

تحسين فرص الوصول إلى التكنولوجيات المساعدة

الملخص التنفيذي

1. التكنولوجيات المساعدة، وهي مجموعة فرعية من التكنولوجيات الصحية، تشير إلى المنتجات المساعدة والنظم والخدمات المرتبطة بها المُستحدثة للناس بهدف الحفاظ على الأداء، أو تحسينه، وبالتالي تعزيز عافيتهم. والمنتجات المساعدة هي أدوات أساسية تُستخدم للتعويض عن ضعف أو فقدان القدرات الأساسية، والحد من عواقب تدهور الأداء تدريجياً، وتقليل الحاجة إلى مقدمي الرعاية، والوقاية من تفاقم المرض، والمساعدة على ترشيد التكاليف الصحية وتكاليف التعايش.

2. وتُلزم اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة البلدان المُوقَّعة عليها بضمان إتاحة التكنولوجيات المُساعدة بتكلفة ميسورة. والحصول على التكنولوجيات المُساعدة يُعدّ أحد مُكوّنات التغطية الصحية الشاملة، ويلزم دمجها في الجهود المبذولة لبلوغ الغاية 3.8 من أهداف التنمية المستدامة. وفي هذا السياق، أطلقت منظمة الصحة العالمية مبادرة "التعاون العالمي في مجال التكنولوجيات المُساعدة" (GATE) لتحسين فرص الحصول على المنتجات المساعدة عالية الجودة.

3. وتضطلع الدول الأعضاء بمسؤولية الوفاء بالتزاماتها العالمية. وفي ضوء تزايد احتياجات السكان، فإن إتاحة التكنولوجيات المُساعدة لا تقل أهمية عن إتاحة سائر التكنولوجيات. وتمس الحاجة إلى بذل جهود وطنية لزيادة تلك الإتاحة عبر الخدمات العامة، بما في ذلك تخصيص الموارد المالية الكافية.

4. وتودّي الثغرات القائمة حالياً في المعارف وفي بعض البيانات الخاصّة إلى صعوبة تقييم وضع إتاحة التكنولوجيات المُساعدة لذوي الاحتياج على مستوى الإقليم. غير أن العديد من الدراسات والتقارير حول الإعاقات، وضعف السمع والبصر، وشيخوخة السكان، وعبء الأمراض غير السارية، وحالات الصحة النفسية، والإصابات، وكذلك البيانات المتاحة في سياقات الطوارئ، تشير إلى وجود إتاحة محدودة لمنتجات ملائمة ميسورة التكلفة وذات جودة. وتتضمّن التحديات الرئيسية الماثلة في الإقليم الافتقار إلى السياسات والبرامج والموارد المالية على المستوى الوطني؛ وعدم كفاية تقييم الاحتياجات؛ وقصور البيانات، بما في ذلك الافتقار إلى التعريف الموحد والمنهجية المعيارية؛ ونقص الخدمات الملائمة والموارد البشرية المدربة. وإضافة إلى ذلك، قد تُفرض الأزمات والصراعات إلى تفكيك النظم الصحية، وتفتتها، على النحو الذي يعيق قدرتها على تقديم الرعاية اللازمة، بما فيها التكنولوجيات المُساعدة.

5. وتُشجّع الدول الأعضاء على اتخاذ إجراءات وفق عدد من التوجهات الاستراتيجية لتحسين فرص الحصول على التكنولوجيات المُساعدة، والعمل على دمجها في التغطية الصحية الشاملة، وهي: إعداد أطر السياسة والتمويل الملائمة؛ إنشاء نظام تقديم الخدمة عبر النافذة الواحدة استناداً إلى تقييم ملائم للاحتياجات؛ إعداد قائمة وطنية بالمنتجات المساعدة ذات الأولوية التي تفي بمعايير الجودة والمأمونية وتضمن إتاحتها على نحو منصف؛ وتعزيز قدرات

العاملين. وينبغي أن تستنير تلك الإجراءات بالبيانات الموثوقة استناداً إلى أفضل الممارسات المعيارية. ويستدعي التصدي للاحتياجات ذات الصلة الموجودة سلفاً والمستجدة في سياقات الطوارئ إدراج التكنولوجيات المساعدة في جهود التأهب والاستجابة. ومنظمة الصحة العالمية تستطيع توفير الدعم التقني اللازم لتنفيذ تلك الإجراءات الاستراتيجية على المستوى القطري.

1. مُقدِّمة

6. التكنولوجيات المُساعدة، وهي مجموعة فرعية من التكنولوجيا الصحية، تشير إلى المنتجات المساعدة والنظم والخدمات المرتبطة بها المُستحدثة للناس بهدف الحفاظ على الأداء، أو تحسينه، وبالتالي تعزيز عافيتهم. وهي تمكّن الأفراد الذين يواجهون صعوبات في الأداء من التمتع بحياة صحية ومُنتجة تتوفر لهم فيها الاستقلالية وكرامة العيش، على النحو الذي يُتيح لهم الانخراط في التعليم وسوق العمل والحياة الاجتماعية.

7. والمنتجات المساعدة تشمل أي منتج خارجي يكون غرضه الأساسي الحفاظ على قدرة أداء الفرد واستقلاليته، أو تحسين كليهما، وبالتالي تعزيز عافيته. وهي تتضمن الكراسي المتحركة، والمُعينات السَّمعية، والنظارات، وأدوات تنظيم تناول أقراص الدواء، والأزجل الصناعية، فضلاً عن تكنولوجيا المعلومات والاتصال المساعدة، مثل مُعينات الذاكرة، وأجهزة وبرامج الحاسوب المتخصصة، والهواتف ذات التصميم الخاص. والمنتجات المساعدة هي أدوات أساسية تُستخدم للتعويض عن ضعف أو فقدان القدرات الأساسية، والحد من عواقب تدهور الأداء تدريجياً، وتقليل الحاجة إلى مقدمي الرعاية، والوقاية من تفاقم المرض، والمساعدة على ترشيد التكاليف الصحية وتكاليف المعافاة.

8. والتكنولوجيات المُساعدة لازمة لطيفٍ واسع من السكان، بمن في ذلك الأشخاص من ذوي الإعاقة، والمسنون، والأفراد الذين يعانون من حالات صحية مُزمنة، والسكان على اتساعهم، إذ إنهم جميعاً سيواجهون بصفة مؤقتة أو دائمة شكلاً من أشكال ضعف الأداء أو تراجعهم خلال مراحل العمر. ومع ارتفاع نسب الإصابات والأمراض غير السارية، فضلاً عن شيخوخة السكان، يزداد الطلب على خدمات إعادة التأهيل والتكنولوجيات المُساعدة. ويلزم توفير التكنولوجيات المُساعدة جنباً إلى جنب مع سائر الخدمات المُعززة، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية، والمُلطّفة.

9. ويغيّر التكنولوجيات المُساعدة، فإن الأفراد من ذوي الاحتياج كثيراً ما يعانون من الاستبعاد والعزلة والوقوع في براثن الفقر، الأمر الذي يزيد عبء المرض والإعاقة. وبالإضافة إلى الأثر الإيجابي الذي تعود به على صحة الفرد وعافيته، فإنّ التكنولوجيات المُساعدة هي استراتيجية عالية المردودية تؤدي إلى انخفاض تكاليف الرعاية الصحية وتكاليف المعافاة، وتمكّن الأفراد الذي يواجهون صعوبات في الأداء من الانخراط في العمل والإسهام في الاقتصاديات وبرامج التنمية الوطنية.

