الخطة القومية لكافحة السرطان

مصر

٢٠١٦-٢٠٢٠

جدول المحتويات

	صفحة
الأساس المنطقي	٣
الوضع العالمي	٤
الوضع الإقليمي	٥
الوضع الوطنى	٦
اللبنات البنائية للخطة	١٠
الحوكمه	١٠
تمويل رعاية مرضي السرطان	١٠
القوى العاملة الصحية لرعاية مرضى السرطان	١٢
الحصول على الأدوية الأساسية والتقنيات الطبية	١٢
المعلومات والبحوث	١٢
النظام الصحي لرعاية مرضى السرطان	١٢
تحليل الوضع الحالى	١٤
خطة العمل	١٧
الأهداف الرئيسية لخطة مكافحة السرطان	١٨
الهدف١- توسيع نطاق برنامج التسجل القومى للسرطان	١٨
الهدف٢– الوقاية من عوامل التعرض للاصابة بالسرطان	٢٠
الهدف٣- تنفيذ برامج الكشف المبكر	٢٦
الهدف٤- تحسين جودة الحياة لمرضى السرطان	٢٩
الهدف٥- إنشاء برامج الرعاية الملطفة	٣١
الهدف٦- تشجيع البحوث الوطنية	٣٤
عملية رصد خطة العمل لمكافحة السرطان	٣٥

الأساس المنطقي

ان وضع خطة وطنية لمكافحة السرطان في مصر بات أمراملحابناءا على تزايد عبء السرطان والحاجة للتنسيق بين القطاعات المتعددة.

ان مرض السرطان هو تحد عالمي كبير على صحة الإنسان والتنمية الاجتماعية والاقتصادية لأنه يضع عبئا ثقيلا على الحكومات والنظم الصحية والأفراد،وذلك بالإضافة إلى المعاناة الإنسانية غير الملموسة والضغط الكبيرعلى الأفراد والأسر الناتج عن:

- انخفاض الإنتاجية
- الإعاقة
- خطر الوفاة المبكرة
- زيادة عبء الإنفاقسواء علي المستوي الفردى او الأسرى

العبء الاقتصادي الناجم عن السرطان هو نتاج:

- التكاليف المباشرة والتي هي الأكثر وضوحا في تكاليف الرعاية الصحية، مثل تكلفة الأقامةبالمستشفيات وغيرها من الخدمات الصحية و تكلفة الأدوية.
- التكاليف غير المباشرة التي تنشأ من فقدان الإنتاجية نتيجة المرض والعجز والوفاة المبكرة للمتضررين.

تعكسالخطوط العريضة لهذه الخطة التوجهات الاستراتيجية للحد من حالات الإصابة بالسرطان وتحسين نوعية الحياة لمرضى السرطان من خلال منهج متكامل قائم على تقديم أنشطة وخدمات شاملة للوقاية من السرطان ومكافحته، و المؤمل منأن الخطة الحالية سوف تساعد الحكومة في تحقيق الأهداف الوطنية التي تتماشى مع أهداف خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة السرطان من خلال تعزيز تسجيل السرطان والوقاية والكشف المبكر، وتطوير نظم إدارةالرعاية الصحية، والرعاية الملطفة والأبحاث.

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، ٤٠٪ من السرطانات يمكن تجنبها، ٤٠٪ يمكن علاجها إذا اكتشفت مبكرا، و ٢٠% المتبقية من الممكن اعطائها علاج تلطيفى. ان الاستراتيجية الحالية تهدف إلى تسليط الضوء على الجانب الوقائي وتأثيرها على نسب حدوث السرطان، ووضعمنهج للتشخيص المبكر مما سوف يؤدى الى خفض تكلفة العلاج وتخفيف المعاناة

الإنسانية وضمان العلاج السليموفقا من بروتكولات وطنية لعلاج السرطان.
أعلنت منظمة الصحة العالمية أن أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان هو التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (دستور منظمة الصحة العالمية).

الوضع العالمي

تضاعف العبء العالمي السرطان في السنوات الثلاثين الأخيرة من القرن العشرين. وتشير التقديرات إلى أن هذا سوف يتضاعف مرة أخرى بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٢٠ و الى ثلاثة أضعاف تقريبا بحلول عام ٢٠٣٠. ومن المتوقع أن يتفوق مرض السرطان علي أمراض القلب والأوعية الدموية ليصبح السبب الأول للوفاة في جميع أنحاء العالم.

ووفقا لمشروع جلوبوكان ٢٠١٢ التابع للوكالة الدولية لأبحاث السرطان التابعة لمنظمة الصحة العالمية ، فأن ما يقدر ب ١٤.١ مليون حالة سرطان جديدة و ٨.٢ مليون حالة وفاة جراء السرطان وقعت في عام ٢٠١٢، مقارنة مع ١٢.٧ مليون و ٧.٦ مليون دولار على التوالي، في عام ٢٠٠٨. واوضح التقرير وجود ٣٢.٦٠٠.٠٠٠ من البشر(فوق سن ١٥ عام) على قيد الحياة الذي الإصابة بالسرطان في السنوات الخمس السابقة للتقرير.

وكان السرطانات الأكثر شيوعا في جميع أنحاء العالم التى تم تشخيصها كالأتى: سرطان الرئة (١.٨ مليون، ١٣.٠٪ من المجموع)، سرطان الثدي (١.٧ مليون، ١١.٩٪) ثم سرطان القولون والمستقيم (١.٤ مليون، ٩.٧٪). وكانت الأكثر سببااللوفيات كالأتى: سرطان الرئة (١.٦ مليون، ١٩.٤٪ من المجموع) وسرطان الكبد (٠.٨ مليون، ٩.١٪) ثمسرطان المعدة (٠.٧ مليون، ٨.٨٪).

ويتوقع استنادا غلى نفس التقرير ان ترتفع حالاتالإصابة الجديدة بالسرطان إلى١٩.٣ مليون سنويا بحلول عام ٢٠٢٥، وذلك بسبب نمو تعداد سكان العالم. و اوضح التقرير ان أكثر من نصف جميع حالات السرطان (٥٦.٨٪) والوفيات من السرطان (٦٤.٩٪) في عام ٢٠١٢ قد وقعت في المناطق الأقل نموا في العالم، وهذه النسب معرضى للزيادة بحلول عام ٢٠٢٥.

السرطان هو واحد من اربعة من الأمراض غير المعديةالأكثر شيوعا وهي أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والسكري، والأمراض التنفسية المزمنة،التي تؤدى إلى وفاة أكثر من ٣٦ مليون شخص كل عام،ويتسبب السرطان وحده عن وفاة ٧.٦ مليون منهم. وتقع حوالي ٨٠٪ (٢٩ مليون) من مجموع الوفيات من الأمراض غير المعدية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. أن أكثر من ٩ ملايين من مجموع الوفيات التي بسبب الأمراض غير المعدية تحدث قبل قبل سن ٦٠ عاما، ٩٠٪ منها تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ومن المتوقع زيادة حالات الأصابة ووالوفيات من السرطان في العقود القليلة القادمة في جميع مناطق العالمنتيجة للتغييرات المتوقعة في التركيبة السكانية في العقدين القادمين حتى لو بقيت معدلات الإصابة بالسرطان الحالية دون تغيير، من ١٢.٧ مليون حالة جديدة في عام ٢٠٠٨ إلى ٢١.٤ مليون حالة جديدة بحلول عام ٢٠٣٠، مع ما يقرب من الثلثين من هذه الحالات سوف تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

الوضع الإقليمي

السرطان هو رابع سبب رئيسي للوفاة في إقليم شرق المتوسط،ووفقالتقديرات منظمة الصحة العالمية فأن وفيات السرطان في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط سترتفع من ٩.٤٪ في ٢٠١٥ إلى ١٢.٣% في عام ٢٠٣٠ من مجموع الوفيات.
ومن المتوقع أن يتضاعف حدوث سرطان في العقدين القادمين من ٤٥٦،٠٠٠ حالة جديدة في عام ٢٠١٠ إلى ما يقرب من ٨٦١،٠٠٠ في عام ٢٠٣٠، وهو أعلى زيادة نسبية بين كل أقاليم منظمة الصحة العالمية. وتستند التقديرات المذكورة أعلاه على أثر النمو السكاني والشيخوخة، إضافة لزيادة التعرض لعوامل زيادة الاصابة بالسرطان، مثل التدخين والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني والتلوث البيئي، مما سوف يؤدي إلى ارتفاع أكبر في العبء من السرطان.
يتميز مرض السرطان بين السكان العرب بأرتفاع نسبة سرطانات الثدي والبروستاتا، و المثانة. أن سرطان الثدي سجل أعلى النسب في لبنان، البحرين، الكويت، الأردن، قطر، ومصر. وترتفع نسب سرطان المثانة نتيجة البلهارسيا البولية المستوطنة فى مصر والعراق و السودان و منطقة جازان في المملكة العربية السعوديةواليمن،وتبلغ النسب

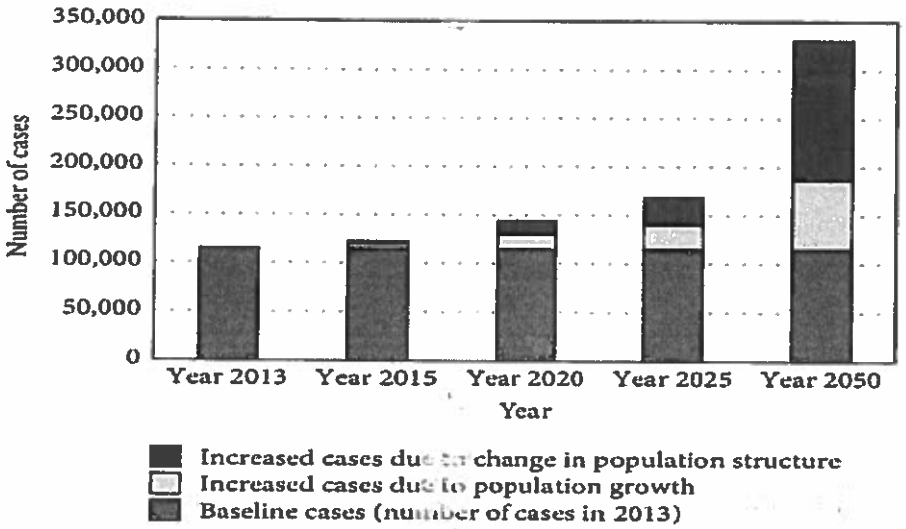
٦.٩٪ في مصر و ٦.٥٪ في العراق و ٦٪ في منطقة الجزيرة في السودان. ويعتبر سرطان الغدد الليمفاوية شائع نسبيا وتبلغ نسب الأصابة به٧.٥ ٪في مصر و ٧.١ في الكويت و ٦.٦٪ في العراق و ٦٪ في اليمن. تميزت بعض الدول العربية بزيادة في الإصابة بسرطان الكبد به في في العقود الأخيرة نتيجة لارتفاع معدل انتشار التهاب الكبد الفيروسي، بلغت معدلات الأصابة في مصر ٤٣.٦٪ وموريتانيا ١٦.٤٪واليمن ٨.٨٪.

