



World Health
Organization

Stop TB Partnership

THE STOP TB STRATEGY

Building on and enhancing DOTS to meet
the TB-related Millennium Development Goals

MDG

استراتژی مبارزه با سل

ساخته شده با توجه به داتس در جهت حصول
اهداف توسعه ی هزاره ی مربوط به سل.

Translated by:
Aliyeh Sargazi



106

بنام خدا

تقدیم به دکنر زہرا سپہری عزیز...

فهرست

بنام خدا.....	۳
مقدمه:	۷
استراتژی مبارزه با سل	۸
شش جزء تشکیل دهنده ی استراتژی مبارزه با سل:	۸
۱_ ادامه دادن توسعه و پیشرفت برنامه ی با کیفیت DOTS.....	۸
۱- الف) توسعه و پیشرفت برنامه ی DOTS:	۱۰
جزء اول: تعهد سیاسی برای افزایش و حمایت مالی	۱۱
جزء دوم: بیماریابی از طریق باکتری شناسی با کیفیت مورد اطمینان	۱۲
جزء سوم: درمان استاندارد همراه با نظارت و پشتیبانی بیمار	۱۳
جزء چهارم: سیستم موثر مدیریت و تامین دارو	۱۵
جزء پنجم: سیستم نظارت و ارزیابی و اندازه گیری دقیق	۱۶
۱_ب) نظارت بر ومقاومت به دارو(DRS)	۱۸
۱_ج) سیستم موثر مدیریت و تامین دارو	۱۸
۱_د) سیستم ثبت و گزارش الکترونیک	۱۸
۱_ه) امکان داروی جهانی(مشارکت برای مبارزه با سل)	۱۸
۱_و) هدایت و ابزارهای بودجه ی اعطائی جهانی	۱۸
۱_ز) گزارش کنترل سل جهانی	۱۸
۱_ح) کمیته ی گرین لایت (green light)	۱۸
۱_ط) آزمایشگاه ها	۱۸
۱_ی) قانون گذاری/برنامه ریزی/منابع انسانی/اداره/آموزش	۱۸
۱_ک) دریافت فرم های ثبت و گزارش سل(۲۰۰۶)	۱۹
۱_ل) خطوط راهنمای(راهنماهای) اداره ی درمان و برنامه	۱۹
۱_م) کارگروه های آنلاین نظارت و اپیدمیولوژی سل	۲۰
۱_ن) مکانسیم کمکی تکنیکی سل (TBTEAM)	۲۰
۲_ پیدا کردن مبتلایان به سل-ایدز ، بیماران مقاوم به داروی چندگانه و نیازهای جوامع فقیر و آسیب پذیر	۲۰
سل و جابجایی هوا	۲۰

سل و کودکان	۲۱
سل مقاوم به داروی گسترده	۲۱
سل و جنسیت	۲۱
سل و ایدز	۲۱
سل مقاوم به داروی چند گانه	۲۱
سل و فقر	۲۲
سل و زندان ها	۲۲
سل و پناهندگان	۲۲
سل و تنباکو	۲۴
۳_ همکاری برای تقویت سیستم سلامت بنا گذارده بر مراقبت سلامت اولیه	۲۴
۳-۱ کمک به بهبود سیاست های سلامت ، گسترش منابع انسانی ، تجهیزات مالی و ارائه خدمات و اطلاعات	۲۴
۳-۲ تقویت کنترل عفونت سل	۲۵
۳-۳ دسترسی عملی به سلامت ریه	۲۵
۴_ درگیر کردن همه ی دست اندرکاران مراقب سلامت	۲۶
۴-۱ همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی (PPM)	۲۶
۴-۲ استانداردهای بین المللی مراقبت سل (ISTC)	۲۷
۵_ تقویت حضور مسولین در اجتماع از طریق مشارکت دادن آن ها	۳۱
۵-۱ مشارکت جامعه در مراقبت و پیشگیری از سل	۳۱
۵-۲ مشخصه ی بیمار برای مراقبت سل	۳۲
۶_ توان بخشی و تقویت پژوهش	۳۲
پژوهش سل	۳۲
جنبش سل پژوهی	۳۳

مقدمه

فایلی پیش رو دارید فصل "پیشگیری" از کتاب تحت ویرایش "سل" است. مباحث این فصل مستقیماً از پروتوکول سازمان جهانی بهداشت تحت عنوان "استراتژی مبارزه با سل" یا "استراتژی توقف سل" ترجمه شده است. این استراتژی ۶ بند دارد که داتس یا درمان با نظارت مستقیم قسمتی از بند اول آن می باشد. در واقع بعد از موفقیت داتس در کنترل سل، و نمایان شدن نقاط قدرت و ضعف داتس، استراتژی مبارزه با سل طراحی شد. با خواندن فهرست این کتاب می توانید چهارچوب کلی این استراتژی را ملاحظه فرمایید. این کتاب بعد از تکمیل در سال آینده در اختیار معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زابل قرار خواهد گرفت. در صورت تمایل می توانید اخبار مربوطه را پیگیری کنید. کپی برداری از مطالب این فایل با ذکر منبع و نام نویسنده بلامانع است. امید است مطالب پیش رو مثمر ثمر واقع شود.

عالیه سرگزی

دانشجوی پزشکی سال چهارم

بهمن ۱۳۹۳

استراتژی مبارزه با سل

سازمان جهانی بهداشت استراتژی جدید ۶ نکته ای را برای مبارزه با سل منتشر کرده که با توجه به (بر روی) موفقیت DOTS ایجاد شده است؛ در حالی که به طور واضحی پیدا کردن راه حل، مواجهه با سل را دچار چالش کرده است. هدف این استراتژی کاهش بار جهانی سل تا سال ۲۰۱۵ از طریق مطمئن کردن همه ی افراد مسلول، به طور مثال مبتلایان به سل و ایدز و افراد مقاوم به داروی سل، است. به اینکه دسترسی به تشخیص با کیفیت بالا و درمان بیمار محور (درمان اختصاصی) را در هر جای دنیا دارند. همچنین این استراتژی از گسترش ابزارهای جدید و موثر برای پیشگیری، شناسایی و درمان سل حمایت می کند. استراتژی مبارزه با سل در راستای برنامه ی جهانی " مشارکت برای مبارزه با سل "، برای مبارزه با سل در بازه ی بین سال های ۲۰۰۶-۲۰۱۵ قرار دارد.

شش جزء تشکیل دهنده ی استراتژی مبارزه با سل:

۱_ ادامه دادن توسعه و پیشرفت برنامه ی با کیفیت DOTS

الف) توسعه و پیشرفت برنامه ی DOTS

ب) نظارت بر مقاومت به دارو (DRS)

ج) سیستم موثر مدیریت و تامین دارو

د) سیستم ثبت و گزارش الکترونیک

ه) امکان داروی جهانی (مشارکت برای مبارزه با سل)

و) هدایت و ابزارهای بودجه ی اعطائی جهانی

ز) گزارش کنترل سل جهانی

ح) کمیته ی گرین لایت (green light)

ط) آزمایشگاه ها

ی) قانون گذاری / برنامه ریزی / منابع انسانی / اداره / آموزش

ک) دریافت فرم های ثبت و گزارش سل (۲۰۰۶)

ل) خطوط راهنمای (راهنماهای) اداره ی درمان و برنامه

م) کارگروه های آنلاین نظارت و اپیدمیولوژی سل

ن) مکانسیم کمکی تکنیکی سل (TBTEAM)

۱- الف) توسعه و پیشرفت برنامه ی DOTS:

برنامه ی DOTS در مرکزیت استراتژی مبارزه با سل می باشد. برای برقرار کردن نظارت بر محدودیت های شناخته شده و چالش های جدید دیده شده، تقویت بیشتر پنج جزء پایه ای DOTS مورد نیاز است برای پیدا کردن محل محدودیت ها و چالش های پیش رو، تقویت ۵ جزء اصلی برنامه ی DOTS لازم است.