10. ويُقدّر عدد الأشخاص المحتمل أن يستفيدوا من التكنولوجيات المُساعدة حول العالم بنحو مليار شخص (1). ويُتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى أكثر من 2 مليار بحلول عام 2050. وتُعتبر هذه الأرقام أقل تعبيراً عن الحقيقة؛ إذ إنّها لا تتضمن الأشخاص ممن لديهم مستويات إعاقة أقل ويستطيعون أيضاً الاستفادة من إتاحة التكنولوجيات المُساعدة (2). فعلى سبيل المثال، قُدّر أن نحو مليار شخص يحتاجون إلى النظارات لعلاج عدم وضوح الرؤية عن قَرَب المرتبطة بالشيخوخة وحدها (أو قُصوّ البصر الشيخوخي) (3). وفي العالم، هناك 70 مليون شخص بحاجة إلى الكراسي المتحركة، ولكن لا يحصل عليها سوى 5% - 15%. ولا يفي إنتاج المُعينات السمعية إلا 10% من الاحتياجات العالمية، و3% من الاحتياجات في البلدان المنخفضة الدخل. وعلاوة على ذلك، لا يحصل 200 مليون

شخص في العالم يعانون من ضعف النظر على فرص الحصول على النظارات أو سائر أجهزة تصحيح ضعف النظر (1). وتسفر النزاعات وأعمال العنف والكوارث الطبيعية عن حدوث الإصابات والإعاقات، وتزيد من قابلية التأثر لدى المسنين والأشخاص ذوي الإعاقات الموجودة سلفاً (1).

11. واليوم، وعلى الرغم من اتساع نطاق تلك الحاجة وتزايدها، تشير التقديرات إلى أن شخصاً واحداً من بين كل 10 أشخاص تُتاح له فرص الحصول على التكنولوجيات المُساعدة (4). ويُعزى هذا الوضع إلى نقصان التمويل والإتاحة والوعي والعاملين المدربين، فضلاً عن ارتفاع التكاليف. وفي إقليم شرق المتوسط، يتعاظم الطلب على التكنولوجيات المُساعدة أكثر فأكثر، ولا تُدركه وحسب معدلات النمو المرتفعة في صفوف السكان في مرحلة الشيخوخة وزيادة انتشار الأمراض غير السارية، بل تُوجهه أيضاً الصراعات وحالات الطوارئ المعقدة التي تؤثر، تأثيراً مباشراً أو غير مباشر، على معظم بلدان الإقليم.

12. وابتداءً من حزيران/يونيو 2016، صادقت 18 دولة من الدول الأعضاء في الإقليم على اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي تُلزم الدول الأعضاء بضمان إتاحة التكنولوجيات المُساعدة بتكلفة ميسورة، وبتعزيز التعاون الدولي بغية تحقيق هذا الهدف. والمنتجات المساعدة هي وسائط أساسية تمكن كثيراً من الأشخاص ذوي الإعاقة من نيل حقوقهم التي نصت عليها الاتفاقية، بما في ذلك حق التنقل الشخصي، والانخراط في التعليم والعمل، والعيش المستقل والإدماج في المجتمع. وفي عام 2013، كُلفت منظمة الصحة العالمية في اجتماع الجمعية العامة رفيع المستوى بشأن الإعاقة والتنمية بإعداد مبادرة عالمية لدعم الدول الأعضاء وتنسيقها للوفاء بالتزاماتها الواردة في الاتفاقية والتي تهدف إلى زيادة إتاحة التكنولوجيات المُساعدة.

13. ولما كانت المنتجات المساعدة تُعالج صعوبات الأداء، فإن لها دوراً أساسياً في بلوغ الغايات التي انطوي عليها الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، لاسيما الغاية 3.8 بشأن التغطية الصحية الشاملة. ولذا، فمن المهم أن تكون المنتجات المساعدة الأساسية ذات الجودة وميسورة التكلفة جزءاً لا يتجزأ من التغطية الصحية الشاملة، إلى جانب الأدوية واللقاحات الأساسية. وهناك الكثير من الأطفال، والبالغين، والمسنين في احتياج إلى التكنولوجيات المُساعدة أيضاً كمي يتسنى تحقيق سائر أهداف التنمية المستدامة. إذ إن التكنولوجيات المُساعدة هي عامل تمكين حاسم ومتطلب أساسي لتحقيق التكامل والإدماج.

14. وقطاع الصحة يأتي في الموقع الأفضل الذي يؤهله لضمان توفير المنتجات المساعدة. إذ إن الكثير من المنتجات المساعدة يوفرها مهنيون صحيون، ويزودون بها المستخدمين. وبالرغم من مشاركة وزارات أخرى، فإن وزارات الصحة هي الجهة المسؤولة عن ضمان صحة السكان وعافيتهم. كما إنها تمتلك البنية التحتية اللازمة لتقديم الخدمات المتكاملة، بما في ذلك على مستويات الرعاية الصحية الأولية، والتي يمكن الاستفادة منها في توفير المنتجات المساعدة على نطاق واسع. وحتى في البلدان التي تضطلع فيها قطاعات أخرى (مثل الرفاه الاجتماعي) بالمسؤولية الرئيسية عن توفير التكنولوجيات المُساعدة، فلا بد أن تكون لدى وزارات الصحة أيضاً برامج للتكنولوجيا المساعدة تضمن إتاحة تلك التكنولوجيات لجميع السكان.

15. هذه الورقة تستعرض السياق الإقليمي الراهن للتكنولوجيا المساعدة، كما تُوجز، استناداً للبيانات المتاحة، للتحديات الراهنة والفرص المُستجدة للمضي قدماً في تحسين فرص الحصول على التكنولوجيات المُساعدة في الإقليم. كما تحدّد الأولويات والخيارات المقترنة بها من أجل تسريع وتيرة التقدم، مع التأكيد على الأدوار والمسؤوليات التي تضطلع بها الدول الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية لتحقيق ذلك الهدف المشترك.

2. لمحة عامة عن التكنولوجيات المُساعدة

16. المعلومات حول معدل انتشار الإعاقة والتدهور الصحي الوظيفي، وما يناظرهما من احتياجات لإعادة التأهيل، بما في ذلك الاحتياج إلى التكنولوجيات المُساعدة، يغلب عليها طابع الندرة في العالم وفي الإقليم. وتتيح التقديرات الخاصة بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة بعض المؤشرات بشأن العبء الذي ينوء به الإقليم بالنسبة للإعاقة المرتبطة بحالات صحية أساسية، والتي تستدعي استخدام التكنولوجيات المُساعدة. ويوضح الجدول 1 تقديرات سنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة المرتبطة بحالات صحية في الإقليم، استناداً إلى التقديرات الصحية العالمية، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لعام 2012.

