

EDITORIAL

تقييم سياسة علاج الملاريا المجاني في مدينة ود مدني

في الفترة من نوفمبر 2006م حتى أكتوبر 2009م

ماجدة الهادي أحمد يوسف⁽¹⁾

محمد عظيم محمد علي محمد⁽²⁾

ملخص الدراسة

تم إجراء هذه الدراسة القطعية الوصفية في مدينة ود مدني علي مستوي المراكز الصحية الحكومية في أكتوبر 2009م . كان الهدف العام هو تقييم تجربة توزيع العلاج المجاني لمرضي الملاريا في مدينة ود مدني، أما أهدافها الخاصة فتتمثلت في تحديد مدي إلمام الأطباء بالقرار ومقاصده والتزامهم بضوابط التوزيع المجاني للأدوية وكذلك التعرف علي أسس صرف حصص الأدوية المجانية للمراكز الصحية وأثر التجربة على معدل الإصابة بالملاريا وتردد مرضى الملاريا علي المراكز الصحية. جمعت المعلومات باستبانته للأطباء بالمراكز الصحية الحكومية بمدينة ود مدني (40 طبيب) بثمانية عشر مركزاً ومقابلات شخصية مع مدير إدارة الملا ريا ومدير الإمداد الدوائي بوزارة الصحة ولاية الجزيرة ، إضافة إلي عقد مجموعات نقاش بؤرية بالمراكز الصحية مع مجموعة من مرضى الملاريا واستخدمت أيضاً قائمة ضبط إشرافية لتقييم لمستوي الخدمات في صيدليات المراكز الصحية .

نتائج الدراسة تمثلت في أن كل الأطباء يعلمون بهذه التجربة وبعضهم يعلم بأهدافها غير أن هنالك عدداً منهم غير ملتزم بضوابط التوزيع وقد يكون مرد ذلك أن عدداً منهم لم يتم تنويره بأهداف التجربة وقد أظهرت الدراسة أن بعض الأطباء لا يراجعون مرضاهم. أما عن الدواء فإن إمداده كان منتظماً في حصة ثابتة محددة شهرياً من إدارة الشؤون الصحية وكفاية الأدوية فهي كافية عدا عقار الكوارتم.

من المظاهر السالبة التي أبانتها الدراسة هي عدم وجود نظام إشراف ومتابعة شهرية . أبرزت الدراسة بعض مظاهر القصور ولكن حققت التجربة نجاحات كبيرة بخفض معدل الإصابة بالملاريا من 43% في أكتوبر 2006 إلى 8% في نوفمبر 2009 .

كلمات مفتاحية

العلاج المجاني ، ولاية الجزيرة ، الأطباء العموميين.

(1) دكتورة ماجدة الهادي استاذ مشارك بكلية الطب جامعة الجزيرة

(2) دكتور/ محمد عظيم - طبيب بوزارة الصحة ولاية الجزيرة

المقدمة

تشكل الملاريا مشكلة صحية عالمية منذ عقود مضت، وقد أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية أن هنالك 300 مليون حالة إصابة جديدة في كل سنة، 90% منها في إفريقيا ، ومعظم المصابين من الأطفال دون سن الخامسة (20%)، وقد أشارت الإحصاءات أن 40% من ميزانية الصحة تذهب لمواجهة الملاريا إضافة إلي أن 30_50% من المنومين في المستشفيات من المصابين بالملاريا وأن 50% من المترددين علي الوحدات الصحية هم من مرضي الملاريا⁽¹⁾.

لهذا كانت ومازالت الملاريا تحظى باهتمام عالمي كبير على مستوى كل القطاعات حيث ادخلت منظمة الصحة العالمية

EDITORIAL

مكافحة اليرقات في مبادرة برنامج القضاء على الملاريا (1957-1970) لكن هذا البرنامج تعثر لظهور المقاومة للمبيدات واستعمال الأسمدة المتكرر (2) . وقد سبق هذا البرنامج جهود الولايات المتحدة الأمريكية عام 1946 م حيث أعلنت هذه الدولة خالية من الملاريا في العام 1951 وتلتها في عام 1967 اوربا ومناطق في آسيا المدارية وأمريكا اللاتينية (3) .

بعد فشل برنامج القضاء على الملاريا بالذات في اماكن التوطن بين خطي 60 شمال و 40 (4) . جنوب ادخلت منظمة الصحة العالمية برنامج مكافحة الملاريا (1975 - 2000) والذي اعتم على جهود الدول منفردة وبعده جاء برنامج دحر الملاريا (2001-2010) في اعلان ابوجا (5) . اما على المستوى الخاص فهناك تجارب عديدة نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر تجربة القضاء على الأنوفليس في الإحساء بالسعودية وإعتماد تصريف المياه الجيد كأساس لمكافحة الملاريا عند بناء مدينة ابوجا بنيجريا (6) .

