



استئصال شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط تقرير مرحلي لعام 2010



استئصال شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط تقرير مرحلي لعام 2010

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

استئصال شلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط: تقرير مرحلي لعام 2010 / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق

المتوسط

ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في القاهرة (WHO-EM/POL/396/E)

WHO-EM/POL/396/A

1. إلتهاب سنجابية النخاع - وقاية ومكافحة - إقليم شرق المتوسط 2. برامج التمنيع 3. الفيروسات السنجابية 4. إحتواء المخاطر البيولوجية - مواصفات 5. البرامج الطبية الإقليمية أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (تصنيف المكتبة الطبية القومية: WC 556)

© 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 قبل 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.

جرى التصميم والإعداد في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، بالقاهرة

طبع في مطبعة ميتربول، بالقاهرة www.metropoleprinters.com

المحتوى

5	تقديم
7	1. المقدمة
7	2. الوضع الحالي في إقليم شرق المتوسط
7	1-2 باكستان
9	2-2 أفغانستان
10	3-2 السودان
11	4-2 الصومال
12	3. تنفيذ استراتيجيات استئصال شلل الأطفال
12	1-3 التمنيع الروتيني
12	2-3 أنشطة التمنيع التكميلي
14	3-3 ترصد الشلل الرخو الحاد وشبكة المختبرات الإقليمية
16	4-3 تقييم مخاطر تفشي فيروس شلل الأطفال البري عقب توافده
16	5-3 تحسين نوعية حياة المصابين بشلل الأطفال
17	4. قضايا المراحل النهائية
17	1-4 الاحتواء المختبري لفيروس شلل الأطفال البري والمواد المحتملة الإعداء
18	2-4 الإشهاد على استئصال شلل الأطفال
18	5. الدعم التقني والمالي للبلدان
19	6. التنسيق مع الأقاليم الأخرى
19	7. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال
20	8. التحديات والتوجهات المستقبلية



تقديم



إن هذا التقرير الذي بين أيدينا الآن هو التقرير التاسع من سلسلة تقارير توثق الجهود التي تُبذل لاستئصال شلل الأطفال من إقليم شرق المتوسط.

ففي عام 2010، ورغم الأعباء الثقيلة التي سببتها المشكلات والتحديات التي واجهها البرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال، وما أدت إليه من آثار سلبية على جهود الاستئصال، فقد حافظ 20 بلداً من بين البلدان الاثنى والعشرين في الإقليم على حالة الخلو من شلل الأطفال. وتُعد الأوضاع الأمنية في أفغانستان وفي الحدود بين أفغانستان وباكستان هي السبب الرئيسي لاستمرار توطن شلل الأطفال في عدد محدود من المناطق في البلدين. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه يوجد في وسط وجنوب الصومال ما يقرب من مليون

طفل دون سن الخامسة من العمر قد حُرِّموا من التطعيم باللقاحات لمدة تزيد عن سنتين تقريباً، مما يمثل تحدياً بالغ الخطورة.

وفي عام 2010 حدثت تطورات إقليمية وعالمية متعددة، فعلى الصعيد العالمي تم تعيين مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (في أطلنطا) لترصد بانتظام المؤشرات التي وُضعت ضمن الخطة الاستراتيجية العالمية 2010-2012، كما تم تأسيس المجلس المستقل للمراقبة والرصد من قبل الشركاء المعنيين بشلل الأطفال، من أجل استعراض التقدم المحرز وتقديم المشورة للبلدان الموطونة بشلل الأطفال والبلدان التي عاد إليها بعد خلوها منه حول الإجراءات التي ينبغي عليها اتخاذها.

أما على الصعيد الإقليمي، فقد واصل جميع البلدان الترسُّد المعياري للإشهاد على شلل الأطفال، والذي يتم بدعم من شبكة المختبرات التي تؤكد اعتمادها الكامل نظراً لما تتمتع به من تميُّز في الأداء. كما حافظ جميع البلدان الخالية من شلل الأطفال على حالة الخلو منه من خلال ضمان التغطية العالية بالتمنيع الروتيني بالإضافة إلى أنشطة التمنيع التكميلي حسب ما تقتضيه الحاجة. وقد أعدَّ المكتب الإقليمي إطاراً لتقييم المخاطر ومنهجية تمكن هذه البلدان من تقييم ما لديها من قدرات على خفض وإدارة مخاطر السراية نتيجة وفادة فيروس شلل الأطفال البري إليها. كما يتواصل التنسيق مع الأقاليم الأخرى في منظمة الصحة العالمية تنسيقاً فعالاً من خلال أساليب متعددة، منها التبادل المنتظم للمعلومات، واجتماعات التنسيق والقيام بأنشطة مترامنة.

وقد أطلقت الحكومة الباكستانية خطة عمل وطنية لمواجهة الطوارئ تستهدف قطع سراية فيروس شلل الأطفال البري بنهاية عام 2011. ويبدو الالتزام الحكومي واضحاً جداً على الصعيد الاتحادي وصعيد الولايات، ويتواصل بذل الجهود لضمان ذلك المستوى من الالتزام على صعيد إيتاء الخدمات. وفي أفغانستان،

وبالإضافة إلى الالتزام الحكومي القوي، يتواصل بذل الجهود الخاصة بالمناطق التي تعاني من اضطرابات الأمن لضمان وصول الأطفال للقاحات.

وقد واصل البرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال تقديم الدعم اللازم للأطفال الذين يعانون من الشلل نتيجة إصابتهم بشلل الأطفال، من أجل إعادة تأهيلهم بدنياً واجتماعياً، وتعليمياً أيضاً. وقد تم توسيع نطاق الدعم الشامل الذي يتواصل تقديمه في باكستان ليشمل الأطفال المصابين بشلل الأطفال في أفغانستان.

إن الفضل في التقدّم المحرّز يعود إلى السلطات الوطنية لما أبدته من التزام متواصل، وما ساهمت به من إنجازات في تنفيذ جهود استئصال شلل الأطفال، كما أن الدعم الذي ساهمت به الشراكات العالمية كان مذهلاً، وأودُّ أن أتقدّم بوافر الشكر والتقدير بشكل خاص إلى كل من الروتاري الدولي، ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في أتلنطا، ومنظمة اليونيسيف، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس، وحكومات كل من كندا، والإمارات العربية المتحدة، والمملكة العربية السعودية، واليابان، والنرويج، والولايات المتحدة الأمريكية، وإيطاليا، وفرنسا، ووزارة التنمية الدولية في المملكة المتحدة، والبنك الدولي، وتحالف غافي (التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع)، والاتحاد الأوروبي.

فبهذه الجهود الوطنية والدولية، تملؤني الثقة بأن إقليمنا سيحقق استئصال شلل الأطفال في القريب العاجل إن شاء الله.



الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري

المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

1. المقدمة

اللدان يواجهان تحديات جوهرية تؤثر سلباً على ما يبذل من جهود لاستئصال شلل الأطفال.

