



الطب الوقائي





منشورات جامعة دمشق

كلية الطب البشري

الطب الوقائي

الدكتورة هيام بشور

أستاذ في قسم طب الأسرة والمجتمع

١٤٣٧ - ١٤٣٨ هـ
٢٠١٦ - ٢٠١٧ م

جامعة دمشق:



الفهرس

الصفحة

الموضوع

9	تقديم
11	الباب الأول: أساسيات في الطب الوقائي
13	الفصل الأول: مفاهيم الطب الوقائي والصحة العامة
19	الفصل الثاني: أهداف الطب الوقائي واستخداماته
27	الفصل الثالث: مستويات الوقاية والطرق المتبعة في كل مستوى
37	الباب الثاني: وبائيات الأمراض السارية ومكافحتها
39	الفصل الأول: الأسس الوبائية وأسس مكافحة الأمراض السارية
59	الفصل الثاني: وبائيات الأمراض المنقولة مباشرة بالقطرات التنفسية ومكافحتها
77	الفصل الثالث: وبائيات الأمراض المنقولة بالتماس المباشر ومكافحتها
83	الفصل الرابع: وبائيات الأمراض المنقولة جنسيا وعن طريق سوائل البدن ومكافحتها

95	الفصل الخامس: وبائيات الأمراض المنقولة بالهواء ومكافحتها
109	الفصل السادس: وبائيات الأمراض المنقولة بالطعام والماء ومكافحتها
115	الفصل السابع: وبائيات الأمراض المنقولة بنواقل ومكافحتها
123	الفصل الثامن: وبائيات الأمراض المشتركة ومكافحتها
125	الفصل التاسع: وبائيات الأمراض المشفوية ومكافحتها
129	الباب الثالث: وبائيات الأمراض غير السارية ومكافحتها
131	الفصل الأول: الأسس الوبائية وأسس مكافحة الأمراض غير السارية
137	الفصل الثاني: وبائيات السرطان ومكافحته
143	الفصل الثالث: وبائيات أمراض القلب والأوعية ومكافحتها
149	الفصل الرابع: وبائيات الداء السكري ومكافحته
159	الفصل الخامس: وبائيات الإصابات ومكافحتها
167	الباب الرابع: العوامل السلوكية والوقاية
169	الفصل الأول: السلوك الصحي وتعزيز الصحة
173	الفصل الثاني: التثقيف الصحي
179	الفصل الثالث: نماذج من سلوكيات مضرّة بالصحة والوقاية منها
183	الباب الخامس: برامج وقائية خاصة

185	الفصل الأول: صحة الطفل
195	الفصل الثاني: صحة المراهقين
203	الفصل الثالث: الصحة الإنجابية
215	الفصل الرابع: صحة المسنين
219	الفصل الخامس: الصحة النفسية
229	الفصل السادس: الصحة الدولية
233	المراجع العربية والأجنبية
235	قائمة المصطلحات



تقديم

أعزائي الطلبة....

في لحظة تأمل تساءلت ونفسي لماذا تأخر إصدار كتاب الطب الوقائي هذا الزمن، وأدركت أن الأمر يتعلق بنقطتين أساسيتين إحداهما عامة والأخرى شخصية، واخترت أن أشارك بهما معكم ومع القراء الأكارم:

النقطة الأولى هي عامة تتعلق بطبيعة الطب الوقائي. لقد درجت كتب الطب الوقائي أن تختار في تقديمها جملة تقليدية هي: "درهم وقاية خير من قنطار علاج" ومع إعجابي الشديد بهذه العبارة وإيماني بأهميتها إلا أنني ضقت ذرعاً بها، فلم ألتزم بعد ما يقارب الربع قرن من العمل المهني في مجال الطب الوقائي ما يشير في نظامنا الصحي أو حتى في سلوكنا المهني أو الشخصي إلى تطبيق فعلي لهذه العبارة، فها هي الرعاية الثالثة تتقدم في مشافئنا على حساب الرعاية الأولية، وها هي أعداد الجراحين وأطباء الأمراض الباطنة التخصصية تتزايد بشكل كبير على حساب أعداد المختصين بالرعاية الأولية أو العامة أو الطب الوقائي أو حتى طب الأسرة، وها هم أطباؤنا يمتلكون من التبغ ودخان النرجيلة أضعاف ما يقومون به من رياضة صياحية، وهم أيضاً يبتعدون في ممارستهم لمهنة الطب كل البعد عن الوقاية وتقديم النصائح والمشورة للمرضى. وفي الوقت ذاته ترى الدول المتقدمة تلهث في سبيل تعزيز مفاهيم الرعاية الأولية وتطبيق الممارسات الوقائية السريرية وغير السريرية وتعمل جميع القطاعات الصحية وغير الصحية معاً لتعزيز الصحة والارتقاء بها.

والنقطة الثانية هي شخصية ترتبط كل الارتباط بفلسفة التعليم والتعلم، فأنا من أشد المعترضين على دور الأستاذ الجامعي الملقن وعلى ربط الطالب الجامعي

بدفأت كتاب كبر أو صغر فهو محدود الصفحات-ضيق الأفق- يملأ على الطالب ما " يجب " أن يعرف في الوقت الذي تتجه فيه سياسات التعليم حاليا إلى فلسفة التعلم والبحث. ومن المعروف أن أي كتاب بما فيه هذا الكتاب غير قادر على إعطاء المعرفة الكافية لطالبيها، بل هو دوما عرضة للنقص والشغرات، وأتطلع إذا للاستفادة من ملاحظاتكم القيمة على بريدي الإلكتروني.

أتمنى أن يثير هذا الكتاب بعضا من الأسئلة التي يستطيع الطالب البحث عن إجاباتها بنفسه ليساهم في تطوير إدراكه المعرفي لمفاهيم الطب الوقائي.

مع تمنياتي بالمعافاة.

تشرين الثاني 2008

هيام بشور

hyam-b@scs-net.org

الباب الأول
أساسيات في الطب الوقائي



الفصل الأول

مفاهيم الطب الوقائي والصحة العامة

Concepts of Preventive Medicine and Public Health

مقدمة:

اعتمدنا سابقاً تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة الصادر في عام 1948، وقلنا أن الصحة Health هي "حالة من المعافاة التامة جسدياً ونفسياً واجتماعياً، وليس مجرد انتفاء المرض أو الإصابة". ورغم النقد الموجه لهذا التعريف بأنه تعريف غير قابل للقياس فقد جاءت مبادرة تعزيز الصحة الصادرة عن ميثاق أوتاوا في عام 1984 لتوسع التعريف الأصلي فأصبح على الشكل التالي: "تعرف الصحة على أنها المدى الذي يصبح عنده الفرد أو المجموعة قادرين على تحقيق طموحاتهم وتلبية حاجاتهم للتغيير أو للتلاؤم مع البيئة. الصحة واحدة من الحقوق اليومية وليست غاية الحياة، فهي مفهوم إيجابي يؤكد على الموارد الشخصية والاجتماعية وعلى الإمكانيات الجسدية". وكان السبب في توسيع ذلك التعريف هو التركيز الهام والحركة النشطة الداعمة لمفهوم تعزيز الصحة أصلاً، فتعزيز الصحة Health promotion هو "عملية تمكين الناس من زيادة المقاومة والمكافحة وتحسين صحتهم. وهي تتعلق بالناس ككل، في سياق حياتهم اليومية دون التركيز على الناس المعرضين لخطر من مرض معين، وهذه العملية موجهة نحو العمل المتعلق بأسباب أو محددات الصحة". ونذكر أن محددات الصحة Health

determinants عديدة جدا ويساعد اختزال كلمة BEINGS حسب القائمة التالية في التذكير بمحددات الصحة:

B	Biological	العوامل الحيوية
B	Behavioral	العوامل السلوكية
E	Environmental	العوامل البيئية
I	Immunologic	العوامل المناعية
N	Nutritional	العوامل التغذوية
G	Genetic	العوامل الوراثية
S	Services, Social	العوامل الخدمية - الاجتماعية
S	Spiritual	العوامل الروحانية

الصحة العامة والطب الوقائي

يهدف الطب وخدمات الصحة العمومية إلى تعزيز الصحة وصيانتها وإعادتها عند حدوث المرض كما وتهدف الصحة العامة إلى الحد من المعاناة عامة. وعليه فإن ممارسة علوم الصحة العامة تحقق المرامي الأربع السابقة الذكر. ولن نسرد هنا لمحة تاريخية مفصلة عن موضوع ممارسة الصحة العامة والطب الوقائي فهذا ليس مطلوباً، إنما من المفيد أن نذكر أن الأمثلة عن المنجزات التي حققها الطب الوقائي والصحة العامة عديدة جداً. وعلى سبيل المثال نذكر استئصال مرض الجدري من العالم، وتراكم المعارف الخاصة

بتطبيق اللقاحات وتخفيض معدلات الوفيات وإطالة الحياة وحل العديد من المشاكل الصحية.

ومن المواقف الخاطئة في الأوساط الطبية هو أن يفصل الطبيب تماماً بين موضوع الطب العلاجي والوقائي. فالطبيب المختص في طب الأطفال يمارس الوقاية من خلال تطبيقه للقاحات، والطبيب المختص بأمراض النساء يمارس الوقاية من خلال الفحص الدوري للسيدة للكشف عن سرطان عنق الرحم، أما الطبيب الوقائي فهو يمارس الوقاية الثانوية من المرض من خلال دوره في كشف المرض باكراً وعلاجه قبل حدوث المضاعفات والعجز.

ويعرض الشكل التخطيطي رقم 1 التعاريف المفصلة لكل من الصحة العامة والطب الوقائي مميزاً بين كون الاختصاصي بالطب الوقائي هو طبيب بالضرورة أما الاختصاصي بالصحة العامة فليس من الضروري أن يكون طبيباً، ومن الاختصاصات الهامة التي رفدت ممارسة الصحة العامة نذكر علوم الهندسة والاجتماع والتمريض وغيرها.

الشكل التوضيحي 1: تعاريف الطب الوقائي والصحة العامة

الصحة العامة Public Health	الطب الوقائي Preventive Medicine
جهود منظمة يقوم بها المجتمع كله لحماية الصحة ونشرها بين الناس وتعزيزها وتتم من خلال اتباع أعمال اجتماعية شاملة .	تحسين حياة الأفراد من خلال مساعدتهم على تحسين صحتهم أو تطبيق الإجراءات الوقائية من قبل الأطباء الممارسين .

فالصحة العامة Public Health إذا هي جملة من العلوم والمهارات العملية والقيم والمواقف. موجبة بكاملها نحو الحفاظ على الصحة وتحسينها. وتتبدل أنماط الحياة العمومية بتبدل التكنولوجيا والقيم الاجتماعية رغم بقاء أهدافها ثابتة. فهي توفى إلى إنقاص كمية المرض في المجتمع، وإلى إنقاص الوفيات والمضاعفات والآثار الجانبية والعجز لدى الناس. فالصحة العامة إذن من الجهود الجماعية المؤسسية في المجتمع فهي نظام وممارسة وهي بذلك مهمة الدولة والمجتمع يقوم بها أشخاص قادرون على ذلك. أما الطب الوقائي Preventive Medicine فهو أحد حقول الممارسة التخصصية في الطب وله أنظمة واضحة ويتبع مهارات تركز على صحة مجموعة محددة من الجماهير بغرض حفظها وتعزيزها واتقاء المرض والعجز والوفيات المبكرة. وبالإضافة إلى المعارف في العلوم الأساسية والسريرية التي يتمتع بها الأطباء العامون، فإن الملامح المميزة للطب الوقائي تشمل المعرفة والكفاءة في الوبائيات والإحصاءات الحيوية والإدارة والتخطيط والتمويل وتقييم البرامج الصحية وصحة البيئة وتطبيق العوامل السلوكية والاجتماعية في مجال الصحة والمرض، وتطبيق الإجراءات الوقائية الأولية والثانوية والثالثية في الطب السريري. وحسب الكلية الأمريكية للطب الوقائي فإن الطب الوقائي هو تحسين حياة الأفراد من خلال مساعدتهم على تحسين صحتهم أو تطبيق الإجراءات الوقائية من قبل الأطباء الممارسين، وحسب كلية علوم الصحة العمومية في بريطانيا فإن طب الصحة العمومية يعني ممارسة الطبيب للصحة العمومية.

ومن التعابير المستخدمة في مجال العلوم الطبية تعبير طب المجتمع Community Medicine. وطب المجتمع هو "دراسة الصحة والمرض ضمن الجماعة في مجتمع ما، والهدف من ذلك التعرف على المشكلات

والاحتياجات الصحية، وتحديد الوسائل التي يتم بواسطتها تلبية هذه الاحتياجات، وتقييم المدى الذي تعمل الخدمات الصحية على تلبية هذه الاحتياجات. بالإضافة إلى ممارسة الطب الذي يهتم بالمجتمعات أكثر من اهتمامه بالأفراد، فهو يساهم بالإضافة إلى ما سبق في تنظيم مستلزمات الرعاية الصحية على مستوى المجتمع". ويطلق على مفهوم التكامل بين طب المجتمع وبين الرعاية الصحية للأفراد اسم الرعاية الأولية المجتمعية التوجه Community-oriented primary care ، فالطبيب أو الفريق الممارس للرعاية الأولية هو المسؤول عن الرعاية الصحية على كل من المستويات الفردية أو المجتمعية أو على مستوى الجُمهرة، ومن أهم المساهمين في الرعاية الأولية في دول العالم هم أطباء الأسرة أو أطباء العائلة Family physicians.

وفي إطار التعليم الطبي يتم التمييز بين نوعين من النماذج التعليمية، أما الأول فهو النموذج التقليدي الذي يركز على تشخيص المرض وعلاجه والنموذج الحديث هو النموذج المعتمد على فهم أساس تعزيز الصحة والتدريب لتحقيقه. ويوضح الشكل التخطيطي رقم 2 هذا الفرق، أملين أن يساهم تعليمنا الطبي في سورية النموذج الحديث حتى يحقق المعايير العالمية للتعليم الطبي.

الشكل التوضيحي 2: نماذج التعليم الطبي في مجال الطب الوقائي والصحة العامة

النموذج التقليدي	النموذج الحديث
1 - تشخيص المرض	1 - فهم الأساس العلمي والسريري لتعزيز الصحة العامة للأفراد والمجتمعات
2 - علاج المرض بعد تشخيصه	2 - يبقى التشخيص والعلاج جزء هام من الرعاية

الصحية

3 - التركيز على تعزيز الصحة وحفظها

4 - دمج الوقاية في ممارسة كل الأطباء دون

استثناء



الفصل الثاني

أهداف الطب الوقائي واستخداماته

Goals and Uses of Preventive Medicine

أهداف الصحة العامة والطب الوقائي

حسب ما أشرنا في الإطار المفاهيمي الموضح في الفصل السابق فإن أهداف الصحة العامة والطب الوقائي تتلخص بما يلي:

- 1- تعزيز الصحة
- 2- الوقاية من أمراض نوعية
- 3- تطبيق تقنيات علوم الوبائيات ومفاهيمها لتحقيق هذه الأهداف،
مذكرين أن علم الوبائيات هو العلم الذي يدرس توزع الأحداث
الصحية ومحددات هذا التوزع في جمهرة معرفة وتطبيق ذلك في
المكافحة.

وسنفضل فيما يلي أهداف الوقاية وتحدياتها وكيفية قياس نجاعتها.

أهداف الوقاية والمقاييس المستخدمة

تهدف الوقاية والمكافحة بشكل عام إلى:

- ❖ الحد من الوقوع
- ❖ تأخير هجمة العجز

❖ الحد من وخامة المرض

❖ إطالة العمر

❖ الحد من الوفيات

وتستعمل عادة جملة من المقاييس لقياس الحالة الصحية للمجتمعات والتأكد من تحقيق أهداف الوقاية عامة، ومن هذه المقاييس ندرج ما يلي:

1 - معدل الوفيات Mortality rate : وهو نسبة عدد الأشخاص المتوفين إلى 1000 نسمة، ويمكن أن تكون هذه النسبة عالية أو منخفضة.

2 - مأمول العمر Life expectancy : وهو المدة التي يتوقع أن يعيشها الشخص بعد ولادته أو بعد نقطة ما من الزمن، ويتعلق بالعمر والجنس.

3 - العجز Disability : وهو عدم القدرة على القيام بعمل معين بعد إصابة الشخص بمرض وكان يستطيع أن يقوم به قبل ذلك. ولا تتوفر مقاييس دقيقة عن العجز في سورية.

4 - المراضة Morbidity - هناك معايير عديدة للمراضة ومن أهمها معدل الانتشار الذي يعزى إلى كامل الحالات الموجودة في المجتمع من مرض معين، ومعدل الوقوع الذي يعزى إلى وقوع حالات جديدة من مرض معين.

5 - نوعية الحياة Quality of life : وهذا يعود إلى الحالة الاقتصادية والاجتماعية والوظيفية ... الخ . والهدف من هذه المقاييس أن يعيش الأفراد بحالة صحية جيدة دون عجز أو مرض مزمن حتى وقت قليل قبل الوفاة.

ومن المشعرات الأخرى الهامة جدا في تقييم العملية الوقائية وتعزيز الصحة العامة في المجتمع نذكر :

1 - مشعر QALY (Quality adjusted life years) أي السنوات المصححة التي يعيشها الفرد بنوعية حياة جيدة.

2 - مشعر DALY (Disability adjusted life years) أي السنوات المصححة التي يعيشها الفرد خاليا من العجز.

وقد باتت هذه المقاييس غاية في الأهمية وتزداد الدراسات حولها وحول مصداقيتها في أنحاء مختلفة من العالم.

وهناك تعبير آخر هام جدا من الضروري لفت النظر له هنا ألا وهو تعبير اقتصاديات الوقاية Prevention economics ، ولذلك طرائق تشتمل على نوعين من التحاليل من أجل تقييم مدى فاعلية العمل في مجال دعم الوقاية وتعزيز الصحة، والنوعان هما:

1 - تحليل التكلفة - الفائدة: حيث تتم المقارنة بين الإمكانيات الموضوعة في خدمة مكافحة المرض وبين النتائج أو الفائدة المجنية.

2 - تحليل التكلفة - الفعالية: وهنا تتم المقارنة بين التكلفة المصروفة في علاج مرض ما والوقاية منه وبين الفعالية في ذلك خلال مرحلة العلاج.

ومن الأمثلة التي أجريت في الجمهورية العربية السورية لمثل هذا التحليل نذكر التحليل الاقتصادي لنظام العلاج تحت الإشراف المباشر لمرض السل أو ما يطلق عليه بنظام الـ DOTS أي علاج السل تحت المراقبة الطبية اليومية المباشرة في المراكز الصحية حيث يتم تسجيل ووصف تطورات المرض تباعا حتى يتم الشفاء التام اخذين بالحسبان أن علاج الحالة وشفاءها هو الركيزة الأساسية للوقاية من مرض السل. وقد تبين أن هذا النظام في سورية هو نظام فعال بالنسبة للتكلفة.

تحديات الوقاية:

وللوقاية والمكافحة تحديات كبيرة من المناسب التفكير بها، ومن أهم هذه التحديات نذكر :

- غياب المعلومات الدقيقة والكاملة عن المقاييس المختلفة (الوفيات- المراضة- نوعية الحياة- عبء المرض - الخ) فهناك شح كبير في المعلومات والمقاييس والمشعرات وخاصة في دول العالم غير المتقدم
- غياب البحوث التطبيقية في المجتمعات التي تزود بنتائج علمية حول حل المشكلات الصحية وبرامج التدخل وفعاليتها
- الاختلافات بين المجتمعات حتى في البلد الواحد، وهذه الاختلافات تنجم عادة عن فروقات اجتماعية اقتصادية لم تواجهها أنشطة التنمية في الدول على الأغلب
- السياسات الصحية والاجتماعية وهي للأسف غائبة أو غير مدروسة بشكل جديد في المجتمعات النامية
- التواصل في مفهوم الخطر فالمريض عادة يشكو المرض ولكنه لا يشكو خطر المريض. وعلى سبيل المثال يراجع الشخص طبيباً عند وجود العلامات الصريحة لمرض السكري، لكنه لن يستشير الطبيب إذا كان فرداً في عائلة سكرية ومصاباً بالبدانة.
- ويشهد العالم تحدياً كبيراً في المستقبل غير البعيد وذلك مع الانتهاء من برنامج الجينوم البشري حيث ستفرض الاختبارات الجينية تحدياً كبيراً على الوقاية بشكل عام، حيث بات من الممكن دراسة الاستعداد الجيني للمرض وتطبيق العلاج الجيني في بعض الحالات.

المدى البرمجي للصحة العمومية

كما أسفنا فإن المرمى المطلق للصحة العمومية هو الوقاية من المرض وتعزيز الصحة في المجتمعات. لقد ازداد الاهتمام بنوعية الحياة في الوقت الحاضر وذلك بالمقارنة مع الأهداف التقليدية لمكافحة المرض. ورغم ما حققته برامج الصحة العامة إلا أن العديد من الأفراد ما زال غير مستفيد من هذه البرامج، وما زال الموت المبكر والمرض والعجز مشاكل تشاهد خاصة في دول العالم النامي.

وتتم الوقاية من الأمراض من خلال:

- 1- التأكيد على الجوانب الوقائية في الرعاية الطبية كاللقاحات والتحري عن الأمراض. ومن الجدير بالذكر أن تشير إلى أن الخدمات العلاجية الصرفة استحوذت تقليدياً على اهتمام مقدمي الرعاية الصحية وعلى الميزانية العالية وذلك بسبب كونها ملحة في حياة الفرد. أما الأنظمة الصحية التي تركز على الوقاية من المرض وتعزيز الصحة فقد بدأت بالانبعاث بشكل بطيء في بعض الدول. إن الغرض الرئيس للصحة العمومية في المستقبل القريب هو إيجاد توازن ملائم بين تأمين: (أ) الرعاية الصحية الجيدة والمعتمدة على البيانات العلمية وعلى التقنية المناسبة وبالكلفة المتاحة، (ب) الطب العلاجي الموجه بشكاية المريض، (ج) الخدمات الوقائية والمعززة للصحة. والتوازن الأمثل يتحدد عادة بإمكانيات الدول ومواردها. وفي البلاد النامية قد يكون من الأجدر أن نركز على الخدمات الوقائية المعززة للصحة والفعالة بالنسبة للتكلفة

بالمقارنة مع الرعاية التي توجهها شكاوي المرضى فقط والتي تستنزف موارد هي على الأغلب شحيحة.

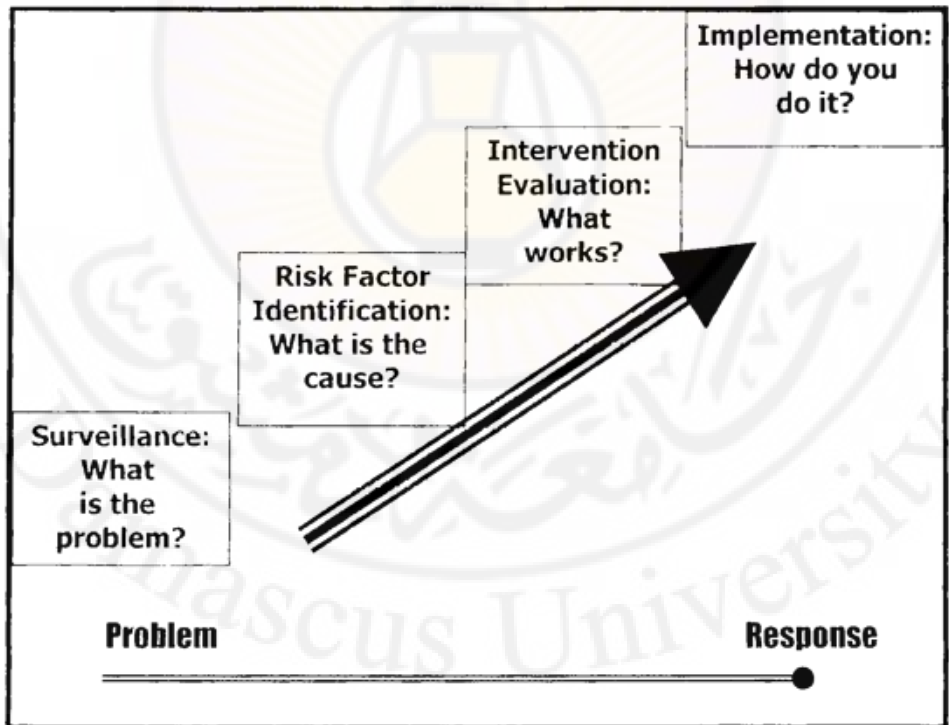
2- التنقيف الصحي وتعديل السلوك بما في ذلك المحددات الاجتماعية للصحة. ونؤكد هنا أن المسؤولية الأولى للرعاية الصحية هي في تطوير استراتيجيات فعالة في تعزيز أنماط الحياة الصحية، وقد يتم ذلك بأساليب عديدة منها التركيز على رغبة المجتمعات بسلوك صحي قويم كما في موضوع تدخين السجائر، أو العمل مع الأفراد من خلال العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض أو تنقيف مجموعات صغيرة من الأفراد، أما المنهج الثالث فهو تطبيق التدخلات في المجتمعات نفسها وذلك لتعزيز السلوك الصحي القويم بشكل عام. وعلى سبيل المثال فقد استطاعت بعض الدول المتقدمة أن تقلل من انتشار التدخين في مجتمعاتها بشكل فعال وملفت للنظر وذلك بإتباع جملة الأساليب المذكورة أعلاه.

3- ضبط البيئة لتكون معززة للصحة، ومن الضروري توفير طرق فعالة في الحد من أثر البيئة السلبي على الصحة من خلال جهود المجتمع والحكومة وخاصة أن التكنولوجيا باتت أكثر وفرة لتستخدم بشكل قويم وصحي لكنها وللأسف تستخدم في ما ينعكس سلباً على الإنسان في غالب الأحيان.

4- غرس وتعزيز إرادة الحكومات ورغبتها في تطبيق مبادرات الصحة العمومية، وهذا شأن حيوي لن نستفيض في نقاشه هنا إلا أنه بديهي جداً في تحقيق الصحة. إن الوعي لأهمية البنية الحكومية التي تنظم خدمات الصحة العمومية هو الأهم في كل ما سبق.

ولا ضير من التذكير هنا أن استراتيجيات الصحة العمومية إنما تعتمد كل الاعتماد على رصد الأحداث الصحية ومناظرتها في المجتمعات وتطبيق التدخلات المختلفة ومن ثم تقييمها. وفي حقيقة الأمر فإن نظاماً للمعلومات الصحية فعالاً وجيداً هو اللبنة الأساسية في وضع أي استراتيجية صحية. ولن نتمكن من التفصيل بهذا الموضوع هنا على الرغم من أهميته المطلقة. إلا أن الشكل التالي يلخص وبشكل واضح المقاربة الصحية العمومية فهو يبدأ من تعريف المشكلة ومن ثم دراسة عوامل الخطر وتطبيق التدخل ومن ثم تقييمه لتعميمه.

الشكل التوضيحي 3 : المقاربة الصحية العمومية



أمثلة على الوقاية كممارسة

ومن الأمثلة المفيدة على الوقاية كممارسة نذكر القائمة التالية:

- 1- تطبيق اللقاحات للوقاية من أمراض نوعية كشلل الأطفال والحصبة الخ
 - 2- إعطاء الحوامل حمض الفوليك وقائياً في فترة التخطيط للحمل للوقاية من عيوب الأنبوب العصبي عند الجنين
 - 3- الكشف المبكر عن الأورام من خلال برامج التحري كتحري سرطان الثدي وعنق الرحم
 - 4- تطبيق الاستشارات الوراثية لمنع الأمراض الوراثية
 - 5- تطبيق الفحوص الدورية على العمال لكشف الأمراض المهنية باكراً لديهم
- وعندما تتحول هذه الأمثلة إلى سياسات صحية يكون التكامل بين الطب الوقائي والصحة العامة بحده الأعظمي.

الفصل الثالث

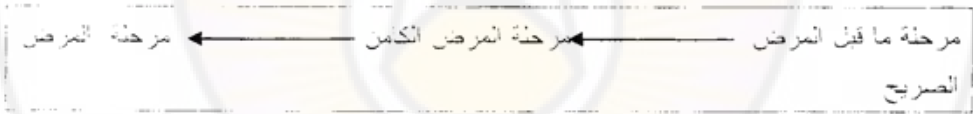
مستويات الوقاية والطرق المتبعة في كل مستوى

Levels of Prevention and approaches

مقدمة

إن فهماً جيداً لتاريخ المرض وتطوره هو الأساس في التعرف على مستويات الوقاية وكما نعرف فإن التاريخ الطبيعي للمرض Natural history of disease يكون عادة على الشكل التالي (رقم 4):

الشكل التوضيحي 4: التاريخ الطبيعي للمرض



وعليه من الممكن القول إن المستويات الرئيسية للوقاية هي ثلاث حسب التصنيف التقليدي (أولية، ثانوية، ثالثة) وأربع حسب التصنيف الجديد (بدئية، أولية، ثانوية، ثالثة). وكما يلحظ في الشكل التوضيحي رقم 5 فإن الفرق الأساس بين التصنيفين هو في مستوى الوقاية الأولية التي يقسمها التصنيف الجديد إلى مستويين. وفيما يلي شرحاً للطرق الوقائية المتبعة في كل من هذه المستويات.

الشكل التوضيحي 5 : مستويات الوقاية Levels of prevention

مرحلة المرض	التصنيف التقليدي	التصنيف الحديث
ما قبل المرض	مستوى الوقاية	مستوى الوقاية
المرض	مستوى الوقاية	مستوى الوقاية
المرض الكامن	مستوى الوقاية	مستوى الوقاية
المرض العرضي	مستوى الوقاية	مستوى الوقاية
المرض والصريح	مستوى الوقاية	مستوى الوقاية

مستويات الوقاية والطرق المتبعة في كل مستوى

الوقاية الأولية Primary prevention

تهدف الوقاية الأولية إلى الحفاظ على الصحة من خلال إزالة الأسباب المؤهبة ومحددات المرض أو محدثات الانحراف عن الصحة. ويتم ذلك من خلال إزالة العامل المسبب كما حدث في استئصال الجدري أو من خلال حماية الجبهة من مرض ما من خلال تطبيق اللقاح. وبلغ علم الوبائيات تهدف

الوقاية الأولية إلى الحد من وقوع المرض أي من وقوع الحالات الجديدة من المرض.

ولأن الوقاية الأولية تهدف إلى الحد من وقوع المرض فهي تبدأ في مرحلة ما قبل المرض، والوقاية الأولية إما أن تكون نوعية أو غير نوعية وحسب التصنيف الحديث لمستويات الوقاية تدعى الوقاية غير النوعية بالوقاية البدنية primordial والوقاية النوعية بالوقاية الأولية primary. ويظهر الشكل التوضيحي رقم 6 بعضاً من الأمثلة على الإجراءات الوقائية التي تطبق في تلك المستويات.

الشكل التوضيحي 6 : أمثلة على مستويات الوقاية البدنية والأولية

الوقاية البدنية	الوقاية الأولية
وقاية غير نوعية بتعزيز الصحة من خلال:	وقاية نوعية من خلال:
1. التغذية الجيدة للوقاية من جملّة	1. اللقاحات حسب البرنامج الوطني
عديدة من الأمراض	للوقاية من أمراض قابلة للوقاية
2. ممارسة الرياضة للوقاية من	باللقاح
أمراض القلب والسكري وبعض	2. استعمال أحزمة أمان للوقاية من
السرطانات	الإصابات عند وقوع الحوادث
3. حماية البيئة للوقاية من أمراض	3. الوقاية من أمراض عوز
عدة	المغذيات الدقيقة كاستعمال الملح
4. رعاية الحوامل لحماية الحامل	الميوّن

وكما أشرنا يعمل بعض المؤلفين على ترويج مصطلح الوقاية البدنية لتبسيط الوصف الخاص بالتخلص من عوامل الخطر أي العوامل التي ترتبط بوقوع المرض، وللتعرف على طلائع المرض كما في الاستشارة الوراثية لتجنب الحالات المحددة وراثيا وغير ذلك. فهي إذا تختلف عن الوقاية الأولية بأنها تنقص أخطار التعرض.

وتشمل الوقاية الأولية استراتيجيتين كثيرا ما تكمل إحداها الأخرى، والاستراتيجية الأولى هي استراتيجية جمهرة السكان Population strategy وبطبيعة الحال فهي تركز على كل السكان بهدف الحد من احتمال الخطر، أما الاستراتيجية الثانية فهي إستراتيجية الأفراد ذوي الاخطار العالي high risk وهي تركز على الأفراد ذوي الدرجة العالية من احتمال الخطر أي على الأفراد الأكثر استعدادا. وتعد الاستراتيجية الثانية أكثر فعالية لمن يواجه خطر مرض معين كأقارب المرضى السكريين أو المدخنين أو ما شابه. ومن الأمثلة على الاستراتيجية السكانية نذكر مثلا توعية الجمهرة لممارسة النشاط البدني أو استخدام حزام الأمان في السيارة. ويبين الجدول التالي محاسن استراتيجيات الوقاية الأولية ومساوئها.

الجدول 1: محاسن استراتيجيات الوقاية الأولية ومساوئها

استراتيجية جمهرة السكان	استراتيجية الأفراد ذوي الاختطار العالي
المحاسن	المحاسن
حسنة	ملائمة للأفراد
احتمال النجاح كبير بالنسبة للسكان	وجود الحافز الشخصي
ملائمة سلوكياً	وجود الحافز لدى الأطباء
المساوى	المساوى
قلة فائدتها الظاهرة بالنسبة للأفراد	صعوبات استعراف الأفراد ذوي الاختطار العالي
ضالة الحافز بالنسبة لكل شخص	تأثيرها مؤقت
ضالة الحافز لدى الطبيب	تأثيرها محدود
نسبة الفائدة لقاء الاختطار قد تكون قليلة	غير ملائمة سلوكياً

الوقاية الثانوية Secondary prevention

تعنى الوقاية الثانوية الكشف المبكر عن المرض قبل أن يبدأ بإحداث التخريب غير العكوس. وبلغه الوبانيات فإن الوقاية الثانوية تهدف إلى الحد من انتشار المرض ومن مدته ومن العجز المرتبط به.

وتتحقق الوقاية الثانوية بتطبيق برامج التحري screening وهو الاستعراف الافتراضي لمرض أو لعيب لم يتم التعرف عليه من قبل وذلك عن طريق تطبيق الاختبارات والفحوصات والإجراءات الأخرى التي يمكن إجراؤها بسرعة. فاختبارات التحري تفرز الأشخاص الذين يبدوون بصحة جيدة ظاهرياً

رغم كونهم مصابون بالمرض عن غيرهم من غير المصابين بالمرض. إن اختبار التحري لا يهدف لأن يكون اختباراً تشخيصياً ولا بد من إحالة الأشخاص الذين لديهم موجودات إيجابية أو مشتبهة إلى الأطباء المختصين لوضع التشخيص النهائي وتطبيق المعالجة اللازمة. وهناك مبادرات عدة لإجراء التحري سواء من الباحثين أو من الأشخاص القائمين على تأدية الخدمة الصحية. ويهتم التحري بالأمراض المزمنة عادة التي يساعد تاريخها الطبيعي أصلاً في التحري عنها.

ومن الضروري أن تتوفر باختبارات التحري الشروط التالية:

- أن يكون الاختبار عالي الحساسية أي أنه قادر على كشف المرض فعلاً

- أن يكون عالي النوعية أي أنه مشخص للمرض

- أن يكون مقبولا من قبل المريض

- أن يكون قليل التكلفة

- أن يتوفر للمرض اختبار تشخيصي وعلاج ويكون المرض هاماً من وجهة النظر الصحية

أما المعايير التي يجب أن تتوفر في برنامج التحري فهي موجودة في الشكل التوضيحي رقم 7.

الشكل التوضيحي 7: معايير برامج التحري

خطير	الخاصة بالمرض
انتشار عال في المرحلة قبل السريرية	
التاريخ الطبي مفهوم	
فترة طويلة بين العلامات الأولى وبين المرض الصريح	
حساس ونوعي	بالاختبار
بسيط ورخيص	التشخيصي
مأمون ومقبول	
معول عليه	
المرافق الصحية كافية	بالتشخيص
العلاج الفعال والمقبول والمأمون متوافر	والمعالجة

ويجب أن نفرق بين اختبارات التحري والاختبارات التشخيصية، فعندما يكون اختبار التحري إيجابياً هذا يعني ضرورة الانتقال للمرحلة التالية وهي تطبيق الاختبارات التشخيصية، والاختبارات التشخيصية إما أن تكون إيجابية فهذا يعني أن إيجابية اختبار التحري كانت حقيقية، أو أن تكون سلبية فهذا يعني أن اختبار التحري أعطى إيجابية كاذبة. ومن الأمثلة الجيدة على اختبارات التحري نذكر:

- ✓ اختبار التحري عن سرطان الكولون عن طريق الدم الخفي بالبراز
- ✓ اختبار التحري عن سرطان الثدي عن طريق استخدام الماموغرام

✓ اختبار التحري عن سرطان عنق الرحم عن طريق اختبار اللطاخة

ومن الضروري أن يلي التحري إجراء تدخلات لمعالجة المشكلة. وهناك ما يطلق عليه مسمى "الكتاب المرجعي لخدمات الطب الوقائي السريرية"، وهي تصدر عن مجموعة عمل الخدمات الوقائية في الولايات المتحدة وكندا والتي تصدر دليلاً يحدث بشكل دوري حول اختبارات التحري، ويوجد هذا الدليل على صفحات الانترنت في الوقت الراهن.

وهناك أنواع مختلفة من التحري الطبي ولكل منها هدفه فقد يكون جموعياً Mass أو متعدداً Multiple أو متعدد الأطوار Multiphasic أو مستهدفاً لمجموعات معينة Targeted أو انتهازياً Case-finding/opportunistic. فالتحري الجموعي يعني ببساطة تحري جميع السكان، والتحري المتعدد أو المتعدد الأطوار يتناول إجراء عدد من اختبارات التحري في وقت واحد، أما التحري المستهدف فيهدف إلى الكشف الباكر عن أمراض معينة لدى الأشخاص الذين يفترض أنهم أصحاء من مرض معين والذين يمكن مكافحة مرضهم بشكل أفضل إذا أمكن كشفه باكراً كتحري الرصاص عند العاملين في الرصاص، والتحري الانتهازى ويقتصر على المرضى الذين يستشيرون الممارس الصحي لغرض آخر فينتهز الفرصة لإجراء بعض اختبارات التحري لديهم.

الوقاية الثالثة Tertiary prevention

تعني الوقاية الثالثة معالجة المرض الصريح للحد من احتمال العجز والوفاة. وبلغة الوبائيات فإن الوقاية الثالثة تهدف إلى الحد من العجز و العواقب

وبالتالي من احتمال الوفاة ، وهذا ما يركز عليه ولسوء الحظ عمل الأغلبية الساحقة من الأطباء الممارسين. وتعتمد الوقاية الثالثة بشكل رئيس على علاج المرض وعواقبه وإعادة تأهيل المرضى.

وتشمل الوقاية الثالثة كل من:

- الحد من العجز: أي إجراء أي خطوة تؤدي إلى منع حدوث العجز أو حتى تأخيرها
- إعادة التأهيل: ويطبق في حال العجز من أجل تحسين الوضع الوظيفي والنفسي للمريض.



الباب الثاني

وبائيات الأمراض السارية ومكافحتها



الفصل الأول

الأسس الوبائية وأسس مكافحة الأمراض السارية

Principles of Epidemiology and Control of Communicable Diseases

مقدمة

من المناسب أن نذكر بداية بتصنيف المرض وبشكل عام هناك من يصنف الأمراض حسب مدة الإصابة إلى أمراض حادة acute وأمراض مزمنة chronic. ومن الممكن أيضا أن تصنف الأمراض حسب آليات الحدوث إلى أمراض سارية communicable وأمراض غير سارية Non-communicable. فالزكام البسيط مثلا مرض سار وحاد، والسل مرض سار ومزمن، والإصابات مرض غير سار من النوع الحاد، أما السكري فهو مرض غير سار من النوع المزمن. وتصنف الأمراض السارية أيضا إلى أمراض وبائية epidemic تحدث في المجتمعات بأعداد أكثر من المتوقع كأوبئة السحايا والكوليرا وإلى أمراض مستوطنة endemic تتواجد في المجتمعات بشكل متوطن كداء السلمونيلات. وليس القصد من هذا التصنيف إلا تيسير فهم الأسس الوبائية وأسس مكافحة تلك الأمراض، وهذا ما يجب أن يحققه البابان الثاني والثالث من هذا الكتاب إذ سيبحث الباب الثاني بجملة منتقاة من الأمراض السارية أما الباب الثالث فسيبحث في جملة منتقاة أخرى من الأمراض غير السارية.

تعريف

يعرف المرض الساري communicable disease على أنه مرض ناجم عن عامل معد Infectious agent معين أو عن منتجاته السامة من مصدر كان فيه في فترة الحضانة كشخص أو حيوان مصابين بالعدوى أو يؤويانه كمخزن له، أو من مستودع آخر من غير الأحياء إلى الثوي المستعد، وقد يتم انتقاله إما مباشرة أو بعد مروره عبر ثوي متوسط (حيواني أو نباتي) أو ناقل أو بيئة غير حية.

إن أهم النقاط التي تميز الأمراض السارية هي:

- أ- يمكن لمصدر العدوى الواحد أن يسبب العديد من الحالات
- ب- يمكن تحويل بعض الأشخاص المستعدين إلى أشخاص غير مستعدين عن طريق التمنيع
- ت- كثير من الحالات الطارئة ذات الأهمية العالمية تتجم عن الأمراض السارية كما في حالات الأوبئة الكبيرة من الكوليرا أو السحايا أو الانفلونزا
- ث- إن طرق الوقاية والمكافحة من الأمراض السارية معروفة أكثر من الأمراض غير السارية بسبب فهم إمراضيتها بشكل أفضل

وتصنف الأمراض السارية بسبل مختلفة فعلى سبيل المثال يمكن أن تصنف على الشكل التالي، وغالباً ما سنعتمد هنا التصنيفين الأخيرين:

- حسب العامل الممرض: أمراض فيروسية - أمراض جرثومية
- أمراض طفيلية- الخ ... وهذا مناسب من وجهة نظر الجرثوميات والطفيليات

- حسب المظاهر السريرية: أمراض تنفسية- أمراض هضمية -
أمراض جلدية- الخ ... وهذا مناسب في دراسة الأمراض
الإثنائية من الناحية السريرية
- حسب طريق الانتقال: الأمراض المحمولة بالهواء- المحمولة
بالغذاء- المرتبطة بالماء- المنقولة بالحشرات- التي تتوسطها
التربة- الخ وهذا التصنيف مناسب من الناحية الوبائية
- حسب طريقة الوقاية: الأمراض القابلة للوقاية باللقاحات-
الأمراض القابلة للوقاية عن طريق مكافحة الحشرات - الخ....
وهذا التصنيف هام من الناحية الوقائية.

إن الدراسة الوبائية للمرض الساري تعني تطبيق مبادئ علم الوبائيات في فهم
المرض وعوامل حدوثه ومحددات ذلك الحدوث وتطبيق كل ذلك في مكافحة.
والمكافحة هي جملة العمليات أو البرامج الهادفة إلى تخفيض وقوع أو انتشار
الحالات المرضية المعدية أو إنهاؤها.

العامل الممرض وطرق الانتقال والثوي Agent, transmission, and host

لأن المفتاح الأساس لدراسة أي مرض هو فهم ما يطلق عليه اسم المثلث الوبائي
Epidemiologic trial أو العوامل الثلاث في حدوث المرض والتي تشمل
العامل الممرض Agent وطرق الانتقال Transmission والثوي المستعد
Susceptible Host (الشكل التوضيحي 8)، فسنهتم بدراسة هذه العوامل
لاحقاً. ويضيف البعض لتلك العوامل الثلاث عامل البيئة أما البعض الآخر
فيعتبر البيئة جزءاً من طرق الانتقال.