۵ جزء تشکیل دهنده ی برنامه ی DOTS:

۱_ تعهد سیاسی برای افزایش و حمایت مالی

وضع قوانین، برنامه ریزی، منابع انسانی، اداره و آموزش

۲_ بیماریابی از طریق باکتری شناسی با کیفیت مورد تایید

تقویت آزمایشگاه های سل، نظارت بر مقاومت دارویی

۳_ درمان استاندارد همراه با نظارت و پشتیبانی بیمار

تعیین خط مشی برای برنامه ی تنظیم و درمان سل، استاندارد های جهانی مراقبت سل (ISTC)، دسترسی عملی به سلامت ریه (PAL)، مشارکت بیمار-جامعه

۴_ دارو رسانی موثر و سیستم تنظیم

در دسترس بودن داروهای سل، تنظیم داروی سل، امکان دسترسی به داروی جهانی (GDF)، کمیته ی گرین لایت (GLC)

۵_ سیستم نظارت و ارزشیابی و اندازه گیری دقیق

سیستم ثبت و گزارش سل، گزارش کنترل سل جهانی، داده ها و پروفایل کشورها، ابزار های برنامه ریزی و بودجه بندی سل، آموزش آنلاین نظارت و اپیدمیولوژی سازمان جهانی بهداشت

جزء اول: تعهد سیاسی برای افزایش و حمایت مالی

- ✓ وضع قوانین شفاف و حمایت کننده توسط سازمان های ملی، در صورتی که اصول برنامه ی DOTS و استراتژی مبارزه با سل به طور موثری به کار گرفته شوند، نقش تعیین کننده ای دارد .
- ✓ وضع قوانین سیاسی برای ایجاد همکاری های مطلوب ملی و بین المللی لازم است . این قوانین باید با برنامه های عملکرد استراتژیک طولانی مدت که زیر مجموعه ی "برنامه های کنترل سل جهانی" است، در ارتباط باشد.
- ✓ برنامه های عملکرد استراتژیک باید نیازهای مالی و حرفه ای را مشخص کند و در همه ی سطوح نظام سلامت، حسابرسی را برای رسیدن به نتیجه ی قابل قبول ارتقا بخشد.
- ✓ برنامه های عملکرد استراتژیک باید موضوعات مربوط به سل و سایر موارد وابسته را شامل شوند و محل پشتیبانی سیاست ها توسط قانون گذاری ملی تعیین شود.
- ✓ با همکاری نیروی بالقوه ی محلی، مراقبت سل در معنای عادلانه و با کیفیت تحقق می یابد.
- ✓ منابع جاری ناکافی هستند و بودجه ی کافی مورد نیاز است. تلاش های بیشتری برای ارتقاء منابع و بودجه ی محلی تا حد استانداردهای بین المللی لازم است. امروزه منابع مالی و انسانی جهانی برای کاهش فقر در دسترس هستند.
- ✓ رشد نظام سلامت و کنترل بیماری ها موقعیت جدیدی را برای برنامه های کنترل سل رقم می زند. حتی با بودجه ی کافی ، کمبود شدید نیروی انسانی در بخش سلامت ، پیشرفت را در کشور های با در آمد کم و متوسط مخصوصا آفریقا محدود می کند.
- ✓ وضع سیاست هایی برای حمایت از همه ی تغییرات اعم از ساختاری و مالی نیاز است تا دسترسی، توزیع و عمل کارکنان سلامت را ارتقا بخشد.
- ✓ اقدامات ویژه ، از جمله یک برنامه ی استراتژیک مناسب، لازم است تا به طور کلی از دسترسی به منابع انسانی کافی و مناسب برای مراقبت سلامت و به طور خاص مراقبت سل مطمئن شویم.

جزء دوم: بیماریابی از طریق باکتری شناسی با کیفیت مورد اطمینان

❖ باکتری شناسی برای تشخیص بیماری

✓ باکتری شناسی به عنوان روش توصیه شده برای بیمار یابی باقی مانده است :

ابتدا میکروسکوپی اسمیر خلط سپس کشت و تست حساسیت به دارو . توضیحات کامل در سایت http://www.who.int/tb/laboratory/lpa_policy.pdf موجود است.

❖ تقویت شبکه آزمایشگاه

✓ برای اطمینان از میکروسکوپی اسمیر خلط با کیفیت قابل قبول، شبکه ی گسترده ای از آزمایشگاه های تقریباً مجهز با پرسنل آموزش دیده لازم است. این به آن معناست که در بسیاری کشورها سرمایه گذاری جانبی در شبکه ی آزمایشگاهی مورد نیاز است تا همه ی کشورها یک آزمایشگاه مرجع با کارایی کامل و منابع کافی داشته باشند.

✓ شبکه ی آزمایشگاه باید بر اصول زیر بناگذاری شود:

- پذیرش استانداردهای ملی بر طبق خط مشی های بین المللی
- مرکز زدایی سرویس های تشخیص بیماری، با حفظ سطوح حرفه ای
- ارتباط بین اعضا در سطوح مختلف شبکه و
- تنظیم عملکرد داخلی و خارجی ، از جمله نظارت

✓ سرویس های کشت و تست حساسیت به دارو باید در روش های مرحله ای، در سطوح ارجاعی نظام سلامت معرفی شوند.

✓ عملکردشان باید شامل : تشخیص خلط اسمیر منفی سل، تشخیص سل در بین کودکان و بالغین مبتلا به ایدز، تشخیص و پاسخ برای درمان سل مقاوم به دارو، و انجام تست های نظارتی بر شیوع مقاومت به دارو باشد.

✓ ماندگاری کیفیت شبکه آزمایشگاه ، به آموزش منظم و متداول، نظارت و حمایت، و فعالیت کارمندان آزمایشگاه وابسته است.

✓ و باید از آزمایشگاه های عمومی و خصوصی موجود، بهترین استفاده شود.

جزء سوم: درمان استاندارد همراه با نظارت و پشتیبانی بیمار

❖ سرویس های درمان

- ✓ نقطه ی اتکای کنترل سل ، تشکیل و اداره ی درمان استاندارد در یک کشور برای بالغین و کودکان مبتلا به سل با خلط اسمیر مثبت، اسمیر منفی، و خارج ریوی است.
- ✓ در همه ی موارد، خط مشی های سازمان جهانی بهداشت برای تنظیم و رده بندی بیماران باید دنبال شود.
- ✓ خط مشی ها بر استفاده از استانداردهای موثر بیشتر، رژیم های کوتاه مدت و ترکیبات دارویی با دوز ثابت (FDCs)، برای تسهیل دسترسی به درمان و برای کاهش خطر گسترش مقاومت به دارو ی سل، تاکید می کند.
- ✓ هم چنین خط مشی های مجزای سازمان جهانی بهداشت برای مدیریت بیماران مقاوم به دارو در دسترس هستند.

❖ نظارت و حمایت بیمار

- ✓ سرویس های مراقبت سل باید عوامل وقفه یا قطع درمان را مشخص کند.
- ✓ درمان نظارت شده که می تواند شامل مشاهده ی مستقیم درمان (DOT) باشد، به بیمار کمک می کند که دارو ها را منظم و مرتباً مصرف و درمان را کامل کند. بنابراین مراقبت تحقق می یابد و از گسترش مقاومت به دارو جلوگیری می شود.
- ✓ نظارت باید با توجه به دو اصل دست اندرکاران (برای مراقبت و حمایت کامل) و بیماران (برای گرفتن درمان منظم) ادامه یابد.
- ✓ با توجه به شرایط ، نظارت می تواند برای رفاه بیماران در محل کار، در جامعه یا در خانه انجام شود.
- ✓ نظارت باید توسط اشخاصی انجام شود که قابل قبول بیمار، آموزش دیده و متصل به نظام سلامت اند.
- ✓ گروه های حمایت کننده ی بیمار و گروه های مشابه می تواند بیماران را مقید به پایان درمان کند.
- ✓ گروه های منتخب بیماران مثلاً معتادین و بیماران روانی به حمایت های بیشتر از جمله درمان مستقیم نظارت شده (DOT) احتیاج دارند.

❖ ارتقای دسترسی به درمان

✓ باید میزان دقیق موانع فیزیکی، مالی، اجتماعی و فرهنگی که افراد در دسترسی به سرویس های درمان سل با آن مواجه هستند، مشخص شود.

✓ باید به گروه های آسیب پذیر و فقیر توجه ویژه شود. اقدامات مناسب می تواند شامل این موارد باشد:

افزایش بازده درمان در روستاهای فقیر نشین و حاشیه ی شهر ها، مشارکت دادن افرادی که در نزدیکی محل زندگی بیماران هستند، اطمینان از اینکه سرویس ها رایگان یا با کمک هزینه های بالا هستند، ارائه ی حمایت های مالی و روانی، پیدا کردن مشکلات جنسی، ارتقای رفتار کارکنان و انجام و حمایت از فعالیت های ارتباطی.

جزء چهارم: سیستم موثر مدیریت و تامین دارو

- ✓ تامین پیوسته و حمایتی داروی ضد سل با کیفیت مناسب برای کنترل سل اساسی است. برای این هدف، یک سیستم تنظیم و تامین دارو ضروری است. سیستمی قابل قبول از تهیه و توزیع داروهای ضروری ضد سل، باید برای همه ی مراکز سلامت تعریف شود.
- ✓ سیستم ثبت و گزارش سل برای فراهم کردن اطلاعات مورد نیاز برای برنامه ریزی، تهیه، توزیع و بدست آوردن مقدار کافی دارو طراحی شده است.
- ✓ داروهای ضد سل باید به طور رایگان برای همه ی مسلولان قابل دسترسی باشد. به این دلیل که بسیاری بیماران فقیرند و استطاعت خرید دارو ندارند. در ضمن فواید درمان رایگان به کل جامع می رسد(مراقبت ، از انتقال به سایرین جلوگیری می کند).
- ✓ قوانین مربوط به تامین داروی منظم باید تدوین شود و استفاده از دارو توسط همه ی دست اندرکاران باید به دقت نظارت شود.
- ✓ استفاده از ترکیبات دارویی با دوز ثابت ، امکان زیستی ثابت و بسته بندی نو آورانه مثل کیت های بیماران می تواند باعث بهبود تدارکات دارویی به خوبی بخش دولتی شود، رسیدن به درمان را ارتقا بخشد و مانع مقاومت دارویی شود.
- ✓ مشارکت مبارزه با سل، امکان داروی جهانی و کمیته ی گرین لایت امکان دسترسی به داروی با کیفیت مناسب و ارزان و دسترسی آسان به آموزش تنظیم دارو را برای کشورهای با ظرفیت و منابع محدود فراهم کرده است.

