ADCAP
Age & Disability Capacity

المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني

النسخة التجريبية

redr uk people and skills for disaster relief
International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
Oxford Brookes University
UKaid
USAID
HelpAge International age helps
Handicap International
cbm
disasterready.org a Cornerstone OnDemand Foundation initiative
START NETWORK

RedR UK, people and skills for disaster relief
International Federation of Red Cross and Red Crescent Society
Oxford Brookes University
HelpAge International
Handicap International
CBM
DisasterReady.org
UKAID
USAID
Start Network

قامت سارة كولينسون بكتابة هذه النسخة التجريبية من "المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني" كجزء من برنامج "بناء قدرات منظمات العمل الإنساني لدمج كبار السن وذوي الإعاقة" بالنيابة عن "اتحاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة" الذي يمثل مجموعة من سبع منظمات تعمل على تعزيز المساعدات الإنسانية الشاملة لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة: منظمة CBM (سي بي إم)، ومنظمة DisasterReady.org، وهانديكاب إنترناشونال (المنظمة الدولية لذوي الاعاقة) ، والمنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International)، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وجامعة أكسفورد بروووكس، ومنظمة RedR بالمملكة المتحدة.

يرجع الفضل في وضع وتطوير المعايير إلى دعمِ ونُصحِ العديدِ من الأفراد والمنظمات. وقد تم تنسيق النشر بواسطة "المنظمة الدولية لمساعدة المسنين". ضم فريق المراجعة أعضاء "اتحاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة": فاليري شيرر وتوشار والي (سي بي إم)، ريكاردو بلا كورديرو (هانديكاب إنترناشونال)، ديانا هيسكوك وإيرين فان هورسين وإيفان كينت وماركوس سكينر (المنظمة الدولية لمساعدة المسنين)، سيوبهان فوران (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، سوبريا أكيركار "جامعة أكسفورد بروووكس"، وكيت دنمان (RedR). كما قدمت تشارلوت أكسيلسون دعماً إضافياً في المسودات الأولى.

كما يود "اتحاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة" توجيه الشكر للمساهمين في الفحص الأولي للمعايير، ومن ضمنهم أفيوركي أبراهامز وأماندين أليز وجان كريستوف باربيش وباتريشيا كولبير وأندرو كولوديل وسوزان إرب وأليكس جاكوبس وماريا كيت وبولين كلاينتس وسليمة محمد وأنينيا ناديج وباري ناظمويل وإيما بيرس، بيف سترينجر وليورا وارد وبارب ويجلي.

كما نشكر العديد من الأشخاص الذين قدموا مساهمات قيّمة كجزء من عملية المراجعة ومنهم جان-كريستوف باربيش، ريا بهاردواج، لوسي بلون، كلير بورنيات، سامانثا شاتاراج، عفان شيما، كاترين دينيس، باسكال فريتش، نيل جارفي، ماغي غانم، لورا جور، كلير جرانت، راشيل هاستي، جيل جونسون، كريستين لانج، عمران مادن، جولا ميزينياك، مايكل موسيلمانز، ماريون أورايلي، هاريت بورشيس، إيمانويلا ريزو، بيتا ساندرسون، جراهام سوندرز، كريستينا شامالينباخ، كيرستي سميث، برايان ستاندلي، أيرلي تايلور، كورين تريهيرن، بيتر فينتفوجل، جيوفانا فيو، طلال وحيد.

تقود "المنظمة الدولية لمساعدة المسنين" برنامج "بناء قدرات منظمات العمل الإنساني لدمج كبار السن وذوي الإعاقة" كجزء من مجموعة مشاريع تعزيز القدرات. التابعة لشركة "ستارت نيتوورك". ويُموّل البرنامج من قِبل وزارة التنمية الدولية (DFID) بالمملكة المتحدة والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID).

ما كان من الممكن وضع وتطوير "المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني" لولا الدعم السخي الذي قدمه الشعب الأمريكي من خلال الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). والمحتويات هي مسؤولية "اتحاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة" ولا تعكس بالضرورة آراء الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية أو حكومة الولايات المتحدة الأمريكية.

صورة الغلاف الأمامي: عائله لاجئه من سوريا تسكن في محافظة الشمال، لبنان. تصوير كلير كاثيرنت/المنظمة الدولية لمساعدة المسنين

حررته أليس فيرنز
المترجم الرئيسي: يورونت**www.transeuronet.co.uk**
المدققون: صابرين ذويب، ريما كيخسرو، شيرين الشيخ
صممته شركة ترو **www.truedesign.co.uk**

(المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني)

نشره (اتحاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة) كجزء من
برنامج (بناء قدرات منظمات العمل الإنساني لدمج كبار السن وذوي الإعاقة)

ISBN 978-1-910743-02-7

حقوق الطبع والنشر © للمنظمة الدولية لمساعدة المسنين بالنيابة عن اتحاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. نُشر لأول مرة في 2015. تمت إعادة طبعه مع تعديلات بسيطة في 2016.

هذا العمل مرخص بموجب الرخصة الدولية للمشاع الإبداعي الملكية غير التجارية 4.0
https://creativecommons.org/ licenses/by-nc/4.0

يجوز إعادة إنتاج أي جزء من هذا المنشور لأغراض غير ربحية ما لم يذكر خلاف ذلك. يُرجى ذكر الناشر الأصلي (اتحاد المسنين والمعاقين) بوضوح وإرسال نسخة من المقال المُعاد طبعه أورابط الموقع إلى:

HelpAge International
PO Box 70156, London WC1A 9GB, UK
هاتف 7778 7278 20 (0) 44+
فاكس 6992 7387 20 (0) 44+
www.helpage.org
adcap@helpage.org
منظمة خيرية مسجلة برقم 288180

تم إعداد النسخة التجريبية من "المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني كجزء من برنامج بناء قدرات منظمات العمل الإنساني لدمج كبار السن وذوي الإعاقة (ADCAP). يرجى إرسال التعليقات والاقتراحات إلى **ADCAP@helpage.org**

المحتويات

شكر وتقدير 2

تمهيد 6

1. مقدمة 7

1.1 معلومات عامة 7
1.2 بنية المقاييس والمعايير الدنيا 8
1.3 استخدام المعايير الدنيا 9
1.4 التعريفات الرئيسية: "الأشخاص ذوو الإعاقة" و"كبار السن" و"مقدمو الرعاية" 9
1.5 مبادئ الدعم 10

2. معايير الدمج الأساسية 12

3. المعايير الخاصة بالقطاعات 20

الحماية 20
المياه والصرف الصحي والنظافة العامة (WASH) 33
الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق 42
التغذية 51
المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية (NFIs) 60
الصحة 70
التعليم في حالات الطوارئ 84

الملحق 1: تصنيف البيانات حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة 93
الملحق 2: الفجوات في المعايير والإرشادات الحالية والتي تتطلب انتباه الأطراف الفاعلة في المجال الإنساني إليها 95
الملحق 3: الاختصارات 96
الملحق 4: المصادر 97

تُنشر المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني كنسخة تجريبية ليتمّ توزيعها واستخدامها بهدف إبداء ملاحظات وتعليقات للنُّسخ المستقبلية.

يعقد اتحاد منظمات التقدم في السن والإعاقة خلال هذه المرحلةِ التجريبيةِ سلسلةً من المشاورات لجمع الملاحظات والتعليقات من الأطراف المعنية الرئيسية في مجال الاستجابة الإنسانية، ومن بينهم منظمات ذوي الإعاقة، وجمعيات كبار السن، والوكالات الإنسانية العامة (كالأمم المتحدة، المنظمات غير الحكومية الدولية والوطنية، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية، والوكالات الحكومية)، والمنظمات المتخصصة في الشيخوخة والإعاقة.

ستشمل المنهجيات المستخدمة عقد ورش عمل في البلدان المختارة، ونقاشات مع الأطراف المعنية الرئيسية، ومراجعات مكتبية. وستبحث المشاورات، من بين أمور أخرى، مدى نجاح المعايير الدنيا في سد الفجوة الموجودة ,الإرشادات والتوجيهات الخاصة بقطاع العمل الإنساني، وموائمتها مع المعايير والأدوات القانونية الأخرى، والمجالات المحتملة التي يمكن تطويرها أكثر.

سيتم كذلك اختبار هذه النسخة التجريبية من المعايير الدنيا في عدد محدود من المشاريع الإنسانية من قِبل وكالات تطبق برنامج بناء قدرات منظمات العمل الإنساني لدمج كبار السن وذوي الإعاقة (*ADCAP*). يهدف هذا الاختبار إلى توفير ملاحظات وتعليقات لمراجعة المعايير الدنيا من خلال دراسة مدى صلة النسخة التجريبية بالواقع وفائدتها وقابليتها للتطبيق، وذلك من بين أمور أخرى. وستتابع هذه العملية كذلك فاعلية تطبيقات المعايير في مساعدة العاملين بالمجال الإنساني على تطوير وإعداد برامج تستجيب لحاجات كبار السن وذوي الإعاقة. وستشمل المنهجيات المستخدمة الاستبيانات، والمقابلات مع أصحاب الخبرة والمعرفة الأساسيين، ومجموعات النقاش المركزة مع العاملين بالمجال الإنساني، والسلطات المحلية، وكبار السن من النساء والرجال ، وذوي الإعاقة من النساء والرجال والفتيان والفتيات ، وغيرهم من الأطراف المعنية ذات الصلة.

ستستخدم نتائج المشاورات والاختبار لإعداد نسخة منقحة من هذه الوثيقة، ولتحديد استراتيجية لاحقة لتبني هذه الوثيقة ونشرها.

إننا حريصون على تلقي ملاحظات وتعليقات إضافية من المستخدمين لإثراء هذه العملية وإتمامها. ونود أن نعلم كيف استخدمتم المعايير، وأي الأجزاء وجدتموها مفيدة بشكل خاص وأيها عكس ذلك، إلى جانب أي نقص أو اقتراحات للتطوير. الرجاء إرسال ملاحظاتكم وتعليقاتكم أو إبداء رغبتكم في المشاركة في العملية الرسمية للمشاورة وإبداء الملاحظات والتعليقات إلى **adcap@helpage.org**. وبإمكانكم أيضًا استخدام هذا العنوان البريدي الإلكتروني للاشتراك في قائمتنا البريدية لتلقي أخبار وتحديثات عامة حول برنامج بناء قدرات منظمات العمل الإنساني لدمج كبار السن وذوي الإعاقة (*ADCAP*) وعملية اختبار المعايير الدنيا والمشاورات حولها.

المبدأ الإنساني للحياد والنزاهة يقوم على توفير المساعدة بناءً على الحاجة فقط، و يتطلب هذا ضرورة استجابة العاملين والأطراف الفاعلة في المجال الإنساني بطريقة تأخذ بالاعتبار احتياجات جميع الأشخاص المتأثرين والمتضررين من الأزمات بينما يتم تحديد الأولويات. إلا أنه من المعروف أن منظومة العمل الإنساني ما زالت تتجاهل بعض الأمور المتعلقة بالإعاقة والتقدم في السن.

نحو 15 في المائه من سكان العالم اليوم يعانون نوعاً من أنواع الإعاقة، وأكثر من 1 من كل 8 أشخاص تجاوزوا سن الـ 60، وهذا الرقم آخذ في الارتفاع. ويُعد استبعاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة من المساعدات الإنسانية، أو إعاقة وصولهم إلى مثل هذه المساعدات بدون قصد، أمرًا لا يمكن تجاهله؛ ففي الواقع إنه يقوض المبدأ الأساسي للحياد والنزاهة ويسهم في التمييز بدلاً من دعم الإصلاح.

لتعزيز جودة المساعدات الإنسانية والمساءلة، يمثل عدم التمييز ودمج جميع الفئات المستضعفه أمراً ضرورياً. وقد تم تأسيس "مشروع اسفير" وفقاً لمعتقدين أساسيين في جوهره: أن جميع المتأثرين والمتضررين بالأزمات لهم الحق في العيش بكرامة وأن جميع الخطوات الممكنة يجب اتخاذها لتخفيف المعاناة في هذه الأزمات. ومع نشر هذه المعايير الدنيا لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، يتوفر لدى العاملين والمنظمات دعم أقوى وتوضيحات جلية عما يعنيه هذا عملياً وعن الإجراءات التي يمكن اتخاذها.

إن الاحتياجات الخاصة بكبار السن من الرجال والنساء والأشخاص ذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية متباينة ومتنوعة وفقاً للحالة. وتمثل هذه المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني خطوة هامة ومرحب بها للغاية نحو تعزيز وتحسين الإجراءات اللازمة لتلبية احتياجات الجميع في جميع مراحل الاستجابة، استنادًا إلى مبدأ الحياد والنزاهة.

كريستين كنودسن، مديرة "مشروع اسفير"

1. مقدمة

1.1. معلومات عامة

الأزمات الإنسانية تؤثر على كل شخص بشكل مختلف وفقاً لنوعه الإجتماعي وسنه ونوع إعاقته وصفات شخصية أخرى. وكبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة غالباً ما يتم تجاهلهم أثناء الإغاثة الإنسانية والاستجابة وربما يكون الأمر أصعب بالنسبة لهم من الآخرين للوصول إلى المساعدة والحماية التي يحتاجونها. إن مبدأ الحياد والنزاهة الإنساني - توفير المساعدة وفقاً للحاجة دون تمييز - يتطلب من المنظمات التي تعمل في حالات الطوارئ أن تقلل العوائق بحيث لا يتم استبعاد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة من الاستجابة الإنسانية سواء بقصد أو عن غير قصد.

تم إعداد (المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني) لتستخدم من قبل جميع العاملين المشاركين في المجال الإنساني، تشمل العاملين والمتطوعين من المنظمات المحلية والوطنية والدولية مع توقع أن يكون دمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن أمرًا مجديًا ومفيدًا في كل مرحلة من الاستجابة وفي كل قطاع وكل حالة. ويتمثل الغرض من المعايير في توضيح وتقديم معلومات عن تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم البرامج الإنسانية؛ والتعزيز للأشخاص ذوي الإعاقة وكبارالسن؛ ودعم التأييد والمناصرة وبناء القدرات وتدابير التأهب لحالات التقدم في السن والإعاقة عبر منظومة العمل الإنساني.

تنبثق المعايير من مراجعة واسعة النطاق للإرشادات والمعايير التي وضعتها الأطراف والجهات الفاعلة في العمل الإنساني خلال السنوات الأخيرة. ويتضمن هذا مواد من المنظمات المتخصصة في شؤون الإعاقة و/أو التقدم في السن، جنباً إلى جنب مع مستندات ووثائق رئيسية بما فيها دليل اسفير[1] ومعايير شراكة اسفير[2] والمعيار الإنساني الأساسي المعني بالجودة والمساءلة (CHS)[3]. إن "المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة" لا تفرض طلبات جديدة بشكل كامل على الجهات والأطراف الفاعلة في العمل الإنساني ؛ بل توضح وتعزز ما هومطلوب بالفعل إذا تم إقرار معايير أوسع من البرامج الإنسانية النزيهة غير المتحيزة ومبادئ الميثاق الإنساني.

في حين أن المعايير العامة للجودة والمساءلة قد ساعدت في تحسين التغطية الشاملة للاستجابة الإنسانية إلا أن الحاجة لا تزال قائمة للمزيد من الأساليب والمناهج ذات الصلة والمنهجية لضمان دمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. وهاتان الفئتان (المتداخلتان) تتأثران بنفس العوائق أو عوائق شديدة الشبه ببعضها والتي تقف في طريق الوصول والمشاركة وهناك تدابير بسيطة يمكن للمنظمات الإنسانية تنفيذها لمعالجة هذه العوائق والتصدي لها عن طريق تكييف وتعديل البرامج القائمة.

هذه النسخة التجريبية من "المعايير الدنيا لدمج كبار والأشخاص ذوي الإعاقة" تعتبر مستنداً حياً، ليتم تبنيها وفقاً لمشاورات مستمرة وللاختبار الميداني (**انظر مربع النص في صفحة 1**). والتعليقات على النسخة الحالية ينبغي إرسالها إلى **ADCAP@helpage.org**

---

[1] متاحة على **www.spherehandbook.org/en/**

[2] تتكون هذه حالياً من إرشادات ومعايير الطوارئ للثروة الحيوانية (LEGS) المعايير الدنيا للانتعاش الاقتصادي الخاص بشبكة تعليم وترويج المشاريع الصغيرة (MERS) الفريق العامل المعني بحماية الطفل (CPWG) المعايير الدنيا لحماية الطفل في العمل الإنساني (**www.sphereproject.org/sphere/en/about/companionships/child-protection-working-group/**)
الشبكة المشتركة بين الوكالات للتعليم في حالات الطوارئ (INEE) المعايير الدنيا لتأهب والاستجابة والانتعاش في التعليم (**www.sphereproject.org/ sphere/en/about/companionships/inter-agency-network-for-education-in-emergencies**/).
وتنبثق هذه المعايير من المصدرين الأخيرين خاصة.

[3] متاح على: **www.corehumanitarianstandard.org/the-standard**

1.2 بنية المعايير الدنيا

تتكون المعايير الدنيا من ثمانية معايير رئيسية للدمج والمعايير الخاصة بالقطاعات المصاحبة لها.
معايير الدمج الرئيسية مستقاة من أول ثمانية من تسعة التزامات من المعيار الإنساني الأساسي المعني بالجودة والمساءلة (CHS). تُدرج مراعاة الفوارق بين الجنسين (اعتبارات النوع الإجتماعي) والحماية كموضوعين شاملين لعدة قطاعات عبر جميع المعايير، ويتم تضمين الحماية أيضاً على أنها مجموعة من المعايير الخاصة بالقطاعات. كما يتم تضمين دور مقدمي الرعاية كموضوع شامل لعدة قطاعات؛ ويمثل هذا جانباً حاسماً من البرامج الإنسانية الشاملة التي لم تتلق حتى الآن ما تستحقه من اهتمام.

إن كل مجموعة من المعايير الخاصة بالقطاعات ترتبط بموضوع معين (مثل المياه، والصرف الصحي والنظافة العامة، والتغذية، والصحة). وهذه موضوعة من أجل الاستخدام من قِبل فرق العمل الإنساني الفنية وآليات التنسيق، بما فيها مجموعات العمل الإنساني مع الإشارة إلى معايير الدمج الأساسية؛ وليست موضوعة للاستخدام بمعزل عنها.

المعايير الدنيا لدمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني

معايير الدمج الأساسية
عند تطبيق المعايير يجب الأخذ بالاعتبار كيف يمكن للإعاقة والتقدم في السن أن تؤثر على النساء والرجال والفتيات والفتيان بطرق مختلفة، وعليه يجب أن يضمن أن الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن يتلقون المساعدة الإنسانية التي تستجيب لأوجه الضعف والاحتياجات والقدرات المتعلقة بنوعهم الاجتماعي.

وعبر جميع القطاعات، نجد أن الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرين بالأزمات:

1. يتم تحديدهم لضمان حصولهم على المساعدة الملائمة والمتماشية مع احتياجاتهم.
2. لديهم إمكانية الوصول للمساعدات الإنسانية التي يحتاجونها.
3. لا يتأثرون سلباً بل ويكونون أكثر استعداداً، وأكثر تحملاً، وأقل عرضةً للمخاطر نتيجةً للعمل الإنساني.
4. يعرفون حقوقهم ومستحقاتهم، ويتمتعون بالقدرة على الوصول إلى المعلومات والمشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر عليهم كأساس من المساواة مع الآخرين.
5. يتمتعون بالقدرة على الوصول إلى آليات أمنة وسريعة الاستجابة للتعامل مع شكاواهم على قدم المساواة مع الآخرين.
6. يحصلون على مساعدات منسقة ومتكاملة ويشاركون فيها على قدم المساواة مع الآخرين.
7. يمكنهم توقع تحسينات في المساعدات المقدمة إليهم وفي دمجهم نظرًا إلى أن المنظمات تتعلم من تجاربها ومن دراستها لهذه التجارب.
8. يتلقون المساعدة من موظفين مؤهلين تتم إدارتهم بشكل جيد، ومن متطوعين مَهَرة ومُجهّزين ليقوموا بدمجهم في الاستجابة الإنسانية ، كما تتاح لهم فرص متساوية للتوظيف والتطوع في المنظمات الإنسانية.

المعايير الخاصة بـالقطاعات:
الحماية
المياه والصرف الصحي
والنظافة العامة
الأمن الغذائي
ومصادر كسب الرزق
التغذية
المأوى والمسكن
والمواد غير الغذائية (NFIs)
الصحة
التعليم في حالات الطوارئ

يتم دعم كل معيار من معايير الدمج الأساسية وكل مجموعة من المعايير الخاصة بالقطاعات بواسطة سلسلة من الإجراءات ذات الصلة التي ينبغي على الجهات والأطراف الفاعلة في المجال الإنساني تطبيق المعايير وتنفيذ تلك الإجراءات الداعمة المتعلقة مباشرةً بمجالات برامجهم. ويتمثل الغرض في أن تقوم المنظمات الإنسانية، بشكل جماعي، ومن خلال آليات التنسيق مثل المجموعات؛ باستخدام المعايير إلى أقصى حد ممكن لضمان استجابة شاملة بشكل عام. وكل مجموعة من المعايير الخاصة بالقطاعات تتضمن دراسات حالة وقائمة بالمستندات والوثائق المُوصى بها للمزيد من الإرشادات والتوجيهات المفصلة.

1.3 استخدام المعايير الدنيا

الغرض الرئيسي من هذه الوثيقة هو دعم دمج كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في برامج جميع المنظمات الإنسانية. إدراكاً منا بأن لبعض الأشخاص احتياجات خاصة تتطلب خبرات معينة، فإن هذه المعايير تشجع أيضاً الشراكة والتنسيق مع منظمات وجمعيات متخصصة تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة أو كبار السن.

وتقدم المعايير الدنيا توجيهاً لتوفير الاستجابة الإنسانية التي تشمل النساء والرجال والفتيات والفتيان من جميع الأعمار والقدرات على قدم المساواة. يتداخل النوع الاجتماعي والسن والإعاقة في التأثير على إمكانية حصول الفرد على الحماية والمساعدة في أوقات الأزمات، مثلاً من خلال مستويات متعددة من التمييز أو العوائق القانونية أو الاجتماعية أو الثقافية. كما يسهم تحليل السن والإعاقة بشكل رئيسي في تحليل أقوى للفروق بين الجنسين. والبرامج الإنسانية القائمة على هذا الفهم ستساهم مباشرةً في تحقيق المساواة في الوصول والفرص.

معايير الدمج الأساسية ينبغي أن تكون قابلة للتحقيق من المرحلة المبكرة من الأزمة.برغم ذلك لن تكون كل المعايير الخاصة بالقطاعات قابلة للتطبيق بنفس الدرجة في هذه المرحلة المبكرة. وفي مواقف التدخل او الإلتزام طويل الأمد في الحالات المتأثرة والمتضررة بالأزمات، ينبغي أن يكون من الممكن تلبية المعايير بطريقة أكثرشمولا. وينبغي على الجهات والأطراف الفاعلة في المجال الإنساني استخدام الإجراءات المقترحة تحت كل معيار للمساعدة في تحديد ما هو مجدٍ وقابل للتنفيذ فوراً ومناسب لبنيتهم وما يتطلب اتخاذ إجراءات على المدى البعيد. إن التوقع والتحضير للدمج بشكل متقدم في الأزمات يعني أنه سيتم تلبية احتياجات كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة بشكل أكثر فاعلية أثناء المرحلة الأولى وما بعدها مع تطور مراحل الاستجابة. تم تصميم المعايير بحيث تناسب جميع البيئات، بما في ذلك المجتمعات الريفية/الحضرية ومساكن المخيمات/غير المخيمات.

1.4 التعريفات الرئيسية: "الأشخاص ذوي الإعاقة" و"كبار السن" و"مقدمو الرعاية"

لأهداف هذه المعايير:

الأشخاص ذوي الإعاقة هم النساء والرجال والفتيات والفتيان الذين يعانون من ضعف دائم بدني أو عقلي أو ذهني أو حسي؛ في التعامل مع مختلف العوائق التي قد تحول دون مشاركتهم بصورة كاملة وفعالة في المجتمع كأساس من المساواة مع الآخرين (انظر المادة 1 من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة).

كبار السن: مفهوم كبار السن يجب أن يتم فهمه بعبارات عامة. في العديد من الدول والثقافات، اعتبار شخص ما كبير السن ليس بالضرورة مسألة سن ولكنه مرتبط بظروف كأن يكون الشخص جداً أو أن تظهر لديه علامات جسدية مثل الشعرالأبيض. في الأماكن التي يعيش فيها الناس في ظروف قاسية، هناك بعض الظروف التي يمكن أن ترتبط بالتقدم في السن ، مثل مشاكل الحركة والتنقل أو المرض المزمن وقد تظهر في عمر صغير. وفي حين أن العديد من المصادر تستخدم سن 60 عاماً وأكبركتعريف لكبار السن، فإن 50 عاماً وأكبر كحد فاصل ربما يكون أكثر ملاءمة في العديد من الحالات حيث تحدث الأزمات الإنسانية.

مقدمو الرعاية هم الرجال والنساء والفتيات والفتيان الذين يقومون برعاية أو تمريض قريب أو صديق أو زوج محتاج إلى هذا الدعم بسبب اعتلال صحي بدني أو عقلي أو إعاقة أو كِبر السن أو الضعف أو إدمان المواد المخدرة أو لأي سبب آخر.[4]

[4] مقتبس من مقدمي الرعاية حول العالم، الإنساني *رعاية الأسرة غير مدفوعي الأجر - حجم المشكلة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل*:
www.ucl.ac.uk/lc-ccr/seminars/resources/Anil_Patil_Unpaid_Family_Carers_10th_Feb_2015.pdf

الدمج المبرمج للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار في عملية تجميع البيانات مهم للغاية بالنسبة لبرامج الدمج و يعتبر كعلامة ظاهرة كأساس فعلي رئيسي في المعايير الدنيا ويقدم الملحق 1 معلومات إضافية عن تجميع البيانات المصنفة على أساس النوع الإجتماعي والسن والإعاقة.

1.5 مبادئ الدعم

المعايير الدنيا مبنية على المبادئ الشاملة التالية:

أخلاقيات أو مبادئ العمل الانساني : التأكد وضمان أن المؤسسات الإنسانية تقدّم خدماتها بناءً على أسس إنسانية والواجب الإنساني، آخذة بعين الاعتبار حقوق كل الأشخاص المتأثرين بالكوارث والصراعات، بما فيها الحق في الحياة بكرامة، والحق في الحصول على المساعدات الإنسانية، والحق في الحماية والأمان. تطبق هذه المبادئ الأساسية على كل المتأثرين بالكوارث والصراعات ويشمل هذا الأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن.

عدم التمييز: ضمان إمكانية وصول واستفادة كلّ المتأثرين بالكارثة من الاستجابة الإنسانية بشكل متساوٍ مع الآخرين، سواء كانوا نساءً أو رجالاً مسنين، أو نساءً أو رجالاً أو فتيات أو فتيان من ذوي الإعاقة.

الوصول الهادف: ضمان أن أي من المعوّقات التي تؤثر على وصول الأشخاص من ذوي الإعاقة أو كبار السن إلى المساعدات الإنسانية والحماية قد تم إظهارها.

احترام الكرامة المتأصلة للأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن: بما يضمن أن يُحترم الأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن بصفتهم أصحاب دور فاعل في عائلاتهم ومجتمعاتهم وفي حياتهم الخاصة. تتطلّب الاستجابة الإنسانية الشاملة أن يتنبّه الطاقم الإنساني إلى الإعاقة إلى التقدم في السن، وإلى كيفية التواصل مع هذه المجموعات والتعامل معها باحترام.

المشاركة النشطة والفاعلة والمساواة في الفرص: ضمان أن يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن في كل جوانب الاستجابة الإنسانية على كأساس من المساواة مع الآخرين.

احترام التنوّع، ويشمل ذلك المساواة بين النساء والرجال والفتيات والفتيان من كل الأعمار ضمان حصول كل الأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن على المساعدات والحماية التي يحتاجونها في حال الاستجابة الإنسانية.

الاعتراف بأهمية الدور الأساسي لمقدّمي الرعاية: ضمان الاعتراف بأهمية إسهامات مقدّمي الرعاية، وأن يتم تقديم الدعم لحاجاتهم، والاعتراف بأن الكثير من الأشخاص من ذوي الإعاقة والأطفال وكبار السن هم أنفسهم مقدّمو رعاية.

2.اساسيات معايير الدمج [5]

عند تطبيق هذه المعايير يجب أن يُؤخذ بعين الاعتبار كيفية تأثير الإعاقة والتقدم في السن بشكل مختلف على النساء والرجال والفتيات والفتيان، ويجب ضمان حصول ذوي الإعاقة وكبار السن على مساعدات إنسانية تخدم إحتياجاتهم, قدراتهم, و ضعفهم المرتبط بالنوع الاجتماعي.

معيار الدمج الأساسي الأول:

يتم تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرين بالأزمة لضمان حصولهم على المساعدة التي تتلائم و تناسب احتياجاتهم.

معيار الدمج الأساسي الثاني:

يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة على القدرة على الوصول للمساعدات الإنسانية التي يحتاجونها.

معيار الدمج الأساسي الثالث:

الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة لا يتأثرون سلبًا، بل ويكونون أكثر استعداداً، وأكثر تحمّلاً، وأقل عرضةً للمخاطر كنتيجة للعمل الإنساني.

معيار الدمج الأساسي الرابع:

معرفة الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة حقوقهم ومستحقاتهم، يمنحهم القدرة على الوصول إلى المعلومات والمشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر عليهم كمساواة مع الآخرين.

معيار الدمج الأساسي الخامس:

تمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة بالقدرة على الوصول إلى آليات آمنة وسريعة للإستجابة والتعامل مع شكاواهم كمساواة مع الآخرين.

معيار الدمج الأساسي السادس:

الأشخاص من ذوي الاعاقة و كبار السن المتأثرون بالازمات, يستقبلون و يشاركون في تنسيق المساعدات المتكاملة كمساواة مع الاخرين.

معيار الدمج الأساسي السابع:

يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرين بالأزمة توقُّع تحسينات في المساعدات المقدمة إليهم وفي دمجهم، نظراً إلى أن المنظمات تتعلم من تجاربها ومن دراستها لهذه التجارب.

معيار الدمج الأساسي الثامن:

يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة على المساعدات التي يحتاجونها من موظفين مؤهلين تتم إدارتهم بشكل جيد، ومن متطوعين لديهم المهارات ليقوموا بدمجهم في الاستجابة الإنسانية، كما يُتاح للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن فرص متساوية للتوظيف والتطوع في المنظمات الإنسانية.

