



منظمة التعاون الإسلامي
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب
للدول الإسلامية



تقارير توقعات
منظمة التعاون الإسلامي

الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة في دول منظمة التعاون الإسلامي

تقرير توقعات منظمة التعاون الإسلامي

العدد: 2019/3





سلسلة تقارير توقعات منظمة التعاون الإسلامي

تعتبر تقارير توقعات منظمة التعاون الإسلامي سلسلة من المنشورات الصادرة عن مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك) يسهر على إعدادها باحثو المركز حول مختلف المواضيع الاجتماعية والاقتصادية المتعلقة بالدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (OIC). وتغطي هذه المواضيع، من بين أمور أخرى، مجموعة واسعة من القضايا الاجتماعية والاقتصادية ومتعددة التخصصات، بما في ذلك التجارة، والاستثمار، والتمويل، والصحة، والتعليم، والجنسانية، والتكنولوجيا، والسياحة، والهجرة، والحوكمة والأمن.

تقدم هذه التقارير تحليلات إحصائية وأبحاث تحليلية في هذه المجالات المتنوعة بهدف تعزيز وتوليد المعارف، وإذكاء الوعي بشأن بعض التحديات القائمة والفرص المتاحة. كما تتضمن أيضا اقتراحات سياسية من شأنها أن تساهم في مواجهة التحديات المتعلقة بالقضايا الرئيسية التي هي محط اهتمام الدول الأعضاء.

تمثل الحجج والآراء ووجهات النظر المُعبر عنها في تقرير التوقعات هذا آراء المؤلفين ولا تعكس السياسة أو المواقف الرسمية لـسيسرك أو منظمة التعاون الإسلامي أو أي من الدول الأعضاء فيها.

ينبغي إرسال جميع التعليقات والملاحظات المتعلقة بتقارير توقعات منظمة التعاون الإسلامي عبر البريد الإلكتروني: research@sesric.org أو بالبريد على العنوان التالي:

Kudüs Cad. No:9, Diplomatik Site 06450 ORAN- Ankara, Turkey

تقارير توقعات منظمة التعاون الإسلامي متاحة على الرابط التالي:

www.sesric.org/publications-oic-outlook.php



الأشخاص ذوو الإعاقة والاحتياجات الخاصة
في دول منظمة التعاون الإسلامي



تقرير توقعات منظمة التعاون الإسلامي

العدد: 2019/3

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية

© ديسمبر 2019 | مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية
(سيسرك)

العنوان: Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara –Turkey
الهاتف: 6172 468–312–90+
الموقع الإلكتروني: www.sesric.org
البريد الإلكتروني: pubs@sesric.org

جميع الحقوق محفوظة.

تخضع المادة المقدمة في هذه الطبعة لقانون حقوق الطبع والنشر. ويعطي المؤلفون الإذن بعرض ونسخ وتحميل وطباعة المواد المعروضة، مع الإشارة بالصيغة المناسبة لسيسرك بصفته الجهة التي أعددتها، على أن لا يتم إعادة استخدامها، في أي ظرف كان، لأغراض تجارية. وللحصول على الإذن لإعادة إنتاج أو طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال طلب يشمل جميع المعلومات لدائرة النشر بسيسرك.

وتقع مسؤولية المحتوى والآراء والتفسيرات والشروط الواردة في هذا العمل حصرياً على عاتق المؤلفين ولا يمكن بأي حال من الأحوال اعتبار سيسرك أو دوله الأعضاء أو شركائه أو منظمة التعاون الإسلامي جهات مسؤولة عنها.

توجه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه.

تم تصميم الغلاف من قبل سفاش بهليمان، دائرة النشر، سيسرك.

لمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع دائرة الأبحاث عبر البريد الإلكتروني: research@sesric.org

المحتويات

1. مقدمة 1
2. الاتجاهات العالمية والإقليمية بشأن الإعاقة 3
3. الاضطرابات النفسية والأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة 6
4. الإعاقة الجسدية والأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة 8
5. خدمات لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة 12
6. المبادرات العالمية لتحسين وضع الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة 15
7. ملاحظات ختامية وآثار السياسات 22
- المراجع 26
- الملحق 27

ملخص

يتناول هذا التقرير وضع الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن. ويناقش الاتجاهات العالمية والإقليمية كما يتناول الآثار المترتبة على بلدان المنظمة. فدول المنظمة، كمجموعة، موطن لملايين الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. الذين هم في أمس الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وخدمات إعادة التأهيل المتخصصة وغيرها من الخدمات المجتمعية بدءاً من النقل حتى التعليم. وبسبب قلة الاستثمار في أنظمة الضمان الاجتماعي، وعدم كفاية عدد المهنيين الصحيين المدربين ووحدات إعادة التأهيل، لا يستطيع العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة في بلدان المنظمة الوصول إلى هذه الخدمات بسهولة. وتتطلب تلبية الاحتياجات المتنوعة للأشخاص من ذوي الإعاقة تطوير نهج شامل وخطة عمل على مستوى منظمة التعاون الإسلامي من شأنهما توجيه بلدان المنظمة نحو تقديم هذه الخدمات بشكل أكثر فعالية.



1. مقدمة

يعاني أكثر من مليار شخص من أشكال الإعاقة. وبعبارة أخرى، شخص 1 من أصل كل 7 أشخاص في جميع أنحاء العالم مصاب بإعاقة من نوع ما. فوفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، ازداد معدل انتشار الإعاقة على الصعيد العالمي، بسبب شيخوخة السكان والأمراض المزمنة المنتشرة على نطاق واسع، من 10% في عام 1970 إلى 15% في عام 2011 (WHO and World Bank, 2011). وحوالي 80% من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون في البلدان النامية بما فيها دول منظمة التعاون الإسلامي.

يتم استخدام مصطلح "الاحتياجات الخاصة" في التشخيص السريري والتطور الوظيفي لوصف الأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدة بخصوص الإعاقات التي قد تكون جسدية أو نفسية. وتختلف أنواع الاحتياجات الخاصة في شدتها ونوعها. فيمكن اعتبار الأشخاص المصابين بالتوحد ومتلازمة داون ومرض الزهايمر، على سبيل المثال، من ذوي الاحتياجات الخاصة. ولكن، يمكن أن تشمل الاحتياجات الخاصة أيضاً الشفاه و/أو سقف الحلق المشقوقة أو الأطراف المفقودة. كما قد يكون للناس الذين يعيشون تحت وطأة النزاعات أو الإجهاد الشديد بسبب كارثة طبيعية احتياجات خاصة لا سيما في شكل الدعم النفسي.

وتنص المادة 1 من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أن "الأشخاص ذوو الإعاقة يشملون الأشخاص الذين يعانون من عاهات جسدية أو عقلية أو ذهنية أو حسية طويلة الأجل، والتي قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة الفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين". وفي ضوء هذه التعريفات، يمكن استخدام مصطلح "الأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة" و"الأشخاص ذوو الإعاقة" على سبيل الترادف.¹

الإعاقة وأثارها على الأفراد والمجتمع

من المرجح أن يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة، في المتوسط كمجموعة، لنتائج اجتماعية اقتصادية سلبية أكثر من الأشخاص غير ذوي الإعاقة. مثل مستوى أقل من التعليم، ونتائج صحية أسوأ، وانخفاض فرص العمل، وارتفاع معدلات الفقر.

ويشير تحليل مسح الصحة العالمي إلى أنه بالمقارنة مع الأشخاص الذين لا يعانون من إعاقة، يحتمل للرجال والنساء من ذوي الإعاقة أن يجدوا مرافق الرعاية الصحية ومهارات مقدميها غير كافية بالضعف، ومن المرجح أن يُحرَموا من الرعاية الصحية بثلاثة أضعاف، ومن الممكن أن يتلقوا معاملة سيئة في نظام الرعاية الصحية بأربعة أضعاف. ومن بين جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، لا يستطيع نصفهم الحصول على الرعاية الصحية المطلوبة؛ فهم أكثر عرضة لنفقات صحية باهضة بنسبة تبلغ 50% بالمقارنة مع الذين لا يعانون من إعاقة (WHO and World Bank, 2011).

وقد تزيد الإعاقة أيضاً من خطر الوقوع تحت وطأة الفقر، ولا سيما من خلال قلة فرص العمل والتعليم، وانخفاض الأجور، وزيادة تكاليف المعيشة مع وجود إعاقة (الإطار 1). ووفقاً لصحائف وقائع الأمم المتحدة حول الإعاقة (2015)، فإن المعاناة من الإعاقة تزيد من تكلفة المعيشة بحوالي ثلث متوسط الدخل. وفي المقابل، قد يزيد الفقر من خطر الإصابة بالإعاقة عن طريق سوء التغذية، وعدم كفاية فرص الحصول على

¹ يتبع هذا التقرير هذا النهج ويستخدم كلا المصطلحين على سبيل الترادف.





التعليم والرعاية الصحية، وظروف العمل غير المأمونة، والبيئة الملوثة، وعدم الحصول على المياه المأمونة وخدمات الصرف الصحي.

الإطار 1: المشاكل التي يعاني منها الأشخاص ذوو الإعاقة

- أ. النتائج الصحية السيئة: بحسب المجموعة والهيكل، قد يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة للمزيد من الضعف اتجاه الحالات من الدرجة الثانية والأمراض المصاحبة لها التي يمكن الوقاية منها، وحالة الصحة النفسية غير المعالجة
- ب. مستويات الإنجازات التعليمية المنخفضة: الأطفال ذوي الإعاقة هم أقل حظاً فيما يتعلق بالانخراط في المسار الدراسي بالمقارنة مع أقرانهم غير ذوي الإعاقة. كما يستأثرون بمعدلات أقل على مستوى البقاء في المدرسة وتلقي التشجيع فيما يتعلق بها، فضلاً عن انخفاض معدلات الانتقال إلى مرحلة ما بعد التعليم المدرسي.
- ج. انخفاض الأنشطة الاقتصادية: ويستأثر الأشخاص ذوي الإعاقة بمعدلات عمالة أقل من الأشخاص غير ذوي الإعاقة، إذ عندما يعملون، فإنهم عادة ما يكسبون أقل من نظرائهم.
- د. معدلات الفقر المرتفعة: كمجموعة وعبر الهياكل الأساسية، يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة من ظروف معيشية أسوأ وأصول أقل. وقد يؤدي الفقر إلى الإعاقة، من خلال سوء التغذية، وضعف الرعاية الصحية، وخطورة ظروف العمل أو المعيشة. كما قد تؤدي الإعاقة إلى الفقر من خلال فقدان الدخل بسبب نقص فرص العمل أو العمالة الناقصة، ومن خلال التكاليف الإضافية للعيش مع الإعاقة، مثل التكاليف الطبية والإسكانية والنقلية.
- هـ. استقلالية بدرجة محدودة: تجعل عوامل مثل الاعتماد على الحلول المؤسسية، والافتقار إلى الحياة المجتمعية، وصعوبة الوصول إلى خدمة النقل والمرافق العامة الأخرى، والمواقف السلبية، الأشخاص ذوي الإعاقة يعتمدون على الآخرين ومنعزلون عن الفرص الاجتماعية والثقافية والسياسية السائدة.