❖ سیستم ثبت و گزارش

- ✓ بناگذاری یک سیستم نظارت و ارزیابی قابل اعتماد با ارتباط منظم و متداول بین سطوح مرکزی و محیطی نظام سلامت ضروری است. این مهم به گزارشات ثبت شده ی استاندارد از داده های تک تک بیماران احتیاج دارد. این داده ها اطلاعات نتایج درمان در بررسی همگروهی بیماران اند که برای همگرایی نتایج فصول درمان استفاده می شود.
- ✓ زمانی که این داده ها همگرا و آنالیز می شود می تواند در سطوح تسهیلات برای نظارت نتایج درمان استفاده شود. در سطح مشخص برای تعیین مشکلات محلی پدید آمده، در سطح استانی یا ملی برای اطمینان از اینکه همواره کنترل سل با کیفیت بالا در همه مناطق جغرافیایی اجرا می شود، و در سطح ملی و بین المللی برای ارزیابی عملکرد هر کشور.
- ✓ برنامه ی نظارت منظم باید برای بررسی کیفیت اطلاعات و برای پیدا کردن مشکلات عملکردی انجام شود.

❖ گزارش و ثبت پیشرفته

- ✓ امروزه کشور های توسعه یافته و در حال توسعه اطلاعات تشخیصی اضافی را در اختیار دارند، از جمله نمونه های محیط کشت خلط، نتایج تست ایدز و حساسیت به دارو و همه ی آنچه که می تواند برای تنظیم امور بیمار مورد استفاده قرار گیرد.
- ✓ همچنین لازم است مسئولان برنامه ی سل، نتایج ثبت شده ی فراهم کنندگان سلامت در مراکز عمومی و خصوصی که مستقیما به برنامه ی ملی سل متصل نیستند را نظارت کنند.
- ✓ محرمانه بودن اطلاعات بیماران باید مورد توجه خاص قرار گیرد.
- ✓ استفاده از سیستم ثبت الکترونیک باید در شرایط لازم در نظر گرفته شود.
- ✓ استفاده از اطلاعات به بهترین شکل و در همه ی سطوح به این معناست که کشورها نباید به تحلیل نرم افزاری کامپیوتر اکتفا کرده بلکه باید کارمندان را در زمینه ی آنالیز و تفسیر داده آموزش دهند همان طور که کامپیوتر میتواند به خوبی انجام این کار را انجام دهد. .
- ✓ همزمان با گسترش فعالیت سیستم ثبت الکترونیک ، باید به ذخیره ی اطلاعات فردی بیمار توجه شود. این کار می تواند آنالیز جزئی تر و دقیق تری از مجموع داده ها را ممکن شود.
- ✓ هر ساله سازمان جهانی بهداشت با توجه به داده های گردآوری شده ی از برنامه ی کنترل جهانی سل در ۲۰۰ کشور جهان این موارد را گزارش می دهد: نظارت بر میزان و جهت و مقیاس اپیدمی سل، اجرای و تاثیر استراژی مبارزه با سل و میزان پیشرفت به سمت اهداف توسعه ی هزاره.

❖ اندازه گیری دقیق سل

اندازه گیری دقیق سل دو جزء اصلی دارد:

✓ **جزء اول:** اندازه گیری بار اپیدمیولوژیک سل و روند این بار در سه لغت که اصطلاحاً با "شاخص های شدت" شناخته شده اند:

- بروز (تعداد موارد جدید سل که در هر سال دیده می شوند)
- شیوع (تعداد موارد سل در یک جمعیت در نقطه ی زمانی مشخص)
- مرگ و میر (تعداد مرگ و میر ناشی از سل در یک سال)

این ها شاخص های اصلی برای اندازه گیری پیشرفت کنترل سل در سطح بین المللی هستند. (این هدف با اهداف "توسعه ی هزاره" و "سازمان جهانی بهداشت" و "مشارکت مبارزه با سل" هماهنگ است.)

✓ **جزء دوم:** ارزیابی میزان با مداخلات و تعیین اینکه کدام مداخله در کنترل سل، مسئول تغییر بروز، شیوع و مرگ و میر (اصطلاحات "ارزیابی شدت") می باشد.

۱_ب) نظارت بر مقاومت به دارو (DRS)

۱-ج) سیستم موثر مدیریت و تامین دارو

تامین پیوسته و حمایتی داروی ضد سل با کیفیت مناسب برای کنترل سل اساسی است. برای این هدف، یک سیستم تامین دارو و تنظیم ضروری است. سیستمی قابل قبول از تهیه و توزیع داروهای ضروری ضد سل، باید برای همه ی تجهیزات سلامتی مربوط تعبیه شود. سیستم ثبت و گزارش سل برای فراهم کردن اطلاعات مورد نیاز برای برنامه ریزی، تهیه، توزیع و بدست آوردن مقدار کافی دارو طراحی شده است. داروهای ضد سل باید به طور رایگان برای همه ی مسلولان قابل دسترسی باشد. به این دلیل که بسیاری بیماران فقیرند و استطاعت خرید دارو ندارند. در ضمن فواید درمان رایگان به کل جامع می رسد (مراقبت، از انتقال به سایرین جلوگیری می کند). قوانین مربوط به تامین داروی منظم باید تدوین شود و استفاده از دارو توسط همه ی دست اندکاران باید به دقت نظارت شود. استفاده از ترکیبات دارویی با دوز ثابت، امکان زیستی ثابت و بسته بندی نو آورانه مثل کیت های بیماران می تواند باعث بهبود تدارکات دارویی به خوبی بخش دولتی شود، رسیدن به درمان را ارتقا بخشد و مانع مقاومت دارویی شود. مشارکت مبارزه با سل، امکان داروی جهانی و کمیته ی گرین لایت امکان دسترسی به داروی با کیفیت مناسب و ارزان و دسترسی آسان به آموزش تنظیم دارو را برای کشورهای با ظرفیت و منابع محدود فراهم کرده است.

۱-د) سیستم ثبت و گزارش الکترونیک

۱_ه) امکان داروی جهانی (مشارکت برای مبارزه با سل)

طرح مشارکت برای مبارزه با سل:

امکان دسترسی جهانی به دارو مصوب در ۲۰۱۱ نقطه ی عطفی در مراقبت سل در کشور هایی که از عهده ی تهیه ی دارو بر نمی آمدند بود. این امکان با تعلق دادن کمک مالی به آن کشور یا غرضه ی دارو با کمترین قیمت ممکن بود که در نتیجه در پایان سال ۲۰۱۱، ۲۰ میلیون مورد درمان شده در ۹۳ کشور جهان گزارش شد.

۱_و) هدایت و ابزارهای بودجه ی اعطائی جهانی

۱_ز) گزارش کنترل سل جهانی

۱_ح) کمیته ی گرین لایت (green light)

۱_ط) آزمایشگاه ها

۱_ی) قانون گذاری / برنامه ریزی / منابع انسانی / اداره / آموزش

وضع قوانین شفاف و حمایت کننده توسط سازمان های ملی، در صورتی که اصول برنامه ی DOTS و استراتژی مبارزه با سل به طور موثری به کار گرفته شوند، نقش تعیین کننده ای دارد. وضع قوانین سیاسی برای ایجاد همکاری های

مطلوب ملی و بین المللی لازم است. این قوانین باید با برنامه های عملکرد استراتژیک طولانی مدت که زیر مجموعه ی "برنامه های کنترل سل جهانی" است، در ارتباط باشد. برنامه های عملکرد استراتژیک باید نیازهای مالی و حرفه ای را مشخص کند و در همه ی سطوح نظام سلامت، حسابرسی را برای رسیدن به نتیجه ی قابل قبول ارتقا بخشد. برنامه های عملکرد استراتژیک باید موضوعات مربوط به سل و سایر موارد وابسته را شامل شوند و محل پشتیبانی سیاست ها توسط قانون گذاری ملی تعیین شود. با همکاری نیروی بالقوه ی محلی، مراقبت سل در معنای عادلانه و با کیفیت تحقق می یابد. منابع جاری ناکافی هستند و بودجه ی کافی مورد نیاز است. تلاش های بیشتری برای ارتقاء منابع و بودجه ی محلی تا حد استانداردهای بین المللی لازم است. امروزه منابع مالی و انسانی جهانی برای کاهش فقر در دسترس هستند. رشد نظام سلامت و کنترل بیماری ها موقعیت جدیدی را برای برنامه های کنترل سل رقم می زند. حتی با بودجه ی کافی، کمبود شدید نیروی انسانی در بخش سلامت، پیشرفت را در کشور های با در آمد کم و متوسط مخصوصاً آفریقا محدود می کند. وضع سیاست هایی برای حمایت از همه ی تغییرات اعم از ساختاری و مالی نیاز است تا دسترسی، توزیع و عمل کارکنان سلامت را ارتقا بخشد. اقدامات ویژه، از جمله یک برنامه ی استراتژیک مناسب، لازم است تا به طور کلی از دسترسی به منابع انسانی کافی و مناسب برای مراقبت سلامت و به طور خاص مراقبت سل مطمئن شویم.