الشكل التوضيحي 8 : عناصر المثلث الوبائي



وفي مجال الأمراض السارية ولتوضيح مفهوم السارية في تلك الأمراض يستخدم الدارسون تعبير سلسلة العدوى Chain of infection بشكل شائع أكثر من استخدام المثلث الوبائي ويعرض الشكل التوضيحي رقم 9 سلسلة العدوى، وستتم دراسة كل من مفردات تلك السلسلة نظرا لأهميتها في رسم الأطر العامة للوقاية والمكافحة من الأمراض السارية.

الشكل التوضيحي 9 : سلسلة العدوى



أولاً- العامل الممرض: ويمكن لهذا العامل أن يكون فيروساً أو جرثوماً أو من الريكتسيات أو الأوالي أو الديدان أو الفطور أو من مفصليات الأرجل، كما يمكن له أن يكون عاملاً كيميائياً أو فيزيائياً (كالسم). ومن الضروري أن يتكاثر هذا العامل الممرض ويجد طريقة للانتقال والبقاء حياً. وهكذا فإن من أهم النقاط الواجب التفكير بها والمتعلقة بالعامل الممرض هي:

○ طريقة التكاثر multiplication فإما أن يكون جنسياً أو غير جنسي ولهذا مضامينه عند تحديد طرق مكافحة

○ إمكانية البقاء حياً survival وهذا يعتمد على وجود مستودع reservoir للعامل الممرض أو على القدرة على التبوغ persistence أو القدرة على البقاء حياً خلال فترة كمون latency يكون فيها العامل الممرض غير معد أو تعتمد على القدرة على التكاثر ضمن ناقل معين development in vector.

○ أثر العامل الممرض على الثوي، فالاستجابة ترتبط بفوعة virulence العامل الممرض أي قدرته على إحداث الأشكال الوخيمة من المرض، وبسميته Toxicity أي قدرته على تشكيل السم، وترتبط بالجرعة المعدية infective dose منه وتختلف هذه من مرض إلى مرض آخر.

ثانياً - مستودع العدوى: ويعرف على أنه أي شخص أو حيوان أو حشرة من المفصليات أو تربة أو مادة، يمكن للعامل المعدي أن يعيش فيها بشكل طبيعي ويتكاثر فيها ويعتمد عليها لبقائه حياً، ويمكنه أن يتكاثر بطريقة تمكنه من الانتقال إلى الثوي المستعد. وبمعنى آخر هو الموطن الطبيعي للعامل الممرض.

والمستودع الإنساني مرتبط بحالتين أولاًهما عندما يكون الإنسان مريضاً نتيجة للعدوى بالعامل الممرض والثانية عندما يكون حاملاً للعامل الممرض. وتختلف أهمية الحالات المرضية باعتبارها مصدراً للعدوى وفق شدتها وخطورتها فكلما كانت الحالة خفيفة زاد خطرهما على المجتمع لأن الفرد المصاب لا يحس بالخطر ولا تقيد حركته ضمن مجتمعه وبيئته أما إذا كانت الحالة شديدة فإن إحساس الفرد بالخطر يدفعه إلى طلب العون الطبي وتقييد حركته ويعالج مما قد يخفف خطره على المجتمع. أما الحامل carrier فهو إنسان مصاب بالعدوى من غير أن تبدو عليه مظاهر مرضية سريرية وهو يخدم كمصدر كامن لعدوى

الآخرين، ويلعب بذلك دوراً هاماً في نقل العدوى لأنه غير مقيد في حركته عادة وهو في الأغلب يجهل حقيقة دوره. وللحامل الإنساني أنواع عدة فهناك الحامل الصحي healthy carrier الذي لا تتظاهر عدواه مرضياً، والحامل الحضاني incubation carrier أي المصاب بالعدوى ولم يظهر عليه المرض (أي أنه يمر بفترة الحضانة وهي الفترة ما بين دخول العامل الممرض إلى الجسم وظهور الأعراض المرضية)، والحامل الناقل convalescent carrier أي الذي شفي من مرض معين ولا يزال حاملاً للعامل الممرض، وهناك أيضاً الحامل الصحي المزمن chronic carrier الذي يحمل العدوى لسنوات عديدة. أما المستودع الحيواني فهو هام جداً في الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان.

ثالثاً- طريق الخروج: من المهم أن يجد المسبب الحي مخرجاً من مستودعه ليصل إلى الثوي المستعد فإذا بقي سجيناً ضمن المستودع فهذا يعني عدم حدوث حالات جديدة وتوقف انتشار المرض. وهناك مخارج عدة للعدوى كالمخرج التنفسي في أمراض السبيل التنفسي وهو من أهم المخارج وأصعبها في عملية مكافحة فالتنفس عملية حيوية لا تتوقف والمفرزات التنفسية دائمة الخروج، وهناك المخرج المعدي المعوي في أمراض السبيل الهضمي وهنا غالباً ما يخدم الشرج كمخرج طبيعي، ولما كانت عملية التبرز متقطعة وخاضعة للخصوصية فإن هذا المخرج أقل خطراً إلا إذا أساء الشخص السلوك كعدم تنظيف الأيدي. وهناك أيضاً المخرج البولي التناسلي كما في داء البلهارسيا البولية والأمراض المنتقلة عن طريق الجنس. ويمكن لبعض العوامل الممرضة أن تعبر الحاجز المشيمي لتنتقل من الأم عن طريق المخرج المشيمي وتصل إلى الجنين وهذا ما يطلق عليه بالانتقال العمودي ويمكن أيضاً أن تخدم مفرزات البدن كاللعاب والحليب كمخارج هامة في انتقال الأمراض السارية، كما يمكن أن يكون طريق الخروج ميكانيكياً كما في عضه البعوض في داء الملاريا.

رابعاً - طريق الانتقال: بعد خروج العامل الممرض من المستودع يجب أن يصل إلى الثوي لكي تتم العدوى وذلك عن طريق انتقال، وتصنف طرق الانتقال حسب الشكل التخطيطي رقم 10 إلى طرق مباشرة وطرق غير مباشرة.

الشكل التوضيحي 10: تصنيف طرق الانتقال



ويطلب الانتقال المباشر اتصالاً وثيقاً (زمانياً ومكانياً) بين المستودع والثوي عن طرق المصافحة والفعل الجنسي (تماس مباشر) أو عن طريق الأدوات الملوثة (تماس غير مباشر) أو عن طريق قذف مباشر لقطرات droplet العطاس والكلام والبصاق عبر الهواء إلى مسافة أقل من المتر الواحد وهناك أيضاً الانتقال العمودي عن طرق المشيمة.

أما الانتقال غير المباشر فلا يتطلب مثل ذاك الاتصال وإنما يحتاج إلى توفر وسيط ملائم للنقل تختلف أهميته حسب طبيعته وعلاقته بالإنسان ومقدار تلوثه بالعامل الممرض. ومن أهم الوسائط نذكر الانتقال عبر الهواء بانتثار ضباب aerosols جرثومية إلى مدخل مناسب هو عادة الجهاز التنفسي وهذه الضباب

عبارة عن مستعلقات من الجسيمات في الهواء هي صغيرة الحجم تسحب بسهولة إلى أنساخ الرئتين وتبقى معلقة في الهواء لمدة طويلة ومنها نوى القطيرات والغبار. وكذلك هناك الانتقال عبر وسيط حي ناقل vector كالحشرات أو الأتوياء الوسطاء intermediate host في بعض الأمراض وهناك الانتقال عبر وسيط جامد vehicle كالطعام والحليب والماء.

ومن المناسب أن نذكر هنا عوامل البيئة كالطقس والمناخ والطبيعة الجغرافية كعوامل تسهم في انتقال المرض أضف إلى ذلك العوامل الاجتماعية الاقتصادية كغياب الوعي الصحي ونقص التعليم وغيرها التي تلعب دورا كبيرا جدا في زيادة احتمال العدوى.

خامسا - طريق الدخول: وهو على الأرجح مشابه لطريق الخروج وبطبيعة الحال فإن هناك علاقة ما بين طريق الدخول والمظاهر المرضية في أغلب الأحيان.

سادسا - الثوي المستعد: وهو بالتعريف أي شخص أو حيوان آخر حي يقدم للعامل الممرض وسائل عيشه ومأواه في الظروف الطبيعية. ويكون الثوي مستعدا عامة إذا لم يكن لديه أي أضداد واقية نوعية أو مناعة خلوية أو كليهما تجاه عدوى معينة. وبشكل عام فإن أهم صفتين تؤثران على استعداد الثوي هما العمر والجنس ومن العوامل الأخرى نذكر الاستعداد الوراثي ووجود الآليات الدفاعية الموروثة كالجلد السليم والمنعكسات ووجود المقاومة التي تتأثر فيما تتأثر بالتغذية والأمراض المنهكة للجسم والرضوض وغيرها. ويبقى الدور الأهم بطبيعة الحال لوجود المناعة لدى الشخص سواء كانت طبيعية أو مكتسبة.

أسس مكافحة الأمراض السارية Principles of Communicable Disease Control

إذا ما اختل أي شرط أو مفردة من مفردات سلسلة العدوى المشروحة أعلاه فلا يمكن أن يحدث المرض الساري، وعليه نتلخص الأسس العامة في مكافحة الأمراض السارية بما يلي:

- 1- التداخل على مستوى العامل الممرض في مستودعه
- 2- التداخل على طريق الانتقال وقطعها
- 3- التداخل على الثوي وتحويله من ثوي مستعد إلى ثوي غير مستعد.

وكمثال نأخذ مرض الملاريا الذي ينتقل فيها العامل الممرض (المتصورة) عن طريق لدغة أنثى بعوضة الأنوفيلية من الشخص المصاب إلى الثوي المستعد. وهنا من الممكن التداخل على مستوى المستودع أي الإنسان المصاب لمعالجة مرضه أو التداخل على طرق الانتقال من خلال مكافحة البعوض أو العمل على زيادة مقاومة الثوي وهي حتى الوقت الحاضر تعتمد على إجراءات الوقاية الشخصية لإنقاص خطر لدغ البعوض وذلك في غياب لقاح فعال حتى تاريخه. وسنفصل فيما يلي في تلك الأسس.

أولاً - القضاء على العامل الممرض في مستودعه: ويقصد بذلك جميع الطرق التي يمكن من خلالها التعامل مع مصادر العدوى ونذكر منها:

أ- استئصال المستودع أو القضاء عليه Eradication or

elimination : فالقضاء الكامل على مستودع لعامل ممرض حي

كفيل بالقضاء التام على المرض الساري الذي ينجم عن ذلك العامل،

وبالطبع فإن استئصال المستودع ينطبق فقط على المستودعات غير

البشرية وهذه الطريقة مفيدة في الأمراض المشتركة بين الإنسان

والحيوان كالحملى المالطية حيث من الممكن استئصال الحيوانات المصابة. ومن الجدير بالذكر أنه يترتب على هذه الطريقة خسائر اقتصادية بالغة قد تكون أخطر من المرض بحد ذاته. ويجب التذكير هنا أن مفهوم الاستئصال هذا يختلف عن مفهوم هام جدا يعرف باستئصال المرض disease eradication أي قطع العدوى بشكل تام كما هو الحال في استئصال مرض الجدري أو مرض شلل الأطفال.

ب- عزل المستودع Isolation: وهي طريقة قديمة وهامة وهي تمثل فصل الأشخاص المصابين أو الحيوانات المصابة طوال مدة السراية عن الآخرين في أماكن وظروف تمنع أو تحد من الانتقال المباشر أو غير المباشر للعامل المعدي من المصابين بالعدوى إلى المستعدين. وبعبارة ذلك يتضمن الحجر الصحي Quarantine تقييد أنشطة الأصحاء المخالطين للمرضى طول فترة الحضانة لغاية التأكد من حدوث العدوى أو عدمها. وللعزل أنواع منها العزل الصارم المطبق في الأمراض شديدة الإعداء والعزل التنفسي وعزل التماس الخ. ومن المفيد أن نشير إلى أن العزل محدود الفعالية في عديد من الأمراض لأسباب عدة تختلف من حالة إلى أخرى فالعزل في الأمراض شديدة السراية في مراحلها الأولى وقبل تشخيصها غير مفيد والعزل يطبق فقط على حالات مشخصة ولا يطبق على حالات الحملة التي يمكن أن تكون خطيرة، كما أن العزل يخضع إلى قوانين وتشريعات صحية تختلف من مكان لآخر.

ت- علاج المستودع treatment: ويقصد به إعطاء العقاقير الملائمة بهدف قتل المسبب الحي ضمن المستودع وإنهاء دور المستودع

باعتباره مصدرا للعدوى ضمن المجتمع إضافة إلى تحقيق الشفاء للشخص المريض.

ث- وهناك طرق هامة أخرى على رأسها عمليات التعقيم والتطهير، والتطهير disinfection هو قتل أو إزالة العوامل المعدية خارج الجسم وذلك بالتعريض المباشر لعوامل كيميائية أو فيزيائية. لقد أظهرت الدراسات الأمريكية مثلا أن غسل الأيدي بالماء والصابون لوحده يقي من الأمراض المكتسبة في المشافي بنسبة 66%.

ثانيا - قطع سلسلة الانتقال: وتتم من خلال الإجراءات الضرورية الموجهة نحو وسائط الانتقال كمكافحة البعوض والقضاء على الذنوباء الوسطاء من قواقع وفيران وبسترة الحليب والتزويد بالمياه الشروب الخالية من التلوث وإصحاح الطعام ومعالجة الفضلات والتخلص السليم من النفايات الخ. ولا ننسى أنه من الضروري العمل على عوامل البيئة غير الحية من عوامل اجتماعية وخدمية وسلوكية وغيرها وهذا هام جدا في الوقت الحاضر.

ثالثا- زيادة مقاومة أنثوي: وهي من أهم الأسس من وجهة الطب الوقائي فهي تعني توفير أدوات لوقاية أنثوي من العدوى عن طريق تطبيق اللقاحات أو الوقاية الكيميائية أو تحسين صحة أنثوي وزيادة مقاومته الدلوعية.

طرق مكافحة Control Methods

الطرق الأساس في مكافحة الأمراض السارية هي اللقاحات وإصحاح البيئة ومكافحة النواقل. ومن الضروري أن نذكر بوجود طرق أخرى منها التوعية الصحية والتوعية البيئية وغيرها. وتبقى في الحقيقة اللقاحات كوسيلة ناجعة جدا أثبتت فائدتها وأهميتها ولعبت دورا هاما عبر السنوات في نجاح مفهوم الوقاية من الأمراض السارية والقضاء عليها.

أ- اللقاحات Vaccines:

تعد اللقاحات أحد أهم إنجازات الصحة العامة، حيث أدى لقاح الجدري إلى استئصال هذا المرض ، وأثبتت لقاحات الأطفال المعروفة دورها الكبير في تخفيف المراضة والوفيات والعقابيل الناجمة عن الأمراض القابلة للوقاية منها. والأمثلة على نجاح البرنامج الوطني للتلقيح في سورية عديدة جداً. وموضوع اللقاحات واحد من المواضيع الهامة والشيقة في برامج الصحة العامة. ومن الضروري جداً الانتباه إلى أن نجاعة اللقاح vaccine efficacy تعني الحماية الفعلية التي تمت باللقاح أي عدم تظاهر المرض عند الطفل الملقح عند تعرضه للعدوى بينما التغطية باللقاح vaccine coverage تعني الحماية الكامنة فقط أي أن التغطية بلقاح معين كالحصبة لا يعني بالضرورة الوقاية من الحصبة فلنفرض أنه بعد حملة تلقيح كانت نسبة التغطية 99% ، أي أنه من أصل 100 طفل تم تلقيح 99 طفل. وهنا ليس من الضروري أن يحدث الانقلاب المصلي seroconversion لدى جميع الأطفال أي ليس من الضروري أن يكتسب جميع الأشخاص الملقحين مناعة فقد يوجد مشاكل في تبريد اللقاح وطريقة الإعطاء، وفي استعداد الطفل. وهناك العديد من الدراسات حول العوامل المؤثرة على عملية الانقلاب المصلي ومن بعدها نجاعة اللقاح ولن ندخل في تفاصيلها هنا.

ب- الإجراءات البيئية Environmental actions :

ينجم العديد من الأمراض عن تلوث البيئة، والانتقال قد يكون مباشراً كتلوث الأصابع أو غير مباشر عبر الطعام والماء. والإجراءات البيئية تشمل الإصحاح الشخصي وحفظ الطعام وتحضيره الجيد واستخدام الماء الشروب والتخلص السليم من الفضلات وطرائق أخرى كالوقاية من الحشرات. ويبقى أن نقول أن الفهم الجيد لطريق الانتقال هو الذي يحدد طبيعة الإجراءات البيئية الواجب

اتخاذها. ويوضح الجدول التالي (رقم 2) الأثر الكامن للإجراءات البيئية على مجموعات الأمراض السارية.

الجدول 2: الأثر الكامن للإجراءات البيئية على مجموعات الأمراض السارية

الأمراض	الإصحاح الشخصي	سلامة الطعام	تأمين مصادر المياه وخاصة الشرب	التصريف الجيد	طرق أخرى
أمراض انقذارة (الجرب مثلاً)	++		++	+	
أمراض براز - فم (الكوليرا مثلاً)	+++	-	-	+	-
الأمراض تنوعياً التربة (الديدان مثلاً)	++	++		+++	تفحص الحوم
الأمراض المرتبطة بالماء (داء البلهارسيا مثلاً)	-	+-	++	-	الحد من التماس مع الماء
الأمراض المنقولة بالحشرات (المالاريا مثلاً)			-	-	مكافحة الحشرات

ج- مكافحة النواقل Vector control:

وهناك طرق عديدة في مكافحة النواقل كالمكافحة الكيماوية بالرش واستخدام المنفرات والوقاية الشخصية واستعمال مبيدات اليرقات والمكافحة الحيوية

وتعديل النظام البيئي بقصد المكافحة. ولكل من هذه الطرق محاسن ومساوئ
لن ندخل في تفصيلها هنا.
وأخيرا من المناسب أن نذكر بطرق تحسين المكافحة الصحية للأمراض السارية
والتي يمكن إدراجها جميعا ملخصة كما في الجدول التالي (رقم 3):

الجدول 3: طرق تحسين المكافحة الصحية للأمراض السارية

تحسين المقاومة تجاه المخاطر البيئية	
الصحة الشخصية	الصحة النفسية
التغذية الجيدة	التمارين الرياضية
التفاحات	الصفات المورثية
الصادات الحيوية بوفرة وفعاليتها	
تحسين سلامة البيئة	
الإصحاح	العوامل المعدية
سلامة الهواء	مكافحة النواقل
سلامة الماء	المستودعات الحيوانية
سلامة الغذاء	
النظم الصحية العامة	
الموصولية	التعاظم والتربية الصحية
الموارد	القوى الاحتياطية
الأنشطة	القوانين والتشريعات
الاحتواء	تقييم برامج المكافحة
تقصي المخالطين	التقصي (وهو هام جدا)

استراتيجيات المكافحة Control Strategies

إن المكافحة لأي فاشية outbreak من الأمراض السارية تتبع الترتيب التالي
للأحداث ويشمل:

• تحديد السبب (التشخيص)

• الإبلاغ

• علاج الحالات

• قطع سلسلة الانتقال

• الوقاية من النكس

• التحليل وكتابة التقرير

• الترصد

وستفضل بشكل بسيط في هذه الخطوات لمزيد من الفهم لاستراتيجية مكافحة الأمراض السارية:

أ - **تحديد السبب** ويتم من خلال التحقق من التشخيص وفي هذا الشأن فمن المفيد أن نميز بين حالة مشتبهة تحمل الأعراض والعلامات وبين حالة مؤكدة غالباً ما يلعب فيها المخبر والوسائل المخبرية دوراً هاماً. وفي جميع الحالات من الضروري التأكد من وجود الفاشية وتطور الحالات كما أنه من الضروري جداً إجراء الاستقصاء الوبائي للحالة أو الحالات.

ب- **الإبلاغ** وهو خطوة هامة جداً من الخطوات التي ترتبط بمكافحة المرض الساري وتحكمها على الأغلب تشريعات صحية محلية وأحياناً دولية. ويعرف الإبلاغ على أنه التبليغ الرسمي عن حدوث المرض الساري لسلطة صحية رسمية، وتعلن عادة وزارات الصحة عن قوائم الأمراض الواجب الإبلاغ عنها بما يلائم الاحتياجات الخاصة للدولة وتصدر التشريعات الضابطة والملزومة الخاصة بالإبلاغ.

ج- **علاج الحالات** وهذا هام بطبيعة الحال في الأمراض الجرثومية وخاصة حيث تكون الحالة المريضة هي مصدر العدوى. وفي الفاشيات الكبيرة من الضروري جداً تنظيم خدمات تقديم العلاج بعد توفير الأدوية وتحفيز العاملين وتدريبهم.

د- قطع سلسلة الانتقال ويكون ذلك من خلال تطبيق الإجراءات المناسبة والنوعية للمرض قيد مكافحة، وهذا الإجراء يمكن أن يكون طارئاً أو نوعياً أو يطبق على المدى البعيد حسب الحالة.

هـ- الوقاية من النكس ويكون هذا على الأرجح من خلال التطبيق الأمثل لإجراءات العلاج وقطع سلسلة الانتقال اخذين بالحسبان ضرورة متابعة الحالات، والتفكير بحالة الحملة إن وجدت.

و- التحليل وكتابة التقرير وهي خطوات هامة جداً يقوم بها العاملون في استقصاء تلك الفاشيات، وتخدم لأغراض التوثيق والتقييم والمتابعة والاستفادة من الدروس.

ز- الترصد Surveillance ويعني التفحص المستمر لجميع أوجه حدوث المرض وانتشاره ذات الصلة الوثيقة بالمكافحة الفعالة ويشمل ذلك الجمع المنهجي والتقييم للتبليغات عن المراضة والوفيات وعن الاستقصاءات الميدانية والمعطيات المخبرية والوبائية وغيرها. والترصد بطبيعة الحال هو توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ الإجراءات المناسبة.

تنظيم المكافحة في الأمراض السارية Control Organization

من المهم جداً أن نميز بين طرق مختلفة ناضمة لمكافحة الأمراض السارية في الحياة العملية وهذه قد تختلف بين المكافحة والاستئصال وبين البرامج الصحية والحمولات وكذلك هناك ما يطلق عليه الإجراءات الوقائية السريية والإجراءات الوقائية الشخصية الخ.

أ- المكافحة والاستئصال Control and eradication : إذن من الضروري التمييز بين مكافحة المرض واستئصاله وتهدف المكافحة إلى الحد من وقوع

المرض أما الاستئصال فيهدف إلى إزالة المرض تماماً وقطع انتقاله إلى مرحلة لا عودة. ويوضح الجدول التالي (رقم 4) الفروقات بين المكافحة والاستئصال.

الجدول 4: الفرق بين المكافحة والاستئصال

الاستئصال	المكافحة
الهدف	الحد من الوقوع
المدة	غير معرفة
التغطية	مناطق الوقوع العالي
الطريقة	فعالة
المستودع	حيوان أو بيئة
التنظيم	حيث
التكلفة	معتدلة على المدى البعيد
العواقب	مقبولة
الحالات المستوردة	غير هامة
الترصد	مقبول
القضاء التام على المرض	لا خطأ فيها
محدودة	الإنسان فقط
كامل المنطقة	مثالي
عالية لمدى محدود	معتدلة على المدى البعيد
خطيرة جدا	مقبولة
هامة جدا	غير هامة
جيد جدا	مقبول

ولا مانع هنا من التذكير ثانية بمرض الجدري الذي أعلنت الجمعية العامة للصحة استئصاله من العالم في عام 1981، وينشغل العالم حالياً باستئصال مرض شلل الأطفال الذي أعلن القضاء عليه في مناطق أمريكا وأوروبا وغرب المحيط الهادي ويستمر العمل على القضاء عليه في بعض الدول المتوطنة.

ب- البرامج الصحية العامة أو الحملات General health programmes or campaigns: ومن المهم أن نميز بين تنظيم مكافحة المرض الساري على أساس برنامج صحي عام تقدمه الخدمات الصحية كبرامج مكافحة الأمراض المتوطنة أو ما شابه وبين الحملات النوعية التي تركز العمل على مرض معين دون غيره بقصد الحد من وقوعه كحملات التلقيح النوعية ضد مرض (شلل

الأطفال أو السحايًا مثلاً) أو مجموعة من الأمراض (الحصبة والنكاف مثلاً).
ويوضح الجدول رقم 5 محاسن البرامج الصحية العامة والحملاّت ومساوئها.

الجدول 5: محاسن البرامج الصحية العامة والحملاّت ومساوئها

البرامج الصحية العامة	الحملاّت	
معتدلة	مبتدئاً متتازة	الفعالية
معتدلة	ضعيفة	الاستمرارية
طويلة	قصيرة	المدة
مقدمو الخدمة الصحية العاديون	من الضروري حشد أشخاص معينين	الموارد البشرية
معتدلة	ضخمة	التعويضات المالية
منخفضة	عالية	التكلفة
عالي	غائب	التكامل

ورغم درجة التنظيم العالية المفترضة في تنظيم الحملات إلا أنه من الضروري العمل على استمرارية ذاك التنظيم في نظام العمل الأصلي لمكافحة مرض ما، وإلا من الممكن أن يتهدد أداء البرامج الصحية.

ج- برامج وقائية أخرى كالخدمات الوقائية السريرية Clinical preventive services التي يقدمها الطبيب الوقائي لمرضاه وبرامج التحري عن بعض الأمراض السارية كالتحري عن حملة فيروس عوز المناعة المكتسب وبرامج الفحوص الدورية والكشف الدوري عن الأمراض كتحري العامل الاسترالي عند الحوامل وغيره من النظم الأخرى للوقاية من الأمراض السارية.

الأمراض السارية في سورية Communicable diseases in Syria

ليس من المناسب هنا أن ندخل في تفاصيل حدوث الأمراض السارية في سورية إنما من المفيد جداً أن نلفت النظر إلى أن برامج الوقاية وخاصة برنامج التلقيح الوطني قد أحدثت تحولاً في وبائيات تلك الأمراض في سورية. ويفيد هنا أن نذكر بصدور المرسوم التشريعي رقم 7 للعام 2007 الخاص بالأمراض السارية والوقاية منها والإبلاغ عنها ومكافحتها. وتصدر عن وزارة الصحة السورية النشرة الوبائية السورية التي توثق أعداد الحالات المبلغ عنها من جميع الأمراض السارية الواجب الإبلاغ عنها وتخدم عملية ترصد surveillance الأمراض السارية. ويمكن الاطلاع على تلك النشرة من خلال موقع وزارة الصحة السورية على الإنترنت¹.

هيكلية دراسة مرض سار

The outline of studying a communicable disease

من الضروري أن ننهي هذا الفصل بإدراج هيكلية دراسة مرض سار بشكل شامل حسب ما تستخدمها الجمعية الأمريكية للصحة العامة American Public Health Association والتي تنشر ما يطلق عليه المستند المعياري في مكافحة الأمراض السارية، وفي الفصول القادمة سننمذ قدر الإمكان اتباع تلك الهيكلية إلا إذا ارتأت ضرورة الموضوع غير ذلك. وتشمل الهيكلية كل من التعريف بالمرض والعامل المسبب له وصفات حدوث المرض والمستودع له ونمط السراية وفترتي السراية والحضانة وصفات الاستعداد والمقاومة لدى الأشخاص وطرق المكافحة وتشمل الإجراءات الوقائية والمكافحة لدى المريض ومخالطيه والإجراءات الوبائية ومقتضيات الكوارث والإجراءات الدولية.

¹ www.moh.gov.sy

الفصل الثاني

وبائيات الأمراض المنتقلة مباشرة بالقطيرات التنفسية ومكافحتها

Epidemiology and Control of Diseases directly transmitted by droplets

مقدمة:

كما أسلفنا فإن الانتقال بالارتصال المباشر يكون من خلال تماس مباشر بين مصدر العدوى أو مستودعها وبين الثوي المستعد مثل الملامسة أو التقبيل، أو الجماع أو يكون برش مباشر (الانتشار بالقطيرات) لردة من القطيرات التنفسية على الأغشية المخاطية للأنف أو البلعوم أو الفم أثناء العطاس أو السعال أو البصاق أو التحدث ويقتصر ذلك عادة على مسافة المتر الواحد أو أقل ولا يعد مثل هذا الانتقال محمولاً بالهواء. وسنعرض في الفصل الخامس حتى السابع أمثلة على أمراض تنتقل انتقالاً مباشراً. سيخصص الفصل الخامس للأمراض التي تنتقل بالقطيرات التنفسية أما الفصلين السادس والسابع فسيخصصان للأمراض التي تنتقل بالتماس المباشر بما فيه التماس الجنسي.

وتتميز الأمراض التنفسية التي أغلبها ما ينتقل مباشرة بالصفات التالية:

- أهم طريق للدخول هو البلعوم الأنفي وأحياناً البلعوم الفموي.
- غالباً ما تتوفر اليات مقاومة موجودة في جهاز التنفس كالبطانة المهدبة والخلايا المفرزة للمخاط.

- غالباً ما تنتقل العدوى عن طريق التماس المباشر مع القطيرات، وكما كان التماس وثيقاً كلما زاد احتمال الإصابة.
- تلعب الجرعة المعدية واستجابة الثوي دوراً هاماً في احتمال الإصابة.
- تساهم العوامل البيئية في زيادة الجرعة المعدية أو حتى في مقاومة الثوي.

سنستعرض إذا في هذا الفصل بعض الأمثلة على أمراض سارية تنتقل مباشرة عن طريق القطيرات، والأمراض التي ستعرض هي: الحصبة كمثال عن مرض تنفسي فيروسي اختير لكونه يخضع لبرنامج عالمي هام جداً للقضاء عليه، والثاني هو مرض الحماق وهو من أمراض الطفولة أيضاً. أما الأمراض الجرثومية فهي التهاب السحايا كونه واحداً من الأمراض التي تأخذ شكل مرض متوطن أو وبائي وكذا التهاب الرئة الناجم عن المكورات الرئوية بسبب المراضة والوفيات العالية التي تنجم عن تلك الأمراض. وهناك أمراض أخرى هامة تقع تحت هذا التصنيف ولكن لن نتمكن من ذكرها هنا لأسباب تتعلق بحجم الكتاب، ويعد المنشور الصادر عن الجمعية الأمريكية للصحة العامة² واحداً من أهم المراجع في هذا المجال.

أولاً- الحصبة Measles

التعريف بالمرض: مرض فيروسي حاد مرتفع السراية، مع حمى بادرية و التهاب الملتحمة وزكام وسعال وبقع كوبليك على مخاطية باطن الخد. والمرض أشد في الرضع والبالغين منه في الأطفال وقد تنجم عنه مضاعفات خطيرة من أهمها التهاب الرئة والخانوق والإسهال والتهاب الدماغ. ويتم التشخيص عادة على أسس سريرية ووبائية وإن كان يفضل التثبت منه بالطرق المخبرية، ويمكن

² "Control of Communicable Diseases in Man" published Periodically by the American Public Health Association

التثبت منه بظهور أضداد IgM النوعية للحصبة، ومن الطرق الأقل شيوعاً لتفانيها العالية وكلفتها استفراد الفيروس من الدم أو الملتحمة أو البنعوم الأنفي.

العامل المسبب: فيروس الحصبة من جنس الفيروسات الحصبية Morbillivirus من فصيلة الفيروسات المخاطانية Paramyxoviridae

حدوث المرض: قبل التمنيع على نطاق واسع كانت الحصبة شائعة في الطفولة، بحيث كان أكثر من 90% من الناس يصابون بالعدوى قبل بلوغ سن العشرين. وكان المرض متوطناً في المجتمعات الحضرية المزدحمة ويصل إلى شكل وبائي كل 3-4 سنوات. ومع تطبيق برامج التمنيع الفعالة للأطفال انخفضت حالات الحصبة في العالم انخفاضاً كبيراً بل أشارت المعطيات إلى انقطاع في سلسلة العدوى في بعض الدول كالولايات المتحدة الأمريكية. وتتابع منظمة الصحة العالمية حالياً برنامجها الذي يهدف إلى القضاء على الحصبة Elimination of Measles الذي وضعت له أهدافاً واضحة تقوم بالعمل عليها من خلال استراتيجيات خاصة معرفة.

المستودع: هو الإنسان

نمط السراية: الانتشار بالقطرات أو بالتماس مع مفرزات الأنف أو الحلق لأشخاص مصابين بالعدوى، وأقل شيوعاً عن طريق الأدوات الملوثة حديثاً بمفرزات الأنف والحلق. والحصبة هي أحد أسهل الأمراض السارية انتقالاً.

دور السراية: تستمر سراية المرض من قبل بدء الدور البادري بقليل حتى 4 أيام بعد ظهور الطفح.

فترة الحضانة: حوالي 10 أيام، وتتراوح عادة بين 7-18 يوماً.

الاستعداد والمقاومة: جميع الأشخاص الذين لم يصابوا بالمرض أو لم يتم تمنيعهم بنجاح لديهم استعداد للإصابة. والمناعة المكتسبة بعد المرض تكون عادة دائمة. والرضع الذين تلدهم أمهات سبقت إصابتهن بالمرض يكونون عادة منيعين مدة 6-9 أشهر حسب مقدار الأضداد الأمومية المتبقية منذ الحمل. وتزيد بعض

العوامل من الاستعداد للحصبة كسوء التغذية ونقص المناعة كما وتزيد عوامل أخرى من الجرعة المعدية كالتزدحام وعدد الحالات المصابة. ويترافق عوز فيتامين أ مع الحالات الوخيمة من الحصبة عادة.

طرق المكافحة: يعد التمتع بلقاح الحصبة كحجر الزاوية في مكافحة مرض الحصبة واللقاح المستخدم هو لقاح حي موهن Live attenuated. ويمكن لجرعة وحيدة منه أن تعطي مناعة فاعلة في أكثر من 95% من الأفراد المستعدين. ويؤمن اللقاح مناعة طويلة المدة من خلال إحداث عدوى خفيفة أو مستترة. ويمكن للقاح الحصبة أن يكون منفردا أو ممزوجا مع لقاحات حية أخرى (النكاف والحصبة الألمانية) وهو ما يعرف بلقاح MMR. ومن المناسب أن نشير إلى أن أغراض التلقيح بلقاح الـ MMR هي:

- 1- الوقاية من عواقب الحصبة كذات الرئة- التهاب الدماغ- التهاب المعدة والأمعاء أو الوفاة التي قد تنجم عن العدوى بالحصبة
- 2- الوقاية من عدوى الجنين داخل الرحم المعرض للحصبة الألمانية الذي قد يؤدي إلى الإجهاض، أو ولادة المليص أو الروبيلا الخلقية
- 3- الوقاية من عواقب مرض النكاف التي تحدث في حوالي 15-20% من الأفراد، كالتهاب الغدد التناسلية التي بدورها تؤدي إلى العقم.

وقد يحدث بعد التلقيح ونسب متفاوتة بعض الآثار الجانبية البسيطة كفتور وحسّ وطفح بسيط. وقد أبلغ عن حالات نادرة من التهاب الدماغ واعتلال الدماغ بعد التلقيح بلقاح الحصبة. وللحد من حالات فشل اللقاح توصي منظمة الصحة العالمية حاليا بأن يعطى الطفل جرعتين من لقاح الحصبة يحدد زمن الجرعة الأولى حسب الصورة الوبائية للمرض أما الجرعة الثانية فيجب أن تعطى بعد السنة الأولى من العمر ويمكن أن تؤجل حتى عمر ما قبل دخول المدرسة إذا ما كانت الجرعة الأولى قد طبقت بعد عمر 12 شهر بحيث تكون

فعالية اللقاح أفضل من الأعمار الأقل بسبب احتمال وجود بعض الأضداد الأمومية عند الرضيع. ويفضل أن تعطى الجرعة الثانية كلقاح مسزوج مع لقاح التكاف والحصبة الألمانية وليس كلقاح أحادي التكاف. ولا مانع من إعادة التمنيع بلقاح الحصبة إذا ما اقتضى الأمر ذلك كجوب الدخول إلى المدرسة أو العمل بمشفى أو حتى أثناء تنفيذ الحملات الوطنية. ومن الضروري التذكير أن اللقاح قد لا يعطى أي حماية إذا كان يجري تداوله وخزنه بطريقة خاطئة فقبل إعادة تكوينه عند الاستخدام يجب أن يحفظ اللقاح مجدا في درجة -8 حتى -2 مئوية. وهناك موانع لاستخدام اللقاحات الحية الموهنة كلقاح الحصبة وهي:

- مرض العوز المناعي أو كبت الاستجابة المناعية من ابيضاض الدم أو الللمفومة أو ورم خبيث عام
- الأشخاص المصابون بعلّة شديدة مصحوبة بحمى ويؤجل التلقيح هنا حتى الشفاء من الطور الحاد ولا تمنع العزل البسيطة من التلقيح
- الأشخاص الذين يتحسسون للبيض بسبب ردود فعل تأقية
- الحمل فمن الضروري وعلى أساس نظري هام تجنب إعطاء أي سيدة حامل لقاح حي كما يجب توعية السيدات بتجنب الحمل حتى شهر إذا ما أخذت لقاح الحصبة الأحادي التكاف وحتى 3 أشهر إذا ما أخذت لقاح الحصبة الممزوج MMR خشية من احتمال إصابة الجنين داخل الرحم بفيروس الحصبة الألمانية
- ينبغي أن يعطى اللقاح قبل 14 يوما على الأقل من إعطاء الغلوبولين المناعي أو نقل الدم كي لا يتعارض ذلك مع الاستجابة للقاح.

ومن الطرق الأخرى في المكافحة نذكر تنقيف العموم من قبل الإدارات الصحية والأطباء حول ضرورة إعطاء لقاح الحصبة ويمكن حماية الذين توجد لديهم موانع تحول دون تلقيحهم وغير الممنعين الذين يتعرضون لأكثر من 72 ساعة للحصبة بإعطائهم الغلوبولين المناعي خلال 6 أيام من التعرض. ومن المفيد

استقصاء وجود مخالطين للحالة وتمنيعهم للحد من انتشار المرض ولن يوفر اللقاح الحماية للشخص المخالط نفسه إلا إذا أعطي خلال 72 ساعة من التعرض.

وحسب مبادرة منظمة الصحة للقضاء على الحصبة من الضروري التبليغ فوراً عن الحالات المشبوهة من الحصبة خلال 24 ساعة بقصد التأكد من الإصابة وترصد الإصابات والتصرف السليم عند وجود عناقيد من الحالات (فاشيات) ، كما تركز الاستراتيجية على تنفيذ برامج وحملات تمنيع للحد من المرض على أن تحقق تلك الحملات نسب تغطية عالية باللقاح، كما يوصى بتطبيق جرعة من فيتامين أ للحالات المؤكد إصابتها وذلك للوقاية من المضاعفات الخطيرة. ومن الممكن العودة إلى الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية للإطلاع على مزيد من التفاصيل الخاصة باستراتيجيات القضاء على الحصبة³. وقد تبنت الجمهورية العربية السورية استراتيجيات القضاء على الحصبة ونفذت حملات وطنية شاملة لجميع الأطفال في عام 1998 وفي عام 2007 وكانت نسب التغطية بتلك الحملات عالية جداً. وما زال البرنامج يواجه بعض التحديات أهمها نسب التغطية الروتينية المنخفضة باللقاح في بعض المناطق المحدودة.

ثانياً- الحماق (جدري الماء) Varicella

التعريف بالمرض: مرض فيروسي عام حاد فجائي، يتظاهر بحمى خفيفة وأعراض طفيفة وطفح جلدي بقعي حطاطي لساعات قليلة ثم يتحول إلى حويصلي لمدة 3 - 4 أيام ليترك قشرة حبيبية. وتحدث الآفات الاندفاعية بمجموعات متعاقبة، نشاهد جزء منها يتقشر في الوقت الذي تظهر فيه حويصلات جديدة. وتحدث الحالات الوخيمة القاتلة من المرض عند إصابة

³ www.who.int

البالغين بالتهاب رئوي به أو عند إصابة الأطفال بالتهاب دماغ بنسبة قليلة، وخاصة ما تظهر المضاعفات عند المصابين بأبيضاض الدم.

والحلاً النطاقي هو مظهر موضعي لعودة نشاط الفيروس الكامن الذي يسبب الحماق في العقد الجذرية الظهرية، وتقتصر الحويصلات ذات القاعدة الحمامية على المناطق الجلدية المزودة بأعصاب حسية. ويزداد معدل حدوثها مع التقدم بالسن.

والتشخيص المخبري كإظهار الفيروس بالمجهر الإلكتروني و استفراد الفيروس غير ضروري بشكل روتيني.

العامل الممرض: فيروس الحماق وهو الفيروس الحثية (الهربسية) البشرية الألفية Human alpha herpes virus 3 وهي من زمرة الفيروسات الهربسية.

الحدوث: عالمي الانتشار ويحدث غالباً في مجتمعات المدن ومناطق الازدحام. وتحدث فاشيات الحماق بالمدارس الابتدائية.

المستودع: الإنسان

طرز الانتقال: تنتقل العدوى من شخص لآخر بالتماس المباشر أو بالقطيرات أو بالانتشار المحمول بالهواء للسائل الحويصلي أو لمفرزات الجهاز التنفسي. والحماق واحد من أسهل الأمراض سرارية.

دور السرية: يمتد 5 أيام (عادة 2 يوم) قبل بدء الطفح ولا يتعدى 6 أيام بعد ظهور المجموعة الأولى من الحويصلات.

فترة الحضانة: 2-3 أسابيع وغالباً 13-17 يوماً.

الاستعداد والمقاومة: الاستعداد عام عدا الملقحين، أو المصابين سابقاً فالإصابة تؤمن مناعة طويلة. ويكون الحماق أكثر شدة في البالغين منه في الأطفال.

طرق المكافحة: أهم طريقة في الوقاية هي إعطاء اللقاح الحي الموهن بجرعة 0.5 مل تحت الجلد للأطفال بأعمار 12 شهر وحتى 12 سنة. ويطبق اللقاح في بعض الدول المتقدمة للوقاية من العواقب الوخيمة للحماق وليس للوقاية من

المرض بعد ذلك. واللقاح يحتوي على بروتين من الفيروس. ويؤثر اللقاح حماية 70% (90% في بعض الدراسات) الكبار. ينصح 1-2 شهر. ويمكن إعطاء جرعة ثانية بعد 3-4 أشهر. في معظم إصابات اللقاح للأشخاص المسنين الذين ليسوا في كثير من الأحيان. أما التمتع السليم باستخدام اللقاحين السابقين اللقاحات المضطر من يلزم ما ذكره. أحياء الفيروس مقلد من الفيروس، فهو فعال في تعديل المردود أو منعه إذا اعطي خلال 90 ساعة بعد الإصابة. وهكذا فإن استجابة الأساسية في الوقاية من المرض هي زيادة مقاومة الأنس في تطبيق اللقاح. أما الإجراءات الوقائية على مستوى المستودع والبيئة والأحزاب فهي لا تفيد. والمرضى غير واجبة الإبلاغ في الكثير من الدول ومنها سورية.

ثالثاً- التهاب السحايا الجرثومي Bacterial Meningitis

يصنف التهذيب السحالي إلى أنواع عدة فهذه التهذيب السحالي الفيروسي وهناك التهذيب السحالي الجرثومي وهذا بدوره يختلف حسب النماذج المصنوع إلى التهذيب السحالي الناجم عن المكونات السحالية والتهذيب السحالي الناجم عن المستعديّة النزلية والتهذيب السحالي الناجم عن المكونات الرئوية، وسنفضل في النوعين الأول والثاني من التهذيب السحالي الجرثومي لأهميتهما من الناحية الوبائية والقانونية.

1- التهاب السحايا الناجم عن المكورات السحائية
Meningococcal Meningitis

التعريف بالمرض: ويطلق عليه أيضا اسم الحمى المخية النخاعية (Cerebrospinal Fever) والمرضى يحدث لديهم فجائي مع حمى وصداخ

شديد وغثيان وفيء غالباً وتيبس في العنق. وكثيراً ما يحدث طفح حبري مع بقع وردية أو نادراً جداً حويصلات، ويظهر غالباً هذيان وغيبوبة. وقد تحدث الأشكال الصاعقة منه على شكل صدمة عند هجمة المرض، وقد تسبب الوفاة. والنمط الأكثر إماتة هو إنتان الدم بالسحائيات. وفي الماضي كانت معدلات الإماتة تزيد على 50% من الحالات، ولكن التشخيص المبكر والعلاج أنقصر معدل الإماتة في حدود 5-15%. ويثبت التشخيص باستفراء المكورات السحائية من السائل النخاعي الشوكي أو الدم.

