

العجز

تقرير من الأمانة

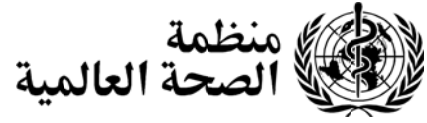
١- نظر المجلس التنفيذي أثناء دورته الثانية والثلاثين بعد المائة في الوثيقة المرفقة م١٣٢/١٠، ١ واعتمد أيضاً القرار م٣٢/ق٢.٥ ومن الجدير بالذكر أن المعلومات الواردة في الفقرات ١٠ و ١٩ و ٢٥ من التقرير قد حُدِّثت.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢- جمعية الصحة مدعوة إلى اعتماد مشروع القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في القرار م٣٢/ق٥.

١ انظر المحاضر الموجزة للجلسة الثالثة؛ والجلسة الرابعة، الفرع ٢؛ والجلسة التاسعة، الفرع ٢ (بالإنكليزية).

٢ انظر الوثيقة م١٣٢/٢٠١٣/سجلات ١ للاطلاع على القرار والآثار المالية والإدارية المترتبة بالنسبة إلى الأمانة نتيجة لاعتماد القرار.



المجلس التنفيذي

الدورة الثانية والثلاثون بعد المائة

البند ٦-٥ من جدول الأعمال المؤقت

م ١٠/١٣٢

٣٠ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢

EB132/10

العجز

تقرير من الأمانة

١- لا ينجم العجز عن عوامل بيولوجية ولا اجتماعية بحتة وإنما هو وليد تفاعلات بين الظروف الصحية والعوامل البيئية والشخصية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١)، ويمكن أن يكون بدرجات ثلاث: ضعف يصيب إحدى وظائف الجسم أو هيكله؛ أو تقييد لنشاط الفرد، كعجزه عن القراءة أو الحركة؛ أو تقييد لمشاركته، من قبيل استبعاده من المدرسة أو العمل. وعليه يُنظر تقليدياً إلى الأفراد الذين يعانون من حالات عوق على أنهم مصابون بالعجز (ومنهم مثلاً مستخدمو الكراسي المتحركة أو المكفوفون أو الصم أو الذين يعانون من ضعف في القدرات الفكرية)، والأفراد الذين يعانون من صعوبات في أداء وظائفهم نتيجة معاناتهم من طائفة واسعة من الظروف الصحية، كالأمراض المزمنة والاضطرابات النفسية الشديدة والتصلب المتعدد والشيخوخة.

٢- ويوجد في العالم أكثر من بليون فرد من المصابين بحالات عجز، ويتراوح عدد من يعاني منهم من صعوبات كبيرة بين ١١٠ ملايين و ١٩٠ مليون شخص. وتبلغ نسبتهم إجمالاً حوالي ١٥٪ من سكان العالم، وهي تفوق التقديرات السابقة لمنظمة الصحة العالمية (المنظمة) المحددة بمقدار ١٠٪ تقريباً والتي يعود تاريخها إلى سبعينيات القرن الماضي. وعلاوة على ذلك، فإن انتشار العجز هو في تزايد بسبب شيخوخة السكان وتفاقم الظروف الصحية المزمنة في العالم. وتتأثر أنماط العجز الوطنية باتجاهات الظروف الصحية والعوامل البيئية وغيرها من العوامل - مثل الحوادث المرورية على الطرق، والكوارث الطبيعية، والنزاعات، والنظام الغذائي وتعاطي المخدرات. ويلحق العجز أضراراً غير متناسبة بالفئات الضعيفة من السكان، وخصوصاً منهم النساء والمسنون والفقراء. وترتفع معدلات انتشار العجز في البلدان المنخفضة الدخل أكثر منها في تلك المرتفعة الدخل.

