

الاستراتيجية العالمية المعززة للمزيد من تقليص عبء المرض الناجم عن الجذام

مدة الخطة (2011 - 2015)

الاستراتيجية العالمية المعززة
للمزيد من تقليص عبء المرض
الناجم عن الجذام

(مدة الخطة: 2011-2015)

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

الإستراتيجية العالمية المعززة للمزيد من تقليص عبء المرض الناجم عن الجذام: مدة الخطة (2011 - 2015) / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في نيودلهي 2009 (SEA-GLP-2009.3)

WHO-EM/CTD/065/A

1. الجذام 2. جودة الرعاية الصحية - مواصفات 3. مكافحة الأمراض السارية - مواصفات 4. البرامج الصحية الوطنية 5. خدمات الصحة الوقائية 6. إرشادات التخطيط الصحي أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WC 335)

© منظمة الصحة العالمية، 2011

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكّل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيّنة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو موصى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التوزيع والمبيعات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: PAM@emro.who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه: البريد الإلكتروني: WAP@emro.who.int.

المحتويات

الصفحة

ملخص تنفيذي	هـ
وصف موجز لمرض الجذام	ز
1. مقدمة	1
1-1 التقدم المتحقق منذ طرح العلاج متعدد الأدوية	2
2-1 تحديات رئيسية	3
3-1 معلومات أساسية ومبررات	4
2. الوضع الراهن	5
3. مفاهيم أساسية ومبادئ إرشادية	7
1-3 الهدف	7
2-3 مبادئ إرشادية	7
3-3 اعتبارات استراتيجية	8
4-3 تحديد هدف عالمي لمتابعة التقدم	8
5-3 الهدف العالمي	9
4. قضايا استراتيجية	10
1-4 الوضع الوبائي	10
2-4 تحسين جودة الخدمات المتصلة بمرض الجذام	12
3-4 المساواة والعدالة الاجتماعية وحقوق الإنسان	18
4-4 دور الأشخاص المتأثرين بالجذام	18
5-4 الترصد لمقاومة الدواء	19
6-4 الوقاية من الجذام	19
7-4 البحث	20
8-4 الشراكات	20

21.....	5. مؤشرات للرصد والتقييم
21.....	1-5 مؤشرات أساسية لمتابعة التقدم
23.....	2-5 مؤشرات رئيسية لتقييم اكتشاف الحالات
23.....	3-5 مؤشرات رئيسية لتقييم جودة الخدمات
24.....	6. نتائج متوقعة بحلول عام 2015
25.....	المراجع

ملخص تنفيذي

إن المبادئ الأساسية لمكافحة الجذام والمعتمدة على اكتشاف حالات الإصابة الجديدة في الوقت المناسب ومعالجتها بالعلاج الكيماوي الفعال في شكل علاج متعدد الأدوية لن يطرأ عليها أي تغيير خلال الأعوام القادمة. وسيظل التأكيد على ضمان استمرار توفير رعاية عالية المستوى للمرضى تتسم بعدالة التوزيع والإتاحة مع سهولة الحصول عليها. ولا يوجد حالياً أية طفرات تكنولوجية أو تطورات تضمن حدوث أية تغييرات جذرية في الاستراتيجية الحالية لمكافحة الجذام.

على الرغم من هذا، توجد حاجة ملحة لإحداث تغييرات حاسمة ومبتكرة في تنظيم مكافحة الجذام وترتيبات العمل بين جميع الشركاء وأيضاً للتأثير على توجه مقدمي الرعاية الصحية والأشخاص المتأثرين بالجذام وأسرتهم وكذا عامة الناس.

ومن الجدير بالذكر أن الاستراتيجية العالمية المعززة لمزيد من تقليص العبء الناجم عن الجذام: خطة 2011-2015 بالإضافة إلى الدلائل الإرشادية العملية الميدانية تسعى جميعها لتعزيز عناصر «الاستراتيجية العالمية المعززة» التالية:

- ◀ ضمان استمرار الالتزام السياسي على المستويين الوطني والمحلي في جميع البلدان الموطونة.
- ◀ تعزيز الخدمات الروتينية وخدمات الإحالة في إطار النظم الصحية المتكاملة في جميع البلدان الموطونة.
- ◀ استخدام معدل الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية بين الحالات الجديدة لكل 100000 شخص كمؤشر رئيسي لمتابعة التقدم بالإضافة إلى قائمة المؤشرات الحالية.
- ◀ تنفيذ أساليب مبتكرة لاكتشاف الحالات بغية الحد من التأخر في التشخيص وحدوث حالات العجز من الدرجة الثانية بين الحالات الجديدة، بما في ذلك فحص المخالطين من الأسرة وقت التشخيص أو خلال فترة زمنية مقاربة لوقت التشخيص، وضم الجهود الخاصة لتحسين أنشطة مكافحة المرض من أجل التجمعات السكانية في المناطق التي يتعذر الوصول إليها والضواحي.
- ◀ تحسين جودة الخدمات الإكلينيكية من أجل التشخيص وتوفير التدابير العلاجية للمضاعفات الحادة والمزمنة للمرض، بما في ذلك الوقاية من العجز/الاختلال وتعزيز تقديم خدمات إعادة التأهيل عن طريق نظام إحالة جيد التنظيم.
- ◀ دعم جميع المبادرات الهادفة إلى تعزيز عملية إعادة التأهيل المجتمعي، مع إيلاء اهتمام خاص بالأنشطة الموجهة إلى الحد من الوصمة والتمييز ضد الأشخاص المتأثرين بالجذام وأسرتهم.
- ◀ ضمان توفير الأدوية من أجل العلاج متعدد الأدوية مجاناً وتوافر أنظمة توزيع فعالة في جميع البلدان الموطونة.

- ◀ إنشاء نظام ترصد والإبقاء عليه بغرض الوقاية والحد من تطور المقاومة للأدوية المضادة للجذام وانتقالها.
- ◀ تطوير استراتيجيات تدريب مستدامة على المستويين العالمي والقومي لضمان توافر خبرة التعامل مع المرض في البلدان الموطونة.
- ◀ استكشاف إمكانية استخدام الوقاية الكيميائية كوسيلة للوقاية من حدوث حالات إصابة جديدة بالجذام بين المخالطين من أفراد الأسرة.
- ◀ تعزيز ترتيبات عمل مساندة مع الشركاء على المستويات كافة.

وتجدر الإشارة إلى أن الاستراتيجية العالمية المعززة ستتطلب تأييدا والتزاما من كل من يعمل من أجل تحقيق الهدف المشترك المتمثل في تقليص العبء الناجم عن الجذام ومضاعفاته الجسدية والاجتماعية والاقتصادية الضارة بغية الاقتراب من تحقيق الحلم المشترك بـ «عالم خال من مرض الجذام».

وصف موجز لمرض الجذام

يعد الجذام مرضاً مزمناً معدياً يسببه نوع من البكتيريا المتفطرة. وعادة ما يصيب الجلد والأعصاب الطرفية، إلا أن له مجموعة كبيرة من المظاهر الإكلينيكية. ويصنف المرض إلى نوعين: أحدهما قليل العصابات والآخر متعدد العصابات، حسب كم العصابات البكتيرية. ويعد مرض الجذام قليل العصابات أخف وطأة ويتميز بظهور آفات/ بقع جلدية قليلة (حتى خمس بقع) في صبع الجلد (من شحوب أو احمرار) مع فقد الإحساس في هذه المناطق. ويصاحب الجذام متعدد العصابات آفات/ بقع متعددة (أكثر من خمسة) في الجلد مع ظهور عقيدات أو بقع أو ثخانة في الأدمة أو ارتشاح في الجلد، فضلاً عن إصابة الغشاء المخاطي للأنف في بعض الحالات مما يتسبب في احتقان الأنف أو الرعاف (نزيف الأنف). كما يمكن ملاحظة إصابة بعض الأعصاب الطرفية، مما ينجم عنه أحياناً الأنماط المتميزة بالعجز. وفي معظم حالات الإصابة بنوعي الجذام، يكون التشخيص واضحاً، إلا أنه في عدد قليل من الحالات، يستلزم تشخيص الحالات المشتبه فيها والتي تعاني من ظهور بقع مع فقدان الإحساس في المنطقة المصابة فحصاً من قبل أخصائي لاكتشاف دلالات المرض الرئيسية الأخرى، بما فيها إصابة الأعصاب وإيجابية الاختبار المعلمي (لطاخة من الجلد المشقوق).

ومن بين الأمراض السارية، يأتي الجذام كسبب للعجز العضوي الدائم. ويعد تشخيص الحالات وعلاجها في وقت مناسب قبل حدوث تلف في الأعصاب أكثر الطرق فاعلية للوقاية من العجز الناجم عن الجذام، حيث يمكن لتدبير العلاج الفعال لمضاعفات الجذام - ومنها ردود الأفعال والتهاب الأعصاب - الوقاية من تطور العجز أو الحد منه. وما لا شك فيه أن المرض وما يصاحبه من تشوهات مسئول عن الوصمة الاجتماعية والتمييز ضد المرضى وأسره في العديد من المجتمعات.

ويذكر أن نمط انتقال البكتيريا العصبوية المسببة للجذام ما زال غامضاً، إلا أن معظم الباحثين يعتقدون أن الجذام بسبب البكتيريا المتفطرة ينتقل من شخص لآخر كعدوى من إفرازات الأنف بصفة أساسية. وعادة ما تستمر فترة حضانة المرض البكتيري لمدة طويلة، أي لمدة خمس إلى سبع سنوات بوجه عام. وتعد مرحلة البلوغ هي ذروة العمر الذي يظهر فيه المرض - عادة ما بين 20-30 عاماً - ونادراً ما يظهر المرض في الأطفال دون سن الخامسة. وبينما يعد الإنسان العائل الأساسي ومستودع للبكتيريا المتفطرة، تشير أصابع الاتهام إلى بعض الحيوانات، مثل الأرماديلو (الحيوان المدرع)، كمستودعات للعدوى. والواقع أن أهمية هذه الاكتشافات والمتعلقة بالأمراض الوبائية غير معروفة، إلا أنه من الراجح أن تكون هذه الأهمية محدودة للغاية، إلا ربما في أمريكا الشمالية. وبخلاف السل الرئوي، لا يتوافر دليل يجعلنا نفترض وجود ارتباط بين العدوى بفيروس الإيدز والجذام. ومن المعروف أن لقاح عصابات كالميت غيران (بى. سى. جى) لها بعض الأثر الوقائي ضد المرض.

1. مقدمة

إن الهدف المتمثل في القضاء على الجذام بوصفه مشكلة صحية عامة وكما حددته «جمعية الصحة العالمية» في عام 1991؛ أي الوصول إلى معدل انتشار للمرض يقل عن حالة واحدة من بين كل 10000 شخص، قد تحقق على المستوى العالمي في عام 2000. ولذلك، حشدت «الخطة الاستراتيجية للقضاء على الجذام ما بين عامي 2000-2005»¹ الدعم لتعزيز التزام البلدان الموطونة وتشجيعه لضمان إتاحة الخدمات ذات الصلة بالمرض لجميع الأشخاص المتأثرين به² وسهولة وصولهم إليها في أقرب منشأة صحية³. وقد تجسد الجزء الهام من حملات مكافحة الجذام خلال تلك الفترة في التغطية المتزايدة عبر الحملات الجماهيرية وتقليص الانتشار العالمي للحالات المسجلة من أجل المعالجة بصورة كبيرة. وهكذا، صيغت «الاستراتيجية العالمية لمزيد من تقليص العبء الناجم عن الجذام وضمان استمرار أنشطة مكافحة الجذام بين عامي 2006-2010»⁴ بقصد أساسي هو ضمان استدامة البرنامج بتقليل الاعتماد على البنية التحتية الرأسية وتعزيز التكامل داخل منظومة الصحة العامة. وقد جاء هذا إيذاناً بتركيز متجدد على قضايا متصلة بجودة الخدمات والوصول إلى المجتمعات التي تعاني من ضعف الخدمات فضلاً عن بناء شراكات فعالة من شأنها تخفيف عبء المرض بصورة أكبر.

ومما لا شك فيه أن الاستراتيجية العالمية المعززة لمزيد من تقليص العبء الناجم عن الجذام ستواصل اعتمادها على مبادئ مكافحة المراضة، أي اكتشاف الحالات الجديدة في الوقت المناسب ومعالجتها بالعلاج الكيماوي الفعال. ومع هذا، ومن أجل ضمان التقدم في هذا المجال، ستكون هناك حاجة إلى ضم عناصر إضافية بغية زيادة وتيرة تقليص عبء المرض وضمان استمرار الالتزام السياسي والمهني بمكافحة الجذام. وقد جاءت صياغة الاستراتيجية العالمية المعززة لمزيد من تقليص العبء الناجم عن الجذام بين عامي 2011-2015 كامتداد طبيعي لاستراتيجيات منظمة الصحة العالمية السابقة. فهي تعطي فرصاً لتحسين العمل المشترك وتعزيز الجهود العالمية لمواجهة باقي التحديات بغية تقليص العبء الناجم عن الجذام وأثره الضار على الأشخاص المصابين وأسراهم.

