WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

EM/RC52/3
ش م/ل إ52/3

الدورة الثانية والخمسون
2005

آب/أغسطس

البند 5 (أ) من جدول الأعمال

الأصل: بالعربية

ورقة تقنية:

الأمراض المنقولة بالنواقل: التصدِّي لمشكلات الصحة العمومية المنبعثة

المحتوى

الصفحة

الموجز ..... أ

1. المقدِّمة 1

2. الوضع الراهن والتحدِّيات التي تواجه برامج مكافحة النواقل على الصعيدَيْن العالمي والوطني 1

1.2 جسامة عبء الأمراض 1

2.2 المخاطر المحتملة من اتّساع وتكاثف الأمراض المنقولة بالنواقل في الإقليم 5

3. التصدِّي للمشكلة 9

1.3 مقدِّمة 9

2.3 التدبير المتكامل للنواقل (IVM) 10

3.3 تقوية القدرات الوطنية (النُظُم الصحية/نُظُم مكافحة النواقل) على مكافحة النواقل مكافحةً منسَّقة 12

4. الخاتمة والتوصيات 13

المراجع 15

الموجز

تشمل الأمراض المنقولة بالنواقل كلاً من: الملاريا، وداء الليشمانيات، وداء الفيلاريات اللمفية، وداء كلاَبية الذنب (العمى النهري)، وداء المثقبيّات trypanosomiasis، وعدداً من أشكال العدوى الناجمة عن الفيروسة المنقولة بالمفصليات arboviral infections، وحمى الوادي المتصدِّع، وحمى الضَّنْك، والحمى الصفراء، وحمى غرب النيل، وحمى القرم النزفية، والتهاب الدماغ الياباني ... وهي تمثّل مشكلة رئيسية من مشكلات الصحة العمومية في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط. وثَمَّة إمكانية لانتشار هذه الأمراض جغرافياً وموسمياً، من جرَّاء ما طرأ من تغيُّرات إيكولوجية ومناخية، ومن جرَّاء بعض الأنشطة البشرية، كالمشاريع الإنمائية، والصراعات الأهلية، والتوسُّع الحضري، وتنقُّلات السكان. ويجدر بالملاحظة أنه في أعقاب حقبة استئصال الملاريا، فإنَّ مكافحة النواقل، التي هي أحد الأساليب الاستراتيجية الرئيسية لمكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل، فقدت أهميتها المنظورة في معظم البلدان. وقد تجلَّى ذلك في تقليص الموارد المخصَّصة لمكافحة النواقل، مما ترتَّب عليه تناقص القدرات الوطنية في مجال علم الحشرات الطبي، ومن ثَمَّ في مجال مكافحة النواقل.

ثم إنَّ أنشطة تنفيذ برامج مكافحة النواقل لا يجري حالياً تنسيقها في ما بين مختلف القطاعات المعنيَّة، مما يؤدِّي إلى ضياع فرص الوقاية منها ومكافحتها، وإلى ازدواجية الجهود، وهَدْر الموارد الشحيحة. ولايزال تنفيذ أنشطة مكافحة النواقل، عموماً، يعتمد على وسيلة واحدة، هي استعمال المبيدات. علماً بأنه على مدى العشرين سنة الماضية، لم يتم إنتاج أي مبيدات جديدة، مما يستدعي ترشيد استعمال المبيدات الفعَّالة القليلة الباقية حالياً (ولاسيَّما مشتقات البيريثرويد). ولو أن هنالك فرصاً سانحة لتقوية القدرات الوطنية لمكافحة النواقل من خلال أسلوب التدبير المتكامل للنواقل. ولهذه الأسباب، عمد المكتب الإقليمي إلى إعداد إطار للتدبير المتكامل للنواقل، يتيح خطة لترسيخ التنسيق والتعاون بين القطاعات على كل المستويات، والاستفادة من الأثر التآزري لـمُداخلات مكافحة النواقل، الـمُسْنَدة بالبيِّنات، في مواجهة عدد من الأمراض المنقولة بالنواقل.

وعليه، فالـمَرْجُوُّ من البلدان اعتمادُ الإطار الاستراتيجي الإقليمي للتدبير المتكامل للنواقل؛ وتحديدُ معايير التدبير المتكامل للنواقل وإجراءاته، والوظائف الأساسية لبرنامج التدبير المتكامل للنواقل؛ وإعادةُ تشكيل مُرْتَسَم profile البرامج الحالية لمكافحة النواقل، بحيث يعبِّر عن مبادئ التدبير المتكامل للنواقل، مع توزيع الوظائف الأساسية توزيعاً مثالياً على مختلف المستويات؛ وإجراءُ تقييم لاحتياجات مكافحة النواقل في ما يتعلق بجميع الأمراض المنقولة بالنواقل، من أجل تحديد الاحتياجات، والثغرات، والفرص المتاحة لمكافحة النواقل، مع الاستعانة بالدلائل الإرشادية والوسائل التي استحدثتها المنظمة لإعداد استراتيجية وخطة عمل وطنية للتدبير المتكامل للنواقل؛ وتيسير إقامة آلية مشتركة بين القطاعات للتعاون والتنسيق بين جميع القطاعات الصحية في البلد، بقيادة أو توجيه وزارة الصحة؛ وضمان أن يكون لدى وزارة الصحة ضابط اتصال وطني مؤهَّل وكفوء، معنيّ بمكافحة النواقل، ويفهم مبادئ التدبير المتكامل للنواقل؛

وتخصيص بند معيَّن في الميزانية لمكافحة النواقل، لضمان إنشاء البِنَى الأساسية التقنية والبشرية والمادية الملائمة داخل وزارة الصحة.

أما المكتب الإقليمي فهو مُطالَبٌ بإنشاء آلية يتم عن طريقها تنسيق الوحدات/البرامج المعنيَّة، كبرامج: دحر الملاريا، وترصُّد الأمراض السارية، ومكافحة أمراض المناطق المدارية، والتخلُّص من بعض الأمراض واستئصال بعضها الآخر. وتمثِّل مكافحة النواقل عنصراً مهماً من عناصر جميع هذه البرامج، ويُقترح التدبير المتكامل للنواقل بوصفه أسلوبها الجديد. ومن الضروري تخصيص أموال كافية لتغطية تكاليف الموظفين وتكاليف التشغيل، ضماناً لقيام قُدرة إقليمية على التعامل بطريقة ملائمة مع التحدِّيات التي تواجه تنفيذ أسلوب التدبير المتكامل للنواقل في الإقليم؛ ودعم عملية إعداد دورة إقليمية من ثلاثة أشهر، حول التدبير المتكامل للنواقل – يُفضَّل أن تُعقد في بلد تتوطَّن فيه معظم الأمراض المنقولة بالنواقل، إذْ إنَّ أمثال هذا البلد تعوزها القُدرات اللازمة في مجال علم الحشرات ومكافحة النواقل.

1. المقدِّمة

تفتقر معظم بلدان إقليم شرق المتوسط إلى القدرات الوطنية اللازمة لمكافحة واتّقاء الأمراض المنقولة بالنواقل. ويُعْزَى ذلك إلى عوامل متباينة ومعقَّدة. وتسعى هذه الورقة إلى تحليل تلك العوامل، وتقديم بعض المقترحات المُسْنَدة بالبيِّنات للتصدِّي لهذه المشكلات. وعليه، تتوخَّى هذه الورقة التصدِّي للتحدِّيات التي تواجه برامج مكافحة النواقل على الصعيدَيْن العالمي والوطني؛ وعبء الأمراض المنقولة بالنواقل، بما في ذلك ما تنطوي عليه من خطر انتشارها جغرافياً وموسمياً؛ والعقبات القائمة من حيث قصور الترتيبات المُتَّخذة على صعيد السياسة الصحية، وتخصيص الموارد (التقنية والمالية والمادية) لمكافحة النواقل. ويُطلَب إلى البلدان الاعتراف بأهمية مكافحة النواقل، ولاسيَّما تنفيذها من خلال أسلوب التدبير المتكامل للنواقل، باعتباره طريقة مضمونة الاستمرار وعالية المردود. ويستمد أسلوب التدبير المتكامل للنواقل قوّته من التنسيق بين مختلف القطاعات المعنيَّة، والتوازن بين التدابير التنظيمية والعملية، وتأثير المُداخلات المتَّخذة على الأمراض المتعدِّدة.

