

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

REGIONAL OFFICE FOR THE
EASTERN MEDITERRANEAN

الهيئة الصحية العالمية
المكتب الاقليمي لشرق البحر الأبيض

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

BUREAU RÉGIONAL DE LA
MÉDITERRANÉE ORIENTALE

لأ-١١١ / محضر برنامج ٢
٣٠ أغسطس ١٩٦١
الاصـل : بالانجليزية

اللجنة الاقليمية لشرق البحر الابيض المتوسط
السـدورة الحادية عشرة
اللجنة الفرعية "أ"
لجنة البرنامج

محضر الجلسة الثانية
المنعقدة بفندق بـارك ، بشـتوره
يوم الاربعاء ٣٠ أغسطس ١٩٦١ في الساعة الحادية عشر ونصف صباحا

المحتويات

- (تابع) الشؤون الفنية
(ب) مكافحة الجدرى واستئصاله
(ج) مشكلات السرطان
(د) ادارة المستشفيات

المدربون

<u>الحكومة</u>	<u>المدرب، البديل أو المستشار</u>
قبرص	دكتور ز. ج. بانوس
اثيوبيا	مستر افرام بورو
فرنسا	-
ايران	دكتور أ. ت. ديبا
	دكتور م. ه. مرشد
	دكتور ب. خبير
العراق	دكتور ج. شاهين
الاردن	دكتور أ. النابلسي
الكويت	السيد / عبد الرحمن العتيقي
	السيد / عادل جراح
	دكتور احمد كمال البرعي
لبنان	دكتور أ. وكييل
ليبيا	دكتور أ. البشتي
	دكتور حيدر عنّاب
باكستان	ليفتنانت كولونيل ر. أ. خان
المملكة العربية السعودية	دكتور احمد الطباح
الصومال	السيد / احمد عبد الله احمد
	دكتور علي ابراهيم
السودان	دكتور عبد الله عمر أبو شمّه
تونس	دكتور احمد رضا فان
	السيد / رشيد عزوز
الجمهورية العربية المتحدة	دكتور محمد حسين البطاس، الرئيس
	دكتور احمد محمد كمال
المملكة المتحدة	دكتور س. ر. جونز
اليمن	السيد / زيد الوزير

الهيئة الصحية العالمية

سكرتير اللجنة الفرعية	دكتور عبد الحسين طبا ، المدير الاقليمي
المدير العام	دكتور م . ج . كاندو
نائب سكرتير اللجنة الفرعية	دكتور احمد عبد السلام الحلواني ، وكيل المدير الاقليمي
مستشار الهيئة الصحية العالمية لشؤون الصحة العامة بالمملكة العربية السعودية	دكتور وصفى عمر
المستشار الاقليمي لشؤون الاشعاع والنظائير المشعة	دكتور ويسول تيار
المشرف على شؤون الصحة العامة (التنظيم الصحي)	دكتور ليو كاريو
الامم المتحدة والوكالات المتخصصة	
الانروا ، الادارة الصحية	دكتور س . فلاش
	دكتور ج . مورفي

مندوبو ومراقبو الهيئات القومية والدولية وغير الحكومية والمشاركة بين الحكومات

المركز الدولي لتعليم الاحصاء	السيد / فايز الخوري
الجمعية الدولية للوقاية من فقد البصر	دكتور ر . كامران
اللجنة الدولية للممرضات الكاثوليكيات	مسز م . ايجيل - كرى
	الآنسة أ . قازان
مجلس الممرضات الدولي	دكتور ه . كوبري
اتحاد جمعيات الصليب الاحمر	السيدة / عايدة سلطان
الصليب الاحمر اللبناني	مسز ج . هوشار
مدرسة التمريض التابعة للصليب الاحمر اللبناني	مسز ف . سرحال
الاتحاد العالمي للصحة العقلية	الآنسة لوسى مجد لاني
الجمعية الطبية العالمية	دكتور أ . س . مانوجيان
	دكتور ج . ل . ويلسون

(تابع) الشؤون الفنية

(ب) مكافحة الجدرى واستئصاله

دكتور عمر (السكرتاريه) ، قدم التقرير الذي اعدته المكتب الاقليمي عن مكافحة الجدرى واستئصاله (وثيقة أ-١١/٥) وقال ان الهيئة الصحية العالمية منذ بدأت نشاطها ، اولت هذا الموضوع اهتماما كبيرا . كما تكفلت الهيئة بمجهودات ناجحة لانتاج اللقاح المجفف الصامد للحرارة . ولا يمكن القول ، مع ذلك ، بان النجاح في الاستئصال قد تم حتى الآن . وتوضح ملاحق الوثيقة حدوث الجدرى في الاقليم . وقد ناقشت اللجنة الاقليمية واللجنة الفرعية "أ" بصفة خاصة ، هذا الموضوع في اكثر من مناسبة ، وقد المدير الاقليمي ثمانى وثائق كانت موزع مناقشات بناءة في مختلف الدورات .

وان اهم قرار وافقت عليه اللجنة الاقليمية في هذا الموضوع ، هو القرار سبأ / ز أ - ١ / ٥ ، الذي وافقت عليه في دورتها التاسعة حين حثت الحكومات على ان تعقد اتفاقات فيما بينهما لتنظم في وقت واحد برامج تطعيم في مناطق الحدود ، بخية انشاء (حدود محضة) وتمنع وفود الجدرى " و " ان تنشئ ادارات فعالة للرقابة الكورنتينية (الحجر الصحي) على الحدود الارضية . وبات مفهوما ان الاستئصال والمكافحة لا يتيسران ما لم تشن حملات في مناطق الحدود في وقت واحد .

وقدم المكتب الاقليمي المعونة لمختلف البلدان تنفيذنا للقرار الذي اصدرته اللجنة الاقليمية . وتضمنت هذه المعونة المشورة الفنية بوساطة الفريق الاقليمي للدراسة الاستقصائية للجدرى ، وهو الفريق الذي ورد وصف نشاطه في الوثيقة المعروضة على اللجنة (صفحة ٢) والذي ولى تقريره كوثيقة رقم سبأ / بدرى / ١٠ .