هنالك ايضا تجربة غينيا التي تمت عن طريق دراسة تدخلية ادت الى انخفاض في معدل الحماية من اصابة الأطفال دون الخامسة الى أكثر من 95 % (7) .

في يوغندا وضع برنامج (2001 - 2004) للمكافحة والتزمت الحكومة وقطاعات واسعة بتنفيذه وأدى نجاحات كبيرة منها تقليل نسبة وفيات الأطفال إلى 3% بحلول عام 2005م (8) . من التجارب الرائدة في العشر سنوات الأخيرة هنالك تجربة عممت في أربعة دول هي البرازيل، إريتريا ، الهند وفيتنام حيث استعملت حزم متكاملة لمكافحة الملاريا بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (9) . ايضا في اطار الاهتمام العالمي طور علماء فيزياء بندقية ليزر تقضي على ملايين الباعوض في دقائق معدودة (10) .

في السودان بدأت مكافحة باستعمال الزيت والجازولين (1930-1950) وبعد ظهور المقاومة لها ادخل الرش المنزلي (1950-1965) ثم الرجوع مرة أخرى لمكافحة اليرقات لظهور المقاومة (1975-1980) إضافة الى برنامج النيل الأزرق الصحي عام 1979 م (11)

كذلك نفذ برنامج الخرطوم خالية من الملاريا عام 2002 وقد أدى إلى انخفاض نسبة الاصابة بالملاريا وأعداد الباعوض وكذلك انخفاض عدد الوفيات بصورة كبيرة (12) .

إن الملاريا في السودان حتى العام 2004 كانت مشكلة صحية كبرى، حيث أن هنالك 7.5 مليون إصابة جديدة كل سنة و 35 ألف حالة وفاة.

تسعون بالمائة من الإصابات بواسطة البلازموديوم فالسيبارم (13)، وعليه يقسم السودان إلي خمسة قطاعات وبائية؛ ملاريا عالية التوطن في الجنوب، ملاريا المشاريع والزراعية المطرية، الملاريا الموسمية في أواسط السودان، ملاريا المدن و ملاريا الفيضانات في شمال السودان. أيضاً تشكل الملاريا مشكلة اقتصادية ، حيث أن (50%) من ميزانية الحكومة تذهب للصحة وهي تشكل (1%) من الناتج المحلي (1) . لكل ما ذكر وفي إطار البرنامج العالمي لدحر الملاريا وضعت إستراتيجية قومية لمكافحة الملاريا في السودان بالمكونات الأساسية التالية :

1- التشخيص المبكر والمعالجة الناجعة.

2- الوقاية متعددة المراحل (مكافحة الناقل باستعمال الناموسيات المشبعة والوقاية الكيميائية المتقطعة للحوامل).

3- الاكتشاف المبكر للأوبئة واحتوائها.

4- بناء القدرات علي المستوي القومي و الولائي.

EDITORIAL

ونجد أن البرنامج العالمي لدحر الملاريا (2001-2010)م قد وفر قدر كبير من التمويل بواسطة الصندوق العالمي المانح، علي أن تكمل كل دولة أي عجز يحدث في ميزانية مكافحة الملاريا بالوسائل الأساسية و هي :-

1- العلاج المزدوج (الأرتسنيت -كوارتم) artesunate – Coartem

2- الناموسيات المشبعة.

3- الرش المنزلي والضبابي بواسطة المبيدات.

إن سياسة التوزيع المجانية لأدوية الملاريا علي مستوي الخط الأول الأرتسنيت والخط الثاني الكوارتم بدأ تنفيذها في نوفمبر 2006 في إطار مكافحة الملاريا بإيصال الادوية للمرضى في مواقعهم . يتم التوزيع المجاني للمصابين بالملاريا بواسطة الأطباء في المستشفيات والمستشفيات الريفية والمراكز الصحية وتقوم الإمدادات الطبية المركزية تحت إشراف إدارة الملاريا القومية وإدارة الإمدادات الطبية المركزية بتوفير وصرف الادوية لإدارات الإمداد الدوائي بالولايات في شكل حصص كل ثلاثة أشهر علي ضوء تقارير عن حالات الإصابة في كل ولاية , في ولاية الجزيرة منطقة الدراسة يتم توزيع الأدوية في شكل حصص شهرية لإدارات الشئون الصحية السبعة، والتي بدورها تقوم بتوزيع الأدوية للمراكز الصحية أيضاً علي ضوء تقارير شهرية، ولكن يمكن تغطية أي عجز يحدث في مخزون الأدوية في هذه المراكز الصحية (إفادة مدير الامداد الدوائي).