المصدر: منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، 2011، الصفحة 263

يمكن تصنيف العوامل الرئيسية التي تسبب الإعاقة بشكل عام ضمن فئتين: العوامل الداخلية والخارجية (البيئية). فالعوامل الداخلية تشمل جميع العوامل الموروثة بيولوجياً ووراثياً (رموز الحمض النووي) التي لا يملك الشخص أي قدرة للسيطرة عليها. وتشمل العوامل الخارجية جميع العادات الشخصية (مثل الأكل والنوم)، وظروف المعيشة (مثل السكن والصرف الصحي) وظروف العمل (مثل الإصابات المتعلقة بالعمل، وبيئة العمل الملوثة)، والظروف الاجتماعية (مثل الكوارث الطبيعية والحروب والصراعات الداخلية والإساءة والعنف المنزلي).

وعادة ما يصبح الأشخاص ذوي إعاقات نتيجة التأثير المشترك للعوامل الداخلية والخارجية على حد سواء. كما تؤثر العوامل الخارجية على نوعية حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وقد يكون لها تأثير كبير على شدة الإعاقة التي يعاني منها الشخص. وعلاوة على ذلك، فإن البيئة الاقتصادية والتشريعية والهيكلية والاجتماعية للبلد قد تخلق عراقيل تحول دون مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في الحياة الاقتصادية والمدنية والاجتماعية أو تبقي عليها. وتشمل العراقيل المباني وخدمات النقل والمعلومات وتكنولوجيا الاتصالات التي لا يمكن الوصول إليها، وعدم كفاية المعايير، ونقص الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل، و/أو التمويل المحدود لهذه الخدمات؛ وقلة البيانات والتحليل من أجل السياسات القائمة على الأدلة والفعالة والناجعة (WHO and World Bank, 2011). وفي هذا الصدد، يتحمل صناع السياسات مسؤوليات تحثهم على تحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال وضع وتنفيذ سياسات فعالة.



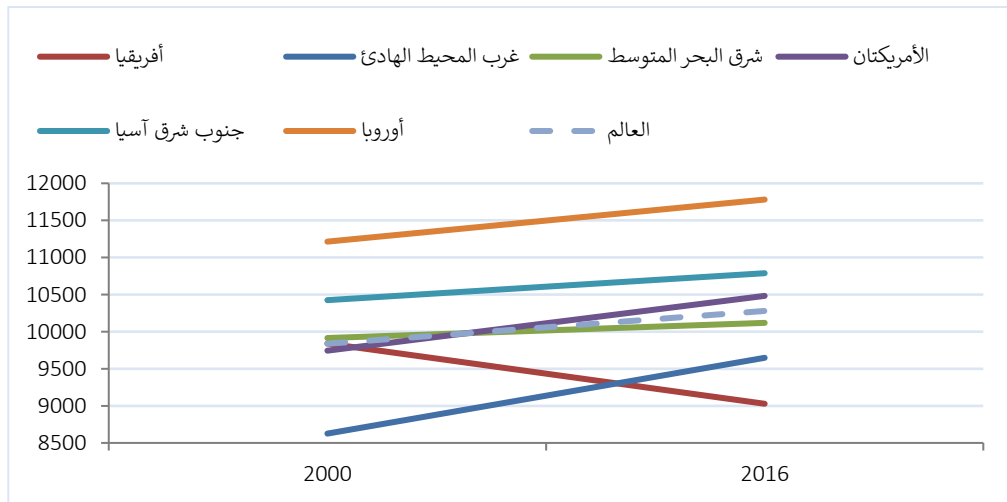


2. الاتجاهات العالمية والإقليمية بشأن الإعاقة

إن العبء الواقع على المجتمع والناشئ عن الإعاقة أخذ في الارتفاع في جميع أنحاء العالم حيث لوحظ ارتفاع بنسبة 5% في معدل الانتشار العالمي لحالات الإعاقة بين 1970 و 2011 (WHO and World Bank, 2011). ويزداد كل عام عدد الأشخاص الذين أصبحوا غير قادرين جزئياً أو كلياً على الاستفادة الكاملة من قدرتهم البدنية والعقلية للانخراط في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية اليومية.

عندما يقاس العبء من حيث سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة (YLDs)، يصبح من السهل نسبياً فهم نطاقه. وهناك اتجاه إيجابي واضح على مستوى المتوسط العالمي لسنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة والذي ارتفع من 9,837 في عام 2000 إلى 10,279 في عام 2016 (لكل 100,000 شخص) (الشكل 1). ويرد العبء المتزايد للأمراض غير المعدية على الإعاقة بين الأسباب الرئيسية التي قد تفسر الاتجاه الإيجابي العالمي. وتمشيا مع الاتجاه الإيجابي العالمي، سجلت مناطق غرب المحيط الهادئ وشرق البحر المتوسط والأمريكتان وجنوب شرق آسيا وأوروبا زيادات في متوسط سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة الخاصة بها بين عامي 2000 و 2016. كما شهدت منطقة أفريقيا فقط انخفاضا في متوسطها في نفس الفترة بفضل الجهود الوطنية والدولية الرامية إلى تعزيز النظم الصحية الشاملة.

الشكل 1. الاتجاهات العالمية والإقليمية في سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة، (لكل 100,000 شخص)، 2000-2016



المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية، تقديرات منظمة الصحة العالمية





إن بلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست في مأمن عن التعرض لعواقب الإعاقة. ففي المتوسط، فقدت دول المنظمة 10.4 سنوات (لكل 100,000 شخص) في حين سُجل المتوسط العالمي عند 9.7 في عام 2016 (الشكل 2، يسار). وفقدت البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، في المتوسط، 9.8 من سنوات الحياة الصحية (لكل 100 شخص) بسبب الإعاقة، وهو معدل كان منخفضاً نسبياً بالمقارنة مع متوسط المنظمة. ومن حيث أداء كل دولة على حدة، كانت الصومال (15.0 عاماً) أكثر دول المنظمة تضرراً من الإعاقة فيما يتعلق بسنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة في عام 2016. وعلى المستوى الإقليمي لمنظمة التعاون الإسلامي، استأثرت مناطق الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (10.5) وأوروبا وآسيا الوسطى (10.0)، في المتوسط، بمستويات أعلى نسبياً في سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة بالمقارنة مع متوسطي شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (9.4) وأفريقيا جنوب الصحراء (9.0) في عام 2016 (الشكل 2، يمين).

وفي المقابل، تعتبر مجموعة البلدان المتقدمة المجموعة الأقل تأثراً نسبياً من الإعاقات عندما تقاس من حيث سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة، وذلك بفضل نظمها الصحية التي تعمل بشكل جيد وأساليب العلاج الفعالة بما في ذلك مجموعة واسعة من آليات إعادة التأهيل. وفي المتوسط، فقدت البلدان المتقدمة 8.4 فقط من سنوات الحياة الصحية لكل 100 شخص بسبب الإعاقة في عام 2016.

الشكل 2: سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة في العالم (يسار) ومناطق المنظمة (يمين)؛ لكل 100 شخص، 2016



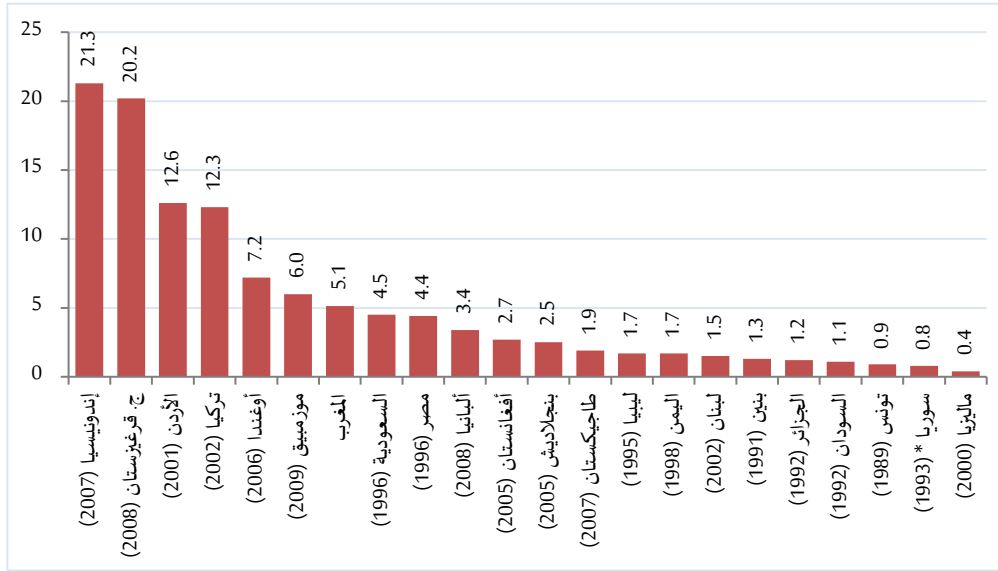
المصدر: منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

ملاحظة: SSA: أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى؛ ESALA: شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية؛ ECA: أوروبا وآسيا الوسطى؛ MENA: الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

تحتاج البلدان إلى معرفة العدد الفعلي للأشخاص ذوي الإعاقة لتتمكن من تزويدهم بالخدمات الضرورية بفعالية. ولكن العديد من البلدان لا تقوم بجمع البيانات الخاصة بالإعاقة وإعداد تقارير عنها بصورة منتظمة وبطريقة موحدة. ولذلك، فإن البيانات الموحدة التي تُبلغ عنها المؤسسات الدولية تتسم بأهمية خاصة في التحليلات القطرية الشاملة. وقد قدمت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (2011) تقديرات لانتشار الإعاقة على أساس المسوحات الوطنية التي أجريت في 22 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي. ووفقاً للشكل 3، من بين البلدان الأعضاء في المنظمة التي تتوفر عنها البيانات، سُجل أعلى معدل لانتشار الإعاقة في إندونيسيا بحيث بلغ 21.3%، تلتها جمهورية قرغيزستان (20.2%) ثم الأردن (12.6%). وفي المقابل، سجلت ماليزيا، من بين البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر عنها البيانات، أدنى معدل لانتشار



الشكل 3: تقديرات انتشار الإعاقة (%) في الدول الأعضاء في المنظمة



المصدر: البنك الدولي، التقرير العالمي حول الإعاقة لعام 2011.

الإعاقة (0.4%). ويكشف هذا الوضع أن معدلات انتشار الإعاقة في بلدان المنظمة بعيدة من أن تكون مماثلة وهي تتراوح ما بين 0.4% و 21%. وفي هذا الصدد، من الضروري تصميم وتنفيذ بعض السياسات الخاصة بشأن الإعاقة ونظم الرعاية الصحية لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

معلوم أن التعلم والابتكار قد يتخذان مكانا في قطاع الخدمات وفي بعض فروع قطاع الزراعة كذلك، فهما يتجهان أكثر نحو رفع مستوى كثافة رأس المال والارتكاز على المعرفة. غير أن قطاع التصنيع هو المسؤول عن إنتاج مجموعة من المدخلات الإنتاجية لقطاعي الزراعة (مثل المواد الكيميائية والأسمدة ومبيدات الآفات والآلات الزراعية) والخدمات (مثل معدات النقل وتكنولوجيا الحاسوب والمستودعات الآلية) التي تساعد على زيادة الإنتاجية فيهما (UNECA, 2016).