واعدت الهيئة كذلك مجموعة من الوثائق الفنية كلها تعالج مكافحة الجدرى واستئصاله ، وادرجت في الصفحة ٣ من الوثيقة أ-١١/٥ .

وقدمت الهيئة واحدة وعشرين بعثة لتمكين الاطباء والبكتريولوجيين ، وفنيي المختبر من ثمانية من بلدان الاقليم لدراسة التطبيقات الفنية لانتاج اللقاح المجفف بالاجلاد ، لتدريبهم على النواحي الفنية والادارية لمكافحة الجدرى واستئصاله ، ولحضور المناهج التدريبية والمؤتمرات التي تنظمها الهيئة .

وكذلك قدم المكتب الاقليمي المهمات والمعدات اللازمة لانتاج اللقاح بما في ذلك تسعة اجهزة للتجفيف بالاجلاد . وفي بعض الاحيان قدمت وسائل الانتقال بجانب المهمات والمعدات ، بخية معاونة الحكومات في تنفيذ حملات التطعيم الجماعية . كما قدمت المشورة الفنية عن انتاج لقاح مجفف بالاجلاد فصال ثابت . وقدمت اللقاحات المشبعة بالجلوسرين واللقاحات المجففة في حالات الطوارئ . وان الهيئة ممثلة لحكومتى الاردن والاتحاد السوفيتي

على تبرعها باللقاحات التي وزعت على عدة بلدان بالاقليم خلال عام ١٩٦٠ .
وفي ٤ أغسطس ١٩٦٠ بعث المدير العام كتابا الى الدول الاعضاء طالبا بيانات عن
برنامج استئصال الجدرى سواء كان في مرحلة التنفيذ أو التخطيط، وقد تضمن القسم الثالث من الوثيقة
لأ-١١٠ / ٥ موجزا للحالة في منتصف عام ١٩٦١ ، على ضوء ما ورد من الردود ومن البيانات
التي جمعها المكتب الاقليمي من مصادر اخرى .

وكانت قبرص هي البلد الوحيد بالاقليم ، الذي لم يكن بحاجة الى قانون لاجراء التطعيم
المبدئي . ولم يكن الجدرى ، بحق ، يشكل معضلة هناك .

وكانت ايران مثالا طيبا عن مدى تأثير الحملة الجماعية على حدوث المرض . ولم يبلغ
الا عن قليل جدا من الحالات منذ ان تم التطعيم الجماعي لما يقرب من ٨٠٪ من
السكان . ومن المتوقع ان تبدأ المرحلة الثانية للحملة في عام ١٩٦٢ .

ولم يبلغ عن اية حالة للجدرى من الكويت خلال عام ١٩٦٠ ، وحتى خلال عام ١٩٦١ ،
مقابل تسع حالات في عام ١٩٥٩ . وانا اقيم حاجز دقيق للحجر الصحي حول البلد ،
امكن مكافحة المرض .

وفي لبنان ، شنت حملة مفيدة جدا غطت حوالي ٨٠٪ من مجموع السكان وانتهت في
٣١ أكتوبر ١٩٦٠ ، واستخدم فيها اللقاح العجليسريني الذي تبرعت به حكومة الاردن
بالاضافة الى اللقاح المجفف الايطالي .

وكان باكستان احد البلدان التي لا تزال فيها بؤرات هامة مستوطنة، الا أن مشروعا
استرشاديا نفذ في شرق باكستان خلال النصف الاول من عام ١٩٦١ كخطوة مبدئية قبل شن
حملة واسعة تشمل البلد كله . وزودت الهيئة الصحية العالمية الحكومة بالمهمات والادوات
اللازمة لانتاج لقاح الجدرى المجفف ، وبخبر للمساعدة في انتاج اللقاح .

والبلد الوحيد الذي لم تبدأ فيه حملة حتى الآن ، هو اليمن . ولكن اخصائي البوابيات
بالهيئة الصحية العالمية زار البلد في فبراير ١٩٦١ ، وقدم تقريرا مفصلا عن الاجراءات التي
ينبغي ان تتخذها الحكومة ازاء مكافحة واستئصال المرض نهائيا . وان الهيئة ستعاون
بأقصى ما يمكن في اية مشروعات تعدها الحكومة ، والمأمول ان اجراء في هذا الشأن سيتخذ
في المستقبل القريب . ويسرت الهيئة ، على اساس نظام الطوارئ، اللقاح من الجمهورية
العربية المتحدة (الاقليم المصري) ، والاردن ، والاتحاد السوفيتي .

دكتور بانور (قبرص) ، وافى على ان التطعيم الاجباري لم يكن بحاجة الى اصدار قانون
في قبرص . وفي المرحلة الحاضرة ، مع ذلك ، استخدمت اجراءات اخرى للتأكد من ان فئات
معينة من السكان قد تم تطعيمهم ضد الجدرى . وتامت مستويات صحة الام والطفل

واقسام الصحة المدرسية، بتطعيم الامهات الحوامل والاطفال . وفيما يتعلق بعمال الموانئ والمطارات ، فانه لا بد من تطعيمهم قبل الحاقهم بالخدمة ثم كل سنتين بعد ذلك . وهذا التطعيم يجبرى بالتعاون مع السلطات المختصة . وكذلك لا بد من تطعيم رجال الشرطة والجنود في فترات منتظمة . واتبعت نفس هذه الطريقة في المناجم والمصانع الاخرى بالتعاون مع اصحابها ، فان العمال لا يلحقون بالعمل الا بعد تطعيمهم ، ثم يجرى تطعيمهم بحسب ذلك كل سنتين أو ثلاث سنوات . وقد ثبت حتى الآن ان استخدام اللقاح اللمفي اكثر فعالية من اللقاح المجفف ، على الرغم من ان التجربة المبدئية للقاح الاخير كانت ناجحة جدا . وروى ، مع ذلك ، ان الفشل الذي لوحظ اخيرا للقاح المجفف ، يعزى ، على الأرجح ، الى الاهمال في تناوله .