صنفت دول منطقة شرق المتوسط في عام ٢٠١٢ إلى ثلاث مجموعات بناء على نتائج وأداء النظام الصحي، ومستوى الإنفاق على الرعاية الصحية. فيما يتعلق بالمخاطر المالية، كان نسبة الإنفاق الخاص من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية مستقرة على مدى العقد الماضي، ولكن أثبتت كل مجموعة من البلدان اتجاهات متنوعة. في المجموعة الأولى (الدول ذات الدخل المرتفع) انخفضت النسبة من ٢١٪ إلى ١٧٪. في المجموعة الثانية (البلدان المتوسطة الدخل) وجد أن النسبة حوالي ٥٠٪. وفي المجموعة الثالثة (البلدان ذات الدخل المنخفض) ارتفعت النسبة من ٥٩٪ إلى ٦٩٪. وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في مجموعة البلدان الثانية، أن نسبة كبيرة من الأسر دفعت إلى الفقر بسبب ارتفاع حصة الدفع من جيبهم الخاص. ومن المقدر أن يؤدى ذلك سنويا إلى مواجهة ١٦.٥مليون شخص مصاعب مالية مما قد يدفع ٧.٥مليون شخص منهم إلى حد الفقر من أجل الأنفاق غلى العلاج.

الحالة الوطنية

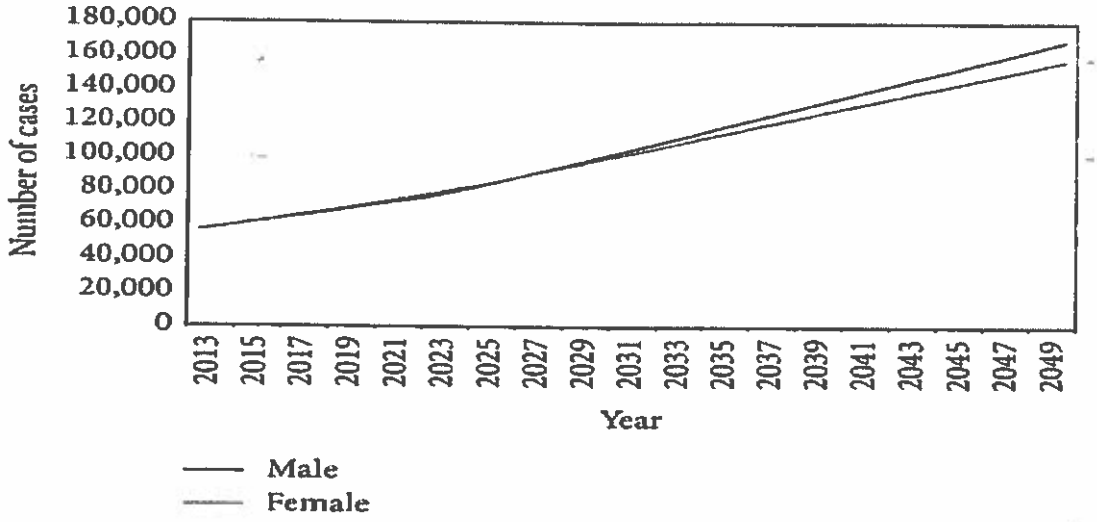
أن مشكلة السرطان في مصر ذات طابع خاص؛ حيث أن متوسط العمر للأصابةبالسرطان هو ٤٥ عاما، حوالي عقدين من الزمن أصغر من مرضى السرطان بالولايات المتحدة الأمريكية. من الممكن تفسير ذلك كانعكاس لبنية الهرم السكانيفي مصر حيث أننسبة ٣٢.٧٪ من السكان تقل أعمارهم عن ١٥ عاما مقارنة مع ٢٠.١٪ في الولايات المتحدة الأمريكية. نسبة الذكور إلى الإناث في مصر هو ١.٠٥ مع غلبة ضئيلة للذكور. هذا يساوي تقريبا نسبة الزيادة في إصابة الذكور بالسرطان التى تبلغ ١.٠٥ مقارنةبالإناث في المجتمع المصري.
ووفقا للنتائج التي نشرت مؤخرا من السجل الوطني للسرطان، ومن المتوقع أن تزيد

حالات السرطان من ٢٠١٣ ـ ٢٠٥٠ نتيجة للتغير في النمو السكاني والتغيير في التركيبة السكانية (الشكل ١).



الشكل ١. توقع زيادة حالات السرطان حتى عام ٢٠٥٠

كان التقدير في عام ٢٠١٢ لنسب حدوث سرطان ١١٣.١ / ١٠٠،٠٠٠ من إجمالي عدد السكان و١١٤.٩٨ / ١٠٠،٠٠٠ من إجمالي عدد السكان في عام ٢٠١٣. والتوقعات حتى عام ٢٠٥٠ تقدر حالات الإصابة بالسرطان في مصر لتكون ٣٤١،١٦٩ / ١٠٠،٠٠٠ من إجمالي عدد السكان. أكثر أنواع السرطان في الذكور هو سرطان الكبد (٣٣.٦٣ / ١٠٠،٠٠٠ من السكان الذكور) ثم سرطان المثانة (١٠.٧ / ١٠٠،٠٠٠ من السكان الذكور). أما فى الإناث، الأكثر شيوعا هو سرطان الثدي (٣٢.٠٤ / ١٠٠٠٠٠ من السكان الإناث) ثم سرطان الكبد (١٣.٥٤ / ١٠٠٠٠٠ من الإناث السكان) كما هو مبين في الشكل ٢.



الشكل ٢ العدد التقديري لحالات السرطان في مصر حسب الجنس حتى عام ٢٠٥٠

وتظهر وتيرة ومعدلات أنواع السرطان الأكثر شيوعا في مصر وفقا للنتائج النسبيه للسجل الوطني للسرطان (٢٠٠٨-٢٠١١) ا في الجدول ١.

الجدول ١. نتائج برنامج السجل الوطني للسرطان للمصريين في ٢٠٠٨-٢٠١١

	العضو المصاب	النسبة المئوية	المعدل الخام	المعدل حسب السن
الذكور	الكبد	٣٣.٦٣	٣٩.٥	٦١.٨
	المثانة	١٠.٧١	١٢.٦	٢١.١
	الرئة	٥.٦٩	٦.٧	١٠.٤
	الغدد الليمفاويه	٥.٤٨	٦.٤	٨.٨
	المخ	٥.٤٨	٦.٤	٨.٨
	البروستاتا	٤.٢٧	٥.٠	٩.٣
الأناث	الثدى	٣٢.٠٤	٣٥.٨	٤٨.٨
	الكبد	١٣.٥٤	١٥.١	٢٤.٤
	المخ	٥.١٨	٥.٨	٨.٠
	المبيض	٤.١٢	٤.٦	٦.٣
	الغدد الليمفاويه	٣.٨٠	٤.٢	٦.١
	الغدة الدرقية	٣.٢٨	٣.٧	٤.٣
الجنسين	الكبد	٢٣.٨١	٢٧.٥	٤٣.٦
	الثدى	١٥.٤١	١٧.٨	٢٤.٣
	المثانة	٦.٩٤	٨.٠	١٣.٥
	المخ	٥.٢٩	٦.١	٨.٥
	الغدد الليمفاويه	٤.٦٤	٥.٤	٧.٥
	الرئة	٤.٢٢	٤.٩	٧.٥

عوامل زيادة الاصابة بالسرطان: يوجد اربع عوامل مهمة لزيادة نسب الأصابة بالسرطان، كونه واحد من الأمراض غير المعدية وهى التدخين والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار

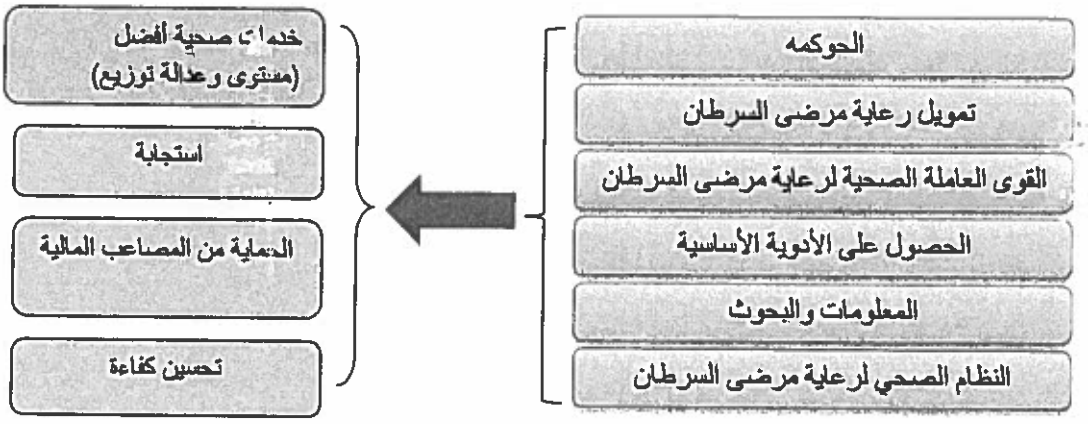
أجريت فى مصر دراسة عام ٢٠١٢، و كانت النتائج:

- ٢٤٪ من سكان مصر هم مدخنين حاليين
- ٧٢٪ لا يمارسون أي نشاط بدني

- ٩٥٪ يستهلكون أقل من ٥ حصص من الفواكه والخضروات فاليوم

اللبنات البنائية للخطة

وفقا لمنظمة الصحة العالمية هناك ستة لبنات لازمة لبناء نظام فعال للرعاية الصحية



١. الحوكمه

ان توافر خدمات صحية حكومية متطورة مع قوى عاملة مدربة بشكل كاف بات أمر ضروري لتحقيق مكافحة شاملة للسرطان من خلال مجموعة متكاملة من الأنشطة التي تشمل الوقاية الأولية والكشف المبكر والتشخيص والعلاج والتأهيل والمتابعة والرعاية الملطفة والبحوث وتسجيل السرطان وذلك في مستويات الرعاية الصحية الاولية والثانوية والثالثية.

