الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة

في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية

الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية
والتدريب للدول الإسلامية

© مايو 2023 | مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara –Türkiye

الهاتف +90–312–468 6172
الموقع الإلكتروني www.sesric.org
البريد الإلكتروني pubs@sesric.org

تخضع المادة المقدمة في هذا المنشور لقانون حقوق الطبع والنشر. يعطي المؤلفون الإذن بعرض أو نسخ أو تحميل أو طباعة المواد المعروضة على ألا يتم إعادة استخدامها لأغراض تجارية، في أي ظرف كان. للحصول على الإذن لإعادة إنتاج أو طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال طلب يشمل جميع المعلومات لدائرة النشر بسيسرك.

توجه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه.

ردمك: 978-625-7162-29-6

تصميم الغلاف: دائرة النشر، سيسرك.

لمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع دائرة الأبحاث عبر البريد الإلكتروني research@sesric.org

المحتويات

المحتويات i
المختصرات iii
توطئة v
ملخص 1
1. مقدمة 6
2. وضع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة 10
1.2. التعليم 13
2.2. الصحة 16
3.2. الإدماج الاقتصادي 21
4.2. الحوكمة 25
5.2. تمكين بيئة داعمة 32
6.2. الثقافة والدين 36
3. أبرز التحديات والقضايا 40
1.3. التحديات الاجتماعية والاقتصادية 41
2.3. التحديات المتعلقة بالصحة والرفاهية 46
3.3. التحديات المتعلقة بالثقافة والقيم 48
4. تصور جديد في المقاربات المتعلقة بالسياسات وفعاليتها 51
1.4. التنوع والشمولية 52
2.4. المنظور الجنساني 53
3.4. النهج الشامل لدورة الحياة 55
4.4. الكرامة الإنسانية 57
5.4. التعاون متعدد القطاعات 58
5. توصيات متعلقة بالسياسات 60
الملحقات 67
المراجع 75

المختصرات

ASEAN	رابطة أمم جنوب شرق آسيا
COMCEC	لجنة منظمة التعاون الإسلامي الدائمة للتعاون الاقتصادي والتجاري
COVID-19	مرض فيروس كورونا المستجد في 2019
CSOs	منظمات المجتمع المدني
ECA	أوروبا وآسيا الوسطى
ESALA	شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية
GDP	الناتج المحلي الإجمالي
IDPs	الأشخاص النازحون داخليا
ILO	منظمة العمل الدولية
IPU	الاتحاد البرلماني الدولي
IsDB	البنك الإسلامي للتنمية
LEB	متوسط العمر المتوقع عند الولادة
LFPR	معدل المشاركة في القوى العاملة
MDGs	الأهداف الإنمائية للألفية
MENA	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
MNCAH	صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين
MYR	رينغيت ماليزي
NSO	مكاتب الإحصاء الوطنية
OECD	منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي
OIC	منظمة التعاون الإسلامي
SDGs	أهداف التنمية المستدامة
SESRIC	مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية
SME	لمشاريع الصغيرة والمتوسطة الحجم
SNSAR	الاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي والقدرة على الصمود
SSA	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

UN	الأمم المتحدة
UN DESA	إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة
UNDP	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
UNICEF	منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)
WB	البنك الدولي
WHO	منظمة الصحة العالمية
YLD	السنوات الضائعة بسبب العجز

توطئة

عرف مفهوم الإعاقة تطورا مهما على مر الزمان، فبات يشمل جوانب اجتماعية وأخرى طبية. ويعاني في الوقت الحاضر ما يقرب من 1.3 مليار شخص في العالم من شكل من أشكال الإعاقة، وتقدر نسبتهم بما يناهز 80% في البلدان النامية، بما في ذلك البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

والإسلام يشدد على مفاهيم العدل والرحمة والكرامة الإنسانية، ويؤكد على المساواة بين جميع البشر في القيمة والحقوق الطبيعية لجميع الأفراد بغض النظر عن قدراتهم، ويدعو للقضاء على العراقيل التي تحول دون مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع. ومن هذا المنطلق، يروم هذا التقرير الإسهام في الجهود التي تبذلها بلدان منظمة التعاون الإسلامي لبناء مجتمعات شاملة للجميع تولي عناية خاصة لرفاهية وتمكين الأفراد ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، والنهوض بمستوى مشاركتهم الاجتماعية والاقتصادية، والاستفادة من الإمكانات التي يتمتعون بها لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية لبلدانهم.

يستعرض إصدار 2023 من تقرير **"الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي"** الوضع الراهن للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، ويتطرق لأبرز التحديات والقضايا التي تواجهها هذه الفئة في بلدان المنظمة. ويخلص التقرير إلى أن انتشار الإعاقة في بلدان المنظمة وأجزاء أخرى من العالم مرده في المقام الأول شيخوخة السكان، واستفحال الأمراض غير المعدية، وتزايد حالات النزاعات والكوارث الطبيعية. ففي عام 2019، بلغ متوسط السنوات الضائعة بسبب العجز في بلدان المنظمة 9272 عاما من الحياة بصحة جيدة لكل مائة ألف شخص، وهذا ما يعني زيادة بنسبة 3.9% منذ عام 2000، وتستأثر الأمراض غير المعدية بالتسبب بمعظم حالات الإعاقة (76%).

وبتسليط التقرير الضوء على أهمية تبني مقاربة شاملة وجامعة، يثمن في الوقت ذاته الجهود التي تبذلها العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في سبيل معالجة التحديات التي تواجهها فئة الأشخاص ذوي الإعاقة. ويسجل التقرير أن معظم بلدان المنظمة قد حققت تقدما جديرا بالثناء من حيث تطوير القوانين واللوائح المعنية بحماية وتعزيز حقوق الاشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. لذلك يلاحظ تسجيل زيادة كبيرة على صعيد بلدان المنظمة في السياسات والبرامج المتضمنة لقضايا الإعاقة، ومن ذلك خطط نظام الحصص في المؤسسات التعليمية، وتقديم خدمات طبية وإعادة تأهيل مجانية، وتوفير التمويل لأصحاب المشاريع من ذوي الإعاقة، وتحسين إمكانية الوصول المادي إلى المؤسسات العامة، وحظر التمييز على أساس الإعاقة.

وبالموازاة مع الجهود الوطنية، طورت بلدان منظمة التعاون الإسلامي في 2019 مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة. وستكون خطة العمل هذه، بمجرد اعتمادها، وثيقة مرجعية يسترشد بها المسؤولون في علاقات التعاون فيما بين بلدان المنظمة لتعزيز مستوى رفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة في جميع البلدان الأعضاء.

يحدوني الأمل في أن يجسد هذا التقرير مصدرا قيما لصانعي السياسات في البلدان الأعضاء في المنظمة، وأن يكون أداة داعمة لهم في تصميم سياسات وبرامج شاملة تلبي كافة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة

والاحتياجات الخاصة. فمن خلال تعزيز بيئة تشجع على تكافؤ الفرص، يمكن للبلدان الأعضاء في المنظمة إطلاق العنان للإمكانات الهائلة التي يتمتع بها الأشخاص ذو; الإعاقة والاحتياجات الخاصة وإتاحة الفرصة أمامهم للمساهمة في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتعزيز رفاهية مجتمعاتهم.

زهراء زمرد سلجوق
المديرة العامة
سيسرك

ملخص

يتناول هذا التقرير وضع الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بهدف النهوض بمستوى رفاهيتهم ومشاركتهم الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع وتعزيز مساهماتهم في سبيل تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية في بلدان المنظمة. ويناقش التقرير أبرز التحديات والقضايا التي تواجهها هذه الفئة من المجتمع في بلدان المنظمة، ويسترعي انتباه صناع السياسات لتغيير النهج التي يعتمدونها بخصوص الإعاقة، وذلك تماشيا مع مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة. ويعرض التقرير في الختام مجموعة من التوصيات المتعلقة بالسياسات التي من شأن صانعي السياسات أن يسترشدوا بها في بلدان المنظمة في عملية صياغة سياسات وبرامج خاصة بالإعاقة لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدانهم.

وضع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في جميع قطاعات المجتمع مجموعة من التحديات والعوائق التي تحد من فرص مشاركتهم في المجتمع وتجعلهم ضحية للإقصاء الاجتماعي والاقتصادي. ولاستبعاد هذه الفئة من المجتمع آثار سلبية على مستوى رفاهيهم، ويؤدي ذلك أيضا إلى عدم تمتعهم بمزايا اجتماعية واقتصادية كبيرة. لهذا يعد استيعاب وضع الأشخاص ذوي الإعاقة من الأمور الضرورية لتحديد مجالات الاهتمام والقضايا التي تستلزم تدخلا عاجلا وتصميم سياسات فعالة بشأنها لتحقيق التنمية المستدامة.

وكانت الأمراض غير المعدية (76%) والأمراض المعدية (17.7%) السبب المباشر في معظم حالات الإعاقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في 2019. ففي هذه البلدان، زاد عبء الإعاقات بسبب الأمراض والإصابات المعبر عنها بالسنوات الضائعة بسبب العجز (YLDs) لكل مائة ألف نسمة من 8,920 حالة في 2000 إلى 9,272 في 2019، وهذا ما يمثل زيادة نسبية تقدر بنسبة 3.9%. وفي 2019، بلغ معدل السنوات الضائعة بسبب العجز لكل مائة ألف نسمة في بلدان المنظمة 9,272 حالة، وهذا ما يعني أن كل فرد في هذه البلدان فقد ما متوسطه 0.09 سنة من الحياة بصحة جيدة بسبب الإعاقة في نفس العام. لكن الأرقام تشير لوجود أوجه تفاوت صارخة بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي من حيث السنوات الضائعة بسبب العجز.

وفي مجال التعليم، يحظى الأشخاص ذوو الإعاقة بحصص متدنية من حيث متابعة وإكمال الدراسة مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. كما أن هناك عوائق تحول دون وصولهم لمؤسسات الرعاية الصحية وأماكن العمل في عدد من بلدان المنظمة. ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة في سوق العمل معدلات بطالة أكبر ويتلقون أجورا زهيدة مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة. والقوانين والأنظمة وهياكل الحوكمة في العديد من بلدان المنظمة لا ترقى للمستوى المطلوب لتوفير الحماية للأشخاص ذوي الإعاقة من الفقر والعنف. وعدم كفاءة أنظمة الحماية الاجتماعية والضمان الاجتماعي،

وضعف المعرفة بشأن الإعاقة، وما يرتبط بالإعاقة من وصمات اجتماعية كلها من بين بعض أبرز الأسباب التي تجعل الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون صعوبات اجتماعية واقتصادية. وبالإضافة إلى ذلك، تساهم بصورة بارزة بعض القيم الثقافية وسوء تفسير التعاليم الدينية في عدد من بلدان المنظمة في تشكيل التصورات العامة بخصوص الأشخاص ذوي الإعاقة وترسخ وصمة العار المرتبطة بهم وأوجه التحيز في حقهم.

وللتصدي للتحديات متعددة الأبعاد والمتداخلة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، تبذل العديد من بلدان المنظمة جهودا محترمة، ويشمل ذلك تصميم سياسات وبرامج وسن تشريعات وتنفيذ نظام الحصص في قطاع العمل. وقد أسفرت معظم هذه السياسات والتدابير عن نتائج مرضية تتجلى في تحسين المستويات المعيشية للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال خلق فرص عمل ملائمة لهم وتعزيز إمكانية وصولهم إلى السلع والخدمات الأساسية.

ومع كل هذا، لا يزال الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة خارج نطاق أجندة السياسات العامة في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وللتوصل لحل لهذه الإشكالية، يتعين على بلدان المنظمة الاسترشاد بمسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة للتغلب على مختلف التحديات التي تعيشها هذه الفئة في حياتهم الاجتماعية والاقتصادية وتعزيز مستوى مشاركتهم في تنمية مجتمعاتهم.

أبرز التحديات والقضايا

ثمة عدد من التحديات التي تعيق إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية ومشاركتهم فيها، ومن أبرزها محدودية الوصول إلى خدمات التعليم وعدم كفاية برامج الحماية الاجتماعية المصممة خصيصا لهذه الفئة. ففي قطاع التعليم، يواجه الطلاب ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة تحديات متعلقة بالتدني الملحوظ في عدد المدارس المزودة بالولوجيات لمختلف مرافقها، وتكنولوجيات التعلم المساعدة، وعدد المدرسين المؤهلين تأهيلا جيدا في مجال تعليم الطلاب ذوي الإعاقة، والمناهج الملائمة لهذه الفئة من الطلاب. وتنتج العوائق التي تحول دون الاستفادة التامة للطلاب ذوي الإعاقة من التعليم من مجموعة من الظروف، منها ما له صلة بالأسر المعيشية (القيود المالية أو المواقف السلبية للوالدين بخصوص إعاقة أطفالهم) وأخرى تتعلق بالبنية التحتية (المسافة إلى أقرب مدرسة وتوفر وسائل النقل).

وفي قطاع العمالة الرسمية، تواجه فئة عريضة من الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة معيقات متعددة تحول دون حصولهم على فرص عمل لائقة، ومن ذلك تدني مستواهم التعليمي وضعف مهاراتهم وتمتعهم بقدرات لا تواكب العصر أو لا تتوافق ومتطلبات سوق العمل، فضلا عن بعض الممارسات التمييزية في التوظيف، والتمييز (المباشر وغير المباشر) الصادر عن بعض أرباب العمل في مكان العمل، وعدم إمكانية الوصول المادي إلى مكان العمل، ونقص التقنيات المساعدة الملائمة وأماكن الإقامة في مكان العمل، ونقص

الدعم في إيجاد فرص للعمل، وصعوبة الولوج لوسائل النقل. ونتيجة لذلك، يلجأ الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة للعمل في القطاع غير الرسمي أو يسعون لتحقيق ذواتهم من خلال العمل الحر.

وعندما يتعذر على الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة الانخراط في القوى العاملة وكسب دخل محدد، غالبا ما يكونون هم وأسرهم المعيشية "عرضة للفقر متعدد الأبعاد، ويظلون يتخبطون في مستنقع الفقر لفترة طويلة، وقد يعانون من مستويات فقر شديدة" مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة. وحين يتعلق الأمر بالاستفادة من برامج الحماية الاجتماعية، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة يواجهون مجموعة من التحديات، ومن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، ضعف مستوى التغطية التي تشملهم في إطار مختلف برامج الحماية الاجتماعية، ونقص البرامج المخصصة لهم، ونقص المعلومات والوعي بشأن برامج الحماية الاجتماعية وإجراءات تطبيقها، وعمليات يشوبها الغموض وعدم الوضوح في تقييم شؤون الإعاقة.

ومن الناحية الاجتماعية، يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة من التهميش بسبب تحديات تتمثل بعضها في عدم إمكانية الاستفادة من وسائل النقل، ونقص المبادرات المجتمعية المصممة بعناية، وعدم إمكانية الوصول إلى الفضاءات العامة مثل الصالات الرياضية والمطاعم والمتنزهات... إلخ. كما أن نقص تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة في وسائل الإعلام يحجبهم وقضاياهم عن العامة من الناس، ويحد من مشاركتهم في عمليات صنع القرار، ويعزز المعلومات والمفاهيم المغلوطة بشأن الإعاقة في المجتمع، ويعيق وصولهم للمرافق والخدمات العامة مثل المعلومات العامة والخدمات القانونية والعدالة... إلخ. وحين يتعلق الأمر بالمشاركة في العمليات السياسية، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة معيقات إدارية وقانونية (قيود متعلقة بالأهلية القانونية) أو متعلقة بعدم القدرة على الانخراط في العمليات السياسية والانتخابات (معيقات مادية ولغوية وأخرى متعلقة بالمعلومات والبنية التحتية)، أو نقص التمويل للمرشحين السياسيين من هذه الفئة.

وفي مجال الصحة، يعد تدني مستوى توفر الخدمات الصحية الجيدة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من أبرز العوائق التي تحول دون تمتعهم بما يكفي من الرعاية الصحية، لا سيما في المناطق الريفية والنائية. ويتعلق الأمر بالخصوص بالخدمات ذات الصلة بالإعاقات العقلية والفكرية والنفسية الاجتماعية. كما يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة من تحديات مرتبطة بالولوج إلى مرافق الرعاية الصحية بسبب العوائق المادية، ومن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، العجز عن ولوج المباني والمنشآت والاستفادة من المعدات الطبية، ونقص وسائل المواصلات العامة التي تلائم احتياجاتهم، والاستخدام غير الكافي للعلامات والإشارات المساعدة، وصعوبة الوصول لدورات المياه ومواقف السيارات، وهشاشة البنية التحتية للطرق وتكنولوجيا المعلومات. ويتأثر مستوى توفر الخدمات الصحية المتعلقة بالإعاقة وإمكانية الوصول إليها أيضا بالمفاهيم الخاطئة السائدة بشأن الإعاقة والأحكام المسبقة في المجتمع. وفي مؤسسات الرعاية الصحية، بسبب التحيز في المعاملات الطبية الذي يطال الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات

الخاصة يجد هؤلاء أنفسهم مضطرين للتعامل مع مهنيين في قطاع الصحة إما غير راغبين في تقديم الخدمات لهم على أكمل وجه أو غير مؤهلين لتشخيص حالاتهم الطبية وعلاجها. وفي البلدان النامية، تعتبر التكاليف الباهظة للرعاية الصحية من أبرز أسباب عدم استفادة هذه الفئة منها في كثير من الأحيان. وعدم قدرة الفرد على توفير تكاليف الرعاية الصحية الأساسية والضرورية والنقل من وإلى مرافق الرعاية الصحية وعجزه عن تحمل تكاليف التكنولوجيات المساعدة والعلاجات التأهيلية، كلها عوامل تأثر على نحو كبير على حدة العجز وتفاقمه.

كما أن بعض التصورات والمفاهيم الثقافية الخاطئة ومختلف أشكال التحيز ووصمة العار الاجتماعية المرتبطة بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة تجعل من الصعب عليهم التمتع بحقوقهم التي تنص عليها تعاليم الإسلام وتضمنها قوانين بلدانهم. وفي معظم الأحيان تكون الوصمات الاجتماعية والصور النمطية والأحكام المسبقة التي تطال هذه الفئة من المجتمع نابعة من ضعف المستوى المعرفي والوعي بأسباب الإعاقة، وانتشار مفاهيم مغلوطة بشأن أسباب الإعاقة نتيجة لبعض المعتقدات الثقافية والدينية السائدة وتصورات خاطئة حول طبيعة حالات العجز وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ففي العديد من بلدان العالم يعامل الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة كما لو أنهم دون باقي الناس من الناحية الجسدية والذهنية. كما أن من شأن المعتقدات الثقافية السلبية للآباء ومقدمي الرعاية أن تحدد مدى إمكانية أن يستفيد الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة من الخدمات الأساسية مثل التعليم والتوظيف والرعاية الصحية... إلخ. والأسوأ من ذلك هو أن مثل هذه العقليات الرجعية غالبا ما تجد عناصر ترسخها أو تعززها ضمن سياسات ونصوص قانونية تمييزية في طبيعتها وطريقة تناول وسائل الإعلام لقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة دون أدنى مراعاة لحساسية الأمر.

تصور جديد في المقاربات المتعلقة بالسياسات وفعاليتها

يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في جميع أنحاء العالم من أوجه حرمان اجتماعية هيكلية تساهم في إقصائهم من جهود ومسار التنمية في بلدانهم. ولتصحيح هذا الوضع، تشكل مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة مرجعا يسترشد به صناع السياسات في بلدان المنظمة لاعتماد مجموعة من المبادئ الشاملة التي تضم "التنوع، واعتماد منظور النوع الاجتماعي، ونهج شامل لدورة الحياة، والشمولية، والكرامة الإنسانية، ونهج متعدد القطاعات" في عملية تصميم السياسات والبرامج المتعلقة بالإعاقة والعجز. ومن شأن اعتماد هذه المبادئ الشاملة المساهمة في تحقيق مستويات محترمة من الرفاهية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وأيضا تعزيز التنمية الاجتماعية والاقتصادية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

فعلى سبيل المثال، يمكن لاعتماد مبدأي "التنوع" و "الشمولية" واستخدام "منظور النوع الاجتماعي" ضمان تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بحصة محترمة في مجال تطوير السياسات العامة. وكلما كان مستوى تمثيلهم كبيرا في الحوار بشأن السياسات العامة تزيد فرص إدراج القضايا التي تخصهم

وتأثر على حياتهم اليومية. فحين تصبح هذه القضايا مطروحة بصورة بارزة، تتضاعف فرص إحداث تغيير على مستوى الرأي العام والمواقف الاجتماعية والإرادة السياسية وحتى ف أدوات الحوكمة الملموسة مثل تخصيص الميزانيات مع مراعاة احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة... إلخ. كما أن من شأن اعتماد نهج "شامل لدورة الحياة" دعم بلدان منظمة التعاون الإسلامي في التوصل لحلول تتناسب مع القضايا الديناميكية والمتطورة بسرعة التي تشكل تحديات أمام الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في مختلف مراحل حياتهم. وباستخدام نهج "متعدد القطاعات" يمكن توجيه التعاون بين صانعي السياسات ومؤسسات القطاعين العام والخاص لمعالجة مجموعة من التحديات المشتركة بين القطاعات لتحقيق رفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

توصيات متعلقة بالسياسات

تشير النتائج التي خلص إليها هذا التقرير إلى ضرورة أن تولي مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي أولوية للقضايا المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة على مستوى أجندة سياساتها. وللتخفيف من التحديات التي تواجهها هذه الفئة، يوصي هذا التقرير بلدان المنظمة بسن تشريعات وسياسات وطنية بشأن حالات العجز وتعزيز القائمة منها، مع مراعاة مجموعة من العوامل المتداخلة مع الموضوع مثل النوع الاجتماعي والإعاقة. وفي هذا السياق، يستحسن أن تتخذ بلدان المنظمة تدابير لتحديد الحواجز المادية والسلوكية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في الوصول إلى السلع والخدمات العامة والعمل على القضاء عليها، وتوفير الأدوات المعرفية والتدريب للأفراد والمؤسسات المسؤولة عن تقديم الخدمات لهذه الفئة (في جميع القطاعات)، وتحسين تغطية برامج الحماية الاجتماعية لتشملهم أيضا، وصيانة الحق في التعليم، وضمان عدم إقصائهم من القوى العاملة وريادة الأعمال، وإتاحة إمكانية الوصول إلى المعلومات بخصوص البرامج والخدمات العامة. كما يتعين على بلدان المنظمة أيضا الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتقنيات الرقمية، وخدمات الرعاية الصحية المصممة خصيصا للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، والبحث والتطوير في التقنيات المساعدة. ومن المهم كذلك أن تُطور السياسات والبرامج الخاصة بالإعاقة والعجز في بلدان المنظمة من خلال التعاون بين مختلف القطاعات وبمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة والمؤسسات العامة والخاصة ومنظمات المجتمع المدني. وينبغي لبلدان المنظمة اللجوء للمصادر التقليدية وغير التقليدية لوسائل الإعلام للتوعية بشأن الإعاقة والعجز وتحسين عملية جمع البيانات والاستثمار فيها وإعداد البحوث والدراسات بشأن الموضوع. وفي الأخير، على صناع السياسات في بلدان المنظمة الانخراط بفعالية في المواثيق والأجندات الدولية الرئيسية المعنية بموضوع الإعاقة والعجز، والنظر في إمكانية التعجيل باعتماد مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة.

1
مقدمة

شهدت الأعوام الأخيرة تزايدا في مستوى الوعي بقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ويمثل الأشخاص ذوو الإعاقة في الوقت الراهن 16% من إجمالي عدد سكان العالم، أي ما يناهز 1.3 مليار نسمة. وضمن هذا الرقم، هناك ما يقرب من 190 مليون شخص بالغ من ذوي الإعاقات الوظيفية الحادة وما يناهز 93 مليون شخص من فئة الأطفال (WHO, 2023; UNICEF, 2020). والبلدان النامية موطن لما يقرب من 80% من الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، ومن بينها العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (WHO, World Bank 2020).

ثمة احتمالية كبيرة بأن يعاني كل فرد من العجز أو الإعاقة في مرحلة ما من حياته إما بصورة مباشرة (لأسباب صحية أو في مرحلة الشيخوخة) أو بصورة غير مباشرة (وجود فرد من العائلة أو صديق في حالة إعاقة). والأشخاص ذوو الإعاقة هم الأفراد الذين يعانون من "عاهات جسدية أو عقلية أو ذهنية أو حسية طويلة الأجل قد تحول دون مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين في حال تفاعلها مع عوامل أخرى متداخلة" ((UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD, Art. 1). وبذلك فإن الإعاقة ظاهرة بيولوجية واجتماعية تشير إلى "العاهات وقيود في النشاط والمشاركة، وهو ما يشير إلى الجوانب السلبية للتفاعل بين الحالة الصحية للفرد والعوامل الشخصية والظروف المحيطة به" (WHO, 2015).

وعلى المستوى الأوسع في مجال السياسات، تعد الإعاقة والعجز قضية مشتركة بين القطاعات. فهي قضية تتعلق بالصحة العامة، لأن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة هم أكثر عرضة لمواجهة معيقات تتعلق بالاستفادة من الرعاية الصحية وإعادة التأهيل والخدمات المساعدة وباقي أشكال الرعاية، وهذا ما يؤثر بصورة مباشرة على صحتهم. وبعض الحالات الصحية التي لا تحظى بالعلاج الملائم قد تكون عوامل خطر لظهور مشكلات صحية أخرى ربما تكون أكثر حدة (WHO, 2015). كما أن الإعاقة قضية من قضايا حقوق الإنسان، لأن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة هم أكثر الفئات عرضة للوصم والأحكام النمطية، ويعانون من عدم المساواة على جبهات متعددة على امتداد مختلف مراحل حياتهم. وهم أيضا عرضة لسوء المعاملة والعنف وانتهاك الكرامة وعدم الاحترام بسبب إعاقتهم.

يزخر الموروث الإسلامي عبر التاريخ بما يدعو ويحث على استيعاب وتقدير الأشخاص ذوي الإعاقة، وهذا الأمر في الإسلام من صلب الإيمان لأن كل البشر يتمتعون بنفس القدر من الكرامة والقيمة. وهناك الكثير من النصوص الإسلامية والأمثلة من التاريخ التي تجسد دعوة الإسلام لإدماج ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة (Ghaly, 2009). والتعاليم الإسلامية تشدد بصورة خاصة على أهمية معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة بالرحمة والاحترام والإنصاف وتمكينهم من بيئة داعمة وشاملة (Al-Aoufi et al., 2012). فقد روى أبو هريرة رضي الله عنه عن النبي محمد صلى الله عليه وسلم أنه قال: "إن الله لا ينظر إلى أجسامكم، ولا إلى صوركم، ولكن ينظر إلى قلوبكم" (رواه مسلم في صحيحه). وبالإضافة إلى ذلك، أشار رحمت (Rakhmat, 2020) إلى أن نبي الله صلى الله عليه وسلم من خلال هذا الحديث كان رائدا في مجال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، إذ أنه دافع عن حقوقهم وأهلية تمتعهم بامتيازات معينة قبل أكثر من 1400 عام. وعلم عليه الصلاة والسلام

الناس أن الإعاقة لا تميز الأشخاص الذين يعانون منها عن باقي الناس في شيء، وحث المجتمع على القضاء على وصمة العار الاجتماعية التي تلاحق ذوي الإعاقة والتخلص من المواقف السيئة تجاههم. فالتعاليم التي جاء بها الرسول صلى الله عليه وسلم منحت الأشخاص ذوي الإعاقة إحساسا بتقدير الذات وعززت ثقتهم بأنفسهم، وبشرهم بأن الإعاقة ليست عقابا لهم بل كفارة للذنوب. ورسالته الداعية لإشراك الجميع وتقبل الآخر لا تزال حاضرة لليوم وذات صلة بواقعنا المعاش، ونصرته لذوي الإعاقة والدفاع عن حقوقهم تبقى علامة بارزة في تاريخ حقوق الإنسان.

وبصورة عامة، تعد الإعاقة والعجز قضية تنموية لدرجة كبيرة، سواء في بلدان المنظمة أو في باقي العالم، لأن لانتشارها واستمرار تواجدها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تأثير سلبي على التنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية. فثمة علاقة جدلية بين التنمية البشرية والإعاقة. فمن جهة، من شأن أوجه النقص الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة أن تفضي إلى تفاقم مجموعة من العوامل مثل الفقر وسوء التغذية والعيش والعمل في بيئات غير آمنة والضغوط النفسية. ومن جهة أخرى، تؤثر الإعاقة - وما يرتبط بها من نفقات - على مستوى معيشة الفرد، والولوج والاستفادة من مرافق آمنة وملائمة مثل التعليم والرعاية الصحية والتوظيف والحماية الاجتماعية.

لهذا ترد مسألة معالجة التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في العديد من الوثائق الاستراتيجية الهامة على مستوى منظمة التعاون الإسلامي، بما في ذلك برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025 وبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 (OIC-SHPA) وخطة عمل منظمة التعاون الإسلامي للنهوض بالمرأة (OPAAW)، ووثائق أخرى. وتبقى مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (2019) هي الوثيقة الاستراتيجية الأساسية في هذا الباب، والتي عرضت للتداول بشأنها في المؤتمر الوزاري الأول المعني بالتنمية الاجتماعية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي الذي عقد في إسطنبول خلال فترة 07-09 ديسمبر 2019. وترمي خطة العمل هذه إلى التوصل إلى حلول لتجاوز التحديات التي لا حصر لها التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في حياتهم الاجتماعية والاقتصادية وأيضا للنهوض بمستوى مشاركتهم في تنمية مجتمعاتهم. وتنص الوثيقة على ستة مجالات عمل لاستعراض المشاكل الآنية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتنفيذ إجراءات لحل هذه المشكلات ومراجعة السياسات القائمة المعنية بهذه الفئة من المجتمع. وهذه المجالات هي التعليم، والصحة، والإدماج الاقتصادي، والحوكمة، وتمكين بيئة داعمة، والثقافة والإسلام.