1-2 باكستان

لقد خطت باكستان خطوات جادة تحقق فيها تقدم ملموس في إيقاف سريان الفيروس البري لشلل الأطفال ففي بدايات التسعينيات كانت التقديرات السنوية للإصابات بشلل الأطفال تزيد على 20,000 حالة سنوياً، وقد تراجعت إلى 28 حالة فقط عام 2005. إلا أنه منذ هذا التاريخ فقد واجه هذا التقدم تحديات كبيرة تمثلت في عدم الاستقرار والحروب التي شملت المناطق الحدودية مع أفغانستان، مقوضة بذلك سبل الوصول الآمن للأطفال، علاوة على ظهور مشكلات إدارية متنوعة في بعض المناطق. وقد تباطأ ما أحرز من تقدم خلال العامين 2006 و2007، وتبعه عودة ظهور واضح للحالات بدأ مع عام 2008 واستمر حتى الآن. وقد قامت باكستان، عام 2010، بالتبليغ عن 144 حالة (120 حالة بسبب الفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الأول، و24 حالة بسبب الفيروس البري من النمط الثالث) وذلك في 40 منطقة مما يمثل أكبر عدد من الحالات سجل منذ عام 2000 (الشكل 1). وخلال الثلاثة أعوام المنصرمة كانت غالبية الحالات المبلغ عنها من المناطق المعروفة بانتقال الفيروس فيها، وهي على وجه التحديد:

- المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الفدرالية وما ينضم إليها من المناطق الواقعة في وسط ولاية خيبر باختون خوا
- مركز كويتا (كويتا وبيشين وكيلا عبد الله)
- كاراتشي
- والمنطقة المركزية لباكستان وتشمل جنوب إقليم البنجاب، وشمال السند، شرق بلوشستان.

دعت جمعية الصحة العالمية، في عام 2008، بموجب قرارها رقم (ج ص ع 61) لاستنباط خطة من أجل استكمال الجهود المبذولة في مجال استئصال شلل الأطفال. ومن ثم، أُجري تقييم شامل، هو التقييم المستقل للعوائق الرئيسية الماثلة أمام إيقاف انتقال فيروس شلل الأطفال، بالنسبة للبلدان الموطونة بهذا المرض وتلك التي عاودها المرض من جديد، ومنها في إقليم شرق المتوسط أفغانستان، وباكستان، والسودان. وقد أحيطت اللجنة الإقليمية علماً بالنتائج والتوصيات التي تمخض عنها هذا التقييم، والتي قدمت إلى جمعية الصحة العالمية الثالثة والستين عام 2010 مع الخطة الاستراتيجية للمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال للأعوام 2010-2012، مع تحديد معالم رئيسية يتعين تحقيقها للتوصل إلى هدف إيقاف انتقال شلل الأطفال كافة بنهاية عام 2012. ويخضع ما يتم إحرازه من تقدم نحو تحقيق هذه المعالم الرئيسية إلى رصد مستمر من قبل المجلس المستقل المعني برصد تقدم البرنامج، وذلك بالنسبة للمعالم الرئيسية والمؤشرات العملية التي وضعت خصيصاً لهذه الغاية.

2. الوضع الحالي في إقليم شرق المتوسط

واصل إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية مسيرته نحو تحقيق هدف استئصال شلل الأطفال. ولقد حافظت تسعة عشر بلداً من البلدان الأعضاء على خلوها من مرض شلل الأطفال، كما نجحت السودان في استعادة تحررها من المرض بعد تعافيتها من الجائحة التي أصابها جراء وفادة الفيروس إليها عام 2008.

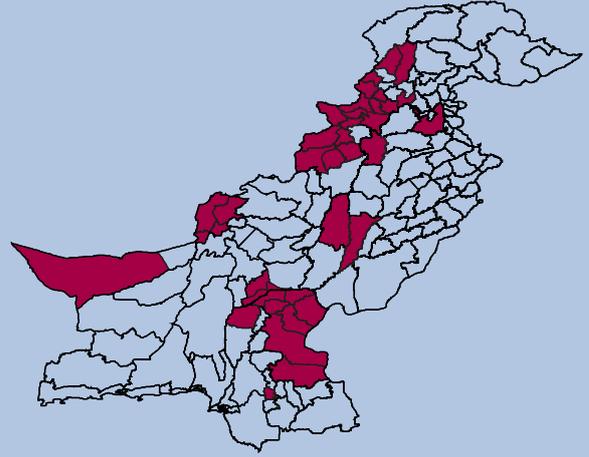
ويقتصر سريان الفيروسات البرية لشلل الأطفال على بلدين تتوطن فيهما وهما أفغانستان وباكستان

النتائج من أجل اتخاذ تدابير علاجية ميدانية فورية. وفي نفس الوقت، كان هناك تركيز على المحافظة على نظام ترصد واسع الشمولية مدعوم من قبل مختبر لشلل الأطفال يؤدي وظائفه بصورة جيدة. كما كان التوسع في الترصد البيئي أداة إضافية لها نفعها في زيادة تفهم آليات سريان فيروس شلل الأطفال، مبرزة أهمية تطعيم المجموعات السكانية المهاجرة.

واستجابة لهذا الوضع الوبائي، قام رئيس باكستان بإصدار تعليمات خاصة بتوجيه الجهود لوضع خطة طوارئ وطنية تهدف إلى استئصال شلل الأطفال من البلاد مع نهاية عام 2011 من خلال المراقبة الحكومية المستمرة، وتحسين الشعور بالتملك والمساءلة، على كل مستوى من المستويات الإدارية، علاوة على ضمان استمرار الوصول إلى الأطفال الذين يعيشون في المناطق المفتقرة للأمن، مما يضمن تلقي جميع الأطفال للقاحات في المناطق أو الوكالات، والفئات السكانية التي تواجه أعلى درجات مخاطر السراية المتواصلة لفيروس شلل الأطفال. ولقد كان تكوين فريق عمل عالي المستوى وإنشاء خلايا للرصد على المستوى الوطني وعلى مستوى المنطقة من أجل رصد ما يجرز من تقدم، وراء اضطلاع الموظفين الحكوميين بنظم المراقبة والمساءلة وتحملهم لهذه المسؤولية.

ويجري في الوقت الحالي ترجمة خطط المناطق إلى خطط للوحدات الإدارية بهدف مجابهة القضايا المحلية واستنباط حلول لها، بدءاً بتلك الوحدات التي تعاني بصورة مستمرة من سوء الأداء في مجال تطعيم الأطفال. ومن ثم، فإن تكوين فريق يعنى باستئصال شلل الأطفال على مستوى الوحدات الإدارية يعتبر تطوراً ملموساً في هذا المجال.

ويتم حالياً مراقبة أداء الحملات التمنيعية من خلال إدخال نظام مراقبة ضمان جودة التشغيل، واستخدام التقنية الجديدة الخاصة بسرعة نقل



الشكل 1 المناطق المتأثرة بالعدوى في باكستان 2010

شهد النصف الثاني من عام 2010 انتشاراً كثيفاً للفيروس، زادت من تفاقمه الفيضانات التي ضربت البلاد واجتاحت باكستان متسببة في انتقال ملموس للسكان من المناطق التي ينتشر فيها سريان الفيروس إلى مناطق أخرى في باكستان، شملت المراكز السكانية الرئيسية في ولايات خيبر باختون، والسند والبنجاب. وفي عام 2011، ومع نهاية شهر حزيران/يونيه أبلغ عن 57 حالة من الإصابة بالفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الأول من نفس مناطق سريان الفيروس، وحالة واحدة من النمط الثالث، وذلك بعد انقضاء أكثر من ستة أشهر بدون حدوث أي إصابات من هذا النمط.