العامل الممرض: هو النيسيرية السحائية *Neisseria meningitidis* أو المكورة السحائية *Meningococcus*. وزمرها عديدة فالزمرة A هي المسؤولة عن الأوبئة الكبيرة عادة وهناك أيضاً الزمر B, C وهي شائعة نسبياً. كما يوجد زمر ممرضة أخرى أثبت البعض أهميته في السنوات الأخيرة والبعض الآخر كان أقل فوعة وهذه الزمر هي: Y, Z, X, W-135. وهناك طرق مخبرية متقدمة لتحديد الأنماط التي تترافق بزيادة فوعة المرض وإحداث الأوبئة.

حدوث المرض: المرض مسؤول عامة عن مراضة ووفيات عالية، وهو شائع في كل مكان، ويقع أعلى حدوث له أثناء الشتاء والربيع، وتحدث منه موجات وبائية على فترات غير منتظمة. والمرض يحدث بصورة رئيسية في الأطفال الصغار وفي الذكور أكثر من الإناث ولدى البالغين المقيمين في ظروف معيشية مزدحمة كالشكبات. ويحدث المرض على شكل أوبئة واسعة الانتشار في جنوب الصحراء الكبرى من وسط أفريقيا والمسبب لتلك الأوبئة هو تحديداً من الزمرة A، وهو الشكل الوحيد من التهاب السحايا الجرثومي الوبائي. وحدثت أوبئة كبيرة جداً في منطقة حزام السحايا الأفريقي كما يطلق عليها بما فيها السودان، حيث تجاوز في عام 1996 عدد الإصابات الـ 150 ألف حالة وحدثت نسبة لا بأس بها من الوفيات آنذاك.

المستودع: الإنسان المصاب، وقد يكون 5-10% من الأشخاص في المناطق التي يتوطن بها المرض حملة غير عرضيين وتظهر المكورات السحائية لديهم عن زرع مفرزات البلعوم الأنفي.

طرز الانتقال: ينتقل المرض مباشرة عن طريق جهاز التنفس بالقطيرات، ولا ينتقل بالطريق غير المباشر بسبب سرعة تأثير العامل الممرض بالعوامل الخارجية كالجفاف والحرارة.

دور السراية: تستمر السراية حتى تختفي المكورات السحائية من مفرزات الأنف والبلعوم، وعادة ما يحصل ذلك بعد 24 ساعة من تطبيق العلاج الفعال. **فترة الحضانة:** 10 أيام (عادة 3-4 يوم).

الاستعداد والمقاومة: الاستعداد للمرض عام، وينخفض مع تقدم العمر، ويزداد عند ناقصي المناعة وفي حالات استئصال الطحال. يعقب العدوى مناعة نوعية للزمرة غير معروفة المدة.

طرق المكافحة:

في مجال الإجراءات الوقائية:

1- تثقيف العموم بخصوص ضرورة تخفيض التماس المباشر أو التعرض للعدوى

2- منع الازدحام وتجنبه ما أمكن وخاصة في التكتلات والمدارس والمعسكرات، وتهوية المكان الجيدة

3- التمتع باللقاح وقد تم الترخيص للقاحات أحادية التكافؤ ولقاحات ثنائية التكافؤ أو رباعية التكافؤ، وتتوفر اللقاحات الأحادية للنمط A و B، والثنائية للنمطين A.C و الرباعي لكل من A و C و Y و W-135. والنجاعة السريرية للقاح هي في حدود 85-100% وتتطور المناعة بعد اللقاح خلال 7-10 أيام. تستمر مدة الحماية من 3-5 سنوات وبالتالي تستطب إعادة التلقيح بعد ذلك. واللقاح سليم وليس من آثار

جانبية له عادة باستثناء بعض الألم في مكان الحقن. اللقاح لا يطبق روتينياً في الطفولة الباكرة، إلا بحالة وجود جائحة، ويطبق عادة للمسافرين إلى أماكن التوطن وعند أداء فريضة الحج للحجاج، فتشترط المملكة العربية السعودية الحصول على شهادة تلقيح ضد التهاب السحايا بالمكورات السحائية، كما يطبق لمن هم في أماكن التجمعات كالمدارس والثكنات العسكرية، ويستخدم أحياناً في منطقة الحزام الأفريقي بشكل جماعي لتجنب الأوبئة. وقد كان اللقاح فعالاً جداً في وقف الأوبئة الناجمة عن الزميتين A, C. وهناك في الوقت الحالي تجارب سريرية عالمية خاصة بلقاح السحائيات الأحادي التكافؤ عديد السكريد وبالعمر الأفضل للتلقيح به.

وفي مجال المكافحة على مستوى المريض ومخالطيه والبيئة:

1- العزل التنفسي هام على مستوى المستودع، والعلاج للحالة هام جداً وضروري للحد من سריّة المرض، ويكفي العزل التنفسي لمدة 24 ساعة بعد بدء العلاج.

2- الإبلاغ عن الحالات وترصدها، وهذا هام جداً لاكتشاف الأوبئة والفاشيات باكراً

3- الترصد الدقيق لأفراد الأسرة والمخالطين الحميمين الآخرين لاكتشاف العلامات المبكرة للمرض. ويعطى هؤلاء المعالجة الوقائية المناسبة ويمكن أن يعطى هؤلاء مركبات ريفامبيسين أو السلفوناميد أو السيفترياكسون، ويفضل الاحتفاظ بالريفامبيسين لحالات المعالجة للسُّل فقط.

4- علاج الحالات: أساسي وإسعافي عند تشخيص الحالات، كما أنه يفيد بالوقاية من المرض وانتشاره، ويعطى للعلاج مركبات البنسلين أو الأمبيسلين أو الكلورامفينيكول أو الجيل الثالث من السيفالوسبورين.

2- التهاب السحايا الناجم عن المستدميات النزلية Meningitis due to *Haemophilus influenzae*

التعريف بالمرض: كان من أكثر أنواع التهاب السحايا شيوعاً في الأطفال بأعمار 2 شهر - 5 سنة قبل توفر اللقاح، وما زال المرض يشكل عبئاً كبيراً في الدول النامية والدول التي لم تستخدم اللقاحات، أضف إلى أن المستدمية النزلية هي الأخرى سبباً هاماً للوفيات الناجمة عن ذوات الرئة في دول العالم النامي (تقدر وفيات ذات الرئة بحدود 2-3 مليون حالة سنوياً). والمرض مصحوب دوماً بتجرثم الدم ويكون البدء حاداً فجائياً والأعراض عبارة عن حمى وقيء ونوام وتهيج سحائي ومن الشائع حدوث الذهول المترقي أو الغيبوبة. ومن العواقب الإصابية بضياع السمع بنسبة 20%، أضف إلى ذلك حالات أخرى من التخلف العقلي. ويصل معدل إماتة الحالة إلى 3-6% ويبلغ 30% في بعض الدول. ويتم التشخيص باستفراء الجراثيم من الدم أو السائل النخاعي. ويمكن تمييز عديد السكريد المحفظي النوعي بطريقتي الرحلان المناعي أو تراس اللاتكس.

العامل الممرض: المستدميات النزلية من النمط السيروولوجي H.Influenza B type B، والمحفظة عديدة السكريد للجراثيم هي التي ترتبط بفوعة المرض. حدوث المرض: المرض مسؤول عن مراضة ووفيات عالية. وهو عالمي الانتشار وأكثر الانتشار في الأعمار ما بين 2 شهر حتى 5 سنة وتحدث ذروة الإصابة في الأعمار أقل من 6 أشهر في البلدان النامية. ونتيجة لاستخدام اللقاحات في بعض البلدان اختفى المرض تماماً بين الأطفال وسجلت بعض الحالات لدى البالغين. وقد تحدث حالات ثانوية من المرض في العائلات وفي مراكز الرعاية النهارية.

المشروع، التمسك

المرحلة الأولى: يتمثل دور المربي في هذه المرحلة بتوفير بيئة آمنة والمفردات من الأدلة، والحقائق أثناء دور المبررات.

دور المبررات: في هذه المرحلة، لا يزال الدور في هذه المرحلة يبقى من دون مفردات أدوية، ولا تقوم الأمور في هذه المرحلة سوى 18-24 ساعة بعد بدء العلاج بالمضادات الحيوية.

فترة الحضانة: في هذه المرحلة، يتم توفير الأدوية 4-2 أيام.

الاستعداد والمقاومة: في هذه المرحلة، يتم توفير الأدوية مع وجود استعداد المحفظة عديدة السكرين السكرين. في هذه المرحلة، يتم توفير الأدوية مع الأطفال الذين يذهبون إلى رياضات الأطفال والمدرسة في هذه المرحلة.

طرق المكافحة:

في مجال المبررات، المكافحة:

1- رصد الحالات التي تحدث في هذه المرحلة، في هذه المرحلة، ولا يمكن من رصد جميع الحالات، لأن توفير الأدوية في هذه المرحلة.

2- تنفيذ المبررات، في هذه المرحلة، وخاصة في هذه المرحلة، ومراكز الرعاية الصحية.

3- تحسين الشروط، في هذه المرحلة، في هذه المرحلة، في هذه المرحلة.

4- التمرين، في هذه المرحلة، في هذه المرحلة، في هذه المرحلة.

ويطبق العلاج الوقائي من التهابات المسالك البولية من التهابات النزلية وكذلك من ذات الرئة بالتهنئة النزلية والتهنئة هو علاج متقارن conjugated مع حامل بروتيني لتحسين فعالية التهنئة وهذا الحامل هو العلاج الثلاثي المضاد للتهنئة والتهنئة النيكلي والتهنئة أو حتى العلاج الرباعي حيث يضاف علاج التهابات الكبد الباطني. والعلاج سابع ونجاعة وجودة

بالنسبة لتكلفتها مقبولة رغم أنه من اللقاحات غالية الثمن نسبياً. يطبق اللقاح على 2-3 جرعة قبل السنة من العمر (بجرعة 0.5 مل تعطى عضلياً) بفاصل شهر أو شهرين بين الجرعة والأخرى. تبدأ الجرعة الأولى في عمر 2-3 شهر حسب الجداول الوطنية للتلقيح. ويوصى دولياً بالجرعة الداعمة عن سن 12-15 شهراً ولا لزوم لها في الدول النامية. ومضاد الاستطباب الوحيد لتطبيق اللقاح هو التحسس على جرعة سابقة، وقد يؤدي اللقاح إلى تفاعل تحسسي في موضع الحقن. وقد أدرج هذا اللقاح في البرنامج الوطني للتلقيح في سورية حيث تعطى 3 جرعات منه قبل السنة الأولى من العمر.

وفي مجال مكافحة على مستوى المريض ومخالطيه وبيئته نذكر:

- 1- تبليغ السلطات المحلية عن الحالات حيث يلزم ذلك
- 2- العزل التنفسي لمدة 24 ساعة بعد بدء العلاج الكيميائي
- 3- حماية المخالطين من خلال تطبيق المعالجة الوقائية للمخالطين وثيقي الصلة بالحالة وعادة يعطى الريفامبيسين لمدة أربعة أيام.
- 4- علاج الحالات: وهو أساسي وإسعافي بقصد الشفاء والحد من سריّة المرض ويمكن تطبيق الأمبيسلين إلا في وجود مقاومة وسجلت هذه بنسب متفاوتة وتصل أحياناً إلى 30% وهنا يطبق الكلورامفينيكول أو الجيل الثالث من السيفالوسبورين.

رابعاً- التهاب الرئة الناجم عن المكورات الرئوية

Pneumococcal Pneumonia

التعريف بالمرض: عدوى جرثومية حادة تتصف نموذجياً ببدء فجائي مع نوافض وألم جنبوي وضيق تنفس وسعال منتج لبلغم صدئي. وأما في الرضع والأطفال

فقد تبدأ الأعراض بحمى وقيء واختلاجات وتصلد قصبي رئوي يلحظ بعلامة السحب الضلعي. كان معدل إماتة الحالات سابقاً في حدود 20-40% بين المرضى في المشافي وقد انخفض إلى 5-10% بعد توفر العلاج بالمضادات الحيوية. والتشخيص السببي المبكر لذوات الرئة هام للعلاج، ويمكن الاشتباه بالتشخيص عند وجود الكثير من المكورات الثنائية إيجابية الغرام مع كريات بيضاء عديدة النوى في لطاخات من البلغم ملونة بالغرام. ويمكن التثبت من التشخيص باستفراد المكورات الرئوية من الدم أو مفرزات مرشوفة من السبيل التنفسي. والتصوير الشعاعي مفيد في التشخيص.

العامل الممرض: المكورة الرئوية *Pneumococcus* حيث أن 23 نمطا من إجمالي 83 نمطا سيروlogياً معروفاً مسؤولة عن حوالي 90% من حالات إثنان الدم.

حدوث المرض: المرض متوطن لاسيما في الرضع والمسنين وهو يحدث في أكثر البلدان النامية والمجموعات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا. ويحدث في جميع المناخات والمواسم ويقع أعلى حدوث له في الشتاء والربيع في المناطق المعتدلة. ومن الممكن أن يأخذ المرض شكل أوبئة في مجموعات سكانية محصورة. ارتبطت أوبئة المرض بأوبئة النزلة الوافدة تاريخياً. وتعد ذوات الرئة من أهم سبب لوفيات الأطفال دون الخمس سنوات في دول العالم النامي.

المستودع: هو الإنسان المريض، ونسبة الحمله عالية
طرز الانتقال: ينتقل عن طريق جهاز التنفس (بالقطيرات)، والانتقال غير المباشر وارد، والانتقال بالتماس المباشر هو أيضاً وارد.

دور السراية: افتراضاً إلى أن تصبح المفرزات من الفم والأنف خالية من مكورات رئوية مفعوعة بأعداد كبيرة. وعادة ما تختفي الجراثيم من مفرزات الأنف والبلعوم خلال 24 ساعة بعد العلاج.

فترة الحضانة: لم تحدد جيداً، ويعتقد أنها بحدود 1-3 أيام.

وبعد قيامه بمزيد من الفحوصات، طمأنه الأطباء انه لا يوجد
 شيء خطير، فتمت الموافقة على إجراء جراحة توتير الحبل الشوكي،
 التي أجريتها في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث،
 في 15/12/1430هـ، حيث أجري العمل الجراحي في الظهر،
 في المنطقة الواقعة بين الفقرتين 12 و13،
 في عمق 4 سم من الجلد.

بعد إجراء الجراحة، تم فحص المريض،
 ولم يلاحظ أي مشكلة، ولم يلاحظ أي تورم في
 المنطقة الجراحية، ولم يلاحظ أي مشكلة في
 الحركة، ولم يلاحظ أي مشكلة في المشي،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في المثانة،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في الأمعاء.

بعد إجراء الجراحة، تم فحص المريض،
 ولم يلاحظ أي مشكلة، ولم يلاحظ أي تورم في
 المنطقة الجراحية، ولم يلاحظ أي مشكلة في
 الحركة، ولم يلاحظ أي مشكلة في المشي،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في المثانة،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في الأمعاء.

بعد إجراء الجراحة، تم فحص المريض،
 ولم يلاحظ أي مشكلة، ولم يلاحظ أي تورم في
 المنطقة الجراحية، ولم يلاحظ أي مشكلة في
 الحركة، ولم يلاحظ أي مشكلة في المشي،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في المثانة،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في الأمعاء.

بعد إجراء الجراحة، تم فحص المريض،
 ولم يلاحظ أي مشكلة، ولم يلاحظ أي تورم في
 المنطقة الجراحية، ولم يلاحظ أي مشكلة في
 الحركة، ولم يلاحظ أي مشكلة في المشي،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في المثانة،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في الأمعاء.

بعد إجراء الجراحة، تم فحص المريض،
 ولم يلاحظ أي مشكلة، ولم يلاحظ أي تورم في
 المنطقة الجراحية، ولم يلاحظ أي مشكلة في
 الحركة، ولم يلاحظ أي مشكلة في المشي،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في المثانة،
 ولم يلاحظ أي مشكلة في التحكم في الأمعاء.

أشهر وتطبق جرعة داعمة منه في 12- 15 شهر. كما يعطى للأطفال بعمر أكثر من 7 أشهر ممن هم غير ملقحين إنما بعدد أقل من الجرعات.

وفي مجال مكافحة على مستوى المريض ومخالطيه والبيئة نذكر:

- 1- تبليغ السلطات الصحية عن الأوبئة
- 2- تطبيق العزل التنفسي لحالات المشافي فقط لأن المفرزات التنفسية عالية الخطر
- 3- لا فائدة عملية لدراسة المخالطين
- 4- علاج الحالات: أساسي وإسعافي، والعلاج ينقص معدل الوفيات وينقص سمية المرض، ويتم باستخدام مركبات البنسلين G والأريثروميسين. إنما يلحظ حالياً وجود معدلات عالية لمقاومة البنسلين في حال الإصابة بالمكورات الرئوية، وهنا تبرز أهمية ترصد الذراري المقاومة التي يأخذ عددها بالازدياد. وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية بروتوكولات علاجية خاصة بالأطفال في إطار برامجها للحد من وفيات الأطفال، وحالياً تعمل على تطوير تلك البروتوكولات لتشمل البالغين أيضاً. ويطلق على المبادرة الخاصة بالأطفال مبادرة الرعاية المتكاملة للأمراض الطفولة (IMCI-Integrated Management of Childhood Illnesses)، أما المبادرة الخاصة بالكبار فيطلق عليها المقاربة العملية لصحة الرئة (PAL-Practical Approach for Lung Health). ويمكن مراجعة موقع منظمة الصحة العالمية للحصول على مزيد من التفاصيل حول تلك المبادرات التي بدأت سورية بتطبيقها إنما على نطاق ضيق.



الفصل الثالث

وبائيات الأمراض المنتقلة بالتماس المباشر ومكافحتها

Epidemiology and Control of Diseases transmitted by direct contact

مقدمة

إن أبسط طريق لسراية المرض بين الأشخاص هو التماس المباشر. وهناك مجموعتان رئيسيتان من هذه الأمراض: الأول هو الأمراض الجلدية كالجرب والفطار الجلدي والثاني هو الأمراض العينية كالتراخوما (الحنث). وهناك من يطلق على هذه المجموعة من الأمراض بأمراض القذارة فهي فعليا ترتبط إلى حد بعيد بالقذارة الناجمة عن عدم توفر الماء أو حتى عن عدم إتباع عادات الصحة الشخصية من غسل واستحمام وما شابه. وعليه فإن هذه الأمراض هي فعليا أمراض قابلة للوقاية من خلال إتباع عادات الصحة الشخصية بتوفر قدر كاف من الماء يساعد على ذلك. وكذا بتوفر قدر كاف من الوعي الصحي. وفي هذا الفصل سنستعرض مثالين على تلك الأمراض وهما الجرب كمرض جلدي والآخر عيني وهو الحنث.

أولاً- الجرب Scabies

التعريف بالمرض: ويعرف أيضاً بحكة حلم الجرب أو حكة القارمة الجربية، وهو مرض طفيلي في الجلد تسببه سوسة يشاهد نفاذها في الجلد على شكل حطاطات أو حويصلات، أو أثلام خطية دقيقة تحتوي السوس أو بيوضها. وتكون الحكة

شديدة لا سيما أثناء الليل ولكن المضاعفات تقتصر على آفات تصاب بالعدوى الثانوية نتيجة للحك. وقد يثبت التشخيص باستخراج السوسة من جحرها وتميزها مجهرياً.

العامل الممرض: حشرة الجرب أو القارمة الجربية *sarcoptes scabiei*. حدوث المرض: المرض عالمي الانتشار، يرتبط حدوثه بالفقر والتصحح السيئ والازدحام والأزمات الاقتصادية. والعامل المشترك هو قلة استخدام الماء أو شحبه وغياب الوعي. والمرض أكثر ما يصيب الأطفال والشباب، والتوزع الأسري وصفي للمرض حيث يصيب عدة أفراد في الأسرة الواحدة أو عدة أشخاص في المدرسة. والمرض متوطن في كثير من دول العالم النامي، وقد بلغ عن موجات حديثة من الاحتشار (أي تكاثر قارمة الجرب على الجلد دون إحداثها للمرض) وذلك في أمريكا وأوروبا.

المستودع: الإنسان

طرق الانتقال: ينتقل المرض بالتماس المباشر أي التماس الجلدي، كما أنه قد ينتقل أثناء الاتصال الجنسي أو عن طريق غير مباشر عبر الملابس والمفارش الملوثة.

دور السراية: تستمر السراية حتى إبادة السوس والبيوض بالعلاج، عادة بعد إتمام العلاج المطلوب لمرة واحدة، لذلك تعتبر المعالجة ركناً أساسياً للوقاية من سراية المرض ويعتبر العزل مفيداً (ليوم أو يومين بعد بدء العلاج).

فترة الحضانة: وتمتد من 2-6 أسابيع قبل بدء الحكة في أشخاص لم يسبق لهم التعرض للعدوى. وهي 1-4 أيام في أشخاص سبق احتشارهم بالسوس.

الاستعداد والمقاومة: هناك ما يوحي بوجود بعض المقاومة عند بعض الأشخاص وخاصة أنه يلاحظ ازدياد احتمال الإصابة عند المكبوتين مناعياً.

طرق المكافحة:

في مجال الإجراءات الوقائية نذكر بضرورة تثقيف عموم والمجتمع المحلي حول طرق الانتقال وتطبيق التشخيص المبكر للآفة وعلاجه بضرورة الاستحمام وغسل الأيدي والملابس بشكل جيد ومتكرر .

وفي مجال مكافحة على مستوى المريض ومخالطيه وبيئته المباشرة نذكر :

- 1- عزل التماس أي تجذب التماس المباشر (الصميمي)
- 2- التطهير المرافق من خلال غسل سائر الملابس والسفوف المستعملة خلال الثماني والأربعين ساعة السابقة للعلاج، وذلك باستعمال الحرارة العالية بما في ذلك إمكانية التعريض للشمس.
- 3- دراسة المخالطين والبحث عن الحالات الأخرى بين الفئات وفي الأسرة الواحدة وهذا ضروري إذ يطبق العلاج الانتقائي للأشخاص الذين يتعرضون لتماس الجلد بالجلد مع أشخاص محتملين.
- 4- العلاج النوعي للحالة، مع الإشراف الدقيق على الحالة ولا يوجد تمنيع.

وتبقى طرق النظافة الشخصية والسواك الجيد هي الاستراتيجية الأهم في مكافحة هذا المرض.

ثانياً- الحثر Trachoma

التعريف بالمرض: التهاب الملتحمة بالمتدثرات يبدأ مختلاً أو حاداً، واستمر عدواه سنين عديدة إذا لم يعالج. وهو يتميز بوجود جريبات إفريقية التهاب ملتحمي منتشر لا سيما في الغضروف الملتحمي على مدار الوجه السفلي، ويحدث الالتهاب غزواً وعائياً سطحياً للقرنية وتندب الملتحمة. وتسمى القنابات الملتحمية البارزة تشوهات في الجفون وتسحب القرنية المزمن مع عجز في

الإبصار والعمى. إن تمييز مراحل المرض هام لمعرفة الإنذار وإمكانية السراية، حيث إن المرض غير سار في المراحل المتقدمة منه.

والحثر هو واحد من أهم أسباب العمى في دول العالم النامي، فهو مرض متوطن في بعض البلدان النامية. ويتم التشخيص بإظهار الأجسام العنصرية للمتدثرات داخل الخلايا في الخلايا الظهارية من كشاطات الملتحمة في لطاخات ملونة بغيرمزا أو بالطرق المناعية.

العامل الممرض: المتدثرة الحثرية Chlamydia Trachomatis من الأنماط المناعية A و B و C.

حدوث المرض: المرض عالمي الانتشار ويحدث كمرض متوطن غالباً في التجمعات الفقيرة الريفية في الدول النامية. ويوجد الحثر في المناطق الموطونة لدى الأطفال ثم يهدأ في المراهقة مخلفاً درجات مختلفة من العجز التندي. وفي الدول المتقدمة يحدث المرض أيضاً في التجمعات الفقيرة التي تعيش في ظروف مزدحمة. ويتوزع المرض بشكل أساسي في وسط أفريقيا وشرق آسيا.

المستودع: الإنسان.

طرق الانتقال: بالتماس المباشر مع مفرزات العين أو البلعوم الأنفي بالأصابع أو التماس غير المباشر مع أشياء ملوثة كالمناشف والملابس، ومع مفرزات بلعومية أخرى لأشخاص مصابين بالعدوى. وقد يسهم الذباب وخاصة الذبابة الماصة في نشر المرض.

دور السراية: ما دامت الآفات النشيطة موجودة في الملتحمة.

فترة الحضانة: 5-12 يوماً

الاستعداد والمقاومة: الاستعداد للعدوى عام ولا توجد بينات على وجود مناعة. وفي المناطق الموطونة يصاب الأطفال بالمرض النشط أكثر من البالغين وغالباً ما تكون شدة المرض مرتبطة بالأحوال المعيشية لا سيما سوء حفظ الصحة الشخصية، وقد تسهم الرياح الجافة والغبار والرمال الناعمة في شدة المرض.

وبشكل عام يلعب سلوك الأفراد دوراً هاماً في السراية (تكرار الغسيل، استخدام المناشف) ولذلك فإن تثقيف الأفراد صحياً هو الأهم بالوقاية من المرض.

طرق مكافحة:

في مجال الإجراءات الوقائية نذكر:

- 1- تثقيف العموم بضرورة التصحيح الشخصي ولا سيما خطر الاستعمال المشترك للمناشف وأدوات تجميل العين
- 2- تحسين الإصحاح من خلال توفير الماء والصابون وبالكميات الكافية وفي مجال مكافحة على مستوى المريض ومخالطيه وبينته المباشرة نذكر:
 - 1- التطهير المرافق لمفرزات العين وما تلوث بها من أدوات وحاجيات
 - 2- دراسة المخالطين ومصدر العدوى لأفراد الأسرة ورفاق اللعب والمدرسة
- 3- العلاج النوعي ولا مانع من استخدام العلاج الجماعي للأطفال إذا ما دعت الحاجة لذلك. وتستخدم بالعلاج المراهم الموضعية كالنتراسكلين والاريثرومايسين كما يمكن استخدام المعالجة الجهازية بمركبات السلفاميد والنتراسكلين والاريثرومايسين عن طريق الفم في الأطوار النشيطة من المرض.



الفصل الرابع

وبائيات الأمراض المنتقلة جنسياً و عن طريق سوائل البدن
ومكافحتها

Epidemiology and Control of Sexually transmitted diseases and diseases transmitted via body fluids

مقدمة

وهذه مجموعة من الأمراض التي تنتقل بشكل رئيس عن طريق سوائل البدن بما فيها الدم ومشتقاته واللعاب وعن طريق المفرزات الجنسية. وجميع هذه الأمراض أمراض سارية مستودعها ومصدر العدوى الوحيد فيها هو الإنسان. ويعد عادة طريق الانتقال الأساسي فيها هو الممارسة الجنسية، رغم وجود حالات لا تنتقل عن طريق الجنس بل عن طريق التماس المباشر أو غير المباشر مع سوائل البدن.

والأمراض التي تنتقل بشكل رئيس عن طريق التماس الجنسي تسمى بالأمراض المنتقلة عن طريق الجنس Sexually transmitted diseases . ولا تزال مجموعة الأمراض تلك من أهم الأمراض السارية انتشاراً ولا تتحصر مشاكلها بالمرضة والوفاة الناجمة عنها وإنما تترافق بعواقب اقتصادية واجتماعية هامة. وتتميز تلك المجموعة من الأمراض بوجود نقص في الإبلاغ عن القسم الأكبر من الإصابات بها وهذا ينجم عن القيود والوصمة الاجتماعية المرتبطة بحدوث

مثل تلك الأمراض أو عن الجهل بوجودها أصلاً. ويلحظ في الوقت الحاضر ازدياداً في حدوث الأمراض المنقولة بالجنس مما يشكل تحدياً صحياً في مجال صحة العموم، ويعود الازدياد لأسباب عدة على رأسها زيادة نسب المجموعات عالية الاختطار وتجارة الجنس وزيادة السفر والسياحة والحركة السكانية عامة كما أن التغير الحاصل في العالم في القيم الأخلاقية وفي المواقف تجاه الممارسات الجنسية الشاذة هو الآخر مسؤول عن زيادة تلك الأمراض، ويزيد منها أيضاً انتشار الإيدز والشعور الخاطي بالأمان في بعض الأحيان والمرتبط بتوفر وسائل منع الحمل.

ويعد تعديل السلوك الركيزة الأساسية في الوقاية من هذه الأمراض، كما يجب أن تنقسم مكافحة تلك الأمراض بالشمولية والاستقصاء المستمر. وسيعرض هذا الفصل ثلاثة من الأمثلة على تلك الأمراض الأول هو مرض منتقل بالجنس وهو السيلان، أما الثاني والثالث فهما من الأمراض المنقولة عن طريق سوائل البدن ويعد الانتقال الجنسي واحداً من أهم سبل الانتقال فيهما إلا أن وسائل أخرى كنقل الدم وتشارك المحاقن هي الأخرى مسؤولة عن مراضة عالية بتلك المرضين، وهما التهاب الكبد البائي والإيدز.

أولاً- السيلان Gonorrhea

التعريف بالمرض: مرض جرثومي ينتقل جنسياً ويختلف بين الذكور والإناث في مساره وشدته وسهولة تمييزه. ففي الذكور يظهر سيلان قيحي من الإحليل الأمامي مع عسرة تبول، وقد تنتهي العدوى تلقائياً أو تؤدي أحياناً إلى حالة حمل مزمن للجرثوم. وفي النساء يحدث التهاب عنق الرحم المخاطي القيحي ويكون في غالب الأحيان عديم الأعراض وتظهر لدى البعض مفرزات مهبلية غير طبيعية مع الدم بعد الجماع ويزداد عادة خطر حدوث العقم عند النساء. كما

يمكن أن يحدث المرض لدى الفتيات اللاتي تعرضن للانتهاك الجنسي قبل البلوغ ويصبن بالتهاب الفرج والمهبل بالمكورات البنية. والعدوى الشرجية ممكنة الحدوث لدى الإناث ولدى مثلي الجنس من الذكور ولكنها تكون عديمة الأعراض عادة. ويثبت تشخيص الإصابة بالزرع الجرثومي على مستنبتات خاصة.

العامل الممرض: النيسرية أو المكورة البنية Gonococcus

حدوث المرض: المرض شائع في العالم ويصيب كلا الجنسين وبكل الأعمار وخاصة مجموعات المراهقين وصغار الشباب النشيطين جنسيا. ويبلغ الحدوث أقصاه في المجتمعات ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المتردي، وانخفض الحدوث عالميا مع توفر الأدوية المعالجة إلا أن انتشار جميع أنماط المقاومة الجرثومية للنيسيلين هو الآخر شائع.

المستودع: الإنسان

طرز الانتقال: بالتماس مع نضحات الأغشية المخاطية لأشخاص مصابين بالعدوى وينجم دائما عن التماس الجنسي.

دور السراية: قد يمتد شهورا عند عدم تطبيق العلاج، والعلاج الفعال ينهي السراية خلال ساعات.

فترة الحضانة: عادة 27 يوم، وتزيد في وجود الأعراض.

الاستعداد والمقاومة: الاستعداد للعدوى عام، وقد تم إظهار أضداد خلطية وإفرازية ولكن ذراري المكورة البنية متغايرة مستضديا وعودة العدوى أمر شائع. والنساء اللاتي يستعملن اللولب كوسيلة لمنع الحمل أكثر تعرضا لخطر التهاب البوق بالمكورات البنية.

طرق المكافحة:

في مجال الإجراءات الوقائية نذكر :

- 1- التركيز على الكشف المبكر والعلاج الفعال للمصابين والحث على استخدام العلاج.
 - 2- تحسين الصحة العامة والتثقيف الصحي والجنسي بما في ذلك التربية الجنسية قبل بدء النشاط الجنسي.
 - 3- حماية المجتمع بالوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الجنس ومكافحتها في الفئات عالية الخطورة كالبغايا وما شابه.
 - 4- اعتماد السبل الكافية للممارسات الجنسية الآمنة والتي تعني الممارسات الجنسية في إطار العلاقات الزوجية والشريك الواحد غير المصاب والممارسة الجنسية الآمنة.
- وفي مجال مكافحة على مستوى المريض ومخالطيه وبينته المباشرة نذكر:
- 1- تبليغ السلطات المحلية عن الحالات
 - 2- الامتناع عن الجماع إلى حين إتمام العلاج بالصادات الحيوية
 - 3- التطهير المرافق للأشياء الملوثة بالمفرزات
 - 4- دراسة المخالطين ومحاولة الكشف عن مصدر العدوى والتعرف على المخالطين الجنسيين واستقصاء العدوى لديهم
 - 5- تطبيق العلاج النوعي (الحالات بالصادات الحيوية) ويطبق العلاج عادة على أسس سريرية ومخبرية ووبائية.

ثانياً- التهاب الكبد البائي Viral Hepatitis B

التعريف بالمرض: يمكن من الناحية السريرية تمييز حالات قليلة من عدوى التهاب الكبد البائي الحاد، فالمرض اليرقاني يحدث في أقل من 10% من الحالات. وفي حالات المرض السريري يكون البدء مختلاً مع قهم ووعكة بطنية وغثيان وقىء وأحياناً ألم مفصلي وطفح وغالباً ما يترقى لحدوث اليرقان. وتختلف شدة

المرض بين حالات خفية تكشف فقط بالاختبارات وبين أخرى وخيمة تنتهي بالموت. وتحدث عدوى فيروس التهاب الكبد البائي المزمنة بسبب متفوتة في أنحاء العالم، وتختلف بذلك نتائج الخزعة من خزعة سوية إلى التهاب كبد مزمن نشيط مع أو دون تشمع، وهكذا يختلف الإنذار أيضاً.

ويقدر أن حوالي ربع الأشخاص المصابين بعدوى فيروس التهاب الكبد المزمن سوف يموتون موتاً باكراً إما بسبب التشمع أو السرطانة الكبدية. ويعد هذا الفيروس مسؤولاً عن ما يفوق 80% من حالات السرطانة الخلوية الكبدية في العالم ويأتي بالدرجة الثانية بعد التبغ بين المسرطنات البشرية المعروفة.

العامل الممرض: فيروس التهاب الكبد البائي HBV، وهو فيروس دنا DNA كبدي يحوي على المستضد النوبي والمستضد السطحي.

حدوث المرض: يحدث هذا المرض في جميع أنحاء العالم وتختلف نسبة انتشاره بين منطقة وأخرى، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ما يفوق مليون شخص يموت سنوياً بسبب هذا المرض. ويقسم عادةً توطن انتشار المستضد السطحي لالتهاب الكبد البائي إلى ثلاثة أقسام هي: الدول ذات التوطن الشديد حيث يزيد الانتشار فيها عن 8% من الجهرة السكانية وتكون أغلب الحالات بين الرضع، والدول ذات التوطن المتوسط حيث يتراوح الانتشار بين 2-7% وتحدث العدوى في كافة المجموعات العمرية، والدول ذات التوطن المنخفض حيث يكون الانتشار أقل من 2%، وهنا غالباً ما تكون الحالات بين فئات البالغين وخاصة الأشخاص ذوي الخطر العالي. وتعد سورية من دول التوطن المتوسط حيث يبلغ الانتشار فيها بين 4-5%. وتختلف معدلات العدوى عادة حسب العمر وحسب الحالة الاجتماعية الاقتصادية، ويزداد احتمال التعرض لدى مجموعات الخطر العالي وتشمل الممنين على المخدرات بالحقن والمخالطين الجنسيين للمصابين والمخالطين داخل الأسرة والعاملين في الرعاية الصحية الأولية

كالأطباء والمرضات والمخبريين، والأشخاص في الأماكن حيث يتعرضون لملامسة الدم والمرضى الذين يعالجون بالديال ونزلاء المؤسسات الإصلاحية. المستودع: الإنسان، ورغم وجود فيروسات في بعض الحيوانات إلا أن أيا منها لا يسبب المرض في الإنسان.

طرز الانتقال: وجد المستضد السطحي في جميع مفرزات الجسم ومفرغاته تقريباً. لكن تبين أن المواد العدوائية تقتصر على الدم والسوائل المشتقة من المصل واللعاب والمني والسوائل المهبلية، ووجود المستضد اليائي أو الدنا الفيروسي يزيد كثيراً من إعداء هذه السوائل ويدل على ارتفاع عيار الفيروس. ويحدث الانتقال بالتعرض خلال الجلد وذلك بنقل الدم ومنتجاته واستعمال إبر مشتركة أثناء حقن المخدرات، وديال الدم، والوخز بالإبرة والوشم أو الإصابات الأخرى بأدوات حادة مما يتعرض له العاملون في المشافي ولذا فهو واحد من الأمراض المهنية الهامة التي تصيب العاملين الصحيين. وتتضمن الطرز الرئيسة لانتقال التهاب الكبد البائي المخالطة في المنزل والمعاشرة الجنسية لشخص مصاب بالعدوى بما فيه اللواط، والانتقال في الفترة المحيطة بالولادة من أم مصابة إلى طفلها ولا سيما إذا كانت الأم المصابة إيجابية بالنسبة للمستضد اليائي. وفي المنزل يمكن أن ينتقل الفيروس من طفل إلى آخر وقد اتهمت شفرات الحلاقة وفرش الأسنان كحوامل لنقل هذا الفيروس في المنزل.

دور السراية: قد يكون جميع الأشخاص الذين يحملون المستضد السطحي عدوانيين، وقد تبين أن الدم من متطوعين لقحوا تجريبياً كان معدياً مدة أسابيع كثيرة قبل بدء الأعراض الأولى ويبقى معدياً طوال المسار السريري الحاد للمرض وعقب العدوى الحادة بفيروس التهاب الكبد اليائي ويتشكل خطر حدوث الإصابة المزمنة التي يقل احتمال خطرها مع تقدم العمر. والعدوى المزمنة شائعة.

فترة الحضانة: عادة 45 - 180 يوماً بمتوسط 60-90 يوماً. ويرتبط الاختلاف إلى حد ما بطريقة الانتقال وكمية الفيروس وعوامل تتعلق بالتلقيح.

الاستعداد والمقاومة: الاستعداد للعدوى عام، ويكون المرض عادة أخف وغالباً لا يرقانياً في الأطفال، وغير عرضي في الرضع. وتحدث مناعة قوية عقب العدوى عندما تتولد أضداد المستضد السطحي ويكون المستضد السطحي سلبياً.

طرق مكافحة: وفي مجال الإجراءات الوقائية من المرض نذكر:

❖ التمنيع وهو واحد من الاستراتيجيات الرئيسية في الوقاية فقد تم ترخيص اللقاح في مناطق عديدة من دول العالم، وفي أغلب البلدان تعد استراتيجية تمنيع الرضع الاستراتيجية الرئيسية في التمنيع. وفي البلدان التي يكون فيها توطن المرض مرتفعاً فإن التمنيع الروتيني لجميع الرضع سيؤدي إلى التخلص من العدوى، أما في البلدان التي يكون فيها توطن المرض متوسط الشدة أو منخفض فإن الاقتصاد على تمنيع الرضع لن ينقص إلى حد كبير من انتقال العدوى لأنها في معظم الحالات تحدث لدى المراهقين، وقد يصبح تلقح المراهقين مطلوباً. وقد غيرت عديد من المناطق التي يكون فيها انتشار العدوى قليلاً إلى تنفيذ التمنيع الروتيني للأطفال والمراهقين. واللقاح المستخدم حالياً هو اللقاح المصنع بتكنولوجيا الدنا المأشوب، وقد يكون هذا اللقاح وحيداً أو مشتركاً مع لقاحات أخرى. ويعطى اللقاح عادة على 3 جرعات بفواصل شهر أو شهرين ثم 6 أشهر. والأطفال المولودون لأمهات إيجابيات المستضد السطحي يجب أن تعطى الجرعة الأولى من اللقاح لهم وقت الولادة ويرافقها 0.5 ميلي ليتر من الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد البائي. ويجدر بالذكر أن المجموعات الأكثر تعرضاً للخطر التي يجب أن تتلقى اللقاح بصفة روتينية قبل التعرض هم:

- ١- مدمنو المخدرات بالحقن
 - ٢- ممارسة الجنس النشط
 - ٣- نزلاء الإصلاحات وما شابهها
 - ٤- مقدمو الرعاية الصحية وعاملو السلامة العمومية
 - ٥- المتعاملون مع مؤسسات رعاية المعوقين
 - ٦- المرضى المعالجون بالديال الدموي
 - ٧- المرضى الذين يعانون من اضطرابات نزفية ويتلقون نواتج الدم
 - ٨- مخالطو الأسرة والقرناء الجنسيون لحملة فيروس التهاب الكبد البائي
 - ٩- المسافرين الدوليون الذين يزعمون قضاء أكثر من 6 أشهر في مناطق تتوطن فيها العدوى.
- ❖ التعقيم الكافي لجميع المحاقن والإبر ويوصى ما أمكن باستخدام المحاقن لمرة واحدة.
- ❖ تنفيذ نظام صارم في بنوك الدم فينبغي اختبار كل الدم المتبرع به لتحري المستضد السطحي بطرق حساسة. وينبغي أن يقتصر إعطاء دم كامل لم يتم تحريه أو منتجات دم محتملة الخطورة على أولئك المرضى الذين هم في حاجة واضحة وفورية لمثل هذه الإجراءات العلاجية. ومن الضروري الاستمرار في ترصد جميع حالات التهاب الكبد بعد نقل الدم ويشمل ذلك وضع سجل خاص لجميع الأشخاص الذين تبرعوا بالدم لكل حالة.
- ❖ ينبغي على جميع الأطباء البشريين وأطباء الأسنان المصابين بالعدوى أن يمتنعوا عن إجراء العمليات التي يمكن أن تعرض للعدوى إلا بعد الرجوع إلى لجنة خبراء مختصة تحدد لهم الظروف التي يمكن في ظلها أداء هذه العمليات أصلاً.

وفي مجال إجراءات مكافحة على مستوى المريض ومخاطفيه وبيئته المباشرة
نذكر ما يلي:

- ❖ تبليغ السلطات المحلية عن الإصابة.
- ❖ العزل وخاصة ما يتعلق بالدم وسوائل الجسم، ولا لزوم للحجر.
- ❖ التطهير المرافق ويجب أن يطبق على الأجهزة الملوثة بالدم أو سوائل الجسم المعدية.
- ❖ تمنع المخالطين أي تطبيق التمنيع بعد التعرض، وذلك باستخدام اللقاح والغلوبولين المناعي النوعي ضد التهاب الكبد البائي.
- ❖ لا يوجد علاج نوعي لالتهاب الكبد الحاد إلا أن الحالات المزمنة بحاجة إلى علاج بمركبات الإنترفيرون.
- ❖ من الضروري اتخاذ جميع الإجراءات الوقائية الضرورية إذا ما وجد شك بوباء كحدوث حالات مشتركة المصدر، وهذا يجب البحث عن الحالات الإضافية واتخاذ الإجراءات اللازمة والصارمة.

ثالثاً- متلازمة العوز المناعي المكتسب

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

التعريف بالمرض: وهو من الأمراض المستجدة، وقد أخذ شكل الوباء العالمي الانتشار. تم الإبلاغ عن أول حالة منه في 1981، وهناك زيادة تراكمية في عدد المصابين بالعدوى وبلغ عدد حالات الأشخاص الحاملين للفيروس المسبب HIV في عام 2007 ما يفوق 30 مليون شخص. وتختلف المعالم الوبائية للمرض في مناطق العالم المختلفة. تزداد العدوى انتشاراً بين النساء وذلك نتيجة

أكثر تعرضاً من الناحية البيولوجية أو الوبائية أو الاجتماعية. للإيدز عواقب طبية وصحية واقتصادية واجتماعية كبيرة جداً لن ندخل في تفاصيلها هنا. العامل الممرض: فيروس العوز المناعي البشري HIV من فصيلة الفيروسات القهقرية.