۱_ک) دریافت فرم های ثبت و گزارش سل (۲۰۰۶)

۱_ل) خطوط راهنمای (راهنماهای) اداره ی درمان و برنامه

❖ سرویس های درمان

نقطه ی اتکای کنترل سل، تشکیل و اداره ی درمان استاندارد در یک کشور برای بالغین و کودکان مبتلا به سل با خلط اسمیر مثبت، اسمیر منفی، و خارج ریوی است. در همه ی موارد، خط مشی های سازمان جهانی بهداشت برای تنظیم و رده بندی بیماران باید دنبال شود. خط مشی ها بر استفاده از استانداردهای موثر بیشتر، رژیم های کوتاه مدت و ترکیبات دارویی با دوز ثابت (FDCs)، برای تسهیل دسترسی به درمان و برای کاهش خطر گسترش مقاومت به دارو ی سل، تاکید می کند. هم چنین خط مشی های مجزای سازمان جهانی بهداشت برای مدیریت بیماران مقاوم به دارو در دسترس هستند.

❖ نظارت و حمایت بیمار

سرویس های مراقبت سل باید عوامل وقفه یا قطع درمان را مشخص کند. درمان نظارت شده که می تواند شامل مشاهده ی مستقیم درمان (DOT) باشد، به بیمار کمک می کند که دارو ها را منظم و مرتباً مصرف و درمان را کامل کند. بنابراین مراقبت تحقق می یابد و از گسترش مقاومت به دارو جلوگیری می شود. نظارت باید با توجه به دو اصل **تدارک دهندگان** (برای مراقبت و حمایت کامل) و بیماران (برای گرفتن درمان منظم) ادامه یابد. با توجه به شرایط، نظارت می تواند برای رفاه بیماران در محل کار، در جامعه یا در خانه انجام شود. نظارت باید توسط اشخاصی انجام شود که قابل قبول بیمار، آموزش دیده و متصل به نظام سلامت اند. گروه های حمایت کننده ی بیمار و گروه های مشابه می تواند بیماران را مقید به پایان درمان کند. گروه های منتخب بیماران مثلاً معتادین و بیماران روانی به حمایت های بیشتر از جمله درمان مستقیم نظارت شده (DOT) احتیاج دارند.

❖ ارتقای دسترسی به درمان

باید میزان دقیق موانع فیزیکی، مالی، اجتماعی و فرهنگی که افراد در دسترسی به سرویس های درمان سل با آن مواجه هستند، مشخص شود. باید به گروه های آسیب پذیر و فقیر توجه ویژه شود. اقدامات مناسب می تواند شامل این موارد باشد: افزایش بازده درمان در روستاهای فقیر نشین و حاشیه ی شهر ها، مشارکت دادن افرادی که در نزدیکی محل زندگی بیماران هستند، اطمینان از اینکه سرویس ها رایگان یا با کمک هزینه های بالا هستند، ارائه ی حمایت های مالی و روانی، پیدا کردن مشکلات جنسی، ارتقای رفتار کارکنان و انجام و حمایت از فعالیت های ارتباطی.

۱_م) کارگروه های آنلاین نظارت و اپیدمیولوژی سل

۱_ن) مکانسیم کمکی تکنیکی سل (TBTEAM)

۲_ پیدا کردن مبتلایان به سل-ایدز ، بیماران مقاوم به داروی چندگانه و نیازهای جوامع فقیر و آسیب پذیر

سل و جابجایی هوا

به روز رسانی خط مشی های صنعت هوایی WHO برای کنترل سل

در ژانویه سال ۲۰۰۶ ، WHO خط مشی ها و قوانینی را برای پیشگیری و انتقال سل و سایر بیماری های عفونی واگیردار برای صنعت هوایی تعریف کرد. در این قوانین آمده است که کسانی که مبتلا به سل هستند باید سفرهای با مسافت طولانی را تا زمان بهبودی به تعویق بیندازند و در صورتی که فرد مبتلا به سل مقاوم به انواع داروها است نباید هیچ سفر هوایی داشته باشد.. تا امروز هیچ مورد فعال سل گزارش نشده است که به علت بودن در محیط مشترک هواپیما تشخیص داده باشند. چرا که تهویه مناسب کابین هواپیما هوای آن را پاکیزه تر از حتی فضای بیشتر ساختمانها کرده است. اگر فرد بیمار زمان زمان بیشتر از ۸ ساعت را در کابین بسته و بدون تهویه هواپیما قرار بگیرد خطر انتقال بیماری را افزایش می دهد با این حال در این مورد نیز ریسک ابتلا همانند زمانی است که فرد بیمار در محیط بسته با سایر افراد ارتباط دارد. قوانین بیان می کند که سیستم تهویه هواپیما باید در زمان پرواز و زمانی که بر روی باند فرودگاه است ادامه داشته و حداقل زمان خاموش بودن آن ۳۰ دقیقه باشد. انجمن بین المللی انتقال هوایی با همکاری WHO به دنبال تامین سلامت افراد در سفرهای هوایی کارت locator را به طور آزمایشی گسترش داده اند. اگر فردی با بیماری مسری که از نظر بین المللی دارای اهمیت است به عنوان مسافر هواپیما شناسایی شد از او درخواست می شود تا کارت را که شامل نام و نام خانوادگی فرد و شماره صندلی و اطلاعات تماس های ضروری اوست تکمیل کند.

به گفته دکتر ماریو راویگلی رئیس بخش توقف سل به علت گسترش روز افزون سل مقاوم به دارو در جهان ما نیازمند به پروژه ها و دستور العمل های قابل اجرا با وضوح بالا هستیم تا خطر انتقال بیماری را به طور اطمینان بخش کاهش دهیم و در صورت نیاز راهنمایی های مناسبی را در اختیار داشته باشیم.

سل و کودکان

سل مقاوم به داروی گسترده

سل XDR مخفف سل مقاوم به داروی گسترده است. از هر ۳ نفر، ۱ نفر در جهان آلوده به میکروب خفته ی سل است. (باکتری سل) تنها زمانی که باکتری فعال شود باعث بیماری افراد می شود. باکتری سل ممکن است در اثر عوامل زیادی که ایمنی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد، مانند ویروس ایدز، سالخوردگی یا برخی داروها فعال شود. سل معمولا بوسیله ی یک دوره مصرف چهار داروی استاندارد (داورهای خط اول درمان)، درمان می شود. اگر مصرف یا مدیریت مصرف این داروها درست انجام نشود می تواند منجر به سل مقاوم به دارو (MDR) شود. سل مقاوم به دارو زمان بیشتری برای استفاده از داروهای خط اول مورد نیاز دارد و هزینه و اثرات جانبی بیشتری هم دارد. مصرف نادرست داروهای خط اول درمان نه تنها منجر به بی تاثیری داروها می شود بلکه باعث گسترش سل (XDR) هم می شود. در این حالت به دلیل اینکه سل XDR به داروهای خط اول و دوم مقاوم است، درمان بسیار محدود است. بنابراین بسیار مهم است که کنترل سل به درستی انجام شود.

سل و جنسیت

در اکثر نقاط جهان مردان به تعداد بیشتری نسبت به زنان به سل مبتلا شده و در اثر آن فوت می کنند. با این حال سل همچنان یکی از عفونت های اصلی مسبب مرگ و میر زنان به شمار می رود. سالانه تقریبا ۷۰۰،۰۰۰ زن به دلیل سل می میرند و بیش از ۳ میلیون به این بیماری مبتلا هستند که این رقم برابر با ۱۷ میلیون سال از دست رفته عمر در اثر ناتوانی است. به این دلیل که سل، زنان را در سال های فعال اجتماعی و اقتصادی تحت تاثیر قرار می دهد تاثیر بیماری به شدت در خانواده و فرزندانشان احساس می شود. شاخص های مرگ و میر، بروز و سالهای از دست رفته ی عمر در اثر ناتوانی (DALY) قسمت پنهان این مسئله ی اجتماعی را منعکس نمی کنند.

سل و ایدز

بیماران مبتلا به ایدز با احتمال تقریبا ۳۰ برابر بیشتر به افراد غیرمبتلا به ایدز، سل را گسترش می دهند. سل جزو متداول ترین بیماری های حاضر در بین بیماران مبتلا به ایدز (حتی در بین آن هایی که درمان ضدویروس ایدز را دریافت می کنند) و یکی از دلایل اصلی مرگ و میر وابسته به ایدز است. منطقه ی صحرای بزرگ آفریقا اپیدمی دوگانه ی سل و ایدز یعنی بار تخمینی برابر با ۷۵٪ را در سال ۲۰۱۲ تحمل می کند.