دكتور البرعي (الكويت) ، قال ان الخطر من وباء الجدري لا يزال قائما ، رغم ان كثيرا من البلدان لديها ادارات صحة عامة منظمة تماما قادرة على معالجة المشكلة . ولقد تبين أن سبب كثير من الاوبئة المحليه يرجع الى دخول اشخاص يحتضنون المرض . وفي هذه الحالات تخطر سلطات الحجر الصحي وادارات الصحة العامة ، عادة ، عن المرض ولكن فقط بعد ان يكون قد انتشر بين السكان . ان التطعيم ليس فحسب الاجراء الاكثر فعالية لمكافحة الجدري ، ولكن يجب ان يعتبر العامل الوحيد في المكافحة .

وقصد رفي عام ١٩٦٠ في الكويت قانون يجعل التطعيم اجباريا . ونص على وجوب اجراء التطعيم خلال الثلاثة الشهور الاولى من حياة الطفل . ويقتضى اللوائح الصحية الدولية ، تقرر تطعيم اعادة التطعيم كل ثلاث سنوات . وبانتهاء عام ١٩٦٢ يكون جميع السكان بالكويت وعدد هم (حوالي ٣١٠٠٠٠ نسمة) قد اعيد تطعيمهم ، علما بانهم طعموا ابان الحملة التي بدأت في عام ١٩٥٩ .

وفوض القانون السلطات الصحية اجراء التطعيم في حالة الطوارئ ، لمخالطي مرضى الجدري ، وسكان بعض المناطق ، او حتى سكان البلد جميعا . وفرض التطعيم على جميع المسافرين القادمين الى البلد ما لم يحملون شهادات تطعيم صالحة . واصبح التطعيم ضروريا قبل دخول المدرسة ، ولا يقبل التلاميذ بالمدارس الا اذا كانوا قد طعموا مرة ثانية في سن الخامسة وهذا نفسه يطبق على سن من ١٢-١٤ سنة .

والمعروف ان مراقبة رد الفعل لما بعد التطعيم ضرورية لتحديد ما اذا كان التطعيم ناجحا أم لا . وتكوين الحوصلات يعتبر الدليل الوحيد على نجاح التطعيم . وبعد اجراء التطعيم ثلاث مرات بدون نجاح يمكن الاعفاء منه . والاشخاص الذين سبق ان اصيبوا بمرض الجدري يعفون عادة من التطعيم ، كما يؤخذ في الحسبان بعض الاعراض المضادة ذات الطابع الطبي والمطاران الطبيب الذي يباشر التطعيم هو الذي يتخذ قرارا في هذا الصدد .

وقد فوّض الاطباء ومفتشو الصحة والممرضات بالقيام بالتطعيم . وأذن لبعض المطّسمين الآخرين فى ادارة الحجر الصحى على الحد ود باجراء التطعيم ، بشرط ان توافق السلطات الصحية على صلاحيتهم . ومفتس الصحة مسوؤل عن التأكد عما اذا كان الاطفال المولودون خلال الثلاثة الشهور السابقة قد تم تطعيمهم أم لا ، وذلك بفحص سجل المواليد . وكل من ثبت عدم تطعيمهم فى الوقت المناسب ، يقعون تحت طائلة القانون . ولم يبلغ عن حالة واحدة للجدرى منذ ١٩٥٢ .

دكتور مرشد (ايران) ، قال ان الوثيقة التى قدمها المكتب الاقليمى تناولت هـذا الموضوع تماما . وانه سيكتفى بشرح موجز للبرنامج المرسوم فى ايران . وقال ان اكثر من ثلاثة ملايين نسمة اعيد تطعيمهم فى حملة التطعيم الجماعى التى بدأت للمرة الثانية فى عام ١٩٦٠ . وفى البرنامج الثانى ، اجريت محاولات للامركزية بقدر الامكان . ووضع التخطيط فقط بمصرفه السلطات المركزية . وبلغت ميزانية الحملة حوالى ٤٠٠٠٠٠٠ دولار امريكى اخذت من الميزانية القومية . وتمتخ ايران بالاكفاء الذاتى من اللقاح وتستطيع ان تنتج منه بما يزيد عن حاجتها . وان ايران يمكنها تزويد الهيئة فى اى وقت باللقاح الذى تكون البلدان الاخرى فى حاجة اليه .

وخلال الشهور الستة الاخيرة ، لم يبلغ الا عن تسع حالات للجدرى فى البلد باكملة .

ليفتنانت كولونيل خان (باكستان) ، قال ان ما يقرب من سبعة ملايين شخص تم تطعيمهم طبقا لخطة الحملة الجماعية فى مقاطعتين شرقى باكستان . وانه مسرور ان يعلن ان خبير الهيئة الصحية العالمية الذى سيعاون فى انتاج اللقاح الجاف ، وصل الى باكستان . وانه يود ان يشكر الهيئة على ارسالها خمسة ملايين جرعة من اللقاح المجفف الذى كان البلد فى مسير لحاجة اليه .

دكتور كمال (الجمهورية العربية المتحدة) ، قال ان المدير العام ، اشار فى الصفحة ١٢ من تقريره لعام ١٩٦٠ الذى قدمه للجمعية العمومية للصحة العالمية بنيودلهى ، الى الدراسات التى اجريت عن الصلة بين رد فعل التطعيم ومستويات مضادات الاجسام وقت اجراء التطعيم ، وعن لا أثربة الحالات فى مراحل المرض المختلفة . واجماع الرأى فى الوقت الحاضر ، هو أن المرض يكون معديا بعد اليوم الثالث فقط عند ظهور الطفح . وقد اثبتت الدراسات الفيروسولوجية انه لا يكون معديا خلال فترة الحضانة أو فى الايام الثلاثة الاولى . وانه ليس كذلك ان يعرض ما اذا كانت البحوث قد اسفرت عن اى دليل جديد فى هذا الموضوع ، نظرا لما سوف يحدث من اثر على اجراءات الحجر الصحى الواجب اتباعها . فاذا كانت الحالات معدية خلال فترة الحضانة ، وجب عزل المخالطين . اما اذا كانت غير معدية ، اكتفى بالملاحظة البوائية الفعالة .

