

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي
للمدير الإقليمي 2015

.....

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي
للمدير الإقليمي 2015

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط: التقرير السنوي للمدير الإقليمي 2015 / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في القاهرة (ISBN: 978-92-9022-169-2)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-170-8)

(ISSN: 1020-9166)

صدرت الطبعة الفرنسية في القاهرة (ISBN: 978-92-9022-173-9)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-174-6)

(ISSN: 1816-2061)

1. التخطيط الصحي الإقليمي 2. تقديم الرعاية الصحية 3. المرض المزمن - وقاية ومكافحة 4. مكافحة الأمراض السارية 5. التغطية الشاملة 6. التوعية الصحية 7. سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية 8. التخطيط للكوارث - طرائق 9. منظمة الصحة العالمية - تنظيم وإدارة أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 541) (ISBN: 978-92-9022-171-5)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-172-2)

(ISSN: 9220-1020)

© منظمة الصحة العالمية، 2016

جميع الحقوق محفوظة

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تحومها. وتشكّل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيّنة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو موصى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يباينها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجّلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التوزيع والمبيعات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: emrgoksp@who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه: البريد الإلكتروني: emrgoegp@who.int.

المحتويات

5	المقدمة وأبرز النقاط الواردة في التقرير.....
13	تقوية النُظُم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.....
22	تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر.....
32	الأمراض غير السارية.....
39	الأمراض السارية.....
52	التأهب للطوارئ والاستجابة لها.....
61	تنفيذ الإصلاحات الإدارية لمنظمة الصحة العالمية.....
64	الخاتمة.....
66	الملحق الأول - الهيكل التنظيمي للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، تموز / يوليو 2016.....
68	الملحق الثاني - الموظفون المهنيون في إقليم شرق المتوسط في 31 كانون الأول/ ديسمبر 2015.....
71	الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط، 2015.....
76	الملحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2015.....
80	الملحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط في كانون الأول / ديسمبر 2015.....

الشاملة. وعلى مدى الشهور الثمانية عشر الماضية، وفرت مُنظمة الصحة العالمية الدعم للبلدان في مجالات أساسية عديدة كي تضي قُدماً صَوْب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، ومنها إعداد تقييانات التمويل الصحي، وإرساء السياسات الصحية والتخطيط الاستراتيجي، وتنظيم القطاع الصحي، وتنمية القدرات للعمل على تعزيز القوانين والتشريعات في مجال الصحة العمومية. وسوف يستمر تحديث إطار العمل الإقليمي الذي يغطي المجالات الأربعة للتغطية الصحية الشاملة (وهي وضع رؤية واستراتيجية؛ وتحسين الحماية المالية، وتوسيع نطاق التغطية بالخدمات، وضمان تغطية السكان) وفقاً لاحتياجات الدول الأعضاء، وسوف يظل إطار العمل مصدراً يُستشهد به في تقديم الدعم التقني للبلدان وفي رَصْد ما تُحرزه من تقدّم.



Photo: ©WHO

المقدمة وأبرز النقاط الواردة في التقرير

وقد شرع المكتب الإقليمي أيضاً في تعاون استراتيجي مع شبكة واسعة من الخبراء الدوليين عَبْر الإصدار الثالث لمشروع أولويات مكافحة الأمراض بهدف إرساء حزمة ذات أولوية مرتفعة من الخدمات الأساسية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة. وتشمل المعايير المستخدمة في ضمّ التدخلات إلى هذه الحزمة كل من الدليل على الأثر الناتج عن التدخل، ومردوديته، ويُسر تكلفته. وسوف تستعرض جلسة خاصة من المُقرر أن تُعقد على هامش الدورة الثالثة والستين للجنة الإقليمية التقدّم المُحرز في هذه المبادرة.

وقد وضعنا التركيز مجدداً على تنمية قدرات القوى العاملة، الأمر الذي يمثل تحدياً كبيراً أمام بلدان الإقليم؛ فقد أجريت سلسلة من الاجتماعات التشاورية على مدار الثمانية عشر شهراً الماضية، ركّزت على إعداد إطار عمل إقليمي لتنفيذ الاستراتيجية العالمية للموارد البشرية من أجل الصحة التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في دورتها هذا العام، فضلاً عن إطار عمل استراتيجي شامل لتعزيز التمريض والقبالة، والذي أُطلق أيضاً أثناء انعقاد الاجتماع الوزاري في أيار/ مايو 2016. كما أُجري استعراض شامل للتعليم الطبي، بما في ذلك التقييم المُتعمق للوضع في عدد من بلدان الإقليم، والذي جرى بالتعاون مع الاتحاد الدولي للتعليم الطبي

يُغطي هذا التقرير السنوي أعمال مُنظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط طيلة عام 2015 والجزء الأول من عام 2016. ويسلّط التقرير الضوء على ما حققناه من إنجازات وما جابهناه من تحديات، فضلاً عن سبيل المُضي قُدماً والخطوات التالية التي يتعين التعجيل باتخاذها. ويركّز التقرير بشكل خاص على الأولويات الخمس الرئيسية التي اتفقت عليها الدول الأعضاء في 2012، وهي: تقوية النُظُم الصحية صَوْب بلوغ التغطية الصحية الشاملة؛ وصحة الأمهات والأطفال؛ والأمراض غير السارية؛ والأمن الصحي والأمراض السارية؛ والتأهب للطوارئ والاستجابة لها¹.

وتمثل التغطية الصحية الشاملة الهدف الجامع الذي يُرجى تحقيقه من خلال عملنا مع الدول الأعضاء في الإقليم في مجال تقوية النُظُم الصحية. وقد أرسى المكتب الإقليمي للمُنظمة لإقليم شرق المتوسط ذلك الهدف في 2012، وقد دأبنا منذ ذلك الحين على توفير الدعم للبلدان فيما يتعلق بتنفيذ الإجراءات الواردة في إطار العمل الإقليمي. وتبدي الدول الأعضاء مستوى عالياً من الالتزام تجاه تحقيق التغطية الصحية

¹ يمكن الرجوع إلى موقع المكتب الإقليمي على شبكة الإنترنت للاطلاع على الملاحق الخمسة المتعلقة بهيكل المكتب الإقليمي، وتعيين الموظفين، والاجتماعات، والمنشورات، والمراكز المتعاونة على الرابط <http://www.emro.who.int/about-who/annual-reports/>



Photo: ©WHO

↑ المشاركون في الندوة الخامسة حول الدبلوماسية الصحية، القاهرة، أيار/ مايو 2016

القطاع الخاص وإقامة الشراكات معه، والنهوض بمستوى إدارة المستشفيات وسلامة المرضى، وسجلات الأحوال المدنية والإحصائيات الحيوية، ونُظُم المعلومات الصحية. ويمتلك الإقليم، في الوقت الحالي، المعلومات الأكثر شمولاً بين جميع أقاليم المنظمة حول الوضع الراهن لنُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصائيات الحيوية. واعتماداً على التقييمات الشاملة التي أُجريت في معظم الدول الأعضاء، تتوافر حالياً استراتيجية إقليمية لتعزيز نظم تسجيل الأحوال المدنية، بما في ذلك الإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن أسباب محددة، لإرشاد البلدان في ما يتعلق بتنفيذ الإجراءات ذات الأولوية.

وتواصل المنظمة تقديم الدعم فيما يتعلق بتنفيذ إطار العمل الإقليمي بشأن نُظُم المعلومات الصحية والإفادة من المؤشرات الرئيسية وبناء القدرات لتعزيز جمع البيانات، والإبلاغ بشأنها ونشرها. وقد وُضعت أداة عملية لتقييم الثغرات في قدرات البلدان على توفير واستخدام بيانات موثوقة للمؤشرات الصحية الأساسية الإقليمية البالغ عددها 68 مؤشراً. وسوف يُستفاد من التقييم في إصدار توصية بالإجراءات اللازمة لتأخذها

وبمشاركة فعالة من جانب الدول الأعضاء. وتلى ذلك اعتماد اللجنة الإقليمية لإطار عمل إقليمي يهدف إلى إصلاح التعليم الطبي في الإقليم، ومن المقرر طرحه للنقاش مع معالي وزراء الصحة والتعليم العالي في اجتماع رفيع المستوى في عام 2017. ومن أجل تعزيز القيادة في مجال الصحة وبناء قدرات الصحة العمومية في وزارات الصحة، وضع المكتب الإقليمي برنامجاً تدريبياً للقيادات شمل كبار مسؤولي قطاع الصحة في عام 2015، وتم تنفيذه بنجاح في جولتين عُقدتا في جنيف ومسقط، وذلك بالتعاون مع كلية هارفارد للصحة العمومية. وقد تخرّج أكثر من 50 قائداً من قيادات الصحة مستقبلاً من البرنامج الذي سوف يستمر تنفيذه سنوياً. ويواصل المكتب الإقليمي استضافة ندوة سنوية حول الدبلوماسية الصحية لكبار المسؤولين بوزارتي الصحة والخارجية والدبلوماسيين وأعضاء البرلمانات.

واستمر العمل في مجالات أخرى تكتسي أهمية استراتيجية وتهدف إلى تقوية نُظُم الصحة، بما في ذلك تنظيم القطاع الصيدلاني والأجهزة الطبية، وتعزيز مهج طب الأسرة، وتنظيم

التصدي للتحديات الرئيسية المطروحة أمام البلدان التي تعاني عبثاً مرتفعاً لوفيات الأمهات والأطفال. وقد أطلقت البلدان التسعة المثقلة بالعبء خططاً لتسريع وتيرة التقدم في هذا المجال وهدفت في بادئ الأمر إلى تحسين الحصائل الصحية للمضي قدماً صَوِّب تحقيق غايات الأهداف الإنمائية للألفية، ولكنها تهدف أيضاً إلى تمهيد الطريق صَوِّب تحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030. كما ركزت المنظمة على جودة الرعاية، بما في ذلك الرعاية قبل الحمل ورعاية حديثي الولادة، وهما اللتان ازدادت أهميتهما بوصفهما من عنصرين مهمين من عناصر بقاء الأمهات والأطفال على قيد الحياة في الإقليم.

وسوف يكون تنفيذ الاستراتيجية العالمية وغايات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة عاملاً مهماً من عوامل إحراز التقدم في مجال صحة الأمهات والأطفال والمراهقين. ومن هنا، فسنوات التركيز على بناء قدرات البلدان بغيّة وضع حد للوفيات التي يمكن الوقاية منها في صفوف الأمهات والأطفال والمراهقين. وفي هذا السياق، سوف تستمر المنظمة في دعم ورصد التقدم المُحرَز في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وتنفيذ خطط العمل ذات الصلة به، وسوف تولي اهتماماً خاصاً لتعزيز الرعاية قبل الحمل ورعاية حديثي الولادة. وسوف تُستكمل قائمة من تدخلات الصحة العمومية المُسندة بالبيّنات والخاصة برعاية ما قبل الحمل، بما في ذلك التدخلات عالية الأثر للوقاية من الاضطرابات الخلقية والوراثية ومكافحتها، لرفع توصية بها للبلدان بحلول عام 2016.

ولا تزال تمثل التغذية أمراً باعثاً على القلق؛ فقد وُضعت خارطة طريق إقليمية للبلدان لتنفيذ الأهداف العالمية التي حددتها جمعية الصحة العالمية في عام 2012، وكذلك التوصيات الصادرة عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية، وهو ما أدى إلى امتلاك معظم البلدان حالياً استراتيجيات أو خطط عمل وطنية في هذا المضمار. وقد تم دعم بيان السياسات الإقليمي بشأن الحاجة الماسة إلى التنفيذ الكامل للمُدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، في الوقت الذي زاد عدد المراكز الخاصة

لسد تلك الثغرات وتقوية نُظُم المعلومات الصحية. كما جرى وضع وتحديث مُرتسمات صحية شاملة توثق للموقف الراهن وتُسلط الضوء على التحديات والثغرات والفرص المتاحة وسُيَبَل المُضي قدماً في كل برنامج من البرامج الصحية، وذلك بالتعاون مع الدول الأعضاء. وفي الوقت الراهن، يتوافر لدى كل بلد صحيفة موجزة تتضمن المؤشرات الصحية الأساسية، فضلاً عن عرض موجز لمواطن القوة ومكامن الضعف المحتملة والتحديات القائمة والأولويات المُواتية لنظامه الصحي. وتُحدّث تلك المرتسمات سنوياً بعد التشاور الوثيق مع وزارة الصحة.

وسوف تستمر خارطة الطريق الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة التي اعتمدها اللجنة الإقليمية في عام 2014 في توجيه أعمالنا في ما يتعلق بتقوية النُظُم الصحية. وسوف نواصل التركيز على بناء القدرات في مجالي القيادة والحوكمة. وسوف تظل مجالات العمل المتعلقة بتحليل السياسات الصحية والتخطيط لها، ووضع التشريعات والتنظيمات الصحية، ومواصلة تعزيز نُظُم المعلومات الصحية، بما في ذلك سجلات الأحوال المدنية والإحصائيات الحيوية، مجالات ذات أهمية. كما ستُوضع اللمسات النهائية على التوجيه الاستراتيجي بشأن القوى العاملة الصحية. وستمنح الأولوية لدعم البلدان في سعيها إلى تنفيذ إطار العمل الاستراتيجي بشأن التمريض والقبالة، في الوقت الذي يُتَظَر أن يحظى الاجتماع الوزاري رفيع المستوى المزمع عقده لوزراء الصحة والتعليم الطبي بأهمية خاصة في رسم ملامح المستقبل فيما يتعلق بإصلاح التعليم الطبي في الإقليم.

وقد بات واضحاً بحلول نهاية العام المُنصرم أن الإقليم قد أحرز تقدماً كبيراً في خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال منذ تسعينيات القرن العشرين، وفقاً لما توضحه أحدث بيانات الرصد الخاصة بالأهداف الإنمائية للألفية. ومع ذلك، فإن معدلات الانخفاض ما تزال غير قادرة على بلوغ الغايات الإقليمية العامة المطلوب تحقيقها بموجب الهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية. وواصلت المبادرة الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال

البلدان أهمية بالغة في ضمان مواءمة المؤشرات العشرة التي وضعت على الصعيد العالمي من أجل قياس التقدم الذي تحرزه الدول الأعضاء مع المؤشرات الخاصة بإطار العمل الإقليمي. وقد تحسنت قدرة البلدان حالياً على رصد التقدم المُحرَز والإبلاغ به، لا سيّما في ما يتصل بالالتزامات المحددة بإطار زمني والواردة في الإعلان السياسي.

ويتناول إطار العمل الإقليمي الوقاية من الأمراض ومكافحتها عبر أربعة مجالات رئيسية، هي: الحوكمة، والترصد، والوقاية، والرعاية الصحية. وفي عام 2015، قدمنا لكل دولة عضو الإصدار الأول من المُرْتسم السنوي الموجز للاستجابة الوطنية، استناداً إلى المؤشرات العملية العشرة. وأتاح ذلك فرصة للبلدان كي تأخذ لمحة عامة حول التقدم المُحرَز في ما يتعلق بالتنفيذ. وحتى الآن، فإن عدداً لم يتجاوز ثلث الدول الأعضاء هي التي نجحت في وضع استراتيجيات أو خطط وطنية متعددة القطاعات من أجل الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها أو وضع أهداف وطنية اختيارية كخطوة أولى أساسية في هذا السياق. وقد أجرينا أنشطة شاملة للدعوة في عامي 2015 و2016 لتسليط الضوء على أهمية هذه القضايا.

كما أُتخذت إجراءات مهمة على الصعيد الإقليمي لدعم الاستجابة متعددة القطاعات لدى البلدان. وتضمن ذلك، بالاشتراك مع المركز المُتعاون مع المُنظمة بجامعة جورج تاون، استحداث لوحة قياس وإعداد مُلخصات للسياسات حول أفضل الممارسات في التشريعات الصحية الخاصة بالأمراض غير السارية، فضلاً عن نشر الإرشادات بشأن السياسات المُتعلقة بخفض استهلاك السكر في الأغذية، وهي المُكملة للإرشادات الصادرة بشأن سياسات خفض استهلاك الملح والدهون في الطعام. وقُدّم الدعم للبلدان في ما يتصل بتحديث تشريعاتها المتعلقة بمكافحة تعاطي التبغ وبناء القدرات لتشجيع ممارسة النشاط البدني.

وسوف تكتسي المشاركة الكاملة للقطاعات الأخرى غير القطاع الصحي أهمية كبيرة لضمان استمرار إحراز التقدم على صعيد تنفيذ إطار العمل الإقليمي المعني بتنفيذ إعلان الأمم المتحدة السياسي المعني بالأمراض غير السارية. وسوف



↑ المجلة الصحية لشرق المتوسط
تصدر شهرياً

بلاستقرار الغذائي لعلاج حالات سوء التغذية الشديدة والمُعقدة في البلدان التي تمر بحالات الطوارئ.

ولا تزال الأمراض غير السارية هي المُسبب الأكبر للوفيات المبكرة في الإقليم، لا سيّما أمراض القلب والسرطان والأمراض الرئوية المزمنة والسكري. وعلى الرغم من توافر التزام سياسي رفيع المستوى بالعمل في هذا الميدان وتحقيق بعض البلدان لإنجازات مذهلة، فلا يزال التقدم المُحرَز غير متكافئ وغير متساوٍ ودون المستوى المطلوب؛ إذ أن معدلات تعاطي التبغ ما زالت في تزايد، بينما تظل معدلات فرط الوزن والسمنة في صفوف البالغين والأطفال مرتفعة بصورة مزعجة في غالبية البلدان، ولا تتوافر بينات على حدوث أي تحسن في الاتجاهات الخاصة بعوامل الخطر الأخرى، ومن بينها الخمول البدني.

وقد واصلنا التركيز على دعم البلدان لتنفيذ الإعلان السياسي الصادر عام 2011 عن الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وذلك عن طريق إطار العمل الإقليمي الذي اعتمده اللجنة الإقليمية في 2012. وعلى الصعيد العالمي، كان للمكتب الإقليمي دور مهم في الدعوة إلى وضع إطار للمساءلة لقياس مدى التقدم المُحرَز، في الوقت الذي كان لمساهمات

البلدان بحلول نهاية عام 2017. وتُعد هذه خطوة كبرى على الدرب. ولكن لا تزال هناك تحديات جسام تعرقل الجهود الرامية للوقاية من الأمراض المُستجدة والمُعادة للظهور، ومكافحتها، ويتعين على جميع البلدان أن تعزز قدراتها في التعامل مع التهديدات المُحدقة بالأمن الصحي. وسوف يتواصل العمل على مدى الشهور الثانية عشر القادمة لضمان إجراء تقييم لجميع الدول الأعضاء وإعداد خطط عمل استناداً لنتائج التقييم والعمل على سد الثغرات دون إبطاء.

واستمر تهديد فاشيَّات الأمراض السارية طيلة عام 2015، حيث استمر تصاعد وتيرة الصراعات ونزوح السكان، ما مثل تحدياً بالنسبة لاستمرار التغطية بالتنعيم وغير ذلك من الخدمات الصحيَّة الأساسية والمُنقذة للحياة. وتمثلت استجابتنا في مواصلة التركيز ومضاعفة الجهود لمساعدة الدول الأعضاء في ترسيخ ترصد الأمراض على نحو فعّال وفي التوقيت المناسب، على سبيل المثال، وتوسيع نطاق شبكة الإنذار والاستجابة المبكرة في البلدان التي حلَّت بها كوارث، وتعزيز نظام الإنذار المبكر لأمراض الإنفلونزا والجهاز التنفسي وسائر الأمراض المُعدية لضمان الكشف مبكراً عنها والاستجابة للأخطار المُحدقة بالصحة. وقد أدى عدم الوصول إلى المناطق غير الآمنة لتنفيذ تدخلات مكافحة اللزامة إلى حدوث فاشيَّتي حُمى الصَّنك في كل من السودان واليمن، وفاشية الكوليرا في عددٍ من الدول الأخرى. وعلى أية حال، تعكس حالات الكشف السريع عن تلك الفاشيات واحتوائها، لاسيَّما فاشية الكوليرا في العراق، والفاشيات المتكرِّرة في مستشفيات المملكة العربية السعودية لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسيَّة لفيروس كورونا، بعض الأمثلة الرائعة على استجابة المُنظمة بفاعلية وفي الوقت المناسب لتلك الأحداث، ما أدى إلى الوقاية من وقوع أي طوارئ صحية عالمية كبرى ناجمة عن استمرار تهديدات الأمن الصحي في الإقليم واتساع نطاقها.

وأحرز تقدم كبير على صعيد استئصال شلل الأطفال في البلدان التي لا يزال الفيروس متوطناً بها وهما أفغانستان وباكستان، على الرغم من استمرار انتقال الفيروس في بعض

تواصل المُنظمة العمل مع الدول الأعضاء بُغية إحراز التقدُّم اللازم بحلول موعد اجتماع الاستعراض للأمم المتحدة في عام 2018، غير أن هذا التقدُّم سيرتكز في الأساس على الالتزامات التي تبديها الدول الأعضاء والإجراءات التي تتخذها.

وفي عام 2015 أيضاً، اعتمدت اللجنة الإقليمية إطار عمل إقليمياً عملياً ومسنداً بالبيّنات بُغية توسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية وتفعيل خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية 2013-2020. وقد تحدّدت أربعة مجالات للعمل في إطار العمل الإقليمي: الحوكمة، والوقاية، والرعاية الصحيَّة، والترصد.

وأحرز تقدم ملموس في العام 2015 صوب النهوض بمستوى الأمن الصحي في الإقليم. وفي أعقاب إجراء المكتب الإقليمي لعدد من التقييمات السريعة الخارجية في نهاية عام 2014 ومطلع عام 2015 لقدرة الدول الأعضاء على اكتشاف حالات الإصابة بمرض فيروس الإيبولا والاستجابة لها، بات من الواضح أن استعداد البلدان للوفاء الكامل بالقدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحيَّة الدولية 2015 كان أقل كثيراً عمّا سبق الإبلاغ به عبر التقييم الذاتي. ولهذا السبب، فقد قرّرت اللجنة الإقليمية عام 2015 تشكيل بعثة تقييم إقليمية معنية بتيسير التوجيه التقني وتوفيره للبلدان، فضلاً عن الإشراف على عملية تقييم مستقل مشترك تجريبه جهات خارجية، فيما يعدُّ تحولاً عن التقييم الذاتي، بهدف التقييم الموضوعي لقدرة البلدان على الوقاية من التهديدات المُحدقة بالصحة والكشف عنها والاستجابة لها. وفي الوقت ذاته، فقد دعت اللجنة الإقليمية إلى مواءمة أدوات التقييم المُتاحة حالياً والتي مكّنت الإقليم من لعب دور قيادي في مجال إعداد أدوات التقييم الخارجي المشترك التي باتت مقبولة عالمياً في الوقت الراهن من جميع الأطراف المعنية.

وأجري التقييم الخارجي المشترك لتنفيذ القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحيَّة الدولية، بالاستفادة من الأدوات الجديدة، في أربعة بلدان في الإقليم حتى الآن، كما وُضعت خطة لإجراء تقييمات مستقلة وموضوعية مماثلة في عشرة بلدان على الأقل بحلول نهاية عام 2016، وفي كل

واعتمدت اللجنة الإقليمية خطة عمل إقليم شرق المتوسط الخاصة باللقاحات بوصفها إطاراً لتنفيذ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات، فضلاً عن خطة العمل الإقليمية بشأن الملاريا 2016-2020 لتنفيذ الاستراتيجية التقنية العالمية بشأن الملاريا 2016-2030. وقد عقدنا اجتماعات مع طائفة واسعة من أصحاب الشأن المعنيين وحرصنا على التعاون معهم من أجل إعداد خطة عمل إقليمية بشأن التهاب الكبد الفيروسي.

وشهد عام 2015 تدهوراً كبيراً في الوضع الإنساني في إقليم شرق المتوسط؛ إذ صنفت الأمم المتحدة في تموز/ يوليو 2015 الأزمة في اليمن طارئة من المستوى الثالث، وهو أعلى مستوى التهديد. ويضم الإقليم في الوقت الحالي ثلاث طوارئ من طوارئ الصحة العمومية من المستوى الثالث، ومن بينها أزمتا العراق والجمهورية العربية السورية. وبنظرة عامة على الإقليم، فقد تجاوز عدد من يحتاجون إلى الخدمات الصحية 62 مليون شخص بنهاية عام 2015 جراء حالات الطوارئ، ما ألقى عبئاً ثقيلاً على كاهل النظم الصحية الضعيفة والمُثقلة بالأساس. ويتنمي نحو 60٪ من جميع اللاجئين والنازحين إلى بلدان الإقليم. وفي لبنان، يشكّل اللاجئون الآن نحو ثلث إجمالي عدد السكان.

وكان لنقص الموظفين الطبيين المتخصصين والأدوية والمعدات الطبية وسائر الموارد الصحية الأخرى، لا سيما في المناطق التي كان وصول المنظمة وشركائها إليها محدوداً، أثر بالغ على تقديم الخدمات الصحية، ما أسهم في تدهور الوضع الصحي لبعض المجموعات السكانية وزيادة عدد الوفيات التي يمكن تجنبها. وعلى الرغم من القيود المفروضة على الموارد ووجود ثغرات كبيرة في تمويل المعونات الإنسانية، فقد أعيدت هيكلة برنامج الاستجابة الإقليمي للطوارئ في عام 2015 وجرى تعزيزه بصورة كبيرة لمواجهة الزيادة غير المسبوقة في عدد الأزمات التي تستوجب دعم المنظمة وتفاقم حجمها وشدتها. وقد تم تعزيز قدرات الإقليم في مجال قيادة زمام الإغاثة الإنسانية الصحية، وواصلنا إعطاء الأولوية لاستجابة المنظمة للالتزامات في الإقليم، مع ضمان توفير الأدوية الأساسية والإمدادات والمساعدات الإنسانية، فضلاً عن تعزيز ترصد



Photo: ©WHO

↑ افتتاح المركز الإقليمي للطوارئ الصحية واستئصال شلل الأطفال في العاصمة الأردنية عمّان في حفل أقيم تحت رعاية صاحبة السمو الملكي الأميرة منى الحسين

المناطق. وبحلول منتصف شهر أيار/ مايو 2016، حققت جميع البلدان التحول المطلوب منها عالمياً من اللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ إلى اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ للإفادة منه في التمنيع الروتيني وفي حملات التمنيع. وما تحقق من تقدّم إيجابي في مجال استئصال شلل الأطفال هو أمر يبعث الأمل في نفوسنا. وهناك الآن موجة كبيرة من التفاؤل بأن العمل الذي نقوم به في هذا الإقليم يمر حالياً بنقطة تحول صوّب استكمال مهمة استئصال شلل الأطفال على الصعيد العالمي. ولا بد أن نواصل دعم البرامج الجاري تنفيذها في أفغانستان وباكستان وإظهار أعلى درجات الالتزام بضمان تمنيع الأطفال في كل مكان. وعلى نفس المنوال، وحتى يتسنى لنا منع حدوث الفاشيات، يتعين علينا الآن ومستقبلاً الاستمرار في ضمان توفير التغطية بالتمنيع والحفاظ عليها لجميع أمراض الطفولة في سياقات الطوارئ التي لا يزال يتعذر فيها الوصول إلى عدد كبير من الأطفال.

وجرى تفعيل صندوق التضامن الإقليمي لحالات الطوارئ في كانون الثاني/يناير 2016 لضمان توفير تمويل يمكن التنبؤ به للاستجابة المُفاجئة/السريعة للكوارث في الإقليم، سواء الطبيعية منها أو التي هي من صنع الإنسان، فضلاً عن تفعيل مركز الإمدادات اللوجيستية التابع للمنظمة في المدينة العالمية للخدمات الإنسانية في دبي بهدف ضمان توفير الأدوية والإمدادات الطبية والمعدات الطبية الحيوية المطلوبة في الوقت المناسب للبلدان في الإقليم وخارجه. ويجدوني الأمل أن تواصل الدول الأعضاء في الإقليم مساندة جهود حشد الموارد بُعية توفير الدعم الإنساني والصحي للبلدان المتضررة، علاوة على توفير القدرة التقنية على الاستجابة والتي تشتد الحاجة إليها في الإقليم.



Photo: ©WHO

↑ في زيارة إلى محافظة دهوك العراقية، المدير الإقليمي يفتتح مركزاً للرعاية الصحية الأولية للنازحين داخلياً، أنشئ بدعم من منظمة الصحة العالمية

وعلى مدار الشهور الثانية عشر الماضية، واصلنا استكمال أنشطتنا التقنية والتشغيلية باتخاذ إجراءات موازية لتعزيز الفاعلية الإدارية. وتضمن ذلك استمرار التأكيد على المساءلة والشفافية والكفاءة، وكذلك تعزيز القوى العاملة بالمنظمة، لا سيما على مستوى البلدان. ويتم حالياً رصد الامتثال عبر لوحة قياس الامتثال الشهرية وربطه بآليات تقييم الأداء. وأولينا مزيداً من التركيز لمبادرات بناء القدرات، مثل برنامج التدريب المتكامل لمراكز الميزانية، والمنتديات المخصصة للامتثال، ومبادرات التوعية. وحقق ذلك نتائج أولية إيجابية في ما يتصل بتحسين الإدارة والامتثال والمساءلة، تمثل في تحقيق انخفاض بنسبة تزيد عن 80% في عدد التقارير المتأخرة بشأن المساهمات المالية المباشرة مقارنة بعام 2013، وانخفاض بنسبة تزيد عن 80% في عدد التقارير المتأخرة للجهات المانحة مقارنة بعام 2014، والانتهاه من معظم توصيات لجنة المراجعة المشتركة التي لا تزال عالقة. وتم أيضاً تنفيذ مشروع يهدف للتصدي لعدم الامتثال في أساليب التعاقد مع غير الموظفين.

وتماشياً مع العُرف المُتبع طيلة الأعوام القليلة الماضية، فقد عُقد اجتماع رفيع المستوى للوزراء وممثلي الدول الأعضاء والبعثات الدائمة لها في جنيف قبيل اجتماع جمعية الصحة العالمية. وقد أتاحت هذه الاجتماعات فرصة لإجراء استعراض، مع السادة وزراء الصحة وكبار المسؤولين

الأمراض ومجلات التمنيع وخدمات الرعاية في حالات الصدمات والتدبير العلاجي للأمراض المزمنة، وتقديم الدعم النفسي. كما واصلنا السعي لإيجاد وتنفيذ النهج وتوطيد الشراكات التي تضمن تمكين الأشخاص المُحاصرين في المناطق التي يصعب الوصول إليها من الحصول على الرعاية الصحية حيثما أمكن، إضافة إلى دعم الخدمات الصحية المُنتقلة.

وبات من الواضح، كما أبرزت اللجنة الإقليمية في عدد من دوراتها، أننا بحاجة إلى ضمان وجود نهج يتسم بالمنهجية والفاعلية، داخل البلدان وعبر الإقليم، للاستجابة للمتطلبات الصحية للمجموعات السكانية المتأثرة بالنزاعات والطوارئ، وضمان تقوية النظم الصحية في جميع البلدان المتضررة واستمرارها في تقديم الخدمات الصحية التي تشتد الحاجة إليها بين النازحين والمجتمعات المستضيفة. وسوف يتطلب ذلك تحسين وتوسيع نطاق التنسيق والعمل والمشاركة من سائر القطاعات والأطراف المعنية، بما في ذلك المجتمعات المتضررة ذاتها.

وبعد أن اعتمدت جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو 2016 برنامج المنظمة الجديد للطوارئ الصحية، أُجريت أعمال إضافية لإعادة الهيكلة وجرى التخطيط لزيادة كبيرة في الموارد البشرية.

المستدامة، مازالت هناك أربعة مجالات أساسية تحتاج إلى أن نوليها العناية، وهي: الدعوة إلى تنفيذ غايات التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة؛ ومواءمة الاستراتيجيات الصحية القائمة للمنظمة مع تلك الغايات؛ وتخصيص آليات أكثر فاعلية للعمل متعدد القطاعات داخل البلدان وعلى الصعيدين الإقليمي والعالمي؛ وتقوية نُظُم المعلومات الصحية لدعم رصد التقدم المُحرَز. وسوف تكون الثنائية 2016 - 2017 حاسمة في إرساء هذا الأساس.

علاء الدين

الدكتور علاء الدين العلوان

المدير الإقليمي

لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

الحكوميين، للتقدم المُحرَز في معالجة الأولويات الرئيسية، منذ اجتماع اللجنة الإقليمية في دورتها السابقة، بُغية تعزيز مشاركة الدول الأعضاء في المناقشات العالمية حول الصحة وإصلاح المنظمة.

وهناك بيّنات واضحة على أن هذا الإقليم يتبوأ الصدارة في عدد من مجالات البرامج بين أقاليم المنظمة. فقد أرسى عملنا في مجالات تعزيز النُظُم الصحية والأمن الصحي والأمراض غير السارية قاعدة يمكن الارتكاز عليها في العمل خلال السنوات العديدة القادمة، كما أنه وفر أساساً متيناً للبلدان كي تمضي قُدماً تملؤها الثقة. ويتزايد الاعتراف في الإقليم بأن التعاون بين القطاعات أمرٌ ضروري من أجل بلوغ أهداف التنمية والصحة على المدى الطويل. غير أن الطريق أمامنا مازالت طويلة؛ فبينما نمضي قُدماً في مرحلة ما بعد عام 2015، ومع شروع الدول الأعضاء في العمل صوب بلوغ أهداف التنمية

تقوية النظم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

التمويل الصحي والتوسع في تغطية السكان وإمكانية الوصول إلى الخدمات

على الرغم من التقدم الملحوظ الذي تم إحرازه، فما تزال البلدان تواجه أوجه قصور وعدم مساواة وتحديات أمام استدامة تمويل النظم الصحية. ويُعد التغلب على هذه العقبات أمراً أساسياً لبلوغ الأهداف الخاصة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وقد تركّز الدعم المقدم من المنظمة، في عام 2015، على: متابعة تحليل نظم التمويل الصحي في البلدان؛ وإجراء مراجعات تقنية رفيعة المستوى للنظم الصحية القائمة والإصلاحات الخاصة بالتمويل؛ والانخراط في حوار للسياسات من أجل التعرف على خيارات التمويل الصحي الخاصة بكل بلد؛ وبناء القدرات الإقليمية والوطنية في المجالات المتخصصة ذات الصلة بالتمويل الصحي.

وقد تم، في هذا السياق، إجراء تحليل لنظم التمويل الصحي في سبعة بلدان باستخدام أداة المنظمة للتقييم التنظيمي لتحسين التمويل الصحي (OASIS)، وذلك لتقييم الممارسات المؤسسية والتنظيمية فيما يختص بوظائف التمويل الصحي وهي، التحصيل، والتجميع، والشراء. وتم تنظيم بعثتي

التغطية الصحية الشاملة

كثفت منظمة الصحة العالمية، في عام 2015، دعمها للدول الأعضاء من أجل تسريع وتيرة التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والوفاء بالالتزامات التي تعهدت بها اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، في قرارها ش م/ل 60/ق-2 (2013)، وتنفيذ إطار العمل الإقليمي بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة (ش م/ل 61/ق-1). وينصب التركيز في إطار العمل الإقليمي على أربعة جوانب رئيسية: وضع رؤية واستراتيجية خاصة بالتغطية الصحية الشاملة؛ وتعزيز سبل الحماية من المخاطر المالية؛ وتوسيع نطاق التغطية بالخدمات الصحية اللازمة؛ وضمان التوسع في توفير التغطية للسكان ومتابعة ذلك.



