



مقاربات مبتكرة للوقاية: مواجهة العبء العالمي لأمراض القلب والأوعية الدموية

تقرير منتدى أمراض القلب والأوعية الدموية التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠١٦



مؤسسة قطر
Qatar Foundation



مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health

سريناث ريدي
فرهاد الرياحي
جريل دورلينج
ريان كالاهاان
هنا باتل

مقاربات مبتكرة للوقاية: مواجهة العبء العالمي لأمراض القلب والأوعية الدموية

تقرير منتدى أمراض القلب والأوعية الدموية التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠١٦

٣	مقدمة
٤	ملخص تنفيذي
٦	١- مدخل للتحدي: عبء أمراض القلب والأوعية الدموية
١١	٢- الخطوات الأولى نحو حل شامل للأمراض القلب والأوعية الدموية
١٩	٣- الاستجابة: استخدام المقاربات الأكثر ابتكارًا
٣٦	٤- الآثار المترتبة على السياسات
٤٠	٥- الخاتمة
٤١	الملاحق
٤٣	شكر وتقدير
٤٤	المراجع

مقدمة

نجد صناعات السياسات وأخصائيو الرعاية الصحية في العديد من البلدان في تحقيق انخفاض ملحوظ في معدلات الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية على مدار العقود الأخيرة، غير أن هذا الإنجاز لا ينبغي أن يتحول لشعور بالرضا والقناعة فيصرفنا عن العمل الذي لا يزال مطلوبًا في هذا المجال. ورغم خبرة صناعات السياسات بالأعباء الصحية والاقتصادية العالية للأمراض القلب والأوعية الدموية وما ينتج عنها من وفيات يمكن تفاديها، نادرًا ما تكون قضية الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية محور اهتمامهم. وجدير بالذكر أن أمراض القلب والأوعية الدموية تأتي ضمن الأعراض التي تؤدي بحياة الإنسان أكثر من غيرها – مع أنه يمكن الوقاية منها – ومع ذلك لا تلقى الوقاية من هذه الأمراض كبير اهتمام من قبل الحكومات أو المجتمع المدني أو الصحافة العامة على غرار غيرها من الأمراض التي تعد أكثر تهديدًا للحياة أو تسبب مخاطر أكبر لصحة الإنسان مثل السرطان أو الأمراض المعدية كإيبولا.

من هنا، جاء انعقاد هذا المنتدى لندفع أنفسنا وزملاءنا خارج نطاق المقاربات التقليدية في التعامل مع أمراض القلب والأوعية الدموية ومن أجل الإجابة على سؤال محدد: كيف يمكن للابتكار أن يساعد صناعات السياسات في الحيلولة دون وقوع حالات الموت المبكر نتيجة التعرض للنوبات القلبية أو الجلطات؟

تشارك جميع الشعوب تقريبًا في تحمل عبء هذا المرض على مستوى الدول والاقتصاديات. وهذا التحدي المشترك معناه أن كثيرًا من المبتكرين حول العالم يركزون على تجربة حلول جديدة لهذه المشكلة واختبار تلك التجارب، كما أن التأثير النافذ والانتشار الواسع للتكنولوجيا الرقمية يعني سرعة إمكانية مشاركة النتائج.

ونحن نخطب في هذا التقرير صناعات السياسات ممن يرغبون في تنظيم المنظومة الصحية لمواجهة هذا التهديد الأكثر خطورة واستثمار مواردهم في مقاربات مبتكرة تصنع فرقًا في الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية. كما ندعوهم ليكونوا أكثر جرأة في تطلعاتهم وأشد عزقًا في التطبيق العملي، مع الاستفادة من مجموعة من الأدوات التي تم اختبارها عمليًا ودراساتها بحثيًا. وقد راعيننا في التوصيات التي خرج بها التقرير مواكبة تطلعات منظمة الصحة العالمية والاتحاد العالمي للقلب الرامية لتقليل الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة ٢٥ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥.

وإنه من دواعي سرورنا أن نعمل مع زملاء بارزين من أجل إعداد التقرير، ونشكر لهم دعمهم وقد أمدنا كثيرًا من وجهات نظرهم ورؤاهم المتنوعة. كما نأمل أن يساهم هذا التقرير في إحداث تحول في التفكير يثمن الإسهامات المبتكرة بمختلف أنواعها في التعامل مع ما يمكن أن يكون أكبر خطر صحي يهدد الإنسان في عالم اليوم.



البروفيسور سيناث ريدى
رئيس مؤسسة الصحة العامة،
الهند



البروفيسور اللورد دارزي
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمبادرة مؤتمر القمة
العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية،
التابع لجامعة إمبريال كوليدج في لندن

ملخص تنفيذي

تتسبب أمراض القلب والأوعية الدموية في وفاة ١٧,٥ مليون شخص كل عام، ومعظم هذه الوفيات تكون نتيجة النوبات القلبية والجلطات، وفي كثير من الحالات تدخل في نطاق الوفاة المبكرة. وعلى الرغم من تحقيق تقدم ملحوظ في الوعي بأمراض القلب والأوعية الدموية والوقاية منها ومعالجتها، إلا أن ثلاثة من بين كل عشر حالات وفاة هذا العام ترجع إلى أمراض القلب والأوعية الدموية.

