



EM/RC58/INF.DOC.4
ش م/ل إ58/وثيقة إعلامية 4

تموز/يوليو 2011

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

الدورة الثامنة والخمسون

البند 2 (هـ) من جدول الأعمال

تقرير مرحلي حول مكافحة الملاريا والتخلص منها

المحتوى

الصفحة

1	..... المقدمة	.1
1	.....التقدم المُحرَز في مكافحة الملاريا والتخلُّص منها في الإقليم	.2
1	..... 1.2 الوضع الوبائي في الإقليم	
3	..... 2.2 التغطية بالتدخلات الأساسية المضادة للملاريا	
5	..... 3.2 تقليص عبء الملاريا	
7	..... 4.2 التخلُّص من الملاريا	
10	..... التحديات	.3
11	..... الخطوات القادمة	.4

1. المقدمة

تدعو أهداف المرمى السادس من المرامي الإنمائية للألفية (مكافحة الإيدز والعدوى بفيروسه، والملاريا، وغيرهما من الأمراض) إلى وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية في العالم، بحلول عام 2015، والعمل على بدء انحسارها اعتباراً من ذلك التاريخ. كما أن تحقيق المزيد من التقدم في مكافحة الملاريا هو أمرٌ لا بُدَّ منه كي يمكن إحراز المرمى الأول (استئصال شأفة الفقر المدقع والجوع)، والرمى الرابع (الحد من وفيات الأطفال) والرمى الخامس (تحسين صحة الأمهات). وفي عام 2005، حثت جمعية الصحة العالمية الدول الأعضاء، في قرارها ج ص ع 2.58، بشأن مكافحة الملاريا، على ضمان استفاضة 80% على الأقل من المعرضين لمخاطر الإصابة بالملاريا من التدخلات المضادة لهذا المرض بحلول عام 2010. كما دعا الأمين العام للأمم المتحدة في عام 2008، وأثناء الاحتفال بأول يوم عالمي للملاريا، إلى توفير التغطية الشاملة بالتدخلات المضادة للملاريا.

وفي العام نفسه، اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، في دورة انعقادها الخامسة والخمسين، القرار ذا الرقم ش م/ل 55/ق.9 "حول التخلص من الملاريا في إقليم شرق المتوسط: الرؤية والمتطلبات والمخطط الاستراتيجي". وقد حثت اللجنة الإقليمية في هذا القرار الدول الأعضاء التي تتوطنها الملاريا على إعداد خطة استراتيجية وطنية متعددة السنوات للتخلص من الملاريا كلِّما كان ذلك ممكناً، وعلى التوسُّع في الجهود الرامية إلى تكثيف مكافحة الملاريا في المناطق التي تكون فيها معدلات السراية مرتفعة، كما حثت اللجنة الدول الأعضاء التي تخلصت بالفعل من الملاريا أو أوشكت على التخلص منها، على مواصلة التيقُّظ ومداومة الحفاظ على نُظُم ترصد قوية لتوقّي عودة سراية الملاريا، وإنشاء آليات تعاون فعالة لدعم جهود التخلص من هذا المرض في بلدان الإقليم التي لا يزال ينوء بها عبءٌ حسيب من الملاريا، بما في ذلك توفير الموارد المالية والبشرية اللازمة. كما طلب القرار إلى المدير الإقليمي موافاة اللجنة الإقليمية دورياً بتقارير حول التقدُّم المُحرَّز في مجال مكافحة الملاريا والتخلص منها.

2. التقدُّم المُحرَّز في مكافحة الملاريا والتخلص منها في الإقليم

1.2 الوضع الوبائي في الإقليم

في عام 2009، كان ما يقدر بثلاث مئة وأربعين مليون شخص في إقليم شرق المتوسط (53% من سكان الإقليم) يعيشون في مناطق تكتنفها مخاطر الإصابة بالملاريا، من بينهم 132 مليوناً (21% من السكان) يعيشون في مناطق تزيد فيها معدلات وقوع الملاريا عن حالة واحدة لكل ألف من السكان. كما أن الملاريا تتوطن في تسعة من بلدان الإقليم (الشكل 1). وتعاني ستة من هذه البلدان (أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن) من عبء مرتفع من الملاريا، وهي الآن تركز على مكافحة هذا المرض. أما البلدان الثلاثة الأخرى (جمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والمملكة العربية السعودية) فإن سراية المرض فيها محصورة في بؤر محددة، وهي تستهدف تحقيق التخلص من الملاريا. في حين أن سائر بلدان الإقليم قد تخلصت بالفعل من هذا المرض.