2. الوضع الراهن والتحدِّيات التي تواجه برامج مكافحة النواقل على الصعيدَيْن العالمي والوطني

1.2 جسامة عبء الأمراض

تتسبَّب الأمراض المنقولة بالنواقل في ما يقارب 20% من العبء العالمي التقديري للأمراض المُعْدِية *[1]*. وتنتقل هذه الأمراض، بصفة رئيسية، بواسطة أنواع من الحيوانات المفصلية الأرجل arthropods، تقوم بدَوْر أساسي في إدامة جزء من دورة حياة أحد العوامل المُمْرِضة. ويجدر بالملاحظة أن تعريف المنظمة للنواقل هو تعريف واسع شامل للنواقل المفصلية الأرجل، والأثوياء hosts المتوسطة، ومستودعات العوامل المُمْرِضة. وينوء بإقليم شرق المتوسط، الذي لا يعيش فيه سوى 8% فقط من إجمالي سكان العالم، 11% من إجمالي العبء التقديري للأمراض المنقولة بالنواقل. وقد شهد العالم، بوجه عام، والإقليم بوجه خاص مؤخراً، انبعاثاً ملحوظاً للأمراض المنقولة بالنواقل. وتُبدي بعض هذه الأمراض اتجاهاً متزايداً للانتشار، إذْ وصلت إلى مناطق لم تكن تقع فيها من قبل، وتوسَّع موسم انتقالها، وتكثَّف انتقالها في الأماكن التي توجد فيها بالفعل. أما على نطاق الإقليم، فإن الأمراض المنقولة بالنواقل والتي تهم الصحة العمومية، تشمل الملاريا، وداء الليشمانيات، وأشكال العدوى الناجمة عن الفيروسة المنقولة بالمفصليات arboviral infections (والتي تسبِّبها فيروسات حمى الوادي المتصدِّع، وحمى الضَّنْك dengue، وحمى غرب النيل، والتهاب الدماغ الياباني، وحمى القرم النزفية)، وداء الفيلاريات اللمفية. أما داء كلاَبية الذنب (العمى النهري) وداء المثقبيّات trypanosomiasis الأفريقي، فمقصوران على بعض بقاع الإقليم. وتَرِدُ في ما يلي مناقشة وجيزة للوضع المتعلق بكلٍّ من هذه الأمراض، كما يبيِّن **الجدول 1** تقديرات عام 2002 لعبء هذه الأمراض.

ويتسبَّب في الإصابة بالملاريا في إقليم شرق المتوسط، طفيليان من جنس المتصوِّرة *Plasmodium*، هما المتصوِّرة المنجلية *P. falciparum*، والمتصوِّرة النشيطة *P.vivax*. وتنتقل جميع أنواع المتصوِّرة بواسطة بعوض من جنس

الجدول 1. معدل الوفيات في إقليم المنظمة لشرق المتوسط وتقديرات العبء المرضي لعدد من الأمراض المنقولة بالنواقل، في عام 2002

المرض	المعدلات التقديرية للوفيات	العبء التقديري للأمراض (معبَّراً عنه بسنوات العمر المصحَّحة باحتساب مُدَد العجز)
الملاريا	59 000	2 250 000
داء الليشمانيات	5 000	248 000
حمى الضَّنْك	1 000	30 000
التهاب الدماغ الياباني	2 000	83 000
داء الفيلاريات اللمفية	0	122 000
داء كلاَّبية الذنب (العمى النهري)	0	10 000
داء المثقبيات الأفريقي	1 000	39 000

المصدر [1].

الأنوفيلة *Anopheles*. وتتوزَّع أنواع مختلفة من نواقل الملاريا توزُّعاً واسع النطاق في جميع بلدان الإقليم الاثنَيْن والعشرين، ولو أنـه قد تم وَقْف انتقال الملاريـا وقفاً فعَّالاً في عشرة بلدان، هي: الإمارات العربيـة المتحدة والبحرين وتونس والجماهيرية العربية الليبية وسلطنة عُمان وفلسطين وقطر والكويت ولبنان ومصر. وتنتقل الملاريا انتقالاً فاعلاً في كلٍّ من أفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية (حيث أنواع النواقل الرئيسية هي: الأنوفيلة البعوضية الوجه *A. culicifacies*، والأنوفيلة الاصطفانية *A. stephensi*)، وفي جيبوتي والسودان والصومال والمملكة العربية السعودية واليمن (الأنوفيلة العربية *A. arabiensis*)، وفي الجمهورية العربية السورية والعراق (الأنوفيلة الزَّخاروفيّة *A. sacharovi*، وأنواع ثانوية أخرى). أما المغرب فيوشك على التخلُّص من الانتقال المحلّي للملاريا. ولاتزال معظم مناطق الإقليم قابلة لانتقال الملاريا فيها، بسبب الوجود الواسع النطاق للنواقل المؤهَّلة لنقل المرض. علماً بأن تنمية الموارد المائية (محاجز المياه، ومشاريع الري، والبِـئَية الأساسية للتحكُّم في الفيضان) قد تعزِّز إلى حد كبير من المحدِّدات السياقية للملاريا في ذلك الجزء القاحل وشبه القاحل من العالم، الذي هو، بحكم طبيعته، أقل قابلية في أغلبه لانتقال الملاريا. وما لم يُولَ الانتباه اللازم في مرحلة التخطيط لأمثال تلك المشاريع، وإدارتها إدارة فعَّالـة في مرحلة التشغيل، فإنها يمكن أن تصبح بؤراً للانتقال المكثَّف. ويُقدَّر أن الملاريا تتسبَّب في حوالي 000 60 وفاة، وفي إنزال خسائر اقتصادية تُقدَّر بحوالي 000 250 2 سنة من سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مُدَد العجز، سنوياً في إقليم شرق المتوسط.

وتؤثِّر في الإقليم ثلاثة أشكال من داء الليشمانيات، هي: الشكل الحشوي (الذي تسبِّبه الليشمانية الدونوفانية *L. donovani* في السودان، والذي تسبِّبه الليشمانية الطفلية *L. infantum* المتوزِّعة على نطاق أوسع)، والشكل الجلدي الحيواني المنشأ (الذي تسبِّبه الليشمانية الكبيرة *L. major*) والشكل الجلدي البشري المنشأ (الذي تسبِّبه الليشمانية المدارية *L. tropica*). علماً بأن هذه الأمراض بؤريّة التواجُد في تونس وجمهورية إيران الإسلامية والعراق، وتمثِّل مشكلات وطنية مهمة من مشكلات الصحة العمومية في أفغانستان وباكستان والجمهورية العربية السورية والسودان. ويمثِّل داء الليشمانيات مشكلة أقل جَسَامَةً في كلٍّ من الأردن والجماهيرية العربية الليبية وجيبوتي وسلطنة عُمان والصومال والكويت ولبنان والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن. أما في الإمارات العربية المتحدة والدول الأعضاء الأخرى في مجلس التعاون الخليجي، فقد تم التخلُّص من هذا الداء. ولاتزال إيكولوجيا الإقليم المتعلقة بما يربو على عشرين نوعاً من النواقل المنتمية إلى جنس الفاصدة *Phlebotomus* (ذبابة الرَّمل) بحاجة إلى التوضيح من خلال البحوث العلمية. وأكثر النواقل المهمة انتشاراً هي الفاصدة الباباتاسية *P. papatasi* (الليشمانية الكبيرة)، والفاصدة السرجنتيَّة *P. sergenti* (الليشمانية المدارية)، والفاصدة الوبيلة *P. perniciosus* (الليشمانية الطفلية) والفاصدة الشرقية *P. orientalis* (الليشمانية الدونوفانية). وهنالك طائفة من أنواع القوارض تقوم بدَوْر المستودعات المضيفة للعامل المُمْرض الخاص بالشكل الحيواني المنشأ للمرض. وتُقدَّر الخسائر الاقتصادية الناجمة عن داء الليشمانيات في الإقليم بنحو 5000 وفاة سنوياً، وحوالي 000 248 سنة من سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مُدَد العجز.