وفي هذا السياق، تقدم هذه الوثيقة فكرة عامة عن مفاهيم الاستراتيجية العالمية المعززة وأخلاقياتها ومبادئها الإرشادية. وتنضم إليها «الدلائل الإرشادية» الميدانية والتي توجز المقترحات العملية لتنفيذ أنشطة مكافحة الجذام والمستندة إلى الأدلة والمعرفة المهنية وأفضل الممارسات الحالية. ومن المنتظر أن تساعد هذه الوثائق البلدان الموطونة على تطوير استراتيجياتها وخطط العمل التي تناسبها لضمان استمرار الخدمات عالية الجودة وتقديمها للأفراد والمجتمعات الذين هم بحاجة إليها.

¹ منظمة الصحة العالمية، الدفعة الأخيرة نحو القضاء على الجذام: الخطة الاستراتيجية 2000-2005، منظمة الصحة العالمية/ إدارة الأمراض المعدية/ CPE/CEE/2000.1. جنيف، 2000

² يشمل الأشخاص المصابون بالجذام أولئك الذين يتلقون العلاج متعدد الأدوية والأشخاص المصابين بالعجز من جراء المرض والأشخاص الذين تماثلوا للشفاء

³ تشمل الخدمات المتعلقة بالجذام التشخيص والمعالجة بالعلاج متعدد الأدوية وتقديم المشورة للمرضى وأسراهم وتوعية المجتمع والوقاية من العجز/ الاختلالات وإعادة التأهيل والإحالة لعلاج المضاعفات

⁴ منظمة الصحة العالمية، الاستراتيجية العالمية المعززة للمزيد من التخفيف لعبء المرض الناجم عن الإصابة بالجذام (2006-2010)، منظمة الصحة العالمية/ 53/ CDS/CPE/CEE/2005. جنيف، 2005

1-1 التقدم المتحقق منذ طرح العلاج متعدد الأدوية

يعود الفضل في النجاح الباهر في القضاء على مرض الجذام عالميا إلى مجموعة مؤلفة من ثلاثة عناصر هي؛ وضوح الهدف وفعالية التكنولوجيا ووضوح استراتيجية التنفيذ. ويمكن عزو الإنجاز الكبير الذي تحقق في تقليص العبء العالمي للجذام على مدار العقدين المنصرمين إلى حدثين هامين في تاريخ الحرب ضد الجذام. وقد وقع الحدث الأول في عام 1981 عندما أوصت «مجموعة دراسة العلاج الكيماوي لمرض الجذام التابعة لمنظمة الصحة العالمية» باستخدام العلاج متعدد الأدوية كعلاج نموذجي لمرض الجذام⁵. وقد قاد نجاح العلاج متعدد الأدوية للحدث البارز الثاني في عام 1991 عندما تبنت جمعية الصحة العالمية الرابعة والأربعين القرار رقم ج ص ع 44-9⁶ معلنة التزامها بالقضاء على الجذام بوصفه مشكلة صحية عامة بنهاية عام 2000. ودل هذا ضمنا على تحقيق معدل انتشار للمرض أقل من حالة واحدة من بين كل 10000 شخص. وفيما يلي بعض الإنجازات البارزة منذ إدخال العلاج متعدد الأدوية:

- ◀ خلال الفترة ما بين عام 1985 وبداية عام 2008، تم تشخيص إصابة ما يقرب من 15 مليون شخص بمرض الجذام وقد تلقوا العلاج متعدد الأدوية، ولم يسجل سوى عدد ضئيل من حالات الانتكاس.
- ◀ تحقق تحسن ملموس في تغطية الخدمات المتصلة بمرض الجذام، خاصة في المناطق التي كان يتعذر الوصول إليها من قبل وكذا في أوساط الجماعات السكانية التي تعاني من ضعف الخدمات. وهذا تماما ما حدث في حالة البلدان التي تتعافى من فترات طويلة من الصراع المسلح والاضطرابات المدنية في الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط التابعين لمنظمة الصحة العالمية.
- ◀ أدى الاكتشاف المبكر لحالات الإصابة ومعالجتها بالعلاج متعدد الأدوية إلى وقاية ما يقدر بمليون إلى مليوني شخص من العجز الذي يسببه الجذام.
- ◀ وجود مستوى أعلى بشكل ملموس حاليا من الوعي والالتزام السياسي في البلدان الموطونة، مع تأكيد متجدد على قضايا حقوق الإنسان ذات الصلة بالوصمة والتمييز اللذين يتعرض لهما الأشخاص المصابون بالمرض وأسرهم.
- ◀ تمثلت إحدى السمات الإيجابية في دمج أنشطة مكافحة الجذام في خدمات الصحة العامة. وقد نفذ هذا الأمر كأمر سياسي في غالبية البلدان الموطونة.
- ◀ منذ عام 1995، توافرت الأدوية المطلوبة للعلاج متعدد الأدوية بالمجان في جميع البلدان الموطونة عن طريق منظمة الصحة العالمية، ومن الراجح أن يستمر هذا الترتيب في المستقبل المنظور.
- ◀ تحقق تقدم كبير في تنمية الشركات الفعالة مع الوكالات الوطنية والدولية، مما أدى إلى تحسين مستويات التعاون بين جميع الشركاء لتحقيق الهدف المشترك المتفق عليه.

⁵ منظمة الصحة العالمية. العلاج الكيماوي للجذام لبرامج القضاء على المرض: تقرير مجموعة الدراسة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (سلسلة التقارير الفنية

الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، رقم 675). جنيف، 1982.

⁶ متاح على شبكة الإنترنت على www.who.int، «تصريف الشؤون»

1-2 تحديات رئيسية

على الرغم من تحقق تقدم هام في مجال مكافحة المرض وتقليص العبء الناجم عنه، مازال هناك الكثير ينبغي عمله بغية ضمان استمرار المكاسب وتقليص أثر المرض بشكل أكبر، خاصة العبء الناجم عن التداعيات العضوية والنفسية والاجتماعية الاقتصادية للجذام على الأشخاص المصابين وأسرهم. وتتمثل التحديات الرئيسية فيما يلي:

- ◀ الحاجة الملحة لإعادة التأكيد على الالتزام السياسي وإبعاد الإحساس بالرضا الذاتي والذي يبدو مقحماً على برامج مكافحة الجذام.
- ◀ الحاجة إلى تحسين أنظمة الإحالة عن طريق تقوية منشآت الإحالة القائمة وإقامة منشآت جديدة في إطار الأنظمة الصحية المتكاملة - إذا ما دعت الحاجة - من أجل تحسين التدبير العلاجي للمضاعفات الحادة والمزمنة للجذام.
- ◀ الحاجة المتزايدة لتطوير أدوات وإجراءات أكثر فعالية للتعرف المبكر على تفاعلات الجذام وتلف الأعصاب وتوفير التدبير العلاجي لها.
- ◀ حاجة معظم البرامج إلى الشروع في أنشطة تهدف إلى تحسين جودة حياة الأشخاص المصابين بالجذام عن طريق الوقاية من الإعاقة وتدابير إعادة التأهيل المجتمعي.
- ◀ الحاجة إلى بناء خبرات في التعامل مع الجذام وضمان استمرارها على مستوى كل بلد. وتظهر أيضاً الحاجة إلى تطوير استراتيجية بالتعاون مع الشركاء تغطي برامج التدريب على المستويين العالمي والوطني.
- ◀ أهمية مكون الإعلام والتعليم والاتصال في البرنامج لزيادة وعي المجتمع بغية تشجيع الإبلاغ التطوعي ومكافحة الوصمة والتمييز الاجتماعي الذي يواجه الأشخاص المصابين بالجذام. ومن الأهمية بمكان ضمان ملاءمة هذه المبادرات للبيئة المحلية وقلة تكلفتها واستدامتها.
- ◀ جاءت التقارير الأخيرة عن حالات انتكاس بعض المرضى المصابين بسلالات المنفطرة الجذامية المقاومة للأدوية مثيرة للقلق. ويكمن التحدي في متابعة تطور مقاومة الدواء عن كثب، خاصة مقاومة الريفامبين، عن طريق شبكة ترصد عالمية ووطنية، وتيسير المبادرات البحثية لتطوير نظم تدابير علاجية بديلة للحد من انتشار هذه المقاومة.
- ◀ يتمثل أحد الاحتياجات على المدى البعيد في تطوير اختبارات تشخيصية موثوقة للتشخيص المبكر فضلاً عن لقاح فعال للوقاية من الإصابة بالجذام.
- ◀ يظل الإشراف الحلقة الضعيفة في معظم البرامج. وينبغي على البرامج الوطنية تقوية الأنشطة الإشرافية المتكاملة من أجل تحسين جودة الخدمات المتصلة بالجذام على أرض الواقع.
- ◀ أصبحت الشراكة والتعاون مع الأطراف المعنية في غاية الأهمية للمشاركة بصورة فعالة في مواجهة التحديات والعمل معاً على التغلب عليها.

3-1 معلومات أساسية ومبررات

معلومات أساسية

على الرغم من الانخفاض الهائل في عدد المصابين المسجلين لتلقي العلاج، سيتواصل ظهور حالات جديدة من الإصابة بالجذام لسنوات أو حتى لعقود عديدة. ولهذا ينبغي على القائمين على الخدمات الصحية ضمان استمرار توفير خدمات جيدة على جميع المستويات في المستقبل المنظور. ولقد أوليت مبادئ التكامل والجودة والمساواة والاستدامة أولوية في صياغة الاستراتيجية العالمية المعززة.

ومن الجدير بالذكر أن الإطار الحالي لمكافحة الجذام يتسم بتوفير خدمات مكافحة الجذام على المستوى غير المركزي بشكل كامل. وتتلقى هذه الخدمات دعماً من وحدات متخصصة لها خبرة في التعامل مع المرض على المستويات المتوسطة، والتي توفر التوجيه الفني اللازم، وأيضاً من وحدة مركزية لصياغة السياسات وللمتابعة والتقييم. ويتمثل الأسلوب الرئيسي في هذا الصدد في الدمج بين جميع المكونات الضرورية لأنشطة مكافحة الجذام داخل نظام الرعاية الصحية الأولية. وهو يشمل استخدام منشآت الإحالة المتكاملة وتقويتها للتعامل مع المضاعفات الحادة (مثل الإرتكاسات) والمزمنة (مثل القرحة التغذائية trophic). وتحتاج هذه الاستراتيجية إلى تخطيط دقيق وأساليب مختلفة على المستويين الوطني وما دون الوطني داخل البلد نفسه حسب العبء المحلى الناتج عن الجذام فضلاً عن توافر البنية التحتية الصحية المناسبة ومستوى الدعم من قبل سلطات الحكم المحلي.

وفي هذا الإطار، تطرح حالياً مجموعة من الأساليب للتعامل مع المناطق التي ينخفض فيها العبء الناجم عن الجذام وأيضاً تلك التي يرتفع فيها هذا العبء، أي تحسين جودة الخدمات الإكلينيكية ورفع كفاءة توزيع العلاج متعدد الأدوية وتنفيذ أساليب مبتكرة للوصول إلى السكان الذين يعانون من ضعف الخدمات على مستوى الرعاية الصحية الأولية فضلاً عن تنفيذ عملية ترصد فعالة لمقاومة الأدوية. ويمكن في هذا الصدد تعزيز جدول أعمال مكافحة الجذام بصورة أكبر عن طريق الاستثمار في البحث المستهدف للوصول إلى أدوية مضادة للجذام أكثر قوة والوقوف على إمكانية استخدام الوقاية الكيميائية بين المخالطين للحالات المصابة بالجذام داخل الأسرة، واستنباط علاجات جديدة للوقاية من التهاب الأعصاب وردود الأفعال، واتخاذ تدابير علاجية لها وأيضاً تطوير تدخلات مبتكرة للوقاية من العجز جراء الإصابة بالجذام والحد منه وإعداد أدوات تشخيصية ووقائية جديدة فضلاً عن تشجيع البحث العملي لزيادة الوصول إلى إجراءات الوقاية من المرض وأثرها.

ومما لاشك فيه أن هناك حاجة لتوحيد الجهود من أجل تعزيز الوعي المتزايد بمرض الجذام وتقليص الوصمة والتمييز حتى يمكن ضمان استمرار اهتمام صناعات السياسة وتشجيع مشاركة القائمين على خدمات الصحة العامة في مكافحة الجذام. ومن الأهمية بمكان التعامل مع مشكلة الإصابة بالجذام وعواقبها الأوسع انتشاراً عن طريق التنفيذ الدقيق للإستراتيجيات المسندة بالبيانات. ومن الضروري أيضاً اغتنام كل الفرص المتاحة لتوسيع الرؤية وتعزيز جميع الجهود من أجل تحقيق الهدف.

وفيما يتعلق بالحاجة إلى تركيز الجهود العالمية وتحسينها، جرى تطوير الاستراتيجية العالمية المعززة بالتشاور مع الدول الأعضاء والأقاليم التابعة لمنظمة الصحة العالمية وشركائها، بمن فيهم الأشخاص المصابون بالجذام، بغرض تقليص العبء الناجم عن المرض بشكل أكبر وضمان استمرار أنشطة مكافحته أينما وجد. وسيساعد هذا الأمر على ضمان استمرار المكاسب المحققة حتى الآن وتقليص العبء الناجم عن الجذام بشكل أكبر في البلدان الموطونة.