لمواجهة هذا الموقف فقد بذل برنامج استئصال شلل الأطفال مجهودات ومبادرات حثيثة، من بينها على وجه الخصوص إدخال اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ، وتعزيز خطة رئيس الوزراء التي ركزت على التعاون بين القطاعات في مجال استئصال شلل الأطفال وإعداد خطط شاملة خاصة بكل منطقة، وتمثل التحسينات التي شملت نظام الرصد في البدء بنظام تبصيم الأصابع، والرصد المستقل، وإدخال نظام مراقبة ضمان جودة التشغيل، واستخدام التقنيات الجديدة في سرعة نقل المعطيات من الميدان، والتحليل السريع لها والتشارك في

وفي عام 2010 أبلغت أفغانستان عن وقوع 25 حالة، مما يعني انخفاضاً بلغ 34٪ عن عام 2009. واشتملت هذه الحالات على 17 حالة بفيروس شلل الأطفال البري من النمط 1، و8 حالات من النمط 3، وكانت غالبية هذه الحالات (84٪) من المنطقة الجنوبية لسريان الفيروس والتي تضمنت الإقليم الجنوبي (19 حالة) والمنطقة المجاورة "فرح" التابعة للإقليم الغربي (حالتان). كما أبلغ عن حالات فردية نجمت عن توافد الفيروسات البرية لشلل الأطفال من النمط 1 والمرتبطة وراثياً بفيروسات أبلغ عن سريانها في باكستان في الإقليم الشرقي الشمالي (حالة واحدة في منطقة كوندوز)، وفي الإقليم الشرقي (ثلاث حالات في نانجارهار). ولم تسفر هذه الحالات الفردية الوافدة عن أي حالات ثانوية. كما أن البرنامج قام باتخاذ تدابير وقائية ضرورية تحسباً لانتشار الفيروس جراء الفاشية الواسعة النطاق التي ضربت الجوار في طاجيكستان عام 2010.

وحتى شهر حزيران/يونيه 2011، تم الإبلاغ عن 8 حالات من فيروس شلل الأطفال من النمط 1، وكانت جميعها محصورة في المناطق غير الآمنة (قندهار، وهيلمند، وفرح) مما يوضح أن الإقليم الجنوبي لا يزال يمثل المنطقة الأكثر نشاطاً لسريان الفيروس. وجزء بالذکر أنه كانت هناك فترة امتدت ثلاثة أشهر ونصف بين شهري كانون الثاني/يناير وأيار/مايو لم تحدث خلالها من أي حالة.

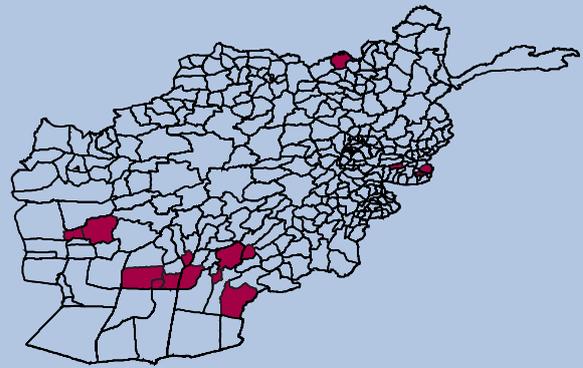
وإضافة إلى فيروس شلل الأطفال البري، أبلغ أيضاً عن فاشية صغيرة ناتجة عن سريان فيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاح من النمط 2 في منطقة هيلمند، حيث أبلغ عن خمس حالات عام 2010 وحالة واحدة عام 2011، وقعت جميعها في

المعطيات من الميدان، وسرعة تحليلها والتعليق على ما يستخرج من نتائج، من أجل استنباط تدابير علاجية ميدانية فورية.

هنالك بعض العلامات المبكرة التي تدل على تطورات وبائية إيجابية، منها أنه لم يتم الإبلاغ عن أية حالة منذ تشرين الثاني/نوفمبر 2010 في إقليم البنجاب (الذي يحوى أكثر من 50٪ من إجمالي السكان)، واكتشفت حالة واحدة من الفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الثالث في حالة شلل أطفال. ولم يعزل هذا الفيروس من أي من العينات البيئية منذ تشرين الثاني/نوفمبر 2010. هذا، علاوة على الانخفاض المنتظم في خطوط التكاثر الفيروسية لفيروس الشلل من النمط الأول.

2-2 أفغانستان

في أفغانستان، لا يزال النجاح الذي حققه البرنامج مستمراً في حصره لسريان فيروس شلل الأطفال في الجزء الجنوبي من البلاد. هذا والغالبية العظمى من الحالات تتركز في المناطق الثلاث عشرة المتضررة من النزاعات في الجنوب والتي تعد المشكلات الناجمة عن غياب الأمن هي السبب الرئيسي لعدم الوصول إلى الأطفال (الشكل 2).



الشكل 2 المناطق عالية الاضطراب في أفغانستان 2010

يتسم التنسيق بين البرامج المعنية باستئصال شلل الأطفال في كل من باكستان وأفغانستان بأنه مثال يحتذى، حيث تبذل الأنشطة الاجتماعية ويتم تطعيم الأطفال المتنقلين بين الحدود، علاوة على تعزيز حساسية الترصد وذلك بهدف التصدي للخطر المتزايد لتوافد الفيروس إلى أفغانستان، نتيجة للسريان الكثيف والمستمر للفيروس والذي حدث مؤخراً على الحدود في المناطق المتاخمة ذات الإدارة الفيدرالية والمناطق الواقعة في خيبر باختونخوا في باكستان.

2-3 السودان

شهد شهر حزيران/يونيه 2009 آخر حالة من حالات شلل الأطفال التي نجمت عن الفاشية التي أصابت جنوب السودان وبدأت في عام 2008 وانتشرت حتى عمت السودان ووصلت إلى المناطق المجاورة من كينيا وأوغندا، وذلك بعد جهود حثيثة وناجحة لتمنيع الأطفال في جميع أرجاء السودان.

كما بذلت جهود عديدة لتقوية ترصد الشلل الرخو الحاد في جنوب السودان شملت جمع العينات من المخالطين لحالات الإصابة بالشلل الرخو الحاد، ومن أطفال المجتمعات المتواجدة في المقاطعات "الصامتة" أي التي لا يتم فيها التبليغ عن حالات الإصابة بالشلل الرخو الحاد. وقد أسفرت هذه الجهود عن تحسن ملحوظ في درجة حساسية الترصد، وزاد عدد الحالات التي أبلغ عنها بمقدار 50٪ عام 2010. وقد تحسنت أيضاً جودة المعلومات، وتم تحديد التشخيص النهائي في 95٪ من الحالات مقارنة بنسبة بلغت 20٪ فقط في بدايات 2010. ووفقاً لمعطيات الترصد الروتيني، والتقييم المكتبي الذي أجري عام 2010 في جنوب السودان، والتقييم الشامل للترصد الذي قام به عدد من الخبراء الدوليين في آب/إبريل 2011، تبين أن نظام الترصد، يؤدي وظائفه بصورة جيدة.

منطقة ناديالي، وهي جزء من منطقة هيلمند التي تعاني من وضع متدن للتمنيع بسبب المشكلات المستمرة المتعلقة بالوصول إلى الأطفال والناجحة عن انعدام الأمن.

إن الالتزام السياسي للحكومة الأفغانية بدعم البرنامج هو التزام صريح وواضح، حيث يعقد اجتماع شهري لمجموعة عمل وطنية، تحت رئاسة معالي وزير الصحة العمومية، بهدف رصد الوضع وتقديم ما يلزم من إرشاد وتوجيه حول السياسة والقضايا الاستراتيجية في هذا المجال. وهناك أيضاً مجموعة استشارية، يرأسها المدير العام للطب الوقائي، تركز على تحسين سبل الوصول إلى الأطفال وجودة الحملات التمنيعية في 13 منطقة من المناطق العالية الخطورة.

قام البرنامج الوطني بدعم من الشركاء بإدخال طيف واسع من الأساليب المبتكرة لضمان الوصول إلى المناطق المتأثرة بالصراعات. وشملت هذه الجهود الطلب من المجموعات العسكرية تفادي القتال عند تنظيم أيام الحملات التمنيعية، والتعاون الوثيق مع لجنة الصليب الأحمر الدولية للمحافظة على تعاون العناصر المعادية للحكومة، وتعيين مفاوضين محليين للعمل مع جميع الأطراف المتصارعة لتوفير سبل الوصول إلى الأطفال. وعلى الرغم من التحسن التدريجي الملحوظ في سبل الوصول بصورة عامة، لا تزال جودة الحملات التمنيعية أقل من المستوى المنشود لوقف سريان الفيروس. وكان قد بدأ تنفيذ الخطط الخاصة بالمناطق منذ تشرين الأول/أكتوبر من عام 2010 بهدف تحسين جودة الحملات، مع إنشاء شبكة للتواصل المجتمعي، وتعيين مدير لكل منطقة من المناطق الثلاث عشرة العالية الخطورة. وفي الوقت نفسه، تواصل الجهود المبذولة للمحافظة على تغطية جيدة في جميع المناطق التي يمكن الوصول إليها كافة.