سل مقاوم به داروی چند گانه

مقاومت دارویی به داروهای ضد سل مشکل بزرگ بهداشت عمومی و تهدید کننده ی مراقبت و کنترل سل است. مقاومت به دارو در اثر استفاده ی نادرست از داروها در بیماران حساس به دارو اتفاق می افتد. این استفاده ی نادرست نتیجه ی وقایعی از جمله ارائه ی نادرست رژیم های درمانی و عدم اطمینان از تکمیل دوره ی درمان توسط بیمار می باشد. به طور کلی مقاومت به دارو در

مناطق‌ی که برنامه‌ی ضعیف کنترل سل دارند اتفاق می‌افتد. بیماری که با سل مقاوم به دارو مبتلاست می‌تواند این نوع سل را به سایر افراد منتقل کند.

سل و فقر

شناسایی فقر در کنترل سل (گزینه‌هایی برای برنامه‌ی ملی کنترل سل)

دستور سازمان جهانی بهداشت برای ارتقا کیفیت زندگی و سیاست‌های فقرزدایی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، بر پایه‌ی شناسایی فقر به عنوان یک مانع مهم سلامت و مراقبت‌های سلامت است. در مورد سل مدارک ارتباط فقر و بار بیماری در طی سال‌های متمادی ثبت شده است. این مدارک نشان‌دهنده‌ی لزوم یکپارچگی برنامه‌ی ملی کنترل سل می‌باشد. در زیر به ۶ گام اصلی توصیه شده و توصیف شده در این مدارک اشاره شده است:

گام اول: تشخیص گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر در کشور یا ناحیه‌ی تحت پوشش برنامه‌ی ملی کنترل سل

گام دوم: تعیین موانع دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر به امکانات تشخیصی و درمان سل

گام سوم: تعیین فعالیت‌های بالقوه برای غلبه بر موانع دسترسی

گام چهارم: بازبینی شرایط و توجهات خاص مورد نیاز گروه‌های جمعیتی

گام پنجم: جستجوی امکانات برای بهره‌برداری از منابع اضافی

گام ششم: ارزیابی تاثیر اقدامات فقرزدایی

سل و زندان‌ها

سل در زندانها و فضاها بسته از جمله مسائلی است که نمی‌توان از آن چشم‌پوشی کرد و می‌توان با استفاده از برنامه‌های استراتژی جهانی مبارزه با سل و بهبود شرایط زندان آن را کنترل کرد. کنترل موثر سل در زندانها سبب حفاظت از زندانیان و کارمندان زندان و ملاقات‌کنندگان و سایر گروه‌هایی که به طریقی با زندان در ارتباط هستند، می‌شود.

سل و پناهندگان

مراقبت و کنترل سل در پناهندگان و جمعیت‌های بی‌خانمان

دستوالعمل درون سازمانی

این دستورالعمل برای آگاهی موسسات بشر دوستانه خصوصی، سازمان ملل و سایر اهداکنندگان از مشکلات پناهندگان و جمعیت‌های بی‌خانمان تدوین شده است. این دستورالعمل به عنوان ابزاری برای ایجاد زمینه‌ی همکاری در اجرا، نظارت و ارزیابی برنامه‌های سل تنظیم شده و نقطه‌ی هدف آن موسسات مسئول مراقبت سلامت پناهندگان و جمعیت‌های بی‌خانمان، معاونت سلامت سازمان ملل و موسسات خیریه برای جلب حمایت مالی است. تجربه‌ی زمینه‌ای اخیر نشان داده است که یک برنامه‌ی کنترل

سل می تواند به طور موثری اجرا شود و نتایج درمانی خوبی هم در انتخاب تنظیمات درست برای همه ی پناهندگان و جمعیت های بی خانمان داشته باشد.

درحالی که نسبت مرگ و میر به دلیل عفونت های حاد تنفسی، بیماری های اسهالی، سرخک، مالاریا در مناطق اندمیک، و سوء تغذیه بالاست، مراقبت و کنترل سل یک مسئله و ضرورت اورژانسی و ویژه نمی باشد. در این شرایط فراهم کردن غذای مناسب، آب، سرپناه، بهسازی محیط، داروهای پایه و کنترل بیماری های واگیردار متداول جزو ضرورت هاست. یک برنامه ی سل تا زمانی که نسبت مرگ و میر تا ۱ در ۱۰،۰۰۰ نفر در روز کاهش پیدا نکرده و نیازهای اولیه و امکانات درمانی ضروری فراهم نشده است، نباید شروع شود. برنامه ی سل زمانی باید اجرا شود که شرایط امنیتی به قدر کافی پایدار شده است و احتمال جنبش یا اعتراض بزرگی در کمپ یا جمعیت تحت پوشش وجود ندارد.

بودجه ی برنامه باید حداقل برای نگهداری از بیماران تا ۱۲ ماه و تکمیل درمان همه ی اعضای این مداخله تا حداقل ۱۸ ماه کافی باشد. تاجایی که ممکن است برنامه ی ملی کنترل سل (NTP) باید در هر کشور برای توسعه ی برنامه ی جهانی سل مشارکت کند.

برنامه های ملی کنترل سل باید با در نظر گرفتن احتمال بازگشت پناهندگان به وطنشان تنظیم شود. تعامل با UNHCR (کمیسریای عالی سازمان ملل در رابطه با پناهندگان) در مرحله ی برنامه ریزی در جهت کاهش خطر قطع درمان در بیماران در هنگام جابجایی کمپ یا جمعیت های تحت پوشش ضروری است. ضرورت برنامه ی سل ابتدا بیماریابی و درمان بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت و بیماران مبتلا به حالات وخیم بیماری است.

بهبودی بیماران عفونی تاثیرگذارترین راه کاهش انتقال سل به خانواده و جامعه است، با توجه به اینکه تاثیر درمان سل بر جمعیت سال ها بعد از اجرای برنامه ی سل و در زمانی طولانی تر از خیلی برنامه های مشابه دیگر قابل مشاهده است. درمان سل در این برنامه می تواند بر مبنای کار گروهی با به کارگیری احساسات بشردوستانه و تعامل دوطرفه یا درمان انفرادی انجام شود. زمانی که یک برنامه بناگذاری می شود بسیار مطلوب است که سایر اشکال سل نیز تا آنجایی که منابع امکان می دهد، مورد درمان قرار گیرد.

استراتژی توصیه شده برای کنترل سل، استراتژی مبارزه با سل سازمان جهانی بهداشت است. این استراتژی نوین دارای ۶ جزء است که جزء اول یعنی توسعه ی برنامه ی با کیفیت DOTS خود دارای ۵ جزء به شرح زیر می باشد که بیشترین ارتباط را با پناهندگان و جمعیت های بی خانمان دارد. (رجوع شود به فصل اول)

- تعهد سیاسی برای افزایش و حمایت مالی
- بیماریابی از طریق باکتری شناسی با کیفیت مورد تایید
- درمان استاندارد همراه با نظارت و پشتیبانی بیمار
- دارو رسانی موثر و سیستم تنظیم
- سیستم نظارت و ارزشیابی و اندازه گیری دقیق

بررسی های میکروسکوپی دقیق خلط برای تشخیص سل و درمان باید به طور رایگان و در رابطه با مراقبت های بهداشتی اولیه در اختیار پناهندگان و جمعیت های بی خانمان قرار گیرد.

بسیاری از پناهندگان و جمعیت های بی خانمان ممکن است از کشورهایی با شیوع بالای ایدز آمده اند یا به کشورهایی با شیوع بالای ایدز پناهنده می شوند. از این جهت امکان دارد عفونت توام سل و ایدز در این جمعیت ها شایع باشد. نسبت بالای ایدز باید به عنوان یک فوریت برای کنترل و درمان سل در نظر گرفته شود. مسلولین مبتلا به ایدز پاسخ خوبی را به درمان استاندارد نشان داده اند بنابراین برنامه های سل-ایدز باید به طور نزدیکی مشارکت داشته باشند.

تهیه ی غذا در برنامه ی سل در جمعیت هایی که سوء تغذیه دارند می تواند بسیار با اهمیت باشد و نقش مهمی را ایفا کنند اما فراهم کردن غذا در برنامه ی سل ضروری و متداول نیست.

سل و تنباکو

ارتباط بین سل و مصرف تنباکو تا زمان بسیار زیادی مورد تردید و بررسی بود و به این نتیجه رسیدند که مطالعات موجود برای تایید هرگونه ارتباط کافی نبوده است. اخیرا با مطالعات و بررسی های جدید و مرور بررسی های انجام شده ی موجود، شواهد محکم تری را برای بیان ارتباط بین استعمال دخانیات به طور فعال یا غیر فعال (در معرض دود دخانیات بودن) و سل (شامل عفونت، پاسخ به درمان، عود و مرگ و میر) ارائه دادند.

۳_ همکاری برای تقویت سیستم سلامت بنا گذارده بر مراقبت سلامت اولیه

۳-۱- کمک به بهبود سیاست های سلامت، گسترش منابع انسانی، تجهیزات مالی و ارائه خدمات و اطلاعات

۳-۱-۱- گسترش منابع انسانی

گسترش منابع انسانی HRD یکی از مسائل مهم و کلیدی در توسعه کلی سیستم سلامت است.