٣- ويواجه المصابون بالعجز طائفة واسعة من العقبات التي تعترض سبيل حصولهم على الخدمات، كتلك التي تحرمهم من خدمات الرعاية الصحية (بما فيها خدمات إعادة التأهيل) والتعليم والنقل والعمالة. وتشمل هذه العقبات قصور السياسات والمعايير والمواقف السلبية وعدم تقديم الخدمات، وعدم كفاية التمويل، وانعدام إمكانية

١ التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١.

الوصول، وقصور التكنولوجيات واستثمارات الحصول على المعلومات والاتصالات، وعدم إشراك المصابين بالعجز في اتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهم بشكل مباشر.

الحصائل الصحية والاجتماعية والاقتصادية

٤- فيما يلي سرد بالحصائل الصحية والاجتماعية والاقتصادية الرديئة التي يعاني منها المصابون بالعجز في أنحاء العالم كافة.

٥- **تدهور صحة المصابين بالعجز أكثر من عامة السكان.** رهنأ بفئة الفرد ومكانه قد يتعرض المصابون بالعجز أكثر من سواهم لخطر المعاناة من ظروف ثانوية يمكن توقيها والإصابة بحالات مراضة مشتركة وظروف صحية مرتبطة بالسن. وأظهرت أيضاً بعض الدراسات أن معدلات السلوكيات الخطرة ترتفع بين المصابين بالعجز، مثل التدخين، والممارسات والعادات الغذائية السيئة، والخمول البدني، كما ترتفع بينهم خطورة التعرض للعنف. ويكشف تحليل المسح الصحي العالمي الذي أجرته المنظمة النقاب عن أن نصف المصابين بالعجز لا يستطيع تأمين الرعاية الصحية بالمقارنة مع ثلثهم من غير المصابين بالعجز.^١ ويتضاعف إلى أكثر من مرتين احتمال إبلاغ المصابين بالعجز عن أنهم يرون أن مهارات مقدمي الرعاية الصحية "غير كافية لتلبية احتياجاتهم، وإلى أكثر من ثلاث مرات احتمال إبلاغهم عن الحرمان مما يلزمهم من خدمات الرعاية الصحية، وإلى أكثر من أربع مرات احتمال إبلاغهم عن التعرض لمعاملة سيئة. وثمة احتياجات كثيرة لا تلبىها خدمات إعادة التأهيل. ورئي مثلاً من البيانات المستمدة من أربعة بلدان تقع في جنوب أفريقيا أن نسبة الأفراد الذين يحصلون على ما يلزمهم من خدمات إعادة التأهيل الطبي تتراوح بين ٢٦ و ٥٥٪ حصراً؛ ونسبة الذين يتلقون منهم ما يلزمهم من الوسائل المساعدة تتراوح بين ١٧ و ٣٧٪ فقط؛ ونسبة من يحصلون منهم على ما يلزمهم من خدمات الرعاية تتراوح بين ٥ و ٢٤٪ لا غير. ويمكن أن يؤدي التقصير في تلبية هذه الاحتياجات من الخدمات (بما فيها توفير الوسائل المساعدة) إلى حصائل رديئة للمعوقين، ومنها تدهور وضعهم الصحي العام، ومعاناتهم من مشاكل في نهوضهم بالمهام أو الأعمال، ومواجهتهم صعوبات في المشاركة في الأنشطة العادية، ووقودهم لفترة أطول في المستشفيات وتواتر دخولهم إليها، وتدني نوعية الحياة.

٦- **ارتفاع معدلات الفقر بين المصابين بالعجز أكثر من المتعافين.** يعاني المصابون بالعجز والأسر التي لديها فرداً معوقاً من مشاكل الحرمان بمعدلات أعلى من سواهم في المتوسط - ومنها انعدام الأمن الغذائي، ورداءة السكن، والافتقار إلى سبل الحصول على خدمات مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الأساسية، وقصور إتاحة خدمات الرعاية الصحية - وتكون بحوزة هؤلاء موجودات أقل من تلك التي هي بحوزة غير المصابين بالعجز والأسر التي ليس لديها فرداً معوقاً. وقد يتعرض المعوق لدفع تكاليف مباشرة وأخرى غير مباشرة، كالمدفوعة لقاء الحصول على الدعم الشخصي أو على الرعاية الطبية أو الوسائل المساعدة. ومن المحتمل أن يسفر ارتفاع تلك التكاليف عن إفقار المصابين بالعجز وأسره أكثر من سواهم من المتعافين من ذوي الدخل المماثل. ومن المرجح في البلدان المنخفضة الدخل أن يتكبد المصابون بالعجز نفقات كارثية لقاء حصولهم على الخدمات الصحية أكثر من غيرهم من المتعافين بنسبة تزيد على ٥٠٪.

