

## جزوه آموزشی

### چگونه تعهدات خود را در زمینه همکاری با قربانیان انجام دهیم؟

بر اساس معاهده مقابله با مین یا کنوانسیون مهمات خوشه ایی

اقدامات اساسی به منظور بهبود کیفیت زندگی قربانیان و افراد دارای معلولیت

# جزوه آموزشی پیرامون همکاری با قربانیان

## معرفی

همکاری با قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ یکی از تعهدات دولت های عضو معاهده منع مین و کنوانسیون مهمات خوشه ایی است. برنامه های کاری کارتاجینا و وینتیان در مورد اینکه دولت های عضو خود را ملزم نموده اند تا تکالیف خویش در پیوند با همکاری با قربانیان، بصورت اخص در راستای بهبود کیفیت زندگی قربانیان، را بگونه مؤثر انجام دهند، حاوی تعهدات مشخصی میباشند. کنوانسیون سازمان ملل متحد راجع به حقوق افراد دارای معلولیت جامع ترین چارچوب را برای رسیدگی به نیازمندی ها و حقوق تمام افراد دارای معلولیت، به ویژه قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ، وضع نموده است. قراردادهای منطقه ایی در خصوص معلولیت و توسعه مانند *استراتژی اینچیون مینی بر "تحقق بخشیدن به حقوق" افراد دارای معلولیت در آسیا و اقیانوسیه* و همچنین *دهه افراد دارای معلولیت/آفریقا*، نیز در زمره اسناد ذیربط در این زمینه به شمار میروند.

## اهداف جزوه آموزشی حاضر

جزوه آموزشی حاضر در مورد همکاری با قربانیان توسط مؤسسه بین المللی هندیکپ همانند ابزاری برای ارائه اطلاعات دقیق راجع به این موضوع تهیه گردیده اند که منظور از همکاری با قربانیان چیست و چگونه میتوان آنرا در قالب اقدامات اساسی که قابلیت بهبود کیفیت زندگی قربانیان مین ها ویا مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ و افراد دارای معلولیت را داشته باشند، به اجرا درآورد. مخاطبین این جزوه آموزشی را دولت های زیان دیده از مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ، دولت هایی که در مقام امداد رسانی قرار دارند، به همین ترتیب نهاد هایی که در حمایت از قربانیان و سایر افراد دارای معلولیت فعالیت دارند، و سایر نهاد های جامعه مدنی و نهاد های بین المللی تشکیل میدهند.

## کارشیوه

این جزوه آموزشی بر اساس نوشته های موجود راجع به همکاری با قربانیان، معلولان و توسعه فراگیر، اعم از نشریه هایی مانند رهنمود های سازمان سلامت جهانی در مورد بازتوانی مبتنی بر جامعه، انتشارات مؤسسه بین المللی هندیکپ مختص به یک ناحیه و کشور مشخص، و سایر نوشته های منتشره واحد حمایتی اجرا کنوانسیون منع مین های ضد نفر، کمیته بین المللی صلیب سرخ و سایر نهاد ها تدوین گردیده اند. علاوه بر آن؛ نظریات تخصصی مشاورین فنی مؤسسه بین المللی هندیکپ با همکاری تیم های میدانی مؤسسه مذکور نیز اخذ گردیدند. همچنین، با قربانیان و سایر مؤسسات همکار در سایر کشور های متأثر از مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ نیز بحث و تبادل نظر صورت گرفت. با این وجود، آنچه به عنوان نوشته حاضر در این جزوه میخوانید مسؤولیت آن را مؤسسه بین المللی هندیکپ به عهده داشته و در واقع بازتاب دهنده سیاست و عملکرد مؤسسه مذکور میباشد.

## نگاه اجمالی به جزوه آموزشی

مجموعه حاضر حاوی 12 برگه آموزشی است که شش برگه آن بر یک ناحیه مشخص یا یک بخشی از سیاست عمومی که همکاری با قربانیان جزء لاینفک آن را تشکیل میدهد تمرکز دارند؛ درحالیکه شش برگه دیگر به مسایل مشترک اختصاص یافته اند. بمنظور افزایش همیاری میان چارچوب های مختلف، هر یک از برگه های آموزشی بصورت واضح با ناحیه ها و مسایل توسعه پیوند داده شده اند که منظور از شیوه مذکور همانا جلوگیری از تکرار و نیز پر ساختن خلا ها میان کوشش های در عرصه همکاری با قربانیان و سایر کوشش های توسعه؛ تقویت ارتباطات میان ابتکارات مشابه و تسهیل استفاده توأم با صرفه جویی از منابع است. مهمتر اینکه ادغام همکاری با قربانیان در کوشش های چارچوب تلاش های بزرگتر در خصوص توسعه فراگیر منتج به بهبود بیشتر و پایدار تر کیفیت زندگی قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ و افراد دارای معلولیت خواهد گردید، چیزیکه هدف اصلی فعالیت های همکاری با قربانیان را تشکیل میدهد.

موضوعات دوازده گانه که در برگه های آموزشی حاضر درباره آنها صحبت شده است به قرار ذیل اند:

مناطق / سیاست های عمومی	مسائل مشترک
<p>1 مراقبت های پزشکی</p> <p>2 بازتوانی</p> <p>3 حمایت روانی و روانی - اجتماعی</p> <p>4 آموزش</p> <p>5 مشارکت اجتماعی</p> <p>6 مشارکت اقتصادی</p>	<p>7 جنسیت</p> <p>8 توانمند سازی</p> <p>9 دسترس پذیری و دسترسی به خدمات</p> <p>10 جمع آوری اطلاعات</p> <p>11 برنامه های کاری ملی ، هماهنگی</p> <p>12 همکاری ها و همکاری بین المللی</p>

### از برگه های آموزشی چگونه استفاده کنیم؟

این برگه های آموزشی طوری تدوین گردیده اند که به شکل یک مجموعه و یا بصورت جداگانه مورد استفاده قرار گیرند. هر برگه آموزشی به بخش های مختلف به شرح ذیل تقسیم گردیده است: تعریف ناحیه همکاری با قربانیان یا مسایل مشترک، چارچوب های حقوقی و سیاست بین المللی، دست اندرکاران اصلی، چالش های اصلی در کشور های دارای سطح درآمد پائین، یک پروژه موفق، پیشنهادها، شاخص ها، شرح یک پروژه یا برنامه، و منابع.

بخش ششم هر برگه آموزشی حاوی پیشنهادهایی برای دولت های عضو معاهده منع مین و کنوانسیون مهمات خوشه یی است. برای دولت های زیان دیده از مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ مثالهای ارائه گردیده تا خاطرنشان گردد که چه کارهایی در سطح ملی جهت بهبود همکاری با قربانیان صورت گرفته و میتوان انجام دهند، درحالیکه دولت هایی که در جایگاه امداد رسانی قرار دارند نیز اطلاعاتی را راجع به اینکه دولت های زیان دیده در عرصه همکاری با قربانیان چه کار هایی را انجام میدهند، و چه کارهایی را میتوانند انجام دهند، به دست می آورد و در عین حال با ایده هایی از این رهگذر بر می خورند که چه نوع سیاست ها، طرح ها، برنامه ها و پروژه ها را از طریق همکاری های بین المللی میتوانند حمایت نمایند. علاوه بر آن، برگه آموزشی شماره 12 مشخصاً بر چگونگی حمایت از فعالیت های همکاری با قربانیان از طریق همکاری های بین المللی، متمرکز است.

در بسیاری از برگه ها بخش ششم که حاوی پیشنهادها و بخش هفتم که شاخص ها را در بر دارد به سه بخش فرعی دیگر قرار ذیل تقسیم شده اند:

1. کیفیت زندگی
2. دسترسی به خدمات
3. قوانین و سیاست ها

اطلاعات به این دلیل به این شکل تنظیم گردیده اند تا نشان داده شود که اقدامات مختلف بر یکی از موارد سه گانه مذکور تأثیر مستقیم دارد. به هر حال، مؤسسه بین المللی هندیکپ معتقد است که پیشرفت ها در بخش های دسترسی به خدمات، قوانین و سیاست ها مهم اند اما باید نهایتاً تأثیرات مثبت، قابل اندازه گیری و پایدار بر کیفیت زندگی قربانیان و افراد دارای معلولیت داشته باشند.

### مفاهیم کلیدی

## ● دسترسی به خدمات

هر زمانی که اصطلاح "دسترسی به خدمات" در این برگه ها بکار برده میشود، کلمه "دسترسی" شش شاخص ذیل را در بر می گیرد: موجودیت، دسترس پذیری، قابل قبول بودن، قابل پرداخت، پاسخگویی و کیفیت فنی خوب (به برگه آموزشی شماره 9: دسترس پذیری و دسترسی به خدمات مراجعه شود)

## ● عدم تبعیض

معنای این اصطلاح در برگه های آموزشی حاضر مشخصاً چنین است که هیچ نوع تبعیض علیه یا در بین قربانیان و یا سایر افراد دارای معلولیت جایز نمی باشد. لازم است فعالیت های همکاری با قربانیان به حال سایر افراد دارای معلولیت مفید واقع گردند، دقیقاً همانگونه که کوشش ها در جهت احقاق حقوق افراد دارای معلولیت و خانواده های شان باشد دربر گیرنده حقوق قربانیان و خانواده های شان نیز باشند.

## ● توسعه فراگیر:

حصول اطمینان از اینکه تمام گروه های محروم، آسیب پذیر و یا منزوی (مانند اکثریت قربانیان و افراد دارای معلولیت) از تمام روند های توسعه ی بهره مند گردیده، با آنها همکاری نموده و سهم معقول و مثمر داشته باشند.

## ● قربانیان

عبارت از تمام افرادی اند که به دلیل وجود مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ جانهای شان را از دست داده و یا متحمل مجروحیت، ضرر اقتصادی، انزوای اجتماعی و یا عدم دسترسی جدی به حقوق حقه شان گردیده باشند. این اصطلاح به کسانی که بصورت مستقیم توسط مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ زیان دیده گردیده اند و نیز به خانواده ها و جوامع زیان دیده دلالت میکند که در برگه های آموزشی مذکور بنام "قربانیان" یاد شده اند.

## ● افراد دارای معلولیت

بر اساس تعریف کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، افراد دارای معلولیت کسانی اند که دارای محدودیت های دراز مدت فیزیکی، ذهنی، عقلی یا حسی میباشند طوری که محدودیت های مذکور حین مواجهه با مشکلات مختلف، مانع سهمگیری کامل و مؤثر آنها در جامعه بگونه یکسان با دیگران شوند.

## ● راه برد دوگانه

این اصطلاح به کار شیوه ای اطلاق میگردد که توسعه فراگیر را با استفاده از دو روشی که متمم یکدیگر بوده و به یک اندازه حایز اهمیت می باشند، گسترش می نماید:

- از طریق اجرا اقدامات مشخص که باعث ارتقای توانمندی انفرادی و جمعی قربانیان مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ و افراد دارای معلولیت میگردد. (به برگه آموزشی شماره 8 تحت عنوان توانمند سازی، مراجعه شود)
- از طریق محو تمام موانع فیزیکی، رفتاری و ارتباطی که افراد دارای معلولیت را از رشد و توسعه باز میدارند. (به برگه آموزشی شماره 9: دسترس پذیری/ دسترسی به خدمات، مراجعه شود)

امیدواریم برگه های آموزشی مذکور برای خواننده گان آموزنده و مفید بوده و آنها را دعوت نمایند تا راجع به راه هایی که میتوانند در بخش های همکاری با قربانیان و توسعه فراگیر همکاری نمایند، بیشتر بیاموزند. مؤسسه هندیکپ در انتظار نظرات و پیشنهادتان خواهد بود. رهنمود های تفصیلی، اسناد فنی و آگاهی ها راجع به عملکرد های پذیرفته شده در پیوند با موضوعات مذکور در تمام برگه ها گنجانیده شده اند.

**نویسنده:** واندا مونوز، مشاور همکاری با قربانیان و اقتصاد فراگیر؛ با همکاری ایلکی هاتینتات، کامیلی گاسلین، ماریون لایبرتوسی و هروی برنارد، موسسه بین المللی هندیکپ.

## برگه آموزشی اول

### قسمت همکاری با قربانیان: مراقبت پزشکی

#### بخش توسعه: سلامت

#### مراقبت پزشکی چیست؟

**مراقبت پزشکی** یکی از اجزای **خدمات سلامت** است. مراقبت پزشکی به معنای نگهداری، **تشخیص، ارزیابی و درمان و اختلالات** میباشد.<sup>(1)</sup> در بخش همکاری با قربانیان خدمات سلامت بیشتر بر مراقبت پزشکی اورژانسی و مستمر تمرکز نموده است. هدف از مراقبت پزشکی اورژانسی فراهم ساختن مراقبت های درمانی حیاتی مانند کمک های اولیه پزشکی، تزریق خون و **سایر اقدامات اولیه** می باشد که پس از سپری نمودن یک حادثه مانع مرگ یا معلولیت دایمی شخص میگردند. هدف از مراقبت پزشکی مستمر تسریع روند بهبودی کلی شخص از طریق اقداماتی نظیر کاهش درد است.

**مراقبت پزشکی** گام نخست جهت حصول اطمینان از این امر اند که یک شخص پس از یک حادثه با حد اقل صدمه زنده مانده؛ و تا حد امکان، خطر و سطح معلولیت های دایمی ناشی از حادثه کاهش یابند. تاکنون، مراقبت پزشکی که در پاسخ به یک صدمه ارائه میگردند صرفاً بخشی از خدمات سلامت عمومی را تشکیل میدهند. برای قربانیان ضروری است و حق دارند، تا از مراقبتهای سلامت مناسب حتی بعد از بهبودی ناشی از صدمه نخست برخوردار شوند.

#### خدمات سلامت متشکل از اجزای ذیل میباشدند: (2)

- **بالابردن سلامت:** تقویت مهارت های افراد جهت تغییر شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی بمنظور کاهش آسیب ناشی از جراحت.
- **جلوگیری:** اقدامات پیشگیرانه ابتدایی (جلوگیری از بیماری)، دومی (تشخیص و درمان در مراحل اول) و سومی (بازتوانی).
- **مراقبت پزشکی** (شامل مراقبت پزشکی اورژانسی و مستمر): تشخیص، ارزیابی، جراحی و درمان بیماری و اختلالات.

#### فشرده حقایق

- همه ساله هزاران تن بر اثر حوادث مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ، همواره به سبب نبود دسترسی به کمک های اولیه پزشکی حرفه ای، کشته و یا معلول میشوند.
- افراد دارای معلولیت، شامل قربانیان، نسبت به سایر افراد اکثراً از سطح پائین تر مراقبت از سلامت برخوردار گردیده و در قسمت دسترسی به خدمات سلامتی، مشکلات بیشتری را تجربه می کنند.
- زنان و دختران دارای معلولیت، شامل قربانیان، نسبت به سایر زنان به نسبت بیشتری از سوء استفاده جنسی مواجه گردیده و به دانش های مربوط به سلامت باروری دسترسی کمتر دارند. آنها با خطر بیشتر عفونت ایدز، بارداری ناخواسته و مرگ و میر نوزادان مواجه اند.

#### چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه ای** ماده پنجم | **برنامه کاری وینتیان:** اقدام شماره 25 و 28
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، بند 12. اقدام شماره 31

- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های 25 و 26
- **اهداف توسعه ی هزارساله:** اهداف شماره 4، 5 و 6.

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

- **نهادهای قربانیان و افراد دارای معلولیت | عرضه کننده گان خدمات:** بیمارستان ها، خدمات ترابری فوریت های پزشکی ( اورژانس)، مراکز بهداشت جامعه
- **وزارت ها:** وزارت بهداشت
- **نهادهای بین المللی:** سازمان بهداشت جهانی

### چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چیست؟

- محدود بودن یا عدم موجودیت منابع انسانی و مادی برای مراقبت از سلامت (شامل متخصصین کمک های اولیه و تزریق خون) در روستاها، جائیکه اکثریت قربانیان زندگی می کنند.
- انتقال به مراکز درمانی اکثراً زمان بر و پرهزینه است: موانعی از قبیل مسافت و هزینه مواظبت دسترسی منظم به خدمات سلامت را برای مردم بخصوص کودکان که در جریان مراحل مختلف رشد و نمو به آن ضرورت دارند، مشکل میسازد.
- تعداد اندکی از جراحان، فنون قطع عضو و نجات دادن بینایی را که اکثراً برای مجروحین انفجار مین/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ لازم می باشند، فرا گرفته اند.
- در بیشتر مواقع، هزینه درمان به قدری زیاد است که افراد کم درآمد، مانند اکثریت قربانیان، قادر به پرداخت این هزینه ها نیستند.
- ناامنی در مناطق جنگ زده عرضه خدمات سلامت در مناطق را مشکل ویا حتی ناممکن میسازد. معمولاً تیم های سیار و خدمات پزشکی دوره یی اندک ویا اصلاً وجود ندارند.
- نبود کارکنان امدادی زنان، که در بعضی از جوامع و فرهنگ های بخصوص دسترسی قربانیان زن به این خدمات را مشکل میسازد.
- کمبود کارکنان سلامت آموزش دیده در مورد حقوق افراد دارای معلولیت و اطمینان یافتن از اینکه افراد دارای معلولیت های مختلف چگونه میتوانند به آگاهی های راجع به نگهداری، ارتقا مراقبت و خدمات سلامت وخدمات دسترسی داشته باشند؛ به همین ترتیب آگاهی های راجع به خدمات سلامت به ندرت به قربانیان میرسد.

### پروژه های موفق در بخش دسترسی به سلامت

**در افغانستان،** سازمان بهداشت جهانی با وزارت بهداشت عمومی در عرصه ارتقای ظرفیت ها در بخش رویه های اضطراری و اساسی جراحی و بیهوشی در بیمارستان های مناطق و استان ها از طریق مدیریت مشترک درمورد برنامه مراقبت های جراحی اورژانسی و اساسی همکاری نمود. (3)

**در کلمبیا،** وزارت تامین اجتماعی با حمایت کمیته بین المللی صلیب سرخ یک راهنمای فنی راجع به مراقبت سلامت اضطراری را تهیه نموده و جراحان بیمارستان های مناطق آلوده به مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ را آموزش داد. کمیته بین المللی صلیب سرخ و صلیب سرخ کلمبیا در 12 منطقه آلوده آموزش کمک های اولیه به کمک مردم محل را ارائه نمودند. (4)

**در تایلند،** نظام خدمات فوریت های پزشکی به تمام شهرها و روستاها شامل 27 شهر آلوده به مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ افزایش یافت. درحال حاضر در این کشور یک شبکه تیم های واکنش اضطراری ایجاد گردیده است که

نیازمندان میتوانند در طول 24 ساعت و در سراسر کشور، به استثنای بعضی از مناطق دور افتاده مرزی، در حالات اضطراری با برقراری تماس تلفنی از این خدمات بهره مند گردند.<sup>(5)</sup>

## دولت ها چه کار هایی را می توانند انجام دهند؟

### در بخش بهبود کیفیت زندگی:

- آموزش کمک های اولیه برای مردم محل در مناطق آلوده به مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ.
- حصول اطمینان از اینکه قربانیان و سایر مجروحین ادامه درمان را از تیم های جراحی و پرستاری و هم از متخصصین بازتوانی دریافت می کنند.
- حصول اطمینان از اینکه افراد دارای معلولیت، شامل قربانیان و خانواده های شان، از مزایا و خطرات عمل های جراحی بخوبی آگاه بوده و نیز از هزینه ها و مدت زمان درمان مطلع باشند.
- توسعه مهارت های افراد از طریق ارائه آموزشهای سلامت و سایر آگاهی ها جهت افزایش کنترل بیشتر سلامتی شان.
- بصورت ویژه، اطمینان از اینکه دختران و زنان دارای معلولیت، شامل قربانیان، بصورت مساوی مانند دختران و زنان فاقد معلولیت به خدمات سلامت جنسی و باروری دسترسی داشته باشند.

### در بخش بهبود دسترسی به خدمات:

- حصول اطمینان از اینکه تاسیسات سلامت با وسایل و تجهیزات کافی مجهز بوده و ذخایر کافی خون و داروی سالم در دسترس داشته باشند.
- حصول اطمینان از موجودیت ظرفیت کافی برای عمل جراحی و کاهش درد.
- تضمین رایگان بودن ویا ارزان بودن و قابل دسترس بودن خدمات سلامت برای قربانیان، افراد دارای معلولیت و سایر افراد نیازمند.
- تدوین برنامه های آموزشی آگاهی از معلولیت برای بهداشت حرفه ایی.
- حصول اطمینان از موجودیت کارکنان سلامت زنان.
- ایجاد و حمایت سامانه پذیرش جهت تسهیل دسترسی افراد دارای معلولیت به خصوص زنان و کودکان به تمام خدمات سلامت.

### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها:

- قوانین و سیاست های سلامت باید در مطابقت با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت بوده و متعاقباً برنامه ها و بودجه های مربوطه جهت اجرا آنها در سطح محلی طرح گردند.
- اطمینان از قرار دادن موضوعاتی نظیر ارتقای سلامت، نگهداری و مراقبت های پزشکی در قوانین و سیاست های مربوطه.

### چگونه پیشرفت ها را اندازه گیری نمود

برگه های آموزشی مناطقی را یادآور می نماید که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تاثیرات مثبتی را بر کیفیت زندگی ایجاد نمایند.

### کیفیت زندگی:

\*میزان قربانیانی که نجات می یابند. \* کاهش مدت زمان لازم برای دستیابی به کمک های پزشکی پس از وقوع یک حادثه. \* تعداد افراد دارای معلولیت، شامل قربانیان، که از طرز العمل دسترسی به خدمات سلامت آگاهی دارند. \* میزان



دختران و زنان دارای معلولیت، شامل قربانیان، که به خدمات سلامت دسترسی دارند به مقایسه زنان و دختران فاقد معلولیت. \* کاهش تفاوت میزان مرگ و میر بین مردان و زنان.

#### **دسترسی به خدمات:**

\*تعداد مردمی که آموزش های کمک اولیه را فرا گرفته؛ در روستاهایی که دارای بیشترین وقوع حوادث بوده اند. \* تعداد کارکنان آموزش دیده پزشکی در مناطق آلوده. \* بالا رفتن سطح آگاهی کارکنان سلامت در مورد حقوق و نیازمندی های افراد دارای معلولیت. \* افزایش ظرفیت در بخش های جراحی و بیهوشی در مناطق آلوده یا حوالی آن. \* تعداد دستورالعمل ها و برنامه های سلامت با هدف رسیدگی به افراد شامل مردان، زنان، دختران و پسران دارای معلولیت.

#### **قوانین و سیاست ها:**

\*قانون مربوط به سلامت در مطابقت با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت قرار داشته و نیاز های مشخص قربانیان مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ و سایر مصدومین در آن مورد توجه قرار گرفته باشند. \* سیاست های ارتقا، سلامت نگهداری و مراقبت از سلامت دربر گیرنده تدابیر و بودجه مشخص برای مشارکت افراد دارای معلولیت همانند سایر افراد باشند.

### **پروژه الگو: آموزش پزشکیاران در مناطق شمالی عراق (6)**

**مشکلات شناسایی شده:** اکثریت قربانیان مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در روستا ها زندگی میکنند. این درحالیست که اکثر پزشکان و مراکز درمانی در شهر ها هستند. در شمال عراق ظرفیت اندکی برای بهره مندی مصدومین از مراقبت های ماقبل بیمارستانی وجود داشت.

**هدف:** بهبود دسترسی به مراقبت های ماقبل بیمارستانی از طریق آموزش دادن به یک گروه پزشکیار که سپس آنها ماموران و اکنش ابتدایی را در محل آموزش خواهند داد.

**فعالیت ها:** آموزش دادن به 6000 تن افراد محلی به عنوان ماموران و اکنش ابتدایی و همچنین 88 دستیار سلامت (1996 – 2004). تمام بیماران با نظارت نمودن از فاصله های زمانی، کمک های صورت گرفته، تأثیرات درمان ماقبل بیمارستانی و میزان تلفات ، ثبت و نام نویسی گردیدند.

**پایداری:** پزشکیاران و ماموران کمک های اولیه آموزش دیده در مناطق مورد نظر زندگی و کار میکنند تا پس از پایان پروژه نیز در محل باقی بمانند. همه آنها از تجارب شخصی فراگیر جهت کمک با قربانیان مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ برخوردار بودند. بعد از گذشت 8 سال 72 درصد پزشکیاران در برنامه باقی مانده بودند. این پروژه با همکاری بیمارستان های محلی و مقامات بهداشتی منطقه اجرا گردید.

**شاخص های کلیدی:** تعداد 88 دستیار پزشکیار داده شدند. پزشکیاران مذکور نیز 6000 تن افراد محلی را به عنوان ماموران و اکنش ابتدایی در روستا های خود و روستا های مجاور جهت ارائه حمایت های اساسی حیات بخش برای مصدومین آموزش دادند. تعداد 2349 بیمار در زمان مذکور درمان گردیدند که از جمله آنها 919 تن از مین ها و سایر جراحات نافذ و 1430 تن از صدمات جزئی یا سایر حالات اضطراری پزشکی متاثر گردیده بودند. میزان مرگ و میر قربانیان از 28.7 درصد به 9.4 درصد و فاصله زمانی میان مجروحیت و رسیدن اولین کمک پزشکی از 2.4 ساعت به 0.6 ساعت کاهش یافت. اکثریت تلفات در محل مجروحیت گزارش گردید؛ طوریکه قربانیان قبل از رسیدن کمک به آنها درگذشته بودند. تأثیرات درمان ماقبل بیمارستان یی بهبود قابل ملاحظه نشان داد.

**مدت:** نتایج گزارش داده شده مربوط به سالهای 1999 الی 2005 بوده؛ پروژه هنوز جریان دارد.

**مرجع اجرا کننده:** مرکز منابع قربانیان مین ترومسو با همکاری بنیاد مراقبت های درمانی عراق.

**مرجع حمایت کننده:** وزارت امور خارجه نروژ.

شرح تصویر: مرکز KORD، سلیمانیه، عراق، 2011

## منابع:

- (1) (2) WHO, UNICEF, ILO, IDDC. *CBR Health Guidelines*. 2010 | GICHD. *Assisting Landmine/ERW survivors in the context of disarmament*, disability and development. 2011 | (4) ICBL. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 | (6) Wisborg, Murad, Edvardsen and Husum. *Prehospital Trauma System in a Low-Income Country*. *The Journal of Trauma*. May 2008; ICRC. *Care in the field for victims of weapons of war*. 2001 and *Caring for landmine victims*. 2005; Trauma Care Foundation. *Save Lives, Save Limbs*. 2000; Tromso Mine Victim Resource Center. *Annual Report*. 2011; WHO. *Prehospital Trauma Care Systems*. 2005

## برگه آموزشی دوم

### قسمت همکاری با قربانیان: بازتوانی

#### بخش توسعه: بازتوانی

#### بازتوانی چیست؟

**بازتوانی** روندیست که قربانیان و سایر افراد دارای معلولیت را قادر میسازد تا به سطح مطلوب توانایی های فیزیکی، حسی، ذهنی و اجتماعی شان رسیده و آنرا حفظ کنند.

**بازتوانی** قربانیان و سایر افراد دارای معلولیت را در رسیدن به بالاترین حد تندرستی و سلامتی، چه از نقطه نظر زندگی مستقل و چه از نظر مشارکت در جامعه، یاری میرساند.

#### اجزای بازتوانی به شرح ذیل اند:

- **خدمات پروستیز و اورتوز:** عبارت از تولید و برابر کردن اعضای مصنوعی و ابزار کمکی است که شخص را قادر می سازد تا دوباره به راه افتاده و یا کارایی اعضای اصلی اش بهبود یابند. پروستیزها به جای یک عضو بدن استفاده می شوند و اورتوزها اجزای وظایف حسی و حرکتی را بهبود میبخشند. پروستیز و اورتوز به گروه ابزار کمکی تعلق دارند، گروهی که وسایل حرکتی مانند ویلچر ها و واکر ها را نیز در بر می گیرند.
- **فیزیوتراپی:** به معنای استفاده از روش های دستی، تمرینات و وسایل ابتدایی جهت بهبود و توسعه وظایف حرکتی و حسی و نیز کنترل درد است.
- **درمان شغلی (اکوپیشنل تراپی):** این اصطلاح به استفاده از فعالیت های روزمره زندگی بصورت انفرادی یا گروهی اطلاق می گردد که بمنظور افزایش مشارکت در خانه، مدرسه، محل کار، محل زندگی، فرهنگ، ورزش و فعالیت های تفریحی اجرا میشوند. درمان مذکور برای رفع و کاهش اختلالات فیزیکی، ادراکی، روانی - اجتماعی و حسی بکار برده میشود.
- **درمان تکلمی (اسپیچ تراپی):** تمام اختلالات صوتی، تکلم و زبان را که به اختلالات ذهنی یا شنوایی مربوط نباشند معالجه میکند.