مسئله گسترش منابع انسانی در کنترل سل به مواردی از جمله، برنامه ریزی، مدیریت و حمایت از کارمندان سلامت در ارائه خدمات فراگیر سل و گسترش تعداد کلی کارمندان سلامت باز می گردد.

یکی از اهداف HRD دادن امکانات شایسته به مردم است که به وسیله به کارگیری مهارت ها و انگیزش بین مکان و زمان مناسب فراهم می شود.

به تحقق رساندن HRD نیازمند تلاش هایی در جهت هماهنگ کردن، وزارت خانه های درگیر در مسئله سلامت، هیئت های اجرایی و دولت های ناحیه ای، مدیران برنامه های کنترل سل، هماهنگی حرفه ای و ارتباط سازمان ها می باشد. به این منظور دپارتمان کنترل سل با همکاری سازمان های بهداشت ناحیه ای و کشوری و دیگر موسسه هایی که در ارزیابی نیروی کارآمد و مناسب در جهت تامین منابع انسانی میتوانند کمک کنند، در حال همکاری و انجام فعالیت است تا بتواند برنامه HRD را توسعه دهد و در نهایت ایجاد ظرفیت برای ابزارهای زیر بنایی در جهت اجرای پروژه توقف سل را تحقق بخشد.

ارائه با کیفیت خدمات، شامل مداخلات و فعالیتهای جامع و فراگیر کنترل سل، مبتنی بر استراتژی توقف سل وابسته به عوامل متعددی از جمله کارکنانی که در این مجموعه بزرگ ایفای نقش می کنند، وجود توانایی برای فراهم کردن بودجه مورد نیاز، تجهیزات و داروها و ایجاد فضای حمایت کننده میباشد. داشتن کارکنان اجرایی کارآمد به فاکتورهای متنوعی مانند ایجاد انگیزه، کارآموزی، نظارت، حقوق مناسب، شرایط کاری، واطمینان وثبات کار و کاهش برنامه هایی با شیفت های چرخشی وابسته است، که همه این ها نیازمند برنامه ریزی دقیق و اجرای سیاست های سلامتی برای کارمندان است.

۲-۳-۲ تقویت کنترل عفونت سل

۲-۳-۱ کنترل عفونت باکتریایی سل

همراهی ایدز وسل و عدم توجه به مسئله انتقال سل در سیستم مراقبت سلامت و جمع شدن عوامل دیگر، وفقدان استراتژی کنترل جهانی سل دست به دست هم داده اند و شرایط مناسبی را برای انتقال و گسترش سل مقاوم به داروی چندگانه (MDR) و سل مقاوم به داروی گسترده (XDR) را بیشتر در میان بیماران مبتلا به سل کارمندان سلامت و جامعه را به دنبال دارد.

سیستم بهداشتی ضعیف عمومی و کنترل کم رنگ برنامه های سل در بخش های مختلف سبب شده است تا در کشورهایی که دوره دارو درمانی کوتاه در درمان سل دارند و همچنین فاقد برنامه منسجم DOTS هستند سل مقاوم به داروی چندگانه (MDR) گسترش مییابد. میزان بالای قصور و روش های درمانی ضعیف نیز سبب ایجاد سل مقاوم به داروی گسترده در بیماران که در حال درمان اند و یا درمان شده اند می شود. که درمان نابه جا این افراد با داروهای خط دو درمان سل سبب مقاومت به داروی گسترده شده است.

گزارشی که اخیراً از یک بیمارستان روستایی در افریقای جنوبی به دست آمده است، میزان آسیب رسانی و افزایش انتقال سل را در بیماران و کارمندان سلامت که در ناحیه ای با شیوع بالا ایدز مشغول فعالیت بودند نشان میدهد.

آسیب های شدید ناشی از انتقال سل در سیستم سلامت و اجتماع عوامل تنظیمی بر میزان ابتلا و مرگ و میر ناشی از سل به وضوح نیاز به توجه بسیار بیشتر در کنترل عفونت سل را روشن ساخته است. به این منظور بهتر است از برنامه های موفق اجرا شده و همچنین نو آوری استفاده کرد تا در نهایت منجر به پیشرفت کشور از وضعیت موجود شد. انجام این برنامه به کمیته هایی با اعضای اجرایی فعال و هماهنگی فعالیتهای تضمینی و حمایت های خیریه دارد.

۲-۳-۳ دسترسی عملی به سلامت ریه

۲-۳-۱ دسترسی عملی به سلامت ریه PAL

رویکرد سلامت ریه از جمله روش های نشانه های بیماری است که در آن افرادی را که با مشکل در سیستم تنفسی تحت پوشش خدمات مراقبتی بهداشت اولیه قرار میگردند به طور خاص مورد توجه قرار میدهد. برنامه مراقبتی بهداشت ریه در کنترل سل با

موفقیت در کشور های با درآمد کم و متوسط برای حفظ سلامت کارکنان سلامت، پرستاران، پزشکان و مدیران سیستم سلامت اولیه قابل اجرا است.

چرا روش سلامت ریه مطلوب است:

1. به میزان یک سوم بیماران در هر رده سنی به مدت 5 سال در سیستم مراقبت بهداشتی اولیه در جست و جو مراقبت و سلامت و درمان سیستم تنفسی خود می باشند .

2. کاملاً روشن است که میتوان بیماران سل را از میان افراد دارای علائم بیماری اولیه که در سیستم مراقبت اولیه (PHC) پذیرش شدند یافت.

در بیشتر کشورها استاندارد های واضح و روشنی برای ادارات درگیر با سل و کودکان با عفونت های حاد تنفسی تعریف شده است اما هیچ اقدامات و معیار های کنترلی برای بیمارانی که پنج سال از عمر خود را با مشکل تنفسی سپری کردند وجود ندارد.

3. اکثر بیماران دارای مشکل تنفسی 5 ساله یا بیشتر مبتلا به سل تشخیص داده نمی شوند و در حداقل 80 درصد آنها به عنوان مورد هایی که اri میشوند مد نظرمی باشند .

انتی بیوتیکها برای دو سوم بیماران تنفسی تجویز می شود.

۳-۲- تقویت آزمایشگاه های سل

کمبود امکانات تشخیصی عامل بازدارنده ی مهمی در پاسخ به چالش های ایدز همراه با سل مقاوم به داروست. به دلیل شکاف بزرگی در ظرفیت های آزمایشگاهی برای کشت و تست حساسیت به دارو تنها ۷٪ از کل بار جهانی سل مقاوم به داروی چند گانه (MDR-TB) و کسر کوچکتري از سل مقاوم به داروی گسترده (XDR-TB) تخمین زده شده است. بنابراین گسترش ظرفیت های آزمایشگاهی تشخیص سل و سل مقاوم به دارو از اولویت های برنامه کنترل سل است.

۴- درگیر کردن همه ی دست اندرکاران مراقب سلامت

۴-۱ همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی (PPM)

همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی برای مراقبت و کنترل سل

در اکثر کشورهای با منابع کم و بار سل زیاد بیماران مبتلا به نشانه های سل می توانند مراقبت های گسترده ای را از دست اندرکاران مراقبت سلامت دریافت کنند. این دست اندرکاران که ممکن است قسمت بزرگی از موارد مشکوک به سل را پنهان کنند، معمولاً با برنامه های ملی سل (NTPS) ارتباطی ندارند. اندازه، نوع و نقش این دست اندرکاران مراقبت در یک کشور بنا به منطقه متفاوت است.

در برخی مناطق یک بخش اصلی خصوصی بزرگ و تعداد زیادی سازمان های غیر دولتی و گروه های داوطلب وجود دارند در حالی که در سایر مناطق دست اندرکاران بخش های دولتی خلاف دستورالعمل برنامه ملی سل عمل می کنند. (مانند بیمارستان های عمومی و تخصصی)

شواهد نشان دهنده ی این است که در صورت عدم همکاری و هماهنگی بخش های خصوصی و کوچک یا گروه های داوطلب مراقبت از سل با برنامه ملی سل، مشکلات بسیاری از جمله تاخیر در تشخیص، درمان ناتمام یا نادرست، مقاومت دارویی شده و بار اقتصادی غیرضروری را به بیمار وارد میکند. زیرا برنامه ملی سل با آخرین و صحیح ترین اطلاعات مراقبت، پیشگیری و درمان سل در ارتباط است و بسیاری اقدامات را به صورت رایگان ارائه می دهد.

مشارکت همه ی دست اندکاران مراقبت سلامت مربوطه و کنترل آن از طریق اجرای طرح همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی (PPM) جزء ضروری استراتژی مبارزه با سل جهانی سازمان جهانی بهداشت است.

اجرای طرح همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی در مراقبت و کنترل سل زمینه ی خوبی را برای مشارکت همه ی دست اندرکاران سلامت و کنترل سل فراهم و هدایت به استفاده از استانداردهای جهانی مراقبت سل و رسیدن به اهداف کنترل ملی و جهانی سل می کند.