الجدول 1: التقديرات الإقليمية لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة الناجمة عن أسباب محددة، 2012

المؤشر	سنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة (لكل 1000)	سنوات العمر المصححة باحتساب مدد الإعاقة %
إجمالي سنوات العمر المصححة باحتساب مُدد الإعاقة، لجميع الأسباب، لكلا الجنسين، ولجميع الأعمار	249 716 551	
الأمراض غير السارية	115 919 149	46.4
الإصابات	33 104 737	13.3
التشوهات الخلقية	6 840 921	2.7
ضعف البصر	3 146 505	1.3
ضعف السمع	1 744 466	0.7
ألزهايمر وسائر أنواع الخرف	545 579	0.2

17. ويشمل أشد الناس احتياجاً إلى التكنولوجيات المُساعدة الأشخاص من ذوي الإعاقة، والمسنين، والمصابين بالأمراض غير السارية، والمصابين بحالات صحية نفسية، بما في ذلك الخرف، والتوحد، والمصابين بتدهور الأداء التدريجي. والمنتجات المساعدة هي أدوات أساسية تُستخدم للتعويض عن ضعف أو فقدان القدرات الأساسية، والحد تدريجياً من عواقب تدهور الأداء، وتقليل الحاجة إلى مقدمي الرعاية، والوقاية من تفاقم المرض، والمساعدة على ترشيد التكاليف الصحية وتكاليف المعافاة (5) (6).

18. ويتجاوز أثر التكنولوجيات المُساعدة بكثير الفوائد التي تعود بها الصحة والعافية على آحاد المستخدمين وأسرهم. إذ إن لها منافع اجتماعية واقتصادية كبيرة: بخفض التكاليف المباشرة المرتبطة بالخدمات الصحية والداعمة، من قبيل تكاليف دخول المستشفيات، أو الإعانات من الدولة؛ والتمكين من قوى عاملة أكثر إنتاجية، ما يُسهم في النمو الاقتصادي الإيجابي. فعلى سبيل المثال:

- يُؤدّي استعمال صغار الأطفال للمعينات السمعية على نحو ملائم إلى تحسين مهاراتهم اللغوية، وبدونها، فإن فقدان السمع يفرض قيوداً شديدة على فرص الانخراط في التعليم والتوظيف (7)؛
- يمكن استعادة تكاليف المنتجات المساعدة الممنوحة للطلاب فور التحاقهم بسوق العمل (8)؛
- تزيد الكراسي المتحركة المناسبة فرص الحصول على التعليم والتوظيف، وتقلل تكاليف الرعاية الصحية نتيجة تراجع خطر الإصابة بقرح الفراش والتَّققُّع (9).

- من شأن التكنولوجيات المُساعدة أن تمكّن المسنين من مواصلة العيش في منازلهم، وتؤخر احتياجهم إلى رعاية مؤسسية طويلة الأجل، أو تقيهم إياها (10)؛
- تقلّل التكنولوجيات المُساعدة مخاطر السقوط لدى المسنين من خلال معالجة تدهور القدرات الوظيفية المرتبطة بضعف الرؤية، أو السمع، أو القدرة على التنقل (11)؛
- ومن شأن نظارات قُصوّ البصر الشيخوخي (عدم وضوح الرؤية عن قُرب المرتبطة بالشيخوخة) أن تمكّن المسنين من المشاركة في مختلف الأنشطة على النحو الذي يتيح لهم مواصلة التمتع بالاستقلالية والاضطلاع بأدوارهم الداعمة لأسرهم (12).

19. ويشغل العبء الاجتماعي والاقتصادي الناتج عن تقديم الرعاية حيزاً من الاهتمام كذلك، بالرغم من عدم تقديره كمياً على نطاق واسع في معظم البلدان حتى الآن. فالخدمات الصحية غير الكافية أو غير المتاحة، فضلاً عن التمويل الحكومي المحدود، تلقي أعباءً حسيماً على كاهل مقدّمي الرعاية والأسر، لاسيّما في البلدان منخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (13). ومن شأن التكنولوجيات المُساعدة أن تخفف من الإجهاد وحجم العمل الملقى على عاتق مقدّمي الرعاية من خلال المعاونة في أنشطة الحياة اليومية، وزيادة المأمونية، وتيسير التنقل، والحفاظ على الاستقلالية (14).

3. الإتاحة الشاملة لخدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعدة

20. يقدّم التقرير العالمي عن العجز (2011) بيّنات بشأن الاحتياجات غير المستوفاة من التكنولوجيات المُساعدة على مستوى العالم، على اختلاف أنواعها (1). فكثير من الناس يقل أو يعدم، حصولهم على التكنولوجيات المُساعدة الأساسية، مثل المعينات السمعية، حتى في بعض البلدان مرتفعة الدخل. وفي الكثير من البلدان، فإن الحصول على المنتجات المساعدة من القطاع العام يكون ضعيفاً أو منعدماً، الأمر الذي يُفضي إلى زيادة المدفوعات من الجيب الشخصي (8). وفي حالات الطوارئ، تشتد الحاجة ولكنها كثيراً ما تُقابل بالإهمال، وينتج عن ذلك انعدام تقديم المنتجات، أو تقديم غير منتظم لمنتجات، أو تقديم منتجات تفتقر إلى الملاءمة والجودة، ما يفضي إلى حدوث مضاعفات صحية ثانوية، أو حتى الوفاة المبكرة. ويُفاقم من هذا الوضع ما قد يعترى النُظم الصحية وسائر النُظم من انقطاع. ويسهم أيضاً انخفاض الوعي في صفوف المُستخدمين المحتملين بفوائد المنتجات المساعدة في وجود عوائق خاصة بالإتاحة والاستعمال. ويمثل عدم كفاية البيانات النوعية حول الاحتياجات، المستوفاة منها وغير المستوفاة، تحدياً آخر.

21. وتمثّل التحدّيات الرئيسية القائمة في حصول الأشخاص المحتاجين إلى التكنولوجيات المُساعدة على نحو وافٍ في المجالات المتعلقة برسم السياسات والتمويل، وتقديم الخدمة، والعاملين، والمنتجات.

السياسة والتمويل

22. عددٌ قليلٌ من البلدان وضع بالفعل سياسة أو برنامجاً وطنياً بشأن التكنولوجيات المُساعدة. فقد كشف المسح العالمي الذي أُجري في عام 2005 بشأن الإجراءات التي تتخذها الحكومات لتطبيق قواعد الأمم المتحدة الموحدة الخاصة بتحقيق تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة، والذي أُجري في 114 دولة تتضمن دول الإقليم البالغ عددها 18 دولة، عن أن 50% من البلدان المُجيبية لم تُمرّر تشريعات بشأن التكنولوجيات المُساعدة، وأن 48% منها لم تضع سياسات بشأن تقديم التكنولوجيات المُساعدة (15). وإتاحة التكنولوجيات المُساعدة بتكلفة ميسورة تتطلب التزام الحكومة بتقديم التمويل اللازم والمستدام وشراء المنتجات المساعدة وإنشاء نُظم تقديمها على نحو يتسم

بالنجاحة. ولا تتضمن العوائق الرئيسية أمام الإتاحة تكلفتها المبدئية وحسب، بل تشمل الحاجة إلى صيانة تلك المنتجات وإحلالها، ووجود تعليمات واضحة للاستعمال الصحيح، والتدرُّب على ذلك، وكل ما يرتبط بذلك من خدمات وتكاليف سفر. ووجد المسح العالمي أن ما يزيد عن 50% من مستخدمي المنتجات المساعدة قاموا بشرائها مباشرة، بينما وجدت دراسة أخرى أن عدم القدرة على تحمل التكاليف مثل سبباً آخر رئيسياً لعدم امتلاك الأفراد للمنتجات المساعدة رغم احتياجهم لها (16).