---

[5] استناداً إلى الالتزامات الثمانية الاولى من أول تسعة التزامات من الالتزامات الخاصة بالمعيار الإنساني الأساسي المعني بالجودة والمساءلة.

معيار الدمج الأساسي الأول:
يتم تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرين بالأزمة لضمان حصولهم على المساعدة التي تتلائم و تناسب احتياجاتهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

1.1 الدمج المتسلسل و المبرمج للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في جمع البيانات وتسجيلها وفي جميع التقييمات، واستخدام هذه البيانات لدعمِ تصميمِ وتنفيذِ ورصدِ وتقييمِ الاستجابات الإنسانية الشاملة. على سبيل المثال:

القيام على نحو فعال بجمع بيانات مصنفة حسب النوع الاجتماعي والسن والإعاقة خلال البرامج.

جمع واستخدام البيانات المتوفرة الموثوقة عن، أو التقديرات الخاصة بالإعاقة والتقدم في السن ضمن السكان المتضرّرين.

إن كانت الإحصاءات الوطنية غير موثوقة، التخطيط على افتراض أن نسبة 15% من السكان تعاني نوعاً من أنواع الإعاقة[6] وأن ما يزيد عن 12,5% تقريبًا تجاوزوا عمر الستين .[7]

استخدام أسئلة مختارة للتمكن من التصنيف الأساسي للبيانات المتعلقة بالإعاقة النشاط والمشاركة، وحول الحاجة إلى الخدمات وتدريب الموظفين على استخدام هذه الأسئلة **(الملحق رقم 1)**.

1.2 يجب ضمان أن تقييمات الحاجات التشاركية ونقاط الضعف والقدرات وكل التقييمات الأخرى تحوي تشاورًا مباشرًا وهادفًا مع الأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن، ومع مقدّمي الرعاية لهم، وذلك للتعرف و إظهار المخاطر والمعيقات التي تؤثر على قدراتهم على المشاركة في الاستجابة:. وعلى سبيل المثال:

استخدام التقييمات الأولية لتحديد ودمج الأشخاص الأكثر ضعفًا وتهميشاً من ذوي الإعاقة وكبار السن.

استخدام طرق الوصول لتحديد الجماعات التي لم تكن محددة ضمن التقييم الأولي بالسرعة الممكنة و تمكين استمرارية هذه العملية بشكل دائم.

ايجاد الانظمة لمشاركة البيانات وعمليات التحويل بين الجهات وبرامج الخدمات، لتجنب الإزدواجية في تقديم المساعدات وضمان حماية البيانات.

---

[6] منظمة الصحة العالمية (2014) - *Disability and health (الإعاقة والصحة)*. ورقة حقائق رقم 352. (تمت مراجعتها في كانون الأول 2014). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/

7 مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين
(2013) - Working with older persons in forced displacement (العمل مع كبار السن في حالات النزوح القسري. الإرشاد الخامس الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

معيار الدمج الأساسي الثاني:

يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة على القدرة على الوصول للمساعدات الإنسانية التي يحتاجونها.[8]

كيفية الوصول لهذا المعيار:

2.1 تصميم كل الاستجابات الإنسانية المصنفة حسب القطاعات لتحقيق أقصى حد من الوصول إلى الخدمات والدمج للأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن. وعلى سبيل المثال:

تطوير وتقديم الخدمات والبنية التحتية والاتصال والمعلومات باستخدام مبادئ التصميم العالمي.[9]

ضمان استيفاء الخدمات والمساعدات الإنسانية للمعايير الدنيا للتقدم في السن والإعاقة الخاصة بالقطاعات والتي سترد لاحقاً في هذه الوثيقة.

2.2 تعديل الميزانيات بحيث تشتمل على تكلفة الخدمات التي يمكن الوصول إليها بناءً على احتياجات المجتمع.[10] تخصيص مبلغ إضافي في الميزانية بنسبة 0.5 -1 بالمئة لتهيئة الوصول الفعلي إلى(المباني والمراحيض). كما يجب إضافة بعض المواد الخاصة غير الغذائية ومعدات التنقل، يجب تخصيص 3-4 بالمئة في الميزانية. وكذلك أن تتضمن ميزانية للنقل والمواصلات للأشخاص الذين يعانون من إعاقات حركية ولمقدمي الرعاية لهم حتى يتمكنوا من الوصول إلى الخدمات.

2.3 القيام بشكل روتيني بتحديد ورصد والتعامل مع المعوقات التي تؤثر على مشاركة ذوي الإعاقة وكبار السن في الخدمات ووصولهم إليها.

يجب أخذ الأمور التالية بعين الاعتبار:

العوامل المتعلقة بالنوع الإجتماعي (ذكر أم أنثى) (مثلاً: احتمالية أكبر للتعرض إلى العنف على أساس النوع الإجتماعي).

المعوِّقات التي تحول دون الوصول إلى خدمات معينة. (مثلاً: معوّقات ملموسة تؤثر على الأشخاص ذوي حالات العجز الحركي أو الإعاقات البصرية، أو معوقات في التواصل تؤثر على الأشخاص من ذوي الإعاقات السمعية أو الإدراكية، أو مسؤوليات الرعاية.)

التمييز وغيره من المعوِّقات التوجهية والسلوكية الأخرى (ويشمل ذلك توجهات وسلوك مقدّمي الخدمة وأعضاء المجتمع) والوصمة الاجتماعية التي تؤثر على جماعات معينة.

2.4 تشجيع ودعم خدمات التوعية وأعضاء المجتمع والجماعات والمنظمات التي تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة أو كبار السن، وذلك لتحديد الأشخاص غير القادرين على الوصول إلى الخدمات. وتحديد المعوِّقات والحلول الممكنة للتعامل مع التمييز والإقصاء، مع إجراء تحليل على أساس لتمييز المتعلق بالنوع الإجتماعي.

2.5 إحالة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من لهم احتياجات محددة إلى المنظمات التي تتمتع بالخبرات الفنية والاختصاصات ذات الصلة، وتأييد والدفاع عن تلك الاحتياجات حتى يتمّ التعامل معها.

---

[8] راجع أيضًا مبدأ الحماية الثاني لمشروع "اسفير".

[9] تصميم المنتجات والبيئات والبرامج والخدمات التي يجب استخدامها من قِبل كل الأشخاص. يتمثل الهدف من التصميم العالمي في تبسيط الحياة للجميع، ومن الممكن أن يستفيد من هذا التصميم الأشخاص من كل الأعمار والقدرات. ولمزيد من المعلومات، يُرجى مراجعة:
universaldesign.ie/Built-Environment/Building-for-Everyone

[10] وزارة التنمية الدولية 2013 "سياسة وزارة التنمية الدولية بشأن معايير إمكانية الوصول للأشخاص ذوي الإعاقة" تشير إلى أن دمج إمكانية الوصول من خلال التصميم العالمي هو أمر فعال للتكلفة، حيث يشكل أقل من 1 في المائة من إجمالي تكاليف الإنشاء والبناء. أما تكلفة إجراء تعديلات بعد اكتمال المبنى فهي أعلى بكثير. متوفرة على:
http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273923/DFID-Policy-standards-accessibility-disabled-people___.pdf

معيار الدمج الأساسي الثالث:
الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة لا يتأثرون سلبًا، بل ويكونون أكثر استعداداً، وأكثر تحمّلاً، وأقل عرضةً للمخاطر كنتيجة للمساعدات الإنسانية.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

3.1 إيجاد بيئة تُدْمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، والمحافظة على هذه البيئة، مع ضمان مساهمة كل الأنشطة في تعزيز وحماية دمج وأمن هذه الجماعات.[11] وعلى سبيل المثال:

تشجيع المسؤولين على المستويين الوطني والمحلي على احترام حقوق واحتياجات وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (وهذا يشمل اللاجئين والمشردين داخليًا).

دعم مبادارات زيادة التوعية المجتمعية الثقافية والمراعية للنوع الإجتماعي للتعامل مع التوجهات والسلوكيات السلبية على المستوى المحلي.

3.2 إشراك ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في الآليات التي تُقيّم وتُقلّل المخاطر التي تتعرّض لها الجماعات والفئات الضعيفة. ويجب أن تضمّ هذه الآليات سياسات لمنع الاستغلال الجنسي أو إساءة المعاملة أو التمييز، مع أخذ المخاطر المتزايدة لهذه الجماعات والفئات بعين الاعتبار. كما يجب رصد البرامج الإنسانية بشكل ممنهج لضمان أن الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن لا يتعرضون لمخاطر إضافية أو أضرار كنتيجة للعمل الإنساني الذي يتلقونه.[12]

3.3 التأكيد على معرفة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم باستحقاقاتهم الإغاثية والمعايير التي يتم على أساسها اختيار متلقّي المساعدات و الآليات التي سيتلقون المساعدات من خلالها، لتقليل مخاطر استغلالهم من قِبل الأطراف الفاعلة في مجال العمل الإنساني أو من قِبل أفراد المجتمع.[13] وضع مدونات قواعد سلوك وسياسات حماية، وآليات شفّافة لاتخاذِ القرارات وإعدادِ التقارير لتقديم المساعدات، كما يجب اتخاذ تدابير تحمي كرامة وأمان كبار السن وذوي الإعاقة في مواقع التوزيع وعند استخدام الخدمات الأساسية. يجب أخذ المخاطر الخاصة التي قد تتعرض لها كلّ من النساء والفتيات والفتيان والرجال بعين الاعتبار .[14]

3.4 يجب مراعاة مخاطر الحماية التي قد تنتج عن بعض التدابير المتخذة لتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن وغيرهم من الجماعات والفئات الضعيفة الأخرى إلى الخدمات. (مثلاً: إعطاء الأولوية لهم عند تقديم المساعدات قد يزيد من مخاطر الوصمة الاجتماعية أو تعرّضهم للسرقة أو حتى للعنف). ويجب التفكير في أثر هذه التدابير، بما يضمن ألّا تزداد المخاطر التي قد يتعرض لها بعض الأفراد أو الجماعات والفئات (الأخذ بالاعتبار الأدوار المتعلقة بنوع المستفيد الإجتماعي والسياقات الاجتماعية والثقافية).[15]

[11] راجع أيضًا مبدأ الحماية الثالث لمشروع "اسفير".
[12] راجع أيضًا مبدأ الحماية الأول لمشروع "اسفير"
[13] راجع أيضًا مبدأ الحماية الرابع لمشروع "اسفير".
[14] راجع أيضًا مبدأ الحماية الرابع لمشروع "اسفير".
[15] راجع أيضًا مبدأ الحماية الثاني لمشروع "اسفير".

معيار الدمج الأساسي الرابع:

معرفة الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة حقوقهم ومستحقاتهم، يمنحهم القدرة على الوصول إلى المعلومات والمشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر عليهم على قدم المساواة مع الآخرين.

كيفية الوصول لهذا المعيار :

4.1 التأكد من قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن على الوصول إلى كل المعلومات المهمة، وتقديم المعلومات بطريقة تلائم الأشخاص الذين يعانون من قصور بصري أو سمعي أو قصور في التواصل أو الحركة، أو الأمية، و/أو صعوبات في استيعاب المعلومات. وعلى سبيل المثال:

استخدام أكثر من وسيلة من وسائل الاتصال والإعلام وقنوات المعلومات لضمان وصول الرسائل المهمة أقصى مدى من الانتشار. وتدريب ودعم الموظفين والشركاء والمتطوعين كي يخدموا هذا الهدف.

إحاطة الموظفين علمًا بأن الكثيرين من الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن لا يمكنهم استخدام أو الوصول إلى وسائل الاتّصال الأكثر شيوعاً (مثلاً: الرسائل المكتوبة، أو الهواتف الخلوية).

رصد وتقييم مُلاءَمة مختلف وسائل الاتّصال وقنوات المعلومات المستخدمة للتّواصل مع الفئات العمرية وذوي الإعاقات المختلفة.

ضمان أن السياسات والطرق المتعلقة بالحصول على الموافقات الواعية تأخذ الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بعين الاعتبار، بمن فيهم مَن يعانون من إعاقات عقلية و/أو إعاقات إدراكية.

4.2 ضمان المشاركة المباشرة لكل من الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في تقييمات الاحتياجات والاستشارات وآليات إبداء التعليقات، وذلك لاستخدام هذه المعلومات عند وضع البرامج. وعلى سبيل المثال:

استخدام مجموعة من وسائل الاتّصال المتوفرة بسهولة في إجراء أنشطة الاستشارات/المشاركة، وتدريب الموظفين لدعم ذلك (مثلاً: استخدم الرسوم أو الصور، والصوت، والمطبوعات الكبيرة، والتطبيقات البصرية، والشرح أثناء المقابلات وجهاً لوجه، واستخدام لغة واضحة ومتريّثة وبسيطة).

استشارة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن حول ما يحتاجونه وما يفضّلونه من طرق للتواصل، والعمل بالتشارك مع المنظمات المختصة بشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة أو كبار السن إن كانت هناك حاجة للتواصل بشكل خاص.[16]

التأكّد من أن أماكن الاجتماع مهيّأة ويسهل الوصول إليها فعليا" وآمنة للأشخاص الذين يعانون من حالات عجز حركي أو إعاقات بصرية، وأن التواصل متاحٌ قدر الإمكان للجميع، وأن الترتيبات المتخذة تدعم مقدمي الرعاية.

4.3 اتخاذ إجراءات لدمج واستشارة الأشخاص الذين "يصعب الوصول إليهم" من ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم، وهذا يشمل الأشخاص الذين لا يستطيعون مغادرة بيوتهم أو مراكز الرعاية التي يقيمون فيها. واستخدام برامج التوعية المجتمعية و/أو العمل مع المنظمات التي تمثل أو تختص في شؤون ذوي الإعاقة وكبار السن.

---

[16] مثل لغة الإشارة. يُرجى ملاحظة أنه لا ينبغي افتراض إتاحة إمكانية الوصول إلى وسائل وطرق اتصال محددة لفئات عمرية أو ذوي إعاقة محددة. وعلى سبيل المثال: ليس كل الناس المصابين بالصمم أو الذين يعانون من صعوبات كبيرة في السمع يعرفون لغة الإشارة أو يمتلكون مهارات معرفة القراءة والكتابة؛ وأغلب الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية لا يستخدمون طريقة برايل؛ كما أن معدلات معرفة القراءة والكتابة تتباين بدرجة كبيرة بين السكان المتأثرين بالأزمة، حيث تنخفض معدلات معرفة القراءة والكتابة بدرجة أكبر بين الفئات العمرية الأكبر سنًا مقارنة بالسكان ككل.

معيار الدمج الأساسي الخامس:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة بالقدرة على الوصول إلى آليات آمنة وسريعةللإستجابة و التعامل مع شكاواهم. كطريقة للمساواة مع الآخرين.

كيفية الوصول لذا المعيار:

5.1 استشارة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن حول تصميم وتنفيذ ورصد أساليب التعامل مع الشكاوى.

5.2 التأكد من أن إجراءات التقدم بالشكاوى والمطالبة بالتعويض متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

5.3 التأكد من أن الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن لديهم نفس القدرة على الوصول إلى معلومات تخصّ ما يُفترض بهم أن يتوقعوه من الجهات، وكيفيّة تقديم الشكاوى، والأمور التي يمكن ولا يمكن التعامل معها خلال تقديم الشكاوى (راجع مبدأ الدمج الأساسي الرابع).

5.4 التأكد من أنه يتم التعامل مع الشكاوى ضمن ثقافة مؤسسية تستمع للشكوى وتتصرف بناء على محتواها وتحترم كرامة وحقوق وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. وعلى سبيل المثال:

دمج وتضمين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في سياسات المنظمة المتعلقة بمسؤولية الرعاية ومدونات قواعد السلوك وحماية الأشخاص المستضعفين.

إحاطة الموظفين علمًا بالمخاطر التي يواجهها الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة، وخاصة الاستغلال الجنسي وإساءة المعاملة والتمييز.

تدريب الموظفين على التواصل باحترام مع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

5.5 ضمان أن الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن الذين تعرضوا لإساءة معاملة وإيذاء يتم دعمهم بشكلٍ مناسب وحساس و/أو تتم إحالتهم ليحصلوا على المساعدة أو الحماية. (راجع معيار الحماية الأول).

معيار الدمج الأساسي السادس:

يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة على مساعدات مُنسّقة ومتكاملة ويشاركون فيها. كمساواة مع الآخرين.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

6.1 ان تتضمن جداول أعمال اجتماعات القطاعات/المجموعات وطرق التنسيق إحتياجات الأشخاص من ذوي الاعاقة وكبار السن بشكل روتيني. والحرص على أن يتم التعامل بشكل ذو منهجية مع وضع البرامج المراعية للإعاقة والتقدم في السن في كل القطاعات وأن يتم دمج ذلك في آليات التنسيق، لضمان وجود منهج شامل يسعى لتحقيق الدمج (مثلاً: الاحتياجات المترابطة فيما بينها فيما يتعلق بالمأوى والمياه والصرف الصحي والنظافة العامة، واحتياجات الحماية والاحتياجات النفسية الاجتماعية).

6.2 رسم خريطة للخدمات والمنظمات الموجودة في منطقتك، لتحديد الأطراف الفاعلة التي تقدم المساعدات الموجهة إلى هؤلاء الأشخاص والجماعات والفئات المستضعفة الأخرى، كتقديم العلاج للأمراض المزمنة، أو توفير الأجهزة المساعدة على الحركة والتنقل والتأهيل الجسدي. وتضاف هذه المعلومات في أدلة الخدمات وفي أنظمة الإحالة، مع بقاء جميع الاطراف المعنية على اطلاع بالمستجدات المستحدثة.

6.3 إقامة شراكة بين أبرز الأطراف الفاعلة في مجال العمل الإنساني، و المنظمات المختصة بشؤون كبارالسن والإعاقة، بما في ذلك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، والتأكد من أن منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن تشارك بشكل فعّال في الاستجابة الإنسانية من خلال الاستغلال الملائم لخبراتها وقدراتها ومواردها.

6.4 الحرص على ألا تُقدّم الخدمات التي تركز على احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل منعزل، وأن تصاحبها المتابعة اللازمة، كما يجب ضمان أن يستفيد الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن من التعاون بين عمليات التدخّل العامة والموجهة لزيادة أثرها وفاعليتها.

معيار الدمج الأساسي السابع:

يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرين بالأزمة توقُّع تحسينات في المساعدات المقدمة إليهم وفي دمجهم، نظراً إلى أن المنظمات تتعلم من تجاربها ومن دراستها لهذه التجارب.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

7.1 السعي إلى تحسين إمكانية الوصول لخدمات المساعدة والحماية باستمرار للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. ويمكن تحقيق هذا عن طريق الآتي:

التعلُّم من التجربة مع الرصد الروتيني المستمر.

استشارة المنظمات المتخصصة الممثلة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

استشارة الأفراد والعائلات بشكل مباشر.

7.2 تحديد واستخدام مؤشرات السن والإعاقة في البيانات الأساسية ونماذج الرصد والتقييم (مثلاً: نِسَب الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن الذي يتمكنون من الوصول إلى الخدمات).

7.3 دمج وتضمين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في الرصد والتقييم، ودمج وتضمين الجماعات والفئات التي من الممكن أن تُهمل في عمليات الرصد الروتينية كالأطفال والمراهقين ممن يعانون من إعاقات متعددة (ومقدّمي الرعاية لهم) والأشخاص الذين يعانون من إعاقات عقلية أو ذهنية. ويتعين وضع ميزانية لإمكانية الوصول في التقييمات.

7.4 ضمان أن يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن في الرصد والتقييم جنباً إلى جنب مع غيرهم ممن تأثروا بالأزمة، ويجب تضمين تجاربهم في الدروس المستفادة والإجراءات المتبعة لتحسين المساءلة، وإمكانية الوصول والسلامة للاستجابات الإنسانية.

7.5 مشاركة الخبرات والممارسات الجيدة والابتكارات المتعلقة بدمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في منظمتك ومع أصحاب المصلحة الآخرين، كالشركاء والمنظمات الوطنية والسلطات.

معيار الدمج الأساسي الثامن:

حصول الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتأثرون بالأزمة على المساعدات التي يحتاجونها من موظفين مؤهلين تتم إدارتهم بشكل جيد، ومن متطوعين مَهَرة ومُجهّزين ليقوموا بدمجهم في الاستجابة الإنسانية، كما يُتاح للأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن فرص متساوية للتوظيف والتطوع في المنظمات الإنسانية.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

8.1 تدريب الموظفين على كل المستويات على تقديم مساعدات نزيهة حيادية، تراعي النوع الإجتماعي والسن والإعاقة، وعلى المساعدة في استخدام هذه العوامل كمصدر لنقاط الضعف المحتملة أو القدرات المحدودة. ويجب التأكد من أنه ألا يتم إهمال أو استبعاد وتهميش أي جماعة أو فرد بقصدٍ أو دون قصد (أي يتم ممارسة التمييز ضدها/ضده) بسبب النوع الإجتماعي و/أو السن و/أو الإعاقة. وكما يجب التأكد من أن الموظفين العاملين بالمجال الإنساني على دراية بأن الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ليسوا جماعات متجانسة، و أن يكون للعاملين القدرة على فهم الاحتياجات والقدرات ونقاط الضعف الفردية للأشخاص.

8.2 توعية كل الشركاء والموظفين بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن وأهمية دمجهم في الاستجابة الإنسانية. كما يجب دمج وتضمين الإعاقة والسن في برامج التعريف والتدريب لرفع الوعي بما يلي:

التمييز على أساس الإعاقة والعمر والنوع الإجتماعي.

المخاطر التي قد تؤثر بصورة خاصة على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (مثلاً: صعوبة الوصول إلى الخدمات ومخاطر التعرض للعنف على أساس نوع الإجتماعي، والاستغلال الجنسي وإساءة المعاملة والإيذاء، وبخاصة عند النساء والفتيات) وأهمية معايير الحماية والسياسات الخاصة بهذه الجماعات والفئات.

أهمية جمع واستخدام بيانات مصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة.

8.3 تعيين موظفين على مستويات ملائمة (بما في ذلك المستويات الإدارية العليا) في المنظمة لغرض دعم ورصد التوعية عبر المنظمات وتوعية الشركاء بهدف تقديم استجابة شاملة للتقدم بالسن وللإعاقة، و/أو تأسيس جهات تنسيق بين الهيئات والمنظمات معنية بالإعاقة و التقدم بالسن و النوع الإجتماعي.

8.4 توعية الموظفين والشركاء بالجهات الدولية والوطنية والمحلية التي تركّز على الإعاقة و التقدم بالسن، وكذلك المنظمات التي تمثّل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

8.5 التنسيق مع المنظمات لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن على فرص متساوية في التوظيف والتطوّع، مع تخصيص ميزانية لهذا الغرض.

3. المعايير الخاصة بالقطاعات

الحماية[17]

معيار الحماية الأول:

يتم دمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم، بشكل كامل في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم أنشطة وخدمات الحماية، كما أنهم يشاركون في أنشطة تقييم ورصد الحماية ذات الصلة. وتقوم المنظمات الإنسانية بتحديد والتعامل مع المخاوف المحددة المتعلقة بالحماية المؤثرة على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، ومنها استبعادهم من الخدمات والمساعدات.

معيار الحماية الثاني:

تبذل الأطراف الفاعلة العاملة في المجال الإنساني كل الجهود الممكنة لضمان بيئة آمنة وشاملة تحمي الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرين بالأزمة، وتلعب هذه الجماعات والفئات دوراً كاملاً في إجراءات الحماية على مستوى المجتمع.

معيار الحماية الثالث:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم بالقدرة على الوصول الكامل إلى خدمات الحماية وكل المعلومات المتعلقة بحمايتهم.

معيار الحماية الرابع:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن بالقدرة على الوصول الكامل إلى أنظمة التسجيل وتحديد الهوية وغيرها من الوثائق الضرورية لحمايتهم القانونية والاجتماعية.

معيار الحماية الخامس:

تتم حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من أي أذى جسديّ أو نفسيّ ناجمٍ عن العنف أو إساءة المعاملة والإيذاء، بما في ذلك العنف على أساس النوع الإجتماعي .

معيار الحماية السادس:

يتم توفير الحماية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المقيمين في مؤسسات الرعاية والإيواء والمستشفيات.

معيار الحماية السابع:

يتم توفير الحماية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في حالات التشرد والعودة.

[17] الهدف من معايير الحماية هذه هو استخدامها جنباً إلى جنب مع "مبادئ الحماية لمشروع "اسفير".

معيار الحماية الأول:

يتم دمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم، بشكل كامل في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم أنشطة وخدمات الحماية، كما أنهم يشاركون بشكل متصل في تقييمات الحماية ورصدها . وتقوم المنظمات الإنسانية بتحديد والتعامل مع المخاوف المحددة المتعلقة بالحماية المؤثرة على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، ومنها استبعادهم من الخدمات والمساعدات.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ح1.1 ضمان أن تساهم كل الأنشطة في تعزيز دمج وسلامة وأمن وكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بما تقتضيه الحاجة ودون تمييز سلبي (مثلاً: توفير خدمات حماية آمنة ويمكن الوصول إليها، وتوفير المأوى والماء والمساعدات الغذائية واحتياجات الأسرة الأساسية والرعاية الصحية والتعليم والأنشطة التي توفر مورداً للرزق).[18]

ح1.2 ضمان تدخل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في تقييمات الحماية والرصد الروتيني للحماية، بما في ذلك التقييمات السريعة. ويجب الأخذ بعين الاعتبار الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ممن لديهم صعوبة في الوصول للخدمات (مثلاً: العاجزين عن مغادرة منازلهم أو مراكز إيوائهم، أو من يقوم أحد أفراد عائلتهم بإخفائهم عمداً؛ أو الأشخاص الذين يعانون من إعاقة بالغة في التواصل أو إعاقة عقلية أو ذهنية؛ أو الأطفال الذين يقدمون الرعاية لوالديهم أو إخوتهم مما قد يؤدي إلى عدم التحاقهم بالمدرسة أو عدم قدرتهم على الوصول إلى البرامج المخصصة للأطفال). ويجب ضمان وجود أشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن ضمن جهات تنسيق المجتمع لفرق التقييم. ومتى أمكن، يتعين دمج وتضمين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الرجال والنساء في فرق التقييم.

ح1.3التشاور بشكل مباشر مع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم حول مخاوفهم المتعلقة بالحماية، باستخدام الأساليب التي تراعي النوع الإجتماعي والعمر والسن والإعاقة. ودعوة منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن للمشاركة في تقييمات الحماية والرصد وعمليات الاستجابة، مع الاستفادة من خبراتها ومواردها (يُرجى مراجعة **معيار الدمج الأساسي السادس**).

ح1.4 التأكد من أن كل البيانات التي يتم جمعها لتوفير المعرفة حول تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج الحماية تُصنّف حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الأول**).

ح1.5 وضع أنظمة تحدد وترصد وتتعامل مع مخاطر الحماية التي من شأنها أن تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (مثلاً: الإهمال، الاستغلال، التخلي، الإخفاء، التخويف، عدم تسجيل المواليد وغيرها من مستندات تحديد الهوية الأخرى، فصل الأشخاص عمّن يقدمون لهم الرعاية، إلخ) ورصد قدرتهم على الوصول إلى الخدمات وإلى المناطق المحميّة.[19]

ح1.6 ضمان أن حالات العنف أو الإيذاء، بما في ذلك حالات العنف على أساس النوع الإجتماعي ، والتي تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (وخاصة النساء والفتيات) يتم تمييزها والإبلاغ عنها، وأن الناجين تتم إحالتهم بشكل مناسب لتقديم الدعم لهم.

ح1.7 ضمان تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (رجالاً ونساءً) في مجتمعات الحماية.

ح1.8 دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في تقييم برامج الحماية.

---

[18] راجع أيضًا مبدأ الحماية الثاني لمشروع "اسفير"

[19] راجع أيضًا مبدأ الحماية الثالث لمشروع "اسفير"

معيار الحماية الثاني:

تبذل الأطراف الفاعلة العاملة في المجال الإنساني كل الجهود الممكنة لضمان بيئة آمنة وشاملة تحمي الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المتأثرين بالأزمة، وتلعب هذه الجماعات والفئات تلعب دوراً كاملاً في إجراءات الحماية على مستوى المجتمع.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ح2.1 التشجيع على دمج ومشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في أنشطة الحماية على مستوى المجتمع، بالشراكة مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. ويجب التأكد من قدرة كبار السن، رجالاً ونساءً، وذوي الإعاقات وذوي احتياجات التواصل المختلفة قادرين على الوصول إلى الأنشطة المجتمعية (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**)، ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن حتى يضعوا إستراتيجياتهم الخاصة بهم لتقليل المخاطر.[20]

وعلى سبيل المثال:

إتاحة الوصول إلى الأماكن المحمية بما فيها المساحات الملائمة للأطفال، والمساحات الملائمة لكبار السن، والمساحات الآمنة للنساء، وأنشطة التعليم غير النظامي (**يُرجى مراجعة معايير التعليم**)، حتى يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم من الالتقاء ببعضهم وتبادل المعلومات. ويجب تدريب موظفي المركز على الدمج وعلى الوعي بالإعاقة. يجب إدراج التكاليف الخاصة في تخطيط الميزانية.

وضع أو تعزيز آليات الحماية المجتمعيّة، مثل لجان الحماية المجتمعية الخاصة بالأطفال، وبكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، والتي يمكنها تحديد الأشخاص المعرضين للمخاطر والإبلاغ عن حالتهم وإحالتهم إلى جهات الدعم المناسبة.

الحرص على دمج الأشخاص المعزولين من كبار السن وذوي الإعاقة، كالأطفال الذين يعولون عائلاتهم، أو الأرامل، أو الأشخاص المصابين بأمراض عقلية شديدة، أو كبار السن المصابين بالخرف، أو الأشخاص الذين يعانون من صعوبة في التواصل في الأنشطة المجتمعية.

ح2.2 توفير الدعم النفسي الاجتماعي على المستوى المجتمعي، كالإسعافات الأولية النفسية للأشخاص الذين يعانون من ضغوط نفسية. ويجب التأكد من تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة (بما في ذلك الأطفال) وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم بالقدرة على الوصول إلى خدمات الدعم هذه (**يُرجى معيار الصحة التاسع**). وتعزيز قدرة الأطفال ذوي الإعاقة على الوصول إلى التعليم باعتباره أحد تدابير الحماية. (**يُرجى مراجعة معايير التعليم**).