وهنالك ستة أشكال من العدوى الناجمة عن الفيروسة المنقولة بالمفصليات، متوطِّنة في الإقليم، وهي: حمى الضَّنْك، وحمى الوادي المتصدِّع، وحمى القرم النزفية، والحمى الصفراء، وحمى غرب النيل، والتهاب الدماغ الياباني. ويتسبَّب فيروس الضَّنْك (أربعة أنماط مصلية) في حمى الضَّنْك التي تتميَّز بأعراض عابرة خفيفة، تتطوَّر أحياناً إلى حمى الضَّنْك النزفية أو متلازمة صدمة حمى الضَّنْك. ولم يتم بَعْدُ استنباط لقاح مضاد لحمى الضَّنْك. وتنتقل فيروسات الضَّنْك بواسطة الزاعجة *Aedes* (السَّقفاء *Stegomyia*) المصرية *aegypti*، الولوعة بالبشر، والتي تتفرَّخ في أوعية الماء المنزلية. ففي بعض بلدان الإقليم، حدا نقص إمدادات ماء الشرب المأمون، في السنوات الأخيرة، بالناس إلى تخزين الماء في منازلهم، مما يؤدِّي غالباً، وعن غير قصد، إلى تهيئة أماكن لتفريخ الزاعجة *Aedes*. وفي أقاليم أخرى للمنظمة، أسهم تخزين ماء الشرب في المنازل إسهاماً كبيراً في تكثيف فاشيات *outbreaks* حمى الضَّنْك، وانتقالها من مناطق حضرية إلى مستوطنات ريفية. وثَمَّة نوع آخر من النواقل تَوزُّعُهُ منتشر حول البحر المتوسط، هو الزاعجة (السَّقفاء) المنقَّطة بالأبيض *Aedes albopictus*، مما يزيد من خطر وقوع فاشيات حمى الضَّنْك. وقد سُجِّلت عدة فاشيات لحمى الضَّنْك في إقليم شرق المتوسط منذ عام 1982، شملت آلاف الحالات من باكستان وجيبوتي والسودان والصومال والمملكة العربية السعودية واليمن. وواقع الأمر أن هنالك إمكانية حقيقية لظهور أو انبعاث حمى الضَّنْك وحميّات الضَّنْك النزفية في إقليم شرق المتوسط.

وتقع حمَّى الوادي المتصدِّع [حمى غَوْر الانهدام]، التي يسبِّبها فيروس هذه الحمى، في شكل فاشيات وبائية. وتحدث هذه الفاشيات عندما تفقس البيوض الهاجعة لبعوض الزاعجة، بكميات كبيرة، إثر سقوط المطر بعد نوبة جفاف متطاولة. إذ يبقى الفيروس على قيد الحياة في البيوض الهاجعة (الانتقال العمودي (الرأسي) بطريق المبيض). وتقوم الأثوياء المكثِّرة *amplifying hosts**، بما فيها الأغنام والماعز، بدَوْر بالغ الأهمية في بدء أمثال تلك الفاشيات. ومتى بدأت الفاشية، اثْبَرَتْ أنواعٌ مختلفة من الناموس الباعض *Culex* للقيام بالدَوْر الغالب في نقل الفيروس. كما

*الثويّ أو العائل المكثِّر هو مضيف تتكاثر فيه عوامل العدوى سريعاً مما يجعله مصدراً مهماً للعدوى لنواقل الأمراض المنقولة بالنواقل.

أن من الممكن أن ينتقل الفيروس انتقالاً مباشراً من الحيوانات المصابة بالعدوى إلى الإنسان. ولا يوجد لقاح مضاد لحمى الوادي المتصدِّع. وقد وقعت فاشيات خطيرة من حمى الوادي المتصدِّع في مصر في عام 1977 (000 18 حالة و600 وفاة)، وفي المملكة العربية السعودية في عام ألْفَيْن (882 حالة و124 وفاة)، وفي الصومال في المدة 1997-1998 (عدد ضخم من الحالات والوفيات)، وفي اليمن في عام ألْفَيْن (328 1 حالة و166 وفاة). وترتبط شدة حمى الوادي المتصدِّع في البشر بفوعة *virulence* الفيروس. كما أدَّت هذه الفاشيات إلى معدلات كبيرة من الوفيات في الماشية، مسبِّبةً خسائر اقتصادية ضخمة.

ويتسبَّب في حمى القرم النزفية فيروسٌ ينتقل بواسطة القُراد tick (لاسيَّما ذلك الجنس من القُراد المسمَّى القُراد الزجاجي العين *Hyalomma*). وثَمَّة أنواع مختلفة من الماشية (الماعز والأغنام) تقوم بدَوْر الثَّويِّ المستودع للفيروس. وتتوطَّن هذه الحمى في أفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية والسودان والعراق، إذْ تقوم هذه البلدان بالإبلاغ سنوياً منذ سبعينات القرن الماضي عن وقوع فاشيات محلية فيها. ولما كان هذا المرض شديد العدوى، فقد أفضت العدوى به في المستشفيات إلى وقوع وفيات في البشر.

وتتميَّز العدوى التي يسبِّبها فيروس الحمى الصفراء بحمى شديدة ويرقان، مع ارتفاع معدل الوفيات. وفي المناطق المدارية بأفريقيا، تدخل في دَوْرة الانتقال الحَرَجيّة *sylvatic* للحمى الصفراء، القِرَدَةُ ومختلفُ أنواع الزواعج من البعوض الناقل، مع قيام الزاعجة السِّمسونيّة *Aedes simpsoni* وبعض الأنواع الأخرى، بربط الدورة الحرجيّة بدَوْر الاستيطان البشري في القرى الريفية. وفي الفاشيات التي تقع في الحَضَر، تقوم الزاعجة المصرية *Aedes aegypti* بدَوْر ناقل العدوى من الإنسان إلى الإنسان، كما تفعل بالنسبة إلى فيروس الضَّنْك. ويتم التلقيح منذ زمن طويل ضد الحمى الصفراء، وهو ذو فعالية في توفير المناعة الواقية من العدوى. علماً بأن اللوائح الصحية الدولية تجعل التلقيح ضد الحمى الصفراء إجبارياً للمسافرين الدوليِّين من عدد من البلدان الأفريقية وإليها، بما في ذلك السودان والصومال بإقليم شرق المتوسط، إذ إنهما مُدْرَجان في منطقة توزُّع الفيروس. كما أنَّ ثَمَّة إمكانية قوية لوقوع فاشية من الحمى الصفراء في السودان، بسبب الظروف السائدة فيه حالياً. وإضافةً إلى الفيروسات المنقولة بالمفصليات،

والمذكورة آنفاً، تقع في الإقليم أيضاً الفيروسات التالية: فيروس حمى غرب النيل، مع إمكان وقوع فاشيات منها في الأردن وتونس وفلسطين ومصر والمغرب؛ والفيروس المسبِّب لالتهاب الدماغ الياباني، الذي لم يبلَّغ عن وقوعه حتى الآن إلا في باكستان، وربما في أفغانستان أيضاً. ولاتزال الصورة غير واضحة في ما يتعلق بوقوعات التهاب الدماغ الياباني في إقليم شرق المتوسط. ولو أن الناقل الرئيسي للمرض، وهو الباعضة الشريطية الأنف *C. tritaeniorrhynchus*، واسع الانتشار، من جنوب شرق آسيا إلى غرب أفريقيا، علماً بأن تزايُد انتشار التهاب الدماغ الألماني عَبْر الإقليم يمثِّل إمكانية حقيقية.