والأهم من ذلك هو أن مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة ترمي إلى تحفيز التعاون فيما بين بلدان المنظمة وتوفير التوجيه لصناع السياسات بشأن سبل دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في سوق العمل، والنهوض بمستوى نتائجهم التعليمية والصحية، وتحسين مستويات معيشتهم دون إهمال التجارب الوطنية والقيم الثقافية والإسلامية والتطورات الدولية في هذا المجال المهم. ومن الضروري انخراط بلدان المنظمة بفعالية في المحافل والمواثيق الدولية التي تتناول موضوع الأشخاص ذوي الإعاقة

والاحتياجات الخاصة، مثل اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD)، واستراتيجية الأمم المتحدة لإدماج منظور الإعاقة، وخطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية المتعلقة بالإعاقة 2014-2021، وخطة التنمية المستدامة لعام 2030، وأهداف التنمية المستدامة، وإطار عمل البنك الدولي لدمج الإعاقة والمساءلة. وتتطرق أهداف التنمية المستدامة من 1 إلى 10 و 11 و 13 و 16 و 17 إلى الإعاقة من زوايا مختلفة، ومن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التعليم والنمو والعمالة والمخرجات الصحية وعدم المساواة والوصول إلى العدالة وجمع البيانات المصنفة حسب وضع الإعاقة وشمولية المؤسسات والمجتمعات.

إن هذا الاهتمام المتزايد بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة يستند إلى عوامل متنوعة، ومنها الحاجة لفهم تجاربهم بقصد تحديد الحواجز والتحديات الهيكلية التي يواجهونها وإيجاد حلول لها حتى يتسنى لهم إطلاق العنان لإمكاناتهم وبالتالي المشاركة في المجتمع على أكمل وجه. وهناك أيضا العامل المتمثل في التوصل لفهم أعمق بخصوص التجربة الإنسانية، بما في ذلك الأساليب والسبل التي ينتهجها الأفراد للتأقلم مع المحن والشدائد وتكوين روابط ذات أهداف مع الآخرين. وفي نهاية المطاف، تعد دراسة حالة الأشخاص ذوي الإعاقة من القضايا المحورية والهامة لبناء عالم منصف وشامل للجميع.

وعلى هذا الأساس، يهدف إصدار 2023 من تقرير "الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة" إلى تقديم تحليل مقارن بشأن وضع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. والغرض من هذا التقرير هو توجيه عملية تصميم السياسات الخاصة بالإعاقة في البلدان الـ57 الأعضاء في المنظمة. ويعرض التقرير في بدايته صورة عامة بشأن الخصائص الديموغرافية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان المنظمة، ويناقش الأسباب الكامنة وراء الإعاقة والعجز، ويسلط الضوء على وضعهم في ستة مجالات رئيسية: (1) التعليم، (2) الصحة، (3) الإدماج الاقتصادي، (4) الحوكمة، (5) تمكين بيئة داعمة، (4) الثقافة والدين (الفصل الثاني). ثم تتواصل أجزاء التقرير بتناول أبرز التحديات والقضايا التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال تصنيفها ضمن ثلاث فئات: (1) التحديات الاجتماعية والاقتصادية، (2) التحديات المتعلقة بالصحة والرفاهية، (3) التحديات المتعلقة بالثقافة والقيم (الفصل الثالث). ويركز الفصل الرابع من التقرير على مسألة إعادة النظر في النهج المعتمدة في السياسات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتحليل مدى فعالية هذه النهج. ويختم التقرير بعرض توصيات متعلقة بالسياسات بشأن سبل تحسين وضع هذه الفئة من المجتمع في بلدان المنظمة وتيسير التعاون على المستوى الوطني وفيما بين بلدان المنظمة (الفصل الخامس).

2

وضع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة

قد تعاني فئة الأشخاص ذوي الإعاقة بشدة من تبعات الظروف الاجتماعية والاقتصادية غير الملائمة مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة (SESRIC, 2019a). فهم لا يتمتعون بفرص كبيرة للاستفادة من التعليم وفرص العمل والخدمات الصحية. وفي هذا السياق، من الضروري تقديم لمحة عامة عن وضعية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي لتحديد المجالات التي تستلزم تدخلات وأيضا لتوجيه عملية صنع القرار لتصميم سياسات فعالة في هذا المجال المهم. وبهذا الخصوص، يعرض هذا الفصل صورة شاملة عن وضع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي على مستوى الأبعاد الستة التالية: التعليم، والصحة، والإدماج الاقتصادي، والحوكمة، وتمكين البيئة الداعمة، والثقافة والإسلام، وذلك على النحو المقترح في مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (SESRIC, 2019b).

استعراض شامل للأشخاص ذوي الإعاقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي

يشمل مفهوم الأشخاص ذوي الإعاقة، كما ورد في الفصل التمهيدي لهذا التقرير، الأفراد الذين تصاحبهم عاهات جسدية أو عقلية أو ذهنية أو حسية على المدى الطويل، وشخص واحد من أصل كل سبعة أشخاص يعاني من شكل من أشكال الإعاقة في العالم. وتتأثر بعض الفئات، مثل كبار السن والأطفال والنساء، بشكل أكبر حدة من مجموعة من الإعاقات بحكم هشاشتهم في المجتمع وظروفهم الخاصة. وتشير الأمم المتحدة (2020) إلى أن ما يقدر بنحو 46% من الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاما فما فوق يعانون من إعاقات وحالات عجز. وثمة احتمالية كبيرة بأن تعاني سيدة واحدة من أصل كل خمس نساء من إعاقة في حياتها، بينما من أصل كل عشرة أطفال نجد طفلا في وضعية إعاقة. والملفت للانتباه أيضا، وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية وصندوق النقد الدولي (2011)، أن معدل انتشار الإعاقة على الصعيد العالمي زاد من 10% المسجل في 1970 إلى 15% في 2011 بسبب شيخوخة السكان وانتشار الأمراض المزمنة على نطاق واسع.

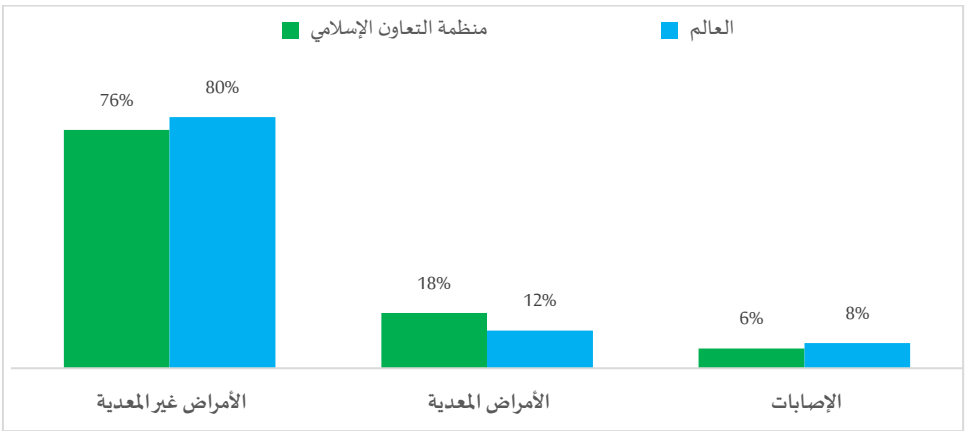
وغالبا ما يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة مجموعة من العقبات، تتراوح بين الاعتلالات الجسدية والصعوبة في التعلم، تعيق في كثير من الأحيان قدرتهم على المشاركة الكاملة في المجتمع. وحين يتعلق الأمر بتصنيف الإعاقات حسب النوع، نجد أن الغالبية العظمى للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، أي ما يناهز 77%، تعاني من إحدى أشكال الإعاقة الجسدية الناجمة عن 145 فئة من الأمراض/الاضطرابات التي تتراوح بين الأمراض القلبية الوعائية والاعتلالات في الحواس (UN, 2020). وبعبارة أخرى، أكثر أشكال العجز في صفوف هذه الفئة لها علاقة بالاضطرابات النفسية والبصر والقدرة على التحرك (المشي وصعود السلالم)، بينما تعد الإعاقات المرتبطة بالتواصل أقل الأنواع انتشارا.

يمكن تصنيف العوامل الكامنة وراء الإعاقة ضمن فئتين رئيسيتين: العوامل الداخلية والعوامل الخارجية (البيئية). وتشمل العوامل الداخلية كل العوامل الموروثة بيولوجيا وجينيا (الشفرات الجينية). بينما تشمل العوامل الخارجية العادات الشخصية للفرد (مثل الأكل والنوم)، وظروف المعيشة (مثل السكن والنظافة

الصحية) وظروف العمل (مثل الإصابات المتعلقة بالعمل، وبيئة العمل الملوثة)، والظروف الاجتماعية (مثل الكوارث الطبيعية والحروب والصراعات والعنف المنزلي وسوء المعاملة داخل الأسرة) (SESRIC, 2019a).

تصنف منظمة الصحة العالمية الأسباب الرئيسية للإعاقة باعتماد مقاربة طبية صرفة ضمن ثلاث فئات: الأمراض غير المعدية، والأمراض المعدية، والإصابات. وتشير الأرقام إلى أن 12% من جميع حالات الإعاقة في العالم و 18% منها في بلدان المنظمة في 2019 كانت ناجمة عن الأمراض المعدية (الشكل 1.2). بينما تسببت الإصابات في ما متوسطه 6% من الإعاقات في بلدان المنظمة و 8% على مستوى العالم. واستأثرت الأمراض غير المعدية بحصة كبيرة من حالات الإعاقة في بلدان المنظمة (76%) والعالم (80%). ويبدو أن الأمراض غير المعدية ستتسبب في زيادة عدد الإعاقات في المستقبل في بلدان المنظمة بسبب التحول الديموغرافي الناجم عن ارتفاع متوسط العمر المتوقع وتراجع معدلات الخصوبة (SESRIC, 2019c).

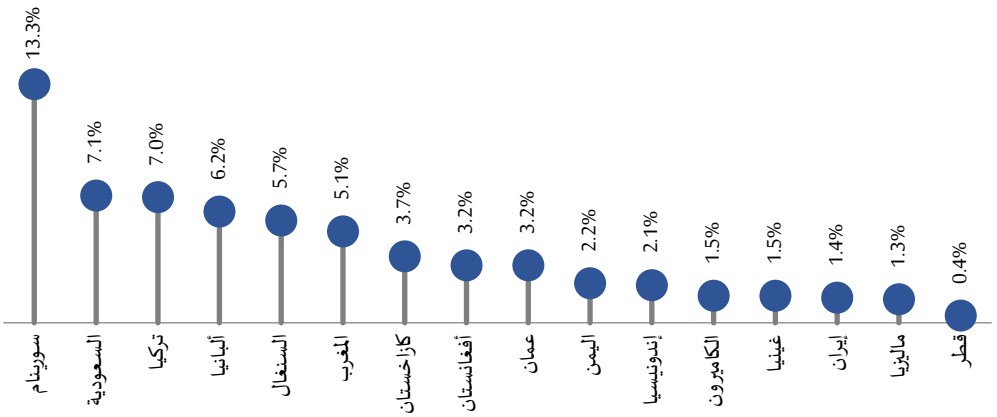
الشكل 1.2: أبرز أسباب الإعاقات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي والعالم، 2019



المصدر: تحليل موظفي سيسرك بناء على مجموعة بيانات تقديرات الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية. ملاحظة: يتم احتساب الرقم على أساس السنوات الضائعة بسبب الإعاقة، ويغطي جميع الفئات العمرية وكلا الجنسين.

هناك تفاوت في معدلات انتشار الإعاقة بين مختلف بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 2.2). فعلى سبيل المثال، يشكل الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة ما يقرب من 13.3% من إجمالي عدد السكان في سورينام، وتليها المملكة العربية السعودية (7.1%) ثم تركيا (7%) (الشكل 2.2). بينما تقل نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة من إجمالي عدد السكان عن 2% في كل من قطر (0.4%) وماليزيا (1.3%) وإيران (1.4%) والكاميرون (1.5%) وغينيا (1.5%). وجدير بالإشارة أن عملية حصر الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من خلال مسوح الأسر المعيشية طالما كانت تحديا كبيرا بسبب غياب تعريف موحد "للإعاقة"، فكل بلد يعرفها على نحو مختلف (UNESCO, 2018). لذلك، ينبغي الحذر في تفسير البيانات المتعلقة بانتشار الإعاقة، لا سيما حين يتعلق الأمر بالمقارنات بين البلدان.

الشكل 2.2: انتشار حالات الإعاقة (% من مجموع السكان)، آخر سنة (2005-2018)



المصدر: قاعدة بيانات الأمم المتحدة لإحصاءات الإعاقة (DISTAT). ملاحظة: تغطي مجموعة البيانات فترة 2005-2018. ترد البيانات الخاصة بأحدث سنة.

1.2. التعليم

دأب عدد متزايد من البلدان في العقود القليلة المنصرمة على بذل جهود كبيرة لجعل أنظمتها التعليمية شاملة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال القضاء على الحواجز التي تحول دون استفادتهم من فرص لائقة للتعليم ومكافحة التمييز على أساس الإعاقة في قطاع التعليم. وعادة ما تستفيد البلدان التي توفر فرصا منصفة للتعليم لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من إمكاناتهم. في المقابل، تمكنهم المهارات التي يكتسبونها من خلال تعليمهم من تحسين مستوى معيشتهم وجودة حياتهم.

وإدراكا لأهمية التعليم بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، ينص الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة على "ضمان التعليم الجيد والشامل للجميع". وعلى نفس المنوال، تخصص اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD) المادة 24 لقضية التعليم وتعرض خمسة عناصر لتعزيز التعليم المتكافئ والشامل للأشخاص ذوي الإعاقة. وتنص بدورها وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة على قضية التعليم كواحدة من مجالات التعاون الستة الرئيسية، وتحدد ستة أهداف استراتيجية خاصة ببلدان منظمة التعاون الإسلامي (الإطار 1.2).

على الرغم من قدرة التعليم على تحسين جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، إلا أنهم كثيرا ما يكونون عرضة للإقصاء من قطاع التعليم الرسمي. فقد توصلت دراسة أجرتها منظمة اليونسكو (2018) إلى أن احتمالية التحاق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة المتراوحة أعمارهم بين 15 و 29 بالمدارس أقل بالمقارنة مع الأشخاص غير ذوي الإعاقة. والوضع يدعو للقلق في كثير من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، حيث تتدنى نسبة الالتحاق بالمدارس، بغض النظر عن حالة الإعاقة، لمستوى دون المتوسط العالمي. كما أن نسبة متابعة الدراسة في صفوف الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة

(67.5%) في بلدان المنظمة أقل بكثير بالمقارنة مع نسبة الأشخاص غير ذوي إعاقة (80.9%) وذلك في صفوف كلا الجنسين (الشكل 3.2).

الإطار 1.2: الأهداف الاستراتيجية المتعلقة بالتعليم في مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة

في مجال التعليم، تقترح وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الأهداف الاستراتيجية أدناه ليسترشد بها صناع السياسات في بلدان المنظمة بخصوص السبل الأنجع لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع:

الهدف الاستراتيجي 1.1: تحسين إمكانية الولوج إلى المؤسسات والبرامج التعليمية والقدرة على تحمل تكاليفها

الهدف الاستراتيجي 2.1: تدريب مقدمي الخدمات والأسر على الاحتياجات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة في المؤسسات التعليمية

الهدف الاستراتيجي 3.1: إذكاء الوعي بأهمية الخدمات التعليمية للأشخاص ذوي الإعاقة

الهدف الاستراتيجي 4.1: الاستثمار في خدمات إعادة التأهيل والرعاية الخاصة في المؤسسات التعليمية

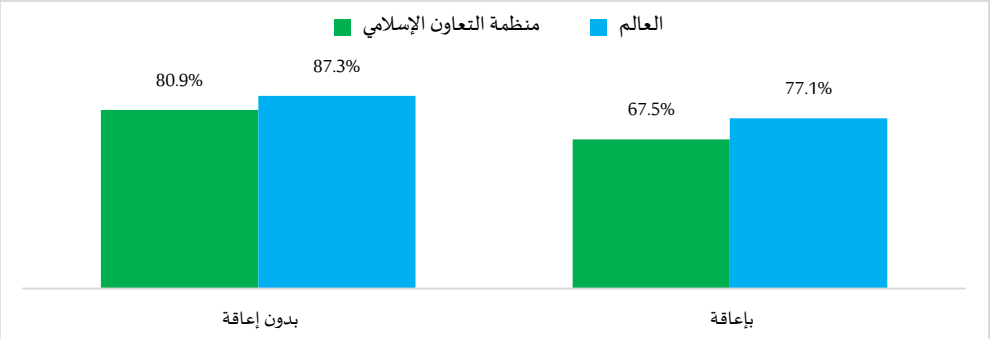
الهدف الاستراتيجي 5.1: ضمان الولوج إلى التعليم في المناطق الريفية والحضرية

الهدف الاستراتيجي 6.1: تعزيز التعاون البيني في منظمة التعاون الإسلامي

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

وضعف مستوى استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من التعليم والمدارس لا يأثر على نتائج تعليمهم فحسب، بل يزيد أيضا من معدل اعتمادهم على الآخرين طوال حياتهم. فقد توصلت دراسة حالة أجريت في غامبيا أن الوصول المحدود للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة إلى خدمات التعليم ينتج عنه الإقصاء من إمكانية الاستفادة من فرص عمل معينة وزيادة نسبة اعتمادهم على الآخرين (مثل مقدمي الرعاية أو الأسرة أو المجتمع)، وهذا ما يعزز التصورات السلبية القائمة أصلا في حقهم (Bah, 2016).

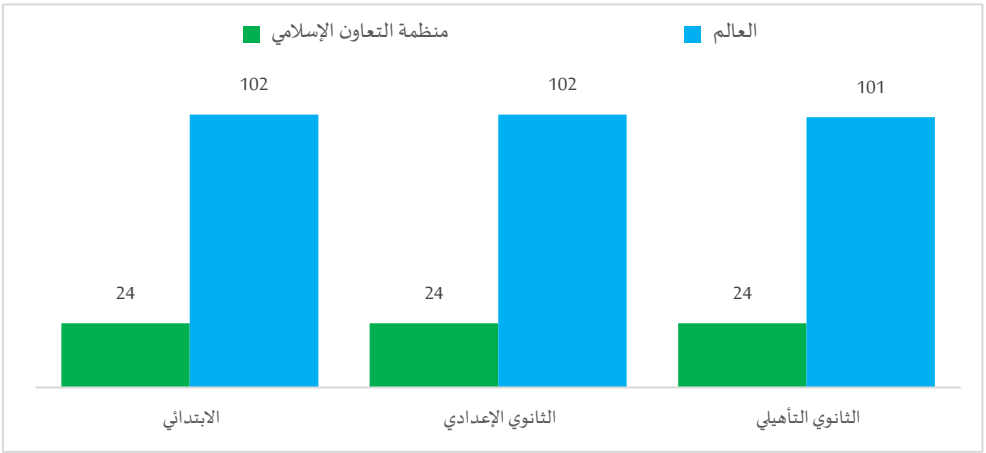
الشكل 3.2: نسبة متابعة الدراسة في صفوف الأفراد من الفئة العمرية 15-29 سنة (%)، آخر سنة (2006-2015)



المصدر: المؤسسة الدولية لمجموعة البيانات الجزئية المعدة للاستخدام العام المتكامل (IPUMS) والمسح المتعلق بانتقال الشباب من المدرسة الى العمل (SWTS)، وتغطي مجموعة البيانات فترة 2006-2015. ملاحظة: يجسد المتوسط العالمي متوسط 49 بلدا وعينة منظمة التعاون الإسلامي تشمل 14 بلدا عضوا فقط.

وإلى جانب تدني مستوى الالتحاق بالمدارس في صفوف الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، عادة ما تنخفض في صفوفهم حتى معدلات إكمال الدراسة. فقد توصل تقرير اليونيسيف حول "حالة أطفال العالم" (2013) إلى أن المعدلات التقديرية لإكمال الدراسة في المرحلة الابتدائية في صفوف الأولاد والبنات ذوي الإعاقة هي 51% و 42% على التوالي. وهذا يعني أن ما يناهز نصف الطلاب ذوي الإعاقة المسجلين في المدارس الابتدائية لا يكملون تعليمهم. وهناك من الأدلة ما يكفي لدعم هذه النتيجة من ثلاث بلدان أعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (جزر المالديف وأوغندا وغامبيا) (DHS & UN, 2018). ففي جزر المالديف، على سبيل المثال، أكمل 97.7% من الطلاب من غير ذوي الإعاقة (15-17 سنة) تعليمهم الابتدائي، بينما أكمل فقط 78.8% من الطلاب ذوي الإعاقة من نفس الفئة العمرية تعليمهم الابتدائي. وفي أوغندا، أكمل 34.2% من الطلاب ذوي الإعاقة تعليمهم الابتدائي مقارنة بـ39.5% من الطلاب من غير ذوي الإعاقة. وفي غامبيا، أكمل 62.2% من الطلاب من غير ذوي الإعاقة تعليمهم الابتدائي مقارنة بـ56.6% من الطلاب ذوي الإعاقة. وكنتيجة مباشرة لتدني معدلات إكمال التعليم الابتدائي، تقل فرص تمتع الأطفال ذوي الإعاقة بمستويات محترمة من الإلمام بالقراءة والكتابة ومتابعة التعليم العالي في مرحلة لاحقة.

الشكل 4.2: بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تحظر بصورة عامة التمييز القائم على الإعاقة في التعليم في تشريعاتها الوطنية



المصدر: المركز العالمي لتحليل السياسات. بيانات بشأن الإعاقة نشرت في شهر يونيو 2019. تشمل بلدان منظمة التعاون الإسلامي الـ 24 (أفغانستان، ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، بنغلاديش، بنين، كوت ديفوار، مصر، إندونيسيا، الأردن، كازاخستان، الكويت، قيرغيزستان، لبنان، ماليزيا، موريتانيا، المغرب، المملكة العربية السعودية، سيراليون، طاجيكستان، تونس، تركيا، أوغندا، الإمارات العربية المتحدة).

وبخصوص الإجراءات المتخذة في قطاع التعليم، ثمة توجه إيجابي في جميع أنحاء العالم حين يتعلق الأمر بضمان الحق في التعليم للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وحمايتهم من التمييز بسبب الإعاقة في قطاع التعليم. فقد زادت نسبة البلدان التي تعتمد قانونا أو سياسة تضمن حق الأطفال ذوي الإعاقة في تلقي التعليم من 62% في عام 2013 إلى 88% في 2018 (UN, 2018). وفي هذا السياق، يوضح الشكل 4.2 أن التشريعات الوطنية في 102 بلدا في العالم تحظر بصورة عامة التمييز القائم على الإعاقة في التعليم الابتدائي

والثانوي الإعدادي، فيما 101 بلدا في العالم ينتهج نفس النهج على مستوى التعليم الثانوي التأهيلي. كما تنص التشريعات الوطنية في 24 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي، من أصل 54 بلدا تتوفر بشأنها البيانات، صراحة على حظر التمييز القائم على الإعاقة في حق الطلاب في مستويات التعليم الثلاثة (الابتدائي والثانوي الإعدادي والثانوي التأهيلي) لذلك يتعين على بلدان المنظمة بذل مزيد من الجهود لتعزيز هذا الحظر في المنظومة القانونية.

وعلى مستوى فرادى البلدان، سنت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تشريعات وسياسات ومبادئ توجيهية لتعزيز دمج الطلاب ذوي الإعاقة في قطاع التعليم. فعلى سبيل المثال، صمم العراق "المشروع الوطني للإدماج الشامل في التعليم" الذي يهدف إلى النهوض بجودة التعليم المقدم للأطفال ذوي الإعاقة (UN, 2018). وفي بعض بلدان المنظمة، تعتمد بعض أشكال الفن أيضا، مثل المسرح والموسيقى والرسم، كوسيلة تربوية للتعليم الشامل لذوي الإعاقة.[1] وتعتمد بعض البلدان الأعضاء الأخرى، مثل بنغلاديش، نظام الحصص لزيادة نسبة مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في برامج التعليم والتدريب الفني والمهني (TVET). ومعلوم أن مثل هذه البرامج لا تزيد فقط من معدلات الالتحاق بالمدارس بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، بل تساعدهم أيضا على تحسين المهارات التي يتمتعون بها (راجع الإطار 2.2).

الإطار 2.2: إدماج الإعاقة في نظام التعليم والمهارات في بنغلاديش

يعاني ما يقرب من 3.2 مليون شخص شاب في بنغلاديش من أحد أشكال الإعاقة. وهؤلاء الشباب بحاجة للدعم للاستفادة من فرص العمل. لذلك صممت حكومة بنغلاديش سياسة وطنية لتطوير المهارات (NSDP) في عام 2011 بدعم من منظمة العمل الدولية، وهذه السياسة تجعل من مسألة إدماج الإعاقة في صلب عملية إصلاح المهارات. ومن أبرز توصيات السياسة الوطنية لتطوير المهارات تخصيص حصة 5 في المائة للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع مؤسسات التعليم والتدريب الفني والمهني، وتوفير منح دراسية، ومرافق السكن، والنقل عند الاقتضاء، وتصميم ترتيبات تيسيرية معقولة ومعاهد تدريب يسهل الالتحاق بها. وبدعم هذا البرنامج، تمكن آلاف الشباب من ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من اكتساب مهارات وأدوات معرفية جديدة تمكنهم من الانخراط في سوق العمل.

المصدر: منظمة العمل الدولية (2017).

2.2. الصحة

يعد الأشخاص ذوو الإعاقة عرضة بصورة كبيرة للمعاناة من تردي الوضع الصحي ومستوى الرفاهية (UN, 2018). لذلك من المهم توفير مجموعة كبيرة من خدمات الرعاية الصحية لصالح ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتسهيل الوصول إليها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي كما في باقي بلدان العالم. وعدم كفاية توفير

[1] على سبيل المثال، أتاح مشروع فرصة للطلاب ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في مصر لعرض تصوراتهم لما سيحدث في الحياة في عام 2050 من خلال الرسم (UN, 2018).

خدمات الرعاية الصحية قد يؤدي إلى زيادة العبء على الناس والمجتمعات والخدمات العامة. ولتسليط الضوء على أهمية خدمات الرعاية الصحية لحقيق التنمية المستدامة، ترمي مجموعة من المقاصد المدرجة ضمن أهداف التنمية المستدامة (مثل المقصدين 4.3 و 8.3) إلى تحقيق التوفير الشامل للخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وتنص كذلك المادة 25 من اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أهمية الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة لأنها تعزز حقهم في بلوغ أعلى مستويات الرعاية الصحية دون تحيز.

يعد معدل السنوات الضائعة بسبب العجز (YLDs) من مقاييس تحديد عبء الأمراض والإصابات على أفراد المجتمع، ويأخذ المعدل في الاعتبار عدد السنوات التي يعيشها الشخص بإعاقة أو في حالة من اعتلال الصحة. وعادة ما تعتمد منظمة الصحة العالمية رقم مائة ألف نسمة من السكان كوحدة قياس لتمثيل عدد سنوات الحياة بصحة جيدة الضائعة بسبب الإعاقة. وهذا المعدل مقياس موحد يخول إمكانية مقارنة عبء المرض بين فئات سكانية من مختلف الأحجام.

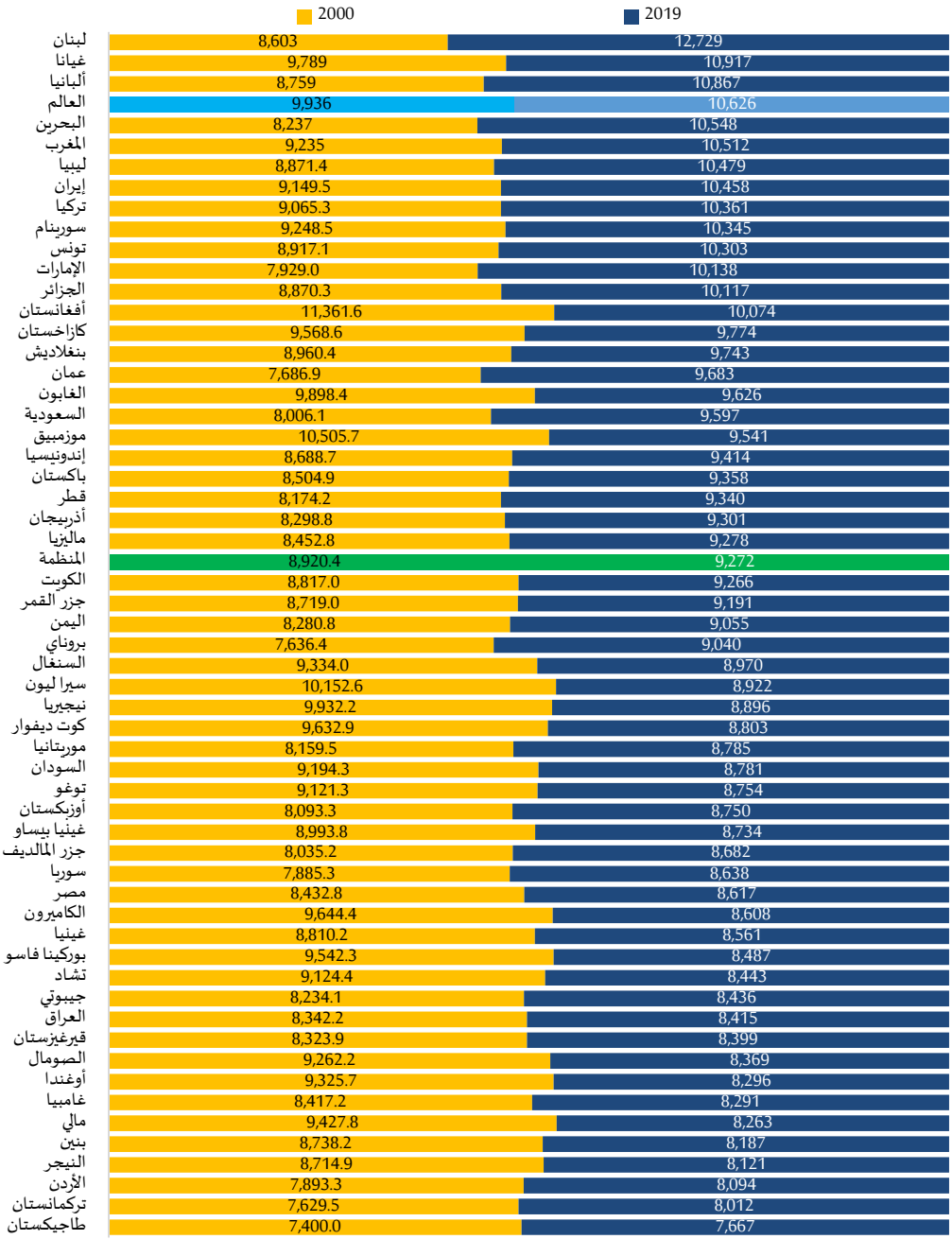
ويعرض الشكل 5.2 مقارنة بين معدل السنوات الضائعة بسبب العجز في عامي 2000 و 2019، وبذلك يعطي نظرة شاملة بخصوص الصورة التي تغير بها عبء الأمراض والإصابات مع مرور الوقت، على مستوى العالم وفي بلدان المنظمة كمجموعة وفي فرادى البلدان الأعضاء. فخلال هذه الفترة، ارتفع معدل السنوات الضائعة بسبب العجز لكل مائة ألف نسمة من 9,936 إلى 10,626 في العالم، ومن 8,920 إلى 9,272 في بلدان المنظمة، وهذا ما يمثل زيادة نسبية تقدر بنسبة 6.9% على مستوى العالم و 3.9% في بلدان المنظمة. وفي 2019، بلغ معدل السنوات الضائعة بسبب العجز لكل مائة ألف نسمة في العالم 10,626 حالة وفي بلدان المنظمة 9,272 حالة، وهذا ما يعني أن كل فرد في العالم وفي مجموعة بلدان المنظمة فقد ما متوسطه 0.1 و 0.09 سنة من الحياة بصحة جيدة بسبب الإعاقة، على التوالي. وتعدى معدل السنوات الضائعة بسبب العجز لكل مائة شخص من السكان عتبة 10,000 حالة في 13 بلدا عضوا في المنظمة (لبنان وغيانا وألبانيا والبحرين والمغرب وليبيا وإيران وتركيا وسورينام وتونس والإمارات العربية المتحدة والجزائر وأفغانستان).