حيث المرض: وتختلف الصورة الوبائية للمرض في أنحاء العالم وتتفاوت حتى بنزعة تطورها وطرق الانتقال، فما زال المرض في ازدياد في بعض الدول وخاصة في أفريقيا وآسيا بينما تراجع أعداد الحالات منه في بعض بلدان العالم المتقدم كالولايات المتحدة الأمريكية وذلك بسبب تقدم برامج الوقاية من المرض. ويفضل مراجعة موقع برنامج الأمم المتحدة للإيدز للحصول على الصورة الوبائية الحديثة للمرض بشكل تفصيلي⁴.

المستودع: الإنسان

طرز الانتقال: يمكن لفيروس العوز المناعي البشري أن ينتقل من شخص لآخر بالمعاشرة الجنسية وبالتشارك باستخدام الإبر والمحاقن الملوثة وبنقل الدم المعدي أو بنقل مكوناته. ورغم أن الفيروس قد لوحظ في حالات عديدة في اللعاب والدموع والبول والمفرزات القصبية فإن الانتقال التالي للتماس مع هذه المفرزات لم يبلغ عنه. يزداد خطر انتقال الفيروس جنسياً إذا ما وجد لدى الشخص مرض منقول جنسياً وخاصة إذا كان تقرحاً. والمحددات الرئيسة لانتقال فيروس العوز المناعي البشري جنسياً هي نمط الفيروس ونمط السلوك الجنسي ومدى انتشاره كممارسة الجنس دون الاحتياط باستخدام وسائل الوقاية. وينتقل الفيروس أيضاً إلى أطفال الأمهات المصابات بالإيدز قبل أو أثناء أو بعد ولادتهم بوقت قصير. وتؤدي معالجة الأمهات بالأدوية المضادة للفيروسات

⁴ www.unaids.org

القهقرية إلى نقص ملحوظ في عدوى الأطفال. والإرضاع من ثدي أم مصابة بالعدوى قد ينقل العدوى إلى الرضع.

دور السراية: غير معروفة. ويفترض أنها تبدأ في وقت مبكر بعد بدء العدوى بفيروس العوز المناعي البشري وأنها تمتد طوال فترة الحياة.

فترة الحضانة: مختلفة، ورغم أن الفترة بين العدوى وبين ظهور أضداد ممكن كشفها تتراوح بين 1-3 شهور فإن الفترة بين العدوى بالفيروس وتشخيص مرض الإيدز تتراوح بين سنة و15 سنة.

الاستعداد والمقاومة: رغم أن الاستعداد عام إلا أن هناك بعض من العوامل التي تزيد فرصة العدوى إلى حد بعيد، وتلك العوامل تشمل على سبيل المثال وجود مرض منقول جنسياً آخر والعمر لدى الإصابة ووجود أمراض أخرى مزمنة كالسل.

طرق المكافحة: وتشمل الإجراءات الوقائية ما يلي:

- ❖ التنقيف لعموم الناس وخاصة في المدارس، ولا يمكن لبرامج الوقاية والمكافحة من الإيدز أن تكون فعالة إلا إذا دعمت سياسياً وحظيت بالتزام المجتمع بتغيير السلوكيات المحفوفة بخطر مرتفع للعدوى بالفيروس.
- ❖ إن الوسيلة الوحيدة لتجنب الإصابة بالعدوى هي الاستعفاف أو الإخلاص في الحياة الزوجية، وفيما عدا ذلك يجب استخدام العازل الذكري بشكل صحيح.
- ❖ معالجة المدمنين على المخدرات في مرافق خاصة.
- ❖ تقديم المشاورة للأشخاص المصابين وخاصة الحوامل، ومن الضروري إتاحة الفرصة للكشف عن فيروس العوز المناعي البشري في جميع المرافق ذات الصلة ولمن يرغب من الأشخاص.

❖ اتباع الإرشادات الخاصة بنقل الدم ومنتجاته، مع ضرورة الالتزام
بالممارم بدواعي نقل الدم.

❖ توصي منظمة الصحة العالمية بتمنيع الأطفال المصابين بعدوى
الفيروس بلقاحات الأطفال المعروفة.

وفي مجال مكافحة لدى المريض ومخالطيه وبيئته المحيطة يجب:

❖ إبلاغ السلطات المحلية عن العدوى والمرض

❖ عزل الأشخاص الإيجابيين لفيروس عوز المناعة غير ضروري
إلا أن العزل الجنسي هام جداً، ويجب تطبيق الاحتياطات الشاملة
على جميع المرضى المقبولين في المشافي.

❖ التطهير المرافق للأجهزة والمعدات الملوثة بالدم وسوائل البدن
ضروري

❖ تقصي المخالطين ومصدر العدوى هام إذ من الضروري
التصريح بالقرناء الجنسيين والذين يتشاركون الإبر والمحاقن من
المدمنين على المخدرات، ويبقى بالذهن أن الحفاظ على
خصوصية المريض هامة جداً.

❖ المعالجة النوعية وقد باتت هذه متوفرة، وينبغي الرجوع إلى
مصادر حديثة للحصول على معلومات عن الأدوية الملائمة
وطرق استخدامها وجرعاتها، بما في ذلك موقع منظمة الصحة
العالمية وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز.

❖ الإجراءات الدولية إذ باتت بعض الدول تشترط تحري الوافدين
إليها للإقامة، علماً أن برنامج الأمم المتحدة لمكافحة مرض الإيدز
لا يساند إجراءات فحص المسافرين الأجانب للإيدز قبل دخولهم
البلاد.

الفصل الخامس

وبائيات الأمراض المنقولة بالهواء ومكافحتها

Epidemiology and Control of Air Borne Diseases

مقدمة

ذكرنا سابقا أن الانتقال عن طريق جهاز التنفس هو من أخطر طرق الانتقال لأن عملية التنفس عملية مستمرة. وفي هذا الانتقال يكون طريق الدخول هو الأنف والبلعوم على الأغلب. والانتقال هنا إما أن يكون مباشرا عند تواجد المستودع والثوي في زمان ومكان واحد وذلك عن طريق القطيرات أو يكون غير مباشر بحمل وانتقال نوى القطيرات الصغيرة الحجم إلى مسافات بعيدة. وفي هذا النوع من الانتقال فإن الجرعة المعدية والاستجابة المناعية تحدد غالبا حدوث المرض أما العوامل البيئية فقد تلعب دورا في زيادة الجرعة المعدية كالازدحام أو تؤثر على مقاومة الثوي كسوء التغذية. وقد اخترنا مرضين لمراجعتهما هنا كأتملة الأول جرثومي وهو السل والثاني فيروسي وهو النزلة الوافدة (الأنفلونزا).

أولاً- السل Tuberculosis:

التعريف بالمرض: مرض ناجم عن المتفطرات، تتبع أهميته عن كونه أحد أكبر أسباب العجز والوفيات في كثير من أنحاء العالم. وتتم العدوى البدينية عادة دون أن يلاحظها أحد، ثم تظهر حساسية اختبار التوبركلين الجلدي خلال 2-10

أسابيع، وتشفى الآفات الرئوية الباكورة دون أن تترك أي تبدلات متبقية باستثناء تكلسات في العقد اللمفية الرئوية أو الرغامية القصيبية في بعض الأحيان. ويدخل 90-95% من الذين يصابون بعدوى بدئية في هذا الطور الخافي الذي سيرافقهم طيلة حياتهم مع خطر عودة فعالية العدوى. قد ينجم تفاقم السل الرئوي من معاودة عدوى خارجية المنشأ أو معاودة نشاط بؤرة عدوى داخلية المنشأ خافية بدئية، إذ أن مثل هذه العدوى إذا لم تعالج فإن ما يقرب من نصف المرضى سيموتون خلال خمس سنوات، بل إن معظمهم سيموتون خلال 18 شهراً. وتبنى الحالة السريرية بشكل رئيس على وجود عصيات السل في البلغم وعلى الصورة الشعاعية للصدر. إن وجود كثافات على الصورة الشعاعية للصدر يعد مؤشراً على الارتشاح الرئوي والتكهنف والتليف الذي يمكن أن يحدث قبل ظهور المظاهر السريرية، وقد يظهر في مرحلة باكورة التعب والحمى والسعال المسائي ونقص الوزن والألم الصدري ونفث الدم، ثم لا تلبث أن تصبح هذه المظاهر بارزة في المراحل المتفاقمة.

ويحدث السل خارج الرئوي بدرجة أقل شيوعاً من السل الرئوي. ويكون نصيب الرضع والأشخاص المصابين بعوز مناعي مثل العدوى بفيروس العوز المناعي أكبر من نصيب غيرهم من العدوى بالسل خارج الرئوي، ومع ذلك فإن السل الرئوي يبقى هو الشكل الأكثر شيوعاً لمرض السل في جميع أنحاء العالم حتى في هذه الفئات ذات الاستعداد للإصابة. ويمكن لمرض السل أن يصيب أي عضو ونسيج مثل العقد اللمفية والجنبية والتامور والكليتين والعظام والمفاصل والحنجرة والأذن الوسطى والجلد والمبيض الخ.

إن الأشخاص المعرضين للعدوى يظهرهم تفاعلاً جليداً للتوبركلين الذي يعادل 5 وحدات دولية مكافئة بيولوجياً للمقياس الدولي للمشتق البروتيني النقي المعيارى (PPD-S). ويعرف التفاعل الإيجابي بأنه 5-15 ملي متر من القساوة (الصلابة) والاحمرار في مكان الحقن. وتختلف نقاط الفحص هذه باختلاف

الصورة الوبائية للمرض والعوامل الأخرى، فهي في أفريقيا مثلاً حيث ينتشر العوز المناعي المكتسب 5 ملي متر وهي في سورية 10 ملي متر، ويزداد احتمال وجود المرض بازدياد إيجابية التعرض. ومن الجدير بالذكر أن سلبية الاختبار الجلدي لا تنفي وجود مرض سلي فعال. واختبار التوبركلين أو اختبار التعرض للعدوى هو اختبار حساس بنسبة 90%، لكن ليس له أي قيمة تشخيصية عملياً.

يوضع التشخيص الطبي للسل الرئوي النشط إذا اتضح وجود العصيات المقاومة للحمض في لطاخات ملونة من البلغم، وإن إيجابية لطاخة بلغمية (عادة بأخذ ثلاث عينات للفحص وإيجابية عينتين يعني إيجابية الفحص) تبرر البدء بالمعالجة السلية وهي تعد في الحقيقة المعيار الذهبي في تشخيص السل الرئوي إيجابي القشع. ولن ندخل هنا في تفاصيل تشخيص حالات السل سلبية اللطاخة، وسل الأطفال، وحالات السل خارج الرئة فهي جميعاً حالات هامة ويتهدد تشخيصها بمشاكل عدة إلا أن التفصيل بذلك هو من خارج اختصاص هذا الكتاب.

العامل الممرض: المتفطرة السلية *Mycobacterium tuberculosis*. ومجموعتها تشمل إلى جانب المتفطرة السلية المتفطرة الأفريقية *Mycobacterium africanum* لدى البشر بشكل رئيس والمتفطرة البقرية *Mycobacterium bovis* لدى الماشية.

حدوث المرض: السل مرض عالمي الانتشار. وهو يعد من أهم أسباب الوفاة في العالم فهو يقتل سنوياً ما يقارب 3 مليون شخص من أصل ما يقارب 10 ملايين حالة مصابة حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية. وتتجم كل هذه الوفيات عن مرض السل القابل للوقاية لأسباب عديدة لن ندخل في تفصيلها هنا، منها غياب الوعي لدى الأهل ونقص التدريب لدى الأطباء وغياب النظام الصحي الذي يدعم كشف المرض ومعالجته إلى غير ذلك. وقد لوحظ انخفاض حجم المشكلة

في الدول الصناعية المتقدمة إلا أن وصل عدد الحالات المبلغ عنها إلى ما يشبه سطح الهضبة ليلحظ بعد ذلك زيادة واضحة في المناطق التي انتشر فيها فيروس عوز المناعة المكتسب في الثمانينات. ومعدلات الإبلاغ عن المرض عامة هي أكثر بين الذكور مقارنة بالإناث ولكنه يبقى أحد أهم أسباب الوفيات عند النساء في دول العالم و يفوق وفيات النساء المرتبطة بالحمل، كما ينتشر المرض أكثر بين الفقراء وسكان المدن وشباب الأعمار إلا أن معدلات الوفيات تزداد بازدياد العمر. وبالإضافة إلى تفاقم المشكلة بسبب انتشار فيروس عوز المناعة المكتسب فإن أسباباً أخرى أدت أيضاً إلى ازدياد حجم المشكلة في العالم ومن هذه الأسباب:

- أسباب اجتماعية اقتصادية كال فقر والبطالة
- أسباب تتعلق بزيادة معدلات الهجرة
- ظهور المقاومة الدوائية المتعددة للسل وهذا يعزى إلى سوء التشخيص وتطبيق البروتوكولات العلاجية وعدم التزام المرضى بالعلاج
- انتشار السل في مواقع خاصة كالتكنات العسكرية والسجون وغيرها.

المستودع: الإنسان المصاب، ونادراً ما يشاهد في الماشية
طرز الانتقال: إن التعرض للعصية السلية في نوى القططيرات المحمولة بالهواء التي ينتجها المصاب بالسل الرئوي أثناء التنفس يؤدي إلى نقل العدوى، ويتعرض للعدوى مثلاً العاملون في الرعاية الصحية لدى ممارستهم إجراءات طبية معينة كتطهير القصبات وأخذ الخزعات وتثبيت الرغامى. كما أن التعرض المديد الوثيق لحالة مصابة بالعدوى قد تؤدي إلى إصابة المخالطين. أما السل البقري فينتج من التعرض للماشية المصابة أو تناول الحليب غير المبستر. والسل خارج الرئة هو عادة غير مساري ولا ينتقل إلا بحالات خاصة.
دور السراية: يمتد هذا الدور من الناحية النظرية طيلة بقاء عصيات السل حية في البلغم، وتعتمد درجة السراية على عدد العصيات المطروحة في البلغم وعلى

فوعة تلك العصابات وكفاية التهوية وتعرض العصابات للشمس أو للأشعة فوق البنفسجية. وبالطبع فإن المعالجة تقضي على السراية خلال أسابيع قليلة. ولا يعد الأطفال المرضى ذوي خطورة عالية.

فترة الحضانة: هي الزمن بين التعرض للعدوى وظهور الأعراض، وبما أن العدوى السلية البدئية لا عرضية فإن فترة الحضانة تمتد نظرياً من التعرض للعدوى حتى ظهور إيجابية تفاعل التوبركلين وهي عادة 2 - 10 أسابيع.

الاستعداد والمقاومة: إن الاستعداد للإصابة قليل بشكل عام (أي عند الأسوياء الأصحاء)، إلا أن هناك جملة من العوامل تحدد الاستعداد، وتشمل تلك العوامل الجرعة المعدية (الكمية + مدة التماس). ووجود الازدحام والصفات المناعية الوراثية للشخص ووجود أذية مناعية بسبب سوء التغذية أو الكحولية أو الداء السكري أو الحمل أو داء السيليوكوز أو التثبيط المناعي الدوائي أو العدوى بفيروس عوز المناعة المكتسب بطبيعة الحال. وهكذا يمكن القول إن من أهم عوامل اختطار السل الرئوي كل من سن الشباب - جنس الذكور - العرق السود - مخالطة حالة من السل الرئوي وهذا أهم عامل على الإطلاق - البيئة المزدحمة والفقر - سوء التغذية - المهنة - الظروف الاجتماعية - العدوى بالـ HIV - السفر - تعاطي الكحول و/ أو المخدرات.

طرق مكافحة: وتشمل طرق مكافحة كل من الإجراءات الوقائية والمكافحة على مستوى المريض والمخالطين والبيئة. وفي مجال الإجراءات الوقائية نذكر:

- 1- التعرف المباشر على المريض وتشخيصه ومعالجته وهذا أساسي للحد من انتقال المرض، وعليه من الضروري جداً الإبلاغ عن المرض للسلطات الصحية وإحالة المريض بالسرعة الممكنة إلى المراكز التشخيصية المختصة (مراكز مكافحة السل ومراكز المناطق الصحية في المحافظات السورية).

2- توفير مرافق طبية ومخبرية وشعاعية لفحص المرضى بشكل فوري ولفحص المخالطين والمشتبه بإصابتهم بالعدوى مع ضمان توافر الأدوية.

3- تنقيف العموم حول أنماط المرض وطرق انتقاله لتجنب العدوى وعلى طرق مكافحته وخاصة ما يتعلق بضرورة التشخيص باكراً والالتزام بالعلاج.

4- مكافحة العوامل البيئية بما فيها الاجتماعية التي تزيد من خطر العدوى كالازدحام والجهل والتخلص من السل البقري بين الماشية.

5- وجود برنامج منظم لمكافحة مرض السل مؤسس بشكل جيد في الخدمات الصحية المحلية، ومن المناسب أن نذكر هنا وجود برنامج وطني لمكافحة مرض السل يعمل ضمن استراتيجيات برنامج منظمة الصحة العالمية ومن مكوناته الكشف عن الحالة وتشخيصها وعلاج الحالات ومتابعتها وتطبيق الوقاية الكيماوية عند وجود استقطاب والتمنيع بلفاح السل والتنقيف الصحي وإشراك المجتمع. أما الغاية من برنامج منظمة الصحة العالمية لمكافحة السل فهي إنقاص المراضة والإماتة وانتقال المرض وكذا الوقاية من تطور مقاومة الدواء. وتوصي المنظمة باستراتيجية العمل التي تبنى على أساس برامج علاجية قصيرة الأمد معيارية تنفذ من خلال نظام الإشراف المباشر أو ما يطلق عليه نظام DOTS، والكلمة هي مختصر لـ Directly Observed Treatment Short-course، وهو يعني ضرورة التأكد من الالتزام بالعلاج يومياً من قبل مراقب للعلاج. أما أهداف برنامج منظمة الصحة العالمية فهي كالتالي:

- الوصول إلى معدل شفاء قدره 85%
- الوصول إلى معدل كشف حالات 70%

6- تطبيق المعالجة الوقائية بمركبات الأيزونيازيد الذي اتضح أنه فعال في الوقاية من تفاقم عدوى السل الخافي إلى مرض سلي ويطبق عادة لمدة 6 أشهر وتطبق المعالجة الوقائية على المجموعات التالية:

- عدوى حديثة تتضح من خلال انقلاب اختبار التوبركلين حديثا
- المخالطون حسب حاجتهم والأهم هما طرفا العمر أي الأطفال الصغار والمسنين
- المرضى الذين تظهر صورهم الشعاعية أفات سلية بارانشيمية
- المرضى المصابون بأمراض منكهة أو اضطرابات مناعية كمرض السكري وداء السيليكوز والذين يتناولون مركبات الستيروئيد
- الأشخاص المصابون بالعدوى ممن أعمارهم دون 35 سنة ودون 25 سنة ممن هم في مواقع تزيد من فرص إصابتهم كمؤسسات الرعاية الطبية والسجون، ولا تستطب المعالجة الوقائية في الحالات التالية:

i. في وجود مرض سلي سريري إذ يمنع علاج السل

بدواء واحد

ii. في أشخاص ظهرت لديهم آثار جانبية للدواء

iii. في أشخاص لديهم اضطراب في وظيفة الكبد

iv. في الحوامل

v. وفي المدمنين على الكحول

7- التمنيع بلقاح السل أو ما يعرف بلقاح BCG نسبة إلى اسم العصية السلية ومكتشفها، ويطبق اللقاح على الأشخاص غير المصابين بالعدوى (أي نتيجة اختبار التوبركلين لديهم سلبية). واللقاح هو لقاح حي موهن مشتق من المتفطرة البقرية ويعطى حقنا في الأدمة في الثلث السفلي من

العضلة الدالية بالذراع الأيسر بجرعة 0.05 مل في حديثي الولادة و 0.1 مل في الأطفال الأكبر سناً. ويؤدي تطبيقه إلى تحريض التفاعل المناعي فيما يزيد عن 90% من الملقحين. وقد تأكد التأثير الواقي لللقاح مع اختلاف واضح في نتائج الدراسات له أسبابه العديدة والمحتملة منها اختلاف الذراري المستخدمة في تحضير اللقاح واختلاف خواص المجموعات المدروسة، والتمنيع بلقاح السل سياسة موصى بها من منظمة الصحة العالمية وخاصة في الدول التي يتوطن بها المرض والدول النامية بشكل خاص رغم أن بعض الدول أوقفت التلقيح بلقاح السل لعدم شيوع المرض من ناحية وللحفاظ على وسيلة تشخيصية هامة في نطاقها حيث ينتشر مرض عوز المناعة المكتسب ألا وهي اختبار التوبركولين. ويعطى اللقاح للأطفال الصغار في العمر بعد ولادتهم لحمايتهم خاصة من الأشكال الوخيمة للسل كالتهاب السحايا السلي كما هو متبع في سورية. وفي دول أخرى يترك اللقاح لسن المدرسة حين تزداد فرص التعرض.

وفي مجال مكافحة على مستوى المريض والمخالطين والبيئة نذكر :

- 1- الإبلاغ عن الحالة إلى السلطات الصحية التي تحتفظ بسجلات خاصة لحالات السل وبذلك تضمن فعالية التخطيط لبرامج مكافحة السل
- 2- العزل التنفسي مفيد ويكون من خلال وضع المرضى في غرف جيدة التهوية وتعليمهم أن يغطوا الفم والأنف أثناء السعال والعطاس وهذا ينطبق فقط على من هم إيجابيو اللطاخة. ومن الهام أيضاً تطبيق التطهير المرافق كغسل اليدين وممارسات تنظيف المنزل وغيرها. ولا ننسى أن المعالجة الدوائية الفورية للحالات هي أساسية بقصد انقلاص البلغم إلى سلبى خلال 4-8 أسابيع.

3- تقصى المحالطين لمريض السل والبحث عن الحالات هو إجراء هام جدا يكون من خلال إجراء اختبار التوبركلين لجميع أفراد المنزل، وتتابع الاستقصاءات لمن كانت النتيجة لديه إيجابية.

4- علاج الحالة وهو الركيزة الأساسية في مكافحة المرض لأن المستودع الأساسي للعدوى هو الحالة المصابة. وعليه فالمعالجة تهدف إلى شفاء المريض من السل، وتجنب الوفاة من السل النشط وكذلك تجنب حدوث النكس بقصد الإقلال أو الحد من انتقال السل إلى الآخرين. وهناك أسس هامة جداً في معالجة المريض السلي يجب تذكرها وهي:

- من الضروري استخدام أكثر من دواء (عادة أربع أصناف) وخاصة في المرحلة البدئية المكثفة للعلاج وذلك لتجنب ظهور المقاومة الدوائية وللحد سريعاً من انتقال العدوى والتقليل من احتمال الفشل أو النكس.
- يوصى باستخدام المعالجة القصيرة الأمد فهي الأفضل لأنها أكثر كفاءة وأقل كلفة وتقلل من الآثار الجانبية للدواء.
- من الضروري جداً الالتزام بالنظام العلاجي ومتابعة المريض وهذا له أهمية بالغة. وعادة تتم المتابعة من خلال فحص اللطاخة البلغمية الذي يتم بشكل دوري (في نهاية فترة العلاج المكثف أي في نهاية الشهر الثاني وفي الشهر الخامس وعند اتمام العلاج).
- ضرورة تثقيف المريض حول ضرورة الالتزام بالعلاج وحول الآثار الجانبية لأدوية السل.

ومن المناسب أن نذكر بالنقاط التالية:

1. الشفاء هو أفضل وقاية من السل

2. فحص البلغم ضروري في كل حالة مشتبّهة، وهو المعيار الذهبي في التشخيص

3. ضرورة استعمال الأنظمة العلاجية المنصوح بها عالمياً والمعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية ومنها برنامج العلاج تحت الإشراف المباشر. ويراجع مركز مكافحة السل للاطلاع على البرامج العلاجية المطبقة حالياً في سورية حسب تلك التوصيات.

5- الإجراءات الدولية وتعتمد بشكل رئيس ضرورة الإبلاغ عن الحالات والتعرف على مجموعات الخطر العالي. وأخيراً نشير إلى إمكانية الحصول على مزيد من المعلومات الخاصة بمرض السل من الموقع الإلكتروني لدحر السل⁵.

ثانياً- النزلة الوافدة Influenza:

التعريف بالمرض: مرض فيروسي حاد في السبيل التنفسي يتصف بحمى وصداع وألم عضلي وإعياء وزكام والتهاب بالحلق وسعال. ويتم التعرف على المرض غالباً بخصائصه الوبائية. وتستمد النزلة الوافدة أهميتها من السرعة التي تسير بها أوبنتها وسعة مراضتها وشدة مضاعفاتها، لا سيما الالتهابات الرئوية الفيروسية والجرثومية. أضف إلى أن ظهور فيروسات جديدة قد تسبب أحياناً جانحات تصل إلى مستوى الطوارئ الصحية العالمية كما حدث في أعوام 1918 و 1957 و 1968 مع حدوث الملايين من الوفيات. وأكثر المجموعات تعرضاً واحتمالاً للوفاة عند حدوث الوباء هم المسنون والمضعفون بأمراض مزمنة أو كبت مناعي. ومن الملفت للنظر أن وبائيات النزلة الوافدة تحظى

⁵ www.stoptb.org

بتفهم كامل في البلدان المتقدمة على عكس الدول النامية حيث لا يمكن تفهم وبائيات المرض ويعود ذلك بشكل رئيس إلى ضعف البرامج الصحية وفعاليات الإبلاغ والرصد والمخبر وغير ذلك. وأثناء الطور الحموي المبكر للمرض يتم التثبيت المخبري باستفراد فيروسات النزلة الوافدة من المفرزات البلعومية أو الأنفية أو الغسولات في مزرعة نسجية، أو بالتمييز المباشر للمستضدات الفيروسية في الخلايا البلعومية الأنفية والسوائل، ومن الممكن استعمال الاختبارات التشخيصية السريعة.

العامل الممرض: توجد ثلاثة أنماط من فيروسة النزلة الوافدة A, B, C ، ويشتمل النمط A على 15 نميطاً يرتبط اثنان منها فقط H_1 و H_3 بالأوبئة سريعة الانتشار ويرتبط النمط B بصورة قليلة بالأوبئة الإقليمية أو واسعة الانتشار أما النمط C فيرتبط بحالات فردية وفاشيات صغيرة محدودة. وتصنف نميطات النزلة الوافدة استناداً إلى الصفات المستضدية للغليكوبروتينات السطحية وكذلك بمنسب يميز خاصية الراصة الدموية H ومستضدات النورامينيداز N . إن الطفرات المتكررة في الجينات المرمزة للغليكوبروتينات السطحية من فيروسات النزلة الوافدة A و B تؤدي بشكل مفاجيء إلى أنواع تميز بموقعها الجغرافي وسنة استفرادها ورقم المزرعة، ومن الأمثلة عليها النوع الذي دخل في لقاح النزلة الوافدة الفصلي لعام 2008-2009 في النصف الشمالي من الكرة الأرضية، وهو A/Brisbane/59/2007 (H1N1)-like virus . وظهور نميطات كاملة جديدة يكون نتيجة الزيجان المستضدي Antigenic shift في فترات غير منتظمة وهذا مقتصر على فيروسات النوع A فقط.

حدوث المرض: يحدث المرض في جائحات نادرة وأوبئة تكاد تحدث سنوياً وفاشيات صغيرة. وفي الطور البدئي للأوبئة في البلدان الصناعية، تحدث العدوى والمرض بصورة غالبية بين الأطفال في سن المدرسة، مع ارتفاع حاد

في حالات التغيب عن المدارس وزيارات الأطباء والدخول في المشافي، وفي مرحلة لاحقة يصاب البالغون.

المستودع: الإنسان هو المستودع الرئيس وقد تكون المستودعات الطيرية والثديية مصادر مدخلة لأميطات بشرية جديدة وهذا هو ما يشغل المجتمع الدولي حالياً وخاصة مع جائحات أنفلونزا الطيور.

طرز الانتقال: المرض ينتقل بالهواء وخاصة بين المجموعات السكانية المزدحمة في الأماكن المحصورة.

دور السراية: يقتصر عادة على 3-5 أيام من البدء السريري لدى البالغين.

فترة الحضانة: قصيرة وتتراوح عادة بين 1-3 أيام.

الاستعداد والمقاومة: يعتمد حجم الأوبئة والجائحات وتأثيرها النسبي على مستوى المناعة الواقية في مجموعة السكان وفوعة الزرية ومدى التغيرات المستضدية للفيروسات الجديدة. وينتج عن العدوى مناعة لتغير مستضد معين. وفي الجائحات (ظهور النميط الجديد) يكون الاستعداد عام.

طرق المكافحة: تقوم منظمة الصحة العالمية والجهات المتعاونة معها كل عام بإصدار توصيات تفصيلية للوقاية من النزلة الوافدة ومكافحتها. وفي مجال الإجراءات الوقائية من النزلة الوافدة نذكر:

1- تثقيف الجمهور والعاملين في الرعاية الصحية حول مبادئ الصحة

الشخصية ولا سيما خطورة انتقال العدوى عن طريق السعال والعطس

2- التمنيع باللقاحات المتاحة من الفيروسات الحية والمضعفة وهذا يعطي

مناعة بين 70-80%. ويجب إعطاء اللقاح كل عام قبل توقع ظهور

النزلة الوافدة في المجتمع المحلي ويجب أن يكون توقيت التمنيع على

أساس الأنماط الموسمية للنزلة الوافدة. وللحصول على الأنماط

الموصى بها في تركيبة اللقاح يراجع موقع النشرة الوبائية الأسبوعية

لمنظمة الصحة العالمية³. و يطبق لقاح النزلة الوافدة عادة على المجموعات التالية:

- الأشخاص بعمر 50 وما فوق
 - المقيمون في دور رعاية المسنين
 - الكهول والأطفال بعمر 6 أشهر ممن لديهم مرض قلبي وعائي أو رئوي أو الربو مثلاً
 - الكهول والأطفال بعمر 6 أشهر ممن لديهم قصة قبول بالمشفى بسبب مرض استقلابي أو كلوي أو اعتلال خضاب أو مرض مناعي
 - الأطفال والمراهقون الذين يأخذون علاج طويل الأمد بالأسبيرين (حتى لا تحدث متلازمة راي)
 - النساء الحوامل في الثلث الثاني والثالث - (حالياً يعطى للأمهات بعد الأسبوع 14).
 - العاملون في الرعاية الصحية
 - العاملون في دور رعاية المسنين
 - المخالطون لمجموعات الخطر العالي
 - المسافرون
 - مقدمو الخدمات في المجتمع
 - الطلاب
 - أي شخص يرغب بإقلال خطر الإصابة
 - وأحياناً تلقى جماعياً.
- 3- الانتقاء الكيميائي باستعمال مركبات الأمانتادين.

³ www.who.int/wer

أما مكافحة على مستوى المريض ومخالطيه وبيئته فتشمل:

1- إبلاغ السلطات المحلية عن الفاشيات أو الحالات المثبتة مخبرياً وهذا

يساعد على ترصد المرض

2- العزل وهو غير عملي

3- وقاية المخالطين كيميائياً وهو وارد

4- تطبيق العلاج النوعي بمركبات الأمانتادين أو الريمانتادين.

ومن المهم أن نلفت النظر إلى الضرورة الملحة بمعرفة الإجراءات الوبائية والدولية الخاصة بمرض النزلة الوافدة حيث إن المرض واحد من الأمراض التي تترصد لها منظمة الصحة العالمية ويوصى بمراجعة المواقع الخاصة بذلك لما له من أهمية⁷.

⁷ www.who.int/tluncet

الفصل السادس

وبائيات الأمراض المنتقلة بالطعام و الماء ومكافحتها Epidemiology and Control of Diseases transmitted by Food and Water

مقدمة

تشكل هذه المجموعة من الأمراض تهديداً هاماً للصحة العامة حيث تشير إحصائيات الصحة العالمية إلى أن الأمراض المحمولة بالماء الناجمة عن تناول ماء ملوث بمفرغات الإنسان أو الحيوان - ومن الأمثلة عليها الكوليرا والحمى التيفية والزحار - تشمل نسبة 80% من الأمراض المعدية بشكل عام وهي مسؤولة عن 5 مليون وفاة منها 2 مليون وفاة في العام الواحد فقط بسبب الإسهال وأكثر ما تصيب هذه المجموعة الأطفال الصغار ومن العواقب غير المباشرة لهذه الأمراض نذكر الغياب عن العمل والهدر الاقتصادي بسبب تكلفة العلاج ونقص فرص التعليم وهدر موارد الأسرة. وقد أشار أحد تقارير منظمة اليونيسيف إلى العلاقة المباشرة بين وفيات الأطفال وعدم توفر الماء الشروب. ويعد توفير الماء الشروب واحداً من مهام الحكومات الأساسية للوقاية ومكافحة تلك الأمراض، أما الجوانب الأخرى للمكافحة فتعتمد على الصحة الشخصية وتتقيد العموم هذا بالإضافة إلى ضرورة توفير البرامج الصحية المسؤولة عن ترصد تلك الأمراض بشكل فعال ووضع البروتوكولات الوطنية لتدبيرها.

أما الأمراض المنقولة بالطعام فهي التي تنجم عن عدوى أو سم بسبب تناول
أغذية ملوثة وهي الأخرى من المشاكل الصحية العمومية وخاصة في الدول
الفقيرة حيث تغيب الموارد لضمان سلامة الغذاء بالشكل الأمثل، ويغيب الوعي
الصحي أيضا. ويقع كل الأفراد والتجمعات تحت خطر الإصابة بهذه
الأمراض.

وفيما يلي سنعتمد مثال الحمى التيفية كنموذج للدراسة الوبائية في الوقت الذي لا
يمكن به التفاصيل هنا بموضوع صحة الماء والغذاء رغم الأهمية المطلقة لهما.

الحمى التيفية Typhoid

التيفوئيد، بالمرض: مرض جرثومي جهازي يتميز ببدء مختل لحمى مستمرة
وصداخ شديد وفتور وقيم وبطء القلب وضخامة الطحال وبقع وردية أحيانا على
الجذع وسعال غير منتج للبلغم في المرحلة المبكرة من المرض والإسهال أكثر
حدوثا من الإمساك. ونسبة العدوى غير النموذجية والخفية كبيرة. وفي الحمى
التيفية قد يسبب تقرح لطخ باير في المعى اللفانفي نزفا معويا أو انثقابا لا سيما
في الحالات المتأخرة التي لم تعالج. وبعد دراسات الدنا أصبحت السالمونيلا
التيفية ضريبا سيرولوجيا من السالمونيلا المعوية. وتبدي الحمى نظيرة التيفية
مظاهر سريرية مماثلة، ولكنها تميل إلى أن تكون أخف، ومعدل حالات الإماتة
أقل بكثير. وعندما لا توجد عدوى جهازية بالسالمونيلا، فإنها تتظاهر فقط
بشكل التهاب معدي معوي (داء السالمونيلا). ويمكن استفراد الجراثيم المسببة
من الدم في باكورة المرض. ومن البول أو البراز بعد الأسبوع الأول.

العامل الممرض: في الحمى التيفية هو السالمونيلا التيفية *S. typhi*. ويمكن حاليا
تمييز أنواع عديدة جدا بالتنميط العائلي Phage typing المفيد في الدراسات
الوبائية. وفي الحمى نظيرة التيفية هناك 3 أنواع هي أ و ب و ج.

حدوث المرض: المرض عالمي الانتشار. ومع تحسن عمليات الإصحاح فقد استوصلت الحمى التيفية من مناطق عديدة من العالم. وتبقى بعض الحالات الوافدة غير المستوطنة. وظهرت حالياً أنماط مقاومة للعدوى الحيوية.

المستودع: الإنسان بالنسبة للحمى التيفية ونظيرة التيفية. ونادراً الحيوانات الأليفة بالنسبة لنظيرة التيفية. وقد يكون المخالطون في العائلة حملة مؤقتين أو دائمين. وفي معظم أجزاء العالم يكون حمل الجرثوم في البراز أكثر شيوعاً من حملته في البول. وقد تحدث حالة حمل الجرثوم بعد مرض حاد أو عدوى خفيفة أو عدوى دون سريرية. وأكثر ما تكون حالة الحمل شيوفاً بين أشخاص أصيبوا بالعدوى في متوسط العمر ولا سيما الأطفال.

طرق الانتقال: بواسطة طعام أو ماء ملوثين ببراز أو بول من مريض أو حامل للجرثوم. ومن السواغات الهامة ذكر المحار والفوكه النيئة والخضراوات المسمدة بالسماد الطبيعي واللبن ومنتجاته الملوثة عادة بأيدي حملة الجرثوم. ويمكن أن ينقل الذباب العدوى إلى الأطعمة فتتكاثر فيها الجراثيم لتصل إلى الجرعة المعدية.

دور السراية: ما دامت العصيات التيفية موجودة في المفرغات. منذ الأسبوع الأول عادة وطول مدة النقاهة ولمدد مختلفة بعد ذلك. وتختلف نسبة الحملة الدائمة بين الحمى التيفية ونظيرة التيفية.

فترة الحضانة: يتوقف على حجم الجرعة المعدية. ويتراوح من 2 يوم إلى 3 أشهر.

الاستعداد والمقاومة: الاستعداد للعدوى عام. والمناعة النوعية النسبية التي تعقب الشفاء من مرض سريري أو تعقب عدوى مستترة أو تمنيعاً فعالاً. تكون غير كافية للحماية ضد ابتلاع أعداد كبيرة من الجراثيم.

طرق المكافحة: وتشمل الإجراءات الوقائية النقاط التالية عادة:

- ❖ تثقيف الجمهور بخصوص أهمية غسل الأيدي، وتوفير مرافق مناسبة لغسل الأيدي ولا سيما بالنسبة للمتداولين بالطعام ومرافقيهم المشتغلين برعاية المرضى والأطفال.
- ❖ التخلص الصحي من البراز البشري، وإنشاء مراحيض محمية من الذباب وصيانتها والتأكيد على استعمال المناشف الورقية في الحمامات للتخلص من تلوث الأصابع.
- ❖ حماية وتنقية وكلورة إمدادات الماء العام، وتوفير إمدادات خاصة مأمونة وتجنب حدوث اتصالات بين إمدادات المياه وشبكات المجاري.
- ❖ مكافحة الذباب بوضع حواجز سلكية وبالرذ بمبيدات حشرية وباستعمال طعوم ووسائل قنص مبيدة للحشرات.
- ❖ التقيد بالنظافة التامة في إعداد وتداول الطعام، ونتيجته بطريقة ملائمة، وينبغي توجيه عناية خاصة للخرن الصحيح للأطعمة الباردة.
- ❖ بسترّة أو غلي جميع الألبان ومنتجاتها.
- ❖ تنفيذ إجراءات مناسبة لضبط الجودة في جميع مصانع الطعام والشراب.
- ❖ تعليم المرضى والناقلين والأفراد عامة مبادئ حفظ الصحة الشخصية.
- ❖ تشجيع الرضاعة الطبيعية، وغلي الماء والحليب عند استخدامه في وجبات التغذية للأطفال.
- ❖ إبعاد حملة الجرثوم عن تداول الطعام وإعفاؤهم من رعاية المرضى.

❖ رفع مقاومة الأفراد من خلال التمنيع، ولا يوصى بالتمنيع الروتيني حالياً إنما يلحق من هم تحت الخطر من حيث المهنة أو السفر أو توطن المرض الخ من عوامل. ويتوافر حالياً لقاح حي فموي محضر من ذراري السالمونيلا التيفية من نمط Ty 21 a ، ويعطى هذا على 3 أو 4 جرعات بفواصل يوميين بين كل منها، كما يتوافر لقاح بالحقن يحوي مستضدات فوعية Vi متعددة السكريد، ويعطى بجرعة وحيدة ويفضل استعماله كونه يوفر نفس الحماية وهو أقل توليداً للآثار الجانبية.

أما إجراءات المكافحة على مستوى المريض ومخالطيه وبيئته المباشرة فتشمل ما يلي:

- ❖ تبليغ السلطات المحلية عن الحالات
- ❖ العزل حيث تنفذ الاحتياطات المعوية أثناء المرض ويفضل معالجة حالات المرض الحاد في المشفى
- ❖ التطهير المرافق ويطبق على البراز والبول والأدوات الملوثة بهما.
- ❖ تمنيع المخالطين من أفراد العائلة والمخالطين التمريريين أمر مشكوك بفائدته
- ❖ دراسة المخالطين ومصادر العدوى إذ ينبغي تعيين المصدر الفعلي أو المحتمل لعدوى كل حالة
- ❖ العلاج النوعي، وينبغي أن يتوجه العلاج في ضوء انتشار الذراري المقاومة للصادات الحيوية
- ❖ تطبيق الإجراءات الوبائية من البحث المكثف عن الحالات أو حامل الجرثوم مصدر العدوى واستبعاد أي طعام يشتبه في تلوثه وبسرة أو غلي اللبن وكلورة إمدادات المياه

❖ الإجراءات الدولية حيث ينصح بإعطاء لقاح الحمى التيفية للمسافرين الدوليين إلى مناطق موطنه.



الفصل السابع

وبائيات الأمراض المنتقلة بنواقل ومكافحتها

Epidemiology and Control of Diseases transmitted by Vectors

مقدمة

تستحوذ الأمراض المنتقلة بنواقل على اهتمام عالمي بالغ وخاصة في بعض المناطق التي تأخذ فيها تلك الأمراض أشكالاً وبائية وتهدد حياة الكثير من الأفراد. أضف إلى أن هذه الأمراض تتوطن في مناطق عدة من العالم، ويزداد تهديدها مع الكوارث الطبيعية الكبيرة ومع المشاريع الزراعية الكبيرة أيضاً. وقد حققت سورية سبقاً كبيراً في استئصال مرض الملاريا وخاصة في الخمسينات والستينات ورغم عودة الملاريا إلا أن المرض قد ضبط بشكل مناسب. ومن تلك المجموعة يبقى التهديد الصحي الكبير في سورية مرتبطاً بمرض الليشمانيا الجلدية وهو الذي سنفصل في دراسته الوبائية.

أولاً- داء الليشمانيات الجلدي Cutaneous Leishmaniasis

التعريف بالمرض: مرض متعدد الأشكال في الجلد والأغشية المخاطية يسببه عدد من الأولي protozoa من جنس الليشمانيا، ويبدأ المرض بحطاطة قد تتسع وتصير قرحة مؤلمة وقد تكون الآفات مفردة أو متعددة، وقد تلتئم الآفات ذاتياً أو تبقى إلى سنة أو أكثر. ويتم التشخيص بالفحص المجهرى للشكل اللاسوطي

العديم الحركة داخل الخلايا، وبزراع السوطيات المتحركة خارج الخلايا على مستبتات ملائمة. وينتطلب تمييز الأنواع اللجوء إلى الاختبارات البيولوجية والمناعية والكيميائية الحيوية.

العامل الممرض: وله أنواع فهناك الليشمانيا المدارية والكبيرة والأثيوبية والبرازيلية وأنواع أخرى.

حدوث المرض: ويحدث في أغلب القارات ما عدا أستراليا، وهو أكثر شيوعاً في باكستان والهند والشرق الأوسط وأفريقيا وأمريكا الوسطى والجنوبية. وفي العالم القديم قد تكون مجموعات كبيرة من سكان المدن بما فيهم الأطفال معرضة لخطر العدوى، وفي العالم الجديد يقتصر المرض عادة على مجموعات مهنية كالذين يعملون في مناطق الغابات أو من تكون مساكنهم في غابة أو قريبة من غابة. والمرض بصفة عامة هو أكثر شيوعاً في المناطق الريفية منه في المناطق الحضرية.

وفي سورية يلاحظ تزايد في عدد حالات الليشمانية الجلدية والمرض بات مستوطناً في عشر محافظات، ويحدث 60% من الحالات المبلغ عنها بين الأطفال دون الرابعة عشرة من أعمارهم.

المستودع: متباين، ويشمل الإنسان والقوارض البرية والجربيات والكلبيات وأتوياً مجهولة.