وتُسبِّب داءَ الفيلاريات اللمفية، الدودةُ الممسودة (المدوَّرة) الفيلارية المعروفة باسم الفُخَرِيَّة البنكروفتية *Wuchereria bancrofti*، ويؤدِّي في أشد مظاهره السريرية (الإكلينيكية) إلى الإصابة بداء الفيل. وحتى ينجح الناموس الباعض *Culex* في نقل المكروفيلاريات microfilariae، يستلزم الأمر مستوى مرتفعاً من الرطوبة. ومن ثَمَّ، فإن توزُّع داء الفيلاريات اللمفية مقصور على المناطق الرطبة، النادرة نسبياً في إقليم شرق المتوسط. ويتسبَّب البعوض المنتمي لمعقَّد الباعضة النابصة *Culex pipiens* في بُؤَر داء الفيلاريات اللمفية الموجودة في دلتا النيل، بمصر، وربما في اليمن. ويوجد حزام لتوطُّن داء الفيلاريات عَبْر جنوب السودان، حيث يقوم البعوض الأنوفيلي بنقل الطفيلي. وثَمَّة خطر محتمل من أن يؤدِّي التوسُّع في ممارسات معالجة الفضلات السائلة واستخدامها في الزراعة إلى زيادة انتشار الباعضة، وإلى تكثيف انتقال داء الفيلاريات اللمفية في الإقليم. وربما كان العبء التقديري لداء الفيلاريات اللمفية (122 000 سنة ضائعة سنوياً من العمر المصحَّح باحتساب مُدَد العجز) مع عدم وقوع أي وفيات، هو أفضل بيان لعملية الترجيح المهمة لإحصاءات العَجْزَ disability والعاهة infirmity، للتوصُّل إلى تقديرات سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مُدَد العجز. ويعمل حالياً التحالف العالمي للتخلُّص من داء الفيلاريات اللمفية على تقليص معدلات انتشار العدوى والمظاهر السريرية (الإكلينيكية) عن طريق المعالجة الكيميائية، للوصول بهذه المعدلات إلى ما يقرب من الصفر. فمن غير العملي التخلُّص نهائياً من مستودع الطفيلي، مادامت النواقل باقية. ومن شأن إضافة عنصر التدبير المتكامل للنواقل إلى استراتيجية التحالف العالمي للتخلُّص من داء الفيلاريات اللمفية، إدخالُ عنصر قوي في هذه المبادرة يضمن لها الاستمرار.

أما داء كُلاَّبية الذنب (العمى النهري) فتسبِّبه الدودة الممسودة الفيلارية المعروفة باسم كُلاَّبية الذنب المتلوِّية *Onchocerca volvulus*، وينقلها الذباب الأسود المنتمي إلى مجموعة الذُلْفاء الوبيلة *Simulium damnosum* التي تتفرَّخ في الأجزاء السريعة التيار والعالية التأكسج من الأنهار والمجاري المائية (الجنادل rapids). علماً بأن هذا الداء محصور إلى حد بعيد في المناطق المدارية بأفريقيا، ولا يتوطَّن سوى في بلدَيْن اثنَيْن بالإقليم. إذْ يؤوي اليمن بؤراً صغيرة في بضعة وديان هضبية، في حين توجد بالسودان بؤر على طول عدد من مجاري الأنهار.

وتتسبَّب في داء المثقبيات الأفريقي (مرض النوم) مثقبياتٌ *trypanosomes* ينقلها ذباب تسي تسي (من نوع اللاسنة *Glossina spp.*). وعلى الرغم من أن داء المثقبيات *الأفريقي* يمثِّل مشكلة من مشكلات الصحة العمومية مقصورة على المناطق المدارية في أفريقيا، ويرتبط بتوزُّع اللَّواسن، فإن انتقاله يمتد عَبْر جنوب السودان، حيث تقع وفيات عديدة من مرض النوم. والأهمية الاقتصادية لشكل داء المثقبيات الذي يصيب الماشية، هي من الضخامة إلى حد استدعى تشكيل حملة على نطاق القارة الأفريقية لاستئصال اللَّواسن، وهي الحملة الأفريقية الشاملة لاستئصال ذباب تسي تسي وداء المثقبيات. ويتشكَّك منتقدو الحملة في جدوى مثل هذا الأسلوب الشامل لقارة بأسْرِها، ويشعرون بالقلق من تأثيرها على المنظومات البيئية الأفريقية الهشة. علماً بأن بيولوجيا اللاسنة تجعل معقَّد النواقل هذا قابلاً بشكل خاص للمكافحة الجينية، باستخدام طرائق تعقيم الذكور من هذا النوع. ولو أن الخبرة المكتسبة حتى الآن تبيِّن أن كَبْت أحد الأنواع يؤدِّي غالباً إلى تكاثر هائل في سائر الأنواع المتواطنة معه.

2.2 المخاطر المحتملة من اتِّساع وتكاثف الأمراض المنقولة بالنواقل في الإقليم

العوامل البيئية والبشرية

يشتمل إقليم شرق المتوسط على مناطق جغرافية حيوانية مختلفة (المدارية الأفريقية، والمشرقية، والشمالية القديمة). ولكلٍّ من هذه المناطق مجموعتها الخاصة بها من أنواع النواقل السائدة، ولكلٍّ منها متطلباتها الإيكولوجية المختلفة. وأيّ اختلال في توازُن المحدِّدات السياقية لهذه المتطلبات، قد يفضي إلى تغييرات هائلة في ديناميَّات جمهرة النواقل، مع ما يمكن أن يترتَّب على ذلك من عواقب وخيمة في ما يتعلق بمخاطر انتقال الأمراض المنقولة بالنواقل. واختلالات التوازن هذه قد تنجم عن ظروف جوية قاسية، أو فيضانات، أو جفاف، أو تحوُّلات مخاتلة في المناخ على الصعيد المحلي. كما يمكن لهذه الاختلالات أن تنجم عن فعل الإنسان، ومن ذلك ما يبذله الإنسان من أنشطة إنمائية، تفضي إلى إحداث تغييرات في الهيدرولوجيا وأنماط استخدام الأراضي (والتي تترافق معها غالباً تغيُّرات في أنماط تنقُّلات البشر)، مما يؤثِّر في الوضع المتعلق بانتقال المرض، بطرق غالباً ما تكون معقَّدة. كما أن الاتجاهات والتطوُّرات الحاصلة في نُظُم الإنتاج الزراعي قد تؤثِّر في انتقال المرض؛ فزيادة المُدْخلات الكيميائية لا تؤثِّر في الكائنات الموجودة في الطبيعة والتي تفترس يرقات البعوض، فحسب، بل تجلب معها أيضاً مخاطر متزايدة من استفزاز آلية المقاوَمة للمبيدات لدى أنواع النواقل.

وهنالك عامل آخر قد يؤثِّر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في انتشار وتكاثف الأمراض المنقولة بالنواقل، ألا وهو التغيُّر في تنقُّلات السكان، ولاسيَّما في أوضاع الصراع. إذْ إنَّ الظروف المعيشية القاسية عادةً للاجئين المشرَّدين، تؤدِّي إلى استفحال المخاطر المعنيَّة. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك، فاشيات داء الليشمانيات التي وقعت مؤخراً في أفغانستان وباكستان والسودان. ثم إن نموّ السكان، وانتقالهم من الريف إلى الحَضَر، والتوسُّع الحضري العشوائي،

تؤدِّي إلى قيام أوضاع لا يتيسَّر في ظلها الحصول على الماء الصالح للشرب، ولا على الإصحاح الكافي، ولا تعالَج فيها الفضلاتُ الصلبة معالجة سليمة. كما أن لهذه الأوضاع تأثيرها في ما يتعلق بمخاطر انتقال الأمراض المنقولة بالنواقل. ثم إن العدوى بمرض الإيدز أو بفيروسه، التي ترافقها العدوى بطفيلي الليشمانية، تشكّل خطراً مستجدَّاً، مع تزايُد وقوعات العدوى بفيروس الإيدز في الإقليم.

وقد يُسهم تغيُّر المناخ والاحترار العالمي في تغيير الحدود التي تتوزَّع في نطاقها أنواع النواقل، بحيث تصل هذه الحدود إلى خطوط عرضية وطولية أبعد، مع ارتفاع متوسط درجات الحرارة *[2]*. كما أن تغيُّر أنماط سقوط المطر قد يؤدِّي إلى تمديد فترة انتقال الأمراض إلى ما بعد الموسم المعهود. ويؤثِّر تغيُّر المناخ على انتقال الأمراض المنقولة بالنواقل من خلال تأثيره على ديناميَّات جمهرة النواقل، وعلى سلوك النواقل وكثرتها، كما أنه قد يغيِّر من معدل بُقْيا العوامل المُمْرِضة على قيد الحياة، ومن دَوْر حضانتها.

قصور البيئة التي تُتَّخذ وتُطبَّق فيها سياسة مكافحة النواقل

السياسات العالمية

لا تقع المخاطر والأخطار في البيئة المادية، فحسب، بل إنها قد تنشأ أيضاً عن قصور البيئة التي تُتَّخذ وتُطبَّق فيها سياسة الوقاية من الأمراض ومكافحتها، ومراعاة الاعتبارات الصحية، عموماً، في إطار اتِّخاذ القرارات المتعلقة بالتنمية. ومن زاويةٍ استعادية، فإنه يمكن تمييز ثلاث حِقَب في ما يتعلق بجهود الوقاية من الملاريا ومكافحتها، منذ أن اكتشف السير رونالد روس عام 1898 أنَّ بعوض الأنوفيل ينقل طفيلي المتصوِّرة *Plasmodium* عن طريق لدغته.