من الواضح أن قطاع الخدمات يسيطر بشكل متزايد على الهيكل الاقتصادي لعدد من البلدان من حيث الإنتاج والعمالة والقيمة المضافة. وفي العديد من البلدان النامية، أصبح نمو قطاع الخدمات بدلا من قطاع التصنيع، استراتيجية أساسية للتنوع بعيدا عن اعتماد السلع الأساسية. ومع ذلك، من المهم الإشارة إلى أن العديد من الخدمات التي نمت بسرعة في العقود القليلة الماضية تعتمد اعتمادا كبيرا على شركات التصنيع، مثل الاتصالات والبنوك والتأمين والنقل والتصميم والهندسة. وعلاوة على ذلك، تتميز معظم الخدمات بانخفاض قابلية التداول، مما يعني أن البلدان التي تعتمد على قطاع خدماتها من أجل النمو الاقتصادي ستصارع في نهاية المطاف مع القيود التي يفرضها الميزان التجاري (UNECA, 2016). وعلى الرغم من أن الخدمات تمثل ثلثي الإنتاج في معظم الاقتصادات المتقدمة، إلا أنها لا تزال تمثل فقط حوالي 20% - 25% من التجارة الدولية (HSBC, 2015).





3. الاضطرابات النفسية والأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة

تعتبر الصحة النفسية جزءاً لا يتجزأ من الصحة. ويتم تعريفها على أنها حالة من الرفاهية يدرك فيها كل فرد إمكاناته الخاصة، ويمكنه التغلب على ضغوط الحياة الطبيعية، والعمل بشكل منتج ومثمر، ويكون قادراً على المساهمة في مجتمعه.

على الرغم من أن المشكلات العقلية والنفسية تشغل مكاناً مشتركاً بين جميع أنواع الناس في العالم، إلا أن مثل هذه المضاعفات تحدث غالباً بين بعض السكان بسبب تعرضهم للكثير لظروف اجتماعية واقتصادية وبيئية غير مواتية وقابلية تأثرهم بها. وإن الأسباب الخاصة وراء الاضطرابات النفسية غير معروفة، ولكن من الواضح أن هذه الاضطرابات لها مسببات متعددة العوامل إلى حد كبير، وتتضمن تفاعلات معقدة بين العوامل البيولوجية والنفسية والبيئية.

يمكن ربط بعض الاضطرابات النفسية بالعوامل البيولوجية مثل الخلل الكيميائي أو العوامل الوراثية أو أضرار ما قبل الولادة أو سوء التغذية أو التعرض للمواد السامة. أما العوامل النفسية التي قد تسهم في الاضطرابات العقلية والنفسية، فهي تشمل الصدمات النفسية الشديدة، مثل الاستغلال العاطفي أو الجسدي أو الجنسي أو خسارة مبكرة لأفراد من الأسرة. كما يمكن أن يكون التعرض للضغوط البيئية، مثل الكوارث الطبيعية والأزمات من صنع الإنسان، من بين الأسباب الرئيسية للاضطرابات النفسية المرتبطة بزيادة عدد الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.

يعد الاضطراب النفسي، المعروف أيضاً باسم الاضطراب العقلي، نمطاً من الأعراض السلوكية أو النفسية التي تؤثر على مجالات حياتية متعددة وتسبب الضيق للشخص الذي يعاني من هذه الأعراض (Cherry, 2016). وبمعنى آخر، تؤثر الاضطرابات النفسية سلباً على تنمية الذات ونوعية الحياة والقدرة على المشاركة الكاملة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية. وعلاوة على ذلك، عادة ما ترتبط معدلات الانتحار المرتفعة بالاضطرابات النفسية مثل انفصام الشخصية والاكئاب وتعاطي المخدرات (WHO, 2008). كما قد تؤدي الحالات النفسية السيئة أيضاً إلى زيادة استخدام الكحول أو المواد التي من شأنها أن تسبب الإدمان.

1.3 أهم أنواع الاضطرابات النفسية

تمثل الصحة النفسية جزءاً هاماً من رفاهية الإنسان وفي نفس الوقت، تزيد الاضطرابات النفسية من خطر الإصابة بأمراض أخرى مثل فيروس نقص المناعة البشرية وأمراض القلب والأوعية الدموية ومرض السكري والعكس أيضاً. وهناك أنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية ذات أسباب وفتات معرضة للخطر متنوعة؛ فيما يتعلق بالعمر أو النوع الجنساني. وهي تشمل اضطراب ثنائي القطب، والاكئاب، والانهيارات النفسية، والخرف، ومظاهر الفصام، والإعاقة أو الاضطرابات الذهنية أو النفسية كما هو الحال مع مرض التوحد.

يأتي الاكئاب أو الاضطراب الاكتئابي أحادي القطب من بين الأسباب الرئيسية للإعاقة النفسية. فوفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، يعاني حوالي 300 مليون شخص في جميع أنحاء العالم من هذا الاضطراب.



للاكتئاب أعراض أساسية يعاني منها جميع الأشخاص بشكل طبيعي في مراحل من الحياة كما هو الحال مع الشعور بالحزن وتآنيب الضمير ونقص السعادة والرغبة بالعيش بالإضافة إلى تدني تقدير الذات. ولكن إذا لم يتم التعامل معه في الوقت المحدد، فقد يكون له تأثير سلبي على النوم والشهية وتقليل التركيز ويؤدي إلى الإحساس بالتعب غير المبرر. وفي بعض الأحيان قد يؤدي إلى المعاناة من الألم والشكاوى الجسدية دون أي أسباب بدنية. وفي أشد حالاته، يمكن أن يؤدي الاكتئاب إلى الانتحار (WHO, 2018a).

وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن الاضطراب العاطفي ثنائي القطب يصيب حوالي 60 مليون شخص في جميع أنحاء العالم. ويمكن لهذا الاضطراب أن يتميز بفتري المزاج الطبيعي والحالات النفسية كما هو الحال مع حلقات الهوس، التي يمكن أن تظهر من خلال الإفراط في الحركية، والإفراط في التهيج أو الحالات المزاجية العالية والمغالاة في تقدير الذات، فضلا عن انخفاض الحاجة إلى الراحة والنوم (WHO, 2018a).

يعتبر انفصام الشخصية اضطرابا نفسيا حادا يصيب حوالي 23 مليون شخص حول العالم. وتتميز أمراض الذهان، بما في ذلك الفصام، باختلالات في التفكير والإدراك والعاطفة واللغة والشعور بالذات والسلوك. وتشمل التجارب الذهانية الشائعة الهلوسة (الاستماع إلى أشياء غير موجودة أو رؤيتها أو الإحساس بها) والأوهام (المعتقدات الخاطئة الراسخة أو الشكوك التي يُستمسك بها قطعاً حتى عندما يكون هناك دليل على عكسها). كما أن الاضطراب من شأنه أن يجعل الأشخاص المصابين معرضين لصعوبة في العمل أو الدراسة بشكل طبيعي (WHO, 2018a). وتميل البلدان ذات مستويات دخل مرتفعة لكل فرد إلى المعاناة أكثر من مرض انفصام الشخصية.

يعتبر الخرف مصطلحا طبيا يطلق على مجموعة الأمراض المرتبطة بانخفاض في عملية التفكير والقدرات العقلية الأخرى مثل الذاكرة والقدرة على إجراء العمليات الحسابية والاستيعاب وغيرها. وقد تقلل العاهات بشكل كبير من قدرة الشخص على أداء الأنشطة اليومية البسيطة. فوفقا لمنظمة الصحة العالمية (2017)، يعاني حوالي 50 مليون شخص على مستوى العالم من الخرف. وأكثر أشكاله شيوعا هو مرض الزهايمر يليه الخرف الوعائي. وعادة ما يعاني الأشخاص المصابون من العاهات خلال الجزء المتبقي من حياتهم مع التدهور التدريجي في وظائفهم المعرفية.

2.3 سياسات وتشريعات بشأن الصحة النفسية

وفقا لسييسرك (2016)، توجد سياسات بشأن الصحة النفسية في 58% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وهي نسبة مماثلة لنظيرتها في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (58.5%) لكنها أقل من البلدان المتقدمة حيث 100% من البلدان تتوفر على سياسات بشأن الصحة النفسية. وبالمثل، توجد تشريعات بشأن الصحة النفسية في 51% من بلدان المنظمة مقابل 53.7% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 100% في البلدان المتقدمة. أما من حيث توافر خطط بشأن الصحة النفسية، فإن 72% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تتوفر عليها مقارنة بنسبة 65.3% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة و 100% في البلدان المتقدمة.

تشير هذه الأرقام إلى أن دول منظمة التعاون الإسلامي تتمتع بمجال كبير لتحسين وضع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال وضع سياسات وتشريعات وخطط فعالة. ومن الأهمية بمكان بالنسبة لبلدان المنظمة تخصيص المزيد من الموارد من أجل الحصول على المزيد من مرافق الصحة النفسية، وزيادة عدد العاملين في مجال الصحة النفسية، وتوفير خدمات اجتماعية إضافية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. وفي هذه السياق، يمكن أن تلعب منظمة التعاون الإسلامي دورا مهما في أنشطة الدعوة لتشجيع بلدانها التي لا تتوفر على أي سياسة/ تشريع/ خطة بشأن الصحة النفسية لتطوير مثل هذه الأدوات. ومن خلال تحسين التعاون بين بلدان المنظمة، يمكن أيضا تطوير برامج تبادل الخبرات ونقل المعرفة في هذا المجال.





4. الإعاقة الجسدية والأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة

يعاني ما يقدر بنحو 15% من سكان العالم شكلا من أشكال الإعاقة أو العاهات. وتظهر غالبية هذه الإعاقات على شكل إعاقة بدنية حيث لا تسمح القدرة الصحية البدنية للشخص بالمشاركة الكاملة في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية اليومية دون أي دعم. ويحدو عدد الأشخاص ذوي الإعاقة اتجاها متصاعدا بسبب النمو السكاني والشيخوخة وظهور الأمراض المزمنة والتقدم الطبي الذي يُبقي على الحياة ويطيلها.

يتميز الأشخاص ذوو الإعاقات البدنية بالتنوع وعدم التجانس، في حين تركز الآراء النمطية عن الإعاقة على مستخدمي الكراسي المتحركة وبعض المجموعات "الكلاسيكية" الأخرى مثل المكفوفين والصم (WHO and World Bank, 2011). وتشمل الإعاقة الطفل المولود في حالة خلقية مثل الشلل الدماغي (اضطراب يؤدي إلى إعاقة دائمة في الحركة) أو الجندي الشاب الذي يفقد ساقه بسبب لغم أرضي أو المرأة في منتصف العمر. كما يمكن تصنيف الشخص المسن أيضا ضمن الأشخاص ذوي الإعاقة بسبب مرضه التنفسي المزمن الذي يعيق مشاركته الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

تعاني غالبية العظمى من الأشخاص ذوي الإعاقة، حوالي 77%، إحدى أشكال الإعاقة الجسدية الناجمة أساسا عن فئة من الأمراض/الاضطرابات تبدأ من أمراض القلب والأوعية الدموية حتى اعتلالات الحواس وعلى العموم، تحدث الإعاقات الجسدية بشكل أساسي من خلال عاملين: داخلي (أي وراثي) وخارجي (أي عوامل الخطر). ومع ذلك، كما في حالة الاضطرابات النفسية، يلعب كل من العاملين، في كثير من الأحيان، دورا ما في مدى شدة الإعاقات البدنية (WHO and World Bank, 2011).