Photo: ©WHO

↑ المشاركون في الجولة الثانية من برنامج القيادة من أجل الصحة، تشرين الثاني/نوفمبر 2015 - كانون الثاني/يناير 2016

التقدُّم في هذا الشأن. وسوف يتركز العمل بشكل خاص، خلال الثنائية 2016 - 2017، على استكشاف وسائل مبتكرة لحشد الموارد، وتوسيع نطاق الحماية من المخاطر المالية التي تركز على الشرائح السكانية العامة في القطاع غير الرسمي، والشرائح السكانية المعرضة للمخاطر، والحد من هدر الموارد من خلال اعتماد طرق أفضل لتتبع الإنفاق، وتحسين عملية رصد التقدُّم الذي تحرزه البلدان صَوْب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الحَوْكَمَة في مجال الصحة وحقوق الإنسان

تم إجراء تقييم إقليمي لقدرات وزارات الصحة في مجال صياغة السياسات، والتخطيط الاستراتيجي، والذي أعقبه عقد حلقة عملية حول تنمية القدرات في مجال التخطيط الصحي الاستراتيجي. وقد تم التعرف، من خلال ذلك التقييم، على عدد من الثغرات ذات الصلة بالتخطيط، والتي من بينها: محدودية عدد الموظفين، وضعف المهارات في مختلف مجالات تحليل السياسات الصحية والتخطيط الصحي؛ والخطط الصحية المتعددة مع وجود مستويات متباينة من الالتزامات المتعلقة بتخصيص الموارد؛ وهياكل التخطيط المختلفة داخل الوزارات والصعوبات التي تكتنف التواصل فيما بينها في هذا الإطار؛ والتغيير المتكرر في القيادات، الذي غالباً ما يؤثر على الأولويات عند التخطيط.

وعلى جانب آخر، تم إجراء تقييم إقليمي لمدى فاعلية المساعدات والمعونات الخارجية، في ثمانية بلدان، باستخدام أدوات ووسائل محددة خاصة بجمع البيانات من الحكومات، ومن شركاء التنمية (الوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف)، والمنظمات غير الحكومية. وتم عرض نتائج الدراسة في اجتماع تشاوري رفيع المستوى عقد في مطلع 2016 وحضره ممثلو الجهات المانحة الرئيسية وشركاء التنمية. ومن المتوقع أن يطرأ تحسن في عملية التنسيق بين الجهات المانحة وشركاء التنمية من خلال إقامة منتدى لشركاء التنمية في هذا الإقليم.

وفي ما يختص بالعمل في مجال تنظيم قطاع الصحة، مع التركيز على القطاع الخاص، فقد شمل إجراء دراسات تقييمية في ثلاثة بلدان إضافية، أعقبها نشاط لتنمية القدرات الإقليمية وإعداد

مراجعة ريفيْتِي المستوى - إلى جمهورية إيران الإسلامية، لتقييم مدى ملاءمة خطة التحوّل الصحية التي أطلقت في عام 2014، ومدى تحقيقها للتأثير المطلوب، وإلى تونس للاسترشاد بآرائها في إعداد الاستراتيجية الصحية الوطنية الخاصة بالبلد. كما تم تنظيم جلسات حوار للسياسات رفيعة المستوى، في أربعة بلدان، للتعرف على خيارات التمويل الصحي من أجل التغطية الصحية الشاملة. وتركزت جهود بناء القدرات على عملية الشراء الاستراتيجي لإصلاح طرق سداد مستحقات مقدمي الخدمات، وقياس الحماية من المخاطر المالية، لرصد التقدُّم المُحرَز صَوْب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وأفضى اجتماع تشاوري للخبراء، واجتماع إقليمي بشأن توسيع نطاق التغطية لتشمل الشرائح السكانية العامة في القطاع غير الرسمي والشرائح السكانية المعرضة للمخاطر إلى وضع مسودة لخارطة طريق تجاه توسيع نطاق التغطية الصحية لتشمل الشرائح السكانية العامة في القطاع غير الرسمي والشرائح السكانية المعرضة للمخاطر في الإقليم. وتم إعداد ونشر ملخصات موجزة عن السياسات الخاصة بطرق سداد مستحقات مقدمي الخدمات، وتمويل جانب الطلب.

وشرع المكتب الإقليمي في تعاون استراتيجي مع شبكة واسعة من الخبراء الدوليين عبر الإصدار الثالث لمشروع أولويات مكافحة الأمراض (DCP3) بهدف إرساء حزمة ذات أولوية مرتفعة من الخدمات الأساسية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة. وتشمل المعايير المستخدمة في ضمّ التدخلات إلى هذه الحزمة الدليل على الأثر الناتج عن التدخل، ومردوديته، ويُسر تكلفته. وسوف تستعرض جلسة خاصة من المُقرر أن تُعقد على هامش الدورة المقبلة للجنة الإقليمية التقدُّم المُحرَز في هذه المبادرة. وأظهرت البلدان تقدماً تجاه تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال إبدائها التزاماً سياسياً رفيع المستوى، ووضع استراتيجية واضحة المعالم في هذا الشأن، وتبنيها لهُجّ مبتكرة لحشد موارد إضافية لهذا الغرض. وهناك بعض البيّنات الدالة على حدوث انخفاض في حصة الإنفاق الصحي المباشر للأشخاص من أموالهم الخاصة. وقد أعطى إدراج مسألة التغطية الصحية الشاملة ضمن غايات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، زخماً إضافياً لتسريع وتيرة

محدودية القدرات في مجال الحوكمة، وعدم التنسيق بشكل مترابط بين أصحاب المصلحة/ الشركاء المعنيين على المستوى الوطني، ونقص المعلومات الموثوقة. ويؤدي تفاوت الأوضاع في هذا الإقليم إلى تباين التحديات التي تواجهها البلدان المختلفة، والتي ينبغي معالجتها وفقاً لذلك.

وتم، في إطار مواجهة القضايا المتعلقة بالتحديات والأولويات، إعداد مسودة وثيقة عمل لتنمية قوى العمل الصحية، وذلك من خلال سلسلة من المشاورات التي تجرى منذ عام 2014. وتأتي مسودة الإطار الاستراتيجي، الناتجة عن هذا الاجتماع متسقة مع الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية، التي أقرتها جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2016، وستناقشها الدول الأعضاء على هامش الدورة المقبلة للجنة الإقليمية في تشرين الأول/ أكتوبر 2016.

وتحظى تقوية التعليم الطبي في الإقليم بأولوية بالغة. فقد تم تقييم أوضاع التعليم الطبي في مختلف البلدان، بالتعاون مع الاتحاد الدولي للتعليم الطبي، من خلال إجراء مسح لكليات الطب، جنباً إلى جنب مع سلسلة من المشاورات التي تمت في هذا الشأن. واستناداً إلى النتائج، وُضع إطار عمل إقليمي خاص بالتعليم الطبي، اعتمده اللجنة الإقليمية، وسوف يُناقش تنفيذه مع وزراء الصحة ووزراء التعليم العالي في اجتماع رفيع المستوى، من المقرر عقده مطلع عام 2017.



↑ دليل لمعايير تعليم التمريض والقبالة

دليل حول تنظيم القطاع الخاص. وأعدت دورة لبناء القدرات الإقليمية في مجال حقوق الإنسان والمساواة في مجال الصحة، مع التركيز على أهمية الصحة كحق من حقوق الإنسان، تستهدف راسمي السياسات ومسؤولي الإدارة، تمت تجربتها في مصر وتنفيذها في باكستان.

وسيتم التركيز، في الثنائية 2016 - 2017، على بناء القدرات المؤسسية لدى وحدات تحليل السياسات الصحية والتخطيط الصحي في وزارات الصحة. وسيتم إيلاء اهتمام خاص بمسألة بناء وتحديث القدرات في مجال سن التشريعات الصحية، وتعزيز قدرات الهيئات التنظيمية لمؤسسات القطاعين الخاص والعام، والدعوة إلى تعزيز قيمة الصحة بوصفها حقاً من حقوق الإنسان، والتنسيق بين شركاء التنمية، والاستفادة من المساعدات الخارجية على نحو فعال في السياقين الإنمائي والإنساني.

تنمية القوى العاملة الصحية

تمثل تنمية القوى العاملة الصحية أولوية كبرى في سياق تقوية النظم الصحية والتحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتعكس أوضاع القوى العاملة الصحية في هذا الإقليم الاتجاهات العالمية في هذا الشأن من حيث النقص العددي بشكل عام، والتوزيع غير العادل، والتحديات المتمثلة في الجودة، وعدم المساواة في مجال الصحة، والاحتفاظ بالعاملين، والأداء، مقرونة بالتناقص المستمر في القوى العاملة في البلدان التي تزرع تحت وطأة حالات الطوارئ الممتدة. وهناك حالات نقص حاد في بلدان المجموعة الثالثة، في حين تعتمد بلدان المجموعة الأولى اعتماداً كبيراً على العاملين الصحيين الأجانب². ومن بين القضايا الرئيسية في هذا الإطار،

² تم تحديد المجموعات الثلاث وفقاً للحصائل الصحية للسكان، وأداء النظام الصحي، ومستوى الإنفاق الصحي: (1) البلدان التي تقدمت فيها التنمية الاجتماعية والاقتصادية تقدماً كبيراً على مدى العقود الأربعة الأخيرة، مدعومة بارتفاع المستوى الاقتصادي؛ (2) البلدان التي قامت بتطوير بنية أساسية شاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية، غير أنها تواجه صعوبات في مجال الموارد، وتمثل، بشكل أساسي، البلدان المتوسطة الدخل؛ (3) البلدان التي تواجه صعوبات كبيرة في تحسين الحصائل الصحية للسكان نتيجة نقص الموارد الخاصة بالصحة، وعدم الاستقرار السياسي، والزراعات، وغير ذلك من التحديات المعقدة ذات الصلة بالتنمية.

وستكثف الجهود الرامية إلى تعزيز القدرات الوطنية في مجال الموارد البشرية لإدارة شؤون الصحة، والتي ستكون ضرورية لتنفيذ إطار العمل الاستراتيجي الإقليمي الخاص بالموارد البشرية. وسيتم إيلاء اهتمام لتعزيز القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية وتنظيم قضايا التعليم والممارسة للقوى العاملة الصحية من خلال الاعتراف، وغيره من الوسائل، وتحسين القدرات في مجال التعليم المهني الصحي، والتصدي للتحديات التي تواجه القوى العاملة الصحية أثناء الطوارئ، وتحسين المعلومات والبيانات المتعلقة بالقوى العاملة الصحية من خلال المراصد الخاصة بالقوى العاملة الصحية.

الأدوية والتكنولوجيات الأساسية

تمثل إتاحة منتجات طبية مأمونة ومضمونة الجودة (أدوية ولقاحات وأجهزة طبية) تحدياً كبيراً في مجال التكنولوجيات الصحية، وذلك بسبب ضعف النظم التنظيمية الوطنية والمهام المرتبطة بها والخاصة بضمان جودة المنتجات الطبية المتداولة في الأسواق المحلية ومأمونيتها وفعاليتها. ويعد تنظيم المنتجات الطبية أمراً ذا أولوية بالنسبة للبلدان.

وتم، خلال وقائع اجتماع إقليمي حول تعزيز نظم التيقظ الدوائي، الدعوة بشكل خاص إلى تنسيق وتعزيز مهام التنظيم والتيقظ اللاحق للتسويق، وذلك بالنسبة للأدوية واللقاحات والأجهزة الطبية. وفضلاً عن ذلك، تم إعداد إرشادات إقليمية عن كيفية قيام الدول الأعضاء بوضع وتعزيز إجراءات تنظيم الأجهزة الطبية من خلال نهج تدريجي، وذلك استناداً إلى الممارسات التنظيمية القائمة حالياً في كل من الأردن والسودان والمملكة العربية السعودية. وفي السياق ذاته، فإن المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة، تشكل تهديداً للصحة العمومية في جميع الدول الأعضاء في هذا الإقليم. وتشارك الدول الأعضاء مشاركة فعّالة في اللجنة التوجيهية لآلية الدول الأعضاء لمكافحة المنتجات الطبية المتدنية النوعية/ المزورة/ المغشوشة التوسيم/ المغشوشة/ المزيفة.

ومن جهة ثانية، أُطلق في مطلع عام 2015، برنامج القيادة من أجل الصحة، بالتعاون مع كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد بهدف تنمية مهارات القادة الحاليين وقادة المستقبل في مجال الصحة العمومية في الإقليم. وقد عُقد هذا البرنامج المكثف الذي يقدم على مدى أربعة أسابيع على جزئين في موقعين مختلفين (في جنيف وفي مسقط). واستناداً إلى النجاح الذي تحقّق في الجولة الأولى من هذا البرنامج، تم تقديم الجولة الثانية منه في المدة من تشرين الثاني/نوفمبر 2015 إلى كانون الثاني/يناير 2016.

وفي مجال التمريض والقبالة، أُجريت مراجعة شاملة للتحديات والعقبات التي تعرقل تنمية القدرات في هذا المجال، حيث نوقشت نتائج تلك المراجعة خلال منتدى إقليمي بشأن مستقبل التمريض والقبالة في الإقليم، وقد تم، في اجتماع لاحق لفريق من الخبراء الدوليين، إعداد مجموعة من الإجراءات لمواجهة هذه التحديات. وعُرض إطار العمل الإقليمي بشأن تعزيز خدمات التمريض والقبالة 2016 - 2025 على وزراء الصحة وكبار المسؤولين الصحيين بالدول الأعضاء بالإقليم على هامش اجتماعات جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو 2016. وعُقد أيضاً، في عام 2015، اجتماع تشاوري لمراجعة اللائحة التنظيمية الخاصة بالمرضات والقابلات والمهنيين الصحيين المساعدين، حيث تم تحديد الأولويات والخيارات المتاحة لتعزيز اللائحة التنظيمية في ظل وجود سياسات قوية تكفل حماية صحة الجمهور.

وعلى صعيد آخر، أصبح تفهم أوضاع المهنيين الصحيين الآخرين، يمثل قضية ذات أهمية متزايدة. وقد تم، في هذا السياق، إعداد الأدوات والوسائل التي يمكن من خلالها إجراء مسح يركز في البداية على ثلاثة مجموعات مهنيو المختبرات الطبية، ومهنيو التصوير الطبي، ومهنيو الخدمات التأهيلية. وسيتم الانتهاء من هذا المسح، الذي يُعد الأول من نوعه في هذا الإقليم، في عام 2016.

وسوف يتواصل العمل على تحسين جودة التعليم الطبي من خلال الاعتماد، ضمن وسائل أخرى؛ ومن خلال تعزيز مهارات التمريض والقبالة، وذلك بتنفيذ إطار العمل.

الاعتماد الجماعي لمدونات قواعد السلوك وتنفيذها، فقد ورد ذكرها كثغرات مشتركة في عملية الإدارة. أما وجود إحصائي تقييم أكفاء من المواطنين فقد أُعتبر من عوامل النجاح، ذلك إلى جانب الدعم السياسي الرفيع المستوى، وهو ما يؤدي إلى إضفاء الطابع المؤسسي على عملية الإدارة الرشيدة للأدوية في وزارات الصحة.

وتم، خلال فترة ما قبل انعقاد اللجنة الإقليمية، التأكيد على أهمية بناء القدرات التقنية الوطنية في مجال تقييم التكنولوجيا الصحية. وطلب العديد من البلدان، في أعقاب ذلك، الدعم في مجال تحسين أو إنشاء وحدات للتقييم ضمن نظمها الصحية الوطنية، في حين طُلب أيضاً دعم أقاليمي لتطوير برامج من هذا النوع في أقاليم أخرى للمنظمة (جنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ). وتوسعت الشبكة التي أُنشئت في عام 2014، لتشمل بلداناً من الإقليمين المذكورين. وتضم الشبكة حالياً ما يربو على 100 خبير ومناصر محلي. وتواصلت عملية بناء القدرات في مجال تحسين الجودة وإتاحة الأجهزة الطبية والاستفادة منها، في ظل وجود ما يزيد على 70 موظفاً مدرّباً، في كل من أفغانستان والعراق.

وفي غضون ذلك، أُطلقت مبادرة جديدة بشأن التعرف على الأجهزة الطبية ذات الأولوية والمنخفضة التكلفة من أجل تحسين فرص حصول مستخدم هذه الأجهزة على خدمات رعاية صحية عالية الجودة. وكان قد تم، خلال المرحلة الأولى،

ومن جهة أخرى، شهد العمل في مجال الحوكمة الرشيدة للأدوية تقدماً، في ظل وجود خمسة بلدان في المرحلة الأولى حالياً، وسبعة بلدان في المرحلة الثانية، وثلاثة في المرحلة الثالثة. وقُدّم الدعم لاجتماعات فرقة العمل الوطنية في كل من أفغانستان، وباكستان لمناقشة نتائج التقييمات الوطنية في مجال الشفافية، ولصياغة الأطر الوطنية للبلدين في هذا المجال. وعُقد اجتماع بلداني ضم ممثلي بلدان المرحلة الأولى، تم خلاله وضع خطط العمل الوطنية حتى نهاية عام 2016. وقد تعاونت المنظمة على نحو وثيق مع الأفرقة الوطنية في وضع تقارير التقييم الوطني الخاصة بها في صورتها النهائية. ويشكّل التباين الموجود في الإقليم وعدم الاستقرار السياسي الذي يعاني منه كثير من البلدان، تحديات خاصة في هذا المجال. ويوضح الجدول 1 قابلية التعرض لتدابير الفساد، وذلك في أعقاب تحليل لتقييمات أجريت في 11 بلداً، خلال 2015.

وقد تبيّن أن الوظائف التنظيمية الخاصة بالترويج والتجارب السريرية تتسم بقابلية بالغة للتعرض للفساد في خمسة بلدان وثلاثة بلدان على التوالي. وبالنسبة للتفتيش والاختيار والتسجيل، فقد تبيّن أنها تتسم بقابلية متوسطة إلى بالغة للتعرض للفساد في غالبية البلدان التي خضعت للتقييم. وتم تحديد حضور الالتزام السياسي، الذي يتجلى في وجود قوانين قائمة للأدوية وزيادة فرص الحصول على الأدوية كمكّمن قوة مشترك في البلدان. وبالنسبة لغياب السياسات وإجراءات العمل المعيارية فيما يتعلق بتضارب المصالح، وكذلك غياب

الجدول 1

الحوكمة الرشيدة للأدوية: قابلية التعرض للفساد في 11 بلداً

التعرض	الوظائف التنظيمية (عدد البلدان)						
	التسجيل	الترخيص	التفتيش	الترويج	التجارب السريرية	الاختيار	الشراء
بالغ	1	-	1	5	3	1	-
شديد	3	-	2	-	2	4	1
متوسط	3	5	5	6	-	5	3
هامشي	4	4	3	-	3	1	6
أدنى	-	-	-	-	-	-	1
الإجمالي	11	9	11	11	8	11	11

الصحة، لدعم اتخاذ القرارات السليمة والاستثمار وإنشاء هيئات تنظيم الأجهزة الطبية.

تقديم الخدمات المتكاملة

تمثل جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية تحدياً مشتركاً أمام جميع بلدان الإقليم. ولا يزال غياب فرص الحصول على الخدمات الصحية بسبب البُعد الجغرافي عن مراكز الرعاية في عدد من البلدان المنخفضة الدخل، يشكل تحدياً في هذا المجال، في حين تمثل القدرة على تحمل التكلفة قضية في حد ذاتها في كثير من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وما يزال العديد من البلدان يحاول جاهداً إعادة تشكيل خدمات الرعاية الصحية الأولية لمواجهة العبء المرضي المرتبط بالأمراض غير السارية ومشكلات الصحة النفسية. فالتوسع غير المنظم لجهات تقديم الرعاية الصحية في القطاع الخاص، يشكل تحديات إضافية في هذا الشأن. ومن ناحية أخرى، فإن نظم الرعاية الصحية في كثير من البلدان المتضررة من النزاعات، قد أصبحت معطلة، الأمر الذي يشكل تحديات خطيرة أمام فرص الحصول على خدمات الرعاية الأولية.

إعداد قائمة للأجهزة الطبية الأساسية، استناداً إلى الأولويات الإقليمية في هذا الشأن. وتهدف المبادرة، التي ستُعطى الأولوية في النشائية 2016-2017، إلى تقديم حلٍ للطلب غير الملبي من أجهزة طبية معينة ونأمل أن تساعد المانحين المحتملين وشركات الصناعة على إتاحة تلك الأجهزة بتكاليف ميسورة. وعلى الجانب الآخر، تم الانتهاء من مسح قائم على التصور، حول مدى توافر الأدوية المضادة للسرطان ومدى يسر تكلفتها في هذا الإقليم، والذي تم بالتعاون مع الجمعية الأوروبية لطب الأورام. وتمثل أول نشاط خاص بتنفيذ خطة العمل العالمية لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات في الإقليم، في القيام بحملات توعية في هذا المجال. وما يزال التوافر والإتاحة المنخفضان جداً للأدوية الخاضعة للمراقبة يمثل هاجساً كبيراً فيما يختص بتقديم خدمات صحية عالية الجودة، من حيث التدبير العلاجي المناسب للألم بالنسبة للمرضى الذين يخضعون للمعالجة من أمراض السرطان أو لتدخلات جراحية كبرى.

وسوف ينصب التركيز، خلال عام 2016، على تقوية النظم التنظيمية فيما يختص بجميع المنتجات الطبية، وذلك عن طريق إجراءات التقييم الذاتي التي ستتم متابعتها من خلال زيارات للخبراء. وسيتم أيضاً تقديم الدعم للتغلب على النقص في الأدوية الأساسية وسائر المنتجات الطبية ولضمان التوازن في السياسات الوطنية المعنية بتوافر وإتاحة الأدوية الخاضعة للمراقبة، وبخاصة فيما يتعلق بالرعاية الملطفة. ومن شأن المبادرة الخاصة بالأجهزة الطبية المنخفضة التكلفة أن تتيح التعرف على، وتجميع خلاصة وافية عن الأجهزة ذات الأولوية والمنخفضة التكلفة، وإعداد موجز بها، وهذا الأمر الذي سيكون عوناً للبلدان في عملية الشراء. وسيتم تحديث مرتصات القطاعات الدوائية القطرية من أجل التعرف على الثغرات الموجودة في المجالات الرئيسية، مثل التنظيم والسياسات والقدرات التقنية والموارد البشرية وفرص الحصول على الأدوية. وسيتم، انطلاقاً من التقدم المحرر في مجال سياسات التكنولوجيا الصحية، التركيز على إنشاء وحدات تقييم خاصة بالتكنولوجيا الصحية في وزارات



↑ توجيهات تقنية حول سلامة المرضى

القطاع الخاص، تلتهها دورة عُقدت على مدى عشرة أيام عن إدارة المستشفيات. واستناداً إلى نتائج تقييم الدورة والملاحظات التي وردت من المشاركين فيها، فسوف يجري تقديم هذه الدورة، التي تُعد الأولى من نوعها في الإقليم، إلى البلدان خلال عام 2016.

وفي مجال الجودة والسلامة، تم تفتيح أداة تقييم سلامة المرضى، كما تم نشر مجموعة أدوات خاصة بالتدخلات الأساسية. ومن ناحية أخرى، تم إعداد إطار خاص بتحسين الجودة في مجال الرعاية الصحية الأولية، والذي تمت مراجعته بصورة مستقلة من جانب نظراء وخبراء، ومن ثم تجربته في 40 من مرافق الرعاية الصحية الأولية في أربعة بلدان. وقد أصبحت هذه الأداة جاهزة للاستخدام من قِبَل البلدان. وعلاوة على ذلك، تمت مراجعة أداة خاصة بتقييم مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، وجرى إطلاع البلدان عليها من خلال اجتماع تشاوري إقليمي عُقد في هذا الإطار. كما تم، في اجتماع للخبراء حول مبادئ وممارسة إجراءات اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية، إجراء مراجعة نقدية للبيئات الراهنة، والقيمة التي تضيفها عملية الاعتماد، من حيث تحسين جودة الرعاية.

في غضون ذلك، تم بنجاح إحياء برنامج المدن الصحية، وقامت المنظمة بالإشهاد على أن مدينة الشارقة هي أول مدينة

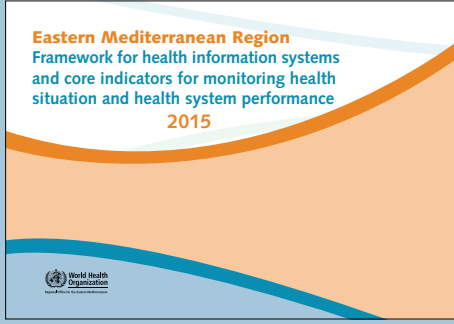
ومن المعلوم أن ضمان الحصول على خدمات رعاية صحية أولية عالية الجودة يمثل عنصراً أساسياً لاستراتيجية تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وقد تبنت المنظمة نهج طب الأسرة باعتباره النهج الرئيسي لتقديم الرعاية الصحية الأولية وتعزيز الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس في هذا الإقليم. وبالمثل، فإن دور العاملين الصحيين المجتمعيين والرعاية الصحية المنزلية والمدن الصحية يبقى دوراً حيوياً بالنسبة للعمل في مجال الرعاية الصحية الأولية والرعاية المجتمعية. وقد تم دعم العديد من المبادرات الرامية إلى زيادة أعداد أطباء الأسرة وبناء قدرات مقدمي الرعاية الحاليين، بما في ذلك إعداد وثيقة استراتيجية بشأن زيادة أعداد أطباء الأسرة في الإقليم، وعقد دورة على مدى ستة أشهر حول المبادئ الخاصة بطب الأسرة وممارسته، تقدّم للممارسين العامّين، وذلك بالشراكة مع الجامعة الأمريكية في بيروت. وشمل الدعم المقدم على الصعيد القطري إجراء مراجعة لتقديم خدمات الرعاية الصحية في العديد من بلدان الإقليم.

وتواصل العمل بشأن قطاع الصحة الخاص حيث عُقدت حلقة عملية انصب التركيز فيها على بناء القدرات القطرية في مجالات تقييم القطاع الخاص وتنظيمه والشراكة معه. وفي مجال إدارة المستشفيات، تم الانتهاء من إجراء مراجعة لمستشفيات



Photo: ©WHO

↑ صاحب السمو الشيخ الدكتور سلطان بن محمد القاسمي، حاكم الشارقة، يتسلم جائزة منظمة الصحة العالمية لأول مدينة صحية في الإقليم



↑ إطار نظم المعلومات الصحية والمؤشرات الأساسية 2015

وفي إطار الجهود المبذولة أيضاً لتقوية نُظُم المعلومات الصحية الروتينية، بغرض تمكين البلدان من الإبلاغ عن المؤشرات الأساسية الإقليمية البالغ عددها 68 مؤشراً والتي اعتمدها اللجنة الإقليمية في عام 2014 وأهداف التنمية المستدامة، عُقد اجتماع تشاوري تقني من أجل الاتفاق على محتويات أداة التقييم المُسق التي سيجري تجربتها في الإقليم في عام 2016. وتم تقديم الدعم لبناء القدرات في مجال تعزيز استخدام نُظُم إدارة المعلومات الصحية في المديرية (DHIS2)، كقاعدة لجمع المعلومات ورفع التقارير عنها ونشرها. وُجِّهت معالجة الثغرات الكبيرة في عملية الإبلاغ عن المؤشرات، التي تنشأ بشكل أساسي من الدراسات الاستقصائية السكانية، تم إعداد أدوات لدعم مسح الفحوص الصحية وتغطية عوامل الخطر السلوكية والبيولوجية والاستفادة من الرعاية الصحية والوضع الصحي وإنفاق الأسر المعيشية على الصحة. وسيجري تنفيذ المسح في تونس، خلال عام 2016، بدعم من حكومتها.

وتواصل العمل على المؤشرات الأساسية الثانية والستين مع إعداد سجل موجز للبيانات الدالة ذات الصلة بالمؤشرات، بالإضافة إلى قائمة مؤشرات موسَّعة والتي ستضمن القائمة العالمية الإضافية، وكذلك مؤشرات الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة. وستواصل المنظمة دعمها للدول الأعضاء في تعزيز أنشطة رفع التقارير من خلال نظم المعلومات الصحية الخاصة بها بشأن المؤشرات الأساسية في المكونات الأساسية الثلاثة لنظام المعلومات الصحية والمحددات

صحية في الإقليم، وذلك في أعقاب تقييم خارجي أُجري لهذا الغرض. وسوف تواصل المنظمة الدعوة إلى التوسع في برامج طب الأسرة وتقديم المشورة التقنية في هذا المضمار بوصفه يمثل استراتيجية شاملة لتقديم الخدمات باتجاه تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وسيتم تقديم الدعم في مجال تحسين إدارة وأداء المستشفيات وجودة الرعاية الصحية الأولية. كما سيتم دعم البلدان التي تمر بأزمات من أجل تعزيز مرونة النظم الصحية وتكثيفها وضمان توافر خدمات الرعاية الصحية في حالات الطوارئ.

نُظُم المعلومات الصحية

في إطار الجهود المبذولة لتعزيز الإحصاءات الخاصة بالوفيات، وتمشياً مع الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز نظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، تم إعداد إرشادات تقنية من أجل دعم البلدان في تطوير نظم الإحصاءات الخاصة بالوفيات، ويجري تشكيل مجموعة من الخبراء الإقليميين لشركهم في البلدان، بغرض تعزيز الإحصاءات الخاصة بالوفيات، وستعمل هذه المجموعة عن كثب مع اللجنة الاقتصادية لأفريقيا واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. كما أُجريت تقييمات شاملة إضافية لنُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. ولم يتبق سوى ثلاثة بلدان فقط، لم تقم بعد بإجراء تقييماتها في هذا المجال. وتتابع المنظمة مع البلدان فيما يخص الإبلاغ عن خطط التنفيذ الخاصة بها، استناداً إلى أولويات تلك البلدان التي يتم التعرف عليها من خلال تلك التقييمات. وقُدِّم الدعم التقني في مجال تقييم جودة بيانات الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، وأُحرز تقدُّم مهم في هذا المضمار. وقد ورد، خلال 2015، أكثر من 20 مجموعة لبيانات من 12 بلداً، حيث تم تقييمها للتأكد من اكتمالها، وذلك باستخدام أدوات تقييم معيارية. وأُجريت مراجعة لإخطارات الوفاة ونماذج التسجيل الحالية، التي تستخدمها البلدان، وذلك في ضوء المعايير الدولية. وتم أيضاً دعم بناء القدرات في العديد من البلدان، في مجال إجراءات شهادات الوفاة والترميز بحسب التصنيف الدولي للأمراض (المراجعة العاشرة).

في هذه الأثناء، اجتمعت لجنة شرق المتوسط المعنية بمراجعة أخلاقيات البحوث، دعماً لمراجعة الجوانب الأخلاقية في البحوث التي تمولها المنظمة وتُجرى على البشر. وتركزت وقائع الاجتماع على ضمان توافق أعمال اللجنة مع الدلائل الإرشادية الدولية لمراجعة البحوث الصحية التي تُجرى على البشر؛ وتحديث الإجراءات القائمة الخاصة بمراجعة البحوث الصحية التي تُجرى بدعم من المنظمة؛ والتعامل مع التحديات الجديدة التي تواجه البحوث الصحية، بما في ذلك البحوث في مجال السياسات والنظم الصحية. وفي السياق ذاته، عقد اجتماع تشاوري للخبراء بشأن إعداد ومواءمة دلائل إرشادية مسندة بالبيّنات، والذي خرج بتوصيات تهدف إلى بناء القدرات وتلبية احتياجات الدول الأعضاء في هذا الشأن ورسم خرائط للأنشطة الإرشادية في الإقليم وإعداد دلائل إرشادية تتوافق مع الظروف التي يختص بها الإقليم، والتي لا يوجد لها دلائل إرشادية. وتمخض اجتماع مديري المراكز المتعاونة مع المنظمة في الإقليم، وهو الأول من نوعه على مدى فترة تزيد على عشر سنوات، عن إنشاء شبكة لهذه المراكز، والتي أصبحت تضم الآن خمسة وأربعين من المراكز النشطة المتعاونة مع المنظمة في هذا الإقليم.

ومن ناحية أخرى، تم بالتعاون مع مركز المعرفة النرويجي للخدمات الصحية، دعم تنمية القدرات لدى الباحثين، حيث انصب التركيز على كيفية إعداد ملخصات سهلة الاستخدام لمراجعات منهجية للبيّنات في النظم الصحية، للاستئارة بها من قِبَل راسمي السياسات وأصحاب المصلحة المعنيين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، وإعداد «ملخصات المراجعات المنهجية». وقد أسفر ذلك عن إنجاز ثمانية ملخصات جيدة الإعداد تتناول المشكلات الرئيسية للصحة العمومية في الإقليم. وواصلت المنظمة دعمها لثلاثة مخططات خاصة بالمنح: البحوث ذات الأولوية في مجال الصحة العمومية؛ وتحسين تنفيذ البرامج من خلال البحوث الضمنية، اللذين قُدِّمًا بالتعاون مع التحالف من أجل السياسات الصحية وبحوث النظم؛ ومخطط المنح الصغيرة لبحوث أمراض المناطق المدارية.

والمخاطر الصحية والوضع الصحي، بما في ذلك المراضة والوفيات واستجابة النظام الصحي، وذلك بغرض تعزيز عمليات رسم السياسات وصنع القرارات على نحو فعال. وعلى الجانب الآخر، شهد المرصد الصحي الإقليمي مزيداً من التحسين بما يكفل نشر الإحصاءات الصحية واستخدامها على نحو أفضل في هذا الإقليم. وتم إعداد مرتسمات صحية شاملة توثق الوضع الحالي والتحديات الماثلة والثغرات القائمة والفرص المتاحة وسُبل المُضي قُدماً في كل بلد وكل برنامج من البرامج الصحية، وذلك بالتعاون مع الدول الأعضاء. وسوف يتواصل تحديث هذه المرتسمات بصفة سنوية.

غير أنه لا يزال هناك العديد من التحديات؛ فهناك حاجة إلى مزيد من التعزيز لأنشطة تسجيل الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، والترميز بحسب التصنيف الدولي للأمراض، وذلك من خلال التدريب المستمر وتقييم جودة البيانات. كما أن الحاجة قائمة أيضاً إلى إجراء مسح سكانية وتقييمات لأداء النظم الصحية بصفة منتظمة. وسيتم تشجيع البلدان على إعداد خطط استثمار من أجل تلبية احتياجاتها في مجال القدرات، وكذلك لإعداد مرصد صحية وطنية من أجل نشر بيانات شاملة على المستوى دون الوطني لمعالجة حالات الجُور في مجال الصحة.