ميررات الدراسة :-

علاج المرضى محور أساسي من محاور مكافحة الملاريا، وأدوية الملاريا عالية التكلفة ومعظم المواطنين يقعون تحت خط الفقر مما جعل دراسة وتقييم التجربة ضرورة ملحة لضمان اكتمال الفائدة.

الأهداف

الهدف العام:-

تقييم تجربة العلاج المجاني لمرضى الملاريا في مدينة ود مدني في الفترة من نوفمبر 2006 إلي أكتوبر 2009 .

الأهداف الخاصة:-

1- تحديد مدي إلمام الأطباء بالقرار ومقاصده.

2- تحديد نسبة التزام الأطباء بضوابط التوزيع المجاني.

3- التعرف علي أسس صرف حصص الأدوية المجانية للمراكز الصحية ومدى انتظامها وكفايتها.

4- تقييم أثر التوزيع المجاني علي تردد مرضي الملاريا علي المراكز الصحية.

منهجية الدراسة

هذه دراسة وصفية مقطعية أجريت في مدينة ود مدني، وهي ثاني مدن السودان كثافة بالسكان (289.482) وهي تتوسط منطقة زراعية شرقاً مشروع الرهد الزراعي وغرباً مشروع الجزيرة و المناقل إضافةً إلي قطاع أخضر كبير يحيط بها من مزارع وحدائق وخلافه ، ولذلك هي تقع في منطقة انتشار عالي للملاريا . مجتمع الدراسة هم الأطباء العموميين العاملين بالمراكز الصحية الحكومية بمدينة ود مدني 18 مركزاً صحياً ويبلغ عددهم أربعون طبيباً (تغطية شاملة).

طرق جمع المعلومات:

لقد تم جمع المعلومات فيها بواسطة استبانة للأطباء العموميين تم جمع المعلومات فيها عن طريق لقاءات فردية إضافة

EDITORIAL

إلى مدير إدارة الملاريا بوزارة الصحة ولاية الجزيرة ومدير الإمداد الدوائي بالولاية. كما تم استخدام الملاحظة باستعمال قائمة الضبط على الخدمات بصيدليات المراكز الصحية.

النتائج

تم عمل استبانة للأطباء العاملين بالمراكز الصحية وعددهم أربعون طبيباً للتعرف على معارفهم واتجاهاتهم وممارساتهم تجاه العلاج المجاني، وقد أبانت أنهم جميعاً يعلمون بتجربة علاج الملاريا المجاني ويشاركون في تنفيذها (جدول 1) غير أن 21 طبيباً (52.5%) منهم أفاد أنه علم بها من جهات مختصة في حين أفاد 19 طبيباً (47.5%) منهم بغير ذلك. أما عن الهدف من وراء توزيع أدوية الملاريا المجانية فقد أجاب 19 طبيباً (47.5%) أنه لسبب فقر المواطنين وأجاب 14 طبيباً (35%) بأنه لمكافحة الملاريا في الوقت الذي إمتنع فيه 7 اطباء (17.5%) عن الإجابة. عن الجوانب الإدارية والتنظيمية جاء السؤال عن الإشراف علي السياسة فذكر 16 طبيباً (40%) أن هنالك زيارات إشرافية من جهات الاختصاص في حين ذكر 24 طبيباً (60%) أنه لا يوجد إشراف علي سير التجربة ، اما من جانبهم فأنهم جميعاً يرسلون تقارير شهرية إلي الوزارة عن عدد حالات الإصابة بالملاريا .

فيما يخص التوزيع المجاني و أثره علي سلوك الطبيب والمريض فقد أظهرت الدراسة أن 26 طبيباً (65%) نكرواً أن طريقتهم في معالجة الملاريا قد تأثرت سلباً في حين ذكر 14 طبيباً (35%) بأنها لم تتأثر. والذين أقروا بالتأثير السلبى وعددهم 20 طبيباً (50%) ردوه إلي تقدير ظروف المريض المالية ، لأن الخط الثالث والذي قد يحتاجه المريض يكون بالثمن ذكروا انهم يصرفون الدواء نزولاً علي رغبة المريض 5 اطباء (12.5%) في حين أمتنع 15 طبيباً (37.5%) عن ذكر سبب التأثير السلبى .

أما عن وضع الملاريا في ظل تنفيذ هذه التجربة وبالسؤال عن وجود طرق أخرى لمكافحة الملاريا فقد أشار 35 طبيباً (87.5%) أنها موجودة في حين ذكر 5 اطباء (12.5%) أنها غير موجودة.