فضلا عن هذا ، تطرح الاستراتيجية العالمية المعززة تصورا لهدف عالمي لمتابعة التقدم وتستحث البرامج المعنية على دراسة مجموعة متنوعة من الخيارات لتوسيع مستوى التنفيذ وتحسين جودته. ومن المأمول أن تكفل الاستراتيجية العالمية المعززة درجة أعلى من الاهتمام وتضفي صرامة على البرامج الوطنية لمكافحة الجذام وأنشطتها

العبء الناجم عن الجذام

يمكن قياس العبء الناجم عن الإصابة بالجذام من واقع حالات الإصابة الجديدة المبلغ عنها أو عدد الحالات المسجلة لتلقي العلاج أو تلك المصابة بالعجز. وبينما انخفض عدد الحالات المسجلة لتلقي العلاج (الانتشار المسجل) انخفاضاً كبيراً، لم يتقلص عدد الحالات الجديدة المبلغ عنها بنفس القدر. وفي الوقت الذي أظهر فيه العبء الناجم العجز - من حيث حالات العجز الجديدة - انخفاضاً مطرداً، يصعب التعليق على هذا العبء من حيث انتشاره نظراً للافتقار إلى البيانات المحدثة.

وهكذا يتمثل الهدف من مكافحة الجذام في تقليص العبء الناجم عن هذا المرض. ويعتمد تحديد المؤشر أو مجموعة المؤشرات الواجب الاستعانة بها لقياس تقليص هذا العبء على ما للعناصر العملية من تأثير وأيضاً على سهولة القياس وصحته. كما يعد توافر معلومات موثوق بها وقابلة للمقارنة عن العبء الناجم عن الجذام بين السكان وكيف تتغير طبيعة هذا العبء بمرور الوقت أمراً في غاية الأهمية لإبراز هذا المرض بين الأولويات والاهتمامات المتنوعة وأيضاً لاتخاذ القرار بشأن الأولويات داخل الهيئة المعنية بمكافحة الجذام.

2. الوضع الراهن

من الجدير بالذكر أن منظمة الصحة العالمية تجمع البيانات بصفة دورية عن عدد من المؤشرات من الأقاليم التابعة لها والدول الأعضاء فيها. وتشمل هذه البيانات العدد الكامل لكل من الحالات المسجلة لتلقي العلاج في نهاية عام كامل والحالات الجديدة المكتشفة خلال عام كامل أيضاً. ومن بين الحالات الجديدة، تتمثل المؤشرات في الأعداد المصابة بعجز من الدرجة الثانية -- والمصنفة على كونها متعددة البكتريا العسوية -- والأطفال والنساء. علاوة على هذا، شهدت السنوات الأخيرة جمع بيانات عن معدلات إتمام العلاج/المعالجة للحالات الناجمة عن البكتريا قليلة العصيات ومتعددة العصيات. وتطلب منظمة الصحة العالمية من البلدان المعنية تقديم معلومات عن الأعداد الكاملة لحالات الانتكاس التي جرى الإبلاغ عنها خلال العام المحدد كمؤشر بديل لمتابعة فعالية العلاج متعدد الأدوية. وعلى الرغم من احتمال تأثر البيانات بعدد من العناصر العملية، فإنها تشكل مصدراً هاماً للمعلومات للعمل على المستويين الوطني والعالمي.

ويشار هنا إلى أنه في أوائل عام 2008، سجلت 218605 حالات إصابة بالجذام لتلقي العلاج في أنحاء العالم، بينما شهد عام 2007 الإبلاغ عن 258133 حالة جديدة. وأظهر الاكتشاف العالمي للحالات الجديدة انخفاضاً طفيفاً مقارنة بالأعوام السابقة.

ويتمثل أحد المظاهر الأساسية للمعلومات المتاحة عن توجهات اكتشاف حالات الإصابة الجديدة في التنوع الكبير عبر المساحة والزمن وعبر البلدان (بل وداخل البلدان نفسها) على مر الأعوام. وهذا أمر جلي خاصة في الدول الموطونة الرئيسية كإندونيسيا والبرازيل على سبيل المثال. وتوضح المعلومات المستقاة من البلدان الثمانية عشر الرئيسية (انظر الجدول) أن 94% من إجمالي عدد الحالات الجديدة المكتشفة في عام 2007 يعود إلى هذه الدول.

جدول: الحالات الجديدة المبلغ عنها سنويا من 18 بلدا ذات العبء الأكبر الناجم عن الجذام

م	البلد	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	أنجولا	4 272	2 933	2 109	1 877	1 078	1 269
2	بنجلاديش	9 844	8 712	8 242	7 882	6 280	5 357
3	البرازيل	38 365	49 206	49 384	38 410	44 436	39 125
4	الصين	1 646	1 404	1 499	1 658	1 506	1 526
5	كوت دي فوار	1 358	1 205	1 066	NA	976	1 204
6	الكنغو الديمقراطية	5 037	7 165	11 781	10 369	8 257	8 820
7	إثيوبيا	4 632	5 193	4 787	4 698	4 092	4 187
8	الهند	473 658	367 143	260 063	169 709	139 252	137 685
9	إندونيسيا	12 377	14 641	16 549	19 695	17 682	17 723
10	مدغشقر	5 482	5 104	3 710	2 709	1 536	1 644
11	موزامبيق	5 830	5 907	4 266	5 371	3 637	2 510
12	ميانمار	7 386	3 808	3 748	3 571	3 721	3 637
13	نيبال	13 830	8 046	6 958	6 150	4 235	4 436
14	نيجيريا	5 078	4 799	5 276	5 024	3 544	4 665
15	الفلبين	2 479	2 397	2 254	3 130	2 517	2 514
16	سريلانكا	2 214	1 925	1 995	1 924	1 993	2 024
17	السودان	1 361	906	722	720	884	1 706
18	تنزانيا	6 497	5 279	5 190	4 237	3 450	3 105
	الإجمالي (%)	601346 (%.97)	495 773 (%.96)	389 599 (%.96)	287 134 (%.96)	249 076 (%.96)	243 137 (%.94)
	الإجمالي العالمي	620 63	514 718	407 791	299 036	265 661	258 133

كما تبرز حقيقة مفادها أن تراجع الإصابات لا يتحقق في كل البلدان. ففي واقع الأمر، ارتفع عدد الحالات المكتشفة فيما بين عامي 2006 و 2007 في 10 بلدان هي أنجولا والصين وجمهورية الكونغو الديمقراطية وكوت ديفوار وإثيوبيا وإندونيسيا ومدغشقر ونيبال ونيجيريا وسريلانكا. وتعزى الزيادة الكبيرة التي لوحظت في السودان إلى ضم البيانات المستقاة من جنوب السودان من عام 2007. أما معدل الانخفاض في بعض البلدان مثل الهند وميانمار والفلبين فيتراوح ما بين التباطؤ والاستقرار. ولهذا، وفي ظل المعلومات المتاحة، يتعذر الخروج بأية تنبؤات محددة بشأن توجهات اكتشاف حالات الإصابة الجديدة في السنوات القادمة.

3. مفاهيم أساسية ومبادئ إرشادية

1-3 الهدف

يتمثل الهدف من الاستراتيجية العالمية المعززة في تحقيق مزيد من تقليص العبء الناجم عن الجذام وضمان استمرار تقديم خدمات عالية الجودة لجميع المجتمعات المصابة وضمان إتباع مبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية.

2-3 مبادئ إرشادية

تطرح الاستراتيجية العالمية المعززة التصورات التالية:

- ◀ دعم الحكومات الوطنية وإرشادها في تطوير استراتيجيات وخطط عمل مناسبة لكل بلد لمزيد من تقليص العبء الناجم عن الجذام.
- ◀ ضمان استمرار اكتشاف الحالات في الوقت المناسب عن طريق الأساليب الملائمة محليا وتحسين الالتزام بالمعالجة واستكمالها مع توفير العلاج متعدد الأدوية المقدم مجانا لجميع البلدان الموطونة.
- ◀ تعزيز الأساليب المتكاملة بالاستعانة بالأنظمة الصحية العامة لتقديم خدمات عالية الجودة لمكافحة الجذام على جميع المستويات، بما فيها الإحالة بالنسبة للمضاعفات الحادة (مثل التهاب الأعصاب والمضاعفات في العيون) وتوفير الرعاية المستمرة للحالات المزمنة (مثل القرحة الاغذائية trophic وحالات الضعف المتقدمة).
- ◀ تعزيز أساليب مبتكرة ومستدامة وتقويتها لتوسيع خدمات مكافحة الجذام لتغطي المجتمعات والجماعات التي تعاني من ضعف الخدمات والمناطق التي يتعذر الوصول إليها جغرافيا وكذا السكان المضارين من الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان.
- ◀ تقوية جميع الإجراءات الرامية إلى الوقاية من الإصابة بالعجز وتفاقمه بين الأشخاص المصابين بالجذام، بما في ذلك الاكتشاف المبكر والتدبير الفعال لعلاج المضاعفات الحادة مثل ردود أفعال الجذام، فضلا عن تعزيز ممارسات الرعاية الذاتية.
- ◀ تعزيز الاستعانة بإعادة التأهيل المجتمعي بغية تحسين جودة حياة الأشخاص والأسر المصابين بالجذام.
- ◀ تطبيق طرق منخفضة التكلفة لزيادة وعي المجتمع وقبوله ومشاركته لمكافحة الوصمة والتمييز ضد الأشخاص والأسر المصابة بالجذام.
- ◀ ضمان تنفيذ البلدان الموطونة - وبدعم من شركائها - استثمارات كافية في تنمية الموارد البشرية على المدى البعيد عن طريق استراتيجيات تدريب دولية ووطنية مناسبة من شأنها ضمان استمرار الخبرة الوطنية في مرض الجذام.
- ◀ السعي الحثيث من أجل تعاون فعال مع المنظمات المجتمعية الدولية والوطنية والمحلية ذات الصلة بقطاع الصحة وغيره من القطاعات.

3-3 اعتبارات استراتيجية

عند تطوير الاستراتيجية العالمية المعززة، تدرس القضايا التالية كإطار لتحفيز التغييرات وتحديد اتجاهات البرنامج المستقبلية:

- ◀ توسيع الفرص لمزيد من تقليص العبء الناجم عن المرض عن طريق اكتشاف الحالات ومعالجتها في الوقت المناسب والتطعيم بعصيات كالميت غيران (بي. سي. جي) وتحسين الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية.
- ◀ متابعة التقدم عن كثب بدراسة اتجاه الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية بين السكان.
- ◀ تقوية أنشطة مكافحة الجذام في المناطق التي تكتشف فيها نسب عالية من الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية.
- ◀ التعامل بشكل مناسب مع العدد الكبير للأشخاص المصابين بعجز متصل بالجذام والذين ليس لهم احتياجات محددة.
- ◀ التشديد على الحاجة لمواجهة التحديات العملية على الرغم من تراجع حالات الإصابة بالجذام.
- ◀ الاستعداد لمواجهة ما يهدد جهود مكافحة الجذام مثل ظهور المقاومة للريفامبين، وذلك عن طريق إنشاء شبكة ترصد لمراقبة انتشار هذه المقاومة والحد منها، بما في ذلك تطوير أنظمة المعالجة البديلة للتعامل مع المرضى المصابين بـ «متلازمة دون هيو» المقاومة للدواء.
- ◀ ضمان المستوى الملائم من الأولوية لمرض الجذام إلى جانب التحديات الأخرى التي تواجه المجتمعات المعنية.

3-4 تحديد مرمى عالمي لرصد التقدم

تستعين الاستراتيجية الحالية بعدد من المؤشرات التي يمكن استخدامها لتحديد الأهداف، مثل نسبة المرضى المصابين بعجز من الدرجة الثانية بين الحالات الجديدة كمؤشر لجودة اكتشاف الحالات واستكمال المعالجة كمؤشر لجودة التدبير العلاجي للمرضى. أما المؤشرات الأخرى الموصى بها فتتمثل في نسبة الإصابة بالجذام بسبب البكتريا متعددة العصيات ونسبة الأطفال بين حالات الإصابة الجديدة، بيد أن هذه المؤشرات تتأثر بصورة كبيرة بالعناصر العملية. ولا بد من اختيار مؤشر واحد للاستعانة به كقاعدة لهدف عالمي للتأثير على اتجاه البرنامج. ويمكن بعدئذ استخدامه بالتزامن مع مجموعة مؤشرات بغرض المتابعة والتقييم.

وتجدر الإشارة إلى أنه يقترح استخدام معدل الحالات الجديدة المكتشفة والمصابة بعجز من الدرجة الثانية من بين كل 100000 شخص كمؤشر للمرمى العالمي خاصة وأنه أقل تأثراً بالعناصر العملية، حيث يركز الانتباه على حالات الإعاقة التي تعد أمراً خطيراً بالنسبة للأشخاص المصابين بالجذام كما يحفز على إدخال تحسينات على عملية اكتشاف الحالات. ويعد هذا المعدل علامة قوية تدل على مستوى ظهور المرض في المجتمع، كما يسهل التعرف عليه عملياً أكثر من العلامات المبكرة للمرض.

