

مؤسسة المرأة الجديدة

## قضايا الصحة الإنجابية

REPRODUCTIVE  
HEALTH  
matters

ويا لها من سخرية... أن تكون اختبارات الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري باهظة التكلفة بالنسبة لتلك البلدان التي تحتاجها بشدة وهي البلدان التي من المفترض أن تطوير هذه الاختبارات قد تم من أجلها في المقام الأول. هل مطلوب منا أن ننتظر في صبر حتى تتخفض تكلفة اللقاح ضد فيروس الورم الحليمي البشري إلى ٤٥ دولاراً بدلاً من مئات الدولارات التي تمثل التكلفة الحالية/ هذا فظيع. حتى المملكة المتحدة غير راغبة في دفع النقود اللازمة من أجل اللقاح رباعي التكافؤ ضد فيروس الورم الحليمي البشري، وهو اللقاح الذي يحمي من البثور التناسلية، فضلاً عن فيروس الورم الحليمي البشري. كيف يمكن إذن أن نتوقع أن تجد البلدان الفقيرة الأموال اللازمة؟  
عبء عالٍ للمرض .. وأولوية منخفضة

مارج بيرر

إن العبء العالمي لسرطان عنق الرحم هائل؛ حيث يبلغ عدد الحالات الجديدة التي تصاب به سنوياً حوالي ٥٠٠ ألف حالة، ويبلغ عدد الوفيات ٢٧٤ ألف حالة، والتوزيع غير المتساوي لهذه الحالات لافت بشكل صادم.

الدفع بأهمية الوقاية من سرطان عنق الرحم: ماذا عن الإنصاف؟

فيفيان تسو

كيف ترى النساء المصابات أنفسهن عندما ينظرن في المرأة؟ إنني أرى أماً يمكن أن تحب وتضم ابنتها إليها كما لم تفعل من قبل. إنني أرى امرأة يضمها زوجها إليه بمزيد من الرقة والعاطفة عن ذي قبل عندما كان لديها ثديان. إنني أرى امرأة عاملة تمنح الآن لعملها عمقاً لم تفعله من قبل. إنني أرى امرأة أقوى من التي كنت أراها في ذات المرأة قبل الإصابة بسرطان الثدي. إنني أحتفي بالقوة الجديدة التي اكتشفتها بداخلي.

أنا امرأة أعيش بسرطان الثدي

فليشيا ماري كويل

ويبدو الآن، بعد معرفة المخاطر، أن الموازنة أصبحت أوضح، فالعلاج الهرموني التعويضي ينجح في علاج الأعراض ولكن ليس في تأمين الصحة في المستقبل، وهو ما يخالف ما تم الوعد به والترويج له على أوسع نطاق. قد يستغرق الأمر عقوداً لاستكشاف الآثار الجانبية المهمة للأدوية والتي لم يتم التنبؤ بها. هل تؤمن التدابير التنظيمية المعمول بها حالياً الاحتياطات الكافية لتجنب المزيد من الأحداث التراجمية بشكل واع؟ سيقوم المنظمون والمشرعون بتأمل التداعيات، كما فعلوا بعد استخدام عقار ثاليدوميد، ونأمل ألا نسيء استخدام التسويق مرة أخرى.

أين نحن الآن من العلاج الهرموني التعويضي؟

كليم ماكفيرسون

الصحة الإنجابية والسرطان



# قضايا الصحة الإنجابية





---

## مؤسسة المرأة الجديدة

١٤ شارع عبد المنعم سند - متفرع من شارع الرشيد

أحمد عراقى، المهندس

تليفون وفاكس: ٣٣٤٦٠٨٩٨ - ٣٣٤٦٤٩٠١ (٢٠٢)

البريد الإلكتروني: [rhm@nwrcegypt.org](mailto:rhm@nwrcegypt.org)

الموقع الإلكتروني: [www.nwrcegypt.org](http://www.nwrcegypt.org)

---

رقم الإيداع: ١٢٧٦١ لسنة ٢٠٠٦

الآراء الواردة فى المقالات المنشورة فى هذا العدد تُعبر عن كاتباتها

وليس بالضرورة عن رأى مؤسسة المرأة الجديدة

يصدر هذا العدد بتمويل من مجلة الصحة الإيجابية بانجلترا Reproductive Health Matters



# قضايا الصحة الإنجابية

## العدد الرابع عشر

صفحة	فى هذا العدد
٩	* ثقل عبء المرض، وألوية منخفضة بقلم: مارج بيرر
١٥	* سرطان عنق الرحم فى جنوب أفريقيا: من العلامات والأعراض إلى العلاج سوزارى لويز فان سالكوايك ، جوهانا إليزابيث ماري ، سوزانا كاترينا دراير رايت
٢٦	* استراتيجية منظمة الصحة للبلدان الأمريكية للوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته سيلفانا لوشيانى وجون كيم أندروسب
٣٦	* مسح سرطان عنق الرحم باستعمال تقنية المعاينة البصرية: الخبرة العملية فى غانا وتايلاند هارشاد سانغفي، خونينج كوبشيت ليمافايوم، وآخرون.
٥٠	* تطوير برنامج المعاينة البصرية للوقاية من سرطان عنق الرحم فى بنغلادش طاهرة أحمد، أشرف النساء، جيبونيسا راهمانج
٦١	* لقاح فيروس الورم الحليمي البشري فى المملكة المتحدة: ماذا عن الفتيان؟ تامارا كوبا
٦٩	* الدفع بأهمية الوقاية من سرطان عنق الرحم ماذا عن الإنصاف؟ فيغيان تسو، كارول ليفن
٧٩	* سرطان الثدي فى المكسيك: أولوية ملحة فيليشيا ماري نول، جوستافو نيجندا، وآخرون.
٩١	* الدخيل جيتا راو جوبتا
٩٦	* أنا امرأة أعيش بسرطان الثدي فيليشيا ماري كنويل
١٠٤	* أين نحن الآن من العلاج الهرموني التوعوي؟ كليم ماكفيرسون
١٠٩	* لقاح الفيروس الحليمي البشري ١٦.١٨ والوقاية من سرطان عنق الرحم فى الدول النامية: المستتبعات السياسية سو جي جولدي، مريدث أوشي، ميريا دياز، سن يونج كيم .
١٢٢	* إطلالة
١٢٧	* قائمة المصطلحات

مختارات مترجمة من مجلة  
Reproductive Health Matters  
تصدر فى بريطانيا وتتولى تحريرها  
مارج بيرر

تصدر الطبعة العربية عن  
مؤسسة المرأة الجديدة

هيئة التحرير  
آمال عبدالهادى  
راجية الجرزاوى

### ترجمة

جين فهمى  
خالد عبد العزيز  
دعاء عبده  
ريهام حسين  
راما محمود  
سلاف طه  
شهرت العالم  
شيرين موريس  
هشام شتلة

### الإخراج الفنى والطباعة

Good Shepherd Group  
Tel. : 262 45 316

الصورة الداخلية من إعداد R.H.M

### صورة الغلاف

العدد الإنجليزى نوفمبر ٢٠٠٨  
تصوير: جيوف تومبكن  
مكتبة الصور العلمية



## إفتاحية العدد

نالت قضايا الصحة والحقوق الانجابية اهتمامًا واسعًا وغير مسبوق منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي، وبشكل خاص منذ المؤتمر العالمي للسكان والتنمية (القاهرة - ١٩٩٤)، والمؤتمر العالمي الرابع للمرأة (بكين - ١٩٩٥). ورغم ذلك، لم تلق مسألة السرطانات وثيقة الصلة بالصحة الانجابية، وعلى رأسها سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي القدر الواجب من اهتمام الانظمة الصحية فى العديد من بلدان العالم النامى. وعلاوة على ذلك، لم تلق الاهتمام الواجب من المؤسسات المهنية والعلمية، بل والمنظمات غير الحكومية فى هذه البلدان.

وتبرز أهمية السرطانات المتعلقة بالصحة الانجابية فى منطقتنا العربية على وجه الخصوص حيث ترتفع نسب وفيات الامهات فى العديد من بلدان المنطقة فوق المعدلات المقبولة عالميا بكثير، وتظهر الدراسات ان هذه السرطانات قد تكون مسؤولة عن نسبة مرتفعة من تلك الوفيات. فعلى سبيل المثال بلغت نسبة الاصابة بسرطان الثدي ١٨,٩ ٪ من جميع حالات السرطان التي عولجت فى معهد الأورام القومي فى مصر عام ٢٠٠١، وكان غالبية هذه الحالات يتم اكتشاف المرض فيها فى مرحلة متأخرة. وبلغت نسبة الاصابة بسرطان عنق الرحم فى نساء منطقة شمال أفريقيا ٩,٢ لكل مائة ألف امرأة، وبلغت نسبة الوفاة ٧,٤ وهي نسبة مرتفعة للغاية.

ورغم هذا فإن جهود التوعية والوقاية والاكتشاف المبكر للسرطانات المتعلقة بالصحة الإنجابية ضعيفة للغاية. فعلى سبيل المثال تشير احصائيات منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٣، إلى أن نسبة النساء اللواتي قمن بفحص مسحة عنق الرحم فى حياتهن فى كل من المغرب وتونس بلغ ٤ ٪ و ١٠ ٪ على التوالي، أما نسبة النساء اللواتي قمن بفحص الثدي بالأشعة فكان ٢ ٪ و ٧ ٪ على التوالي وذلك مقارنة بمتوسط يبلغ ٧٥ ٪ فى دول أوروبا الغربية، ولم توجد احصائيات حول أي من هذه الفحوص الوقائية فى معظم بلدان شمال افريقيا نهائيا.<sup>(١)</sup>

تمر معظم بلدان المنطقة العربية بمرحلة انتقالية من النمو، تعاني فيها من عبء مرضي مزدوج يتمثل فى بقاء نسب عالية من الأمراض التي تنتقل بالعدوى، (سرطان عنق الرحم غالبا ما ينشأ من عدوى فيروس الورم الحليمي البشري)، إضافة الي تزايد ظهور الأمراض التي لا تنتقل بالعدوى (مثل سرطان الثدي) وغيره. ويزيد من عبء مواجهة تلك الأمراض عوامل تتشابه فيها إلى حد كبير غالبية دول المنطقة مثل ضعف الإنفاق الصحي، وضعف النظم والسياسات الصحية، إضافة إلى غياب الاهتمام بوضع قضايا الصحة الانجابية، الغير متعلقة مباشرة بالحمل والولادة، عموما من قائمة الأولويات الحكومية وخصوصا تلك المتعلقة بالسرطان.

ومن هنا تبرز أهمية هذا العدد من قضايا الصحة الانجابية، فهو يقدم للقارئات والقراء فى عالمنا العربى ليس فقط معلومات حول مدى انتشار هذه الأمراض فى العالم عمومًا وفى الدول النامية خصوصًا، وبالذات تلك التى تتشابه مع ما فى منطقتنا من ظروف وأوضاع، لكنه يقدم أيضًا تقاريرًا عن تطبيق أحدث التقنيات (مثل الفحص البصرى باستخدام حمض الخليك) والتى يمكن أن تكسر حاجز نقص الموارد المالية والبشرية فى البلدان النامية، ويفتح الباب أمام الوقاية من سرطان عنق الرحم والاكتشاف المبكر له وبالتالي إنقاذ حياة الملايين من النساء فى المستقبل. كما يقدم العدد شهادات لنساء قاومن السرطان بكل شجاعة واستطعن النجاة منه، ليس فقط بالعلاجات الطبية، ولكل أيضًا بالدعم الهائل من الأهل ومن العاملين الصحيين على كافة مستوياتهم، الذى كان له أثر حاسم فى قدرتهن على مواجهة المرض والانتصار عليه. ونحن نأمل ان تثير الطبعة العربية إهتمام المسؤولين والمجتمع المدني والمدافعين عن حقوق النساء إلی خطورة هذا الموضوع.

يتضمن العدد مقالات متنوعة اخترنا معظمها من العدد رقم ٣٢ لسنة ٢٠٠٨ من الطبعة الانجليزية بما فى ذلك المقالة الافتتاحية لمارج بيرر، والتى تضع فيها السياق السياسى للتعامل مع أمراض السرطان المتعلقة بالصحة الانجابية. تقدم المقالة أيضًا استعراضًا وافيًا للمقالات المنشورة فى العدد الانجليزى، والتى قمنا بترجمة قسم كبير منها فى هذا العدد. من جانب آخر اخترنا عددًا من المقالات من أعداد سابقة رأينا أن أهميتها ما زالت قائمة رغم مرور عدة سنوات على نشرها.

أحد أهداف المجلة هو نشر ما ينتجه الباحثون والباحثات العرب حول قضايا الصحة الانجابية فى البلدان العربية، وعادة ما يكون هناك مقال على الأقل فى كل عدد، لكن هذا العدد للأسف لا يوجد به أى مقال عن الوضع فى أى دولة عربية. ونحن على استعداد لمساعدة من قاموا بأبحاث حول موضوعات العدد على النشر فى قضايا الصحة الانجابية التى تصدر باللغة الانجليزية. من جانب آخر نأمل أن يتحمس الباحثون والباحثات فى منطقتنا للنشر فى الأعداد المقبلة من المجلة الانجليزية (هناك عرض للموضوعات المقبلة ومواعيد ارسال المساهمات فى الصفحة الأخيرة من هذا العدد)

## المصطلحات

مع ترجمة كل عدد جديد تواجهنا مشكلة ترجمة المصطلحات الطبية بشكل يمكن لغير المهنيين الطبيين فهمه بسلاسة ووضوح. وفى هذا العدد تحديدًا برزت هذه المشكلة بشكل واضح، وأبرزت معها احتياجنا الشديد الى تطوير الترجمات العربية لتتواءم مع التطورات الجارية فى مجال الصحة الانجابية على المستوى العالمى. فكلما مثل screening , surveillance , survey عادة ما تترجم جميعها بكلمة "مسح" رغم أنها تحمل معان مختلفة باللغة الانجليزية (وهي الكلمة التى التزمنا بها لترجمة screen). ومن جانب آخر فإن بعض القواميس الطبية تورد ترجمات عربية لبعض المصطلحات قد لا يعرفها الكثير من القارئات والقراء، بل وحتى الكثير من الأطباء وباقي العاملين فى المجال الصحى، على سبيل المثال يترجم القاموس الطبى الصادر عن المكتب الاقليمى لمنظمة الصحة العالمية فى منطقة شرق المتوسط needle biopsy بكلمة "خزعة"، بينما ترجمناها نحن "عينة" (فى اختبار محدود على عدد من الأطباء لم يفهم أغلبيتهم معنى الكلمة).

وقد حدث الأمر نفسه فى أعداد سابقة، فعلى سبيل المثال تترجم stem cells بالخلايا الجذعية (يربطها الكثيرون بخلايا جذع المخ)، بينما ترجمناها نحن بالخلايا الرئيسية انطلاقاً من طبيعتها، حيث أنه يمكن أن تتخلق منها الخلايا المتخصصة فى أجهزة المختلفة. إننا نحاول الاجتهاد فى إيجاد ترجمات سلسلة مقابل للمصطلحات المختلفة، وإضافة ملاحظات شارحة للمعانى قدر الإمكان فى قائمة المصطلحات فى كل عدد، لكى يصبح الحديث حول القضايا الصحية متاحاً لكافة المعنيين بالصحة ومعظمهم من خارج الدوائر الطبية، ونأمل أن تتفاعلوا معنا فى تدقيق وتطوير هذه القائمة.

## إعتذار واجب

نعتذر لقارئتنا وقرائنا عن عدم صدور أى أعداد من مجلة الصحة الإنجابية فى عام ٢٠٠٩، نظراً لظروف خارجة عن إرادة المؤسسة، ونعد بأن نواصل إصدار عددين سنوياً

كما نعتذر أيضاً عن بعض الأخطاء التى وردت فى العدد السابق.

- ورد فى المقدمة فقرة ١ ص ٤ عبارة تطبيب الاجهاض، والمقصود بها تطبيب الختان
- أيضاً ورد فى المقدمة ص ٣ فقرة ٣ السطر الرابع كلمة مساء، والمقصود بها نساء
- كما وردت أيضاً بعض الاخطاء المطبعية فى بعض المقالات من قبيل عدم وضع الهمزة فى مصادر الأفعال الرباعية مثل كلمة إجهاض، إلتهاب، إجتماعية، إقتصادية .... الخ

و نشير الى أن د. هالة الدمهورى لم تشارك فى المرحلة النهائية من إعداد ذلك العدد، ومن ثم فهى ليست مسئولة عن أى من تلك الأخطاء أو غيرها من الأخطاء المطبعية.



## عبء عالٍ للمرض .. وأولوية منخفضة

بقلم: مارج بيرر\*  
ترجمة: شهرت العالم

لقد استغرق الأمر ١٦ عامًا من عمر هذه المجلة كي تبدأ في التركيز على سرطانات الجهاز التناسلي، وليس لدينا عذر في ذلك. وهناك آخرون عديدون في الميدان نفسه وأهلوا أيضًا، دون عذر، لسنوات عديدة هذه القضية المهمة في البلدان النامية، حيث ترتفع معدلات اعتلال صحة الأمهات ووفياتهن وتقل الخدمات المتخصصة. أما في البلدان الغنية بالموارد فتوجد العديد من المستشفيات المتخصصة في مرض السرطان. وقد شهدت العقود القليلة الماضية إجراء قدر ضخم من البحوث حول علاج هذا المرض، بما أدى إلى زيادة كبيرة في معدلات البقاء، وخاصة عند اكتشاف وجود السرطان في فترة مبكرة؛ ومع توفر نوعية جيدة من العلاج وفي الوقت المناسب، من الأدوية والجراحة والعلاج الإشعاعي. لكن العلاج باهظ التكلفة، وتصعب على الغالبية العظمى في البلدان النامية الحصول عليه. وبالتالي، تمر النساء بخبرة الوفاة المصحوبة بالألم شديدة، بل تندر حتى الرعاية المتعلقة بتسكين الألم.

وعلى خلاف ذلك، نجد أن من يزعمون دعم الرعاية المتكاملة والشاملة للصحة الجنسية والإنجابية لا يشيرون حتى إلى أمراض السرطان التي تصيب الجهاز التناسلي،\*\* ناهيك عن مجرد التفكير في ذلك. وربما يتطلب الأمر أن يبلغ المرء سنًا أكبر، أو حتى الإصابة بالسرطان، لملاحظة أن المشكلات الخطيرة في الصحة الجنسية والإنجابية لا تتوقف عندما تتجاوز سن الإنجاب.

• High Burden of Disease, low level of Priority  
Marge Berer, *Reproductive Health Matters: Volume 16, Issue 32, 2008, 4-8*

\* محررة مجلة الصحة الإنجابية، والرئيس المشارك للاتحاد الدولي للإجهاض الطبي، لندن، المملكة المتحدة  
\*\* على الرغم من أن سرطان الثدي لا يرتبط تقنيًا بالصحة الإنجابية، فإنني أتناوله في هذا المقال. فالثدي وظيفته تتمثل في تغذية الأطفال الرضع، وبالتالي فإنني اعتبره جزءًا من الجهاز التناسلي. وعلى أي حال، تصل الإصابة بسرطان الثدي إلى النسب الوبائية؛ ويرجع ذلك تحديدًا إلى تأخير الحمل لدى النساء ولعدد أقل من المرات، كما يحصل الأطفال الرضع على قدر أقل من الرضاعة الطبيعية أو لا يحصلون عليها إطلاقًا. ووفقًا لما تقوله فاليري بيرال، التي قادت دراسة "مليون امرأة"، تقل نسبة إصابة المرأة بسرطان الثدي بمقدار ٧٪ خطر لكل مولود، وتقل الخطورة بنسبة ٤٪ إضافية لكل سنة رضاعة لطفلها. ومع ذلك، ترى بيرال ضرورة تطوير علاج هرموني أو لقاح لمنح مستوى الحماية نفسه للنساء اللاتي لم تكن أسرهن كبيرة الحجم.<sup>(١)</sup>

بسرطان عنق الرحم إلى أعمال البحث والتطوير التي بدأت في الولايات المتحدة خلال السنوات العشر الماضية أو أكثر لإيجاد تقنيات أبسط للمسوحات الخاصة بعنق الرحم لكي تحل محل تقنية مسحة عنق الرحم. ومؤخرًا، تمكنت شركتان للأدوية من التوصل إلى لقاحات تحمي من انتقال عدوى نوع مرتفع الخطورة من أنواع فيروس الورم الحليمي البشري، وهو العامل الأساسي الذي يتسبب في ٧٠٪ من حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم. وعلى الرغم من أن أعمال البحث والتطوير باهظة التكلفة فإنها لا تزال مستمرة، ولم توجه تقريبًا أي أموال أو موارد ذات ثقل لصالح تطبيق أي شكل من أشكال المسح، ناهيك عن العلاج المبكر لسرطان عنق الرحم أو المراحل السابقة له في البلدان الأكثر احتياجًا. وهو ما يُعد شكلاً آخر من أشكال الإهمال، دون عذر مقبول. أما كيف يمكن أن يتغير هذا الوضع بسرعة مع وجود تلك اللقاحات وتقنيات الفحص البصري، فهو أمر لا يزال في انتظار معرفته.

إن الصورة التي تبرز من خلال مقالات هذا العدد من المجلة تتمثل في سوء تناول أغلب البلدان النامية لسرطانات الجهاز التناسلي، هذا إن فعلت هذه البلدان أي شيء إزاءه على الإطلاق. وحتى في المملكة المتحدة، كما سمعت في المؤتمر الخاص بسرطان المبيض، كان هناك تجاهل لمرض السرطان قبل عام ١٩٩٥، ولم يكن التشخيص يتم غالبًا إلا في مرحلة المرض المتقدمة، كما كانت معدلات البقاء على قيد الحياة منخفضة. على أن الاستراتيجيات الوطنية، والتي لم تتطور إلا في أعوام ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ و ٢٠٠٧، قد غيرت الصورة إلى درجة كبيرة. لكن البلدان منخفضة الموارد تأخرت كثيرًا في هذا السياق. وتوجه الأوراق البحثية التي يضمها هذا العدد من المجلة اتهمًا صارخًا بعدم المساواة بين البلدان الغنية وغير الغنية في ما يتعلق بالاهتمام بمرض السرطان. إن الأوراق البحثية الخمس الخاصة بالنجاة من السرطان، والتي يشتمل عليها هذا العدد من المجلة، تصف درجة عالية الكفاءة من التشخيص والعلاج

إن الأوراق البحثية التي يضمها هذا العدد حول مرض السرطان تأتي من أمريكا اللاتينية وأفريقيا وآسيا - وهو نطاق جيد، لكن جميع الأوراق تقريبًا تتناول سرطان عنق الرحم. أما سرطان الثدي، فلا تتناوله سوى ورقة بحثية واحدة، ورسالة، وقص - لأربع خبرات شخصية - وهذا لا يكفي. وهناك قص لتاريخ شخصي واحد فقط يتناول سرطان البروستاتا. هذا بالإضافة إلى ورقة بحثية حول لقاح فيروس الورم الحليمي البشري للأطفال وأيضًا للبنات، وهي الورقة البحثية الوحيدة في هذا العدد التي تتناول السرطان لدى الرجال. كما لا توجد أي أوراق بحثية حول سرطان المبيض، وسرطان الرحم، أو غيره من سرطانات الجهاز التناسلي الأقل انتشارًا\*.

وفي مؤتمر حول سرطان المبيض، عقد في فترة مبكرة هذا العام في لندن، عرفت أن بحثًا مركبًا حول علاج سرطان المبيض كان تحت الإعداد، ويتناول قضايا تتراوح من الرسم الجيني إلى التشخيص الجزيئي لخلايا السرطان، واستهداف الورم بعقاقير معدة لشخص بعينه، وإجراء المسح على المبيض باستخدام الموجات فوق الصوتية، ومحاولات تحديد علامات المرض وأعراضه بحيث تعرف النساء متى تسعى لإجراء هذا المسح في فترة مبكرة. وقد كان الحضور الأساسي في المؤتمر للإكلينيكين والباحثين من المستويات المرتفعة في هذه المجالات الجديدة في الطب، بالإضافة إلى ممثلي مجموعات دعم الناجيات من المرض. لكن القاعدة الأعرض من أنصار صحة النساء كانت غائبة بالكامل تقريبًا.

## تاريخ من الإهمال

إنني أشعر بالسعادة لأنني تمكنت من نشر الكثير حول سرطان عنق الرحم. إنه أكثر أنواع السرطان انتشارًا لدى النساء في البلدان النامية، مع ارتفاع في معدل الوفيات، على الرغم من كونه أكثر أنواع السرطان قابلية للوقاية والعلاج. ويرجع السبب الرئيسي في الاهتمام الحالي

\* في هذا العدد التجمعي، لم تتم ترجمة كل المقالات المشار إليها في هذا المقال، والتي هي افتتاحية العدد ٣٢ نوفمبر ٢٠٠٨. ويمكن الوصول للمقالات غير المترجمة بمراجعة العدد الإنجليزي المشار إليه أو الموقع الإلكتروني للمجلة. من جانب آخر أضيفت بعض المقالات من أعداد أخرى؛ لتفادي القصور الذي تشير إليه هذه الافتتاحية ألا وهو محدودية المقالات عن سرطان الثدي. وسوف تتم كالمعتاد الإشارة إلى أرقام الأعداد الأخرى كل في حينه. (المراجعة)

الحليمي البشري والفحص البصري للرحم بحمض الخليك يمكن أن تقوم به ممرضات مدربات، على الرغم من أن اختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري يتطلب قراءة معملية للنتائج. كما أن العلاج بالتبريد، باعتباره خط العلاج الأول لمرحلة ما قبل الإصابة بأضرار السرطان، يمكن أيضاً أن تقوم به الممرضات المدربات؛ هذا، إن كانت هناك ممرضات، وإن كانت توجد أدوات، وإن كانت الممرضات مدربات، وإن كانت العيادات والمستشفيات اللاتي يحتجن إليها في عملهن تعمل بالفعل.

ولكن أين الأموال، وأين هي النظم الصحية القادرة علي تطوير برامج ذات أجور مرتفعة للعاملين فيها. ويا لها من سخرية ... أن تكون اختبارات الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري باهظة التكلفة بالنسبة لتلك البلدان التي تحتاجها بشدة؛ وهي البلدان التي من المفترض أن تطوير هذه الاختبارات قد تم من أجلها في المقام الأول. هل مطلوب منا أن ننتظر في صبر حتى تنخفض تكلفة اللقاح ضد فيروس الورم الحليمي البشري إلى ٤٥ دولارًا بدلاً من مئات الدولارات التي تمثل التكلفة الحالية؟ هذا فظيع. حتى المملكة المتحدة غير راغبة في دفع النقود اللازمة من أجل اللقاح رباعي التكافؤ ضد فيروس الورم الحليمي البشري، وهو اللقاح الذي يحمي من البثور التناسلية، فضلاً عن فيروس الورم الحليمي البشري. كيف يمكن إذن أن نتوقع أن تجد البلدان الفقيرة الأموال اللازمة؟

هل يجب أن نواجه المعارك نفسها مع شركات الأدوية الغربية التي تلهث وراء الربح؛ حول كل عقار أخير أو جهاز أخير يتسم بالأهمية للصحة العامة؟ أين منظمة الصحة العالمية التي يجب أن تطالب، باسم حكوماتها الأعضاء، بخفض أسعار الأدوية بدرجة كافية لتتيح تيسر النفاذ إليها عالمياً؟

وهناك أمر آخر غير طبيعي يتمثل في كيفية الترويج للقاح ضد فيروس الورم الحليمي البشري. لماذا لم يتم إجراء اختبارات أمان وفعالية اللقاح على الأولاد في الوقت نفسه الذي أُجريت فيه على البنات؛ ولماذا لا توجد خطط لتطعيم

من المرض الذي حصل عليه أولئك الناجون والناجيات ، ليس فقط في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة وأستراليا، وإنما أيضاً في المكسيك والبرازيل. وهناك من ناحية أخرى تاريخ نساء جنوب أفريقيا مع مرض سرطان عنق الرحم في مراحله المتقدمة، حيث أدى الخوف حتى من ذكر أعراضه الأساسية - أي النزف المهبلي - إلى عدم شك القائمات على تقديم الخدمة اللاتي شاهدن هؤلاء النسوة في إصابتهن بمرض السرطان، وبالتالي عدم إجراء المسوح لهن على عنق الرحم على الرغم من تدريب القائمات على تقديم الخدمة على ذلك وعلى الرغم من أن معدلات انتشار المرض مرتفعة. لقد تكررت حالات التشخيص غير الصحيحة، حتى مع عودة النساء ثانية عدة مرات، مما أدى إلى التأخير المفرط ليس فقط في التشخيص السليم وإنما أيضاً في التحويل للعلاج وفي بدء العلاج. وكما هي الحال بالنسبة لوفيات الأمهات، يُفضي مرض السرطان بقسوة ودون ضرورة إلى قصر طول حياة المرأة.

## لا نجاح للتكنولوجيا بدون النظم الصحية والعاملين الصحيين

هناك ثراء كبير مفاجيء في الخيارات المتاحة من أساليب الوقاية وإجراء المسوحات المتعلقة بسرطان عنق الرحم. إن اللقاح ضد فيروس الورم الحليمي البشري يمكن أن يمنع نقل هذا الفيروس بحيث لا تنشأ التشوهات الخلوية أو السرطان في عنق الرحم على الإطلاق. وقد ظهر أن الفحص البصري للرحم بحمض الخليك أكثر نجاحاً من مسحة عنق الرحم في بعض البيئات ذات الموارد المنخفضة، عند التحري عن مرحلة ما قبل الإصابة بالسرطان (ويرجع ذلك أساساً إلى سوء طريقة أخذ مسحة عنق الرحم وقراءتها، وليس بسبب ضعف التقنية نفسها). لقد بدأ كثيرون في دراسة اختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري وأخذ في الحساب باعتباره أفضل وأيسر وسيلة للمسح. وإذا أُجري بشكل شامل، فإنه يمكن أن يقلص حاجة أغلب النساء إلى إجراء مسوحات أخرى، وعندئذ يمكن تركيز الموارد على النساء اللاتي تأتي نتيجة اختباراتهن موجبة بالنسبة للأشكال عالية الخطورة من فيروس الورم الحليمي البشري. إن كلاً من اختبار الحمض النووي لفيروس الورم

الإصابة بسرطان الثدي إلى نسب وبائية أيضاً، ليس فقط في البلدان الغنية وإنما أيضاً وبشكل متزايد في البلدان متوسطة الدخل، حيث بدأت تلك البلدان في تحقيق ما تطلق عليه القوى الغربية نمواً. واليوم، تقع ٥٥٪ من وفيات سرطان الثدي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وقد زادت المعدلات في اليابان وسنغافورة وكوريا بمقدار الضعف أو ثلاثة أضعاف في السنوات الأربعين الماضية، على سبيل المثال، بينما زادت المعدلات في أفريقيا بمقدار الضعف.<sup>(٦)</sup>

تدعو إحدى الأوراق البحثية في هذا العدد من المجلة إلى زيادة الاهتمام بهذه الأوبئة بمثل الاهتمام بوباء فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. ولكن، أين الحركة النسائية الصحية الدولية التي يمكن أن تناظر حركة إتاحة العلاج لفيروس نقص المناعة البشرية، رفع وعي النساء، وتنظيمهن في الشوارع وفي البرلمان للمطالبة بالموارد اللازمة للوقاية والعلاج من السرطان؟ إننا منهكات بدرجة كبيرة كقوة سياسية. هناك مطبوعات ومؤتمرات واجتماعات نسمع عنها، لكننا - في أغلب الأماكن - عندما ننظم أنفسنا للعمل والتغيير، نجد أننا قلة قليلة.

### إجراء المسوح لجميع السكان

تتسم نظم الاستدعاء وإعادة الاستدعاء، بالأهمية بالنسبة لإجراء المسوح لمریضات سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، ويمكن التوصية بها لمسوحات سرطان البروستاتا أيضاً إذا أكدت الأبحاث قيمة اختبار مولدات المضادات الخاصة في البروستاتا. كم من البلدان التي تحاول إدخال المعايير البصرية باستعمال حمض الخليك والعلاج بالتبريد، أو الأشعة المقطعية على الثدي، أو حتى مجرد اختبارات الثدي الإكلينيكية، قد حددت كيفية عمل هذه النظم في الظروف السائدة في بلدانهم؟ إن الأوراق البحثية المنشورة في هذا العدد من المجلة بالكاد ما تشير إلى ذلك، هذا إن أشارت إليه على الإطلاق. ومع ذلك، تحتاج المسوحات إلى هذه النظم عندما توجد مستويات وبائية من الإصابة بالسرطان. ففي أفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، والتي تفتقر إلى أدوات التشخيص وبرامج

الأولاد ضد فيروس الورم الحليمي البشري؟ ألا ينقل الرجال الفيروس من خلال ممارسة الجنس؟ وبالتأكيد يجب أن نتجاوز ضيق أفق التصورات المتعلقة بالنوع الاجتماعي والشئون الجنسية التي تضع جميع أعباء حماية الصحة الجنسية على الفتيات والنساء. وهذه هي الحقائق: يصاب الرجال وأيضاً النساء بفيروس الورم الحليمي البشري. ويمكن أن ينقله الرجال من خلال الجنس إلى النساء وإلى رجال آخرين أيضاً. ويصاب الرجال، وليس النساء فحسب، بالسرطان المقترب بفيروس الورم الحليمي البشري في الأعضاء التناسلية وفتحة الشرج. وبالتالي، ألا ينبغي تحصين الأولاد في الوقت نفسه مع تحصين البنات قبل بدء الممارسة الجنسية؟ تشير بعض البيانات إلى أن معدلات السرطان الشرجي لدى الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال يمكن أن تتجاوز معدلات إصابة النساء بسرطان عنق الرحم، وأن الوقاية من السرطان الشرجي أكثر من سرطان عنق الرحم يجب أن تتم من خلال التحصين ضد فيروس الورم الحليمي البشري.<sup>(٧)</sup> وهو ما يمثل بالتأكيد جزءاً صغيراً من المعلومات المعروفة.

إن الأوراق البحثية، الواردة في هذا العدد من المجلة، حول بحوث العمليات لاختبار برامج الفحص البصري للرحم بحمض الخليك في تايلاند وغانا، وفي بنجلاديش، بالإضافة إلى ورقة من جنوب أفريقيا حول أسباب عدم نجاح برامجها في مجال سرطان عنق الرحم، توضح أن غياب القيادة وخدمات صحية قومية، وموارد وأدوات، وتدريب كافٍ وطاقم ماهر، ونظم راسخة للاتصال وإعادة الاتصال، وروابط مغلقة بين المسوحات والعلاج؛ سوف يؤدي إلى عدم وصول العلاج - حتى الفحص البصري البسيط للرحم بحمض الخليك وما يتبعه من علاج بالتبريد - إلى عدد كافٍ من النساء بما يساعد على تقليص عبء مرض سرطان عنق الرحم الذي تعاني منه كثير من النساء في البلدان الفقيرة اليوم.

### السرطان: مستويات وبائية

تصل معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم إلى نسب وبائية عالمية في جميع البلدان النامية. كما تصل معدلات



علاج في كنيسة لسرطان الثدي، نيجيريا ٢٠٠٦

حسبما تتطلب كل حالة، ثم يرجع مرة أخرى للمتابعة والمسح بعد سنة. إنه نظام معقد؛ إذ يحتاج إلى مواظبة وإشراف وتحسينات دورية.

### الوقاية، والمسوحات، والعلاج

إن معرفة العوامل السببية لسرطان بعينه يمكن أن تحقق فارقاً. وبغير ذلك تصبح الوقاية أكثر صعوبة، إن لم تكن مستحيلة. وعلى سبيل المثال، أدى ارتفاع مستويات استخدام العلاج الهرموني البديل - على مدار فترة امتدت لعشر سنوات في المملكة المتحدة - إلى زيادة أعداد النساء المصابات بسرطان الثدي بمقدار ٢٠,٠٠٠<sup>(٥)</sup>. كما تؤدي أيضاً السمّة وتعاطي الكحوليات إلى زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي. إن معرفة هذه الأشياء يعطي النساء درجة من السيطرة على هذه المخاطر وطريقة لتقليصها. وعلى الرغم من أن السرطان مرض مرتبط بالتقدم في السن، فإننا لسنا عاجزين تماماً عن مواجهته.

وعلاوة على ذلك، في ظل وجود المسوح الفاعلة، يمكننا الكشف عن الإصابة بالمرض في بدايته مما يعطي فرصة أكبر للنجاة. لكن المسألة الأساسية عند حدوث الإصابة بالسرطان، تتمثل في تيسر النفاذ إلى العلاج

وطنية للوقاية، تُجري ٥٠٪ فقط من النساء المسح لسرطان عنق الرحم بصفة دورية.<sup>(٤)</sup> ومن الضروري زيادة هذا المعدل إلى ٧٠٪ على الأقل حتى يؤثر تأثيراً رئيسياً على المرض.

لا يمكننا انتظار زهاب النساء بأنفسهن لإجراء المسح، أو إجراؤه لهن فقط إذا حضرن للحصول على نوع آخر من الرعاية الصحية - وهو ما فعله أغلب البلدان النامية التي لا تهتم على الإطلاق بإجراء المسح للنساء. ولا يمكننا حتى تبديد الموارد على إجراء مسح للنساء الشابات. إن النساء اللاتي تزيد أعمارهن على ٣٥ سنة هن من يحتجن إلى إجراء المسح على عنق الرحم، والنساء اللاتي تزيد أعمارهن على ٥٠ سنة هن من يحتجن إلى إجراء المسح على الثدي. هناك ضرورة لوجود بيانات خاصة بالوباء في كل بلد لتحديد النساء المستهدفات والتوفيق بين تخصيص الموارد وعبء المرض. ويجب تعريف النساء لماذا يجب أن يأتين لإجراء المسح، كما يجب دعوتهن على أساس جدول ثابت للمواعيد. ويجب أيضاً أن يؤمن العاملون في مجال الصحة حضور النساء بالفعل، فالدعوات وحدها لا تكفي. وبعد إجراء المسح، يجب ضمان حصول النساء على العلاج

البلدان الأكثر إصابة بالمرض، بما يجعل في مقدورها استخدام التكنولوجيا الجديدة.

هناك العديد من المجالات الطبية المتخصصة التي تغطي جميع أشكال مرض السرطان. لكن الأوراق البحثية التي يضمها هذا العدد من المجلة ليست طبية من حيث بؤرة تركيزها، بل تدور في مجملها تقريباً حول: قضايا المساواة، والقضايا البرنامجية، وقضايا نظم الصحة، والوقاية والعلاج، والخبرة الشخصية. كما توضح، بأقوى طريقة ممكنة، أهمية تيسير نفاذ جميع النساء المصابات بمرض السرطان إلى الرعاية، سواء أفقر النساء في العالم أو أكثرهن ثراء.

الفعّال دون إبطاء. وكما هي الحال مع الأمراض الأخرى التي تهدد الحياة، يمثل تحقيق التوازن بين الوقاية والمسح والعلاج أهمية كبيرة. لقد تقدم علاج سرطان الثدي خطوات رئيسية للأمام خلال السنوات العشر الماضية. وبينما لا تزال معدلات الإصابة بسرطان الثدي في ارتفاع، نجد أن معدل الوفيات ينخفض في جميع البلدان التي توفر إجراء المسوحات على الثدي والعلاج الجيد، فضلاً عن وجود غطاء التأمين الصحي أو نظام الصحة العام. أما عن سرطان عنق الرحم، فقد نالت إمكانات تقليص الوفيات الناجمة عنه إلى مستويات منخفضة دفعة رئيسية مع حلول التكنولوجيا الجديدة المناسبة للبيئات منخفضة الموارد، لكنها ستظل إمكانية إلى حين النجاح في تقوية النظم الصحية في

## المراجع:

1. Boseley S. How 18<sup>th</sup> century nuns held clue to possible breast cancer cure. Guardian (UK), 6 October 2008.
2. Parkin DM, Bray F. The burden of HPV-related cancers. Vaccine 2006; 24 (Suppl 3):S11–25. Quoted in: English P. Human papillomavirus vaccination: glimpse into the black box of human papillomavirus vaccination. BMJ 2008; 337:a1046.
3. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. New England Journal of Medicine 2008; 358(3):213–16.
4. Cervical cancer vaults to WHO priority list. Irin News, 22 September 2008.
5. Valerie Beral, ovarian cancer conference, April 2008, London



## سرطان عنق الرحم في جنوب أفريقيا: من العلامات والأعراض إلى العلاج

سوزارى لويز فان شالكوايك<sup>(١)</sup>، جوانا إليزابيث ماري<sup>(ب)</sup>، سوزانا كاترينا دراير رايت<sup>(ج)</sup>

ترجمة: دعاء عبده

### الملخص:

فى عام ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦ كانت ١٠٠٪ من عيادات الرعاية الصحية الأولية بجنوب أفريقيا بها مهنيون صحيون مدربين على القيام بمسحة عنق الرحم؛ ومع ذلك كان معدل الفحص ١,٣٪ في حين كانت واحدة من كل ٢٦ امرأة تصاب بسرطان عنق الرحم. والكثير من النساء اللواتي يدخلن للعلاج بأقسام الأورام بالمستشفيات يجئن بحالة متأخرة من المرض حيث تصبح المسكنات هي الخيار الوحيد المتبقى لهن. والغرض من هذه الدراسة الكيفية عبر مقابلات معمقة شبه مقننة مع ١٥ امرأة في مرحلة متقدمة من سرطان عنق الرحم هو فهم الطريق الذي سلكته منذ ظهور العلامات والأعراض الأولى وحتى تلقى العلاج. من أبرز النتائج الإيجابية التي كشفت عنها الدراسة، مدى استعداد النساء تشخيص حالتهن. سعت النساء للعلاج غالباً أكثر من مرة، ولم يكن وحدهن المسئولات عن الحضور إلى المستشفى في مرحلة متأخرة. تراوح عدد الشهور بين أول زيارة لأحد المهنيين في الرعاية الصحية وحتى التشخيص بين ١١,٨ شهر في المناطق الحضرية و٢٨,٤ شهر في المناطق الريفية، بمتوسط ١٧,٣ شهر ووجد أن الأمر يستغرق من ثلاثة إلى سبعة شهور بين تشخيص الحالة وإحالتها للعلاج. وقد أدى غياب المعرفة والوعي بين المهنيين في الرعاية الصحية إلى تدني تشككهم في وجود السرطان والتشخيص الخاطئ. لهذا يجب إعطاء الأولوية لخطة قومية للقضاء على سرطان عنق الرحم تتضمن التثقيف الصحي وإعادة تدريب المهنيين الصحيين.

- Cervical cancer: the route from signs and symptoms to treatment in South Africa.  
Susarie Louise van Schalkwyk, Johanna Elizabeth Maree, Susanna Catharina Dreyer Wright,  
Reproductive Health Matters: 2008;16(32):9-17

### الكلمات المفتاحية:

سرطان عنق الرحم، سلوك السعى للعلاج، التثقيف الصحي، تدريب مقدمى خدمات الرعاية الصحية، جنوب أفريقيا.

(أ) طالبة ماجستير بكلية أدبلايد تامبو لعلوم التمريض بجامعة تشوانا للتكنولوجيا ببريتوريا بجنوب أفريقيا.

(ب) رئيسة كلية أدبلايد تامبو لعلوم التمريض بجامعة تشوانا للتكنولوجيا ببريتوريا بجنوب أفريقيا.

(ج) محاضرة بارزة بكلية أدبلايد تامبو لعلوم التمريض بجامعة تشوانا للتكنولوجيا ببريتوريا بجنوب أفريقيا.

سرطان عنق الرحم هو أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً بين النساء فى الدول النامية، وأكثر السرطانات إرتباطاً بالإيدز عند النساء.<sup>(١)</sup> استنتج كل من كرونجى وبايبر<sup>(٢)</sup> أن واحدة من بين ٢٦ امرأة بجنوب أفريقيا ستصاب بسرطان عنق الرحم سريع الانتشار فى فترة من حياتهن. وعلى الرغم من أنه يمكن تشخيص سرطان عنق الرحم فى مراحل سنية مبكرة فى سن الخامسة عشرة، إلا أن معظم الحالات يتم تشخيصها بين النساء فى المراحل العمرية ٣٠-٣٩ أو ٦٠-٦٩ عاماً.<sup>(٣)</sup>

وبرغم أن سرطان عنق الرحم هو أكثر السرطانات شيوعاً؛ فإنه أيضاً أكثر السرطانات التى يمكن الوقاية منها وذلك من خلال المسوحات وعلاج إصابات ما قبل التسرطن<sup>(٤)</sup>؛ حيث يمكن اكتشاف الخلل النسيجي فى الرحم قبل تحوله إلى خلايا سرطانية، ويمكن فعلياً القضاء عليه فى جنوب أفريقيا لو أمكن توفير الفحص الجماعي والعلاج بكفاءة.<sup>(٥)</sup> بدأ برنامج الفحص الجماعي فى جنوب أفريقيا عام ٢٠٠١، وهو يوفر للمرأة ثلاث مسحات لعنق الرحم مجاناً على مدار عمرها؛ تبدأ فى سن الثلاثين ثم مرة كل عشر سنوات.<sup>(٦)</sup> يتوقع من البرنامج أن يقلل حالات سرطان عنق الرحم لنصفها لو وصلت نسبة تغطيته إلى ٧٥٪.<sup>(٧)</sup>

ويوجد فى قسم علاج الأورام بالإشعاع بالمستشفى الأكاديمي "بغوتنج"، حيث تجرى دراستنا، عدد كبير من الحالات المتأخرة من سرطان عنق الرحم بين النساء الخاضعات للعلاج. وتأتى المريضات إليه من المستشفيات التابعة له، وأيضاً تحيل أجنحة المستشفى الأخرى مريضاتها إليه لتلقى العلاج الإشعاعي فى العيادات الخارجية. وهذا البحث الذى تم عام ٢٠٠٧ يهدف إلى الوصول لفهم المسارات التى اتبعتها النساء المريضات بسرطان عنق الرحم المتأخر، بدايةً من الشعور بالعلامات والأعراض الأولى وحتى تلقيهن العلاج الإشعاعي. ففهم ذلك سيساعد المهنيين فى الرعاية الصحية على وضع إستراتيجيات مبنية على الأدلة، للتقليل من معدلات تأخر بدء علاج النساء المصابات بسرطان عنق الرحم فى مراحل المتأخرة.

### منهجية البحث والمشاركات

بسبب عدم توفر أدبيات حديثة حول مشكلة البحث، اعتمدت الدراسة على إستراتيجية إستكشافية. وهى دراسة

سرطان عنق الرحم هو أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً بين النساء فى الدول النامية، وأكثر السرطانات إرتباطاً بالإيدز عند النساء.<sup>(١)</sup> استنتج كل من كرونجى وبايبر<sup>(٢)</sup> أن واحدة من بين ٢٦ امرأة بجنوب أفريقيا ستصاب بسرطان عنق الرحم سريع الانتشار فى فترة من حياتهن. وعلى الرغم من أنه يمكن تشخيص سرطان عنق الرحم فى مراحل سنية مبكرة فى سن الخامسة عشرة، إلا أن معظم الحالات يتم تشخيصها بين النساء فى المراحل العمرية ٣٠-٣٩ أو ٦٠-٦٩ عاماً.<sup>(٣)</sup>

وبرغم أن سرطان عنق الرحم هو أكثر السرطانات شيوعاً؛ فإنه أيضاً أكثر السرطانات التى يمكن الوقاية منها وذلك من خلال المسوحات وعلاج إصابات ما قبل التسرطن<sup>(٤)</sup>؛ حيث يمكن اكتشاف الخلل النسيجي فى الرحم قبل تحوله إلى خلايا سرطانية، ويمكن فعلياً القضاء عليه فى جنوب أفريقيا لو أمكن توفير الفحص الجماعي والعلاج بكفاءة.<sup>(٥)</sup> بدأ برنامج الفحص الجماعي فى جنوب أفريقيا عام ٢٠٠١، وهو يوفر للمرأة ثلاث مسحات لعنق الرحم مجاناً على مدار عمرها؛ تبدأ فى سن الثلاثين ثم مرة كل عشر سنوات.<sup>(٦)</sup> يتوقع من البرنامج أن يقلل حالات سرطان عنق الرحم لنصفها لو وصلت نسبة تغطيته إلى ٧٥٪.<sup>(٧)</sup>

تلعب الثقافة دوراً فى كيفية تعريف المرض، وفى كيفية صياغة المفاهيم حوله وكيفية الحصول على المشورة الطبية. فما زالت بعض الثقافات الأفريقية تعتقد أن السرطان هو "مرض الرجل الأبيض".<sup>(٨)</sup> وبعض النساء السود يعتبرن سرطان عنق الرحم مرض سرياً، حيث تحرم عليهن ثقافتهن ذكر أى شىء متعلق بأعضائهن التناسلية.<sup>(٩)</sup> لقد أكد كل من وود وجوكس وأبراهامز<sup>(١٠)</sup> أن كثيراً من النساء السود مازلن يرين سرطان عنق الرحم أو كما يسمونه "سرطان الرحم" هو محطة النهاية، فهن يستخدمن عبارات مثل "أنه قاتل" للتعبير عن قسوة المرض و"لم نسمع بأحد نجا منه" و"النساء يمتن حتى لو استشرن الأطباء". السرطان مرتبط لديهن عادةً بالألم الشديد والمعاناة. وبدون وجود الألم يفقدن الشعور بحقيقة ما يمرن به. تفر مارتنز<sup>(١١)</sup> بأن غياب الشعور بالألم كعلامة مرضية مبكرة

بالدراسة. وتمت المقابلات - مع النساء اللاتي قبلن بالمشاركة- من فبراير وحتى أبريل ٢٠٠٧. وطريقة أخذ العينات اعتمدت على الوفاء بالهدف والملاءمة.<sup>(١٥)</sup>

حفاظًا على السرية؛ تم تخصيص حجرة بالقسم، ولم يكن يحضر المقابلة سوى الباحثة والمترجمة فقط. تم تسجيل المقابلات مع ١٥ مشاركة باستخدام جهاز تسجيل، بالإضافة إلى ملاحظات الباحثات. وقد خصصت ساعتين لكل لقاء لإعطاء النساء الوقت الكافي للتعبير عن خبرتهن المعاشة. وتم تدوين المقابلات بيوم المقابلة نفسه. وتحقق التشبع المعلوماتي بعد اللقاءات الإثنى عشر الأولى.

كيفية تقوم على إدراك أن كل مشاركة لها واقعها الذاتي الخاص، وأن كل تجربة فردية متفردة بذاتها.<sup>(١٦)</sup> وقد أقرت لجنة الأخلاقيات بكل من جامعة تشوانا للتكنولوجيا والمستشفى الأكاديمي مشروع الدراسة. وتمت مراعاة المبادئ الأخلاقية كعدم ذكر الأسماء والحفاظ على الخصوصية.

تكونت عينة الدراسة من نساء ممن تم تشخيصهن بسرطان عنق الرحم المتأخر (المرحلة الثانية ب، وأسوأ). وكانت معايير إدراج كل مشاركة بالدراسة: أن يكون قد تم تشخيصها بسرطان عنق الرحم المتأخر، تتلقى العلاج الإشعاعي بالمستشفى، مهتمة وراغبة في المشاركة

### جدول ١: الخصائص العامة للمشاركات (العدد=١٥)

المؤشر	الخصائص	العدد
العمر	٢٠ - ٣٠ سنة	١
	٣١ - ٤٠ سنة	٣
	٤١ - ٥٠ سنة	٦
	٥١ - ٦٠ سنة	٢
	٦١ - ٧٠ سنة	٢
	< ٧١ سنة	١
مستوى التعليم	بلا تعليم نظامي	٥
	المرحلة ١-٧	٤
	المرحلة ٨-١٠	٤
	المرحلة ١١-١٢	١
	تعليم عالي	١
السكن	مبنى بالطوب	٧
	سكن غير رسمي	٨
المسافة لإقرب عيادة رعاية أولية	٥ - ٠ كم	١٠
	٦ - ١٠ كم	٣
	١١ - ٥٠ كم	١
	< ٥٠ كم	١
وسائل النقل لإقرب عيادة رعاية أولية	تاكسي	٨
	سيراً على الأقدام	٥
	حافلة	١
	توصيلة	١

"تدفقت الدماء، الكثير والكثير من الدماء  
لأيام كثيرة، وكانت كريهة الرائحة" (إليزابيث  
٤٢ عاماً)

"كنت أنزف كثيراً، أكثر من الحيض الطبيعي،  
كان النزف ينتهي ليعود مرة أخرى، وغالباً دم  
متجلط، وكان مؤلماً .. كان مؤلماً" (إستر ٣٥  
عاماً)

"الدم الذى تدفق كان كثيراً جداً، لدرجة  
أننى لم أستطع الذهاب لأى مكان، كل ما فعلته  
هو أن مكثت بالمنزل .. لقد خشيت أن تتدفق  
الدماء وأنا بين الناس، وكانت رائحته غريبة"  
(نومسا ٣٩ عاماً)

استجابات النساء الإنفعالية تجاه العلامات والأعراض  
المرضية التى شعرن بها غالباً ما كانت سلبية كالقلق  
والإحراج والحزن والعزلة.

"شعرت بالحرج الشديد. حدث ذلك ذات يوم  
بينما كنت زاهبة للعمل... قفزت من التاكسى،  
كنت أردت فوطه صحية. لقد بللت نفسى، كان  
على العودة للمنزل لتبديل ملابسى؛ وكانت  
الرائحة سيئة للغاية" (جريس ٦٦ عاماً)

"كان الناس فى التاكسى يبتعدون إلى  
الجهة الأخرى بسبب رائحة الإفرازات" (نومسا  
٣٩ عاماً)

"لا أريد أن أتحدث عن هذا ثانية، تعبت من  
هذه الفوضى ومن فكرة أن على أن أتحمّل ذلك  
لفترة طويلة. أن تشعرى على الدوام بأنك قدرة،  
ولست على مايرام، غير مرتاحة، ولا يمكنك فعل  
شئ حيال ذلك" (جودى ٧١ عاماً).

لم يكن الإحساس بالعزلة نابعاً فقط من الذات؛  
فإثنتان من النساء قلن أن المجتمع الذى يعشن فيه كان  
يتجنبهما.

"لم يزرنى أحد. لقد ظنوا أن المرض ينتقل  
بالعدوى" (فيوليت ٤١ عاماً).

اعتمد جمع المعلومات على الحكى الذاتى عن طريق  
المقابلات شبة المقننة. تضمنت كل مقابلة قسمين: الأول  
للمعلومات الديموجرافية، والثانى للمعلومات عن سرطان  
عنق الرحم مثل: مدة العلامات والأعراض، والأحاسيس  
التي انتابت المشاركات، والمرة الأولى التي أفصح فيها  
عن معاناتهن، والمعلومات التي حصلن عليها من عمال  
الرعاية الصحية أو من مصادر الدعم الأخرى، والسعي في  
طلب الرعاية الصحية بما في ذلك المعالجون التقليديون،  
وأساليب رعاية الذات، ودور هياكل الدعم، والرضاء  
عن المسار المتبع أو عدمه. ونشأت علاقة ثقة بين  
المشاركات والباحثات والمترجمات، حيث كانت الأخيرات  
يقمن أيضاً بتمريض المشاركات فى المستشفى. لم تسأل  
النساء المشاركات فى الدراسة عن حالة فيروس نقص  
المناعة لديهن برغم أن سرطان عنق الرحم أكثر أنواع  
السرطان انتشاراً بين النساء المصابات بفيروس نقص  
المناعة البشرية المكتسب. وتم تحليل المعطيات والمحتوى  
باستخدام الترميز المفتوح<sup>(١٦)</sup> ومقاربة تش.<sup>(١٧)</sup> ويوضح  
الجدول رقم ١ السمات العامة للمشاركات اللاتي ستعرض  
حكاياتهن الخمس عشرة (باستخدام اسماء غير حقيقية)،  
فى نتائج البحث.

## نتائج البحث

### الشعور بالعلامات المرضية والأعراض والتشخيص

الجسد شئ مقدس وجوهري بالنسبة لوجود الإنسان  
ويعطى معنى للعالم من حولنا. وتشو يش هذه العلاقة بين  
الجسد والعالم يربك وجود الشخص<sup>(١٨)</sup>. كان هذا حقيقياً  
بالنسبة للنساء اللاتي التقينا بهن؛ لقد أدركن بالغريزة أن  
لديهن خللاً ما، لكنهن افتقرن إلى المعرفة والوعى بما كان  
يلزم فعله لمنع إصابات ما قبل التسرطن من التطور إلى  
سرطان عنق الرحم المتأخر.

اشتكت معظم المشاركات من النزيف والإفرازات  
المهبلية الكريهة الرائحة؛ وكلاهما من العلامات والأعراض  
المبكرة لسرطان عنق الرحم<sup>(١٩،٢٠)</sup>. ثلاث مشاركات  
وصفن النزيف كالتالى:

علمت أن ما يأكلني من الداخل هو السرطان  
ويمكن علاجه" (استر ٣٥ عامًا)

بعض النساء شعرن باليأس والحزن:  
"بكيت سائلة نفسي .. لماذا أنا؟ لماذا أصاب  
فى الوقت نفسه بفيروس نقص المناعة البشرية  
المكتسب وبالسرطان" (نوسما ٣٩ عامًا)

الإخصائون الصحيون، وخاصةً الممرضات، بحاجة  
لإدراك تنوع المشاعر التي على النساء التغلب عليها،  
والتي أحياناً ما تكون متناقضة. فالمريضات قد يشعرن  
بالارتياح عقب تشخيصهن، حتى بالتشخيص بمرض يهدد  
الحياة، لأنه يثبت صدق إحساسهن بالمرض ومبرراتهن

ثلاث نساء عبرن عن مشاعر راحة بعد أن تم  
تشخيصهن:  
"عندها شعرت بسلام مع كل شيء لأننى

## جدول ٢: علامات وأعراض سرطان عنق الرحم الوقت الذي مر قبل تلقي العلاج ومرحلة المرض عند التشخيص (العدد = ١٥)

٦	العلامات والأعراض المرضية وقت الإستشارة الطبية الأولى
٣	نزيف ما بعد انقطاع الطمث
٧	نزيف بعد الجماع
١٠	نزيف أثناء الحيض
٩	إفرازات مهبلية كريهة
٥	ألم بأسفل البطن
١	فقدان الوزن
١٢	صعوبة فى التبول إرهاق
٠	الفاصل الزمني بين الأعراض والعلامات الأولى وحتى تلقي العلاج
٣	٦-١ شهر
٧	٧-١٢ شهرًا
٠	١٣-١٨ شهرًا
٢	١٩-٢٤ شهرًا
١	٢٥-٣٠ شهرًا
٢	٣١-٣٦ شهرًا أكثر من ٣٦ شهرًا
٨	مراحل المرض عند التشخيص
٠	أ ٢
٥	أ ٣
٢	ب ٣
	أ ٤

لتلمس العلاج، ويؤكد شكوكهن بأنهن لسن على مايرام.<sup>(٢١)</sup>

## عدد الأشهر منذ أول فرصة للتشخيص حتى التشخيص الصحيح والعلاج

يوضح الجدول رقم ٢، العلامات والأعراض المرضية التي شعرت بها النساء، والفترة الزمنية التي مرت قبل تلقيهن العلاج الصحيح، ومرحلة المرض عند التشخيص. كان متوسط عدد الأشهر منذ أول فرصة للتشخيص (الاتصال بأخصائي الرعاية الصحية بسبب ظهور العلامات والأعراض المرضية لسرطان عنق الرحم) وحتى التشخيص الفعلي هو ١٧,٣ شهرًا، وتراوح بين ٢٨,٤ شهرًا بالنسبة لساكنات الريف و١١,٨ شهرًا لساكنات الحضر. بالإضافة إلى ذلك، انتظرت النساء اللائي يعشن بمقاطعة جوتنج ٢,٨ شهرًا بين تشخيصهن وإحالتهن للمستشفى لتلقى العلاج. بينما انتظرت النساء اللواتي جئن من مستشفيات خارج جاوتنج ٦,٥ شهرًا حتى تمت إحالتهن.

لم تؤد اتصالات النساء الأولى بنظام الرعاية الصحية إلى تشخيص صحيح أو علاج سواء كان هذا الاتصال مع إخصائية تريض مسجلة أو طبيب أو معالج تقليدي. وقد تراوحت الأسباب بين طبيعة المراحل الأولى لسرطان عنق الرحم والتي تتسم بعدم ظهور أعراض، وعدم تشكك الإخصائيين الطبيين أو تبصرهم أثناء الاستشارات الطبية، وحقيقة أن بعض النساء لا يصرحن بأعراضهن الرئيسية أثناء الاستشارة الطبية.

## الاستعداد للتشخيص وسوء التصرف والمعالجون التقليديون.

لجأت النساء إلى مراكز الرعاية الصحية مرة بعد مرة، وفضلن أقصى ما يمكن مع نظام الرعاية الصحية قبل أن يتم تشخيصهن في آخر الأمر. لذا اعتبر استعدادهن للعلاج إحدى النتائج الإيجابية لهذه الدراسة. وكل النساء، عدا واحدة، في رحلة سعيهن لطلب العلاج إستشرن أولاً شخصاً داخل نظام الرعاية الصحية. أي أن الأولوية لديهن كانت لنظام الرعاية الصحية الرسمي، وليس للمعالجين التقليديين.

ولسوء الحظ، لم يفرض استعدادهن للتشخيص إلى تشخيص سليم قبل مضي وقت طويل. فلم يحسن المهنيون الصحيون التعامل مع معظم المشاركات؛ سواء في أول استشارة طبية أو ما بعدها؛ رغم أن النساء يعانين بالفعل من العلامات والأعراض الأولى لسرطان عنق الرحم (الجدول ٢).

"لم يستمع إلى أحد أول مرة ذهبت إلى العيادة، وأعطوني أقراصاً لتسكين الألم. استمرت في الذهاب للعيادة كل شهر أشكو من النزف المهبلي والإفرازات المهبليّة، من يونيو وحتى فبراير من العام الذي تلاه. بعدها، قررت الذهاب لقسم الطوارئ بأقرب مستشفى" (زاندل ٤٣ عامًا)

"شكوت في العيادة من نزيف شديد ونزيف أثناء الحيض وأعطوني دواء لتسكين الألم" (فيوليت ٤١ عامًا).

"شكوت في العيادة من أنني أنزف بعد ممارسة الجنس وأنزف كثيراً. وأعطوني دواء مسكناً للألم" (سارة ٣٧ عامًا)

"لقد شكوت لأطباء خصوصيين من آلام أسفل الظهر ونزيف حيض غير منتظم به دم متجلط. كل شهر لمدة عام. فقط أعطوني دواء مسكن للألم" (إليزابيث ٤٢ عامًا)

دفعت المشاعر السلبية، خاصة الإحراج والخجل، كثيراً من النساء لعدم التصريح بطبيعة مشكلاتهن، والاكتفاء بالحديث عن مشاكل عامة كالإرهاق والصداع وآلم أسفل الظهر، وهي أعراض غير محددة ولا تؤدي إلى التشخيص الصحيح، ما لم يكن هناك مستوى عالٍ من الشك والتبصر حول إمكانية حدوث سرطان عنق الرحم.