الأطفال، يبين أن ما يقرب من 25٪ من هذه الحالات لم تتناول العدد الكاف من الجرعات. ويستمر بذل الجهود الحثيثة لبلوغ هذا الهدف تحت ظروف غاية في الصعوبة سواء من الناحية الجغرافية أو البيئية.

4-2 الصومال

منذ أربعة أعوام والصومال خالية تماماً من مرض شلل الأطفال، فبعد زوال آخر فاشية لفيروس شلل الأطفال البري التي ضربت الصومال عام 2005، كانت آخر حالة إصابة في آذار/ مارس 2007. وقد تحقق هذا الإنجاز بالتغلب على تحديات ومصاعب جسيمة، وساهمت عوامل عديدة في هذا النجاح تمثلت في المستويات المرتفعة لتقبل المجتمع للتطعيم بلقاح شلل الأطفال، والدعم الذي قدمه رجال الدين وشيوخ العشائر، وتفاني العاملين المحليين والمتطوعين، مع تقديم الدعم المالي الكافي في الوقت المناسب. إلا أنه في عام 2010، بلغ عدد الأطفال الذين صعب الوصول إليهم على ثمانئة ألف طفل وهم (40٪) من الأطفال دون الخامسة من العمر ويرجع السبب في ذلك إلى رفض جماعة "الشباب" التي تسيطر على المناطق المركزية والجنوبية السماح بتنظيم أنشطة التطعيم الجماعي (الأيام الوطنية للتمنيع، وأيام صحة الطفل). ومع التغطية المتدنية بالتطعيم الروتيني في الصومال، تصبح أنشطة التمنيع التكميلي هي المصدر الأساسي للجرعات الفموية للقاح المضاد لشلل الأطفال لمن هم دون الخامسة من العمر، ومن ثم، فهناك فجوة مناعية آخذة في التشكل بين المجموعات السكانية في هذه المناطق، حيث تم، بصورة متكررة، كشف فيروسات شلل الأطفال المشتقة من اللقاح وذلك منذ عام 2008. وتستمر الجهود المبذولة لمجابهة تقلص سبل الوصول إلى المجموعات السكانية من أجل تنظيم الأيام الوطنية للتمنيع وأيام صحة الطفل، ولكن دون تحقيق أي نجاح حتى الآن. وفي نفس الوقت، يجري اغتنام الفرص المتاحة

إلا أن عزل فيروس شلل الأطفال البري من النمط الأول من عينة لمياه الصرف الصحي من أسوان، في مصر في كانون الأول/ ديسمبر 2010، والذي تبين ارتباطه بالفيروس الذي كان سارياً خلال العامين 2008-2009 في السودان، قد إثار الشكوك حول إمكانية وجود فجوات في نظام الترصد. وقد تمت الاستجابة لهذه الملاحظة من خلال إجراء مسوحات ميدانية سريعة في كل من مصر والسودان، شملت التقييم السريع لنظام ترصد الشلل الرخو الحاد، والبحث عن حالات سابقة، وعقد جلسات توعية لزيادة وعي العاملين الصحيين بالشلل الرخو الحاد، ووضع خرائط تفصيلية بتحركات الفئات السكانية بين السودان وأسوان، علاوة على استعراض التغطية باللقاح الفموي المضاد لفيروس شلل الأطفال. ولقد تم تنظيم ثلاث دورات من الأيام الوطنية للتمنيع في شمال السودان في الفترة الزمنية من كانون الأول/ ديسمبر 2010 إلى نيسان/ أبريل 2011. ونجحت الجهود المبذولة للحفاظ على المستوى المرتفع للمرتسم المناعي في شمال السودان، وبلغت نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين تلقوا أكثر من سبع جرعات من اللقاح الفموي المضاد لفيروس شلل الأطفال 81٪ في عام 2010.

وفي جنوب السودان شهدت التغطية بالتمنيع الروتيني في تحسناً ملحوظاً عام 2010، وبشكل رئيسي من خلال أنشطة تعجيل التنفيذ. وتتواصل الدورات التدريبية والتخطيط التفصيلي من أجل تنفيذ جميع أنشطة أسلوب الوصول إلى كل منطقة. وعلى الرغم من هذا فلا يزال أداء التمنيع التكميلي أدنى من الهدف المنشود للخطة الاستراتيجية العالمية (وهو بلوغ نسبة تقل عن 10٪ من الأطفال الذين لم يتم تطعيمهم خلال أنشطة التمنيع التكميلية عام 2010)، كما أن المرتسم المناعي الخاص بحالات الشلل الرخو الحاد والتي ليست بحالات شلل

تواصل كل من باكستان وأفغانستان تنفيذ خطة مكثفة للتمنيع التكميلي. ففي عام 2010، نفذت باكستان ستة أيام وطنية، وأربعة أيام دون الوطنية للتمنيع، وست حملات اجتثاثية، في حين قامت أفغانستان بتنفيذ أربعة أيام وطنية، وأربعة أيام دون الوطنية للتمنيع، وأربع حملات اجتثاثية وذلك باستخدام لقاح شلل الأطفال الفموي الثنائي التكافؤ، أو لقاح شلل الأطفال الفموي الثلاثي التكافؤ، أما الحملات الاجتثاثية فقد نفذت باستخدام اللقاحات الأحادية التكافؤ، وفي بعض الأحيان لقاح شلل الأطفال الفموي الثنائي التكافؤ.

أما في البلدان الأخرى، فتتم المحافظة على وضع الخلو من فيروس شلل الأطفال من خلال ضمان مستوى عالٍ من المناعة بين الفئات السكانية، وتجنب الفجوات المناعية عن طريق تحسين سبل التمنيع الروتيني وتنفيذ أنشطة التمنيع التكميلي. وفي عام 2010، نفذ جنوب السودان أربعة أيام وطنية للتمنيع، كما نفذ شمال السودان ثلاثة أيام وطنية للتمنيع، ويوماً واحداً دون وطني للتمنيع علاوة على يوم لصحة الطفل شمل إعطاء لقاح



مراقبات مستقلة يتحققن من جودة الحملة

لتحسين التمنيع الروتيني لضمان تحقيق تغطية مناسبة في جميع المناطق التي يمكن الوصول إليها، والاستفادة من تحركات المجموعات السكانية باعتبارها من فرص التطعيم.

3. تنفيذ استراتيجيات استئصال شلل الأطفال

3-1 التمنيع الروتيني

لا يزال تحسين الخدمات الروتينية للتطعيم والتغطية باللقاحات تمثل إحدى الاستراتيجيات الأساسية لاستئصال شلل الأطفال. ولقد تم، على المستويين العالمي والإقليمي، التوثيق الواضح للدور الهام الذي تضطلع به التغطية الروتينية العالية في توطيد ما أحرز من إنجازات في مجال استئصال شلل الأطفال، والحد من انتشار فيروس شلل الأطفال عقب وفوده إلى داخل البلاد. أما المواقع التي تتدنى فيها التغطية الروتينية فقد انتشرت فيها الفاشيات عقب دخول حالات وافدة إليها. ويواصل العاملون الميدانيون في برنامج استئصال شلل الأطفال دعمهم للتمنيع الروتيني، وبالمثل، كما أن ما قام به البرنامج من تنمية للقدرات في مجالات التخطيط التفصيلي، وتنفيذ الحملات، والرصد والتقييم، قد أفاد بصورة كبيرة في تقوية أنشطة التمنيع الروتيني.