توفير الخدمة

23. في الوقت الراهن، لا يحقق توفير الخدمة الإنصاف. وتظهر التفاوتات، ليس عبر البلدان وداخلها وحسب، بل عبر المستويات الاقتصادية المختلفة، وفيما بين الأفراد الذين يعانون من إعاقات متنوعة (15). وأظهر المسح العالمي أن 53% من البلدان المحيية لم يكن لديها برامج لتوفير الخدمات المرتبطة بالمنتجات المساعدة.

العاملون

24. هناك حاجة ماسة للعاملين الصحيين المدربين تدريباً لائقاً في ما يتعلق بإعطاء الوصف الطبي الصحيح للمنتجات المساعدة، والتزويد بها، وتدريب مستخدميها عليها، ومتابعتها. وبغير الاضطلاع بتلك الأنشطة الرئيسية، قد لا تعود المنتجات المساعدة بأي نفع، وقد يُستغنى عنها، بل قد تسبب إيذاءً بدنياً تترتب عليه آثار سلبية للمستخدم، ناهيك عن تكبّد تكاليف إضافية نظير الرعاية الصحية. وبالرغم من ذلك، تواجه معظم البلدان نقصاً في العاملين المدربين. على سبيل المثال، أكثر من 75% من البلدان النامية ليس لديها برامج للتدريب على الأطراف الاصطناعية والمقومات (17). والبلدان صاحبة أعلى معدلات انتشار الإعاقة المرتبطة بحالات صحية هي غالباً البلدان التي يتدنى فيها مستوى الإمداد بالعاملين الصحيين الماهرين في مجال تقديم المنتجات المساعدة إلى أقل درجة. وتخفض هذه النسبة لتصل إلى أن يكون هناك مهنيان صحيان اثنان لكل 10000 من السكان (18).

المنتجات

25. صناعة المنتجات المساعدة تتسم في الوقت الحالي بكونها محدودة ومتخصصة؛ إذ إنها تخدم في المقام الأول الأسواق في البلدان مرتفعة الدخل. كما أن نقص التمويل من الدولة، والافتقار إلى البحث والتطوير الذي يركز على المستخدم، وأنظمة المشتريات، ومعايير الجودة والمأمونية، وتصميم المنتج بحيث يلائم السياق المستعمل فيه، جميعها تشكل عوامل سلبية. والكثير من البلدان لا يُنتج المنتجات المساعدة أو يُنتجها على نطاق ضيق من حيث الكم وتنوع المنتج. ويمثل عدم القدرة على الوصول إلى المواد والمعدات اللازمة، وارتفاع الرسوم الجمركية والضرائب على الواردات المقترن بذلك، عقبات أمام الإنتاج المحلي.

4. الوضع في الإقليم والتحديات الماثلة أمامه

26. مع التسليم بالفجوات المعرفية وندرة البيانات النوعية على مستوى الإقليم، يصعب تقييم الوضع في الإقليم في ما يتعلق بإتاحة التكنولوجيات المُساعدة لمن يحتاجها. ولكن هناك العديد من الدراسات والتقارير التي تقدم بيانات بشأن معدلات انتشار الحالات الصحية المحتملة أن تؤثر على القدرة الوظيفية، والتي يمكن أن تسهم بالتالي في تحديد السياق الضمني للاحتياجات من التكنولوجيات المُساعدة في الإقليم.

4.1 السياسات والبرامج

27. يكتسي التزام الحكومات بتوفير فرص متكافئة للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة أهميةً حاسمةً لضمان الإتاحة المنصفة للمنتجات المساعدة والخدمات المرتبطة بها (8). ولا تمتلك المنظمات غير الحكومية السعة أو القدرة المالية اللازمة لإرساء نظم تقديم الخدمة على نحو مستدام في كافة ربوع الدولة إلا في ما ندر. ومع التغطية الجغرافية المحدودة، فإن خدماتها كثيراً ما تركز على أنماط محددة من التكنولوجيات المساعدة أو الإعاقه.

28. وأبلغت البلدان المشاركة في المسح العالمي لعام 2005 أنها أمدت آحاد الناس بالمنتجات المساعدة. غير أنه لا توجد معلومات واضحة تُظهر إذا كان ذلك قد تمّ تحت مظلة من التشريعات أو السياسات أو البرامج المعنية الملائمة. وفي كثير من الأحيان، تُقدّم خدمات إعادة التأهيل، لاسيّما في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، من جانب القطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية، والجهات المانحة، والمؤسسات الدولية. ويترتب على جميع تلك العوامل آثار على التغطية بالتكنولوجيات المساعدة على نحو شامل ومُنصف (15).

4.2 الاحتياجات في صفوف مختلف المجموعات

29. بصفة عامة، تقلّ البيانات بدرجة كبيرة حول الاحتياجات من التكنولوجيات المساعدة في صفوف الأشخاص المحتاجين إليها. غير أن ما يتوفر من بيانات حول الإعاقه والحالات الصحية المرتبطة بها يمكن أن يكون بديلاً يُستفاد منه في تقدير حجم سوق المنتجات المساعدة اللازمة لتلبية احتياجات الفئات السكانية منها.

الإعاقه

30. في التقرير العالمي عن العجز، يُقدّر أن 15% من السكان في العالم يعيشون بنوع ما من أنواع الإعاقه. ويُقدّر أن ما يزيد عن 97 مليون شخص يعيشون بأنواع مختلفة من الإعاقات في الإقليم. ويوضح الجدول 2 أن معدل الانتشار المُبلّغ عنه للإعاقه في الدول الأعضاء يتراوح بين 0.7% و 4.6% (19). واتساع هذا النطاق يعدّ مؤشراً على القصور الذي يعتري البيانات، بما في ذلك نقص التعريف الموحد والمنهجية المعيارية. وعلاوة على ذلك، فإن تلك الأرقام قد تكون أقلّ تعبيراً عن الحقيقة، خاصة إذا قورنت بالنسبة العالمية، وهي 15% من إجمالي السكان.

ضعف البصر وضعف السمع

31. تقدر منظمة الصحة العالمية أنه في عام 2010، أصيب 4.9 مليون شخص في الإقليم بالعمى، بينما عانى 18.6 مليون آخرين من ضعف الرؤية، وأصيب 23.5 مليون بضعف البصر، ومثّل ذلك 0.8%، و 3.2% و 4.1% من إجمالي السكان في الإقليم، على التوالي (20). وتشير البيانات المتوفرة في الإقليم إلى أن 10.7 مليون شخص ممن هم في سن 15 عاماً فما فوق يعيشون بفقدان السمع المسبب للإعاقه. ويُقدّر منظمة الصحة العالمية أن منطقتي الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تمثلان نسبة 3% من سكان العالم الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً فما فوق ممن يعانون من فقدان السمع المسبب للإعاقه (21).

شيخوخة السكان

32. وتوضّح البيانات حول النسب الحالية والمتوقعة للسكان في مرحلة الشيخوخة (من يبلغون 60 عاماً فما فوق) في بلدان الإقليم أن أعدادهم مقارنة بمجموع سكان الإقليم سوف تتزايد تدريجياً لترتفع من 6.6% في 2015 إلى نحو 15% بحلول عام 2050 (22). وتؤثر زيادة السكان في مرحلة الشيخوخة على الاحتياجات المتوقعة من التكنولوجيات المساعدة في ضوء ما يصاحب ذلك من تدهور وظيفي وارتفاع خطر الإصابة بالأمراض غير السارية.