وقد ترسخ الدور الذي يمكن للأنظمة الصحية أن تؤديه في محاولة تقليل أثر أمراض القلب والأوعية الدموية من خلال الوقاية منها بتطوير أنظمة مكافحة التبغ، وإدارة ارتفاع ضغط الدم والوقاية الثانوية، غير أن التقدم الذي تم إقراره في تحسين المكاسب المنتظرة قد طغت عليه التغييرات الديموغرافية، وبالتالي تعطل هذا التقدم. فعلى سبيل المثال جرى تنفيذ العناصر الأساسية في عملية مكافحة التبغ على نطاق واسع، ومع ذلك لا تزال أعداد المدخنين على مستوى العالم في ازدياد كل عام. ومع أن معدلات الوفيات بحسب العمر قد تضاعفت، فإن أعداد الوفيات بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية لا تزال تتزايد، وتزداد وتيرتها في الدول النامية. وفي الوقت ذاته، فإن الإرادة السياسية للتغلب على هذه التحديات غالبًا ما تكون غير كافية وتفتقر للإحساس بالضرورة الملحة.

لا يزال من الممكن إجراء بعض التحسينات المفيدة، والرواد حول العالم يؤكّدون ذلك من خلال مقاربات مبتكرة. ومن أجل الوصول بالوقاية من هذا المرض إلى الأماكن البعيدة والقطاعات المحرومة في المجتمع والأجيال القادمة، فهناك على الأقل خمس وسائل يمكن للأنظمة الاستفادة منها، هي الابتكار التنظيمي، وابتكار القوى العاملة، والتكنولوجيا الرقمية المركزة على المريض، ومعلومات الصحة العامة، والاقتصاد السلوكي. وهي أمور تكملية يتم بعضها البعض، وفي الغالب غير مكلفة. فيمكن للوائح الصارمة لمكافحة التدخين أن تزيد من حجم العائدات، كما أن تطبيق نظرية الاقتصاد السلوكي يزيد من فعالية هذه البرامج باستخدام الموارد ذاتها. ثم يأتي دور العاملين في مجال الصحة المجتمعية بالتوجه إلى المواطن التي تشتد فيها الحاجة إليهم، ليقدموا الابتكارات الرقمية للبوّار الساخنة التي تم تحديدها من قواعد البيانات المتاحة.

يستطيع صناع السياسات توظيف هذه الأدوات الجديدة جنبًا إلى جنب مع سياساتهم وبرامجهم القائمة من أجل تعزيز التزامهم بخفض معدلات الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية. وحتى يمكن تحقيق هدف الاتحاد العالمي للقلب في الحد من معدلات الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية على مستوى العالم بمعدل ٢٥ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥، فسيكون على الأنظمة الصحية أن تحد من انتشار مرض ارتفاع ضغط الدم بنسبة ٢٥ في المائة، وخفض معدل الاستهلاك اليومي للتبغ بنسبة ٣٠ في المائة، مع توفير الوقاية الثانوية لأكثر من ٥٠ في المائة من الأشخاص المرشحين للإصابة. ورغم أنه لا توجد دولة واحدة استطاعت حتى الآن تحقيق هذا الهدف الطموح، فإن دراسات الحالة للبرامج الموجودة في البرازيل وجنوب إفريقيا والهند والمملكة المتحدة وبتان تقدم لنا الأدلة التي تثبت فعالية المقاربات المبتكرة في إحراز نتائج جيدة.

ولا شك أن تطبيق سياسة جديدة هو من الصعوبة بمكان، وتتضاءل فرص تحقيق ذلك. ومن ثم، يتعين على صناع السياسات أن يضعوا في اعتباراتهم الموازنات الجوهرية بين التأثير والتكلفة والجِدوى في السياقات المحلية. ومع هذا، فإن المقاربات المبتكرة الواردة في هذا التقرير قابلة للتطبيق بشكل كبير على نطاق واسع من الأنظمة الصحية. وإذا ما أُخذت هذه المقاربات مجتمعة، فإنها ستمثل استجابة شاملة ومتطورة لأمراض القلب والأوعية الدموية.

تعد أمراض القلب والأوعية الدموية وباءً عالميًا، فهي السبب الرئيسي في حالات الوفاة وانتشار الأمراض على مستوى العالم، كما أنها تصيب جميع المناطق بغض النظر عن مستوى الدخل. لكن الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط هي التي تتحمل العبء الأكبر في آثار أمراض القلب والأوعية الدموية، خاصة من حيث معدلات الوفاة للأشخاص في سن ٣٠ إلى ٧٠ سنة، مع استمرار زيادة هذه المعدلات. غير أن معدلات الوفاة وحالات العجز ليست مما يستحيل تفاديه، بل يمكن تجنب ما يصل إلى ربع هذه المعدلات، من خلال تطبيق استراتيجيات أكثر فاعلية على صعيد الوقاية الأولية والثانوية. وفيما يخص «ماهية» هذه الاستراتيجيات فهي معروفة من خلال التدخلات الفاعلة المستقرة والمبنية على الأدلة، غير أن مجرد معرفة ما يتوجب فعله لا تكفي لضمان التطبيق الفعّال على نطاق واسع. فلا تزال «الكيفية» تستعصي علينا في بعض المناطق ومع سكان بعض الدول.