#### فشرده حقایق

- در بسیاری کشور های دارای سطح درآمد پائین، فقط 5 الی 15 درصد آنهایی که به وسایل کمکی نیاز دارند واقعاً به آنها دسترسی دارند.<sup>(1)</sup>
- از 114 کشوری که در سال 2004 مورد بررسی قرار گرفت 50 درصد فاقد قانون درباره بازتوانی بودند؛ به همین ترتیب 48 درصد شان سیاست های وسایل کمکی را نداشتند.<sup>(2)</sup>
- برآورد می شود 105 میلیون تن، یا 1.5 درصد جمعیت کره زمین، به ویلچر نیاز دارند.<sup>(3)</sup>
- استفاده از وسایل حرکتی فرصت های تحصیلی و کاری را افزایش داده و باعث بهبود سلامت، مشارکت اجتماعی و کیفیت کلی زندگی میگردد.<sup>(4)</sup>

- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** ماده پنجم بند اول و دوم H ، بند هفتم ماده ششم، ماده هفتم بند اول K
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدام شماره 25 و 28
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، بند 12. اقدام شماره 31
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های 20 و 26

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

**نهاد های** قربانیان و افراد دارای معلولیت | **عرضه کننده گان خدمات:** مراکز بازتوانی و تیم های مربوطه تحت مدیریت مؤسسات غیر دولتی ، مؤسسات غیر دولتی بین المللی ، خدمات عمومی | **وزارت ها:** بهداشت، امور اجتماعی، آموزش و پرورش | نهاد های حرفه ایی ملی متخصصین بازتوانی | **نهاد های حرفه ایی بین المللی** مانند مجتمع بین المللی پروستیز و اورتوز (ISPO)، انجمن جهانی فیزیوتراپی (WCPT)، و فدراسیون جهانی درمانگران شغلی | **نهاد های بین المللی:** کمیته بین المللی صلیب سرخ.

### چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چیست؟

- **منابع مالی محدود برای نظام مراقبت سلامت و مشخصاً برای خدمات بازتوانی در مناطق روستایی و دور افتاده.**
- **نبود برنامه های ملی برای توسعه بازتوانی و مشخصاً در بخش خدمات پروستیز و اورتوز؛** که هردو بصورت مطلوب در برنامه های مراقبت سلامت گنجانیده نشده اند.
- **بعضی از برنامه های بازتوانی ممکن است فقط بر فیزیوتراپی و وسایل کمکی** ویا بر انواع مشخص محدودیت های اصلی (بینایی، حرکتی و غیره) تمرکز داشته باشند بدون اینکه با سایر خدمات بازتوانی ارتباط داشته باشند.
- **محدود بودن تعداد کارمندان حرفه ایی ،** یا با آموزش های اندک یا نبود اینگونه کارمندان در جامعه در بخش بازتوانی ، بخصوص در مناطق آلوده به مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ.
- **عدم تعقیب و پیگیری لازم از دریافت کننده خدمات بازتوانی پس از ترخیص.**
- **ارتباطات اندک یا نداشتن کامل ارتباطات با خدمات پزشکی، اجتماعی و روانی.**
- **کاربران بالقوه با همه موارد مربوط به خدمات بازتوانی موجود و طریقه دسترسی به آنها، آشنایی ندارند.**
- **کاربران از پرداخت هزینه های اصلی خدمات بازتوانی و هزینه های جانبی مانند ترابری و مراقبت از کودکان ناتوان میباشند.**
- **کاربران در روند های برنامه ریزی، نظارت و ارزیابی خدمات سهیم نیستند.**

### پروژه های موفق در بخش بازتوانی

- در سودان شمالی،** کمیته بین المللی صلیب سرخ وزارت جنسیت، کودک و رفاه اجتماعی را در عرصه مدیریت و پیشبرد مرکز بازگشت بازتوانی فیزیکی جوبا، که با عنوان مرکز بازگشت به سطح کشور ایفای وظیفه میکند، یاری می‌رساند. کمیته بین المللی صلیب سرخ بمنظور رسیدگی به چالش های موجود فعالیت های ذیل را انجام داده است:
1. **کمک در پرداخت هزینه های ترابری و سفر کسانی که به این مرکز مراجعه می‌کردند.** 2. همکاری در ایجاد و توسعه سامانه مراجعه کردن. 3. **حمایت از کمپین های آگاهی دهی.** همچنان برای مرکز مذکور مواد و وسایل نیز اهدا نمود تا اطمینان حاصل نماید که مرکز مذکور از امکانات لازم برای ارائه خدمات برخوردار باشد. در سال 2011 بیش از 1440 تن از خدمات مختلف این مرکز بهره مند گردیدند. همچنان کمیته بین المللی صلیب سرخ حمایت های محل حادثه، رهنمایی

و بورسیه ها برای دوره های پروستیز و اورتوز را فراهم ساخته و نیز وزارت مذکور را در بالا بردن ظرفیت خویش جهت اجرا، هماهنگ سازی و مدیریت فعالیت های بازتوانی فیزیکی یاری رسانید.<sup>(6)</sup>

**در موزامبیک،** مؤسسه بین المللی هندیکپ با همکاری کمیته بین المللی صلیب سرخ در طول دهه هشتاد میلادی شماری از مراکز بازتوانی را تاسیس نمود. مؤسسه بین المللی هندیکپ برای 15 سال متوالی در مناطق مختلف در راستای حمایت ویا ایجاد مراکز خدمات پزشکی فیزیکی و بازتوانی، عمدتاً مراکز پروستیز و اورتوز، و عرضه مستقیم خدمات فعالیت نموده است؛ مراکز ترانزیت برای میزبانی مراجعینی که از مناطق دورافتاده می آمدند ساخته شدند و یک برنامه بازتوانی مبتنی بر جامعه ایجاد گردید. نهاد مذکور برنامه های آموزشی ضمن خدمت و توسط نهاد تحصیلی پیرامون مسایل بازتوانی را حمایت نمود. بعد ها مؤسسه بین المللی هندیکپ همکاری های خود با مقامات ملی را در جهت توسعه نظام بازتوانی در کشور از طریق حمایت از ایجاد سیاست ها، رشد ظرفیت های کاری عرضه کننده گان خدمات و تنظیم شکایت در سطح وزارت برای تخصیص دهی منابع برای ناحیه بازتوانی، تقویت نمود.

### دولت ها چه کار هایی را می توانند انجام دهند؟

#### در بخش بهبود کیفیت زندگی:

- تسهیل دسترسی به خدمات بازتوانی که معمولاً برای قربانی یا سایر افراد دارای معلولیت ضرورت داشته باشند شامل مداوای فیزیکی، شغلی و تکلمی، پروستیز و اورتوز و کاهش درد.
- در نظر گرفتن ویژگی های مردان، زنان، دختران و پسران در رابطه با طراحی، مقاومت و مناسب بودن وسایل کمکی از نقطه نظر سن کاربران.
- خدمات بازتوانی، شامل وسایل کمکی، باید پاسخگوی نیازمندی های کاربران بوده و با شرایط محیطی مربوطه سازگار باشند.
- حصول اطمینان و پیگیری ارائه خدمات بازتوانی به تمام کاربران ، بخصوص کودکان که نیازمندی های شان اکثراً همزمان با رشد و نمویشان تغییر میکنند.

#### در بخش بهبود دسترسی به خدمات:

- حصول اطمینان از فراهم بودن فیزیوتراپی در کمترین زمان ممکن پس از وقوع حادثه جهت جلوگیری از به هم ریختگی، آماده شدن برای بازتوانی و تسهیل استفاده از وسایل کمکی.
- در صورت امکان، فراهم ساختن وسایل کمکی که در همان منطقه و با استفاده از مواد موجود در همان منطقه ساخته شده باشند.
- ارائه آموزش حرفه ایی به تعداد کافی افراد در بخش بازتوانی(فزیوتراپیست ها، افراد فنی پروستیز و اورتوز، درمانگران شغلی و تکلمی) حسب نیازمندی های جمعیت و موقعیت جغرافیایی شان.
- حصول اطمینان از کیفیت مراقبت ها و دانش ارائه کننده گان آنها با استفاده از معیار های جهانی پروستیز و اورتوز (ISPO).
- افزایش سطح آگاهی قربانیان و سایر افراد دارای معلولیت و خانواده های شان راجع به وسایل کمکی ، در دسترس بودن و استفاده از وسایل مذکور.
- ایجاد خدمات سیار بازتوانی مبتنی بر جامعه .

#### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها:

- حصول اطمینان از اینکه بازتوانی یک جزء لاینفک قوانین و سیاست ها بوده، در مطابقت با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت قرار داشته و افراد دارای معلولیت به حد اکثر استقلال فردی، همواره از طریق ارزیابی چندین جانبه نیازمندی ها و نقاط قوت شان، رسیده و آنرا حفظ نمایند.
- حصول اطمینان از اختصاص یافتن منابع کافی برای اجرا آن در همه مناطق شامل مناطق روستایی و دور افتاده.

- ایجاد یک شبکه بازتوانی با داشتن پوشش کافی، شامل مراکز مراجعه، کارگاه های پروستیز و اورتوز در سطح جامعه و تیم های سیار.
- حذف مالیات و تعرفه گمرکی از وسایل تولیدی و بازتوانی.
- در مواردی که نهاد های بین المللی در ارائه خدمات دخیل باشند، حصول اطمینان از اینکه مقامات کشور برنامه واضحی برای به عهده گرفتن مسئولیت ها از طریق توسعه دادن منابع فنی، انسانی و مالی کافی جهت حصول اطمینان از پایداری، داشته باشند.

### چگونه میتوان پیشرفت ها را اندازه گیری نمود؟

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تأثیرات مثبتی را بالای کیفیت زنده گی ایجاد نمایند.

#### کیفیت زندگی:

تعداد کاربرانی که خدمات درمان و وسایل کمکی را دریافت می کنند. \* کاهش فاصله زمانی میان زمان نیاز به خدمات و زمان دسترسی به آن. \* تعداد افرادی که در تهیه برنامه بازتوانی شان سهم فعال دارند. \* تعداد کاربرانی که پس از دسترسی به خدمات بازتوانی، مشارکت اجتماعی شان افزایش یافته است. \* تعداد کسانی که از وسیله کمکی خود تا یکسال پس از تاریخ دریافت از آن استفاده میکنند.

#### دسترسی به خدمات:

\* افزایش در شمار خدمات بازتوانی که در روستاها و مناطق دور افتاده آلوده به مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ ارائه میگرددند. \* سطح کسب اعتبارنامه از مجتمع بین المللی پروستیز و اورتوز ISPO. \* درصد خدمات بازتوانی با وسایل کافی. \* تعداد خدمات رایگان و یا قابل پرداخت. \* تعداد کاربرانی که به خدمات پزشکی، اجتماعی و یا سایر خدمات مراجعه می کنند. \* تعداد ارائه کننده گان خدمات که بصورت منظم از معیارهای کیفیت گزارش میدهند (قابل پرداخت بودن، رفتار کارمندان و مناسب بودن وسایل...). \* تعداد درمانگران و افراد فنی شامل زنان که در آموزش های فنی ابتدایی و یا مستمر شرکت میکنند. \* تعداد افراد دارای معلولیت که در مراکز ارائه خدمات بازتوانی استخدام میشوند. \* وجود روش مدون برای کاربران خدمات جهت اظهار تقاضا های شان. \* تعداد ارائه کننده گان خدمات شامل کاربران در بخش های برنامه ریزی، نظارت و ارزیابی خدمات.

#### قوانین و سیاست ها:

\* بازتوانی جزء مهم قوانین و سیاست های سلامت بوده و در مطابقت با معیار های کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت قرار داشته باشد. \* رهنمود های بازتوانی فیزیکی وجود داشته باشند. \* اطلاعات مربوطه برای تصمیم گیری بصورت روزمره جمع آوری میشوند.

### پروژه الگو: دسترسی به دارو و خدمات بازتوانی در آلبانی

**شناسایی مشکلات:** خدمات بازتوانی در این کشور به خوبی توسعه نیافته بودند؛ هیچ نهاد آموزشی برای شاغلین بازتوانی وجود نداشت.

**هدف:** افزایش دسترسی یکسان و پایدار به خدمات با کیفیت پزشکی فیزیکی و بازتوانی برای همه.

**فعالیت ها:** 1. آموزش و ارتقای ظرفیت کارمندان فنی بازتوانی. 2. حمایت از ایجاد نظام خدمات بازتوانی در یک منطقه آسیب دیده (بیمارستان منطقه ی کوکیس). 3. همکاری در ایجاد سیاست بازتوانی.

**پایداری:** 1. حصول اطمینان از مالکیت دست اندرکاران کشوری: وزارت بهداشت، نهاد های آموزشی، خدمات محلی. 2. توسعه ظرفیت های آموزشی در محل و آموزش مدرسین. 3. همکاری در تعریف برنامه کاری ملی بازتوانی.

**شاخص های کلیدی:** \* استراتژی و طرح کاری ملی پزشکی و بازتوانی تصویب گردیدند. \* تعداد 79 تن فزیوتراپست ها از برنامه جدید با مدرک لیسانس فارغ شدند. \* تعداد 18 پزشک دوره یک ساله پزشکی و بازتوانی را به اتمام رساندند. \* تعداد 6 تن در برنامه آموزشی پروستیز و اورتوز شرکت نمودند. \* 399 نفر از خدمات پروستیز و اورتوز بهره مند گردیدند. \* یک بیمارستان منطقه ایی دارای یک واحد فعال بازتوانی است (فیزیوتراپی، خدمات پروستیز و اورتوز) \* انجمن های افراد دارای معلولیت در جایگاه بهره مندی از حقوق شان و نظارت از برنامه کاری ملی معلولیت نقش فعالی را ایفا میکنند.

**دست اندرکاران:** اداره مین زدایی آلبانی، وزارت بهداشت، دانشکده پرستاری تیرانا، دو مدرسه فیزیوتراپی بلژیکی.

**زمان:** اواخر سال 2005 الی سال 2010

**مرجع حمایت کننده:** صندوق بین المللی پول

**مرجع اجرا کننده:** مؤسسه بین المللی هندیکپ

شرح تصویر: کمپ برمه ها در تایلند، 2011

## منابع

(1) WHO, UNICEF, ILO, IDDC. *Community-based rehabilitation Health Guidelines*. 2010 | (2) WHO, USAID. *Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings*. 2011 | (3) (4) HI. *Policy brief: wheelchair mobility and positioning devices*. 2012; HI. *The sustainability analysis process: the case of physical rehabilitation*. 2012 | (5) ICBL-CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012; ICRC. *Understanding the concept of physical rehabilitation*. 2009 | (6) ICRC. *Report of activities*. 2011; ISPO, LSN. *Prosthetics and Orthotics Program Guide: Implementing P&O in low-income settings*. 2006; Landmine Survivors Network. *Surviving Limb Loss*. 2000





## برگه آموزشی سوم

قسمت همکاری با قربانیان: حمایت روانی و روانی - اجتماعی

بخش توسعه: سلامت روانی و حمایت روانی - اجتماعی

حمایت روانی و روانی - اجتماعی چیست؟

### حمایت سلامت روانی و روانی - اجتماعی بخشی از خدمات سلامت روانی را تشکیل میدهد

سلامت روانی حالتی از سلامتی و خوشنودی را گویند که افراد توانمندی های خود را درک کرده، قادر به مبارزه با فشار های عادی زندگی و کار بوده و برای اجتماع شان مفید واقع میشوند. (1) سلامت روانی بستگی به خصوصیات شخصیتی مانند سازگاری، خوشبینی، توانایی مبارزه با مشکلات، داشتن کنترل بالای زندگی و عزت نفس دارد. (2)

اجزای سلامت روانی قرار ذیل اند:

- **حمایت روانی:** مشورت دهی توسط متخصصین روانی و عقلی.
- **حمایت روانی - اجتماعی:** فعالیت های فرهنگی، ورزشی و تفریحی که هدف اصلی آن بهبود سلامتی شخص است.
- **حمایت توسط همتایان:** فراهم ساختن حمایت اجتماعی و احساسی توسط افرادی که با همان وضعیت و چالش ها مواجه اند از طریق ملاقات های رویاروی یا گروه های حمایت اجتماعی.

خدمات سلامت روانی برای کسانی که از یک حادثه انفجار مین/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ زنده مانده اند، همچنان برای خانواده های قربانیان و در یک دید وسیع تر برای تمام جوامع آسیب دیده ضروری میباشند. **هدف اینگونه خدمات** در چارچوب همکاری با قربانیان عبارت است از پیشگیری و رسیدگی به صدمات روانی در میان افرادی که جراحات های معلول کننده برداشته اند و با تهدید صدمات ناشی از مین ها و مهمات مواجه اند؛ و نیز پیشگیری و معالجه اختلالات ذهنی مانند اختلال افسردگی پس از سانحه. در بخش خدمات سلامت روانی نه تنها با خود شخص بصورت مستقیم بلکه با محیط اطراف وی نیز کار میشود. از طریق خدمات مذکور اطمینان حاصل میگردد که افراد میتوانند با محیطی که در آن زندگی میکنند سازگار گردند.

#### فشرده حقایق

- \* شبکه های قربانیان حمایت و مزایای کمی را از دولت مربوطه بدست می آورند درحالیکه اکثریت شان یگانه ارائه کننده گان خدمات سلامت روانی به شکل حمایت توسط همتایان در مناطق آسیب دیده میباشند. (3)
- \* هرچند سلامت روانی قربانیان در سلامتی آنها اهمیت بسزایی دارد، ولی اکثر سیاست ها و برنامه ها این موضوع را از نظر نگرفته اند.
- \* در کشور های دارای سطح پائین درآمد، 1.54 درصد بودجه سلامت به سلامت روانی هزینه اختصاص داده شده. (4)

### چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** بند اول و دوم ماده پنجم، بند هفتم ماده ششم، بند اول ماده هفتم
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدام شماره 25 و 28
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، بند 12. اقدام شماره 31
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های 19، 25 و 26.

## دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

**نهاد** های قربانیان و افراد دارای معلولیت | **عرضه کننده گان خدمات:** مراکز بهداشت، گروه های حمایت توسط همتایان... **وزارت ها:** بهداشت، امور اجتماعی | **نهاد های بین المللی:** سازمان بهداشت جهانی ، کمیته دایمی بین الاداراتی سلامت روانی و حمایت روانی در حالات اضطراری.

## چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چیست؟

- سلامت روانی شامل حمایت روانی – اجتماعی در میان سایر معضلات سلامت عموماً یک اولویت بشمار نمی آید.
- تعداد کارکنان حرفه ایی در بخش روانی و عقلی در کشور های آسیب دیده محدود است ، جائیکه منابع مذکور بیشتر در شهر ها متمرکز میباشند.
- تلاش کمی شده است که سلامت روانی شامل فعالیت های پیشگیرانه ارتقاء سلامت ، محسوب گردد.
- کوشش های همکاری های بین المللی در بخش همکاری با قربانیان بر حمایت از برنامه های سلامت روانی تاکید کافی ندارند.
- افراد دارای اختلالات عقلی و خانواده هایشان عموماً به حد کافی بسیج نشده اند تا برای دستیابی به مراقبت های مناسب سلامت شکایت مؤثر نمایند.
- مشکل است که خدمات سلامت روانی جزو خدمات اصلی محسوب گردند، زیرا نهادهای ارائه کننده خدمات سلامت اصلی با حجم کاری قبلی بیش از اندازه زیاد مواجه اند.
- متخصصین سلامت روانی و فراهم کننده گان حمایت توسط همتایان در بیشتر موارد از مردان میباشند، که در نتیجه دسترسی زنان به خدمات سلامت روانی مشکل تر میگردد. خدمات سلامت روانی برای کودکان عموماً وجود ندارند.

## پروژه های موفق در بخش سلامت روانی و حمایت روانی-اجتماعی

**در تاجکستان،** وزارت کار و تامین اجتماعی جمعیت همکاری های منطقه ای را بمنظور افزایش حمایت های روانی و حمایت توسط همتایان رهبری نمود. دو کنفرانس منطقه ای بازتوانی روانی-اجتماعی در شهر دوشنبه با همکاری مرکز مین زدایی تاجکستان و برنامه حمایت از معلولین افغانستان برگزار گردیدند. همچنان اعضای نهاد قربانیان تاجکستان در یک کارگاه آموزشی یک هفته ایی راجع به حمایت توسط همتایان که توسط نهاد افغانی قربانیان مین ها در کابل برگزار شده بود، شرکت نمودند. مرکز مین زدایی تاجکستان و برنامه توسعه ی سازمان ملل متحد همچنان با دو مؤسسه غیر دولتی که توسط قربانیان مین ها در دوشنبه و خجند تأسیس گردیده اند و در راستای حمایت توسط همتایان کار میکنند، کمک و همکاری نمودند. (5)

**در اوگاندا،** وزارت جنسیت، کار و توسعه اجتماعی رهنمودی را تحت نام "حمایت روانی-اجتماعی برای قربانیان مین ها و مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ: یک رهنمود آموزشی برای کارمندان توسعه ی محل" تألیف نمود. از این رهنمود برای آموزش کارمندان توسعه ی محل و مسؤولین بازتوانی در جوامع آسیب دیده استفاده میشود. (6)

## دولت ها چه کار هایی را می توانند انجام دهند ؟

### در بخش بهبود کیفیت زندگی:

- ارایه جلسات روان درمانی انفرادی، ایجاد تیم های سیار در رشته های مختلف، گروه های گفتگو درمانی، حمایت توسط همتایان و فعالیت های درمانی فرهنگی، ورزشی و تفریحی دارای تاثیرات مثبت بر سلامت روانی قربانیان در مناطق آسیب دیده.

- طرح یک برنامه درمان شخصی با همراهی قربانیان و افراد دارای معلولیت که پاسخگوی نیازها و توقعات خاص هر شخص باشد.

### در بخش بهبود دسترسی به خدمات:

- فراهم سازی حمایت فنی، مالی و نهادی به انجمن های جدید و موجود محلی که خدمات سلامت روانی، خصوصاً حمایت توسط همتایان را ارائه میکنند. این نوع حمایت اکثراً مؤثرترین نوع خدمات نزدیک است که در دسترس قربانیان و افراد دارای معلولیت در مناطق روستایی و دور افتاده قرار دارد.
- آموزش، حمایت و نظارت بر کارکنان محلی و اجتماعی، مشاورین روانی-اجتماعی و سایر افرادی که خدمات سلامت روانی را عرضه میکنند، بمنظور بهبود عملکرد آنها.
- ایجاد یا تقویت سامانه مراجعه و پذیرش تا افراد دارای مشکلات سلامت روانی و به سوی خدمات لازم هدایت شوند.
- تشویق برای راه اندازی بحث ها و همکاری ها با مشارکت متخصصین روانی و عقلی، کارمندان اجتماعی، افراد دارای معلولیت، قربانیان و خانواده های شان بمنظور تسهیل تبادل تجارب بخصوص در رابطه با چالش هایی که قربانیان با آنها مواجه اند.
- حمایت از تاسیس یک جمعیت ملی کارکنان سلامت روانی.

### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها:

- طبق احکام کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، مقامات متعهد به وضع سیاست هایی اند که احترام گذاشتن به تمامیت روانی افراد دارای مشکلات روانی و عقلی در تمام ناحیه های خدمات عمومی را عملی نمایند.
- هر سیاست سلامت عمومی باید دارای یک بخش عمده پیرامون سلامت روانی مشتمل بر نگهداری، مواظبت و تعقیب و پیگیری بوده و اقدامات مشخصی برای زدودن بدنامی وابسته به بیماری های روانی در آن ذکر شده باشند.
- سیاست ها باید نقش بیماران و خانواده های شان را با عنوان طرف های دخیل در نظام سلامت، در کنار نقش کارکنان سلامت، تقویت نمایند.

### چگونه پیشرفت ها را اندازه گیری نمود

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تأثیرات مثبتی را بر کیفیت زندگی ایجاد نمایند.

### کیفیت زندگی:

\* افزایش تعداد مراجعات توسط قربانیان و افراد دارای معلولیت که با فشار های روانی یا اختلالات عقلی دست و پنجه نرم میکنند، به مراکز خدمات سلامت روانی. \* کاهش در شیوع اختلالات عقلی ویا فشار های روانی. \* افزایش میزان مشارکت قربانیان و افراد دارای معلولیت در فعالیت های فرهنگی، ورزشی و تفریحی که برایشان مهم میباشد.

### دسترسی به خدمات:

\* بهبود دسترسی به خدمات نگهداری، معاینات و خدمات سلامت روانی برای افرادی که از فشار های روانی ویا اختلالات عقلی رنج میبرند. \* افزایش در تعداد نهاد های سلامت و اجتماعی و انجمن های محلی که تداوم مراقبت سلامت قربانیان و افراد دارای معلولیت مبتلا به اختلالات عقلی ویا روانی را عملی میسازند. \* افزایش در تعداد متخصصین سلامت روانی بر 10000 خانواده. \* افزایش تعداد کارکنان محلی سلامت روانی که مناطق روستایی و دور افتاده را تحت پوشش قرار میدهند. \* افزایش تعداد گروه های همتایان در مناطق مختلف. \* افزایش تعداد کارکنان سلامت روانی در محل. \* افزایش تعداد قربانیان و افراد دارای معلولیت که در بخش حمایت توسط همتایان آموزش دیده اند.

## قوانین و سیاست ها:

ملغی ساختن تمام قوانین و سیاست هایی که در قبال افراد دارای معلولیت مغزی تبعیض روا میدارند. \* افزایش در تعداد ابزار های نظارت و بررسی نظام مدیریت سلامت روانی کشور. \* وجود سیاست های ملی سلامت روانی، برنامه ملی سلامت روانی، همراه با قوانین مربوطه، فرامین اجرای و بودجه ها در مطابقت با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت.

## پروژه الگو: حمایت توسط همتایان در السالوادور (7)

**مشکلات شناسایی شده:** انزوای اجتماعی و فقر شدید افراد دارای معلولیت و خانواده هایشان، شامل قربانیان جنگ های مسلحانه.

**اجرا کننده برنامه "مؤسسه سرخ":** 1. دسترسی به سلامت: ارتقای سلامت روانی (عزت نفس و مدیریت خودی)، بازتوانی (وسایل حرکتی)، و نگهداری (تغذیه، نگهداری از بیماریهای واگیر). 2. حمایت برای کارایی: آموزش های کاری و سرمایه ابتدایی. 3. ارتقای توانمندسازی اجتماعی: آموزش پیرامون معلولیت و حقوق بشر، رهبری، طرح شکایت و چارچوب های حقوقی؛ تقویت نهاد های مبتنی بر جامعه و بالا بردن سطح آگاهی در سطح کشور.

**فعالیت ها:** حمایت توسط همتایان: یک شخص دارای معلولیت شخص دیگر دارای معلولیت را بر اساس دانش، ظرفیت و تجارب مشابه شخصی خویش حمایت میکند. مؤسسه سرخ یک تیم کارکنان میدانی معلول دارد که از سایر افراد دارای معلولیت دیدن میکنند تا نیازمندی های شان را دریافته و یک برنامه شخصی را مطابق به اولویت ها، توانایی ها و محیط شخص طرح میکنند. مؤسسه سرخ اظهار میدارد که هر چند حمایت توسط همتایان مطمئناً در بهبود سلامت روانی کمک رسان است، اما نباید جایگزین حمایت های روانی حرفه ای دانسته شود.

**پایداری:** حمایت توسط همتایان در بهبود وضعیت روانی و روانی-اقتصادی بسیار موفق از آب در آمده است؛ چنانچه پایداری را از سه جهت ذیل ارتقا میبخشد: 1. افراد دارای معلولیت آموزش دیده و دانش و ظرفیت های خود را بهبود می بخشند و آنها را با سایر همتایان شان شریک میسازند. 2. افراد دارای معلولیت میتوانند از حمایت توسط همتایان به هدف اساسی ارتقای عزت نفس و آسایش روانی و نیز به عنوان یک شیوه حمایت و همکاری در یک بخش مشخص (مانند کارایی یا سلامت) استفاده کنند. 3. توانمند سازی جمعی توسط مؤسسات محلی افراد دارای معلولیت برای طرح شکایت و کمپین های آگاهی دهی تقویت میگردد.