٧- **تدني مستوى الإنجازات التعليمية.** إن احتمال انخراط الأطفال المصابين بالعجز في الصفوف الدراسية أضعف من انخراط أقرانهم المتعافين، وتكون معدلات بقاء الأطفال المصابين بالعجز في المدارس أدنى. ورئي أن

١ منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، *التقرير العالمي عن العجز*. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١. ولمزيد من المعلومات عن المسح الصحي العالمي انظر التذييل التقني جيم والعنوان التالي: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/> (آخر اطلاق عليه يوم ١٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢)

ثمة ثغرات تتخلل استكمال جميع الفئات العمرية لمراحل التعليم في كل من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المرتفعة الدخل، علماً بأن هذا النمط تجلّى بوضوح في البلدان الأكثر فقراً.

٨- **انخفاض معدلات المشاركة في الميدان الاقتصادي.** من المرجح بشكل كبير أن يتعرض المصابون بالعجز للبطالة وهم يتقاضون عموماً أجوراً أقل من سواهم حتى عند حصولهم على عمل. وأظهرت دراسة أجرتها مؤخراً منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي أن معدلات توظيف المصابين بالعجز في المتوسط (٤٤٪) هي أكثر بقليل من نصف معدلاتها بين صفوف المتعافين (٧٥٪).^١

٩- **ارتفاع معدلات التبعية والمشاركة المقيدة.** يؤدي التعويل على الحلول المؤسسية والافتقار إلى الحياة الاجتماعية وقصور الخدمات إلى عزل المصابين بالعجز وحملهم على الاعتماد على غيرهم. وتفيد التقارير بأن إقامة المصابين بالعجز في مؤسسات سكنية تتسبب في حرمانهم من الاستقلالية وعزلهم عن فئات المجتمع الأوسع وزيادة خطورة تعرضهم للعنف والإساءة وغيرها من انتهاكات حقوق الإنسان. وبحصل المصابون بالعجز عموماً على معظم الدعم من أفراد الأسرة أو شبكات التكافل الاجتماعية، على أن الاعتماد الحصري على الدعم غير الرسمي يمكن أن يخلف عواقب سلبية على مقدم الرعاية، ومنها الإجهاد والعزلة وضياح الفرص الاجتماعية والاقتصادية، وهي صعوبات تتفاقم بتقدم أفراد الأسرة في السن.

الاستجابات والتوصيات

١٠- **موضوع العجز راسخ بوصفه مسألة تتعلق بحقوق الإنسان والتنمية في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي اعتمدت في عام ٢٠٠٦ ودخلت حيز النفاذ في أيار/ مايو ٢٠٠٨ وحظيت بتوقيع ١٥٥ بلداً أو منظمة من منظمات التكامل الإقليمي وبتصديق ١٢٧ بلداً عليها.** وتناشد الاتفاقية أيضاً الدول الأطراف فيها بالآلا تتناول موضوع العجز بوصفه مسألة تكميلية وإنما باعتباره جزءاً لا يتجزأ من عملها.