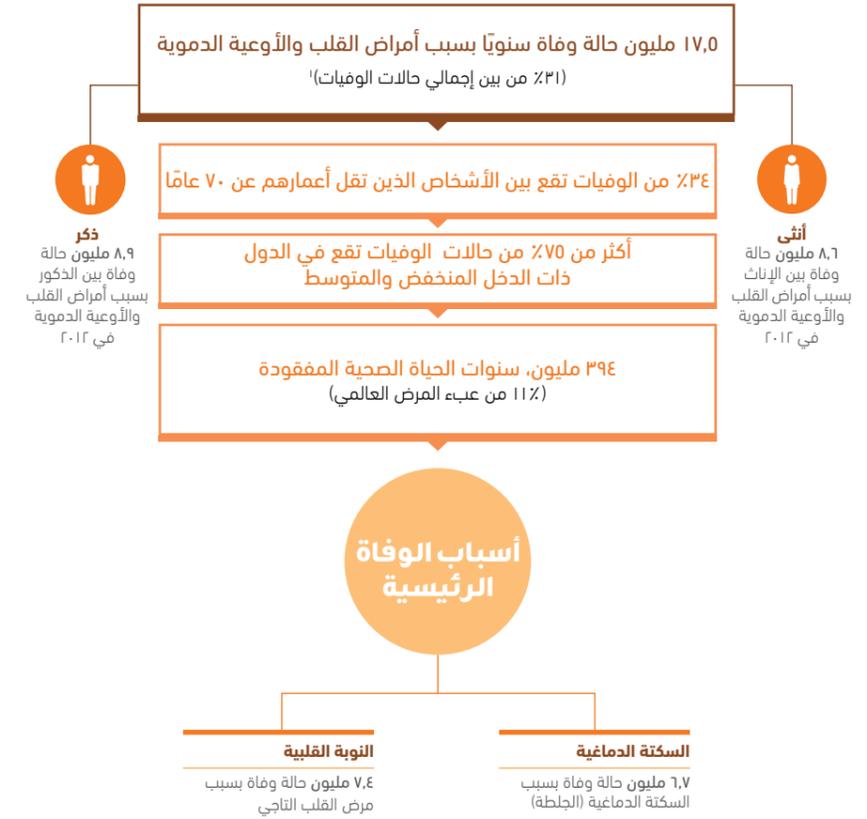
يركز هذا التقرير على دور نماذج التنفيذ المبتكرة في توسيع نطاق تقديم الخدمات الصحية وتسريع الاستيعاب والقبول، وزيادة تأثير التدخلات الأكثر فاعلية. ويزيد وضوح الرؤية لصناع السياسات بشأن ترتيب الأولويات من أجل تحقيق أكبر قدر ممكن من تخفيض أعباء أمراض القلب والأوعية الدموية، خلال فترة الـ ١٠-١٥ عامًا القادمة. وتتمثل هذه الأولويات في تشخيص ارتفاع ضغط الدم وإدارته، ومكافحة التبغ، والوقاية الثانوية الفعّالة. كما أنه يركز على التدخلات القائمة على أدلة التي أثبتت جدواها، ودعم استخدامها على نطاق واسع. كذلك يعرض التقرير مقاربات مبتكرة لتسريع تطبيق هذه التدخلات مع تقديم مقترحات حول كيفية توظيف الموارد المحدودة على نحو أكثر فاعلية من خلال: الابتكار التنظيمي وابتكار القوى العاملة، والأدوات الرقمية المركزة على المريض، ومعلومات الصحة العامة، والرؤى السلوكية. وفي النهاية، يقترح التقرير إطارًا استراتيجيًا لتوجيه تسلسل السياسة على المستوى الوطني لتحقيق أعلى تأثير ممكن.

* معدلات الوفيات المرتبطة بفترة عمرية محددة: يكون البسط هو عدد حالات الوفاة في الفئة العمرية، ويكون المقام هو عدد الأشخاص في هذه الفئة العمرية من بين مجمل

١. مدخل للتحدي: عبء أمراض القلب والأوعية الدموية

أمراض القلب والأوعية الدموية وباء عالمي، فهي السبب الرئيسي في حالات الوفاة والأمراض على مستوى العالم، كما أنها تؤثر على كل مناطق العالم بغض النظر عن مستوى الدخل (انظر الشكل ١).