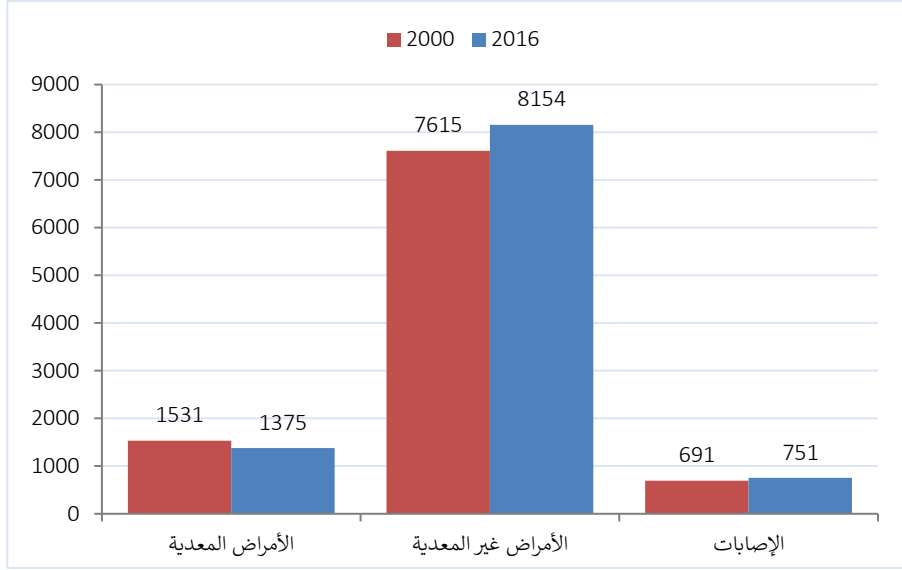
تشمل الأسباب الخارجية الأكثر شيوعا للعاهة والإعاقة البدنية الأمراض المزمنة مثل السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان؛ والإصابات مثل تلك الناجمة عن حوادث الطرق، والصراعات، والسقوط من الارتفاعات، والألغام الأرضية، والأمراض المعدية الأخرى. ومن بين أمور أخرى، لا شك أن الشيخوخة هي إحدى أبرز العوامل الكامنة وراء زيادة انتشار الإعاقة الجسدية الناجمة عن كل من العوامل الداخلية والخارجية.

يعرض الشكل 4 سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة (YLDs) (لكل 100,000 شخص) حسب السبب والفئة العمرية. ففي عامي 2000 و2016، لجميع الأعمار، مثلت الأمراض غير المعدية السبب الرئيسي لسنوات الحياة الصحية المفقودة من جراء الإعاقة في جميع أنحاء العالم. وفي المتوسط، كانت الأمراض غير المعدية مسؤولة عن 8,154 عاما من الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة (لكل 100,000 شخص) في عام 2016. تلتها الأمراض المعدية (1375 سنة) والإصابات (751 سنة) في نفس العام. وخلال الفترة 2000-2016، في المتوسط، ارتفعت سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة الناتجة عن الأمراض غير المعدية والإصابات. وفي المقابل، وبفضل الجهود العالمية والإقليمية والوطنية لمحاربة أبرز الأمراض المعدية، انخفض



متوسط سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة الناتجة عن الأمراض المعدية من 1.531 في عام 2000 إلى 1.375 (لكل 100,000 شخص) في عام 2016.

الشكل 4: سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة (لكل 100,000 شخص) في العالم، حسب السبب، 2000 و 2016



المصدر: مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية.

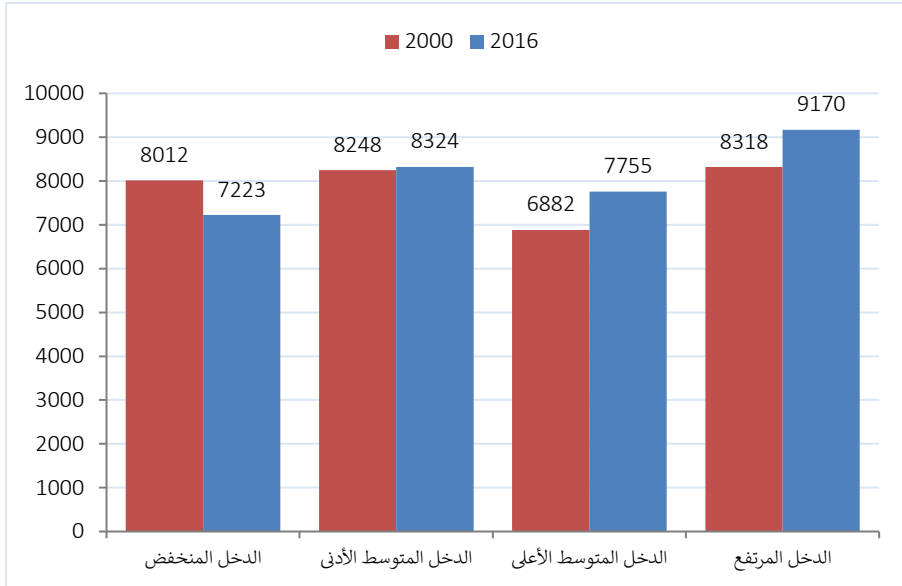
ومع ذلك، يجدر الإشارة إلى أن مختلف الفئات العمرية لا تتأثر بنفس المستوى من الإعاقات. فعلى سبيل المثال، بالنسبة إلى السكان الذين تزيد أعمارهم عن 60 أو 70 عاما، يميل تأثير الأمراض غير المعدية على سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة إلى الزيادة نتيجة بعض الأمراض المزمنة التي يعانون منها. ولأن مختلف الفئات العمرية تتأثر بدرجات متفاوتة من الإعاقات في العالم، فإن مستوى دخل أي بلد (أي مستوى التنمية) يُعد أيضا عاملا محددًا هاما بشأن سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة. ولأن الفقر والإعاقة يعززان بعضهما البعض، فإن العديد من الفقراء ذوي الإعاقة يقعون في حلقة مفرغة في البلدان النامية بما في ذلك عدد من دول منظمة التعاون الإسلامي حيث لا يستطيعون الاندماج الكامل في المجتمع بسبب الافتقار إلى آليات شبكة الأمان الاجتماعي أو تغطيتها المحدودة.

في هذا الصدد، يعرض الشكل 5 سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة عبر أربع مجموعات دخل من البلدان والتي تسببها العوامل البدنية (الأمراض) في العالم في عامي 2000 و 2016. بحيث عانت البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى أكثر من الإعاقات الجسدية بالمقارنة مع البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى في عام 2016 فيما يتعلق بسنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة. وفي المقابل، تمكنت البلدان ذات الدخل المنخفض من تحقيق انخفاض على مستوى هذا المؤشر من 8.012 في عام 2000 إلى 7.223 في عام 2016 (لكل 100,000 شخص). وشهدت البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى زيادة طفيفة (76 عاما) في متوسط سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة الخاص بها في نفس الفترة.





الشكل 5: سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة (YLDs) الناتجة عن العوامل البدنية (الأمراض) في العالم، حسب مجموعة الدخل (لكل 100,000 شخص)، لعامي 2000 و 2016



المصدر: حسابات موظفي سيسرك من مستودع بيانات منظمة الصحة العالمية

ملاحظة: تم حساب سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة (YLDs) الناتجة عن العوامل البدنية (الأمراض) عن طريق خصم الإعاقات التي تسببها الاضطرابات العقلية من جميع أسباب الإعاقات
ملاحظة 2: تُستخدم عتبات مجموعات الدخل الخاصة بالبنك الدولي لتجميع البلدان عبر المعمورة

قد تكون الجهود الوطنية والدولية بالإضافة إلى الاستثمارات التي تم إجراؤها لتحسين أنظمة الرعاية الصحية في البلدان النامية من بين الأسباب الرئيسية وراء الاتجاهات السلبية التي شوهدت على مستوى سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة خاصة في البلدان المنخفضة الدخل. وعلاوة على ذلك، فإن اكتشاف الأمراض وآليات الإبلاغ عن العبء الذي تسببه أقل تقدماً نسبياً في بعض البلدان النامية. وفي هذا الصدد، تكمن حقيقة الأمر في أن مستويات هذا المؤشر (YLDs) في بعض البلدان النامية قد يتم تقديرها بأقل من الواقع.

وفقاً للشكل 5، فقدت البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى والدخل المرتفع سنوات صحية بسبب إعاقات بدنية في عام 2016 بالمقارنة مع متوسطها في عام 2000. وفي عام 2016، بلغ متوسط مؤشر سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة (لكل 100,000 شخص) في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى والدخل المرتفع 7,755 سنة و 9,170 سنة على التوالي. وتتمثل إحدى العوامل الكامنة وراء هذا الوضع الملحوظ في البلدان الأكثر ثراءً نسبياً في "شيخوخة السكان". ومع زيادة العمر المتوقع وانخفاض معدلات الخصوبة، يميل السكان في هذه البلدان إلى العيش لفترة أطول ولكن مع بعض الإعاقات الناتجة بشكل رئيسي عن العوامل البدنية وخاصة الأمراض المزمنة غير المعدية. كما ساهم ارتفاع عبء عوامل الخطر، مثل محدودية النشاط البدني وانتشار السمنة، في الاتجاه الإيجابي الذي شوهد على مستوى سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة في البلدان ذات الدخل المرتفع نسبياً.



بشكل عام، تحتاج البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إلى رفع مستوى ميزانياتها المخصصة للصحة من أجل استيعاب العدد المتزايد من طلبات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل كامل من خلال التحسينات على مستوى التقنيات الطبية. ونتيجة لذلك، سينخفض عبء الإعاقات الجسدية على الناس والمجتمع (المقاس من حيث سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة)، ويمكن للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الاندماج بشكل أفضل في مجتمعاتهم.





5. خدمات لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة

قد يحتاج الأشخاص ذوو الإعاقة إلى مجموعة من الخدمات - من التدخلات البسيطة وغير المكلفة إلى التدخلات المعقدة والمكلفة. ويتعين على هؤلاء الأشخاص التغلب على بعض التحديات للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (الإطار 2). كما تعد البيانات المتعلقة بالاحتياجات - الملباة وغير الملباة - ذات أهمية لتطوير سياسات وبرامج فعالة. وعلى وجه الخصوص، قد تتعلق الاحتياجات إلى الدعم غير الملباة بالأنشطة اليومية - مثل العناية الشخصية، والوصول إلى المساعدات والمعدات، والمشاركة في التعليم، والعمل، والأنشطة الاجتماعية، والتعديلات على المنزل أو مكان العمل.

كشفت بعض الدراسات عن وجود ثغرات كبيرة في تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة. وتميل الاحتياجات غير الملباة إلى أن تكون مرتفعة بشكل خاص فيما يتعلق بالرعاية وإعادة التأهيل والمعدات المساعدة والتعليم والتدريب المهني والخدمات الاستشارية (WHO and World Bank, 2011). فعلى سبيل المثال، قدرت دراسة وطنية أجريت حول الإعاقة في المغرب الحاجة المعلنة لتحسين الوصول إلى مجموعة من الخدمات (Secretariat of Family, 2006). ووفقاً للنتائج، أعرب الأشخاص ذوي الإعاقة المشاركون في الدراسة عن حاجتهم القوية لتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (55.3%)، والأدوية (21.3%)، والأجهزة التقنية (17.5%)، والمساعدات المالية من أجل تغطية الاحتياجات الأساسية (52.5%).