١١- **وقد تُرجم لاحقاً التقرير العالمي عن العجز الذي نشرته المنظمة والبنك الدولي في عام ٢٠١١ إلى عدة لغات، بما فيها اللغات الرسمية الست للأمم المتحدة، وصدر في طائفة واسعة من الصيغ البديلة.^٢ ويبين التقرير أن بالإمكان تلافي الكثير من العقبات التي تعترض سبيل المصابين بالعجز وتذليل الناجم منها عن العجز. ويوصي التقرير الحكومات وشركاءها في التنمية بأن تبحث المجالات المبيّنة أدناه.**

١٢- **التمكين من إتاحة جميع السياسات والنظم والخدمات العامة الموجهة لعامة الجمهور.** من الضروري تحسين إتاحة الرعاية الصحية المجانية وبأسعار معقولة للمصابين بالعجز في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية (مع التركيز بوجه خاص على الرعاية الأولية وصحة المجتمع)، وتوسيع نطاق التغطية بالتأمين الصحي، وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية تدريباً لائقاً، وتمكين المصابين بالعجز من تلبية احتياجاتهم الصحية بشكل أفضل. والتدابير الرامية إلى تعزيز صحة المصابين بالعجز ودمجهم في المجتمع من خلال تزويدهم بخدمات الرعاية العامة (كخدمات التطعيم والصحة الإنجابية وصحة الأمومة، وإسداء المشورة بشأن النشاط البدني والنظام الغذائي، وإجراء الفحوص الخاصة بمرض السرطان وغيره من الحالات الصحية) وخدمات الرعاية الصحية المتخصصة، هي تدابير مهمة بقدر أهمية تلك الرامية إلى منع إصابة الأفراد بحالات صحية

١ *المرض والعجز والعمل: كسر الحواجز. ملخص بالنتائج المستمدة من جميع البلدان الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.* باريس، منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠١٠.

٢ *منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، التقرير العالمي عن العجز.* جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

ناجمة عن العجز. ولا يؤدي التعميم إلى أعمال حقوق الإنسان الخاصة بالمصابين بالعجز فحسب بل يحقق أيضاً مردودية عالية.

١٣- **الاستثمار في برامج وخدمات محددة تعنى بالمصابين بالعجز.** يلزم إتاحة تدابير محددة لتزويد بعض المصابين بالعجز بالخدمات، من قبيل إعادة التأهيل والدعم، التي يمكن أن تحسن أداءهم وتمتعهم بالاستقلالية وتعزز مشاركتهم في المجتمع. كما يحتاج المصابون بالعجز إلى خدمات متكاملة ولا مركزية في مجال إعادة التأهيل، وتحسين توفير التكنولوجيات المساعدة، كالكراسي المتحركة مثلاً، والوسائل المعينة على السمع، وأجهزة تصحيح ضعف البصر، وما يتصل بذلك من خدمات. ويلزم تدريب العاملين في ميدان إعادة التأهيل ضماناً لتوفير إمدادات كافية من الموظفين القادرين على تمكين المصابين بالعجز من استغلال إمكاناتهم وإتاحة الفرص ذاتها أمامهم للمشاركة في صفوف المجتمع بالكامل. وينبغي توظيف استثمارات في طائفة واسعة من خدمات الدعم الجيدة التنظيم والاستجابة، مثل الرعاية المؤقتة، والمساعدات الشخصية، وتوفير لغة الإشارات، من بين خدمات أخرى، يمكنها أن تصون كرامة المصابين بالعجز وأسرهم وتؤمن رفاههم.

١٤- **اعتماد استراتيجية وخطة عمل وطنيتين بشأن العجز.** ينبغي أن تحدد هذه الاستراتيجيات رؤية شاملة طويلة الأجل تتناول كلا من مجالات البرامج الرئيسية والخدمات المقدمة تحديداً للمصابين بالعجز، وأن تساعد على تحسين التنسيق بين القطاعات والخدمات.

١٥- **توفير التمويل الكافي والمستدام وتحسين القدرة على تحمل التكاليف.** يلزم توفير التمويل الكافي والمستدام لتزويد الجمهور بالخدمات على النحو المبين في الاستراتيجية وخطة العمل من أجل إزالة الحواجز التي تعترض سبيل إتاحة الخدمات وضمان تقديمها بجودة عالية.