[20] راجع أيضًا مبدأ الحماية الثالث لمشروع "اسفير"

معيار الحماية الثالث:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم بالقدرة على الوصول الكامل إلى خدمات الحماية وكل المعلومات المتعلقة بحمايتهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ح3.1 القيام على نحو فعال بدمج ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في كل خدمات وبرامج الحماية المستهدفة (مثلاً: دمج الأطفال الذين يقدمون الرعاية لأفراد أسرتهم ذوي الإعاقة في برامج حماية الأطفال، وإدراك دور مقدمي الرعاية الأكبر سناً ومخاطر الحماية التي قد يواجهونها).

ح3.2 استخدام مجموعة من قنوات ووسائل الاتصال **(يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع)** لضمان قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن على الوصول الكامل إلى كل المعلومات المتعلقة بالحماية[21]، بما فيها المعلومات المتعلقة بما يلي:

التهديدات بالعنف أو الإيذاء، ويتضمن ذلك العنف على أساس النوع الإجتماعي ، والأخطار في البيئة المباشرة، ومخاطر التعرض للعنف على أساس النوع الإجتماعي أو أي شكل آخر من أشكال العنف أو الإيذاء المرتبطة بأنشطة معينة، أو أماكن معينة وغيرها، وكيفيه منعها أو التخفيف منها.

خدمات الحماية في المجتمع (مثل: نشر معلومات حول خدمات حماية الأطفال بين مقدمي الرعاية الأكبر سناً ومقدمي الرعاية من ذويالإعاقة).

كيفية الإبلاغ وطلب المساعدة بشأن المخاوف المتعلقة بالحماية، وبعد وقوع حادثة متعلقة بالحماية، وما هي الخدمات المتوفرة.

الحقوق والمستحقات، وآليات ومعايير الاستهداف.

كيفية التقدم بالشكاوى وكيفية التعامل مع الشكاوى **(يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الخامس)**.

أنظمة التسجيل، وأنظمة للوصول إلى السجلات المدنية، والخدمات القانونية وغيرها من خدمات الدعم المتخصصة. **(يُرجى مراجعة معيار الحماية الرابع)**.

---

[21] راجع أيضًا مبدأ الحماية الرابع لمشروع "اسفير"

معيار الحماية الرابع:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن بالقدرة على الوصول الكامل إلى أنظمة التسجيل وتحديد الهوية وغيرها من الوثائق الضرورية الأخرى لحمايتهم القانونية والاجتماعية.[22]

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ح4.1 التأكد من أن يعرف الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن وعائلاتهم ومقدمو الرعاية لهم أهمية التسجيل، بشكل مباشر ومن خلال أفراد المجتمع، وخدمات التوعية وغيرها.

ح4.2 ضمان سهولة الوصول إلى مواقع وأنظمة التسجيل للجميع، مع اتخاذ ترتيبات خاصة للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التواصل، أو ممن لا يجيدون القراءة والكتابة، أو من يعانون من إعاقات عقلية، ومن لا يمكنهم التنقّل إلى مواقع التسجيل. (مثلاً: أنظمة التسجيل المتنقلة أو بالإنابة، أو توفير المواصلات). وفي مواقع التسجيل يجب التأكد من إعطاء الأولوية و/أو توفير طوابير منفصلة أو مواعيد توزيع خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، مع توفير أماكن للجلوس في الظلّ، هذا بالإضافة إلى القدرة للوصول الآمن والسهل إلى مرافق مياه الشرب والمرافق الصحية.

ح4.3 ضمان تحقيق التوازن في فرق التسجيل من ناحية النوع الإجتماعي ، وأن يجري المقابلات أشخاص من نفس النوع الإجتماعي للشخص الذي تتم مقابلته، واذا اقتضت الحاجة الحرص على أن يكون المترجمون من نفس النوع الإجتماعي للشخص الذي تتم مقابلته، بالإضافة إلى دمج ومشاركة أشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن في هذه الفرق. وتدريب الموظفين على التوعية بمسائل الإعاقة والتقدّم في السن، وتنبيههم إلى مخاطر إخفاء أو حبس الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من قِبَل أفرادِ عائلاتهم. والتأكد من قيام فرق التسجيل بالآتي:

تسجيل مختلف أنواع الإعاقة ونقاط الضعف (**يُرجى مراجعة الملحق رقم 1**)

الانتباه إلى الاستحقاقات الخاصة ومعايير وآليات الاستهداف للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (مثلاً: بطاقة الهوية الخاصة بالإعاقة، أو بطاقات التعريف بكبار السن).

إحالة من يحتاجون لخدمات أساسية أو متخصصة إلى الجهات المناسبة.

رفع الوعي بأهمية تسجيل كل أفراد الأسرة.

ح 4.4 رصد معدلات التسجيل مقارنة ببيانات السكان المعروفة أو المقدّرة المتعلقة بالنوع الإجتماعي والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، لاكتشاف حالات تدني معدلات التسجيل بين جماعات وفئات معينة وتوضيح التدابير الإصلاحية عند الضرورة.

ح4.5 الحرص على أن يكون الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن على دراية بخدمات الدعم المتوفرة للمساعدة في استخراج الوثائق لهم أو استبدالها (كشهادات الميلاد، وشهادات الوفاة، وجوازات السفر، وسندات ملكية الأراضي أو أي وثائق لأي ممتلكات أخرى)، مع ضمان إتاحة الوصول السهل إلى هذه الخدمات. والتأكد من إدراك الموظفين المعنيين بأن الأطفال ذوي الإعاقة هم أكثر عُرضةً لعدم التسجيل عند الولادة، ومخاطر الحماية المرتبطة بذلك، ومنها انعدام الجنسية.

[22] راجع أيضًا مبدأ الحماية الرابع لمشروع "اسفير"

معيار الحماية الخامس:

تتم حماية الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من أي أذى جسديّ أو نفسيّ ناجمٍ عن العنف أو إساءة المعاملة والإيذاء، بما في ذلك العنف على أساس النوع الإجتماعي .[23]

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ح5.1 رصد ومنع والاستجابة للمخاطر وحوادث الإيذاء الجسدي و/أو النفسي، والعنف القائم على اساس النوع الإجتماعي وغيرها من أشكال العنف والإيذاء الأخرى التي تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. وتنبيه الموظفين المختصين بالمخاطر المتزايدة للإيذاء الذي قد يتعرضه له الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن، ويشمل ذلك جماعات وفئات معينة (مثلاً: الأشخاص العاجزين عن الحركة، أو من يعانون من صعوبات في التواصل، أو المنعزلين عن الآخرين، والأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة).

ح5.2 دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة (بمن فيهم الأطفال) وكبار السن من الرجال والنساء في برامج منع العنف على أساس النوع الإجتماعي ، وبرامج الاستجابة لهذا النوع من العنف. التعامل مع العوائق التي تحول دون تحديد الحوادث والإبلاغ عنها، مثلاً عن طريق الرصد وأنشطة التوعية. التأكد من قدرة الناجين من هذه الحوادث على الوصول إلى خدمات الدعم بشكل سهل وآمن ومراعاة السريّة، وأن هذه الخدمات تستجيب للحاجات والرغبات الفردية للناجين. كما يجب وضع مناهج خاصة للحالات التي لا يمكن فيها استيفاء الإجراءات القياسية للحصول على الإستجابة المرضية و اللازمة للإحالة ومشاركة المعلومات، بسبب سن الشخص أو قدرته العقلية أو حالته الذهنية.[24]

ح5.3 تحديد والتعامل مع المشكلات المتعلقة بالحماية التي تؤثر بشكل خاص على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، بما فيها العنف القائم على أساس الإعاقة وعلى أساس السن (مثلاً: التقييد الجسديّ، الرجم، الاتهام بممارسة السحر والشعوذة، إيذاء كبار السن)[25]. وتنبيه الموظفين بشأن كيفية تداخل النوع الإجتماعي والتقدم في السن والإعاقة، وكيف يمكن لهذا التداخل أن يزيد من المخاطر، مثلاً، تزايد مخاطر تعرض النساء والفتيات ذوات الإعاقة للعنف على أساس النوع الإجتماعي .

---

[23] راجع أيضًا مبدأ الحماية الثالث لمشروع "اسفير"

[24] راجع أيضًا مبدأ الحماية الأول لمشروع "اسفير"

[25] التصرفات النابعة من الكراهية أو من الأحكام المسبقة على الأشخاص ذوي الإعاقة كالتمييز ضدهم، الإيذاء اللغوي أو العاطفي، والتحرش الذي قد يصل إلى الاعتداء الجسدي أو العنف الشديد، (مما قد يُوصف بأنه "جرائم كراهية على أساس الإعاقة") في بعض الحضارات يُعدّ استخدام العنف ضد الأطفال من ذوي الإعاقة وغيرها من أشكال المعاملة المهينة (كالتقييد مثلاً) أمراً مقبولاً كطريقة للتعامل مع سلوك الأطفال الذي يعتبرونه سلوكاً سلبياً (راجع تقرير مفوضية اللاجئين النسائية لسنة 2014)

معيار الحماية السادس:

يتم توفير الحماية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن المقيمين في مؤسسات الرعاية والإيواء والمستشفيات.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ح6.1 إدراك المخاطر الكبيرة لتعرض الأشخاص المقيمين في مؤسسات الإيواءللإيذاء. ويجب التواصل مع السلطات والمؤسسات المحلية و/أو الوطنية المختصة، والتنسيق بين الأطراف الفاعلة في مجال الحماية لضمان تحديد مؤسسات الرعاية والإيواء وزيارتها بشكل دوري. [26]

ح6.2 ضمان تلبية الحاجات الجسدية والنفسية الأساسية للأشخاص المقيمين في المؤسسات الإيوائية، وضمان منع حالات الإيذاء والاستجابة لها في حال وقوعها. واذا استدعت الحاجة، الترتيب لعمليات تدخل يترأسها مختصون محليون، بحيث تركز على الحماية وعلى إعادة تهيئة الرعاية الأساسية.

ح6.3 عندما تكون الرعاية المقدّمة دون معايير حقوق الإنسان والمعايير الطبية، يجب تركيز عمليات التدخل الطارئة على استيفاء المعايير الدنيا العامة والممارسات الخاصة بالرعاية النفسية وغيرها من أشكال الرعاية الأخرى. وإن كان الموظفون قد تركوا مؤسسات الرعاية النفسية، يجب حشد الموارد البشرية من المجتمع المحلي ومن منظومة الرعاية الصحية ليتم الاعتناء بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية بالغة. ويجب التأكد من وجود خطط وإجراءات لإخلاء المرضى.

[26] بما فيها دور رعاية المسنين، والمصحات العقلية، ودور رعاية الأيتام، ومدارس الرعاية الخاصة للأطفال من ذوي الإعاقة، ومراكز التوقيف والاحتجاز والسجون.

معيار الحماية السابع:

يتم توفير الحماية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في حالات التشرد والعودة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ح7.1 التنسيق مع الأطراف الفاعلة الأخرى في مجال العمل الإنساني في المناطق التي يغادرها السكان هرباً من الصراعات والكوارث الطبيعية، وذلك لمساعدة الفئات والجماعات الأكثر ضعفًا التي لم تغادر ، بمن فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم.

ح7.2 إذا استدعت الحاجة، توفير المساعدة على التنقل بحيث تكون آمنة ملائمةً ويسهُل الوصولُ إليها. والعمل على تجنّب تفريق الأشخاص عن عائلاتهم وعن مقدّمي الرعاية لهم، وعن أجهزتهم وأدواتهم المساعدة وأدويتهم.

ح7.3 تسهيل الوصول إلى مراكز الاستقبال بالنسبة للأشخاص المشردين من ذوي الإعاقة وكبار السن، والحرص على أن يعتني الموظفون بالأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن الذين يصلون وحدهم أو مع أطفال، وأن يعتنوا بمن يواجهون صعوبات بالغة في أداء مهماتهم اليومية.

ح7.4 اذا استدعت الحاجة، توفير أماكن سكنٍ مؤقتة ومرافق تتوفر فيها المياه والصرف الصحي ومتطلبات النظافة العامة في مراكز الاستقبال والعبور، وتسهيل الوصول إلى هذه المراكز بالنسبة للجميع. توفير الإضاءة، وإن كان من الممكن، توفير أقسام/أماكن منفصلة في المناطق المخصصة للنوم لتعزيز الخصوصية وللتقليل من مخاطر العنف على أساس النوع الإجتماعي ، خاصة للنساء والفتيات.

ح7.5 إعطاء الأولوية للأشخاص المشردين ذوي الإعاقة وكبار السن في البحث عن العائلات ولم شملهم ، مع إشراك مقدمي الرعاية في أنشطة لم الشمل. في حال تعذّر لم الشمل مع أفراد العائلة و/أو مقدمي الرعاية، يجب وضع أنظمة للبحث أو لدعم الأفراد حتى يتمكنوا من العيش بمفردهم أو البحث عن خيارات بديلة للإلحاق بعائلات أخرى، كأن يعيشوا مع عائلات موسعة أو عائلات "راعية أو كفيلة".

ح7.6 استشارة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن حول الحلول الدائمة التي يرغبون بها. الحرص على أن تتم إعادتهم إلى بلادهم، أو إعادة توطينهم، أو دمجهم محلياً بناءً على رغبتهم وبشكل آمن ويكفل الحفاظ على كرامتهم. وبعد عودتهم، التأكد من أن تكون الإجراءات الداعمة لهم أثناء إعادة توطينهم أو دمجهم محلياً (توفير المأوى/بناء المنازل، دعم سبل كسب العيش والرزق إلخ) شاملةً للجميع؛ وعلى سبيل المثال، ضمان توافر القدرة على الوصول إلى الدعم الاجتماعي، وإلى برامج العودة التي تقدمها الحكومات المحلية، والرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

مثال على الممارسات الجيدة:

المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في نيبال

تبنت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين في نيبال نهجًا ثنائي المسار لتعزيز قابلية الوصول والدمج في أنشطة منع العنف المبني على أساس النوع الإجتماعي والاستجابة له. وبعد التشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن حول احتياجاتهم وقدراتهم ذات الصلة بالعنف المبني على أساس النوع الإجتماعي ، تبنّت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين الأنشطة الحالية لمنع العنف المبني على أساس النوع الإجتماعي والاستجابة له من خلال تنفيذ التالي:

زيادة التوعية مع الأطراف المعنية في مجال العنف المبني على أساس النوع الإجتماعي بشأن العوائق البيئية والتواصلية والسلوكية والعوائق المتعلقة بالسياسات التي قد تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة.

تضمين أمثلة على الأشخاص ذوي الإعاقة في أدوات التوعية المجتمعية حول العنف المبني على أساس النوع الإجتماعي.

إعداد ملحق للإجراءات القياسية للعمل المشترك بين الوكالات فيما يخص الموافقة والسرية وعدم التمييز للأشخاص ذوي الإعاقة.

تحديد وتدريب مترجمي لغة الإشارة على عمليات وإجراءات السرية والموافقة للناجين من حوادث العنف المبني على أساس النوع الإجتماعي .

وقد بدأت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين في نفس الوقت بدعم إجراءات تركّز على الإعاقة لزيادة مشاركة

الأشخاص ذوي الإعاقة ولتعزيز المشاركة في برامج العنف المبني على أساس النوع الإجتماعي ، وقد شمل ذلك العمل بالشراكة مع منظمة محلية تُعنى بالأشخاص الصُمّ للتدريب على لغة الإشارة في المخيمات للأشخاص الصُمّ ولأفراد عائلاتهم، بالإضافة إلى موظفي المنظمات المجتمعية والمنظمات غير الحكومية، كما بدأت في دعم منظمة محلية للنساء ذوات الإعاقة في تكوين مجموعات مساعدة ذاتية للنساء ذوات الإعاقة بهدف توفير نظام دعم اجتماعي إضافي ومنتدى لمنع العنف المبني على أساس النوع الإجتماعي وللاستجابة له في حال وقوعه.

(المصدر: تقرير مفوضية اللاجئين النسائية، 2014، ص 16.)

مثال على الممارسات الجيدة:

مفوضية اللاجئين النسائية والمفوضية السامية لشؤون اللاجئين في لبنان

كان الأشخاص ذوو الإعاقة يعانون من عدة مخاطر متعلقة بالحماية في لبنان، وكان الموظفون المسؤولون عن إدارة حالات الحماية يحيلون أغلبية الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مقدمي الخدمات الصحية، وخدمات إعادة التأهيل وتوفير الإسعافات وأجهزة المساعدة على الحركة. ولكن كان هناك فجوة بين تحديد العوامل الأخرى و الإستجابة لها التي تزيد من الإستضعاف والمخاطر . فمثلاً، لم يكن الكثير من الأطفال ذوي الإعاقة ملتحقين بالمدارس، وكان الأشخاص ذوو الإعاقة يعيشون في أماكن إيواء دون المعايير، وكان بعضهم من الآباء الوحيدين أو الأمهات الوحيدة أو مقدمي الرعاية العازبين، وبعضهم كانوا من النساء العازبات. كانت حالاتهم تتطلّب المزيد من التقييم الشامل، وأن يتم إحالتهم إلى مؤسسات أخرى تقدّم خدمات غير الخدمات الصحية وتتابع حالاتهم بشكل منتظم .

للاستجابة لهذا الوضع قامت مفوضية اللاجئين النسائية والمفوضية السامية لشؤون اللاجئين بتطوير وتجربة مجموعة من المواد التدريبية على "إدارة الحالات الفردية - تحديد احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة والاستجابة لها" للمسؤولين عن الحالات و المشاركين في عمليات الاستجابة لاحتياجات اللاجئين السوريين في لبنان. وقد دعمت هذه المجموعة التدريبية موظفي التسجيل، والإخصائيين الاجتماعيين و المسؤولين الحماية للحالات للوصول إلى الأشخاص ذوي الإعاقة المعرضين لمخاطر كبيرة. كما وفرت المجموعة التدريبية التوجيه حول كيفية إجراء التقييمات المفصّلة، والتي لا تركز على احتياجات الأشخاص فحسب، بل تركز كذلك على مهاراتهم وقدراتهم التي يمكن الاستفادة منها في الاستجابات لإدارة الحالات الفردية.

(المصدر: تقرير مفوضية اللاجئين النسائية، 2014، ص 20-21.)

الوثائق الموصى بها للمزيد من التوجيه:

منظمة
quick program guide to disability Inclusion made easy: a - (CBM International (2012
.Part B: Disability Inclusion: Disaster Management *.in development*
(*تسهيل الدمج: دليل البرامج السريع للإعاقة في برامج التنمية. القسم ب: دمج الإعاقة: إدارة الكوارث*). مأخوذ من:
www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Disability_Inclusion_-_Disaster_Management.pdf

الفريق العامل المعني بحماية الطفل ،
Child Protection in Humanitarian Action Minimum Standards for
(المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني). المجموعة العالمية للحماية (الفريق العامل المعني بحماية الطفل).
مأخوذ من:
pdf.2013-English-Standards-Minimum-cpwg.net/?get=006914%7C2014/03/CP

هانديكاب إنترناشونال (المنظمة الدولية للمعوقين) (2006)
Disability Checklist for Emergency Response
(*القائمة المرجعية للإعاقة للاستجابات للطوارئ*). باريس: هانديكاب إنترناشونال . مأخوذ من
response-emergency-checklist-reliefweb.int/report/world/disability

هانديكاب إنترناشونال (2013)
Mental health and psychosocial support interventions
crisis settings-emergency and post in
(الصحة العقلية وتدخلات الدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ وما بعد الأزمات). ليون: هانديكاب إنترناشونال.
مأخوذ من:
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PG10Psychosocial.pdf

هانديكاب إنترناشونال (2013)
Protection against violence based on gender, age and
disability in emergency and development settings
(الحماية من العنف على أساس النوع الإجتماعي والسن والإعاقة في حالات الطوارئ والتنمية). ليون: هانديكاب
إنترناشونال. مأخوذ من:
hidrtdocs/Protection_http://www.hiproweb.org/uploads/tx AgainstViolencesGN03.pdf

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين
(2012) (HelpAge International)
Protecting older people in emergencies: good practice guide
(حماية كبار السن في حالات الطوارئ: دليل الممارسات الجيدة). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2007)
Psychosocial Support in Emergency Settings Mental Health and IASC Guidelines on
(توجيهات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات حول الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ).
نيويورك. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines/en/

اللجنة الدولية للصليب الأحمر (2013)
Carried Work Professional Standards for Protection

out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence
(المعايير المهنية لأعمال الحماية التي ينفذها العاملون في المجال الإنساني وحقوق الإنسان في النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى). طبعة 2013. جنيف: اللجنة الدولية للصليب الأحمر. مأخوذ من:
www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0999.pdf

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (2015)
ender andMinimum Standard Commitments to G nDiversity in Emergency Programming. Pilot Versio
(التزامات المعايير الدنيا للنوع الإجتماعي والتنوع في برامج الطوارئ. نسخة تجريبية). جنيف: الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. مأخوذ من:
www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/Gender Diversity MSCs Emergency Programming HR3.pdf

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2005)
based Violence Interventions in-Guidelines for Gender Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies
(توجيهات التدخل في العنف على أساس النوع الإجتماعي في الحالات الإنسانية: التركيز على منع العنف الجنسي والاستجابة له في حالات الطوارئ). نيويورك: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2006)
Practical Guide to the Systematic Use of Standards and Indicators in UNHCR Operations
(دليل عملي للاستخدام المنهجي للمعايير والمؤشرات في عمليات مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين). الطبعة الثانية. جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
fwww.refworld.org/pdfid/47062dc82.pd

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2011أ)
Working with persons with disabilities in forced - displacement. Need to Know Guidance 1
(العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقات في حالات النزوح القسري. الإرشاد الأول الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2011ب)
Based Violence: An Updated Strategy-Action Against Sexual and Gender
(العمل لمكافحة العنف الجنسي والعنف القائم على أساس النوع الإجتماعي: إستراتيجية محدثة) جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (شعبة الحماية الدولية). مأخوذ من:
www.refworld.org/docid/4e01ffeb2.html

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2013)
Working with older persons in forced displacement
(العمل مع كبار السن في حالات النزوح القسري. الإرشاد الخامس الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

مفوضية اللاجئين النسائية (2008)
Affected-Disabilities Among Refugees and Conflict Populations. Resource Kit for Fieldworkers
(الإعاقات في صفوف اللاجئين والسكان المتأثرين بالنزاعات. مجموعة موارد للعمال الميدانيين. نيويورك: مفوضية اللاجئين النسائية. مأخوذ من:
-conflict-and-refugees-among-www.asksource.info/resources/disabilities field-kit-resource-populations-affected

منظمة الصحة العالمية (2013)
Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health
(مذكرة إرشادية حول الإعاقة وإدارة المخاطر الصحية في حالات الطوارئ). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

منظمة الرؤية العالمية (2012)
Agency Standards for Protection Mainstreaming-Inter Minimum
(المعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات لتعميم الحماية). مأخوذ من:
-protection-standards-agency-inter-minimum/reliefweb.int/report/world enar-mainstreaming

المياه والصرف الصحي والنظافة العامة

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الأول:

يتم إشراك ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم بشكل كامل في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم مرافق وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، كما يشاركون في تقييمات الاحتياجات ذات الصلة.

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الثاني:

يتم تسهيل الوصول إلى معلومات خدمات ومرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة وإتاحتها بشكل كامل للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم.

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الثالث:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم بالوصول الكامل إلى إمدادات المياه الصالحة للشرب والطبخ وغيرها من الاستخدامات المنزلية الأخرى. .

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الرابع:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن بالوصول الكامل إلى مراحيض ملائمة ليستخدموها بشكل آمن ومُراعٍ لكرامتهم.

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الخامس:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم بالوصول الكامل إلى خدمات النظافة العامة، ويشمل ذلك تزويدهم بالشكل الملائم والكافي بمواد النظافة العامة، علاوة على إمكانية الوصول إلى مرافق النظافة العامة الملائمة ليستخدموها بشكل آمن ومُراعٍ لكرامتهم.

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الأول:

يتم إشراك ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم بشكل كامل في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم مرافق وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، كما يشاركون في تقييمات الاحتياجات ذات الصلة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

م1.1 الحرص على أن تكون البيانات التي يتمّ جمعها بهدف تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج المياه والصرف الصحي والنظافة، مصنّفةً بحسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة.

م1.2 تدريب موظفي وشركاء المياه والصرف الصحي والنظافة، بمن فيهم موظفي التوعية، على التوعية بشؤون الإعاقة والتقدّم في السن والدمج، وتحديد الاحتياجات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. ورصد ومراقبة برامج التوعية لضمان دمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

م1.3 استشارة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم حول حاجاتهم، لتوفير معلومات حول موقع وإتاحة وتصميم واستخدام كل مرافق وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة العامة (توزيع المياه؛ مرافق المياه والصرف الصحي الجديدة أو التي أُعيد إصلاحها؛ المرافق الشخصية؛ توفير/توزيع مواد النظافة العامة). وإجراء مشاورات مع مجموعات هادفة وغيرها من المشاورات المباشرة مع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، في مجموعات من نوع إجتماعي واحد يديرها ميسّرون من نفس النوع الإجتماعي، وأن يكون الميسّرون قد تدربوا على التوعية بقضايا الإعاقة والتقدم في السن. وإشراك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في الاستجابات المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة العامة، بما فيها برامج التوعية.

م1.4 سؤال الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم بشكل مباشر عن احتياجاتهم المحددة فيما يخص المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، لتوفير معلومات حول الخدمات الإضافية/المعدلة (مثلاً: التزويد بأدوات إضافية كالمراحيض الخاصة، أو مواد النظافة العامة).

م1.5 ضمان تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (رجالاً ونساءً) في مجتمعات لجان المياه والصرف الصحي.

م1.6 دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في تقييمات برامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة.

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الثاني:

يتم تسهيل الوصول إلى معلومات خدمات ومرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة وإتاحتها بشكل كامل للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

م2.1 إبلاغ الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم عن موقع وموعد وكيفية توزيع المياه، وعن التخزين الآمن للمياه. ويجب أن تكون المعلومات حول خدمات وحقوق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة متاحةً بشكل كامل أمام هذه الفئات والجماعات.

م2.2 نصح كل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم بشأن، أبرز المخاطر الصحية العامة وفوائد استخدام المياه وممارسات النظافة العامة وطرق تقليل المخاطر. وتدريب المسؤولين الداعمين للصحة/ و النظافة العامة على إدراك قضايا الإعاقة والتقدّم في السن.

م2.3 إعلام الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة للمياه والصرف الصحي والنظافة العامة (مثلاً: من يعانون من السلس البولي) ومقدمي الرعاية لهم عن مواد النظافة العامة والخدمات والمرافق الخاصة بها التي يمكن توفيرها (بما في ذلك أي مواد أو مرافق إضافية أو متخصصة قد يحتاجونها). إذا اقتضت الحاجة، يجب العمل بالشراكة مع منظمات أخرى أو وكالات متخصصة لتوفير المواد أو المعدات المتخصصة. إتاحة معلومات عن التعامل مع النظافة العامة أثناء الدورة الشهرية للفتيات والنساء ذوات الإعاقة.

م2.4 تقديم توجيهات حول كيفية الاستخدام الآمن لمرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (بمن فيهم من يعانون من إعاقات عقلية أو ذهنية أو صعوبات في في التواصل) ولمقدمي الرعاية لهم.

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الثالث:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم بالوصول الكامل إلى إمدادات المياه الصالحة للشرب والطبخ وغيرها من الاستخدامات المنزلية الأخرى.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

م3.1 الحرص على أن تكون ما نسبته 15% من الحنفيات/مضخات المياه آمنة وفي متناول الأشخاص ممن يعانون من إعاقة جسدية أو إعاقة حركية أو بصرية.[27] ومثلاً، توفير خزانات مياه أصغر حجماً، وتركيب أرصفة منحدرة ، ودرابزين وأحبال دليلية عند نقاط المياه/المضخات؛ وتوفير مضخّات مصنوعة حسب التصميم العالمي (بمقابض طويلة .. إلخ)
ويتمّ تضمين هذه الكُلف في تخطيط الميزانية.[28] إذا اقتضت الحاجة، يجب طلب المشورة من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة/كبار السن المتخصصة حول كيفية ضمان إتاحة وتسهيل الوصول إلى مرافق وإمدادات المياه. عند التخطيط لمواقع نقاط المياه، يجب الأخذ بعين الاعتبار إمكانية الوصول إليها.
م3.2 اتخاذ إجراءات وترتيبات خاصة عند نقاط المياه (كتوفير طوابير منفصلة مثلاً) لتجنّب وقوف الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية وكبار السن لفترات طويلة في الطوابير.

م3.3 ضمان ورصد التزويد الآمن والموثوق بالمياه للأشخاص الذين يحتاجون المياه بشكل متزايد (مثلاً: للتعامل مع أوضاع صحية معينة) وللأشخاص غير القادرين على مغادرة منازلهم للوصول إلى نقاط توزيع المياه، مثلاً: من خلال خدمات التوعية والخدمات المجتمعية التطوعية.

---

[27] النسبة يجب أن تكون قائمة على أساس تقييم الاحتياجات التشاركي والبيانات المصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة. وفي حال عدم توفُّر بيانات محلية موثوقة يُنصح بنسبة 15 بالمائة، بناء على تقديرات منظمة الصحة العالمية، راجع:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/

[28] **راجع معيار الدمج الأساسي الثاني**

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الرابع:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن بالوصول الكامل إلى مراحيض ملائمة ليستخدموها بشكل آمن ومُراعٍ لكرامتهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

م4.1 تصميم أو بناء أو تعديل ما لا يقل عن 15% من المراحيض - بما في ذلك المرافق المنفصلة للرجال وللنساء - حتى يتمكن الأشخاص ممن يعانون من إعاقة حركية بصرية أو جسدية من استخدامها بشكل سهل يراعي كرامتهم.[29] وتصميم مراحيض جديدة استنادًا لمبادئ التصميم العالمية (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الثاني**) والتي تتضمن ما يلي:

توفير أرصفة منحدرة، ودرابزين، وعلامات إرشادية للوصول (مثلاً: ضع خيطاً كعلامة على الممر لمساعدة الأشخاص ذوي الإعاقات البصرية).

الحرص على أن تكون الأبواب عريضة بما يكفي لتتسع للكراسي المتحركة /العكازات.

توفير مساحة كافية بحيث يتسع المكان لكرسي متحرك مع إغلاق الباب، وتمكين مُقَدِّمي الرعاية من إدخال الشخص إلى المرحاض أو مساعدته في استخدامه.

تهيئة المراحيض الموجودة أصلاً بحيث يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة الحركية البصرية أو الجسدية من استخدامها، وفقًا لمبادئ الاستيعاب/التعديل المقبولة. وضع مرافق غسل الأيدي في متناول المستخدمين (مثلاً: حنفيات منخفضة وسهلة الاستخدام) بالقرب من المراحيض التي يسهل استخدامها من قِبلهم. إذا اقتضت الحاجة، طلب المشورة من منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة/كبار السن المتخصصة حول كيفية تهيئة المرافق الصحية بحيث تكون في متناول المستخدمين.

