الفصل الأول
التنمية الصحية والأمن الصحي

1. التنمية الصحية والأمن الصحي

الغرض الاستـراتيجي 1: تقليص العبء الصحي والاجتماعي والاقتصادي للأمراض السارية

القضايا والتحدّيات

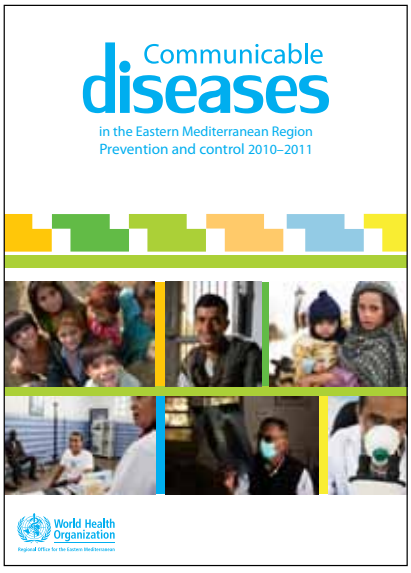
لقد تأكّد امتداد حمى الضنك إلى مناطق جغرافية جديدة في عام 2011، وأصبحت هذه العدوى البشرية المنقولة بالبعوض والتي تعدّ الأكثر انتشاراً، من مشاكل الصحة العمومية المستجدة في الإقليم، حيث زاد عدد الفاشيات التي أبلغ عنها في السنوات الأخيرة. وتتضمّن العوامل المؤثرة في هذا الامتداد، الاتساع العشوائي في الحضر، وتغير المناخ، وتحركات السكان. ومن ثمَّ هنالك حاجة إلى زيادة التركيز على ترصُّد مرض حمى الضنك ونواقله والتبليغ عنها والتأهب لها بما في ذلك اتخاذ الاستجابة المناسبة لمكافحة الناقل. إن حجم هذه المشكلة من مشاكل الصحة العمومية، وتدهور الاتجاهات الوبائية يتطلب بشكل عاجل اتخاذ جهود منسقة ومكثفة للوقاية والمكافحة. وإذا أخذنا بعين الاعتبار مقاومة الزاعجة المصرية للمبيدات الحشرية المعتادة، يصبح ترشيد استخدام المبيدات الحشرية، وإدارتها بشكل سليم أمراً حاسماً في ضمان استمرار مكافحة المرض.

وقد أكّدت الشواهد في عام 2011، ما حقّقته برامج التمنيع من تقدّم ملحوظ في السنوات القليلة الماضية. فلقد شارفت معدلات التغطية بالجرعة الثالثة أو تجاوزت 90٪ في الغالبية العظمى من البلدان، ولوحظ تقدّم كبير في التغطية بالتمنيع الروتيني في جنوب السودان والصومال. فلقد وصل المتوسط الإقليمي للتغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق وللكزاز وللشاهوق وفقاً للبيانات الوطنية المبلغة إلى 88٪ في عام 2010. وتحقّق الهدف المتعلق بتقليص الوفيات الناجمة عن الحصبة قبل التاريخ المستهدف بثلاث سنوات، وشارف العديد من البلدان على بلوغ هدف التخلّص من الحصبة. كما يتواصل تعزيز الترصد المختبري للحصبة. وشهد إدخال لقاحات جديدة نجاحاً باهراً، ولاسيّما في البلدان المنخفضة الدخل، بيد أن الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز وللشاهوق لم تصل إلى نحو 1.8 ملايين طفل رضيع، 90٪ منهم تقريباً يتركزون في سبعة بلدان (أفغانستان، باكستان، الجمهورية اليمنية، جيبوتي، جنوب السودان، السودان، الصومال، العراق). ولم يتسن تحقيق المرمى الإقليمي الخاص بالتخلّص من الحصبة في الزمن المحدد، كما شهد الإقليم زيادة في عدد حالات الحصبة في عام 2010. ولم تتمكن البلدان المتوسطة الدخل الأقرب إلى المنخفض من إدخال اللقاحات الجديدة. ومازالت أوضاع الطوارئ الحالية والمستجدة في ربوع الإقليم، وتفاوت القدرات التقنية والإدارية، وتفاوت قوة النظم الصحية، وتنافس الأولويات، وعدم كفاية التخصيص المالي الحكومي، وضعف الوعي المجتمعي، تمثل حجر العثرة الأساسية أمام الوصول للسكان المستهدفين.

وفي عام 2011، لم يبلغ عن حالات شلل الأطفال في الإقليم سوى بلدين اثنين فقط وهما أفغانستان وباكستان. فوضع شلل الأطفال في باكستان خطير ومعقد. وتشمل أسباب استمرار السراية انعدام الأمن في بعض المناطق، والقضايا المتعلقة بتصريف الشؤون والإدارة، ولاسيما في مناطق العدوى الشديدة الخطورة. أما في أفغانستان، فلم تقتصر الحالات في عام 2011 على الإقليم الجنوبي ولكنها امتدت إلى العديد من الولايات الأخرى. وبالرغم

من الالتزام السياسي المؤكّد على أعلى المستويات إلا أننا لانزال بحاجة إلى ترجمته إلى واقع ملموس على مستوى التنفيذ. فبعض بلدان الإقليم لاتزال تتعرّض بشكل خاص لارتفاع خطر حدوث حالات عقب الوفادة نظراً لانخفاض مستويات المناعة بين الأطفال. وتنطبق هذه الحالة تحديداً في الصومال، حيث لم يحصل الأطفال المستهدفون على التطعيم باللقاحات لمدة عامين، نظراً لرفض حركة "الشباب" السماح بالوصول لهم. ويعتبر توطيد نظم ترصد الشلل الرخو الحاد العالية الحساسية، سواء في البلدان الموطونة أو في البلدان الخالية من شلل الأطفال، من الأمور الحاسمة. ويمثل ضمان توفير التمويل الكافي اللازم لأنشطة التمنيع التكميلي، وإدارة استمرار الالتزام السياسي في البلدان الموطونة والخالية من شلل الأطفال تحدّياً حقيقياً للبرنامج.

أما في مجال مكافحة أمراض المناطق المدارية، فبالرغم من استمرار حالات داء التنينات (الدودة الغينية) في الانخفاض، لايزال أمامنا تحدّيات لضمان التبليغ على نحو متواصل وكامل، وللتيقن من الشائعات بشكل كاف، ولتوثيق الحالات في المناطق التي أصبحت خالية من المرض. والحاصل أن هذه المناطق في اتساع مستمر، وإن كان بعضها لايزال غير



إمدادات طبية تسلم إلى جنوب السودان لدعم برنامج مكافحة داء الليشمانيات

آمن. إن معدلات توطن الجذام في معظم بلدان الإقليم منخفضة للغاية. وقد نجحت مصر والجمهورية اليمنية والمغرب في إحراز هدف التخلص من الجذام على الصعيد القطري على الرغم من وجود بعض المناطق التي قد لا تكون قد حققت هذا الهدف بعد. ولقد تأثرت برامج الجذام في أفغانستان والصومال وجنوب السودان والسودان بفعل الطوارئ المعقدة، والأوضاع الأمنية، وهي لذلك بحاجة إلى تعزيز قوتها. وبالإضافة إلى ما يرتبط بالجذام من وصمة، فإن انخفاض القدرات الوطنية بسبب ندرة حالات الجذام في معظم البلدان يمثل تحدياً مهماً. فمثل هذا الوضع قد يؤدي إلى التأخر في اكتشاف الحالات، وزيادة احتمالات حدوث الإعاقة. وبالنسبة للبلدان التي نجحت في التخلص من داء الفيلاريات اللمفية (مصر واليمن) وتلك التي تخلصت من داء البلهارسيات أو حققت انخفاضاً في نسب التوطُّن (جمهورية إيران الإسلامية، الجمهورية العربية السورية، ليبيا، مصر، والمملكة العربية السعودية)، فإنها تحتاج إلى بناء القدرات والمهارات بغية إدخال أدوات جديدة حساسة للتحقق من التخلص من هذين المرضين والإشهاد على ذلك. ولايزال الوضع العام لمرض النوم في جنوب السودان يمثل شاغلاً كبيراً نظراً لأن معظم الشركاء في التنفيذ قاموا بالانسحاب من البرنامج أو بتخفيض أنشطة المكافحة دون أن يحل محلهم شركاء وطنيون. وتمثل الفاشية المتواصلة من داء الليشمانيات الحشوي في جنوب السودان تحدياً ضخماً بسبب الأعداد الغفيرة من العائدين في مناطق السراية، وبسبب انعدام الأمن، مما يعرقل تنفيذ أنشطة المكافحة.

تمثل الأمراض المستجدة والمنبعثة تهديداً خطيراً لأمن الصحة العمومية، كما أنها تهدد بتعطيل عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وخلال العشرين سنة الماضية، شهد الإقليم زيادة ملحوظة في عدد الفاشيات والأوبئة الناجمة عن الأمراض المستجدة والمنبعثة مثل حمى الخرمة alkhurma، والشيكونغونيا، والكوليرا، والضنك والإيبولا وإنفلونزا A/H5N1، وجائحة A/H1N1 في عام 2009 وحمى الوادي المتصدع. ولقد تفاقم هذا الوضع بفعل الأزمات الإنسانية الحادة والمزمنة في العديد من البلدان. وواصل المكتب الإقليمي دعم البلدان لتعزيز قدرتها على اكتشاف الفاشيات والجوائح مبكراً والاستجابة لمقتضياتها استجابة كافية، كما عمل على تنسيق الاستجابة الإقليمية والدولية لمثل هذه الفاشيات.

وبعد دخول اللوائح الصحية الدولية 2005 حيز التنفيذ في 15 حزيران/ يونيو 2007، تم إمهال البلدان خمس سنوات لتقييم وبناء القدرات الأساسية تمهيداً للتنفيذ الكامل بحلول 15 حزيران/ يونيو 2012. ويمثل الحفاظ على أعلى مستويات الشفافية وتبادل المعلومات في الوقت المناسب أثناء الأحداث المهمة على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي، شاغلاً أساسياً للمنظمة. ولهذا السبب، سمح للبلدان بالدخول إلى موقع للمعلومات حول الأحداث (EIS: Event Information Site) لتبادل المعلومات ومتابعة كل الأحداث التي تجري في العالم. ولامراء في أن تعزيز البنية الأساسية للوائح يتطلب أساساً قوياً. ويمكن تحقيق ذلك من خلال تمكين ضباط الاتصال الوطنيين، ووضع آليات مناسبة للتواصل بغية تحسين سُبُل التنسيق بين الشركاء المعنيين والمشاركين في تنفيذ اللوائح. ولايزال الحفاظ على القدرة على الترصُّد والاستجابة، وتعزيز القدرة في نقاط الدخول تحدياً كبيراً على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي. إن رصد واستبقاء القدرات الأساسية اللازمة لاكتشاف الأحداث وسائر المخاطر المحتملة، والإبلاغ عنها والاستجابة لمقتضياتها في سياق اللوائح قبل 15

حزيران/ يونيو 2012 وبعده، سيتطلب جهوداً وطنية هائلة، ودعماً ملموساً من المنظمة على كافة الأصعدة.

ولاتزال محدودية القدرات الوطنية اللازمة لتنسيق تدخلات مكافحة النواقل واستنهاضها لضمان التدبير السليم لمبيدات الهوام، ولضمان مكافحة انتشار المقاومة لمبيدات الحشرات ولاسيما البيريثرونات، تمثل حجر عثرة أمام بيولوجيا النواقل والمكافحة.

الإنجازات المحرزة نحو بلوغ مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

في مجال التمنيع والأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات، بلغ معدل التغطية الروتينية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي 90٪ في ستة عشر بلداً، كما تقترب جيبوتي، وباكستان من تحقيق التغطية المستهدفة. وقد ساهم تدهور الوضع الأمني في العديد من البلدان مساهمة كبيرة في تأخر بلوغ هذا الهدف. وركز المكتب الإقليمي دعمه على تحسين عملية التخطيط وبناء القدرات الوطنية والتوعية وحشد الموارد اللازمة لتنفيذ الأنشطة المخطط لها. ومن ثم تم بناء القدرات، وتحديث الخطط الوطنية الشاملة المتعددة السنوات في العديد من البلدان. وواصلت المنظمة تقديم دعمها الوفير إلى البلدان ذات الأولوية ولاسيما الصومال وجنوب السودان للوصول إلى جميع الأطفال من خلال الأساليب المناسبة بما فيها أسلوب الوصول إلى كل منطقة، وأيام صحة الطفل، وحملات تسريع التطعيم وما يتطلبه ذلك من إجراء حملات التطعيم بالمستضدات المتعددة، وغير ذلك من التدخلات التي تهدف إلى إنقاذ أرواح الأطفال. وتم تقديم دعم مكثف للتدخلات المتكاملة لرعاية صحة الأطفال في اليمن، وفي باكستان عمل المكتب الإقليمي على تعزيز التمنيع الروتيني وبناء قدرات المناطق للاستجابة لاحتياجات برنامج التمنيع عقب نقل السلطات الصحية المركزية إلى المناطق والولايات. وأجريت مراجعة متعمقة للبرنامج في قطر، وتم بناء القدرات في مجال تدبير اللقاحات وتقييم إدارة مخزون اللقاحات في ثلاثة بلدان. وأجري الأسبوع الإقليمي الثاني للتطعيم في نيسان/ أبريل 2011 بمشاركة 19 بلداً بالرغم من الوضع السياسي المتأزم في العديد من البلدان.

طفل يتلقى التطعيم ضد الحصبة في أحد المرافق الصحية بالصومال

على الرغم من أن هدف التخلص من الحصبة لم يتحقق في عام 2010 وتم مد الموعد المستهدف حتى عام 2015، إلا أن العديد من البلدان أصبح قاب قوسين أو أدنى من المصادقة على التخلص من الحصبة. ونجح أربعة عشر بلداً في بلوغ تغطية بالجرعة الأولى من اللقاح المضاد للحصبة تتجاوز 95٪ على الصعيد الوطني وفي غالبية المناطق. وأبلغت تسعة بلدان عن أقل من حالة واحدة من الحصبة لكل مليون شخص، على الرغم من وجود نظام ترصد يتسم بالحساسية والفعالية العالية، وهذه البلدان هي الأردن والبحرين وتونس وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والعراق وعُمان وفلسطين ومصر.

وشهدت أفغانستان وباكستان والسودان واليمن فاشيات الحصبة، كما تفاقم الوضع بسبب نفاد مخزون لقاح الحصبة في باكستان، مما استدعى تقديم المكتب الإقليمي نحو 3 ملايين جرعة لباكستان. وعلى مستوى الإقليم تم تمنيع 16 مليون طفل من خلال متابعة أنشطة التمنيع التكميلي ضد الحصبة، وأيام صحة الطفل، وحملات معنية بالطوارئ. وبالفعل تم حشد موارد وفيرة لهذه الحملات، كما تم تقديم الدعم التقني اللازم لضمان مستوى الجودة العالية.

وتم تنفيذ نظام الترصد المختبري الذي يستند على حالات الحصبة في جميع البلدان، حيث يجري تسعة عشر بلداً ترصداً شاملاً على المستوى القطري، كما توشك باكستان على تنفيذ هذا النظام، في حين تجري جيبوتي وجنوب السودان والصومال ترصداً مخفرياً. ولقد أحرزت البلدان تقدماً ملحوظاً في اكتشاف سراية فيروس الحصبة كنتيجة مباشرة لزيادة قدرة شبكة المختبرات على اكتشاف الفيروس والتنميط الجيني. وحدد عشرون بلداً الأنماط الجينية المحلية للحصبة، وكان دعم المكتب الإقليمي عاملاً أساسياً في هذه الإنجازات.

ولقد شهد إدخال اللقاحات الجديدة نجاحاً غير مسبوق، ولاسيَّما في البلدان المنخفضة الدخل، حيث تم إدخال لقاح المكورات الرئوية المقترن في الجمهورية اليمنية، ولقاح الفيروسة العَجَلية في السودان. كما حصل العديد من البلدان على موافقة التحالف الدولي من أجل اللقاحات والتمنيع على إدخال لقاحات جديدة: فوافقت حكومة جيبوتي على إدخال لقاح المكورات الرئوية المقترن، ولقاح الفيروسة العَجَلية، ووافقت حكومة أفغانستان على إدخال لقاح المكورات الرئوية المقترن، ووافقت حكومة الجمهورية اليمنية على إدخال لقاح الفيروسة العَجَلية، ووافقت حكومة الصومال على اللقاح الخماسي التكافؤ، كما وافقت حكومة السودان على إجراء حملة للتمنيع بلقاح المكورات السحائية المقترن. أما في ما يتعلق بالبلدان المتوسطة الدخل، فتم استئناف إدخال لقاح المستدمية النزلية من النمط ب في تونس، وبذلك يصل الآن إجمالي عدد البلدان التي أدخلت لقاح المستدمية النزلية من النمط ب إلى 18 بلداً، ولقاح المكورات الرئوية إلى 8 بلدان، ولقاح الفيروسة العَجَلية إلى 4 بلدان. هذا بالإضافة إلى اتخاذ العراق الاستعدادات اللازمة لإدخال لقاح المستدمية النزلية ولقاح الفيروسة العجلية في كانون الثاني/ يناير 2012. وتستعد باكستان لإدخال لقاح المكورات الرئوية في عام 2012، في حين تم تأجيل إدخال لقاح المكورات الرئوية المقترن، ولقاح الفيروسة العجلية إلى ليبيا بسبب الوضع السياسي، ويتوقع الآن إدخالها في عام 2012. وقد تمثلت العوامل المباشرة في تحقيق هذا الإنجاز في الدعم المالي المقدم من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، بالإضافة إلى ما أبدته البلدان المنخفضة الدخل من التزام وطني بالاشتراك في التمويل، وسعي البلدان المتوسطة الدخل إلى تخصيص الاعتمادات المالية، إلى جانب الدعم الهائل المقدم من المكتب الإقليمي بما في ذلك دعم عملية تقييم عبء الأمراض من خلال شبكة الترصد الإقليمية، واستخدام المعطيات المستحدثة للتوعية، واتخاذ القرارات المسندة بالبينات، وإعداد وتحديث الخطط الشاملة المتعددة السنوات، وإعداد طلبات التمويل من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، والتأهب لإدخال اللقاحات الجديدة. وتطرق هذا الدعم كذلك لبناء القدرات الوطنية وتعزيز المجموعات الاستشارية التقنية المعنية بالتمنيع على الصعيد الوطني.

ويتم إيلاء جهود خاصة لإنشاء نظام إقليمي للشراء المجمَّع للقاحات، وفقاً لطلب الدول الأعضاء،

من أجل تيسير إدخال لقاحات جديدة، ولاسيّما في البلدان المتوسطة الدخل. ويتم الآن تعزيز شبكة الترصد الإقليمي المعنية بتقييم عبء المرض الذي يمكن توقيه باللقاحات. ووفقاً للأهداف المتوخاة من المؤشرات الإقليمية، يقوم حالياً ثمانية عشر بلداً بتنفيذ ترصد التهاب السحايا الجرثومي؛ كما تقوم ثمانية بلدان بترصد الأمراض الجرثومية المتعدية الأخرى (التهاب الرئة والإنتان sepsis)، في حين يقوم تسعة عشر بلداً بتجميع المعلومات التي توثق عبء مرض الفيروسات العَجَلية. أما من حيث رصد البرنامج الموسع للتمنيع وتقييمه، فإن غالبية البلدان تقوم حالياً برصد المعطيات الخاصة بالتمنيع على مستوى المناطق، وأعاد تسعة عشر بلداً نموذج الإبلاغ المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف وفقاً للجداول الزمنية المتفق عليها وبما يتوافق مع المؤشرات الإقليمية.

وعلى الرغم مما يواجه جهود استئصال شلل الأطفال من تحديات عديدة، فلايزال الإقليم يسعى جاهداً إلى تحقيق هذا الهدف المنشود. فجميع بلدان الإقليم أصبحت خالية من شلل الأطفال باستثناء البلدين الموطونين وهما أفغانستان وباكستان. وفي عام 2011 تجلى بوضوح مشاركة كبار القادة السياسيين للوصول إلى الهدف المنشود. فقد بذل البرنامج جهوداً ضخمة وطرح مبادرات طيبة، ولاسيَّما في ما يتعلق باستخدام لقاح شلل الأطفال الفموي الثنائي التكافؤ بشكل كاف وملائم، وإدخال جرعات إضافية على فترات قصيرة، وإعداد خطط شاملة على مستوى المناطق الفرعية sub-district، وزيادة عدد العاملين في الخدمات المساعدة على مستوى التنفيذ، وتحسين نظام الرصد من خلال إدخال نظام ضمان جودة التشغيلات، والحفاظ على نظام ترصد شديد الحساسية تدعمه شبكة مختبرات شديدة الفعالية. وواصلت المجموعة الاستشارية التقنية

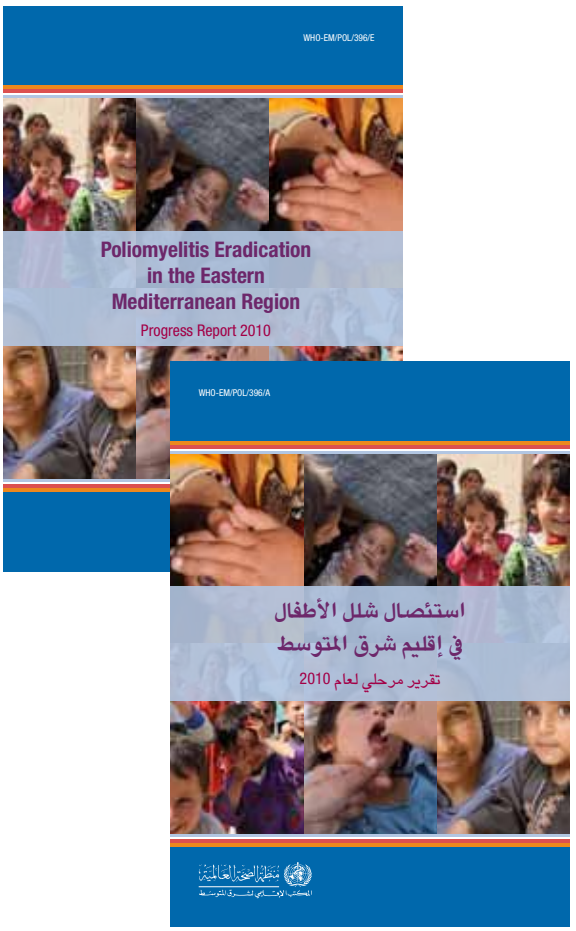
رصد حملة لاستئصال شلل الأطفال في باكستان

الإقليمية المعنية باستئصال شلل الأطفال، والمجموعة التقنية الاستشارية المعنية بأفغانستان وباكستان والقرن الأفريقي تقديم المشورة حول مدى ملاءمة الاستراتيجيات الحالية والأساليب والاستراتيجيات الإضافية بما يحقق بلوغ الهدف المنشود. ومن خلال جهود الدعوة والعمل الوثيق مع السلطات الوطنية، أعلنت القيادات في أفغانستان وباكستان أن استئصال شلل الأطفال يعتبر حالة طوارئ ملحة.