الشكل 1. الوضع الوبائي للملاريا في الإقليم سنة 2011

الجدول 1. تغطية العائلات بالناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول واستخدامها، في البلدان ذات العبء المرتفع من الملاريا (مجموعة بلدان المكافحة)

المصدر	% من الأطفال دون سن الخامسة ينامون تحت ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول	% من الأشخاص العائلات ينامون تحت ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول	% من العائلات لديها ناموسية واحدة على الأقل معالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول	البلد
مسح للمؤشرات الخاصة بالملاريا (2009)	2.0	1.9	9.9	أفغانستان
مسح للمؤشرات الخاصة بالملاريا (2009)	19.9	13	30.2	جيبوتي
مسح قياسات الملاريا (19 مقاطعة)			4.3	باكستان
مسح للمؤشرات الخاصة بالملاريا (2009)	15.5	10.8	40.3	السودان (الشمال)
مسح للمؤشرات الخاصة بالملاريا (2009)	25	24.4	50.6	السودان (الجنوب)
مسح وحدة تحليل الأمن الغذائي والتغذية (2009)		15.3		الصومال
مسح للمؤشرات الخاصة بالملاريا (2008-2009)	7.8	4.2	15.0	اليمن

2.2 التغطية بالتدخلات الأساسية المضادة للملاريا

زادت نسبة تغطية السكان بالتدخلات المضادة للملاريا في البلدان الستة ذات العبء المرتفع من الملاريا وذلك بفضل زيادة الاستثمار في هذا المجال. وكان قد أجري في عام 2009 مسح للملاريا في السودان، شمل القطر بكامله، وأظهر أن نسبة امتلاك الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول قد بلغت 40.3% في ولايات الشمال، و50.6% في ولايات الجنوب. وقد كانت نسبة العائلات التي تمتلك واحدة على الأقل من الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول هي 10% في أفغانستان، و15% في باكستان، و30% في جيبوتي، و4.3% في اليمن، على التوالي. والمؤسف أن معدلات امتلاك الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ماتزال متدنية تدنياً شديداً، عن المعدل المستهدف بالتغطية، وهو 80%، كما أن معدل استخدام هذه الناموسيات منخفض أيضاً، ولو أنه يرتفع قليلاً بين الأطفال دون سن الخامسة (الجدول 1).

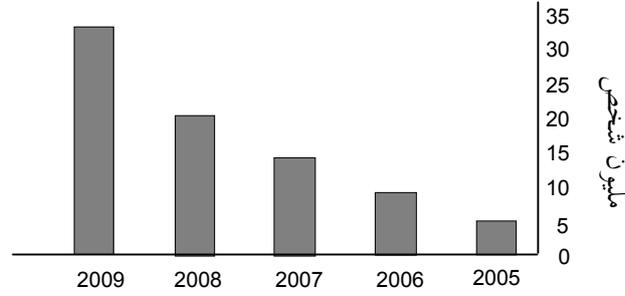
أما معدلات توزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول فقد ارتفعت، في السنوات الأخيرة، حيث ارتفع عدد الناموسيات الموزعة في عام 2009 (وهو 8.8 مليون ناموسية)، ارتفاعاً كبيراً بالمقارنة مع ما وُزِعَ عام 2007 (7.2 مليوناً)، (الجدول 2). ومن المنتظر أن يتواصل هذا الارتفاع في السنوات المقبلة مع توافر مزيد من الموارد في هذا المجال. إذا اعتبرنا معدل العمر الافتراضي للناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول هو 3 سنوات، وأن الناموسية الواحدة توفر الحماية لشخصين، فتكون الحماية قد توافرت لنحو 33 مليون شخص في عام 2009، الأمر الذي يمثل زيادة في نسبة التغطية، بالمقارنة مع السنوات السابقة (الشكل 2) على أنه لا يتم استهداف جميع السكان المعرضين للمخاطر بالحماية بهذه الناموسيات. وهناك مناطق محددة تُستهدف بالرش الشمالي داخل المباني سواء بشكل كامل أو في أماكن يتم التركيز عليها.

وتتسم جودة البيانات التي تبلغها البلدان عن الرش الشمالي داخل المباني بالضعف، كما أن تلك البيانات ليست مكتملة في كثير من البلدان. وتظهر أعداد السكان الذين تمت حمايتهم بالرش الشمالي داخل المباني في اليمن ارتفاعاً كبيراً، من أقل من 120 000 إلى أكثر من 1.4 مليوناً. وفي السودان، يُستخدم الرش الشمالي داخل المباني بصفة رئيسية في ولاية الجزيرة ضمن النظم الزراعية. وتوضح البيانات انخفاضاً في عدد الأشخاص الذين توافرت لهم الحماية وذلك خلال المدة 2008-2009، ويُعزى ذلك إلى التحول إلى فعة مبيدات حشرية أكثر تكلفة، بسبب ظهور المقاومة للمبيدات.