وبالنسبة لمستويات مضادات الاجسام ، فليبرثمة خبرة سيولوجية فيما يتعلق بمدى ثبات الحصانة . ومن الحالات التي تسجل في انحاء العالم ، تبين ان هناك اناسا سبق ان طعموا وأعيد تطعيمهم ومع ذلك اصابوا بالمرض .

وقان انه سأل في الجمعية العمومية للصحة العالمية في نيودلهي عما يحتمل ان يكون من صلة بين منطقة الندب والحصانة . وقد نشر مؤخرا تقرير عن البحوث في الهند ، ولكنه لم يحو اية اشارة الى النظم المعيارية أو المكافحة .

وقد قيل أن حزاما من السكان المطعمين على طول حدود البلد كفيل بان يحول دون دخول العدوى . ومع ذلك فهذا لا ينطبق اذا ما اسافر المصاب عبر الحزام المطعم ليتخذ مقاما له داخل البلد .

وكافة اجراءات الحجر الصحي تعتمد على التطعيم . ودلت التجارب ، مع ذلك ، على ان الايواث التي يحملها المريض القادم من مناطق مستوطن فيها المرض ، انما هي مصدر للعدوى اشد حصرًا من شخص المريض نفسه . وان هذا المراهم الموضوعات التي يجب معالجتها .
المدير العام ، اجاب بانه لا توجد معلومات جديدة ميسرة عن النقاط التي اثارها مندوب الجمهورية العربية المتحدة . والمأمول ان يكون لديهم قبل نهاية ١٩٦١ تقرير عن مدى تقدم البحوث الطويلة الآن التي اجريت واشتركت فيها عدة بلدان من انحاء العالم . ان كثيرا من المعلومات المسلم بها ، يجب ان يراجع بعناية على اساس سليم من البحوث والبرهان الاحصائي . ومن الصديق ان فترة التلوث ربما كانت اكثر المسائل اهمية فيما يتعلق بانتقال وعدوث المرض . ومع ذلك ، فان الهجوم على المرض في بوعره ، اهم كثيرا من اى اجراء كورنتيني . وازداد التحقن خلال السنوات العشر أو الخمس عشرة الماضية من انه على الرغم من الاسلحة الباردة الميسرة لمكافحة الامراض مثل الجدرى ، والكوليرا ، والطاعون ، فان الأمر يتطلب مزيدا من الخبرة ، اذا اريد تحقيق نتيجة نهائية ، وعلى السلطات المختصة ان تضاعف من اهتمامها بحل المشكلات الباقية .

دكتور وكيل (لبنان) ، قال انه بالنسبة لتعميم التطعيم ، كانت آخر حالة للجدرى فى بلاد ه ، ابلغ عنها في عام ١٩٥٧ . وفى عام ١٩٦٠ تم تطعيم اكثر من ٨٠ ٪ من السكان ، ولا يزال تطعيم الباقيين جاريا . ويعتبر نبي اللقاح من الاهمية بكان . فاللقاح المشبع بالجلسرين الذى يتبرج به الاردن ، استخدم فى الحملة وثبت انه فعال جدا . وحث الهيئة على وجوب مواصلة جهودها لتشجيع انتاج اللقاح المجفف ، كما عليهما ان تعاون الاردن فى انتاجه .

دكتور النابلسي (الاردن) ، شكر المتحدث الاخير على تعقيبته بشأن استعمال اللقاح الرطب من الاردن . وقال ان حكومته تنوون الى انتاج اللقاح المجفف بالاجلاد . وان قدرتها على ان تفعل ذلك ، تتوقف على سخاء المكتب الاقليمي الذى سبق ان قدم المعدات .

دكتور عمر (السكرتاريه) ، شكر المندوبين ، نيابة عن المكتب الاقليمي ، على تعقيباتهم
وتوبيخاتهم .

وقال ان مندوب قبرص أكد ان التطعيم ضد الجدري ليس اجباريا في بلادهم وبيدو ، مسح
ذلك ، ان الاجراءات المتبعة الآن ، بجانب اجراءات الحجر الصحي المعمول بها ، تشكل
طريقة وقائية فعالة لجزيرة قبرص .

وان مندوب الكويت ادنى بيان مفيد عن الاجراءات المعمول بها في بلده . وطبقا
للبيانات الواردة من الحومة ، بلغ عن تسع حالات في عام ١٩٥٩ ولم يبلغ عن اية حالة فسي
الخاصين الاخيرين .

وشكر مندوبي ايران وباكستان على تعقيبيهما اللذين سيوضعان في الحساب عند
تخطيط البرنامج المقبل .

وقال ان النقطة التي اثارها مندوب الجمهورية العربية المتحدة بشأن الادوات التي
يحملها الاشخاص المصابون ، شملتها اللوائح الصحية الدولية التي خولت جميع الحكومات
الحق في تطهير اى شىء مستورد من منطقة موبوءة سواء كانت مواد اولية أو ملابس تخص
المرضى .

الرئيس ، قرأ مشروع القرار عن مكافحة الجدري واستئصاله .

قرار : ووفق بالاجماع على القرار (لأ-١١١/ق ١٠) .

(ج) مشكلات السرطان

دكتور تايار (السكرتاريه) ، قدم الوثيقة التي اعدتها المكتب الاقليمي خاصة

بمشكلات السرطان (بند رقم ١٢ ج) من جدول الاعمال - وثيقة لأ-١١١/٦) .

