



EM/RC52/Tech.Disc.2  
ش م/ل إ/م ت/2

تموز/يوليو 2005

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية  
لشرق المتوسط

الدورة الثانية والخمسون

البند 6 (ب) من جدول الأعمال

## المناقشات التقنية:

الأمراض غير السارية: التحديات والتوجهات الاستراتيجية

## المحتوى

الصفحة	الموجز
أ	المقدمة
1	1. المقدمة
1	2. الوضع الراهن في الإقليم
4	3. عوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية
7	4. المُداخلات المجتمعيَّة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها
7	1.4 الخبرة الدولية
8	2.4 المبادرات الإقليمية
11	5. مواجهة المنظمة لتحديات الأمراض غير السارية
11	6. التوجُّهات الاستراتيجية
13	7. الخاتمة
14	8. التوصيات
16	المراجع

## الموجز

تتزايد الأمراض غير السارية، كالأمراض القلبية الوعائية، والسكري، والسرطان، والأمراض الكلوية، والجينية، والتنفسية تزايداً ملموساً في إقليم شرق المتوسط. إذ إن 47% من عبء المرض الحالي في الإقليم تُعزى إلى الأمراض غير السارية، ومن المتوقع أن يتزايد عبء هذه الأمراض بحيث يصل إلى 60% بحلول عام 2020. ومعظم هذه الأمراض ناتج عن نمط الحياة والسلوك المتبع، فضلاً عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي. علماً بأن عوامل الاختطار القابلة لإدخال تعديلات عليها، والمتمثلة في التدخين، والنظام الغذائي غير الصحي، وقلة النشاط البدني، والتي تتخذ شكل السكري، والسمنة، وارتفاع مستوى الشحميات، تمثل الأسباب الجذرية لوباء الأمراض غير السارية العالمي. وعلى الرغم من أن الأهمية النسبية لهذه الأمراض تتفاوت من بلد إلى آخر في الإقليم، فإن عوامل الاختطار التقليدية هذه قد تتسبب في ما يصل إلى 75% من هذه الحالات المرضية المزمنة.

وتستهدف هذه الورقة استعراض العبء الإقليمي للأمراض غير السارية، وعوامل الاختطار المتعلقة بها؛ وتحديد آثار الأمراض غير السارية في الصحة، سواء على الصعيد الوطني أو الإقليمي؛ وتحديد استراتيجيات للإقليم من أجل الوقاية من هذه الأمراض ومكافحتها.

وتشدد هذه الورقة على أهمية التقليل العام لعوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية الرئيسية، وتحدد التدابير الملائمة والعالية المردود لمكافحتها. وتلقي الضوء على المبادرات المجتمعية الدولية والإقليمية الناجحة، ولاسيماً في مجال الوقاية الأولية من الأمراض غير السارية وعوامل الاختطار المتعلقة بها، ورعاية المصابين بها.

وفي ما يخص إقليم شرق المتوسط، فإنه يوجد عدد من العقبات التي تعرقل عملية الوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها، بما في ذلك: الافتقار إلى المعلومات البوائية الوطنية الموثوقة؛ والافتقار إلى الاستراتيجيات الوطنية الملائمة والثقافية التوجه لمكافحة هذه الأمراض، ونقص الموارد البشرية المدربة، والموارد المالية.

وتتمثل الرسائل الأساسية الموجهة إلى الدول الأعضاء في ما يلي: إنشاء وتنفيذ برامج وطنية متكاملة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها؛ ووضع استراتيجيات وطنية لتوعية المجتمع؛ وتشجيع راسمي السياسات والسلطات الصحية على إنشاء برامج مجتمعية؛ وضمان التدبير العلاجي الملائم للمرضى الشديدي الاختطار high-risk patients، وإدماج الوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها، إدماجاً شاملاً في أنشطة الرعاية الصحية الأولية.

وترد في الورقة توصيات حول إعطاء أولوية، على جدول الأعمال الصحي الوطني، للوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها، واستحداث أسلوب متكامل وشامل للوقاية من هذه الأمراض ورعاية المصابين بها.

## 1. المقدمة

تمثل الوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها مهمتين إقليميتين وطنيتين غير هينيتين. يوجد في إقليم شرق المتوسط عددٌ من العقبات التي تُعرقل التقدم في عملية الوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها، بما في ذلك الافتقار إلى المعطيات الوبائية الوطنية الموثوقة؛ والافتقار إلى الاستراتيجيات الوطنية الجيدة التخطيط؛ ونقص الموارد البشرية المدربة والموارد المالية. وتستعرض هذه الورقة العبء الإقليمي للأمراض غير السارية وتحلل البيئات، والآثار الصحية للأمراض غير السارية في الإقليم للمستقبل القريب، وتناقش التحديات القائمة في هذا المضمار، وتُقدِّم توجيهات استراتيجية ملائمة للوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها. كما أنها تُبيِّن كيف يمكن تقليص وقوعات هذه الأمراض تقليصاً عالي المردود، من خلال الوقاية الأولية، وتعزيز الأخذ بأنماط الحياة الصحية في المجتمع.

وترمي هذه الورقة إلى دعم بلدان الإقليم، في مجال وضع سياسات وطنية واستراتيجيات وطنية شاملة ومتكاملة، للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، مع التركيز على عوامل الاخطار الشائعة، وتوعية المجتمع وإشراكه، والعمل على إنشاء برامج مجتمعية، ومراجعة خدمات الرعاية الصحية الأولية لضمان إدماج الوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها، ضمن أنشطة الرعاية الصحية الأولية.

## 2. الوضع الراهن في الإقليم

تتزايد الأمراض غير السارية، كالأمراض القلبية الوعائية، والسكري، والسرطان، والأمراض الكلوية والجينية والتنفسية تزايداً ملموساً في إقليم شرق المتوسط. إنَّ 47% من عبء المرض الحالي في الإقليم تُعزى إلى الأمراض غير السارية، ومن المتوقع أن يتزايد عبء هذه الأمراض بحيث يصل إلى 60% بحلول عام 2020. علماً بأن عوامل الاخطار المتعلقة بهذه الأمراض، والقابلة لإدخال تعديلات عليها، والمتمثلة في التدخين، والنظام الغذائي غير الصحي، وقلة النشاط البدني، والتي تتجلى بالسكري، والسمنة، وارتفاع مستوى الشحميات، تمثل الأسباب الجذرية لوباء الأمراض غير السارية العالمي. وعلى الرغم من أن الأهمية النسبية لهذه الأمراض تتفاوت من بلد إلى آخر في الإقليم، فإن عوامل الاخطار التقليدية هذه قد تتسبب في ما يصل إلى 75% من هذه الحالات المرضية المزمنة [16-1].

وتؤدِّي الأمراض غير السارية على الصعيد العالمي، إلى 60% من الوفيات التي يُعزى نصفها إلى الأمراض القلبية الوعائية، كما تكون مسؤولة عن 43% من العبء العالمي للمرض. وتقع بالفعل في البلدان النامية 79% من هذه الأمراض غير السارية. ومن المتوقع بحلول عام 2020، أن تتسبب الأمراض غير السارية في 73% من الوفيات و60% من عبء المرض (انظر الشكل 1).