قد يكون من الضرورة إعادة تنظيم خدمات رعاية مرضى السرطان لضمان تقديم الخدمات المتكاملة في مختلف المستويات. سوف تقوم وزارة الصحة بالقيادة للبرامج الوطنية لمكافحة السرطان ويشمل ذلك وضع سياسة لمكافحة السرطان، ومراقبة تقديم خدمات السرطان ومتابعة البرامج الوطنية لمكافحة السرطان.

٢. تمويل رعاية مرضى السرطان

ان أتخاذ خطوات معقولة في الوقاية من السرطان و الكشف المبكر سوف يقلل من عبء

السرطان و من تكلفة رعاية مرضى السرطان. أن هذايستلزم تنفيذ تدابير مكافحة التبغ مثل زيادة الضرائب على منتجات التبغ وحظر التدخين في الأماكن العامة المغلقة ووسائل النقل، حظر الأنواع المختلفة من الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته، وحظر بيع منتجات التبغ للقاصرين. يجب أيضا محاربة تناول النظام الغذائي الغير صحي، وقلة النشاط البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار، وكلها ذات أهمية متساوية، ورفع مستوى الوعي العام حول أسلوب الحياة السليمة، وكيفية حماية صحة الأفراد من التعرض لعوامل الخطر المختلفة والتوعية علامات أعراضالمرض في وقت مبكر و سرعة الحصول على الرعاية الصحية.

أصبح التطور التكنولوجي مكلف جدا وخاصة في مجال الأشعات والأدوية الموجهة مما أدى إلى زيادة كبيرة في تكاليف الرعاية للمريض ونتج عن ذلك أرتفاع درجة التحدى لرعاية مرضى السرطان.

لا بد من زيادة الإنفاق على الصحة العامة لتقديم الخدمات العلاجية ذات الجودة العالية جنبا إلى جنب مع التدخلات الفعالة من حيث التكلفة والوقاية في مختلف مستويات الرعاية الصحية. وهذا يؤدي إلى تقليل نفقات الأشخاص، وسوف يكون لذلك تأثير مباشر على جعل الرعاية متاحة للقطاع الأفقر من السكان.

يجب أن الربط بشكل جيد بين كل من الرعاية الصحية الثانوية والثالثية مع الرعاية الصحية الأولية من خلال نظام إحالة قوي. وينبغي الحرص على احتواء تكاليف الرعاية الصحية الثانوية والثالثية حتى لا يتم المساس الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية الأولية. وقد بات تنظيم القطاعات الأخرى من مقدمي الرعاية الصحية أمر ضروري.

فعالية التكلفة هي من الأدوات التي يجب استخدامها لتحديد أولويات الإنفاق على الرعاية الصحية مع قياس النتائج الصحية باحتساب مدد العجز التى يتم تقليلها و سنوات العمر المنتجة التي يتم أضافتها.

أن أتباع طرق فعالية التكلفة سوف تساعد على اقتراح التدخلات الصحية الفعالة لتحقيق النتائج الصحية المثلى مع القيود المفروضة على الميزانية. أقترحت لجنة الاقتصاد الكلي والصحة في منظمة الصحة العالمية أن التدخلات التى تكلف أقل من نصيب الفرد الواحد من الناتج القومي الإجمالي هي "تكلفة فعالة جدا" والتى تتراوح تكلفتها بين واحد وثلاثة أضعاف نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي هي "فعالة من حيث التكلفة". وهناك حاجة لمزيد من الدراسات والبحوث في هذا المجال لتطوير فعالية مناسبة لمصر.

ينبغي وضع واعتماد المبادئ التوجيهية التى تناسب ظروف البلاد للإدارة القائمة على الأدلة لعلاج السرطانات الشائعة على المستوى الوطني ، فضلا عن المبادئ التوجيهية لاتخاذ قرارات لتقديم العلاج المجاني أو المدعوم من خلال المستشفيات العامة على أساس الحاجة

الاقتصادية.
يجب استخدام العقاقير البديلة المعتمدة دوليا في حالة توافرها إذا تم استخدام المال العام لتمويل شرائها.

٣. القوى العاملة الصحية لرعاية مرضى السرطان
سوف تكون خدمات رعاية مرضى السرطان قليلةالقيمة ما لم يكن هناك توافر لمقدمي الرعاية الصحية المؤهلين تأهيلا عاليا الذيضمن رعاية فعالة لمرضى السرطان. الدورات التدريبية المستمرة وبناء قدرات الموظفين يجب ان يكون إلزاميا لتعزيز قدرات الموارد البشرية المتاحة والوصول إلى المستوى الأمثل من توفير الرعاية الصحية. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لمقدمي الرعاية الصحية الأولية الذين يحتاجون إلى التدريب لتحسين أدائهم وتوفير وتحسين نوعية الرعاية. ويمكن أن يتم ذلك من خلال إنشاء مراكز تدريبية بالتعاون مع المؤسسات الأكاديمية الوطنية.
أيضا هناك حاجة للتنسيق مع وزارة التعليم العالي لتعديل المناهج الدراسية للكليات الطبية والخدمات الطبية لتشمل السرطان كموضوع مستقل للدراسة من جوانبه المختلفة.
هناك حاجة إلى دورات تدريبية في تسجيل التلخيص الترميزى و أعتماد المسجلين لبناء سجل قومى للسرطان في إطار مرافق تقديم الرعاية الصحية.

٤. الحصول على الأدوية الأساسية والتقنيات الطبية
يتوقف توفير الأدوية والتقنيات الصحية الأخرى للسرطان على كفاءة نظام الرعاية الصحية. التنبؤ الجيد بالاحتياجات هو شرط أساسي لبناء نظام فعال، وعلى نطاق أوسع لتمكين الاستجابة الفعالة للاحتياجات الصحية للسكان، وتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد.
قواعد البيانات التى يتم تحديثها باستمرار بناء على المعلومات التي يتم الحصول عليها في نقطة الرعاية، وجمع البيانات الوبائية والأبحاث واستخدام المبادئ التوجيهية الوطنية فى التشخيص والعلاج كلها موارد هامة لتقدير الاحتياجات من الأدوية والتقنيات الطبية فى مجال السرطان.
٥. المعلومات والبحوث
إنشاء بنية تحتية وطنية لتنسيق أبحاث السرطان وتعزيز المراقبة من أجل مراقبة انتشار المرض والبقاء على قيد الحياة، وتوثيق نوعية خدمات السرطان ونتائجها.

٦. النظام الصحي لرعاية مرضى السرطان
وفقا لخطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية للوقاية والسيطرة على الأمراض غير المعدية، ينبغي توفير خدمات الوقاية والكشف المبكر على مستوى الرعاية الصحية الأولية.

يجب أن يرتبط هذا المستوى بقوة إلى مستوياتالرعاية الثانوية والثالثية من خلال نظم إحالة مزدوجة تكون راسخة وقوية. لتحقيق هذه الأهداف يجب وجود خدمة صحية حكومية متطورة مع القوى العاملة المدربة بشكل كاف.

تعتبر الرعاية الصحية الأولية هي الأساس لرعاية مرضى السرطان وهو الأسلوب الأكثر فعالية من حيث التكلفة لمكافحة السرطان. يشمل مستوى الرعاية الصحية الأولية تنفيذ برامج مكافحة السرطان لتوعية الجمهور، والكشف المبكر عن أمراض السرطان الأكثر شيوعا، والإحالة المناسبة للمشتبه بهم وفي وقت مبكر إلى المراكز الثانوية أو المتخصصة ومتابعة حالات السرطان التى تم علاجها وتقديم الرعاية الملطفة. على هذا المستوى ينبغي أن يكون هناك تقديم المشورة في الوقاية الأولية، والتحصين (ضد الالتهاب الكبدي الوبائي وفيروس الورم الحليمي البشري)، وزيادة الوعي، وخاصة للكشف عن سرطان الثدي، والفحص عن الطريق البصري مع حمض الخليك لسرطان عنق الرحم. يمكن اعتماد نموذج من الممرضات مخصصين للأمراض غير المعدية للقيام ببعض من ذلك.

لإجراءات التشخيص يتم الإحالة لمستشفيات الرعاية الثانوية على مستوى المناطق وهو نقطة الإحالة للرعاية الثالثية في مستوى المحافظة. وتشمل الرعاية الثانوية مرافق لتشخيص السرطانات الشائعة بما في ذلك الأشعة السينية والموجات فوق الصوتية، خدمات المناظير التشخيصية، وخدمات علم الأمراض الأساسية، بما في ذلك أخذ العينات والتحاليل الباثولوجيا. هذا النوع من مستوى الرعاية يشارك أيضا على المدى الطويل في متابعة المرضى الذين تم علاجهم في مستشفيات متخصصة، وتقديم الرعاية الملطفة.

ينبغي ربط هذا إلى الرعاية الصحية القطرية على المستوى المالي والتأهيل وأنظمة التعليم الطبي المستمر.

مراكز علاج السرطان المتخصصة

إذا كان مستوى المذكورة أعلاه ليست على المستوى المقبول، فالنموذج البديل هو العمل على تكثيف وتعزيز مراكز السرطان الصغيرة المتخصصة على مستوى المنطقة.