يمكن لصناع السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي الاستفادة من خدمات إعادة التأهيل وإعادة التأهيل المجتمعية وكذلك من المعدات المساعدة من أجل تحسين وضع الأشخاص ذوي الإعاقة وتشجيع مشاركتهم في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

1.5. إعادة التأهيل

تعتبر عملية إعادة التأهيل أساسية في تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة الذين تقتصر مهامهم على البقاء في المنزل أو المجتمع أو العودة إليه، والعيش بشكل مستقل، والمشاركة في التعليم وسوق العمل والحياة المدنية. ويمكن أن يؤدي الحصول على خدمة إعادة التأهيل إلى تقليل العواقب المترتبة عن المرض أو الإصابات، وتحسين مستوى الصحة ونوعية الحياة وتقليل معدل استخدام الخدمات الصحية. وعلى الرغم من عدم وجود بيانات على الصعيد العالمي حول الحاجة إلى إعادة التأهيل، ونوع وجود التدابير المقدمة، وتقديرات الاحتياجات غير الملباة، فإن البيانات على المستوى الوطني تكشف عن ثغرات كبيرة فيما يتعلق بتوفير هذه الخدمات والوصول إليها في كثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.



الإطار 2: الحواجز التي تعترض تزويد الرعاية الصحية لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة

عادة ما يواجه الأشخاص ذوي الإعاقة الحواجز التالية عندما يحاولون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل والرعاية الخاصة:

- أ. تكاليف باهظة: تعد القدرة على تحمل تكلفة الخدمات الصحية والنقل سببين رئيسيين لعدم تلقي الأشخاص ذوي الإعاقة الرعاية الصحية اللازمة في البلدان المنخفضة الدخل - 32-33% من غير ذوي الإعاقة غير قادرين على تحمل تكاليف الرعاية الصحية بالمقارنة مع نسبة 51-53% من الأشخاص ذوي الإعاقة.
- ب. محدودية توافر الخدمات: يشكل نقص الخدمات الملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة عائقا كبيرا أمام الحصول على الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، وجدت الأبحاث في ولايتي أوتار براديش وتاميل نادو في الهند أنه بعد التكلفة، يبرز نقص الخدمات في المنطقة كثاني أهم عائق أمام استخدام المرافق الصحية.
- ج. عراقيل هيكلية: يؤدي الوصول غير المتكافئ إلى المباني (المستشفيات والمراكز الصحية)، والمعدات الطبية التي يتعذر الوصول إليها، وضعف الإشارات، والمداخل الضيقة، والدرج الداخلية، ومرافق الحمام غير الملائمة، ومواقف السيارات التي يتعذر الوصول إليها إلى خلق حواجز أمام الاستفادة من مرافق الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، غالبا ما تكون النساء المصابات بصعوبة في الحركة غير قادرات على الاستفادة من فحص سرطان الثدي وعنق الرحم لأن طاولات الفحص ليست قابلة لتعديل الارتفاع وأن معدات تصوير الثدي بالأشعة ملائمة فقط للنساء القادرات على الوقوف.
- د. مهارات ومعارف غير كافية للعاملين في المجال الصحي: بلغ عدد الأشخاص ذوي الإعاقة الذين أبلغوا عن أن مهارات مقدمي الرعاية الصحية غير كافية لتلبية احتياجاتهم أكثر من ضعف المتوقع، وأربع أضعاف المتوقع منهم أبلغوا عن تعرضهم للمعاملة السيئة وحوالي ثلاثة أضعاف المتوقع منهم أبلغوا عن حرمانهم من الرعاية.

المصدر: معتمد من منظمة الصحة العالمية (c2018) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>

2.5. إعادة التأهيل المجتمعي

بادرت منظمة الصحة العالمية بعملية إعادة التأهيل المجتمعي في أعقاب إعلان المأآتا في عام 1978 في محاولة لتحسين نوعية الحياة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرههم وتلبية احتياجاتهم الأساسية وضمان إدماجهم ومشاركتهم. وبينما كانت في الأول استراتيجية لزيادة إمكانية الحصول على خدمات إعادة التأهيل في الأماكن المحدودة الموارد، إلا أن عملية إعادة التأهيل المجتمعي تعتبر نهجا متعدد القطاعات يعمل على تحسين تكافؤ الفرص والإدماج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة مع مكافحة الحلقة الدائمة للفقر والإعاقة. ويتم تنفيذها من خلال الجهود المشتركة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرههم ومجتمعاتهم، والخدمات الصحية والتعليمية والمهنية والاجتماعية وغيرها من الخدمات الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة. وقد تم ممارستها في أكثر من 90 دولة في العالم.²

² ومع ذلك، لا توجد قاعدة بيانات مركزية لمنفذ عملية إعادة التأهيل المجتمعي وأنشطتها.





3.5. المعدات المساعدة

تعتبر التكنولوجيا المساعدة الأداة، وفي الغالب الخطوة الأولى ضمن أي خطوات تالية لضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل متساو من أي عملية تنمية وجعلهم مساهمين متساويين فيها. وفي أوائل عام 1990، حددت القواعد الموحدة للأمم المتحدة الوصول إلى المعدات المساعدة كشرط مسبق لتحقيق المساواة في الحقوق والفرص، وحثت البلدان في جميع أنحاء العالم على اتخاذ إجراءات إيجابية لإتاحة هذه المعدات بتكلفة معقولة. وقد اعترفت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بالحصول على التكنولوجيا المساعدة كحق من حقوق الإنسان ودعت إلى تعاون دولي لتحسين إمكانية الحصول عليها (المادة 32).

على الرغم من كل الجهود الوطنية والدولية، لا يحصل سوى 5-15% (حوالي 1 من كل 10 أشخاص) من السكان المحتاجين على المنتجات المساعدة - على سبيل المثال الكراسي المتحركة، والعصي، والأجهزة التعويضية والتقويمية، والنظارات، والأجهزة المساعدة لأصحاب ضعف البصر، وأجهزة السمع، والأجهزة التعويضية والبديلة لمواجهة التدهور الوظيفي للأعضاء الجسدية. وحتى إنتاج المنتجات المساعدة الهامة مثل أجهزة السمع، فهو بالكاد يلبى 10% من الاحتياجات العالمية وأقل من 3% منها في البلدان النامية (WHO, 2006). وفي البلدان النامية، عادة ما تكون جودة الإنتاج منخفضة وغالبا ما تكون ذات جودة محدودة. كما أن هناك مشكلة أخرى تواجهها البلدان النامية، بما في ذلك العديد من الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، في هذا المجال وهي ندرة الموظفين المدربين على إدارة توفير هذه الأجهزة والتقنيات، وخاصة على مستوى المحافظات والمقاطعات. وفي العديد من البلدان النامية بما في ذلك الدول الأعضاء في المنظمة، يمكن الوصول إلى الأجهزة المساعدة ولكن بتكاليف باهظة بالنسبة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، تكون ناجمة بشكل أساسي عن نظم الضمان الاجتماعي غير الفعالة.

ستتضخم الفجوة القائمة في الحصول على المنتجات المساعدة في المستقبل من خلال النمو السكاني الهائل المتوقع، خاصة وأن عدد المسنين في جميع أنحاء العالم في ارتفاع من 841 مليون في عام 2013 (11.7% من سكان العالم) إلى أكثر من ملياري شخص (21.1%) متوقعة بحلول عام 2050. لذلك، من المتوقع في المستقبل أن يرتفع الطلب على المنتجات المساعدة بشكل ملحوظ.

في هذا الصدد، يتعين على بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تأخذ هذه التغييرات الديموغرافية في الاعتبار وتغيير الطريقة التقليدية التي يتم من خلالها تصور، وتصميم، وإنتاج، وتصنيع، وتوزيع، وتمويل المنتجات أو الأجهزة المساعدة - والتي يطلق عليها جماعيا التكنولوجيا المساعدة.



6. المبادرات العالمية لتحسين وضع الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي

الاحتياجات الخاصة

يستعرض هذا القسم المبادرات العالمية المختارة (مثل خطط العمل والاستراتيجيات والمشاريع) التي تهدف إلى تحسين وضع الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة.

1.6. اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

تنص اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على الالتزامات القانونية للدول فيما يتعلق بتعزيز وحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ولكنها لا تضع حقوقاً جديدة. فوفقاً للمادة 1 من الاتفاقية، يشمل الأشخاص ذوي الإعاقة أولئك الذين يعانون من عاهات طويلة الأجل جسدية أو عقلية أو ذهنية أو حسية قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين. تحدد الاتفاقية الحقوق المدنية والثقافية والسياسية والاجتماعية والاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة. وبعبارة أخرى، تعترف عالمياً بكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة. كما تمثل الاتفاقية "نقطة نوعية" في المواقف والنهج الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة. وفي هذا الصدد، ووفقاً للاتفاقية:

- أ. لم يعد الأشخاص ذوي الإعاقة يشكلون كائناً يحتاج للتقويم عن طريق العلاج الطبي، بل أصحاب حقوق لهم خيارات تتعلق بالطريقة التي يريدون العيش بها، والعلاجات، إن وجدت، التي يرغبون في استخدامها،
- ب. فإن الأشخاص ذوي الإعاقة لم يعودوا أهدافاً خيرية للرفاه الاجتماعي - عبئاً على المجتمع - بل أعضاء فاعلين في المجتمع مع ما يساهمون به فيه،
- ج. وينبغي أن يكون لدى الأشخاص ذوي الإعاقة سبيل للدفاع عن الحقوق (آليات الشكاوى، والدفاع عن الحقوق، إلخ) وتغيير المجتمع بحيث يصبح المجتمع ذو قدرات أكثر.

دخلت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حيز التنفيذ في 3 مايو 2008، إذ تتفق الدول الموقعة عليها على تعزيز وحماية وضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بصورة كاملة ومتكافئة بحقوق الإنسان والحريات الأساسية والاحترام الحتمي لكرامتهم المتأصلة.

اعتباراً من أكتوبر 2018، وقعت 162 دولة في جميع أنحاء العالم على الاتفاقية (استكمل عدد منها عملية التصديق بالكامل). وقد أكملت 40 دولة من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي كلا من عمليتي التوقيع والتصديق على الاتفاقية. بينما لم توقع 10 دول في المنظمة على الاتفاقية ولم تصدق عليها بعد، وهي: أفغانستان وجيبوتي وغامبيا وإيران والعراق والكويت وموريتانيا وفلسطين والمملكة العربية السعودية وتركمانستان. ولكنها في حالة انضمام إلى اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (راجع الملحق).





أثناء عملية تنفيذ الاتفاقية، تحتاج العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم بما في ذلك أعضاء منظمة التعاون الإسلامي إلى التدريب وبناء القدرات وإذكاء الوعي وجمع الممارسات الجيدة والتأكد من نجاعتها وإدارة المعارف. كما أنها بحاجة إلى تعميم كل ما يتعلق بالإعاقة في جميع الأنشطة التنموية. وإنه من الأهمية بمكان أيضا إدراج الأشخاص ذوي الإعاقة كأصحاب مصلحة للتنفيذ الناجح للاتفاقية في جميع مراحلها.