"كل شهر كنت أذهب للعيادة لمعالجة ضغط الدم. وكنت خجلى جداً من إخبار الممرضات عن النزيف المهبلي والإفرازات المهبليّة كريهة الرائحة اللذين أعانى منهما؛ شكوت فقط من الصداع والإرهاق" (نومفولا ٤٩ عامًا)

لقد كنت كسولة" وعندما ذهبت لأقرب مستشفى فى يوليو ٢٠٠٦ كانت العلامات والأعراض قد أصبحت أكثر مما تحتمل. وبالمستشفى تم أخذ عينة وتحليلها، وتم تشخيصها بمرض سرطان عنق الرحم فى سبتمبر ٢٠٠٦، وأحيلت إلى المستشفى الجامعى حيث تكررت كل الإجراءات وأدخلت قسم العلاج الإشعاعى فى يناير ٢٠٠٧.

حتى بعد التشخيص كان الخوف من المستشفى سبباً لإستشارة المعالج التقليدى.

"بعد أن تم تشخيص حالتى بالسرطان كنت خائفة من الذهاب للمستشفى لأن الجميع كانوا يقولون لن تعودى ثانية؛ لذا ذهبت للمعالج التقليدى" (مارثا ٤٧ عاماً).

### دور شبكات الدعم المجتمعى:

أول من تخبره المرأة بأعراضها يكون شخصاً تجمعها به علاقة ثقة. فى المقام الأول يأتى أفراد الأسرة كالأمهات والبنات ، وفى المقام الثانى يأتى الابن الأكبر أو الحبيب أو الطبيب أو رب العمل أو صديقة أو جارة. وتلعب الإستجابة التى يبديها ذلك الشخص دوراً رئيسياً فى إختيار الطريق الذى ستسلكه بعد ذلك. إحدى عشرة من إجمالى ١٥ امرأة تم تشجيعهن على استشارة ممارس رعاية صحية. وواحدة فقط قالت إنه أنها ذهبت لمعالج تقليدى بناء على نصيحة رئيس جماعتها الثقافية.

الدعم الذى يتم تلقيه من الأزواج أو الشركاء وأفراد الأسرة المقربين يمكن أن يكون إيجابياً أو سلبياً. "كان متفهماً للغاية وقال حيث يوجد دم فهناك شئ ما خطأ" (جلاديس ٤٨ عاماً) "انهمنى بأن لدى أصدقاء آخرين غيره" (فيوليت ٤١ عاماً) " بعدما أخبرته بالتشخيص. قال اننى نقلت له العدوى بالسرطان" (بيوتى ٣٠ عاماً) "رفض ابنى اصطحابى للمستشفى لأنه بعيد للغاية وأخذنى للمعالج التقليدى" (جراس ٦٦ عاماً)

كان لجوء النساء للمعالجين التقليديين يتم فقط بناء على إذا ما نصحن بذلك من حولهن. وانقسمت المجموعة فى تعبيرهن عن ثقتهن بالمعالجين التقليديين؛ فمعظم النساء استشرن المعالج التقليدى بعد أن خذلن نظام الرعاية الرسمى . كانت "جلاديس" التى تبلغ من العمر ٤٨ عام من منطقة ريفية بمقاطعة مومبالانجا؛ شعرت بالأعراض الأولى لسرطان عنق الرحم فى نوفمبر ٢٠٠٤، عندما كانت تعاني من من نزيف مهبلى غير منتظم وإفرازات كريهة الرائحة ونزيف بعد الجماع. وفى سبتمبر ٢٠٠٦ تم تشخيصها بالمرحلة "الرابعة أ" من سرطان عنق الرحم فى أقرب مستشفى حولها. فى البداية كانت قد أخبرت ابنتها عن الأعراض التى كانت تشعر بها وذهبت لأقرب عيادة رعاية صحية أولية فى يناير ٢٠٠٥ حيث تمت معالجتها من عدوى منقولة جنسياً . وعندما أصبحت الأعراض أشد قسوة شجعته والدتها على استشارة معالج تقليدى؛ الذى أخبرها بأنها تعاني من خراج ؛ وهو الذى يسبب الإفرازات والنزيف. وفى البداية تحسنت العلامات والأعراض بعد تناولها الدواء الذى أعطاها إياه المعالج التقليدى. ولكن حالتها ساءت بعد ستة أشهر، فذهبت ثانيةً للمعالج التقليدى الذى قال بأنها لم تكن تأخذ الدواء بشكل جيد. وقررت "جلاديس" بعد ذلك العودة لعيادة الرعاية الصحية الأولية حيث عالجوها مجدداً من عدوى منقولة جنسياً. بعدها إشترت علاجات عشبية لتعزيز جهازها المناعى.

وذهبت للمرة الثالثة لعيادة الرعاية الصحية الأولية فى يناير ٢٠٠٦، وأرادت أخصائية التمريض المسجلة عمل مسحة للرحم لكن النزيف المهبلى لدى جلاديس كان شديداً للغاية وتم تأجيل عمل المسحة. وعندما تم عملها بعد أسبوعين كانت النتيجة أنها "غير واضحة" وتمت إحالة جلاديس لأقرب مستشفى. لكنها بدأت تصدق والدتها التى قالت إنها ملعونة، "لقد إعتقدت أنا أيضاً أن المرض كان بسبب الشياطين، إذا كانت الأجهزة لايمكنها رؤية ما بى؛ ربما تكون أمى على حق فى قولها إنى ملعونة؛ ولم تذهب للمستشفى لسته أشهر أخرى." "لقد قالوا إننى يجب أن أذهب لأقرب مستشفى لكننى انتظرت لسته أشهر؛

المرض، وفرص التشخيص الضائعة، ونظام الإحالة الضعيف بنظام الرعاية الصحية فى جنوب أفريقيا. "أنا غير راضية عن الطريقة التى عالجونى بها فى العيادة. كان بإمكانهم عمل مسحة عنق الرحم منذ ذلك اليوم الذى كنت به هناك" (سارة ٣٧ عاماً)

"ربما أكون قد أضعت وقتى، ولكننى عندما ذهبت للأطباء كان بإمكانهم إرسالى للعيادة حيث تستطيع أخصائيات التمريض عمل مسحة عنق الرحم" (ايستر ٣٥ عاماً)

"لو أعلم أن هذا المرض غير مؤلم كنت أخبرت ربة عملى مبكراً" (كوين ٦٩ عاماً)

"لقد أرسلونى من مستشفى لأخرى ولم يساعدنى أحد" (جودى ٧١ عاماً)

مشاعر الرضا ينتج عنها شعور بالسلام أثناء الحياة اليومية المليئة بالصراعات<sup>(٢٢)</sup> ومن ثم، فإن غياب المعرفة حول سرطان عنق الرحم، وسوء التعامل من قبل نظام الرعاية الصحية سلبا النساء الشعور بالسلام، وأضافا عبثاً جديداً لمعانتهن اليومية.

### مناقشة

تؤيد الدراسة النتائج السابقة وهى قلة وعى النساء فى جنوب أفريقيا بمرض سرطان عنق الرحم<sup>(٢٣،٢٤)</sup>. حتى المشاركتين اللتين كانتا تعرفان عن سرطان عنق الرحم لم تربطاً الأعراض التى كانتا تعانين منها بتلك المعلومات. عدم الربط بين الأعراض التى تعانى منها النساء وبين السرطان وجدت حتى بين نساء على دراية بالأعراض فى هولندا<sup>(٢٤)</sup> وجد الباحثون أيضاً عام ٢٠٠٢ فى دار السلام<sup>(٢٥)</sup> أن النساء لديهن نسبة ضئيلة من المعرفة بشأن الأعراض الرئيسية لسرطان عنق الرحم. وأكثر من ٧٠٪ كن أميات أو لم يكملن التعليم الإبتدائى، أكثر من ٩٠٪ من المريضات جئن فى مراحل متأخرة من سرطان عنق الرحم. وقد وجد سيث وآخرون<sup>(٢٦)</sup> أن قضاء أكثر من ثمان سنوات فى التعليم؛ كان هو العامل الوحيد المرتبط إيجابياً بالمعرفة الصحيحة عن السرطانات الشائعة بين سكان الأحياء الفقيرة فى

أيضاً تنوع دعم الكنيسة والجماعة، فست حالات من المشاركات قالوا إن جماعتهن لم تدعمهن بينما شعرت واحدة بأن الكنيسة لم تدعمها. فى بعض الأحيان مثلت التجربة الروحية فى ذلك الوقت دعماً بالنسبة للبعض، بينما شعر البعض الآخر بالإهمال.

"شجعونى على الذهاب للعيادة" (كاترين ٤٨ عاماً)

قالت جارتى أننى يجب أن أذهب للمستشفى فوراً لأننى سأنجو لو كان السرطان صغيراً، لكنه لو كبير فسأموت" (روز ٥٤ عاماً)

"كل أعضاء الكنيسة جاءوا لرؤيتى بمنزلى، امتلأ المنزل بالناس، وغنوا وصلوا" (زاندیل ٤٣ عاماً).

"أصدقائى قالوا بأننى يجب الأقلق بشأن النزف المهبلى. إن جسدى يطهر نفسه" (نومفيولا ٤٩ عاماً)

"لم أتمكن من الذهاب للكنيسة حوالى العام لأنه ليس مسموحاً للنساء دخول الكنيسة فى فترة حيضهن" (فيوليت ٤١ عاماً).

"أعلم أن الرب يحبنى" (نوسما ٣٩ عاماً).

"لم يعد الرب يحبنى ثانية. أنا وحيدة فى هذا العالم" (روز ٥٤ عاماً)

ذكرت النساء أماكن العمل أيضاً كجزء من مصادر الدعم؛ فيمكن الحصول على الدعم من رب العمل أو الزملاء، ولكن النساء العاملات لحسابهن الخاص لم يحصلن على الدعم نفسه الذى حصلت عليه النساء اللائى يعملن بدوام كامل.

"ربة عملى هى أول من أخبرته عن النزيف وأخذتنى فوراً إلى الطبيب ودفعت ثمن الإستشارة" (كوين ٦٩).

### عدم الرضا عن المسار المتبع

عبرت إحدى عشرة مشاركة عن عدم رضائهن عن تجربتهن المؤدية للعلاج. لقد ذكرن قلة معلوماتهن عن

المناطق الحضرية بالهند. تسعة من المشاركات بدراستنا قضين أقل من ثمان سنوات بالتعليم. ولكن حتى من تلقين تعليماً أعلى كن في حالات متأخرة من سرطان عنق الرحم عندما ذهبن للمستشفيات.

النساء اللاتي التقينا بهن كن يرغبن فعلاً في معرفة مابهن ولكن مستوى تعليم غالبيتهن كان منخفضاً. وعلينا أن نطرح التساؤلات حول ما إذا كن قد تلقين أى تثقيف صحى من المهنيين الصحيين الذين فحصوهن على الإطلاق؟ أو ما إذا كان التثقيف الصحى فوق مستوى تعليمهن. ولا بد من الأخذ فى الاعتبار تدنى مستوى القراءة والكتابة بجنوب أفريقيا وهو الأمر الذى أكدت عليه وزارة الصحة<sup>(٢٧)</sup>: إذ وجدت ان ثمانية ملايين من السكان لن يستفيدوا من منشورات التوعية الصحية المكتوبة نظراً لتعليمهم المحدود.

وعندما نتأمل مسألة المعرفة الصحية يصبح الوضع أكثر قتامة؛ فوفقاً لسكادر<sup>(٢٨)</sup> ينخفض مستوى قراءة وفهم المعلومات الصحية عند الشخص بحوالى خمس سنوات تعليمية عن آخر صف دراسى استكمله فى دراسته.. فالأشخاص ذو المعرفة الصحية المحدودة، تتدنى معرفتهم بالوقاية من السرطان وفهمهم للمصطلحات المتعلقة به، ويذهبون للمستشفى فى حالات أكثر تأخرًا مقارنة بالأشخاص ذوى المعرفة الصحية الافضل.<sup>(٢٩)</sup> والطريقة الوحيدة للتعامل مع هذه المشكلة هى تكييف مستوى نشرات التوعية للوقاية من سرطان عنق الرحم والكشف المبكر عنه لتتماشى مع مستوى المعرفة الصحية للنساء؛ وتقييم تأثير هذه النشرات على سلوكهن.<sup>(٣٠)</sup>

لم ينتج عن اتصالات النساء الأولى بنظام الرعاية الصحية تشخيص صحيح أو علاج؛ سواء كان هذا الإتصال مع إخصائية تمرض مسجلة أو طبيب أو معالج تقليدى. وتتباين الأسباب لهذا بين طبيعة المراحل الأولى لسرطان عنق الرحم التى لا تظهر فيها الأعراض، وعدم تشكك المهنيين الطبيين وعدم تبصرهم أثناء الاستشارات الطبية، وحقيقة أن بعض النساء لا يصرحن بأعراضهن الرئيسية أثناء الإستشارة الطبية.

العمر، والجنس، والشكوى من نزيف مهبلى غير عادى وإفرازات مهبلية كريهة الرائحة التى عانت منها معظم المشاركات، كان لابد وان تدفع مقدمى الرعاية الصحية للشك فى وجود سرطان عنق الرحم، والتحقق من خلال فحص عنق الرحم. ولكن الحقيقة هى أن سرطان عنق الرحم ليس واحداً من أهم الأولويات العشر لدى وزارة الصحة الوطنية فى جنوب أفريقيا.<sup>(٣١)</sup> وترى منظمة الصحة العالمية<sup>(٣٢)</sup> أن احتياجات النساء الصحية، خاصة غير المرتبطة بالأومومة أو تنظيم الأسرة، ليس لها أولوية. و برغم ارتفاع معدل الوفيات والإصابات فأن سرطان عنق الرحم لم يلق الاهتمام الكافى به فى كثير من البلدان بما فيها جنوب أفريقيا. إعطاء أولوية للمرض يساعد على ارتفاع مستوى الاشتباه بالإصابة به، ولكن بدون ذلك ستزيد مخاطر التشخيص والتعامل غير الصحيحين. حقيقة أن فى الفترة من ٢٠٠٥-٢٠٠٦، أصبح فى كل عيادات الرعاية الصحية الأولية (١٠٠٪) مهنيون صحيون مدربون (١٠٠٪) على إجراء مسحة عنق الرحم، بينما ما زال معدل الفحص حتى الآن فقط ١,٣٪<sup>(٣٣)</sup>. هو بحد ذاته دليل على أن سرطان عنق الرحم لا يمثل أولوية للنظام الصحى.

### التصورات والمعتقدات الثقافية

المعتقدات الثقافية القائلة بأن النزف المهبلى غير الطبيعى سببه السحر، وأن الجسد يطهر نفسه، وأنه مرض معد، مازالت موجودة. ومن ثم، يجب أيضاً أن يتم تثقيف قادة المجتمع والمعالجين التقليديين عن سرطان عنق الرحم بحيث يمكنهم إعطاء معلومات صحيحة لمجتمعهم، وأن يلعبوا دوراً فى إحالة المرضى المصابين بالسرطان وهو أمر ممكن أن يساعد فى زيادة مستوى الانتباه والتعرف على المرض، وهو الدور الذى غالباً ما يتم تجاهله.<sup>(٣٤)</sup> فثقافة الترابط فى المجتمع والتى يعد المعالجون التقليديون جزءاً منه، لها أهمية خاصة فى الثقافات الأفريقية.<sup>(٣٥)</sup>

### نظام الرعاية الصحية

لقد ألقت هذه الدراسة الضوء على دور نظام الرعاية الصحية على عدة مستويات؛ وتحديدًا دور المهنيين فى

سرطان عنق الرحم. فهناك عاملان مساعدان أخران هما عدم شك المهنيين فى الرعاية الصحية، وعدم إعطاء وزارة الصحة أولوية لسرطان عنق الرحم. ولا بد أن يرتفع مدى الاشتباه بسرطان عنق الرحم بجنوب أفريقيا نظراً لحجم الإصابات والوفيات بسبب سرطان عنق الرحم. ويجب أن تتم إعادة تدريب المهنيين فى الرعاية الصحية بجنوب أفريقيا ليمتكنوا من تمييز علامات وأعراض سرطان عنق الرحم. ومن الضروري أيضاً أن تقوم وزارة الصحة بتقييم دورها فى ضمان وتعزيز الصحة والوقاية من سرطان عنق الرحم. كما ينبغي تنفيذ إستراتيجيات لزيادة الوعي بسرطان عنق الرحم محلياً ووطنياً، لأنه لو لم ترفع مستويات المعرفة والوعي سيستمر مسلسل الموت غير المبرر للنساء حتى قبل بلوغهن ٤٠ عاماً.

الرعاية الصحية، ونظام الإحالة، وسياسات الرعاية الصحية. وإذا كانت مهمة وزارة الصحة هى توفير رعاية صحية جيدة، ويسهل الحصول عليها؛ فكيف يمكن تبرير أن يصل متوسط التأخير أكثر من ١٧ شهراً منذ بداية العلامات والأعراض المرضية وحتى التشخيص الصحيح، والتأخير فى الإحالة بين التشخيص والعلاج من ثلاثة إلى سبعة شهور؟ تبدو نتائجنا سلبية بالمقارنة مع نتائج دراسة أجريت عام ١٩٩٩ فى "بنين"، حيث ترواح متوسط التأخير بين ظهور الأعراض والعلاج من ستة إلى سبعة أشهر، أى أقل من نصف وقت التأخير الذى كشفت عنه دراستنا<sup>(٢٤)</sup>؛ وإن كان أيضاً وقت طويل جداً.

## خاتمة

تقدم هذه الدراسة دليلاً على أنه لا يمكن تحميل النساء وحدهن مسئولية التأخر فى مجيئهن للعلاج من

## المراجع:

1. Maiman M, Fruchter F, Clark M, et al. Cervical cancer as a defining illness. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89(1):76-79
2. Cronje H, Beyer E. Screening for cervical cancer in an African setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007;98(2):1-4.
3. Wright J, Gibb R, Geevarghese S, et al. Cervical carcinoma in the elderly – an analysis of patterns of care and outcome. *Cancer* 2005;103(1):85-90.
4. Fonn S, Bloch B, Mabina M, et al. Prevalence of pre-cancerous lesions and cervical cancer in South Africa – a multicentre study. *South Africa Medical Journal* 2002;92(2):148-56.
5. Jaftha T. Gynaecological malignancies. In: Pervan V, Cohen L, Jaftha T. *Oncology for Health-Care Professionals*. Cape Town: Juta, 1995. P.475-89.
6. Cronje H, Parham G, Cooreman B, et al. A comparison of four screening methods for cervical neoplasia in a developing country. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 188(2):395-400.
7. Moodley J, Kawonga K, Bradley J, et al. Challenges in implementing a cervical screening program in South Africa. *Cancer Detection and Prevention* 2006; 30(4): 361-68.
8. Mqogi N, Kellett P, Madhoo J, et al. Incidence of histologically diagnosed cancer in South Africa, 1996-1997. *Johannesburg: National Cancer Registry*, 2003.
9. Peterson W, Trapp M, Vierkant R, et al. Outcomes of training nurses to conduct breast and cervical cancer screening of native American women. *Holistic Nursing Practice* 2002 : 16(2):58-59.
10. Mc Farland D. Cervical cancer and screening in Botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review* 2003; 50(3):167-75.
11. Wood K, Jewkes R, Abrahams N. Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Social Science & Medicine* 1997; 45(2):283-94.
12. Martinez R. "What's wrong with me?" Cervical cancer in Venezuela – living in the borderlands of health, disease, and illness. *Social Science & Medicine* 2005; 61(4):797-808.
13. Maree J, Wright S. Sexual and menstrual practices: risks for cervix cancer. *Health SA Gesondheid* 2007; 12(3):55-65.
14. Abrahams N, Wood K, Jewkes R. Barriers to cervical screening: women and health workers' perceptions. *Curatationis* 1997; 20(1):50-52.
15. Burns N, Grove S. *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilisation*. 5th ed. St. Louis: Elsevier, 2005.
16. De Vos A, Van Zyl C. The grounded theory methodology. In: De Vos A, editor. *Research at Grassroots: A Primer for the Caring Professions*. Pretoria: Van Schaik, 1998. P.265-76.
17. Creswell L. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Method*. Thousand Oakes: Sage,

- 2003.
18. Thomas S. Through the lens of Merleau-Ponty: advancing the phenomenological approach to nursing research. *Nursing Philosophy* 2005; 6(1):63–76.
  19. Otto S. Gynaecologic cancers. In: Otto S, editor. *Oncology Nursing*. London: Mosby, 2001. p248–84.
  20. World Health Organization. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. Geneva: WHO, 2006.
  21. Walker J, Payne S, Smith P, et al. *Psychology for Nurses and the Caring Professions*. 2nd ed. New York: Open University Press, 2002.
  22. Parse R. The lived experience of contentment: a study using the Parse research method. *Nursing Science Quarterly* 2001; 14(4): 330–38.
  23. Lartey M, Joubert G, Cronje H. Knowledge, attitudes and practices of rural women in South Africa regarding the Pap smear. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003; 83:315–16.
  24. De Nooijer J, Lechner L, De Vries H. Early detection of cancer: knowledge and behavior among Dutch adults. *Cancer Detection and Prevention* 2002; 26(5): 362–69.
  25. Cancer of the cervix: knowledge and attitudes of female patients admitted at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, 2002. Accessed 26 February 2008. At: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12625687?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12625687?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2)>.
  26. Seth T, Kotwal A, Thakur R, et al. Common cancers in India: knowledge, attitudes and behaviours of urban slum dwellers in New Delhi. *Public Health* 2005; 119(2):87–96.
  27. Department of Health. *Strategic plan 2005/06–2007/08*. Pretoria: Government Publisher, 2007.
  28. Scudder L. Words and wellbeing: how literacy affects patient health. *Journal for Nurse Practitioners* 2006; 2(1):28-35
  29. Rogers E, Wallace L, Weiss B. Misperception of Medical understanding in low-literacy patients: implications for cancer prevention. *Cancer Control* 2006, 13(3):225-
  30. Paul C, Tzelepis F, Walsh R, et al. Has the investment in public cancer education delivered observable changes in knowledge over the past 10 years? *Cancer* 2003; 97(12):2931–39
  31. Health Department. *Annual Report 2006*. Pretoria: Government Publisher, 2006.
  32. Vorobiof D, Sitas F, Vorobiof G. Breast cancer incidence in South Africa. *Journal of Clinical Oncology* 2001; 19(Suppl 18): 125S–7S
  33. Ross E, Deverall A. *Psychosocial Approaches to Health, Illness and Disability – A Reader for Health Care Professionals*. Paarl: Van Schaik, 2004.
  34. Gharoro EP, Abedi HO, Okpere EE. Carcinoma of the cervix: aspects of clinical presentation and management in Benin City. *Gynecologic Oncology* 1999; 96(1):112–18.



## استراتيجية منظمة الصحة للبلدان الأمريكية للوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته

سيلفانا لوشيانيا<sup>(١)</sup> وجون كيم أندرو<sup>(ب)</sup>

ترجمة: خالد عبد العزيز سمرة

### ملخص:

يمثل سرطان عنق الرحم السبب الرئيسي لحالات الوفاة الناجمة عن السرطان بين النساء في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ويؤثر بشكل أكبر على النساء الأكثر فقراً. ويصل معدل الوفيات في الإقليم إلى سبعة أضعاف معدل الوفيات في أمريكا الشمالية. وفي ضوء أعباء الصحة العامة الضخمة، وضعت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية استراتيجية إقليمية بغرض الوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته. وتدعو الاستراتيجية إلى زيادة العمل الرامي إلى تعزيز البرامج من خلال تطبيق مجموعة متكاملة من الخدمات، تشمل: توفير المعلومات والتعليم في المجال الصحي، واختبارات مسوح السرطان وعلاجه في مراحله المبكرة، وعلاج سرطان عنق الرحم الانتشاري والرعاية التيسيرية، ودعم أن تكون القرارات المتعلقة بالسياسة قائمة على الأدلة المتعلقة بإمكانية وكيفية استخدام لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري. وتدعو إلى اعتماد خطة عمل مكونة من سبع نقاط، وتشمل: إجراء تحليل للوضع، وتكثيف المعلومات والتعليم والمشورة، وتوسيع مجال مسوح فحص السرطان وربطه بالعلاج في المراحل المبكرة، وتعزيز نظم المعلومات وسجلات الإصابة بالسرطان، وتحسين الحصول على علاج السرطان والرعاية التيسيرية وتحسين نوعيتهما، وإنتاج الأدلة لتسهيل عملية اتخاذ القرار فيما يتعلق باستخدام لقاح فيروس الورم الحليمي البشري، والمناداة بالمساواة في الحصول على اللقاحات وتوافرها بتكلفة مقبولة. ويمكن لهذه الاستراتيجية المقترحة، التي اعتمدها مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية في ١ أكتوبر ٢٠٠٨، حفز وتسريع استخدام تقنية مسح جديدة واستخدام لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري في برامج يتم تعميمها في جميع دول أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

- Pan American Health Organization strategy for cervical cancer Prevention and control in Latin America and the Caribbean.  
*Silvana Luciani, Jon Kim Andru, Reproductive Health Matters 2008;16(32):59-66*

### الكلمات المفتاحية:

مسوح سرطان عنق الرحم وعلاجه، فيروس الورم الحليمي البشري ولقاحاته المضادة، أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

(أ) مديرة مشروع الوقاية من الأمراض المزمنة ومكافحتها، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية.  
البريد الإلكتروني: lucianis@paho.org

(ب) كبير الاستشاريين الفنيين، مشروع التحصين، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية

تمت استشارة ممثلين عن برامج مكافحة السرطان في وزارات الصحة المعنية في ٢٥ بلداً من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي حول الاستراتيجية المقترحة. وأرسل استبيان يحتوي على أسئلة مفتوحة إلى ممثلينا في المكاتب القطرية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية/منظمة الصحة العالمية ومديري برامج مكافحة السرطان في وزارة الصحة بكل بلد من البلدان المعنية في يناير ٢٠٠٨. وقد قدمت الإجابات الكتابية على الاستبيان إلى المكتب المركزي لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية بحلول مايو ٢٠٠٨. كما تلقينا آراءً أوسع نطاقاً حول هذه الاستراتيجية الإقليمية خلال اجتماع للأطراف المعنية في دول أمريكا اللاتينية (١٢-١٤ مايو ٢٠٠٨ بمدينة مكسيكو سيتي) بشأن الوقاية الشاملة من مرض سرطان عنق الرحم ومكافحته، برعاية منظمة الصحة للبلدان الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية ومعهد سابين والمراكز الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها. حضر هذا الاجتماع أكثر من ١٦٠ مشاركاً من ٢١ بلداً، يمثلون البرامج الوطنية في مجالات التحصين وصحة المراهقين والصحة الجنسية والإيجابية ومكافحة السرطان<sup>(١)</sup>. وقدمت التعليقات الشفهية حول الاستراتيجية الإقليمية أثناء المناقشات العامة وجلسات مجموعات العمل.

وبعد ذلك، عُرضت الاستراتيجية الإقليمية على مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية -هيئة تجمع وزراء الصحة في جميع البلدان في الأمريكتين- في الأول من أكتوبر ٢٠٠٨. وتم اعتماد قرار يلزم البلدان بتوسيع برامج مكافحة السرطان عنق الرحم، مع زيادة التعاون الفني من جانب منظمة الصحة للبلدان الأمريكية.

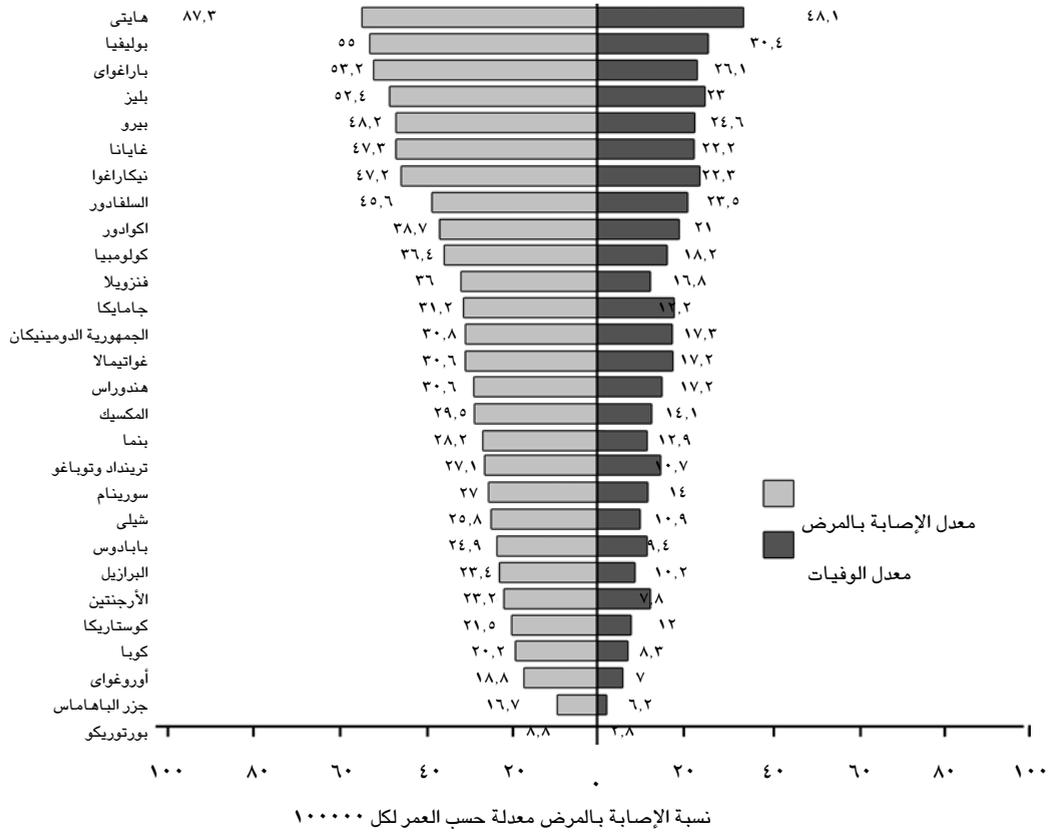
### وفيات يمكن الوقاية منها

تشير التقديرات إلى حدوث نحو ٧٢٠٠٠ حالة إصابة جديدة و٣٣٠٠٠ حالة وفاة بسرطان عنق الرحم سنوياً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ وهو ما يمثل خسارة اقتصادية في الإنتاجية تقدر بما يقارب ٣,٣ مليار دولار أمريكي سنوياً.<sup>(٣,٢)</sup>

يمثل سرطان عنق الرحم السبب الرئيسي للوفيات الناجمة عن مرض السرطان بين النساء في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.<sup>(١)</sup> وفي ضوء ما يمثلته من عبء جسيم في مجال الصحة العامة، وإقراراً بالأثر المحدود لبرامج الوقاية السارية إلى اليوم في المناطق منخفضة الموارد، وضعت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية استراتيجية إقليمية للوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته. وتهدف هذه الاستراتيجية إلى تعريف الحكومات والأطراف المعنية بتوافر المقاربات الفعالة مقارنة بتكلفتها، من أجل تحقيق الوقاية من سرطان عنق الرحم والحد منه بشكل شامل، وهو ما يتطلب تنفيذ مجموعة كاملة من الخدمات تشمل: التعليم الصحي، والمسوحات، والتشخيص والعلاج، ووفقاً لإمكانية تحمل التكلفة وضمان الاستدامة وجاهزية البلدان: التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري، وتعطى الأولوية لتعزيز البرامج ولتقييم مدى إمكانية استخدام تقنيات جديدة وكيفية تطبيقها، مثل استخدام أساليب المسوح الجديدة ولقاحات الورم الحليمي البشري، بغرض تحسين فعالية البرامج القائمة.

وقد أجرينا استعراضاً لمجموع الأدبيات المنشورة على قاعدة البيانات الطبية (PubMed) حول الرعاية الصحية العامة في الفترة من ١٩٩١-٢٠٠٨ بهدف تعزيز وضع الخطة الإقليمية، مستخدمين مصطلحات البحث التالية: سرطان عنق الرحم في أمريكا اللاتينية، الإصابة بسرطان عنق الرحم، والوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم، وبرامج مسوح سرطان عنق الرحم في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وتقنيات مسوح سرطان عنق الرحم، وفيروس الورم الحليمي البشري في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ولقاحات فيروس الورم الحليمي وعلاج السرطان الناجم عنه. فضلاً على ذلك، قمنا بتحليل البيانات المتوفرة عن سرطان عنق الرحم المستقاة من قاعدة بيانات منظمة الصحة للبلدان الأمريكية الخاصة بالوفيات وقاعدة بيانات أوبئة السرطان التابعة للوكالة الدولية لبحوث السرطان.

شكل ١: معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم والوفيات الناجمة عنه معدلة حسب العمر في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ٢٠٠٢



وفي الأمريكتين، يقدر انتشار فيروس الورم الحليمي البشري، وهو المسئول الرئيسي عن الإصابة بسرطان عنق الرحم، بنسبة ١٥,٦٪ من النسبة العامة للسكان من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ عاماً أو أكثر. وفي بلدان مثل هندوراس وكوستاريكا وباراجواي، يرتفع متوسط انتشار المرض كثيراً عن المتوسط الإقليمي (الجدول ١).<sup>(٤)</sup> ويعد النمطان ١٦ و ١٨ من فيروس الورم الحليمي البشري أكثر الأنواع انتشاراً في الأمريكتين، كما هو الحال في غيرها مناطق العالم، ويعزى ما نسبته ٧٠٪ تقريباً من حالات سرطان عنق الرحم الانتشاري إلى فيروس الورم الحليمي البشري ١٦ و ١٨.<sup>(٤)</sup>

يؤثر سرطان عنق الرحم بنسب أكبر على البلدان الأكثر فقراً، وعلى الجماعات الأكثر فقراً داخل هذه البلدان بسبب نقص برامج الوقاية الفعالة. وتبلغ معدلات الوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي سبعة أضعاف معدلاتها في غيرها من دول أمريكا الشمالية. وتحمل نساء أمريكا الوسطى ومنطقة البحر الكاريبي العبء الأكبر للمرض، إذ تقدر معدلات الوفيات فيهما بنحو ١٥ حالة في كل ١٠٠٠٠٠ نسمة و ١٦ حالة في كل ١٠٠٠٠٠ نسمة على الترتيب.<sup>(٧)</sup> وكما هو موضح في الشكل ١، تعد هايتي وبوليفيا وبارجواي وبيرو ونيكاراجوا من بين البلدان ذات المعدلات الأكثر ارتفاعاً من حيث الوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم في المنطقة.<sup>(٧)</sup>

جدول ١: نسبة انتشار فيروس الورم الحليمي البشري في نساء أظهرن فحصاً خلويًا طبيعيًا في بلدان مختارة من أمريكا اللاتينية (٢٠٠٧) (٤)

هندوراس	٣٨,٦
كوستاريكا	٢٢,٤
بارجواي	١٩,٨
بيرو	١٧,٧
البرازيل	١٧
الأرجنتين	١٥,٤
شيلي	١١,٢
المكسيك	١١

ولا تعزى حالات الفشل في برامج الوقاية من سرطان عنق الرحم في الإقليم إلى العوامل المرتبطة بتكنولوجيا الفحص فحسب وإنما يمكن عزوها أيضاً إلى عوامل تتعلق بالأنظمة الصحية (الحصول على الخدمات وتنظيمها ونوعيتها بما في ذلك تدريب مقدمي الخدمات الصحية)، والرؤى المجتمعية. وتؤثر الحالة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والتعليمية وكذا انتماء المرأة العرقي على مدى الحصول على المعلومات وعلى مستوى الطلب على خدمات الوقاية من سرطان عنق الرحم والاستفادة منها. (٨,٧) ومن بين العوامل الرئيسية الأخرى ما يلي:

- انخفاض الوعي بين النساء والرجال بأهمية إجراء فحوصات المسوح.
- محدودية إتاحة خدمات التشخيص والعلاج في المرحلة المبكرة للإصابة بالسرطان.
- عدم كفاية الإمكانيات اللازمة لتقديم العلاج الجراحي والعلاج بالإشعاع للنساء اللاتي يُثبِت التشخيص إصابتهن بالسرطان الانتشاري (٨).

### تقنيات جديدة

#### أساليب بديلة للمسوح

تم تطوير تقنيات متعددة لإجراء فحوص مسوح لسرطان عنق الرحم، جزئياً لتجاوز التحديات التي يطرحها الفحص الخلوي. وتشمل هذه الأساليب المعاينة البصرية باستخدام حمض الخليك (VIA)، واختبارات الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري، ومنها اختبار يتسم بانخفاض التكلفة والسرعة. وقد أثبت اختبار الحمض

### محدودية نطاق التغطية والعلاج في البرامج

تعد إحدى الطرق شديدة الفعالية للوقاية من سرطان عنق الرحم إلى اليوم هي إجراء المسوح على النساء لاكتشاف الاصابات التي تظهر في عنق الرحم في المراحل المبكرة من المرض وهي مراحل ما قبل التسرطن، متبوعةً بعلاج هذه الاصابات لمنع حدوث سرطان انتشاري. وقد استخدم لهذا الغرض الفحص الخلوي لخلايا عنق الرحم (باستخدام مسحة عنق الرحم) في الأمريكتين على امتداد ما يقرب من ٣٠ عاماً؛ إلا أن البلدان المعنية لم تشهد انخفاضاً في معدلات الوفيات مقارنة بأمريكا الشمالية. فلم تشهد سوى كوستاريكا وشيلي وكوبا انخفاضاً كبيراً في معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم، وهو ما يرجع إلى فعالية اختبارات المسوح وبرامج العلاج فيها.

ويرجع السبب الرئيسي في هذا الوضع إلى شدة صعوبة نشر برامج المسوح عالية الكفاءة ومواصلة إجراءاتها، لا سيما في المناطق ذات الموارد المحدودة، وذلك بسبب: أ- التحديات القائمة فيما يتعلق بتوسيع نطاق التغطية الخاصة باختبارات مسوح النساء في الفئة العمرية المعرضة للخطر (٣٠ عاماً فأكثر)؛ ب- انخفاض جودة اختبارات تقنية مسحة عنق الرحم؛ ج- عدم اكتمال التشخيص أو العلاج للنساء اللاتي يُكتشف إصابتهن. فعلى سبيل المثال، أظهرت الدراسات التي أجريت في إحدى مقاطعات بيرو أن نسبة الحساسية لمسحة عنق الرحم بلغت ٢٧٪، وأن النساء اللاتي أظهرن نتائج غير طبيعية باستخدام هذه التقنية، لم يحصل ٧٥٪ منهن على تشخيص المتابعة أو العلاج المناسب. (٦,٥)



إحدى الفتيات تتلقي التطعيم ضد الفيروس الحليمي البشري أثناء "أسبوع التطعيم في الأمريكتين"، إل باسو، تكساس، الولايات المتحدة الأمريكية، إبريل ٢٠٠٨

مجموعة من مقاربات المسوحات في البلدان المعنية، حسب توافر النظم الصحية والخدمات المعملية والموارد البشرية والمالية فيها. وتتيح هذه المقاربات والتقنيات الجديدة فرصاً ملائمة لتعزيز الخدمات الصحية الخاصة بالمسوح والعلاج.

النووي لفيروس الورم الحليمي البشري في معظم الحالات أنه أكثر دقة من مسحة عنق الرحم في اكتشاف إصابات ما قبل التسرطن، ويمثل حمض الخليك نتائج تقنية مسحة عنق الرحم أو هو أفضل منها في اكتشاف الإصابات في المراحل المبكرة من المرض.<sup>(٩)</sup>

### اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري

تشمل اللقاحات المتوافرة حالياً المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري لقاحاً رباعي التكافؤ مضاد للأنماط ٦ و١١ و١٦ و١٨ ولقاحاً ثنائي التكافؤ للنمطين ١٦ و١٨. وفي التجارب الإكلينيكية، أظهر كلا اللقاحين أماناً ودرجة عالية لاستثارة المناعة وفعالية بنسبة تصل إلى ١٠٠٪ في الوقاية من انتشار العدوى وإصابات ما قبل التسرطن التي يسببها النمطان ١٦ و١٨ من سرطان الورم الحليمي البشري، إذا ما تم حقن الفتيات المراهقات قبل أول اتصال جنسي لهن.<sup>(١٠)</sup> وتظهر تقييماً فعالية التكاليف باستخدام بيانات مستقاة من بلدان أمريكا اللاتينية أن جرعة اللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري التي تتكلف خمسة دولارات أمريكية يمكن أن تأتي بنتائج شديدة الفعالية من حيث التكلفة، وتؤدي بالفعل إلى تحقيق وفر في الإنفاق في

وتتمثل إحدى مميزات المعاينة البصرية باستخدام حمض الخليك في إمكانية حصول المرأة على نتيجة فورية للاختبار، وحصولها على علاج عاجل في المراحل المبكرة للسرطان في حالة أهليتها لذلك، باستخدام العلاج بالتبريد (إذا كان العاملون الصحيون مدربين على إعطائه) في زيارة واحدة لأحد أماكن الرعاية الأولية. وقد أظهر أسلوب فحص الإصابة التي تظهر في مراحل ما قبل التسرطن باستخدام حمض الخليك ثم إتباعه مباشرة بالعلاج بالتبريد انخفاضاً بنسبة ٣٥٪ في نسبة الوفيات بسرطان عنق الرحم في فترة سبع سنوات كما حدث في الهند، على سبيل المثال، في سياق تجربة كبيرة استخدمت عينات عشوائية.<sup>(١١)</sup>

وتستخدم عدة بلدان في الإقليم حالياً، من بينها بوليفيا وكولومبيا وكوستاريكا وجواتيمالا والمكسيك وبيرو، مقاربات المسوحات البديلة. لذا فمن الممكن اعتماد

## الاستراتيجية الإقليمية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية

تدعو الاستراتيجية الإقليمية للوقاية والعلاج الشاملين لسرطان عنق الرحم الى تحسين قدرات البلدان من أجل مواصلة تنفيذ برامج الوقاية والعلاج الشاملين لسرطان عنق الرحم، بهدف خفض معدلات الإصابة به والوفاء الناجمة عنه، وتعزيز الاستراتيجية تنفيذ مجموعة متكاملة من الخدمات، وهي: المعلومات والتعليم في المجال الصحي، وإجراء مسح على النساء اللاتي لا تظهر عليهن أعراض وتقديم العلاج لهن في مراحل إصابات ما قبل التسرطن، وعلاج حالات سرطان عنق الرحم الانتشاري والرعاية التكميلية، واتخاذ قرارات سياسة قائمة على الأدلة حول إمكانية وكيفية استخدام لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري.

ويوصى باعتماد خطة عمل مكونة من سبع نقاط، وإعطاء الأولوية العاجلة إلى تقوية الخدمات الصحية القائمة والنظر في استخدام مقاربات وتقنيات جديدة بغرض تحسين مجال التغطية وجودة الخدمات وفعاليتها. وتشمل الخطة النقاط التالية:

### إجراء تحليل للوضع

في ظل غياب المعلومات الاستراتيجية عن الوضع الحالي؛ من المهم جمع المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية، تقييم الاستثمارات ومجال التغطية في الوقت الراهن، ومتابعة برنامج المسوح ومدى جودته، وتقييم عبء انتشار فيروس الورم الحليمي البشري وإصابات ما قبل التسرطن، والإصابات السرطانية، واستطلاع آراء المراهقين والمجتمع ومعتقداتهم واحتياجاتهم المتعلقة بالوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته. ومن شأن هذه المعلومات أن تساعد في توجيه القرارات المعنية بتعديل سياسات وممارسات مكافحة سرطان عنق الرحم وكيفية ذلك؛ ومن شأنها كذلك أن تكون بمثابة خط أساس لقياس أثر برامج الرصد.

معظم بلدان إقليم أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. فيمكن للتطعيم وحده، قياساً على الوضع الراهن، أن يؤدي إلى خفض معدل الوفيات بنسبة ٤٠٪ على مدار دورة حياة المجموعة المتلقية للقاح. وإذا ما اقترن التطعيم بثلاثة اختبارات مسوح على الأقل على مدار دورة حياة المرأة، فيمكن خفض الإصابة بسرطان عنق الرحم بنسبة ٦٠٪ إذا وصلت نسبة التطعيم والتغطية إلى ٧٠٪ من النساء المستهدفات.<sup>(١٣،١٧)</sup>

وقد أجاز ستة وعشرون بلداً من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي استخدام لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري؛ ولا تزال كل من كوستاريكا والمكسيك وبيرو تجري اختبارات على اللقاح في إطار المشاريع التجريبية أو التجارب البحثية. وتظل إمكانية تحمل تكلفة لقاحات فيروس الورم الحليمي على الأغلب هي العقبة الكبرى أمام استخدامها. وعلاوة على ذلك، فسوف يتطلب استخدام هذه اللقاحات اتخاذ استعدادات كافية -مثل توفير لوازم سلسلة التبريد، ووضع استراتيجية التنفيذ، وطريقة التوزيع، والمسوح المتتابة في مرحلة ما بعد التطعيم- بغرض التعامل مع الأمور البرمجية اللازمة للمحافظة على استدامة استخدام اللقاحات كجزء من برنامج شامل للتصدي لسرطان عنق الرحم.<sup>(١٥،١٦)</sup> وتمرر اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري حالياً بالمرحلة السابقة على استيفاء معايير منظمة الصحة العالمية الخاصة بالموافقة على استخدام اللقاحات الجديدة، وهو ما من شأنه مساعدة البلدان النامية على شراء اللقاحات من خلال أجهزة الأمم المتحدة. وفي الوقت ذاته، وضعت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية إطار عمل لقرارات السياسة الوطنية المتعلقة باستخدام اللقاح، من خلال مبادرة (دفع التلقيح) التي أطلقتها المنظمة المذكورة،<sup>(١٧)</sup> وهي المبادرة التي تهدف إلى تصميم عمليات وأدوات وإجراء التحليلات حول التكلفة/الفائدة دعماً لاتخاذ القرارات القائمة على الأدلة لأغراض استخدام اللقاحات الجديدة، بما في ذلك لقاح فيروس الورم الحليمي البشري.

## تكثيف المعلومات والتعليم والمشورة

ذلك معلومات عن نطاق التغطية، ونتائج اختبارات الفحص، ومتابعة التشخيص والعلاج، من أجل تقييم عبء فيروس الورم الحليمي البشري ومراحل ما قبل التسرطن وحالات الإصابة الفعلية به في مرحلة ما قبل استخدام اللقاح؛ ومن ثم رصد أثر لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري وأمانها وفعاليتها.

زيادة الوعي بسرطان عنق الرحم والوقاية من انتقال عدوى فيروس الورم الحليمي وتعزيز السلوكيات الجنسية الصحية بين السكان من المراهقين والرجال والنساء وكذلك العاملون في المجال الصحي. وإشراك المجتمعات في خدمات الوقاية، مع التركيز على النساء اللاتي ينتمين إلى مجموعات محرومة أو معرضة للخطر، بمن فيهن النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية ونساء الشعوب الأصلية.

## تحسين الحصول على علاج السرطان والرعاية التيسيرية وتحسين جودتهما

يوصى باستخدام طرائق الجراحة والعلاج بالإشعاع مع حالات سرطان عنق الرحم الانتشاري، إذ تؤدي إلى ارتفاع معدلات شفاء تصل إلى ٨٥-٩٠٪ في المراحل المبكرة للإصابة بالمرض<sup>(١٨،١٧)</sup>. ويتعين توافر الاستثمارات لضمان توافر العلاج بالإشعاع والجراحة وسهولة الحصول عليهما، على أن ترتبط هذه الاستثمارات ببرامج المسوح، حتى يتسنى تقديم علاج ملائم للنساء اللاتي يثبت إصابتهن بالمرض ومداواتهن.

## تقوية برامج المسوح وعلاج السرطان في مراحله المبكرة

في المناطق التي تتمتع بموارد كافية لمواصلة المسوح باستخدام مسحة عنق الرحم بكفاءة عالية وضمان المتابعة الملائمة وفي الوقت المناسب للنساء اللاتي تثبت النتائج إصابتهن بالمرض، تعزز برامج المسوح بما يلي: (١) تحسين جودة الاختبارات، (٢) والنظر في استخدام اختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري بغرض تصنيف النساء المصابات بالفيروس لإحالتهم لمزيد من الاختبارات؛ (٣) زيادة نطاق تغطية المسوح بالنسبة للنساء في الفئة العمرية المعرضة لمخاطر العدوى (٣٠ عاماً فيما أكثر)؛ (٤) زيادة نسبة الرعاية الملائمة والتي تقدم في الوقت المناسب لمتابعة النساء اللاتي أظهرن نتائج غير عادية للفحص.

## إنتاج الأدلة لتيسير عملية اتخاذ القرار فيما يتعلق باستخدام اللقاحات المضادة لفيروس الورم الحليمي البشري

مع قيام البلدان بالبت في مدى استخدام اللقاح في برامج الصحة العامة وكيفية، فسوف يتعين جمع الأدلة والنظر بعين الاعتبار في عدة قضايا. ومن المنتظر أن تتعاون منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، من خلال مبادرة دفع التلقيح مع البلدان من أجل تعزيز القدرات الوطنية لاتخاذ قرارات بشأن استخدام اللقاحات تقوم على الأدلة العلمية من خلال برنامج للعمل الموسع مدته خمس سنوات.

وفي السياقات التي لا تكفي فيها الموارد لمواصلة إجراء مسحة عنق الرحم بكفاءة، والتي ترتفع فيها معدلات النساء اللاتي لا تحصلن على رعاية المتابعة في الوقت المناسب وبالطريقة الملائمة، ينظر بقوة في دمج اختبار المعاينة البصرية باستخدام حمض الخليك أو اختبار فيروس الورم الحليمي البشري سريع النتائج، واستخدام منهج الزيارة الواحدة للفحص والعلاج، وضمان توفير التدريب والإشراف الملائمين لمقدمي الخدمات الصحية.

## تأييد المساواة في الحصول على اللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري وتوافره بأسعار مقبولة

يعتمد اتساع نطاق الحصول على اللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري على توافره بأسعار يمكن تحملها وضمان اتخاذ الاستعدادات اللازمة لاستخدام

## إنشاء وتعزيز نظم المعلومات والسجلات

### لمرض السرطان

يمثل إنشاء نظام للمعلومات والرصد أمراً ضرورياً للمتابعة المستمرة لأداء برامج سرطان عنق الرحم. يشمل

جماعات الدفاع النسائية من أجل توفير المعلومات التي تعمل على تمكين النساء وتعزيز مشاركتهن في برامج الفحص.

ومن شأن التطعيم بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري أن يقي من ٧٠٪ من عبء المرض على الأكثر. ولذلك فمن الضروري أن يشكل التطعيم جزءاً من مجموعة من التدخلات. ويفترض أن يؤدي تضاؤل معدلات الإصابة بالمرض الناتج عن تطعيم الفتيات قبل مرحلة المراهقة إلى إتاحة الفرصة للبلدان للتركيز على تحسين مجال تغطية برامج المسوح وجودتها، مع إجراء زيارتين إلى ثلاث لإجراء اختبار المسوح على مدار حياة المرأة الواحدة. وأخيراً، فمن المأمول أن تعزز عملية وضع سياسات لاستخدام لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري اعتماد استراتيجية شاملة من شأنها تحقيق أقصى فعالية للتكلفة لأغراض التطبيق على مستوى البلدان.

وفي الاجتماع الإقليمي الأخير حول مكافحة الشاملة لسرطان عنق الرحم في الإقليم، المذكور أعلاه، أشار العاملون في مجال الصحة العامة في البرامج الوطنية المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية وصحة المراهقين والتطعيم ومكافحة السرطان من جميع البلدان إلى أنهم سوف يستخدمون لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري في برامجهم، في حالة توافرها بأسعار يمكن تحملها، وتوافر التمويل لضمان استدامتها، واستيفائها المعايير المحددة لاستخدام اللقاحات الجديدة<sup>(١)</sup> وبالإضافة إلى ذلك، ذكرت جميع البلدان تقريباً أنها، وإن استمرت في استخدام تقنية مسحة عنق الرحم، فهي على استعداد لاستخدام مناهج مسوح بديلة مثل تقنية المعاينة البصرية باستخدام حمض الخليك وتقنية الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري؛ في السياقات التي ثبت فيها محدودية فعالية تقنية مسحة عنق الرحم.

وقد أعرب ممثلو البلدان عن قلقهم إزاء التحديات وأوجه القصور القائمة في برامج مسوح سرطان عنق الرحم الراهنة، واعتمدوا إعلاناً لتعزيز الوقاية والمكافحة الشاملتين لسرطان عنق الرحم. ويدعو الإعلان إلى زيادة

اللحاق باعتباره جزءاً من برنامج شامل لعلاج سرطان عنق الرحم. وحيث تمثل النساء الفقيرات أكثر الفئات عرضة للخطر، فإن التوافر والإنصاف يعدان من المسائل شديدة الأهمية التي يجب التصدي لها عند طرح اللقاح<sup>(١٩)</sup> لا سيما توافر لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري بأسعار يمكن تحملها. فيتعين إقامة شراكات وتعاون بين كافة مجموعات المهنيين في المجال الصحي على تعدد تخصصاتهم من أجل تعزيز خدمات الرعاية الأولية وبرامج التحصين، تحضيراً لاستخدام لقاح فيروس الورم الحليمي البشري ولضمان تطبيق مقاربة شاملة لمكافحة سرطان عنق الرحم.

## المناقشة

تتغير أساليب الوقاية من مرض سرطان عنق الرحم تغيراً سريعاً، مع إمكانية حدوث انخفاض كبير في معدلات الوفيات من هذا المرض الذي يمكن الوقاية منه. وتعتبر منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، بوصفها وكالة للتعاون الفني، مهياًة لمساعدة البلدان في اتخاذها قرارات بشأن اعتماد سياسات جديدة تتعلق باستخدام التقنيات الجديدة، وفي تعزيز برامجها الخاصة بالصحة العامة حتى تتمكن من تحقيقها. وينبغي أن تسهم خبرة المنظمة في تنفيذ استراتيجيات إقليمية تعطي الأولوية للدعم على مستوى البلدان في تسريع الوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته في بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي<sup>(٢٠)</sup>.

إن التحديات الجوهرية المتمثلة في استمرارية برامج المسوح الفعالة في المناطق ذات الموارد المنخفضة هي تحديات فعلية معترف بها. وتمثل محدودية توافر خدمات المسوح وضعف التغطية قضايا حرجة في كثير من بلدان المنطقة، لا سيما بين نساء الشعوب الأصلية. ففي الإكوادور وجواتيمالا، على سبيل المثال، أفادت ٧٠٪ و ٥٨٪ من نساء الشعوب الأصلية في كلا البلدين على الترتيب أنهم لم يجربن مسحة لعنق الرحم من قبل<sup>(٢١،٢٢)</sup> ويوضح ذلك ضرورة توجيه الموارد إلى النساء اللاتي لم يتم فحصهن من قبل، لا سيما اللاتي ينتمين إلى جماعات محرومة أو معرضة للخطر؛ كما يوضح أهمية إقامة شراكات مع

الأعلى فى الوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم وفي الأحوال التي لم تنجح فيها برامج المسوح، أو في المناطق التي تزيد فيها نسبة السكان الفقراء والمعرضين للخطر. وفي مثل هذه السياقات، سوف يوجه الاهتمام لتعزيز خدمات الرعاية الأولية من أجل تحقيق الوقاية والتعليم وإمكانية تنفيذ منهج الزيارة الواحدة للمسح والعلاج، باستخدام اختبار حمض الخليك واختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري.

إن المعلومات والمعارف والأدوات كلها متاحة للوقاية من سرطان عنق الرحم؛ والتحدى الذى نواجهه الآن هو ضمان تحقيق البيئة السياسية، وإمكانات الرعاية الصحية والدعم المجتمعي التي تساعد على تقديم الخدمات الضرورية على نحو فعال إلى أحوج النساء إليها.

### شكر وتقدير

نتقدم بالشكر إلى جميع الزملاء الذين أفادونا بأرائهم وأفكارهم لوضع الاستراتيجية الإقليمية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية المعنية بالوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته، وهم: ميرل لويس، ولوسيمار كوسر-كانون، وبابلو هيمينيز، وكواو تيموك رويس ماتوس، وماتيلده مادالينو، وريكاردو فيسينا، وروبرتو دل أجيلا، مارييكة فلسيبوير-سالسيدو، وجيمس هوسبيلادس، وميجان بليك، ومارتا برييتو، وجينا تامبيني، وهارباس باربوسا.

الموارد والمضي في إجراء تحسينات على النظام الصحي من أجل تعزيز جودة وتغطية برامج المسوح، والدعم المقدم لصندوق التمويل الدوار لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية بغرض التفاوض بشأن توفير اللقاح بأسعار يمكن تحملها وتيسير استخدام لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في برامج التحصين الوطنية في أقرب وقت ممكن.<sup>(١)</sup>

وتلزم موافقة مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية على الاستراتيجية الإقليمية في أكتوبر/تشرين أول ٢٠٠٨ البلدان بإعطاء الأولوية للوقاية من سرطان عنق الرحم ومكافحته، مع تقديم الدعم الفني من منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، بما في ذلك استخدام التقنيات الجديدة الفعالة مقارنة بالتكلفة، مثل اختبار المعاينة البصرية باستخدام حمض الخليك واختبار الحمض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري في برامج المسوح.

ولتنفيذ هذه الاستراتيجية الإقليمية، سيتم توسيع الشراكات مع المنظمات المجتمعية والوطنية والدولية، بما في ذلك الشراكات داخل منظومة الأمم المتحدة بغرض حشد الموارد وتحقيق المناصرة والتعاون. وسوف تشمل جهود المناصرة تعزيز الوعي بين صانعي القرارات والعاملين في المجال الصحي. وسوف تتركز الجهود الرامية إلى تحسين الجودة ومجال التغطية - من خلال تقوية الخدمات الصحية وتدريب مقدمي هذه الخدمات - على البلدان ذات المعدلات

1. Pan American Health Organization. Towards comprehensive cervical cancer prevention and control: declaration from the regional meeting. Immunization Newsletter. Washington DC: PAHO; June 2008.
2. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No. 5. Version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004.
3. Jara L, Suarez R. Analysis prepared on the economic impact of cervical cancer in Latin America and the Caribbean, 2007. (Unpublished)
4. Castellsagué X, de Sanjosé S, Aguado T, et al. HPV and cervical cancer in the world. Geneva: WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer; 2007.
5. Luciani S, Winkler J. Cervical cancer prevention in Peru: lessons learned from the TATI demonstration project. Washington: PAHO; 2006.
6. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, et al. Follow up care of women with abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention* 2003; 27:466–71.
7. Agurto I, Arrossi S, White S, et al. Involving the community in cervical cancer prevention programs. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 89(Suppl 2):S38–S45.
8. World Health Organization. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice*. Geneva: WHO; 2006.
9. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, et al. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 89(2):S4–S12.
10. Sankaranarayanan R, Esmay PO, Rajkumar R, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu: a cluster-randomized trial. *Lancet* 2007; 370:398–406.
11. World Health Organization. *Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals* Geneva: WHO; 2006.
12. Garnett GP, Kim JJ, French K, et al. Modeling the impact of HPV vaccines on cervical cancer and screening programs *Vaccine* 2006;S3:178–86.
13. Goldie S, Diaz M, Constenla D, et al. Mathematical models of cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26S:L59–L72.
14. Andrus JK, Sherris J, Fitzsimmons JW, et al. Introduction of HPV vaccine into developing countries: international strategies for funding and procurement. *Vaccine* 2008; 26S:K87–K92.
15. Andrus JK, Lewis M, Goldie SJ, et al. Human papillomavirus vaccine policy and delivery in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26S:L80–L87.
16. Andrus JK, Toscano C, Lewis M, et al. A model for enhancing evidenced-based capacity to make informed policy decisions on the introduction of new vaccines in the Americas: PAHO's ProVac Initiative. *Public Health Reports* 2007; 122(6):811–16.
17. Perez CA, Grigsby PW, Nene SM, et al. Effect of tumor size on the prognosis of carcinoma of the uterine cervix treated with irradiation alone. *Cancer* 1992; 69(11):2796–806
18. Eifel PJ, Burke TW, Delclos L, et al. Early stage I adenocarcinoma of the uterine cervix: treatment results in patients with tumors less than or equal to 4 cm in diameter. *Gynecological Oncology* 1991; 41(3):199–205.
19. Andrus JK, Fitzsimmons JW. Introduction of new and under-utilized vaccines: sustaining access, disease control, and infrastructure development. *PLoS Medicine* 2005; 2(10):e286.
20. Tambini G, Andrus JK, Fitzsimmons JW, et al. Regional programs for health: immunization as a model for strengthening inter-country cooperation and control of infectious diseases. *Pan American Journal of Public Health* 2006; 20(1):54–59.
21. Ecuador National Institute of Statistics and Census. ENDEMAIN Survey. Ecuador: INEC; 2004.
22. Guatemala National Institute of Statistics. Demographic and Health Survey. Guatemala: INE; 2002.



## مسوح سرطان عنق الرحم باستعمال المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك الخبرة العملية في غانا وتايلاند

هارشاد سانغفي،<sup>(١)</sup> خونينج كوبشيت ليمبافايوم،<sup>(ب)</sup> ماريا بلوتكن،<sup>(ج)</sup> إلين شاربيورات<sup>(د)</sup>  
أيمي كلاين،<sup>(٥)</sup> إنريكييتو لو،<sup>(هـ)</sup> وإشارا إيمراتساميكول،<sup>(و)</sup> بنشبالانوفونغ،<sup>(ز)</sup>  
ترجمة: هشام شتلة

### الملخص:

بدأت تايلاند في عام ٢٠٠٠ وغانا في عام ٢٠٠١ برامج للوقاية من سرطان عنق الرحم يقوم على مقارنة الزيارة الواحدة، تتم فيها المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، وعلاج الإصابات السابقة للسرطن بالتبريد. أدمجت هذه الخدمة ضمن الخدمات القائمة للصحة الإنجابية والتي تقدمها الممرضات المدربات. وحافظ مقدمو الخدمة على مستوى عالٍ من القدرة والأداء، بما في ذلك فترة ما بعد توقف التمويل الخارجي. ففي غانا، كشف التقييم المشترك والمستقل عن مستوى عالٍ من الاتفاق في التشخيص بين مقدمي الخدمة والمدرب المؤهل. وفي تايلاند، ارتبط الأداء العالي الكفاءة بآليات مراقبة الجودة مثل تعليقات الأقران ومراجعة مخططات وإحصائيات الخدمة. ظل أداء مقدمي الخدمة على مستوى عالٍ في كلا البلدين: حيث توفرت ٨٥٪ أو أكثر من معايير الأداء بين ٧٤٪ من مقدمي الخدمة في كلا البلدين. وفي تايلاند اعتمد التحول الناجح للمشروع من مشروع تجريبي إلى برنامج وطني على التزام قوي من الهيئات الصحية الحكومية والمهنيين الصحيين. على النقيض من ذلك في غانا، حال قصور البنية التحتية الصحية وأيضاً عدم توفر الإرادة السياسية دون الارتقاء بالمشروع إلى مستوى برنامج وطني. مع ذلك، تبين هذه الدراسة أن مقارنة الزيارة الواحدة مع المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد أمر ممكن وقابل للاستدامة كبرنامج، ويجب أن يؤخذ في الاعتبار في الاستثمارات الوطنية لمكافحة سرطان عنق الرحم.