3-2 أنشطة التمنيع التكميلي

تمثل أنشطة التمنيع التكميلي استراتيجية جوهرية لوقف سريان الفيروس في البلدان الموطونة والبلدان التي عاودتها عدواه، خاصة في المناطق التي تتدنى فيها التغطية الروتينية وذلك من أجل ضمان أقصى معدل للمناعة بين الأطفال دون الخامسة من العمر.



إعطاء لقاح شلل الأطفال الفموي خلال أنشطة التمنيع التكميلي في باكستان

العربية السورية، والعراق، ومصر) بتنفيذ أنشطة التمنيع التكميلي مع التركيز على المناطق الجغرافية ذات الفئات السكانية المعرضة بصورة كبيرة لخطر التقاط العدوى، والتي تعاني من تغطية متدنية من التمنيع الروتيني، بغية بذل جهود تهدف إلى تعزيز المناعة السكانية.

ويستمر تنفيذ أنشطة التمنيع التكميلي من منزل إلى منزل، مستهدفة جميع الأطفال دون الخامسة من العمر. وقد اتخذت العديد من الخطوات التشغيلية الرئيسية لضمان جودة هذه الأنشطة،

شلل الأطفال الفموي. وقامت الصومال بتنفيذ حملتين من أيام وطنية للتمنيع تم تنفيذها على مرحلتين، كما تم إعطاء لقاح شلل الأطفال الفموي خلال 5 أيام لصحة الطفل تم تنفيذها على مراحل. وكانت غالبية اللقاحات المستخدمة في أيام صحة الطفل هي من لقاح شلل الأطفال الفموي الثلاثي التكافؤ. وخلال عام 2010، قامت سبعة بلدان خالية من شلل الأطفال في الإقليم (وهي الأردن، وجمهورية إيران الإسلامية، وجيبوتي، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية



توسيم الأصابع بعد إعطاء لقاح شلل الأطفال الفموي هو المعيار الوحيد لتقييم التغطية بلقاح شلل الأطفال الفموي

المئوية لأخذ عينات كافية من البراز) من المعايير الدولية. فقد حافظت جميع بلدان الإقليم على المعدلات المتوقعة للشلل الرخو الحاد غير الناجم عن فيروس شلل الأطفال لكل مئة ألف طفل دون 15 سنة من العمر (الشكل 3). وتعدت النسبة المئوية لحالات الشلل الرخو الحاد التي أخذت منها عينات كافية من البراز، النسبة المنشودة وهي 80٪ في جميع الدول باستثناء المغرب (الشكل 4). إلا أن تحليل المعطيات دون الوطنية قد أظهر وجود بعض الفجوات الهامة وذلك في البلدان التي لم يوجد بها أي دليل على حدوث انتقال للفيروس طوال السنوات الخمس المنصرمة. وتستغل هذه المعطيات في توجيه الأنشطة نحو تحسين العمليات في تلك البلدان.

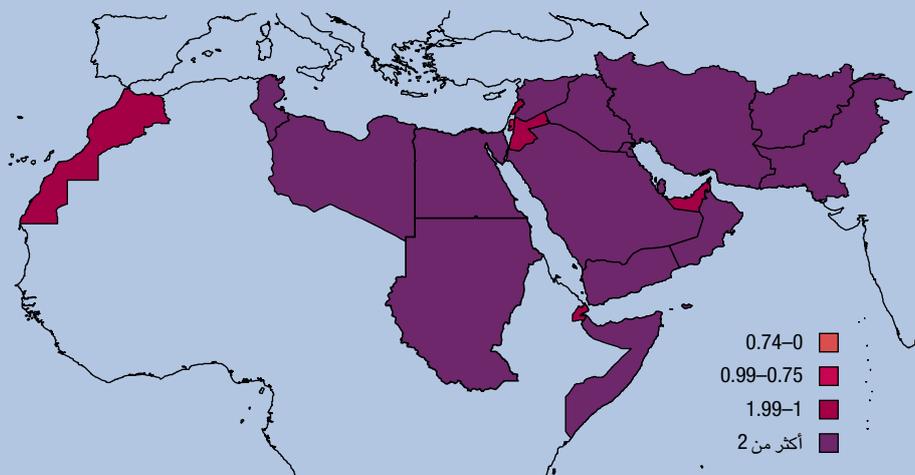
وتقوم جميع البلدان بإرسال معطيات ترصد الشلل الرخو الحاد، أسبوعياً، إلى المكتب الإقليمي. وتخضع هذه المعطيات إلى التحليل، والنشر في "فاكس شلل الأطفال"، الذي يرسل أسبوعياً إلى دول الإقليم مصحوباً بالملاحظات والتعليقات. وعلاوة على ذلك، يجري تقييم مستقل لنظم الترصد الوطنية (مراجعات الترصد)، لتقييم درجة جودتها.

كان منها تحديث الخطط التفصيلية، وإشراك القادة السياسيين والإداريين في المراقبة وضمان المساءلة، وتعزيز جهود التواصل مع التركيز على رفع مستوى الوعي العام وزيادة الطلب لدى المجتمع على التطعيم، والرصد المستقل لأنشطة التمنيع التكميلي.

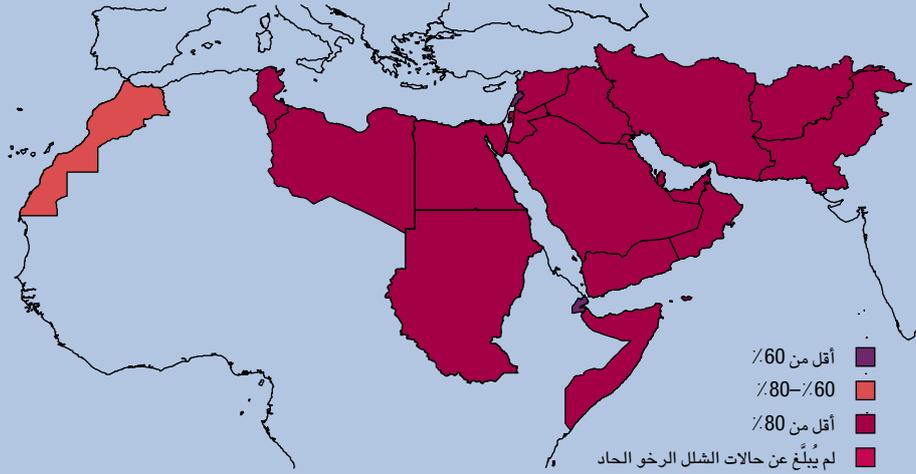
وعلاوة على ما تقدم، فقد استحدثت العديد من المبادرات في البرنامج، وهي تحديداً استخدام لقاح شلل الأطفال ثنائي التكافؤ عالي الكفاءة، واستراتيجية الجرعة الإضافية بفواصل قصيرة في المناطق التي تعاني من مشكلات في الوصول إليها، والتثبت من الرصد المستقل باستخدام نظام ضمان جودة التشغيل، ولقد قامت البلدان المتجاورة بتنسيق أنشطة التمنيع التكميلي بينها وتم استخدامها في توفير الخدمات الصحية الأخرى مثل توفير فيتامين أ، وأقراص التخلص من الديدان.