وبالإضافة إلى ذلك، تراجع هذا المعدل بين عامي 2000 و 2019 في 26 بلدا عضوا في المنظمة. وأكثر البلدان الأعضاء خفضا للمعدل خلال ذات الفترة هي مالي وسيراليون وأفغانستان وبوركينا فاسو وأوغندا والكاميرون ونيجيريا. لكن المعدل ارتفع في 36 بلدا عضوا في المنظمة خلال هذه الفترة. فعلى سبيل المثال، ارتفع المعدل بأكثر من 15.5% في كل من لبنان والبحرين والإمارات العربية المتحدة وسلطنة عمان وألبانيا والمملكة العربية السعودية وبروناي وليبيا وتونس.

وقد يستشف من هذا التراجع في 26 بلدا عضوا في المنظمة أن هناك تحسن كبير في خدمات الرعاية الصحية والصحة العامة، وبالتالي تحسن القدرة على إدارة الأمراض والإصابات والوقاية منها بصورة أفضل. وبالمقابل، قل يدل ارتفاع المعدل في 36 بلدا عضوا على وجود تحديات ناشئة مرتبطة بقطاع الصحة أو عدم نجاعة الخدمات الصحية القائمة بما يكفي للتغلب على عبء الأمراض والإصابات. ومن الممكن أن تساهم عوامل

أخرى في ارتفاع معدل السنوات الضائعة بسبب العجز، ومن ذلك شيخوخة السكان والتغيرات في عوامل الخطر الصحية (مثل السمنة والتدخين).

الشكل 5.2: السنوات الضائعة بسبب العجز في بلدان المنظمة (لكل مائة ألف شخص)، 2000 مقابل 2019

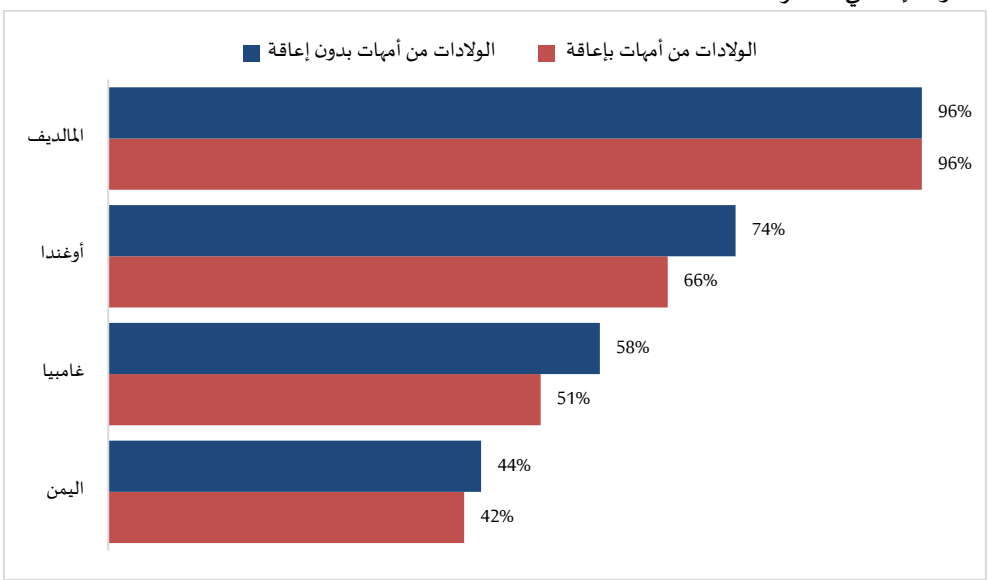


المصدر: مجموعة بيانات تقديرات الصحة العالمية لمنظمة الصحة العالمية التي تغطي 56 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي.

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة مجموعة من المعيقات في سعيهم للاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. ومن بين أبرز هذه المعيقات، على سبيل المثال لا الحصر، التكاليف الباهظة ومحدودية نطاق الخدمات والمعيقات المادية وضعف الدرايات المهارية والمعرفية في صفوف العاملين في مجال الصحة وضعف مستوى الوعي بالخدمات (SESRIC, 2019a). والأرقام الخاصة بعدد من بلدان المنظمة تؤكد هذا المعطى (UN, 2018).

في معظم الأحيان لا تلبى احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من الرعاية الصحية بسبب مجموعة من العوامل، ومن ذلك عدم توفر الخدمات ونقص الموظفين ذوي التدريب العالي في المؤسسات العامة، لاسيما في المناطق الريفية والنائية. فقد توصل سيسرك (2015) إلى أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي تسجل مستويات دون متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة من حيث توافر مرافق الصحة النفاسية وعدد الموظفين العاملين فيها. وتشير الأرقام من ثلاثة بلدان أعضاء في المنظمة (أوغندا وغامبيا واليمن) إلى أن احتمالية استفادة الأمهات ذوات الإعاقة من خدمات تحت إشراف عاملين في مجال الصحة من ذوي المهارات العالية في عملية الولادة أقل في متوسطها بالمقارنة مع ولادة الأمهات من غير ذوات الإعاقة (الشكل 6.2). وأكبر فجوة بين الفئتين سجلت في أوغندا (8%) حيث تمت 66% من ولادات الأمهات ذوات الإعاقة على أيدي طواقم طبية ذوي مهارة عالية، مقارنة بنسبة 74% بالنسبة لولادات الأمهات من غير ذوات الإعاقة. بينما في جزر المالديف، تمت جميع ولادات الأمهات ذوات الإعاقة تقريبا (99% و 96% على التوالي) تحت إشراف طواقم طبية ذات مهارة.

الشكل 6.2: النسبة المئوية للولادات الحية تحت إشراف عاملين ذوي مهارات في مجال الصحة في بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي المختارة، 2014



المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول الإعاقة والتنمية (2018).

بذلت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي على مدى العقود الماضية جهودا جبارة للنهوض بالوضع الصحي ومستوى رفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة (SESRIC, 2019c). وشملت الجهود على المستوى الوطني إجراء إصلاحات جوهرية واعتماد خطط للرعاية الصحية تهدف إلى زيادة توفير خدمات إعادة التأهيل وتوفير الأجهزة المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة. ففي أوغندا، على سبيل المثال، أخذت التفاوتات بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص من غير ذوي الإعاقة تتراجع بفضل اعتماد تشريعات وسياسات مختلفة بشأن الإعاقة على مستوى البلد، بما في ذلك قانون المجلس الوطني للإعاقة لعام 2003، وقانون الأشخاص ذوي الإعاقة، والسياسة الوطنية بشأن الإعاقة في عام 2006. وبفضل هذه الجهود الوطنية الشاملة، تضاعفت بين عامي 2006 و2016 نسبة المواليد الأحياء من الأمهات ذوات الإعاقة اللواتي أنجبن تحت إشراف طاقم طبي محترف، وتضاعف أيضا مستوى استخدام وسائل منع الحمل في صفوف النساء المتزوجات ذوات الإعاقة في أوغندا (UN, 2018).

وشرعت وزارة الصحة ووقاية المجتمع بدولة الإمارات العربية المتحدة في إصدار بطاقة طبية للأشخاص ذوي الإعاقة تمنح حاملها الحق في الحصول على خدمات طبية مجانية من خلال الوزارة. وعلى نفس المنوال، تتضمن خطة التنمية الوطنية في غامبيا (2018-2021) مجموعة من الأحكام التي تخص الأشخاص ذوي الإعاقة، مثل توفير برامج وخدمات شاملة لإعادة التأهيل والإسكان (Nabaneh, 2019). وهذه الخدمات ضرورية لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من العيش باستقلالية والحصول على التعليم المناسب والمشاركة في سوق العمل والحياة المدنية.

الإطار 3.2: الأهداف الاستراتيجية المتعلقة بالصحة في مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة

في مجال الصحة، تقترح وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الأهداف الاستراتيجية أدناه ليسترشد بها صناع السياسات في بلدان المنظمة بخصوص السبل الأنجع لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع:

الهدف الاستراتيجي 1.2: تحسين الوقاية من الأمراض والإعاقة

الهدف الاستراتيجي 2.2: الاستثمار في خدمات إعادة التأهيل والرعاية الطويلة الأجل

الهدف الاستراتيجي 3.2: تحسين الآليات العامة بما في ذلك نظم الضمان الاجتماعي

الهدف الاستراتيجي 4.2: ضمان الوصول إلى خدمات الصحة

الهدف الاستراتيجي 5.2: تعزيز تطوير وإنتاج واستخدام الأجهزة المساعدة

الهدف الاستراتيجي 6.2: تشجيع التعاون فيما بين القطاعات وفيما بين دول منظمة التعاون الإسلامي

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

وعلى مستوى منظمة التعاون الإسلامي، يتضمن برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 (OIC-SHPA)، المعتمد عام 2013، العديد من الأحكام والمقاصد الرامية لتحسين خدمات الرعاية الصحية المتاحة للفئات الهشة في المجتمع، بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة في بلدان

المنظمة. كما يحدد برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025، المعتمد في عام 2016، هدفا (الهدف 5.13.2) بشأن تحسين الخدمات لصالح لأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في بلدان المنظمة. وبدورها، تنص وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة على قضية الصحة كواحدة من مجالات التعاون الستة الرئيسية، وتحدد ستة أهداف استراتيجية في هذا المجال خاصة ببلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2019b - الإطار 3.2).

3.2. الإدماج الاقتصادي

يعتبر التمكين الاقتصادي أداة رئيسية لتعزيز استقلالية الأشخاص ذوي الإعاقة وتسهيل انخراطهم الكامل في المجتمع. ويعد الإدماج الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من العوامل الجوهرية المساهمة في إدماجهم في المجتمع (UN, 2013). ولا يتحقق التمكين الاقتصادي لهذه الفئة من المجتمع إلا حين تتاح أمامهم إمكانية الوصول إلى فرص العمل والنهوض اقتصاديا. وإقصاؤهم من القطاع الاقتصادي لا ينتهك حقوقهم الاقتصادية فحسب، بل يؤدي أيضا إلى ضياع مواهب محتملة يمكن للأعمال التجارية الاستفادة منها ويجعل القطاع الاقتصادي أقل تنوعا (ILO & Fundacion ONCE, 2021).

تتناول وتناصر مختلف الاستراتيجيات التنموية الدولية والإقليمية مجموعة من التدابير المعمول بها عالميا والمعززة للمشاركة الاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتحسين مستوى تمكنهم من فرص للعمل اللائق والتخفيف من معدلات الفقر في صفوفهم. فعلى سبيل المثال، يشدد المقصد 5.8 من أهداف التنمية المستدامة على تحقيق العمالة الكاملة والمنتجة للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي نفس الاتجاه، تحدد المادة 27 من اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة المبادئ المتعلقة بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل والتوظيف. وعلى مستوى محافل منظمة التعاون الإسلامي، تحدد استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي لسوق العمل 2025 ووثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة عددا من الأهداف الإستراتيجية لتعزيز فرص العمل للأشخاص ذوي الإعاقة ومعالجة مجموعة من التحديات الاقتصادية التي يواجهونها (الإطار 4.2) (OIC, 2018; SESRIC, 2019b).

ثمة مجموعة من أوجه النقص التي تؤثر على رغبة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة الراغبين في ولوج سوق العمل أو القيام بأي مسعى اقتصادي. فهم غالبا عرضة لعدم النشاط الاقتصادي لفترة طويلة في سوق العمل بسبب الصعوبات المرتبطة بإيجاد فرص العمل، ويعانون من مستويات مرتفعة للبطالة، ويتلقون أجورا أقل نسبيا مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة (WHO & World Bank, 2011).

ووفقا للأمم المتحدة (2018)، بلغت نسبة العمالة إلى السكان (للأشخاص البالغة أعمارهم 15 عاما فأكثر) في صفوف الأشخاص غير ذوي الإعاقة بين عامي 2006 و 2016 معدل 60% - بناء على بيانات من 91 بلدا. وبالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، بلغت هذه النسبة 36% فقط، وهذا ما يشير إلى

الإطار 4.2: الأهداف الاستراتيجية المتعلقة بالإدماج الاقتصادي في مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة

في مجال الإدماج الاقتصادي، تقترح وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الأهداف الاستراتيجية أدناه ليسترشد بها صناع السياسات في بلدان المنظمة بخصوص السبل الأنجع لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع:

الهدف الاستراتيجي 1.3: تطوير واعتماد أنظمة عمل بديلة

الهدف الاستراتيجي 2.3: تشجيع الإدماج الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة

الهدف الاستراتيجي 3.3: تعزيز تنمية مهارات ذوي الإعاقة وفقا لاحتياجات سوق العمل

الهدف الاستراتيجي 4.3: تعزيز التنسيق الفعال بين أصحاب المصلحة الرئيسيين وتعزيز التعاون فيما بين الدول الأعضاء في المنظمة

الهدف الاستراتيجي 5.3: تحسين نطاق خدمات الضمان الاجتماعي وسبل تقديمها

الهدف الاستراتيجي 6.3: التعامل مع التمييز في العمل

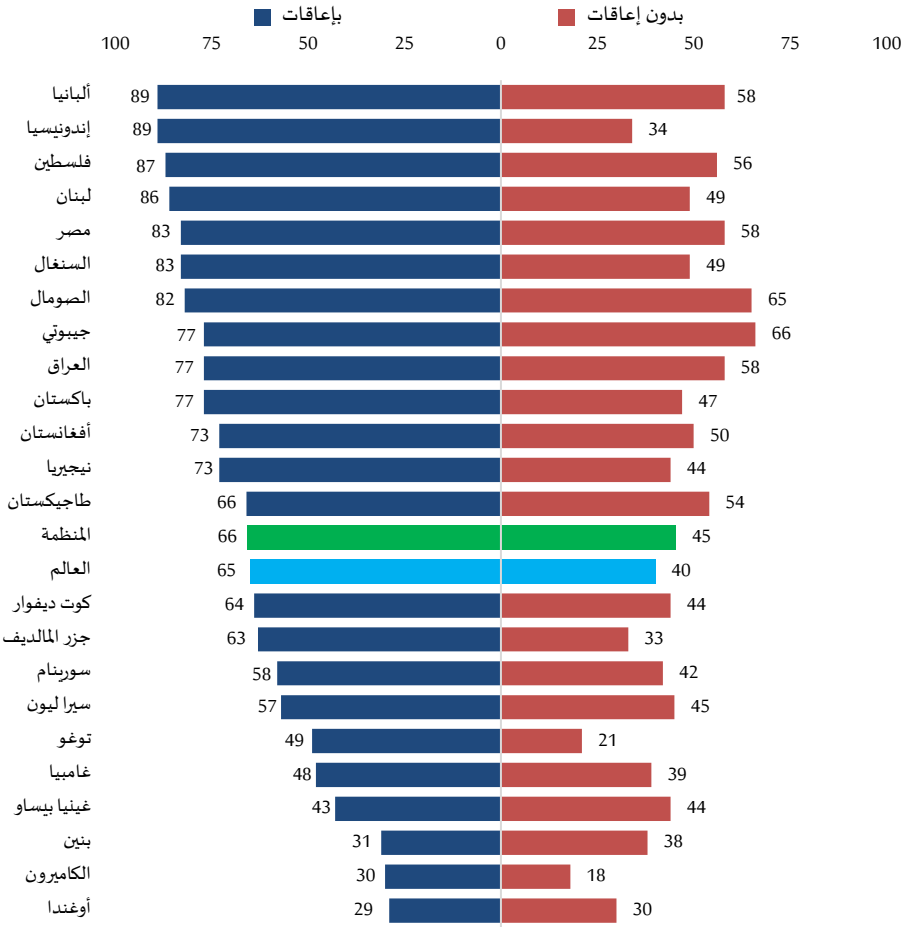
المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

وجود تفاوت كبير. وهذا يدل على أن نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة النشطين ضمن القوى العاملة متدنية جدا. وسبعة من كل عشرة أشخاص ذوي إعاقة في جميع أنحاء العالم غير نشطين اقتصاديا، وهذا يعني أنهم لا عمال ولا عاطلين عن العمل، بينما فقط أربعة من كل عشرة أشخاص بدون إعاقة يندرجون في هذه الفئة (ILO, 2022). وعلى نفس النحو، تبرز مجموعة بيانات تغطي 61 بلدا (منها 23 بلدا عضوا في المنظمة) أن 65% من الأشخاص ذوي الإعاقة غير نشطين اقتصاديا على مستوى العالم، بينما تبلغ هذه النسبة في صفوف الأشخاص غير ذوي إعاقة 40%. لكن متوسط بلدان المنظمة الـ23 التي تتوفر بشأنها البيانات من حيث نسبة السكان غير النشطين اقتصاديا من الأشخاص ذوي الإعاقة (65.8%) وغير ذوي الإعاقة (45.3%) أعلى من المتوسط العالمي. وفي سبع بلدان أعضاء في المنظمة (ألبانيا وإندونيسيا وفلسطين ولبنان ومصر والسنغال والصومال) تزيد نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة غير النشطين اقتصاديا عن 80% (الشكل 7.2).

في العديد من البلدان النامية، غالبا ما يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة المزاولون لعمل معين بعض نقاط الهشاشة في عملهم. ويمكن أن تتجلى في صورة ضعف مستوى المداخيل ونقص الولوجيات في أماكن العمل وصعوبة ظروف العمل أو عدم سلامتها، وهي من الأسباب التي قد تحرم هذه الفئة من حقوقها الأساسية (ILO & Foundation ONCE, 2021). وأضاف كولمان وآخرون (Coleman et al., 2013) كذلك العوامل المتمثلة في "بيئة العمل غير الملائمة، ونقص التعليم أو المهارات اللازمة للوظيفة، ونقص وسائل النقل من وإلى العمل" كعناصر تأثر سلبا على الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وبالإضافة إلى هذه العوامل، من شأن التمييز في أماكن العمل والوصمة الاجتماعية أو المواقف السلبية

المرتبطة بإنتاجية ونجاعة عمل الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة التأثير سلبا على اندماجهم الاقتصادي (SESRIC, 2019a).

الشكل 7.2: السكان غير النشطين اقتصاديا حسب وضع الإعاقة (%)، أحدث سنة (2012-2021)

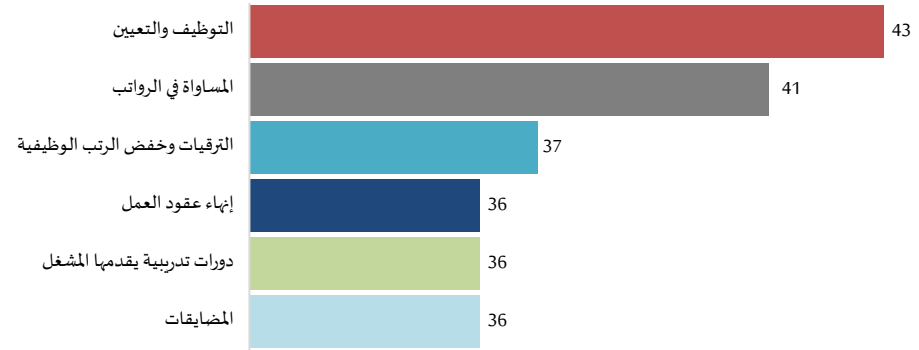


المصدر: مؤشرات سوق العمل الخاصة بالإعاقة، قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية.

وفي إطار جهود القضاء على أوجه التمييز في الوظائف على اساس الإعاقة، سنت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تدابير تشريعية شاملة تردع الممارسات التمييزية وتضمن توفر فرص متكافئة للأشخاص ذوي الإعاقة في العمل. فوفقا لمجموعة بيانات صدرت في 2019 عن المركز العالمي للسياسات، أدرج 43 بلدا، من أصل 55 بلدا عضوا في المنظمة تتوفر بشأنها البيانات، مواد ذات صلة بالموضوع في تشريعاتها الوطنية المعنية بالعمالة، وتنص بصريح العبارة على حظر كل أشكال التمييز في عملية تعيين الموظفين والعمال. كما يقدم 41 بلدا عضوا في المنظمة ضمانات قانونية بتلقي أجور عادلة بغض النظر عن حالة الإعاقة. وبالإضافة إلى ذلك، تتضمن التشريعات الوطنية في 37 بلدا عضوا في المنظمة قواعد تحظر التمييز في الترقية أو خفض الرتب الوظيفية على أساس الإعاقة، في حين أن مجموعة أخرى من 36 بلدا تحظر قوانينها صراحة

كل أشكال المضايقة، والحيلولة دون الاستفادة من الدورات التدريبية التي يقدمها المشغل، وإنهاء عقود العمل بشكل تعسفي (الشكل 8.2).

الشكل 8.2: التدابير التشريعية بشأن حظر التمييز على أساس الإعاقة في سوق العمل، (عدد بلدان منظمة التعاون الإسلامي)، لحدود يونيو 2019



المصدر: المركز العالمي لتحليل السياسات. بيانات بشأن الإعاقة نشرت في شهر يونيو 2019. ملاحظة: حظر مختلف أشكال التمييز على أساس الإعاقة في التوظيف والأجور والتدريب والترقيات وخفض الرتب الوظيفية المكتسبة يشمل: حظر خاص بالإعاقة، وحظر شامل، وحظر عام، وضمانات بدفع الأجور على قدم المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة. راجع الملحق الأول.

ولتعزيز الادماج الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، أطلقت العديد بلدان منظمة التعاون الإسلامي مجموعة من المبادرات. منها على سبيل المثال لا الحصر، اعتماد نظام حصص وأنظمة توظيف مركزية ودعم أقساط الضمان الاجتماعي. ففي عام 2014 مثلا أطلقت وزارة العمل والتنمية الاجتماعية في المملكة العربية السعودية برنامج "توافق" (تمكين القوى العاملة من ذوي الإعاقة) الذي يهدف إلى توفير أرضية خصبة لبناء وتعزيز فرص عمل شاملة لهذه الفئة. وفي عام 2016، قدم هذا البرنامج الدعم لما يناهز 62728 شخصا من ذوي الإعاقة في إيجاد عمل مع 31790 شركة، وتلقى حوالي 17400 شخص من ذوي الإعاقة إعانات من الحكومة، وزاد عدد الموظفين ذوي الإعاقة في القطاع الخاص من 15500 في عام 2011 إلى 62728 في 2016 (Zero Project, 2017).

وعلى نفس النحو، في تركيا يضمن قانون خاص متعلق بالعمل ظروف عمل آمنة ومتسمة بالمساواة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة. وهذا القانون ينص على ثلاثة عناصر رئيسية: (1) يملي على مؤسسات القطاع الخاص التي تضم 50 موظفا أو أكثر توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة، (2) ينص على أن لا تقل نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة المعينين عن 3% من إجمالي الموظفين، (3) ينص على ضرورة أن يتم توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة من خلال هيئة التوظيف العامة التركية. ومن خلال ذلك يهدف القانون إلى التقليل من العوائق التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة خلال عملية البحث عن عمل ومطابقة احتياجات أرباب العمل ومتطلبات الباحثين عن العمل (SESRIC, 2017).

وبهدف دعم جهود ريادة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة للأعمال، أطلقت وزارة الشؤون الاجتماعية في إندونيسيا مبادرة مجموعة المشاريع المشتركة (Kelompok Usaha Bersama) والمؤسسة

الاقتصادية المنتجة (Usaha Ekonomi Produktif). وكلتا المبادرتان توفران التمويل الأصغر لأصحاب المشاريع ذوي الإعاقة. وفي جنوب سولاويزي بإندونيسيا، مول المكتب المحلي لوزارة الصناعة تدريبا لتعزيز المهارات للأشخاص ذوي الإعاقة بشأن أساليب معالجة الأعشاب البحرية (Adioetomo et al., 2014).

4.2. الحوكمة

تشير الحوكمة إلى البرامج والسياسات والأنظمة التي تقدم خدمات للأفراد على المستوى المحلي أو الوطني أو الدولي. وتلعب هياكل الحوكمة دورا مهما في ضمان رفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة والنهوض بمستواها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي وباقي العالم. فهياكل الحوكمة السليمة التي تضم قوانين ولوائح ومؤسسات وآليات تساعد في حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وزيادة نسبة مشاركتهم في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

وتدعو عدد من الوثائق الاستراتيجية العالمية البارزة التي تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة إلى حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واحترام كرامتهم. فالعديد من مواد اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المواد 15 و 16 و 17 و 21 و 29) تركز على تحسين الحوكمة. كما تشدد خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة في إطار المقصد الإنمائي 3.1 على أهمية أنظمة وتدابير الحماية الاجتماعية الوطنية لتحقيق الرفاهية المادية للأشخاص ذوي الإعاقة. وتدرك مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة دور الحوكمة في تحسين مستوى معيشة الأشخاص ذوي الإعاقة وتحدد الحوكمة كأحد مجالات عملها الرئيسية الستة (الإطار 5.2).

الإطار 5.2: الأهداف الاستراتيجية المتعلقة بالحوكمة في مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة

في مجال الحوكمة، تقترح وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الأهداف الاستراتيجية أدناه ليسترشد بها صناع السياسات في بلدان المنظمة بخصوص السبل الأنجع لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع:

الهدف الاستراتيجي 1.4: مراجعة مخططات الضمان الاجتماعي

الهدف الاستراتيجي 2.4: زيادة مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في العمليات السياسية

الهدف الاستراتيجي 3.4: تعزيز وإنشاء المنظمات التي يديرها الأشخاص ذوو الإعاقة ولصالحهم

الهدف الاستراتيجي 4.4: زيادة مخصصات الميزانية خصوصا للمبادرات والبرامج التي تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

حين يتعلق الأمر بالمواثيق الدولية التي تحمي وتعزز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD) لعام 2006 وبروتوكولها الاختياري لعام 2008 هما أبرز وثيقتين. وفي الوقت الراهن، وقع 47 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي على اتفاقية 2006 والبلدان

العشر المتبقية (أفغانستان وجيبوتي وغامبيا وإيران والعراق والكويت وموريتانيا وفلسطين والمملكة العربية السعودية وتركمانستان) لم توقع بعد، لكنها انضمت للاتفاقية. وفي العموم، صادق 44 بلدا عضوا في المنظمة على هذه الاتفاقية على الصعيد الوطني، وانضمت إليها 10 بلدان أعضاء، وثلاث من البلدان الأعضاء (الكاميرون ولبنان وطاجيكستان) الموقعة على الاتفاقية لم تنضم إليها ولم تصادق عليها في تشريعاتها الوطنية[2]. وفي الوقت ذاته، لم يوقع ولم ينضم ولم يصادق 20 بلدا من أصل البلدان الـ57 الأعضاء في المنظمة على البروتوكول الاختياري للاتفاقية لعام 2008. وهذه البلدان هي ألبانيا والبحرين وبروناي دار السلام وجزر القمر ومصر وغيانا وإندونيسيا وإيران والعراق والكويت وقيرغيزستان وليبيا وماليزيا وجزر المالديف وعمان وباكستان والصومال وسورينام وطاجيكستان وأوزبكستان.

الجدول 1.2: نطاق تغطية برامج الضمان الاجتماعي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي*، 2017-2019

المجالات المشمولة وعدد البلدان	البلدان
شاملة (10)	ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، إيران، كازاخستان، لبنان، المغرب، تونس، تركمانستان، أوزبكستان
شبه شاملة (6)	مصر، غينيا، العراق، باكستان، طاجكستان، تركيا
متوسطة (22)	البحرين، بنغلاديش، بنين، بروناي دار السلام، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، كوت ديفوار، جيبوتي، الغابون، غيانا، إندونيسيا، الأردن، الكويت، قيرغيزستان، مالي، موريتانيا، موزمبيق، النيجر، المملكة العربية السعودية، السنغال، توغو
محدودة (11)	غامبيا، ليبيا، ماليزيا، نيجيريا، عمان، قطر، سيراليون، السودان، سوريا، أوغندا، اليمن
لا معلومات (8)	أفغانستان، جزر القمر، غينيا بيساو، المالديف، فلسطين، الصومال، سورينام، الإمارات العربية المتحدة

المصدر: مجموعة بيانات تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2017-2019 الصادر عن منظمة العمل الدولية. *فيما يلي سلم التغطية: شاملة=تغطية ثمانية مجالات؛ شبه شاملة = تغطية سبعة مجالات؛ متوسطة = تغطية خمسة أو ستة مجالات؛ محدودة = تغطية ما بين مجال واحد إلى أربعة مجالات، راجع الملحق الثاني.

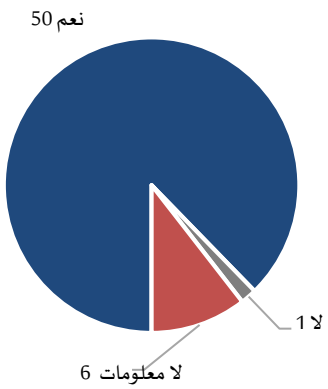
تعد أنظمة وبرامج الحماية الاجتماعية من الركائز الأساسية لهيكل الحوكمة. لكن مع ذلك "يتمتع فقط 27% من إجمالي سكان العالم بتغطية ملائمة للضمان الاجتماعي وأكثر من نصف إجمالي السكان لا يشملهم أي شكل من أشكال التغطية على الإطلاق" (ILO, 2021). ووفقا لتقرير الحماية الاجتماعية العالمي لمنظمة العمل الدولية 2017-2019، هناك تفاوت كبير في نطاق تغطية برامج الحماية الاجتماعية المتضمنة في التشريعات الوطنية في 49 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي (الجدول 1.2). فعلى سبيل المثال، فقط 10 بلدان أعضاء في المنظمة هي التي تتوفر على برامج "شاملة" للحماية الاجتماعية تقدم تغطية في ثمانية أبعاد:

[2] المعلومات حول التوقيع والانضمام والتصديق على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري لحدود 29 ديسمبر 2022 (https://indicators.ohchr.org/).