وتصنّف المنظمة البلدان إلى فئتين: البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً؛ والبلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً. ويُبيِّن الجدول 1 المعدّل

العام للوفيات في بلدان الإقليم، والوفيات وفقاً لفئتي البلدان المعنيتين. ففي عام 2001، أدت الأمراض المعدية والطفيلية إلى 24.4% من جميع الوفيات، 7.7% في البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً، و27.7% في البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً. وأدت الأمراض غير السارية إلى 46% من الوفيات، 68% في البلدان



■ الأمراض السارية وأمراض الأمومة  
■ والأمراض في الفترة المحيطة بالولادة والاضطرابات التغذوية  
■ الأمراض غير السارية، بما في ذلك اعتلال الصحة النفسية

الشكل 1: العبء العالمي للأمراض غير السارية في عام 1990 و عام 2020

الجدول 1. الوفيات بحسب السبب، في إقليم شرق المتوسط، في عام 2002

المجموع	شريحة الوفيات		
	مرتفعة في الأطفال والبالغين	منخفضة في الأطفال والبالغين	
493 091	351 256	141 835	عدد السكان (مقدراً بالآلاف)
4156	3449	707	إجمالي الوفيات
1012	957	55	• وفيات الأمراض المعدية والطفيلية
%(24.4)	%(27.7)	%(7.7)	
1929	1454	475	• وفيات الأمراض غير السارية
(%46)	(%42)	(%68)	
1037	757	280	- وفيات الأمراض القلبية الوعائية
(%54)	(%52)	(%59)	
0523	376	147	- وفيات الداء القلبي الإقفاري
(%27)	(%26)	(%31)	

**بلدان الإقليم التي يكون فيها معدل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً هي:** الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس والجمهورية العربية الليبية وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية وعمان وقطر والكويت ولبنان والمملكة العربية السعودية

**بلدان الإقليم التي يكون فيها معدل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً هي:** أفغانستان وباكستان وجيبوتي والسودان والصومال والعراق ومصر والمغرب واليمن التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً، و42% في البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً.

وبلغ إجمالي سنوات العمر المصحّحة باحتساب مدد العجز في عام 2001 في إقليم شرق المتوسط حوالي 136 مليون سنة، 53 مليون سنة منها (39%) بسبب الأمراض غير السارية (الجدول 2). وكان إجمالي سنوات العمر المصحّحة باحتساب مدد العجز في بلدان الإقليم التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً 23 مليون سنة، 58% منها بسبب الأمراض غير السارية (الشكل 2).

**الجدول 2. عبء المرض مقدراً بسنوات العمر المصحّحة باحتساب مدد العجز، وفقاً للسبب وطبقة الوفيات، في إقليم شرق المتوسط، في عام 2002**

المجموع	شريحة الوفيات		
	مرتفعة في الأطفال والبالغين	منخفضة في الأطفال والبالغين	
493 091	351 256	141 835	عدد السكان (مقدراً بالآلاف)
136 221	113 214	23 007	إجمالي سنوات العمر المصحّحة باحتساب مدد العجز
67 137 (49%)	61 446 (54%)	5691 (25%)	الأمراض السارية/الأحوال المرضية للأمومة والفترة السابقة للولادة
34 741 (25.5%)	32 514 (28.7%)	2227 (9.6%)	• وفيات الأمراض المعدية والطفيلية
52 611 (39%)	39 329 (35%)	13 282 (58%)	• وفيات الأمراض غير السارية
11 790 (22.4%)	8855 (23%)	2935 (22%)	- وفيات الأمراض القلبية الوعائية - وفيات السكري

المصدر: [7,5,1]

وتتمثل الأمراض القلبية الوعائية والسكتة stroke، بوجه خاص، مشكلات متسارعة التفاقم، وتعتبر أسباباً رئيسية للاعتلال والموت في إقليم شرق المتوسط، إذ تتسبب في 31% من جميع الوفيات. ولهذه الأمراض آثار صحية واجتماعية واقتصادية ضائرة ضخمة داخل القطاع الصحي وخارجه. ويرجع ارتفاع معدل انتشار الأمراض القلبية الوعائية إلى تشيخ السكان، وارتفاع معدلات التدخين، وتغيّر العادات التغذوية والسلوكية، وتزايد الأخذ بأنماط حياتية تنسّم بقلّة

الحركة. فمع الأخذ بأنماط الحياة الحديثة، يُرجَّح أن تزيد احتمالات التعرُّض لعوامل الاختطار، من قبيل ارتفاع ضغط الدم، واحتواء الأقوات على مستويات عالية من الدهن المشبَّع، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات كوليستيرول المصل، وقلة النشاط البدني [2-6، 8-10]. وقد تسببت الأمراض القلبية الوعائية في 54% من إجمالي الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في عام 2002، وبلغت هذه النسبة 59% في البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً، و52% في البلدان التي يكون فيها معدل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً. وتشير المعطيات (البيانات) الإقليمية والوطنية إلى أن عبء المراضة الناجم عن الأمراض القلبية الوعائية هو أكثر جساماً من عبء المراضة الناجم عن سائر الأمراض غير السارية. ويجدر بالملاحظة أن عبء الأمراض القلبية الوعائية، مقدراً بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (الجدول 2)، يتماثل في كلٍّ من البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً والبلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً، إذ يبلغ حوالي 3 ملايين (23%) في البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين منخفضاً، و8.8 مليون (23%) في البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً. ويؤكد ذلك أن البلدان التي يكون فيها معدّل وفيات الأطفال والبالغين مرتفعاً تعاني من عبء مزدوج من الأمراض السارية والأمراض غير السارية.

ويبلغ معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم في إقليم شرق المتوسط 26.5% في البالغين من سن عشرين سنة فأكثر [2، 8-10]. علماً بأن الأسباب الرئيسية لارتفاع ضغط الدم القابلة للتحويل تتمثل في النظام الغذائي، ولاسيما ارتفاع مستوى مدخول الملح، وانخفاض مستوى التمارين الرياضية، وارتفاع معدل انتشار الوزن الزائد والسمنة.