أما فيما يخص أثر التوزيع المجاني علي معدل الإصابة بالملاريا فقد ذكر 26 طبيباً (65%) أنه أحدث أثراً إيجابياً حيث قلة معدل الإصابة بالملاريا وظهر ذلك فى قلة عدد المترددين مقابل 14 طبيباً (35%) أجابوا بغير ذلك. أما عن متابعة الأطباء لمرضاهم فقد ذكر 33 طبيباً (82.5%) أنهم لا يتابعونهم وذكر 5 اطباء (12.5%) أنهم يتابعونهم في حين إمتنع طبيبان (5%) عن الإجابة.

ولقد اتضح من الدراسة أن صرف الأدوية يتم احياناً تلبية لرغبة المريض كما ذكر 5 أطباء فى حين نفى بقيتهم ذلك. من ناحية أخرى ذكر 33 طبيباً (82.5%) بأنهم في حالة نفاذ حصة الأدوية يطلبون من المريض شراء الدواء مقابل 5 اطباء (12.5%) ذكروا بانهم يطلبون منه انتظار إحضار حصة الأدوية المجانية وطبيبان (5%) منهم تركا الخيار للمريض. (جدول 1).

أما عن أثر التجربة علي تقبل المرضي للمعالجة بالأدوية الأخرى غير المجانية فقد أجاب 21 طبيباً (52.5%) بنعم وأجاب 6 اطباء (15%) بالنفي وامتنع 13 طبيباً (32.5%) عن الإجابة.

عن الأدوية وتوفرها وتوزيعها فقد جاءت نتائج الاستفسار بأن 21 طبيباً (52.5%) ذكروا أن الحصص توزع للمراكز الصحية علي ضوء التقرير الشهري من المركز مقابل 19 طبيباً (47.5%) أوضحوا أن الحصة شهرية وثابتة وتحدد سلفاً من الوزارة (شكل 1). وذكر 17 طبيباً (42.5%) أن الحصص تصل بصورة ثابتة ومنظمة وأن 16 طبيباً (40%) أدلوا بأنها غير

EDITORIAL

منتظمة في حين إمتنع 7 اطباء (17.5%) منهم عن الإجابة . أما عن معايير صرفها فقد أجاب 3 اطباء (7.5%) بأنها تصرف علي ضوء فحص الملاريا الإيجابي , 5 اطباء (12.5%) يصرفون الدواء عند وجود أعراض الملاريا أما الذين يصرفون الدواء علي ضوء فحص ايجابي للملاريا وكشف سريري ووجود أعراض ملاريا فقد كانت نسبتهم 75% (30 طبيبا) في حين نكر طبيبان (5%) أنهم يعتمدون علي فحص الملاريا الإيجابي إضافة إلي كشف سريري للمريض (شكل 2).

أما عن مدي كفاية الحصة الشهرية فقد أجاب 24 طبيبا (60%) بأنها كافية في حين أجاب 14 طبيبا (35%) بأنها غير كافية وأمتنع طبيبان (5%) عن الإجابة (شكل 3).

أما عن قيام الأطباء بإرسال تقارير عن مدي كفاية الحصة التي تصلهم شهرياً فقد أجابوا جميعهم 40 (100%) بأنهم يرسلون إفادات إلي الوزارة بعدم كفاية الحصة الشهرية.

وبالسؤال عن تقييم التجربة فقد أفاد 26 طبيبا (65%) بأنها جيدة ومدروسة وأفاد 5 فقط (12.5%) بأنها جيدة وغير مدروسة في حين أقر 9 اطباء (22.5%) بأنها غير مفيدة (جدول 2).

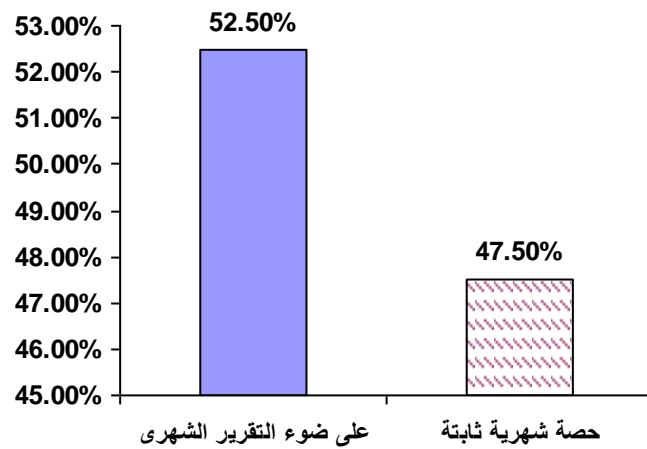
وبسؤال مفتوح عن الصعوبات التي واجهت التجربة إتفق معظم الأطباء على عدم كفاية الأدوية وعدم تناغم وسائل مكافحة الملاريا وعدم وجود إشراف ومتابعة لتقويم التجربة، والتأكد من إتباع بروتوكول علاج الملاريا في السودان ومراقبة أسس ونظم التوزيع بواسطة الأطباء وضبط التقارير الشهرية عن حالات الإصابة بالملاريا وعن سلامة تقارير الأدوية بصيدليات المراكز الصحية . من جانب آخر ذكر بعضهم أن هنالك اعتقاد وسط المواطنين بأن الأدوية المجانية ضعيفة الكفاءة مقارنة بالأدوية التجارية.