الأمراض غير السارية وحالات الصحة النفسية

33. عالمياً، تكون الإصابة بالأمراض غير السارية مسؤولة عن عامين من كل ثلاثة أعوام يعيشها الفرد معاقاً. وقد تتسبب الأمراض غير السارية في حدوث عاهات مرتبطة بالبتز، أو العمى، أو ضعف الرؤية، أو القدرة على التنقل، أو الإدراك، أو الكلام (23). والأمراض غير السارية آخذة في التزايد في الإقليم، ويرتفع معدل انتشار عوامل الخطر السلوكية الرئيسية ليكون من بين أعلى المعدلات في العالم (24). ويعيش في الإقليم نحو 43 مليون شخص يعانون من السكري، كما أن الإقليم لديه أعلى معدلات الإصابة بالسكري (13.7%) في صفوف البالغين ممن هم 18 عاماً فما فوق على مستوى العالم. وترتفع معدلات بتر الأطراف السفلية بين صفوف الأفراد الذين يعانون من السكري لتتراوح بين 10 إلى 20 مرة أعلى من مثيلتها في عموم السكان (25).

34. ويوضح استعراضٌ للدراسات حول البيانات الوبائية المعدلة حسب السن للسكنات، إحدى العوامل الأخرى الرئيسية المسببة للإعاقة في الإقليم، أن معدل الإصابة بالسكتة كل عام في خمسة بلدان من الإقليم تراوح بين 27.5 إلى 63 في كل 100000 من السكان، للكويت وليبيا على التوالي (26). أما الحرف، أحد أكبر مسببات الإعاقة والإعاقة في صفوف المسنين حول العالم، فيؤثر في الوقت الحالي على أكثر من 2.3 مليون شخص يعيشون في شمال أفريقيا والشرق الأوسط (27). ويُتوقع أن ترتفع تلك الأرقام لتصل إلى 4.4 مليون شخص بحلول عام 2030. وسوف يستفيد معظم الذين يعانون من الحرف أو تأثيرات السكتة الدماغية من المنتجات المساعدة للتغلب على ما يواجهونه من صعوبات في الأداء.

شلل الأطفال

35. هناك الكثير من الناس الذين أصيبوا بشلل الأطفال ونجوا منه خلال العقود الماضية يعيشون الآن بنوع من الإعاقة. والآن، ليس هناك سوى بلدين موطنين بشلل الأطفال في الإقليم، وهما أفغانستان وباكستان. وقد بدأت منظمة الصحة العالمية تنفيذ مبادرة لإعادة تأهيل حالات شلل الأطفال في باكستان في عام 2007. وحتى اليوم، حصل ما يزيد عن 800 طفل على أجهزة تقويمية، كما قُدم الدعم لـ 115 طفلاً منهم ليبدأوا الالتحاق بالمدارس العامة. وهذه الأرقام تقدّم مؤشراً بديلاً للاحتياجات التي لا يزال يتعين الوفاء بها.

الإصابات

36. تُظهر بعض التقديرات القطرية أن ما يصل إلى 25% من الإعاقات يمكن ربطه بالإصابات (28). وليس هناك توثيق جيد في الإقليم للإصابات غير القاتلة الناجمة عن حوادث المرور على الطرقات التي تسفر عن إعاقة دائمة. وتتوفر الأرقام في أربعة بلدان وحسب في الإقليم وتتراوح بين 1.8% و 18% (29). ويُقدّر أنه في مقابل كل وفاة ناجمة عن حادث مروري على الطرقات، هناك 20-50 فرداً آخرين يصابون بإصابات غير قاتلة يُحتمل أن تؤدي إلى إعاقة دائمة (30). وحيث إن الإقليم يمثل ثاني أعلى معدلات الوفاة الناجمة عن حوادث مرور على الطرقات في العالم (29)، فيُتوقع أن يكون عدد حالات الإعاقة المترتبة على الإصابات الناجمة عن حوادث الطرقات مرتفعاً هو الآخر. وتمثل حالات التصادم على الطرقات، والسقوط، والعنف الأسباب الثلاثة الرئيسية لإصابات الحبل الشوكي. ويُقدّر أن نحو 26000 إلى 52000 شخص يعانون من إصابات الحبل الشوكي في الإقليم كل عام، وينتج عن ذلك الاحتياج إلى الكراسي المتحركة، ووسائل تخفيف الضغط، وغير ذلك من المنتجات المساعدة (31).

الجدول 2: معدل انتشار الإعاقة، وأنماطها، وأسبابها في الدول الأعضاء

البلد	معدل الانتشار	نمط الإعاقة (%)		سبب الإعاقة (%)									
		بدني/حركي	بصر/نطق/سمع	نفسية	أخرى	الصراعات/الطوارئ	الشيخوخة	الحوادث	الأمراض	وراثي	مرتبطة بالولادة	أخرى	
أفغانستان (2011)	2.9	37.0	26.0	-	-	17.0	-	-	-	-	-	26.4	-
البحرين (2010)	2.9	30.7	28.0	14.6	26.7	-	-	8.9	36.1	9.5	29.3	16.2	-
مصر (2006)	0.7	33.9	26	22.4	17.7	-	9.4	13.9	13.7	51.9	5.4	-	-
العراق (2007)	2.8	44.9	18.4	14.6	22.1	14.3	-	8.4	15.5	-	45.6	16.2	-
الأردن (2010)	1.9	28.5	37.8	19.4	14.3	-	-	-	-	-	-	-	-
الكويت (2011)	1.1	30.8	35.1	17.0	17.1	-	-	10.2	35.9	6.5	39.5	7.9	-
لبنان (2004)	2.0	59.9	38.8	22.3	-	7.9	16.5	17.7	17.0	30.7	5.1	5.2	-
ليبيا (2007)	2.9	43.3	28.1	22.5	6.1	-	9.8	23.5	19.6	23.4	11.4	12.2	-
المغرب (2004)	2.3	27.5	24.9	18.8	28.8	-	-	-	-	-	-	-	-
عمان (2010)	3.2	32.7	41.1	13.9	12.3	-	30.0	6.5	28.0	31.4	-	4.1	-
فلسطين (2007)	4.6	38.9	80.1	14.6	14.7	-	-	-	-	-	-	-	-
باكستان (1998) ^ب	2.5	19.0	16.0	14.0	43.3	-	-	-	-	-	-	-	-
قطر (2010)	0.4	44.5	92.0	29.6	14.5	-	-	-	-	-	-	-	-
السعودية (2004)	0.8	23.8	29.9	19.8	26.5	-	-	-	-	-	-	-	-
السودان (2008)	4.9	28.5	59.5	24.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الجمهورية العربية السورية (2007)	1.4	43.6	21.9	23.5	10.8	-	9.7	11.6	27.0	49.1	-	2.6	-
تونس (2009)	1.3	36.7	23.5	34.1	5.7	-	3.5	15.3	25.8	-	51.6	4.0	-
الإمارات (2005)	0.8	15.4	67.5	7.4	9.7	-	-	-	-	-	-	-	-
اليمن (2004)	1.9	32.5	38.4	14.5	14.6	2.2	28.0	17.8	22.2	26.3	-	3.5	-

المصدر: (18)، ما لم يُذكر خلاف ذلك

أ - المصدر Strategy for disability and rehabilitation 1390-1393 (Kabul: Ministry of Public Health; 2011)

ب- المصدر: تعداد السكان 1998 (<http://www.pbs.gov.pk/sites/default/files//tables/DEMOGRAPHIC%20INDICATORS%20-%201998%20CENSUS.pdf>)، تم الاطلاع في 26

حزيران/يونيو 2016

- البيانات غير متاحة

4.3 خدمات إعادة التأهيل، بما في ذلك العاملون المهرة والمنتجات المساعدة

37. في الكثير من البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، لا يحصل سوى 5 - 15% من الأفراد على ما يحتاجونه من المنتجات المساعدة (15). وتتضمن أسباب ذلك عدم كفاية الإنتاج، وتدني الجودة، وارتفاع التكاليف. وتتضمن الأولويات التي يلزم أن تراعيها تلك البلدان وضع أداة ميسّطة لتقييم احتياجات السكان، ورسم السياسات من أجل تلبية الاحتياجات المتزايدة للأفراد الذين يواجهون صعوبات في الأداء (32).