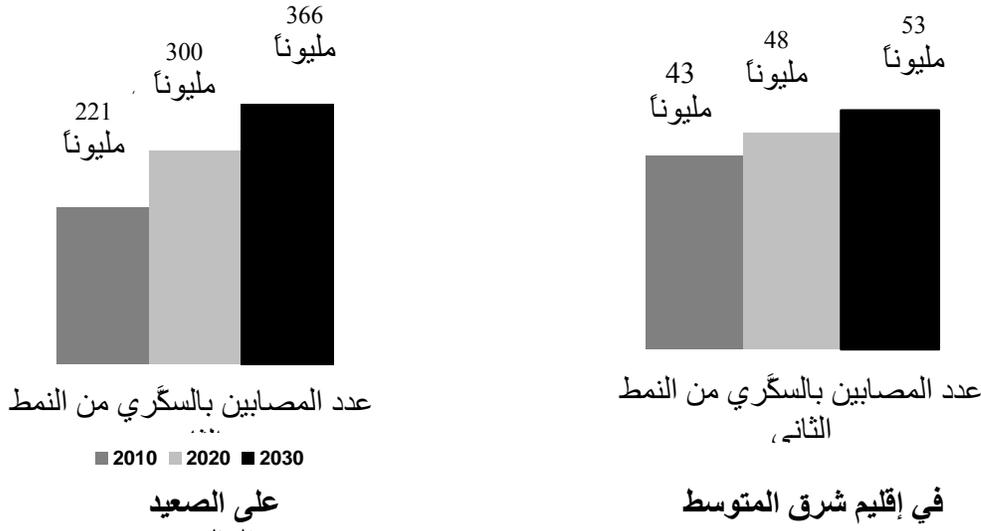
ويتراوح معدل انتشار السكّري بين 7% و25%، ويبلغ أعلاه في البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي (18% - 25%) [2، 3، 11، 12]. ويبلغ المتوسط الإقليمي المصحح لمعدل انتشار السكّري من النمط الثاني 14.5%. ويبلغ العديد من بلدان الإقليم حالياً عن بدء الإصابة بالسكّري من النمط الثاني في أعمار متزايدة الصغر. إذ يصاب بهذا النمط من السكّري أشخاص في العقد الثالث، بل يصاب به أطفال في بعض الدول الأعضاء. ويُعزى هذا إلى تزايد الأخذ بأنماط حياتية تفتقر إلى النشاط والحركة وإلى ارتفاع متوسط مأمول العمر، وتصاعد معدل انتشار السمنة، وارتفاع ضغط الدم، والأمراض القلبية الوعائية. ولا بدّ لبلدان الإقليم من توقُّع مدى جسامه الجائحة المرتقبة للسكّري وارتفاع ضغط الدم والسمنة، وإعداد السياسات الملائمة لمواجهتها. علماً بأن السمنة هي عامل الاختطار الرئيسي للسكّري من النمط الثاني وارتفاع ضغط الدم، وهي قابلة لإدخال تعديلات عليها.

ويبيّن الشكل 2 المعدّل المتوقع لانتشار السكّري من النمط الثاني على الصعيدين العالمي والإقليمي، في الأعوام 2010 و2020 و2030. ويُلاحظ أنه سوف يزيد إجمالي عدد المصابين بالسكّري في بلدان الإقليم بمقدار خمسة ملايين في كل عقد زمني.

### 3. عوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية

كان الاعتقاد السائد حتى وقت قريب، أن جميع عوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية (ارتفاع ضغط الدم، والسكري، وفرط شحميات الدم، وتعاطي التبغ، وقلة النشاط البدني، والسمنة) والأمراض المرتبطة بها، تسود على الأغلب في البلدان الصناعية المتقدمة. غير أنها قد أصبحت الآن أكثر انتشاراً في البلدان النامية، وغالباً ما يترتب عليها عبء مرضي مزدوج، إذ تُضَافُ الأمراض غير السارية إلى الأمراض السارية.

ويجدر بالملاحظة أن عوامل الاختطار في إقليم شرق المتوسط تُنبئُ بمرحلة تحوُّل في المخاطر، تتميَّز بتغييرات ملحوظة في أنماط الحياة في العديد من بلدانه، ولاسيَّما بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث تُسجَلُ زيادات سريعة في معدلات السمنة، ولاسيَّما بين الأطفال، والمراهقين، وصغار البالغين. فقد تضاعفَ معدَّل الوزن الزائد والسمنة مرتين أو أكثر منذ عام 1980. كما أن التغييرات في إنتاج الأغذية وفي أنماط الأغذية المُستهلكة قد أثَّرت في معظم بلدان الإقليم. ويبيِّن الجدولان 3 و4 معدَّل انتشار عوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية في السكان البالغين ( $\leq 20$  سنة) وعبء المرض الذي تضعه بعض الأمراض غير السارية على كاهل بلدان الإقليم.



الشكل 2. المعدل المتوقع لانتشار السكري من النمط الثاني على الصعيدين العالمي والإقليمي في الأعوام 2010 و2020 و2030

المصدر: [13-22]

وقد لوحظ لدى النظر في معدل انتشار عوامل الاختطار المتعددة، أن الذين يعانون من واحد أو اثنين أو ثلاثة أو أربعة أو خمسة أو ستة من عوامل الاختطار يمثلون 40% و50% و60% و30% و20% و8% على التوالي من السكان البالغين من سن عشرين سنة فأكثر (300 مليون نسمة). ويشير هذا إلى أن نسبة كبيرة من السكان (30 مليون نسمة) تعاني من أربعة من

عوامل الاختطار، و36 مليون نسمة تعاني من خمسة من عوامل الاختطار، و24 مليون نسمة تعاني من ستة من عوامل الاختطار.

الجدول 3. معدل انتشار بعض عوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية في الإقليم في السكان البالغين، 2004

المجال (%)	المتوسط الإقليمي المصحح (%)	عوامل الاختطار
82-9 (بين الذكور)	ذكور 40.6 إناث 13	التدخين
48-7	26.5	ارتفاع ضغط الدم
36-3.4	14.5	السكري
79-11	43	الوزن الزائد/السمنة
57-3.6	50	فرط شحميات الدم (فرط كوليستيرول الدم)
97-18	79	قلة النشاط البدني

المصدر: [12,3]

ش م/ل إ/52 م ت/2  
الصفحة 7

الجدول 4. عبء المرض والنسبة المئوية لانتشار عوامل الاختطار (≤ 20 سنة)

مستويات الكوليستيرول	الوزن الزائد والسمنة		قلة النشاط البدني		ارتفاع ضغط الدم		السكري		التدخين		السكتة		داء القلب الروماتيزمي		أمراض القلب 2002		عدد السكان 2004 (بالآلاف)		البلد
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	سنوات العمر المصحح حة لكل ألف نسمة	عدد الوفيات	عدد الوفيات	سنوات العمر المصحح حة لكل ألف نسمة	عدد الوفيات	20+	المجموع		
21	21	44	46	60	43	21	21	13	15	8	67	6	1428	127	13	3788	3288	5480	الأردن
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	82	13	11 523	1938	36	33 157	13 284	22 140	أفغانستان
-	-	40	OB/26	-	65	7	10	19	22	4	28	4	363	16	17	2235	2252	3754	الإمارات العربية المتحدة
-	-	35	11	-	-	18	12	11	11	9	36	9	78 512	11 604	18	154 338	8942	149 030	باكستان
-	-	79	56	-	-	38	25	36	24	16	30	3	84	6	8	283	413	689	البحرين
20	-	42	OB/13	72	62	48	39	15	16	8	53	6	4798	298	15	12 956	5934	9890	تونس
-	-	75	43	-	-	26	19	13	16	2	9	6	1762	130	15	5309	3290	5484	الجمهورية العربية الليبية
57	51	68	57	95	46	15	17	11	10	05	33	8	31 768	1138	17	81 983	40 842	68 070	جمهورية إيران الإسلامية
-	-	58.8	52.9	-	-	26.4	30.4	18	22.9	8.9	48	11	7675	1715	13	11 168	10 659	17 765	الجمهورية العربية السورية
3.6	-	19	-	-	-	10	10	2	7	29	60	9	6464	743	22	16 217	11 697	19 495	الجمهورية اليمنية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	75	7	248	27	21	727	451	751	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	3	28	10	16 532	800	15	28 458	20 189	33 648	السودان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	4426	333	19	6818	5688	9480	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	5	40	8	8291	695	19	22 036	14 706	24 510	العراق
-	-	42	41	97	18	9	27	11	12	3	24	4	375	12	17	1765	1661	2968	عمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2243	3738	فلسطين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	37	4	75	4	9	238	3696	616	قطر
9	17	30	OB/28	-	-	-	-	15	15	3	36	3	213	7	10	940	1490	2484	الكويت
56	55	53	60	71	63	18.2	30.9	10	15	47	61	7	2072	119	17	5471	2588	3596	لبنان
-	-	41	44	95	80	26	26	7	8	12	48	8	35 054	3398	21	103 829	42 304	70 507	مصر
36	31	22	37	-	-	41	37	8	9	10	35	5	1607	808	14	29 934	18 053	30 088	المغرب
54	54	70	64	91	80	24	29	22	26	8	29	4	3818	126	17	16 438	14 112	23 520	المملكة العربية السعودية