الشكل ١: أمراض القلب والأوعية الدموية – دعوة لاتخاذ إجراء عالمي



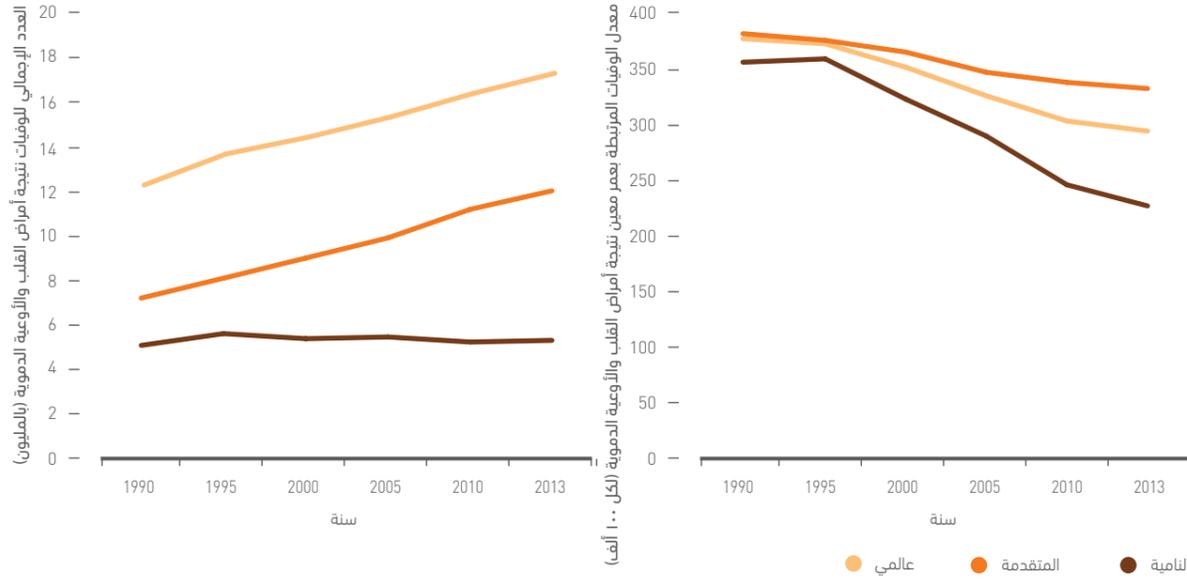
المصدر: منظمة الصحة العالمية (٢٠١٥)؛ منظمة الصحة العالمية (٢٠١٢) ^{١، ٢}

وعلى الرغم من تحقيق تقدم كبير على شتى الأصعدة، بما في ذلك إجراءات مكافحة التبغ، والتقدم في خيارات العلاج الطبي والتحصينات في التعامل مع حالات نقص التروية الحادة (الإسكيمية)^٣ فإن الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية ارتفعت بنسبة ٤٠ في المائة على مستوى العالم خلال الـ ٢٥ عامًا الماضية.^٢ ومع أن حالات الوفاة بحسب العمر قد انخفضت نتيجة تطور العلاج والتقدم الذي حدث في بعض المناطق الجغرافية من أجل خفض معدل الوفيات المرتبط بعمر معين، إلا أن هذا الأمر قابله زيادة في عدد السكان وارتفاع في متوسط الأعمار، ويبين الشكل (٢) زيادة أعداد الوفيات نتيجة أمراض القلب والأوعية الدموية، والانخفاض المتزامن للوفيات بحسب العمر والتأثيرات المجتمعة لهذه العوامل المختلفة.

* الإسكيمية هي نقص في تدفق الدم في الأنسجة يترتب عليه نقص في الأوكسجين مما يؤدي إلى تلف الأنسجة.

الشكل ٢: الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية – الوفيات بحسب العمر

مع أن معدلات الوفاة المرتبطة بعمر معين قد انخفضت على مدار السنوات ٢٥ الماضية...
...إلا أن عدد الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية ارتفع بسبب زيادة عدد السكان وارتفاع متوسط الأعمار



المصدر: دراسة عبء المرض العالمي (٢٠١٣)؛ معهد القياسات الصحية والتقييم، (٢٠١٤)^٤

يعد الانخفاض الكبير في معدل الوفيات بحسب العمر، الذي يفوق آثار النمو السكاني، إنجازًا مهمًا (كما هو مبين في الشكل ٣)، وهذا يظهر أن التدخلات المركزة على الأدلة والمطبقة بصرامة يمكن أن تنقذ حياة الإنسان^١. وعلى الرغم من فاعلية هذه التدخلات المعروفة، لا يشجع استخدام كل هذه العناصر «التأسيسية». فعبر الدول وداخلها لا تزال هناك فرص لاستخدام هذه الأدوات المجربة بشكل أفضل وعلى نطاق أوسع. ولا بد لصناع السياسات من الاسترشاد بالأدلة التي تثبت مدى الفاعلية. وتقدم خرائط الطريق الخاصة بالاتحاد العالمي للقلب نموذجًا وحزمة من الأدوات العملية لدعم قادة الأنظمة الصحية حتى يتمكنوا من تطوير الخطط المحلية بناء على أفضل الأدلة في مجموعة من البيئات ذات الدخل المختلف^٢. ويركز هذا التقرير على الرعاية الصحية المبتكرة التي يمكنها أن تعزز النجاح في علاج أمراض القلب والأوعية الدموية.