وقد كانت خطة العمل الوطنية للطوارئ في باكستان قد حددت عام 2011 هدفاً لقطع سراية فيروس شلل الأطفال، إلا أن الخطة لم تنفَّذ بالكامل، ولاسيما على مستوى تقديم الخدمة، مما حال دون تحقيق الهدف المنشود. وقد عملت حكومة باكستان على تعزيز الخطة الحالية، وإدخال تدابير إصلاحية للتعاطي مع هذه المشاكل من خلال توفير الرقابة الحكومية المستمرة، وتعزيز الشعور بالملكية، والمساءلة على كل مستوى من المستويات الإدارية. وحتى يتحقق هدف وقف السراية بنهاية عام 2012، تُبذل جهود مماثلة في أفغانستان بغية تعزيز مراحل التخطيط والتنفيذ لأنشطة التمنيع التكميلي، وتحسين مناعة السكان، مع التركيز بشكل خاص على المنطقة الجنوبية الموطونة، ويتبنَّى البرنامج باستمرار تدابير مبتكرة

لزيادة سُبُل الوصول إلى الخدمات، وتعزيز سلامة العاملين في البرنامج.

وبالنسبة للبلدان الخالية من شلل الأطفال، تم اتخاذ تدابير ملطفة للحفاظ على وضع الخلو، فأجريت أنشطة تمنيع تكميلية في جيبوتي وجنوب السودان والسودان (مع إجراء دورات إضافية في دارفور) والعراق. وتفادياً لاحتمال الوفادة إلى جيبوتي والسودان وليبيا، نجحت الجهود التي بذلها المكتب الإقليمي لشرق المتوسط بالاشتراك مع المكتب الإقليمي لأفريقيا في منع الوفادة من خلال ضمان تمنيع المسافرين عبر المعابر الحدودية. وتزمع ليبيا إجراء يوم تمنيع دون وطني لجميع الشرائح السكانية المستهدفة



على الحدود، ولاسيَّما في الجنوب. وفي الصومال، أجريت الأيام الوطنية للتمنيع، وأيام صحة الطفل في المناطق التي يمكن الوصول إليها، وفقاً للخطة الموضوعة. وأجري يوم وطني للتمنيع في الجمهورية اليمنية في نهاية العام من أجل تحسين مناعة السكان المنقوصة بسبب الاضطرابات السياسية الراهنة، على أن تجرى الدورة الثانية في عام 2012.

وواصل نظام ترصد الشلل الرخو الحاد أداءه وفق المعيار الدولي المقبول، بل أنه تجاوز المؤشر المعياري في كثير من البلدان ذات الأولوية. وفي عام 2011، حققت جميع البلدان هدف ترصد معدل الشلل الرخو الحاد غير الناجم عن فيروس شلل الأطفال، باستثناء المغرب (0.68) وجيبوتي (1.83). وواصلت شبكة المختبرات أداءها المتميز، وحصل الآن جميع المختبرات على الاعتماد، وتتواصل عملية الاحتواء والإشهاد بشكل مرض. وتم إجراء مراجعات مستقلة لترصد الشلل الرخو الحاد في جنوب السودان، كما أجري تقييم سريع في الولايات الحدودية في مصر والسودان، ومقاطعة بنجاب في باكستان. ومن المزمع إجراء مراجعة شاملة في السودان في كانون الثاني/يناير 2012. وقد شملت أنشطة الترصد التكميلي أخذ عينات من المخالطين وإجراء رصد بيئي.

وتواصل النشرة الأسبوعية للإبلاغ عن شلل الأطفال (Polio Fax) دورها كوسيلة لرصد مؤشرات الأداء وتقييمها، بما تحمله من معلومات ارتجاعية لوزارات الصحة والشركاء والمنظمات المانحة في الوقت المناسب. ويتم رصد خطر فاشيات فيروس شلل الأطفال البري عقب الوفادة رصداً منتظماً في كل بلد، ولاسيَّما في البلدان العالية الاختطار، من أجل تنبيهها في الوقت المناسب، وضمان اتخاذ تدابير ملطفة كنوع من الاستجابة لهذه الفاشيات. وعزز المكتب

الإقليمي تعاونه مع المكتب الإقليمي لأفريقيا من أجل دعم بلدان القرن الأفريقي، ومع المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادي من أجل دعم الصين (استجابة للوفادة من باكستان).

أما في مجال أمراض المناطق المدارية والأمراض الحيوانية المنشأ، فقد أُحْرِزَ تقدم ملموس بالرغم من كل التحديات الماثلة أمام هذه "الأمراض المهملة" حيث انخفض داء التنينات (الدودة الغينية) في جنوب السودان من 1797 حالة في عام 2010 إلى 1028 حالة في عام 2011 (وفقاً للبيانات المتوافرة حتى نوفمبر/ تشرين الثاني 2011)؛ والملاحظ أن 76٪ من الحالات تبلغ الآن من ولاية واحدة وهي الولاية الاستوائية الشرقية. وتم إدخال أنشطة ما قبل الإشهاد، والإجراءات القياسية للتشغيل في السودان في مناطق التوطُّن السابقة. وهنالك حاجة إلى تكثيف هذه الأنشطة في المناطق المتاخمة لجنوب السودان.

ولايزال إقليم شرق المتوسط هو الأقل عبئاً بين الأقاليم من حيث عبء مرض الجذام، فقد تخلصت جميع بلدان الإقليم من الجذام (حيث يبلغ معدل انتشار الجذام فيها حالة واحدة، لكل 10 000 نسمة أو أقل من ذلك) باستثناء جنوب السودان، مما يستلزم إعادة تقييم الوضع فيه. وكاستجابة للتحدي الماثل في انخفاض قدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية في البلدان ذات معدلات التوطن المنخفضة، تم العمل على بناء القدرات في إقليم شرق المتوسط، والإقليم الأفريقي. وقد حصل المكتب الإقليمي بالتعاون مع البرنامج العالمي للجذام على دعم مؤسسة ساساكاوا التذكارية للصحة، لتنفيذ مشروع خاص بالجذام في الصومال في عام 2012، من خلال الجمعية الدولية للرعاية على الصعيد العالمي، والتي تعتبر شريك منظمة الصحة العالمية الأساسي للتنفيذ في الصومال.

نجحت مصر في مواصلة تقدُّمها صوب التخلص من داء البلهارسيات، حيث انخفضت معدلات انتشار كل من البلهارسيا البولية والمعوية المبلغة لأقل من 1٪، ولم يبق سوى مناطق نشاط محدودة في الدلتا وصعيد مصر. أما في الجمهورية اليمنية فعلى الرغم مما تشهده من اضطرابات مدنية، تم معالجة 1.68 مليون شخص في بعض المناطق المتضررة والتي يمكن الوصول إليها. وانتهت مصر من إعداد أدوات حساسة، وشرعت في استخدامها للتحقق من التخلص من داء الفيلاريات اللمفي. وقدم المكتب الإقليمي الدعم التقني للسودان لإعادة رسم خرائط لتوزيع داء الفيلاريات اللمفي

بشكل سليم في ثمان ولايات تمهيداً لإدخال برنامج مسند بالبينات للرقابة على المعالجة الدوائية الجموعية.

وتواصل تنفيذ التوزيع الجموعي للإيفرمكتين لمكافحة داء كُلاَّبية الذَّنَب في السودان في ثلاث ولايات (ولاية نهر النيل، ولاية الغضارف، وولاية جنوب دارفور) حيث تكون البؤر منعزلة هناك. ويعتبر مركز كارتر الشريك الرئيسي في هذا البرنامج. أما في جنوب السودان، فقد دعم البرنامج الأفريقي لمكافحة داء كلابية الذنب هذه الأنشطة في تسع ولايات متضررة؛ حيث وصل معدل تغطية المناطق المتضررة إلى 60٪، كما وصل معدل تغطية السكان إلى 80٪ في عام 2011. وفي الجمهورية اليمنية حيث تأخذ العدوى شكل الأمراض الجلدية المسببة للإقعاد والعجز، والتي تعرف محلياً باسم السودة، تواصل تنفيذ معالجات ترتكز على العيادات باستخدام الإيفرمكتين لمعالجة الآفات الوخيمة في معظم المناطق التي يمكن الوصول إليها.

قدمت منظمة الصحة العالمية الأدوية والكواشف المختبرية اللازمة لمعالجة داء المثقبيات البشري الأفريقي. وتم رصد عملية استخدام توليفة المعالجة بالإيفلورنثين والنيفورتيموكس والتي أدخلت في عام 2010. وقد أثبت بروتوكول المعالجة الجديدة فعاليته ولم يتسبب في أثار ضائرة كبيرة. ولايزال داء المثقبيات البشري الأفريقي يمثل مشكلة كبرى من مشاكل الصحة العمومية في جنوب السودان، نظراً لعدم تنفيذ أنشطة مكافحة المرض والترصد بالمستوى المطلوب، (إذ لم يتم إجراء التحرِّي عن هذا المرض سوى لدى 0.3٪ فقط من أصل 1.8 ملايين شخص يعيشون في المناطق الموطونة). كما انبعث المرض بالفعل في بعض البؤر.

تدريب لتحديث المعلومات حول العلاج بتوليفة جديدة من عقار نيفورتيموكس – إيفلورنيثين لمرض النوم في يامبيو بجنوب السودان

أما في ما يتعلق بداء الليشمانيات الحشوي، فقد اضطلعت المنظمة بدور كبير في الاستجابة للفاشيات المستمرة في جنوب السودان، حيث تم معالجة ما يربو على 18 000 حالة منذ تشرين الأول/ أكتوبر 2009، وبمتوسط 1000 حالة شهرياً في عام 2011. وقدمت المنظمة اختبارات تشخيصية وأدوية نوعية، كما قدمت الدعم اللوجستي اللازم للوصول إلى المناطق النائية. وعين المكتب الإقليمي مجموعة خبراء إقليميين لدعم البلدان في تصديها لداء الليشمانيات الجلدية. وتم بالفعل صياغة الخطة الاستراتيجية الإقليمية الأولى (2012 – 2016) والدلائل الإرشادية الإقليمية اللازمة لمعالجة حالات داء الليشمانيات الجلدي، مما سيوفر إطاراً معيارياً جديداً لمكافحة المرض في كل أنحاء الإقليم.

أما في مجال ترصد الأمراض السارية والتنبؤ بها ومجابهتها، فقد تحسنت نظم الترصد بشكل كبير في جميع البلدان، حيث تبنَّى العديد من البلدان (أفغانستان، وباكستان، وجنوب السودان، والجمهورية اليمنية، والصومال، وعُمان) الدلائل الإرشادية التدريبية للمنظمة الخاصة بجميع الأمراض السارية ذات الأهمية للصحة العمومية فيها، كما قام العديد من البلدان ببناء

القدرات الخاصة بالترصد والاستجابة للفاشيات في عام 2011. وواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم للبلدان لمساعدتها على تطوير وتعزيز ومواصلة قدرتها على اكتشاف الأحداث ذات الأهمية للصحة العمومية على الصعيد الوطني والدولي، وتقييم هذه الأحداث والإبلاغ عنها. وتم تدعيم بناء القدرات في الإقليم للتأهُّب للفاشيات والجوائح والتخفيف من وطأتها في أماكن تواجد اللاجئين والنازحين؛ وتبنِّي الممارسات المعيارية لمكافحة العدوى في مرافق الرعاية الصحية؛ والتأهُّب للعدوى الجائحية التي تميل للتحول إلى فاشيات وللإنفلونزا الجائحية؛ وإعداد الدلائل الإرشادية والبروتوكولات والمعايير الخاصة بالترصد المخفري للإنفلونزا.

وهذا العام، وبعد المتابعة والتحقق، تأكَّد وقوع 15 فاشية من بين 20 من الشائعات عن الفاشيات في 11 بلداً. وبغض النظر عن الفاشيات الثلاث الكبرى (الشيكونغونيا/الضنك في الجمهورية اليمنية، والإسهال المائي الحاد/الكوليرا في الصومال، والضنك في باكستان) فإن معظم الفاشيات الأخرى كانت فاشيات صغيرة تم اكتشافها مبكراً، ونجحت البلدان في احتوائها سريعاً بدعم المكاتب القطرية للمنظمة. وأبلغت أفغانستان عن العديد من الفاشيات المحدودة للشاهوق والخناق والحصبة. وقامت فرق نظام الإنذار المبكر بالأمراض باحتوائها سريعاً بدعم فاعل من المكتب القطري، والمكتب الإقليمي للمنظمة. وفي مصر، تواصل الإبلاغ عن حالات إصابة بشرية بإنفلونزا الطيور A/H5N1. كما أن البلدان بوجه عام أصبحت أكثر استعداداً للتصدِّي للفاشيات ومكافحة الأمراض التي تميل للتحول إلى أوبئة بالمزيد من الفعالية. بيد أن فاشية الضنك الكبرى التي شهدتها باكستان، تطلبت دعوة الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض والتصدي لها لتقديم الدعم.

وواصل المكتب الإقليمي ومركز نامرو – 3 المتعاون مع المنظمة الاستجابة لطلبات البلدان لتقديم الدعم التقني.

وشرع المكتب الإقليمي في تبنِّي العديد من المبادرات لإعداد الدلائل الإرشادية والبروتوكولات الإقليمية لدعم البلدان في مكافحة العدوى التي تميل للتحول إلى فاشيات. وكاستجابة منه لوضع حمى الضنك المنبعثة والآخذة في الاتساع في الإقليم، قام المكتب الإقليمي بجمع البلدان المتضررة سوياً لمناقشة سُبُل اتخاذ أسلوب موحّد للتصدي للفاشيات المتكررة. ويتواصل العمل على بلورة نتائج المناقشات لصياغتها في وثيقة للتوجيهات الاستراتيجية الإقليمية الخاصة بمكافحة الضنك في الإقليم. وقامت اللجنة الإقليمية كذلك بمناقشة هذا الأمر، وأكد قرارها (ش م/ ل إ58/ ق4) على أهمية الالتزام السياسي الرفيع المستوى، والتنسيق الجيد في ما يتعلق بإدارة مبيدات الهوام واستخدامها استخداماً رشيداً. وتم بالفعل إعداد الدلائل الإرشادية والبروتوكولات والمعايير الخاصة بالترصد المخفري لنظام العدوى الشبيهة بالإنفلونزا، والعدوى التنفسية الحادة الوخيمة (ILI/SARI)، وبدأت العديد من البلدان في مواءمة هذه التدابير وتنفيذها. وتم إعداد مسوّدة وثيقة توجيهية لتدريب العاملين الصحيين على استخدام المفاهيم الوبائية في خدمات الصحة العمومية. كما تم كذلك إعداد إطار لتنفيذ نظام ترصد المتلازمات، وإدماجه في نظام ترصد الصحة العمومية الروتيني.

وفي سياق دعم بناء القدرات الوطنية، تم إدخال برنامج دولي للتدريب بهدف تطوير القدرة على مكافحة الكوليرا. واشترك المكتب الإقليمي مع المقر الرئيسي للمنظمة في إعداد هذا البرنامج. وبالفعل تم بنجاح استكمال أول دورة تدريبية بالتعاون مع

الجامعة الأمريكية في بيروت. وركز الاجتماع دون الإقليمي الاهتمام على ما تمثله الحمى النزفية الفيروسية من تهديدات، كما قدم توصيات مكملة لقرار اللجنة الإقليمية ش م/ ل إ54/ ق4، وستكون في الوقت نفسه أساساً للدلائل الإرشادية الإقليمية لمكافحة الحمى النزفية الفيروسية.

وفي ما يتعلق بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005)، شهدت القدرات الأساسية تحسناً ملموساً نتيجة ما قدمه المكتب الإقليمي من دعم لمهام بعثات الدعوة والتقييم والرصد على الصعيد الوطني. وفي عام 2011، أجريت هذه البعثات في باكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والكويت، ولبنان، ومصر، والمملكة العربية السعودية، ومن ثم ستقوم جميع البلدان التي قامت بالفعل بتقييم قدرتها الأساسية منذ دخول اللوائح الصحية حيز التنفيذ، بإعداد خطط العمل الوطنية لتلبية الاحتياجات والقدرات التقنية قبل 15 حزيران/ يونيو 2012. وتم دعم بعثات خاصة لبناء القدرات في نقاط الدخول، ولتعديل قوانين الصحة العمومية وفقاً للوائح الصحية الدولية في باكستان، وعمان، ولبنان، مصر. وتم تنفيذ إطار الرصد المعد في المقر الرئيسي على المستوى الإقليمي لمساعدة البلدان على رصد مدى تقدُّمها، كما تم بناء القدرات لتمكين البلدان من استخدام هذه الأداة. ويظهر تحليل الحصائل ما أحرز من تقدم في الإقليم، وإن كان لايزال هنالك بعض الفجوات في الترصُّد المرتكز على الأحداث، وقدرات المناطق المحيطية على الاستجابة، ومعالجة المخاطر البيولوجية، والأمن في المختبرات، واستراتيجيات الاتصال إبان المخاطر، والتنسيق مع سائر القطاعات والأطراف المعنية، ونقاط الدخول، والموارد البشرية. وساهم المكتب الإقليمي في إعداد التوجيهات العالمية والنماذج التدريبية لدعم البلدان ومساعدتها في تطوير قدراتها الأساسية عند نقاط الدخول، وفي تعزيز استراتيجيات الاتصال أثناء المخاطر، وتطوير قدرات الموارد البشرية لتلبية المتطلبات.

وعقد المكتب الإقليمي لقاءات مع منظمة الطيران المدني الدولي لمناقشة اتفاق التعاون حول الوقاية من انتشار الأمراض السارية عبر السفر الجوي في الإقليم. كما قدَّم المكتب الإقليمي الدعم التقني اللازم لتبادل المعلومات أثناء التجمعات الجماهيرية الحاشدة وسائر الأحداث العالمية، وللتصدي للمخاطر البيولوجية والأمن البيولوجي وتعزيز الشبكات المختبرية. وتم إعداد إطار عمل لإدراج أسلوب يراعي "جميع المخاطر" في سياق اللوائح الصحية الدولية، بالتعاون مع برنامج الطوارئ والعمل في الإغاثة الإنسانية. وقامت أمانة اللوائح الصحية الدولية بتزويد البلدان بالأدوات والإجراءات اللازمة لطلب تمديد الأجل لعامين إضافيين من أجل توفير القدرات التقنية اللازمة للتنفيذ.

أما في مجال التدبير المتكامل للنواقل، فقد تم عقد مشاورة إقليمية حول التدبير السليم لاستخدام مبيدات الهوام لأغراض الصحة العمومية، بالتعاون مع المسؤولين عن خطة المنظمة لتقييم استخدام مبيدات الهوام. وقد أسفرت هذه المشاورة عن إعداد إطار عمل للتدبير السليم لمبيدات الهوام لأغراض الصحة العمومية (2012–2016). وسيوجه الإطار عملية تنفيذ قرار اللجنة الإقليمية حول هذه القضية (ش م/ ل إ58/ ق 10). وحدد هذا الإطار تدابير نوعية في مجال السياسات والتشريعات المتعلقة بمكافحة الهوام؛ ونُظُم تسجيل مبيدات الهوام؛ وشراء مبيدات الهوام وتخزينها وتوزيعها، والتخلص من عبوات مبيدات الهوام ونفاياتها؛ والرقابة الفعَّالة على جودة مبيدات الهوام، وإنفاذ اللوائح، والرصد بعد

التسجيل؛ والاستخدام الآمن والحصيف لمبيدات الهوام في مكافحة النواقل والهوام ذات الأهمية للصحة العمومية.

وساعد المكتب الإقليمي البلدان على تنفيذ مشروع مرفق البيئة العالمية لإعداد بدائل للدي دي تي، ولتعزيز القدرة الوطنية على مكافحة النواقل. وقد أوصى الاجتماع الرابع للجنة الاستشارية العلمية والتقنية الإقليمية للمشروع المشترك بين منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة والذي يدعمه مرفق البيئة العالمي، جميع البلدان بتنفيذ الاستراتيجيات الخاصة بتدبير المقاومة لمبيدات الحشرات، حتى وإن لم تكتشف مثل هذه المقاومة. وقد أحيت البلدان بدعم من مرفق البيئة العالمي، اللجنة التوجيهية المعنية بالتدبير المتكامل للنواقل. وحصل الأردن وجمهورية إيران الإسلامية والمغرب على الدعم، لإعادة تعبئة مبيدات الحشرات المتقادمة والتخلص منها بالتعاون مع منظمة الأغذية والزراعة. وشرع السودان في تنفيذ أنشطة تستهدف تدبير المقاومة لمبيدات الحشرات من خلال التحول لمبيد أغلى ثمناً في الرش الثمالي داخل المنازل في ولاية الجزيرة. وواصل المكتب الإقليمي دعمه لرصد المقاومة لمبيدات الحشرات من خلال توفير ورق الترشيح وعتائد الاختبار اللازمة لإجراء المقايسات الميدانية في الجمهورية العربية السورية وجيبوتي وجنوب السودان والسودان والعراق ومصر، ولبناء القدرات في الأردن، ولتعزيز المختبرات الوطنية المعنية بعلم الحشرات في السودان. وتم حشد موارد إضافية للسودان من خلال مؤسسة بيل وميلندا غيتس لدعم مشروع مدته ثلاثة أعوام حول تأثير مقاومة الانوفيلة العربية لمبيدات الحشرات على مكافحة نواقل الملاريا. وقد نفذ هذا المشروع من قِبَل البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا بالتعاون الوثيق مع منظمة الصحة العالمية، وجامعة كسلا، ومعهد النيل الأزرق الوطني للأمراض السارية، وكلية لندن للإصحاح وطب المناطق المدارية، وكلية ليفربول لطب المناطق المدارية.

