاهة. يتيح هذا النهج فهماً أكمل للتجربة الحية للإعاقة ويتجاوز فهم الإعاقة كصفة فردية إلى حد بعيد.

ويمكن للبلدان أن تستخدم البيانات التي ينتجها نموذج مسح الإعاقة لتحديد أثر الحالات الصحية أو العاهات، بالإضافة إلى أثر الجوانب المختلفة للبيئة على الإعاقة. ويتيح هذا للبلدان مجالاً لتحديد التدخلات على المستويين الفردي والسكاني، الموجهة إلى الشخص أو البيئة، التي يرجح أن تحقق أكبر قدر من الفائدة وأن يقيّم أثرها بمرور الوقت. وعلاوة على ما سبق، وُضعت في عام 2016 وحدة موجزة للبيانات تتعلق بنموذج مسح الإعاقة، وذلك عقب تحليل مستفيض للبيانات المستمدة من مجموعات البيانات التجريبية والوطنية المتعلقة بالمشح ومشاورات مع الخبراء الدوليين وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك لتلبية النداءات الموجهة من الدول الأعضاء للحصول على نسخة من المسح يمكن دمجها في مسوح الأسر القائمة والتي تنفذ بانتظام، مثل مسوح القوى العاملة أو مسوح مستويات المعيشة والنفقات.

أدوات قياس الإعاقة التي وضعها فري قواشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة

كان من بين النتائج التي أسفرت عنها الحلقة الدراسية الدولية للأمم المتحدة المعنية بقياس حالات الإعاقة⁸⁰⁷، في عام 2001، تشكيل فريق واشنطن، وهو فريق من ممثلي الوكالات الإحصائية الوطنية العاملة تحت رعاية اللجنة الإحصائية للأمم المتحدة، وقد أنشئ لتلبية الحاجة الملحة إلى تحسين إحصاءات الإعاقة وجعلها قابلة للمقارنة على المستوى الدولي⁸⁰⁸. وتشمل الأهداف الرئيسية لفريق واشنطن توفير المعلومات الأساسية اللازمة عن الإعاقة التي يمكن مقارنتها في جميع أنحاء العالم. وقد أدركت البلدان المشاركة في الفريق أن تحقيق هذا الهدف يتطلب وضع مجموعة صغيرة من الأسئلة لاستخدامها في التعدادات والمسوح على سبيل الأولوية. والغرض من هذه الأسئلة هو توفير بيانات قابلة للمقارنة على المستوى الوطني عبر البلدان للسكان الذين يعيشون في ثقافات متنوعة ويتمتعون بموارد اقتصادية متفاوتة.

وحتى إصدار هذا التقرير، كان فريق واشنطن قد وضع مجموعة قصيرة من الأسئلة (WG-SS)، ومجموعة أخرى موسعة (WG-ES) يمكن إضافتها إلى التعدادات أو المسوح، كما تعاون مع اليونيسف في وضع نموذج القدرات الوظيفية للطف⁸⁰⁹. ويتعاون الفريق مع اليونيسف حالياً في إجراء اختبارات لنموذج عن التعليم الشامل للجميع، وذلك لتحديد العوائق التي تحول دون مشاركة الأطفال ذوي الإعاقة في المدارس، وكذلك يُعد الفريق، بالتعاون مع منظمة العمل الدولية، وحدة عن العمل الشامل للجميع. ويرد في ما يلي عرض مفصل للأدوات التي أعدها فريق واشنطن.

'1' المجموعة القصيرة لفريق قواشنتط نحول أداء الوظائف ف

تتألف المجموعة القصيرة لفريق قواشنتط نحول أداء الوظائف من ستة أسئلة يقصد بها (على نسق تعداد أو مسح) تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة، أي الأشخاص الذين إذا لم تتخذ ترتيبات مناسبة يكونون معرضين لمخاطر أكبر من عامة السكان بسبب صعوبات تحول دون مشاركتهم في ستة مجالات وظيفية أساسية⁸¹⁰. وتتناول الأسئلة ما إذا كان الناس يجدون صعوبة في أداء أنشطة أساسية، يطلق عليها أيضاً اسم "المجالات" (وهي التنقل والسمع والإدراك والاعتناء بالنفس والتواصل)، وقد صُممت في الأصل لاستخدامها في التعدادات الوطنية. وتُلتقط الردود على كل سؤال باستخدام أربع فئات متدرجة للإجابة، وهي: لا صعوبة، أو بعض الصعوبة، أو صعوبة كبيرة، أو لا يستطيع أبداً. وهذه الأسئلة الستة وفئات الإجابات الأربع توفر إمكانية لحساب التقديرات لمستوى الأداء في كل مجال أو فيما بين مجموعات مختلفة من المجالات.

'2' المجموعة الموسعة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف

صممت المجموعة القصيرة لفريق قواشنتط نحول أداء الوظائف في بادئ الأمر لتدرج في التعدادات، ولذلك كانت مُقتصدة تحدد معظم الأشخاص ذوي الإعاقة ولكن ليس جميعهم (لا سيما أنها لم تصمم لتحديد مباشرة الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية). وأما المجموعة الموسعة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف، فتضم بعض المجالات التي لم يكن من الممكن شملها في مجموعة الأسئلة القصيرة، وتحصل على معلومات أكثر عن بعض المجالات التي توفرها مجموعة الأسئلة القصيرة وعلى معلومات عن استخدام الأجهزة المساعدة على التنقل لغرض تقييم الأداء الوظيفي. وبالإضافة إلى المجالات الستة التي تتناولها مجموعة الأسئلة القصيرة، تغطي المجموعة الموسعة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف المجالات الوظيفية التالية: المشاء (القلق والاكنتاب) والألم والإرهاق وحركة الجزء العلوي من الجسم. وكما هو الحال في مجموعة الأسئلة القصيرة، تتضمن أسئلة المجموعة الموسعة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف فئات متدرجة للإجابات بحيث يمكن وصف مستوى الأداء في كل مجال وظيفي. ويمكن أيضاً الجمع بين المجالات الوظيفية لوضع مؤشرا لتحالة الإعاقة تلتقط مستويات مختلفة من ال هوية في الأداء.

'3' نموذج القدرات الوظيفية للطفل وإعاقة الذي أعدته منظمة الأمم المتحدة للطفولة/فريق واشنطن

في حين أن المجموعة القصيرة لفريق قواشنتط نحول أداء الوظائف يمكنها أن تحدد نسبة كبيرة من الأطفال ذوي الصعوبات الوظيفية، قرر فريق قواشنتط أن هنا حاجة إلى مجموعة أسئلة مخصصة لقياس أداء الأطفال بغية تحسين معايير هذا التحديد وتوسيع نطاقه، ومعالجة جوانب نماء الطفل التي لم تعالجها الطرق السابقة. ولمعالجة وضع الأطفال الفريد، شرع فريق واشنطن لذلك بوضع وحدة مستقلة للأسئلة تعالج تحديداً تأدية الوظائف عند الأطفال.

تتبع أسئلة نموذج القدرات الوظيفية للطفل وإعاقته المبادئ نفسها التي تتبعها وحدات مجموعتي الأسئلة القصيرة والموسعة لفريق واشنطن: فتحدد "الإعاقة" من خلال سلسلة من الأسئلة حول مصاعب الأداء التي تعرض الطفل لخطر القيود التي تحول دون مشاركته في البيئات التي لا تشتمل على ترتيبات تيسيرية⁸¹¹. ويتألف النموذج من وحدتين فرعيتين: الأولى للأطفال من عمر 2-4 سنوات، والثانية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و17 سنة. وتشمل مجالات الأداء: النظر والسمع والتنقل والتواصل والتعلم والتذكر والاعتناء بالنفس (الإطعام واللباس) وحركة الجزء العلوي من الجسم والسلوك والعواطف (القلق والاكتئاب) والتعامل مع التغيير وتركيز الاهتمام واللعب والعلاقات⁸¹².

وعند الاقتضاء تعكس المجالات تلك المشمولة في مجموعتي أسئلة فريق واشنطن القصيرة والموسعة، إلا أن الأسئلة تصاغ بشكل مختلف مناسب لاستخدامه مع الأطفال. ويوصى، في هذا الإطار أن يكون المجيب على أسئلة هذه الوحدة إما أم الطفل أو مقدم الرعاية الرئيسي للطفل إذا كانت الأم متوفاة أو ولا تعي شمع الطفل.

أطلق هذا النموذج في تشرين الأول/أكتوبر 2016، وهو متوفر حالياً باللغات الإنكليزية والفرنسية والإسبانية والعربية والروسية والصينية والبرتغالية والفيتنامية. وقد أدمجت الوحدة النموذجية عن أداء الأطفال وكذلك المجموعة القصيرة لفريق قواشطن حول أداء الوظائف (للسكان الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة فأكثر) في المسوح العنقودية المتعددة المؤشرات التي تدعمها اليونيسف.

'4' وحدة اليونيسف/فريق واشنطن بشأن التعليم الشامل للجميع

لتعزيز زحق الأطفال ذوي الإعاقة في التعليم من خلال بيانات قابلة للمقارنة فيما بين البلدان، تعمل اليونيسف مع فريق واشنطن على وضع وحدة مسح بشأن التعليم الشامل للجميع لتقييم البيئة المدرسية والالتحاق بالمدارس. والغرض من هذه المجموعة من الأسئلة هو توفير المعلومات التي يمكن أن تسترشد بها السياسات، وتقديم موجز إحصائي لتأثيرات البيئة المحيطة على الالتحاق بالمدارس، وتحديد المجالات الرئيسية التي تعاني اختناقات لتمكين متابعتها. وتركز الأسئلة على التعليم من خلال آلية رسمية (أي ليس من خلال التعليم في المنزل أو بواسطة الدروس الخصوصية)، وهي مصممة لالتقاط التفاعل بين المشارك والبيئة من خلال الحصول على إجابات الوالدين على أسئلة عبر ثلاثة مجالات تشاركية.

المجموعة الأولى من الأسئلة موجهة إلى عامة البالغين، بغرض التقاط المواقف تجاه التعليم للأطفال جميعاً، وعلى وجه التحديد للأطفال ذوي الإعاقة. ويُقصد من القسم الثاني التوجه إلى مقدمي الرعاية للأطفال الذين يذهبون إلى المدرسة. وهو يتضمن أسئلة تقيّم يسر استخدام الحيز المادي والمناهج الدراسية وغير ذلك من جوانب البيئة المدرسية مثل حضور المعلمين وتوفير المراحيض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. ويركز العنصر الأخير على الأطفال غير الملتحقين بالمدارس ويحاول اكتساب فهم أعمق للعوائق التي تعترض الالتحاق بالمدارس، بما في ذلك السلامة ووسائل النقل ومدى سهولة المناهج الدراسية ويسر الكلفة.

وتجري على الوحدة حالياً جولات عدة من الاختبار والتنقيح قبل أن توضع في صيغتها النهائية.

5' وحدة فريق واشنطن/منظمة العمل الدولية بشأن الإعاقة والعمالة

رغم وجود اهتمام سياساتي قوي بوضع تشريعات أو برامج أو سياسات وطنية ترمي إلى تعزيز تكافؤ الفرص والمعاملة للأشخاص ذوي الإعاقة في مجال العمالة ورصد فعاليتها وأثرها، نادراً ما تتوفر على المستوى المطلوب من التفصيل والتواتر بيانا شاملة عن حالة العمالة لهذه الفئة السكانية.

وهناك حاجة إلى معلومات أكثر شمولاً عن خصائص القوة العاملة للأشخاص ذوي الإعاقة، كما إلى القيام بأنشطة ذات شأن لزيادة القدرة الوطنية على الشروع في مبادرات تجديدية لجمع البيانات وزيادة تواتر ذلك. ولذا، تعاون فريق واشنطن ومنظمة العمل الدولية على إعداد وحدة جديدة بشأن الإعاقة والعمالة لإدراجها في مسح القوى العاملة. وقد صُممت هذه الوحدة لتكون مكثفة قدر الإمكان بينما تستطيع توفير مجموعة مفيدة من المؤشرات عن الإعاقة والعمالة.

وتخضع هذه الوحدة حالياً لاختبارات إدراكية، وهي تغطي ما يلي:

- (1) تحديد الإعاقة – المجموعة القصيرة لفريق قواشنتن حول أداء الوظائف التي يوضعها فريق قواشنتن بالإضافة إلى أسئلة عن حركة الجزء العلوي من الجسم يركزا على استخدام اليدين والأصابع.
- (2) تاريخ الإصابة – قد يتوقف أثر الإعاقة على اكتساب المهارات والخبرات الوظيفية بشكل بالغ على وقت إصابة الشخص بالإعاقة. وقد يؤثر ذلك أيضاً على قدرة الشخص على التكيف مع وضعه.
- (3) العواقب – تطلب الوحدة من المجيب أن يحدّد جميع العوائق، المتعلقة بالإعاقة وغير المتعلقة بها، التي تحدّ من سلوكه في العمل، كما تطلب تحديد أهم هذه العوائق.
- (4) التسهيلات – بدلاً من السؤال عما إذا كانت الصعوبات التي يواجهونها قد أخذت بالحسبان في مكان العمل أو توافيقته (إذا لزم الأمر)، يُطلب من المجيبين تحديد ما إذا كانت هناك تسهيلات كافية.
- (5) المواقف – أُدرجت الأسئلة حول المواقف لأن دعم أفراد الأسرة قد يكون حاسماً في الحصول على عمل للأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى نحو مشابه، مواقف أصحاب وزملاء العمل هامة أيضاً.
- (6) الحماية الاجتماعية – أُدرجت أسئلة لتحديد ما إذا كان الشخص ذو الإعاقة يتلقى استحقاقات نقدية أو عينية متعلقة بإعاقته وكيف يتوافق ذلك مع وقت وقوع الإعاقة.

الخبرات الوطنية في جمع البيانات عن الإعاقة

يقدم هذا القسم بعض المعلومات عن تجارب بعض بلدان فيما يتعلق بجمع البيانات عن الإعاقة.

في جولة تعدادات السكان 2010⁸¹³، أُدرج 120 بلداً أو منطقة على الأقل من بين 214 بلداً أو منطقة أُجري فيه تعداد مجموعة من الأسئلة عن الإعاقة. وقد زاد عدد البلدان أو المناطق التي تجمع بيانات عن الإعاقة زيادة تدريجية وكبيرة

مع مرور الوقت من أدنى مستوى بلغه وهو 19 بلداً تقريباً خلال جولة تعدادات 1970⁸¹⁴.

ويبين استعراض أسئلة تعدادات السكان الوطنية وجود اختلافات بين البلدان في الأسئلة التي تُطرح لتحديد السكان ذوي الإعاقة⁸¹⁵. فمن بين 120 بلداً طُرحت في تعداداتها سؤالاً عن الإعاقة، استخدم 55 بلداً أسئلة تشبه تلك التي أوصى بها فريق واشنطن، بينما استخدم 65 أنواعاً من الأسئلة الأخرى. وضمن كل من هاتين الفئتين الواسعتين، هناك اختلافات كبيرة بين البلدان في الأسئلة التي استُخدمت. وتتعلق هذه الاختلافات بصيغة السؤال والمصطلحات المستخدمة والتعريف الضمني للمجموعة التي سيتم تحديدها وعدد البنود في السؤال لفئات الإجابة واستخدام وصياغة أسئلة الفرز ونوع المجيبين، فضلاً عن السكان المشمولين بجمع البيانات المتعلقة بالإعاقة (مثلاً، شمول أو إقصاء الأطفال). ولهذه العوام لجمعها أثار على نوعية البيانات تقابليتها للمقارنة فيما بين البلدان.

كما استُخدمت المجموعة القصيرة لفريق قواشنتون حول أداء الوظائف ففي مسوح في العديد من البلدان وأدرجت في المسوح الديمغرافية والصحية (الإطار 10). وقد نُفذ نموذج مسح الإعاقة من ضمن مسوح وطنية أُجريت في ثلاثة بلدان في عامي 2015 و2016، كما أُجري نموذج مسح الإعاقة لأقاليم في بلدين في عامي 2016 و2017.

وتبدو في تجارب البلدان تباينات واسعة بين المناطق في مصادر البيانات المتعلقة بالإعاقة⁸¹⁶. ففي بلدان أفريقيا وجنوب شرق آسيا ومنطقة البحر الكاريبي والبلدان الناطقة بالعربية، هناك اعتماد قوي في جمع البيانات عن الإعاقة على تعدادات السكان، إذ لا يحصل غير عدد قليل من البلدان على هذه البيانات من خلال مسوح لعيّنات ومن مصادر البيانات الإدارية. من ناحية أخرى، يستخدم معظم بلدان أمريكا اللاتينية وكذلك بلداً نشما لوسط آسيا ودول غرب البلقان مصادر متعددة (تعدادات سكان وسجلات إدارية ومسوحاً). وهناك أيضاً استخدام واسع النطاق للسجلات الإدارية، غير أن هناك في جميع المناطق إدراكاً لضرورة تعزيز مصدر البيانات هذا وتحسين استخدامه.

الأنشطة الجارية لبناء القدرات

من أهم الدعوات في المقصد 17-18 من مقاصد أهداف التنمية المستدامة الدعوة إلى دعم بناء القدرات في البلدان النامية في مجال جمع إحصاءات الإعاقة. وقد شاركت في هذا العمل عدد من أصحاب المصلحة لدى الصعيد الدولي. ومنذ منتصف عام 2016، نظمت شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة، بالتعاون مع اللجان الإقليمية للأمم المتحدة وغيرها من المنظمات دون الإقليمية، اجتماعات إقليمية ودون إقليمية⁸¹⁷ بشأن إحصاءات وقياس الإعاقة في سياق البرنامج العالمي لتعدادات السكان والمساكن 2020 وخطة التنمية المستدامة لعام 2030. وكانت أهداف الاجتماعات الإقليمية هي استعراض التجارب الوطنية في مجال قياس الإعاقة، بما في ذلك تحديد التحديات التي ووجهت والدروس المستفادة خلال تعدادات عام 2010، ومناقشة مؤشرات أهداف التنمية المستدامة المتصلة بالإعاقة لرصد التقدم المحرز في شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في برامج التنمية، وتبادل الخبرات الوطنية فيما بين البلدان المشاركة، وتيسير التعاون داخل المناطق ويهدف تعزيز القدرات الوطنية في مجال قياس الإعاقة وتحسين نوعية البيانات لرصد أهداف التنمية المستدامة.

الإطار 10- تفعيل المجموعة القصيرة لفري قواشنتظ نحول أداء الوظائف من خلال برنامج المسوح الديمغرافية والصحية

بدأ برنامج المسوح الديمغرافية والصحية في عام 1984 بقدر أكبر من التركيز على الديمغرافيا، ولكن مع مرور الوقت، أضيفت أسئلة عن مواضيع متصلة بالصحة. واستخدمت أسئلة متعلقة بالإعاقة أول مرة في المسح الديمغرافي والصحي في غانا في عام 1993، ومنذ ذلك الحين، استخدم ما لا يقل عن 24 مسحا آخر نسخاً معدلة من أسئلة فريق واشنطن أو المسوح العنقودية المتعددة المؤشرات بشأن الإعاقة أو أسئلة وطنية محددة ذات قابلية محدودة للمقارنة. وفي عام 2015، قام برنامج المسوح الديمغرافية والصحية بتجريب وإنجاز وحدة اختيارية من الأسئلة المتعلقة بالإعاقة⁸¹⁸، تستند إلى المجموعة القصيرة لفريق واشنطن حول أداء الوظائف. ولا تدرج هذه الوحدة في المسوح تلقائياً ولكن يمكن إضافتها إذا رغب البلد المعني في ذلك. وتغطي الوحدة ستة مجالات وظيفية أساسية: النظر والسمع والتواصل والتذكر والتركيز والتنقل والاستحمام وارتداء الملابس. وهي مدرجة في استبيان الأسرة. ويقدم المجيب من الأسرة معلومات عن جميع أفراد الأسرة والزائرين الذين مكثوا مع الأسرة في الليلة السابقة للمسح (أفراد الأسرة بحكم الواقع) وكانوا يبلغون الخامسة من العمر فأكثر. وهناك سؤال فرز عن استخدام النظارات أو العدسات اللاصقة، وسؤال فرز اختياري عن استخدام المعينات السمعية. ويسجل مستوى الصعوبة التي يواجهها كل شخص في كل مجال: لا صعوبة، بعض الصعوبة، صعوبة كبيرة، أو لا يستطيع أبداً⁸¹⁹. وتقدم التقارير النهائية للمسوح التي تستخدم وحدة الإعاقة جداول عن الصعوبات في المجالات الستة بين أفراد الأسرة بحكم الواقع الذين بلغوا الخامسة من العمر فأكثر. وتبعاً لتوصية فريق واشنطن، يعرض انتشار الإعاقة على أنه النسبة المئوية لمن يواجهون الكثير من الصعوبة أو لا يستطيعون أبداً في مجال واحد على الأقل.

وتقدم منظمة الصحة العالمية للدول الأعضاء توجيهاً ودعمًا تقنياً في جميع مراحل عملية تنفيذ نموذج مسح الإعاقة، مع التركيز بقوة على استراتيجيات بناء قدرات دوائر الإحصاء الوطنية أو الإقليمية التي تشرف على جمع وتحليل البيانات المتعلقة بالإعاقة.

وقد باشر فريق واشنطن عقد حلقات تعمل إقليمية وحلقات عمل أخرى تركز على تنفيذ أدوات جمع البيانات الخاصة به وهو يواصل تقديم المساعدة والمشورة من خلال ندوات عبر الإنترنت وبالهاتف والبريد الإلكتروني، حسب الاقتضاء وبناءً على الطلب.

ولتعزيز فهم القضايا والأولويات الرئيسية المتعلقة بقياس إعاقة الأطفال، أعدت اليونيسف، بالتعاون مع فريق واشنطن، مجموعة من المواد التدريبية لدعم عقد حلقات عمل تقنية بشأن جمع وتحليل وتفسير واستخدام البيانات المتعلقة بذلك. وقد صممت حلقات العمل لتناسب جمهوراً مستهدفاً يتشكل من ممثلين عن الأجهزة الإحصائية الوطنية ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة والمسؤولين الحكوميين المعنيين بقياس الإعاقة وموظفي اليونيسف والأوساط الأكاديمية.

وبالتعاون مع أصحاب المصلحة المعنيين، تقوم شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة بتحديث الخطوط التوجيهية والمبادئ الأساسية لوضع إحصاءات الإعاقة⁸²⁰. وتهدف الخطوط التوجيهية المنقحة إلى مساعدة البلدان على أن توفر

على نحو أفضل متطلباتها من البيانات ذات النوعية الجيدة لقياس ورصد التقدم المحرز نحو شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في برامج التنمية مع مراعاة سياق اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وخطة التنمية المستدامة لعام 2030.

الاستنتاجات وسبل المضي قدماً

شمل الاهتمام المتنامي خلال العقود الأخيرة من المجتمع الدولي والحكومات بمعالجة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتعميم مراعاة الإعاقة في جداول أعمال التنمية الوطنية زيادة في الجهود الوطنية الرامية إلى جمع البيانات المتعلقة بالإعاقة. ويتوقع أن تزداد هذه الجهود إذ تسعى البلدان إلى توليد معلومات أساسية لدعم صياغة سياسات وبرامج إنمائية شاملة للإعاقة قائمة على الأدلة، لا سيما في سياق اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وخطة عام 2030، ولضمان "ألا يستثنى أحد". وفي الوقت نفسه، ما زال عدد من المنظمات يعمل على وضع أسئلة للاستخدام في تعدادات السكان والمسوح بالعينات يقصد بها توفير أدوات موحدة لتحديد الأشخاص ذوي الإعاقة تستخدمها البلدان لقياس الإعاقة. كما أن الأدوات التي وضعتها المنظمات المختلفة ليست بالضرورة متشابهة من حيث المحتوى والنهج.

ولخدمة مصالح البلدان على نحو أفضل، من المهم الإشارة أن خطة عام 2030 تقر بأن "هناك لتحقيق التنمية المستدامة مقاربات ورؤى ونماذج وأدوات مختلفة متاحة لكل بلد، وفقاً لظروفه وأولوياته الوطنية". وفي هذا الصدد، من المهم أن يتعاون مختلف أصحاب المصلحة على أفضل السبل لخدمة مصالح البلدان في سعيها إلى الاستجابة للمتطلبات المتعلقة بالبيانات اللازمة لصياغة ورصد السياسات المتعلقة بالإعاقة.

وفي العديد من البلدان، هناك حاجة إلى إنشاء آلية تنسيق وطنية رسمية لجمع البيانات لجميع أصحاب المصلحة فيما يتعلق برصد بيانات الإعاقة وأهداف التنمية المستدامة والإبلاغ عنها. وهناك أيضاً حاجة إلى تنمية القدرات في البلدان لزيادة عدد الخبراء في مجال إحصاءات الإعاقة الذين لديهم المعرفة والمهارات اللازمة لجمع وتحليل ونشر واستخدام البيانات المتعلقة بالإعاقة. ومن المهم أن يعالج هذه التحديات المؤسسية التعاون لبناء القدرات الذي يتوخاه المقصد 17-18 من مقاصد أهداف التنمية المستدامة.