وقال ان اول اهتمام ابدته الهيئة الصحية العالمية في مكافحة السرطان كان في عام
١٩٥٥ عندما بدأ مشروع مكافحة السرطان في ايران بناء على طلب الحكومة . واستمرت معونة
الهيئة حتى عام ١٩٥٨ ، وكانت نتيجة هذا الاهتمام ان انشئ في طهران معهد للسرطان
على احدث طراز . وهناك مشروعان مماثلان : واحد في الخرطوم بالسودان ، والآخر فسي
دمشق بالاقليم السوري من الجمهورية العربية المتحدة . وفي الاقليم المصري ، يجرى تخطيط
برنامج قومي لمكافحة السرطان . والنتائج المرضية ، التي تحققت ، والاهتمام الواضح من
بناب مختلف الحكومات ، حملت المكتب الاقليمي على بسط اوجه نشاطه في الميدان والقيام
بدراسة عن مشكلة السرطان في الاقليم . وقد ارسلت الى كافة الحكومات في الاقليم ، مجموعة
من الاسئلة بغية جمع المعلومات الضرورية عن الظروف المحلية والامكانيات القائمة التي ينبغي
ان توضع في الاعتبار قبل تخطيط اى برنامج . وورد أحد عشر ردا والمأمون ان تكون الردود
الباقية ميسرة في وقت قريب .

وحدد القسم الاول من الوثيقة نأاا / ٦ المشكلاا كما تبدوا الآن ، مضمنا الاسباب المحتملة للسرطان واحصاءات الوفاا . وفي هذا الصءء ، من الواضء ان مشكلاا السرطان قد اءرا فى جميع البلدان . وءبء من ءراساء اءرءا فى اءء بلءان الاقلىم ان عسءءوء السرطان مماءل بءءا لءلك الءى فى بلء عربى فى الءءءم كالولاءا المءءءة الامرءءة .

وءالء الوثيقة اىضا طرا اكءشاف وءءءىص وعلاء المءالاا الموءءءة . والسرطان الءى ىهاجم البالءىن اساسا فى جميع البلدان ، ىوءءر فى قوءة البلء لان ءوالى ٣ أو ٤ من كل الف من السءان ىصابون بهذا المرء سنويا . ووسائل العلاء المىسرة ءمكن ءوالى ٥٠% من ءلك المءالاا من الشفاء - وربما اكثر من ذلك اذا كان اكءشافها مبكرا . ولءلك فان برناءءا لمكافءة السرطان ، ىمكن ان ىنقء كثيرا من الارولء العالءة للشباب كل سنة .

والرسم البىانى لبرنامج ءءرءى لمكافءة السرطان ملءن بالوءيقة المءروضة على اللءءة . وقد وضء على اساساءءءام المءءالاا المءوالءة مثل المءءوصفاا الرىفاءة ، والمسءشفىاااا الرىفاءة ، والءراساا الاءءقضاىءة للءرن ، وءءملاا البلهرسىءة ، واءاراا اسءءصال الماءرءا ، وعباءاا الامراض ءناسلءة . وباءءال ءءءىر طفىف على هءه المءءالاا المءوالءة ، ىمكن اكءشاف السرطان فى مرءلة مبكرة . ومن ءم ىمكن ارساا المءالاا المءءبها فىها الى اءصاءى لءءءىصها ، ءءى اذا ما كانت موءءءة ، اءءء اللازم ءءو ءسءىلها وعلاءها اما فى ءسم السرطان بالمسءشفى العام أو فى معءء السرطان . كما ءوضء المءرءة كىف ىنبغى ان ءكون البءوء والاءصاءاا ، وءءرءىء مبءء السرطان فى البءامءاا ، وءعلىم الصءة العامءة والءراساا الاءءقضاىءة الوباءىءة ، مواءة مع برنامج مكافءة السرطان . وىبءو اىضا ان مءن المفىء انشاء لءءة اسءءارءة للسرطان لءءءم المشورة لوزارة الصءة . على ان ءضم هءه اللءءة الاطباء والاءصاءىءىن والباءءىءىن ومءءلى الموءءساااا الخاصة . ان هءه الموءءساااااا ءلى ءالبا ما ىكون ءءء ءصرفها اعءماءاا مالىة ضءمة ، ءسءطىء ان ءبء انها مفىءة بءءا ، وىنبغى ان ءءء العرضى بالرءاءة اما فى معاهء الصلاء واما فى مءازلهم .

الرءىس ، شكر الءءءور ءابار على ءقرءرة القىم الءى قءمه .

ءءءور أبو شمءه (المسوءان) ، هنا المءءب الاقلىمى على وءوء رءء من طءرراز الءءءور ءابار ضمن هءئة موظفىه . وقال انه وائى من ان وءوءه فى الاقلىم ءرءون كبرى فىما ىءعلق بءءءىص وعلاء السرطان والءراساا الاءءقضاىءة الوباءىءة المءعلقة به ، وءء لءلك بالنسبة للءءقىف الصءى للءءمهور . وان المسوءان فى ءاءءة الى معونءه فى اءامءة المعهء المزمى انشاءه هناك . وفى هذا الصءء ، اعرب عن شكره للمءءب الاقلىمى على كل ما ءءءم من عون .

دكتور مرشد (ايران) ، قال ان الاحصاءات التي جمعت في بلد ه تبين ان حدوث السرطان اقل قليلا منه في كثير من البلدان المتقدمة . وهذا يعزى ، على الأرجح ، الى انخفاض متوسط العمر ، وربما الى نظام التبليغ . وان نسبة الحدوث بمعدل ١٢٤ بين كل ١٠٠٠٠٠ شخص في العام . كما ان اعلى حدوث هو حدوث سرطان الجلد الذي يبلغ ٩٧٪ ٣٦٦ .