م4.2 اختيار موقع المرافق الصحية لتكون قريبة من أماكن الإيواء، بحيث يتم إيواء الأشخاص ممن يعانون من الإعاقات الجسدية أو الحركة المحدودة بالقرب من المراحيض وغيرها من مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة.

م4.3 توفير الأدوات الخاصة بالمراحيض أو المرافق الصحية في حال الحاجة إليها، مثلاً: مراحيض بمقاعد دائمة أو مقاعد قابلة للنقل، ، أو قصريات التبرز، أو المبولات المتحركة، أو كراسي المراحيض.

[29] النسبة يجب أن تكون قائمة على أساس تقييم الاحتياجات التشاركي والبيانات المصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة. وفي حال عدم توفُّر بيانات محلية موثوقة يُنصح بنسبة 15 بالمائة، بناء على تقديرات منظمة الصحة العالمية، راجع:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/

معيار المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الخامس:

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم بالوصول الكامل إلى خدمات النظافة العامة، ويشمل ذلك تزويدهم بالشكل الملائم والكافي بمواد النظافة العامة، علاوة على إمكانية الوصول إلى مرافق النظافة العامة الملائمة ليستخدموها بشكل آمن ومُراعٍ لكرامتهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

م5.1 توزيع منتجاتِ نظافةٍ عامة إضافيةٍ على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن إذا لزم الأمر، وتدريب فرق التقييم وموظفي المياه والصرف الصحي والنظافة العامة على استشارة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن حول احتياجات الخاصة بالنظافة العامة و بطرق تراعي اعتبارات النوع الإجتماعي (وعلى استشارة مقدمي الرعاية إن لزم الأمر). استخدام أساليب توزيع تراعي اعتبارات النوع الإجتماعي وتراعي كرامة الأشخاص. (مثلاً: توزيع مستلزمات النظافة العامة الخاصة مباشرةً إلى الشخص الذي يحتاجها). ويجب ضمان سهولة وصول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (مثلاً: من يعانون من السلس البولي) إلى منتجاتِ نظافةٍ عامة إضافيةٍ، ومستلزمات النظافة الخاصة حسبما تقتضي حاجتهم.

م5.2 الحرص على أن تكون المستلزمات الصحية الملائمة في متناول النساء والفتيات ذوات الإعاقة، والحرص على أن يتوفر للنساء والفتيات من كل الأعمار، بمن فيهن النساء المتقدمات في السن وذوات الإعاقة، أماكن خاصة ليغتسلن فيها، وليغسلن ويجففن ملابسهن المتسخة أو الأقمشة التي يستخدمنها للاعتناء بنظافتهن الشخصية أثناء الدورة الشهرية، وللتخلص من المواد الصحية. وإن اقتضت الحاجة، يجب توفير مساحة كافية بحيث تتلقى مُساعدةً من أحد مقدّمي الرعاية.

م5.3 الحرص على أن يكون هناك أقفال لكل مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة وأن تكون مضاءة بشكل جيد، لتعزيز الخصوصية والأمان. وتدريب أفراد طاقم المياه والصرف الصحي والنظافة العامة ليكونوا على دراية بمخاطر العنف القائم على أساس النوع الإجتماعي وغيره من أشكال الإيذاء التي يتعرّض لها الكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وبخاصة النساء والفتيات، واتخاذ إجراءات لتخفيف المخاطر عند تصميم مرافق المياه والصرف الصحي و أماكن النظافة العامة.

م5.4 تحديد وزيارة مؤسسات الإيواء بشكل دوري[30](ويشمل ذلك خلال مراحل الأزمة الأولى أيضاً) والحرص على أن يتم تحديد احتياجات الأشخاص المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة العامة، والتعامل معها بطرق تحمي سلامتهم وتراعي كرامتهم. كما يجب تنسيق كل الأنشطة مع السلطات المحلية و/أو الوطنية والمؤسسات المعنية.

[30] بما في ذلك مؤسسات الإيواء لكبار السن، والمصحات العقلية، ودور رعاية الأيتام، ومدارس الرعاية الخاصة للأطفال ذوي الإعاقة، ومراكز التوقيف والاحتجاز والسجون.

مثال على الممارسات الجيدة:

مساعدة العائدين من قِبَل منظمة "العمل لمكافحة الجوع" ومنظمة "CBM" في جمهورية إفريقيا الوسطى

بعد العنف السياسي الذي وقع في جمهورية إفريقيا الوسطى سنة 2013، نزح أربعون ألف شخصٍ إلى المخيمات في "بوسانغوا". وعندما عادوا بعد عشرة أشهر، وجد الكثير من الناس أن قراهم قد نُهبت أو دُمّرت. منظمة "العمل لمكافحة الجوع" أطلقت مشروعاً للمياه والصرف الصحي والنظافة العامة لمساعدة العائدين في إعادة تصليح مضخات المياه اليدوية، وبناء المراحيض، وتعزيز النظافة العامة. ومن خلال الشراكة مع منظمة "CBM"، أتى خبيرٌ في شؤون الإعاقة في ثلاث زيارات خلال المشروع الذي استمر لسنة واحدة، لتدريب الطاقم وإطلاق أنشطة شاملة لرصد تنفيذها وأثرها. نتيجةً لذلك، تمّ تحديد العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة، وتم تدريب موظفي التوعية والمجتمعات، وتم تهيئة المراحيض التي بنتها العائلات بأنفسها بحيث تصبح متاحة لذوي الاحتياجات الخاصة. ومن أهم نتائج هذه المبادرة كانت التوعية الكبيرة والتضامن مع الأشخاص ذوي الإعاقة بين كل من فريق "العمل لمكافحة الجوع" وموظفي التوعية وأهالي القرية.

المصدر: العمل لمكافحة الجوع (بيان مكتوب)

الاستجابة متعددة القطاعات في قرغيزستان

أدى العنف العرقي في جنوب قرغيزستان في حزيران 2010 إلى نزوح أعداد هائلة من السكان إلى أوزبكستان والتشريد الداخلي لحوالي 300 ألف شخص. أطلقت وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية استجابة متعددة القطاعات للتعامل مع حاجات السكان المتضررين. وكنتيجة للتعاون بين أعضاءِ الفريق العامل المعني بالإعاقة والتقدّم في السن، قامت "مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة العامة" بتعديل كل المراحيض لتبلبي المعايير الدولية للإتاحة للمستخدمين، في بيوت كبار السن وفي الأماكن العامة. وتضمّنت التصاميم المُعدَّلَة أبواباً أوسع تتيح المجال لمرور الكراسي المتحركة وتُمكِّن مقدمي الرعاية من مساعدة ذوي الإعاقة وكبار السن عنداستخدامهم للمراحيض.

المصدر: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين، 2012.

الوثائق الموصى بها للمزيد من التوجيه:

هانديكاب إنترناشونال (2006)
Disability Checklist for Emergency Response
(القائمة المرجعية للإعاقة للاستجابات للطوارئ). باريس: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من
response-emergency-checklist-reliefweb.int/report/world/disability

هانديكاب إنترناشونال (2009)
ccessibility for A guideline to ensure a :Accessibility for all in an emergency context temporary infrastructure, WASH facilities, distribution and communication activities for persons with disabilities and other vulnerable persons
(إمكانية الوصول للجميع في حالات الطوارئ: دليل لضمان قدرة ذوي الإعاقة والفئات الضعيفة الأخرى على الوصول للبنية التحتية المؤقتة، ومرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، وأنشطة التوزيع والتواصل).باريس: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
www.ifrc.org/PageFiles/95749/Handicap Int%27l_Guideline for Accessibility in Emergency %282009%29.pdf

هانديكاب إنترناشونال: (2014)
L'inclusion des groupes vulnérables dans les situations d'urgence: Guide Méthdologique & Pratique
مالي: هانديكاب إنترناشونال.

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (2015)
*Minimum Standard Commitments to Gender and Emergency Programming Diversity in .*Pilot Version
(التزامات المعايير الدنيا للنوع الإجتماعي والتنوع في برامج الطوارئ. نسخة تجريبية). جنيف: الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. مأخوذ من:
www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/Gender Diversity MSCs Emergency Programming HR3.pdf

جونز أيتش (2013)
Mainstreaming disability and ageing in water, sanitation and hygiene programmes A mapping study carried out for WaterAid
(تعميم مراعاة مسائل الإعاقة والتقدم في السن في برامج المياه والصرف الصحي والنظافة العام. دراسة تخطيطية نفذتها منظمة WaterAid). لندن: WaterAid. مأخوذ من:
-water-in-ageing-and-disability-www.wateraid.org/news/news/mainstreaming programmes-sanitation-and

جونز أيتش وويلبر جيه، (2014)
Compendium of accessible WASH technologies
(موجز لتقنيات مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة التي يمكن الوصول إليها). WaterAid وWEDC وShare (بحث تطبيقي عن الصرف الصحي والنظافة العامة لضمان العدالة والمساواة). مأخوذ من:
www.wateraid.org/accessibleWASHtechnologies

مشروع "اسفير" (2010)
The Sphere Handbook (Minimum standards in water supply, sanitation and hygiene promotion
(دليل "اسفير (المعايير الدنيا للإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة). مأخوذ من
http://www.spherehandbook.org/ar

منظمة WaterAid (2014)
‘Inclusive WASH: What does it look like?’
("مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الشاملة: كيف تبدو؟"). لوفبرا: مركز WEDC لمنظمة WaterAid.
مأخوذ من:
look-it-does-what-wash-www.asksource.info/resources/inclusive

مركز Water, Engineering and Development Centre،
جامعة لوفبرا، ومنظمة
Identifying barriers to water :Activity Sheet 2 - (Water Aid (2012 ,
sanitation and hygiene
(ورقة النشاط الثانية: تحديد العوائق أمام المياه والصرف الصحي والنظافة العامة). ليسيسترشاير: مركز WEDC.
مأخوذ من:
wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS2_Identifying_barriers_final.pdf

مركز Water, Engineering and Development Centre، جامعة لوفبرا، ومنظمة (Water Aid (2012
Identifying barriers to water, sanitation and hygiene :Activity Sheet 2 -
(ورقة النشاط الثالثة: تحديد العوائق أمام المياه والصرف الصحي والنظافة العامة). ليسيسترشاير: مركز WEDC.
مأخوذ من:
wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS3_Identifying_solutions_v2.pdf

منظمة الصحة العالمية (2013)
and Emergency Risk Management for Health Guidance Note on Disability
(مذكرة إرشادية حول الإعاقة وإدارة المخاطر الصحية في حالات الطوارئ). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

منظمة الرؤية العالمية (2012)
Agency Standards for Protection Mainstreaming-Minimum Inter
(المعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات لتعميم الحماية). مأخوذ من:
-protection-standards-agency-inter-reliefweb.int/report/world/minimum
enar-mainstreaming

الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق:

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الأول:

يتم دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في تقييمات الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق، وفي تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج الأمن الغذائي.

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الثاني:

يتم تسهيل الوصول إلى معلومات برامج الأمن الغذائي والمساعدات الغذائية وإتاحتها بالكامل في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم.

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الثالث:

عند توزيع الطعام وتحويلات المبالغ المالية وتحويل الكوبونات،يتم استخدام وسائل تضمن الدمج والوصول إلى الأغذية الكافية والملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وتصون كرامتهم.

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الرابع:

يتم تصميم وتنفيذ برامج الغذاء مقابل العمل، والمال مقابل العمل، وبرامج كسب الرزق بطرق تأخذ بعين الاعتبار قدرات الأشخاص كبار السن وذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية لهم وتسعى إلى التغلب على العوائق التي تحول دون مشاركتهم والتعويض عنها، وتلبي احتياجات أمنهم الغذائي وكسب رزقهم.

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الأول:

يتم دمج وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في تقييمات الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق، وفي تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج الأمن الغذائي.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

أغ1.1 الحرص على أن تكون كل البيانات التي يتم جمعها لتقييمات وتدخلات الأمن الغذائي وكسب الرزق مصنفةً حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة (يُرجى مراجعة **معيار الدمج الأساسي الأول**). واستخدام برامج التوعية للوصول إلى الجماعات والفئات التي يصعب الوصول إليها لضمان دمجهم في قوائم التسجيل.

أغ1.2 تدريب موظفي الأمن الغذائي والشركاء على التوعية بقضايا الإعاقة والتقدّم في العمر، وعلى التعرّف على الاحتياجات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (يُرجى مراجعة **معيار الدمج الأساسي الثامن**).

أغ1.3 إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في كل تقييمات نقاط الضعف والقدرات والحاجات، باستخدام أساليب تشاور يمكن الوصول إليها . (يُرجى مراجعة **معيار الدمج الأساسي الرابع**).

يجب تعريف المخاطر المحددة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن المتعلقة بالأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق. والأخذ بعين الاعتبار العوائق التي تواجههم للوصول إلى المساعدات الغذائية، والأسواق والأنشطة الإنتاجية. فمثلاً، قد يتأثر كبار السن بشكل خاص من الانعزال، أو من الاعتماد على الأسواق المحلية، أو توفُّر بعض الأطعمة.

أغ1.4 دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في تصميم برامج الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق. ويكون ذلك على سبيل المثال عن طريق الآتي:
تعديل معايير الاستهداف.

ضمان مُلَاءَمة أنظمة تحويل الكوبونات/المبالغ المالية (من حيث الموقع، وسهولة الوصول وتكرار التوزيعات، وقبول للمواد الغذائية).

أخذ القدرات وإستراتيجيات مصادر كسب الرزق لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم وأسرهم بعين الاعتبار عند تصميم برامج الغذاء مقابل العمل وبرامج المال مقابل العمل.

استخدام تدابير للحماية لحماية الأشخاص الأكثر عرضة للعنف على أساس النوع الإجتماعي ، وغيره من أشكال الإيذاء اللفظي أو الجسدي، مثلاً: تأمين وسائل نقل آمنة، وإجرءات آمنة لاستلام الحصص الغذائية، وأنشطة آمنة لكسب الرزق.

أغ1.5 دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في مجموعات النقاش ، وفي زيارات المنازل، وغيرها من أنشطة الرصد الروتينية الأخرى.

أغ1.6 دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (رجالاً ونساءً) في لجان إدارة الأغذية لتحسين مستوى الوصول والاستهداف لبرامج الأمن الغذائي.

أغ1.7 في كل أنشطة الرصد والتقييم، يجب الانتباه بشكل خاص إلى الأمن الغذائي للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وقدرتهم على الوصول إلى المساعدات، خاصةً أولئك الأكثر عُرضةً للمخاطر، كالأرامل، ومن يعيشون بمفردهم، ومن يعانون من إعاقات متعددة، والمصابين بأمراض غير معدية، ومن يقيمون في مؤسسات الإيواء.

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الثاني:
يتم تسهيل الوصول إلى معلومات برامج الأمن الغذائي والمساعدات الغذائية وإتاحتها بالكامل في متناول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

أغ2.1 استخدام تشكيلة من قنوات ووسائل التواصل لضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم إلى المعلومات المهمة المتعلقة بالمساعدات الغذائية وبرامج الأمن الغذائي (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**)، وهذا يشمل معلومات المستحقات، ومعايير وآليات الاستهداف؛ توزيع الغذاء و/أو تحويل المبالغ المالية/الكوبونات؛ وتخزين الأغذية وتحضيرها؛ دعم مصادر الرزق؛ وحقوق ملكية الأراضي والعقارات، والوكالات الداعمة؛ وكيفية تقديم الشكاوى أو الإبلاغ عن حالات الإيذاء.

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الثالث:
عند توزيع الطعام وتحويلات المبالغ المالية وتحويل الكوبونات،يتم استخدام وسائل تضمن الدمج والوصول إلى الأغذية الكافية والملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وتصون كرامتهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

أغ3.1 الحرص على سهولة إتاحة مصادر الغذاء أمام الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، بما في ذلك الأغذية والتحويلات المالية والكوبونات. يجب أن تكون الأغذية سهلة التحضير والاستهلاك وتستوفي المتطلبات الإضافية للبروتين والعناصر الغذائية الدقيقة،خاصة لمن يعانون من حالات اعتلال وضعف خاصة، ومن يعانون من أمراض غير معدية تتطلب نظام حمية غذائية خاصة .

أغ3.2 تعديل آليات تحويل المبالغ المالية/الكوبونات بحيث توفّر وصولاً آمناً وعادلاً يراعي كرامة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وكبار السن، خاصة من يعانون من صعوبات في الحركة، أو من هم أكثر عرضةً للاستغلال أو الإيذاء أو الإهمال:

الأخذ بعين الاعتبار تكوين الحصص الغذائية، ومدى سهولة حملها، وتكرارها، وموقعها، وإتاحتها وطرق توزيعها، والمسافة التي يجب أن يقطعها الأشخاص حتى يصلوا إلى نقاط التوزيع، والحاجة للدعم في النقل، وتوفّر خدمات الوصول والتوعية.

إعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن أو توفير طوابير أو مواعيد توزيع خاصة بهم، والحرص على توفّر أماكن للجلوس، وأماكن في الظل، مع إمكانية وصولهم إلى مرافق وصرف صحي آمنة في مواقع التوزيع.

توفير آليات توزيع إضافية للأشخاص الذين لا يمكنهم مغادرة منازلهم أو أماكن إيوائهم، أو من يواجهون صعوبة في الحضور إلى التوزيع. وسؤال الأشخاص الذين لا يمكنهم الوصول أو استخدام نقاط التوزيع عن الطريقة التي يريدون أن يستلموا فيها مساعداتهم، واتخاذ إجراءات للاستلام البديل. (مثلاً: تفويض شخص موثوق لاستلام المساعدات بالنيابة عنهم) أو بالتسليم المباشر من خلال خدمات الوصول والتوعية أو الموثوقين من أبناء المجتمع. مراقبة ورصد هذه الإجراءات والترتيبات لضمان إمكانية تطبيقها و إستمراريتها وأن المستفيدين يستلمون مساعداتهم كاملةً.

الحرص على إتاحة برامج تحويل المبالغ المالية أو الكوبونات[31] بشكل آمن ومتساوٍ. والحرص على ألا يتم تهميش الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في آليات التوزيع (مثلاً: الهواتف المحمولة، أو حسابات البنوك، أو ماكينات الصراف الآلي) أو بسبب نقص معلوماتهم عن البرنامج، أو فهمهم له. ويجب مساعدة الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التواصل، أو لديهم معرفة محدودة أو معدومة على القراءة والكتابة، أو إلمام محدود بالنظم البنكية والمساعدات المالية والتكنولوجيا التي ترافقها (مثلاً: قد تكون النساء قد حصلن على تعليم أقل). التأكد من حصول المستفيدين على مساعداتهم الكاملة ومن أنهم لا يتعرضون لخطورة متزايدة بسبب برامج المبالغ المالية والكوبونات.

التنسيق مع الأطراف الفاعلة الأخرى التي تُعنى بشؤون الأمن الغذائي لضمانِ تقييم وتوفير متطلبات الطعام والتغذية الأساسية للأشخاص المقيمين في مؤسسات الإيواء، بشكل مستمرّ (وهذا يتضمّن المراحل الأولى للأزمة) نظراً إلى أن الأشخاص المقيمين في المؤسسات الإيوائية أكثر عرضةً للإهمال الشديد أو الإيذاء.[32]

أغ3.3 الحرص على أن تتوفر للأسر التي تضمّ أفراداً يحتاجون لمساعدةٍ معينة لتناول الطعام، الأدوات الملائمة والوقود الإضافي والمياه الصالحة للشرب ومواد النظافة العامة. توفير مقدّمي رعاية للأشخاص الذين لا يمكنهم إعداد الطعام أو لا يمكنهم إطعام أنفسهم. وتوفير خدمات التوعية والوصول أو العمل مع منظمات المجتمع المحلي لدعم الأشخاص الذين يعانون من صعوبة كبيرة في توفير الطعام للأشخاص الذين يعولونهم (مثلاً: كبار السن ذوي الإعاقة الذين يرعون أحفادهم).

---

[31] لاحظ أن الدمج الآمن والمتساوي للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في برامج التحويل النقدي يتطلب حرصاً أكثر مما تلقّاه حتى الآن، إذ أن هناك نقصًا حالياً في التوجيهات المبنية على الأدلة فيما يخص برامج التحويل النقدي.

[32] بما فيها دور رعاية المسنين، والمصحات العقلية، ودور رعاية الأيتام، ومدارس الرعاية الخاصة للأطفال من ذوي الإعاقة، ومراكز التوقيف والاحتجاز والسجون .

أغ3.4 العمل على التأكد من تقييم وتوفير متطلبات الطعام والتغذية الأساسية للأشخاص المقيمين في مؤسسات الإيواء، نظراً إلى أن الأشخاص المقيمين في المؤسسات الإيوائية أكثر عرضةً للإهمال الشديد أو الإيذاء.

معيار الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق الرابع:

يتم تصميم وتنفيذ برامج الغذاء مقابل العمل، والمال مقابل العمل، وبرامج كسب الرزق بطرق تأخذ بعين الاعتبار قدرات الأشخاص كبار السن وذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية لهم وتسعى إلى التغلب على العوائق التي تحول دون مشاركتهم والتعويض عنها، وتلبي احتياجات أمنهم الغذائي وكسب رزقهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

أغ4.1 التأكد من قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من النساء على المشاركة في برامج المال مقابل العمل والغذاء مقابل العمل. وإجراء أية تعديلات لازمة (مثلاً: توفير الأجهزة التي تساعد على الحركة، والأرصفة المنحدرة، ووسائل الاتصال البديلة) وإتاحة فرص المشاركة في الأعمال غير المُجْهِدة. واستخدام معايير الاستهداف للتوفيق بين الأشخاص وبين الأنشطة المناسبة حسب مهاراتهم وأعمارهم ونوعهم الاجتماعي وقدراتهم البدنية والحسية والعقلية، إلخ. والحرص على ألا يتم توجيه هذه الجماعات والفئات إلى أعمال غير مرغوبة أو ذات أجور أقل، والحرص كذلك على أن يكون بإمكانهم الوصول بشكل كامل وعادل إلى خدمات التعليم غير الرسمي و تطوير المهارات.

أغ4.2 دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (رجالاً ونساءً) في برامج التوظيف وتحقيق الدخل طويلة المدى وفي حالات الطوارئ، مع أخذ بعين الإعتبار مدى مهاراتهم وقدراتهم ومصادر رزقهم الموجودة سلفاً، وكذلك قدرتهم على الوصول إلى الإنتاج وإلى الأسواق.

أغ4.3 الحرص و التأكيد بأن الأشخاص الذين يتحملون رعاية غيرهم لديهم القدره على الوصول لمرافق الغذاء . مما يقلل من مسؤوليات العناية التي يتحملونها, وهذا يشمل ضمان إتاحة مرافق رعاية الأطفال، والأماكن والمساحات الملائمة للأطفال، أمام الأطفال ذوي الإعاقة.

أغ4.4 اتخاذ إجراءات توفّر شبكة أمان غير مشروطة (مثلاً: تحويلات المبالغ المالية المباشرة أو تحويل الكوبونات أو الطعام) للأشخاص الذين تتقيد مشاركتهم في أنشطة حماية/استبدال أنشطة المعيشة خلال واجبات العمل، وكسب الرزق و/أو إمكانية الوصول إلى السوق بسبب تقدمهم في السن أو الإعاقة أو مسؤوليات الرعاية المكلفين بها (مثل: والد(ة) وحيد(ة) مسؤول(ة) عن رعاية أطفال مصابين بإعاقة متعددة). كما يجب التفكير في تدابيرِ دعمٍ مختلفة حسبما تقتضي الحاجة.

أمثلة على الممارسات الجيدة:

مفوضية اللاجئين النسائية

توصلت دراسة أجرتها مفوضية اللاجئين النسائية سنة 2007 وشملت عدة بلدان حول أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة بين السكان المهجّرين والمتأثرين بالنزاعات، إلى أن أنظمة التوزيع غالباً ما كانت غير متاحة أمام الأشخاص ذوي الإعاقة. ومن ناحية أخرى، أُعطي اللاجئون ذوو الإعاقة في مخيم "داداب" في كينيا الأولوية من قِبَل برنامج الغذاء العالمي عند توزيع الطعام، وهكذا لم يضطروا للانتظار في طوابير طويلة، كما تمّ حشد أفراد من المجتمع لاستلام الحصص الغذائية نيابةً عمّن لا يمكنهم الحضور.

المصدر: رايلي، 2010.

منظمة CAEPA في جمهورية الكونغو الديمقراطية

في جمهورية الكونغو الديمقراطية قامت منظمة CAEPA، وهي منظمة محلية شريكة للمنظمة الدولية لمساعدة المسنين، بتحديد وتقديم الدعم لكبار السن الذين لجأت حفيداتهم إلى ممارسة الجنس لكسب المال لشراء الطعام لعائلاتهن. وكان كبار السن وحفيداتهم مدركين للمخاطر الصحية ومخاطر الحماية ولكن لم يكن أمامها أي سبيل آخر لكسب الدخل. وبتوفير أنشطة مُدِرّة للدخل أكثر أمناً لكبار السن ولعائلاتهم، مثل نسج الحصائر والسلال، تمكنت المنظمة الدولية لمساعدة المسنين بالتعاون مع CAEPA من تقليل المخاطر التي كانت تواجهها العائلات، وخاصة الحفيدات.

المصدر: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين، 2012د

الوثائق الموصى بها للمزيد من التوجيه:

هانديكاب إنترناشونال (2006)
Disability Checklist for Emergency Response
(القائمة المرجعية للإعاقة للاستجابات للطوارئ). باريس: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
response-emergency-checklist-reliefweb.int/report/world/disability

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2012ج)
interventions for older people in emergencies Food security and livelihoods
(تدخلات الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين.
مأخوذ من: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2012د)
good practice guide :*emergencies Protecting older people in*
(حماية كبار السن في حالات الطوارئ: دليل الممارسات الجيدة). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
/guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2013أ)
Nutrition interventions for older people in emergencies
(تدخلات التغذية لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2006)
–Women, Girls, Boys and Men: Different Needs - Equal Opportunities.IASC Gender Handbook in Humanitarian Action
(النساء، والفتيات، والفتيان، والرجال: احتياجات مختلفة - فرص متساوية. كتيب النوع الإجتماعي في العمل الإنساني الصادر عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات). نيويورك. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/Gender Handbook.pdf

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (2015)
Minimum Standard Commitments to Gender and Diversity in Emergency Programming. Pilot Version
(التزامات المعايير الدنيا للنوع الإجتماعي والتنوع في برامج الطوارئ. نسخة تجريبية). جنيف: الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. مأخوذ من:
www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/Gender Diversity MSCs Emergency Programming HR3.pdf

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2011أ)
Working with persons with disabilities in forced displacement. Need to Know Guidance 1 -
(العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقات في حالات النزوح القسري. الإرشاد الأول الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2013)
Working with older persons in forced displacement
(العمل مع كبار السن في حالات النزوح القسري. الإرشاد الخامس الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

منظمة الصحة العالمية (2013)
Management for Health Guidance Note on Disability and Emergency Risk
(مذكرة إرشادية حول الإعاقة وإدارة المخاطر الصحية في حالات الطوارئ). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

معيار التغذية الأول:

يتم تقييم ورصد حالة التغذية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل منتظم . ويتم استخدام تقييمات التغذية لتحفيز وتوضيح استجابات التغذية في حالات الطوارئ والتي تشمل أو تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

معيار التغذية االثاني:

يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم الخدمات والتدخلات ذات الصلة بالتغذية، بما في ذلك تقييمات التغذية.

معيار التغذية الثالث:

يتم تسهيل الوصول إلى المعلومات المتعلقة بخدمات وتدخلات التغذية والأغذية وإتاحتها بالكامل للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم.

معيار التغذية الرابع:

يتم منع ومعالجة سوء التغذية المتوسط وسوء التغذية الشديد لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن على أساس الحياد في تقديم المساعدة الإنسانية.

معيار التغذية الأول:

يتم تقييم ورصد حالة التغذية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل منتظم . ويتم استخدام تقييمات التغذية لتحفيز وتوضيح استجابات التغذية في حالات الطوارئ والتي تشمل أو تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ت1.1 استخدام البيانات المصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة لتقييم حالة التغذية لذوي الإعاقة من البالغين والأطفال وكبار السن **(يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الأول)** حتى تُحدد قوائم تسجيل برامج التغذية الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.[33] واستخدام برامج التوعية والوصول لتحديد ودمج الأشخاص الذين لا يمكنهم الوصول إلى نقاط التسجيل.

ت1.2 دمج تقييمات وتحليل ورصد وضع التغذية للبالغين والأطفال ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل منهجي في الخدمات الصحية. واستخدام هذه المعلومات عند تصميم واستهداف وتقديم برامج التغذية.

ت1.3 الحرص على أن تزويد تقييمات التغذية بمعلومات من تقييمات الأمن الغذائي، بحيث تحدد وتتعامل مع العوامل التي تؤثر على وضع التغذية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. ودمج و إشراك هذه الجماعات والفئات في إستراتيجيات منع نقص المغذيات الدقيقة.

ت1.4 تطبيق نظام للتقييم الغذائي لكبار السن والبالغين والأطفال ذوي الإعاقة في عيادات الاستقبال والمراكز الصحية، وتقييم وضع تغذيتهم باستخدام معايير قياس محيط العضد[34]. هذا بالإضافة إلى تدريب العاملين المجتمعيين على:

اكتشاف وتسجيل حالات سوء التغذية بين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (وتسجيل حالات الاستسقاء الناجم عن سوء التغذية).

إحالة الأشخاص إلى الجهات المناسبة.

تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن الأكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية.

ت1.5 فحص وضع التغذية لدى الأطفال ذوي الإعاقة حسب الإرشادات الدولية لإدارة سوء التغذية لدى الأطفال والرضّع[35]، مع الأخذ بعين الاعتبار التباين الطبيعي بين الأطفال الذين يعانون من تأخُّر النموّ. وترتيب خدمات التوعية والوصول لضمان تحديد وتغطية الأطفال ذوي الإعاقة حبيسي المنازل أو أماكن الإيواء، والانتباه إلى أن بعض أفراد الأسر قد يقومون بإخفاء الأطفال ذوي الإعاقة عن الأنظار. كما يجب الحرص على أن يتم إحالة الأطفال (بمن فيهم الأطفال الذين تجاوزوا سن الخامسة) إلى خدمات التغذية حسبما تقتضي الحاجة بناءً على التقييم السريري لحاجاتهم الصحية وليس بناءً على السن فحسب.