البحث والتطوير والابتكار

عُقد عدد من الاجتماعات المهمة وأنشطة تنمية القدرات في مجال تطوير البحوث والابتكار، وأُعيد تشكيل لجنة شرق المتوسط الاستشارية للبحوث الصحية، التي عقدت اجتماعاً لمناقشة دور البحوث في دعم الأولويات الصحية الاستراتيجية. وأوصت اللجنة ببناء القدرات المؤسسية ودعم الوظائف المؤسسية في مجال البحوث وتعزيز البحوث وأخلاقياتها لدى جميع المهنيين العاملين في مجال الصحة، وتشجيع البحوث التعاونية والمشاركة بين القطاعات (الوطنية، والإقليمية، والدولية) وتطوير قواعد بيانات كبرى خاصة بالبحوث واستخدام البحوث في توفير المعلومات لراسمي السياسات بنتائجها.

تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر

النهج الشامل لجميع مراحل العمر

الصحة هي نتاج كل السياسات، بما في ذلك السياسات المتعلقة بالمحددات الاجتماعية للصحة، والاعتبارات الخاصة بنوع الجنس والإنصاف والتغذية والوقاية من الإصابات والإعاقة. وفي عام 2015، واصلت منظمة الصحة العالمية جهودها لحماية وتعزيز صحة السكان وسلامتهم وعافيتهم في الإقليم طيلة العمر. وتم التعامل مع احتياجات السكان المختلفة منذ الحمل وحتى بلوغ مراحل الشيخوخة، مع التركيز بشكل خاص على صحة الأمهات والأطفال باعتبارها أولوية استراتيجية.

صحة الأمهات والأطفال والصحة الإنجابية

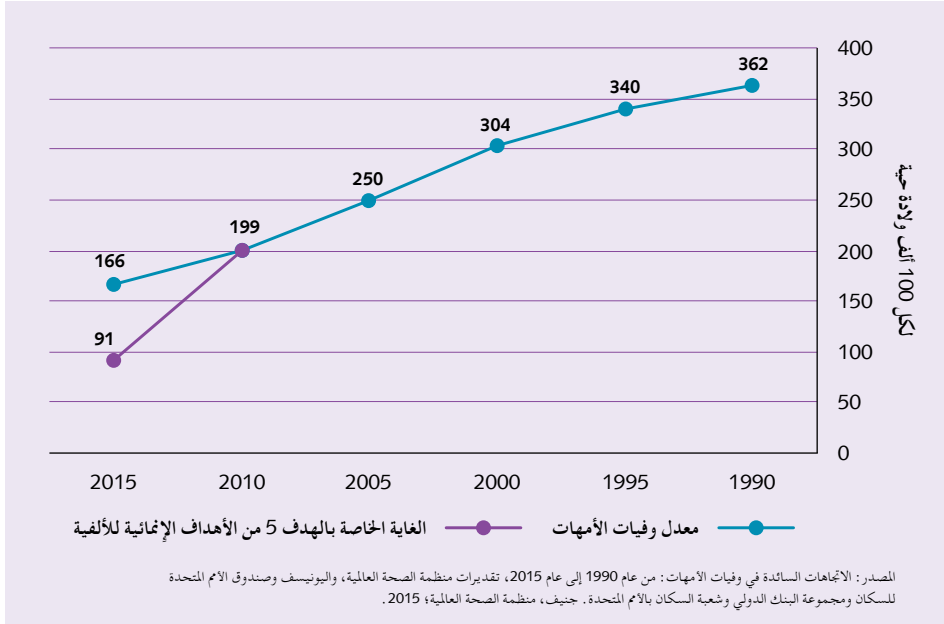
تحقق تقدم ملحوظ صَوَّب بلوغ الهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية في إقليم شرق المتوسط. ففي المدة ما بين عامي 1990 و2015، انخفض معدل وفيات الأمهات من 362 حالة إلى 166 لكل 100 ألف ولادة حية، وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 181 إلى 91 لكل 1000 ولادة حية (انظر الشكلين 1 و2). واستطاعت ثمانية بلدان تحقيق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، بينما حققت ثلاثة بلدان الهدف الخامس. وعقب المبادرة الإقليمية الخاصة بإنقاذ حياة الأمهات والأطفال، والتي أُطلقت عام 2013، تحسَّن معدَّل انخفاض وفيات الأمهات اثنتي عشرة نقطة أي من 42٪ (2012) إلى 54٪ (2015).

يُعزى ارتفاع مستوى الوفيات في الإقليم في صفوف الأمهات وحديثي الولادة والأطفال بشكل رئيسي إلى ضعف النظم الصحية. كما لا توجد الأعداد الكافية من الموارد البشرية المدربة تدريباً جيداً، علاوة على نقص السلع والأدوية الأساسية أو عدم كفايتها في كثير من الأحيان، وسوء أداء نظم الإحالة وتردي جودة رعاية الأمهات والأطفال في مستشفيات الإحالة. ولا يستهدف معظم البرامج الوطنية

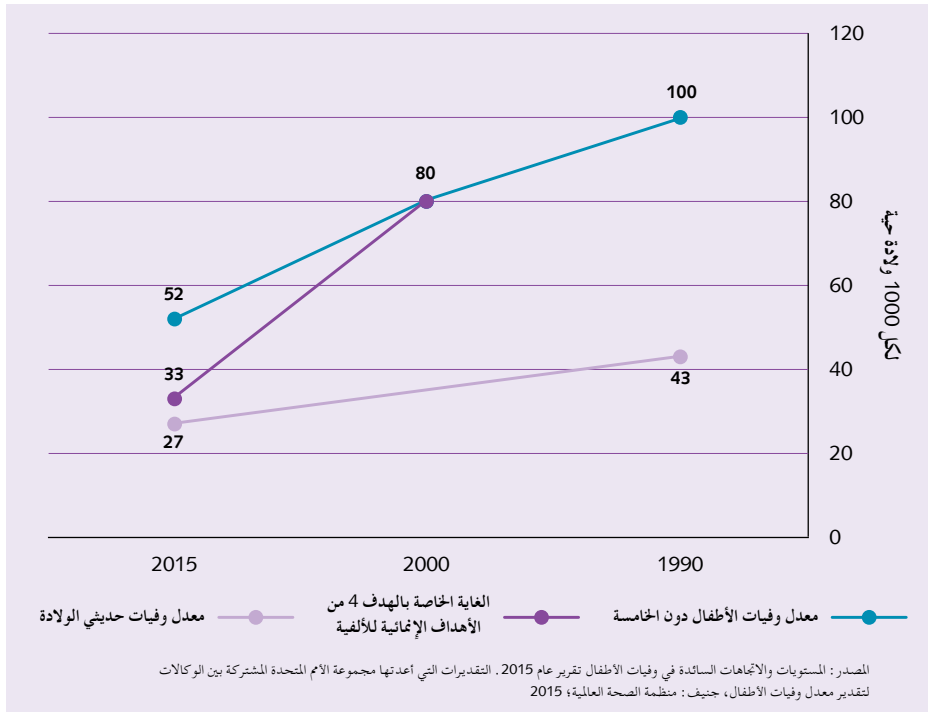
الأسباب الرئيسية التي تُعزى إليها وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال بتنفيذ ما يتاح لها من تدخلات مسندة بالبيّنات وعالية التأثير والمردود (أفضل الصفقات). والإرادة والالتزام السياسيين تجاه الاحتياجات الصحية للأمهات والأطفال لا تتم ترجمتهما دائماً إلى إجراءات ملموسة وآليات تمويل لضمان التغطية الشاملة بالخدمات الصحية للأمهات والأطفال. والوضع حرج للغاية في البلدان المتضررة من القلاقل السياسية والاضطرابات الاجتماعية والأزمات الممتدة الحادة والمزمنة.

وقد واصلت منظمة الصحة العالمية دعمها المقدم في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، مع التركيز بشكل خاص على التصدي للأسباب الرئيسية في وفيات الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، وعلى استهداف جودة الرعاية. واستمرت المبادرة الإقليمية بشأن إنقاذ حياة الأمهات والأطفال في استهداف التحديات الرئيسية في البلدان التي يرتفع فيها عبء وفيات الأمهات والأطفال، وذلك بالاشتراك مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف وبالتعاون مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة الرئيسيين. وأسهم بدء خطط تسريع وتيرة التقدُّم في مجال صحة الأمهات والأطفال في تعزيز الملكية الوطنية والقيادة على الصعيد الوطني نحو تحقيق الغايات الخاصة بالأهداف الإنمائية للألفية، كما مهد الطريق أمام أهداف التنمية المستدامة الجديدة.

وتم إيلاء اهتمام خاص إلى العناصر المرتبطة بالنظم الصحية، وذلك لضمان تنفيذ خطط تسريع وتيرة التقدُّم بدرجة كافية من الجودة ولمعالجة الثغرات التي يتم تحديدها من خلال المسوح الإقليمية. وتضمنت هذه العناصر إتاحة وإيصال التدخلات عالية التأثير والقوى العاملة الصحية وتقييم الجودة وخدمات مكافحة العدوى والوقوف على الثغرات في المعارف، وذلك حتى يتسنى تحديد أولويات البحوث. ويركز الدعم التقني للدول الأعضاء على بناء القدرات الوطنية في مجال التخطيط الاستراتيجي للفترة من 2016 إلى 2020، وذلك تماشياً مع الاستراتيجية العالمية وأهداف التنمية المستدامة.



الشكل 1
الاتجاهات الإقليمية السائدة في وفيات الأمهات: من عام 1990 إلى عام 2015



الشكل 2
الاتجاهات الإقليمية السائدة في وفيات الأطفال وحديثي الولادة بين عامي 1990 و 2015

في الإقليم. وفي اجتماع عُقد مع الدول الأعضاء، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونسف وخبراء دوليين وإقليميين، تم التوصل إلى توافق في الرأي حول مجموعة من التدخلات الأساسية وإطار تنفيذي إقليمي وقنوات تقديم الخدمات فيما يتعلق برعاية ما قبل الحمل. وقد بُذل مزيد من العمل على مدار العام، وكان من ثماره وضع حزمة إقليمية من التدخلات المُسندة بالبيّنات وخطوات برنامجية لتعزيز رعاية ما قبل الحمل في البلدان. ويجري حالياً دمج حزمة رعاية ما قبل الحمل في حزمة أوسع نطاقاً تغطي الرعاية خلال الحمل وبعد الولادة، مع التركيز بوجه خاص على الوقاية من الاضطرابات الخلقية الشائعة ورعايتها.

وسوف تظل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال من ضمن الأولويات الإقليمية والوطنية للصحة في خطة التنمية لما بعد عام 2015. وستركّز المنظمة على بناء القدرات في البلدان لوضع حد للوفيات التي يمكن تلافيها على مستوى النساء والأطفال والمراهقين. ولا شك أن تنفيذ الاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة لصحة المرأة والطفل والمراهق والأهداف الإنمائية للألفية سوف يتطلب توجهاً متكاملة ومتعددة القطاعات مدعّمة بأهداف محددة جيداً وآليات تمويل مستدامة.

وتم إيلاء الأولوية إلى قيام كافة بلدان الإقليم باعتماد تدخلات أساسية مُسندة بالبيّنات وعالية المردود والتأثير. وخلال اجتماع عُقد بالاشتراك مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونسف، حدد مدير البرامج الوطنية الأولويات الخاصة بالتدخلات عالية التأثير فيما يتعلق بالصحة العمومية والصحة النفسية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال، مع التركيز على التحديات الماثلة أمام النظم الصحية للتصدي لها وتحديد الاتجاهات الاستراتيجية سعياً نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة. وتأتي الاتجاهات الاستراتيجية متمشية مع الاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق، والتي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر 2015. وفي الشهر التالي، حثت اللجنة الإقليمية (قرار ش م/ل 1/62) جميع الدول الأعضاء على إعداد أو تحديث خطط استراتيجية وطنية للصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال وفقاً للاستراتيجية العالمية.

ويأتي دعم البلدان في إرساء رعاية ما قبل الحمل وتعزيزها، بوصف ذلك جزءاً من العملية المستمرة لتقديم الرعاية، كأولوية أخرى سيكون من شأنها تحقيق مزيد من التحسن في الحصائل الصحية للأمهات وحديثي الولادة والأطفال



↑ الدكتور أحمد السعيد، وزير الصحة العُماني، والدكتورة مارغريت تشان، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، والدكتور علاء الدين العلوان، المدير الإقليمي، ينضمون إلى المشاركين في اجتماع إقليمي لتعزيز الرعاية في فترة ما قبل الحمل



↑ توجيهات تقنية حول التغذية

التغذية

شهد الوضع في الإقليم فيما يتعلق بسوء التغذية تحسناً بوجه عام منذ عام 1990، إلا أن التقدّم المُحرَز غير كافٍ ولا يزال الوضع خطراً للغاية في الكثير من بلدان الإقليم، الأمر الذي يلزم معه القيام بمزيد من العمل لضمان توفير التغذية لجميع الأمهات والأطفال في كل البلدان بما يكفي للحفاظ على الصحة وتحقيق التنمية. ووفقاً لأحدث البيانات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية وغيرها من منظمات الأمم المتحدة، فقد انخفض، في المتوسط، معدّل انتشار سوء التغذية في الإقليم من 21,1٪ عام 1990 إلى 13,7٪ عام 2014. ومن ضمن اثنين وعشرين بلداً في الإقليم، استطاعت ثلاثة عشر منها منذ عام 1990 تحقيق الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق بخفض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع بمقدار النصف. وانخفض المعدّل المقدّر لانتشار تأثر الأطفال دون سن الخامسة بالتقرُّم من 39,8٪ في 1990 إلى 16,9٪ في 2014، وذلك نتيجة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، خاصة في البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل، بينما زاد المعدل المقدّر لانتشار تأثر الأطفال بالهزال من 9,6٪ في 1991 إلى 10,1٪ في 2011، وذلك نتيجة لبعض الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع الإنسان، بالإضافة إلى القلاقل السياسية في أفغانستان وجيبوتي والعراق وباكستان والصومال والجمهورية العربية السورية واليمن.

ووضعت، في عام 2015، خارطة طريق إقليمية للبلدان لتنفيذ الأهداف العالمية التي حددها جمعية الصحة العالمية عام 2012، بالإضافة إلى التوصيات الصادرة عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية. وقد أعدَّ معظم بلدان الإقليم استراتيجيات وطنية و/أو خطط عمل وطنية لما بعد 2015.

وتمت الدعوة لإصدار بيان إقليمي خاص بالسياسات بشأن الحاجة الماسة إلى التنفيذ الكامل للمدونة الدولية لتقواعد تسويق بدائل لبن الأم. وقد عمل معظم البلدان التي تمر بحالات طوارئ على زيادة عدد مراكز التغذية العلاجية لعلاج حالات سوء التغذية الحادة والمعقدة. ويوفّر جميع البلدان

تقريباً المكملات الغذائية وتقوم بإغناء الأغذية بالمغذيات الزهيدة المقدار الأساسية.

ولا يزال الإقليم يواجه تحديات في معالجة المسائل المتعلقة بالتغذية، ومنها عدم توافر بيانات ومؤشرات ذات جودة عالية عن التغذية، فضلاً عن عدم توافر القدرات الوطنية التي تتيح للبلدان جمع البيانات وتحليلها، والحاجة إلى ترصد فعّال للتغذية، ونظام رصد وتقييم بما يسمح برسم السياسات وتنفيذ البرامج. وأخيراً، يتزايد الطلب على اتخاذ إجراءات من أجل التصدي إلى سوء التغذية، على الرغم من محدودية الموارد المالية اللازمة للقيام بذلك.

ويعمل المكتب الإقليمي مع البلدان على إعداد إطار عمل إقليمي لتوسيع نطاق العمل فيما يتعلق بالتغذية، مع التركيز على التدخلات عالية المردود. ويُقدّم الدعم التقني إلى البلدان لتحديد الأهداف الوطنية ورصد خطط العمل الوطنية، وتعزيز التنسيق بين الوكالات والقطاعات المتعددة، وتعزيز النظم الغذائية الصحية والأمن الغذائي والتغذوي على المستويين الوطني والإقليمي، علاوة على تقديم وتطبيق نهج مبتكرة لتنفيذ إجراءات فعّالة مرتبطة بالتغذية، بما في

ذلك تنفيذ المعايير الخاصة بالأغذية والمبادئ التوجيهية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في هذا الشأن.

المدرسة في بؤرة جهود وبرامج الإغاثة في البلدان التي تمر بحالات طوارئ.

صحة المجموعات الخاصة

العنف والإصابات والإعاقات

تُعَرِّض الأوضاع السائدة في الكثير من البلدان حياة المسنين وأطفال المدارس وسلامتهم إلى مستويات مختلفة من الخطر، بينما ينبغي أن تمثل احتياجاتهم غير الملبأة ووضعهم الصحي أمراً مثيراً للقلق البالغ أثناء تقديم الدعم الصحي خلال حالات الطوارئ. وعلى الرغم من ذلك، فإن برامج الصحة المعنية بهذه المجموعات الخاصة تواجه منافسة قوية من أولويات أخرى كثيرة.

نشرت منظمة الصحة العالمية، في 2015، التقرير العالمي عن حالة السلامة على الطرق 2015، والذي عرض أحدث البيانات من كل بلدان العالم، بما في ذلك إقليم شرق المتوسط. وأوضح التقرير أن إصابات حوادث المرور لا تزال تمثل خطراً له عواقب كارثية في الإقليم على الرغم من انخفاض معدل الوفيات الناجمة عن حوادث المرور من 3, 21 إلى 9, 19 لكل 100 000 نسمة في الفترة ما بين 2010 و2013. ويظل هذا المعدل أعلى من المعدل العالمي، واضعاً إقليم شرق المتوسط ضمن أقاليم المنظمة ذات أعلى معدلات الوفيات. وتقع معظم حالات الوفيات في البلدان ذات الدخل المتوسط. ويزيد المعدل الإجمالي للوفيات في البلدان ذات الدخل المرتفع عن البلدان الأقل ثراء، وهو أكثر من ضعف معدل البلدان الأخرى ذات الدخل المرتفع في العالم. وعلى الرغم من خطورة المسألة، فإنه لا يزال هناك ثغرات خطيرة فيما يتعلق بالتنفيذ الشامل للتدخلات التي أثبتت جدواها من حيث الفاعلية لقاء التكاليف على أساس نهج «النظام المأمون الكامل». وتم تنفيذ بعض أوجه هذه التدخلات في معظم بلدان الإقليم، إلا أنها لم تُنفذ كحزمة واحدة تغطي جميع العناصر الأساسية، مما ترك أثراً كبيراً على مدى فاعليتها.

وعلى الرغم من ذلك، قام الكثير من البلدان بدور نشط في مراجعة مسودة التقرير العالمي عن الشيخوخة والصحة وتقديم حالات للدراسة، بالإضافة إلى مسودة الاستراتيجية العالمية وخطة العمل الخاصة بالشيخوخة والصحة. وتم نشر التقرير العالمي على المستوى الإقليمي بالتعاون مع هيئة الشارقة الصحية بالإمارات العربية المتحدة، وذلك أثناء الاحتفال باليوم العالمي للمسنين (1 تشرين الأول/أكتوبر). وتتجه مدينة الشارقة بثبات نحو أن تصبح مدينة مراعية للمسنين. ولم يزل العديد من البلدان تواصل أنشطتها لبناء القدرات وتحقيق التعاون متعدد القطاعات فيما يتعلق بالشيخوخة والصحة.

وبالإضافة إلى ما سبق، مثل عام 2015 منتصف عقد العمل من أجل السلامة على الطرق 2011-2020، وتم إدراج اثنين من الغايات المتعلقة بالسلامة على الطرق ضمن أهداف التنمية المستدامة. واعتمد إعلان برازيلياً بشأن السلامة على الطرق خلال المؤتمر العالمي الثاني الرفيع المستوى بشأن السلامة على الطرق، والذي عُقد في تشرين الثاني/نوفمبر 2015. ويبيّن هذا الإعلان خارطة الطريق العالمية نحو تحقيق غايات عقد العمل من أجل السلامة على الطرق وأهداف التنمية المستدامة، والتي لن يتحقق أي منها إلا بالجهود المتضافرة في جميع البلدان.

وبالتركيز على بيئة المدارس بوصفها مدخلاً مهماً نحو تعزيز الصحة طيلة العمر، تمت مراجعة الدور الفعال الذي تلعبه البلدان في إضفاء الصبغة المؤسسية على المبادرة العالمية للصحة المدرسية، وذلك في عملية تشاور من أجل وضع معايير محدثة وإطار عمل تنفيذي للمدارس التي تعمل على تعزيز الصحة. وترمي الخطة إلى مواصلة هذا العمل في عام 2016 وتدشين معايير جديدة ضمن مبادرة خاصة بشأن المدارس التي تعمل على تعزيز الصحة في عام 2017.

وتوجد خطوات هامة في السبيل إلى المضي قدماً، ومن ضمنها وضع الاحتياجات غير الملبأة للمسنين وأطفال

التقدم خلال النصف الثاني من عقد العمل. وفي سبيل الإعداد لهذا الاجتماع، أجريت مشاورات على مستوى الخبراء في كانون الثاني/يناير 2016 لاستعراض تحليل معمق للعبء الحالي للإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق وعوامل الخطر المتعلقة بها في الإقليم، وهو التحليل الذي أجرته منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع كلية بلومبرغ للصحة العمومية التابعة لجامعة جونز هوبكنز. وبناء على هذا التحليل، سيقدم الخبراء آراءهم بشأن إعداد إطار عمل محدد للإجراءات المطلوبة على المستوى القطري. وسوف يتم الاسترشاد بذلك في إعداد وثيقة مرجعية للاجتماع الوزاري تُحدد فيها مجموعات التدخلات عالية المردود لمجموعات البلدان الثلاث في الإقليم، استنادًا إلى الأعمال ذات الصلة بمنظمة الصحة العالمية، على أن يؤخذ في الاعتبار التطورات العالمية والإقليمية الأخيرة.

وفيما يتعلق بوقاية الأطفال من الإصابات، تم استعراض كل ما كُتب في هذا الشأن في الإقليم. واستنادًا إلى ذلك، تم تحديث وإتمام إطار عمل استراتيجي إقليمي بشأن وقاية الأطفال والمراهقين من الإصابات.

وفي مجال الوقاية من العنف، بيّن التقرير العالمي لعام 2014 عن وضع الوقاية من العنف، الذي شاركت فيه 16 بلدًا من الإقليم، أن بلدان الإقليم المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل تحتل المرتبة الثالثة (7 لكل 100 000 نسمة) من حيث معدلات جرائم القتل، بين البلدان المماثلة في جميع أقاليم المنظمة. وكثير من استراتيجيات الوقاية التي خضعت للمسح متاحة في بلدان الإقليم المشاركة، إلا أن تنفيذها لم يُخضع بعد للتقييم. وتم تنظيم مشاورات إقليمية لاستعراض خطة العمل العالمية لتعزيز دور النظم الصحية في التصدي للعنف بين الأفراد، خاصة ضد النساء والفتيات وضد الأطفال، وذلك لضمان إدراج الأبعاد الإقليمية والقطرية في النسخة النهائية. وقُبِلت المشاورة، عُقد اجتماع تحضيرى للتنسيق مع وكالات الأمم المتحدة المعنية وجامعة الدول العربية للبدء في مناقشة آلية التنسيق الإقليمية المستدامة فيما بين الوكالات حتى يتسنى تنفيذ الخطة.



↑ توجهات تقنية حول السلامة على الطرق

وواصلت منظمة الصحة العالمية جهودها بشأن الجوانب المختلفة للوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور ومكافحتها، وذلك بدءاً من البيانات وحتى الرعاية. وتم إعداد منهجية معيارية لتقدير كلفة الإصابات الناجمة عن حوادث المرور على الطرق، وتم تطبيقها على سبيل التجربة في جمهورية إيران الإسلامية. وتم الانتهاء من اختبار الأداة الإقليمية لتحديد ملامح نظم رعاية الإصابات والرضوح بعد تجربتها في جيبوتي وجمهورية إيران الإسلامية وباكستان. وتم إعداد تقرير لتوثيق التجربة واستعرضه النظراء تمهيداً للنشر، ويوصي هذا التقرير بإجراء معينة لمعالجة الثغرات الموجودة، كما سيمهد الطريق للتوسع في التجربة وتطبيقها في البلدان الأخرى. وتم تطبيق التجربة على نطاق أشمل في العراق تعزيزاً لخدمات رعاية الإصابات والرضوح.

ومن المقرر عقد اجتماع إقليمي وزاري رفيع المستوى حول السلامة على الطرق في عام 2017 من أجل زيادة الالتزام السياسي والاتفاق على إجراءات ملموسة لتسريع وتيرة

وواصلت المنظمة دعم البلدان في مجال الوقاية من العمى الذي يمكن تجنبه ومكافحته، وذلك تماشياً مع مبادرة منظمة الصحة العالمية «الرؤية 2020: الحق في الإبصار». كما يجري إدماج أنشطة الرعاية الأولية للعيون ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية في بعض البلدان، مما أسهم في خفض معدلات فقدان البصر وضعف النظر من خلال الكشف المبكر عن الحالات وإحالتها ومن خلال التثقيف بصحة العيون. وعلى الرغم من العبء الكبير لضعف الإبصار المرتبط بتقدم السن في كثير من بلدان الإقليم وزيادة في أمراض العيون التي قد تؤدي إلى العمى، مع حياة الناس الآن لفترات عمر أطول، يظل الاستثمار في مجال مكافحة العمى منخفضاً. وسوف يعتمد بلوغ هدف القضاء على العمى الذي يمكن تجنبه بحلول عام 2020 على مدى قدرة النظم الصحية على توسيع نطاق الجهود المبذولة في هذا الصدد.

التثقيف الصحي وتعزيز الصحة

ركّزت منظمة الصحة العالمية، في عام 2015، على بناء القدرات في مجال إعداد خطط وطنية متعددة القطاعات بشأن الإجراءات الخاصة بالنشاط البدني وبشأن التسويق الاجتماعي وخطط الحملات الإعلامية. وبالشراكة مع المركز المتعاون مع المنظمة بشأن النشاط البدني والتغذية والسمنة في سيدني بأستراليا، تم إعداد حزمة تدريبية عن وسائل الإعلام والتسويق الاجتماعي لدعم البلدان في تنفيذ «أفضل الصفقات» فيما يتعلق بالنشاط البدني والنظم الغذائية الصحية. وعمل المشاركون سواء من قطاع الصحة أو من خارجه معاً على إعداد خطط مبدئية للتسويق الاجتماعي ووسائل الإعلام، والتي سوف تُطلق في عام 2016.

وتم إعداد مجموعة أدوات للاسترشاد بها في إدراج النشاط البدني ضمن الرعاية الصحية الأولية. وقد أعدت هذه المجموعة من الأدوات عبر الاستعراض المنهجي والتحليل التلوي، والذان بيّن أن الرعاية الصحية الأولية ضرورية في تعزيز النشاط البدني، وبالتالي، فإنه من الضروري ضمان توفير الموارد الكافية للرعاية الصحية الأولية والتأكد من



Prévention de la violence interpersonnelle dans la Région de la Méditerranée orientale : Extrait du Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde



Interpersonal violence prevention in the Eastern Mediterranean Region: Facts from the Global status report on violence prevention 2014



الوقاية من العنف بين الأفراد في إقليم شرق المتوسط: حقائق من التقرير العالمي لعام 2014 عن وضع الوقاية من العنف



↑ صحائف الوقائع حول الوقاية من العنف بين الأشخاص

ويوجد عدد من التحديات الكبرى التي تواجه جهود الوقاية من العنف والإصابات ومكافحتها على نحو فعال. فالالتزام السياسي المعلن لا يتم دوماً ترجمته إلى إجراءات كافية على المستوى القطري. وبآني ذلك بالإضافة إلى ضعف إنفاذ السياسات وأطر العمل التشريعية وتطبيقها وتقييمها. ولا يزال هناك نقص في التنسيق والعمل على مستوى القطاعات المتعددة. وعلاوة على ذلك، فإن إقرار نهج النظام المأمون الكامل غير كافٍ، خاصة مع الحاجة إلى التركيز أكثر على المسائل المتعلقة بالسلوك الفردي. وفي مجال الإعاقة، قامت عدة بلدان بإعداد استراتيجيات وخطط عمل وطنية خاصة بالإعاقة. وشاركت 13 بلداً في المسح العالمي بشأن إعداد قائمة أولويات منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالمنتجات المساعدة. وسوف يُناقش هذا الموضوع أثناء الدورة المقبلة للجنة الإقليمية.

للصحة في إطار البرامج الصحية ونوع الجنس في البرامج الصحية، وتعزيز قدرات البلدان على تنفيذ إدماج الصحة في جميع السياسات، والعمل المشترك بين القطاعات، والمشاركة المجتمعية لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة ونوع الجنس. واتفقت البلدان على تنفيذ إطار عمل تم إعداده في مشاورة إقليمية تم تنظيمها في عام 2015 حول الحد من أوجه عدم المساواة من خلال العمل على المحددات الاجتماعية للصحة. وفي هذا الصدد، أجرت أربعة بلدان تقييمات متعمقة بُغية إعداد خطط العمل. وتم رفع نتائج هذه التقييمات إلى اللجنة الإقليمية، والتي قامت بدورها بحث الدول الأعضاء على تقييم أوجه عدم المساواة في مجال الصحة والمحددات الاجتماعية المرتبطة بها، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات ذات الأولوية ورصد التقدم المُحرز (القرار ش م/ل إ 62/ق-1). وقد قام العديد من البلدان باتخاذ إجراءات محددة بشأن المحددات الاجتماعية للصحة.

الصحة والبيئة

بفضل الدعم الذي قدّمه المركز الإقليمي لأنشطة الصحة البيئية، استطاع الكثير من البلدان تنفيذ برامج وأنشطة متعلقة بحماية الصحة والبيئة. وقد بدأ بالفعل تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية للصحة والبيئة وإطار العمل الخاص بها (2014-2019)، وقامت عدة بلدان باتخاذ خطوات ملموسة نحو تطوير أطر العمل الاستراتيجية الوطنية لها. كما نظمت عدة بلدان بعثات ميدانية لتقييم وضع الصحة البيئية وتحديد أولوياتها.

وتم الترويج للدلائل منظمة الصحة العالمية الإرشادية حول جودة مياه الشرب، وإعادة استخدام المياه المستعملة. وقامت 16 بلداً حتى الآن بتحديث معاييرها الوطنية المتعلقة بجودة مياه الشرب وفقاً لهذه الدلائل الإرشادية، كما أصدرت الأردن معايير وطنية بشأن جودة مياه الري بما يتماشى والدلائل الإرشادية للمنظمة بشأن الاستخدام الآمن للمياه المستعملة المعالجة في الزراعة. وبفضل دعم منظمة الصحة العالمية، استطاعت ثمانية بلدان اعتماد خطط وقائية لإدارة مأمونية المياه

كونها مناسبة للعب دور أساسي في جعل السكان أكثر نشاطاً. واستعرضت البلدان مجموعة الأدوات لضمان ارتباطها بالإقليم وكذلك استنادها إلى السياق القطري من الناحية العملية. وتتمثل الخطوة التالية في اختبار الأداة على سبيل التجربة في ثمانية بلدان مختارة.

وبالتعاون مع المكتب الإقليمي الأوروبي والمقر الرئيسي للمنظمة وجامعة ليفربول، عُقدت حلقة عمل للإقليميين لبناء القدرات القانونية والنهوض بالعمل فيما يتعلق بتوصيات المنظمة بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال. وحضر حلقة العمل مشاركون من تسعة بلدان حيث قاموا بإعداد خارطة طريق تمهيدية للنهوض بالعمل على التصدي لتسويق الأغذية غير الصحية في بلدانهم.

وفي إطار المبادرة الخاصة بمواجهة التسويق الذي لا يتم التصدي له، نُظمت سلسلة من الأنشطة لاسترعاء انتباه قطاعات أخرى بخلاف قطاع الصحة لهذه المسألة والحصول على أفكار مبتكرة في خلق حراك اجتماعي. ومن أهم الفعاليات كان تنظيم منتدى مفتوح حضرته وسائل الإعلام العامة وكبار الشخصيات على مستوى الإقليم وخبراء الإعلام وممثلو منظمات المجتمع المدني، بما في ذلك المنظمة الدولية لاتحادات المستهلكين، وانتهى المنتدى إلى مجموعة من الإجراءات سيتم الترويج لها لدى القطاعات الأخرى بخلاف قطاع الصحة. وتوجد عدة تحديات أمام تعزيز الصحة، ويتمثل أكبر هذه التحديات في قدرة البلدان على حشد القطاعات الأخرى بخلاف قطاع الصحة والعمل فيما بين القطاعات لتنفيذ الأهداف والحاجة إلى إجراء البحوث والمناصرة، والحاجة إلى حشد خبراء من ذوي الخلفية القانونية دعماً للأهداف الإقليمية. وستستمر المنظمة في بناء القدرات لتعزيز العمل مع مختلف القطاعات.

المحددات الاجتماعية للصحة والنوع الاجتماعي

استمر التركيز على تنفيذ إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، والإدماج الفعال للمحددات الاجتماعية



Photo: ©WHO

↑ المدير الإقليمي يزور المغرب تحضيراً للدورة الثانية والعشرين لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ

مدافن القمامة وآثار النفايات على الصحة العمومية. وتم الانتهاء من إعداد بروتوكول علمي لتقييم الآثار الصحية المحتملة على السكان في لبنان فيما يتعلق بالمخلفات الصلبة وما يتعلق بها من تدخلات.

وتم إطلاق مبادرة إقليمية لتقييم سلامة الغذاء، بالإضافة إلى بعثات لإعداد المرتسمات الوطنية أجزاها موظفو المنظمة وخبراءها في 15 بلداً، وعُرضت نتائجها التي أظهرت ثغرات كبرى على اللجنة الإقليمية. وكان الغرض من ذلك تقييم مواطن القوة والضعف في النظم الوطنية المعنية بسلامة الغذاء، وتحديد الإجراءات ذات الأولوية المطلوب اتخاذها من أجل معالجة الثغرات التي يتم تحديدها في هذا المجال. ومن شأن هذه المبادرة المعروفة بمبادرة «من المزرعة إلى المائدة» أن تدعم قدرات البلدان على الوقاية من المخاطر الصحية والفاشيات المنقولة بالغذاء واكتشافها وتوفير التدبير العلاجي لها. وتتابع منظمة الصحة العالمية والبلدان النتائج وخطة العمل الإقليمية لتعزيز نظم سلامة الغذاء الجاري إعدادها.

وتم تقديم الدعم في مجال الصحة البيئية إلى كل البلدان التي تمر بحالات طوارئ، حيث قُدم الدعم الخاص بحالات الطوارئ في 10 بلدان، بما في ذلك عَقْدُ اجتماع إقليمي ضم أطرافاً متعددة من أصحاب المصلحة المعنيين، وإرسال البعثات التقنية، وتقديم الدورات التدريبية. وأنشأ المكتب الإقليمي

والإصحاح، كما نشرت 11 بلداً مرتسماتها الوطنية بموجب إطار العمل الخاص بمبادرة الأمم المتحدة بشأن التقييم العالمي للصرف الصحي ومياه الشرب. وجميع البلدان مشاركة في البرنامج المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف. ويتصدى بلدان اثنان حالياً لخطر الإشعاع الطبيعي في المياه الجوفية الذي يمثل تهديداً على الصحة العمومية.