و قد قامت العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بتطوير مراكز السرطان الشاملة بدعم من الموارد العامة و / أو الخاصة. هذه المراكز النموذجية تساعد على إرساء أفضل الممارسات في مجال الإدارة وتوفير الخدمات السريرية والأساسية لتلبية احتياجات مكافحة السرطان للمريض. توفير مجموعة من الموارد البشرية والتقنية المتخصصة تتيح لهذه المراكز توفير أفضل ممارسات لعلاج و مكافحة السرطان لمناطق تجمعات السكان الكبيرة. أفضل ممارسات الرعاية للمرضى يمكن أن تدار بشكل مباشر في هذه المراكز مع الرقابة

عليها. من الممكن أيضا فى هذه المراكز تثقيف العاملين في مجال الرعاية الصحية والجمهور وإجراء البحوث في الأسباب والوقاية والتشخيص والعلاج من السرطان.
ويمكن لهذه المراكز العمل كنقاط اتصال لمكافحة السرطان على الصعيد الوطني ولعب دورا مؤثرا فى تشكيل وتعزيز خطة مكافحة السرطان.
وأخيرا ينبغي أن يتم علاج السرطان في مراكز متخصصة، لكى تكون هذه المراكز مثاليا فيجب أن يكون علاج المرضى بطريقة تستند إلى الأدلة في العيادات متعددة التخصصات و وجود الجراحين وأطباء العلاج الإشعاعي والأورام الطبية التي تدعمها وجود أقسام الأشعة و المختبرات و الفحص الخلوي والخدمات المساندة. و أيضا لكي تكون هذه المراكزشاملة فيجب أن يكون لديها سجلات السرطان في المستشفيات على أساس السكان مع الانخراط في أبحاث السرطان (الوبائية، الأساسية والسريرية) و علاج المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية متعددة التخصصات، و أجراء الجراحات المعقدة و العلاج الإشعاعي، والجمع بين العلاج الكيميائى و زرع النخاع العظمى والطرق العلاجية المتقدمة الأخرى.

تحليل الوضع الحالى

التحديات والفرص
الخطوة الأولى في التخطيط لمكافحة السرطان هو تقييم الوضع الحالي لمشكلة السرطان وأنشطة أو برامج مكافحة السرطان.

واحدة من التحديات الكبرى في نظام الرعاية الصحية في مصر هو التعقيد والتشابك مع عدد كبير من الجهات العامة المعنية في الإدارة والتمويل وتوفير الرعاية، وهذا ما يجرى الأن العمل على تفاديه في نظام التأمين الصحى الجديد، على أساس مستويات مختلفة من الرعاية الصحية.
هناك أيضا العديد من العقبات التي تواجه تحقيق رعاية فعالة في مصر، واحدة من العقبات الرئيسية هي عدم كفاية التعليم لمقدمي الرعاية الصحية والجمهور وكذلك بالإضافة إلى القيود المالية التى تعوق تحسين التشخيص والكشف المبكر عن السرطان.

عدم المساواة في التوزيع

أن توزيع المراكز الطبية التى تقدم الخدمات لمرضى السرطان يظهر نمط كبير من عدم المساواة،و يظهر ذلك في تركزهذه المراكز في القاهرة والمدن الكبرى مع تركيز المهنيين الطبيين المدربين في نفس المناطق، وترك الحد الأدنى من الخدمات في المناطق النائية والحدودية مما يؤدى إلى معاناة بعض المرضي من السفر لأكثر من ٥٠٠ كم للوصول إلى المشورة الطبية والعلاج.

تتبنى حاليا السلطات الصحية مبادرة جديدة لجلب المهنيين الطبيين المؤهلين تأهيلا عاليا في جميع التخصصات للعمل في المستشفيات التى تقع فى المناطق النائية، و إعطاء جزء من وقتهم لأنشطة مكافحة السرطان.

وهناك فرصة كبيرة في مصر فى وجود أكثر من ٥٠٠٠ من مراكز الرعاية الصحبة الأولية المنتشرة في جميع أنحاء البلاد (الجدول ٢) التى تغطي المناطق الريفية والحضرية، التى من الممكن لها أن تلعب دورا رئيسيا في مكافحة الأمراض المزمنة بما في ذلك السرطان كجزء من سياسة متكاملة تطورت من قبل منظمة الصحة العالمية للسيطرةعلى الأمراض غير المعدية.

ولكن لا تزال واحدة من التحديات الكبرى تتمثل فى إنشاء أو تعزيز نظام الإحالة المزدوج بين المستويات المختلفة من نظام الرعاية الصحية، فضلا عن تعزيز مراكز الرعاية الصحية الأولية لتبني خدمات جديدة للسرطان

الجدول ٢ نوع وتوزيع مرافق الرعاية الصحية الأولية في مصر، ٢٠١٢

الرعاية الصحية الأولية	الحضرية					الريفية		
	مكتب الصحة	عيادة المركز	مركز الأمومة و الطفولة	مركز حضرى	مركز صحة الأسرة	مركز صحة الأسرة	وحدة صحة الأسرة	اجمالى العدد
عدد المرافق	٣١٤	٧٤	١٥٦	١٥٤	٢٩٤	٣٩٢	٣٧٦٢	٥١٤٦

ويتم تنفيذ ذلك مع المتابعة المناسبة لتعويض انخفاض القدرة لتثقيف الجمهور والفنيين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية مما يتيح لهم التعرف بشكل أفضل على علامات وأعراض السرطان مما بدوره يؤدي إلى التشخيص المبكر و الدقيق مع التقييم السليم للمرض، و يضمن أتخاذ القرارات المتعلقة العلاج بعد مشاورات متعددة التخصصات.

وهناك تحد آخر هو تحميل عبء كبير على المستشفيات والمراكز التخصصية فى حالة عدم إعداد مرافق الرعاية الثانوية على نحو كاف لتلبية متطلبات تشخيص مرض السرطان وعلاجه. أيضا ارتفاع تكاليف رعاية مرضى السرطان تعزى إلى ظاهرة واسعة الانتشار وهى شيخوخة السكان في جميع أنحاء العالم، مع توقعات أعلى من مرضى السرطان للخدمات ذات الجودة العالية، وارتفاع تكاليف العلاج، والأشعات، والأدوية.

وعلى الرغم من وجود السجل القومى للسرطان، وهو نظام راسخ لجمع ونشر البيانات الموثوقة عن حدوث وانتشار أنواع السرطان على المستوى الوطنى، فأن هذا السجل يواجه تحديا كبيرا حيث لا يتم تجميع البيانات في مستوى مركزي واحد (التوافق بين المصادر المختلفة للبيانات) وذلك ليتم تجميعها وتحليلها وأصدارها من خلال كيان واحد.

التحديات	الفرص
• عدم المساواة في توزيع مراكز السرطان • تعقيدات النظام الصحي • تجزئة النظام الصحي • ارتفاع تكاليف رعاية مرضى السرطان • توقعات أعلى من مرضى السرطان للخدمات ذات الجودة العالية • لا يتم تجميع البيانات في مستوى مركزي واحد (التوافق بين المصادر المختلفة للبيانات) وذلك ليتم تجميعها وتحليلها وأصدارها من خلال كيان واحد • فعالية تعليم الجمهور و الفنيين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية فى التعرف على علامات وأعراض السرطان • عدم وجود نظام التحويل المزدوج بين المستويات المختلفة في نظام الرعاية الصحية.	• انتشار واسع لمراكز الرعاية الصحية الأولية • نظام التأمين الجديد، مبنى على مستويات مختلفة من الرعاية الصحية • مبادرة جديدة لجلب المهنيين الطبيين المؤهلين تأهيلا عاليا في جميع التخصصات للعمل في المستشفيات التى تقع فى المناطق النائية • برامج التعليم الطبي المستمر المبنية على مبادرة سابقة للتعاقد مع الموظفين المؤهلين فى مجال الأورام • وجود اعتراف دولي بالسجل القومى للسرطان

خطة العمل

التخطيطو الإدارة الجيدةلبرنامج مكافحة السرطان الوطني يخفضحدوث السرطان ويحسن حياة مرضى السرطان، بغض النظر عن القيود المفروضة على الموارد التي تواجهها البلاد.

كما هو الحال في أي خطة فعالة لمكافحة السرطان، تعتبر البيانات المتوفرة عن احتياجات السرطان لعموم السكان والفئات لا سيما التى تقع فى دائرةالخطر، هي المحرك الأساسلأولويات مكافحة السرطان.هذه الخطة لمكافحة السرطان يجب أن تطمئن صناع القرار أنتبنى هذالنيوذى إلى زيادة التكلفة، ولكن يمكن أن تحققالتكامل مع البرامج الأخرى ذات الصلة في حدود الموارد المتاحة،وأنها سوف تشمل مشاركة و تكون في متناول جميع أصحاب المصلحة المعنيين، و ذلك عن طريق عرض البيانات عن عبء المرض وجهود المكافحة الحالية واستراتيجيات التدخل والدمج مع البرامج الأخرى و الموارد اللازمة للتنفيذ، ثم الرصد والتقييم.

كل الأنشطة المتخذة لتلبية أغراض مكافحة السرطان يجب أن تعمل في إطار الخطة الوطنية الاستراتيجية للوقاية والسيطرة علىالأمراض غير المعدية التي تضمن الإنصاف بين جميع السكان، والاستدامة، واستخدام نهج يستند على الأدلة .

ستة عناصر رئيسية في الخطة الوطنية لمكافحة السرطان من مصر هي:

- التسجيل القومي
- الوقاية
- الكشف المبكر
- الإدارة
- الرعاية التلطيفية
- البحث العلمى

الأهداف الرئيسية للخطة القومية لمكافحة السرطان

١- توسيع نطاق برنامج السجل القومي للسرطان.

٢- منع التعرض لعوامل الإصابة بالسرطان.

٣- تطبيق البرامج العملية للكشف المبكّر.

٤- تحسين نوعية الحياة و الإبقاء على حياةمرضى السرطان من خلال الإدارة السليمة طبقا للمعايير القياسية.

٥- تأسيس برنامج الرعاية الملطفة "برامج تخفيف الألم".

٦- تشجيع أبحاث السرطان ذات الصفةالقومية.

(١) توسيع نطاق برنامج السجل القومى للسرطان

الإحصائيات السليمة للسرطان هى العنصر الأساسي في أي استراتيجية لمكافحة السرطان.ان مصر تمتاز بوجود برنامج السجل القومي للسرطان الذي أنشئ منذ ١٠ أعوام.

تم تأسيس الاحصائيات بشكل جيد و بالفعل قد تم نشرمعدلات الإصابة القومية والإقليمية مع توقعات حجم المشكلة لمدة ٣ عقود قادمة. بات من الضروري التأكد من استدامة الاحصائيات وجودة النتائج.

ينبغي تشجيع استخدام تسجيل البيانات والنتائج وذلك عبر مجموعة واسعة تغطي تحاليل مختلفة في علم الأحصاء الطبى، مثل التحاليل الوصفيه، والمعملية والتنفذية، و يشمل أيضا بحوث الخدمات الصحية مع مراعاة مبادئ اقتصاديات الصحة والمراقبة.

أهداف

١. النظر في تسجيل السرطان كجزء من النشاط الأساسى لجميع مراكز السرطان.