على أن الوصول إلى مرافق تشخيص الملاريا مايزال محدوداً. فقد أظهر مسح أجري على المرافق الصحية في السودان عام 2009، أن 34% من المرافق كان لديها فحص مجهري مُجدٍ، و15.8% لديها إمكانية اختبارات التشخيص السريع. وفي عام 2009، أظهر مسح أجري في باكستان أن 34% من المرافق الصحية لديها تدابير لتشخيص الملاريا سواء بالفحص المجهرى أو اختبارات التشخيص السريع.

الجدول 2. عدد الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول التي وُزعت في بلدان الإقليم الموطونة بالمalaria

البلد	2005	2007	2009
أفغانستان	201 306	345 245	317 631
جيبوتي	4 400	1 200	53 000
جمهورية إيران الإسلامية	20 000	40 000	80 000
العراق			200 000
باكستان	130 000	90 000	396 341
المملكة العربية السعودية			250 000
الصومال	104 300	456 000	473 081
السودان (الشمال)	712 600	830 000	3 470 931
السودان (الجنوب)	253 000	704 000	3 479 013
اليمن	150 000	244 560	66 545
المجموع	1 575 606	2 711 005	8 786 542



الشكل 2. تغطية السكان (ناموسية معالجة بمبيدات الحشرات لكل شخصين)

وقد أبلغت بلدان الإقليم عن استخدام ما يربو على 3.2 مليون اختبار سريع لتشخيص الملاريا خلال عام 2009، الأمر الذي يظهر زيادة هائلة بالمقارنة مع عام 2007، عندما لم يستخدم إلا أكثر من 210 000 اختبار بقليل. وأوضحت تقارير الترسُّد لعام 2009 في البلدان ذات العبء المرتفع من الملاريا، أن معظم الحالات قد عولجت على أساس سريري (إكلينيكي). وتراوحت نسبة الحالات المؤكدة بالفحص الطفيلياتي بين 4% في باكستان وبين 40% في اليمن.

وينصح باستخدام توليفات علاجية قائمة على الأرتيميسينين لمعالجة الملاريا المنجلية، وقد جرى اعتمادها بوصفها الخط الأول للمعالجة، وذلك في جميع البلدان التي تتوطن فيها الملاريا المنجلية. وقد أوضحت المسوحات التي أجريت في السودان عام 2009. أن 53% من حالات الملاريا لدى الأطفال دون سن الخامسة، في ولايات الشمال، قد عولجت باستخدام التوليفات العلاجية القائمة على الأرتيميسينين. أما في ولايات الجنوب، فإن 18.1% من الأطفال دون سن الخامسة عولجوا بتلك التوليفة العلاجية.

وما يزال الحصول على التوليفات العلاجية القائمة على الأرتيميسينين منخفضاً في البلدان الموطونة بالملاريا، ولا يزال الكثير من المرضى يعالجون بالمعالجات الأحادية بالأرتيميسينين، ولاسيما في القطاع الخاص. ويقام من هذا الوضع، قلة إتاحة الاختبارات التشخيصية، الأمر الذي يؤدي إلى استخدام لا داعي له للتوليفات العلاجية القائمة على الأرتيميسينين للمرضى غير المصابين بالملاريا.

ويعدُّ الحصول على الوسائل التشخيصية للملاريا، والتوليفات العلاجية القائمة على الأرتيميسينين على المستوى المجتمعي، ولاسيما في المناطق الريفية، أمراً حاسماً. وقد أعدَّ السودان، مسترشداً بمشروع ارتيادي في جنوب كردفان، استراتيجية وطنية للتدبير العلاجي المجتمعي للملاريا وغيرها من الحميات، بالاستفادة من خدمات متطوعين مدربين. كما أعدت أفغانستان استراتيجية مجتمعية وطنية للملاريا في أواخر عام 2010. وفي عام 2009، وبدعم من الصندوق الكويتي لمساعدة المرضى، أقيمت مشروعات ارتيادية في الصومال، واليمن، في بعض المناطق التي تنفذ فيها مبادرات مجتمعية، والتي أتت بنتائج مشجعة. وما يزال تطبيق الاستراتيجيات المجتمعية للتدبير العلاجي للملاريا محدوداً جداً في كثير من المناطق التي تحتاج إلى مثل هذه الخدمات.

3.2 تقليص عبء الملاريا

استناداً إلى بيانات تم تقديرها باستخدام نُظُم المعلومات الصحية الروتينية، يُبدي عبء الملاريا انخفاضاً نسبته 44% في عام 2009، مقارنةً بعام 2000. ووفقاً للبيانات التقديرية (التقرير الخاص بالملاريا في العالم 2009) فإن بلدين اثنين يتحملان العبء الأكبر من المراضة (السودان 62%، وباكستان 18%)، يليهما الصومال (9%)، وأفغانستان (8%)، واليمن (3%).