2.6. خطة العمل العالمية المتعلقة بالإعاقة للفترة 2014-2021

اعتمدت جمعية الصحة العالمية الـ67 قرارا يصادق على خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية المتعلقة بالإعاقة للفترة 2014-2021: صحة أفضل لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة. وتوفر خطة العمل دفعة قوية لتحسين نوعية حياة مليار شخص حول العالم من ذوي الإعاقة. كما توفر مبادئ توجيهية وإطار عمل على الصعيد العالمي للدول الأعضاء بما في ذلك أعضاء منظمة التعاون الإسلامي حول كيفية تعزيز وتوسيع نطاق إعادة التأهيل والتأهيل والتكنولوجيا المساعدة وخدمات الدعم والمساعدة وإعادة التأهيل المجتمعي.

تستند خطة العمل إلى توصيات تقرير منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي حول الإعاقة وتتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD). وتم تطويرها بالتشاور مع الدول الأعضاء ومؤسسات الأمم المتحدة والشركاء الوطنيين والدوليين، بما في ذلك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة.

في جميع أنحاء العالم، يتعذر على الأشخاص ذوي الإعاقة الحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها ويكونون بصحة سيئة أكثر من أقرانهم غير ذوي الإعاقة في كثير من الأحيان. ويجد الأشخاص ذوو الإعاقة مهارات ومرافق الرعاية الصحية غير كافية بأكثر من ضعف المتوقع، وهم عرضة للحرمان من الرعاية الصحية بما يقرب من ثلاثة مرات أكثر من المتوقع، وهم عرضة للمعاملة السيئة بأربع مرات أكثر من المتوقع. ولذلك، تسعى خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية المتعلقة بالإعاقة للفترة 2014-2021 إلى معالجة هذه التباينات.

تتمثل رؤية خطة العمل في الحصول على عالم يعيش فيه جميع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بكرامة، حيث يتمتعون بالحقوق والفرص المتساوية، ويمكنهم تحقيق إمكاناتهم الكاملة. والهدف العام هو المساهمة في تحقيق الصحة المثلى والأداء والرفاه وحقوق الإنسان لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة.

إذ تتضمن خطة العمل ثلاثة أهداف:

- إزالة الحواجز وتحسين إمكانية الوصول إلى الخدمات والبرامج الصحية،
- تعزيز وتوسيع نطاق إعادة التأهيل والسكن والتكنولوجيا المساعدة وخدمات المساعدة والدعم وإعادة التأهيل المجتمعي،
- تعزيز جمع البيانات ذات الصلة والقابلة للمقارنة دوليا حول الإعاقة ودعم البحوث في مجال الإعاقة والخدمات ذات الصلة.

يمكن استخدام مؤشرات النجاح المحددة لكل هدف للمساعدة في رصد وقياس التقدم المحرز نحو تحقيق هدف الخطة.



بحث القرار الجديد الدول الأعضاء على تنفيذ الإجراءات المقترحة بتكليفها مع الأولويات وبعض الظروف الوطنية. ويدعو الشركاء الدوليين والوطنيين إلى الإحاطة علماً بخطة العمل وأهدافها، ويطلب أمانة منظمة الصحة العالمية تقديم التوجيه والتدريب والدعم الفني، وتقديم تقارير عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل (WHO, 2015).

3.6. المؤتمر والميثاق العالمي للإعاقة

في 24 يوليو 2018، اجتمع حوالي 700 من قادة منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة والحكومات والوكالات المانحة وشركات التكنولوجيا في لندن في أول قمة عالمية على الإطلاق حول الإعاقة لعام 2018. وهدفت القمة التي استضافتها حكومة المملكة المتحدة وشارك في استضافتها كل من التحالف الدولي للإعاقة وحكومة كينيا إلى:

- زيادة الاهتمام العالمي والتركيز على مجال مهمل،
- إضافة وجهات نظر وأساليب جديدة لتوسيع نطاق المشاركة،
- تعبئة التزامات عالمية ووطنية جديدة بشأن الإعاقة،
- عرض أفضل الممارسات والأدلة من جميع أنحاء العالم.

يعتبر "الميثاق من أجل التغيير" وثيقة رسمية منبثقة عن [مؤتمر القمة العالمي للإعاقة](#) الذي عقد في 24 يوليو في لندن ويهدف إلى ضمان توافق عالمي في الآراء لمعالجة قضية مهمل منذ زمن طويل، ودعم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع أنحاء العالم. وقد تم التوقيع عليه من قبل عدد من الهيئات الرسمية ذات الصلة وحكومات دول منظمة التعاون الإسلامي بما في ذلك أفغانستان والكاميرون وبنغلاديش والأردن وموزمبيق والصومال وأوغندا والعراق وجمهورية قرغيزستان ولبنان ونيجيريا وباكستان وفلسطين والسنغال وسيراليون وأوغندا.

4.6. التعاون العالمي في مجال التكنولوجيا المساعدة

طلبت الجهات المعنية الرئيسية في حدث نُظم على هامش الاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الإعاقة والتنمية في نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية يوم 23 سبتمبر 2013، منظمة الصحة العالمية بتطوير وتنسيق مبادرة عالمية لتحقيق التزامات الاتفاقية بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة نحو زيادة إمكانية الوصول إلى التكنولوجيا المساعدة (خاصة المادة 32).

استجابة لذلك، نظمت منظمة الصحة العالمية اجتماعاً للجهات المعنية الرئيسية في جنيف يومي 3 و4 يوليو 2014 وأنشأت مبادرة عالمية: التعاون العالمي في مجال التكنولوجيا المساعدة (GATE) بالشراكة مع الفاعلين الذين يمثلون المنظمات الدولية والوكالات المانحة والمنظمات المهنية والأوساط الأكاديمية ومجموعات المستخدمين.

ستكون مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيا المساعدة فعالة في تلبية الاحتياجات المتزايدة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة لهذه التكنولوجيات والخدمات الخاصة. وتتمثل رؤية هذه المبادرة في الحصول على عالم حيث يمكن لكل فتاة وفتى وامرأة ورجل من ذوي الحاجة الحصول على المنتجات المساعدة ذات الجودة العالية وبأسعار معقولة ليعيشوا حياة صحية ومنتجة وكريمة.





الإطار 3: ميثاق القمة العالمية للإعاقة من أجل التغيير

نجتمع هنا في لندن وفي جميع أنحاء العالم لتحقيق هدف مشترك: ضمان الحقوق والحريات والكرامة والإدماج لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة.

لقد تم إحراز تقدم مهم في العقد منذ اعتماد اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD). ولكن يجب أن نقوم بالمزيد. يجب أن نسعى جاهدين لإحداث تغيير حقيقي من خلال تنفيذ الاتفاقية وتحقيق أهداف التنمية المستدامة للأشخاص ذوي الإعاقة.

لذلك، نلتزم اليوم بـ:

1. تحفيز الإرادة والقيادة السياسية لتحويل وعودنا إلى تغيير؛ في الخطط طويلة الأجل التي نستثمر فيها وننفذها ونراجعها.
2. تعزيز القيادة والتمثيل المتنوع لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة ليكونوا مركز التغيير وجوهه؛ كقادة وشركاء ودعاة، ويشمل ذلك المشاركة النشطة للأشخاص ذوي الإعاقة من جميع الأعمار والتشاور الوثيق معهم.
3. التخلص من وصمة العار والتمييز من خلال التشريعات والسياسات التي تُحدث فرقا، وتُشجع على القيادة الهادفة، وتتحدى باستمرار المواقف والممارسات الضارة. فكل الناس يستحقون الإحساس بالكرامة والاحترام.
4. الإجراءات المساندة للتقدم والدعم التي تساهم في تقدم التعليم الجيد والشامل للأشخاص ذوي الإعاقة، مع الموارد اللازمة لتطبيق الخطط: كل طفل له الحق في التعلم منذ الولادة.
5. فتح سبل للتمكين الاقتصادي والاندماج المالي حتى يتمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من التمتع بالعمل اللائق وتحقيق الاستقلال المالي. وهذا يعني خلق المزيد من فرص العمل الفضلى، وتوفير الحماية الاجتماعية، وضمان التدريب على المهارات الضرورية، وتيسير الوصول إلى أماكن العمل وتوظيف الأشخاص ذوي الإعاقة.
6. إحداث ثورة فيما يتعلق بتوافر التكنولوجيا المساعدة المناسبة وفي المتناول، بما في ذلك التكنولوجيا الرقمية، والتي ستمكن الأشخاص ذوي الإعاقة من المشاركة والمساهمة الكاملة في المجتمع.
7. تغيير الممارسات لجعل جميع الأنشطة الإنسانية شاملة بالكامل ومتاحة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة. وسندرج الإدماج في جميع القطاعات المعنية بالحد من مخاطر الكوارث والمساعدات الإنسانية، وسننفذ التزاماتنا في الميثاق التي مفادها "إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني".
8. "ضمان عدم ترك أحد خلف الركب" وضع اللحاق بالركب في مقدمة الأمور. سندافع عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الأقل تمثيلا والأكثر تهميشا، من جميع الأعمار، والمتأثرين بأي شكل من أشكال التمييز المتعدد الأوجه، ولا سيما النساء والفتيات ذوات الإعاقة.
9. جمع واستخدام بيانات وأدلة أفضل لفهم ومعالجة حجم وطبيعة التحديات التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، باستخدام أدوات تم اختبارها بما في ذلك مجموعات أسئلة مجموعة واشنطن المتعلقة بالإعاقة.
10. إلزامنا وإلزام الآخرين بتحمل المسؤولية عن ما قطعناه هنا اليوم من وعود. نوافق على أن التزاماتنا الفردية سيتم مراجعتها وتقييمها ونشرها على أساس منتظم، مع نشر النتائج على الإنترنت.



تستأثر مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيا المساعدة بهدف واحد فقط يتمثل في: تحسين إمكانية الوصول إلى المنتجات المساعدة ذات الجودة العالية وبأسعار معقولة على مستوى العالم. ولتحقيق ذلك، ستركز المبادرة على أربعة أنشطة مترابطة (P4):

1. السياسات: إطار سياسات وطني خاص بالتكنولوجيا المساعدة (ATPF)
2. المنتجات: قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية (APL)
3. الموظفون: برنامج تدريبي شامل حول التكنولوجيا المساعدة (ATTP)
4. التقديم: نموذج تقديم خدمات النافذة الواحدة (ATSP)

تتوفر مبادرة التعاون العالمي في مجال التكنولوجيا المساعدة على القدرة على فتح الأبواب أمام الأطفال ذوي الإعاقة للوصول إلى التعليم، والكبار لكسب لقمة العيش والتغلب على الفقر والمشاركة في جميع الأنشطة المجتمعية والعيش بكرامة، والتي تعد بعض الغايات الرئيسية لأهداف التنمية العالمية. وترتبط كل من التكنولوجيا المساعدة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتكنولوجيا الميسرة والتصميم العالمي والبيئة الميسرة أو المواثية مع بعضها البعض وتعتبر شروطاً مسبقة لتعميم كل ما يتعلق بالإعاقة في أولويات التنمية. وإن الاستثمار في التكنولوجيا لجعلها متاحة وبأسعار معقولة هو بالتأكيد خطوة عملية لتحقيق "وعد التكنولوجيا لتحقيق التنمية المستدامة للجميع".

5.6. خطة عمل شاملة للصحة النفسية لفترة 2013-2020

في 27 مايو 2013، اعتمدت جمعية الصحة العالمية خطة العمل الشاملة للصحة النفسية لفترة 2013-2020. وتمثل خطة العمل هذه والقرار المصاحب لها - الأولى في تاريخ منظمة الصحة العالمية - اعترافاً رسمياً بأهمية الصحة النفسية. كما أنه التزام من جانب الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية باتخاذ إجراءات محددة لتحسين الصحة النفسية والإسهام في تحقيق مجموعة من الأهداف العالمية المتفق عليها.