وشاركت الدول الأعضاء في الإقليم في المفاوضات بشأن قرار جمعية الصحة العالمية (ج ص ع 68-8) حول الآثار الصحية لتلوث الهواء، وفي اعتماده، بالإضافة إلى مشاركتها في مناقشات بشأن خارطة الطريق الخاصة بالتنفيذ. وفي اجتماع إقليمي للخبراء مع برنامج الأمم المتحدة للبيئة والمنظمة العالمية للأرصاد، نوقشت احتياجات الإقليم الخاصة فيما يتعلق بوجوده الهواء؛ مثل أثر الرمال والغبار المنقول بالهواء على الصحة. وتم دعم بناء القدرات في مجال تلوث الهواء والصحة. وبالتعاون مع جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، قام المركز الإقليمي لأنشطة الصحة البيئية باستعراض المعارف وتجميعها من كل بلدان الإقليم في مجالات تلوث الهواء وتغير المناخ.

وبانضمامه إلى وفد منظمة الصحة العالمية لاتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ، دعا المكتب الإقليمي ودوله الأعضاء إلى وضع الصحة العمومية في صميم المناقشة الخاصة بتغير المناخ، كما ساهم في الاتفاقية العالمية الناجحة التي أبرمت في باريس في كانون الأول/ديسمبر 2015. واستطاعت أربعة بلدان بدعم من منظمة الصحة العالمية أن تُعد مرتسماتها الوطنية الخاصة بتغير المناخ والصحة، والتي عُرضت في مؤتمر باريس وكثير من المرتسمات لا يزال في طور الإعداد. كما تم تكوين شبكة إقليمية من الخبراء في مجال تغير المناخ والصحة.

وتم تعزيز القدرة المؤسسية للبلدان في إدارة مخلفات الرعاية الصحية، كما تم توسيع نطاق الدعم التقني ليشمل عدة دول. واستجابة لأزمة المخلفات الصلبة في لبنان، عُقدت سلسلة من المشاورات التقنية وأقيمت جلسات إحاطة لأصحاب المصلحة المعنيين حول الخطط الرئيسية لإدارة المخلفات الصلبة وتقييم



↑ يوم الصحة العالمي 2015

لأنشطة الصحة البيئية مخزوناً إقليمياً متجدداً لإمدادات الصحة البيئية، وذلك دعمًا لحالات الطوارئ في الإقليم. كما تم دعم بناء القدرات لدى مقدمي الخدمات الصحية في كثير من البلدان، وذلك في إطار الاستجابة لمقتضيات الحوادث الكيميائية ورعاية الإصابات والرضوح. كما تم تعزيز القدرات الوطنية للتأهب والاستجابة لمقتضيات الأحداث الكيميائية والإشعاعية النووية وتلك المتعلقة بسلامة الغذاء، وذلك تمشياً مع متطلبات اللوائح الصحية الدولية (2005).

الأمراض غير السارية

إطار العمل الإقليمي

على الرغم من الالتزام السياسي المُعلن بتنفيذ الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، فإن كثيراً من البلدان ما يزال يواجه تحديات في الانتقال إلى مرحلة الإجراءات الملموسة وكانت الاستجابة للإعلان السياسي للأمم المتحدة الصادر عام 2011 وإطار العمل الإقليمي الذي اعتمده للجنة الإقليمية عام 2012 غير منتظمة ومتفاوتة. وتباينت العوامل المسؤولة عن هذا الوضع من بلد لآخر، ولكنها بوجه عام انطوت على عدم كفاية الالتزام السياسي على أعلى المستويات، وتنافس الأولويات ولا سيما في البلدان التي تعاني وطأة الأزمات، وضعف المشاركة من جانب القطاعات الأخرى التي يعدُّ عملها ضرورياً من أجل تنفيذ التدابير الأساسية، وضعف النظم الصحية بما في ذلك تفتت نُظم المعلومات الصحية، والقوى المعارضة المصالح، ومن بينها دوائر صناعة التبغ، وتسويق الأطعمة غير الصحية الذي لا يتم التصدي له، وغياب الحراك الفعّال للمجتمع المدني.

وقد استمر التركيز، خلال عام 2015، على توسيع نطاق تنفيذ إطار العمل الإقليمي الصادر في هذا الشأن. ويخضع هذا الإطار، منذ أن أقرته اللجنة الإقليمية، في عام 2012، للتحديث المستمر بصفة سنوية. وقد تم إعداد مجموعة من المؤشرات العملية بغرض إرشاد الدول الأعضاء حول كيفية قياس التقدم المُحرَز صَوْب تنفيذ التدخلات الاستراتيجية في هذا المجال.

وتواصلت عَقْد اجتماعات إقليمية سنوية حول الأمراض غير السارية مما يتيح الفرصة للدول الأعضاء لاستعراض التقدم المُحرَز مع الخبراء الدوليين والإقليميين ولتلبية احتياجاتها من الدعم التقني. وعلاوة على ذلك، واصل المكتب الإقليمي، في عامي 2016 و2017، إعداد التوجيهات التقنية المحددة التي من شأنها تمكين البلدان من تنفيذ التدابير الموصى



↑ إطار عمل لتنفيذ الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة بشأن الأمراض غير السارية

بها في المجالات الأربعة المنصوية في إطار العمل الإقليمي (الحوكمة، والترصد، والوقاية، والرعاية الصحية) استناداً للبيّنات والخبرات الدولية وأفضل الممارسات.

الحوكمة

تم، على مدار عام 2015، تنفيذ أنشطة دعوية رفيعة المستوى في مختلف المحافل، ومن بينها جمعية الصحة العالمية واللجنة الإقليمية، وذلك لتعزيز التعاون فيما بين القطاعات الأخرى بخلاف قطاع الصحة، وبين الحكومة والأطراف الفاعلة من خارجها. ويوجد حالياً لدى ستة بلدان، استراتيجية و/أو خطة عمل تنفيذية متعددة القطاعات، كما أن لدى أربعة بلدان أهدافاً محددة يكتمل تنفيذها بحلول عام 2025، وتستند إلى توجيهات المنظمة. وبلغت بلدان الإقليم مراحل مختلفة فيما يتعلق بتنفيذ خطط العمل الخاصة بها، وتواصل المنظمة رصدتها للموقف بالتعاون مع هذه البلدان، استناداً إلى المؤشرات العملية الواردة في إطار العمل الإقليمي.

ومن بين المبادرات المبتكرة في هذا الشأن، كانت آلية المتابعة وتقارير السياسات الموجزة التي أُعدت بالتعاون مع المركز المتعاون مع المنظمة بجامعة جورج تاون، حول أفضل الممارسات في مجال التشريعات الصحية، استناداً إلى البيّنات العالمية في هذا المجال. ويوفّر هذا العمل دليلاً للبلدان لاتخاذ

Faits et chiffres sur le commerce illicite des produits du tabac

Aide-mémoire N°1

Facts and figures on the illicit tobacco trade

Fact sheet 1

حقائق وأرقام حول تجارة التبغ غير المشروعة

تعتبر السجائر منتجاً شائعاً للغاية في الأسواق (حيث تُباع بكميات كبيرة)، مما يجعلها عرضة لسوء التصرف، مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة التهرب الضريبي. تزداد المخاطر من سوء التصرف عندما لا تكون هناك ضوابط كافية على المنتجات، ولا يتم اتخاذ تدابير كافية من أجل الحد من المخاطر. يؤدي ارتفاع نسبة التهرب الضريبي إلى زيادة الطلب على المنتجات غير المشروعة، مما يؤدي بدوره إلى ارتفاع نسبة التهرب الضريبي.

تعتبر تجارة التبغ غير المشروعة من أكبر مشاكل الصحة العامة في جميع أنحاء العالم، وتتزايد بشكل متزايد في جميع أنحاء العالم. تؤدي ارتفاع نسبة التهرب الضريبي إلى زيادة الطلب على المنتجات غير المشروعة، مما يؤدي بدوره إلى ارتفاع نسبة التهرب الضريبي.

تعتبر تجارة التبغ غير المشروعة من أكبر مشاكل الصحة العامة في جميع أنحاء العالم، وتتزايد بشكل متزايد في جميع أنحاء العالم. تؤدي ارتفاع نسبة التهرب الضريبي إلى زيادة الطلب على المنتجات غير المشروعة، مما يؤدي بدوره إلى ارتفاع نسبة التهرب الضريبي.

تعتبر تجارة التبغ غير المشروعة من أكبر مشاكل الصحة العامة في جميع أنحاء العالم، وتتزايد بشكل متزايد في جميع أنحاء العالم. تؤدي ارتفاع نسبة التهرب الضريبي إلى زيادة الطلب على المنتجات غير المشروعة، مما يؤدي بدوره إلى ارتفاع نسبة التهرب الضريبي.

تعتبر تجارة التبغ غير المشروعة من أكبر مشاكل الصحة العامة في جميع أنحاء العالم، وتتزايد بشكل متزايد في جميع أنحاء العالم. تؤدي ارتفاع نسبة التهرب الضريبي إلى زيادة الطلب على المنتجات غير المشروعة، مما يؤدي بدوره إلى ارتفاع نسبة التهرب الضريبي.

Frequently asked questions about tobacco control policies for the prevention and control of noncommunicable diseases

Introduction

Tobacco use kills nearly six million people every year, including second-hand smoke. The tobacco epidemic poses a threat to global development. However, with the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), the odds of mitigating the epidemic are no longer insurmountable. The Convention, legislative and fully implemented the treaty's effective enforcement.

The WHO FCTC is the first international public health treaty to provide a comprehensive approach to reduce the tobacco epidemic. The WHO FCTC balances demand reduction with its policies from the tobacco industry and calls for enhanced present and future generations from the devastating health consequences of tobacco consumption and exposure to it. In order to help Parties fulfil their obligations under the WHO set of policies that build on the demand-reduction measures, the WHO FCTC provides a set of policy measures to reduce tobacco use. The diseases include MPOWER policies as key measures to reduce noncommunicable disease-related death.

Based on the WHO FCTC, it is a legal obligation for all countries to implement the following policies/measures:

1. Member tobacco use.
2. Protect people from second-hand smoke through limit places.
3. Enforce a total ban on advertising, promotion and sponsorship.
4. Warn people about the dangers of tobacco use through mass media.
5. Offer help and support for people to quit, through cessation services.
6. Increase taxes on tobacco products.

To assist policy-makers to make informed decisions, the most tobacco control policies and other associated tobacco control of frequently asked questions.

MPOWER in the Eastern Mediterranean Region

Overview of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) and MPOWER

The tobacco epidemic in the Region^{1,2}

- 20.6% of adults smoke
- 1 in 3 children exposed to second-hand smoke at home
- 187 000 annual deaths caused by tobacco
- 64 100 annual deaths due to second-hand smoke
- 1 609 000 disability-adjusted life years (DALYs) lost to second-hand smoke
- 2 793 000 DALYs lost to tobacco use
- 6 MPOWER measures with the greatest impact on reducing tobacco use
- 1 Global treaty to counter the tobacco burden – WHO FCTC

The WHO FCTC is the first international public health treaty negotiated under the auspices of WHO. It provides a comprehensive approach to reduce the health and economic burden caused by tobacco. An evidence-based treaty that reaffirms the right of all people to the highest standard of health, the WHO FCTC balances demand reduction with supply reduction, protects public health policies from the tobacco industry and calls for enhanced international cooperation to protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to second-hand tobacco smoke³.

In order to help Parties to fulfil their WHO FCTC obligations, WHO introduced MPOWER, a set of policies that build on the demand-reduction measures of the WHO FCTC, and have been proven to be "best bang for buck" measures to reduce tobacco use.

Notes: 1. See <http://www.who.int/emro/ncms/ncms/tobacco> for more information on the tobacco epidemic in the Eastern Mediterranean Region. 2. See <http://www.who.int/emro/ncms/ncms/tobacco> for more information on the tobacco epidemic in the Eastern Mediterranean Region. 3. See <http://www.who.int/emro/ncms/ncms/tobacco> for more information on the tobacco epidemic in the Eastern Mediterranean Region.

للمادة 6 من اتفاقية المنظمة الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وتم أيضاً تقديم الدعم للبلدان في مجال تحديث التشريعات الخاصة بمكافحة التبغ، وتحديداً، الجوانب المتعلقة بحظر التدخين في الأماكن العامة والتدابير الصحية المصوّرة وحظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته.

ومن بين الأنشطة الرئيسية التي جرت في هذا الشأن، رفع مستوى الوعي السياسي حول قضايا مكافحة التبغ، ولا سيما البروتوكول الخاص بالاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، وسطوة شركات صناعة التبغ في مجال الإعلان عنه والترويج له ورعايته في الأعمال الدرامية. وتم في هذا السياق، تمويل ستة مشروعات قامت بتنفيذها منظمات غير حكومية، تعالج الجوانب المختلفة لعملية تعاطي التبغ في الأعمال الدرامية التي تُبث على الشبكات اللغوية الإقليمية. وهناك بلدان من هذا الإقليم (الإمارات العربية المتحدة واليمن)، تم التنويه عنها في تقرير منظمة الصحة العالمية عن وباء التبغ العالمي 2015، ضمن أكثر البلدان إنجازاً من حيث حظر الإعلان عن التبغ، والترويج له، ورعايته، كما تم التنويه أيضاً عن المملكة العربية السعودية، بوصفها إحدى البلدان التي امتثلت امتثالاً كاملاً

الإجراءات التشريعية المناسبة لمعالجة عوامل الخطر الرئيسية في مجالات مكافحة التبغ والنظم الغذائية والنشاط البدني والحوكمة. ويتم إيضاح كل تدخل من التدخلات ذات الأولوية المحددة من خلال مذكرة قانونية فردية مختصرة تشتمل على توصيات واقعية يمكن تطبيقها في البلدان ومستمدة من التجارب والخبرات العالمية والإقليمية والوطنية، ويمكن مواءمتها لتناسب الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والقانونية الوطنية.

الوقاية من عوامل الخطر ومكافحتها

ما يزال تدخل شركات صناعة التبغ في سياسات مكافحة التبغ، والمشاركة المحدودة للقطاعات غير الصحية في هذا المجال، يشكل تحديات كبيرة أمام تفعيل التدخلات المطلوبة في مجال الوقاية من عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير السارية، ومكافحة تلك العوامل. وقد تبنى ستة عشر بلداً هدفاً، على المستوى الوطني، يتمثل في خفض معدلات تعاطي التبغ بنسبة 30٪ بحلول عام 2025، كما أن سبعة عشر بلداً هي الآن بصدد فرض زيادات على الضرائب تمثيلاً مع الدلائل الإرشادية



↑ البيان الخاص بالسياسات والإجراءات الموصى بها
لخفض مدخول السكر

مشاركة تطوعية وتجري على استحياء. وأصبح توسيم الأغذية فيما يتعلق بمحتواها من الدهون الكلية أو الأحماض الدهنية المشبعة أو الدهون المهدرجة أو الملح، أمراً إلزامياً في جميع الأغذية، سواء أكانت مستوردة أم مُنتجة محلياً، وذلك في دول مجلس التعاون الخليجي. وأُنخذت في مصر الخطوات الأولى نحو خفض مدخول زيت النخيل، في ظل تداول مسوِّدة مقياس معياري بشأن زيت الطعام المدعوم. ومن ناحية أخرى، تحركت شركات صناعية من القطاع الخاص في عدد من البلدان تجاه الإنتاج الطوعي لمنتجات الألبان قليلة الدسم أو الخالية منه.

وعلى الصعيد نفسه، أُعدَّ مشروعٌ لنموذج لتحديد المرسمات التغذوية بغرض إرشاد البلدان بشأن تصنيف الأغذية والمشروبات، بكونها «صحية» أو «غير صحية». وقُدِّم الدعم، بالتعاون مع المكتب الإقليمي لأوروبا والمقر الرئيسي للمنظمة وجامعة ليفربول، إلى العديد من البلدان لوضع خارطة طريق مؤقتة لتسريع الإجراءات الخاصة بتسويق الأغذية غير الصحية، وذلك من خلال بناء القدرات في مجال التدخلات

لمسألة حظر التدخين في الأماكن العامة. وفي السياق ذاته، قُدِّم الدعم التقني لبناء القدرات في مجال الإقلاع عن التدخين والتصديق على البروتوكول الخاص بالاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في بلدان مجلس التعاون الخليجي. وأصبح كل من العراق والمملكة العربية السعودية دولة طرفاً في البروتوكول الخاص بالاتفاقية الإطارية، كما انضم ثلاثة بلدان إلى البلدان الأكثر إنجازاً في مجال الرصد (باكستان، قطر، الكويت).

وما فتئ عبء الأمراض المزمنة الناجمة عن فرط الوزن والسمنة وتلك المتصلة بالنظام الغذائي، يتزايد بسبب مرحلة التحول التغذوي، ولاسيما في البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل. وقد تبنت سبعة عشر بلداً المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، وتقوم بمتابعة تطبيقها. وعلى الرغم من ذلك، فإن مستوى التقدُّم المُحرَز في هذا المجال متباين. وتم إعداد مجموعة من وثائق الإرشاد في مجال السياسات من أجل دعم تبني نُهج مستدامة للعمل المشترك بين القطاعات. وشملت تلك الوثائق بيانات تتعلق بالسياسات وإجراءات مقترحة لخفض استهلاك الملح والدهون والسكر، وبروتوكولاً خاصاً بقياس مدخول الملح باستخدام البول المجمَّع على مدى 24 ساعة.

وتعدَّ معدلات استهلاك الملح الحالية في الإقليم مرتفعة جداً، حيث يبلغ متوسط استهلاكه 10 غرامات للشخص الواحد في اليوم في غالبية البلدان. وهناك تقدُّم في تنفيذ استراتيجيات الحد من استهلاك الملح في العديد من البلدان، كما تم تشكيل لجان وطنية متعددة القطاعات في بعض البلدان، لديها سلطة وضع الاستراتيجيات ومراقبة تنفيذ الأنشطة الرامية إلى خفض استهلاك الملح. وتشير التقديرات إلى ارتفاع أيضاً في استهلاك الأحماض الدهنية المشبعة في ظل تجاوز معظم البلدان الحد الأقصى المسموح به، البالغ 10٪. واتخذ العديد من البلدان مبادرات تهدف إلى خفض المحتوى من الدهون الكلية والدهون المشبعة في المنتجات الغذائية (دول مجلس التعاون الخليجي، جمهورية إيران الإسلامية، العراق، مصر). وماتزال مشاركة الشركات الصناعية، في غالبية البلدان،

السارية. وهناك العديد من البلدان المنخرطة حالياً في مراحل مختلفة من المسح الخاص برصد العبء المرضي واتجاهات عوامل الخطر، الذي يُتبع فيه النهج المتدرج، وكذلك المسح العالمي لتعاطي التبغ بين البالغين، والمسح العالمي لتعاطي السرطان، بناء القدرات في مجال ترصد السرطان، حيث تم التركيز على إنشاء سجلات سكانية للإصابات السرطانية في البلدان، في حين تم تجريب دورة إقليمية لتعزيز القدرات في مجال الترسّد بشكل أكبر، وهي تخضع حالياً للتنقيح. وقد حظي ذلك بمزيد من الدعم من خلال إنشاء أداة تقييم موحّدة للتعرف على العقبات الموجودة والفرص المتاحة لتعزيز أنشطة الترسّد.

الرعاية الصحية

تمثّل إعادة توجيه النظم الصحية نحو إدماج التدبير العلاجي للأمراض غير السارية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية، أولوية رئيسية. وانطلاقاً من التوصيات التي خرج بها اجتماع إقليمي، عُقد في عام 2014، فقد تم إعداد دليل لتقييم عناصر النظم الصحية التي تحقق الإدماج الفعّال لمعالجة تلك الأمراض ضمن هذه الخدمات. وعلاوة على ذلك أُجريت مراجعة للبيّنات العالمية من أجل دعم إعداد مصفوفة خيارات السياسات، استناداً إلى أسلوب المنظمة الخاص بالبيّنات الأساسية للنظم الصحية، ووفقاً لاحتياجات البلدان في هذا المجال. وتم إعداد مجموعة أساسية من مؤشرات الجودة لأغراض التدبير العلاجي للأمراض غير السارية، وذلك في إطار مبادرة إقليمية حول تدابير الجودة في مجال الرعاية الصحية الأولية.

وعلى جانب آخر، أُجري تحليل للوضع الإقليمي حول رعاية المصابين بالأمراض غير السارية في حالات الطوارئ، وذلك في خمسة بلدان، مع التركيز على اللاجئيين والنازحين من الجمهورية العربية السورية. وأكدت نتائج هذا التحليل على أهمية وجود نهج متنسق لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، حتى في ظل أوضاع الطوارئ. وقد أظهرت التجارب

القانونية في هذا الشأن. وأُجريت سلسلة من الأنشطة التوعوية، تُوجت بمنتدى مفتوح حضرته وسائل الإعلام الرئيسية وكبار الشخصيات على مستوى الإقليم وخبراء الإعلام ومثلو منظمات المجتمع المدني، وانتهى المنتدى إلى مجموعة من التوصيات للقطاعات المختلفة بخلاف قطاع الصحة، للتصدي لأنشطة تسويق الأغذية غير الصحية للأطفال.

وسعيّاً إلى تعزيز النشاط البدني، تم تقديم الدعم في مجال تنمية القدرات في مجال الإعلام الجماهيري وأنشطة التسويق الاجتماعي، بالشراكة مع المركز المتعاون مع المنظمة في مجال النشاط البدني والتغذية والسمنة في سيدي بأستراليا، وأسفرت الجولة الأولى، التي شارك فيها تسعة بلدان، عن قيام ممثلي كلا القطاعين الصحي وغير الصحي بإعداد خطط مؤقتة للتسويق الاجتماعي والإعلام الجماهيري. وتم البدء في أنشطة الإرشاد عن بُعد بشأن تنفيذ هذه الخطط في أربعة بلدان (جمهورية إيران الإسلامية، عُمان، الكويت، المغرب). وعلاوة على ذلك، تم إعداد مجموعة أدوات للإرشاد بشأن إدراج النشاط البدني ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية.

الترصد والرصد والتقييم

تمثّل الأولوية القصوى في تنفيذ الدول الأعضاء لإطار العمل المعني بترصد الأمراض غير السارية بمكوناته الثلاثة (رصد عوامل الخطر ومحدداته، وتتبع المراضة والوفيات المبكرة التي تُعزى لأسباب محددة، وتقييم مدى استجابة النظم الصحية وأدائها. والمؤشرات الواردة تحت كل مكوّن من المكوّنات الثلاثة سوف تمكّن الدول الأعضاء من رصد التقدّم المُحرز في تحقيق غايات خطة العمل العالمية التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية. وقد أُعدت وحدة تدريبية وسوف تقدّم للبلدان لبناء قدراتها في مجال ترصد الأمراض غير السارية، ومن المتوقع إجراء دورة تدريبية للمدرّبين قبل نهاية عام 2016.

وتم استكمال عدد من المسوح، كما أكمل كل البلدان تقريباً مسح القدرات القطرية 2015، فيما يتعلّق بالأمراض غير

الصحة النفسية

تُعدُّ الاضطرابات النفسية والعصبية، وتلك الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان، مسؤولة عن فقدان 4,7٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، وعن 9,22٪ من سنوات العمر المقضية في ظل العجز، وذلك على مستوى العالم. كما أن الاستعمال غير المشروع للمخدرات مسؤول عن فقدان 9,0٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، على مستوى العالم أيضاً. كما أن معدلات الانتشار الموحدة حسب السن للاعتداء على القنب (19,0٪)، وعلى الأمفيتامينات (25,0٪)، والكوكايين (10,0٪)، والمواد الأفيونية (22,0٪)، الموجودة في هذا الإقليم، مماثلة للتقديرات العالمية في هذا الشأن. غير أن بالإقليم أعلى معدل انتشار للاضطرابات النفسية، وتحديدًا الأمراض الاكتئابية واضطرابات القلق، في جميع أقاليم المنظمة. ويرجع ذلك بصورة شبه كلية إلى أوضاع الطوارئ المعقدة السائدة داخل هذا الإقليم. وفي حين أحرزت البلدان جميعها بعض التقدم، بصرف النظر عن مستوى الدخل الوطني، فلا تزال هناك فجوة علاجية ضخمة، بالنسبة للاضطرابات النفسية الوخيمة، تتراوح نسبتها بين 76٪ و85٪.

وعلى الرغم من العبء الثقيل، ما تزال الصحة النفسية تفتقر إلى الاهتمام الكافي، سواء على المستوى السياسي أو مستوى الصحة العمومية، في حين يتأثر جميع جوانب الرعاية في هذا المجال بالوصم المرتبط بها، في ظل التمييز الواسع النطاق الذي يؤثر تأثيراً كبيراً على تطور الخدمة، وتقديمها، والاستفادة منها. ولطالما عانت الصحة النفسية من نقص مزمن في التمويل، الأمر الذي أدى إلى ندرة العاملين المتخصصين والخدمات المتخصصة في هذا المجال، كما أن مهارات كل من العاملين في مجال الصحة العامة، والقيادات في مجال الصحة النفسية، محصورة بشكل كبير في تقديم الرعاية.

وماتزال الرعاية المؤسسية هي النمط السائد لتقديم الرعاية في غالبية البلدان، وهذا يجد من القدرة على تنمية مهارات العاملين في مجال الصحة النفسية، كما يؤدي إلى انتهاكات

التي شهدتها الإقليم أيضاً، مدى الحاجة إلى مجموعة موحدة من الأدوية والتكنولوجيات الأساسية، وتقديمها في الوقت المناسب. وقد تم، تبعاً لذلك، إعداد مجموعة مواد صحية خاصة بحالات الطوارئ، لأغراض التدبير العلاجي للأمراض غير السارية، والتي تكمل مجموعة المواد الصحية لحالات الطوارئ المشتركة بين الوكالات.

وفي غضون ذلك، تم إعداد مرتسبات قُطرية تحدد وضع كل بلد فيما يخص بالتعاطي مع المجالات الاستراتيجية الخمسة للوقاية من السرطان ومكافحته. وتركز العمل على بناء القدرات؛ أولاً، لإنشاء سجلات للسرطان أو تقييمها، وثانياً، لتطوير الرعاية المطلقة. وقام العديد من البلدان بالاستثمار على نحو موسع في تنظيم تخر شامل على المستوى الوطني لسرطان الثدي، والقيام بحملات للتوعية الصحية العامة. وقدمت المنظمة، خلال عام 2015، الدعم التقني من أجل إعداد برامج لفحوص التحري ولتقييم حملات التوعية العامة.

وقاد المكتب الإقليمي، في عام 2015، جهود الدعوة إلى وضع إطار خاص بالمساءلة من أجل قياس التقدم المُحرز في هذا المجال، وقام بدور مهم في هذا الصدد. وقد أسهمت البلدان إسهاماً كبيراً في التحقق من اتساق المؤشرات العشرة التي وُضعت لقياس التقدم المُحرز مع مؤشرات إطار العمل الإقليمي. وتحسنت قدرة البلدان حالياً على رصد التقدم المُحرز ورفع التقارير عن ذلك، وكذلك الوفاء بتعهداتها بتنفيذ التزاماتها المحددة تحديداً زمنياً وهي: وضع الأهداف الوطنية؛ وإعداد/ تعزيز خطط العمل المشترك بين القطاعات بحلول عام 2015؛ والحد من عوامل الخطر وتقوية النظم الصحية بحلول عام 2016.

وسوف تواصل المنظمة العمل مع الدول الأعضاء لتسريع وتيرة التقدم، الذي سوف يُقاس باستخدام مؤشرات التقدم أثناء الاستعراض القادم الذي ستجريه الأمم المتحدة في عام 2018. وسينصب التركيز على رفع مستوى الوعي السياسي وزيادة مستوى مشاركة القطاعات المختلفة في تنفيذ أحكام الإطار الإقليمي من خلال النهج الذي يشمل الحكومة ككل، وعلى تقديم الدعم التقني للبلدان.



Cadre régional pour intensifier l'action en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale

Regional framework to scale up action on mental health in the Eastern Mediterranean Region

الإطار الإقليمي لتوسيع نطاق العمل في مجال رعاية الصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط

Domaine: Interventions stratégiques / Strategic interventions / استراتيجيات التدخل

Indicateurs proposés / Proposed indicators / المقترحة المؤشرات

الأمم المتحدة | منظمة الصحة العالمية

↑ الإطار الإقليمي لتوسيع نطاق العمل في مجال رعاية الصحة النفسية

اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك من أجل ضمان جودة الخدمات ومراعاة حقوق المرضى في مرافق الصحة النفسية. ومن ناحية أخرى، تم بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تعزيز الخدمات الخاصة باضطرابات تعاطي مواد الإدمان في كل من باكستان والعراق، من خلال بناء القدرات ودعم إنشاء مراكز خاصة بذلك. وأنشئت في باكستان خدمات للمعالجة ببدائل الأفيون، وتم التوسع فيها لتشمل بلداناً أخرى، في حين تم إعداد بروتوكول للحد من الأضرار في عُمان.

في غضون ذلك، تم بالتعاون مع المقر الرئيسي للمنظمة والمنظمات الدولية غير الحكومية، تقديم الدعم للبلدان التي تواجه أزمات إنسانية في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ، وذلك من خلال تعزيز القدرات التقنية للمكاتب القطرية، وأيضاً من خلال الدعم المباشر. وتم نشر النسخة العربية من حزمة تدريبية عن الإسعافات الأولية النفسية. ويتم حالياً إجراء اختبار ميداني لحزمة تدخلات نفسية واجتماعية يقدمها عاملون صحيون غير متخصصين، في حالات الطوارئ.

وفي مجال الوقاية، نُشرت النسخة العربية من التقرير العالمي الخاص بحالات الانتحار، والذي أُطلق عام 2014. وأجري

لحقوق الإنسان. وهناك نقص في بيانات ومعلومات البحوث من داخل الإقليم لتعزيز التخطيط الاستراتيجي وتطوير الخدمة في هذا المضمار. ومع ذلك، فإن الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان أخذتا يستقطبان مزيداً من الاهتمام على كلا الصعيدين العالمي والإقليمي، كما أن عدد البلدان التي تمر بأوضاع طوارئ معقدة يدفع إلى زيادة الحاجة إلى خدمات الدعم النفسي والاجتماعي، ويرفع من الطلب عليها.

وفي هذا السياق، أقرت اللجنة الإقليمية في عام 2015 إطار عمل إقليمياً مُستند بالبيانات، والذي أعدّه المكتب الإقليمي بين عامي 2014 و2015 بالتشاور مع الدول الأعضاء وكبار الخبراء الدوليين والإقليميين، والهدف منه هو توسيع نطاق العمل في مجال الصحة النفسية وتفعيل خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية 2013-2020. وقد حدد إطار العمل الإقليمي أربعة مجالات للعمل هي: الحوكمة والوقاية والرعاية الصحية والتصدُّد.

وقد حقق بعض البلدان معدلات تقدُّم جيدة؛ ففي مجال الحوكمة، أعدت بعض البلدان (الإمارات العربية المتحدة، الصومال، عمان، قطر، الكويت، لبنان)، أو قامت بتحديث استراتيجيات الصحة النفسية لديها وفقاً للغايات والمؤشرات العالمية. وقامت ثلاثة بلدان (الإمارات العربية المتحدة، وأفغانستان، والمملكة العربية السعودية) بمراجعة تشريعاتها ونظمها الخاصة بالصحة النفسية وفقاً لأحكام اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتم إعداد مقرر دراسي لدورة إقليمية حول القيادة في مجال الصحة النفسية، وقامت الجامعة الأمريكية في القاهرة باستضافة الدورة الأولى في أيلول/سبتمبر 2015.

وفي مجال الرعاية الصحية، قُدِّم الدعم في عدة مجالات، حيث أصبح لدى أكثر من نصف عدد بلدان الإقليم برامج فاعلة خاصة بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية، تهدف إلى ردم الهوة العلاجية فيما يتعلق بمشكلات الصحة النفسية ذات الأولوية، من خلال إدماجها ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية. وقد شرع ثلاثة بلدان حتى الآن (الأردن، أفغانستان، ليبيا) في تنفيذ مشروع «الحق في الجودة»، استناداً إلى أحكام

وستقوم المنظمة بتعزيز الروابط وأواصر التعاون مع الشركاء الإقليميين والعالميين من أجل تنفيذ أحكام إطار العمل الإقليمي في هذا الإقليم، ووضع بنود خطة العمل العالمية 2013 - 2020 موضع التنفيذ. كما ستعزز المنظمة من قدرتها على تقديم الدعم للبلدان لمراجعة السياسات والاستراتيجيات الوطنية وتطويرها، تمثيلاً مع خطة العمل العالمية، والتركيز على تعزيز القوى العاملة المتخصصة وغير المتخصصة، لضمان تقديم خدمات رعاية متكاملة ورفيعة الجودة في مجال الصحة النفسية. كما ستقود المنظمة جهود إعداد حزمة من جوانب المعرفة في مجال الصحة النفسية، وحملة لمكافحة الوصم المرتبط بها وبتعاطي مواد الإدمان. وستواصل المنظمة دعمها للبلدان من أجل تعزيز خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ، كما ستقوم بتعزيز خدمات الصحة النفسية من خلال دعم الصحة النفسية لطلاب المدارس، والوقاية من الانتحار، وبرامج المعرفة في مجال الصحة النفسية.

تقييم للموارد والقدرات المتاحة من أجل تشخيص ومعالجة اضطرابات طيف التوحد، وذلك بالتعاون مع المعهد الإيطالي للصحة العمومية ومنظمة «التوحد يتكلم» (Autism Speaks). وتم وضع حزمة تدريبية عن الصحة النفسية لطلاب المدارس في صورتها النهائية، وهي الآن في طور التجريب في عدد من البلدان، بينما يتم أيضاً وضع اللمسات الأخيرة على مواد تثقيفية عن المهارات الحياتية ومواد تدريبية عن مهارات الأبوة فيما يختص باضطرابات طيف التوحد.

وتم نشر إرشادات حول إنشاء نظم خاصة بتسجيل حالات الانتحار ومعلومات حول معالجة تعاطي مواد الإدمان، وتم كذلك إعداد مجموعة أساسية من مؤشرات الجودة بشأن رعاية مرضى الصحة النفسية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك في إطار المبادرة الإقليمية بشأن تدابير الجودة في الرعاية الصحية الأولية.

الأمراض السارية

الأمن الصحي واللوائح الصحية الدولية

ما يزال معدّل الإصابة بالأمراض المستجدة، وتلك التي تعاود الظهور، يتصاعد في هذا الإقليم، الأمر الذي تؤكّده حقيقة أن نصف عدد بلدان الإقليم قد أبلغ عن معدّل مرتفع للإصابة بالأمراض المعدية المستجدة وتلك التي تعاود الظهور في عام 2015. وقد تصدّت المنظمة لعدد متزايد من الفاشيات، منها فاشية الأنفلونزا A(H1N1) pdm09 في الأردن والكويت وليبيا، وأنفلونزا الطيور A (H5N1) في مصر، وفيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية في المملكة العربية السعودية والأردن، والكوليرا في العراق والصومال، والتهاب الكبد في الجمهورية العربية السورية، وحمى الضنك في اليمن، والحمى النزفية الفيروسية غير المعلومة في السودان. وقُدّم الدعم الاستراتيجي والميداني والتقني إلى البلدان لتمكينها من اكتشاف الأمراض المعدية المستجدة وإدارة المخاطر الناشئة عنها والاستجابة السريعة لها، وللحيلولة دون الانتشار الدولي لهذه الأمراض.