وقال ان الدكتور تيار نفسه هو الذي اشار باقامة معهد طهران وان الهيئة الصحية العالمية عاونت فيه بنصيب ضخم . اما بناء المعهد فقد ورد وصفه في وثيقة وزعها على السادة المندوبين واطاف الى ذلك انه اذا رغب المكتب الاقليمي في ان يكون له مركز للاقليم كله ، فان ايران على استعداد لتقديم معهد طهران لهذا الغرض .

ليفنتانت كولونيل خان (باكستان) ، ضم صوته الى مندوب السودان في الاشارة بالمكتب الاقليمي والدكتور تيار . وقال ان تقريره ابان كيف يمكن استخدام الاجراءات البسيطة في الكشف المبكر للسرطان .

واضاف انه يوجد في باكستان ثلاثة معاهد للسرطان . وفي خلال السنوات السبعة الاخيرة احيل الى معهد كراتشي ٢٥٣٨٩ حالة اتضح ان ٣٧٢٨ حالات منها ايجابية للسرطان . ومن تلك الحالات المؤكدة ، ٢٣٠٧ كانت خبيثة والمرض محصور بصفة خاصة في منطقة الحنجرة . وليست باكستان بعد في موقف يسمح لها باستخدام اجهزة الضغط الفولتي العالي نظرا لافتقارها الى امكانيات الصيانة . وكبدل لهذه الاجهزة استخدمت الكوابل - ٦٠ واسفر عن نتائج مرضية .

دكتور تيار ، شكر المندوبين على تعقيباتهم الرقيقة .

الرئيس ، قرأ مشروى قرار بشأن مشكلات السرطان .

قرار : ووفق بالاجماع على القرار (أ-١١ / ن ١١) .

(د) ادارة المستشفيات

دكتور كابريو (السكرتاريه) ، قدم الوثيقة التي اعدتها المكتب الاقليمي عن

ادارة المستشفيات (رقم ١٢ (د) من جدول الاعمال - وثيقة أ-١١ / ٧) .

وقال ان الحكومة في اي بلد من بلدان الاقليم هي ، في الخالب وبدون استثناء ، مسؤولة عن تيسير الرعاية الطبية للجزء الاكبر من السكان ، وان وزارة الصحة هي المسؤولة عن التخطيط والارشاد والاشراف الدلى على امكانيات الرعاية الطبية في البلد . والمأمون ان تعطى الوثيقة المعروضة على اللجنة فذرة عما تفعله بعض البلدان ، وخاصة فيما يتعلق بالتدريب . وعلى سبيل المثال لما ينبغي ان يكون ، يبين الملحق رقم ١ بالوثيقة ، البرنامج الدراسي لمنهج

في ادارة المستشفيات وخدمات الصحة العامة الخاصة بها في جامعة طهران . كما تضمنت الوثيقة اليهود التي تبذلها كل من باكستان والجمهورية العربية المتحدة ، وكذلك التدريب في ادارة المستشفيات بالجامعة الامريكية ببيروت .

وضع ان هناك فهما كاملا للمشكلات المتضمنة ، الا انه توجد صعوبات هائلة . وقام خبير في ادارة المستشفيات بالحواف بعدة بلدان في الاقليم وفي اقاليم اخرى في عام ١٩٦٠ ووضع قائمة بعدد من المشكلات الشائعة التي تواجه البلدان المتقدمة في ميدان ادارة المستشفيات . وتتضمن هذه المشكلات تنسيقا وتعاوننا محدودى النطاق بين المستشفيات وبين الطبيب العلاجي من ناحية ، وبين اقسام الصحة العامة من ناحية اخرى ، وتطوير الرعاية المحدود بالنسبة للمناطق الريفية ، والتمريض غير الكافى ، وضيق مفهوم الادارة ، واثقال كاهل الادارة بالتفاصيل التافهة او بواجبات زائدة عن الحد ، والفشل في ملاحظة ما يفعله الآخرون ، حتى المؤسسات والاشخاص القريبين جدا ، والبرامج التعليمية المحدودة فيما يتعلق بالادارة والمستويات الاخرى لموظفي المؤسسات ، والاهتمام الزائد بالمباني والمهمات على العكس من اختيار الموظفين والنهوض بمستواهم . ولا شك في ان الموظفين المدربين تدريباً جيداً يكونون أكثر استعداداً لمعالجة هذه المشكلات .

ويصف الجزء الثالث من الوثيقة أ-١١١ / ٧-٧ ما قدمته الهيئة الصحية العالمية من مساعدة للبلدان الاعضاء في انشاء خدمات مستشفى ملائمة . وفيما بين عام ١٩٥١ و ١٩٦٠ ، قدمت الهيئة ثلاثا وعشرين بعثة في الاقليم . وقد تم المكتب الاقليمي خدمات استشارية في ميدان ادارة المستشفيات والعيادات المتصلة به كتخطيط المستشفيات ، بما في ذلك المشورة في فن العمارة . وهي مستعدة لتقديم مثل هذه المعونة لأي بلد يحتاج اليها ، وخاصة عند ما يكتسب المشروع نفوذاً متواصلاً .

وتضمنت الوثيقة المعروضة على اللجنة موزناً لعدد من دراسات الهيئة وتقاريرها التي تعالج موضوع ادارة المستشفيات وتخطيط خدمات المستشفيات . وعنى ايضا بعدد من المطبوعات التي توشك على الصدور ، ويخدم المكتب التابعة للهيئة الميسرة ايضا للرجوع اليها ، وارتق بالوثيقة بيان بالكتب وقائمة المطبوعات الدورية مع مواد ادارة المستشفيات اعدتها المكتبة .

دكتور بانوس (قبرص) ، سأل عما اذا كان من الاصول في رأى الهيئة الفصل بين الخدمات الوقائية والعلاجية . وقال ان التجارب اسفرت عن نتائج افضل بكثير حيثما كانت تلك الخدمات مدمجة .