3-3 ترصد الشلل الرخو الحاد وشبكة المختبرات الإقليمية

على المستوى الوطني، تقترب المؤشرات الرئيسية لترصد الشلل الرخو الحاد (معدل الشلل الرخو الحاد غير الناجم عن فيروس شلل الأطفال والنسبة



الشكل 3 معدل الشلل الرخو الحاد غير الناجم عن فيروس شلل الأطفال في بلدان إقليم شرق المتوسط 2010



الشكل 4 نسبة حالات الشلل الرخو الحاد ذات العينات الملائمة في الإقليم، 2010

ويدعم نظام الترصد المعمول به في الإقليم شبكة مختبرات مكونة من 12 مختبراً تؤدي عملها بمعايير عالية المستوى. وقد اجتازت جميع مختبرات هذه الشبكة، بكفاءة، اختبارات الكفاءة التي تجريها منظمة الصحة العالمية لكل من طرق استفراد فيروس شلل الأطفال واختبار التمييز بين أنماط الفيروس، وحظيت جميع المختبرات بالاعتماد الكامل.

وتحافظ شبكة المختبرات الإقليمية المعنية بشلل الأطفال على مؤشرات الأداء التي يتطلبها الإشهاد. ويجدر التنويه بأن عبء العمل الذي تقوم به الشبكة هو عبء جسيم. ففي عام 2010، بلغت العينات التي أخذت من الحالات ومخاطبيها ما يقرب من 27 ألف عينة، بزيادة 4٪ عن عام 2009. وبصفة عامة، ظهرت نتائج 94٪ من العينات خلال 14 يوماً، كما ظهرت نتائج 98٪ من اختبارات التمييز بين أنماط الفيروس في غضون 7 أيام من زرع الفيروس، وبالنسبة لحالات الشلل الرخو الحاد، فقد ظهرت نتيجة الفحص المخبري النهائي بالنسبة إلى 97٪ من الحالات، خلال 45 يوماً من بداية ظهور الشلل. ويتواصل الكشف

خلال عام 2010، أجريت مراجعات لترصد الشلل الرخو الحاد في ثمانية من بلدان الإقليم، وهي: أفغانستان، وتونس، ولبنان، ومصر، والمغرب، واليمن. كما أجريت مراجعات مكتبية في كل من جنوب السودان والصومال. وقد بينت هذه المراجعات أن تلك النظم تؤدي وظائفها بصورة جيدة، كما صيغت بعض التوصيات التي أُلقت الضوء على بعض التدابير الضرورية لتحسين هذه النظم، وتقوم السلطات الوطنية، بأخذ هذه التوصيات في الاعتبار ويقوم المكتب الإقليمي بمتابعة تنفيذها.

في بعض مناطق من أفغانستان والصومال، تم اكتشاف سريان فيروسات شلل الأطفال المشتقة من اللقاح، مما يشير إلى وجود تحديات تواجه التغطية الروتينية باللقاحات في تلك المناطق.

وتواصل الأنشطة التكميلية للترصد، وتحديدًا الرصد البيئي، إثبات نفعها كأداة إضافية للترصد. هذا ويستمر تنفيذ برنامج الرصد البيئي في مصر، كما تم التوسع في تنفيذه بباكستان ليشمل المدن الهامة (كاراتشي، ولاهور، ومولتان، وروالبندي، وبيشاور، وكويتا).

ومساعدة متخذي القرار على ترتيب الأولويات في المساعدات التقنية، وتقديم المعطيات الخاصة بالتوعية وطلبات التمويل. وهذا النموذج يتم استخدامه بصورة منتظمة لاستعراض الوضع في بلدان الإقليم الخالية من مرض شلل الأطفال، وقد أوضحت المراجعات الأخيرة للاختطار أن كلاً من الصومال واليمن يتعرضان لاختطار مرتفع نظراً للأعداد الكبيرة من الأطفال الذين لم يتم تمنيعهم والنسب الكبيرة للأطفال الذين يعيشون دون أية حماية (الشكل 5).

3-5 تحسين نوعية حياة المصابين

بشلل الأطفال

تتواصل الجهود التي يبذلها البرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال من أجل تحسين نوعية



يقدم البرنامج خدمات إعادة التأهيل البدني والاجتماعي للأطفال المتضررين من شلل الأطفال

عن فيروس شلل الأطفال البري، وفيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاح بسرعة ودقة. أما الطرق الخاصة بتفاعل البوليميراز المتسلسل المأشوب في الزمن الحقيقي rRT-PCR، والخاصة بتمييز فيروسات شلل الأطفال فقد كانت تجرى في المختبرات التي تقوم بالتفريق بين الفيروسات البرية وفيروسات اللقاح.

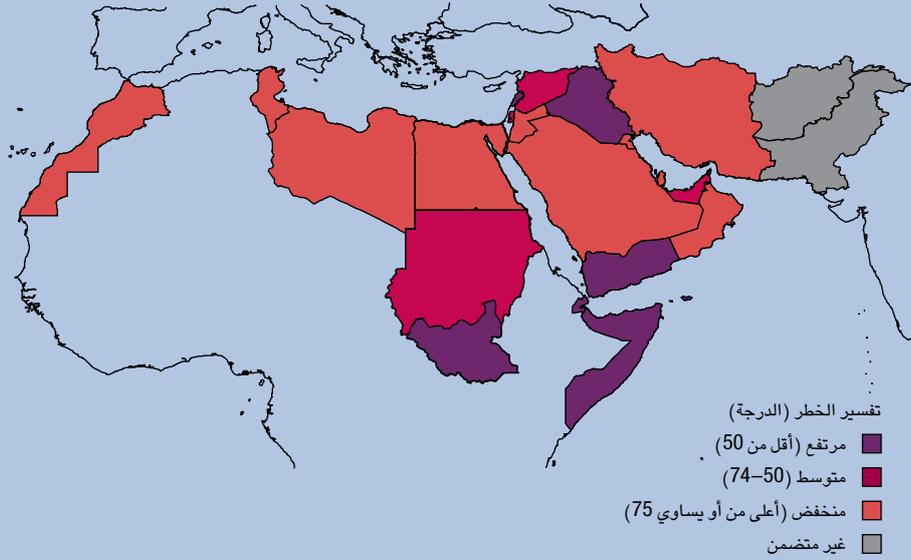
هذا، وقد اعتمد المختبر الإقليمي المرجعي في تونس، بوصفه ثاني مختبر لمنظمة الصحة العالمية خاص بالتعرف على المعطيات الجينية لفيروسات شلل الأطفال في الإقليم، إضافة إلى المختبر الإقليمي المرجعي في باكستان، الذي يوفر نتائج جيدة في الوقت المناسب للمعطيات الجينية لجميع فيروسات شلل الأطفال ذات الأهمية البرمجية والتي يتم عزلها من عينات حالات الشلل الرخو الحاد والعينات البيئية. وقد تم خلال عام 2010 إدخال الكتيبات التدريبية حول السلامة الحيوية في جميع مختبرات شبكة مختبرات إقليم شرق المتوسط.

3-4 تقييم مخاطر تفشي فيروس

شلل الأطفال البري عقب توافده

قامت جميع بلدان الإقليم الخالية من فيروس شلل الأطفال، بوضع وتحديث وتفعيل خططها الوطنية الخاصة بالاستعداد للتصدي لوفادة فيروس شلل الأطفال. وقد استخدمت أدوات عدة من أجل تقييم درجة التأهب كان منها رصد وتحليل التاريخ التمنيعي لحالات الشلل الرخو الحاد، كدليل غير مباشر للحالة التمنيعية للسكان عامة، وكذلك رصد مؤشرات الترصد والقيام بمراجعات الترصد.