وقدَّم برنامج المنح البحثية الصغيرة الدعم لثمانية مشروعات جديدة في عام 2011. ومن بين المشروعات التي سبق دعمها والوقوف على نتائجها في عام 2011، تم تقييم المشروعات التي سيُستهدى بها في وضع السياسات والاستراتيجيات: جودة خدمات التمنيع، وفعالية لقاح الحصبة والنكاف والحميراء (الحصبة الألمانية)؛ وتأثير تدريب مديري المرافق، ومقدمي اللقاحات، وانخراط القطاع الخاص في خدمات التمنيع؛ وامتثال المسافرين للوائح الصحية الدولية؛ وخطر انتقال الأمراض الناجمة عن الفيروسات المنقولة بالمفصليات؛ واستخدام أدوات تستند إلى الجزيئات في تشخيص داء الليشمانيات؛ ونواقل حمى الفواصد؛ ودور التهاب الكبد الخفي في انتقال المرض من خلال نقل الدم.

وعقب اجتماع المجموعة المرجعية المعنية بالأمراض الحيوانية المنشأ والأمراض المعدية المهمشة في عام 2010، شارك المكتب الإقليمي في إعداد تقرير سنوي ومقال، وتم نشرهما في عام 2011.

التوجُّهات المستقبلية

سوف يتواصل إعطاء الأولوية لتعزيز التغطية بالتمنيع الروتيني، ولاسيَّما في البلدان التي يقل فيها معدل التغطية بثلاث جرعات من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق عن 90٪ على الصعيد الوطني، أو التي يقل فيها عن 80٪ على مستوى كل منطقة. وسيركز الدعم على تحسين القدرات الإدارية الوطنية وعلى بناء سائر القدرات، وعلى إعداد خطط شاملة متعددة السنوات لتقديم الدعم إلى البلدان في

جهودها لتنفيذ أسلوب الوصول إلى كل منطقة، مع دعم ذلك بتبني غيرها من الأساليب التي تناسب السياق المحلي. وسيمثل الأسبوع الإقليمي الثالث للتمنيع في شهر نيسان/أبريل 2012، وشعاره "الوصول إلى كل مجتمع محلي" فرصة لاستنهاض المزيد من الدعم اللازم للارتقاء بجهود التغطية بالتمنيع. وسيتسنم تعزيز نظم الرصد والتقييم للاستفادة من المعطيات (البيانات) في العمل سلم الأولويات. وسيتم تقديم المزيد من الدعم لتعزيز القدرات في باكستان لضمان مستوى الأداء عقب نقل السلطات الصحية من العاصمة في المركز إلى المحيط في المناطق. وسيتم متابعة تنفيذ خطط المناطق في عام 2011 عن كثب بمساعدة المكتب الإقليمي، كما سيتم تقديم الدعم التقني اللازم لها.

وستركز الجهود المبذولة لتسريع وتيرة التخلص من الحصبة على إنشاء وتعزيز لجان إقليمية ووطنية للتخلص من الحصبة، ولإجراء مراجعة لنظام ترصد الحصبة، أو التحقق من تخلص بلدان التبليغ الصفري منها. وسيتم التركيز على ضمان التنفيذ لحملات المتابعة في الوقت المناسب، من خلال تقديم الدعم التقني لعملية التخطيط والتنفيذ، والدعوة إلى حشد الموارد. وستتواصل جهود الدعوة إلى تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية لتحقيق مرمى مكافحة فيروس الكبد الوبائي البائي ولاسيَّما إعطاء جرعة لقاح الكبد الوبائي البائي عند الميلاد. وسيتواصل تقديم الدعم للبلدان لمساعدتها على إدخال لقاحات جديدة أو الإعداد لإدخالها. كما سيتم كذلك تعزيز بناء القدرات لاتخاذ القرارات المستهدية بالبيِّنات.

وتتمثل الأولويات الإقليمية المتعلقة باستئصال شلل الأطفال في وقف سراية فيروس شلل الأطفال البري في أفغانستان وباكستان. وسيتم تعزيز التعاون للوصول إلى فترات مُهادَنة لضمان الوصول إلى الأطفال أثناء أنشطة التمنيع التكميلي. وسيتم تقوية انخراط المنظمات غير الحكومية وتعزيز الإشراف، وإضفاء الطابع المؤسسي على المساءلة المرتكزة على الأداء. وفي باكستان، سيتم التركيز على التنفيذ الكامل لخطة العمل إبان الطوارئ التي أعدَّتها الحكومة الفيدرالية وحكومات المقاطعات. وسيتم إيلاء اهتمام خاص للمساءلة على مستوى تقديم الخدمات، ولزيادة الموارد البشرية على مستوى المنطقة والمجلس الاتحادي، ولتشجيع طرح حلول محلية مبتكرة، وللتوسع في الشراكات. وتتمثل الأولوية التالية في الحفاظ على ارتفاع مستوى مناعة السكان، وترصد المستوى القياسي للإشهاد على الخلو من شلل الرخو الحاد، وبناء القدرة على الاكتشاف المبكر للوفادات، وضمان الاستجابة المثلى في كل البلدان الخالية من شلل الأطفال. وسيتم ذلك من خلال إجراء حملات وقائية، واستخدام أداة لتقييم المخاطر، وإعداد نموذج دون الوطني لتقييم المخاطر، وتشجيع أنشطة التنسيق بين البلدان المتجاورة، والتعاون مع المنظمات الشريكة.

وفي مجال أمراض المناطق المدارية، سيتم التركيز على تكثيف التدخلات الخاصة بمكافحة داء التنينات

تعزيز التغطية بالتطعيمات الروتينية من الأولويات كي تصل إلى كل طفل في الإقليم

في المناطق الموطونة المتبقية لإحراز هدف الاستئصال. وسيتواصل تقديم الدعم التقني لضمان إدماج الترصد لداء التنينات في نظام الترصد الوطني في جميع المناطق التي أصبحت خالية منه، بما فيها البؤر السابقة. وهنالك حاجة ماسة إلى تنفيذ برنامج خاص بترصد داء التنينات في منطقة الحدود بين السودان وجنوب السودان لمنع دخول الحالات. ومن المتوقع استمرار عمل البرامج الوطنية لمكافحة الجذام على تنفيذ الاستراتيجية العالمية المعززة لزيادة تقليص عبء المرض الناجم عن الجذام 2011–2015، فضلاً عن الدلائل الإرشادية اللازمة لتعزيز مشاركة المتأثرين بالجذام، وذلك من أجل تقديم الخدمات للمصابين بالجذام. وستواصل المنظمة عملها على دعم البرامج الوطنية للجذام بما فيها إنشاء نُظُم للإبلاغ على صعيد المنطقة. وستتطلب السودان دعماً متواصلاً للانتهاء من إعداد خارطة توزع داء الفيلاريات اللمفية من أجل إدخال المعالجة الدوائية الجموعية في المناطق المتضررة. وينبغي توسيع نطاق أنشطة ترصد ما بعد المعالجة الدوائية الجموعية في مصر، والبدء بتنفيذها في الجمهورية اليمنية. وسيتواصل العمل على إدخال تقنيات حساسة للإشهاد على وقف سراية داء البلهارسيات. وستتواصل جهود الدعوة، وإعداد المقترحات، وأنشطة جمع الأموال لضمان تنفيذ أنشطة التخلص المناسبة في البلدين اللذين لايزالان يعانيان من ارتفاع نسب التوطن لداء البلهارسيات. كما ستستمر هذه الجهود في الجمهورية اليمنية للتخلص من داء كلابية الذنب. ويتعين استنهاض أنشطة مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري وترصده بإلحاح في جنوب السودان لتفادي وقوع فاشيات، نظراً لانبعاث المرض بالفعل في بعض البؤر. وهنالك حاجة إلى تنفيذ أسلوب معياري جديد لمعالجة حالات داء الليشمانيات، مع التركيز على التشخيص والمعالجة الفورية لكل من الأشكال الجلدية والحشوية لهذا الداء. ويعتبر ترصد المرض وتحليل البيانات المفتاح الرئيسي لتصميم استراتيجيات مكافحة أكثر فعالية.

وسيواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم لتعزيز نظم الترصد الوطنية للأمراض السارية، ولتشجيع ترصد المتلازمات وأسلوب الترصد المتكامل للمرض الذي يعتمد على آلية قوية للإنذار المبكر من أجل التبكير باكتشاف الفاشيات، واتخاذ الاستجابة الآنية لها. وسيعمل المكتب الإقليمي عن كثب مع البلدان لتحديد الفجوات والتعاطي معها. وسيتعاون أيضاً المكتب الإقليمي مع المعاهد والدوائر العلمية الإقليمية لإعداد شبكة لمساعدة الدول الأعضاء إبان الفاشيات وغيرها من الكوارث. وسيتواصل تقديم الدعم لتقييم ورصد القدرات الأساسية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية. وسيعمل المكتب الإقليمي على ترجمة وتوزيع الدلائل الإرشادية اللازمة، وإجراءات التشغيل القياسية والوثائق التوجيهية، وسيؤدي ذلك إلى تيسير التنفيذ على المستوى القطري. وسيتم دعم بناء القدرات في مجال الترصد، وتعزيز القدرة على الاستجابة، وتحسين التشريعات، وإدارة الجودة في المختبرات، وتدبير المخاطر البيولوجية والأمن البيولوجي، والترصد عند نقاط الدخول والمعابر الحدودية وعند المعابر الأرضية.

وستتركز مكافحة النواقل وبيولوجيا النواقل على استنهاض تدخلات مكافحة النواقل للوصول إلى التغطية الشاملة لكل السكان المعرَّضين للمخاطر؛ وتنفيذ نتائج الدراسات التي يدعمها مشروع مرفق البيئة العالمي، وتعزيز القدرة على رصد وإدارة مقاومة النواقل لمبيدات الحشرات؛ وتحديث الخرائط التي توضح مواقع النواقل، والتي توضح أيضاً المقاومة لمبيدات الحشرات لدى النواقل المهمة في البلدان التي

تحظى بالأولوية؛ وتنفيذ الإطار الإقليمي للتدبير السليم لمبيدات الحشرات.

وسيركز برنامج المنح الصغيرة على حشد الموارد اللازمة للبحوث. وسيواصل البرنامج دعم تطوير القدرات، ورصد وتقييم تنفيذ المشاريع التي يتواصل العمل بها حالياً، واستفادة البرامج الوطنية من نتائج البحوث. وسيتم تقييم أنشطة البرنامج على مدى السنوات العشر الماضية.

الغرض الاستـراتيجي 2: مكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا

القضايا والتحدّيات

يتواصل ارتفاع معدلات انتشار وباء الإيدز في الإقليم منذ عام 2001. ورغم أن المعدل الإجمالي لانتشاره لايزال منخفضاً، فإن المعدل السنوي التقديري للعدوى الجديدة بين البالغين والأطفال قد زاد زيادة ملحوظة في العقد المنصرم، وهناك ما يقرب من 560 000 شخص من المعايشين للإيدز (الجدول 1.1)، من بينهم 42 000 طفل تتراوح أعمارهم بين 0 – 14 عاماً. ويقدر أن 82 000 بالغ و7400 طفل أصيبوا عام 2010 بعدوى جديدة. وقد تضاعفت على وجه التقريب الوفيات ذات الصلة بالإيدز في العقد المنصرم بين البالغين وبين الأطفال لتصل إلى إجمالي 38 000 شخص في عام 2010، منهم 4100 طفل. وتواجه مكافحة الإيدز عدداً من التحديات، إذ تتزايد حالات العدوى بين ذوي السلوك العالي الاختطار ولدى أقرانهم (مثل متعاطي المخدرات بالحقن وزوجاتهم). وتتناقص الاستثمارات في تدخلات إيصال الخدمات إلى المجموعات السكانية المهمشة والمحرومة، ولايعرف معظم الناس المعايشين للإيدز شيئاً عن أوضاعهم، كما لا يعرف نظام الرعاية الصحية عنهم شيئاً. أما الأساليب المتبعة لزيادة التغطية باختبارات كشف فيروس الإيدز فلا تستهدف الناس الأكثر تعرضاً للاختطار، وبالتالي لا تساهم على نحو كافٍ في تشخيص الحالات الجديدة. كما أن القلاقل المدنيّة في العديد من البلدان قد حرفت الاهتمام عن الصحة بشكل عام وعن برامج مكافحة الإيدز بشكل خاص. وأخيراً فإن التناقص في تمويل المانحين لبرامج مكافحة الإيدز، وعدم كفاية المخصصات من الموارد المحلية يهددان ضمان استمرار الخدمات في مجال الإيدز.

وتشير التقديرات إلى أن نحو 47٪ من سكان الإقليم يعيشون في مناطق تكتنفها مخاطر الإصابة بالملاريا. ففي عام 2010 تم الإبلاغ عن 7.3 مليون حالة إصابة بالملاريا في هذا الإقليم تأكّد 28.5٪ منها فقط بالفحوصات المختبرية الطفيلية (الجدولان 2.1 و3.1). وهناك نقص في القدرات الوطنية في مجال التخطيط والاستجابة لأوبئة الملاريا وللطوارئ المعقدة الوشيكة الحدوث. كما أن المرافق التشخيصية لتأكيد الحميات التي يشتبه أنها ناجمة عن الملاريا محدودة من حيث الجودة ومن حيث إمكانية الوصول إليها؛ هذا إلى جانب ضعف الامتثال للدلائل الإرشادية الوطنية لمعالجة الملاريا. أما البرامج المرتكزة على المجتمع فمفقودة أو ضعيفة، كما أن القطاع الخاص يعاني من الفوضى، وهناك أيضاً قدرات محدودة في القيادة وفي الإدارة، ولاسيما على مستويات المناطق وما دونها حيث يكون تبدُّل العاملين سريعاً. وتعاني نُظُم الإمداد والشراء من القصور، كما أن نُظُم الرصد والتقييم والترصد ضعيفة.

الجدول 1.1 عبء الإيدز والعدوى بفيروسه 2011

البلد	المعدل التقديري لانتشار الإيدز بين السكان البالغين (٪)[أ]	العدد التقديري للمعايشين للإيدز[أ]	العدد التقديري لمن يحتاج للمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية استناداً إلى منهجية منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز وإلى الدلائل الإرشادية لتلك المعالجة لمنظمة الصحة العالمية 2010[ب]	العدد المبلغ عنه لمن يتلقّى المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية[ج]
الأردن	غ م	غ م	غ م	108
الأرض الفلسطينية المحتلة	غ م			
أفغانستان	أقل من 0.5*	غ م	1600	116
الإمارات العربية المتحدة	غ م	غ م	غ م	229
باكستان	0.1	98 000	22 000	2491
البحرين	غ م	غ م	غ م	40 (2010)
تونس	غ م	2400	4000	483
جمهورية إيران الإسلامية	0.2	92 000	26 000	2752
الجمهورية العربية السورية	غ م	غ م	غ م	غ م
الجمهورية اليمنية	0.07د	306 000ج	4500ج	625
جنوب السودان	غ م	(السودان+جنوب السودان)	49 000ج	3442
جيبوتي	2.5	14 000	5700	1328
السودان	غ م	260 000	26 246ج	2500
الصومال	0.7	34 000	25 000	
العراق	أقل من 0.2	غ م	غ م	غ م
عُمان	0.1	1100	1100	661
قطر	أقل من 0.1	أقل من 200	غ م	غ م
الكويت	غ م	غ م	غ م	186
لبنان	0.1	3600	1100	425
ليبيا	أقل من 0.2	غ م	غ م	غ م
مصر	أقل من 0.1	11 000	5100	760
المغرب	0.1	26 000	11 000	4047
المملكة العربية السعودية	غ م	غ م	غ م	1961

غ م: المعلومات غير متوافرة

[أ] تقرير وباء الإيدز العالمي 2010، جنيف، برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز 2011

[ب] نحو الإتاحة الشاملة: الارتقاء بالتدخلات ذات الأولوية في مرض الإيدز والعدوى بفيروسه في القطاع الصحي، تقرير مرحلي، 2011، جنيف، منظمة الصحة العالمية/ اليونسيف/ برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز 2011

[ج] تقارير قطرية مرحلية حول الاستجابة العالمية لمكافحة الإيدز 2012

[د] تقارير قطرية عن الدورة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة 2010

* معدل انتشار فيروس العوز المناعي بين كافة السكان

ولاتزال معدلات كشف حالات السل بعيدة عن الوصول إلى المعدل المستهدف، ويعود ذلك بشكل رئيسي إلى ضعف شبكة المختبرات المعنية بالسل، والتدبير المخصص لحالات السل التي تصيب غير المواطنين، وإلى التعاون المحدود النطاق بين مختلف القطاعات. ويبدو الإسهام الوطني في الارتقاء بالقدرات اللازمة لتدبير المقاومة لأدوية متعددة غير كافٍ، إذ لم يبدأ حتى الآن إلا عشرة بلدان في تدبير

الجدول 2.1 الحالات المؤكَّدة بفحص الطفيليات (باراسيتولوجياً) في بلدان لا يوجد بها سراية للملاريا أو فيها سراية فرادية، وبلدان تتوطنها الملاريا بمعدلات منخفضة

البلد	حالات في 2009		حالات في 2010		حالات في 2011		أنواع تنتقل محلياً
	الإجمالي	حالات تنتقل محلياً	الإجمالي	حالات تنتقل محلياً	الإجمالي	حالات تنتقل محلياً	
الأردن	53	0	61	2	58	0	–
الأرض الفلسطينية المحتلة	1	0	غ م	غ م	0	0	–
الإمارات العربية المتحدة	3018	0	3264	0	5242	0	–
البحرين	103	0	90	0	186	0	–
تونس	49	0	71	0	67	0	–
جمهورية إيران الإسلامية[أ]	6122	4477	3031	1847	3137	1676	المتصورة النشيطة>المتصورة المنجلية
الجمهورية العربية السورية	39	0	23	0	غ م	غ م	–
العراق	1	0	7	0	11	0	–
عُمان	898	0	1193	24	1532	13	–
قطر	239	0	440	0	673	0	–
الكويت	غ م	غ م	343	0	476	0	–
لبنان	72	0	غ م	غ م	غ م	غ م	–
ليبيا	27	0	غ م	غ م	غ م	غ م	–
مصر	94	0	85	0	116	0	–
المغرب	145	0	218	0	312	0	–
المملكة العربية السعودية[ب]	2333	58	1941	29	غ م	غ م	المتصورة المنجلية> المتصورة النشيطة

غ م: المعطيات غير متوافرة
>: غلبة نوع واحد
(أ) المناطق الموطونة موجودة بشكل رئيسي في الجنوب الشرقي
(ب) المناطق الموطونة موجودة بشكل رئيسي في الجنوب الغربي

الجدول 3.1 حالات الملاريا المسجلة والتقديرية في بلدان ذات العبء الجسيم من الملاريا

البلد	حالات في 2009		حالات في 2010		حالات في 2011		أنواع تنتقل محلياً
	إجمالي الحالات المبلغة	إجمالي الحالات المؤكّدة	إجمالي الحالات المبلغة	إجمالي الحالات المؤكّدة	إجمالي الحالات المبلغة	إجمالي الحالات المؤكّدة	
أفغانستان	390 729	64 880	392 463	69 397	482 748	77 549	المتصورة النشيطة > المتصورة المنجلية
جيبوتي	2686	2686	3962	1019	غ م	230	المتصورة المنجلية > المتصورة النشيطة
باكستان	4 242 032	167 579	4 281 356	240 591	غ م	غ م	المتصورة النشيطة > المتصورة المنجلية
الصومال	72 362	25 202	24 553	24 553	غ م	غ م	المتصورة المنجلية > المتصورة النشيطة
جنوب السودان	325 634	غ م	900 283	900 283	603 397	غ م	المتصورة المنجلية > المتصورة النشيطة
السودان	2 361 188	711 462	1 465 496	720 557	غ م	غ م	المتصورة المنجلية > المتصورة النشيطة
الجمهورية اليمنية	138 579	55 446	198 963	106 697	142 152	90 954	المتصورة المنجلية > المتصورة النشيطة

غ م: المعطيات غير متوافرة
>: غلبة نوع واحد

الحالات المقاومة لأدوية متعددة. ومن المتوقع أن تزداد الفجوة في تمويل مكافحة السل في الثنائية 2012–2013 والتي وصلت في الثنائية 2010–2011 إلى 28٪ (من أصل 233 مليون دولار أمريكي يلزم توفيرها).

وقد أدى التعاون في هذه المجالات مع الشركاء، ولاسيما الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، إلى تحسُّن في الوضع المالي وفي الدعم التقني للبلدان، ولكن الشك يخيم على ضمان استمرار هذا الدعم في الثنائية 2012–2013، إذ سيؤثر التخفيض في التمويل أيضاً على البحوث الميدانية.

الإنجازات المحرزة نحو بلوغ أهداف مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

لقد تم تحقيق جميع النتائج المتوقعة على الصعيد الإقليمي في مجال الإيدز والعدوى بفيروسه باستثناء ما يتعلق منها بالتغطية بالمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، حيث ازدادت تلك التغطية في مجال معالجة ورعاية مرضى الإيدز من 473 15 عام 2010 إلى 050 19 عام 2011؛ إلا أن التغطية الإقليمية التقديرية لاتزال منخفضة، حيث لا تتجاوز 10٪. وقد حققت سلطنة عُمان أفضل تغطية تقديرية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا؛ إذ بلغت 45٪ بالنسبة للبالغين والأطفال المعايشين بالإيدز الذين يتلقون المعالجة وذلك بنهاية عام 2010؛ ويتلوها لبنان (37٪) ثم المغرب (30٪). ويتأخر معظم البلدان عن تحقيق هدف الإتاحة الشاملة للمعالجة؛ ومن الجدير بالذكر مع ذلك، أن أربعة بلدان تساهم في 85٪ من عدد المؤهلين لتلقي المعالجة المضادة للفيروسات القهقرية، وهي السودان (000 93)، والصومال (000 25)، وجمهورية إيران الإسلامية (000 26)، وباكستان (000 22). ويركز المكتب الإقليمي على تقديم الدعم التقني لباكستان وجنوب السودان والسودان والصومال لتعزيز ما يقدمونه من دعم لبرامج معالجة ورعاية مرضى الإيدز وإيتاء الخدمات فيها. ويتواصل العمل في باكستان على إعداد نموذج لسلسلة متكاملة من الرعاية بالتعاون مع اليونيسف.