واستنادا إلى البيانات الواردة من البلدان المعنية، يمكن للمرء ملاحظة تراجع الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية. ومن المتوقع أن يعكس انخفاض عدد الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية انخفاضا في إجمالي عدد الحالات الجديدة. وتبدو هذه العلاقة جلية من حيث الأرقام الكاملة للحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية ومعدلاتها بين كل 100000 شخص وذلك في البيانات الواردة من العديد من البلدان. ويفترض هذا الأمر أن تأثيرات العناصر العملية ضئيلة ومطرده نسبيا. وقد لا يكون هذا الانخفاض في عدد الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية ظاهرا إذا ما اقتصر المرء على النظر إلى نسبة الحالات الجديدة المصابة بالعجز من الدرجة الثانية

وعلى الرغم من وجود قيود على استخدام هذا المؤشر، فإن الفوائد التي سيحققها في زيادة الالتزام ببرامج مكافحة الجذام سترجح كفته على أية قيود. ومع معاينته مع المؤشرات الأخرى، يمكن الاستعانة بمؤشر الحالات الجديد المكتشفة والمصابة بعجز من الدرجة الثانية من بين كل 100000 شخص لتقييم ضعف الاكتشاف؛ أي قياس الأثر على الحاجة إلى إعادة التأهيل البدني والاجتماعي وتأييد الاستعانة بالأنشطة الهادفة إلى الوقاية من العجز وتعزيز التعاون مع القطاعات الأخرى. علاوة على هذا، من شأن الاستعانة بهذا المؤشر أن تساعد على التشديد على القضايا ذات الأهمية لكل من الأشخاص المصابين بالجذام والحكومات والمنظمات غير الحكومية المانحين والشركاء الآخرين.

5-3 الهدف العالمي

لقد ساعد الهدف العالمي السابق الذي وضع للوصول بمستوى انتشار الحالات المسجلة لتلقى العلاج إلى (أقل من حالة واحدة لكل 10000 شخص) في تقليص عبء المرض على القائمين على الخدمات الصحية بفضل خروج أعداد كبيرة من المرضى المسجلين بعد استكمال العلاج. ومن الواضح أن استراتيجية مكافحة الجذام ستظل خلال السنوات الخمس إلى العشر القادمة تواصل اعتمادها على اكتشاف الحالات الجديدة في الوقت المناسب ومعالجتها بالنظام الملائم من العلاج متعدد الأدوية. وما من شك في أن أي هدف جديد يجب وأن يضع في الاعتبار تقليص العبء الناجم عن الجذام وتداعياته. سيتطلب هذا الأمر تشخيصا سليما وفي الوقت المناسب للحالات الجديدة قبل تطور العجز والاختلال. ومن المرجح أن يساعد مثل هذا الهدف على تحقيق تقليص أكبر في التداعيات العضوية والاجتماعية والاقتصادية السلبية التي يعانيتها الأشخاص المصابون بالجذام.

وفي هذا السياق، يقترح طرح هدف عالمي يتمثل في تقليص معدل الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية من بين كل 100000 شخص بنسبة 35٪ على الأقل بنهاية عام 2015، مقارنة بالرقم الأساسي في نهاية عام 2010. ويرتكز هذا الهدف — المتمثل في تقليص معدل الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية بنسبة 35٪ على الأقل بنهاية عام 2015 — على الإجماع الذي تحقق في اجتماع مديري البرنامج العالمي المعني باستراتيجية مكافحة الجذام والذي عقد في إبريل/ نيسان من عام 2009 في المكتب الإقليمي في جنوب شرق آسيا بمدينة نيودلهي في الهند.

ومن المتوقع أن يحفز تحديد هدف عالمي يركز على تقليص ظهور حالات جديدة مصابة بعجز من الدرجة الثانية تنفيذ الأنشطة التي ستحد من حالات التأخير في التشخيص وفي بدء المعالجة بالعلاج متعدد الأدوية والذي - بدوره - يرجح أن يحدث أثرا إيجابيا بتقليص ظهور حالات جديدة بين السكان.

4. قضايا استراتيجية

1-4 الوضع الوبائي

مناطق يرتفع فيها عبء المرض

قد توجد مناطق/ جماعات سكانية حتى داخل البلدان المعنية بها أعداد كبيرة من الحالات الجديدة التي لم تتلق علاجاً أو غير الظاهرة أو نسبة مرتفعة من الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية والتي تستدعي إيلاء أولوية لها. ويصير الوضع أكثر خطورة إذا كان المصابون من الأطفال. وربما يعكس هذا الوضع تأخراً كبيراً في التشخيص مما ينجم عنه انتقال ممتد للمرض داخل المجتمع. وقد ينتج هذا عن واحد أو أكثر من العناصر المؤثرة مثل:

- ◀ ضعف المهارات اللازمة للتشخيص السليم لدى العاملين في مجال الصحة.
- ◀ ارتفاع مستوى الوصمة في المجتمع مما يؤدي إلى كتمان أمر المرض.
- ◀ ضعف الجهود التي يبذلها البرنامج لاكتشاف الحالات.
- ◀ عدم فعالية مبادرات الإعلام و التعليم والاتصال أو عدم ملاءمتها داخل المنطقة المعنية.
- ◀ تعذر وصول المجتمع إلى الخدمات ذات الصلة أو عدم القدرة على تحمل تكلفتها.
- ◀ محدودية مشاركة المجتمع واشتراكه.

مما لا شك فيه أن الاستجابة لهذا الموقف تتمثل بصفة أساسية في وضع برنامج مستدام لمكافحة الجذام والذي يمكنه توفير المعالجة والخدمات الداعمة للحالات الجديدة طالما استمر ظهورها بين السكان. وسيتعين على برنامج مكافحة الجذام الاعتماد على الإبلاغ الطوعي أو الإحالة التالية لنشر المعلومات عن كل من مرض الجذام والبرنامج. كما يجري تحديد المخالطين من أفراد الأسرة وفحصهم طوعياً في وقت ليس ببعيد عن وقت التشخيص للتأكد من عدم وجود حالات محتملة بشكل أكبر كنتيجة للحالة المشخصة بالفعل. وفي أوضاع خاصة، قد يجري مسح سريع للسكان لاكتشاف أية حالات جديدة لم تكتشف.

مناطق ينخفض فيها عبء المرض

أظهرت الملاحظة في العديد من البلدان التي سبق وأن كانت موطناً بدرجة مرتفعة أنه من الراجح أن يحدد مستوى أقل من العبء الناجم عن الجذام — من حيث الحالات الجديدة — طبيعة مرض الجذام من حيث الحالات الجديدة في غضون السنوات القادمة. ويصبح من الأهمية بمكان أن تعيد البرامج الوطنية تقييم الوضع وتوفق بين الموارد والخدمات وفقاً لهذا. وسيكون الاحتفاظ بمجموعة كبيرة من مقدمي الخدمة والخبراء المتخصصين لتوفير التدبير العلاجي لعدد قليل من الحالات الجديدة عبر عدد كبير من المنشآت الصحية البعيدة عن المركز أمراً غير مستدام بل وباهظ التكاليف. وقد لا تتاح الفرصة لأغلب هذه المنشآت الصحية لتشخيص حالة واحدة جديدة للإصابة بالجذام في عام. ولا بد وألا تختلف إستراتيجية اكتشاف الحالات عن تلك المتبعة في الأوضاع حيث العبء المرتفع.

وبالمثل، تستلزم الأنشطة الأخرى، مثل بناء قدرات الفئات المختلفة من العاملين في مجال الصحة، إستراتيجية مركزية مستندة إلى الاحتياجات. وسيكون من الواجب قصر التدريب على العاملين من منشآت يرحح أن يتواجد فيها أشخاص متأثرون بالجذام في منطقة تجمعهم وليس لجميع العاملين الصحيين داخل جميع المنشآت. وفي الوقت ذاته، لا بد من الانتباه إلى ضمان إقامة نقاط الخدمة بشكل استراتيجي لسهولة الوصول إليها. فضلا عن هذا، ينبغي مراعاة إنشاء أكبر عدد من المراكز المرجعية لمرض الجذام وضمان استمرارها على المستويين الإقليمي والوطني لضمان توافر الخبرات في البلدان الموطونة حسب الحاجة.

الجماعات السكانية التي تعاني من ضعف الخدمات

من الأهمية بمكان الوصول إلى الأشخاص المصابين بالجذام الذين يعيشون في مناطق يتعذر الوصول إليها أو في أوضاع خاصة أو في جماعات سكانية تعاني من ضعف الخدمات أو التهميش، حيث يتمثل أهم عناصر أي برنامج للقضاء على الجذام في الوصول إلى كل شخص محتاج. وقد يواجه هؤلاء حواجز جغرافية أو اجتماعية أو اقتصادية أو ثقافية تحد من حصولهم على الخدمات الصحية أو تعوق تقديم الخدمات.

ولا ينبغي على أحد كيف تفرض هذه الأوضاع الخاصة تحديات معقدة على تدبير العلاج. ومن ثم تظهر الحاجة إلى تطوير استراتيجيات مبتكرة وعملية تضم الحلول العملية بصفة أساسية بغية تقديم الخدمات لهؤلاء الأشخاص/ المجتمعات. ويجب أن تؤكد الاستراتيجية التي يتم إقرارها على تقوية الخدمات الصحية وضمان استمرارها على مستوى المجتمع. وبداية، لا بد من تحديد الجماعات السكانية ونطاق الخدمات المتاحة فضلا عن أية ثغرات في تلبية الاحتياجات. وينبغي أن يقود هذا الأمر إلى وضع خطة تركز على بناء شراكات مع شتى الأطراف المعنية وعلى إشراك المجتمع والاستعانة بمتطوعين محليين، بما في ذلك بناء قدرات مسؤولي الصحة المحليين.

المناطق الحضرية

لأول مرة في تاريخ البشرية، أصبحت السمة الحضرية سائدة على سكان العالم في عام 2007. وفي غضون الأعوام الثلاثين القادمة، سيحدث نمو سكان العالم فعليا في مناطق حضرية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. ويذكر أن ثلث المقيمين في الحضر — والذين يقدر عددهم حاليا بثلاثة مليارات شخص — يعيشون في مناطق عشوائية.

ومما لا شك فيه أن سكان الحضر يفرضون تحديات استثنائية لإدارة الخدمات الصحية. وتشمل هذه التحديات عدم المساواة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والقيود التي تجعل قطاعات السكان المعرضة للخطر على غير دراية بهذه الخدمات أو عاجزة عن الوصول إليها. ويتزايد تعقد هذا الوضع بزيادة وتيرة التصنيع وارتفاع كثافة السكان المهاجرين في المناطق العشوائية وتعدد مقدمي الرعاية الصحية وافتقارهم إلى التنسيق فيما بينهم.

وعلى الرغم من هذا، يجب أن ينصب التركيز الأساسي داخل المناطق الحضرية على الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة لسكان المناطق العشوائية. وقد وضعت الأمم المتحدة تعريفا عمليا للمناطق العشوائية على أنها تلك المجتمعات التي تتصف بوضع سكني غير آمن مع تدنى جودة المساكن الإنشائية والتكدس وقلة توافر المياه الآمنة والصرف الصحي والافتقار إلى البنية التحتية الأساسية الأخرى. وتتزايد حدة العديد من التداعيات الصحية في المناطق العشوائية عنها في المناطق الحضرية المجاورة أو حتى في المناطق الريفية. علاوة على هذا، لا يلتقي القطاع الصحي الرسمي بسكان العشوائيات إلا عندما يصابون بمضاعفات المرحلة المتأخرة من الأمراض المزمنة التي يمكن الوقاية منها. ويفرض

هذا الأمر ضريبة باهظة على المجتمعات المهملة وعلى موارد الرعاية الصحية المتاحة لها، والتي هي محدودة بالفعل.

«إن المناطق العشوائية هي مظهر للتحديين الرئيسيين اللذين يواجهان تنمية المستوطنات البشرية في بداية الألفية الجديدة: ألا وهما التحضر السريع إلى المدن وتركز الفقر في المدن.»
آنا كاجومولوتيبياجوكا، المديرية التنفيذية
لبرنامج المستوطنات البشرية التابع للأمم المتحدة

وتجدر الإشارة إلى أن المبادئ الجوهرية للقضاء على الجذام في البيئات الحضرية لا بد وأن تشمل التركيز على التشخيص في الوقت المناسب والمعالجة المتعددة الأدوية، ورفع مستوى الوعي بأهمية المشاركة المنسقة من قبل جميع الشركاء وضمانها، خاصة تجاه بناء شراكة أوسع بين القطاعين الخاص والعام. وسيضمن هذا الأمر الاستدامة وارتفاع جودة الرعاية والحصول عليها بشكل أسير مع تغطية متزايدة عن طريق تحسين القدرة على الوصول خاصة إلى المناطق العشوائية في الحضر والتي تعاني من ضعف الخدمات.

2-4 تحسين جودة الخدمات المتصلة بالجذام

لقد برزت الجودة كخيار له قيمته في مكافحة الجذام حالياً أكثر من أي وقت مضى لأنه غالباً ما تثار مخاوف من أن تتدنى الجودة في ظل نظام متكامل. ويعد قياس الشعور بالرضا بين الأشخاص المصابين - وعلى الرغم من صعوبته - مؤشراً أكثر حساسية من الطرق الأخرى. وسيتعين على كل برنامج تحديد الحد الأدنى من معايير الوطنية لجودة الخدمات المتصلة بالجذام أخذاً في الاعتبار الحد الأدنى من المعايير المقبولة للجودة وتوقعات المستخدمين وقدرة أرباب المهن الصحية العامة وتوافر الموارد.