**شاخص های کلیدی:** آموزش حدود 700 تن دارای معلولیت در سال توسط همتایان پیرامون سلامت، حقوق بشر و مدیریت تجارت؛ از 100 تن از افراد دارای معلولیت در مورد آغاز پروژه های خود اشتغالی حمایت گردید. در سال 2012 تعداد 160 تن وسایل حرکتی را دریافت نمودند. شاخص های مذکور مربوط به افراد دارای معلولیت (شامل قربانیان) بوده ولی در مجموع تعداد بیشتری از آنها بهره مند میشوند، بطور مثال اعضای خانواده.

**مراجع حمایت کننده:** حکومت نروژ، بنیاد های بین الامریکایی، بنیاد پروویکتیمیس.

شرح تصویر: حمایت توسط همتایان در السالوادور،

## منابع:

(1) WHO. Investing in Mental Health. 2003 | (2) (4) HI. Mental Health Policy Paper. 2012

(3) (5) ICBL-CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012

<sup>(6)</sup> GICHD. *Assisting Landmine and ERW survivors in the context of disarmament, disability and development*. 2011 |

<sup>(7)</sup> Fundación Red de Sobrevivientes y Personas con Discapacidad. *Emails from Jesús Martínez, Director*. April 2013; IFRC, Reference Center for Psychosocial support. *Psychosocial interventions: A handbook*. 2009; WHO, UNICEF, ILO, IDDC.

*Community-based rehabilitation Health Guidelines*. 2010

## برگه آموزشی چهارم

### قسمت همکاری با قربانیان: آموزش

بخش توسعه: آموزش و پرورش، آموزش برای همه

## آموزش چیست؟

**هدف از آموزش** حصول اطمینان از این امر است که تمام افراد بتوانند هر آنچه را که ضرورت دارند و میخواهند را در طول عمر شان بیاموزند. آموزشات فراگیر برای همه رونديست برای افزایش مشارکت در آموزش و تحصیل، طوریکه که بگونه مؤثر پاسخگوی نیازمندی های همه دانش آموزان، شامل دختران، پسران و افراد آسیب پذیر (مانند قربانیان و کودکان دارای معلولیت) باشد. آموزشات فراگیر برای همه در ذات خود یک حق است و در عین حال رهگشایی است برای تحقق سایر حقوق (مانند دسترسی به مراقبت سلامت، کار و مشارکت سیاسی). آموزش به رفاه و بهروزی افراد و خانواده ها و اجتماع شان کمک میکند.

## اجزای آموزش: (1)

- مراقبت و آموزش در مراحل ابتدایی کودکی: بر بقا و توسعه شامل سلامت، تغذیه و سلامت تمرکز دارد (3 الی 6 سالگی).
- آموزشهای ابتدایی: مرحله نخست مدرسه، باید رایگان بوده و برای همه اجباری باشد (6 الی 15 سالگی).
- آموزشهای متوسط و عالی: فراتر از سطح اجبار، دریچه ای بسوی زنده گی ثمربخش و مرفه (15 الی 24 سالگی).
- آموزشهای غیر رسمی: ابتکارات آموزشی مختلف در اجتماع مانند آموزش خانگی و ابتکارات به رهبری اجتماع.
- آموزشهای مادام العمر: در تمام طول زندگی واقع شده و بر دانش و مهارت های لازم برای کارایی تمرکز دارد.

### فشرده حقایق

- \* 42 درصد قربانیان مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ را کودکان تشکیل میدهند. (2)
- \* در شرایط جنگ، احتمال دارد از میان پسران سرباز گیری صورت گرفته و آنها از مدرسه دور بمانند. دست کم 5 درصد پسران مذکور به اختلالاتی دچار خواهند شد و برای از سر گیری مدرسه ابتدایی پس از پایان جنگ بسیار مسن خواهند بود. (3)
- \* حدود 72 میلیون کودک در سراسر جهان از رفتن به مدرسه محروم اند، که یک سوم آنها را کودکان دارای معلولیت تشکیل میدهد. (4)
- \* سطح فقر یک خانواده اکثراً بر رفتن کودک آن به مدرسه تأثیر دارد. در خانواده های فقیر یا آسیب دیده دختران معمولاً نخستین کودکانی اند که شانس رفتن به مدرسه را از دست میدهند.

## چارچوب های حقوقی و سیاست

- کنوانسیون مهمات خوشه بی: تلویحاً در بخش های مشارکت اجتماعی و اقتصادی تأکید دارد
- برنامه کاری وینتیان: اقدام شماره 23 و 28
- برنامه کاری کارتاجینا: بخش چهارم، بند 12. اقدام شماره 31

- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های 24 و 26
- **کنوانسیون حقوق کودک:** ماده 28
- **اهداف توسعه ی هزار ساله:** هدف شماره 2
- **یونسکو:** اهداف آموزشها برای همه

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

**نهاد** های قربانیان، افراد دارای معلولیت، کودکان دارای معلولیت، انجمن های افراد دارای معلولیت، انجمن های والدین، شاگردان و معلمان | **عرضه کننده گان خدمات:** مدارس عادی و خاص، نهاد های ارائه کننده آموزشهای رسمی و غیر رسمی، انجمن های معلمان، خانه های معلم | **وزارت ها:** آموزش و پرورش، بهداشت، امور اجتماعی | **نهاد های بین المللی:** یونسکو، یونیسف.

### چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چیست؟

- عدم درک خانواده ها از فواید رفتن کودکان دارای معلولیت به مدرسه، همواره به سبب نبود حمایت از طرف خانواده و اجتماع.
- **نبود قانون مشخص** برای ارتقای آموزشهای فراگیر برای همه و عدم وجود قوانینی که رفتن کودکان دارای معلولیت به مدرسه را اجباری سازند.
- **روبهمرفته نبود استراتژی آموزشی در سطح اجتماع**، و ارتباطات ناچیز یا عدم ارتباطات میان اشکال مختلف آموزشها.
- **الگو های منفی** از دختران و سایر گروه های منزوی مانند کودکان قربانی و سایر کودکان دارای معلولیت که دسترسی به آموزش را هرچه بیشتر محدود میسازند.
- **نبود یا پائین بودن کیفیت آموزش معلمان**—آنها ممکن است تنها سطح پایه ی آموزش و پرورش را طی کرده و یا فاقد تجربه لازم باشند و در نتیجه نمی توان اطمینان حاصل شود که تمام کودکان قادر به پیگیری درس و مدرسه و زندگی اجتماعی می باشند.
- **نبود موضوعات درسی مناسب و سایر تجهیزات.**
- **مسلط بودن این طرز فکر که "یاد نگرستن" گناه کودک تلقی میشود**، به جای آنکه به عنوان یک مشکل در نظام آموزشی شمرده شود.
- **عدم وجود امکانات بهداشتی، ایمنی و دسترسی به توالت** در مدارس، همیشه باعث بازماندن تعدادی زیاد ی از مدرسه، بخصوص برای دختران دارای معلولیت، می گردد.

### پروژه های موفق در بخش آموزشهای فراگیر

**در السالوادور** کارمندان بازتوانی مبتنی بر جامعه با استفاده از شیوه های شاگرد محور شامل بازی ها با کودکان دارای معلولیت فعالیت کردند. بعد از گذشت یکسال معلمان متقاعد شدند که اگر از شیوه های آموزشهای فراگیر استفاده میشد ادغام کردن این کودکان امکان پذیر بود. برنامه بازتوانی مبتنی بر جامعه در یک ناحیه خاص برای این معلمان برنامه های آموزشی را برگزار نمود و برای یک معلم سیار حق الزحمه تعیین کرد تا در محل حمایت های لازم را فراهم سازد. این مدرسه اولین نظام آموزشهای فراگیر را در السالوادور ایجاد نمود؛ وزارت آموزش و پرورش هزینه برنامه آموزشی و دستمزد سه معلم سیار را به عهده گرفت تا تمام مدارس آن ناحیه را تحت پوشش قرار دهند. (5)

**در سریلانکا** یک برنامه محلی بازتوانی مبتنی بر جامعه شماری از کودکان دارای معلولیت را شناسایی نمود. مدیر یک کودکانستان در قبال مشارکت آنها ابراز علاقمندی نمود ولی گفت که معلمان شان از مهارت های لازم برخوردار نیستند. برنامه مذکور منابعی را در داخل کشور شناسایی کرد که آموزش؛ آموزشهای فراگیر را ارائه می نمود، و هزینه

همکاری معلمان در برنامه مذکور را به عهده گرفت. معلمان، کارمندان بازتوانی مبتنی بر جامعه، والدین و کودکان دارای معلولیت یک برنامه را برای ادغام ساختن چنین کودکانی را مطرح نمودند و همچنان با سایر کودکان و والدین آنها کار نمودند تا سطح آگاهی را افزایش داده و از سهمگیری همه گان در این پروژه اطمینان حاصل نمایند. (6)

**در توگو،** مؤسسه بین المللی هندیکپ در مشارکت با فدراسیون نهاد های افراد دارای معلولیت و وزارت آموزش و پرورش توگو کودکان دارای معلولیت را در بخش حمایت فردی جهت تامین دسترسی آنها به آموزش کمک نموده، کمپین های آگاهی دهی به والدین و مردم محل را راه اندازی نموده، ارتباطات میان مدارس عادی و مدارس خاص را تقویت بخشیده، معلمان را راجع به آموزشهای فراگیر آموزش داده و حمایت های فنی را بمنظور افزایش دسترس پذیری مدارس و شیوه ها و ابزار درسی شان فراهم ساختند. یک تیم معلمان سیار ومدیران مدارس راجع به آموزشهای فراگیر، رسم الخط بریل و زبان اشاره آموزش دیدند. در نتیجه، شانزده مدرسه بصورت فیزیکی دسترس پذیر شدند، تعداد 949 کودک دارای معلولیت به خدمات پزشکی و بازتوانی جهت افزایش خود اتکایی شان دسترسی یافتند و 318 کودک دارای معلولیت، که قبلاً به مدرسه نمی رفتند، به مدرسه رفتند. یک گروه کاری ملی در خصوص آموزشات فراگیر آغاز به کار کرد. (7)

## دولت ها چه کار هایی را می توانند انجام دهند ؟

### در بخش بهبود کیفیت زندگی:

- فراهم ساختن حمایت های مستقیم برای کودکان دارای معلولیت تا آنها توانایی رفتن به مدرسه را به دست آورند: شناسایی کودکان دارای معلولیت، ساختار های مراجعه و پذیرش، تامین دسترسی به خدمات سلامت، بازتوانی و تشکیل جمعیتی که ممکن است جهت تسهیل مشارکت شان در مدرسه به آنها نیاز باشد.
- همکاری با اعضای خانواده جهت حصول اطمینان از اینکه آنها عملاً بدانند که چگونه به کودک شان کمک کنند تا به مدرسه رفته و در آنجا باقی بماند.
- بالا بردن سطح آگاهی اعضای جامعه و معلمان راجع به مشکلات و حقوق افراد دارای معلولیت بمنظور از میان برداشتن رفتار ها و عملکرد های تبعیض آمیز.

### در بخش بهبود دسترسی به خدمات:

- به چالش کشیدن رفتار هایی که کودک دارای معلولیت را به عنوان یک "مشکل" می بینند به جای آنکه موانع خارجی مشارکت کودکان را رفع کنند.
- عملی ساختن اقدامات دسترس پذیری در مدارس از نقطه نظر ساختار فیزیکی، وسایل ارتباطی و دسترسی به آگاهی ها.
- ایجاد ارتباطات میان مدارس عادی و مدارس خاص در صورت وجود.
- ایجاد گروه ها در مدارس جهت شریک ساختن معلمان سیار که در عرصه آموزشهای فراگیر مهارت دارند و میتوانند تجارب و آموخته هایشان را با سایر مدارس شریک نموده و بصورت مستمر در منطقه همکاری نمایند.

### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها:

- حصول اطمینان از اینکه تمام قوانین و سیاست های آموزشی کودکان دارای معلولیت را در نظر گرفته و در مطابقت با کنوانسیون افراد دارای معلولیت قرار داشته باشند، یعنی:
- \* تکمیل برنامه درسی آموزش معلمان طوریکه مشتمل بر شیوه ها و فنون آموزشهای فراگیر باشد. \* توسعه نظام آموزشی طوریکه معلمان دارای معلولیت با موفقیت آموزش داده شده و استخدام گردند. \* ارتقای ظرفیت ها در وزارت آموزش و پرورش در خصوص طرح سیاست های فراگیر. \* تصویب مقیاس های دسترس پذیری برای مدارس.



## چگونه پیشرفت ها را اندازه گیری نمود

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تأثیرات مثبتی را بر کیفیت زندگی ایجاد نمایند.

### کیفیت زندگی:

\* کاهش در میزان بازماندن از مدرسه در میان کودکان دارای معلولیت، در مقایسه با میانگین موجود. \* تعداد کودکان دارای معلولیت که به مدرسه میروند. \* تعداد کودکان دارای معلولیت که از افزایش مشارکت در فعالیت های ورزشی و تفریحی خبر میدهند. \* بهبود در پیشرفت های اجتماعی و رسمی کودکان دارای معلولیت. \* تعداد کودکان دارای معلولیت که آموزشات ابتدایی را به اتمام میرسانند. \* تعداد کودکان دارای معلولیت که در مناطق روستایی و دور افتاده به مدارس ابتدایی دسترسی دارند (آموزشات رسمی، مدارس سیار...). \* تعداد افراد دارای معلولیت که در نظام آموزش و پرورش به عنوان الگو، معلمان یا تصمیم گیرنده گان فعالیت دارند.

### دسترسی به خدمات

\* تعداد معلمانی که در مورد این آموزش دیده اند که چگونه کودکان دارای معلولیت را در مدارس عادی ادغام نمایند. \* تعداد و انواع ابزار تدریسی قابل دسترس و موجود. \* تعداد مدرسی که معیار های دسترس پذیری را شامل توالی ها رعایت میکنند. \* تعداد جلسات آگاهی از معلولیت برای تمام کودکان مدرسه تا کودکان مذکور کودکان دارای معلولیت را به مانند همتایان مساوی خود بپذیرند. \* تغییرات مثبت در دانش و رفتار معلمان و اعضای اجتماع در پیوند با آموزشات فراگیر. \* وجود ساختار های هماهنگی میان مقامات ملی، معلمان، والدین، انجمن های والدین و انجمن های افراد دارای معلولیت.

### قوانین و سیاست ها

\* وزارت آموزش و پرورش باید در مورد تعداد کودکان دارای معلولیت در مدارس ارقام دقیق را ارائه نماید. \* تغییر در دانش، رفتار ها و عملکردهای مقامات تصمیم گیرنده در نظام آموزشی. \* موجودیت برنامه های کاری آموزشات فراگیر (در سطح محلی، ملی و منطقه ای) مطابق با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت.

## پروژه الگو: آموزشات فراگیر برای کودکان دارای معلولیت در اتیوپی

**مشکل شناسایی شده:** کودکان دارای معلولیت با موانع فیزیکی، رفتاری و ارتباطی در حضور در مدرسه و باقی ماندن در آن مواجه اند.

**اهداف اصلی:** 1. تقویت ظرفیت های معلمان و سایر مراجع ارائه کننده خدمات آموزشی بمنظور مشارکت کودکان دارای معلولیت در برنامه های آنها. 2. افزایش آگاهی خانواده های کودکان دارای معلولیت راجع به مفاد های آموزش برای کودکان شان.

**فعالیت ها:** 1. افزایش ظرفیت معلمان و سایر دست اندرکاران جهت بهبود کیفیت تدریس برای کودکان دارای معلولیت. 2. زمینه سازی برای نقش فعال تر انجمن های افراد دارای معلولیت در آموزشهای فراگیر. 3. فعالیت ها برای بالا بردن سطح آگاهی خانواده های کودکان دارای معلولیت. 4. حمایت فنی از مدارس جهت ایجاد یا بهبود خصوصیات دسترس پذیری، وسایل و مواد آموزشی. 5. شناسایی و شریک ساختن تجارب به دست آمده و عملکرد های قابل قبول با وزارت آموزش و پرورش و اداره توسعه بین المللی ایالات متحده آمریکا جهت اصلاحات و تکرار.

**پایداری:** این پروژه بر پایه نظام آموزشی و مدارس ملی و منطقه ای استوار است. پروژه مذکور برای مسئولان آموزش و پرورش، معلمان محلی و اعضای انجمن های افراد دارای معلولیت آموزش هایی ارائه مینماید تا این که سطح دانش و مهارت های شان پس از پایان پروژه افزایش یابد. این پروژه تامین ارتباطات با وزارت آموزش و پرورش را عملی ساخته و تجارب به دست آمده و عملکرد های قابل قبول را جهت نمونه برداری و سیاست سازی در اختیار قرار میدهد.

**شاخص های کلیدی:** در نیمه پروژه: شش مدرسه از نقطه نظر دسترس پذیری مورد بازرسی قرار گرفته و اصلاحات پیشنهاد شده را عملی ساخته اند؛ 80 معلم بعد از آموزش عملکرد های خود را بهبود بخشیده اند؛ 80 تن از مسئولین وزارت کار و امور اجتماعی و دفتر آموزشهای منطقه ای دانش خود در مورد ابزار آموزشهای فراگیر، روش ها و رویکرد های آن را افزایش بخشیده اند؛ مهارت های 210 تن از اعضای انجمن های افراد دارای معلولیت جهت کمک به افراد دارای معلولیت و کودکان دارای معلولیت برای دسترسی به آموزش افزایش یافتند.

**مدت:** دو سال (مستمر)

**مرجع اجرا کننده:** مؤسسه بین المللی هندیکپ . شرکا: وزارت آموزش و پرورش و انجمن های افراد دارای معلولیت.

**مرجع حمایت کننده:** اداره توسعه بین المللی ایالات متحده امریکا، شرکت چارلیویل – میزیریس

شرح تصویر: فریتاون، مرکز شهر، سیرالیون، 2007

**منابع:**

- (1) EFA Global Monitoring Report. 2010 | (2) ICBL-CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 | (3) (4) (5) (6) WHO, UNESCO, ILO, IDDC. Community Based Rehabilitation Education Guidelines. 2010 | (7) HI. Le système d'enseignants itinérants – projet Education Inclusive au Togo. 2011; World Vision UK. Education's Missing Millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. 2007; Atlas Alliance. Inclusion Education where there are no resources. 2002; HI. Lessons learnt for the inclusive education of disabled children in Cambodia. 2009; HI. Inclusive Education Policy Paper. 2012; UNESCO. Embracing Diversity: Toolkit for creating learner-friendly environments. 2004; Overcoming Exclusion through Inclusive Approaches in Education. 2003; Understanding and Responding to Children's Needs in Inclusive Classrooms: A Guide for Teachers. 2001

## برگه آموزشی پنجم

### قسمت همکاری با قربانیان: مشارکت اجتماعی

### بخش توسعه: مشارکت اجتماعی، کار اجتماعی

### مشارکت اجتماعی چیست؟

**مشارکت اجتماعی** نتیجه حمایت نمودن یک شخص است تا مسیر زنده گی خود را مشخص ساخته، اهداف خود را تحقق بخشیده، جایگاه خود را در خانواده خود تثبیت کرده و در حیات اجتماعی محل زندگی خود سهیم گردد. شاید این موضوع بسیار "مشکل" یا غیر ضروری بنظر برسد اما **مشارکت اجتماعی** اکثراً زیر بنای زندگی باکیفیت را تشکیل میدهد زیرا یک حس عزتمندی، متعلق بودن و ارزش قایل شدن به خود را به وجود میآورد.

**هدف از فعالیت های مشارکت اجتماعی** افزایش خود اتکایی یک شخص از طریق کسب بینش راجع به خود و اینکه چگونه میتواند منابع خود اعم از منابع داخلی و خارجی (مانند خانواده، همسایه ها، مردم محل) را بسیج نماید، میباشد. این ایده برای هر شخص ارزش قایل بوده و اصول توسعه بشری را که در آن افراد در روند برنامه ریزی زندگی شان نقش فعالی را بازی میکنند، گسترش میکند.

### اجزای اصلی مشارکت اجتماعی از قرار ذیل اند: (1)

- **حمایت اجتماعی درخور نیازمندی های انفرادی:** ارائه راهنمایی ها با در نظر گرفتن نیازهای فردی بمنظور کمک به یک فرد جهت رفع موانع فیزیکی، اجتماعی و احساسی در زمانیکه شخص تلاش میکند تا مشارکت خود را در بخش مشخصی از زندگی اش افزایش دهد؛ و طرح نمودن پروژه ای جهت کسب یک نقش در اجتماع یا در فعالیت های روزمره که برای شخص مهم باشد (مثلاً یک شاگرد بودن، یک مادر بودن، از خانه مراقبت کردن، کار کردن).
- **روابط و زنده گی خانوادگی:** حصول اطمینان از داشتن روابط خوب اطرافیان شخص با وی از طریق تغییر دادن رفتار های ناهنجار خانواده یا مردم محل. همچنان هدف آن جلوگیری از خشونت علیه قربانیان و افراد دارای معلولیت و رسیده گی به آن میباشد.
- **فعالیت های فرهنگی، ورزشی و تفریحی:** افزایش بهره مندی در فعالیت هایی که وسیله نمایان ساختن شخص، سلامتی و سلامت مندی وی قرار میگیرند. همچنین این فعالیت ها رفتار های منفی اجتماعی را به چالش کشیده و در بالا رفتن سطح آگاهی راجع به حقوق و ظرفیت های قربانیان و افراد دارای معلولیت کمک می کند.

### فشرده حقایق

\* قربانیان بعد از حادثه با **انزوای اجتماعی** مواجه گردیده و ترک میشوند که دلیل آن همانا عقاید خرافاتی مسلط بر جامعه است (مثلاً این باور که گویا شخص دارای معلولیت، بدشانسی را به بار می آورد).

\* بسیاری از افراد دارای معلولیت در نتیجه رفتار های منفی از **روابط و زندگی خانوادگی** محروم میشوند.

\* زنان دارای معلولیت نسبت به مردان دارای معلولیت **شانس کمتری برای ازدواج** را دارند.

\* زنان و دختران دارای معلولیت بصورت **معرض سو استفاده و تجاوز جنسی** در خانواده ها و اجتماعات شان قرار دارند.

## چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** بند اول ماده پنجم و بند هفتم ماده ششم
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدام شماره 25 و 28
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، بند 12
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های 19، 21، 23، 28 و 30

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

**نهاد** های قربانیان و افراد دارای معلولیت (انجمن های افراد دارای معلولیت)؛ خانواده ها، دوستان و همسایه های آنها  
**ارائه کننده گان خدمات:** خدمات اجتماعی و بهداشت  
**وزارت ها:** امور اجتماعی، زنان و کودکان / جنسیت، جوانان و ورزش ...  
**نهاد های بین المللی:** فدراسیون بین المللی کارکنان اجتماعی.

### چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پایین چیست؟

- بسیاری از قربانیان و افراد دارای معلولیت از **خدمات موجود خبر ندارند**. حتی در مواردی که اطلاعات در دسترس هم باشند، اکثراً کافی نیستند. اکثر قربانیان و افراد دارای معلولیت، بخصوص آنهایی که بیشتر آسیب پذیر اند، به **حمایت های انفرادی** نیاز دارند تا بتوانند شده و به جلو حرکت کنند و خدماتی را که نیاز دارند بدست بیاورند.
- قربانیان و افراد دارای معلولیت به سبب به حاشیه رانده شدن از زندگی روزمره اکثراً **احساس عزت نفس** پائین دارند که این امر سبب انزای هرچه بیشتر آنها میگردد و به همین دلیل آنها تمایلی به سهمگیری در فعالیت های اجتماعی و رویداد ها ندارند.
- امکان دارد کودکان دارای معلولیت، شامل کودکان قربانی، به **اندازه سایرین از محبت، عاطفه، انگیزش و فرصت** ها بهره مند نباشند.
- زنان دارای معلولیت شامل زنان قربانی اکثراً از بعضی نقش های اجتماعی خاص، مانند ازدواج و مادر بودن، **محروم** میشوند. آنها معمولاً به سبب اینکه هم زن هستند و هم معلول در معرض تبعیض مضاعف قرار میگیرند.
- ممکن است **اعضای خانواده** این احساس را داشته باشند که داشتن نسبت خانواده گی با یک فرد دارای معلولیت برایشان مایه سرافکندگی است؛ والدین آنها را به مشارکت در فعالیت های فرهنگی، ورزشی، تفریحی و غیره فعالیت های اجتماعی تشویق نمی کنند.
- انجمن های افراد دارای معلولیت، که عضویت داشتن در آنها وسیله برای افزایش مشارکت اجتماعی شمرده میشود، ممکن است بطور ناخواسته در برابر زنان دارای معلولیت **تبعیض** نمایند زیرا چنین انجمن هایی اکثراً توسط مردان دارای معلولیت اداره میشوند که بدین ترتیب برای شنیدن صدای زنان دارای معلولیت جای کمی باقیمانده و یا هم اصلاً باقی نمی ماند.

### پروژه های موفق که مشارکت اجتماعی را ارتقا میبخشند

**در بوسنی و هرزگوین، فعالیت های ورزشی و تفریحی** به عنوان راهی برای تسهیل مشارکت اجتماعی و آسایش روانی افراد دارای معلولیت تلقی میگردند. در آنجا باشگاه های ورزشی والیبال نشسته، بسکتبال روی ویلچر، فوتبال و مشخصاً برای مردان و زنان دارای معلولیت ایجاد گردیده اند. در ریپبلیکا سرپسکا، دبیرخانه ورزش و جوانان یک کارمند را

برای ارتقای ورزش و فعالیت های فیزیکی برای افراد دارای معلولیت مامور نموده است. حکومت برای ورزش های همگانی یک بودجه سالانه اختصاص داده است.<sup>(2)</sup>

**در موزامبیک،** در سال 2011، شبکه همکاری با قربانیان مین ها (موسوم به RAVIM) و مؤسسه بین المللی هندیکپ، در هماهنگی با وزارت زنان و امور اجتماعی و موسسه ملی همکاری اجتماعی در حال اجرا پروژه ای برای تسهیل مشارکت اجتماعی افراد دارای معلولیت و کودکان دارای معلولیت قرار دارند. تا امروز 328 تن، که 118 نفر شان را کودکان تشکیل میدهند، شناسایی شده، جهت تعیین نیاز ها و اولویت های شان همایشان کمک صورت گرفته و راجع به خدمات قابل دسترس معرفی شده اند. علاوه بر آن برای 65 تن از ارائه کننده گان خدمات آموزش هایی راجع به دسترس پذیری، حقوق افراد دارای معلولیت و چگونگی تسهیل دسترسی افراد دارای معلولیت به خدمات سلامت و اجتماعی داده شده است.

## دولت ها چه کار هایی را می توانند انجام دهند ؟

### در بخش بهبود کیفیت زندگی:

- حمایت از قربانیان و افراد دارای معلولیت تا نیاز ها، مهارت ها، اولویت ها، منابع و علاقه شان را شناسایی نموده و یک برنامه کاری عملی را جهت حصول اهداف شان (مانند آموزش و تحصیل، کاریابی، زندگی اجتماعی) طرح و اجرا کنند.
- حمایت از قربانیان و افراد دارای معلولیت جهت شناسایی فرصت ها برای مشارکت در زندگی اجتماعی (بطور مثال، پیوستن به گروه های محلی مانند انجمن های قربانیان، و افراد دارای معلولیت و دیگر انجمن های مردم نهاد).
- کار نمودن با خانواده ها تا آنها بدانند که چگونه میتوانند بگونه بهتر یک عضو خانواده خود را که معلولیت دارد حمایت نموده تا وی را توانمند ساخته و چگونه بصورت مشترک برای حقوق وی دادخواهی کنند.

### در بخش دسترسی به خدمات و فعالیت های اجتماعی:

- شناسایی کارکنان محلی که میتوانند در بخش ارائه حمایت های انفرادی در سطح محل آموزش ببینند (کارکنان بازتوانی مبتنی بر جامعه، کارکنان اجتماعی و بهداشت، و غیره...)
- شامل ساختن حمایت انفرادی به عنوان بخشی از برنامه آموزشی عمومی برای کارکنان بهداشت و اجتماعی.
- شناسایی، تثبیت موقعیت و اطلاع رسانی راجع به خدمات موجود در منطقه.
- کمک به ارائه کننده گان خدمات جهت حصول اطمینان از اینکه قربانیان و افراد دارای معلولیت میتوانند به خدمات مربوطه دسترسی یابند.
- کار با رهبران محلی و تشویق نمودن آنها جهت بالابردن سطح آگاهی مردم راجع به حقوق قربانیان و افراد دارای معلولیت؛ به چالش کشیدن تبعیض؛ و ایجاد فرصت برای گفتگوراجع به معلولیت در سطح اجتماع.
- کار با انجمن ها تا آنها اطلاعات به دست آورده و علاقمند گردند در مورد اینکه چگونه افراد دارای معلولیت را در فعالیت هایشان به کار بگیرند ، بخصوص گروه های زنان تا زنان دارای معلولیت در فعالیت های آنها سهیم گردند.
- آموزش دادن به مجتمع های ورزشی و فرهنگی در مورد حقوق افراد دارای معلولیت و نیز تغییرات جزیی در وسایل بازی، مقررات بازی هاو تسهیلات فیزیکی آنها.

### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها

- شامل ساختن حمایت اجتماعی انفرادی، فعالیت های فرهنگی، ورزشی و تفریحی و همچنان عناصر کلیدی مربوط به زندگی اجتماعی در برنامه های کاری ملی جهت همکاری با قربانیان و معلولیت.
- حصول اطمینان از اهمیت دادن به شنیده شدن صدای افراد دارای معلولیت در میان مراجع قانون گذاری بر اساس تصریح کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت در پیوند با آزادی بیان.

- تشویق و مطلع ساختن دست اندرکاران محلی، ملی و بین المللی راجع به اینکه چگونه میتوانند قربانیان و افراد دارای معلولیت را در سیاست ها و برنامه های فرهنگی، تفریحی و ورزشی شان شامل سازند.
- بررسی و بازنگری قوانین و سیاست های موجود که ممکن است دارای روش های تبعیض آمیز یا مانع مشارکت اجتماعی افراد دارای معلولیت میگردد.

### چگونه میتوان پیشرفت ها را اندازه گیری نمود؟

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تاثیرات مثبتی را بر کیفیت زنده گی ایجاد نمایند.

### کیفیت زندگی:

\* تعداد افرادی که برنامه کاری شخصی را برای خود طرح ریزی کرده اند. \* تعداد افرادی که به اهداف تعیین شده در برنامه شان دست یافته اند. \* تعداد افرادی که از افزایش سهمگیری شان در تصمیم گیری های خانواده گی خبر میدهند. \* تعداد افرادی که از افزایش سهمگیری شان در فعالیت های اجتماعی که به نظر آنها با ارزش اند، خبر میدهند. تعداد کسانی که در فعالیت های فرهنگی، ورزشی ویا تفریحی مشارکت میکنند.

### دسترسی به خدمات و فعالیت های اجتماعی

\* تعداد افرادی که به سطح انفرادی از حمایت اجتماعی برخوردار میشوند. \* تعداد اعضای جامعه یا رهبران محلی که می پذیرند که افراد دارای معلولیت میتوانند ازدواج نموده و کودکان داشته باشند. \* تعداد خانواده هایی که اعضای دارای معلولیت خود را تشویق و حمایت میکنند تا در اجتماع سهیم شده و در بیرون از خانه روابط برقرار کنند. \* تعداد مراکز روحانی و دینی که افراد دارای معلولیت را در جمع اعضای خود میپذیرند. \* تعداد اماکن فرهنگی، ورزشی ویا تفریحی که برای رسیدگی به افراد دارای معلولیت تدابیر اتخاذ میکنند. \* تعداد مراکز فرهنگی، ورزشی و تفریحی که تجهیزات/ نحوه ارتباطات/ ساختار بازی ها و قوانین شان را طوری تنظیم میکنند که برای افراد دارای معلولیت نیز قابل استفاده باشند.

### قوانین و سیاست ها

\* سیاست ها و برنامه های فرهنگی، تفریحی و ورزشی مشخصاً حاوی احکام برای افراد دارای معلولیت باشند. \* منابع ملی طوری بسیج گردیده باشند که سیاست های فراگیر فرهنگی، ورزشی و تفریحی را اجرا کنند. \* تبعیض بر مبنای معلولیت از حقوق خانواده برچیده شده باشد. \* سیاست ها نمایانگر این باشند که چگونه میتوان فعالیت ها، وسایل و اماکن را طوری اصلاح کرد که فراگیر باشند.

### پروژه الگو: مشارکت اجتماعی قربانیان در اوگاندا

**مشکلات شناسایی شده:** مشارکت قربانیان و افراد دارای معلولیت بگونه برابر با سایر مردم در زندگی اجتماعی و کاری با موانع جدی مواجه اند.

**اهداف اصلی:** 1. همکاری با مقامات در ایفای وظایف شان درمورد همکاری با قربانیان مطابق به مواد معاهده منع مین و برنامه کاری کارتاجینا. 2. شناسایی قربانیان در دو حوزه که بیشتر از همه متاثر گردیده اند، و افزایش دسترسی آنها به خدمات اجتماعی و معیشتی.

**فعالیت ها:** الف) سیاست: تسریع هماهنگی ها در بخش همکاری با قربانیان از طریق برگزاری کارگاه ها با مشارکت دست اندرکاران متعدد با وزارت جنسیت، کار و توسعه اجتماعی. ب) حمایت انفرادی: فراهم ساختن حمایت انفرادی تا قربانیان بتوانند نیازمندی ها و اولویت های خود را تعیین نموده و برای رسیدن به اهداف شان برنامه طراحی کنند. ج) دسترسی به خدمات: تثبیت موقعیت خدمات سلامت، روانی و اقتصادی و کمک جهت دسترس پذیر شدن آنها (آگاهی دهی

و آموزش). در بخش فعالیت های اجتماعی، تمرکز بالای فعالیت های ورزشی و تفریحی صورت گرفت که برای گروه های خود یار یک اولویت بشمار میرفت. د) **توانمند سازی:** حمایت از گروه های خودیار تا ظرفیت ها و فعالیت های خود را در پیوند با ورزش و تفریح (تغییرات ساده در قواعد ورزشی و فعالیت های تفریحی همچنان دسترس پذیر ساختن وسایل و تجهیزات مربوطه) بهبود ببخشند.

**پایداری:** بر اساس عناصر گوناگون شامل: 1. پاسخ به نیازمندی های شناسایی شده وزارت و بسیج دست اندرکاران محلی؛ 2. بهبود هماهنگی در سطح ملی از طریق بسیج ساختن دست اندرکاران متعدد ملی از طریق کارگاه ها؛ 3. تدوین برنامه های آموزشی برای ارائه کننده گان خدمات اجتماعی و اقتصادی و گروه های خودیار در مناطق مورد نظر جهت حصول اطمینان از دسترس پذیر بودن شان بعد از پایان پروژه؛ 4. فراهم آوری حمایت انفرادی جهت حصول اطمینان از بهبود در کیفیت زنده گی قربانیان.

**شاخص های کلیدی:** \* 2448 قربانی و 1230 فرد دارای معلولیت شناسایی گردیدند. \* 900 قربانی و فرد دارای معلولیت از حمایت های شخصی اجتماعی برخوردار گردیدند. در پایان پروژه و در مطالعه اثرات پروژه در بخش های تغذیه، مسکن، شرایط، پس انداز، مهارت ها، مراقبت های خودی و تحرکات انجام گرفت که نتایج ذیل بدست آمد: 93 درصد پاسخ دهنده گان گفتند که حد اقل در یکی از پنج بُعد مذکور بهبود یافتند و 24 درصد شان از بهبود در چهار یا پنج بُعد خبر دادند. \* 20 مرجع عرضه خدمات توانستند خدمات شان را طوری ارائه کنند که قربانیان و سایر افراد دارای معلولیت را در برنامه های شان بیشتر شامل سازند. 20 گروه خودیار راجع به بهبود فعالیت های اجتماعی شان آموزش دیدند. \* **چهار جلسه هماهنگی** در سطح ملی و یکی هم در سطح محلی برگزار گردید.

**مدت:** 18 ماه | **مرجع اجرا کننده:** مؤسسه بین المللی هندیکپ؛ شرکا: انجمن قربانیان مین ها در اوگاندا، وزارت جنسیت، کار و توسعه اجتماعی.

**مرجع حمایت کننده:** اداره کمک های بین المللی استرالیا

شرح تصویر: پروژه کودک خرسند برای کودک و مادر، سیم ریپ، کامبوج

**منابع:**

(1) HI. *Personalized social support: Thoughts, method and tools for proximity social services.* 2010 | (2) GICHD. *Assisting Landmine/ERW survivors in the context of disarmament, disability and development.* 2011; Intl Association of Schools of Social Work. *Social work in the context of political conflict.* 2008; Inclusion International. *Supporting children with disability- parent and family information kit. Right to Play. Harnessing the power of sport for development: recommendations to governments.* 2008; WHO, UNICEF, ILO, IDDC. *CBR Guidelines, Social Inclusion Component.* 2011

## برگه آموزشی ششم

### قسمت همکاری با قربانیان: مشارکت اقتصادی

#### بخش توسعه: کارایی و تامین اجتماعی

#### مشارکت اقتصادی چیست؟

**مفهوم مشارکت اقتصادی** این است که همه افراد بتوانند بدون تبعیض از توسعه اقتصادی جوامع شان نفع برده و در آن مشارکت و کمک کنند. **هدف** آن تضمین کردن این امر است که تمام افراد از طریق کار و تامین اجتماعی درآمد کافی داشته باشند تا زندگی خود را در سطح معیار های مناسب پیش ببرند. مشارکت اقتصادی درآمدهای شخص و خانواده اش را افزایش داده و مشارکت اجتماعی و سلامت روانی را بهبود میبخشد. مشارکت اقتصادی هم به شخص و هم بصورت جمعی به خانواده و اجتماع وی نفع میرساند. بسیاری از قربانیان و افراد دارای معلولیت مشارکت اقتصادی را به عنوان اولویت نخست خود یاد میکنند.

#### اجزای اصلی مشارکت اقتصادی قرار ذیل اند: (4)

##### الف) کارایی:

- **شغل آزاد:** شخصی که ب عوض کار کردن برای شخص دیگر برای خود کار میکند. این بیشترین گزینه ایست که در کشور های دارای درآمد پائین در دسترس قرار دارد، اما برای هر کس بهترین گزینه نیست.
- **کار در برابر مزد:** شخصی تحت قرارداد در برابر مزد کار میکند. کارایی مستلزم **توسعه مهارت ها اعم از مهارت های فنی و حرفه ای، مهارت های مدیریت تجارت و مهارت های اساسی زنده گی (تعیین هدف، مدیریت زمان، ارتباطات و غیره)** است. علاوه بر آن، **خدمات مالی** (پس انداز، اعتبار، بیمه و انتقال وجوه) نیز در شغل آزاد از اهمیت ویژه برخوردار اند.

**ب) تامین اجتماعی:** متشکل از بیمه اجتماعی و همکاری اجتماعی بوده و دربرگیرنده تدابیری است که یک شبکه تامینی را برای افراد در شرایط آسیب پذیری بوجود آورده و از وجود حد اقل معیار های زنده گی شامل غذا، لباس، مسکن، آب و سلامت اطمینان حاصل میکند.

##### فشرده حقایق

- \* یک بررسی درباره مشارکت اقتصادی ناحیه ای که از 1645 قربانی در 26 کشور صورت گرفت، اکثریت پاسخ دهنده **گان گفتند که وضعیت شان در این ناحیه در طول سالها بدتر شده است.** 74 درصد اظهار داشتند که درآمد خانواده گی شان کافی نیست. (1)
- \* **کمتر از 20 درصد افراد دارای معلولیت کار میکنند.** عدم اشتغال آنها جوامع را سالانه از 1.92 تریلیون دلار امریکایی محروم میسازد (مجموع تولید ناخالص داخلی سالانه که بر اثر معلولیت از دست میرود). (2)
- \* **82 درصد افراد دارای معلولیت با درآمد روزانه کمتر از یک دلار امریکایی زندگی میکنند.** (3)
- \* **80 درصد افراد دارای معلولیت در مناطق دورافتاده و روستاها زندگی میکنند.**
- \* **شانس کارایی زنان دارای معلولیت نسبت به مردان دارای معلولیت 50 درصد کمتر است.** (4)

#### چارچوب های قانونی و سیاست



- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** بند اول و دوم H ماده پنجم، بند هفتم ماده ششم و بند اول ماده هفتم K
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدامات شماره 25 و 28
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، بند 12. اقدام شماره 31
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های 24، 27
- **اهداف توسعه ی هزار ساله:** هدف نخست
- **کنوانسیون سازمان بین المللی کار،** 159 بازتوانی حرفه ای و کارایی

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

**انجمن** های قربانیان و افراد دارای معلولیت | **عرضه کننده گان خدمات:** مراکز آموزش حرفه ای، خدمات توسعه تجارت، نهاد های وام های کوچک، خدمات اجتماعی، مراکز کارایی، اتاق های تجارت، اتحادیه های تجارتي، گروه های کارآفرین، کارفرمایان عمومی و خصوصی، مؤسسات غیر دولتی و سایر نهاد هایی که در بخش توسعه اقتصاد و کارآفرینی فعالیت میکنند | **وزارت ها:** کار، کشاورزی، امور اجتماعی، دارای و نهاد های عرضه وام های کوچک، برنامه ریزی توسعه ی، دفتر فقر زدایی. | **نهاد های بین المللی:** سازمان بین المللی کار.

### چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چیست؟

- برنامه های کارایی به جای توجه به روستاها و مناطق دور افتاده که اکثریت قربانیان و افراد دارای معلولیت در آنجا زندگی میکنند، بیشتر بر مناطق شهری و شبه شهری تمرکز دارند.
- ممکن است بعضی از برنامه ها به جای در نظر گرفتن تمام خدماتی که ممکن است برای توسعه یک فعالیت اقتصادی مؤفق ضرورت داشته باشند (وام های کوچک، حمایت از توسعه تجارت، پیوند با بازارها...) فقط بر ارائه یکنوع خدمات (مثلاً مراکز آموزشی) تمرکز داشته باشند.
- آموزش های حرفه ای در همه موارد با در نظر گرفتن تقاضای بازار برنامه ریزی نمیشوند.
- در مورد اینکه چگونه میتوان محیط کاری را برای یک شخص دارای معلولیت فراهم ساخت دانش اندکی وجود دارد، در حالیکه اگر در منطقه هیچ نوع حمایت حرفه ای وجود نداشته باشد، خلایقیت و گردآوری نظریات از سایر افراد دارای معلولیت در همان منطقه نیز کفایت میکند.
- پیش داوری ها در میان خانواده ها، کارفرمایان و عرضه کننده گان خدمات در مورد مهارت ها و رقابتی بودن قربانیان و افراد دارای معلولیت به قوت خویش باقی اند. در این مورد برای تغییر دادن برداشت ها، رفتارها و عملکرد ها به راهنمایی های درازمدت نیاز است اما متأسفانه وجود ندارد.
- پروژه های مشارکت اقتصادی ممکن است امکانات مزد در برابر کار را از نظر بیاندازند.
- ساختار های تامین اجتماعی حکومت در کشور های دارای درآمد کم در پائین ترین سطح قرار دارند.
- تحلیل جنسیت در بیشتر، برنامه های مشارکت اقتصادی گنجانیده نمیشود، که ممکن است منجر به تبعیض علیه زنان گردیده ویا حتی آنرا تشدید نماید.
- در بسیاری از موارد برنامه های اقتصادی، خانواده های کسانی که در اثر انفجار مین/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ کشته شده اند، را در نظر نمی گیرند.

### پروژه های موفق در بخش مشارکت اقتصادی

**در اتيوپی،** مرکز معلولیت و توسعه اتيوپی که توسط سازمان بین المللی کار حمایت میگردد، نهاد های تجارتي، صنعتی و بخش عمومی را پیرامون معلولیت آموزش میدهد. در روستاها این مرکز با یک نهاد ارائه وام های کوچک موسوم به DECSI کار میکند. در نتیجه تحقیق، دادخواهی و آموزش های ECDD و انجمن کهنه سربازان دارای معلولیت تیگرای در حال حاضر DECSI افراد دارای معلولیت را نیز در برنامه های خود تحت پوشش دارد. در سال 2010، 900 تن 5)

درصد مشتریان (DECSI) را افراد دارای معلولیت تشکیل میداد. DECSI حال دارای یک نظام نظارتی است که توسط آن پیشرفت ها در این عرصه را اندازه گیری میکند. (5)

**در نیکاراگوا، نهاد وام های کوچک** پروموجیر با نهاد های محلی افراد دارای معلولیت و خدمات اجتماعی فعالیت نمود تا آنها زنان دارای معلولیت را در خدمات وام های کوچک خویش بگنجانند. پروموجیر زنهای دارای معلولیت را در بانک های مردمی استخدام نموده است و همچنین یک بانک مردمی که توسط 30 تن زنان دارای معلولیت اداره میشود، خدماتی را ارائه نموده است. مشارکت کننده گان در جلسات پیرامون سلامت باروری و جلوگیری از خشونت خانواده گی نیز حاضر میشوند. (6)

**در فلیپین، 650 عضو** فدراسیون ملی کوپراتیف ها را افراد دارای معلولیت تشکیل میدهند. آنها عمدتاً در بخش تولید صندلی برای مدارس و میز ها برای وزارت آموزش و پرورش فعالیت می کنند. شعار کاری آنها چنین است: "تولیدات ما را نه از روی ترحم، بلکه بخاطر کیفیت و قیمت نازل شان بخرید." (7)

## دولت ها چه کار هایی را می توانند انجام دهند؟

### در بخش بهبود کیفیت زندگی:

- کمک به قربانیان و افراد دارای معلولیت جهت طرح یک برنامه کاری ذیربط و امکانپذیر برای کاریابی.
- برنامه ها باید اطمینان حاصل کنند که خدمات مالی و کارگاه های آموزشی تا حد امکان به جوامع مورد نظر و اعضای آن نزدیک باشند.
- حمایت از برنامه ها نباید بلافاصله پس از اینکه فرد صاحب شغل یا وظیفه گردد قطع شود بلکه باید حد اقل برای شش ماه تأمین گردد.
- برنامه ها زمانی موفق تر میباشند که، به جای تمرکز بر یک شخص، تمام خانواده در برنامه ریزی و مدیریت فعالیت های اقتصادی، و همچنان در برنامه های آموزش مدیریت پول و در روند دسترسی به سرمایه در نظر گرفته شود.
- لازم است تمرکز خاصی بر زنانی که در سن و سال کار قرار دارند، صورت گیرد زیرا آنها با موانع بیشتری در راستای مشارکت اقتصادی مواجه میشوند و همچنین به این دلیل که آنها در بهبود شرایط زندگی خانواده های شان نقش کلیدی را بازی میکنند.

### در بخش بهبود دسترسی به خدمات:

- کار با مراجع خدماتی عمومی مانند نهاد های اعطای وام های کوچک و مراکز آموزش های حرفه ای جهت کمک نمودن به افراد دارای معلولیت تا موانعی که بر سر راه دسترس پذیر شدن آنها قرار دارد شناسایی گردیده و خدمات به صورت عملی شامل آنها گردد.
- پیشنهاد راهنمایی برای خدمات مذکور در طول یک مدت زمان معین تا اطمینان حاصل شود که آنها عملکرد ها و سیاست های خود را در عرصه هایی مانند آگاهی از حقوق، رفتار و عملکرد های غیر تبعیض آمیز کارمندان نهاد، دسترس پذیری از نقطه نظر ساختار های فیزیکی و ارتباطات، محل اقامتی مناسب و توانایی برآمدن از عهده هزینه ها بهبود بخشند.
- همکاری با کارفرمایان بمنظور تحلیل روشهای استخدام آنها، تغییرات امکان پذیر در محیط کاری شان جهت افزایش دسترس پذیری و آموزش برای کارمندان در مورد پذیرفتن افراد دارای معلولیت.

### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها

- لازم است قوانین و سیاست های کارایی و فقر زدایی در **مطابقت با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت** تنظیم شده باشند. همچنین لازم است برای اجرا آنها در سطح محل، برنامه ها و بودجه های لازم تدارک دیده شوند.
- **استخدام افراد دارای معلولیت در بخش عمومی**
- حصول اطمینان از اینکه قربانیان و افراد دارای معلولیت بتوانند فعالانه در **تدوین سیاست های اقتصادی و برنامه ریزی** به سطح ملی، منطقه ای و محلی مشارکت نمایند.
- طرح و اجرا سیاست ها و برنامه ها پیرامون **تامین اجتماعی** و سیاست های که افراد دارای معلولیت را در یافتن شغل کمک میکنند.

### چگونه میتوان پیشرفت ها را اندازه گیری نمود؟

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تأثیرات مثبتی را بر کیفیت زنده گی ایجاد نمایند.

#### کیفیت زندگی:

\* افزایش در درآمد خانواده. \* افزایش در منافع کارآفرینان دارای معلولیت. \* بهبود در مهارت های فنی و تجاری. \* تعداد کسانی که بیش از یکسال در یک شغل باقی میمانند. \* تعداد مشاغل فعال یکسال پس از ایجاد. \* ظرفیت بهتر برای دسترسی به رژیم با ارزش غذایی در تمام سال. \* افزایش در اعتماد به نفس و مشارکت اجتماعی. \* ظرفیت بهتر برای مدیریت درآمد خانواده. \* افزایش در پوشش قربانیان و افراد دارای معلولیت توسط برنامه های تامین اجتماعی.

#### دسترسی به خدمات:

\* تعداد خدمات شامل قربانیان از نظر استفاده کنندگان. \* تعداد قربانیانی که آموزش های حرفه ای را تکمیل/وام ها یا کمک های بلاعوض را دریافت مینمایند. \* تعداد قربانیانی که استخدام میشوند. \* تعداد جلسات آگاهی دهی و آموزشی در مورد معلولیت و مشارکت برای عرضه کننده گان خدمات عمومی.

#### قوانین و سیاست ها:

\* تبعیض در قانون کار بر مبنای معلولیت از بین رفته باشد. \* قوانین کشوری در مورد کارایی در مطابقت با معیار های کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت باشد. \* سیاست های فقر زدایی شامل اقدامات مشخص برای قربانیان و افراد دارای معلولیت باشد. \* منابع در سطح محلی برای ارتقای مشارکت اقتصادی اختصاص داده میشوند. \* قربانیان و افراد دارای معلولیت فعالانه در تدوین سیاست ها و تصمیم گیری در سطح محل بهره مند میشوند.

### پروژه الگو: مشارکت اقتصادی افراد دارای معلولیت در لائوس

**مشکل شناسایی شده:** افزایش درآمد خانواده برای اکثر افراد دارای معلولیت شامل قربانیان در لائوس یک اولویت است، با این وجود مشکلات زیادی بر سر راه کار در برابر مزد و اشتغال آزاد آنها وجود دارد.

**اهداف:** 1. افزایش دسترسی افراد دارای معلولیت به کار در برابر مزد. 2. حمایت از افراد دارای معلولیت جهت آغاز نمودن یا توسعه دادن فعالیت های دارای درآمد از طریق دسترسی به وام، آموزش های فنی و مهارت های حرفه ای، و کمک در توسعه تجارت.

**فعالیت ها:** الف) کار در برابر مزد: ایجاد یک مرکز کارایی؛ ارتقای ظرفیت های انجمن افراد دارای معلولیت لائوس بمنظور حمایت از افراد دارای معلولیت که در جستجوی کار هستند؛ آگاهی دهی و همکاری با کارفرمایان؛ حمایت انفرادی از افراد دارای معلولیت جهت تقاضای شغل، بدست آوردن و حفظ شغل.

ب) **شغل آزاد:** حمایت انفرادی برای افراد دارای معلولیت جهت طرح برنامه های شغلی، دسترسی به برنامه های آموزشی فنی و مهارت های حرفه ای، و دسترسی به سرمایه (ترکیبی از کمک های بلاعوض و وام های کوچک)؛ ارتقای ظرفیت کارمندان انجمن افراد دارای معلولیت لائوس و دفاتر کار و رفاه اجتماعی در نواحی مورد نظر.

**پایداری:** طرح و اجرا پروژه با همراهی انجمن افراد دارای معلولیت لائوس صورت گرفت؛ مشارکت و ارتقای ظرفیت دفاتر کار و رفاه اجتماعی، آگاهی دهی و آموزش کارمندان، راهنمایی برای افراد دارای معلولیت جهت تسهیل تداوم شغلی شان.

**شاخص های کلیدی:** شغل آزاد: 312 تن وام دریافت نمودند؛ 202 تن در آموزش های فنی شرکت کردند؛ 97 تن در برنامه آموزشی توسعه تجارت شرکت کردند؛ و 236 تن در برنامه آموزشی، آموزشهای مالی شرکت نمودند. کار در برابر مزد: 66 تن استخدام گردیدند؛ 172 کارفرما اعلانات کارایی شان را با انجمن افراد دارای معلولیت لائوس هماهنگ نمودند.

**مدت:** 42 ماه.

**مرجع حمایت کننده:** مؤسسه بین المللی هندیکپ، انجمن افراد دارای معلولیت لائوس.

**مرجع حمایت کننده:** اداره توسعه بین المللی ایالات متحده امریکا، اداره همکاری های بلژیک، اتحادیه اروپا.

شرح تصویر: جانسن بومبیل، 50 ساله، مرکز تجاری کنیامپارا، استان مونکانیو، اوگاندا

## منابع:

- (1) HI. *Voices from the Ground: Mine/ERW survivors speak out on victim assistance*. 2009 | (2) ILO. *The price of exclusion*. 2009; ILO. *Assisting disabled persons in finding employment*. 2005 | (3) World Bank. *Poverty and disability, a literature review*. 1999 | (4) (7) WHO, UNICEF, ILO, IDDC. *Community-based rehabilitation Livelihood Guidelines*. 2010 | (5) ILO. *Ethiopia: Disability Inclusion Support Services Case Study*. 2010 | (6) HI. *Good practices for the economic inclusion of persons with disabilities*. 2006; CDPO. *Report on good practices in inclusive agricultural skill training*. 2011; ILO. *Disability in the Workplace: company practices*. 2010; *Placement of job-seekers with disabilities: an effective service*. 2003; *Training for success: A guide for peer-to-peer training*. 2008

## برگه آموزشی هفتم

### موضوع مشترک همکاری با قربانیان: جنسیت

#### بخش توسعه: جنسیت

#### جنسیت چیست؟

**"جنسیت"** عبارت از مجموعه‌ای از نقش‌ها، حقوق، مسؤلیت‌ها، مشخصات و عدم‌نیازی است که یک جامعه به افراد از نظر مذکر یا مؤنث بودن‌شان نسبت می‌دهد. نهادها، ایدئولوژی‌ها، مذهب و ارزش‌ها همه و همه، رفتارها را نسبت به جنسیت شکل می‌دهند. برداشت‌ها در قبال جنسیت از یک زمان تا زمان دیگر و از یک فرهنگ تا فرهنگ دیگر تفاوت می‌کند. برعکس، اصطلاح "جنس" به خصوصیات بیولوژیکی مردان و زنان اطلاق می‌گردد.

مردان و زنان شرایط مشابه را بگونه متفاوت تجربه می‌کنند. در واقع، دامنه فقر و وابستگی اقتصادی در میان زنان وسیع‌تر است. عموماً زنان بر زندگی جنسی و باروری‌شان تسلط کمتر داشته، نسبت به مردان بیشتر قربانی خشونت میشوند و در تصمیم‌گیری‌ها اثرگذار نیستند.<sup>(1)</sup>

**هدف از رویکرد جنسیت** همانا دستیابی به تساوی جنسیت است: حصول اطمینان از اینکه دختران، پسران، مردان و زنان از میان قربانیان و افراد دارای معلولیت همه و همه تجارب، دانش و منافع‌شان را در برنامه‌های توسعه شریک می‌سازند؛ و نیز در بهبود کیفیت زندگی‌شان بگونه برابر سهم گرفته و از آن بهره‌مند می‌گردند. این امر مشتمل به کار با دختران، پسران، مردان و زنان جهت تحلیل و در صورت ضرورت تغییر رفتار، روش، نقش‌ها و مسؤلیت‌ها در خانه، مدرسه، محل کار و در جامعه است. تازمانی که از رویکرد مبتنی بر جنسیت استفاده نشود، دسترسی نابرابر به منابع غالباً ادامه یافته و باعث آسیب به حق آزادی و کیفیت زندگی مردان و زنان در درازمدت خواهد گردید. بهبود در کیفیت زندگی همه بگونه برابر به سود همه‌ی جامعه تمام می‌شود.

#### فشرده حقایق

\* دختران، پسران، زنان و مردان همه قربانیان مستقیم و غیر مستقیم پیامد های فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مین ها و مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ اند؛ اما آنها از این تهدید بگونه متفاوت متاثر می‌گردند.