كما قام المكتب الإقليمي لشرق المتوسط بإعداد نموذج لتقييم خطر حدوث فاشية بسبب فيروس شلل الأطفال البري عقب وفوده إلى البلاد، وذلك بهدف تحذير البلدان في الوقت المناسب،



الشكل 5 تقييم المخاطر الإقليمية حسب البرامج، 2010

4. قضايا المراحل النهائية

4-1 الاحتواء المختبري لفيروس شلل الأطفال البري والمواد المحتملة الإعداد

لا ريب في أن أهم هدف لهذا النشاط هو تقليص مخاطر ما بعد الاستئصال والتي تتمثل في معاودة وفود الفيروسات البرية لشلل الأطفال أو ذراري ساين Sabin من المختبر إلى المجتمع ولاسيما بعد توقف استخدام اللقاح الفموي. ويتحقق هذا الهدف بصورة رئيسية من خلال إتلاف وحظر الاحتفاظ بالمواد المحتوية على الفيروس، باستثناء المرافق الأساسية في عدد محدود جداً من البلدان، تكون لديها خطط حول كيفية التحكم في هذه المخاطر في تلك المرافق الأساسية، عن طريق إجراءات الحماية الأولية للاحتواء، وإجراءات الحماية الثانوية للمكان.

ولقد أبلغت جميع بلدان الإقليم، باستثناء أفغانستان، وباكستان، والصومال، عن إتمامها للمرحلة الأولى من الأنشطة والخاصة بمسح

حياة من يعانون من أشكال العجز الناجمة عن هذا المرض. وتتمثل الأهداف النوعية لهذا البرنامج في تعزيز حركة هؤلاء الأطفال الذين يعانون من العجز الناجم عن إصابتهم بشلل الأطفال والمحافظة على كرامتهم، وتسهيل دمجهم في المجتمع، وذلك من خلال توفير الخدمات الضرورية لإعادة تأهيلهم بدياً واجتماعياً. وتتضمن هذه الخدمات توفير العلاج الطبيعي، وأجهزة التقويم، والجهاز التصحيحية، وتسهيل التحاقهم بالمدارس، ومن ثم معاونتهم على الاستقلالية وتحويلهم إلى أفراد منتجين في المجتمع. وبعد ما حققته هذه المبادرة من نجاح في باكستان، يعمل المكتب الإقليمي في الوقت الحالي على التوسع في مثل هذه الخدمات وتوفيرها للأطفال الذين أصابهم هذا المرض في أفغانستان.

للتمنيع. أما في ما يخص مختصر التحديثات السنوية لعام 2009 لجيبوتي، فقد أرجى اعتمادها بسبب القصور في أداء ترصد الشلل الرخو الحاد. وفي ما يتعلق بتقرير أفغانستان وباكستان، عبرت اللجنة عن تقديرها للجهود المبذولة من اللجنتين الوطنيتين للإشهاد، واستمرار المستوى المنشود الذي تحقق بالنسبة للترصد.

5. الدعم التقني والمالي للبلدان

استمر الدعم التقني لمنظمة الصحة العالمية للبرنامج الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال، خلال عام 2010 متمثلاً في تعيين 41 اختصاصياً دولياً، مصحوباً بدعم من 15 اختصاصياً لأمد قصير (ثلاثة أشهر) (فريق وقف سراية شلل الأطفال)، معارين من مركز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها، علاوة على 248 موظف طبي وطني يعاونهم 798 من العاملين الوطنيين.

وعلاوة على ما تقدم، تقوم فرق استشارية تقنية إقليمية وقطرية، مكونة من مجموعات من الخبراء، بتقديم الدعم التقني للبرامج الوطنية فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية. ويجدر التنويه هنا أن جميع العاملين في مجال شلل الأطفال لا يدخلون بتقديم كل الدعم للبرنامج الموسع للتمنيع، ويساهمون في سائر البرامج ذات الأولوية وبرامج الطوارئ الصحية في الدول التي يعملون بها.

ويستمر عطاء البلدان الأعضاء في الإقليم بسخاء بتقديمهم للكثير من الموارد اللازمة لجهود الاستئصال، ولاسيما في مجالي التمنيع الروتيني والترصد. ولا يقتصر الأمر على البلدان الأعضاء بل تتوفر أيضاً الموارد المالية الخارجية من أجل دعم الأنشطة الوطنية، وبصورة خاصة، من أجل توفير نفقات أنشطة التمنيع التكميلي، والدعم التقني والموارد اللازمة لاستمرار أنشطة الترصد. وبالنسبة للموارد الخارجية الخاصة بدعم الأنشطة التي تم تخطيطها من قبل منظمة الصحة العالمية

وجرد المختبرات بقصد احتواء فيروس شلل الأطفال، والمواد المحتملة أن تكون معدية. وقد قامت جميع البلدان التسعة عشر التي انتهت من أنشطة المرحلة الأولى بتقديم الوثائق الدالة على جودة هذه الأنشطة، ولم تتخلف سوى لبنان.

4-2 الإشهاد على استئصال شلل

الأطفال

عقدت اللجنة الإقليمية للإشهاد على استئصال شلل الأطفال عام 2010 اجتماعين، حيث قامت في الاجتماع الأول الذي عقد في الفترة من 4 إلى 6 أيار/مايو، بمناقشة الاستعراضات المختصرة للتحديثات السنوية التي قدمتها كل من الأردن، الإمارات العربية المتحدة، وجمهورية إيران الإسلامية، والبحرين، وتونس، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، وقطر، والكويت، وليبيا، والمغرب وتم اعتمادها، كما تمت مناقشة الوثائق الوطنية النهائية للإشهاد والخاصة بكل من مصر وفلسطين، وكذلك التحديثات السنوية لعام 2009 المقدمة من الصومال واليمن، مع تأجيل لبنان من المناقشات حتى تتمكن لجنة الوطنية للإشهاد من تقديم بيانات على تحسين إجراءات الترصد بحيث تصل إلى المستوى الذي يتطلبه الإشهاد.

أما الاجتماع الثاني للجنة الإقليمية للإشهاد على استئصال شلل الأطفال، والذي عقد من 19 إلى 20 تشرين الأول/أكتوبر، فقد نوقشت فيه الوثائق الوطنية الأساسية للسودان، ومختصر التحديثات السنوية لعام 2009 والخاصة بجيبوتي، وكذلك الوثائق الوطنية المبدئية التي قدمتها كل من أفغانستان وباكستان. وقد قامت اللجنة بالموافقة على الوثائق الوطنية الأساسية للسودان، مع التأكيد على الحاجة إلى مواصلة الحفاظ على أداء الترصد مما يضمن تحقق المستويات العالية للمناعة من خلال تحسين التمنيع الروتيني والأنشطة التكميلية

الأوسط وجمهوريات القوقاز وآسيا الوسطى (MECACAR). كما ساهم المختبر الباكستاني في تحليل المتواليات الجزيئية للفيروسات المستفردة من حالات طاجيكستان.

أما المشاركة المنتظمة لمثلي الأقاليم الثلاثة في الاجتماعات الإقليمية، مثل الفرق الاستشارية التقنية، واللجان الإقليمية للإشهاد على استئصال شلل الأطفال، فقد ساهمت هذه المشاركة في تأمين التشارك في المعلومات الخاصة بالدروس المستفادة والممارسات النافعة.

7. الالتزام الإقليمي

باستئصال شلل الأطفال

لا تزال السلطات الوطنية في كل من البلدان الموطونة بفيروس شلل الأطفال وتلك التي نجحت في التحرر منه تتمسك بشدة بالمحافظة على أعلى مستوى من الالتزام بهدف استئصال شلل الأطفال. وتتلقى اللجنة الإقليمية تقارير مرحلية سنوية حول شلل الأطفال، كما أن قراراتها تحدد الاتجاه الاستراتيجي للبرنامج. ويقع برنامج استئصال شلل الأطفال تحت إدارة المدير الإقليمي الذي يشارك بنفسه في جميع الأنشطة الهامة للبرنامج، حيث قام بعدة زيارات لباكستان، البلد الذي يتوطنه الفيروس وله أولوية عالية في الإقليم. وقد قام المدير الإقليمي مع المدير العامة بزيارة باكستان في تشرين الثاني/نوفمبر 2010، وتقابلا مع رئيس باكستان الذي أعلن عن خطة عمل للطوارئ التي أطلقت في كانون الثاني/يناير عام 2011 والتي تهدف إلى وقف سريان الفيروس بحلول نهاية عام 2011. ويمثل الوضع السياسي والأممي السائد في عدد من البلدان الأعضاء تحدياً صريحاً أمام مسيرة البرنامج.