١٦- **تحسين جمع البيانات.** يلزم توحيد البيانات (وكذلك التعاريف والأساليب) ومقارنتها دولياً من أجل تسهيل وضع المعايير ورصد التقدم المحرز في رسم السياسات المتعلقة بالعجز. وعلى الصعيد الوطني ينبغي أن تُدرج مسائل العجز - أو نماذج العجز الموحدة - في المسوح القائمة حالياً. ويمكن أيضاً إجراء مسح مكرسة خصيصاً لموضوع العجز من أجل الحصول على معلومات أكثر شمولاً.

١٧- **وتركز التوصيات الأخرى على زيادة الوعي العام بموضوع العجز وفهمه، ودعم إجراء المزيد من البحوث بشأنه وتعزيزها، وتحسين قدرات الموارد البشرية (بما فيها تدريب العاملين في مجال الصحة)، والتشاور مع المصابين بالعجز وإشراكهم في إعداد هذه الجهود وتنفيذها.**

أنشطة الأمانة

١٨- **أنشأ المدير العام في نيسان/ أبريل ٢٠٠٨ فرقة عمل معنية بالعجز يمثلها أعضاء من جميع الدوائر والمكاتب الإقليمية.** وقد أحرزت فرقة العمل تقدماً كبيراً فيما يخص كل من رفع مستوى الوعي بموضوع العجز بوصفه مسألة شاملة لعدة قطاعات في العمل التقني (المنجز على سبيل المثال بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، وإدارة المخاطر الطارئة) وإزالة العقبات المادية التي تعترض سبيل مشاركة المصابين بالعجز في عمل المنظمة، والمتمثلة في الافتقار إلى المعلومات أو الترتيبات التيسيرية المعقولة^١ أو السياسات في هذا المضمار.

١ يُقصد بتعبير "الترتيبات التيسيرية المعقولة" التعديلات والترتيبات اللازمة والمناسبة التي لا تفرض عبئاً غير متناسب أو غير ضروري، والتي تكون هناك حاجة إليها في حالة محددة، لكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة على أساس المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية وممارستها". المصدر: المادة ٢/ التعاريف، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الأمم المتحدة، ٢٠٠٦.

١٩- وقدمت الأمانة منذ إطلاق التقرير العالمي عن العجز، الدعم لإقامة ٥٥ حواراً وفعالية بشأن السياسات الوطنية. واشتركت أيضاً في نشر مبادئ توجيهية بشأن تقديم خدمات الكراسي المتحركة^١، وأخرى توجيهية بشأن إعادة التأهيل المجتمعي^٢ في إطار الشراكة مع منظمة اليونسكو ومنظمة العمل الدولية والاتحاد الدولي للإعاقة والتنمية، وهي مبادئ تسهم في تعزيز برامج إعادة التأهيل المجتمعي وتدعيمها بحيث تمكن جميع المصابين بالعجز من الحصول على خدمات التعليم والعمالة والخدمات الصحية والاجتماعية، ومن الاستفادة من تلك الخدمات. وأصدرت الأمانة معلومات وأدوات عملية لتقييم وتحسين جودة الرعاية والتمتع بحقوق الإنسان في مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية^٣، وأعدت بالتشارك مع اليونيسيف ورقة مناقشة عن النمو والعجز في مرحلة الطفولة المبكرة^٤. وتعكف الأمانة على إعداد مبادئ توجيهية بشأن إعادة التأهيل.

٢٠- وعلى الصعيد القطري تواصل الأمانة تقديم الدعم بشأن العجز إلى الدول الأعضاء التي تطلب توجيهات في مجالات كل من رسم السياسات والتخطيط الاستراتيجي وبناء القدرات والمساعدة التقنية على وجه التحديد، وذلك من أجل تحسين البيانات، وتعزيز النظام الصحي بشكل شامل، وتدعيم خدمات التأهيل (بوسائل منها توفير التكنولوجيا المساعدة)، وتوسيع نطاق الخدمات المقدمة (مثلاً إلى أشخاص يعانون من حالات صحية نفسية)، وكذلك نطاق أنشطة إعادة التأهيل المجتمعي.