---

[33] هناك نقصٌ حالياً في البيانات أو الأدلة المدعومة بالأبحاث حول مخاطر التغذية التي يتعرض لها البالغون من ذوي الإعاقة على المستويات الدولية والمحلية، أما الأطفال ذوو الإعاقة فتذكر التقارير بشكل ثابت أن معدلات إصابتهم بسوء التغذية وتوقُّف النمو والهزال أعلى، فالأطفال المصابون بالشلل الدماغي معرضون أكثر بثلاث مرات أن يكونوا أقل وزناً من الأطفال غير المعاقين (توزون وآخرون، 2013، مُقتَبَس في ورقة غروس تشالنجر وكيراس، 2013). الفتيات ذوات الإعاقة قد يظهرن أقل وزناً من الفتيان، والأطفال ذوو الإعاقة الذين يدخلون المستشفى ويتلقون علاجاً من سوء التغذية معرضون أكثر بمرتين للموت مقارنةً بالأطفال غير المعاقين. غالباً ما تكون البرامج القائمة لتحسين تغذية الأطفال أقل إتاحةً بحيث لا تصل إلى من يحتاجونها حاجة ماسّة، كالأطفال ذوي الإعاقة، وخاصة من يعيشون في الفقر وفي أماكن نائية (راجع غروس تشالنجر وكيراس 2013، راجع كذلك غروس كيراس فارماي، بيرمان بيلر، 2013).

[34] توصي منظمة كبار السن الدولية بتعريف الحالة التالي لنقص التغذية الحاد لدى كبار السن: سوء التغذية الحاد عندما يكون محيط العضد أقل من 210 مم، سوء التغذية الشديد عندما يكون محيط العضد أقل من 185 مم و/أو مع ظهور الاستسقاء في جانبي الجسم (منظمة كبار السن الدولية 2013). لا تتوفر توجيهات حالياً بخصوص قياسات الأفراد ذوي الإعاقة الجسدية. في بعض الحالات قد تكون قياسات محيط العضد لسوء التغذية مُضَلِّلة، والبديل للمقاييس الأساسية قد يكون التقييم بالنظر، الطول، المسافة بين الذراعين عند فتحهما على اتساعهما،أو نصف هذه المسافة، أو مقاييس طول الساق (**راجع دليل سفير، الملحق الرابع**).

[35] راجع منظمة الصحة العالمية، 2013، توجيهات: تحديثات حول إدارة حالات سوء التغذية بالغ الحدة عند الأطفال والرضّع.

ت1.6 الحرص على أن يتم تقييم وتقديم الطعام واحتياجات التغذية الأساسية للأشخاص المقيمين في المؤسسات الإيوائية، نظراً إلى أن خطورةَ تعرضهم للإهمال الشديد أو الإيذاء عاليةٌ جداً.[36]

ت1.7 رصد ومراقبة التغطية الوقائية والعلاجية الشاملة للبالغين والأطفال ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل روتيني.

[36] بما فيها دور رعاية المسنين، والمصحات العقلية، ودور رعاية الأيتام، ومدارس الرعاية الخاصة للأطفال من ذوي الإعاقة، ومراكز التوقيف والاحتجاز والسجون.

معيار التغذية االثاني:

يشارك الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن ومقدمو الرعاية لهم في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم الخدمات والتدخلات ذات الصلة بالتغذية، بما في ذلك تقييمات التغذية.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ت2.1 إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم بشكل فعال في المناقشات حول ملاءَمةِ وتصميم كل برامج التغذية، بما في ذلك برامج التغذية التكميلية والبرامج التي تتعامل مع سوء التغذية الشديد. ويجب إشراكهم في إدارة ورصد وتقييم الخدمات المتعلقة بالتغذية وعمليات التوزيع ومواد التغذية التكميلية. وإجراء جلسات لمجموعات التركيز وغيرها من الاستشارات التي تتناول موضوع خدمات وتدخلات التغذية باستخدام قنوات ووسائل تواصل متنوعة (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**).

ت2.2 توسيع مدى تغطية البرنامج من خلال إشراك أعضاء المجتمع وقادته والمنظمات، بمن فيها المؤسسات التي تُعنى بكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة.

معيار التغذية الثالث:

يتم تسهيل الوصول إلى المعلومات المتعلقة بخدمات وتدخلات التغذية والأغذية وإتاحتها بالكامل للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدّمي الرعاية لهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ت3.1 استخدام قنوات ووسائل الاتصال واسعة لضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم إلى المعلومات المهمة المتعلقة ببرامج التغذية (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**). وهذا يشمل:

التثقيف حول مواضيع التغذية، والحملات العامة التي تقدّم معلومات حول الطعام والتغذية.

معلومات حول التنويع في البرنامج الغذائي والوقاية من سوء التغذية.

معلومات حول توزيع الطعام واستخدامه (بما في ذلك أنه لا يجب عمل أي خدمة مقابل الحصول على الطعام أو الخدمات).

ت3.2 الحرص على أن تكون المعلومات متاحة ومفهومة من قِبل الأشخاص المختارين لبرامج التغذية الانتقائية. وهي معلومات حول استخدام وتخزين الأطعمة الخاصة وإعدادها بشكل نظيف وآمن، وكيفية تقديم الشكاوى والإبلاغ عن الإيذاء وإساءة المعاملة.

معيار التغذية الرابع:

يتم منع ومعالجة سوء التغذية المتوسط وسوء التغذية الشديد لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن على أساس الحياد في تقديم المساعدة الإنسانية.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ت4.1 الحرص على سماح معايير برامج التغذية التكميلية بدمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل مناسب. واستخدام برامج شاملة أو مستهدفة بالاعتماد على درجات سوء التغذية، وحالة الفئات والجماعات المستضعفة، وخطورة تزايد سوء التغذية الحاد.

ت4.2 التأكد من ملاءَمة حصص التغذية التكميلية وإتاحة عمليات التوزيع للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وعمل تعديلات لإتاحة التوزيع لهم بشكل عادل. الانتباه بشكل خاص إلى دمج وإتاحة الخدمات للأشخاص الذين يعانون من تحديات إعاقة أو حركية بصرية أو جسدية، ومن يعانون من إعاقات عقلية أو إعاقات نفسية اجتماعية، ومن هم أكثر عرضة للاستغلال أو الإيذاء أو الإهمال. ويجب الحرص عند تصميم وتنفيذ ورصد عمليات التوزيع :

الأخذ بعين الاعتبار تكوين حصص التغذية التكميلية، ومدى سهولة حملها، وتكرارها، وموقعها، وإتاحتها وطرق توزيعها، والمسافة التي يجب أن يقطعها الأشخاص حتى يصلوا إلى نقاط التوزيع، والحاجة للدعم في النقل، وتوفّر خدمات الوصول والتوعية.

إعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن أو توفير طوابير أو مواعيد توزيع خاصة بهم، والحرص على توفّر أماكن للجلوس، وأماكن في الظل، مع إمكانية وصولهم إلى مرافق مياه وصرف صحي آمنة في مواقع التوزيع.

الأخذ بعين الاعتبار احتمالية التشارك بين أفراد العائلة الواحدة، وما يصاحب ذلك من خطورة نقص التغذية.

توفير آليات توزيع إضافية للأشخاص الذين لا يمكنهم مغادرة منازلهم أو أماكن إيوائهم، أو من يواجهون صعوبة في الحضور إلى التوزيع[37]. وسؤال الأشخاص الذين لا يمكنهم الوصول أو استخدام نقاط التوزيع عن الطريقة التي يريدون أن يستلموا بها مساعداتهم، واتخاذ إجراءات للاستلام البديل. (مثلاً: تفويض شخص موثوق لاستلام المساعدات بالنيابة عنهم) أو بالتسليم المباشر من خلال خدمات الوصول والتوعية أو الموثوقين من أبناء المجتمع. ومراقبة ورصد هذه الإجراءات والترتيبات لضمان انها منطقية و مستمرة وأن المستفيدين يستلمون مساعداتهم كاملةً.

ت4.3 مراقبة ورصد تغطيةَ وقبولَ حصص برامج التغذية التكميلية بشكل منهجي بين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ليُستفاد من هذه المعلومات في تصميم وتنفيذ البرامج المستمرة.

ت4.4 تعديل معايير إغلاق برنامج التغذية التكميلية موجه بناءً على نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (يمكن استخدام وجودِ ثمانية مستفيدين فحسب على أنه معيار).

ت4.5 تجهيز مواقع رعاية المرضى الخارجين لإدارة سوء التغذية المتوسط وبالغ الحدة في أماكن آمنة، وقريبة من الأشخاص المستهدفين، وذلك لتقليل المخاطر والكلفة وصعوبات التنقّل لمسافات طويلة. يجب أن يكون الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن (أو مقدمو الرعاية لهم) على بُعدِ أقل من يوم واحد سيراً على الأقدام، ويشمل ذلك وقت التوزيع.

ت4.6 الحرص على أن تتضمن الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الشديد تحديد كيفية التعامل مع حالات سوء التغذية الشديد بين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وذلك عن طريق تدريب الموظفين وتصميم البرامج. التأكد من أن أنظمة الإحالة لتقييم التغذية والمستشفى - أو الرعاية العلاجية المجتمعية - تشمل الأطفال والبالغين ذوي الإعاقة وكبار السن. ويجب الحرص على أن تكون التغذية العلاجية متاحةً بشكل عادل لكل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن وخاصة من يعانون من أمراض مزمنة، اذا استوفوا معايير القبول. كما يجب الحرص على أن يتلقى الأطفال ذوو الإعاقة المصابون بسوء التغذية الشديد علاجاً ملائماً ضمن برامج التغذية الخاصة بالأطفال.

---

[37] مثلاً: كالأشخاص المكفوفين، ومن يعانون من صعوبات تعلم حادة، أو مقدمي الرعاية الوحيدين الذين يعتنون بأشخاص يعانون من إعاقات متعددة وسوء تغذية شديد.

مثال على الممارسات الجيدة:

علاج سوء التغذية الشديد بين كبار السن في مخيمات اللاجئين في جنوب السودان

وصل اللاجئون الهاربون من الصراع في النيل الأزرق إلى مقاطعة مابان الواقعة في جنوب السودان في تشرين الثاني 2012، حيث كانت منظمة أطباء بلا حدود بلجيكا تنفذ برنامج للتغذية والصحة في مخيمين. كان عدد كبير من البالغين وعدد من الأطفال يعانون من سوء التغذية بعد أن تنقلوا وقتاً طويلاً في الأحراش دون أن يتاح لهم طعام مناسب.

اتُخذ قرار بدمج البالغين في برنامج غذائي علاجي. وكانت معايير الدخول في البرنامج مستندة إلى قياس محيط العضد وظهور الاستسقاء وكان الوضع السريري يحدد إن كان سيتم قبولهم كمرضى مقيمين أو مرضى خارجيين. وبسرعة كبيرة تم قبول الكثير من كبار السن وبخاصة كمرضى مقيمين، وفي بداية علاجهم اشتكى كبار السن من الحليب العلاجي الذي كان صعب الهضم وتسبب بإصابتهم بالإسهال.

إلا أن هذا الوضع قد تحسّن بعد بضعة أيام بانتقالهم من مرحلة التأهيل إلى مرحلة الأغذية الصلبة (الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال). وبينما تقبّل كبار السن الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال بشكل عام، إلا أن تحويلهم لرعاية المرضى الخارجيين مثّل مشكلة لكثير من كبار السن المعزولين الذين يفتقرون إلى الدعم المجتمعي. تحسّن وضع التغذية لدى بعض كبار السن الآخرين إلا أنهم ظلوا يعانون من أمراض. وبعد خروجهم من رعاية المرضى المقيمين، استمرّت مراقبة حالاتهم عن طريق طاقم الزيارات المنزلية الذين كانوا يذهبون لتزويدهم بالأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال، وجهّزوا شبكة من العربات التي تجرها الحمير لتأخذهم للزيارة الشهرية لمركز التغذية المتنقل. أثبت هذا المشروع أنه يمكن علاج كبار السن بنجاح عن طريق برنامج علاجي، وأشار البرنامج إلى أهمية الدعم المجتمعي، والزيارات في المنازل، والحاجة إلى الرعاية التلطيفية نظراً إلى أن عدداً كبيراً من كبار السن كانوا يقتربون من نهاية حياتهم.

المصدر: أطباء بلا حدود بلجيكا، 2012، تم اقتباسه في تقرير المنظمة الدولية لمساعدة المسنين، 2013، ص 32.

الوثائق الموصى بها للمزيد من التوجيه:

جروس إن. إي، كيراك إم.، فاركاس أيه، بيرمان بيلر آر.، (2013)
adults with disabilities' Inclusive nutrition for children and
(التغذية الشاملة للأطفال والبالغين ذوي الإعاقة)، لانسيت غلوبال هيلث، المجلد 1، الإصدار 4، هـ180 – هـ181 .
نُشر على الإنترنت بتاريخ 19 آب 2013. مأخوذ من:
abstract/1-X(13)70056109-www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2012ب)
Health interventions for older people in emergencies
(التدخلات الصحية لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2013أ)
Nutrition interventions for older people in emergencies
(تدخلات التغذية لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2006)
.Equal Opportunities – Boys and Men: Different Needs ,Women, Girls -
IASC Gender Handbook in Humanitarian Action
(النساء، والفتيات، والفتيان، والرجال: احتياجات مختلفة - فرص متساوية. دليل النوع الإجتماعي في العمل الإنساني الصادر عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات). نيويورك. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/Gender Handbook.pdf

ICED وآخرون (2014)
Childhood disability and malnutrition in Turkana, Kenya
(الإعاقة وسوء التغذية في الطفولة في توركانا، كينيا). مركز
International Centre for Evidence in Disability
، ومدرسة LSHTM، وCBM،وجمعية الصليب الأحمر في كينيا. مأخوذ من:
http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/10/Malnutrition-and-Disability-Report-Full-Report.pdf
Handbook for Children with Special Food and Nutrition Needs (NFSMI (2006
(دليل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للغذاء والتغذية). المعهد الوطني لإدارة الخدمات الغذائية (NFSMI). جامعة ميسيسيبي..

مشروع "اسفير" (2010)
(and Nutrition *Minimum Standards in Food Security*) The Sphere Handbook -
(دليل "اسفير (المعايير الدنيا في مجال الأمن الغذائي والتغذية)
www.spherehandbook.org

منظمة الصحة العالمية (2013)
Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health
(مذكرة إرشادية حول الإعاقة وإدارة المخاطر الصحية في حالات الطوارئ). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

منظمة الصحة العالمية (2013)

Updates on the management of severe .Guideline
and children acute malnutrition in infants
(توجيهات: تحديثات حول إدارة حالات سوء التغذية بالغ الحدة عند الأطفال والرضّع). جنيف: منظمة الصحة العالمية.
مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/95584/1/9789241506328_eng.pdf

المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية[38]

معيار المأوى و المسكن والمواد غير الغذائية الأول:
يتم دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج الإيواء/التوطين، كما يشاركون في تقييمات الحاجات ذات الصلة.

معيار المأوى و المسكن والمواد غير الغذائية الثاني:
يتم تسهيل الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالمساعدة في توفير أماكن الإيواء والمساكن، والمعلومات المتعلقة بتوزيع المواد غير الغذائية الضرورية وإتاحتها بالكامل للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

معيار المأوى و المسكن والمواد غير الغذائية الثالث:
تُتاح مرافق الإيواء والمساكن للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل آمن وعادل، بحيث تكون هذه المرافق لائقة وملائمة وآمنة لاستخدامهم.

معيار المأوى و والمسكن والمواد غير الغذائية الرابع:
يتم دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج المواد غير الغذائية، كما يشاركون في تقييمات الحاجات ذات الصلة.

معيار المأوى و المسكن والمواد غير الغذائية الخامس:
يتم تصميم عمليات توزيع المواد غير الغذائية والمبالغ المالية والكوبونات واستهدافها وتنفيذها بطرق تحفظ كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وتحدُّ من تهميشهم واستبعادهم وغير ذلك من المخاطر التي قد يتعرضون لها.

[38] يُقصد بالمواد غير الغذائية أمور كالأدوات الضرورية التي تُستخدم في البيوت، نظراً لأنها ضرورة للحياة اليومية للكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، كالأدوات التي تساعدهم في الحركة وغيرها من الأدوات المساندة (مثلاً: السماعات والبطاريات والنظارات، إلخ..) والمواد التي تستخدم لاحتياجات النظافة العامة، واحتياجات الطعام والصحة (مثلاً: المبولات المتحركة، مصّاصات الشرب، إلخ..)

معيار المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية الأول:

يتم دمج وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج الإيواء/المسكن، كما يشاركون في تقييمات الحاجات ذات الصلة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ي1.1 ضمان أن تكون كل المعلومات التي يتم جمعها للإعداد للتصميم والتنفيذ (بما في ذلك الاستهداف) والتقييم لبرامج الإيواء/المسكن مصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة. وعند إجراء تقييمات متعددة القطاعات، يجب تضمين أسئلة حول حاجات وقدرات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. **(يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الأول)**.

ي1.2 تدريب موظفي مراكز الإيواء والشركاء على التوعية بقضايا الإعاقة وقضايا التقدّم في العمر والدمج، وتحديد الاحتياجات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في مراكز الإيواء. **(يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الثامن)**.

ي1.3 استشارة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم حول القرارات المتعلقة بكل جوانب برامج الإيواء/المسكن **(يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع)**. مثلاً، من خلال:

اختيار مواقع مراكز الإيواء أو المسكن المؤقتة وطويلة الأمد، بحيث تكون آمنة وقريبة من المرافق الضرورية.

تحديد احتياجات مراكز الإيواء ذات الأولوية، والمساعدات اللازمة لبناء مراكز الإيواء.

تصميم مراكز إيواء ومبانٍ جديدة أو مواءمة/تجديد المباني الموجودة.

تنظيم توزيع مواد مراكز الإيواء.

رصد وتقييم برامج الإيواء والمسكن من حيث مدى تغطيتها وإتاحتها وملاءمتها وعدالتها ونتائجها للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

ضمان التمثيل الكامل للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (رجالاً ونساءً) في لجان الإيواء/المسكن المحلية.

الأخذ بعين الاعتبار احتياجات مراكز الإيواء لكبار السن الذين يرعون أطفالاً (الأجداد مثلاً)، والأشخاص ذوي الإعاقة ممن لديهم أطفال.

الأخذ بعين الاعتبار نقاط الضعف الخاصة الناجمة عن درجات الحرارة البالغة (الجو الحار والبارد).

ي1.4 تحديد المخاطر والعوائق التي تحول دون إتاحة مركز الإيواء بشكل آمن وملائم للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (الأخذ بعين الاعتبار المخاطر التي تتعرض لها النساء والفتيات والأولاد والرجال بشكل خاص) بإجراء تحليل النوع الإجتماعي . والانتباه لمن يعانون من إعاقات متعلقة بالحركة أو بالإبصار، والمعزولين ومن لا يمكنهم المشاركة في أنشطة البناء، ومن لا يمكنهم مغادرة بيوتهم أو الوصول بسهولة إلى الخدمات الضرورية

معيار المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية الثاني:

يتم تسهيل الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالمساعدة في توفير أماكن الإيواء والمسكن، والمعلومات المتعلقة بتوزيع المواد غير الغذائية الضرورية وإتاحتها بالكامل للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ي**2.1** الحرص على أن تكون كل المعلومات المتعلقة ببرامج الإيواء/المسكن والمواد غير الغذائية متاحة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم. وهذا يشمل معلومات عن:

التسجيل، التقييم، عمليات الاختيار واستحقاق المساعدة للحصول على مأوى.

عمليات التوزيع، وكيفية الوصول إلى المساعدات والمواد وغيرها من أشكال الدعم.

حقوق التملك والإسكان والأرض والعقارات والإرث والخدمات القانونية.

التعليمات حول استخدام مواد المأوى والمواد غير الغذائية.

ي**2.2** استخدام تشكيلة من قنوات ووسائل الاتصال لضمان وصول المعلومات المهمة (مثلاً: التوضيحات حول التحويلات المالية والكوبونات) وفهمها من قِبَل الأشخاص الذين يحتاجونها. واتخاذ إجراءات خاصة للأشخاص ممن قد يواجهون صعوبة في الوصول إلى المعلومات التي يحتاجونها أو قد يواجهون صعوبة في فهمها.

معيار المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية الثالث:

تُتاح مرافق الإيواء والمسكن للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل آمن وعادل، بحيث تكون هذه المرافق لائقة وملائمة وآمنة لاستخدامهم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ي**3.1** الحرص على أن يتم تصميم أماكن الإقامة المؤقتة في مراكز الإيواء بشكل يحفظ كرامة وسلامة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، بحيث توفر فواصل/حواجز ملائمة لأماكن النوم، ومراحيض وأماكن للاغتسال يسهل وصولهم إليها، واذا اقتضى الأمر، يجب توفير المساحة الكافية لتقديم المساعدة في الرعاية الشخصية. والحرص على ألا تضطر النساء والفتيات على الإقامة المشتركة مع رجال لا ينتمون لعائلتهم المباشرة.

ي**3.2** الحرص على أن تكون مراكز الإيواء متاحة لاستخدام الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بنسبة 15% على الأقل.[39] ويمكن تحقيق ذلك من خلال:
وضع المساكن التي يستخدمها الأشخاص ذوو الإعاقات الجسدية أو البصرية أو القدرة المحدودة على الحركة في

مكان قريب من المرافق والخدمات المهمة، مع توفير ممرات آمنة ومضاءة بشكل جيد (واذا دعت الحاجة، توفير ممرات إخلاء يسهل الوصول إليها).

تعديل أو بناء المساكن بحيث تكون متاحة لاستخدام الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الحركة (مداخل ممهدة أو مزودة بأرصفة منحدرة، وأرضيات ذات ألوان فاتحة وغامقة، وأبواب عريضة بما يكفي لمرور كرسي متحرك، ودرابزينات، ومقابض، وأحبال دالّة على الطريق، وأرضيات لا تسبب الانزلاق).

تصميم وبناء مراكز إيواء جديدة مؤقتة أو دائمة بحيث تكون متاحة لاستخدام الجميع، حسب مبادئ التصميم العالمي (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الثاني**). إذا دعت الحاجة، يجب طلب مشورة المنظمات المختصة في شؤون الإعاقة/كبار السن لضمان إتاحة مراكز الإيواء لهم.

ي**3.3** تعديل أو بناء المرافق المهمة (بما فيها المدارس، المراكز الصحية، نقاط المياه والتوزيع، والمرافق الصحية) بحيث تكون متاحة ليستخدمها كل الناس. وتحديد العوائق المادية وإزالتها. يجب أن تتضمن الميزانيات مبالغ خاصة لتكلفة تعديل المباني للوصول اليها ، تقدير 0.5 – 1.0 بالمائة للمباني.[40]

ي**3.4** الحرص على المحافظة على إستمرارية توفر القدرة على الوصول الى مراكز الإيواء عند توقيع عقود بناء مع شركات محلية، مثلاً: بوضع عقود ومراقبة العمليات التي تراعي المستخدمين الذين يعانون من صعوبات في الحركة.

ي**3.5** تشجيع ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن على المشاركة في أنشطة البناء (مثلاً: بإعطاء الإرشادات والتدريب، و رعاية الأطفال أو توفير مساحات ملائمة للأطفال والنساء ولكبار السن، واختيار مهمّات غير جسدية)، وإشراك النساء والرجال بشكل متساوٍ. والتأكد من أن الأشخاص الذين لم تكن لديهم فرصة للمشاركة (مثلاً: بسبب مسؤوليّات الرعاية) أو الذين لا يستطيعون المشاركة (مثلاً: بسبب العجز، أو المعيقات الجسدية أو البصرية، أو صعوبات التعلّم) يستطيعون الوصول إلى موارد إضافية بناء على حاجاتهم. والتعرّف على مقدّمي الخدمة الذين يستطيعون توفير الوصول والمساعدة لمن يحتاجون لدعم إضافي.

---

[39] النسبة يجب أن تكون قائمة على أساس تقييم الاحتياجات التشاركي والبيانات المصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة. وفي حال عدم توفُّر بيانات محلية موثوقة يُنصح بنسبة 15 بالمائة، بناء على تقديرات منظمة الصحة العالمية، راجع:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/

[40] وزارة التنمية الدولية 2013 "سياسة وزارة التنمية الدولية بشأن معايير إمكانية الوصول للأشخاص ذوي الإعاقة" تشير إلى أن دمج إمكانية الوصول من خلال التصميم العالمي هو أمر فعال للتكلفة، حيث يشكل أقل من 1 في المائة من إجمالي تكاليف الإنشاء والبناء. أما تكلفة إجراء تعديلات بعد اكتمال المبنى فهي أعلى بكثير..
www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273923/DFID-Policy-standards-accessibility-disabled-people___.pdf

ي**3.6** حينما يعتمد الأشخاص ذوو الإعاقة وكبار السن على الآخرين للدعم في بناء مراكز الإيواء، يجب التقليل من خطر الاستغلال الجنسي عن طريق التشاور، والرّصد، والمساعدة المنظمة في بناء مراكز الإيواء عند الضرورة.

معيار المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية الرابع:

يتم دمج و إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم برامج المواد غير الغذائية، كما يشاركون في تقييمات الحاجات ذات الصلة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ي**4.1** التأكد من إشراك كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة (النساء، والفتيات، والفتيان، والرجال) ومقدّمي الرعاية لهم في القرارات المتعلقة بتوفير وتوزيع المواد غير الغذائية الأساسية التي يحتاجونها، وفي رصد وتقييم برامج المواد غير الغذائية. وتدريب كل الموظفين القائمين بالرصد والتقييم على التوعية بقضايا الإعاقة والسن واستخدام طرق استشارة شمولية تراعي اعتبارات النوع الإجتماعي و تحافظ على كرامة الناس.

ي**4.2** باستعمال خدمات توعوية ومجتمعية، يجب تحديد أصحاب الاحتياجات الخاصة والأشخاص الأكثر ضعفًا (مثلاً: كبار السن المصابين بالعجز أو أولئك المصابين بعدة إعتلالات أو بالسلس البولي) ومقدّمي الرعاية لهم. والتأكد من تلبية احتياجاتهم، مثلاً، البطانيات الإضافية في البرد أو الرطوبة، والفرشات، والملابس أو الملابس الداخلية الإضافية، والأحذية المناسبة، ومواد التنظيف والصحة العامة الإضافية (كحفّاظات سلس البول، وأكياس القسطرة) والأواني الخاصة بالطعام والشراب.

معيار المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية الخامس:

يتم تصميم عمليات توزيع المواد غير الغذائية والمبالغ المالية والكوبونات واستهدافها وتنفيذها بطرق تحفظ كرامة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، وتحدُّ من تهميشهم واستبعادهم وغير ذلك من المخاطر التي قد يتعرضون لها.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ي**5.1** دمج نوع الإعاقة والعمر في معايير الاختيار والتأكد من مشاركة ذوي الإعاقة وكبار السن في إجراءات الاختيار على مستوى المخيم/المجتمع. أينما أمكن، اضافة خدمات الوصول للأشخاص الغير قادرين على مغادرة منازلهم لإتمام اجراءات التسجيل مما يزيد من دمجهم.

ي**5.2** بالتّشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، يجب تعديل وتهيئة طرقَ توزيع المواد غير الغذائية والمبالغ المالية والكوبونات كي تضمن الوصول بطريقة آمنة وكريمة وعادلة، خصوصاً للأشخاص المصابين بالعجز أو محدودي الحركةً أو المعرّضين للاستغلال، أو الإيذاء، أو الإهمال.

ي**5.3** الأخذ بعين الاعتبار سهولة حمل المواد غير الغذائية، وتكرار الحصول عليها، وموقعها، وإتاحتها وطرق توزيعها، والمسافة التي يجب أن يقطعها الأشخاص حتى يصلوا إلى نقاط التوزيع، والحاجة للدعم في النقل، وتوفّر خدمات الوصول والتوعية.

ي**5.4** إعطاء الأولوية للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن أو توفير طوابير أو مواعيد توزيع خاصة بهم، والحرص على توفّر أماكن للجلوس، وأماكن في الظل، مع إمكانية وصولهم إلى مرافق مياه وصرف صحي آمنة في مواقع التوزيع.

ي**5.5** التأكد من وصول ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل آمن وعادل لبرامج تحويل المبالغ المالية والكوبونات،[41] ويجب ألا يتم تهميشهم بشكل غير عادل بسبب صعوبة الوصول لوسائل التوزيع (مثلاً: الهواتف الخلوية، والحسابات البنكية أو بطاقات الصرّاف الآلي)، أو بنقص المعلومات عن البرنامج أو عدم فهمها. التعويض عن صعوبات الاتّصال ومساعدة الأشخاص الضعفاء بالقراءة والكتابة أو غير القادرين عليها، أو الأشخاص الذين تنقصهم المعرفة الكافية بالنظم البنكية، بالمساعدة النقدية أو الكوبونات أو الوسائل التقنية المرتبطة بها. المواظبة على تحديث قوائم التوزيع واستخدام وسائل رصد للبرنامج للتأكد من حصول المستفيدين على منحهم كاملة ومن عدم تعرّضهم لمخاطر إضافية من خلال برامج المبالغ المالية والكوبونات.

ي**5.6** توفير آليات توزيع إضافية لمن يعانون من صعوبة في الحضور إلى أماكن التوزيع (مع أو بدون مساعدة). وسؤال هؤلاء الأشخاص عن طريقة الحصول على المساعدات التي يفضّلونها، واتخاذ إجراءات بديلة للاستلام. (مثلاً: تفويض شخص موثوق لاستلام المساعدات بالنيابة عنهم) أو بالتسليم المباشر للمواد غير الغذائية أو المبالغ النقدية/الكوبونات، من خلال خدمات الوصول والتوعية أو الموثوقين من أبناء المجتمع. وتطبيق وسائل رصد مستمرّة للأشخاص والأسر كي تضمن إستمرارية هذه الترتيبات.

ي**5.7** عند الضرورة، القيام بعقد شراكات مع منظمات أو هيئات مختصّة أخرى لتوفير أصناف أو معدّات خاصة أخرى.

ي**5.8** الرصد ما بعد التوزيع، بما يشمل :
التحقق من نسب وصول فئات ذوي الإعاقة و التقدم في السن المختلفة للمساعدات.

التحقق المستمر من أمن نقاط التوزيع وطرق الوصول اليها.

الكشف عن الاستغلال والابتزاز والعنف أو التمييز أو الإيذاء التي تؤثر على ذوي الإعاقة وكبار السن.