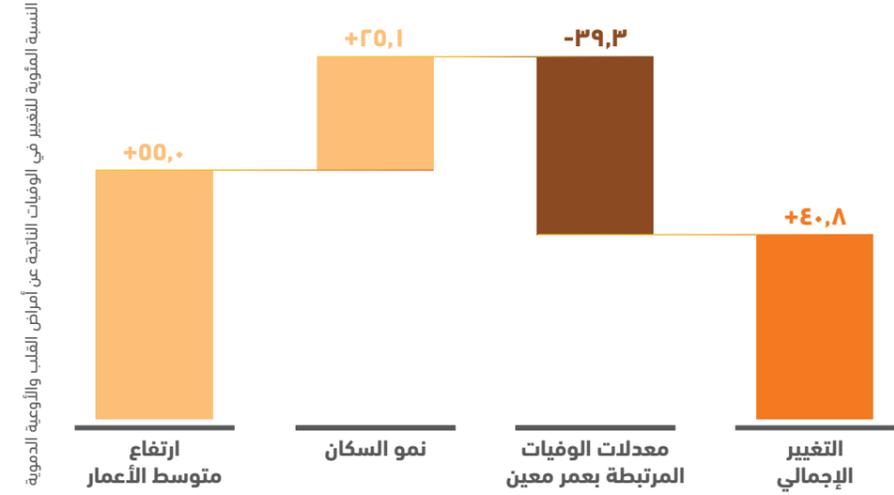
وفي إطار دراسة صناع السياسات لآلية تفعيل المقاربات الحديثة، ينبغي لهم أن يتساءلوا إذا ما كانت هذه المقاربات قد أدت إلى تقليل الفارق بين المجموعات المحرومة والمجموعات الأفضل حالًا فيما يخص التدخلات التأسيسية مثل:

- فرض الضرائب على منتجات التبغ
- حظر التدخين في الأماكن العامة
- حظر الترويج للتبغ
- توفير أدوية خافضات ضغط الدم الضرورية
- الوقاية الثانوية الشاملة

الشكل ٣: نمو السكان وارتفاع أعداد الوفيات بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية



التغيير المقدر في الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية بسبب زيادة عدد السكان وارتفاع متوسط الأعمار، ٢٠١٣-١٩٩٠



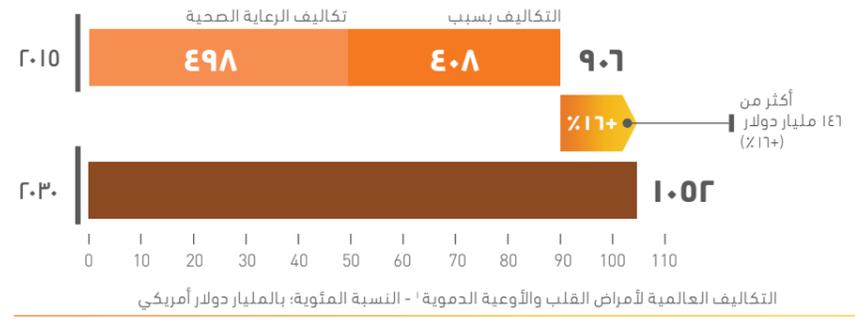
المصدر: مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (٢٠١٥)

على سبيل المثال، حتى داخل الدول التي حققت انخفاضًا ملحوظًا في معدلات التدخين بشكل عام، تبقى هناك نسبة من السكان يستعصي الوصول إليها. ولأن هؤلاء المدخنين ينتمون في الغالب للقطاعات المحرومة في المجتمع، فقد ينجم عن تطبيق استراتيجية فاعلة وشاملة لمكافحة التبغ زيادة التفاوت في خدمات الرعاية الصحية على نحو غير مقصود.

إذن لا بد لصناع السياسات في الوقت ذاته أن يطمحوا إلى إحراز تغيير ملحوظ في الحد من باقي أعباء المرض لجميع القطاعات السكانية. ويتضح من عدد الوفيات الهائل على مستوى العالم كل عام أن هذه القضية تستوجب عناية مستمرة مع تطبيق أفضل المقاربات وأكثرها فاعلية في التعامل مع هذا الأمر الذي يُعد واجبًا إنسانيًا قبل أن يكون قضية رعاية صحية.

إن الآثار الاقتصادية لأمراض القلب والأوعية الدموية تعني أن الاستثمارات الذكية يمكنها أن تجني ثمارًا كبيرة (انظر أيضًا تقرير ويش حول «الاستثمار في الصحة»). فتكاليف الرعاية الصحية وفقدان الإنتاجية ليست فقط هي المعضلة، ولكن مكمّن الإشكال أن الأمراض غير السارية تفاقم التفاوت، مما يكلف الأسر الأكثر فقرًا نسبة أكبر بكثير - من حيث الدخل - مقارنة بالأسر الأكثر ثراءً، علاوة على أنها عامل أساسي في تكبّد الأسر خسائر فادحة في دخلها. ووفقًا لتقديرات المنتدى الاقتصادي العالمي بالتعاون مع كلية هارفارد للصحة العامة، سوف تتجاوز التكاليف السنوية العالمية تريليون دولار بحلول عام ٢٠٣٠ (انظر الشكل ٤). فالأمراض غير السارية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية تزيد من حدة الفقر، وبالتالي فالحمد من أعباء الأمراض غير السارية سوف يدعم التنمية الاقتصادية، إضافة إلى تعزيز صحة الإنسان.