دكتور أبو شمه (السودان) ، شكر المدير الاقليمي على تقديمه هذا الموضوع الشديداً
الاهمية وهو ادارة المستشفيات ، الذي ، في اعتقاده ، لم يسبق ان بحثته اللجان الاقليمية
الاخرى ، ولا حتى الجمعية العمومية للصحة العالمية .

واقترن وجوب عقد حلقة دراسية عن هذا الموضوع في الاقليم .

وقال انه لا يزال هناك جدال حائل حول الافضلية في ادارة المستشفيات فيما بين الازيات
والفنيين ، ففي أمريكا جميع مديري المستشفيات اداريون ، بينما في إنجلترا فنيون والطريقة
المتبعة في القارة الاوروبية ، هي مزيج من النظامين الأمريكي والبريطاني . فان امكن عقد
حلقة دراسية بأسس وقت ، كان ذلك سبقاً على الاقليم الاخرى .

السيد / عزوز (تونس) ، هنا الدكتور كابريو على تقريره الممتاز . وقال ان وزارة الصحة
والشؤون الاجتماعية في تونس اولت مشكلات ادارة المستشفيات اهمية كبرى ، وانما ستم
كثيراً باية حلول قد يقترحها مندوبو بلدان الاقليم اثناء سير المناقشة . والتقرير المعروف على
اللجنة هو في آن واحد من الدسامة والحصافة بحيث يستطيع ان يورد له تحليلاً موجزاً فقط .
ومن اجل هذا طلب ان يسمح له الاعضاء الحاضرون ببعض الوقت .

وقال ان الحالة في تونس كالتالي :

١- الدولة وتمويل الخدمات الطبية - في عام ١٩٦١ بلغت ميزانية انشاء
المستشفيات ٥٧٥٠٠٠٠٠ دينار - اي حوالي ٦١٢ من مجموع الميزانية . ومنذ اصبحت
تونس مستقلة في عام ١٩٥٦ كان معدل الزيادة سنوياً ١٥٪ في ميزانية اقامة المستشفيات
وزيد عدد الاسرة ١٠٠٠ سرير وانشئ حوالي ١٠٠ قسم استشاري حديث في كل سنة ،
وفضلاً عن ذلك ادخلت على المؤسسات العلاجية تحسينات لتوفير أكبر قدر من الراحة
للمرضى كما تحسن نوع العلاج . وهكذا ازداد عدد الاسرة في السنوات الخمس الاخيرة من
٧٥٠٠ الى ١٢٠٠٠ ، كما ازدادت الميزانية من ٣٠٨٠٠٠٠ الى ٥٧٥٠٠٠٠ دينار ،
من ملاحظة نقل بعض المصروفات الى ميزانية المستشفيات ، والتي كانت قبل اقل من
الخدمات الصحية تدر في ميزانية وزارة الصحة . والامر الهام الذي يستحق الذكر هو مبلغ
الـ ٥٧٥٠٠٠٠٠ دينار الذي خسرته الدولة منه ٥٦٠٠٠٠٠٠ أي حوالي ٩٧٪ وهذا يعني
ان في تونس رعاية طبية اصبحت اخيراً بالمجان . وتكفلت الدولة ايضاً بالتجهيز كله . ومن ذلك
فان القانون الصادر في ١٤ ديسمبر ١٩٦٠ بانشاء نظام التأمين الاجتماعي واجه اساليب
اخرى لتحويل مصروفات الصحة العامة ، مع ان الدولة لم تقصد اقامة شبكة محاذية
المستشفيات .

٢- الحكومة وإدارة المستشفيات - حدد القانون الصادر في يوليو ١٩٥٧ النظام

الحالي لإدارة المستشفيات في تونس، ونس على لا مركزية - أو بالأحرى، عدم تركيز - سلطات وزارة الصحة في مستوى موظفي الصحة العامة الإدارية. وحدد القانون منطقة صحة عامة إدارية بوصفها كيانا إقليميا واساسيا يشتمل على مستشفى اقليمي، ومستشفيات فرعية محلية ومستوصفات متعددة الانواع، ومختبر اقليمي ومختبرات محلية، ومركز اقليمي، ومراكز محلية للتثقيف الصحي، والهيئات المختصة بالادوية. وهكذا، فيما عدا المراكز ذات التخصص العالي، فان كل منطقة للصحة العامة يجب ان تكون قادرة على سد احتياجات السكان الذين تخد مهم. والمناطق الادارية للصحة العامة، وان كانت تخضع لاشرف وكالة وزارة الصحة، فلها قدر كبير من الاستقلال الذاتي. ويوجد بكل منطقة مجلس اقليمي صحي لدراسة جميع المسائل الاقليمية وترفع قراراته الى وزارة الصحة المركزية.

٣- إدارة المستشفيات في تونس - ان مد يرى المستشفيات في تونس ليسوا اطباء.

وقد عينوا بعد امتحان مسابقة على مستوى جامعي من أهم مواد القانون العام والتشريعات المالية. والخدمات الطبية منفصلة عن الخدمات الادارية، وهذه السياسة وضعها المجلس الصحي الذي يضم كبار اطباء الخدمات الطبية، وتشرف عليهم وتتسقما ادارات التفتيش بالمستشفيات الفرعية والاقليمية، التي يقوم بادارتها اطباء.

وقال ان التوسع في الخدمات الطبية وتحسينها ضاعفا من الصعوبات الناجمة من الافتقار الى الموظفين المؤهلين للقيام بالرعاية الطبية. ومع ذلك، فان البرامج التي وضعت والجهاري تنفيذها يجب ان توفر، بعد خمس سنوات، الحد الكافي من الموظفين الطبيين والمساعدين الطبيين للعمل بالمستشفيات. وادري اعتماد ضخم للارتقاء بإدارة المستشفيات عن طريق البعثات الدراسية وتبادل الموظفين مع البلدان الاخرى، ويرجع الفضل، في جزء من ذلك، الى الهيئة الصحية العالمية ومكتبها الاقليمي لشرق البحر الابيض المتوسط. وهذا من شأنه ان يمكن تونس من ان تواجه المستقبل في ثقة. وطبيعي ان تونس مهتمه بوجوب انتفاع مد يرى مستشفياتها بخبرة البلدان الاخرى، وذلك بالاشتراك في مناهج التدريب التي ترعاها الهيئة الصحية العالمية.