الجدول والاشكال البيانية

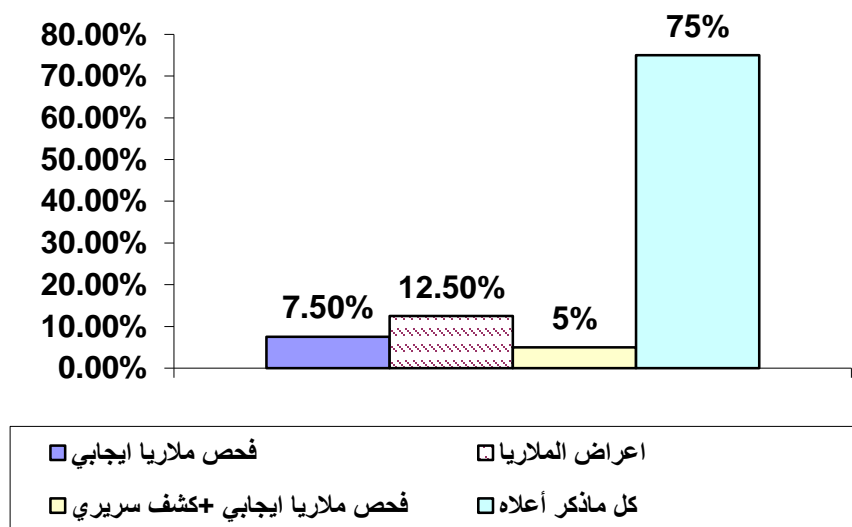
جدول رقم (1) تصرف الأطباء في حالة نفاد الأدوية .

النسبة المئوية	العدد	الإجابات
82.5%	33	أطلب من المريض شراء الدواء
12.5%	5	اطلب منه انتظار وصول الدواء
5.0%	2	اترك للمريض الخيار
100.0%	40	الجملة

EDITORIAL

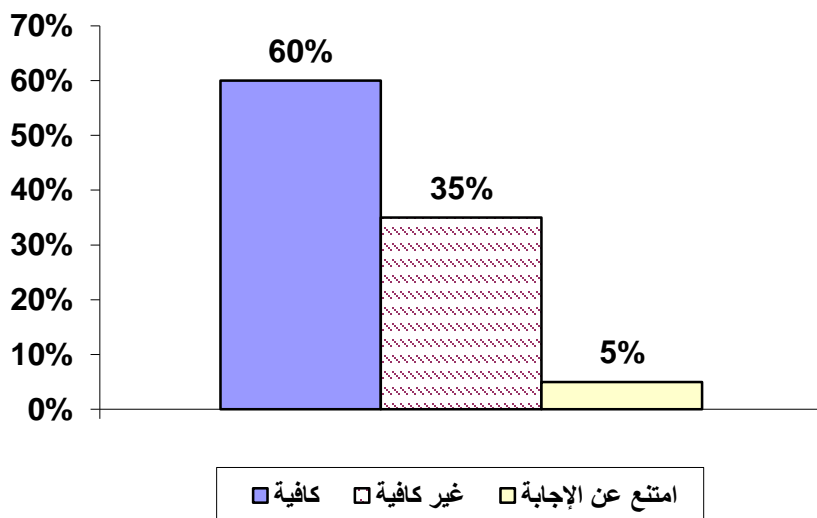


شكل رقم (1): أسس صرف العلاج المجاني بالمراكز الصحية



شكل رقم (2) : معايير صرف الأدوية المجانية للمرضى .

EDITORIAL



شكل رقم (3) مدى كفاية الحصص الشهرية .

جدول رقم (2) تقييم الأطباء لتجربة العلاج المجاني .