الشكل ٤: التكاليف العالمية لأمراض القلب والأوعية الدموية



الأمراض غير السارية بما فيها أمراض القلب والأوعية الدموية **تسرع وتيرة الفقر**، وجهود مكافحتها **تقل** عبء الأمراض غير السارية وتدعم التنمية^٢

المصدر: المنتدى الاقتصادي العالمي (٢٠١١)؛ هورتون وآخرون (٢٠١٥)؛^{١١٠}

دأبت المنظمات الدولية على التأكيد على أهمية تقليل معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية باعتباره قضية ينبغي للحكومات الوطنية وضعها في مقدمة أولوياتها. كما أكدت على ضرورة الملحة لهذه القضية الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة الخاصة بالأمراض غير السارية^٢ في ٢٠١١ ، والإطار العالمي لرصد الأمراض غير السارية التابع لمنظمة الصحة العالمية في ٢٠١٣ ، والأهداف الإنمائية المستدامة للأمم المتحدة لعام ٢٠١٥^٣ .

ورغم حجم المشكلة والاعتراف بها من جانب المنظمات الدولية الكبرى، فإن أمراض القلب والأوعية الدموية لا توضع دائماً في مقدمة جداول الأعمال السياسية الوطنية كما ينبغي^{١٥} . وهناك العديد من الأسباب التي تقف وراء ذلك:

- يتطلب الحد من انتشار أمراض القلب والأوعية الدموية ومعدل الوفيات الناجمة عنها تعاونًا بين الوزارات الحكومية مثل الصحة، والمالية، والغذاء والزراعة، والنقل، والتعليم، والخدمة الاجتماعية والرفاهية، وهو الأمر الذي يغيب في أغلب الأحيان.
- تتطلب الاستجابة الفعّالة اتخاذ إجراءات منسقة بين قطاعات المجتمع التي تعمل غالبًا في إطار تحقيق مجموعة متعددة من الأهداف، بما في ذلك الحكومات وقطاع الصناعة (الشركات متعددة الجنسيات في مجال الصناعات الدوائية والأغذية والمشروبات وكثير من القطاعات الأخرى) والنظام الصحي وعامة الناس والمجتمع الأكاديمي^{١٦} .
- هناك غياب لاعتبار هذه القضية ضرورة ملحة لأن هذا الوباء يتطور ببطء ويبدو أنه لا يثير استجابة مبعثها الفزع على غرار وباء الأنفلونزا أو غيره من حالات انتشار الأمراض المعدية (مقارنة بالاستجابة مؤخرًا لفيروس زيكا والإيبولا، إضافة إلى ردود الفعل السابقة تجاه مرض السل الذي قاوم العديد من الأدوية أو مرض الإيدز). وكما ورد في تقرير الرؤى السلوكية ضمن أعمال مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش ٢٠١٦»، فإن أخصائيي الرعاية الصحية والسياسيين يميلون للتركيز على المشكلات الفورية في حين أن سياسات الوقاية تبدو بعيدة ونظرية^{١٧} .
- توّجّع المسؤولية تجاه أمراض القلب والأوعية الدموية على قطاع الصحة والصحة البيئية والطب والجهات التنظيمية، مما أدى إلى عدم وضوح في تحديد جهة المسؤولية، وحالة من الجمود وظهرت الصوامع المؤسسية، وفي بعض الحالات اتجه الاستثمار إلى التركيز على العلاج في مرحلة ما بعد الإصابة بالمرض، وليس الوقاية منه.
- يواجه صناع السياسات معارضة من مجموعات الضغط القوية، بما فيها صناعة التبغ.

٢.الخطوات الأولى نحو حل شامل لأمراض القلب والأوعية الدموية

تمثل الوفيات جراء مرض القلب التاجي والجلطة قرابة ٨٠ في المائة من حالات الوفاة نتيجة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية^{١٨} . ويعزى السبب الشائع في هاتين الحالتين إلى تصلب الشرايين الذي يؤدي إلى أمراض القلب والأوعية الدموية^{١٩} . وتشير التقديرات إلى أن نسبة ٥٠ إلى ٨٠ في المائة من هذه الحالات تتسبب فيها عوامل خطيرة يمكن تعديلها والتحكم فيها^{٢٠، ٢١} . وهذه المخاطر السلوكية والبيولوجية مفهومة جيدًا وتطبق على جميع الأشخاص. ويمكن تلخيصها بإيجاز في: تعاطي التبغ، والنظام الغذائي غير الصحي والسمنة، والخمول الجسدي، والتناول الضار للكحول^٢ .

لا شك أن علاج النوبات القلبية والجلطات المبني على الأدلة ينقذ حياة الأشخاص، إلا أن تحسين العلاج وتوسيع نطاق الوصول إليه لن يشمل أيضًا عددًا كبيرًا جدًّا من الناس ممن هم عرضة للخطر. وعلي مستوى السكان، تحقق التدخلات الوقائية مكاسب كبيرة للاستثمار المحدود نسبيًا فيها وثبتت فعالية تكلفتها، ولكن تلقى هذه التدخلات قدرًا أقل من الاهتمام والاستثمار للأسباب التي سقناها أعلاه. ومن هنا فإن هذا التقرير يركز بصورة أساسية على دور الوقاية الأولية والثانوية^{٢٢} التي لا تستطيع الدول بدونها معالجة عبء المرض والوفاة على نطاق السكان بشكل فعّال. ولحسن الحظ، يتضمن مسار أمراض القلب والأوعية الدموية الناتجة عن تصلب الشرايين فرصًا للوقاية عند كل مرحلة (انظر الشكل ٥).