38. ويُظهر استعراض لعام 2006 حول آراء الأطراف صاحبة المصلحة في السياسات والخدمات الخاصة بالإعاقة المُقدّمة في كل من الأردن، ولبنان، ومصر، أن إتاحة الخدمات الصحية الكافية، بما فيها المنتجات المساعدة، كانت منخفضة برغم الجهود المبذولة (33). وسُلِّط الضوء على الحاجة إلى زيادة الموارد البشرية اللازمة. وفي المغرب، أعرب الأشخاص من ذوي الإعاقة عن احتياجهم لتحسين فرص الحصول على التداوي (21.3%)، و"الأجهزة التقيئية" (17.5%)، والدعم المالي لتلبية الاحتياجات الأساسية (52.5%) (34).

39. وسُلِّط استعراض بشأن التكنولوجيات المُساعدة للسكان في مرحلة الشيخوخة في مصر الضوء على مشاركة المنظمات غير الحكومية في اقتناء المنتجات المساعدة، وإنتاجها، بل والتدريب عليها. وتنبّه الاستعراض إلى المخاوف القائمة بشأن المنتجات المساعدة المُتبرّع بها، من حيث ملاءمتها وجودتها. وفي مصر، تُسهم وزارة الصحة والسكان، ووزارة التضامن الاجتماعي، وعدد آخر من أصحاب المصلحة المهتمين، في توفير التكنولوجيات المُساعدة، بما في ذلك تطويرها، وإنتاجها، وتوزيعها، وصيانتها، وإصلاحها (35).

4.4 الاحتياجات من التكنولوجيات المُساعدة في حالات الطوارئ

40. يواجه الإقليم نطاقاً غير مسبوق من الطوارئ التي تستلزم تقديم مساعدات إنسانية. فهناك أكثر من 26 مليون متضرر في شتى ربوع الإقليم بحاجة إلى الرعاية الصحية نتيجة تلك الأوضاع الطارئة. وتعكس الأمثلة المبيّنة أدناه حجم الاحتياجات الصحية المترتبة على حالات الطوارئ، بما في ذلك الاحتياجات المحتملة من التكنولوجيات المُساعدة.

41. على مدى العشرين عاماً الماضية، أسفرت الزلازل الكبيرة التي ضربت منطقة بام بجمهورية إيران الإسلامية، وكشمير بباكستان، عن سقوط عدد هائل من الوفيات والإصابات، ما أدى إلى حدوث زيادة كبيرة في حالات الإعاقة في كلا البلدين. وأشارت التقديرات إلى أن كلا الزلازل أسفرا عن سقوط ما يقرب من 31000 قتيل و30000 مصاب في جمهورية إيران الإسلامية (36)، وأكثر من 73000 قتيل و128000 مصاب في باكستان (37).

42. وأدرج استعراض الاحتياجات الإنسانية في الجمهورية العربية السورية في عام 2006 الرضوح، والإصابات (بما فيها الإعاقات)، والأمراض غير السارية بوصفها الاحتياجات الصحية ذات الأولوية. وهناك ما يقرب من 1.5 مليون شخص من ذوي الإعاقة و600000 شخص يعانون من اعتلالات مزمنة في صفوف السكان المحتاجين إلى المساعدات الإنسانية، ويعانون من الإتاحة المحدودة للخدمات الضرورية (38). وأشار نحو 88.5% من السكان النازحين داخل الدولة إلى عدم حصولهم على خدمات إعادة التأهيل بصورة مُرضية (39).

5. استجابة منظمة الصحة العالمية

5.1 مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيات المُساعدة (GATE)

43. أثناء اجتماع الجمعية العامة رفيع المستوى بشأن الإعاقة والتنمية الذي عُقد في عام 2013، طُلب إلى منظمة الصحة العالمية إعداد مبادرة عالمية والتنسيق لها لدعم الدول الأعضاء في الوفاء بالتزاماتها الواردة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة للمُضي قُدماً نحو زيادة إتاحة التكنولوجيات المُساعدة. وعلى ذلك، أنشأت الأمانة مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيات المُساعدة (GATE) بالشراكة مع منظمات دولية، ووكالات مانحة، ومنظمات مهنية، ومؤسسات أكاديمية، وجماعات المُستخدمين. وتعزز تلك المبادرة الاستراتيجية العالمية للمنظمة بشأن تقديم الخدمات الصحية المتكاملة والتي تركز على الناس على مدى العمر، كما تدعم خطط العمل بشأن الإعاقة، والتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، والأمراض غير السارية، والصحة النفسية.

5.2 "المكوّنات الأربعة"

44. حددت مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيات المُساعدة أربعة مجالات رئيسية، أو أربعة مكونات، يلزم أخذها بعين الاعتبار من أجل زيادة إتاحة التكنولوجيات المُساعدة لجميع الناس في كل مكان، وهي: السياسة، والعمالون، والمنتجات، والتقديم.

السياسة: إطار سياسة التكنولوجيات المُساعدة

45. تعمل منظمة الصحة العالمية على مساندة الدول الأعضاء في وضع برامج وطنية معنيّة بالتكنولوجيات المُساعدة. ويجري في الوقت الحالي إعداد إطار سياسة التكنولوجيات المُساعدة، مدعماً بنماذج لأفضل الممارسات. وسوف يتضمن الإطار آليات للتمويل وذلك من أجل ضمان استدامة تقديم الخدمة وإتاحتها على نحو شامل. كما سوف يتضمّن توجيهاً بشأن تنفيذ قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية، بما يتفق والحد الأدنى من المعايير، مع توفير التدريب الملائم وتقديم الخدمات.

المنتجات: قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية

46. سوف تتيح قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية، لكونها وُضعت على منوال قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية، توجيه السياسات المتعلقة بالمشتريات وسداد التكاليف، بما في ذلك التغطية التأمينية. وقد أُدرج تحسين إتاحة التكنولوجيات المُساعدة أيضاً كأحد البنود، وهو البند 6.2، على جدول أعمال اجتماع المجلس التنفيذي في دورته التاسعة والثلاثين بعد المئة. واقترحت باكستان إدراج هذا البند على جدول الأعمال، وطلبت أن يُعدّ مشروع قرار يُطرح على الدورة السبعين لجمعية الصحة العالمية. ووافق المجلس التنفيذي على إدراج البند كبنود متواتر على جدول أعماله.