وحتى عام 1945، كان الدَوْر الإصحاحي هو الفترة المبدئية التي كانت مكافحة انتقال الملاريا وغيرها من الأمراض المنقولة بالبعوض فيها، تقوم على تقليص مصادر الانتقال، وإصحاح الأنواع، وغير ذلك من إجراءات التدبير البيئي. وفي حين أن هذا الأسلوب كان ينجح في أماكن معيَّنة تكون الملاريا فيها غير مستقرة غالباً، أو حيث تكون الاحتياجات الإيكولوجية لأنواع نواقل الملاريا قليلة جداً، فإنه كان يمكنه على أقصى تقدير، تقليص معدل انتقال الملاريا، ولكن لم يكن بإمكانه غالباً التخلُّص من انتقال الملاريا كمشكلة من مشكلات الصحة العمومية. ولو أن هذا الأسلوب كان يتميَّز بالتكامل، إذْ كان يشارك في إطاره مهنيون من سائر القطاعات في ما كان يعتبر في الغالب أسلوباً شاملاً للتنمية الريفية، وكانت له في بعض الأجزاء جوانب تنظيمية واضحة.

ومع ظهور مبيد الديديتي DDT، أصبح من الممكن وقف الانتقال الكثيف للملاريا، ومن ثَمَّ أصبح من الممكن استئصال الملاريا من أجزاء كبيرة من العالم. وقد شرعت المنظمة في تنفيذ برنامج عالمي لاستئصال الملاريا تُوُخِّيَ منذ البداية أن يكون محدوداً بزمن، بالنظر إلى متطلباته من الموارد، وبالنظر إلى الخطر الماثل من مقاومة النواقل للمبيدات مع مضي الوقت. وقد نجحت

هذه الحملة في البداية نجاحاً هائلاً في مكافحة الملاريا والتخلُّص منها (مع مكافحة عدد آخر من الأمراض المنقولة بالنواقل والتخلُّص منها، في الوقت نفسه)، وذلك في عدد كبير من البلدان، بما فيها عدد من بلدان إقليم شرق المتوسط. علماً بأن البِنَى العمودية (الرأسية) التي أقيمت لتنفيذ هذه الحملة، التي قامت على رشّ كميات صغيرة ولكنها فعَّالة من مبيد الديديتي، وغيره من المبيدات المتبقّية، على الجدران الداخلية للأماكن المغلقة، كانت تعني انتهاء الأخذ بالأسلوب المتكامل والمتعدِّد الاختصاصات لمكافحة الملاريا، وانتهاء البحوث الأساسية في إيكولوجيا وبيولوجيا النواقل. ومن ثَمَّ صارت حملة استئصال الملاريا في عدد من البلدان ضحية لنجاحها ذاته، إذْ سارعت السلطات الصحية في تلك البلدان إلى تحويل موارد القطاع الصحي إلى مجالات أخرى، عندما بدا لها أن الاستئصال قد تَحَقَّق، من دون أن تُبقي على آليات فعَّالة لمراقبة الفاشيات وترصُّدها والتصدِّي لها. وبدأت في الوقت ذاته، مشكلات خطيرة تتعلق بمقاومة النواقل للمبيدات، مع تزايُد المخاوف من وجود المبيدات المتبقّية في البيئة. وهذه هي إحدى المشكلات الفعلية في إقليم شرق المتوسط، لاسيَّما وأن بعض النواقل قد اكتسبت مقاومة لمركَّبات الكلور العضوي (الديديتي) ومركَّبات الفسفات العضوية (المالاثيون والفينيتروثيون). فضلاً عن أن المعلومات المتعلقة بمقاومة النواقل للمبيدات وتوزُّعها في الإقليم، هي معلومات قديمة بحاجة إلى تحديث.

ومنذ أواسط عقد السبعينات من القرن العشرين، فصاعداً، اجتازت مكافحة الملاريا مرحلة من التشوُّش، إذْ جرى تفكيك البِنَى العمودية (الرأسية)، وتم إدماج مكافحة الملاريا في نموذج الرعاية الصحية الأولية *[3]*. وفي عام 1992، عملت الاستراتيجية العالمية لمكافحة الملاريا على إعادة توجيه جميع الأطراف صاحبة الشأن نحو بذل جهد جديد يركّز على سرعة اكتشاف الحالات ومعالجتها بالأدوية، والتأهُّب للأوبئة، مع وجود دَوْر لمكافحة النواقل *[4]*. وعلى الرغم من هذه الجهود، ومن مسيرة دحر الملاريا التي بدأت في عام 1997، ظلَّ الوضع العالمي المتعلق بالملاريا يتدهور باطِّراد. وقد أدَّى ذلك إلى تزايُد أعداد حالات الإصابة بالملاريا، وتزايُد أعداد حالات الإصابة بسائر الأمراض المنقولة بالنواقل، والتي سبق أن استُفيد، في ما يختص بها، من مُداخلات مكافحة الملاريا. فمثلاً، تعاني الهند حالياً من انبعاث داء الليشمانيات الحشوي، والذي سبق استئصاله منها تقريباً، وذلك كأثر جانبي غير مقصود للرش المتبقّي لنواقل الملاريا بمبيد الديديتي داخل الأماكن المغلقة. في حين أن البلدان التي ثابرت على اتِّخاذ مُداخلات لمكافحة النواقل، تَوَاصَل فيها تقليص الملاريا إن لم يكن التخلُّص منها. وهنالك أمثلة عديدة لذلك على الصعيد العالمي، غير أن لنا في إقليم شرق المتوسط مثالاً جيداً تجسِّده سلطنة عُمان. فقد كانت الملاريا تتوطَّن سلطنة عُمان حتى في عقد الثمانينات من القرن العشرين. غير أن الالتزام السياسي من قِبَل الحكومة العُمانية، من أوائل عقد التسعينات فصاعداً، بتخصيص موارد كبيرة لمكافحة النواقل، وبتعزيز التنسيق بين القطاعات، قد أدَّى إلى وقف انتقال الملاريا محلياً، وكانت آخر حالة تكتشف من الملاريا في عام 1998.

العقبات التقنية والإدارية التي تواجه مكافحة النواقل

تُواجه مكافحة النواقل في الوقت الحاضر طائفة من المشكلات، منها المقاومة للأدوية وللمبيدات، وزيادة تعرُّضية الفئات السكانية المهمَّشة (سكان الريف، وفقراء الحضر، والمشرَّدون)، والتغيُّر البيئي على الصعيد العالمي، والتغيُّرات الحادثة، على الصعيد المحلي، من جرَّاء المشاريع الإنمائية، في الهيدرولوجيا، واستخدام الأراضي، والتنافسُ المتزايد على الموارد الشحيحة المخصَّصة للصحة، والناجم عن ظهور أمراض أخرى مستجدَّة. وفي إطار هذه الصورة، فإن مكافحة النواقل لا تعاني من مشكلات تقنية فحسب، بل تعاني أيضاً من نقائص إدارية، وهو أمر مهم. وقد ثبت أن البِنَى العمودية (الرأسية) لإدارة برامج المكافحة والتي تعود إلى حقبة الاستئصال، تمثِّل عقبات هائلة وشديدة المقاومة لمحاولات تحسين كفاءة إجراءات مكافحة النواقل، وإعادة إشراك سائر القطاعات.