واستجابةً لقرار اللجنة الإقليمية (ش/م/ل/61/ق-2)، أُجريت تقييمات عاجلة في 20 بلداً من أصل 22 بلداً في الإقليم في أواخر عام 2014 ومطلع عام 2015 لتقييم قدرتها على التعامل مع الوفاة المحتملة لفيروس الإيبولا. وارتبطت الثغرات الكبرى التي تم تحديدها بمجالات القيادة والتنسيق والقدرات المتاحة في نقاط الدخول والترصد والاستجابة ومكافحة العدوى والقدرات المخبرية والتبليغ بالمخاطر (الشكل 3). وعقب هذا التقييم لتدابير التأهب والاستعداد، أُعدت خطة عمل إقليمية مدتها 90 يوماً، ونُفذت خلال الربع الأول من عام 2015 لمساعدة الدول الأعضاء على مواجهة الثغرات الحرجة التي حددتها المنظمة في مجالات الترصد والاستجابة لتدابير الوقاية من الأمراض واكتشافها والاحتواء الفعّال لها. وقد أسهم هذا العمل في تسريع وتيرة التقدّم المُحرز في تنفيذ القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005).



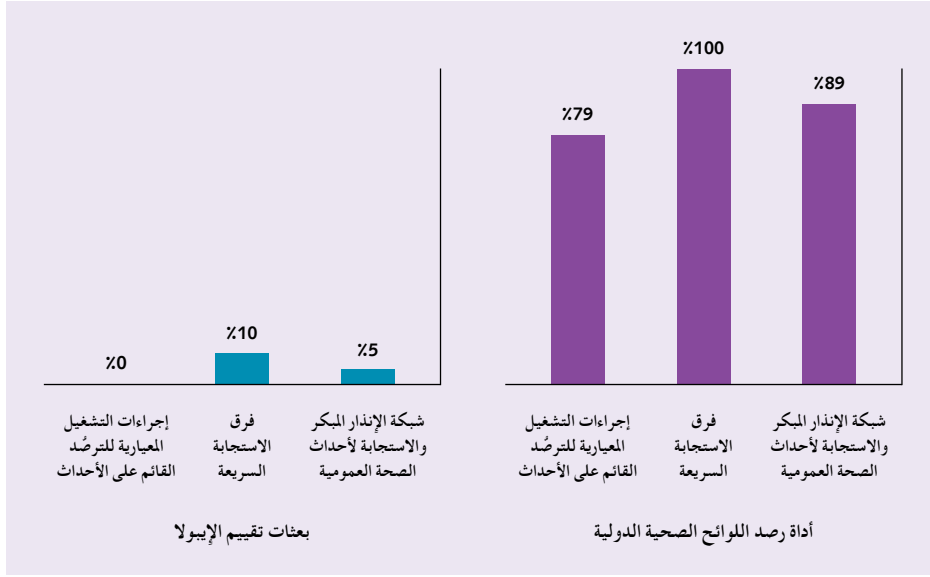
Photo: ©WHO

↑ دُرِّبَت كل البلدان تقريباً العاملين الصحيين بها على الرعاية والتدريب العلاجي الصحيين للمرضى في حال وقعت فاشية مرض فيروس الإيبولا أو أنواع مشابهة من الحمى النزفية شديدة العدوى

وقد بُدلت جهود كبيرة فيما يتعلق بالصحة العمومية من أجل احتواء الكوليرا في العراق، حيث تم تقوية نُظم الترصد وتقديم التدريب العاجل للعاملين بالرعاية الصحية على علاج الحالات ورفع درجات الاستجابة الميدانية، واستخدام لقاحات الكوليرا الفموية لمنع ما يزيد على 300 ألف شخص معرض لخطر العدوى ومنع تسرب الفاشية إلى المناطق التي يتعذر الوصول إليها.

وتواصل العمل بهدف إنشاء شبكة إقليمية لمؤسسات الخبراء في إطار الشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات والاستجابة لمقتضياتها، وذلك للاستجابة إلى الفاشيات وغيرها من تهديدات الأمن الصحي. وسيتم الانتهاء من المبادئ التوجيهية وقواعد المشاركة الخاصة بهذه الشبكة وتفعيلها في عام 2016. كما تم توسيع نطاق شبكة الإنذار المبكر والمواجهة لتشمل البلدان المتأثرة بالنزاعات مثل الجمهورية العربية السورية والعراق وليبيا واليمن.

وقد اعتبر الإقليم التأهب لجوائح الأنفلونزا والاستجابة لها إحدى الأولويات. وبناء على ذلك، فقد انصب تركيز العمل في عام 2015 على تعزيز نظام الترصد فيما يتعلق بالإنذار المبكر وبناء فرق للاستجابة السريعة وتحسين التشخيص المخبري وتحسين أنشطة التبليغ بالمخاطر وزيادة مستوى إتاحة لقاح الأنفلونزا الموسمية واستخدامه، ووضع خطط العمل لتعزيز



الشكل 3 مقارنة نتائج تقييم اللوائح الصحية الدولية ونتائج تقييم الإيبولا، 2014، بحسب القدرة الأساسية الخاصة بالترصد.

وقد أحرز تقدّم كبير في عام 2015 فيما يتعلق بالتصدي لمقاومة المضادات الحيوية، إذ اجتمعت اللجنة التوجيهية الإقليمية للمرة الأولى ووضعت الخطوط العريضة لإطار تشغيلي لتنفيذ خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات بالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة (الفاو) والمنظمة العالمية لصحة الحيوان وتماشياً مع مفهوم «الصحة الواحدة».

وستواصل المنظمة تقديم الدعم الاستراتيجي للبلدان التي تواجه مخاطر عالية في مجالات ترصد فاشيات الأمراض المعدية المستجدة والكشف المبكر عنها والتصدي لها. وستوضع خطط واستراتيجيات إقليمية شاملة ومتكاملة للتأهب والاستجابة من أجل إدارة هذه الفاشيات وغيرها من تهديدات الأمن الصحي، مع التركيز على عنصر الوقاية حيثما أمكن، إلى جانب الكشف المبكر عنها والتصدي لها. وسوف تُبذل جهود متضافرة أيضاً لبناء القدرات الوطنية بـغية تعزيز ترصد الأمراض والاستجابة لها بما يتفق واللوائح الصحية الدولية

القدرات الوطنية في مجال التأهب والاستجابة وتنفيذها. وتلقت سبعة بلدان (هي، أفغانستان وجيبوتي ومصر والأردن ولبنان والمغرب واليمن) اعتمادات مالية من الشراكة الخاصة بإطار التأهب للأنفلونزا الجائحة بهدف تحسين قدراتها في مجال التأهب للأنفلونزا الجائحة والاستجابة لها.

وبالنظر إلى التهديد الواسع والسريع لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية الناجمة عن فيروس كورونا، تواصلت الجهود الرامية إلى دعم البلدان في سعيها إلى تحسين تدابير التأهب في مجال الصحة العمومية، ولا سيما ما يختص بالوقاية من العدوى ومكافحتها في محيط الرعاية الصحية. ونظّم المكتب الإقليمي الاجتماع العلمي الدولي الرابع حول فيروس كورونا المُسبّب لمتلازمة الشرق الأوسط في أيار/مايو 2015. وقد ساعدت هذه الاجتماعات المجتمع العلمي الدولي على تحديد الثغرات المعرفية فيما يتعلق بطرق انتقال الأمراض بين البشر وعوامل الخطر المرتبطة بذلك، كما ساعدت على تحديد مجالات البحث الأساسية في مجال الصحة العمومية التي تمس الحاجة إليها من أجل التصدي لتلك الثغرات.

والعالميين، وتوسيع نطاقه ليشمل الأوساط الأكاديمية على الصعيدين العالمي والإقليمي لدعم البلدان في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية. كما تم تعزيز التعاون عبر الحدود من خلال وضع خطط ثنائية أو متعددة الأطراف لمعالجة العجز في القدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية في المعابر البرية المعيّنة، وهو أمر يتفاقم بفعل الصراعات وسهولة اختراق الحدود والنزوح الجماعي داخل وعبر الحدود في العديد من الدول الأطراف.

وقد تواصل التحسّن في التزام ضباط الاتصال الوطنيين المعنيين باللوائح الصحية الدولية بالمتطلبات المتعلقة بالإخطار والإبلاغ، وفي الاستجابة لطلبات التحقق المرسله من جانب منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بأحداث الصحة العمومية التي قد تثير قلقاً دولياً. ومع ذلك، لا تزال هناك حاجة إلى مزيد من التحسّن من خلال التعاون الفعّال بين القطاعات لضمان الكفاءة وحسن التوقيت في الإخطار بأحداث الصحة العمومية التي تقع خارج نطاق الاختصاص المباشر لقطاع الصحة.

وواصلت المنظمة رصد التقدّم المُحرَز في تنفيذ اللوائح الصحية الدولية ورفع تقارير بذلك إلى اللجنة الإقليمية والمجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية من خلال استبيان التقييم الذاتي المقدم من الدول الأطراف. وقد أشارت نتائج عام 2015 إلى بلوغ مستوى التنفيذ الإقليمي أكثر من 60٪ لمختلف القدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية. ومع ذلك، فقد تم على نحو متزايد التشكيك في موثوقية وصحة التقدّم المُحرَز في تطبيق اللوائح الصحية الدولية استناداً إلى التقييم والإبلاغ الذاتيين على جميع مستويات المنظمة، وكذلك من جانب الجهات المعنية الخارجية. وفي هذا الصدد، اعتمدت اللجنة الإقليمية قراراً (ش/م/ل 62/ق-3) ينص على إنشاء لجنة إقليمية للتقييم، تضم خبراء إقليميين وعالميين لتقييم تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في الإقليم وتقديم المشورة إلى الدول الأعضاء بشأن الإجراءات ذات الأولوية لتطوير القدرات الأساسية والحفاظ عليها. وقد تشكّلت اللجنة وعقدت أول اجتماع لها في

(2005)، بما في ذلك التبليغ بالمخاطر بوصفه جزءاً لا يتجزأ من تدخلات الصحة العمومية في الطوارئ.

ولم يف نصف عدد بلدان الإقليم تقريباً حتى الآن بالقدرات الأساسية للمختبرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005) بسبب نقص التمويل وصعوبة الحصول عليه، وجودة الاختبارات والمعدات والإمدادات، وكفاءة القوى العاملة. وواصلت المنظمة تقديم الدعم الشامل في مجال تعزيز نظم المختبرات الصحية الوطنية وما تقدّمه من خدمات، مع التركيز على القدرات الأساسية المطلوبة. وقد أعدت المنظمة، بالتشاور مع الجهات المعنية الوطنية والدولية، مسودة الاستراتيجية الإقليمية لمختبرات الصحة 2016-2020. وهي الاستراتيجية التي ستوجّه جهود البلدان نحو تعزيز نظم مختبرات الصحة الوطنية على نحو مستدام.

وبدأ العمل على إقامة شبكة للمختبرات هدفها تعزيز الرصد المختبري، والكشف عن مسببات الأمراض المستجدة الخطيرة والاستجابة لها. وللحصول على المعلومات الأساسية اللازمة لإنشاء مثل هذه الشبكة، تم تحليل الوضع الوبائي للحمى النزفية الفيروسيّة ومسببات الأمراض المستجدة الخطيرة، وجرى توصيف القدرات والممارسات الحالية في مختبرات الصحة الأكثر تقدماً وتحليلها. وستكون الخطوة التالية هي تطوير المرافق وممارسات السلامة البيولوجية/الأمن البيولوجي للمختبرات المستهدفة، وبناء القدرات والرصد، والانضمام إلى البرامج الإقليمية للتقييم الخارجي للجودة وبرامج توأمة المختبرات.

وأعدت استراتيجية إقليمية لخدمات الدم ونقل الدم من خلال عملية تشاورية، بالتعاون مع الخبراء والمعاهد من داخل الإقليم وخارجه. ويجري إعداد اتفاق للتعاون في مشروع بين منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي لمنظمات المتبرعين بالدم لتحسين التبرع الطوعي بالدم وخدمات رعاية المتبرعين في الإقليم.

وقد جرى توطيد أواصر التعاون التقني بين الشمال والجنوب وبين الجنوب والجنوب مع الشركاء الحاليين الإقليميين

ما يعني انخفاضاً بنسبة 80٪ في عبء الحالات مقارنة بعدد الحالات المبلّغ به في عام 2014.

وبرغم هذا التقدّم الهائل، وطالما ظل فيروس شلل الأطفال البري ينتشر في بقعة ما، فإن خطر وفادة الفيروس إلى بلدان الإقليم لم يزل قائماً بسبب اتساع حركة السكان واستمرار حالات الطوارئ المعقّدة في عدة بلدان، الأمر الذي أسفر عن تدني مستوى التغطية بالتمنيع الروتيني. وفي عام 2015، نفذت 10 بلدان من البلدان الخالية من شلل الأطفال في الإقليم حملات وطنية أو دون وطنية للتمنيع ضد شلل الأطفال بهدف الحفاظ على ارتفاع مستويات المناعة والحد من خطر وفادة فيروس شلل الأطفال البري أو من تطور فيروس شلل الأطفال الدائر الناجم عن تلقي اللقاحات.

وقد أعدّ أفغانستان وباكستان خطتي عمل وطنيتين مُحكمتين لإيقاف سراية شلل الأطفال في عام 2016. وأحرز كلا البلدين تقدماً كبيراً في الحد من سراية الفيروس على مدار عام 2015 وطيلة الستة أشهر الأخيرة من العام الجاري، وهي الفترة التي تبلغ سراية المرض فيها ذروتها، ولم يُبلّغ سوى عن 36 حالة في المجمل، وهو ما يُعدُّ أقل عبء للمرض يُسجّل على الإطلاق أثناء تلك الفترة. وفي الثلاثة أشهر الأخيرة من عام 2015، خلّصت الاستعراضات الرسمية للفاشيتين اللتين وقعتا في عدة بلدان بمنطقتي الشرق الأوسط والقرن الأفريقي عامي 2013 و2014، إلى انتهاء الفاشيتين.

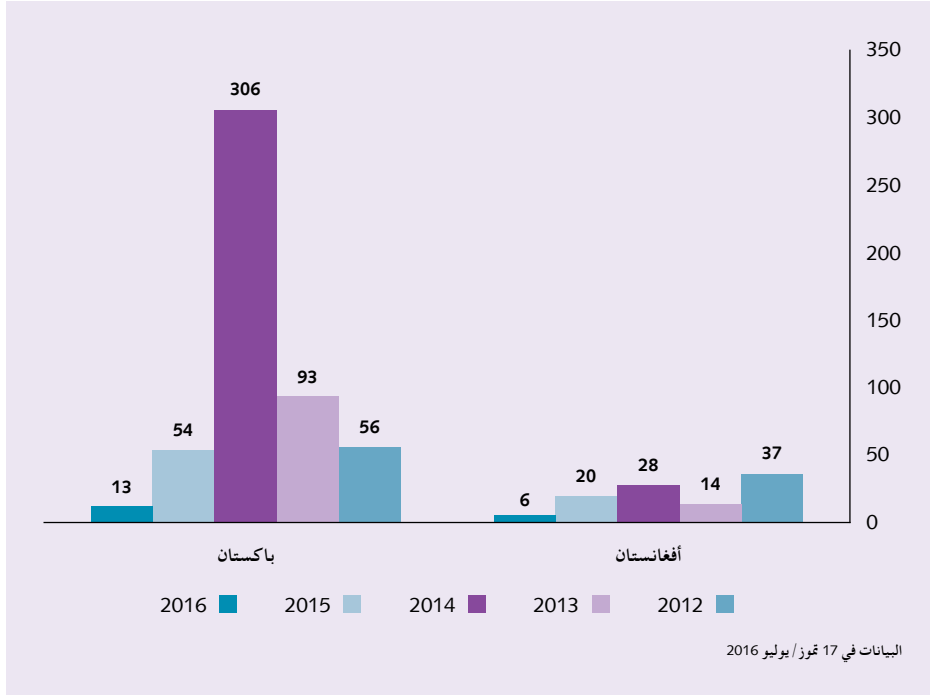
ويتمثل أحد الأهداف الرئيسية لخطة الشوط الأخير من استئصال شلل الأطفال في سحب لقاح شلل الأطفال الفموي على مراحل، مع البدء بمكوّن النمط 2 من هذا اللقاح. وقد تحوّل كل بلدان الإقليم بنجاح من استعمال اللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ إلى اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ في أغراض التمنيع الروتيني وحملات التطعيم، وتوقفت بهذا عن استعمال لقاح شلل الأطفال الفموي ثلاثي التكافؤ. ومن الضروري أن يقوم جميع البلدان بالإبلاغ الكامل بشأن عملية التحوّل المعتمدة وتدمير أي مقادير متبقية من لقاح شلل الأطفال الفموي 2/2 من سلالة ساين بحلول 30 تموز/يوليو 2016، في إطار المرحلة الأولى من خطة

كانون الأول/ديسمبر 2015، نوقش خلاله اختصاصات اللجنة وطرق عملها. وعُقد أيضاً الاجتماع الرابع للجهات المعنية باللوائح الصحية الدولية في كانون الأول/ديسمبر وتعرفت الدول الأطراف خلاله على عمل اللجنة والنهج الجديد الذي تبناه للتعجيل بتنفيذ اللوائح.

وقد أعدت المنظمة إطاراً لرصد اللوائح الصحية الدولية وتقييمها، وتم تنظيم مشاورة عالمية في القاهرة في كانون الثاني/يناير عام 2016، لتنسيق عمليات التقييم وأدواته مع المبادرات التي تشاطرها الرأي مثل برنامج العمل من أجل الأمن الصحي العالمي، ومنظمة الفاو، والمنظمة العالمية لصحة الحيوان، امثالاً لقرار اللجنة الإقليمية ش م/ل 62/ق-3. وفي وقتٍ لاحق، أعدت أيضاً عملية وأداة منسّقة للتقييم الخارجي المشترك لتنفيذ القدرات المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية لتكمّل التقارير السنوية التي ترفعها الدول الأطراف. ويجري حالياً وضع اللمسات الأخيرة على عملية وأداة التقييم الخارجي المشترك بمساهمات من جميع الجهات المعنية ذوات الصلة. وبمجرد الانتهاء منها، سيتم إجراء عمليات التقييم الطوعية على مستوى الدول الأطراف بهدف التعرّف الدقيق على الثغرات ووضع وتنفيذ خطط العمل القطرية التي تشمل أولويات واضحة، بما يضمن الأمن الصحي للجميع.

استئصال شلل الأطفال

كان التقدّم المُحرز صوب استئصال شلل الأطفال على الصعيد العالمي في عام 2015 تقدماً هائلاً (الشكل 4)؛ فها هي القارة الأفريقية، لأول مرة في تاريخ المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، لم تبلغ عن أي حالات للإصابة بالمرض لمدة تجاوزت العام، إذ ظهرت آخر حالة إصابة بها في 11 آب/أغسطس 2014 في الصومال. أما انتشار النمط المصلي الوحيد المتبقي، وهو فيروس شلل الأطفال البري من النمط 1، فقد اقتصر على بضع مناطق في بلدين فقط يتوطن فيهما المرض، وهما أفغانستان وباكستان، وكلاهما ينتمي لإقليم شرق المتوسط، وقد أبلغا في المجمل عن 74 حالة في عام 2015، وهو



الشكل 4

انخفاض الحالات في البلدان التي يتوطن فيها شلل الأطفال منذ عام 2012

وسوف تخضع البرامج في أفغانستان وباكستان ومنطقة القرن الأفريقي إلى المراجعة المنتظمة من خلال اجتماعات الفريق الاستشاري التقني لتحليل التقدم المُحرَز وإسداء النصح للحكومات بشأن التدخلات التقنية الأكثر فاعلية. وستلقى البلدان المعرّضة للخطر الدعم في تنفيذ أنشطة التمنيع التكميلي لتمكينها من الحفاظ على ارتفاع مستويات الحماية، وسيُقدّم الدعم الميداني إلى البلدان الموطونة والمعرّضة للخطر لتنفيذ الأنشطة المخطط لها. وسيتم إجراء تحليل منتظم للمخاطر للوقوف على حجم المخاطر القائمة ووضع الاستراتيجيات اللازمة للحد منها. وسيُقدّم الدعم التقني لبناء القدرات في مجال الاستجابة للفاشيات وإعداد خطط التأهب والاستجابة الوطنية في البلدان الحالية من شلل الأطفال. وهدف الإقليم المنشود من وراء هذه الأنشطة هو أن يصبح خالياً من شلل الأطفال ويظل كذلك في عام 2016.

العمل العالمية (GAP III) لاحتواء فيروس شلل الأطفال من النمط 2.

ولتحقيق هدف استئصال المرض، ينبغي على الإقليم إيقاف السراية الحالية لفيروس شلل الأطفال البري في البؤر الموطونة المتبقية في أفغانستان وباكستان، والحفاظ على مناعة السكان، ومن بينهم سكان البلدان التي تشهد طوارئ وبين النازحين، وإيصال اللقاحات إلى الأطفال الذين يتعذّر الوصول إليهم، والحفاظ على اليقظة والقدرة على اكتشاف أي دخول جديد لفيروس شلل الأطفال البري أو الفيروس الدائر الناجم عن تلقي اللقاحات أو أي فاشية ناجمة عنها، والتصدي لها. ومن ثم، فسوف يتواصل التركيز في عام 2016 على تعزيز قدرات البرامج في أفغانستان وباكستان من خلال تعيين موظفين من ذوي الخبرات العالية في كلا البلدين، إلى جانب تقديم الدعم التقني القوي.



Photo: ©WHO/J. Jalali



Photo: ©WHO

↑ أفغانستان وباكستان تنفذان خطط عمل وطنية للطوارئ لوقف سرية فيروس شلل الأطفال في 2016 تضمنت جهوداً كبيرة للوصول إلى الأطفال في المناطق التي يتعذر الوصول إليها

فيروس نقص المناعة البشرية، والسل، والمalaria، وأمراض المناطق المدارية

ونظراً إلى أن الغالبية العظمى من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية في الإقليم لا يعلمون حالتهم من الإصابة بالفيروس، فقد انصب قدر كبير من الاهتمام على إطلاق حوار مكثف مع مديري البرامج الوطنية للإيدز وشبكات المجتمع المدني الإقليمية حول الابتكارات التي انطوت عليها سياسات اختبار الفيروس وأساليب تقديم الخدمات. ونوقش تنفيذ الدلائل الإرشادية الموحدة الجديدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية، وذلك في اجتماع تشاوري إقليمي نظمته برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ومنظمة الصحة العالمية، حيث حدد المشاركون الإجراءات ذات الأولوية الخاصة بكل بلد بما يخدم تسريع وتيرة تقبُّل إجراء الاختبارات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية. وقامت المنظمة بإعداد وتوزيع مقرر تدريبي حول المعارف الأساسية المتعلقة بالفيروس والحد من الوصم في أماكن تقديم الرعاية الصحية. وتم تقديم هذه الدورة التدريبية في كل من المغرب والسودان والعمل جارٍ بشأن تقديمها في بلدان أخرى.

ولما كان تعاطي المخدرات عن طريق الحقن يسهم مساهمةً كبيرةً في انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية، فقد أُجري استعراض إقليمي لمدى إتاحة خدمات اختبار الفيروس وعلاجه للأشخاص المتعاشين معه ممن يتعاطون المخدرات حقناً. وقد أظهرت نتائج الاستعراض أن 6٪ فقط من

لم يزل عدد الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية يتزايد بوتيرة سريعة، إذ بلغ 330 ألف شخص مع نهاية عام 2015. وقد حققت الدول الأعضاء تقدماً كبيراً في زيادة عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية من 34 345 شخصاً في عام 2014 إلى 46 345 شخصاً في نهاية عام 2015. ويرغم هذا التقدم، فإن معدل التغطية بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في الإقليم، البالغ 14٪، لم يزل بعيداً عن الغاية العالمية في هذا الصدد. وبحلول نهاية عام 2015، كانت البلدان جميعها قد قامت بتحديث الدلائل الإرشادية الخاصة بعلاج فيروس نقص المناعة البشرية لديها بما يتفق مع أحدث الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية. وأجرى العديد من البلدان (جمهورية إيران الإسلامية، باكستان/ إقليم البنجاب، السودان، لبنان، مصر، المغرب) تحليل تسلسلي لمراحل علاج الفيروس، أي الاختبار والمعالجة والاستبقاء، والتي تمخضت عن فهم عميق لطبيعة الثغرات والفرص الفائتة فيما يتعلق بإشراك الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية والإبقاء عليهم في سلسلة الخدمات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية وهي الاختبار والرعاية والعلاج.



↑ وحدات تدريبية حول فيروس نقص المناعة البشرية

الطبية غير المأمونة. وتُعدُّ إتاحة الأدوية وأدوات التشخيص التي يُمكن تحمُّلها والفعّالة من التحديات الكبرى التي تواجه جميع البلدان.

ولحشد استجابة متّسقة للصحة العمومية، تُعطى أولوية للتدخلات الفعّالة وتُشجّع الإنصاف في الوصول إلى الخدمات، فقد قامت المنظمة بدعوة مجموعة واسعة من أصحاب الشأن المعنيين وإشراكهم في إعداد خطة العمل الإقليمية لالتهاب الكبد الفيروسي، التي تحدد غايات تتماشى مع الاستراتيجية العالمية للمنظمة المعنية بالتهاب الكبد الفيروسي، وتوجّه الجهود الرامية إلى وضع خطط العمل الوطنية. وإلى الآن، قدمت المنظمة الدعم لإعداد خطط العمل الوطنية في خمسة بلدان، منها باكستان ومصر، وهما البلدان اللذان ينوءان بالعبء الأكبر من التهاب الكبد C في الإقليم.

وسوف تؤكّد الخطوات المستقبلية على التغطية الصحية الشاملة وتقديم الخدمات المتكاملة وتعديل نماذج تقديم

الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية ممن يتعاطون المخدرات حقناً تلقوا العلاج في عام 2014. وقد أرسلت هذه النتائج إلى أصحاب الشأن المعنيين ونوقشت معهم أثناء المشاورة الإقليمية التي عُقدت بالشراكة مع شبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحد من مخاطر استخدام المخدرات، وأسفر ذلك عن توصيات محددة للتعامل مع العوائق التي تحول دون الوقاية من المرض وتشخيصه وعلاجه. وعُقدت مشاورات أيضاً بغرض تقديم المساهمات الإقليمية في إعداد استراتيجيات عالمية جديدة لقطاع الصحة بشأن مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسياً والتهاب الكبد، وذلك للفترة 2016-2021.

أما فيما يتعلق بالتهاب الكبد، فهو يمثل مشكلة من مشكلات الصحة العمومية ذات الأولوية في الإقليم، إذ يُقدَّر عدد المصابين بالعدوى المزمنة لفيروس التهاب الكبد B وC نحو 14,8 مليون و16 مليون على التوالي. أما الإصابات الجديدة فهي تحدث بصفة رئيسية نتيجة عمليات الحقن والإجراءات

متمثلاً في انخفاض معدلات اكتشاف الحالات لكل من السل والسل المقاوم للأدوية المتعددة. وفي عام 2014، ارتفع معدل اكتشاف الحالات ارتفاعاً طفيفاً (61%) مقارنة بالمعدل المسجل في عام 2013 (58%). أما معدل العلاج الناجح فقد بلغ 91%، وهي نسبة تزيد على المعدل العالمي المستهدف البالغ 85%. ويعدُّ التدبير العلاجي للسل المقاوم لأدوية متعدّدة من أهم التحديات؛ فمن بين ما يقدر بـ 15 700 حالة إصابة بالسل المقاوم للأدوية المتعددة، تأكّدت عبر الفحوصات المخبرية مقاومة 4348 حالة ولم يخضع للعلاج سوى 3423 حالة منها. وكانت محدودية الموارد وضعف القدرات الإدارية للتعامل مع مقاومة الأدوية المتعددة من العوائق الرئيسية في هذا المجال. وعلاوة على ذلك، لم يزل تحرّي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية محدوداً بين حالات السل، إذ أن 15% فقط من مرضى السل في عام 2014 كانوا على علم بحالتهم من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

وتواجه برامج السل تهديدات أكبر جرّاء حالات الطوارئ في كثير من البلدان واتساع الهوة بين الموارد المتاحة والاحتياجات الفعلية؛ فاللاجئون السوريون في الأردن ولبنان بحاجة إلى كثير من الدعم في الوقت الذي تتحمل فيه النظم الصحية فوق طاقتها. وقد تسبب ذلك في تأخر تنفيذ الخطة الخاصة بالقضاء على السل في الأردن. كما أن تنفيذ الخطط الاستراتيجية الوطنية لمكافحة السل على نحو فعّال وفي الوقت المناسب في كل من العراق واليمن يواجه عقبات بسبب ارتفاع أعداد النازحين. وقامت المنظمة بنشر دليل لمكافحة السل في حالات الطوارئ المعقدة، فضلاً عن إتاحة حزمة من الخدمات لعلاج حالات السل العابرة للحدود والسل المقاوم للأدوية المتعددة. وقد قدّم لبنان والأردن، بدعم من المنظمة، مقترحات طارئة إلى الصندوق العالمي بشأن التدبير العلاجي للسل بين اللاجئين السوريين.

وقد أعدت مسوِّدة الخطة الاستراتيجية الإقليمية بشأن القضاء على السل للفترة 2016-2020 بالتشاور مع مديري البرامج. وروجعت البرامج الوطنية للسل في ستة بلدان، وجرى بعد ذلك تضمين التوصيات التي خرجت بها بعثات المراجعة في

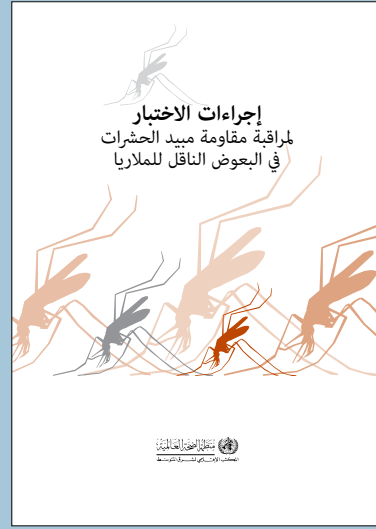
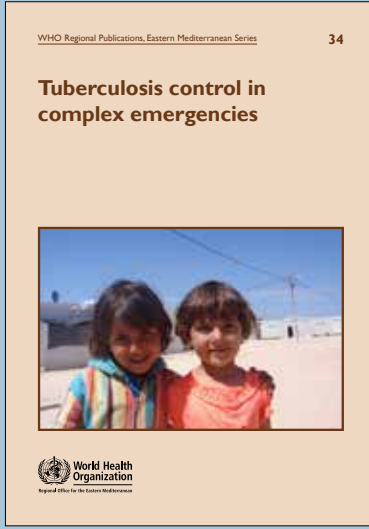


↑ اليوم العالمي لانتهاج الكبد 2015

الخدمة، مع استمرار التركيز على الاستفادة بكفاءة من الموارد البشرية والمالية في إجراء اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية وربطها بالرعاية، والعلاج الناجح. وستبدل جهود متضافرة بهدف الوصول إلى مرحلة عدم التسامح التام مع الوَصم والتمييز ضد الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية في أماكن تقديم الرعاية الصحية. وسوف يُقدّم الدعم اللازم للبلدان لإعداد خططها الوطنية الخاصة بالتهاب الكبد وتنفيذها.

وجرى خلال عام 2014³، الإبلاغ عن زيادة طفيفة في عدد حالات السل بجميع أشكاله في الإقليم مقارنة بعام 2013 (465 677 و 448 000 على الترتيب). وعلى الصعيد العالمي والإقليمي، لم يزل التحدي الرئيسي أمام جهود مكافحة السل

³ بالنسبة لاكتشاف حالات السل، تتلقى منظمة الصحة العالمية البيانات بعد عام من وقوع الحالات، ولذلك تتعلق بيانات اكتشاف الحالات بعام 2014 وبيانات نتائج العلاج بعام 2015.



↑ توجيهات تقنية حول مكافحة الأمراض

عامي 2014 و2015، اندلاع فاشيات وزيادة في عدد الحالات المبلّغ بها في بعض البلدان. وهو الأمر الذي يظهر مدى الحاجة إلى استمرار التيقُّظ والاستثمار في جهود مكافحة الملاريا والتخلص منها.

واعتمدت اللجنة الإقليمية خطة العمل الإقليمية الخاصة بالملاريا للفترة 2016-2020 بهدف تنفيذ الاستراتيجية التقنية العالمية للملاريا للفترة 2016-2030. وتم أيضاً إعداد استراتيجية إقليمية للإدارة المتكاملة للنواقل للفترة 2016-2020 بالتشاور مع أهم الخبراء والدول الأعضاء.

واستُخدم نظام جديد للإبلاغ الإلكتروني عن طريق نظام المعلومات الصحية على مستوى المناطق (DHIS2) لدعم ترصد الملاريا. وتم أيضاً دعم الترسُّد القائم على علم الحشرات، بما في ذلك رصد مقاومة المبيدات الحشرية في البلدان ذات الأولوية ورصد فاعلية الأدوية في البلدان التي تتوطن فيها الملاريا. وعُقدت دورة تدريبية إقليمية حول ضمان جودة تشخيص الملاريا بالتعاون مع جامعة الجزيرة في السودان. واستكمل المكتب الإقليمي تنفيذ المشروعات الإرشادية المشتركة بين منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة ومرفق البيئة العالمية بشأن البدائل المستدامة لمادة الـ دي دي تي. وسوف تسهم البيّنات المستحدثة والقدرات

الخطط الاستراتيجية الوطنية. وواصلت لجنة الضوء الأخضر الإقليمية دعمها لضمان العلاج الفعّال للسُّل المقاوم للأدوية المتعددة من خلال بناء القدرات ومسوح مقاومة الأدوية وبعثات الرصد والتقييم.

وشهدت ثمانية من بلدان الإقليم سريّة محلية للملاريا، ويعكف اثنان منها (وهما، جمهورية إيران الإسلامية والمملكة العربية السعودية) على تنفيذ استراتيجيات التخلص من الملاريا، وهما قاب قوسين أو أدنى من بلوغ هذه الغاية، حيث تم الإبلاغ عن 187 و83 حالة محلية على التوالي في عام 2015 (الجدول 2). وتعاني ستة بلدان (أفغانستان، باكستان، جيبوتي، السودان، الصومال، اليمن) عبئاً ثقيلاً من الملاريا (الجدول 3) وتواجه تحديات عديدة. وتقدر منظمة الصحة العالمية انحسار معدّل الإصابة بالملاريا بنسبة 70٪ في عام 2015 مقارنة بعام 2000، وانخفضت الوفيات المقدّرة بنسبة 64٪ في نفس الفترة. وقد تمكّنت سبعة بلدان (أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمّان، والمغرب، والمملكة العربية السعودية) من بلوغ الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية، والأهداف المحددة في القرار ج ص ع 58-2، بخفض معدّل الإصابة المؤكدة مجهرياً بين عامي 2000 و2014. وقد حقق الإقليم، خلال الخمسة عشر عاماً الماضية، نجاحاً كبيراً في الحد من عبء الملاريا، إلا أنه شهد، في

الجدول 2

عدد الحالات المُثَبِّتة بالفحص المختبري للطفيليات في البلدان التي لا تعاني من سراية الملاريا أو التي يوجد فيها سراية فردية، والبلدان التي تتوطنها الملاريا بمعدلات منخفضة

البلد	2015		2014		2013	
	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها
البحرين	غير متوافر	غير متوافر	0	100	0	182
مصر	0	291	22	313	0	262
جمهورية إيران الإسلامية	187	797	376	1238	519	1373
العراق	0	2	0	2	0	8
الأردن	0	59	0	102	0	56
الكويت	0	309	0	268	0	291
لبنان	0	125	0	119	0	133
ليبيا	غير متوافر	غير متوافر	0	412	0	340
المغرب	0	510	0	493	0	314
عمان	4	822	15	1001	11	1451
فلسطين	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	0	0
قطر	0	445	0	643	0	728
المملكة العربية السعودية	83	2620	51	2305	34	2513
الجمهورية العربية السورية	0	12	0	21	0	22
تونس	0	88	0	98	4	68
الإمارات العربية المتحدة	0	3685	0	4575	0	4380

المدارية المهمة في وزارة الصحة. وقُدِّم الدعم إلى ثلاثة بلدان (العراق، وعمان، ومصر) من أجل تخطيط وتنفيذ المسوح الرامية إلى تأكيد إيقاف سراية المرض أخذاً بعين الاعتبار بدء عملية التحقق الخاصة بالمنظمة للتخلص من داء البلهارسيات.