- *Cervical cancer screening using visual inspection with acetic acid: Operational Experiences from Ghana and Thailand.*  
Harshad Sanghvi, et al, *Reproductive Health Matters*: 2008;16(32):67–77.

### الكلمات المفتاحية:

سرطان عنق الرحم، المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، مراقبة الجودة، نوعية الرعاية، تدريب مقدمي الخدمة، الارتقاء بالخدمات، غانا، تايلاند

(أ) نائب الرئيس والمدير الطبي، جيبغو، بالتيمور، ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية. البريد الإلكتروني: [hsanghvi@jhpigo.net](mailto:hsanghvi@jhpigo.net)  
(ب) أستاذ زائر، قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب، جامعة شولالونكورن، بانكوك، تايلاند  
(ج) مستشار المراقبة والتقييم، جيبغو، بالتيمور ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية  
(د) مدير برنامج، جيبغو، بالتيمور ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية  
(هـ) مدير، تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، جيبغو، بالتيمور ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية  
(و) مدير، قسم البحث والتطوير، مكتب صحة روي إيه الإقليمي، روي إيه، تايلاند  
(ز) مدير، مستشفى بانكوك، نونكاي، تايلاند

أدخلت "جيببغو" - وهي مؤسسة تنتسب إلى جامعة جونز هوبكنز- وشركاؤها في "التحالف من أجل الوقاية من سرطان عنق الرحم"، بالتعاون مع حكومتي تايلاند وغانا، مقارنة الزيارة الواحدة في غانا وتايلاند كجزء من مشاريع تجريبية أقيمت في الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٤.<sup>(١٤)</sup>

تندر الموارد البشرية والمادية للصحة في غانا، كما أن البنية التحتية سيئة. تفوق المعدلات العامة للإصابة بسرطان عنق الرحم مثلتها في بقية بلدان غرب أفريقيا (١٩.٤ مقابل ٨.٧ لكل ١٠٠,٠٠٠ امرأة).<sup>(١٥)</sup> على النقيض من ذلك، تمر تايلاند بتطور سريع وتتمتع ببنية تحتية صحية قوية نسبياً. كذلك تتمتع تايلاند بنسبة أعلى للإصابة بسرطان عنق الرحم من بقية دول منطقة جنوب شرق آسيا (١٩.٢ مقابل ٩.١٥ لكل ١٠٠,٠٠٠).<sup>(١٦)</sup> ويقدر أن أكثر من ٢,٠٠٠ امرأة غانية و ٦,٢٠٠ امرأة تايلاندية تصبن كل عام بسرطان عنق الرحم.<sup>(١٧,١٨)</sup> ولم تطبق أي من البلدين برنامجاً للمسح الجماعي لسرطان عنق الرحم على نطاق واسع قبل المشاريع التجريبية بالتعاون مع التحالف من أجل الوقاية من سرطان عنق الرحم.

عندما انتهى التمويل الخارجي للمشاريع التجريبية في عام ٢٠٠٤، سعت "جيببغو" إلى تحديد إلى أي درجة حافظت البرامج على جودة الأداء عن طريق قياس: (١) المحافظة على نوعية الخدمات وأداء مقدمي الخدمة في كلا البلدين، (٢) المدى الذي يغطيه المسح في تايلاند.

### المناهج

نتيجة للاختلافات بين غانا وتايلاند في عوامل مثل البنية التحتية الصحية، والموارد المتاحة، والسياسة، واندماج خدمات الوقاية من سرطان عنق الرحم في نظام الصحة العامة، اختلفت أجزاء من منهج الدراسة. لذا، نقدم المناهج والنتائج الخاصة بكل بلد على انفراد.

### تايلاند

كانت المناطق المؤهلة للإدراج في الدراسة هي تلك التي وفرت خدمات الوقاية من سرطان عنق الرحم لمدة

في عام ٢٠٠٢، كان ٨٣٪ من الحالات الجديدة من سرطان عنق الرحم والتي تزيد على ٤٩٣,٠٠٠ حالة، و٨٥٪ من وفيات سرطان عنق الرحم في العالم تحدث في الدول النامية.<sup>(١٩)</sup> هذا العبء الكبير للمرض يعود إلى انعدام أو عدم كفاءة برامج المسوح القائمة على علم الخلايا والتي قللت بشكل ملحوظ من الوفيات نتيجة لسرطان عنق الرحم في الدول المتقدمة. بيد أنه توجد بدائل فعالة وعملية ورخيصة للمسوح.

تمثل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك أحد أكثر البدائل الواعدة للفحص القائم على علم الخلايا. إذ تعد حساسية المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك مكافئة لحساسية مسحة عنق الرحم، أو أفضل منها، وإن كانت أقل منها في الخصوصية.<sup>(٢٠)</sup> إن المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك فعالة في اكتشاف الإصابات السابقة للتسرطن، وتقدم نتائج فورية بحيث يمكن أن تبدأ المرأة العلاج مباشرة أو أن تحال للعلاج<sup>(٢١-٢٢)</sup> باستعمال مقارنة الزيارة الواحدة. وقد أظهرت مشاريع تجريبية في غانا وتايلاند أن هذا المنهج آمن ومقبول ويمكن.<sup>(٢٣,٢٤)</sup> إضافة إلى هذا، تعتبر مقارنة المسوح والعلاج خلال زيارة واحدة أو زيارتين أكثر المقاربات تأثيراً باعتبار التكلفة فيما يتعلق بتخفيض خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم على مدى العمر.<sup>(٢٥)</sup>

توفر الأدلة والمصادر المعترف بها دولياً توجيهاً منهجياً للبرامج الجدية الوقائية من سرطان عنق الرحم باستعمال مقارنة الزيارة الواحدة.<sup>(٢٦,٢٧)</sup> فقد بينت دراسة حديثة هبوطاً ملحوظاً في معدلات الإصابة والوفاة بسرطان عنق الرحم بين السكان بعد سبع سنوات من إجراء دورة واحدة من المسح. بالمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، وخلصت إلى أن "التدريب الجيد والمراقبة المستدامة للجودة" يجب أن يتواجداً من أجل تحقيق مثل هذه النتائج.<sup>(٢٨)</sup> وما من شك أن نظم ضمان التدريب الجيد ومراقبة الجودة حيوية بهذا الخصوص، لكن حتى الآن، لا تتوافر دراسات منشورة عن هذه الأنظمة وتأثيرها على أداء مقدمي الخدمة.

تم التأكد من جودة البيانات في تايلاند عن طريق مستشار لمراقبة الجودة، والادخال المزدوج للبيانات، وزيارتي متابعة من قبل ممثل عن مؤسسة بل وميلندا جيتس، التي قدمت اقتراحات إضافية لتقوية أنظمة جودة البيانات. تم تحليل بيانات معايير الأداء باستعمال برنامج إحصائي لتحليل البيانات في مجال العلوم الاجتماعية (SPSS)، الطبعة ١٥. استخدم إحصاء "كاي تربيع" أو اختبار "فيشر" الدقيق لمقارنة المجموعات أينما كان ذلك ملائماً. جاءت البيانات الخاصة بمدى تغطية المسح في تايلاند من "نظام المعلومات عن المراحل المبكرة من سرطان عنق الرحم في تايلاند مع إجراء تحليل ثانوي باستعمال برنامج مايكروسوفت إكسل. تولى الإشراف الأخلاقي على العمل مجلس مراجعة المؤسسات الغربية ولجنة المراجعة الأخلاقية للبحوث على البشر في وزارة الصحة العامة التايلاندية.

## غانا

شملت الدراسة في غانا كل الممرضات اللاتي كن تقدمن خدمات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك في المنشآت الثلاث التي تطبق فيها مقارنة الزيارة الواحدة وعددهن ١٣ ممرضة. كانت هناك ست مقدمات للخدمة في مستشفى "ريدج"، وأربع في مستشفى "كوماسي الجنوبية"، وثلاث في مركز "أماسامان" الصحي. تسع من الممرضات دربن في عام ٢٠٠١، وأربع دربن في عام ٢٠٠٤.

تكون فريق البحث الغاني من ممرضة وطبيب، وتمتع كلاهما بخبرة العمل أكثر من خمس سنوات في مقارنة الزيارة الواحدة، وكانا في الوقت نفسه مدربين مؤهلان. وقد شارك الفريق في تدريب مقدمي الخدمة الذين كانوا يساعدونهم؛ لم يكن هناك مجال لتجنب ذلك بسبب العدد المحدود جداً للمدربين المؤهلين المتوفرين في البلاد.

قابل فريق البحث مقدمي الخدمة واستعمل قائمة تدقيق من معايير الأداء لمراقبة مقدمي خدمة المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد.

سنة أشهر على الأقل بداية من ديسمبر ٢٠٠٥. اختيرت أربع وخمسون منطقة من بين ٨٣ منطقة مؤهلة في تسعة أقاليم في البلد، باستعمال منهجية العينة العشوائية المنتظمة، وفقاً للفترة الزمنية التي قدمت خلالها الخدمات. اختيرت الفترة الزمنية كعامل محدد لأنها تعبر عن "أجيال" من مقدمي الخدمة الذين تم تدريبهم. استبعدت فيما بعد منطقتان من العينة نظراً لإجراء اختبار أسلوب الدراسة فيهما. وسقطت ثلاث مناطق أخرى من الدراسة؛ اثنتان توقفتا عن تقديم خدمات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، ورفض مدير أحد المستشفيات في المنطقة الثالثة المشاركة. في المناطق المتبقية (٤٩) التي شاركت حتى نهاية الدراسة، تمت زيارة ٦٦ منشأة صحية (بما في ذلك كل مستشفيات المناطق)، وأدرج في عينة البحث كل مقدمي الخدمة المشاركين بشكل نشط في تقديم الخدمات الوقائية من سرطان عنق الرحم ( $\Omega = 113$ ).

اختيرت ١٠ ممرضات -ممن لديهن خبرة ٣-٥ سنوات في إجراء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد، وجميعهن مدربات في البرنامج الوطني للعمل -كباحثات مساعدات للقيام بجمع البيانات. وخضعن للتدريب على نظام البحث وأكملن دورة مدتها ثلاثة أيام لتوحيد مهاراتهم. قابلت الباحثات المساعدات مقدمي الخدمة والمشرفين عليهم، واستعملن قائمة تدقيق لمعايير الأداء لمراقبة أداء مقدمي خدمة المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد. تضمنت قوائم التدقيق، التي استندت إلى البرنامج التدريبي الوطني، كل المهام الضرورية لتقديم المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد بشكل سليم، والتي درب كل مقدمي الخدمة طبقاً لمعايير الأداء تلك.

تم حساب مدى تغطية المسح باستعمال "نظام المعلومات عن المراحل المبكرة من سرطان عنق الرحم في تايلاند"، والذي يجمع المعلومات الصحية الروتينية عن المسح والعلاج باستخدام المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك.

## النتائج

### أداء مقدمي الخدمة والمحافظة على الجودة

قيم أداء مقدمي الخدمة في تايلاند وغانا باستعمال معايير الأداء الخاصة بالمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد. كان لزاماً أن تؤدي كل المهام الخاصة بكل معيار أداءً صحيحاً قبل أن يعد أنه استوفى المعيار. إذا تم استيفاء ١٠٠٪ من المعايير يعد مقدم الخدمة مثالياً، وإذا تم استيفاء ٨٥٪ من المعايير، يعتبر مقدم الخدمة شبه مثالي. في تايلاند، حقق ٣٥٪ من مقدمي الخدمة نتيجة مثالي، وحقق ٣٦٪ نتيجة شبه مثالي. كان أداء مقدمي الخدمة في غانا على مستوى أعلى، حيث حقق ٨٥٪ منهم نتيجة مثالي، وحقق الباقيون، ١٥٪، نتيجة شبه مثالي.

### تايلاند

يبين الجدول ٢ والجدول ٣ كيفية أداء مقدمي الخدمة في تايلاند بالنسبة لكل معيار. كان أدنى إنجاز في الجوانب غير الإكلينيكية (٥٠٪) وكان يتعلق بالاحترام. ويعتقد أن هذا الإنجاز المتدني كان نتيجة لأن السماح للآخرين بالمشاركة في اتخاذ القرارات لم يكن متوافقاً مع تواتر تقديم الخدمة، والتركيز على "الفحص والعلاج". كانت المعايير التي تحققت فيما يتعلق باتخاذ القرارات الإكلينيكية والتعامل مع الحالات عالية جداً بوجه عام. وكان أقل المعايير الإكلينيكية هو المتعلق بما قبل المعاينة البصرية، رغم أن ٨٠٪ من مقدمي الخدمة قد استوفوا ذلك المعيار.

يتعلم مقدمو الخدمة والمشرفون أثناء تدريبهم، عدداً من الإستراتيجيات المعززة للأداء، مثل التقييم المشترك، وتعليقات الأقران، واستعمال مساعدات العمل ... إلخ. من بين مدى متنوع من آليات مراقبة الجودة التي حددها مقدمو الخدمة، ظهرت عدة آليات لمراقبة الجودة لها تأثير مهم على أدائهم.

كانت قائمة التدقيق بالضرورة هي نفسها المستخدمة في تايلاند، لكن فريقاً من الخبراء الغانيين عدلوا بعض الشيء لتستعمل في غانا. لم تجر مقابلات مع المشرفين في غانا لأنهم لم يدرّبوا أو يدعّموا للقيام بالإشراف على خدمات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد.

أتاح العدد الصغير لمقدمي الخدمة في غانا التحقق من تشخيص مقدمي الخدمة والقرارات الخاصة بالتعامل مع حالات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، عبر التقييم المستقل لحالة المريضات (١٥ - ٢٥ امرأة) لكل مقدم خدمة. قامت كل من مقدمة الخدمة والممرضة المدربة المؤهلة بفحص النساء وتوصلتا إلى استنتاجات مستقلة فيما يخص التشخيص والقرارات المتعلقة بكيفية التعامل مع الحالة بالنسبة لكل امرأة. وكان قرار الممرضة المدربة هو المعيار المرجعي. حللت البيانات باستعمال مقياس "كابا" لتحديد مستوى الاتفاق.\*

حللت بيانات معايير الأداء في غانا باستعمال البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية - النسخة ١٥. كما استخدم إحصاء "كاي" تربيع واختبار "فيشر الدقيق" للمقارنة بين المجموعات، حيثما كان ذلك ملائماً. أُجري تحليل كابا للتقييم المشترك بواسطة برنامج SAS - النسخة ٩,١. في غانا، تنازلت لجنة المراجعة المؤسساتية لكلية العلوم الطبية في جامعة كوماسي عن الإشراف الأخلاقي إلى مجلس مراجعة المؤسسات الغربية. تم الحصول على الموافقة المستنيرة من كل مقدمي الخدمة قبل البدء في المقابلات أو المراقبة.

جمعت البيانات في الفترة من ديسمبر ٢٠٠٥ حتى مارس ٢٠٠٦ في تايلاند، ومن أبريل حتى ديسمبر ٢٠٠٦ في غانا. يبين الجدول ١ ملخصاً لمصادر البيانات في كلا البلدين.

\* يستخدم مقياس كابا لتبيان الاتفاق النسبي بين المراقبين (رجاء مراجعة قائمة المصطلحات في العدد ١٣ من الطبعة العربية).

## جدول ١: ملخص مصادر البيانات المستعملة في غانا وتايلاند

مصدر البيانات	الوصف	عدد من فحوصا / استجابوا
استبيان مقدم الخدمة	مقابلة بالتركيز على آليات مراقبة الجودة	غانا ١٣ تايلاند ١٠١
استبيان المشرف	مقابلة بالتركيز على آليات مراقبة الجودة	غير متوفر ٥١
تقييم مشترك مستقل للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك	مراقبة مؤدية إلى تقييم مشترك ومستقل	غير متوفر ٢٨٨
قائمة تدقيق لمعايير الأداء بالنسبة للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك	مراقبة باستخدام قائمة تدقيق للمهام الضرورية للتقديم الصحيح للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك	١١٣
قائمة تدقيق لمعايير الأداء بالنسبة للعلاج بالتبريد	مراقبة (كما في المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك)	٩ ب
نظام للمعلومات عن حالات ما قبل التسرطن في عنق الرحم	استعراض السجلات	غير متوفر ٢٩٤،٤٩٧ سجلا (حتى ديسمبر ٢٠٠٦)

أ - رغم أن ١١٣ ممن مقدمي الخدمة روقبوا، تمت مقابلة ١٠١ فقط منهم.  
ب - روقب عدد اقل من مقدمي الخدمة لأن عدداً أقل من النساء طلبن العلاج بالتبريد.

بالنسبة للتشخيص الخاص بإصابة عنق الرحم وقرارات التعامل مع الحالة، كان هناك مستوى عالٍ من الاتفاق في التشخيص بين تقديرات مقدمي الخدمة وتقديرات المديرية المؤهلة. تراوح مقياس "كابا" بين ٠،٨٢ - ١. حتى أقل الأرقام وقعت بين الفئة التي سماها "لاندس" و"كوخ" شبه مثالية<sup>(١٧)</sup>.

### مدى تغطية المسوح

#### تايلاند

قبل ٢٠٠٠، كانت برامج الفحص الجماعي لسرطان عنق الرحم غير منظمة في تايلاند. في ٢٠٠٣، كان أمام السلطات الصحية الإقليمية عدة خيارات: أن تطبق المسح لسرطان عنق الرحم بالمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك فقط، أو المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك ومسحة عنق الرحم، أو مسحة عنق الرحم فقط.\* في نهاية عام ٢٠٠٦، اختارت ١٥ محافظة من إجمالي ٧٥ محافظة في تايلاند تطبيق برامج الزيارة الواحدة، وقد لحقت بها أربع محافظات إضافية؛ لكن الأخيرة لم تدرج في هذه

يبين الجدول ٤ ثلاث آليات لمراقبة الجودة بدا أنها ضمن تلك العوامل التي دفعت الأداء شبه المثالي إلى أن يصبح أداء مثالياً. وقد كانت إدارية أكثر منها سريرية في طبيعتها. توحى النتائج أن الإشراف الداعم ومساعدتي العمل قد يكون لهما تأثير أيضاً على الأداء العالي في تايلاند.

#### غانا

يبين الجدول ٥ أداء مقدمي الخدمة الغانيين بالنسبة لكل معيار. لوحظ كما في تايلاند، أن الإنجاز الأدنى في غانا (٧٧٪) كان في معيار ما قبل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، وذلك فيما يخص الاحترام.

تم تقييم أداء مشترك لمقدم الخدمة في كل من المواقع الثلاثة في غانا بواسطة مدرب مؤهل. قورنت النتائج وقيس مستوى الاتفاق بين التقديرين. يبين الجدول ٦ مستوى الاتفاق الذي بينته إحصائية "كابا" لكل منشأة، ولكل المنشآت مجتمعة. بوجه عام، كلما اقتربت كابا من ١، كلما زاد مستوى الاتفاق.

\* يوفر برنامج المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك مسحة عنق الرحم إلى حد ما، لأنه طبقاً للسياسة الوطنية التايلاندية، يجب إجراء مسحة عنق الرحم إذا لم يمكن رؤية الوصلة الحشائية الاسطوانية.

المراحل المبكرة من سرطان عنق الرحم بتسجيل الاحصاءات المتعلقة بخدمات المناطق خلال ٢ - ٤ سنوات\*. بيد أن تقارير المناطق ليست كلها على الدرجة نفسها من الاتساق والاكتمال مما يجعل نظام المعلومات عن المراحل المبكرة من سرطان عنق الرحم مفيداً، ولكن ليس أكيداً.

الدراسة لعدم توفر بيانات كاملة عنها في نظام معلومات المراحل المبكرة لسرطان عنق الرحم.

في إطار هدف قياس كل إنجازات البرنامج الوطني للوقاية من سرطان عنق الرحم القائم على المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك؛ يقوم نظام معلومات

## جدول ٢: النسبة المئوية التي لبت معايير أداء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، تايلاند

مقاييس ومعايير للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك أ	% (n=113)	مقاييس ومعايير للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك أ	% (n=113)
مهارات المشورة الفعالة:	٩٠,٣%	وضع حامض الخليك:	٩٣,٨%
تحية المرأة باحترام		وضع حامض الخليك المخفف باستعمال كرات قطن	
الاستماع إلى المرأة بشكل نشط		راقب عنق الرحم لدقيقة واحدة وسجل التغييرات	
الإجابة عن الأسئلة بصورة مباشرة		أزل حامض الخليك لعنق الرحم والمهبل باستعمال كرات قطن جديدة	
مساعدة المرأة في اتخاذ قرارها الخاص			
		ما بعد المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك مهام الوقاية من العدوى:	٩٢,٠%
الاحترام:	٥٠,٤%	انزع القفازات بخلعها مع قلبها	
التأكيد للمرأة أن معلوماتها سرية		تخلص من القفازات بوضعها في حاوية لا تسرب أو كيس بلاستيكي	
احترام رأي المرأة في أشراك شخص آخر في اتخاذ القرار		اغسل اليدين جيداً بالصابون والماء أو دلکہما بالكحول وجففهما بقماش نظيف أو الهواء الجاف	
		نصح ما بعد المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك (كل النساء):	٩٥,٥%
تأكيد خصوصية المرأة:	٩٣,٨%	اطلب من المرأة أن ترتدي ملابسها	
استخدام منطقة منفصلة وخاصة		اخبر المرأة بنتيجتها	
إغلاق الستائر عند خلع المرأة ملابسها، وإدارة منضدة العلاج بحيث لا تتجه الأقدام ناحية مكان الجلوس العام		سجل نتيجة اختبار المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك في الكتيب الصحي للمرأة وفي السجل	
استعمال الأغطية لتغطية المرأة أثناء الفحص			

\* المعلومات المحدودة المتعلقة بمسحة عنق الرحم (عدد النساء) تم ادماجها مؤخراً في نظام معلومات المراحل المبكرة لسرطان عنق الرحم بالإضافة إلى معلومات أكثر تفصيلاً متعلقة بمقارنة الفحص البصري باستخدام حمض الخليك.

		المشورة ما بعد الاختبار (طبقاً للنتيجة)	٩٦,٤%
	• نتيجة سلبية		
	ناقش مع امرأة نتيجتها ومردودها على صحتها الإنجابية	المشورة قبل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك:	٧٩,٣%
	انصح المرأة بالعودة لتكرار الاختبار بعد ٥ سنوات	شرح كيفية أداء فحص الحوض	
	قدم لها تعليمات زيارة المتابعة	شرح كيف يقي اختبار المعاينة البصرية والعلاج من سرطان عنق الرحم	
	• نتيجة إيجابية		
	ناقش مع المرأة نتيجتها ومردودها على صحتها الإنجابية	سؤال المرأة إذا اختارت الخضوع للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، عما إذا كانت لديها أي أسئلة عن الاختبار	
	شجع المرأة على طرح الأسئلة ومناقشة حالتها		
	إذا كانت المرأة مؤهلة للعلاج بالتبريد، سل إذا كانت حبلية	التحضير من أجل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك	
	اطلب من المرأة الموافقة على الخضوع للعلاج	اطلب من المرأة غسل المنطقة التناسلية وإفراغ المثانة البولية	٨٧,٦%
		اغسل اليدين جيداً بالصابون والماء أو دلكهما بالكحول وتجفيفهم بقماش نظيف أو الهواء الجاف	
	التوثيق:	ارتد قفازات فحص جديدة	٩٨,١%
	استكمل كل العناصر المطلوبة في المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك و/ أو سجل العلاج بالتبريد		
	وثق آفات عنق الرحم على خريطة عنق الرحم	الفحص ما-قبل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك	٧٩,٦%
	وثق المتابعة التي أوصي بها	فحص الأعضاء التناسلية الخارجية وتفقد فتحة الإحليل بحثاً عن إفرازات	
		تلمس غدتي سكين وبارثولين	
		المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك	١٠٠%
		وضع منظار الفحص المهبلية، وضبطه ليكون عنق الرحم بالكامل مرئياً	
		فحص عنق الرحم (التهاب عنق الرحم، شتر عنق الرحم الخارجي، أكياس نابوثيان، قرح)	

- (أ) حررت المعايير لكي تكون مختصرة.  
(ب) روقب ١١١ مقدماً للخدمة فقط يجرون هذا المعيار.  
(ج) روقب ١١٢ مقدماً للخدمة فقط يجرون هذا المعيار.  
(د) روقب ١٠٦ مقدمين للخدمة فقط يجرون هذا المعيار.

### جدول ٣: النسبة المئوية التي استوفت معايير أداء العلاج بالتبريد، تايلاند

مقاييس ومعايير العلاج بالتبريد	% (n=76)	مقاييس ومعايير العلاج بالتبريد	% (n=76)
تفصيل خيارات العلاج:	٨٢,٩%	العلاج بالتبريد (خطوة ٣):	٩٧,٤%
اشرح سبب التوصية بالعلاج؛ صف الإجراء		انتظر ٥ دقائق؛ كرر الإجراء	
صف مزايا وفعالية العلاج بالتبريد		انزع منظار المهبل؛ وضعه في محلول كلور	
		٠,٥٪ لمدة ١٠ دقائق	
اشرح الآثار الجانبية المحتملة وتأكد من فهم المرأة			
تأكد من الموافقة على العلاج		مهام الوقاية من العدوى ما بعد العلاج	٨٦,٨%
		بالتبريد:	
		انزع القفازات بخلعها مع قلبها	
الاستعداد للعلاج بالتبريد:	٩٢,١%	تخلص من القفازات بوضعها في حاوية لا	
		تسرب أو كيس بلاستيكي	
تأكد من فتح خزان ثاني أكسيد الكربون وأن مؤشر		اغسل اليدين جيدا بالصابون والماء أو دلكهما	
المقياس يشير إلى ٤٠-٧٠ كيلوجرام / سنتيمتر		بالكحول وجففهما بقماش نظيف أو الهواء	
مربع		الجاف	
ضع الطرف العالي التعقيم في مسدس التبريد			
		إزالة تلوث الآلات:	٩٠,٨%
العلاج بالتبريد (الخطوة ١):	٩٧,٤%	ضع آلات في دلو إزالة التلوث بعد الاستعمال	
		فورا	
ادخل المنظار المهبلي وأظهر عنق الرحم بالكامل		اترك الآلات في دلو إزالة التلوث لمدة ١٠	
		دقائق	
		انقل الآلات إلى دلو به ماء وصابون؛ نظفها	
العلاج بالتبريد (الخطوة ٢):	٨٨,٢%	استعمال مطهر لمسح الجسم الرئيسي لمسدس	
		التبريد	
تأكد من عمل مسدس التبريد بالضغط على زر		أزل وطهر طرف التبريد	
التجميد لثانية واحدة، ثم على زر الإذابة لثانية			
واحدة			
ضع طرف التبريد على عنق الرحم			
برد عنق الرحم لمدة ٣ دقائق		تخزين الآلات المعدنية العالية التطهير	٩٣,٤%
بعد ٣ دقائق، انتظر إذابة طرف التبريد		خزن الآلات فورا في حاوية مغطاة عالية	
		التعقيم	

جدول ٤: طرق الرقابة على الجودة بين مقدمي الخدمة الذين حصلوا على تقدير مثالي في معايير الأداء في تايلاند

قيمة p	مقدمو الخدمة الذين لم يحصلوا على تقييم مثالي (n=٦٢)	مقدمو الخدمة الحاصلون على تقييم مثالي (n=٣٧)	طريقة مراقبة الجودة المستخدمة	طريقة مراقبة الجودة
٠,٠٩٠	١٠ (٪١٦,١) ٥٢ (٪٨٣,٩)	١١ (٪٢٩,٧) ٢٦ (٪٧٠,٣)	نعم لا	إجراء مقابلة عند الخروج مع النساء: تقديم نماذج استطلاع الرأي إلى النساء في منطقة الانتظار
٠,٠٠٦	١٥ (٪٢٤,٢) ٤٧ (٪٧٥,٨)	١٩ (٪٥١,٤) ١٨ (٪٤٨,٦)	نعم لا	مراجعة التقارير أو ملفات النساء أو إحصائيات الخدمة
٠,٠٤٩	٦ (٪٩,٧) ٥٦ (٪٩٠,٣)	٩ (٪٢٤,٣) ٢٨ (٪٧٥,٧)	نعم لا	جمع معلومات عن تصورات المجتمع للخدمات

جدول ٥: النسبة المئوية التي استوفت معايير أداء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد، غانا أ

مقاييس المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك (n=١٣)	
٪٩٢,٣	مهارات النصح الفعالة
٪٧٦,٩	الاحترام
٪٨٤,٦	تأكيد خصوصية المرأة
٪٩٢,٣	النصح قبل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك
٪٩١,٧	الإعداد من أجل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك
٪١٠٠,٠	الفحص ما-قبل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك
٪٩٢,٣	الفحص من أجل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك
٪٩٢,٣	وضع حامض الخليك
٪٩٢,٣	ما بعد المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك مهام الوقاية من العدوى
٪٩٢,٣	نصح ما بعد المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك (كل النساء)
٪٩٢,٣	ما بعد الاختبار (طبقاً للنتيجة)
٪٩٢,٣	التوثيق
مقاييس العلاج بالتبريد (n=٩)	
٪١٠٠,٠	تفصيل خيارات العلاج
٪٨٨,٩	الاستعداد للعلاج بالتبريد
٪١٠٠,٠	العلاج بالتبريد (الخطوة ١)
٪٨٨,٩	العلاج بالتبريد (الخطوة ٢)
٪١٠٠,٠	العلاج بالتبريد (خطوة ٣)
٪٨٨,٩	مهام الوقاية من العدوى ما بعد العلاج بالتبريد
٪١٠٠,٠	المشورة ما بعد العلاج بالتبريد
٪٨٨,٩	إزالة تلوث الآلات
٪٨٨,٩	خزير الآلات المعدنية العالية التطهير

(أ) انظر الجدولين ٢ و ٣ من أجل المعايير الخاصة بكل مقياس للأداء.  
(ب) روقب ١٢ مقدماً للخدمة فقط أثناء إجراء هذا المعيار.

**جدول ٦: مستوى الاتفاق على تفسير المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك وقرارات التعامل مع الحالات، غانا**

الموقع	كابا (معدل ثقة ٩٥٪) بالنسبة لتفسير المعاينة البصرية بحامض الخليك	كابا (معدل ثقة ٩٥٪) بالنسبة لقرارات التعامل مع الحالات
مستشفى ريدج (٦ مقدمين للخدمة، ١٤٨ امرأة)	٠.٨٩ (١.٠٠-٠.٧٦)	٠.٩١ (١.٠٠-٠.٨١)
مركز أماسامان الصحي (٣ مقدمين للخدمة، ٧٥ امرأة)	٠.٨٢ (١.٠٠-٠.٥٨)	١.٠٠ (١.٠٠-١.٠٠)
مستشفى جنوب كوماسي (٤ مقدمين للخدمة، ٦٥ امرأة)	٠.٨٨ (١.٠٠-٠.٦٥)	٠.٨٢ (١.٠٠-٠.٥٨)
الاتفاق العام (١٣ مقدماً للخدمة، ٢٨٨ امرأة)	٠.٨٧ (٩٧.٠٠-٠.٧٧)	٠.٩٢ (١.٠٠-٠.٨٥)

نظام معلومات عن المراحل المبكرة من سرطان عنق الرحم، بالإضافة إلى معلومات أكثر تفصيلاً عن المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك.

### غانا

لم يتم حساب التغطية في غانا لعدم توفر المعلومات الدقيقة حول السكان المستهدفين. بيد أن مراجعة السجلات في منشآت الصحة الغانية الثلاث بينت أن أكثر من ١٩,٠٠٠ امرأة فحصن بواسطة ١٣ مقدماً خدمة في الفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٦.

### العودة للزيارة

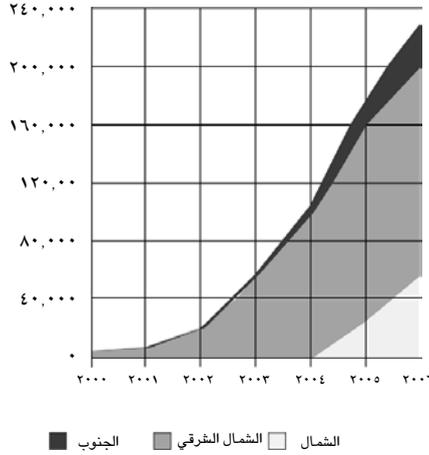
#### تايلاند

طبقاً للسياسة التايلاندية، تنصح النساء اللواتي جاءت نتائج المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك الخاصة بهن سلبية، بالعودة بعد خمس سنوات لإعادة الفحص، أما النساء اللواتي جاءت نتائج المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك الخاصة بهن إيجابية، وخضعن للعلاج بالتبريد، فينصحن بالعودة بعد عام. روجعت بيانات نظام المعلومات عن المراحل المبكرة من سرطان عنق الرحم في مقاطعة "روي" إيه (المقاطعة التي طبقت المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك لأطول فترة) لمعرفة عدد النساء اللاتي عدن للمتابعة. ورغم أنه لم يتم تحليل الوقت الذي مر قبل عودة النساء، عادت ما يقرب ٨,٠٠٠ امرأة لزيارة

ووفقاً للمعلومات المتاحة عن الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠٠٦: فقد تم (أ) تدريب ٤٥٠ من مقدمي الخدمة و٧٧ مدرباً في المحافظات التي تبنت مقاربة المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، (ب) إجراء ٢٩٤,٤٩٧ معاينة بصرية باستعمال حامض الخليك، (ج) فحص ٢٣٣,٠٨٢ امرأة مرة واحدة على الأقل؛ بمتوسط ٢٢٧ امرأة في السنة (إضافة إلى كل الخدمات المعتادة الأخرى). في الأقاليم التي تضمنها نظام المعلومات عن المراحل المبكرة من سرطان عنق الرحم، فحص مقدمو الخدمة ١٠-٤٥٪ من النساء المؤهلات للفحص بالمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، بمعدل تغطية ٢٥٪. وفي بعض المناطق، وصلت النسبة إلى ٧٠٪ من النساء المؤهلات، وكانت أعلى نسبة تغطية في منطقة بون ساي في محافظة روي إيه، حيث أدخلت المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك في مارس ٢٠٠٢.

يظهر شكل رقم ١ العدد التراكمي للنساء اللواتي فحصن بالمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك في الفترة ٢٠٠٢ - ٢٠٠٦ في الأقاليم التايلاندية الخمسة عشر. تعرف التغطية التراكمية بأنها النسبة المئوية من النساء المؤهلات للخضوع للاختبار واللواتي فحصن بالمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، إلى العدد الكلي للنساء المؤهلات في الإقليم. تم مؤخراً إدخال معلومات محدودة (إحصاء عددي بسيط للنساء) عن مسحة عنق الرحم إلى

شكل ١: العدد التراكمي للنساء اللواتى فحصن بواسطة المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك فى الفترة من عام ٢٠٠٢ الى عام ٢٠٠٦ فى الاقاليم التايلاندية الخمسة عشر



تعرف التغطية التراكمية بانها النسبة المئوية من النساء المؤهلات للخضوع للاختبار واللواتى فحصن باستخدام المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك ، الى العدد الكلى للنساء المؤهلات فى الاقليم.

مقدمي الخدمة فى كل من غانا وتاييلاند: حقق ٧٤٪ فى المتوسط من مقدمي الخدمة من كلا البلدين نسبة ٨٥٪ أو أكثر من معايير الأداء. حقق مقدمو الخدمة فى غانا، فى المتوسط، مستوى يكاد يكون مثاليا من الاتفاق مع المدرب المؤهل فيما يتصل بالتشخيص. كان هذا حقيقياً سواء فى حالة مقدمى الخدمة الذين دربوا منذ ما يصل إلى سبع سنوات قبل التقييم، أو فى حالة الجيل الثانى من المدربين، بمعنى آخر، الذين دربوا على يد مدربين وطنيين بدلا من مدربي البرنامج الأصلي.

المتابعة بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٠٦ (أى بعد ٥-٦ سنوات من بدء البرنامج). وقد زادت نسبة النساء العائدات لزيارة المتابعة (من كل النساء فى إقليم روي إيه) زيادة مطردة من ٠,٣٪ عام ٢٠٠٠، إلى ٤٩,٣٪ فى عام ٢٠٠٦.

هناك دراسة تجرى حاليا لتتبع النتائج الإكلينيكية للمجموعة الأصلية من النساء اللواتى فحصن فى إقليم روي إيه وتقديم المزيد من المعلومات عن النتائج الصحية لزيارات المتابعة وتوقيتها.

### المناقشة

كانت أكثر حالات الأداء ضعفاً هى المتعلقة بتقديم المشورة، وليس الجوانب المتعلقة بالأداء السريري (الكلينيكي)، ولم يكن من المحتمل أن تؤدي إلى خطأ فى التشخيص أو العلاج غير الكامل للنساء. بيد أن مهارات المشورة مهمة لضمان الحصول على الموافقة على بيئة بخصوص العلاج بالتبريد، وعودة النساء للمتابعة والخدمات الرئيسية الأخرى. هذه النتائج تشير إلى الحاجة إلى زيادة التأكيد على التدريب على المشورة، خاصة فى تاييلاند.

من المؤكد أن مقارنة الزيارة الواحدة للوقاية الثانوية من سرطان عنق الرحم تدخل قليل التكلفة، وفعال بالنسبة لتكلفته، يفيد النساء فرادى، ويحسن نتائج الصحة العامة. تقدم هذه الدراسة رؤية مهمة فى المحافظة على الجودة فى اثنتين من مثل تلك البرامج.

تمت المحافظة على استمرارية المستوى العالى لأداء



مرضات ممن يقدمن خدمات الفحص الجماعي لسرطان عنق الرحم بطريقة المعاينة البصرية باستخدام حمض الخليك، غانا، تايلاند ٢٠٠٦.

فحص البرنامج في تايلاند حوالي ٢٥٠,٠٠٠ امرأة مؤهلة باستعمال المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك بدءاً من يونيو ٢٠٠٧. تقترب بعض المناطق التي وفرت الخدمات لعدة سنوات من مستوى التغطية (٧٠-٧٥٪) المطلوب لخفض معدل الوفاة بسبب السرطان. هذه المستويات العالية للتغطية تستحق التنويه، أخذاً في الاعتبار أنه في عام ٢٠٠٣، كان المعدل السنوي للتغطية الوطنية في تايلاند باستخدام فحص الخلايا ٥٪ فقط.<sup>(٤)</sup>

لقد أصبح مسح سرطان عنق الرحم مدمجاً تماماً في النشاطات اليومية لمرضات القطاع الحكومي في كلا البلدين؛ رغم عدم وجود موارد بشرية إضافية لهذا الغرض. إن العدد الكبير للنساء التايلانديات العائدات لزيارة المتابعة مشجع في كونه يبين مستواً عالياً من الالتزام،

إن الإنجاز العالي في أداء مقدمي الخدمة مهم للتوسع في برامج الفحص الجماعي من أجل سرطان عنق الرحم وعلاجه بالمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك. ويمكن التغلب على التفاوت الفردي للظاهر للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك بالمنهج التدريبي العالي الجودة، القائم على الكفاءة، والذي استخدم مع العديد من مقدمي الخدمة الغانيين والتايلانديين. ولتكميل ودعم مقدمي الخدمة بعد التدريب، يمكن لطرق مراقبة الجودة، مثل إجراء المقابلات مع النساء عند الخروج أو مراجعة إحصائيات الخدمة، أن تحفز الأداء وتحافظ عليه. كما يوصى بإجراء تقييم مشترك مستقل مرة في العام على الأقل، إضافة إلى الاستعمال المتكرر لقائمة من معايير الأداء للتدقيق كأداة إشرافية، وذلك للمحافظة على الأداء العالي.

خاصة بذلك، وغياب الوعي بين المجتمعات بسرطان عنق الرحم وكيفية الوقاية منه، وغياب مقدمي الخدمة المهرة. حتى تحقق تقدماً، يجب على غانا أن تضع برنامجاً وطنياً للوقاية من سرطان عنق الرحم، وأن تطبق برنامجاً تدريبياً في البلاد لزيادة عدد مقدمي الخدمة المهرة، وتطور مواقع جديدة لزيادة الوصول والتغطية، وتحسن التواصل حتى يمكنها أن تزيد الطلب على الخدمة في المجتمع.

يوتق هذا البحث أكبر تطبيق -حتى الآن- لمقاربة الزيارة الواحدة لإجراء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والعلاج بالتبريد. وقد تبين أن مثل هذه المقاربة ممكنة وقابلة للاستدامة على المستوى البرنامجي، ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في الاستثمارات الوطنية لمكافحة سرطان عنق الرحم.

### شكر

نقدم وافر تقديرنا لاسهامات سيدني أداوفوه، وسيلفيا دجانس وأودو أمانكواه في دعم الدراسة في غانا، ود. نانقا أوماكول مدير مكتب المشورة التقنية في وزارة الصحة التايلاندية، لدعمهم ليس فقط للدراسة بل وكذلك لبرنامج مناهضة سرطان عنق الرحم في تايلاند. الشكر أيضاً لجون ماجرات لمساعدته في التحليل الاحصائي، وميليسا ماكورميك لمساعدتها في التحرير. وأخيراً نشكر مؤسسة بيل وميليندا جيتس للمنحة التي قدمتها لهذا العمل من خلال التحالف من أجل سرطان عنق الرحم.

وهي سمة مهمة من سمات التوسع في البرنامج. قد يحدث أو لا يحدث هذا في برامج البلاد الأخرى.

يمكن للنتائج التي تحققت والدروس التي تم تعلمها في تايلاند وغانا أن تصبح كدليل للبلدان الأخرى ذات الموارد القليلة. اعتمد التحول الناجح من مشروع تجريبي إلى برنامج وطني في تايلاند على التزام قوي من إدارة الصحة، ووزارة الصحة العامة، والكلية الملكية التايلاندية لأخصائيي الولادة وأمراض النساء، والمدرسين الأساسيين والمشرفين والمنفذين. وقد استفاد البرنامج أيضاً من وجود كل المكونات الضرورية: الدعوة وتطوير السياسة، التدريب القائم على الكفاءة، توفر الأجهزة والمعدات، نظم ملائمة لتقديم الخدمة وإحالة الحالات، نظم مناسبة لإدارة المعلومات، التواصل مع المجتمع وتثقيفه. السياسة الوطنية الحالية في تايلاند هي استخدام المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك للنساء في سن ٣٠ - ٤٥ عاماً والفحص الجماعي الخلوي المنتظم للنساء في سن ٤٥ - ٦٠ عاماً، مع دعم نظام الإحالة من قبل المكتب الوطني للأمن الصحي.

على النقيض من ذلك، حال انعدام البنية التحتية الصحية والإرادة السياسية في غانا دون التوسع إلى مستوى برنامج وطني. تتضمن التحديات الخاصة في غانا الأولوية المنخفضة للوقاية من سرطان عنق الرحم، وغياب برنامج وطني شامل على الرغم من وجود سياسة

### المراجع:

1. Parkin MD, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer Journal for Clinicians 2005; 55(2): 74-108.
2. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, et al. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005; 89(Suppl 2):S4-S12.
3. Shastri SS, Dinshaw K, Amin G, et al. Concurrent evaluation of visual, cytological and HPV testing as screening methods for the early detection of cervical neoplasia in Mumbai, India. Bulletin of World Health Organization 2005; 83(3): 186-94.
4. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists/ JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. Lancet 2003; 361(9360): 814-20.
5. Denny L, Kuhn L, Pollack A, et al. Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. Cancer 2000; 89(4): 826-33.
6. Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, et al. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001; 98(3):441-44.

7. Arbyn M, Gaffikin L, Sankaranarayanan R, et al. Assessment of innovative approaches to cervical cancer screening, follow-up and treatment of screen-detected cervical lesions in developing countries: a pooled analysis of ACCP trial results. Seattle: PATH/IPH, 2005.
8. Gaffikin L, Lauterback M, Blumenthal P. Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: a qualitative summary of evidence to date. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2003; 58(8): 543–50.
9. Blumenthal PD, Gaffikin L, Deganus S, et al. Cervical cancer prevention: safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach in Accra, Ghana. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 196: 407.e1–407e9.
10. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening in five developing countries. *New England Journal of Medicine* 2005; 353(20):2158–68.
11. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle: ACCP, 2004
12. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2002.
13. Sankaranarayanan R, Esmy PO, Rajkumar R, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet* 2007;370(9585): 398–406.
14. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Conclusions from ACCP clinical research in developing countries. Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. At: <[www.path.org/files/RH\\_conclusions.pdf](http://www.path.org/files/RH_conclusions.pdf)>. Accessed 8 February 2008
15. WHO, Institut Catala d'Oncologia. Human Papillomavirus and cervical cancer summary report: Ghana 2007. At: <[http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country\\_pdf/GHA.pdf](http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/GHA.pdf)>. Accessed 3 August 2008.
16. World Health Organization, Institut4 Catala d'Oncologia. Human Papillomavirus and cervical cancer summary report Thailand 2007. At: <[www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country\\_pdf/THA.pdf](http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/THA.pdf)>. Accessed 3 August 2008.
17. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159–74.



## تطوير برنامج المعاينة البصرية للوقاية من سرطان عنق الرحم في بنجلادش

طاهرة أحمد،<sup>(١)</sup> أشرف النساء،<sup>(ب)</sup> جيبونسا رحمن<sup>(ج)</sup>

ترجمة: هشام شتلة

### الملخص:

سرطان عنق الرحم هو أكثر سرطانات الجهاز التناسلي شيوعاً بين النساء في بنجلادش، وتأتي غالبية النساء من أجل التشخيص والعلاج عندما يكون الوقت قد تأخر جداً. ولدعم الكشف المبكر للإصابات السابقة للتسرطن والوقاية من سرطان عنق الرحم، نفذت جامعة "بانجاباندو شيخ موجيب" الطبية في بنجلادش برنامجاً للمسح الجماعي، يستعمل الفحص البصري لعنق الرحم بحامض الخليك والعلاج بالتبريد، من خلال برنامج للقطاع الحكومي. وقد أطلق البرنامج في الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٥ على عدة مراحل، بدءاً ببرنامج تجريبي في ١٦ منطقة من إجمالي ٦٤ منطقة في البلد، واتسع ليشمل ٤٤ منطقة، نهاية عام ٢٠٠٧. وقد بين تقييم أداء البرنامج التجريبي أن المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك يمكن أن يقوم بها الأطباء والممرضات، والمساعدون الطبيون المدربون في بنجلادش، رغم ضعف مستوى الموارد، وعدم وعي النساء وشركائهن وعائلاتهن بالمرض وعواقبه في كثير من الأحوال. يحتاج البرنامج الآن إلى التحول من الفحص الجماعي حسب الفرصة، إلى المسح السكاني المنهجي للنساء اللواتي تزيد أعمارهن على ٣٠ عاماً. هناك حاجة إلى تدريب المزيد من مقدمي الخدمة، وتجهيز العيادات بشكل أفضل. ولا بد من تحسين الربط بين المسح الجماعي والتشخيص والعلاج، ومن خفض كبير في معدل النتائج الموجبة الكاذبة لاختبارات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك. هذا ولن يمكن تأمين انخفاض معدلات الإصابة بالسرطان إلا بتحقيق تغطية واسعة.

- Development of a visual inspection programme for Cervical cancer prevention in Bangladesh.  
Tahera Ahmed, Ashrafunnessa, Jebunnessa Rahman,  
Reproductive Health Matters: 2008;16(32):78-85

### الكلمات المفتاحية:

سرطان عنق الرحم والمسح الجماعي، المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، التوسع في الخدمة، الفحص المهبطي بالمنظار، العلاج بالتبريد، بنجلادش

(أ) ممثل مساعد، صندوق السكان التابع للأمم المتحدة بنجلادش، دكا، بنجلادش. tahera@unfpa-bangladesh.org

(ب) أستاذة مساعدة، التوليد وطب النساء، جامعة بانجاباندو شيخ موجيب الطبية، دكا، بنجلادش  
(ج) من موظفي مشروع المهنيين الوطني، صندوق السكان التابع للأمم المتحدة بنجلادش، دكا، بنجلادش

الرحم يتم بالطريقة نفسها التي تواجه بها أنواع السرطان الأخرى؛ بمعنى أن اكتشاف المرض يتم بعد الإصابة بالفعل، ثم العلاج من خلال الإجراءات الروتينية. وكان علاج سرطان عنق الرحم يتم في مستشفيات القطاع العام وفي عدد محدود من العيادات الخاصة.

نوقشت قضية الوقاية من سرطان عنق الرحم في بنجلادش في عام ٢٠٠٣ عبر عدة اجتماعات ضمت أطباء النساء في جامعة "بانجاباندو شيخ موجيب" الطبية (جامعة بانجاباندو فيما يلي) وممثلي صندوق الأمم المتحدة للسكان في بنجلادش. وحيث إن الوقاية باستعمال المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك ممكنة باستخدام الحد الأدنى من الموارد، فقد وافقت جامعة بانجاباندو وصندوق الأمم المتحدة للسكان في بنجلادش على استكشاف إمكانات تقديمه ضمن نظام الصحة الحكومي. من ثم، نظم في عام ٢٠٠٣ اجتماع عن المسح الجماعي لسرطان عنق الرحم، ضم ممثلين عن الحكومة، والمنظمات غير الحكومية ومهنيين صحيين. وقد اقترح أن يتم إجراء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك بواسطة العاملين الصحيين الميدانيين والعاملين في برامج تنظيم الأسرة والمساعدات الطبيين كطريقة لإجراء المسح الجماعي لعنق الرحم تتناسب مع السياق الاقتصادي الاجتماعي الحالي لبنجلادش.

### البرنامج التجريبي لاختبارات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك

تم إجراء برنامج تجريبي من أغسطس ٢٠٠٤ إلى ديسمبر ٢٠٠٥ لتقييم إمكانية تدريب العاملين الصحيين واستخدام طريقة المعاينة البصرية في ظل البنية التحتية الحكومية القائمة، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان وجامعة بانجاباندو. كانت أهداف البرنامج التجريبي ما يلي:

- تدريب مقدمي الخدمة في حكومة بنجلادش على إجراء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك للمسح الجماعي لعنق الرحم للكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم والحالات السابقة للسرطن.

تهدف المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك ثم العلاج حيث تقتضي الضرورة، إلى مساعدة النساء على قهر سرطان عنق الرحم من خلال الاكتشاف المبكر والوقاية. أظهر عدد من الدراسات مزايا المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، بما في ذلك التكلفة المنخفضة، وسهولة الاستعمال، والحساسية العالية والنتائج الفورية<sup>(٤)</sup> بينت دراسة في نيجيريا أن حساسية المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك (١٠٠٪) أعلى من حساسية مسحة عنق الرحم (٨٥,٧٪). كانت القيمة التنبؤية السلبية للمعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك ١٠٠٪؛ بينما كانت القيمة التنبؤية الإيجابية لمسحة عنق الرحم ٢٠٪. وقد تساوت حساسية كل من المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك ومسحة عنق الرحم<sup>(٥)</sup> يبلغ معدل الإصابة بسرطان عنق الرحم في بنجلادش سنوياً ١١,٩٥٦:٦ ويمثل سرطان عنق الرحم حوالي ٢٢-٢٩٪ من كل السرطانات التي تصيب النساء، طبقاً لسجلات المستشفيات<sup>(٦,٧)</sup>.

يمكن الوقاية من سرطان عنق الرحم إذا اكتشف في مرحلة مبكرة. وقد أظهرت دراسات أجريت في الهند<sup>(٨)</sup> وجنوب أفريقيا<sup>(٩)</sup> أن المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك اختبار بسيط جداً. لا يحتاج سوى حد أدنى من الأجهزة المختبرية والكواشف، ويمكن تدريب المساعدين الطبيين على إجرائه. يستخدم لإجراء اختبار المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك محلول محضر حديثاً من ٥٪ حامض الخليك (الخل)، يوضع على عنق الرحم. عندما تتعرض الخلايا غير الطبيعية إلى هذا المحلول لمدة بضع دقائق، تبيض بشكل مؤقت وتظهر الخلايا الطلائية المبيضة منطقة التحول غير الطبيعي. وقد ظهر أن هذا الاختبار فعال بنسبة ٩٠٪ في تشخيص حالات عنق الرحم السابقة للسرطن<sup>(١١)</sup>.

سرطان عنق الرحم هو أكثر أنواع سرطان الجهاز التناسلي شيوعاً بين النساء في بنجلادش، وأكثر النساء يجتن من أجل تشخيص إصابتهن بالمرض والعلاج في وقت متأخر جداً<sup>(١٢)</sup> لم يكن هناك من قبل برنامج للمسح الجماعي لعنق الرحم. وكان التعامل مع سرطان عنق

فقد اختيرت مناطق أكثر من قسمي دكا وشيتا جونج، حيث يوجد بها عدد أكبر من تلك العيادات. استهدف البرنامج التجريبي تدريب القوى البشرية في مستشفيات المناطق ومراكز الأمومة والطفولة على المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك وتأسيس نظام للفحص الجماعي لسرطان عنق الرحم، إضافة إلى خلق شبكة للإحالة إلى المنشآت العلاجية التي توجد بها عيادة فحص مهبطي بالمنظار. وقد أجرى قسم التوليد وأمراض النساء في جامعة بانجاباندو، بمساعدة معاهد ومستشفيات كليات طب أخرى، دورة تدريبية "لتأهيل المدربين" في المعاينة البصرية، حيث درب خمسة وعشرون طبيباً من أطباء أمراض النساء من جامعة بانجاباندو ومستشفيات كليات طب أخرى ليصبحوا "مدربين مؤهلين".

قام هؤلاء المدربون المؤهلون بعد ذلك بتدريب قدامى الممرضات والمساعدات الطبيين والأطباء القائمين في مراكز الخدمة الصحية المحلية وفي المناطق. وخلال المرحلة التجريبية، تم تدريب ١١٣ من مقدمي الخدمة، جاءوا من المناطق الستة عشر المختارة، في جامعة بانجاباندو. وقد تضمن ذلك تدريب طبيب وزائرتين لصحة العائلة من كل مركز من مراكز رعاية الأمومة والطفولة، واستشاري واحد أو طبيب مقيم وممرضتين من أقسام التوليد وأمراض النساء في مستشفيات المنطقة، وزائرة لصحة العائلة من كل مركز لرعاية الأسرة في الحي وذلك في كل من المناطق الستة عشر المختارة. درب هؤلاء العاملون على المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك لاكتشاف الحالات السابقة للتسرطن أو الأدلة الدالة على الإصابة بسرطان عنق الرحم في المريضات، إضافة إلى تقديم النصح والإحالة والمتابعة وتولي حالات النساء.

كانت المجموعة المستهدفة للمسح الجماعي لسرطان عنق الرحم هن النساء في سن ٣٠ وما يزيد، اللاتي سبق لهن الزواج. لم تشمل المجموعة النساء اللاتي لم يسبق لهن الزواج، لأنه في السياق الثقافي الاجتماعي لبنجلادش، فإن من المسلم به هو أن النساء غير المتزوجات لا تمارسن

• تطوير شبكات للإحالة لضمان متابعة وعلاج النساء المصابات بنمو ورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم.

• تحفيز العاملين الصحيين الآخرين والمجموعات على دعم إقامة برنامج للفحص الجماعي لسرطان عنق الرحم.

تتمتع بنجلادش ببنية تحتية صحية جيدة، تشمل المنشآت التي تقدم الخدمات الصحية وتنظيم الأسرة، بداية من المستوى القاعدي وحتى المستوى الثالث للخدمة. تتوزع المراكز التي تقدم الخدمة على مستويات إدارية مختلفة: فهناك المستوى القومي، والمنطقة، والحي والاتحاد. تعد مراكز صحة الاتحادات ومراكز صحة الأسرة التابعة لها في ريف بنجلادش هي المستوى الأدنى من البنية التحتية الصحية، حيث تقدم الخدمات الصحية الأساسية بواسطة المساعدين الطبيين الذين يسمون زائرات لصحة الأسرة (الإناث)، ومعاونون طبيون (الذكور). أما مجمعات الصحة ورفاهة الأسرة فهي مستشفيات على مستوى الحي بها ٣١ سريراً، وهي مجهزة بالأطباء والممرضات. توفر مراكز الأمومة وصحة الطفل على مستوى المنطقة الرعاية الصحية للأمهات وخدمات الصحة الإنجابية. هناك طبيبان وأربع زائرات لصحة الأسرة مدربون على العناية الطارئة الشاملة الخاصة بالتوليد، ومسئولون عن توفير الرعاية الصحية الإنجابية للنساء. مستشفيات المناطق بها وحدات للعلاج الخارجي والعلاج الداخلي للمريضات، بما في ذلك حالات الولادة وأمراض النساء. مستشفيات المنطقة بها استشاري مختص في التوليد وأمراض النساء، وعدد من الأطباء المقيمين، تدعمهم الممرضات، وتعمل تلك المستشفيات على مدار الساعة. تعمل مستشفيات جامعة بانجاباندو و١٤ كلية طب أخرى كمراكز إحالة تقدم المستوى الثالث من الخدمات الطبية.

نُفذ البرنامج التجريبي في ١٦ منطقة من إجمالي ٦٤ منطقة تتوزع على الأقسام الستة التي تنقسم إليها البلد. واختيرت بشكل عشوائي من بين المناطق التي بها مراكز لرعاية الأمومة والطفولة. ولكن نظراً لاحتياج البرنامج إلى تحويل النساء إلى عيادات الفحص المهبطي بالمنظار،

إجراء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، إضافة إلى مهامهم الأخرى، فقد كانوا يؤدون العمل طواعية.

بعد نشر النتائج الخاصة بأداء المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك، والتي أعدتها مراكز الفحص الجماعي، ونتائج الدراسة الخاصة بالمواقف، وافقت الحكومة على التوسع في البرنامج ليشمل المناطق التجريبية العشر الباقية، وأدرج صندوق الأمم المتحدة للسكان في بنجلادش هذا البرنامج في خطة العمل السنوية للبلاد للفترة ٢٠٠٦-٢٠١٠. في الوقت نفسه، تم دمج الفحص الجماعي لسرطان الثدي بواسطة الفحص الإكلينيكي للتدبيرين إلى البرنامج. حتى يونيو ٢٠٠٨، تم إنشاء وحدات الفحص الجماعي لعنق الرحم (وأيضاً الفحص الإكلينيكي للثدي) في ٤٤ منطقة. وبحلول عام ٢٠١٠، ستتوفر مراكز المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك في كل المناطق (٦٤) التي تتكون منها بنجلادش.

### التدريب والعاملون

يقضي المتدربون من مقدمي الخدمة ١٥ يوماً في جامعة بانجاباندو لتعلم المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والفحص المهبل بالمنظار في مجموعات صغيرة. هذا التدريب منسق مركزياً بواسطة لجنة تنسيق التدريب. وقد وضع منهج وطني بعنوان برنامج الفحص الجماعي من أجل سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي: المعايير والإرشادات، وتم إقراره ويستعمل في البرنامج التدريبي. بعد مراقبة ١٠-٢٠ حالة، يقوم كل متدرب خلال فترة التدريب بإجراء ٣٠ حالة على الأقل من حالات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك. كما يساعد المتدربون أيضاً في تسجيل المعلومات في السجلات وفي تقديم المشورة إلى النساء، إضافة إلى إجراء الفحص البصري والفحص المهبل بالمنظار. تتم متابعة المتدربين وتقييمهم بشكل مستمر أثناء الجلسات العملية وتقدم إليهم النصائح لتحسين قدراتهم.

في عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧، وكجزء من التوسع في البرنامج، تم تدريب ٢٣٤ من مقدمي الخدمة في جامعة

الجنس، ولذا من غير المقبول اجتماعياً فحصهن. تم تشجيع النساء على الذهاب إلى مراكز صحة الاتحاد ورعاية الأسرة، أو مراكز الأمومة والطفولة أو مستشفى المنطقة لإجراء اختبار المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك. حولت النساء اللواتي جاءت نتيجة فحصهن موجبة إلى مستشفى تخصصي لتقييم الحالة بالفحص المهبل بالمنظار، وتم الترتيب لعلاجهن حسب الضرورة.

كانت جامعة بانجاباندو ومستشفى "كلية طب دكا" ومستشفى "كلية طب شيتاجونج" مراكز إحالة معترف بها لاستقبال النساء اللواتي جاءت نتيجة اختباراتهن على المستوى الميداني موجبة؛ وتتوفر فيها وحدات الفحص المهبل بالمنظار، والفحص الباثولوجي للأنسجة وعلاج حالات النمو الورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم. وتولى قسم التوليد وأمراض النساء في جامعة بانجاباندو شيخ موجب الطبية مركز التنسيق الرئيسي في هذا البرنامج.

### التوسع في برنامج المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك وتطبيقه

بعد استكمال المبادرة التجريبية، عرض البرنامج على وزارة الصحة ورفاه الأسرة في عام ٢٠٠٥. واستناداً إلى التوصيات التي قدمت في الاجتماع، أجريت دراسة على المستوى الميداني في ستة من المناطق التجريبية الـ ١٦ لتقييم مواقف المريضات والعاملين على المستوي الميداني من خدمات الفحص الجماعي. وقد كانت النتائج إيجابية. فقد أبدت غالبية النساء اللاتي تم لقاؤهن في نقاط الخدمة (٨٤٪) اهتماماً بتوفير خدمة الفحص الجماعي. كذلك أظهر مقدمو الخدمة موقفاً إيجابياً (٩٤٪)، وكانوا راغبين في تقديم الخدمة في نطاق البنية التحتية الصحية الحكومية. بيد أن ٣٠٪ من مقدمي الخدمة طالبوا بتطوير البنية التحتية والعيادات وزيادة عدد العاملين المدربين، للمشاركة في تحمل عبء العمل المتزايد؛ حيث تتردد حوالي ١٠٠-١٥٠ امرأة يومياً على العيادات الخارجية في مستشفيات المناطق ومراكز الأمومة والطفولة. ورغم أنه كان من الصعب على ٣ فقط من مقدمي الخدمة المدربين

## جدول ١. أعداد وكوادر مقدمي الخدمة المدربين على المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك

العام	الطاقم الطبي	كليات الطب مستشفيات المناطق مستشفيات الأحياء المجمعات الصحية	مراكز رعاية الأمومة والطفولة	مراكز صحة الاتحاد ورعاية الأسرة	عيادات الرعاية الصحية الأساسية في الحضر	الإجمالي
البرنامج التجريبي	الأطباء المرمضات/ زائرات لصحة الأسرة	٣١ ٢١	١٧ ٣٢	- ١٢	- -	١١٣
٢٠٠٦	الأطباء المرمضات/ زائرات لصحة الأسرة	١٣ ٢١	١٠ ١٢	٠ ٢٠	١٢ ١٢	١٠٠
٢٠٠٧	الأطباء المرمضات/ زائرات لصحة الأسرة	٢٠ ٤٧	١٣ ٣٠	٠ ٠	٠٧ ١٧	١٣٤
المجموع		١٥٣	١١٤	٣٢	٤٨	٣٤٧

جاء المشاركون من مستشفيات عدد من كليات الطب ومن جامعة بانجاباندو شيخ موجب الطبية. جاء القائمون على برنامج التدريب من جامعة بانجاباندو شيخ موجب الطبية، وكليات طب أخرى، ومن الخارج (المملكة المتحدة والهند). تم تدعيم عيادات الفحص المهبطي بالمنظار القائمة في جامعة بانجاباندو شيخ موجب الطبية، وكلية طب ومستشفى السير سليم الله في دكا، ومستشفيات كليات الطب في شيتانجور وراجشاهي وخولنا ومايمنسينج، بغرض تقديم خدمة أفضل للمريضات وإقامة مراكز إحالة أقرب إلى أماكن تواجد المريضات اللواتي جاءت نتائج المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك الخاصة بهن موجبة.