ويوضح الجدول 3 الوقوعات المبلّغة لحالات الملاريا (السريية والمؤكدة) في أعوام 2005، و2007، و2009. ففي عام 2009 أُبلغ عن حوالي 7.5 مليون حالة في هذا الإقليم، كان 13.5% منها فقط (1.03 مليوناً) مؤكدة على أنها حالات ملاريا. ولا يخفى أن عدم اكتمال التبليغ، وتبليغ حالات الحمى على أنها حالات ملاريا، يمثل أهم التحديات في البلدان ذات العبء المرتفع. ويُعزى ذلك إلى ضعف كلِّ من نُظُم الترصدِّ ونُظُم التشخيص.

وتظهر البيانات الخاصة بالانتشار في بلدان المكافحة انخفاضاً تدريجياً في انتشار الملاريا. وقد أوضح مسح حول الانتشار أجري مؤخراً في 15 ولاية شمالية في السودان، باستخدام اختبارات التشخيص السريع، معدلات انتشار منخفضة لوجود الطفيلي في الدم (1.8%) بين جميع الأعمار. وقد أبلغت جميع الولايات، باستثناء اثنتين منها، معدل انتشار يقل عن 3%. وبلغ معدل انتشار الملاريا بين الأفراد المصابين بالحمى 4%. وأبلغت ولايتا النيل الأزرق، وغرب دارفور عن معدلات مرتفعة نسبياً، بواقع 12.5% و7.1%، على الترتيب، بين جميع الأعمار، و20.3%،

الجدول 3. إجمالي الحالات والحالات المؤكدة المبلّغة في البلدان ذات العبء المرتفع (مجموعة بلدان المكافحة)

القطر	2005		2007		2009	
	المجموع	المؤكّد	المجموع	المؤكّد	المجموع	المؤكّد
أفغانستان	326 694	116 444	456 490	92 202	386 929	64 880
جيبوتي	2 469	413	4 694	210	7 120	2 686
باكستان	4 022 823	127 825	4 553 732	128 570	4 242 032	167 579
الصومال	28 404	12 516	50 444	16 675	56 153	10 002
السودان (شمال)	2 515 693	628 417	3 040 181	686 908	2 361 188	711 462
السودان (جنوب)	337 582	غير متوافر	101 008	غير متوافر	325 634	غير متوافر
اليمن	200 560	44 150	223 299	67 607	138 579	55 446
الإجمالي	7 434 225	929 765	8 429 848	992 172	7 517 635	1 012 055

و 9.2% بين الأفراد المصابين بالحمى. وأوضحت النتائج الواردة من الولايات الثماني الشمالية التي أجري فيها المسح في عامي 2005، و 2009، انخفاضاً بنسبة 38% في انتشار الطفيلي في 2009 (2.3%)، مقارنة مع 2005 (3.7%).

وفي عام 2009 أيضاً، أظهر مسح مؤشر الملاريا الذي أجري في الولايات الجنوبية بالسودان أن معدل انتشار الملاريا كان 14.2% بين الأطفال دون سن الخامسة، وذلك باستخدام الفحص المجهرى، مع بلوغ الانتشار ذروته في الإقليم الاستوائي (29.3%) وأدناه في إقليم أعالي النيل (2.9%). وأظهر نفس المسح معدلات مرتفعة من الانتشار الطفيلي باستخدام اختبارات التشخيص السريع: 24.5% بين الأطفال دون سن الخامسة، بحد أقصى 47.7% و حد أدنى 7.8%.

وفي السياق نفسه، أظهرت نتائج مسح عن الملاريا أجري عام 2009 في المقاطعات الثماني عشرة الشديدة التوطن بالملاريا في باكستان، معدلاً وسطياً للطفيليات مقداره 5.5%. وقد تباين معدل الإصابة بالطفيليات تبايناً كبيراً بين مقاطعة وأخرى. وقد لوحظ أعلى معدل في المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية وبلوشستان، تلتها مقاطعة خيبر باختون خوا ثم السند. وينبغي توخّي الحذر عند تفسير هذه الأرقام، لأن هذا المسح لا يمثل القطر بكامله، نظراً لأنه أجري في المقاطعات التي تزرع تحت أعلى عبء من الملاريا.

وعلى جانب آخر، كان مسح مؤشرات الملاريا في جيبوتي خلال المدة 2008 – 2009 هو أول مسح يمثل القطر بكامله، لقياس التغطية بالتدخلات الخاصة بالملاريا، ومدى انتشار وجود طفيليات الملاريا في الدم. ومن بين 6707 أشخاص فُحصوا لتحري الإصابة بطفيلي الملاريا، ممن يعطون التوليفات العلاجية القائمة على الأرتيميسينين، جاءت نتيجة الفحص إيجابية لطفيلي المتصورات المنجلية لدى 42 (0.6%) شخصاً فقط.