٢. رفع قدرة موظفي التسجيل للتعامل مع جميع السجلات بكفاءة لتحقيق محتوى بيانات ذات جودة عالية.

النشاط ١: اعتبار تسجيل السرطان كجزء من النشاط الأساسى لجميع مراكز السرطان.

النشاط ١.١

وضع وتشجيع الجهود المبذولة حاليا للتشغيل الآلي للسجلات الطبية والربط بين مراكز السرطان.

يجب أن يكون للمعهد القومي للسرطان دورا محوريا في هذه الأنشطة. وأن تتم مزامنة البيانات من مراكزالسرطان وغيرهامن المصادر،مثل تسجيل الوفيات،لضمان تجميع جيد للبيانات في السجل القومي.

•**المسئولين:** وزارةالصحة والمنظمات الدولية.

•**الناتج:** الزام الإخطار بحالات السرطان وتحسين استخدام بيانات التسجيل والنتائج.

•**المؤشر:**عدد مرضى السرطان المسجلين.

النشاط٢.١

تخصيص المزيد من الموارد لدعم عمليات التشغيل الآلي والربط الشبكي

يجب أن يكون هناك المزيدمن الموارد المخصصة لدعم البنية التحتية لمراكز السرطان التي تعمل عل ىدعم إدخال البيانات، وإنشاء وتحديث البرامج وتدريب الموظفين علي إدخال البيانات وذلك لضمان التأهيل الأمثل في أدخال البيانات.

يتم هذامن خلال الدعم الحكومى والموارد المالية من المنظمات غيرالحكومية، والصناعات الدوائية وغيرها من الشركات وعامة الجمهور؛ مع قيادة حملة للتبرع لدعم البحث العلمي.

•**المسئولين:** وزارةالصحة والمنظمات غيرالحكومية و الصناعات الدوائية

•**الناتج:** تحقيق محتوى من البيانات علي درجة عالية من القبول وذل كلتجميع وتحسين التقديرات الوطنية

•**المؤشر:** محتوي البيانات.

النشاط ٢: رفع قدرة موظفي التسجيل للتعامل مع جميع السجلات بكفاءة لتحقيق محتوى بيانات ذات جودة عالية:

تخصيص موظفيين لتسجيل البينات في كل مركزسرطان

يجب أن يكون في كل مركزسرطان أفراد محددين و مخصصين للتسجيل، ويجب تدريبهم جيداًعلى البرامج الحديثة وعمليات إدخال البيانات الصحيحة مع الأخذ في الاعتبار صرف حوافز جيدة لهم.

المسئولين: وزارة الصحة واللجنة القومية لمكافحة السرطان.

الناتج: مزيد من الدقة في عملية إدخال البيانات.

المؤشر: عدد البيانات المسجلة.

(٢) الوقاية من عوامل التعرض للاصابة بالسرطان

الوقاية من السرطان هو أحد العناصر الأساسية في جميع الخطط لمكافحة السرطان،حيث انه قد يقلل حوالي ٤٠٪ من مجموع وفيات السرطان. إن الوقاية من السرطان هي الأكثر فعالية على المدى الطويل من حيث التكلفة. الخطوة الإلزامية الأولى في التخطيط للوقاية هي تحديد عوامل التعرض للإصابة بالسرطان وحجمها. أن بعض عوامل التعرض للإصابة بالسرطان معروفة جيدا، تشارك بعض هذه العوامل الأمراض غير المعدية و المزمنة الأخرى، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، والأمراض التنفسية المزمنة ومرض السكر، ولذلك ينبغي أن يتم التخطيط للوقاية من السرطان والتنفيذ ضمن سياق البرامج الوقائية من الأمراض المزمنة الأخرى، وكذلك في سياق التخطيط الشامل لمكافحة السرطان.

من بين أهم العوامل المعدلة اللاتي تشارك عوامل التعرض للاصابة بالسرطان وجميع الأمراض المزمنة الأخرى:

- ☒ استخدام التبغ،
- ☒ نظام غذائي غير صحيمع قلة تناول الفواكه والخضروات،
- ☒ خمول باللياقة البدنية،
- ☒ زيادة الوزن والسمنة

وتشمل العوامل الأخرى للاصابة بالسرطان التعرض إلي:

- العوامل الفيزيائية المسرطنة، مثل الأشعة فوق البنفسجية.
- المواد الكيميائية المسببة للسرطان ، مثل الملوثات الغذائية (الأفلاتوكسين) أو من الملوثات المهنية (الاسبستوس).
- العوامل البيولوجية المسرطنة، مثل العدوى عن طريق الفيروسات والبكتيريا والطفيليات (فيروس الورم الحليمي البشري والتهاب الكبد الوبائي بي ، سي.

أن الوقاية من السرطان تهدف إلى مكافحة عوامل التعرض للإصابة بالسرطان التي تم تحديدها، وخاصة تلك القابلة للتعديل، وهذا يعتمد بشكل رئيسي على السلوك الفردي، و من الممكن من خلال الإجراءات الصحية العامة معالجة أنماط الحياة الغير الصحية والتلوث البيئي. لذلك يجب أن تكون سياسات الوقاية من السرطان متكاملة ضمن السياق العام للتنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد، و النظر لما هو أبعد من قطاع الصحة . نجاح هذا العنصر الوقائي في الأساس يعتمد على التعاون متعدد القطاعات .

الأنشطة

١- تقييم دوري لانتشار عوامل التعرض الأساسية للاصابة بالسرطان.

٢- الحد من استهلاك التبغ.

٣- تعزيز نمط حياة صحي مثل التحكم في الوزن وممارسة النشاط البدني واتباع نظام غذائي صحي.

٤- الحد من انتشار العدوى المزمنة بما في ذلك (التهاب الكبد الوبائي بي و سي، وفيروس الورم الحليمي البشري والبكتيريا الحلزونية).

النشاط ١: التقييم الدوري لانتشار عوامل التعرض الأساسية للاصابة بالسرطان

الخطوة الأولى في التخطيط للوقاية من السرطان عن طريق إجراء تقييم منتظم لعوامل التعرض للاصابة بالسرطان على المستوى القطري، للحصول على البينات المطلوبة الموثقة والقابلة للمقارنة، وذلك لتحديد الأولويات القائمة على الأدلة لتخصيص الموارد، وتقييم فعالية تنفيذ التدخلات الوقائية.

النشاط ١.١

أ- أولاً مسح وطني على أسس منتظمة كل خمس سنوات، لتقييم مدى انتشار عوامل الخطر الشائعة على المستوى الوطني، و فى حالة وجود قصور فى التمويل فأنه من الممكن أتباع نهج عملي آخر.

ب- دمج أسئلة محددة لتقييم عوامل الخطر الشائعة ضمن الدراسة الاستقصائية القومية مثل الإيرادات والمصروفات، وغيرها.

المسئولين: وزارة الصحة والمنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

الناتج: بيانات موثقة قابلة للمقارنة على المستوى الوطني تمكن المقارنة مع البلدان الأخرى.

مؤشرات:، عدد الدراسات الاستقصائية الوطنية التي يتم أجرائها كل ٣ – ٥ أعوام و توافر البيانات الوطنية المنشورة عن عوامل التعرض للاصابة بالسرطان.

النشاط ١.٢

إنشاء نظام مراقبة قوي داخل وزارة الصحة، يمكن أن يكون جزء من نظام مراقبة الأمراض الغير المعدية، لمتابعة ورصد حجم عوامل الخطر الأساسية المشتركة

المسئولين: وزارة الصحة والمنظمات الدولية

الناتج: عوامل الخطر بالبلد بما في ذلك الاتجاه على مدى عدة سنوات.

-القدرة لتقييم التدخلات الوقائية التي أجريت ضمن برنامج المكافحة.

المؤشر: توافر واستدامة البيانات المتعلقة بعوامل خطرالاصابة بالسرطان على مدى سنوات (الاتجاه).

النشاط ٢: الحد من استهلاك التبغ:

استخدام التبغ هوالسبب الرائد للسرطان الذى من المكن الوقاية منه. وهوعامل لستة من ثمانية أسباب رئيسية للوفاة في جميع أنحاء العالم بما في ذلك السرطان. وهوالسبب لمجموعة متنوعة من أنواع السرطان مثل الرئة والمريء والحنجرة وتجويف الفم والمثانة والكلى والمعدة والقولون والمستقيم.

وفق الأهداف الخطة العالمية للأمراض غيرالمعدية فأنه يجب أن تنخفض نسبيا نسبة أستهلاك التبغ إلي ٣٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥.

تعتبر مصرطرف في اتفاقي تمنظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ منذعام ٢٠٠٥. اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية، وهى أول معاهدة للصحة العامة الداخلية، وقد تم تطويرها ردا على عولمة وباء التبغ. مجموعة متنوعة من العوامل المعقدة عبرالحدود تسهل انتشار وباء التبغ، بما في ذلك تحريرالتجارة والاستثمارالأجنبي المباشر. وقد ساهمت عوامل أخرى مثل التسويق العالمي عن طريق أشكال جديدة وأهداف جديدة، الإعلان عن التبغ عبرالحدود والترويج والرعاية، بالاضافة إلي الحركة الدولي للسجائر المهربة مما أدي إلي الزيادة الهائلة في استخدام التبغ.

منذ تصديق مصر على الاتفاقية الإطارية في عام ٢٠٠٥، فقد تم أجراء الكثير من الانجازات بما في ذلك زيادة الضرائ بالمفروضة على التبغ، والتحذيرالصحي المصورعلى علب السجائروحظرالإعلان المباشرعن منتجات التبغ. ومع ذلك، لاتزال البلاد تواجه العديد من التحديا توالفجوات للتغلب عليها، ولذلك فأن التدخلات الفعالة المختلطة المبنية على الأدلة تتطلب الأستدامة للوصول إلى الهدف العالمي في عام ٢٠٢٥.

ووفقا للتقاريرالأخيرة لمنظمة الصحة العالمية لمكافحةا لتبغ (٢٠١٥) التى تظهر أحدث تحليلل للوضع الحالي لتدابير مكافحة التبغ فى مصر،فانه مطلوب تطبيق اثنين من التدخلات الرئيسية لتحقيق الهدف العالمي لعام ٢٠٢٥ بانخفاض نسبي لنسبة استهلاك التبغ إلي ٣٠٪ . هذه التدابيرهي:

١. حماية الناس من التعرض للتدخين السلبي

٢. حظرالاعلان عن منتجات التبغ والترويج والرعاية.