بانجاباندو، إضافة إلى ١١٣ تم تدريبهم خلال المرحلة التجريبية (جدول ١). كذلك أدرجت عيادات الرعاية الصحية الأساسية في الحضر، في البرنامج.

### التجديد والأجهزة

تم شراء الأجهزة المطلوبة من أجل المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والفحص المهبطي بالمنظار والعلاج بالتبريد لإقامة مراكز المسح الجماعي ودعم مستشفيات الإحالة. قدم البرنامج أيضا حامض الخليك والمستهلكات الأخرى، كما تم تجديد غرف الفحص والتأكد من حالة التعقيم.

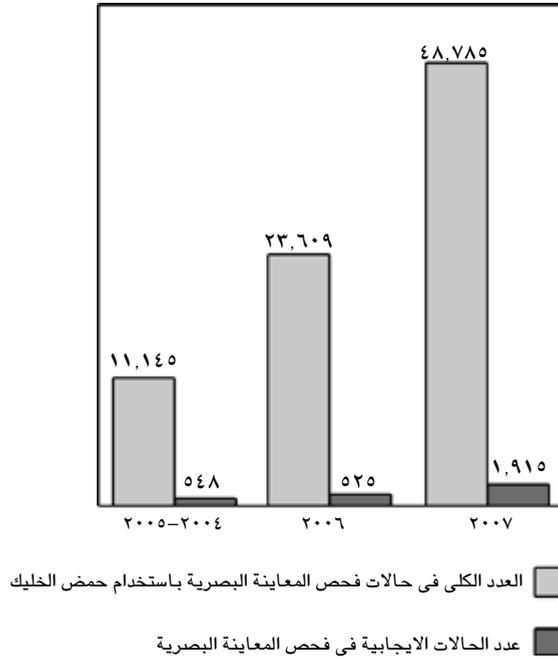
### التدريب على الفحص المهبطي بالمنظار..

#### إقامة مراكز الفحص المهبطي بالمنظار

لإعداد مراكز إحالة جيدة التجهيز (عيادات فحص مهبطي بالمنظار) في كليات الطب، تم في الفترة من ٢٠٠٦-٢٠٠٧ تدريب ٣٧ من أخصائى أمراض النساء على الفحص المهبطي بالمنظار في عيادة الفحص المهبطي بالمنظار في جامعة بانجاباندو شيخ موجب الطبية. وقد

شارك عدد من المدربين المؤهلين أيضا في دورة للكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم والوقاية منه وتطبيق برنامج الفحص الجماعي نظمتها بمساهمة الوكالة الدولية لأبحاث السرطان، ومشروع السرطان الريفي لمركز تاتا التذكاري ومستشفى مركز نرجس دوتا التذكاري في بارشي، ماهاراشترا، الهند.

شكل ١: عدد السيدات اللواتي تم اجراء مسح عليهن بواسطة المعاينة البصرية باستخدام حمض الخليك وذلك في مراكز تقديم الخدمة المتواجدة، بنجلاديش ٢٠٠٤, ٢٠٠٥, ٢٠٠٦, ٢٠٠٧



باستعمال حامض الخليك. كانت نتيجة المعاينة البصرية موجبة في حالة ٥٤٨ امرأة (٤,٩٢٪). وخلال فترة يناير-ديسمبر ٢٠٠٦، أجريت ٢١,٦٠٩ اختبارات للمعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك في نقاط الخدمة في ٢٢ منطقة. وكانت النتائج موجبة في حالة ٩٢٥ امرأة (٤,٢٨٪). وخلال الفترة من يناير -ديسمبر ٢٠٠٧، أجرت ١٠٧ نقاط خدمة في ٣٤ منطقة ٤٠,٧٨٥ اختبار معاينة بصرية باستخدام حامض الخليك. منها ١,٩١٨ امرأة (٤,٧٠٪) كانت نتيجتهن موجبة (الشكل ١). حولت كل الحالات الموجبة إلى عيادات الفحص المهبلي بالمنظار في جامعة بانجاباندو شيخ موجيب الطبية أو إلى مستشفيات حكومية أخرى.

### ورشنة عمل للأطراف المعنية

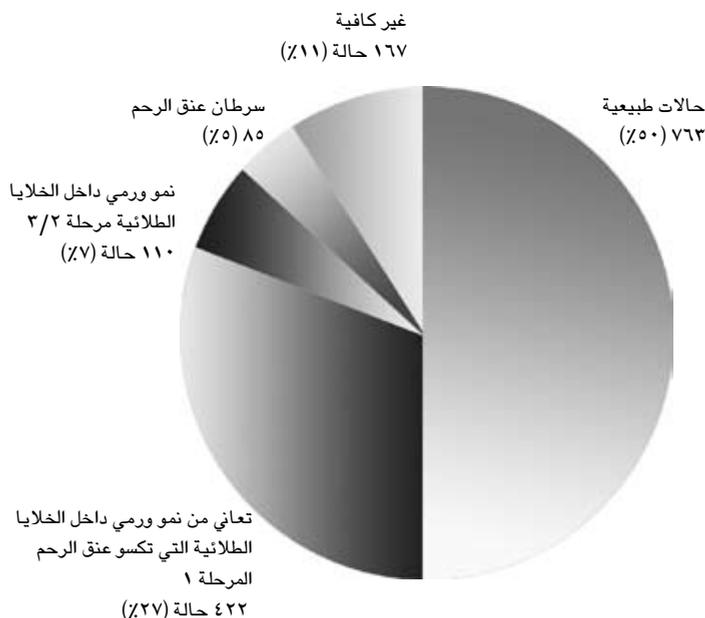
بعد اكتمال تدريب الموظفين المطلوبين في كل منطقة، يعقد اجتماع يدعى إليه أفراد المجتمع، والإدارة، وموظفو الخدمات الاجتماعية ومقدمو خدمة الرعاية الصحية الآخرون في المنطقة، لتقديم المعلومات حول الفحص الجماعي لسرطان عنق الرحم باستخدام تقنية المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك.

### عدد نقاط الخدمة، والنساء اللاتي فحصن

#### وعولجن

أثناء المرحلة التجريبية، أجرت ٣٢ نقطة خدمة في المناطق الست عشرة ١١,١٤٥ اختبارا للمعاينة البصرية

شكل ٢: نتائج الفحص المهبلي للحالات الايجابية لاختبار المعاينة البصرية باستعمال حمض الخليك (n=١,٥٤٧)



**علاج حالات النمو الورمي داخل الخلايا  
الطلائية التي تكسو عنق الرحم، وحالات  
سرطان عنق الرحم.**

تم التعامل مع النساء المصابات بنمو ورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم، المرحلة الأولى، بشكل تحفظي، حيث إن ٧٠-٨٠٪ من حالات النمو الورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم تعود إلى الحالة الطبيعية تلقائياً. وقد نصحت تلك السيدات بالعودة بعد فترة ستة أشهر، إلى عام، لإعادة إجراء الفحص المهبلي بالمنظار. أما من زاد عمرهن على ٣٥ سنة، فقد خضعن للاستئصال الجراحي الكهربائي باستخدام الحلقة. تم علاج ومتابعة النساء المصابات بنمو ورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم، في المرحلتين الثانية

من عام ٢٠٠٥ إلى عام ٢٠٠٧، استقبلت عيادة جامعة بانجاباندو للفحص المهبلي بالمنظار ١,٥٤٧ امرأة؛ كانت نتيجة المعاينة البصرية الخاصة بهن موجبة، حولن إلى العيادة من ٣٤ منطقة. وقيمت العيادة تلك الحالات بالفحص المهبلي بالمنظار وفحص عينة من عنق الرحم حيثما كانت هناك حاجة إلى ذلك. من بين الـ ١,٥٤٧ حالة شخصت ٧٦٣ (٥٠٪) على أنها طبيعية، وكانت ٤٢٢ حالة (٢٧٪) تعاني من نمو ورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم في المرحلة الأولى، و ١١٠ حالة (٧٪) من نمو ورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم في المرحلة الثانية أو الثالثة، و ٨٥ حالة (٥٪) من سرطان عنق الرحم. ووجدت نتائج الفحص المهبلي بالمنظار غير كافية في ١٦٧ حالة (١١٪) من النساء (الشكل ٢).

هذه المشكلة، تم تدريب المزيد من أطباء أمراض النساء على الفحص المهبل بالمنظار.

كذلك فإن التيسيرات الكاملة الخاصة بالاستئصال الجراحي الكهربائي باستخدام الحلقة والعلاج بالتبريد متوفرة فقط في جامعة بانجاباندو. بيد أن الأجهزة اللازمة لإجراء الاستئصال الجراحي الكهربائي باستخدام الحلقة ضرورية في سبع عيادات على الأقل للفحص المهبل بالمنظار. لقد قدمت أجهزة العلاج بالتبريد إلى جامعة بانجاباندو وعيادتين للفحص المهبل بالمنظار في مستشفيين تابعين لكليتين للطب، لكن المزيد من آلات العلاج بالتبريد ضرورية أيضاً، كما يجب توفير وسائل الاستئصال الجراحي الكهربائي باستخدام الحلقة والعلاج بالتبريد في كل مراكز الإحالة.

رغم زيادة أعداد النساء اللواتي تم فحصهن، فإن استخدام الخدمات من قبل النساء اللواتي يجب أن يفحصن كان منخفضاً في مراكز المسح الجماعي. ويعود ذلك بشكل رئيسي إلى أن المراكز ما زالت تستعمل مقارنة تعتمد على الفرص المتاحة؛ أي أن النساء اللواتي يجئن إلى المستشفى أو قسم العيادة الخارجية طلباً لخدمات أخرى، هن فقط من تنصحن بالخضوع إلى اختبار المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك. ويقدر متوسط عدد النساء المتزوجات اللواتي يبلغ عمرهن ٣٠ عاماً أو أكثر بحوالي ٣٦٠,٠٠٠<sup>(١٤)</sup> في أي من المناطق التي يشملها البرنامج؛ وكلهن يجب فحصهن طبقاً لهذا البرنامج.

### المتابعة والتقييم

رغم أن هناك متابعة مستمرة للبرنامج من قبل جامعة بانجاباندو والمسؤولين الحكوميين، فلم يتم بعد تطوير نظام محدد للمتابعة. في عام ٢٠٠٨، قام فريق من المراجعين الخارجيين بتقييم البرنامج؛ تحديداً برنامج فحص سرطان عنق الرحم حتى عام ٢٠٠٧. واختار الفريق أربع مناطق من ثلاث من أقسام بنجلادش (دكا، راجشاهي وكولنا). كما قيموا أيضاً أداء جامعة بانجاباندو شيخ موجب الطبية كمرکز للإحالة والعلاج، إضافة إلى كونها مركزاً وطنياً للتدريب والتنسيق.

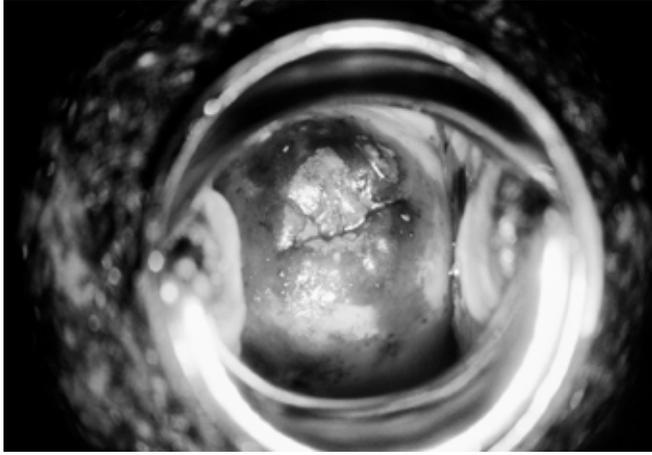
والثالثة. في عام ٢٠٠٧، استخدم الاستئصال الجراحي الكهربائي باستخدام الحلقة في ٧٠ حالة، والعلاج بالتبريد في ١٥ من حالات النمو الورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم، المرحلة ١ والمرحلة ٢. عولجت النساء المصابات بسرطان عنق الرحم المبكر في وحدة الأورام النسائية في المعهد نفسه. كانت هناك ١٦ امرأة في مرحلة متأخرة من الإصابة بسرطان عنق الرحم تتم معالجتهم في وحدة علم الأورام النسائية في جامعة بانجاباندو، ومستشفى كلية الطب في دكا، والمعهد والمستشفى الوطني لأبحاث السرطان.

### السجلات والمتابعة

أنشئ سجل عام لتسجيل كل حالات النساء اللواتي يجرى لهن اختبار المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك. تستخدم بطاقة حمراء لإحالة النساء ذوات النتائج الموجبة من نقاط الخدمة إلى مراكز الإحالة، وتعطى بطاقة زرقاء إلى النساء اللواتي جاءت نتائجهن سلبية، وينصحن بالخضوع مرة أخرى إلى اختبار المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك بعد ثلاث سنوات. أنشئ أيضاً سجل منفصل لحالات المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك الموجبة. هذه البطاقات والسجل قيد الاستعمال في نقاط خدمة المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك. إضافة إلى ذلك، أنشئت سجلات لتسجيل نتائج الفحص المهبل بالمنظار، ونوع ونتيجة العلاج الذي تلقته النساء ذوات النتائج الموجبة في مراكز الإحالة (جامعة بانجاباندو شيخ موجب الطبية ومستشفيات كليات الطب الأخرى). وقد تم توزيع نماذج للتقارير على مقدمي الخدمة، وطلب منهم تقديم تقارير شهرية عن كل اختبارات المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك التي أجريت في كل مركز.

### المعوقات التي تمت مواجهتها أثناء التطبيق

في مستشفيات كلية الطب الحكومية ومراكز الأمومة والطفولة، كثيراً ما ينقل مقدمو الخدمة المدربون، مما يحرم تلك المراكز من أطقم العاملين المدربين على إجراء المعاينة البصرية باستخدام حامض الخليك. وللتغلب على



صورة من خلال منظار المهبل لعنق الرحم وقد صبغ باليود مبينا احتمال خلل في تكوين الخلايا. يظهر المنظار في المحيط الخارجي.

الإحالة. وقد اقترحوا التنبيه على المريضات أو أقربائهن بضرورة العودة إلى مركز المسح الجماعي بعد الفحص المهبل بالمنظار أو العلاج. ويمكن الاتصال بالمريضات غير الملتزمات عن طريق الهاتف أو بمساعدة العاملين الميدانيين في المجتمع. كذلك ضرورة أن تعد جميع مراكز الإحالة قائمة بالمريضات اللواتي تم فحصهن، وإرسال القائمة كل ثلاثة شهور إلى مراكز المسح الجماعي التي تحيل لهم الحالات للتدقيق، وبحيث يمكن لمراكز الفحص الجماعي استعمال القائمة لتحديث سجل المريضات اللواتي جاءت نتيجة المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك الخاصة بهن موجبة.

لتحسين الالتزام بالعلاج، نصح الفريق باتباع سياسة "الاكتشاف والعلاج"، حيث يتم تنفيذ العلاج فوراً بعد تأكد المرض عن طريق منظار المهبل. كذلك أوصوا باستعمال أكثر للعلاج بالتبريد، حيث إنها طريقة آمنة ومنخفضة التكلفة وفعالة لكل درجات النمو الورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم. يجب أن يكون لدى كل منطقة مركز إحالة للفحص المهبل بالمنظار ووسائل العلاج بالتبريد. اقترح الفريق أيضاً إعطاء رقم تسجيل

وقد ذكر تقرير المراجعين أن البرنامج في الوقت الحاضر يقوم على المسح الجماعي حسب الفرص المتاحة، رغم وجود تنسيق مركزي، ودرجة من الفحص المنظم. وقد أوصوا بإجراء حملة عامة واسعة للتوعية لزيادة استعمال الخدمات، وتحسين معدل المشاركة التلقائية، وحملة توعية بين الأطباء السريريين والمساعدين الطبيين الآخرين لتشجيعهم على نشر المعرفة والوعي بالبرنامج في المجتمع.

وجد فريق التقييم أن تكوين ومحتوى منهج التدريب على المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك والفحص المهبل بالمنظار مرضياً، والأمر نفسه فيما يتعلق بالمواد المستخدمة في التدريب، ونظام التقييم القائم على الكفاءة. بيد أنهم أوصوا باختصار مدة الدورة، ولا مركزية البرنامج التدريبي. كذلك أوصوا بفحص النساء اللواتي يبلغ عمرهن ٣٠ سنة أو يزيد فقط. وقد علقوا على المستوى المنخفض لنتائج المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك الموجبة (أقل من ٣٪) في بعض مراكز المسح الجماعي، وأبدوا قلقهم من أن بعض الحالات لم يتم اكتشافها. وقد نصحوا بالربط بين الفحص والعلاج بشكل أفضل. كما لاحظوا أيضاً، أن العديد من النساء يفقد الاتصال بهن بعد

الفحص المهبلي بالمنظار غير المرضية (١١٪)، وإلى تطوير مهارات مقدمي الخدمة. ستساعد هذه التحسينات وتكامل الرعاية على ضمان نتائج أفضل من البرنامج. كذلك ستضمن المراقبة الفعالة والمستمرة والإجراءات التصحيحية الملائمة أداء مرضياً واستغلالاً أفضل للموارد المحدودة.

سيكون التحدي الأعظم هو تحسين نوعية الخدمات والمحافظة عليها. هذا يعني أن التدريب والإشراف والمراقبة المستمرة ضرورية. بيد أنه مع واقع التنقلات المتكررة للموظفين، قد يكون من المستحيل الاحتفاظ بالموظفين في العيادات المخصصة للخدمة لأكثر من ثلاث سنوات. الحل الوحيد هو متابعة تدريب مقدمي الخدمة وإقامة مراكز كافية على مستويات النظام الصحي كافة، بحيث تكون الخدمة متوفرة للنساء أينما كن.

تحدٍ آخر هو متابعة الحالات المحولة. قد تكون هناك حاجة إلى تصميم نظام يمكن العاملين في المجتمع من تعقب المريضات اللاتي تم فحصهن من خلال التشخيص والعلاج لضمان حصولهن على أفضل نتيجة ممكنة. إن توعية المجتمع وتقديم المعلومات إلى النساء عن أهمية المسح الجماعي لعنق الرحم التزام لا بد لنا من الوفاء به؛ ورغم أن المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك نفسها اختبار بسيط ويسهل توضيحه، فإن متابعة التشخيص والعلاج ليس كذلك، خاصة بالنسبة للمراحل المتقدمة من المرض، وتحتاج النساء إلى فهم هذا حتى لا يشعرن بالرهبة. عندما يدرك السكان أهمية الفحص الجماعي لكل النساء اللواتي يزيد عمرهن على ٣٠ عاماً؛ عندئذٍ فقط سيمكن ضمان التغطية الواسعة وانخفاض معدلات الإصابة بالسرطان.

فريد لكل امرأة في مركز المسح الجماعي باستخدام رمز المنطقة / رمز المركز / السنة / الرقم المسلسل، وإقامة قاعدة بيانات في كل مراكز الإحالة.

## المناقشة

هناك حاجة إلى تنفيذ توصيات فريق التقييم. مع التوسع في برنامج الفحص الجماعي لعنق الرحم، أحد أهم الخطوات القادمة هو تحويل البرنامج من برنامج قائم على الفحص الجماعي حسب الفرص المتاحة إلى برنامج فحص جماعي لكل السكان منظم ومنهجي، يضمن بصورة فعالة مشاركة النساء. كما أن حملة توعية عامة للأطباء السريريين والمساعدین الطبیین الذين هم في موقع يسمح لهم بتعليم، وتشجيع وإحالة النساء اللاتي يجب أن تفحصن، ستعطي ثماراً جيدة.

بالنسبة للرعاية السريرية، نحتاج إلى تحسين الربط بين الفحص والتشخيص والعلاج، وإلى تجهيز عيادات الفحص المهبلي بالمنظار بوسائل العلاج المقبولة. لقد طورت المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك لكي تسمح بفحص النساء وعلاجهن بالتبريد، عندما يكون ذلك ملائماً، خلال زيارة واحدة. لم يدمج بعد برنامج بنجلادش التدريب على العلاج بالتبريد وتقديمه ضمن هذه الطريقة، ويحتاج إلى الأخذ في الاعتبار كيف وأين يمكن القيام بذلك. هناك خطط للترويج للعلاج بالتبريد في المستقبل. ويوجد الأطباء أن هذا العلاج يتطلب قدرأ أقل من التدريب، وأنه سهل الاستعمال وإن الأجهزة المستخدمة أرخص ثمناً، ويمكن المحافظة عليها بسهولة، كما أن المريضات يعانين من نزف أقل. إضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى النظر في أسباب النسبة العالية للنتائج الموجبة الكاذبة لاختبارات المعاينة البصرية باستعمال حامض الخليك (٥٠٪) ونتائج

1. Goel A, Gandhi G, Batra S, et al. Visual inspection of the cervix with acetic acid for cervical intraepithelial lesions. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 88:25–30.
2. Akinola OI, Fabamwo AO, Oshodi YA, et al. Efficacy of visual inspection of the cervix using acetic acid in cervical cancer screening: a comparison with cervical cytology. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007; 27(7): 703–05.
3. Singh V, Sehgal A, Parashari A, et al. Early detection of cervical cancer through acetic acid application – an aided visual inspection. *Singapore Medical Journal* 2001; 42(8): 351–54.
4. Ghaemmaghami F, Behtash N, Gilani MM, et al. Visual inspection with acetic acid as a feasible screening test for cervical neoplasia in Iran. *International Journal of Gynaecological Cancer* 2003; 14: 465–69.
5. Akinola OI, Fabamwo AO, Oshodi YA, et al. Efficacy of visual inspection of the cervix using acetic acid in cervical cancer screening: a comparison with cervical cytology. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 27(7):703–05.
6. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. In: Ferlay J, et al, editors. *GLOBOCAN 2000*. Lyon: IARC Press, 2001.
7. Akhter PS, Uddin MM, and Sharma SK. Patterns of malignant neoplasm: a three year study. *Bangladesh Medical Journal* 1998; 27(2):29–32.
8. Akhter PS, Uddin MM, Akhter N. Gynaecological cancers – analysis of 1020 cases in three years. *Journal of Teachers' Association, Sher-e-Bangla Medical College Hospital, Bangladesh* 1996; 7(16):439–45.
9. Bhatla N, Mukhopadhyay A, Joshi S, et al. Visual inspection for cervical cancer screening; evaluation by doctor versus paramedical worker. *Indian Journal of Cancer* 2004; 41:32–36.
10. Megevand E, Denny L, Dehaeck K, et al. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstetrics and Gynecology* 1996;88(3):383–86.
11. Sankaranarayanan R, Wesley R, Somanathan T, et al. Visual inspection of the uterine cervix after the application of acetic acid in the detection of cervical carcinoma and its precursors. *Cancer* 1998; 83(10):2150–56.
12. Akhter PS, Uddin MM, Sharma SK. Patterns of malignant neoplasm: a three year study. *Bangladesh Medical Journal* 1998; 27(2):29–32.
13. Findings of Pilot (2004–05) and Extended Programme (2006–07) of Cervical and Breast Cancer Screening Programme, *BSMMU Reports* 2006 and 2008.
14. Bangladesh Bureau of Statistics. *Bangladesh Population Census 2001 (Provisional)*. Government of Bangladesh: Dhaka, 2003.



## لقاح فيروس " الورم الحليمي البشري في المملكة المتحدة": ماذا عن الفتيان؟

تامارا كوبا\*

ترجمة: جين فهمي

### الملخص:

بدأت وزارة الصحة بالمملكة المتحدة في سبتمبر ٢٠٠٨ برنامجاً لتطعيم الفتيات (١٢-١٣ عاماً) ضد فيروس الورم الحليمي البشري للوقاية من سرطان عنق الرحم والذي كثيراً ما يتسبب فيه نوعان من فيروس الورم الحليمي البشري. على أنه ما زال هناك تساؤل مهم يطرح بعد بشأن وجوب إعطاء اللقاح للفتيان أيضاً من عدمه. يصاب الرجال أيضاً بفيروس الورم الحليمي البشري وينقلونه جنسياً وليس النساء فحسب. ترتبط أنواع معينة من فيروس الورم الحليمي البشري بثآليل الأعضاء التناسلية والتي تتميز بنسبة انتشار مرضية يعدد بها وترتبط أنماط منه أيضاً بأورام خبيثة يصعب علاجها غير تلك المرتبطة بعنق الرحم، وتشمل السرطان الفرجي وسرطان القضيب والسرطان الشرجي والحلقومي والتي تتمثل أفضل وقاية منها بإعطاء اللقاح. بالإضافة إلى ذلك فإن تزايد استمرار الإصابة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري مرتبطة بعدوى فيروس نقص المناعة البشري. يوحي استعراض الدراسات المنشورة والأدلة من النماذج، أن تطعيم الفتيان سيزيد من تأثير اللقاح وقد يكون ضرورياً للوصول إلى أهداف المناعة الجماعية. استثناء الفتيان يرسل رسالة خاطئة مفادها أن الفتيات والنساء وحدهن هن المسئولات عن الصحة الجنسية. بالرغم من أن الفعالية الوقائية للقاح في الرجال لم يتم توطيدها بعد، فإن منطقية إعطاء اللقاح للفتيان، كما الفتيات، في سن مبكرة قوية على افتراض أنه تم إثبات الفعالية. وفي هذه الأثناء لا بد أن يصبح توفير اللقاح رباعي التكافؤ سياسة المملكة المتحدة وذلك لإدماج الوقاية من الثآليل التناسلية أيضاً والتي تقوى الوقاية منها الحجة الجدلية في حالة إعطاء اللقاح للفتيان أيضاً.

- Human papillomavirus vaccination in the United Kingdom: what about Boys?  
Tamara Kubba, *Reproductive Health Matters*: 2008;16(32):97-103

### كلمات مفتاحية:

فيروس الورم الحليمي البشري، الوقاية من سرطان عنق الرحم، الثآليل التناسلية، السياسة الصحية والبرامج الصحية، المملكة المتحدة

\* طالبة بالسنة النهائية بكلية الطب جامعة رويال فري ويونيفرستي كولاج لندن، المملكة المتحدة  
بريد إلكتروني: t.kubba@ucl.ac.uk



كرافتي، شاب بريطاني مع صديقه الحميمة في بوبلار، شرق لندن، ٢٠٠٥

١٨ (جاردازيل ماركه مسجلة) واللقاح ثنائي التكافؤ ضد نمطى فيروس الورم الحليمي البشري ١٦ و١٨ (سرفاريكس ماركه مسجلة)<sup>(١)</sup> فاخترت اللقاح ثنائي التكافؤ لكونه أقل تكلفة. وحيث إن اللقاح رباعي التكافؤ يعطي وقاية إضافية ضد نمطى ٦ و١١ من فيروس الورم الحليمي البشري، كان من الضروري أن تكون تكلفة اللقاح ثنائي التكافؤ أقل لتكون مردودية التكلفة جيدة.<sup>(٢)</sup> وقد قدرت دراسة حديثة أن تكلفة اللقاح ثنائي التكافؤ أقل من اللقاح رباعي التكافؤ بحوالى ١٣-٢١ جنيهًا أسترليني<sup>(٣)</sup>؛ ورغم ذلك يعتبر اللقاح رباعي التكافؤ هو اللقاح المرجح على المستوى العالمي، حيث تم اختياره من قبل السلطات الصحية في الولايات المتحدة، أستراليا، نيوزيلاندا، كندا، سويسرا، إيطاليا، أسبانيا والسويد من أجل برامج التطعيم الإقليمية والقومية.<sup>(٤)</sup> وقد أثارَت منظمات الصحة الجنسية في المملكة المتحدة التساؤلات حول اختيار التطعيم الثنائي وسمته "الفرصة الضائعة" حيث إنه لا يوفر الوقاية من الثآليل التناسلية.<sup>(٥)</sup> بالإضافة إلى ذلك انتقد مقال افتتاحي في المجلة الطبية البريطانية وزارة الصحة لسماحها بضياح مكاسب صحية مؤكدة ووفر في التكلفة على المدى الطويل -بتفادي الثآليل التناسلية- في مقابل تقليل النفقات المالية على المدى القصير.<sup>(٦)</sup>

في سبتمبر ٢٠٠٨ بدأت وزارة الصحة بالمملكة المتحدة برنامج تطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري. يسمى اللقاح "لقاح سرطان عنق الرحم"، وهو توصيف دقيق حيث ثبتت الصلة بشكل قاطع بين أنماط فرعية محددة بالغة الخطورة من فيروس الورم الحليمي البشري وسرطان عنق الرحم.<sup>(٧)</sup> على أن لقاح فيروس الورم الحليمي البشري الجديد لا يقي من سرطان عنق الرحم فحسب؛ فنمطا الفيروس ١٦ و١٨ اللذان يسببان غالبية سرطانات عنق الرحم يسببان أيضاً سرطانات تناسلية أخرى في كل من النساء والرجال، على سبيل المثال فإن نمطى الفيروس ٦ و١١ مسئولان عن ٩٠٪ من الثآليل التناسلية والتي تصيب كلا الجنسين أيضاً.<sup>(٨)</sup> تدعو حقيقة أن النساء والرجال كليهما يتأثران بأمراض مرتبطة بفيروس الورم الحليمي البشري إلى نقاش عالمي حول اللقاح وحول من يجب أن يتلقوا اللقاح وبأي من اللقاحين المتوفران حالياً.

في المملكة المتحدة يتم تقديم اللقاح مبدئياً إلى الفتيات بين الثانية عشرة والثالثة عشرة.<sup>(٩)</sup> بدأ التطعيم بالفعل في إسكوتلاندا، وفي سبتمبر ٢٠٠٩ سيُمتد البرنامج إلى إنجلترا وويلز وأيرلندا الشمالية.<sup>(١٠)</sup> كان لدى وزارة الصحة اختيار ما بين اللقاح رباعي التكافؤ والذي يقي من أنماط فيروس الورم الحليمي البشري ٦ ، ١١ ، ١٦ ،

تراجع هذه الورقة الأبحاث المنشورة حول السؤال المتعلق بتضمين الفتيان في برامج التلقيح ضد فيروس الورم الحليمي البشري بافتراض فاعليته عليهم. وتحتاج بأن استبعاد الفتيان من برامج التطعيم يهدر عدداً من الأهداف؛ فهو يحد من النجاح في تقليل سرطان عنق الرحم، ويحرم الرجال المعرضين لخطر العدوى المرتبطة بالفيروس من فائدة التطعيم، كما يروج رسالة خاطئة فيما يتعلق بتعزيز الصحة مفادها، أن الفتيات والنساء بمفردهن يتحملن مسؤوليات الصحة الجنسية.

### استعراض الأبحاث المنشورة

تم استعراض الأبحاث المنشورة عن طريق البحث في قواعد بيانات مدلاين وإمباس (Medline & Embas). كانت مصطلحات البحث المستخدمة هي: فيروس الورم الحليمي البشري، لقاح، رجال، فتيان وذكور. أدرجت المقالات المنشورة بدءاً من ١ يناير ١٩٩٠ وحتى ٣١ مايو ٢٠٠٨ واستعرضت الأوراق المنشورة بالإنجليزية فقط. أدرجت أيضاً المراجع المذكورة في المقالات ذات الصلة. كان استعراض الأوراق يهدف إلى التعرف على الأعمال المنشورة التي ناقشت موضوعات لها علاقة بالتغطية للقاحية والمناعة الجماعية، فيروس الورم الحليمي البشري والتأليل التناسلية، العلاقة بين فيروس الورم الحليمي البشري والأورام الخبيثة بخلاف سرطان عنق الرحم وفيروس نقص المناعة البشري، بالإضافة إلى الآثار المترتبة على وجود برنامج تطعيم موجه حسب النوع الاجتماعي.

### النتائج والمناقشة التغطية للقاحية والمناعة الجماعية

في ظروف مثالية ومع إقبال وتغطية عاليين؛ لن يحمي اللقاح الأفراد مباشرةً فحسب، بل وسيحمي كذلك مجموع السكان بشكل غير مباشر عن طريق ما يسمى بالمناعة الجماعية<sup>(١٦)</sup>، لأن خطر التعامل المباشر مع شخص مصاب بالعدوى سوف يقل بالتبعية كلما زاد عدد من تلقوا اللقاح. تلك هي الطريقة التي يفترض بها نظرياً أن تطعيم جنس يحمي الجنس الآخر. رغم ذلك فلا بد أن تكون التغطية

تشير التقديرات إلى أن معظم الرجال والنساء يصابون بعدوى نمط واحد على الأقل من فيروس الورم الحليمي البشري خلال فترة النشاط الجنسي في حياتهم بالرغم من أنه لا يستمر لدى معظم الناس ولا يتطور إلى ورم خبيث.<sup>(١٧)</sup> ورغم ذلك فإن هناك تقارير عن معدلات إصابة تصل إلى ٧٠٪ بين الشركاء الذكور للنساء اللاتي لديهن إصابات ما قبل التسرطن في هولندا.<sup>(١٧، ١٨)</sup> تتراوح نسب الإصابة بفيروس الورم الحليمي البشري في النساء في المملكة المتحدة ما بين ٧،١٪ في النساء اللاتي أوضحت الفحص الخلوي أن خلايا عنق الرحم لديهن طبيعية (حجم العينة ١٣،٨٩٠) و ٩١،٥٪ في النساء اللاتي يعانين من إصابات شديدة أو سرطانية في عنق الرحم (حجم العينة ٥٩٧).<sup>(١٩)</sup> وفي دراسة في إنجلترا شملت ١٤٨٣ أنثى تتراوح أعمارهن بين ١٠ - ٢٩ عاماً - تم فحص عينات من أمصالهن من الوحدة الوبائية المصلية بوكالة حماية الصحة - ظهر أن معدل العدوى المعياري في الأمصال، المعدل بحسب العمر هو ١٠،٧٪ لفيروس الورم الحليمي البشري ٦، ٢،٧٪ لفيروس الورم الحليمي البشري ١١، ٩، ١١،٩٪ لفيروس الورم الحليمي البشري ١٦، ٤،٧٪ لفيروس الورم الحليمي البشري ١٨، ٢٠،٧٪ لأي من الأنماط الأربعة.<sup>(٢٠)</sup>

هناك سؤال مهم لم يتم التصدي له بشكل كامل بعد؛ ألا وهو ماذا كان من الضروري إدراج الفتيان مثلهم مثل الفتيات في أي برنامج للتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري من عدمه. إن اللقاح رباعي التكافؤ مرخص بالفعل في المملكة المتحدة لاستخدامه للفتيان من سن ٩ وحتى ١٥ عاماً،<sup>(٢١)</sup> بالرغم من أن المرحلة الثالثة من التجارب السريرية والخاصة بالمناعة والفعالية في الرجال ما زالت مستمرة.<sup>(٢٢، ٢٣)</sup> وقد يؤدي نشر (تلك الأبحاث) إلى وضع اعتبار أكبر لمسألة إعطاء لقاح الفيروس الحليمي البشري للفتيان. ولكن دراسة متعددة المراكز نشرت بالفعل عن لقاح رباعي التكافؤ مماثل لجاردانيل (تنتج معامل أبحاث ميرك) والذي أعطي لأطفال من سن ١٠ إلى ١٥ عاماً (٥٠٦ من الفتيات و ٥١٠ من الفتيان) أظهر مناعة عالية المستوى (<٩٩٪) للأنماط الأربعة لفيروس الورم الحليمي البشري لدى كل الفتيات والفتيان.<sup>(٢٤)</sup>

اللحاقية في تلك الحالة أكثر من ٧٥٪، لأنها إذا انخفضت إلى ما هو أقل من ذلك يصبح إعطاء اللقاح للجنسين أساسياً لزيادة الفاعلية.<sup>(٢١،٢٢)</sup> تشير الدلائل المستقاة من النماذج الوبائية أن التغطية اللقاحية والمناعة الجماعية ستفيد كثيراً من برنامج تطعيم وقائي محايد من زاوية النوع الاجتماعي.<sup>(١٩)</sup> وقد أظهرت الدراسات أن مقارنة تطعيم الإناث فقط ستكون فعالة بنسبة ٦٠٪ إلى ٧٥٪ في تخفيض معدل انتشار فيروس الورم الحليمي البشري في النساء مقارنة بفعالية استراتيجية تطعيم محايدة جنسياً.<sup>(٢٣،٢٤)</sup>

## ارتباط فيروس الورم الحليمي البشري بالتأليل التناسلية

يرتبط نمطا فيروس الورم الحليمي البشري ٦ و ١١<sup>(١١،٢٥)</sup> بالتأليل التناسلية، فهما مسئولان عن ٩٠٪ تقريباً من التأليل التناسلية، وتحتوي ٧٠-١٠٠٪ من التأليل التناسلية الخارجية على أحد هذين النمطين.<sup>(٢٦)</sup> التأليل التناسلية هي أكثر عدوى منقولة جنسياً يتم تشخيصها في عيادات الطب التناسلي والبولي في المملكة المتحدة. في ٢٠٠٦، شخّصت ٨٣,٧٤٥ حالة جديدة لتأليل تناسلية في المملكة المتحدة، ممثلة ٢٢٪ من مجموع العدوى المنقولة جنسياً. كانت أعلى المعدلات بين الرجال بين العشرين والرابعة والعشرين من العمر (١٠٠,٠٠٠/٧٩٣) وأعلى المعدلات بين النساء كانت ما بين عمر السادسة عشرة والتاسعة عشرة (١٠٠,٠٠٠/٧٦٧) وتعكس هذه الأرقام حقيقة أن النساء يملن إلى عمل علاقات مع رجال أكبر سناً منهن.<sup>(٢٨،٢٧)</sup>

في دراسة لتحديد معدل انتشار العدوى بفيروس الورم الحليمي البشري بين ٤٦٣ رجلاً في الولايات المتحدة، تراوحت أعمارهم بين الثامنة عشرة ، والأربعين مارس كل منهم الجماع مع امرأة في العام السابق ولم يكن لديهم تاريخ إصابة بالتأليل التناسلية، وجد أن ٥١,٢٪ منهم كانوا إيجابيين لنمط واحد على الأقل من فيروس الورم الحليمي البشري سواء من تلك المسرطنة أو غير المسرطنة.<sup>(٢٨)</sup> كما تشير الأدلة أيضاً أن هناك معدلاً عالياً لنقل فيروس الورم الحليمي البشري، من الرجال المصابين مسبقاً بتأليل القضيب إلى شريكاتهم من النساء.<sup>(٢٩)</sup>

بالرغم من كونها غير خبيثة؛ فإن التأليل التناسلية تحمل خطورة مرضية يعتد بها على المستويين الجسدي والنفسي، عدا إضافتها أعباء علاج لا يستهان بها على أنظمة الرعاية الصحية.<sup>(٣٠،٣١)</sup> من المعتاد أن تحتاج التأليل التناسلية إلى عدة زيارات للطبيب للتشخيص والمعالجة،

للقاحية في تلك الحالة أكثر من ٧٥٪، لأنها إذا انخفضت إلى ما هو أقل من ذلك يصبح إعطاء اللقاح للجنسين أساسياً لزيادة الفاعلية.<sup>(٢١،٢٢)</sup> تشير الدلائل المستقاة من النماذج الوبائية أن التغطية اللقاحية والمناعة الجماعية ستفيد كثيراً من برنامج تطعيم وقائي محايد من زاوية النوع الاجتماعي.<sup>(١٩)</sup> وقد أظهرت الدراسات أن مقارنة تطعيم الإناث فقط ستكون فعالة بنسبة ٦٠٪ إلى ٧٥٪ في تخفيض معدل انتشار فيروس الورم الحليمي البشري في النساء مقارنة بفعالية استراتيجية تطعيم محايدة جنسياً.<sup>(٢٣،٢٤)</sup>

تاريخياً، كانت برامج التطعيم الموجهة لنوع اجتماعي بعينه أقل فعالية بشكل واضح من برامج التطعيم المحايدة. وقد وضح هذا المثال في برنامج تطعيم المملكة المتحدة ضد الحصبة الألمانية والذي بدأ في عام ١٩٧٠. فقد حدث هبوط أولي في وقوع الإصابات تلاه عودة للمرض في الشباب من الذكور والنساء الحوامل. يعود ذلك إلى انخفاض المناعة الجماعية والذي نتج جزئياً عن مقارنة تطعيم نوع اجتماعي بعينه؛ وقد تم تعديل البرنامج عام ١٩٩٥ ليشمل الفتيان أيضاً.<sup>(٢٤-٢٥)</sup> ولذا من الضروري أن يتلقى الفتيان لقاح فيروس الورم الحليمي البشري؛ لكي يتم الأمر بشكل صحيح منذ البداية.

## خطر عدوى فيروس الورم الحليمي البشري والسلوك الجنسي

يرتبط خطر الإصابة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري أساساً بالسلوك الجنسي بما في ذلك وجود أكثر من شريك جنسي على مدى الحياة.<sup>(١٩،٢٥،٢٦)</sup> لا يجوز أبداً أن نفكر في علاج النساء فحسب من الأمراض المنقولة جنسياً في حين أنها تنتقل أيضاً من وإلى الرجال. بالتأكيد يصح ذلك أيضاً بشأن اللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري والذي ينتقل بالأساس جنسياً. وجد المسح القومي للتوجهات الجنسية وأنماط الحياة ٢٠٠٠، أن ٣٤,٦٪ من الرجال في بريطانيا من عمر السادسة عشرة وحتى الرابعة والأربعين كان لهم عشر شريكات جنسيات أو أكثر على مدى حياتهم مقارنة بـ ١٩,٤٪ من النساء.<sup>(٢٧)</sup> الرجال البريطانيون إذن في خطر أكبر للتعرض والإصابة ونقل فيروس الورم

حيث تقدر التكلفة على نظام الرعاية الصحية القومي في المملكة المتحدة بمئة وعشرين مليون جنيه استرليني سنوياً.<sup>(٣١،٣٢)</sup> يستهدف اللقاح رباعي التكافؤ كلا النوعين من فيروس الورم الحليمي البشري، المسرطن والمسبب للتأليل التناسلية ويقدم فوائد مباشرة للرجال أيضاً بالإضافة إلى النساء مؤدياً إلى فوائد في الصحة العامة وأيضاً في اقتصادات الصحة. إن كلا من الخطورة المرضية المفرطة والتكلفة المرتبطة بالتأليل التناسلية من الممكن تقليلها لو أدمج الفتيان والفتيات الصغار في برنامج التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري وليس الفتيات فحسب واستعمل فيه اللقاح رباعي التكافؤ.

### ارتباط فيروس "الورم الحليمي البشري" بالأروام الخبيثة بخلاف عنق الرحم

ترتبط أنماط فيروس الورم الحليمي البشري ١٦ و١٨ أيضاً بسرطانات عدا تلك الخاصة بعنق الرحم، من ضمنها السرطانات الفرجية، القضيبيية، الشرجية واللقومية؛ بالإضافة إلى الإصابات ما قبل السرطانية مثل النمو الورمي داخل الخلايا الطلائية الشرجية.(٢،٧،٨) تعزى أكثر من ٢٨,٠٠٠ حالة سرطان لدى الذكور سنوياً حول العالم لنمطى فيروس الورم الحليمي البشري ١٦ و١٨.<sup>(٣٣)</sup> فعلى سبيل المثال وجدت ٩٠٪ من السرطانات الشرجية لدى النساء و١٠٠٪ من السرطانات الشرجية لدى الرجال المثليين إيجابية للحامض النووي لفيروس الورم الحليمي البشري عالي الخطورة.<sup>(٣٤،٣٥)</sup> وفي الواقع وجد أن السرطان الشرجي يرتبط بشكل أكبر بفيروس الورم الحليمي البشري ١٦ أكثر من ارتباطه بسرطان عنق الرحم.<sup>(٣٥)</sup>

وجد ديسوزا وزملاؤه ارتباطاً مهماً بين سرطان الخلايا الحرشفية في الرأس والعنق وفيروس الورم الحليمي البشري ١٦ كذلك،<sup>(٣٦)</sup> ووجدت بعض الدراسات أن فيروس الورم الحليمي ١٦ مستوئل عن ٨٧-٩٥٪ من سرطانات الحلقوم الإيجابية لفيروس الورم الحليمي البشري.<sup>(٣٧)</sup> كما وجد مورك وزملاؤه أن خطر الإصابة بالسرطان الحلقومي تضاعف أربع عشرة مرة بين المرضى إيجابيين المصل

لفيروس الورم الحليمي البشري ١٦، وفي رأى البعض أن التعرض لفيروس الورم الحليمي البشري قد يسبق ظهور سرطان الحلقوم بعشر سنوات أو أكثر.<sup>(٣٨)</sup> تتسبب سرطانات الحلق في وفاة أكثر من ١٧٠٠ في المملكة المتحدة سنوياً وهذا الرقم أخذ في الازدياد في السنوات الأخيرة.<sup>(٣٩)</sup> وجد أن أكثر من ثلث مرضى سرطان الحلقوم في المملكة المتحدة إيجابيو المصل لفيروس الورم الحليمي البشري، وكان الفيروس ١٦ هو أكثر أنماط فيروس الورم الحليمي التي تم اكتشافها.<sup>(٤٠)</sup>

بالرغم من كونها أقل شيوعاً؛ فإن تلك السرطانات، التي يصعب علاجها في الرجال والنساء، تتم الوقاية الفضلى منها من خلال التطعيم. ويوفر الارتباط القوي بين فيروس الورم الحليمي البشري ١٦ والسرطانات الشرجية والحلقومية حجة منطقية إضافية لبحث تطعيم الرجال بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري بالتوازي مع هدف تقليل فرصة الإصابة بسرطان عنق الرحم بخفض نقل فيروس الورم الحليمي البشري ١٦ و١٨ للنساء.<sup>(٣٣،٣٧،٣٨)</sup>

### ارتباط الورم الحليمي البشري بفيروس نقص المناعة البشرية

ترتبط عدوى فيروس نقص المناعة البشرية بقوة بالعدوى المستمرة بفيروس الورم الحليمي البشري وإعادة تنشيط العدوى الكامنة للفيروس نفسه.<sup>(٤١)</sup> في دراسة قارنت بيانات أكثر من مليون رجل مستخدمة السجلات السكانية للسرطان ومرض نقص المناعة المكتسب في الولايات المتحدة وبورتوريكو وجد أن نسبة حدوث سرطان الشرج في الرجال من المثليين الإيجابيين لفيروس نقص المناعة البشرية أكثر من ضعف النسبة بين السلبين لفيروس نقص المناعة البشرية. ٤١ وجدت دراسة شملت ٦٠٨ رجال ممن يمارسون الجنس مع رجال في سان فرانسيسكو أن نسبة شيوع العدوى الشرجية بفيروس الورم الحليمي البشري كانت ٦١٪ بين أولئك السلبين لفيروس نقص المناعة البشرية و٩٣٪ بين الإيجابيين للفيروس نفسه. وأن ٧٣٪ من الرجال حاملو فيروس نقص المناعة البشرية كانوا

هي أن النساء ما زلن مسئولات عن التعامل مع الجنس وبالتالي يسمح للفتيان أن يتحملوا مسؤولية أقل.<sup>(٤٨)</sup> وقد أشارت المنظمة الدولية لصحة العائلة إلى استمرار الفجوة بين الخطابة حول تعزيز مشاركة الذكور، وواقع الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الموجهة للنساء. ويسهم تقديم لقاح فيروس الورم الحليمي البشري للفتيات فقط في استمرار هذا الوضع غير المتوازن.<sup>(٤٩)</sup>

### الاستنتاجات والتوصيات

من أسس علم الوبائيات أن يتم التعرف على مصدر العدوى والفئات السكانية المعرضة للخطر بهدف تنفيذ استراتيجيات لمكافحة العدوى والوقاية منها. من الممكن أن تتسبب عدوى فيروس الورم الحليمي البشري في إصابات تناسلية وحلقومية ما قبل سرطانية وسرطانية إضافة إلى الثآليل التناسلية في الرجال والنساء كليهما. من الممكن أن يصاب الرجال بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري بالإضافة إلى نقله لشركائهم. قد يؤدي استبعاد الرجال إلى خفض المناعة الجماعية والتي قد تقلل من نجاح برنامج التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري. لا بد من أخذ مردودية التكلفة المتوقعة من إدماج الفتیان والفتيات كليهما في برامج التطعيم الوطنية ضد فيروس الورم الحليمي البشري في الاعتبار.

بالرغم من أن الفاعلية الوقائية لم تثبت بعد بالكامل في الرجال؛ فإن اللقاح رباعي التكافؤ مرخص في المملكة المتحدة لاستخدامه للفتيان من عمر التاسعة وحتى الخامسة عشرة رغم أن اللقاح ثنائي التكافؤ ليس كذلك، وما زالت الدراسات مستمرة بشأن الرجال عالمياً. إن الحاجة المنطقية لتطعيم الفتیان مع الفتيات في سن مبكرة حجة قوية يفرض أنه تم إثبات الفاعلية. في هذه الأثناء لا بد أن تصبح إتاحة اللقاح رباعي التكافؤ سياسة المملكة المتحدة حتى يتم دمج الوقاية من الثآليل التناسلية وهي الحاجة التي تقوى أكثر بعد بتطعيم الفتیان أيضاً.

مصابين بعدوى أكثر من نمط من فيروس الورم الحليمي البشري. ٤٢. اكتشاف أنماط متعددة من فيروس الورم الحليمي البشري مرتبط احصائياً بالنمو الورمي داخل الخلايا الطلائية الشرجية، وكذلك تطور الإصابة إلى درجة أعلى بمرور الوقت.<sup>(٥٠)</sup> بالإضافة إلى ذلك وجدت دراسة أمريكية شملت ٢٥٧,٦٠٥ رجال حاملين لفيروس نقص المناعة البشري أن الخطر النسبي للإصابة بسرطان الشرج بينهم بلغت ٣٧ ضعفاً لخطر الإصابة في عموم السكان. كما كانت خطورة الإصابة بسرطان الشرج بين الرجال حاملي فيروس نقص المناعة البشري الذين يمارسون الجنس مع رجال مضاعفة ستين مرة مقارنة بعموم السكان.<sup>(٤٣،٤٤)</sup> إن نسبة حدوث السرطانات الشرجية والنمو الورمي داخل الخلايا الطلائية للشرج ترتفع حالياً في المملكة المتحدة والولايات المتحدة بين كل من الرجال المثليين والرجال والنساء غير المثليين.<sup>(٥١،٥٢)</sup> وقد يكون ذلك مرتبطاً جزئياً بعدوى فيروس نقص المناعة البشري.<sup>(٥٣)</sup>

كذلك، وردت تقارير عن أن الرجال المثليين في المملكة المتحدة سعيًا منهم للوقاية من الثآليل التناسلية والسرطانات الشرجية والقضيبيّة وللوقاية من نقل فيروس الورم الحليمي البشري لشركائهم يزورون حالياً عيادات خاصة للحصول على لقاح فيروس الورم الحليمي البشري "خارج الترخيص".<sup>(٤٦)</sup>

### تحميل النساء عبء الصحة الجنسية

يرى البعض أن برنامج التطعيم بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري الموجه إلى نوع إجتماعي بعينه مثل آخر على أن النساء وليس الرجال هن من يتم استهدافهن للتدخلات الخاصة بالصحة الجنسية مما يوحى بأن الصحة الجنسية هي مشكلة النساء.<sup>(٤٧)</sup> لا يجب أن تشعر النساء أن العبء الجسدي والنفسي يقع بشكل غير متكافئ عليهن، وقد حاجج القائمون على التثقيف الجنسي أن الرسالة التي تعطى لصغار السن مع وجود برنامج تطعيم لنوع إجتماعي بعينه ضد فيروس الورم الحليمي البشري

1. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007; 370(9590):890–907.
2. Partridge JM, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in men. *Lancet Infectious Diseases* 2006; 6(1):21–31.
3. National Health Service. Q&A on HPV vaccines. At<[www.immunisation.nhs.uk/files/HPV:\\_Q&A.pdf](http://www.immunisation.nhs.uk/files/HPV:_Q&A.pdf)>. Accessed 1 June 2008
4. Kmietowicz Z. Choice of cancer vaccine is branded a missed opportunity by charities. *BMJ* 2008; 336: 1456–57.
5. FPA. FPA statement on new cervical cancer vaccine 18 June 2008. At: <[www.fpa.org.uk/news/press/current/detail.cfm?contentID=1005](http://www.fpa.org.uk/news/press/current/detail.cfm?contentID=1005)>Accessed 28 September 2008
6. Giuliano AR. Human papillomavirus vaccination in males. *Gynecologic Oncology* 2007; 107: S24–26.
7. Newall AT, Beutels P, Wood JG, et al. Cost-effectiveness analyses of human Papillomavirus vaccination. *Lancet Infectious Diseases* 2007; 7(4):289–96.
8. Public Health and Wellbeing Directorate. Implementation of Immunisation Programme: Human Papilloma Virus (HPV) Vaccine – Project Update including the Catch Up Campaign. 6 February 2008. At: <[www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2008\\_05.pdf](http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2008_05.pdf)>. Accessed 1 June 2008.
9. Kim JJ. Human papillomavirus vaccination in the UK. *BMJ* 2008; 337:a842.
10. Jit M, Choi YH, Edmunds WJ. Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United Kingdom. *BMJ* 2008; 337:a769.
11. NHS. Q+A on HPV vaccines. 2007. At: <[www.immunisation.nhs.uk/files/HPV\\_Q&A.pdf](http://www.immunisation.nhs.uk/files/HPV_Q&A.pdf)>. Accessed 4 October 2008.
12. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, et al. Prevalence of HPV infection among men: asystematic review of the literature. *Journal of Infectious Diseases* 2006; 194: 1044–57.
13. Bleeker MCG, Hogewoning CJ, Berkhof J, et al. Concordance of specific human papillomavirus types in sex partners is more prevalent than would be expected by chance and is associated with increased viral loads. *Clinical Infectious Diseases* 2005; 41:612–20.
14. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer. Human Papillomavirus and Cervical Cancer. 2007. At: <[www.int/hpvcentre/\\_pdf/GBR.pdf?CFID=278048&CFTOKEN=18959369](http://www.int/hpvcentre/_pdf/GBR.pdf?CFID=278048&CFTOKEN=18959369)>. Accessed 4 October 2008.
15. Jit M, Vyse A, Borrow R, et al. Prevalence of human papillomavirus antibodies in young female subjects in England. *British Journal of Cancer* 2007;97:989–91.
16. Sanofi Pasteur MSD Limited. Gardasil. 26 February 2008 At: <[www.emc.medicines.org.uk/emc/assets/c/html/displayDocPrinterFriendly.asp?documentid=19016](http://www.emc.medicines.org.uk/emc/assets/c/html/displayDocPrinterFriendly.asp?documentid=19016)>. Accessed 1 June 2008.
17. ClinicalTrials.gov. AnInvestigational Study of Gardasil (V501) in Reducing the Incidence of Anogenital Warts in Young Men. At: <[www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00090285?term=Gardasil+young+men&rank=1](http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00090285?term=Gardasil+young+men&rank=1)>. Accessed 1 June 2008.
18. Block SL, Nolan T, Sattler C, et al. Comparison of the immunogenicity and reactogenicity of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6,11,16 and 18) L1 virus-like particle vaccine in male and female adolescents and young adult women. *Paediatrics* 2006;118: 2135–45.
19. Elbasha EH, Dasbach EJ, Insinga RP. Model for assessing human papillomavirus vaccination strategies. *Emerging Infectious Diseases* 2007; 13(1):28–41.
20. Garnett GP. Role of herd immunity in determining the effect of vaccines against sexually transmitted disease. *Journal of Infectious Diseases* 2005;191:S97–106.
21. Hughes JP, Garnett GP, Koutsky L. The theoretical population- level impact of a prophylactic human papillomavirus vaccine. *Epidemiology* 2002; 13(6): 631–39.
22. Anon . Should HPV vaccines be mandatory for all adolescents? *Lancet* 2006;368:1212.
23. Böttiger M, Forsgren M. Twenty years' experience of rubella vaccination in Sweden: 10 years of selective vaccination (of 12-year-old girls and of women postpartum) and 13 years of ageneral two-dose vaccination. *Vaccine* 1997; 15(14):1538–44.
24. Vyse AJ, Gay NJ, White JM, et al. Evolution of surveillance of measles, mumps and rubella in England and Wales: providing the platform forevidence-based vaccination policy. *Epidemiologic Reviews* 2002;24: 125–36.
25. Bosch FX, Castellsague X, Munoz N, et al. Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain. *Journal of National Cancer Institute* 1996;88:1060–67.
26. Svare EI, Kjaer SK, Worm AM, et al. Risk factors for genital HPV DNA in men resemble those found in women: a study of male attendees at a Danish STD clinic. *Sexually Transmitted Infections* 2002;78:215–18.
27. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001; 358:1835–42.
28. Health Protection Agency. Genital warts statistics 26 February 2008. At: <[www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb\\_C/1195733781837](http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1195733781837)>. Accessed 16 May 2008.
29. Nielson CN, Flores RB, Harris M, et al. Human papillomavirus prevalence and type distribution in male

- anogenital sites and semen. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 2007;16:1107–14.
30. Campion MJ, Singer A, Clarkson PK, et al. Increased risk of cervical neoplasia in consorts of men with penile condylomata acuminata. *Lancet* 1985;1:943–46.
  31. Villa LL. Prophylactic HPV vaccines: reducing the burden of HPV-related diseases. *Vaccine* 2006;24(S1):23–28.
  32. Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Minutes of the HPV Sub-group meeting, Tuesday, 23 May 2006. 6 March 2008. At: <<http://advisorybodies.doh.gov.uk/jcvi/mins-hpv-230506.htm>>. Accessed 1 June 2008.
  33. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2006;24(S3):11–25.
  34. Frisch M, Fenger C, van den Brule AJ, et al. Variants of squamous cell carcinoma of the anal canal and perianal skin and their relation to human papillomavirus. *Cancer Research* 1999;59:753–57.
  35. Palefsky JM, Gillison ML, Strickler HD. Chapter 16: HPV vaccines in immunocompromised women and men. *Vaccine* 2006;24:S3/140–46.
  36. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *New England Journal of Medicine* 2007;356:1944–56.
  37. Gillison ML. Human papillomavirus-associated head and neck cancer in a distinct epidemiologic, clinical, and molecular entity. *Seminars in Oncology* 2004;31(6):744–54.
  38. Mork J, Lie AK, Glatte E, et al. Human papillomavirus infection as a risk factor for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine* 2001;344:1125–31.
  39. Cancer Research UK. UK Oral Cancer Statistics. August 2007. At: <<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/oral?a=5441>>. Accessed 16 May 2008.
  40. Cancer Research UK. Definite risks for mouth and oropharyngeal cancer. July 2008. At: <<http://www.cancerhelp.org.uk/help/default.asp?page=13053>>. Accessed 4 October 2008.
  41. Goedert JJ, Cote TR, Virgo P, et al. Spectrum of AIDS-associated malignant disorders. *Lancet* 1998;351:1833–39.
  42. Palefsky JM, Holly EA, Ralston ML, et al. Prevalence and risk factors for human papillomavirus infection in the anal canal in HIV-positive and HIV-negative homosexual men. *Journal of Infectious Diseases* 1998; 177:361–67.
  43. Frisch M, Biggar RJ, Goedert JJ. Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of National Cancer Institute* 2000;92: 1500–10.
  44. Piketty C, Darragh TM, Da Costa M, et al. High prevalence of anal human papillomavirus infection in anal cancer precursors among HIV-infected persons in the absence of anal intercourse. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:453–59.
  45. Cancer Research UK. Risks and causes of anal cancer. March 2008. At: <<http://www.cancerhelp.org.uk/help/default.asp?page=20808>>. Accessed 4 October 2008.
  46. Roberts M. Gay men seek "female cancer" jab. *BBC News*. 23 February 2007. At: <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/6342105.stm>>. Accessed 1 December 2007.
  47. Udesky L. Push to mandate HPV vaccine triggers backlash in USA. *Lancet* 2007;369(9566): 979–80.
  48. Boynton P. HPV Vaccine – will be introduced in the UK for girls only. 26 October 2007. At: <[www.drpetra.co.uk/blog/?p=573](http://www.drpetra.co.uk/blog/?p=573)>. Accessed 1 December 2007.
  49. Ndong I, Finger WR. Male responsibility for reproductive health. *Network* 1998; 18(3):4–6.



## الدفع بأهمية الوقائية من سرطان عنق الرحم: ماذا عن الإنصاف؟

فيفيان تسو<sup>(١)</sup> وكارول ليفن (ب)

ترجمة: سلاف طه

### ملخص:

يعتبر سرطان عنق الرحم من المسببات الأساسية للمعاناة والوفاة المبكرة بين النساء في العالم النامي في حين إن الوقائية منه أعلى بكثير في معظم البلدان ذات الدخل الأكثر ارتفاعاً. ومن منظور الإنصاف، يمكن القول إن سرطان عنق الرحم موزع حول العالم بأشكال غير ضرورية وغير عادلة ويمكن تجنبها. وعلى الرغم من إن تحاليل مردود التكلفة توضح أن تدابير الوقائية لها ما يبررها في البلدان ذات الموارد المنخفضة، فإن عدم القدرة على تحمل تكاليف الوقائية وعدم وضع الأولويات بشكل سليم قد حالاً دون إحراز أي تقدم. تصف هذه الورقة أشكال الإجحاف في توزيع عبء مرض سرطان عنق الرحم والمعوقات التي تقف دون حصول النساء على الخدمات ذات الصلة واستخدامها والأسباب الكامنة وراء ذلك من فقر ووضع اجتماعي واقتصادي متدن يحرم المرأة من الكثير من الامتيازات الاجتماعية. ويفاقم المرض نفسه من هذا الحرمان المتعدد الأوجه مع ما يلي ذلك من تبعات خطيرة على النساء وأسرهن ومجتمعاتهن. والعلاج متاح في شكل مداخل جديدة للوقائية والعلاج تتضمن أمصالاً ضد فيروس الورم الحليمي البشري، واختبار سريع للفيروس والفحص البصري للرحم باستخدام حمض الخليك وعلم التبريد. وهذه الأساليب التكنولوجية قد تساعد على التغلب على أشكال الحرمان الاجتماعي والاقتصادي والسياسي التي تسهم في الإصابة بسرطان عنق الرحم والوفيات من جرائه من خلال الجمع الأمثل بين التطعيم والفحص والعلاج. ومع ذلك فإن تزايد حصول النساء على الرعاية على المدى الطويل سيتطلب من المجتمعات أيضاً التعاطي مع المعوقات الهيكلية المتعلقة بالأنظمة الصحية والفقر.

- Making the case for cervical cancer prevention: what about equity?  
Vivien D Tsu, Carol E Levin, *Reproductive Health Matters*: 2008;16(32):104–112

### الكلمات المفتاحية:

أشكال الإجحاف الصحية، وضع المرأة، المحددات الاجتماعية، فحص عنق الرحم والسرطان، والوقائية من سرطان عنق الرحم.