تتمثل رؤية خطة العمل في الحصول على "عالم يتم فيه تقدير الصحة النفسية وتعزيزها وحمايتها، والوقاية من الاضطرابات النفسية وتمكين الأشخاص المتأثرون بهذه الاضطرابات من ممارسة المجموعة الكاملة من حقوق الإنسان والحصول على الرعاية الصحية والاجتماعية العالية الجودة والملائمة ثقافياً في الوقت المناسب لتعزيز عملية التعافي، وكل ذلك من أجل بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة والمشاركة الكاملة في المجتمع وفي العمل الخالي من الوصم والتمييز".

بناء على الأعمال السابقة، واستناداً إلى عملية تشاور شملت 135 دولة عضو و 60 مركزاً متعاوناً ومركزاً أكاديمياً تابعة لمنظمة الصحة العالمية و 76 منظمة غير حكومية و 17 منظمة أخرى وخبراء مستقلون تم التوصل إلى توافق في الآراء بشأن أبرز الإجراءات الواجب اتخاذها فيما يتعلق بكل من الأهداف الأربعة المذكورة أدناه:

الهدف 1: تعزيز فعالية القيادة وتصريف الشؤون في مجال الصحة النفسية.

المقصد العالمي 1.1: ستكون 80% من البلدان قد طورت أو حَيَّنت سياساتها/ خططها المتعلقة بالصحة النفسية تمشياً مع مواثيق حقوق الإنسان الدولية والإقليمية (بحلول عام 2020).

المقصد العالمي 2.1: ستكون 50% من الدول قد طورت أو حَيَّنت قوانينها المتعلقة بالصحة النفسية بما يتماشى مع مواثيق حقوق الإنسان الدولية والإقليمية (بحلول عام 2020).



الهدف 2: تقديم خدمات الصحة النفسية وخدمات الرعاية الاجتماعية الشاملة والمتكاملة في البيئات المجتمعية.

المقصد العالمي 2: ستكون خدمة التغطية للاضطرابات النفسية الحادة قد ارتفعت بنسبة 20% بحلول عام 2020.

الهدف 3: تنفيذ استراتيجيات تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية.

المقصد العالمي 1.3: ستحصل 80% من الدول على الأقل على برنامجين فعالين على المستوى الوطني ومتعدد القطاعات للنهوض بالصحة والوقاية في مجال الصحة النفسية {بحلول عام 2020}.

المقصد العالمي 2.3: سيخفض معدل الانتحاري في البلدان بنسبة 10% (بحلول علم 2020).

الهدف 4: تدعيم نظم المعلومات وجمع البيانات وإجراء البحوث.

المقصد العالمي 4: ستجمع 80% من البلدان بشكل روتيني مجموعة أساسية واحدة على الأقل من مؤشرات الصحة النفسية وتُعد بشأنها تقارير كل عامين من خلال نظمها الوطنية للمعلومات الصحية والاجتماعية (بحلول عام 2020).

لكل هدف من الأهداف الأربعة مقصد أو مقصدان، يوفران أساساً للعمل الجماعي للبلدان ومدى الإنجاز الذي حققته في سبيل الأهداف العالمية القابلين للقياس. وتم تطوير مجموعة من المؤشرات الأساسية المتعلقة بهذه المقاصد بالإضافة إلى إجراءات أخرى ويتم جمعها عبر مشروع أطلس للصحة النفسية بشكل دوري. ومن المتوقع أن يتم جمع البيانات ذات الصلة بالمؤشرات الأساسية من جميع البلدان لتتبع التقدم الوطني والإقليمي والعالمي ليتم تقديم تقارير بشأنها إلى جمعية الصحة العالمية عن سنوات 2015 و 2018 و 2021. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ستواجه عملية تنفيذ خطة العمل بعض التحديات؛ على وجه الخصوص، هناك حاجة إلى عكس اتجاه مسألة الاستثمار غير الكافي على مدى سنوات أو عقود في الموارد البشرية والمالية لرعاية الصحة النفسية بشكل سريع.

سيمكّن تنفيذ خطة العمل الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية من:

- سهولة الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية،
- تلقي العلاج من قبل العاملين الصحيين المهرة في مرافق الرعاية الصحية العامة؛ يمكن لبرنامج عمل منظمة الصحة العالمية لسد الفجوة القائمة في مجال الصحة النفسية (mhGAP) وأدواته المستندة إلى الأدلة تسهيل هذه العملية،
- المشاركة في إعادة تنظيم وتقديم وتقييم الخدمات بحيث تصبح الرعاية والعلاج أكثر استجابة لاحتياجاتهم،
- كسب المزيد من فرص الحصول على الاستحقاقات الحكومية عن الإعاقة وبرامج الإسكان وسبل العيش والمشاركة بشكل أفضل في العمل والحياة المجتمعية والشؤون المدنية.

6.6. برنامج العمل لسد الفجوة القائمة في مجال الصحة النفسية

تعد الاضطرابات النفسية والعصبية وتعاطي المخدرات من الأمراض السائدة وذات العبء الثقيل للغاية على مستوى العالم. والفجوة بين ما هو مطلوب على وجه السرعة وما هو متاح للحد من العبء بالغة الاتساع. وهناك حاجة لاتخاذ إجراءات لتخفيف العبء، وتعزيز قدرة البلدان على مواجهة هذا التحدي المتزايد. ويعتبر برنامج العمل لسد الفجوة القائمة في مجال الصحة النفسية (mhGAP) خطة عمل منظمة الصحة العالمية





لتوسيع نطاق الخدمات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعصبية وتعاطي المخدرات في البلدان ذات مستويات الدخل المتوسطة والمنخفضة. وتتمثل الحالات ذات الأولوية التي يعالجها هذا البرنامج في: الاكتئاب والفصام واضطرابات نفسية أخرى، والانتحار، والصرع، والخرف، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات غير المشروعة، والاضطرابات النفسية لدى الأطفال. وتتكون حزمة برنامج العمل لسد الفجوة القائمة في مجال الصحة النفسية من تدخلات للوقاية والإدارة لكل من هذه الحالات ذات الأولوية. وتعد العملية الناجحة لتوسيع النطاق مسؤولية مشتركة بين الحكومات والمهنيين في مجال الصحة والمجتمع المدني والمجتمعات والأسر، بدعم من المجتمع الدولي. فجوه هذا البرنامج يكمن في بناء شراكات للعمل الجماعي (WHO, 2008).

7.6. مشروع أطلس للصحة النفسية

تم تصميم مشروع أطلس للصحة النفسية التابع لإدارة الصحة النفسية وتعاطي المواد المخدرة في منظمة الصحة العالمية لجمع وتصنيف ونشر البيانات المتعلقة بموارد الصحة النفسية في العالم. وتشتمل الموارد على سياسات الصحة النفسية وخططها وتمويلها وتقديم الرعاية والموارد البشرية والأدوية ونظم المعلومات. وهي ضرورية لتوفير الخدمات والرعاية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

تتمثل أهداف المشروع في رفع مستوى الوعي العام والمهني بشأن أوجه القصور في موارد وخدمات الصحة النفسية القائمة والتفاوتات الكبيرة في توزيعها على المستويين الوطني والعالمي، وتوفير معلومات مفيدة في التخطيط لتعزيز موارد الصحة النفسية.

نُشر تقرير مشروع أطلس للصحة النفسية لأول مرة في عام 2001 وتم تحديث المعلومات في الأعوام 2005 و 2011 و 2014. في عام 2014، تمكنت 171 دولة من أصل 194 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية من إكمال استبيان أطلس جزئياً على الأقل، وهو ما يمثل نسبة مشاركة تصل إلى 90% تقريباً. ووفقاً لقاعدة بيانات الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية (2014)، لم تقدم 15 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي (الكاميرون وتشاد وجزر القمر والغابون وغينيا بيساو وكازاخستان وجمهورية قرغيزستان ولبنان وليبيا وموريتانيا والنيجر وفلسطين وتونس وتركيا وأوزبكستان) استبيان أطلس لعام 2014 إلى منظمة الصحة العالمية.





7. ملاحظات ختامية وأثار السياسات

تتسم الإعاقة بالتنوع الشديد ويقدر أن تؤثر على كل شخص من بين 7 أشخاص في جميع أنحاء العالم. وهناك بعض الأدلة على أن الإعاقة تؤثر بشكل غير متناسب على النساء والمسنين والفقراء. وتشير التقديرات إلى أن البلدان النامية تحتضن 80% من جميع الأشخاص ذوي الإعاقة في العالم. ولا يتوفر ملايين الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعيشون في هذه البلدان على إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل والأجهزة المساعدة ولا تحمل تكاليفها. فعلى سبيل المثال، في البلدان النامية، لا يفي إنتاج أجهزة السمع المساعدة إلا بنسبة 3% من احتياجاتها.

إن البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي ليست في مأمن عن هذه الحقائق الأساسية وهي تحتضن ملايين الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية وخدمات إعادة التأهيل المتخصصة والخدمات المجتمعية الأخرى بدءاً من النقل حتى التعليم. وعلى الرغم من عدم وجود إحصاءات موحدة قابلة للمقارنة حول الخدمات المتاحة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، فقد كشفت نظرة عامة على مؤشرات مختارة أن هناك نقصاً في الاستثمار في الخدمات الصحية والاجتماعية في العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تؤثر بشكل مباشر على نوعية حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. فعلى سبيل المثال، في عام 2013، مثلت حصة النفقات الصحية الحكومية في المتوسط 7.9% من إجمالي النفقات الحكومية في مجموعة المنظمة حيث تم قياس المتوسط العالمي بنسبة 15.6% في نفس العام. وفي هذا الصدد، تفضي النزاهة القول بأن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يعيشون في منطقة المنظمة لا يستطيعون تلبية احتياجاتهم الخاصة لسبب أو لآخر (مثل قلة الاستثمار في الضمان الاجتماعي، وعدم كفاية عدد الوحدات الصحية المهنية ووحدات إعادة التأهيل المدربة وما إلى ذلك).

في ضوء ما تقدم، يجب على الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عاجل من خلال:

إنشاء آليات لتلقي المدخلات من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة: تتطلب عملية إزالة العراقيل بنجاح وتحسين إمكانية الحصول على الخدمات الصحية مدخلات من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين هم أكثر دراية بهذه الحواجز أكثر تأثيراً بها. ومن المهم ضمان إصدار المعلومات المتعلقة بالصحة بطابع يسهل الوصول إليها، وأن وسائل الاتصال تفي بمتطلبات الأشخاص ذوي الإعاقة (مثل لغة الإشارات). وقد يحتاج بعض الأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً إلى الدعم لتأكيد حقهم في الصحة وفي الحصول على الخدمات الصحية على قدم المساواة.