العمالون: الحزمة التدريبية للتكنولوجيا المساعدة

47. في الوقت الحالي، تعمل منظمة الصحة العالمية على إعداد حزمة تدريبية لمساعدة الدول الأعضاء على بناء قدرات العمالين الصحيين الوطنيين (بمن فيهم العمالون في مجال إعادة التأهيل، وطواقم التمريض، والعمالون الصحيون في المجتمعات المحلية)، وذلك من أجل توفير مجموعة من المنتجات المساعدة الأساسية على مستوى الرعاية الصحية

الأولية أو الرعاية الصحية في المجتمعات المحلية، بما في ذلك تدريب مقدّمي الرعاية الرسميين وغير الرسميين. وستعمل منظمة الصحة العالمية مع الدول الأعضاء لتقديم التدريب المتخصّص على المنتجات المساعدة بهدف استكشاف إمكانيات زيادة القدرات المحلية والإقليمية.

التقديم: تقديم الخدمات المتعلقة بالمنتجات المساعدة من خلال آلية النافذة الواحدة

48. تمسُّ الحاجة إلى وجود شبكة من مراكز الإحالة المتخصّصة مربوطة بالبنية التحتية للرعاية الصحية الأولية لضمان الإتاحة الشاملة والتدخل المبكر. وتعكف منظمة الصحة العالمية على إعداد نموذج لتقديم الخدمات المتعلقة بالمنتجات المساعدة على النحو الذي يتواءم مع الاحتياجات والسياقات المحددة للدول الأعضاء. وتُستكمل تلك الجهود بأداة لتقييم الاحتياجات، تقوم المنظمة الآن بإعدادها أيضاً. وسوف يتيح النموذج المصمّم خصيصاً تحسين إتاحة المنتجات المساعدة تلبيةً لجميع الاحتياجات الوظيفية للأفراد، ويُفضّل أن يكون ذلك عبر نقطة وحيدة.

5.3 المبادرات الإقليمية والمبادرات المشتركة بين الوكالات

49. في أقاليم عديدة أخرى تابعة للمنظمة (في جنوب شرق آسيا، وغرب المحيط الهادئ)، سوف تُنظّم اجتماعات إقليمية بشأن التكنولوجيات المُساعدة خلال عام 2016 بهدف إذكاء الوعي وتقديم الدعم للدول الأعضاء. ويتعاون مركز المنظمة في كوي، باليابان، مع مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيات المُساعدة لمساندة جهود جمع البيّنات، ونشرها. كما تتعاون المنظمة مع اليونيسيف لتحسين إتاحة التكنولوجيات المُساعدة للأطفال ذوي الإعاقة، لاسيّما في المناطق التي تسودها الطوارئ والصراعات.

6. خطة العمل الإقليمية لزيادة إتاحة التكنولوجيات المُساعدة في إقليم شرق المتوسط

50. اللجنة الإقليمية مدعومةً لمناقشة خطة العمل المقترحة للإقليم، كخطوة أولى نحو تحسين إتاحة التكنولوجيات المُساعدة في الدول الأعضاء.

السياسة والتمويل

إجراءات ينبغي على الدول الأعضاء اتخاذها	الدعم المقدم من المنظمة
<ul style="list-style-type: none"> • ضمان اضطلاع وزارة الصحة بدور قيادي، والتنسيق مع سائر الوزارات والجهات أطراف المصلحة. • وضع سياسة متكاملة تشمل جميع الجهات صاحبة المصلحة بهدف تحسين إتاحة التكنولوجيات المُساعدة على المستوى الوطني لمختلف الجماعات • إيجاد و/أو تعزيز التمويل الكافي للتكنولوجيا المُساعدة، لتجنب المدفوعات الكبيرة من الجيب الشخصي؛ ومن ذلك على سبيل المثال نُظُم التمويل الصحي الشاملة أو خطط تأمين الصحة/العافية. 	<ul style="list-style-type: none"> • دعم الدول الأعضاء لإعداد سياسات وبرامج وطنية معنية بالتكنولوجيات المُساعدة، استناداً إلى دراسات حالة عالية الجودة وبيانات موثوقة وكافية. • إعداد توجيه عملي لإطار سياسة التكنولوجيات المُساعدة • تيسير تبادل المعلومات، والخبرات، وأفضل الممارسات، فضلاً عن إذكاء التعاون بين الدول الأعضاء لإعداد السياسات والبرامج المعنية بالتكنولوجيات المُساعدة، ووضعها حيز التنفيذ.

تقديم الخدمة

إجراءات ينبغي على الدول الأعضاء اتخاذها	الدعم المقدم من المنظمة
<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز جمع البيانات على المستوى القطري عبر استحداث الأدوات والنظم الملائمة لقياس الاحتياجات غير المستوفاة، وضمان تخطيط الخدمات على نحو ملائم. • إعداد قوائم وطنية بالمنتجات المُساعدة ذات الأولوية، بما يتفق مع الاحتياجات الوطنية، وسياقاتها المحددة، والموارد المتاحة. • إدراج التكنولوجيات المُساعدة كأحد المكونات الأساسية لنظم تقديم الخدمات الصحية، من المستوى المتخصص إلى المستوى الأولي للرعاية الصحية/الاجتماعية. • إدراج المنتجات المُساعدة ذات الأولوية في جميع مراحل التأهب للطوارئ والاستجابة لها لضمان تلبية الاحتياجات القائمة سلفاً والمستجدة، أثناء الطوارئ وفي أعقابها. 	<ul style="list-style-type: none"> • توفير التوجيه العملي للدول الأعضاء بما في ذلك قائمة المنظمة للمنتجات المُساعدة ذات الأولوية، وأدوات تقييم الاحتياجات، ونموذج تقديم الخدمة، وأمثلة لأفضل الممارسات. • تقديم الدعم التقني في اختيار المنتجات المُساعدة ذات الأولوية على مستوى جميع مراحل التأهب للطوارئ والاستجابة لها. • تعزيز أنشطة البحث على المستوى الإقليمي، وتحديد ما يتعلق بتنمية القدرات الأكاديمية والمؤسسية لزيادة المعرفة بارتفاع مردودية التكنولوجيات المُساعدة، والأثر المترتب على إتاحتها لأسر الأشخاص ذوي الإعاقات، أو من يقدمون الرعاية لهم.

المنتجات

إجراءات ينبغي على الدول الأعضاء اتخاذها	الدعم المقدم من المنظمة
<ul style="list-style-type: none"> • وضع معايير وطنية للمنتجات المُساعدة ذات الأولوية، بما في ذلك تلبية الحد الأدنى من متطلبات الجودة والمأمونية. • إنشاء آليات وطنية وإقليمية للتعاون والتنسيق من أجل تصنيع مجموعة من المنتجات المُساعدة ذات الأولوية. 	<ul style="list-style-type: none"> • تيسير الوصول إلى اتفاق بشأن الحد الأدنى من المعايير الخاصة بالمنتجات المُساعدة ذات الأولوية على المستوى الإقليمي أو دون الإقليمي. • تقديم التوجيه بشأن اختيار المنتجات المُساعدة للتصنيع، وتيسير نقل التكنولوجيا بهدف إنتاج منتجات عالية الجودة وميسورة التكلفة.