وتجدر الإشارة هنا إلى حاجة عدد من مجالات مكافحة الجذام إلى إعادة تعريف الطرق والإجراءات، خاصة التدبير العلاجي لاختلال الوظائف العصبية والوقاية من الاختلال والعجز فضلاً عن مد يد العون للأشخاص المصابين بالجذام وأسرتهم حتى يحيا حياة طبيعية بكرامة.

رعاية الأشخاص المتأثرين بالجذام

التدبير العلاجي للآثار الجانبية والمضاعفات

يجب تدعيم النظام المتكامل بالقدرة اللازمة لتدبير علاج المرضى الذين يعانون من الآثار الجانبية والمضاعفات. وهناك حاجة للنظر في أفضل الممارسات في التدبير العلاجي للمضاعفات الحادة والمزمنة، بما في ذلك إعادة تحديد المعايير والمقاييس لأفضل الممارسات السريرية المسندة بالبيانات. كما يعد إنشاء شبكة فعالة للإحالة وتوفير التدريب الكافي للعاملين، بما في ذلك توفير الفرص للتعليم المستمر والإشراف الداعم، أمراً هاماً لتوفير الرعاية الفعالة في الوقت المناسب.

الوقاية من الاختلال والعجز والتدبير العلاجي لهما

« العجز ما هو إلا صعوبة في أداء الوظائف على مستوى الجسم أو الشخص أو المجتمع، في واحد أو أكثر من مناحي الحياة، يعاني منه شخص له ظروف صحية، تفاعلا مع العناصر المتصلة بالسياق. »
ليوناردي أم. وزملاؤه، 2006

إن الوضع الراهن فيما يتعلق بعدد الأشخاص الذين يعانون من حالات عجز واختلال متصلة بالجذام بحاجة إلى إعادة تقييم، خاصة على المستويات الوطنية. ولا بد من التأكيد على أن إدماج الخدمات المتصلة بالجذام في أنظمة تقديم خدمات الصحة العامة سيتضمن وصول الأشخاص المصابين بالعجز إلى الخدمات التي تقدمها برامج تتعامل مع أمراض أو ظروف أخرى مسببة للعجز.

وينبغي أن يتمكن القائمون على الخدمات الصحية من تقديم خدمات تتسم بالمرونة وتناسب كل شخص لتحقيق الأهداف التالية:

- ◀ التعرف المبكر على مرض الجذام واتخاذ التدبير العلاجي السليم؛
- ◀ التعرف المبكر على الاختلالات الناجمة عن الإرتكاسات والتدخل للوقاية منها؛
- ◀ تنفيذ تدخلات شاملة متواصلة للحيلولة دون تفاقم الاختلالات القائمة، بما في ذلك الرعاية الذاتية والمساعداة الوقائية وجراحات التجميل؛ و
- ◀ تعبئة المجتمعات والحكومة والقطاع الخاص لتعزيز ضم أولئك المصابين بالعجز وإدماجهم.

المشورة

يعد الجذام أحد الأمراض التي تخلف أثرا اجتماعيا ونفسيا كبيرا على الأشخاص المصابين (بما في ذلك أسرهم) والمجتمعات التي يعيشون فيها. ومن هنا، يجب أن تكون استجابة البرنامج مزدوجة، حيث ينبغي توجيه أحد أوجه الاستجابة إلى المجتمع وذلك بالإجابة على الأسئلة التي بقيت دون رد، وإزالة سوء الفهم والخرافات وأيضا بمساعدتهم على قبول الأشخاص المصابين بالجذام دونما أي تحامل عليهم. أما الوجه الآخر للاستجابات فينبغي توجيهه نحو تمكين الأشخاص المصابين بالجذام من مواجهة التحديات اليومية المتمثلة في التمييز وعدم التعاطف وعدم التواصل.

وهكذا، ينبغي أن يشتمل برنامج المعالجة على المشورة كاستراتيجية هامة للتدبير العلاجي للمريض وأن يقدم دلائل إرشادية وبروتوكولات لبناء قدرة الأخصائيين الصحيين في ثلاثة مجالات هامة؛ ألا وهي القدرة على تحويل المعرفة إلى معلومات يسهل على الأشخاص المصابين بالجذام فهمها والقدرة على إدارة الأشخاص والمهام وأخيرا مهارات الاتصال. ولا بد للأخصائي الصحي المدرب جيدا أن يكون قادرا على إسداء النصح وتقديم الدعم والإرشاد وتبادل المعلومات وتعزيز مهارات التمكين.

نظام الإحالة

تعد خدمات الإحالة جزءاً من جودة الرعاية المتوقع من البرنامج توفيرها للأشخاص المتأثرين بالجذام وهي تشمل تحديد خدمات المستوى الأول والثاني والثالث الهادفة إلى تلبية مجموعة كاملة من الاحتياجات. ويحتاج أي برنامج متكامل لمكافحة الجذام دعماً من نظام إحالة كفء ليصير برنامجاً فعالاً. وسيلعب نظام الإحالة دوراً هاماً في تحديد جودة الخدمات في أي برنامج متكامل لمكافحة الجذام. إلا أنه من الواضح حالياً أن نظام الإحالة في معظم البرامج إما غير موجود أو أنه من الضعف بحيث لا يلبي احتياجات البرامج. ومن ثم يجب أن يكون دعم منشآت الإحالة القائمة وأيضاً إنشاء عدد كاف من هذه المنشآت - عند الضرورة - لتكون الشبكة الوطنية للإحالة أحد أهم أولويات البرامج المتكاملة لمكافحة الجذام.

وفي هذا الإطار، ينبغي على نظام الإحالة أن يشمل شبكة من الأشخاص والمؤسسات القادرين على تقديم الخدمات المطلوبة. كما يجب تحديد مهامهم ومسئولياتهم بوضوح، إلى جانب تحديد إجراءات الممارسات السريرية الموحدة وبروتوكولاتها، بما فيها بروتوكولات التعامل مع حركة المرضى وتدقيق المعلومات من المستويات المختلفة واليهما. ويجب على النظام بناء شراكات مع الأطراف المعنية المختلفة بغية تعظيم الرعاية وخفض التكلفة. ويستلزم نظام الإحالة الفعال اتصالات جيدة وتنسيق بين مستويات الرعاية المختلفة. ويمكن للمرء الاستعانة بمجموعة من الخيارات للاتصالات الفعالة ونقل المعلومات (الزيارات الشخصية واتصالات الهاتف والبريد الإلكتروني والبريد العادي والخدمات الطبية عبر الهاتف). كما أنه من الأهمية بمكان ضمان حصول الأشخاص المصابين بالجذام على الدعم للانتقال من مناطق نائية سعياً وراء التشخيص والإحالة إذا ما دعت الحاجة إلى هذا.

الحفاظ على توفير العلاج متعدد الأدوية وتحسين توزيعه

يتمثل أحد الأهداف المحددة لتحقيق «أهداف الألفية للتنمية» في «توفير الحصول على أدوية ضرورية في متناول اليد في البلدان النامية».

واليوم، وبفضل تبرع سخي من «مؤسسة نيبون» ومن بعدها شركة «نوفارتس» و«مؤسسة نوفارتس للتنمية المستدامة»، يحصل تقريباً كل من هم بحاجة إلى علاج كيميائي للجذام في العالم على علاج متعدد الأدوية مجاناً من منشآت الصحة المحلية. وسيظل الاكتشاف المبكر لحالات الإصابة ومعالجتها بالعلاج متعدد الأدوية عنصراً رئيسياً في استراتيجية مكافحة الجذام في المستقبل المنظور. ولهذا، ثمة حاجة مستمرة للحفاظ على توفير الأدوية اللازمة للعلاج متعدد الأدوية للبلدان الموطونة عن طريق منظمة الصحة العالمية. ومع الانخفاض المطرد في أعداد المرضى الذين يحتاجون للعلاج متعدد الأدوية، سيتطلب الدعم اللوجستي للتوزيع الفعال للعلاج تكيفاً مع واقع التعامل مع عبء أقل ناجم عن الجذام.

علاوة على هذا، يجب أن يضمن كل برنامج عدم إيقاف معالجة أي مريض نتيجة لنقص الأدوية داخل المركز الصحي المعني. ولاشك في أن تداعيات سوء إدارة توريد العلاج المتعدد الأدوية قد يشكل أذى للمرضى ويضر بمصداقية القائمين على الخدمات الصحية المحلية.

فرص اكتشاف علاج كيميائي أفضل

من غير المرجح ألا تشهد السنوات العشر القادمة أي تغيير كبير في أسلوب المعالجة الحالي للجذام والمعتمد على العلاج متعدد الأدوية الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية لعلاج الجذام بسبب البكتريا متعددة العصيات أو البكتريا قليلة العصيات.. ومع هذا، سيعتمد دور العلاج متعدد الأدوية — على المدى الأبعد — على بقاء حساسية المتفطرة الجذامية لأدوية الكون، خاصة الريفاميسين. وهكذا، فإن ظهور مقاومة الريفاميسين والذي له إمكانية إحداث تغيير كامل في الإنجازات التي ناضلت من أجلها الجهود الحالية لمكافحة الجذام يتطلب ترصدا منظما حيث وردت تقارير متفرقة عن هذه الحالات من عدد من بقاع العالم. ومن أجل تطوير نظام مناسب لنجاح علاج المرضى الذين لا يستفيدون من الريفاميسين سواء بسبب مقاومة الدواء أو موانع الاستخدام، من الضروري إخضاع التركيبات الجديدة للتجارب الميدانية.

وبالنظر إلى طول المدة اللازمة لإجراء دراسات العلاج المتعدد العقاقير على أرض الواقع، سيكون من الضروري عمل تخطيط دقيق والتزام من مختلف الشركاء. ويمكن لخبرة الباحثين في تطوير أدوية جديدة مضادة للسُّل وإمكانية الاستعانة بنماذج لتجارب الأدوية المساعدة على تصميم المكونات المحتملة للاختبار وفحصها. علاوة على هذا، من شأن إجراء مزيد من البحث حول الجينوم المسبب للمتفطرة الجذامية، توفير أساليب لتحديد أهداف غير مسبوقه لتطوير أدوية جديدة.

بناء القدرة والكفاءة في إطار البرامج المتكاملة

يصف مصطلح «بناء القدرة»⁷ مهمة تطوير مستويات القدرة البشرية والمؤسسية. ويشمل هذا الأمر تزويد العاملين في مجال الصحة بالمعرفة السليمة والمهارات والفهم الصحيح لتمكينهم من العمل بفاعلية.

تكتسب عملية بناء القدرة أهمية أكبر على خلفية انخفاض العبء الناجم عن الجذام وانكماش الموارد وتضارب المصالح والأولويات، بل والأهم من ذلك كله تدني الخبرة السريرية في التعامل مع مرض الجذام. وتطرح الاستراتيجية العالمية المعززة أسلوبا ثنائي المحاور، حيث يوجه المحور الأول إلى تطوير خطة إستراتيجية عالمية لبناء القدرة أما الثاني فيتمثل في إعطاء دفعة للمحافظة على مراكز إحالة/ تدريب على مختلف المستويات في البلدان الموطونة.

علاوة على هذا، يجب توجيه العمل العالمي والإقليمي والوطني إلى تحديد المؤسسات المناسبة وإنشاء برامج تدريب للخبراء على المستوى الوطني، بما فيهم أخصائيو الأمراض الجلدية والمدربون. وسيشمل هذا أيضا تطوير نماذج ومواد تدريب مناسبة للفئات المختلفة من العاملين الصحيين. وفي معظم البلدان الموطونة، خاصة في المناطق الحضرية، يقدم أخصائيو الأمراض الجلدية دعما كبيرا للبرنامج بفضل خبراتهم. كما سيشكلون مصدرا هاما للجهود الوطنية لضمان استمرار توافر الخبرة السريرية في مجال مرض الجذام.

⁷ تعنى «القدرة» حسب تعريف برنامج الأمم المتحدة الإنمائي «قدرة الأفراد والمؤسسات والمجتمعات على أداء الوظائف وحل المشكلات وتحديد الأهداف وتحقيقها بأسلوب يتسم بالاستدامة.»

قضايا الجندر

إن المساواة بين الجنسين، أولاً وقبل أي شيء، حق من حقوق الإنسان. وتساهم النساء اللاتي تحقق لهن التمكين في صحة وإنتاجية أسر ومجتمعات بأسرها وكذا في الآفاق المحسنة لجيل الغد. وقد جرى التشديد على أهمية المساواة بين الجنسين بإدراجها كواحدة من المرامي الإنمائية للألفية الثانية. وقد أقرت المساواة بين الجنسين كمفتاح لتحقيق المرامي السبعة الأخرى (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2009).

وتجدر الإشارة إلى أنه في العديد من المجتمعات، قد يحبط التمييز ضد الفتيات والنساء -- والذي غالباً ما يمثل أعرافاً مجتمعية واجتماعية ثقافية راسخة للسلوك -- من قدرهن ويقلل من تقديرهن لأنفسهن ومن قيمتهن. وغالباً ما يضع هذا الأمر النساء والفتيات في وضع أسوأ كثيراً مقابل الرجال والصبيبة من حيث وصولهن إلى الموارد والسلع وممارسة سلطة اتخاذ القرار والاختيار وأيضا الفرص المتاحة لهن في جميع مناحي الحياة. ومن الواضح أن النساء أكثر معاناة من الرجال من التداعيات الصحية السلبية.