* تخلق عوامل الخطر السلوكية والبيولوجية مثل تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والخمول الجسدي والتناول الضار للكحول مسارات للعوامل البيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم والسمنة المفرطة وارتفاع الجلوكوز في الدم وارتفاع شحوم الدم وارتفاع تخر الدم والتي تؤدي إلى النوبات القلبية والجلطات.

** تشير الوقاية الأولية إلى استراتيجيات حماية الأفراد والسكان من الإصابة بأحد الأمراض، بينما تشير الوقاية الثانوية إلى استراتيجيات منع أو تأخير تطور المرض لدى الأفراد المصابين بالفعل.

الشكل ٥: مسار أمراض القلب والأوعية الدموية الناتجة عن تصلب الشرايين



الشائعة، يجدر بنا أن نعيد التأكيد على الدور المهم لمكافحة التبغ وإدارة ارتفاع ضغط الدم والوقاية الثانوية في الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية، وأن كل واحد من هذه المجالات الثلاثة بمثابة فرصة معقولة لتحسين صحة السكان المحليين.

الشكل ٦: تقليل معدل الوفيات العالمي بأمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة ٢٥ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥



المصدر: الاتحاد العالمي للقلب^١

ارتفاع ضغط الدم

يصيب ارتفاع ضغط الدم مليار شخص على مستوى العالم ويزيد خطر الإصابة بالنوبات القلبية والجلطات^١. ونادرًا ما يسبب ارتفاع ضغط الدم أي أعراض في مراحله المبكرة، وهو ما يعني أن كثيرًا من الأشخاص لا يدركون أنهم مصابون بهذا المرض ويبقون بلا تشخيص ولا علاج. ويمكن الوقاية من ارتفاع ضغط الدم من خلال اتباع نظام غذائي صحي وممارسة التمارين الرياضية والإقلاع عن التدخين، كما يمكن علاجه بأدوية غير مكلفة (ومعظمها تخلق من القيود المتعلقة ببراءة الاختراع).

ويعاني المواطنون في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط التي تعاني الأنظمة الصحية فيها من الضعف ولا تزال في مرحلة التطور من الإصابة بارتفاع ضغط الدم بشكل غير متكافئ^٢. ويواجه قادة الأنظمة الصحية تحديًا حقيقيًا في دعم الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم للحصول على التشخيص المناسب، وتحقيق مستويات الضغط المستهدفة. ويمكنهم تحقيق ذلك من خلال: توفير الرعاية الصحية الكافية، وتدريب القوة العاملة المطلوبة في مجال الرعاية الصحية، وضمان توفير الأدوية ذات الجودة العالية بشكل يمكن الاعتماد عليه، وتحقيق التكامل بين الجهد المبذول لعلاج ارتفاع ضغط الدم واستراتيجيات الرعاية الأولية وخدماتها، وتمكين المواطنين من إحداث تغييرات ملموسة في سلوكياتهم الصحية وأنماط حياتهم.

مكافحة التبغ

يعدّ تعاطي التبغ والتعرض للتدخين السلبي من الأسباب الرئيسية لأمراض القلب والأوعية الدموية، حيث يسهمان في ما يقرب من ١٠ في المائة من حالات الوفيات بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية على مستوى العالم. وعالميًا يقتل التبغ ٦ ملايين شخص على الأقل كل عام، وجميع هذه الوفيات يمكن تفاديها^٣. وعلوّة على ذلك، فعلى الرغم من انخفاض معدلات التدخين على مستوى العالم، فإن عدد المدخنين في العالم لا يزال في ازدياد (انظر الشكل ٧).

نجحت العديد من الدول والمناطق في تقليل معدلات الإصابة والوفيات – بين فئات عمرية معينة – بمرض القلب التاجي والجلطة على مدار السنوات الخمس والعشرين الماضية^٤. وقد استخدمت هذه الدول عددًا من الاستراتيجيات التي تشمل نطاقًا كاملًا من التدخلات السياسية (المالية والقانونية والتنظيمية) التي تتعلق بما يلي: توافر المنتجات الضارة وتكلفتها الميسورة، والوعي بالمخاطر، ودعم أساليب وأنماط الحياة الأكثر صحة، وتحسين العلاج. وعلى الرغم من ذلك فقد تفاوت التأثير بناءً على نطاق التدخلات المستخدمة والموارد المخصصة ومدى جاهزية النظام الصحي لبدء مهمة موسعة والرغبة السياسية لإجراء تدخلات في السياسة عبر قطاعات متعددة.

يتعين على الأنظمة الصحية التي تتولى تنفيذ المبادرات الوقائية صياغة إجابات مناسبة على الصعيد المحلي للأسئلة المتعلقة بتيسير التكلفة والاستدامة (بما في ذلك التفكير في كيفية غرس التغييرات السلوكية وتلك المتعلقة بنمط وأسلوب الحياة) والقيام بمفاضلات صعبة مع الاستثمارات المحتملة الأخرى.