وحتى يمكن تعزيز قدرات البلدان في الوقاية من الإيدز، عقدت مشاورة إقليمية حول التقدُّم المُحْرز وحول التحديات في مجال الوقاية من سراية فيروس الإيدز من الأم لطفلها، وقد شاركت في هذه المشاورة البرامج الوطنية للإيدز والبرامج الوطنية للصحة الإنجابية. وقد تم تطوير بعض الأساليب الواعدة في بعض البلدان، ومنها المغرب وعُمان وباكستان. وتستعد بلدان أخرى (ولاسيَّما في مجلس التعاون الخليجي) لتبني إجراء الاختبارات لكشف فيروس الإيدز لدى الحوامل عند تلقي الرعاية السابقة للولادة بوصف ذلك تدخلاً روتينياً، وذلك اتباعاً للنموذج المعمول به في عُمان. كما تم إجراء مراجعة للأوضاع وللبرامج المعنية بالبغايا وباللواطيين، ويتواصل العمل على استكمالها ونشرها.

وقد واصل المكتب الإقليمي تقديمه المساعدة للبلدان لتعزيز قدراتها على تنفيذ ترصد العدوى بفيروس الإيدز وبالأمراض المنقولة جنسياً بما يتوافق مع توصيات منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ولرصد التغطية بالخدمات الأساسية للوقاية وللمعالجة. كما تم تنفيذ مسح لمتابعة تطوير النُظُم الوطنية لترصد فيروس الإيدز للتعرُّف على مواطن القوة ومواضع الضعف فيها. وقد ازداد عدد البلدان التي لديها معلومات محدَّثة حول السلوكيات وفيروس الإيدز لدى مجموعات السكان المعرَّضة أكثر من غيرها للاختطار، وذلك بنهاية عام 2010، لتشمل الأردن وأفغانستان وباكستان وتونس

وجمهورية إيران الإسلامية والسودان وفلسطين ولبنان ومصر والمغرب. وواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم للمركز الإقليمي للمعلومات حول ترصد فيروس الإيدز في كرمان، بجمهورية إيران الإسلامية، وهو المركز الذي يقدم الدعم التقني وبناء القدرات لأنشطة الترصد في بلدان الإقليم. كما عقد المكتب الإقليمي، بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، والبنك الدولي، اجتماعاً بين مجموعة الخبراء المعنيين بالموارد الإقليمية في مجال ترصد فيروس الإيدز. وقد تبادلت المجموعة الخبرات وأفضل الممارسات حول إجراء المسوحات الخاصة بفيروس الإيدز والتزمت المجموعة بتقديم الدعم لضمان الجودة في هذه المسوحات، وإضفاء المعايير على المؤشرات وعلى الأدوات بغية تحسين قابلية مقارنة المعطيات، وبالتعاون في مجال النشر المشترك حول وبائيات الإيدز في الإقليم.

وتم تحديد عدة بلدان (أفغانستان، وباكستان، وجنوب السودان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن) لتكون ذات أولوية في تلقّي الدعم للوقاية من

موظفو المنظمة الميدانيون في الصومال يدربون العاملين الصحيين على مسك سجلات الإصابة بفيروس الإيدز

انقطاع الإمدادات من الأدوية ومواد التشخيص للإيدز ولحالات العدوى بأمراض تنتقل جنسياً. وقد استفادت جميع هذه البلدان من المنح التي قدمها الصندوق العالمي، كما تم انتقاء برنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونيسف في كل منها ليتلقى المنح من أجل شراء الإمدادات اللازمة للمعالجة. ويتركز دور منظمة الصحة العالمية على التوجيه التقني حول مواصفات الأدوية والإمدادات المختبرية. ولم يبلّغ عن انقطاع في الإمدادات إلا في جيبوتي وفي جنوب السودان عام 2010.

ونظراً لأهمية دور الحملات الإعلامية ودور القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني في الوقاية من الإيدز ومكافحته ومعالجته، فقد تصدت الحملة العالمية لمكافحة الإيدز لعام 2011 لقضية الوصم والتمييز ضد المعايشين لفيروس الإيدز في مواقع تقديم الرعاية الصحية. وفي هذا السياق منحت جائزة المكتب الإقليمي للفيلم المصري «أسماء» اعترافاً منه بالعمل الرائد في تعزيز حقوق الإنسان في الصحة. وواصل المكتب الإقليمي جهوده لتعزيز دور منظمات المجتمع المدني في تخفيف الضرر من خلال تقديم الدعم

لرابطة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لتخفيف الضرر. أما في لبنان، فقد تم إعداد نموذج لإيتاء الخدمات للمتعرضين وللمتعرضات لاختطار العدوى بفيروس الإيدز بالتعاون مع منظمة غير حكومية هي «مرسا». وقد تلقى ستة بلدان (أفغانستان، وتونس، وجيبوتي، وجمهورية إيران الإسلامية، وجنوب السودان، واليمن) الدعم من أجل حشد الموارد من الصندوق العالمي ومن جهات مانحة أخرى.

وفي مجال البحوث الميدانية، تم التركيز على مواصلة بناء القدرات الوطنية حول منهجيات إجراء الدراسات الوبائية حول الإيدز، حيث تلقى أكثر من 60 خبيراً من بلدان الإقليم هذا التدريب حتى الآن. وقد نشر كتيبان آخران من الكتيبات التدريبية ضمن السلسلة الخاصة بالطرق الوبائية لتقييم الاتجاهات الوبائية للإيدز في مختلف المجموعات السكانية. وقدَّم المكتب الإقليمي الدعم للسودان والصومال وعُمان وفلسطين والمغرب واليمن في مجال التخطيط والتنفيذ للمسوحات السلوكية البيولوجية حول الإيدز، وللمغرب لتأسيس مركز إقليمي مرجعي معني برصد المقاومة للأدوية المضادة للنيسيريات البنيّة.

وقد أحرز تقدم ملحوظ في مجال التخلص من الملاريا ومكافحتها بما يتماشى مع الرؤية الإقليمية للتخلص من الملاريا؛ إذ حققت جمهورية إيران الإسلامية والعراق والمملكة العربية السعودية على وجه الخصوص تغطية تزيد على 80٪ بالتدخلات الرئيسية لمكافحة الملاريا والتخلص منها، أما البلدان السبعة الأخرى (وهي أفغانستان وباكستان وجنوب السودان وجيبوتي والسودان والصومال واليمن) فقد زادت من التغطية بالتدخلات الرئيسية لمكافحة النواقل وللمعالجة وللتشخيص، ولكنها بقيت دون الهدف المتوخى بكثير.

لمنظمات المجتمع المدني، كرابطة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا للحد من الأضرار، دور مُهم في الحد من الأضرار والوقاية من الإصابة بفيروس الإيدز، ولاسيما لدى الفئات السكانية المستضعفة والمهمّشة

وقد حدثت أربعة بلدان ما لديها من استراتيجيات وطنية لمكافحة الملاريا 2011–2015 (أفغانستان والسودان والصومال واليمن). أما في جيبوتي فقد بدأت مراجعة للبرنامج من أجل إعداد استراتيجية ما قبل التخلص من الملاريا استناداً إلى بينات بيئية ووبائية. كما أعدَّت أفغانستان استراتيجيات وطنية للتدبير المجتمعي للملاريا، وصادقت عليها، بدعم من منظمة الصحة العالمية، إلا أن هناك تحدياتٍ تواجه التنفيذ الكامل لهذه الاستراتيجيات تتمثل في ضمان استمرار مساهمة المتطوعين الذين لا يتلقون أجوراً في المجتمع في ظل المصاعب الاقتصادية. وقد استكمل العراق التقييم المعمَّق للبرنامج واستفاد من النتائج في توجيه إعداد الاستراتيجية الوطنية للوقاية من عودة دخول الملاريا 2011–2015. وتم تحديث السياسات والدلائل الإرشادية لمعالجة الملاريا في السودان والصومال بدعم من منظمة الصحة العالمية، وأعد كل من أفغانستان والسودان واليمن استراتيجية ثنائية ووضعوها موضع الاستخدام للتأكيد الشامل لتشخيص الملاريا بواسطة الفحص المجهري وباختبار تشخيصي سريع.

وقد تم تقديم الدعم في مجال التخطيط والتدبير العلاجي لبرامج مكافحة الملاريا، وفي الفحص المجهري المتقدم للملاريا، وضمان الجودة، وفي طرق اختبار كفاءة الأدوية المضادة للملاريا والفحص المجهري للملاريا، وفي الترصد المتقدم للملاريا ورصدها وتقييمها.

فقدَّمت منظمة الصحة العالمية الدعم لشراء الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات طويلة الأمد، ولمبيدات الحشرات، ولمعدات الإرذاذ، ولتوليفات المعالجة المرتكزة على الأرتيمسنين، وللاختبارات التشخيصية السريعة، وذلك لكل من أفغانستان، وباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والمغرب، والصومال، واليمن، بالاستفادة من الموارد التي قدمتها منظمة الصحة العالمية. والصندوق العالمي، ومجلس التعاون الخليجي وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز والصندوق الكويتي لإغاثة المرضى. ويعمل المكتب الإقليمي حالياً لضمان توافر مخزون إقليمي من الأرتيميثر – واللوميفانترين، وهما يوزعان مجاناً في البلدان الخالية من الملاريا، وفق الاقتضاء، لمعالجة حالات الملاريا المنجلية الوافدة.

وفي مجال الترصد، تم تطوير قاعدة معطيات إقليمية حول الملاريا مع إتاحتها للمكاتب القطرية من خلال شبكة الإنترنت. كما تم تقديم الدعم التقني وبناء القدرات إلى السودان وإلى اليمن من أجل إعداد قاعدة معطيات وطنية. وتلقت أفغانستان الدعم من أجل إعداد مسح لمؤشرات الملاريا، كما قدم المكتب الإقليمي الدعم إلى جيبوتي من أجل التخطيط لإجراء مسح للمرافق الصحية في عام 2012. وفي إطار الترصد العالمي للمقاومة للأدوية المضادة للملاريا، قدّم المكتب الإقليمي الدعم لكل من أفغانستان وباكستان والجمهورية اليمنية والسودان والصومال من أجل

إجراء دراسات لرصد فعالية الأدوية. كما تلقت دول عديدة عتائد الاختبار، وتم بناء القدارت من أجل إجراء مقايسات بيولوجية ميدانية لرصد المقاومة لمبيدات الحشرات. وفي جيبوتي أجريت المرحلة الثانية من برامج مراجعة وتقييم نظام الترصد والمعلومات حول الملاريا، أما ما يتعلق بالبحوث الميدانية حول الملاريا، فقد قدم المكتب الإقليمي الدعم لدراسة دكتوراة للمقارنة بين الأدوات التشخيصية المستخدمة في الملاريا في الجمهورية اليمنية.

وتؤثر القلاقل وعدم استتاب الأمن في مختلف أرجاء الإقليم على التنفيذ السلس للأنشطة المخططة لمكافحة السل (الجدول 4.1). إلا أن 17 بلداً إمَّا أعد أو حدَّث خططاً استراتيجية وطنية للحقبة 2011–2015، كما حقّق 14 بلداً معدلاً بلغ 70٪ أو يزيد لكشف الحالات (الأردن، والبحرين، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجيبوتي، وعُمان، وقطر، والكويت، ولبنان، وليبيا، والمغرب، والمملكة

الجدول 4.1 الإبلاغ عن حالات السل في 2011

البلد	حالات جديدة إيجابية اللطاخة	جميع الأشكال	معدل الإبلاغ(أ) (للحالات الإيجابية اللطاخة)	معدل الإبلاغ(أ) (جميع الأشكال)	النسبة المئوية لحالات السل الرئوي الإيجابية اللطاخة
الأردن	103	344	2	5	60
الأرض الفلسطينية المحتلة	11	32	0	1	69
أفغانستان	13 789	28 167	43	87	77
الإمارات العربية المتحدة	44	104	1	1	64
باكستان	105 733	270 404	60	153	50
البحرين	89	225	7	17	65
تونس	1031	3015	10	28	80
جمهورية إيران الإسلامية	5539	11 495	7	15	78
الجمهورية العربية السورية	1027	3675	5	18	72
الجمهورية اليمنية	3135	8713	13	35	63
جنوب السودان	2797	7583	28	76	62
جيبوتي	1336	3723	148	411	70
السودان	7266	20 385	22	61	58
الصومال	5884	12 021	62	126	77
العراق	3059	9248	9	28	59
عُمان	180	337	6	12	85
قطر	197	553	11	30	62
الكويت	222	672	8	24	61
لبنان	188	496	4	12	65
ليبيا	731	1545	11	24	71
مصر	4508	9307	5	11	82
المغرب	11 822	29 770	37	92	84
المملكة العربية السعودية	2055	4015	7	14	80
الإقليم	170 746	425 829	28	70	57

(أ) لكل مئة ألف نسمة

حقق الصومال معدل نجاح يتجاوز 85٪ في معالجة السل، بفضل مراكز المعالجة كهذا المركز الكائن في غاروي

العربية السعودية). كما حقق 11 بلداً معدلاً يعادل أو يزيد عن 85٪ لنجاح المعالجة (أفغانستان، والبحرين، والجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، والصومال، والعراق، وعُمان، وفلسطين، والكويت، ومصر، والمغرب). ولعل الأسباب الرئيسية لعدم تحقيق أهداف كشف الحالات أو نجاح المعالجة في بلدان أخرى هي ضعف النُظُم الصحية ومحدودية القدرات المختبرية، وضعف رصد المعالجة، وضعف اقتفاء المتسربين من المعالجة، والوضع السياسي في بعض البلدان.

وقد امتد نطاق شبكات المختبرات ولاسيَّما في مجال الزرع واختبارات الاستجابة للأدوية، فتم إدخال اختبارات الزرع في السوائل في بلدان عديدة. وقد تحسنت جودة التشخيص المختبري تحسناً ملحوظاً، وتم تعيين جامعة أغاخان في باكستان مختبراً مرجعياً فوق وطني. وتم تأسيس فريق عمل حول المواد التشخيصية الجديدة من أجل توجيه التنفيذ على الصعيد الوطني والإقليمي. وهناك نظام فعَّال للرصد والتقييم موجود بالفعل، وتم إدخال مبادرات المزج بين القطاع العام والخاص والأسلوب العملي لصحة الرئة على نطاقٍ واسع في الإقليم، وتتزايد الخطوات التي تتخذ لزيادة الوعي حول الحاجة للوقاية من سراية السل بين المعايشين للإيدز والأطفال، ومكافحته، وتقديم الرعاية للمخالطين وللاجئين وللمساجين.

وواصلت منظمة الصحة العالمية تقديمها للدعم التقني في مجال نظم الإدارة الفعَّالة للأدوية والإتاحة النظامية لأدوية السل العالية الجودة، وذلك من خلال بعثات مرفق الأدوية العالمي وبناء القدرات الوطنية في إدارة الأدوية وتعزيز الاختبارات المسبقة للصلاحية لشركات صناعة الأدوية. وتتاح الأدوية المضادة للسل في جميع البلدان، كما تتوافر فيها نُظُم إدارة الأدوية، وتتوافر الأدوية المضمونة الجودة من خلال الحكومات أو من موارد الصندوق العالمي. وتتلقى البلدان الدعم من المرفق العالمي للأدوية في إنتاج الأدوية المضادة للسل على هيئة منح لأدوية الأطفال (22 بلداً) أو عن طريق الشراء المباشر لأدوية البالغين (16 بلداً). كما تتوافر آليات لجنة الضوء الأخضر في 11 بلداً (الأردن وباكستان وتونس والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والسودان والصومال والعراق ولبنان ومصر والمغرب). وتمس الحاجة إلى تقديم الدعم للاختبارات المسبقة للصلاحية للشركات الدوائية المحلية من أجل التصدِّي على نحوٍ ملائم للتحديات التي يشكِّلها بيع الأدوية بدون وصفة وبدون معرفة لمدى جودتها، وبدون الامتثال للنُظُم الموصى بها، مع الاعتماد على الدعم الذي يقدمه الصندوق العالمي في مجال الأدوية بدلاً من الاعتماد على الموارد المحلية.

وفي مجال الرصد والتقييم فإن نظام الإبلاغ والتسجيل الاسمي الإلكتروني يستخدم في جميع أرجاء البلاد في ستة بلدان (الأردن، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والصومال، والعراق، مصر)، كما بدئ العمل به في ليبيا وفي اليمن. وتم إدخال نظام الترصُّد الذي يرتكز على المرضى وعلى

شبكة الإنترنت في خمسة بلدان (هي الإمارات العربية المتحدة وتونس وجيبوتي والعراق وفلسطين). وتقدم البلدان تقارير للمكتب الإقليمي كل ثلاثة أشهر من خلال نظام DQ على الإنترنت مباشرة، وتسترجع التقارير التي تنتج معلومات ارتجاعية. ويتوافر الآن في اثني عشر بلداً تقديرات موثوقة عن عبء السل، بينما تتم مراجعة التقديرات في العراق من خلال دراسة التقاط السل في باكستان من خلال مسح يُجرى في الولايات. وسيتم الإبلاغ عن التقديرات المستلمة بعد مراجعتها إلى التقرير العالمي حول السل لعام 2012.

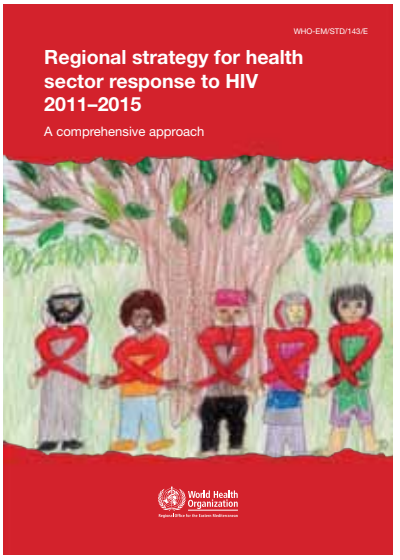
وتقدم منظمة الصحة العالمية الدعم التقني لبناء القدرات في مجال رصد وتقييم وترصُّد السل المقاوم لأدوية متعدِّدة في خمسة بلدان (تونس وجيبوتي وجنوب السودان والعراق وفلسطين). وتلقى أحد عشر بلداً الدعم لإجراء مسوحات تستهدف تقييم عبء السل المقاوم للأدوية. وأجريت بعثات مراجعة لرصد وتقييم أداء البرامج في ستة بلدان (أفغانستان، والإمارات العربية المتحدة وباكستان، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، ولبنان). وللمكتب الإقليمي تمثيل في فريق العمل العالمي المعني بقياس الآثار المترتبة على ذلك.

وقدم المكتب الإقليمي الدعم التقني لتأسيس شراكات وطنية عالية الأداء لوظائفها من أجل مكافحة السل، وقد طورت معظم البلدان خططاً للحملات الإعلامية والتواصل والاستنهاض الاجتماعي؛ وهناك ثمانية بلدان فقط شرعت، على الصعيد الرسمي، في إقامة شراكات وطنية عالية الأداء لوظائفها (وهي الأردن، وأفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية السورية، والسودان، ومصر، والكويت، والمغرب). ويتم في الوقت الحاضر تقييم أثر أنشطة الحملات الإعلامية والتواصل والاستنهاض الاجتماعي من خلال مسوحات دورية للمعارف وللمواقف وللممارسات.

وقدم برنامج المنح الصغيرة للبحوث الدعم لثمانية مشروعات ميدانية تتعلق بالإيدز والملاريا والسل، كما قدَّم الدعم التقني لمشروعات عديدة أخرى تتلقى الدعم من الصندوق العالمي. ويلخص التقرير النهائي خلاصات البحوث التي أجريت في عامَيْ 2007 – 2008 والتي نشرت إلى جانب عدد من المقالات، وذلك في مجالات محكَّمة. كما قُدِّم الدعم لبناء القدرات في مجال مناهج البحوث وإعداد مقترحاتها، مع إعداد 11 مقترحاً حول الأمراض المستهدفة.

التوجهات المستقبلية

سيقدِّم المكتب الإقليمي الدعم للبلدان في تنفيذها للاستراتيجية الإقليمية لمجابهة القطاع الصحي للإيدز 2011 – 2015 والتي تهدف إلى إدراج ما لا يقل عن 80٪ من الناس المعروفين بأنهم معايشون للإيدز ضمن التغطية بالرعاية، وإدراج ما لا يقل عن 50٪ من العدد الإجمالي التقديري للمعايشين للإيدز في سائر أرجاء الإقليم ممن يحتاجون للمعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية بحلول عام 2015. كما تعزز الاستراتيجية الإقليمية لمجابهة القطاع الصحي للإيدز 2011 – 2015 الاستراتيجيات الهادفة لتسريع إتاحة تدخلات الوقاية العلاجية للسكان المعرضين لاختطار مرتفع من الإيدز، بهدف الوصول بالتدخلات الوقائية إلى ما لا يقل عن 20٪ منهم. وسيولى اهتمام خاص لتحسين المعلومات الاستراتيجية وللفهم الأفضل للعوامل الميسِّرة لوصول المجموعات السكانية التي تحتاج إلى التدخلات الوقائية والعلاجية إلى تلك التدخلات، ضمن السياق السياسي والثقافي في



الإقليم. وسيبدأ العمل بمبادرة إقليمية للتخلص من الإيدز عند الأطفال.

وسيواصل المكتب الإقليمي تقديم دعمه للبلدان من أجل الوصول إلى التغطية الشاملة بالوقاية الفعالة والتشخيص والمعالجة للملاريا بجودة عالية وبكل الوسائل، ومنها إسهام القطاع الخاص والمجتمع. وسيقدم المكتب الإقليمي الدعم التقني حتى تنفذ البلدان خططها الثنائية الأعوام ومشاريعها التي تتلقى التمويل من الوكالات المانحة. وسيبذل المكتب الإقليمي جهوده لتعزيز القدرات في مجال الترصُّد الوبائي وترصد الحشرات. وسيقدم المكتب الإقليمي الدعم للبلدان المستهدفة من أجل إجراء مراجعة شاملة لبرامج مكافحة الملاريا وتحديث الاستراتيجيات الوطنية. وسيتضمن تقديم الدعم لبناء القدرات تعزيز القدرات من أجل الاستخدام الحكيم والإدارة الرشيدة للمبيدات في إطار الصحة العمومية، وهو ما يتضمن بدوره تدبير المقاومة لمبيدات الحشرات.

وسيتركَّز الدعم المقدَّم لمكافحة السل على تحسين الإبلاغ، والارتقاء بتدبير المقاومة لأدوية متعددة، وإحياء مبادرة التخلص من السل، وإعداد استراتيجيات عالية الفعالية لقاء التكاليف، لتجنب الاعتماد على الدعم الذي يقدّمه الصندوق العالمي عند تحقيق الأهداف المتوخّاة.