وعلى الرغم من الإدراك واسع الانتشار لهذه الاختلافات، وأيضا للأسباب العديدة لإدراج قضايا الجندر في السياسات والبرامج المعنية، أخفقت الأنظمة الصحية في التعامل مع قضايا الجندر بما يفني بالغرض. ويشمل هذا أيضا الافتقار إلى أفراد أقصى اهتمام للنوع عند تدريب الأخصائيين الصحيين والمسؤولين عن الرعاية الصحية، مما يتسبب في الافتقار إلى الوعي الكافي باهتمامات النوع واختلافاتها والحساسية تجاهها. (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2004؛ فلاسوف ومورين، 2002)

وفي الواقع، تشهد معظم البلدان الموطونة تشخيص حالات إصابة بالجذام بين الرجال أكثر منها بين النساء. ومن غير الواضح ما إذا كانت نسب الإصابة المرتفعة بين الرجال تعكس اختلافات في النمط الوبائي أو في تأثير العناصر العملية. ومن الضروري جمع بيانات عن كلا الجنسين لتوضيح حجم الاختلافات بين الجنسين وطبيعتها. وينبغي على البرامج المعنية تحديد أنماط استخدام الخدمة ومستوى المشاركة في اتخاذ القرار ومدركات جودة الرعاية. وتشمل الأنظمة الأخرى تدريب العاملين الصحيين على مراعاة مسألة الجنس وزيادة مستوى إشراك النساء في العمل على جميع المستويات عند تحديد الأولويات في خدمات مكافحة الجذام.

عملية إعادة التأهيل المجتمعية

يأتي تعريف «إعادة التأهيل المجتمعية» التي أقرتها منظمة الصحة العالمية وكبرى المنظمات غير الحكومية على النحو التالي:

«إعادة التأهيل المجتمعية هي استراتيجية تأتي في إطار التنمية العامة للمجتمع من أجل إعادة التأهيل والمساواة في الفرص والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص المصابين بالعجز. وتنفذ عملية إعادة التأهيل المجتمعية عبر جهود مشتركة يبذلها الأشخاص المصابون بالعجز أنفسهم وأسرهم وأيضا المنظمات والمجتمعات والهيئات الصحية والتعليمية والمهنية والاجتماعية الحكومية وغير الحكومية وغيرها من الجهات المعنية.»

وتتمثل الأهداف الرئيسية لإعادة التأهيل المجتمعية في تطبيق المساواة في الفرص وفي الحقوق على جميع أفراد المجتمع بصرف النظر عن أية قدرات وظيفية فردية لأي عضو في المجتمع. وتعد إعادة التأهيل المجتمعية عملية

متعددة الإبعاد، ومن ثم تتطلب استراتيجية متعددة القطاعات. وتمتلك معظم المجتمعات بنية تحتية مصممة لتلائم أنماط حياة الأسوياء بل وتنتظر من الأفراد المصابين بالعجز التكيف معها. وتعد المقاومة الاجتماعية لتحقيق التكيف المطلوب لتناسب هذه الأنماط أفراد المجتمع المحرومين أمراً معتاداً. ولهذا، ستضم أكثر برامج إعادة التأهيل فعالية المنظمات الحكومية وغير الحكومية فضلاً عن القطاع الخاص بغية تحقيق ما يلي:

◀ توفير نقاط متعددة للحصول على الخدمات وفرص أكثر مساواة لاستخدامها، و

◀ تعزيز حقوق الأشخاص المصابين بالعجز وحمايتهم.

من ناحية أخرى، يجب إدراك أن مفهوم إعادة التأهيل المجتمعية ليس منفصلاً عن الوضع الاجتماعي الاقتصادي لأي بلد. كما سيكون للقضايا المتصلة بالفقر وعدم المساواة والتنمية المستدامة تأثير على مبادرات إعادة التأهيل المجتمعية. وهي ليست واقعية فحسب وإنما أيضاً مفيدة للأشخاص المصابين بالجذام بغرض دمجهم في البرامج التي قد تكون أنشأت بالفعل لإعادة تأهيل الأشخاص المحرومين الآخرين.

توعية المجتمع وثقافته

لقد أدى غياب الفهم الصحيح لمرض الجذام والانتشار الهائل للخرافات التقليدية والمعتقدات الخاطئة إلى زيادة التوجهات الاجتماعية السلبية والتي بلغت ذروتها في الوصمة والتمييز الاجتماعي ضد الأشخاص المتأثرين بالجذام وأسره. وبينما يشير التمييز إلى الظلم أو التحامل في معاملة الآخرين، خاصة على أساس إصابتهم بالجذام، تعد الوصمة «عملاً قبيحاً من تصنيف شخص مصاب بالجذام أو رفضه أو الخوف غير المبرر منه»⁸. وينحى باللائمة في هذا الوضع غير المبرر على الافتقار العام للتوعية الصحية والسياسات المركزة على مقدمي الخدمة وغياب العمل الاجتماعي المجتمعي. ولهذا، يعد التعاون مع الجماعات المجتمعية، ومن بينها أولئك الأشخاص المصابون بالجذام، والوكالات العامة والمنظمات المتخصصة، أمراً ضرورياً لنجاح تنفيذ الأنشطة وأيضاً لبناء مرونة البرنامج.

ولابد أن تصبح الجهود الهادفة إلى إبراز فوائد التدخلات التعليمية جزءاً لا يتجزأ من أي خدمات متصلة بالجذام.

تشمل أساليب رفع الوعي المجتمعي ما يلي:

- ◀ تحديد جماعات معينة من المجتمع وإشراكها.
- ◀ تحديد أكثر الأشكال إفادة لنقل الرسائل وتصميم الرسائل الأساسية.
- ◀ اقتراح خيارات تقديم الخدمة (الحملات أو الشبكات المجتمعية) وأنشطتها وأدواتها.
- ◀ وضع معايير لقياس النجاح.
- ◀ إيجاد سبل لربط هذه الأنشطة بالمبادرات الأخرى.

⁸ خوزيه بي. راميرز، جيه. آر، سكويبت: رحلتي مع الجذام (جاكسون: مطبعة جامعة مسيسيبي، 2009) ص 210

فضلا عن هذا، ينبغي أن يتمكن البرنامج من تحقيق أقصى استفادة مع جميع وسائل الإعلام المتاحة لنشر المعلومات بأكبر قدر ممكن من الفاعلية. وبينما تعد وسائل الإعلام مفيدة في التوسع في نشر المعلومات، يمكن إحداث تغييرات في التوجهات والسلوكيات فقط عن طريق التعامل الشخصي.

3-4 المساواة والعدالة الاجتماعية وحقوق الإنسان

يرتكز مبدأ المساواة على قاعدة مفادها أن التباين أو عدم المساواة في مستويات الصحة التي يتمتع بها السكان المختلفون هي أمر غير ضروري ويمكن تجنبه فضلا عن كونه غير عادل. فالإنصاف يتميز عن المساواة بقدر كونه يستهدف - وبشكل خاص - تلك الجماعات المهمشة والمحرومة اجتماعيا، أي أولئك الأكثر حرمانا من حقوقهم بسبب افتقارهم إلى الخيارات والموارد. فالإنصاف يعني المساواة في الفرص، وهو العدالة الاجتماعية. وهو حياة الاختيارات والفرص حيث لا يوجد تمييز. كما أنه هو حقوق الفرد كما كرسها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. ويرتبط الإنصاف وحقوق الإنسان برباط لا ينفصم حيث يعد الإنصاف مفتاح إحقاق حقوق الإنسان والتي هي راسخة في الكرامة الإنسانية والمرتكزة على الاعتقاد الأساسي بأن حماية كرامة الإنسانية والمساواة هما مسؤولية المجتمع. ولا بد من بذل جهود متواصلة لضمان تجنب الإشارات التمييزية والمهينة والازدرائية والتي تحط جميعها من قدر الأشخاص المصابين بالجذام.

وفي هذا السياق، شهد عام 2008 دخول «اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص الذين يعانون من العجز» حيز التنفيذ بعد إقراره والتصديق عليه من قبل العدد المطلوب من الدول الأعضاء. وتمثل هذه الاتفاقية أداة قانونية دولية رئيسية جديدة، لها أهمية كبيرة - بما فيها من تركيز أكبر على شمولية التنمية - في السعي لإحقاق حقوق جميع الأشخاص المصابين بالعجز، بمن فيهم أولئك المصابون بالجذام.

كما جاء اعتماد قرار حول «القضاء على التمييز ضد الأشخاص المصابين بالجذام وأفراد أسرهم» كحدث أكثر تحديدا ينطوي على إمكانية تحسين أوضاع الأشخاص المتأثرين بالجذام وتعزيز حقهم في حياة كريمة، وهو ما وافق عليه مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة بالإجماع في يونيو/ حزيران 2008. وطلب هذا القرار من مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان صياغة مسودة مبادئ ودلائل إرشادية للمساعدة في وضع هذا القرار موضع التنفيذ وأيضا لمشاركة وجهات النظر والمعلومات وتبادلها مع مراقبي الحكومات وأجهزة الأمم المتحدة المعنية والوكالات والبرامج المتخصصة والمنظمات غير الحكومية وكذا الخبراء الطبيين والأشخاص المصابين بالجذام.

4-4 دور الأشخاص المتأثرين بالجذام

إن للأشخاص المتأثرين بالجذام دورا رئيسيا يؤديه في الخدمات المتصلة بالجذام، خاصة في مجال المساندة والتوعية وإعادة التأهيل. وتعد الجهود المنظمة التي يبذلها هؤلاء الأشخاص ضرورية لتعزيز فهم وتوجه إيجابي بشأن المرض بين العامة، وإحداث تغييرات أساسية في الإجراءات القانونية التي هي تمييزية بطبيعتها وأيضا لضمان استمرار شغل مكافحة الجذام مكانا هاما داخل إطار السياسة الصحية للبلد المعني. ويمكن للأشخاص المتأثرين بالجذام أن يكونوا سباقين في تحديد المدربين الذين يتمتعون بالقدرة والذين يمكنهم بالتالي لعب دور إيجابي. ومن شأن إستراتيجية الجهود التعاونية هذه أن تكون حاسمة في مساعدة الأفراد على أن يصبحوا عناصر للتغيير ومؤيدين لأنفسهم وأيضا شركاء للمنظمات المعنية بالجذام في السعي لتغيير المفاهيم العامة.

مما لاشك فيه أن هناك دورا اجتماعيا ومسئولية محددة على عاتق الأشخاص المصابين بالجذام في مجال المشاركة المجتمعية من أجل العمل الاجتماعي. ويمكن للمشاركة الفعالة من قبل هؤلاء الأفراد إحداث تغييرات دائمة وملموسة في المفاهيم والسياسات والبرامج والأولويات والإجراءات. ومن شأن مشاركتهم أن تقود إلى تعريفات خاصة بكل بلد لجودة الخدمة الواجب تقديمها ومعاييرها، فضلا عن مساعدة البرنامج على وضع حدود للجودة. وبإمكانهم أيضا تقديم معلومات عن جودة الخدمات بصفة دورية. كما ستساعد مشاركتهم في بروتوكولات التقييم على تحديد الاحتياجات، خاصة فيما له صلة بالحصول على الخدمات. وكذلك يمكنهم المساهمة في إصلاح الخدمة المتصلة بالجذام، وأيضا ضمان التركيز على قضايا التمييز والوصمة، والتي قد تضيق في مسارات أخرى. وبوصفهم نماذج للأدوار، يعد هؤلاء الأشخاص مساهمين أساسيين نحو تعزيز توجهات إيجابية.

5-4 التردد لمقاومة الدواء

من غير المرجح أن تطرأ أية تغييرات جوهرية في المستقبل القريب على أسلوب المعالجة الحالي المعتمد على العلاج متعدد الأدوية الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية للجذام الذي تسببه البكتيريا متعددة أو أحادية العصيات. ومع هذا، يعد ظهور سلالات من المتفطرة الجذامية مقاومة للريفامبسين وانتقالها الأخطر بين التهديدات المحتملة التي قد تعوق الجهود الحالية لمزيد من تقليص العبء الناجم عن الجذام في البلدان الموطونة. وتعني محدودية توافر أسلوب إختبار حساسية الجراثيم بزرعها في باطن قدم الفار mouse-foot pad inoculation توافر النذر اليسير من المعلومات عن مقاومة الدواء حتى وقت قريب. ومع التطور الأخير في أساليب الترتيب التسلسلي للحمض النووي (دنا DNA)، نشرت عدة تقارير عن مقاومة الريفامبسين والدابسون والوفلوكساسين، والتي تشدد على الأهمية المحتملة لهذا الوضع وتبرز الحاجة إلى متابعته بصورة منظمة. وربما تمثل مشكلة المقاومة للأدوية - أو ربما لا تمثل - خطرا حاليا، بيد أنه من الأهمية بمكان أن يجري جمع البيانات بصورة أكثر نظامية وأن يخضع التوجه لمراقبة دقيقة حتى تتخذ الإجراءات الفعالة لمواجهة هذه المشكلة.