لزيادة توفر البيانات المفصلة حسب الإعاقة، يلزم القيام بما يلي:

- (1) مواصلة بناء قدرات البلدان على جمع ومعالجة وتحليل ونشر البيانات المفصلة حسب الإعاقة. وسيطلب ذلك من جميع أصحاب المصلحة المعنيين على الصعيد الدولي العمل عن كثب مع نظرائهم من اللجان الإقليمية للأمم المتحدة وغيرها من الكيانات الإقليمية على خدمة أولويات مختلف المناطق والبلدان خدمة أفضل.
- (2) التحديث المنتظم للمبادئ التوجيهية الدولية لإنتاج البيانات المفصلة حسب الإعاقة. ما زالت منهجية جمع البيانات المتعلقة بالإعاقة تتطور. وتساعد مبادئ توجيهية دولية تُحدّث بانتظام جميع أصحاب المصلحة المعنيين بجمع البيانات وتوابعها.
- (3) الاستثمار في مستودع دولي لبيانات الإعاقة، وتجميع بيانات الإعاقة على المستوى الوطني. أُعدت مؤخراً قاعدة بيانات الأمم المتحدة لإحصاءات الإعاقة لنشر البيانات الوطنية عن الإعاقة⁸²¹. وينبغي تحديث هذا المستودع وتوسيعه باستمرار لتوفير المعلومات اللازمة ذات الصلة بالسياسات لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة.

الفصل 3- سبل المضي قدماً نحو تنمية مستدامة شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة

يمثل هذا التقرير أول جهد على نطاق منظومة الأمم المتحدة لدراسة حالة الأشخاص ذوي الإعاقة مقابل خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وأهدافها الإنمائية على الصعيد العالمي. وقد استعرض الإحصاءات والقوانين والسياسات والبرامج، وحدد أفضل الممارسات، واستخدم هذه الأدلة في تحديد إجراءات موصى بها لتعزيز تنفيذ أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتشير الأدلة الواردة في هذا التقرير إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة ما زالوا في وضع غير مؤات مقارنة بغيرهم في الجهود العالمية والإقليمية والوطنية المبذولة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة. ورغم التقدم الملحوظ في القوانين والسياسات التي تتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، كان التقدم في تنفيذ هذه التدابير بطيئاً. كما لا تزال هناك قوانين تمييزية في العديد من البلدان. ولتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030، سيتعين على برامج التنمية الدولية والوطنية أن تعطي الأولوية للتنمية الشاملة للجميع. وعلى وجه الخصوص، هناك حاجة إلى اتخاذ إجراء تلموسة لإبراز الأشخاص ذوي الإعاقة وأوضاعهم في عملية رسم السياسات وتوابعها مجتمعات عادلة وشاملة للجميع وينبغي أن يترك زداً لك على أربح مجبها تهي: (1) معالجة العوائق الأساسية التي تتسبب في إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة، (2) تعميم مراعاة الإعاقة في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة، (3) الاستثمار في ر صو تقييم التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة، و(4) تعزيز وسائل تنفيذ أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة.

1- معالجة العوائق الأساسية التي تتسبب في إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة

ينبغي التصدي على وجه السرعة للعوائق الأساسية التي تتسبب في إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة: القوانين والسياسات التمييزية، والعوائق في البيئات المادية والافتراضية، والمواقف السلبية، والوصم والتمييز، والافتقار إلى إمكانية الحصول على التكنولوجيا المساعدة وإعادة التأهيل، والإخفاق في اتخاذ تدابير لتعزيز العيش المستقل للأشخاص ذوي الإعاقة. وتتطلب إزالة هذه العوائق بناء القدرات في البلدان. وينبغي أن تحمي التشريعات الوطنية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، سواء من خلال تشريعات دستورية مناهضة للتمييز أو غير ذلك من التشريعات الوطنية المتعلقة بالإعاقة. وينبغي أن تعكس الأطر القانونية والسياساتية الوطنية جميعها حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وأن تكون متسقة مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك بإلغاء التشريع التمييزية. والوسيلة المثلى لإزالة العوائق هي الأنظمة والمبادئ التوجيهية على مستوى المجتمع المحلي ومن خلال المجالات المواضيعية التي تفرضها قوانين وآليات مساءلة وطنية. وغالباً ما تنجم المواقف السلبية عن سوء فهم للإعاقة وإمكانية مساهمة الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع. ولمكافحة القوالب النمطية، من الأهمية بمكان زيادة الوعي العام والإمام بمسائل الإعاقة. ومن الوسائل الفعالة لنحملات التوعية، من خلال وسائل الإعلام ونظم التعليم، فضلاً عن إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في الأنشطة العامة والاجتماعية وفي نظام التعليم العام.

2- تعميم مراعاة الإعاقة في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة

أكد التقرير أن تحقيق ما وعدت به خطة عام 2030 يتطلب تعميم مراعاة الإعاقة في تنفيذ كافة أهداف التنمية المستدامة، وتشمل المجالات ذات الأهمية لتحقيق التنمية التي تشمل اعتبارات مسائل الإعاقة الحماية الاجتماعية (المقصد 1-3) والتعليم (الهدف 4) والعمالة (الهدف 8) والخدمات الأساسية بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية (الهدف 3) والمياه والصرف الصحي (الهدف 6) والطاقة (الهدف 7). كما أن لتطوير البنى الأساسية الميسرة في البيئات الحضرية والريفية والأماكن العامة والمرافق والخدمات (الهدف 11) أهمية بالغة لمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع جوانب المجتمع والتنمية. ويمكن أن يحفز التقدم في هذه المجالات التقدم في أهداف التنمية المستدامة كافة.

وينبغي للدول، لدى تصميم وتنفيذ نُظُم الحماية الاجتماعية أن تكفل الجمع المرن ما بين تأمين الدخل والدعم الوظيفي المرتبط بالإعاقة بغية تعزيز التمكين الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة وتشغيلهم. وينبغي أن تراعي خطط الحماية الاجتماعية أيضاً التكاليف الإضافية المتصلة بالإعاقة. ومن الأهمية بمكان أن تكون عمليات تقديم الطلبات متاحة للجميع، دون تمييز، وأن يسهل للأشخاص ذوي الإعاقة فهمها. فلا يزال التمييز عائقاً رئيسياً أمام الحصول على عمل، وذلك أمر يتوجب على الدول التصدي له على وجه الإلحاح، بما في ذلك من خلال الإنفاذ الصارم للسياسات والقوانين، فضلاً عن تنظيم حملات توعية بشأن الإعاقة بين أصحاب العمل وينبغي أن تشدد هذه الحملات على القيمة المضافة التي يوفرها شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في قوة عاملة متنوعة ومنتجة.

ويتطلب كسب الحر بصد الفقر وعدم المساواة وتحقيق أهداف التنمية المستدامة زيادة الاستثمار في رأس المال البشري والمساواة في الحصول على التعليم أمر أساسي يجب ضمانه. وينبغي تشجيع شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم العام على نحو استباقي. ويجب أن تكون المدارس والمرافق التعليمية وكذلك بيئات التعلم متاحة ومكيفة للطلاب ذوي الإعاقة. وتحسين فرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على التعليم أمر بالغ الأهمية لأن الحرمان التعليمي يؤدي في كثير من الأحيان إلى زيادة التعرض للإقصاء الاجتماعي والفقر، فيؤثر ذلك تأثيراً كبيراً على القدرة على المشاركة في المجتمع والتنمية، لا سيما في مجال العمالة، وعلى فرص هذه المشاركة.

كذلك فإن الحفاظ على الصحة الجيدة أساسي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة جميعاً، وخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى المزيد من الرعاية الطبية. وتتطلب بزيادة فرص وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها متاحة لهم وتدريب المهنيين الصحيين على سبل توفير الرعاية الكافية لهم.

ويتطلب بضمن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المياه والمرافق الصحية تصميم للمرافق يتيح استخدامها، بما في ذلك المراحيض ونقاط توزيع المياه وناقلات المياه وأماكن الاستحمام ومرافق غسل اليدين. والحصول على الطاقة بالغ الأهمية للأشخاص ذوي الإعاقة لأن العديد منهم يحتاجون إلى الكهرباء لاستخدام التكنولوجيا المساعدة اللازمة للعيش المستقل والمشاركة في المجتمع.

3- الاستثمار في رصد وتقييم التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة

هناك حاجة إلى مزيد من البحوث وإلى بيانات وتحليلات متينة لضمان أن يحتل الأشخاص ذوو الإعاقة المكانة التي يستحقونها في إطار تحقيق وتنفيذ ورصد وتقييم التنمية المستدامة. فالافتقار إلى البيانات والبحوث بشأن حالة الأشخاص ذوي الإعاقة يعوق بشدة رصد المجتمع الدولي لحالة الأطفال والشباب والبالغين ذوي الإعاقة. ولا يزال العديد من المؤشرات العالمية والوطنية ذات الصلة غير مفصلة حسب حالة الإعاقة. وتقوم بلدان كثيرة بجمع بيانات عن الإعاقة، لكن هذه البيانات لا تزال غير منشورة. وينبغي للبلدان أن تركز على وضع مؤشرات تجمع وتنتشر بانتظام لتقييم حالة الأشخاص ذوي الإعاقة والتحديات التي يواجهونها، بما في ذلك المؤشرات الخاصة بالإعاقة، لقياس التقدم المحرز في تنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى شمولهم. وينبغي أن تتيح هذه المؤشرات رصد رفاه الأشخاص ذوي الإعاقة مقارنة بغيرهم ورصد إمكانية استخدامهم للخدمات والمرافق، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى البيئات المادية والافتراضية. وينبغي إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في عملية الرصد هذه.

وبالإضافة إلى تفصيل البيانات تحسب الإعاقة، ستكون هناك حاجة إلى تفصيل مزدوج لتحقيق أهداف التنمية المستدامة لمن يعانون حرماناً في أكثر من جانب واحد من جوانب هويتهم، مثل النساء والفتيات ذوات الإعاقة. فمثلاً، ينبغي تفصيل البيانات حسب الإعاقة والجنس لرصد الفتيات والنساء ذوات الإعاقة، والإعاقة والسن لرصد الأطفال وكبار السن، والإعاقة وفئة الدخل لرصد الفقراء ذوي الإعاقة، ونوع الإعاقة لرصد الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية الاجتماعية والذهنية، والإعاقة والفئة الاجتماعية لشمول الأشخاص ذوي الإعاقة من الشعوب الأصلية. وعلاوة على ذلك، ينبغي جمع بيانات عن التكاليف الإضافية المرتبطة بالإعاقة.

ويتضمن هذا التقرير عدداً من المؤشرات المفصلة حسب الإعاقة، بما يتماشى في بعض الحالات مع مؤشرات التنمية المستدامة. وهذا يدل على إمكان تفصيل البيانات حسب الإعاقة. غير أن الأمر يتطلب مزيداً من الالتزام السياسي والإجراءات السياسية لتوسيع نطاق هذه الجهود. ولتنوير عملية وضع سياسات وبرامج وطنية شاملة لمسائل الإعاقة، من الأهمية بمكان أن يصبح تفصيل الإعاقة معيارياً في كافة نُظُم الرصد ذات الصلة لدى الحكومات ومنظمات المجتمع المدني.

والدراسات عن تأثير السياسات والبرامج التي تشجع شمول الأشخاص ذوي الإعاقة نادرة. وستكون هذه الدراسات ضرورية لتوجيه تنفيذ خطة عام 2030 فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما لمساعدة واضعي السياسات على وضع سياسات جديدة واتخاذ قرار بتوسيع نطاق أو تنقيح السياسات القائمة أو وقف تنفيذها. وهناك منهجيات راسخة لتقييم آثار السياسات. وينبغي بناء قدرة البلدان على استخدام منهجيات تقييم الأثر هذه وتفسير نتائجها.

ونظراً إلى زيادة توافر البيانات، بما في ذلك البيانات القابلة للمقارنة دولياً، أصبحت الدراسات المقارنة الشاملة لعدة بلدان ممكنة أكثر فأكثر. ومن الضروري إنشاء مستودع دولي لبيانات الإعاقة يُحدَّث بانتظام، إلى جانب التقييم المنتظم للتقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، وذلك لتوجيه جهود المجتمع الدولي في تنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام 2030. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤدي إجراء تحليل شامل لأثر السياسات إلى مساعدة البلدان على تحديد

أفضل الممارسات والسياسات الرامية إلى تعزيز شمول الأشخاص ذوي الإعاقة. ولتحسين المساءلة على الصعيد العالمي، يمكن للجمعية العامة للأمم المتحدة وللمؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أن يطلبوا إجراء تقييمات عالمية منتظمة للتقدم المحرز، كما يمكن للدول الأعضاء أن تستخدم الاستعراضات الوطنية الطوعية للمنتدى السياسي الرفيع المستوى المعني بالتنمية المستدامة لإجراء تقييم مشترك في هذا الصدد.

4- تعزيز وسائل تنفيذ أهداف التنمية المستدامة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة

التمويل

ينبغي تخصيص موارد مالية وموارد أخرى كافية لدعم (1) تنفيذ القوانين التي تحمي حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، (2) تنفيذ السياسات والخطط الوطنية المتعلقة بالإعاقة، (3) تقديم الخدمات الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة. ويتطلب تعميم اعتبارات الإعاقة بشكل فعال في تمويل التنمية مبادئ توجيهية تقنية واضحة وشراكات قوية بين خبراء الإعاقة والخبراء القطاعيين والتزاماً على نطاق المنظومة بتفصيل النتائج حسب الإعاقة لاجتناب التهج المعزولة بعضها عن بعض أو التعامل مع مسائل الإعاقة على أنها 'إضافة زائدة'.

وينبغي استخدام تمويل التنمية المستدامة للنهوض بالتنمية الشاملة لمسائل الإعاقة، بما في ذلك بشمول تيسير الاستخدام في جميع الجهود الممولة، والتركيز على دعم خدمات الإعاقة مثل التكنولوجيا المساعدة والخدمات المجتمعية وبرامج الحماية الاجتماعية والمساعدة على التشغيل. وينبغي تقديم مزيد من الدعم إلى منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة لتمكينها من المشاركة في أنشطة المناصرة والتخطيط والبرمجة لصالح هؤلاء الأشخاص ذوي الإعاقة.

وينبغي للدول الأعضاء والوكالات المانحة والمنظمات الدولية أن ترصد بانتظام الالتزامات المالية المتعلقة بشمول الأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى وجه الخصوص، تؤدي المساعدة الإنمائية الرسمية دوراً حيوياً في تعبئة الموارد العامة ويمكن أن تحفز التنمية الشاملة لمسائل الإعاقة. وثمة حاجة إلى مؤشرات تتعلّق بشمول الأشخاص ذوي الإعاقة لرصد التقدم المحرز في المساعدة الإنمائية الرسمية في هذا المجال. وعلى الصعيد الوطني، ينبغي السعي إلى التمويل الفعال بإدراج مسائل الإعاقة في تصميم وتنفيذ ورصد الموازنات والسياسات والبرمجة المالية وضمان شمول الأشخاص ذوي الإعاقة الأكثر تهميشاً.

التكنولوجيا

الحصول على التكنولوجيات، بما في ذلك التكنولوجيا المساعدة، حاسم الأهمية في تيسير العيش المستقل للأشخاص ذوي الإعاقة ومشاركتهم في المجتمع ومساهماتهم فيه. ومن شأن عدم كفاية الدعم للحصول على الأجهزة المساعدة أن يقوض المشاركة المتساوية للأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والتنمية ويعرقل تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

وبالإضافة إلى الأجهزة المساعدة ذات الأولوية، هناك العديد من الأجهزة المساعدة التي طورت في السنوات الأخيرة، لا سيما في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. ولا تزال هناك ثغرات في الحصول على التكنولوجيا المساعدة في

العديد من البلدان، لا سيما في البلدان النامية حيث لا تتوفر التكنولوجيا المساعدة في كثير من الأحيان أو لا يمكن تحمل تكاليفها أو تكون غير كافية. وعلاوة على ذلك، لدى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات إمكانات هائلة لتحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة ومشاركتهم ومساهماتهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة الشاملة لمسائل إعاقة. وينبغي، في هذا الصدد، إعطاء الأولوية لتعزيز إمكانية الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وفقاً لمبادئ "التصميم الشامل". ويمكن أن يساعد تحفيز البحث والتطوير وتعزيز إمكانية الحصول على التكنولوجيات الرئيسية، بما في ذلك التكنولوجيا المساعدة، من خلال السياسات والبرامج الوطنية، على تسريع إتاحة ونشر التكنولوجيات لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة وعامة السكان. ويمكن أيضاً لسياسات واتفاقيات التجارة الدولية أن تيسر الحصول على الأجهزة المساعدة الميسورة الكلفة في البلدان النامية.

بناء القدرات

أكد التقرير على الحاجة إلى تنمية قدرات تواضعي السياسات وتوغيرهم من أصحاب المصلحة الرئيسيين على الصعيد الوطني لدعم صياغة وتنفيذ القوانين والسياسات الرامية إلى النهوض بالتنمية الشاملة لمسائل الإعاقة. وهناك أيضاً حاجة إلى تنمية قدرات مقدمي الخدمات على زيادة خدماتهم كمّاً ونوعاً للأشخاص ذوي الإعاقة، وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم أن يكتسبوا المعرفة لممارسة حقوقهم وتحسين إمكانية وصولهم إلى الخدمات والمنتجات المتاحة التي قد تفيدهم. ويبرر هذا التقرير أمثلة جيدة لمنظمات لديها سياسات وبرامج إنمائية شاملة لمسائل الإعاقة، لكن العديد من المنظمات الأخرى العاملة في البرامج المتعلقة بتنفيذ أهداف التنمية المستدامة تفتقر إلى فهم قضايا الإعاقة والوعي بها. وبناء قدرات هؤلاء هو مفتاح نجاح أي مشاريع أو منتجات أو خدمات ذات صلة بالإعاقة.

كما أن هناك حاجة أيضاً إلى تنمية قدرات الجهات الفاعلة في مجال التنمية والشؤون الإنسانية وغيرها من الجهات صاحبة المصلحة التي لها دور في حماية الأشخاص ذوي الإعاقة في الأزمات والكوارث الإنسانية، وإلى برامج لتنمية القدرات بشأن آليات المساءلة. وعلاوة على ذلك، بناء القدرات بالغ الأهمية لدعم بناء المهارات اللازمة لرصد وتقييم تنفيذ أهداف التنمية المستدامة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة.

الاتساق السياساتي والمؤسسات

أنشأت بلدان كثيرة شكلاً ما من أشكال المؤسسات أو الآليات العامة المكرّسة لتعزيز حقوق وشمول ورفاه الأشخاص ذوي الإعاقة. غير أن هذه المؤسسات كثيراً ما تفتقر إلى الموارد البشرية والمالية اللازمة لإنجاز مهامها. وعلاوة على ذلك، كثيراً ما تنتشر قضايا الإعاقة في عدة وزارات دون اتخاذ إجراءات منسّقة فيما بينها. ولذا فإن إنشاء آلية مؤسسية متينة والتنسيق على المستوى الوطني مع توفير الموارد الكافية حاسم الأهمية للتنفيذ الفعال لأهداف التنمية المستدامة، وكذلك مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في الترتيبات المؤسسية. وبالإضافة إلى ذلك، ومع قيام البلدان بمراجعة القوانين والسياسات لمواءمتها مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، هناك حاجة إلى ضمان اتساق التشريعات الوطنية وخطط التنمية وعدم تعارض الأحكام القانونية والسياساتية فيما بينها.

الشراكات بين أصحاب المصلحة المتعددين

سلط التقرير الضوء على الدور الهام الذي تؤديه الشراكات بين أصحاب المصلحة المتعددين في تحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة. وقد تشمل هذه الشراكات الدول الأعضاء ووكالات الأمم المتحدة والجهات الفاعلة في مجال التنمية والشؤون الإنسانية وحقوق الإنسان والجهات الفاعلة في مجال السلام والأمن والسلطات والمجتمعات المحلية والقطاع الخاص والمجتمع المدني، لا سيما الأشخاص ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم. ويمكن لهؤلاء الشركاء أن يكفلوا بشكل جماعي أن تتضمن الأنشطة والبرامج الإنمائية منظورات الأشخاص ذوي الإعاقة وأن تنظر في احتياجاتهم نظرة شاملة⁸²².

كذلك سيستفيد جمع البيانات ونشرها وتفصيلها حسب الإعاقة من زيادة التعاون بين مختلف أصحاب المصلحة. وتتطلب أنشطة البيانات تنسيقاً متيناً ومنهجياً بين الوزارات المسؤولة وعمل هذه الوزارات بشراكة مع مجتمعات المجتمع المدني، كالمنظمات غير الحكومية ولا سيما منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، والقطاع الخاص ومؤسسات البحوث.

ملاحظات توضيحية

بالنسبة للأرقام التي تبين أكثر من بلد واحد، يشير العام الوارد في الأشكال إلى العام المتوسط للبيانات المقدّمة.

القيم المتوسطة المبينة في الرسوم البيانية هي المتوسطات البسيطة للقيم عبر البلدان.

يشير الرمز (WG) إلى البيانات التي حُدّد فيها الأشخاص ذوو الإعاقة باستخدام الأسئلة القصيرة الستة التي أعدها فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، أي الأشخاص الذين أشاروا إلى أنهم يواجهون صعوبة كبيرة في أو لا يستطيعون أبداً: النظر (حتى مع وضع نظارات طبية)، أو السمع (حتى مع استخدام معينات سمعية)، أو التنقل أو صعود السلالم، أو التذكر أو التركيز، أو الاستحمام أو ارتداء الملابس، أو فهم الآخرين أو يكون مفهوماً من قبل الآخرين.

يشير الرمز (MDS) إلى البيانات التي حُدّد فيها الأشخاص ذوو الإعاقة على أنهم ذوو صعوبة كبيرة باستخدام نموذج مسح الإعاقة، ما لم يذكر خلاف ذلك.

تُبَيّن بيانات المكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (Eurostat) الأشخاص الذين يعانون بعض الصعوبات أو صعوبات كبيرة.

في جميع البيانات الأخرى، حُدّد الأشخاص ذوو الإعاقة وفقاً لتعريف الإعاقة المستخدم في جمع البيانات الوطنية.

احتُسبت التقييمات الوطنية على أساس بيانات المسوح الديمغرافية والصحية، واحتسبت إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة البيانات من المؤسسات الدولية IPUMS و SINTEF أو كلفتها بجمعها، ما لم يذكر خلاف ذلك.

- ¹ الجمعية العامة، القرار 69/142، تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وغيرها من الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة حتى عام 2015 وما بعده (A/RES/69/142).
- ² World Health Organization, *International Classification of Functioning, Disability and Health* (2001). Available at <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- ³ الديباجة الفقرة (هـ).
- ⁴ للمزيد من الاطلاع على الأسئلة ومستوى العتبة الموصى بها: <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-questions-disability-continuum/>.
- ⁵ للاطلاع على استبيان المسح والدليل: <http://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>.
- ⁶ مسح التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة، مجموعات بيانات متنوعة من عام 2006 إلى 2016. البيانات متاحة على www.dhsprogram.com/ (استرجعت في عامي 2017 و2018).
- ⁷ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، إحصاءات الإعاقة في الدول العربية 2017 (استرجعت بين أيار/مايو وتشرين الأول/أكتوبر 2018).
- ⁸ Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, *Building Disability-Inclusive Societies in Asia and the Pacific: Assessing Progress of the Incheon Strategy* (2018).
- ⁹ Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (accessed in March-May 2018).
- ¹⁰ مجموعات بيانات للفترة 2012-2001 (Minnesota Population Center, Integrated Public Use Microdata Series,) (International. Available at <https://international.ipums.org/international/> (accessed in 2017 and 2018)).
- ¹¹ مجموعات بيانات للفترة 2017-2006 (Stiftelsen for industriell og teknisk forskning, Living conditions among persons) (with disabilities).
- ¹² ميثاق الأمم المتحدة، سان فرانسيسكو، 24 تشرين الأول/أكتوبر 1945.
- ¹³ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، باريس 10 كانون الأول/ديسمبر 1948.
- ¹⁴ العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، نيويورك، 16 كانون الأول/ديسمبر 1966.
- ¹⁵ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، نيويورك، 16 كانون الأول/ديسمبر 1966.
- ¹⁶ United Nations, UN Enable, *Chapter III: The Early Years*. Available at www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y20.htm.
- ¹⁷ الجمعية العامة، القرار 2542 (الدورة 24)، إعلان التقدم والإنماء في الميدان الاجتماعي (A/RES/2542(XXIV)).
- ¹⁸ الجمعية العامة، القرار 2856 (الدورة 26)، إعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً (A/RES/2856(XXVI)).
- ¹⁹ الجمعية العامة، القرار 3447 (الدورة 30)، إعلان بشأن حقوق المعوقين (A/RES/3447(XXX)).
- ²⁰ United Nations, UN Enable, *The International Year of Disabled Persons 1981*. Available at <https://www.un.org/esa/socdev/enable/disidydp.htm>.
- ²¹ الجمعية العامة، القرار 37/52، برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين (A/RES/37/52).
- ²² United Nations, UN Enable, *Chapter VII: United Nations Decade of Disabled Persons*, United Nations and Disabled Persons – The First Fifty Years. Available at www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y60.htm.
- ²³ انتهت تولاية المقرر الخاص المعني بمسألة الإعاقة التابع للجنة التنمية الاجتماعية في كانون الأول/ديسمبر 2014.
- ²⁴ إعلان وبرنامج عمل فيينا، فيينا، 25 حزيران/يونيو 1993.
- ²⁵ المرجع نفسه، الفقرة 63.
- ²⁶ الأمم المتحدة، مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية، إعلان كوبنهاغن بشأن التنمية الاجتماعية، المرفق الأول، كوبنهاغن (A/CONF.166/9).
- ²⁷ بما في ذلك تحليل Gerard Quinn and Theresia Degener, *The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability* (New York and Geneva, United Nations, 2002).
- ²⁸ United Nations Department of Economic and Social Affairs, "History of United Nations and persons with disabilities – the first millennium decade", Available at www.un.org/development/desa/disabilities/about-us/history-of-united-nations-and-persons-with-disabilities-the-first-millennium-decade.html.