وشهد عام 2015 زيادة في عدد البلدان المتقدمة للحصول على عقاري ألبيندازول وميبيندازول اللذين تبرع بهما المنظمة لعلاج الأطفال قبل سن الدراسة والأطفال في سن الدراسة من داء البلهارسيات المنقول بالتربة، وذلك مقارنة بعام 2014، ومن هذه البلدان أفغانستان والجمهورية العربية السورية

المطوّرة في هذا المجال في تحديث استراتيجيات الإدارة المتكاملة للنواقل وتعزيز أنشطة مكافحتها في الإقليم.

وقد حدث توسّع كبير في العلاج الجموعي لداء البلهارسيات باستخدام عقار البرازيكونانيل الذي تبرعت به المنظمة في السودان، وذلك بفضل اتباع آلية مبتكرة تتيح التمويل المحلي، فضلاً عن الشراكات الدولية. كما تم استهداف المناطق الموطونة في اليمن في وقت سابق من العام. وتم الانتهاء من مرحلة التخطيط لإجراء توصيف للوضع في الصومال، كما تم حشد الموارد اللازمة عقب إنشاء برنامج أمراض المناطق

البلد	2015		2014		2013	
	إجمالي الحالات المؤكدة	إجمالي الحالات المبلغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة	إجمالي الحالات المبلغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة	إجمالي الحالات المبلغ عنها
أفغانستان	103 377	350 044	83 920	290 079	46 114	319 742
جيبوتي	غير متوافر	غير متوافر	9439	9439	1684	1684
باكستان	202 013	3 776 244	270 156	3 666 257	281 755	3 472 727
الصومال	غير متوافر	غير متوافر	11 001	26 174	7407	9135
السودان	غير متوافر	غير متوافر	1 068 506	1 207 771	592 383	989 946
اليمن ⁽¹⁾	68 938	96 348	86 707	122 812	102 778	149 451

⁽¹⁾ تقدير احتمال التبليغ في عام 2015 بلغ 47٪ بسبب الوضع الراهن

وفي عام 2014، اكتشفت 213 899 حالة إصابة جديدة بالجدام. وقد تم إحراز التخلص من هذا المرض كمشكلة صحية عمومية (أي بلوغ معدل انتشار يقل عن حالة واحدة لكل 10 000 نسمة) على المستوى الوطني في كل بلدان الإقليم. ومع ذلك، فهناك خمسة بلدان (باكستان، السودان، الصومال، مصر، اليمن) لم تنزل تحوي جيوياً كثيفة السراية وتحتاج إلى تعزيز أنشطة اكتشاف الحالات بها. ولوحظ تراجع مطرد في نسبة الإعاقات من الدرجة الثانية بين الحالات المكتشفة حديثاً في الأعوام الأخيرة، مما يؤكد تزايد اكتشاف الحالات في مراحل مبكرة. وقد وفّرت المنظمة المعالجة المتعددة الأدوية الخاصة بداء الجدام إلى جميع البلدان التي طلبتها.

وانتهى السودان من إجراءات توصيف الوضع الحالي للتراخوما، وتتواصل هذه الإجراءات في كل من باكستان ومصر واليمن، بينما أتم أفغانستان والصومال التخطيط لها. وعزز كل من باكستان والسودان أنشطة العلاج بالأزيتروميسين والتيتراسايكلن، وغيرها من عناصر استراتيجية الجراحة، ونظافة الوجه، وتحسين البيئة (استراتيجية SAFE) لمكافحة التراخوما.

ولم يزل السودان البلد الوحيد في الإقليم الذي لم يُشهد على خلوه من داء التينينات، إذ لم يُبلغ عن أي حالات منذ عام 2014، والبلد حالياً في مرحلة ما قبل الإسهاد. وقد نُفذت

والصومال والعراق. وتوطّد التعاون ما بين المنظمة ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) لتوفير الأدوية المجانية في ميادين العمليات الخمسة للوكالة (الأردن، لبنان، فلسطين (قطاع غزة والضفة الغربية)، الجمهورية العربية السورية).

وانتُخذت الخطوات النهائية للتخلص من داء الفيالريات اللمفي بوصفه إحدى مشكلات الصحة العمومية في كل من مصر واليمن، في حين أتم السودان عملية توصيف الوضع وانتهى من التخطيط الميداني لتوسيع نطاق العلاج الجموعي بعقاري ألبيندازول وإفرميكتين المتبرع بهما من جانب المنظمة في عام 2016. وتحقق التخلص من داء كلابية الذنب onchocerciasis في إحدى البؤر بالسودان، ويجري حالياً اتخاذ ما يلزم من إجراءات لتحقيق نفس الهدف في البؤر الثلاث المتبقية. وفي اليمن، أُجري مسح تجريبي لتحديد المنطقة التي يتوطنها داء كلابية الذنب، وتم حشد الأموال اللازمة لتوفير العلاج من خلال الشركاء، مع الانتهاء من التخطيط للعلاج الجموعي.

أما فيما يتعلق بداء الليشمانيات، فقد واصلت المنظمة مساهمتها في توفير خدمات علاج الحالات لجميع البرامج بالبلدان المتأثرة، وهي: أفغانستان والجمهورية العربية السورية والسودان والصومال والعراق.



Photo: ©WHO/S. Ramo

↑ وزير الصحة العامة الأفغاني الدكتور فيروز الدين فيروز يعلن بدء استخدام لقاح شلل الأطفال المعطل في أفغانستان

وواصلت برامج التمنيع الوطنية مواجهة تحديات عديدة خلال عام 2015، منها التعقيدات المرتبطة بتسليم اللقاحات إلى المناطق المتأثرة بالنزاعات، ونُظِم توريد اللقاحات وإدارتها، ونفذ مخزونات اللقاحات. وقُدِّم الدعم اللازم إلى البلدان ذات معدلات التغطية المنخفضة بالتمنيع الروتيني، بما في ذلك تكثيف أنشطة التوعية والقيام بحملات تسريع الوتيرة لزيادة التغطية والحفاظ على السلسلة الباردة والقدرة على إدارة اللقاحات. وقُدِّم الدعم أيضاً فيما يتعلق بوضع الخطط الوطنية وتنفيذها بهدف الوصول إلى السكان الذين لم يحصلوا على التطعيم أو لم يحصلوا على التطعيم الكامل.

وفي الصومال، كان الدعم في تنفيذ خطة لتحسين معدلات التغطية وبناء قدرات الموارد البشرية ووضع خطة شاملة متعددة السنوات. أما في الجمهورية العربية السورية، فقد كان الهدف من الدعم المقدم إجراء استعراض شامل للبرامج، ووضع خطة شاملة متعددة السنوات وتقييم إدارة اللقاحات وبناء القدرات الخاصة بها. وأجرى العراق استعراضات للبرامج على مستوى المحافظات ونفذ خططاً لتطعيم اللاجئين والنازحين والأطفال الذين يتعدّد الوصول إليهم، ولا سيما في المناطق النائية. وقُدِّم دعم هائل إلى اليمن من أجل الحفاظ على استمرارية برنامج التمنيع لديه، بما في ذلك تنفيذ الجولات الخمس من أنشطة التوعية المكثفة في المناطق التي تنخفض بها معدلات التغطية أو التي كان متعذراً الوصول إليها، وتعزيز

في عام 2015 أنشطة ميدانية هدفها تقييم درجة الاستعداد لخوض إجراءات الإسهاد.

التمنيع واللقاحات

بلغ متوسط التغطية باللقاح الثلاثي في الإقليم 80٪، بحسب التقديرات، في عام 2015. وبينما حافظ 14 بلداً على نطاق تحقيق غاية التغطية عند 90٪ أو أكثر، فقد انخفضت هذه النسبة في الجمهورية العربية السورية إلى 41٪ في عام 2015 (بحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف). وتشير التقديرات إلى أن 3,3 مليون طفل فاتتهم فرصة التمنيع باللقاح الثلاثي المضاد للدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس في عام 2014، وكان 94٪ منهم في بلدان تمر بأوضاع صعبة، وهي: أفغانستان وباكستان والجمهورية العربية السورية والسودان والصومال والعراق واليمن.

وحققت 8 بلدان تغطية بالجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على لقاح الحصبة بنسبة تساوي أو تزيد على 95٪، بينما قدّم 21 بلداً الجرعة الثانية الروتينية من اللقاح المضاد للحصبة بمعدلات تغطية متفاوتة. وأبلغت ثمانية بلدان عن معدلات إصابة منخفضة جداً بالحصبة (أقل من خمس حالات لكل مليون من السكان)، من بينها 4 بلدان واصلت الحفاظ على المعدّل الصفري، وتستعد لتأكيد القضاء على المرض. واستعاد الأردن وضع الخلو من الحصبة بعد أن شهد فاشية كبرى في عام 2013.

وفيما يتعلق باللقاحات الجديدة، أدخل اليمن اللقاح المضاد للحصبة الألمانية ضمن برامج التمنيع الروتينية لديه، بينما نفذ السودان المرحلة الثانية من حملة استهدفت الحمى الصفراء. وأدخلت تسعة بلدان لقاح شلل الأطفال المعطل الذي لم يكن ضمن برامج التمنيع الروتيني لديها قبل ذلك. وبالتالي، أصبح لقاح شلل الأطفال المعطل مستخدماً في كل بلدان الإقليم فيما عدا مصر التي لم تصلها توريدات اللقاح بسبب النقص الحالي على المستوى العالمي. وقد استكمل الإقليم التحول من استخدام لقاح شلل الأطفال ثلاثي التكافؤ إلى ثنائي التكافؤ في التمنيع الروتيني بحلول منتصف أيار/ مايو 2016.



↑ توجيهات تقنية حول التمنيع

استمرت ستة بلدان في تحقيق الغاية المتمثلة في إنشاء سلطات تنظيمية وطنية عاملة. وتقوم المنظمة بدعم البلدان في تقوية الوظائف التنظيمية اللازمة، ولا سيما تسجيل اللقاحات مثل لقاح شلل الأطفال المعطلّ ولقاح شلل الأطفال الفموي الثنائي في إطار استراتيجية الشوط الأخير من استئصال شلل الأطفال، وكذلك تعزيز تنفيذ نظام لإدارة الجودة لبعض السلطات التنظيمية الوطنية في البلدان التي تدعمها الشراكة الخاصة بإطار التأهب للإنفلونزا الجائحة، وذلك من أجل تحسين قدرتها التنظيمية فيما يتعلق بالتأهب للإنفلونزا الجائحة والاستجابة لها.

واستمر إحراز تقدّم كبير في مجال مأمونية اللقاحات، وأطلقت الشبكة الإقليمية للتقيظ الدوائي في الاجتماع الإقليمي بشأن التقيظ الدوائي الذي عُقد في أيلول/سبتمبر 2015، غير أنه قد تُعدّر تحقيق الغاية المتمثلة في إنشاء سلطات تنظيمية وطنية عاملة في بعض البلدان بسبب عدد من التحديات، منها عدم وضوح الرؤية واستبدال الموظفين وقلة الموارد المالية التي تتيح للسلطات أداء واجباتها بصورة مستقلة حسبما توصي منظمة الصحة العالمية.

سلسلة التبريد والحفاظ عليها. وقامت خمسة بلدان بتقييم وضع التخلص من الحصبة بها، بينما نفذت تسعة بلدان أنشطة التمنيع التكميلي ضد الحصبة على المستوى الوطني أو دون الوطني.

وجرى دعم البلدان من أجل تحسين نظم إدارة بيانات التمنيع وجودة هذه البيانات، واعتماد مختبرات الحصبة/ الحصبة الألمانية الوطنية، وبناء القدرات في مجال الإدارة الفعّالة للقاحات. وواصلت المنظمة دعم الشبكة الإقليمية لترصّد الحصبة/ الحصبة الألمانية المستند إلى الحالات، ورصدها. واستمر تقديم الدعم أيضاً إلى شبكة الترصّد الإقليمية الخاصة بالتهاب السحايا الجرثومي والتهاب الرئوي الجرثومي والفيروسات العجالية. وشمل ذلك توفير مستلزمات المختبرات، وبناء القدرات، ورصد الأداء وتقييمه، وتنسيق نظام مراقبة الجودة في المختبرات الخارجية.

وقد اعتمدت اللجنة الإقليمية خطة عمل إقليم شرق المتوسط الخاصة باللقاحات كإطار لتنفيذ خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات. وستواصل المنظمة تقديم الدعم التقني اللازم وحشد الموارد من أجل تحديث الخطة الشاملة متعددة السنوات وخطط العمل السنوية وتنفيذها ورصدها وتقييمها، مع التركيز بوجه خاص على البلدان والمناطق التي تنخفض بها معدلات التغطية باللقاحات.

التأهب للطوارئ والاستجابة لها

لمحة عامة

هناك واحدة من أسوأ الأزمات الإنسانية في العالم، حيث كان ما يزيد على 14 مليون شخص، منهم 4,2 مليون نازح داخلي، في حاجة إلى الخدمات الصحية، مع نهاية العام. وقد أدى نقص العاملين الصحيين، ونقص الأدوية، إلى جانب النقص الحاصل في الوقود، إلى حدوث انهيار تدريجي للنظام الصحي. وبحلول شهر كانون الأول/ ديسمبر، كان ما يقرب من 25٪ من جميع المرافق الصحية متوقفاً عن العمل، وانخفض معدل التغطية بالتمنيع بواقع 15٪، مقارنة مع نفس الفترة من عام 2014. كما أدت محدودية فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وانهيار إمدادات المياه الصالحة للشرب وخدمات الإصحاح، إلى ارتفاع حالات الإصابة بالأمراض المتوطنة، كالملاريا، وحمى الضنك، والأمراض الإسهالية الحادة.

ونتيجة للصراع الدائر في العراق، اضطر ما مجموعه 2,3 مليون شخص إلى الفرار من منازلهم في عدة موجات نزوح كبيرة، والعديد من الموجات الأصغر حجماً، وذلك خلال الفترة ما بين كانون الثاني/يناير 2014 وكانون الثاني/يناير 2016. هذا، فضلاً عن 1,1 مليون شخص ممن كانوا قد نزحوا من قبل جراء أحداث عنف سابقة. وتشير التقديرات إلى أن نحو 10 ملايين عراقي يحتاجون إلى المساعدة، بيد أن 3,7 مليوناً فقط منهم، ممن هم في أمس الحاجة، هم المستهدفون بالمساعدة من قبل شركاء العمل الإنساني، بسبب شح الموارد المتاحة. وفي ذات الوقت، هناك أكثر من 220 000 لاجئ سوري يقيمون حالياً في العراق، معظمهم في إقليم كردستان.

شهد عام 2015 تدهوراً كبيراً في الوضع الإنساني في إقليم شرق المتوسط. فالأزمة في اليمن تم تصنيفها من قبل الأمم المتحدة، في تموز/ يوليو 2015، كطائرة من المستوى الثالث، ما يجعل الإقليم يستضيف الآن ثلاث طوارئ من المستوى الثالث، بما يشمل الأزمة في كل من العراق، والجمهورية العربية السورية. وبسبب هذه الطوارئ، كان هناك، بصفة عامة، نحو اثنين وستين مليون شخص يحتاجون إلى الخدمات الصحية في مختلف أنحاء الإقليم، مع نهاية عام 2015، ما يضع عبئاً ثقيلاً على النظم الصحية الضعيفة أصلاً والمثقلة بالأعباء. وكان للنقص الحاصل في الأطباء المتخصصين والأدوية والمعدات الطبية وغيرها من الموارد الصحية، ولا سيما في المناطق التي كان الوصول إلى المنظمة وشركائها فيها محدوداً، كان له تأثير شديد على تقديم الخدمات الصحية، الأمر الذي ساهم في تدهور الوضع الصحي لدى بعض المرضى، ورفع من أعداد الوفيات التي يمكن تجنبها.

وفي أعقاب تصاعد العنف في اليمن، في آذار/ مارس، شهد الوضع الإنساني والصحي تدهوراً سريعاً، لتصبح الأزمة



Photo: ©WHO/Simi Ramo



Photo: ©WHO

↑ العيادات المتنقلة التي تدعمها المنظمة تقدم خدمات الرعاية الصحية الأساسية في عدد من البلدان، منها أفغانستان (يساراً) والجمهورية العربية السورية (يميناً)

الخاصة بالأشخاص المصابين بالعجز، وعشرات الآلاف من جرحى الحرب.

أما في السودان، فإن ما يقرب من ربع مليون نازح داخلي جديد قد أُضيفوا، في عام 2015، إلى العبء الطويل الأمد الذي هو من الأصل، عبء ضخم. فمع نهاية هذا العام، ظل ما مجموعه 420 000 من النازحين داخلياً، ممن هم في حاجة إلى المساعدة، ظلوا في ولايات إقليم دارفور، ولا تتوفر لديهم سوى فرص محدودة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية. ففي ولايات إقليم دارفور الخمس، توقف 36٪ من مرافق الرعاية الصحية العمومية الموجودة عن العمل، كما أن 24٪ فقط من المرافق القائمة بالعمل هي التي تقوم بتوفير حزمة من الخدمات المعيارية. وما يزال النقص الحاصل في الأدوية والمستلزمات، وعدم كفاية العاملين والمرافق، يعيق تقديم خدمات صحية عالية الجودة.

وفي باكستان، أدى التدفق المفاجئ للنازحين داخلياً من شمال وزيرستان إلى بانو، إلى زيادة العبء على الموارد والخدمات الصحية، وإلى ازدياد الحاجة إلى إدارة المخاطر ذات الصلة بصحة البيئة وبفاشيات الأمراض السارية.

وواصلت الكوارث الطبيعية تأثيرها المدمر على السكان في الإقليم. ففي تشرين الأول/أكتوبر 2015، ضرب زلزال قوته 7,5 درجة، شمال أفغانستان وباكستان، وأدى إلى مصرع المئات، وإصابة الآلاف، وإلحاق الأضرار بآلاف المنازل وتدميرها. وتمثل التحدي الأكبر في إمكانية الوصول إلى الأشخاص الذين هم في حاجة إلى المساعدة، فيما لا يقل عن 194 قرية تضررت بفعل الزلزال. كما ضرب زلزال ثانٍ، بلغت قوته 6,3 درجة، المنطقة الحدودية بين باكستان وطاجيكستان، في كانون الأول/ديسمبر، ما أسفر عن إصابة العشرات.

التحديات واستجابة منظمة الصحة العالمية للطوارئ في الإقليم

يُعدّ إقليم شرق المتوسط المنتج الأكبر في العالم للمجموعات السكانية النازحة، وهو أمر ناجم، بشكل أساسي، عن الأزمة

وفي ما يتعلق بالجمهورية العربية السورية، فقد كان عام 2015 هو الأكثر تحدياً منذ بداية الأزمة، بالنسبة لكل من السوريين، والمستجيبين في مجال الشؤون الإنسانية، وذلك مع ارتفاع أعداد الأشخاص المحتاجين للمساعدة، من 12,2 مليوناً في عام 2014، إلى 13,5 مليوناً في عام 2015، ونزوح ما ينوف على 1,2 مليوناً نزوحاً داخلياً على مدار العام. وواصل النظام الصحي مواجهة تحديات في توفير الرعاية الصحية، بسبب الأضرار التي لحقت به، في ظل إغلاق أكثر من نصف جميع المستشفيات العمومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية العمومية، أو أداؤها للعمل بشكل جزئي. وتزايد حاجة السوريين إلى رعاية حالات الرضوح والإصابات، حيث يتعرض للإصابة أكثر من 250 000 شخص، كل شهر، فضلاً عن تزايد الحاجة إلى خدمات الصحة النفسية، وخدمات الصحة الإنجابية، ومعالجة الأمراض غير السارية، كالسكري وأمراض الكلى. وقد ارتفعت معدلات سوء التغذية، ولا سيّما بين الأطفال دون سن الخامسة. ولا يحصل نحو ثلثي السكان على مياه صالحة للشرب، الأمر الذي يزيد من خطر الإصابة بالأمراض المنقولة بالمياه.

وعلى الجانب الآخر، هناك تفاقم سريع للوضع الصحي في ليبيا جرّاء اتساع نطاق النزاع والخلافات السياسية، وبسبب مواطن الضعف الموروثة في النظام الصحي، وتناقص الاستثمارات في هذا القطاع. وبُغية إظهار حجم الاحتياجات بشكل أفضل، تم، في مطلع عام 2016، تصنيف الأزمة في ليبيا كطارئة من المستوى الثاني، حيث بلغ عدد من كانوا بحاجة إلى المساعدة الإنسانية 2,8 مليون شخص، مع نهاية العام، بمن فيهم 1,9 مليون شخص يحتاجون إلى الخدمات الصحية. كما كان هناك أكثر من 430 000 نازح داخلي جراء أحداث العنف الدائرة. والمستشفيات مكتنّزة وتعمل بطاقة متدنية للغاية، وتفتقر إلى وجود الأدوية والمستلزمات الأساسية، وكثيراً ما تنقطع عنها إمدادات الكهرباء والمياه، كما غادر العاملون الصحيون الأجانب البلاد. وعلاوة على ذلك، فإن فرص حصول المرضى المصابين بالأمراض غير السارية واضطرابات الصحة النفسية، على الرعاية الصحية محدودة. وهناك غياب ملحوظ للخدمات

العراقيين، في شمال العراق، أن عدد حالات المرضى ارتفع بنسبة 200٪ تقريباً.

وشملت الاحتياجات ذات الأولوية بالنسبة للاجئين السوريين، الرعاية في مجال الصحة النفسية، والصحة الإنجابية، والخدمات الصحية للأم والطفل (بما في ذلك التمنيع)، وترصد الأمراض السارية، ورعاية المصابين بالأمراض غير السارية، وخدمات صحة البيئة، ورعاية المصابين بالرضوح وإصابات الحروق. ولا تزال رعاية الرضوح، والرعاية الجراحية تمثل أولوية بالنسبة للسكان من اللاجئين. وشكّل سوء التغذية الحاد لدى اللاجئين من الأطفال دون سن الخامسة والنساء في سن الإنجاب، قضية أساسية. ومن بين المشاكل الإضافية في هذا الشأن، انخفاض الاستفادة من الرعاية أثناء الحمل، وارتفاع معدلات الولادة القيصرية وإسهال الأطفال والتهاجات الجهاز التنفسي الحادة وعوز المغذيات الزهيدة المقدار.



Photo: ©WHO



Photo: ©WHO Iraq

السورية. وإن أكثر من 60٪ من جميع اللاجئين والنازحين داخلياً يأتون في الأصل من هذا الإقليم. ويأتي اللاجئون، في الأساس، من الجمهورية العربية السورية وأفغانستان والصومال، بينما تستضيف الجمهورية العربية السورية والعراق والسودان واليمن العدد الأكبر من النازحين داخلياً. وعلى حين أصبحت تركيا المستضيف الأكبر للاجئين السوريين، في 2015، فإن لبنان، وهو بلد لا يزيد عدد سكانه على الأربعة ملايين نسمة، يظل أكبر بلد مستضيف للاجئين في العالم، من حيث نصيب الفرد، حيث يشكل اللاجئون ثلث إجمالي عدد السكان فيه. وفي الأردن، يشكل السوريون نسبة 10٪ من عدد السكان.

وقامت المنظمة، في تشرين الثاني/نوفمبر، بتنظيم اجتماع رفيع المستوى، عُقد في روما، بشأن صحة اللاجئين والمهاجرين، واتفقت البلدان على الحاجة إلى إعداد إطار للعمل التعاوني الجماعي بشأن صحة اللاجئين والمهاجرين، وأقرت بالحاجة الملحة إلى تعزيز سُبل التعاون فيما بين بلدان المنشأ، والعبور، والمقصد. وبُغية البناء على هذا التعاون الأقليمي، تم، في أيار/مايو 2016، استضافة اجتماع تشاوري تقني، عقد في القاهرة.

واستمر الطلب الكبير على الخدمات الصحية، من جانب اللاجئين والمجتمعات المستضيفة الهشة، يضع ضغطاً هائلاً على البنية التحتية للصحة العمومية، ما أدى إلى إضافة أعباء هائلة، وإلى إنهك العاملين الصحيين، كما أدى إلى نقص في الأدوية والمعدات. وقد ذكر العاملون الصحيون، في بعض المرافق الصحية التي تخدم اللاجئين السوريين والنازحين



Photo: ©WHO

↑ منظمة الصحة العالمية تدعم تقديم خدمات الصحة العامة والرعاية الصحية للأشخاص النازحين داخلياً والمجتمعات المستضيفة لهم في عدد من البلدان منها العراق (يساراً) واليمن (يميناً)

وقامت المنظمة بتوسيع نطاق شراكاتها، وتعزيز تلك الشراكات مع ما مجموعه 67 منظمة محلية غير حكومية في مختلف أرجاء الجمهورية العربية السورية، كان العديد منها يعمل في مناطق يصعب الوصول إليها، وفي مناطق تسيطر عليها المعارضة. كما تم التبرع للمنظمات غير الحكومية بثلاث وأربعين عبادة متنقلة من أجل دعم توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية في شتى أنحاء القطر. كما جعلت المنظمة وجودها في الجمهورية العربية السورية وجوداً لا مركزياً من خلال نظام يشتمل على 59 نقطة اتصال، من بينها 36 نقطة تقع في مناطق يصعب الوصول إليها، ومناطق محاصرة، توفر للمنظمة تحديثات منتظمة عن الأوضاع هناك.

وتم، منذ كانون الثاني/يناير 2016، منح قدر أكبر من حرية الوصول إلى المناطق التي يصعب الوصول إليها والمناطق المحاصرة. ف لأول مرة، منذ عامين، تتمكن المنظمة من إرسال أدوية ومستلزمات طبية منقذة للحياة إلى 11 موقعاً من بين 18 موقعاً محاصراً. وفي عام 2015، تم تقديم 27٪ من المعالجات الطبية (2,4 مليوناً) لأشخاص محتاجين لتلك الخدمات في 127 موقعاً من المواقع التي يصعب الوصول إليها، والمواقع المحاصرة، في مختلف أرجاء البلاد.

وفي العراق، واصلت المنظمة قيادتها لأعمال المجموعة المعنية بالخدمات الصحية الإنسانية في بقاع مختلفة من البلاد، كما واصلت تقديم الدعم الصحي، بما في ذلك الرعاية الصحية الأساسية من خلال العيادات المتنقلة والمراكز الصحية في المخيمات، أيضاً بتوفير سيارات الإسعاف والمستلزمات الطبية إلى السلطات الصحية الاتحادية والمحلية. والمنظمة مستمرة في الوفاء باختصاصاتها بوصفها الملاذ الأخير لتقديم الخدمات مع تفاهم الوضع الإنساني وزيادة عدد النازحين. وقد تم تقديم ما يربو على 4 ملايين مشورة طبية على مدار العام، وهو ما يفوق الهدف المبدئي البالغ 2,3 مليون مشورة. وقد استفاد عدد إجمالي قدره 1,8 مليون شخص استفادة مباشرة من الأدوية/المستلزمات والمعدات الطبية التي قامت المنظمة بشرائها وتوزيعها في مختلف أنحاء البلاد. وأممكن، من خلال نشر 27 عبادة متنقلة، إتاحة الفرصة للحصول على

وبالنظر إلى أن غالبية اللاجئين يعيشون خارج المخيمات، فقد اشتد خطر الإصابة بالأمراض المعدية الناجمة عن ظروف المعيشة في أماكن مكتظة، ومحدودية الحصول على المياه النظيفة وخدمات الإصحاح، وتفاوت درجات الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وذلك لدى كل من اللاجئين، والمجتمعات المحلية المستضيفة. وقامت المنظمة بتقديم الدعم التقني لوزارات الصحة وغيرها من الشركاء، في البلدان المستضيفة للاجئين السوريين، بشأن قضايا الصحة العمومية ذات الأولوية. وقدمت المنظمة الدعم أيضاً في مجال خدمات رعاية الرضوح، والتدبير العلاجي للأمراض غير السارية، وتوسيع نطاق برامج الصحة النفسية التي تَمَسُّ الحاجة إليها. ومن ناحية أخرى، قامت المنظمة بتعزيز نُظم الإنذار المبكر والاستجابة فيما يتعلق بالأمراض السارية، والتوسع فيها. وبُغية تعزيز القدرات الوطنية، تم تدريب الشركاء، والعاملين الصحيين في الخطوط الأمامية، ومسؤولي الترصد، في مجال اكتشاف الفاشيات والأخطار التي تهدد الصحة العمومية، والاستجابة السريعة لها.

وتمثلت العقبات التي عرقلت تقديم المساعدات الإنسانية، في جميع البلدان التي تواجه صراعات سياسية، في القيود الأمنية، وصعوبة وصول الشركاء في الصحة إلى المجموعات السكانية في بعض المناطق، فضلاً عن انسداد الطرق ونقاط الدخول، الأمر الذي أعاق نقل وتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية. وكان نحو 30٪ من المجموعات السكانية المتضررة، في كل من الجمهورية العربية السورية والعراق واليمن متواجدين، إما في مناطق يصعب الوصول إليها، أو في مناطق محاصرة.

وفي إطار نهج «سوريا برمتها»، الذي تم تبنيه وفقاً لقراري مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، اللذين صدرا برقم 2165 و2191، في 2015، قادت المنظمة جهود التنسيق الخاصة بقطاع الصحة/المجموعة الصحية، وذلك في ثلاثة محاور (دمشق، وعمّان، وغازي عنتاب). وكان الغرض من الاستجابة الصحية الطارئة للمنظمة هو الوصول إلى السوريين في جميع أنحاء القطر، بما في ذلك المناطق التي يصعب الوصول إليها، أو المناطق المحاصرة.

المنظمة في إرسال أدوية ومستلزمات طبية منقذة للحياة، شملت عتائد لمعالجة الرضوح، وعتائد الطوارئ الصحية التي توزعها الوكالات المختلفة، وعتائد خاصة بالأمراض الإسهالية، واسطوانات أكسجين، فضلاً عن المحاليل الخاصة بالغسيل الكلوي. وتمكنت المنظمة والشركاء في مجموعة تقديم الخدمات، خلال الفترة ما بين آذار/ مارس وكانون الأول/ ديسمبر 2015، من الوصول إلى سبعة ملايين من الناس، وذلك من خلال توفير الأدوية، والمستلزمات الطبية، والأفرقة الطبية والعيادات المتنقلة. ولضمان أداء النظام الصحي لوظائفه، قدّمت المنظمة ما يزيد على مليون لتر من الوقود لدعم تشغيل

خدمات الرعاية الصحية الأولية في المخيمات وفي المجتمعات المستضيفة، بما في ذلك تلك الموجودة في مناطق يصعب الوصول إليها.

وفي اليمن، أتاحت الهدنات الإنسانية للمنظمة، زيادة توفيرها للأدوية والمستلزمات الطبية للمناطق المتضررة. وتمكنت المنظمة أيضاً من توفير عيادات متنقلة في مناطق تؤوي أعداداً كبيرة من الأشخاص النازحين داخلياً، وضمان أداء مرافق الخدمات الصحية لعمليها من خلال توفير الوقود والمياه النقية. وفي مطلع 2016، بعد أشهر من منع الوصول إلى مدينة تعز، وتلبية للاحتياجات الصحية الطارئة المتصاعدة، نجحت



Photo: ©WHO



Photo: ©WHO



Photo: ©WHO



Photo: ©WHO Yemen



Photo: ©WHO

↑ منظمة الصحة العالمية توفر الأدوية المُنقذة للحياة والإمدادات الطبية، والعيادات المتنقلة، والمياه، والوقود، وغيرها من المواد الأساسية لدعم المهمة الإنسانية في اليمن

بين الأطفال. ففي البلدان التي تواجه حالات طوارئ من المستوى الثالث، تم خلال 2015، تطعيم أكثر من 13 مليون طفل، كعدد إجمالي، ضد شلل الأطفال. وشمل ذلك الأطفال في مناطق يصعب الوصول إليها، ومناطق تسيطر عليها المعارضة، وكذلك مناطق تكتنفها مخاطر شديدة. وأجريت في 2015، ولأول مرة على مدى عقد من الزمان، حملة تميم شاملة على مستوى القطر، ضد الحصبة في الصومال، مستهدفة تطعيم 4,4 مليون طفل ضد هذا المرض. وما تزال حملات التطعيم ضد شلل الأطفال مستمرة في الصومال، في أعقاب استئصال هذا المرض منه، حيث لم يتم الإبلاغ عن أي حالة منذ آب/أغسطس 2014. وكذلك، تم في أفغانستان، تطعيم ما يزيد على 9 ملايين طفل ضد شلل الأطفال من خلال حملات تميم أجريت على المستوى الوطني ودون الوطني، بالإضافة إلى 1,2 مليون طفل في منطقة الحدود مع باكستان. ومن جهة أخرى، تم تطعيم أكثر من 6 ملايين طفل ضد الحصبة، خلال 2015. وفي إطار مواجهة فاشية الحصبة المتدلعة في السودان، أجريت بنجاح حملة شاملة على المستوى الوطني، تم خلالها تطعيم 8,6 مليون طفل تتراوح أعمارهم ما بين ستة أشهر وخمسة عشر عاماً.

وما يزال تعزيز أنشطة ترصد الأمراض، بالتعاون مع السلطات الوطنية، يمثل أولوية بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية في البلدان المتأثرة بالأزمات. ففي الجمهورية العربية السورية، تم توسيع نطاق نظام الإنذار المبكر بالأمراض والاستجابة لها، الذي يقع مقره في دمشق، حيث أصبح يضم 995 موقعاً خافراً



Photo: ©WHO

72 مرفقاً صحياً، من بينها 51 مستشفى، و7 مراكز كبرى، و6 مخازن للقاحات، و8 مراكز لغسيل الكلى. وسعياً إلى الحد من مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة بالمياه، قامت المنظمة بتوفير 19 مليون لتر من المياه النقية، ولوازم النظافة الصحية، ومواد التنظيف للنازحين الداخليين في جميع المحافظات المتضررة.