تحسين النتائج الصحية: من الضروري الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية المصممة للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال تحسين إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية عالية الجودة وبأسعار معقولة، والتي تستخدم الموارد المتاحة على الوجه الأمثل. وفي هذا الصدد، من الأهمية بمكان بالنسبة للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تقييم السياسات والخدمات القائمة، وتحديد الأولويات للحد من أوجه عدم المساواة في مجال الصحة، ووضع خطط لتحسين إمكانية الوصول والاندماج. كما سيكون من المفيد للغاية إجراء تغييرات للامتثال لاتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD). ومن المهم تمكين خدمات الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة لصالح الأشخاص ذوي الإعاقة لضمان تغطيتهم بالكامل بواسطة أنظمة الضمان الاجتماعي حتى يستغنوا عن الحاجة لاستخدام المدفوعات من الأموال الخاصة. ومن أجل تحسين إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية، من الضروري إعادة تصميم الهياكل الأساسية للعيادات وتزويد التدريب للمهنيين الصحيين ليكونوا أكثر مهارة فيما يتعلق بالاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

جمع معلومات وبيانات موثوقة: بدون وجود بيانات وإحصاءات محينة وموثوقة عن الأشخاص ذوي الإعاقة تمشيا مع المعايير العالمية، فإنه يكاد يكون من المستحيل وضع سياسات فعالة. وفي هذا السياق، فإن جمع المعلومات والبيانات عن ذوي الاحتياجات الخاصة من شأنه أن يساعد بلدان منظمة التعاون الإسلامي على القيام بتدخلات سياساتية فعالة وفي حينها وكذلك تحسين قدرات الرصد وتمكين عملية تقييم الاحتياجات وتحقيقا لهذه الغاية، يتعين على البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إيلاء اهتمام خاص للمبادئ التوجيهية الدولية المتعلقة بجمع البيانات ومعالجتها وإعداد التقارير عنها من أجل وضع سياسات فعالة قائمة على الأدلة لتلبية الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

إجراء المزيد من الأبحاث: يحد الافتقار إلى الأدلة والبحث السليمين بشأن الاحتياجات والحوجز والنتائج الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة من قدرات صناع السياسات على تطوير حلول سياساتية. وبدون إجراء أبحاث وتحليلات مبتكرة، لا يمكن اكتشاف العيوب القائمة على مستوى السياسات الحالية والعناصر المفقودة والمبادرات غير الفعالة المصممة لذوي الاحتياجات الخاصة. وفي هذا الصدد، تحتاج البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إلى الاستثمار في المؤسسات البحثية والجامعات والمراكز المتخصصة التي تنفذ أنشطة بحثية وإنتاج إحصاءات عن ذوي الاحتياجات الخاصة.

إذكاء الوعي: من المهم تغيير نظرة المجتمع حول الأشخاص ذوي الإعاقة من أجل معالجة بعض التحديات التي يواجهونها وتعزيز اندماجهم في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

تنفيذ البرامج التدريبية: سيساعد تصميم البرامج التدريبية وإدخال الدورات في المناهج التعليمية حول ذوي الاحتياجات الخاصة في القضاء على أي تحيزات ضدهم. فمثل هذه البرامج من شأنها أن تساعد أيضا في تعزيز وحماية حقوقهم وكرامتهم.





الحد من عوامل الخطر: يجب أن يكون تنفيذ السياسات بهدف الحد من عوامل الخطر التي تسهم بشكل خاص في الإعاقة أثناء الحمل ومرحلة الطفولة جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بالإعاقة. وستكون مثل هذه السياسات أكثر أهمية خاصة في حالة الزيجات المبكرة والمحفوفة بعوامل الخطر حيث تكون المخاطر المرتبطة بها أعلى نسبياً. كما قد تكون برامج الإرشاد الأسري، بما في ذلك اختبار ما قبل الزواج لأمراض مثل فقر الدم والثلاسيميا، فعالة للحد من انتشار الإعاقة. وفي هذا السياق، تحتاج البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي إلى اتخاذ الخطوات اللازمة لتعزيز التدخل المبكر وتحديد الإعاقة، خاصة أثناء الحمل ولصالح الأطفال.

تشجيع برامج إعادة التأهيل المجتمعي: إن تعزيز وتشجيع برامج إعادة التأهيل المجتمعي من شأنه أن يساعد أفراد أي مجتمع على فهم وضع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة على نحو أفضل ومساعدتهم في مساعيهم للاندماج والتكامل في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

تطوير التكنولوجيا المساعدة: تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى تطوير آليات جديدة ومراجعة الآليات القائمة لتحسين وصول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى التكنولوجيا المساعدة بما في ذلك الأطراف الاصطناعية والكراسي المتحركة والأجهزة المساعدة على قيادة العربات وغيرها من الأجهزة.

ضمان التنسيق الفعال: من الضروري ضمان التنسيق الفعال بين جميع الجهات الفاعلة في عمليات تصميم وتنفيذ السياسات المعنية بالإعاقة. فمثل هذا التنسيق من شأنه أن يساعد على تبادلي الأزواجية في العمل وتحسين فعالية السياسات.

النظر من خلال منظور جنساني: تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى إيلاء اهتمام خاص للمساواة بين الجنسين والنساء ذوات الإعاقة في وضع جميع التدابير والسياسات التي تستهدف ذوي الاحتياجات الخاصة. ويتسم هذا الإجراء بأهمية بالغة في بعض البلدان حيث تتعرض النساء لعوامل سلبية على المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي.

تطوير خطط واستراتيجيات وطنية: إن وضع خطط واستراتيجيات وطنية من خلال إشراك كل من الوزارات ذات الصلة (مثل الصحة والمرأة وشؤون الأسرة والعمل والنقل والاتصالات) والقطاع الخاص والمجتمع المدني من شأنه أن يساعد على تحسين نوعية حياة الأشخاص ذوي الإعاقة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

وضع خطة عمل لمنظمة التعاون الإسلامي: من المهم بالنسبة للدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أن تشارك بنشاط في المبادرات الدولية الأخرى المتعلقة بالإعاقة وتتابعها؛ مثل خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية في مجال الإعاقة وأهداف التنمية المستدامة التي تضم عدة أهداف تتعلق بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. فخلال العقد الماضي، نجحت منظمة التعاون الإسلامي في وضع برنامج عمل المنظمة الاستراتيجي في مجال الصحة للفترة 2014-2023 (OIC-SHPA) وذلك في مجال الصحة وخطة عمل منظمة التعاون الإسلامي للنهوض بالمرأة (OPAAW) في مجال المساواة بين الجنسين وحقوق المرأة وذلك بمشاركة البلدان الأعضاء وجهات فاعلة دولية أخرى. وفي ضوء المبادرات الدولية المتعلقة بالإعاقة ومع الأخذ بعين



الاعتبار أهداف التنمية المستدامة وبرنامج العمل العشري لمنظمة التعاون الإسلامي: 2016-2025، وخبرات المنظمة في تطوير خطط العمل (مثل OIC-SHPA، OPAAW)، سيكون من المفيد وضع خطة عمل لمنظمة التعاون الإسلامي بشأن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. ويحتاج كل من الأمانة العامة للمنظمة، ومؤسسات المنظمة ذات الصلة ودولها الأعضاء إلى وضع خطة العمل هذه من أجل توفير التوجيه السليم وإعداد قائمة بنود العمل بهدف تحسين رفاهية الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعيشون في الدول الأعضاء في المنظمة. ومن الأهمية بمكان، أثناء وضع خطة العمل هذه، الاستفادة من خبرات المؤسسات الدولية (مثل الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي) والمبادرات الوطنية للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، فضلاً عن منظمات المجتمع المدني العاملة في هذا المجال.





المراجع

- Cherry, K. (2016). The Origins of Psychology: A Brief History of Psychology through the Years.
- Secretariat of Family. (2006). The National Survey on Disability: Results Synthesis. Childhood and Disabled Persons, Kingdom of Morocco, 2006. Rabat, Secretariat of Family, Morocco.
- SESRIC. (2016). Key Challenges of Youth in OIC Countries. Ankara. Available at: <http://www.sesric.org/publications-detail.php?id=391>
- United Nations. (2015). Factsheet on Disability. Available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html>
- World Health Organization (WHO). (2006). Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011. Available at: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO). (2008). Mhgap Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care For Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/
- World Health Organization (WHO). (2014). Mental Health Atlas Project. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/en/
- World Health Organization (WHO). (2015). Global Disability Action Plan 2014-2021. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO). (2017). Dementia: Factsheet. Available at: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization (WHO). (2018a). Depression: Factsheet. Available at: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization (WHO). (2018b). Schizophrenia: Factsheet. Available at: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization (WHO). (2018c). Disability and health: Factsheet Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- World Health Organization (WHO) & World Bank. (2011). World Report on Disability. Available at: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1



الملحق

وضع الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي في إطار اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD)

تاريخ المصادقة/ الانضمام (أ)	تاريخ التوقيع	البلد
(أ) 12-09-18		أفغانستان
13-02-11	09-12-22	ألبانيا
09-12-04	07-03-30	الجزائر
09-01-28	08-01-09	أذربيجان
11-09-22	07-06-25	البحرين
07-11-30	07-05-09	بنغلاديش
12-07-05	08-02-08	بنين
16-04-11	07-12-18	بروناي دار السلام
09-07-23	07-05-23	بوركينافاسو
	08-10-01	الكاميرون
	12-09-26	تشاد
16-06-16	07-09-26	جزر القمر
14-01-10	07-06-07	كوت ديفوار
(أ) 12-06-18		جيبوتي
08-04-14	07-04-04	مصر
07-10-01	07-03-30	الغابون
(أ) 15-07-06		غامبيا
08-02-08	07-05-16	غينيا
14-09-24	13-09-24	غينيا بيساو
14-09-10	07-04-11	غيانا
11-11-30	07-03-30	إندونيسيا
(أ) 09-10-23		إيران
(أ) 13-03-20		العراق
08-03-31	07-03-30	الأردن
15-04-21	08-12-11	كازاخستان





البلد	تاريخ التوقيع	تاريخ المصادقة/ الانضمام (أ)
الكويت	11-09-21	(أ) 13-08-22
قرغيزستان	07-06-14	
لبنان	08-05-01	18-02-13
ليبيا	08-04-08	10-07-19
ماليزيا	07-10-02	10-04-05
جزر المالديف	07-05-15	08-04-07
مالي		(أ) 12-04-03
موريتانيا	07-03-30	09-04-08
المغرب	07-03-30	12-01-30
موزمبيق	07-03-30	08-06-24
النيجر	07-03-30	10-09-24
نيجيريا	08-03-17	09-01-06
عمان	08-09-25	11-07-05
باكستان	07-07-09	08-05-13
قطر		(أ) 08-06-24
المملكة العربية السعودية	07-04-25	10-09-07
السنغال	07-03-30	10-10-04
سيراليون	18-10-02	
الصومال		(أ) 14-04-02
فلسطين	07-03-30	09-04-24
السودان	07-03-30	17-03-29
سورينام	18-03-22	
طاجيكستان	08-09-23	11-03-01
توغو	07-03-30	08-04-02
تونس	07-03-30	09-09-28
تركيا		(أ) 08-09-04
تركمانستان	07-03-30	08-09-25
أوغندا	08-02-08	10-03-19
الإمارات العربية المتحدة	09-02-27	
أوزبكستان	07-03-30	09-03-26
اليمن		

المصدر: قاعدة بيانات مكتب الأمم المتحدة المعني بالشؤون القانونية (OLA) <http://untreaty.un.org/ola>



سيسرك

Kudüs Cad. No:9, Diplomatik Site, 06450, Oran, Ankara, Turkey.
Tel: +90-312-468 6172 (4 Lines) Fax: +90-312-467 3458
E-mail: oicankara@sesric.org Web: www.sesric.org