- 29 اجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً بما يعود بالنفع على الأشخاص ذوي الإعاقة: سُبُل المضي قدماً – وضع خطة للتنمية تشمل المسائل المتصلة بالإعاقة حتى عام 2015 وما بعده، 23 أيلول/سبتمبر 2013. www.un.org/development/desa/disabilities/resources/high-level-meeting-of-the-general-assembly-on-disability-and-development-23-september-2013.html.
- 30 الجمعية العامة، القرا 68/3، الوثيقة الختامية لاجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً بما يعود بالنفع على الأشخاص ذوي الإعاقة: سُبُل المضي قدماً – وضع خطة للتنمية تشمل المسائل المتصلة بالإعاقة حتى عام 2015 وما بعده (A/RES/68/3).
- 31 الديباجة الفقرة (ز).
- 32 الجمعية العامة، القرا 69/15، إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا) (A/RES/69/15).
- 33 الجمعية العامة، القرا 69/313، خطة عمل أديس أبابا الصادرة عن المؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية (خطة عمل أديس أبابا) (A/RES/69/313).
- 34 الجمعية العامة، القرا 69/283، إطار سندي للحد من مخاطر الكوارث للفترة 2015-2030 (A/RES/69/283).
- 35 الجمعية العامة، القرا 71/1، إعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين (A/RES/71/1).
- 36 الجمعية العامة، القرا 71/256، الخطة الحضرية الجديدة (A/RES/71/256).
- 37 كما ورد في برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين (1982) وعقد الأمم المتحدة للأشخاص ذوي الإعاقة (1982-1993).
- 38 International Labour Organization, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice* (Geneva, 2014), p. 55.
- 39 Lauren Graham, Jacqueline Moodley and Lisa Selipsky, "The disability-poverty nexus and the case for a capabilities approach: evidence from Johannesburg, South Africa", *Disability and Society*, vol. 28, No. 3 (August 2013), pp. 324-337.
- 40 الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، باريه س10 كانون الأول/ديسمبر 1948، المادة 19.
- 41 العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، نيويورك، 16 كانون الأول/ديسمبر 1966.
- 42 خط الفقر الوطني هو معيار استهلاك مقرر سلفاً ومحدد جيداً يجب الوصول إليه إذا كان الشخص لا يعتبر "فقيراً". تُستخدم خطوط الفقر الوطنية لإجراء تقديرات أكثر دقة للفقر تتسق مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية الخاصة بالبلد. يمكن الاطلاع على <http://documents.worldbank.org/curated/en/290531468766493135/pdf/multi-page.pdf> الصفحة 25، و <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-02-01.pdf>.
- 43 Debra Brucker and others, "More likely to be poor whatever the measure: working-age persons with disabilities in the United States", *Social Science Quarterly*, vol. 96, No.1 (June 2014).
- 44 مصادر البيانات: Georgia (Integrated Households Survey, 2015); Indonesia (Susenas, 2012); Macao, China (administrative data from the Social Welfare Bureau, 2016); Mongolia (Socioeconomic Household Survey, 2014); Republic of Korea (Survey of Household Finances and Living Conditions, 2015); United States (Current Population Survey, 2011).
- 45 Sophie Mitra, *Disability, Health and Human Development* (New York, Palgrave MacMillan, 2018).
- 46 Debra Brucker and others, "More likely to be poor whatever the measure: working-age persons with disabilities in the United States", *Social Science Quarterly*, vol. 96, No.1 (June 2014), pp. 273-296.
- 47 Peiyun She and Gina A. Livermore, "Long-term poverty and disability among working-age adults". *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 19, No. 4 (July 2008), pp. 244-256.
- 48 Stefanos Grammenos, *European Comparative Data on Europe 2020 & People with Disabilities*. Final report on behalf of the Academic Network of European Disability Experts (ANED) (Academic Network of European Disability Experts, December 2013).
- 49 World Bank, *People with Disabilities in India: From Commitments to Outcomes* (Washington, D.C., 2009).
- 50 Antonio Bernabe-Ortiz and others, "Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: a population-based survey and case-control study in Peru". *BMJ Open*, vol. 6, No. 8 (August 2016), p. 4.
- 51 Ahmad R. Hosseinpoor and others, "Socioeconomic inequality in disability among adults: a multicountry study using the world health survey". *American Journal of Public Health*, vol. 103, No. 7 (July 2013), pp. 1278-1286.
- 52 Lena Morgon Banks, Hannah Kuper and Sarah Pokack, "Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review", *PLoS ONE*, vol. 12, No. 12 (December 2017).

- Johannes G. Hoogeveen, "Measuring welfare for small but vulnerable groups: poverty and disability in Uganda".⁵³
Journal of African Economies, vol. 14, No. 4 (2005), pp. 603–631
- Daniel Mont and Cuong Viet Nguyen, "Disability and poverty in Vietnam", *World Bank Economic Review*, vol.25,⁵⁴
 No. 2 (Washington, D.C., World Bank, 2011)
- Arne Henning Eide and others, *Living Conditions Among People with Activity Limitations in Zimbabwe. A Regional*⁵⁵
Representative Survey (Oslo, SINTEF Health Research, 2003)
- Jean-Francois Trani and Mitchell Leob, "Poverty and disability: a vicious circle? Evidence from Afghanistan and
 Zambia", *Journal of International Development*, vol. 24, No. 1 (January 2012).⁵⁶
- Sophie Mitra, Aleksandra Posarac and Brandon Vick, "Disability and poverty in developing countries: a
 multidimensional study", *World Development*, vol. 41 (2013), pp. 1-18⁵⁷
- Daniel Mont and Cuong Nguyen, "Spatial variation in the poverty gap between people with and without disabilities:
 Evidence from Vietnam", *Social Indicators Research*, vol. 137 (2017)⁵⁸
- ⁵⁹ لقد فهم الفقر بتزايد وبشكل أوسع على أنه حرمان في أبعاد مختلفة من الرفاه، وكما يرد في الهدف 1 من أهداف التنمية المستدامة الفقر
 "بجميع أشكاله". ينظر هذا الفهم الأوسع للفقر في أوجه حرمان متعددة مثل عدم التشغيل وانخفاض التحصيل العلمي والعزلة الاجتماعية
 وضعف الحالة النفسية.
- ⁶⁰ يقيّم الفقر المتعدد الأبعاد على المستوى الفردي ويشير إلى تجربة الحرمان المتعدد في مجالات مختلفة (مثل التحصيل العلمي والعمالة
 وظروف المعيشة). تختلف النطاقات والعتبات المستخدمة لقياس أوجه الحرمان عبر الدراسات.
- Sophie Mitra, Aleksandra Posarac and Brandon Vick, "Disability and poverty in developing countries: a
 multidimensional study", *World Development*, vol. 41 (2013), pp. 1-18⁶¹
- Jean-Francois Trani and others, "Disability and poverty in Morocco and Tunisia: A multidimensional approach",⁶²
Journal of Human Development and Capabilities (2015)
- Jean-Francois Trani and others, "Multidimensional poverty in Afghanistan: Who are the poorest of the poor?"⁶³
Oxford Development Studies, vol. 44, No. 2 (2016), pp. 220-445.
- Data sources: Afghanistan (National Disability Survey, 2004-2005); Ethiopia (Rural Socioeconomic Survey, 2011-⁶⁴
 2012); Malawi (Third Integrated Households Survey, 2010-2011); Tanzania (National Panel Survey, 2010-11);
 Morocco and Tunisia (household survey by Washington University, the Brown School and the Program in
 Occupational Therapy, Humanity and Inclusion and local organizations of persons with disabilities, 2013-2014);
 Uganda (National Panel Survey, 2009-2010); United States (Current Population Survey, 2010 and 2011); Bangladesh,
 Brazil, Burkina Faso, Dominican Republic, Ghana, Kenya, Lao PDR, Malawi, Mauritius, Mexico, Pakistan, Paraguay,
 Philippines, Zambia and Zimbabwe (World Health Surveys 2002-2004).
- Mike Tibble, *Review of Existing Research on the Extra Costs of Disability* (Leeds, UK: Corporate Document⁶⁵
 Services, 2005)
- Sophie Mitra and others, "Extra costs of disability: a review of the literature", *Disability and Health*, vol. 10, No. 4⁶⁶
 (October 2017), pp. 475-484. DOI/10.1016/j.dhjo.2017.04.007.
- Peter Saunders, "The costs of disability and the incidence of poverty", *Australian Journal of Social Issues*, vol. 42,⁶⁷
 No.4 (Summer 2007)
- Jeanine Braithwaite and Daniel Mont, "Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and
 implications", *European Journal of Disability Research*, vol. 3, No. 3 (2009), pp. 219-232⁶⁸
- .Prashant Loyalka and others, "The cost of disability in China", *Demography*, vol. 51 (January 2014), pp. 97-118⁶⁹
- John Cullinan, Brenda Gannon and Eamon O'Shea, "The welfare implications of disability for older people in
 Ireland", *The European Journal of Health Economics*, vol. 14, No. 2 (April 2013), pp. 171-183⁷⁰
- Francisco Javier Braña Pino and José-Ignacio Antón Pérez, "Pobreza, discapacidad y dependencia en España", in⁷¹
Papeles de Economía Española – Aspectos económicos y sociales de la dependencia, No. 129 (2011)
- Marcello Morciano, Ruth Hancock and Stephen Pudney, "Disability costs and equivalence scales in the older
 population", ISER Working Paper Series, No. 2012-09 (April 2012)⁷²
- Daniel Mont and Cuong Viet Nguyen, "Disability and poverty in Vietnam", *World Bank Economic Review*, vol.25,⁷³
 No. 2 (Washington, D.C., World Bank, 2011)

- 74 بيانا تمن أكثر من 9,000 بذ لثوأكذ رم ن20,000 صراف آلي.
- 75 Nora Groce, Eleanor Challenger and Marko Kerac, *Stronger Together: Nutrition-Disability Links and Synergies* – *Briefing Note*, Nutrition Working Group: Global Partnership for Children with Disabilities (New York, UNICEF, 2013).
- 76 الأشخاص ذوو الإعاقة هم من يعانون من بعض المحدوديات أو محدوديات شديدة.
- 77 البيانا تمن أيرلندا وإيطاليا وكسمير غرايسلندا وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة م نعام 2015؛ الجبل الأسود من عام 2013؛ وتركيا من عام 2007.
- 78 التقديرات الوطنية محسوبة أو بتكليف من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة.
- 79 Antonio Bernabe-Ortiz and others, "Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: A population-based survey and case-control study in Peru", *BMJ Open*, No. 6(2016), p. 1.
- 80 <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/> (اطلع عليها في تموز/يوليو 2017).
- 81 من المهم أيضاً ملاحظة أن تقديرات التغطية تستند إلى تعريف الإعاقة الذي تعتمده الدولة، وقد تتسبب التعريفات الضيقة في إبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة على الرغم من أنهم يواجهون أيضاً تحديات مالية وسيحتاجون إلى خدمات الرعاية الاجتماعية لمواجهة.
- 82 Lena Morgon Banks and others, "Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review", *Oxford Development Studies*, vol. 45, No. 3 (2017), pp. 223-239.
- 83 المرجع نفسه.
- 84 ILO, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice* (Geneva, 2014), p.56.
- 85 United Nations, *Promoting Inclusion Through Social Protection – Report on the World Social Situation 2018*, ST/ESA/366 (New York, 2018).
- 86 سجلات منظمة العمل الدولية.
- 87 WHO, *Disability and rehabilitation: Community-based rehabilitation* (2018). Available at www.who.int/disabilities/cbr/en/
- 88 Vincenzo Mauro, Mario Biggeri and Leonardo Grilli, "Does community-based rehabilitation enhance the multidimensional well-being of deprived persons with disabilities? A multilevel impact evaluation", *World Development*, vol. 76 (December 2015), pp. 190-202.
- 89 ILO, *World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice* (Geneva, 2014), p. 56.
- 90 معايير الأيزو ISO/IEC 40500:2012 معروفة أيضاً بالمبادئ التوجيهية للوصول إلى محتوى الشبكة وه من إعداد رابطة شبكة الويب العالمية. W3C Web Accessibility Initiative, *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG)* (2018). Available at <https://www.w3.org/TR/WCAG20/>.
- 91 الجمعية العامة، القرار 3447 (الدورة 30)، إعلان بشأن حقوق المعوقين (A/RES/3447(XXX)).
- 92 الجمعية العامة، القرار 37/52، برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين (A/RES/37/52).
- 93 الجمعية العامة، القرار 48/96، القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين (A/RES/48/96).
- 94 تهدف التغطية الصحية الشاملة إلى سد الفجوة بين الاحتياجات الصحية واستخدام الخدمات. وبالتغطية الصحية الشاملة يتلقى جميع الأفراد، دون معاناة من المصاعب المالية، مجموعة كاملة من الخدمات الصحية الأساسية والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة عالية الجودة.
- 95 الرعاية التلطيفية هي نهج يحسن نوعية حياة المرضى الذين يواجهون أمراضاً تهدد الحياة بالخطر، وكذلك أسرهم.
- 96 WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva: World Health Organization, 2011).
- 97 Edward Chesney, Guy M Goodwin and Seena Fazel, "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review", *World Psychiatry*, vol. 13, No. 2 (2014), pp. 153-160.
- 98 Sophie Mitra, *Disability, Health and Human Development* (New York, Palgrave MacMillan, 2018).
- 99 المرجع نفسه.
- 100 المسوح النموذجية حول الإعاقة في الكاميرو زوشيل يوسر يلانكا، للفترة 2015-2016. قَدِّمَت البيانات منظمة الصحة العالمية في نيسان/أبريل 2018.
- 101 بيانات البنك الدولي، <https://data.albankaldawli.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD> (اطلع عليها في أيار/مايو 2018).

- Tess Bright and Hannah Kuper, "A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries", *International Journal of Environment Research and Public Health*, vol. 15, No. 9 (2018) ¹⁰²
- Loeb Mitchel and Arne Henning Eide, *Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A National Representative Study* (Oslo, SINTEF Health Research, 2004) ¹⁰³
- Arne Henning Eide and Loeb Mitchel, *Living Conditions among People with Activity Limitations in Zambia: A National Representative Study* (Oslo, SINTEF Health Research, 2006) ¹⁰⁴
- Arne Henning Eide and Yusman Kamaleri, *Living Conditions among People with Disabilities in Mozambique: A National Representative Study* (Oslo, SINTEF Health Research, 2009) ¹⁰⁵
- Yusman Kamaleri and Arne Henning Eide, *Living Conditions among People with Disabilities in Lesotho: A National Representative Study* (Oslo, SINTEF Health Research, 2011) ¹⁰⁶
- Arne Henning Eide, Shailes Neupane and Karl-Gerhard Hem, *Living Conditions among People with Disability in Nepal* (Oslo: SINTEF Health Research, 2016) ¹⁰⁷
- International Centre for Evidence in Disability, *Guatemala National Disability Study (Endis 2016) Main Report* (London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2017) ¹⁰⁸
- رعاية المرضى في العيادات الخارجية هي معالجة الذين لا يحتاجون إلى سرير أو إلى رعاية ليلية. ¹⁰⁹
- Islay Mactaggart and others, "Assessing health and rehabilitation needs of people with disabilities in Cameroon and India", *Disability and Rehabilitation*, vol. 38, No. 18 (2016) ¹¹⁰
- .WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva: World Health Organization, 2011) ¹¹¹
- Jean-Francois Trani and others, "Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: A multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys", *The Lancet Global Health*, vol. 5, No. 8 (2017), pp. 828-837. ¹¹²
- Neuma Chaveiro, Celmo Celeno Porto and Maria Alves Barbosa, "The relation between deaf patients and the doctor", *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, No. 1 (2009), pp. 147-150. ¹¹³
- Michael M. McKee and others, "Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, No.1 (July 2011) ¹¹⁴
- Rachel E. Hommes and others, "American sign language interpreters perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients", *J Community Health*, vol. 43, No. 5 (2018) ¹¹⁵
- Peter Burton and Shelley Phipps, "Economic costs of caring for children with disabilities in Canada", *Canadian Public Policy*, vol 35, No. 3 (September 2009) ¹¹⁶
- Kathleen Melissa Ke, "The direct, indirect and intangible costs of visual impairment caused by neovascular age-related macular degeneration", *The European Journal of Health Economics*, vol.11, No. 6 (December 2010) ¹¹⁷
- Anna Lukemeyer, Marcia K. Meyers and Timothy Smeeding, "Expensive children in poor families: out-of-pocket expenditures for the care of disabled and chronically ill children in welfare families", *Journal of Marriage and Family*, vol. 62, No. 2 (May 2000) ¹¹⁸
- .Sophie Mitra, *Disability, Health and Human Development* (New York, Palgrave MacMillan, 2018) ¹¹⁹
- Sophie Mitra, Patricia A. Findley and Usha Sambamoorthi, "Health care expenditures of living with a disability", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 90, No. 9 (September 2009) ¹²⁰
- Paul W Newacheck, Moira Inkelas and Sue E. Kim, "Health services use and health care expenditures for children with disabilities", *Pediatrics*, vol. 114, No. 1 (July 2004) ¹²¹
- Michael G. Palmer and Nguyen Thi Minh Thuy, "Mainstreaming health insurance for people with disabilities", *Journal of Asian Economics*, vol. 23, No. 5 (October 2012) ¹²²
- Jean-Francois Trani and others, "Poverty, vulnerability, and provision of healthcare in Afghanistan", *Social Science and Medicine*, vol. 70, No. 11 (June 2010) ¹²³
- يُعرف الإنفاق على أنه كارثي إذا تجاوزت المساهمات المالية للأسرة في النظام الصحي 40 في المائة من الدخل المتبقي بعد تلبية احتياجات الكفاف. ¹²⁴
- بناءً على تقييمات في 9,800 مستشفى و 25,228 صيدلية. ¹²⁵

- Diane L. Smith, "Disparities in patient-physician communication for persons with a disability from the 2006 Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)", *Disability and Health Journal*, vol. 2, No. 4 (October, 2009)
- International Centre for Evidence in Disability, *Guatemala National Disability Study (Endis 2016) Main Report* (London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2017)
- Disability Rights Commission, *Equal Treatment: Closing the Gap: A Formal Investigation into Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems* (London, 2006)
- البيانات عن أوغندا، وتيمور-ليشتي، وغامبيا، وكمبوديا، وملاييا، واليمن هي للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة. Disability Rights Education and Defense Fund, "International Laws". Available at <https://dredf.org/legal-advocacy/international-disability-rights/international-laws/4> (accessed on 3 August 2017)
- Jerome E. Bickenbach, "Disability human rights, law and policy", in *Handbook of Disability Studies*, Gary Albrecht, Katherine Seelman and Michael Bury, eds. (Sage Publications, 2001)
- World Policy Analysis Center, "World dataset on disability 2016". Available at <http://www.worldpolicycenter.org/maps-data/data-download/disability-data> (accessed on October 2017)
- بدءاً من آب/أغسطس 2017، اعتمدت إستونيا والبرازيل وبنغلاديش وغانا ومالاوي ونيوزيلندا هذا النهج.
- WHO, "*Rehabilitation and Disability in the Western Pacific*" (Manila, Regional Office for the Western Pacific, 2017)
- Miriam Taegtmeyer and others, "A peer-led HIV counselling and testing programme for the deaf in Kenya", *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, No. 6 (2009)
- Deirdre Holly and John Sharp, "Addressing health inequities: Coronary heart disease training within learning disabilities services", *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 42, No. 2 (June 2014)
- CBM, *Inclusive Eye Health – Breaking Down the Barriers so All People Benefit: Pakistan* (Cambridge, CBM UK, 2016). Available at http://www.cbmuk.org.uk/wp-content/uploads/2016/06/Inclusive-eye-health_Pakistan-Learning-doc_2016.pdf
- مثلاً، في غانا وأذربيجان، COAR 2015؛ ويمكن الاطلاع على www.unicef.org/about/annualreport/
- كمبوديا، COAR 2015؛ ويمكن الاطلاع على www.unicef.org/about/annualreport/
- في الفلبين، أقرت الحكومة حزمة إعانة وطنية للتأمين الصحي للأطفال ذوي الإعاقة. تقدم الحزمة تقييمات والأجهزة المساعدة وخدمات إعادة تأهيل. (COAR 2015)؛ ويمكن الاطلاع على [www.unicef.org/about/annualreport/C:\Users\647373\AppData\Local\Microsoft\Windows\NetCache\Content.Outlook\46CMNGVG\www.unicef.org\about\annualreport\](http://www.unicef.org/about/annualreport/C:\Users\647373\AppData\Local\Microsoft\Windows\NetCache\Content.Outlook\46CMNGVG\www.unicef.org\about\annualreport\6CMNGVG\www.unicef.org\about\annualreport\)
- يمكن الاطلاع، مثلاً، على مبادرة من الحكومات المحلية في إندونيسيا على: <http://hrwg.org/wp-content/uploads/2016/11/2-Joint-UPR-Report-for-the-rights-Disability>
- WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva: World Health Organization, 2011), p. 61
- الجمعية العامة، القرار 21/2، الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (A/RES/S-21/2)، الفقرة 3.
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979).
- <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/0360793A.pdf> (استرجعت في 20 شباط/فبراير 2018).
- تشير التوصية العامة 24 للجنة القضاء على التمييز ضد المرأة إلى أنه "ينبغي أن تتخذ الدول الأطراف التدابير الملائمة لتكفل مراعاة الخدمات الصحية لاحتياجات المعوقا تواجرامها لحقوقهن الإنسانية ولكرامتهن". <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/cedawr24.html>
- اتفاقية حقوق الطفل (1989). <https://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx> (استرجعت في 20 شباط/فبراير 2018).
- WHO, "*Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant – A Joint Statement by WHO, ICM and FIGO* (Geneva, 2004), p. 1
- WE DECIDE Young persons with disabilities: Equal rights and a life free of violence (presentation material, United Nations Population Fund, 28 November 2016), p. 42. Available at www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/51936_UNFPA_Global_Study_on_Disability_web.pdf
- تمت مقابلة 426 شاب من ذوي الإعاقة تتراوح أعمارهم بين 10 و24 سنة من منظمات مختارة للأشخاص ذوي الإعاقة.