طرز الانتقال: من الثوي الحيواني المستودع عن طريق لدغ الفواصد sandflies phlebotomines الأنثى المعدية، فبعد التغذي على ثوي ثديي مصاب بالعدوى تتطور الأشكال السوطية (المشقيات) المتحركة في أمعاء الفاصدة وتتكاثر، وبعد 8-20 يوماً تظهر الأشكال المعدية التي يتم إدخالها أثناء اللدغ. وفي الإنسان أو الثدييات الأخرى تفقد الطفيليات سيطاتها وتتكاثر الأشكال اللاسوطية في المنسجات (البلاعم macrophages) حتى تنفجر الخلايا لتستطيع الانتشار إلى

نسيج أخرى، وقد أبلغ عن الانتقال من شخص لآخر وبنقل الدم والاتصال الجنسي، ولكن هذا نادر.

دور السراية: لا تنتقل عادة من شخص لآخر ولكنها عدوانية بالنسبة للفواصد ما دامت الطفيليات باقية في الآفات، وهو عادة بضعة أشهر إلى سنتين في الحالات التي لا تعالج.

فترة الحضنة: أسبوع على الأقل إلى شهور كثيرة

الاستعداد والمقاومة: يحتمل أن يكون الاستعداد عاما، وتحدث عادة مناعة مدى الحياة بعد التئام الآفات الناجمة عن الليشمانية المدارية أو الليشمانية الكبرى. ولكنها لا تحدث في حالة الأنواع الأخرى.

طرق المكافحة: وفي مجال الإجراءات الوقائية فإن إجراءات المكافحة تختلف من منطقة لأخرى تبعا لعادات الأتوبياء الشديدة والفواصد الناقلة، وحيثما تعرف عاداتها يمكن تنفيذ الإجراءات القابلة للتطبيق. ويمكن أن تشمل تلك الإجراءات ما يلي:

❖ الاكتشاف النظامي للحالات وسرعة علاجها وينطبق ذلك على جميع الأشكال كأحد الإجراءات الهامة للوقاية من حدوث آفات مخاطية مدمرة في العالم الجديد والأشكال الراجعة في العالم القديم لا سيما في المواقع التي يكون فيها الإنسان هو وحده أو غالبا المستودع.

❖ التطبيق الدوري للمبيدات الحشرية ذات المفعول الثمالي، وللفواصد مجال طيران قصير ولديها استعداد قوي للمكافحة بالرد النظامي بمبيدات حشرية ثمانية. وينبغي أن يشمل الرد خارج وداخل المباني والفتحات الأخرى إذا كانت العدوى تحدث في المباني، كما ينبغي أن يشمل أماكن التوالد المحتملة لفواصد العالم القديم

كالجدران الحجرية وبيوت الحيوانات وأكوام النفايات، وينبغي استبعاد العوامل الناقلة باستعمال ناموسيات دقيقة.

- ❖ إزالة أكوام النفايات وأماكن التوالد الأخرى لفواصد العالم القديم
- ❖ القضاء على اليرابيع gerbils وجحورها التي تقوم بدور المستودعات محلياً وذلك بالحرث العميق وإزالة نباتات رجل الوز Chenopods، ومكافحة الكلاب في مناطق معينة.
- ❖ وفي العالم الجديد يجب تجنب المناطق المحتشرة بالفواصد أو المناطق الحراجية الكثيفة، خصوصاً بعد غروب الشمس واستعمال منفرات الحشرات والملابس الواقية إذا كان التعرض للفواصد لا يمكن تفاديه.

❖ التدبير الملائم للبيئة المحيطة وتنظيف الغابات.

أما في مجال مكافحة على مستوى المريض والمخالطين والبيئة المباشرة، نذكر الإجراءات التالية:

- ❖ تبليغ السلطات المحلية عن الحالات
- ❖ لا لزوم للعزل والتطهير والحجر ولا يوجد تمنع للمخالطين حالياً، إنما من المفيد دراسة المخالطين ومصدر العدوى
- ❖ تطبيق العلاج النوعي للحالات بمركبات الأنتيموان الخماسي بصورة رئيسة ومركبات الغلوكونات ومركبات أخرى.
- ❖ الإجراءات الوبائية إذ ينبغي بذل جهود مكثفة في المناطق ذات الحدوث العالي لمكافحة المرض بتوفير إمكانات للتشخيص وبحملات علاج جماعي وبإجراءات ملائمة ضد الفواصد ومستودع الأتوياء التديية

ثانياً- داء الليشمانيات الحشوي Visceral Leishmaniasis

التعريف بالمرض: ومن المسميات الأخرى لهذا المرض نذكر الداء الأسود والكالازار Kalazar، وهو مرض جهازى مزمن تسببه الحيوانات الأولية داخل الخلية Intracellular protozoa من جنس الليشمانية، ويتميز المرض بحمى وضخامة الكبد والطحال وضخامة عقد لمفية وفقر دم مع قلة الكريات البيض وقلة الصفيحات وهزال متزايد وضعف. والمرض عادة مميت إذا لم يعالج، وتكون الحمى ذات بدء تدريجي أو فجائي. ويتم التشخيص بزرع الطفيلي من خزعة أو مادة مشفوفة ويمكن الكشف بطريقة تفاعل سلسلة البوليميراز.

العامل الممرض: عادة الليشمانية الدونوفانية والطفلية والمدارية والشاغاسية. حدوث المرض: مرض ريفي يحدث في المناطق المدارية وقرب المدارية ويحدث في بؤر منفصلة في الهند والباكستان والصين والشرق الأوسط وحوض البحر المتوسط وأمريكا الوسطى والجنوبية وجنوب أفريقيا. وفي المناطق المصابة يكون المرض شائعاً بين الأطفال والمراهقين، ولكنه يحدث أيضاً على شكل موجات وبائية ويتغير حدوث مع استعمال المبيدات الحشرية ضد الملاريا وأينما حدث تخفيض في مجموعات الكلاب حدث انخفاض في المرض عند الإنسان.

المستودع: المستودعات المعروفة هي الإنسان والكلبيات البرية والكلاب الأليفة. طرز الانتقال: من خلال لدغة فاصدة مصابة بالعدوى. دور السراية: لا ينتقل عادة من شخص لآخر ولكنه عدواني بالنسبة للفواصد ما بقيت الطفيليات في دم أو جلد الثوي المستودع النديي. فترة الحضانة: عموماً 2-6 أشهر.

الاستعداد والمقاومة: الاستعداد للعدوى عام، ويحدث الداء الأسود مناعة مثلية ظاهرة دائمة. وتشير بعض البيانات الهامة إلى أن حدوث العدوى المستترة ودون السريرية هو أمر شائع وأن سوء التغذية يؤهب لحدوث الأمراض السريرية وينشط العدوى المستترة.

طرق المكافحة: تشابه الإجراءات الوقائية وإجراءات المكافحة تلك الواجب تطبيقها في حالات الليشمانية الجلدية، والعلاج النوعي للمرض هو بتطبيق الأنتيموان خماسي التكافؤ أو الأمفوتيريسين ب أو البنيتاميدين. ومن الضروري الانتباه إلى ضرورة التعاون بين الدول المتجاورة في مكافحة تلك الأمراض بشكل عام. ويمكن زيارة موقع الأمراض الاستوائية لمزيد من المعلومات⁸.

⁸ www.who.int/tdr

الفصل الثامن

وبائيات الأمراض المشتركة ومكافحتها Epidemiology and Control of Zoonoses

مقدمة

الأمراض المشتركة من المشاكل الصحية العمومية تتميز بأنها أمراض تصيب الإنسان والحيوان معاً. فهي تنتقل من الحيوان إلى الإنسان وتنتصف هذه الأمراض أنها تشمل طيفاً واسعاً من الأمراض يصل عدده إلى 200 نوع وتختلف عواقبها الصحية من وفيات ومراضة أضف إلى ذلك الخسارة الاقتصادية الكبيرة التي تتجم عن بعض الأنواع منها. وهناك عوامل ممرضة عديدة في الأدواء المشتركة فهناك ما ينجم عن الجراثيم كالحُمى المالطية أو عن الطفيليات كداء الشريطيات أو عن الريبكتسيات كحمى كيو أو عن الفيروسات كداء الكلب. وسنفصل هنا في مثال عن الأمراض المشتركة ألا وهو الحمى المالطية كونه من الأمراض المشتركة المتوطنة في سورية.

داء البروسيلات (الحمى المالطية) Brucellosis

التعريف بالمرض: مرض جرثومي عام ذو بدء فجائي أو تدريجي، يتميز بحُمى مستمرة أو متقطعة أو غير منتظمة تستمر لفترات متغيرة وصداً وضعف وعرق غزير ونوافض وألم مفصلي واكتئاب ونقص في الوزن وآلام عامة. وقد أبلغ عن حدوث المرض دون السريري، ويمكن حدوث عدوى موضعية مزمنة.

والشفاء، من المرض معتاد إلا أن حدوث المضاعفات والعجز قد يكون واضحاً في الغالب.

العامل الممرض: البروسيلة ومن أنواعها المجهضة والمالطية والخنزيرية والكلبية.
حدوث المرض: المرض عالمي الانتشار، لا سيما في بلدان البحر المتوسط من أوروبا وشمال وشرق أفريقيا وشرق المتوسط والهند وأمريكا الوسطى والجنوبية. وتختلف مصادر العدوى والجرثوم المسؤول تبعاً للمنطقة الجغرافية. وهو غالباً مرض مهني يصيب العاملين على الحيوانات المصابة بالعدوى أو نسجها، ولا سيما عمال المزارع والبيطريين وعمال المجازر—ولهذا فهو أكثر حدوثاً بين الذكور. وتحدث حالات فردية أو فاشيات بين الأشخاص الذين يتناولون الحليب أو الجبن النيء غير المبستر من الأبقار والخراف والماعز.
المستودع: الماشية والخنازير والماعز والضأن.

طرق الانتقال: بالتماس مع نسج ودم وبول والمفرزات المهبلية والأجنة المجهضة وبالأخص المشيمة، أو منتجات اللبن والجبن غير المبستر من الحيوانات المصابة. ومن الممكن أن تحدث العدوى المنقولة بالهواء في الحيوانات في الحظائر والأصطبلات، وفي الإنسان في المختبرات والمجازر.

دور السراية: لا توجد أي دلائل على انتقال المرض من شخص لأخر.

فترة الحضانة: يختلف كثيراً ويتراوح عادة بين عدة أشهر.

الاستعداد والمقاومة: شدة المرض السريري ومدته عرضة لاختلافات كبيرة ومدة المناعة المكتسبة غير محققة.

طرق المكافحة: تعتمد المكافحة النهائية لداء البروسيلات البشري على القضاء على المرض بين الحيوانات الأليفة. وفي مجال الإجراءات الوقائية نذكر:

1- تنقيف الجمهور بشأن عدم شرب الحليب غير المبستر أو أكل المنتجات المصنعة من حليب غير مبستر كالجبن وما شابه.

2- تنقيف المزارعين العاملين في المجازر ومصانع التعبئة ومحلات
الجزارة بخصوص طبيعة المرض والتعرض للخطر وكيفية التخفيف
منه. وتوخي الحذر عند التعامل مع الحيوانات المجهضة.

3- تحري الماشية والبحث عن العدوى بالاختبارات السيرولوجية المناسبة
وباختبار لبن البقر بطريقة الإليزا واختبار الحلقة. والتخلص من
الحيوانات المصابة بالعزل أو الذبح أو كليهما. ويوصى في المناطق
ذات الانتشار العالي بتمنيع الماعز والخراف باللقاح الحي الموهن
المتوفر للاستخدام الحيواني.

4- بستره الحليب ومنتجاته

وفي مجال مكافحة على مستوى المريض ومخالطيه وبيئته المباشرة:

1- تبليغ السلطات المحلية عن الحالات

2- دراسة المخالطين ومصدر العدوى ومحاولة تعقب مصدر العدوى
واختبار الحيوانات المشبوهة

3- تطبيق العلاج النوعي والعلاج المفضل هو مشاركة مركبات
الريفامبيسين مع الدوكسي سيكلين يومياً ولمدة 6 أسابيع على الأقل.

4- الإجراءات الوبائية وتشمل البحث عن سواغ عام للعدوى كالحليب النيئ
وسحب المنتجات المشتبه بها وإيقاف إنتاجها حتى تتم بسترتها.

5- الإجراءات الدولية وتشمل مراقبة الحيوانات والمنتجات الحيوانية في
التجارة الدولية.



الفصل التاسع

وبائيات الأمراض المشفوية ومكافحتها

Epidemiology and Control of Nosocomial infection

الأمراض المشفوية بالتعريف هي أمراض تم اكتسابها في المشفى ويطلق عليها أحياناً اسم الأمراض المكتسبة بالمشفى Hospital-acquired diseases (HAIs) وحديثاً بدأ تعبير الأمراض المرتبطة بالرعاية الصحية من المسميات الرائجة.

وهذه الأمراض هي من الأمراض الشائعة والمسؤولة عن مرادة ووفيات عالية أضف إلى أن لمل هذه الأمراض أثر اقتصادي كبير فهي تشكل عبئاً اقتصادياً كبيراً على أنظمة الرعاية الصحية. وعلى سبيل المثال ففي أي وقت من الأوقات نجد أن واحداً من كل عشرة من المرضى تقريباً الذين يعالجون في مستشفيات الحالات الحرجة يعانون من حدوث العدوى حسب إحصائيات الاتحاد الدولي لمكافحة العدوى، هذا بالإضافة إلى أن 10-60% من الحالات تظهر عليها الأعراض بعد الخروج من المشفى. ويعد قياس التكلفة الاقتصادية الناجمة عن حالات العدوى بالمستشفيات أمراً صعباً إلا أن من المفيد أن نذكر أن التبعات الاقتصادية لعدوى المشفى تنجم عن النقاط التالية:

4. يؤدي حدوث حالات العدوى بالمستشفى إلى تأخير خروج

المرضى من المستشفيات مما يؤدي إلى زيادة تكلفة الإقامة

5. تتطلب العدوى نفقات إضافية للعلاج (كزيادة كمية الدواء وعدد الإجراءات المطلوبة فضلاً عن احتمال تكرار الجراحة)
 6. عادة ما يصاحب العدوى بالمستشفيات زيادة في عدد الفحوص المخبرية وصور الأشعة
 7. تؤدي العدوى المكتسبة بالمستشفيات إلى زيادة تكاليف مكافحة العدوى بما فيه ساعات عمل الكادر الطبي والتمريضي
 8. أغلب المضاعفات الناجمة عن عدوى المشافي عالية التكلفة هذا بالإضافة إلى المضاعفات غير الطبية كمقاضاة المشفى والأطباء وتشويه صورتهم والعواقب المالية الأخرى
- وعلى سبيل المثال أشارت دراسة بريطانية أجريت في عام 1999 إلى أن عدد أيام الإقامة الإضافية الناجمة عن عدوى المشفى بلغت وسطياً 11 يوماً بتكلفة وسطية إضافية قدرها 3000 جنيه إسترليني للمرض الواحد.
- وتعد برامج مكافحة عدوى المشافي الوسيلة المفتاحية للوقاية من العدوى المكتسبة داخل المشفى، وتعتمد هذه البرامج بشكل رئيس على ما يلي:
- أولاً:** ترصد عدوى المشافي *nosocomial infections surveillance* والترصد بالتعريف هو الملاحظة المنهجية والمستمرة والفاعلة لحدوث العدوى المكتسبة بالمشفى والعوامل التي تؤدي إلى زيادتها أو نقصانها، ويهدف برنامج الترصد في المشفى إلى خفض حدوث حالات العدوى المكتسبة بالمستشفيات وبالتالي الحد من عواقبها. ويحتاج ترصد حالات عدوى المشافي إلى تعريفات واضحة ودقيقة ومعيارية ومتفق عليها. ويمكن تعريف العدوى المكتسبة بالمشفى بشكل عام على أنها الحالات التي لم يكن المريض مصاباً بها أو حاضناً لها عند دخوله المشفى. وقد تم وضع تعريفات مفصلة لأنواع عدوى المشافي من جهات عالمية كم المنظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأمراض.

ثانياً: إجراءات إدارية في المشفى، لمكافحة العدوى أحد معايير جودة الرعاية الصحية في المشفى فلها دور مؤثر على جميع أقسام المشفى بما فيه موضوعات جودة الرعاية الطبية وكيفية التعامل مع المخاطر واتخاذ القرار السريري والرعاية الصحية وسلامة المرضى والعاملين فيه والزوار . ومن أهم الإجراءات في هذا الإطار هو تواجد برنامج خاص بمكافحة العدوى في كل منشأة صحية، ويشرف على هذا البرنامج فريق أو لجنة خاصة غالباً ما تسمى لجنة مكافحة العدوى في المشفى ومن أهم مهام هذه اللجان هو :

9. وضع سياسة خاصة لمكافحة العدوى في المشفى تعتمد على بروتوكولات واضحة وحديثة ومسندة بالبيانات والتدقيق في تطبيق تلك البروتوكولات.

10. الإشراف على برنامج ترصد العدوى في المشفى

11. إعداد برامج تدريبية وتنقيفية لجميع المعنيين

12. وضع خطة خاصة بالتعقيم والتنظيف والتخلص من

النفايات وحماية بيئة المشفى الخ

13. توفير الإمكانيات والمعدات التي تتيح للعاملين متابعة

الممارسة الجيدة لمكافحة العدوى من خلال التنسيق مع إدارة

المشفى

14. التصرف عند حدوث فاشيات والتعامل معها

15. التأكد من وجود قواعد خاصة باستخدام الصناديق

الحيوية بشكل مرشد

ثالثاً: إجراءات بيئية، وتشمل التنظيف والتطهير والتعقيم والتخلص من النفايات الطبية الخ. وإزالة التلوث عن الأجهزة والوسط البيئي هي عملية تؤدي إلى التخلص من الميكروبات أو القضاء عليها بحيث يصبح الجهاز أو الوسط آمناً للاستعمال.

رابعاً: ترشيد استخدام الصادات الحيوية، فمن الضروري أن تتواجد في المشافي والمنشآت الصحية سياسة واضحة لاستعمال الصادات الحيوية، فسوء استخدام الصادات الحيوية هو المسؤول عن ظهور العديد من السلالات المقاومة، ويعد هذا الأمر سبباً هاماً في حدوث العدوى المكتسبة بالمشافي.



الباب الثالث

وبائيات الأمراض غير السارية ومكافحتها



الفصل الأول

الأسس الوبائية وأسس مكافحة الأمراض غير السارية Principles of Epidemiology and Control of Non-Communicable Diseases

مقدمة

الأمراض غير السارية واحدة من أسباب العبء العالمي للمرض وبعيد التصدي لها تحدياً كبيراً في أوساط المختصين بالصحة العامة والطب الوقائي. وأكثر الأمراض غير السارية شيوعاً هي السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والأمراض الصدرية المزمنة، وقد تسببت هذه في حدود 60% من الوفيات في العالم وفي عام 2005 قدر عدد الوفيات الناجمة عنها 35 مليون وفاة على الصعيد العالمي علماً أن 80% من تلك الوفيات حدثت في دول العالم النامي المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويتوقع أن يزيد حجم الوفيات الناجمة عن تلك الأمراض بنسبة 17% في السنوات العشر القادمة مع أرجحية أن تحصل هذه الزيادة بين الفقراء والمحرومين مودية بذلك إلى ازدياد في الفجوة الصحية بين المجموعات السكانية ومؤثرة على مؤشرات التنمية في تلك الدول. وقد أكدت الجمعية الصحية العمومية التي تضم وزراء الصحة من جميع الدول على أهمية هذا التحدي الصحي وطلبت من منظمة الصحة العالمية وضع خطة عمل لمكافحة الأمراض غير السارية. وقد اقترحت منظمة الصحة العالمية الحل من خلال الاستخدام الأمثل للمعارف المتاحة. وصاغت أهدافها كما يلي:

- تخفيض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة بنسبة 2% إضافية كل عام، في جميع أنحاء العالم على مدى السنوات العشر القادمة
- سيحول ذلك دون حدوث 36 مليون حالة وفاة مبكرة بحلول عام 2015
- المعارف العلمية لبلوغ هذا التمرمى موجودة فعلا

التعريف

المرض غير الساري أو المرض المزمن كما يشيع استخدام المصطلح أو المرض غير المعدى أو التنكسي هو مجموعة من الأمراض الناجمة عن عوامل عدة غير معدية في أغلب الحالات وتتميز هذه الأمراض بما يلي:

- الأمراض فيها غير معروفة تماما
- عوامل الاختصار فيها متعددة
- فترة الكمون في تلك الأمراض طويلة
- سير المرض طويل
- أصل المرض غير معدى على الأغلب
- تترافق غالبا بالعجز الوظيفي
- تنصف بعدم إمكانية الشفاء التام

وتتميز تلك الأمراض بالوفيات المبكرة والمرضاة الناجمة عنها وبعبء المرض الكبير الذي ينجم عنها كما أسلفنا الذكر أضف الى أنها تؤدي إلى آثار سلبية كبيرة على نوعية الحياة التي يعيشها الأفراد وإلى خسارة اقتصادية على مستوى الحكومات بسبب التكلفة العالية لعلاج تلك الحالات والاستخدام النهائي

للمرافق الصحية المرتبط بها كما وتؤدي أيضا إلى هدر كبير لتنفقات الأسرة وغياب عن العمل.

هناك عوامل اختطار شائعة يمكن تخفيفها تكمن وراء الإصابة بأهم الأمراض المزمنة . وهي تبين الأسباب الكامنة وراء الغالبية العظمى من الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة في جميع الفئات العمرية لدى الرجال والنساء وفي جميع أنحاء العالم ومنها:

- تناول أغذية غير صحية
- قلة النشاط البدني
- تعاطي التبغ

وحسب تقدير منظمة الصحة العالمية يشهد كل عام على الأقل موت 4.9 مليون نسمة نتيجة لتعاطي التبغ؛ موت 2.6 مليون نسمة نتيجة فرط الوزن أو البدانة؛ موت 4.4 مليون نسمة نتيجة ارتفاع مجمل مستويات الكوليسترول في الدم؛ وموت 7.1 مليون نسمة نتيجة لارتفاع ضغط الدم. وتتميز تلك الأمراض أن عوامل الاختطار فيها متعددة وأن عامل اختطار واحد قد يؤدي إلى أكثر من مرض من تلك الأمراض. وبشكل عام يمكن تقسيم عوامل الاختطار إلى عوامل قابلة للتعديل كالقوت وتدخين التبغ وإلى عوامل أخرى غير قابلة للتعديل كتعمر والعوامل الوراثية. ويوضح الجدول رقم 6 هذه العلاقة بين عوامل الاختطار والأمراض غير السارية.

الجدول 6: العلاقة بين عوامل الاختطار والأمراض غير السارية

التبغ	الشمع	السكري	امراض الرئة المزمنة	السرطان	امراض القلب
-					-
فرط الكوليسترول					+

فرض ضغط الدم					+
الغوات	-	-	-	-	+
السكونية		+		+	+
السمنة		+		+	+
المهنة		+	+		؟
التلوث		-	+		+
الحالة الاجتماعية	+	+	+	+	+

الوقاية والمكافحة في الأمراض غير السارية

تهدف الوقاية والمكافحة في الأمراض غير السارية إلى:

- الحد من الوقوع بالعجز
- تأخير هجمة العجز
- الحد من وخامة المرض
- إطالة العمر
- الحد من الوفيات

ويخلص الجدول رقم 7 طرق الوقاية والمكافحة في الأمراض غير السارية وهو يعتمد في ذلك استراتيجيات الوقاية ومستوياتها:

الجدول 7: طرق الوقاية والمكافحة في الأمراض غير السارية

الوقاية الاستراتيجية	الوقاية الأولية	الوقاية الثانوية	الوقاية الثالثة
حالة الحمزة	المستعدون	غير العرضيين	العرضيون
التأثير	الوقوع	الانتشار والعواقب	الاختلالات والعجز
أمثلة على الإجراءات	منع التدخين	التحري والعلاج	إعادة التأهيل

ويجدر بالذكر أن مكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها تواجهها جملة من التحديات نذكر منها:

- غياب المعلومات عن حجم المشكلة (الوفيات-المرضاة- نوعية الحياة- عبء المرض - DALY - QALY- العجز (وخامة المرض ومدته))

- البحوث التطبيقية في مجال الأمراض غير السارية قليلة
- الحد من الفروقات بين المجتمعات هو أمر ليس بالسهل
- السياسات الصحية والاجتماعية قد لا تخدم برامج الوقاية من الأمراض غير السارية فهي غير موجودة أو أن تطبيقها صعب
- التواصل في مفهوم الخطر مع الأفراد والجمهرات صعب
- العجز كواحد من عواقب المرض صعب القياس
- مقارنة الجمهرة السكانية أم المجموعة عالية الاختطار هو قرار قد يكون من الصعب اتخاذه.

وتعد الدراسة الوبائية محورية وأساسية لفهم الأمراض غير السارية وبالتالي بناء الأسس السليمة لمكافحتها وبالتالي نؤكد أن الدراسة الوبائية للأمراض غير السارية تجيب عن الأسئلة التالية:

- ما هو انتشار المرض وحدوثه في المجتمع والفروقات بين المجتمعات؟
- ما هي الخصائص الوبائية الوصفية للمرض؟
- ما هي عوامل الإختطار وطرق دراستها وهل هي سببية أو قابلة للتعديل؟
- كيف نقرر طرق الوقاية والمكافحة في ضوء تلك الدراسات؟



الفصل الثاني

وبائيات السرطان ومكافحته

Epidemiology and Control of Cancer

مقدمة

السرطان هو مصطلح عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تؤثر على أي جزء من الجسم. المصطلحات الأخرى المستخدمة هي الأورام الخبيثة والأورام. وأحد السمات المميزة لمرض السرطان هو سرعة تشكيل الأكتاف الشاذة التي تنمو خارج الحدود المعتادة، والتي يمكن بعد ذلك أن تغزو الأجزاء المجاورة لأجزاء من الجسم وتنتشر إلى أجهزة أخرى. وهذا ما يعرف بالانتقالات، والانتقالات هي من الأسباب الرئيسية لموتات من مرض السرطان. السرطان ينشأ من خلية واحدة، والانتقال من خلية طبيعية إلى خلية الورم هو عملية متعددة المراحل، وعادة هناك سلسلة من الطفرات قبل السرطانية إلى الأورام الخبيثة. هذه التغييرات هي نتيجة للتفاعل بين عوامل الوراثة في الشخص وعوامل البيئة الخارجية كالشعاع والمواد الكيميائية والأفلاتوكسينات وغيرها.

حجم المشكلة والوبائيات الوصفية

السرطان هو السبب الرئيسي للموت في جميع أنحاء العالم. وحسب عن هذا المرض 7.9 مليون حالة وفاة (أو حوالي 13% من جميع الوفيات). في جميع أنحاء العالم) في عام 2007، وأهم أنواع السرطان التي تؤدي إلى معدل وفيات

السرطان العالية عموماً في كل عام هي سرطان الرئة وسرطان المعدة وسرطان الكبد والכולون أضف إلى ذلك سرطان الثدي وعنق الرحم لدى السيدات. وقد وقعت حوالي 72 ٪ من مجموع وفيات السرطان في عام 2007 في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويتوقع أن تستمر الوفيات الناتجة عن السرطان في الارتفاع في جميع أنحاء العالم إلى حدود 12 مليون وفاة في عام 2030 حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية. وأشارت دراسة أجريت في سنة 2005 من قبل الوكالة الدولية للسرطان إلى أن حوالي 30 ٪ من حالات السرطان يمكن منعها أو تعديل عوامل الخطر الرئيسية فيها. والهام في هذا الموضوع هو إجراء الدراسات الوبائية حول الأسباب الممكنة والتدخلات المناسبة للوقاية أو التدبير. ويجدر بالذكر أن الركيزة الأساسية في معرفة حجم مشكلة السرطان هي وجود السجلات الوطنية للأورام وهذه عبارة عن أنظمة رصد للأورام تختلف بدرجة تقدمها من مكان لآخر.

عوامل اختطار السرطان

عوامل اختطار مرض السرطان عديدة جداً ومنها:

- المواد المسرطنة ، مثل الأشعة فوق البنفسجية والإشعاعات المؤينة
- المواد الكيميائية المسرطنة مثل الأسبست ومكونات دخان التبغ والأفلاتوكسين والزرنيخ
- الفيروسات مثل فيروس التهاب الكبد البائي الذي يرتبط بسرطان الكبد وفيروس الحليموم البشري المرتبط بسرطان عنق الرحم
- الطفيليات مثل البلهارسيا وعلاقتها بسرطان المثانة
- الشيخوخة وهي عامل أساسي آخر لتطويع السرطان حيث ترتفع معدلات الإصابة بالسرطان بشكل كبير مع تقدم العمر، على الأرجح،

نتيجة لتراكم مخاطر محددة لأنواع السرطان التي تزيد مع التقدم في السن.

- عوامل تغذية كالبداية أو فرط الوزن

ومن المفيد الإشارة إلى أن أغلب الدراسات تشير إلى أن عوامل الاختطار الرئيسية للسرطان تشمل:

- استخدام التبغ
 - فرط الوزن أو البدانة
 - انخفاض استهلاك الفاكهة والخضار
 - قلة النشاط البدني
 - تعاطي الكحول
 - الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، مثل فيروس عوز المناعة البشري المكتسب وفيروس الحليموم البشري
 - تلوث الهواء في المناطق الحضرية
 - الدخان المنبعث من الأسر المعيشية من استخدام الوقود الصلب
- وتشير الدراسات إلى اختلاف في انتشار تلك العوامل بين البلدان المتقدمة والنامية.

الوقاية من السرطان

يمكن تفادي ثلث حالات السرطان من خلال الوقاية، وكما هو معروف فإن التبغ هو من أهم أسباب الإصابة بالسرطان في العالم اليوم. ويسبب التبغ 80-90 ٪ من جميع الوفيات الناجمة عن السرطان في الرئة، ونحو 30 ٪ من مجموع وفيات السرطان في البلدان النامية، بما فيها الوفيات الناجمة عن السرطان من جوف الفم، الحنجرة، وأماكن أخرى. وأطلقت مبادرة عالمية لمكافحة التبغ التزمت بها دول كثيرة وشملت فرض حظر على الإعلان عن

الأثر وزيادة التدرج على منتجات التبغ، وسياسة برامج يمكن أن تقلل من استهلاك التبغ في كثير من البلدان.

وتعديل النظام الغذائي هو الآخر نتيجة هام لمكافحة السرطان. فقد اظهرت الدراسات وجود علاقة بين زيادة الوزن والسمنة مع أنواع عديدة من السرطان مثل سرطان القولون والمستقيم وسرطان الثدي وسرطان بطانة الرحم، والموجبات الغذائية الغنية بالفواكه والخضروات التأثير الناقص ضد العديد من أنواع السرطان. وعلى العكس من ذلك فإن الإفراط في استهلاك اللحوم الحمراء قد يترافق مع زيادة في خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

وبالإضافة إلى ذلك فقد ثبت دور النشاط البدني المنتظم والحفاظ على وزن صحي مع اتباع نظام غذائي صحي في الحد من مخاطر الإصابة بالسرطان. ومن الضروري صياغة السياسات الوطنية التي تهدف إلى تنفيذ برامج لزيادة الوعي لمرض السرطان والحد من التعرض لعوامل الخطر. وضمان أن يتم تزويد الناس بالمعلومات الكافية حول أهمية دعم الحاجة إلى اعتماد أنماط الحياة الصحية.

العوامل المعدية مسؤولة أيضا عن ما يقارب 22 ٪ من وفيات السرطان في العالم النامي و 6 ٪ في البلدان الصناعية حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية. ولحسن الحظ فإن توفر برامج التلقيح ضد التهاب الكبد البائي وحاليا ضد فيروس الحليمود البشري له الأثر الكبير في الوقاية من السرطانات ذات الصلة.

ومن المعروف تماما تلك العلاقة بين سرطان الجلد والتعرض لأشعة الشمس والأشعة فوق البنفسجية وعليه فإن أهم ركيزة في الوقائية هي تجنب التعرض المفرط لأشعة الشمس واستخدام حاجبات الأشعة البنفسجية والملابس الوقائية، وقد أثبتت الدراسات أن تلك الإجراءات تعد من التدابير الوقائية الفعالة.

ويبقى أن نذكر أن هناك العديد جدا من سبل الوقاية الأخرى أيضا ومن المفيد التأكيد على أن دراسات الكلفة الاقتصادية أشارت إلى فعالية إستراتيجية الوقاية الأولية بالمقارنة مع الكلفة العالية جدا للوقاية الثالثة.

استراتيجيات الوقاية:

يمكن فصل استراتيجيات الوقاية من السرطان إلى الأولية والثانوية والثالثة، ففي إطار الوقاية الأولية نود تجنب زيادة عوامل الاختطار المشكورة أعلاه الأساس في الوقاية ومن التدخلات الصحية الهامة في هذا السجال نذكر التدابير ضد التهاب الكبد الوبائي والمهبطية على المخاطر المهنية والحد من التعرض للشمع الشمس كأمثلة.

وفي مجال الوقاية الثانوية يكون التوكيد على الكشف المبكر حيث أشارت الدراسات إلى أنه من الممكن خفض حوالي ثلث العبء الناجم عن السرطان من خلال الكشف عن الحالات وعلاجها في وقت مبكر. والكشف المبكر عن السرطان يقوم على ملاحظة أن العلاج يكون أكثر فعالية عندما يتم اكتشاف السرطان في وقت سابق. والهدف من ذلك هو الكشف عن السرطان حين يكون موضعيا. وهناك عنصران من عناصر الكشف المبكر وهما التوعية الصحية لتعريف الناس على العلامات المبكرة للسرطان وطلب العناية الطبية فورا ومن العلامات المبكرة نذكر الكتل، والقروح، وعسر الهضم المستمر، واستمرار السعال، والتخفيف من فوهات الجدم. أما العنصر الثاني فيعتمد على برامج لتكشف المبكر لتحديث حالات ما قبل السرطان أو السرطان بما في ذلك مثلا تصوير الثدي للكشف عن سرطان الثدي، والفحص الخلوي للكشف عن سرطان عنق الرحم. وفي إطار الوقاية الثالثة من السرطان يكون التركيز

على العلاج ويهدف العلاج إلى الشفاء وإطالة مدة الحياة وتحسين نوعية الحياة للمرضى. ومن الأمثلة على السرطانات التي أشارت فيها الدراسات على ارتفاع معدلات الشفاء فيما لو كشفت باكرا وعولجت في مراحل مبكرة وفقا لأفضل البيانات والبروتوكولات العلاجية نذكر سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان القولون والمستقيم. وتتوافر أساليب عدة لتسكين الألم في الحالات المتقدمة من السرطان ولتقديم الرعاية الملطفة بما فيها تلك المعتمدة على تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض وللأسرة. ويجدر بالذكر أن منظمة الصحة العالمية أطلقت في عام 2007 خطة عمل شاملة لمكافحة السرطان مع الأهداف التالية:

- منع ما يمكن الوقاية منه
- تقديم العلاج للشفاء
- تخفيف الألم بالنسبة لجميع مرضى السرطان
- رصد النتائج

الفصل الثالث

وبائيات أمراض القلب والأوعية ومكافحتها

Epidemiology and Control of Cardiovascular Diseases

مقدمة

أمراض القلب والأوعية الدموية هي مجموعة من اضطرابات في القلب والأوعية الدموية وهي تشمل كيانات مرضية عديدة تشمل حسب التصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية كل من الحمى الروماتيزمية الحادة، الأمراض القلبية الروماتيزمية المزمنة، أمراض فرط ضغط الدم، أمراض القلب الإقفارية، أمراض القلب الرئوية، أمراض الأوعية الدماغية وأشكال أخرى من أمراض القلب. ويجدر بالذكر أن كل من ارتفاع ضغط الدم وأمراض نقص التروية القلبية والنسبة والمرض القلبي الروماتيزمي تعد من الأمراض القابلة للوقاية.

حجم المشكلة والوبائيات الوصفية

أمراض القلب والأوعية هي السبب الأول للوفاة في العالم حيث قدر أن حجم الوفيات الناجمة عنها بلغ 17.5 مليون في عام 2005 يمثلون 30% من جميع الوفيات في العالم. هذا بالإضافة إلى الضياع الاقتصادي الكبير الذي يرتبط بتلك الأمراض والذي قدر بـ 7.6 مليون دولار بسبب المرض القلبي التاجي

الأمراض القلبية الوعائية بسبب السمكة الدماغية. وتحدث أكثر من 80% من الأمراض القلبية الوعائية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وتحدث بالتساوي تقريباً بين الذكور والإناث. وقد تراجع المرض في العديد من الدول المتقدمة بسبب التحسينات الوقائية التي اعتمدها تلك الدول وبسبب زيادة الوعي الصحي. ومنذ عام 2010، انخفضت نسبة وفيات القلب في عام 2015 ومعظمهم من أمراض القلب الإقفارية والنسبة الدماغية. وهذه بدورها ستكون ذات أثر بالغ في الاقتصاديات الدول عامة، وبعبارة أخرى عن عبء المرض والهدر الاقتصادي يجدر الإشارة إلى وجود اعتبارات أخلاقية هامة تتعلق بالنسبة الدماغية وهذا يعود إلى تقدم التقنية وإلى تكلفتها الاقتصادية البالغة وإلى الحوار الأخلاقي المتعلق برعاية هؤلاء في المراحل الإنتهائية من مرضهم.

عوامل اختطار أمراض القلب الإقفارية

تتميز أمراض القلب والأوعية بأنها ناجمة عن جملة عديدة من عوامل الاختطار للحالات المختلفة منها. وقد يكون من المناسب أن نصنف عوامل الاختطار إلى عوامل قابلة للتعديل modifiable risk factors وأخرى غير قابلة للتعديل Non modifiable risk factors. وسأخذ كمثال لتركز عليه هنا مجموعة أمراض القلب الإقفارية فمن العوامل غير القابلة للتعديل في أمراض القلب الإقفارية نذكر العمر حيث أن خمس المصابين هم من الفئة العمرية التي تفوق الستين من العمر، وكذلك جنس الذكورة والعوامل الوراثية. أما عوامل الاختطار القابلة للتعديل فتشمل كل من دخان التبغ وفرط شحوم الدم وفرط ضغط الدم وحياة القعدة والسمنة وفرط الوزن والداء السكري. وتتوفر البيانات الواضحة على دور تلك العوامل في زيادة خطر الإصابة بالداء القلبي الإقفاري. وقد أشارت بعض الدراسات إلى دور القوت (النظام الغذائي غير الصحي الغني بالدهون واللحوم الحمراء والفقير بالفيتامينات والمعادن)

والتعرض للكرب والشمسية من النمط أ وتعاطي الكحول والإصابة ببعض العوامل المعدية وتلوث البيئة والحالة الاجتماعية الاقتصادية المتردية أو المرتفعة باختلاف الدراسات وبعض أنواع المهن في حدوث أمراض القلب. إلا أن الدراسات حول مجموعة العوامل الأخيرة تلك هي دراسات غير قاطعة.

الوقاية من أمراض القلب الإقفارية

الوقاية الأولية من أمراض القلب الإقفارية تعتمد بشكل رئيس على تعليم الأشخاص حول عوامل الاختطار ونمط الحياة الصحية وتحديد وتعديل عوامل الاختطار للوقاية من هجمة المرض. وتشير الدراسات إلى أن تحري عوامل الاختطار يجب أن يبدأ باكرا ما أمكن وبحدود عمر العشرين، ولدى هؤلاء من الضروري تحديث القصة العائلية دوريا وتقييم التدخين والقوت والنشاط الفيزيائي دوريا وتسجيل ضغط الدم والنبض ومحيط الخصر ومنسب كتلة الجسم في كل زيارة وقياس البروتينات الشحمية والكوليسترول والسكر دوريا. وحاليا تتوفر الأدلة والأدوات حول تقييم اختطار الإصابة بأمراض القلب والأوعية Risk Assessment tools ورغم توفر هذه الأدوات إلا أن استخدامها يجب أن يكون حذرا حيث أن تصميمها أصلا يجب أن يعتمد على بيانات ودراسات محلية هذا بالإضافة إلى أن دراسات حديثة أشارت إلى أن استخدامها قد يؤدي إلى فرط في تقديم العلاج أي استخدام الأدوية. ومن المناسب أن نقول إن التدخل على عوامل الاختطار كركيزة للوقاية الأولية هو ممكن فعلا وهذا يشمل التوقف عن التدخين وضبط ضغط الدم بحدود 90/140 ملم زئبقي لدى الأشخاص الأسوياء وبحدود أقل من ذلك لدى السكريين والمصابين بقصور كلوي، ويشمل أيضا النظام الغذائي الجيد الفقير بالدهون والغني بالفيتامينات والمعادن وتدبير شحوم الدم من خلال بروتوكولات غذائية أو دوائية وضبط الوزن باستخدام منسب كتلة الجسم كمشعر وتدبير الداء السكري وزيادة النشاط

البدني إلى الحد الأدنى الموصى به وهو المشي بحدود 30 دقيقة يوميا. أما تناول الجرعة الوقائية من الأسبرين في الدوائية الأولية من أمراض القلب الإقفارية فقد باتت سائبة النور¹⁰ حسب الأبحاث الحديثة وتركز دوره على الوقاية لدى الأشخاص المعرضين أي في الوقاية من الهجمات الثانوية. أما الوقاية الثانوية من أمراض القلب الإقفارية فتعتمد على تحديد الأفراد ممن لديهم المرض وممن هم تحت خطر عال للإصابة ومعالجتهم وإعادة تأهيل الأفراد ممن حصل لديهم نوبة سابقة. وتهدف الوقاية الثانوية إلى زيادة البقاء وتحسين نوعية الحياة والحد من التدخلات والحد من حدوث نوبات لاحقة.

استراتيجيات الوقاية

تختلف استراتيجيات الوقاية بشكل عام، وهي بشكل رئيس وحسب جيفري روز Geoffrey Rose أخصائي الوبائيات المعروف عالميا في مجال أمراض القلب¹¹ تصنف إلى نوعين أولهما الاستراتيجية السكانية Population Strategy التي تستهدف كافة أفراد المجتمع بغض النظر عن وجود عوامل الخطر مثلا، وكمثال عليها نذكر إستراتيجية التوعية الصحية لجميع أفراد المجتمع حول ضرورة اتباع النظام الغذائي الصحي وممارسة النشاط البدني. أما الاستراتيجية الثانية فهي الاستراتيجية عالية الخطر High Risk Strategy وهي تطبق على الأفراد ممن لديهم اختارا أعلى للإصابة كالسكريين وكمثال عليها نذكر تغيير فرط ضغط الدم وتغيير الشحوم لدى السكريين. وتتميز تلك الاستراتيجيتان بنقاط ضعف ونقاط قوة كما في القائمة التالية:

– نقاط القوة في الاستراتيجية عالية الخطر

¹⁰ <http://www.heart.org>

¹¹ Rose G (1985) *Prevention of Coronary Heart Disease*

- مناسبة للفرد
- لا تتطرق لمن ليسوا تحت الخطر أي الأصحاء
- سهلة التطبيق في أنظمة الرعاية الطبية كونها تعتمد لتحري و التشخيص وحتى العلاج
- فعالة بالنسبة للتكلفة

- نقاط الضعف في الإستراتيجية عالية الاختطار

- الوقاية طبية جدا وليست صحية
- النجاح ملطف فقط ومؤقت
- غير مناسبة سلوكيا حيث إنها لا تعتمد تعزيز السلوك الصحي
- تتحدد بالقدرة السيئة على التكهن بمستقبل الأفراد
- مشاكل المقبولية والتكلفة فقد لا تكون مقبولة كونها باضعة أحيانا وهي عالية التكلفة في أغلب الحالات
- المساهمة في مكافحة المرض عامة قليلة جدا

- نقاط القوة في الإستراتيجية السكانية

- حاسمة حيث إنها تؤدي إلى الوقاية وبشكل مؤكد
- مناسبة سلوكيا لأنها تعتمد تعديلات السلوك وتحويلها إلى السلوكيات الصحية كأساس

- نقاط الضعف في الإستراتيجية السكانية

- ضعف المقبولية من الأفراد والأطباء فتعديل السلوك صعب وغير مقبول من الفرد أضف إلى أنه قد لا يكون مقبولا من الأطباء كون الأطباء اعتادوا على تقديم الرعاية أكثر من تقديم النصح والإرشاد
- ضعف الحماس لها من الأطباء بشكل رئيس
- الكلفة العالية بداية الأمر إذ تشير الدراسات إلى أن التكلفة عالية في الاستراتيجيات السكانية بداية إلى أن التكلفة مبررة على المدى الطويل.