المرض، والأمومة، والشيخوخة، والناجون، والإعاقة / العجز، والأطفال / الأسرة، وإصابات العمل، والبطالة. وتقدم ست بلدان أخرى أعضاء في المنظمة تغطية "شبه شاملة" للحماية الاجتماعية على مستوى سبعة أبعاد. في حين أن غالبية البلدان الأعضاء، 22 بلدا، تقدم تغطية "متوسطة" تشمل 5 أو 6 أبعاد، وتقدم 11 بلدان أعضاء تغطية "محدودة" تشمل ما بين بعد واحد و 4 أبعاد.

وتعتبر برامج الحماية الاجتماعية ذات أهمية خاصة لرفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. فهذه البرامج تساعدهم في تغطية تكاليفهم الطبية، وتوفير الأجهزة المساعدة، وتوفير دعم على الدخل (مثل التحويلات النقدية المباشرة، والإعانات، والإعفاءات الضريبية) ومزايا أخرى (World Bank, 2016). لكن كما سلف الذكر، يبقى توفر الحماية الاجتماعية اللائقة أمرا نادرا في جميع أنحاء العالم. وحسب منصة منظمة العمل الدولية للحماية الاجتماعية، استفاد فقط 33.5% من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة في العالم من مزايا الحماية الاجتماعية الخاصو بالإعاقة في عام 2020. لكن تقرير الحماية الاجتماعية العالمي لمنظمة العمل الدولية 2017-2019 توصل لنتيجة مفادها أن 50 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي تتوفر على برنامج رسمي للحماية الاجتماعية يغطي الإعاقة/ العجز إلى جانب أبعاد أخرى، وبلد عضو واحد (جيبوتي) لا يوفر أي برنامج رسمي للحماية الاجتماعية يغطي هذا المجال. ولم ترد أي معلومات بخصوص ست بلدان أعضاء (أفغانستان وجزر القمر وفلسطين والصومال وسورينام والإمارات العربية المتحدة) بشأن توفير مثل هذه البرامج (الشكل 9.2).

الشكل 9.2: عدد بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر على برنامج رسمي للحماية الاجتماعية خاص بالأشخاص ذوي الإعاقة/ العجز، 2017-2019



المصدر: مجموعة بيانات تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2017-2019 الصادر عن منظمة العمل الدولية.

ومن خلال تحليل أشكال برامج الحماية الاجتماعية المخصصة للأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة[3] في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يتبين أن معظم هذه البلدان (44) تتوفر حاليا على صناديق ادخار قائمة على الاشتراكات لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة. كما توفر أيضا خمس بلدان أعضاء في المنظمة (بروناي دار السلام وغامبيا وإندونيسيا وماليزيا وأوغندا) صناديق ادخار قائمة على الاشتراكات لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة، ونيجيريا هي البلد الوحيد الذي يوفر الاشتراكات الفردية الإلزامية. وتكمن المشكلة في مخططات التأمين الاجتماعي القائم على الاشتراكات في أنها تلبي بشكل أساسي احتياجات الأفراد الذين لديهم عمل ثابت أو مستمر أو يعملون لحسابهم الخاص طوال سنوات نشاطهم.

الجدول 2.2: بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر على برامج متنوعة للحماية الاجتماعية خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، 2017-2019

الفئة	البرنامج	البلدان
البرامج القائمة على الاشتراكات	الضمان الاجتماعي (45)	ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، كوت ديفوار، مصر، الغابون، غامبيا، غينيا، غيانا، إندونيسيا، إيران، العراق، الأردن، كازاخستان، الكويت، قيرغيزستان، لبنان، ليبيا، ماليزيا، مالي، موريتانيا، المغرب، موزمبيق، النيجر، عمان، باكستان، قطر، المملكة العربية السعودية، السنغال، سيراليون، السودان، سوريا، طاجيكستان، توغو، تونس، تركيا، تركمانستان، الإمارات العربية المتحدة، أوزبكستان، اليمن
	صناديق الادخار القائمة على الاشتراكات (45)	بروناي دار السلام، غامبيا، إندونيسيا، أوغندا
	الاشتراكات الفردية الإلزامية (1)	نيجيريا
الخطط غير القائمة على الاشتراكات	المساعدة الشاملة (2)	ألبانيا، أذربيجان
	المساعدة الاجتماعية* (8)	بنغلاديش، العراق، كازاخستان، قرغيزستان، موزمبيق، طاجيكستان، تركمانستان، أوزبكستان
لا برامج منصوص عليها في التشريعات	لا برامج (3)	جيبوتي، غينيا بيساو، المالديف
لا معلومات متاحة	(5)	أفغانستان، جزر القمر، فلسطين، الصومال، سورينام

المصدر: مجموعة بيانات تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2017-2019 الصادر عن منظمة العمل الدولية. *البيانات تخص عام 2015 أو آخر سنة متاحة. * برامج المساعدة الاجتماعية غير القائمة على الاشتراكات في هذه البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي قائمة على أساس اختبار السبل المتاحة.

[3] يعرف تقرير الحماية الاجتماعية العالمي لمنظمة العمل الدولية 2017-2019 الإعاقة الشديدة بأنها "تعادل الإصابة بالعمى أو متلازمة داون أو الشلل الرباعي أو الاكتئاب الشديد أو الذهان النشط" بما يتماشى مع التعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي في تقريرهما العالمي حول الإعاقة لعام 2011.

وحين يتعلق الأمر بالبرامج غير القائمة على المساهمات، فإن 10 بلدان أعضاء في المنظمة هي التي تعتمدها، ومن بينها بلدان فقط (ألبانيا وأذربيجان) يوفران مساعدة شاملة غير قائمة على المساهمات للأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة، و 8 بلدان أعضاء (بنغلاديش والعراق وكازاخستان وقرغيزستان وموزمبيق وطاجيكستان وتركمانستان وأوزبكستان) تقدم مساعدات اجتماعية غير قائمة على الاشتراكات للأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة لكنها تقوم على أساس اختبار السبل المتاحة.

وثلاث بلدان أعضاء في المنظمة (جيبوتي وغينيا بيساو وجزر المالديف) لا تنص تشريعاتها على أي نوع من برامج الحماية الاجتماعية لصالح الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة، ولا تتوفر أي معلومات بشأن الخطط والبرامج في خمس بلدان أعضاء في المنظمة (أفغانستان وجزر القمر وفلسطين والصومال وسورينام) (الجدول 2.2). وتقدم المساعدة الاجتماعية القائمة على أساس اختبار السبل المتاحة لفائدة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة الذين يقل دخلهم عن عتبة معينة ويكون معقدا لأنه يمكن أن يضعف إمكانية إدراجهم ضمن الفئات الهشة (مثل اللاجئين والمهاجرين ذوي الإعاقة) ويمكن أن يحرمهم من تلقي المساعدة الاجتماعية المناسبة.

تتكبد في غالب الأحيان الأسر المعيشية التي يعيش في كنفها أشخاص من ذوي الإعاقة نفقات إضافية تتعلق بالرعاية الطبية والعلاج وتوفير المعدات المتخصصة وباقي الاحتياجات المتعلقة بالإعاقة. ومن شأن برامج الحماية الاجتماعية أن تلعب دورا كبيرا في التخفيف من هذه التحديات المالية ودعم هذه الأسر. لكن وفقا لمجموعة بيانات منظمة العمل الدولية (2023)، حين يتعلق الأمر بالتغطية الفعالة للحدود الدنيا للحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة والبرامج ذات الصلة، فإن فقط 38 بلدا عضوا في المنظمة هي التي تقدم مزايا نقدية للأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة.

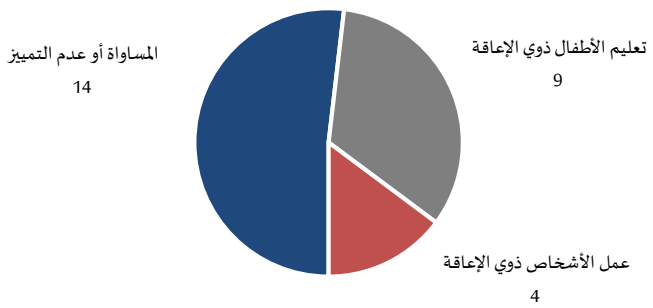
وبالإضافة إلى ذلك، تشير البيانات من تسعة بلدان نامية إلى أن ما متوسطه 76% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين هم بحاجة إلى خدمات الرعاية غير قادرين على تلقي مثل هذه الخدمات (UN, 2018). فالخدمات الاجتماعية والأجهزة المساعدة التي تقدمها السلطات العامة تلعب دورا فعالا في تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. لكن الأرقام من بلدين عضوين في منظمة التعاون الإسلامي تشير إلى أن مثل هذه الخدمات، في حال توفرها، لا ترقى للمستوى المطلوب على الإطلاق. ففي موزمبيق والكاميرون، أفاد أكثر من 77% من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين هم بحاجة لمنتجات مساعدة (مثل الكراسي المتحركة والمساعدات البصرية وما إلى ذلك) إلى عدم توفرهم عليها (UN, 2018).

وتتمثل أبرز الأسباب الشائعة التي تحول دون الوصول الكامل للخدمات الاجتماعية (مثل المزايا التي يستفيد منها ذوو الإعاقة، والأجهزة المساعدة... إلخ) في التخصيص المحدود (عدم الموافقة بين العرض والطلب)، ونقص المعرفة بإجراءات تقديم الطلبات، وغياب الوثائق المرجعية، وعدم إمكانية الوصول إلى المكاتب العامة، ونقص الوضوح في عملية تقييم الإعاقة، والتحيز تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة والوصمات الاجتماعية المرتبطة بهم (UN, 2018).

وللتوصل لحلول لهذه المعيقات المعقدة والمترابطة التي تؤثر على مستويات معيشة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، يتعين على بلدان منظمة التعاون الإسلامي إحداث هياكل حوكمة فعالة تضم استراتيجيات وخطط وأنظمة وطنية شاملة بخصوص الإعاقة. وفي كثير من الحالات، تبرز الحاجة لمراجعة بعض بلدان المنظمة لهياكل الحوكمة القائمة ومواءمتها مع الاستراتيجيات المعتمدة دوليا، مثل اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك لتعزيز المشاركة الفعالة والكاملة للأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع من خلال حماية وتعزيز حقوقهم السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيرها من الحقوق.

وتبقى مسألة سن وتنفيذ قوانين وسياسات مناهضة للعنف وسوء المعاملة وإهمال الأشخاص ذوي الإعاقة من الأهداف البعيدة المنال في جميع البلدان النامية.[4] وكما هو مبين في الشكل 10.2، فقط 14 بلدا من أصل 56 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي تتوفر بشأنها البيانات هي التي تكفل بصريح العبارة في دساتيرها للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في المساواة أو عدم التمييز، بينما تنص صراحة دساتير تسعة بلدان أعضاء في المنظمة على ضمان الحق في التعليم لجميع الأطفال ذوي الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين. وتنص دساتير أربعة بلدان أعضاء في المنظمة صراحة على ضمانات بخصوص مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في القوى العاملة. وبناء على ذات مجموعة البيانات، تكفل معظم بلدان المنظمة بشكل صريح الحقوق الدستورية للأشخاص ذوي الإعاقة، على الرغم من عدم توفرها على قوانين خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة. فعلى سبيل المثال، يكفل 38 بلدا عضوا في المنظمة الحقوق الدستورية المتمثلة في حظر التمييز أو ضمان المساواة، ويشمل ذلك كل الناس وليس حكرا على الأشخاص ذوي الإعاقة، ويكفل 32 بلدا بصريح العبارة حق الأطفال ذوي الإعاقة في التعليم ولكن لا تحدد حقوقا خاصة بالإعاقة، ويضمن 28 بلدا صراحة حق البالغين ذوي الإعاقة في العمل، لكنها لا تحدد حقوقا خاصة بالإعاقة.

الشكل 10.2: عدد بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تكفل دساتيرها حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة



المصدر: المركز العالمي لتحليل السياسات. بيانات بشأن الإعاقة نشرت في شهر يونيو 2019.

[4] تشير بيانات من الولايات المتحدة، على سبيل المثال، إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة عرضة بأن يصبحوا ضحية للعنف أو سوء المعاملة أو الإهمال بأربعة إلى عشرة أضعاف مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة (CDC, 2021).

وعلى نفس المنوال، يبين الجدول 3.2 أن على بلدان منظمة التعاون الإسلامي بذل مزيد من الجهود بخصوص هياكل الحوكمة من خلال صياغة الاستراتيجيات أو السياسات أو القوانين الملائمة. ولحدود شهر يناير 2023، فقط 11 بلدا عضوا في المنظمة هي التي تعتمد سياسات وطنية تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، و 13 بلدا عضوا يعتمد استراتيجيات أو خطط عمل على المستوى الوطني، كما أن هناك قوانين ولوائح تتناول جزئيا قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة في 37 بلدا عضوا في المنظمة.

الجدول 3.2: بلدان منظمة التعاون الإسلامي المعتمدة لاستراتيجيات وسياسات وقوانين تعنى بشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، 2023

الاستراتيجيات والسياسات والقوانين	البلدان
القوانين/ اللوائح (37)	أفغانستان، ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنغلاديش، بروناي دار السلام، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، الغابون، غيانا، إندونيسيا، العراق، الأردن، الكويت، قرغيزستان، لبنان، ليبيا، ماليزيا، موريتانيا، المغرب، موزمبيق، نيجيريا، عمان، باكستان، فلسطين، قطر، المملكة العربية السعودية، السنغال، سيراليون، السودان، تونس، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، أوزبكستان، اليمن
استراتيجيات/ خطط عمل (13)	أفغانستان، ألبانيا، البحرين، بنغلاديش، الأردن، لبنان، موزمبيق، باكستان، فلسطين، سوريا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، اليمن
السياسات الوطنية (11)	أفغانستان، بنغلاديش، غامبيا، إيران، قرغيزستان، ماليزيا، جزر المالديف، المغرب، نيجيريا، السودان، الإمارات العربية المتحدة

المصدر: مجموعة بيانات منظمة الصحة العالمية MiNDbank - "الحاجة لمزيد من الشمولية في قضايا التنمية والإعاقة"، لحدود تاريخ 11 يناير 2023. للاطلاع على القائمة الكاملة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي، يرجى مراجعة الملحق الثالث.

ليس من السهل على أي حكومة تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بصورة كاملة دون دعم من المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص. فالتعاون متعدد القطاعات ضروري لتوسيع نطاق شمول السياسات والبرامج، لا سيما في المناطق المحرومة (مثل الأوساط الريفية، والمخيمات، والأحياء الفقيرة ... إلخ). وفي بعض الحالات، تمثل وحدة الأسرة والمنظمات غير الحكومية أهمية إضافية من خلال توفير خدمات مهمة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة حين تكون هياكل الحوكمة غير فعالة. فعلى سبيل المثال، أفاد 27% فقط من المستجيبين على دراسة استقسائية أجريت في غامبيا أنه يجب على المؤسسات الحكومية أن تكون المسؤولة عن تقديم الخدمات، في حين أجاب 73% من المستجيبين أنه يتعين توكيل مهمة خدمة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة للمنظمات غير الحكومية والأفراد والأسر / المجتمعات وباقي المنظمات (Bah, 2016). وفي هذا السياق، يتعين على صانعي السياسات مراعاة احتياجات وتوقعات هذه الفئات النشطة في المجتمع عند تطوير هياكل الحوكمة أو إعادة هيكلتها.

وفي الوقت الحاضر، تتوفر العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي على هياكل وبرامج خاصة بالحوكمة تدعم هدف تحقيق الرفاهية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ففي غيانا، يهدف قانون

الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2010 إلى توفير حقوق معينة للأشخاص ذوي الإعاقة، وتعزيز وحماية تمتعهم الكامل والمتساوي بالحقوق، وتيسير إعمال حقوقهم، وتوفير الرعاية وإعادة التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة، والترتيب لتسجيل الأشخاص ذوي الإعاقة، وإنشاء اللجنة الوطنية للإعاقة، وأحكام أخرى تصب في نفس المجال (قانون الأشخاص ذوي الإعاقة، 2010).

وأنشأت مصر المجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة في 2012 لضمان التنسيق بين مختلف الوزارات. والمجلس يتولى مهمة تصميم السياسات والإشراف والرقابة على أداء الحكومة والجهات المعنية بخصوص تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة. كما أنه مسؤول أيضا عن وضع خطة وطنية بشأن الإعاقة. وفضلا عن ذلك، أطلقت مصر برنامج "تكافل وكرامة"، وهو برنامج للتحويلات النقدية غير المشروطة وهو موجه للأسر الفقيرة والأشخاص ذوي الإعاقة. وفي عام 2020، استفاد أكثر من 838000 شخص من ذوي الإعاقة من هذا البرنامج (World Bank, 2020).

5.2. تمكين بيئة داعمة

من شأن البيئة الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أن تعزز اندماجهم وتمكنهم من المشاركة في المجتمع. ويشمل تمكين بيئة داعمة لهذه الفئة تدخلات هامة لتحسين مستوى توفر الطرقات والمباني وخدمات النقل وتكنولوجيات المعلومات والاتصالات وتسهيل وصولهم إليها بتكلفة ميسرة. وكل هذه الأبعاد متداخلة فيما بينها وهذا ما يستلزم اعتماد نهج شامل ومتعدد القطاعات (SESRIC, 2019b). وبدون اعتماد مثل هذا النهج، يصعب على أي حكومة التعامل مع المعيقات والعقبات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة وبالتالي تحقيق التنمية المستدامة.

تقر العديد من الوثائق الاستراتيجية الدولية والإقليمية المتعلقة بالإعاقة بأهمية توفير بيئة داعمة تمكينية للأشخاص ذوي الإعاقة. وعلى وجه الخصوص، تنص اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على عدد من المواد (مثل المواد 9 و 18 و 19 و 20) التي تهدف إلى النهوض بمستوى المشاركة الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال توفير بيئة داعمة لهم. وفي نفس الاتجاه، تؤكد خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة على أن من شأن البيئة المواتية للأشخاص ذوي الإعاقة أن تساعد البلدان في تحقيق التنمية المستدامة وتحقيق النمو الشامل للجميع. فالعديد من مقاصد أهداف التنمية المستدامة - لا سيما في إطار الهدف 11 (على سبيل المثال 2.11 و 3.11 و 7.11) - مرتبطة بتحسين إمكانية الوصول بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال توفير ببيئة أكثر تمكينا لهم (UN, 2018). كما تتناول الخطة الحضرية الجديدة للأمم المتحدة مسألة الحق في سكن ومستوى معيشي لائق، والولوج إلى البنية التحتية المادية والاجتماعية الأساسية، بما في ذلك الأراضي المجهزة بخدمات ميسورة التكلفة والإسكان وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والوصول بسهول للفضاءات العامة ووسائل النقل، وتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وتعزيز فرص مشاركتهم في المجتمع (UN, 2016).

وتحدد مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة مسألة "تمكين بيئة داعمة" واحدة من مجالات العمل الرئيسية وتطرح تحتها أربعة أهداف استراتيجية و 16 إجراء عمليا بهدف "تعزيز الظروف المحيطة والاجتماعية المهمة للأشخاص ذوي الإعاقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي" (الإطار 6.2) (SESRIC, 2019b).

الإطار 6.2: الأهداف الاستراتيجية المتعلقة بتمكين بيئة داعمة في مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة

لتمكين بيئة داعمة، تقترح وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الأهداف الاستراتيجية أدناه ليسترشد بها صناع السياسات في بلدان المنظمة بخصوص السبل الأنجع لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع:

الهدف الاستراتيجي 1.5: وضع سياسات وأنظمة فعالة لضمان بيئة مواتية للأشخاص ذوي الإعاقة

الهدف الاستراتيجي 2.5: معالجة الحواجز في البيئة الملموسة بما في ذلك المباني والطرق لتيسير تنقل الأشخاص ذوي الإعاقة

الهدف الاستراتيجي 3.5: تشجيع استخدام التقنيات والأساليب التي تلبي احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في الأماكن العامة والخاصة

الهدف الاستراتيجي 4.5: دعم بيئة تمكينية اجتماعيا للأشخاص ذوي الإعاقة للعمل في حياتهم اليومية بشكل يخلو من الصور النمطية أو التمييز أو التحيز

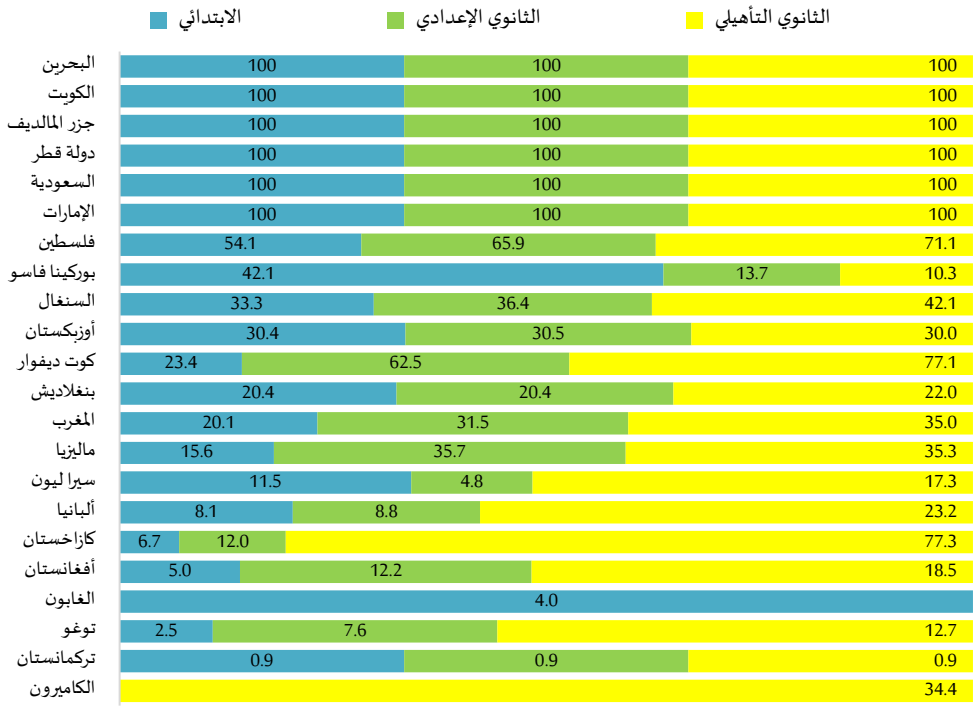
المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

إن التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة متعددة الأبعاد ومتداخلة، سواء في في المنزل أو في أماكن العمل. فعلى سبيل المثال، لا تصمم وتبنى نسبة كبيرة من المساكن وأماكن الإقامة مع الأخذ بعين الاعتبار احتياجات وإمكانية ولوج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، لا سيما في البلدان النامية. ووفقا للأمم المتحدة (2018)، أشار ما متوسطه 55% من الأشخاص ذوي الإعاقة في 2015 إلى أن مسكنهم لا يتطابق مع وضعهم، وطالبت نسبة 45% بتعديلات في المنزل الذي يقيمون فيه لتعزيز الولوجية. وعلى مستوى فرادى البلدان، أفاد 28% من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة في الكاميرون عام 2018 أنهم يواجهون مشاكل في استخدام المرحاض في مساكنهم (UN, 2018).

وفي العديد من البلدان النامية، بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تعد بيئة العمل المادية المعيقة ووسائل النقل التي يتعذر الوصول إليها نتيجة لعوامل متنوعة مثل ضعف الاستثمار في البنية التحتية الخاصة بالإعاقة وعدم توفر لوائح وتنظيمات لحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وهذا النقص يطال أيضا قطاع التعليم، فهناك نسب متدنية في كل فئات المؤسسات التعليمية الثلاثة في معظم بلدان المنظمة الـ22 التي توفرت بيانات العام الماضي بشأنها بخصوص نسبة المدارس التي تتمتع ببنية تحتية ملائمة لأصحاب الإعاقة وتوفر لهم المواد المعدلة وفق احتياجاتهم. وفقط ست بلدان أعضاء في المنظمة (البحرين والكويت وجزر المالديف وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية

المتحدة) هي التي توفر إمكانية الوصول بنسبة 100% إلى المرافق والمواد الدراسية المعدلة خصيصا لتلبية احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في مؤسسات التعليم الابتدائي والثانوي الإعدادي والثانوي التأهيلي (الشكل 11.2).

الشكل 11.2: نسبة المدارس ذات إمكانية الوصول إلى البنية التحتية والمواد المكيفة وفق احتياجات الطلاب ذوي الإعاقات، حسب المستوى التعليمي (%)، 2020*



المصدر: قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء (UIS). *بيانات كل مؤشر تجسد أحدث سنة تتوفر حولها البيانات بين عامي 2016 و 2020.

وعلى نفس النحو، توصلت دراسة قائمة على نتائج دراسة استقصائية شملت ثمانية بلدان نامية إلى أن ما متوسطه 32% من الأشخاص ذوي الإعاقة أفادوا أن مكان عملهم فيه معيقات، وأفاد 36% أن وسائل النقل في بلادهم لم تكن سهلة الاستخدام بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة (UN, 2018).[5] وشملت هذه الدراسة بلدين عضوية في منظمة التعاون الإسلامي (الكاميرون وموزمبيق). ففي الكاميرون، يجد 50% من الأشخاص ذوي الإعاقة بيئة عملهم المادية غير داعمة و 64% يجدون صعوبة في الوصول لوسائل النقل والاستفادة منها في بلدهم. أما في موزمبيق، يجد 18% من الأشخاص ذوي الإعاقة بيئة عملهم المادية غير داعمة و 33% يجدون صعوبة في الوصول لخدمات النقل والاستفادة منها.

تعتمد البلدان في جميع أنحاء العالم مجموعة من الأدوات المتعلقة بالسياسات لتمكين بيئات داعمة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتحسين إمكانية وصولهم إلى الفضاءات والخدمات العامة.

[5] البلدان الثمانية هي الكاميرون وتشيلي وليسوتو وملاوي وموزمبيق ونيبال وجنوب أفريقيا وسريلانكا.

ومن بينها، على سبيل المثال لا الحصر، التشريعات واللوائح المؤيدة، والتكنولوجيات المساعدة، وبرامج التدريب للممارسين، وحلول تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والاستثمارات لجعل البنية التحتية المادية ملائمة للفئات التي تعاني الإعاقة. والتكنولوجيات المساعدة، على وجه الخصوص، مهمة للغاية لأنها تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من العيش حياة صحية ومستقلة وكريمة مع تحسين انخراطهم في التعليم وسوق العمل والحياة المدنية (SESRIC, 2019a). ومن شأن التوظيف الملائم لهذه التكنولوجيات المساعدة أيضا أن تعود بمزايا اجتماعية واقتصادية كبيرة. فعلى سبيل المثال، يمكن لاستخدام الكراسي المتحركة اليدوية تحسين تنقل الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وهذا ما يخول لهم إمكانية الحصول على التعليم والعمل، مع تقليل تكاليف الرعاية الصحية المرتبطة بعدم الحركة، مثل التقليص من مخاطر التقرحات والتقلصات الناتجة عن الضغط (WHO, 2018).

وفي البلدان المتقدمة، تهدف المعايير التنظيمية لأنظمة النقل والوحدات السكنية وباقي الفضاءات العامة إلى تعزيز إمكانية ولوج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. لكن نفس المعايير التنظيمية في البلدان النامية تتسم بعدم الانتظام. فإدراك أهمية التدابير التي تمكن من توفير بيئة داعمة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أمر حديث نسبيا في العالم النامي. والأمر ذاته ينطبق أيضا على العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فلم تعتمد أوغندا، على سبيل المثال، السياسة الوطنية بشأن الإعاقة إلا في عام 2006، ومعايير التيسير لذوي الإعاقة في 2010، وقانون مراقبة عملية البناء في 2013. وتروم هذه التنظيمات الثلاثة النهوض بمستوى رفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة وتحسين إمكانية وصولهم إلى الفضاءات العامة (Zero Project, 2018b).

وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، شرعت إمارة دبي في تنفيذ الاستراتيجية الشاملة لأصحاب الهمم وخطة عملها في 2017. وتهدف هذه الخطة إلى تعديل المباني والبنية التحتية والمرافق القائمة لضمان بيئة مادية دون عوائق وشاملة كليا للأشخاص ذوي الإعاقة (Zero Project, 2018a). وفي 2019، أنشأت حكومة ماليزيا وحدة مخصصة تابعة لوزارة الاتصالات والوسائط المتعددة تركز على الإدماج الرقمي للأشخاص ذوي الإعاقة ومساعدتهم في الاستفادة من استخدام التكنولوجيا وتعزيز فرص وصولهم إلى خدمات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (Malaymail, 2019).

وفي عام 2017، أصدرت سلطة النقد الفلسطينية التوجيه رقم 8 الذي يدعو لتكييف مباني البنوك بما يتناسب مع احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة. وتهدف هذه التعليمات إلى ضمان حق الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى المؤسسات المصرفية والائتمانية وتمكينهم من إدارة شؤونهم المصرفية بنفس الطريقة التي يتبعها باقي المواطنين (CRPD Palestine Report, 2019). ووفقا لتقرير اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2020 حول موزمبيق، عملت حكومة موزمبيق على امتداد الأعوام القليلة المنصرمة على رصد وتقييم 634 منشأة عامة، بما في ذلك المدارس والمستشفيات ومكاتب الإدارة العامة، لضمان استيفائها للمواصفات الفنية المنصوص عليها في التنظيمات الخاصة بتيسير إمكانية

الوصول للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي الحالات التي ترصد فيها عدم مراعاة المعايير التنظيمية، أوصت الحكومة باتخاذ تدابير تصحيحية لتقويم الوضع (CRPD Mozambique Report, 2020).

6.2. الثقافة والدين

ثمة في جميع المجتمعات تقريبا في جميع أنحاء العالم تفاعل بين الثقافة والدين حين يتعلق الأمر بتشكيل التصورات ووجهات النظر بشأن الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ففي العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تلعب الثقافات المحلية والإسلام دورا محوريا في تشكيل صورة عامة بخصوص طريقة معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. فالإسلام يعتبر البشر جميعهم أفضل مخلوقات الله - بغض النظر عن وضعيتهم الجسدية - كما هو مذكور في الآية الرابعة من سورة التين. ونصوص القرآن الكريم والموروث النبوي المتمثل في أحاديث رسول الله محمد صلى الله عليه وسلم والشريعة الإسلامية لا تميز أي فرد عن الآخرين على أساس العرق أو الإثنية أو القدرات الجسدية والنفسية. فالأشخاص ذوو الإعاقة لا ينظر إليهم الإسلام على أن فيهم نقص وعيب (Rakhmat, 2017). والواقع أن مصطلح "الإعاقة" غير وارد في القرآن، لكنه يستخدم مصطلح "المحرومون" للإشارة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة (Bazna & Hatab, 2005).