النسبة المئوية	العدد	الإجابات
65	20	جيدة ومدروسة
12.5	5	جيدة وغير مدروسة
22.5	9	غير مفيدة
%100.0	40	الجملة

نتائج اللقاءات الفردية

تم لقاء مع مدير إدارة الملاريا بوزارة الصحة ولاية الجزيرة وكانت نتائج المقابلة كالآتي:

بدأت سياسة التوزيع المجاني لأدوية الملاريا في الولاية في نوفمبر 2006م ، تم تنوير مدراء الشئون الصحية بالولاية بأهداف وسياسة التوزيع المجاني وطلب منهم تنوير الأطباء العاملين في المراكز الصحية الحكومية التابعة لهم ، تجرى سياسة التوزيع بالتوازي مع طرق المكافحة الأخرى من ناموسيات مشبعة ورش منزلي وضبابي وإشراك القطاعات الأخرى مثل منظمات العمل المدني وغيرها . أدت هذه السياسة إلي انخفاض معدل الإصابة بالملاريا من (43%) في نوفمبر 2006م إلي (8%) في أكتوبر 2009م. كما ذكر مدير إدارة الملاريا أن تمويل الأدوية بواسطة الصندوق العالمي المانح في إطار البرنامج العالمي لدحر الملاريا . لم تواجه تجربة العلاج المجاني أي مشاكل أو صعوبات تذكر عدا انقطاع الإمداد الدوائي من هيئة الامدادات

EDITORIAL

الطبية المركزية في يناير ، فبراير ومارس من العام 2009م.

تم اللقاء مع مدير إدارة الإمداد الدوائي بالولاية وكانت نتائج اللقاء كالاتي :

الأدوية متوفرة في مخزن الولاية خاصة عقار الكوارتم لأن استعماله بواسطة الأطباء غير كثير يتم الحصول علي حصة الولاية كل ثلاثة شهور من هيئة الامدادات الطبية المركزية عن طريق طلبية علي ضوء التقارير الشهرية التي ترفع من إدارات الشئون الصحية بالولاية. تصرف الأدوية لإدارات الشئون الصحية كل شهر والتي بدورها توزعها كل شهرس علي المراكز الصحية أيضاً علي ضوء التقارير الشهرية للملاريا إذا حدث عجز في الأدوية في الوحدات الصحية يغطي قبل حلول موعد الحصة التالية. أما الإشراف فإنه يتم علي مستوي إدارات الشئون الصحية

المشاكل تتمثل في ضعف إشراف إدارات الشئون الصحية علي الوحدات الصحية وعدم وجود أطباء صيادلة يشرفون علي التوزيع في الوحدات الصحية. يتم عمل لقاءات مع الأطباء والمرضي لمعرفة كفاءة الأدوية وسلامة توزيعها ومن خلال هذه المتابعات نري أن هذه السياسة قد قللت من الإصابة بالملاريا عموماً وبالذات الملاريا ذات المضاعفات . حدث عجز في الدواء في شهور يناير، فبراير، مارس 2009 م لانقطاعه من هيئة الامدادات الطبية المركزية .

نتائج مجموعات النقاش البؤرية

تم عقد مجموعات نقاش بؤرية بالمراكز الصحية ، سبعة أفراد لكل مجموعة من مرضي الملاريا من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 20-45 سنة وكانت الآراء تدور حول الآتي:

الاشادة بالتجربة وسهولة الإجراءات من مقابلة الطبيب والتشخيص وصرف الدواء. أن هذه التجربة قللت من العبء المالي الذي تسببه الملاريا للأسر والمواطنين. أن هذه السياسة تساعد المواطنين علي الإقبال علي العلاج وعدم إهمال المرض والذي كان يحدث سابقاً بسبب ضيق الإمكانيات المالية . يرون أن هذه التجربة تساعد في مكافحة الملاريا ولكن بعض المواطنين يعتقد ان الادوية المجانية غير فعالة مقارنة بالادوية التجارية.

نتائج قائمة الضبط والإشراف

المتابعة بقائمة الضبط والإشراف أظهرت الآتي:

- 1- الأدوية جيدة الحفظ ومتوفرة بصيغيات الوحدات الصحية خاصة أدوية الأطفال.
- 2- يحدث عجز في المخزون لكنه يغطي فوراً بطلب من المدير الطبي.
- 3- يتم الصرف بروشتة من الطبيب .
- 4- هنالك ثلاث مراكز يتم فيها توزيع الدواء بواسطة الطبيب .
- 5- هنالك مركز واحد يتم فيه التوزيع بواسطة موظف الإحصاء وتوقف طلب الادوية بغياب هذا الموظف بسبب الاجازة السنوية.

- 6- هنالك ثلاثة مراكز بها أطباء صيادلة .
- 7- هنالك حصص ثابتة منتظمة من الأدوية تصل شهرياً إلي الوحدة الصحية.
- 8- تُرسل تقارير شهرية إلي الشئون الصحية بعدد حالات الإصابة بالملاريا .
- 9- توجد سجلات للأدوية الداخلة والمصروفة من الصيدلية.
- 10- لا توجد الأدوية في أماكن منفصلة من الأدوية الأخرى وتوجد أدوية ملاريا تجارية في الصيدليات.