أما في اليمن، فقد أوضح المسح الوطني للعائلات أن معدل انتشار الملاريا يبلغ 1.5%، وكان الانتشار في منطقة تهامة، التي تتحمل نحو 60% من عبء الملاريا، أعلى من حيث المعدل (4.5%)، ولو أن هذه البيانات أظهرت انخفاضاً ملحوظاً بالمقارنة بالبيانات المأخوذة من المسوحات المدرسية التي أجريت في 2001 وفي 2008، في منطقة تهامة (من 21.9% إلى 7.6%).

4.2 التخلُّص من الملاريا

1.4.2 مجموعة البلدان الخالية من الملاريا

توثق مبادرة التخلُّص من الملاريا في بلدان الإقليم، وبشكل مطَّرد، حدوث نجاح حقيقي. فقد حصل اثنان من بلدان الإقليم على الإشهاد على التخلُّص من الملاريا (الإمارات العربية المتحدة عام 2007، والمغرب عام 2010)، كما تمت مراجعة برنامج مكافحة الملاريا في الجمهورية العربية السورية في عام 2010 دون دلائل على وجود سراية محلية للملاريا، حيث كانت آخر حالة محلية قد تم اكتشافها في عام 2004. ومع ذلك، فإن الحاجة قائمة إلى مزيد من الجهود في مجال تعزيز الترصد من أجل نيل الإشهاد على التخلُّص من الملاريا. وعلى صعيد آخر، أُجري مسح لمعدل الانتشار المصلي باستخدام مقاييس الممتز المناعي المرتبط بالإنزيم وذلك في آخر بؤر موطونة بالملاريا في محافظة الفيوم، بمصر، عام 2009، بالتعاون مع وحدة البحوث الطبية في القوات البحرية الأمريكية (نامرو 3)، وكلية لندن للصحة وطب المناطق المدارية، ووزارة الصحة، شمل الأطفال الذين ولدوا بعد عام 2005 في القرى التي ترتفع فيها عوامل الاحتطار. ولم تُكتشف في هذا المسح أي أضرار للملاريا، الأمر الذي يوضِّح عدم التعرُّض لهذا المرض. ولو أن ذلك يمثل مجرد وسيلة للاستئناس، وهي لا توفرُّ بيانات حاسمة لتأكيد كسر سلسلة سراية الملاريا.

وقد تمكنت البلدان الأخرى، التي تخلصت من الملاريا، من الحفاظ على وضع الخلوِّ هذا، ولو أن مخاطر دخول الملاريا الوافدة لا يمكن استبعادها، فقد أبلغ الأردن عن حالتين جديدتين (نتيجة لحالات وافدة) في 2010. كما أبلغت سلطنة عمان عن حدوث فاشية محلية شملت حالات عدَّة، في عام 2007 في منطقة الداخلية، إلى جانب حوالي 20 حالة محلية في عدة أماكن شمال منطقة الشرقية، عام 2010. وتؤكد هذه الوقوعات الحاجة العاجلة إلى تقوية البرنامج، مع التركيز بشكل خاص على رصد تحركات السكان، والكشف المبكر عن الحالات الوافدة والترصد الحشراي والوبائي.

2.4.2 مجموعة بلدان التخلُّص من الملاريا

أحرز تقدُّم كبير في البلدان الثلاثة التي تنفَّذ في الوقت الراهن برامج للتخلُّص من الملاريا (جمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والمملكة العربية السعودية) (الجدول 4).

فقد انخفض عدد حالات السراية المحلية في المملكة العربية السعودية إلى 58 حالة في 2009، ممَّا يمثِّل انخفاضاً قدره 87% بالمقارنة مع 2007، كما حدث انخفاض أكبر في 2010 إلى 29 حالة فقط، ممَّا جعل المملكة قريبة جداً من وضع التخلُّص من الملاريا. علماً بأن التغلُّب على بقية التحدِّيات التي تواجه عملية التخلُّص من الملاريا يتطلَّب نظام ترصد قوياً ونشطاً جداً، مع التنسيق على الحدود مع اليمن.

وفي جمهورية إيران الإسلامية تم الإبلاغ عن 4609 حالة محلية في 2009، ممَّا يمثِّل انخفاضاً قدره 65% بالمقارنة مع 2007، كما أبلغ عن انخفاض كبير في حالات المتصورة المنجلية في 2009 حيث لم يتعدَّ عدد الحالات المحلية 347. ويُتوقَّع التخلُّص من الملاريا المنجلية في المستقبل القريب جداً، بمشيئة الله في ظل التكثيف المقرَّر لجهود التخلُّص من الملاريا.