(أ) المديرية المساعدة للصحة الإنجابية، برنامج التكنولوجيا الملائمة في الصحة (PATH)، سياتل، الولايات المتحدة، vtsu@path.org  
(ب) من كبار الخبراء في اقتصاديات الصحة، برنامج التكنولوجيا الملائمة في الصحة (PATH)، سياتل، الولايات المتحدة

معاً وتتقاطع بشكل يفاقم من آثارها السلبية.<sup>(١)</sup>

نجد صدق قويا لهذه المفاهيم المتعلقة بعدم الإنصاف، سواء في ما يتعلق بالحالة الصحية أو إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية- في سرطان عنق الرحم. وهذه الورقة تقدم أمثلة على التباينات التي نجدها بين المصابات بسرطان عنق الرحم، وتأثيره عليهن. وفي ظل التوزيع غير العادل لسرطان عنق الرحم؛ تشير الورقة كذلك إلى بعض المقاربات الجديدة المبشرة التي يمكن أن تساعد في التغلب على أشكال الحرمان السياسي والاجتماعي التي تسهم في حدوث تباينات في الإصابة بسرطان عنق الرحم، وتخلص إلى ضرورة أن تكون كل النساء قادرات على الاستفادة من التدابير الوقائية التي خفضت من معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم لتصل إلى المعدلات الدنيا التاريخية التي نجدها الآن في أوروبا وأمريكا الشمالية.

### **العبء غير المتساوي للمرض ومدى إتاحة الخدمات واستخدام الرعاية وأثر ذلك على معدلات الإصابة بالمرض والوفيات**

إن العبء العالمي لسرطان عنق الرحم هائل؛ حيث يبلغ عدد الحالات الجديدة التي تصاب به سنوياً حوالي ٥٠٠ ألف حالة، ويبلغ عدد الوفيات ٢٧٤ ألف حالة، والتوزيع غير المتساوي لهذه الحالات لافت بشكل صادم.<sup>(٢)</sup> وبينما تسود معدلات الإصابة المنخفضة في أوروبا وأمريكا الشمالية واليابان (حوالي ١٠ إصابات من بين ١٠٠ ألف امرأة بشكل عام) فإن المعدلات في أفريقيا جنوب الصحراء أعلى بكثير كما هي الحال في الدول الأفقر في منطقة أمريكا اللاتينية وبحر الكاريبي وميلانيزيا وجنوب آسيا وجنوب شرق آسيا. وتتمتع بلدان شرق أفريقيا وأفريقيا الجنوبية بأعلى المعدلات الموحدة وفقاً للعمر لكل ١٠٠ ألف امرأة: تنزانيا (٦٨،٦) وليسوتو (٦١،٦) وزامبيا (٥٣،٧) وغينيا (٥٠،٩).<sup>(٣)</sup> وفي الأمريكتين، تتمتع هايتي بأعلى المعدلات التقديرية (٨٧،٣) ولكن بلدان أخرى في المنطقة مثل بوليفيا وبليز تعاني أيضاً من معدلات إصابة أعلى (٥٠ حالة من كل ١٠٠ ألف حالة).<sup>(٤)</sup> لا تقدم الجغرافيا البسيطة تفسيراً للتباين في المعدلات في ما بين

شهد العقد المنصرم تأكيداً كبيراً على ضمان فعالية التدخلات الصحية عن طريق قياس عدد سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة وتحليل مردود التكلفة ويسر الخدمات المقدمة<sup>(٥)</sup>، إضافة إلى تنامي الإهتمام بالإنصاف في قياس أداء النظم الصحية، ووضع الأولويات عند تخصيص الموارد اللازمة للرعاية الصحية.<sup>(٦)</sup> وبينما ينبغي بالضرورة تضمين هذه القضايا في وضع السياسات المتعلقة بالصحة، هناك أيضاً عوامل أخرى يجب أخذها في الاعتبار.<sup>(٧)</sup>

لقد تطور معنى الإنصاف في علاقته بالصحة منذ أن قدمت "وايتهيد" تعريفها الكلاسيكي لعدم الإنصاف على إنه اختلافات صحية غير ضرورية وغير عادلة ويمكن تجنبها.<sup>(٨)</sup> وفي حين تدلل البيانات على وضوح هذه التباينات وموضوعيتها، فإن عدم الإنصاف يتضمن أيضاً القيم والأحكام الفردية. وقد أضيفت إلى هذه المبادئ فكرة أن هذه الاختلافات يجب أن تكون منهجية لا عرضية أو متقطعة، كما إنها يجب أن تكون ناتجة عن حرمان اجتماعي وأن تساهم في زيادته لكي يمكن توصيفها على إنها عدم إنصاف.<sup>(٩)</sup>

ويمكن أن تدلل الحالة الصحية أو مدى إتاحة خدمات الرعاية الصحية ومدى استخدامها على وجود مثل هذه الاختلافات. وليست كل أشكال عدم المساواة مسألة إنصاف حيث إن البعض منها يعود لأسباب بيولوجية وجغرافية. بالطبع، بينما تستدعي كل حالة من حالات الموت المبكر أو المرض والمعاناة القلق، فإن هناك مبدأً واسع القبول في مجال العدالة الاجتماعية يقول إن الأشخاص الأكثر عرضة للمرض أو الأقل قدرة على الحصول على الخدمات بسبب خصائص اجتماعية أو ديموجرافية لا سلطان لهم عليها يجب أن يولي إليهم اعتبار خاص.<sup>(١٠)</sup>

والفقر هو من أكثر مصادر عدم الإنصاف المتعارف عليها، ولكن هناك أيضاً مناحي أخرى تتضمن النوع الاجتماعي والإثنية والدين والجغرافيا والعمر والتعليم والوضع الاجتماعي<sup>(١١)</sup> ولا سيما عندما تتجمع هذه العوامل

ثمة تباين آخر في الطبيعة الوبائية للمرض من حيث التوزيع العمري، حيث تزيد احتمالية وفاة السيدات في البلدان النامية بسبب سرطان عنق الرحم في سن أصغر من النساء في البلدان الأغنى (الشكل ١). ويرجع السبب وراء هذه الاختلافات العمرية على الأغلب إلى زيادة مستويات الحصول على خدمات الكشف المبكر واستخدامها والعلاج في ما بين السيدات الأصغر سناً في البلدان الغنية مقارنة بغيرهن في البلدان النامية. (تقل احتمالية لجوء النساء الأكبر سناً في كلا الموضعين - حيث الموارد الوفيرة أو المحدودة - إلى هذه الخدمات). ومع ذلك فإن البداية المبكرة للنشاط الجنسي والمعدلات الأعلى للحمل في سن مبكرة في البلدان ذات الموارد المنخفضة قد يسهما أيضاً في هذه الفروق في التوزيع العمري. وبشكل عام، فإن كل هذه الاختلافات ترجع بشكل كبير إلى عوامل اجتماعية واقتصادية وإلى قضايا تتعلق بالخدمات الصحية تعود بدورها إلى الفقر والوضع الاجتماعي اللذين هما الأساس الكامن وراء هذه المشاكل.

### توافر الخدمات الصحية

هذه الاختلافات في معدلات الوفيات والإصابة بالمرض والتي يمكن تجنبها، ترجع بشكل أساسي إلى فروق في الحصول على خدمات الفحص المبكر والعلاج بمجرد اكتشاف السرطان. خلاف العالم المتقدم الذي أصبح فيه إجراء مسحة من عنق الرحم إجراءً روتينياً ضمن الرعاية الصحية المقدمة للنساء، فإن معظم النساء في البلدان النامية لا يمكنهن الوصول إلى خدمات المسوح أو الوقاية إلا قليلاً. (١٧) أما في العالم المتقدم، فقد شاركت أكثر من ٧٥٪ من النساء في نوع ما من برامج المسوح على مدى الأعوام الخمسة الماضية مقابل أقل من ٥٪ من النساء في العالم النامي. وتحديات تنفيذ برامج مسوح سرطان عنق الرحم تتراوح ما بين محدودية الموارد وكثرة الاحتياجات الصحية بالشكل الذي يصعب معه إيلاء أولوية لهذه الخدمات وكذلك محدودية الموارد البشرية وفقر كل من البنية التحتية والقدرة اللوجيستية لهذه الأنظمة الصحية. (١٧)

أمريكا الشمالية وبقية الدول في الأمريكتين أو أفريقيا. فواقع الأمر هو أن كلاً من الولايات المتحدة وأوروبا قد عانت من معدلات أعلى بكثير من سرطان عنق الرحم قبل القرن العشرين وأثنائه إلى أن أدخل العمل ببرامج الفحص والعلاج. ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، انخفضت معدلات الإصابة بحوالي ٧٥٪ أو أكثر منذ الستينيات بعد إدخال العمل ببرامج الفحص. (١٧)

يمائل الاختلاف في الوفيات الناتجة عن سرطان عنق الرحم إلى حد ما الاختلاف في معدلات الإصابة، ولكن نسبة الوفيات إلى الإصابة توضح من جديد الفوارق بين الدول الغنية والدول الفقيرة. فبينما يصل المعدل لعالمي للوفيات مقابل حالات الإصابة الجديدة بالمرض إلى ٥٥٪ فإن المعدلات تتراوح من فقط ٢٠٪ في سويسرا إلى أكثر من ٨٠٪ في معظم بلدان أفريقيا، وبينما تبلغ هذه النسبة ٤٠-٥٥٪ في أمريكا اللاتينية وجنوب آسيا، حيث مكنت خدمات الفحص المبكر والعلاج المتاحة بشكل أكثر في أمريكا اللاتينية والهند من تخفيف تبعات الإصابة بسرطان عنق الرحم كالبلدان الأكثر ثراءً بشكل غير متاح للنساء في أفريقيا. (١٧) ويرجع السبب وراء ارتفاع معدلات الوفيات في العديد من البلدان النامية - والذي يفوق بكثير غيرها من البلدان المتقدمة - إلى اكتشاف المرض في مرحلة مرضية متأخرة وعدم كفاية العلاج فيها. (١٧)

وإضافة إلى الاختلافات الإقليمية وتلك الخاصة ببلدان بعينها، ثمة تباين أيضاً في معدلات المرض داخل البلد الواحد وفقاً لمحل الإقامة - ما إذا كان في الريف أو الحضر - والطبقة والعرق والإثنية. في المكسيك على سبيل المثال، نجد النساء الريفيات أكثر عرضة لثلاثة أضعاف للوفاة نتيجة لسرطان عنق الرحم مقارنة بالنساء في الحضر. (١٨) وفي أستراليا، كان احتمال وفاة النساء المنتميات إلى السكان الأصليين القاطنات في العواصم يزيد أربعة أضعاف عن احتمالية وفاة غيرهن من النساء بسبب سرطان عنق الرحم، بينما بلغت النسبة ١٨ ضعفاً بالنسبة للنساء من السكان الأصليين في المناطق النائية. (١٩)

التأثير نفسه مع أهداف الألفية الإنمائية والتي يبدو أنها قد ارتبطت بتهميش التمويل المقدم لرعاية الصحة الجنسية والإنجابية.<sup>(٢٧)</sup>

### استخدام الخدمات

إن الفقر على مستوى الأسرة والمجتمع هو العامل المهيمن الذي يحدد من داخل هذه الأسر والمجتمعات سوف يمكنه الحصول على الرعاية. وعلى الرغم من إحراز بعض التقدم في خفض عدد الأشخاص الذين يعيشون على دولار واحد في اليوم، فإن الفقر المدقع قد ازداد سوءاً في بعض الأقاليم مثل أفريقيا جنوب الصحراء.<sup>(٢٨)</sup> وحتى في آسيا، حيث انخفضت مستويات الفقر المدقع، لا تزال هناك جيوب فقر في العديد من البلدان فيها، إضافة إلى تنامي التباين في الدخل بين الفقراء والأغنياء.

أدت رسوم العلاج والافتقار إلى تأمين صحي معقول إلى عدم تساوي في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية، حيث لا يمكن للعديد من الأسر تحمل تكلفة حتى الرعاية الطبية الأساسية ناهيك عن التكاليف المتعلقة بالأمراض الكارثية من أمثلة سرطان عنق الرحم.<sup>(٢٩)</sup> يقل إنفاق الأسر الفقيرة على الرعاية الصحية ويرجع امتناعها عن العلاج أو اللجوء إلى العلاج الذاتي عوضاً عن السعي إلى العلاج في مرفق صحي حديث، خاصاً كان أو عاماً. وتضع المصروفات المباشرة للحصول على الرعاية الصحية وكذلك التكلفة غير المباشرة لساعات العمل الإنتاجي الضائعة بسبب المرض عبء أكبر على الفقراء مقارنة بالأسر الأغنى.<sup>(٣٠)</sup>

وفي المناطق الريفية النائية، يحتاج الناس إلى السفر لمسافات طويلة للوصول إلى الخدمات، ويستهلكون بذلك مواردهم الشخصية الشحيحة من وقت ومال. وإضافة إلى تكلفة الساعات الضائعة من حيث الفرص وأيام العمل داخل المنزل وخارجه، فقد تنشأ الحاجة كذلك إلى مصادر بديلة لرعاية الأطفال. تحتاج النساء عند استخدام مسحة عنق الرحم إلى العودة للحصول على النتائج، وإذا تطلب الأمر تشخيصاً أو علاجاً إضافيين، يكون على النساء أن

وهذه التباينات تتسق مع التباينات الهائلة في الانفاق على الخدمات الصحية على مستوى العالم بشكل واسع<sup>(٣١)</sup>، والتي تفاقمت بسبب تركيز الموارد الصحية عالية الجودة في المناطق الحضرية بالشكل الذي يجعل توافر الخدمات في العادة محدوداً في المناطق الريفية ولا سيما بالنسبة للنساء كبيرات السن، والصين مثال على ذلك.<sup>(٣٢)</sup>

إضافة إلى ذلك، تميل أنظمة الرعاية الصحية في البلدان منخفضة الدخل إلى تفضيل تقديم الخدمات العلاجية للبالغين على تقدم الرعاية الوقائية في استجابة منها للطلب المتصور.<sup>(٣٣)</sup> كذلك فضلت الإصلاحات المدخلة على القطاع الصحي - القائمة على العمل بنظام استرداد التكاليف - الرعاية العلاجية على الوقائية؛ باستثناء بعض الخدمات من أمثلة التطعيم وتنظيم الأسرة التي تقدم مجاناً. وتنزع الخدمات الوقائية القائمة إلى التركيز على النساء الحوامل والمرضعات والأطفال أقل من خمسة أعوام، ولا سيما مع تدفق التمويل في أواخر التسعينيات.<sup>(٣٤)</sup> على سبيل المثال، تزايدت معدلات التطعيم ضد مرض الحصبة في البلدان الأقل تقدماً من ٥٦٪ إلى ٧٤٪ في الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٦؛ في تناقض ملحوظ مع ركود طبيعة الخدمات المقدمة للوقاية من سرطان عنق الرحم.<sup>(٣٥)</sup>

وعلى الرغم من المطالبة بإيلاء عناية أكبر للأمراض المزمنة في البلدان النامية في الأعوام الأخيرة، لم يتناول معظم صانعي القرار والممولين مسألة سرطان عنق الرحم بعد؛<sup>(٣٦)</sup> فالخدمات المقدمة للنساء الأكبر سناً تعتبر ذات أولوية أقل،<sup>(٣٧)</sup> ولكن حتى حال توافر هذه الخدمات، فقد لا تتمكن النساء من الحصول عليها بسبب معوقات اقتصادية واجتماعية.

ومؤخراً أثير جدل يوحى بأن إيلاء أولوية لأمراض معينة مثل علاج فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الأيدز والوقاية منهما في البلدان النامية يستحوذ على تمويل غيرهما من المسائل الصحية، مما يزيد من أشكال التباين القائمة في الخدمات وفقاً للعمر والنوع الاجتماعي والوضع الاقتصادي-الاجتماعي.<sup>(٣٨)</sup> ويحتمل أن نجد

الإجراءات، أو بأن يربط المرض بالأمراض المنقولة جنسياً، وحتى عندما يقدم العلاج مجاناً أو حال تغطيته من قبل التأمين الصحي، فقد تستهلك تكلفة السرطان غير الطبية أو الدوائية ٥٠٪ من إجمالي دخل الأسرة.<sup>(٣٣،٣٢)</sup> وعلى الأغلب فإن هذه الاعتبارات تؤثر على قرار الأسرة في ما يتعلق بالسعى إلى الفحص أو المزيد من الرعاية. فمن بين نساء مصابات بالسرطان في دراسة بنيجريا، أفادت أكثر من ٦٨٪ منهن بأن النفقات المتعلقة بالمرض كان لها أثر كبير على الظروف المعيشية للأسرة.<sup>(٣٤)</sup> وعلى الرغم من مقاربات المسوح الجديدة في مقياس الصحة المحلية التي أزلت بعضاً من هذه العوائق اللوجيستية، فإن الحصول على الخدمات العلاجية لا يزال يتطلب كفاية الموارد لاستخدام المرافق ذات المستوى الأعلى.

## أثر سرطان عنق الرحم على الأسرة والمجتمع المحلي والمجتمع بأسره

للنساء تأثير هائل على رفاهية الأسرة على مدار حياتهن؛ إذ يلعبن دوراً مركزياً في تأمين احتياجات الغذاء وكسب العيش ورعاية الأطفال والأحفاد والمرضى،<sup>(٣٥)</sup> وتظهر المرأة كقائدة مجتمعية في الحياة السياسية والاجتماعية وكنصاحة لأفراد الأسرة. وفي المناطق التي يؤثر فيها فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز على نسبة كبيرة من الشباب، تضطلع النساء المسنات حتى بدور أكبر في الحفاظ على بنية المجتمع والعناية بالمتأثرين بالمرض، بالغين كانوا أم يتامى.<sup>(٤١،٤٠)</sup> وفي البلدان النامية يتعدى تأثير خسارة عمالة المرأة الأسرة المباشرة أو أسر بعينها ليؤثر على المجتمع ككل حيث يعتمد حوالي ٧٥٪ من انتاج الطعام في كل عام بشكل مباشر على عمل النساء.<sup>(٤٢)</sup>

تتضرر أسر النساء اقتصادياً بسبب إصابتهم بالمرض ووفاتهن المبكرة، سواء بسبب خسارة الدخل ونفقات العلاج المباشرة، ففي كل من المناطق الريفية والحضرية في أفريقيا جنوب الصحراء مثلاً، تعتبر المرأة العائل الرئيسي في حوالي ثلث الأسر المعيشية.<sup>(٤٣)</sup> وفي المناطق الريفية في العالم النامي يتزايد عدد الأسر التي تعولها نساء بسبب هجرة الرجال بحثاً عن العمل.<sup>(٤٤)</sup> وعادة ما تكون النساء مسئولات عن الأعمال غير المدرة للدخل والتي هي أيضاً ضرورية لرفاهية الأسرة مثل جمع المياه والحطب وإعداد الطعام ورعي الماشية.<sup>(٤٥)</sup>

وفي مثل هذه الحالات، فإن تأثير الإصابة بمرض سرطان عنق الرحم يكون مدمراً على الأطفال وغيرهم من المعالين. ففي الدراسة النيجيرية التي ذكرت آنفاً، أفادت ٧٠٪ من النساء المصابات بسرطان الثدي أو سرطان عنق

يسافرن مرة أخرى وأن يقمن في مرافق الإحالة في الحضر. وحتى عندما يقدم العلاج مجاناً أو حال تغطيته من قبل التأمين الصحي، فقد تستهلك تكلفة السرطان غير الطبية أو الدوائية ٥٠٪ من إجمالي دخل الأسرة.<sup>(٣٣،٣٢)</sup> وعلى الأغلب فإن هذه الاعتبارات تؤثر على قرار الأسرة في ما يتعلق بالسعى إلى الفحص أو المزيد من الرعاية. فمن بين نساء مصابات بالسرطان في دراسة بنيجريا، أفادت أكثر من ٦٨٪ منهن بأن النفقات المتعلقة بالمرض كان لها أثر كبير على الظروف المعيشية للأسرة.<sup>(٣٤)</sup> وعلى الرغم من مقاربات المسوح الجديدة في مقياس الصحة المحلية التي أزلت بعضاً من هذه العوائق اللوجيستية، فإن الحصول على الخدمات العلاجية لا يزال يتطلب كفاية الموارد لاستخدام المرافق ذات المستوى الأعلى.

ويضيف النوع الاجتماعي بعداً آخر في مسألة عدم تساوي حصول النساء على الخدمات الطبية في علاقته بالحاجة؛ حيث تشكل النساء النسبة الأكبر من القوى غير العاملة، ويشكلن ٦٠٪ من الفقراء العاملين حول العالم (حيث يقل دخلهن عن دولار في اليوم)<sup>(٣٦)</sup> وقد تتحيز القيم الاجتماعية داخل الأسرة - حيث يتقاطع النوع الاجتماعي مع الفقر - للرجال عن النساء الساعيات للحصول على الرعاية الصحية. وفي الهند، نجد هذا التحيز القائم على النوع الاجتماعي في السعي إلى الحصول على الرعاية وإتمام العلاج بالنسبة للأمراض طويلة الأمد جلياً في الأسر الأفقر.<sup>(٣٧)</sup>

تواجه النساء أيضاً فجوات معلوماتية ووصمة عار ترتبط بالرعاية الوقائية من سرطان عنق الرحم. في بعض المجتمعات، قد لا تعلم النساء من الأساس عن سرطان عنق الرحم أو أثره على مجتمعاتهن، وقليلات على وعي بإمكانية إكتشاف سرطان عنق الرحم والتغيرات الخلوية السابقة عليه من خلال إجراءات فحص بسيطة. فإن مفهوم الوقاية من حدوث المرض في المستقبل قد لا يكون له قيمة داخل الأسرة المعيشية في العديد من الثقافات.<sup>(٣٧)</sup> ومن بين المعوقات الاقتصادية والثقافية المحتملة أمام السعي وراء الرعاية الصحية نجد الخجل من فحص الرحم، والخوف من

أقصى استفادة من ذلك مجموعة النساء في الثلاثينيات من عمرهن.<sup>(٤٨)</sup>

ومزايا استخدام الفحص البصري باستخدام حامض الخليك تكمن في قلة تكاليفه مقارنة بفحص الخلايا التقليدي، كما إنه يمكن تقديمه من قبل العاملات الصحيات في مرافق الرعاية الأولية التي يسهل على النساء (ولا سيما النساء الريفيات) الوصول إليها والتي تقبل عليها النساء أكثر من غيرها من المرافق، كذلك فإن هذه الوسيلة تقدم نتائج فورية مما يرجح حصول النساء اللاتي جاءت نتائج فحصهن موجبة على العلاج في الوقت المناسب. وقد خصصت على الأقل ٧ بلدان في أفريقيا (أنجولا وغانا وكينيا ومالي وموزامبيق وجنوب أفريقيا وتنزانيا) و ٣ بلدان في آسيا (بنجلاديش والهند وتايلاند) و ٣ بلدان في أمريكا اللاتينية (بوليفيا وجواتيمالا وبيرو) تمويلًا حكوميًا لدعم برامج الفحص البصري باستخدام حامض الخليك أو لرفع مستواها. كلك أدرجت العديد من البلدان الأخرى هذا النوع من الفحص في خططها التوجيهية الخاصة بالسرطان، أو استخدمت أموال المانحين في تدشين برامج فحص جديدة أو في الاستمرار في برامج الفحص البصري باستخدام حامض الخليك والعلاج بالتبريد القائمة بالفعل.

هناك اختبار آخر سريع وغير مكلف سيظهر قريباً في الأسواق لفيروس الورم الحليمي البشري، وهو يقدم للنساء أيضاً إمكانية عمل مسحة عنق الرحم بأنفسهن لإرسالها إلى المعمل، وذلك قد يساعد على التغلب على بعض المعوقات الثقافية المرتبطة بالمسح.<sup>(٤٩)</sup> وقد أوضح العمل على نماذج اتخاذ القرار انه يمكن لبرنامج مسح يستهدف النساء في الثلاثينيات من عمرهن، حتى إن كان المسح يقدم مرة أو مرتين في العمر فحسب، أن يكون ذا مردود جيدة للتكلفة ويمكن للأنظمة الصحية تحمل أعبائه المالية.<sup>(٥٠)</sup>

ولإن المعوقات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يمكن أن تمنع النساء من انتهاز الفرصة لإجراء المسوح، ينبغي أن تُدرج مخاوف النساء وتصوراتهن في البرامج

الرحم بتعرض الأسرة لخسارة هائلة في العوائد بسبب مرضهن، حيث أفادت ٦٢٪ من المريضات بعدم تمكنهن من الذهاب إلى العمل وأفادت ٣٣٪ بتضرر عمل أحد الأقارب من جراء مرضهن.<sup>(٤)</sup>

ترجح الأدلة الواردة في دراسة أجريت في تنزانيا أن الأطفال في الأسر التي توفيت فيها امرأة بالغة في غضون اثني عشر شهرا سابقة يقضون في المدارس نصف الوقت الذي يقضيه أطفال من أسر معيشية لم تشهد مثل هذه الوفاة أو التي توفي فيها ذكر بالغ.<sup>(٤٧)</sup> وعند إصابة الجدة بالمرض أو وفاتها قبل الأوان بعشرة أو عشرين عاما، فإن أسرتها تعاني من خسارة هذه الرعاية الجوهرية ويكون عليها إما أن تواصل من دونها أو تنفق للحصول على رعاية بديلة مع ما يلي ذلك من انخفاض في الموارد المعيشية المتاحة.

### إتاحة المسوح والعلاج في مرحلة ما قبل الإصابة بالسرطان

إن إحدى أهم الخصائص التي تميز عدم الإنصاف هو إمكانية تفادي الظروف المحيطة به. هل من الممكن تقديم مسوح فعال وعلاج في مرحلة ما قبل السرطان في المناطق ذات الموارد المحدودة في البلدان ذات الدخل المنخفض؟ أوضح تحالف الوقاية من سرطان عنق الرحم في العقد المنصرم إن هناك خيارات قابلة للتنفيذ لتقديم خدمات الوقاية الأساسية.

يمكن لبعض وسائل المسح ذات التكلفة الفعالة- مثل الفحص البصري باستخدام حامض الخليك (VIA) يعقبه علاج بالتبريد أو تجميد لنسيج عنق الرحم في مرحلة ما قبل السرطان- أن تقلل بشكل جوهري من الإصابة بسرطان عنق الرحم، وأن تتعرف على السرطان سريع الانتشار في مرحلة أبكر بحيث يمكن علاجه.<sup>(٤٧،٤٦)</sup> في دراسة لحوالي ٨٠ ألف امرأة في الهند تتراوح أعمارهن ما بين ٣٠-٥٩ تم فحصهن باستخدام حامض الخليك، وجد إن معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم قد انخفضت بنسبة ٢٥٪ وانخفضت الوفيات بسبب السرطان بنسبة ٣٥٪، مقارنة بمجموعة ضابطة لم تخضع للفحص. وقد استفادت

هل يمكن للقاح أن يتغلب على بعض من المعوقات التي تحول دون حصول النساء البالغات على خدمات الوقاية؟ إن التطعيم مقبول بشكل واسع في المجتمعات المحلية بوصفه خدمة وقائية قيمة، كما تقر المجتمعات بقيمته كطريقة فعالة لخفض أشكال عدم المساواة في الصحة.<sup>(٥٩، ٥٨)</sup> وفي كل الاحتمالات فإن تقديم لقاح فيروس الورم الحليمي البشري سيتطلب مداخل تختلف عن مداخل تطعيم الرضع، وقد تم الوقوف على العديد من الخيارات المباشرة في هذا الصدد. إن التطعيم المدرسي للفتيات في السنوات الابتدائية المتأخرة يقدم إمكانية الوصول إلى نسبة أكبر من الفتيات المستهدفات. في السنوات الأخيرة، ارتفع عدد الفتيات في المدارس الابتدائية في البلدان النامية من ٧٨٪ في ١٩٩٠ إلى ٨٥٪ في ٢٠٠٥، بشكل أدى إلى محو فجوة النوع الاجتماعي ما بين الفتيات والأولاد في شرق آسيا وأمريكا اللاتينية وشرق أفريقيا وجنوبها. كذلك تقلصت الفجوة في التعليم في كل من الريف والحضر وداخل كل المستويات الاقتصادية.<sup>(٦٢)</sup> ويمكن أن تستخدم أنشطة التوعية الاجتماعية المجتمعية - التي تقدم العديد من التدخلات الصحية - أيضاً كاستراتيجية للوصول إلى الفتيات المتسربات من المدارس.

ثمة من يدفع بأن المجتمعات المحلية قد تتخوف من اللقاح بسبب ارتباطه بالإصابات المنقولة جنسياً ولاستهدافه الفتيات، غير أن البيانات الأولية من دراسات أجريت في بيرو وأوغندا وفيتنام ترجح أن المعوقات الرئيسية أمام تقبل اللقاح تتعلق بشكل أكبر بانعدام الوعي بالعبء الذي قد يشكله سرطان عنق الرحم، وبالمخاوف المتعلقة بإمكانية حدوث آثار تفضي إلى العقم أو بما إذا كان اللقاح آمناً بشكل عام. وقد أظهرت هذه الدراسات نفسها نظرة عامة إيجابية إلى التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري ودعم للمدارس كمكان معقول لتقديم التطعيم ضد الفيروس.<sup>(٦١)</sup> وتظهر بيانات أولية أيضاً من دراسة أجريت في بيرو أنه بمجرد موافقة الفتيات على التطعيم في المدارس، تصل نسبة تناول الجرعات الثلاث كاملة إلى ما يزيد على ٩٠٪.<sup>(٦١)</sup>

التعليمية وبرامج التوعية التي تستهدف المجتمعات المحلية. يمكن أيضاً التغلب على تأثير التصورات المحلية السلبية التي تجعل من سرطان عنق الرحم عقوبة إعدام وتجعل من النتيجة الموجبة للمسح دليلاً على الخيانة الزوجية وذلك عن طريق الحرص في صياغة الرسائل في المواد والتفاعلات التعليمية.<sup>(٦٧)</sup> وكما هي الحال مع غير ذلك من الخدمات الإكلينيكية، فإن ضمان معاملة النساء باحترام وتقييم الناس للخدمات على إنها ذات جودة عالية محددان مهمان لمدى رغبة النساء في القيام بالمسح وتشجيع الأخريات على القيام به.<sup>(٥١)</sup>

### تقديم لقاح فيروس الورم الحليمي البشري للمراهقات

إن توافر لقاحين جديدين لفيروس الورم الحليمي البشري يقدم استراتيجيات تكميلية يمكن لها أن تمنع ما يصل إلى ٧٠٪ من كل أشكال سرطان عنق الرحم (في حال وجود تغطية شاملة تقريبا للمستفيدات المستحقات وفترة حماية طويلة المدى) ويساعد على التغلب على العديد من المعوقات التي تسهم في التوزيع الحالي غير المنصف للمرض. وهذه الأمصال، التي تتطلب ثلاث جرعات على مدار فترة ستة أشهر، شديدة الفعالية في منع العدوى المستمرة بالنوعين ١٦ و ١٨ من فيروس الورم الحليمي البشري، وما يليهما من إصابات ما قبل السرطان، و ٧٠٪ من سرطان عنق الرحم المرتبط بهما حول العالم.<sup>(٥٢، ٥٣)</sup>

وحيث إن الأمصال غير ذات فعالية مع الأشخاص الذين أصيبوا من قبل بالفيروس، وحيث إن التقاط عدوى الفيروس يحدث بسرعة نسبياً بعد أول مرة من ممارسة الجنس،<sup>(٥٥، ٥٥)</sup> تلقي فكرة تزويد المراهقات الصغار باللقاح قبل بدء نشاطهن الجنسي قبولاً واسعاً كأفضل الاستراتيجيات فعالية من زاوية التكلفة.<sup>(٥٧، ٥٧)</sup> لكن على عكس المسح الذي أثبت فعاليته في خفض معدلات سرطان عنق الرحم عند إتاحة الخدمات ذات الجودة العالية على نطاق واسع، تحتاج المسائل المتعلقة بالفعالية العامة لبرامج التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري إلى وقت لتحسم.

فرص جديدة للوقاية بالتوازي مع الالتزام بمعالجة هذا المنحى الحرج من صحة النساء، ولكن تظل هناك حاجة للمزيد من العمل. يواصل الشركاء في تحالف الوقاية من سرطان عنق الرحم العمل على نشر الوعي من أجل استخدام وسائل بسيطة وفعالة وغير مكلفة للمسح والعلاج في مرحلة ما قبل السرطان. وكذلك يواصل تحالف العمل ضد سرطان عنق الرحم وهو تحالف جديد يجمع الأفراد والمجموعات المهتمة أطلق دعوة للعمل في ٢٠٠٧ في بناء الدعم على المستويات الوطنية والعالمية.\* وفي اجتماع لمنظمة الصحة الأمريكية (PAHO) في المكسيك في مايو/أيار ٢٠٠٨، وقعت أحد عشر بلدا إعلانا يقرر تعزيز طرق الوقاية من سرطان عنق الرحم واحتوائه\*\*. ويستمر المناصرون على المستوى الوطني من أعضاء البرلمانات والجمعيات المهنية في جذب الإنتباه إلى الأعباء غير العادلة التي تتحملها النساء الأكبر سنا، والفوائد الجمة التي يمكن تحقيقها عن طريق تطعيم المراهقات الصغار بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري، وتنفيذ برامج المسح والعلاج الملائمين للنساء في الثلاثينيات والأربعينيات من أعمارهن. وقد أنشئت في الهند وبيرو وأوغندا تحالفات وطنية لجمع الأطراف المعنية الراغبة في التصدي لقضية سرطان عنق الرحم. وحيثما تنقل اللامركزية عملية صنع القرار إلى المستوى المحلي، سيحتاج مسئولو القطاعات والمجموعات المجتمعية إلى دعم الاستثمارات الضرورية في خدمات الوقاية من سرطان عنق الرحم أينما تتطلب أعباء المرض.

هناك العديد من الفرص الجديدة والمهمة لكسر دورة سرطان عنق الرحم الذي يمكن منعه من خلال الجمع الأمثل بين التطعيم والمسح والعلاج. ومع ذلك فإن تزايد حصول النساء على الرعاية على المدى الطويل سيتطلب من المجتمعات التعاطي مع المعوقات الهيكلية المتعلقة بالأنظمة الصحية والفقير.

إن تقديم التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري بدعم من الحكومة في المدارس أو المجتمعات المحلية، مع التعليم والتمويل الملائمين يمكن بشكل كبير أن ينجح في التغلب على المصاعب التي تواجهها برامج المسح المصممة للنساء البالغات؛ فالحاجة إلى الاستقطاع من الموارد الأسرية أقل، وليس هناك حاجة للغياب عن العمل للسعي وراء الخدمة الصحية كما في حالة النساء العاملات، كما إن وصمة التطعيم أقل وطأة من الفحص المهبل. وعلى الرغم من إن التكلفة الأولية المرتفعة للقاح تمثل عائقاً هائلاً، فإن مصادر التمويل الدولية مثل التحالف الدولي للقاحات والتحصين (GAVI) تدعم غير ذلك من أمصال. في يونيو/حزيران ٢٠٠٨، لمح التحالف إلى إنه على الأغلب سيدعم اللقاح ضد فيروس الورم الحليمي البشري في الإثنيين وسبعين بلداً الأفقر على مستوى العالم، مما يعني إن البلدان ستدفع ١٥،٠ أو ٢٠،٠ دولار فقط في الجرعة كمشاركة في اللقاح. إضافة إلى ذلك، لا يوجد ما يدعونا إلى الإعتقاد بأن اللقاح ضد فيروس الورم الحليمي البشري لن تتبع النمط نفسه لغيرها من اللقاحات الجديدة التي يقل سعرها مع مرور الوقت بسبب ارتفاع حجم المبيعات ودخول مصنعين آخرين في الأسواق.<sup>(٦٢)</sup>

إن حسم أشكال عدم التيقن من فعالية الحماية طويلة المدى التي يقدمها اللقاح سيحتاج وقتاً، كذلك حسم احتمالية كونه يمثل حماية ضد أنواع الفيروس الأخرى غير التي يشملها التطعيم، وإمكانية توصيل اللقاح للمجموعات الملائمة وتكلفة ذلك. ولكن التطعيم، مع برامج المسح الملائمة للنساء البالغات، يقدمان إمكانات حقيقية للتغلب على المعوقات طويلة الأمد التي أدت إلى التباينات الحالية في أثر المرض.

## خاتمة

### بناء الوعي والإرادة السياسية

تتناهي المعرفة بوطأة سرطان عنق الرحم وبوجود

\*(<[www.cervicalcanceraction.org](http://www.cervicalcanceraction.org)>)  
\*\*(<[www.paho.org/English/DD/PIN/pr080514.htm](http://www.paho.org/English/DD/PIN/pr080514.htm)>)

1. Gonzalez Block MA, Sandiford P, Ruiz JA, et al. Beyond health gain: the range of health system benefits expressed by social groups in Mexico and Central America. *Social Science and Medicine* 2001;52(10):1537–50.
2. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(1):3–18.
3. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy* 2008;85(3):263–76.
4. Whitehead M, Dahlgren G, McIntyre D. Putting equity center stage: challenging evidence-free reforms. *International Journal of Health Services* 2007;37(2):353–61.
5. Dans AM, Dans L, Oxman AD, et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007; 60(6):540–46.
6. Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. EUR/ICP/RPD 414. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1990.
7. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health* 2006;27(1): 167–94.
8. Gwatkin DR. 10 best resources on ... health equity. *Health Policy and Planning* 2007;22(5): 348–51.
9. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57(4):254–58.
10. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2006; 21(24 Suppl 3):S11–25.
11. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. *Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. [Version 2.0]. 2004. Lyon: IARC Press. IARC CancerBase No. 5.
12. Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine* 2006; 21(24 Suppl 3):S63–70.
13. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. *Best Practice and Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2006;20(2):207–25.
14. Palacio-Mejia LS, Rangel-Gomez G, Hernandez-Avila M, et al. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Pública de México* 2003;45(Suppl 3):S315–25.
15. O'Brien ED, Baillie RS, Jelfs PL. Cervical cancer mortality in Australia: contrasting risk by aboriginality, age and rurality. *International Journal of Epidemiology* 2000;29(5): 813–16.
16. Bradley J, Barone M, Mahe C, et al. Delivering cervical cancer prevention services in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89(Suppl 2):S21–29.
17. Denny L, Quinn M, Sankaranarayanan R. Chapter 8: Screening for cervical cancer in developing countries. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):S71–77.
18. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364(9441):1273–80.
19. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science and Medicine* 2002;54(11): 1621–35.
20. Bogg L, Hengjin D, Wang K, et al. The cost of coverage: rural health insurance in China. *Health Policy and Planning* 1996;11(3):238–52.
21. Msuya JM, Nyaruhucha CN, Kaswahili J. Does preventive health care have a chance in the changing health sector in Tanzania? *East African Medical Journal* 2003;80(3):135–39.
22. Delamonica E, Minujin A, Gulaid J. Monitoring equity in immunization coverage. *Bulletin of World Health Organization* 2005;83(5):384–91.
23. UNICEF. *Progress for Children: A World Fit for Children*. Statistical Review. No.6. New York: UNICEF, 2007.
24. Horton R. Chronic diseases: the case for urgent global action. *Lancet* 2007;370(9603):1881–82.
25. Elias C, Sherris J. Reproductive and sexual health of older women in developing countries. *BMJ (Clinical Research ed.)* 2003;327(7406):64–65.
26. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning* 2008;23(2):95–100.
27. Sinding SW. Keeping sexual and reproductive health at the forefront of global efforts to reduce poverty. *Studies in Family Planning* 2005;36(2):140–43.
28. Ahmed A, Vargas Hill R, Smith L, et al. *The World's Most Deprived: Characteristics and Causes of Extreme Poverty and Hunger*. Report No.2020. Discussion Paper 43. Washington DC: International Food Policy Research Institute, 2007.
29. Huong DB, Phuong NK, Bales S, et al. Rural health care in Vietnam and China: conflict between market reforms and social need. *International Journal of Health Services* 2007; 37(3):555–72.
30. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, et al. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of World Health Organization* 2000;78(1):66–74.
31. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine* 2006;62(4):858–65.

32. Houts PS, Lipton A, Harvey HA, et al. Nonmedical costs to patients and their families associated with outpatient chemotherapy. *Cancer* 1984; 53(11):2388–92.
33. Stommel M, Given CW, Given BA. The cost of cancer home care to families. *Cancer* 1993; 71(5):1867–74.
34. Ohaeri JU, Campbell OB, Ilesanmi AO, et al. The psychosocial burden of caring for some Nigerian women with breast cancer and cervical cancer. *Social Science and Medicine* 1999;49(11):1541–49.
35. Chen M, Vanek J, Lund F, et al. *Progress of the World's Women 2005: Women, Work and Poverty*. New York: United Nations Development Fund for Women, 2005.
36. Iyer A, Sen G, George A. The dynamics of gender and class in access to health care: evidence from rural Karnataka, India. *International Journal of Health Services* 2007;37(3):537–54.
37. Bingham A, Bishop A, Coffey P, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México* 2003; 45(Suppl 3):S408–16.
38. Agurto I, Arrossi S, White S, et al. Involving the community in cervical cancer prevention programs. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89(Suppl 2):S38–45.
39. Knodel J, Watkins S, VanLandingham M. AIDS and older persons: an international perspective. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2003;33(Suppl 2):S153–65.
40. UNAIDS. 2004 Report on the Global AIDS Epidemic. 4th Global Report. Geneva: UNAIDS, 2004.
41. Schatz EJ. "Taking care of my own blood": older women's relationships to their households in rural South Africa. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007;69(Suppl): 147–54.
42. World Bank. *A New Agenda for Women's Health and Nutrition*. Washington DC: World Bank, 1994.
43. Levin CE, Ruel MT, Morris SS, et al. Working women in urban settings: traders, vendors, and food security in Accra. *World Development* 1999;27(11):1977–91.
44. UN Food and Agriculture Organization. *Women and food security*. FAO Focus March 1997. At: <[www.fao.org/FOCUS/E/Women/Sustin-e.htm](http://www.fao.org/FOCUS/E/Women/Sustin-e.htm)>. Accessed 3 March 2008
45. UN Population Fund. *Food for the Future: Women, Population, and Food Security*. New York:UNFPA, 1996
46. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, et al. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89(Suppl 2):S4–12.
47. Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Esmey PO, et al. Effectiveness, safety and acceptability of 'see and treat' with cryotherapy by nurses in a cervical screening study in India. *British Journal of Cancer* 2007;96(5):738–43.
48. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet*2007;370(9585):398–406.
49. PATH. Innovation in biochemical cervical cancer screening. Seattle: PATH, November 2007. At:<[www.path.org/files/RH\\_start\\_biochem\\_scr\\_fs\\_en.pdf](http://www.path.org/files/RH_start_biochem_scr_fs_en.pdf)>. Accessed 10 March 2007.
50. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening in five developing countries. *New England Journal of Medicine* 2005;353(20):2158–68.
51. Winkler J, Bingham A, Coffey P, et al. Women's participation in a cervical cancer screening program in northern Peru. *Health Education Research* 2008;23(1):10–24.
52. Ault KA. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: acombined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet* 2007;369(9576):1861–68.
53. Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomisedcontrolled trial. *Lancet* 2007; 369(9580):2161–70.
54. Hildesheim A, Herrero R, Wacholder S, et al. Effect of human papillomavirus 16/18 L1 viruslike particle vaccine among young women with preexisting infection: a randomized trial. *JAMA* 2007;298(7):743–53.
55. Winer R, Feng Q, Hughes J, et al. Risk of female human papillomavirus acquisition associated with first male sex partner. *Journal of Infectious Diseases* 2008;197(2):279–82.
56. Kahn JA, Burk RD. Papillomavirus vaccines in perspective. *Lancet* 2007; 369(9580):2135–37.
57. Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, et al. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bulletin of World Health Organization* 2007;85(9):719–26.
58. UNICEF. *State of the World's Children 2008*. New York: UNICEF, 2008.
59. Andre FE, Booy R, Bock HL, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of World Health Organization* 2008;86(2):140–46.
60. LaMontagne DS, Bingham A, Katahoire A, et al. HPV vaccine implementation in developing countries: understanding the socio-cultural context, health systems environment and policy landscape for successful vaccine delivery Presented at: 24th International Papillomavirus Conference, Beijing, 7 November 2007.
61. Instituto de Investigación Nutricional. *Strategies for the Introduction of the Human Papillomavirus (HPV) Vaccine for the Prevention of Cervical Cancer: Final Report to PATH*. Lima: Instituto de Investigación Nutricional, 2008. (Forthcoming).
62. Mahoney RT, Maynard JE. The introduction of new vaccines into developing countries. *Vaccine* 1999;17(7–8):646–52.



## سرطان الثدي في المكسيك: أولوية ملحة

فيليشيا ماري نول<sup>(١)</sup>، جوستافو نيجندا<sup>(ب)</sup>، رافيل لوزانو<sup>(ت)</sup>، هكتور أريولا-أورنيلاس<sup>(ث)</sup>، آنا لانجر<sup>(ج)</sup>، جوليو فرنك<sup>(د)</sup>  
ترجمة: جين فهمي

### ملخص:

سرطان الثدي تهديد خطير لصحة النساء عالمياً وأولوية غير معترف بها في الدول متوسطة الدخل. تقدم ورقة البحث بيانات من المكسيك وتوضح أن سرطان الثدي مسئول عن وفيات أكثر من سرطان عنق الرحم منذ العام ٢٠٠٦ ويمثل ثاني سبب للوفاة بين النساء من سن الثلاثين وحتى الرابعة والخمسين؛ ويؤثر في كل الشرائح الاقتصادية الاجتماعية. تظهر بيانات اكتشاف المرض - بالرغم من أن الإفادة عنه أقل من الواقع - حدوث ستة آلاف حالة جديدة في عام ١٩٩٠، وزيادة متوقعة إلى أكثر من ١٦٥٠٠ حالة سنوياً بحلول ٢٠٢٠. بالإضافة إلى ذلك فمعظم الحالات تكتشف ذاتياً، ولا تكتشف إلا ١٠٪ فقط من الحالات في المرحلة الأولى. يغطي نظام التأمين الاجتماعي حوالي ٤٥-٤٠٪ من السكان في المكسيك ويشمل علاج سرطان الثدي. بداية من ٢٠٠٧ أصبح لدى باقي السكان الحق في علاج سرطان الثدي من خلال "التأمين الصحي العام، بالرغم من هذه الحقوق فالخدمات شحيحة والتدخلات الطبية للاكتشاف المبكر وخاصة رسم الثدي محدودة للغاية. طبقاً للبيانات من بداية ٢٠٠٦ أفادت ٢٢٪ فقط من النساء من عمر الأربعين وحتى التاسعة والستين أنهن قمن بعمل رسم الثدي في العام المنصرم. هناك عوائق على كلتا الجهتين: العرض والطلب. الضغط الجماعي، التنقيف، بناء الوعي، واستراتيجية استجابة واضحة، كلها أمور مهمة لتأمين تغطية واسعة وإتاحة واستخدام العلاج والاكتشاف المبكر.

- Breast cancer in Mexico: a pressing priority.  
*Felicia Marie Knaul, Gustavo Nigenda, Rafael Lozano, Hector Arreola-Ornelas, d Ana Langer, Julio Frenk, Reproductive Health Matters: 2008;16(32):113-123*

### كلمات مفتاحية:

سرطان الثدي، والمسوح، سرطان عنق الرحم، الحالة الاقتصادية الاجتماعية، سياسة الصحة وبرامجها، المكسيك

(أ) اقتصادية أولى بمؤسسة الصحة المكسيكية ومديرة قسم سرطان الثدي بمعهد "كارسو للصحة"، مكسيكو سيتي، المكسيك، بريد إلكتروني: knaul@prodigy.net.mx

(ب) مدير الإبداعات الجديدة في الخدمات والأنظمة الصحية بالمؤسسة القومية للصحة العامة، كارنافاكا، المكسيك

(ت) أستاذ زائر بمعهد أنظمة الصحة وتقييمها، جامعة واشنطن، سياتل، واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية.

(ث) منسق أبحاث اقتصاديات الصحة بمؤسسة الصحة المكسيكية، مكسيكو سيتي، المكسيك

(ج) رئيسة خلق الصحة، نيويورك، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.

(د) زميل، مؤسسة بيل وميليندا جيتس، سياتل، واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية؛ رئيس معهد كارسو للصحة، مكسيكو سيتي، المكسيك

رسم الثدي للثدي مرة سنوياً أو كل سنتين للنساء بين الأربعين والتاسعة والأربعين ممن لديهن عوامل محددة تزيد احتمالات تعرضهن للمرض، ومرة سنوياً لكل النساء بداية من سن الخمسين وما بعدها. وبالرغم من أن هذا القرار كان مهماً في توفير إطار عمل قياسي يغطي القطاع الصحي بكامله، فإنه لا يؤمن لا الموارد ولا التنفيذ الجبري؛ وبالتالي تبقى نسبة التغطية غير وافية.

بخصوص التمويل وتأمين العلاج للحالات المكتشفة تغطي أنظمة التأمين الاجتماعي في المكسيك حوالي ٤٠٪ من السكان. يشمل نطاق الخدمات المغطاة علاج سرطان الثدي<sup>(٤٠)</sup> وبالرغم من أن مدة الانتظار عادة ما تمثل مشكلة وكثيراً ما لا تكون الأدوية متوافرة ويتحتم تسديد ثمنها من قبل المريضة نفسها فإن الخدمات المدعومة بالتأمين الاجتماعي توفر رعاية مجانية يعتد بها، ولكن الوصول إلى هذه الرعاية مقصور على العاملين في القطاع الاقتصادي الرسمي<sup>(٧٠)</sup> وتعتمد بقية السكان على خدمات عامة من وزارة الصحة دائماً ما ينقصها التمويل. يدفع الكثير من السكان من الماهم الخاص لقاء الخدمات؛ وخاصة أولئك غير المؤمن عليهم ويضطرون للتوجه إلى القطاع الخاص<sup>(٩٠)</sup>.

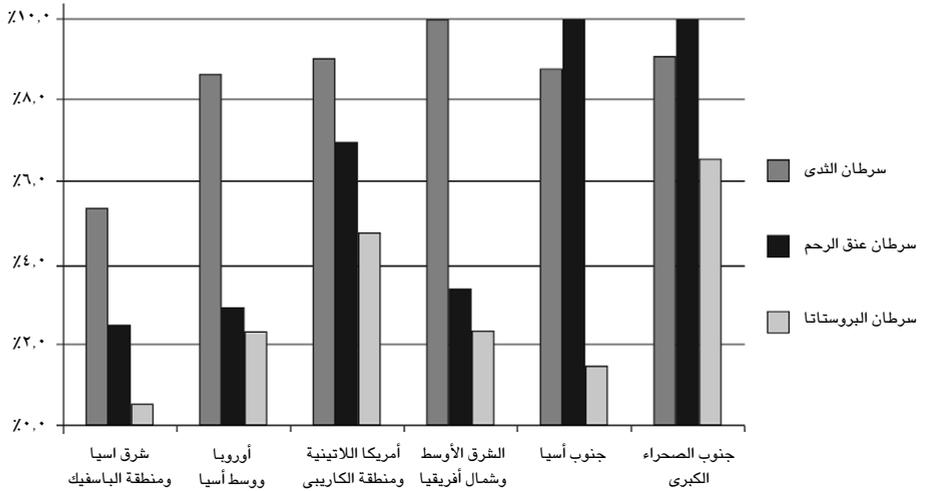
كان الإصلاح والتشريع الصحي لعام ٢٠٠٣، والذي أسس التأمين الصحي الشعبي، مبادرة سياسية مهمة<sup>(١٠٠)</sup> شملت تلك المبادرة زيادة لا يستهان بها في التمويل، ومنحت حماية مالية لكل العائلات التي لم يكن التأمين الاجتماعي متاحاً لها والتي تتمركز في غالبيتها في القطاعات الأفقر من السكان. وعلى مدى سبعة أعوام تزايد تقدم التأمين الصحي الشعبي مغطياً تدريجياً جميع قطاعات السكان المستهدفة، مع التوسع في حزمة الأمراض والخدمات التي تشملها التغطية. في بداية العام ٢٠٠٧ تم إدراج علاج سرطان الثدي بما في ذلك نطاق واسع من الخدمات والعقاقير في الخدمات التي يقدمها صندوق الحماية ضد التكلفة المعضلة في التأمين الصحي العام. وعليه أصبح من حق أي امرأة تشخص بسرطان الثدي بعد هذا التاريخ -بغض النظر عن دخلها أو ما إذا كانت تعمل أم لا- الحصول على رعاية صحية ممولة تمويلياً عاماً<sup>(١٢٠)</sup>. تؤمن هذه المبادرة حقاً قانونياً اجتماعياً

يمثل وباء سرطان الثدي أولوية صحية راسخة في الدول المتقدمة؛ لكن في الدول متوسطة الدخل لم تعط تلك المشكلة الصحية المتنامية الاهتمام الكافي. وتشير أدلة حديثة إلى أن سرطان الثدي هو أحد الأسباب الأساسية للوفاة والإعاقة حالياً بين النساء في الدول النامية<sup>(١)</sup> في الوقت ذاته، أنتجت الأبحاث علاجات جديدة يتسم الكثير منها بكلفته العالية. وعليه، فإن وباء سرطان الثدي يمثل عبئاً جديداً للتمويل والحماية المالية للنظام الصحي، خاصة بالنسبة للدول النامية.

في المكسيك، ومع تعداد سكان يربو قليلاً على مئة مليون نسمة، يمثل سرطان الثدي حالياً أحد أهم التحديات أمام صحة النساء البالغات. وتبقى هذه الحقيقة معروفة على نطاق ضيق وحولها الكثير من المفاهيم الخاطئة، فما زال ينظر إلى سرطان عنق الرحم على أنه تهديد أكبر لصحة وحياتة النساء الفقيرات، ويعتقد على نطاق واسع أن سرطان الثدي يتركز بين صاحبات المستوى الاقتصادي الاجتماعي الأعلى؛ لكن في الواقع تواجه النساء الأفقر اليوم العبء المضاعف للنسب المرتفعة لكل من سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم. سرطان الثدي مسئول حالياً عن عدد أكبر من الوفيات في المكسيك مقارنة بسرطان عنق الرحم، كما أنه يصيب النساء البالغات من مختلف الأعمار ومستويات الدخل كافة إن سرطان الثدي حالياً يعد ثاني أسباب الوفاة شيوعاً بين النساء المكسيكيات البالغات من عمر الثلاثين وحتى الرابعة والخمسين<sup>(٢)</sup>.

وفيما يخص السياسات فقد قامت وزارة الصحة عام ٢٠٠٣، بتمديد وتوسيع نظم وقوانين الصحة الرسمية بشأن معالجة سرطان الثدي عن طريق قرارات تقنية<sup>(٣)</sup>. لقد وضعت معايير أكثر صرامة لتوجيه الخدمات الصحية العامة والخاصة إلى الوقاية والعلاج ومسوح ترصد انتشار المرض. ولتعزيز الاكتشاف المبكر تشدد القرارات على الفحص الذاتي والفحص الإكلينيكي وإجراء رسم الثدي، كما تم تأمين فحص إكلينيكي سنوي من قبل عاملين مدربين لكل النساء من سن السادسة والعشرين فما بعدها ممن يترددن على العيادات الصحية. يوصى بإجراء

شكل ١: السنوات المفقودة وفقاً لمقياس دالى بسبب سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان البروستاتا، كنسبة من كافة أنواع السرطان، ومقسمة حسب المناطق الجغرافية التي يعتمدها البنك الدولي (معدلة من المصدر)<sup>٢٤</sup>



ومعوقات الوصول إليها. تقدم الاستنتاجات الختامية أفكاراً بشأن الخطوات الواجبة لتعزيز الاكتشاف المبكر وتحسين إمكانية الوصول للرعاية الصحية لسرطان الثدي في المكسيك وأجزاء أخرى من أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي.

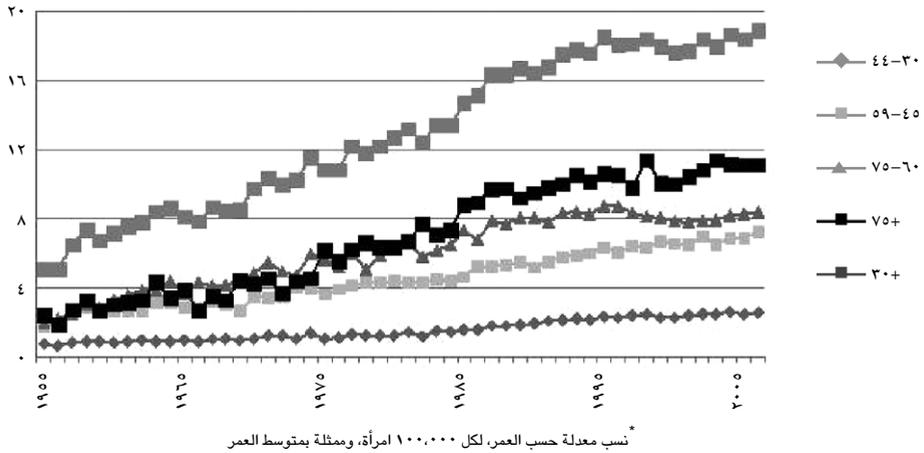
ولكنها ما زالت في مراحل التنفيذ الأولى. عملياً لا تستطيع كل النساء الوصول إلى تلك الخدمات، وهناك عوائق لا يستهان بها من جهتي العرض والطلب كليهما وهو ما يجعل الضغط الجمعي والتثقيف وبناء الوعي مهمين بشكل خاص لتأمين التنفيذ.<sup>(١٢-١٥)</sup>

المصادر الأساسية للبيانات بشأن المكسيك والتي استخدمت في هذه الورقة البحثية هي المعهد القومي للإحصاء والجغرافيا والمعلومات، وقاعدة معلومات وزارة الصحة بشأن معدلات الوفيات بداية من ١٩٧٩ وحتى ٢٠٠٦،<sup>(١٩،١٨)</sup> وقاعدة معلومات الوفيات لمنظمة الصحة الدولية لما قبل ١٩٧٩،<sup>(٢٠)</sup> والتقديرات المستقبلية للسكان لمجلس السكان للفترة من ١٩٥٠-٢٠٥٠،<sup>(٢١)</sup> وحسابات وزارة الصحة (المديرية العامة لمعلومات الصحة) حول عبء المرض بين النساء في المكسيك وحساب الوفيات التي كان من الممكن تفاديها للفترة من ٢٠٠٠-٢٠٠٤،<sup>(٢٢)</sup> والمسح القومي للصحة وللغذية للعام ٢٠٠٦.<sup>(٢٣)</sup>

إحدى أهم المشكلات في المكسيك مثلها مثل أي مكان آخر هي تحسين وتوسيع المسوح لتوسيع نطاق الاكتشاف المبكر. تبين البيانات المتاحة أن ٥-١٠٪ فقط من الحالات في المكسيك يتم اكتشافها في المراحل المبكرة (متمركز في الثدي فحسب)<sup>(١٦)</sup> مقارنةً بنسبة ٥٠٪ في الولايات المتحدة،<sup>(١٧)</sup> مما يجعل العلاج أكثر صعوبة وكلفة وغير مؤكد النتائج بالنسبة للنساء وعائلاتهن والنظام الصحي.

تقدم هذه الورقة تلخيصاً للإحصائيات العالمية حول سرطان الثدي في الدول النامية، وتحليلاً للتوجهات في معدل الوفيات في المكسيك مقارنةً مع سرطان عنق الرحم، وعرضاً للبيانات المتاحة حول استخدام الرعاية الصحية

شكل ٢: الوفيات من أورام الثدي الخبيثة في المكسيك، ١٩٥٥-٢٠٠٦، حسب مجموعات العمر\*٢



من سنوات العمر المعدل وفقاً للإعاقة مقارنة بسرطاني عنق الرحم والبروستاتا، وضعفها في شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادي. (شكل ١)

### معدلات الوفيات في المكسيك

تظهر نسب وفيات سرطان الثدي في المكسيك زيادة مهمة على مدى العقود الخمسة الماضية\*. فيما بين ١٩٥٥ و١٩٦٠ حين أصبحت أول البيانات التي يمكن الوثوق بها متاحة، كانت النسبة حوالي اثنتين إلى أربع وفيات من كل مئة ألف امرأة. وبعدها بدأت في الزيادة بشكل ثابت في النساء البالغات من كل الأعمار (شكل ٢) إلى حوالي تسع من كل مئة ألف امرأة بحلول منتصف التسعينيات وبقيت ثابتة بشكل أو بآخر منذ ذلك الوقت.

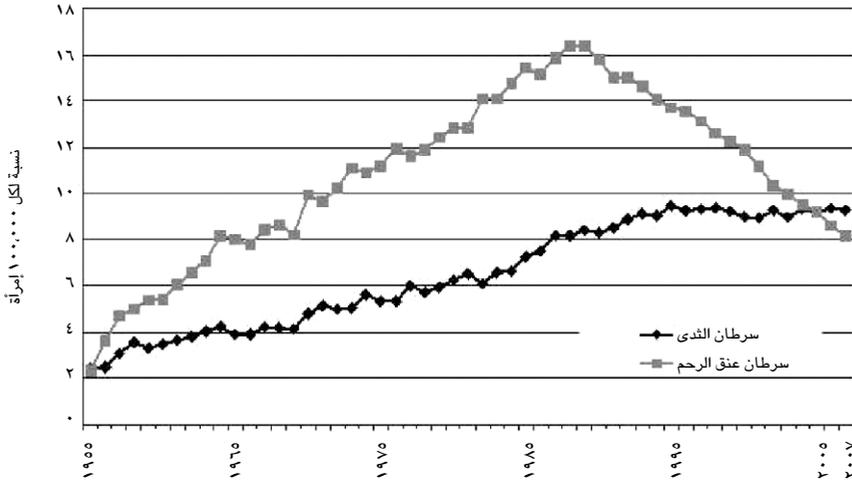
ينتج عن سرطان الثدي عبء ثقيل من الموت المبكر حيث تمثل النساء من عمر الثلاثين وحتى التاسعة والخمسين ٦٠٪ من الوفيات. هناك أيضاً بعض الأدلة على أن متوسط العمر عند بدء الإصابة بالمرض أقل في الدول النامية عنه في الدول المتقدمة.<sup>(٢٦,٢٥)</sup>

**العبء الصحي لسرطان الثدي في الدول النامية**  
يعتبر سرطان الثدي حالياً أحد الأسباب الكبرى للوفاة والإعاقة في العالم النامي مع كون ٤٥٪ من الحالات الجديدة تسجل في الدول النامية.<sup>(٢٣)</sup> بخلاف بعض الاستثناءات ذات الأهمية، فإن معدل الوفيات أعلى كذلك في الدول الأكثر فقراً حيث يتسبب في حوالي ٥٥٪ من الوفيات.<sup>(٢٣)</sup>

يوضح تحليل معدل الوفيات والاعتلال عبء المرض في الدول النامية. يتجاوز سرطان الثدي، كنسبة من سنوات العمر المعدل وفقاً للإعاقة التي يتسببها السرطان في فقدها، كل من سرطان عنق الرحم وسرطان البروستاتا في كل مناطق الدول النامية في العالم فيما عدا جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء. في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، يمثل سرطان الثدي السبب الأساسي في السنوات المفقودة في حساب سنوات العمر المعدل وفقاً للإعاقة جراء السرطان، بنسبة تبلغ ٩٪، يليه سرطان عنق الرحم بنسبة ٧٪. تبلغ هذه الفروق مستوى أعلى في المناطق الأخرى، فسرطان الثدي في أوروبا ووسط آسيا بالإضافة إلى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مسئول عن ثلاثة إلى أربعة أضعاف

\* بينما قد يرتبط بعض هذه الزيادة بتحسين جمع البيانات والإبلاغ عنها، فإن التوجه العام كله من الصعب أن يفسر بذلك.