وأعرب عن اسف وزارة الصحة التونسية لعدم اشتراكها في الحلقة الدراسية لإدارة الصحة العامة في الاتحاد السوفييتي هذا العام، وانها واثقة من التغلب على الاسباب التي أدت الى عدم اشتراكها في هذه الحلقة.

وقال ان المطبوعات والوثائق التي تقدمها الهيئة هي دائما موضع التقدير العظيم وقد سهلت كثيرا مهمة الادارات القومية.

دكتور ديبيا (ايران) ، ألمع الى ان ادارة المستشفيات مسألة ذات اهمية ، وبصفة خاصة بالنسبة للبلدان التي تتحمل حكومتها الجزء الكبر من نفقات الرعاية الطبية . وفي مثل هذه البلدان ، تميل المستشفيات الى استقطاع حوالي ٨٠-٩٠ في المائة من اجمالي ميزانية الصحة ، وذلك على حساب الاعمال الصحية الوقائية الاكثر حتمية . ولذلك فإنه يرحب كـمـل الترحيب بالاقترح الذي ينادى بوجود عقد حلقة دراسية لبحث موضوع ادارة المستشفيات من جميع نواحيه ، ويؤيد هـ كـل التأييد . وقال ان من المستحسن ان تعالج مثل هذه الحلقة الدراسية ، النقطة التي اثارها مندوب قبرص .

دكتور ودييل (لبنان) ، وافق ايضا على ضرورة عقد حلقة دراسية عن ادارة المستشفيات واقترح ان البلد الذي تكون فيه خدمات المستشفيات متقدمة جدا ومزودة بالعدد الكافي من الموظفين والاداريين ، على نمط يلائم بلدان الاقليم ، يجب ان يختار مكانا لعقد هـ هـ الحلقة .

وقال ان مستشفيات لبنان كلها تستوعب ٧٠٠٠ سرير منها ٢٠٠٠ بالمستشفيات الحكومية ، وتشكل نسبة اقل بقليل من خمسة في الألف من مجموع عدد السكان . والمستشفيات الخصوصية نوعان : المستشفيات الاقليمية ويستوعب كل منها ٢٠٠ سرير ، والمستشفيات الريفية وبكل منها ٢٠ سريرا لامراض الاطفال والامراض الباطنية .

دكتور كابريو (السكرتاريه) ، قال ان نوع خدمات المستشفيات وشكل الادارة في اى بلد يتأثران الى حد كبير جدا بالحالة الاساسية الاقتصادية والاجتماعية . وببما تفضل الهيئـة تكاملا أكبر للطب العلاجي والوقائي ، فان التباين الكبير لظروف مختلف البلدان يحـول دون اصرارها على مثل هذا التطوير . ومن الجلى ، ان التكامل من شأنه ان يزيل التنافس بين مختلف اقسام ادارات الصحة العامة ، على الاعتمادات المالية والموظفين .

وكما توخى الوثيقة المعروضة على اللجنة ، فان الآراء مختلفة حول موضوع اسـمـهـمـانـاد ادارة المستشفى الى مدير غير طبيب . وهو موضوع معقد جدا حتى انه من غير الممكن اعتبار اى النظامين انسب لبلد معين . وستواصل الهيئـة جهودها لتيسير المعلومات عن تجارب البلدان المختلفة كي تسترشد بها الدول الاعضاء . وقال انه شخصا اشترك اخيرا فى حلقة دراسية اسفرت عن معلومات لا بد وان تكون ذات فائدة للبلدان التي تتحمل فيها الدولة الجزء الاكبر من نفقات الرعاية الطبية .

المدير الاقليمي ، ذكر ان مسألة استكمال الخدمات الصحية ستعرض للمناقشة تحت رقم ١٢ (هـ) من جدول الاعمال . وان هذه مسألة من اشد المسائل تعقيدا وليس ثمة اجابة عامة تكون ملائمة لكل بلد من بلدان الاقليم .

ونذكر ، وهو يرحب باقتراح عقد حلقة دراسية عن ادارة المستشفيات ، ان موضوع
ادارة المستشفيات كان قد اقتري في عام ١٩٦٠ ، غير انه لم يقع عليه الاختيار ليكون موضوع
المناقشات الفنية في دورة ١٩٦٢ . والطريق المناسب لتبادل الآراء والخبرة في هذا
الشأن ، هي اذن اختيار هذا المبحث كموضوع "المناقشات الفنية" لعام ١٩٦٣ . فاننا ما تم
ذلك ، فقد لا يستلزم الامر عقد الحلقة في المستقبل القريب ، وقد تتخذ التدابير لعقد
في عام ١٩٦٤ أو ١٩٦٥ .

الرئيس ، بعد ان لاحظ ان ليرثمة تعقيبات اخرى ، قدم الى اللجنة مشروع قرار بشأن
هذا البند ، للنظر .

دكتور أبو شمه (السودان) ، اقترح وجوب اضافة الفقرتين الآتيتين الى الجزء العملي
من مشروع القرار :

"٤- كما تطلب الى المدير الاقليمي ان يسعى لعقد حلقة دراسية قلمية لبحث هذا
الموضوع في اقرب فرصة ممكنة ،

"٥- تقرر ان يكون هذا الموضوع هو موضوع "المناقشات الفنية" للجنة الفرعية
في عام ١٩٦٣ .

قرار : ووفق بالاجمال على مشروع القرار ، بعد ادخا ن تعديلات طفيفة على النص ،
على اساس ان يكون النص العربي متمشيا مع النص الانجليزي (لأ-١١ / ق ١٢) .

ورفعت الجلسة حيث كانت الساعة الثانية بعد الظهر