الجدول 4. الحالات المبلّغة في البلدان التي بها سراية بؤرية (مجموعة بلدان التخلص من الملاريا)

القطر	حالات الملاريا	2000	2005	2007	2009
جمهورية إيران الإسلامية	المجموع	19 716	18 966	15 712	6 122
	المحلية	12 294	12 792	13 278	4 609
	مجموع الحالات المنجلىة + حالات مختلطة	2 546	2 219	1 390	637
العراق	مجموع حالات الملاريا النشيطة	غير متوفر	16 747	14 322	5 485
	المجموع	1 860	47	3	1
	المحلية	غير متوفر (معظمها)	44	2	0
المملكة العربية السعودية	المجموع	6 608	1 059	2 864	2 333
	المحلي	4 736	204	467	58

وقد تبني العراق المرمى الخاص بالتخلص من الملاريا في 2005. فانخفض عدد الحالات فيه من 47 حالة محلية في 2005 إلى صفر في 2009 و2010. وقام المكتب الإقليمي، في إطار مراجعة البرنامج، بتدريب فريق مكون من 12 من العاملين الوطنيين بالبرنامج ومن الجامعات، وذلك في حزيران/يونيو 2010، مستخدماً الدلائل الإرشادية التي أعدت لتقييم برنامج التخلص من الملاريا. وقد تم جمع البيانات ويتواصل تحليلها حالياً، وسوف تستخدم النتائج في تحديث استراتيجية التخلص من الملاريا وتوقي عودتها، والتي يتوقع الانتهاء منها وإطلاقها في اليوم العالمي للملاريا 2011. وتعد تجربة العراق مثلاً ناجحاً للتخلص من ملاريا المتصورة النشيطة في ظل ظروف طوارئ معقدة.

3.4.2 مجموعة بلدان مكافحة الملاريا

أعدت في 2009 استراتيجية للتخلص من الملاريا في جزيرة سقطرى باليمن، علماً بأنه لم يتم الإبلاغ عن أي حالة من قبل القطاع العام، وذلك منذ 2006. وقد أعدت منظمة الصحة العالمية مقترحاً لـ "حضر موت خالية من الملاريا 2010 - 2015"، يتم التركيز فيه على محافظات حضر موت، وشبوة، والمهرة، ملتماً 3.5 مليون دولار أمريكي من مؤسسة "العون". ومن المنتظر الانتهاء من التقييم المبدئي للحدوى، والتخطيط في المستقبل القريب، بمشيئة الله. وبدأ تنفيذ مبادرة "شبه الجزيرة العربية خالية من الملاريا" في عام 2010، وقد التزمت دول مجلس التعاون الخليجي بدفع مبلغ إجمالي قدره 47.2 مليون دولار أمريكي على مدى 10 سنوات. وأنشأت دول المجلس صندوقاً خاصاً بالملاريا من أجل هذا المشروع، ووصل مجموع المبالغ المقررة من مصادر معتمدة لخطة العمل 2010 - 2011، إلى ما مقداره 16.8 مليون دولار أمريكي.

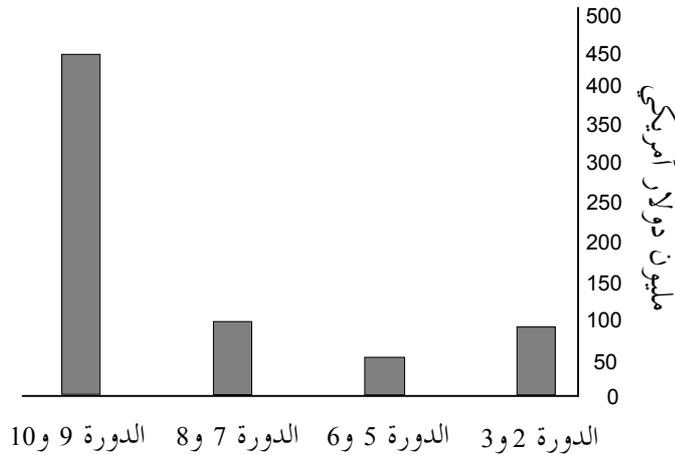
وتتعاون المنظمة والشركاء على دعم البلدان الموطونة بالملاريا للبدء بتنفيذ مشروعات التمهيد للتخلص من الملاريا أو مشروعات التخلص منها على المستوى دون الوطني، حيثما كان ذلك ممكناً. وتقوم المنظمة، بالتعاون مع

وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، بدعم مشروع للتخلص من الملاريا المنجلية في ثلاث مقاطعات في أفغانستان على الحدود مع طاجيكستان، يهدف إلى تعزيز إجراءات تأكيد حالات الملاريا.