وبات الصراع المتصاعد، والقدر الهائل من الاحتياجات الإنسانية المطلوبة في شتى أنحاء الإقليم، يشكل خطراً كبيراً على العاملين في مجال الرعاية الصحية. ففي عام 2015، زادت الهجمات ضد العاملين الصحيين وضد المرافق الصحية في أفغانستان بنسبة 50٪، وأصبحت سوريا الآن المكان الأخطر في العالم، بالنسبة للعاملين الصحيين. وفي باكستان ألغيت، في عام 2015 وحده، خمس جولات خاصة بحملات التطعيم، بسبب وجود تهديدات أمنية خطيرة. وما يزال هذا الاتجاه المقلق مستمراً، في ظل ورود بلاغات، كل شهر تقريباً، عن هجمات تُشن على العاملين في مجال الرعاية الصحية، وعلى المرافق الصحية في الإقليم. وتقوم المنظمة، بالتعاون مع الشركاء في مجال الصحة، بتوفير قاعدة بيانات في الزمن الحقيقي عن الهجمات التي توجه ضد مرافق الرعاية الصحية، والعاملين في هذا المجال، وذلك كمشروع تجريبي يهدف إلى توفير المعلومات والآراء اللازمة بشأن الدعوة إلى وقف مثل هذه الهجمات، وحماية العاملين الصحيين.

على الجانب الآخر، أدى نقص اللقاحات وانخفاض معدلات التطعيم، مقروناً بالتحركات الجماعية الكبيرة والمتنامية للسكان، إلى زيادة خطر تفشي شلل الأطفال والحصبة



Photo: ©WHO

↑ تطعيم أكثر من 13 مليون طفل ضد شلل الأطفال في البلدان التي تشهد حالات طوارئ من المستوى الثالث في عام 2015

فضلاً عن الأدوية المتقدمة للحياة، بها في ذلك الإنسولين وأدوية فيروس نقص المناعة البشرية واللقاحات ومواد التخدير وعلاج داء الليشمانيات والسل، تكفي لتغطية 300 ألف شخص.

وفي أفغانستان، تلقى ما يزيد على 1,2 مليون شخص خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال مراكز صحية فرعية مؤقتة، وعيادات متنقلة، أقيمت بدعم من المنظمة، كما استفاد أكثر من 300 000 شخص من توفير مجموعات الأدوات الصحية والمستلزمات الطبية الخاصة بالطوارئ.

وفي جيبوتي، قدّمت المنظمة عتائد معالجة الرضوح، والعتائد الصحية الخاصة بالطوارئ، وأدوية معالجة الأمراض الإسهالية، والمضادات الحيوية، والأدوية المضادة للملاريا، وكذلك المعدات والإمدادات الطبية إلى مستشفى أوبوك الإقليمي، الذي يواجه ارتفاعاً بنسبة 20٪ في الطلب على خدمات الرعاية الصحية، بسبب المُخيم المركزي للاجئين، الذي أُقيم لإيواء اللاجئين اليمانيين بالقرب من تلك البلدة.

وفي السودان، وفّرت المنظمة نحو 600 طن من الأدوية، والإمدادات الطبية، والمعدات والمستلزمات الخاصة بالمياه والإصحاح، تكفي لتغطية احتياجات نحو 1,8 مليون شخص، كما دعمت المنظمة أداء 24 عيادة ثابتة ومنتقلة لوظائفها في تسع ولايات، تغطي أكثر من 500 ألف شخص.

وقامت المنظمة بتقديم الدعم لأنشطة بناء القدرات لتعزيز مهارات العاملين الصحيين وسد الثغرات الناجمة عن نقص العمالة. ففي سوريا، تم تدريب ما يزيد على 20 000 من المديرين والعاملين الصحيين في مختلف أنحاء القطر، وذلك في مجالات من قبيل معالجة الرضوح والإسعافات الأولية والرعاية الصحية الأولية والصحة الإنجابية وترصد الأمراض والتدبير العلاجي للأمراض غير السارية. وفي اليمن، تم تدريب أكثر من 50 من الأفرقة الطبية المتنقلة و20 من الأفرقة الطبية الثابتة في 11 محافظة، ومن ثم نشرها لتقديم حزمة متكاملة من خدمات الرعاية الصحية الأولية. كما قدّم الدعم إلى 18 مستشفى في سبع من أكثر المحافظات تضرراً،

في عام 2015، مقارنة بـ 650 موقعاً خافراً في عام 2014، في حين تغطي شبكة الإنذار المبكر بالأمراض والاستجابة لها، التي يديرها مكتب المنظمة في غازي عنتاب، 517 موقعاً خافراً تقع في شمال سوريا. وتوسّع نُظُم الترصد هذه معاً، إلى تغطية جميع المحافظات، وكل الناس الموجودين في سوريا. وعلى صعيد آخر، تم في 2015، إدخال نظام للتحذير من تلوث المياه والاستجابة له في دمشق وفي ريفها. وكذلك، يُجرى حالياً في العراق التوسّع في شبكة للإنذار المبكر والتحذير والاستجابة، تضم نحو 80 موقعاً خافراً. كما تم تكثيف جهود التأهب في البلدان المتجاورة لمنع انتشار الأمراض عبر الحدود. وأقيم، لأول مرة في ليبيا، نظام للإنذار المبكر بالأمراض، من خلال 100 موقع خافر تنتشر في جميع أنحاء البلاد.

في غضون ذلك، يتزايد تدريجياً عدد المرضى الذين تتطلب حالاتهم المعالجة من الإصابات الرضحية. ففي سوريا وحدها، تعرض نحو مليون شخص للإصابة في الربع الأول من عام 2015، بمعدل 250 000 إصابة شهرياً. أما في اليمن، فقد سُجّل عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن الأسلحة المتفجرة، خلال الفترة من كانون الثاني/يناير حتى تموز/يوليو 2015، بأنه الأعلى في العالم. وقد أدى هذا الارتفاع، إضافة إلى انخفاض تواجد وكالات الإغاثة على الأرض نتيجة لانعدام الأمن، إلى مزيد من الطلب على خدمات منظمة الصحة العالمية وشركائها، من أجل سد الفجوات الحرجة وضمان توافر خدمات معالجة الإصابات الرضحية والخدمات الجراحية، وكذلك خدمات الإحالة. وتم تقديم العلاج لما يزيد على 17 مليون حالة لمرضى مصابين بأمراض مزمنة، وأمراض سارية، وإصابات رضحية، وتقديم رعاية أولية وثانوية لأشخاص مصابين بأمراض مختلفة. وتم تقديم الدعم التقني، والمالي، و/أو المادي للشركاء في مجال الصحة في شمال سوريا، من أجل تقديم نحو 1,7 مليون مشورة طبية، وتوليد ما يقرب من 25 ألف طفل. وتبرعت المنظمة بمستلزمات جراحية لدعم نحو 2000 تدخل من التدخلات الجراحية الكبرى، وذلك في مستشفى يقع تحت الأرض، لمعالجة الرضوح.

وفي ليبيا، قدّمت المنظمة مجموعات أدوات علاج الرضوح ومجموعات الأدوات الصحية المستخدمة في حالات الطوارئ،

أيضاً إعداد حزمة محاكاة شاملة لدعم البلدان في اختبار خطة التأهب للطوارئ في قطاع الصحة. وتم إطلاع جميع البلدان على هذه الحزمة من أجل تسريع وتيرة عملية التخطيط.

وتم إيلاء اهتمام كبير لتعزيز قدرات المرافق الصحية والمستشفيات من أجل التأهب للطوارئ والاستجابة لمتعضياتها. ومن ناحية أخرى تم إعداد مقرر دراسي شامل عن إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث، وذلك دعماً لتدريب مديري المستشفيات في مجال تعزيز القدرات، وقد تم بالفعل تقديم الدورة التدريبية الأولى من هذا البرنامج. وتم أيضاً الانتهاء من أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم مستويات السلامة في المرافق الصحية، كما تمت ترجمتها إلى اللغتين العربية والفرنسية، بما يلبي الاحتياجات الإقليمية في هذا الشأن.

وعلى صعيد آخر، تم إعداد حزمة خاصة بالتدريب السابق للنشر، ويجري التخطيط لتقديم خمس دورات من هذا البرنامج، من أجل تعزيز القدرات لتلبية الاحتياجات المفاجئة في الإقليم. ويتم ربط ذلك بقائمة الخبراء الذين يجري نشرهم إبّان الأزمات الإنسانية.

تنفيذ الاستراتيجيات التي أقرتها اللجنة الإقليمية

تمت تقوية مجال الطوارئ في المكتب الإقليمي من خلال إعادة هيكلة فريق الطوارئ وتعزيز قدراته. وستكون هناك إعادة هيكلة أخرى، بحسب الاقتضاء، للتحقق من اتساق ذلك مع الإصلاحات العالمية التي أقرها المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير 2016. وتم افتتاح المركز الإقليمي لحالات الطوارئ الصحية واستئصال شلل الأطفال، في عمّان، في كانون الثاني/يناير 2016، من أجل مواصلة عمل المنظمة في مجال استئصال شلل الأطفال، وكذلك لضمان جاهزية المنظمة لمواجهة حالات الطوارئ المصنّفة بدرجات، وطوارئ الصحة العمومية.

وتم، في كانون الثاني/يناير 2016، تفعيل الصندوق الإقليمي للتضامن في حالات الطوارئ، بهدف ضمان تمويل يمكن التنبؤ

بها في ذلك تقديم الدعم للأطباء، والجراحين، وأطباء أمراض النساء، والأطباء النفسيين، واختصاصيي التغذية. وكذلك في العراق، تم تدريب ما يربو على 10 آلاف من المهنيين الصحيين، في مجالات ذات صلة بطب الطوارئ، كما تم نشر 58 من المهنيين الطبيين في مخيمات اللاجئين في شمال العراق.

وفي السياق ذاته، تم دعم بناء القدرات في كل من أفغانستان، والسودان، والصومال، وليبيا، سعياً إلى تعزيز قدرات العاملين الصحيين في المجالات ذات الصلة بخدمات الطوارئ، والخدمات التشخيصية، والترصد، والصحة النفسية، والوقاية من الأمراض ومكافحتها.

في هذه الأثناء، ما تزال المنظمة وقطاع الصحة/المجموعات الصحية في البلدان التي تواجه حالات طوارئ، تعاني من نقص التمويل. ففي عام 2015، تم تمويل متطلبات قطاع الصحة/المجموعات الصحية، في إطار خطط الأمم المتحدة للاستجابة لمتعضيات الطوارئ في ثمانية من بلدان الإقليم، بنسبة 39٪، في حين بلغت نسبة تمويل المتطلبات الخاصة بالمنظمة 36٪. ونتيجة لذلك، تم خفض العديد من البرامج والخدمات في الصومال والعراق، كما توقفت، لستة أشهر، خدمات العيادات المتنقلة الخاصة بالمجتمعات المحلية المعرضة للمخاطر في المنطقة ج، في الضفة الغربية.

إدارة المخاطر الصحية

بُغية توحيد إجراءات التأهب للطوارئ والاستجابة لمتعضياتها في البلدان، تم إعداد إطار عمل شامل للتأهب للطوارئ يعتمد نهج مواجهة جميع الأخطار، وذلك في اجتماع تشاوري تقني دولي، تم خلاله التأكيد على عشرة إجراءات ذات أولوية، يتعين تنفيذها على المستوى القطري، وتتوافق مع اللوائح الصحية الدولية. وتم، إثر ذلك، إجراء بحوث ميدانية في خمسة بلدان من أجل التحقق من فاعلية إطار العمل.

وتم إعداد حزمة عامة تشتمل على إجراءات عمل معيارية، لدعم أنشطة التخطيط للطوارئ من أجل التأهب ومواجهة مرض الإيبولا أو أي مرضٍ معدٍ آخر قد يقع في البلدان. وتم

والعاجلة للسكان، من النازحين ومن المجتمعات المحلية المستضيفة لهم. وتُدرِك المنظمة، على نحو مطّرد، أن الحلول للتحديات الصحية الكبرى تتطلب تنسيقاً جيداً وموسّعاً، وإجراءات ومشاركة من جانب القطاعات الأخرى. وإن أي استراتيجية صحية فعّالة تستتبع إشراك المجتمعات المحلية المتضررة نفسها، فضلاً عن أصحاب المصلحة المعنيين من مختلف التخصصات، والحكومة، والجهات الفاعلة غير الحكومية، والبرلمان. وهذا يشمل إقامة شراكات أكثر قوة مع السلطات الصحية، والمنظمات غير الحكومية، والقيادات المجتمعية، والانخراط مع المؤسسات الأكاديمية، وطلاب كليات الطب. ولكي تكفل الجهود بالنجاح، ستواصل المنظمة تقوية منظومة العمل الإنساني ودعم عملية الإصلاح الجارية من أجل تحسين طريقة عملها أثناء الطوارئ.

وتعمل المنظمة على تكثيف الدعوة إلى حماية العاملين في مجال الرعاية الصحية، وحماية المرافق الصحية، بحسب ما ينص عليه القانون الدولي، بما في ذلك اتفاقيات جنيف، وكذلك إتاحة حرية الوصول في البلدان التي تدور فيها صراعات.

به للاستجابات المفاجئة/ السريعة للكوارث الطبيعية أو التي هي من صنع الإنسان، في هذا الإقليم. وتم أيضاً، في 2015، تفعيل مركز المنظمة للخدمات اللوجستية، الذي أنشئ في المدينة العالمية للخدمات الإنسانية بديي، لضمان توفير الأدوية، والمستلزمات الطبية، والمعدات الطبية الحيوية في الوقت المناسب، لبلدان هذا الإقليم وما وراءه.

في هذه الأثناء، تم تشكيل فريق استشاري إقليمي معني بالتأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها، بهدف توفير المشورة بصورة مستقلة للمدير الإقليمي، ومساعدته فيما يختص بالسياسات والأمر الاستراتيجية. وتم التوسّع في قائمة الخبراء الداخليين والخارجيين في مجال الاستجابة السريعة في الإقليم، من أجل النشر في حالات الطوارئ، وذلك من خلال برامج التدريب السابق للنشر في مجال الصحة العمومية والتبليغ عن المخاطر.

وفي ظل تواصل عبور الطوارئ للحدود، يتعيّن التحقق من اتباع نهج أكثر تنظيماً وأكثر فاعلية، سواء داخل البلدان أو عبّر الإقليم، للاستجابة للاحتياجات الصحية للمجموعات السكانية المتضررة، وكذلك لضمان استمرار النظم الصحية في جميع البلدان المتضررة في تقديم الخدمات الصحية الماسّة

تنفيذ الإصلاحات الإدارية لمنظمة الصحة العالمية

البرامج ووضع الأولويات

واصلت المنظمة تعزيز تنفيذها للإصلاح في مجاليّ استراتيجية البرامج ووضع الأولويات، بهدف تحسين الحصائل الصحية على الصعيدين العالمي والإقليمي من خلال التركيز على ما تتمتع به المنظمة من مزايا نسبية. ومن جانبه، دعم المكتب الإقليمي الجوانب الاستراتيجية لعمل المنظمة على المستوى القطري من خلال الاتصال المنتظم بالمكاتب القطرية للمنظمة والجهات صاحبة المصلحة المعنية في الإقليم بشأن إعداد استراتيجيات التعاون القطري ورصد تنفيذها وتقييمها. وأُعلن عن البدء في تنفيذ دلائل إرشادية جديدة لاستراتيجيات التعاون القطري. كما وضعت مجموعة رائدة أولية من أربعة بلدان، وقُدِّم لها التدريب على استخدام هذه الدلائل الإرشادية الجديدة، التي تؤيد تعزيز الملكية الوطنية للاستراتيجيات وتدعم إجراء عملية تشاورية وشاملة للجميع عند التفاوض بشأن هذه الاستراتيجيات وإعدادها. كما عزّز المكتب الإقليمي إقامة الشراكات مع المؤسسات الأخرى مثل جامعة الدول العربية، ومجموعة الأمم المتحدة الإنمائية الإقليمية، ومنظمة التعاون الإسلامي، ومنظمات وهيئات الأمم المتحدة الإقليمية ونُفذت عملية التخطيط التشغيلي من القاعدة إلى القمة في وقت مناسب قبل انطلاق الحوار الخاص بتمويل منظمة الصحة العالمية الذي عُقد في تشرين الثاني/نوفمبر 2015، ومن ثم كان من الممكن البدء في تنفيذ هذا التخطيط في وقت مبكر بدرجة متساوية بالنسبة للثلاثية 2016-2017.

وأظهرت نتائج التقارير التي أُعدت عند نهاية الثنائية حول تقييم أداء الميزانية البرمجية للثنائية 2014-2015 أن الميزانية الأساسية الإقليمية، وقيمتها 268 مليون دولار أمريكي، قد تم تمويلها عند مستوى 84% في حين مَوَّل 89% من الميزانية المُخصَّصة لحالات الطوارئ وقدرها 585 مليون دولار أمريكي. وبلغ استخدام الميزانية البرمجية الأساسية (المصروفات والأعباء)

Photo: ©League of Arab States



↑ منظمة الصحة العالمية وجامعة الدول العربية توحدان الجهود في
مشاورة إقليمية لتعزيز دور منظمات المجتمع المدني في الصحة وخطة
التنمية المستدامة، القاهرة، آب/أغسطس 2015

83%، كما وصل استخدام التمويل الفعلي المتاح إلى 99%. أما استخدام الميزانية في برنامج الطوارئ بالنسبة للإقليم فقد بلغ 85% في المجمل، ووصل استخدام التمويل إلى 96%، ليرتفع بذلك إجمالي استخدام المنظمة للتمويل على المستوى الإقليمي إلى 97% بنهاية الثنائية. وشهد الاستثمار في الأعمال التي تحظى بالأولوية على المستوى القطري ضخ 85% من التمويل المرن المُخصَّص للأولويات القطرية.

كما ارتفع كذلك إنجاز النواتج التقنية، لاسيما عند النظر إليها في مقابل الجهود المتواصلة التي تبذلها المكاتب الإقليمية والمكاتب القطرية من أجل الاستجابة لأوضاع الطوارئ المدفوعة بالأحداث، مع إنجاز 78% من النواتج إنجازاً كاملاً، أما النسبة المتبقية وقدرها 22% فقد أنجزت جزئياً.

لقد كان المكتب الإقليمي شريكاً فاعلاً في تعزيز شبكات الفئات ومجالات البرامج العالمية التي أسهمت في تحقيق الترابط البرنامجي والتقني على المستويات العالمية والإقليمية والقطرية. ولعب كل من شبكات الفئات ومجالات البرامج دوراً رئيسياً في المواءمة بين الأولويات المُستقاة من عملية التخطيط على المستوى القطري من القاعدة إلى القمة والالتزامات المنثقة، ضمن جملة أمور، من القرارات الإقليمية والعالمية، على النحو الذي يضمن أن تكون خطط العمل شاملة ومكتملة.

على الموارد المتاحة والحاجة إلى تيسير التركيز الاستراتيجي للبرنامج.

الحَوَكَمَة

حفاظاً على ما جرت به العادة في السنوات القليلة الماضية، عُقدت قُبيل جمعية الصحة العالمية اجتماع رفيع المستوى ضم وزراء الصحة وممثلي الدول الأعضاء والبعثات الدائمة في جنيف. وما فتئت هذه الاجتماعات تتيح فرصة سانحةً يتم فيها مع وزراء الصحة وكبار المسؤولين الحكوميين استعراض التقدم المُحرز في بلوغ الأولويات الرئيسية منذ اللجنة الإقليمية السابقة، وتعزيز مشاركة الدول الأعضاء في المناقشات العالمية الدائرة حول الصحة وإصلاح منظمة الصحة العالمية. كما أتاحت الاجتماعات اليومية التي عُقدت أثناء المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية فرصاً إضافية للدول الأعضاء بإقليم شرق المتوسط حتى تتفاعل وتتفق على المواقف المشتركة التي تؤثر على الإقليم.

وأقرت اللجنة الإقليمية، في دورتها الثانية والستين التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2015، خمسة قرارات تتعلق

وتمهيداً لإقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر 2015 لخطة التنمية الجديدة للفترة 2016-2030 التي تم الإعراب عنها في صورة 17 هدفاً من أهداف التنمية المستدامة، منها هدف خاص بالصحة (الهدف 3) تندرج تحته 13 غاية، شرع المكتب الإقليمي في العمل على إعداد الخطط من أجل معالجة جدول الأعمال غير المُنجز من الأهداف الإنمائية للألفية وتنفيذ خطة أهداف التنمية المستدامة المتكاملة. وقد عُرِضت ورقة حول هذا الموضوع على اللجنة الإقليمية في دورتها الثانية والستين.

وفي إطار الاستعراضات البرنامجية الدورية المستمرة، عُقدت مشاورات للخبراء في مطلع عام 2016 حول البرنامج العربي العالمي. واستعرض المشاركون في هذه المشاورة، ممن لديهم خبرة في مجالات الترجمة والنشر والصحة العمومية، عمل البرنامج وما حققه من إنجازاتٍ على مدار العُقدين الماضيين. وأوصى المشاركون بضرورة تركيز موارد البرنامج العربي العالمي على ترجمة إصدارات المنظمة التي تدور حول المجالات الاستراتيجية ذات الأولوية، وعلى تحديث المعجم الطبي الموحد، وذلك مع مراعاة السياق الحالي والضغط الملقاة



Photo: ©WHO

↑ انعقاد الدورة الثانية والستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في الكويت

توصية من توصيات المراجعة. حصل ذلك في الوقت الذي رَحَّب فيه المكتب الإقليمي بعددٍ غير مسبوق من بعثات المراجعة إلى الإقليم (سبع بعثات أُوفِدت بعثتان منها إلى المكتب الإقليمي) خلال السنة نفسها. وانتهت جميع عمليات المراجعة إلى تقديرات إما مُرضية أو مُرضية جزئياً، مما يُظهر تحسُّناً واضحاً في تنفيذ الضوابط مقارنة بالعام الماضي، والتزاماً عميقاً بعدم التسامح نهائياً مع أي حالة من حالات عدم الامتثال عبر الإقليم.

ونفَّذ المكتب الإقليمي عدداً من المبادرات خلال الشائيتين الفاتتتين التي ثبتت جدواها للأقاليم الأخرى أيضاً. ومن هذه المبادرات: تحديد دور خاص للامتثال وإدارة المخاطر؛ وتحسين رصد الامتثال وإعداد التقارير من خلال أدوات المتابعة؛ وإبرام اتفاقات المساءلة مع مديري مراكز الميزانية والمسؤولين الإداريين ترتبط بآليات إدارة الأداء؛ واستبيانات التقييم الذاتي للمديرين دعماً لتأكيدات الإدارة بشأن الرقابة الداخلية؛ ومبادرات بناء القُدُرات مثل برنامج التدريب المتكامل لمراكز الميزانية ومنتديات الامتثال والكثير من المبادرات التوعوية الأخرى؛ وتنفيذ المشروعات الرائدة كأساس للاستعراضات البرنامجية والإدارية؛ وإنشاء قُدُرات دعم إضافية لتلبية الاحتياجات المفاجئة مع إيلاء اهتمام خاص إلى البلدان التي تشهد حالات طوارئ؛ والقيام بزيارات مُوجَّهة إلى البلدان من أجل تقديم الدعم الميداني؛ وتعزيز الدعم الإداري المُقدَّم لأغراض التأهب للطوارئ والاستجابة لها، بما في ذلك إنشاء صندوق تضامن إقليمي.

وسوف تتصدَّى المنظمة لعددٍ من التحديات النوعية خلال الشائيتين 2016-2017 منها الحاجة إلى بناء قُدُرات المؤسسات لدعم الدول الأعضاء حتى تظل متوائمة مع المتطلبات المتغيرة؛ وتعزيز وجهات النظر على المستوى القطري في الاستجابة لحالات الطوارئ الحادة والممتدة؛ والنظر في نشر فرق الاستجابة للطوارئ وتنفيذ الأعمال على أساس مبدأ عدم الندم؛ وإنشاء سجل للمخاطر الإقليمية إضافة إلى سجل المخاطر المؤسسية؛ ومواصلة التحسين في المساءلة والضوابط على النحو الوارد في الأطر التنظيمية.

بالأولويات الاستراتيجية للإقليم. وقد حُصِّص اليوم السابق على انطلاق اللجنة الإقليمية مباشرة لعقد اجتماعات تقنية تناقش القضايا الجارية التي تحظى بالأهمية. وعُرِضت النتائج التي أسفرت عنها المناقشات على اللجنة الإقليمية للتباحث بشأنها أكثر، متى كان ذلك ملائماً. وهذه الآلية، التي تنبثق عن النظام الداخلي المُنتج الذي اعتمده اللجنة الإقليمية في دورتها التاسعة والخمسين، أثبتت التجربة أنها منتدَى مفيدٌ لإجراء مناقشات تقنية رفيعة المستوى مع الدول الأعضاء.

الإدارة

واصل المكتب الإقليمي إعداد أدوات أساسية من أجل تعزيز عملية إصلاح المنظمة، مع إيلاء اهتمام خاص إلى الإصلاح الإداري، وذلك من خلال العمل عن كثب مع جميع المستويات الأخرى للمنظمة بغية تحقيق الأهداف الواردة في برنامج العمل العام الثاني عشر. كما استمر المكتب الإقليمي في تحسين قُدُراته على التخطيط والتنبؤ والتنفيذ والرصد والتقييم بهدف رفع كفاءة الاستفادة من الموارد المحدودة وتوزيعها بكفاءة أكثر، حتى تكون المنظمة أوفى بالغرض المنشود منها في الإقليم.

وقد عزَّز المكتب الإقليمي ثقافة المساءلة استكمالاً للإجراءات الإدارية المرتبطة بعملية الإصلاح والتي تتصل بتقلُّل الموظفين وتناوبهم، وإدارة الأداء، وتخطيط الموارد البشرية وإدارتها. وتمحورت جهود التحسين حول المساءلة والضوابط مع التركيز على المجالات الخمس للامتثال التي ورد ذكرها مراراً وتكراراً في ملاحظات عمليات المراجعة الداخلية والخارجية التي أُجريت في السنوات السابقة؛ وهذه المجالات الخمس هي: المساهمات المالية المباشرة، والتنفيذ المباشر، وأوامر شراء السلف، وقوائم جرد الأصول، والترتيبات التعاقدية لغير الموظفين. وجرى رصد هذه المجالات بدقة طيلة العام من خلال أدوات لمتابعة الامتثال كل شهر. وبنهاية العام تحققت بالكامل الهدف المُتمثَّل في تقليل ملاحظات عمليات المراجعة إلى أدنى حد وإقفال جميع ملاحظات عمليات المراجعة التي لم تُقفل منذ مدة طويلة، إذ أُقفل أكثر من 230

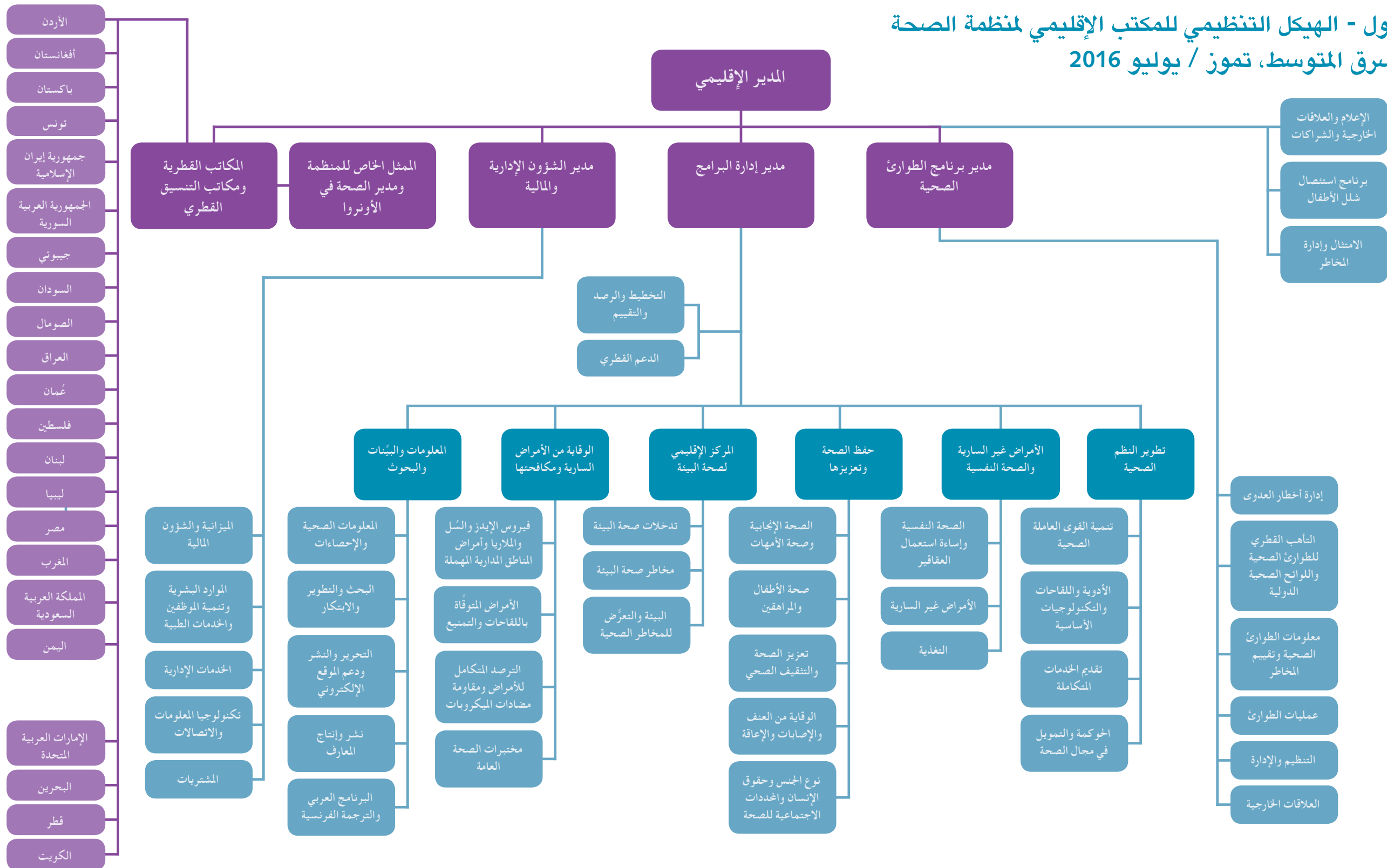
الخاتمة

الأعضاء؛ وهي الأهداف التي اعتمدها الأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر 2015؛ وهي أهداف شاملة في نطاقها وسيكون لها، إن تحققت، بالغ الأثر على التنمية الصحية في الإقليم والعالم بأسره. وقد أعدت هذه الأهداف وغايتها المنشودة ضمان «ألا يتخلف أحد عن الركب». وفي حين أن الهدف الثالث هو الهدف الرئيسي المعني بالصحة من بين أهداف التنمية المستدامة، فإن جميع الأهداف ذات أهمية، من الناحية العملية، بالنسبة للتنمية الصحية، كما أن الهدف الثالث في حد ذاته عنصر من العناصر الأساسية التي تقوم عليها التنمية المستدامة، وتأتي في صميم هذا الهدف التغطية الصحية الشاملة، في الوقت الذي سيظل فيه تعزيز النظم الصحية الركيزة الأساسية لجميع أعمالنا. دعونا نتحد في التزامنا تجاه الصحة في الإقليم.

كان عام 2015، دونما شك، عاماً مشحوناً بتحديات جسام واجهتها الدول الأعضاء وأعمال المنظمة في الإقليم، كما كان عاماً للإنجازات. وبرغم ذلك، وبسبب وضوح الرؤيا حول الاحتياجات والقدرة على مضاعفة جهودنا الجماعية، فقد تمكنا من تلبية الاحتياجات الناشئة وواصلنا، في الوقت ذاته، الالتزام بتنفيذ برنامج الأولويات الاستراتيجية الذي حرصنا عليه منذ عام 2012. وآمل أن ينجح هذا التقرير في تسليط الضوء على التقدم المُحرز والتحديات المستمرة.

وبينما نمضي قدماً، سوف تصبح أهداف التنمية المستدامة أحد العوامل ذات التأثير الأكبر على عمل المنظمة مع الدول

المُلحق الأول - الهيكل التنظيمي للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، تموز / يوليو 2016



الملحق الثاني

(أ) الموظفون المهنيون في إقليم شرق المتوسط وأعدادهم وجنسياتهم كما هي عليه في 31 كانون الأول / ديسمبر 2015

المجموع	قُطري	موظف إقليمي / بلداني	الجنسية
18	4	14	مصر
11	3	8	باكستان
11	5	6	الولايات المتحدة الأمريكية
8	1	7	المملكة المتحدة
7	1	6	لبنان
7	4	3	السودان
7	3	4	تونس
6	2	4	الأردن
5	3	2	بلجيكا
5	-	5	كندا
5	2	3	ألمانيا
5	-	5	جمهورية إيران الإسلامية
5	4	1	اليمن
4	2	2	الهند
4	2	2	العراق
4	-	4	المغرب
4	-	4	عديمو الجنسية
4	1	3	الجمهورية العربية السورية
3	1	2	بنغلاديش
3	2	1	إيطاليا
3	2	1	هولندا
3	1	2	الصومال
3	-	3	سويسرا
2	2	-	أفغانستان
2	1	1	الدانمرك
2	2	-	إثيوبيا
2	-	2	فنلندا
2	1	1	فرنسا
2	2	-	كينيا
2	1	1	إسبانيا
2	2	-	أوغندا
1	1	-	الجزائر
1	-	1	أرمينيا
1	1	-	النمسا
1	1	-	أستراليا

الجنسية	موظف إقليمي / بلداني	قطري	المجموع
البحرين	1	-	1
إريتريا	-	1	1
جورجيا	-	1	1
هنغاريا	1	-	1
آيرلندا	1	-	1
اليابان	-	1	1
ملاوي	1	-	1
نيوزيلندا	1	-	1
النرويج	-	1	1
رومانيا	-	1	1
المملكة العربية السعودية	-	1	1
السنغال	1	-	1
سري لانكا	-	1	1
السويد	-	1	1
تنزانيا	-	1	1
ترينيداد وتوباغو	-	1	1
تركيا	1	-	1
المجموع	105	67	172

ملاحظة: الأرقام المذكورة أعلاه: (أ) لا تشمل الموظفين الحاصلين على إجازات بدون أجر، ولا الموظفين الأقالبيين العاملين في المكتب الإقليمي، (ب) تمول مرتبات هؤلاء الموظفين من جميع المصادر.

(ب) الموظفون المهنيون من الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط بحسب عددهم وجنسياتهم كما هو عليه الحال في 31 كانون الأول / ديسمبر 2015

البلد	قائمة أولويات التوظيف العالمية ¹	المجال العالمي ²	المجموع في منظمة الصحة العالمية	المجموع في إقليم شرق المتوسط
مصر	ج	012-003	30	18
باكستان	ج	014-005	24	11
جمهورية إيران الإسلامية	ج	012-004	15	5
لبنان	ج	008-001	13	7
السودان	ج	010-001	13	7
الأردن	ج	008-001	11	6
تونس	ج	008-001	10	7
المغرب	ب1	010-001	9	4
العراق	ب1	009-002	6	4
اليمن	ب1	008-001	5	5
الجمهورية العربية السورية	ب1	008-001	4	4
الصومال	ب2	008-001	4	3
أفغانستان	ب1	008-001	2	2

البلد	قائمة أولويات التوظيف العالمية ¹	المجال العالمي ²	المجموع في منظمة الصحة العالمية	المجموع في إقليم شرق المتوسط
المملكة العربية السعودية	أ	011-005	2	1
البحرين	ب1	007-001	1	1
جيبوتي	ب1	007-001	1	-
مجموع الموظفين من جنسيات الإقليم			150	85
مجموع الموظفين من جنسيات أخرى			1895	87
المجموع الكلي			2045	172

ملاحظة: الأرقام المذكورة أعلاه: (أ) لا تشمل الموظفين الحاصلين على إجازات بدون أجر، ولا الموظفين الأقاليميين العاملين في المكتب الإقليمي، (ب) تمول مرتبات هؤلاء الموظفين من جميع المصادر.