وعلى المستوى الفردي، يمنح الإسلام للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة رخصا وتسهيلات في أداء بعض الواجبات الدينية مراعاة لوضعهم (Rakhmat, 2017). وعلى مستوى المجتمع، الإسلام يحمي ويعزز المساواة في الكرامة والمكانة والحقوق للأشخاص ذوي الإعاقة في المجالات الروحية والقانونية (IPHRC , 2021). كما أن الإسلام يحمل المجتمع مسؤولية رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، بينما ثقافيا تقع مسؤولية رعاية هذه الفئة إلى حد كبير على أسرهم ومجتمعاتهم (Hasnain et al., 2008).

وفي جميع أنحاء العالم النامي، هناك وعي متزايد بخصوص الإعاقة باعتبارها قضية متعلقة بكل ما هو اجتماعي واقتصادي وتنموي. ومع ذلك لا تزال الوصمات والصور النمطية والأحكام المسبقة المرتبطة بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة قائمة. ففي أفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، يعد نقص الوعي والمعرفة بأسباب الإعاقة ونتائجها من العوامل الرئيسية التي ترسخ أكثر الوصمة المرتبطة بالإعاقة (Mostert, 2016). في أوغندا، توصلت دراسة أجراها عالي (Aley) أن المواقف السلبية للغاية تجاه هؤلاء الأشخاص تنبع من "المعتقدات التقليدية الضارة والمفاهيم الخاطئة حول أسباب وطبيعة الإعاقة وحول الأدوار والحقوق التي يمكن أن يتمتع بها الأشخاص ذوو الإعاقة في المجتمع" (Aley, as cited in Rohweder, 2018). والتصورات الثقافية الخاطئة عن الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة منتشرة بشكل خاص في المجتمعات التي تتداخل فيها المعتقدات الثقافية بشكل معقد مع الممارسات الدينية.

غالبا ما تنهج التصورات الثقافية السلبية حول أسباب الإعاقة من ثلاثة معتقدات سائدة: (1) أن "لعنة الأسلاف" أو "خطايا الوالدين" (خاصة الأمهات) هي السبب في الإعاقة (Rohweter, 2018)؛ (2) أن عناصر خارقة (الأرواح الشريرة، والشياطين... إلخ) والسحر هي السبب في الإعاقات؛ (3) أن الإعاقة هي شكل من أشكال عقاب الله. ففي غامبيا، على سبيل المثال، توصلت دراسة استقصائية أجراها باه (Bah, 2016) إلى أن 24% من المستجيبين يعتقدون أن "الإعاقة هي عقاب من الله"، و 22% يعتقدون أن "الإعاقة ناتجة عن السحر"، ويعتقد 21% من المستجيبين أن "الإعاقة نذير شؤم".

يمكن للأحكام المتحيزة والوصمة المجتمعية والمفاهيم الثقافية المغلوطة بشأن أسباب الإعاقة وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أن تخلف آثارا سلبية كبيرة على حياتهم. فعلى سبيل المثال، توصلت العديد من الدراسات التي أجريت في الكاميرون وغينيا والنيجر والسنغال وسيراليون وتوغو وأوغندا إلى أن ضعف المعرفة والفهم بشأن أسباب الإعاقة قد يؤدي إلى لجوء بعض الأسر لقتل حديثي الولادة من ذوي الإعاقة، وهجر الرجل لزوجته مع الطفل، واستخدام علاجات بديلة للإعاقة ومنها ما هو قسري أو عنيف، وفرض قيود قسرية أو غير طوعية على التنقل والمشاركة، ونبذ الأشخاص ذوي الإعاقة (Rohweter, 2018). وتتسبب بعض المواقف الرجعية في بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي في عدم إرسال بعض الأسر أطفالها من ذوي الإعاقة إلى المدرسة (Hasnain et al., 2008). كما أن بعض الأسر قد ترفض خدمات إعادة التأهيل أو العلاج لأطفالها من ذوي الإعاقة معتقدين أن الله قد وهبهم أطفالا من ذوي الإعاقة ليختبرهم ويمتحنهم (Diken, 2006).

لكن يبقى تغيير التصورات تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة المتجذرة في الممارسات والمعتقدات الثقافية ليس بالأمر السهل. ولا يمكن للسياسات والمبادرات الحكومية أن تكون فعالة إلا إذا وصلت إلى المستوى الشعبي وكانت شاملة بما يكفي لتغطية شرائح مختلفة من المجتمع مثل سكان المناطق الريفية والأحياء الفقيرة. ومكافحة التصورات المغلوطة والوصمة المجتمعية والتحيزات ضد الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة تستلزم جهودا جبارة، مثل إطلاق حملات توعوية واسعة النطاق وتصميم برامج تشمل القادة الدينيين المحليين ومنظمات المجتمع المدني وتنفيذ برامج تعليم للكبار/ الآباء. ومن الضروري إدراج تعاليم الإسلام في الخطاب الإعلامي الذي يتناول قضايا الإعاقة وفي مناهج التعليم والسياسات ومختلف البرامج. ومن المهم أيضا أن يتلقى مقدمو الرعاية العاملين في القطاع الرسمي وغير الرسمي في القطاعين العام والخاص دورات تدريبية بشأن الإعاقات لتصحيح معتقداتهم الثقافية وأحكامهم المسبقة بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

وبالنسبة لصانعي السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يمكن الاستفادة بصورة كبيرة من "مجموعة أدوات بشأن الإعاقة لصالح أفريقيا: الثقافة والمعتقدات والإعاقة" الصادرة عن الأمم المتحدة (الإطار 7.2). وقد تم تطوير مجموعة الأدوات هذه لمكافحة التبعات الاجتماعية للمعتقدات الخاطئة المتعلقة بالإعاقة ولتحديد أنسب الإجراءات الملموسة لتجاوزها في سياق القارة الأفريقية (UN, 2016a).

الإطار 7.2: مجموعة أدوات بشأن الإعاقة لصالح أفريقيا: الثقافة والمعتقدات والإعاقة

تهدف مجموعة الأدوات بشأن الإعاقة لصالح أفريقيا، الصادرة عن الأمم المتحدة، إلى تزويد المسؤولين الحكوميين وأعضاء البرلمان وموظفي الخدمة المدنية والعامة ومنظمات المجتمع المدني بأدوات عملية لمعالجة مختلف القضايا المتعلقة بالإعاقة. وتعرض الوحدة الخاصة بالثقافة والمعتقدات والإعاقة التدابير والتوصيات الخمسة أدناه لمكافحة الوصمة المجتمعية والصور النمطية والممارسات الخاطئة:

(1) تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة.

(2) تطوير حملات توعوية وتثقيفية على مستوى المجتمعات المحلية.

(3) تنفيذ برامج توعوية بشأن حقوق ذوي الإعاقة على مستوى المدارس.

(4) تعزيز عملية التوثيق وصياغة التقارير بشأن انتهاكات حقوق الإنسان ضد الأشخاص ذوي الإعاقة المتأصلة في الوصمة المجتمعية والمعتقدات العرفية.

(5) بذل جهود لإصلاح القوانين والسياسات لمكافحة الوصمة المجتمعية.

المصدر: الأمم المتحدة (2016a)

وتحدد بدورها وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة قضية "الثقافة والإسلام" كواحدة من مجالات العمل الرئيسية، وهي بذلك تقر بقدر التأثير الذي يمكن للثقافة والدين أن تفرضه على المجتمعات. وتنص الوثيقة على أربعة أهداف استراتيجية و 42 إجراء عمليا بهدف "تغيير السياق الاجتماعي ليكون أكثر استيعابا للأشخاص ذوي الإعاقة وأكثر حيادية بخصوص قضاياهم" (الإطار 8.2) (SESRIC, 2019b).[6]

تتناول مجموعة من السياسات والمبادرات في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي التحديات متعددة الأبعاد التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتعمل على القضاء على التمييز القائم على الإعاقة بسبب بعض الأعراف الثقافية أو الصور النمطية أو التحيزات. فعلى سبيل المثال، أدخلت المملكة العربية السعودية في عام 2019 تعديلات على قانون العمل لحظر التمييز على أساس الإعاقة والجنس والعمر. وفي نفس الاتجاه، تشير العديد من القوانين والقرارات الرسمية في البحرين إلى التزام الحكومة بدعم وتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة لعيش حياة كريمة دون أن يطالهم أي شكل من أشكال التمييز (E-Government, 2019). كما بذلت نيجيريا جهودا جبارة لتوفير معلومات دقيقة حول تعاليم الإسلام فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتعزيز الوعي بشأن واجبات الأسر والمجتمع تجاههم (UN, 2016a).

[6] تنص أيضا بعض الاتفاقيات الدولية، مثل اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على أحكام بشأن مكافحة التمييز على أساس الإعاقة وحماية الأشخاص ذوي الإعاقة.

الإطار 8.2: الأهداف الاستراتيجية المتعلقة بالثقافة والإسلام في مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة

في مجال الثقافة والإسلام، تقترح وثيقة مسودة خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الأهداف الاستراتيجية أدناه ليسترشد بها صناع السياسات في بلدان المنظمة بخصوص السبل الأنجع لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع:

الهدف الاستراتيجي 1.6: مكافحة وصمة العار والتمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع ككل وتعزيز صور إيجابية عنهم

الهدف الاستراتيجي 2.6: تعزيز روح التضامن في المجتمع

الهدف الاستراتيجي 3.6: القضاء على العنف وسوء المعاملة ضد الأشخاص ذوي الإعاقة

الهدف الاستراتيجي 4.6: دعم وتعزيز العائلات والمؤسسات المضطلعة بشؤون الرعاية

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك (2019)

3
أبرز التحديات والقضايا

تعتبر الإعاقة تجربة متعددة الأبعاد ويواجه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة عددا من التحديات في حياتهم اليومية. ولهذه التحديات تأثير قطعي على رفاهيم وقدرتهم على أن يصيروا نشطين اجتماعيا واقتصاديا في المجتمع. وتنتج التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عن مجموعة من العوامل بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الترتيبات المؤسسية الضعيفة، والموارد المالية المحدودة المخصصة للبرامج التي تعنى بالإعاقة، والتغطية غير الكافية لبرامج الحماية الاجتماعية، وانتشار الوصم الاجتماعي، والقوالب النمطية، والأحكام المسبقة حول أنواع الإعاقة وغيرها.

ومعالجة هذه التحديات ينطوي على انعكاسات هامة على صياغة وتنفيذ سياسات متسقة تعنى بالإعاقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ولكن قبل الخوض في مناقشة مختلف التحديات، هناك حاجة لاستيعاب حقيقة أن عددا من التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة ذات طبيعة متعددة الأوجه من شأن حدتها أن تتفاقم اعتمادا على الخصائص الديموغرافية للفرد. فالنساء، على سبيل المثال، يتعرضن لحرمان مزدوج في المجتمع بسبب جنسهن وحالة إعاقتهن، الأمر الذي يترجم إلى فرص تعليم وعمل محدودة، وتزايد شدة القولبة النمطية، وزيادة احتمالية التعرض للعنف وسوء المعاملة. وبالمثل، من الشائع جدا أن يكون لنوع واحد من التحديات تأثير غير مباشر على الآخرين. على سبيل المثال، للإقصاء الاقتصادي للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة آثارا وخيمة على قدرتهم على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأساسية والتكنولوجيا المساعدة. وفي الوقت ذاته، فإن للتحديات المرتبطة بالعوامل السلوكية (مثل الممارسات الثقافية السلبية والمعتقدات الدينية والوصم الاجتماعي والقوالب النمطية والأحكام المسبقة) تأثيرا شاملا على الحياة العامة والخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

وعلى هذا الأساس، يقدم الفصل التالي مناقشة موجزة حول التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة، المصنفة على شكل تحديات اجتماعية واقتصادية، وتحديات تتعلق بالصحة والرفاهية، وتحديات تتعلق بالثقافة والقيم، بما يتوافق مع مشروع خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة. وتجدر الإشارة هنا إلى أن التحديات التي نوقشت في هذا الفصل، وإن كانت واسعة النطاق وهامة، فإنها ليست شاملة بأي حال من الأحوال.

1.3. التحديات الاجتماعية والاقتصادية

في العديد من البلدان النامية، بما في ذلك بلدان في منظمة التعاون الإسلامي، يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة عددا من التحديات الاجتماعية والاقتصادية طوال فترة حياتهم. وتتراوح هذه التحديات بين محدودية الوصول إلى التعليم وعدم كفاية برامج الحماية الاجتماعية التي تستهدف هاتين الفئتين. ويتسم عدد من هذه التحديات بطبيعة منهجية ؛ ما يعني أنه يمكن التخفيف من حدتها من خلال استجابات توجيهية على مستوى السياسة العامة.

في مجال التعليم، كثيرا ما يُستبعد الأطفال ذوو الإعاقة من المؤسسات التعليمية التقليدية. ويعتبر الأطفال ذوو الإعاقة في جميع أنحاء العالم أقل حظا فيما يتعلق بالالتحاق بالمدارس. والبعض منهم يلتحقون بالمدرسة ولكنهم غير قادرين على المضي قدما لعدد من الأسباب، وفي نهاية المطاف يتركون الدراسة بدلا من التخرج. وعدد المدارس التي تتوفر على مرافق سهلة الوصول مثل السلالم أو الممرات المنحدرة، والمكاتب والكراسي، والحمامات، وتقنيات التعلم المساعدة، والموظفين المدربين على تعليم الطلاب ذوي الإعاقة، والمناهج الملائمة للإعاقة منخفض بشكل ملحوظ في البلدان النامية - لا سيما بالنسبة لعدد الأطفال ذوي الإعاقة.

وفي العديد من البلدان، تنتج الحواجز التي تحول دون تعليم الطلاب ذوي الإعاقة عن مزيج من الظروف الأسرية والعوائق المتعلقة بالبنية التحتية. فعلى سبيل المثال، من ناحية، قد لا تتمكن أسر الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من دفع مصاريف التعليم بسبب القيود المالية أو قد يتبنى الآباء مواقف سلبية بشأن إعاقة أطفالهم. ومن ناحية أخرى، قد تختار بعض العائلات عدم إرسال أطفالها ذوي الإعاقة إلى المدرسة بسبب بُعد أقرب مدرسة يمكن الوصول إليها أو إذا تعذر الوصول إلى وسائل النقل في المنطقة. وعلى الجانب المتعلق بالسياسات، تتجلى المشاكل التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في الوصول لخدمات التعليم في نقص التدخلات المستهدفة للأطفال ذوي الإعاقة للالتحاق بالمدرسة، ونقص الاستثمار المالي في البنية التحتية التعليمية الخاصة بالإعاقة (الحضورية والافتراضية على حد سواء)، وغياب خدمات الدعم المناسبة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة. وعلى سبيل المثال، في حين أن هناك العديد من البرامج في دول منظمة التعاون الإسلامي التي تقدم حوافز نقدية وغير نقدية للأسر لإرسال أطفالها الإناث إلى المدرسة، فإن البرامج المماثلة للأطفال ذوي الإعاقة غير متداولة وغالبا ما تكون ضيقة النطاق - خاصة في المناطق الريفية أو النائية. وهناك أيضا نقص ملحوظ في برامج التدريب التي تقرها الحكومة حول أساليب التعليم الشامل للمعلمين وموظفي المدارس. وبرامج التدريب هذه مفيدة ليس فقط في توفير تعليم جيد للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة ولكن أيضا لمكافحة الوصمة الاجتماعية والتصورات النمطية حول الإعاقة في صفوف المعلمين ومديري المدارس.

ولتدني المستوى التعليمي آثار طويلة المدى على القدرات الاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وفي جميع أنحاء العالم، يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في سن العمل من مستويات أعلى من البطالة ويواجهون حواجز متعددة أمام الحصول على عمل بسبب مجموعة من العوامل، ومن ذلك تدني مستواهم التعليمي وضعف مهاراتهم وتمتعهم بقدرات لا تواكب العصر أو لا تتوافق ومتطلبات سوق العمل، فضلا عن بعض الممارسات التمييزية في التوظيف، والتمييز (المباشر وغير المباشر) الصادر عن بعض أرباب العمل في مكان العمل، وعدم إمكانية الوصول المادي إلى مكان العمل، ونقص التقنيات المساعدة الملائمة وأماكن الإقامة في مكان العمل، ونقص الدعم في إيجاد فرص للعمل، وصعوبة الولوج لوسائل النقل. ويمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تعالج أغلبية هذه التحديات باعتماد سياسات توظيف موجهة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

يمثل التمييز على أساس الإعاقة في مكان العمل (أثناء التوظيف وطوال فترة التوظيف) تحديا كبيرا أمام الإدماج الاقتصادي وتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ففي مكان العمل، يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة من التمييز المباشر في شكل تصورات سلبية حول إنتاجيتهم وأدائهم الوظيفي بين الزملاء والمديرين، ونقص الدعم المادي الحاسم (التكنولوجيا المساعدة) الضروري لأداء الوظيفة بكفاءة، وتلقي رواتب أقل بالمقارنة مع الموظفين غير ذوي الإعاقة، وعدم رغبة أصحاب العمل في تحمل التكاليف المرتبطة بتوظيفهم وتيسير بيئة عملهم. على سبيل المثال، قد لا يكون صاحب العمل على استعداد للإنفاق على التكنولوجيا المساعدة أو مساعد لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في أداء وظائفهم.

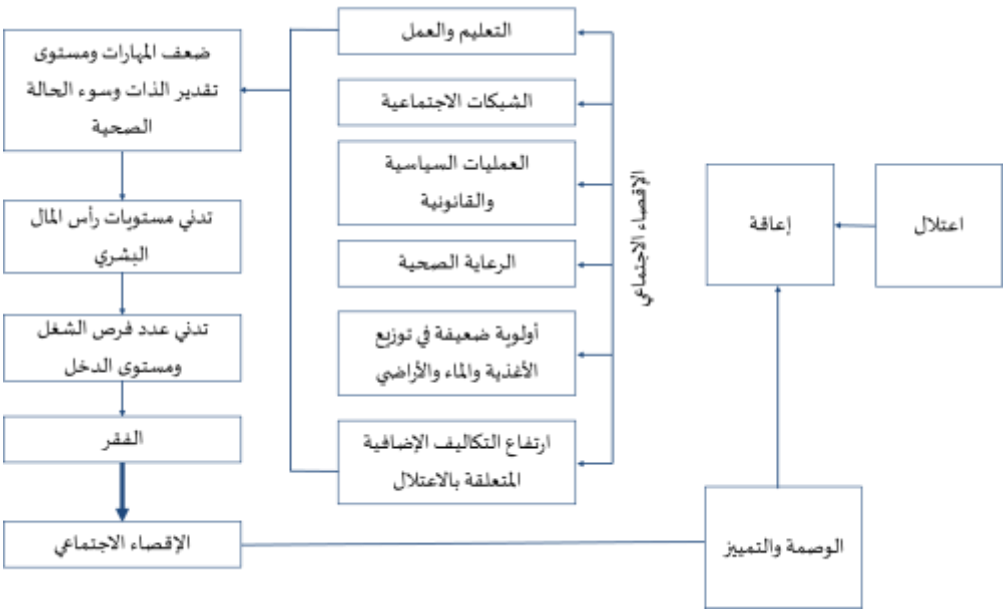
ويحدث التمييز غير المباشر في مكان العمل عندما تؤدي قواعد وأنظمة الشركات إلى نتيجة غير عادلة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أو عندما لا تأخذ بعين الاعتبار احتياجاتهم. على سبيل المثال، تتمثل إحدى السياسات الموحدة التي يمكن أن تؤدي إلى تمييز غير مباشر ضد الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في اشتراط عمل الموظف عددا معينا من الساعات أو تسجيل حضوره إلى مكان العمل في وقت محدد. بحيث يمكن أن يكون هذا غير مؤات للأشخاص ذوي الإعاقة لأنهم قد يحتاجون إلى العمل جزئيا بسبب وضعهم الصحي المتعلق بالإعاقة أو الحضور في وقت مختلف بسبب القيود المتصلة بالنقل.

ونتيجة لذلك، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة ممثلون تمثيلا منخفضا إلى حد كبير في قطاع التوظيف الرسمي، مما يدفعهم في كثير من الأحيان إلى العمل في القطاع غير الرسمي أو السعي وراء العمل الحر. ويواجه هؤلاء الأشخاص ممن يعمل في القطاع غير الرسمي تحديات تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، العمل في ظروف غير آمنة، ونقص اللوائح التي تحمي حقوق الموظفين، وعدم وجود لوائح قانونية تنظم كيفية تعامل أصحاب العمل معهم، وعدم القدرة على التنبؤ بساعات العمل، والأجور، وفرص العمل، وتولي وظائف أقل من مستوى مهاراتهم، ومواجهة المضايقات وسوء المعاملة على يد أرباب العمل.

وبالمثل، عندما يسعى الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة إلى العمل لحسابهم الخاص أو مشاريع ريادة الأعمال، فإنهم يواجهون تحديات خارجة عن نطاق سيطرتهم. على سبيل المثال، تتردد البنوك في تمويل الأعمال التجارية التي يملكها رواد أعمال من ذوي الإعاقة بسبب التصورات النمطية والوصمة الاجتماعية المتعلقة بقدرات ومصداقية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. كما قد يجد رواد الأعمال من ذوي الإعاقة صعوبة في تسجيل شركة أو امتلاك أصول تجارية بسبب التعقيدات البيروقراطية والقوانين التي لا تراعي الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وتمثل القيود التي تفرضها البنية التحتية مثل المباني العامة التي يتعذر الوصول إليها مثل البنوك والأسواق المحلية، وضعف التغطية بالاتصالات السلكية واللاسلكية وتكنولوجيا المعلومات في مناطق معينة ووسائل النقل التي يتعذر الوصول إليها، أيضا عوامل تجعل من الصعب على رواد الأعمال ذوي الإعاقة بلوغ رأس المال والأسواق والوصول إلى العملاء.

قد تكون الإعاقة سببا للفقر ونتيجة له في نفس الوقت (الشكل 1.3). فمن ناحية، عادة ما تتمتع الأسر المعيشية التي يعيش في كنفها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة بأصول قليلة، ودخل متدن، وتعاني من أشكال متعددة من الحرمان الاقتصادي والاجتماعي، بالإضافة إلى ضرورة تحمل تكاليف إضافية مرتبطة بالرعاية الصحية، والنقل، والمنتجات المساعدة، والرعاية الرسمية أو غير الرسمية لأحد أفراد الأسرة الذي يعاني من إعاقة. ومن الناحية الأخرى، من شأن تداعيات الفقر مثل سوء التغذية، والبيئة المعيشية غير الآمنة أو الضارة، وعدم إمكانية الوصول إلى خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المناسبة أن تسبب الإعاقة أو تزيدها سوءا. وعندما يتعذر على الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة المشاركة في القوى العاملة وكسب الدخل، فمن المرجح أن "يقعوا هم وأسرهم في وهدة فقر متعدد الأبعاد، ويظلون في حالة فقر لفترة أطول، ويعانون من فقر أشد" بالمقارنة مع الأشخاص غير ذوي الإعاقة (CPAG, 2021).

الشكل 1.3: من الإعاقة إلى الفقر



المصدر: مقتبس عن ييو (Yeo) كما ذكر في بينيلا-رونكانسيو (Pinilla-Roncancio)، 2015.

وهذا هو السبب في أن أنظمة الحماية الاجتماعية تلعب دورا حيويا في دعم الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة اقتصاديا. ومع ذلك، يواجه هؤلاء الأشخاص عددا من التحديات في الوصول إلى برامج الحماية الاجتماعية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التغطية غير الكافية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في إطار مختلف برامج الحماية الاجتماعية، ونقص البرامج المستهدفة لهم، ونقص المعلومات وتدني مستوى الوعي حول برامج الحماية الاجتماعية وإجراءات تطبيقها، ووجود شروط مسبقة تحد من استفادتهم من الحماية الاجتماعية، وعمليات تقييم غامضة أو غير واضحة للإعاقة،

وصعوبة الوصول المادي لوكالات الحماية الاجتماعية، والمواقف التمييزية للجهات التي تدير البرامج - خاصة ضد أولئك الذين لا تكون إعاقتهم جسدية و/أو مرئية.

وكما نوقش في الفصل السابق، غالبا ما تؤدي الوصمة الاجتماعية التي تحيط بأسباب وطبيعة الإعاقة والمعتقدات الرجعية حول حقوق وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة إلى استبعادهم اجتماعيا. وتشمل المعتقدات التي تؤدي إلى استبعادهم اجتماعيا، على سبيل المثال لا الحصر، ضعف احترام الذات للفرد المعاق أو عدم الثقة في قدراتهم الخاصة؛ معتقدات الأسرة أو المفاهيم الخاطئة حول حالات الإعاقة التي تحد من مشاركتهم في المجتمع؛ والمواقف الرجعية المتبناة في المجتمع والممارسات المجتمعية المهينة المرتبطة بحالات الإعاقة. ومن الناحية المادية، تعترض المشاركة الاجتماعية عوامل مثل عدم إمكانية الوصول إلى وسائل النقل، ونقص المبادرات المجتمعية المستهدفة، وعدم إمكانية الوصول إلى الأماكن العامة مثل الصالات الرياضية والمطاعم والمتنزهات، وما إلى ذلك.

وهناك أيضا حقيقة ترتبط بالتمثيل الناقص للغاية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في كل من وسائل الإعلام والسياسة، مما يجعلهم غالبا غير مرئيين في نظر الرأي العام. فمن ناحية، يحد هذا النقص في التمثيل من فرصهم في المشاركة في عمليات صنع القرار ويعيق وصولهم إلى المعلومات العامة والخدمات القانونية والعدالة والسلع والخدمات العامة الأخرى. ومن ناحية أخرى، عندما لا يتم تمثيلهم بشكل كاف في المجال العام، يمكن أن يؤدي ذلك إلى نقص على مستوى الوعي حول القضايا التي يواجهونها بين عامة الناس ومع الموظفين في القطاع العام وكيفية تلبية احتياجاتهم. ومن شأن الحضور المحدود لقضايا لأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في النقاش العام أن يفضي إلى ضعف الإنفاق الحكومي على الإعاقة وقلة التركيز على تصميم وتنفيذ سياسات وبرامج مراعية لقضايا الإعاقة. وفي بعض السيناريوهات، قد يؤدي نقص الوعي حول حالات الإعاقة أيضا إلى تأجيج المواقف التمييزية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المكاتب العامة، مما يؤدي إلى زيادة سوء تجاربهم بخصوص المشاركة الاجتماعية.

يواجه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة (لا سيما ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية) أيضا عقبات عندما يتعلق الأمر بمشاركتهم السياسية، سواء أكان ذلك في التصويت، أو الإدلاء بالأصوات لصالح القضايا المهتمة بالإعاقة، أو الدعوة لإصلاح السياسات، أو الترشيح لمناصب عامة. وتنتج هذه العوائق، من بين أمور أخرى، عن عوامل مثل القوانين التقييدية للتصويت والانتخاب، وعدم إمكانية الوصول المادي إلى مواقع الاقتراع، والتمييز المؤسسي وغير المباشر المتضمن في اللوائح المؤسسية، والمتطلبات التقييدية للأفراد الذين يترشحون للمناصب العامة، أو نقص الدعم المالي للمرشحين السياسيين ذوي الإعاقة. وبالإضافة إلى ذلك، في البلدان النامية، هناك أيضا نقص في عدد المنظمات (العامة أو المدنية) التي تركز على نشر المعلومات حول الحقوق السياسية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، أو الدعوة لمشاركتهم السياسية، أو إقامة شبكات دعم لأولئك الناشطين في مجال السياسة.

وبصورة عامة، العديد من البلدان في العالم، رغم توقيعها على اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أو المصادقة عليها أو الانضمام إليها، بالكاد تشمل دساتيرها الوطنية أحكاما محددة تكفل لذوي الإعاقة بصريح العبارة المساواة وعدم التمييز، والحق في الاستفادة من خدمات التعليم والعمل. لكن مع ذلك، عدد محدود من بلدان المنظمة، كما سلف الذكر في الفصل الثاني، هي التي بذلت جهودا لتكفل دساتيرها حظر التمييز على أساس الإعاقة في جميع مجالات الحياة، بما في ذلك التوظيف والتعليم والاستفادة من مختلف الخدمات. لكن جدير بالذكر أن الضمانات الدستورية ليست سوى البداية في المسار، والتنفيذ الفعلي للضمانات التي تمنح هذه الحقوق خطوة أخرى مهمة من شأنها تغيير حياة الأشخاص ذوي الإعاقة للأفضل.

2.3. التحديات المتعلقة بالصحة والرفاهية

بالمقارنة مع الأشخاص غير ذوي الإعاقة، يؤثر عامل عدم إمكانية الحصول على الخدمات الصحية على الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بصورة أكثر حدة. وتتعلق التحديات المشتركة التي تواجهها هذه الفئة في هذا المجال بتوافر الخدمات الصحية وإمكانية الحصول عليها والقدرة على تحمل تكاليفها.

وفي العديد من البلدان النامية، يشكل توافر الخدمات الصحية الجيدة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة عائقا رئيسيا أمام الرعاية الصحية، لا سيما في المناطق الريفية والنائية. ويتعلق الأمر بالخصوص بالخدمات ذات الصلة بالإعاقات العقلية والفكرية والنفسية الاجتماعية. وتشمل العوامل التي تؤثر سلبا على توافر خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالإعاقة الافتقار إلى الهياكل الأساسية (الطرق، وسائل النقل، المرافق الصحية في المناطق الريفية، وما إلى ذلك)، وعدم كفاية الاستثمار في نظم الرعاية الصحية، وانعدام الوعي بشأن أحدث التكنولوجيات (عدم اعتمادها)، وغياب نظام رعاية صحية متكامل يوفر الدعم لمقدمي الرعاية الرسميين وغير الرسميين على حد سواء، وعدم كفاية عدد المهنيين الصحيين المدربين (ولا سيما المهنيون في مجال الصحة العقلية)، وعدم وجود خدمات صحية وقائية وعلاجية ومسكنة ومتخصصة مفصلة، وعدم وجود لوائح تستهدف أو تعطي الأولوية لتوفير الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة (بشكل فردي أو كجزء من برنامج للضمان الاجتماعي).