- Sharon Eva Ahumuza and others, "Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda", *Reproductive Health*, vol. 11, No. 59 (August 2014) 150
- Sibusisiwe Sipelele Mavuso and Praniitha Maharaj, "Access to sexual and reproductive health services: Experiences and perspectives of persons with disabilities in Durban, South Africa", *Agenda*, vol. 29, No. 2 (June 2015), pp. 79-88 151
- Richard Vergunst and others, "‘You must carry your wheelchair’—barriers to accessing healthcare in a South African rural area", *Global Health Action*, vol. 8, No. 1 (October 2015) 152
- Wisdom Kwadwo Mprah, Patricia Anafi and Paul Yaw Addai Yeaboah, "Exploring misinformation of family planning practices and methods among deaf people in Ghana", *Reproductive Health Matters*, vol. 25, No. 50 (May 2017), pp. 20-30 153
- .WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva: World Health Organization, 2011), p. 78 154
- Lisa Iezzoni and others, "Prevalence of current pregnancy among US women with and without chronic physical disabilities", *Medical Care*, vol. 51, No. 6 (June 2013), pp. 555-562 155
- Alexandra Devine and others, "Freedom to go where I want": improving access to sexual and reproductive health for women with disabilities in the Philippines", *Reproductive Health Matters*, vol. 25, No. 50 (May 2017), pp. 50-65 156
- United Nations Population Fund, *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based violence, and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights* (New York, 2018), p. 38 157
- Jean-Francois Trani and others, "Access to health care, reproductive health and disability: A large scale survey in Sierra Leone", *Social Science and Medicine*, vol. 73, No. 10 (November 2011), pp. 1477-1489. 158
- Xanthe Hunt and others, "The sexual and reproductive rights and benefit derived from sexual and reproductive health services of people with physical disabilities in South Africa: beliefs of non-disabled people", *Reproductive Health Matters, Reproductive Health Matters*, vol. 25, No. 50 (May 2017), pp. 66-79. 159
- Judith McKenzie, "Disabled people in rural South Africa talk about sexuality", *Culture, Health & Sexuality*, vol. 15, No. 3 (December 2013), pp. 372-386. 160
- Judith McKenzie and Leslie Swartz, "The shaping of sexuality in children with disabilities: A Q methodological study". *Sexuality and Disability*, vol. 29, No. 4 (December 2011), pp. 363-376 161
- Elizabeth Tilley, E., and others (2012). "The silence is roaring: sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities". *Disability & Society*, vol. 27, No. 3 (April), pp. 413-426. 162
- Barton-Hanson, Renu (2015). "Sterilization of men with intellectual disabilities: whose best interest is it anyway?" *Medical Law International*, vol. 15, No. 1 (June), pp. 49-73. 163
- WE DECIDE Young persons with disabilities: Equal rights and a life free of violence (presentation material, United Nations Population Fund, 28 November 2016), p. 45. Available at www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/51936_-_UNFPA_Global_Study_on_Disability_-_web.pdf (accessed on 20 August 2018) 164
- Roxanna Pebdani, Kurt L. Johnson and Dagmar Amtmann, "Personal experiences of pregnancy and fertility in individuals with spinal cord injury", *Sexuality and Disability*, vol. 32, No. 1 (March 2014), pp. 65-74 165
- Mihoko Tanabe and others, "Intersecting sexual and reproductive health and disability in humanitarian settings: risks, needs, and capacities of refugees with disabilities in Kenya, Nepal, and Uganda", *Sexuality and Disability*, vol. 33, No. 4 (October 2015), pp. 411-427 166
- Ayse Cil Akinci, Hicran Yildiz and N. Zengin (2011). "The level of comfort among nursing students during sexual counselling to patients who have chronic medical conditions". *Sexuality and Disability*, vol. 29, No. 1, pp. 11-20. 167
- Nilufer Tugut and others, "A multicenter study of nursing students' perspectives on the sexuality of people with disabilities", *Sexuality and Disability*, vol. 34, No. 4 (2016), pp. 433-442 168
- Pierre de Beaudrap and others, "Prevalence of HIV infection among persons with disabilities: a population-based observational study in Yaoundé, Cameroon (HandiVIH)", *The Lancet HIV*, vol. 4, No. 4 (January 2017) 169
- Pierre de Beaudrap, Muriel Mac-Seing and Estelle Pasquier, "Disability and HIV: a systematic review and a meta-analysis of the risk of HIV infection among adults with disabilities in Sub-Saharan Africa", *AIDS care*, vol. 26, No.12 (July 2014), pp. 1467-1476 170

- Nora Ellen Groce and others, "HIV issues and people with disabilities: A review and agenda for research", *Social Science & Medicine*, vol. 77, No. 1 (2013), pp. 31-40. ¹⁷¹
- United Nations Population Fund, *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based violence, and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights* (New York, 2018) ¹⁷²
- .Republic of Kenya, Ministry of Health, *National Adolescent Sexual and Reproductive Health Policy 2015* (2015) ¹⁷³
- Republic of South Africa, Ministry of Social Development, *National Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Framework Strategy 2014-2019* (2015). Available at <http://srjc.org.za/wp-content/uploads/2019/10/02-National-Adolescent-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-Framework-Strategy-pdf-003.pdf> ¹⁷⁴
- يعتمد البحث الإجمالي التشاركي (PAR) على تحقق جماعي ذاتي التفكير يقوم به الباحثون والمشاركون حتى يتمكنوا من فهم وتحسين الممارسات التي يشاركون فيها والمواقف التي يجدون أنفسهم فيها. ترتبط العملية ذاتية التفكير ارتباطاً مباشراً بالإجراء، وتتأثر بفهم التاريخ والثقافة والسياق المحلي وهي مضمنة في العلاقات الاجتماعية. يمكن الاطلاع على Fran Baum, Colin MacDougall and Danielle Smith, "Participatory action research", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, No. 10 (2006), pp. 854-857. ¹⁷⁵
- Alexandra Devine and others, "Freedom to go where I want": improving access to sexual and reproductive health for women with disabilities in the Philippines", *Reproductive Health Matters*, vol. 25, No. 50 (May 2017), pp. 50-65. ¹⁷⁶
- WHO and the United Nations Population Fund, *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities* (Geneva, 2009) ¹⁷⁷
- United Nations Partnerships on the Rights of Persons with Disabilities, "Bolivia", in *Intersections: Finding common ground to advance the rights of persons with disabilities, an overview of results from the second UNPRPD Funding Round* (New York: United Nations Partnerships on the Rights of Persons with Disabilities, 2018), p. 71. Available at <http://mptf.undp.org/document/download/19976> ¹⁷⁸
- يمكن الاطلاع على ¹⁷⁹
- المراجع نفسه. ¹⁸⁰
- الإعلان العالمي حول "التربية للجميع" وهيكل العمل لتأمين حاجات التعلم الأساسية، نيويورك، نيسان/أبريل 1990، المادة الثالثة، الفقرة 5.
- 181/إطار عمل داكار، التعليم للجميع: الوفاء بالتزاماتنا الجماعية، اعتمده المنتدى العالمي للتربية، داكار، 26-28 نيسان/أبريل 2000.
- 182 يوضح التعليق رقم 4 أنه يجب تعليم جميع الأطفال ذوي الإعاقة في بيئات جامعة وأن مسؤولية النظام التعليمي هي مسؤولية التكيف مع احتياجات جميع الطلاب، بغض النظر عن القدرات والإعاقات ضمن بيئات جامعة.
- www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GCRRightEducation.aspx ¹⁸³
- الفقرة 25.
- 184 الجمعية العامة، القرار 69/15، إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا) (A/RES/69/15)، الفقرتان 27 و (أ).
- 185 اتفاقية حقوق الطفل، نيويورك، 20 تشرين الثاني/نوفمبر 1989.
- 186 بيان سلامنكا وإطار العمل في مجال تعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، سلامنكا، إسبانيا، حزيران/يونيو 1994.
- 187 الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، باريس 10 كانون الأول/ديسمبر 1948.
- 188 اتفاقية مكافحة التمييز في مجال التعليم، باريس 14 كانون الأول/ديسمبر 1960.
- 189 العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، نيويورك، 16 كانون الأول/ديسمبر 1966.
- 190 UNESCO Institute for Statistics and Global Education Monitoring Report, "Reducing global poverty through universal primary and secondary education", Policy paper, No. 32, Fact sheet, No. 4 (Montreal and Paris, UIS and GEMR, 2017). Available at <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002503/250392e.pdf>.
- 191 هذا صحيح بغض النظر عن الأسئلة المستخدمة لتحديد ما إذا كان المجيبون هم من الأشخاص ذوي الإعاقة.
- 192 ILO, *School-to-Work Transition Surveys, 2012-2016*. Available at http://www.ilo.org/employment/areas/youth-employment/work-for-youth/WCMS_191853/lang--en/index.htm.
- 193 يشير مؤشر تكافؤ الإعاقة من 1 إلى التكافؤ بين الأطفال ذوي الإعاقة وبدون إعاقة.

- 194 معدل إتمام الدراسة هو أحد المؤشرات لرصد هدف التنمية المستدامة 4. وهو النسبة المئوية للفئة العمرية للأطفال أو صغار السن الذي يتراوح أعمارهم بين 3-5 سنوات فوق السن المقصود للصف الأخير من كل مستوى تعليمي الذين أتموا ذلك الصف. العمر المقصود للصف الأخير من كل مستوى تعليمي هو العمر الذي سيدخل فيه التلاميذ الصف إذا كانوا قد بدأوا المدرسة في سن الالتحاق الرسمي للمدرسة الابتدائية، ودرسوا بدوام كامل وتقدموا دون تكرار الصف الدراسي أو تخطيه. مثلاً، إذا كان السن الرسمي للالتحاق بالتعليم الابتدائي هو 6 سنوات، وإذا كان التعليم الابتدائي يتضمن 6 صفوف دراسية، فإن العمر المقصود للصف الأخير من التعليم الابتدائي هو 11 سنة. في هذه الحالة، ستكون 14-16 سنوات ($14 = 3 + 11$ و $16 = 5 + 11$) هي الفئة العمرية المرجعية لحساب معدل إتمام المدرسة الابتدائية.
- 195 تغطي البيانات فقط الفئة العمرية من 25 إلى 64 سنة للنمسا وبلجيكا وقبر صوتشيكيا والدنمارك وإستونيا وفنلندا وفرنسا وألمانيا واليونان والمجر وأيرلندا وإيطاليا وكسمبرغ وهولندا وبولندا والبرتغال ورومانيا وسلوفاكيا وإسبانيا والسويد وسويسرا وتركيا والمملكة المتحدة.
- 196 United Nations, *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision 3* (New York, 2015), ST/ESA/STAT/SER.M/67/Rev.3.
- 197 .Sozialhelden, accessibility.cloud. Available at www.accessibility.cloud/ (accessed on December 2017)
- 198 يستثني البلدان المتقدمة في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية وآسيا.
- 199 تستند البيانات المقدمة من اليونيسف على التمرين السنوي لأسئلة الرصد الاستراتيجية لليونيسف.
- 200 بيانا تتوفرها اليونيسف في عام 2017، من 80 بلداً.
- 201 The United Nations, Educational, Scientific and Cultural Organization, *Implementing the Right to Education: A Compendium of Practical Examples* (Paris, 2016).
- 202 .Viet Nam, *Viet Nam National Education for All 2015 Review* (Hanoi, 2014)
- 203 UNESCO, *Implementing the Right to Education: A Compendium of Practical Examples* (2016), يمكن الاطلاع على
- 204 .p. 87
- 205 UNESCO, *Global Initiative on Out-of-School Children: South Sudan Country Study* (Paris, 2018), p. 58
- 206 UNESCO, *The Right to Education for Persons with Disabilities: Overview of the Measures* على يمكن الاطلاع على
- 207 .Supporting the Right to Education for Persons with Disabilities reported on by Member States (Paris, 2015), p. 14
- 208 Ontario, Canada, *Equity and Inclusive Education in Ontario Schools: Guidelines for Policy Development and Implementation, Realizing the Promise of Diversity* (2014)
- 209 UNESCO (2015)
- 210 United Nations Partnership on the Rights of Persons with Disabilities, *Connections: Building Partnerships for Disability Rights* (New York, UNDP, 2016). Available at <http://mptf.undp.org/document/download/16578>.
- 211 في توغو وتونس ودولة فلسطين وفانواتو. يمكن الاطلاع على
- 212 في النرويج والبوسنة والهرسك وكرواتيا على التوالي. يمكن الاطلاع على 15 (2015), UNESCO.
- 213 في تشيكيا وفرنسا وألمانيا وموريشيوس والمغرب. يمكن الاطلاع على 16 (2015), UNESCO.
- 214 يمكن الاطلاع على 18 (2015), UNESCO.
- 215 في إستونيا وإثيوبيا والجبل الأسود والعراق وكرواتيا وموريشيوس. يمكن الاطلاع على 15 (2015), UNESCO.
- 216 في بولندا وفرنسا والمجر وموريشيوس. يمكن الاطلاع على 15 (2015), UNESCO.
- 217 في أستراليا وجزر كوك والعراق والفلبين. يمكن الاطلاع على، 16 (2015), UNESCO.
- 218 *Inclusive Education in Action, Using ICT to support inclusion in Sweden*. Available at www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=240 (accessed on 13 April 2018).
- 219 في بربادوس وتشيكيا وكرواتيا وكوبا وناورو. يمكن الاطلاع على 16 (2015), UNESCO.
- 220 في إثيوبيا وبولندا وسريلانكا وصربيا والعراق وفرنسا والفلبين وموريشيوس واليابان. UNESCO (2015), p. 16.
- 221 *Inclusive Education in Action, Providing Braille Materials to Support Inclusion in Japan*. Available at www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=120
- 222 في أورغواي. يمكن الاطلاع على
- 223 *Inclusive Education in Action, Inclusive Workshops for Hearing Impaired Learners*. Available at www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=254.

- ²⁴³ تشمل المكونات إشراك المجتمع؛ واحترام التنوع في التعلم؛ وتقاسم المعرفة والخبرة بين المعلمين؛ تعزيز القدرة على تفسير الآخرين؛ وتشاور وثيق مع المراكز التعليمية؛ ورؤية ومعرفة مشتركتان حول التعليم الشامل للجميع؛ ونظام التوجيه، يمكن الاطلاع على Inclusive Education in Action, *Seven Essential Components for Teacher Education for Inclusion*. Available at www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=247.
- ²⁴⁴ Inclusive Education in Action, *Including Children with Pervasive Developmental Disorders*. Available at www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=184.
- ²⁴⁵ في تانزانيا والجبل الأسود والفلبين. يمكن الاطلاع على UNESCO, *The Right to Education for Persons with Disabilities* (2015), p. 18.
- ²⁴⁶ في مولدوفا. يمكن الاطلاع على Inclusive Education in Action, *Promoting Inclusive Practice in Moldova*، متاح على www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=256.
- ²⁴⁷ في ساموا. Inclusive Education in Action, *Inclusive Teacher Education in Samoa*، متاح على www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=236.
- ²⁴⁸ Inclusive Education in Action, *The Development of SAN MIGUEL Primary Education Resource Centre, Malta*. Available at www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=279.
- ²⁴⁹ Inclusive Education in Action, *Exploring the Use of 'Kids on the Block' Puppet Programmes to Raise Awareness of Autism and Deafness in Primary Schools*. Available at www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=151#key.
- ²⁵⁰ في أستراليا والجبل الأسود والمغرب وموريشيوس. يمكن الاطلاع على UNESCO, *The Right to Education for Persons with Disabilities* (2015).
- ²⁵¹ فيما يتعلق بإندونيسيا، يمكن الاطلاع على Inclusive Education in Action, *Education for Children with Disabilities: A Local Authority Framework for Inclusion*، متاح على www.inclusive-education-in-action.org/iea/index.php?menuid=25&reporeid=277.
- ²⁵² فيما يتعلق بفرنسا، يمكن الاطلاع على UNESCO, *The Right to Education for Persons with Disabilities* (2015), p 17.
- ²⁵³ فيما يتعلق بالجبل الأسود، يمكن الاطلاع على UNESCO, *The Right to Education for Persons with Disabilities* (2015), p. 17.
- ²⁵⁴ يمكن الاطلاع على UNESCO, *The Right to Education for Persons with Disabilities* (2015), p. 17.
- ²⁵⁵ European Agency for Development in Special Needs Education, *Assessment in Inclusive Settings* (Odense, Denmark, 2007).
- ²⁵⁶ UNESCO, *Equity in Education: International Observatory on Equity and Inclusion in Education*. Available at <http://uis.unesco.org/en/topic/equity-education> (accessed on 10 September 2018).
- ²⁵⁷ الجمعية العامة، القرار 72/162، تنفيذ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري: حالة النساء والفتيات نوات الإعاقة، الدورة الثانية والسبعون (A/RES/72/162).
- ²⁵⁸ الجمعية العامة، القرار 69/15، إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا)، الدورة التاسعة والستون (A/RES/69/15).
- ²⁵⁹ مؤتمر الأمم المتحدة الرابع المعني بأقل البلدان نمواً، إسطنبول، تركيا، 9-13 أيار/مايو 2011، برنامج عمل لصالح أقل البلدان نمواً للعقد 2010-2020 (A/CONF.219/3/Rev.1)، الفقرة 87، الإجراءات 1 (ج)؛ والفقرة 89 (ج).
- ²⁶⁰ Debra L. Brucker and others, "More likely to be poor whatever the measure: working-age persons with disabilities in the United States", *Social Science Quarterly*, vol. 96, No. 1 (First published 2014, March, 2015).
- ²⁶¹ مصادر البيانات: Georgia (Integrated Households Survey, 2015); Indonesia (Susenas, 2012); Macao, China (administrative data from the Social Welfare Bureau, 2016); Mongolia (Socioeconomic Household Survey, 2014), Republic of Korea (Survey of Household Finances and Living Conditions, 2015); United States (Current Population Survey, 2011).
- ²⁶² جمعت البيانات في الأصل على مستوى الأسرة.
- ²⁶³ ILO, *School-to-Work Transition Surveys, 2012-2016*. Available at http://www.ilo.org/employment/areas/youth-employment/work-for-youth/WCMS_191853/lang-en/index.htm.

- 264 تغطي البيانات الفئة العمرية من 25 إلى 64 سنة لإسبانيا وألمانيا وأيرلندا وإيطاليا وبلجيكا وبولندا وتشيكيا وتركيا والدنمارك وسلوفينيا والسويد وسويسرا وفنلندا وفرنسا ولكسمبرغ والمملكة المتحدة والنمسا وهولندا.
- 265 استناداً إلى بيانات من 66 بلداً.
- 266 لبعض البلدان، البيانات للفئة العمرية 15-64.
- 267 المتوسط الإقليمي يه ومتوسط بسيط لبلدان المنطقة بالبيانات المتوفرة. تكوين المناطق قمتا حعلى:
<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/regional-groups>
- 268 بيانا تم ن 9 بلداً ومنطقة.
- 269 بيانا تمستفاة م منظمة العمل الدولية.
- 270 .LinkedIn.com
- 271 أجرت التحليل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة.
- 272 جمعت بيانات التعداد اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.
- 273 البيانا تم ن 4 بلدا زم نعام 2015، ولبلد واحد من عام 2013 ولبلد آخر من عام 2007.
- 274 Uganda Bureau of Statistics and ICF, *Uganda Demographic and Health Survey 2016* (Kampala, Uganda and Rockville, Maryland, USA, 2018).
- 275 يشمل الفتيات المتزوجات والمرتبطات والمنفصلات والمطلقات، واللواتي أزواجهن غائبون أو الأرامل، باستثناء أوروغواي التي لا تشمل الأرامل.
- 276 الجمعية العامة، تقرير الأمين العام ع نجاله النساء والفتيات نوات الإعاقه وحاله اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقه وبروتوكولها الاختياري، الدورة الثانية والسبعون (A/72/224).
- 277 United Nations Department of Economic and Social Affairs and United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, "Expert Group Meeting on Advancing the Rights and Perspectives of Women and Girls with Disabilities in Development and Society" (Santiago, Chile, 15-17 November 2016).
- 278 الجمعية العامة، حالة النساء والفتيات نوات الإعاقه وحاله اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقه وبروتوكولها الاختياري، الدورة الثانية والسبعون (A/72/227)، الفقرات 27-29.
- 279 على سبيل المثال، يمكن الرجوع إلى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، حكومة إسبانيا *Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007* (2006).
- 280 الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقه، التقارير الأولية المقدمة من الدول الأطراف بموجب المادة 35 من الاتفاقية، 14 تموز/أيلول 2010 (CRPD/C/ESP/1).
- 281 United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention Initial reports of States parties due in 2010, Uganda* (CRPD/C/UGA/1).
- 282 الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، النظر في التقارير المقدمة من الدول الأطراف بموجب المادة 18 من الاتفاقية: التقارير الدورية الرابع والخامس للدول الأطراف المقرر تقديمها في عام 2009، كرواتيا (CEDAW/C/HRV/4-5).
- 283 United Nations Department of Economic and Social Affairs, *Global Status Report on Disability and Development, Prototype 2015* (unedited version, New York, 2015).
- 284 يرجى النظر إلى <http://zeroproject.org/practice/discovering-hands-germany/>. Zero project. Available at
- 285 المشروع وكممارسة ابتكارية ف ي مجال عمل النساء نوات الإعاقه.
- 286 United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, "New funding to prevent and end violence against women and girls with disabilities", 24 July 2018. Available at <https://untf.unwomen.org/en/news-and-events/stories/2018/07/new-funding-to-prevent-and-end-violence-against-women-and-girls-with-disabilities>
- 287 N. Groce and others, "Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development", *Journal of Water and Health*, vol. 9, No. 4 (December 2011).
- 288 *The Protocol on Water and Health to the 1992 Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes* (United Nations, 1999), art. 5 (I).
- 289 الأمم المتحدة، مجلة حقوق الإنسان، القرار 27/7، حق الإنسان في الحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي، الدورة السابعة والعشرون (A/HRC/RES/27/7).

- 289 الجمعية العامة، القرار 68/157، حق الإنسان في الحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي، الدورة الثامنة والستون (A/RES/68/157)، الفقرة 6 (د).
- 290 مؤتمر الأمم المتحدة الرابع المعني بأقل البلدان نمواً، إسطنبول، تركيا 9-13 أيار/مايو 2011، برنامج عمل لصالح أقل البلدان نمواً للعقد 2011-2020 (A/CONF.219/3/Rev.1)، الفقرات 1 (ج) و89 (ج).
- 291 الأمم المتحدة، مجلس حقوق الإنسان، القرار 33/10، حق الإنسان في الحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي (A/HRC/RES/33/10).
- 292 استخدام مصدر مياه الشرب محسّن هو بديل لمياه الشرب الآمنة. من المحتمل أن تكون مصادر مياه الشرب المحسنة محمية من الملوثات الخارجية أكثر من المصادر غير المحسنة إما عن طريق التدخل أو من خلال تصميمها وبنائها. تشمل مصادر مياه الشرب المحسنة الأنواع التالية من إمدادات المياه للشرب: مياه منقولة بالأنابيب إلى مسكن أو قطعة أرض أو مساحة؛ سبيل لماء عام/حنفية عامة؛ وبئر حفر/أنبوبية؛ وبئر محفورة محمية؛ ونبع محمي، وجمع مياه الأمطار ومياه معبأة (إذا حسّن مصدر ثانوي متوفر).
- 293 مرافق الصرف الصحي المحسنة هي المرافق التي تفصل الفضلات البشرية عن الاتصال البشري بشكل صحي. تشمل المرافق المحسنة مراحيض سكب/رحض أو متصلة بشبكة المجاري أو خزان تعفن أو حفرة؛ ومراحيض حفرة محسنة مهواة؛ ومراحيض ضفيرة ومراحيض حفرة ذات بلاطة مسطحة أو سُدّة من أي مادة تغطي الحفرة بالكامل باستثناء حفرة الإسقاط؛ ومراحيض سماديه
- 294 تعرّف الإعاقة كما في التقرير العالمي حول الإعاقة (2011) *World Report on Disability*.
- 295 WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva: World Health Organization, 2011).
- 296 أجريت مسوحات الصحة العالمية في بلدان مختلفة خلال الفترة 2002-2004 بدعم من منظمة الصحة العالمية. وتأتي البيانات من مسوحات عينة كانت ممثلة على المستوى الوطني ومرجحة للسكان الوطنيين
- 297 البيانات من أيرلندا وإيطاليا والسويد ولكسمبرغ وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة من عام 2015 وسويسرا من عام 2014 وبيانات من الجبل الأسود من عام 2013 وبيانات من ألمانيا من عام 2012 وبيانات من تركيا من عام 2007 وبيانات من أيسلندا هم من عام 2005.
- 298 Hazel Jones, Julie Fisher and Robert Reed, "Water and sanitation for all in low-income countries", *Proceedings of the Institution of Civil Engineers – Municipal Engineer*, vol. 165, No. 3 (2012).
- 299 Hazel Jones and Julie Fisher, "Why should water and sanitation consider disabled people?", WELL Briefing Note (Loughborough University, Leicestershire, Water, Engineering and Development Centre, 2005).
- 300 Harold Snider and Nazumi Takeda, *Design for All: Implications for Bank Operations* (Washington, D.C., World Bank, 2008).
- 301 في شيلي، لا يشير السؤال إلى دورة المياه فحسب بل إلى المسكن بما في ذلك دورة المياه.
- 302 O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), Brazil, 2000–2016 يستند التحليل إلى بيانات من
- 303 World Bank, "GDP per capita, PPP (current international \$), International Comparison Program, World Development Indicators database. Available at <https://data.worldbank.org/indicator/ny.gdp.pcap.pp.cd> (accessed on 10 December 2018).
- 304 UNICEF, *Disability Inclusive WASH Practices: Including People with Disabilities in UNICEF WASH Programming* (2017).
- 305 CBM, *Inclusion Made Easy: A Quick Program Guide to Disability in Development* (2012).
- 306 World Bank, *Including Persons with Disabilities in Water Sector Operations: A Guidance Note* (Washington, D.C., 2017), pp. 36-38.
- 307 JICA, "The project for sustainable rural water supply, sanitation and hygiene promotion in Niassa Province, Republic of Mozambique" (2017).
- 308 البنك الدولي واندونيسيا، "المشروع الوطني لإمدادات المياه والصرف الصحي في المناطق الريفية". <https://projects.albankaldawli.org/ar/projects-operations/project-detail/P154780?lang=en>
- 309 UNICEF Zimbabwe, *Rural WASH Project: Feel of Change and Impact from Direct Beneficiaries through Human Interest Stories* (2016).
- 310 نفذت البرنامج وزارة تنمية الموارد المائية وإدارتها، بالتعاون مع اليونيسف والجهات الفاعلة المحلية.
- 311 Shamim Ahmed, *Where no one has Worked Before: Innovations Behind WaterAid's WASH work in Bangladesh* (Tea Garden Communities (Bangladesh, WaterAid, 2012).