\* در سال 2011، 90 درصد تلفاتی که جنس‌شان قابل شناسایی بود، مردان بودند. تلفات کودکان 42 درصد تمام تلفات غیرنظامی که در آن سن قابل شناسایی بود را تشکیل میدادند.<sup>(2)</sup>

\* بعد از یک حادثه مین‌ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ، میزان مرگ و میر گروه زنان 43 درصد و از گروه مردان 29 درصد گزارش شده است.<sup>(3)</sup>

\* زنان دارای معلولیت اکثراً نسبت به هم‌تایان ذکور‌شان حین استفاده از خدمات با تبعیض بیشتری مواجه میشوند.<sup>(4)</sup>

\* زنان و دختران دارای معلولیت به اندازه بیشتر با سوء استفاده جنسی مواجه میشوند و در مورد سلامت باروری به آگاهی‌های کمتری دسترسی دارند.<sup>(5)</sup>

\* تعداد بیشتر مردان نسبت به زنان کارهای با مزد را در اختیار دارند. تداوم شغلی زنان نسبت به مردان عمر کوتاه‌تری دارد؛ زنان نسبت به مردان درآمد کمتر داشته و از امنیت اجتماعی کمتری برخوردار اند.<sup>(6)</sup>

## چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه یی:** بند اول ماده پنجم، بند هفتم ماده پنجم، بند اول K ماده هفتم
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدام شماره 22 و 30
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش سوم اقدام 19، بخش چهارم، بند 12. اقدام شماره 29. بخش پنجم، اقدام شماره 41
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های 3، 6 و 16
- **اهداف توسعه هزار ساله:** هدف شماره 3
- **کنوانسیون محو همه انواع خشونت علیه زنان**
- **برنامه عملیاتی بیجنگ،** بخش E,143
- **قطعهنامه شورای امنیت سازمان ملل متحد 1325**

### دست اندر کاران اصلی چه کسانی هستند؟

- **انجمن** های قربانیان، افراد دارای معلولیت، زنان و زنان دارای معلولیت
- **مراجع عرضه کننده خدمات** در تمام ناحیه های مربوط به همکاری به قربانیان
- **وزارت ها:** جنسیت، همه وزارت خانه ها
- **نهاد های بین المللی:** اداره سازمان ملل متحد برای زنان

### چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چیست؟

- **تعداد کمتری از وزارت خانه ها و مراجع خدماتی** را میتوان پیدا نمود که در سیاست ها، برنامه ها و روند های استخدام شان مسئله جنسیت را صریحاً در نظر گرفته باشند.
- **اکثراً زنان تعداد کمتری از کارمندان** بخش های سلامت، بازتوانی، خدمات اجتماعی و کاریابی را تشکیل میدهند، بنابراین ممکن است بعضی از زنان در نزدیک شدن و استفاده از خدمات مذکور اعتماد به نفس خو را از دست داده و یا خود را راحت احساس نکنند.
- **مناطق که آلوده شده اند معمولاً دور افتاده** میباشند. مدت زمان و هزینه ی که برای رسیدن به خدمات در شهر های بزرگ لازم میباشد باعث **عدم دسترسی زنان** به آنها میگردد زیرا آنها نمی توانند از خانواده خود دور باشند و یا درآمد محدودی را که دارند را خرج هزینه سفر کنند.
- **طبق گزارشات، در بعضی از کشورها تعدادی از افراد پس از حادثه انفجار مین/مهمات منفجر نشده باقی مانده از جنگ به مشکلات سلامت روانی و مواد اعتیاد آور مبتلا گردیده و به افراد خشن مبدل میگرددند** که در مقابل اعضای خانواده به خشونت خانوادگی و جنسی اقدام مینمایند. قربانیان مونث، همانند سایر زنان دارای معلولیت، نسبت به زنان دیگر بیشتر در معرض **خطر خشونت های خانواده گی** قرار دارند.
- **در فرهنگ هایی که از مردان انتظار می رود تا خانواده را تامین مالی و عاطفی نمایند، تصور بر این است که صدمه روانی از دست دادن درآمد به سبب حادثه مین ها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ، بیشتر متوجه مردان میباشد.** (8) قربانیان زن ممکن است از چالش های روانی مختلفی رنج ببرند. آنهایی که جراحات یا اختلالات شان قابل مشاهده است ممکن است **طلاق** داده شده و یا **انتظار ازدواج** نداشته باشند. همچنین ممکن است که سایرین با حمایت اندک و یا بدون هیچ نوع حمایتی در همان خانواده به زنده گی ادامه داده و نقش باروری خود را همچنان ایفا کنند.

- زمانیکه مردان بر اثر انفجار مین ها یا مهمات منفجر نشده باقی مانده از جنگ معلول شده ویا جانهای شان را از دست میدهند، مسوولیت کسب درآمد و پیشبرد زندگی خانواده و کودکان اکثراً متوجه زنان میگردد که در عین حال آنان ممکن است مراقبت کننده اصلی قربانی حادثه نیز باشند.

## پروژه های موفق در بخش ارتقای برابری جنسیت

**در بوسنی و هرزگوین،** برنامه قربانیان مین ها (LSI) در تمام فعالیت های خویش جنسیت را مد نظر دارد. برنامه قربانیان مین ها میکوشد تا قربانیان مونث را شناسایی و کمک نماید که یک کار مشکل است زیرا اداره مرد سالار سربازان بوسنی که برنامه قربانیان مین ها با آن همکاری دارد اطلاعات مربوط به زنان را در اولویت قرار نداده است. برنامه قربانیان مین ها اطمینان حاصل میکند که منابع کافی برای کمک با قربانیان زنان جهت رسیدن به اهداف بازتوانی شان تخصیص داده شوند. بطور مثال، کارمندان میدانی برنامه قربانیان مین ها، که از گروه مردان هستند، میتوانند توسط یک کارمند اجتماعی از گروه زنان تعویض گردند. برنامه قربانیان مین ها برای توانمند سازی زنان ابتکارات خاصی را در دست اقدام دارد (برگزاری جلسات مختص به قربانیان مونث جهت بحث روی حقوق افراد دارای معلولیت، حمایت توسط همتایان و توانمندسازی اقتصادی). همسران قربانیان در روند سلامتی و مشارکت شوهران شان دخالت داده شده اند. همچنین برنامه قربانیان مین ها مطمئن میسازد که به صدای زنان در عرصه های مختلف بخصوص گشایش ویا توسعه مشاغل کوچک اهمیت داده میشود.<sup>(8)</sup>

**در تاجکستان** هماهنگ کننده برنامه مین زدایی ملل متحد در ایجاد شبکه 80 تن از نان آوران زن خانواده ها در 331 روستا همکاری نمود. آنها در مناطق دورافتاده ویا ناامن شامل مناطق مرزی به عنوان افراد رابط فعالیت نمودند. آنها برای آگاهی دهی مبتنی بر جامعه پیرامون همکاری با قربانیان، در روستا هایشان از حمایت های لازم برخوردار گردیدند.<sup>(10)</sup>

## دولت ها چه کارهایی را میتوانند انجام دهند ؟

### در بخش بهبود کیفیت زنده گی

- پروژه ها و برنامه ها همانطور که قربانیان (اکثراً مردان و پسران) را مورد توجه قرار میدهند، در کنار آن باید قربانیان غیر مستقیم یعنی مراقبت کننده گان و اعضای خانواده آنها (اکثراً زنان و کودکان) را نیز فراموش نکنند.
- حصول اطمینان از اینکه خدمات پاسخگوی نیازمندی های متنوع مردان و زنان، پسران و دختران باشند. در بخش خدمات سلامت اطمینان حاصل کنند که برای گروه زنان در جریان معاینات فیزیکی کارمندان زن وجود داشته و محرمانه شان حفظ گردد. در آموزش های فنی و شغلی اطمینان حاصل گردد که زمان بندی به گونه ای تنظیم شده باشد که هم مردان و هم زنان در آنها بتوانند مشارکت نمایند.

### در بخش بهبود دسترسی به خدمات

- جمع آوری اطلاعات و گزارشدهی پیرامون تعداد قربانیان (مردان، زنان، پسران و دختران) که به خدمات دسترسی دارند، شامل خدمات مختص به گروه زنان (مانند حاملگی ایمن و سلامت مادری) و کودکان (مانند واکسیناسیون).
- سرمایه گذاری در تحلیل نقش های گروه های مختلف قربانیان و افراد دارای معلولیت شامل زنان و مردان و سطح دسترسی آنها به منابع و کنترل برآن.
- حصول اطمینان از رعایت عدالت جنسیت میان کارکنان و مشاورین سلامت جهت رسیدگی هرچه بهتر به نیازمندی های زنان، دختران، پسران و مردان.

- اتخاذ تدابیر بمنظور فراهم آوری امکانات مناسب زندگی تا زنان و کودکان قربانی توانایی دسترسی به خدمات را کسب کنند، خصوصاً اگر مجبور باشند تا از خانه به مرکز سلامت سفر کنند.
- مشاوره با مردان و زنان و وارد نمودن آنها در طرح، اجرا، نظارت و ارزیابی برنامه ها و سیاست ها.

### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها

- حصول اطمینان از اینکه رویکرد مبتنی بر جنسیت در بودجه تمام طرح ها و برنامه ها در نظر گرفته شده باشد: تخصیص منابع عمومی باید منعکس کننده نیازمندی ها و حقوق مردان و زنان بوده و در صورت ضرورت ابتکارات مشخص برای توانمند سازی زنان باید در دست اقدام قرار گیرد.
- بررسی نیاز ها و همکاری های مردان، زنان، پسران و دختران در درآمد، هزینه ها و تخصیص های موجود. در صورت ضرورت، تعدیل بودجه جهت بهره مند شدن تمام گروه ها.

### چگونه میتوان پیشرفت ها را اندازه گیری نمود؟

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تاثیرات مثبتی را بالای کیفیت زنده گی ایجاد نمایند.

#### کیفیت زندگی:

\* افزایش مشارکت زنان و مردان دارای معلولیت در تصمیم گیری ها به سطح خانواده ها و جامعه. \* کاهش در میزان مرگ و میر قربانیان زن مین ها و مهمات. \* کاهش مرگ و میر مادران در میان قربانیان مونث. \* کاهش در میزان خشونت های خانواده گی در میان قربانیان.

#### دسترسی به خدمات:

\* درصدی از زنان، مردان، پسران و دختران که به خدمات سلامت روانی، بازتوانی و خدمات اجتماعی و اقتصادی دسترسی دارند. \* تعداد قربانیان زن که به خدمات سلامت جنسی و باروری به نسبت جمعیت کل دسترسی دارند. \* تعداد کارمندان زن به تناسب کارمندان مرد. \* تعداد برنامه هایی که آن دسته از زنان دارای معلولیت را که قربانی خشونت شده اند را حمایت میکنند.

#### قوانین و سیاست ها:

\* لغو قوانین و سیاست هایی که تبعیض بر مبنای جنسیت را جایز میداند. \* وجود اطلاعات به روز شده با تفکیک سن و جنس. \* وجود بودجه برای ابتکارات توانمندسازی زنان.

## پروژه الگو: رویکرد جنسیت در کامبوج (11)

**مشکل شناسایی شده:** در کامبوج، مانند بسیاری از کشورهای دیگر، افراد دارای معلولیت با تبعیض مواجه اند. مشخصاً زنان دارای معلولیت در روستاهای این کشور با آنچه UNESCAP آنرا بنام "تبعیض سه گانه" یاد میکند، مواجه اند که عبارتند از متعلق به قشر مونث بودن، فقیر بودن و معلول بودن. موانعی که بر سر راه دسترسی به حقوق و رفع نیازمندی های شان وجود دارند دشوار و پیچیده اند و اگر رویکرد جنسیت در پروژه ها در نظر گرفته نشود، موانع مذکور به قوت خویش باقی مانده و یا حتی بزرگتر خواهند شد.

**اهداف پروژه:** 1. حمایت لازم از مردان و زنان قربانی و دارای معلولیت صورت گیرد تا مشاغل شخصی خود را ایجاد نموده و کیفیت زنده گی شان را بهبود بخشند. 2. آموزش دادن به مقامات و مراجع عرضه کننده خدمات برای مشارکت افراد دارای معلولیت.



**رویکرد مبتنی بر جنسیت:** این پروژه: 1. بمنظور حصول اطمینان از برابری در فرصت های زنان و مردان از روش های مشترک استفاده نموده و نقش ها و مسؤولیت های مختلف آنها را در نظر گرفت. 2. تقسیم اوقات آموزش های فنی و شغلی را طوری تنظیم نمود که زنان و مردان بتوانند در آن شرکت کنند. 3. اطلاعات را به تفکیک جنس، سن و شاخص های اجتماعی-اقتصادی بر اساس معیار های کیفیت زندگی که توسط مردان و زنان تعریف میگردد، جمع آوری، تفکیک و گزارش نمود. 4. اطمینان حاصل نمود که کارمندان در تمام بخش ها ترکیبی از گروه زنان و مردان باشند. 5. برنامه ای تنظیم کرد که 45 درصد تمام بهره مندین پروژه از گروه زنان باشند، اما در عمل به 49 درصد رسید. 6. دسترسی به خدمات سلامت را برای زنان، شامل حاملگی ایمن و ثمربخش؛ و دسترسی به برنامه های منع خشونت خانواده گی را برای مردان و زنان میسر نمود.

**پایداری:** در جمع کارمندان میدانی یک مؤسسه غیر دولتی محلی افراد دارای معلولیت نیز شامل اند. این مؤسسه در آسیب دیده ترین استان فعالیت دارد و در تمام کار های خود جنسیت را مراعات میکند. مقامات محلی و عرضه کننده گان خدمات آموزش داده شدند تا اطمینان حاصل کنند که افراد دارای معلولیت به خدمات آنها دسترسی داشته باشند. حمایت های انفرادی برای مدت یکسال به دنبال آغاز تجارت بمنظور افزایش شانس موفقیت آن صورت گرفتند.

**شاخص های کلیدی:** 560 تن در پروژه مشارکت کردند. از آنجمله 78 درصد شان در طول سال اول درآمد خود را افزایش دادند. 100 درصد شان از بهبود عمومی کیفیت زندگی شان گزارش دادند (شامل درآمد، دسترسی به غذا، مدرسه، خدمات سلامت و مشارکت اجتماعی). زنان و آسیب پذیر ترین مردان بیشترین بهبود در کیفیت زندگی شان را گزارش دادند. زنان بصورت خاص از این بابت اظهار رضایت نمودند که برای ازدواج مناسب و تشکیل خانواده انتخاب های زیادی داشتند.

**مدت و مرجع حمایت کننده پروژه:** مدت این پروژه 30 ماه بود و توسط اتحادیه اروپا حمایت گردید.

**مرجع اجرا کننده:** مؤسسه بین المللی هندیکپ و مؤسسه غیر دولتی محلی OEC. انجمن افراد دارای معلولیت کامبوج در مرحله دوم به آن ملحق گردید.

شرح تصویر: کنها در مدرسه. مدرسه ابتدائی بون رانی هون سن. میموت، کمپونگ چام، کامبوج، 2011

## منابع:

- (1) UNESCOAP Incheon Strategy to Make the Right Real for Persons with Disabilities in the Asia Pacific. 2012 | (2) ICBL, CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 Report | (3) (7) (8) Swiss Campaign to Ban Landmines. Gender and landmines: from concept to practice. 2008 | (4) Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Recommendation 18 – Disabled Women. 1991 | (5) UNHCHR. Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability. 2012 | (6) UNDP. Fact-sheet MDG Goal 3: Promote gender equality and the empowerment of women. 2010 | (9) Landmine Survivor Initiatives Website (accessed March 2013) and email exchanges. March 2013 | (10) UN. Gender guidelines for Mine Action Programs. 2010 | (11) HI. Good practices from the project Towards Income Generating Activities. 2010; UNDP, UNIFEM. A guide to gender-sensitive indicators in basic service delivery. 2009

## برگه آموزشی هشتم

### موضوع مشترک همکاری با قربانیان: توانمند سازی

#### بخش توسعه: توانمند سازی

#### توانمند سازی چیست؟

**توانمندسازی** روندیست که از طریق آن اعتماد به نفس، ظرفیت و عزت نفس افراد افزایش یافته تا حقوق خود را درک نموده و آنها را مطالبه نمایند، تصمیم گیری نموده، نظریات و خواسته های شان را مطرح سازند و در تمام ابعاد زنده گی اجتماعی سهم بگیرند. (1) **هدف** از توانمندسازی این است که قربانیان و افراد دارای معلولیت مستقل گردیده و از حقوق و مسؤلیت های خود بطور یکسان مانند دیگران استفاده نمایند.

**در سطح انفرادی**، توانمندسازی شخص را قادر میسازد تا مسؤلیت زنده گی خود را به عهده گرفته و برای استفاده از حقوق خود اقدام نماید – مانند مشارکت در امور اجتماعی با داشتن همه گزینه ها مانند سایرین.

**به سطح گروهی**، رشد یک نهضت دموکراتیک و نماینده گی کننده از افراد دارای معلولیت و قربانیان یک شرط بنیادی جهت حصول اطمینان است از اینکه حکومت ها، مراجع عرضه خدمات و در مجموع تمام جامعه پاسخگوی حقوق و نیازمندی های آنها میباشد. و همچنان اطمینان میدهد که آنها در برنامه ریزی، اجرا و نظارت از قوانین، سیاست ها و برنامه هایی که به آنها مربوط میگردد، دخالت داشته و سهم فعالانه داشته باشند. (2) توانمندسازی انفرادی و جمعی قربانیان و افراد دارای معلولیت یکی از دو لایه های راهبرد دوگانه در قبال توسعه فراگیر است.

#### فشرده حقایق

- \* توانمندسازی یک روند پیچیده و درازمدت بوده و چیزی نیست که درطول چند روز اتفاق بیافتد یا بتوان به کسی داد. (5)
- \* توانمندسازی شامل دسترسی داشتن به آگاهی هاست تا اطمینان حاصل شود که افراد جهت بهره مند شدن از فرصت ها، دسترسی به خدمات، استفاده از حقوق خود، مذاکره مؤثر، و پاسخگو قرار دادن مقامات بهتر بسیج شده باشند. (6)

#### توانمندسازی متشکل از اجزای ذیل است:

- **توانمندسازی انفرادی**: عبارت از حمایت های مطابق به نیازمندی های افراد میباشد که برای قربانیان فوق العاده آسیب پذیر ضروری میباشد تا آنها مستقل بودن خود را تقویت نموده و به اهداف زنده گی شان دست یابند. این روند شخص را قادر میسازد تا با توسعه دادن اعتماد به نفس، حس خلاقیت و در دست گرفتن کنترل زنده گی خویش، ظرفیت ها و قدرت تصمیم گیری خود را تقویت نماید. (3)
- **توانمندسازی گروهی**: عبارت از روندیست که از طریق آن گروه های قربانیان و افراد دارای معلولیت، مانند انجمن های قربانیان و افراد دارای معلولیت، اتحادیه ها، گروه های خودیار و فدراسیون هایی که توسط افراد دارای معلولیت ایجاد گردیده و رهبری میشوند، ظرفیت های خود را بمنظور نماینده گی کردن و بسیج نمودن همتایان شان؛ دادخواهی برای تعدیل سیاست ها و عملکرد ها؛ نظارت بر حقوق بشر و توانمندساختن اعضای شان، توسعه میدهند. اینگونه انجمن ها نقش مهمی را در ارتقای جوامع همدیگر پذیر، جاییکه حقوق قربانیان و افراد دارای معلولیت بگونه کامل رعایت میشوند، ایفا مینمایند. (4) انجمن های افراد دارای معلولیت، شامل انجمن های قربانیان نیز نقش مهمی را در افزایش دسترسی به خدمات ایفا میکنند.

## چارچوب های حقوقی و سیاست

- **برنامه کاری وینتیان:** بطور ضمنی در اقدامات شماره 30، 31 و 32
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، اقدام شماره 23
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** در ضمن ماده سوم.

## دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

**موسسات** قربانیان و افراد دارای معلولیت، سایر نهاد های جامعه مدنی مانند انجمن های زنان. | **مراجع عرضه خدمات** در تمام ناحیه های مربوط به همکاری با قربانیان | **وزارتخانه ها:** وزارت امور اجتماعی یا هر وزارتی که مسؤل امور افراد دارای معلولیت و همکاری با قربانیان باشد، سایر وزارتخانه های دیگر برای دادخواهی. | **شبکه های بین المللی:** هم پیمانان بین المللی معلولیت، مجمع (کنسرسیوم) بین المللی معلولیت و توسعه، مؤسسه بین المللی افراد دارای معلولیت. **سازمان های بین المللی:** دبیرخانه کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت و سایر ادارات مربوطه ملل متحد.

## چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چیست؟

- اکثر افراد دارای معلولیت **عدم توانمندی** را در خانواده و جامعه تجربه میکنند. ممکن است آنها از طرف خانواده هایشان به شدت حمایت شوند اما در عین حال بیش از حد لازم محافظت شوند؛ ویا طرد شده و از حیات اجتماعی رانده شوند، که این عمل به جای اینکه احساس عامل تغییر بودن آنها را برانگیزد، برعکس حس قربانی بودن آنها را تقویت میکند.
- ماموران خدمات عمومی و سایر بخش های خدماتی ممکن است از **حقوق قربانیان و افراد دارای معلولیت آگاه نباشند** و بصورت عملی ندانند که چگونه سهولت های لازم را فراهم سازند تا دسترسی به خدمات شان قابل اطمینان گردد.
- کارمندان دولتی ممکن است ندانند که این وظیفه شان است که **مشارکت آگاهانه و فعال** افراد دارای معلولیت را تأمین نمایند. شاید آنها ندانند که چگونه میتوانند این مشارکت را شروع کنند، ویا هم ممکن است با یک شخص یا سازمان وارد مذاکره شوند بدون آنکه بدانند که شخص یا سازمان مذکور واقعاچه قدر **نماینده و پاسخگوی** قشر مذکور میباشد.
- در بعضی کشور ها، انجمن های افراد دارای معلولیت دست اندرکاران نسبتاً جدید جامعه مدنی میباشدند، بنابراین اکثراً از نقطه نظر نماینده گی کردن، اداره دموکراتیک، بسیج اعضا، شریک ساختن دانش و اطلاعات و استراتژی های بقاءپذیر، **نیازمند به ارتقای ظرفیت** های خود دارند.

## پروژه های موفق در بخش توانمندسازی

**در کلمبیا،** یک حکومت محلی زمانی که دانست که بسیاری از برنامه های بازتوانی مبتنی بر جامعه اش فاقد مالکیت محلی هستند، از ایجاد یک **بنیاد برای افراد دارای معلولیت** بنام (FUNDISCA) حمایت نمود. بنیاد مذکور توانمند سازی افراد دارای معلولیت را از طریق ارائه آموزش ها و تشویق آنها به پذیرفتن نقش های رهبری در چارچوب برنامه بازتوانی مبتنی بر جامعه و ایفای نقش فعال در برنامه ریزی و کنترل زندگی شان، میسر نمود. بنیاد فوق الذکر افراد دارای معلولیت، والدین، مراقبت کننده گان، آواره گان، افراد بومی، اعضای جامعه و رهبران محلی را بسیج کردند. همچنان بنیاد مذکور دارای 218 عضو و 20 کارمند بازتوانی مبتنی بر جامعه است که عزت نفس، مشارکت در خانواده، دسترسی به خدمات و گفتمان با مقامات محلی را تقویت میکنند. (7)

**در اوگاندا،** انجمن قربانیان مین های اوگاندا (ULSA) از سال 2005 بدین سو در راستای توسعه ظرفیت های قربانیان از طریق حمایت روانی - اجتماعی و آموزش ها پیرامون رهبری با ایجاد ساختار های زندگی اجتماعی و اقتصادی مانند حمایت توسط همتایان، سفر های مبادلاتی، فعالیت های تفریحی، پروژه های معیشتی و نظام مراجعه به خدمات سلامت و بازتوانی کار نموده است. انجمن قربانیان مین های اوگاندا در مورد معاهده منع مین، کنوانسیون مهمات خوشه ای و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت آگاهی دهی نموده و اطلاعات راجع به مین زدایی را جمع آوری و منتشر میکند. همکاران انجمن قربانیان مین های اوگاندا را اتحادیه ملی افراد دارای معلولیت اوگاندا، شورای ملی افراد دارای معلولیت و وزارت جنسیت، کار و توسعه اجتماعی تشکیل میدهند. از بدو تأسیس آن بدین سو انجمن قربانیان مین های اوگاندا با حدود 400 قربانی و افراد دارای معلولیت کار نموده است. این همکاری شامل حمایت مستقیم از قربانیان در حوزه های کاسیسی، لیرا و اگاگو/پادیر بوده و نیز در چارچوب آن برای 40 رهبر در 10 شهرستان اوگاندا آموزش رهبری داده شده است. (8)

## دولت ها چه کارهایی را میتوانند انجام دهند؟

### در بخش بهبود توانمندی افراد

- ارائه حمایت های خصوصی اجتماعی برای قربانیان جهت شناسایی نیازمندی ها و منابع و طرح یک برنامه کاری جهت نیل به اهداف آنها.
- کار با خانواده ها تا آنها بدانند که چگونه یک عضو دارای یک معلولیت خانواده شان را حمایت نموده، توانمند سازد و باهم برای حقوق خویش دادخواهی نمایند.
- حمایت از قربانیان جهت پیوستن با انجمن های محلی قربانیان ویا افراد دارای معلولیت و سایر جمعیت های عمومی.

### در بخش بهبود وضعیت توانمندسازی در سطح عمومی

- حمایت از انجمن های افراد دارای معلولیت جهت اجرای بررسی از منطقه خود؛ تا مناطقی را که در آنها نیاز به توسعه ظرفیت دارند را شناسایی کنند.
- توسعه ظرفیت های انجمن های افراد دارای معلولیت از طریق آموزش دادن به اعضای آنها به سطح محلی، منطقه ای و کشوری. این آموزش ها میتوانند در مورد مسابلی مانند مهارت های مدیریت پروژه و بسیج منابع باشند که برای بسیاری از انجمن های افراد دارای معلولیت یک چالش به حساب میآیند، و همچنان دادخواهی به منظور اعمال نفوذ بر روند وضع قوانین و سیاست ها، آگاهی دهی، ایراد بیانیه در جمع مردم، بسیج رسانه ها و اینکه چگونه میتوان از ابزار مذکور به گونه استراتژیک در مطابقت با اهداف استراتژیک بکار برد.
- فراهم ساختن آگاهی ها راجع به فرصت های آموزشی در مناطق مانند حقوق بشر، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت و نظارت بر اجرای حقوق بشر در سطح کشور.
- حمایت از انجمن های افراد دارای معلولیت تا وظایف خود به عنوان نهاد های نمایندگی کننده در بخش های مدیریت، شریک ساختن اطلاعات و پاسخگویی را تقویت بخشند.
- همکاری در تنظیم سفر های مطالعاتی ویا مبادلاتی میان انجمن های افراد دارای معلولیت شامل ملاقات های هدفمند، شریک ساختن اطلاعات و پخش و انتشار تجربیات بعد از بازگشت.
- تسهیل نمایندگی کردن از قربانیان و افراد دارای معلولیت در همه ابعاد اجرا و نظارت بر معاهده منع مین، کنوانسیون مهمات خوشه ای و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت به سطوح محلی، منطقه ای، کشوری و بین المللی.
- حصول اطمینان از اینکه انجمن های قربانیان و افراد دارای معلولیت راجع به سیاست گذاری، برنامه ریزی طرح ها، نظارت و ارزیابی در سطح محلی، منطقه ای و کشوری نه تنها در مورد همکاری با قربانیان بلکه

راجع به تمام روندها و ناحیه هایی که به آنها و افراد جامعه شان ارتباط داشته باشند، آگاهی داشته و در آن مشارکت فعال دارند

### چگونه میتوان پیشرفت ها را اندازه گیری نمود؟

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تأثیرات مثبتی را بالای کیفیت زنده گی ایجاد نمایند.

### توانمندسازی انفرادی:

\* قربانیان و افراد دارای معلولیت از افزایش اعتماد به نفس و مشارکت در امور خانواده گی و اجتماعی خبر بدهند. \* قربانیان و افراد دارای معلولیت ظرفیت رسیدن به اهداف خود را داشته باشند. \* تعداد قربانیان و افراد دارای معلولیت که از حقوق خود آگاه بوده و میدانند که چگونه آنها را مطالبه کنند. \* قربانیان و افراد دارای معلولیت از افزایش سطح خدمات در جامعه شان حکایت کنند. \* قربانیان و افراد دارای معلولیت به گروه ها و سازمان های نماینده گی کننده بپیوندند.