(-) المعلومات غير متوافرة

المصدر: [3]

## 4. المُداخلات المجتمعية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها

### 1.4 الخبرة الدولية

بدأ في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، تنفيذ برامج مجتمعية لاثقاء ومكافحة الأمراض القلبية الوعائية، في أوائل عقد السبعينات من القرن الماضي، عندما تجمّع كمّ كبير من المنشورات العلمية. وتدل نتائج عدد من الدراسات التي أجريت بهذا الشأن، على أن البرامج المعنية بصحة القلب تنسّم بدرجة عالية من العمومية، وأنها عالية المردود، ويمكن أن تؤثر في السياسة الصحية. وفي عقد الثمانينات من القرن الماضي، اتّسع مناط اهتمام تلك البرامج ليضمّ إلى جانب الأمراض القلبية الوعائية، الأمراض غير السارية بوجه عام، ولاسيّما بسبب عوامل الاختطار المشتركة. ويتبيّن من الجانب النظري وجانب الخبرة العملية، أن البرامج المجتمعية لاثقاء ومكافحة الأمراض غير السارية، ينبغي تخطيطها وإدارتها وتقييمها وفقاً لمبادئ واضحة ووفقاً للأولويات الوطنية. ويمكن الاستئناس، في هذا الصدد، بمثلين، أحدهما من فنلندا، والآخر من المملكة المتحدة.

ففي عام 1979، جرى تدشين مشروع كاريليا الشمالية في فنلندا، استجابة للشواغل المحلية المتعلقة بتقليص معدلات الوفيات البالغة الارتفاع، الناجمة عن مرض القلب التاجي في تلك المقاطعة الفنلندية. وتم، بالتعاون مع السلطات المحلية والوطنية والخبراء المحليين والوطنيين، ومع المنظمة، تنظيم مُداخلة مجتمعية واسعة النطاق، شملت، في ما شملت، سنّ تشريعات تحظر الإعلان عن منتجات التبغ، وإدخال منتجات الألبان قليلة الدهون، ومنتجات الزيوت النباتية، وإعطاء حوافز للمجتمعات التي تحقّق أكبر معدّل لتقليص مستوى الكوليستيرول.

ويبيّن من نتائج وخبرات مشروع كاريليا الشمالية على مدى خمسة وعشرين عاماً، أنّ المُداخلة الجيدة الإعداد والمقتربة بقوة العزم، يمكن أن يكون لها أثر كبير في تعزيز أنماط الحياة الصحية وفي مستويات عوامل الاختطار التي يعانيتها السكان، وأن مثل هذا التطوّر من شأنه أن يؤدي، بالفعل، إلى تقليص معدلات الأمراض وإلى تحسين الصحة. فبحلول عام 1995، انخفض المعدل السنوي لوفيات أمراض القلب في كاريليا الشمالية في السكان الذين هم في سن العمل، بنحو 75%، بالمقارنة مع المعدل الذي كان قبل تنفيذ المشروع (الجدول 5). وانخفض معدل انتشار استهلاك الأغذية المرتفعة الدهون من 70% إلى 10% بين الرجال، ومن 60% إلى 10% بين النساء، وانخفض متوسط إجمالي كوليستيرول المصل بنسبة 16% في الرجال. ويتواصل رصد برامج التّدخل رصداً دقيقاً، بناءً على تغيّر الأوضاع في المجتمع [24,23].

أما في المملكة المتحدة، فقد انخفضت معدلات وفيات مرض القلب التاجي في الفترة ما بين عامي 1981 و2000 بمقدار 62% في الرجال و45% في النساء في الفئة العمرية 35-84 سنة. وقُلّت الوفيات الناجمة عن مرض القلب التاجي بنحو 230 68 وفاة عن ما كان متوقّعاً في ضوء معدل الوفيات الأساسي لعام 1981. وقد عزّي ذلك إلى تقليص عوامل الاختطار الرئيسية، ولاسيّما التدخين، وارتفاع ضغط الدم، وفرط كوليستيرول الدم [25]. وفي حين أن عدم مكافحة ثلاثة من

عوامل الاختطار (السمنة، والسكري، وقلة النشاط البدني) مكافحة ملائمة قد زاد، بنسبة 13% من وفيات مرض القلب التاجي، فإن النجاح في تقليص سائر عوامل الاختطار القابلة لإدخال تعديلات عليها قد أدّى إلى تقليصها بنسبة 71%. وقد عُرِيَ الأثر الكبير الذي تحقّق، إلى تقليص معدل التدخين (مما أدّى إلى تقليص وفياته بنسبة 41%)، وتقليص مستويات الكوليستيرول (مما أدّى إلى تقليص وفياته بنسبة 9%)، وتقليص ارتفاع ضغط الدم في السكان (مما أدّى إلى تقليص وفياته بنسبة 9%).

#### الجدول 5. التغيّر في معدلات الوفيات في كاريليا الشمالية في الفترة (1970-1995) (لكل 100 000 رجل في الفئة العمرية 35-65، بتصحيح سنوات العمر)

النسبة المئوية للتغيير (1970-1995)	المعدّل في عام 1970	
- 49%	1509	جميع الأسباب
- 68%	855	جميع الأمراض القلبية الوعائية
- 73%	672	مرض القلب التاجي
- 44%	271	جميع السرطانات
- 71%	147	سرطان الرئة

المصدر: [24,23]

## 2.4 المبادرات الإقليمية

### إعلان عمّان لتعزيز الصحة

عُقدت ندوة حول أنماط الحياة الإسلامية وأثرها في التنمية الصحية وتنمية الإنسان بوجه عام، في عمّان، من 23 إلى 26 حزيران/يونيو 1989، في سبيل تحقيق الصحة للجميع بحلول سنة ألفين ميلادية.

وقد انعقدت الندوة تلبية للحاجة الملحة في إقليم شرق المتوسط، إلى صياغة الرسائل الصحية إلى أبنائه باللغة التي يفهمونها ويستجيبون لها، وإلى العمل على تعزيز الصحة استفادةً من الروح الإيمانية التي تصبغ مواطنيه، وتجعل من الدين مرجعاً ومحركاً لحياتهم.