- WaterAid, "Clean water, decent toilets and good hygiene for all". Available at www.wateraid.org/au/what-we-do/the-crisis/social-exclusion 312
- Guna Raj Shrestha, *Case Study on Addressing Sanitation Needs of Disabled People in Nepal: Final Draft – 1* 313
(Nepal Water for Health (NEWAH), Kathmandu, Nepal, 2006).
- WHO, *Community-based Rehabilitation: CBR Guidelines* (Geneva, 2010) 314
- Hazel Jones, *Mainstreaming Disability and Ageing in Water, Sanitation and Hygiene Programmes* (Leicestershire, UK., Water, Engineering and Development Centre; WaterAid, 2013) 315
- World Vision, *Casting the Net Further: Disability Inclusive WASH* (World Vision International, 2014) 316
- Jane Wilbur, Louisa Gosling and Hazel Jones, "Breaking the barriers – disability ageing and HIV in inclusive WASH programming", in *Equality in Water and Sanitation Services*, Oliver Cumming and Tom Slaymaker, eds. (Routledge, 2018) 317
- WaterAid, Inclusive Wash, "People with disabilities", 2011. Available at <https://www.inclusivewash.org.au/webinars/people-with-disabilities/> (accessed on 2 July 2017) 318
- Hazel Jones and Jane Wilbur, *Compendium of Accessible WASH Technologies* (WaterAid, London) 319
- Hazel Jones and Reed Bob, *Water and Sanitation for Disabled People and Other Vulnerable Groups: Designing Services to Improve Accessibility* (Loughborough University, UK, WEDC, 2005) 320
- على سبيل المثال، تظهر نتائج البحث الإجمالي في أوغندا وزامبيا أنه يجب طرح أسئلة على الشخص المعرض للإقصاء مباشرة. الاعتماد على الردود من رأس الأسرة نيابة عنهم ليس ممثلاً. لمزيد من المعلومات يمكن الرجوع إلى هذه الورقة، وتحديدًا الاستنتاج: www.dropbox.com/s/super8ln8jc6xs2/Danquah%26Wilbur2016.pdf?dl=0 321
- International Energy Agency, United Nations Development Programme and United Nations Industrial Development Organization (2010). *Energy Poverty: How to Make Modern Energy Access Universal?* (Paris, International Energy Agency, 2010) 322
- الجمعية العامة، تقرير اللجنة العالمية المعنية بالبيئة والتنمية، التنمية والتعاون الاقتصادي الدولي: البيئة، الدورة الثانية والأربعون (A/42/427) 323
- الأمم المتحدة، مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة، مشروع الإعلان السياسي المقدم من رئيس مؤتمر القمة: إعلان جوهانسبرغ بشأن التنمية المستدامة، 26 آب/أغسطس – 4 أيلول/سبتمبر 2002 (A/CONF.199/L.6/Rev.2)، الفقرة 17. 324
- الأمم المتحدة، مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة، مشروع خطة التنفيذ المعد من أجل مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة: مذكرة من الأمانة العامة، جوهانسبرغ، 26 آب/أغسطس – 4 أيلول/سبتمبر 2002 (A/CONF.199/L.1). 325
- الأمم المتحدة، مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة، مشروع خطة تنفيذ مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة: فنزويلا، جوهانسبرغ، 26 آب/أغسطس – 4 أيلول/سبتمبر 2002 (A/CONF.199/L.7). 326
- الأمم المتحدة، A/CONF.199/L.1، الفقرة 8 (أ). 327
- الجمعية العامة، القرار 66/288، المستقبل الذي نصبو إليه، الدورة السادسة والستون (A/RES/66/288). 328
- الجمعية العامة، القرار 67/215، تعزيز مصادر الطاقة الجديدة والمتجددة، الدورة السابعة والستون (A/RES/67/215). 329
- الجمعية العامة، القرار 48/96، القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين، الدورة الثامنة والأربعون (A/RES/48/96). 330
- الجمعية العامة، القرار 37/52، برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين، 3 كانون الأول/ديسمبر 1982 (A/RES/37/52). 331
- الجمعية العامة، القرار 71/233، ضمان حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة، الدورة الحادية والسبعون (A/RES/71/233). 332
- يمكن أن يتخذ فقر الطاقة أشكالاً مختلفة، بما في ذلك عدم القدرة على الوصول إلى خدمات الطاقة الحديثة والافتقار إلى الموثوقية عندما تكون الخدمات موجودة والمخاوف بشأن بصر الكلفة. 333
- International Energy Agency, *Energy Access Outlook 2017: From Poverty to Prosperity* (Paris, 2017), p. 24 334
- Johanna Lehne and others, Energy services for refugees and displaced people, *Energy Strategy Reviews*, vol. 13-14 (November 2016) 335
- تعرف الأسر التي لديها كهرباء على أنها أسر لديها توصيلات كهربائية، من خلال شبكة عامة أو مولد كهربائي، أو أسر تستخدم الكهرباء كمصدر أساسي للإنارة. 336
- تغطي البيانات فترة 15 سنة التي قد تتغير فيها ظروف الكهرباء في بعض البلدان. ارتفع المتوسط العالمي للحصول على الكهرباء من 77 في المائة في عام 2001 إلى 85 في المائة في عام 2014. 337

- 338 البياننا تمن أيرلندا وإيطاليا وأيسلندا ولكسمبر غ جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة م نعام 2015 والجبل الأسود من عام 2013 وتركيا من عام 2007.
- 339 Carolyn Snell, Mark Bevan and Harriet Thomson, *Fuel Poverty and Disabled People: The Impact of Policy Change* (The University of York, 2014), p. 10
- 340 Sophie Mitra and others, "Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research", *Disability and Health Journal*, vol. 10, No. 4 (October 2017)
- 341 Mike George, Cosmo Graham and Linda Lennard, *The Energy Penalty: Disabled People and Fuel Poverty* (Leicester, University of Leicester, 2013)
- 342 WHO, "Priority Assistive Products List (APL)" (2016). Available at www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en
- 343 Mike George, Cosmo Graham and Linda Lennard, *The Energy Penalty: Disabled People and Fuel Poverty* (Leicester, University of Leicester, 2013)
- 344 (Mike George, Cosmo Graham and Linda Lennard, *The Energy Penalty: Disabled People and Fuel Poverty* (Leicester, University of Leicester, 2013), pp. 27-34)
- 345 Carolyn Snell, Harriet Thomson and Mark Bevan, "Welfare reform, disabled people and fuel poverty", *Journal of Poverty and Social Justice*, vol. 23, No. 3 (2015)
- 346 يعتمد فقر الوقود على تعريف الدخل المنخفض والكلفة المرتفعة LIHC الذي اعتمده وزارة الطاقة وتغيّر المناخ في المملكة المتحدة (Carolyn Snell, Mark Bevan and Harriet Thomson, *Fuel Poverty and Disabled People: The Impact of Policy Change* (The University of York, 2014))
- 347 Ronald Wilman and Jim S. Sandhu, *Integrating Appropriate Measure for People with Disabilities in the Infrastructure Sector* (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2004), p. 29
- 348 WHO, *Burning Opportunity: Clean Household Energy for Health, Sustainable Development, and Wellbeing of Women and Children* (Geneva, 2016), pp. 3, 16
- 349 WHO, "Household air pollution and health 2016". Available at www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/ (accessed on 6 February 2018)
- 350 WHO, "Population using solid fuels (estimates) data by country, 2013". Available at <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1701?lang=en> (accessed on 4 January 2018)
- 351 UNESCO Institute for Information Technologies in Education and the European Agency for Development in Special Needs Education, *ICTs in Education for People with Disabilities: Review of Innovative Practice* (UNESCO Institute for Information Technologies in Education, 2011)
- 352 Maria Martinho and others, "How ICT enabled systems can enhance opportunities of education for persons with disabilities", in *Open and Distance Learning Initiatives for Sustainable Development*, Umesh Chandra Pandey and Verlaxmi Indrakanti, eds. (IGI Global, 2017)
- 353 UNESCO-UIS database, "ICT infrastructure in primary and secondary educational institutions | ISCED 1, 2 and 3" (2012). Available at <http://data.uis.unesco.org/> (accessed on 9 January 2018)
- 354 UNESCO-UIS database (2016). Available at <http://data.uis.unesco.org/> (accessed on 17 August 2016)
- 355 WHO, *World Report on Disability* (2011)
- 356 WHO and World Bank, *Access to Modern Energy Services for Health Facilities in Resource-Constrained Settings: A Review of Status, Significance, Challenges and Measurement* (Geneva, World Health Organization, 2014)
- 357 Heather Adair-Rohani and others, "Limited electricity access in health facilities of Sub-Saharan Africa: A systematic review of data on electricity access, sources, and reliability", *Global Health, Science and Practice*, vol. 1, No. 2 (2013)
- 358 Clare Laxton and Guy Parckar, *Poverty and Disability, Leonard Cheshire Disability* (2015), p. 16
- 359 The Energy Bill (2015), para. 26.15 (b). Available at www.erc.go.ke/images/docs/Energy_Bill_Final_3rd_August_2015.pdf (accessed on 5 January 2018)

- Zero Project, "Innovative Practice 2018 on accessibility: Billing information and customer support in simple language" (2018). Available at <https://zeroproject.org/practice/practice/pra181147ger-factsheet> 360
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), "Dadaab refugee camps, Kenya solar energy and energy efficiency" (September 2014). Available at <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/31952> 361
- United Kingdom, GOV.UK, Cold weather payment. Available at <https://www.gov.uk/cold-weather-payment> 362
(accessed on 31 July 2017)
- United Kingdom, GOV.UK, Warm home discount scheme. Available at www.gov.uk/the-warm-home-discount-scheme/eligibility (accessed on 31 July 2017) 363
- United Kingdom, GOV.UK, Cold weather payment. Available at <https://www.gov.uk/cold-weather-payment> 364
(accessed on 2 August 2017)
- United Kingdom, GOV.UK, Warm Home Discount Scheme, notes "You could get £140 off your electricity bill for winter 2017 to 2018 under the Warm Home Discount Scheme" Available at www.gov.uk/the-warm-home-discount-scheme/eligibility (accessed on 2 August 2017) 365
- United Kingdom, GOV.UK, Winter fuel payment. Available at <https://www.gov.uk/winter-fuel-payment> 366
- US Department of Health & Human Services, LIHEAP Fact Sheet. Available at <https://www.acf.hhs.gov/ocs/resource/liheap-fact-sheet-0> (accessed on 31 July 2017) 367
- United Kingdom, GOV.UK, Minister of state for disabled people. Available at www.gov.uk/government/ministers/minister-of-state-for-disabled-people#responsibilities (accessed on 10 January 2018) 368
- United Kingdom Department of Health & Social Care, GOV.UK, www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care/about (accessed on 10 January 2018) 369
- United Kingdom, GOV.UK, *Assistive Technology for Disabled and Older People: Research and Development Work* (London, 2013). Available at www.gov.uk/government/publications/assistive-technology-for-disabled-and-older-people-research-and-development-work (accessed on 10 January 2018) 370
- United Kingdom Department for Business, Energy, & Industrial Strategy. Available at www.gov.uk/government/organisations/department-for-business-energy-and-industrial-strategy/about (accessed on 10 January 2018) 371
- UN-Energy, *Activities of Member Organizations and Partners of UN-Energy in support of "2014-2024 United Nations Decade of Sustainable Energy for All"* (2016) 372
- UNHCR, *Global Strategy for Safe Access to Fuel and Energy (SAFE) 2014-2018* (Geneva, 2014). Available at www.unhcr.org/en-us/530f11ee6 373
- يشير "خارج نطاق الشبكة" إلى النظام القائم بذاته ونظام الشبكة الصغيرة. 374
- النظم خارج الشبكة تشير إلى نظم الشبكة القائمة بحد ذاتها والشبكة المصغرة. 375
- اللجنة الاستشارية المعنية بالكهرباء هي هيئة تقدم المشورة لوضعي السياسات في تنفيذ قوانين أ و سياسات الطاقة وتتألف من خبراء. مثلاً، لدى الولايات المتحدة الأمريكية لجنة استشارية للكهرباء تتألف من خبراء يقدمون المشورة حول قضايا موثوقية الكهرباء وأمنها وسياساتها وتستعرض برامج ومبادرات الكهرباء وتحدد القضايا الناشئة. 376
- الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، قرا ر 22/3، عمل الأشخاص ذوي الإعاقة وفرص توظيفهم، 9 نيسان/أبريل 2013 377
(A/HRC/RES/22/3)
- الجمعية العامة، القرا ر 69/313، خطة عمل أديس أبابا الصادرة عن المؤتمر الدولي الثالث لتمويل التنمية، 27 تموز/يوليو 378
(A/RES/69/313)
- الجمعية العامة، القرا ر 69/15، إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا)، 14 تشرين الثاني/نوفمبر 379
(A/RES/69/15)، الفقرة 24.
- المرجع نفسه، الفقرتا ن 27 (أ) و(ج). 380
- المرجع نفسه، الفقرة 30 (د). 381
- البيانات من الفترة 2006-2016. 382
- Sophie Mitra and Usha Sambamoorthi, "Disability and the rural labour market in India: Evidence for males in Tamil Nadu", *World Development*, vol. 36, No. 5 (2008), pp. 934-952 383

- A Lange, "Public policy lessons from Chile: Individuals with disabilities – an untapped talent pool", 2nd edition, ³⁸⁴
 .Georgetown Public Policy Review, vol. 19 (Washington, D.C., 2014), pp. 29-41
³⁸⁵ اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- International Labour Organization, *Promoting Diversity and Inclusion through Workplace Adjustments: A Practical* ³⁸⁶
Guide (Geneva, 2016), pp. 24-25
³⁸⁷ Andrea Borges, "Disability results from the 2010 Brazilian Population Census", Population Census Committee
 .IBGE, Brazil, 12th Meeting of the Washington Group held in Bangkok, Thailand from 23 to 25 October 2012
³⁸⁸ مزاولو الأعمال غير المستقرة يشملون العاملين لحسابهم الخاص والعاملين المساهمين في الأسرة. ونقل احتمالية حصول هؤلاء
 العاملين على ترتيبات عمل نظامية، وبالتالي لفتح لهم، في معظم الأحيان، العناصر المرتبطة بالعمالة اللائقة، مثل آليات التأمين
 الاجتماعي المناسبة، والقدرة على إبداء الصوت في العمل. ولذلك، تجمع هاتان الحالتان في بناء تصنيف "الأعمال غير المستقرة"،
 في حين يُصنّف العاملون أصحاب الأجور والرواتب بأنهم في "أعمال مستقرة". الاطلاع على: [www.ilo.org/wesodata/definitions-](http://www.ilo.org/wesodata/definitions-and-metadata/vulnerable-employment)
 .and-metadata/vulnerable-employment
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, *Disability at a Glance 2015:* ³⁸⁹
Strengthening Employment Prospects for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific (Bangkok, 2015)
³⁹⁰ Suguru Mizunoya and Sophie Mitra, "Is there a disability gap in employment rates in developing countries?",
World Development, vol. 42 (2013), pp. 28-43
³⁹¹ تعود معدلات العاملين لحسابهم الخاص في البرازيل إلى عام 2010، وفي أيرلندا إلى عام 2011، وفي المكسيك إلى عام 2010،
 وفي الولايات المتحدة الأمريكية إلى عام 2017، وفي جميع البلدان الأخرى إلى الفترة 2004-2002.
³⁹² Suguru Mizunoya and Sophie Mitra, "Is there a disability gap in employment rates in developing countries?"
 Discussion paper, No. 2012-03 (Bronx, NY, Fordham University Department of Economics, 2012). Available at
http://legacy.fordham.edu/images/academics/graduate_schools/gsas/economics/dp2012_03_Mizunoya_Mitra.pdf
³⁹³ Kamal Lamichhane, *Disability, Education and Employment in Developing Countries – from Charity to Investment*
 (Cambridge University Press, 2015), p. 180
³⁹⁴ OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A Synthesis of Findings across OECD Countries*
 (Paris, 2010)
³⁹⁵ Douglas Kruse and others, "Why do workers with disabilities earn less? occupational job requirements and
 disability discrimination", *British Journal of Industrial Relations*, vol. 56, No. 4 (December 2017)
³⁹⁶ Gary S. Fields, "Labour market analysis for developing countries", *Labour Economics*, vol. 18, Supplement 1
 (December 2011)
³⁹⁷ Instituto Nacional de Estadística, *El Salario de las Personas con Discapacidad – Explotación de la Encuesta*
Anual de Estructura Salarial 2013 y de la Base Estatal de Personas con Discapacidad, año 2013 (2015). Available at
www.ine.es/prensa/np931.pdf
³⁹⁸ W. Erickson, C. Lee and S. von Schrader, *2012 Disability Status Report: United States* (Ithaca, NY: Cornell
 University Employment and Disability Institute, 2014)
³⁹⁹ Chile, Ministerio de Desarrollo Social, *National socioeconomic characterisation survey (CASEN) 2013 – Inclusión*
Social de Personas con Dificultades y/o Condiciones Permanentes y de Larga Duración, Síntesis de Resultados
 (2015). Available at http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_inclusion_social.pdf
⁴⁰⁰ Peru, Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Primera Encuesta Nacional Especializada Sobre*
Discapacidad 2012 (Lima, Peru, 2014)
⁴⁰¹ السياسة الوطنية للعمل هي رؤية متكاملة ومتسقة لأهداف إيجاد فرص العمل في بلد ما، ولسبل تحقيق تلك الأهداف. فوترسم السياسة
 إطاراً لمجموعة من التدخلات المتعددة الأبعاد، ترمي إلى تحقيق أهداف كمية ونوعية، تتعلق بالعمل اللائق في البلد.
⁴⁰² .ILO, "Inclusion of people with disabilities in national employment policies", Guidance Note (September 2015)
⁴⁰³ .Equality Act 2010
⁴⁰⁴ .Americans with Disabilities Act of 1990
⁴⁰⁵ .ILO, "Policy brief on disability-inclusive public employment services" (forthcoming)
⁴⁰⁶ قانون المهاتما غاندي الوطني لضمان فرص العمل في الريف.

- The Equals Centre for Promotion of Social Justice, A Study on Socio-Economic Impact of the Mahatma Gandhi ⁴⁰⁷
 .National Rural Employment Guarantee Act, 2005 on persons with disability in the State of Tamil Nadu (forthcoming)
- Sophie Mitra, "Employment challenges and successes in low- and middle-income countries", in *Disability and Equity at Work*, Jody Heymann, Michael Ashley Stein and Gonzalo Moreno, eds. (New York, Oxford University Press, 2014). ⁴⁰⁸
- Sargeant, Malcolm, Elena Radevich-Katsaroumpa and Alessandra Innessi, "Disability quotas: past or future policy?" *Economic and Industrial Democracy*, vol. 39, No. 3 (2018), pp. 404-421. ⁴⁰⁹
 www.abilityone.gov/ .AbilityOne برنامج ⁴¹⁰
- Daniel Mont, "Employment programs for people with disabilities in low- and middle-income countries", in *Disability and Equity at Work*, Jody Heymann, Michael Ashley Stein and Gonzalo Moreno, eds. (New York, Oxford University Press, 2014). ⁴¹¹
- Association of Microfinance Institutions of Uganda (AMFIU), "Microfinance and disability". Available at ⁴¹²
 www.amfiu.org.ug/index.php
- Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: Bank employees provide sign language services to customers", Factsheet (2018). ⁴¹³
- International Social Security Association, *ISSA Guidelines: Return to Work and Reintegration* (Geneva, 2013). ⁴¹⁴
 .Available at <https://josejuscelinoferreirademedeiros.files.wordpress.com/2017/09/2-rtw-guidelines-0a-english.pdf>
- قدم تقرير لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي تدعوننا "العقل المناسب للوظيفة المناسبة" (Job Fit Mind Fit) أمثلة على السياسات العامة التي تسعى إلى معالجة هذه المسألة. ⁴¹⁵
- يمكن الاطلاع على المعلومات المتعلقة بالعمالة المدعومة في الرابطة العالمية للعمالة المدعومة: <http://wase.net/> ⁴¹⁶
- www.projectsearch.us/ ⁴¹⁷
- ILO, "Making TVET and skills systems inclusive of persons with disabilities", ILO Policy Brief (Geneva, September 2017). ⁴¹⁸
- ILO, *TVET Reform: Design an Inclusive Skills Development Program* (Dhaka, ILO Country Office for Bangladesh, 2012). ⁴¹⁹
- ILO, "Making apprenticeships and workplace learning inclusive of persons with disabilities", ILO Policy Brief (Geneva, May 2018). ⁴²⁰
- Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: making training centres accessible" (2018) ⁴²¹
- Hock, Heinrich and others, "Improving the outcomes of youth with medical limitations through comprehensive training and employment services: Evidence from the national job corps study", Working Paper, No. 53 (Washington, D.C., Mathematica Policy Research, 2017). ⁴²²
- David C. Stapleton and David R. Mann, Restructuring disability policy and improving employment outcomes in the United States, in *Disability and Equity at Work*, Jody Heymann, Michael Ashley Stein and Gonzalo Moreno, eds. (New York, Oxford University Press, 2014). ⁴²³
- الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي للاتحاد الروسي، 9 نيسان/أبريل 2018 (CRPD/C/RUS/CO/1)، الفقرة 54. ⁴²⁴
- رغم تباين فهم مصطلح تكنولوجيا المعلومات والاتصالات باختلاف الأشخاص والمنظمات، فمن المتعارف عليه عموماً أن هذا المصطلح ينطوي على مفهوم يقصد به في مجال المعلومات والاتصالات أي جهاز أو تطبيق أو محتواه. ويدخل في هذا التعريف نطاق واسع من التكنولوجيات التي تتيح الوصول إلى خدمات معينة، مثل الإذاعة والتلفزيون والساتل والهواتف النقالة والخطوط الأرضية والحواسيب ومعدات الشبكات والبرمجيات. ⁴²⁵
- اقتباس من ماري با توادابو، المديرية السابقة لمركز دعم الأشخاص ذوي الإعاقة التابع لشركة آي بي إم. ⁴²⁶
- International Telecommunication Union, Final Acts World Conference on International Telecommunications (Dubai, 2012), International Telecommunication Regulations (14 December 2012), article 8B. Available at ⁴²⁷
 www.itu.int/en/wcit-12/Pages/itrs.aspx (accessed 11 May 2018)
- World Summit on the Information Society Geneva 2003 – Tunis 2005, The Geneva Plan of Action 2003, paras 9 (e) and (f) (WSIS-03/GENEVA/DOC/5-E) ⁴²⁸