الغرض الاستراتيجي 3: توقّي وتقليص المرض والعجز والوفاة قبل الأوان بسبب الأمراض غير السارية المزمنة والاضطرابات النفسية والعنف والإصابات

القضايا والتحدّيات

تمثِّل الأمراض غير السارية 60٪ من عبء المرض، وما يربو على 50٪ من الوفيات في الإقليم. فوفقاً للتقرير العالمي عن حالة الأمراض غير السارية لعام 2010، يشهد إقليم شرق المتوسط أعلى معدلات انتشار للسكري بين جميع الأقاليم إذ تتراوح معدلاته بين 12٪ و29٪، كما يعزَى 27٪ من جميع الوفيات في الإقليم إلى الأمراض القلبية الوعائية. وسجلت قلة النشاط البدني، وزيادة الوزن، والسمنة أعلى المعدلات في إقليم شرق المتوسط، إذ يعاني ما يقرب من 50٪ من النساء و36٪ من الرجال من قلة النشاط، كما يعاني أكثر من 50٪ من النساء من زيادة الوزن، و24٪ من السمنة. ولايزال ضعف الالتزام السياسي، وقلة اعتمادات الميزانية المخصصة للأمراض غير السارية يمثلان تحدياً يحول دون تقديم رعاية وقائية ومؤسسية تتسم بالكفاءة والإنصاف للمرضى المصابين بالأمراض غير السارية. ولايزال إدماج خدمات الإقلاع عن التدخين في الرعاية الصحية الأولية يمثِّل تحدياً بسبب الافتقار إلى القدرات التقنية والموارد الكافية، بيد أن

اعتماد الدلائل الإرشادية لتنفيذ المادة 14 من الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، سيؤدِّي لا محالة إلى زيادة الإدراك والفهم على المستوى القطري لما هو مطلوب بالتحديد لاتِّخاذ إجراءات للحد من الطلب فيما يتعلق بالاعتماد على التبغ والإقلاع عنه.

وتمثِّل الاضطرابات العصبية والنفسية 12٪ من إجمالي عبء المرض في الإقليم. وقد أظهرت الدراسات المجتمعية أن المعدلات التقديرية لانتشار الاضطرابات النفسية لدى البالغين تتراوح بين 8.2٪ و21٪ مع ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية الشائعة لدى النساء بشكل كبير. وقد زاد الإنفاق على الصحة النفسية كنسبة من ميزانيات الصحة، وتقلصت نسبة الإنفاق على الرعاية المؤسسية في الإقليم بشكل كبير، حيث انخفضت مما يزيد على 65٪ إلى 38٪ من إجمالي

معالي وزير الصحة، وممثل المنظمة يفتتحان جمعية "خطوتنا"، وهي الجمعية الوطنية الأولى لمستخدمي خدمات الصحة النفسية، في الأردن

الإنفاق على الصحة النفسية؛ بيد أن الصحة النفسية لم تحظَ بعد بالأولوية عند تخصيص ميزانيات الصحة، ولايزال استخدام الموارد لتقديم الرعاية المؤسسية يتسم بنوع من عدم الكفاءة وعدم الإنصاف. وتتمثل التحديات الرئيسية التي تجابه الصحة النفسية في الوصم والتمييز؛ وعدم كفاية الالتزام السياسي وعدم استيعاب دور الصحة النفسية ضمن النظام الشامل للرعاية الصحية؛ والموارد والقدرات المحدودة على الصعيد الإقليمي والوطني؛ وعدم إدراج مكوِّن الصحة النفسية على مستوى السياسات والنظم وإيتاء الخدمات.

وتتواصل زيادة عبء الإصابات على الصعيد العالمي والإقليمي حيث تصنَّف الإصابات بكونها السبب الرئيسي للوفيات بين بعض الفئات العمرية في العديد من بلدان الإقليم (قاعدة المعطيات الخاصة بعبء المرض 2008) فالإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق تصنَّف على أنها من مسببات الوفيات، حيث تأتي في المرتبة السادسة من بين الأسباب الرئيسية للوفيات، وفي المرتبة الأولى بين الفئة العمرية التي تتراوح أعمارها بين 15 و29 عاماً. فالوفيات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق

أظهرت ازدياداً يبعث على القلق في الإقليم إذ تصل إلى 32.2 وفاة لكل مئة ألف من السكان. ويعاني الإقليم في الوقت الراهن من أعلى معدلات الوفيات الناجمة عن تصادمات المرور على الطرق في العالم. وهذا ما يشير إلى ارتفاع مفجع مقارنة بما كان عليه الأمر عام 2002، عندما كان ذلك المعدل يبلغ 26.4 وفاة لكل مئة ألف من السكان؛ مما جعل الإقليم يحتل المرتبة الثانية في ذلك بعد الإقليم الأفريقي. وبالإضافة إلى ذلك فإننا لا يمكننا أن نغض الطرف عن العواقب الاقتصادية والتي تتراوح بين 1٪ و1.5٪ من الناتج القومي الإجمالي. وقد فاقم عدم الاستقرار الذي شهده الإقليم مؤخراً من ما تمثله الإصابات والإعاقة بالفعل من عبء هائل. فالتحديات الجسيمة التي تواجه جهود الوقاية من الإصابات والإعاقة ومكافحتها، لاتزال قائمة فيما يتعلق بالموارد البشرية والمالية وغيرها من الموارد. وهنالك حاجة إلى تنسيق التعاون بين القطاعات بشكل أكبر، وإلى التزام سياسي أقوى، وإلى تحسين التغطية وجودة الرعاية بالمستشفيات ورعاية الرضوح بها.

وهنالك حاجة ملحة للتعاطي مع مشاكل ضعف الإبصار والسمع وعوامل الخطر المرتبطة بها كإحدى أولويات الصحة العمومية. وتشمل التحديات التي تواجه الوقاية من ضعف الإبصار والسمع ورعاية المصابين بهما، الحاجة إلى زيادة الوعي السياسي بحجم المشكلة وترجمة هذا الوعي إلى موارد مالية وبشرية؛ وإلى تخطيط وطني فعّال يعمل على إدماج رعاية الإبصار والسمع في خطط أشمل للتنمية الصحية؛ وإلى تعزيز البنية الأساسية اللازمة لتقديم برامج فعَّالة لرعاية الإبصار والسمع، وتوسيع نطاق دعم التنمية الدولية.

الإنجازات المحرزة نحو بلوغ أهداف مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

شهد عام 2011 تقدماً كبيراً في الالتزام بجهود الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. فقد وافق زعماء العالم في اجتماعهم بالأمم المتحدة في نيويورك على الحاجة إلى العمل على مكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها، وذلك من خلال إصدار الجمعية العامة إعلاناً سياسياً في هذا الصدد. أما على الصعيد الإقليمي، فقد أخذت الدول الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي زمام المبادرة واستجابت للإعلان من خلال إعداد خطط وطنية للوقاية والمكافحة. ولقد اشترك المكتب الإقليمي بفعالية مع المقر الرئيسي للمنظمة والدول العربية في الإعداد لاجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى من خلال تقديم الدعم للدول الأعضاء لتيسير إسهامها في الاجتماع. وعقب هذا الإعلان، واصل المكتب الإقليمي دعمه للدول الأعضاء في عملية المشاورة العالمية من أجل وضع أهداف عالمية ومؤشرات الرصد. وواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم التقني لإدراج الأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية على سبيل الارتياد، فضلاً عن إضافة ثلاثة بلدان أخرى (الأردن، وتونس، وقطر) إلى البلدان الثلاثة السابقة التي بادرت إلى ذلك ليصبح العدد ستة بلدان. كما واصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم التقني لمراجعة وتطوير خطط العمل الوطنية، بحيث تعكس الأهداف الستة الخاصة بخطة العمل الإقليمية، ولمراجعة أنشطة الترصد. وقدّم الدعم التقني لمصر وقطر لإجراء المسح التدرجي باستخدام الوسائل الإلكترونية لجمع البيانات. وركّزت الجهود المبذولة لتعزيز تدخلات مكافحة السرطان على المجالات ذات الأولوية وهي الوقاية والتسجيل وتحري سرطان الثدي والرعاية الملطفة. وتم دعم بناء القدرات الوطنية في مجال التحري

وإذكاء الوعي المجتمعي بسرطان الثدي في الأردن والكويت والمملكة العربية السعودية، وذلك بالتعاون مع الاتحاد الخليجي لمكافحة السرطان، ومركز الملك حسين للسرطان. وقدم الدعم إلى ثلاثة بلدان لتنفيذ الخطط الوطنية لمكافحة السرطان وإعداد أطر وطنية لرصد التنفيذ (الأردن والسودان وعُمان).

وتم إنشاء مشاريع بحثية متعددة البلدان بمساعدة المراكز الإقليمية المتعاونة والشركاء الدوليين مثل مؤسسة كومين للشفاء والكلية الأوروبية للأورام. وتم استعراض البرنامج الوطني للرعاية الملطفة في مصر وجمهورية إيران الإسلامية، وذلك بالاشتراك مع الكلية الأوروبية للأورام. وتم بالتشاور مع الدول الأعضاء إعداد جدول أعمال للبحوث حسب الأولويات الإقليمية بالاستهداء بجدول الأعمال العالمي. وواصل المكتب الإقليمي تعاونه مع المراكز المتعاونة في الإقليم من أجل بناء القدرات الإقليمية والوطنية. وركّز العمل على دعم الوقاية من الأمراض الوراثية والاعتلالات الهيموغلوبينية ومكافحتها، وعلى توفير البيانات واستعراض الدلائل الإرشادية والموارد الحالية. وقد تم تشكيل فريق عمل إقليمي عقب الاجتماع التشاوري الذي نظمته المنظمة بالتعاون مع مراكز مكافحة الأمراض من أجل وضع استراتيجية للاعتلالات الهيموغلوبينية والأمراض الوراثية الشائعة.

وواصل المكتب الإقليمي دعمه لبناء القدرات في مجال مكافحة التبغ من خلال تبني نشاط دون إقليمي لإدماج خدمات الإقلاع عن التبغ في الرعاية الصحية الأولية، وشارك الأردن والعراق وعُمان ومصر في هذا النشاط. وعقدت دورة بشأن تنفيذ المبادئ التوجيهية الخاصة بالاعتماد على التبغ أثناء الحلقة العملية الإقليمية السنوية المعنية بالاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، وشارك فيها جميع الدول الأطراف في الاتفاقية. وتم تسمية مركز متعاون مع المنظمة في جمهورية إيران الإسلامية على أن يركّز هذا المركز بشكل أساسي على تنفيذ الأنشطة المرتبطة بالإقلاع عن التدخين. وتم تدعيم بناء القدرات اللازمة لتنفيذ خدمات الإقلاع عن التدخين وخطوط المساعدة على الإقلاع.

واستناداً إلى البينات التي تولّدت من خلال أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم نظم الصحة النفسية، والأطلس الإقليمي الخاص بالصحة النفسية، تم إعداد استراتيجية إقليمية للصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، والتي اعتمدتها اللجنة الإقليمية. وتم نشر أطلس الموارد الخاصة بالصحة النفسية للأمهات والأطفال والمراهقين في بلدان الإقليم. وقدّم الدعم للمزيد من البلدان الأخرى (الإمارات العربية المتحدة وجنوب السودان والصومال وقطر والكويت) لإعداد مسوّدة لسياسات واستراتيجيات الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، ثم وضعها في صيغتها النهائية. وتلقّى المهنيون من أفغانستان وجمهورية إيران الإسلامية الدعم للمساهمة في دورة تدريبية لدبلوما الصحة النفسية، والتي نظمتها جامعة بيون Pune في الهند بالتعاون مع المقر الرئيسي للمنظمة.

ويعتبر بناء قدرات العاملين في الرعاية الصحية الأولية على التعرف على الاضطرابات النفسية الشائعة والتعامل معها بُغية تعزيز إدماج عنصر الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، أحد المبادئ المهمة لمبادرة رأب الفجوة في الصحة النفسية، وقد تم استكمال دعم هذه المبادرة من خلال التدريب الذي أجري في السودان. وتم إعداد مشروع مقترح بإدراج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية في أفغانستان

والصومال، بالتعاون مع السلطات الوطنية، وهو حالياً قيد المراجعة من قِبَل المانحين.

وتواصل تطوير الخدمات المجتمعية المقدّمة لمن يعانون من اضطرابات عصبية ونفسية في ظل مبادرة التحرّر من الأغلال من أجل تقديم خدمات الصحة النفسية بطريقة إنسانية تحترم حقوق وكرامة مستخدمي الخدمات وكرامة أسرهم، وذلك في كل من أفغانستان والسودان والصومال. وتم بالتعاون مع برنامج أنشطة الطوارئ والأنشطة الإنسانية، تقديم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي إبان الأزمات في مصر وليبيا، وكذلك في السودان والصومال، وللنازحين العراقيين في الأردن والجمهورية العربية السورية ومصر. وتم إعداد وحدة تدريبية للمسؤولين عن المشروع بالتعاون مع برامج التغذية والصحة المدرسية بهدف إدماج المعافاة الاجتماعية والنفسية في المدارس المعززة للصحة. وتم كذلك إعداد وحدة تدريبية للتعرف مبكراً على الاضطرابات النفسية والتعامل معها خلال الفترة السابقة للولادة، وذلك بالتعاون مع البرنامج المعني بصحة المرأة والصحة الإنجابية.

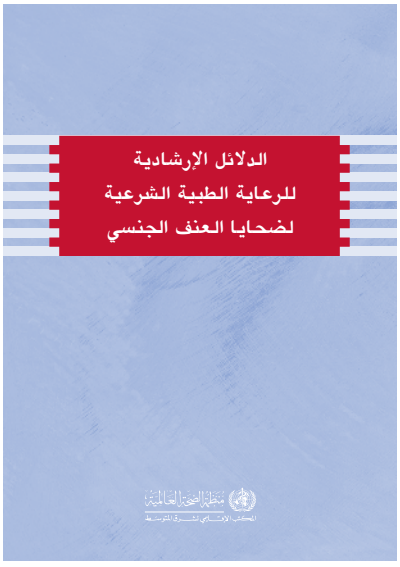
الأنشطة المجتمعية للأمهات والأطفال، كهذا النشاط في الأردن، تساعد على بناء الصحة النفسية والحفاظ عليها

وقد زاد الزخم حول الوقاية من العنف والإصابات والإعاقة على الصعيد العالمي والإقليمي، حيث قطعت الدول الأعضاء عدداً من الالتزامات الدولية، بيد أن هذا الزخم لابُدَّ أن يترجم إلى عمل ملموس على الصعيد القطري لكبح جماح عبء الإصابات المتصاعد وللتعامل مع الإعاقات بمزيد من الفعالية. وقد تم إطلاق عقد العمل حول السلامة على الطرق 2011–2020 على الصعيد العالمي والإقليمي، وقام أربعة عشر بلداً بتسمية ضباط اتصال وطنيين في هذا المجال. وقدّم أول تقرير مرحلي للثنائية حول السلامة على الطرق للّجنة الإقليمية. وتناول التقرير العالمي الثاني عن حالة السلامة على الطرق عشرين بلداً، وتلاه عقد اجتماع إقليمي للاستفادة من هذا الجهد وتخطيط الأنشطة في البلدان. ويقدم هذا المثال نموذجاً يُحتذى به للتعاون الناجح داخل المنظمة، وبين المنظمة والدول الأعضاء، وبين القطاعات المعنية في الدول الأعضاء. ولايزال تجميع البيانات الموثوقة حول جميع أشكال الإصابات يمثّل تحدّياً حقيقياً، مما دفع المكتب الإقليمي إلى تقديم الدعم لترصّد

الإصابات في اليمن والعراق وعمان ومصر والمملكة العربية السعودية. وتواصلت في مصر جهود السلامة على الطرق في ظل مشروع السلامة على الطرق في عشرة بلدان. وتم إعداد إطار استراتيجي للوقاية من إصابات الأطفال والمراهقين بالتعاون مع البرنامج المعني بصحة الأطفال والمراهقين بغية دعم الخطوات الملموسة والبناءة للتنفيذ على مستوى البلدان.

واستمرت جهود التعاطي مع الإعاقة والتأهيل في اكتساب زخم عقب إطلاق الدلائل الإرشادية الجديدة للتأهيل المجتمعي، والتقرير العالمي حول الإعاقة. وتواصل تقديم الدعم للبلدان لتجميع المعطيات الخاصة بالإعاقة استناداً إلى التصنيف الدولي لأداء الوظائف والإعاقة والصحة في الأردن وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والعراق ومصر. وتواصلت المبادرة الإقليمية للارتقاء بالبرامج التدريبية المعنية بمبحث الأجهزة التعويضية وأجهزة التقويم، مع دعم مؤسسات تدريبية منتقاة لتصبح مراكز معترفاً بها دولياً. وقد شارك عدد متزايد من البلدان بفعالية في مجموعة متنوعة من الأنشطة ولاسيما الأردن وباكستان وليبيا وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والسودان والعراق ومصر والمملكة العربية السعودية.

وتم الانتهاء من ترجمة الدلائل الإرشادية للتأهيل المجتمعي، والتقرير العالمي حول الإعاقة إلى اللغة العربية. ويشارك المكتب الإقليمي بفعالية في الإطلاق العالمي للتقرير، وفي العملية الراهنة لإعداد مضمومة التعليم الإلكتروني لتيسير الاستفادة من هذه الدلائل الإرشادية. وواصل فريق العمل الإقليمي المعني بالعجز تعاونه مع فريق العمل العالمي، والاضطلاع بأنشطته الخاصة. وتم تنظيم ندوة حول اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة



بمشاركة المنظمة والأطراف الفاعلة الأساسية من المنظمات الإقليمية والعالمية. وتم بذل جهود لتعميم العناية بالإعاقة في برامج المنظمة. وتم تقوية القدرات الوطنية من خلال المشاركة في المؤتمرات الدولية، والدورات التدريبية الخاصة بترصد الإصابات والوقاية منها على الصعيد الدولي والإقليمي والوطني.

وفي إطار الجهود المبذولة لتحسين صحة العيون وأنشطة الوقاية من العمى، قام المكتب الإقليمي بدعم بناء القدرات لتقوية الرعاية الأولية للعيون وإدماجها في الرعاية الصحية الأولية. وقام الاجتماع الإقليمي الذي عُقد بالتعاون مع الوكالة الدولية للوقاية من العمى في إقليم شرق المتوسط، باستعراض التقدم المحرز على الصعيد القطري لتنفيذ خطة عمل المنظمة الخاصة بالتخلص من العمى الممكن توقيه 2009–2013.

وفي 13 تشرين الأول/أكتوبر، تم الاحتفال باليوم العالمي للإبصار بالتعاون مع وزارة الصحة في مصر، والمنطقة 352 من نوادي الليونز في أشمون بمحافظة المنوفية، من خلال افتتاح مستشفى الليونز

للعيون بمدينة أشمون والتي تقوم بتوفير خدمات ومرافق رعاية العيون لسكان المناطق الريفية في مصر. وقام المكتب الإقليمي بإعداد المواد الإعلامية لإذكاء الوعي وتقديم رسائل أساسية حول أهمية جراحة الساد وفعاليتها، وضرورة تفادي مرضى السكري للمضاعفات، وتعزيز الاختبار الدوري ووضع النظارات متى لزم الأمر.

وتم إجراء أكثر من 1500 عملية ساد لتقليص حالات العمى الناجم عن الساد في أفغانستان، وذلك من خلال ما قدمه صندوق مساعدة المرضى في الكويت من دعم مالي. كما تم تقوية مركز التدريب التابع لمستشفى نور العيون في كابول في أفغانستان بالتعاون مع كلية طب العيون وعلوم الإبصار المساعدة بجامعة الملك إدوارد الطبية في لاهور بباكستان. وقد أجرى المركز الوطني للعيون في مقديشو بالصومال ما يربو على 3000 جراحة ساد، وذلك من خلال مخيمات العيون وبالتعاون مع وزارة الصحة، ومنظمة المنهل الخيرية والتي يدعمها صندوق مساعدة المرضى في الكويت.

وتم تسمية مركز بحوث طب العيون التابع لجامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية في طهران بجمهورية إيران الإسلامية، كأحد المراكز المتعاونة مع المنظمة في مجال الوقاية من العمى، فضلاً عن تسمية مركز بحوث الأنف والأذن والحنجرة والرأس والعنق بجامعة إيران للعلوم الطبية بطهران كأحد المراكز المتعاونة مع المنظمة في مجال البحوث والتعليم المتعلق بفقد السمع.

مشاركون في الاجتماع الإقليمي حول رعاية مرضى العيون في إطار خدمات الرعاية الصحية الأولية

محافظ المنوفية يفتتح مستشفى الليونز للعيون في مصر، في اليوم العالمي للإبصار 2011

وقد قدمت المعدات والعتائد المتعلقة برعاية العيون لأفغانستان واليمن والسودان والصومال. وقام المكتب الإقليمي بالتعاون مع جامعة الملك سعود بدعم بناء القدرات اللازمة لتعزيز برامج رعاية الأذن والسمع وإدماجها في الرعاية الصحية الأولية.

التوجُّهات المستقبلية

سيواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم للبلدان الأعضاء في سعيها لتنفيذ الخطط الوطنية، مسترشدة في ذلك بالاستراتيجيات الإقليمية. وسيتم تقديم الدعم لإدماج برامج الأمراض غير السارية، والإقلاع عن التدخين، وضعف الإبصار، والإصابات، والصحة النفسية، وتعاطي مواد الإدمان في الرعاية الصحية الأولية، ولبناء القدرات لدعم أنشطة الإدماج. وستوجه حملات التوعية نحو ازدياد الالتزام السياسي والموارد المقدمة لكافة المجالات. وسيتم دعم المزيد من البلدان ومساعدتها على استكمال المسح المتدرج STEPwise ، والمسح باستخدام أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم نُظُم الصحة النفسية WHO AIMS، ومسح التقييم السريع للعمى الذي يمكن الوقاية منه، ولإعداد المعلومات المسندة بالبينات. كما سيتم الاستفادة من مواطن القوة ضمن الإقليم، ومواصلة التعاون بين البلدان. وسيركز المكتب الإقليمي على ترجمة الالتزامات التي تبنتها وكالات الأمم المتحدة والدول الأعضاء على الصعيد العالمي وعلى الصعيد الإقليمي إلى إجراءات ملموسة على الصعيد القطري في مختلف المجالات، ولاسيما مجال الأمراض غير السارية والسلامة على الطرق وإصابات الأطفال والإعاقة.