وانطلاقاً من التراث الصحي العريق الذي ساهمت به شعوب هذا الإقليم في الحضارة الإنسانية، ومن أهداف منظمة الصحة العالمية الرامية إلى تحقيق الصحة للجميع ومن إعلان (ألما آتا) حول الرعاية الصحية الأولية، ومن قرار جمعية الصحة العالمية المتعلق بالبعد الروحي، فقد أصدرت الندوة إعلان عمّان لتعزيز الصحة، وفي ما يلي أهم ما ورد فيه من نقاط:

- الصحة نعمة من الله، ومغبونٌ فيها كثيرٌ من الناس، كما جاء في الحديث الشريف؛

- يستطيع الإنسان حفظ صحته، بأن يحافظ على الميزان الصحي في حالة اعتدال، فلا يَطْعَى في هذا الميزان ولا يُخسِرَ الميزان، التزاماً بما أمر به القرآن الكريم؛
  - لكل إنسان رصيِّدٌ صحي، ينبغي له أن يُنمِّيَه ليستمتعَ بالمعافاة الكاملة، ويأخذ من صحته لمرضه، كما ورد في الحديث الشريف؛
  - لنمط الحياة الذي يتَّبَعه الإنسان أثرٌ رئيسي على صحته وعافيته؛
  - تشتمل أنماط الحياة الإسلامية على كثير من الأساليب الإيجابية المعززة للصحة، وتأبى جميع السلوكيات السلبية المناهية للصحة؛
  - الالتزام بأنماط الحياة الإسلامية هو تحقيقٌ لطبيعة الإنسان الأصيلة، وانسجامٌ مع سنن الله في الجسم والنفس، وفي الفرد والأسرة والمجتمع، وفي الإنسان وبيئته.
- وقد اشتملت الوثيقة التي أُلحقت بهذا الإعلان، على قائمة بستين نمطاً من أنماط الحياة الإسلامية المستخرجة من القرآن والسنة، ذات الأثر في التنمية الصحية وتنمية الإنسان بوجه عام، على أنها تؤلف جزءاً لا يتجزأ من هذا الإعلان.
- وقد ناشدت الندوة جميع المنظمات الدولية، والحكومات، والمنظمات الطوعية وغير الحكومية، أن تعمل على تعزيز الصحة من خلال تشجيع أنماط الحياة الإيجابية، ولاسيما من خلال ما يلي:
- (1) التعريف بأنماط الحياة الإسلامية المعززة للصحة، والدعوة إليها من خلال القنوات المناسبة لظروف كل بلد؛
  - (2) توفير الشروط المواتية لتعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية؛ وعدم مخالفتها بالإعلان عن الأنماط المناهية للصحة، أو بدعم إنتاج المواد الضارة بالصحة، أو بالترويج للسلوكيات المخالفة للصحة؛
  - (3) إعادة توجيه المؤسسات الصحية والتعليمية والتنقيفية والإعلامية، بما يتماشى مع تعزيز الصحة وتشجيع أنماط الحياة الصحية، ولاسيما ما ورد منها في الوثيقة الملحقة بهذا الإعلان.

### مشروع «نُزوى» لأنماط الحياة الصحية، في سلطنة عُمان

أجري في نُزوى، بسلطنة عُمان، في الفترة من شهر نيسان/أبريل إلى حزيران/يونيو 2001، مسحٌ أساسي، رسَم صورة تبعث على الانزعاج من انتشار الأمراض غير السارية وما يرتبط بها من عوامل الاختطار. فمن بين عينة تضم 1511 شخصاً من سن 20 سنة فأكثر، اتضح من معطيات المسح أن المعدل الخام لانتشار السكّري كان 9.3% (على الريق)، و9.5% (بعد مرور ساعتين على إعطاء قدر زائد من الغلوكوز) في الرجال، و8.1% و9.8% على التوالي في

النساء، مع زيادة هذه المعدلات مع التقدّم في العمر، وتناقصها مع زيادة مستويات التعليم والدخل. كما اتّضح أن 12% من السكان الذي أُجري عليهم المسح كانوا يعانون من ارتفاع ضغط الدم (16.2% في الذكور و8.5% في الإناث). وبلغ معدل انتشار ارتفاع مستويات الكوليستيرول 34%؛ وكان حوالي 41% من السكان الذين أُجريَ عليهم المسح يعانون من زيادة الوزن أو السمنة. وظلّت نسبة كبيرة من السكان بغير تشخيص في ما يتعلق بفرط كوليستيرول الدم (96%)، في حين أن نسبة أولئك الذين لم يتم بعد تشخيص ارتفاع ضغط الدم والسكري فيهم كانت 69% و60% على التوالي. وبلغ معدل التدخين بين الذكور 28%. أما في ما يخصّ النشاط البدني، فقد بلغت نسبة الذين يمارسون التمارين الرياضية في وقت فراغهم 39% من إجمالي العيّنة (53% بين الذكور و27% بين الإناث).

هذا، مع العلم بأن مشروع «نَزْوَى» لأنماط الحياة الصحية هو مبادرة مجتمعيّة، يضطلع في إطارها المجتمع بمسؤوليته عن صحته، ويتحقّق من أهمية أن يعيش المرء حياة صحية. وسوف تُستخدم مؤشّرات مختلفة لتقييم التحسّن في صحة الناس. وتشمل هذه المؤشّرات، في ما تشمل، الإقلاع عن تدخين السجائر، وتغيير العادات الغذائية، والتوعية بأهمية اللياقة البدنية. ويُعتزم رصد ما تحرزه المُداخلات من تقدّم، بإجراء هذا المسح نفسه مرة كل خمس سنوات.

#### مشروع دار الفتوى للمدخلات المجتمعية، بيروت، لبنان

أجري في عام 1997 بحث في ثلاثة مجتمعات محلية في لبنان، شمل 2117 شخصاً من سن الثلاثين فأكثر. وأوضح البحث ارتفاع معدل عوامل الاخطار المتعلقة بالأمراض القلبية الوعائية. وكان مجتمع دار الفتوى هو إحدى ثلاث مناطق شملها البحث، وضم ما مجموعه 658 شخصاً. وأظهر البحث أن معدلات انتشار التدخين، وارتفاع ضغط الدم، والسمنة، والسكري، وفرط كوليستيرول الدم، وانخفاض تركيزات البروتين الشحمي والكوليستيرول المرتفع الكثافة (HDL-C)، كانت 38.4%، و12.3%، و61.6%، و18.1%، و30.4%، و43.5% على التوالي بين الذكور، بالمقارنة مع 27%، و12.1%، و81.6%، و16.7%، و33.9%، و17.6% على التوالي بين الإناث.

وأعدّت خطة لتقليص عوامل الاخطار المرتبطة بالأمراض القلبية الوعائية. علماً بأن الغرض النهائي لهذه المبادرة يتملّ في تقليص معدلات حدوث وانتشار الأمراض القلبية الوعائية (الأغراض النهائية) [27].

#### مبادرة منظمة هارتفايل، باكستان

تُعَدُّ الأمراض غير السارية والإصابات من بين الأسباب العشرة الأولى للوفيات والمرض في باكستان؛ تشير التقديرات إلى أنها تتسبّب في حوالي 25% من إجمالي الوفيات في البلد. ويبيّن من معطيات المراضة المجتمعية القائمة حول الأمراض غير السارية في باكستان، أن واحداً من كل ثلاثة بالغين من الذين تزيد أعمارهم على 45 سنة، يعاني من ارتفاع ضغط الدم.

وتفيد التقارير بأن معدل انتشار السكري يبلغ 10% وأن 40% من الرجال و12.5% من النساء يتعاطون التبغ بشكل أو بآخر [19].