كما يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة من تحديات مرتبطة بالولوج إلى مرافق الرعاية الصحية بسبب العوائق المادية، ومن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، العجز عن ولوج المباني والمنشآت والاستفادة من المعدات الطبية، ونقص وسائل المواصلات العامة التي تلائم احتياجاتهم، والاستخدام غير الكافي للعلامات والإشارات المساعدة، وصعوبة الوصول لدورات المياه ومواقف السيارات، وهشاشة البنية التحتية للطرق وتكنولوجيا المعلومات. كما يعتبر التوافر المحدود لمعلومات الصحة العامة في قوالب ملائمة للإعاقة تحديا مهما يؤثر على إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية. ويمكن أن يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة من نقص المعلومات حول أنواع الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والمتخصصة المتاحة والإجراءات المرتبطة باستخدام هذه الخدمات. وعلاوة على ذلك، فإن نقص المترجمين

الفوريين المدربين (لأولئك الذين يعانون من إعاقات سمعية أو بصرية) في مرافق الرعاية الصحية يخلق حواجز تواصل بين المتخصصين في الرعاية الصحية والمرضى ذوي الإعاقة، مما يؤثر على جودة الرعاية التي يتلقونها.

وعلى نفس المنوال، يتأثر مستوى توفر الخدمات الصحية المتعلقة بالإعاقة وإمكانية الوصول إليها أيضا بالمفاهيم الخاطئة السائدة بشأن الإعاقة والأحكام المسبقة في المجتمع. وفي مؤسسات الرعاية الصحية، بسبب التحيز في المعاملات الطبية والتمييز في حق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة يجد هؤلاء أنفسهم مضطرين للتعامل مع مهنيين في قطاع الصحة إما غير راغبين في تقديم الخدمات لهم على أكمل وجه أو غير مؤهلين لتشخيص حالاتهم الطبية وعلاجها. ولذلك، يكون هؤلاء الأشخاص أكثر عرضة للمرور بتجارب حيث لا يكترث المهنيون الصحيون لشكاواهم، أو لا يحترمون اختياراتهم، أو لا يقدمون المشورة والمعلومات المناسبة فيما يتعلق بالإجراءات الطبية والأدوية. وفي الحالات التي تكون فيها العائلات أو مقدمو الرعاية غير الرسميين هم المسؤولون الوحيدون عن رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، فإن المواقف السلبية والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإعاقات من شأنها أن تحد بشدة من وصولهم إلى الخدمات الصحية الهامة، بل قد تؤدي إلى إيداعهم قسريا في مؤسسات الرعاية. وهذا ينطبق بشكل خاص في حالة الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية والذهنية والنساء ذوات الإعاقة.

فالنساء ذوات الإعاقة، على وجه الخصوص، يواجهن صعوبات في الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية بسبب الوصمة الاجتماعية المرتبطة بحالات الإعاقة، ونقص الاستقلالية لاتخاذ مثل هذه القرارات، ونقص المعلومات والمعارف، والحواجز والمسافة المادية القائمة للوصول إلى المرافق، وتكاليف هذه الخدمات. كما أنهن أكثر عرضة للتثبيط عن التفكير في تأسيس أسرة، حيث ينصح بعض المهنيين الطبيين بعدم إنجاب الأطفال بسبب الاعتقاد بأن الطفل قد يرث إعاقة الوالدين. وغالبا ما يتم إهمال النساء ذوات الإعاقة في أنظمة الرعاية الصحية لأن صناع السياسات لا يولون الأولوية لاحتياجاتهن عند تخطيط البرامج والتدخلات. وفي كثير من الأحيان، لا تستهدف خدمات ومعلومات الصحة العامة الفئات الضعيفة على وجه التحديد مثل النساء الفقيرات ذوات الإعاقة، والمهاجرات أو اللاجئات ذوات الإعاقة، وغيرهن.

وفي الأخير، تعتبر التكاليف الباهظة للرعاية الصحية في العديد من البلدان النامية من أبرز أسباب عدم استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة منها في كثير من الأحيان. ولدى عدم قدرة الفرد على دفع تكاليف الرعاية الصحية الأساسية والضرورية، والنقل من وإلى مرافق الرعاية الصحية، وعدم قدرته على تحمل تكاليف التكنولوجيا المساعدة والعلاجات التأهيلية تأثير كبير على حدة حالة الإعاقة التي يعانون منها ومدى تفاقمها. وفي عدد كبير من البلدان النامية، تجري تغطية مزايا الرعاية الصحية الممنوحة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من خلال التأمين القائم على المساهمات/ الطوعي (مدفوعات من الأموال الخاصة) أو التأمين الصحي الخاص - وليس برامج الرعاية الصحية العامة. وكنتيجة لذلك، تكون الأسر الفقيرة وذات الدخل المنخفض إما غير قادرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية أو غير قادرة على الاستفادة من الخدمات الصحية لفترات طويلة حتى عندما يواجه الأفراد الذين يعيشون في فقر مخاطر

صحية أشد حدة وغالبا ما يكونون غير قادرين على الحصول على العلاج المناسب. وفي كثير من الحالات، لا تغطي برامج الحماية الاجتماعية النفقات الطبية الإضافية المتكبدة بسبب الإعاقة ولا يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة من المشاركة في مثل هذه البرامج بسبب الإجراءات البيروقراطية المعقدة للحصول على التأمين الصحي أو المزايا الصحية واستخدامها.

3.3. التحديات المتعلقة بالثقافة والقيم

على غرار ما ورد في الفصلين السابقين من هذا التقرير، للممارسات الثقافية والمعتقدات الدينية تأثير عميق ومباشر على كيفية معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع. وفي معظم الأحيان تكون الوصمات الاجتماعية والصور النمطية والأحكام المسبقة التي تطال هذه الفئة من المجتمع نابعة من ضعف المستوى المعرفي والوعي بأسباب الإعاقة، وانتشار مفاهيم مغلوطة بشأن أسباب الإعاقة نتيجة لبعض المعتقدات الثقافية والدينية السائدة وتصورات خاطئة حول طبيعة حالات العجز وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

ففي العديد من بلدان العالم يعامل الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة كما لو أنهم دون باقي الناس من الناحية الجسدية والذهنية. وينتج التحيز والتمييز الممارس ضدهم عن الاعتقاد الخاطئ بأنهم أفرادا غير منتجة في المجتمع وأنهم عبء أو يعتمدون على الآخرين. وتذهب بعض المجتمعات إلى أبعد من ذلك بحيث تعزل أو تضع قيودا على حركة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بدافع فكرة خاطئة مفادها أنهم سوف يجلبون "الحظ السيئ" أو أن حالة إعاقتهم "معدية" (Njelesani et al., 2018).

وهناك أيضا حقيقة تتعلق بالمعتقدات الثقافية السلبية للوالدين ومقدمي الرعاية التي من شأنها أن تحدد ما إذا كان الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة سيحصلون على الخدمات الحيوية مثل التعليم والتوظيف والرعاية الصحية وما إلى ذلك. وفي الحياة العامة، يمكن أن تجعل هذه المفاهيم الخاطئة من الصعب على هؤلاء الأشخاص الحصول على عمل (Rohweter, 2018). وفي الحياة الخاصة، يمكن أن تؤدي الوصمة الاجتماعية المتعلقة بقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة إلى الحد من تكوين علاقات وصداقات سليمة وحتى الزواج من شركاء مناسبين. ففي بعض البلدان، غالبا ما تُزوج العائلات بناتها ذوات الإعاقة بشركاء غير مناسبين لأنهم لا يتوقعون عكس ذلك (Ando, 2017).

إن تداخل التمييز بين الجنسين والتمييز القائم على الإعاقة يلحق الضرر بشكل خاص بالنساء ذوات الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية والعقلية. فغالبا ما يُعتبر هؤلاء الأفراد "غير مرغوب فيهم وغير جديرين بالاهتمام"، سواء في حياتهم الخاصة أو العامة (Ando, 2017). عادة ما يكون هذا الفهم الخاطئ وراء تعرض النساء ذوات الإعاقة والأشخاص ذوي الإعاقات العقلية والذهنية للعنف وسوء المعاملة. والأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة، لا سيما النساء، عرضة أكثر للعنف وسوء المعاملة بسبب سوء الفهم المتعلق بكونهم غير قادرين على استيعاب أو تحديد ممارسات العنف وسوء المعاملة والإبلاغ عنها.

إن بعض التصورات والمفاهيم الثقافية الخاطئة ومختلف أشكال التحيز والمواقف التمييزية ووصمة العار الاجتماعية المرتبطة بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة تجعل من الصعب عليهم التمتع بحقوقهم التي تنص عليها تعاليم الإسلام وتضمنها قوانين بلدانهم. والأسوأ من ذلك هو أن المواقف الثقافية الرجعية غالبا ما يتم إدامتها أو تعزيزها من خلال السياسات القانونية التمييزية والصورة غير المراعية لهؤلاء الأشخاص على وسائل الإعلام. فقوة المفاهيم الثقافية الخاطئة لا تقتصر فقط على تشكيل السلوكيات والقيم المعيارية تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، بل أحيانا تستخدم كسلطة لإضفاء الشرعية على المواقف والممارسات التمييزية والمسيئة ضدهم (SESRIC, 2019).

ومن المهم الحزم في مناهضة المعتقدات والمواقف الثقافية السلبية المحيطة بالإعاقة لأن هذه المعتقدات تحدد مدى نجاح المبادرات المتعلقة بالإعاقة، مثل خدمات إعادة التأهيل المجتمعية، ومجموعات الدعم للآباء والأسر المعيشية التي تضم أفرادا من ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، والمبادرات التي تعزز مشاركتهم الاجتماعية والاقتصادية (حضوريا أو افتراضيا)، وشبكات مساعدتهم على الاختلاط اجتماعيا وبناء علاقات سليمة. وتحدد القيم الثقافية أيضا ما إذا كانت القوانين والأنظمة التي تحمي الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من ممارسات العنف والإيذاء، وتحمي حقوقهم الإنسانية والقانونية والطبية، وتمنحهم استقلالا ذاتيا في اتخاذ خياراتهم وقراراتهم تحظى بقبول المجتمع على نطاق واسع أم لا. والأهم من ذلك، تحدد القيم الثقافية الكيفية التي يدمج بها صناع السياسات احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في مختلف القوانين والتشريعات وتوليها الأولوية. وبالإضافة إلى السياسات العامة والجهود التي تبذلها السلطات الوطنية المعنية، يمكن لقادة المجتمع ومنظمات المجتمع المدني والأسر أيضا لعب دور محوري في مناهضة المفاهيم الثقافية الخاطئة في حق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

وعلى مستوى فرادى البلدان، ثمة العديد من الممارسات الجيدة لتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. فعلى سبيل المثال، اعتمدت وزارة الأسرة والخدمات الاجتماعية التركية مقاربة حقوق الإنسان كأساس تقوم عليها السياسات الخاصة بالإعاقة كما هو منصوص عليه في اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. والهدف من هذه السياسة هو تعزيز المساواة في المعاملة والعيش الكريم للأشخاص ذوي الإعاقة، بما يتماشى مع مبادئ مكافحة التميز، والقدرة على الوصول لمختلف المصالح، والعيش المستقل، وتكافؤ الفرص، والمشاركة الكاملة، والمساواة بين الجنسين (وزارة الأسرة والخدمات الاجتماعية، بدون تاريخ). واعتمدت حكومة دولة الإمارات العربية المتحدة مصطلح "أصحاب الهمم" للإشارة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وذلك اعترافا بإنجازاتهم في مختلف المجالات وتقديرا لها. ومن شأن مثل هذه السياسات تصحيح المفاهيم الثقافية الخاطئة في حق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في المجتمع (الإمارات العربية المتحدة، بدون تاريخ).

الإطار 1.3: كوفيد-19 والأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة

تأثر الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة بصورة كبيرة جراء تفشي جائحة كوفيد-19 بسبب وضعهم الهش أصلا ومحدودية الامتيازات التي يتمتعون بها في المجتمع. فمنذ بداية الجائحة، واجهوا مزيدا من المعيقات التي تحول دون حصولهم على معلومات بخصوص الصحة العامة بسبب عدم توفرها أو تعذر الحصول عليها في صيغة ملائمة لهم.

كما أنهم كانوا من بين أكثر الفئات حرمانا حين يتعلق الأمر بالوصول إلى التكنولوجيا الرقمية واستخدامها، مما يعني أنه في الحالات التي تعتمد فيها الحكومات على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتلبية احتياجات مواطنيها، قد يكون الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة عرضة للتهميش والإقصاء من الصورة.

وبالمثل، أصبح استخدام الموارد عبر الإنترنت لتقديم خدمات الرعاية الصحية خلال جائحة كوفيد-19 أمرا ضروريا للفئات الضعيفة مثل كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. ومع ذلك، في البلدان التي تتسم بمحدودية الاستثمار في التكنولوجيا المتعلقة بالصحة، برز تقديم مثل هذه الخدمات باعتباره تحديا كبيرا أمام رفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

والأهم من ذلك، أدت التدابير الرامية إلى احتواء تفشي كوفيد-19 إلى حدوث اضطرابات كبيرة في الخدمات الأساسية ونظم الدعم والشبكات غير الرسمية التي يعتمد عليها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وتشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، المساعدة الشخصية ولغة الإشارات والترجمة الفورية بلغة الإشارات والدعم النفسي والاجتماعي.

4

تصور جديد في المقاربات المتعلقة بالسياسات وفعاليتها

في العقد الماضي، تطور الخطاب العام بشأن الإعاقة من مجرد معالجة الإعاقة باعتبارها حالة طبية أو اقتصادية إلى نهج تركز على الجوانب الاجتماعية والمرتبطة بحقوق الإنسان ذات الصلة بالإعاقة. وتعتمد هذه النهج الجديدة المعالجة للإعاقة نموذج "الأقليات" ونهج مناهضة التمييز (Lawson & Beckett, 2021). وكلا النهجين يعترفان بوقع السياسة العامة على بناء بيئة داعمة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وأن السياسات التي تتناول الإعاقة تستند إلى حد كبير إلى مواقف المجتمع وقيمه تجاه هؤلاء الأشخاص (Lawson & Beckett, 2021).

لكن لا يزال يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في جميع أنحاء العالم من أوجه حرمان تساهم في إقصائهم من دوائر صنع القرار. وعلى سبيل المثال، تظهر الدراسات أن صناع السياسات قد "تجاهلوا واستضعفوا" الأشخاص ذوي الإعاقة عند تصميم وتنفيذ خطط الاستجابة والتعافي المتعلقة بكوفيد-19 على الرغم من كونهم أكثر عرضة لخطر التأثر بكوفيد-19 (Pring, 2021).

ومن أجل تلافي هذه الهفوات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يوجه مشروع خطة عمل المنظمة بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة صناع السياسات في البلدان الأعضاء إلى اعتماد مجموعة من المبادئ الشاملة مع وضع وتنفيذ سياسات تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وتشمل هذه المبادئ - التي تناولها هذا الفصل - "التنوع، واعتماد منظور النوع الاجتماعي، ونهج شامل لدورة الحياة، والشمولية، والكرامة الإنسانية، ونهج متعدد القطاعات".

1.4. التنوع والشمولية

تعزز السياسات التي تستخدم التنوع كمبدأ شامل مفاهيم القبول والاحترام والتركيز على تبني التجارب والقدرات والاختلافات الفريدة لفرد معين (Disabled World, 2018). ولكن، على عكس الأبعاد المشتركة الأخرى للتنوع التي يتم تناولها بشكل روتيني من خلال العمل الإيجابي - مثل العرق ونوع الجنس والإثنية والسن والدين - غالبا ما يتم تجاهل الإعاقة باعتبارها بعد من أبعاد التنوع.

وينطبق هذا بصفة خاصة على قطاعي التعليم والعمالة. فعلى سبيل المثال، أفاد كايسي (Casey, 2020) أنه في الولايات المتحدة، "تدعي 90% من الشركات أنها تعطي الأولوية للتنوع ولكن 4% فقط تعتبر الإعاقة مبادرة في إطار التنوع". وعلى المستوى الأكاديمي، ذكرت 3% فقط من المقالات البحثية التي ناقشت التنوع مسألة الإعاقة في عامي 2019 و 2020 (Gale, 2021). وتستجيب العديد من المؤسسات التعليمية لاحتياجات الطلاب ذوي الإعاقة معتمدة في كثير من الأحيان تركيزا محدودا لمجرد الوفاء بمسؤوليتها القانونية المتمثلة في توفير "الترتيبات التيسيرية التعليمية وتسهيل الوصول إليها" (Burke, 2021). وفي قطاع العمل، قد يتردد العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في طلب الترتيبات التيسيرية بسبب "الوصم الاجتماعي المرتبطة بطلب مثل هذه الترتيبات". فعلى سبيل المثال، هناك اعتقاد شائع بأن طلب التسهيلات قد يجعل الفرد يبدو أقل قابلية للفهم لأن الإفصاح عن الإعاقة قد يثير الشكوك حول إنتاجية الفرد أو لأن

الشركات قد لا ترغب في تحمل التكاليف الإضافية المرتبطة بتوفير الترتيبات التيسيرية المتعلقة بالإعاقة (Gale, 2021). وعلاوة على ذلك، غالبا ما تكون برامج تحسين التنوع في مكان العمل "شاملة بشكل انتقائي" (Burke, 2021). فعلى سبيل المثال، من المرجح أن تستند برامج التنوع إلى خلفية الفرد الثقافية، على عكس حالة إعاقته.

وعندما تتعامل المؤسسات والممارسون في المجال مع الإعاقة باستخدام نهج "طبي" صارم، فإنهم يفشلون في إدراك أن كل شخص معاق لديه هوية وخلفية خاصة (Burke, 2021). وهذا يؤدي إلى معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة ككيان متجانس، وهو أمر خاطئ لأنهم يأتون من مجموعة من الخلفيات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية. وتتأثر السبل التي يعانون من خلالها من الإعاقة تأثرا شديدا بنوع جنسهم وعرقهم وإثنيتهم ودينهم وما إلى ذلك والعكس أيضا. وإن تجاهل مبدأ التنوع في صنع السياسات يسبب في عزل الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وتجاهل هوياتهم وتجاربهم، مما قد يضر بفعالية السياسات والبرامج الخاصة بالإعاقة (SESRIC, 2019).

وينبغي أن تبدأ الجهود المبذولة لجعل السياسات والبرامج أكثر شمولا للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بـ "الاعتراف بالطابع الواسع النطاق لحالات الإعاقة المرئية وغير المرئية وفهمه وتبنيه" (Respect Ability, n.d). ويشير الإدماج هنا إلى تحسين المشاركة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية لهؤلاء الأشخاص من خلال تعزيز الفرص والموارد المتاحة لهم، وضمان تمثيلهم بدرجة أكبر في عملية صنع القرار (لا سيما في المسائل التي تؤثر على حياتهم)، وحماية حقوقهم وكرامتهم. ويتسم ذلك بأهمية خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة الذين ينتمون إلى فئة الأقليات والضعفاء مثل أولئك الذين يعيشون في فقر والنساء والمسنين واللاجئين والمهاجرين وغيرهم.

إن خلق مجتمعات أكثر شمولا للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة عملية وهدف في نفس الوقت (UN, 2016). وفي كلتا الحالتين، تتطلب أي جهود تبذل نحو الشمولية سياسة واضحة للتنوع والشمولية على المستوى الوطني - تتضمن صراحة الإعاقة باعتباره بعد من أبعاد للتنوع - لتوجيه المؤسسات العامة والخاصة في عملية التخطيط والتمويل وإدارة الأماكن الملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة. وهذا أمر بالغ الأهمية لوضع حلول متخصصة للتحديات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

2.4. المنظور الجنساني

يعترف مشروع خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (2019) بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يواجهن عدة أشكال من التمييز متعدد الجوانب التي يمكن أن تحد من وصولهن إلى الخدمات الأساسية مثل التعليم والإسكان والرعاية الصحية والتوظيف. وعلى جانب الحياة الخاصة، تقل احتمالات تمتع النساء ذوات الإعاقة بأي سلطة لاتخاذ القرار في الأسرة المعيشية، ويزداد تعرضهن لممارسات

العنف والاعتداء والإهمال وسوء المعاملة القائمة على نوع الجنس (UN DESA, n.d). وعلى جانب الحياة العامة، من المرجح أن تعاني النساء ذوات الإعاقة من "تمييز مزدوج" عندما يتعلق الأمر بعمليات التوظيف، ويعانين من عدم المساواة في الأجور، ولا يستطعن الوصول إلى فرص التقدم الوظيفي وتعزيز المهارات، ولا يستطعن امتلاك الأصول والموارد والمشاركة في صنع القرار (O'Reilly, 2003). كما أن النساء ذوات الإعاقة غير مرئيات أو غائبات عموما على مستوى وسائط الإعلام والسياسة. وعلى الرغم من أن عدد متزايد من النساء ذوات الإعاقة بحاجة إلى رعاية طويلة الأجل بالمقارنة مع نظرائهن من الرجال بسبب ارتفاع متوسط العمر المتوقع، فإن النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة للإيداع في مؤسسات الرعاية بالمقارنة مع نظرائهن من الرجال (Kothari, 2005).

وتجدر الإشارة إلى أن التمييز والحرمان اللذين تواجههما النساء ذوات الإعاقة يسببهما ويفاقمهما عدد (ومجموعة) من العوامل تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الممارسات الثقافية، والمواقف والسلوكيات الاجتماعية، والتمييز المنهجي، والافتقار إلى الدعم والحماية التشريعية، ونقص الوعي بالقضايا التي تنفرد بها النساء والفتيات ذوات الإعاقة، وغير ذلك.

وتكتسب ضرورة تبني منظور النوع الاجتماعي في عملية وضع السياسات والبرامج المتعلقة بالإعاقة أهمية خاصة لأن المرأة تشغل مكانا مركزيا في نظم الرعاية الرسمية وغير الرسمية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وهذا على الرغم من أن عددا كبيرا من مقدمات الرعاية غير الرسميات قد لا يتمتعن بالتدريب والمهارات والموارد المناسبة اللازمة لرعاية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وكثيرا ما يقع عبء الرعاية الطويلة الأجل لهؤلاء الأشخاص على عاتق الإناث من أفراد الأسرة أو العاملات في المنازل. وغالبا ما يفوق عدد مقدمات الرعاية غير الرسميات عدد مرافق الرعاية الرسمية في بلدان المنظمة لأن: (1) الأدوار التقليدية للجنسين، والهياكل الأسرية، والنظم الاجتماعية التي تركز على الأسرة كوحدة محورية، تلقي المسؤولية على عاتق النساء والفتيات حين يتعلق الأمر برعاية الأسرة المعيشية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ (2) خدمات الرعاية الرسمية متخلفة إلى حد كبير في بلدان منظمة التعاون الإسلامي لأسباب تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ضعف الاستثمار في البنية التحتية والنقص في توفر الموارد المالية وضعف الخبرة للمبادرة بهذه الخدمات وإدارتها؛ (3) المرأة تضطلع بمسؤوليات الرعاية عندما تكون الأسرة المعيشية غير قادرة على تحمل تكاليف الرعاية الرسمية والحصول على التكنولوجيات المساعدة.

ويمكن أن يؤدي الاضطلاع بمسؤولية رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة إلى تفاقم أوجه عدم المساواة القائمة بين الجنسين بالنسبة للمرأة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي على النحو التالي:

- يضيف تقديم الرعاية ضغطا على المرأة للجمع بين مسؤوليات الرعاية والتعليم و/أو العمل، مما يؤثر سلبا على التوازن بين الحياة العملية والاجتماعية، ويمكن أن يؤدي إلى تدهور صحتها البدنية والعقلية ومشاركتها الاجتماعية (Schultz, 2008)؛

- من شأن مسؤوليات الرعاية أن تمنع الفتيات من تلقي التعليم، أو تجبر النساء على الخروج من القوى العاملة، أو تتسبب في تقاعدهن مبكرا مما قد يزيد من تبعيتهن الاقتصادية، وخطر الوقوع في وهدة الفقر، والاستبعاد الاجتماعي والاقتصادي (ILO, 2018)؛
- قد تعاني خادمات المنازل المسؤولات عن تقديم الرعاية من العمل في بيئات غير آمنة، وأن يتعرضن لخطر الاستغلال (خاصة إذا كن مهاجرات أو عاملات غير رسميات)، ويكون لديهن وصول محدود إلى تدابير الحماية الاجتماعية (Spasova et al., 2018).

ومن المتوقع أن يزداد في المستقبل القريب الطلب على مقدمي الرعاية الرسمية وغير الرسمية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بسبب التحول الديمغرافي والشيخوخة السريعة في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ومن الضروري أن يدرك صناع السياسات في بلدان المنظمة أنه من شأن السياسات والبرامج الفعالة الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أن تكون ذات تأثير كبير ليس فقط على النساء والفتيات ذوات الإعاقة ولكن أيضا على فئة النساء عموما. وبالتالي، فإن السياسات والبرامج المتعلقة بالإعاقة التي تراعي الفوارق بين الجنسين تكفل إشراك النساء ذوات الإعاقة في صنع القرار، وأن تصبح أصواتهن وخبراتهن الفريدة جزءا من الخطاب العام بشأن هذا الموضوع، وأن تلبى احتياجاتهن الخاصة على نحو فعال. كما يعتبر استخدام منظور جنساني عاملا أساسيا في تحديد عدد لا يحصى من السبل التي يكون فيها نوع الجنس عاملا حاسما عندما يتعلق الأمر بوضع سياسات وبرامج شاملة ومستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

3.4. النهج الشامل لدورة الحياة

ورد في الفصل التمهيدي لها التقرير أن ثمة احتمالية كبيرة بأن يعاني كل فرد من الإعاقة في مرحلة ما من حياته إما بصورة مباشرة (لأسباب صحية أو في مرحلة الشيخوخة) أو بصورة غير مباشرة (تواجد فرد من العائلة أو صديق في حالة إعاقة). وتعتبر الإعاقات المزمنة ذات تأثير لمدى الحياة ولكن الإعاقات التي تسببها الشيخوخة أو الحوادث/ الإصابات قد تؤثر على الفرد بصورة مؤقتة. ويتناول نهج "دورة الحياة" إزاء الإعاقة العمليات البيولوجية والسلوكية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في مختلف مراحل حياتهم. وتشمل هذه المراحل الرضاعة والطفولة والمراهقة والبلوغ والشيخوخة (SESRIC, 2019).

ينتقل النهج الشامل لدورة الحياة بالإعاقة من مجرد مفهوم يعكس حالة "طبية" إلى اعتبارها نتيجة لمجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. ويعترف بحقيقة أن بيئة الفرد من شأنها أن تؤثر على إعاقته والعكس أيضا. وتشمل العوامل البيئية التي تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، على سبيل المثال لا الحصر، العوامل الاجتماعية مثل مواقف الناس وسلوكياتهم وتصوراتهم تجاههم، والخلفية الاجتماعية والاقتصادية للشخص... إلخ، العوامل المادية مثل إمكانية الوصول إلى الأماكن العامة،

والوصول إلى التكنولوجيات المساعدة... إلخ، والعوامل التشريعية مثل توافر برامج الحماية الاجتماعية، وسياسات العمل الإيجابي... إلخ، (CanChild, 2021).

ومن شأن اتباع نهج شامل لدورة الحياة إزاء الإعاقة أن يعزز السياسات والبرامج الرامية إلى الكشف المبكر عن الإعاقة والوقاية منها، ولا سيما لدى الرضع والأطفال. وهذا أمر مهم لأنه إذا لم يتم الكشف عن الإعاقة وتحديدها ومعالجتها في الوقت المناسب، فإنها قد تؤثر بشدة على قدرة مقدمي الرعاية على دعم الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة ويمكن أن تؤدي إلى حدوث إعاقات و/أو عاهات إضافية في مرحلة لاحقة. في كثير من البلدان، تعود مهمة تحديد الإعاقة لدى الأطفال إلى الوالدين ولكن هذا النهج تتخلله أوجه قصور. فعلى سبيل المثال، قد يكون الآباء قادرين على اكتشاف إعاقة أطفالهم ولكن قد لا يكونون على دراية بطبيعة/ أسباب الإعاقة أو قد لا يكون لديهم القدرة على رعايتهم. وفي مثل هذه السيناريوهات، يمكن للمؤسسات الوطنية المعنية بالصحة في أي بلد تطوير خدمات للكشف المبكر عن الإعاقات التي يمكن الوقاية منها، ويمكن لمؤسساته التعليمية الرفع من مستوى الوعي وتوفير التدريب لمقدمي الرعاية والآباء حول كيفية رعاية الشخص المعني بشكل أفضل في مختلف مراحل الحياة.

بالنسبة لصناع السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، قد يكون لتشجيع اعتماد النهج الشامل لدورة الحياة إزاء الإعاقة ميزتان ملموستان. أولهما، من شأنه أن يحسن بشكل كبير جودة الخدمات والبنية التحتية المرتبطة برعاية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. فعلى سبيل المثال، معلوم أن هؤلاء الأشخاص يواجهون تحديات خاصة في كل مرحلة من مراحل حياتهم بحيث يكون المُسن ذو الإعاقة أكثر عرضة لمواجهة تحديات مختلفة بالمقارنة مع المراهق ذو الإعاقة. وقد يساهم فهم التحديات المختلفة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة خلال مختلف مراحل الحياة في توجيه عملية تطوير الدورات التدريبية والتكنولوجيات لمقدمي الرعاية الرسميين وغير الرسميين من أجل تلبية احتياجاتهم حسب العمر على نحو أفضل. وبالمثل، فإن تحضير وتسليح مقدمي الرعاية بالمعارف والمهارات والموارد اللازمة لرعاية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بشكل فعال في مختلف مراحل حياتهم من شأنه أن يؤدي مباشرة إلى تحسين الجودة العامة للخدمات المتاحة لهؤلاء الأشخاص في أي بلد.

ثانيهما، عندما يأخذ صناع السياسات في الاعتبار تأثير البيئة الاجتماعية والاقتصادية للفرد على إعاقته والعكس أيضا، يمكنهم تصميم سياسات وبرامج مبنية على المعايير البديهية ويمكن أن تعالج بشكل استباقي تعرض الفرد لمخاطر صحية غير مبررة ومساعدته على تجنب المخاطر المستقبلية التي قد تسبب أو تفاقم إعاقاته. وعندما تعترف السياسات والبرامج بأن الإعاقة تتجاوز الحالة البدنية والنفسية للفرد، يمكن أن تساعد في مكافحة المفاهيم الخاطئة والوصمة الاجتماعية الشائعة المرتبطة بصحة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وأدائهم الوظيفي وإنتاجيتهم. ولذلك، فإن اتباع النهج الشامل لدورة الحياة في وضع السياسات من شأنه أن يتيح للأشخاص ذوي الإعاقة المحرومين اجتماعيا واقتصاديا الاستفادة بشكل أفضل من الفرص والنتائج الإيجابية ذات الصلة بالصحة في كل مرحلة من مراحل حياتهم.