فمن الناحية التقنية، أصبحت مكافحة النواقل تعتمد اعتماداً شديداً على وسيلة واحدة، هي الرشّ المتبقّي الداخلي. غير أن من بين المبيدات الاثني عشر المُوصَى بها لمكافحة النواقل، ستة مبيدات تنتمي إلى نفس الصنف من مركَّبات البيريثرويد. علماً بأن مأمونيتها، سواء بالنسبة للبشر أو للبيئة، تجعل منها المبيدات المفضَّلة؛ إذْ يمكن استخدامها بكميات صغيرة، ثم إنها تتحلَّل سريعاً. ولو أن هنالك مخاوف متزايدة من اكتساب النواقل مقاوَمةً لها، بسبب استخدامها بكثرة في الأغراض الزراعية. إذْ إنَّ اكتساب المقاومة لأحد مركَّبات البيريثرويد يعني اكتساب المقاومة لبقية مركَّبات البيريثرويد الخمسة. ولم يتم منذ عام 1990 تسويق أي مبيدات جديدة تخصّ الصحة العمومية. وثَمَّة بيِّنات على أن استعمال المبيدات في العديد من البلدان لم يَعُدْ يُتقيَّد فيه بتوصيات المنظمة في ما يتعلق بالممارسات المُثْلى ولا بالضمانات التي تقتضيها المنظمة، وربما يكون ذلك ناتجاً، جزئياً، عن تناقُص مستويات الخبرة التقنية في مجال مكافحة النواقل. ومن الأهمية بمكان، مع الاستنفاد السريع لمجموعة المبيدات الفعَّالة، إعادةُ النظر في استعمالها في سياق أوسع.

ومن غير المُستَصوَب، الاعتماد على المبيدات وحدها، إذْ إنَّ ذلك يجلب معه مخاطر مهمة، ولو أن المبيدات تمثِّل هي أيضاً مورداً متناهياً قد نريد حفظه في مواجهة كوارث قد تحدث في المستقبل. لذا، يتَّضح أنه قد آن الأوان لإحداث تحوُّل كبير في مفهوم مكافحة النواقل، مماثل للتحوُّل الذي حدث على مدى العقود القليلة الماضية في التعامل مع الآفات الزراعية. ومن منظور استحداث واستعمال المبيدات، فإن ذلك يعني، ضرورة القيام، على المدى القصير، بتحسين استخدام المبيدات سواء في مجال الزراعة أو مجال الصحة العمومية، من خلال ترشيد استعمالها؛ وتقوية القدرات الوطنية على رصد مقاومة النواقل للمبيدات، وعلى إنفاذ اللوائح المتعلقة بالاستعمال الملائم للمبيدات؛ وتعزيز الاستعمال المأمون للمبيدات؛ وإدخال آليات لضمان رصد وتقييم استعمال المبيدات وفعاليتها. ويتعيَّن، على المدى المتوسط، تحسين مردودية المنتجات الموجودة وطرائق استخدامها، وإيجاد حوافز لتشجيع الاستثمار في استحداث وتجريب مركَّبات ومستحضرات جديدة.

ولمواجهة التحدِّيات الإدارية، تَتَعيَّن إعادة النظر في المكانة التي تحتلها مكافحة النواقل داخل النظام الصحي، وعلاقتها بسائر القطاعات العامة والخاصة. ويجدر بالملاحظة أن إدماج مكافحة النواقل في الخدمات الصحية العامة قد أدَّى إلى تهميشها كمجال من مجالات العمل، غير متوافق مع جوهر أعمال القطاع الصحي ذات التوجُّه الذي يغلب عليه الطابع الطبي *[5]*. ومن الاتجاهات القوية في القطاع الصحي، التحرُّر من قيود الإدارة المركزية، الذي أفاد استراتيجية مكافحة الملاريا، القائمة على اكتشاف الحالات وسرعة معالجتها. وفي حين أنه يمكن إسناد هذه الأنشطة إلى المستويات التي يشتغل بها العاملون في صحة المجتمع، والمراكز الصحية بالمناطق، فإن الأمر يكون أكثر تعقيداً في ما يختصّ بوظائف مكافحة النواقل، إذْ إنَّ بعضها يتطلَّب مستوى عالٍ من التخصُّص التقني. ومع أن بعض عناصر مكافحة النواقل، كاستخدام الناموسيات المعالَجة بالمبيدات، قد نُفِّذ بنجاح على مستوى المجتمع المحلي، فإن نقص القُدرات في هذا المستوى على وجه التحديد، يُعتبر عقبة رئيسية تعرقل التوسُّع في هذه الجهود.

التغطية العالية لتحقيق الأثر المرغوب للمُداخلات

في سبيل تحقيق معدل التغطية المرتفع (80% فأكثر) بسرعة، فإن تنفيذ الوسيلتَيْن القويتَيْن المتوافرتَيْن حالياً قد يتطلَّب شكلاً ما من الأشكال العمودية (الرأسية). فالحقّ أن نجاح استخدام الناموسيات المعالَجة بالمبيدات في كلٍّ من الصين وفييت نام، قد يَسَّرته، جزئياً، البِنَى العمودية (الرأسية) المتبقِّية من البرامج القديمة لرش المبيدات. ففي فييت نام، قامت الحكومة بتوفير المعالجة المجانية للناموسيات بمركَّبات البيريثرويد لأحد عشر مليون نسمة. وقد أدَّى هذا، جنباً إلى جنب مع تحسين المعالجة بالأدوية، إلى تناقُص ملحوظ في وقوعات الملاريا، وإلى التخلُّص تقريباً من وفيات الملاريا. ولم يحاكِ هذه التجارب إلاّ بضعةُ بلدان أفريقية، منها إريتريا (حيث أدَّى توفير الناموسيات المعالَجة بالمبيدات وإعادة معالجتها، مجاناً، إلى تحقيق أهداف أبوجا الخاصة بتغطية الحوامل والأطفال)، وتوغو (حيث تم توفير 000 800 ناموسية معالَجة بالمبيدات، مجاناً، للحوامل والأطفال، مع القيام في الوقت نفسه بحملات لتطعيم الأطفال) *[6]*.

وفي ما يتعلق بحكومة فييت نام، ينبغي أن نوضِّح أن الأسلوب العمودي (الرأسي) الذي استُخدم لوقف انتقال الملاريا، لا يعكس بأي حال موقفاً محافظاً متصلِّباً، بوجه عام، من مكافحة النواقل، على العموم. فقد دَعَم هذا الأسلوبَ، أسلوبٌ مجتمعيّ يغلب عليه الطابع الأفقي لمكافحة نواقل حمى الضَّنْك، باستخدام الـجَوَادف *copepods** المقتاتة باليرقات في أوعية تخزين مياه الشرب. ومن الخطأ الاعتقاد بتعارُض أسلوب التدبير المتكامل للنواقل مع الأسلوب العمودي (الرأسي)، فهما لا يتعارضان، شريطة التمسُّك بالمبادئ الأساسية للتدبير المتكامل للنواقل.

هذا، مع العلم بأنَّ تنفيذ مختلف مُداخلات مكافحة النواقل، الذي يتم تنسيقه على نحو يسمح بتحقيق أقصى قدر من التآزرية، يتطلَّب توزيع الوظائف الأساسية لمكافحة النواقل توزيعاً متوازناً على مختلف المستويات في إطار نظامٍ متحرِّر من قيود الإدارة المركزية، مع مبرِّرات واضحة لأسباب أداء وظيفة معيَّنة في مستوى معيَّن. ولقد فقدت عدَّة بلدان في إقليم شرق

المتوسط، ما كانت تتمتَّع به من خبرة تقنية حيوية وقيادة في مجال مكافحة النواقل، ومن ثَمَّ تتحتَّم تقوية وتحديث الموارد البشرية والبِنَى الأساسية المادية لمواجهة تحدِّيات مكافحة النواقل في القرن الحادي والعشرين.

3. التصدِّي للمشكلة

1.3 مقدِّمة

لا تزال مكافحة النواقل، بالنسبة إلى بعض الأمراض، هي المُداخلة العملية الوحيدة على صعيد الصحة العمومية. كما أنها لاتزال، بالنسبة إلى أمراض عديدة أخرى، عنصراً بالغ الأهمية من عناصر أي برنامج للوقاية

* الجَوَادف هي رتبة من الحيوانات البحرية القشرية.

والمكافحة المضمونةَيْ الاستمرار. ولا يَخْفَى أن اللقاحات والأدوية، تمثِّل المُداخلات الطبية الممكنة نظرياً، ولو أن هنالك عدداً من الأمراض المنقولة بالنواقل لا يتوافر لها حتى الآن لقاح فعَّال ضدها، كما أنَّ عدداً آخر منها (ولاسيَّما أشكال العدوى الفيروسية) لا تتوافر أدوية لمعالجته. وهنالك بيِّنات في المناطق التي تتوطَّنها الملاريا، على أن عدم اتِّخاذ مُداخلات لمكافحة النواقل، يؤدِّي إلى تسارُع وتيرة اكتساب المقاوَمة للأدوية. وفي حالات أخرى تكون تكاليف الأدوية المتوافرة غير ميسورة للأُسَر أو لخدمات الصحة العمومية. وعلى الرغم من أنه قد نوقش عدد من العوامل التي أدَّت إلى تفاقُم المشكلة وتزايُد عبء الأمراض المنقولة بالنواقل، فسوف نركِّز على العوامل الطيِّعة لما يُتَّخذ في مواجهتها من إجراءات، والتي هي في متناول القطاع الصحي.