- .Ibid., Para. 23 (i) ⁴²⁹
- World Summit on the Information Society Geneva 2003 – Tunis 2005, Tunis Commitment 2005 (WSIS- ⁴³⁰
05/TUNIS/DOC/7-E), paras 18 and 20
- Axel Leblois, eds. *WSIS+10: Review and Strategic Directions for Building Inclusive Knowledge Societies for* ⁴³¹
Persons with Disabilities (Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2013), p. 46
- مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالإسكان والتنمية الحضرية المستدامة، 17-20 تشرين الأول/أكتوبر 2016، *الخطة الحضرية الجديدة* ⁴³²
(A/RES/71/256)، الفقرتان 34 و36.
- المرجع نفسه، الفقرة 156. ⁴³³
- European Commission, *A Digital Agenda for Europe*, Communication from the Commission to the European ⁴³⁴
Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions (Brussels
.26 August 2010), sects. 2.6 and 2.6.2
- European Commission, *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the* ⁴³⁵
Approximation of the Laws, Regulations and Administrative Provisions of the Member States as Regards the
Accessibility Requirements for Products and Services (Brussels, 2 December 2015)
- European Commission, "Directive (EU) 2016/2102 of the European Parliament and of the Council of 26 October ⁴³⁶
2016 on the accessibility of the websites and mobile applications of public sector bodies", *Official Journal of the*
European Union (December 2016)
- Department of International Law, OAS, *Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of* ⁴³⁷
Discrimination against Persons with Disabilities, Guatemala City (8 June 1999), paras 1 (b) and 1 (c). Available at
<http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-65.html>
- Permanent Council of the Organization of American States, "Program of Action: Decade of the Americas for ⁴³⁸
Persons with Disabilities (2006-2016)", (CP/CAJP-2362/06 corr. 1, 24 April 2006)
- Economic Commission for Latin American and the Caribbean, *Plan of Action for the Information and Knowledge* ⁴³⁹
Society in Latin America and the Caribbean (eLAC2015) (DDR/1(eLAC.4), March 2013)
- ECLAC, "Digital agenda for Latin America and the Caribbean (eLAC2018)", Fifth Ministerial Conference on the ⁴⁴⁰
Information Society in Latin America and the Caribbean, Mexico City, 5-7 August 2015. Available at
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38887/S1500757_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- International Telecommunications Union, Broadband Commission for Digital Development and others, *The ICT* ⁴⁴¹
Opportunity for a Disability-Inclusive Development Framework: Synthesis report of the ICT Consultation in support of
the High-Level Meeting on Disability and Development of the sixty-eighth session of the United Nations General
Assembly (Geneva, International Telecommunications Union, 2013)
- مسح شمل 150 خبيراً من أكثر من 55 بلداً. ⁴⁴²
- United Kingdom Office for National Statistics, "Internet access quarterly update, Q2 2013", table 1A. Available at ⁴⁴³
[https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160109012053/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/rdit2/internet-access-](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160109012053/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/rdit2/internet-access-quarterly-update/q2-2013/index.html)
[quarterly-update/q2-2013/index.html](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160109012053/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/rdit2/internet-access-quarterly-update/q2-2013/index.html)
- Heidi Ullmann and others, *Information and Communications Technologies for the Inclusion and Empowerment of* ⁴⁴⁴
Persons with Disabilities in Latin America and the Caribbean (Santiago, Economic Commission for Latin America and
the Caribbean, 2018) (LC/TS.2018/48/-*)
- بيانا تم 40 بلداً. ⁴⁴⁵
- استناداً إلى بيانات التعداد من: أنتيغوا وبربودا (2011)؛ وبربادوس (2010)؛ وبليز (2010)؛ وكوستاريكا (2011)؛ وإكوادور (2010)؛ ⁴⁴⁶
والسلفادور (2007)؛ وغرينادا (2011)؛ وغيانا (2012)؛ وهندوراس (2013)؛ وجامايكا (2011)؛ وترينيداد وتوباغو (2011). وبالنسبة
لهندوراس والسلفادور، يستفسر استبيان التعداد عن وجود حساب بريد إلكتروني، وتستخدم الإجابة كمتغير بديل عن استخدام الإنترنت.
ولكن من المرجح أن المتغير البديل هذا يقلل من تقدير عدد الأشخاص الذين يستخدمون الإنترنت، لأنه من شبه المؤكد أن الأشخاص الذين
لديهم حساب بريد إلكتروني يستخدمون الإنترنت، ولكن ليس كل من يستخدم الإنترنت لديه بالضرورة حساب بريد إلكتروني.
- International Telecommunications Union, Broadband Commission for Digital Development and others, *The ICT* ⁴⁴⁷
Opportunity for a Disability-Inclusive Development Framework: Synthesis report of the ICT Consultation in support of
the High-Level Meeting on Disability and Development of the sixty-eighth session of the United Nations General
Assembly (Geneva, International Telecommunications Union, 2013)

- DESA, *United Nations E-Government Survey 2012: E-Government for the People* (New York, 2012, 448 ST/ESA/PAS/SER.E/150).
- عناصر النماذج هي أنواع مختلفة من عناصر الإدخال، وخانات الاختيار، وأزرار الاختيار، وأزرار الإرسال، وغير ذلك، للاطلاع الرجوع إلى موقع: http://www.w3schools.com/html/html_forms.asp. 449
- 450 الأمم المتحدة إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية، الأمم المتحدة دراسة الحكومة الإلكترونية 2014: حكومة إلكترونية من أجل المستقبل الذي نتطلع إليه (نيويورك، 2014، ST/ESA/PAD/SER.E/188).
- 451 الاتحاد الدولي للاتصالات والمبادرة العالمية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الشاملة (G3ict)، الهوات فوالخدمات المتنقلة في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة: تقرير مشترك للاتحاد الدولي للاتصالات والمبادرة العالمية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الشاملة (الاتحاد الدولي للاتصالات، 2012).
- 452 المرجع نفسه، ص. 23.
- 453 مثل نقطة مرتفعة على الرقم 5 يساعد هذا النوع من العلامات على توجيه الأصابع على لوحة المفاتيح.
- 454 خدمة يديرها الإنسان باستخدام مترجم لغة الإشارة لتمكين التواصل بين الشخص الذي لديه إعاقة سمعية وأ شخص آخر.
- 455 ينقل الصوت الأيم زوايسر إلى الأذنين، وهو مفيد لذوي الإعاقات السمعية التي تؤثر على أذنها.
- 456 يشبه الرسائل النصية المبرمجة مسبقاً، والتي يمكن إعادة استخدامها بعدد من لمسات الأزرار أقل مما تتطلبه كتابة النص بأكمله.
- 457 Sesame Touch-free Smartphone. Available at <http://sesame-enable.com>.
- 458 الاتحاد الدولي للاتصالات والمبادرة العالمية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الشاملة (G3ict)، الهوات فوالخدمات المتنقلة في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة: تقرير مشترك للاتحاد الدولي للاتصالات والمبادرة العالمية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الشاملة (الاتحاد الدولي للاتصالات، 2012).
- 459 المرجع نفسه.
- 460 World Bank, *Jamaica – Youth Employment in Digital and Animation Industries Project* (Washington, D.C.).
- 461 Vashkar Bhattacharjee, "Empowering Youth with Disabilities in Bangladesh: Providing ICT Skills", World Bank Blogs, 26 November 2013. Available at <https://blogs.worldbank.org/endpovertyinsouthasia/empowering-youth-disabilities-bangladesh-providing-ict-skills-0>.
- 462 Agenda Digital Imagina Chile 2013-2020 (Secretaría Ejecutiva de Desarrollo Digital, 2013). Available at http://www.agendadigital.gob.cl/files/otros/Agenda_Digital_Imagina_Chile_2013-2020.pdf.
- 463 Heidi Ullmann and others, *Information and Communications Technologies for the Inclusion and Empowerment of Persons with Disabilities in Latin America and the Caribbean* (Santiago, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2018) (LC/TS.2018/48/-*).
- 464 إكوادور، أوروغواي، بنما، جزر البهاما، جزر كايمان، الجمهورية الدومينيكية، شيلي، غيانا، فنزويلا (جمهورية – البوليفارية)، كولومبيا، المكسيك، نيكاراغوا، هندوراس.
- 465 الأرجنتين، بوليفيا، بيرو، جامايكا، كوستاريكا، كولومبيا.
- 466 المادة 508 في الولايات المتحدة الأمريكية.
- 467 Zero Project, "Innovative policy 2018 on accessibility: Harmonization of ICT standards across the Atlantic", Factsheet (2018).
- 468 Mark Rogers, "Government accessibility standards and WCAG 2", 28 November 2017. Available at <https://www.powermapper.com/blog/government-accessibility-standards>.
- 469 http://ec.europa.eu/ipg/standards/accessibility/index_en.htm.
- 470 على سبيل المثال، تشكل النسخة الثانية من المبادئ التوجيهية للنفاد إلى شبكة الإنترنت ركيزة للوثائق التوجيهية والتشريعات الوطنية بشأن مصادر الإنترنت التي يمكن الوصول إليها في الاتحاد الأوروبي وأستراليا وهونغ كونغ (منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة في الصين) واليابان ونيوزيلندا والولايات المتحدة الأمريكية. وبالإضافة إلى ذلك، اعتمدت المفوضية الأوروبية النسخة الثانية من المبادئ التوجيهية للنفاد إلى شبكة الإنترنت تكافؤاً ينبغي تحقيقها في جميع مواقعها على شبكة الإنترنت.
- 471 Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: Private company joins a university in training students in web accessibility", Factsheet (2018).
- 472 Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: A free online ICT accessibility course, accessible by the blind and deaf", Factsheet (2018).

- Canada, Ontario, "How to make websites accessible". Available at www.ontario.ca/page/how-make-websites-accessible (accessed on July 2017).⁴⁷³
- European Agency for Special Needs and Inclusive Education and others, *Guidelines for Accessible Information: ICT for Information Accessibility in Learning (ICT4IAL)* (2015).⁴⁷⁴
- International Organisation for Standardization, *ISO 9241-20:2008(en): Ergonomics of Human-system Interaction – Part 20: Accessibility Guidelines for Information/Communication Technology (ICT) Equipment and Services* (2008). Available at <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-20:ed-1:v1:en>.⁴⁷⁵
- International Organisation for Standardization, *ISO9241-171:2008(en): Ergonomics of human-system interaction – Part 171: Guidance on Software Accessibility* (2008). Available at <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-171:ed-1:v1:en>.⁴⁷⁶
- International Organisation for Standardization, *ISO 14289-1:2014: Document management applications – Electronic Document File Format Enhancement for Accessibility – Part 1: Use of ISO 32000-1 (PDF/UA-1)* (2014). Available at <https://www.iso.org/standard/64599.html>.⁴⁷⁷
- International Digital Publishing Forum, *EPUB 3 Accessibility Guidelines* (2017). Available at <https://idpf.github.io/a11y-guidelines>.⁴⁷⁸
- The China Mobile Multimedia Broadcasting (CMMB) standard. Available at <http://news.cctv.com/special/C21796/20080721/107505.shtml> (باللغة الصينية فقط).⁴⁷⁹
- European Broadcasting Union, "Digital Video Broadcasting (DVB); Specification for the carriage for Vertical Blanking Information (VBI) data in DVB bitstreams", ETSI EN 301 775 V1.2.1(2003-05) (Paris, 2003). Available at https://www.etsi.org/deliver/etsi_en/301700_301799/301775/01.02.01_60/en_301775v010201p.pdf.⁴⁸⁰
- Digital Broadcasting Experts Group, "Integrated Services Digital Broadcasting – Terrestrial". Available at www.dibeg.org/techp/what/what_is_isdb-t.html.⁴⁸¹
- Advanced Television Systems Committee, *Advanced television Systems Committee Standard: Captions and Subtitles (A/343)* (Washington, D.C., 2016). Available at www.atsc.org/wp-content/uploads/2016/12/A343-2016-Captions-and-Subtitles.pdf.⁴⁸²
- الاتحاد الدولي للاتصالات، مبادئ توجيهية لتمكين المسنين والمعوقين من النفاذ إلى الاتصالات، السلسلة F: خدمات الاتصالات غير الهاتفية – الخدمات السمعية المرئية، التوصية (2007/01) ITU-TF.790 (جنيف، 2009)، القسم 7.1.⁴⁸³
- International Telecommunication Union, *Audio-based Network Navigation System for Persons with Vision Impairment, Recommendation ITU-T F.921* (ITU-T F.921 (03/2017) (Geneva, 2017)).⁴⁸⁴
- United States Access Board, "Information and Communication Technology (ICT) Standards and Guidelines", *Federal Register*, vol. 82, No. 11 (2018).⁴⁸⁵
- The Global Initiative for Inclusive Information and Communications Technologies, "CRPD Implementation: Promoting Global Digital Inclusion through ICT Procurement Policies & Accessibility Standards", A Policy White Paper Series (October 2015).⁴⁸⁶
- European Commission, *Standardisation – Mandates: M/376 Standardisation Mandate to CEN, CENELEC and ETSI in Support of European Accessibility Requirement for Public Procurement of Products and Services in the ICT Domain* (2005). Available at <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/mandates/index.cfm?fuseaction=search.detail&id=333>.⁴⁸⁷
- قطر، وزارة المواصلات والاتصالات، أي سي تي قطر يطلق سياسة "سهولة النفاذ الرقمي ومنالية الويب" والتي تمثل خطوة هامة نحو ضمان تحقيق مجتمع شمولي في دولة قطر ينتفع جميع أفرادها بمزايا الرقمية". <https://www.motc.gov.qa/ar/node2501>.⁴⁸⁸
- تشمل الأمثلة على ذلك: البرنامج العالمي للعرض الوصفي للفيديو، الذي وضعته وزارة الخارجية الأمريكية، والذي يقدم معلومات عن طلب الحصول على تأشيرة وسياسة برنامج التبادل التعليمي.⁴⁸⁹
- اعتمدت الولايات المتحدة الأمريكية قانون تسهيلات الربط بوسائل الاتصال والفيديو للقرن الحادي والعشرين.⁴⁹⁰
- وكالة الصحافة النمساوية، على سبيل المثال.⁴⁹¹
- Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: National news agency publishing news in easy-language", Factsheet (2018).⁴⁹²
- Accessible Media Inc. Available at www.ami.ca.⁴⁹³
- Broadcasting Accessibility Fund. Available at www.baf-far.ca/en/home.⁴⁹⁴

- 495 UNICEF Innovation Fund, "All projects" (2018). Available at https://unicefinnovationfund.org/#/all_projects
- 496 International Telecommunication Union, "ITU accessibility fund" (2018). Available at www.itu.int/en/action/accessibility/Pages/accessibilityFund.aspx
- 497 قطر، وزارة المواصلات والاتصالات، أي سي تي قطر يطلق سياسة "سهولة النفاذ الرقمي ومناخية الويب" والتي تمثل خطوة هامة نحو ضمان تحقيق مجتمع شمولي في دولة قطر ينتفع جميع أفرادها بمزايا الرقمية". <https://www.motc.gov.qa/ar/node2501>.
- 498 الفجوة بين الأسر التي لديها أفراد ذوو إعاقة والتي ليس لديها أفراد ذوو إعاقة.
- 499 حصة تكاليف السكن تبلغ 40 في المائة من الدخل أو أكثر.
- 500 Model Disability Surveys in Cameroon, Chile and Sri Lanka, 2015-2016. بيانات أتاحتها منظمة الصحة العالمية في نيسان/أبريل 2018. وفي حين أجريت المسوح على صعيد وطني في شيلي وسري لانكا، أما المسح الذي أجري في الكاميرون فقد أجري في منطقة واحدة فقط ولذا التقديرات المتعلقة بالكاميرون غير ممثلة على الصعيد الوطني.
- 501 عدد البلدان والسنوات: تزايد أعباء كلفة الإسكان: 34 بلداً، حوالي عام 2016؛ إمكانية الحصول على الطاقة: 44 بلداً، حوالي عام 2009؛ إمكانية الحصول على المياه المحسنة: 34 بلداً، حوالي عام 2003؛ إمكانية الحصول على خدمات الصرف الصحي المحسنة: 34 بلداً، حوالي عام 2003؛ القدرة على تحمل تكاليف وجبة تحتوي على البروتين: 35 بلداً، حوالي عام 2016؛ الولادات التي تجري بإشراك الكادر الطبي المؤهل: 7 بلدان، حوالي عام 2014؛ الفقر (خط الفقر الوطني): 6 بلدان، حوالي عام 2014؛ انعدام الأمن الغذائي: 6 بلدان، حوالي عام 2013؛ استخدام الإنترنت: 14 بلداً، حوالي عام 2011؛ لم يصوتوا في الانتخابات الأخيرة: بلدان اثنتان، حوالي عام 2014؛ واجهوا عوائق أمام التصويت: بلدان اثنتان، حوالي عام 2014؛ معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة: 36 بلداً، حوالي عام 2010؛ نسبة العمالة إلى مجموع السكان: 91 بلداً، حوالي عام 2011؛ التمتع بحالة صحية جيدة: 43 بلداً، حوالي عام 2013.
- 502 Sophie Mitra, *Disability, Health and Human Development* (New York, Palgrave MacMillan, 2018)
- 503 General Assembly, Resolution 217(III), International Bill of Human Rights: Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948 (A/RES/217(III))
- 504 تعرّف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التمييز على أساس الإعاقة "بأنه أي تمييز أو استبعاد أو تقييد على أساس الإعاقة يكون غرضه أو أثره إضعاف أو إحباط الاعتراف بكافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية أو التمتع بها أو ممارستها، على قدم المساواة مع الآخرين، في الميادين السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو الثقافية أو المدنية أو أي ميدان آخر. ويشمل جميع أشكال التمييز، بما في ذلك الحرمان من ترتيبات تيسيرية معقولة".
- 505 Kelsey Koszela, "The stigmatization of disabilities in Africa and the developmental effects", Independent Study Project (ISP), Paper 1639 (University of Texas, 2013). Available at https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2660&context=isp_collection
- 506 تفصيل المؤلف بالاستناد إلى: World Policy Analysis Center, "The World Dataset on Disability 2016". Available at: www.worldpolicycenter.org/maps-data/data-download/disability-data (accessed on 15 October 2017)
- 507 تشير التكنولوجيا المساعدة إلى تطبيق المعارف والمهارات المنظمة المتصلة بالأجهزة المساعدة بما في ذلك النظم والخدمات.
- 508 WHO, *Priority Assistive Products List: Improving Access to Assistive Technology for Everyone, Everywhere* (Geneva, 2016), p. 1
- 509 International classification functioning, "disability and health (ICF)", WHA 54.21, e1151, assistive products and technology for personal use in daily living (Geneva, 22 May 2001). Available at <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>
- 510 Johan Borg, Stig Larsson and Per-Olof Östergren, "The right to assistive technology: For whom, for what, and by whom?", *Disability and Society*, vol. 26, No. 2 (2011)
- 511 Emma Tebbutt and others, "Assistive products and the Sustainable Development Goals (SDGs)", *Globalization and Health*, vol. 12, No. 1 (November 2016), p. 5
- 512 الجمعية العامة، القرار 48/96، القواعد الموحدة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين، الدورة الثامنة والأربعون (A/RES/48/96)، القاعدة 4.
- 513 Johan Borg, Stig Larsson and Per-Olof Östergren, "The right to assistive technology: For whom, for what, and by whom?", *Disability and Society*, vol. 26, No. 2 (2011), p. 162
- 514 WHO Executive Board, Improving access to assistive technology, EB142.R6, 26 January 2018. Available at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_R6-en.pdf
- 515 WHO, "Improving access to assistive technology, seventy-first World Health Assembly" (A71/21, 15 March 2018)

- Anna-Liisa Salminen and others, "Mobility devices to promote activity and participation: A systematic review", *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 41, No. 9 (September 2009), 516
- .WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva: World Health Organization, 2011) 517
- Rebecca Matter and others, "Assistive technology in resource-limited environments: a scoping review", *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, vol. 12, No. 2 (February 2017) 518
- WHO and UNICEF, *Assistive Technology for Children with Disabilities: Creating Opportunities for Education, Inclusion and Participation – A Discussion Paper* (Geneva and New York, 2015) 519
- .WHO, *World Report on Ageing and Health 2015* (Geneva, 2015) 520
- Loïc Garçon and others, "Medical and assistive health technology: Meeting the needs of aging populations", *Gerontologist*, vol. 56, Supplement 2 (March 2016) 521
- J. Beijen, E.A.M. Mylanus and A.F.M. Snik, "Education qualification levels and school careers of unilateral versus bilateral hearing aid users", *Clinical Otolaryngology*, vol. 32, No. 2 (2007) 522
- Kurt Johnson and others, "Assistive technology use among adolescents and young adults with spina bifida", *American Journal of Public Health*, vol. 97, No. 2 523
- Anthony Langton Ramseur Hunter, "Enhancing employment outcomes through job accommodation and assistive technology resources and services", *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 16, No. 1 524
- Howard P. Parette and George R. Peterson-Karlan, "Facilitating student achievement with assistive technology", *Education and Training in Developmental Disabilities*, vol. 42, No. 4 525
- Patricia Yeager and others, "Assistive technology and employment: Experiences of Californians with disabilities", *Work*, vol. 27, No. 4 (2006) 526
- .WHO, *Guidelines for Hearing Aids and Services for Developing Countries* (Geneva, 2004) 527
- WHO, *Guidelines for Training Personnel in Developing Countries for Prosthetics and Orthotics Services* (Geneva, 2005) 528
- .WHO, *Guidelines on the Provision of Manual Wheelchairs in Less-resourced Settings* (Geneva, 2008) 529
- Chapal Khasnabis, Zafar Mirza and Malcolm MacLachlan, "Opening the GATE to inclusion for persons with disabilities", *Lancet*, vol. 386(10010) (December 2015) 530
- .WHO, "Deafness and hearing impairment", Fact Sheet No. 300 (Geneva, 2012) 531
- Synneve Dahlin Ivanoff and Ulla Sonn, "Changes in the use of assistive devices among 90-year-old persons", *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 17, No. 3 (June 2005) 532
- Eugenio Maul and others, "Refractive error study in children: Results from La Florida, Chile", *American Journal of Ophthalmology*, vol. 129, No. 4 (2000) 533
- Jialiang Zhao and others, "Refractive error study in children: Results from Shunyi District, China", *American Journal of Ophthalmology*, vol. 129, No. 4 (2000) 534
- United Nations Special Rapporteur on Disability of the Commission for Social Development, *Global Survey on Government Action on the Implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (Amman, Office of the United Nations Special Rapporteur on Disabilities, 2006) 535
- Nordic Cooperation on Disability (NSH) and Nordic Centre for Rehabilitation Technology (NUH), *Provision of Assistive Technology in the Nordic Countries* (Stockholm, Nordic Cooperation on Disability, 2007) 536
- .NSH and NUH (2007), "الإطلاع على Finland" 537
- .Qatar, Supreme Council of Information & Communication Technology, *Qatar's eAccessibility Policy* (2011), p. 12 538
- Argentina, see Heidi Ullmann and others, *Information and Communications Technologies for the Inclusion and Empowerment of Persons with Disabilities in Latin America and the Caribbean* (Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2018), p. 38 539
- United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *Uganda's Initial Status Report 2010* (2010). 540
- .Available at www.ohchr.org/documents/hrbodies/crpd/future/crpd-c-uga-1_en.doc

- 541 الأمم المتحدة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، تنفيذ الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: التقارير الأولية المقدمة من الدول الأطراف بموجب المادة 35 (CRPD/C/CHN/1, 2011).
- 542 .Norway and Sweden, see NSH and NUH (2007)
- 543 .Denmark, see NSH and NUH (2007)
- 544 .Iceland and Finland, see NSH and NUH (2007)
- 545 International Organization for Standardization, *ISO 9999:2016: Assistive Products for Persons with Disability - Classification and Terminology* (Geneva, International Organization for Standardization, 2016). Available at www.iso.org/standard/50982.html
- 546 Emma Tebbutt and others, "Assistive products and the Sustainable Development Goals (SDGs)", *Globalization and Health*, vol. 12, No. 1 (November 2016), pp. 2 and 5
- 547 WHO, *Priority Assistive Products List: Improving Access to Assistive Technology for Everyone, Everywhere* (Geneva, 2016)
- 548 Emma Tebbutt and others, "Assistive products and the Sustainable Development Goals (SDGs)", *Globalization and Health*, vol. 12, No. 1 (November 2016)
- 549 Johan Borg and others, "Assistive technology use is associated with reduced capability poverty: A cross-sectional study in Bangladesh", *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, vol. 7, No. 2 (2012)
- 550 Sajay Arthanat and others, "Conceptualization and measurement of assistive technology usability", *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, vol. 2, No. 4 (2007)
- 551 Johan Borg and others, *Assistive technology use and human rights enjoyment: a cross-sectional study in Bangladesh*, *BMC International Health and Human Rights*, vol. 12, article 18 (2012)
- 552 الأمم المتحدة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الدورة الحادية عشرة، 31 آذار/مارس - 11 نيسان/أبريل 2014، التعليق العام رقم 2 (2014): المادة 9 - إمكانية الوصول (CRPD/C/GC/2, 2014).
- 553 Marcia Scherer and others, "Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors", *Disability and Rehabilitation*, vol. 27, No. 21 (2005)
- 554 الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948). <https://www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights/index.html>
- 555 العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (1966)، المادة 9.
- 556 <https://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- 557 الجمعية العامة، القرار 44/25، اتفاقية حقوق الطفل، 20 تشرين الثاني/نوفمبر 1989، (A/RES/44/25)، المادة 19، الفقرة 1.
- 558 الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، القرار 36/13، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، الدورة السادسة والثلاثون، 28 أيلول/سبتمبر 2017 (A/HRC/RES/36/13).
- 559 SOS Children's Villages International and University of Bedfordshire, *From a Whisper to a Shout: A call to End Violence Against Children in Alternative Care* (Innsbruck, Austria; Luton, UK, 2014) المرجع نفسه.
- 561 أيدت لجنة حقوق الطفل ملاحظات حول هذه المسألة في عدة مناسبات في أمريكا اللاتينية وأفريقيا وآسيا.
- 562 SOS Children's Villages International and University of Bedfordshire, *From a Whisper to a Shout: A call to End Violence Against Children in Alternative Care* (Innsbruck, Austria; Luton, UK, 2014)
- 563 Nora Groce, "Adolescents and youth with disability: Issues and challenges", *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, vol. 15, No. 2 (2004)
- 564 .WHO, *Dollars, DALYs and Decisions: Economic Aspects of the Mental Health System* (Geneva, 2006)
- 565 Valentina Lemmi and others, *Community-based Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review, 3ie Grantee Final Review* (London, International Initiative for Impact Evaluation, 2015)
- 566 .UNICEF, *The State of the World's Children 2013: Children with Disabilities* (New York, 2013)
- 567 في ملاحظاتها الختامية على الاستعراضات الوطنية وتعليقاتها العامة.