لمعالجة هذه العنصرين الهامين لمكافحة التبغ:

النشاط ٢ . ١ حماية الناس من التعرض للتدخين السلبي من خلال:

• فرض تنفيذ قوانين الأماكن الخالية من الدخان في المرافق التعليمية والصحية، وأماكن العمل بما في ذلك المباني الحكومية والمطاعم والمقاهي ووسائل النقل العام.

المسئولين: وزارة الصحة / دائرة مكافحة التبغ باعتباره شريكا رئيسيا مع جميع القطاعات الحكومية الأخرى ,وبالأخص وزارة الداخلية وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية.

الناتج: حظر استهلاك التبغ في الأماكن العامة المغلقة.

مؤشرات: - انتشار التعرض للتدخين السلبي في كل الأماكن العامة المذكورة سابقا.

النشاط ٢ . ٢ سن وفرض حظر شامل على جميع أشكال الأعلان من خلال الأنشطة التالية:

• تطبيق المنع علي مشاهد شاشة التلفزيون والسينما التي تحتوي على تعاطي التبغ.

• حملات فى وسائل الإعلام على مستوى عال لرفع مستوى الوعي العام حول مخاطر استهلاك التبغ وتكون موجهة بشكل خاص للشباب مع الضغط المجتمعى على وسائل الإعلام.

• حظر الإعلان في الأسواق المختلفة من خلال التعاون مع وزارة الداخلية.

المسئولين: وسائل الإعلام و وزارة الصحة

الناتج: فرض حظر على الإعلان في وسائل الإعلام.

رفع مستوى الوعي العام حول مخاطر التبغ

ضغط المجتمع على الأشخاص الذين يعملون في وسائل الإعلام لإيقاف مشاهد تعاطي التبغ في عملهم

مؤشر: تسجيل والإبلاغ عن مشاهد لتعاطي التبغ في وسائل الإعلام

• وجود سجل وتقارير الحظرعلى جميع مشاهد استخدام التبغ

الهدف ٣: تعزيزأنماط الحياة الصحية

من أهم عوامل الخطر النظام الغذائي الغيرصحي والخمول البدني والسمنة، مما يمثل ٢٠٪ من عبء السرطان (سرطان القولون، سرطان الثدي وسرطان بطانة الرحم بعد انقطاع الطمث). لذلك يوصى بشدة الحد من السمنة وزيادة اللياقة البدنية، مع أتباع نظام غذائي صحي.

إن الترويج لأسلوب حياة صحي من المرجح أن يكون أكثر فعالية بالأخص إذا كان بالتعاون مع قطاعات حكومية متعددة غير صحية ، مثل وزارة التموين والتجارة الداخلية، وزارة التربية والتعليم، وزارة التعليم العالي، وزارة الصناعة والتجارة الخارجية، ووسائل الإعلام و وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات.

الأنشطة:

١. تعزيز اتباع نظام غذائي صحي.

٢. زيادة النشاط البدني بانتظام.

٣. الحد من زيادة الوزن والسمنة

٤. الحد من انتشار التهاب الكبد الوبائي بي و سي

النشاط ٣.١اتباع نظام غذائي صحي

• زيادة الوعي العام حول مبادئ النظام الغذائي الصحي وكيفية تجنب التعرض للعوامل الغذائية الضارة.

• توفير وجبات صحية في المدارس (بما في ذلك المقاصف المدرسية)، وأماكن العمل وغيرها من المؤسسات.

• نظام الدعم المباشر نحو المواد الغذائية الصحية مثل الفواكه والخضروات بدلا من الزيت والسكر.

• زيادة الضرائب على المواد الغذائية والمشروبات الغير الصحية لزيادة أسعارها.

• دمج موضوع التغذية في المناهج الدراسية للمدارس وكليات الطب.

• تشجيع اتباع نظام غذائي صحي عن طريق استخدام تكنولوجيا الهاتف النقال في رفع الوعي العام حول مواضيع مختلفة وتجنب التعرض للعوامل الغذائية الضارة.

• وضع علامات غذائية واضحة على المنتجات الغذائية.

المسئولين: نهج متعدد القطاعات، ليس فقط في القطاع الصحي، ولكن يشمل أيضا الرياضة والترفيه والتعليم والنقل وقطاعات التخطيط العمراني.

الناتج: رفع مستوى الوعي العام حول أهمية اتباع نظام غذائي صحي، وأثاره على الصحة العامة وكيفية تجنب التعرض للعوامل الغذائية الضارة.

المؤشر: أنتشار أمراض سوء التغذية و عدد الحصص المتناولة من الفواكه والخضروات / يوم

النشاط٢.٣ زيادة ممارسة النشاط البدني بانتظام

- تعزيز ممارسة المشي (٣٠ دقيقة / يوم) وذلك من خلال الحملات الإعلامية، وتقديم المشورة المهنية، ونشر المواد الدعائية.

- يجب التأكد من توافر المرافق والخدمات لممارسة النشاط البدني في تخطيط المدن الجديدة والمناطق السكنية.

- تعديل سياسات النقل لتشجيع المشي وركوب الدراجات، مع التشجيع على التقليل من استخدام السيارات.

المسئولين: وزارة الصحة، وزارة الشباب و الرياضة، وزارة التربية و التعليم، وزارة التعليم العالي، وزارة النقل و وزارة الأسكان و التخطيط العمراني.

الناتج: زيادة مستوى النشاط البدني بين سكان مصر.

- زيادة عدد الأماكن العامة لممارسة المشي والنشاط البدني

مؤشرات: - انتشار الأشخاص الذين يعيشون حياة مستقرة دون ممارسة أي نشاط بدني

- انتشار ممارسة المشي والتمارين البدنية

النشاط٣.٣ انخفاض معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة المفرطة

- الدعم والجمع بين جميع التدخلات التي تستهدف كل من النظام الغذائي الصحي والأنشطة البدنية لأنها متداخلة.

- حملة إعلامية لتغيير المفاهيم الثقافية وتأكيد أن السمنة هي عامل خطر رئيسي لكثير من الأمراض المزمنة بما في ذلك السرطان.

- من الأولويات الهامة منع السمنة لدى الأطفال والشباب، وذلك من خلال تعزيز النشاط البدني وتحسين النظام الغذائي بالمدارس.

المسؤولية: التعاون بين القطاعات المتعددة والمنظمات الدولية

الناتج: انخفاض معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة.

المؤشر: ان مؤشر كتلة الجسم هو مؤشر بسيط للتقييم.

<u>النشاط ٤.٣</u> انخفاض معدل انتشار التهاب الكبد الوبائي بي و سي

ان الالتهاب الكبد الوبائي المزمن باء يسبب حوالي ٥٢٪ من سرطان الخلايا الكبدية في العالم، في حين أن ٢٠٪ أخرى من السرطانات الكبدية سببها فيروس التهاب الكبد الوبائي (سي)

بما ان مصر تعتبر واحدة من أعلى الدول في جميع أنحاء العالم في معدل انتشار حالات التهاب الكبد الوبائي ، بمعدل ٨- ١٠ مليون نسمة مصابين بالالتهاب الكبدى الفيروسي وأكثر عرضة لخطر الإصابة. هذا الانتشار الكبير يكمن وراء ارتفاع معدل انتشار سرطان الكبد في مصر.

- للالتهاب الكبد باء: التطعيم بلقاح التهاب الكبد باء يعتبر أفضل استراتيجية فعالة من حيث التكلفة للوقاية من سرطان الكبد.ولقد تم دمجه حاليا في البرنامج الموسع للتطعيم الوطني.

- تنفيذ المعايير الدولية لممارسات الحقن ومكافحة العدوى في جميع خدمات الرعاية الصحية للحد منانشار الفيروسات.

- تثقيف الجمهور حول التهاب الكبد الفيروسي و تأثيره المميت على الصحة وكيف يمكن تفاديه وذلك من خلال تطبيق الأستراتيجيات التي تستهدف تغيير السلوك في ممارسات الحقن الغير آمنة و الممارسات الجنسية المتعددة.

التوسع في توفير أجيال جديدة من الأدوية لعلاج عدوى الالتهاب الكبدي لمنع تطور سرطان الكبد (سرطان الكبد).

الهدف (٣) تنفيذ برامج الكشف المبكر العملية

الكشف المبكر عن السرطان هو العنصر الرئيسي الثاني من برامج مكافحة السرطان القومية. ويستند الكشف المبكر على مفهوم أن العلاج يكون أكثر فعالية عندما يتم كشف المرض في مرحلة مبكرة مقارنة بأكتشافه في مرحلة أكثر تقدما.

على سبيل المثال، فإن الهدف في حالة سرطان الثدي هو الكشف عن السرطان وهو موضعي بالثدي قبل التغلغل في الأنسجة المحيطة أوالأعضاء البعيدة.

الاكتشاف المبكر هو جزء من استراتيجية أوسع نطاقا، تشمل التشخيص والعلاج والمتابعة.

من غير المرجح أن يكون الفحص ناجحا ما لم يستند إلى برنامج تعليمي فعال، والامتثال على عدد السكان المستهدفين والعلاج الفعال لأمراض السرطان التي تم تشخيصها، كلاهماعنصرين من العناصر المهمة في برنامج الفحص المنظم

الأنشطة:

١. وضع الدلائل التوجيهية الإكلينيكية للتشخيص المبكرلأنواع السرطان المختلفة

٢. رفع مستوى الوعي العام

٣. الاستثمار في خدمات الرعاية الصحية

٤. إنشاء برامج منظمة لفحص المجموعات المعرضة للخطورة

النشاط ١: وضع الدلائل التوجيهية الإكلينيكية للتشخيص المبكر لأنواع السرطان المختلفة

النشاط ١.١

مراجعة المبادئ التوجيهية المتاحة وطرح أحدث طرق التشخيص المستندة بالأدلة.

وعل بالرغم من التكالي فالمنخفضة نسبيا لهذه الاختبارات مثل فحص الثدي الإكلينيكي، فان العملية برمتها قد تنطوي على أرتفاع التكاليف بالإضافة إلي تحويل الموارد بعيداعن أنشطة الرعايةالصحية الأخري.

النشاط ١. ٢

تدريب أطباء الرعايةا لصحية الأولية على كيفية استخدا مالمبادئ التوجيهية في اتخاذ القرارات لتنفيذ الكشف المبكرع نالسرطان كجزء من برنامج مكافحة السرطان. والقراريجب أن يكون مستند بالأدلة،

ويعتمد على عبء المرض، وخصائص اختبارات الاكتشاف المبكر، والفعالية من حيث التكلفة للكشف المبكر، والاحتياجات من القوى العاملة، ومستوى تطورالخدمات الصحية في وضع محدد.