الغرض الاستراتيجي 4: تقليص المراضة والوفيات وتحسين الصحة خلال مراحل العمر الرئيسية، بما في ذلك الحمل والولادة، ومراحل الوُلودة، والطفولة والمراهقة، وتحسين الصحة الجنسية والإنجابية، والعمل على تمتُّع جميع الأفراد بتشيُّخ يتَّسم بالنشاط والصحة

القضايا والتحدّيات

شهد الإقليم انخفاضاً في معدل الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة بمقدار 32٪ في الفترة بين عامي 1990 و2010؛ إلا أن التقدُّم الـمُحْرَز لدى البلدان لم يكن على وتيرة واحدة، إذ بلغت 4 بلدان المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية، وتسير 6 بلدان أخرى على درب بلوغه، أما البلدان الأخرى فيغلب ألا يبلغوا هذا المرمى. كما بلغ 6 بلدان المرمى الخامس من المرامي الإنمائية للألفية، وتسير 9 بلدان أخرى على درب بلوغه، ويغلب ألا يبلغه 8 بلدان أخرى. وهناك بيِّنات على إسهام التغطية الشاملة بالتدخلات التي تقع تحت مظلة استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في هذا

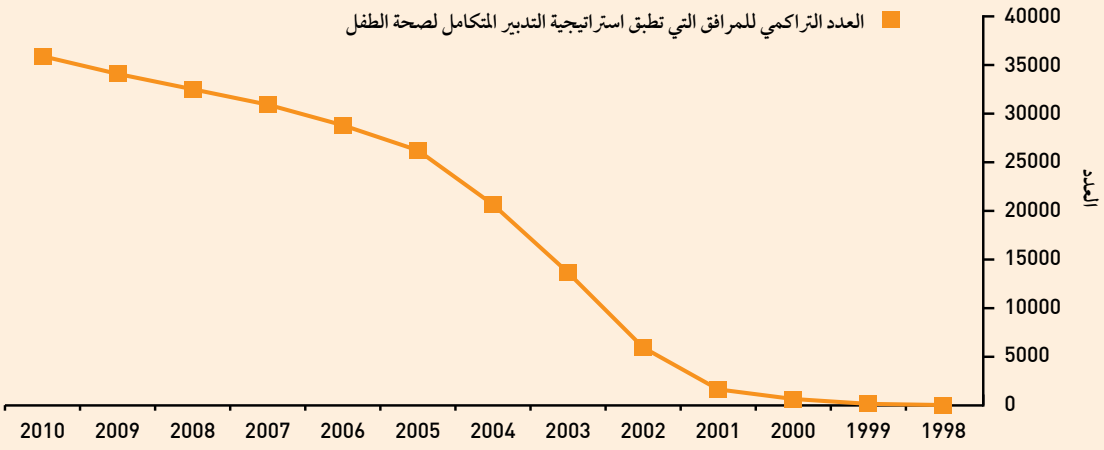
الانخفاض الملحوظ في معدلات الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة. إلا أن وتيرة تنفيذ استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في الإقليم لاتزال بطيئة في معظم البلدان، وبعيدة عن تحقيق التغطية الشاملة. ولاتزال التحديات الرئيسية أمام تحقيق التقدُّم في هذا المجال تتمثل في ارتفاع معدل تنقُّل العاملين المؤهلين، وغياب الخطط التي ترمي لبلوغ التغطية الشاملة باستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل، والانخفاض الشديد في مستوى التمويل المخصص لصحة الأطفال والأمهات. كما يواجه التنفيذ العملي للدلائل الإرشادية التي أعدتها منظمة الصحة العالمية حول التدبير المتكامل للحمل والولادة بعض الصعوبات التي تعوق الجهود المبذولة لتحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدم للأمهات وللمواليد. ورغم التحرُّك الدولي باتجاه صحة المراهقين، فلم يؤسس جميع البلدان بنية متخصصة لصحة المراهقين ذات مهام واضحة، مع ضرورة تخصيص الموارد المالية والبشرية المطلوبة. ولايزال عدم توافر المعطيات المصنفة وفق الجنس والعمر تحدياً يواجه تحليل الوضع الصحي لدى المراهقين وكتابة التقارير عن ذلك. كما أن عدم توافر الأدوات والدلائل الإرشادية يعد تحدياً كبيراً آخر يواجه تنفيذ ورصد التدخلات الصحية المعنية بالمراهقين.

الإنجازات الـمُحْرَزَة نحو بلوغ أهداف مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

لقد بذلت الجهود في مجال صحة الأمهات والولدان من أجل تعزيز استخدام البينات والمنتجات والتقنيات المتاحة ذات الصلة بالإقليم والدول لتحسين صحة الأمهات والولدان. وقد تم إعداد أدوات ومعايير إقليمية ستسهل رصد وتقييم البرامج الوطنية وتساعد على تقييم أثرها على صحة الأمهات والولدان. ويواصل دليل البحوث في الصحة الإنجابية تقديم الدعم للتخطيط الاستراتيجي من أجل تعزيز صحة الأمهات وصحة أطفالهن الرضَّع. ونظراً لكون الترصُّد والتحليل وإعداد التقارير بصورة فعالة عن الوفيات والمراضة لدى الأمهات ولدى المواليد ضرورياً في توجيه الجهود نحو تحسين جودة وإدارة الخدمات البالغة الأهمية، فقد شرع المكتب الإقليمي في إعداد نماذج عامة من السجلات الخاصة بالمستفيدين من خدمات صحة الأمهات وصحة المواليد. وسوف يساعد ذلك أكثر في توحيد نُظُم المعلومات ذات الصلة بصحة الأمهات والمواليد.

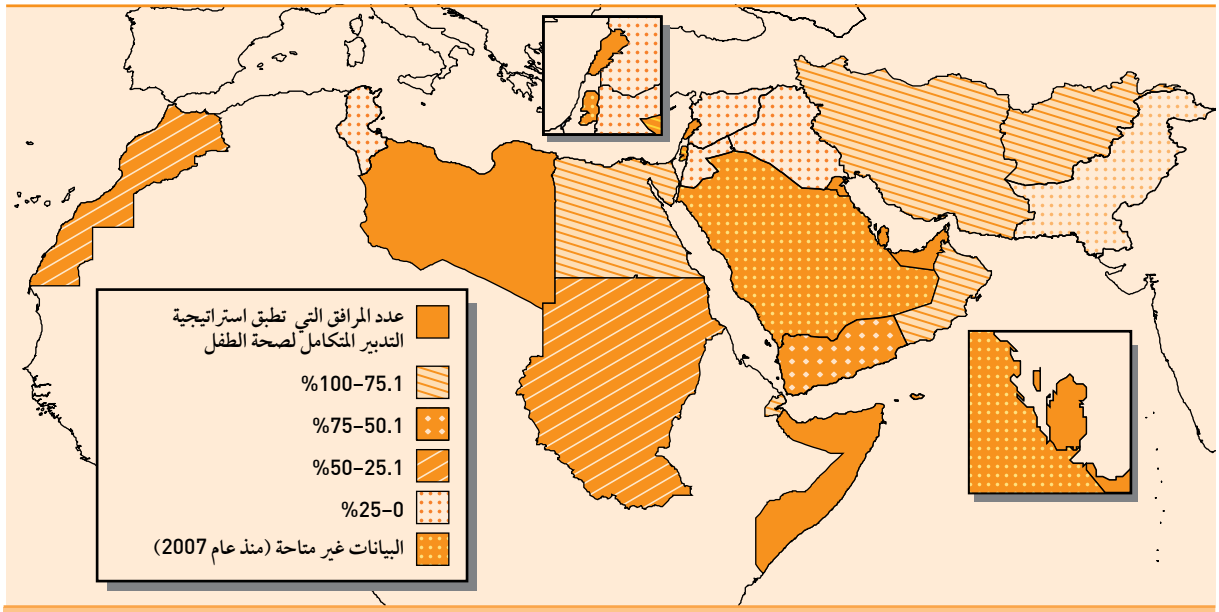
ويواصل المكتب الإقليمي جهوده لتعزيز الأنشطة الوطنية التي تستهدف تقديم رعاية عالية الجودة للأمهات وللولدان، يقوم بها عاملون صحيون مهرة، ومن خلال إعداد كتيبات تدريبية تسهِّل عليهم مراجعة وتكييف وتنفيذ الدلائل الإرشادية حول التدبير المتكامل للحمل والولادة. كما تم إعداد خطط العمل في البلدان في الاجتماع البلداني الذي استهدف تعزيز صحة الأمهات والولدان، وقد أخذت خطط العمل هذه في الحسبان عند التخطيط للبرامج المشتركة التي يتعاون فيها البلدان ومنظمة الصحة العالمية للثنائية 2012 – 2013.

وفي مجال حماية وتعزيز صحة الأطفال والمراهقين، واصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم من أجل زيادة التغطية باستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل، واعتبارها الاستراتيجية الرئيسية التي تلبي احتياجات صحة الطفل بأسلوب متكامل ومعياري. وفي الوقت الراهن، يتواصل تنفيذ استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في 71٪ من مرافق الرعاية الصحية الأولية في 13 بلداً، ويتوقع أن يحقق 5 بلدان منها التغطية الشاملة بالتدخلات المستمدة من استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل (الشكل 1.1 والشكل 2.1). كما أظهر تحليل المعطيات في مصر حول تنفيذ استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل أن التغطية الشاملة باستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل قد ساهمت مساهمة كبيرة في تعجيل وتيرة التقدُّم الـمُحْرز نحو بلوغ المرمى الرابع من



الشكل 1.1 المرافق الصحية التي تطبق استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في الإقليم 1998-2010

المرامي الإنمائية للألفية. وفي الفترة بين عامي 1990 و2010، حققت مصر انخفاضاً في معدلات الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة وصل إلى 77٪، وهو إنجاز مذهل، وقد قدّم المكتب الإقليمي الدعم لمراجعة برامج صحة الطفل واستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في الأردن وقطر، بُغية ضمان جودة تنفيذ التدخلات الخاصة بصحة الأطفال. إن حزمة استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في البلدان التي تنفذ هذه الاستراتيجية تتضمّن مكوناً قوياً يُعنى بالولدان، ويتصدّى لأكثر المشكلات شيوعاً بين الولدان، كما يتضمّن مقوماً وقائياً حول الرضاعة

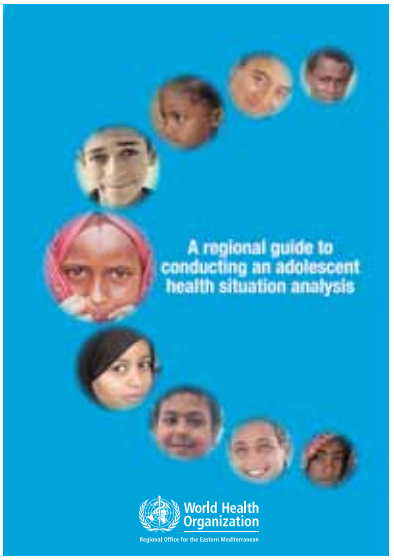


الشكل 2.1 وضع تطبيق استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في الإقليم (٪)

الطبيعية، ويضمن المحافظة على وضع جيد للتمنيع باللقاحات.

وقد تواصل التأكيد على استمرار تنفيذ استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل من خلال حزمة تعليمية تسبق الانخراط في تقديم الخدمات، وفي الوقت الحاضر، اتخذت 61 كلية من كليات الطب خطوات لإدخال التدبير المتكامل لصحة الطفل ضمن برامجها التعليمية في طب الأطفال. ويقدم المكتب الإقليمي الدعم التقني من أجل تقييم العملية التعليمية لاستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل في إحدى كليات الطب في باكستان، كما يقدّم المكتب الإقليمي الدعم من أجل توجيه أعضاء هيئة التدريس في 14 كلية طب في الأردن وباكستان. وقد تم توسيع نطاق التعليم السابق للخدمة حول استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل مع تقديم الدعم التقني لإجراء الحلقة العملية الأولى للتوجيه والتخطيط في خمس مدارس للتمريض في الأردن.

وقد أعد المكتب الإقليمي أسلوباً برامجياً يستهدف دعم البلدان في سعيها لإعداد البرامج حول صحة المراهقين، مع إغنائه بالتوضيحات حول الإطار الاستراتيجي لصحة المراهقين، الذي يقترح تبني اسلوب متدرج ينفذ على مراحل للوصول إلى برنامج شامل لصحة المراهقين، وقد تبنّى البلدان هذه العملية خلال اجتماع إقليمي عقد حولها. وواصل المكتب عمله بالتعاون مع البلدان لإنشاء برنامج لصحة المراهقين ووضع هيكل له. وفي الوقت الراهن، أسس عشرة بلدان هذا البرنامج ضمن هيكل وزارة الصحة. وقد تم نشر دليل إقليمي حول كيفية إجراء تحليل للأوضاع المتعلقة بصحة المراهقين، وذلك من أجل تقديم الدعم للبلدان في سياق عملية التخطيط للبرامج التي تستهدف صحة المراهقين وتنفيذها. كما تم تقديم الدعم التقني لثمانية بلدان من أجل إعداد تقارير تحليلية لصحة المراهقين. وقد تم إعداد دليل



إقليمي حول المؤشرات الصحية الأساسية لصحة المراهقين، وذلك بالتشاور مع البلدان، مع بناء القدرات في مجال التعرف على الأولويات الصحية لدى المراهقين. وقد أدى ذلك كله إلى التعرف على الملامح العامة للحزمة المبدئية لصحة المراهقين. كما تم إعداد مسوّدة دليل إقليمي حول مراجعة برامج صحة المراهقين، مع تقديم الدعم لحلقة عملية حول مراجعة وتخطيط برامج صحة المراهقين أقيمت في عُمان.

بعد صدور إعلان مسقط عام 2010 حول تقوية خدمات الصحة المدرسية للتصدّي للتحديات الراهنة والمستقبلية، تم إعداد حزمة معيارية تستهدف الارتقاء بخدمات الصحة المدرسية. كما أجري المسح البلداني حول خدمات الصحة المدرسية عام 2010، واستخدمت نتائجه لتقديم البيِّنات اللازمة لتوجيه بناء القدرات في الصحة المدرسية وفي تعزيز التغذية.

وفي مجال الصحة الإنجابية والبحوث، واصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم التقني للجهود الوطنية التي تستهدف تعجيل وتيرة التقدّم في بلوغ المرامي الإنمائية الدولية وأهدافها المتعلقة بالصحة الإنجابية

والجنسية، فتتلقى كل من أفغانستان والعراق والصومال وجنوب السودان الدعم من أجل إعداد استراتيجيات وخطط عمل وطنية للصحة الإنجابية للفترة 2011–2015. كما وسّع المكتب الإقليمي نطاق الدعم الذي يقدمه لأفغانستان واليمن من أجل إعداد إطار عمل وطني للالتزام بتعجيل وتيرة الإنجازات لبلوغ المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية.

وقد اشترك المكتب الإقليمي مع نظيره المكتب الإقليمي للبلدان العربية في صندوق الأمم المتحدة للسكان في دعم بناء القدرات في مجال تقديم المشورة حول الصحة الإنجابية، مما أدى إلى إعداد خطط في ثمانية بلدان تستهدف تقوية القدرات في مجال تقديم المشورة في الصحة الإنجابية وتأسيس مجموعة أساسية من المدربين الإقليميين. وسيُعاد القيام بهذا العمل في عام 2012 في بلدان أخرى.

وقد أجرى المكتب الإقليمي مسحاً لرسم خارطة لتنفيذ أفضل السياسات المسندة بالبيِّنات والممارسات في البرامج المعنية بتنظيم الأسرة. وقد تلقّى المكتب الإقليمي استجابات من 18 بلداً، منها 17 بلداً أكّد توافر معظم العناصر الرئيسية لبرامج تنظيم الأسرة الناجحة. كما تم وضع 58 خريطة جغرافية من نظام المعلومات الجغرافي لوصف النتائج المستحصلة من هذا المسح مع تقديم مقال حول هذا الموضوع للنشر.

وفي مجال التشيخ المفعم بالصحة والنشاط، قدّم المكتب الإقليمي الدعم لتوثيق الأنشطة على الصعيد الوطني باستخدام أداة إقليمية شاملة، وقد استكملت هذه الأنشطة بإجراء زيارات ميدانية لتقصّي الحقائق في الأردن وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية. كما تم إعداد دليل إرشادي تدريبي إقليمي وضعه عدد من الخبراء في الإقليم من أجل تقوية بناء القدرات وتقديم خدمات صحية مراعية للتشيخ في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ومن المزمع إصداره في عام 2012. وقد عبّر العديد من البلدان، مثل الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتونس، والجمهورية العربية السورية، وعُمان، وقطر، ومصر، عن اهتمامها في اعتماد مبادرة الرعاية الصحية الأولية المراعية للتشيخ. وواصلت الجمهورية العربية السورية جهودها في إرساء السمات المؤسسية على هذه المبادرة في بعض المدن، مثل حماة ودير عطية والسويداء. وتواصل مدينة عمّان، العاصمة الأردنية، سيرها نحو تحسين جودة حياة المسنين، وذلك بوصفها مدينة مراعية للتشيخ. وقد قدم المكتب الإقليمي الدعم لمشاركة البلدان في المؤتمر الدولي الأول حول المدن المراعية للتشيخ، والذي استهدف إنشاء الربط بين الجهود العالمية والتبادل في الخبرات. وسيكون موضوع يوم الصحة العالمي لعام 2012 «الشيخوخة والصحة»، وهذا يستدعي وضع خطة عمل شاملة للاحتفاء بهذا الحدث ومناقشة الموضوع ضمن حلقة عملية بلدانية

التوجّهات المستقبلية

يغلب ألا تتمكّن بعض بلدان الإقليم من بلوغ المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية ما لم تبذل جهوداً أكثر وأكبر. وينبغي إيلاء اهتمام خاص ببعض المجالات ذات الأولوية: مراجعة المنهج الدراسي التدريبي في كليات الطب ومعاهد تخريج المساعدين الطبيين استناداً إلى البيِّنات المعاصرة، والارتقاء بتوفير الرعاية الصحية الماهرة في المراحل الرئيسية للحياة، وتعزيز ممارسات أنماط الحياة الصحية، مثل المباعدة بين الولادات، والرضاعة الطبيعية، والتحري الصحي للكشف المبكر للأمراض وللوقاية منها، وتوسيع نطاق البحوث حول العوامل الثقافية والميدانية التي تساهم في توفير الخدمات الصحية وفي الاستفادة

منها، وتوفير الدعم للبلدان لإنشاء وتعزيز نظم الترصّد لصحة الأطفال والولدان والأمهات، توخياً للاستهداف الفعّال للتدخلات.

الغرض الاستراتيجي 5: تقليص العواقب الصحية للطوارئ والكوارث والأزمات والمنازعات والحد قدر الإمكان من تأثيرها الاجتماعي والاقتصادي

القضايا والتحدّيات

تضرر عدد غير مسبوق من بلدان الإقليم من جميع أنواع الكوارث الطبيعية، والكوارث التي هي من صنع الإنسان. وبالإضافة إلى ذلك، أدى "الربيع العربي" وآثار المنازعات المدنية التي سببها في عدد من البلدان إلى إثقال كاهل النظام الصحي بعبء تقديم الخدمات الطبية العاجلة. وقد أسفرت مواجهة هذه الطلبات المتزايدة عن لجوء الشركاء في الصحة على الصعيد العالمي والذين يقدمون الدعم لوزارات الصحة للاستفادة من نظام مجموعة الأمم المتحدة باعتباره وسيلة تتيح لهم تنسيق جهودهم لإيتاء الخدمات الأساسية ولتنفيذ برامج الصحة العمومية الوقائية في كل من البحرين وتونس والجمهورية العربية السورية والجمهورية اليمنية وليبيا. وبالإضافة إلى استمرار أوضاع الطوارئ المعقدة، فقد تطلبت الفيضانات في باكستان والسودان تقديم دعم تنظيمي كبير للقيام بتأسس عمليات في المناطق المتضررة، وللإعلان عن احتياجات النازحين في مجال الصحة العمومية. كما مثل الجفاف في القرن الأفريقي وما أعقبه من مجاعة في الصومال تحدّياً ضخماً للمجتمع الدولي للإغاثة الإنسانية من حيث الوصول إلى المجموعات السكانية الأكثر احتياجاً، ومعالجة عدد من الفاشيات، وتقديم الدعم للسكان المشردين. وقد وضعت القدرات المحدودة للقطاع الصحي في هذه البلدان المزيد من المصاعب أمام الجهود الجماعية التي تقوم بها مجتمعات تقديم المعونة.

وقد تضاعفت أعداد النازحين داخل البلدان في الإقليم إلى ثلاثة أمثال ما كانت عليه في السنوات العشر الماضية (وذلك وفقاً لمركز النازحين في البلدان)، حيث تحتل أربعة من بلدان الإقليم مواقعها بين أكبر عشرة بلدان تأوي أكبر عدد من المشردين الداخليين بالنسبة لسكانها، وهي العراق 9٪، والأرض الفلسطينية المحتلة 9٪، والصومال 16٪، والسودان 13٪. ولاتزال هذه المجموعات السكانية المستضعفة عرضةً للتهديدات التي تستهدف سلامتهم الشخصية، وصعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، وانعدام الأمن مما يحول دون النمو والتنمية.

الإنجازات المحرزة نحو بلوغ أهداف مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

تؤدي منظمة الصحة العالمية دوراً محورياً في توفير تمويل مُجَمَّع ومخصص لأعمال الإغاثة الإنسانية في كل من باكستان والسودان، والصومال، وفي توسيع نطاق الشراكات الإقليمية في مجال الإغاثة، وذلك من خلال المجموعة الصحية، وعبر توقيع اتفاقيات جديدة للتعاون التقني. وتشمل هذه الاتفاقيات، اتفاقية مع اتحاد الأطباء العرب، مسجَّل فيها ما يزيد على عشرة آلاف طبيب ممن يمكن الاستعانة بهم وحشدهم في مواقع الطوارئ بغية تقديم الخدمات الصحية. كما أسفر التعاون والتضافر مع أعضاء اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية بالشرق الأوسط وشمال

طبيب ليبي يقدِّم خدمات الرعاية لأحد المرضى بقسم الإصابات، في مستشفى الجلاء ببنغازي

أفريقيا عن إعداد خطط طوارئ لمواجهة الأزمات في الجمهورية العربية السورية والجمهورية اليمنية وليبيا ومصر. كما تم تأسيس المجموعة الصحية للأمم المتحدة في كل من جيبوتي وليبيا.