PPM استراتژی های مشارکتی متنوعی را مانند همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی (بین مرکز ملی سل و بخش های خصوصی)، همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی (بین NTP و سایر دست اندرکاران بخش های مراقبت دولتی مثل بیمارستان های عمومی، زندان ها و سرویس های سلامت پادگان ها و سازمان های امنیت اجتماعی) و همکاری بین مراکز دولتی و خصوصی (بین سازمان های غیر دولتی یا یک بیمارستان خصوصی و دست اندرکاران خصوصی دیگر) معرفی می کند.

همچنین طرح PPM در اولویت دوم پیشنهاد همکاری دست اندرکاران سل در مراقبت سل مقاوم به دارو ی چندگانه (MDR) و سل - ایدز توام را می دهد. اخیرا تقریبا همه ی کشورهای با بار اقتصادی بالای سل در حال اجرای برنامه های همکاری بین سازمان های دولتی و خصوصی هستند. اخبار کشور ها و ارزیابی های متعدد پروژه نشان دهنده ی این است که طرح PPM می تواند باعث افزایش پیدا کردن بیمار مبتلا به سل (افزایش ۶۰-۱۰٪)، پیشرفت درمان (تا ۸۵٪) و ذخیره ی هزینه ها باشد.

۴-۲ استانداردهای بین المللی مراقبت سل (ISTC)

استاندارد های بین المللی مراقبت سل و مشخصه ی بیمار برای مراقبت سل

هدف استانداردهای بین‌المللی مراقبت سل (که توسط اتحادیه سل برای معاونت فنی TBCTA بیان شد)، توصیف کامل سطوح قابل قبولی از مراقبت برای همه‌ی شاغلین بخش‌های عمومی و خصوصی در اجرای برنامه‌های هماهنگی و مدیریتی مربوط به بیماران مبتلا یا مشکوک به سل است.

استاندارد‌ها برای تسهیل مشارکت مفید دست‌اندرکاران سل ایجاد شده است تا بیماران مبتلا یا مشکوک به سل در همه‌ی سنین شامل بیماران اسمیر مثبت یا منفی، مبتلایان به سل خارج ریوی، سل ایجاد شده توسط مایکوباکتریوم توبرکلوزیس مقاوم به دارو و سل توام با ایدز تحت مراقبت با کیفیت قرار گیرند.

استاندارد ۱:

همه‌ی افراد با سابقه‌ی سرفه‌ی طولانی به مدت ۳-۴ هفته یا بیشتر باید برای خطر سل ارزیابی شوند.

استاندارد ۲:

از همه‌ی بیماران مشکوک به سل ریوی (بزرگسالان، نوجوانان و کودکانی که توانایی تولید خلط دارند) باید حداقل دو و ترجیحاً سه بار نمونه‌ی خلط برای بررسی‌های میکروسکوپی انجام شود. در صورت امکان حداقل یک نمونه از خلط صبحگاهی در اول وقت باشد.

استاندارد ۳:

از همه‌ی بیماران مشکوک به سل خارج ریوی (بزرگسالان، نوجوانان و کودکان) نمونه‌ای از محل درگیر احتمالی برای بررسی‌های میکروسکوپی باید تهیه شود و در صورت دسترسی به منابع و امکانات برای کشت و آزمایشات هیستوپاتولوژی فرستاده شود.

استاندارد ۴:

از همه‌ی افرادی که بررسی رادیوگرافیک سینه‌شان نشان‌دهنده‌ی سل است باید نمونه‌ی خلط برای بررسی‌های میکروسکوپی ارسال شود.

استاندارد ۵:

تشخیص سل ریوی اسمیر منفی از طریق معیارهای ذیل است:

حداقل سه نمونه خلط اسمیر منفی (که حداقل یک نمونه از خلط صبحگاهی اول وقت باشد)

عدم همخوانی نتایج رادیوگرافی سینه با تعارضات سل

و عدم پاسخ به طیف وسیعی از مواد ضد میکروبی در بررسی آزمایشگاهی نمونه (نکته: باید در استفاده از فلوروکینولون‌ها که عوامل ضد سل هستند اجتناب کرد زیرا فقط توانایی ایجاد بهبودی گذرا در بیمار مبتلا به سل را دارند).

در این بیماران اگر امکانات فراهم است باید کشت خلط انجام شود. در مسلولین مشکوک به ایدز، ارزیابی های تشخیصی باید سریعا انجام شود.

استاندارد ۶:

تشخیص سل (ریوی، جنبی، عقده ی لنفاوی مدیاستینال هیلار) در کودکان اسمیر منفی دارای علائم سل باید بر مبنای یافته های رادیوگرافی و دیدن تعارضات سل و یا سابقه ی ارتباط بیمار با مسلولین یا مجاورت بیمار با عفونت سل (عفونت با نتیجه تست توبرکولین یا ایگرا مثبت) باشد. برای چنین بیمارانی در صورت امکان باید نمونه ی خلط برای کشت تهیه شود. (با دفع خلط، شستشوی معده یا اخلاط تحریک شده)

استاندارد ۷:

هر فردی که در درمان یک بیماری سل اشتغال دارد در واقع مسئولیت بهداشتی مهمی را در برابر عموم بر عهده دارد لذا نه تنها باید رژیم دارویی مناسب را برای بیمار تجویز کند بلکه باید میزان تعهد بیمار را در مصرف دارو ارزیابی کرده و بیماران با مصرف داروی بی نظم را شناسایی کنند. بنابراین دست اندرکاران مرکز سل می توانند از مصرف منظم دارو و درمان کامل اطمینان حاصل کنند.

استاندارد ۸:

همه ی بیمارانی که مبتلا به ایدز هستند و قبلا درمان دریافت نکرده اند باید تحت درمان خط اول رژیم درمانی بین المللی پذیرفته شده با استفاده از داروهایی با فراهمی زیستی شناخته شده قرار گیرند.

رژیم درمانی فاز اول: باید شامل ۲ ماه استفاده از ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول باشد.

رژیم درمانی فاز ادامه: ترجیحا شامل ۴ ماه استفاده از ایزونیازید و ریفامپین باشد.

رژیم درمانی فاز فرعی ادامه: باید شامل ۶ ماه استفاده از ایزونیازید و اتامبوتول باشد و زمانی استفاده می شود که بیمار تعهد در مصرف منظم دارو ندارد، اما این رژیم نسبت به شکست و عود مجدد مخصوصا در بیماران مبتلا به ایدز دارد.

دوز داروهای سل باید با توصیه های بین المللی همخوانی داشته باشد. دوزهای مشتق از ۲ (یزونیازید و ریفامپین)، ۳ (ایزونیازید، ریفامپین و پیرازینامید) و ۴ (ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول) دارو به شدت توصیه می شود.

استاندارد ۹:

مراقبت بیمار محور باید بر پایه ی درمان دارویی با توجه به نیاز و موقعیت بیمار و با حفظ احترام متقابل بیمار و دست اندرکار، در اختیار همه ی بیماران قرار گیرد. نظارت و حمایت باید با توجه به سن، جنس و با در نظر گرفتن مداخلات توصیه شده و کمک های موجود (مانند تحصیلات و نظر بیمار) انجام شود.

عنصر مرکزی استراتژی بیمار محور، معرفی روش هایی برای افزایش تعهد بیماران در مصرف به موقع دارو و پیدا کردن موارد مصرف بی نظم می باشد. این روش ها باید با توجه به در نظر گرفتن شرایط بیمار و قابل قبول برای بیمار و دست اندرکار باشد.

این روش ها می تواند شاما نظارت مستقیم بر مصرف دارو (DOT) به همراه ناظر درمانی باشد. این ناظر باید مورد قبول و پاسخ گوی بیمار و مرکز سلامت باشد.

استاندارد ۱۰:

همه ی بیماران باید از نظر پاسخ به درمان نظارت و پیگیری شوند، بهترین روش برای پیگیری بیماران مبتلا به سل ریوی، بررسی میکروسکوپی نمونه ی خلط (دو نمونه)، حداقل در زمان پایان رژیم درمانی فاز اول (بعد از دو ماه)، بعد از ۵ ماه و در پایان دوره ی درمان می باشد. بیماران اسمیر مثبت در طی ماه پنجم باید از نظر شکست درمان مورد توجه قرار گیرند و در صورت مشاهده ی شکست درمان، روش درمانی مورد تغییر قرار گیرد. (رجوع شود به استاندارد ۱۴ و ۱۵)

بهترین پاسخ به درمان در بیماران مبتلا به سل خارج ریوی و در کودکان مشاهده شده است. پیگیری رادیوگرافی بیماران معمولا غیرضروری و گمراه کننده است.

استاندارد ۱۱:

در همه ی درمان های ارائه شده برای همه ی بیماران، پاسخ باکتريولوژیک و اثرات معکوس و جانبی باید ثبت شود.

استاندارد ۱۲:

در مناطق با شیوع بالای ایدز که سل توام با ایدز بسیار شایع است، تست ایدز در کنار تست های سل باید انجام شود.