المسئولين: اللجنة القومية / خبراءالكشف المبكر بوزارة الصحة.

الناتج: مبادئ توجيهية عملية، مع تواجد أطباء مدربين في الرعاية الصحية الأولية.

المؤشر: تطبيق المبادئ التوجيهية في مراكز وزارة الصحة للسرطان

النشاط٢: رفع الوعي العام

رفع مستوى الوعي العام م نخلال إجراء حملات الإرشاد و تعليم كل من الجمهور و أطباء الرعاية الصحية، والذي يمكن أن يؤدي إلى تحسن كبيرفي علاج مرض السرطان إذا تم تشخيصه في مرحلة مبكرة، مع تجنب التأخيرفي التشخيص، وتوفيرالعلاج الفعال.

التثقيف الصحى للجمهوربشأن التشخيص المبكرلسرطان الثدي لديه عدة عناصر:

- تعزيزالصحة ،بما في ذلك التعليم والإرشاد للنساء وفي العديد من المجالات الرجال أيضا، وينبغي أن يكون جزءا لايتجزأ من ك لبرامجم كافحة سرطان الثدي، وبالأخص في مراكز الرعاية الصحية الأولية ومستوى المجتمع المحلي.

- التربية الصحية يجب أن تهدف لزيادة وعي النساء وأسرهم والمجتمع ككل بأنه إذا تم أكتشاف سرطان الثدي في وقت مبكر، فأنه يكون قابل للعلاج. إن الحملات الاعلامية قد تكون عونا كبيرا خاصة إذا كانت من خلال إنتاج مواد جذابة.

- يجب أن تكون رسائل التثقيف الصحيح لسرطان الثدي مناسبة ثقافيا وثابته في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية.

المسئولين: وزارةالصحة والعاملين في مجال الرعاية الصحية في وحدات الرعاية الصحية الأولية، والصحافة و الإعلام والاتصال العام المباشر باستخدام المؤثرين في المجتمع (مثل رجال الدين) و المنظمات غيرالحكومية

الناتج: - اتاحة مواد تعليمية واضحة

- تنظيم دورات تدريبية و ورش عمل

المؤشر: قياس المعارف والمواقف وممارسة الأفراد الذين يحصلون على التثقيف الصحي.

النشاط ٣: استثمارات في خدمات الرعاية الصحية

النشاط ٣ . ١ **ضمان أن تتوفرالموارد** اللازمة للتشخيص الفعال. وفقا لمنظمة الصحة العالمية، عندما تكون الموارد محدودة، تنخفض نسبة حدوث أنواع السرطان الأكثر شيوعا بناءاً علي العلاج المناسب مما يحد من الوفيات المبكرة والمعاناة بسبب مرض السرطان.

النشاط ٣ . ٢ **تنقيح وتحديث البنية التحتية** والتسهيلات اللازمة واللوازم والمعدات، المطلوبة لتلبية، الإكتشاف المبكر على سبيل المثال، برامج الفحص عن طريق الفحص الثدي بالأشعة لا يتسح للبلاد ذو الدخل المنخفض أو المتوسط. لذلك فأن برامج التعليم التي تجعل المرأة علي علم بفحص الثدي، جنبا إلى جنب مع إزالة العوائق المالية أوالثقافية للوصول إلى نظام الرعاية الصحية، هي النهج الأمثل لعلاج السيدات اللاتي يعانون مشاكل في الثدي. ومع ذلك، فمن الضرورة أن يتوفر بمراكز الرعاية الصحية الأولية المختصة فحص الثدي الإكلينيكي و تحويل السيدات ذو أمراض الثدي لمزيد من التشخيص والعلاج.

النشاط٣ . ٣ التوظيف والتدريب والتخصص لأطباء الأورام

النشاط ٤: تنظيم برامج الفحص للفئات المعرضة للاصابة بالسرطان

الفحص المنظم يتم بزفي المقام الأول على أسس كيفية انتشار دعوات الفحص. في الفحص المنظم، تصدرهذه الدعوات للافراد الأكثر تعرضا للاصابة ضمن عدد محدد من السكان، مع وضع التدابير لتسهيل حضورهم للفحص. في هذا السياق، عاد ة يتم تعريف الخطرحسب العمر.

وتتطلب جميع برامج الفحص درجة معينة من التنظيم لتكون ناجحة.

العناصرالهامة في التنظيم ما يلي: (١) مجموعة مستهدفة محددة أو فئة من السكان، من واقع سجلات السكان. (٢) توفير الوسائل المتاحة لضمان التغطية العالية والمشاركة؛ (٣) الحصول عل فحص ذو جودة عالية؛ (٤) نظام تحويل فعال ف يمكان مخصص للتشخيص و العلاج. و (٥) التدابيرا لمتخذة لرصد وتقييم البرنامج.

قد يحدث تأخيرفي تشخيص سرطان الثدي فيم ستوى الرعاية الثانوية.

الهدف (٤) تحسين جودة الحياة والبقاء على قيد الحياة لمرضى السرطان من خلال علاج جيد و محدد

الأهداف:

١. وضع مبادئ توجيهية محدثة لوسائل العلاج الطبية والجراحية للسرطان

٢. التأكد من الحصول على الأدوية الأساسية والوسائل الحديثة لرعاية مرضى السرطان

٣. تعزيز دور هيئة التمريض وشبه الطبية لمعايير الكفاءة المتوقعة

النشاط ١: وضع مبادئ توجيهية محدثة لوسائل العلاج الطبية والجراحية للسرطان.

النشاط ١.١

هناك حاجة إلى معايير لرعاية مرضى السرطان القائمة على الأدلة. عديد من المنظمات قد أنتجت فئات لذلك، فإن الأبسط كائن في ثلاثة مستويات: المستوى الأول استنادا إلى التجارب العشوائية، المستوى الثالث استنادا إلى رأي الخبراء، وأشكال مختلفة من التحقيقات المراقبة قد تضم المستوى الثاني استمداد الأدلة يتطلب البحث، والمهم أن هذا النوع من الأبحاث يجب أن يجرى على مستوى السكان

في الواقع، العديد من نظم العلاج المؤسسة تعتمد على الجراحة و البعض على العلاج الإشعاعي هم الأفضل على أساس المستوى الثاني من الأدلة، وبعض فقط على مستوى الثالث وبالرغم ان هذا دليل استمد إلى حد كبير من الدراسات الملاحظة في الدول الغربية، فان نطاق تطبيقه بلادنا يميل فقط إلى دعم من قبل الرأي من الخبراء المحليين، أو المستوى الثالث من الأدلة.

لجنة وطنية من جميع أساتذة وخبراء السرطان في مصر يجب ان تعتمد نظم رعاية مريحة لمرضى السرطان والمبادئ التوجيهية وفقا لأوضاعهم والظروف المحيطة بهم. ويجب مراجعة وتحديث هذه التوجيهات كل ٣-٥ أعوام وفقا لآخر التطورات في التوجيهات الدولية.

لابد من اعتماد المبادئ التوجيهية من قبل وزارة الصحة، وطبعها وتوزيعها على جميع مراكز السرطان

المسئولين: لجنة سرطان القومية

الناتج: توحيد نظم علاج السرطان في جميع مراكز السرطان

المؤشر: ان عدد الحالات المشار اليها بين مراكز السرطان، هي أفضل التكهن لحالات السرطان.

النشاط ١ . ٢

التدريب الطبي المستمر لأطباء الأورام على المبادئ التوجيهية المحدثة مع تعيين أطباء متخصصين وتوعيتهم بالمبادئ التوجيهية المحلية.

يجب انشاء دورة منظمة بشكل جيد للتدريب على المبادئ التوجيهية المحلية، وعلي أن تعتبر شرطا أساسيا للعمل كمتخصص في الأورام

المسئولين: لجنة محلية لمكافحة السرطان ووزارة الصحة

الناتج: رفع قدرات أطباء الأورام

المؤشر: تسجيل أعداد حالات السرطان المعقدة

النشاط ٢: ضمان الحصول على الأدوية الأساسية والوسائل الحديثة لرعاية مرضى السرطان

النشاط ١ منح جميع الموارد اللازمة لتوفير مراكز علاج السرطان مع الطرق المثلى للعلاج وفقا للمبادئ التوجيهية على الصعيد الوطني.

الاستخدام السليم للأدوية والاستفادة من الوسائل الحديثة الصحية في رعاية مرضى السرطان يتطلب تعليم الأطباء والممرضين والصيادلة وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. وذلك لتفادي الاستغلال الغير سليم واستخدام النتيجة في تشخيص غير صحيح ومعالجة غير فعالة. ثغرات في العلاج، بسبب عوامل المرضى، وعدم كفاية الأموال، وفشل نظام العرض، أو مشاكل أخرى، قد يؤدي إلى العجز أو الوفاة. كما يعتمد العلاج الفعال على المشاركة النشطة للمرضى واطلاعهم علي وسائل العلاج، وعلى استمرارية عمل علي رعاية ودعم مرضى السرطان

المسئولين: وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التعليم العالي

الناتج: الاستخدام الأمثل للموارد مع احتمال أعلى نسبة الشفاء.

المؤشر: عدد من الحالات المعقدة وعدد الوفيات الناجمة عن التشخيص و / أو العلاج الخاطئ

النشاط ٢- وضع "لائحة الوسائل الحديثة الأساسية" للسرطان:

وضع معايير واضحة لتحديد التقنيات. إجراءات العطاءات يجب أن تكون متطورة، اختيار جيد للموردين والآلات ، والتخلص من النفايات بعد انتهاء التاريخ المخطط لها، وصيانة متفق عليها في العقود.

المسئولين: لجنة السرطان المحلية ووزارة الصحة

الناتج: تقديم خدمة أفضل إلى جميع مرضى السرطان في مراكز السرطان

مؤشرات: احصائيات عن قبول المريض، وتشخيص حالات السرطان، ومعدلات وفيات السرطان.

النشاط ٣: تعزيز دور مراكز السرطان الشاملة

نموذج بديل، إذا كان مستوى تقديم الخدمات ليس على المستوى المقبول، يجب تكثيف وتعزيز مراكز سرطان صغيرة متخصصة على مستوى المنطقة، هذه المراكز النموذجية تساعد على تقديم أفضل الممارسات في مجال العلاج الكلينيكي وتوفير الخدمات الإكلينيكية والأساسية لتلبية احتياجات المريض في مكافحة السرطان.