٢١- وتمشياً مع المبادئ التوجيهية بشأن توفير الكراسي المتحركة اليدوية في الموضع القليلة الموارد، أنشأت الأمانة وحدات نموذجية أساسية ووسيلة لتوفير التدريب. ويجري إعداد منهج دراسي عن العجز مبني على حقوق الإنسان لكادر موظفي الصحة والموظفين المعنيين بإعادة التأهيل، ومجموعة أنشطة لتدريب مديري البرامج على إعادة التأهيل المجتمعي، وتوجيهات بشأن تدريب الموارد البشرية على ممارسات إعادة التأهيل.

٢٢- وتلبية للحاجة الملحة إلى تحسين عملية جمع البيانات عن حالات العجز وتحليل تلك البيانات وتجميعها ونشرها بطريقة دقيقة وقابلة للمقارنة عبر مختلف الموضع والبلدان وفئات السكان، تعكف الأمانة بالتشارك مع البنك الدولي على العمل بشأن إجراء مسح نموذجي عن حالات العجز يستند إلى المبادرات القائمة، وسيؤدي إلى إعداد أداة مسح موحدة. وقامت الأمانة أيضاً بنشر أطلس عن الموارد المتاحة عالمياً للوقاية من الحالات الصحية النفسية وعلاجها، وللمساعدة في حماية حقوق الإنسان الخاصة بمن يتعايشون مع هذه الحالات^٥.

٢٣- وإدراكاً من الأمانة أن العجز مسألة شاملة تضم جميع القطاعات ومختلف الأطراف الفاعلة، فإنها تعمل مع طائفة واسعة من الشركاء على مستوى مجالات عملها كافة. فهي تتولى مثلاً قيادة عملية تطوير أنشطة إعادة التأهيل المجتمعي من خلال بناء القدرات وتعزيز الشبكات على الصعيدين الإقليمي والعالمي.

١ منظمة الصحة العالمية والجمعية الدولية للأطراف الاصطناعية والتقويم والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، مبادئ توجيهية بشأن توفير الكراسي المتحركة اليدوية في الموضع القليلة الموارد، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨.

٢ منظمة الصحة العالمية واليونسكو ومنظمة العمل الدولية والاتحاد الدولي للإعاقة والتنمية. إعادة التأهيل المجتمعي: المبادئ التوجيهية بشأن إعادة التأهيل المجتمعي. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠.

٣ مجموعة أدوات منظمة الصحة العالمية لتحسين جودة التمتع بالحقوق: تقييم وتحسين جودة الرعاية والتمتع بحقوق الإنسان في مرافق الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢.

٤ منظمة الصحة العالمية واليونسيف. النمو والعجز في مرحلة الطفولة المبكرة: ورقة مناقشة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢.

٥ منظمة الصحة العالمية. أطلس الصحة النفسية لعام ٢٠١١. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

اجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة الرفيع المستوى

٢٤- دعت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عدة قرارات إلى مراعاة منظور العجز في جدول أعمال التنمية. ١ وقررت في القرار ١٢٤/٦٦ بصدد الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً فيما يتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة، أن تعقد اجتماعاً لمدة يوم واحد على مستوى رؤساء الدول والحكومات يوم ٢٣ أيلول/سبتمبر ٢٠١٣ تحت عنوان "سبل المضي قدماً: وضع خطة تنمية شاملة لمسائل الإعاقة حتى عام ٢٠١٥ وما بعده".

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٥- [تضمنت هذه الفقرة مشروع قرار اعتمدته المجلس التنفيذي بوصفه القرار م ت ١٣٢ ق ٥.]

= = =

١ القرارات ٢٨٨/٦٦ و ٢٢٩/٦٦ و ١٢٤/٦٦ و ١٨٦/٦٥ و ١٣١/٦٤.