- المادة 1. 568
الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، القرار 32/18، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، الدورة الثانية والثلاثون، 1 تموز/يوليو 2016 (A/HRC/RES/32/18). 569
- Michelle Funk and others, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group* (Geneva, World Health Organization, 2010). 570
- 571 يشير التعليق العام رقم 1 للجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD/C/GC/1) إلى أن القدرة العقلية للشخص المعني ليست سبباً لحرمان ذلك الشخص من ممارسة أهليته القانونية. وفي بعض الحالات، يجوز للشخص المعني أن يختار الحصول على دعم لاتخاذ قراراته القانونية. ويرفض التعليق العام للجنة تطبيق معايير "المصلحة الفضلى" لحرمان البالغين ذوي الإعاقة من أهليتهم القانونية، وبالتالي يرفض تطبيق اتخاذ قرارات بديلة تمكن أطراف ثالثة، مثل الأوصياء، من الحلول محلهم. وبدلاً من ذلك، تقترح اللجنة وفقاً لأحكام المعاهدة، بذل "جهود كبيرة" للتوصل إلى معرفة إرادة الشخص المعني وتفضيله. وفي الحالات الأكثر تعقيداً، تقترح اللجنة استخدام معيار جديد هو "أفضل تفسير لإرادة الشخص المعني وتفضيله". 572
- A/HRC/RES/32/18. 572
- 573 WHO, *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020* (Geneva, 2013), para. 23 and 38. 574
- 574 الأمم المتحدة، لجنة حقوق الإنسان، الدورة الحادية والستون، تقرير المقرر الخاص المعني بدور كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسدية والعقلية، السيد بول هنت (E/CN.4/2005/51). 575
- 575 الجمعية العامة، دور كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسدية والعقلية، الدورة الرابعة والستون، 10 آب/أغسطس 2009 (A/64/272). 576
- 576 الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، تقرير المقرر الخاص المعني بدور كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة الجسدية والعقلية، دانييوس بوراس، 2 نيسان/أبريل 2015 (A/HRC/29/33). 577
- 577 Natalie Drew and others, "Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis", *The Lancet*, vol. 378, No. 9803 (2011). 578
- 578 Karen Hughes and others, "Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies", *The Lancet*, vol. 379, No. 9826 (2012). 579
- 579 الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، تقرير المقرر الخاص المعني بمسألة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، السيد خوان إ. منديس، الدورة الثانية والعشرون، 1 شباط/فبراير 2013 (A/HRC/22/53). 580
- 580 الجمعية العامة، التعذيب بغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، الدورة السادسة والستون، 5 آب/أغسطس 2011 (A/66/268)، الفقرة 78. 581
- 581 European Union Agency for Fundamental Rights, *Report on the Right to Political Participation of Persons with Mental Health Problems and Persons with Intellectual Disabilities* (Vienna, 2010). 582
- 582 الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، تقرير مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، الدورة الرابعة والثلاثون، 27 شباط/فبراير - 24 آذار/مارس 2011 (A/HRC/34/32). 583
- 583 ورقة بحثية أعدت للمفوضية الأوروبية، David McDaid, *Countering the Stigmatization and Discrimination of People with Mental Health Problems in Europe* (European Commission, 2008). 584
- 584 Donna McAlpine and Lynn Warner, "Barriers to employment among persons with mental illness: A review of the literature", Research Report (Rutgers University, Institute for Health, Health Care Policy, and Aging Research, 2011). 585
- 585 Steven Marwaha and Sonia Johnson, "Schizophrenia and employment: A review", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39, No. 5. 586
- 586 Reinhold Kilian and Thomas Becker, "Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia", *Journal of Mental Health*, vol. 16, No. 2 (2007). Quoted in David McDaid, "Mental health in workplace settings", Consensus Paper (Luxembourg, European Communities, 2008). 587
- 587 Michelle Funk and others, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group* (Geneva, World Health Organization, 2010). 588
- 588 Andrew Nocon, *Background Evidence for the Disability Rights Commission (DRC)'s Formal Investigation into Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems* (United Kingdom, Stratford upon Avon, Disability Rights Commission, 2006).

- 589 استناداً إلى معلومات من 156 بلداً.
- 590 WHO, *Mental Health Atlas 2014* (Geneva, 2015), pp. 24 and 25.
- 591 Renula Nardodkar and others, "Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: A review of legislation across the world", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 592 Dinesh Bhugra and others, "Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: A global review", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 593 Dinesh Bhugra and others, "Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 594 Renula Nardodkar and others, "Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: A review of legislation across the world".
- 595 Dinesh Bhugra and others, "Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: A global review".
- 596 Andrea Walker and others, "The consequences of official labels: An examination of the rights lost by the mentally ill and mentally incompetent since 1989", *Community Mental Health Journal*, vol. 52, No. 3 (2016).
- 597 Dinesh Bhugra and others, "Mental illness and the right to vote: A review of legislation across the world", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 598 التحليل الذي أجرته إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة استناداً إلى التشريعات الوطنية في الموقع الشبكي للوصول إلى الانتخابات، الذي تديره المؤسسة الدولية للنظم الانتخابية، متاح على الموقع: www.electionaccess.org/en/resources/countries (اطلع عليه في 19 حزيران/يونيو 2018).
- 599 Dinesh Bhugra and others, "Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 600 Renula Nardodkar and others, "Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: A review of legislation across the world", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 601 Dinesh Bhugra and others, "Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: A global review", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 602 Dinesh Bhugra and others, "Mental illness and the right to vote: A review of legislation across the world", *International Review of Psychiatry*, vol. 28, No. 4 (2016).
- 603 Soumitra Pathare and Jaya Sagade, *Mental Health: A Legislative Framework to Empower, Protect and Care – A Review of Mental Health Legislation in Commonwealth Member States* (Pune, India, Commonwealth Health Professions Alliance, 2013), pp. 2 and 3.
- 604 Costa Rica, Law No 9379, see "Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, Independent Expert on the Enjoyment of all Human Rights by Older Persons" (Summary note of the Expert Group Meeting Supporting Autonomy and Independency of Older Persons with Disabilities, New York, 25-26 October 2017), p. 4. Available at www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SupportingTheAutonomy/SummaryNote_EGM_OPWD.docx.
- 605 WHO, "WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights" (2018). Available at www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en.
- 606 الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، "قضايا جوهرية ناشئة عن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: التعليق العام رقم 14 (2000)", لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الدورة الثانية والعشرون، جنيف، 25 نيسان/أبريل لـ 12 أيار/مايو 2000 (E/C.12/2000/4)، الفقرة 50.
- 607 الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "التعليق العام رقم 1 (2014)، المادة 12"، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الدورة الحادية عشرة، 31 آذار/مارس لـ 11 نيسان/أبريل 2014 (CRPD/C/GC/1)، الفقرات 41، 42.
- 608 الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، تقرير المقرر الخاص المعني بمسألة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، السيد خوان إ. منديس، الدورة الثانية والعشرون، 1 شباط/فبراير 2013 (A/HRC/22/53)، الفقرات 32، 46، 48، 58، 63، 64، 76، 80.
- 609 الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "الملاحظات الختامية المتعلقة بالتقرير الأولي للنمسا، التي اعتمدها اللجنة في دورتها العاشرة (2-13 أيلول/سبتمبر 2013)، (CRPD/C/AUT/CO/1)، الفقرة 33.

- 610 الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "الملاحظات الختامية بشأن تقرير المكسيك الأولي" (CRPD/C/MEX/CO/1)، 27 تشرين الأول/أكتوبر 2014)، الفقرة 32.
- 611 الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "الملاحظات الختامية على التقرير الأولي المقدم من الدانمرك" (CRPD/C/DNK/CO/1)، الفقرة 39.
- 612 الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لتركمانستان" (CRPD/C/TKM/CO/1)، الفقرة 13 أيار/مايو 2015)، الفقرات 27، 28، 31، 32.
- 613 الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي لكرواتيا" (CRPD/C/HRV/CO/1)، الفقرة 15 أيار/مايو 2015)، الفقرات 17، 18، 27، 28.
- 614 الأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية 1966، المادة 12.
- 615 الأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966، المادة 11.
- 616 الأمم المتحدة، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979)، المادة 1 و15.
- 617 الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الطفل (1989)، المادة 23.
- 618 مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالإسكان والتنمية الحضرية المستدامة، 17-20 تشرين الأول/أكتوبر 2016، الخطة الحضرية الجديدة (A/RES/71/256)، الفقرات 31، 34، 36، 155.
- 619 الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، القرار 35/24، حقوق الإنسان في المدن وغيرها من المستوطنات البشري (A/HRC/RES/35/24) (2017).
- 620 مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالإسكان والتنمية الحضرية المستدامة، 17-20 تشرين الأول/أكتوبر 2016، الخطة الحضرية الجديدة (A/RES/71/256)، الفقرة 113.
- 621 DESA, *World Programme of Action concerning Disabled People* (1982).
- 622 DESA, *Standard Rules on the Equalization of Opportunity for Persons with Disabilities* (1994).
- 623 United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat), *The Right to Adequate Housing for Persons with Disabilities Living in Cities* (2015), p. 16.
- 624 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UN-Habitat, "The right to adequate housing", Fact Sheet, No. 21/Rev.1 (Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2015), p. 23.
- 625 المرجع نفسه.
- 626 UNICEF, *The State of the World's Children 2013: Children with Disabilities* (New York, 2013).
- 627 الأمم المتحدة، لجنة حقوق الطفل، التعليق العام رقم 9 (2006)، حقوق الأطفال المعوقين، الدورة الثالثة والأربعون، جنيف، 11-29 أيلول/سبتمبر 2006 (CRC/C/GC/9)، الفقرة 76.
- 628 Jewelles Smith, "Bridging the gaps: Survey examines accessibility at women's shelter", *Canadian Women's Health Network*, vol. 11, No. 2 (2009).
- 629 UN-Habitat, *The Right to Adequate Housing for Persons with Disabilities Living in Cities* (2015).
- 630 Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP), *Building Disability-inclusive Societies in Asia and the Pacific: Assessing Progress of the Incheon Strategy* (Bangkok, 2017), ST/ESCAP/2800.
- 631 Australia, Department of Social Services, *National Disability Strategy 2010-2020: An Initiative of the Council of Australian Governments* (Canberra, 2011).
- 632 Australia, Bureau of Statistics, *Survey of Disability, Ageing and Carers 2015*, Persons with disabilities refers to persons with profound or severe core limitations (2015).
- 633 Australia, Bureau of Statistics, "4446.0 – Disability, Australia, 2009" (2011). Available at <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4446.0Main%20Features122009?opendocument&tabname=Summary&prodno=4446.0&issue=2009&num=&view> (accessed on 12 October 2018).
- 634 United Nations, *Best Practices for Including Persons with Disabilities in All Aspects of Development Efforts* (2011).
- 635 UN-Habitat, *The Right to Adequate Housing for Persons with Disabilities Living in Cities* (2015), pp. 89-90.
- 636 Human Rights Watch, *Treated Worse than Animals: Abuses against Women and Girls with Psychosocial or Intellectual Disabilities in Institutions in India* (2014).

- Zero Project, "Innovative policy 2018 on accessibility: Disability-inclusive communities in remote areas", ⁶³⁷
 Factsheet (2018).
- Australia, Department of Social Services, *National Disability Strategy 2010-2020: An Initiative of the Council of* ⁶³⁸
Australian Governments (Canberra, 2011); China, China's National People's Congress, *CHINA: 11th Five-Year Plan*
(2006-2010) for National Economic and Social Development, Guidelines of the 11th Five-Year Plan for National
Economic and Social Development, chapter 38.5 (2006); Ethiopia, Ministry of Labour and Social Affairs, *National Plan*
of Action of Persons with Disabilities 2012-2021 (Addis Ababa, 2012). وضعت بلدية غرونوبل في فرنسا خطة عمل، هي
 "جدول أعمال إمكانية الوصول" (L'Agenda d'accessibilité programmée – Ad'Ap)، لجعل المناطق التالية متاحة: الأماكن العامة؛
 والبنى التحتية ووسائل النقل؛ والمعلومات والاتصالات؛ والخدمات العامة وفرص العمل. Zero Project, "innovative policy 2018 on
 accessibility: the accessibility strategy of Grenoble", Factsheet (2018); United Nations Economic Commission for
 Europe, *Road Map for Mainstreaming Ageing: Georgia* (Geneva, 2014); Japan International Cooperation Agency,
Country Profile on Disability, Lao People's Democratic Republic (2002); Rwanda, *National Council of Persons with*
Disabilities Strategic Plan and its Operational Plan for the Implementation July 2013-June 2018 (2018); Nepal,
 Ministry for Women, Children and Social Welfare, *National Policy and Plan of Action on Disability 2006* (Singha
 Durbar, Kathmandu, 2006). اعتمدت مدينة أوسلو في النرويج خطة "المبادئ المشتركة للتصميم العام للجميع"، التي تهدف إلى جعل
 جميع وسائل النقل والاتصالات والبناء والممتلكات العامة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الهواء الطلق في متناول الجميع باعتماد
 مبدأ "التصميم الشامل". Zero Project, "Innovative Policy 2018 on accessibility: Universal accessibility strategy for the
 whole of Dubai", Factsheet (2018). وضعت وزارة النقل في جنوب أفريقيا "استراتيجية التنفيذ لتوجيه توفير نُظُم النقل العام التي
 يمكن الوصول إليها في جنوب أفريقيا" لتيسير الوصول إلى نظام النقل العام. Zero Project, "Innovative Policy 2018 on
 accessibility: accessible public transport strategies for 13 major municipalities", Factsheet (2018); Zero Project,
 "Innovative policy 2018 on accessibility: Towards a universally designed city of Oslo in 2025", Factsheet (2018);
 .United Kingdom, Office for Disability Issues, *Roadmap 2025: Achieving Disability Equality by 2025* (London, 2009)
 .*Norway National Report for Habitat III* ⁶³⁹
- .International Labour Organization, "Inclusion of People with Disabilities in Ethiopia", Factsheet (2013) ⁶⁴⁰
- Zero Project "Uganda, Innovative policy 2018 on accessibility: Binding and effective laws for the construction of
 accessible school buildings", Factsheet (2018) ⁶⁴¹
- .Algeria, *National Report on Housing for the Conference on Housing (Habitat III)* (2014) ⁶⁴²
- Zero Project, "Paraguay, innovative policy 2018 on accessibility: Standards for physical accessibility", Factsheet
 (2018) ⁶⁴³
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Initial report submitted by Japan under* ⁶⁴⁴
article 35 of the Convention, due in 2016 (CRPD/C/JPN/1, 2017), paras. 56-58
- Zero Project, "Canada, innovative policy 2018 on accessibility: Towards an accessible province", Factsheet
 (2018) ⁶⁴⁵
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Consideration of reports submitted by States* ⁶⁴⁶
parties under article 35 of the Convention, Initial reports of States parties, Germany (CRPD/C/DEU/1, 2013)
 .*Barbados National Report for Habitat III* ⁶⁴⁷
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Initial report submitted by Japan under* ⁶⁴⁸
article 35 of the Convention, due in 2016 (CRPD/C/JPN/1, 2017), para. 61
- Zero Project, "Chile, innovative policy 2018 on accessibility: Planning and building accessible cities, simplified",
 Factsheet (2018) ⁶⁴⁹
- Zero Project, "Innovative policy 2018 on accessibility: Building a National Central bank on universal design
 principles", Factsheet (2018) ⁶⁵⁰
- .Zero Project, "Innovative policy 2018 on accessibility: Shoe-shops, barrier-free for All", Factsheet (2018) ⁶⁵¹
- Zero Project, "Innovative policy 2018 on accessibility: Comprehensive hotel accessibility strategy", Factsheet
 (2018) ⁶⁵²
- Zero Project, "Innovative policy 2018 on accessibility: Effectively creating accessible building in rural, less
 developed areas", Factsheet (2018) ⁶⁵³

- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Making the cinema accessible for all throughout Colombia”,⁶⁵⁴
 .Factsheet (2018)
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Easy language as a key to the exhibition experience”,⁶⁵⁵
 .Factsheet (2018)
- .Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: The fully accessible art museum”, Factsheet (2018)⁶⁵⁶
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: An art exhibition making art accessible in very different
 ways”, Factsheet (2018)⁶⁵⁷
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Collaboration among museums in the Balkans to develop
 accessibility”, Factsheet (2018)⁶⁵⁸
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Making footpaths accessible for leisure and daily use”,⁶⁵⁹
 .Factsheet (2018)
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Two-year inclusive tourism project for tourist sites”,⁶⁶⁰
 Factsheet (2018)
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: A community centre built on universal design principles”,⁶⁶¹
 .Factsheet (2018)
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Accessible equipment for children’s playgrounds”,⁶⁶²
 .Factsheet (2018)
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Replicating fully accessible and inclusive playgrounds
 throughout the country”, Factsheet (2018)⁶⁶³
- .United Nations, *Best Practices for Including Persons with Disabilities in All Aspects of Development Efforts* (2011)⁶⁶⁴
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Itinerary and walking maps for visitors with disabilities”,⁶⁶⁵
 .Factsheet (2018)
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Trip advisor-style accessibility mapping of venues, transport
 and festivals”, Factsheet (2018)⁶⁶⁶
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Mapping the accessibility of vacation properties and
 itineraries”, Factsheet (2018)⁶⁶⁷
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Accessibility assessments of urban areas using 114
 indicators”, Factsheet (2018)⁶⁶⁸
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: Rating the accessibility of في ألمانيا وبلجيكا وتركيا وهولندا.
 buildings using a well-known seal system”, Factsheet (2018)⁶⁶⁹
- Australia, Department of Social Services, *National Disability Strategy 2010-2020: An Initiative of the Council of
 Australian Governments* (Canberra, 2011)⁶⁷⁰
- .Nepal, *National Policy and Plan of Action on Disability 2006*⁶⁷¹
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Initial report submitted by Japan under
 article 35 of the Convention, due in 2016* (CRPD/C/JPN/1, 2017), para. 62⁶⁷²
- Julie Babinard and others, “Accessibility of urban transport for مبادرة السويد بشأن إتاحة الملاعب وملاعب المغامرات.
 people with disabilities and limited mobility: Lessons from East Asia and the Pacific”, Transport Notes, TRN-44
 (Washington, D.C., World Bank, 2012)⁶⁷³
- Zero Project, “Innovative policy 2018 on accessibility: On-demand accessible transportation in Chicago”,⁶⁷⁴
 .Factsheet (2018)
- Australia, Transport for New South Wales, *Transport Disability Incentives and Subsidies* (2017). Available at
[https://www.transport.nsw.gov.au/projects/programs/point-to-point-transport/transport-disability-incentives-and-
 subsidies](https://www.transport.nsw.gov.au/projects/programs/point-to-point-transport/transport-disability-incentives-and-subsidies)⁶⁷⁵
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Consideration of Reports Submitted by
 States Parties under article 35 of the Convention, Initial reports of States parties, Croatia* (CRPD/C/HRV/1, 2013),
 .para. 53(c)⁶⁷⁶

- Zero Project, "Innovative policy 2018 on accessibility: Teaching the clicking of tongue technique to navigate", ⁶⁷⁷
Factsheet (2018).
- Peter Roberts and Julie Babinard, *Transport Strategy to Improve Accessibility in Developing Countries* ⁶⁷⁸
(Washington, D.C., World Bank, 2004).
- Julie Babinard and others, "Accessibility of urban transport for people with disabilities and limited mobility: ⁶⁷⁹
Lessons from East Asia and the Pacific" ⁶⁸⁰
HelpAge International and Handicap International, *Hidden Victims of the Syrian Crisis: Disabled, Injured and* ⁶⁸⁰
Older Refugees (London, HelpAge International; Lyon, Handicap International, 2014).
- WHO, "Disaster risk management for health overview", *Disaster Risk Management for Health Fact Sheets* (May ⁶⁸¹
2011).
- Lisa Danquah and Aude Brus, *Representation and Evaluation of Disability in Haiti (Port-au-Prince, 2012)* (Lyon, ⁶⁸²
Handicap International; International Centre for Evidence in Disability, 2013).
- ⁶⁸³ قدمت لجنة الاتفاقية بعض الإرشادات بشأن المجالات ذات الأهمية والحلول القابلة للتطبيق عليها، يمكن الاطلاع على: الجمعية العامة، مجلس حقوق الإنسان، دراسة مواضيعية عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، بموجب المادة 11 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المتعلقة بحالات الخطر والطوارئ الإنسانية، الدورة الحادية والثلاثون (A/HRC/31/30, 2015).
- ⁶⁸⁴ الجمعية العامة، القرار 68/3، قرار اتخذته الجمعية العامة في 23 أيلول/سبتمبر 2013، الوثيقة الختامية لاجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً بما يعود بالنفع على الأشخاص ذوي الإعاقة: سبيل المضي قدماً – وضع خطة للتنمية تشمل المسائل المتصلة بالإعاقة حتى عام 2015. وما بعده، الدورة الثامنة والستون (A/RES/68/3).
- World Humanitarian Summit, *Charter on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action*, Istanbul 23- ⁶⁸⁵
24 May 2016.
- الأمم المتحدة، *اتفاقيات باريس*، 12 كانون الأول/ديسمبر 2015، اعتمد في إطار البند 4 (ب) من جدول الأعمال، مناهج ديربان للعمل ⁶⁸⁶
المعزز، مؤتمر الأطراف، الدورة الحادية والعشرون (FCCC/CP/2015/L.9/Rev.1).
- ⁶⁸⁷ الأمم المتحدة، *إطار سندي للحد من مخاطر الكوارث للفترة 2030-2015* (جنيف، 2015)، الفقرات 19 (د)، 19 (ز)، 36 (أ) (3).
- ⁶⁸⁸ الجمعية العامة، القرار 69/15، إجراءات العمل المعجل للدول الجزرية الصغيرة النامية (مسار ساموا)، الدورة التاسعة والستون (A/RES/69/15)، الفقرات 5 (ج)، 40.
- ⁶⁸⁹ الصيغة النهائية كما كانت عليه في 11 تموز/يوليو 2018، والتي ستخضع لعملية الاعتماد الرسمية في مؤتمر الأمم المتحدة لاعتماد الاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية في المغرب في 10 و11 كانون الأول/ديسمبر 2018. يمكن الاطلاع على: www.un.org/pga/72/wp-content/uploads/sites/51/2018/07/migration.pdf.
- ⁶⁹⁰ الجمعية العامة، القرار 71/1، إعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين، الدورة الحادية والسبعون، 19 أيلول/سبتمبر 2016 (A/RES/71/1)، الفقرة 23، والمرفق الأول للفقرة 5 (ه).
- ⁶⁹¹ Global Compact for Migration, *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration: Final Draft* (2018), para. 23.
- ⁶⁹² المرجع نفسه، الفقرة 31.
- ⁶⁹³ المرجع نفسه، الفقرة 36.
- ⁶⁹⁴ European Commission, *Action Plan on the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030: A Disaster* ⁶⁹⁵
risk-informed approach for all EU policies, Commission Staff Working Document (2016).
- ESCAP, *Incheon Strategy "Make the Right Real" for persons with disabilities in Asia and the Pacific* ⁶⁹⁵
(ST/ESCAP/2648, Bangkok, 2012).
- Pacific Islands Forum Secretariat, *The Pacific Framework for the Rights of Persons with Disabilities 2016-2025: A* ⁶⁹⁶
Regional Framework to Support National Government Actions on Inclusive Development for the Rights of Persons ⁶⁹⁷
with Disabilities (Fiji, 2018), p. 17.
- Action Plan 2018-2020 of the Asia Regional Plan for Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk* ⁶⁹⁷
Reduction 2015-2030 (Mongolia, Asian Ministerial Conference on Disaster Risk Reduction, 3-6 July 2018); *Asia* ⁶⁹⁸
Regional Plan for Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 (New Delhi, Asian ⁶⁹⁹
Ministerial Conference on Disaster Risk Reduction, 2-5 November 2016).