العاملون

إجراءات ينبغي على الدول الأعضاء اتخاذها	الدعم المقدم من المنظمة
<ul style="list-style-type: none"> • تنمية الموارد البشرية الوطنية المناسبة والكافية لتوفير المنتجات المُساعدة ذات الأولوية على جميع مستويات تقديم الخدمات الصحية، لاسيما مستوى الرعاية الصحية الأولية. • بناء القدرات الوطنية و/أو الإقليمية لتدريب العاملين على المهن المتخصصة المرتبطة بالتكنولوجيات المُساعدة (على سبيل المثال: الأطراف الاصطناعية، والسمعيات، وفحوصات النظر، والعلاج المُقوم للنطق والكلام). 	<ul style="list-style-type: none"> • دعم الدول الأعضاء لتقييم الاحتياجات من الموارد البشرية اللازمة للعمل في المهن المرتبطة بالتكنولوجيات المُساعدة. • توفير التوجيه بشأن تعيين الحد الأدنى من المعايير اللازمة لتدريب العاملين في مجال التكنولوجيات المُساعدة، وتنظيمهم، عبر كل مستويات نُظُم تقديم الخدمات الصحية، بما في ذلك للعاملين في مجال الرعاية الصحية/الاجتماعية الأولية.

المراجع

1. التقرير العالمي عن العجز، جنيف: منظمة الصحة العالمية، 2011.
2. Khasnabis C, Mirza Z, MacLachlan M. Opening the GATE to inclusion for people with disabilities. Lancet. 2015, 386 (10010):2229–30.
3. Holden BA, Tahhan N, Jong M, Wilson DA, Fricke TR, Bourne R et al. Towards better estimates of uncorrected presbyopia. Bull World Health Organ. 2015, 93(10):667.
4. الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي: المكون الصحي. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2010
<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ar/>
تم الاطلاع في 11 آب/أغسطس 2016
5. قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016.
WHO_EMP_PHI_2016.01_ara[1] باللغة العربية
6. وضع أطفال العالم 2016. نيويورك: منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ 2013
7. Olusanya BO, Newton VE. Global burden of childhood hearing impairment and disease control priorities for developing countries. Lancet. 2007, 369(9569):1314–7.
8. Assistive technology for children with disabilities: creating opportunities for education, inclusion and participation: A discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less resourced settings. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Lansley P, McCreadie C, Tinker A. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? Age and Ageing. 2004, 33(6):571–6.
11. التقرير العالمي حول التشخيص والصحة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015.
12. Patel I, Munoz B, Burke AG, Kayongoya A, Mchiwa W, Schwarzwaldner AW et al. Impact of presbyopia on quality of life in a rural African setting. Ophthalmol. 2006, 113(5):728–34.
13. Thrush A, Hyder A. The neglected burden of caregiving in low-income and middle-income countries. Disabil Health J. 2014, 7(3):262–72. doi: 10.1016/j.dhjo.2014.01.003.
14. Marasinghe KM. Assistive technologies in reducing caregiver burden among informal caregivers of older adults: a systematic review. Disabil Rehabil Assist Technol. 2016, 11(5):353–60.
15. Global survey on government action on the implementation of the standard rules on the equalization of opportunities for person with disabilities. Amman: South-North Center for Dialogue and Development for the Office of the UN Special Rapporteur on Disabilities; October 2006
(<http://www.google.com/eg/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiUl4C3hsvNAhVIWhQKHQk9BR8QFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fesa%2Fsocdev%2Fenable%2Fdocuments%2FGlobalSurvey07.doc&usg=AFQjCNE8COsLCu tZZEpbkzp64oIg0yInwA>, 2016 حزيران/يونيو 22). (تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2016).

16. Borg J, Östergren PO. Users' perspectives on the provision of assistive technologies in Bangladesh: awareness, providers, costs and barriers. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2015, 10(4):301–8. doi: 10.3109/17483107.2014.974221.
17. Guidelines for training personnel in developing countries for prosthetics and orthotics services. Geneva: World Health Organization; 2005.
18. Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry MD. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources. *BMC Health Serv Res*. 2011, 11:276. doi: 10.1186/1472-6963-11-276.
19. الإعاقة في المنطقة العربية: لمحة عامة. بيروت: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (الإسكوا) وجامعة الدول العربية، 2014
https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/page_attachments/disability_in_the_arab_region_-_an_overview_-_en_1.pdf (تم الاطلاع في 5 أيلول/سبتمبر 2016).
20. Global data on visual impairments. Geneva: World Health Organization; 2010
 (تم الاطلاع في 19 -، <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf?ua=1>, حزيران/يونيو 2016)
21. Mortality and burden of diseases and prevention of blindness and deafness: WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Geneva: World Health Organization; 2012.
 (تم الاطلاع في 19 حزيران/يونيو 2016, http://www.who.int/pbd/deafness/news/GE_65years.pdf).
22. World population prospects: The 2015 revision [online database]. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2016
 (تم الاطلاع في 26 حزيران/يونيو 2016; <http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/>).
23. Richards NC, Gouda HN, Durham J, Rampatige R, Rodney A, Whittaker M. Disability, noncommunicable disease and health information. *Bull World Health Organ*. 2016, 94(3):230–2.
24. تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014
25. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization; 2016.
26. Benamer HT, Grosset D. Stroke in Arab countries: a systematic literature review. *Journal of the neurological sciences*. 2009, 284(1):18–23.
27. World Alzheimer report 2015: The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
28. Violence and injury prevention: injury-related disability and rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/disability/en/, تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2016).
29. التقرير العالمي عن حالة السلامة على الطرق 2015. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015
30. Peden M et al, eds. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.

31. International perspectives on spinal cord injury. Geneva: World Health Organization; 2013.
32. Medical devices: managing the mismatch – an outcome of the priority medical devices project. Geneva: World Health Organization; 2010.
33. Taking a step forward: views from stakeholders on disability policies and services in Egypt, Jordan and Lebanon. Working paper no. 1. Amman, Jordan: Handicap International Middle East Regional Office; 2006.
34. Childhood and disabled persons, Kingdom of Morocco. The national survey on disability: results synthesis, 2006. Rabat: Secretariat of Family; 2006.
35. Marasinghe KM, Lapitan JM, Ross A. Assistive technologies for ageing populations in six low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Innov.* 2015, 0:1–14. Doi:10.1136/bmjinnov-2015-000065.
36. USGS: Science for changing the world [website]. Earthquake Information for 2013 (<http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqarchives/year/2003/>, تم الاطلاع 1 أيلول/سبتمبر 2016).
37. Gosney JE, Reinhardt JD, Von Groote PM, Rathore FA, Melvin JL. Medical rehabilitation of spinal cord injury following earthquakes in rehabilitation resource-scarce settings: implications for disaster research. *Spinal cord.* 2013 Aug 1;51(8):603-9.
38. 2016 Humanitarian needs overview, Syrian Arab Republic. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; October 2015. (http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2016_hno_syrian_arab_republic.pdf, تم الاطلاع في 10 آب/أغسطس 2016).
39. Causes and types of injuries encountered by Handicap International while working with internally displaced persons in Syria: A focus on the impact of explosive weapons. Factsheet Syria, 2014. Lyon: Handicap International; 2014. (http://www.handicapinternational.be/sites/default/files/bijlagen/nieuws/hi_factsheet-syria-_21_01_2014_en.pdf, تم الاطلاع في 10 آب/أغسطس 2016).