4.4. الكرامة الإنسانية

تنظر تعاليم الإسلام، ومختلف الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان مثل اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والأطر الاستراتيجية الإقليمية مثل مشروع خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة إلى كرامة الإنسان على أنها حق إنساني عالمي وأساسي يُمنح لجميع الناس بغض النظر عن عرقهم أو جنسهم أو إثنيتهم أو عمرهم أو معتقداتهم الدينية أو السياسية أو إعاقاتهم الجسدية أو العقلية. ومع ذلك، فإن الإعمال الفعلي لكرامة الفرد وحمايتها مسألة معقدة - لا سيما في حالة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

وعلى أرض الواقع، تُنتهك كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة بشكل روتيني في الحالات التي يتم فيها إيداعهم في مؤسسات بشكل غير طوعي أو تلقيهم علاجا طبيا بدون موافقة. كما يمكن تقويض كرامتهم عندما يتم استبعادهم من التعليم والعمل والمشاركة الاجتماعية، مما قد يؤدي إلى افتقارهم إلى الاستقلالية والقوة ويشير إلى عدم احترام خصوصيتهم وخياراتهم الشخصية (Graumann, 2014).

ومعلوم أن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة هم من أكثر الأشخاص ضعفا في المجتمع بسبب اعتمادهم على مقدمي الرعاية. وهم أيضا أكثر عرضة للمعاناة من العزلة الاجتماعية اعتمادا على طبيعة إعاقتهم. ويمكن أن يزيد هذان العاملان من تعرضهم للعنف وسوء المعاملة مما يؤدي إلى انتهاك كرامتهم. فالنساء ذوات الإعاقة، على سبيل المثال، أكثر عرضة مرتين أو أربع مرات للإيذاء النفسي والجسدي والجنسي والاقتصادي بالمقارنة مع نظيراتهن من غير ذي الإعاقة (Dunkle et al., 2018). كما تتعرض كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة للتهديد بسبب سلوك مقدمي الرعاية المائل للسيطرة، وتصرفاتهم المهينة، والإهمال الجسدي والسلبي والمتعمد والعاطفي الذي يمارسونه ضدهم. كما أن التصورات الثقافية الخاطئة التي تعتبر الإعاقة نتيجة "للذنوب أو العين أو عقابا" يمكن أن تخل بكرامة هؤلاء الأشخاص.

ومن شأن حتى بعض الخدمات التي تروم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من العيش حياة مُرضية أن تقوض حقوقهم إن هي لم تصمم على النحو المطلوب. وعلى سبيل المثال، لكي يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة السمعية على التعليم - الذي يعتبر حقا أساسيا وغير قابل للتصرف - فإنهم يحتاجون إلى تشريعات خاصة في المدارس والمؤسسات التعليمية. ومع ذلك، في بعض الأحيان، قد تؤدي هذه التشريعات إلى عزل الطالب في بيئة تعليمية أو قد لا يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة السمعية من ممارسة حقهم في التعليم في حالة عدم وجود مثل هذه التشريعات. لذلك، بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، ترتبط قضية الكرامة الإنسانية ارتباطا وثيقا بالنتائج المتساوية بدلا من المعاملة المتساوية (Bell, 2017).

والكرامة أمر بالغ الأهمية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة لأنها تضمن عدم اعتبارهم ضحايا أو عالة "يطالبون" بحقوقهم أو أفرادا تجوز فيهم الصدقة، بل هم أفراد يستحقون نفس المزايا القائمة على الحقوق مثل الآخرين (Bell, 2017). وبالتالي، فإن مسؤولية صناع السياسات في بلدان منظمة التعاون

الإسلامي تنطوي على تصميم برامج تتكيف مع تجارب الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وتكفل حقوقهم واحترامهم واندماجهم في المجتمع، وتزيل الحواجز التي تحول دون ممارسة حقوقهم.

ومن الناحية العملية، يمكن لصناع السياسات في بلدان المنظمة أن يكفلوا حماية القوانين واللوائح القائمة لكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من خلال مكافحة التمييز ضدهم وإدماج حالات الإعاقة التي يعانون منها في سياسات التعليم والعمالة... إلخ. كما يمكن للهيئات الوطنية لحقوق الإنسان أن تضطلع بدور هام في الدفاع عن كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من خلال وضع معايير دنيا ومبادئ توجيهية لمكافحة التمييز، وتخصيص ميزانيات للبرامج والهياكل الأساسية الخاصة بالإعاقة، وتحديد الضمانات اللازمة لهم.

5.4. التعاون متعدد القطاعات

يكشف تحليل أجري في هذا التقرير لوضع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عن نتيجتين رئيسيتين هما: (1) التحديات التي تواجهها هذه الفئة تتمثل في تحديات مشتركة بين القطاعات في طبيعتها، و (2) المحددات الرئيسية لرفاهيم (العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وغيرها) تتأثر بالسياسات والبرامج المصممة خارج قطاع الصحة. فاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة - مثلها مثل احتياجات الأشخاص غير ذوي الإعاقة - تشمل شتى قطاعات المجتمع. ولا يمكن لقطاع واحد أن يلبي احتياجات هؤلاء الأشخاص وحده بصورة كافية. ولذلك، فإن الجهود الشاملة للتصدي للتحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة وضمان مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع تتطلب اعتماد نهج متعدد القطاعات يجمع الأطراف الفاعلة، بما في ذلك المؤسسات العامة والمؤسسات الخاصة والمنظمات غير الحكومية ومنظمات القطاع المدني والممارسون والباحثون معا على الأصعدة المحلية والوطنية والإقليمية والدولية.

وإن اتباع نهج متعدد القطاعات تجاه الإعاقة يجعل رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أولوية في القطاعات التي تتواجد خارج الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، لا يكون رفاه الأطفال ذوي الإعاقة مسؤولية الآباء والأطباء والممرضات ومقدمي الرعاية فحسب، بل أيضا مسؤولية أخصائيي الخدمات الاجتماعية والمربين وغيرهم من الممارسين. وبذلك، يستخدم أنظمة وقوانين لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة التي تتعدى مجال الصحة، ومن ذلك الاحتياجات المتعلقة بتعليمهم والعمل والإدماج الاجتماعي والمشاركة المدنية والانخراط السياسي... إلخ.

بما أن غالبية التكاليف المرتبطة بالإعاقات تقع خارج نطاق التغطية الطبية، فإن التوفير الفعال لمزايا العجز والإجازات المرضية وإعانات البطالة أمر مهم بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. لذلك فإنه من المهم للغاية التوفر على برامج تتميز بالأداء الجيد في مجال الحماية الاجتماعية لضمان رفاهية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ومن شأن اعتماد مقاربة متعددة القطاعات أن يساهم في

تعزيز فعالية أنظمة الحماية الاجتماعية، وذلك من خلال إجراءات مثل معالجة قضايا التنسيق بين السلطات المعنية بالصحة العامة ومقدمي الخدمات الاجتماعية.

غير أن عددا من البلدان في جميع أنحاء العالم تعاني من البطء في اعتماد نهج متعدد القطاعات لأسباب منها: على سبيل المثال لا الحصر، عدم وجود التزام سياسي أو سياسة وطنية بشأن الإعاقة، اللامركزية الصارمة التي تحول دون التعاون بين مختلف القطاعات، والافتقار إلى قنوات تواصل مناسبة بين الجهات الفاعلة والقطاعات، وقيود الميزانية أو الهياكل الأساسية، والغموض بشأن أدوار الجهات الفاعلة غير الحكومية والخاصة، والتركيز على التعاون الرأسي بدلا من التعاون الأفقي (O'Toole, 1996).

ويكتسي اعتماد نهج متعدد القطاعات إزاء الإعاقة أهمية بالنسبة لصناع السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بسبب التكاليف الاجتماعية والاقتصادية لاستبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من مجال التنمية. ففي بنغلاديش، على سبيل المثال، تبلغ التكلفة المرتبطة بانخفاض مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في القوى العاملة، والتكاليف المرتبطة بحرمان الأطفال ذوي الإعاقة من التمدرس، والتكاليف المرتبطة بمقدمي الرعاية البالغين، والتكاليف المرتبطة بمساعدة الأطفال لأحد أفراد الأسرة في تقديم الرعاية، نحو 1.18 بليون دولار أمريكي سنويا (Ali, 2014).

وعند إدماج نهج متعدد القطاعات إزاء الإعاقة، من المهم أيضا لبلدان منظمة التعاون الإسلامي تيسير مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في عمليات صنع السياسات. ويوفر ذلك عدة فوائد مثل تحسين تمثيلهم على مستوى صنع القرار وضمان فهم صناع السياسات لاحتياجاتهم وخبراتهم وأخذهم لها في الاعتبار. كما من شأن ذلك أن يكون مفيدا للرفع من مستوى الوعي بشأن الإعاقة، الأمر الذي يمكن أن يؤدي بدوره إلى إحداث تغيير في السلوكيات والمواقف والتصورات الاجتماعية حول الإعاقة. فعلى سبيل المثال، يمكن لتدريب المسؤولين والممارسين في القطاعين العام والخاص في مجال التوعية أن يكافح المواقف السلبية المرتبطة بالإعاقة؛ ويمكن أن يساعد العمل مع الآباء والمدارس المحلية وزعماء المجتمعات المحلية (الدينيين وغير الدينيين) في رعاية نظم وشبكات الدعم للأسر التي لديها أفراد ذوي إعاقة؛ ويمكن للمنظمات الإعلامية أن تساعد في تغيير المواقف القائمة بشأن الإعاقة وإعطاء صوت للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة (DeKock, 2018). والأهم من ذلك أنه من شأن التعاون المتعدد القطاعات بشأن السياسات المعنية بالإعاقة أن ينشر الوعي بحقوق وقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، مع تسليط الضوء في الوقت نفسه على الدور الذي قد يلعبوه في التنمية الاجتماعية والاقتصادية لمجتمعاتهم.

5

تصور جديد في المقاربات المتعلقة بالسياسات وفعاليتها

تعد بلدان منظمة التعاون الإسلامي حاليا موطنا لملايين الأشخاص من ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى مساعدة ودعم خاص لتحسين ظروفهم المعيشية. وفي سبيل ذلك، يتعين على بلدان المنظمة معالجة عدد من القضايا، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الاستثمار في برامج الضمان الاجتماعي، وتدريب مقدمي الرعاية الرسمية وغير الرسمية والمهنيين الصحيين، وتغيير المواقف والسلوكيات المشينة في حق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ويمكن لصناع السياسات في بلدان المنظمة الاسترشاد بالتوصيات أدناه التي من شأنها أن تساعدهم في جهودهم لمعالجة هذه القضايا.

فعلى الصعيد الوطني، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي تطوير وتعزيز التشريعات والسياسات الوطنية القائمة بشأن الإعاقة. ينبغي لبلدان المنظمة - التي لا تتوفر حاليا على سياسة وطنية بشأن الإعاقة - أن تشدد على وضع سياسة وطنية شاملة تعالج احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في جميع القطاعات (التعليم، والرعاية الصحية، والعمالة، والحماية الاجتماعية، وما إلى ذلك). كما ينبغي أن تهدف السياسة الوطنية إلى حماية حقوقهم الأساسية (حقهم في التعليم، والعمل، والرعاية الصحية، وما إلى ذلك) عن طريق اتخاذ تدابير لمكافحة التمييز، وتشجيع العمل الإيجابي، واتخاذ مبادرات لإدماج الإعاقة.

وتحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حاليا على سياسة وطنية بشأن الإعاقة إلى مراجعتها لتحديد وإلغاء القوانين واللوائح التي تؤدي إلى التمييز غير المباشر أو المنهجي ضد الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، ووضع آليات يمكن من خلالها الإبلاغ عن أي حالات تمييز في المجالين العام أو الخاص. وبالنسبة لبلدان المنظمة، يمكن للإصلاح على مستوى السياسات أن ييسر وضع نظم شاملة حيث يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة على فرص متساوية ومنصفة ويضمنون عدم التعرض للتمييز. كما من شأنه أن يؤدي إلى تحسين عملية تنفيذ السياسات وآليات الرصد.

ينبغي صياغة السياسات والبرامج الخاصة بالإعاقة من خلال التعاون بين مختلف القطاعات بمشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة والمؤسسات العامة والخاصة ومنظمات المجتمع المدني. ومن المهم جدا تجنب تشرذم جهود سياسات وبرامج الإعاقة الخاصة بهؤلاء الأشخاص بسبب ضعف التنسيق بين مختلف الوزارات واللجان المعنية. وبدلا من ذلك، ينبغي أن تكون السياسات والبرامج المتعلقة بالإعاقة في إطار مختلف المؤسسات الحكومية متماسكة ومتضافرة لمنع التكرار وتحسين فعالية السياسات. ومن الضروري أيضا إشراك الجهات الفاعلة المحلية (مثل قادة المجتمعات المحلية والزعماء الدينيين وغيرهم) في تشجيع اعتماد سياسات وطنية على مستوى القاعدة الشعبية.

وينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أيضا أن تتخذ تدابير لتحديد وإزالة العقبات المادية والمتعلقة بالمواقف التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في سعيهم للاستفادة من المصالح والخدمات العامة. وتشمل المؤسسات العامة، على سبيل المثال لا الحصر، مرافق الرعاية الصحية والمؤسسات التعليمية والمرافق الرياضية والترفيهية والمتنزهات والمراكز المجتمعية والمؤسسات المالية

والمحاكم والمؤسسات القانونية ومختلف وسائل النقل. وتشمل الخدمات العامة، على سبيل المثال لا الحصر، برامج الحماية الاجتماعية، وفرص المشاركة في صنع القرار والادماج الاجتماعي، وخدمات إعادة التأهيل المجتمعية، وفرص التوظيف.

على سبيل المثال، يمكن للمبادئ التوجيهية والمعايير الخاصة بالبيئة المعمورة أن تضمن توفر الأماكن العامة على وسائل استراحة ملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة مثل الدرابزين والممرات المنحدرة والتقنيات الرقمية المساعدة ومساعدات التواصل والعلامات المناسبة وغير ذلك. وبالمثل، ينبغي أن تكون المعلومات المتعلقة بالبرامج والخدمات العامة متاحة وسهلة الوصول بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بكيفية تقديم طلبات للاستفادة من هذه البرامج، من خلال مختلف المصادر التقليدية وغير التقليدية. والأهم من ذلك، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتكنولوجيات الرقمية التي يمكن أن تعزز بشكل كبير المشاركة الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، مع السماح لهم في الوقت نفسه بالاستفادة من مجموعة من الخدمات بسهولة نسبية.

وينبغي أن توفر السياسات واللوائح الوطنية أيضا المعارف والتدريب للأفراد والمؤسسات المسؤولة عن تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة (في جميع القطاعات). ويشمل هؤلاء الأفراد والمؤسسات، على سبيل المثال لا الحصر، صناع السياسات والمسؤولين الحكوميين والمعلمين والمتخصصين في الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية الرسميين وغير الرسميين وغيرهم. فعلى سبيل المثال، يحتاج الموظفون في القطاع العام إلى التدريب لتوعيتهم بخصوص الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة والقضاء على السلوكيات التمييزية في تقديم الخدمات العامة. ويحتاج صناع السياسات إلى التدريب لتعزيز فهمهم بخصوص الاحتياجات والتحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة. كما يحتاج المدرسون والمهنيون الطبيون إلى التدريب لضمان عدم إسفار سلوكهم ومواقفهم تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة عن تمييز مباشر أو غير مباشر في تقديم الخدمات. وأخيرا، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة عند تصميم دورات تدريبية وحلقات عمل شاملة للمسائل المتعلقة بالإعاقة.

ويوصى أيضا بأن تولي بلدان منظمة التعاون الإسلامي اهتماما خاصا لتحسين تغطية برامج الحماية الاجتماعية لتشمل الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وكجزء من الحماية الاجتماعية الشاملة، ينبغي لبلدان المنظمة أن تسعى إلى سد الثغرات في تغطية الحماية الاجتماعية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، وتحسين جودة ونطاق برامج الحماية الاجتماعية المقدمة لهم، وخفض التكاليف المرتبطة باحتياجاتهم الأساسية. وينبغي لبلدان المنظمة، عند الاقتضاء، أن تنفذ برامج حماية اجتماعية خاصة بالإعاقة تغطي التكاليف الإضافية التي يتكبدها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة (التكاليف المرتبطة باستخدام المنتجات المساعدة، والإيداع في المؤسسات، وإعادة التأهيل، وما إلى ذلك). وفي الواقع، ينبغي ألا تقتصر سياسات وبرامج الحماية الاجتماعية على تغطية الاحتياجات القائمة

لهؤلاء الأشخاص وتوفير الدعم على الدخل، بل أن تشمل أيضا المبادرات التي تمكنهم من المشاركة الاقتصادية مثل التدريب على المهارات وإعادة التأهيل. والأهم من ذلك، لا ينبغي تقييم أهلية الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة لتلقي المساعدة الاجتماعية باستخدام معايير تقييدية/ مشروطة مثل اختبارات فحص القدرة المالية أو اختبارات الدخل.

من الضروري أيضا أن تستثمر بلدان منظمة التعاون الإسلامي في خدمات الرعاية الصحية المصممة خصيصا للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. ويتوقف تحسين النتائج الصحية لهم بشكل مباشر على تحسين حصولهم على خدمات الرعاية الصحية الجيدة والميسورة التكلفة، التي تستخدم الموارد المتاحة على أفضل وجه. وهناك حاجة لدول المنظمة بشكل خاص للاستثمار ليس فقط في خدمات الرعاية الصحية العلاجية والمسكنة ولكن أيضا في خدمات الرعاية الصحية الوقائية والتأهيلية. وهذا مهم بشكل خاص بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من إعاقات عقلية أو فكرية. كما يوصى بأن تقوم بلدان منظمة التعاون الإسلامي بتقييم السياسات والخدمات القائمة، وتحديد الأولويات للحد من أوجه عدم المساواة في مجال الصحة، ووضع خطط لتحسين إمكانية الوصول والاندماج. ومن المهم جعل خدمات الرعاية الصحية ميسورة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة لضمان عدم اضطرارهم في المستقبل إلى الاعتماد على المدفوعات من الأموال الخاصة. ومن أجل تحسين توافر خدمات الرعاية الصحية، من الضروري أن تستثمر دول منظمة التعاون الإسلامي في رأس المال البشري - وخاصة المهنيين الطبيين المدربين على تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

وفي قطاع التعليم، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى بذل الجهود التي تحمي حق الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في التعليم. كما ينبغي أن تشجع هذه الجهود التحاقهم بالتعليم النظامي، ومكافحة القوالب النمطية السلبية للمجتمع بشأن القدرات الأكاديمية للطلاب ذوي الإعاقة، وضمان أن تكون المناهج الدراسية شاملة للإعاقة، وتدريب المعلمين والإداريين على فهم احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة وعدم التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة (عن عمد أو عن طريق الخطأ)، وتحديد وتنفيذ تدابير لجعل المؤسسات التعليمية متاحة ماديا وعمليا والاستثمار في التكنولوجيات المساعدة للطلاب ذوي الإعاقة. وبالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة غير الملتحقين بالتعليم الرسمي، يجب على دول منظمة التعاون الإسلامي تطوير برامج غير رسمية أو رقمية تسمح لهم بتطوير مهارات خاصة بوظائف معينة.

من الناحية الاقتصادية، ينبغي أن تضمن السياسات والبرامج المتعلقة بالإعاقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عدم استبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة من القوى العاملة ومباشرة الأعمال الحرة. وينبغي أن تركز الجهود الرامية إلى إدماجهم اقتصاديا على وضع سياسات وطنية لمكافحة التمييز القائم على الإعاقة في مجال التوظيف وفي أماكن العمل، وسياسات تحمي حقهم في الاستفادة من التدابير التسهيلية عند الاقتضاء، والبرامج التي تساعدهم في العثور على وظائف تتماشى مع مهاراتهم وتراعي وضعهم كأشخاص ذوي إعاقة ولا تجعلهم عرضة للاستغلال. ويمكن لبلدان المنظمة أن تقدم حوافز لمؤسسات

القطاعين العام والخاص لتخصيص حصص التوظيف، واتخاذ إجراءات إيجابية، وجعل أماكن العمل سهلة الوصول، وتدريب الموظفين والعاملين بالإدارة، والاستثمار في التكنولوجيا المساعدة أو الرقمية لتعزيز توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وفيما يتعلق برواد الأعمال ذوي الإعاقة، ينبغي للسياسات والبرامج في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تحدد وتزيل الحواجز التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الصعوبات في الوصول إلى رأس المال والأسواق، والإجراءات المعقدة لتسجيل الأعمال التجارية وامتلاك الأصول، وانتشار القوالب النمطية السلبية عن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة وقدرتهم على تنظيم المشاريع وقدراتهم المالية.

ويمكن للتكنولوجيات المساعدة أن تحسن بشكل كبير حياة الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في جميع قطاعات المجتمع - خاصة للأشخاص ذوي الإعاقات العقلية والذهنية والنفسية. ومع ذلك، فإن عددا من دول منظمة التعاون الإسلامي لا تتوفر على التكنولوجيا والبنية التحتية والخبرة اللازمة لإنتاج الأجهزة المساعدة. وكنتيجة لذلك، قد يجد الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في دول المنظمة أن استيراد أو شراء أو استخدام التقنيات المساعدة مثل الأطراف الاصطناعية والكراسي المتحركة ومساعدات القيادة وغيرها من الأجهزة مُكلفة. ولذلك، من المهم أن تستثمر بلدان منظمة التعاون الإسلامي في البحث عن التكنولوجيات المساعدة وتطويرها. ولتحقيق ذلك، تحتاج إلى تقدير الاحتياجات غير الملبّاة من مختلف التكنولوجيات والموارد المساعدة اللازمة لتطوير هذه التكنولوجيات وتوزيعها. كما ستحتاج أيضا إلى وضع آليات لتحسين إمكانية حصولها على التكنولوجيا المساعدة.

وبما أن التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة هي تحديات متعددة الجوانب في طبيعتها، يوصى بأن تصيغ وتنفذ بلدان منظمة التعاون الإسلامي سياسات تراعي التداخل بين عوامل مثل النوع الاجتماعي والإعاقة. وعلى وجه الخصوص، تحتاج بلدان المنظمة إلى الاعتراف بتجارب النساء والفتيات ذوات الإعاقة في سياساتها واستراتيجياتها الوطنية. ويتعين عليها تلبية الاحتياجات الخاصة للنساء ذوات الإعاقة في السياسات والبرامج الوطنية، بغية تعزيز رفاههن ومشاركتهن في المجتمع. فمن المرجح أن تنجح مثل هذه السياسات إذا شاركت النساء ذوات الإعاقة في الجهود المبذولة لتصميم وتنفيذ وتقييم السياسات والبرامج. وهناك أيضا حاجة ماسة إلى برامج هادفة تعالج قضايا هامة خاصة بالنساء ذوات الإعاقة. فعلى سبيل المثال، يمكن للحملات الإعلامية أن ترفع من مستوى الوعي بالنساء ذوات الإعاقة في المجتمع؛ ويمكن أن تساعد في مكافحة العنف والاعتداء؛ وتطبيع التحصيل العلمي والمشاركة الاقتصادية للنساء ذوات الإعاقة؛ والمساعدة في تغيير المواقف الاجتماعية الرجعية بشأن الحياة الخاصة للنساء ذوات الإعاقة وقدراتهن في جملة أمور أخرى.

وعموما، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تستخدم المصادر التقليدية وغير التقليدية لوسائط الإعلام للرفع من مستوى الوعي بحالات الإعاقة في المجتمع. وينبغي أن تركز حملات التوعية هذه على ما يلي: (1) إطلاع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة على حقوقهم الأساسية في المجتمع؛ (2) مكافحة الوصمة الاجتماعية والقوالب النمطية السلبية، والتحيزات، والمعتقدات الثقافية، والممارسات الدينية التي

تضر برفاه الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة - ولا سيما الأشخاص ذوي العاهات العقلية والذهنية والنفسية الاجتماعية؛ (3) نشر الوعي بالتحديات التي يواجهونها في المجتمع؛ (4) مكافحة المعتقدات المهينة بشأن قدراتهم وأدائهم الوظيفي في المنزل وفي مكان العمل وفي المجتمع بوجه عام؛ (5) تحسين عملية تقديم الخدمات في جميع قطاعات المجتمع؛ (6) إطلاع الرأي العام وصناع السياسات على الدور الذي يمكن أن يؤديه الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع. ومن المهم إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في حملات التوعية والتواصل هذه.

وبدون بيانات وإحصاءات موثوقة ومحينة عن الإعاقة، يصعب وضع سياسات فعالة تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. وفي الوقت الحاضر، هناك نقص كبير في القدرات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي على مستوى جمع البيانات المتعلقة بالإعاقة ومعالجتها وتحليلها ونشرها. فجمع المعلومات والبيانات عن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة أمر حيوي بالنسبة لبلدان المنظمة للقيام بتدخلات فعالة وفي الوقت المناسب، وتحسين قدرات الرصد، وتمكين تقييم الاحتياجات. كما ينبغي لبلدان المنظمة إيلاء اهتمام خاص للمبادئ التوجيهية الدولية المتعلقة بجمع البيانات ومعالجتها والإبلاغ عنها من أجل وضع سياسات قائمة على الأدلة تلبي بفعالية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة.

وينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تدعم جهودها لجمع البيانات باستثمارات في مؤسسات البحوث والجامعات والمراكز المتخصصة التي تضطلع بأنشطة بحثية وتنتج إحصاءات عن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة. فالافتقار إلى الأدلة والبحوث المناسبة بشأن الاحتياجات والحواجز والنتائج الصحية لهؤلاء الأشخاص قد يؤدي إلى الحد من قدرات جهاز وضع السياسات. كما أن البيانات والبحوث ضرورية لإنشاء آليات فعالة للرصد والتقييم التي تعتبر ذات أهمية لتتبع أثر السياسات والبرامج المتعلقة بالإعاقة ومدى نجاحها.

يقدم الأشخاص ذوو الإعاقة إسهامات ضخمة في جميع أنحاء العالم في مختلف المجالات كالعلوم والفنون والسياسة. والاعتراف بإسهاماتهم في سبيل النهوض بالمجتمعات من الخطوات المهمة صوب تعزيز الشمولية والمساواة. لذلك ثمة حاجة للاعتراف بالمهارات والخبرات ووجهات النظر الفريدة للأشخاص ذوو الإعاقة التي يقدمونها للمجتمع مع الحرص على تقديرها، والحاجة قائمة أيضا للعمل على القضاء على كل الحواجز التي قد تمنعهم من المشاركة في جميع جوانب الحياة مشاركة كاملة. وتحقيق الأمر بتطلب الجهد والالتزام من الجميع، بما في ذلك الأفراد والمجتمعات والحكومات، من أجل عالم يمكن للجميع أن يزدهر فيه ويحقق كامل الإمكانات.

وأخيرا، من المهم أن تشارك بلدان منظمة التعاون الإسلامي بنشاط في (أو تعتمد) الاتفاقيات والخطط الدولية الرئيسية التي تستهدف الإعاقة مثل خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية في مجال الإعاقة وأهداف التنمية المستدامة التي تضم عدة مقاصد تتعلق بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. ومن شأن

بلدان المنظمة الاستفادة من خبرات المؤسسات الدولية (مثل الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي) والمبادرات الوطنية للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، فضلا عن منظمات المجتمع المدني العاملة في هذا المجال. وعلى المستوى البيني في منظمة التعاون الإسلامي، يمكن لبلدان المنظمة الاسترشاد بالوثائق الاستراتيجية الرئيسية التي تعزز رفاه الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة والنهوض بقدراتهم. وتشمل هذه الوثائق برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025: وبرنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 وخطة عمل منظمة التعاون الإسلامي للنهوض بالمرأة. ومن المهم أيضا أن تعتمد بلدان منظمة التعاون الإسلامي مسودة "خطة عمل منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة". فخطة العمل الهامة هذه من شأنها أن تتصدى لعدد لا يحصى من التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في حياتهم الاجتماعية والاقتصادية. ومن الضروري أيضا توجيه الإجراءات السياسية القصيرة والطويلة الأجل في بلدان المنظمة ليس فقط لزيادة المشاركة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، بل أيضا لتعزيز مساهماتهم في تنمية مجتمعاتهم.

الملحقات

الملحق الأول: التدابير التشريعية بشأن حظر التمييز على أساس الإعاقة في سوق العمل، (عدد بلدان منظمة التعاون الإسلامي)، لحدود يونيو 2019

المتغير	البلدان
التوظيف أو التعيين (43)	أفغانستان، ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، كوت ديفوار، جيبوتي، مصر، الغابون، غينيا، غيانا، إندونيسيا، العراق، الأردن، كازاخستان، لبنان، ليبيا، ماليزيا، جزر المالديف، مالي، موريتانيا، المغرب، موزمبيق، النيجر، نيجيريا، عمان، قطر، السنغال، سيراليون، سورينام، سوريا، طاجيكستان، توغو، تونس، تركيا، تركمانستان، أوغندا، أوزبكستان، اليمن
المساواة في الأجور (41)	أفغانستان، ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، جزر القمر، كوت ديفوار، جيبوتي، مصر، الغابون، غينيا، غيانا، إندونيسيا، العراق، الأردن، كازاخستان، قرغيزستان، لبنان، ماليزيا، جزر المالديف، مالي، المغرب، النيجر، نيجيريا، عمان، باكستان، قطر، سيراليون، سورينام، سوريا، طاجيكستان، توغو، تركيا، تركمانستان، أوغندا، أوزبكستان، اليمن
الترقية أو خفض الرتب الوظيفية (37)	ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، كوت ديفوار، جيبوتي، مصر، الغابون، غينيا، غيانا، إندونيسيا، العراق، الأردن، كازاخستان، لبنان، جزر المالديف، مالي، المغرب، موزمبيق، النيجر، نيجيريا، عمان، قطر، سيراليون، سورينام، سوريا، طاجيكستان، توغو، تركيا، تركمانستان، أوغندا، أوزبكستان، اليمن
المضايقات (36)	ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، كوت ديفوار، جيبوتي، مصر، الغابون، غينيا، غيانا، إندونيسيا، العراق، الأردن، كازاخستان، الكويت، لبنان، ماليزيا، جزر المالديف، مالي، المغرب، موزمبيق، نيجيريا، عمان، قطر، سيراليون، سورينام، طاجيكستان، توغو، تركيا، تركمانستان، أوغندا، اليمن
دورات تدريبية يقدمها المشغل (36)	ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، كوت ديفوار، جيبوتي، مصر، الغابون، غينيا، غيانا، إندونيسيا، العراق، الأردن، كازاخستان، لبنان، جزر المالديف، مالي، المغرب، موزمبيق، النيجر، نيجيريا، عمان، قطر، سيراليون، سورينام، سوريا، طاجيكستان، توغو، تركيا، تركمانستان، أوغندا، اليمن
إنهاء عقود العمل (36)	ألبانيا، الجزائر، أذربيجان، البحرين، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، كوت ديفوار، جيبوتي، مصر، الغابون، غينيا، غيانا، إندونيسيا، الأردن، كازاخستان، قرغيزستان، لبنان، جزر المالديف، مالي، المغرب، النيجر، نيجيريا، عمان، قطر، سيراليون، سورينام، سوريا، طاجيكستان، توغو، تركيا، تركمانستان، أوغندا، أوزبكستان، اليمن

المصدر: المركز العالمي لتحليل السياسات. بيانات بشأن الإعاقة نشرت في شهر يونيو 2019. ملاحظة: حظر مختلف أشكال التمييز على أساس الإعاقة في التوظيف والأجور والتدريب والترقيات وخفض الرتب الوظيفية المكتسبة يشمل: حظر خاص بالإعاقة، وحظر شامل، وحظر عام، وضمانات بدفع الأجور على قدم المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة.