6-4 الوقاية من الجذام

الوقاية المناعية

من المهم ذكر حقيقة أنه لا تتوافر حاليا أداة متاحة عمليا لاكتشاف العدوى التي قد تعمق فهم كيفية انتقال الجذام وتقود إلى تطوير لقاح فعال وتدخلات أخرى. ويشار هنا إلى أن التجارب في أوساط الجماعات السكانية المختلفة باستخدام لقاح عصيات كالميت غيران (بى. سى. جى)، سواء بمفرده أو مع لقاح آخر (من المتفطرة الجذامية الميتة أو المتفطرات الماثلة) قد أثبتت كفاءة وقائية تتراوح ما بين 28% و 60% وتظل التغطية بلقاح بى. سى. جى مساهمة هامة في تقليص العبء الناجم عن الجذام.

الوقاية الكيميائية

لقد حققت الوقاية الكيميائية فائدة عند استخدامها في الأمراض المعدية المزمنة مثل السل خاصة عند إعطائه لأشخاص معروف أنهم أكثر عرضة لخطر للإصابة بالجذام. كما يعد المخالطون المباشرون للحالة المصابة بالجذام، خاصة بسبب البكتيريا متعددة العصيات، أكثر عرضة لخطر الإصابة بالمرض من غيرهم. ولهذا، فمن الأهمية بمكان

دراسة التدخلات الممكنة للوقاية من حدوث الإصابة بالجذام بين المخالطين داخل الأسرة.

وعلى أية حال، لا بد من توافر دليل تجريبي قوى لإظهار أن الدواء أو الأدوية المستخدمة للوقاية الكيميائية آمنة وفعالة وقليلة التكلفة عند حساب الحالات الجديدة التي يمكن الوقاية منها.

وبالنظر إلى غياب النتائج المتسقة من الدراسات المختلفة باستخدام أدوية مختلفة (دابسون وأسيدابسون وريفامبين) فمن السابق لأونة وصف الدواء المستخدمة في الوقاية الكيميائية كإجراء صحي عام. وهناك حاجة لإجراء مزيد من البحث لاستخدام هذا الدواء كأداة روتينية للوقاية من ظهور المرض بين المخالطين للمرضى.

7-4 البحوث

إن تقليص توطن الجذام يجب ألا يؤدي إلى تناقص جهود البحوث. ومن المهم في هذا المجال تحديد أساليب مبتكرة وقليلة التكلفة لأنشطة الوقاية من الجذام. وفي السياق الحالي، ينبغي أن تولي جميع مبادرات البحث عناية لأربع قضايا هامة وهي إدماج المتأثرين بالجذام في المجتمع، والجودة والإنصاف والاستدامة ولثلاثة مجالات رئيسية وهي إدارة الأوبئة والإدارة العملية والتدبير العلاجي للمرضى، بما في ذلك العلاج الكيماوي. وتعد أدوات اكتشاف العدوى وتحديد أنماط انتقالها ضرورية لفهم أفضل للعناصر المختلفة المؤثرة على ظهور المرض. ويتزامن مع هذا الحاجة إلى الوقوف على إمكانية استخدام الأدوية المضادة للجذام في الوقاية من ظهور حالات جديدة بين المخالطين من أفراد الأسرة. وتعد إزالة العوائق دون الوصول إلى الخدمات واستخدامها وكيفية تمكين المجتمع للمشاركة في اتخاذ القرار تحديات تستلزم بحثاً يضيف إليه دعم قطاعات التنمية الأخرى. أما في مجال تدبير العلاج للمرضى، تشمل القضايا البحثية ذات الأولوية التعرف المبكر على اختلال الوظائف العصبية وردود الأفعال والوقاية منها وتدبير العلاج لها في الوقت المناسب كما تشمل تحسين العلاج الكيماوي.

وتجدر الإشارة إلى أن تطوير وتحسين وسائل تشخيص لتحديد الأفراد المعرضين بشكل كبير لخطر الإصابة بالجذام داخل المجتمع يمثل أولوية أخرى للبحث ذات مردودات كبيرة على الصحة العامة. وقد صار تطوير أدوية جديدة وأنظمة مستحدثة للاستخدام في الحالات التي توجد فيها موانع لاستعمال الريفامبين بسبب مقاومة الدواء أو السمية أمراً في غاية الأهمية. وعلى الرغم من عدم أهمية مشكلة مقاومة الريفامبين حالياً، يجب ألا يستخف باحتمال تفاقمها في المستقبل.

وفي هذا السياق، ستحتاج الاستراتيجية العالمية المعززة إلى مدخلات من الأبحاث الجارية والمستقبلية لتحسين جودة وكمية الأدوات والإجراءات المتاحة لمكافحة الجذام.

8-4 الشراكات

يمكن تكوين شراكات مع الأفراد والمنظمات الحكومية والمنظمات المجتمعية والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص والوكالات المجتمعية والجمعيات المهنية (مثل جمعية أخصائيي الأمراض الجلدية) ومجموعات الأشخاص المتأثرين بالجذام. وتساعد الشراكة مع هذه المنظمات على رفع مكانة البرنامج وفي الدعوة لاستجابة وطنية مكتملة في تعبئة الموارد.

علاوة على هذا، يمكن للشراكات أن تكون رسمية أو غير رسمية أو تطوعية أو تعاقدية. ومن حسن الطالع أن تحظى مكافحة الجذام بشراكات متعددة الأنواع مع عدد من الوكالات على مختلف المستويات. ويذكر أن شراكة المنظمات غير الحكومية في جميع مجالات تقديم الخدمة وبخاصة في مجالات بناء القدرة والوقاية من العجز وكذا إعادة التأهيل، بما في ذلك جراحات التجميل، قد عززت من تقديم الخدمات المتعلقة بالجذام في العديد من البلدان المعنية. وسيوفر إشراك المجتمع والمنظمات المجتمعية عبر الشراكات التعاونية فرصة لتمكين أفراد المجتمع من المساهمة بفاعلية في عملية التنمية والتأثير عليها. وتبقى الحاجة إلى بذل جهود وطنية لإشراك أخصائي الأمراض الجلدية في برنامج مكافحة الجذام، كما ستلعب دورا هاما في ضمان استمرار الخدمات عالية الجودة المتعلقة بالجذام، خاصة في المناطق الحضرية.

5. مؤشرات للمتابعة والتقييم

تعد المؤشرات أدوات لقياس حجم مشكلة الجذام والتقدم نحو تحقيق أهداف البرنامج. كما يمكن الاستعانة بها لوضع أهداف الجودة الخاصة بالبرنامج. وفيما يتعلق بالأوضاع المتنوعة في البلدان المختلفة، يجب أن تكون الأهداف الخاصة بالجودة متناسبة مع كل بلد وترتكز على الحد الأدنى لمعايير الجودة المقبولة بشكل عام.

1-5 مؤشرات رئيسية لرصد التقدم

1. عدد الحالات الجديدة المكتشفة ومعدلها منسوبة إلى 100000 شخص سنويا.
2. معدل الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية منسوبة إلى 100000 شخص سنويا.
3. استكمال العلاج/ معدل الشفاء.

عدد الحالات الجديدة المكتشفة سنويا ومعدلها

تتأثر طبيعة الحالات الجديدة (مثل النوع والدرجة والعجز.... الخ) المكتشفة في منطقة معينة وعددها بصفة أساسية بأربعة عناصر هي:

- ◀ فعالية أنشطة الإعلام والتعليم والاتصال في تعزيز الوعي والإبلاغ الذاتي.
- ◀ قدرة العاملين الصحيين على إجراء تشخيص دقيق في الوقت المناسب.
- ◀ جودة المتابعة والإشراف من قبل مديري البرنامج.
- ◀ اكتمال تغطية البرنامج، مع ضمان الوصول إلى جميع السكان.

من أجل ضمان جودة اكتشاف الحالات الجديدة ، ينبغي على البرامج ضمان ما يلي:

- ◀ تركيز اكتشاف الحالات بصفة أساسية على تعزيز الإبلاغ الذاتي وذلك بالفحص الإكلينيكي المناسب وتسجيل تاريخ الحالة لتجنب التشخيص الخاطيء وإعادة التسجيل.
- ◀ الالتزام بتعريفات الحالة حسب الدلائل الإرشادية الوطنية.
- ◀ عدم تسجيل الحالات السابق معالجتها كلياً أو جزئياً كحالات جديدة. ولا بد وأن تحصل الحالات المعالجة جزئياً على العلاج.

بالإضافة إلى هذا، يجب أن تجمع البرامج الوطنية جميعها هذه المعلومات وتقوم بإبلاغها مع التمييز بين الإصابة بالجذام بسبب البكتريا قليلة العصيات والبكتريا متعددة العصيات وأيضا بين المرضى الأطفال البالغين (وهو الأمر الهام لحساب متطلبات الدواء الخاص بالعلاج متعدد الأدوية).

معدل الحالات الجديدة المصابة بعجز من الدرجة الثانية منسوبة إلى 100000 شخص

عند استعراضها مع المؤشرات الأخرى، يمكن الاستعانة بهذه المؤشرات في:

1. تقدير ضعف اكتشاف الحالات؛
2. قياس الحاجة إلى إعادة التأهيل البدني والاجتماعي؛
3. أنشطة المساندة للوقاية من العجز؛ و
4. تعزيز التعاون مع القطاعات الأخرى.

علاوة على هذا، سيساعد استخدام مثل هذا المؤشر على إلقاء الضوء على القضايا ذات الأهمية للأشخاص المتأثرين بالجذام والحكومات والمنظمات غير الحكومية والمانحين والشركاء الآخرين.

استكمال المعالجة/ معدل الشفاء⁹

يتمثل أهم مكونين في برنامج مكافحة الجذام فيما يلي:

1. اكتشاف الحالات الجديدة في الوقت المناسب؛ و
2. ضمان استكمال جميع المرضى الجدد الذين بدءوا تلقي العلاج متعدد الأدوية برنامج العلاج الكامل خلال فترة زمنية مناسبة.

⁹ يتطلب حساب «معدل الشفاء» استكمال المرضى العلاج الموصى به بالإضافة إلى الخضوع للفحص للتأكد من عدم تفاقم الآفات أو ظهور آفات جديدة. وسيستلزم هذا الأمر فحصاً أكثر تفصيلاً للمرضى ومع فترة متابعة أطول. ولإغراض عملية، يمكن الاستعانة بمعدل استكمال العلاج ميدانياً كمؤشر بديل لمعدل الشفاء.

وفي هذا السياق، يعد المعدل الجيد لإتمام العلاج مؤشرا على كفاءة التعامل مع الحالات، والاستشارة ودرجة رضا المرضى عن الخدمات. ويعني استكمال العلاج أن مريض الجذام قليل العصيات يكمل ست جرعات شهرية من العلاج متعدد الأدوية للبكتريا للجذام قليل العصيات خلال تسعة أشهر في حين يكمل مريض الجذام الذي تسببه البكتريا العصوية الكثيرة اثنتي عشرة جرعة شهرية من العلاج المتعدد الأدوية للجذام كثير العصيات خلال ثمانية عشر شهرا.

ومن الواجب على جميع البرامج الوطنية إجراء تحليل جماعي لمعدلات استكمال العلاج للجذام من النوعين على الأقل عن طريق العينات. ويشير المعدل غير المرضي لاستكمال العلاج، والذي جرى الإبلاغ عنه، إلى أنه ينبغي على مدير البرنامج التوصل إلى معلومات أكثر تفصيلا عن نتائج العلاج في العيادة أو المنطقة المبلغة لتحديد العمل التصحيحي الملائم. ويشمل مثل هذا العمل التصحيحي استخدام العلاج المصاحب متعدد الأدوية كخيار لفئة معينة من المرضى غير القادرين على التوجه إلى المنشأة الصحية دوريا.

2-5 مؤشرات رئيسية لتقييم اكتشاف الحالات

يجب جمع المؤشرات التالية لتقييم أنشطة اكتشاف الحالات وحساب الاشتراطات الدوائية للعلاج متعدد الأدوية (2-2-5 و 4-2-5)

- 1-2-5 نسبة الحالات الجديدة المصابة بعجز/ اختلال من الدرجة الثانية.
- 2-2-5 نسبة حالات إصابة الأطفال بين الحالات الجديدة.
- 3-2-5 نسبة المريضات الإناث بين الحالات الجديدة.
- 4-2-5 نسبة الحالات الناجمة عن البكتريا متعددة العصيات بين الحالات الجديدة.

3-5 مؤشرات رئيسية لتقييم جودة الخدمات

يمكن للبرنامج جمع المؤشرات التالية لتقييم جودة الخدمات على أساس العينات كجزء من عملية الإشراف المتكاملة.

- 1-3-5 نسبة الحالات الجديدة المتحقق من صحة تشخيصها.
- 2-3-5 نسبة من لم يكملوا العلاج.
- 3-3-5 عدد حالات الانتكاس.
- 4-3-5 نسبة المرضى الذين أصيبوا بعجز جديد أو إضافي في أثناء العلاج متعدد الأدوية.

6. نتائج متوقعة بحلول عام 2015

تهدف الإستراتيجية العالمية المعززة إلى إحداث تغييرات مؤسسية وإدارية وتقوية القدرة العملية لبرامج مكافحة الجذام داخل البيئة العامة والسياق الذي تعمل فيه أنظمة الصحة الوطنية في غالبية البلدان الموطونة بالجذام. وتشمل هذه الأمور ضرورة إدماج أنشطة مكافحة الجذام في خدمات الصحة العامة مع الأخذ في الحسبان توجهات تراجع المرض والاستنزاف التدريجي للخبرة الفنية والاهتمام العلمي، فضلا عن مواجهة التحديات الكبرى الأخرى للصحة العامة وتراجع الالتزامات السياسية والموارد.