شكل ٣: الوفيات بسبب سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، معدلة حسب العمر، المكسيك ١٩٥٥-٢٠٠٦<sup>٢</sup>



وغالبيتها من الولايات الأغنى وحيث الخدمات الصحية أكثر توفراً. ومع ذلك، ينطبق الحال نفسه على بعض أفقر الولايات مثل فيراكروز.<sup>(٢)</sup> تتضمن هذه القائمة مكسيكو سيتي والتي تمثل تقريباً ٢٠٪ من تعداد السكان في المكسيك.

ليست هناك بيانات متوفرة يمكن الاعتماد عليها بشأن الانتشار ونسب الإصابة على المستوى القومي بسبب عدم وجود سجل للسرطان. فقد أثارت التقديرات المنشورة إلى وجود حوالي ٦٠٠٠ حالة جديدة من سرطان الثدي في المكسيك في عام ١٩٩٠ ومن المقدر أن يرتفع العدد إلى أكثر من ١٦٥٠٠ حالة سنوياً بحلول ٢٠٢٠.<sup>(٢٥)</sup> يشير عدم توافر خدمات الاكتشاف المبكر أيضاً إلى أن هناك تراكمًا لم يظهر بعد من الحالات غير المشخصة.

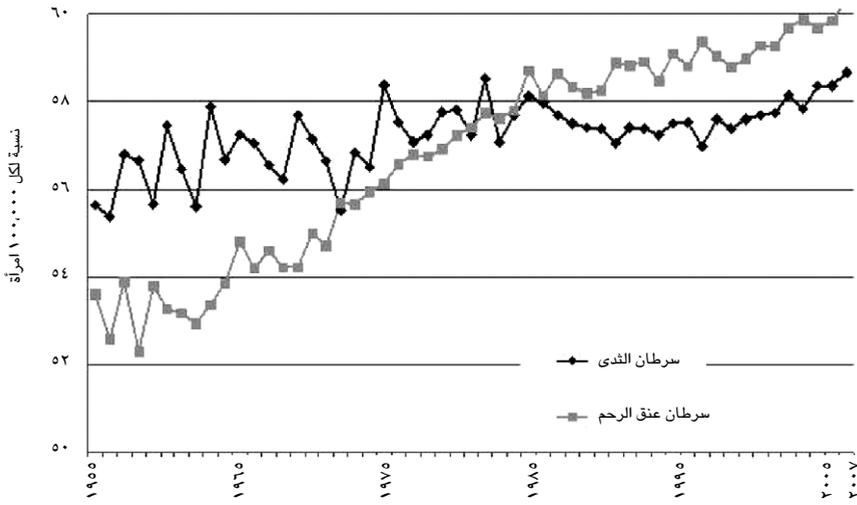
### التباين في الوفيات: سرطان الثدي مقابل سرطان عنق الرحم

تشير معدلات الوفيات المعدلة طبقاً للعمر (للعالم كله) المعروضة في شكل (٣)، إلى أن الوفيات نتيجة سرطان عنق الرحم بين النساء المكسيكيات تفوق الوفيات جراء سرطان الثدي بدءاً من عام ١٩٥٥ وحتى عام ٢٠٠٥.

بحلول عام ٢٠٠٦، أصبح سرطان الثدي ثاني الأسباب المؤدية للوفاة بين النساء من عمر الثلاثين وحتى الخامسة والأربعين، وثالث الأسباب بين النساء من سن الثلاثين وحتى التاسعة والخمسين (بعد السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية). بالرغم من أن سرطان الثدي ما زال أكثر شيوعاً بين المجموعات السكانية الأعلى في المستوى الاقتصادي الاجتماعي؛ فإنه الآن يؤثر على كل المجموعات السكانية.<sup>(٢٦، ٢٥، ٢)</sup> في المؤسسة المكسيكية للتأمين الاجتماعي والتي تشمل موظفين وعائلات من القطاع الخاص وبالتالي متوسط دخل أعلى، يمثل سرطان الثدي ثاني أكثر أسباب الوفاة شيوعاً بين النساء من عمر الثلاثين وحتى التاسعة والخمسين. أما في بقية قطاعات السكان ذوي الدخل المتوسط الأقل، فإن سرطان الثدي هو سادس الأسباب شيوعاً للوفاة (في نفس المجموعة العمرية).

يظهر توزيع معدلات الوفاة طبقاً للولاية أن سرطان الثدي أصبح يؤثر بشكل متزايد على كل من الأغنياء والفقراء، بالرغم من أنه ما زال متركزاً أكثر في المناطق الأغنى من البلاد؛ وهو ثاني الأسباب شيوعاً للوفاة بين النساء من عمر الثلاثين وحتى التاسعة والخمسين في إحدى عشر من الولايات المكسيكية الاثنتين والثلاثين

شكل ٤: متوسط العمر عند الوفاة، سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، المكسيك، ١٩٥٥-٢٠٠٦<sup>٢</sup>

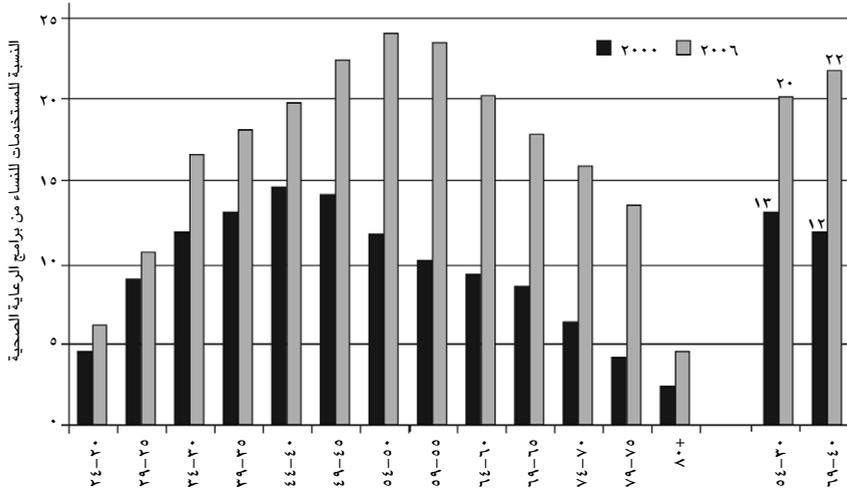


علاوة على ذلك، ظل العمر عند الوفاة جراء سرطان الثدي ثابتاً إلى حد كبير، بينما ارتفع بشكل ملحوظ في حالات سرطان عنق الرحم (شكل ٤).<sup>(٢)</sup> ما قبل عام ١٩٨٥، كان متوسط العمر عند الوفاة جراء سرطان عنق الرحم أقل من ذلك الخاص بسرطان الثدي بينما انعكس الوضع حالياً. كان متوسط العمر للنساء المكسيكيات اللاتي توفين جراء سرطان الثدي عام ٢٠٠٥ يكاد يكون أصغر بعامين من متوسطه بين أولئك المتوفيات جراء سرطان عنق الرحم.

أيضاً، بينما لا يزال سرطان عنق الرحم أكثر شيوعاً في القطاعات الأفقر من السكان؛ يتزايد انتشار سرطان الثدي بينها بشكل متسارع.<sup>(٣)</sup> يظهر ذلك بوضوح بمقارنة البيانات حول الولايات عبر الزمن. في الولايات الأكثر فقراً مثل تشياباس، أوكزاكا، بيبلا وجوريرو ما زال خطر الوفاة جراء سرطان عنق الرحم أكثر منه جراء سرطان الثدي بالرغم من أن الفجوة تضيق. بينما في ولايات مثل نوفوليون، ياليسكو وبايا كالفورنيا في مكسيكو سيتي أصبح العكس هو السائد لعدة سنوات. في مكسيكو سيتي ونوفوليون على سبيل المثال تقاطع المعدلان في نهاية الثمانينيات من القرن الماضي بينما حدث ذلك في ياليسكو في العام ٢٠٠١.<sup>(٣)</sup>

بدايةً من عام ٢٠٠٦ تخطى خطر الوفاة جراء سرطان الثدي خطر الوفاة جراء سرطان عنق الرحم. على العكس من ذلك كان خطر الوفاة جراء سرطان عنق الرحم ضعفه جراء سرطان الثدي في الفئات العمرية كافة في العام ١٩٨٠. وبينما زادت الوفيات جراء سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي كليهما بشكل ثابت بداية من منتصف الخمسينيات وحتى التسعينيات من القرن الماضي فإن معدلات الوفاة جراء سرطان عنق الرحم ارتفعت أكثر بكثير من تلك جراء سرطان الثدي، وصولاً إلى أكثر من ١٦ وفاة من كل ١٠٠,٠٠٠ امرأة. ولكن، بداية من عام ١٩٩٠ أخذت معدلات الوفاة جراء سرطان عنق الرحم في الانخفاض بشكل سريع، واستمر ذلك خلال عام ٢٠٠٦ حتى وصلت إلى أقل نسبة لها بثمانى وفيات من كل ١٠٠,٠٠٠. وخلال المدة نفسها ارتفعت نسب الوفيات المنسوبة إلى سرطان الثدي ثم استقرت. في عام ٢٠٠٥ كانت نسب الوفيات جراء سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي متساويتين تقريباً. بحلول عام ٢٠٠٦ تقاطعا حيث ارتفع سرطان الثدي أعلى من سرطان عنق الرحم للمرة الأولى. هناك أدلة يعتقد بها على المستوى العالمي تؤيد تلك التوجهات.<sup>(٢٨,٢٧)</sup>

شكل ٥: نسبة النساء اللاتي تلقين فحص للكشف عن سرطان الثدي (فحص سريري أو تخطيط للغدد اللبنية) خلال اثني عشر شهراً، المكسيك، ٢٠٠٠ و ٢٠٠٦ (٤،٥،٣١)



زاد. يتضمن أحدث استطلاع صحي قومي<sup>(٦٨)</sup> سؤالاً حول إذا ما كانت المرأة قد توجهت إلى عيادة صحية لأي نوع من أنواع الفحص لسرطان الثدي في العام السابق على الاستطلاع\*.

أظهرت البيانات أن ١٢٪ فقط من النساء من عمر الأربعين وحتى التاسعة والستين قد خضعن لفحص إكلينيكي (ويشمل ذلك رسم الثدي) في العام ٢٠٠٠، بينما كانت نسبة النساء اللاتي أجريهن رسم الثدي ٢٢٪ في عام ٢٠٠٦. شملت هذه الزيادة كل المجموعات العمرية ولكنها كانت أكثر بالنسبة لعمر الخامسة والأربعين وما بعدها. من الممكن النظر إلى ذلك على أنه نقلة إيجابية بالنظر إلى فاعلية رسم الثدي في قطاع النساء الأكبر عمراً حيث تنخفض كثافة الأنسجة الثديية (الشكل ٥).<sup>(٦٩)</sup>

أيضاً، وقعت هذه الارتفاعات في معظم الولايات، وإن لم يكن جميعها، وهو ما يشير إلى أن الاستفادة من هذه الخدمات تنتشر عبر البلاد. هناك بعض الأدلة التي

### استخدام الخدمات الصحية في المكسيك

تشح البيانات الخاصة بمدى إتاحة الخدمات الصحية الخاصة بسرطان الثدي واستخدامها في المكسيك، وينطبق ذلك أيضاً على باقي أمريكا اللاتينية. تشير الأدلة المتوفرة إلى نقص في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية، وبالذات التغطية في إجراء رسم الثدي في المسح العام. وقد أظهرت دراسة شملت ٢٥٦ امرأة مكسيكية مشخصات بسرطان الثدي أنه في ٩٠٪ من الحالات كانت النساء هن من اكتشفنه، وأن ١٠٪ فحسب شخصن في المرحلة الأولى.<sup>(٦٩)</sup> أظهرت الدراسة نفسها كذلك أن ٣٠٪ فقط من النساء كن يقمن بالفحص الذاتي، وأن نسبة أقل من ذلك كانت تقوم به بشكل صحيح.<sup>(٦٩)</sup> في الوقت ذاته، يبقى تثقيف النساء بشأن صحة الثدي ناقصاً بالرغم من أن الأدلة تشير إلى أنه مع التدريب تزيد بشدة احتمالية أن تكتشف النساء وجود الورم.<sup>(٦٩)</sup>

بالرغم من أن المعدلات ما زالت منخفضة للغاية، فإن هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن استخدام المسوح قد

\* هناك اختلاف في صياغة السؤال بين الاستطلاعين. في العام ٢٠٠٠ وبين قوسين يستعلم السؤال عن الفحص الإكلينيكي شاملاً رسم الثدي، بينما في العام ٢٠٠٦ يستعلم السؤال بشكل محدد عن رسم الثدي. أما بقية السؤال فيقيت كما هي بالضبط: "خلال الاثني عشر شهراً الماضية هل زرت وحدة للطب الوقائي من أجل...". نفترض أن ذلك الاختلاف غالباً سيؤدي لتقدير أقل للتحسن في التغطية.



عيادة سرطان الثدي معهد السرطان القومي ، مدينة مكسيكو، المكسيك.

بعض الحقائق (أو ما كان يعتبر حقائق) بشأن طبيعة سرطان الثدي في المكسيك لم تعد كذلك. فأولاً لم يعد واضحاً أن سرطان عنق الرحم يصيب عدداً أكبر بشكل ملحوظ من النساء أو يتسبب في وفيات أكثر. في المكسيك وبحلول العام ٢٠٠٦ ارتفعت الوفيات جراء سرطان الثدي عن تلك جراء سرطان عنق الرحم. هناك العديد من الفرضيات التي تتنافس على تفسير ارتفاع نسب سرطان الثدي؛ مرات حمل أقل وفي سن متأخرة، رضاعة طبيعية أقل، العلاج بتعويض الهرمونات، عوامل الخطورة البيئية، التغذية، التحولات الوبائية، وغيرها.<sup>(٢٥-٢٧، ٢٩، ٣٢، ٣٣)</sup> في الوقت ذاته هناك العديد من التفسيرات الممكنة والمتداخلة لانخفاض معدلات سرطان عنق الرحم، من ضمنها زيادة برامج الفحص والعلاج، انخفاض نسبة المواليد وارتفاع التغطية الخاصة بالتثقيف الصحي.<sup>(٣٤، ٣٥، ٣٨)</sup> وبينما قد يفسر المزيد من البحث العوامل المسببة لكل من هذه التوجهات بشكل أفضل؛ فإن الحقائق الأساسية جلية: ارتفعت معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم، وسرطان الثدي بينما انخفضت معدلات الإصابة كلي أكبر من الوفيات بين النساء المكسيكيات.

ثانياً، يصيب سرطان الثدي كلاً من النساء الأصغر

تشير إلى زيادة في نسبة النساء اللاتي أشرن إلى أنهن تلقين نتائج رسم الثدي الخاصة بهن من ٧٨٪ إلى ٨٧٪. للأسف ليست هناك معلومات متاحة عن المتابعة من خلال المسوح.

تنقص أيضاً المعلومات بشأن إتاحة العلاج. تظهر بيانات المؤسسة المكسيكية للتأمين الاجتماعي اتجاها متصاعداً للتردد على المستشفيات بسبب سرطان الثدي (من البيانات المدرجة في استمارات الخروج من المستشفى) بزيادة قدرها ٨٠٪ في الفترة ما بين ١٩٨٦ و٢٠٠٣. وهو معدل أكبر بكثير منه في أمراض أخرى مثل أمراض القلب والسكري. في الوقت نفسه، انخفضت المعدلات المتعلقة بسرطان عنق الرحم بنسبة ٢٥-٣٠٪ تقريباً.<sup>(٣٦)</sup>

### الاستنتاجات والتوصيات

سرطان الثدي تهديد جدي لصحة النساء ورفاهة الأسر وللنظام الصحي والمجتمع في الكثير من الدول النامية. يظهر هذا بوضوح خاصة في الدول ذات الدخل المتوسط ، حيث ارتفع فيها الحراك الوبائي والديموجرافي بشكل ملحوظ. وفي المكسيك، تؤكد الأدلة عبر ٥٠ عاماً من متابعة اتجاهات الوفيات هذا الاستنتاج.

ومعلومات قليلة حول أهمية الاكتشاف المبكر، العلاج، والعوامل التي تزيد من فرص التعرض لسرطان الثدي. وتشير المقابلات الأولية في "مكسيكو سيتي" مع العاملين في مجال الصحة أن النساء ذوات الدخل المنخفض بشكل خاص لا يسترحن إلى رسم الثدي أو يخشينه ويتم إثناهن عن إجرائه من قبل شركائهن.<sup>(٤٦)</sup>

### أولويات البحث والسياسات

في مواجهة كل تلك المعوقات ما هي أهم الاستراتيجيات؟ الكثير من البلاد في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي بما فيها المكسيك لديها خطط صحية تشمل سرطان الثدي كأولوية. من الممكن تدعيم تلك المبادرات بشكل كبير بتطبيق مقاربة "المبادرة العالمية لصحة الثدي"، وهي تطوير قواعد مثبتة بالدلائل وملائمة للواقع الاقتصادي والثقافي لكل بلد لتحسين النتائج الإكلينيكية. تتبنى هذه الاستراتيجية مقاربة شاملة ومنهجية للتثقيف الصحي، والفحص الإكلينيكي، ورسم الثدي والعلاج.<sup>(٤٧)</sup>

إحدى الأولويات هي جمع بيانات أكثر وأفضل وإنشاء سجلات سريرية مفصلة. في هذه الورقة البحثية تمكنا من تحليل سلسلة بيانات حول الوفيات في المكسيك، ولكن لم تتوفر لنا بيانات مرضية حول انتشار الأمراض، والمفاهيم وتوفر الرعاية الصحية واستخدامها في المكسيك. وكما هو الحال في غالبية المنطقة، كذلك في المكسيك فإن سجلات السرطان إما فقيرة أو غير موجودة.

إحدى الأولويات البحثية هي تكوين أدلة عن العوامل المسببة للمرض لدى النساء المكسيكيات حتى يتسنى بشكل أفضل استهداف البرامج والسياسات. لا بد أن يركز البحث أيضاً على فهم أسباب زيادة وفيات سرطان الثدي مع انخفاض معدل وفيات سرطان عنق الرحم.<sup>(٤٨)</sup>

لا بد من إيلاء المزيد من الاهتمام بالاكتشاف المبكر. إحدى الاستراتيجيات المفتاحية هي زيادة الوعي والتثقيف

والأكبر سنًا، وتحدث نسبة كبيرة من الوفيات جراء سرطان الثدي في الدول النامية - في بعض البلاد حوالي ٥٠٪ - بين النساء أقل من عمر الرابعة والخمسين.<sup>(٤٩، ٥٠)</sup> لا بد أن يصبح علاج سرطان الثدي جزءاً من خدمات صحية جنسية وإنجابية أوسع للنساء.

ثالثاً، غالباً ما كان سرطان الثدي يعتبر سرطان الأغنياء وسرطان عنق الرحم سرطان الفقراء. اليوم يصيب سرطان الثدي النساء الغنيات والفقيرات كليهما. وبالتالي تواجه النساء الفقيرات عبئاً مضاعفاً - خطراً أعلى للإصابة والوفاة جراء نوعي السرطان كلاهما - بالأساس نتيجة نقص الوقاية (في حالة سرطان عنق الرحم) والاكتشاف المبكر وخيارات العلاج الملانم لكلا نوعي السرطان.

هناك عوائق مهمة - على مستوى كل من العرض والطلب - أمام الكشف عن سرطان الثدي وعلاجه.<sup>(٥١، ٥٢)</sup> البيانات المتكاملة عن مدى توفر تلك الخدمات وإمكانية الوصول إليها ليست متاحة بشأن المكسيك، ولكن المعهد الوطني للصحة العامة يجرى حالياً دراسة وطنية كيفية التعرف على تلك المعوقات.<sup>(٥٣)</sup>

يتم التوكيد على أهمية الفحص الذاتي من قبل المؤسسات غير الحكومية وشبكة الخدمات الخاصة بوزارة الصحة نظراً، بشكل جزئي، للنقص في إتاحة رسم الثدي.<sup>(٥٤-٥٦)</sup> بالإضافة إلى ذلك، لا يتضمن الفحص الإكلينيكي عموماً فحص الثدي، وحين يكون الأمر كذلك فغالباً لا يكون الإجراء صحيحاً تقنياً.<sup>(٥٥)</sup> ويسهم الافتقار إلى الوحدات والعمالة المدربة خاصة في المناطق القروية في عدم إتاحة رسم الثدي.<sup>(٥٤، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٥٨)</sup> أوضحت إحدى الدراسات الكيفية صعوبات الوصول إلى العلاج بسبب: التكلفة، الإجراءات الإدارية، نقص المعلومات، بعد المسافة ونقص رعاية الأطفال المتاحة.<sup>(٥٩)</sup>

هناك أيضاً معوقات تتعلق بالمفاهيم الخاطئة ونقص المعرفة من جهة النساء. الكثير من النساء ليس لديهن إلا

في المكسيك عبر العديد من الجوانب، تشمل الضغط على الحكومة، ورفع الوعي، والوصول إلى القطاعات الأفقر من السكان. في مجال رسم الثدي، تؤمن تقنية الاتصالات فرصة مهمة لتحسين إتاحتها ونوعيته بنقل المعلومات عبر شبكة الانترنت من موقع إجراء الفحص إلى موقع يوجد فيه أخصائيو أشعة بإمكانهم قراءة نتيجة رسم الثدي. يمثل نقص التقنية اللازمة لإرسال الصور قيداً قصير الأمد على مثل هذا التوجه.

بشأن العلاج، يلزم تحليل وطني ومحلي متكامل للتعرف على الموارد المتاحة والتشريع والقواعد اللازمة لتكون هناك إتاحة عامة له في المكسيك. مع ذلك مازال هناك طريق طويل لترجمة هذا الأمر إلى إتاحة للخدمات الصحية الملائمة رفيعة النوعية. في الوقت ذاته لا بد أن تصبح النساء ومقدو الخدمة الأولية أكثر وعياً بوجود مثل تلك الحقوق حتى يتسنى تشجيع النساء على طلب الرعاية، والمؤسسات إلى توسيع قدراتها لتأمين الخدمات الملائمة. لا بد من تجهيز وتطوير مراكز إضافية للخدمة الصحية على المستوى الثالث إلى مراكز إقليمية متميزة.

إن الدلائل من المكسيك تشير إلى أن سرطان الثدي لهو تحدٍ أساسي لصحة النساء وللنظام الصحي أيضاً. الاكتشاف المبكر من خلال مجموعة مركبة من التدخلات أساسي للتصدي لهذا التحدي. بناءً على ذلك فإن تحسين الاكتشاف المبكر يتطلب استجابة اجتماعية واضحة، ملائمة للظروف والموارد المتاحة. لا بد أن تتضمن تلك الجهود النساء وأفراد الأسرة، والمريضات ومقدمي الخدمة الطبية وصانعي السياسات. ومثلما هو الحال في أمريكا الشمالية والمكسيك مثلها مثل الدول الأخرى، فإن تبني الدعوة خاصة من قبل النساء من الممكن أن تكون أداة قوية لمكافحة المرض.

### شكر واجب

نشكر ماريانا سيسيليا جونزاليس وليف لافونتين على المعاونة البحثية الممتازة.

حول صحة الثدي بين النساء، على أن ذلك لا بد أن تدعمه الاستجابة المناسبة من جهة العرض. ليس من الواقعي افتراض أن البلاد النامية ستقفز إلى توفير رسم الثدي لجميع النساء اللاتي ينبغي لهن الحصول عليه في المدى القصير أو المتوسط. هناك دلائل يعدت بها على أن الفحص الذاتي للثدي بل والفحص الإكلينيكي للثدي ليسا فعالين في خفض نسب الوفيات في قطاعات السكان التي يتم فيها اكتشاف معظم الحالات في المراحل الأولى من المرض. (٤٧-٤٤) هناك أدلة قليلة بهذا الشأن في البلاد النامية حيث الاكتشاف في مراحل أكثر تأخراً أكثر شيوعاً بكثير. (٢٦، ٢٥)

قد يساعد تدريب مقدمي الرعاية الصحية الأولية بما في ذلك القابلات والزائرات الصحيات، بالإضافة إلى دعم تثقيف الأطباء والمرمضات حول صحة الثدي والفحص الإكلينيكي على الاكتشاف المبكر. (٤٠) لا بد أن يأخذ تثقيف النساء ومقدمي الخدمة الصحية الثقافة المحلية في الاعتبار بالإضافة إلى التركيبة السكانية، بما في ذلك الاختلافات المبنية على مؤشر كتلة الجسم، العرق، السن، التاريخ العائلي للسرطان والتاريخ الإنجابي.

لا بد أن يتم تقديم حملات التثقيف والتوعية وتدخلات الاكتشاف المبكر من خلال البرامج الموجودة فعلاً ضد الفقر والبرامج الصحية وأن تشمل تثقيف الرجال. البرنامج الأساسي لذلك في المكسيك هو "أوبرتونيداديس" والذي يقدم خدمات رعاية صحية أولية وتثقيفاً صحياً للغالبية من الفقراء (خمسة ملايين أسرة). (٤٨)

لدى المؤسسات غير الحكومية دور مهم لتلعبه في تطوير وتنفيذ استجابة متكاملة في المكسيك. وبينما هناك العديد من المؤسسات المتخصصة في سرطان الثدي والتي تعمل لتوفير المعلومات وبناء الوعي فإن سرطان الثدي يبدو أقل تداخلاً في برامج الخدمات الخاصة بالمنظمات غير الحكومية التي تقدم أنواعاً أخرى من الخدمات للنساء المعرضات لخطر الإصابة. (١٩، ٢٩) ويمكن لتلك المؤسسات أن تخلق دعماً اجتماعياً ضخماً فيما يخص صحة المرأة

1. Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001. New York: Oxford University Press, 2006. pp.45–93.
2. Lozano R, Knaul FM, Gómez Dantés H, et al. Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México, 1979–2006. Observatorio de la Salud. Documento de trabajo. Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud; 2008.
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2.2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. 17 Septiembre 2003. At: <www.salud.gob.mx/ unidades/cdi/nom/041ssa202.html>. Accessed 25 July 2008.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. IMSS, 2006. At: <www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/15E5C49C-4938-4966-814DD75878A6CCF1/0/ LeySeguroSocial.pdf>. Accessed 4 October 2008.
5. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Nueva Ley del ISSSTE. 2007. At: <www.issste.gob.mx/nuevaley/ leydelissste.pdf>. Accessed 4 October 2008.
6. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud, 2000. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca: INSP, 2003.
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. Cuernavaca: INSP, 2007.
8. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dántes O, et al Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet 2006;368(9546):1524–34.
9. Knaul FM, Frenk J. Health Insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. Health Affairs 2005;2:1467–76.
10. Frenk J, Knaul F, Gómez-Dantés O, et al. Fair financing and universal social protection: the structural reform of the Mexican health system. Working Paper. Mexico City: Ministry of Health, 2004.
11. Secretaría de Salud. Catalogo Universal de Servicios de Salud. México, DF, 2008. At: <www.salud.gob.mx/unidades/dgpf/ contenido.php?sccsgd\_id=4>. Accessed 25 July 2008.
12. Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007. INSP/ SSA. Cuernavaca, 2008.
13. Poblano-Verastegui O, Figueroa-Perea JG, López-Carrillo L. Institutional factors contributing to the utilization of breast clinical examination. Salud Pública de México, 2004;46(4): 294–305.
14. Ortega D. Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud. En: Salud Reproductiva: temas y debates. Compiladores: Bronfman M, Denman C. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003. pp.157-80.
15. Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud y Fundación Mexicana para la Salud) e Instituto Nacional de Salud Pública. Reunión de Intercambio de Experiencias de la Investigación en Cáncer de Mama en México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, 2008. At: <www.funsalud.org.mx/ competitividad/principal.html>. Accessed 4 October 2008.
16. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer de Mama México, 2002.
17. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2007–2008. Atlanta: American Cancer Society, 2008 At: <www.cancer.org/downloads/ STT/BCFF-Final.pdf>. Accessed 25 July 2008.
18. Secretaría de Salud. Defunciones, 1979–2006. Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud, México, DF, 2008. At: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html>. Accessed 25 July 2008
19. World Health Organization. WHO Statistical Information System (WHOSIS). Geneva: WHO, 2008. At: <www.who.int/whosis/en/index.html>. Accessed 25 July 2008.
20. Ahmad OE, Boschi-Pinto C, Lopez AD, et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series No 31. Geneva: WHO, 2000.
21. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la Población de México 1950–2050. CONAPO, México, DF, 2008. At: <www.conapo.gob.mx/>. Accessed 25 July 2008.
22. Franco Marina F, Lozano R, Villa B, et al. La Mortalidad en México, 2000–2004. Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias. México DF: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2006.
23. Porter P. Westernizing women's risk? Breast cancer in lower-income countries. New England Journal of Medicine 2008;358:213–16.
24. Brown ML, Goldie SJ, et al. Chapter 29. Health service interventions for cancer control in developing countries. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. Jamison DT, Bremen JG, Meashan AR, et al, editors. New York: Oxford University Press/World Bank; 2006., 2006.
25. Rodríguez-Cuevas S, Macías C, Labastida S. Cáncer de mama en México: ¿enfermedad de mujeres jóvenes? Ginecología y Obstetricia de México 2000; 68(5):185–90.
26. Rodríguez-Cuevas S, Capurso-García M. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecología y Obstetricia de México 2006;74:585–93.
27. Ferlay J, Bray P, Pisani P, et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base No.5, Version 2.0. Lyon: IARC Press, 2004.
28. Lazcano-Ponce E. Nuevas alternativas de prevención secundaria del cáncer cervical. Salud Pública de México 2007; 49:32–34. Ed. Especial: VII congreso de investigación en salud pública.

29. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López-Cervantes M, et al. Identificación de lesiones mamarias en México. *Salud Pública de México* 2001;43(3): 199–202.
30. Secretaría de Salud. Programa de acción: cáncer de mama, 2007–2012. Secretaría de Salud. México, 2007.
31. Knaul FM, Lozano R, Gómez Dantés H, et al. El cáncer de mama en México: cifras para la toma de decisiones. Observatorio de la Salud. Documento de trabajo. Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud; 2008.
32. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *New England Journal of Medicine* 1985; 312(3):146–51.
33. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ* 2000;321:624–28. [PMID: 10977847].
34. Hidalgo-Martínez AC. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomedica* 2006;17: 81–84.
35. World Health Organization. World Health Report 1995. Bridging the Gaps. Geneva: WHO; 1995. At: <www.who.int/whr/1995/en/whr95\_en.pdf>.
36. Nigenda G, Caballero M, González LM. Social process of breast cancer in Mexico. Research protocol. National Institute of Public Health, Cuernavaca, 2008.
37. Grupo Reto. México, DF, 2008. At: <www.gruporeto.org/gruporeto.htm> Accessed 5 October 2008.
38. Fundación CIM\*AB. México, DF, 2008. At: <www.fundacioncima.org> Accessed 5 October 2008.
39. Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud y Fundación Mexicana para la Salud) e Instituto Nacional de Salud Pública. Reunión de Intercambio de Experiencia en Cáncer de Mama en México con ONGs. FUNSALUD, Méx. 2008. At: <www.funsalud.org.mx/ competitividad/principal.html>. Accessed 4 October 2008.
40. Unger-Saldaña K. Factores asociados al retraso en la atención médica de pacientes con cáncer de mama. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Maestría. UNAM, México, DF, Noviembre 2006.
41. Breast Health Global Initiative. Report from the Breast Health Global Initiative. Seattle: Fred Hutchinson Cancer Research Center/Susan G Komen for the Cure, 2008.
42. Romieu I, Lazcano-Ponce E, Sánchez-Zamorano L, et al. Carbohydrates and the risk of breast cancer among Mexican women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2004; 13(8):1283–89.
43. Ortega-Altamirano D, López-Carrillo L, López-Cervantes M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública de México* 2000;42: 17–25.
44. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;2. Art. No. CD003373.
45. Robles S, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health* 2002; 11(3):178–85.
46. Josefson D. Breast self examination does not improve cancer survival. *BMJ* 2002; 325:793.
47. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94:1445–57.
48. Secretaría de Desarrollo Social. Oportunidades. SEDESOL, México, DF, 2008. At:<www.oportunidades.gob.mx/>. Accessed 29 July 2008.



## الدخيل

### جيتاراو جوبتا\*

#### ترجمة: دعاء عبده

اتسم كل عقد من حياتي البالغة، على الأقل، بحدث صادم مرتبط بجهازى التناسلى. وأنا فى العشرينيات خضعت لعدة جراحات لاستئصال أورام ليفية حميدة بثديي، أخبروني أنها بسبب استخدام أقراص منع الحمل. وفى الثلاثينيات خسرت حملاً عمره أكثر من ثلاثة أشهر؛ كنت أرغب فيه بشدة، وحننت عليه فى صمت لسنوات عديدة. وفى الأربعينيات أجريت إستئصال جزئى للرحم كان بمثابة نذير مبكر واضح لعملية الشيخوخة. وبدأت خمسينياتى عام ٢٠٠٦ بتشخيص إصابتي بسرطان الثدي.

قد يتوقع المرء، باستعراض سجلى الحافل، أننى سأتقبل التشخيص الأخير بدون صعوبة، إلا أن الأمر لم يكن كذلك. وحينما استرجع ذكرياتي عن سرطان الثدي أجد أن أفضل طريقة لوصفها هى أنها مونتاج سريالي لأحداث منفصلة قوية وفى الوقت ذاته بعيدة، كل منها مشوب بمزيج من بعض الحزن والغضب والخوف والذعر، ولكن جميعها صارت أكثر احتمالاً بسبب دعم وحب عائلتى وأصدقائى والرعاية الحانية والجيدة التى منحها لي أفراد الرعاية الطبية الذين تعاملت معهم.

أقوى تلك الذكريات هى لحظة شعوري بالورم بثدي الأيمن؛ كنت مقتنعة بأنه محض تخيلات بسبب تعاطفى مع شقيقتي رادىكا التى كانت قد أبلغتني فى اليوم نفسه ، بأن حالتها شخضت على أنها سرطان ثدي. بدا ذلك غير عادل بشده: إنها وهى شقيقتي الصغيرة عليها أن تمر بصدمة طبية أخرى. قبل عشر سنوات خضعت لجراحة بالمخ كعلاج لنوع من الصرع الذى تبدأ أعراضه بعد البلوغ، وبشخصيتها الواثقة المتحمسة اختارت الحل الجراحي كعلاج جذري. وبدت مخاطر جراحة المخ المعروفة أقل من الدمار الذى تحدثه نوبات الصرع. ولحسن الحظ كانت عملية ناجحة أبقتها معافاة حتى خريف عام ٢٠٠٦؛ عندما كشف رسم الثدي الذى أجرته عن ورم حجمه ٥,٠ سم بثديها الأيسر. وأكد تحليل العينة ما هو أسوأ. تلقيت الخبر بشكل سيء واعتزمت أن أتخلى عن كل ما كنت أفعله وأسافر عبر البلاد للساحل الغربى حيث تسكن لأكون معها خلال علاجها. واعتزمت تلك الليلة عمل فحص ذاتي لثديي وهو الذى اكتشفت من خلاله الورم وذهبت لعمل رسم للثدي.

- The intruder  
Geeta Rao Gupta, *Reproductive Health Matters*: 2008;16(32):126–129

كل منا من الطريقة التي إقتحم بها السرطان حياتنا الهادئة، وشعرنا بالغضب أكثر من الحزن، وعزمتنا أيضاً على أننا لن نقبل وصفنا مجرد ناجيتين من السرطان، لقد كنا وسنظل دائماً راديكاً وجيتاً، لقد رفضنا أن يحدد السرطان هويتنا وأن نصبح نحن "هو".

الذكرى القوية الثانية؛ هي في الواقع لثلاثة أحداث منفصلة تجمعت في حزمة واحدة ثقيلة. أنها تلك اللحظات القاسية التي كان على فيها نقل أخبار تشخيصي لزوجي وإبنتي وأبي، أن أصبح سبب القلق والأسى لهؤلاء الذين أحببتهم للغاية، وألا أكون قادرة على فعل أي شيء لمساعدتهم ليتغلبوا على ذلك الأمر، كان أمراً لا يمكن تحمله. هاتفت زوجي "أرفيد" من تليفون عمومي بالمستشفى باكيةً بلا خجل أمام المرضى المنتظرين، نطقت الكلمات نفسها التي أقنعنا أنفسنا أننا وهو في الليلة الماضية بأنها لن تنطق، فهرع ليكون معي وبقي بجانبني حرفياً ومجازياً منذ ذلك الوقت وحتى نهاية علاجي. لا بد أنني أتعبته لكنه نادراً ما أظهر ذلك. لقد تحمل شكاوى الكثير وحالاتي المزاجية المتقلبة، وأيديني عندما اخترت ألا أضع الباروكة الغالية التي اشتريتها وأن أردتدى عمامة أفريقية بدلاً منها، وأضحكني في أحلك لحظاتي، والأهم أنه أبقى على الحالة العادية لعلاقتنا من خلال النقاش والشجار معي بقدر ما كان يفعل قبل أن أمرض.

غمرتني ابنتي "ناينا" أيضاً بالدعم والحب خلال فترة علاجي، كانت تعود من الكلية إلى المنزل بانتظام لتكون بجوارى برغم أن أمامها ستة أشهر فقط لتتخرج. عندما علمت بالتشخيص، كانت "ناينا" بعيدة في رحلة بحثية تابعة للكلية، لذا انتظرت لأخبرها بنفسى بعد عودتها. وكفتاة في العشرين من عمرها كانت تحيا حياة رائعة بكل معنى الكلمة حتى تلك اللحظة؛ اتسمت رد فعلها بالغضب والاستياء تجاه القوى التي تجرأت على زعزعة الأساس الحقيقي لعالمها ليس فقط بتهديد سلامة خالتها الحبيبة بل وأمها أيضاً. حزنها البالغ وشعورها بفقدان السيطرة كانا متوقعين، وكل ما أمكنني فعله حينها هو أن أضمها واعتذر مرة تلو الأخرى. وبرغم الأعوام التي قضيتها في

المذهل أن رسم الثدي لم يظهر شيئاً يدعو للريبة مما أشعرني بالراحة، لكنني قاسيت أيضاً من الإحساس بالذنب الذي يعقب النجاة، لأنه لم يبدُ عادلاً أن أنجو من ذلك التشخيص المدمر بينما لم تتمكن شقيقتي من ذلك. وكانت شقيقتي هي من استحثتني بلطف لأزور طبيبي برغم نتيجة رسم الثدي السلبية، وكانت هي من بكت معي عندما أكدت نتائج تحليل العينة من الورم في صدرى - يبلغ ٢,٥ سم ويقع عميقاً بثدي الأيمن قرب القفص الصدري بشكل خطير- أنه ورم خبيث. وهكذا كنا أنا وشقيقتي وبلا أي تاريخ مرضى عائلي للسرطان، نجتاز الجراحة والعلاج الكيميائي والإشعاعي لسرطان الثدي في نفس الوقت تقريباً. أنا على الساحل الشرقي وهي على الساحل الغربي؛ شقيقتان تقعان بشرك مصادفة شنيعة وغير معقولة وتقطعان طرقاً متماثلة و تتأقلمان على احتمال وقوع نهاية تراجيدية.

وكثيراً ما نُسأل إذا كنا نعلم كيف ولماذا ظهر لدى كلتانا سرطان الثدي، لكننا لا نعلم. قمت بعمل استشارة وراثية لأننا كنا قلفتين في المقام الأول بشأن بناتنا والإرث الجيني الذي من الممكن أن ننقله لهن. كانت نتيجة الاختبارات سلبية فلم يكن هناك أثر لأي علاقة جينية بالمرض. وبالرغم من أن تشخيصاتنا المترامنة تقريباً كانت أمراً مذهلاً للأخريين الذين علموا بها فقد قضيت أنا وشقيقتي وقتاً قليلاً في مناقشة ما الذي قد يكون في بينتنا المشتركة وأدى إلى هذه التشخيصات، فأنا مقتنعة بأن الأصدقاء ذوى النوايا الحسنة الذين يطرحون علينا بصوت عال فرضياتهم عن القوى البيئية المختلفة التي ربما تكون قد تسببت في مرضنا، إنما يفعلون هذا بدافع من خوفهم من قابليتهم للإصابة أكثر من قلقهم علينا. هذا الخوف وإن كان مفهوماً لكنه عديم الجدوى بالنسبة لنا نحن اللتان واجهنا عواقب تلك الأسباب غير المعروفة.

الجزء الايجابي الوحيد من ذلك التوافق الغريب بيننا هو أننا شكلنا فريق دعم من اثنتين. فعندما تبكى إحدانا تظل الأخرى قوية، وعندما تتكلم إحدانا عن صعوبة التعبير عن الخوف من الموت تظل الأخرى هادئة وعقلانية. استاءت

دراسة تأثير فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز على النساء عالمياً؛ كانت تلك أول مرة أشعر فيها بشكل شخصي بثقل العبء الذي تحمله النساء عندما يصبح عليهن إخبار أطفالهن بأنباء صحتهم المعتلة.

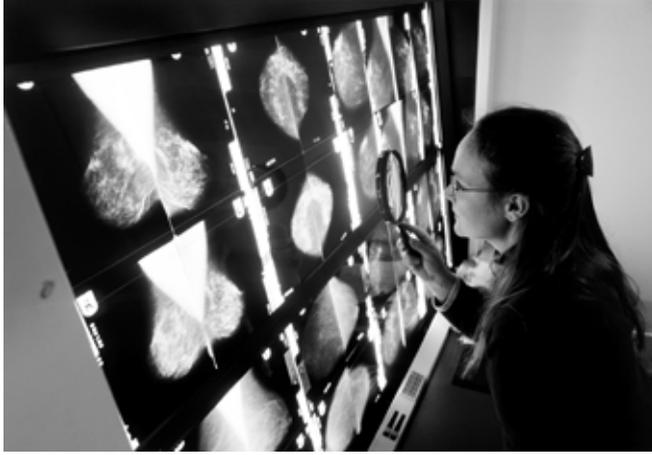
أنا وابنتي مرتبطتان بشكل سحري؛ لقد ولدت يوم عيد ميلادى التاسع والعشرين، وكانت أفضل هدية عيد ميلاد تلقيتها فى حياتي. كان هناك القليل الذي أستطيع فعله لحمايتها من إحساس عدم الأمان الذي يشعر به الأطفال عندما يمرض أحد والديهما، أو لحماية والدي الحبيب والذي كان عليه فى سن ٨٥ عاماً أن يتأقلم مع خبر أن كلتا ابنتيه تصارعان السرطان. قبلها بعامين فقدنا والدتنا، زوجته ورفيقته طوال ٥٠ عاماً، والآن عليه تحمل القلق الذي جلبته تلك الأخبار. كان بعيداً فى مومباى فى ذلك الوقت، فقطع إجازته فوراً ليعود إلى الوطن ليساندنا أنا وشقيقتي.

ذكرياتي عن الإجراءات الطبية غير محددة وبعضها مشوش، لكنني أذكر جيداً كل أفراد الخدمات الطبية وغير الطبية في مركز معهد السرطان لمستشفى واشنطن. الذين عالجونى بحنو وعناية، فطبيبة الأورام د. كارين سميث والجراح د. مارك بويسفرت كانا مرشداى الحائنين خلال كل ذلك. فمستواهم المهني وأسلوبهم فى رعاية المرضى باهتمام سعاداني أنا وزوجي على التأكد من أنني كنت أتلقى أفضل علاج متاح. لقد أجابا على كل تساؤلاتنا، وكانا موجودين دائماً، ولم يستعجلانا أبداً خلال المقابلة. كانت جودة تلك الرعاية واضحة فى كل تعاملاتنا مع طاقم العاملين فى معهد السرطان\* وسأظل مدينة لكل منهن، وأشعر بالامتنان لتمكيني من الحصول على مثل هذه الرعاية عالية الجودة فى عالم به ملايين النساء المحرومات من الحق فى مثل تلك الخدمات، وفى بلد معروف بضعف

نظام الرعاية الصحية. أنا ممتنة أيضاً لحسن حظي؛ كانت إمكانياتي تكفل لي تأميناً طبياً كاملاً غطى معظم نفقاتي ولم يجعل الأمر صعباً بالنسبة لي فى تلقي العناية والعلاج التي رأى أطباي ضرورتها. وفى الواقع، أنا أدرك أن هناك كثيرين يعيشون بالولايات المتحدة، ولا يملكون مثل تلك التغطية التأمينية بينما يصارعون المرض. إنه لأمر فى منتهى الجور ولا يغتفر فى بلد بئراء الولايات المتحدة؛ أن يكون على أي مريض أن يقلق بشأن تكاليف الرعاية؛ أو أن يضطر للقبول بحل وسط فيما يتعلق بأفضل علاج ممكن فى الوقت نفسه الذى يحاول فيه التغلب على مرض منهك كهذا.

الرعاية الطبية الجيدة التي تلقيتها، جعلت الألم والمشقة والتي هى من سمات علاج السرطان أكثر احتمالاً. اليوم ولحسن الحظ أصبحت ذكرياتي عن تلك الأعراض بعيدة عن بؤرة اهتمامي؛ لكنها تركت لدي إحساس عام بالفزع الشديد من فكرة خوض ذلك العلاج ثانية. يمكنني وضع قائمة بالأعراض: إرهاق شديد، تقرحات جلدية مؤلمة بالفم، و ألم حاد بعمق عظامي، وذلك الإحساس الغريب بحلقي، والغثيان وفقدان الشهية وعسر الهضم والأرق، ولكن حمداً لله فالיום لا يمكنني تذكر شدة تلك الأعراض. قررنا أنا وشقيقتي بأننا فى تعاملنا مع تلك الأعراض لن نقع فريسة للضغط بأن نكون كتومتين وبطوليتين وشجاعتين ومضحيتين بذواتنا. وهكذا، بالرغم من أنني واصلت الذهاب للعمل خلال فترة علاجي، فقد بقيت بالمنزل أو انصرفت من العمل ميكراً حينما احتجت لذلك. تكلمت عن أعراض المرض مع أي شخص قادر على الاستماع، وطلبت وتلقيت أى مساعدة تقلل المعاناة. شكوت برارة عندما كان الألم والمشقة لا يحتملان؛ فاليكأ كان بالنسبة لي ولشقيقتي طريقة مفيدة للتخلص من السموم الكثيرة التي

\* أود أن أشكر ميلدرد ودولوريس بمكتب الإستقبال بالمستشفى اللتين كانتا تحييانني بإسمى كلما حضرت للمستشفى. ولبندا رئيسة الممرضات التي كانت موجودة دائماً كلما احتجت لها وساعدتني على اجتياز مشاعري ومتاهة المتطلبات العلاجية المعقدة؛ وفيرونيكا الأيرلندية ممرضة العلاج الكيميائي والتي جعلت بحنانها كل جرعة علاج تبدو كالنسيم؛ وكمبرلي ممرضة الأورام التي دائماً ما جعلتني أشعر بأنني مريضتها الأكثر أهمية، ومصطفى ورفيقه بمركز العلاج الإشعاعي الذي عاملني بأقصى درجات الاحترام بما سمح لي بصون كرامتي وأنا أعزى صدي ليراه الجميع؛ والممرضة الهادئة المتواضعة التي تقوم بسحب الدم مني قبل كل علاج كيميائي والجديرة بان تباع مهارتها في وضع حقنة الوريد بلا أي ألم إلى طلبة التمريض. والممرضات العديداً اللاتي قابلتهن بأقسام رسم الثدي والجراحة والموجات فوق الصوتية والطب النووي واللاتي جعلتني أشعر بالشجاعة حتى عندما كنت أبكى بصوت مرتفع.



أخصائية الأشعة تفحص عدد من صور تخطيط الغدد اللبينية في إطار تجميع قواعد البيانات في المملكة المتحدة.

مرضتى الدائمة "فيرونিকা" ولم يعمل الكريم الموضوعي المخدر على منفذ قسطرة العلاج الكيميائي، فكان السبيل الوحيد لمواجهة الألم الشديد المحرق الذى نتج عندما اخترقت الإبرة المنفذ هو أن أغادر جسدى وأراقب ما يحدث من الأعلى. نجحت هذه الاستراتيجية فى تلك المرة، لذا اعتبرتها لفترة من الزمن بمثابة حل دائم. الموقف الثالث بينما كنت أتسوق بمفردى بالمركز التجارى بعيداً عن المنزل. وشعرت بطعنة ألم عميقة فى عظم الفخذ أجبرتني على أن أجتو على ركبتى. جلست هناك على الأرض فى انتظار أن يزول الألم، يحدق بى المارة الفضوليون، وتساعد داخلى التساؤل: هل يستحق الأمر كل هذا العناء. لكن ما كان يحسم الأمر فى كل موقف ويعيدنى ثانية إلى القتال مع روح وطاقة متجددة هو تذكر صورة وجة ابنتى الباسم وكنتفى زوجى العريضين.

وكما بدا الأمر فجأة، انتهت فترة العلاج وأصبح بإمكانى العودة مرة أخرى إلى روتين حياتى اليومي. الشيء الأكثر إشراقاً خلال تلك الفترة كان حفلة غناء جماعية مفاجئة دبرتها لأجلي صديقتى العزيزة إلين التى تعرف حبى لأغنية برودواي وأغنيات أخرى، فنظمت تلك الحفلة مع زميلتي ليسلى كعازفة جيتار وجارتى ناتالى كعازفة بيانو. وعندما عدت إلى المنزل بعد ظهر ذلك اليوم، احتفل

تسرى بأوردتنا، لهذا بكينا بحرية عندما إحتجنا ذلك. لكننا قررنا أيضاً ألا نقع تحت إغراء أن نصنع من أنفسنا بطلتي دراما، ذلك أن السرطان وعلاجه اللعين وإمكاناته على القتل يدفع باتجاه مواقف درامية شديدة. أدركنا مبكراً بأننا لو بالغنا فى تعبيرنا عما نعاناه فسنسمح للسرطان بأن يسيطر علينا وهذا ما لم نكن نريده. أمنا كانت طبيبة، ودائماً ما عالجت جراحنا الطفولية التافهة بقبلة وكريم مرطب، علمتنا جيداً أن مفتاح التأقلم يتمثل فى النظرة الواقعية للأمر مع طلب صريح للمساعدة لو تطلب الأمر ذلك. لذا تعاملنا مع كل موقف حسب إستطاعتنا بطريقة واقعية بلا مبالغة فى الانفعالات التى يتطلبها الموقف. وبعد انتهاء ذلك الوضع اعتقد أن إستراتيجيتنا تلك قد نجحت، خاصة أننا كنا محاطين بالكثير من أفراد الأسرة والأصدقاء والزملاء المحبين والصبورين المستعدين للمساعدة.

هناك ثلاثة مواقف فقط خلال فترة علاجى الذى امتد لثمانية أشهر، شعرت خلالها بإلحاح لايقاوم لأن أستسلم، أن أغلق عيناى وأتلاشى فى غياهب النسيان. الموقف الأول كان بعد استئصال الورم، فروية صدرى المكدم المقطوع المخيط جعلنى أريد أن أخرج من جسدى وأرفضه للأبد؛ والثانى أثناء إحدى جلسات العلاج الكيميائى عندما غابت

بالتأكيد فإن تلقي أربع ضربات على ظهري في الأربعة عقود المنصرمة من حياتي كافيين لاسترضاء الألهة الغيورة . وسأعترف بأنني بين الحين والآخر أشعر بالخوف من عودة الأورام، ولكنني أمل أن لا يسعى جهازى التناسلى عند دخولى الستين من عمري إلى جذب مزيد من الاهتمام.

بي ستون شخصاً هم أصدقائي وأفراد عائلتي وزملائي، الذين تكدسوا بغرفة المعيشة في منزلي يغنون "هالو جيتا" على لحن أغنية "هالو دوللى". لقد جعلوني أستشعر سعادتهم بعودتي إلى حيث أنتمي في تلك الجوقة المفعمة بالحيوية. كان الحب في تلك الغرفة ملموساً، وأدركت وأنا أنظر حولي كيف أن كل فرد منهم جعل تجربتي مع سرطان الثدي أكثر احتمالاً\*.

---

\* لا أستطيع بأى حال أن أشير لكل الأصدقاء وأفراد العائلة والزلاء الكثيرين الذين لاقيت حبهم ودعمهم لى خلال أشهر العلاج ولكننى مدينة بالامتنان لكل منهم ولن أستطيع أن أوفى هذا الدين ما حييت.



## أنا امرأة أعيش بسرطان الثدي

فليشيا ماري كنويل\*

ترجمة: ريهام حسين ابراهيم

أنا امرأة، وأنا امرأة أعيش بسرطان الثدي، أنا امرأة أعيش بسرطان الثدي في المكسيك\*\*. وكوني امرأة يحدد الكثير مما أمر به، وكذلك اتجاهي في العلاج والاختيارات التي قمت بها. لقد سمحت لي معايشة المرض في المكسيك بتحديد وجود حاجة إلى العمل الجماعي للنساء ومن أجل النساء، لمواجهة تحديات هذا المرض في أمريكا اللاتينية.

سوف أركز في هذه الشهادة الشخصية، حتى يونيو ٢٠٠٨، على ثلاث قضايا وهي: المجال الشخصي والعائلي، العناصر الأساسية في المعالجة الطبية الخاصة بي والتي منحتني الشجاعة والقوة، وأخيراً سبب تحويري تلك التجربة الشخصية إلى برنامج لمكافحة وباء سرطان الثدي الذي يستشري في المكسيك وأمريكا اللاتينية بصورة وبائية. وفي كل من هذه القضايا، أتأمل ملياً في ما أعتقد أنها القضايا الأساسية لصحة النساء.

### تجربتي مع سرطان الثدي\*\*\*

كنت في الواحدة والأربعين من عمري عندما أجريت بشكل روتيني أول رسم للثدي. كان ذلك يوم ٢٧ أكتوبر ٢٠٠٧ في كورنافاكا؛ وفي يوم ٦ نوفمبر، تم تأكيد تشخيص إصابتي بسرطان الثدي. سوف أصف حالتي الطبية من منظور امرأة قرأت كثيراً عن المرض، وتحفظ بالسجلات الطبية وتعمل في القطاع الصحي، كما أنها حائزة على درجة الدكتوراه في الاقتصاد، ولكنها ليست طبيبة ولم تتلق أي تدريب طبي. أوضح تشخيص حالة سرطان الثدي عندي، أنها من نوع سرطان الغدد الخبيث سريع الانتشار، وإن كان مازال بين المرحلة الأولى وأوائل المرحلة الثانية؛ وأن لدى ورمين خبيثين في الربع الأيسر الأعلى من الثدي الأيسر يمتدان ٢,٥ سم و١,٣ سم.\*\*\*

- I am a woman who lives with breast cancer:  
*Felicia Marie Knaul, Reproductive Health Matters: 2008;16(32):133–138.*

\*خبيرة اقتصادية، المؤسسة المكسيكية للصحة، مديرة برنامج سرطان الثدي، "خذة إلى القلب"، معهد كارسون للصحة، مدينة المكسيك، المكسيك.  
عنوان بريدي knaul@prodigy.net.mx

\*\* لقد ألهمني المقطع التالي من أوستفاج: "ففي مقدمة كتابها الجنس الثاني كتبت سيمون دي بوفوار الجملة الشهيرة: "أنا امرأة." وبهذه الجملة فهي لم تذكر فقط الحقيقة الواضحة، ولكنها أيضاً تضع نفسها في علاقة مع ما تناقشه في الكتاب... إنني غير متأكدة من أن وضع المرء لنفسه يعتبر ضرورياً كما نود الاعتقاد أنه كذلك. ولكنه أحياناً يكون كذلك، حيث إن له علاقة بالصدق والآداب العلمية."١  
\*\*\*مزيد من المعلومات عن تصنيف المراحل والعلاجات والمصطلحات الأخرى المشار إليها في النص موجود في المرجعين ٢ و٣

يبدو ويشعري وكأن جرس الباب يوجد بجانب حمامة صديرتي.

إنني في مرحلة إعادة بناء ثدي الأيسر. فور انتهاء عملية الاستئصال باستخدام تقنيات المحافظة على أنسجة الجلد، تم إدخال مَوْسَع وتثبيتته في النسيج العضلي. وهذا يبدو وكأن زجاجة من الماء الساخن قد غرست في جدار صدري. لقد تم وضع "جرس باب" آخر بصورة استراتيجية تحت ذراعي الأيسر، تماماً حيث يجب أن تمر الصدرية. وبين الحين والآخر -لأن تركيزي الأساسي كان منصباً على اجتياز العلاج الكيميائي- يتم حقن الماء في "جرس الباب" لتوسيع الحيز الذي ستوضع فيه مادة الغرس الدائمة. ما زال عليّ الاستعداد لعملية جراحية أخرى، على الأقل، لإزالة المَوْسَع وإدخال الغرس و"تسوية" الثدي الآخر. أنا مقتنعة الآن، بعد أن مررت بعدة عمليات توسيع، بأن الصغير جميل، ناهيك أنه مريح.

وبحلول يونيو ٢٠٠٨، كنت قد استكملت خمس عشرة من الست عشرة جرعة من العلاج الكيميائي المطلوب لعلاجي (أربع جولات من عقار إيبوروسين وعقار سيتوكس وIFEC 5- FU) وإثنتي عشرة جولة من عقار تاكسول). كما أنني خضعت لمدة ثلاثة أشهر لتسريب عقار هيرسيبتن مع عقار تاكسول. بعد العلاج الكيميائي، سأواجه تسعة أشهر من العلاج بعقار هيرسيبتن وثلاث سنوات من العلاج بعقار ما لمنع انتقال السرطان للعظام، وخمس سنوات من علاج تاموكسفين للتحكم في إنتاج الهرمونات.

بدأت أفقد شعري في ٢٣ يناير، وبنهاية الشهر كنت صلعاء تماماً. وحدث الأمر نفسه مع معظم ما تبقى من شعر جسمي. لحسن الحظ، بقيت بضع شعرات في الحواجب والرموش. وقد بدأ شعري بالنمو مرة أخرى مع عقار التاكسول، وتكسو رأسي الآن خصلات قصيرة ناعمة وصحية.

لن أخوض في تفاصيل أعراض العلاج الكيميائي؛ لكن ما أريد مشاركته معكم هو أنني بشكل عام كنت قادرة

كانت أورامى (من الهام استخدام صيغة الماضي، فهي الآن خارج جسدي، وتحولت إلى مجرد شرائح في المعمل) إيجابية لكل من (HER2) والذي يدل وجوده في الجسم في حالات سرطان الثدي على احتمال أعلى لعودة المرض وسوء التوقعات المستقبلية، وكذلك وجود مُستقبَلات للاستروجين والبروجسترون. ولكن بالرغم من ميراثي اليهودي الإشكنازي، لم تكن لدى جينات (2/BRCA-1) والتي يدل وجودها علي قابلية أكبر للإصابة بسرطان الثدي أو المبيض، أيضاً لا يوجد تاريخ لسرطان الثدي في عائلتي. وبينما من المفترض وفقاً للمرحلة الحالية التي أمر بها أن تكون العُقد الليمفاوية غير مصابة، فقد تم تحديد بعض الخلايا السرطانية المعزولة في إحدى العُقد اللمفاوية لدى.

خلال الأسابيع الأربعة التالية للتشخيص، أجريت ثلاث عمليات جراحية. كانت الأولى هي الأكثر رعباً. وللأسف ورغم استئصال جزء من الثدي وخمسة عُقد الليمفاوية، استمر أحد الحواف في إظهار وجود سرطان منتشر. ومن ثم أجريت العملية الثانية، بعد أسبوعين، لإزالة جزء آخر وجعل جميع الحواف خالية من السرطان. وللأسف أيضاً، استمر ظهور الخلايا السرطانية في أحد الحواف. ومع اكتشاف ورم إضافي كبير نسبياً، برغم أنه غير خبيث، فيما بعد في الربع الأيمن الأسفل من الثدي؛ أصبح من المحبذ استئصال الثدي.

كانت عملية الاستئصال، والتي أجريت في ٥ ديسمبر، أكثر العمليات الجراحية إيلاماً، ولكن ليست أكثرها رعباً. والنتيجة كانت ندباً يبدو كوجه عابس في المكان الذي كان يوجد به ثدي. وحيث إن الثدي ليس كبيراً، فإن حشوة صغيرة توضع في صدريتي سوف تضاهي نسبياً ما كان قبل الاستئصال.

آخر التدخلات الجراحية، وأقلها صعوبة، كانت عام ٢٠٠٧؛ إدخال قسطرة في الجانب الأيمن من صدري من أجل تسهيل تسريب العلاج الكيميائي. والنتيجة كانت ندبة أقل حجماً، مع قطعة معدنية على شكل زر أسفلها. وهذا

سوف أشوه نفسي. وعندما أفقتُ من عملية الاستئصال، كان الألم رهيباً حتى أنني لم أستطع التنفس. بالإضافة إلى أنني كنت مرتعبة من العلاج الكيميائي. مرتعبة لدرجة أنني كنت أفضل مواجهة نسبة مخاطرة موت أكبر عن المعالجة بالعلاج الكيميائي. وكان ارتعابي ناتجاً عن الخوف من رؤية شخص ما يبدو مثل نزيل معسكر اعتقال عندما انظر إلى المرأة.

لقد اتممت العام الثاني والأربعين من عمري. في أبريل ٢٠٠٨: بدون ثدي الأيسر وشعري ودورتي الشهرية؛ ولكن مع موقف إيجابي ورؤية مختلفة للحياة وقدرة جديدة مُكتشفة على رؤية الجمال في كل ما حولي، إحساس رائع بالفخر بنفسني كإمرأة.

### كيف سأغلب على الصعاب؟

لقد صاحبتني هذه الجملة منذ الأيام الأولى للعلاج الكيميائي: رغم أنني لم أنج من المرض بعد، لكنني قد فزت. إنني أرى نفسي محظوظة، ليس لأنني نجوت من المرض - فأنا لم أنج بعد برغم أن لدى فرصة جيدة لذلك - ولكن لأنني قد كسبتُ أكثر مما فقدتُ، وأشعر بأنني أقوى وأفضل. ومع كل تحدٍ يواجهني، أحاول أن اتجاوب بنشاط يجعلني أشعر بأنني قادرة أكثر أو مُسيطرة أكثر من ذي قبل.

إنني أرغب في أن أشارككم اللحظات التي أحسست فيها لأول مرة - في تجربتي مع سرطان الثدي - بالرضا عن نفسي. في مقابلة لي من أجل فيلم وثائقي، بعد أقل من ثلاثة أسابيع من الاستئصال، سُلِّتُ: "ما الذي تريه عندما تنظرين إلى نفسك في المرأة؟" في البداية كنت صامتة، وفي عقلي، رأيت صورة جسدي. ثم بدأت في الابتسام، في البداية لنفسني ثم للكاميرا، وقلت: "أرى امرأة أقوى من التي رأيتها من قبل." هذا هو التفكير الذي خطر لي، برغم أنه في المرأة كان يوجد جسد غير متناظر مع ندبة كبيرة على شكل وجه عابس حيث كان يوجد يوماً ما ثدي، وقسطرتين على شكل جرس الباب، ومُوسَّع، وتقريباً لا يوجد شعر من الرأس إلى أصابع القدمين. لماذا؟

بصورة مدهشة على تدبر الأمر جيداً. لقد مرت أيام، لم أكن أنا ومن حولي لنتنبه - لولا كوني صلعاء - إلى أنني أعالج كيميائياً. وبمساعدة الأدوية الدائمة ولكن غير الزائدة، تدبرت مسألة الشعور بالغيثان، والذي كان قليلاً نادراً ما كنت أشعر بالتعب أو الاكتئاب، وكنت آكل بصورة جيدة نسبياً، ولم يزد وزني سوى ١-٢ كيلو جرام فقط، وكانت معاناتي من الألم وعدم الراحة محدودة نسبياً.