وأخذ، في باكستان، ترتيب تعاوني بين القطاعين العام والخاص، تقوده منظمة هارتفايل اللاحكومية، بالتعاون مع وزارة الصحة الاتحادية، في باكستان، ومكتب المنظمة في باكستان، تم بواسطته في نيسان/أبريل 2003 تدشين شراكة أسندت إليها مهمة إعداد وتنفيذ استراتيجية وطنية لتحقيق المرامي الوطنية المتمثلة في الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وتعدّ هذه الشراكة أول مثال على خطة عمل «وطنية» بحق، تلتزم فيها الحكومة بمكافحة الأمراض غير السارية، باعتبارها إحدى الأولويات، وحشد طائفة كبيرة من الإسهامات من داخل باكستان. وتستهدف هذه المبادرة تقليص عوامل الاختطار المرتبطة بالأمراض غير السارية من خلال مداخلات مجتمعية [20].

### الرعاية المجتمعية في جمهورية إيران الإسلامية

حققت جمهورية إيران الإسلامية نتائج جيدة، من خلال تنفيذ رعاية مجتمعية مبتكرة في شتى أنحاء البلد. وتقوم السياسة الصحية للبلد منذ عام 1979 على الرعاية الصحية الأولية، مع إيلاء اهتمام خاص لتوسيع الشبكات والبرامج الصحية في الأرياف [26,25]. وقد تم إدماج دلائل إرشادية واضحة حول السكري وارتفاع ضغط الدم، في الرعاية الصحية الأولية، في العديد من المناطق. وعلى مدى الخمسة عشر عاماً الماضية، زاد متوسط مأمول العمر بمقدار 13 سنة للذكور و15 سنة للإناث. كما تناقصت معدلات وفيات الأمهات والرضع إلى أقل من ربع معدلاتها منذ 15 عاماً. ويُعزى هذا بصفة رئيسية لمشاركة المجتمع في الوقاية والرعاية، وزيادة نسبة التغطية بالرعاية الصحية الأولية إلى أكثر من 94% في عام ألفين، علماً بأن نسبة التغطية كانت منخفضة جداً في أوائل عقد الثمانينات من القرن العشرين. وقد تمت هذه الإنجازات حتى مع وجود تحوّل ديمغرافي وإيبديميولوجي.

### 5. مواجهة المنظمة لتحديات الأمراض غير السارية

وُضعت في المشاورَة الإقليمية حول الوقاية من السكري ومكافحته، المعقودة في عام 2003 [28] ، استراتيجية إقليمية لمكافحة السكري، وعُرضت على أعضاء اللجنة الإقليمية في دورتها الخمسين، التي عُقدت عام 2003. وقد دعت الاستراتيجية إلى اتخاذ أسلوب متكامل للوقاية من السكري ورعاية المصابين به، مع التركيز على الالتزام السياسي بالدعوة إلى اتخاذ أنماط حياتية صحية، وتعزيزها، وتوعية المجتمع، والوقاية الأولية، والتحرّي، وإعداد استراتيجية وطنية، والتكامل مع الرعاية الصحية الأولية. وسوف يبدأ المركز الوطني للسكري، والغدد الصمّ، والوراثيات، الذي هو مركز متعاون مع المنظمة في الأردن، في عقد دورات تدريبية إقليمية للمهنيين الطبيين ومساعدى الأطباء حول الوقاية من السكري ومكافحته، وعقد دورات مستقلة

للمتقنين الصحيين المتخصصين في توعية مرضى السكري، وذلك بحلول تشرين الأول/أكتوبر 2005.

وتم إعداد دلائل إرشادية إقليمية حول الوقاية من السكري وتدابيره العلاجي ورعاية المصابين به، وحول التدبير العلاجي لارتفاع ضغط الدم، والتدبير العلاجي لسرطان الثدي، والتبكير باكتشاف وتحري سرطان الثدي. علماً بأن اعتماد هذه الدلائل الإرشادية وتنفيذها يمثل تحدياً كبيراً، وسوف تتولى المنظمة تقديم الدعم التقني اللازم للتصدي لهذا التحدي، وذلك من خلال الحلقات العملية الوطنية، وتقرير السياسات الوطنية لتكييف واعتماد الدلائل الإرشادية على مستوى الرعاية الصحية الأولية.

## 6. التوجّهات الاستراتيجية

تمثل الأمراض غير السارية في إقليم شرق المتوسط، السبب الرئيسي للوفيات المبكرة (الحادثة قبل الأوان) في البالغين، مما يمثل تحدياً صحياً كبيراً. علماً بأنه يمكن انقضاء ومكافحة الأمراض السارية باستخدام المعارف المتوافرة. غير أنه، من دون القيام بعمل استراتيجي على الصعيد الوطني، يُتوقع أن تزيد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية بنسبة مقدارها 17% في الفترة من عام 2005 إلى عام 2015. وتواجه بلدان الإقليم في هذا الصدد عدة مشكلات تتمثل في ما يلي: نقص ترصد عوامل الاختطار، على الصعيد الوطني؛ وعدم تنسيق منهجيات المراقبة والترصد؛ وعدم ربط معطيات الوفيات بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها؛ وعدم توافر نموذج للرعاية المتكاملة في برنامج الوقاية من الأمراض غير السارية؛ وقصور عملية بناء القدرات الوطنية؛ وعدم ضمان استمرارية البرامج.

وتدعو المنظمة إلى اعتماد ثلاثة توجّهات استراتيجية رئيسية.

### (1) تقدير احتياجات السكان والتّحاضُّ على العمل

يمضي وقت طويل نسبياً بين التعرُّض لأحد عوامل الاختطار وبين الإصابة بأحد الأمراض غير السارية. وعليه، فإن أفعال استراتيجية للترصد، تتمثل في تركيز الجهود على عوامل الاختطار الرئيسية المرتبطة بالأمراض غير السارية، والتي تُنبئ بالإصابة بالمرض. علماً بأن المعلومات المتعلقة بتوزع عوامل الاختطار هذه على السكان، هي المعلومات الأساسية التي تحتاج إليها البلدان في تخطيطها لبرامج الوقاية والمكافحة. كما أنها يمكن أن تُسهم في رصد وتقييم هذه الأنشطة.

ولا يوجد لدى العديد من بلدان الإقليم نظام لترصد الأمراض المزمنة. علماً بأن معرفة عوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية مهمة للتنبؤ بعبء الأمراض المزمنة في السكان، ولتحديد المُداخلات الممكنة لتقليص هذا العبء [11]. وقد حدّد التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2002 ثمانية من عوامل الاختطار التي تُسهم بأكثر قدر من الوفيات والمرض، والتي يمكن

إدخال تعديلات عليها من خلال المُداخلات الأولية، ويمكن بسهولة قياسها في السكان. وهذه العوامل هي تعاطي التبغ، ومعاقره المُسكرات، وقلة النشاط البدني، وانخفاض مدخول الفاكهة والخضراوات، والسمنة، وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع مستوى الكوليستيرول، والسُّكري. وواقع الأمر أن الآثار المشتركة لتعاطي التبغ، وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع مستوى الكوليستيرول، تتسبب في 65% من جميع الأمراض القلبية الوعائية في أولئك الذين تزيد أعمارهم على 30 سنة.