الفصل الرابع

وبائيات الداء السكري ومكافحتها

Epidemiology and Control of Diabetes

مقدمة

يشمل الداء السكري مجموعة من الأمراض الاستقلابية التي تتصف بفرط سكر الدم الناتج عن عيوب في إفراز الأنسولين أو في تأثيره (فعله) أو كلاهما. ويترافق فرط سكر الدم المزمن مع تخرب طويل الأمد وعجز وظيفي وفشل أعضاء مختلفة بما فيها العينين والكلى والأعصاب والقلب والأوعية الدموية. ويصنف الداء السكري حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض إلى ذلك المعتمد على الأنسولين وغير المعتمد على الأنسولين والداء السكري المترافق بسوء التغذية وأنواع أخرى محددة وغير محددة. أما الجمعية الأمريكية للداء السكري فتصنف الداء السكري حسب الإمبراضية إلى السكري من النمط الأول Type I diabetes وهو ينجم عن تخرب خلايا بيتا مما يسبب عوز تام في الأنسولين والسبب مناعي أو مجهول والعديد من هؤلاء المرضى يحتاجون إلى الأنسولين من أجل البقاء على قيد الحياة. والصنف الآخر هو السكري من النمط الثاني Type II diabetes وهو ناجم عن مقاومة الأنسولين بشكل رئيس مع عوز نسبي أو عيب في إفراز الأنسولين مع مقاومة له بالإضافة إلى أنماط أخرى والعديد من هؤلاء لا يعتمد على الأنسولين من أجل البقاء على قيد الحياة وفيه تغيب الآلية المناعية الذاتية ويلحظ أن العديد من المرضى سمين

والسمنة تسبب مقاومة للإنسولين، وتتحسن المقاومة للإنسولين عند تراجع الوزن. ومن الكيانات الأخرى في مجموعة الداء السكري نشير إلى خلل تحمل الغلوكوز أو خلل غلوكوز الصيام وهو مرحلة استقلابية بين الغلوكوز الطبيعي والسكري يطلق عليها ما قبل السكري pre diabetes وتشمل الأفراد ممن لديهم نقص تحمل الغلوكوز وممن غلوكوز الصيام لديهم بين 110-126 مغ/ د ل. وفي غياب الحمل لا تشكل هذه الحالات كيانا مرضيا ولكنها تعد بمثابة عوامل اختطار للسكري والداء القلبي الوعائي مستقبلا. وهناك أيضا السكري الحملي ويعرف على أنه أي درجة من نقص تحمل الإنسولين مرتبطة بالحمل ويجب أن يعاد تقييم السيدة بعد 6 أسابيع من انتهاء الحمل، وتختلف نسب انتشاره في الدول وينقص تدبيره بشكل جيد من احتمال حدوث المراضة والوفيات في فترة ما حول الوليد، وتدبيره تغذوي إنما يعالج بالإنسولين عند الضرورة وفي كل الحالات من الضروري مراقبة الجنين بشكل مستمر.

حجم المشكلة والوبائيات الوصفية

يقدّر عدد حالات الداء السكري في العالم بحدود 171 مليون شخص حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية ويتوقع أن يتضاعف هذا الرقم بحدود عام 2030، ومن هؤلاء يموت 3.2 مليون شخص بسبب مضاعفات الداء السكري سنويا أي بمعدل 6 وفيات كل دقيقة. ويأخذ الداء السكري شكلا وبائيا حيث ارتفع عدد الإصابات من 30 مليون شخص في العالم في عام 1985 إلى 135 مليون في عام 1995 و 171 مليون في عام 2000، ويتوقع أن يصل هذا الرقم إلى 366 مليون في عام 2030. والمشاكل الرئيسة المرتبطة بحدوث الداء السكري بشكل وبائي في الدول النامية هي الزيادة السكانية والتشيخ والقوت غير الصحي والسمنة وحياة القعدة، ويزداد وقوع الداء السكري من النمط الثاني بشكل كبير ليشكل 90% من الحالات الكلية. وما يلفت النظر أن متوسط العمر

للإصابة بالداء السكري في الدول النامية هو في حدود 35-45 عاماً أي أثناء ذروة الحياة الإنتاجية في الوقت الذي يفوق هذا المتوسط في الدول المتقدمة السنين عاماً.

ومن المعروف أن عقابيل الداء السكري عديدة جداً وهي المسؤولة عن حالات كثيرة من المراضة والوفيات والعجز المرتبط بالداء السكري ومن هذه العقابيل نذكر :

- الداء القلبي الوعائي المسؤول عن 50-80% من الوفيات بين الأشخاص المصابين بالداء السكري وعوامل اختطار المرض القلبي لدى السكريين تشمل فرط ضغط الدم وارتفاع كوليمترول المصل والسمنة والتدخين.
 - اعتلال الأعصاب السكري وهو الأكثر شيوعاً بين العقابيل وتشير الدراسات إلى أن 50% من الأشخاص المصابين بالداء السكري لديهم هذا الاعتلال بشكل أو بآخر.
 - اعتلال الشبكية السكري وهو السبب الرئيس للعمى والعجز البصري.
 - الداء السكري هو من الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي ويختلف تكرار الفشل الكلوي بين المجموعات السكانية المختلفة.
 - داء القدم السكرية وهو داء يصيب الأطراف الأوعية الدموية والأعصاب وعادة ما يؤدي إلى تقرح وبتر الأطراف أو المضاعفات.
- ومن المعروف أن مضاعفة حجم المشكلة الصحية في المجتمعات يتم باستخدام سجلات السكري وخاتمة هذه الأنظمة بالنسبة للنمط الأول وباعتداد المسوح الصحية بالنسبة للنمط الثاني. وفي الدراسات الويائية حول وقوع الداء السكري وانتشاره يعتمدت غلوكوند المسوح الأثر أو يساوي 126 مـغ/دل ، والصيام يعني غياب الوارد من الطاقة لمدة 6 ساعات على الأقل، وذلك للتعبير وتسهيل العمل الميداني.

الأثر الاجتماعي الاقتصادي للداء السكري كبير جدا وذلك بسبب إزمان المرض ووخامة عقابله وطرق الضبط المكلفة، والداء السكري مكلف على الأفراد وعلى الأنظمة الصحية معا ففي الهند على سبيل المثال يقدر أن ما تصرفه العائلة معتدلة الدخل على رعاية الداء السكري بحدود 25% من دخلها. والتكلفة الناجمة عن الداء السكري هي تكلفة مباشرة كثمن العلاج وغير مباشرة كالوقت الضائع في الانتظار في العيادات وأيضا تكلفة غير ملموسة كالقلق على الفرد وأفراد عائلته.

عوامل اختطار الداء السكري

تختلف عوامل الاختطار بين نمطي الداء السكري فعوامل الاختطار في النمط الأول من الداء السكري تشمل:

- العوامل الوراثية
- العوامل البيئية
- التغذية في فترة الوليد حيث تشير الدراسات إلى زيادة فرص المرض بين الولدان الذين يرضعون حليب البقر
- الإصابة بالفيروسات كالإصابة بفيروس كوكساكي والفيروس المضخم للخلايا
- عوامل أخرى بما فيه عمر الأم المتقدم عند الولادة (أكثر من 35 عاماً) وترتيب الولادة والكرنب

أما عوامل اختطار الداء السكري من النمط الثاني فتشمل أيضا

- العوامل الوراثية
- العوامل البيئية بما فيه
- انعدام النشاط البدني، فالنشاط البدني يزيد من حساسية الأنسولين
- السمنة وتوزع الشحوم، وخاصة سمنة البطن

○ نمط الغذاء وخاصة الاعتماد على الشحوم والسكر غير المعقد،

مع قليل من الألياف

○ الكرب بسبب تأثيرات هرمونية على استقلاب السكر

○ الأدوية والهرمونات التي تؤثر على الاستقلاب كالمدرات

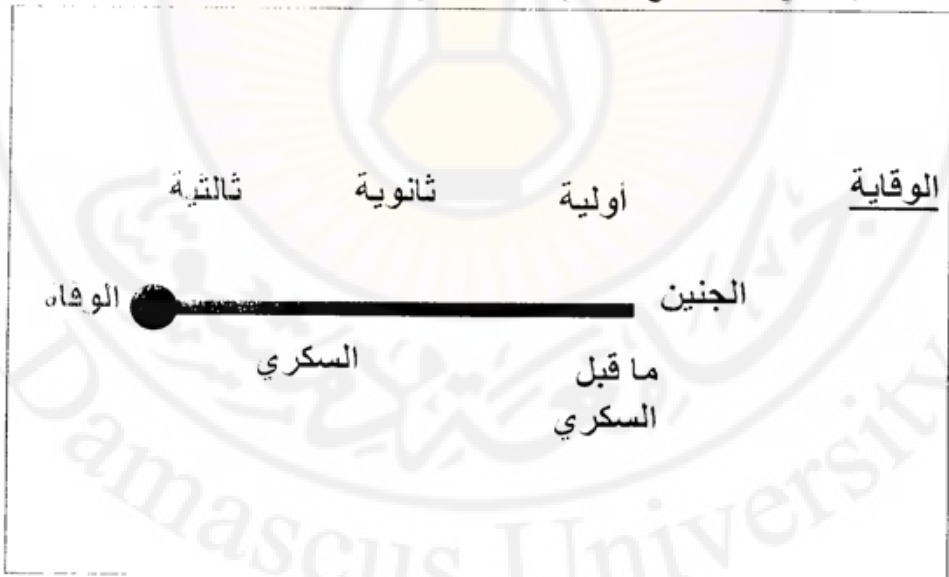
والستيرويدات وحبوب منع الحمل

• عوامل أخرى كالتدخين

الوقاية من الداء السكري

يوضح الشكل التالي التاريخ الطبيعي للداء السكري وهذا يساعدنا في فهم استراتيجيات الوقاية.

الشكل التوضيحي 11: التاريخ الطبيعي للداء السكري



الوقاية الأولية تهدف إلى الحد من المرض والوقاية منه وتعتمد على القوات الصمحي والنشاط البدني المنتظم الذي يحمي الأشخاص المستعدين فهو ينقص أو يؤخر الحاجة لتقديم الرعاية الدوائية لمريض السكري كما أنه يعالج العقابيل. إن نمطاً صحيحاً من الحياة (تجنب السمنة - الغذاء الصحي - ممارسة النشاط البدني - تجنب التدخين) يقي من الداء السكري.

أما الوقاية الثانوية فتهدف إلى تحري وضبط الحالات غير المشخصة وتشمل الكشف المبكر والعلاج الجيد وعلاج كل من فرط ضغط الدم وارتفاع شحوم الدم وضبط سكر الدم وهي تنقص إلى حد كبير من فرص حدوث العقابيل وتبطئ من تطورها. اقترحت الدراسات الميدانية على السكان وعلى جمهرات كبيرة جداً في الصين وكندا والولايات المتحدة أن نقصاً معتدلاً في الوزن ونصف ساعة من المشي يومياً ينقص من وقوع الداء السكري بأكثر من النصف لدى الأشخاص المفرط في الوزن ممن لديهم نقصاً في تحمل الغلوكوز.

ومن الضروري الانتباه إلى الداء السكري غير المشخص الذي تصل نسبته إلى 50% من الأشخاص المصابين بالمرض في الولايات المتحدة الأمريكية وهو يشكل بذلك مشكلة صحية هامة وهؤلاء الأشخاص يقعون تحت خطر الإصابة بأمراض القلب، والسكتة والداء الوعائي المحيطي، واحتمال وجود اضطراب شحوم الدم وفرط ضغط الدم والسمنة لديهم أكثر.

وتهدف الوقاية الثالثة إلى الحد من المراضة والوفيات وذلك من خلال منع المضاعفات الحادة أو المزمنة أو الحد من تأثيرها، وتشمل الضبط الصارم للسكر، التعليم، والاستئصال، والعلاج، وتحري وجود العواقب.

ويظهر الشكل التوضيحي التالي التوصيات المتعلقة بالتغذية ونمط الحياة في السكريين حسب جمعية الداء السكري.

الشكل التوضيحي 12: التوصيات المتعلقة بالتغذية ونمط الحياة في السكريين

- الحفاظ على منسب كتلة جسم بين 18.5-25
- الوارد من الطاقة من الحموض الدسمة المشبعة أقل من 10%
- الوارد من الطاقة من الحموض الدسمة غير المشبعة العديدة أقل من 10%
- الوارد من الطاقة من السكاكر بين 45-60%
- يوصى بالأغذية ذات المنسب السكري القليل و الغنية بالألياف
- يوصى بالفواكه والخضار والحبوب
- يجب أن لا يشكل السكروز أكثر من 10% من الوارد الكلي للطاقة
- وقت الوارد الغذائي هام جداً لمن يتعاضى الأنسولين
- الوارد البروتيني يجب أن يقلل لدى المعصابين باعتدال كلوي
- الوارد من الصوديوم يجب أن يقل عن 6 غرام باليوم
- المضافات من المغنزيوم يمكن أن تعطى
- أغلب التوصيات هامة لجميع أفراد العائلة

استراتيجيات الوقاية

وهذه أيضاً تقسم إلى إستراتيجية الجمهرة أو إستراتيجية فئات الاختطار العالي.

ومقاربات التحري عن السكري من النمط الثاني هي كالتالي:

- تحري الجمهرة في المجتمعات العالية الانتشار
- التحري الانتقائي على فئات الخطر العالي
- التحري الانتهازي على أشخاص راجعوا الخدمات الصحية

أما معايير تحري السكري عند الأشخاص اللا عرضيين فهي:

- الأشخاص فوق سن 45 سنة وخاصة ممن منسب كتلة الجسم لديهم يساوي أو يفوق 25 ، وإذا كان طبيعياً يعاد كل 3 سنوات
- الأشخاص دون سن 45 سنة أو مفرطو الوزن ممن لديهم عوامل اختطار أخرى:

- قريب من الدرجة الأولى مصاب بالداء السكري
- الشخص غير نشط بدنياً
- السيدة ولدت طفلاً يزن أكثر من 4 كغ أو شخص لديها سكري

حمل

- الشخص لديه فرط ضغط الدم
- الشخص لديه HDL أقل أو يساوي 35 و/أو ثلاثي شحوم يساوي أو أكثر من 250
- الشخص لديه خلل في تحمل السكر أو سكر الصيام
- الشخص لديه قصة مرض وعائي

وأخيراً من المهم لفت النظر إلى أهمية الاندماج في البرامج الوطنية للداء السكري وتعتمد هذه البرامج عادةً مناهج عمودية (برنامج نوعي للداء السكري) أو تكاملية (برنامج متكامل مع برامج أخرى كالأعراض المزمنة أو برامج الرعاية الصحية الأولية) كما في الشكل التوضيحي 13، وبكل الأحوال فإن العوامل التي تساعد في اختيار إستراتيجية البرنامج الوطني للسكري هي تلك الموضحة في الشكل.

الشكل التوضيحي 1.3: العوامل التي تساعد في اختيار إستراتيجية البرنامج الوطني للمسكري

المنهج العمودي	المنهج التكاملي
نظام رعاية جيد على المستويات الثلاث الأولى والثاني والثالثي	نظام رعاية صحية أولية جيد
الداء السكري هو المرض المسيطر	عدة أمراض وتعقد عوامل الاختطار
نفقة عالية	نفقة غير عالية
نظام إحالة جيد	نظام الإحالة في أضرار التطور
دعم وقيادة لتطوير البرنامج	دعم وقيادة للتنسيق بين القطاعات



الفصل الخامس

وبائيات الإصابات ومكافحتها

Epidemiology and Control of Injuries

مقدمة

تقتل الإصابات العديد من الأفراد وهي مسؤولة عن مراضة عالية وعن نسبة عالية من العجز والإعاقة هذا بالإضافة إلى التكلفة الاقتصادية العالية المرتبطة بها بسبب خسارة الأفراد وكذا بسبب تكلفة العلاج العالية لتلك الحالات. الإصابة بالتعريف هي أذية تتجم عن نقل الطاقة وهذا يأخذ أشكالاً مختلفة فهناك الشكل النافذ وغير النافذ وهناك الانضغاط والحرق. وقد أورد التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل المرتبطة بالصحة في نسخته العاشرة ICD-10 في الفصل العشرين الخاص بالأسباب خارجية المنشأ للمراضة والوفيات تصنيفاً خاصاً بالإصابات تحت أرقام (V01-Y98) وفيها أفردت لحوادث النقل الأرقام (V01-V99). وحوادث النقل أو حوادث المرور تحديداً من أهم المشاكل الصحية في دول العالم النامي وهي سبب هام لفقدان الحياة.

حجم المشكلة والوبائيات الوصفية

تسبب الإصابات وفاة خمسة ملايين شخص في كل عام، وهي سبب رئيس من أسباب طلب الرعاية الطبية وخدمات إعادة التأهيل. ويتأثر الأفراد من جميع الأعمار بالإصابات ولكن بعض المجموعات تعد أكثر تعرضاً للخطر. وعلى سبيل المثال يعد الناس الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 44 عاماً واحداً من

مجموعته، الخطر العالي كما أن الذكور أكثر تعرضا من الإناث. ويحدث أكثر من 90٪ من الوفيات المرتبطة بالإصابات في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان النامية. معظم النمل والفقر حتى في البلدان الغنية يعانون من معدلات أعلى بكثير من الضرر. أما الناس الأكثر فقرا فهم أكثر عرضة للإصابة لأنهم غالبا ما يعيشون في بيئات غير آمنة، وهم أيضا يستفيدون من جهود الوقاية بشكل أقل من غيرهم، كما أنهم أقل قدرة على الوصول إلى خدمات العلاج وإعادة التأهيل عالية الجودة.

ونتيجة عن حوادث المرور سنويا ما يفوق مليون وفاة وتحدث 90٪ من الوفيات بسبب حوادث المرور في الدول النامية وتؤدي هذه إلى ما يقدر بـ 20-50 مليون ألية في العام الواحد كما تؤدي إلى ضياع 30 سنة من حياة الإنسان وهي تعد من الأسباب الرئيسية للاستشفاء والتعوق.

ويجدر الإشارة هنا إلى الدور الهام الذي يلعبه علم الوبائيات في دراسة الإصابات حيث يساهم في التعرف على أو إنشاء مصادر البيانات اللازمة لترصد الإصابات وفي ترصد الإصابات وحساب معدلات المراضة والوفيات وتحديد الأهمية النسبية للآليات المختلفة ومناظرة واستقصاء نزعات الإصابات عبر السنوات وتحديد الظروف ودراسة عوامل الخطر (الشخص والآلية والبيئة) وبطبيعة الحال كل ما سبق بقصد الوقاية من الإصابات. ويمكن القول إن أهم مصادر البيانات الخاصة بحوادث السير هي تقارير الوفاة، تقارير الخروج من المشفى، تقارير العجز والإعاقة، تقارير حوادث السير الصادرة عن إدارة المرور، وضوابط الشرطة. إلا أن جميع تلك المصادر تعاني من مشاكل مصداقية ومعلومية هامة فتقارير الوفاة تحدد سبب الوفاة وتصنف الأذية وتعتمد التصنيف الدولي إلا أنها تشمل الوفيات فقط ولا تعبر عن حجم المشكلة فهي بمثابة رأس هرم الجليد. أما تقارير المشافي فإمكانية الوصول لها جيدة نسبيا وبذلك نقص في الدقة في تلك التقارير إلا أنها تزود بمعلومات سريرية هامة قد

لا تكون مفيدة للوبائيين وتغيب فيها الآلية النوعية لتصنيف الشدة أو الوخامة. وعن تقارير العجز والإعاقة فنتميز بغياب المعيارية في تقدير العجز، وعن تقارير إدارة المرور فهي تعاني من نقص في الإبلاغ وغياب في بيانات الحصيلة أحيانا بسبب عدم المتابعة وتتميز ضبوط الشرطة بأنها تقدم معلومات مفصلة تساعد في فهم آلية الحادث وتغيب فيها بيانات الحصيلة أحيانا.

عوامل اختطار الإصابات

التحليل الوبائي للإصابات يبرز دور العوامل الرئيسة الثلاث في الإصابات وهي العامل (أي الطاقة) والبيئة والثوي (أي الشخص). واستجابة الشخص في الإصابات قد ترتبط أحيانا بالقوة العضلية والمقاومة أو ترتبط بسلوكيات ذلك الفرد كتعاطي الكحول والتعب وغير ذلك.

قام ويليام هادون W Haddon منذ ما يقارب 3 عقود باستخدام المبادئ الوبائية والصحية العامة في تطوير طراز يعرف باسمه، ومنذ ذلك الحين يستخدم هذا الطراز أو المصفوفة في تطوير استراتيجيات الوقاية من الإصابات وحوادث السير والإصابات، ومصفوفة هادون Haddon matrix توضح التفاعل بين ثلاثة عوامل هي الإنسان والمركبة والبيئة وذلك خلال ثلاث مراحل من حدث التصادم هي المرحلة السابقة على التصادم، ومرحلة التصادم، ومرحلة ما بعد التصادم. وتشكل مصفوفة هادون ذات الخانات التسع المنبثقة عن تلك المراحل النظام الذي يمكن من خلاله فهم عوامل الاختطار لكل من الحوادث والذي يؤمن بذلك فرصاً للتدخل من أجل خفض الإصابات الناجمة عن التصادم على الطرق (الشكل التوضيحي 14 و 15).

الشكل التوضيحي 14: مصفوفة هادون واستخدامها في فهم آلية حوادث المرور

المرحلة	العوامل		
	البشرية	المركبات والمعدات	البيئة
السابقة على التصادم	شرب الكحول	جاهزية الآلة	أحوال الطريق، المطر، السفر ليلاً
التصادم	عدد لمس الحوادث	عدم وجود قانون هوائي	شجرة قريبة من حافة الطريق
ما بعد التصادم			استجابة الإسعاف

الشكل التوضيحي 15: مصفوفة هادون واستخدامها في تصميم التدخلات للوقاية من حوادث المرور

المرحلة	العوامل		
	البشرية	المركبات والمعدات	البيئة
السابقة على التصادم	المعلومات المواقف الحق الضرر إنفاذ الشرطة لقانون	مدى ملائمة الطريق، الإضاءة، استعمال المركبات والمعدات، السيطرة على السرعة	تصميم الطريق وتخطيطه، الحدود القصوى لسرعة
التصادم	الامتثال للوائح	تحلي الركاب بضبط النفس أجهزة السلامة الأخرى، التصميم يعرض الحماية من الإصابات	الأجسام الحامية من التصادمات على جانبي الطريق
ما بعد التصادم	المهارات الخاصة بالتسعافات الأولية	سهولة الوصول، ومخاطر الطريق	مرفق الإنقاذ والإسعاف

	المحتلة	الحصول على الرعاية الطبية		
--	---------	------------------------------	--	--

ويمكن القول إن الخطر في مجال المرور يرتبط بالتعرض واحتمال وقوع تصادم بسبب مستوى معين من التعرض واحتمال حدوث إصابة بسبب وقوع التصادم وحصيلة الإصابة. أما العوامل المؤثرة في التعرض للخطر فهي: عوامل اقتصادية وعوامل ديمغرافية وممارسات تخطيط الأراضي واختلاط المرور العالي السرعة بمستخدمي الطرق. ويمكن القول إن العوامل المؤثرة في حدوث التصادم تشمل السرعة، تناول الكحول، التعب، الشباب، سرعة التأثر في المناطق الحضرية، السفر في الظلام، عوامل الآلة، عيوب تصميم الطريق، نقص الرؤية بسبب عوامل البيئة، وضعف قوة الإبصار. أما العوامل المؤثرة في وخامة التصادم فتشمل العوامل التي تتعلق بتحمل البشر والسرعة وعدم استخدام أحزمة الأمان وعدم ارتداء راكبي الدراجات للخوذة الواقية للرأس والأشياء على جانب الطريق التي لا تؤمن الحماية وتناول الكحول وعدم كفاية الحماية لركاب المركبة بينما يمكن إجمال العوامل التي تؤثر في وخامة الإصابات في ما يلي: التأخر في اكتشاف الحالات، حدوث حريق بسبب التصادم، تسرب مواد خطيرة، تناول الكحول، صعوبة إنقاذ المصابين وإخراجهم من المركبة، نقص الرعاية المناسبة في أجنحة الإسعاف في المستشفيات.

الوقاية من الإصابات

الركائز الثلاث للوقاية من الإصابات هي: التوعية الصحية Education والتشريعات Legislation والبيئة الآمنة Environment. وكما هو واضح فإن الوقاية تتجاوز إمكانيات الأطباء فهي متعددة القطاعات بطبيعتها إلا أن الأطباء يلعبون دوراً هاماً في الوقاية من الإصابات فهم يسهمون في التوعية

الصحية والتشخيص والعلاج والرعاية عند وقوع الحادث قبل الوصول إلى المشفى والتدريب وإعادة التأهيل والدراسات الصحية والأبحاث.

استراتيجيات الوقاية

لأن صياغة استراتيجيات الوقاية من الإصابات تعتمد على الفهم الوبائي وعلى الرغم من النقاش الكبير حول إمكانية الوقاية من الإصابات والتأكيد على عدم إمكانية الوقاية من الحوادث كونها تأتي قضاء وقدر، يمكن القول إن الاستراتيجيات المناسبة للوقاية من الإصابات وحسب ويليام هادون تشمل ما يلي:

- 1- الوقاية من المخاطرة hazard أصلاً سواء كان هذا في المنزل أو المدرسة أو المعمل أو الطريق إلى غير ذلك
- 2- الحد من شدة المخاطرة وهذا يعني إجراء بعض التعديلات على الآلة أو المعدات أو الأثاث المنزلي
- 3- الوقاية من تحرر المخاطرة إن وجدت كإبعاد بعض الأدوات عن الأطفال أو تزويد المسنين ببعض الأجهزة الطبية
- 4- تعديل معدل التوزع المكاني للمخاطرة وذلك من خلال وضع أحزمة الأمان على سبيل المثال
- 5- فصل المخاطرة بالزمان والمكان كبناء الجسور للمشاة
- 6- فصل المخاطرة عن طريق وضع الحواجز
- 7- تعديل خصائص المخاطرة
- 8- زيادة المقاومة كعلاج حالات تخلخل العظام
- 9- إجراء بعض التعديلات البيئية الهامة كتوفير وسائل الاتصال على الطرقات العامة
- 10- تدبير الحالات وإعادة تأهيلها بالشكل الأمثل

ومن الجدير بالذكر أن موضوع الإصابات هو من المواضيع الهامة جدا فمن الممكن التطرق إليه في مجال الإصابات لدى الأطفال وصحة الطفل أو الإصابات لدى المسنين وصحة المسن أو الإصابات المهنية أو حوادث المرور أو حتى الإصابات الناجمة عن العنف. وموضوع العنف واحد من المواضيع الصحية العامة التي يزداد الاهتمام بها بشكل كبير وسيتم التطرق إليه في مجالات أخرى.



الباب الرابع
العوامل السلوكية والوقاية



الفصل الأول

السلوك الصحي وتعزيز الصحة

Health Behavior and Health Promotion

مفهوم تعزيز الصحة

تعزيز الصحة هو عملية تمكين الناس من زيادة المقاومة والمكافحة وتحسين صحتهم. وهي تتعلق بالناس ككل، في سياق حياتهم اليومية دون التركيز على الناس المعرضين لخطر من مرض معين، وهذه العملية موجهة نحو العمل المتعلق بأسباب أو محددات الصحة. وقد عقد المؤتمر الأول لتعزيز الصحة في كندا في مدينة أوتاوا عام 1986 وصدر عنه ما يعرف بإعلان أوتاوا. وقد حدد الإعلان الاحتياجات الأساسية للصحة والمتطلبات الرئيسة وهي السلام والمأوى والتعليم والغذاء والدخل والنظام البيئي الثابت والموارد المستدامة والعدالة الاجتماعية واعتبرت هذه بمجملها أساسيات للصحة. وصدر عن الإعلان فلسفة صحية جديدة تعتمد التحفيز والتمكين عبر وسائط هامة بما فيها النظام الصحي. واعتبرت الحكومات تعزيز الصحة جزءاً أساسياً من عملها وعرفت المؤثرات الأربع الرئيسة على الصحة على أنها:

- العوامل الوراثية والبيولوجية
- العوامل السلوكية أو ما يعرف بأنماط الحياة
- العوامل البيئية والتي تشمل العوامل الاقتصادية والثقافية
- أنظمة الرعاية الصحية .

ويمكن تلخيص إعلان أوتاوا بعناصره الخمس الرئيسة وهي:

1- بناء سياسة صحية عامة

2- خلق بيئة داعمة

3- دعم العمل المجتمعي

4- تطوير المهارات الشخصية

5- إعادة توجيه الخدمات الصحية

وما هو حيوي في مجال تعزيز الصحة أن هذا المفهوم أخذ بالحسبان واعتمد المبادئ الرئيسة للأخلاقيات الصحية وهي الحقوق والمسؤوليات والفائدة والمعادلة.

اختلفت برامج تعزيز الصحة في تقدمها وتطورها بين الدول اختلافا كبيرا وهي بمثابة الدال أفضل في الدول المتقدمة التي حققت إنجازات هامة في هذا المجال في حين أن الدول النامية التي ينتشر فيها عبء المرض بصورة كبيرة في الدول التي فشلت في تطوير برامج تعزيز الصحة فيها. وقد استهدفت الملوكيات الصحية الرئيسة في عمل أغلب الدول وهي التدخين والكحول والتغذية والنشاط البدني والسلوك الجنسي. وبرامج تعزيز الصحة في دول العالم اختلفت أشكالها مختلفة فهناك ما اعتمد على المجتمع وهناك ما اعتمد على المدرسة أو أمكنة العمل أو اعتمد على المرافق الصحية.

ويمكن القول إن معايير تطوير برامج تعزيز الصحة والتربية الصحية تشمل ما يلي:

1- يجب أن تتوجه برامج تعزيز الصحة إلى عوامل الاختطار الأكثر شيوعا والمعروفة بشكل جيد والقابلة للقياس والقابلة للتعديل والتي تهدد نوعية حياة الإنسان

- 2- يجب أن تعكس برامج تعزيز الصحة الاحتياجات، والرغبات والخصائص النوعية لكل مجتمع
- 3- يجب أن تشمل البرامج تدخلات ذات فعالية هامة
- 4- يجب أن تعتمد البرامج تدخلات تسمح بالاستخدام الأمثل للموارد
- 5- يجب تخطيط برامج تعزيز الصحة بشكل مناسب وتنفيذها وتقويتها حسب الأسس العلمية المعروفة.

دور السلوك في الصحة

سلوك الصحة Health behaviour هو العامل الحاسم في تعزيز الصحة. وهو الذي يزيد من احتمال إصابة الفرد بمرض الإيدز أو بالإصابة الناجمة عن حادث السير أو بسرطان الرئة، وهو بدوره الذي يحدد حالة الصحة بالتعريف المعتمد لها. سلوك الصحة هو تشارك المعرفة والممارسة والموقف معاً للمساهمة في حفز الأنشطة المتخذة في سياق الصحة. وهو سلوك يعزز الصحة ويحافظ عليها كتناول الخضار والفواكه بكمية كبيرة، أو بضرر بالصحة مثل تدخين التبغ الذي قد يحدد المرض. ويميز هذا بطبيعة الحال عن ما يعرف بسلوك العلة Illness behaviour وسلوك العلة هو تصرف الأشخاص استجابة لعلامات بدنية غير طبيعية، ويؤثر هذا السلوك على الوسيلة التي يراقب الشخص بها بدنه، ويعرف الأعراض التي تحدث معه ويفسرها ويتخذ سلوكاً علاجياً ما أو يرفض هذا السلوك وينتفع أو حتى لا ينتفع بالرعاية الصحية.

يقدم علم الاجتماع الطبي فهماً معمقاً لتلك السلوكيات عادة التي يجب أن يدرك الطبيب أهميتها ليحقق نجاحاً في عمله. ومهما كان الطبيب بارعاً سوف يفشل علاجه إذا اختار المريض عدم الالتزام بالدواء الذي وصفه، فعلى الأطباء تغيير مواقفهم تجاه أهمية المواضيع المتعلقة بسلوك الصحة ومحاولة تثقيف أنفسهم

بهذه المواضيع مع أهمية احترام دور كافة أعضاء الفريق الصحي بمن فيهم
علماء الاجتماع و الملوك.



الفصل الثاني

التثقيف الصحي

Health Education

يعرف التثقيف الصحي على أنه العملية التي بواسطتها يتعلم الأفراد والجماعات كيفية حماية صحتهم وإدامتها والارتقاء بها واستردادها أو تصحيحها عند حدوث المرض. وهي عملية ذات أبعاد ذهنية ونفسية واجتماعية، وتهدف إلى الزيادة في قدرة الناس على اتخاذ قرارات سليمة تعود عليهم بالخير من أجل تغيير نمط سلوك الفرد والعائلة، وذلك بتأهيلهم من أجل:

- 1- رفع المستوى الصحي والحفاظ عليه
- 2- زيادة قدرتهم على الاستخدام الأمثل للخدمات الطبية المتوافرة بما فيها تقنيات وإمكانيات بشرية وعلمية
- 3- اتخاذ القرار المناسب من أجل حفظ الصحة والارتقاء بها واستردادها عند المرض

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن أهداف التثقيف الصحي هي إقناع الناس لتبني ودعم الممارسات الصحية في الحياة واستخدام الخدمات الصحية بحكمة واتخاذ القرار الفردي والجماعي من أجل تحسين الوضع الصحي". ويلاحظ هنا أن التربية الصحية تهدف بالتالي إلى خلق الشعور بالمسؤولية لدى الفرد تجاه الحالة الصحية كفرد وكعضو في العائلة والمجتمع.

إن العملية التربوية هي عملية مستمرة، ومعقدة، وتعتمد على أسس علمية تيسر التعلم والتعليم وتغير نمط سلوك المهنيين العاملين في القطاع الصحي من جهة

ومستخدمة في هذه الخدمات من جهة أخرى. ومن أجل الحصول على النتائج الأفضل فلا بد أن يعمل الشريكان - مقدمو الخدمات ومستخدموها - بتناغم كامل، والتنسيق الصحي يشكل الأداة الرئيسة لتحقيق هذا التناغم.

ويمكن بحث العملية التربوية من خلال ثلاث خطوات أو مراحل هي:

1- إيصال أو نقل المعلومة أو المعرفة

2- تغيير القناعات والاتجاهات

3- تغيير في نمط السلوك والممارسات ليصبح نمط حياة في الاتجاه

الإيجابي

إن جميع هذه المراحل معقدة ومن الصعب تحقيقها وما يزال الكثير في هذه المجالات غير معروف، كما أن التغيير في السلوك والممارسات قد يحدث دون أن يطرأ تغيير أو تبديل في القناعات. وهنا يجب التأكيد على أن إحداث التغيير في القناعات والمفاهيم والممارسات أمر ليس من السهل تحقيقه ويتطلب ذلك وقتاً طويلاً وعملاً متواصلاً وجاداً من قبل جميع العاملين في هذا المجال.

التنظيف من أجل الصحة يجب أن يبدأ بالناس كما هم وبما يتوافر لديهم من اهتمامات ندعو تحسين ظروفهم الصحية والحياتية بشكل عام دون إضافة أعباء مادية جديدة إن أمكن وضمن الإمكانيات المتوفرة.

يعتبر التنظيف الصحي حجر الأساس في الطب الوقائي كما هو بالنسبة للطب السريري. فالتنظيف الصحي ضروري قبل المرض وأثناءه وبعد الشفاء منه، ويجب أن يتوافق ويتزامن مع طيف الصحة والمرض.

ففي مرحلة الصحة أي قبل الإصابة يتم التركيز على سبل الارتقاء بالعادات والتقاليد للفرد، من أجل النهوض بالصحة والحفاظ عليها وتغيير النظرة السلبية السائدة ومفاهيم الناس بالاتجاه الإيجابي من أجل الحصول على مستوى أفضل من الصحة، وزيادة قدرتهم على اتخاذ قرار سليم تجاه الصحة الشخصية ورفاهية الفرد والمجتمع، وذلك من خلال رفع مستوى اللياقة البدنية والتصحح

الشخصي والبيئة الآمنة الصحية والتغذية المتزنة والقوت الصحي كما تشمل هذه المرحلة أيضا حفظ الصحة وحمايتها من المؤثرات الممرضة والسلبية، وبذلك يرتفع مستوى المناعة بشكل عام.

أما في مرحلة قبل ظهور الأعراض والعلامات المرضية فيكون تركيز التنقيف الصحي على أهمية الكشف المبكر للمرض ومدى تأثير العلاج المبكر وفعاليتها في تطور المرض ونتيجته وزيادة احتمالات الشفاء. يهدف التنقيف الصحي في هذه المرحلة إلى توعية الناس من أجل الاستخدام الأمثل لخدمات الرعاية الصحية المتوافرة بما فيها خدمات التحري والكشف المبكر.

وبعد اكتشاف المرض وتشخيصه يتم التأكيد على أهمية تعاون المريض ومد جسور الثقة بين المريض والطبيب والعاملين في المراكز الصحية والمستشفيات. ويهدف التنقيف الصحي عامة إلى جعل الناس مدركين لمشكلاتهم الصحية وجعلهم قادرين على اتخاذ القرار المناسب حيالها واستخدام الخدمات الصحية المتوافرة بالشكل الأمثل. إن ذلك يتطلب تزويدهم بالمعلومات الدقيقة والصحيحة حول الإمكانيات الطبية المتوافرة ومستواها وكفايتها داخل البلد وخارجه وكيفية الاستفادة من هذه الخدمات.

وهكذا فإن التنقيف الصحي يهدف إلى الارتقاء بالصحة وحمايتها من المرض من أجل منع حدوثه و/أو الحد من انتشاره، واختصار فترة المرض وتقليل المعاناة والمضاعفات الناجمة عنه. وقبل وضع أي برنامج تنقيفي لابد من جمع البيانات الأساسية حول المجموعة المستهدفة أو المجتمع ذي العلاقة، ويجب أن تجمع وتحلل البيانات الخاصة بالتركيب السكاني وأنماط المآلات وتطور اتجاهات المرض، وتضمن المعرفة الجيدة بالعادات والتقاليد، وكل هذا يجب أن يدرس ويحلل بعناية.

التنقيف الصحي ليس مهمة أو مسؤولية المثقف الصحي المختص وحده ولكنه من المفروض أن يكون جزءاً من دور أناس كثيرين من داخل الخدمات الصحية

وخارجها مثل الأطباء والمرضات والقابلات والصيدلة والزائرات الصحيات والوالدين والمدرسين وقادة المجتمع على اختلاف مستوياتهم القيادية والصحفيين وغيرهم. وبهذه الطريقة ينتشر الدور التثقيفي وتعم النتائج النهائية التي تحسن صحة المجتمع، وبهذه الطريقة تتولد لدى الناس العاديين الرغبة في تعلم أفضل الطرائق من أجل إدامة صحة إيجابية ضمن الإمكانيات المتوفرة.

نقدم برامج التثقيف الصحي للأفراد والعائلات والمجتمع بشكل عام وفي أماكن مختلفة ونقدم بطرق مختلفة منها على سبيل المثال:

- المقابلات الشخصية والفردية وهي من الطرق الناجحة
 - المحاضرات الجماعية
 - النشرات والملصقات الصحية
 - وسائل الإعلام المختلفة ووسائل الاتصال الجماهيري
- ويجب أن تكون رسالة المثقف الصحي واضحة وبسيطة وأهدافها واضحة وعباراتها بسيطة ويجب عدم استعمال المصطلحات المعقدة والطبية غير المفهومة. وهذه الرسائل قد تكون مرئية ومكتوبة ومسموعة.
- ومن الجدير بالإشارة أن أكثر الأنواع استخداماً من قبل الأطباء هو التثقيف الصحي للأفراد عن طريق التشاور counselling فأنشاء عملية التشاور يلتقي الشخص صاحب الحاجة مع الشخص الذي يقدم المساعدة والتشجيع ويتناقشان بطريقة تمكن صاحب الحاجة من اكتساب الثقة في قدرته على إيجاد الحلول للمشكلات القائمة. ويعتمد أسلوب التشاور اعتماداً كبيراً على مهارات التواصل وإقامة العلاقات المتينة. والقواعد الأساسية في التشاور هي:

- إقامة العلاقات الجيدة والمبنية على الثقة
- التعرف على الاحتياجات
- تنمية المشاعر
- المشاركة

- كتمان الأسرار
- المعلومات والموارد

وأخيراً نشير إلى أن التنقيف الصحي يقتضي تعديل السلوك وهذا ليس بالأمر السهل ولهذا السبب فإن إجراءات التنقيف الصحي يمكن أن تدعم بإجراءات مركزية تدعم الصحة العامة. ومن هذه الإجراءات على سبيل المثال:

1- الإلزام من خلال الأنظمة والتشريعات من أجل الحفاظ على الصحة

2- حصر وتقنين الخيارات المتاحة للشخص سواء اقتصادياً أو قانونياً كحظر بيع السجائر للصغار في العمر

3- تغيير البيئة وجعلها آمنة.



الفصل الثالث

نماذج من سلوكيات مضرّة بالصحة والوقاية منها

Risky Health Behavior and Prevention

مقدمة

السلوكيات المضرّة بالصحة عديدة جداً وهي بطبيعة الحال واحدة من الأمور التي يستهدفها التثقيف الصحي بقصد تعديلها مع الأخذ بالحسبان أن تعديل السلوك هو من الأمور الصعبة وليست بسيطة فهذا أمر معقد وما زالت الدراسات عديدة جداً في هذا المجال. يهدف هذا الفصل إلى إلقاء الضوء على جملة من السلوكيات المضرّة بالصحة وكيفية الوقاية منها. إن ما يميز تلك السلوكيات جميعاً أنها خطيرة جداً وأنها أحد أسباب الوفيات والمرض هذه بالإضافة إلى جملة العواقب الاجتماعية والاقتصادية التي ترتبط بها، كما تتصف تلك السلوكيات جميعاً أن تعزيز الصحة هو الأساس في الوقاية منها أصلاً أضف إلى ذلك أن ضبطها ومكافحتها أيضاً يتطلب التزاماً حكومياً ويتطلب تشريعات وعمالاً جماعياً وعمالاً متعدد القطاعات.

تدخين التبغ

وهذا الوباء هو من أكبر مشاكل الصحة العمومية في العالم وتشير التقديرات الرقمية الحديثة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية إلى ما يلي:

- هناك ما يقارب بليون مدخن في العالم

- استعمال منتجات التبغ في ازدياد كبير رغم أنها تراجعت في دول العالم المتقدم

- حوالي نصف أطفال العالم يتنفسون هواء ملوثًا بدخان التبغ
- أكثر من 80% من المدخنين يعيشون في دول العالم النامي
- يقتل التدخين ما يقارب 5.4 مليون شخص في العام الواحد
- يقتل التدخين نصف مستخدميه
- التدخين هو واحد من عوامل الاختطار التي تؤدي إلى أهم 8 أسباب من

الوفيات

من المعروف أن منتجات التبغ تؤدي إلى الإدمان وهي أيضا تؤدي إلى الوفيات بسبب السرطان وخاصة سرطان الرئة وتؤدي كذلك إلى أمراض القلب وأمراض الرئة الانسدادية المزمنة وإلى الأمراض التنفسية ونقص الوزن عند الولادة وغير ذلك من أمراض يعرف ارتباطها بالتدخين. ومن المعروف أن أغلب الأفراد يبدأ بالتدخين في سن مبكر.

الركيزة الأساسية في الوقاية هو تعزيز السلوك الصحي وتشجيع الأفراد على عدم البدء بالتدخين أصلا أما التدبير العلاجي وتوقيف التدخين فهو يتم في حقيقة الأمر من خلال عيادات إيقاف التدخين Smoking cessation clinics التي أثبت أن نجاحها يعتمد على دمج تدخلات عدة معا بما فيها التدخل السلوكي.