وقد واصلت منظمة الصحة العالمية تقديم الدعم للبلدان التي تعاني من الأزمات من خلال الإطار العام للاستجابة لمقتضيات الطوارئ والتعافي المبكر منها في القطاع الصحي. وتم استخدام أداة مفهوم العمليات (ConOps) في السيناريوهات المختلفة، واختبارها في كل من باكستان وتونس والجمهورية اليمنية والصومال وليبيا ومصر. ونظراً لغياب مكتب للمنظمة يؤدي وظائفه في ليبيا أثناء الأزمة التي ألَّمت بها، فقد كانت منظمة الصحة العالمية، ومعظم وكالات الأمم المتحدة تمارس عملها من القاهرة، وإلى حدٍ ما بعد ذلك من زارزيس في تونس. وأخذ المكتب الإقليمي بزمام الأمور في تنسيق استجابة القطاع الصحي، فعمل على توسيع نطاق الشراكات مع ضمان تغطية الفجوات؛ كما قدم المكتب الإقليمي الدعم للبلدان التي هي قيد التعافي من الكوارث أو الصراعات، ولاسيّما عند إجراء تقييمات عقب الصراع، والتخطيط من أجل التعافي المبكر، وذلك بالتعاون مع السلطات الوطنية، والبنك الدولي، وسائر الشركاء، في بلدان عدة، منها على سبيل المثال جيبوتي وليبيا وباكستان والسودان وجنوب السودان.

وقدم المكتب الإقليمي الدعم لبناء القدرات في مجال إدارة الطوارئ والتعامل مع الاستجابة لمقتضيات الطوارئ، والتأهب والاستعداد للتعافي المبكر، مع إدراج تقليص خطر الكوارث في جميع المستويات. فقد قدم المكتب الإقليمي الدعم للأنشطة الوطنية لبناء القدرات من أجل إدارة المخاطر التي تتهدد الصحة العمومية أثناء الطوارئ في عُمان وفلسطين وقطر، ومن أجل الاستجابة لمقتضيات الفاشيات ومكافحتها أثناء الطوارئ في الأردن ولبنان ومصر، ومن أجل مكافحة الأمراض السارية أثناء الطوارئ في مصر، وتمثل الدعم المقدم لبناء القدرات الإقليمية في تحليل النظم الصحية المعطلة، وذلك بالتعاون مع منظمتي ميرلين واللجنة الدولية للاجئين، وفي التحفيز لنشر الصحة العمومية، وفي التأهب والاستعداد في المستشفيات الوطنية، وذلك بدعم من المركز الآسيوي للتأهب والاستعداد للكوارث. كما تم تقييم مضمومات للتدريب الخاصة بالطوارئ في الإغاثة الإنسانية من أجل إعداد دورة تدريبية ملائمة لإعداد المهنيين الصحيين للاستجابة الفورية لمقتضيات الطوارئ.

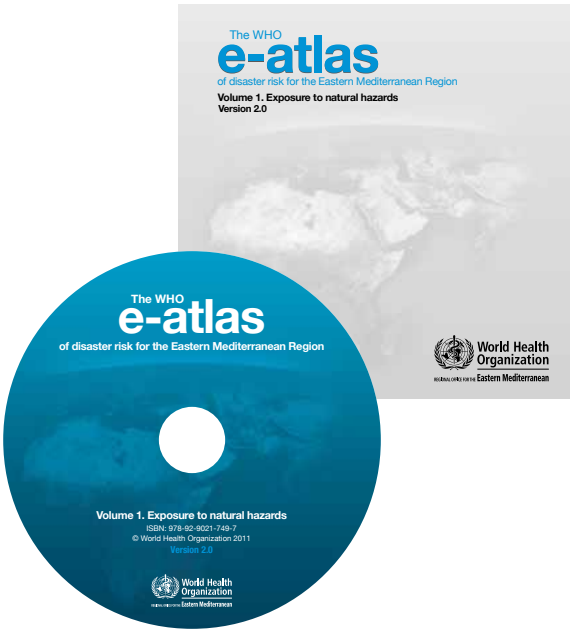
تم التخزين المسبق للإمدادات الإقليمية لمواجهة الطوارئ في دبي، في الإمارات العربية المتحدة، استعداداً للطوارئ والكوارث التي قد تحدث في المستقبل. كما تم إعداد إجراءات معيارية للتشغيل وخطط لمواصلة العمل في المكتب الإقليمي.

وتم تعزيز إطار العمل الذي يأخذ بحسبانه جميع أنواع المخاطر في إدارة الطوارئ، مع الشروع بتنفيذه في العديد من البلدان من أجل إضفاء السمات المؤسسية على إدارة الطوارئ في القطاع الصحي. وأقرت اللجنة الإقليمية، وجمعية الصحة العالمية، والمجلس التنفيذي

القرارات الخاصة بهذا الشأن، مما يؤكِّد الحاجة المتزايدة للتأهب للطوارئ، والحد من خطر الكوارث في القطاع الصحي. وقد أدرج جميع البلدان الحد من الكوارث في نظمها الصحية، وكان العنصر الرئيسي في الاستراتيجية هو برنامج سلامة المرافق الصحية، وتم ترويج الاستراتيجية وتطبيقها على نطاق واسع في عُمان ولبنان، كما بدأ أفغانستان والسودان العمل بها. وتم تعزيز الأنشطة المجتمعية للحد من الكوارث، في باكستان وجمهورية إيران الإسلامية والسودان.

وأُعد أول برامج إقليمي للتواصل حول المخاطر المحدقة بالصحة لأطفال المدارس في شكل كوميدي، بالتعاون مع منظمة الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة للحد من الكوارث UNISDR، وقد خضع هذا البرنامج للاختبار في البلدان وسيتم الآن إجراء المزيد من التطوير له. وتواصل التنسيق والتعاون مع المكاتب الإقليمية الأخرى لإعداد بروتوكولات وممارسات جديدة. وتشمل هذه الممارسات إعداد أداة تقييم القدرات الوطنية، وخطة عمل عالمية لسلامة المستشفيات.

وتم تعزيز الشراكات مع الوكالات الأخرى مثل منظمة الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة للحد من الكوارث UNISDR، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP، ومكتب الأمم المتحدة لتنسيق جهود الإغاثة UNOCHA، وبرنامج الغذاء العالمي WFP، ومنظمة اليونيسف، وجامعة الملك سعود، وجامعة الدول العربية، والمركز الآسيوي للتأهب للطوارئ، لضمان التعاون في إدارة الطوارئ والتخطيط لها ولدعم بناء القدرات. وقد كشفت استجابة منظمة الصحة العالمية لما حلّ بليبيا من كوارث، ما تتمتع به دول الجوار من استعداد وتنظيم للاستجابة لمثل هذه الأحداث.



التوجهات المستقبلية

لقد أدت الكوارث والأزمات إلى تفاقم انعدام الأمن والاستقرار، واستضعاف السكان وتشردهم وفقرهم في الإقليم. ويمكن استخلاص دروس مستفيضة من هذه الأحداث لإدراجها ضمن إعداد البرامج والتخطيط في المستقبل. وهكذا، وبعد مضي ما يقرب من عقدٍ من الزمن على تدبير الأوضاع المزمنة، وبناء القدرات الوطنية، ومحاولة تقليص المخاطر، أصبحت الحاجة لإصلاح برنامج الطوارئ واضحة وآمنة. وقد شرعت منظمة الصحة العالمية في إعداد إطار ميداني جديد على الصعيد العالمي لتوجيه أعمالها المتعلقة بعمليات الطوارئ والأمن الصحي في المستقبل. وقد كشف ما أبدته الدول الأعضاء والوكالات المانحة والتقييمات الأخيرة من نقد متزايد، أن المجتمع الدولي لم ينسق قدراته للعمل بشكل جماعي على الحد من المراضة والوفيات والعجز في أعقاب الطوارئ الواسعة النطاق. وسيؤدي إعداد جدول الأعمال الانتقالي الذي يقوده منسق الأمم المتحدة للإغاثة في حالات الطوارئ

واللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات إلى التركيز على عدد من المجالات منها إدارة المعلومات، والقيادة، والمساءلة، والتنسيق مع الشركاء في الإغاثة. ولاتزال الحاجة إلى الاستثمار في تدابير الاستجابة لمقتضيات الكوارث على الصعيد المحلي وعلى المستويات الوطنية من الأولويات الرئيسية في القطاع الصحي، وهي تعاني من نقص جسيم في التمويل. وستركز الثنائية القادمة على تطوير واختبار نظم لإدارة جميع الأحداث الحادة في الإقليم، وسيتم تعزيز القدرات التنظيمية والوطنية لإدارة هذه الأحداث مع تأكيد قوي على إدارة المعلومات والمعارف، ولإيلاء الصدارة لأفضل الممارسات في الصحة العمومية. كما سيتم تأسيس شراكات جديدة تهدف إلى تسريع وتيرة العمل على تقليص المخاطر والتأهب لمجابهتها.

الغرض الاستراتيجي 6: تعزيز الصحة والتنمية، واتقاء أو تقليص عوامل الاختطار على الصحة، التي تُرافق تعاطي التبغ والمسكرات والمخدرات وسائر المواد النفسانية التأثير، كما ترافق النُظم الغذائية المنافية للصحة، وقلة النشاط البدني، والعلاقات الجنسية غير الآمنة

القضايا والتحدّيات

يُلاحظ اهتمام والتزام سياسي متزايدان بمكافحة عوامل الاختطار، ولاسيما الأمراض غير السارية التي تُرافق تعاطي التبغ والكحوليات والمخدرات وسائر المواد النفسانية التأثير، والنظم الغذائية المنافية للصحة، وقلة النشاط البدني، والعلاقات الجنسية غير الآمنة. وقد تجلى هذا الاهتمام في الإعلان السياسي الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة في 2011 حول الوقاية من الأمراض السارية ومكافحتها. ومع ذلك لاتزال عوامل الاختطار تُشكِّل تحدِّيات هامة في الإقليم، وتؤثِّر تأثيراً سلبياً لا يقتصر على الحالة العامة للصحة عند السكان، ولكن يشمل بلوغ المرامي الإنمائية للألفية وعلى التنمية الوطنية. وتتراوح المعدلات الإقليمية للتدخين من 11٪ إلى 30٪ وقلة النشاط البدني من 30٪ إلى 87٪ وفرط الوزن والسمنة من 30٪ 75٪. ويقدر معدل انتشار الاضطرابات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان بـ 3500 لكل 100 ألف نسمة، والاضطرابات المتعلقة بتعاطي المخدرات حقناً بـ 172 لكل 100 ألف نسمة. ويفسر هذا المعدل فقد 4 سنوات من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (دالي) لكل 1000 نسمة و9 وفيات لكل 100 ألف، مقارنة بفقد سنتين من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لكل 1000 نسمة و4 وفيات لكل 100 ألف نسمة على الصعيد العالمي. ويتمتع الإقليم بأقل معدلات اضطرابات تعاطي الكحوليات في ظل امتناع ما يزيد على 80٪ من الرجال و95٪ من النساء، مقارنة بـ 46٪ من الرجال و73٪ من النساء عالمياً.

وتمس الحاجة إلى مستويات رفيعة من الالتزام السياسي والتدخلات التشريعية وصياغة السياسات الخاصة بالصحة العمومية. كما تمس الحاجة إلى تخصيص المزيد من الموارد البشرية والمالية، واستخدام الموارد المتاحة بكفاءة أكبر، وتشجيع التآزر بين مختلف القطاعات، وتقوية القدرات، بغية التنفيذ الأفضل للتشريعات والسياسات، وتطوير الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية المتكاملة. وينشأ المزيد من التحديات عن الافتقار إلى إطار مفاهيمي عام بشأن التثقيف الصحي، وتعزيز الصحة، من أجل تطوير

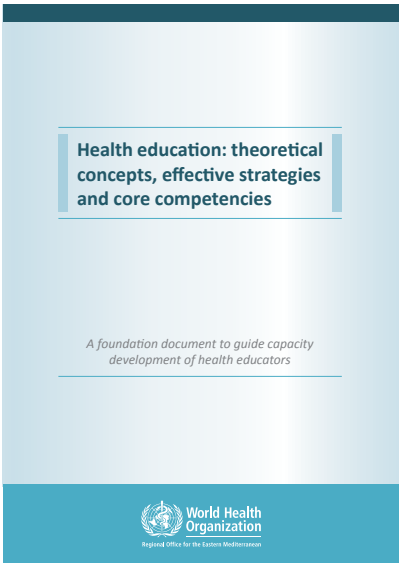
كفاءات المهنيين من ناحية، والتدخلات التي تركز على تقليل عوامل الاختطار الصحية من ناحية أخرى. كما أن أوضاع الطوارئ الحادة والمعقدة التي تسود معظم البلدان هي أيضاً واحدة من القضايا المهمة التي ترتبط بهذا السياق، والتي تميل إلى تحويل مسار الاهتمام والموارد بعيداً عن أنشطة العمل المتعلقة بعوامل الاختطار هذه. وهناك حاجة ماسة إلى تركيز عملية تخصيص الموارد وضمان استمراريتها وتنسيقها من أجل اتقاء عوامل الاختطار أو الحد منها إذا ما أردنا تحقيق تأثير ملموس على الوفيات والمراضة وتحسين جودة الحياة لسكان هذا الإقليم.

الإنجازات المحرزة نحو بلوغ أهداف مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

تعزيز الصحة والتثقيف الصحي هما نهجان ضروريان وأداتان مفيدتان في التصدي لعوامل الاختطار المرتبطة بالأمراض السارية وغير السارية. وحتى يتسنى تقوية القدرات في مجال تعزيز الصحة والتثقيف الصحي على المستويين الوطني والميداني، واصل المكتب الإقليمي العمل على مبادرتين. تمثلت المبادرة الأولى في إعداد دورة تدريبية إقليمية لمديري وحدات تعزيز الصحة والتثقيف الصحي، بالتعاون مع مؤسسات أكاديمية من داخل الإقليم وخارجه. وتغطي هذه الدورة الكفاءات الأساسية التي حددها الخبراء على المستويين العالمي والإقليمي. وقد أقيمت هذه الدورة الارتيادية في الكويت وقطر، وترمي الخطة إلى إطلاق الدورة على المستوى الإقليمي بالتعاون مع مجموعة مختارة من الشركاء الأكاديميين. وتبني المبادرة الثانية على برنامج إعداد القيادات في مجال تعزيز الصحة، الذي بدأ في إقليم غرب الهادي، وجرى تنفيذه بالفعل في ستة بلدان، وسوف يتسع نطاقه ليشمل بلداناً أخرى. وفي حين ركزت الجولتان الأوليان من هذا البرنامج على تقوية الشراكات الرامية إلى تعزيز الصحة، سوف تركز الجولة القادمة على تقوية البنى التحتية والتمويل من أجل تعزيز الصحة.

ومتابعة للتوصيات التي خرج بها مؤتمر نيروبي بشأن تعزيز الصحة، تم إعداد أداة تتاح مباشرة على الإنترنت لتشجيع عملية توثيق مبادرات تعزيز الصحة والتثقيف الصحي بهدف إنشاء قاعدة معطيات تضم التدخلات الناجحة. وعقب إطلاق إطار العمل الإقليمي حول النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة عام 2010، قُدِّم الدعم إلى العديد من البلدان حتى يتسنى لها تنفيذ خطط العمل الخاصة بها.

وفي مجال صحة الفم، أجرى المكتب الإقليمي مسحاً سريعاً لتقييم وضع صحة الفم وقدرات البلدان في هذا المجال. ونتيجة لهذا الإجراء، نوقشت ورقة مفاهيم، ألقت الضوء على التحديات الأساسية والاتجاهات الاستراتيجية المقترحة في مجال صحة الفم، في اجتماع بلداني، وتمخضت عن نداء أصفهان للعمل وتعزيز صحة الفم في الإقليم. وتتضمن المجالات ذات الأولوية إعداد استراتيجية إقليمية



حول تعزيز صحة الفم، ووضع مجموعة أساسية من مؤشرات تعزيز صحة الفم، وإنشاء نظام ترصد لصحة الفم. وقد أعدت أربعة عشر بلداً خطط عمل في مجال صحة الفم.

وقد أولي اهتمام خاص بتلبية الاحتياجات الصحية للفئات السكانية المستضعفة، ولاسيما احتياجات اللاجئين بسبب الأزمة الليبية وأطفال المدارس. وأعد المكتب الإقليمي موارد التثقيف الصحي مستهدفاً اللاجئين الذين يعيشون في المخيمات. وقد تم إعداد مواد التثقيف الصحي لأطفال المدارس من خلال شراكة مع منظمة الاستراتيجية الدولية للحد من الكوارث التابعة للأمم المتحدة UNISDR تحت مسمى سلسلة "قوة الأصدقاء" لمعالجة بعض القضايا الصحية من قبيل أنماط الحياة الصحية والبيئة وسلامة الغذاء والسلامة الكيميائية والإنفلونزا والحد من المخاطر في حالات الجفاف والفيضانات والزلازل. وتم دعم عملية بناء القدرات في مجال الحشد المجتمعي في فاشيات الإنفلونزا.

وفي مجال الترصد، وبالتعاون مع المقر الرئيسي للمنظمة، ومع مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، بولاية أطلنطا، استُكمل المسح العالمي للصحة المدرسية في 18 بلداً حتى الآن. وتكشف النتائج المعلنة حتى الآن عن أرقام تدعو للقلق، وخصوصاً من حيث فرط الوزن والسمنة والعافية النفسية، بسبب قلة النشاط البدني وعدم اتباع النظام الغذائي الصحي وغياب التثقيف حول المهارات الحياتية.

وفي مجال تعاطي الكحوليات ومواد الإدمان، فقد تم تجربة الحزمة التدريبية حول تنفيذ العاملين الصحيين لاختبار تحري الانخراط في تعاطي الكحول والتدخين ومواد الإدمان (SSISTA)، والتدخل الوجيز المتعلق بهذا الاختبار، والدلائل الإرشادية حول المعالجة ببدائل الأفيون، التي أعدتها المنظمة عام 2009، وذلك في حلقات عملية تدريبية تهدف إلى تعزيز القدرات الإقليمية على تنفيذ هذه الدلائل. وقُدِّم الدعم التقني لعُمان لإعداد نظام للمعلومات والتبليغ عن تعاطي مواد الإدمان. وتم تنفيذ مشروع مشترك حول معالجة استخدام مواد الإدمان ورعاية المعاقرين لها في عدد من البلدان المختارة بتمويل من مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

وفي مجال مكافحة التبغ، واصل المكتب الإقليمي دعم تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، بتنظيم حلقة عملية إقليمية مشتركة، مع أمانة الاتفاقية لجميع الأطراف في الإقليم، من أجل تعزيز تنفيذ الاتفاقية على المستويات الإقليمية والوطنية. وقُدِم الدعم التقني من خلال اجتماع بلداني حول تطبيق المادة 14 المعنية بخفض الطلب، مع تمثيل متعدد القطاعات من أربعة بلدان (الأردن، والعراق، وعُمان، ومصر). وقد تم تقديم الدعم كذلك لجهود بناء القدرات بشأن الضرائب على التبغ، بالتعاون مع المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومجلس التعاون الخليجي. وقد حصلت عشرة بلدان (الأردن، والإمارات العربية المتحدة، وباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، وعُمان، وقطر، والكويت، ولبنان، ومصر) على دعم تقني بغرض تقوية برنامج مكافحة التبغ من حيث الحملات الإعلامية وكسب التأييد، والإقلاع، ووضع التشريعات، وكذلك تقوية توجهاتها الوطنية.

وفي إطار الحملات الإعلامية حول مكافحة التبغ، قام المكتب الإقليمي ومركز كوبي بإعداد وإطلاق تقرير على شبكة الإنترنت تحت عنوان مدن خالية من التبغ من أجل هواء خالٍ من الدخان: دراسة حالة في مكة والمدينة، وهو تقرير ضمن سلسلة من التقارير

العالمية التي صدرت حول هذا الموضوع. وقد ترجم التقرير إلى اللغة العربية. كما قُدِّم الدعم التقني إلى مصر بهدف تنفيذ حملتين إذاعيتين لمكافحة التبغ على المستوى الوطني، وحملة علاقات عامة، وحملة على شبكات التواصل الاجتماعي، والتدريب على "إعادة النظر في مكافحة التبغ". ويهدف تدريب إعادة النظر في مكافحة التبغ إلى تقييم أنشطة مكافحة التبغ في مصر على مدار العشر أعوام الماضية حتى يتسنى إعادة التخطيط ووضع استراتيجيات جديدة، مع الانتهاء من التدريب في منتصف عام 2012.

وقد أقيم الاحتفال الإقليمي باليوم العالمي للامتناع عن التدخين في عُمان تحت عنوان "اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ". ونشرت مجموعة من صحائف الوقائع بالتوازي مع الاحتفال. وقدَّم المكتب الإقليمي الدعم لإطلاق تقرير بعنوان "اقتصاديات التبغ والضرائب على التبغ في مصر"، وذلك على شبكة الإنترنت، في إطار مبادرة بلومبرج للحد من تعاطي التبغ. ووُزِع التقرير على الإعلاميين ومتخذي القرارات وراسمي السياسات.

واستمر الدعم المقدم إلى البلدان من أجل تنفيذ النظام العالمي لترصد التبغ. وبالتعاون مع الشركاء الدوليين، يقوم المكتب الإقليمي بمراجعة المنهجية والأدوات اللازمة لمواصلة التنفيذ. كما تنفذ قطر حالياً المسح العالمي لاستهلاك التبغ بين البالغين، كما تم دعم الإعداد لتنفيذ هذا المسح في الإمارات العربية المتحدة. وبالتعاون مع جامعة جون هوبكنز، وتم تقديم الدعم التقني إلى أحد عشر بلداً، لإتمام اختبار التدخين السلبي، ومن المتوقع إطلاق التقرير خلال عام 2012. وتم كذلك الانتهاء من الجزء الخاص بالإقليم في تقرير مكافحة التبغ في العالم، ونشره على شبكة الإنترنت، ويجري حالياً ترجمته إلى اللغة العربية.

التوجهات المستقبلية

سوف يستمر المكتب الإقليمي في دعم الجهود الرامية إلى الارتقاء بالقدرات التنظيمية والبشرية في مجال تعزيز الصحة والتثقيف الصحي، مع التركيز على بناء الكفاءات من أجل إرساء التعاون المتعدد القطاعات والعمل داخل القطاع الصحي وخارجه. كما ستقام حملات إعلامية من أجل تأييد جهود اتّخاذ إجراء

تشريعي وإعداد سياسة عامة في إطار دعم الإجراءات الصحية اللازمة، مثل تنظيم عملية تسويق الأغذية والمشروبات للأطفال وتشجيع النشاط البدني. وسوف يتم التوسع في المسح العالمي للصحة المدرسية لكي يضم الفئة العمرية من 12 إلى 18 عاماً. وسوف يتم دعم هذه المبادرة من خلال مشروع ارتيادي جديد وهو ترصد السياسات وممارسات الصحة المدرسية، ويتناول هذا المشروع بيئة السياسات المدرسية بهدف دعم تعزيز السلوكيات الصحية.