الملحق الثاني: تغطية برامج الضمان الاجتماعي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي*، 2017-2019

البلد	عدد المجالات من سياسة الضمان الاجتماعي التي تغطيها البرامج النظامية
أفغانستان	لا معلومات
ألبانيا	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
الجزائر	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
أذربيجان	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
البحرين	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
بنغلاديش	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
بنين	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
بروناي دار السلام	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
بوركينا فاسو	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
الكاميرون	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
تشاد	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
جزر القمر	لا معلومات
كوت ديفوار	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
جيبوتي	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
مصر	نطاق شبه شامل من التغطية النظامية | 7
الغابون	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
غامبيا	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
غينيا	نطاق شبه شامل من التغطية النظامية | 7
غينيا بيساو	لا معلومات
غيانا	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
إندونيسيا	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
إيران	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
العراق	نطاق شبه شامل من التغطية النظامية | 7
الأردن	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
كازاخستان	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
الكويت	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
قرغيزستان	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
لبنان	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
ليبيا	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
ماليزيا	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
جزر المالديف	لا معلومات
مالي	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
موريتانيا	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
المغرب	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
موزمبيق	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
النيجر	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6

نيجيريا	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
عمان	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
باكستان	نطاق شبه شامل من التغطية النظامية | 7
فلسطين	لا معلومات
قطر	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
المملكة العربية السعودية	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
السنغال	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
سيراليون	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
الصومال	لا معلومات
السودان	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
سورينام	لا معلومات
سوريا	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
طاجيكستان	نطاق شبه شامل من التغطية النظامية | 7
توغو	نطاق متوسط من التغطية النظامية | 5 إلى 6
تونس	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
تركيا	نطاق شبه شامل من التغطية النظامية | 7
تركمانستان	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
أوغندا	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4
الإمارات العربية المتحدة	لا معلومات
أوزبكستان	نطاق شامل من التغطية النظامية | 8
اليمن	نطاق محدود من التغطية النظامية | 1 إلى 4

المصدر: مجموعة بيانات تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2017-2019 الصادر عن منظمة العمل الدولية.

الملحق الثالث: قائمة الاستراتيجيات والسياسات الوطنية والقوانين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة، لحدود 11 يناير 2023.

البلد	الاستراتيجية أو السياسة أو القانون بشأن الإعاقة
أفغانستان	قانون بشأن حقوق وامتيازات ذوي الإعاقة (2010)
ألبانيا	قانون بشأن وضع المصابين بالشلل النصفي والشلل التام (2000)
الجزائر	قانون بشأن حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وترقيتهم (2002)
أذربيجان	قانون بشأن الوقاية من الإعاقة، وإعادة التأهيل، والضمان الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة (1997)
البحرين	حقوق الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (2006)
بنغلاديش	قانون مجلس إعادة التأهيل (2018)
	قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحمايتهم (2013)
	قواعد قانون رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة (2008)
	قانون رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة (2001)
	قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحمايتهم (2013)
بروناي دار السلام	قانون معاشات الشيخوخة والإعاقة (1995)
بوركينا فاسو	قانون بشأن حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وترقيتهم (2010)
	المرسوم المتعلق باعتماد العمل الاجتماعي لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة في قطاعي الصحة والتعليم (2010)
الكاميرون	قانون بشأن حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وترقيتهم (2010)
	قانون يتعلق بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة (1983)
تشاد	القانون المعني بحماية الأشخاص ذوي الإعاقة (2007)
الغابون	القانون المتعلق بتنظيم الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة في الغابون (1996)
غيانا	قانون بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (2010)
إندونيسيا	قانون الأشخاص ذوي الإعاقة (2016)
	قانون بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (1997)
العراق	قانون الإعاقة (2013)
	قانون إنشاء مؤسسات رعاية لذوي الاحتياجات الخاصة (1947)
الأردن	قانون بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2007).
الكويت	تشريعات خاصة بالإعاقة (2010)
قرغيزستان	اللائحة التنفيذية بشأن تقديم قسائم المنتجعات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة (2013)
	لائحة نموذجية بشأن لجان الخبراء الطبيين والاجتماعيين الإقليميين (2012)
	قانون بشأن حقوق وضمانات الأشخاص ذوي الإعاقة (2009)
	قانون بشأن حقوق وضمانات الأشخاص ذوي الإعاقة (2008)
لبنان	قانون الإعاقة (1999)
	قانون بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2000)
ليبيا	قانون الإعاقة (1987)
ماليزيا	قانون بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (2008)
موريتانيا	قانون الإعاقة (2006)
المغرب	القانون المتعلق بالرعاية الاجتماعية للأشخاص المعاقين (1993)

موزمبيق	القراران 2010/29 و 2010/30 بالتصديق على البروتوكول الاختياري للاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2010)
	قانون بشأن تدابير الضمان الاجتماعي الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة (2009)
	قانون الموافقة على السياسة المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة (1999)
نيجيريا	قانون بشأن التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة (2018)
	مرسوم النيجيريين ذوي الإعاقة (1993)
عمان	قانون بشأن رعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة (2008)
باكستان	قانون الأشخاص ذوي الإعاقة (المعدل) (2012)
	مرسوم بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (1981)
فلسطين	اللائحة التنفيذية لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة (2004)
	قانون حقوق المعوقين (1999)
قطر	قانون بشأن ذوي الاحتياجات الخاصة (2004)
المملكة العربية السعودية	قانون الإعاقة (2000)
السنغال	قانون التوجه الاجتماعي (2010)
سيراليون	قانون الأشخاص ذوي الإعاقة (2011)
السودان	القانون الوطني للإعاقة (2009)
تونس	قانون النهوض بالأشخاص ذوي الإعاقة وحمايتهم (2005)
تركيا	لوائح مركز رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة المحتاجين لرعاية خاصة (2013)
	قانون بشأن تحديد مبادئ خدمات الترجمة بلغة الإشارات (2006)
	لوائح بشأن رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة في المؤسسات الرسمية ومراكز الرعاية التنظيمية (2006)
	لوائح بشأن تحديد احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة لخدمات الرعاية والرعاية (2006)
	قانون الإعاقة (2005)
الإمارات العربية المتحدة	قانون الإعاقة (2006)
أوزبكستان	قانون الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة (2008)
اليمن	قانون بشأن رعاية وإعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة (2009)
استراتيجيات/ خطط عمل (13)	
أفغانستان	مبادئ توجيهية بشأن خدمات غعادة التأهيل البدني 1392-1395 (2014-2017): الحزمة الأساسية لمنفذي الخدمات الصحية (BPHS)
	استراتيجية الإعاقة والتأهيل لفترة 2013-2016
	استراتيجية الإعاقة وإعادة التأهيل: 1390-1393 (2012-2015)
	خطة العمل الوطنية بشأن الإعاقة لفترة 2008-2011 (ANDAP)
ألبانيا	الاستراتيجية الوطنية بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (2006)
البحرين	الاستراتيجية الوطنية للإعاقة (2006)
	الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من العمى (2003)
بنغلاديش	خطة العمل الوطنية بشأن الإعاقة لعام 2006
	خطة العمل الوطنية بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة (2006)
	استراتيجية دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في التعليم
الأردن	الاستراتيجية الوطنية للإعاقة 2007-2009 / 2010-2015
	الاستراتيجية الوطنية للإعاقة (2007)
لبنان	الخطة الوطنية لحقوق الإنسان: حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2008)

موزمبيق	خطة العمل الوطنية في مجال الإعاقة - PNAD II 2012-2019
	استراتيجية للأشخاص ذوي الإعاقة في القطاع العام 2009-2013
	خطة العمل الوطنية في مجال الإعاقة 2006-2010
فلسطين	الخطة الاستراتيجية الوطنية المعنية بقطاع الإعاقة في الأراضي الفلسطينية المحتلة (2012)
باكستان	خطة العمل الوطنية لتنفيذ السياسة الوطنية بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة 2006 - 2011
سوريا	الخطة الوطنية لرعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة (2008)
تركيا	الخطة الاستراتيجية 2008 - 2012
الإمارات العربية المتحدة	الخطة الاستراتيجية لمؤسسة زايد لذوي الاحتياجات الخاصة في أبوظبي (2014-2018)
اليمن	الاستراتيجية الوطنية للإعاقة (2014-2018)
السياسات الوطنية (11)	
أفغانستان	السياسة الوطنية الشاملة للإعاقة في أفغانستان (2003)
بنغلاديش	سياسة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في دمج الأشخاص ذوي الإعاقة 2009
غامبيا	تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة وإطار عمل سياسات شامل 2009-2015 (2009)
	السياسة الوطنية المتكاملة للإعاقة 2009-2018 (2009)
إيران	قانون بشأن حماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (2018)
قرغيزستان	الأشخاص ذوو الإعاقة. القانون رقم 795 بشأن الدفع نقدا شهريا مقابل تنازلات (2009)
ماليزيا	مبادئ توجيهية لتسجيل الأشخاص ذوي الإعاقة (2021)
جزر المالديف	خطة عمل للأطفال ذوي الإعاقة (2008)
المغرب	التعليم للأطفال ذوي الإعاقة (2005)
نيجيريا	السياسة الوطنية بشأن التأهيل
السودان	السياسة الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة في السودان
الإمارات العربية المتحدة	السياسة الوطنية لتمكين ذوي الهمم (2021)
	دليل حقوق ذوي الهمم (2020)

المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على مجموعة بيانات منظمة الصحة العالمية MiNDbank - "الحاجة لمزيد من الشمولية في قضايا التنمية والإعاقة"، لحدود تاريخ 11 يناير 2023. ملاحظة: قد تكون هناك تباينات في المعلومات بين المصادر على الصعيد الوطني ومجموعة بيانات MiNDbank .

الملحق الرابع: تصنيف مجموعات البلدان

البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (57):		
أفغانستان (AFG)	ألبانيا (ALB)	الجزائر (DZA)
البحرين (BHR)	بنغلاديش (BGD)	بنين (BEN)
بروناي دار السلام (BRN)	بوركينا فاسو (BFA)	الكاميرون (CMR)
تشاد (TCD)	جزر القمر (COM)	كوت ديفوار (CIV)
جيبوتي (DJI)	مصر (EGY)	الغابون (GAB)
غامبيا (GMB)	غينيا (GIN)	غينيا بيساو (GNB)
غيانا (GUY)	إندونيسيا (IDN)	إيران (IRN)
العراق (IRQ)	الأردن (JOR)	كازاخستان (KAZ)
الكويت (KWT)	قرغيزستان (KGZ)	لبنان (LBN)
ليبيا (LBY)	ماليزيا (MYS)	جزر المالديف (MDV)
مالي (MLI)	موريتانيا (MRT)	المغرب (MAR)
موزمبيق (MOZ)	النيجر (NER)	نيجيريا (NGA)
عمان (OMN)	باكستان (PAK)	فلسطين (PSE)
قطر (QAT)	المملكة العربية السعودية (SAU)	السنغال (SEN)
سيراليون (SLE)	الصومال (SOM)	السودان (SDN)
سورينام (SUR)	سوريا* (SYR)	طاجيكستان (TJK)
توغو (TGO)	تونس (TUN)	تركيا (TUR)
تركمانستان (TKM)	أوغندا (UGA)	الإمارات العربية المتحدة (UAE)
أوزبكستان (UZB)	اليمن (YEM)	
* عضوية سوريا في منظمة التعاون الإسلامي معلقة حاليا.		
البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (98):		
أنغولا (AGO)	أنتيغوا وبربودا (ATG)	الأرجنتين (ARG)
أرمينيا (ARM)	جزر البهاما (BHS)	بربادوس (BRB)
بيلاروسيا (BLR)	بليز (BLZ)	بوتان (BTN)
بوليفيا (BOL)	البوسنة والهرسك (BIH)	بوتسوانا (BWA)
البرازيل (BRA)	بلغاريا (BGR)	بوروندي (BDI)
كابو فيردي (CPV)	كمبوديا (KHM)	جمهورية إفريقيا الوسطى (CAF)
تشيلي (CHL)	الصين (CHN)	كولومبيا (COL)
ج. الكونغو الديمقراطية (COD)	جمهورية الكونغو (COG)	كوستاريكا (CRI)
كرواتيا (HRV)	دومينيكا (DMA)	جمهورية الدومينيكان (DOM)
الإكوادور (ECU)	السلفادور (SLV)	غينيا الاستوائية (GNQ)
إريتريا (ERI)	إثيوبيا (ETH)	فيجي (FJI)
جنوب السودان (2012)	غانا (GHA)	غرينادا (GRD)
غواتيمالا (GTM)	هايتي (HTI)	هندوراس (HND)
المجر (HUN)	الهند (IND)	جامايكا (JAM)
كينيا (KEN)	كيريباتي (KIR)	كوسوفو (غير محدد)
ج. لاو الديمقراطية الشعبية (LAO)	ليسوتو (LSO)	ليبيريا (LBR)
مقدونيا الشمالية (MKD)	مدغشقر (MDG)	ملاوي (MWI)

جزر مارشال (MHL)	موريشيوس (MUS)	المكسيك (MEX)
ميكرونيزيا (FSM)	مولدوفا (MDA)	منغوليا (MNG)
الجبل الأسود (MNE)	ميانمار (MMR)	ناميبيا (NAM)
ناورو (NRU)	نيبال (NPL)	نيكاراغوا (NIC)
بالاو (PLW)	بنما (PAN)	بابوا غينيا الجديدة (PNG)
باراغواي (PRY)	بيرو (PER)	الفلبين (PHL)
بولندا (POL)	رومانيا (ROU)	روسيا (RUS)
رواندا (RWA)	ساموا (WSM)	ساو تومي وبرينسيبي (STP)
صربيا (SRB)	سيشيل (SYC)	جزر سليمان (SLB)
جنوب إفريقيا (ZAF)	جنوب السودان (SSD)	سري لانكا (LKA)
سانت كيتس ونيفيس (KNA)	سانت لوسيا (LCA)	سانت فنسنت وجزر غرينادين (VCT)
سوازيلاند (SWZ)	تنزانيا (TZA)	تايلاند (THA)
تيمور الشرقية (TLS)	تونغا (TON)	ترينيداد وتوباغو (TTO)
توفالو (TUV)	أوكرانيا (UKR)	أوروغواي (URY)
فانواتو (VUT)	فنزويلا (VEN)	فيتنام (VNM)
زامبيا (ZMB)	زيمبابوي (ZWE)	
البلدان المتقدمة (39):		
أستراليا (AUS)	النمسا (AUT)	بلجيكا (BEL)
كندا (CAN)	قبرص (CYP)	جمهورية التشيك (CZE)
الدنمارك (DNK)	إستونيا (EST)	فنلندا (FIN)
فرنسا (FRA)	ألمانيا (DEU)	اليونان (GRC)
هونغ كونغ (HKG)	أيسلندا (ISL)	أيرلندا (IRL)
إسرائيل (ISR)	إيطاليا (ITA)	اليابان (JPN)
ج. كوريا الجنوبية (KOR)	لاتفيا (LVA)	ليتوانيا (LTU)
لوكسمبورغ (LUX)	ماكاو، م. إ. الخاصة (MAC)	مالطا (MLT)
هولندا (NLD)	نيوزيلندا (NZL)	النرويج (NOR)
البرتغال (PRT)	بورتوريكو (PRI)	سان مارينو (SMR)
سنغافورة (SGP)	جمهورية سلوفاكيا (SVK)	سلوفينيا (SVN)
إسبانيا (ESP)	السويد (SWE)	سويسرا (CHE)
تايوان (TWN)	المملكة المتحدة (GBR)	الولايات المتحدة الأمريكية (USA)

* بناء على قائمة الدول المتقدمة المصنفة من قبل صندوق النقد الدولي.

المراجع

Adioetomo, S. M., Mont, D., & Irwanto. (2014). Persons with disabilities in Indonesia: Empirical facts and implications for social protection policies. Jakarta: Demographic Institute, Faculty of Economics, University of Indonesia.

Al-Aoufi, H., Al-Zyoud, N., & Shahminan, N. (2012). Islam and the cultural conceptualisation of disability. International Journal of Adolescence and Youth, 17(4), 205-219. Retrieved from https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02673843.2011.649565?needAccess=true&role=button

Ali, Z. (2014). Economic costs of disability in Bangladesh. Bangladesh Development Studies, 37(4), 17-33.

Ando, M. (2017). The right to sexual and reproductive health rights of girls with disabilities. Kuala Lumpur: ARROW. Retrieved from http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/ReproductiveHealthRights/NGOS/Asian-PacificResourceandResearchCentreforWomen.docx

Armstrong, J. & Ager, A. (2005). Perspectives on disability in Afghanistan and their implications for rehabilitation services. International Journal of Rehabilitation Research, 28, 87-92.

Bah, M. Y. (2016), Disability and integration: Gambian experience. Global Journal of Science Frontier Research, 15(2). Retrieved from https://journalofscience.org/index.php/GJSFR/article/view/1942/1803

Bazna, M. & Tarek, H. (2005). Disability in the Qur'an: The Islamic alternative to defining, viewing, and relating to disability. Journal of Religion, Disability & Health, 9.

Bell, S. (2017). Dignity and disability. In E. Sieh & J. McGregor (Eds.), Human Dignity: Establishing Worth and Seeking Solutions (pp. 37-52). London: Palgrave Macmillan.

Burke, L. (2021, November 12). Disability as diversity. Inside Higher Ed. Retrieved from https://www.insidehighered.com/news/2020/11/12/could-disability-be-further-included-diversity-efforts

CanChild. (2021). About a life course approach. CanChild Research in Practice. Retrieved from https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/transitions/about-a-lifecourse-approach

Casey, C. (2020, March 19). Do your D&I efforts include people with disabilities? Harvard Business Review. Retrieved from https://hbr.org/2020/03/do-your-di-efforts-include-people-with-disabilities

CDC. (2021). Disability and health related conditions. Retrieved from www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/relatedconditions.html

Coleman, N., Sykes, W., & Groom C. (2013). Barriers to employment and unfair treatment at work: A quantitative analysis of disabled people's experiences [Research Report No.58]. Equality and Human Rights Commission.

CPAG. (2021). Who is at risk of poverty? Child Poverty Action Group UK. Retrieved from https://cpag.org.uk/child-poverty/who-risk-poverty

CRPD Mozambique Report. (2020). Initial Report submitted by Mozambique under Article 35 of the Convention.

CRPD Palestine Report. (2019). Committee on the Rights of Persons with Disabilities Initial Report submitted by the State of Palestine under Article 35 of the Convention.

DeKock, J. (2018). Dignity and respect for all: Creating new norms, tackling stigma and ensuring non-discrimination. London: UK DFID.

Disabled World. (2018, August 23). Defining disability diversity in society. Disabled World. Retrieved from https://www.disabled-world.com/disability/diversity.php

Dunkle, K., Heijden, I. V. D., Stern, E., & Chirwa, E. (2018). Disability and violence against women and girls. London: UKAID and UK DFID.

E-Government. (2019). Persons with disabilities in Bahrain. Retrieved from https://www.bahrain.bh/wps/portal.

Flynn, E. (2011). Regional perspectives on disability strategies and action plans. In From Rhetoric to Action: Implementing the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Cambridge Disability Law and Policy Series, pp. 56-100). Cambridge: Cambridge University Press.

Gale, C. (2021, March 3). What's often missing from the diversity and inclusion conversation. PCMA. Retrieved from https://www.pcma.org/disability-diversity-inclusion/

Ghaly, M. (2009). Islam and disability: Perspectives in theology and jurisprudence. Routledge.

Graumann, S. (2014). Human dignity and people with disabilities. In M. Duwell, J. Braarvig, R. Brownsword, & D. Mieth (Eds.), The Cambridge Handbook of Human Dignity: Interdisciplinary Perspectives (pp. 484-491). Cambridge: Cambridge University Press.

Hasnain, R., Laura, S., & Hasnan S. (2008). Disability and the Muslim perspective: An introduction for rehabilitation and health care providers. GLADNET Collection.

ILO & Fundacion ONCE. (2021). An inclusive digital economy for people with disabilities. Retrieved from https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/WCMS_769852/lang--en/index.htm

ILO. (2017). Disability inclusion in the Bangladesh skills system. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-dhaka/documents/publication/wcms_543298.pdf

ILO. (2018). Women and men in the informal economy: A statistical picture. Geneva: ILO.

ILOSTAT. (2022, June 13). Disability Labour Market Indicators (DLMI) Database, accessed on 17 April 2023 https://ilostat.ilo.org/new-ilo-database-highlights-labour-market-challenges-of-persons-with-disabilities/

Ipek, E. (2020). The costs of disability in Turkey. Journal of Family and Economic Issues, 41, 229-237.

IPHRC. (2021). Outcome document of thematic debate on "Promotion and protection of rights of persons with disabilities" 17th Regular Session of

OIC - IPHRC. Retrieved from https://oic-iphrc.org/pdf/En/Sessions%20Documents/Outcome%20Document%20of%20IPHRC%2017th%20Session%20Thematic_EV_adopted%20(1).pdf

Kothari, M. (2005). Women and adequate housing: Study by the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living [E/CN.4/2005/43]. Geneva: UN ECOSOC.

Lawson, A. & Beckett, A. E. (2021). The social and human rights model of disability: Towards a complementarity thesis. The International Journal of Human Rights, 25(02), 348-379.

Malaymail. (2019). Communications ministry unit to focus on aid to the disabled to benefit from technology. Retrieved from https://www.malaymail.com/news/malaysia/2019/06/10/gobind-communications-ministry-unit-to-focus-on-aid-to-the-disabled-to-bene/1760823

Ministry of Family and Social Services (n.d.). General Directorate of Services for Persons with Disabilities and the Elderly (EYHGM). Disability Policy in Türkiye. https://www.aile.gov.tr/media/42409/disability-policy-in-turkey.pdf

Mostert, M. P. (2016). Stigma as a barrier to the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in Africa. African Disability Rights Yearbook, 2-24.

Mustaffa, N., Lee, S-Y., Nawi, S. N. M., Rahim, M. J. C., Chee, Y. C., Besari, A. M., & Lee, Y. Y. (2020). COVID-19 in the elderly: A Malaysian perspective. Journal of Global Health, 10.

Nabaneh, S. (2019). Country report: The Gambia. In C. Ngewna, I. G. du-Plessis, H. Combrinck, S. D. Kamga, & N. Murungi (Eds.) African Disability Rights Yearbook 2018. South Africa: Pretoria University Law Press.

Njelesani, J., Hashemi, G., Cameron, C., Cameron, D., Richard, D., & Parnes, P. (2018). From the day they are born: A qualitative study exploring violence against children with disabilities in West Africa. BMC Public Health, 18, 153.

Our World in Data (2023). Data on first date of Vaccination of each country. Retrieved from https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data/vaccinations/country_data

O'Reilly, A. (2003). Employment barriers for women with disabilities [Skills Working Paper No. 14]. Geneva: ILO.

O'Toole, B. (1996). Multisectoral approach in CBR [Workshop Paper]. Workshop on Community-Based Rehabilitation and Country Experiences of CBR, Bologna, Italy.

OIC. (2018). OIC Labour Market Strategy 2025. Jeddah: OIC. Retrieved from https://www.oic-oci.org/docdown/?docID=2907&refID=1076

Persons with Disabilities Act. (2010). Guyana: Persons with Disabilities Act 2010. Retrieved from https://www.mindbank.info/item/2513

Pinilla-Roncancio, M. (2015). Disability and poverty: Two related conditions. Revista de la Facultad de Medicina, 63(1), 13-23.

Pring, J. (2021, June 3). Disabled people largely ignored in response to pandemic, says new book. Disability News Service. Retrieved from https://www.disabilitynewsservice.co

m/disabled-people-largely-ignored-in-response-to-pandemic-says-new-book/

Rakhmat, M. Z. (2017). The Qur'an: A handbook for the disabled community. Huffington Post. Retrieved from https://www.huffingtonpost.co.uk/muhammad-zulfikar-rakhmat/the-quran-a-handbook-for-_b_10335052.html

Rakhmat, M. Z. (2020). Prophet Muhammad SAW as an Advocate for the Disabled Community. Retrieved from https://fpscs.uii.ac.id/blog/2020/08/14/prophet-muhammad-saw-as-an-advocate-for-the-disabled-community/#:~:text=He%20reassured%20the%20disabled%20that,his%20or%20her%20sins%20forgiven.

Respect Ability. (n.d.). How to include people with disabilities. Respect Ability. Retrieved from https://www.respectability.org/inclusive-philanthropy/how-to-include-people-with-disabilities/

Rohweder, B. (2018). Disability stigma in developing countries. Brighton, UK: Institute of Development Studies.

Schultz, R. (2008). Professional partners supporting family caregivers. The American Journal of Nursing, 108, 23-37.

SESRIC. (2015). Key Challenges of Youth in OIC Countries. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2017). OIC Labour Market Report 2017. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2019a). People with disabilities and special needs in OIC countries. OIC Outlook Report No. 2019/3. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2019b). Draft OIC Plan of Action on People with Disabilities [Submitted to the First OIC Ministerial Conference on Social Development]. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2019c). OIC Health Report 2019. Ankara: SESRIC.

SESRIC. (2020). Socio-Economic Impacts of COVID-19 Pandemic in OIC Member Countries. Ankara: SESRIC.

Social Protection. (2020). Inclusion of persons with disabilities in social protection for COVID-19 recovery and beyond [Webinar Presentation]. Retrieved from https://socialprotection.org/sites/default/files/publications_files/Webinar%20presentation%2001%2009%202020.pdf

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Pena-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies. Brussels: European Commission.

UAE (n.d.). The official portal of the UAE Government. People of determination Retrieved from https://u.ae/en/information-and-services/social-affairs/people-of-determination#:~:text=The%20UAE%20refers%20to%20the,%2C%20health%2C%20jobs%20and%20more

UN DESA. (n.d.). Women and girls with disabilities: Using both – the gender and disability lens. UN DESA. Retrieved from https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/women-and-girls-with-disabilities.html

UN. (2013). Economic empowerment through inclusive social protection and poverty reduction strategies. Retrieved from https://www.un.org/disabilities/documents/COP/crpd_csp_2013_2.doc

UN. (2016). Leaving no one behind: The imperative of inclusive development. New York: UN.

UN. (2016). New Urban Agenda. UN General Assembly 71st Session-Agenda Item 20. Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_71_256.pdf

UN. (2016a). Culture, beliefs, and disability: Toolkit on disability for Africa. Retrieved from https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/CRPD-Trainers-tips.pdf

UN. (2018). Disability and development report 2018. New York: UN DESA. Retrieved from https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf

UN. (2020, May). A Disability-inclusive response to COVID-19 [Policy Brief]. Retrieved from https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_persons_with_disabilities_final.pdf

UN. (2020, July 7). UN report finds COVID-19 is reversing decades of progress on poverty, healthcare and education. UN DESA. Retrieved from https://www.un.org/development/desa/en/news/sustainable/sustainable-development-goals-report-2020.html

UNESCO. (2018). Education and disability: Analysis of data from 49 countries. Information Paper No. 49. Retrieved from http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/ip49-education-disability-2018-en.pdf

The UNESCO Institute for Statistics (UIS) database. (2023) Proportion of Schools with Access to Adapted Infrastructure and Materials for Students with Disabilities. Retrieved from http://data.uis.unesco.org/Index.aspx?DataSetCode=NATMON_DS#

UNESCO. (2021). Disability Inclusive COVID-19 Response: Best Practices. Retrieved from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378354.locale=en

UNICEF. (2013). The state of the world's children 2013: Children with disabilities. New York: UNICEF.

UNICEF. (2020, December 1). Disabilities. Retrieved from https://sites.unicef.org/disabilities/index_65841.html

WHO & World Bank. (2011). World report on disability. Retrieved from https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1

WHO. (2015). WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva: WHO.

WHO. (2018). Assistive technology. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology

WHO. (2020). Ten facts on disability. Retrieved from https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/disabilities

WHO, 2023, March 07) Disability facts sheet retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

WHO. (2020, March 26). Disability considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1

WHO. (2020, December 1). Disability and health: Key facts. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

WHO. (2021). WHO's Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from https://covid19.who.int/

World Bank. (2016). Income support for persons with disabilities in Middle East and North Africa (MENA): Social insurance and beyond. Washington DC: World Bank Group.

World Bank. (2020). Takaful and Karama: A social safety net project that promotes Egyptian women empowerment and human capital. Retrieved from https://www.worldbank.org/en/results/2020/11/17/takaful-and-karama-a-social-safety-net-project-that-promotes-egyptian-women-empowerment-and-human-capital

World Bank. (2021). Disability inclusion. Retrieved from https://www.worldbank.org/en/topic/disability

World Policy Analysis Center: Disability Data released in June 2019 during the 12th Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Retrieved from https://www.worldpolicycenter.org/maps-data/data-download/disability-data-download

Zero Project. (2017). Quotas, support and subsidies for private employers. Retrieved from https://zeroproject.org/policy/quotas-support-and-subsidies-for-private-employers/

Zero Project. (2018a). Universal accessibility strategy for the whole of Dubai. Retrieved from https://zeroproject.org/policy/pol183053dub-factsheet/

Zero Project. (2018b). Binding and effective laws for the construction of accessible school buildings. Retrieved from https://zeroproject.org/policy/pol183085uga-factsheet/