علاوة على هذا، يتوقع من الإستراتيجية العالمية المعززة إحداث تغييرات في التوجه وفي الأسلوب الهادف إلى ضمان قلة تكلفة خدمات مكافحة الجذام واستدامتها طالما بقيت هناك حاجة إليها. وهي تدعو لتنفيذ الأنشطة الضرورية بأسلوب متكامل بالتعاون مع جميع الشركاء لتجنب ازدواج العمل وخفض التكلفة بصورة أكبر. ومن المنتظر أن يحدث الالتزام والتعاون المعزز بين البرامج الوطنية والشركاء ومنظمة الصحة العالمية النتائج التالية:

- ◀ تقليص عدد الحالات الجديدة المصابة بعجز أو اختلال من الدرجة الثانية.
- ◀ تحسين جودة التشخيص والتدبير العلاجي للحالات بما في ذلك استمرار توفير العلاج متعدد الأدوية مجاناً لكافة الحالات.
- ◀ الحصول على خدمات عالية الجودة عبر نظام الصحة العامة، مدعومة بشبكة إحالة تتسم بالكفاءة والتكامل.
- ◀ تركيز خاص على قضايا الجندر وحقوق الإنسان.
- ◀ توفير الخدمات الضرورية المتصلة بالجذام للجماعات السكانية التي تعاني من تدني مستوى الخدمات وللمناطق الحضرية والمناطق التي يرتفع فيها العبء الناجم عن العجز.
- ◀ رفع مستويات الوعي في المجتمع والهادف إلى تعزيز الإبلاغ الذاتي.
- ◀ زيادة الأنشطة من أجل الوقاية من العجز وتنفيذ إعادة التأهيل المجتمعية.
- ◀ تقوية الشراكات وتنظيم العمل التعاوني مع جميع الشركاء.

إننا في وضع يجعلنا نتوقع عالماً يتقلص فيه العبء الناجم عن الجذام وأثره الضار على السلامة البدنية والاجتماعية والاقتصادية للأفراد والأسر المصابة. كما نأمل في أن تصبح المجتمعات أكثر إدراكاً واستجابة للانضمام إلى الجهود المبذولة للحد من الوصمة والتمييز والظلم عن طريق تمكين الأشخاص المتأثرين بالجذام مما يؤدي إلى شراكة أقوى تركز على قيم مشتركة. وأخيراً، نتوقع أن تتحرك مقاربين من تحقيق الحلم بـ «عالم خال من الجذام».

- (1) Cairncross S et al. Vertical health programmes. *Lancet*, 1997, 349 (Suppl. iii):20-22.
- (2) Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining Quality of Care. *Soc Sci Med*. 2000; 51:1611-25.
- (3) Canadian Public Health Association. Sustainability and equity: primary health care in developing countries (position paper sponsored by the Task Force on Sustainable Development of Primary Health Care Services in Developing Countries). Ottawa, 1990.
- (4) Clapton J, Kendall E. (2002). Autonomy and participation in rehabilitation: time for a new paradigm? *Disability and Rehabilitation*, 24 (18), 897-991
- (5) Culyer AJ. Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, 2001, 27:275-283.
- (6) Dept. of Health, Republic of South Africa, 2003. The Clinic Supervisor's Manual, version 3. Section 6. Referral system guidelines.
- (7) Dowle WR. The principles of disease elimination and eradication. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 67:22-25.
- (8) Elizabeth Kendall and Anne Rogers. Extinguishing the Social: State Sponsored self-care policy and chronic disease self-management programme. *Disability and Society*. Vol.22, No.2, March 2007, pp.129-143.
- (9) Feenstra P, Visschedijk J. Leprosy control through general health services: revisiting the concept of integration. *Leprosy Review*, 2002, 73:111-122.
- (10) Feenstra P. Elimination of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. *International Journal of Leprosy*, 2003, 71:248-256.
- (11) Grown C, Gupta GR and Pande R. Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment *Lancet*, Volume 365, Issue 9458, Pages 541-543, 5 February 2005
- (12) Guyatt H. The cost of delivering and sustaining a control programme for schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. *Acta Tropica*, 2003, 86:267-274.
- (13) Helander Einar. Prejudice and dignity: An introduction to Community-Based Rehabilitation. 1999.
- (14) Hensher M, Price M, Adamkoh S. 2006. Referral Hospitals. In disease control priorities in developing countries, 2nd ed. Ed. DT Jamison, JG Breman, AR Measham, G Alleyne, M Claes, DB Evans, P Jha, A Mills and P Musgrove, 1229-43, NY: Oxford University Press.
- (15) International Federation of Anti-Leprosy Associations. A guide to the integration of leprosy services within the general health system (ILEP Technical Guide). London, 2003.
- (16) International Leprosy Association Technical Forum. The current leprosy situation, epidemiology and control and the organization of leprosy services. *International Journal of Leprosy*, 2002, 70 (Suppl.).
- (17) Johannes Moet F, Pahan D, Oskam L, Richardus JH. Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial. *Bmj.com* 10 March 2008.
- (18) Joint position paper by ILO, UNESCO and WHO called Community-Based Rehabilitation, CBR, for and with people with disability (1994)

- (19) Kadushin A (1992). *Supervision in social work* (3rd Ed), New York; Columbia Univ. Press.
- (20) Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB et al. The definition of disability: what is in a name? *Lancet*. 2006; 368 (9543): 1219-1221.
- (21) Lockwood DNJ, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for simple elimination paradigm. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(3):230-235.
- (22) Madhavan K, Vijayakumaran P, Ramachandran L, Manickam C, Rajmohan R, Mathew J, Krishnamurthy P. Sustainable leprosy related disability care within integrated health services: findings from Salem district, India. *Lepr Rev*. 2007 Dec; 78 (4): 353-61.
- (23) Manderson L. Applying medical anthropology in the control of infectious disease. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3(12):1020-1027.
- (24) Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(3):221-230.
- (25) Nishtar S. Public-private Partnerships in health – a call to action. *Health Research Policy and Systems*, 2004,28,2 (1):5.
- (26) Noordeen SK. Eliminating leprosy as a public health problem – Is the optimism justified? *World Health Forum*, 1996, 17:109-118.
- (27) Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: Outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:655-658.
- (28) Olsen IT. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(3):287-295.
- (29) Pfeiffer J. International NGOs and primary health care in Mozambique: The need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725-738.
- (30) Phillips Susan P. Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *International Journal for Equity in Health*, 2005, 4:11.
- (31) Proctor B (1987). *Supervision: A cooperative exercise in accountability* in M. Marken and M. Payne (Eds). Enabling and ensuring. Supervision in practice, Leicester: National Youth Bureau.
- (32) Setia MS, Steinmaus C, Ho CS, Rutherford GW (2006). The role of BCG in prevention of leprosy: a meta-analysis. *Lancet infect Dis*. 6 (3):162-70.
- (33) Shediak-Rizkallah M, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 1998, 13(1):87-108.
- (34) Smith CM, Smith WC. Chemoprophylaxis is effective in the prevention of leprosy in endemic countries: a systematic review and meta-analysis. MILEP2 Study Group. Mucosal immunology of leprosy, *J infect* 2000; 41: 137-42
- (35) Stephenson R et al. Measuring family planning sustainability at the outcome and programme level. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(2):88-100.
- (36) Swerissen H, Crisp B. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organizations. *Health Promotion International*, 2004, 19(1):123-130.

- (37) UN-HABITAT. Defining slums: Towards an operational definition for measuring slums. 2002. Background Paper 2, Expert Group Meeting on Slum Indicators, October. Nairobi, United Nations.
- (38) United Nations Human Settlements Programme: The challenge of slums: global report on human settlements 2003. London and Sterling, Earthscan Publications Ltd; 2003:310.
- (39) United Nations Population Division. *World Urbanization prospects: The 2003 revision*. 2003.
- (40) Unger JP, Paeppe PD, Green A. A code of best practices for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18:S27-S39.
- (41) Unger A and Riley LW. Slim Health: From Understanding to Action. *PloS Med*. 2007 October: 4 (10) e295.
- (42) Visschedijk J *et al*. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cadernos de saude publica*, 2003, 19(6):1567-1581.
- (43) World Health Organization. Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 (*Health for All Series*, No. 1). Geneva, 1978.
- (44) World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO Study Group (*WHO Technical Report Series*, No. 675). Geneva, 1982.
- (45) World Health Organization. Epidemiology of leprosy in relation to control: report of a WHO Study Group (*WHO Technical Report Series*, No. 716). Geneva, 1985.
- (46) World Health Organization. Report of a consultation on implementation of leprosy control through primary health care (*document WHO/CDS/LEP/86.3*). Geneva, 1986.
- (47) World Health Organization. Community-based rehabilitation, Geneva, 1994
- (48) World Health Organization. Leprosy disabilities: magnitude of the problem. *Weekly Epidemiological Record*, 1995, 70:269-275.
- (49) World Health Organization. Integration of health care delivery: report of a WHO Study Group (*WHO Technical Report Series*, No. 861). Geneva, 1996.
- (50) World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy: Seventh report (*Technical Report Series*, No. 874). Geneva, 1998.
- (51) World Health Organization. Guide to eliminate leprosy as a public health problem, 1st ed. Geneva, 2000.
- (52) World Health Organization. The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005 (*WHO/CDS/CPE/CEE/2000.1*). Geneva, 2000.
- (53) World Health Organization. Leprosy elimination campaigns: impact on case detection. *Weekly Epidemiological Record*, 2003, 78(3):9-16.
- (54) World Health Organization. The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem: questions and answers, 1st ed. Geneva, 2003.
- (55) World Health Organization. Leprosy Elimination Group. Report on the fifth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy, Yangon, Myanmar. (*WHO/CDS/CPE/CEE/2003.36*). Geneva, World Health Organization, 2003.

- (56) World Health Organization. Leprosy Elimination Group. Report on the sixth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy, Geneva, Switzerland. (WHO/CDS/CPE/CEE/2004.41). Geneva, World Health Organization, 2004.
- (57) World Health Organization. ILO, UNESCO, WHO. CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. *Joint Position Paper*, 2004. Geneva.
- (58) World Health Organization: Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities Plan Period 2006-2010. WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53. Geneva, 2005.
- (59) World Health Organization. Operational Guidelines: Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities, 2006 (WHO-SEA-GLP-2006.2).
- (60) World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework. 2006.
- (61) World Health Organization. Report on the seventh meeting of the WHO Technical Advisory Group on leprosy control, Geneva, Switzerland, 2006. (WHO-SEA-GLP-2006.1).
- (62) World Health Organization. Report on the eighth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Leprosy Control, Aberdeen, Scotland, 2006. (WHO-SEA-GLP-2006.3).
- (63) WHO/ILEP Technical guide on community-based rehabilitation and leprosy (2007).
- (64) World Health Organization. Report on the ninth meeting of the WHO Technical Advisory Group on Leprosy Control, Cairo, Egypt, 2008. (WHO-SEA-GLP-2008.3).
- (65) Informal Consultation on Innovative Approaches to further Reduce Leprosy Burden in Countries, New Delhi, India, September 2008. (SEA-GLP-2008.4).
- (66) World Health Organization. Report of the Informal consultation on rifampicin resistance in leprosy. Agra, India, 2007. (SEA-2007.1 and SEA-GLP-2007.1 Add.).
- (67) World Health Organization. Workshops for health service managers in charge of leprosy control programmes: From Global Strategy to national Action. Facilitators guide (SEA-GLP-2008.1) and Participants guide (SEA-GLP-2008.2).
- (68) World Health Organization. Report of the Workshop on sentinel surveillance for drug resistance in leprosy, Hanoi, Viet Nam, 2008. (SEA-GLP-2009.1).
- (69) World Health Organization. Guidelines for global surveillance of drug resistance in leprosy, 2009. (SEA-GLP-2009.2).

قد أُعدَّت الاستراتيجية العالمية المعززة لمزيد من التخفيض لعبء الأمراض الناجمة عن الجذام من 2011 - 2015 لتكون توسعاً طبيعياً لنطاق الاستراتيجيات التي أعدتها منظمة الصحة العالمية من قبل. وتقدّم هذه الاستراتيجية الفرصة للتفصيل في الإجراءات المشتركة، ولتعزيز الجهود العالمية المبذولة للتصدّي لما تبقى من التحديّات، بقصد خفض عبء الأمراض الناجمة عن الجذام، وتخفيف تأثيراتها الضارة على الأشخاص وعلى الأسر من المتأثرين بالجذام.

وتمثّل هذه الوثيقة لمحة عامة حول المفاهيم والأخلاقيات والمبادئ الإرشادية للاستراتيجية العالمية المعززة. وتوافق بالدلائل الإرشادية الميدانية التي تصف الاقتراحات العلمية لتنفيذ أفضل الممارسات، ومن المتوقع أن تساعد هذه الوثيقة البلدان النامية الموطونة بالجذام على إعداد الاستراتيجيات الخاصة بها للعمل على ضمان دعم وتقديم الخدمات الرفيعة الجودة للأفراد وللمجتمعات التي تحتاج إليها.