2.3 التدبير المتكامل للنواقل (IVM)

لاتزال مكافحة النواقل تتيح خيارات فريدة للوقاية من الأمراض ومكافحتها، شريطة تقوية قدرات برامج مكافحة النواقل وتكييفها بما يتواءم مع الاحتياجات الجديدة. لذلك، يُعرض في هذا القسم أسلوب جديد واستراتيجية جديدة لمكافحة النواقل هي: التدبير المتكامل للنواقل IVM، ذلك الأسلوب الذي قام المكتب الإقليمي من أجله في عام 2003 بإعداد إطار استراتيجي يقدِّم رؤية جديدة في هذا المضمار، إضافةً إلى السياسات التي تمكِّن من تطبيقه، مع طريقة عملية لتنفيذه *[7]*. وأعقب ذلك، القيام، في عام 2004، بإعداد استراتيجية عالمية للتدبير المتكامل للنواقل *[8]*؛ ولو أن تطبيق التدبير المتكامل للنواقل لا ينفي أهمية سائر الأساليب الاستراتيجية، مثل ترصُّد الأمراض المنقولة بالنواقل، والدلائل الإرشادية لتشخيص بعض الأمراض المنقولة بالنواقل، والتدبير العلاجي للحالات، وتنمية الموارد البشرية.

تعريف التدبير المتكامل للنواقل

التدبير المتكامل للنواقل هو عملية مُسْنَدة بالبيِّنات لاتِّخاذ القرارات في ما يتعلق بتخطيط وإيتاء ورصد وتقييم طائفة مستهدَفة مضمونة الاستمرار وعالية المردود، من التدابير التنظيمية والميدانية لمكافحة النواقل، بُغْيَة تقليص مخاطر انتقال الأمراض، مع التمسُّك بمبادئ التضامن، والتعاون بين القطاعات، وإقامة الشراكات.

أساس السياسة

طلب القرار ج ص ع31.42 إلى الدول الأعضاء، تقوية قدراتها على ضمان تنفيذ التدابير الفعَّالة لمكافحة النواقل، والقيام، على كل المستويات المؤسسية، بإعداد واستبقاء الموارد البشرية اللازمة لتخطيط وتنفيذ مُداخلات مكافحة النواقل *[9]*. كما طلب إلى المدير العام ضمان أن يكون إسهام المنظمة في إعداد طُرُق مأمونة وفعَّالة لمكافحة النواقل، قائماً على الاعتبارات البيئية، ومتوافقاً مع مبادئ التنمية المضمونة الاستمرار.

وطلب القرار ج ص ع13.50 إلى الدول الأعضاء، في ما طلب، « اتِّخاذ خطوات لتقليص الاعتماد على المبيدات في مكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل، من خلال تعزيز أساليب التدبير المتكامل للهوام (الآفات الزراعية)، وفقاً للدلائل الإرشادية للمنظمة، ومن خلال دعم استحداث وتكييف طُرُق بديلة عملية لمكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل» و«ضمان ترخيص الحكومات باستعمال مبيد الديديتي لأغراض الصحة العمومية ليس إلا، وقصر هذا الاستعمال، في تلك الحالات، على البرامج المرخَّصة من قِبَل الحكومة، والتي تتَّخذ في عملها أسلوباً متكاملاً...» *[10]*.

المبرِّرات التقنية

كما ذُكر في القسم الأول من هذه الورقة، فإن المُداخلات المنسَّقة والجيدة التخطيط لمكافحة النواقل، يمكن أن تُسهم إسهاماً ملموساً في تقليص وقوعات الأمراض، ومن ثَمَّ في تقليص عبء الأمراض المنقولة بالنواقل. كما أنها يمكن أن تضيف قيمة كبيرة لسائر مُداخلات مكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل، من خلال تعزيز قدرتها على التكيُّف والاستمرار. ومع أنه توجد طُرُق فعَّالة لمكافحة النواقل، فإن تنفيذها تنفيذاً تآزرياً، في إطار مضمومات packages للتدبير المتكامل للنواقل، يبقى محدوداً. ويجري في العديد من البلدان الأخذ بنظام اللامركزية، باعتبار ذلك عملية سياسية، أو كنتيجة لتطوير القطاع الصحي. ويتيح ذلك فرصاً يمكن الاستفادة منها في تحسين مكافحة النواقل، بما في ذلك تكثيف مشاركة المجتمع، والتعاون بين القطاعات على نحو أكثر فعالية، وإيلاء المزيد من الاهتمام لتحليل المردودية. وتوجد في بعض البلدان برامج لمكافحة النواقل، لديها ضباط اتصال على المستوى المحلّي، وخدمات إعلامية يمكن الاستعانة بها في

تنفيذ التدبير المتكامل للنواقل. وفي إطار أيِّ بِـيْئَة لامركزية، يمكن توزيع المسؤوليات عن وظائف أساسية معيَّنة لمكافحة النواقل، على المستوى الأمثل.

وفي إطار أسلوب التدبير المتكامل للنواقل، يوجد تسلسل هرمي واضح لاستخدام طُرُق مكافحة النواقل، يتعلق بالتحليل الأوَّلي للمنظومات البيئية، لتقسيم المناطق إلى شرائح وبائية. ثم إن طرق التدبير البيئي والحماية الشخصية تكمِّلها طُرُق المكافحة البيولوجية، وتكمِّلها في النهاية المكافحة الكيميائية، حتى يتحقَّق المستوى المنشود لحماية المجتمع. علماً بأن الموارد المالية المحدودة لبرامج مكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل، واستنفاد مجموعة المبيدات الفعَّالة والعالية المردود، يتطلَّب استعمالها استعمالاً انتقائياً ورشيداً في سياق التدبير المتكامل للنواقل. كما أن أسلوب التدبير المتكامل للنواقل يَرْتَكِز على مفهوم المكافحة الانتقائية للنواقل، التي تُعرَّف بأنها الاستعمال الهادف للطرق المختلفة لمكافحة النواقل، وحدها أو مع غيرها، لاتّقاء أو تقليص التماسّ بين البشر والنواقل.

المبادئ التوجيهية

يُسترشد في إعداد وتنفيذ مُداخلات التدبير المتكامل للنواقل، بالمبادئ الآتية:

- التدبير المتكامل للنواقل عنصر أساسي من عناصر مكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل؛
- التدبير المتكامل للنواقل، هو بطبيعة الحال، مُجدٍ اقتصادياً، وعالي المردود، ومضمون الاستمرار، وسليم بيئياً، ومقبول اجتماعياً؛
- مُداخلات مكافحة النواقل، في إطار برامج التدبير المتكامل للنواقل، هي أيضاً مكوِّنات من مكوِّنات برامج المكافحة المتكاملة للأمراض المنقولة بالنواقل، تُستخدم بما يتفق مع إصلاح القطاع الصحي الوطني؛
- في ما يختص بالجانب الإمدادي، فإن مُداخلات التدبير المتكامل للنواقل تُخَطَّط لاتّقاء ومكافحة أمراض متعدِّدة منقولة بالنواقل (التأثير في أمراض متعدِّدة)، متى أمكن؛
- تضطلع القطاعات الأخرى غير القطاع الصحي بأدوار ومسؤوليات في التدبير المتكامل للنواقل، وهي قد تستفيد استفادة كبيرة منه. ويتطلَّب ذلك إيجاد وتنفيذ حوافز وترتيبات تنظيمية أو مؤسسية لتحقيق التعاون الفعَّال بين القطاعات والامتثال لمعايير وقواعد مكافحة النواقل؛
- يؤدِّي التدبير المتكامل للنواقل إلى تحسين إدارة البرامج إلى أقصى حد ممكن، باستهداف اتِّخاذ القرار على أدنى مستوى ممكن من مستويات التسلسل الهرمي، على الصعيدَيْن السياسي والإداري. وينبغي النظر إلى مفهوم التبعية هذا في سياق لامركزية القطاع الصحي، وضرورة إشراك/تمكين المجتمع بصورة فعَّالة.