### توانمندسازی گروهی

\* اعضا و کارمندان انجمن های افراد دارای معلولیت که در پایان پروژه ظرفیت شان در مدیریت پروژه ها، دادخواهی، حقوق بشر، تهیه وجوه مالی و تنوع منابع حمایت کننده به صورت درصدی افزایش یافته باشد. \* بهبود ظرفیت اداری انجمن های افراد دارای معلولیت: تعداد جلسات، ساختار های شفاف تصمیم گیری، بازرسی. \* وجود ساختار های واضح برای شریک ساختن اطلاعات میان اعضا و کارمندان انجمن های افراد دارای معلولیت و شبکه انجمن های افراد دارای معلولیت. \* یک برنامه جامع دادخواهی به شکل هماهنگ میان انجمن های افراد دارای معلولیت و سایر نهاد های جامعه مدنی اجرا شده باشد. \* انجمن های افراد دارای معلولیت در تعدادی از ساختار ها و کمیته های رسمی تصمیم گیری عضویت داشته باشند. \* انجمن های افراد دارای معلولیت بصورت فعالانه در شماری از جلسات راجع به توسعه، نظارت و ارزیابی تدوین سیاست ها و برنامه ها شامل همکاری با قربانیان مشارکت نمایند.

### پروژه الگو: مدافعان ممنوعیت (9)

"مدافعان ممنوعیت" یک گروه دادخواهی قربانیان مهمات خوشه بی است که از 12 کشور گردهم آمده اند. گروه مذکور در سال 2007 با حمایت مؤسسه بین المللی هندیکپ به وجود آمد.

**مشکل شناسایی شده:** دخالت نداشتن نظاممند و آگاهانه قربانیان (خود قربانیان، اعضای خانواده افراد مجروح یا کشته شده، افرادی که در مناطق آلوده به مین ها و مهمات زندگی میکنند) در روند منع مهمات خوشه بی.

**اهداف:** توانمند ساختن قربانیان – که بنام مدافعان ممنوعیت نیز یاد میشوند – جهت شناختن حقوق خود و دفاع از آنها؛ حمایت از تلاش های بین المللی بمنظور عاری ساختن جهان از مهمات خوشه بی؛ بالا بردن سطح آگاهی راجع به اثرات مهمات خوشه بی برای انسان ها و دادخواهی برای منع کامل آنها در سطح ملی و بین المللی.

**فعالیت ها:** 1. شناسایی و بالا بردن سطح آگاهی قربانیان در کشور های آلوده. 2. حمایت و آموزش مدافعان ممنوعیت توسط همتایان شان جهت بهبود سلامت روانی و افزایش ظرفیت های آنها برای دخالت کردن مؤثر در امر دادخواهی. 3. حمایت از مدافعین ممنوعیت تا آنها قادر به تأمین ارتباطات با سایر قربانیان، انجمن های افراد دارای معلولیت و شبکه ها و نهاد های جامعه مدنی گردند. 4. حمایت فنی، پشتیبانی و مالی جهت تسهیل ابتکار های دادخواهی مدافعین ممنوعیت در سطح ملی و بین المللی.

**پایداری:** مدافعین ممنوعیت در امور حمایت توسط همتایان سهم داشته و در آموزش های متعددی راجع به کنوانسیون مهمات خوشه یی، معاهده منع مین و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، و همچنان در آموزش های دادخواهی و مدیریت مشارکت نموده اند. آنها ارتباطات خود را با نهاد های جامعه مدنی توسعه داده و از طرف مقامات حکومتی به عنوان نماینده گان جوامع مربوطه شان شناخته میشوند. مدافعین ممنوعیت در گفتمان های پیرامون سیاست در سطح محلی، ملی و بین المللی فعالانه مشارکت میکنند. تعهد آنها در قبال جهانی سازی و اجرا کنوانسیون مهمات خوشه یی و معاهده منع مین، بخصوص در بخش همکاری با قربانیان، و بصورت وسیع تر در دادخواهی برای حقوق افراد دارای معلولیت ادامه دارد.

**شاخص های کلیدی:** \* تعداد 32 مدافع ممنوعیت در 12 کشور وجود دارند که 11 نفرشان از گروه زنان هستند. \* مشارکت فعال و همکاری حرفه ایی مدافعان ممنوعیت در بیش از 25 کنفرانس مربوط به کنوانسیون مهمات خوشه یی و معاهده منع مین، و همچنان در 4 کارگاه منطقه ای راجع به همکاری با قربانیان. فعالیت های دادخواهی در کشورهای مربوطه شان همچنان ادامه دارند. \* مشارکت مدافعان ممنوعیت در 7 برنامه آموزشی رسمی و جلسات توجیهی قبل از هر کنفرانس.

**مدت و مراجع حمایت کننده:** شش سال، از ماه مارچ سال 2013 دوام داشت. وزارت امور خارجه نروژ و وزارت امور خارجه بلژیک، بخش همکاری های تجارت و توسعه خارجی. همکاران سابق: صندوق مالی یادبود از دینا شاهزاده ولز، هلند، استرالیا، ایرلند و اتریش.

شرح تصویر: مدافعان ممنوعیت و شرکت کننده گان در یک کنفرانس درباره مهمات خوشه یی، دوبلین، 2008.

## منابع:

(1)(4) HI Policy Paper. Support the Organizations Representative of Persons with Disabilities. 2011 | (2) Department for International Development (DFID, UK). Disability, Poverty and Development. 2000 | (3) HI. Personalized social support: thoughts, methods and tools for proximity services. 2010 | (5)(6)(7) WHO, UNESCO,

ILO, IDDC. CBR Empowerment Guidelines. 2010 | (8) Uganda Landmine Survivor Association website and emails. www.uganda-survivors.org | (9) HI. Ban Advocates Project Evaluation. 2009; HI. Advocacy with victims: Good practices and lessons learned in influencing policy. 2013

## برگه آموزشی نهم

### موضوع مشترک همکاری با قربانیان: دسترس پذیری

#### بخش توسعه: دسترس پذیری، دسترسی به خدمات

#### دسترس پذیری چیست؟

**مفهوم دسترس پذیری** این است که تمام افراد آزادی جابجایی داشته و از خدمات به گونه مطمئن و بدون در نظر گرفتن سن، جنس و معلولیت شان بتوانند استفاده کنند. (1) دسترس پذیری با ایده "**دیدگاه جهانشمول**" ارتباط دارد. دیدگاه جهانشمول بدین معناست که تمام تولیدات و خدمات باید تا بیشترین حد ممکن، بدون ضرورت به تغییرات یا طراحی خاص برای افراد قابل استفاده باشند. (2) (بطور مثال، یک سرآشپزی که بصورت اصولی ساخته شده باشد برای همه قابل استفاده است و ضرورت نخواهد داشت که برای افراد بدون معلولیت در کنار آن پله ساخته شود). هدف دسترس پذیری حصول اطمینان از این امر است که محیط فیزیکی و آگاهی ها برای همه و بدون موانع فیزیکی، ارتباطی یا رفتاری و توأم با وقار و بالا ترین سطح ممکنه استقلالیت قابل دسترسی باشند. دسترس پذیری از طریق افزایش مشارکت، فعالیت و تأمین ارتباطات در بهبود کیفیت زندگی افراد دارای معلولیت کمک نموده و همینطور به تمام جامعه، شامل افراد سالخورده، افراد دارای اختلالات مؤقتی، کودکان و زنان باردار، نیز نفع میرساند. بنابراین، دسترس پذیری نه یک اجبار؛ بلکه یکنوع ارزش افزایی است.

با توجه به اهمیت ویژه آن در بهبود کیفیت زنده گی، مشخصاً تاکید زیادی بر **دسترس پذیری به خدمات** صورت گرفته است. ایده دسترس پذیری توسط شش معیار ذیل تعریف میگردد: **موجودیت، دسترس پذیری، قابل پرداخت بودن، قابل قبول بودن، پاسخگو و کیفیت خوب از نظر فنی.** (3) تمام خدمات، شامل خدماتی که در مناطق آلوده به مین ها و مهمات منفجر نشده باقی مانده از جنگ ارائه میگردد، باید این شش معیار را برآورده سازند.

#### فشرده حقایق:

- \* در سال 2011 در 12 کشور جهان **پسرفت هایی در عرصه دسترس پذیر بودن خدمات برای قربانیان** به سبب کاهش کمک های بین المللی و منازعات جدید یا تشدید شده رخ دادند. (4)
- \* زمانیکه یک شخص فقیر بوده و معلولیت نیز داشته باشد، در **دسترس پذیری به خدمات با محدودیت های جدی** مواجه میگردد. این مشکل به نوبه خود باعث کاهش فرصت و فقر بیشتر وی نیز میگردد. (5)
- \* اثرات **تبعیض مبتنی بر معلولیت** به ویژه در عرصه های آموزش و تحصیل، کاریابی، تهیه مسکن و ترابری شدید بوده اند. (6)

### روش های ذیل در دسترس پذیر ساختن خدمات کمک نموده و از این رهگذر آنها را برای افراد دارای معلولیت قابل استفاده میسازند:

- **ارزیابی:** درک بهتر چالش ها و اولویت هایی که عرضه کننده گان خدمات از نقطه نظر دسترس پذیری با آنها مواجه میگرددند.
- **اطلاعات:** افزایش دانش عرضه کننده گان خدمات راجع به حقوق و نیاز های افراد دارای معلولیت.
- **آگاهی:** تغییر دادن رفتار منفی عرضه کننده گان خدمات در برابر افراد دارای معلولیت.
- **آموزش:** بهبود مهارت های عملی یک عرضه کننده خدمات جهت افزایش دسترس پذیری خدمات برای افراد دارای معلولیت. این امر شامل آموزش در این زمینه میگردد که چگونه میتوان محیط فیزیکی را برای اکثریت افراد (شامل آنهایی که اختلالات فیزیکی یا و غیره دارند) دسترس پذیر ساخت؛ و چگونه میتوان ارتباطات را با افرادی که اختلالات شنوایی، بینایی یا ذهنی دارند، تسهیل نمود.
- **دادخواهی:** تغییر دادن سیاست های عرضه کننده گان خدمات و ادارات مربوطه بمنظور مشارکت افراد دارای معلولیت.
- **راهنمایی:** ارائه حمایت های مستمر برای عرضه کننده گان خدمات جهت بهبود دانش، رفتار، مهارت های عملی و سیاست ها در تمام سطوح در میان تمام کارمندان، به یک شیوه پایدار.

## چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** بند اول و دوم A ماده پنجم، بند اول K ماده هفتم.
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدامات شماره 22 و 25
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، اقدام شماره 25
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده های سوم و نهم

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

- **نهاد** های قربانیان و افراد دارای معلولیت.
- **عرضه کننده گان خدمات** در تمام مناطق همکاری با قربانیان
- **وزارت ها:** بنیادها، سایر وزارتخانه های دیگر
- **سازمان های بین المللی:** سازمان بین المللی برای استاندارد سازی و سایر ادارات مربوطه ملل متحد.

### چالش های مشترک در کشور های دارای سطح درآمد پائین چه چیزهایی هستند؟

- قربانیان و افراد دارای معلولیت معمولاً موارد ذیل را به عنوان **موانع** دسترسی آنها به خدمات برمی شمارند: فقدان منابع مالی کافی جهت پرداخت هزینه خدمات، فاصله جغرافیایی، برداشت ذهنی منفی عرضه کننده گان خدمات از افراد دارای معلولیت، عدم دسترس پذیری فیزیکی خدمات، مشکلات در تأمین ارتباطات، پیچیده گی بیش از حد دستورالعمل های اداری و نبود آگاهی راجع به خدمات موجود.
- بعضی از سازمان ها ممکن است جلسات آگاهی دهی را جهت بهبود دسترس پذیر بودن عرضه کننده گان خدمات برگزار کنند بدون اینکه فکر کنند، برای اینکه خدمات در همه سطوح دسترس پذیر گردد و دسترس پذیر باقی بماند و فراگیر باشند لازم است تا **حمایت ها و مشورت های عملی فنی بصورت منظم** و مستمر ارائه گردند.
- ممکن است نزد عرضه کننده گان خدمات این **سو تفاهم** وجود داشته باشد که افراد دارای معلولیت **فقط به خدمات «تخصصی»** نیاز دارند اما از حقوق و ضروریات شان آگاه نیستند و یا اینکه دسترس پذیری را یک "تجمل" و یا اولویت دوم میدانند در حالیکه دسترس پذیری یک حق است و میتوان با ایجاد تغییرات بسیار کم اطمینان حاصل نمود که خدمات از بدو ایجاد شان برای همه قابل دسترس باشند. (7)
- در بعضی موارد **ارائه خدمات بر مبنای عدالت** صورت نمیگیرند و ممکن است برای گروه های خاصی بیشتر در دسترس قرار داده شوند. انگیزه عرضه خدمات برای افراد آسیب پذیر ممکن است توسط نبود دانش، ظرفیت و اراده در حکومت و یا اینکه در اثر منازعات مختل گردند. (8)
- ممکن است **معیار های دسترس پذیری** در قوانین و سیاست ها وجود نداشته باشند. در مواردی که وجود داشته باشند ممکن است معیار های موجود و عملکرد های پذیرفته شده را در نظر نگیرند، و یا اینکه ممکن است با شرایط همخوان نباشند (مانند مناطق دور افتاده و دهات)؛ و ممکن است بصورت وسیع اطلاع رسانی و یا منتشر نشده باشند.
- بهبود بخشیدن به دسترس پذیری خدمات کافی نیست: ممکن است خدمات اجتماعی یا **حمایت انفرادی اجتماعی** که قربانیان و افراد دارای معلولیت را به دستیابی به خدمات مورد ضرورت شان قادر میسازد، وجود نداشته باشد.

### پروژه های موفق که دسترس پذیری و دسترسی به خدمات را ارتقا میبخشند

**در اردوگاه های مهاجرین برمه** واقع در تایلند درصد زیادی از افراد دارای معلولیت شامل قربانیان وجود دارند. آنها نسبت به سایر افراد، که آنها هم با چالش های جدی روبرو اند، در فعالیت، تأمین ارتباطات و دسترسی به خدمات با مشکلات بیشتری مواجه اند. مؤسسه بین المللی هندیکپ با آوردن **تغییرات ساده در سراسیابی های خاکی و لغزنده و در کلبه های افراد دارای معلولیت کمپ های مذکور** را دسترس پذیر ساخت. مؤسسه مذکور؛ سایر سازمان ها، مانند آنهایی



که در بخش های سلامت، آب و تامین بهداشت کار میکنند، را آموزش میدهد. یکی از مؤسسات همکار به اسم ZOA به قربانیان کمک نموده است تا ابزارهایشان را طوری تطابق دهند تا آنها را قادر سازد که فعالیت هایی مانند باغداری و کشاورزی را انجام دهند.

**در اوگاندا،** سازمان عمل ملی اوگاندا پیرامون معلولیت فیزیکی، با همکاری وزارت جنسیت، کار و توسعه اجتماعی معیار های دسترس پذیری را طرح و منتشر نمود تا اجرا سیاست ملی معلولیت را تسهیل نماید. معیار های مذکور حاوی رهنمود های عملی برای مهندسين، عرضه کننده گان خدمات و سياست گزاران بوده و آنها را در جريان طراحی، اجرا و ساخت پروژه های ساختمانی راهنمایی میکنند.

## دولت ها چه کارهایی را میتوانند انجام دهند ؟

### در بخش بهبود کیفیت زندگی:

- اجرای عملیات های تشخیص دسترس پذیری و ارائه راه حل ها در خانه های قربانیان و سایر افراد دارای معلولیت شامل تسهیلات آب و فاضلاب .
- ارائه حمایت های انفرادی جهت حصول اطمینان از اینکه قربانیان و افراد دارای معلولیت راجع به خدمات مورد نیاز شان آگاهی داشته و به آنها دسترسی داشته باشند.

### در بخش بهبود دسترسی به خدمات:

- حصول اطمینان از اینکه قربانیان و افراد دارای معلولیت در تلاش ها برای بهبود دسترس پذیری همکاری نموده و از افراد دارای اختلالات مختلف (بینای، شنوایی، تکلمی، فیزیکی، روانی، ذهنی و اختلالات متعدد) نمایندگی صورت گیرد.
- ارزیابی دانش، رفتار و عملکرد های ارائه کننده گان خدمات در مناطق دسترس پذیری و طراحی مشترک یک استراتژی خاص برای بهبود دسترس پذیری خدمات شان.
- اجرای فعالیت های آگاهی دهی در مورد دسترس پذیری با اهداف و شاخص های مشخص و قابل قبول. حصول اطمینان از اینکه فعالیت های آگاهی دهی هدفمند بوده و برای مخاطبین مربوطه مانند مهندسين، مقامات، عرضه کننده گان خدمات و غیره مرتبط باشند.
- آموزش دادن به عرضه کننده گان خدمات راجع به اینکه، دسترس پذیری و خدمات فراگیر در ناحیه ها و مناطق جغرافیایی مشخص که عملیات خدمات آنها اجرا می شود، به چه معنا میباشد.
- آماده ساختن و پخش نمودن رهنمود های عملی راجع به دسترس پذیری که با شرایط مطابقت داشته باشند، و همچنان رهنمود های مشخص برای هر ناحیه (سلامت، آموزش و پرورش، کاریابی ...) اینها باید دسترس پذیری را از نقطه نظر فیزیکی، رفتاری و ارتباطاتی در نظر داشته باشند.
- شناسایی عملکرد های ابتکاری و حصول اطمینان از شریک ساختن آنها با دیگران.
- حصول اطمینان از اثرگذاری پایدار، تلاش های بهبود دسترس پذیری، هدف قرار دادن مراجع خدماتی مشخص برای رهنمایی شامل بالا بردن سطح آگاهی، آموزش و دادخواهی جهت بهبود زیربنایها، ارتباطات و رفتار کارمندان و پیگیری نتایج تلاش های مذکور در طول شش ماه آینده.

### در بخش بهبود قوانین و سیاست ها

- حصول اطمینان از اینکه قوانین و سیاست ها در تمام بخش ها عبارتند از استانداردهای دسترس پذیری عملکرد های مثبت را در بر داشته باشند.
- حمایت مالی و فنی از برنامه و اجرا برنامه های دسترس پذیری محلی در سطح محلی و استانی.

چگونه میتوان پیشرفت ها را اندازه گیری نمود؟

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تأثیرات مثبتی را بالای کیفیت زنده گی ایجاد نمایند.

### کیفیت زندگی:

\* تعداد قربانیان که بعد از بوجود آمدن تغییرات دسترس پذیری در خانه هایشان از افزایش فعالیت شان سخن میگویند.  
\* تعداد قربانیانی که از دسترسی به نوعی از خدمات برای نخستین بار گزارش میدهند. \* تعداد قربانیانی که از بهبود کیفیت زنده گی شان به سبب دسترسی به خدمات حکایت دارند.

### دسترسی به خدمات:

\* بالا رفتن درصد افراد دارای معلولیت از بین مجموع کاربرانی که خدمات به آنها ارائه شده. \* بهبود دانش، رفتار و عملکرد های عرضه کننده گان خدمات در ارتباط با دسترس پذیری. \* تعداد اقداماتی که بمنظور بهبود دسترس پذیری توسط مشارکت کنندگان بعد از ارائه آموزش ها راجع به موضوع مربوطه صورت میگیرند. \* تعداد عرضه کننده گان خدمات که بمنظور دسترس پذیر ساختن خدمات شان برای افراد دارای معلولیت از راهنمایی های مستمر بهره مند میشوند.  
\* قابلیت مشارکت در دسترس پذیری مقادیر آموزشی موجود در بخش های مهندسی، برنامه ریزی شهری و مهندسی ساختمان.

### قوانین و سیاست ها:

وجود و تعداد بازرسین دولتی در مورد دسترس پذیری که با همکاری افراد دارای معلولیت انجام یافته باشد. \* وجود معیار های فنی اجباری برای دسترسی بدون موانع از تمام ساختمان ها.

## پروژه الگو: دسترس پذیری استخدام در کسب و کار کوچک ایلویی در سنگال

**مشکلات شناسایی شده:** نبود فرصت های کاری (میزان بیکاری عمومی 60 درصد)؛ آگاهی نداشتن کارمندان که چگونه خدمات خود را برای افراد دارای معلولیت (بخصوص برای زنان فقیر و دارای معلولیت) در منطقه کاسامانس که آلوده به مین میباشد، دسترس پذیر و مشتمل بسازند.

**اهداف پروژه:** 1. بهبود دسترس پذیری یک تولید کننده محلی بادام زمینی؛ 2. حمایت از قربانیان و افراد دارای معلولیت جهت دسترسی به مزد در برابر کار، تحت شرایط کار مناسب بصورت برابر با دیگران.

**فعالیت ها:** 1. بهبود دانش و رفتار کارمندان کارخانه کوچک و در سطح جامعه از طریق جلسات آگاهی دهی راجع به حقوق و ظرفیت های افراد دارای معلولیت. 2. بهبود عملکرد های مالکین مشاغل کوچک از طریق آموزش اینکه چگونه میتوانند شانس کارایی افراد دارای معلولیت را بر اساس استانداردهای سازمان بین المللی کار در مورد کار مناسب افزایش بخشند. 3. ارائه حمایت های فنی جهت بهبود دسترس پذیری فیزیکی کارخانه بادام زمینی (ورود به کارخانه، رفت و آمد در کارخانه، مناسب سازی قسمت های کاری، دستشویی ها و وسایل و تجهیزات برای کاربران ویلچر ...). 4. حمایت از مالکین مشاغل کوچک جهت تامین ارتباط با شبکه تجارت عادلانه. 5. ارائه حمایت های انفرادی برای افراد دارای معلولیت بمنظور دسترسی به کار با مزد (حمایت انفرادی اجتماعی، مراجعه به خدمات باز توانی و وسایل کمکی و همچنان به آموزش های حرفه ای).

**پایداری:** این پروژه با یک کارخانه کوچک مشترکاً اجرا گردید. تماس ها با یک شبکه تجارت عادلانه برقرار گردیدند تا ارتباطات با بازار های ملی و بین المللی را تسهیل نماید. یک بسته ویدیویی به منظور بالا بردن سطح آگاهی راجع به عملکرد های پذیرفته شده تهیه گردید.

**شاخص های کلیدی:** بیش از 40 تن دارای معلولیت توسط مشاغل کوچک و شرکای آنها استخدام گردیدند که نماینده حد اقل از 10 درصد نیروی کاری شان بودند.

مدت پروژه: 3 سال

مراجع حمایت کننده: سفارت هلند

**مرجع اجرا کننده:** مؤسسه بین المللی هندیکپ، موسسه اینترپرایزورک، ایلپی.  
شرح عکس: کارمندان دارای معلولیت و بدون معلولیت باهم یکجا کار میکنند. سنگال، 2010.

## منابع:

(1)(2) HI. *Accessibility Policy Paper*. 2009 | (3)(7) HI. *Access to services for persons with disabilities in challenging environments*. 2010 | (4) ICBL, CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 | (5) IDDC. *Make Development Inclusive website*. Accessed March 2013 | (6) HI. *How to build an accessible environment in developing countries*. 2008 | (8) OECD. *Service delivery in fragile situations*. 2008

## برگه آموزشی دهم

### موضوع مشترک همکاری با قربانیان: جمع آوری اطلاعات

#### بخش توسعه: آمار و جمع آوری اطلاعات

#### جمع آوری اطلاعات چیست؟

**جمع آوری اطلاعات** عبارت از گردآوری، تحلیل و همکاری در آگاهی ها در یک منطقه بخصوص میباشد. در بخش همکاری با قربانیان مفهوم آن گردآوری اطلاعات راجع به تعداد، وضعیت و کیفیت زنده گی قربانیان است. **هدف** آن عبارت است از: (1) دانستن، گزارش دادن و انتشار اطلاعات راجع به تعداد، جنس، سن، وضعیت، نیازها و ظرفیت های قربانیان؛ (2) قادر ساختن وزارتخانه ها و سایر دست اندرکاران به تدوین، اجرا، نظارت و ارزیابی طرح ها و برنامه هایی که پاسخگوی حقوق و نیازهای قربانیان باشند. در صورت نبود اطلاعات مربوطه و قابل قبول، پیشنهاد گزینه های سیاست مؤثر، تشبیه حالت اولیه برای اندازه گیری پیشرفت ها، بسیج منابع، و بصورت عامتر برنامه ریزی و اجرا مؤثر و استراتژیک فعالیت های همکاری با قربانیان مشکل خواهد بود.

برای جمع آوری اطلاعات شیوه های متعددی وجود دارند. معمولاً شماری از این روش ها بصورت همزمان – ترجیحاً بگونه هماهنگ – جهت پاسخدهی مناسب به اهداف مختلف جمع آوری اطلاعات استفاده میشوند.

#### فشرده حقایق

- \* **4286 قربانی** مین ها و مهمات منفجر نشده باقی مانده از جنگ در سراسر جهان در سال 2011 شناسایی گردیدند. (4)
- \* **اطلاعات مربوط به تلفات** در کشور هایی که از نظام مدیریت اطلاعات برای مین زدایی (IMSMA) استفاده می کنند نظامند تر است؛ در حالیکه سایر شیوه ها برای برنامه ریزی و نظارت از فعالیت های همکاری با قربانیان بسیار جامعتر اند.
- \* بسیاری از کشور های آلوده **فاقد اطلاعات اولیه در مورد کیفیت زندگی** قربانیان بوده و بهمین دلیل اندازه گیری پیشرفت ها در آنها مشکل میباشد.
- \* **فقط 10 کشور** بررسی های نسبتاً جامعی را در باب نیازمندی های همکاری با قربانیان انجام داده اند. (5)

#### شیوه های عمده به شرح ذیل اند:

- **جمع آوری اطلاعات راجع به مجروحین** : جمع آوری و تحلیل اطلاعات راجع به مجروحین عمدتاً بمنظور برنامه ریزی آموزشهای آگاهی از خطرات، پاکسازی و تحویل زمین. نظام مدیریت اطلاعات برای مین زدایی (IMSMA) یکی از ابزارهاست که بدین منظور توسط مراکز و ادارات مین زدایی مورد استفاده قرار میگیرد. (1)
- **بررسی نیازمندی ها و ظرفیت ها و طراحی خدمات**: در اینگونه شیوه ها اطلاعات ذریبط برای دانستن وضعیت در منطقه مربوطه، و نیز جهت برنامه ریزی و اولویت دهی برنامه ها شامل تخصیص دادن منابع به صورت مشترک، جمع آوری میشوند. اطلاعات در بخش های ذیل جمع آوری میشوند: الف) جمعیت مورد نظر: نیازمندی ها، تقاضاها، ظرفیت ها و منابع؛ ب) محیط: عرضه کننده گان خدمات، هنجارهای اجتماعی و فرهنگی و زیرساختها که میتوانند به عنوان تسهیل کننده ویا موانع بر سر راه کیفیت زنده گی قربانیان عمل نمایند. (2)
- **تشخیص برای حمایت انفرادی** : آگاهی ها را راجع به و از میان آسیب پذیرترین قربانیان و افراد دارای معلولیت با هدف مشخص حمایت آنها جهت بهبود کیفیت زنده گی شان جمع آوری مینماید. علاوه بر آن، نیازمندی ها و اولویت های شخص و نظریات خانواده اش و افراد حرفه ایی مانند کارکنان سلامت و اجتماعی را نیز اخذ مینماید؛ و همچنان موانع و عوامل تسهیل کننده در محیط وی را شناسایی میکند. (3)

## چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** بند اول و دوم A ماده پنجم، بند اول K ماده هفتم.
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدامات شماره 22 و 25
- **برنامه کاری کارتاژینا:** بخش چهارم، اقدام شماره 25
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده 31

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

- **موسسات** قربانیان و افراد دارای معلولیت.
- **عرضه کننده گان خدمات** در تمام ناحیه های همکاری با قربانیان
- **وزارت ها:** امور اجتماعی، رابط امور معلولیت، سایر وزارتخانه ها
- **مراکز و مقامات** مین زدایی
- **سازمان های بین المللی:** اداره آمار سازمان ملل متحد، مرکز بین المللی ژنو برای مین زدایی بشردوستانه.