الانتباه إلى الأشخاص الأكثر عرضة للإهمال في برامج المواد غير الغذائية (مثلاً: المطلّقات، والفتيات المراهقات من ذوي الإعاقة، والأطفال والبالغين من ذوي الإعاقات المتعدّدة ومقدّمي الرعاية لهم، إلخ).

---

[41] لاحظ نقص وجود توجيه مبني على الأدلة لبرامج النقد الشاملة، لذلك فإن الدمج الآمن والعادل لذوي الإعاقة وكبار السن في برامج النقد يتطلّب اهتماما أكثر مما تلقاه حتى الآن.

مثال على الممارسات الجيدة:

هانديكاب إنترناشونال في بنغلادش

أُنشئ مأوى الطوارئ في ألكيديا (وهي قرية على ساحل بنغلادش) بعد الإعصار الذي ضرب سنة 1991 مخلّفاً 120 قتيلاً. أجرت هانديكاب إنترناشونال سنة 2011 تدقيقاً على مدى الوصول للمأوى، وأظهر التدقيق أن المأوى ليس متاحاً للأشخاص ذوي الإعاقة. قامت المنظمة بالشراكة مع منظمة قوة الشباب في العمل الاجتماعي بإجراء تعديلات لإزالة العوائق عند المدخل، وبنوا رصيفًا منحدراً بديلاً عن الأدراج مزوّد بدرابزين للوصول إلى الطابق الأرضي. تم توسيع الممرات والأبواب المؤدية إلى الحمّامات. وتمّ تركيب مقاعد للحمامات، ومقابض، وسيفونات يسهل الوصول إليها. لجنة إدارة مأوى الإعصار، التي تضمّ أشخاصاً من ذوي الإعاقة، شاركت في اتخاذ القرار بخصوص التعديلات التي تمّ إجراؤها. وكان الأشخاص ذوو الإعاقة يتجنّبون المأوى في السابق، أو كانوا يلجأون إليه في اللحظة الأخيرة، نظراً لعدم إتاحته أمام احتياجاتهم. التدريبات على الإجراءات عند وقوع الكارثة، وزيارات الأشخاص ذوي الإعاقة لرؤية التغييرات أسهمت في بناء الوعي والثقة باستخدام المأوى في حال حدوث كارثة.

المصدر: هانديكاب إنترناشونال في بنغلادش، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ومنظمةCBM، 2015

الوثائق الموصى بها للمزيد من التوجيه

منظمة CBM International (غ.م.)
and accessible for all,16 disaster reconstruction: Building back safe-Inclusive post minimum requirements for building accessible shelters
(إعادة الإعمار الشاملة بعد الكوارث: بناء مساكن آمنة ويسهل الوصول إليها للجميع، 16 متطلبًا من المتطلبات الدنيا لبناء مساكن إيواء يسهل الوصول إليها). مأخوذ من:
-building-for-requirements-minimum-www.cbm.org/article/downloads/54741/16 shelters.pdf-accessible

هانديكاب إنترناشونال (2006)
Emergency Response Disability Checklist for
(القائمة المرجعية للإعاقة للاستجابات للطوارئ). باريس: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من
ponseres-emergency-checklist-reliefweb.int/report/world/disability

هانديكاب إنترناشونال نيبال (2009)
Free Emergency Shelters-Guidelines for Creating Barrier
(إرشادات لإنشاء مراكز إيواء في حالات الطوارئ خالية من العوائق). كاثماندو: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
international.org.uk/Resources/Handicap International/PDF -www.handicap ns/BarrierFreeEmergencyShelters_2009.pdfDocuments/HI Associatio

هانديكاب إنترناشونال (2014)
income countries-and middle -Conduct an accessibility audit in low
(إجراء مراجعة لإمكانية الوصول في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل).ليون: هانديكاب إنترناشونال . مأخوذ من:
www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/AccessibilityAudit_PG13.pdf

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين
(2011) (HelpAge International)
emergency shelter programmes Guidance on including older people in
(إرشادات حول دمج كبار السن في برامج مراكز الإيواء في حالات الطوارئ). لندن المنظمة الدولية لمساعدة المسنين.
www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/guidance_inc luding_older_people_in_emergency_shelter_helpage_ifrc.pdf

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2012ج)
ihoods interventions for older people in emergenciesFood security and livel
(تدخلات الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين.
مأخوذ من:
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر ، وCBM،
و هانديكاب إنترناشونال (2015)
inclusive shelter and settlements in emergencies-Under One Roof: Disability All
(الكل تحت سقف واحد: المآوي والمساكن الشاملة لذوي الإعاقة في حالات الطوارئ). مأخوذ من:
-Disability_-www.cbm.org/article/downloads/54741/All_Under_One_Roof_ inclusive_shelter_and_settlements_in_emergencies.PDF

مشروع "اسفير" (2010)
shelter, settlements The Sphere Handbook (Minimum standards in and non-food items)
(دليل اسفير (المعايير الدنيا في المأوى والمسكن والمواد غير الغذائية). مأخوذ من:
www.spherehandbook.org

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2011أ)
bilities in forced displacementpersons with disa Working with Need to Know Guidance 1
(العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقات في حالات النزوح القسري. الإرشاد الأول الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

مفوضية اللاجئين النسائية (2008)
Affected-Disabilities Among Refugees and Conflict - Populations. Resource Kit for Fieldworkers
(الإعاقات في صفوف اللاجئين والسكان المتأثرين بالنزاعات. مجموعة موارد للعمال الميدانيين). نيويورك: مفوضية اللاجئين النسائية. مأخوذ من:
-lictconf-and-refugees-among-www.asksource.info/resources/disabilities field-kit-resource-populations-affected

منظمة الرؤية العالمية (2012)
Agency Standards for Protection Mainstreaming-Minimum Inter
(المعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات لتعميم الحماية). مأخوذ من:
-protection-standards-agency-inter-reliefweb.int/report/world/minimum enar-mainstreaming

الصحة

معيار الصحة الأول:
يتم دمج وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم المتأثرين بالأزمة بشكل كامل في التقييمات الصحيّة الخاصة ومتعددة القطاعات، وفي تصميم وتنفيذ ورصد الخدمات والبرامج الصحيّة.

معيار الصحة الثاني:
يتم تدريب وتوعية موظفي الرعاية الصحية على احتياجات ذوي الإعاقة وكبار السن الصحية وعلى التواصل معهم باحترام.

معيار الصحة الثالث:
يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم المتأثرين بالأزمة من الوصول إلى معلومات وخدمات صحية شاملة.

معيار الصحة الرابع:
يتم تمكين جميع المتأثرين بالأزمة، بمن فيهم ذوي الإعاقة وكبار السن، من الوصول إلى خدمات العناية بالإصابات/الصدمات خلال الأزمات الإنسانية وذلك لمنع الاعتلال أو حالات الوفاة أو الإعاقة التي يمكن تجنبها. كما يتم تمكين ذوي الإعاقة أو المصابين من الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل وإلى الوسائل والأجهزة المساعِدة للحدّ من الآثار المعيقة للإصابات والاعتلالات.

معيار الصحة الخامس:
يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الوصول إلى العلاجات الأساسية للحد من الاعتلالات وحالات الوفاة الناجمة عن الظروف الصحية المزمنة.

معيار الصحة السادس:
يتم تمكين الأطفال ذوي الإعاقة من الوصول الكامل إلى خدمات الرعاية الصحية للأطفال.

معيار الصحة السابع:
يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الوصول الكامل إلى الخدمات الصحية الجنسية والتناسلية.

معيار الصحة الثامن:
يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الوصول إلى خدمات الصحة الوقائية والتشخيصية والعلاجية للأمراض المعدية على قدم المساواة مع الآخرين.

معيار الصحة التاسع:
يتم تمكين جميع المتأثرين بالأزمة، بمن فيهم ذوي الإعاقة وكبار السن، من الوصول إلى خدمات الصحة العقلية لمنع أو تجنّب الحالات العقلية الطارئة أو الموجودة سابقًا والاعتلالات الوظيفية المرتبطة بها.

معيار الصحة الأول:

يتم دمج وإشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم المتأثرين بالأزمة بشكل كامل في التقييمات الصحيّة الخاصة ومتعددة القطاعات، وفي تصميم وتنفيذ ورصد الخدمات والبرامج الصحيّة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص1.1 التأكّد من أن البيانات الصحية، بما فيها بيانات الأمراض المعدية وغير المعدية والإصابات والاعتلالات، مصنّفة منهجياً حسب النوع الإجتماعي والسن ونوع الإعاقة وذلك لتوضيح الحاجات الصحية للأطفال والبالغين ولتوفير استمرارية في الرعاية لجميع الأعمار والأشخاص ذوي الإعاقة، (الحد الدنيا الموصى به لتصنيف الأعمار هو: أقل من 5، 5-59، 60-79، 80 أو أكثر). وتطبيق التحليل المبني على النوع الإجتماعي للبيانات الصحية الرئيسية التي تم جمعها. وعلى مستوى المجتمع، يجب استخدام السجلّات (مثلا: تلك المستخدمة من قبل العاملين في الصحة المجتمعية) للتعرّف على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن واحتياجاتهم الصحيّة.

ص1.2 تنفيذ تقييمات خاصة ومتعددة القطاعات للاحتياجات الصحية للتأكد من تلبية أولويّات احتياجات الأطفال والبالغين بجميع أعمارهم واحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة.

ص1.3 التأكد من إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم في وضع الاستراتيجيات الصحيّة. واستخدام أساليب استشارية مراعية للنوع الإجتماعي ويمكن الوصول إليها في تصميم وتطبيق ورصد وتقييم برامج وخدمات صحية شاملة من أجل تحسين نوعية وتغطية وإتاحة الخدمات الصحية (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**).

ص1.4 إقامة شراكات مع المنظمات المناسبة لضمان التعرّف على الفئات الأكثر ضعفًا من البالغين والأطفال ذوي الإعاقات وكبار السن، بمن فيهم المقيمين بمؤسسات الإيواء. والتأكد من أن تقييمات الحاجات الصحية المتعلّقة بالحماية (مثلاً: العرضة للعنف والإيذاء) يقوم بها أفرادٌ مدرّبون على تقييم ورصد الحماية (بما فيها السرية، والتسجيل والتعامل الآمن مع المعلومات، وإعداد التقارير وإجراءات الإحالة).

معيار الصحة الثاني:

يتم تدريب وتوعية موظفي الرعاية الصحية على احتياجات ذوي الإعاقة وكبار السن الصحية وعلى التواصل معهم باحترام.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص2.1 تقديم تدريب مستمر حول الوعي بالإعاقة و التقدم بالسن لطاقم موظفين الصحة، وحول الاحتياجات الصحية الخاصة والإضافية لذوي الإعاقة من الأطفال والبالغين ولكبار السن (مثلاً: معدل الانتشار الأعلى للأمراض غير المعدية، ومضاعفات الحمل والولادة لبعض النساء ذوات الإعاقة).

ص2.2 وضع قواعد للسلوك ومبادئ وإجراءات أخلاقية للطاقم الصحي من أجل تقديم دعم و رعاية صحية آمنة وملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، بما في ذلك حقّهم في رعاية صحية منصفة تقوم على أساس إحتياجاتهم وفي إجراءات أخذ موافقات واضحة على الخدمات.

ص2.3 جعل أفراد الطاقم الصحي على وعي بخطر العنف الجنسي المتزايد على الأشخاص ذوي الإعاقة (النساء والفتيات، والفتيان والرجال أيضاً) وتدريبهم على التحديد والرعاية الآمنين للأشخاص ذوي الإعاقة الذين تعرّضوا للعنف الجنسي وعلى احترام سرّيتهم.

معيار الصحة الثالث:

يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم المتأثرين بالأزمة من الوصول إلى معلومات وخدمات صحية شاملة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص3.1 تحديد وترتيب الخدمات الصحية بما يضمن الإتاحة والتغطية القصوى للجميع، بمن فيهم البالغين والأطفال ذوي الإعاقة وكبار السن.

ص3.2 تحديد ومعالجة العوائق المادية والمالية والأمنية و/أو الاجتماعية التي تمنع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، مثلاً:
التأكّد من القدرة الفعلية على الوصول إلى المرافق الصحية (مثلاً: تيسير المواصلات، والأرصفة المنحدرة، إلخ) وإلى الخدمات الأساسية داخل هذه المرافق (مثلاً: المراحيض، وأماكن للرضاعة الطبيعية) و ادراج التكاليف في خطة الميزانية.

الاستعانة بخدمات الوصول والتوعية الصحية.

تنظيم مواعيد محدّدة للأشخاص ذوي الإعاقة ولكبار السن من أجل الوصول إلى خدمات الاستشارة الطبية أو التمريضية.

توفير وسائل مناسبة للإعانة على الحركة (الكراسي المتحركة، العكازات، إلخ) وأجهزة مساعدة (أجهزة المساعدة السمعية، النظارات، إلخ).

تحديد ومعالجة العوائق الاجتماعية الرئيسية التي تؤثّر على إمكانية الوصول بالنسبة لهذه الفئات، بما في ذلك التمييز والوصمة الاجتماعية السلبية.

ص3.3 التأكّد من أن الاستجابة الصحية المتكاملة تتضمّن توفير: العناية بالإصابات وخدمات إعادة التأهيل، وأجهزة المساعدة على الحركة والوسائل المساعِدة الملائمة، وخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، والأدوية الرئيسية، ومعدات وخدمات لعلاج الأعراض الصحية المزمنة.

ص3.4 المحافظة على الاستمرارية في رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن عن طريق إنشاء شراكات وسبل إحالة بين الخدمات الصحية المختلفة (بما في ذلك الوصول إلى الخدمات المتخصصة وإعادة التأهيل).

ص3.5 استخدام عدد من طرق وقنوات الاتصال (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**) للتأكد من أن جميع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم قادرون على الوصول إلى معلومات الوقاية الصحية و الإعلانات الصحية، وبأنهم على علم بالخدمات الصحية بشكلٍ متساوٍ.

معيار الصحة الرابع:

يتم تمكين جميع المتأثرين بالأزمة، بمن فيهم ذوي الإعاقة وكبار السن، من الوصول إلى خدمات العناية بالإصابات/الصدمات خلال الأزمات الإنسانية وذلك لمنع الاعتلال أو حالات الوفاة أو الإعاقة التي يمكن تجنبها. كما يتم تمكين ذوي الإعاقة أو المصابين من الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل وإلى الوسائل والأجهزة المساعِدة للحدّ من الآثار المعيقة للإصابات والاعتلالات.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص4.1 إحالة الأشخاص الذين يعانون من إصابات شديدة أو خطيرة إلى أكثر المنشآت الصحية المتوفرة ملاءمة والقادرة على تقديم الجراحة والرعاية الصحية المتخصصة، بما في ذلك حالات الطوارئ/والجراحة التصحيحية إن لزم الأمر، وبغض النظر عن السن أو نوع الإعاقة. يجب تنفيذ إجراءات للتعرّف على المصابين، بمن فيهم الأشخاص الباقين في البيت أو المأوى. والتأكّد من توفّر وسائل نقل إلى مراكز العلاج للمصابين ولذوي الإعاقة.

ص4.2 وضع ترتيبات للإحالة إلى خدمات إعادة تأهيل ما بعد الجراحة.وتقديم دعم، على مستوى المجتمع، لخدمات التمريض المنزلي وإعادة التأهيل.

ص4.3 توفير معدّات وأجهزة مساعِدة و/أو خدمات إعادة تأهيل ملائمة للإعتلالات الجسدية أو الحسيّة السابقة، بالشراكة، أينما أمكن، مع برامج إعادة التأهيل المجتمعية ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

معيار الصحة الخامس:

يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الوصول إلى العلاجات الأساسية للحد من الاعتلالات وحالات الوفاة الناجمة عن الظروف الصحية المزمنة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص5.1 التأكد من أن المستلزمات الصحية لحالات الطوارئ تحتوي على أدوية لعلاج الأمراض غير المعدية والأمراض المزمنة الأخرى (بما فيها السكري، وأمراض القلب، وضغط الدم، والانسداد الرئوي المزمن، والصرع).

ص5.2 تسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن بشكل مستمر للخدمات الصحية الملائمة لتشخيص وعلاج الأمراض غير المعدية. والتأكد من مجانية المعدات التشخيصية الأساسية والفحوص والأدوية للأمراض المزمنة.

ص5.3 توفير علاجات لأمراض العيون والتأكد من قدرة الأشخاص ذوي الإعتلال البصري على الوصول إليها.

معيار الصحة السادس:

يتم تمكين الأطفال ذوي الإعاقة من الوصول الكامل إلى خدمات الرعاية الصحية للأطفال.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص6.1 التأكد من قدرة الأطفال ذوي الإعاقة على الوصول الكامل إلى العلاجات الطبية المطلوبة، بما فيها أدوية الصرع وسكّري اليافعين، وإلى برامج الوقاية والعلاج، وإلى خدمات التغذية (**يُرجى مراجعة معيار التغذية الأول ومعيار التغذية الرابع**).

ص6.2 تنظيم برامج التحصين (التطعيم) للأخذ بعين الاعتبار احتمالية أن بعض الفتيان ذوي الإعاقة لم يكونوا جزءاًمن برامج التطعيم السابقة.

ص6.3 تنبيه أفراد الطاقم الصحي إلى ارتفاع خطر حالات سوء التغذية والوفاة بسبب سوء التغذية بين الأطفال ذوي الإعاقة مقارنة بغيرهم من الأطفال.

ص6.4 إبلاغ الأطفال ذوي الإعاقة والآباء/أولياء أمورهم/مقدمي الرعاية لهم عن المرافق الصحية المتاحة، والتأكد من أن مرافق الرعاية الصحية للأطفال يمكن الوصول إليها من قبل الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة. والتأكد من فهم أفراد الطاقم الصحي في هذه المرافق لأنواع إعاقات الأطفال المختلفة وارتباطاتها بالمضاعفات الثانوية والأمراض المختلفة.

معيار الصحة السابع:

يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الوصول الكامل إلى الخدمات الصحية الجنسية والتناسلية.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص7.1 استخدام عدد من قنوات وطرق الاتصال لزيادة تغطية ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الأول ومعيار الدمج الأساسي الرابع**).

ص7.2 التأكّد من رصد و دمج الأشخاص ذوي الإعاقة (النساء والفتيات والفتيان والرجال، بمن فيهم المراهقين) وكبار السن في برامج الصحة الجنسية والتناسلية. مثلاً عن طريق:

إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في توزيع موانع الحمل، وأنشطة التوعية بمنع الحمل والتخطيط الأسري. والوقاية والاستجابة للعنف على أساس النوع الإجتماعي ، وبرامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً.

تضمين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في أنشطة التوعية المجتمعية التي تستهدف الحقوق والصحة الجنسية والتناسلية.

ص7.3 إجراء ترتيبات لمساعدة وصول الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والتناسلية. مثلاً، عن طريق تأمين وصول النساء والفتيات والفتيان والرجال ذوي الإعاقة إلى خدمات مساعدة للناجين من حوادث العنف على أساس االنوع الإجتماعي أو الأشكال الأخرى من الإيذاء والعنف، بما فيها الدعم النفسي والاجتماعي.

توفير خدمات الرعاية لحالات الولادة الطارئة، ورعاية ما بعد الإجهاض، ورعاية المواليد الجدد للنساء والفتيات ذوي الإعاقة، وتلبية المتطلبات الإضافية عند ولادة النساء ذوات الإعاقة.

معيار الصحة الثامن:

يتم تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن من الوصول إلى خدمات الصحة الوقائية والتشخيصية والعلاجية للأمراض المعدية كأساس من المساواة مع الآخرين.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص8.1 التأكد من وصول رسائل التثقيف الصحي (بما فيها الرسائل المختصة بالأمراض المعدية) لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدّمي الرعاية لهم.

ص8.2 جعل خدمات الرعاية الصحية الأساسية في متناول الجميع، وتنظيم عيادات توعوية ومتنقّلة للتأكد من تحديد والتعرّف على الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدّمي الرعاية لهم والمعرّضين لخطر التقاط أو نقل الأمراض المعدية.

ص8.3 جعل المرافق العلاجية مهيّئة بحيث يمكنها احتواء عزل وعلاج الأشخاص المصابين بالأمراض المعدية، مثل الكوليرا والإيبولا.

ص8.4 التعامل مع التداخلات المتعلقة بالإعاقة أو السن عند تقديم الرعاية للأمراض المعدية، مثلاً: السيطرة على التقرّحات السريرية (تقرحات الناتجة عن عدم التقلب لفترة طويلة في الفراش)، و/أو الوقاية من التقلصات العضلية التي قد يعاني منها الأشخاص الذين لا يستطيعون مغادرة أسرّتهم.

معيار الصحة التاسع:

يتم تمكين جميع المتأثرين بالأزمة، بمن فيهم ذوي الإعاقة وكبار السن، من الوصول إلى خدمات الصحة العقلية لمنع أو تجنّب الحالات العقلية الطارئة أو الموجودة سابقًا والاعتلالات الوظيفية المرتبطة بها.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

ص9.1 توفير وإتاحة الرعاية الصحية النفسية لعددٍ واسعٍ من الحالات النفسية السابقة والطارئة من خلال الرعاية الصحية العيادية والخدمات النفسية المجتمعية والدعم النفسي الاجتماعي للمجتمع . مثلاً:

تقديم إسعافات أولية نفسية ودعم نفسي اجتماعي للأشخاص الذين يعانون من الضغوط النفسية. والتأكد من قدرة البالغين والأطفال ذوي الإعاقة وكبار السن ومقدمي الرعاية لهم على الوصول إلى هذه الخدمات (**يُرجى مراجعة معيار الحماية الثاني**).

التأكد من أن الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات العقلية الحادة (بما فيها الخرف) والإعاقات العقلية والعصبية الأخرى قادرون على الوصول إلى الرعاية العيادية والمجتمعية، وتجهيز نظم إحالة بين الخدمات المجتمعية والخدمات المقدمة من أطراف أخرى.

مواصلة تقديم العلاج للأشخاص الذين كانوا يتلقونه قبل حدوث الأزمة.

ص9.2 بالتواصل مع السلطات المحلية و/أو الوطنية والمؤسسات المهتمة، التأكد من تحديد المستشفيات النفسية والمؤسسات الإيوائية ومؤسسات الرعاية الأخرى ومن زيارتها بانتظام[42]، لأن مخاطر الإهمال والإيذاء الشديدة لنزلاء هذه المؤسسات عالية جداً. والتأكد من تقديم الرعاية النفسية/النفسية الاجتماعية الأساسية وخدمات الرعاية الصحية الأساسية الأخرى للمرضى/النزلاء.

[42] بما فيها دور رعاية المسنين، والمصحات العقلية، ودور رعاية الأيتام، ومدارس الرعاية الخاصة للأطفال من ذوي الإعاقة، ومراكز التوقيف والاحتجاز والسجون.

مثال على الممارسات الجيدة:

تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية لكبار السن في دارفور

بحلول عام 2011، أصبحت أحداث دارفور الطارئة لعامي 2004/2003 أزمة إنسانية طويلة الأمد، حيث نزح وتشرد داخليًا حوالي مليوني شخص، أكثرهم يعيشون في مخيّمات منتشرة في دارفور. من بين هذا العدد، يقدّر بأن 8% من ساكني المخيمات هم من كبار السن. في عامي 2006/2005 قامت المنظمة الدولية لمساعدة المسنين بتقييمات واستقصاءات لاستشارة كبار السن عن نقاط ضعفهم وحاجاتهم الصحية والغذائية. أظهرت النتائج، بأنه لعدد أسباب، لا يتمكن كبار السن في دارفور من الوصول إلى الخدمات الصحية، بالرغم من توفّر العيادات. وضعت المنظمة الدولية لمساعدة المسنين لائحة بالعاملين في مجال الصحة المجتمعية لزيارة كبار السن غير القادرين على مغادرة منازلهم/مراكز إيوائهم، للقيام بتقديم الرعاية والإحالات كما تقتضي الحاجة. كما قدّموا عربة إسعاف يجرّها حمار لنقل كبار السن إلى العيادات للرعاية في حالات الطوارئ. وكان هناك مبادرة أخرى تتعلّق بتوزيع سلّات مكمّلات غذائية لكبار السن المعرّضين لسوء التغذية، أو الذين يعولون عدداً من الأشخاص. خلال ذلك، كان أفراد طاقم المنظمة الدولية لمساعدة المسنين يدعو المنظمات غير الحكومية الطبية إلى تحديد أوقات عيادية أسبوعية تكون أولويّتها التعامل مع إحالات كبار السن. وعند عدم قدرة العيادة على تأمين أو إيصال الأدوية، كانت المنظمة الدولية لمساعدة المسنين تقوم بذلك بشكل مباشر لضمان حصول كبار السن على الأدوية التي يحتاجونها. وكان لهذه التدخّلات نتائج إيجابية عديدة، فأصبح كبار السن أكثر استعداداً للوصول إلى الخدمات الصحية بمفردهم، وسجّلوا مستويات رفاه أعلى.

(المصدر: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين، 2012د)

مثال على الممارسات الجيدة:

إدارة الأمراض المزمنة بين اللاجئين السوريين في لبنان

في دراسة أجريت عام 2013 على كبار السن من اللاجئين السوريين في لبنان، تبيّن إصابة العديد منهم بأمراض غير معدية. مثلاً: 60% كانوا مصابين بارتفاع ضغط الدم، و47% بالسكري، و30% بأمراض القلب والأوعية الدموية. ومع ازدياد الفقر وضعف القدرة على الوصول إلى الخدمات والمساعدة، ذكر 66% منهم تدهور وضعهم الصحي منذ قدومهم إلى لبنان.[43] وقد اشتملت العوائق المذكورة التي حالت دون الوصول إلى علاجات الأمراض غير المعدية على صعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية، وصعوبة الانتظام في الوصول إلى الأدوية، وارتفاع كلف الرعاية الصحية والطبية وعدم توافر الفحوص المخبرية.[44] استجابة لذلك، في آب عام 2014، أطلقت المنظمة الدولية لمساعدة المسنين مع شركاء آخرين مشروعاً للمساهمة في الحد من حالات الوفاة والاعتلال المرتبطة بالأمراض المزمنة المنتشرة بين اللاجئين السوريين والمجتمعات المضيفة، عن طريق تحسين إدارة أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم على مستوى الرعاية الصحية الأساسية. وتم تنفيذ المشروع في سبع منشآت صحية موجودة في المناطق الفقيرة والمحرومة من لبنان. وتم فحص جميع الأشخاص القادمين إلى هذه المراكز ، والتي تديرها منظمة أمل غير الحكومية اللبنانية، للكشف عن أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم.

تم تقديم حزمة من الخدمات الشاملة للأشخاص المتأثرين أو المعرضين للخطر تتضمّن الفحوص السريرية، والفحوص المخبرية، والأدوية الضرورية للأمراض المزمنة وتوعية للمرضى. وكانت المنشآت الصحيّة مجهّزة بالمعدّات الضرورية، وكان أفراد طاقم منظمة أمل يقيّمون ويدربون حسب توجيهات منظمة الصحة العالمية للتعامل مع أمراض ضغط الدم والسكّري من خلال جمعيّات أمراض السكّري والقلب اللبنانية. كما تضمّن التدريب استخدام وإدارة الأدوية، بالإضافة إلى جمع المعلومات. وفي غضون 6 شهور، تم فحص 2,447 شخصاً، تبيّن أن 63% منهم مصابون، و14% معرّضون للإصابة أو لم يتم تشخيص حالتهم. كما خضع أكثر من 90% من المرضى المسجّلين للفحوصات المخبرية الأساسية، وحوالي 40% منهم خضع لزيارات طبية للمتابعة. كما تم تقديم التوعية الصحية للمرضى، بما فيها نصائح عن البرامج الغذائية وأنماط الحياة الصحيّة. وبذلك وفّر البرنامج الوصول اللازم لرعاية الأمراض غير المعدية للمرضى غير القادرين بخلاف ذلك على تحمل نفقات الرعاية، وساهم في بناء قدرات أفراد طاقم مركز الرعاية الصحية لتحديد والتعامل مع هذه الحالات، بما ضمن توفير رعاية صحية شمولية.

(المصدر: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين في لبنان)

---

[43] الحالة الصحية والاحتياجات الصحية للاجئين السوريين كبار السن في لبنان (2015) 9:12
doi: 10.1186/s13031-014-0029-y

[44] المنظمة الدولية لمساعدة المسنين والمنظمة الدولية للمعوقين (2014)
" الضحايا الخفية للأزمة السورية: اللاجئين المعاقين، والمصابين وكبار السن" ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2014) "مسح استخدام ووصول اللاجئين السوريين خارج المخيمات إلى الرعاية الصحية" متوفر على:
data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=6029

الوثائق الموصى بها للمزيد من التوجيه:

هانديكاب إنترناشونال (2006)
Response Disability Checklist for Emergency
(القائمة المرجعية للإعاقة للاستجابات للطوارئ). باريس: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
response-emergency-checklist-reliefweb.int/report/world/disability

هانديكاب إنترناشونال (2013)
Mental health and psychosocial support interventions in crisis settings-emergency and post
(الصحة العقلية وتدخلات الدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ وما بعد الأزمات). ليون: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PG10Psychosocial.pdf

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2007)
Psychosocial Support in IASC Guidelines on Mental Health and Settings Emergency
(توجيهات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات حول الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ). نيويورك. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines/en/

رينهاردت جيه. دي وآخرون (2011)
related rehabilitation in international disaster relief-Disability and health
(إعادة التأهيل الخاص بالصحة والإعاقة في الإغاثة الدولية في حالات الكوارث)، جان دي. رينهاردت، جيانان لي، جيمز غوزني، فاروق أ. راثور، أندرو جيه. هايغ، مايكل ماركس، جويل أيه. ديليزا.
4: 10.3402/gha.v4i0.7191؛. 2011؛Glob Health Action
.doi: 10.3402/gha.v4i0.7191 PMCID: PMC3160807.2011 تم نشره على الإنترنت بتاريخ 16 آب
مأخوذ من:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160807

مشروع "اسفير" (2010)
(Minimum standards in health action) The Sphere Handbook
(دليل "اسفير (المعايير الدنيا في مجال العمل الصحي)). مأخوذ من:
www.spherehandbook.org

منظمة الصحة العالمية (2005)
Disasters, disability and rehabilitation
(الكوارث والإعاقة وإعادة التأهيل). جنيف: منظمة الصحة العالمية (إدارة منع الإصابات والعنف). مأخوذ من:
www.who.int/violence_injury_prevention/

منظمة الصحة العالمية (2009)
Persons with disabilities particularly vulnerable to HIV/AIDS
' (ذوو الإعاقة الأكثر ضعفًا وعرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز). نسخة بودكاست: 10 حزيران 2009، تمت اسضافته بواسطة Veronica Riemar. مأخوذ من: :
ultimedia/podcasts/2009/disabilities_hiv_20090610www.who.int/mediacentre/m /en/

منظمة الصحة العالمية (2013)
Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health

(مذكرة إرشادية حول الإعاقة وإدارة المخاطر الصحية في حالات الطوارئ). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

منظمة الصحة العالمية (2014)
Disability and health
(الإعاقة والصحة). ورقة حقائق رقم 352. (تمت مراجعتها في كانون الأول 2014). جنيف: منظمة الصحة العالمية.
مأخوذ من:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en

التعليم في حالات الطوارئ

معيار التعليم الأول:
يتم تقييم ومراقبة مشاركة الفتيات والفتيان والشباب ذوي الإعاقة في التعليم بشكل منظم ، ويتم تحديد العوائق أمام المشاركة لتحديد استجابات التعليم الشاملة.