EDITORIAL

المناقشة

عانى العالم بأسره من الملاريا لذلك أولتها منظمة الصحة العالمية اهتماماً كبيراً منذ عشرينيات القرن الماضي بدايةً ببرنامج القضاء على الملاريا وانتهاءً ببرنامج دحر الملاريا (2001-2010م). والذي اعتمد فيه العلاج المزدوج كأساس لمعالجة الملاريا ، تكفل الصندوق العالمي المانح بتمويل العلاج المزدوج وصرفه مجاناً للدول الأكثر عرضة للملاريا بخاصة الدول الإفريقية وفي السودان منذ العام 2001م تم إدخال العلاج المزدوج بالتمويل القومي إلي أن تم تمويله في نوفمبر 2006م بواسطة الصندوق العالمي المانح لصرفه مجاناً لحالات الملاريا علي مستوي كل الوحدات الصحية حسب إفادة مدير إدارة الملاريا ووزارة الصحة ولاية الجزيرة .

تمت دراسة تجربة العلاج المجاني في مدينة ود مدني علي مستوي المراكز الصحية الحكومية وقد أبرزت الدراسة أنه على الرغم من أن الهدف الأساسي من التوزيع المجاني لأدوية الملاريا هو دحر الملاريا غير أنه لم يكن هنالك تنوير وتبصير للكوادر الطبية بمقاصد هذه الدراسة حيث أن 47.5% من الأطباء في هذه المراكز الصحية أجابوا بأنه لم يتم تنويرهم بمرامي هذه السياسة مما جعل نفس النسبة من الاطباء تعزي هذا التوزيع تقديراً لظروف المرضى المالية وليس لدحر الملاريا . أظهرت الدراسة أنه لا يوجد تناغم بين وسائل مكافحة الملاريا حيث ان الأدوية التي توزع للوحدات الصحية غير كافية لعدد المرضى كما أنه لا توجد حملات رش بالمبيدات منتظمة لمكافحة البعوض ولا توزع ناموسيات مجانية للمواطنين أو توفر لهم بأسعار تكون في متناول الأيدي مما يحدث خلل في تكامل المكافحة ودحر الملاريا .

توجد مشاكل في صرف الأدوية حيث أن بعض المرضى يصرون علي إعطاءهم العلاج المجاني في حين أن حالتهم وفق بروتوكول علاج الملاريا تقتضي غير ذلك، مما يؤثر إبتاع الأطباء لخطوات بروتوكول الملاريا مما يؤدي إلى بروز مشاكل المقاومة لعقارات الملاريا، الخط الاول والثاني وحدث الملاريا الوخيمة ذات المضاعفات.

أظهرت الدراسة أن هنالك حصص ثابتة تحدد بواسطة الشئون الصحية تصرف لكل مركز صحي ويمكن تغطية أي عجز يحدث قبل حلول موعد الحصة التالية، غير أن الدراسة أيضاً أظهرت أن هنالك تناقض في بعض المعلومات حيث ذكر مدير الامداد الدوائي بالولاية أنه لم يحدث عجز في عقار الكوارتم (Coartem) في الوقت الذي ذكر فيه عدد من الأطباء عدم توفره وهذا يدل علي ضعف الأشراف والمتابعة.

هنالك عدد من الأطباء امتنعوا عن إجابات بعض الأسئلة وقد يكون مرد ذلك إلي أنه يوجد بالمركز الصحي أكثر من طبيب ويكون المدير الطبي فقط هو المسئول عن الأمور الإدارية في حين يكون دور الأطباء الآخرين هو دور مهني فقط . بصورة عامة أظهرت الدراسة انخفاضاً في معدل الإصابة بالملاريا من 43% في عام 2006م إلي 8% في أكتوبر 2009م (إفادة مدير إدارة الملاريا ووزارة الصحة ولاية الجزيرة) وأن عدد حالات مرضي الملاريا قد نقص كثيراً كما أفاد بذلك الأطباء إضافة إلي ندرة حالات الملاريا ذات المضاعفات كما ورد في اللقاء مع مدير الإمداد الدوائي، ويرى الأطباء أنها تجربة جيدة ومدروسة في حين ذكر بعضهم أنها تحتاج إلي الرصد الجيد والإشراف والمتابعة والتنسيق .

برنامج دحر الملاريا في السودان المستمر اعتمد أسس التوزيع المجاني للعلاج المزدوج لمكافحة الناقل واستعمال الناموسيات المشبعة.