أحياناً، كنت أعاني من مشكلات في التركيز والكتابة؛ كما لو كان مخي غير قادر على التواصل مع أصابعي. وكان التحدي الفعلي هو للتعامل مع مشكلات الجهاز الهضمي معظم الوقت طوال أربعة أشهر.

لقد أدى العلاج الكيميائي إلى معاناتي من أعراض مرحلة ما بعد انقطاع الطمث. ومن الصعب معرفة ما إذا كانت الأعراض أسوأ مما كان من المفترض بها أم لا، وما إذا كانت دائمة أو مؤقتة. ولكن الأمر المؤكد أنها أجمت حالة الأرق التي سببتها مخاوفي وقلقي، وأصبحت جزءاً صعباً من عملية العلاج، تلك العملية التي بدأت الآن فقط في استيعابها والقبول بها. إنها لطمة قوية - من المنظور الانجابي - يقفز فيها العمر بما يعادل عشرة أو خمسة عشر عاماً في شهرين.

ومع ذلك، كنت أذهب إلى العمل كل يوم، بما في ذلك معظم أيام تلقي العلاج الكيميائي: ألعب مع أطفالي وكلابي، وأخرج لتناول العشاء مع زوجي. كما أنني تدبرت زيارة أمي، وصليتُ في الكنيس في تورونتو وذهبت إلى بوسطن للعمل. وفي مناسبة أخرى، أخذت الجرعة الثانية من التاكسول في سياتل وقدمتُ عرضاً في مؤتمر دولي بعدها بثلاثة أيام. وأقوم بالجري على آلة الجري من ٣ - ١٨ كيلو في معظم الأيام. بل إنني أمارس التمارين الرياضية بعد التسريب العلاجي على الفور، برغم أن الأمر يعتمد بصورة كبيرة على ما أشعر به.

إنني لا أقصد القول بأن هذه التجربة لم تكن مؤلمة. عندما اضطرت إلى مواجهة الاستئصال، أعتقدُ أنني

## العائلة وعالمي الشخصي

في كل يوم منذ تشخيص المرض لدى، أدركتُ كم أنا محظوظة لأن لديّ ابنتان وكلتاها جاءت إلى حياتي قبل السرطان وانجبناهما عندما كنتُ قادرة على ذلك - انجبتُ "هانا" في سن الثلاثين، عندما أنهيتُ دراستي لنيل الدكتوراه وكنتُ أدخل مرة أخرى إلى عالم العمل؛ وانجبت "ماها" في عام ٢٠٠٤، عندما كانت صحتي (حتى قبل الإصابة بالسرطان) تجعل ذلك الأمر يبدو مستحيلاً.

بعد الجراحة والعلاج، كانت ابتسامة ماها ذات الثلاث سنوات هي التي أزالَت جميع الأعراض، وكانت فعالة أكثر بكثير من الأدوية. وفي المرات القليلة التي شعرتُ فيها بالمرض الشديد بحيث كان لا يمكنني النهوض، كان الشخص الوحيد الذي يجعلني أشعر بالتحسن هو ابنتي هانا البالغة من العمر ١١ عاماً، ووصفتها السرية: للشاي والتدليك، وحيث إنني سمعتُ عن سيدات كثيرات لم يستطعن رفع ذراعهن بعد إزالة العُقد الليمفاوية، فإنني محظوظة بصورة خاصة لأنه بإمكانني أن أضُم ابنتي بين ذراعي.

كما أنني وجدتُ أيضاً عدة طرق لمشاركة ابنتي في عملية التعايش مع مرضي. فأنا لا أخفي عليهما شيئاً وهما كذلك: أجيّب عن أسئلتهما أياً ما كانت، وأريهما ما تريدان رؤيته، إذا ومتى رغبتا في ذلك. غالباً، كان ذلك يعنى قراءة كتب ورسم صور - وقد جعلت بعض المواد الرائعة، خاصة من الجمعية الأمريكية للسرطان، ذلك أكثر سهولة.<sup>(٦-٤)</sup>

في بعض الأوقات، تحدث مواقف مضحكة. ذات مرة طلبت مني "هانا" فرشاة للشعر ثم ضحكنا معاً على أنني لم أعد أهتم بوضع واحدة في حقيبتتي. ربما تكون أفضل القصص لدى عن أسوأ يوم في فقدي لشعري. حيث سقطت كمية كبيرة من الشعر في المرحاض، مكونة كرة شعر كبيرة، أتت "ماها" مسرعة بدون الدق على الباب. قمت بتغطية رأسي، ولكن ليس المرحاض. ونظرت إليه وسألتنني: "ولكن يا أمي، هل يسقط من الأعلى أم من الأسفل؟ لم أدِرْ أضحك أم أبكي، ولكن بما أنني كنت قد بكيت لفترة طويلة، قررت

أن أضحك. وكان ذلك أفضل مائة مرة بالنسبة لي.

منذ تشخيص المرض كنت في رهبة مما حدث بيني وبين زوجي. لقد مر على زواجنا ١٢ عاماً وفي الواقع، لقد احتفلنا، نعم احتفلنا بالذكرى الثانية عشرة لزواجنا قبل أربعة أيام من العملية الأولى. بعد ١١ عاماً، كما هو الحال في الكثير من الزوجات، كان هناك تباعدٌ بيننا؛ لكن صراعنا مع سرطان الثدي اتاح لنا فرصة إعادة اكتشاف جوهر علاقتنا والاستمتاع باللحظات التي نقضيها معاً. ولشهور عدة كنا نبعد أنفسنا عن الحياة اليومية ونركز على بعضنا البعض. كما أنها أعادت الدفاع إلى عناقنا. وكثيراً ما سألت نفسي خلال فترة علاجي: "كم عدد النساء اللواتي يمكن، بعد مرور ١٢ عاماً على زواجهن، أن يقلن مرة أخرى أن أزواجهن هم أصدقائهن الحميميون؟"

كما أنني أيضاً تغيرتُ على المستوى الشخصي، من أجل التعايش بطريقة مبدعة مع الإزعاج الجسدي الذي يسببه علاج السرطان. أولاً، أصبحت أُقدِر الجمال من حولي بطريقة لم أستطع فعلها من قبل: اللحظات التي أسمع فيها الطيور تُغرد في الصباح، والطيور الطنانة التي تحوم أحياناً حول الزهور، ورائحة الأزهار، والأوقات التي تجعلني أبتئائي أضحك فيها، والأطعمة التي استمتع بها بحق، واللون البرتقالي المُركز في الوردات المزدهرة في حديقتي، وشروق الشمس الذي شاهدته مع خوليو في المستشفى بعد عملية الاستئصال، وهذا قليل من كثير. الآن، أُسجل هذه اللحظات، بدلاً من أن أتركها تمر وأحتفظ بها معي.

لقد قمت، مثلما هو الحال مع جميع مرضى السرطان كما أعتقد، بتطوير استراتيجيات تعايش شخصية. أولاً، قمت بالبحث عما يمكن أن أقوم به بصورة أفضل، أو على الأقل بصورة مختلفة. ثانياً، أحاول تدبر وجود لمسة من الطبيعية في حياتي اليومية. كما أنني أناضل من أجل الإبقاء على صورة شخصية وجسدية جيدة، ولكنها تتوافق مع التعايش مع مرض السرطان. بمعنى آخر، إنني أحاول أن أكون سعيدة بما أنا عليه الآن، بدلاً من محاولة العودة لما كنت عليه قبل الإصابة بمرض السرطان.

ولم أظهار أنني قادرة على العمل كما كنت أعمل من قبل، ولكنني أيضاً لم أعط لأي شخص فرصة عدم تقبلي سواء في العمل أو المجال العام. إن لدي الإنطباع بأن الكثير من مرضى السرطان إما يتعرضون التمييز ضدهم أو أنهم يسحبون أنفسهم من الحياة اليومية. كما أن لدي أيضاً انطباعاً بأن ذلك يحدث أكثر مع النساء ربما لأنه من الأسهل إبعادهن أو إسقاطهن بعيداً عن عالم العمل.

كما كانت لدي فرصة تحويل تجربتي الشخصية إلى حافز لإيجاد برنامج - ( خذه إلى القلب) - قدم عمقاً جديداً لعملني كإقتصادية صحية ومُدافعة عن الحقوق الصحية. أيضاً، منحني فرصة التأمل فيما وراء تجربتي معنى جديداً لما أمر به. فلقد جعلتني جميع العمليات الجراحية وجلسات العلاج الكيميائي والأعراض والمشكلات الصحية أكثر وأفضل قدرة على أداء عملي. وبالتالي، فإن مرضي أدى إلى تمكيني مهنيًا؛ وحيث أن عملي هو جزء لا يتجزأ من حياتي وما أؤمن به، فإن ذلك تحول إلى تمكين بالنسبة لي.

### كمريضة

إنني أعتبر نفسي أكثر المريضات حظاً. أولاً، لأنني تمكنت من الوصول إلى أفضل الأطباء والمستشفيات في كل من المكسيك والولايات المتحدة الأمريكية، وكذلك لتمتعي بالتغطية التأمينية التي جعلت ذلك ممكناً. فالغالبية العظمى من النساء المريضات بسرطان الثدي في المكسيك ليس بإمكانهن الحصول على الخدمات الصحية عالية الجودة. وقد أصبح جعل ذلك الأمر ممكناً للمزيد من النساء في أمريكا اللاتينية هو هدف عملي البرامجي.

إنني أعيش بمرضي في المكسيك كمواطنة كندية ومقيمة أجنبية. لقد تم تشخيص المرض لدي وإجراء عملية الاستئصال في المكسيك، كما إنني أتلقى جلسات العلاج الكيميائي وإعادة بناء الثدي الأيسر في المكسيك. إنني وبفخر وبعرفان مريضة تحظى بعناية نظام الرعاية الصحية في المكسيك. ونتيجة السنوات العديدة التي قضيتها في قطاع الصحة في المكسيك أنا وزوجي، فإننا أتمتع بالوصول إلى

لقد كانت ممارسة التمارين أمراً مهماً بصورة مدهشة. لم أكن أمارس الرياضة كثيراً من قبل، برغم أنني كنت أقوم أحياناً بممارسة رياضتي الركض والمشي. ولكن ممارسة الرياضة الآن أصبحت طريقي في أن أظهر لنفسي أنني لم أزد مرضاً، ولكنني أكثر صحة. كما أنها أحد أفضل الطرق للسيطرة على الشعور بالغثيان والخوف والاكتئاب والغضب والوزن الزائد. والآن حيث أعمل من منزلي، أتمرن باستمرار حيث يمكنني الوصول إلى الأجهزة في أي وقت من النهار أو الليل (وهي فكرة رائعة مع وجود الأرق). إن ممارسة الرياضة هي طريقي في "إخراج سُم" العلاج الكيميائي.

بالنسبة لي، كان الاستمرار في طريقة الحياة اليومية العادية أمراً جوهرياً. أحد الأمور هي إيجاد طريقة لأكون "أنيقة"، خاصة في عالم العمل. قد لا يكون ذلك أمراً مهماً بصورة كبيرة للعديد من النساء، ولكنه كان كذلك بالنسبة لي. ولهذا، فقد طورت أسلوباً جديداً يجعلني أشعر بالرضا عن مظهري. لم يعد نمط ملابس السابق يناسبني؛ فيسبب عملية الاستئصال وفقدان الشعر وعدم الراحة نتيجة العلاج الكيميائي، لم تعد بذلات العمل مريحة على الإطلاق. والباروكات - التي تم عملها من شعرى الطويل وتكلف كثيراً - لم تتناسب أبداً مع وجهي ورأسي. لذا، لقد وجدت ضالتي في أغطية الرأس والوشاحات. أيضاً، أدركت أن ما لن يتغير هو عيناى، لذا عملت على أن أجعلهما مركز وجهي. وأخيراً، أكتشفت التنورات الطويلة ذات الوسط المنخفض والفساتين المفتوحة. كان ما يحركني هو أن أجدر طريقة كي أشعر بالراحة تجاه ما أبدو عليه أمام نفسي وأيضاً أمام العالم الخارجي. لم أضع باروكة على رأسي فى أى يوم، ورغم ذلك ما أكثر المرات التي قابلت فيها أشخاصاً لم يُدركوا أنني صلعاء.

لقد حاولت تجنب إثارة شعور الآخرين بأنني غير قادرة لأنني مريضة بالسرطان. ولهذا فإنني أشكر زملائي وروؤسائي والكثيرين. وبصورة أكثر، يتعين أن أشكر أصدقائي والمتعاونين معي من أجل تمكيني من العمل وأنا أعاني من مرض السرطان، حتى وأنا في المستشفى. ومع ذلك، إنني لم أخف مرضي بالسرطان على الإطلاق،

مجموعة من الأطباء ممن هم أيضاً أصدقائي تقريباً ٢٤ ساعة يومياً.

لأسابيع واخترت البدء بخوض عمليات جراحية إضافية، لإزالة المزيد من الأنسجة على أمل إنقاذ ثدي، فقد بُتَّ أن الأمر يستحق. وعندما حان الوقت لإجراء الاستئصال الكامل، كنت على يقين أنه كان الأمر الصائب وأعتقد أنني عانيت بصورة أقل من النتائج بسبب ذلك اليقين.

لقد منحني خيار إعادة بناء ثديي الأيسر القوة لخوض عملية الاستئصال. لقد ساعدني على الاعتقاد بإمكانية عودتي كما كنت في السابق؛ وأن أثار السرطان لن تظل إلى الأبد. كما أنه ساعدني على مواجهة ابنتي، حيث أنني كنت قلقة من أن أبدو مختلفة عندما تمران بمرحلة نمو الثدي.

وبمرور الوقت، تغير شعوري تجاه هذه النقاط، بصورة جزئية بسبب صعوبة (لن أقول ألم) عملية التوسيع والعمليات المتعددة. فيما بعد، تعين أن تتعامل ابنتي بصورة طبيعية مع الندبة ومع غياب الثدي، مثلي. ولذلك، فبينما لم أعالج كل ما أشعر به تجاه إعادة بناء الثدي، فإن الأمر أقل أهمية بالنسبة لي الآن، بعد اتخاذ قرار إجراء الاستئصال. ولكن، كان من المهم تماماً بالنسبة لي أن تكون فرصة إعادة بناء الثدي متاحة لي في الوقت الذي كان على فيه مواجهة قرار الاستئصال.

وفي الوقت ذاته، أنا محظوظة أيضاً لأنني مريضة أنتمى لاتحاد سياتل للعناية بمرضى السرطان ولدى الفرصة الحصول على أحدث العلاجات المتقدمة الحديثة في علاج سرطان الثدي، ودرجة كبيرة من تمكين - المرضى. وقد أتاح لي ذلك التعلم والمشاركة في اتخاذ قرارات العلاج الخاصة بي. لقد كانت أكبر لحظات الإحباط لدي في البداية عندما شعرت أنني لا أعرف ما يكفي لاتخاذ ما يجب علي فعله. إنني أتذكر أول موعد لاستكشاف الوضع مع اخصائي الأورام في سياتل؛ بعد مرور أسبوعان فقط على تشخيص المرض. لقد طلبت منه بعض المواد للقراءة وأعطاني مجلدان ضخمان، يضم أحدهما التمرينات الرياضية والعديد من الكتيبات عن العقاقير والشعر المستعار والأشياء الأساسية الأخرى التي أنا بحاجة إلى معرفتها. وبدلاً من أن يؤدي ذلك إلى مزيد من الخوف، ساعدتني الكتب على الأخص في تفهم ما سوف أمر به. لقد كانت المعلومات متوافرة بصورة أقل بكثير في المكسيك كما أنها كانت باللغة الأسبانية. وقد أهتم ذلك فيما بعد مجالات أساسية في برنامج "خذه إلى القلب".

### الأمر الخاصة بالصحة الإنجابية والجنسية

مؤخراً، كنت أنساءل كيف سأعيش مع آثار عقار "تاموكسوفين" على تكوين الهرمونات. لقد استغرقت ثمانية أشهر لمواجهة أكبر مخاوفي والتأثيرات قصيرة الأمد الناتجة عن العلاج. فلقد كانت هناك دائماً فكرة "كل شيء سيعود إلى طبيعته". الآن يتعين على مواجهة ما سوف يعود إلى طبيعته وما لن يعود. فما لن يتحسن أو يعود إلى طبيعته هو ما يرتبط بالأجزاء في جسدي التي حددت، في معظم حياتي، الخاصية الجنسية لدى وجزء كبير من هويتي كأمرأة. فلن أشعر مطلقاً بأي أحاسيس في ثدي الأيسر. ولهذا، فإن إعادة البناء تناسب ارتداء الملابس، ورغم أنها بالنسبة للعديد من النساء أكثر من ذلك بكثير. قد أتجاوز أو لا أتجاوز الحلول المفاجئة لمرحلة ما بعد انقطاع الطمث بسبب العلاج الكيميائي، وهو أمر له الكثير

في أغلب الأحوال، من الصعب العثور على المعلومات. وأحياناً يكون من الصعب فهم أو مواجهة ما تقرأه. ولكن من حقنا وواجبنا، كنساء وكمريضات، تفهم مرضنا. كما أنني أعتقد أيضاً أنه عند اتخاذ قرارات العلاج، تُعتبر مشاركة المريض الفعال المُدرَك أمراً أساسياً. غالباً، يتعين أن تُصر المريضة على ذلك مع الطبيب، الأمر الذي يمكن أن يكون مخيفاً ومنهكاً. إن الأمر يحتاج إلى التفسيرات التفصيلية ولكن الواضحة، وغالباً إعطاء الوقت بعدها لمعالجتها وفهمها. فالمعرفة تعني التمكين.

لقد ساعدني اتخاذ دور فعّال في تقرير علاجي على الشعور بطريقة أفضل فيما يتعلق بالعلاج ذاته. وفي هذه العملية، فإن دعم مجموعة الأطباء بالكامل لي كان أمراً هاماً. برغم أنني ترددت كثيراً بشأن عملية استئصال الثدي

من العواقب والتي مازالتُ اكتشف ماهيتها إلى الآن.

توفير الرعاية، والتي كانت قائمة على الحقائق والأرقام الخاطئة أو القديمة.

## المهنية

على الجبهة المهنية، مكنتني برنامج "خذه إلى القلب" من إيجاد قنوات لإيصال خبرتي الشخصية والمشاركة في المجهود الضخم المطلوب لمكافحة سرطان الثدي في أمريكا اللاتينية.

فبعد حوالي أسبوع من العملية الجراحية الأولى لي، ذهبت في نزهة، كنت مستغرقة تماماً في مشاعر الغضب والألم والضياع والاضطراب، وقيل كل شيء الخوف. وبينما كنت أمشي، فكرتُ في سيناريو مختلف - ماذا لو لم أستطع الحصول على العلاج. وللمرة الأولى خلال فترة عملي البالغة ٢٠ عاماً من العمل في مجال صحة البلدان النامية، أتمكن من الشعور داخلياً بالخوف الذي تشعر به المريضة التي يتعين عليها أن تختار بين دفع الأموال للحصول على الرعاية الصحية و دفع ثمن الكتب المدرسية لأطفالها؛ أو عدم معرفتها بمن سيعتني بأطفالها أثناء وجودها بالمستشفى. لقد شعرتُ بالتمزق والألم من ظلم أن أتلقى أنا الرعاية وهي لا. وهكذا، أثناء سيرتي، بدأتُ في تصميم المشروع، ولدهشتي، بدأتُ أشعر بياس أقل.

قدمتُ فكرة المشروع إلى الأعضاء الأساسيين في مجلس الإدارة والتنفيذيين في معهد كارسو للصحة في مكسيكو سيتي في اليوم السابق لعملية الاستئصال<sup>(٧)</sup>. كان من الممكن ان تعمل أنشطة قليلة على تمكينني بصورة أكبر. لقد تمت الموافقة على العرض مع عدة مئات من الآلاف من الدولارات للتمويل المبدئي وإمكانية التوسع الكبير، والذي بدأ من ذلك الوقت،

ركز برنامج خذه إلى القلب على تقديم المعلومات للمريضات والعائلات والممولين، وعلى تمويل الأبحاث، وتوفير الاكتشاف المبكر وتطويره، وتقوية البنية المؤسسية. لقد بدأتُ الأنشطة في المكسيك في مارس ٢٠٠٨ وأخذت المبادرة في التوسع في أجزاء أخرى من أمريكا اللاتينية. وتمت البرهنة و الحاجة إلى تفسير الكثير من الحواجز أمام

إن سرطان الثدي ليس مرض للعالم المتقدم فقط؛ فحوالي ٤٥٪ من جميع حالات الإصابة و٥٥٪ من حالات الوفاة تحدث في الدول ذات الدخل المنخفض، بالإضافة إلى أنه لا يقتصر على النساء كبار السن أو اللاتي تخطين سن انقطاع الطمث. ولأسباب معروفة بصورة كبيرة، فإن سرطان الثدي يوجد في أعمار أصغر في سكان البلدان ذات الدخل المنخفض. قد يكون ذلك تأثيراً مؤقتاً مرتبطاً بالديموجرافيا أو الحصول على الخدمات الصحية. ومع ذلك، تم تشخيص المرض لدى عدد كبير من النساء قبل أن يصلن إلى سن انقطاع الطمث وعادة ما يكون سرطان الثدي عنيفاً للغاية مع النساء اللواتي لم يصلن إلى سن انقطاع الطمث.

يمثل سرطان الثدي تحدياً كبيراً للنساء وللنظام الصحي في المكسيك والدول النامية الأخرى. ففي عام ٢٠٠٦، كان سرطان الثدي ثاني أكثر سبب شائع لوفيات النساء المكسيكيات فيما بين عمر ٣٠-٥٤ عاماً. بالإضافة إلى أن معدلات الوفيات من سرطان الثدي مستمرة في الارتفاع، على العكس من معدلات سرطان عنق الرحم، والذي بدأ في الانخفاض منذ بدايات التسعينيات من القرن الماضي<sup>(٨)</sup>.

وفي مواجهة ذلك التحدي الكبير، توجد رسالة تشجيع: وهي إنه يمكن معالجة سرطان الثدي إذا ما تم اكتشافه مبكراً. ولكن، في المكسيك، لم تصل هذه الرسالة بعد إلى المريضات أو مقدمي العناية الصحية الأساسية أو الكثير من صانعي السياسات. فالكثير من النساء يفتقدن إلى المعلومات والحصول على برنامج تشخيص قائم على الاحترام والكرامة. وكنتييجة لذلك، يتم اكتشاف ١٠-٥٪ فقط من حالات الإصابة بسرطان الثدي مبكراً عندما تكون إمكانية الشفاء أعلى بكثير<sup>(٩)</sup>. ويتطلب التغلب على هذه المعوقات تحركات تقوم بها النساء وكذلك النظام الصحي.

## خاتمة

الشهادة. الآن، أنا على يقين أنها ليست كذلك. فإن هويتي كامرأة تتخلل تجربتي. إنني اختتم بتلك الفكرة: بمجرد أن يتم التغلب على الرعب والمرض الفوري "للسرطان" في سرطان الثدي الأنثوي، تظهر مسألة "الثدي" في سرطان الثدي الأنثوي في المقدمة. فالذي يُعرّف المرأة التي تعيش بمرض سرطان الثدي هو بدقة أنها امرأة.

## شكر وتقدير

إنني أود أن أشكر زوجي خوليو فرانك من أجل التعليقات الرائعة على مسودة سابقة، وكذلك لمرافقته إياي في رحلتي مع سرطان الثدي.

كيف ترى النساء المصابات أنفسهن عندما ينظرن في المرأة؟ إنني أرى أماً يمكن أن تحب وتضم ابنتيها إليها كما لم تفعل من قبل. إنني أرى امرأة يضمها زوجها إليه بمزيد من الرقة والعاطفة عن ذي قبل عندما كان لديها ثديان. إنني أرى امرأة عاملة تمنح الآن لعملها عمقاً لم تفعله من قبل. إنني أرى امرأة أقوى من التي كنت أراها في ذات المرأة قبل الإصابة بسرطان الثدي. إنني أحتفي بالقوة الجديدة التي اكتشفتها بداخلي.

في بداية هذه الشهادة كتبت: أنا امرأة، أنا امرأة أعيش بسرطان الثدي. لقد رأيت أن هذه نقطة واضحة عندما بدأت

## المراجع:

1. Austveg B. We are cracking open some taboos – what about the remaining ones? Reproductive Health Matters 2005; 13(25):104–05.
2. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2007–2008. Atlanta: ACS, 2007.
3. Komen SG. Finding your way to wellness: puget sound breast cancer information and resource guide. Seattle: Susan G Komen For the Cure, 2007.
4. Ackermann A. Our mom has cancer. Atlanta: American Cancer Society, 2001.
5. Sutherland E. Mom and the Polka-dot boo-boo: a gentle story explaining breast cancer to a young child. Atlanta: American Cancer Society, 2007.
6. Heiney S, Hermann J, Bruss K, et al. Cancer in the family: helping children cope with a parent's illness. Atlanta: American Cancer Society, 2001.
7. Carso Health Institute. At:<www.salud.carso.org> Accessed 17 June 2008
8. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. New England Journal of Medicine 2007;358(3):4.
9. Knaul FM, Lozano R, Gómez-Dantès H, et al. Numeralia: México, cáncer demama. México DF: Fundacion Mexicana para la Salud/Instituto CARSO de la Salud, 2008.
10. Secretaría de Salud. Programa de acción cancer de mama. México DF: Secretar de Salud, 2002.



## أين نحن الآن من العلاج الهرموني التعويضي؟

كليم ماكفيرسون\*  
ترجمة راما عبده

### ملخص:

يمكن أن تكون أعراض انقطاع الطمث قاسية، وتظل الرغبة قوية في التعويض عن "النقص" الهرموني بهرمونات خارجية. منذ الخمسينيات من القرن الماضي: تزايد استخدام العلاج الهرموني التعويضي حتى تراكمت الأدلة على مخاطر الآثار السلبية غير المرغوب فيها. ماذا تعلمنا على مدار هذه العقود؟ أولاً، النظرية البيولوجية الحالية لا تتنبأ بشكل جيد بآثار الهرمونات على السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية. ثانياً: يتطلب وصف الدواء على نطاق واسع إجراء تجارب إكلينيكية كبيرة تستخدم عينات عشوائية مع المتابعة لفترات طويلة. ولا يمكن الاعتماد بالدراسات القائمة على مراقبة الأثر المفترض للعقاقير ولاسيما بالنسبة لأمراض الشريان التاجي. ثالثاً: تولد الأسواق الكبيرة مصالحي ذاتية هائلة للأشخاص، والإدارات والشركات. إن الرعاية الحقيقية للنساء تتطلب استقلالية علمية، لأن عدم التحدد يسمح بمنتهى السهولة بترويج قناعات "الخبراء" حتى وإن لم تتوخ الدقة والأمانة. ويبدو الآن، بعد معرفة المخاطر، أن الموازنة أصبحت أوضح، فالعلاج الهرموني التعويضي ينجح في علاج الأعراض ولكن ليس في تأمين الصحة في المستقبل، وهو ما يخالف ما تم الوعد به والترويج له على أوسع نطاق. قد يستغرق الأمر عقوداً لاستكشاف الآثار الجانبية المهمة للأدوية والتي لم يتم التنبؤ بها. هل تؤمن التدابير التنظيمية المعمول بها حالياً الاحتياطات الكافية لتجنب المزيد من الأحداث التراجمية بشكل واع؟ سيقوم المنظومون والمشرعون بتأمل التداعيات، كما فعلوا بعد استخدام عقار ثاليدوميد\*\*، ونأمل ألا نسيء استخدام التسويق مرة أخرى.

- Issues in Current Research: Where Are We Now with Hormone Replacement Therapy?  
*Klim McPherson, Reproductive Health Matters: 2004;12(24):200–203*

\* أستاذ زائر في علم أوبئة الصحة العامة، قسم نافيلد لأمراض النساء والولادة، معهد أبحاث، مستشفى تشرشل، أوكسفورد، المملكة المتحدة، بريد إلكتروني: [Klim.mcperson@obstetrics-gynaecology.oxford.ac.uk](mailto:Klim.mcperson@obstetrics-gynaecology.oxford.ac.uk)  
\*\* تم ترويج عقار الثاليدوميد في فترة لتثبيت الحمل، وللأسف أدى إلى العديد من التشوهات الخلقية بين الأطفال الذين استخدمت أمهاتهم ذلك العقار (عدم وجود الأطراف الأمامية أو الخلفية) المراجعة

البيولوجية الحالية لا تتنبأ بشكل جيد بتأثير الهرمونات على السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية. ثانياً: يتطلب وصف الدواء على نطاق واسع إجراء تجارب إكلينيكية عشوائية كبيرة مع المتابعة لفترات طويلة. ولا يمكن الوثوق<sup>(٤)</sup> بالدراسات القائمة على مراقبة التأثير المفترض للعقاقير، ولاسيما بالنسبة لأمراض الشريان التاجي. ثالثاً: تولد الأسواق الكبيرة مصالِح ذاتية هائلة - لأشخاص، وإدارات و شركات. إن الرعاية الحقيقية للنساء تتطلب استقلالية علمية، ذلك أن عدم التحديد يسمح بمنتهى السهولة بترويج قناعات "الخبراء" حتى وإن لم تتوخ الدقة والأمانة<sup>(٥)</sup>، وعلينا أن نكون حذرين من الجوقات المستفيدة التي تروج لقناعات محددة.

إن فهمنا لنشأة مرض الشريان التاجي، ومعرفتنا المؤكدة بأن العلاج الهرموني التعويضي المركب له تأثير مفيد على تركيز الدهون، لكنه يزيد من مخاطر الإصابة بمرض الشريان التاجي، يطرح علينا تحدياً.. ما إذا كان الإستروجين بمفرده يحمي القلب<sup>(٦)</sup> على الأغلب تعمل الهرمونات، وخاصة البروجسترون، في فترة ما بعد انقطاع الطمث على تسريع انتشار الأورام الموجودة بالفعل في الثدي. وعندما ندرِك بشكل جيد مسار التطور البيولوجي، سيعنى دور العقاقير في الوقاية من الأمراض فرصاً هائلة (وأسواقاً عملاقة). يظهر العلاج الهرموني التعويضي أن النوايا الحسنة يمكن أن تكون مضللة بشكل خطير، وبالتالي، فإن ما نحتاجه هو العلم الكافي، وليس مجرد العلم المعقول. ويذكرنا بروفيسور جون بيلار من جامعة شيكاغو بأننا "لا نعرف أبداً قدر ما نظن أننا نعرف"<sup>(٧)</sup>

في الوقت الحالي، يتعين على النساء اللاتي يعانين من أعراض انقطاع الطمث أن يتخذن قراراً. لقد نشرت المجلة الطبية البريطانية [١٤ شباط/فبراير ٢٠٠٤]، تليلاً بخصوص صافي الفائدة الإكلينيكية، يوازن بين الفوائد من حيث التأثير على الأعراض الحالية مقارنة بالفوائد والمخاطر المستقبلية<sup>(٨)</sup>. هذه إحدى طرق الجمع بين فوائد الأحداث المستقبلية ومخاطرها مع التخفيف من

يمكن أن تكون أعراض انقطاع الطمث قاسية، وتظل الرغبة في التعويض عن "النقص" الهرموني بهرمونات خارجية قوية. منذ الخمسينيات من القرن الماضي، تزايد استخدام العلاج الهرموني التعويضي حتى تراكمت الأدلة على مخاطر الآثار السلبية غير المرغوب فيها<sup>(٩)</sup>. منذ ٢٥ سنة مضت، ظهر الخطر المتزايد بالإصابة بسرطان بطانة الرحم، مما نتج عنه إضافة البروجسترون. لقد بحثت الدراسات القائمة على الشرائح العمرية الإستروجين بمفرده، وأشارت إلى فوائده المهمة، ولكن منذ الثمانينيات ساد استخدام التحضيرات المركبة (التي تجمع بين الإستروجين والبروجسترون). وبالتالي أصبح تفسير الدلائل أكثر تعقيداً، نظراً لتباين تأثيرات الإستروجين أو البروجسترون على المرض. وفي نهاية الأمر، أظهرت التقارير من إحدى التجارب العشوائية دليلاً على أن العلاج بالأدوية المركبة يزيد من مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، وأمراض القلب التاجي، والسكتة، والجلطات الوريدية<sup>(١٠)</sup>. لقد تم وقف هذه التجربة في وقت مبكر، بعد متابعة حوالي ١٧,٠٠٠ امرأة لمدة استمرت في المتوسط خمس سنوات، توقفت خلالها حوالي ٤٠٪ من النساء عن استخدام العقاقير التجريبية. سوف تساعد نتائج الدراسة التي تجريها مبادرة صحة المرأة على الإستروجين فقط - والمتوقع صدورها عام ٢٠٠٥ - على إعادة تقييم دور العلاج المركب.

يعد العلاج المركب إشكالياً؛ نظراً لأنه يمكن أن يضاعف من خطر الإصابة بسرطان الثدي إذا استخدم لفترة طويلة<sup>(١١)</sup>، ويؤدي إلى الإصابة بمرض القلب في السنة الأولى من الاستخدام. لا يمكن مساواة هذه المخاطر بالأعراض المنهكة لانقطاع الطمث، ولكن لا بد أن تتمكن النساء من الحكم على المخاطر بأنفسهن. ويبدو أنه الآن، بعد معرفة المخاطر، أصبح التوازن أوضح، فالعلاج الهرموني التعويضي ينجح في علاج الأعراض لكنه لا يعمل على توفير إمكانية للتمتع بالصحة في المستقبل، وهو ما يخالف ما تم الوعد به والترويج له على أوسع نطاق<sup>(١٢)</sup>.

ماذا تعلمنا على مدار هذه العقود؟ أولاً: أن النظرية

معيبة بتحيزات. سيتم الاستشهاد بالمجموعات الفرعية التي لم يلاحظ عليها أي آثار سلبية - آخر النتائج بشأن مرض القلب التاجي من دراسة مبادرة صحة المرأة توفر فرصاً (غير آمنة) للاستشهاد بمجموعات فرعية لم تلاحظ عليها آثار سيئة.<sup>(١١)</sup> هذا تأثير متوقع للجوقات المستفيدة لا ينبغي تجاهله، ولكن هذه المزاعم غالباً لا تكون مقنعة أو كافية. السمعة (والمال) هنا على المحك. متى كان الدليل العلمي على الاستنتاجات والافتراضات البديلة أكثر مصداقية مما نملكه بالفعل. ومن المؤسف حقاً أن الرسالة البسيطة المذكورة أعلاه والتي كانت بديهية في الصحة العامة في وقت سابق، كان عليها الانتظار حتى تحقق المصداقية.

على الأقل تمت الإشارة الآن إلى اثنين من التطورات الإضافية. إحداها تقديم العلاج الهرموني الذي يمكن تخفيض جرعه بشكل تدريجي؛ إمكانية أن تختبر النساء توازن عملية الأيض مع التقليل المستمر لجرعات العلاج، وهو ما يفترض أنه يقلل من خطر الإصابة بسرطان الثدي والمرض المخي الوعائي. وبالتالي، يمكن التقليل من اللصقات والأقراص، ولكن المطلوب هو منتج لتحقيق أقل الجرعات الممكنة لوقف الأعراض بأقل آثار جانبية.

علاوة على ذلك، ينبغي الحرص فيما يتعلق بفعالية ومأمونية العلاجات الطبيعية التي لا تتطلب ترخيصاً والتي أصبحت متاحة بشكل متزايد. إن حققت نتيجة مع البعض، ممتاز، ولكن لا بد من توفر أدلة من خلال التجارب لطمأنة النساء أن هذه العلاجات لا تمثل أي مخاطر أكبر من العلاج الهرموني التعويضي. إن البيانات الخاصة بالمأمونية أساسية بالنسبة للمنتجات ذات المكونات التي ليست بالضرورة معروفة معرفة كاملة والتي قد تحتوي على سبيل المثال على الإستروجين النباتي بجرعات كبيرة. ما هي الآثار طويلة المدى لهذه التحضيرات التي تؤخذ على افتراض أنها آمنة بما أنها طبيعية؟ هل ستجرى أبحاث كافية لضمان تفادينا لنصف قرن آخر من من التجارب غير الخاضعة لأي ضوابط على النساء في فترة

المشاكل الحالية. تقوم هذه الطريقة على الجمع بين أحدث التقديرات حول المخاطر، وأوزان نوعية الحياة المرتبطة بالأعراض التي تمر بها النساء في الخمسين من العمر. هذا النوع من التحليل أساسي ولكنه لا محالة تحليل تجميعي واستاتيكي إلى حد ما، ولكن من المحتمل أن تكون الآثار المفترضة بالنسبة لسرطان الثدي ومرض القلب التاجي محافظة للغاية (لأن الكثير من النساء توقفن عن العلاج أثناء التجربة). إن الخطر النسبي بالإصابة بسرطان الثدي بحوالي اثنين في حالة العلاج المركب سيخفف بدرجة كبيرة من فرصة صافي الفائدة المبلغ بها مقارنة بنسبة ١,٢٧ المفترضة. وبالمثل، فزيادة خطر الإصابة بمرض القلب التاجي بنسبة الضعف تقريباً خلال السنة الأولى ستجعل الأمور أسوأ، بالمقارنة مع النسبة الكلية المفترضة للخطر المقدرة بـ ١,٠٨. هذه القيم الأعلى للخطر ستجعل احتمالية صافي الضرر أعلى بكثير بالنسبة لأي امرأة.

لا يوصف العلاج الهرموني التعويضي للنساء اللاتي لا تعانين أعراضاً. ولا تظهر هذه التحليلات أن صافي الفائدة من هذا العلاج الهرموني التعويضي إيجابياً إلا في حالة الأعراض الشديدة (وما يترتب عليها من تدهور في نوعية الحياة لدرجة أن تضحى المرأة بثلاثة أشهر في السنة للتخلص منها). ويتطلب تناول الهرمونات التعويضية للأعراض المتوسطة تبريراً خاصاً إذا ما رغبت المرأة العادية في الاستفادة على المدى الطويل. ودائماً ما ستكون أعراض انقطاع الطمث وخطر الإصابة بسرطان الثدي هي المسيطرة على قرارات النساء، في حين تتطلب الوقاية من هشاشة العظام استخدام العلاج الهرموني التعويضي على المدى الطويل ولا يمكن تبريره بالمخاطر المؤقتة الأكبر المتأتية عن هذا الاستخدام.

ستتزايد الدعوة الموجهة إلينا لإبراز مخاطر الأمراض التي يقدم العلاج الهرموني التعويضي علاجاً فعالاً لها، وللهولين من المخاطر المتزايدة. وكما هو الحال بالفعل، نحن مدعوات للاعتقاد بأن دراسة مبادرة صحة المرأة<sup>(١٢)</sup> ودراسة المليون امرأة أقل أهمية من الأفكار الحالية أو أنها



شركة لصناعة الأدوية، ٢٠٠٢

ولقد تم تصنيف أعراض انقطاع الطمث الشديدة على أن لها أسوأ الآثار على نوعية الحياة، مقارنة بأي مرض آخر - فالحبوب التي تؤخذ لعلاج الأعراض وللوقاية تمثل مشكلة معقدة في الصحة العامة. قد لا يكون العلاج الهرموني التعويضي سوى مجرد مثال على ما قد يأتي - ولا تزال الفرص هائلة.

### شكر وتقدير

نشرت هذه الدورية في الأصل يوم "١٤ شباط/ فبراير ٢٠٠٤" في المجلة الطبية البريطانية بالعنوان التالي: ماكفيرسون كيه: أين نحن الآن من العلاج الهرموني التعويضي (BMJ 2004;328:357-58). وأعيدت طباعتها في مجلة الصحة الإنجابية باللغة الانجليزية في العدد ١٢ (نوفمبر ٢٠٠٤) بموافقة كريمة من مجموعة نشر المجلة الطبية البريطانية، قامت مجلة قضايا الصحة الإنجابية بإضافة ملخص باستخدام نص من المقالة.

ما بعد انقطاع الطمث. النساء الآن لديهن توقعات كبيرة من علاجات انقطاع الطمث - نظرًا للوعود الزائفة التي روجتها جوقه العلاج الهرموني التعويضي.

قد يستغرق الأمر عقوداً لاكتشاف الآثار الجانبية المهمة وغير المتوقعة للأدوية على نحو يعتد به. هل الأحكام التنظيمية المعمول بها حالياً تمكننا من تجنب المزيد من الوقائع المأساوية بشكل كافٍ؟ حسب تقديرات "تاكر" المحافظة، من المتوقع وجود ١٤٠٠ حالة إضافية من سرطان الثدي، و١٢٠٠ حالة من أمراض القلب، و١٤٠٠ حالة من السكتة الدماغية في مقابل ٨٦٠ حالة أقل من الكسور في الحوض، و١٠٠٠ حالة أقل من سرطان القولون والمستقيم في السنة في الولايات المتحدة فقط<sup>(١٦)</sup>.

سيقوم المشرعون والمنظمون بالتفكير في المضاعفات، كما فعلوا بعد الثاليدوميد (مهدئ مسكن يضر بالحوامل)، ونأمل ألا يساء استغلال التسويق مرة أخرى.

1. Barrett-Connor E. Cardiovascular endocrinology 3: an epidemiologist looks at hormones and heart disease in women. *J Clin End Met* 2003;88:4031-42.
2. Writing Group for Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen and progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomised controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
3. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the million women study. *Lancet* 2003;362:419-27.
4. Studd J. Complications of hormone replacement therapy in postmenopausal women. *J R Soc Med* 1992;85:376-78.
5. Michels KB, Manson JE. Postmenopausal hormone therapy, a reversal of fortune. *Circulation* 2003;107:1830-33.
6. Sackett D. The arrogance of preventive medicine. *JCMA* 2002;167:363-64.
7. Herrington DM, Howard TD. From presumed benefit to potential harm – hormone therapy and heart disease. *N Engl J Med* 2003;346: 519-21.
8. Bailar J. Hormone replacement therapy and cardiovascular diseases. *N Engl J Med* 2003;339;6:521-22.
9. Minelli C, Abrams KK, Sutton AJ, Cooper NJ. Benefits and harms associated with hormone replacement therapy: clinical decision analysis. *BM* 2004;328:371-75
10. Shapiro S. Risks of estrogen plus progestins therapy; a sensitivity analysis of findings in the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Climacteric* 2003;6:302-10
11. Manson JE, Hsia J, Johnson KC, Rossouw JE, Assaf AR, Lasser NL, et al. Estrogen plus progestins and the risks of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2003;349:523-34.
12. Tucker G. Comments from reviewer. *Climacteric* 2003,6:310-14



## لقاح الفيروس الحليمي البشري ١٨، ١٦ والوقاية من سرطان عنق الرحم في الدول النامية: المستتبعات السياسية

سوجي جولدي<sup>(١)</sup>، ميريديث أوشي<sup>(ب)</sup>، ميريديا دياز<sup>(ج)</sup>، سن يونج كيم<sup>(د)</sup>  
ترجمة: راما عبده

### ملخص:

تحدث ٧٠٪ تقريباً من حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم على مستوى العالم بسبب الأنماط الوراثية ١٦ و ١٨ لفيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، وهو فيروس ينتقل بالإتصال الجنسي. ومع توفر لقاح فعال ضد هذين النمطين من فيروس الورم الحليمي البشري تظهر بارقة أمل حقيقية في الحد من العبء العالمي لسرطان عنق الرحم في الدول النامية. يجب على الأطراف المعنية التي تواجهها قرارات بشأن أين تستثمر الأموال في مجال تحسين الصحة أن تضع في الاعتبار عبء المرض المتسبب فيه سرطان عنق الرحم مقارنة بالأولويات الأخرى، فضلاً عن المزايا المقارنة للتدخلات المختلفة. لقد أجرينا سلسلة من التحليلات للحصول على معلومات حول مزايا والتكلفة المطلوبة ومردود التكلفة الخاصة بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري (١٦، ١٨). لكي تكون هذه المعلومات متاحة للوكالات التي تعد التوصيات الخاصة بسياسة التطعيمات وآليات تنسيق التمويل، وكذلك لصناع القرار على مستوى البلدان. وقد وجد أن توفير لقاح فيروس الورم الحليمي البشري لنسبة ٧٠٪ من الفتيات في عمر المراهقة في ٧٢ من البلدان الأكثر فقراً في العالم، مثل الصين وتايلاند ودول أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، من شأنه أن يحول في المستقبل دون وفاة ما يزيد على أربعة ملايين امرأة ممن سيأخذن اللقاح خلال العقد القادم. ويمكن أن تكون مردود التكلفة جيدة حتى في البلدان الفقيرة؛ شريطة أن لا تزيد تكلفة لقاح فيروس الورم الحليمي البشري على ١٠ - ٢٥ دولاراً لكل مراهقة. إن بواعث القلق بشأن التكاليف المالية ومدى القدرة على شراء اللقاح تبرز الحاجة إلى خفض أسعار اللقاح وتوفير آليات تتصف بمردود التكلفة، فيما يخص إتاحة اللقاح للفتيات في سن المراهقة، وللوصول إلى مصادر تمويل مبتكرة.

- Benefits, cost requirements and cost-effectiveness of the HPV16,18 vaccine for cervical cancer Prevention in developing countries: policy implications  
Sue J Goldie, Meredith O'Shea, Mireia Diaz, Sun-Young Kim  
Reproductive Health Matters 2008;16(32):86-96

### كلمات مفتاحية:

سرطان عنق الرحم، ولقاح فيروس الورم الحليمي البشري، ومردود التكلفة، وتحديد الأولويات، وسياسة الصحة وبرامجها.

(أ) أستاذة الصحة العامة ورئيسة برنامج علم اتخاذ القرارات المعنية بالصحة phds@hsph.harvard.edu

قسم سياسة الصحة وإدارتها، جامعة هارفارد للصحة العامة، بوسطن، ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.

(ب) عالمة أبحاث، ومديرة برنامج علم اتخاذ القرارات المعنية بالصحة، قسم سياسة الصحة وإدارتها، جامعة هارفارد للصحة العامة، بوسطن، ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.

(ج) عالمة أبحاث، وحدة الأمراض المعدية والسرطان، برنامج بحوث علم أوبئة السرطان، معهد كاتالان لعلم الأورام، قسم طب الأطفال وطب النساء والولادة والطب الوقائي، برنامج الصحة العامة ومنهجية البحوث البيو-طبية، جامعة برشلونة المستقلة، برشلونة، أسبانيا.

(د) باحثة خبيرة، برنامج علم اتخاذ القرارات المعنية بالصحة، قسم سياسة الصحة وإدارتها، جامعة هارفارد للصحة العامة، بوسطن، ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية

الموارد المحدودة والبنية التحتية الصحية غير الملائمة  
ثبتت صعوبة تنفيذ الفحص المنظم.<sup>(٩)</sup>

### فرص جديدة للوقاية من سرطان عنق الرحم

تأتي الفرص الجديدة للحد من وفيات سرطان عنق الرحم من خلال بدائل جديدة وأكثر جدوى للمسوح من أجل البلدان النامية، ومؤخرًا أيضًا باستخدام اللقاحات الوقائية ضد أنماط فيروس الورم الحليمي البشري المتسببة في السرطان. تتضمن مناهج المسوح الواعدة، التي أثبتت فعاليتها ومردوية تكاليفها، اختبار الحمض النووي للفيروس الحليمي البشري، ومقاربة الفحص البصري، مع تركيز الإهتمام على فحص النساء ما بين ٣٠-٤٥ عاماً من مرة إلى ثلاث مرات في العمر؛ مع التقليل من فقدان المتابعة من خلال ربط الفحص بالعلاج في أقل قدر ممكن من الزيارات.<sup>(١٠-١١)</sup>

يُقى النوعان المتوافران حديثاً من اللقاحات من الإصابة بالأنماط عالية الخطورة لفيروس الورم الحليمي البشري، وهي الأنماط (١٦، ١٨)، كما يقين أيضاً من الأمراض المرتبطة بهذه الأنماط.<sup>(١١-١٠)</sup> تشير نتائج التجارب الإكلينيكية المستمرة إلى كفاءة عالية في الوقاية من الإصابة بالالتهابات وكذلك من إصابات ما قبل التسرطن في عنق الرحم بين الفتيات والنساء اللائي لم يصبن من قبل بهذه الأنماط عند وقت أخذ اللقاح. ولما كان معدل النجاح أكثر إنخفاضاً بين من تعرضن بالفعل للإصابة بالفيروس الحليمي البشري؛ فقد انصب التركيز على الفتيات في سن المراهقة باعتبارهن المجموعة المستهدفة ذات الأولوية. أحد العوائق الأكثر وضوحاً أمام البلدان النامية هي سعر اللقاح، حيث تقدر تكلفة سلسلة الجرعات الثلاث من اللقاح الذي تنتجه شركة ميرك بحوالي ٣٦٠ دولاراً في الولايات المتحدة، وحتى مع تعدد مستويات التسعير فما زالت الأسعار تتعدى إمكانات الدول النامية. أعلن المصنعون عن استعدادهم لتوفير اللقاح بتكلفة أقل من أجل البلدان النامية، ولكن هذه الأسعار ليست معلومة بعد.

تمثل الوفيات الممكن تجنبها ما بين النساء في الدول النامية بسبب سرطان عنق الرحم أحد أوجه القصور الأكثر مأساوية على الإطلاق في مجال الصحة العامة. تصل نسبة النساء ممن يتعرضن للإصابة بسرطان عنق الرحم إلى نصف مليون امرأة سنوياً؛ وتوجد أعلى النسب ما بين البلدان النامية حيث لم تكن برامج المسوح مجدية. تحدث حوالي ٨٠٪ من حالات الوفيات الحالية بسبب سرطان عنق الرحم في البلدان النامية؛ ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى ٩٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠<sup>(١١)</sup>

فيروس الورم الحليمي البشري، من أكثر الفيروسات التي تنتقل عبر الاتصال الجنسي شيوعاً، وهو السبب المعروف المسئول عن سرطان عنق الرحم. على الرغم من التفاوت الوبائي الملحوظ فإن نمط فيروس الورم الحليمي البشري (١٦، ١٨) يتسببان في حوالي ٧٠٪ من حالات سرطان عنق الرحم.<sup>(١٢-١٤)</sup> بينما تتسبب الأنماط الجينية الثمانية الأكثر شيوعاً لفيروس الورم الحليمي البشري (١٦، ١٨، ٤٥، ٣١، ٣٣، ٥٢، ٥٨، ٣٥) في نسبة ٩٠٪ من حالات سرطان الشرج و٤٠٪ من السرطانات المتعلقة بالمنطقة الشرجية التناسلية وعلى الأقل ١٢٪ من حالات سرطانات الفم والبلعوم.<sup>(١٥)</sup> تأتي التباينات الإقليمية في معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم نتيجة الاختلافات الكامنة في إنتشار أنماط فيروس الورم الحليمي البشري عالية الخطورة وكذا للتفاوتات في مدى توفر الوقاية الفعالة من سرطان عنق الرحم والعلاج منه.

بخلاف معظم أنواع السرطان، من الممكن الوقاية من سرطان عنق الرحم من خلال الفحص الدوري لإكتشاف وإزالة الأنسجة المصابة بتغيرات خلوية في مرحلة ما قبل التسرطن. من الممكن لبرنامج المسح التقليدي أن يتطلب نحو ثلاث زيارات لجمع عينات من خلايا عنق الرحم وإجراء تقييم تشخيصي ثم تقديم العلاج اللازم. في البلدان التي استطاعت الوصول إلى تغطية مرتفعة للشابات المستخدمات للفحص الخلوي على فترات متواترة، انخفضت نسبة الوفيات فيها بشكل ملحوظ. بيد أنه في البلدان ذات

## الوقاية من سرطان عنق الرحم: قرارات صعبة

تتطلب إضافة لقاح جديد لبرنامج التطعيم الوطني أن يوضع في الاعتبار العبء الممكن تجنبه، والقيمة النسبية للقاح مقارنة بالاستخدامات البديلة للموارد، ومدى القدرة على شرائه، واحتمالية قبول الجمهور به، والبعد السياسي في دعم لقاح ضد مرض ينتقل عبر الاتصال الجنسي، وكذلك مدى إمكانية تحقيق تغطية كبرى بين الفتيات في سن المراهقة. وتزداد المسألة تعقيداً عند محاولة الجمع بين استخدام المسوح الواسعة وتقديم اللقاح. فكل منهما يتم مع مجموعات عمرية مختلفة، ويتطلبان موارد مالية قد تأتي من مصادر مختلفة، والتحديات العملية لكل منهما متفردة، كما يتباين اعتماد كل منهما على البنية التحتية القائمة؛ ومن ثم فإن تحقيق تغطية واسعة لكل منهما قد تتباين جدواه على نحو كبير فيما بين البلدان وداخل كل بلد.

إن توقع أثر برنامج الوقاية من مرض سرطان عنق الرحم على مستوى السكان أمر شديد التعقيد؛ حيث تمتد الفترة الزمنية بين العدوى وظهور المرض إلى عدة عقود، كما أن أفضل البيانات المتوافرة تقوم على النقاط النهائية الوسيطة، وتستهدف خيارات الوقايتين الأولى والثانوية مكونات غاية في الاختلاف من المرض، بالإضافة إلى أن التجارب الضابطة باستخدام عينات عشوائية ليست مجدية وليست أخلاقية<sup>(١٤-١٦)</sup> ويمكن للنماذج الرياضية القائمة على الكمبيوتر أن تمثل أدوات مفيدة في التغلب على هذه التحديات، حيث توفر إطاراً منهجياً لتركيبة البيانات بأسلوب متسق داخلياً ومقبول من حيث المعطيات الويائية.

(١٥، ١٤، ١٢، ٨)

يحتاج صنّاع القرارات إلى معلومات حول القيمة النسبية للاستثمارات في اللقاح مقابل المسوح، وأوجه التقوية التي قد تتحقق بالجمع بين النموذجين، وكذلك "أفضل الرهانات" للوصول إلى برنامج مستدام للوقاية من مرض سرطان عنق الرحم. علاوة على ما تقدم فإن توصيات سياسة التطعيمات الصادرة عن منظمة الصحة

العالمية، وآليات تنسيق التمويل مثل الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات والصندوق الدوار لمنظمة الصحة الأمريكية تتطلب معلومات حول التكلفة المالية المطلوبة ومردود تكلفة تلقي الشابات للقاح لفيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨)، واستجابة لهذه الإحتياجات أجريننا سلسلة من التحليلات ركزت على تقييم تلقي الفتيات للقاح الفيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨) في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل<sup>(١٧-٢٢)</sup> توجز هذه الورقة أهم الخصائص التي أبرزتها التحليلات التي ركزت على الدول المؤهلة (٧٢ دولة) للتعامل مع الإتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات و٣٣ من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي.

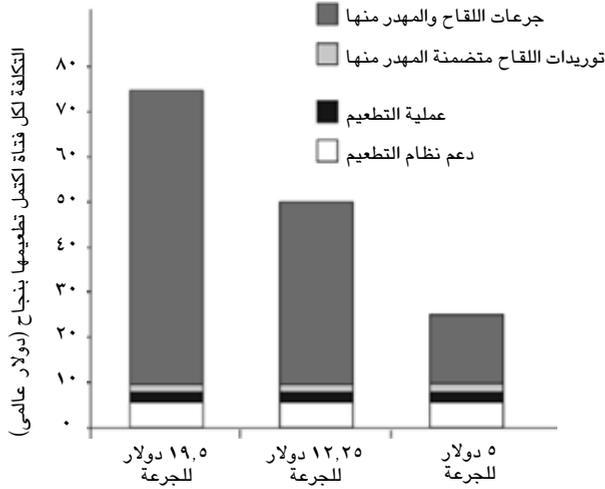
## المقاربة المنهجية

### علم اتخاذ القرار وتحليل مردود التكلفة

استندنا في مقاربتنا التحليلية على علم إتخاذ القرار، وهو فرع من المعرفة يوفر أسلوباً بنويّاً منطقياً ليتيح لعملية اخذ القرارات المعقدة خيارات أو بدائل عديدة، ومقايضات حتمية وكذلك عدداً من الرؤى الممكنة. ويتأصل في النهج التحليلي للقرار تركيز واضح على تحديد نتائج القرارات أو تبعاتها وقياسها وتقييمها، وفي الوقت نفسه طرح الشكوك المحيطة بهذه النتائج وقت اتخاذ القرارات. تندرج هذه العناصر ضمن نموذج لتنظيم مشكلة اتخاذ القرار مع مرور الوقت. وبينما قد يتم اختيار أنواع مختلفة من النماذج للتعامل مع تعقيد مشكلة القرار إلا أنها جميعاً تعتمد على التحليل الرياضي لمقارنة أداء البدائل<sup>(٢٣)</sup>

تحليل مردود التكلفة هو نوع محدد من تحليل القرارات، تقارن بشكل منهجي العلاقة بين التبعات الإقتصادية بسبب التدخلات الصحية المختلفة وما تؤدي إليه من تحسن في الصحة. يتناول تحليل مردود التكلفة السؤال التالي: "ما حجم التحسن في الصحة المقدر تحقيقه، مقابل كل دولار ينفق على أي تدخل صحي مقارنة بعائد استخدام الموارد نفسها في أنشطة بديلة؟"<sup>(٢٤، ٢٥)</sup> إن المبدأ الضمني الموجه لتقييم الموارد في تحليل مردود التكلفة هو تكلفة الفرصة، والتي تعكس تنافس المطالب المجتمعية

## شكل ١: تكاليف مكونات اللقاح



يشير الرسم إلى ثلاث فرضيات حول التكلفة وفقاً لجرعة لقاح فيروس HPV16, 18 يتطابق طول الخط الرأسى مع إجمالي التكلفة وفقاً للمرأة المتلقية للقاح (٢٥ دولار عالمي و ٥٠ دولار عالمي و ٧٥ دولار عالمي)، كما تمثل الأقاليم المظللة تكاليف المكونات

ما من معيار عالمي يعرف المعدل الحدى لمردود التكلفة، والذي يعتبر التدخل جيداً من منظور مردود التكلفة إذا كان أدنى منه. والقاعدة الشائعة، وفقاً لتقرير "لجنة الاقتصاد الكلي والصحة"، هي أن التدخلات تعتبر "ذات مردود عالى للتكلفة" إذا ما اتسمت بمعدلات لمردود التكلفة أقل من نصيب الفرد في الناتج الإجمالي المحلي. ويمكن لإستراتيجية لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (١٦، ١٨) أن تصل بالفعل "للمعدل الحدي" الأكثر انخفاضاً، والمطلوب للمنافسة على الموارد النادرة إذا ما كانت معدلات مردود التكلفة للقاحات الموجودة (مثل تطعيمات الأطفال) أقل بكثير من الناتج الإجمالي المحلي، كما في القاعدة المشار إليها أعلاه.<sup>(١٤)</sup>

### نظرة عامة تحليلية

باستخدام البيانات السكانية من ٧٢ دولة مؤهلة من الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات و ٣٣ من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، جنباً إلى جنب مع البيانات الوبائية في الدولة أو الإقليم أو الاثنين معاً، تم استخدام مقاربة نموذجية لتقدير تأثير التلقيح ضد فيروس

على موارد محدودة. يوصف أداء التدخلات البديلة الخاضعة للمقارنة في التحليل من خلال استخدام الزيادة في نسب مردود التكلفة، وتعرف هذه النسب بأنها التكلفة الإضافية لإستراتيجية محددة مقسومة على ميزتها الإضافية، مقارنة بالإستراتيجية الفضلى التالية.

في التحليلات المعروضة هنا تقدر التكاليف بالدولار العالمي السائد، وهي العملة المستخدمة لترجمة قياسات التكلفة بعملة دولة ما إلى عملة شائعة (الدولار الأمريكي). لتعكس الاختلافات في مستويات الأسعار بين البلدان.<sup>(٢٦، ٢٥)</sup> والدولار العالمي له القوة الشرائية نفسها للدولار الأمريكي في الولايات المتحدة. ولكي يمكن المقارنة بين التدخلات المختلفة في مجال الصحة العامة، تعدد الفوائد : الزيادة المكتسبة في العمر المتوقع، وعدد وفيات السرطان التي تم توقُّعها، بالإضافة إلى عدد سنوات العمر معدلة حسب الإعاقة التي تم تجنبها. (عدد سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة DALYS هي وحدة لقياس الصحة المفقودة نتيجة لمرض ما، مع الأخذ في الاعتبار كل من الوفاة المبكرة، وتأثر نوعية سلباً الحياة بسبب الإعاقة).<sup>(٢٧)</sup>

الخط الرأسي مع إجمالي التكلفة وفقاً للمرأة المتلقية للقاح (٢٥ دولاراً عالمياً و٥٠ دولاراً عالمياً و٧٥ دولاراً عالمياً). كما تمثل الأقاليم المظلة تكاليف المكونات المختلفة منها (١) ثلاث جرعات من اللقاح والمفقود منه و(٢) توريدات اللقاح (المفقود من المورد والشحن) و(٣) أخذ اللقاح و(٤) دعم نظام التطعيم.