معيار التعليم الثاني:
يشارك آباء وأمهات وأوصياء/أولياء أمور الأطفال والشباب ذوي الإعاقة، والفتيات والفتيان ذوو الإعاقة أنفسهم، في تقييمات الاحتياجات، وفي تصميم خدمات التعليم وتنفيذها ومراقبتها ورصدها وتقييمها. وعلى الأطراف الفاعلة في مجال العمل الإنساني السعي نحو بيئة اجتماعية شاملة تدعم دمج وتضمين وإشراك الفتيان ذوي الإعاقة في التعليم.

معيار التعليم الثالث:
يتمتع الفتيات والفتيان ذوو الإعاقة بالفرصة الكاملة للحصول على تعليم مناسب وذي جودة عالية.

معيار التعليم الرابع:
يتمتع ذوو الإعاقة وكبار السن بالفرصة الكاملة للحصول على تدريب مهني وتدريب مهارات ودروس لمحو الأمية.

معيار التعليم الأول:
يتم تقييم ومراقبة مشاركة الفتيات والفتيان والشباب ذوي الإعاقة في التعليم بشكل منظم، ويتم تحديد العوائق أمام المشاركة لتحديد استجابات التعليم الشاملة.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

تع1.1 استخدام البيانات السكانية الوطنية أو غير الوطنية ذات الصلة لتحديد الاستجابة الأولية في مجال التعليم؛ والأخذ بعين الاعتبار احتمالية أن تكون البيانات الرسمية حول الأطفال ذوي الإعاقة غير دقيقة. واستخدام عمليات التسجيل لحصر أعداد الأطفال ذوي الإعاقة، واستخدام البيانات المصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة للتخطيط لبرامج التعليم في حالات الطوارئ وتطبيقها (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الأول**).

تع1.2 استخدام مصادر معلومات إضافية لتحسين جمع البيانات حول الأطفال ذوي الإعاقة (مثل برامج التغذية والبرامج الصحية) وتطوير ووضع مناهج تضمن سرية البيانات وعمليات الإحالة. كما يجب التأكد من أن التخطيط للبرنامج التعليمي مرن ويستجيب للتغيرات في النسب المقدرة للأطفال ذوي الإعاقة الملتحقين وغير الملتحقين بالمدارس.

تع1.3 دمج وإشراك الأطفال والشباب ذوي الإعاقة في جميع تقييمات الحماية ومراقبة ورصد التعليم. والتأكد من أن إستمارات الأسر وغيرها من المعلومات الأخرى تجمع بيانات خاصة بهذه الجماعات والفئات. التشاور مع الفتيات والفتيان ذوي الإعاقة وعائلاتهم أو مقدمي الرعاية لهم بشكل مباشر عبر طرق اتصال شاملة (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**).

تع1.4 التشاور مع أصحاب خبرة أساسيين (مثل معلمين من المجتمع المحلي وممثلين عن منظمات ذوي الإعاقة) حول التحاق الأطفال ذوي الإعاقة بالتعليم المدرسي. والتأكد من تصنيف بيانات الالتحاق بالمدارس حسب السن والنوع الإجتماعي والإعاقة، ومن أن البيانات المتعلقة بأنواع الإعاقة الرئيسية قد تم جمعها وتحليلها باستخدام أسئلة ومعايير موحدة (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الأول**).

تع1.5 استخدام التقييمات السريعة لحماية الأطفال لتحديد الأطفال ذوي الإعاقة المستبعدين أو الأكثر ضعفًا. كما يجب توقع أن يكون الأطفال ذوو الإعاقة، الذين قد لا يظهروا في التقييمات الأولية، بحاجة للدمج خلال وضع خطط المشاريع (مثل الأطفال المخفيين في بيوتهم والملتحقين بمدارس داخلية خاصة).

تع1.6 تحليل مشاركة الأطفال ذوي الإعاقة وحاجاتهم التعليمية. والأخذ بعين الاعتبار النسبة العامة للأطفال ذوي

الإعاقة في المجتمع، ودمجهم و/أو إقصائهم سابقًا من التعليم، وأي عوائق اجتماعية ثقافية أمامهم تتعلق بالنوع الإجتماعي أو الإعاقة أو الحماية وتحول دون حصولهم على التعليم.

تع1.7 تقييم مشاركة الأطفال ذوي الإعاقة ومراقبتها بشكل مستمر لإظهار أي زيادة في معدلات مشاركتهم في الأنشطة التعليمية. ووضع هيكل لإعداد التقارير في المدارس، مع الانتباه بشكل خاص إلى مسائل الالتحاق والاستبقاء والنتائج للمتعلمين الأضعف، بمن فيهم من أطفال وشباب ذوي إعاقة.

معيار التعليم الثاني:
يشارك آباء وأمهات وأوصياء/أولياء أمور الأطفال والشباب ذوي الإعاقة، والفتيات والفتيان ذوو الإعاقة أنفسهم، في تقييمات الاحتياجات، وفي تصميم خدمات التعليم وتنفيذه ومراقبتها ورصدها وتقييمها. وعلى الأطراف الفاعلة في مجال العمل الإنساني السعي نحو بيئة اجتماعية شاملة تدعم دمج وتضمين الفتيات والفتيان ذوي الإعاقة في التعليم.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

تع2.1 إزالة أي عوائق متعلقة بالنوع الإجتماعي أو الإعاقة أو العمر تمنع المشاركة في وضع وتطوير البرامج التعليمية. والتأكد من أن ذوي الإعاقة و/أو المنظمات الخاصة بهم وآبائهم وأمهاتهم أو أوصياءهم وأولياء أمورهم ممثلون في لجان التعليم على مستوى المجتمع المحلي وفي كل المحافل والمنتديات الأساسية التي تتخذ فيها قرارات تؤثر على التعليم.

تع2.2 دعوة ذوي الإعاقة للمشاركة في بناء بيئة التعلم وتعديلها والحفاظ عليها. وعند تحديد مواقع المرافق التعليمية وبنائها أو ترميمها، يجب إشراك واستشارة آباء وأمهات وأوصياء وأولياء أمور الأطفال والشباب ذوي الإعاقة ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة.

تع2.3 تنفيذ حملات توعية مجتمعية وحملات معلوماتية لرفع توعية المعلمين والآباء والأمهات والأوصياء وأولياء الأمور والطلاب وقادة المجتمع المحلي والمجتمع ككل تجاه قضايا الإعاقة. واستخدام مجموعة من قنوات الاتصال لتوسيع التغطية قدر الإمكان (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**). كما يجب التركيز على أهمية التعليم والقدرة على الوصول إلى المدارس بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة.

تع2.4 التعامل بشكل فعال مع العوائق المعلوماتية التي تمنع الأطفال ذوي الإعاقة من الالتحاق بالمدارس. واتخاذ خطوات ملموسة لضمان أن المعلومات الأساسية المتعلقة بالتعليم متوفرة للأشخاص ذوي الإعاقة (**يُرجى مراجعة معيار الدمج الأساسي الرابع**).

معيار التعليم الثالث:
يتمتع الفتيات والفتيان ذوو الإعاقة بالفرصة الكاملة للحصول على تعليم مناسب وذي جودة عالية.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

تع3.1 التأكد من أن توضع للاستجابة الخاصة بالتعليم ميزانية مفصلة تسمح بالتقييم المستمر والتعديلات المعقولة لدعم دمج الأطفال والشباب ذوي الإعاقة (مثل توفير الكراسي والطاولات المعدلة في المدارس والفصول، أو المواصلات من وإلى المدرسة، أو توفير أدوات تساعد على التعليم كالعدسات المكبرة).

تع3.2 تدريب المعلمين والمتطوعين والطلاب، إلى جانب آبائهم وأمهاتهم وأوصيائهم/أولياء أمورهم، على كيفية تغيير الاتجاهات والأفكار التي تخلق عوائق أمام التعليم الشامل.

تع3.3 تشجيع المعلمين والجماعات المجتمعية ومنظمات ذوي الإعاقة وأي فاعلين مهمين آخرين على تحديد الفتيات والفتيان غير الملتحقين بالمدارس ومعالجة إستبعادهم.

تع3.4 التعامل مع العوائق التي تسببها مسافة التنقل من وإلى المدرسة وأمان الرحلة وجوانبها العملية، خاصة بالنسبة للفتيات. والتشاور مع الأطفال والشباب ذوي الإعاقة وعائلاتهم حول كيفية تخطي هذه العوائق. كما يجب توفير تسهيلات ومساعدات للمواصلات والتنقل برفقة الغير وبرامج للتعلم عن بعد لمن يحتاجها.

تع3.5 ضمان قدرة الأطفال والشباب ذوي الإعاقة على الوصول إلى مباني المدارس ومرافقها. وتوفير وسائل التنقل (كالكراسي المتحركة) والأجهزة المساعدة (كسماعات الأذن والبطاريات) عند الحاجة (بالشراكة مع منظمات ذوي الإعاقة أو الوكالات المتخصصة إذا كان ذلك ضروريًا). والتأكد من توفر المراحيض (المنفصلة للفتيات والفتيان). كما يجب تخصيص ميزانيات محددة لمسائل الوصول عند التخطيط للبرامج.

تع3.6 التعامل مع العوائق أمام الالتحاق بالمدارس، خاصة بالنسبة للأطفال والشباب ذوي الإعاقة ممن لم يتم تسجيلهم عند الولادة وليس لديهم أوراق ثبوتية.

تع3.7 التخفيف من متطلبات توفر الزي المدرسي والمتطلبات المادية الأخرى للالتحاق بالمدارس.

تع3.8 التأكد من أن التدريس متاح للأطفال والشباب ذوي الإعاقة، عبر تدريب الموظفين ووضع طرق التدريس

والمناهج والمقررات والمساعدات والتعديلات الإضافية بهدف زيادة دمج الأطفال ذوي الإعاقة لأقصى درجة.[45] التشاور مع الأطفال والشباب وعائلاتهم بشكل مباشر حول قدرة كل منهم على الوصول للتعليم وحاجاتهم التعليمية. كما يجب تنظيم فصول أو جلسات خاصة لتهيئة الأطفال ذوي الإعاقة لتلقي التعليم العام.

تع3.9 التأكد من أن البيئة المدرسية آمنة للفتيات والفتيان والشباب ذوي الإعاقة. ويشمل ذلك:

إدراك المخاطر التي قد تكون عالية لتعرض الأطفال والشباب ذوي الإعاقة للعنف الجنسي أو غيره من أشكال العنف الأخرى أو الإيذاء أو الاستغلال.

تطبيق سياسات وقائية لضمان حماية الأطفال والشباب ذوي الإعاقة.

التأكد من قدرة الأطفال والشباب ذوي الإعاقة على الوصول إلى المعلومات الأساسية المتعلقة بأمانهم وحمايتهم (مثل التعليم حول الصحة الجنسية والتناسلية، وجهة الإبلاغ عن أي إيذاء أو استغلال).

تع3.10 الأخذ بعين الاعتبار نماذج أخرى للتعليم على مستوى المجتمع المحلي، مثل تأسيس هياكل للتعليم من المنزل ووحدات متخصصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كاحتياجات التواصل والتعلم النمائي.

[45] أنظر INEE 2010 المعيار الأول للوصول وبيئة التعلم والمعيار الثالث للتعلم والتدريس

تع3.11 تدريب العاملين في التعليم على إدراك علامات الاضطراب النفسي والعقلي، كالاضرابات السلوكية والحالات المرتبطة بالتوتر. كما يجب وضع بروتوكولات للإحالة إلى خدمات نفسية اجتماعية وخدمات صحية أخرى، لضمان المعالجة والمتابعة الفعالة.

تع3.12 دعم وتعزيز سياسات التوظيف والتطوع الشاملة بشكل فعال في المدارس وفي الأنشطة التعليمية الأخرى، ويشمل ذلك الدعم الفعال لإشراك النساء والرجال ذوي الإعاقة، وكبار السن.

معيار التعليم الرابع:
يتمتع ذوو الإعاقة وكبار السن بالفرصة الكاملة للحصول على تدريب مهني وتدريب مهارات ودروس لمحو الأمية.

كيفية الوصول لهذا المعيار:

تع4.1 دمج و إشراك كبار السن من النساء والرجال وذوي الإعاقة من كل الأعمار في تقييم الحاجات التعليمية والتدريبية. والتأكد من مشاركتهم في تصميم برامج تعليمية غير نظامية، كبرامج محو الأمية أو الحساب أو التدريب المهني أو تدريب المهارات (الحياتية أو الفنية)، الموجهة للأميين أو الاشخاص الذين لم يكملوا تعليمهم.

تع4.2 العمل مع النشطاء المجتمعيين ومنظمات ذوي الإعاقة وكبار السن على تحديد المهارات والتدريبات التي يحتاجها ذوو الإعاقة وكبار السن، وتشجيع هؤلاء على المشاركة في الفرص التدريبية والمهنية.

تع4.3 تسهيل الوصول إلى جميع البرامج التعليمية غير النظامية وإتاحتها بالكامل للنساء والرجال والفتيات والفتيان ذوي الإعاقة ولكبار السن. كما يجب تعديل وتهيئة طرق الاتصال وترتيبات الوصول الأخرى عند الضرورة.

تع4.4 تصميم أنظمة مراقبة لتحديد ودعم الاستجابات لأي شكل من أشكال التمييز السلبي (المقصود وغير المقصود) في التعليم غير النظامي والتي تؤثر على ذوي الإعاقة وكبار السن.

أمثلة على الممارسات الجيدة:

جهود منظمة إنقاذ الطفولة السويد في باكستان

في باكستان عام 2005، بعد موجة نزوح واسعة سببها زلزال كشمير، أسست منظمة إنقاذ الطفولة السويد مجالس تعليم مجتمعية مرتبطة بالمدارس التأهيلية. كان في كل مجلس مدرسي طفلان على الأقل طُلب منهما الإبلاغ عمّن تغيب عن المدرسة وعمّا يظنان أنه السبب وراء ذلك. وجدت هذه المجالس أن أهالي الفتيات والفتيان ذوي الإعاقة قاموا على إبقائهم في المنازل لأنهم ظنوا أن المدارس غير آمنة، أو أن أطفالهم لن يستفيدوا من التعليم، أو لأنهم خافوا أن يتعرض أطفالهم للأذى أو أن يضلوا طريقهم. تم تفسير هذا التردد في إرسال الأطفال ذوي الإعاقة إلى المدارس على أنه اعتراض تقليدي على الدمج، بدلًا من اعتباره نابعًا من مخاوف عملية. حين حددت المجالس ذلك، بدأت بتطوير خطط لتسهيل وصول الأطفال إلى المدارس وتحسين تجربتهم فيها.

المصدر: الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ، 2009.

مفوضية اللاجئين النسائية في نيبال وتايلند

تنقل مفوضية اللاجئين النسائية كيف أنه تم تطبيق برامج التدخل خلال الطفولة المبكرة في مخيمات اللاجئين في نيبال وتايلند، لتحديد الأطفال ذوي الإعاقة والمساعدة في دمجهم في المدارس العامة. تم توفير الدعم المدرسي في الصف للأطفال اللاجئين ذوي الاحتياجات التعليمية الماسة، وجرى اعتماد تدريب مستمر للمعلمين الأساسيين والمساعدين لتعزيز التعليم الشامل. وقد تم تطوير الوسائل التعليمية المساعدة والمناهج المناسبة، وتم توفير وسائل تنقل ووسائل تعليمية للأطفال ذوي الحاجات التعليمية الماسة، ككتب بلغة برايل. وبوجه عام، وجدت مفوضية اللاجئين النسائية أن التعليم الشامل قد يكون مدخلًا جيدًا يتمكن من خلاله ذوو الإعاقة من الوصول إلى خدمات أخرى. على سبيل المثال، يمكن إحالة الأطفال اللاجئين ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية المناسبة عبر برامج التدخل خلال الطفولة المبكرة، وكانت مجموعات دعم الآباء والأمهات نقطة بداية جيدة لتوفير الدعم النفسي الاجتماعي لأهالي الأطفال ذوي الإعاقة.

المصدر: آر. رايلي، 2010؛ مفوضية اللاجئين النسائية، 2014.

الوثائق الموصى بها للمزيد من التوجيه:

الفريق العامل المعني بحماية الطفل،
Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action
(المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني). المجموعة العالمية للحماية (الفريق العامل المعني بحماية الطفل).
مأخوذ من
pdf.2013-English-Standards-mMinimu-cpwg.net/?get=006914%7C2014/03/CP

هانديكاب إنترناشونال (2013)
Sport and play for all. A manual on including children and youth with disabilities
(الرياضة واللعب للجميع. دليل عن دمج الأطفال والشباب ذوي الإعاقة). سريلانكا: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
assets.sportanddev.org/downloads/sport_and_play_for_all.pdf

الاتحاد الدولي للإعاقة والتنمية (2008)
for Inclusive education in emergencies. Access to Quality Educational Activities Children with Disabilities in Conflict and Emergency Situations
(التعليم الشامل في حالات الطوارئ. الوصول إلى الأنشطة التعليمية الجيدة للأطفال ذوي الإعاقة في حالات النزاعات والطوارئ). مأخوذ من:
-iddcconsortium.net/sites/default/files/resources
tools/files/inclusive_education_in_emergencies_august_18th_2008.pdf

الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ (2010أ)
Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery
(المعايير الدنيا للتعليم: الاستعداد، الاستجابة، التعافي). نيويورك: الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ. مأخوذ من:
toolkit.ineesite.org/inee_minimum_standards/handbooks

الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ (2010ب)
INEE Pocket Guide to Supporting Learners with Disabilities
(دليل الجيب لدعم المتعلمين ذوي الإعاقات الصادر عن الشبكة الدولية): جنيف: الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ. مأخوذ من:
toolkit.ineesite.org/pocket_guide_to_supporting_learners_with_disabilities

الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ (2009)
INEE .*Education in Emergencies: Including Everyone* -
Pocket guide to inclusive education
(التعليم في حالات الطوارئ: دمج الجميع). دليل الجيب للتعليم الشامل الصادر عن الشبكة الدولية). جنيف: الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ. مأخوذ من:
toolkit.ineesite.org/pocket_guide_to_inclusive_education

بينكوك أيتش. وهودغكين إم (2009)
Education access for all
("الحصول على التعليم للجميع"). *مراجعة الهجرة القسرية 35*. (تموز 2010) إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

منظمة إنقاذ الطفولة (2002)
hildren in educationSchools for All. Including disabled c
(المدارس للجميع. دمج الأطفال ذوي الإعاقة في التعليم). لندن: منظمة إنقاذ الطفولة. مأخوذ من:
www.eenet.org.uk/resources/docs/schools_for_all.pdf

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2011أ)

Working with persons with disabilities in forced displacement. Need to Know Guidance 1
(العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقات في حالات النزوح القسري. الإرشاد الأول الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

مفوضية اللاجئين النسائية (2008)
Affected-Disabilities Among Refugees and Conflict - Populations. Resource Kit for Fieldworkers
(الإعاقات في صفوف اللاجئين والسكان المتأثرين بالنزاعات. مجموعة موارد للعمال الميدانيين). نيويورك: مفوضية اللاجئين النسائية. مأخوذ من:
-conflict-and-refugees-among-www.asksource.info/resources/disabilities field-kit-resource-populations-affected

منظمة الرؤية العالمية (2012)
Agency Standards for Protection Mainstreaming-Minimum Inter -
(المعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات لتعميم الحماية). مأخوذ من:
-protection-standards-agency-inter-reliefweb.int/report/world/minimum enar-mainstreaming

الملحق 1: تصنيف البيانات حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة

يلعب جمع البيانات المصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن والإعاقة دورًا جوهريًا في تشكيل استجابة شاملة خلال الأزمات الإنسانية. وقد باتت مناهج جمع هذه البيانات المصنفة حسب النوع الإجتماعي والسن، والتي تشمل الفئات العمرية الأكبر، معروفة وراسخة (إن لم تكن مطبقة دائمًا) كمعيار معتمد في نظام العمل الإنساني. وتوصي المعايير بتصنيف بيانات الإناث والذكور حسب الفئات العمرية التالية: 0-5؛ 6-12؛ 13-17؛ 18-49؛ 50-59؛ 60-69؛ 70-79؛ +80.[46]

إن تصنيف البيانات منهجيًا حسب الإعاقة يشكل تحديًا أكبر للمنظمات الإنسانية، نظرًا للطبيعة التقنية لتحديد وتصنيف الإعاقة. ويتوفر حاليًا عدد من وسائل وأدوات التصنيف، نذكر بعضها أدناه:

1. أسئلة فريق واشنطن: اعتُمدت أسئلة فريق واشنطن من قبل فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة التابع للأمم المتحدة. وتهدف هذه الأسئلة إلى تحديد المعوقات في مجالات الأنشطة الأساسية المتعارف عليها عالميًا، والتي ترتبط بشدة بالإقصاء الاجتماعي، والتي تحدث بشكل متكرر. هذه القائمة القصيرة التي تحوي ستة أسئلة تسعى لتحديد الأشخاص الذين يواجهون معوقات عملية قد تحد من مشاركتهم المستقلة في المجتمع. وتُصنف إجابات الأسئلة على مقياس سلم لشدة الصعوبة التي يواجهونها في تلك الأنشطة (تنقسم درجاته إلى بدون صعوبة، بعض الصعوبة، صعوبة شديدة، لا يمكن ممارسة النشاط بتاتًا).

هذه الأسئلة هي:

1. هل تواجه صعوبة في الرؤية، حتى مع ارتداء النظارات؟
2. هل تواجه صعوبة في السمع، حتى مع استخدام سماعات الأذن؟
3. هل تواجه صعوبة في المشي أو صعود السلالم؟
4. هل تواجه صعوبة في التذكر أو التركيز؟
5. هل تواجه صعوبة (في القيام بأنشطة العناية الشخصيةمثل) الاغتسال أو ارتداء الملابس؟
6. عند استخدام لغتك المعتادة (المألوفة)، هل تواجه صعوبة في التواصل، (مثلًا، في فهم الآخرين أو إفهامهم)؟

تسمح هذه الفئات بتوصيف عدة سيناريوهات للإعاقة، وفقًا لمجال الاهتمام (كالنظر أو السمع) ومستوى الشدة الذي يتم به تعريف مصطلح "الإعاقة". يوصي فريق واشنطن باعتبار كل من يواجه "صعوبة شديدة" أو "لا يمكنه ممارسة النشاط بتاتًا" في مجال واحد على الأقل شخصًا ذا إعاقة. وتتوفر كذلك قائمة موسعة من الأسئلة.[47]

www.cdc.gov/nchs/washington_group/wg_questions.htm

2. المصفوفة الأسترالية للمعلومات: تسعى هذه الأداة، التي باتت تستخدم في التعدادات السكانية في أستراليا منذ 2006، لتحديد السكان الذين يعانون أو قد يعانون من مشاكل صحية طويلة الأمد. تستخدم في هذه المصفوفة عدة عناصر بيانات معًا لتقييم الحالة الوظيفية للأشخاص في مجالات حياتية عديدة. ويقود ذلك إلى تكوين تصنيف " معوقات النشاط"، الذي يأخذ بعين الاعتبار مستوى النشاط/المشاركة والحاجة للمساعدة.

meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/505770

---

[46] مشروع اسفير 2010،دليل اسفير.مأخوذ من: **www.spherehandbook.org** التقييم: المعايير الأساسيه

[47] لدى فريق واشنطن و اليونيسيف كذلك نموذج للاستقصاءات لتقييم أداء للأطفال وإعاقاتهم

www.un.org/disabilities/documents/events/UNICEF_side_event_LOEB.pdf

3. **أداة تحديد الخطر المتزايد لمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين:** تشمل هذه الأداة مجموعة من الأسئلة المحددة حول كبار السن وذوي الإعاقة، بين فئات وجماعات أخرى معرضة للخطر. تتوفر هذه الأداة على
bin/texis/vtx/rwmain?docid=4c46c6860-www.refworld.org/cgi
ودليل المستخدم الخاص بها على
bin/texis/vtx/rwmain?docid=46f7c0cd2-www.refworld.org/cgi

4. **مخطط منظمة الصحة العالمية لتقييم الإعاقة (WHODAS):** هذه أداة عامة لتقييم الصحة والإعاقة، وتسعى لأن تكون قابلة للتطبيق في الأوساط العامة والسريرية، لإنتاج درجات قياس وأوصاف موحدة للإعاقة، ويمكن تطبيقها واستخدامها في مختلف الثقافات والفئات السكانية البالغة. وترتبط هذه الأداة بشكل مباشر بالمفاهيم المستخدمة في التصنيف العالمي للأداء والإعاقة والصحة (ICF)
www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/

الملحق 2: الفجوات في المعايير والإرشادات الحالية والتي تتطلب الإنتباه إليها من قبل الأطراف الفاعلة في المجال الإنساني.

خلال عملية وضع هذه المعايير الدنيا ، وُجدت عدة فجوات محددة في النظريات المتوفرة حول دمج ذوي الإعاقة وكبار السن وفي الاستجابات الإنسانية، والتي تتطلب المزيد من الانتباه والتطوير:

في جميع القطاعات، هناك حاليًا نقص في الاهتمام المنهجي بحاجات مقدمي الرعاية ومشاركتهم، سواء فيما يتعلق بدورهم في ضمان تلبية حاجات الأشخاص الذين هم تحت رعايتهم (على سبيل المثال، توفير الغذاء أو المساعدات الأخرى لمن يرعونهم)، أو فيما يتعلق بحاجاتهم الخاصة و أوجه ضعفهم كمقدمي رعاية (حين تحد مسؤوليات الرعاية من قدرتهم على الوصول إلى المساعدات أو الخدمات). إن الأطفال الذين يرعون إخوتهم أو أقرباءهم البالغين ذوي الإعاقة، ومقدمي الرعايا كبار السن الذين يرعون ذوي الإعاقة، وكبار السن الذي يرعون أطفالاً، هم شبه غائبين عن معظم المعايير الإنسانية ووثائق الإرشادات والتوجيهات ذات الصلة. ورغم أن هذه المعايير تولي بعض الاهتمام بمقدمي الرعاية، إلا أن هذا المجال يبقى بحاجة لمزيد من التطوير.

يندر وجود المعايير والإرشادات، سواء في النظريات المتخصصة أو العامة، التي تبحث في تلبية حاجات القاطنين في مؤسسات الإيواء، مثل دور الرعاية والمدارس الخاصة ودور الأيتام والمصحات النفسية ومراكز الاحتجاز والسجون، حيث قد تتعرض شريحة كبار السن وذوي الإعاقة لمخاطر أكبر بشكل ملموس من تلك التي يواجهها سائر السكان بوجه عام.

يفترض جزء كبير من نظريات المعايير والإرشادات الحالية المتعلقة بالإعاقة والسن إمكانية تطبيقها في حالات تلعب فيها المنظمات الإنسانية دورًا هامًا في التحكم بالبيئة المادية وتستطيع فيها الوصول إلى الجماعات المتأثرة، كتلك الموجودة في مخيمات في المناطق الريفية. ويجب إعطاء اهتمام أكبر بحالة البيئات الأكثر صعوبة وقابلية التطبيق فيها والمؤشرات الأخرى الخاصة بها، كالمناطق الريفية النائية و/أو غير الآمنة والمناطق الحضرية المتأثرة بالنزاعات.

نظرًا إلى أن البرامج المبنية على السيولة النقدية أصبحت ذات أهمية متزايدة في جميع مجالات نظام العمل الإنساني، فهناك حاجة ملحة لدراسة كيفية دمج ذوي الإعاقة وكبار السن في التدخلات المبنية على السيولة النقدية على اختلاف أنواعها بشكل آمن وعادل، إذ يبدو أن هذه المشكلة لم تحظ بالاهتمام الواجب.

يجب الاهتمام أكثر بمتطلبات الموارد البشرية المتعلقة ببرامج الدمج الشاملة، ويجب وضع المعايير المتعلقة بهذه البرامج بما يتفق مع ذلك.

رغم أن المعايير الدولية لحماية الأطفال باتت معتمدة ومطبقة على نطاق واسع في جميع قطاعات نظام العمل الإنساني، إلا أن هناك بعض الفجوات في كيفية تبني هذه المعايير وتضمينها في معايير وإرشادات التعليم في حالات الطوارئ، خاصة فيما يتعلق بالأطفال ذوي الإعاقة.

لم يلق دمج ذوي الإعاقة (بما في ذلك الأطفال منهم) في برامج التغذية سوى القليل من الاهتمام حتى الآن، وتبعًا لذلك، فإن معايير التغذية التي تم وضعها في هذه النسخة التجريبية مستقاة بشكل أساسي من الإرشادات التي تم وضعها عن دعم التغذية لكبار السن. ويتطلب هذا المجال متابعة عاجلة وحثيثة، خاصة في ظل المخاطر العالية المتعلقة بسوء التغذية بين الأطفال والأشخاص الآخرين ذوي الإعاقة مقارنة بغيرهم من عموم السكان.[48] كما أن احتياجات ذوي الإعاقة من الماء والنظافة العامة في ظروف الأزمات حظيت بالقليل من الاهتمام مقارنة ببرامج المياه والصرف الصحي والنظافة العامة (WASH) الشاملة في السياقات التنموية.

إن الأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة (بمن فيهم الأطفال) ومن يرعونهم، والأشخاص ذوي الإعاقات التعلمية أو النفسية الاجتماعية الشديدة قد يكونون الأكثر ضعفًا في حالات الأزمة، إلا أن هناك القليل من الإرشادات المحددة لدعم توفير المساعدات الإنسانية الشاملة والحماية لهذه الفئات.

---

[48] راجع جروس واخرون 2013.