در مناطق با شیوع کم ایدز، تست ایدز در کنار سل فقط برای مسلولینی که علائم ایدز را نشان می دهند یا سابقه ی رفتار پرخطر و مواجهه با عفونت ایدز را داشته اند، انجام می شود.

استاندارد ۱۳:

همه ی مسلولین مبتلا به ایدز باید شناسایی شده و داروهای ضد ویروس ایدز مصرفی شان در طول دوره ی درمان سل باید مشخص شوند. درمان مناسب ایدز باید در اختیار همه ی مسلولین مبتلا به ایدز قرار گیرد و قبل از شروع درمان حتما با یک پزشک با تجربه در امور سل مشورت شود. البته شروع درمان سل نباید به تعویق افتد بیماران مبتلا به سل و ایدز برای پیشگیری از سایر عفونت ها (پروپیلاکسی) باید کو-تریموکسازول مصرف کنند.

استاندارد ۱۴:

برای همه ی بیماران باید یک ارزیابی از احتمال مقاومت به دارو بر اساس سابقه ی درمان قبلی، مواجهه ی بیمار با سل مقاوم به دارو و شیوع مقاومت به دارو در آن جامعه انجام شود. بیمارانی که شکست درمان داشته اند و موارد مزمن باید به عنوان احتمالات

مقاومت به دارو در نظر گرفته شوند. برای بیمارانی که احتمالاً مقاوم به دارو شده اند باید فوراً کشت و تست حساسیت به دارو های ایزونیازید، ریفامپیسین، و اتامبوتول انجام شود.

استاندارد ۱۵:

بیماران مبتلا به سل مقاوم به دارو (مخصوصاً مقاوم به داروی چندگانه [MDR]) باید تحت درمان خط دوم رژیم درمانی با داروهای ضد سل قرار گیرند. حداقل ۴ دارویی که باکتری به آن ها حساس تر است باید برای حداقل ۱۸ ماه مورد استفاده قرار گیرند. درمان بیمار محور باید با نظارت بر مصرف منظم دارو صورت پذیرد و قبل از شروع درمان حتماً با یک مرکز دست اندرکار مراقبت سل که سابقه ی درمان بیمار مقاوم به داروی چندگانه (MDR) را داشته است، مشورت شود.

استانداردهای مربوط به مسئولیت های بهداشت عمومی

استاندارد ۱۶:

همه ی دست اندرکاران سلامت باید مطمئن شوند همه ی افرادی (مخصوصاً کودکان زیر ۵ سال و مبتلایان به ایدز) که در تماس با مسلولین قرار دارند تحت مدیریت و ارزیابی بنا به قوانین بین المللی هستند. کودکان زیر ۵ سال و مبتلایان به ایدز باید از نظر ابتلا به عفونت مایکوباکتریوم توبرکلوزیس و ابتلا به سل فعال بررسی شوند.

استاندارد ۱۷:

همه ی دست اندرکاران سل باید موارد جدید و درمان مجدد و نتایج درمانشان را به مسئولین و سیاستگذاران مرکز بهداشت و سلامت محلی گزارش کنند.

۵_ تقویت حضور مسلولین در اجتماع از طریق مشارکت دادن آن ها

۵-۱ مشارکت جامعه در مراقبت و پیشگیری از سل

سازمان جهانی بهداشت از طرح های پابلوت شبه درگیری با سل در ۵ کشور جهان از ابتدای سال ۲۰۱۲ حمایت کرده است. این کشور ها جمهوری دموکراتیک کونگو (DR)، اتیوپی، کنیا، آفریقای جنوبی و تانزانیا هستند. حمایت مالی این طرح توسط کمک هزینه ی آینده ی امن موسسه ی مالی بریستول مایر اسکوییب تامین شده است.

فرآیند اجرای طرح شبه درگیری با سل در این کشورها شامل تشکیل شوراهایی برای استحکام درگیری سازمان های غیر دولتی در فعالیت های جامعه محور سل، گسترش سیاست های مربوطه، بناگذاری استفاده از کمک های داوطلبان غیر دولتی و حمایت های مالی و فنی آنان برای سازمان های غیر دولتی موجود در راستای جهت دادن به فعالیت های جامعه محور سل به سمت کارهای در حال انجام، می باشد.

سازمان جهانی بهداشت سیاست ها و راهنمایی های برنامه ریزی شده و همکاری های فنی که همراه با پایش استاندارد و ارزشیابی است را فراهم می کند و باعث همکاری بین سازمان های غیر دولتی و برنامه های ملی سل می شود و پیوندشان را تسهیل می کند.

در این پنج کشور، سابقاً ۸ سازمان غیر دولتی و غیر درگیر وجود داشتند که بعداً در برنامه های سل جامعه محور سهیم شده اند. طرح پابلوت همراه با برنامه های پایش سلامت مادر و نوزاد و کودک، ایدز و سرطان اجرا می شود. سازمان های غیر دولتی دارای سیستمی برای جمع آوری اطلاعات با دو مشخصه خاص را برای فعالیت های جامعه محور سل هستند. این دو مشخصه تعداد بیماران جدید مبتلا به سل مشخص شده از مراجعات جامعه، و نتایج درمان برای بیمارانی که از جامعه حمایت درمانی دریافت کرده اند، می باشد!

۵-۲ مشخصه ی بیمار برای مراقبت سل

استاندارد های بین المللی مراقبت سل و مشخصه ی بیمار برای مراقبت سل

هدف استانداردهای بین المللی مراقبت سل (که توسط اتحادیه سل برای معاونت فنی TBCTA بیان شد)، توصیف کامل سطوح قابل قبولی از مراقبت برای همه ی شاغلین بخش های عمومی و خصوصی در اجرای برنامه های هماهنگی و مدیریتی مربوط به بیماران مبتلا یا مشکوک به سل است.

استاندارد ها برای تسهیل مشارکت مفید دست اندرکاران سل ایجاد شده است تا بیماران مبتلا یا مشکوک به سل در همه ی سنین شامل بیماران اسمیر مثبت یا منفی، مبتلایان به سل خارج ریوی، سل ایجاد شده توسط مایکوباکتریوم توبرکلوزیس مقاوم به دارو و سل توام با ایدز تحت مراقبت با کیفیت قرار گیرند.

۶_توان بخشی و تقویت پژوهش

پژوهش سل

تمرکز استراتژی مبارزه با سل، بر بهترین استفاده از امکانات فعلی موجود، جهت پیشگیری، تشخیص و درمان سل و پژوهش کاربردی با اساس برنامه ریزی شده و فراهم کردن امکانات پیشرفته در آینده (از طریق پژوهش برای گسترش روش های جدید تشخیصی، دارو و واکسن) است.

هدف حذف سل تا سال ۲۰۵۰ به گسترش روش های جدید تشخیصی، دارو و واکسن بستگی دارد. سازمان جهانی بهداشت بطور نزدیکی در ارتباط با کمیته همکاری توقف سل برای فعال کردن و ارتقای "پژوهش کاربردی با اساس برنامه ریزی شده" و "پژوهش برای گسترش روش های جدید تشخیصی، دارو ها و واکسن ها" می باشد.

جنبش سل پژوهی

پیشرفت کنترل سل در تنگنای فقدان عوامل بسیاری است که مخصوصا در مناطق مورد نیاز اقدامات لازم را فراهم نمی کنند مثل فقدان روش های تشخیصی موثر و در دسترس وسیع، دارو، واکسن و ضعف های بسیاری از سیستم های سلامت. برای غلبه بر این موانع، تقویت پژوهش سل در همه ی ابعاد (از پایه تا مراحل اجرایی) جدا مورد نیاز است.

VISION

اتحاد گسترده ای از پژوهشگران، در کمیته ی همکاری توقف سل و سازمان جهانی بهداشت، در طی تلاش های استراتژیک مشترک برای تحریک، حمایت و گسترش پژوهش برای اطمینان از حذف جهانی سل تا سال ۲۰۵۰، منجر به جنبش پژوهش شد.

اهداف

جنبش پژوهش کمیته همکاری توقف سل سه هدف اصلی دارد:

- فراهم کردن یک اجتماع برای پژوهندگان و حامیان مالی تحقیقات سل برای مشخص کردن اعمال و اولویت ها
- هدایت تلاش ها برای افزایش منابع تحقیقات سل
- اقدام برای تهیه ی نقشه ی جهانی گسترده و منسجم پژوهش ها در راستای حذف سل

در طی دو سال گذشته، جنبش سل به همکاری گسترده ای در پژوهش سل به مناسبت های مختلف (مثل نشست های گروه های تخصصی، کارگروه ها، سمپوزوم ها، ارتباطات و غیره) مجهز شده است مثل همکاری آکادمی ها، انستیتو های پژوهشی، همکاری های عمومی و خصوصی، اهدا کنندگان، سازمان ها و نمایندگان بیماران.

این همکاری باعث درجه بندی و افزایش سرعت پژوهش سل و مخصوصا باعث اتصال پژوهش های پایه به گسترش امکانات و پژوهش های کاربردی شده است.

In 2014, the slogan for World Tuberculosis Day is **"Reach the 3 million"**.

It needs all of our efforts.

Regards

Aliyeh Sargazi