إن اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ هي أول معاهدة دولية يتم التفاوض عليها برعاية من منظمة الصحة العالمية. وهذه الاتفاقية هي معاهدة قائمة على القرائن وتؤكد على حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. وهي تشكل تحولا نموذجيا في وضع استراتيجية تنظيمية للتصدي للمواد المسببة للإدمان. وعلى خلاف المعاهدات السابقة الخاصة بمكافحة المخدرات تؤكد الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ على أهمية استراتيجيات تقليل الطلب وكذلك على القضايا الخاصة بالعرض.

وترد فيها أحكام مختلفة منها:

- التدابير السعرية والضريبية الرامية إلى الحد من الطلب على التبغ
- التدابير غير السعرية الرامية إلى الحد من الطلب على التبغ وهي تحديدا
 - الحماية من التعرض لدخان التبغ
 - تنظيم محتويات منتجات التبغ
 - تنظيم الكشف عن منتجات التبغ
 - تغليف وتوسيم منتجات التبغ
 - التثقيف والاتصال والتدريب وتوعية الجمهور
 - عدم الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته
 - التدابير الرامية إلى الحد من الطلب فيما يتعلق بالاعتماد على التبغ والإقلاع عنه

تعاطي الكحول

على الرغم من أن تعاطي الكحول قديم جدا إلا أن العديد من آثاره الصحية لم يدرس بشكل كاف حتى وقت قريب جدا. يؤدي تعاطي الكحول إلى آثار صحية واجتماعية عديدة تتفاوت من التسمم إلى الاعتماد فالتأثيرات الكيميائية الحيوية. ويؤدي تعاطي الكحول كذلك إلى وفيات ومراضة شديدة وإلى ضياع الحياة وفقدانها باكرا. تشير البيانات إلى وجود علاقة بين تعاطي الكحول وأكثر من 60 نمطا من الأمراض ويقدر أنه مسؤول عن 20-30% من حالات سرطان المري والكبد وتشمع الكبد والقتل والصرع وحوادث النقل. تشير الإحصائيات العالمية إلى أن 3.2% من الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب مرتبطة بتعاطي الكحول. ويقدر أن 76.3 مليون شخص في العالم مصاب باضطرابات تعاطي الكحول وأن عدد المتعاطين يقدر بحدود 2 بليون شخص.

إن الزيادة في التعاطي في دول العالم النامي أثارت الاهتمام لضرورة صياغة استراتيجيات صحية خاصة بهذا الموضوع. وهذه الاستراتيجيات تعتمد أولاً على مفاهيم تعزيز الصحة وتمكين الأشخاص من وقاية أنفسهم من التعاطي أصلاً.

معاقرة المواد

معاقرة المواد هي مثال آخر على السلوكيات الخطرة التي تؤدي بحياة الكثير من الأفراد كما أنها تؤدي إلى نماذج عديدة من المراضة وتؤدي إلى عواقب اجتماعية واقتصادية كبيرة. وتشير التقديرات العالمية إلى أن 15.3 مليون شخص في العالم يتعاطى أحد أشكال المخدرات، وقد أبلغت 136 دولة في العالم عن وجود معاقرة للمواد حقناً ومنها 93 دولة أبلغت عن وجود العدوى بفيروس عوز المناعة المكتسب. كما وتشير التقديرات الصحية الاقتصادية إلى أن استثمار دولار أمريكي واحد في معالجة الإدمان يؤدي لوفر قدره 7 دولار تصرف على الخدمات الصحية. تؤدي معاقرة المواد إلى 0.4% من الوفيات في العالم مقارنة بـ 8.8% ناجمة عن تدخين التبغ.

درست عوامل الاختطار المرتبطة بتعاطي المواد في أماكن عدة من العالم وهي غالباً عوامل اجتماعية واقتصادية ترتبط بالفقر والعوز والجهل وغير ذلك من محددات اجتماعية أخرى للصحة، ولذلك فإن أي إستراتيجية لضبط تلك المشكلة الصحية يجب أن تكون شاملة ومتكاملة ومتعددة القطاعات. استراتيجيات الحد من الوقوع تعني التوعية الصحية وتعزيز الصحة والعمل التنموي الشامل، أما الحد من الانتشار فهو يعتمد على تقديم العلاج المناسب من قبل أخصائيين مدربين لعلاج تلك الحالات.

الباب الخامس
برامج وقائية خاصة





الفصل الأول

صحة الطفل

Child Health

مقدمة

تشير جميع النصوص الخاصة بحقوق الطفل إلى حق الطفل بالتمتع بالصحة والبقاء والنماء. وبذلك تحتل صحة الطفل أهمية فائقة جدا في عصرنا الحالي. إن الاستثمار في صحة الأطفال أمر منطقي لعدد من الأسباب تتجاوز الألم والمعاناة التي تسببها وفاة الأطفال، حتى لو كان طفل واحد. ولا شك أن حرمان الرضيع والأطفال من الرعاية الصحية الأولية ومن المغذيات التي يحتاجون إليها لكي ينموا ويتطوروا كجيل يجعلهم يفتشون في الحياة، ولكن إذا حصل الأطفال على التغذية والرعاية الجيدة وتوفرت لهم البيئة الآمنة المحفزة، فستزداد احتمالات بقائهم على قيد الحياة وتقل احتمالات إصابتهم بالأمراض وسيكونون أكثر قدرة على تطوير تفكيرهم ولغتهم وعواطفهم ومهاراتهم الاجتماعية. إن زيادة الاستثمار في صحة الأطفال أمر أساسي لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية Millennium Development Goals التي التزمت الحكومات بما فيها حكومة الجمهورية العربية السورية بتحقيقها في عام 2015. ومن المعروف تماما أن احتمال تعرض الطفل للوفاة هو أعلى في الشهر الأول من الحياة وخاصة إذا لم تكن الولادة آمنة والرعاية بعد الولادة مباشرة وفعالة. وبذلك فإن العلاقة بين صحة الأمهات والأطفال هي علاقة أساسية ليس في فهم الآليات فحسب وإنما أيضا في تصميم التدخلات الصحية.

يشير معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (U5MR) Under 5 Mortality Rate إلى احتمال الوفاة بين الولادة وسن الخمس سنوات تماما والمعبر عنه بنسبة الوفيات لكل ألف ولادة حية. ويعد هذا من المؤشرات الصحية الهامة التي على أساسها يقاس تقدم الأمم ورفاهيتها فهو يقيس نتيجة عملية التطوير والتنمية وليس مدخلاتها كعدد الأطباء لكل ألف نسمة أو السرعات الحرارية للفرد الواحد. ويعتبر معدل وفيات الأطفال نتيجة لمجموعة واسعة من المدخلات بما فيها الوضع الغذائي والمعرفة الصحية للأمهات وتعليمهن ومستوى التطعيم وعلاج الجفاف عن طريق الفم وتوفير خدمات رعاية صحة الأم والطفل (بما في ذلك رعاية الحامل قبل الولادة) وتوفير الدخل والطعام في العائلة وتوفير مياه صالحة للشرب ووسائل الصحة البيئية الأساسية والسلامة العامة لبيئة الطفل وغير ذلك من عوامل أخرى.

حجم المشكلة

على الرغم من التحسن الكبير في صحة الأطفال نسبيا إلا أن مشكلة وفيات الأطفال هي مشكلة كبيرة تؤدي بحياة ما يقرب من 5 مليون سنويا وتتفاوت معدلات وفيات الأطفال دون الخمس سنوات بين الدول اختلافا كبيرا فهي تصل إلى 1000/270 ولادة حية في دولة سيراليون في إفريقيا وهي فقط 1000/3 ولادة حية في السويد بينما يبلغ المعدل 1000/14 ولادة حية في سورية وهذا يعني أن الجمهورية العربية السورية هي من الدول التي حققت إنجازات هامة في مجال صحة الأطفال.

كما تختلف معدلات بقاء الأطفال اختلافا كبيرا في جميع أنحاء العالم وتحدث ثلاثة أرباع وفيات الأطفال في أفريقيا وجنوب شرق آسيا ومعدل وفيات الأطفال هي أعلى في المناطق الريفية، وبين الأسر الأكثر فقرا والأقل تعليما. والأسباب الرئيسية لفقدان الحياة هي الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا والحصبة

وفيروس نقص المناعة البشرية. وسوء التغذية لوحده يسهم في أكثر من نصف جميع وفيات الأطفال. الالتهاب الرئوي أو ذات الرئة هو أهم سبب للوفاة في الأطفال دون سن الخامسة من العمر ويقدر عدد الحالات بـ 154 مليون حالة كل عام في العالم وعوامل الاختطار المعروفة هي سوء التغذية وتلوث الهواء في الأماكن المغلقة الناجم عن التدخين واستعمال الوقود الحيوي والأزديحام والتقصير في استخدام اللقاحات المتوفرة.

والإسهال أيضاً هو سبب رئيس للمرض والوفاة بين الأطفال في البلدان النامية. والاقتصار على الرضاعة الطبيعية من الثدي يساعد على منع الإسهال بين الأطفال الصغار. وقد أنقذت حياة أكثر من 50 مليون طفل في السنوات الـ 25 الماضية نتيجة لأصلاح الإماهة الفموية. كما يعاني نحو 20 مليون طفل دون سن الخامسة من سوء التغذية الحاد في جميع أنحاء العالم، مما يتركهم أكثر عرضة للمرض والموت المبكر.

عوامل الاختطار

تحدث وفيات الأطفال نتيجة لعدد من الأسباب الهيكلية والأساسية ومنها:

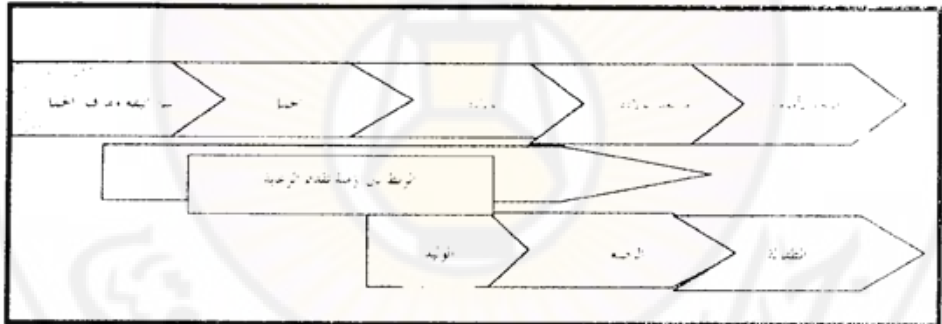
- شح الموارد المتوفرة للخدمات الصحية والتغذية وعدم ملائمتها ثقافياً
- انعدام الأمن الغذائي
- الممارسات الغذائية غير المناسبة
- الافتقار إلى المرافق الصحية الكافية والنظافة الصحية وعدم توفر مياه صالحة للشرب
- انتشار الأمية بين الإناث
- الحمل المبكر
- التمييز واستبعاد الأمهات والأطفال من فرص الحصول على الخدمات والسلع الصحية الأولية والتغذية بسبب الفقر

ومن الضروري الانتباه إلى العلاقات المتبادلة بين تلك العوامل ولذا يجب التعامل معها بطريقة متكاملة للحصول على الحد الأعلى من الفعالية.

تعزيز صحة الأطفال والوقاية من أمراض الطفولة

من الضروري جدا اعتماد نهج متكامل لصحة الطفل، وهذا يعتمد على توفير مجموعات من الخدمات الصحية الأولية الضرورية للأطفال عبر الرعاية المستمرة التي تشمل الحمل والولادة وما بعد الولادة وتمتد إلى رعاية الأطفال في السنوات الأولى المهمة من الحياة (الشكل التوضيحي رقم 16).

الشكل التوضيحي 16: الرعاية المستمرة في مجال صحة الأمهات والأطفال



وفيما يلي أمثلة على بعض التدخلات الصحية على مستويات مختلفة من أماكن تقديم الرعاية الصحية:

- أولاً: على مستوى الرعاية السريرية في المرافق الصحية
- الرعاية الملائمة أثناء الولادة والرعاية الفورية لحديثي الولادة بما في ذلك الإنعاش

- الرعاية التوليدية أثناء الطوارئ للتعامل مع المضاعفات كالمخاض المتعسر والولادة المقعدة والنزف

- تطبيق المضادات الحيوية أو مضادات التشنج إن لزم الأمر

- رعاية طارئة لحديثي الولادة لمعالجة الأمراض

ثانياً: على مستوى الخدمات المجتمعية

- تطبيق حمض الفوليك وقائيًا لتجنب الإصابة بعيوب الأنبوب العصبي
- أربعة زيارات أثناء الحمل تتضمن التلقيح ضد الكزاز والفحص اللازم للكشف عن التهابات وارتفاع الضغط الحلي ومضاعفات الحمل
- الرعاية بعد الولادة بما فيه الزيارات المنزلية
- الكشف المبكر عن الحالات ومضاعفاتها لإحالتها عند اللزوم

ثالثاً: على مستوى العائلة والمجتمع المحلي

- الاستعداد للولادة والمطالبة بتوفير الرعاية والاستعداد لحالات الطوارئ
- الاستشارة والاستعداد لرعاية حديثي الولادة
- الولادة السليمة والأمنه على يد أخصائي مدرب
- تقديم الخدمات الأساسية عند الولادة للأم والوليد كتدفئة الوليد وفحصه والترويج للرضاعة الطبيعية والتماس فوراً مع الأم
- الرعاية الصحية المنزلية وتقديم الرضاعة الوالدية الصرفة
- تدبير الحالات المرضية البسيطة في المجتمع والتعرف على علامات الخطر لإحالة الحالات عند اللزوم
- تقديم اللقاحات للأطفال

صحة الطفل كبرنامج صحي

تركز برامج صحة الطفل عادة على المكونات التالية:

- التسجيل وحفظ بطاقات الطفل الصحية

- الفحص الدوري باستعمال مخططات النمو الحديثة¹¹
- التنقيف الصحي
- التغذية
- التمنيع (يرجى مراجعة موقع وزارة الصحة السورية للاطلاع على برنامج التلقيح الجديد في سورية)¹²
- تدبير الطفل المريض (ومن البرامج المعروفة برنامج تدبير الإسهالات وبرنامج تدبير الإنتانات التنفسية الحادة وحديثاً برنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل)
- الإحالة حسب ما هو متوجب
- برامج الوصول إلى الخدمات بخدمات معينة كالمح اليودي ودعم الطحين بالحديد
- الرعاية الاجتماعية

ولن ندخل في تفاصيل تلك البرامج كونها أخذت حيزاً هاماً في دراسة الطالب لعلم الأطفال وإنما سيتم التركيز هنا على واحد فقط من البرامج الهامة ألا وهو برنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل.

التدبير المتكامل لصحة الطفل

التدبير المتكامل لصحة الطفل (المعروفة اختصاراً باللغة الإنجليزية IMCI وهو مختصر Integrated Management of Childhood Illnesses) تشير إلى مبادرة مشتركة موسعة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف أطلقت فعاليتها في عام 1995 بغرض تقليص معدل الوفيات والمراضة

¹¹ www.who.int/growthref

¹² www.moh.gov.sy

والإعاقة بين الأطفال أقل من عمر خمس سنوات، مع تحسين نموهم ونمائهم. لقد كان تحدياً هاماً أن يتحول النهج الرأسي التقليدي المعتمد على الأمراض النوعية المعمول به في البرامج الصحية إلى نهج أفقي أكثر تكاملاً للأمراض الأطفال ويتوافق مع فلسفة الرعاية الصحية الأولية بطبيعة الحال.

تشير كلمة "المتكامل" إلى سمات الاستراتيجية، إضافة إلى النهج العلاجي المقترح. إن الغاية من كلمة "المتكامل" هي تطبيق الرعاية الشاملة للأطفال تحت عمر 5 سنوات، سواء كانت في المنزل أو المجتمع أو المرفق الصحي. ويعبر عنها بالـ "متكامل" لأنها:

- تقصد إلى جمع الجوانب العلاجية والوقائية والتنموية المعنية برعاية الطفل في استراتيجية واحدة.
- من المفترض أن تدار وتتسق من قبل لجنة تضم المنراء والخبراء في مجالات الصحة العمومية المختلفة.
- تمكن من المعالجة السريرية لمشاكل الأطفال الصحية ذات الأولوية من خلال نهج معياري متكامل اعتماداً على الدلائل الإرشادية السريرية المقدمة في حزمة موحدة للمقرر التدريبي.
- تهدف إلى إيجاد سلسلة متصلة من الرعاية المقدمة من النظام الصحي والرعاية المقدمة في المجتمع.

يجب النظر إلى كلمة "التدبير" هنا من خلال المعنى السريري والمعنى الصحي العمومي. إن التدبير المتكامل لصحة الطفل ينتهج نهجاً تمثل فيه العلامات والأعراض الطبية نقاط الدخول: فالحالات تقسم إلى مجموعات محددة حسب شدتها وفقاً لوجود أو عدم وجود العلامات أو الأعراض الرئيسية. والمقصود بالـ "الطفل" هنا الأطفال في الفئة العمرية أقل من خمس سنوات، وهي الفئة العمرية الأكثر عرضة وتأثراً بالأمراض والوفيات.

وتمستخدم كلمة "الصحة" كمصطلح صحي عامي، للإشارة إلى وقاية ومكافحة الحالات الرئيسية المسببة للموت، والمرض، والوخيمة أو الإعاقة لدى الأطفال أقل من عمر 5 سنوات، مثل الوقاية والمكافحة للعدوى التنفسية الحادة بما فيها الالتهاب الرئوي؛ وأمراض الإسهال بما فيها الإسهال المؤدي إلى الجفاف؛ والزحار والإسهال المزمن؛ والتهاب السحايا؛ والملاريا؛ والإيدز والعدوى بفيروسه؛ والحصبة؛ والتهاب الأذن؛ وسوء التغذية؛ وفقر الدم. لذلك لا تعد استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل علما شاملا لطب الأطفال، ولكنها تركز الاهتمام على الأولويات الصحية العمومية بالنسبة للأطفال أقل من عمر الخمس سنوات.

ركزت في البداية الفعاليات لذلك البرنامج أو تلك الإستراتيجية على إعداد دلائل إرشادية سريرية متكاملة لمعالجة مرضى العيادات الخارجية (غير المقيمين بالمستشفى) من الأطفال المرضى تحت عمر خمس سنوات وفقا لأولويات حالاتهم مع إعداد حزم تدريبية لتمكين العاملين الصحيين في مستوى الرعاية الصحية الأولية من اكتساب وتعزيز مهارات الاتصال الضرورية للاستفادة من هذه الدلائل الإرشادية. أتاحت تلك الدلائل أساليب للكشف عن أكثر من مشكلة واحدة في الطفل أثناء جلسة المشاورة نفسها وقدمت منهاجاً متكاملًا لمعالجة هذه المشاكل. وهذا أمر هام نظراً لأن الكثير من الأطفال يظهر عليهم أكثر من حالة مرضية واحدة في الوقت نفسه بينما تقع مسؤولية المعالجة في المستوى الأول من المرافق الصحية على عاتق الموظف الصحي نفسه، الذي ينبغي عليه التعامل مع الطفل بدلاً من تركيزه على معالجة مرض واحد في وقت واحد. كما أولى الاهتمام بتقييم ممارسات تغذية الأطفال المتبعة أثناء أكثر سنوات تأثيرهم بالأمراض - وهما السنتان الأوليتان من العمر - وبين الأطفال الذين لا ينمون نمواً جيداً - حتى قبل ظهور علامات سريرية واضحة على إصابتهم بسوء التغذية - وتوعية الأمهات وفقاً لمجالة أطفالهن، كما توطت الارتباط مع رعاية

الأمومة. وهكذا فإن النهج السريري لا يتضمن فقط التعامل مع الحالات المرضية ولكن أيضا المخاطر وتعزيز الصحة (مثل: ممارسات التغذية الجيدة متضمنة الرضاعة الطبيعية). وقد زادت فرص التمتع من خلال تطبيق بروتوكول التحري الروتيني للحالة التمتع لجميع الأطفال الذين يتم فحصهم في استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل، وهذا يمثل قيمة إضافية لاستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل بالنسبة إلى أنشطة برامج التمتع المعمول بها (البرنامج الموسع للتمتع). إن الميزة الأساسية من وراء ذلك هو إيصال جميع محتويات الحزمة في مقرر واحد، حيث إن العاملين الصحيين المستهدفين يقدمون هذه الخدمات في مستوى الرعاية الصحية الأولية في الوقت نفسه. وقد أوليت عناية خاصة بجودة التدريب السريري، وتحديد عدد من المؤشرات الرئيسية، والتركيز على الممارسة السريرية الملائمة تحت الإشراف المناسب. كما يوجد ضمن بناء القدرات آلية لمتابعة الزيارات من أجل تعزيز المهارات المكتسبة وتحسين النظام الصحي بغية تمكين العاملين الصحيين المدربين في إستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل على إتياء الرعاية عالية الجودة في مرافقهم وفقاً للدلائل الإرشادية الخاصة بالتدبير المتكامل لصحة الطفل.

إن القصد من إستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل هو السير في مدارين معاً وهما مدار النظام الصحي ومدار المجتمع بالترتيب، بينما يتم توطيد وتعزيز الروابط بينهما. وقد أولى الاهتمام البالغ ببناء القدرات. ويمكن تقسيم إستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل إلى ثلاثة مكونات تهدف إلى:

- تحسين مهارات مقدمي الرعاية الصحية، والمهارات الأساسية المقصودة هنا هي المهارات السريرية ومهارات التواصل، من خلال استهداف التعليم الجامعي قبل التوظيف والتدريب أثناء العمل في القطاعين العام والخاص.

- تحسين النظم الصحية لإيلاء المعالجة المتكاملة للأمراض الطفولية. وهذا في ما يتعلق بالسياسات، والتخطيط، والإدارة، والتمويل، وتنظيم العمل، وتوزيع المهام على المرافق الصحية، والموارد البشرية، وتوفير الأدوية والإمدادات، والإحالة، والرصد، ونظم المعلومات الصحية، والإشراف، والتقييم، والبحوث.

- تحسين ممارسات الأسرة والمجتمع المتعلقة بصحة ونماء الأطفال. وهذا يشير حالياً إلى تحسين 12 ممارسة أسرية ومجتمعية إذا تم تعزيزهم بشكل ملائم وتم تكييفهم وفقاً للمجتمعات المستهدفة. فسوف تساهم بشكل فعال في تحسين بقاء الأطفال ونموهم ونماءهم. ومن الأمثلة على هذه الممارسات نذكر الإرضاع الوالدي وإدخال الأطعمة الصلبة بالشكل المناسب والتلقيح (التمنيع) واستعمال الملح اليودي في تحضير الغذاء ومراقبة نمو الطفل والتخلص المناسب من الفضلات والتصرف المناسب عند وجود علامات الخطر لإحالة الطفل في الوقت المناسب إلى مقدمي الرعاية الصحية.

الفصل الثاني

صحة المراهقين

Adolescent Health

مقدمة

على الرغم من أن معظم المراهقين يحقق الانتقال إلى مرحلة الكهولة في حالة صحة جيدة، إلا أن العديد منهم لا يفعل فهناك الكثير من المشاكل الصحية التي يواجهها المراهقون والتي تؤثر عليهم خلال مرحلة المراهقة نفسها، مثل الوفيات الناجمة عن الانتحار أو العنف وأخرى تؤثر على الفرد في وقت لاحق في الحياة، على سبيل المثال تلك المتصلة بالعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية في سن مبكرة أو الإصابة بسرطان الرئة الناتج عن استخدام التبغ التي بدأ خلال فترة المراهقة. وصحة المراهقين أيضا لها أثر بين الأجيال فالأطفال الذين يولدون لأباء وأمهات مراهقين هم أكثر عرضة لنقص الوزن والموت ومن المرجح أن يتأثروا بالظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة التي يعيشها الآباء بسبب الزواج المبكر والخروج من المدرسة.

إن التغيرات في احتياجات الأطفال والمراهقين هامة جدا لدرجة أن جميع الحكومات أكدت حقهم في الحصول على هذه الاحتياجات مع التصديق على اتفاقية حقوق الطفل. ومن هنا بات الاهتمام بموضوع صحة المراهقين هو شأن رئيس في برامج عمل وزارات الصحة (برنامج صحة المراهقين) ووزارات التربية والتعليم (برنامج الصحة المدرسية أو صحة الشباب أو صحة الطلاب).

حجم المشكلة:

المراهقة (سن اليافع) مرحلة هامة من مراحل التطور بين الطفولة وبين سن الكهول، وتتصف هذه المرحلة بتطور بدني ونفسي وفكري هام جداً، وتختلف حدود هذه الفترة: (10-19 سنة) ، (10-24 سنة). وهي تقسم إلى ثلاث مراحل: مبكرة ، وسطى ، متأخرة. يتصف كل من هذه المراحل بصفات معرفية، نفسية، جنسية، اجتماعية وبدنية مختلفة. وتقسم المشاكل الصحية التي تصيب المراهقين إلى:

- مشاكل تصيب المراهقين والشباب أكثر من غيرهم (الانتحار، حوادث الطرق، الإصابات، العنف)
- مشاكل تستمر منذ الطفولة (الأمراض المزمنة، التشوهات الخلقية، الاضطرابات السلوكية)
- مشاكل صحية وسلوكية ترتبط بالصحة في مراحل العمر المتقدم (البدانة، حياة القعدة، التدخين، سوء التغذية، السلوك الجنسي المحفوف بالخطر)

وتعد الفئة الأخيرة من المشاكل هي الأهم بين فئات المراهقين والشباب، ومن أهم عوامل الخطر السلوكية عند المراهقين والشباب نذكر تدخين التبغ، والقوت غير الصحي ونقص النشاط البدني، والسلوك الجنسي المحفوف بالخطر، ومعاورة المواد. أما السلوك الجنسي المحفوف بالخطر فيختلف لدى الذكور والإناث لأسباب عديدة. وهناك عواقب هامة للأمراض المنقولة بالجنس عند المراهقين والشباب كونهم لا يطلبون الرعاية الطبية لهكذا مشاكل وقد لا يكونوا عرضيين أضف إلى أنهم قد لا يكونوا واعين للمشكلة وإلى أن معالجة الاحتياجات النفسية لديهم ضرورية وكذا فإن توفير الخدمات الصديقة للمراهقين هو شأن في غاية الأهمية.

وعلى الرغم من أن حجم هذه المشاكل يقدر عالمياً من قبل تقديرات منظمة الصحة العالمية وكذلك توجد الإحصائيات الدقيقة عنها لدى شباب الدول المتقدمة، كشباب الولايات المتحدة الأمريكية من خلال برنامج الترصد لسلوك الشباب الذي يقوم به مركز مكافحة الأمراض في أتلانتا - جيورجيا¹³ ، إلا أن حجم هذه المشاكل غير مرصود بشكل جيد في العالم العربي فهناك نقص في البيانات وخاصة تلك المتعلقة ببعض أنماط السلوك الخطرة كالسلوك الجنسي. وفي سورية قامت وزارة الصحة بإجراء دراسة حول صحة المراهقين وأعطت بعض الأرقام التي تشير إلى وجود نقص في معارفهم الصحية وانتشار أنماط من السلوك المحفوف بالخطر بينهم.

عوامل الاختطار

عوامل الاختطار التي تؤثر سلباً على صحة المراهقين عديدة ويصنف منها ستة أنماط من السلوكيات الخطرة الشائعة جداً بينهم وهي:

- 1- أنماط القوت غير الصحية المعتمدة على تناول الوجبات السريعة غير الصحية وعلى تناول المشروبات الغازية وعدم الالتزام بالأنماط الصحية من القوت التي تعتمد على تناول كميات كبيرة من الخضار والفاكهة والحد من الدسم والملح في الطعام، والعلاقة بين القوت غير الصحي والأمراض المزمنة في مرحلة الكهولة كأمراض القلب والسرطان والنشبة معروفة تماماً.
- 2- انعدام النشاط البدني أو نقصه وهذا أيضاً واحد من السلوكيات التي ترتبط أيضاً بحدوث الأمراض المزمنة فمن المعروف أن حركة الأطفال تقل مع تقدمهم بالسن.

¹³ www.cdc.gov

3- التدخين وهو من العادات المنتشرة بين المراهقين وتختلف نسبة انتشارها من مكان لآخر إنما ما هو متفق عليه هو الآثار الصحية غير المواتية للتدخين بأشكاله المختلفة سواء كان تدخين السجائر أو النرجيلة وغير ذلك. وتشير الإحصائيات العالمية إلى انتشار أوسع بين المراهقين في دول العالم النامي مقارنة بالدول المتقدمة.

4- العنف والإصابات وهي واحد من أهم أسباب الوفيات والمراضة بين تلك الفئات العمرية، وأشكالها عديدة فهناك تلك الناجمة عن حوادث المرور وتلك المرتبطة بالانتحار والقتل وأيضاً بسبب العنف بأشكاله المختلفة.

5- إدمان الكحول ومعاقرة المواد وهذه أيضاً من السلوكيات المحفوفة بالخطر التي أكثر ما تنتشر بين فئة المراهقين والشباب.

6- السلوك الجنسي المحفوف بالخطر حيث يتعرض المراهقون إلى أشكال مختلفة من السلوك الجنسي المحفوف بالخطر بسبب نقص وعيهم وغياب التربية الجنسية المناسبة مما يؤدي بهم إلى إنتانات تناسلية وانتشار فيروس نقص المناعة المكتسب أو يؤدي بالفتيات منهن إلى الحمل والإجهاض غير الأمن هذا بالإضافة إلى زيادة احتمال إصابتهن بسرطانات عنق الرحم.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن أنماط السلوك المحفوف بالخطر والمذكورة أعلاه ترتبط هي الأخرى بجملة من عوامل الاختطار اتفق الباحثون على أهمية دراستها والبحث فيها سواء كانت عوامل ترتبط بالفرد أو بالأقران أو الأسرة أو المجتمع.

تعزيز صحة المراهقين

إن مفهوم تعزيز صحة المراهقين هو مفهوم إيجابي يعتمد بشكل رئيس على العمل نحو تعزيز السلوكيات الصحية الإيجابية والحد من السلوكيات السلبية. ومن الضروري جدا الانتباه إلى اليات العمل مع المراهق فعلى الطبيب أن يعمل ضمن فريق أو أن يتدرب تدريباً خاصاً في مجال مهارات التواصل مع المراهقين. ومن الجهات الأخرى الهامة والمعنية بالإضافة إلى مقدم الخدمة الطبية نذكر المراهقين أنفسهم والأهل والمدرسة والعاملين في المجتمع. ويجب الانتباه في مرحلة المراهقة المبكرة إلى الخصوصية والسرية ودعم الاستقلالية والتأكيد على المواقف الإيجابية والتأكيد على العواقب المباشرة للأفعال، أما في مرحلة المراهقة الوسطى فيجب التأكيد على الدعم العاطفي والثبات في الرأي والتعليم ومواجهة الواقع بشكل لطيف والمساعدة على حل المشاكل وصنع القرار. أما مرحلة المراهقة المتأخرة فتتميز بأن الاحتياجات فيها أقل نسبياً إلا بوجود المرض المزمن وتقديم الدعم هام جداً والتشجيع على بناء الذات هو الآخر مهم والمقاربة هنا كمقاربة الكهل، مع الانتباه بأن تغيرات حادة قد تحدث. إن العمل مع المراهقين بشكل سليم لن يتم إلا من خلال الانتباه والحساسية تجاه احتياجاتهم وهي بشكل رئيس:

- السرية/الخصوصية
- شخص للتخاطب
- شخص يستمع
- القبول من قبل الآخر
- توفر الخدمة الصديقة
- الاحترام

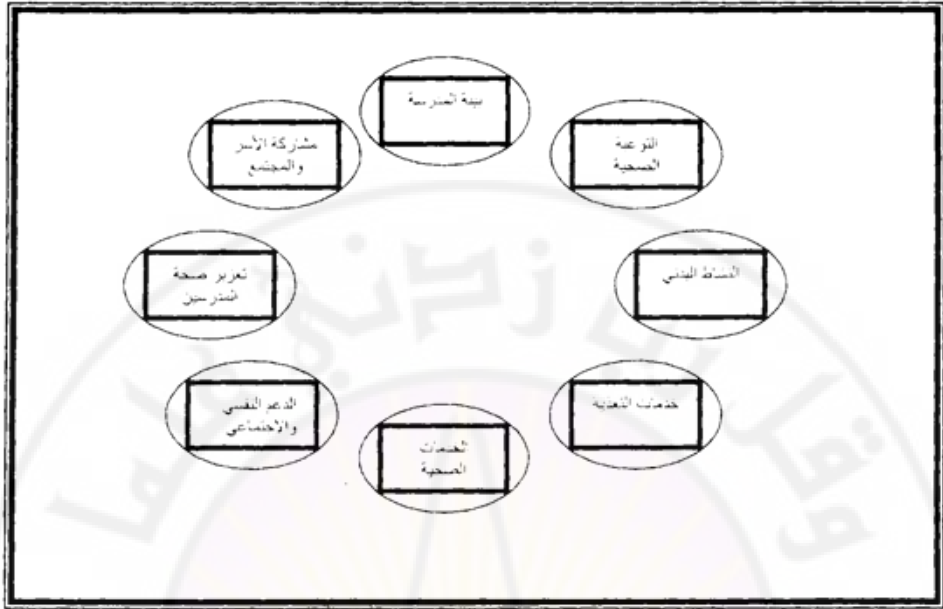
صحة المراهقين كبرنامج صحي

تصدر وبشكل دوري عن جمعيات طب الأطفال في العالم التوصيات الوقائية السريرية الخاصة بصحة المراهقين التي تأخذ شكل إرشادات يلتزم بها أطباء الأطفال أو تلتزم بها عيادات صحة المراهقين ومنها تلك التوصيات التي ترتبط بالفحص الروتيني بما فيه مقابلة اليافع وأهله والفحص الفيزيائي والفحص المخبري والتأكد من حالة التلقيح وتقديم الإرشاد حسب الضرورة، وأخرى ترتبط بتعزيز الصحة من خلال تعزيز أنماط السلوك الصحي وكذلك هناك تلك التي تعنى بتحري بعض الحالات الخاصة لدى المراهقين وكذلك تلك التي ترتبط ببرامج التمنيع الخاصة بالمراهقين. وتتوفر مثل هذه التوصيات إلكترونياً لاستخدام العموم.¹⁴

وتعد برامج الصحة المدرسية ركيزة هامة جداً في مجال تقديم خدمات صحة الأطفال والمراهقين ولن ندخل في تفاصيلها هنا إلا أنه من المناسب تلخيص البرنامج الصحي المدرسي في مكوناته الثمانية المعروفة كما في الشكل التوضيحي رقم 17 ، لتوضيح الركائز الأساس التي يعتمد عليها.

الشكل التوضيحي 17: مكونات البرنامج الصحي المدرسي

¹⁴ www.ama.assn.org



ومن الخدمات الصحية ذات الحساسية في مجال العمل بصحة المراهق نذكر الخدمات الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية. وتهدف خدمات الصحة الإنجابية الصديقة للشباب إلى توفير الوضع المريح والمناسب بالنسبة للشباب علاوة على تزويدهم بالخدمات التي تلبي احتياجاتهم الخاصة. وبذلك يمكن لهذه الخدمات أن تجذب الشباب مع التأكد من عودة الشخص للمتابعة وتكرار الزيارات. وتتضمن المكونات الأساسية لخدمة الصحة الإنجابية الصديقة للشباب توافر مقدمي الخدمة المدربين وتوفير الخصوصية والسرية مع سهولة الحصول على الخدمة. ويجوز توفير هذه الخدمات للشباب من خلال المرافق الصحية (المستشفيات والعيادات أو المراكز الصحية) ومن خلال مقدمي الخدمة من القطاع الخاص وفي أماكن التجمعات الاجتماعية أو المجتمعية (مثل النوادي أو المنظمات الأهلية غير الحكومية أو المنظمات الشعبية) وفي أماكن الترفيه أو اللهو والأماكن التجارية وفي أماكن العمل أو المدارس.



الفصل الثالث

الصحة الإنجابية

Reproductive Health

مقدمة

الصحة الإنجابية هي جزء حاسم وهام من الصحة العامة بشكل عام وهي أيضاً سمة أساسية للتنمية البشرية. والصحة الإنجابية هي انعكاس للصحة خلال مرحلة الطفولة والمراهقة والكهولة أضف إلى أنها تحسم الحالة الصحية للمرأة والرجل حتى في السنوات ما بعد الإنجاب، كما أن صحة الوليد هي إلى حد بعيد وظيفة صحة الأم وتغذيتها والرعاية الصحية التي تقدم لها.

حظيت الصحة الإنجابية باهتمام عالمي مع التركيز ربما على النساء في مرحلة الإنجاب. وعلى الرغم من أن معظم مشاكل الصحة الإنجابية تنشأ خلال سنوات الإنجاب، فإن الصحة العامة في سن الشيخوخة ما زالت تعكس الأحداث في وقت سابق من الحياة الإنجابية لدى النساء والرجال أيضاً. ورغم اختلاف الاحتياجات الفردية في كل مرحلة من مراحل الحياة فإن الأثر التراكمي هو الذي يعكس حالة الصحة أو اكتمال حالة الرفاه.

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الإنجابية على أنها حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. وتتناول الصحة الإنجابية العمليات والوظائف في جميع مراحل الحياة، والصحة الإنجابية تعني توفير الحياة الجنسية المرضية والمأمونة والقدرة على الإنجاب. وللصحة الإنجابية جوانب عديدة أهمها:

- رعاية الحمل والولادة وما بعد الولادة
- تقديم خدمات عالية الجودة لتنظيم الأسرة بما فيه العقم
- القضاء على ظاهرة الإجهاض غير الآمن
- مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها الإيدز والسرطانات التناسلية
- تعزيز الصحة الإنجابية

حجم المشكلة

إن عديد من دول العالم أحرزت تقدماً ملموساً في مجال الصحة الإنجابية إلا أن التقدم المحرز ما زال غير كاف وما زالت تحديات الصحة الإنجابية تهدد العديد من البلدان والدول، ففي كل عام يعاني حوالي ثمانية ملايين امرأة حامل، من إجمالي عدد الحوامل البالغ نحو 210 ملايين امرأة من مضاعفات الحمل، وتعاني كثيرات منهن من حالات مرضية وعجز طويلة الأمد. ففي كل عام تلقى حوالي 500000 امرأة حنقهن أثناء الحمل والولادة لأسباب يمكن الوقاية منها إلى حد بعيد. وهناك تباينات إقليمية شديدة حيث يحدث 99% من وفيات الأمومة هذه في البلدان النامية، وينجم معظم وفيات الأمهات عن مضاعفات تحدث أثناء الولادة. وقد أحرزت الجمهورية العربية السورية تقدماً هاماً في مجال صحة المرأة فقد انخفض معدل وفيات الأمهات إلى 58/100000 ولادة حية في عام 2004 وذلك بعد أن كان 143/100000 ولادة حية في عام 1990. ومن الجدير بالذكر أن معدل وفيات الأمهات هو الآخر واحد من المؤشرات التنموية الهامة التي اعتمدت في قياس التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

لقد زاد استعمال موانع الحمل زيادة كبيرة في كثير من بلدان العالم وخاصة النامية. ومع ذلك تشير المسوح إلى أن هناك في البلدان النامية ما يزيد على 120 مليون من الأزواج الذين لا يحصلون على احتياجاتهم من موانع الحمل

على الرغم من إبداء رغبتهم في تجنب حدوث الحمل أو رغبتهم في المباشرة بين حالات الحمل في المستقبل. وتوضع نهاية لنحو 45 مليون حالة حمل غير مقصود سنوياً، ويبلغ عدد حالات إجهاضها الذي يتم على نحو غير مأمون 19 مليون حالة، ويحدث 40% من كل حالات الإجهاض التي تتم على نحو غير مأمون لشابات بين سن الخامسة عشرة والرابعة والعشرين. وتؤدي حالات الإجهاض التي تتم على نحو غير مأمون بحياة 68000 امرأة سنوياً في العالم. وتشير التقديرات إلى أن عدد الحالات الجديدة من العدوى بجرثيم منقولة جنسياً يبلغ 340 مليون حالة سنوياً يمكن علاجها غالباً. هذا بالإضافة إلى ملايين الحالات غير القابلة للشفاء، بما في ذلك خمسة ملايين حالة جديدة من عدوى الإيدز التي يحدث 600000 حالة منها للرضع نتيجة انتقال الفيروس من أمهاتهم إليهم.

وثمة صلة وثيقة بين العدوى المنقولة جنسياً بفيروس الورم الحليمي البشري وبين سرطان عنق الرحم الذي يتم تشخيصه لدى ما يربو على 490000 امرأة ويتسبب في وفاة 250000 امرأة سنوياً، وتحدث ثلاثة أرباع حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم في البلدان النامية حيث هناك قصور أو نقص خطير في برامج الفحص والعلاج.

وحالات العدوى المنقولة جنسياً هي أيضاً سبب رئيس من أسباب العقم حيث يعاني ما يتراوح تقريباً بين 60 مليون و 80 مليون من الأزواج والزوجات، في العالم من العقم وما ينتج عن ذلك من عدم الإنجاب رغماً عنهم.

وهذه الجوانب الخاصة باعتلال الصحة الإنجابية والصحة الجنسية مجتمعة (معدلات الوفاة والأمراض لدى الأمهات في الفترة المحيطة بالولادة، وأمراض السرطان، والعدوى المنقولة جنسياً، والإيدز والعدوى بفيروسه) تشكل قرابة 20% من العبء العالمي لاعتلال صحة النساء، وقرابة 14% من العبء العالمي لاعتلال صحة الرجال. بيد أن هذه الإحصائيات لا تشمل العبء الكامل

لاعتلال الصحة. وهناك نقص شديد الآن في تقدير خطورة العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي، والحالات المرضية المتعلقة بأمراض النساء مثل المشاكل الوحيدة الخاصة بالطمث، وسلس البول والبراز الناجم عن النواسير الولادية، وفشل الحمل، واختلال الوظائف الجنسية. وتلك أمور لها جميعاً عقابيل كبرى اجتماعية وانفعالية وبدنية. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ممارسة الجنس غير المأمون تشكل ثاني أهم عامل اختطار يهدد الصحة في العالم.

عوامل الاختطار

يؤثر على الصحة الإنجابية، وتتأثر به، عوامل عدة في سياق حياة الناس بما فيها العوامل الاقتصادية والتعليم والعمل والظروف المعيشية والبيئة الأسرية والاجتماعية والعلاقات بين الجنسين والإطار القانوني القائم في البلد وكذا الثقافات بما فيها التقليدية. الحياة الإنجابية والجنسية للأشخاص تحكمها عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية معقدة ولذا فإن تعزيز الصحة الإنجابية لا يقتصر على تدخلات تقدم من القطاع الصحي فقط بل يحتاج إلى مشاركة الجميع بمن فيهم الأشخاص أنفسهم.

تعزيز الصحة الإنجابية

يتم من خلال اعتماد استراتيجيات الصحة باعتبارها جزءاً من الجهود الوطنية الرامية إلى بلوغ الغايات الإنمائية للألفية، وجعل الصحة الإنجابية والجنسية جزءاً لا يتجزأ من عملية التخطيط بالإضافة إلى تعزيز قدرات النظم الصحية على توفير سبل حصول الجميع على الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية وبخاصة صحة الأم والمولود حديثاً بمشاركة المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية. ومن الضروري الانتباه إلى ضرورة أن يعود التفيد

بالفائدة على الفقراء وغيرهم من الفئات المهمشة ومن بينهم المراهقون والرجال كما أنه من الضروري إدراج جميع جوانب الصحة الإنجابية ضمن عمليات الرصد والإبلاغ الوطنية عن التقدم المحرز في هذا المجال.