وفي الصومال، تضمنت الخطة الاستراتيجية 2011 - 2015، مشروعاً ارتيادياً لخفض معدل انتشار الملاريا إلى ما يقارب الصفر، في المنطقة الشمالية الشرقية والمنطقة الشمالية الغربية. وتم توفير الموارد اللازمة للتنفيذ من قبل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الدورة 10). وتلقت جيبوتي الدعم من الصندوق العالمي (الدورة 9) لأنشطة ما قبل التخلص من الملاريا. وسيخضع البرنامج لمراجعة متعمقة في عام 2011 لإعداد خطة استراتيجية حتى عام 2015. وقد وسَّع السودان، في الخطة 2011 - 2015 منطقة الخلو من الملاريا لتشمل ولايات إضافية بجانب ولاية الخرطوم، بدعم مالي من الصندوق العالمي (الدورة 10).

وتم خلال المدة 2009 - 2010 دعم عدد من الأنشطة والمبادرات لتنسيق أنشطة مكافحة الملاريا عبر الحدود، وشمل ذلك عقد اجتماعات لكل من: شبكة القرن الأفريقي لرصد المعالجة بمضادات الملاريا، وشبكة مكافحة الملاريا عبر الحدود بين أفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية، ومبادرة "مجموعة الخمسة" (أفغانستان، وباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والعراق، ومنظمة الصحة العالمية)، واجتماع دول مجلس التعاون الخليجي تحت مظلة مبادرة شبه الجزيرة العربية خالية من الملاريا، والاجتماع بين أفغانستان، وطاجيكستان، وتركمانستان حول مكافحة الملاريا. وكان التعاون السعودي اليمني القوي عبر الحدود، الذي انطلق عام 2004، قد شهد بعض التهاؤن عام 2010 بسبب الصراع الذي نشب على جانبي الحدود، وما أسفر عنه من نزوح للسكان، مما ترك مناطق شاسعة غير مأهولة.

وبلغت موارد الصندوق العالمي المعتمدة لمكافحة الملاريا والتخلص منها في بلدان الإقليم خلال المدة 2002 - 2010 مبلغاً يفوق 689 مليون دولار أمريكي، كما ارتفع مقدار المنح من 90 مليون دولار أمريكي في الدورتين الثانية والثالثة إلى أكثر من 446 مليوناً في الدورتين التاسعة والعاشر (2009 - 2010) (الشكل 3).



الشكل 3. المنح المعتمدة من الصندوق العالمي من أجل مكافحة الملاريا في بلدان الإقليم

3. التحديات

- ماتزال الحاجة قائمة للكثير من الدعم للارتقاء بالتدخلات الأساسية للملاريا. فقد أظهرت مسوحات مؤشر الملاريا التي أجريت مؤخراً، بعض الارتفاع في التغطية بتوليفات الأدوية التي قاعدتها الأرتيميسينين، وبالناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول. ومع ذلك، فماتزال هناك فجوة هائلة بين المستوى الحالي للتغطية والمستوى المستهدف، البالغة نسبته 80%. ويمكن أن تُعزى هذه الفجوة إلى التمويل غير الكافي من قِبَل المانحين، إضافة إلى عدم كفاية التمويل في الميزانية الوطنية، في ظل المخصصات المتدنية للقطاع الصحي بوجه عام. كما تُعزى هذه الفجوة أيضاً إلى القدرات المحدودة في التخطيط والتنفيذ على المستوى القطري.
- إن معدل التغطية بالتشخيص القائم على تحديد أنواع الطفيليات، وهو تشخيص يُعدُّ أساسياً للتمييز بين الملاريا وغيرها من أسباب الحمى، هو معدّل مُتدّن جداً. ويتطلب بلوغ مرمى الإتاحة الشاملة لهذا النوع من التشخيص توسعاً كبيراً في مجال الفحص المجهرى واختبارات التشخيص السريع (في الأماكن التي لا يكون الفحص المجهرى فيها ممكناً)، إلى جانب ضرورة وجود نظم قوية لضمان الجودة. وقد أصبح الآن ممكناً إجراء التشخيص باستخدام اختبارات التشخيص السريع على مستوى المجتمع المحلي. وينبغي التوسع في تقديم خدمات التشخيص والمعالجة ذات الجودة العالية في القطاع الخاص مع توفير إشراف قوي عليه.
- هناك نقص في العاملين المَهرة في مجال مكافحة النواقل، بما في ذلك الاختصاصيون في علم الحشرات. الأمر الذي يحدُّ من امتداد جهود الوقاية من الملاريا، وضمان استمرار تلك الجهود. ثم إن جودة وحسن توقيت تنفيذ الرش الثمالي داخل المباني يحتاجان إلى تحسين، كما أن التقارير حول المقاومة للبيريثرويد في بعض المناطق، وإلى حد بعيد، في ولاية الجزيرة في السودان، تحدُّ من استخدامه في أنشطة الرش الثمالي داخل المباني، الأمر الذي يتطلب إدخال البنديوكارب، الذي هو أكثر تكلفة. والحاجة قائمة إلى خطة شاملة لرصد، وتوقّي مقاومة الحشرات للمبيدات والتعاطي معها.
- يتَّسم ترصُّد الملاريا بالضعف بين بلدان مجموعة المكافحة، ولن يمكن تحسينه دون الاستثمار على جميع المستويات، بما في ذلك التوسُّع في إتاحة الفحوص التشخيصية للملاريا. ومع انحسار سراية الملاريا في معظم المناطق بالبلدان الموطونة، فإن ترصُّد حالات الملاريا المؤكَّدة، في الوقت المناسب، يُعدُّ أمراً حاسماً في توجيه جهود المكافحة المكثفة.
- إن الحراك الكبير والمتزايد للسكان (مشروعاً كان أم غير مشروع) إلى جانب القلاقل السياسية والمدنية في بعض المناطق بالإقليم تشكّل أخطاراً متزايدة على عودة الملاريا في البلدان التي تمكنت من التخلص منها من قبل. وتمس الحاجة إلى تقوية نظم الترصُّد في كل من القطاعين العام والخاص، وإقامة نُظُم للتصدي السريع لفاشيات الملاريا وانبعائها من جديد.
- يضيف التغيُّر المناخي والكوارث الطبيعية تحدياً جديداً لمكافحة الملاريا. فقد تفاقم وضع الملاريا في باكستان منذ الفيضانات الضخمة التي وقعت في 2010. وقد أظهرت التجربة أن التأخُّر في مواجهة مثل هذه المواقف الطارئة (ولاسيما الشراء السريع للسلع المطلوبة مثل الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول، والمبيدات الحشرية، والأدوية) قد يكون راجعاً، بالدرجة الأولى إلى طول مسارات الإمداد. ومثل هذه التجارب تدعو إلى