### النتائج والرؤى

إلى أي درجة من المتوقع أن تنخفض حالات

سرطان عنق الرحم مع أخذ لقاح فيروس

الخليمي البشري في سن المراهقة؟

مع افتراض تغطية بنسبة ٧٠٪، فإن الحد الواسطي لمخاطر السرطان على مدى الحياة قد انخفض بنسبة ٤٠٪ - ٥٠٪ بينما جاء أقل من ٤٠٪ في بعض البلدان (مثل نيجيريا وغانا وتشيلي) وأعلى من ٥٠٪ في بلدان أخرى (مثل الهند وأوغندا والأرجنتين). تأثر الانخفاض المطلق لسرطان عنق الرحم في كل بلد بمدى حدوث سرطان عنق الرحم، وهيكل أعمار السكان، وتغطية اللقاح، بينما اعتمد الانخفاض النسبي على الجزء الخاص بالسرطان الناتج عن أنماط فيروس الخليمي البشري (١٦، ١٨) (١٧)

ما كم الفائدة الإضافية التي من الممكن

تحقيقها من فحص النساء البالغات ممن

تلقين اللقاح في السابق؟

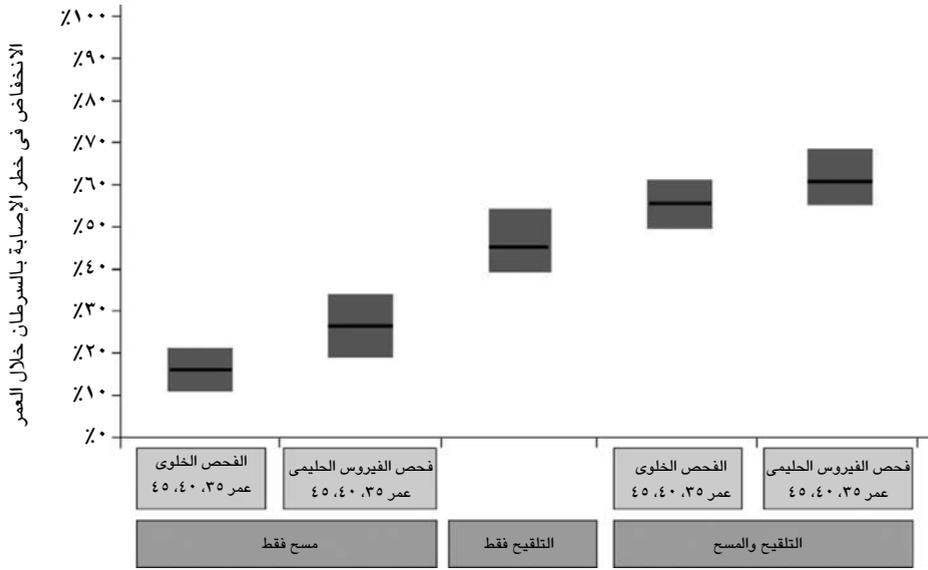
ارتباط الفحص الجماعي باللقاح قلل من خطر سرطان عنق الرحم الناتج عن أنماط فيروس الخليمي البشري غير التي يستهدفها اللقاح، وذلك بالإضافة إلى أنماط (١٦، ١٨). على سبيل المثال، مع افتراض تغطية تبلغ ٧٠٪ في تشيلي جاء الإنخفاض في نسبة خطر السرطان ليبلغ ٢٥٪ إضافية، نتيجة المسح ثلاث مرات على مدار الحياة (مثال ٣٥ و٤٠ و٥٠ عاماً)، والذي جرى على النساء اللائي تلقين اللقاح في فترة المراهقة (الرسم ٢). أظهرت التحليلات في بلدان أخرى نتائج مماثلة، مع تفاوت في مقدار الفائدة المضافة وفقاً لكفاءة اختبار المسح ومدى تكراره وتغطيته. (٨)

الخليمي البشري (١٦، ١٨) على تجنب حالات السرطان سريع الانتشار، ووفيات السرطان، ومكاسب العمر المتوقع، وعدد سنوات العمر المعدلة وفقاً لتأثير الإعاقة، والمعدلات الإضافية لمردود التكلفة (دولار عالمي / عدد سنوات العمر المعدلة وفقاً لتأثير الإعاقة). ويمكن الاطلاع على الوثائق المتعلقة بتطوير النموذج، ومصادر البيانات، ومناهج تحليل البيانات والتكبيبات ولاسيما الافتراضات التحليلية، في النشرات الحديثة وملحقاتها ذات الصلة. (١٦-٢٢، ٢٩-٣١) افتراض التحليل أن إعطاء اللقاح للفتيات دون الثانية عشر (قبل التعرض للاتصال الجنسي) سيكون فعالاً في الوقاية من فيروس الخليمي البشري (١٦، ١٨) إذا ما استخدمته فتيات بدون إصابات سابقاً وأنه يعطي تحصيماً من الفيروس على مدى الحياة. لقد التزمنا بتوجيهات إرشادية موحدة من أجل التقييم الاقتصادي. (٢٤-٢٦، ٢٨) قيمت تحليلات الحساسية كيف يمكن للمؤشرات غير الثابتة (مثل فعالية اللقاح) والافتراضات (مثل مستويات تغطية التطعيم) أن تؤثر على النتائج.

بما أن سعر اللقاح وتكاليف تقديمه للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل غير مؤكدة حالياً؛ فقد حددنا قيمة مجمعة "للتكلفة لكل فتاة تلقت اللقاح". تم تصنيف هذه القيمة المجمعة وفقاً لتكاليف اللقاح، والفاقد، والشحن والتوريد، والجوانب الإدارية، والتكاليف البرنامجية فضلاً عن دعم نظام التطعيم. (١٧، ٢٣، ٢٤) على سبيل المثال توازي تكلفة ٢٥ دولاراً عالمياً لكل فتاة تتلقى اللقاح ثلاث جرعات من اللقاح بمبلغ ٥ دولارات كل منها، و٢،٢٥ دولار للمفقود منه، و١،٣١ دولار لشحنة وتوريده و١،٥٠ دولار لأخذه و٤،٩٤ دولار لدعم نظام التطعيم والتكاليف البرنامجية (الشكل ١). (١٧) في البلدان التي تم فيها تحليل استراتيجيات الفحص، أدرجت أيضاً التكاليف الطبية المباشرة (مثل فريق العمل والإمدادات والمعدات ونقل العينات) والتكاليف البرنامجية، ووقت المرأة وتكاليف الانتقال. (١٦، ٣٤)

يشير الرسم إلى ثلاث فرضيات حول التكلفة وفقاً لجرعة لقاح فيروس الورم الخليمي البشري (١٦، ١٨) (٥ دولارات و١٢،٢٥ دولار و١٩،٥٠ دولار). يتطابق طول

شكل ٢: متوسط انخفاض خطر سرطان عنق الرحم على مدى الحياة في تشيلي



يمثل هذا المدى الحد الأدنى والحد الأقصى من الانخفاضات المحققة بتغطية تبلغ ٧٠٪ لكل استراتيجية باستخدام تحليل الحساسية الاحتمالية، ويمثل الخط السميك الانخفاض المتوسط المحقق.

النسبة في الهند وحدها. كما ستبلغ النسبة في بلدان أفريقيا ٣٠٪ إضافية<sup>(١٧)</sup> وبالمثل، في بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (٣٣ بلدًا) مثلت البلدان ذات الحد الأقل من خطر السرطان (نسبة الإصابة بالمرض معدلة حسب العمر < ٢٦،١) نسبة ٤٥٪ من الوفيات المتجنبة (الشكل ٣، الجزء السفلي). حوالي ٧١٪ من الوفيات المتجنبة ستكون بأمريكا الجنوبية و٢٣٪ في أمريكا الوسطى و٦٪ في منطقة الكاريبي.<sup>(١٨)</sup>

#### • كم من النساء يمكن إنقاذ حياتهن من

خلال برنامج يقوم بتطعيم ٧٠٪ من الفتيات البالغات ١٢ عاماً خلال ١٠ سنوات متتالية؟ سيتم تجنب ما يقرب من ثلاثة ملايين حالة وفاة ما بين النساء اللائي تلقين اللقاح في سن المراهقة بالبلدان ٧٢ المؤهلة من الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات.

#### • هل من الممكن إنقاذ المزيد من النساء باستهداف البلدان ذات المعدلات الأعلى في الإصابة بالسرطان؟

كانت الأعداد المطلقة للوفيات في البلدان ذات المعدلات الأعلى للإصابة بسرطان عنق الرحم (الإصابة بالمرض معدلة حسب العمر لكل ١٠٠،٠٠٠ شخص تكون سنوات التعرض للخطر < ٣٢،٦) أقل منها في البلدان ذات المعدلات المتوسطة من الإصابة بسرطان عنق الرحم وذات الكثافة السكانية الكبيرة. وفي الواقع ما بين البلدان ٧٢ المؤهلة من الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات، مثلت البلدان ذات معدلات الإصابة الأعلى أقل من ٢٥٪ من حالات الوفيات المتجنبة بينما مثلت البلدان ذات معدلات الإصابة الأقل ١٠٪ (الشكل ٣، الجزء الأعلى). ستصل تقريباً نسبة الوفيات المتجنبة بمنطقة جنوب شرق آسيا لمنظمة الصحة العالمية حوالي ٥٧٪، حيث توجد ٤١٪ من هذه

<sup>(١٧)</sup> ولقد أدى تطبيق برنامج مماثل في ٣٣ دولة بأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي إلى تجنب ما يزيد على مليون حالة إضافية من سرطان عنق الرحم.<sup>(١٨)</sup> ولقد رصدنا في مكان آخر سيناريوهات أخرى للتوسع تأخذ في الاعتبار الافتراضات الخاصة بالدولة (نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي، وتغطية الجرعات الثلاث للتطعيم الثلاثي (الدفترية، السعال الديكي والتيتانوس)، ونسبة الفتيات المسجلات في الصف الخامس الابتدائي) من أجل البدء في استخدام اللقاح ومعدل التوسع، والتغطية الممكن تحقيقها.<sup>(١٧)</sup>

### • هل سيتسم لقاح فيروس الحليمي البشري (١٨، ١٦) للفتيات في سن المراهقة بمرودود التكلفة؟

يمكن أن يتسم لقاح فيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨) بمرودود تكلفة مرتفعة، وتكون قيمته مقاربة لقيمة اللقاحات الجديدة؛ حتى في البلدان الأكثر فقراً شريطة أن تكون تكلفة تلقي الفتاة للقاح أقل بكثير من السعر الحالي في البلدان المتقدمة. في البلدان المؤهلة من الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات (٧٢ بلداً) - والتي تستخدم معيار أن يكون معدل مرودود التكلفة أقل من نصيب الفرد من الناتج الإجمالي المحلي - اتسم مبلغ ١٠ دولاراً عالمية للفتاة المتلقية للقاح (٢,٠٠ دولار للجرعة مع افتراض الحصول على الجرعات الثلاث، بالإضافة إلى المفقود منه وأخذه ودعم البرنامج) بمرودود تكلفة جيدة جداً (شكل ٤ - الجزء الأعلى).<sup>(١٧)</sup> وفي منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي (٣٣ دولة) وبمبلغ ٢٥ دولاراً عالمي للفتاة المتلقية للقاح (٥ دولارات للجرعة)، جاءت التكلفة حسب عدد سنوات العمر المعدلة وفقاً لتأثير الإعاقة أقل من ٤٠٠ دولار عالمي (الشكل ٤ - الجزء السفلي).<sup>(١٨)</sup> تمثل هذه النسبة ليس فقط قيمة جيدة للموارد - حيث إنها أقل من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في كل دولة - ولكن المقارنة بينها وبين النسب الخاصة باللقاحات الجديدة ستكون لصالحها أيضاً.<sup>(٢٨، ٢٥)</sup> على سبيل المثال تتراوح مرودود التكلفة للقاح المكوّرات الرئوية بين ١١٠ - ٢,١٥٠ دولار بين الكثير من البلدان، والأمر نفسه مع لقاح فيروس الروتا، حيث تتراوح مرودود التكلفة بين ٢٩٠ دولاراً و١٢,٣٠٠ دولار في بلدان أمريكا اللاتينية.<sup>(١٨)</sup>

### • حتى وإن اتسم اللقاح بمرودود التكلفة هل سيكون في متناول اليد؟

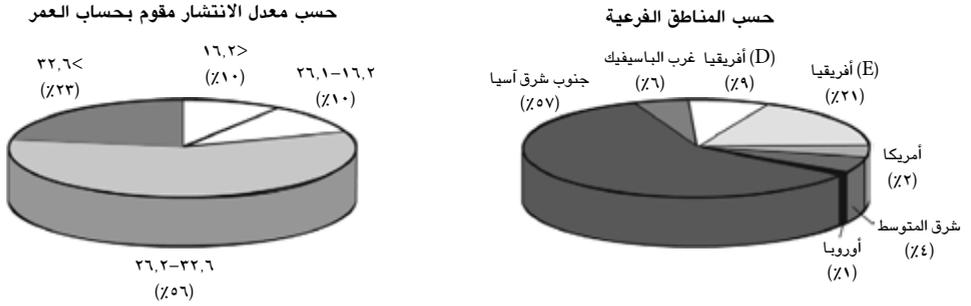
على الرغم من ميل الكفة نحو مرودود التكلفة فإن تقييم التكاليف المالية المطلوبة على المدى القريب آثار المخاوف بشأن مدى إمكانية شراء اللقاح (الشكل ٤). على سبيل المثال تفاوتت المتطلبات المالية لتلقي الفتيات البالغات ١٢ عاماً من العمر للقاح في البلدان ٧٢ المؤهلة من الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات، وفقاً لمعدلات الزيادة الخاصة بكل دولة لمدة عشر سنوات، من حوالي ٩٠٠ مليون دولار (٢ دولار للجرعة - ١٠ دولارات عالمية لكل فتاة تلقت اللقاح) إلى ما يزيد على ٤ مليارات دولار (١٢,٢٥ دولار للجرعة - ٥٠ دولار عالمياً لكل فتاة تلقت اللقاح).<sup>(١٧)</sup> وفي البلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (٢٣ بلداً) وصلت تكلفة اللقاح لنسبة ٧٠٪ من الفتيات البالغات ١٢ عاماً لمدة خمس سنوات على التوالي ٣٦٠ مليون دولار (٥ دولارات للجرعة) ولكن تعدت التكلفة ١,٢٥ مليار دولار إذا زاد ثمن الجرعة إلى ١٩,٥٠ دولار للجرعة.<sup>(١٨)</sup>

### • هل هناك أية مزايا أخرى بالإضافة إلى الوقاية من وفيات سرطان عنق الرحم؟

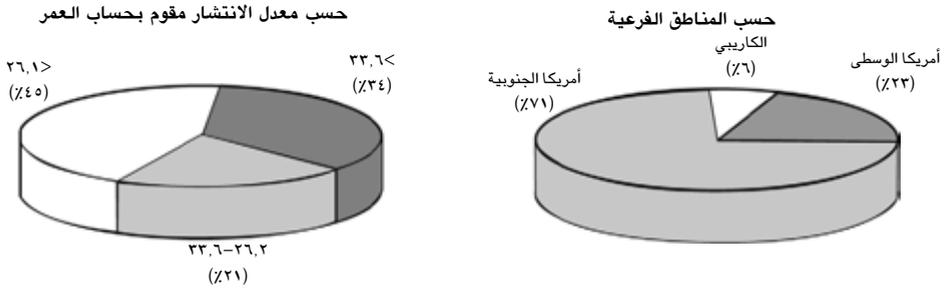
باستخدام بيانات من ٧٢ دولة حول متوسط معدل الخصوبة، وحجم السكان وفقاً للعمر، والأنماط العمرية لوفيات سرطان عنق الرحم، خرجنا بالتقدير التالي: أنه من خلال برنامج تطعيم مدته عشر سنوات وبتغطية تبلغ ٧٠٪ سوف يتم تجنب فقدان الأم بسبب سرطان عنق الرحم لحوالي ١٠ ملايين طفل، وما بين ١,٥ مليون و٢,٩ مليون من هؤلاء الأطفال سيكونون دون الثامنة عشر.<sup>(١٧)</sup> وباستخدام البيانات الخاصة بمعدل الرواتب من منظمة العمل الدولية<sup>(٢٥)</sup> قمنا بتطبيق المناهج المشار إليها آنفاً، في ثلث البلدان فقط حيث توفرت البيانات بسهولة، لتوفير رؤية عامة حول تكاليف الإنتاجية المرتبطة بالوفاة المبكرة بسبب سرطان عنق الرحم. عند تقييم العمل (بما فيها العمل المنزلي) الذي تقوم به النساء اللاتي سيفقدن حياتهن بسبب هذا المرض، وجدنا أن العوائد المستقبلية المفقودة هنا (أي تكاليف الإنتاجية) تعدت مبلغ ٢ مليار دولار.

### شكل ٣: توزيع حالات وفيات السرطان المتجنبة

البلدان المؤهلة من الإتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات (٧٢ بلداً)



بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (٣٣ بلداً)



- توزيع حالات وفيات السرطان المتجنبة من خلال تطعيم الفتيات في سن المراهقة في البلدان ٧٢ المؤهلة من الإتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات (الجزء العلوي) والبلدان ٣٣ لأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (الجزء السفلي) مقسمة حسب حدوث السرطان (اليسار) والمنطقة الجغرافية (اليمن).
- مناطق منظمة الصحة العالمية: أفريقيا، والأمريكتين، ومنطقة البحر المتوسط الشرقية، وأوروبا، وجنوب شرق آسيا، وجنوب الباسيفيكي.
- "D" تشير إلى نسبة وفيات مرتفعة بين الأطفال والكبار، و"E" تشير إلى نسبة وفيات مرتفعة بين الأطفال ومرتفعة للغاية بين الكبار

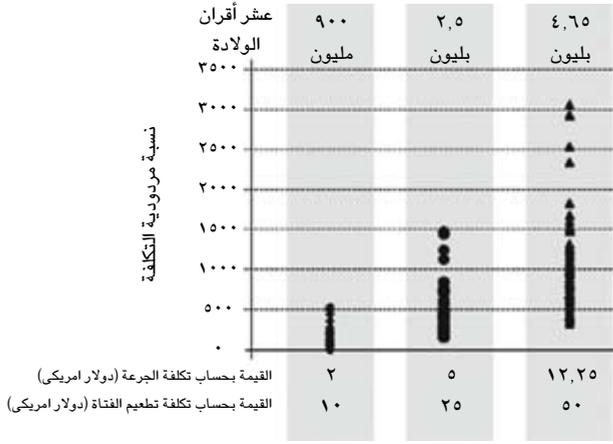
لقاح فيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨) للمراهقات في البلدان المؤهلة من الإتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات (٧٢ بلداً) بتكلفة تبلغ ٢ دولار للجرعة (الشكل الماسي) و٥ دولارات (الشكل الدائري) و١٢,٢٥ (شكل المثلث) وهي التكلفة المقابلة لمبلغ ١٠ دولار عالمياً و٢٥ دولار عالمياً و٥٠ دولار عالمياً على التوالي لكل فتاة تلقت اللقاح.

#### • كيف تُقارن الفوائد المتوقعة من لقاح فيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨) مع فوائد اللقاحات الجديدة؟

مع الأخذ في الاعتبار البلدان المؤهلة من الإتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات، يتم تجنب ١٣ حالة وفاة بسبب سرطان عنق الرحم لكل ١٠٠٠ فتاة تلقت اللقاح، أما برامج لقاح فيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨) للمراهقات في سن المراهقة في بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (٣٣ بلداً) بتكلفة للجرعة تبلغ ٥ دولارات (يسار)

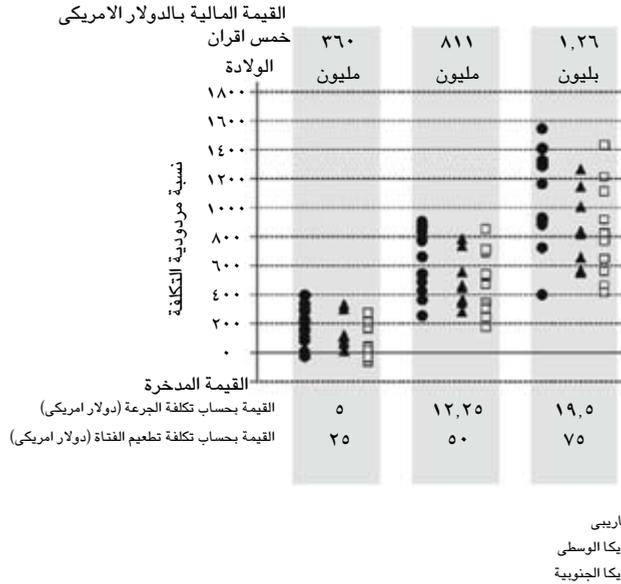
شكل ٤.أ: مردود التكلفة مقابل القدرة على الشراء  
البلدان ٧٢ المؤهلة من الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات

القيمة المالية بالدولار الأمريكي



لقاح الفيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨) للمراهقات في البلدان المؤهلة من الاتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات (٧٢ بلداً) بتكلفة تبلغ ٢ دولار للجرعة (الشكل الماسي) و٥ دولارات (الشكل الدائري) و١٢,٢٥ (شكل المثلث) وهي التكلفة المقابلة لمبلغ ١٠ دولار عالمياً و٢٥ دولار عالمياً و٥٠ دولاراً عالمياً على التوالي لكل فتاة تلقت اللقاح.

شكل ٤.ب: بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (٣٣ بلداً)



برامج لقاح فيروس الحليمي البشري (١٨٠) للفتيات في سن المراهقة في بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (٣٣ بلداً) بتكلفة للجرعة تبلغ ٥ دولارات (يسار) و١٢,٢٥ دولار (وسط) و١٩,٥٠ دولار (يمين) بما يعادل ٢٥ دولاراً عالمياً و٥٠ دولاراً عالمياً و٧٥ دولاراً عالمياً على التوالي لكل فتاة تلقت اللقاح.

-والمطلوبة لتوحيد عمليات التقييم الإقتصادية المتعلقة بالصحة العامة-<sup>(٤٠،٢٤،١٤)</sup> أكثر تأثيراً بالنسبة للقاح فيروس الحليمي البشري عنها بالنسبة للقاحات الأطفال. على سبيل المثال سوف تنخفض معدلات مردود التكلفة بدون وقف المزايا بنسبة ٨٠٪ (أي تكون أكثر جذباً).<sup>(١٨،١٧)</sup>

وقد نشرت في السابق تحليلات الحساسية، التي تتحري تأثير قياسات مدخلات النموذج وافترضاوته وشكوكه الرئيسية، في كل من البرازيل وفيتنام والهند<sup>(٢١،١٦)</sup> فضلاً عن العديد من البلدان الأخرى.<sup>(١٢،١٤،١٧،١٩،١٤)</sup>

### التعليقات

تشير نتائجنا العامة إلى أن توفير لقاح لفيروس الورم الحليمي البشري (١٦، ١٨) لنسبة ٧٠٪ من الفتيات الشابات في سن المراهقة، في البلدان الأكثر فقراً والمؤهلة من الإتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات (٧٢ بلدًا): من الممكن له أن يحول دون الوفيات المستقبلية لنحو ثلاثة ملايين امرأة تتلقى اللقاح خلال العقد المقبل ومع إضافة بلدان أخرى، غير المؤهلة من الإتحاد العالمي للقاحات والتطعيمات، من أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، علاوة على الصين وتايلاند<sup>١٩</sup>، سوف يمنع ذلك من حدوث وفيات مستقبلية أخرى تبلغ حوالي مليون حالة. من منظور عالمي تمثل البلدان المعرضة لأكبر خطر للإصابة بالسرطان أقل من ثلث حالات الوفيات المتجنبة المتوقعة، وهو الأمر الذي يلقي بالضوء على أهمية اتباع منهج إقليمي عالمي للقاح حيث انه سيكون الأكثر فاعلية في الحد من العبء العالمي الكلي. في الواقع كان الرقم الأكبر المتوقع لحالات الوفيات الممكن تجنبها ضمن البلدان التي بها ظهور متوسط لسرطان عنق الرحم، ولكن التي بها نسبة سكان كبيرة.

لا بد أن تكون التكاليف السنوية للدافع (أي القدرة على الشراء) وقياس مردود التكلفة (أي قيمة النقود)، وهي الأمور المتعلقة بالقاح، مشجعة حيث انها ستتنافس على الدولارات مع برامج التطعيم الموجودة بالفعل ومبادرات التوسع والقاحات الأخرى الجديدة:<sup>(٤٧)</sup> وبالطبع سيكون

بين البلدان الأفقر في أفريقيا فيتم تجنب ١٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ فتاة تلقت اللقاح.<sup>(١٧)</sup> في بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي كان متوسط عدد حالات الوفيات المتجنبة ٢٧ حالة لكل ١٠٠٠ فتاة تلقت اللقاح في المنطقة برمتها، بينما أرتفع هذا الرقم في الأقاليم مرتفعة الخطر (مثال ٤١ حالة وفاة متجنبة لكل ١٠٠٠ فتاة تلقت اللقاح في هايتي و٣٢ حالة وفاة متجنبة لكل ١٠٠٠ فتاة تلقت اللقاح في تشيلي).<sup>(١٨)</sup> تأتي النتيجة في صالح لقاح فيروس الورم الحليمي البشري عند المقارنة بالتقارير التقديرية لثلاث حالات وفاة متجنبة لكل ١٠٠٠ طفل تلقى لقاح فيروس الروتا<sup>(٢٨)</sup> و٦,٨ حالة لكل ١٠٠٠ طفل تلقى لقاح المكوّرات الرئوية في البرازيل و٢,٢ حالة لكل ١٠٠٠ طفل تلقى اللقاح في تشيلي و٢,٩ حالة لكل ١٠٠٠ طفل تلقى اللقاح في أوجواي.<sup>(٢٩)</sup>

### • ما هي الإفتراضات غير المؤكدة التي كان لها عظيم الأثر على النتائج؟

بالنسبة للقاح الفتيات في سن المراهقة اعتمد استفاضة عموم السكان بشكل كبير على عمر والعمر عند الاصابة بسرطان عنق الرحم، ونسبة الإصابة بالسرطان بسبب فيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨)، والتغطية المتحققة للفتيات في سن المراهقة. كما كانت فترة المناعة مثلاً من الأمور غير المؤكدة بشأن اللقاح: الأمر الذي كان من العوامل المؤثرة. أما أكثر العوامل تأثيراً من زاوية مردود التكلفة فكان سعر اللقاح ، والتكلفة البرنامجية المتعلقة ببرنامج تطعيم الفتيات في سن المراهقة. كانت نتائج مردود التكلفة أقل إيجابية إذا ما انخفضت التكاليف المرتبطة بسرطان عنق الرحم الانتشاري بنسبة ٥٠٪ أو إذا ما كانت الجرعات المنشطة مطلوبة لإعطاء تحصين مدى الحياة.

لا تظهر حالات وفيات السرطان المتجنبة، ما بين الفتيات المتلقيات للقاح فيروس الورم الحليمي البشري في سن المراهقة، إلا بعد مرور عقود على دفع تكاليف اللقاح، بينما بالنسبة للقاحات الأخرى (مثل لقاح فيروس الروتا) تظهر النتائج الصحية والإقتصادية بعد فترة قصيرة. من ثم فإن توقف التكلفة في المستقبل والفوائد المستقبلية

يبقى أن نوّكد على أهم الفجوات المتعلقة بالأدلة؛ حيث تعتمد التوقعات القائمة على النموذج، في ما يتعلق بفوائد اللقاح على المدى الطويل، على العديد من الافتراضات غير المؤكدة.<sup>(١٢، ١٥، ١٦، ٢٠، ٣١، ٤١، ٤٥)</sup> إن فترة المناعة الناجمة عن اللقاح على المدى الطويل، وضرورة تلقي جرعة منشطة، ومدى الحماية من السلالات المختلفة ومدتها ضد أنماط فيروس الحليمي البشري الأخرى المكوّنة للورم والتي لا تتوفر في اللقاح، تظل جميعها أموراً غير معروفة بعد. من بين الأمور الأخرى غير المؤكدة؛ مدى فاعلية اللقاحات في الأماكن السائد فيها فيروس الحليمي البشري بشكل كبير، ورد فعل أنماط فيروس الحليمي البشري الأخرى غير المستهدفة بعد تلقي اللقاح، وكذلك حجم المناعة الجماعية. لهذا يعتبر إجراء المزيد من الدراسات حول هذه القضايا أمراً يأتي في صدارة الأولويات.

بالنظر إلى كم الأمور غير المؤكدة الموجودة، وقصوات التحليلات القائمة على النموذج والتي من غير الممكن تجنبها، ينبغي التعامل مع الرؤى الناتجة عن هذه التحليلات على أنها تقديرات أولية للنتائج الصحية والاقتصادية للوقاية من سرطان عنق الرحم وفقاً للمعلومات المتوافرة الآن. إن القرارات على مستوى السياسة التي تواجهها البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، فيما يتعلق بتطبيق لقاح فيروس الحليمي البشري، وكيفية تطبيقه، هي قرارات معقدة، خاصة عندما نأخذ في الاعتبار أن الأفراد الذين سيستفيدون من هذا اللقاح لن يدركوا هذه الفوائد سوى بعد مرور سنوات عديدة. يمثل كل من العبء الممكن تجنبه ومردود التكلفة، والقدرة على الشراء، أبعاداً ثلاثة فقط من المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات بشأن تبني استخدام اللقاح. لكن هناك عدداً من المعايير المهمة بالقدر نفسه أيضاً، والتي ينبغي وضعها في الاعتبار مثل تأثيرات التوزيع والعدالة في التوزيع، والقدرة على تقديم اللقاح والحفاظ على التدخلات ذات الجودة، ومدى احتمال القبول الثقافي والدعم السياسي.<sup>(١٤، ٢٧، ٤٢، ٤٦)</sup>

سر اللقاح محدداً رئيسياً لهذين البعدين. وحتى إذا كانت التكلفة أكثر ارتفاعاً بدرجة ما من اللقاحات التقليدية، شريطة أن لا تتعدى تكلفة تلقي الفتاة للقاح ١٠ دولار - ٢٥ دولاراً، ستكون مردود التكلفة للقاح فيروس الحليمي (١٦، ١٨) للفتيات في سن المراهقة إيجابية، حتى في البلدان الفقيرة نسبياً. ولكي يكون اللقاح في متناول اليد لابد من تخفيض الأسعار الحالية للقاح، بالإضافة إلى توفير آليات فعالة تتمتع بمردود التكلفة للوصول إلى تغطية واسعة للفتيات في سن المراهقة. على سبيل المثال حدد البنك الدولي أمريكا اللاتينية باعتبارها واحدة من أكثر منطقتين في العالم تتسمان بعدم المساواة في توزيع الدخل.<sup>(٤٣)</sup> ومع افتراض تكلفة مقارنة للسعر الحالي للقاح في البلدان المتقدمة (١٢٠ دولاراً للجرعة) تتراوح مردود التكلفة الخاصة بهذا اللقاح في هذه المنطقة بين ٢،٤٠٠ دولار وما يزيد على ١٠،٠٠٠ دولار، لتتعدى بذلك بشكل كبير المعدلات المرتبطة بلقاحات الأطفال.<sup>(١٨)</sup> وعلاوة على ذلك، سوف تبلغ الآثار المالية لفترة خمس سنوات فقط من تلقي اللقاح بهذه التكلفة ٦،٣٨ مليار دولار تقريباً في بلدان أمريكا اللاتينية، وذلك مقارنة بمبلغ ٨١١ مليون دولار إذا كان السعر ١٢،٢٥ دولار للجرعة الواحدة.

إن الاحتمالات المستقبلية لتقديم لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري بالاقتران مع برنامج لتطعيم الفتيات في سن المراهقة من الممكن له أيضاً أن يوفر الفرص لتقوية أنظمة الصحة، وذلك من خلال وضع آليات جديدة لتقديم اللقاح ورصد الأثر. إذا ما نجح ذلك، فقد يُيسر تقديم خدمات صحية أخرى للفتيات في سن المراهقة، مثل تطعيم التيتانوس وتقديم الاستشارات حول السلوكيات الجنسية الخطرة.<sup>(٤٤)</sup> توجد حاجة إلى بيانات خاصة بكل دولة باستخدام أدوات معيارية للتسعير، وذلك لتقييم الخيارات البديلة المتاحة فيما يتعلق بالبرامج وتقديم اللقاح، والتكاليف المرتبطة بالتوسع، فضلاً عن الأبعاد الاقتصادية المرتبطة بالتوسع في البرامج الأخرى الموجهة للمجموعة العمرية في سن المراهقة.

المعيشية والمجتمعات التي ستستفيد، وسيستفيد عدد أكبر من الأطفال الذين لن يفقدوا أمهاتهم بسبب سرطان عنق الرحم. بالنظر إلى الجهود المتزايدة لحشد موارد جديدة للتطعيم من خلال مبادرات مبتكرة لتمويل اللقاح، من الممكن لنتائج هذه التحليلات أن تحفز على الحوار المبكر وتدعمه بشأن قرارات الاستثمار في لقاح فيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨).

### شكر وتقدير

وفر الدعم التمويلي مؤسسة بيل وميليندا جيتس، والتي لم يكن لها أي دور في تصميم الدراسة أو إجرائها، أو في تجميع البيانات أو إدارتها أو تحليلها أو تفسيرها، أو في إعداد النص أو مراجعته أو الموافقة عليه.

لن يكون من السهل الوصول إلى تغطية واسعة النطاق للفتيات في سن المراهقة وكذلك التفاوض في الأسعار المقبولة وتأمين التمويل السريع للقاح. خلال فترة التأخير التقليدية والتي تستغرق عقودًا لجعل لقاح جديد متاحًا للبلدان الأكثر فقرًا، سوف تموت الملايين من النساء من مرض من الممكن تجنبه في ذروة أعمارهن. سوف يساعد في إنقاذ حياة النساء كل من الأمور الآتية: الالتزام العالمي بمواجهة التحديات المطلوبة لتوفير لقاح لفيروس الحليمي البشري (١٦، ١٨) للفتيات في سن المراهقة في البلدان الأكثر فقرًا، مع توفير خدمات وقاية ثانوية عالية الجودة للشابات من مرتين إلى ثلاث مرات على مدى الحياة. ورغم صعوبة تناول الموضوع بلغة الأعداد والنقود، فإن هذه الفوائد سوف تُترجم إلى عدد مساوٍ من الأسر

### المراجع:

1. Parkin DM, Bray F. The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2006;24(S3): S11–25.
2. Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *International Journal of Cancer* 2004;111(2): 278–85.
3. Clifford G, Franceschi S, Diaz M, et al. HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 2006;24(S3):S26–34.
4. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *International Journal of Cancer* 2007;121:621–32.
5. Denny L, Quinn M, Sankaranarayanan R. Chapter 8: Screening for cervical cancer in developing countries. *Vaccine* 2006;24(S3):S71–77
6. Goldie SJ, Kuhn LK, Denny L, et al. Policy analysis of cervical cancer screening strategies in low-resource settings: clinical benefits and cost-effectiveness. *JAMA* 2001; 285:3107–15.
7. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening in five developing countries. *New England Journal of Medicine* 2005;353(20):2158–68.
8. Goldie SJ, Kim JJ, Myers E. Chapter 19: Cost-effectiveness of cervical cancer screening. *Vaccine*. 2006;24(S3):S164–70.
9. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, et al. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International Journal of Gynaecological Obstetrics* 2005;89(S2):S4–12
10. Ault KA, Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet* 2007;369:1861–68.
11. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *Lancet* 2006;367(9518):1247–55.
12. Garnett GP, Kim JJ, French K, et al. Chapter 21: Modelling the impact of HPV vaccines on cervical cancer and screening programmes. *Vaccine* 2006; 24(S3):S178–86.
13. Goldie SJ. Chapter 15: Public health policy and costeffectiveness analysis. *Journal of the National Cancer Institute Monograph* 2003;(31):102–10.
14. Goldie SJ, Goldhaber-Fiebert JD, Garnett GP. Chapter 18: Public health policy for cervical cancer prevention: the role of decision science, economic evaluation, and mathematical modeling. *Vaccine* 2006;24(S3):S155–63.
15. Kim JJ, Brisson M, Edmunds WJ, et al. Modeling cervical cancer prevention in developed countries. *Vaccine* 2008;26(11): K76–K86.
16. Goldie SJ, Kim JJ, Kobus K, et al. Cost-effectiveness of HPV16,18 vaccination in Brazil. *Vaccine* 2007;25(33):6257–70.
17. Goldie SJ, O'Shea M, Campos NG, et al. Health and economic outcomes of HPV16,18 vaccination in 72 GAVI-eligible countries. *Vaccine* 2008;26(32):4080–93.

18. Goldie SJ, Diaz M, Constenla D, et al. Mathematical models of cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008;26 (S11):L59–72.
19. Goldie SJ, Diaz M, Kim SY, et al. Mathematical models of cervical cancer prevention in the Asia Pacific region. *Vaccine* 2008; 26(S12):M17-29.
20. Kim JJ, Andres-Beck B, Goldie SJ. The value of including boys in an HPV vaccination programme: a cost-effectiveness analysis in a low-resource setting. *British Journal of Cancer* 2007;97(9):1322–28.
21. Kim JJ, Kobus KE, Diaz M, et al. Exploring the cost-effectiveness of HPV vaccination in Vietnam: insights for evidence-based cervical cancer prevention policy. *Vaccine* 2008;26(32): 4015–24.
22. Diaz M, Kim JJ, Albero G, et al. Health and economic impact of HPV 16 and 18 vaccination and cervical cancer screening in India. *British Journal of Cancer* 2008;99(2):230–38.
23. Kim SY, Goldie SJ. Cost-effectiveness analyses of vaccination programmes: a focused review of modeling approaches. *Pharmacoeconomics* 2008;26(3):191–215.
24. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, et al, editors. *Cost-effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press; 1996.
25. World Health Organization. *Macroeconomics and Health: investing in health for economic development: report of the commission on macroeconomics and health*. Geneva: WHO; 2001.
26. World Health Organization Statistical Information System. CHOICE (Choosing Interventions that are Cost Effective). At <[www.who.int/choice/en/](http://www.who.int/choice/en/)>. Accessed 29 January 2008.
27. Evans DB, Edejer TT, Adam T, et al. Methods to assess the costs and health effects of interventions for improving health in developing countries. *BMJ* 2005;331(7525):1137–40.
28. Disease Control Priorities Project (DCPP). At <[www.dcp2.org/main/Home.html](http://www.dcp2.org/main/Home.html)>. Accessed 28 January 2008.
29. Goldhaber-Fiebert JD, Stout NK, Ortendahl J, et al. Modeling human papillomavirus and cervical cancer for analyses of screening and vaccination. *Population Health Metrics* 2007; 5(1):11.
30. Kim JJ, Kuntz KM, Stout NK, et al. Multiparameter calibration of a natural history model of cervical cancer. *American Journal of Epidemiology* 2007; 166(2):137–50.
31. Kim JJ, Goldie SJ. Health and economic implications of HPV vaccination in the United States. *New England Journal of Medicine* 2008;359(8):821-32.
32. Kou U. *Guidelines for estimating costs of introducing new vaccines into the national immunization system*. Geneva: World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals; 2002.. 2002.
33. World Health Organization. Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation. WHO/IVB/05.18. 2005. At: <[www.who.int/vaccinesdocuments/DocsPDF05/777\\_screen.pdf](http://www.who.int/vaccinesdocuments/DocsPDF05/777_screen.pdf)>. Accessed 1 August 2008.
34. Goldhaber-Fiebert JD, Goldie SJ. Estimating the cost of cervical cancer screening in five developing countries. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2006;4:13.
35. International Labour Organization. LABORSTA online database. At: <<http://laborsta.ilo.org/>>. Accessed 21 September 2008.
36. Hu D, Bertozzi SM, Gakidou E, et al. The costs, benefits, and cost-effectiveness of interventions to reduce maternal morbidity and mortality in Mexico. *PLoS ONE* 2007; 2(1):e750.
37. Max W, Rice DP, Sung HY, et al. Valuing human life: estimating the present value of lifetime earnings, 2000. (October 1, 2004). Center for Tobacco Control Research and Education. Economic Studies and Related Methods. Paper PVLE2000. At: <http://repositories.cdlib.org/ctcre/esarm/PVLE2000/> Accessed 18 September 2008.
38. IAVI/PATH. HPV vaccine adoption in developing countries: cost and financing issues. At: <<http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=47496>>. Accessed 29 February 2008.
39. Constenla D, Ortega-Barria E, Rheingans RD, et al. Economic impact of rotavirus vaccination in Panama. *Anales de pediatria (Barcelona)* 2008;68(2):128–35.
40. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, et al, editors. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
41. Goldie SJ, Grima D, Kohli M, et al. A comprehensive natural history model of HPV infection and cervical cancer to estimate the clinical impact of a prophylactic HPV-16/18 vaccine. *International Journal of Cancer* 2003;106(6):896–904.
42. Kim SY, Salomon JA, Goldie SJ. Economic evaluation of hepatitis B vaccination in low-income countries: using cost-effectiveness affordability curves. *Bulletin of World Health Organization* 2007;85(11):833–42.
43. World Bank. Regional fact sheet. *World Development Indicators 2008: Latin America and the Caribbean*. At <[http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/lac\\_wdi.pdf](http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/lac_wdi.pdf)>. Accessed 11 September 2008.
44. Agosti JM, Goldie SJ. Introducing HPV vaccine in developing countries—key challenges and issues. *New England Journal of Medicine* 2007;356(19):1908–10.
45. Haug CJ. Human papillomavirus vaccination – reasons for caution. *New England Journal of Medicine* 2008;359(8): 861–62.
46. Musgrove P, Fox-Rushby J. Cost-effectiveness analysis for priority setting. *Disease Control Priorities in Developing Countries* 2006; 271–83.



## إطالة سرطانات الجهاز التناسلي

ترجمة: شيرين سيف

### مخاطر السرطان وأقراص منع الحمل

لم يتم إثبات امان أقراص منع الحمل إلا بعد ملاحظة النساء اللواتي استخدمن تلك الأقراص لسنوات عديدة. بين عامي ١٩٦٨ و ١٩٦٩، أدرجت ٤٥,٥٩٠ امرأة في بريطانيا في دراسة، واستمرت متابعتهن لحوالي مدة ٢٤ عاماً. وفي المحصلة لم توجد مخاطر أعلى للإصابة بالسرطان في النساء اللواتي يستخدمن أقراص منع الحمل. كما وجد أن لها تأثيراً وقائياً من سرطان القولون أو المستقيم، وسرطان الرحم والمبايض وعنق الرحم، ولأي تشخيص للسرطان. غير أن الإصابة بسرطان الثدي كانت متماثلة بين اللواتي يستخدمن أقراص منع الحمل وأولئك اللاتي لم يستخدمنها قط. أما أنماط المخاطر بعد التوقف عن تناول أقراص منع الحمل فكانت مطمئنة إلى حد كبير، على الرغم من أن خطر الإصابة المتزايدة بسرطان عنق الرحم استمر لمدة ١٠-١٥ سنة بعد التوقف عن تناول الأقراص، كما استمرت مخاطر الإصابة بسرطان المخ أو الغدة النخامية حوالي ٢٠ سنة أو أكثر بعد التوقف، وهذه النتيجة قد تكون بسبب مشاكل الوصفات الدوائية<sup>(١)</sup>.

وقد استقصت دراسة أخرى استمرار الآثار المترتبة بعد استخدام أقراص منع الحمل على وجود مخاطر سرطان عنق الرحم، عن طريق تجميع المعلومات من ٢٤ دراسة حول العالم جمعت بيانات من ١٦,٥٧٣ من النساء المصابات بسرطان عنق الرحم ومن ٣٥,٥٠٩ نساء بدون إصابة. والجدير بالذكر ان مخاطر الاصابة بسرطان عنق الرحم الانتشاري، تزداد بزيادة مدة استخدام أقراص منع الحمل، ولكن المخاطر تقل نسبتها بعد توقف الاستخدام. وبعد مدة عشر سنوات أو أكثر تصير نسبة الإصابة في النساء مثل نسبة من لم تتناولن الأقراص على الاطلاق. وتشير التقديرات إلى أن عشر سنوات من استخدام أقراص منع الحمل خلال عمر العشرين أو الثلاثين يؤدي الى زيادة المعدل التراكمي لسرطان عنق الرحم قبل سن الخمسين في ٧,٣ إلى ٨,٣ / ١٠٠٠ امرأة في البلدان الأقل نمواً، ومن ٣,٨ إلى ٤,٥ / ١٠٠٠ امرأة في البلدان الأكثر تقدماً<sup>(٢)</sup>.

وتزيد احتمالات الإصابة بفيروس الورم الحليمي البشري بين النساء اللواتي يستخدمن أقراص منع الحمل عنها بين من يستخدمن الوسائل العازلة او اللواتي لا يمارسن الاتصال الجنسي. إذن النساء اللواتي يستخدمن أقراص منع الحمل بدلاً من الوسائل العازلة هن بالتالي اكثر عرضة لمخاطر الإصابة بسرطان عنق الرحم حتى مع غياب الاسباب<sup>(٣)</sup>. اما في بعض البلدان النامية، مع عدم كفاية الفحص لسرطان عنق الرحم، وعدم توافر خدمات الرعاية الصحية، ومع ارتفاع معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم، فإن المحصلة فيما يتعلق بمخاطر الإصابة بالسرطان هي على الأرجح سلبية. ومع ذلك ، يجب مقارنة فوائد وسائل منع الحمل مع مخاطر الإصابة بسرطان عنق الرحم؛ والمقارنة قد تميل لصالح أقراص منع الحمل بسبب ارتفاع معدل الإصابة والوفيات المرتبطة بالحمل غير المخطط له<sup>(٤)</sup>.

1. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM, et al. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. BMJ 2007;335:651.
2. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative re-analysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. Lancet 2008;370: 1609-21.
3. Sasieni P. Cervical cancer prevention and hormonal contraception. Lancet 2008;370: 1591-92.
4. Meirik O, Farley TMM. Risk of cancer and the oral contraceptive pill: long term follow-up of women in the UK shows no increased risk. BMJ 2007;335: 621-22.

\*\*\*\*\*

## سرطان المبيض وأقراص منع الحمل

من المعروف أن استخدام أقراص منع الحمل يقلل من احتمالات الإصابة بسرطان المبيض، ولكن المؤشر النهائي على الصحة العامة يعتمد على مدى انخفاض نسبة المخاطر التي تستمر بعد توقف استخدام أقراص منع الحمل. ولتقييم هذا الأثر، قامت مجموعة بجمع بيانات عن أكثر من ٢٣ الف امرأة أصبن بسرطان المبيض، ٨٧ الف امرأة غير مصابة (كمجموعة ضابطة)، من ٤٥ دراسة عن سرطان المبيض في ٢١ بلدًا. ووجد أنه كلما طال فترة استخدام أقراص منع الحمل زاد الانخفاض في مخاطر الإصابة بسرطان المبيض. ويستمر هذا الانخفاض لأكثر من ٣٠ عامًا بعد توقف استخدام الأقراص، ولكن الأثر يضعف مع مرور الوقت. وارتبط استخدام الأقراص خلال الستينيات والسبعينيات والثمانينيات بانخفاض مماثل للمخاطر النسبية، على الرغم من أن جرعات الاستروجين النموذجية خلال الستينيات كانت أكثر من ضعف الجرعات خلال الثمانينيات. هذا وقد ينجم التأثير الوقائي عن التثبيط المتراكم لدورات التبويض، وهي فكرة يدعمها تجانس النتائج عبر فترات الاستخدام<sup>(١)</sup>. وتشير النتائج إلى أن أقراص منع الحمل قد أدت إلى تجنب حوالي ٢٠٠,٠٠٠ حالة من سرطانات المبيض و ١٠٠,٠٠٠ حالة وفاة من جراء هذا المرض على الصعيد العالمي، ومن المتوقع أنه على مدى العقود القليلة المقبلة سترتفع معدلات تجنب المرض إلى ما لا يقل عن ٣٠,٠٠٠ سنويًا.<sup>(٢)</sup>

1. Franco EL, Duarte-Franco E. Ovarian cancer and oral contraceptives. Lancet 2008;371 :278-79.
2. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. Lancet 2008;371 :303-14.

\*\*\*\*\*

## المخاطر البيئية الناجمة عن سرطان الثدي، تباين الأدلة والمعتقدات

هناك درجة كبيرة من عدم الاتفاق حول اسباب سرطان الثدي بين مختلف الأطراف المعنية، كذلك لا يوجد أي حوار فعال فيما بينها. يصف هذا البحث مشروعاً حاول استطلاع وجهات نظر مختلف الأطراف، وتدخل بفعالية لخلق فرص للحوار. عقدت مقابلات مع مجموعة متنوعة من صناع القرار والعلماء والأطباء والعاملين بمجال الصحة، والناشطين في مجال سرطان الثدي والبيئة وغيرهم؛ للتعرف على الخطوط العريضة لمفاهيمهم ونظرياتهم بخصوص أسباب سرطان الثدي. بالإضافة إلى ذلك، عقدت ثلاث جلسات استماع عامة؛ حيث أتيحت الفرصة لمختلف الأطراف المعنية للتعبير عن آرائهم، والاستماع إلى بعضهم البعض. وقد أعطي ذلك الفرصة للباحثين لتقييم ما إذا كان من الممكن سد الفجوة بين وجهات نظرهم. حددت النتائج والتحليلات العوامل التي تثبط، ولكنها قد تيسر، التواصل الفعال بين الأفكار المتباينة.<sup>(١)</sup>

ويقول تقرير مصمم خصيصاً لتجميع الأدلة في شكل يسهل فهمه، أن احتمالات الإصابة بسرطان الثدي قد تزداد بسبب العوامل البيئية، خاصة التعرض للمواد الكيميائية. وينسق التقرير-بتكليف من تحالف الصحة والبيئة (شبكة أوروبية للمنظمات غير الحكومية) ومنظمة كيم ترست\* - نتائج عدة مشاريع بحثية عالمية بين عامي ٢٠٠٢ و ٢٠٠٧ بشأن المواد الكيميائية التي تعطل نظام الغدد الصماء. غير أن الدراسات القليلة الموجودة، على مادة واحدة، تترك الكثير من عدم التحدد فيما يتعلق باحتمال وجود صلة، ولكن هناك عوامل كثيرة قد تعمل معا وتؤدي إلى تأثير مشابه لهرمون الاستروجين، وهو ما قد يزيد من احتمالات الاصابة بسرطان الثدي.<sup>(٢،٣)</sup>

1. Potts L. Dixey R. Nettleton S. Bridging differential understanding of environmental risk of breast cancer: Why so hard? Critical Public Health 2007; 17(4):337-50.
2. Kortenkamp A. Breast cancer and exposure to hormonally active chemicals: an appraisal of the scientific evidence. Health and Environmental Alliant/Chem Trust/Health Chemicals Monitor. April 2008. At: -<[www.chemicalshealthmonitor.org/ MG/pdf Breast -Cancer\\_and\\_exposure\\_to\\_iiDrmonoilly\\_active\\_chemicals.pdf](http://www.chemicalshealthmonitor.org/MG/pdf/Breast-Cancer_and_exposure_to_iiDrmonoilly_active_chemicals.pdf) >
3. Watson R. Exposure to chemicals may contribute to risk of breast cancer. report says. BMJ 2008;336:797.

\*\*\*\*\*

## الحفاظ على الخصوبة في مرضى السرطان وتواصل الأطباء مع المريضات

مع ارتفاع معدلات النجاة من السرطان، أصبح التركيز الجديد هو البقاء على قيد الحياة ونوعية الحياة. لقد أصبح العقم نتيجة متوقعة بعد العلاج من معظم أنواع السرطان، وتتزايد نسبة العقم في ٥٠ - ٩٥٪ من الناجيات من المرض. وعلى الرغم من وجود خيارات طبية للحفاظ على الخصوبة، فإن معظمها ليست مفهومة جيداً وليست في متناول المرضى أو مقدمي الرعاية الصحية. ومع ذلك، فإن المبادئ التوجيهية الحديثة من الجمعية الأميركية لعلم الأورام الإكلينيكي توصي الأطباء بتوفير إمكانية المحافظة على الخصوبة قبل علاج السرطان لجميع مرضاهم. هناك معوقات عديدة لعملية الاتصال وتشمل التركيز على مسألة العلاج الفوري، والإبقاء على قيد الحياة، وعدم معرفة الأطباء بكيفية الحفاظ على الخصوبة، ونقص الموارد المتاحة في هذا المجال، ومستوى الحرج في مناقشة هذا الموضوع لا سيما إذا كانت الصحة الإنجابية خارج مجال خبرة الطبيب؛ بالإضافة إلى عوامل أخرى بما في ذلك القلق من تأخير العلاج ليتمكن الحفاظ على الخصوبة، أولويات المريض، وأيضاً المعوقات المالية والعملية.<sup>(١)</sup>

ورغم أن النساء المصابات بسرطان الثدي في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث هن أقل من ٢٠٪، فإن تأثير علاج السرطان على الخصوبة هو سبب رئيسي للقلق بين الشابات الناجيات من سرطان الثدي. إن آثار العلاج الكيميائي على الخصوبة معروفة جيداً، وحتى النساء اللواتي لا يفقدن الخصوبة يجب عليهن الانتظار مدة سنتين على الأقل قبل حدوث أي حمل. غير أن إمكانيات الحفاظ على الخصوبة متاحة قبل وأثناء وبعد العلاج مع استخدام التكنولوجيا الإنجابية المساعدة. فقد اثبتت عملية تجميد الأجنة مجتمعة مع التلقيح الصناعي نجاحاً هائلاً؛ ولكن هذا الإجراء يستغرق أربعة أسابيع، وربما يتطلب الأمر تأخير علاج السرطان، كما أن المريضة يجب ان يكون لديها شريك، أو متبرع بالحيوانات المنوية، وتجميد البويضات للنساء العازبات هو خيار متاح وإن ما زال في طور التجربة. وعلى الرغم من مخاوف النساء المعنيات، تشير الأدلة الطبية إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي غير معرضات لزيادة مخاطر رجوع المرض مع محاولات الحمل اللاحقة. هؤلاء النساء المعرضات لمشاكل في الخصوبة ينبغي أن يحلن في وقت التشخيص إلى فريق متكامل متخصص في الصحة الإنجابية والغدد الصماء لمناقشة خيارات العلاج وعمل توقعات واقعية لنتائج الحمل.<sup>(٢)</sup>

غالباً ما يدمر العلاج الكيميائي حويصلات المبيض، مما يؤدي إلى العقم. ومع ذلك فقد توصل الباحثون الآن لطريقة لتخزين ونمو البويضات غير الناضجة خارج الجسم، مما يعطي الأمل في إمكانية الحمل بعد العلاج الكيميائي. وقد تمت زراعة أجزاء من نسيج المبيض مأخوذة من ست نساء أثناء الولادة القيصرية، وبعد ستة أيام تم جمع ٧٤ بويضة سليمة. نمت البويضات في وجود "الاكتيفين البشري أ" المخلق بالهندسة الوراثية (human recombinant activin A). وقد وصلت ٣٠٪ منها إلى مرحلة متقدمة من التطور. استغرق الأمر عشرة أيام فقط لنضوج البويضة، في حين يستغرق نضوجها داخل المبيض عدة أشهر.

إن جزءاً واحداً من النسيج قادر على توفير عشرات من البويضات، مقارنة بحوالي ستة من البويضات خلال عمليات التلقيح الصناعي خارج الرحم. وبالإضافة إلى ذلك، تتجنب هذه التقنية حقن الهرمونات المستخدمة في عمليات التلقيح الصناعي لتحفيز عملية التبويض. ورغم الاحتياج لمزيد من العمل لكي تكون البويضات التي تم انضاجها خارج الجسم مناسبة للتلقيح، إلا إننا الآن نملك دليلاً على أن البويضات العادية يمكن أن تنضج خارج الجسم.<sup>(٣،٤)</sup>

1. Quinn GP ,Vadaparampil ST. Bell- Ellison BA, et al. Patient-physician communication barriers regarding fertility preservation among newly diagnosed cancer patients. Social Science and Medicine; 2008; 66:784-89.
2. Dow KH, Kuhn D. Fertility options in young breast cancer survivors: a review of the literature. Oncology Nursing Forum 2004;31(3):E46-53.
3. Jha A. New technique could help safeguard cancer patients' fertility. The Guardian (UK), 21 April 2008.
4. Telfer EE, Mclaughlin M, Ding C, et al A two-step serum-free culture system supports development of human oocytes from primordial follicles in the presence of activin. Human Reproduction 2008; 23(5):115'1-58.

\*\*\*\*\*

### التأمين الصحي وفحص سرطان عنق الرحم في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي

تم عمل دراسة عرضية في سبع مدن على ٦,٣٥٧ امرأة تزيد أعمارهن على الستين، باستخدام بيانات من دراسة عن الصحة والرفاهية والشيوخ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وجدت الدراسة أن انتشار اختبار مسحة عنق الرحم خلال العامين الماضيين يتراوح بين ٢١٪ في "بريدجتاون" و ٤٥٪ في مكسيكو سيتي . وباستثناء هافانا التي يوجد بها تأمين شامل للرعاية الصحية، وجد أن النساء المشتركات في نظام التأمين الصحي العام أو غير المشتركات على الإطلاق هن أقل استخداماً لاختبار مسحة عنق الرحم مقارنة مع النساء المشتركات في شركات التأمين الصحي الخاصة. وأيضاً كانت فرصة النساء اللواتي ليس لهن أي نظام تأميني لعمل اختبار مسحة عنق الرحم أقل مقارنة مع النساء المشتركات في أي نظام تأميني. ومن ثم، يمكن أن تكون المعوقات الاقتصادية عاملاً مهماً لتفسير أوجه التفاوت في الفحص. وبالإضافة إلى ذلك، فإن برامج الفحص في معظم البلدان هي معظمها برامج انتهازية\*. وهناك حاجة إلى برامج الفحص المنظم، جنباً إلى جنب مع التأمين الصحي وغيرها من أشكال الدعم الاجتماعي والاقتصادي لزيادة التغطية والمتابعة لفحص عنق الرحم.<sup>(١)</sup>

1. Reyes-Ortiz CA, Velez LF, Camacho ME, et al. Health insurance and cervical cancer screening among older women in Latin American and Caribbean cities. International Journal of Epidemiology 2008;37(4): 870-78.

\* أي تتم بالتطفل على البرامج الموجودة، وليست مستهدفة بحد ذاتها (المحررة)

## قائمة مصطلحات العدد الرابع عشر

The word	المصطلح
Aceto-white epithelium	الخلايا الطلائية المصابة بفيروس الورم الحليمي البشري، والتي يبيض لونها إذا وضع عليها حمض الخليك
Age Standardized incidence rate ( ASR)	نسبة الإصابة بالمرض معدلة حسب العمر
Asymptomatic	بدون أعراض
BRCA-1/2	جينات يدل وجودها علي قابلية أكبر للإصابة بسرطان الثدي أو المبيض
Causality	العلاقة السببية
CD4 count	عدّ الخلايا اللمفاوية المساعدة في المليمتر المكعب من الدم، يستخدم لتحليل وضع نقص المناعة البشرية المكتسب (الأيدز)
Cervical cancer	سرطان عنق الرحم
Cervical intraepithelial neoplasia (CIN)	نمو ورمي داخل الخلايا الطلائية التي تكسو عنق الرحم ويسبق تحولها إلى خلايا سرطانية .
Chi-square	إحصاءة "كاى تربيع": مقياس مهم فى الحكم على جودة المطابقة ومدى الاستقلالية
Coloscopy	فحص مهبلى بالمنظار
Contagious	مُعدي
Cost effectiveness	مردود التكلفة: النسبة بين قيمة التكلفة أو الإنفاق المطلوب لنوع محدد من التدخل وبين قيمة الفائدة الملموسة التي تنتج عنه
Cryotherapy	العلاج بالتبريد

Disability Adjusted life Years (DALYs)	عدد سنوات العمر معدلة حسب الإعاقة (مقياس دالى) طورت منظمة الصحة العالمية هذا التعريف، لقياس تأثير الوفيات المبكرة والاعاقة الناجمة عن المرض
DPT3 coverage	درجة التغطية بالتطعيم الثلاثي (الدفتريا، السعال الديكي والتيتانوس) ويستخدم كمقياس لمدى إتاحة الخدمات الصحية
Dysplasia	خلل فى تكون الخلايا
Dysuria	عسر التبول
Epithelial cells	خلايا طلائية
Fisher exact	اختبار " فيشر الدقيق" أسلوب بديل لاستخدام إحصاءة كاي تربيع فى حالة العينات الصغيرة
HER2	بروتين يدل وجوده في الجسم على زيادة احتمال سوء التوقعات المستقبلية واحتمال عودة سرطان الثدي
Human Papiloma virus	فيروس الورم الحليمى البشري
Loop Electro-surgical Excision	الأستئصال الجراحي الكهربائي باستخدام الحلقة
Palliative	علاج مسكن للأعراض
Pap smear	مسحة من عنق الرحم
Paramedics	المساعدون الطبيون
Phenomenological oncology	علم ظواهر الأورام
Placebo controlled trials	تجارب مقننة لاختبار فاعلية علاج ما. تقوم على تقديم العلاج لمجموعة من المرضى، وتقديم مواد غير فاعلة لمجموعة أخرى على أنها نفس العلاج دون معرفتهم بذلك.
Positive predictive value	دقة التنبؤ.. (نسبة الأشخاص اللذين أكدت الفحوصات صحة التشخيص المبدئى لهم)

Post coital bleeding	نزيف ما بعد الجماع
Pub Med	قاعدة معلومات طبية رقمية متاحة مجاناً وتتضمن مقالات علمية فى العلوم الحيوية والحياتية
Screening	المسح هو فحص عدد كبير من السكان بغرض اكتشاف مرض ما قبل أن تظهر دلالات هذا المرض، وذلك حتى يتم التدخل الطبي في مراحل مبكرة مما يساعد على تقليل المعاناة أو الوفاة من هذا المرض، وغالباً ما يستعمل لأغراض المسح أنواع من الاختبارات سريعة ومنخفضة التكلفة نسبياً يعقبها إجراء اختبارات تأكيدية أكثر دقة على الحالات التي تكون نتيجتها إيجابية لاختبار المسح وعادة ما تكون تلك الاختبارات ذات تقنية أعلى وأكثر كلفة من إختبارات المسح
Sero-epidemiology	تتبع انتشار الامراض عن طريق دراسة عينات الامصال
Serum samples	عينات أمصال
Signs	العلامات المرضية
SPSS version 15.0 software	برنامج إحصائي لتحليل البيانات فى مجال العلوم الاجتماعية
Squamous cell carcinoma	سرطان الخلايا الحرشفية
Symptoms	أعراض المرض
Tesch approach	"مقاربة تش" للتحليل فى الدراسات الكيفية

**RHM in Arabic, Issue No.14**

**Papers in this issue are from:**

Reproductive Health Matters

Volume 16 number 32 November 2008

Volume 12 number 24 November 2004

© **Reproductive Health Matters 2008**

**Translation:**

- Doaa Abdo
- Rama Mahmoud
- Gane Fahmi
- Sulfa Taha
- Khaled Abd El Aziz
- Sherien Mouric
- Reham Hussien
- Shohert El Elam

**Editor :**

Amal Abd El-Hadi

**Coordinator :**

Ragia El Gerzawy

**Design & Typesetting**

Good Shepherd Group

**Cover Photo**

Geoff Tompkinson /science photo library

RHM is a Registered Charity in  
England and Wales , No.1040450  
Limited Company Registered  
No .2959883 (England)

**ISSN 0968-8080**

**Arabic edition published by:**

New Woman Foundation

14 Abd El Moneem Sanad St., Mohandeseen, Giza - Egypt

Tel. & Fax: (202) 3346 4901 - 3346 0898

e-mail: [rhm@nwrcegypt.org](mailto:rhm@nwrcegypt.org)

Website: [www.nwrcegypt.info](http://www.nwrcegypt.info)

**RHM EDITORIAL OFFICE:**

Reproductive Health Matters

444 Highgate Studios

53-79 Highgate Road

London NW5 1TL, UK

Tel: (44-20) 7267 6567

Fax: (44-20) 7267 2551

**RHM IS INDEXED IN:**

Medline

PubMed

Current Contents

Popline

EMBASE

Social Sciences Citation Index

**SUBMISSION OF PAPERS:**

Marge Berer, Editor

E-mail: [RHMjournal@compuserve.com](mailto:RHMjournal@compuserve.com)

Guidelines available at: [www.rhmjournal.org.uk](http://www.rhmjournal.org.uk)

**ALL OTHER CORRESPONDENCE**

Rosa Tunberg

E-mail: [rtunberg@rhmjournal.org.uk](mailto:rtunberg@rhmjournal.org.uk)

RHM is part of the Elsevier  
Reproductive and Women's  
(England) Health Resource Online:  
[www.rhm-elsevier.com](http://www.rhm-elsevier.com)

To be included on the mailing list or  
to get additional copies of this issue,  
contact: [rhm@nwrcegypt.org](mailto:rhm@nwrcegypt.org)

**This Arabic edition is funded by  
Reproductive Health Matters**