الصحة الإنجابية كبرنامج صحي

تشمل برامج الصحة الإنجابية عناصر عديدة وتختلف هذه من برامج رأسية مستقلة إلى برامج أفقية متكاملة إنما الواقع الفعلي لبرامج الصحة الإنجابية وهو أنها ما زالت برامج رأسية تعتمد على البرامج التي تستهدف السيدات فقط وتقدم لهن خدمات تقليدية. ولذا سوف يتم تقسيم العناصر إلى مجموعتين تعرض الأولى تلك الخدمات الشائعة والمطبقة فعلا في البرامج الصحية والمجموعة الثانية تشمل الخدمات الأقل شيوعا إنما الواجب دمجها في خدمات الصحة الإنجابية.

أولاً- المجموعة الأولى:

1. الرعاية قبل الزواج
2. رعاية الحامل
3. الرعاية التوليدية
4. الرعاية ما بعد الولادة
5. تنظيم الأسرة
6. الإنجابات التناسلية
7. الإيدز
8. الكشف المبكر عن السرطانات النسائية

ثانياً- المجموعة الثانية:

1. رعاية الولدان
2. رعاية الطفلة

3. صحة المراهقين
4. الرعاية ما بعد سن الأياس
5. العنف الأسري

أولاً-المجموعة الأولى من البرامج:

1- الرعاية قبل الزواج

لما كان الفرد هو أساس العائلة التي هي خلية المجتمع، فإن البداية بالعناية بالفرد هي فحص والديه قبل الزواج لمعرفة مدى التلاؤم الصحي بين الزوجين وإمكانية إنجاب أفراد أصحاء أقوياء يشكلون نواة مجتمع سليم. وبالإضافة إلى التثقيف الصحي يتم الفحص في الأوجه الآتية لكل من الرجل والمرأة الراغبين في الزواج:

أ- التكوين الوراثي للفرد، ويشمل مدى القرابة بين الأب والأم والجدين والأصل العائلي الذي نشأ منه.

ب- السيرة الطبية للفرد، وخاصة الأمراض الوراثية مثل التخلف العقلي وأمراض الدم الوراثية والاستقلابية مثل الداء السكري في الفرد والعائلة.

ج- الفحص السريري للتأكد من خلوهما من الأمراض المزمنة مثل السل وأمراض القلب وأمراض الكليتين، أو علاج هذه الأمراض إن وجدت.

د - الفحص النفسي للتأكد من الصحة النفسية.

هـ- الفحص المخبري، وخاصة لتحري الأمراض المنتقلة بالجنس كالسيلان والسل والإيدز، وتحديد العامل الريسوسي (Rh). وتتبع أهمية تحديد عامل Rh إذا كان في الأم سلبياً وفي الأب إيجابياً من الاضطرار إلى نقل الدم للحامل المصابة بالنزف عند الولادة وخاصة إذا تعرضت الأم لنقل دم إيجابي الـRh.

2- رعاية الحامل

يعتمد نجاح برنامج رعاية الأمومة والطفولة بدرجة كبيرة على الرعاية التي تُقدّم للأم الحامل وأطفالها، وتقدم هذه الخدمات من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية غالباً وتهدف الرعاية الصحية للأم الحامل إلى:

○ رعاية الحامل بدنياً ونفسياً واجتماعياً خلال فترة الحمل للوصول إلى ولادة طبيعية

○ اكتشاف الحالات الأكثر عرضة للخطر بين الحوامل، لإعطائها مزيداً من الرعاية وتحويل الحالات عالية الخطر منها إلى المستوى المناسب من الرعاية

○ خفض معدل الإصابة بالكرزاز عند الولادة

○ خفض معدلات المراضة والوفيات ما حول وما بعد الولادة وخفض معدل وفيات الأمهات

ويتحقق ذلك من خلال متابعة كاملة ومستمرة للأم الحامل، وذلك للمحافظة على صحتها بحالة جيدة. وينبغي أن تبدأ هذه الرعاية في بداية الحمل مبكراً كلما أمكن ذلك.

3- الرعاية التوليدية

العامل الرئيس في الحد من وفيات الأمهات هو تقديم الرعاية أثناء الولادة من قبل شخص مدرب، فقد أظهرت الدلائل على أن تطبيق برنامج الرعاية الصحية المدربة والمؤهلة عند الولادة نجح في تخفيض معدلات وفيات الأمهات. وتشير الرعاية الولادية الطارئة إلى سلسلة من المؤشرات الوظيفية في مرافق الرعاية الصحية التي يمكن أن تمنع وفيات الأمهات اللاتي يعانين من المضاعفات عند الحمل والولادة. وتنقسم الرعاية الولادية الطارئة إلى الرعاية الولادية الأساسية والرعاية الولادية الشاملة وتستلزم الرعاية الولادية الطارئة عالية الجودة تحسين المرافق الطرفية لتقديم الرعاية الولادية وهذا يعني تحديث

وصيانة المرافق الصحية بالإضافة إلى تزويد وتجهيز هذه المرافق بالأجهزة والمعدات الطبية وتوفير الطاقم الصحي المؤهل لمعالجة المضاعفات الولادية والمضاعفات لدى الولدان وتدريب العاملين على إدارة المرافق الصحية بشكل فعال وضمان كفاءة نظام الإحالة المطبق الذي يربط المرافق الطرفية بالمرافق الصحية في المناطق أو بمراكز الإحالة التي يمكن أن تقدم خدمات الرعاية الولادية الطارئة.

4- الرعاية ما بعد الولادة

وتهدف إلى تقديم الرعاية الطبية للأم أثناء فترة النفاس والعناية بالوليد والاكتشاف المبكر للمضاعفات التي تحدث أثناء النفاس للأم والطفل. وتحويلها إلى المستشفى في الوقت المناسب. وعلاج الحالات المرضية البسيطة. وتشمل برامج الرعاية تلك بشكل رئيس الزيارات المنزلية للنساء. وتحويل حالات المضاعفات للمستشفى وتقديم التنقيف الصحي.

5- تنظيم الأسرة

يعد تنظيم الأسرة واحداً من المكونات الرئيسة للخدمات الصحية الرئيسة لما له من فائدة على صحة النساء والأطفال والأسر والمجتمعات. ومن الضروري جداً أن تتوفر خدمات تنظيم الأسرة للنساء والرجال بحيث يكونوا قادرين على إقرار عدد الأطفال ومباعدة الحمل وضمان سلامة الأم والطفل.

6- الإنذانات التناسلية

إنذانات الجهاز التناسلي تنجم عادة عن التماس الجنسي أو عن تدخلات طبية، والبعض منها تلقائي. وإنذانات الجهاز التناسلي سبب هام للمراضة والوفيات ومن أهم أنواع المراضة الناجمة عنها نذكر العقم والحمل الهاجر والإسقاطات والتشوهات الخلقية والعجز المزمن. ومن المعروف أن الوقاية وتدبير الحالة تنقص من العبء بأشكال عديدة. فالعلاج الفعال ينقص من العدوى في المجتمع.

ومن المعروف أن التوعية المجتمعية هي أيضا أساسية لتعزيز الوقاية واستخدام الخدمات الصحية وبالتالي الحد أيضا من عبء المرض.

7- الإيدز

وهذه البرامج عادة ما تتبع برامج الأمراض السارية وتعمل بالتعاون مع برامج الصحة الإنجابية.

8- الكشف المبكر عن السرطانات النسائية

يعد سرطان عنق الرحم ثاني أشيع السرطانات التي تصيب النساء. ويرتبط جل حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم (99%) بالعدوى التناسلية بفيروس الورم الحليمي البشري. وهو أشيع عدوى فيروسية تصيب الجهاز التناسلي. وثمة أسلوب شامل للوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته يشمل تدخلات تنفذ على مدى سلسلة الرعاية، ابتداء من الوقاية الأولية وحتى الاكتشاف المبكر والعلاج والرعاية الملطفة. ويعد التقدم الحديث في توفير لقاح مضاد لفيروس الورم الحليمي البشري خطوة حاسمة جدا في الوقاية من سرطان عنق الرحم، والتي انشغلت بها الجهات البحثية والأكاديمية والصحية وغيرها.

أما سرطان الآخر والشائع جدا لدى النساء فهو سرطان الثدي. ومن المعروف أن الكشف المبكر عن سرطان الثدي يجعل العلاج أسهل وأكثر فعالية. وتزيد جملة من العوامل الاستعداد للإصابة بسرطان الثدي لذا فإن الوقاية الأولية هامة إنما الوقاية الثانوية هي الأكثر فعالية وهذه تطبق من خلال الكشف المبكر عن سرطان الثدي. والطرق المعروفة في الكشف المبكر عن سرطان الثدي هي فحص الثدي الذاتي والفحص السريري للثدي من قبل الكادر الطبي والماموغرام أو تصوير الثدي الشعاعي والتصوير بالأمواج فوق الصوتية. ومن المعروف أن الماموغرام هو الوسيلة الأكثر فعالية.

ثانياً-المجموعة الثانية من البرامج:

1- رعاية الولدان

تستحوذ رعاية الولدان على اهتمام متزايد وخاصة بعد النقص الحاصل في وفيات الأطفال. وجاء ذلك النقص على الأغلب على حساب الحد من الوفيات المرتبطة بالأمراض القابلة للوقاية باللقاحات وأمراض الطفولة الشائعة. أما صحة الوليد فهي ناتج حتمي للرعاية أثناء الحمل والولادة. وهذه يجب أن تكون جزءاً أساسياً من خدمات الأمومة كما ذكرنا في فصل صحة الطفل.

2- رعاية الطفلة

الطفلة هي الفتاة المرافقة مستقبلاً وهي أيضاً الأم الحامل بعد الزواج. ومع التركيز على مفهوم الرعاية مدى الحياة المرتبط بالصحة الإنجابية فإن التركيز على تعزيز صحة الفتاة الجنين والفتاة الطفلة والفتاة المرافقة هو شأن غاية في الأهمية. يمكن تثقيف الفتيات صحياً في المدارس، حيث يتعلمن الصحة الشخصية ونشريح الجهاز التناسلي الأنثوي ووظائف أعضائه، والتعريف بالعمر المناسب للزواج والحمل والإنجاب. ولأن تعليم الفتاة هو واحد من أهم محددات صحتها وصحة أطفالها فإن التركيز على التعليم وإدماج المفاهيم الصحية في التعليم هو من أساسيات العمل في هذا المجال.

3- صحة المراهقين

تم التطرق إليه في فصل خاص إنما من الضروري التذكير بمفهوم خدمات الصحة الإنجابية الصديقة للشباب التي توفر مقدمي الخدمة المدربين وتوفير الخصوصية والسرية مع سهولة الحصول على الخدمة.

4- الرعاية ما بعد سن الأياس

لقد أدمجت الرعاية ما بعد سن الأياس ضمن اهتمامات الصحة الإنجابية أيضاً فمن المعروف أن السيدات يعانين من مجموعة واسعة من الأعراض التي تترافق بفترة ما قبل، سن الأياس وما بعده. ومن الضروري حذا الانتباه إلى أن

النقص الحاصل في بعض الهرمونات الأنثوية في هذه الفترة يعني انتهاء فترة الإنجاب إنما لا يعني على الإطلاق انتهاء المشاكل الجنسية والصحية لدى السيدات. ومن الضروري توعية الأفراد والمجتمع أن سن اليأس هو فترة انتقالية طبيعية قد ترتبط بأخطار صحية ولا يجب أن يرتبط بمواقف سلبية.

5- العنف الأسري

يمثل العنف جزءا من معاناة الإنسان، وتكمن مشاهدته بأشكال مختلفة إذ يفقد أكثر من مليون شخص حياتهم في كل عام كما يعاني أكثر من ذلك بكثير من إصابات غير مميتة نتيجة العنف. ويقدر أن معدل الوفيات والمراتمة المرتبطة بالعنف مسؤولة عن 3% من العبء العالمي للأمراض واعتلال الصحة. ومن الممكن كما هو معروف استخدام أسلوب الصحة العمومية في اتقاء العنف ومنع المشاكل الصحية المرتبطة به.

إن العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي (التمييز بين الرجل والمرأة) لا يعرف حدودا - سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو جغرافية. فالعنف القائم على أساس النوع الاجتماعي، الذي يرتكبه الرجل ضد المرأة في الأغلبية الساحقة من الحالات، هو انعكاس لانعدام الإنصاف بين الجنسين كما أنه يعزز انعدام الإنصاف هذا، وهو ينال من كرامة المرأة واستقلاليتها وصحتها نيلا صادما: فقد تعرضت امرأة بين كل ثلاث نساء على نطاق العالم للضرب، أو أكرهت على ممارسة علاقات جنسية لا تريدها، أو أسيت معاملتها - غالبا من جانب فرد في أسرته أو شخص من معارفها. ويأخذ العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي أشكالا كثيرة، ابتداء من المجابهات المنزلية التي تترك ملايين من النساء يعيشون في حالة خوف، وانتهاء بالاعتصاب.

وأخيرا يجب الإشارة هنا إلى أهمية أن يعمل الطبيب ضمن فريق صحي مختص فالمهارات السريرية للطبيب لا تكفي إذا لم يتدرب على مهارات التواصل ومهارات تقديم المشورة ومهارات الإقناع.



الفصل الرابع

صحة المسنين

Elderly Health

مقدمة

تزداد نسبة السكان الذين تفوق أعمارهم الستين سنة ازديادا هاما في أرجاء المعمورة وذلك بسبب تقدم الخدمات الصحية وتحسن نوعية الحياة وزيادة مأمول العمر. وتعد ظاهرة الشيخ هذه من الظواهر الإيجابية كواحد من نجاحات الصحة العمومية ومن علامات التطور الاجتماعي الاقتصادي إلا أنها وبالوقت نفسه تشكل تحديا هاما من التحديات الصحية لضرورة أن تقدم أفضل الخدمات الصحية لتلك الفئة من المسنين والمعروف ببيولوجيا أنها عرضة لمشاكل صحية عديدة، وفي الوقت نفسه ضرورة أن يشارك المسنون أنفسهم بشكل فاعل وإيجابي. وهكذا بادرت منظمة الصحة العالمية في عام 2002 بمشروع الرعاية الصحية الأولية الصديقة للمسنين كي تحت العاملين في الرعاية الصحية الأولية وتعلمهم بناء قدراتهم لتلبية احتياجات المسنين. كما بادرت بدراسة ظاهرة الشيخ النشط والصحي ووضع تعريف له.

حجم المشكلة

قدر عدد المسنين في عام 2000 بحدود 600 مليون ممن أعمارهم فوق الستين عاما ويتوقع أن يصل هذا الرقم إلى 2 بليون في عام 2050. وتبلغ نسبة

المسننين المقيمين في بلدان العالم النامي بحدود 3/2. وفي دول العالم المتقدم تعتبر الفئة العمرية من 80 وما فوق الفئة الأكثر ازديادا ونموا. وتبلغ نسبة النساء إلى الذكور بين المسنين بحدود 2:1.

صحة المسنين كبرنامج صحي

جاءت بنود الاستراتيجية التي قامت منظمة الصحة العالمية بصياغتها¹⁵، وخاصة مكتب شرق المتوسط، لتعطي رؤية حول السياسات الصحية المتعلقة بالمسننين وشملت بذلك البنود التالية:

- إتاحة رعاية صحية جيدة وميسورة التكاليف وتتضمن: رعاية صحية أولية موجهة لرعاية المسنين، ورعاية صحية نفسية جواله ومؤسسية، ورعاية اختصاصية وأدوية مدعومة التكاليف، وأدوات، وتوافر الرعاية المنزلية والرعاية المديدة، وتوافر التأمين الصحي ميسور التكاليف، والتقييم الصحي للدخول في مرحلة الشيخ بصحة جيدة
- تأمين مالي على مثال معاش تقاعدي
- إتاحة مأوى في بيئة ديمية للمسننين
- مؤسسات للمعوزين
- توافر الفرصة للتثقيف والتدريب الرسمي وغير الرسمي لأولئك الذين يرغبون بأن يصبحوا منتجين اقتصاديا
- حماية الحياة والملكية
- تأمين اجتماعي للمسننين
- دعم العائلة في رعايتها للمسننين

¹⁵ WHO-ENHSG 030 A

- إيجاد قاعدة بيانات جيدة لتخطيط التدخلات
- تدريب مقدمي الرعاية والمدراء على رعاية المسنين
- إيجاد رابطة وطنية للأشخاص المسنين لإعطائهم قوة في التأثير على السياسة والبرامج

وأخيرا يجدر بالذكر أن واحدا من أهم التحديات في مجال صحة المسنين أنه من المجالات الجديدة والهامة جدا وما زالت المبادرات حوله وخاصة في منطقتنا قليلة نسبيا ومن أهم التحديات هي أن الكوادر الصحية المدربة في هذا المجال قليلة وما زال اختصاص طب الشيخوخة من الاختصاصات القليلة في منطقتنا، أضف إلى ذلك أن أهم ما يميز تلك البرامج ضرورة أن تكون برامج تكاملية ومتعددة القطاعات، وما زالت النجاحات في مثل تلك البرامج ليست بالجملة.



الفصل الخامس

الصحة النفسية

Mental Health

مقدمة

البعد الأساسي للصحة النفسية أو العقلية هو واضح من تعريف الصحة في دستور منظمة الصحة العالمية: "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً وليس مجرد غياب المرض أو العجز". والصحة النفسية أو العقلية جزء لا يتجزأ من هذا التعريف.

الصحة النفسية إذن هي أكثر من مجرد غياب الاضطرابات النفسية، والاضطرابات النفسية عديدة جداً وقد صدرت تصنيفات عالمية عديدة للاضطرابات النفسية سوف لن ندخل هنا في تفاصيلها كونها من خارج اختصاص هذا الكتاب. وتصنف الاضطرابات النفسية هذه وفق المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض إلى:

- الاضطرابات النفسية العضوية العرضية
- الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مادة نفسانية التأثير
- الفصام والاضطرابات الفصامية
- الاضطرابات المزاجية
- الاضطرابات العصبية والمرتبطة بالكرب
- المتلازمات السلوكية المصحوبة باضطراب فيزيولوجي
- اضطرابات شخصية البالغين وسلوكهم

- التخلف العقلي
 - اضطرابات النمو النفسي
 - الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ من الطفولة والمراهقة
- وبالمفهوم الإيجابي تعرف الصحة النفسية على أنها القدرة على ممارسة الحياة العملية والنشاط اليومي بطريقة تحقق الفاعلية العادية والاستقلال المناسب والتكيف مع المجتمع الأوسع وتعطي الفرصة لممارسة القدرات، وكل ذلك مع درجة من التوازن الذاتي تتنفي معها الدرجات الجسيمة من المعاناة. أما ملكات الشخص السليم نفسياً فتشمل:

- الخلو من التناقض الداخلي
 - القدرة على التعامل مع الآخرين
 - القدرة على التأقلم
 - القدرة على ضبط النفس
 - مواجهة المشاكل وحلها بحكمة
- يهدف هذا الفصل إلى إلقاء الضوء على أهمية الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية ومن ثم يناقش الصحة النفسية كواحد من البرامج الصحية التخصصية.

حجم المشكلة

يعاني حوالي ٤٥٠ مليون إنسان من الاضطرابات النفسية والسلوكية على امتداد العالم. وسيصاب ربع البشر بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات في فترة ما من حياتهم، ويقدر بأن الاضطرابات النفسية العصبية تتسبب بفقد حوالي ١٣ ٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز Disability adjusted life years الذي ينجم عن جميع الأمراض والحوادث في مختلف أرجاء العالم، وتقدر زيادتها بحوالي ١٥ ٪ سنوياً بحلول العام ٢٠٢٠ وذلك حسب تقديرات

منظمة الصحة العالمية. تتجمل نصف الأسباب المؤدية إلى العجز والوفاة المبكرة بسبب الحالات النفسية التي تتضمن الاكتئاب وتعاطي المسكرات والكحول والفصام أو اضطراب الوسواس القهري. ومن المعروف أن الاضطرابات النفسية لا تمثل عبئاً نفسياً واجتماعياً واقتصادياً فحسب، بل تزيد من مخاطر الأمراض الجسدية. وبالنظر إلى المحدودية المعروفة لفعالية الوسائل العلاجية في إنقاص العجز الناجم عن الاضطرابات النفسية والسلوكية، فإن الطريقة الملائمة لإنقاص العبء الناجم عن هذه الاضطرابات هو الوقاية.

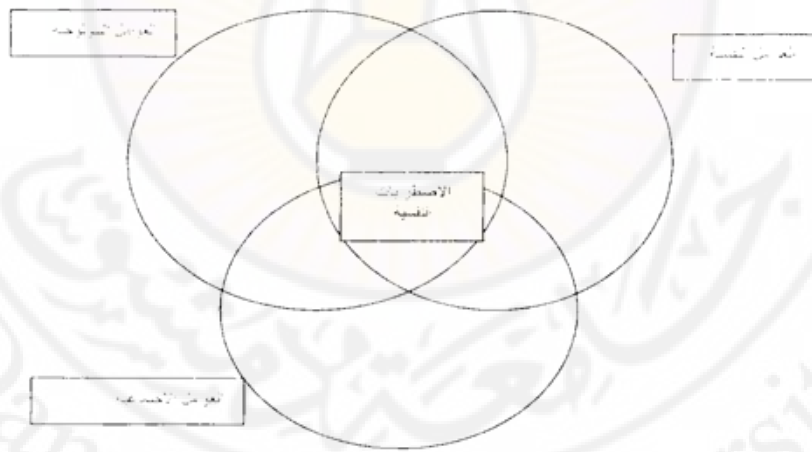
تمثل الاضطرابات النفسية والسلوكية عند أي نقطة زمنية حوالي ١٠ ٪ من الأمراض عند البشر البالغين في مختلف أرجاء العالم، ويعاني خمس المراهقين تحت عمر ١٨ عاماً من المشاكل السلوكية أو العاطفية أو النمائية. وإن حوالي ثمن هؤلاء مصابون باضطراب نفسي، ويصاب خمس الأطفال المحرومين بهذه الاضطرابات. هذا كله بالإضافة إلى الأثر الاقتصادي للاضطرابات النفسية فهو عال جداً. إن التكاليف الإجمالية الاقتصادية للاعتلال الصحي النفسي مذهلة وغير قابلة للقياس بسهولة.

عوامل الاختطار

قد تكون العوامل الواقية وعوامل الاختطار الفردية والعائلية بيولوجية، أو خلفية، أو سلوكية، أو بين الأشخاص، أو ذات علاقة بالمحيط أو السياق العائلي. وربما تفوي الأثر على الصحة النفسية في الفترات الحساسة على مدى الحياة، بل قد يكون لها أثر عبر الأجيال، فمثلاً، إن انتهاك الأطفال والاعتلال النفسي لدى الأم خلال الرضاعة والطفولة المبكرة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب والقلق في مستقبل الحياة، بينما يُنقصُ ضمان الارتباط العائلي الاجتماعي ودعمه من مثل هذه المخاطر. إن سلوك الأم المحفوف بالمخاطر خلال الحمل يمكن أن يسبب سرعة

التأثر النفسية العصبية. أما النزاعات الزوجية وكذلك الاكتئاب بين الأمهات والمشاكل الكحولية عند كل من الآباء والأمهات فقد توجب للاضطرابات السلوكية عند الأطفال. وقد يعاني المسنون الذين يشكون من الاعتلال البدني من مجال مضاعف من عوامل الاختطار والمشاكل، مثل الأرق المزمن، والمشاكل الكحولية، وانتهاك المسنين، وضعف الشخصية والمهارات. يوضح الشكل التوضيحي رقم 18 التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تطوير الاضطرابات النفسية.

الشكل التوضيحي 18: التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تطوير الاضطرابات النفسية



كما يوضح الشكل رقم 19 المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة النفسية ويوضح أيضا العوامل الواقية المرتبطة بها.

الشكل التوضيحي 19: المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة النفسية

عوامل الاختطار	العوامل الوقائية
سهولة الحصول على الخدمات والعلاجات	المساعدات والدعم
التعرض	دمج أفراد الأقليات
الاعتراف	التفاعل الشخصي الإيجابي
نقص فرص العمل والتعليم والإسكان والمواصلات	المشاركة الاجتماعية
البيئة القاسية	التحمل الاجتماعي والمسؤولية الاجتماعية
الرفض من أفراد الأسرة	الاحتمالات الاجتماعية
الشروط الاجتماعية السيئة	الدعم الاجتماعي ودعم الشبكة المجتمعية
سوء التغذية	
الفقر	
التفرقة العنصرية والتمييز	
الحرمان الاجتماعي	
التنمر	
التعنف والتفكك لتكوين	
الحرب	
ضعف العمل والكرب الناتج عنه	
الطغالة	

تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية

تعني نشاطات تعزيز الصحة النفسية خلق الظروف في البيئة والمجتمع وعند الفرد، بحيث تكون قابلة للتطور المثالي من الجوانب النفسانية، والجوانب النفسانية الاجتماعية، ومن الأمثلة على تلك المبادرات نذكر تلك التي تكتنف الأفراد في عملية تحقيق الصحة النفسية الإيجابية، وتحسين نوعية الحياة.

إن الوقاية من الاضطرابات النفسية يمكن أن تأخذ بالحسبان أحد الغايات والنتائج من استراتيجيات أوسع لتعزيز الصحة النفسية. إن غاية الوقاية من الاضطراب النفسي هو إنقاص معدلات الانتشار والوقوع والنكسات في الاضطرابات النفسية، والوقت الذي يمضي مع الأعراض المرضية، أو حالة الاختطار بسبب المرض

النفسي، وكذلك الوقاية أو تأجيل النكسات وكذلك خفض أثر المرض على الشخص المصاب. والعائلات والمجتمع. ويمكن تمييز ثلاثة أنواع من الوقاية فهناك الوقاية الشاملة التي تعرف بأنها التدخلات الموجهة إلى الصحة العامة من أجل السكان بأكملهم، والوقاية الانتقائية التي تستهدف الأفراد أو المجموعات السكانية الصغيرة تحت الخطر من حيث الاضطرابات النفسية بدرجة هامة وأعلى من المتوسط، والتي يبرهن بيولوجيا ونفسيا واجتماعيا على وجود عوامل الاختطار لديها، أما النموذج الثالث فهو الوقاية المستطبة التي تستهدف السكان مرتفعي الاختطار، والذين يعرفون بأن لديهم علامات أو أعراض ضئيلة ولكنها ملحوظة، وبما يؤهبهم للاضطراب النفسي ولكن لا تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب في ذلك الوقت.

إن تغيير التشريعات والقوانين، وتشكيل السياسات، وتخصيص الموارد، يمكن أن يزود الدول والأقاليم بتحسينات جوهرية في الصحة النفسية عند السكان بالإضافة إلى إنقاص اختطار الاضطرابات النفسية وتحسين الصحة النفسية.

ومن الاستراتيجيات الرئيسية الوقائية نذكر :

- تحسين التغذية
- تحسين السكن
- زيادة فرص التعليم
- الحد من عدم الأمان الاقتصادي
- تقوية النسيج الاجتماعي
- إنقاص أضرار الإدمان
- تعزيز البدء بالحياة الصحية
- إنقاص الكرب
- التدخلات المنزلية والزيارات والدعم

- عدم انتهاك الأطفال
- تعليم استراتيجيات الدفاع عن النفس
- إنقاص السلوك الخطر في المدارس
- برامج بناء المهارات العامة في المدارس المتوسطة والابتدائية مثل
"برنامج أستطيع حل المشكلة"،
- التدخلات في مكان العمل
- النقصي المبكر عند المسنين

ويجب أن تتوجه السياسات الوقائية إلى التقييم المرتكز إلى حاجات الصحة النفسية العمومية. وهي بذلك يجب أن توجه إلى عوامل الاختطار والعوامل الواقية البيولوجية والنفسانية والاجتماعية المرتكزة إلى البرهان، والتدخلات يجب أن تكون مدى الحياة لكي تكون فعالة.

ويعرض الشكل التوضيحي رقم 20 قائمة بالاحتياجات الخاصة بالاضطرابات النفسية:

الشكل التوضيحي 20 : الاحتياجات الخاصة بالصحة النفسية



الصحة النفسية كبرنامج صحي

إن مقدمي الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية النفسية هم في وضع استراتيجي لإدخال البرامج المبرهنة من أجل الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية ضمن خدماتهم. إن السياسات الداعمة التي تتضمن الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية الثانوية مطلوبة بالتوازي مع زيادة موارد التدريب. إن المستوى العالي من المراضة المشتركة للاضطرابات النفسية والعلاقة الواضحة بين الصحة النفسية والبدنية والمشاكل الاجتماعية كل ذلك يتطلب تكامل الاستراتيجيات من خلال الرعاية الصحية الأولية والثانوية.

وتشمل الخدمات الصحية في برامج الصحة النفسية كل من:

- 1- التشخيص والعلاج المبكر
- 2- استخدام الأدوية الحديثة نفسية التأثير
- 3- المعالجة النفسية الجماعية والفردية
- 4- التنقيف في مجال الصحة النفسية
- 5- إعادة التأهيل
- 6- خدمات المتابعة

ويجب توليف القرارات على المستوى المحلي والوطني لبناء ممارسة وقائية ناجحة في بلد ما ويتضمن هذا القدرة على صنع السياسات، وتطوير البرنامج وتكييفه، والبحوث، واحتياجات الخدمات الوقائية، والبنية الموسمية أو التنظيمية، والتحفيز من أجل الصحة النفسية، وتوظيف الموارد الوقائية الصحية النفسية.



الفصل السادس

الصحة الدولية

International Health

مقدمة

إن استعمال تعبير الصحة الدولية يعني أن المشاكل الصحية لا ترتبط بحدود قطرية ضيقة بل تتعداها إلى أنحاء واسعة من العالم أحيانا، ومن الأمثلة على ذلك نذكر جائحات الكوليرا والنزلة الوافدة التي تمتد عبر أنحاء واسعة من المعمورة. وفي عام 1948 أنشئت منظمة الصحة العالمية وهي المنظمة التي أصبحت المنظمة الصحية الدولية الأهم التي تعنى بشؤون الصحة الدولية، وهذه المنظمة هي واحدة من منظمات الأمم المتحدة التي تضم جميع دول العالم. وغالبا ما تسعى حكومات تلك الدول إلى طلب المساعدة الفنية التي تقدمها المنظمة للحكومات وخاصة في مجال التنسيق بين الدول.

ومن المهم الانتباه هنا إلى التصنيفات العديدة التي تعتمد لتصنيف دول العالم فهناك ما يتبع نظام البنك الدولي وهناك ما يتبع التوضع الجغرافي فيقال دول الشمال والجنوب وهناك ما يتبع بعض المؤشرات الاقتصادية الاجتماعية أو المؤشرات الصحية إلى غير ذلك. وعلى سبيل المثال تصنف الجمهورية العربية السورية على أنها دولة نامية وليس صناعية وهي من الدول المتوسطة

الدخل كما انها من الدول التي ابلت بلاء حسنا في مجال المؤشرات الصحية كمعدل وفيات الأطفال.

أ. باب الاهتمام بالصحة الدولية

الاهتمام بالصحة الدولية هي عديدة ونذكر على سبيل المثال ما يلي:

- يمكن لأي مشكلة صحية في دولة ما أن تهدد بقية الدول
- تتأثر الدول الفقيرة أكثر من غيرها بالمشاكل الصحية العديدة وهي في الوقت ذاته غير قادرة على حل تلك المشاكل
- يشعر من العالم حاليًا إلى تحديات كبيرة من ناحية الالتزام الاقتصادية والإرهاب والحروب والنزاعات وكل ذلك بطبيعة الحال يحمل معه آثارا مبهدة للصحة في الدول المعنية والدول الأخرى
- إن المعارف الصحية والنواتج العلمية غالبا ما تكون هي صنعة الدول المتقدمة التي تستثمر بكثرة في البحوث الصحية وهذه المعارف تحتاج إلى نقل إلى أماكن أخرى من العالم للاستفادة منها بالشكل الأفضل
- الصحة هي غالبا تحت سيطرة الحكومات إلا أنها بالوقت ذاته تتأثر بعمل المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الخاصة والجامعات وكل من هو معنى بالصحة الدولية وهذا الأمر بطبيعة الحال يحتاج إلى تنسيق كبير.

النوائح الصحية الدولية

النوائح الصحية الدولية (2005) هي أداة جديدة للصحة العامة في العالم وهي القانون الدولي الذي يساعد الدول على العمل معا لتفادي الأرواح وسبل العيش التي يسببها انتشار الأمراض والمخاطر الصحية الأخرى بين الدول. وهي

تهدف إلى السيطرة على الاستجابة لانتشار المرض على الصعيد الدولي مع تجنب التدخل غير الضروري على حركة المرور الدولية والتجارة. وهي بذلك تهدف إلى الحد من خطر انتشار الأمراض في المطارات الدولية والموانئ والمعايير البرية.

تضمن اللوائح الصحية الدولية إنشاء مجموعة جديدة من القواعد لدعم الاستجابة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات واحتياج البلدان التي تضمين المراقبة الدولية واليات الإبلاغ والترصد عن الأحداث الصحية العامة.

وتعنى هذه اللوائح بالازهاب البيولوجي والحوادث الكيميائية ومسحة البيئة وسلامة الغذاء والطوارئ في الحالات الإنسانية ومكافحة العدوى بين العناصر الطبية والعناصر العاملة في المخابر وكذا بحالات نوعية من الأمراض كشال الأطفال والنزلة الوافدة والكوليرا والحمى الصفراء كما تعني بمواضيع السفر والتجارة ونقاحات المسافرين. ويعد الترصد Surveillance الركيزة الأساسية في كل ما سبق.¹⁶

التقارير الخاصة بالصحة في العالم

نشر التقرير الخاص بالصحة في العالم لأول مرة في عام 1975 ويجمع خبراء الصحة العالمية هذه التقارير السنوية بقصد التقييم والمقارنة بين البلدان. بما في ذلك الإحصاءات المتعلقة بجميع البلدان. مع التركيز على موضوع محدد في كل عام. والغرض الرئيس من التقرير هو تزويد البلدان والوكالات المانحة والمنظمات الدولية وغيرها بالمعلومات التي يحتاجون إليها لمساعدتها على صياغة السياسات والقرارات ومنها تلك الخاصة بالتنموي. ويعرض التقرير عادة

¹⁶ www.who.int/topics/international_health_regulations

على جمهور واسع النطاق من الجامعات والمدارس والمعنيين بالشأن الصحي والصحافة وغيرها.

وفي عام 2008 ركز التقرير على مواضيع الرعاية الصحية الأولية، أما في العام 2007 فيمثل التقرير الخاص بالصحة في العالم "مستقبل أكثر أمناً" أمن الصحة العمومية العالمي في القرن الحادي والعشرين وهو منعطف في تاريخ الصحة العمومية وأحد أكبر الإنجازات التي تم تحقيقها في مجال الأمن الصحي في غضون نصف قرن.

ويبين التقرير كيف أصبح العالم يواجه، بشكل مطرد، مخاطر فاشيات الأمراض والأوبئة والحوادث الصناعية والكوارث الطبيعية وغيرها من حالات الطوارئ الصحية التي يمكنها أن تتحول بسرعة إلى أخطار تتهدد الأمن الصحي العمومي على الصعيد العالمي. كما أنه يشرح كيف تسهم اللوائح الصحية الدولية المنقحة، التي دخلت حيز النفاذ هذا العام، في مساعدة البلدان على التعاون فيما بينها من أجل تحديد المخاطر واتخاذ الإجراءات اللازمة لاحتوائها ومكافحتها.

وتلك اللوائح ضرورية لأنه لا يمكن لأي بلد، أيا كانت قدرته وثروته، حماية نفسه من الفاشيات والأخطار الأخرى دون التعاون مع البلدان الأخرى. ويفيد التقرير بأن تهيئة مستقبل أكثر أمناً من الأمور التي يمكن تحقيقها - وأن ذلك طموح جماعي ومسؤولية مشتركة على حد سواء.

وأخيراً لا بد من الإشارة إلى أن مواضيع الصحة الدولية باتت اليوم من الأهمية بمكان لدرجة أن جامعات مرموقة في أنحاء مختلفة في دول العالم اختارت أن تفتح أقساماً أكاديمية في هذا المجال كما أن برامج عديدة للحصول على المؤهلات العالية كالماجستير والدكتوراه باتت معروفة وقد تخرج منها العديد من المختصين.

المراجع

العربية

منظمة الصحة العالمية، اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2003.

منظمة الصحة العالمية، إستراتيجية التشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط 2006-2015. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرقي المتوسط. الإسكندرية، 2007.

منظمة الصحة العالمية، التنقيف من أجل الصحة: دليل التنقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرقي المتوسط. الإسكندرية، 1989.

منظمة الصحة العالمية، طب المجتمع. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرقي المتوسط. الإسكندرية، 2005.

منظمة الصحة العالمية، مكافحة الأمراض السارية. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرقي المتوسط. الإسكندرية، 2006.

يونسيف. حالة الأطفال في العالم. تقرير المدير العام لعام 2008.

Brownson RC et al., Chronic Disease Epidemiology and Control, Second edition, American Public Health Association, 1998

Heymann DL, Control of Communicable Diseases Manual, 18th edition, American Public Health Association, Washington, 2004.

Detels R, et al, Oxford Textbook of Public Health, Fourth edition, Oxford medical Publication, 2002.

Farmer R and Lawrenson R: Lecture notes-Epidemiology and Public Health Medicine, Fifth edition, Blackwell Publishing 2004.

Last JM et al, Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine; Prentice-Hall International Inc.; 1996.

Last JM: A Dictionary of Epidemiology, Fourth edition, International Epidemiological Association, 2005.

Last JM: Public Health and Human Ecology, Second edition, Prentice Hall International, 1998.

Teutch SM and Churchill RE: Principles and Practice of Public Health Surveillance, Oxford University Press, 1994.

Webber R, Communicable Disease Epidemiology, CAB International, Oxford, 1996.

قائمة المصطلحات

العربية	المترادف بالانكليزية
حاد	Acute
صحة المراهقين	Adolescent health
ضباب	Aerosols
العامل	Agent
الإيدز	AIDS
الأمراض المنقولة بالهواء	Airborne diseases
التهاب السحايا الجرثومي	Bacterial Meningitis
العوامل السلوكية	Behavioral Factors
سلوك	Behavior
العوامل الحيوية	Biological
سوائل البدن	Body fluids
حملات	Campaigns
السرطان	Cancer
الأمراض القلبية الوعائية	Cardiovascular diseases

Carrier	الحامل
Case fatality rate	معدل إماتة الحالة
Case finding	كشف الحالات
Causative factor	عامل مسبب
Cause	سبب
Chain of infection	سلسلة العدوى
Chemoprophylaxis	وقاية كيميائية
Child Health	صحة الطفل
Chronic	مزمن
Chronic carrier	حامل مزمن
Clinical Preventive services	خدمات صحية وقائية
Communicable	مسار
Community based	مجتمعي المرتكز
Community Medicine	طب المجتمع
Community-oriented primary care	الرعاية الأولية المجتمعية التوجه
Conjugated vaccine	لقاح متقارن
Contact	مخالط
Containment	احتواء

Contamination	تلوث
Contraceptives	مانعات الحمل
Control	المكافحة
Control methods	طرق المكافحة
Convalescent carrier	الحامل الناقله
Counseling	إرشاد
Determinant	محدد
Determinants of Health	محددات الصحة
Development	تنمية
Diabetes	الداء السكري
Diet	قوت؛ نظام غذائي
Direct Contact	تماس مباشر
Direct transmission	انتقال مباشر
Disability	عجز
Disease	مرض
Disinfection	التطهير
Droplets	قطيرات
Elder care	رعاية المسنين

Elderly Health	صحة المسنين
Elimination	إزالة، إزالة، إزالة
Endemic	أصل، أصل
Endemicity	أصلية
Environment	بيئة
Environmental actions	الإجراءات البيئية
Epidemic	وباء
Epidemiologic triad	المثلث الوبائي
Epidemiology	وبائيات
Eradication	استئصال
Eradication of Disease	استئصال المرض
Family physician	طبيب العائلة (الأسرة)
Fatality	إماتة
Food-borne	منقول بالغذاء
General Health programme	برنامج صحي عام
Genetic	العوائل الوراثية
Gonorrhea	الزبدان
Handicap	إعاقات

Hazards	مخاطر
Health	الصحة
Health education	التثقيف الصحي
Health programme	برنامج صحي
Health Promotion	تعزيز الصحة
Health protection	حماية الصحة
Health services	الخدمات الصحية
Health system	النظام الصحي
Healthy Carrier	حامل صحي
Hepatitis B	التهاب الكبد البائي
Herd immunity	مناعة القطيع
High Risk	عالي الخطر
High Risk Strategy	استراتيجية الأفراد ذوي الخطر العالي
Hospital Acquired Diseases	الأمراض المكتسبة في المشافي
Host	التنوي
IMCI (Integrated management of childhood Illness)	التدبير المتكامل للأمراض الطفولة
Immunity	مناعة

Immunization	تَمْنِيع، تَحْصِين
Immunologic factors	العوامل المناعية
Impairment	اختلال
Inapparent infection	عدوى مستترة
Incidence	وقوع
Incubation period	دور الحضانة
Indirect transmission	انتقال غير مباشر
Infant mortality rate	معدل وفيات الرضع
Infection	عدوى
Infectious agent	عامل معد
Infective dose	الجرعة المعدية
Infectivity	إعداء
Influenza	النزلة الزائدة
Injuries	إصابات
Intermediate host	ثوي وسيط
International health	الصحة الدولية
Interpretation	تأويل
Isolation	عزل (المريض)

Knowledge	معرفة
Latency	الكمون
Latent period	دور الكمون
Legislation	(سن) التشريعات
Levels of prevention	مستويات الوقاية
Life expectancy	مأمول الحياة
Lifestyle	أسلوب الحياة
Live attenuated vaccine	لقاح حي موهن
Mass screening	التحري الجموعي
Maternal mortality	وفيات الأمهات
Measles	الحصبة
Mental health	الصحة النفسية
Morbidity	مراضة
Mortality	وفيات
Mortality rate	معدل الوفيات
Multiple screening	التحري المتعدد
Natural History of disease	التاريخ الطبيعي للمرض
Non-Communicable	غير سار

Nosocomial diseases	أمراض مشفوية
Notification	إبلاغ
Nutritional factors	العوامل التغذوية
Opportunistic screening	التحري الانتهازى
Outbreak	فاشية
PAL (Practical approach for Lung Health)	المقاربة العملية لصحة الرئة
Pandemic	جائحة
Persistence	
Pneumonia	التهاب الرئة
Pollution	تلوث
Population	الجمهرة
Population Strategy	إستراتيجية جمهرة السكان
Prevalence	انتشار
Prevention	وقاية
Prevention economics	اقتصاديات الوقاية
Prevention Medicine	الطب الوقائى
Primary prevention	الوقاية الأولية
Primordial prevention	الوقاية البدئية

Public Health	الصحة العامة
Quality of life	نوعية الحياة
Quarantine	الحجر
Reproductive health	صحة إنجابية
Reservoir	مستودع
Risky health behaviour	سلوك مضر بالصحة
Scabies	الجرب
School health	الصحة المدرسية
Screening	التحري
Secondary prevention	الوقاية الثانوية
Seroconversion	الانقلاب المصلي
Services, Social factors	العوامل الخدمية- الاجتماعية
Sexually transmitted diseases	الأمراض المنقولة عن طريق الجنس
Soil mediated diseases	أمراض تتواسطها التربة
Source	مصدر
Spiritual	العوامل الروحية
Strategies	استراتيجيات
Surveillance	ترصد

Survey	مسح
Susceptible host	النشوي المستعد
Targeted screening	التحري المستهدف
Tertiary preventive	الوقاية الثالثة
Trachoma	الحشر
Transmission	الانتقال
Transmission of infection	انتقال العدوى
Treatment	العلاج
Tuberculosis	السل
Vaccination	تلقيح
Vaccine	لقاح
Vaccine coverage	التغطية باللقاح
Vaccine efficacy	نجاعة اللقاح
Varicella	الحماق
Vector	ناقل
Vector-borne disease	مرض منقول بالنواقل
Vehicle	سواغ- وسيط جامد
Virulence	الفوعة

Water-borne disease

مرض منقول بالماء

Zoonosis

مرض حيواني المصدر





المدقق اللغوي :

د. سميرة

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات الجامعية