ملحق 3: الاختصارات

based organisation-Community	CBO
based rehabilitation-Community	CBR
friendly space-Child	CFS
Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability	CHS
based violence-Gender	GBV
Internationally displaced person	IDP
Moderate acute malnutrition	MAM
ceupper arm circumferen-Middle	MUAC
communicable disease-Non	NCD
food items-Non	NFIs
governmental organisation-Non	NGO
use therapeutic foods-to-Ready	RUTF
and disability disaggregated data -age ,-Sex	SADDD
Severe acute malnutrition	SAM
Supplementary feeding programme	SFP
Standard operating procedures	SOP
Sexually transmitted disease	STD
United Nations	UN
Office of the United Nations High Commissioner for Refugees	UNHCR
Water, sanitation and hygiene	WASH
World Health Organization	WHO

الملحق 4: المصادر

فرقة العمل المعنية بالتقدم في السن والإعاقة (2011)
Ageing and Disability in Humanitarian Response: A Resource Book of Inclusive Practices
(التقدم في السن والإعاقة في الاستجابة الإنسانية: كتاب موارد للممارسات الشاملة). مأخوذ من
-response-humanitarian-disability-and-reliefweb.int/report/pakistan/ageing practices-inclusive-book-resource

بيغ أيه، (2012)
Report of assessment of situation of disabled and older people in Dollo Somali refugee camp
(تقرير تقييم وضع الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في مخيم دولو للاجئين الصوماليين). مسودة تقرير IRC: إثيوبيا..

بومبي إف، (2012)
anka' L irS ni noitcetorp dna noitpecreP'
("الإدراك والحماية في سريلانكا")، *مراجعة الهجرة القسرية 35* (تموز 2010). إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد

منظمة CBM أستراليا، وحدة الاستجابة الطارئة والخطة الدولية لمنظمة
Disability Inclusion in Drought and Food Crisis Emergency Response - (CBM (2011
(دمج ذوي الإعاقة في الاستجابة الطارئة لأزمة الجفاف والغذاء). مأخوذ من:
www.cbm.org/article/downloads/82788/Disability_Inclusion_in_Drought_and_Food_Crisis_Response.pdf

منظمة CBM International (2012)
Inclusion made easy: a quick program guide to disability in development
Part B: Disability Inclusion: Disaster Management
(تسهيل الدمج: دليل البرامج السريع للإعاقة في برامج التنمية. القسم ب: دمج الإعاقة: إدارة الكوارث). مأخوذ من:
www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Disability_Inclusion_-_Disaster_Management.pdf

منظمة CBM International (غ.م.)
disaster reconstruction: Building back safe and accessible for all,16 -Inclusive post minimum requirements for building accessible shelters
(إعادة الإعمار الشاملة بعد الكوارث: بناء مساكن آمنة ويسهل الوصول إليها للجميع، 16 متطلبًا من المتطلبات الدنيا لبناء مساكن إيواء يسهل الوصول إليها). مأخوذ من:
-building-for-requirements-minimum-ticle/downloads/54741/16www.cbm.org/ar shelters.pdf-accessible

مركز الإعاقه والتنميه (2011)
Project Experience. Disability Inclusive Disaster Risk Reduction Project
(تجربة المشروع. المشروع الشامل للحد من مخاطر الكوارث). دكا: مركز
مأخوذ من:
-www.cbm.org/article/downloads/82788/Disability inclusive_disaster_risk_reduction_Bangladesh_CBM.pdf

كون دي.، (2010)
mmunity views: reducing stigma in DadaabShifting co
("تغيير آراء المجتمع: الحد من الوصمة الاجتماعية في داداب") *مراجعة الهجرة القسرية 35* (تموز 2010). إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

(CSID) (2002)
the Situation :Unveiling Darkness
Analysis on Disaster and Disability Issues in the Coastal Belt of Bangladesh
(كشف النقاب: تحليل الوضع في قضايا الإعاقة والكوارث في الشريط الساحلي لبنغلاديش). مركز الخدمات والمعلومات المتعلقة بالإعاقة. مأخوذ من:
www.disabilityrightsfund.org/files/situation_analysis_on_disaster_and_disabili ty_issues_in_bangladesh_0.pdf

داويت إم.، (2010)
ɐlffar tsrif s'amukaK‘
("البندقية الأولى في كاكوما")، *مراجعة الهجرة القسرية 35* (تموز 2010). إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

الفريق العامل المعني بحماية الطفل،
Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action
(المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني). المجموعة العالمية للحماية (الفريق العامل المعني بحماية الطفل). مأخوذ من:
pdf.2013-English-Standards-Minimum-cpwg.net/?get=006914%7C2014/03/CP

جروس إن. إي، كيراك إم.، فاركاس أيه، بيرمان بيلر آر.، (2013)
’seitilibasid htiw stluda dna nerdlihc rof noitirtun evisulcnI‘
(التغذية الشاملة للأطفال والبالغين ذوي الإعاقة)، لانسيت غلوبال هيلث، المجلد 1، الإصدار 4، هـ180 – هـ181 . نُشر على الإنترنت بتاريخ 19 آب 2013. مأخوذ من:
abstract/1-X(13)70056109-www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214

جروس إن. إي، تشالنجر إي.، وكيراك إم. (2013)
Disability Links and Synergies’ -noitirtuN :rehtegoT regnortS‘
("أقوى معًا: الروابط وأوجه التعاون في مشكلات التغذية-الإعاقة")، مذكرة إحاطة للفريق العامل المعني بالتغذية: الشراكة العالمية للأطفال ذوي الإعاقة. نيويورك: اليونيسيف.

هال جيه. (2015)
Typhoon Haiyan: lessons from the response and -
how to prepare for the future
("إعصار هايان: الدروس المستفادة من الاستجابة وكيفية الاستعداد للمستقبل")، مجلة *Humanitarian Exchange* 63 (كانون الثاني 2015). لندن. معهد التنمية الخارجية (شبكة الممارسات الإنسانية)، ص 11 - 13.

هانديكاب إنترناشونال (2006)
Disability Checklist for Emergency Response
(*القائمة المرجعية للإعاقة للاستجابات للطوارئ*). باريس: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
response-emergency-checklist-reliefweb.int/report/world/disability

هانديكاب إنترناشونال (2009)
A guideline to ensure accessibility for :Accessibility for all in an emergency context
temporary infrastructure, WASH facilities, distribution and communication activities

for persons with disabilities and other vulnerable persons
(إمكانية الوصول للجميع في حالات الطوارئ: دليل لضمان قدرة ذوي الإعاقة والفئات الضعيفة الأخرى على الوصول للبنية التحتية المؤقتة، ومرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة، وأنشطة التوزيع والتواصل).باريس: هانديكاب إنترناشونال.

هانديكاب إنترناشونال نيبال (2009)
Free Emergency Shelters-Guidelines for Creating Barrier
(إرشادات لإنشاء مراكز إيواء في حالات الطوارئ خالية من العوائق). كاثماندو: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
international.org.uk/Resources/Handicap International/PDF -www.handicap
ns/BarrierFreeEmergencyShelters_2009.pdfDocuments/HI Associatio

هانديكاب إنترناشونال (2013)
Mental health and psychosocial support interventions in crisis settings-emergency and post
(الصحة العقلية وتدخلات الدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ وما بعد الأزمات). ليون: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PG10Psychosocial.pdf

هانديكاب إنترناشونال (2013)
youth with disabilities Sport and play for all. A manual on including children and
(الرياضة واللعب للجميع. دليل عن دمج الأطفال والشباب ذوي الإعاقة). سريلانكا: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
d_play_for_all.pdfassets.sportanddev.org/downloads/sport_an

هانديكاب إنترناشونال (2013)
Protection against violence based on gender, age and disability in emergency and development settings
(الحماية من العنف على أساس النوع الإجتماعي والسن والإعاقة في حالات الطوارئ والتنمية). ليون: هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/ProtectionAgainstViolencesGN03.pdf

هانديكاب إنترناشونال (2014)
income countries-and middle -dit in lowConduct an accessibility au
(إجراء مراجعة لإمكانية الوصول في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل).ليون: هانديكاب إنترناشونال . مأخوذ من:
www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/AccessibilityAudit_PG13.pdf

هانديكاب إنترناشونال:
L'inclusion des groupes vulnérables dans (Cellule Technique Inclusion, Mali (2014
les situations d'urgence: Guide Méthdologique & Pratique
مالي: هانديكاب إنترناشونال.

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين
Older People in Disasters and Humanitarian Crises: - (2000) (HelpAge International)
Guidelines for Best Practice
(كبار السن في الكوارث والأزمات الإنسانية: إرشادات لأفضل الممارسات). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين
(lpAge InternationalHe) مأخوذ من:

www.refworld.org/docid/4124b9f44.html

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين
(2011) (HelpAge International)
programmes Guidance on including older people in emergency shelter
(إرشادات حول دمج كبار السن في برامج مراكز الإيواء في حالات الطوارئ). لندن المنظمة الدولية لمساعدة المسنين.
www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/guidance_including_older_people_in_emergency_shelter_helpage_ifrc.pdf

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين
Module 6: Inclusive (HelpAge International)
Communication: Poor communication with older
based humanitarian aid-people can undermine the delivery of need
(الوحدة 6: التواصل الشامل: التواصل الضعيف مع كبار السن يمكن أن يضر بتقديم الخدمات الإنسانية على أساس الحاجة).

(HelpAge International (2012a
London: HelpAge .*er people in emergencies: identifying and reducing risksOld*
eved fromInternational. Retri
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2012ب)
Health interventions for older people in emergencies
(التدخلات الصحية لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2012ج)
ecurity and livelihoods interventions for older people in emergenciesFood s
(تدخلات الأمن الغذائي ومصادر كسب الرزق لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين.
مأخوذ من:
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2012د)
cies: good practice guideProtecting older people in emergen
(حماية كبار السن في حالات الطوارئ: دليل الممارسات الجيدة). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2013أ)
Nutrition interventions for older people in emergencies
(تدخلات التغذية لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International) (2013ب)
Protection interventions for older people in emergencies
(تدخلات الحماية لكبار السن في حالات الطوارئ). لندن: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين. مأخوذ من:
guidelines-guidelines/emergency-www.helpage.org/resources/practical

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين
(2014) (HelpAge International)
Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees
(الضحايا الخفية للأزمة السورية: اللاجئون ذوو الإعاقة والمصابون وكبار السن).لندن وليون: المنظمة الدولية لمساعدة المسنين و هانديكاب إنترناشونال. مأخوذ من:
-on-research-new-victims-news/hidden-www.helpage.org/newsroom/latest /refugees-syrian-injured-and-disabled-older

المنظمة الدولية لمساعدة المسنين ومنظمة العمل العالمي من أجل الشيخوخة (2005)
'spmaC snosreP decalpsiD yllanretnI ni snosreP redlO rof tsilkcehC'
("القائمة المرجعية للأشخاص ذوي الإعاقة في مخيمات المشردين داخليًا"). مقدمة إلى ممثل الأمين العام للأمم المتحدة المعني بحقوق الإنسان للمشردين داخليًا السيد والتر كالين من قِبل المنظمة الدولية لمساعدة المسنين ومنظمة العمل العالمي من أجل الشيخوخة، تموز 2005. نُشرت كمرفق 3 في مقال جو ويلز،
Protecting and assisting older people in emergencies
(حماية كبار السن ومساعدتهم في حالات الطوارئ). ورقة شبكة الممارسات الإنسانية 53 (كانون الأول 2005). لندن معهد التنمية الخارجية (شبكة الممارسات الإنسانية)

ICED وآخرون (2014)
Childhood disability and malnutrition in Turkana, Kenya
(الإعاقة وسوء التغذية في الطفولة في توركانا، كينيا). مركز International Centre for Evidence in Disability
، ومدرسة LSHTM، وCBM،وجمعية الصليب الأحمر في كينيا. مأخوذ من:
-Report-Disability-and-disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/10/Malnutrition Report.pdf-Full

الاتحاد الدولي للإعاقة والتنمية (2008)
ve education in emergencies. Access to Quality Educational Activities for Inclusi Children with Disabilities in Conflict and Emergency Situations
(التعليم الشامل في حالات الطوارئ. الوصول إلى الأنشطة التعليمية الجيدة للأطفال ذوي الإعاقة في حالات النزاعات والطوارئ). مأخوذ من:
-iddcconsortium.net/sites/default/files/resources tools/files/inclusive_education_in_emergencies_august_18th_2008.pdf

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وCBM، و هانديكاب إنترناشونال (2015)
and settlements in emergencies inclusive shelter-All Under One Roof: Disability
(الكل تحت سقف واحد: المآوي والمساكن الشاملة لذوي الإعاقة في حالات الطوارئ). مأخوذ من:
-Disability_-www.cbm.org/article/downloads/54741/All_Under_One_Roof_ es.PDFinclusive_shelter_and_settlements_in_emergenci

اللجنة الدولية للصليب الأحمر (2013)
Professional Standards for Protection Work Carried out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence
(المعايير المهنية لأعمال الحماية التي ينفذها العاملون في المجال الإنساني وحقوق الإنسان في النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى). طبعة 2013. جنيف: اللجنة الدولية للصليب الأحمر. مأخوذ من:
www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0999.pdf

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (2015)
Minimum Standard Commitments to Gender and Diversity in Emergency Programming. Pilot Version
(التزامات المعايير الدنيا للنوع الإجتماعي والتنوع في برامج الطوارئ. نسخة تجريبية). جنيف: الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. مأخوذ من:
www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/Gender Diversity MSCs Programming HR3.pdf Emergency

الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ (2010أ)
Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery
(المعايير الدنيا للتعليم: الاستعداد، الاستجابة، التعافي). نيويورك: الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ. مأخوذ من:
toolkit.ineesite.org/inee_minimum_standards/handbooks

الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ (2010ب)
INEE Pocket Guide to Supporting Learners with Disabilities
(*دليل الجيب لدعم المتعلمين ذوي الإعاقات الصادر عن الشبكة الدولية*). جنيف: الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ. مأخوذ من:
toolkit.ineesite.org/pocket_guide_to_supporting_learners_with_disabilities

الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ (2009)
INEE Pocket .*Education in Emergencies: Including Everyone* - guide to inclusive education
(*التعليم في حالات الطوارئ: دمج الجميع*. دليل الجيب للتعليم الشامل الصادر عن الشبكة الدولية). جنيف: الشبكة الدولية للتعليم في حالات الطوارئ. مأخوذ من:
toolkit.ineesite.org/pocket_guide_to_inclusive_education

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2005)
based Violence-Guidelines for Gender Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies
(توجيهات التدخل في العنف على أساس النوع الإجتماعي في الحالات الإنسانية: التركيز على منع العنف الجنسي والاستجابة له في حالات الطوارئ). نيويورك: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
andingcommittee.org/system/files/legacy_files/tfgender_GBVGuiinteragencystdelines2005.pdf

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2006)
Equal Opportunities. IASC Gender –Women, Girls, Boys and Men: Different Needs Handbook in Humanitarian Action
(النساء، والفتيات، والفتيان، والرجال: احتياجات مختلفة - فرص متساوية. دليل النوع الإجتماعي في العمل الإنساني الصادر عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات). نيويورك. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/Gender Handbook.pdf

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2007)
IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Settings Support in Emergency
(توجيهات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات حول الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ). نيويورك. اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines/en

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2007)
Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors
(العمل الإنساني وكبار السن: موجز أساسي للأطراف والجهات الفاعلة في العمل الإنساني). نيويورك: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات. مأخوذ من:
network/interagency/iasc_advocacy_paper_older_people_en./www.who.int/hac pdf

جونز أيتش (2013)
Mainstreaming disability and ageing in water, sanitation and hygiene programmes. A mapping study carried out for WaterAid
(تعميم مراعاة مسائل الإعاقة والتقدم في السن في برامج المياه والصرف الصحي والنظافة العام. دراسة تخطيطية نفذتها منظمة WaterAid). لندن: WaterAid. مأخوذ من:
-water-in-ageing-and-disability-amingwww.wateraid.org/news/news/mainstre programmes-sanitation-and

جونز أيتش وويلبر جيه، (2014)
Compendium of accessible WASH technologies
(موجز لتقنيات مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة التي يمكن الوصول إليها). الموقع: WaterAid وWEDC وShare (بحث تطبيقي عن الصرف الصحي والنظافة العامة لضمان العدالة والمساواة). مأخوذ من:
www.wateraid.org/accessibleWASHtechnologies

كيت إم. وتويغ جيه. (2007)
'hcaorppa evisulcni na sdrawot :sretsasid dna ytilibasiD'
(الإعاقة والكوارث: نحو منهج شامل"). في *تقرير عن الكوارث العالمية. التركيز على التمييز* (ص 86 - 111)، الصادر عن الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. جنيف: الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

كيت إم.، ستابس إس.، بيو آر مع ديسفاند إس. وكورديرو في. (2005)
affected Areas-Disability in Conflict and Emergency Situations: Focus on Tsunami
(الإعاقة في حالات النزاعات والطوارئ: تركيز على المناطق المتضررة من تسونامي). تقرير بحثي صادر عن الاتحاد الدولي للإعاقة والتنمية. مأخوذ من:
www.disabilityrightsfund.org/node/409

ماكاناوي إس. (2014)
'How can the collection and use of disability data across the Indo-Pacific be strengthened?'
("كيف يمكن تعزيز عملية جمع واستخدام بيانات الإعاقة في منطقة المحيط الهندي والمحيط الهادئ"؟ ورقة بحثية تم إعدادها بدعم من وزارة الشؤون الخارجية والتجارة الأسترالية للشراكة بين منظمة CBM ومعهد Nossal Institute من أجل التنمية الشاملة للإعاقة. ملبورن: منظمة CBM ومعهد Nossal Institute for Global Health.

ماكسويل دي، سادلر كيه، سيم أيه، ميوتوني إم، إيغا آر، وبستر إم (2008)
Emergency food security interventions
(تدخلات الأمن الغذائي في حالات الطوارئ). شبكة الممارسات الإنسانية، مراجعة الممارسات الجيدة 10 (كانون الأول 2008). لندن معهد التنمية الخارجية (شبكة الممارسات الإنسانية).

ميترا إس. (2005)
Disability and Social Safety Nets in Developing Countries
(شبكات السلامة الاجتماعية والإعاقة في البلدان النامية). سلسلة أوراق نقاش حول الحماية الاجتماعية رقم 0509. واشنطن العاصمة: البنك الدولي. مأخوذ من:
siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0509.pdf

مونازا جي، تشاودري إم. بي.، خان إن. (2009)
'yduts esac natsikaP a :noisulcni laicoS'
("الدمج الاجتماعي: دراسة حالة باكستانية")، *مراجعة الهجرة القسرية 35* (تموز 2010) إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

Nutrition Needs NFSMI (2006) Handbook for Children with Special Food and

(دليل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للغذاء والتغذية). المعهد الوطني لإدارة الخدمات الغذائية (NFSMI). جامعة ميسيسيبي.

أوكون جي. ونويسنر أو (2015)
'etyeL ni nayiaH noohpyT rof stroffe gninraw ylrae gnissessA'
("تقييم جهود التحذير المبكر لإعصار هايان في ليت)، *مجلة Humanitarian Exchange* 63 كانون الثاني 2015). لندن. معهد التنمية الخارجية (شبكة الممارسات الإنسانية)، ص 8 - 10.

بيري أيه. وهيري أيه. (2009)
’metsys retsulc NU eht ni ytilibasiD‘
("الإعاقة في منظومة مجموعات الأمم المتحدة") *مراجعة الهجرة القسرية 35*. (تموز 2010) إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

فايفر إي.، بليكرز جيه، أوتاشر إف، لاسمان دي، ناوزنر بي، شيرر في (محررون) (2013)
include people with disabilities in Humanitarian Aid: All Inclusive! How to humanitarian action
(المساعدات الإنسانية: شاملة وكاملة! كيفية دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني) بروكسل: Light for the World وDiakone Katastrophenhilfe مأخوذ من:
-include-how-inclusive-all-aid-www.asksource.info/resources/humanitarian action-humanitarian-disabilities-people

فيليبس سي، إستي إس.، إنيس إم. (2010)
paper and in practice’ no :noitnevnoC ehT‘
("الاتفاقية نظريًا وعمليًا") *مراجعة الهجرة القسرية 35*. (تموز 2010) إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

بينكوك أيتش. وهودغكين إم (2009)
(July 2010) 35 *Forced Migration Review* ’.lla rof ssecca noitacudE‘
("الحصول على التعليم للجميع". *مراجعة الهجرة القسرية 35*. إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

رايلي آر. (2010)
affected populations’ -tcilfnoc dna seegufer gnoma seitilibasiD‘
(الإعاقات في صفوف اللاجئين والسكان المتأثرين بالنزاعات) *مراجعة الهجرة القسرية 35*. (تموز 2010) إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

رينهاردت جيه. دي وآخرون (2011)
related rehabilitation in international disaster relief-Disability and health
(إعادة التأهيل الخاص بالصحة والإعاقة في الإغاثة الدولية في حالات الكوارث)، جان دي. رينهاردت، جيانان لي، جيمز غوزني، فاروق أ. راثور، أندرو جيه. هايغ، مايكل ماركس، جويل أيه. ديليزا. Glob Health Action، 2011؛ 4: 10.3402/gha.v4i0.7191.
تم نشره على الإنترنت بتاريخ 16 آب 2011 PMCID: PMC3160807 doi: 10.3402/gha.v4i0.7191.
مأخوذ من: **www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160807**

سعيد أ.م. (2009)
’nemeY ni noitapicitrap dna secivreS‘
("الخدمات والمشاركة في اليمن") *مراجعة الهجرة القسرية 35*. إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

منظمة إنقاذ الطفولة (2002)
Schools for All. Including disabled children in education
(المدارس للجميع. دمج الأطفال ذوي الإعاقة في التعليم). لندن: منظمة إنقاذ الطفولة. مأخوذ من:
www.eenet.org.uk/resources/docs/schools_for_all.pdf

شيرر في ومنديز آر (2009)
’aknaL irS ni noisulcni gnitaitogeN‘

("التعامل مع الدمج في سريلانكا") *مراجعة الهجرة القسرية 35*. إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

شيفجي (2010)
'tnemecalpsid ni ytilibasiD'
("الإعاقة والنزوح") *مراجعة الهجرة القسرية 35*. إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

سيمونز كيه (2010)
'egnellahc atad eht gnisserddA'
("التصدي لتحدي البيانات") *مراجعة الهجرة القسرية 35*. إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

سميث إف.، جولي إي، شميدت إي (2012)
Disability and disasters: the importance of an inclusive approach to vulnerability and social capital
(الإعاقة والكوارث: أهمية المنهج الشامل في التعامل مع نقاط الضعف ورأس المال الاجتماعي). لندن:
Sightsavers. مأخوذ من:
www.preventionweb.net/english/professional/publications/v.php?id=34933

تاتارين إم. (2010)
'SDIA/VIH dna ytilibasid fo noitcesretnI'
(تداخل الإعاقة وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) *مراجعة الهجرة القسرية 35*. إصدار خاص: الإعاقة والنزوح. أكسفورد: مركز دراسات اللاجئين، جامعة أكسفورد.

تيزين إي. أيتش.، جيفن دي. كي، إيكر إل.، إلباسان بي، بلبل إس. إف. (2013)
'nerdlihc fo sutats lanoitirtuN' with cerebral palsy in Turkey
("وضع التغذية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي في تركيا") *الإعاقة وإعادة التأهيل*، آذار 2013، المجلد 35، رقم 5، صفحات 413 - 417. مأخوذ من:
mahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.694965infor

مشروع اسفير (2010)
دليل اسفير. مأخوذ من:
www.spherehandbook.org

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2006)
of Standards and Practical Guide to the Systematic Use
Indicators in UNHCR Operations
(دليل عملي للاستخدام المنهجي للمعايير والمؤشرات في عمليات مفوضية الأمم المتحدة

السامية لشؤون اللاجئين). الطبعة الثانية. جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:

www.refworld.org/pdfid/47062dc82.pdf

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2011أ)
Working with persons with disabilities in forced displacement. Need to Know Guidance 1
(العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقات في حالات النزوح القسري. الإرشاد الأول الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2011ب)
Based Violence: An Updated Strategy-Action Against Sexual and Gender
(العمل لمكافحة العنف الجنسي والعنف القائم على أساس النوع الإجتماعي: إستراتيجية محدثة) جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (شعبة الحماية الدولية). مأخوذ من:
www.refworld.org/docid/4e01ffeb2.html

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين (2013)
Need to Know Guidance 5 .*displacement g with older persons in forcedWorkin*
(العمل مع كبار السن في حالات النزوح القسري. الإرشاد الخامس الواجب معرفته). جنيف: مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين. مأخوذ من:
www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

ويغلي بي. (2015)
'senippilihP eht morf snossel :ytilibatnuocca fo erutluc a gnitcurtsnoC'
("غرس ثقافة المساءلة: دروس من الفلبين") *مجلة Humanitarian Exchange* 63 (كانون الثاني 2015). لندن. معهد التنمية الخارجية (شبكة الممارسات الإنسانية)، ص 13 - 16.

منظمة (WaterAid 2014)
'Inclusive WASH: What does it look like?'
("مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة العامة الشاملة: كيف تبدو؟"). لوفبرا: مركز WEDC لمنظمة WaterAid. مأخوذ من:
look-it-does-what-wash-www.asksource.info/resources/inclusive

مركز Water, Engineering and Development Centre،
جامعة لوفبرا، ومنظمة Water Aid
Activity Sheet 2: Identifying barriers to water, sanitation and hygiene - (2012)
(ورقة النشاط الثانية: تحديد العوائق أمام المياه والصرف الصحي والنظافة العامة). ليسيسترشاير: مركز WEDC. مأخوذ من:
wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS2_Identifying_barriers_final.pdf

مركز Water, Engineering and Development Centre،
وجامعة لوفبرا، ومنظمة
Activity Sheet 3: Identifying solutions to reduce barriers to water, - (2012) Water Aid
sanitation and hygiene
(ورقة النشاط الثالثة: تحديد الحلول اللازمة للحد من العوائق أمام المياه والصرف الصحي والنظافة العامة).
ليسيسترشاير: مركز WEDC. مأخوذ من:
wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS3_Identifying_solutions_v2.pdf

ويلز جيه. (2005)
Protecting and assisting older people in emergencies
(حماية كبار السن ومساعدتهم في حالات الطوارئ). ورقة شبكة الممارسات الإنسانية 53، كانون الأول 2005. لندن
معهد التنمية الخارجية (شبكة الممارسات الإنسانية)

مفوضية اللاجئين النسائية (2008)
Affected-Disabilities Among Refugees and Conflict
Populations. Resource Kit for Fieldworkers
(الإعاقات في صفوف اللاجئين والسكان المتأثرين بالنزاعات. مجموعة موارد للعمال الميدانيين). نيويورك: مفوضية
اللاجئين النسائية. مأخوذ من:
-conflict-and-refugees-among-www.asksource.info/resources/disabilities
field-kit-resource-populations-affected

مفوضية اللاجئين النسائية (2010)
with Disabilities and the Humanitarian Response in Haiti Persons
(الأشخاص ذوو الإعاقة والاستجابة الإنسانية في هايتي). نيويورك: مفوضية اللاجئين النسائية .

مفوضية اللاجئين النسائية (2014)
Disability Inclusion: Translating Policy into Practice in Humanitarian Action
*(دمج ذوي الإعاقة: تنفيذ السياسة في العمل الإنساني).*نيويورك: مفوضية اللاجئين النسائية . مأخوذ من:
nclusioni-womensrefugeecommission.org/programs/disabilities/disability

البنك الدولي (2010)
Pakistan. Earthquake Disability Project
(باكستان. مشروع الإعاقة أثناء الزلازل). تقرير رقم: ICR00001584. تقرير إتمام التنفيذ والنتائج. مأخوذ من:
disability?lang=en-earthquake-www.worldbank.org/projects/P099542/pk

منظمة الصحة العالمية (2001)
(ICF) *International Classification of Functioning, Disability and Health*
(التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
www.who.int/classifications/icf/en/

منظمة الصحة العالمية (2005)
Disasters, disability and rehabilitation
(الكوارث والإعاقة وإعادة التأهيل). جنيف: منظمة الصحة العالمية (إدارة منع الإصابات والعنف). مأخوذ من:
www.who.int/violence_injury_prevention

منظمة الصحة العالمية (2009)
s particularly vulnerable to HIV/AIDS'eitilibasid htiw snosreP'
(ذوو الإعاقة الأكثر ضعفًا وعرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز). نسخة بودكاست: 10 حزيران
2009، تمت اسضافته بواسطة Veronica Riemar. مأخوذ من:

www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2009/disabilities_hiv_20090610/en/

منظمة الصحة العالمية (2013)
nagement for HealthGuidance Note on Disability and Emergency Risk Ma
(مذكرة إرشادية حول الإعاقة وإدارة المخاطر الصحية في حالات الطوارئ). جنيف: منظمة الصحة العالمية. مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

منظمة الصحة العالمية (2013)
Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children
(توجيهات: تحديثات حول إدارة حالات سوء التغذية بالغ الحدة عند الأطفال والرضّع). جنيف: منظمة الصحة العالمية.
مأخوذ من:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/95584/1/9789241506328_eng.pdf

منظمة الصحة العالمية (2014)
Disability and health
(الإعاقة والصحة). ورقة حقائق رقم 352. (تمت مراجعتها في كانون الأول 2014). جنيف: منظمة الصحة العالمية.
مأخوذ من:
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en

منظمة الرؤية العالمية (2012)
Agency Standards for Protection Mainstreaming-imum InterMin
(المعايير الدنيا المشتركة بين الوكالات لتعميم الحماية). مأخوذ من:
**-protection-standards-agency-inter-world/minimum/reliefweb.int/report
enar-mainstreaming**

صورة الغلاف الخلفي: نساء وأطفال يعيشون ويعتنون بلاجئة فلسطينيه من سوريا تبلغ من العمر 80 عاما" وتعاني من شلل بأطرافها السفلى. يعيشون في مبنى غير منتهي في سهل البقاع، لبنان. تصوير كلير كاثيرنت/المنظمة الدولية لمساعدة المسنين

نُشرت هذه النسخة التجريبية للمعايير الدنيا لدمج المسنين والأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني من قبل اتحاد منظمات التقدم في السن والإعاقة، وهو مجموعة من سبع وكالات تعمل على تعزيز دمج المسنين وذوي الإعاقة في المساعدات الإنسانية وهي: CBM، وDisasterReady.org، وHandicap International، و HelpAge International، واللجنة الدولية للصليب الأحمر، وجامعة أوكسفورد بروكس وRedR UK.

HelpAge International
PO Box 70156, London WC1A 9GB, UK
هاتف 7778 7278 (0)20 44+ فاكس 6992 7387 (0)20 44+
adcap@helpage.orgwww.helpage.org
جمعية خيرية مسجلة برقم 288180
جميع الحقوق محفوظة © HelpAge International 2016
نيابة عن اتحاد منظمات التقدم في السن والإعاقة
ISBN 978-1-910743-02-7

IDLON0149

ADCAP
Age & Disability Capacity