3.3 تقوية القدرات الوطنية (النُظُم الصحية/نُظُم مكافحة النواقل) على مكافحة النواقل مكافحةً منسَّقة

يجدر بالملاحظة أن الإجراءات غير الحصْرية التالية، التي تُتَّخذ في المجالات الآتية، تُسهم في قيام أسلوب للتدبير المتكامل للنواقل على الصعيد القُطري:

- إدماج مبادئ التدبير المتكامل للنواقل في السياسات الصحية الوطنية؛
- تقوية القدرات على مكافحة النواقل، داخل النظام الصحي الوطني؛
- كَوْن القيام ببناء القدرات باعتباره الخطوة الأساسية الأولى للتنفيذ الناجح للتدبير المتكامل للنواقل على الصعيد الوطني، ينبغي أن يؤدِّي إلى بناء أو تقوية القدرات على تنفيذ التدبير المتكامل للنواقل، بما في ذلك تطوير المؤسسات، وتحديد معايير وإجراءات عملية اتِّخاذ القرارات، وإعادة تشكيل المُرْتَسَم الوظيفيّ، مع توجيه التوصيفات الوظيفية الجديدة نحو الأولويات الجديدة وإجراءات اتِّخاذ القرارات، وإسناد المسؤوليات إلى مستويات إدارية معيَّنة، وإيجاد فرص وظيفية، وإعادة توجيه أنشطة مكافحة النواقل توجيهاً ملائماً، وتوافُر الموظفين المتمرِّسين؛
- الدعوة إلى ضمان الالتزام السياسي بالتدبير المتكامل للنواقل باعتباره عنصراً مهماً من عناصر مكافحة الأمراض السارية، من أجل إعداد سياسات وتشريعات ملائمة، لتعزيز مشاركة المجتمع وتمكينه، وحشد الموارد البشرية والمالية؛
- تهيئة البيئة المواتية واتِّخاذ الترتيبات اللازمة للتعاون بين القطاعات وداخلها، باعتبار ذلك من العناصر الأساسية لتنفيذ التدبير المتكامل للنواقل، بُغْيَة تحقيق التخصيص الأمثل للموارد داخل القطاع الصحي (مثل برنامج صحة البيئة وبرنامج مكافحة مختلف الأمراض المنقولة بالنواقل)، والتعاون بين مختلف القطاعات الحكومية، ولاسيَّما قطاعات: الزراعة، والبيئة، والإدارة المحلية/البلديات، على أن تدعم ذلك سياسات وتشريعات ملائمة، وسياسات وبرامج ومشاريع تقييم الآثار المترتِّبة على الأنشطة الإنمائية؛
- إقامة الشراكات، واستنهاض القطاعَيْن العام والخاص، مع المجتمع المدني، والمنظمات اللاحكومية، والجهات المانحة، لتحقيق التخصيص الأمثل للموارد، والتنفيذ الفعَّال للتدبير المتكامل للنواقل؛
- رصد وتقييم الأنشطة الجارية لمكافحة النواقل؛
- الاستعانة بالترصُّد الحَشَرَاتي والبحوث الميدانية في توفير المعلومات اللازمة لإعداد المُداخلات المُسْنَدة بالبيِّنات، بما في ذلك رصد استعمال المبيدات بعد تسجيلها.

4. الخاتمة والتوصيات

إن التحوُّل إلى أسلوب حقيقي للتدبير المتكامل للنواقل يتيح فرصاً للبلدان لمكافحة النواقل. ولو أن البلدان بحاجة إلى إدراك أهمية مكافحة النواقل بالنسبة إلى الوضع الصحي العمومي للمجتمعات المحلية في بلدانها، وضرورة التصدِّي للمشكلات الراهنة في مجال مكافحة النواقل، مع التحلّي بالإرادة السياسية لإحداث تغيير إداري جذري. ويتطلَّب هذا تحليلاً شاملاً للوضع الراهن لمكافحة النواقل، وتقييم الاحتياجات والثغرات والفرص القائمة في كل بلد، بما في ذلك تحليل المنظومات البيئية للنواقل السائدة، وتوزُّع الأمراض المنقولة بالنواقل، ورسم خرائط لتوزُّعها، من أجل مكافحتها مكافحةً هادفةً وملائمة. ويتعيَّن، بناءً على التحليل الشامل وتقييم احتياجات مكافحة النواقل في كل بلد، وضعُ الاستراتيجيات والخطط الوطنية للتدبير المتكامل للنواقل، مع تقوية القدرات على الصعيدَيْن الوطني والإقليمي في مجال علم الحشرات ومكافحة النواقل، وتخصيص الموارد المالية اللازمة لتنفيذ جميع العناصر الأساسية لتلك الاستراتيجيات والخطط.

التوصيات إلى الدول الأعضاء

1. ضمان أن يكون لدى وزارات الصحة ضابط اتصال وطني مؤهَّل وكفوء، معني بمكافحة النواقل، ويفهم مبادئ التدبير المتكامل للنواقل.

2. تخصيص بند معيَّن في الميزانية للتدبير المتكامل للنواقل، لضمان استخدام الموارد التقنية والبشرية الملائمة، وإنشاء وصيانة بِنَى أساسية مادية داخل وزارة الصحة.

3. إنشاء آلية فعَّالة مشتركة بين القطاعات للتعاون والتنسيق بين جميع القطاعات في البلد، مع الاعتراف، بوضوح بأن السلطة النهائية في ما يخصّ قضايا الصحة العمومية هي مقصورة على وزارة الصحة.

4. إعداد استراتيجيات وخطط عمل وطنية للتدبير المتكامل للنواقل، تقوم على إجراء تقييم للاحتياجات النظامية لمكافحة النواقل من أجل مكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل، وذلك لتحديد الاحتياجات والثغرات والفُرَص القائمة لمكافحة النواقل.

التوصيات إلى المكتب الإقليمي

5. إنشاء آلية يمكن بها تنسيق أنشطة البرامج المعنيَّة في المكتب الإقليمي، كبرامج: دحر الملاريا، وترصُّد الأمراض السارية، ومكافحة أمراض المناطق المدارية، والتخلُّص من بعض الأمراض واستئصال بعضها الآخر.

6. تخصيص أموال كافية لتوفير ما يلزم من قدرات على الصعيد الإقليمي للتصدِّي بشكل ملائم للتحدِّيات التي تواجه تنفيذ التدبير المتكامل للنواقل، بما في ذلك القدرة على مواجهة أوبئة الأمراض المنقولة بالنواقل.

7. دعم إعداد دَوْرة تدريبية إقليمية مدتها ثلاثة أشهر حول التدبير المتكامل للنواقل، يُفضَّل عقدها في بلد تتوطَّن فيه معظم الأمراض المنقولة بالنواقل.

8. إعداد دلائل إرشادية إقليمية لتخطيط التدبير المتكامل للنواقل وتنفيذه وتقييمه، دعماً للجهود الوطنية.

9. تقديم تقرير مرحلي حول إعداد وتنفيذ مُداخلات التدبير المتكامل للنواقل، إلى اللجنة الإقليمية كل سنتَيْن.

المراجع

1. *The world health report 2004*. *Changing history*. Geneva, World Health Organization 2004.

2. Hunter PR. Climate change and waterborne and vector-borne diseases. *Journal of Applied Microbiology*, 2003, 94:37S–46S.

3. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, 2004, 94 (11):1864–1874.

4. *Vector control for malaria and other mosquito-borne diseases*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO Technical Report Series, No.857).

5. *WHO recommended strategies for prevention and control of communicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13).

6. *World malaria report 2004*. Geneva, World Health Organization, 2005.

7. *Integrated vector management: strategic framework for the Eastern Mediterranean Region 2004–2010.* Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004.

8. *Global strategic framework for integrated vector management*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/CDS/CPE/PVC/2004.10).

9. قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع31.42، «مكافحة نواقل المرض والهوام (الآفات الزراعية)». جمعية الصحة العالمية الثانية والأربعون، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 8-19 أيار/مايو 1989.

10. قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع31.50، «تعزيز السلامة الكيميائية، مع إيلاء اهتمام خاص للملوِّثات العضوية المستديمة». جمعية الصحة العالمية الخمسون، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 5-14 أيار/مايو 1997.