وسوف يواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم اللازم لتنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ ونظام ترصد التبغ في العالم، تأسيساً على المنهجية الجديدة. وسوف يتم التوسع في المسح العالمي لاستهلاك التبغ بين البالغين، وترمى الخطة إلى تضمين أسئلة أساسية في المسوح الأخرى الحالية، مثل نهج منظمة الصحة العالمية التدرجي للترصد. وسوف يتم إعداد استراتيجية إقليمية معنية بمكافحة التبغ.

وسوف يتم البدء في تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية المعنية بالصحة النفسية ومواد الإدمان، مع التركيز على تطوير نظم المعلومات والإبلاغ لمساعدة البلدان في إعداد السياسات المسندة بالبيِّنات والاستراتيجيات والخدمات المتكاملة. وتماشياً مع الاستراتيجية الوطنية وشروط برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية، سوف يتم الانتهاء من إعداد أدوات تعزيز القدرات لمقدمي الرعاية الصحية لتحري وتقديم الخدمات المتعلقة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحوليات ومواد الإدمان. وسوف يتواصل الدعم التقني لإعداد الاستراتيجيات الوطنية والدلائل الإرشادية والخدمات اللازمة لمعالجة الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان.

وسوف تعطى الأولوية للمشاركة في إعداد الخطة التنفيذية لاجتماع الأمم المتحدة رفيع المستوى، وإطار الرصد العالمي، والأهداف الإقليمية، والتوسع في الشراكات على المستوى الدولي والإقليمي والوطني لتعظيم القدرات التقنية وتعزيز قاعدة البيّنات والتوسع في قاعدة الموارد، والاستفادة من الموارد القائمة بالفعل، وذلك من أجل ضمان تحقيق الأهداف الإقليمية المقررة والإسهام في بلوغ الأهداف العالمية للحد من المخاطر.

الغرض الاستراتيجي 8: العمل على تهيئة بيئة أوفر صحةً، وتكثيف أنشطة الوقاية الأولية، والتأثير على السياسات العمومية في جميع القطاعات، لمعالجة الأسباب الجذرية لمخاطر البيئة على الصحة

القضايا والتحدّيات

تتزايد البيِّنات على أن الصحة البيئية من المحدِّدات الكبرى لكل من الأمراض السارية وغير السارية. فوفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية لعام 2009 فإنه كان الممكن تفادي أكثر من مليون وفاة في الإقليم كل عام من خلال توفير التدخلات الملائمة في الصحة البيئية. ومن المشكلات الكبرى التي تعد مواضع قلق في الصحة العمومية تناقص توافر وجودة مياه الشرب، وازدياد تعداد السكان، والتغيُّر المتسارع في أنماط الحياة، والتحضُّر، واستهلاك الطاقة غير المضمونة الاستمرار، والاستعمال غير الفعَّال لمصادر المياه. ثم إن وزارات الصحة لم تتعرف بعد على المحددات البيئية للصحة باعتبارها من الأولويات الرئيسية من

أجل تحسين الصحة العمومية، فالإقليم لايزال يبذل الجهود الحثيثة للتغلُّب على المشكلات التقليدية في الصحة البيئية مثل تدبير الفضلات السائلة والصلبة، والهواء داخل المباني وخارجها. أما سياسات الصحة البيئية فقاصرة، والوعي العام من أجل التأثير على تلك السياسات فمنخفض. وتؤدِّي الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع الإنسان إلى تفاقم معظم هذه المشكلات، وتزيد من وخامة آثارها في الصحة العمومية. ويعد تدمير مرافق الصحة البيئية من مواطن إثارة القلق الكبرى في البلدان المتأثرة بالكوارث التي هي من صنع الإنسان أو بالصراعات المدنية. ومن التحديات الكبرى أيضاً نقص العاملين في صحة البيئة ونقص التمويل. وتمس الحاجة لإجراءات في القطاع الصحي ذاته وفي جميع القطاعات، وينبغي على البلدان إعداد خططها الوطنية للتأهُّب للطوارئ في الصحة البيئية، وتحسين إتاحة المعلومات للبحوث ولصناعة القرار. وتوخياً لضمان اتّخاذ إجراءات فعالة ضمن القطاع الصحي، ينبغي تخفيف الأخطار أو مكافحتها في المواقع التي تحدث فيها، مثل المنازل والمدارس وأماكن العمل والمدن، وفي القطاعات مثل قطاع الطاقة وقطاع النقل والمواصلات والصناعة والزراعة.

الإنجازات المحرزة نحو بلوغ أهداف مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

قدَّم المكتب الإقليمي الدعم للبلدان لتحديث ما لديها من معايير ومقاييس في الصحة البيئية، ولتبني معايير منظمة الصحة العالمية حول جودة مياه الشرب، وإعادة استخدام الفضلات، وتدبير الفضلات السائلة والصلبة. وقد بدأ الأردن وجمهورية إيران الإسلامية وعُمان بالعمل في تحديث ما لديها من معايير مياه الشرب استجابةً للطبعة الثالثة من الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية، واعتماد أسلوب صياغة خطط لسلامة المياه. كما استكمل كل من المغرب وعُمان وتونس متطلبات الإبلاغ للتقييم السنوي العالمي عن قطاع الإمداد بالمياه والإصحاح. كما تم توزيع واعتماد الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية، مثل الدلائل الإرشادية حول جودة مياه الشرب، وحول تدبير نفايات الرعاية الصحية، وحول أماكن العمل الصحية والآمنة، وحول الجهود الداعمة لتخفيف الأخطار في الصحة البيئية. وقد تلقَّى كل من جنوب السودان والصومال الدعم التقني لصياغة مسوّدة استراتيجيات الصحة البيئية.

أما من حيث تدبير نفايات الرعاية الصحية فقد قدَّم المكتب الإقليمي من خلال تعاونه مع التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، الدعم التقني لكل من الأردن وباكستان والجمهورية العربية السورية والجمهورية اليمنية والسودان ولبنان من أجل إعداد الدلائل الإرشادية الوطنية في كل منها، كما تم شراء الموصدات autoclaves للبرهنة على وجود تدبير ملائم لنفايات المستشفيات في باكستان واليمن، مع إجراء دراسة مكتبية لأوضاع تدبير النفايات الخطرة فيهما. وتمت صياغة مسوّدة لخطة نموذجية للتدبير الآمن لنفايات مرافق الرعاية الصحية، وأطلقت دراسة إقليمية للأوضاع المتعلقة بتلوث الهواء داخل المباني وخارجها، وتم تنفيذ تدريب إقليمي حول تحليل المخاطر في الصحة البيئية في الأردن ساهم فيه 14 بلداً من بلدان الإقليم.

وقد ساهم المكتب الإقليمي على الصعيد العالمي والصعيد الوطني (القطري) في تعزيز برامج وخطط الصحة المهنية، ولاسيما في إعداد نموذج إقليمي لاتّخاذ الإجراءات من أجل تعزيز أماكن العمل الصحية، وهي إجراءات يقوم بها الموظفون والعاملون، وأصحاب القرار السياسي والأطباء الممارسون. وقد

كانت مصر من أولى البلدان في الإقليم التي أطلقت حملة وطنية حول أماكن العمل الصحية والآمنة، كما أطلقت مصر العقد المصري للسلامة والصحة المهنية (2011 – 2020). كما قدَّم المكتب الإقليمي الدعم لبناء القدرات على الصعيد الإقليمي لحفظ الصحة لدى العاملين في الرعاية الصحية وحمايتهم من الإصابات بوخزات الإبرة والتعرُّض للعوامل المسبِّبة للأمراض والتي تنتقل عبر الدم في وسط مهني، وذلك بالتعاون مع جامعة القاهرة، في مصر.

وواصل المركز الإقليمي لصحة البيئة تنفيذ أنشطته لإتاحة البحوث حول البيئة على الإنترنت مباشرة (ORE)، ومبادرة إتاحة البحوث الصحية على الإنترنت (HINARI)، والتي من خلالها يمكن للمؤسسات ذات الصلة بالصحة والبيئة أن تطلَّع على 800 مجلة مرجعية عبر الإنترنت وعلى العديد من قواعد المعطيات عبر الإنترنت. وقد قدّم المكتب الإقليمي الدعم للجمهورية العربية السورية والصومال والعراق في تنفيذها لتحليل الوضع الصحي والبيئي. ويواصل الجمهورية العربية السورية والعراق بذل الجهود في عملية استكمال الاستراتيجيات الوطنية للصحة والبيئة.

وواصل العديد من البلدان اتخاذ الخطوات في السير نحو تنفيذ القرار الذي اتخذته اللجنة الإقليمية عام 2008 حول التغيُّر المناخي والصحة. وقد ساهمت السلطات الصحية في الأردن وتونس والجمهورية العربية السورية ولبنان في التحديث السنوي للفصل الخاص بالصحة من اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن التغيُّر المناخي، كما يواصل المغرب تنفيذ استراتيجيته الوطنية بشأن الصحة والتغيُّر المناخي. وواصل الأردن تنفيذ المكوّن الصحي من البرنامج المشترك للأمم المتحدة بشأن التكيُّف مع التغيُّر المناخي للمحافظة على الإنجازات التي حققها الأردن نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وتنفيذ المكوّن الإقليمي للمشروع العالمي لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي حول التكييفات الارتيادية لحماية الصحة من التغيُّر المناخي.

التوجهات المستقبلية

سيواصل المكتب الإقليمي، بدعم من المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة، تقديم الدعم بالمشورة التقنية والخبرات لبرامج بناء القدرات والبحوث ونقل التكنولوجيا، وتقييم نقاط الضعف في الصحة البيئية مع تحليل للوضع، وتسهيل تبنِّي توجيهات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بمختلف جوانب الصحة البيئية. كما ستواصل منظمة الصحة العالمية تقديم الدعم لإعداد وتنفيذ إطارات العمل الوطنية للعمل المعنية بالتغيُّر المناخي والصحة؛ مع تعزيز قدرات رصد الاتجاهات وتقييم المخاطر والآثار الصحية على البيئة وعلى التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتحسين الوصول إلى معلومات موثوقة لدعم الإجراءات والاستراتيجيات الوطنية للصحة البيئية. وسيتم تقديم الدعم التقني من أجل تحسين نظم السلامة الكيميائية، وضمان الخدمات الأساسية للصحة البيئية وإدماجها في نظم الرعاية الصحية الأولية، وتفعيل أماكن العمل الصحية على الصعيد الوطني، وحماية وتعزيز صحة العاملين في الرعاية الصحية. وسيقدم المكتب الإقليمي الدعم والحملات الإعلامية لوزارات الصحة وللقطاعات الحكومية الأخرى من أجل تعزيز إدماج الصحة البيئية في جميع السياسات التنموية.

الغرض الاستـراتيجي 9: تحسين التغذية والسلامة الغذائية والأمن الغذائي على مدى العمر بما يدعم الصحة العمومية والتنمية المضمونة الاستمرار

القضايا والتحدّيات

مايزال سوء التغذية يمثل مشكلة صحية خطيرة بين الأطفال، وهو يعد المسهم الوحيد الأكبر في وفيات الأطفال في هذا الإقليم، ولاسيَّما في البلدان المنخفضة الدخل. ومن أسف أن ما يقرب من ثلث الأطفال في هذا الإقليم، إمَّا أنهم ناقصو وزن وإما أنهم متقزمون. كما أن ما يربو على 30٪ من سكان الإقليم يعانون من عَوَز المغذيات الزهيدة المقدار. وما لم تتغير السياسات الوطنية وكذلك الأولويات في هذا الشأن، فإن حجم هذه المشكلة سوف يعيق بلداناً كثيرة عن بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وعلى الرغم من استمرار وجود مشكلة نقص التغذية، فإن الأمراض المزمنة ذات الصلة بالسمنة وبالغذاء تتزايد هي الأخرى. والحاجة ماثلة لتحسين المعطيات فضلاً عن المعارف المتعلقة بأهمية التغذية، لدى القادة السياسيين، حتى يمكن إحراز التقدُّم المنشود في معالجة مشاكل التغذية.

وتمثل سلامة الغذاء، كما هو معروف، قضية صحية عمومية كبرى في الإقليم، وذلك لكل من المستهلكين والصانعين على حد سواء، كما أنها تنطوي على تحديات كثيرة، من بينها غياب الالتزام السياسي، وعدم كفاية الموارد، فضلاً عن وجود قوانين ونُظُم للسلامة الغذائية عفا عليها الزمن، إلى جانب غياب الوعي لدى المستهلك، وكذلك غياب التشريعات الخاصة بحمايته. وتقر النظم الحديثة المعنية بسلامة الغذاء أن السلامة الغذائية هي مسؤولية قطاعات متعددة، وأنه يتعيّن التعاطي مع سلامة الغذاء على مدى كامل السلسلة الغذائية (من المزرعة إلى المائدة)، وأن أي قرار أو أسلوب يُتخذ لابد أن يكون مرتكزاً على أساسٍ علمي. ويتطلب هذا الأسلوب درجة عالية من التعاوُن بين القطاعات، ولاسيّما بين القطاع الصحي والقطاع الزراعي على جميع المستويات. ومن أسف أن هذا الأمر يكون في العادة غائباً. ففي عام 2011، أبلغت دولٌ أعضاء في هذا الإقليم، خارج حدوده، عن حدوث العديد من الفاشيات الناجمة عن التلوث الغذائي والأمراض المنقولة بالغذاء، ولعل أبرزها تلوث براعم الحلبة الجاهزة للأكل في ألمانيا والبلدان المجاورة لها ببكتريا الإشريكية القولونية O104:H4. وقد خلَّفت هذه الفاشية وحدها 54 وفاة، وأكثر من 3800 حالة مرضية مؤكّدة، إلى جانب اضطراب تجارة الأغذية. وتسعى البلدان جاهدة لتطبيق الأساليب التي توصي باتخاذها استراتيجية منظمة الصحة العالمية الخاصة بسلامة الغذاء.

الإنجازات المحرزة نحو بلوغ أهداف مؤشرات الأداء لكل نتيجة متوقعة

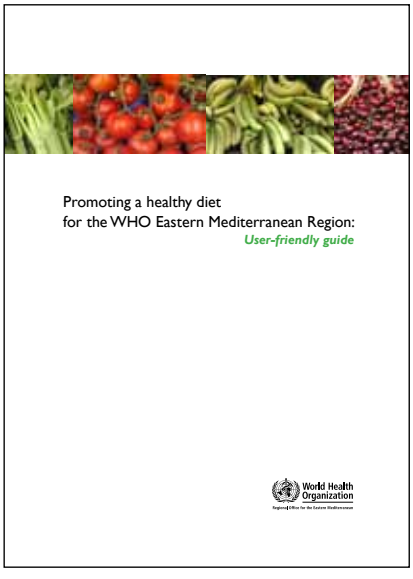
تسهم الاستراتيجية الإقليمية للتغذية، التي أقرّتها اللجنة الإقليمية عام 2010، إسهاماً كبيراً في التحرك العالمي نحو تعزيز التغذية من أجل تحسين تغذية الأمهات والأطفال في غضون 1000 يوم، من بداية الحمل حتى عمر سنتين، والتي أُطلقت عام 2010. وتتوخّى هذه الاستراتيجية اتخاذ إجراءات من قِبَل مختلف أصحاب الشأن المعنيين، على الصعيدين المحلي والوطني، ترمي إلى مساعدة العاملين في البرنامج، والمنظمات، والمجتمع على مد نطاق الأنشطة في مجال التغذية على نحو فعّال. وقد عُقدت في هذا السياق، مشاورة تقنية إقليمية بشأن تعزيز العمل التغذوي، بمشاركة من جميع أصحاب الشأن المعنيين الرئيسيين.

وواصلت المنظمة تقديم الدعم التقني لتطبيق المعايير الخاصة بالنمو، وقد اعتمدها بالفعل 17 بلداً، كما أن بقية البلدان هي الآن في سبيلها إلى تغيير معايير النمو الوطنية الخاصة بها. وتعمل المنظمة على تقوية نظام ترصُّد التغذية من خلال بناء القدرات وتقديم الدعم التقني في هذا المجال، حيث تم إعداد الأدوات اللازمة، كما يجري وضع اللمسات الأخيرة على مجموعة من البرامج التدريبية تمهيداً لنشرها. وعلى جانب آخر، ثم تقديم الدعم التقني في مجال وضع السياسات والبرمجة لكل من أفغانستان، وباكستان، وجنوب السودان، والعراق، وقطر. كما تم دعم بناء القدرات في مجال تدبير سوء التغذية الوخيم، وذلك في البلدان ذات الأولوية. ويجري الإعداد لدليل تدريبي في مجال التثقيف التغذوي لطلاب المدارس، وكان قد تم وضع اللمسات الأخيرة على دليل سهل الاستخدام حول النظام الغذائي الصحي، وذلك تمهيداً لنشره.

ويشترك معظم بلدان الإقليم في الشبكة الدولية للسلطات المعنية بالسلامة الغذائية (INFOSAN)، وشبكة طوارئ إنفوسان لنظم الإنذار الغذائي السريع. وتم دعم بناء القدرات في مجال سلامة الغذاء وحماية صحة المستهلك، وواصلت البلدان مشاركتها في العملية المستمرة لبناء القدرات العالمية لاكتشاف الأمراض المنقولة بالغذاء والوقاية منها ومعالجتها، ورصد القضايا الخاصة بسلامة الغذاء.

وباستثناء البلدان التي تواجه أوضاع طوارئ معقدة، فإن لدى معظم البلدان الإمكانات المختبرية اللازمة لاكتشاف المخاطر الكيميائية التقليدية في الغذاء. وقد واصلت البلدان مشاركتها في هيئة الدستور الغذائي واجتماعات اللجنة التابعة لها، وغيرها من الهيئات الأخرى المعنية بوضع المعايير الدولية، وذلك لتحسين قوانين سلامة الغذاء في تلك البلدان. وقد عقدت لجنة الشرق الأدنى التابعة لهيئة الدستور الغذائي، المسؤولة عن تقييم المخاطر في الغذاء، وإعداد المعايير الخاصة بالأغذية التقليدية في الإقليم، اجتماعاً لها في تونس. وواصلت البلدان تعزيز المختبرات الميكروبيولوجية والكيميائية لديها لتمكينها من الاشتراك في الشبكة الدولية لترصُّد سلامة الغذاء. وفي أعقاب إعمال اللوائح الصحية الدولية 2005، قام العديد من البلدان بإدماج ترصد الأمراض المنقولة بالغذاء ضمن البرنامج الوطني للترصّد فيها، غير أن توافر البيانات حول الأمراض المنقولة بالغذاء ورصدها، مايزال محدوداً.

ويشارك معظم بلدان الإقليم في عضوية شبكة المنظمة العالمية لترصد الأمراض المعدية المنقولة بالغذاء، رغم أنها لا تُسهم جميعاً بعد إسهاماً فاعلاً في عملية الترصد. وقد بدأ التخطيط للحلقة الثانية من الدورة التدريبية العالمية حول الأمراض المنقولة بالغذاء. ومن شأن تنفيذ الحلقات الخمس بكاملها لهذه الدورة أن يعزز نظم مراقبة الأغذية في الإقليم.



وقد واصلت البلدان تعزيز القدرات المختبرية لديها للاستعراف والتنميط الفرعي لأنواع البكتريا المسببة للأمراض ذات الصلة بالغذاء. ومن ناحية أخرى، واصلت شبكة (Pulsenet) دعمها لأنشطة بناء القدرات في مجال الاستعراف الجزيئي للمكروبات التي تسبب الأمراض الحيوانية المنشأ وغير الحيوانية المنشأ، وذلك بغرض تعزيز ترصُّد الأمراض المنقولة بالغذاء. ويعد استمرار بناء القدرات الإقليمية من خلال الدورات العالمية التي تقدمها المنظمة بشأن الأمراض المعدية المنقولة بالغذاء، أمراً أساسياً، حيث إن من شأن هذه الدورات أن تكوِّن كتلة حرجة من العاملين المدرَّبين على التعامل مع قضايا سلامة الغذاء. وكانت عملية التوزيع والاستخدام الميداني للملصق الخاص حول "الوصايا الخمس من أجل غذاء أكثر مأمونية" بلغات متعددة مختلفة في الإقليم، قد تم تعزيزها من خلال توزيع مواد ترويجية ومواد توعية وتثقيف للمستهلك.

على صعيد آخر، تم نشر استبيان شامل للدول الأعضاء حول البنية والأنشطة الخاصة بسلامة الغذاء، كما نوقشت نتائج هذا الاستبيان في اجتماع إقليمي ضم ضباط الاتصال المعنيين بسلامة الغذاء، وأرسيت فيه دعائم تحديد الأولويات الإقليمية في مجال سلامة الغذاء للسنتين المقبلتين.

التوجهات المستقبلية

سيواصل المكتب الإقليمي التركيز على تعزيز كشف حالات سوء التغذية الحادة الوخيمة ومعالجتها، من خلال توفير الدلائل الإرشادية للتدبير المجتمعي والتدبير القائم على المرافق لمثل هذه الحالات، وأيضاً من خلال تقديم الدعم التقني وحشد الموارد للبلدان التي تحتاجها، وبناء قدرات العاملين في هذا المجال، ودعم تنفيذ نظم الرصد والمراقبة. وسيقوم المكتب الإقليمي بالدعوة والتوعية حول النظام الغذائي الصحي، وممارسة النشاط البدني في المدارس وفي المجتمعات المحلية، وذلك من خلال مبادرة المدارس المراعية للتغذية، والتركيز على إعداد سياسات التغذية المدرسية، ورفع مستوى الوعي، وبناء القدرات، والتشجيع على الممارسات الخاصة بالغذاء الصحي، والخدمات الصحية والغذائية الداعمة.

وسوف يتواصل تركيز الأنشطة الخاصة بسلامة الغذاء على تقديم الإرشادات والدعم التقني، لتعزيز القدرات ومراقبة سلامة الغذاء. كما سيتم تعزيز قدرات تقييم المخاطر في ما يختص بسلامة الغذاء، كما سيتم أيضاً دعم الأنشطة التنظيمية والتشريعية على المستوى الوطني. وسيظل تحديث نظم سلامة الغذاء ومواءمتها، في الإقليم محوراً مهماً، كما ستتواصل جهود تنفيذ الاستراتيجية العالمية للسلامة الغذائية في بلدان الإقليم.