في مصر، هناك العديد من النماذج الناجحة.

النشاط ١. إشراك هذه المراكز في عملية تقديم الخدمات السرطانية من خلال الدعم بالمبادئ التوجيهية المحلية، وإدماج الأطباء في برامج تدريب المراكز حكومية

المسئولين: وزارة الصحة بالتعاون مع المجتمع المدني والمجتمع الأكاديمي.

الناتج: توسيع تقديم خدمات مراكز السرطان إلى مناطق قد تفتقر هذه الخدمات، بالإضافة إلي تعويض النقص في الخدمات الحكومية في بعض المناطق الأخري

المؤشر: عدد (أو نسبة منوية) من المرضى الذين يقدمون علي هذه المراكز ومؤهلات الأطباء في هذه المراكز.

الهدف (٥) إنشاء برنامج الرعاية الملطفة

الرعاية التلطيفية يخفف من المعاناة ويحسن نوعية حياة الناس الذين يعيشون ويموتون مع مرض مزمن وغير قابل للشفاء. ٨٨ % من المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية يعانون من الالم. ان الرعاية التلطيفية ضرورية لجميع أنواع السرطان وكذلك لعدد من الأمراض الأخرى. ستة وعشرون في المئة من المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية لديهم سرطان.

الرعاية الملطفة وكثيرا ما يخلط مع رعاية المسنين، والتي يتم توفيرها للأشخاص الذين لديهم تشخيص نهائي. ويمكن توفير الرعاية الملطفة في أي وقت خلال تشخيص السرطان، وليس فقط في نهاية الحياة.

كيفية تقدير عدد الأشخاص المحتاجين للرعاية التلطيفية على أساس عدد الوفيات الناجمة عن السرطان (وفقا لمنظمة الصحة العالمية)

الأهداف:

١. وضع السياسة الوطنية للرعاية التلطيفية.

٢. تأكد من أن المعايير الرعاية الملطفة للسرطان بما في ذلك تخفيف الألم يتم اعتمادها تدريجيا على الصعيد الوطني من قبل جميع مستويات الرعاية.

٣. اعتماد فريق الرعاية التلطيفية

الهدف ١: وضع سياسة وطنية للرعاية التلطيفية

النشاط ١.١

إجراء سلسلة من اللقاءات مع جميع أصحاب المصلحة (خبراء وصانعي السياسات والمنظمين والمنظمات غير الحكومية) لوضع سياسة وطنية للرعاية التلطيفية مع المعايير والمبادئ التوجيهية علي كل مستويات الرعاية، والموارد اللازمة لتقديم الخدمات المناسبة ومعايير مقدمي الرعاية والبرامج التدريبية.

المسئولين: لجنة السرطان

الناتج: إنشاء مبادئ توجيهية ومعايير الرعاية الملطفة محلية لمرضى السرطان

المؤشر: طباعة ونشر المبادئ التوجيهية المحلية للرعاية التلطيفية

الهدف ٢: تأكد من أن المعايير لسرطان الرعاية الملطفة بما في ذلك تخفيف الألم يتم اعتمادها تدريجيا على الصعيد الوطني من قبل جميع مستويات الرعاية.

النشاط ٢ . ١

وضع معايير للرعاية التلطيفية وتعميمها على جميع مستويات الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص

المسئولين: وزارة الصحة، اللجنة المحلية لمكافحة السرطان والرائدة في مجال الرعاية الصحية من القطاعات ذات الصلة

الناتج: ضمان أن أكثر من ٧٥٪ من العاملين في الرعاية الصحية علي علم وملتزمين بالمعايير الوطنية

المؤشر: نسبة من العاملين في مجال الرعاية الصحية على علم تام بالمبادئ التوجيهية المحلية للرعاية التلطيفية.

النشاط ٢.٢

وضع قائمة العقاقير الرعاية الملطفة الأساسية وضمان توافرها في المنطقة المستهدفة، وتشمل حزم الرعاية الملطفة في خطط التأمين الصحي وبرامج الرعاية المنزلية.

توفير الرعاية التلطيفية لمرضى السرطان في مراحله المتقدمة يتطلب علاج الألم لتكون في متناول الجميع.

يمكن توفير تخفيف الآلام عن طريق تدريب كافي لمقدمي الرعاية ، بما في ذلك أفراد الأسرة، في المنزل.

اتاحة كل من المسكنات غير الأفيونية والمواد الأفيونية، وبخاصة المورفين عن طريق الفم.

المسئولين: وزارة الصحة

الناتج: إدخال مجموعة جديدة من الخدمات في وزارة الصحة.

المؤشر: عدد من مرافق الرعاية الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الملطفة.

الهدف ٣: اعتماد فريق الرعاية التلطيفية

إن القيادة القوية مع إدارة البرامج الشاملة يجب أن تضمن أن المديرين ومقدمي الرعاية الصحية المحليين يعملون في فرق متعددة التخصصات في النظام الصحي، بالإضافة إلي تنسيق وثيق مع قادة المجتمعات المحلية والمنظمات المشاركة في تقديم الرعاية التلطيفية

ومن المشاركين في مقدمي الرعاية الصحية في الرعاية التلطيفية الأطباء والممرضين والأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين والمرشدين الروحيين والمتطوعين والصيادلة والمعالجين التقليديين. كل علي حدة له دورا مفيدا

النشاط ١

تطوير مناهج التعليم الرعاية الملطفة لطلاب المرحلة الجامعية والدراسات العليا في كليات الطب والتمريض.

المسئولين: الخبراء والأساتذة الجامعيين.

الناتج: إنشاء تخصص طبي جديد

المؤشر: عدد من العاملين في مجال الرعاية الصحية يعملون كمتخصصين في العناية الملطفة

النشاط ٢

تحديد وتدريب شبكة من مقدمي الرعاية الصحية في مختلف مستويات الرعاية، بما في ذلك مقدمي الرعاية من المجتمع والأسرة الذين يحتاجون المشاركة في تقديم الخدمات وفقا للنموذج التالي لمنظمة الصحة العالمية)

في المستوى الثالث، يجب علي جميع الأطباء والممرضين اللذين يتعاملون مع مرضى السرطان الحصول على التدريب الأساسي في إدارة الألم والأعراض الأخرى، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي. ويتم احالة الحالات المعقدة إلى فريق متخصص يتكون من طبيب متخصص في الرعاية التلطيفية، ممرضة،

الأخصائي الاجتماعي (أو علم النفس) والصيدلي. وهذا الفريق يعتبر بمثابة مجموعة مرجعية محلية للتدريب.

في المرحلة الثانوية، يجب علي جميع الأطباء والممرضين اللذين يتعاملون مع مرضى السرطان الحصول على التدريب الأساسي في إدارة الألم والأعراض الأخرى، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي. ويتم احالة الحالات المعقدة إلى فريق متخصص مكون من طبيب و / أو ممرضة متخصصة في الرعاية الملطفة، أخصائي اجتماعي والصيدلي. وهذا الفريق يعتبر بمثابة مرجع حي ومجموعة للتدريب.

في المرحلة الابتدائية،

يجب علي جميع الممرضين والممرضات اللذين يتعاملون مع مرضى السرطان الحصول على التدريب الأساسي في إدارة الألم والأعراض الأخرى، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي. ويتم احالة الحالات المعقدة إلى فريق متخصص في المستوى الثانوي أو الثالث. وسيتم تدريب الممرضات المتخصصين في فرق المرحلة الابتدائية لتدريب والإشراف علي قادة المجتمع ومقدمي الرعاية الأسرية والمعالجين التقليديين .

المسئولين: وزارة الصحة وأساتذة الرعاية الصحية

الناتج: ضمان أن ٣٠-٥٠٪ من المرضى بالسرطان الحصول على الإغاثة من الألم وغيرها من المشاكل الجسدية والنفسية والروحية.

مؤشر: عدد مرضى السرطان الذين يتلقون الرعاية الملطفة.

الهدف (٦) تشجيع البحوث الوطنية

عملية رصد خطة العمل لمكافحة السرطان

يمكن رصد خطة مكافحة السرطان عن طريق المؤشرات الهيكلية والعملية ومقاييس النتائج.

١- المؤشرات الهيكلية تعكس مستوى تطوير الخدمات الصحية في البلاد وما هو متاح من حيث البنية التحتية للرعاية الصحية، مثل المؤسسات والخدمات المنظمة، والموارد البشرية، بما في ذلك التقنيات والأدوية، لتقديم رعاية مرضى السرطان واتجاهات تحسين المكونات الهيكلية مع مرور الوقت. وتشمل الأمثلة عدد أسرة فى مستشفيات السرطان، والعدد لمتاح لمقدمي رعاية مرضى السرطان، وتوافر الإدارة والمبادئ التوجيهية لعلاج السرطان القائمة على الأدلة.

٢- المؤشرات العملية: ترجع إلى كفاءة خدمات السرطان مثل الإحالة، والكشف المبكر والعلاج والرعاية والمتابعة والتغطية لهذه الخدمات. ومن الأمثلة كفاءة التشخيص المبكر، نسبة الإحالة، والوقت من الأعراض الأولى للعلاج، والنسب المئوية من مضاعفات العلاج، والنسب المئوية من المرضى الذين تم علاجهم أو الذين لميتم علاجهمعن طريق الإرشادات، وتكاليف استكمال نظم العلاج. التكلفة المباشرة وغير المباشرة للعلاج ووقت الانتظار من التشخيص حتى بدء العلاج كمؤشرات لجودة النظام الصحي.

٣-مؤشرات النتائج: تشير إلى التغيرات في النتائج الصحية نتيجة لرعاية مرضى السرطان من حيث المخاطر،حالات البقاء على قيد الحياة، الوفيات، والأعراض والمعاناة ونوعية الحياة والفعالية من حيث التكلفة.

وتستمد الثلاث مجموعات للمؤشرات من قواعد البيانات المناسبة مثل تلك التي وضعت لأغراض إدارية، سجلات السرطان، ومعدل الوفيات (بيانات الإحصاءات الحيوية)، والتأمين، وتقديم الخدمات، ونظم المعلومات في المستشفيات، والدراسات الاستقصائية و الطبية. الأمر الذي يتطلب الجمع والتخزين الآمن للمعلومات.