وفي إطار أسلوب التدرُّج، توصي المنظمة بثلاث خطوات لتطبيق هذا الأسلوب على نحو فعّال لترصد الأمراض غير السارية. ويرتكز هذا على إطار مفاهيمي يميّز بين مستويات مختلفة لتقييم عامل الاختطار، كأن يكون ذلك عن طريق الاستبيانات، والتقييمات الفيزيائية، وعينات الدم. ويتطلب ذلك من السلطات الوطنية إنشاء أو تقوية نظام الترصد الوطني للأمراض غير السارية ولعوامل الاختطار. ومتى قُدرت احتياجات السكان، تُعيّن توليفُ المعلومات واستخدامها في الدعوة إلى العمل على صعيد السياسة، على المستوى الوطني.

## (2) وضع سياسات واستراتيجيات وخطط وطنية للوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها، وبناء القدرات في هذا المجال

تُمكن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، باستخدام المعارف المتوافرة. ويستلزم الأمر الأخذ بأسلوب شامل متكامل على الصعيد الفُطري، بقيادة الحكومة، وبالمشاركة الكاملة للمجتمع كله. ويتوخّى أسلوب تغطية عموم السكان، تقليصَ المخاطر في السكان بأسرهم. ويمكن تقليص الأمراض غير السارية بتحقيق تقليص محدود لعدد من عوامل الاختطار في المستويات السكانية المتوسطة، مثل تعاطي التبغ، والنظام الغذائي غير الصحي، مما يؤدي بدوّره إلى تقليص المخاطر على مستوى المجتمع في ما يتعلق بالكوليستيرول، وضغط الدم، وغلوكوز الدم، ووزن الجسم. علماً بأن الأساليب الشاملة لعموم السكان والأساليب المعنيّة بالأفراد، هي استراتيجيات يكمل بعضها بعضاً، وتتأى بها متوالية من المُدخلات. ويتعيّن على بلدان الإقليم وضع استراتيجيات لاستحداث نموذج للرعاية المتكاملة للمصابين بأمراض غير سارية، والوقاية منها، وبناء القدرات الوطنية على مكافحتها.

وثمة أربعة أساليب للوقاية من هذه الأمراض، تتمثل في: الوقاية السريرية (الإكلينيكية)، وحفظ الصحة، وتعزيز الصحة، وسياسة الصحة العمومية [30,29].

**الوقاية السريرية:** مُدخلاتٌ تشمل مقدّم الرعاية الصحية ومتلقّي الرعاية. وتقدّم خدمات الوقاية السريرية إلى أفراد قد يقبلون أو يرفضون هذه الخدمات أو الإجراءات الصحية المُوصى بها. ومن الأمثلة على الأنشطة السريرية (الإكلينيكية)، قيام الطبيب بنُصح المريض بالإقلاع عن التدخين.

**حفظ الصحة:** مُدخلاتٌ لتقليل المخاطر بتغيير البيئة المادية أو الاجتماعية التي يعيش فيها الناس. ومن الأمثلة على مُدخلات حفظ الصحة، حظر التدخين في الأماكن العامة.

**تعزيز الصحة:** مداخلاتٌ تهدف إلى تشجيع سلوكيات فردية يُعتقد أنّ لها جوانب صحية إيجابية، والتنفير من السلوكيات ذات الآثار الصحية السلبية. وكثيراً ما تتخذ مداخلات تعزيز الصحة شكل الحملات الإعلامية الجماهيرية. ومن الأمثلة على مداخلات تعزيز الصحة، شن حملة إعلامية لمكافحة التدخين؛ وفرض ضريبة على منتجات التبغ لتقليص تعاطيها.

**سياسة الصحة العمومية:** مداخلاتٌ اجتماعية أو اقتصادية تؤثر في الصحة، ولكنها لا تتخذ الصحة باعتبارها غرضاً رئيسياً من أغراض السياسة.

ويتعيّن أن تركز الاستراتيجيات الوقائية على عموم السكان أو على السكان الذين تختطهم بعض الأمراض بشدة. وعلى ذلك، فمن المهم الأخذ في مستوى الرعاية الصحية الأولية بأسلوب شامل في مواجهة الأمراض غير السارية. ويتعيّن على أطباء الرعاية الصحية الأولية، على كل المستويات، إدخال الجانبين الوقائي والتعزيزي كليهما في ممارستهم. ويستلزم بالأسلوب الشامل، توفير الرعاية العلاجية والوقائية والتأهيلية، ومشاركة المرضى وعائلاتهم والمجتمع مشاركة فعّالة. ولا بد لأطباء الرعاية الصحية الأولية من القيام بدورهم في التوعية بالحياة الصحية. كما أن العاملين بالرعاية الصحية قدوة وقادة في كل الأمور المؤثرة في الصحة.

### (3) تشجيع وتحقيق المشاركة المجتمعية في الوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها

برامج التدخل المجتمعي المتكامل للوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها، هي مضمومات packages شاملة تتضافر فيها أنواع مختلفة من الأنشطة على إحداث أثر تآزري. ويئسّم الأسلوب المجتمعي للوقاية من الأمراض غير السارية بدرجة عالية من التعمّم وعلوّ المردودية، ويمكنه بث المعلومات بنجاح، وينطوي على إمكانية التأثير في السياسات البيئية والمؤسسية التي تؤثر في الوضع الصحي للسكان. ولا يخفى أن التعاون الوثيق بين الجهات التي تطبّق الأسلوب الشامل وبين السلطات الصحية الوطنية، مهم لضمان استمرار البرنامج وللتأثير في تطوير السياسات في ما يتعلق بالصحة.

## 7. الخاتمة

تتجلّى وتمسّ الحاجة في إقليم شرق المتوسط إلى رؤية شاملة للتصدّي للعبء الصحي والاقتصادي للأمراض غير السارية. ويعكس العبء الراهن للأمراض غير السارية على الصعيد الإقليمي التعرّض لعوامل الاختطار الرئيسية. وسوف يتحدّد العبء المستقبلي بإجراء دراسات وبائية مجتمعية موثوقة لعوامل الاختطار الرئيسية. والاستراتيجيات الإقليمية والوطنية ضرورية لاستنهاض المجتمع، وإعداد وتنفيذ سياسات وبرامج ناجحة ومضمونة الاستمرار للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

وقد أتضح من خبرة الإقليم أن الأسلوب المجتمعيّ أسلوب عملي، وأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومن عوامل الاختطار المتعلقة بها، يمكن أن تنجح من خلال الجهود التعاونية المشتركة والتحالف بين مقدّمي الرعاية الصحية وبين المجتمع. ولا بد من الأخذ بالمُدخلات الشاملة لعموم السكان التي تتوخّى تقليص عوامل الاختطار في السكان بأكملهم. وثمة بيّنات قوية على ضرورة شمولية وتكاملية السياسات والاستراتيجيات والخطط الخاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، مع التركيز على عوامل الاختطار الشائعة.