للعامين 2010-2011، فمن المتوقع أن تزيد قيمتها على 120 مليون دولار أمريكي.

أما بالنسبة للمساهمين الرئيسيين في هذه المخصصات المالية فهم منظمة الروتاري الدولي، وحكومات كل من كندا، والولايات المتحدة الأمريكية، والإمارات العربية المتحدة، ومؤسسة مليندا وبيبل غيتس، ووزارة التنمية الدولية بالمملكة المتحدة، علاوة على حكومات كل من إيطاليا، والنرويج، وفرنسا، وأستراليا، وروسيا، وألمانيا.

6. التنسيق مع الأقاليم

الأخرى

تتواصل جهود التنسيق مع الأقاليم الأخرى لمنظمة الصحة العالمية، بصورة مرضية، ولاسيما الإقليم الأفريقي، وإقليم جنوب شرق آسيا، والإقليم الأوربي. ويتم تبادل معطيات الترصد والمعلومات الوبائية الهامة أسبوعياً، كما أن هناك جهود حثيثة من أجل تزامن تواريخ أنشطة التمنيع التكميلي، أو على الأقل ضمان تنسيق هذه الأنشطة بين المناطق الحدودية.

وتمثل المجموعة الاستشارية التقنية للقرن الأفريقي مثلاً حياً للتنسيق الوثيق بين بعض البلدان الأعضاء في الإقليمين الأفريقي وشرق المتوسط. وعلى نفس المنوال، فإن مختبرات الإقليمين تواصل دعم بعضها البعض، فيقوم مختبر معهد كينيا للبحوث الطبية KEMRI في كينيا بدعم الصومال وجنوب السودان، وبالمثل يقوم مختبر السودان بدعم إريتريا، ويقدم المكتب الإقليمي لشرق المتوسط دعمه إلى نيجيريا في مجال تطوير الرصد البيئي.

ولقد أحييت الفاشية التي أصابت طاجيكستان جهود التنسيق بين كل من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط والمكتب الأوربي، وأنعشت كذلك سبل التعاون في إطار عملية الميكاكار (بلدان الشرق

8. التحديات والتوجهات المستقبلية

معدلات التمنيع الروتيني. وسوف تستخدم التحاليل الخاصة بتقييم المخاطر في البلدان الحالية من فيروس شلل الأطفال بصورة منتظمة وبأسلوب يتسم بالحكمة، للتعرف المبكر على أي زيادة في المخاطر التي يجابهها أي بلد من البلدان، ومن ثم اتخاذ التدابير التصحيحية للتصدي للوضع في الوقت المناسب. ومن الأمثلة الواضحة ارتفاع المخاطر في اليمن، والتي تفاقمت بسبب القلاقل السياسية الأخيرة. وسوف تستغل أول فرصة تظهر للبدء بأنشطة التمنيع التكميلي. أما تعنت قوات حركة "الشباب" في الصومال ورفضها السماح بتطعيم ما يقرب من 800 ألف طفل دون الخامسة من العمر يعيشون في المناطق الواقعة تحت سيطرتهم، فهو بمثابة قنبلة موقوتة قد تنفجر في أي وقت. ولن تهدأ الجهود التي تبذل في سبيل إحراز تقدم مع حركة "الشباب" من أجل السماح بتطعيم الأطفال، وسوف يستمر إعطاء الأولوية للوصول لهذه الغاية.

ومن التحديات الرئيسية أيضاً مواصلة الترصد على المستوى الذي يتطلبه الإسهاد على استئصال المرض في جميع البلدان. وتعمل منظمة الصحة العالمية، بصورة متواصلة، على دعم الجهود الوطنية المبذولة في هذا المجال. وسوف تقوم المنظمة أيضاً بدعم المراجعات الخاصة بترصد الشلل الرخو الحاد، ومتابعة تنفيذ ما صاغته من توصيات.

• هناك قلق بالغ جراء مخاطر سريان فيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاح في البلدان التي تعاني من ضعف التمنيع الروتيني ولاسيما الصومال وأفغانستان.

• تنسيق جهود التعاون بين مبادرة استئصال شلل الأطفال والبرنامج الموسع للتمنيع

- يتمثل التحدي الرئيسي الذي يواجه البرنامج في استمرار سريان فيروس شلل الأطفال في كل من باكستان وأفغانستان. فالعقبة الرئيسية في أفغانستان هي انعدام الأمن والافتقار إلى سبل الوصول إلى المناطق الجنوبية. أما في باكستان، فإن المخاطر الرئيسية التي تحول دون إيقاف سريان فيروس شلل الأطفال تتضح في الحالة المعقدة والتي لا يمكن توقعها لانعدام الأمن في المناطق القبلية تحت الإدارة الفيدرالية، والقصور الإداري الذي يؤدي بدوره إلى عدم تماثل التغطية داخل المنطقة الواحدة، وعدم الاتساق في شعور الحكومة بتملك البرنامج، وفي المراقبة، وقصور في المساءلة المرتكزة على الأداء. والأولوية الأولى للإقليم هي إيقاف سريان فيروس شلل الأطفال في كل من باكستان وأفغانستان. وسوف تتواصل الجهود في أفغانستان، بمشاركة جميع الشركاء، على مختلف الجبهات من أجل تأمين الوصول الآمن وتطعيم الأطفال في الإقليم الجنوبي من القطر بكل من الجرعات الروتينية وجرعات التمنيع التكميلي. كما سوف تستمر الجهود المبذولة في باكستان من أجل ضمان التنفيذ الكامل، نصاً وروحاً، لخطة العمل الوطنية الطارئة.

- إن المحافظة على استمرارية خلو البلدان التي تخلصت من فيروس شلل الأطفال يعد إنجازاً عظيماً كما يعد تحدياً كبيراً. وتمثل التحديات في الحفاظ على اهتمام السلطات الوطنية والتزامها على كافة المستويات في خضم ما تواجه هذه السلطات من الأولويات الأخرى، وما يسود بعض البلدان من عدم الاستقرار السياسي وعدم الأمان، وانخفاض

- توفير الموارد المالية الضرورية لتنفيذ الخطة الإقليمية للاستئصال.
- مجابهة التأثيرات المحتملة للتطورات الأخيرة في بعض بلدان الإقليم، ولاسيما في الجماهيرية العربية الليبية التي تشارك في حدودها مع تشاد حيث لا يزال سريان الفيروس البري لشلل الأطفال مستمرا. أما في اليمن، فإن تعطل التمنيع الروتيني مع عدم إمكانية مواصلة أنشطة التمنيع التكميلي يؤثران بصورة كبيرة على المرتسم التمنيعي.
- تهدف تحسين التغطية بالبرنامج في جميع البلدان الأعضاء. كما أن المحافظة على استمرارية الحالة المناعية للفئات السكانية سوف تضمن الوقاية من حدوث حالات إصابة بفيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاح.
- الحفاظ على التنسيق والتعاون بين المكاتب الإقليمية للمنظمة وتعزيزهما، وكذلك بين البلدان المتجاورة في إقليم شرق المتوسط وسائر الأقاليم.





طباعة هذا التقرير مدعومة بمنحة من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بقسم استئصال شلل الأطفال

منظمة الصحة العالمية

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

ص. ب. 7608، مدينة نصر،

القاهرة 11371، مصر،

هاتف رقم: +202 2276 5074

فاكس رقم: +202 2276 5413

عنوان البريد الإلكتروني: pol@emro.who.int

الموقع على الإنترنت: www.emro.who.int/polio