- Regional Action Plan for the Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030 in ⁶⁹⁸
 .the Americas (Montreal, Fifth Regional Platform for disaster Risk Reduction in the Americas, 7-9 March 2017)
- Programme of Action for the Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 in ⁶⁹⁹
 Africa (Mauritius, Sixth Session of Africa regional Platform and Fifth High-level Meeting on Disaster Risk Reduction,
 .22-25 November 2016)
- European Forum for Disaster Risk Reduction, “European Forum for Disaster Risk Reduction 2015-2020 Roadmap” ⁷⁰⁰
 .for the Implementation of the Sendai Framework” (2016)
- ⁷⁰¹ تحليل أجرته اليونيسف. أفاد أحد عشر بلداً بأنه لا يأخذ بالاعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة في الإجراءات الإنسانية والتأهب للكوارث.
 وترى هذه الدول أن خدماتها القائمة تتمتع بالقوة الكافية لالتقاط احتياجات جميع الناس، ولذا فهي لا تحتاج إلى تخطيط محدد لضمان
 شمول الأشخاص ذوي الإعاقة.
- UNISDR, *Living with Disability and Disasters: UNISDR 2013 Survey on living with Disabilities and Disasters – Key* ⁷⁰²
Findings (2014)
- Lori Peek and Laura Stough, “Children with disabilities in the context of disaster: A social vulnerability ⁷⁰³
 .perspective”, *Child Development*, vol. 81, No. 4 (2010)
- National Organization on Disability, *Report on Special Needs Assessment for Katrina Evacuees (SNAKE) Project* ⁷⁰⁴
 .(Washington, D.C. 2005)
- United Nations, “Report of the Panel discussion on Disaster resilience and disability: Ensuring equality and ⁷⁰⁵
 .inclusion” (New York, 2013)
- .ESCAP, *Overview of Natural Disasters and their Impacts in Asia and the Pacific 1970-2014*, (March 2015) ⁷⁰⁶
- Marieke Van Willigen and others, “Riding out the storm: Experiences of the physically disabled during hurricanes ⁷⁰⁷
 .Bonnie, Dennis, and Floyd”, *Natural Hazards Review*, vol. 3, No. 3 (August 2002)
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), *UNHCR Age, Gender and Diversity Accountability* ⁷⁰⁸
 .Report 2016 (Geneva, 2017)
- UNHCR Executive Committee of the High Commissioner’s Programme, “Conclusion on refugees with disabilities ⁷⁰⁹
 and other persons with disabilities protected and assisted by UNHCR”, 12 October 2010. Available at
[https://www.unhcr.org/excom/exconc/4cbeb1a99/conclusion-refugees-disabilities-other-persons-disabilities-protected-](https://www.unhcr.org/excom/exconc/4cbeb1a99/conclusion-refugees-disabilities-other-persons-disabilities-protected-assisted.html)
 .assisted.html ⁷¹⁰
- Michel D. laundry and others, “Humanitarian response following the Earthquake in Haiti: Reflections on ⁷¹⁰
 .unprecedented need for rehabilitation”, *World Health & Population*, vol. 12, No. 1 (2010)
- ⁷¹¹ كما أفاد باحثون من جامعة سيدني. يمكن الاطلاع على التقرير عن اللاجئين السوريين ذوي الإعاقة في
<http://blogs.usyd.edu.au/refugees-disabilities>
- HelpAge International and Handicap International, *Hidden Victims of the Syrian Crisis: Disabled, Injured and* ⁷¹²
Older Refugees (London, HelpAge International; Lyon, Handicap International, 2014), p. 19
- Refugee Law Project, *From the Frying Pan into the Fire: Psychosocial Challenges Faced by Vulnerable Refugee* ⁷¹³
Women and Girls in Kampala (Kampala, 2014)
- .UNHCR, *UNHCR Age, Gender and Diversity Accountability Report 2016* (Geneva, 2017) ⁷¹⁴
- ⁷¹⁵ الجمعية العامة، القرار 71/1، إعلان نيويورك من أجل اللاجئين والمهاجرين، الدورة الحادية والسبعون، 19 أيلول/سبتمبر 2016
 .(A/RES/71/1)
- ⁷¹⁶ الأمم المتحدة، مؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الدورة الثامنة، نيويورك، 9-11 حزيران/يونيو
 2015، التصدي لما يعانيه الأشخاص ذوو الإعاقة من ضعف وإقصاء: حالة النساء والفتيات، وحق الأطفال في الحصول على التعليم،
 والكوارث والأزمات الإنسانية (CRPD/CSP/2015/4).
- .Uganda, *The National Policy for Disaster Preparedness and Management* (2010), art. 4.13 ⁷¹⁷
- .Lebanon and United Nations, *Lebanon Crisis Response Plan 2017-2020* (2017) ⁷¹⁸
- Haiti, Republique d’Haiti, «Corp législatif, loi portant Sur L’Integration des personnes handicapees», *Journal* ⁷¹⁹
 .Officiel, 167ème Année, No. 79, (2012), chap. 12, art. 72

- 720 البرتغال، الاطلاع على الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، النظر في التقارير المقدمة من الدول الأطراف بموجب المادة 35 من الاتفاقية: التقارير الأولية للدول الأطراف التي يحل موعد تقديمها في عام 2011، البرتغال، تاريخ الاستلام 8 آب/أغسطس 2012 (CRPD/C/PRT/1، 2014)، الفقرة 69.
- 721 كينيا، الاطلاع على Kenya National Commission on Human Rights, *Compendium on Submissions to CRPD 2016* (Nairobi, 2016), p. 24, paras. 120, 121.
- 722 المرجع نفسه، ص. 24، الفقرة 118.
- 723 Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: Inclusive evacuation strategies following a tsunami, earthquake, or volcano eruption", Factsheet (2018).
- 724 بنغلاديش، الاطلاع على Centre for Disability in Development, Actions of Centre for Disability in Development (CDD). Available at www.cdd.org.bd/helpline/wp-content/uploads/2018/05/sdg.pdf.
- 725 Christian Blind Mission (cbm), "2010 Haiti earthquake: Interview with our accessibility expert in Haiti", 9 January 2015. Available at www.cbm.org/Interview-with-our-accessibility-expert-in-Haiti-478621.php.
- 726 CRPD/C/PRT/1، الفقرة 67.
- 727 كينيا، الاطلاع على مفوضية اللاجئين من النساء، "العمل على تحسين مستقبلنا": تضمين النساء والفتيات المعاقات في مجال العمل الإنساني (2016).
- 728 United Nations Children's Fund, UNICEF Humanitarian Action: Current practice, key challenges and opportunities, (UNICEF/2017/EB/13/Rev.1, August 2017), para. 56. www.unicef.org/about/execboard/files/2017-EB13-Humanitarian_Action-2017.08.21-EN-Rev1.pdf.
- 729 Zero Project, "Innovative practice 2018 on Accessibility: Inclusive post-earthquake reconstruction", Factsheet (2018).
- 730 أوغندا، الاطلاع على Women's Refugee Commission and the National Union of Women with Disabilities in Uganda, "Bridging the gap between development and humanitarian action: The role of local women's organizations - case study". World Humanitarian Summit, Istanbul, 23-24 May 2016.
- 731 UNHCR, *UNHCR Age, Gender and Diversity Accountability Report 2016* (Geneva, 2017), pp. 20-22.
- 732 UNHCR, *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement* (Geneva, 2019).
- 733 UNRWA, *Disability Inclusion Guidelines* (Amman, 2017).
- 734 UNICEF, *Including Children with Disabilities in Humanitarian Action* (New York, 2017).
- 735 منظمة الصحة العالمية، مذكرة توجيهية حول الإعاقة وإدارة المخاطر الصحية في حالات الطوارئ (جنيف، 2014).
- 736 الوصول إلى العدالة مبدأ أساسي من مبادئ سيادة القانون. وفي غياب الوصول إلى العدالة، لا يتمكن الناس من إسماع أصواتهم، ولا من ممارسة حقوقهم، ولا من تحدي التمييز وولا من إخضاع صانعي القرار للمساءلة. يمكن الرجوع إلى United Nations and the Rule of Law, "Access to Justice". Available at www.un.org/ruleoflaw/thematic-areas/access-to-justice-and-rule-of-law-institutions/access-to-justice (اطَّلَع عليه في 14 آب/أغسطس 2018).
- 737 WHO, "Health statistics and information systems: Disease burden and mortality estimates, cause-specific mortality, 2000-2016" (2016). Available at www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en.
- 738 Karen Hughes and others, "Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies", *Lancet* (2012), p. 3.
- 739 إعلان ومنهاج عمل بيجين (1995).
- 740 يقتضي بروتوكول باليرمو (2000) أن تعتمد الدول الأطراف ما قد يلزم من تدابير تشريعية وتدابير أخرى لتجريم الاتجار بالأشخاص عندما يُرتكب عمداً (المادة 5)؛ وضمان أن يتضمن نظامها القانوني أو الإداري الداخلي تدابير توفر لضحايا الاتجار بالأشخاص معلومات عن الإجراءات القضائية والإدارية والمساعدات لتمكينهم من عرض آرائهم وشواغلهم وأخذها بالاعتبار في الإجراءات الجنائية ضد الجناة (المادة 6)؛ بالإضافة إلى اعتماد تدابير تشريعية أو تدابير أخرى من أجل صد الطلب الذي يحفز جميع أشكال استغلال الأشخاص، وبخاصة النساء والأطفال، التي تفضي إلى الاتجار (المادة 9). متاح على الموقع: www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtocolTraffickinginPersons.aspx.
- 741 الأمم المتحدة، نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية، مؤتمر الأمم المتحدة الدبلوماسي للمفوضين المعني بإنشاء محكمة جنائية دولية، روما، 15 حزيران/يونيو - 17 تموز/أيلول 1998 (A/CONF.183/9).

- .Uganda Demographic and Health Survey 2016⁷⁴²
 WHO, "Violence against adults and children with disabilities" (2018). Available at⁷⁴³
<https://www.who.int/disabilities/violence/en> (accessed on 14 October 2018)
 الليانا تمن إيرلندا وإيطاليا ولكسمبرغ وأيسلندا وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة هي من عام 2015، والجبل الأسود من عام
 2013 وتركيا من عام 2007.⁷⁴⁴
 Monika Chappell, "Violence against women with disabilities: A research overview of the last decade", A WARE:⁷⁴⁵
 .The Newsletter of the BC Institute Against Family Violence (2003), vol. 10, No. 1
 J. Hightower and G. Smith, "Aging, disabilities, and abuse", AWARE: The Newsletter of the BC Institute Against⁷⁴⁶
 Family Violence (2003), vol. 10, No. 1
 Douglas Brownridge, "Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk and explanations",⁷⁴⁷
 Violence Against Women, vol. 12, No. 9
 European Union Agency for Fundamental Rights, Violence Against Women: an EU-wide Survey (Vienna, 2014),⁷⁴⁸
 p. 186
 Margaret A. Nosek, Carol A. Howland and Mary Ellen Young, "Abuse of women with disabilities: Policy⁷⁴⁹
 implications", Journal of Disability Policy Studies (1997), vol. 8, No. 1-2
 UNICEF, The State of World's Children: Children with Disabilities (New York, 2013)⁷⁵⁰
 المرجع نفسه.⁷⁵¹
 SOS Children's Villages International and University of Bedfordshire, From a Whisper to a Shout: A call to End⁷⁵²
 Violence Against Children in Alternative Care (Innsbruck, Austria; Luton, UK, 2014)
 UNICEF and University of Wisconsin, Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the⁷⁵³
 Multiple Indicator Cluster Surveys (New York, 2008)
 European Commission, Study on High-Risk Group for Trafficking in Human Beings (2015), p. 11⁷⁵⁴
 UNICEF, "Children and young people with disabilities", Fact Sheet (May 2013). Available at⁷⁵⁵
[https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5_Web_REVISED\(1\).pdf](https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5_Web_REVISED(1).pdf)
 Diane Nelson Bryen and Juan Bornman, eds., Stop Violence Against People with Disabilities: An International⁷⁵⁶
 Resource. (Pretoria, Pretoria University Law Press, 2014)
 استراليا، يرجى الاطلاع على المرجع نفسه، الفصل الرابع، ص99.⁷⁵⁷
 المرجع نفسه، الفصل الثاني، ص. 27.⁷⁵⁸
 CRPD/C/JPN/1, para. 66.⁷⁵⁹
 Vera Institute of Justice's Center on Victimization and Safety, "National training to end violence against people⁷⁶⁰
 with disabilities" (2018). Available at www.endabusepwd.org/projects/bridging-the-gap-training-academy
 الأهلية القانونية هي الأهلية التي يسلم بها القانون لكيان بأن يدخل، باسمه الخاص، في عقود ملزمة وبأن يقاضي الآخرين أو يتعرض
 للمقاضاة منهم.⁷⁶¹
 مثل الوصاية.⁷⁶²
 CRPD/C/GC/1.⁷⁶³
 وقد صدقت ثلاث من هذه الدول الأربع على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أو انضمت إليها.⁷⁶⁴
 أو الانضمام. للانضمام نفس الأثر القانوني للتصديق.⁷⁶⁵
 United Nations, Treaty Series, vol. 2515, Declarations and reservations to the Convention on the Rights of⁷⁶⁶
 Persons with Disabilities. Available at [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=en)
 15&chapter=4&clang=en
 Unicef, UNICEF Annual Report 2014: Zimbabwe (2014)⁷⁶⁷
 Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: Access to justice in Israel for people with complex⁷⁶⁸
 communication difficulties", Factsheet (2018)
 Zero Project, "Innovative practice 2018 on accessibility: Court verdicts and summonses in easy language",⁷⁶⁹
 Factsheet (2018)

- European Commission for the Efficiency of Justice, "European judicial systems – Efficiency and quality of justice", ⁷⁷⁰
CEPEJ Studies, No. 23 (2016), p. 60. Available at
www.coe.int/t/dghl/cooperation/cepej/evaluation/2016/publication/CEPEJ%20Study%2023%20report%20EN%20web.pdf.
- على سبيل المثال، يمكن الرجوع إلى Fundación Microjusticia في الأرجنتين. ⁷⁷¹
- Nandini Devi, Jerome Bickenbach and Gerold Stucki, "Moving towards substituted or supported decision-making?" ⁷⁷²
Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities", *Alter*, vol. 5, No. 4 (October–December 2011).
- الجمعية العامة، الطريـق قـالى العيش بكرامة بحلول عام 2030: القضاء على الفقر وتغيير حياة الجميع وحماية كوكب الأرض – تقرير ⁷⁷³
تجميعي مقدم من الأمين العام بشأن خطة التنمية المستدامة لما بعد عام 2015 (A/69/700, 2014)، الفقرة 77.
- DESA, *United Nations E-Government Survey 2012: E-Government for the People* (New York, 2012) ⁷⁷⁴
(ST/ESA/PAS/SER.E/150).
- بيانات مقدمة من الاتحاد الدولي لرابطة تومؤسسات المكتبات. ⁷⁷⁵
- OECD Data, "Public spending on incapacity". Available at [https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-](https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm) ⁷⁷⁶
[incapacity.htm](https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm) (accessed on 21 September 2018).
- Development Pathways, Disability Benefits database. Available at ⁷⁷⁷
<http://www.developmentpathways.co.uk/publications/#disability-database> (accessed on 24 September 2018).
- يستند تحليل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة إلى المعلومات الواردة في الموقع الإلكتروني للوصول إلى ⁷⁷⁸
الانتخابات، الذي تديره المؤسسة الدولية للنظم الانتخابية، وهو متاح على الموقع الإلكتروني التالي:
<http://www.electionaccess.org/en/resources/countries> (اطلع عليه في 19 حزيران/يونيو 2018).
- United States, Government Accountability Office, *Statement Before the National Council on Disability: Voters with* ⁷⁷⁹
Disabilities Challenges to Voting Accessibility (Washington, D.C., 2013).
- Lisa Schur, Mason Ameri and Meera Adya, "Disability, voter turnout, and polling place accessibility", *Social* ⁷⁸⁰
Science Quarterly, vol. 98 (2017).
- البيانات التي جمعتها منظمة العمل الدولية وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة. ⁷⁸¹
- تشمل الأمثلة: أوغندا، أيرلندا، أيسلندا، بلغاريا، بنما، تشاد، تونس، جمهورية الكونغو الديمقراطية، دومينيكا، سلوفاكيا، الصومال، ⁷⁸²
السويد، فنلندا، كرواتيا، كندا، كوستاريكا، ليبيا، ماليزيا، موريتانيا، النمسا، نيكاراغوا، هندوراس. Election Access.
www.electionaccess.org/en (اطلع عليه في 10 تموز/يوليو 2018).
- Uganda Legal Information Institute, *Local Governments Act 1997*, chapter 243 (1997). Available at ⁷⁸³
<https://ulii.org/ug/legislation/consolidated-act/243>.
- Zero Project, "Innovative Policy 2015 on Political participation: Uganda's reserved elected seats for persons with ⁷⁸⁴
disabilities" (2015). Available at <https://zeroproject.org/policy/uganda-2>.
- DESA, *Toolkit on Disability for Africa: Participation in Political and Public Life* (New York, 2016), p. 12 ⁷⁸⁵
- Claire Cody, *Count Every Child: The Right to Birth Registration* (United Kingdom, Plan Ltd., 2009) ⁷⁸⁶
- الفرق في رذيلة إحصائية عند مستوى 5 في المائة. ⁷⁸⁷
- GSMA Mobile Identity Team, *Mobile Birth Registration in Sub-Saharan Africa: A Case Study of Orange Senegal* ⁷⁸⁸
and Uganda Telecom Solutions (2013).
- General Assembly, resolution 217(III), Universal Declaration of Human Rights (A/RES/217(III)), 10 December ⁷⁸⁹
1948).
- Marrakesh Treaty to Facilitate Access to Published Works for Persons Who Are Blind, Visually Impaired or ⁷⁹⁰
Otherwise Print Disabled, 27 June 2013, TRT/MARRAKESH/001. Available at
www.wipo.int/wipolex/en/treaties/text.jsp?file_id=301019
- David Banisar, *Freedom of Information and Access to Government Records Around the World* (2002). Available ⁷⁹¹
at www1.worldbank.org/publicsector/learningprogram/Judicial/AccessInfoLaw%20Survey.rtf.
- UNESCO, About Freedom of Information (FOI). Available at [www.unesco.org/new/en/communication-and-](http://www.unesco.org/new/en/communication-and-information/freedom-of-expression/freedom-of-information/about) ⁷⁹²
[information/freedom-of-expression/freedom-of-information/about](http://www.unesco.org/new/en/communication-and-information/freedom-of-expression/freedom-of-information/about)

- 793 Antigua and Barbuda's Freedom of Information Act, 2004, considers persons with disabilities (article 17(3)). Available at <http://laws.gov.ag/acts/2004/a2004-19.pdf>.
- 794 لدى كولومبيا قانون يستهدف، تحديداً، حصول الأشخاص المكفوفين أو الذين لديهم صعوبة في النظر على المعلومات، وهو القانون رقم 1680 المؤرخ 20 تشرين الثاني/نوفمبر 2013، المتعلق بضمانات الحصول على المعلومات والاتصالات والمعارف وتكنولوجيا المعلومات وتواصلات للأشخاص المكفوفين أو ذوي الرؤية المتدنية، والقانون زمناً على الموقع: www.wipo.int/wipolex/en/details.jsp?id=14792.
- 795 الأمم المتحدة إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية، الأمم المتحدة دراسة الحكومة الإلكترونية 2018: تجهيز الحكومة الإلكترونية لدعم التحول نحو مجتمعات مرنة ومستدامة (نيويورك، 2018) (ST/ESA/PAD/SER.E/212).
- 796 يقصد بمصطلح الحكومة الإلكترونية: "استخدام تكنولوجيا المعلومات وتواصلات لتقديم الخدمات الحكومية إلى المواطنين والشركات على نحو أكثر فعالية وكفاءة". الاطلاع على: <https://publicadministration.un.org/egovkb/en-us/About/UNeGovDD-Framework#whatis>.
- 797 Austria, Federal Ministry for Digital and Economic Affairs, Federal Act on Provisions Facilitating Electronic Communications with Public Bodies (E-Government Act – E-GovG), Part I.1(3), Vienna (2017). Available at www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Erv&Dokumentnummer=ERV_2004_1_10.
- 798 United Nations Public Service Awards Case Studies, "Creation of a unified system for managing the entire process of implementation of the state policy Bulgaria". Available at <https://publicadministration.un.org/en/Research/Case-Studies/unpsacases/ct/NominationProfilev2014/mid/1170/id/3153>.
- 799 الجمعية العامة، القرار 61/106، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الدورة الحادية والستون (2007) (A/RES/61/601).
- 800 الجمعية العامة، القرار 70/1، تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030 (A/RES/70/1).
- 801 A/RES/69/15، الفقرة 114 (ج).
- 802 WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF* (Geneva, 2001).
- 803 Fifty-Fourth World Health Assembly, "International classification of functioning, disability and health", Resolution WHA54.21 (2001). Available at http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1.
- 804 DESA, *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision* (2007) (ST/ESA/STAT/SER.M/67/Rev.2).
- 805 United Nations Economic and Social Council, *Report on the forty-sixth session* (New York, 3-6 March 2015) (E/2015/24-E/CN.3/2015/40).
- 806 WHO, "Model Disability Survey (MDS)", Disability and rehabilitation data (2017). Available at www.who.int/disabilities/data/mds/en.
- 807 يمكن الاطلاع على: <https://unstats.un.org/unsd/disability/Seminar%202001.html>.
- 808 يمكن الاطلاع على: <https://unstats.un.org/unsd/statcom>.
- 809 للاطلاع على معلومات مفصلة عن فريق واشنطن، وعن المسوحات المنطقية لأدوات الفريق وتطويرها واختبارها واستخدامها، يمكن الرجوع إلى موقع: www.washingtongroup-disability.com، الذي يحتوي على سلسلة من الوثائق والمدونات، وكذلك على الأسئلة التي يتكرر طرحها لمساعدة جامعي البيانات تعتمد اعتماد مجموعات الأسئلة واستخدامها.
- 810 يمكن الاطلاع على <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions>.
- 811 Washington Group on Disability Statistics, "Child Functioning, A new Way to Measure Child Functioning" (2016). Available at <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/child-disability>.
- 812 *مجالات للأطفال الذي تتراوح أعمارهم بين 2-4 سنوات. جميع المجالات باستثناء اللعب والأداء الوظيفي للقسم العلوي للأطفال الذي تتراوح أعمارهم بين 5-17 سنة.
- 813 تشمل جولة تعدادات 2010 كافة التعدادات التي أجريت من عام 2005 إلى عام 2014.
- 814 معلومات من ر. شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة للتنفيذ الوطني لجولة تعدادات 2010، كما وردت في تشرين الأول/أكتوبر 2017.
- 815 الاستعراض أجرته شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة من خلال الاجتماعات الإقليمية.

- ⁸¹⁶ معلومات جمعت من العروض الوطنية في الاجتماعات الإقليمية ودون الإقليمية حول إحصاءات وقياس الإعاقة في سياق البرنامج العالمي لتعداد السكان والمساكن لعام 2020 وخطة التنمية المستدامة لعام 2030، الذي نظّمته شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة ولجان الأمم المتحدة الإقليمية ومنظمات دون إقليمية أخرى.
- ⁸¹⁷ آسيا (جنوب وجنوب شرق)، ومنطقة البحر الكاريبي، وأفريقيا، والبلدان الناطقة باللغة العربية، وآسيا الوسطى ودول غرب البلقان، وأمريكا اللاتينية، يمكن الاطلاع على <https://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab4.htm>.
- ⁸¹⁸ برنامج المسوح الديمغرافية والصحية (2015)، متاح على <https://www.dhsprogram.com/publications/publication-DHSQM-DHS-Questionnaires-and-Manuals.cfm>.
- ⁸¹⁹ وحدة الإعاقة (بالإنكليزية والفرنسية) ودليل المقابلات (بالإنكليزية) متاح على موقع برنامج المسوح الديمغرافية والصحية الإلكتروني: <https://www.dhsprogram.com/Publications/Publication-Search.cfm?type=35>.
- ⁸²⁰ DESA, Statistics Division, *Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics* (New York, 2001) (ST/ESA/STAT/SER.Y/10).
- ⁸²¹ <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/sconcerns/disability/statistics/#/home>.
- ⁸²² على سبيل المثال، شراكة الأمم المتحدة لتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي جهد تعاوني يجمع بين كيانات الأمم المتحدة والحكومات ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة والمجتمع المدني الأوسع من أجل تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حول العالم تمشياً مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.