وتمثّل الوقاية من الأمراض غير السارية ورعاية المصابين بها مهمة غير هيّنة، على الصعيدين الوطني والإقليمي. ولا بدّ من التّحاضّ في هذا المضمار، سعياً إلى التوعية بالأمراض غير السارية، وإيجاد مناخ مؤات لحشد الموارد. وللتّحاضّ رسالتان أساسيتان، هما: (أ) أن الأمراض غير السارية تمثّل عبئاً مرضياً كبيراً؛ (ب) أن الأمراض غير السارية يمكن توقيها باستخدام المعارف المتوافرة، وأن الحلول المتوافرة فعّالة وعالية المردود. ولا بد من إجراء بحوث لاستكشاف فعالية البرامج المجتمعيّة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. والهدف من ذلك هو تحصيل بيّنات مؤكّدة على فعالية البرامج المجتمعيّة في الوقاية من الأمراض غير السارية، في الإقليم ككل، وفي كل بلد على حدة. ويتعيّن أن تكون البرامج المجتمعيّة ذات توجّهات ملائمة لثقافات الإقليم. ثم إن بناء القدرات على الصعيد الوطني، هو عملية بالغة الأهمية لتلبية الاحتياجات الوطنية في ما يتعلق بالتصدّي للأمراض غير السارية ومحدّداتها في السكان.

ونظراً إلى أن متوسط معدل انتشار ارتفاع ضغط الدم في الإقليم يبلغ 26.5% ومعدل انتشار السكّري 14.5% في المتوسط، فإن هذين المرضين يمثلان تحدياً بالغ الأهمية للإقليم، تحدياً يتطلب التفكير بإيلائهما الاهتمام اللازم في السياق العام للأمراض غير السارية.

## 8. التوصيات

### إلى الدول الأعضاء

1. إعطاء أولوية للأمراض غير السارية، بوجه عام، وارتفاع ضغط الدم والسكّري، بوجه خاص، في جدول الأعمال الصحي.
2. وضع وتقوية السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية الشاملة والمتكاملة القائمة على البيّنات، لاستحداث مُدخلات فعّالة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، والتركيز على عوامل الاختطار الشائعة ومشاركة المجتمع.
3. إعداد استراتيجيات وطنية للتّحاضّ، والبحث، وبناء القدرات، في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.

4. إعداد نُظْم وطنية لترصدُ الأمراض غير السارية وعوامل الاختطار المرتبطة بها، وتقوية ما هو قائم من هذه النُظْم.
5. إدماج اتقاء ومكافحة الأمراض السارية، بوجه عام، وارتفاع ضغط الدم والسكري، بوجه خاص، في الرعاية الصحية الأولية.
6. تدريب موظفي الرعاية الصحية الأولية ورؤسائهم، ورؤساء الخدمات الصحية في مجال الوقاية.
7. تطبيق ونشر معارف ومهارات التدخُّل، والخبرة المكتسبة من البرامج الناجحة في المناطق الارتياضية، ومواصلة تبادل الخبرات المكتسبة من البرامج المجتمعية مع سائر الدول الأعضاء.
8. إجراء دراسات حول العبء الصحي والاقتصادي للأمراض غير السارية.

### إلى المكتب الإقليمي

9. مواصلة تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء في إعداد استراتيجيات وخطط شاملة ومتكاملة للوقاية من الأمراض غير السارية، وعلى الأخص ارتفاع ضغط الدم والسكري، ورعاية المصابين بها، وتكييف وتطبيق الدلائل الإرشادية الإقليمية للوقاية من السكري وارتفاع ضغط الدم ورعاية المصابين بهما.
10. دعم الدول الأعضاء في إنشاء وتقوية نُظْم الترصد المتدرِّج للأمراض غير السارية وعوامل الاختطار المرتبطة بها.
11. جمع ونشر المعارف والبيِّنات والخبرات القائمة في ما يتعلق بالبرامج المجتمعية الناجحة، وذلك من خلال شبكة أسلوب شرق المتوسط لمكافحة الأمراض غير السارية (إيمان).
12. تعزيز البحوث التطبيقية حول العبء الاقتصادي للأمراض غير السارية في إقليم شرق المتوسط.

## المراجع

1. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, WHO, 2002.
2. The SurF Report 2 (Surveillance of chronic disease risk factors: country-level and comparable estimates) [infobase@who.int](mailto:infobase@who.int), <http://infobase.who.int> , Geneva, WHO, 2005.
3. Regional database on NCD and NCD risk factors. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2005. [www.emro.who.int/ncd](http://www.emro.who.int/ncd), <http://www.emro.who.int/ncd/eman/htm>
4. Murray CH, Lopez AD, eds. *The global burden of disease*. Boston, Harvard School of Public Health, 1996.
5. Mackay J, Mensah GA. *The Atlas of heart disease and stroke*. Geneva, WHO, 2004.
6. *Demographic and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004 (EM/HST/195/E).
7. *Recent trials relevant to the primary prevention of type 2 DM. Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting*. Geneva, WHO, 2003.
8. *Clinical guidelines for the management of hypertension*, Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 2005 (Technical Publications Series No. 29).
9. Yusuf S et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 2001, 104(22):2746–53.
10. *Report on the regional consultation on hypertension prevention and control*, Abu Dhabi, United Arab Emirates, 20–22 December 2003. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 2004 (WHO-EM/NCD/042/E).
11. *Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 2005 (Technical Publications Series No. 32).
12. *Report on the follow-up consultation on the Eastern Mediterranean Approach to Noncommunicable diseases (EMAN) network, Beirut, Lebanon 7–10 July 2003*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 2004 (WHO-EM/NCD/039/E).
13. *Screening for type 2 diabetes. A Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting*. Geneva, WHO, 2003.
14. Harris MI, Felgal KM, Cowie CC. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. *Diabetes care*, 1998, 21:518–24.
15. *Diabetes atlas*, second edition. International Diabetes Federation, Brussels, 2003.
16. Wild S et al. Global prevalence of diabetes. Estimate for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 2004, 27:1047–53.
17. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet B. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabetes medicine*, 1997, 14 (Suppl 5):S1–S5.
18. *National health survey of Pakistan 1990–94*. Islamabad, Federal Ministry of Health, 1998.
19. <http://heartfile.org/naprelease.htm>

20. Malek-Afzali H. *Report on the pilot project for community-based primary prevention of the major noncommunicable diseases in Qazvin and Abhar cities*. Teheran, Ministry of Health and Medical Education, 2001.
21. Azizi F. *Tehran lipid and glucose study*. Teheran, Endocrine and Research Centre, 2001.
22. Kiiskinen U. The costs of cardiovascular diseases. In: Puska P et al, eds. *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Helsinki, The National Public Health Institute, 1995.
23. Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76: 419–25.
24. Unal B, Critchley, JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*, 2004, 109: 1101–7.
25. *Report of Nizwa healthy lifestyle project*. Muscat, Oman, Ministry of Health, 2003.
26. Soweid RA et al. *Together for heart health. An initiative for community based cardiovascular diseases risk factor prevention and control*. Dar Al Fatwa. Beirut, Nahhal Establishment, 2002.
27. *Report on the regional consultation on diabetes prevention and control*, Teheran, Islamic Republic of Iran, 2–5 February 2003. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, 2003 (WHO-EM/NCD/035).
28. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *American journal of preventive medicine*, 2003, 24 Suppl 3:21–4.
29. Saha S et al. The art and science of incorporating cost-effectiveness into evidence-based recommendations for clinical preventive services. *American journal of preventive medicine*, 2001, 20 Suppl 3:36–43.