غير أن اليوغنديين أضافوا إلي العوامل الأساسية للمكافحة معالجة حالات الملاريا في ظرف 24 ساعة بنسبة 60% من المواطنين وزيادة نسبة الحوامل اللاتي يتلقين علاج كيميائي وقائي متقطع إلي 60% وزيادة عدد الأطفال دون سن الخامسة

EDITORIAL

الذين ينامون داخل ناموسيات مشبعة إلي 50% وتقليل نسبة الوفيات إلي 3% علي أن تحقق كل هذه الأهداف بحلول عام 2005م⁽⁸⁾. أما إستراتيجيتهم للوصول إلي الهدف العالمي (خفض الملاريا إلي 50% بحلول عام 2010م) فقد رصدت لها ميزانية قدرها 60 مليون دولار امريكي، وقد أدى ذلك إلى نتائج جيدة يمكن الإستفادة منها في الدول المماثلة كالسودان.

برنامج دحر الملاريا في السودان إفتقر لبعض مقومات التميز إذا أجرينا مقارنة بسيطة مع تجارب دول أخرى اعتبرت رائدة ومثال يحتذى، وهذه الدول هي البرازيل، ارتريا، الهند، و فيتنام⁽⁹⁾ حيث اعتمدت هذه الدول الأربعة بالتعاون مع البنك الدولي منهجاً علمياً بإشراف قادة هذه البلدان وممثلي الأمم المتحدة وممثلين من البنك الدولي اشتمل هذا المنهج على تأسيس بني تحتية جيدة وتمويل لا مركزي وتدريب الكوادر اللازمة وجمع المعلومات الحقيقية عن وضع الملاريا وعمل بحوث علمية تخدم البرنامج إضافة إلي إشراك المجتمع. إذا وضعنا في الاعتبار الإعتقادات الخاطئة عند بعض المواطنين والتي مفادها إن الأدوية المجانية غير فعالة مقارنة بالأدوية التجارية أو الاعتقاد بأن التوزيع المجاني عمل به تقديراً للظروف المالية للمرضى فلا يمكن بهذا الفهم أن يسهموا في برنامج دحر الملاريا.

الخلاصة

نخلص من هذه الدراسة ورغم المعوقات التي تعترض سياسة التوزيع المجاني لعلاج الملاريا فإن هذه التجربة تعتبر ناجحة حيث أنه حدث إنخفاض في نسبة الملاريا وقلت الإصابة بالملاريا الوخيمة وذات المضاعفات ، كما أوضحت مظاهر ايجابية تتمثل في رضا كثير من المواطنين

التوصيات

- 1- يجب تعريف المواطنين بأهداف ومقاصد التوزيع المجاني لأدوية الملاريا واستقلال كل وسائل الأعلام المتاحة وإشراك منظمات المجتمع المدني والمنظمات الطوعية وتفعيل المجتمع وإشراكه في تنفيذ سياسة دحر الملاريا .
- 2- عمل نظام سهل و متكامل يضمن التوزيع العادل والسليم والكافي للأدوية وتزويد المراكز الصحية بالكوادر الصيدلانية للإشراف علي التوزيع .
- 3- تأسيس نظام إشراف يمثل كل المستويات الادارية من الوزارة حتى الإدارة الطبية للمراكز الصحية لضمان كفاية الإمداد وسلامة التوزيع ومنع تجاوزات الصرف وضمان سلامة التقارير الشهرية عن الأدوية وعن الإصابة بالملاريا .
- 4- دعم الوسائل الأخرى التي تساعد في تعزيز برنامج دحر الملاريا مثل مكافحة الناقل واستعمال الناموسيات المشبعة.

المراجع

- 1- ورقة دكتور زيدان .دراسة أثر إعفاء المستقيدين من الرسوم .بحث في أربعة مراكز صحية بسنار .المجلة العالمية للتخطيط الصحي 2004م.

2- WHO expert committee on malaria (1986) resistance of vector to insecticides-Technical report series (1986) 735, 33-34.

3- Science spectrum on line.com- 6june 2006.lango dean.

4-K. Park's (2002). Epidemiology of Malaria, Parks Text Book of preventive and social medicine 17th edition, pp 198-199.

5- <http://www.Rollback malaria.org.google.com>

6-WHO study group 1984 technical report series 712, 33-3

EDITORIAL

7- Am . j. Trop. Med. Hyg. 80 (6) 2009 pp 882-888.

8- Rollback malaria in Uganda Google .com

9- Rollback malaria: the world bank global strategy and program [http: book Google .com](http://book Google .com)

10- [http:// www.wafkaar .com](http://www.wafkaar .com)- google 17march 2009 .

11- Ahmed Ayoub (1985) malaria control in Gezira – Managil irrigated scheme of Sudan – journal of tropical medicine and hygiene (1985) 88,153-159.

12- [http:// www.emro.who.int/puplication](http://www.emro.who.int/puplication) WHOEMRO .Eastern Mediterranean health journal by MalikEm et al – stratification of Khartoum urban area by the risk of Malaria transmission 2003 , 9 (4) : 559 -69 .

- المرشد القومي لعلاج الملاريا 2004م.13