### چالش های مشترک در کشور های آلوده به مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ چیست؟

- کشور های زیادی وجود دارند که تا حال ساختار های آماری، جمع آوری اطلاعات و آمارگیری خود را بر اساس معیار های کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت ایجاد ننموده اند.
- **نظام های اطلاعات سلامت** در بسیاری از کشور های در حال رشد ضعیف است. (6)
- **مقدار منابع موجود** و تعداد کارمندانی که راجع به شیوه های جمع آوری اطلاعات و مصاحبه با قربانیان و افراد دارای معلولیت آموزش دیده اند، محدود است. مقامات، عرضه کننده گان خدمات و انجمن های افراد دارای معلولیت ممکن است در جمع آوری اطلاعات باهم هماهنگی چندانی نداشته باشند و اکثراً فاقد ساختاری اند که توسط آن اطلاعات را به شکل نظاممند جمع آوری کنند. اینگونه اطلاعات کمتر قابل مقایسه میباشند، بنابراین مشکل است از آنها برای دانستن وضعیت کلی استفاده نمود.
- در بعضی از موارد از **اطلاعات جمع آوری شده** برای طراحی برنامه ها جهت بهبود کیفیت زنده گی قربانیان استفاده نگردیده و بالعکس فقط پیامد های منفی را که عبارت از افزایش انتظارات میباشند را به دنبال دارند.
- نبود هماهنگی کافی میان **مراکز و مقامات مین زدایی و وزارت ها** در قسمت روش های جمع آوری اطلاعات، هدف و موارد استفاده آنها.
- نبود دانش در مورد اینکه چگونه میتوان سوالات مناسب را راجع به معلولیت طرح نمود: استفاده از سوالات رسمی و کلیشه ایی که از اعضای خانواده پرسیده میشود مانند: آیا کسی در میان آنها "ناشنوا، نابینا، فلج و یا به بیماری کند ذهنی مبتلا است"، استفاده از اصطلاحات کهنه از زاویه دید پزشکی که تاریخ مصرفشان گذشته است و محدود بودن و تبعیض آمیز بودن آنها ثابت شده است. تعداد افراد دارای معلولیت که بدین شیوه مشخص گردیده اند کم بوده و باعث گردیده تا دولت ها آنها را تا حد زیادی نادیده گرفته و سیاست ها و برنامه های مربوط به افراد دارای معلولیت را صرفاً به مراقبت سلامت و خدمات بازتوانی منحصر نمایند. (7)

### پروژه های موفق در بخش جمع آوری اطلاعات

**در آلبانی، جمع آوری وسیع اطلاعات بمنظور طراحی برنامه و شریک ساختن اطلاعات در موفقیت یک برنامه همکاری** با قربانیان بین سالهای 2005 الی 2009 کمک بسزایی نمود. در سال 2011 انجمن افراد دارای معلولیت بنام ALB-AID اطلاعات مربوط به تمام قربانیان را از همه ی اعضای خود جمع آوری نمود. جمعیت صلیب سرخ آلبانی در 12 استان اطلاعات راجع به مجروحین را جمع آوری میکند. اطلاعات بر اساس سن و جنس تفکیک گردیده و در بانک اطلاعاتی نظام مدیریت اطلاعات برای مین زدایی (IMSMA) ثبت میگردند. (8)

**در افغانستان، شناسایی ملی معلولیت** در سال 2005 باعث گردید تا درک بهتری از تعداد افراد دارای معلولیت، شامل قربانیان، و نیازها و اولویت های شان در عرصه های سلامت، بازتوانی، آموزش و تحصیل و معیشت حاصل شود. (9)

**در کامبوج،** یک پروژه مؤسسه بین المللی هندیکپ، مؤسسه غیر دولتی محلی بنام OEC و انجمن افراد دارای معلولیت کامبوج اطلاعات را راجع به نیازمندی های اساسی، ظرفیت ها و مشارکت اجتماعی و سیاسی قربانیان قبل و بعد از تکمیل پروژه جمع آوری میکند، که اندازه گیری و گزارش دادن از **بهبود در کیفیت زندگی** را ممکن گردانیده است. (10)

**در نیکاراگوا،** اطلاعات راجع به قربانیان به عنوان بخشی از **شناسایی معلولیت در جامعه** در سراسر کشور جمع آوری گردید. (11)

## دولت ها چه کارهایی را میتوانند انجام دهند ؟

### در سطح ملی:

- جمع آوری اطلاعات راجع به مجروحیت ها از طریق نظام مدیریت اطلاعات برای مین زدایی برای تعیین اولویت ها از نقطه نظر آموزشات آگاهی از خطرات، پاکسازی و واگذاری زمین نسبت به تعیین اولویت ها در بخش توسعه فراگیر و همکاری با قربانیان مکفی تر است.
- زمانیکه یک مرکز مین زدایی رهبری همکاری با قربانیان را به عهده میگیرد، باید موقتی بوده و بر افزایش سطح آگاهی، بسیج و حمایت وزارتخانه های مربوطه جهت بر عهده گرفتن این مسؤلیت، تمرکز داشته باشد- بخصوص در صورتی که یک وزارتخانه از قبل متصدی امور معلولیت باشد.
- شناسایی یک وزارتخانه، اداره ویا کمیته که رهبری و هماهنگی کوشش های جمع آوری اطلاعات با هدف بهبود همکاری با قربانیان و دسترسی به خدمات برای افراد دارای معلولیت را به عهده داشته باشد.
- اطلاعاتی که برای سیاست ها، طرح ها و برنامه های مربوط به همکاری با قربانیان استفاده میشوند باید عمدتاً در حیطه مسؤلیت وزارت های مربوطه (بهداشت، امور اجتماعی و کار) قرار داشته باشند.

### در سطح محلی:

- تعریف نمودن نیازها و اهداف مختلف جمع آوری اطلاعات به یک شیوه مشترک جهت تصمیم گیری بر روی مناسب ترین روش ها. یک شیوه ساده (مثلاً، نظارت بر جراحات، بررسی نیازها و ظرفیت های قربانیان...)
- نمیتواند بصورت برابر و خوب پاسخگوی نیازمندی های برنامه های مین زدایی، برنامه ریزی سیاست های همکاری با قربانیان، ویا اندازه گیری و گزارشدهی از بهبود در کیفیت زنده گی قربانیان باشد.
- حصول اطمینان از اینکه تمام کوشش های مربوط به، به روزرسانی جمع آوری اطلاعات در مورد قربانیان با تلاش های وسیعتر برای جمع آوری اطلاعات راجع به تمام افراد دارای معلولیت مرتبط باشند.
- آموزش دادن به کارمندان جمع آوری اطلاعات راجع به شیوه های مؤثر جمع آوری اطلاعات، حقوق قربانیان و افراد دارای معلولیت و روش های ارتباطات با افراد دارای انواع مختلف اختلالات.
- حصول اطمینان از اینکه قربانیانی که تحت مصاحبه قرار گرفته اند، هدف جمع آوری اطلاعات را میدانند.
- اتخاذ تدابیر جهت تأمین رازداری و احترام به محرمانه بودن اطلاعات قربانیان و افراد دارای معلولیت.
- حصول اطمینان از اینکه در پرسشنامه راجع به معلولیت اصطلاحات مناسب استفاده شده باشند، یعنی از بکارگیری اصطلاحات تحقیرآمیز مانند (لنگ/کر/کور) اجتناب شده باشد. سوالات و اصطلاحات باید بر اساس توصیه های اداره آمارملل متحد، که طبقه بندی بین المللی وظایف را بکار میبرند، استوار باشند. مثالهایی وجود دارند که چگونه از این روش در تعدادی از آمارگیری ها در آسیا استفاده شده است.(12)

### چگونه میتوان پیشرفت ها را اندازه گیری نمود؟

برگه های آموزشی مناطقی را خاطر نشان میسازند که دولت ها میتوانند در آنها تغییراتی را ایجاد نمایند. پیشرفت ها در دسترسی به خدمات و در بخش قوانین و سیاست ها باید طوری باشند که در نهایت تاثیرات مثبتی را بالای کیفیت زنده گی ایجاد نمایند.

- آمار ملی با بکارگیری سوالات و شیوه های مصاحبه مناسب با پیروی از رهنمود های اداره آمار ملل متحد، دربر گیرنده معلولیت نیز است.
- نظام ملی نظارت بر مجروحیت میان علل و انواع مختلف مجروحیت ها شامل مجروحیت های ناشی از حوادث مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ تفکیک مینماید.
- اطلاعات IMSMA راجع به مصدومیت ها به عنوان گام نخست برای شناسایی قربانیان استفاده شده و به یک شیوه نظاممند با وزارت های منطقه ای شریک میشوند.
- یک ساختار جمع آوری اطلاعات در مورد افراد دارای معلولیت وجود دارد، که در مطابقت با کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت قرار دارد و حاوی اطلاعات راجع به قربانیان است.
- یک کمیته یا یک شخص رابط برای رهنمایی کردن و هماهنگ ساختن تمام کوشش های جمع آوری اطلاعات مربوط به همکاری با قربانیان، شامل ساختار ها و شیوه های مختلف (نظارت بر جراحات، نظام مدیریت اطلاعات برای مین زدایی، نیازمندی های قربانیان و بررسی ظرفیت ها...) موجود است.
- کارمندان جمع آوری اطلاعات راجع به شیوه ها و مصاحبه هدفمند و محترمانه با قربانیان و افراد دارای معلولیت آموزش دیده اند.
- اطلاعات اولیه به اشتراک گذاشته شده بمنظور اندازه گیری و گزارش دهی راجع به همکاری با قربانیان

بر تمرکز روی کیفیت زنده گی و مشارکت ایجاد گردیده است.  
- اطلاعات ذریعاً با دست اندرکاران مربوطه شریک ساخته میشود، در حالیکه محرمانه بودن اطلاعات نیز رعایت میگردد.

## الگوی از یک ساختار جمع آوری اطلاعات: نظام آموزشی قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در کامبوج (CMVIS) (13) (14)

**مشکل شناسایی شده:** نبود اطلاعات نظاممند، قابل مقایسه، دقیق و تازه راجع به مجروحین مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در کامبوج.

**هدف:** جمع آوری، تحلیل، تفسیر و توزیع و نشر نظام مند اطلاعات راجع به مصدومیت های ناشی از مین ها و سایر مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در کامبوج.

**فعالیت ها:** مجموعه نظام اطلاعاتی قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ کامبوج بر کسانی ایجاد شده است که در مورد یک منطقه جغرافیایی مشخص اطلاعات دارند و در مورد چگونگی تکمیل فرم های نظام آموزشی قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در کامبوج آموزش دیده اند. آنها به یک هماهنگ کننده استانی گزارش میدهند و هماهنگ کننده مذکور اطلاعات را به مرکز میفرستد. همچنین نظام آموزشی قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در کامبوج در مناطقی که کمتر با مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ آلوده هستند بر یک شبکه از داوطلبان نیز متکی می باشد.

**پایداری:** نظام آموزشی قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در کامبوج در سال 1994 توسط صلیب سرخ کامبوج با حمایت فنی و مالی مؤسسه بین المللی هندیکپ و یونیسف ایجاد شد. روند انتقال آن به اداره مین زدایی و همکاری با قربانیان کامبوج (CMAA) در سال 2009 تکمیل گردید.

**شاخص های کلیدی:** نظام آموزشی بصورت کامل توسط اداره مین زدایی و همکاری با قربانیان کامبوج اداره میشود. نظام آموزشی قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در کامبوج، حکومت کامبوج را قادر ساخته است تا دقیقاً ثبت نماید که از سال 1979 تا ژانویه سال 2013 مجموعاً 64214 واقعه مصدومیت ناشی از مین ها و مهمات رخ داده اند. در ژانویه سال 2013 سی درصد مصدومین حین وقوع حادثه مصدومیت شان در حال فعالیت های معیشتی بودند، 78 درصد از کل مصدومین مجروح گردیده و 22 درصد شان کشته شده اند که 31 درصد شانرا کودکان تشکیل میدادند. اطلاعات مذکور زمینه را برای برنامه ریزی و اولویت دهی فعالیت های مین زدایی مساعد ساخته و یکجا با سایر اطلاعات برای برنامه ریزی امور همکاری با قربانیان کمک میکنند.

**مرجع مدیریت کننده:** اداره مین زدایی و همکاری با قربانیان کامبوج

شرح تصویر: توپون لیانگ، فروشنده مواد غذایی و یکی از بهره مندین پروژه TIGA، استان باتامبنگ، کامبوج، 2013.

## منابع:

- (1) (9) (14) GICHD. Assisting Landmine/ERW survivors in the context of disarmament, disability and development. 2011 | (2) HI. Inclusive local development policy paper. 2009 | (3) HI. Personalized social support : methods, approaches, tools. 2009 | (4) (5) (8) ICBL-CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 | (6) World Health Assembly. Strengthening of health information systems. 2007 | (7) UNESCAP. Results of the Testing of the ESCAP Extended Question Set on Dis-ability. 2011 | (10) HI. Good practices from the project Towards Income Generating Activities in Cambodia. 2010 | (12) WHO, UNESCAP. Training Manual on Disability Sta-tistics. 2008 | (13) Cambodia Mine Action and Victim Assistance Authority Website. | (14) GICHD. CMVIS External Evaluation Report. 2006; James Madison University Mine Action Information Center. Landmine Casualty Data: Best Practices Guide. 2008; WHO. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. 2004

## برگه آموزشی یازدهم

موضوع مشترک همکاری با قربانیان: برنامه های کاری ملی، هماهنگی

بخش توسعه: برنامه های کاری ملی، هماهنگی

### برنامه های کاری ملی چه هستند؟

کشور های عضو، بخصوص کشور هایی که در قبال سلامتی شمار قابل توجهی از قربانیان مسؤل و پاسخگو هستند، خود را به طرح یک **برنامه کاری ملی برای همکاری با قربانیان** متعهد ساخته اند. هدف آنها ایجاد یک **چارچوب هماهنگی استراتژیک** است که از طریق آن: الف) سطح آگاهی تمام وزارتخانه ها و سایر دست اندرکاران راجع به حقوق و نیازمندی های قربانیان و افراد دارای معلولیت بالا برود؛ ب) یک مرجع ارتباطی/ کمیته همکاری با قربانیان و یا معلولین ساخته شود؛ ج) مسؤلیت ها بصورت واضح و مشخص تعیین گردند تا از رسیده گی کافی به مسئله همکاری با قربانیان اطمینان حاصل شود؛ د) بین دست اندرکاران عرصه های همکاری با قربانیان، معلولیت و کوشش های توسعه ی، **هماهنگی بهتر** ایجاد شود؛ 5) قربانیان و افراد دارای معلولیت **توانمند گردیده** و در تصمیم گیری ها مشارکت کنند؛ ر) **اطلاعات اولیه** وجود داشته باشند تا زمینه برای نظارت و گزارش دهی پیشرفت ها به سطح ملی در بخش همکاری با قربانیان فراهم گردد؛ س) یک **زیرساخت عمومی وجود داشته باشد که بتوان بر اساس آن منابع ملی و در صورت ضرورت منابع بین المللی را بسیج نمود.**

**برنامه های کاری ملی برای همکاری با قربانیان** باید: الف) در برنامه های بزرگتر معلولیت/ توسعه فراگیر، در صورت وجود، شامل بوده و یا با آنها وصل باشد؛ ب) با مشارکت آگاهانه قربانیان و افراد دارای معلولیت طرح گردند؛ ج) مبتنی بر اطلاعات جمع آوری شده از روند بررسی نیازمندی های قربانیان و شناسایی خدمات طرح گردد؛ د) در مطابقت با معیار ها و رهنمود های وضع شده توسط کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، کنوانسیون مهمات خوشه بی و برنامه های کاری وینتیان و کارتاژینا قرار داشته باشند؛ ه) با بهره گرفتن از عملکرد های پذیرفته شده بخش های مختلف مانند سلامت، بازتوانی، سلامت روانی شامل حمایت روانی- اجتماعی، آموزش و پرورش و مشارکت اجتماعی و اقتصادی ساخته شده باشند؛ و) **جنسیت و سن را مد نظر قرار داده باشند.**

تدوین برنامه کاری ملی برای همکاری با قربانیان میتواند یک نیروی محرکه ملی در ارتباط با معلولیت را، بخصوص در کشور هایی که هنوز عضویت کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت را ندارند، بوجود آورده، در بهبود مالکیت ملی کمک کرده، پایداری و اثرگذاری همکاری با قربانیان و سایر کوشش هایی که در قبال معلولیت و توسعه را تسهیل نموده، و هر کشور عضو را قادر سازد تا اولویت ها و اهداف خود را به شیوه جمعی تشخیص دهد.

### برنامه های کاری ملی باید حد اقل مشتمل بر موارد ذیل باشند:

- تحلیل قوانین و سیاست های مربوط به همکاری با قربانیان، معلولیت و توسعه.
- تحلیل دست اندرکاران مربوطه.
- تحلیل اوضاع جاری در هر بخش مربوط به همکاری با قربانیان.
- شرح اینکه کدام اطلاعات هنوز هم ضرورت به جمع آوری/ به روز ساختن دارند.
- فهرست اهداف مشخص، قابل اندازه گیری، قابل حصول، واقعه گرایانه و زمان بندی در هر بخش همراه با اقدامات جهت نیل به آنها و شاخص ها برای اندازه گیری پیشرفت ها.
- خلاصه منابع مورد ضرورت جهت اجرا، نظارت و ارزیابی طرح شامل منابع ملی و بین المللی که قبلاً بدست آمده اند و منابعی که باید در آینده تدارک دیده شوند.
- خلاصه ساختار نظارت از چگونگی اجرای برنامه.

فشرده حقایق:

x در سال 2011 حداقل 19 کشور عضو پیمان مین های ضد نفر ساختار ملی هماهنگی در مورد رسیدگی به همکاری با قربانیان را داشتند.



x حداقل 17 کشور عضو پیمان مین های ضد نفر، قربانیان را صریحاً در برنامه های همکاری با قربانیان یا برنامه های گسترده تر در بخش معلولیت را داشتند.

x در جریان سال های اخیر، اولین بار در سال 2011 چندین کشور عضو از کاهش کمیت و کیفیت در همه بخش های همکاری با قربانیان گزارش دادند.

### چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** بند دوم C ماده .
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدامات شماره 21، 24، 33 و 56
- **برنامه کاری کارتاجینا:** بخش چهارم، اقدام شماره 27، بخش پنجم اقدام شماره 34.
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده 33

### دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

- **موسسه** های قربانیان و افراد دارای معلولیت؛ نهاد های محلی و جامعه مدنی شامل نهاد های زنان و زنان دارای معلولیت
- **عرضه کننده گان خدمات** در تمام بخش های همکاری با قربانیان
- **وزارت ها:** سلامت، کار، امور اجتماعی و سایر وزارت های مربوط به همکاری با قربانیان، معلولیت و توسعه
- **مراکز و مقامات مین زدایی | سازمان های بین المللی:** کمیته بین المللی صلیب سرخ، ادارات ملل متحد و سایر ادارات مربوط به همکاری با قربانیان.

### چالش های مشترک در کشور های آلوده به مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ چیست؟

- **نبود یا کم بودن دانش، دخالت داشتن و تعهد وزارت های مربوطه** (سلامت، کار، امور اجتماعی و غیره) در یک موضوع مربوط به همکاری با قربانیان. اینها ممکن است هنوز هم به جای اینکه مسؤلیت هریک از وزارت های مربوطه تلقی شوند، مسؤلیت دست اندرکاران مین زدایی محسوب گردند.
- **نبود ارتباطات یا هماهنگی کافی میان تلاش های همکاری با قربانیان و چارچوب های پیشبرد حقوق افراد دارای معلولیت.**
- **نبود اطلاعات کافی، تازه، مرتبط و قابل مقایسه در مورد نیامندی های قربانیان و خدمات موجود، و تحلیل اطلاعات جهت طرح نمودن یک برنامه کاری ملی ذیربط و امکان پذیر در مورد همکاری با قربانیان.**
- **نبود منابع کافی انسانی و فنی جهت رهبری نمودن طرح، اجرا، نظارت و ارزیابی برنامه های کاری ملی.**
- **نبود تعهد یا ظرفیت های کافی جهت به روز ساختن، نظارت و ارزیابی منظم برنامه کاری بعد از تصویب شدن آن.**

### مثالهای برنامه های کاری ملی پیرامون همکاری با قربانیان و معلولیت

**آلبانی** یک برنامه ملی همکاری با قربانیان را دارد که با سفارش های طرح کاری کارتاجینا همخوانی دارد. دفتر هماهنگی پاکسازی مین ها و مهمات آلبانی بر اجرای آن نظارت میکند، که آلبانی را قادر میسازد تا تلاش های خویش در زمینه همکاری با قربانیان را به تفصیل گزارش بدهد. از قربانیان در تمام سطوح برنامه ریزی و اجرا برنامه نماینده گی صورت میگیرد. (2)

**در اردن** همکاری با قربانیان در استراتژی ملی معلولیت شامل گردیده است. شورای عالی امور افراد دارای معلولیت مرجع ارتباط اصلی همکاری با قربانیان در سطح ملی است. فعالیت های همکاری با قربانیان از طریق کمیته رهبری قربانیان و همکاری با آنها هماهنگ گردیده و متشکل از نماینده گان دولتی و غیر دولتی و همچنان قربانیان میباشد. همکاری با قربانیان در برنامه کاری ملی سالهای 2010 الی 2015 نیز گنجانیده شده است. (3)

**در چاد،** یک برنامه کاری ملی همکاری با قربانیان در سال 2012 تصویب گردید. این برنامه در مطابقت با برنامه کاری کارتاجینا قرار داشته و اصل عدم تبعیض میان قربانیان و افراد دارای معلولیت را به رسمیت میشناسد. تلاش های هماهنگی توسط مرکز مین زدایی با مشارکت فعال وزارت های مربوطه (بخصوص وزارت امور اجتماعی)، کمیته بین

المللی صلیب سرخ، مؤسسات غیر دولتی و انجمن های افراد دارای معلولیت که قربانیان را نیز در بر میگیرند، رهبری گردیدند. حمایت فنی برای این روند توسط سازمان ملل متحد در مشارکت با مؤسسه بین المللی هندیکپ صورت گرفت.

## دولت ها چگونه میتوانند برنامه کاری ملی بسازند؟

این بخش بر اساس "رویکرد سیزده مرحله ای برای همکاری با قربانیان" که توسط واحد حمایت از اجرای کنوانسیون منع مین های ضد نفر تهیه گردیده است، استوار میباشد. (4) این بخش حاوی یک سلسله اصلاحات بر مبنای تجربه جدید مؤسسه بین المللی هندیکپ در قسمت تدوین برنامه های کاری ملی، و برنامه های توسعه ی محلی فراگیر در کشور های مختلف، میباشد. همچنین بر مبنای اسناد سیاست و انتشارات راجع به توسعه محلی فراگیر توسط مؤسسه بین المللی هندیکپ (5)(6) و کنسرسیوم بین المللی معلولیت و توسعه دوام میباشد. (7) این بخش حاوی یک نگرش کلی به این روند است که هر کشور باید مطمئناً آنرا با شرایط خویش همسان ساخته و اطمینان حاصل نماید که میان تلاش ها برای پیشبرد همکاری با قربانیان و حقوق تمام افراد دارای معلولیت دوباره کاری و تکرار وجود ندارد.

1. **بالا بردن سطح آگاهی** راجع به چارچوب همکاری با قربانیان و حقوق و نیازمندی های قربانیان و افراد دارای معلولیت در میان وزارت های کلیدی و سایر دست اندرکاران ذیربط. تهیه مواد آموزشی به اشکال دسترس پذیر. دخالت دادن خود قربانیان به عنوان همکاران در فعالیت های آگاهی دهی و در تدوین برنامه کاری ملی از شروع این روند.
2. **سپردن مسؤلیت برای روند تهیه پیش نویس برنامه کاری ملی.** این مسؤلیت باید بر عهده همان نهادی باشد که مسؤلیت حقوق افراد دارای معلولیت را بر عهده دارد یا مرجع ارتباطی آن است مانند وزارت امور اجتماعی و یا جنسیت و جوانان. اگر اینچنین مرجع ارتباطی وجود نداشته باشد، لازم است یک مقام یا مرکز مین زدایی، رهبری این روند را به صورت مؤقت برعهده گیرد. در نهایت این مسؤلیت باید به عهده مرتبط ترین وزارتخانه قرار داده شود.
3. **سپردن وظیفه هماهنگ سازی تمام روند به یک کمیته مشترک وزارتی / بخش ها.** این گروه باید از تمام بخش های مختلف همکاری با قربانیان (مانند سلامت، مشارکت اقتصادی و غیره) نمایندگی کرده و متشکل از نماینده گان وزارتخانه ها، عرضه کننده گان خدمات و مؤسسات های قربانیان و افراد دارای معلولیت باشد. این کمیته باید دارای یک مأموریت رسمی، منابع کافی و شرح وظایف باشد.
4. **اجرای تحلیل وضعیت اولیه.** بمنظور طرح یک برنامه خوب، لازم است نکات ذیل درک شوند: الف) شرایط حقوقی و سیاست حاکم؛ ب) وضعیت فعلی قربانیان (نیازمندی ها، خواسته ها، ظرفیت ها، منابع و اولویت ها)؛ ج) اجرای یک تحلیل دست اندرکاران: از نقطه نظر عرضه خدمات در تمام بخش های همکاری با قربانیان که چه کسی، در کجا و چه کارهایی را انجام میدهد. در صورت ضرورت، اجرای یک بررسی کلی میتواند در خود برنامه کاری گنجانیده شود.
5. **برگزاری اولین کارگاه مشورتی ملی جهت آشنا شدن با موضوع همکاری با قربانیان در چارچوب معلولیت، توسعه و حقوق بشر؛ مرور و تکمیل نمودن تحلیل وضعیت اولیه و آغاز بحث بر روی راه های مورد نظر که در پیشرو قرار دارند.** لازم است تمام دست اندرکاران در این کارگاه شرکت نمایند.
6. **سازماندهی گروه های کاری در هر بخش (بازتوانی، آموزش و پرورش و غیره) و تعیین اهداف، شاخص ها و عملکرد های مشخص، قابل اندازه گیری، قابل حصول، واقع بینانه و زمان بندی جهت رسیدن به آنها.** هر گروه کاری باید یک نهاد/ فرد رابط را برای پیشبرد بحث ها و گزارش دادن از کار هر گروه در جریان این روند، تعیین نماید. به خاطر داشته باشید که فعالیتهای و پروژه هایی که از قبل جریان داشته و در رسیدن به اهداف برنامه کاری کمک میکنند، باید در برنامه مذکور قرار داده شوند. از این طریق اطمینان حاصل میشود، تلاش هایی که صورت گرفته کاملاً در نظر قرار گرفته و نیز اینکه اقدامات آینده به ادامه ابتکارات فعلی محقق می گردد. برنامه مذکور باید دارای یک بودجه باشد که منابع ملی و بین المللی و همچنین منابع مالی تحقق یافته و تحقق نیافته را آشکارا بیان و تفکیک نماید.
7. **برگزاری دومین کارگاه ملی جهت ادغام کردن کار هر گروه، اولویت بندی و نهایی ساختن پیش نویس برنامه کاری ملی.** جمع بندی و ارائه کار تمام گروه ها و اولویت دهی اهداف و اقدامات مربوطه بر اساس منابع موجود.
8. **ارائه پیش نویس برنامه به تمام دست اندرکاران ذیربط برای ابراز نظر نهایی، و پیگیری لازم برای تصویب آن.**
9. **هماهنگ ساختن، نظارت، ارزیابی و گزارشدهی** از پیشرفت ها و چالش های پیش روی در اجرا برنامه کاری در سطح محلی، ملی و بین المللی و بصورت منظم. افراد دارای معلولیت و قربانیان باید در نظارت و ارزیابی برنامه و تمام سایر مراحل سهم فعال داشته باشند.
10. **به روز ساختن و بازنگری برنامه حد اقل سالانه یکبار** جهت حصول اطمینان از اینکه برنامه همواره به یاد مانده و چالش ها در سریعترین زمان ممکن از میان برداشته شوند.

## روند آماده ساختن یک برنامه کاری ملی در افغانستان (8)

**مشکل شناسایی شده:** افغانستان یکی از کشور های دارای بیشترین تعداد قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ در جهان است. نبود هماهنگی و رویکرد نظام مند در قبال همکاری با قربانیان یک مانع بر سر راه رسیده گی به حقوق و نیازمندی های قربانیان و بصورت کلی تر افراد دارای معلولیت بشمار میرفت.

**اهداف:** هدف اصلی طرح "رسیده گی به حقوق و نیازمندی های تمام افراد دارای معلولیت، شامل قربانیان مین ها، در چارچوب استراتژی توسعه ملی افغانستان و معاهده منع مین" بود.