- ¹ أ البلدان التي يتعين تشجيع تعيين مواطنيها في الوظائف المهنية، بوصفها أولوية أولى.
ب1 البلدان التي يتعين تشجيع تعيين مواطنيها في الوظائف المهنية، بوصفها أولوية ثانية.
ب2 البلدان التي يُسمح بتعيين مواطنيها في الوظائف المهنية.
ج البلدان التي يُقَدَّر تعيين مواطنيها في الوظائف المهنية.
² المجال الراهن للتوظيف المسموح به على أساس الاشتراكات المقدَّرة.

الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط، 2015

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

الاجتماعات التنظيمية والاستشارية

- المشاوَرَة الأولى للجنة الاستشارية الإقليمية للأمراض غير السارية، وقانون الصحة العمومية، القاهرة، مصر، 11 - 12 شباط/ فبراير 2015
- الاجتماع التاسع والعشرون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط المعنية بالإشهاد على استئصال شلل الأطفال، مسقط، عُمان، 19 - 21 نيسان/ أبريل 2015
- الاجتماع الأول للجنة التوجيهية الإقليمية وفرقة العمل المعنية بمقاومة مضادات الميكروبات، القاهرة، مصر، 26 - 28 نيسان/ أبريل 2015
- الاجتماع الحادي والعشرون للفريق العامل الإقليمي لشرق المتوسط المعني بالتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، جيبوتي، جيبوتي، 27 - 29 نيسان/ أبريل 2015.
- الاجتماع الخامس للجنة الضوء الأخضر الإقليمية لشرق المتوسط، القاهرة، مصر، 25 - 26 أيار/ مايو 2015
- اجتماع الفريق الاستشاري التقني المعني باستئصال شلل الأطفال في أفغانستان، إسلام آباد، باكستان، 1 - 2 حزيران/ يونيو 2015
- اجتماع الفريق الاستشاري التقني المعني باستئصال شلل الأطفال في باكستان، إسلام آباد، باكستان، 4 - 5 حزيران/ يونيو 2015
- اجتماع اللجنة الاستشارية لشرق المتوسط المعنية بالبحوث الصحية، القاهرة، مصر، 6 - 7 تموز/ يوليو 2015
- اجتماع لجنة شرق المتوسط لاستعراض أخلاقيات البحوث، القاهرة، مصر، 6 - 7 أيلول/ سبتمبر 2015
- الاجتماع الثالث للجنة المجموعة الاستشارية التقنية للمدير الإقليمي، القاهرة، مصر، 10 - 11 أيلول/ سبتمبر 2015
- الدورة الثانية والستون للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، الكويت، 5 - 8 تشرين الأول/ أكتوبر 2015

المشاوَرَات

- الاجتماع الإقليمي الثالث للأطراف المعنية، لاستعراض تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) مع التركيز بوجه خاص على الإيبولا، القاهرة، مصر، 11 - 13 كانون الثاني/ يناير 2015، تونس العاصمة، تونس، 5-4 شباط/ فبراير 2015
- مراجعة الاستجابة لفاشية شلل الأطفال في الشرق المتوسط، لبنان، بيروت، 26 - 27 كانون الثاني/ يناير 2015
- حلقة عمل استشارية حول تقديرات الأمم المتحدة لوفيات الأطفال والأمهات، تونس العاصمة، تونس، 9 - 11 شباط/ فبراير 2015
- الاجتماع الاستشاري بشأن التخطيط الاستراتيجي للقضاء على السل، القاهرة، مصر، 10 - 12 شباط/ فبراير 2015
- مشاوَرَة تقنية بشأن استئصال شلل الأطفال في باكستان، إسلام آباد، باكستان، 14 - 15 شباط/ فبراير 2015
- اجتماع لفريق الخبراء بشأن التعليم الطبي، القاهرة، مصر، 9 آذار/ مارس 2015
- مشاوَرَات لاستكمال الإطار الاستراتيجي للإدارة الإقليمية المتكاملة للنواقل، القاهرة، مصر، 11 - 12 آذار/ مارس 2015
- مشاوَرَة للخبراء بشأن توسيع التغطية الصحية الشاملة للقطاع غير الرسمي والجماعات الضعيفة في إقليم شرق المتوسط، الرباط، المغرب، 15 - 16 مارس 2015
- الاجتماع الثاني لفرقة العمل المعنية بالصحة الإلكترونية، القاهرة، مصر، 19 - 20 آذار/ مارس 2015
- مشاوَرَة تقنية حول الحد من الملح والدهون في إقليم شرق المتوسط، تونس العاصمة، تونس، 30 - 31 آذار/ مارس 2015
- اجتماع الفريق العامل غير الرسمي المعني بتعزيز الرعاية السابقة للحمل في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 5 - 7 نيسان/ أبريل 2015

المُلحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط، 2015 (تابع)

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

المشاورات

- مشاورة للخبراء حول إعداد استراتيجية إقليمية للمستشفيات وبناء قُدرات مديريها، مقرّ المكتب الإقليمي، القاهرة، مصر، 6 - 7 نيسان/ أبريل 2015.
- مشاورة إقليمية بشأن الحدّ من الإجحاف الصحي في إقليم شرق المتوسط من خلال الإجراءات الخاصة بالمحدّدات الاجتماعية للصحة، طهران، جمهورية إيران الإسلامية، 21 - 23 نيسان/ أبريل 2015
- مشاورة منظمة الصحة العالمية لاستعراض مُسوّدة خطة العمل العالمية لتعزيز دور النظام الصحي في التصديّ للعنف بين الأفراد (وخصوصاً ضد النساء والفتيات وضد الأطفال)، القاهرة، مصر، 27 - 28 نيسان/ أبريل 2015
- المشاورة الإقليمية بشأن الأمراض غير السارية والصحة العمومية، القاهرة، مصر، 2 - 4 أيار/ مايو 2015
- الاجتماع العلمي الدولي بشأن متلازمة الشرق الأوسط التنفسية لفيروس كورونا، القاهرة، مصر، 5 - 6 أيار/ مايو 2015
- مشاورة للخبراء بشأن تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية من خلال تنفيذ مؤشرات الجودة ومعاييرها، القاهرة، مصر، 11 - 12 أيار/ مايو 2015
- الاجتماع الأخير لمرفق البيئة العالمي، عمّان، الأردن، 20 - 21 أيار/ مايو 2015
- اجتماع موسّع لمجلس تحرير المجلة الصحية لشرق المتوسط، القاهرة، مصر، 6 - 7 حزيران/ يونيو 2015
- المشاورة الإقليمية بشأن الوقاية من فرط الوزن والسمنة في مرحلة الطفولة ومكافحتها في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 2 - 3 تموز/ يوليو 2015
- المشاورة التقنية بشأن تخفيض مدخول السكر في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 26 - 27 تموز/ يوليو 2015
- المشاورة المشتركة بين منظمة الصحة العالمية وجامعة الدول العربية المشاورة الإقليمية لتعزيز دور منظمات المجتمع المدني في مجال الصحة وجدول أعمال التنمية المستدامة في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 23 - 24 آب/ أغسطس 2015
- جلسة لاستثارة الأفكار بشأن مبادرة «ما هو المطلوب الآن في مكافحة التبغ»، القاهرة، مصر، 7 - 8 أيلول/ سبتمبر 2015
- المشاورة التقنية بشأن التأهب لجميع مخاطر الطوارئ في إقليم شرق المتوسط: تطبيق الدروس المستفادة من خطة العمل التشغيلية، القاهرة، مصر، 8 - 10 أيلول/ سبتمبر 2015
- المنتدى المفتوح حول التصديّ للتسويق دون قيود للأغذية والمشروبات غير الصحية للأطفال في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 13 - 14 أيلول/ سبتمبر 2015
- اجتماع لفريق الخبراء حول إدارة المياه وتأمين الاحتياجات المائية لحماية الصحة، عمّان، الأردن، 14 - 17 أيلول/ سبتمبر 2015
- مشاورة للخبراء بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 18 - 19 أيلول/ سبتمبر 2015
- الاجتماع الرابع عشر للبرنامج الإقليمي لفريق الاستعراض المعني بالقضاء على داء الخيطيات الليمفاوية والبرامح الأخرى للعلاج الكيميائي الوقائي، القاهرة، مصر، 12 - 14 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- اجتماع المتابعة للمنسّفين الوطنيين المعنيين بتنفيذ الاحتواء لفيروس شلل الأطفال، بيروت، لبنان، 13 - 14 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- اجتماع لإنشاء شبكة إقليمية للإنذار بحدوث الفاشيات ومواجهتها، الدار البيضاء، المغرب، 19 - 21 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- اجتماع لاستعراض المرحلة الثالثة من التصديّ لفاشية شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط، بيروت، لبنان، 22 - 23 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- الاجتماع الأول للخبراء في أفريقيا والشرق الأوسط وحلقة العمل بشأن الآثار الصحية للغبار المنقول بالهواء، عمّان، الأردن، 2 - 5 تشرين الثاني/ نوفمبر 2015

الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط، 2015 (تابع)

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

المشاورات

الاجتماع الاستشاري بشأن النهج الاستراتيجي للتأهب للكوليرا والتصدي لها في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 17 - 19 تشرين الثاني/نوفمبر 2015

مشاورّة للخبراء بشأن إعداد الدلائل الإرشادية المُسنّدة بالبيّنات ومواءمتها لإقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 18 - 19 تشرين الثاني/نوفمبر 2015

اجتماع فريق الخبراء حول تنظيم المرضين والقابلات والفنّيّين الصحيّين المساعدين، القاهرة، مصر، 8 - 10 كانون الأول/ديسمبر 2015
مشاورّة بشأن تحديث المعايير والإطار التنفيذي من أجل تعزيز الصحة في المدارس في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 19 - 20 كانون الأول/ديسمبر 2015

الاجتماعات المشتركة بين البلدان

الاجتماع البلدي السابع عشر لمديري مختبرات شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 26 - 28 كانون الثاني/يناير 2015
الاجتماع المشترك بين البلدان لمديري مختبرات الصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط، تونس العاصمة، تونس، 24 - 27 شباط/فبراير 2015

الاجتماع المعني بتعزيز الرعاية السابقة للحمل في إقليم شرق المتوسط، مسقط، عمّان، 25 - 27 آذار/مارس 2015
اجتماع المديرين الوطنيين المعنيّين بصحة الأمهات والولدان والأطفال: التصديّ للأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات والولدان والأطفال، عمّان، الأردن، 29 آذار/مارس - 2 نيسان/أبريل 2015

الاجتماع الإقليمي لسلامة الأغذية، عمّان، الأردن، 5 - 7 نيسان/أبريل 2015

الاجتماع البلدي حول تقوية استجابة الصحة العمومية لتعاطي مواد الإدمان في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 14 - 16 نيسان/أبريل 2015

الاجتماع السنوي الثالث لتوسيع نطاق تنفيذ الإعلان السياسي للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، القاهرة، مصر، 27 - 29 نيسان/أبريل 2015 وبيروت، لبنان، 27 - 28 حزيران/يونيو 2015

الاجتماع الثالث للمراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 29 - 30 نيسان/أبريل 2015
اجتماع للمنسّقين الوطنيين المعنيين باحتواء فيروس شلل الأطفال بناء على خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية للحدّ من فيروس شلل الأطفال المرتبط بالمرافق، تونس العاصمة، تونس، 12 - 13 مايو 2015

المنتدى الإقليمي حول التمريض: مستقبل التمريض والقبالة في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 24 أيار/مايو 2015

الاجتماع المشترك بين البلدان حول التغذية، عمّان، الأردن، 7 - 9 حزيران/يونيو 2015

الاجتماع الإقليمي حول بلوغ الغاية العالمية المتمثلة في خفض تعاطي التبغ بنسبة 30٪ بحلول عام 2025، تونس العاصمة، تونس، 8 - 9 حزيران/يونيو 2015

الاجتماع الأول للمنسّقين الوطنيين لبرامج التهاب الكبد، القاهرة، 8 - 10 حزيران/يونيو 2015

اجتماع حول البدائل المستدامة لمبيد ثنائي كلورو ثنائي فينيل ثلاثي كلورو الإيثان (دي دي تي) وتقوية القُدّرات الوطنية لمكافحة النواقل في إقليم شرق المتوسط، طهران، جمهورية إيران الإسلامية، 9 - 11 حزيران/يونيو 2015

الاجتماع الإقليمي بشأن سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط: من التقييم إلى التحسين، تونس العاصمة، تونس، 14 - 16 حزيران/يونيو 2015

اجتماع للجمعيات والمؤسسات الوطنية المعنية بالصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 29 - 30 حزيران/يونيو 2015

المُلحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط، 2015 (تابع)

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

الاجتماعات المشتركة بين البلدان

- الاجتماع المشترك بين البلدان حول برنامج الحوكمة الرشيدة للأدوية لبلدان المرحلة الأولى في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 16 - 19 آب/ أغسطس 2015
- الاجتماع الإقليمي بشأن تعزيز الشراكة مع منظمات المجتمع المدني من أجل الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، القاهرة، مصر، 1 - 2 أيلول/ سبتمبر 2015
- الاجتماع الإقليمي حول توسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة لتشمل القطاع غير الرسمي، والفئات المعرّضة للمخاطر في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 1 - 3 أيلول/ سبتمبر 2015
- الاجتماع السادس عشر لمديري البرامج الوطنية لمكافحة السل في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 6 - 8 أيلول/ سبتمبر 2015
- الاجتماع الإقليمي بشأن ترصّد الآثار الدوائية الضارة في إقليم شرق المتوسط، الرباط، المغرب، 7 - 10 أيلول/ سبتمبر 2015
- الاجتماع الثالث المشترك بين البلدان بشأن شبكة شرق المتوسط لترصّد عدوى الجهاز التنفسي الحادة، عمّان، الأردن، 14 - 16 أيلول/ سبتمبر 2015
- قمة «عين على الأرض» لعام 2015، أبوظبي، الإمارات العربية المتحدة، 6 - 8 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- الاجتماع الرابع المشترك بين البلدان للعاملين في مكافحة شلل الأطفال، عمّان، الأردن، 18 - 20 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- الاجتماع المشترك بين البلدان السنوي حول تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، القاهرة، مصر، 26 - 28 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- الاجتماع الثالث والعشرين المشترك بين البلدان لمديري البرامج الوطنية للإيدز، بيروت، لبنان، 27 - 29 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
- الاجتماع الحادي عشر المشترك بين البلدان لمديري البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا ببلدان إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 22 - 24 تشرين الثاني/ نوفمبر 2015
- الاجتماع المشترك بين البلدان بشأن تحليل مياه الشرب والإصحاح والنظافة وتقييمهم في إقليم شرق المتوسط، عمان، الأردن، 24 - 26 تشرين الثاني/ نوفمبر 2015
- الاجتماع السابع المشترك بين البلدان لمديري البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا ببلدان شبكة القرن الأفريقي لرصد المعالجة بمضادات الملاريا وشبكة الملاريا في باكستان وجمهورية إيران الإسلامية وأفغانستان، عمّان، الأردن، 25 - 26 تشرين الثاني/ نوفمبر 2015
- الاجتماع التاسع المشترك بين البلدان للمديرين الوطنيين للبرنامج الموسّع للتمنيع، والاجتماع السادس عشر المشترك بين البلدان بخصوص مكافحة الحصبة الألمانية والقضاء عليها، عمّان، الأردن، 29 تشرين الثاني/ نوفمبر - 3 كانون الأول/ ديسمبر 2015.
- اجتماع بشأن الوقاية من حمى القرم- الكونغو النزفية ومكافحتها في إقليم شرق المتوسط، مسقط، عُمان، 7 - 9 كانون الأول/ ديسمبر 2015
- الاجتماع الإقليمي بشأن اعتماد المبادئ والممارسات الخاصة بالرعاية الصحية، القاهرة، مصر، 13 - 15 كانون الأول/ ديسمبر 2015

حلقات العمل والدورات التدريبية

- حلقة عمل حول بناء القدرات الإقليمية في مجال رصّد الإجهاف الصحي في البيانات الصحية الوطنية، القاهرة، مصر، 22 - 25 شباط/ فبراير عام 2015
- الندوة الرابعة حول الدبلوماسية الصحية، القاهرة، مصر، 2 - 4 أيار/ مايو 2015
- حلقة العمل الإقليمية المعنية بالشراء الاستراتيجي من أجل بلوغ التغطية الصحية الشاملة: سبل تنفيذ طُرُق مبتكرة لدفع مستحقات مُقدّمي الخدمة، القاهرة، مصر، 10 - 12 حزيران/ يونيو 2015
- حلقة العمل التدريبية حول الإدارة الآمنة لنفايات الرعاية الصحية ومن ضمنها النفايات المُعدية والشديدة العدوى الناتجة عن المرافق الصحية، عمّان، الأردن، 27 - 29 تموز/ يوليو 2015

الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط، 2015 (النهائية)

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

حلقات العمل والدورات التدريبية

حلقة عمل لبناء قدرات حول دور القطاع الخاص في المُضي نحو التغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 9 - 12 آب/ أغسطس 2015

حلقة عمل بشأن الدلائل الإرشادية لاستراتيجيات التعاون القطري الجديدة، القاهرة، مصر، 30 آب/ أغسطس - 1 أيلول/ سبتمبر 2015

حلقة عمل بشأن وسائل الإعلام وحملات التسويق للنشاط البدني، عمّان، الأردن، 23 - 25 أيلول/ سبتمبر 2015

حلقة التدريب والاعتماد المشترك بين البلدان بشأن جمع العينات المخبرية لفيروس الإنفلونزا وسائر الفيروسات التنفسية المُسببة للجوائح وطرق نقلها وشحنها وفقاً لأنظمة اتحاد النقل الجوي الدولي، القاهرة، مصر، 12 - 14 تشرين الأول/ أكتوبر 2015

حلقة العمل المشتركة بين البلدان بشأن التقييم الذاتي للسلطة التنظيمية الوطنية، عمّان، الأردن، 25 - 27 تشرين الأول/ أكتوبر 2015
الدورة التدريبية في موقع العمل بشأن ممارسة صحة الأسرة لكبار المديرين الإقليميين، اليرموك، الكويت، 15 - 18 تشرين الثاني/ نوفمبر 2015

الجزء الثاني من برنامج القيادة الصحية، مسقط، 15 - 17 تشرين الثاني/ نوفمبر 2015

دورة تدريبية حول إدارة البرامج الرامية إلى تحسين صحة الأطفال، القاهرة، مصر، 22 - 26 تشرين الثاني/ نوفمبر 2015

حلقة عمل لتنمية القدرات لمديري المستشفيات في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 28 تشرين الثاني/ نوفمبر - 7 كانون الأول/ ديسمبر 2015

حلقة تدريبية حول مبادرة المستشفيات الصديقة للرُضع لراسمي السياسات في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 15 - 17 كانون الأول/ ديسمبر 2015

الملحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2015

العنوان	جهة الإصدار
دليل لمعايير تعليم التمريض والقبالة اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
توثيق تأثير التمنيع ضد التهاب الكبد البائي: أفضل الممارسات لإجراء المسح المصلي اللغة: العربية	المقر الرئيسي
آخر التطورات للمانحين لعام 2015 (Q1): الجمهورية العربية السورية اللغة: الإنكليزية	المكتب القطري
آخر التطورات للمانحين لعام 2015 (Q2): الجمهورية العربية السورية اللغة: الإنكليزية	المكتب القطري
إقليم شرق المتوسط: الإطار الخاص بنظم المعلومات الصحية والمؤشرات الأساسية لرصد الوضع الصحي وأداء النظام الصحي لعام 2015 اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة لعمر 18 - 64 عاماً اللغة: العربية	المكتب الإقليمي
التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة لعمر 5 - 17 عاماً اللغة: العربية	المكتب الإقليمي
التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة لعمر 65 عاماً فأكثر اللغة: العربية	المكتب الإقليمي
المعرفة الأساسية بفيروس نقص المناعة البشرية والوصمة المرتبطة به في الرعاية الصحية نشرة للمشاركين اللغة: الإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
المعرفة الأساسية بفيروس نقص المناعة البشرية والوصمة المرتبطة به في الرعاية الصحية. مقدمة الدورة اللغة: الإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
المعرفة الأساسية بفيروس نقص المناعة البشرية والوصمة المرتبطة به في الرعاية الصحية. الوحدة التدريبية 1. وبائيات فيروس نقص المناعة البشرية والعدوى به والوقاية منه اللغة: الإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
المعرفة الأساسية بفيروس نقص المناعة البشرية والوصمة المرتبطة به في الرعاية الصحية. الوحدة التدريبية 2. الجوانب السريرية والتاريخ الطبيعي اللغة: الإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
المعرفة الأساسية بفيروس نقص المناعة البشرية والوصمة المرتبطة به في الرعاية الصحية. الوحدة التدريبية 3. الاختبار والمشورة والأخلاقيات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية اللغة: الإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي

المُلحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2015 (تابع)

العنوان	جهة الإصدار
المعرفة الأساسية بفيروس نقص المناعة البشرية والوصمة المرتبطة به في الرعاية الصحية. الوحدة التدريبية 4. الرعاية والدعم النفسي والاجتماعي بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية اللغة: الإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
سلسلة أبطال قوة الأصدقاء 2 أنا أحيأ حياةً صحية اللغة: الفرنسية	المكتب الإقليمي
إرشادات للوقاية المبدئية والمكافحة الخاصة برعاية المرضى المشتبه في إصابتهم أو المؤكد إصابتهم بالحمى النزفية للفيروسات الخيطية filovirus في مواقع الرعاية الصحية، مع التركيز على فيروس إيبولا اللغة: العربية	المكتب الإقليمي
الوقاية من العنف بين الأفراد في إقليم شرق المتوسط: حقائق من التقرير العالمي لعام 2014 عن وضع الوقاية من العنف اللغة: العربية والإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
إدارة مخاطر الكوارث في المجتمعات: نهج يستند إلى المجتمع للحد من مخاطر الكوارث: دليل تدريبي للمدرسين من ممثلي المجموعة والمتطوعين اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
مجموعة لأدوات سلامة المرضى اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
ممارسات تحسين التغطية بجرعة الولادة من لقاح التهاب الكبد البائي اللغة: العربية	المقر الرئيسي
عكس اتجاه تهديدات الأمراض المعدية: إعادة تعريف التأهب اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
مبادئ واعتبارات لإضافة اللقاحات إلى البرنامج الوطني للتمنيع: من اتخاذ القرار إلى التنفيذ والرصد اللغة: العربية	المقر الرئيسي
تعزيز النشاط البدني في إقليم شرق المتوسط من خلال اتباع نهج شامل لجميع مراحل الحياة اللغة: الفرنسية	المكتب الإقليمي
تعزيز النشاط البدني من خلال نهج شامل لجميع مراحل الحياة: دعوة إقليمية للعمل اللغة: الفرنسية	المكتب الإقليمي
إجراء الاختبار لمراقبة مقاومة مبيد الحشرات في البعوض الناقل للملاريا اللغة: العربية	المقر الرئيسي
الحاجة المتزايدة للرعاية الصحية المنزلية للمسنين الرعاية الصحية المنزلية للمسنين كجزء لا يتجزأ من خدمات الرعاية الصحية الأولية اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
وضع الإتجار غير المشروع بالتبغ في إقليم شرق المتوسط اللغة: العربية والإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي

المُلحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2015 (تابع)

العنوان	جهة الإصدار
المنشورات	
مكافحة السل في حالات الطوارئ المعقدة اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط: التقرير السنوي للمدير الإقليمي لعام 2014 اللغة: العربية والإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية في الجمهورية العربية السورية لعام 2014 اللغة: الإنكليزية	المكتب القطري
الدوريات	
المجلة الصحية لشرق المتوسط؛ المجلد 21 العدد 1 - العدد 12 اللغات: العربية والإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
المحتويات الحالية للفهرس الطبي لإقليم شرق المتوسط؛ المجلد 14 العدد 1 - العدد 4 اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
بيان وقائع	
تقييم وظائف الصحة العمومية الأساسية في شرق المتوسط اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
صحة أفضل للأشخاص ذوي الإعاقة اللغة: العربية	المقر الرئيسي
اعتن بكبدك: فكّر في التهاب الكبد اليوم العالمي لالتهاب الكبد لعام 2015 اللغة: العربية والإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
الأطفال والسلامة على الطرق اللغة: العربية والإنكليزية	المكتب الإقليمي
بيان وقائع: خدمات اختبارات تحري فيروس نقص المناعة البشري: بيان وقائع عن الدلائل الإرشادية الموحدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن خدمات اختبارات تحري فيروس نقص المناعة البشري اللغة: اللغة العربية	المقر الرئيسي
الأسئلة الشائعة حول مكافحة التبغ سياسات الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها المحاصيل البديلة للتبغ الإنتاج غير المشروع بالتبغ زيادة الضرائب على جميع منتجات التبغ فرض الحظر الشامل على الإعلان عن منتجات التبغ والترويج لها ورعايتها حماية الناس من التعرّض لدخان التبغ من خلال فرض حظر شامل على استخدام التبغ في جميع الأماكن العامة، بلا أماكن مخصّصة للمدخنين	المكتب الإقليمي

المُلحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2015 (النهائية)

العنوان	جهة الإصدار
بيان وقائع	
تحذير الناس من مخاطر التبغ عن طريق عرض تحذيرات صحية مصوّرة كبيرة وواضحة تقديم المساعدة للإقلاع عن التدخين، وإقرار خدمات الإقلاع اللغة: الإنكليزية	
الإتجار غير المشروع بالتبغ أفضل الممارسات حول العالم حقائق وأرقام عن الإتجار غير المشروع بالتبغ الإجراءات الفورية في 10 خطوات الضرائب، والإتجار غير المشروع الدور الحقيقي لدوائر صناعة التبغ بروتوكول القضاء على الإتجار غير المشروع لمنتجات التبغ اللغة: العربية والإنكليزية والفرنسية	المكتب الإقليمي
برنامج السياسات الست في إقليم شرق المتوسط فرض الحظر على الإعلان عن التبغ، والترويج له ورعايته رصد استخدام التبغ وسياسات الوقاية منه تقديم المساعدة للإقلاع عن استخدام التبغ نظرة عامة على الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ وبرنامج السياسات الست حماية الناس من دخان التبغ زيادة الضرائب المفروضة على التبغ التحذير من أخطار التبغ اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
موجز السياسات: اختبارات تحري فيروس نقص المناعة البشري: منظمة الصحة العالمية توصي بأنه يمكن لمقدمي خدمات الرعاية الصحية غير المتخصصين إجراء اختبارات تحري فيروس نقص المناعة البشري اللغة: العربية	المقر الرئيسي
موجز السياسات: اختبارات تحري فيروس نقص المناعة البشري: توصيات منظمة الصحة العالمية لضمان جودة اختبارات تحري فيروس نقص المناعة البشري اللغة: العربية	المقر الرئيسي
العنف ضد المرأة اللغة: العربية	المقر الرئيسي

المُلحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط في كانون الأول / ديسمبر 2015

الحقل	الاسم	البلد	اسم المؤسسة
مأمونية الدم	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال مأمونية الدم	جمهورية إيران الإسلامية	المنظمة الإيرانية لنقل الدم
نقل الدم	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال نقل الدم	الإمارات العربية المتحدة	مركز خدمات نقل الدم والأبحاث بالشارقة
السرطان	المركز المتعاون مع المنظمة للتثقيف والتدريب والبحث في مجال السرطان*	الأردن	مركز الملك حسين للسرطان
الأمراض القلبية الوعائية	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال مكافحة الأمراض القلبية الوعائية، والوقاية منها، وتأهيل مرضى القلب	جمهورية إيران الإسلامية	مركز أبحاث القلب والأوعية الدموية في أصفهان
الصحة العمومية للأسنان	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال الصحة العمومية للأسنان	جمهورية إيران الإسلامية	قسم صحة الفم المجتمعية، كلية طب الأسنان جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية والخدمات الصحية
السكري	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتثقيف والرعاية الصحية الأولية في مجال السكري	الأردن	المركز القومي للسكري والغدد الصم والوراثة
	المركز المتعاون مع المنظمة للمعالجة والتثقيف والبحث في مجال السكري والحمل مع السكري	باكستان	رابطة السكري الباكستانية
تسجيل الأدوية والتنظيم الدوائي	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تسجيل الأدوية والتنظيم الدوائي	تونس	إدارة الصيدلة والدواء، بوزارة الصحة العمومية
التطوير التعليمي	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال التطوير التعليمي للمهنيين الصحيين*	البحرين	جامعة الخليج العربي
	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتطوير في مجال التعليم الطبي والخدمات الصحية	مصر	جامعة قناة السويس
	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب على البحث والتطوير التعليمي للعاملين الصحيين	باكستان	كلية الأطباء والجراحين
	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال التطوير التعليمي	السودان	جامعة الجزيرة
علم الغدد الصماء	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال علم الغدد الصماء*	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية والخدمات الصحية
السياسات والممارسات المُستندة بالبيّنات	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال السياسات والممارسات المُستندة بالبيّنات	لبنان	الجامعة الأميركية في بيروت
صحة العين	المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية في برنامج صحة العين والوقاية من العمى	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية والخدمات الصحية

المُلحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط في كانون الأول / ديسمبر 2015 (تابع)

الحقل	الاسم	البلد	اسم المؤسسة
المعلومات الصحية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال أسرة التصنيفات الدولية	الكويت	المركز الوطني للمعلومات الصحية
إدارة الصحة	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال إدارة الصحة	جمهورية إيران الإسلامية	المركز الوطني لإدارة الصحة العمومية، جامعة تبريز للعلوم الطبية
فقد السمع	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتثقيف في مجال فقد السمع	جمهورية إيران الإسلامية	مركز البحوث لطب الأنف والأذن والحنجرة والرأس والرقبة
الإيدز والعدوى بفيروسه	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال متلازمة نقص المناعة المكتسبة	الكويت	جامعة الكويت
ترصد فيروس نقص المناعة البشرية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال ترصد فيروس نقص المناعة البشرية	جمهورية إيران الإسلامية	مركز المعارف الإقليمي المعني بترصد فيروس نقص المناعة البشرية، جامعة كرمان للعلوم الطبية
فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والسل وأمراض الرئة	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والسل وأمراض الرئة	السودان	مختبر الوبائيات
التجمعات الحاشدة	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال طب الحشود	المملكة العربية السعودية	مكتب مساعد نائب وزير الصحة للطب الوقائي، وزارة الصحة
الصحة النفسية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الصحة النفسية	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة إيران للعلوم الطبية
الورم الفطري	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الصحة النفسية	المغرب	جامعة ابن رشد
اضطرابات العظام الأيضية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الورم الفطري	السودان	جامعة الخرطوم
الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الأمراض غير السارية وسرطانات الجهاز الهضمي*	لبنان	الجامعة الأميركية في بيروت
الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الأمراض غير السارية ومكافحتها	جمهورية إيران الإسلامية	مركز بحوث أمراض الجهاز الهضمي
الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها	الكويت	وزارة الصحة، الكويت
التمريض	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تطوير التمريض	البحرين	كلية العلوم الصحية، وزارة الصحة
التمريض	المركز المتعاون مع المنظمة للتعليم والبحث في مجال التمريض والقبالة	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة إيران للعلوم الطبية، مركز بحوث الرعاية التمريضية

المُلحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط في كانون الأول / ديسمبر 2015 (تابع)

الحقل	الاسم	البلد	اسم المؤسسة
	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تطوير التمريض	الأردن	جامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا
التغذية وتكنولوجيا الأغذية	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث في مجال التغذية وتكنولوجيا الأغذية*	جمهورية إيران الإسلامية	المعهد الوطني لبحوث التغذية وتكنولوجيا الأغذية
الصحة المهنية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الصحة المهنية	الإمارات العربية المتحدة	معهد الصحة العامة بجامعة الإمارات العربية المتحدة
تخلخل العظام ومرض السكري	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتعليم في مجال معالجة مرض تخلخل العظام ومرض السكري	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة طهران للعلوم الطبية
البقطة الدوائية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال البقطة الدوائية	المغرب	المركز المغربي لمحاربة التسمم ولليقظة الدوائية
الوقاية من العمى	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الوقاية من العمى	باكستان	مستشفى الشفاء والثقة للعيون
الوقاية من العمى	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الوقاية من العمى	المملكة العربية السعودية	مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون
الرعاية الصحية الأولية لصحة الفم	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الرعاية الصحية الأولية لصحة الفم	الكويت	جامعة الكويت
ضمان الجودة	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال مراقبة الجودة والكيمياء السريرية	جمهورية إيران الإسلامية	المختبرات المرجعية في إيران، وزارة الصحة والتعليم الطبي
داء الكلب	المركز المتعاون مع المنظمة للمراجع والبحوث في مجال داء الكلب	جمهورية إيران الإسلامية	معهد باستور في إيران
الصحة الإنجابية	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال الصحة الإنجابية	تونس	المركز الدولي للبحث والتدريب في مجال الصحة الإنجابية والسكان
الاضطرابات الإدمانية والصحة النفسية	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال الاضطرابات الإدمانية والصحة النفسية*	جمهورية إيران الإسلامية	المركز الوطني الإيراني لدراسات الإدمان، جامعة طهران للعلوم الطبية
	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال الصحة النفسية، وتعاطي مواد الإدمان	باكستان	كلية الطب في روالبندي
مكافحة التبغ	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال مكافحة التبغ	جمهورية إيران الإسلامية	المعهد الوطني لبحوث السل وأمراض الرئة
	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال علاج الاعتقاد على التبغ*	قطر	مؤسسة حمد الطبية

المُلحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط في كانون الأول / ديسمبر 2015 (النهائية)

الحقل	الاسم	البلد	اسم المؤسسة
السل	المركز المتعاون مع المنظمة للتثقيف في مجال داء السل	جمهورية إيران الإسلامية	جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية والخدمات الصحية
طب نقل الدم	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال طب نقل الدم	الأردن	بنك الدم الوطني، وزارة الصحة
	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال طب نقل الدم	تونس	المركز الوطني لنقل الدم بتونس، وزارة الصحة
الإمداد بالمياه	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب والبحث في مجال الإمداد بالماء الصالح للشرب والإصحاح	المغرب	المكتب الوطني للماء الصالح للشرب، مجمع أبو رقراق، محطة معالجة المياه
صحة المرأة	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال صحة المرأة*	الأردن	المركز الوطني لرعاية صحة المرأة

* قيد التعيين/ إعادة التعيين