إنشاء مراكز إقليمية يمكن عن طريقها شحن كميات الإمدادات والمعدات المطلوبة بالسرعة المتوخاة، وذلك من أجل مواجهة الأوضاع الطارئة ذات الصلة بالمalaria، في الوقت المناسب.

- هنالك حاجة لمجابهة التحديات الرئيسية التي تواجه النظام الصحي من أجل بلوغ التغطية الشاملة. وتمثل هذه التحديات في: ضعف القدرات البشرية على مستوى المناطق وعلى المستوى الوطني؛ وضعف النظم المختبرية الخاصة بتأكيد حالات المalarيا؛ وغياب نظم الترصد الفاعل والسريع، وعدم فاعلية نظم الشراء وتدبير الإمدادات، والافتقار إلى البرامج المجتمعية أو ضعفها، وعدم تنظيم القطاع الخاص.
- يتطلب تحقيق التخلص من المalarيا التزاماً سياسياً أكبر وأكثر استدامةً، ودعمًا مالياً كاملاً، مع بذل الجهود من أجل تحبب العجز في أموال المانحين التي تخصص لبرامج مكافحة والتخلص من المalarيا خلال العقد المقبل، وذلك للحفاظ على المكاسب التي تحققت وتفادي وقوع أية نكسات. علماً بأن انبعاث وانتكاس المalarيا بين السكان الذين ليس لديهم مناعة أو لديهم مناعة ضعيفة فقط، يمكن أن يكون له آثار كارثية على الصحة وعلى التنمية، ويعرقل بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.

4. الخطوات القادمة

سوف يُواصل المكتب الإقليمي، في المدة من 2011 إلى 2015 تقديم دعمه للدول الأعضاء من أجل تحقيق التغطية الشاملة بتدخلات وخدمات تشخيص ومعالجة المalarيا بمستوى جودة عالٍ وبالفعالية المطلوبة من أجل توقي وتشخيص ومعالجة المalarيا بجميع الوسائل، بما يشمل إشراك القطاع الخاص والمجتمع المحلي. وستواصل جهود تعزيز قدرات مكافحة المalarيا والتخلص منها، مع التركيز على برامج تخطيط وإدارة مكافحة المalarيا والتخلص منها، وعلى أنشطة الترصد والرصد والتقييم، وتأكيد الإصابة بالمalarيا بالتشخيص من خلال الفحص المجهرى واختبارات التشخيص السريع. وسيتم دعم البلدان المستهدفة لإجراء مراجعات شاملة لأداء برامج مكافحة المalarيا بها، ولتحديث استراتيجياتها الوطنية في هذا الخصوص، كما سيتواصل تقييم جدوى التخلص من المalarيا على المستوى دون الوطني في البلدان التي تعاني من عبء مرتفع من المalarيا، مع دعمها أيضاً من أجل حشد الموارد، وتخطيط وتنفيذ هذه المبادرات.