**شیوه:** برنامه کاری ملی معلولیت افغانستان (برای سالهای 2008 الی 2011) طی یک روند مشورتی تحت رهبری وزارت کار، امور اجتماعی، شهدا و معلولین، در مطابقت با اهداف توسعه ی هزار ساله و استراتژی توسعه ملی طرح گردید. این برنامه طی یک سری جلسات و کارگاه های آگاهی دهی فهرست شده و حاوی مروری بر وضعیت فعلی، اهداف سال 2006 و اهداف بازنگری شده در سال 2008 و اقدامات جهت رسیدن به اهداف بازنگری شده میباشد. بخشهای ذیل از طریق مشورت و بر اساس معاهده منع مین و اولویت های ملی برای مشارکت در برنامه مذکور مناسب تشخیص داده شدند: 1. جمع آوری اطلاعات؛ 2. مراقبت درمانی اضطراری و مستمر؛ 3. بازتوانی فیزیکی؛ 4. حمایت روانی و ادغام اجتماعی؛ 5. ادغام مجدد اقتصادی؛ 6. بازتوانی مبتنی بر جامعه؛ 7. آموزشات فراگیر؛ 8. قوانین و سیاست های عمومی. طرح مذکور در حال حاضر تحت بازنگری و به روز رسانی قرار دارد.

**پایداری:** برنامه کاری ملی توسط وزارتخانه های مربوطه با همکاری فنی دست اندرکاران بین المللی طرح و رهبری گردید. این برنامه از همان ابتدا با چارچوب های ملی معلولیت و توسعه ارتباط داشت. برنامه مذکور طی یک روند مشورتی و با مشارکت تمام دست اندرکاران ملی و بین المللی و، به ویژه، قربانیان و افراد دارای معلولیت طرح گردید.

**مرجع رهبری کننده:** وزارت کار، امور اجتماعی، شهدا و معلولین افغانستان

شرح تصویر: خانواده قربانی مین، افغانستان، 2003

### منابع:

- (1)(2)(3) ICBL-CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 | (4) GICHD. Assisting Landmine and other ERW Survivors in the Context of Disability, Development and Disarmament. 2011 | (5) HI. Recommendations for National Action Plans on Victim Assistance. 2011-2015. 2010 | (6) HI. Inclusive Local Development Policy Paper. 2009 | (7) IDDC. A Guidance Paper on Inclusive Local Development Policy. 2009 | (8) Ministry of Labor, Social Affairs, Martyrs and Disabled/Afghanistan. Afghanistan National Disability Action Plan 2008-2011 to address the rights and needs of persons with disabilities, including mine survivors. 2008

## برگه آموزشی دوازدهم

### موضوع مشترک همکاری با قربانیان: همکاری و همکاری های بین المللی

#### بخش توسعه: همکاری و همکاری های بین المللی

#### همکاری و همکاری های بین المللی چیست؟

**همکاری و همکاری های بین المللی** به تمام کمک هایی گفته میشود که از طرف کشور ها و سازمان های منطقه ای و بین المللی به کشور ها و جوامع آسیب دیده بمنظور اجرا مؤثر، متمرکز و مستمر فعالیت های همکاری با قربانیان صورت میگیرند. همکاری های مذکور میتوانند به شیوه های دوجانبه، منطقه ای، چند جانبه و سایر شیوه ها مثلاً از طریق ادارات ملل متحد، از همکاری جنوب تا جنوب با کمیته بین المللی صلیب سرخ، مؤسسات غیر دولتی، عرضه کننده گان خدمات و مؤسسات قربانیان و افراد دارای معلولیت صورت گیرند.

کشور های آلوده با چالش های متعددی مانند جنگ های جاری، فقر گسترده و نبود منابع کافی انسانی، فنی و مالی مواجه میباشند که روند اجرا سریع و مؤثر همکاری با قربانیان را با تقطیع مواجه میسازند. **بنابراین هدف از همکاری و همکاری های بین المللی حمایت نمودن از کشور هائیسست** که منابع کافی برای برآورده ساختن تعهدات خود در قبال همکاری با قربانیان را در اختیار ندارند؛ بدین ترتیب اطمینان حاصل میشود که حقوق قربانیان و افراد دارای معلولیت تامین گردیده و کیفیت زندگی شان بهتر میشود. تأثیرات همکاری و همکاری های بین المللی زمانی بیشتر است که پاسخگوی اولویت هایی باشند که توسط کشور های عضو آلوده در برنامه های کاری ملی خاطر نشان گردیده اند. به همین دلیل است که همکاری و همکاری های بین المللی یکی از ارکان معاهده منع مین و کنوانسیون مهمات خوشه یی را تشکیل داده و برنامه های کاری کارتاجینا و وینتیان شامل گردیده اند.

فشرده حقایق:

x در سال 2011، به سبب کاهش کمک های بین المللی حداقل 12 کشور با موانع دسترسی خدمات به قربانیان مواجه شدند.

\* رسیدگی به حقوق و نیازمندیهای افراد دارای معلولیت به **تعهد دراز مدت** در سطوح سیاسی، مادی و مالی نیاز دارد.

\* در سال 2011 تقریباً 578000000 یورو بودجه برای فعالیت های امور مین زدایی تخصیص داده شده بود اما **فقط 6 درصد** این رقم برای فعالیت های همکاری با قربانیان در نظر گرفته شد.

**ماهیت همکاری و همکاری های بین المللی قرار نگیرد:**

- **حمایت فنی:** حمایت در میدان عملیات برای اجرا یک پروژه مشخص، مانند طرح یک برنامه کاری ملی یا اجرای یک نیازسنجی و شناسایی منابع.
- **ارتقای ظرفیت:** آموزش و راهنمایی به مقامات ویا عرضه کننده گان خدمات مربوطه به صورت مستمر در طول یک مدت زمان معین، با هدف بهبود دانش، رفتار، عملکردها و روی همرفته مهارت های آنها در یک عرصه مشخص که میتواند مختص به یک بخش باشد (مثلاً، آموزش افراد حرفه ایی در بخش بازرگانی)، ویا در بخش هایی مانند نظارت و ارزیابی سیاست ها و برنامه ها.
- **حمایت مالی:** کمک های بودجه ای با استفاده از ساختار های همکاری دوجانبه یا چندین جانبه به دولت ها، ملل متحد و سازمان های بین المللی، مؤسسات غیر دولتی بین المللی و محلی، مؤسسات قربانیان و افراد دارای معلولیت و عرضه کننده گان خدمات.

## چارچوب های حقوقی و سیاست

- **کنوانسیون مهمات خوشه بی:** بند هفتم ماده ششم.
- **برنامه کاری وینتیان:** اقدامات شماره 33 – 38، 41، 42، 47، 56 و 59
- **برنامه کاری کارتاژینا:** بخش چهارم، اقدام شماره 32، بخش پنجم اقدام شماره 35، 36، 37، 39، 41، 47، 48، 50، 51 و 52.
- **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** ماده 32

## دست اندرکاران اصلی چه کسانی هستند؟

- **مؤسسات قربانیان و افراد دارای معلولیت**
- **عرضه کننده گان خدمات** در تمام بخش های همکاری با قربانیان
- **وزارت ها:** تمام وزارت های مربوطه در کشور های آلوده
- **سازمان های بین المللی:** ادارات ملل متحد، مرکز بین المللی هماهنگی مین زدایی بشر دوستانه ژنو (GICHD)، کمیته بین المللی صلیب سرخ، مؤسسات غیر دولتی بین المللی
- **مجتمع منطقه ای و چند جانبه**
- **ادارات توسعه ای و همکاری منطقه ای مانند:** ADA, AusAid, AFD, BMZ, CIDA, DFID, DGDC, JICA, NORAD, SIDA, USAID, WRA...
- **وزارت های امور خارجه کشورهایی** که متعهد به همکاری و همکاری های بین المللی اند.

## چالش های مشترک در بخش همکاری های بین المللی چیست؟

- اولویت دهی همکاری های بین المللی زمانی مشکل میشود که **تعداد اندکی از مطالعات مبتنی بر مدارک** که نیازمندی ها و ظرفیت های قربانیان، خدمات و منابع موجود و تلاش های ملی برای پر نمودن خلا ها را تحلیل میکنند، وجود داشته باشند.
- هنوز هم موانع متعددی وجود دارند که افراد دارای معلولیت را از **شامل شدن در تمام ابعاد توسعه و همکاری های توسعه ای** باز میدارند؛ و مشکلات در پیوند با حصول اطمینان از این امر که **تلاش ها برای همکاری با قربانیان بر اساس کوشش های مبتنی بر مشارکت افراد دارای معلولیت** استوار بوده ویا هم حد اقل با آن ارتباط داشته باشند، هنوز هم به حال خود باقی اند.
- ممکن است کشور هایی که متعهد به همکاری های بین المللی هستند و کشورهایی که آلوده هستند اولویت های متفاوتی داشته باشند.
- **عملکرد های پذیرفته شده در خصوص همکاری های بین المللی همکاری با قربانیان** از کشورهای مختلف هنوز مستندسازی نشده اند، که بدین لحاظ به حد اکثر رساندن آنها مشکل میشود.

## پروژه های موفق در بخش همکاری ها بین المللی

**در افغانستان،** مؤسسه افغان های متأثر از مین (ALSO) پروژه هایی را در عرصه های حمایت با همتایان، بالا بردن سطح آگاهی، دسترس پذیری، مشارکت، دادخواهی و توانمندسازی اجرا میکند. فعالیت های مذکور توسط مراجع ذیل حمایت میشوند: WRA از طریق CPI و OSI، CIDA، سفارت های نروژ، فنلاند و استرالیا، و همچنان کمک های بلاعوض از طرف ICBL، CMC و مؤسسه بین المللی هندیکپ. CPI از طرق ذیل در مراحل اولیه فعالیت های مؤسسه افغان های متأثر از مین با آن همکاری های قابل ملاحظه نمود: 1. فراهم ساختن بودجه برای نخستین پروژه حمایت توسط همتایان؛ 2. پرداخت بخشی از هزینه های ظرفیت سازی و هزینه های اداری مؤسسه افغان های متأثر از مین؛ 3. حمایت های مستمر در تمام طول سال؛ 4. توسعه منابع انسانی مؤسسه افغان های متأثر از مین از طریق ارائه

آموزش ها راجع به حسابداری، مدیریت و نظارت. موسسه افغان های متأثر از مین توانسته است از طریق پروژه های خود صدها تن زنان دارای معلولیت شامل زنان قربانی را توانمند سازد؛ حدود 100 مدرسه و سایر اماکن عمومی دسترس پذیر شدند؛ حمایت توسط همتایان را به مثابه یک ایده جدید در افغانستان معرفی نمود؛ تعداد زیادی از کودکان را حمایت نمود تا درس بخوانند و صاحب شغل شوند. موسسه افغان های متأثر از مین در تصویب کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت و کنوانسیون مهمات خوشه یی همکاری نموده است. (3)

**در جمهوری دموکراتیک کنگو،** مرکز هماهنگی امور مین زدایی سازمان ملل متحد (UNMACC) مقامات ملی و سازمان های مین زدایی را جهت هماهنگ سازی و اجرا فعالیت های همکاری با قربانیان کمک میکند. مرکز هماهنگی امور مین زدایی سازمان ملل متحد در بخش های بسیج منابع، دادخواهی برای تصویب کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت و نگهداری بانک اطلاعاتی قربانیان فعالیت دارد. منابع حمایت کننده آن را کشور ژاپن، اداره توسعه بین المللی استرالیا و MONUSCO تشکیل میدهند. بین سالهای 2011 الی 2013 مرکز هماهنگی امور مین زدایی سازمان ملل متحد با مؤسسات غیر دولتی ملی که در عرصه همکاری با قربانیان فعالیت داشتند کمک های بلاعوض نمود که هدف آن بیشتر مشارکت اقتصادی بود. علاوه بر آن یک همکاری در باره شناسایی قربانیان را انجام داده؛ بانک اطلاعات قربانیان را به روز ساخته؛ تلاش ها برای پیش نویس یک برنامه ملی استراتژیک مین زدایی برای سالهای 2012 الی 2016 را رهبری نموده و با مؤسسات همکار در قسمت تدوین برنامه استراتژیک ملی همکاری برای قربانیان مین ها/ مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ برای قربانیان و سایر افراد دارای معلولیت (برای سالهای 2010 الی 2012) همکاری نمود. در نتیجه، 1243 قربانی شناسایی گشته و 228 تن شان در فعالیت های درآمدزایی دخالت داده شدند و درآمد خانواده کی شان بهبود یافته است. به همین ترتیب 135 تن به خدمات بازتوانی فیزیکی دست یافته اند؛ اطلاعات راجع به همکاری با قربانیان هماهنگ گردیده اند؛ و بانک اطلاعات به روز شده و فعال میباشد. مرکز هماهنگی امور مین زدایی سازمان ملل متحد از پروژه هایی حمایت میکند که رویکرد جامع دارند شامل بازتوانی فیزیکی، حمایت روانی و مشارکت اقتصادی که کیفیت زندگی قربانیان را بگونه پایدار بهبود میبخشد. (4)

## دولت ها چه کارهایی را میتوانند انجام دهند ؟

این بخش حاوی پیشنهادهایی برای کشور های آسیب دیده است تا منابع بین المللی را که برای همکاری با قربانیان، معلولیت، توسعه و حقوق بشر در اختیار شان قرار داده شده را بگونه مؤثر تر مورد استفاده قرار دهند؛ و همچنین برای کشور هایی که متعهد به همکاری و همکاری های بین المللی هستند توصیه هایی را پیرامون تسهیل اجرا احکام کنوانسیون مهمات خوشه یی و معاهده منع مین با پیروی از احکام کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت ارائه مینماید. برای پیشنهاد مشخص در مورد هر بخش که همکاری با قربانیان جزء آنرا تشکیل میدهد، ویا در مورد موضوعات مشترک، لطفاً به برگه های آموزشی شماره 1 الی 11 مراجعه کنید.

## پیشنهاد برای دولت های آلوده شده:

- جمع آوری، تحلیل و توزیع اطلاعات مبتنی بر مدارک در مورد نیازمندی ها و ظرفیت های قربانیان و افراد دارای معلولیت، در مورد منابع موجود، عرضه کننده گان خدمات و کوشش های ملی در مطابقت با احکام مربوط به قربانیان کنوانسیون مهمات خوشه یی و معاهده منع مین با بهره گیری از احکام کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت.
- طرح یک برنامه کاری ملی جهت همکاری با قربانیان ویا معلولیت، توأم با تحلیل وضعیت و کمبودها، اهداف مشخص، قابل اندازه گیری، قابل حصول، واقعگرایانه و دارای زمان بندی، و فعالیت ها و بودجه مربوطه.
- حین درخواست برای همکاری یا همکاری بین المللی، نشان دادن اینکه چگونه میتواند اهداف مشخص، قابل اندازه گیری، قابل حصول، واقعگرایانه و زمان بندی برنامه کاری ملی را جهت همکاری با قربانیان و افراد دارای معلولیت به دست آورد. یادآوری نمودن تمامی کوشش های ملی و بین المللی که قبلاً جهت نیل به همه اهداف صورت گرفته است.
- درخواست همکاری و همکاری مشترک بین المللی با دست اندرکاران مربوطه مانند مؤسسات غیر دولتی، انجمن های افراد دارای معلولیت و قربانیان، و عرضه کننده گان خدمات.
- تصویب نمودن یا ملحق شدن به چارچوب های مربوطه مانند معاهده منع مین، کنوانسیون مهمات خوشه یی و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، زیرا باعث افزایش فرصت های جلب کمک های مالی میگردد که قربانیان و افراد دارای معلولیت از آنها بهره مند خواهند شد.

## پیشنهاد برای کشور ها و سازمانهایی که متعهد به همکاری و همکاری های بین المللی اند (5) (6) (7)

- حصول اطمینان از سازگار بودن کوشش های همکاری با قربانیان با سایر فعالیت های توسعه یی مانند مراقبت سلامت، آموزش و تحصیل، توانمندسازی و همکاری بشردوستانه. در همان حال، حصول اطمینان از حمایت مستمر از فعالیت های همکاری با قربانیان به عنوان بخشی از بودجه تخصیص یافته برای مین زدایی جهت

جلوگیری از بروز تقطیع بودجه ای تا زمانی که همکاری با قربانیان در بودجه عمومی توسعه ی شامل نگر دیده باشد. حمایت از فعالیت های همکاری با قربانیان باید تا زمانی ادامه داشته باشد که کیفیت زنده گی قربانیان با کیفیت زنده گی سایر افراد جامعه مساوی شود حتی پس از اینکه یک کشور از مین ها و مهمات خوشه یی پاکسازی شده اعلان گردد.

- حصول اطمینان از اینکه تمام تلاشهای توسعه ای و حمایت شده شامل معلولین شده باشد. آموزش دادن به افراد حاضر و جدید که مسؤولیت بررسی تقاضاهای حمایت از فعالیت ها و پروژه های همکاری با قربانیان و افراد دارای معلولیت را به عهده دارند.
- از دریافت کننده گان همکاری و همکاری های بین المللی در تمام بخش ها درخواست شود، تا اطلاع دهند که چه اقداماتی را در دست اقدام خواهند داشت تا اطمینان حاصل شود که کوشش های توسعه آنها افراد دارای معلولیت را نیز در بر بگیرند تا قربانیان و افراد دارای معلولیت همانند دیگران از آن بهره مند شوند.
- انعطاف پذیر بودن و پاسخگو بودن به نیازمندی ها و کمبودها در کشورهای آلوده، شامل بخش هایی که کمتر بودجه دریافت میکنند مانند سلامت روانی، پروژه های حمایت روانی، ارتقای ظرفیت های انجمن های قربانیان و افراد دارای معلولیت و مقامات ملی در میان مدت و بلند مدت.

### **پیشنهاد برای کشورها و سازمان های متعهد به همکاری و همکاری های بین المللی و برای دولت های آلوده**

- ثبت و توزیع نمودن عملکرد های پذیرفته شده و درس های آموخته شده در مورد اینکه چگونه همکاری و همکاری های بین المللی تلاش های ملی همکاری با قربانیان، شامل استراتژی های ارتباط دهنده همکاری با قربانیان، با فعالیت هایی که به عنوان بخشی از تلاش های عمومی معلولیت، توسعه و حقوق بشر اجرا میشوند را حمایت نموده اند.
- مشورت با افراد دارای معلولیت و بکار گماشتن آنها در تمام سطوح، شامل رده های مدیریت. گماشتن افراد با مسؤولیت مشخص در قبایل همکاری با قربانیان و معلولیت. چنین افرادی باید توان تاثیرگذاری بر تصمیم ها و تخصیص بودجه را داشته باشند.
- در همه تحقیقات، جمع آوری اطلاعات، نظارت و ارزیابی برنامه های توسعه ای باید؛ اطلاعات را بر اساس جنس، معلولیت و سن تفکیک نمایند.
- حصول اطمینان از اینکه نیازمندی ها و ظرفیت های قربانیان به رسمیت شناخته شده و کوشش های مربوطه در ارتباط با اهداف توسعه و بشردوستانه آینده ادامه داشته باشند.
- ارتقا بخشیدن مبادلات منطقه ای و دوجانبه در مورد عملکرد های پذیرفته شده به عنوان یک عنصر کلیدی همکاری های استراتژیک.
- برای کشور های عضو معاهده منع مین و یا کنوانسیون مهمات خوشه یی، گزارش دادن مطابق به ماده هفتم راجع به اینکه چگونه همکاری و همکاری های بین المللی در بخش همکاری با قربانیان در استراتژی های وسیع معلولیت، توسعه و حقوق بشری چگونه با هم ادغام گشته و کمک نموده است؛ و نیز چگونه این همکاری ها در توسعه یک نظام فراگیر خدمات موجود و قابل دسترس و نیز در بهبود کیفیت زندگی قربانیان و افراد دارای معلولیت نقش ایفا میکنند.

### **مثال همکاری: بین المللی برای همکاری با قربانیان**

**پروژه:** مؤسسه بین المللی هندیکپ از سال 2009 الی 2012 یک پروژه چهارساله را اجرا نمود. پروژه مذکور **همکاری های جنوب - جنوب** را در عرصه همکاری با قربانیان در آسیا و جنوب شرق آسیا، خاورمیانه، افریقای مرکزی و شرقی و آسیای مرکزی ارتقا بخشید. چهار کارگاه ناحیه ای همکاری با قربانیان بمنظور بالابردن سطح آگاهی راجع به همکاری با قربانیان و معلولیت بگونه وسیع تر، افزایش دانش راجع به اینکه چگونه میتوان یک برنامه کاری ملی را راجع به همکاری با قربانیان و معلولیت تهیه نمود، و فراهم ساختن یک فرصت برای تبادل نظرات راجع به عملکرد های پذیرفته شده و سرمایه گذاری روی فرصت ها میان کشور های آلوده و کشور های حمایت کننده، ایجاد گردیدند. در کارگاه های مذکور تمام دست اندرکاران **ذیربط** در منطقه، یعنی نماینده گان وزارت ها و مراکز مین زدایی از کشور های متأثر از مینها/مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ؛ نماینده گان کشور های متعهد به همکاری های بین المللی، نهاد های منطقوی، انجمن های افراد دارای معلولیت و قربانیان، کمیته بین المللی صلیب سرخ، ادارات ملل متحد، سازمان بین المللی کار، ITF، GICHD، ICBL و CMC اشتراک نموده بودند. کارگاه های ناحیه ای مذکور در بانکوک، عمان، ناپروبی، دوشنبه و وینیتیان دایر گردیدند.

**همکاری بین المللی:** الف. بودجه: توسط کشور فرانسه از طریق یک بودجه ویژه برای تقویت نهاد های جامعه مدنی، و از طریق اداره توسعه فرانسه (AFD)؛ توسط کشور نروژ از طریق وزارت امور خارجه آن کشور؛ توسط اتحادیه اروپا از طریق بودجه توسعه آموزش و تحصیل فراهم گردید.

**نتایج پروژه:** توسعه حمایت توسط هم‌تایان در عراق، \* مشارکت آگاهانه و نیرومند جامعه مدنی سازمان پناهندگی دانمارک (DRC) در توسعه طرح استراتژیک ملی بعدی برای همکاری با قربانیان مین ها و مهمات منفجر نشده باقیمانده از جنگ و سایر افراد دارای معلولیت: 2010 – 2012. \* مبادلات بعدی میان لائوس، ویتنام و کامبوج راجع به معیشت.

شرح تصویر: کنفرانس امضای کنوانسیون مهمات خوشه‌یی، اوسلو، سوم دسامبر 2008.

## منابع:

(1) ICBL-CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 | (2) (7) GICHD. *Assisting Landmine and other ERW Survivors in the Context of Disability, Development and Disarmament*. 2011 | (3) Emails from Firoz Alizada, of the Board of Directors of ALSO. 2013 | (4) Emails from UNMACC staff. 2013 | (5) European Disability Forum. *Policy Paper Disability and Development Cooperation*. 2002 | (6) IDDC. *A guidance paper on Inclusive Local Development Policy*. 2009; AusAID. *Development for All: Towards a disability-inclusive Australian Aid program 2009-2014*. 2008; JICA. *Thematic guidelines on disability*. 2009; Norwegian Agency for Development Cooperation. *Report on Mainstreaming Disability in Development Cooperation*. 2011; SIDA. *Human Rights for People with Disabilities: SIDA's plan for work*; World Bank. *Disability and International Cooperation and Development: A Review of Policies and Practices*.

## شرح مخففیات

اداره توسعه استرالیا	:ADA
اداره توسعه فرانسه	:AFD
اداره توسعه استرالیا	:AusAid
وزارت فدرال همکاری اقتصادی و توسعه آلمان	:BMZ
بازتوانی مبتنی بر جامعه	:CBR
اداره توسعه بین المللی کانادا	:CIDA
کنوانسیون مهمات خوشه‌یی	:CCM
ائتلاف مهمات خوشه‌یی	:CMC
نظام آموزشی قربانیان مین ها و مهمات در کامبوج	:CMVIS
مؤسسه بین المللی کلیر پاتھ	:CPI



کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت	:CRDP
کودکان دارای معلولیت	:CwD
اداره توسعه بین المللی بریتانیا	:DFID
ریاست عمومی همکاری های توسعه بلژیک	:DGDC
انجمن افراد دارای معلولیت	:DPO
مواد منفجر نشده باقیمانده از جنگ	:ERW
تولید ناخالص داخلی	:GDP
مرکز بین المللی ژنو برای مین زدایی بشردوستانه	:GICHD
مؤسسه بین المللی هندیکپ	:HI
شرکت بین المللی برای منع مین ها	:ICBL
کمیته بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر	:ICRC
کنسرسیوم بین المللی معلولیت و توسعه	:IDDC
سازمان بین المللی کار	:ILO
صندوق بین المللی پول	:ITF
نظام مدیریت اطلاعات برای مین زدایی	:IMSMA
اداره همکاری های بین المللی ژاپن	:JICA
مؤسسه افراد دارای معلولیت لاو	:LDPA
اداره مین زدایی	:MAA
مرکز مین زدایی	:MAC
معاهده منع مین	:MBT
اهداف توسعه هزارساله	:MDGs
سازمان مردم نهاد (سمن)	:NGO
اداره همکاری های توسعه نروژ	:NORAD
اداره همکاری های اقتصادی و توسعه	:OECD
موسسه جامعه باز	:OSI
شخص دارای معلولیت	:PwD
اداره همکاری های توسعه بین المللی سوئد	:SIDA
کمیسیون اقتصادی و اجتماعی ملل متحد برای آسیا و منطقه اقیانوسیه	:UNESCAP
برنامه توسعه ملل متحد	:UNDP

سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد	:UNESCO
مرکز هماهنگی امور مین زدایی ملل متحد	:UNMACC
اداره توسعه بین المللی ایالات متحده امریکا	:USAID
همکاری با قربانیان	:VA
سازمان بهداشت جهانی	:WHO
دفتر پاکسازی و کاهش اسلحه	:WRA

#### فدراسیون بین المللی هندیکپ

14 avenue Berthelot  
69361 Lyon Cedex 07  
Tél.: +33 (0)4 78 69 7979  
Fax : +33 (0) 4 78 69 79 94  
[www.handicap-international.org](http://www.handicap-international.org)

#### آلمان

Ganghoferstr.19  
80339 München  
Tél.: +49 (0)89 54 76 0600  
Fax : +49 (0) 89 54 76 06 20  
[kontakt@handicap-international.de](mailto:kontakt@handicap-international.de)  
[www.handicap-international.de](http://www.handicap-international.de)

#### بلژیک

67 rue de Spa 1000 Bruxelles  
Tél.: +32(0)22801601  
Fax: +32(0) 2230 60 30  
info@handicap.be  
www.handicap-international.be

### كانادا

1819 boulevard René-Lévesque Ouest Bureau 401  
Montréal (Québec) H3H2P5 Tél.: +15149082813  
Fax: +15149376685  
info@handicap-international.ca  
www.handicap-international.ca

### ايلالات متحدة امريكا

Suite 240-6930 Carroll Avenue Takoma Park, MD20912 Tél.: +13018912138  
Fax: +13018919193  
info@handicap-international.us  
www.handicap-international.us

### فرانسه - لیون

16 rue Etienne Rognon 69363 Lyon Cedex 07  
Tél.: +33 (0)4 72 72 0808  
Fax : +33 (0) 4 26 68 75 25  
info@handicap-international.fr  
www.handicap-international.fr

### فرانسه - پاریس

(Representative Office)

104-106 rue Oberkampf  
75011 Paris  
Tél.: +33 (0)1 43 14 8700  
Fax : +33 (0) 1 43 14 87 07

### لوگزامبورگ

140 rue Adolphe Fischer 1521 Luxembourg  
Tél.:+352428060-1  
Fax:+35226431060  
contact@handicap-international.lu  
www.handicap-international.lu

### بریتانیا

27 Broadwall London SE 19 PL  
Tél.:+44(0)8707743737  
Fax:+44(0)8707743738  
info@hi-uk.org  
www.handicap-international.org.uk

### سوئیس

Avenuedela Paix 11 1202 Genève  
Tél.:+41(0)227887033  
Fax: +41(0) 22788 70 35  
contact@handicap-international.ch  
www.handicap-international.ch

جزوه آموزشی فوق با کمک مالی وزارت امور خارجه نروژ تهیه گردیده اند. مسؤلیت مندرجات جزوه آموزشی مذکور صرفاً بر عهده مؤسسه بین المللی هندیکپ بوده و به هیچ صورت بیانگر مواضع وزارت امور خارجه نروژ نمیباشد.

جزوه آموزشی فوق به زبان انگلیسی و پشتو نیز وجود دارد (به زبان های انگلیسی و پشتو هم وجود دارد)