قامت منظمة الصحة العالمية والاتحاد العالمي للقلب بتقييم المساهمة النسبية المحتملة لتدابير الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية المختلفة وحددتا ثلاثة مجالات للأولوية لها القدرة الأكبر للتأثير على مدار العقد القادم والتي تستحوذ معًا على قرابة ٨٠ في المائة من عبء المرض وحالات الوفاة في الوقت الحالي^{٤،٢٣} وتتمثل هذه الثلاثة فيما يلي:

١. تشخيص ارتفاع ضغط الدم وعلاجه
٢. مكافحة التبغ
٣. الوقاية الثانوية*

وطبقًا لمنظمة الصحة العالمية والاتحاد العالمي للقلب، يمكن تقليل خطر الوفاة المبكرة بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية بواقع ٢٥ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥ على مستوى العالم إذا تم تحقيق المستهدفات الثلاثة الرئيسية (انظر الشكل ٦). وقبل النظر في كيفية تطبيق المقاربات المبتكرة للتغلب على هذه التحديات

* تشير الوقاية الثانوية إلى العلاج (غالبًا الأدوية والاستشارة) لتقليل و/أو تأخير خطر تطور الحالة المرضية وبداية ظهور المضاعفات في الأشخاص الذين أصابهم المرض بالفعل.

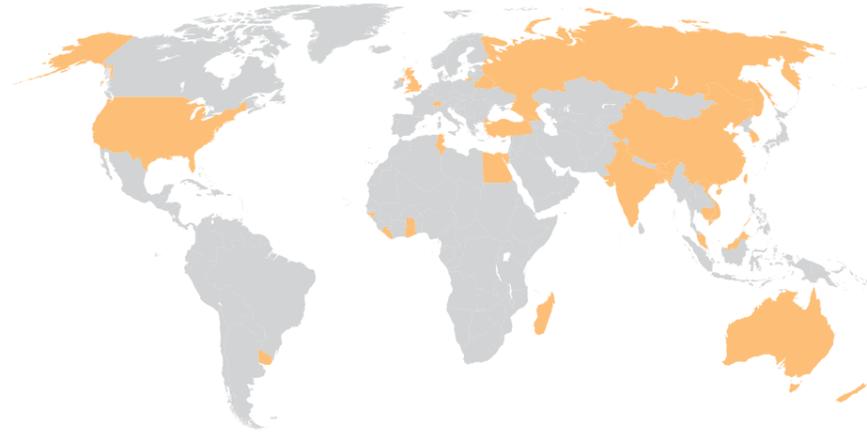
فرض ضرائب على منتجات التبغ، ومنع التدخين في الأماكن العامة – غير مطبقة حتى الآن بصورة فعّالة في الكثير من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ورغم نجاح الكثير من الدول في خفض معدلات التدخين بواقع ٢٥ إلى ٣٠ في المائة على مدار العقد الماضي^{٣٣}، فإن معدلات تعاطي التبغ متزايدة أو مستقرة في معظم العالم، ولا سيما في إفريقيا والشرق الأوسط^{٣٤}.

الشكل ٨: تدابير مكافحة التبغ المتقدمة

فرض ضرائب على التبغ



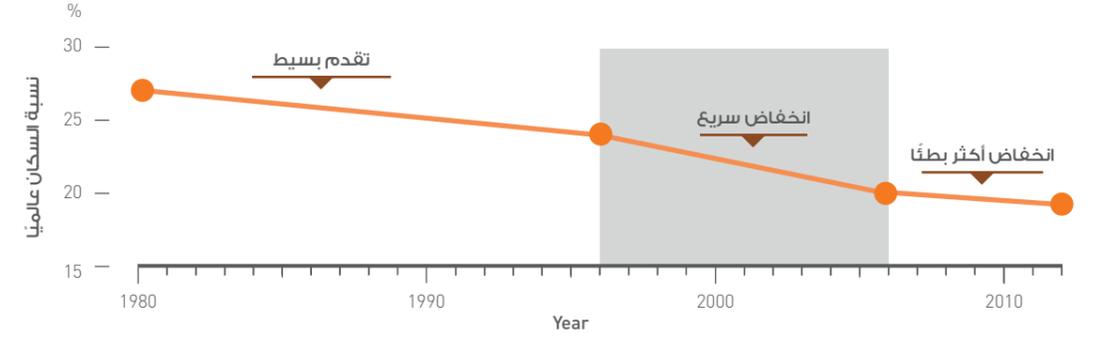
حملات إعلامية شاملة لمكافحة التبغ



الشكل ٧: تزايد نسبة تعاطي التبغ رغم انخفاض معدلات التدخين

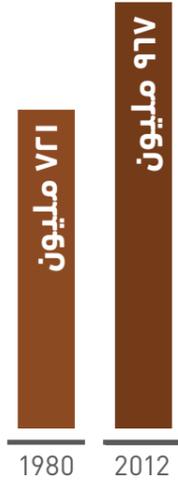
انخفض انتشار التدخين بين الفئات العمرية المعينة على مستوى العالم...

الانتشار العالمي للتدخين

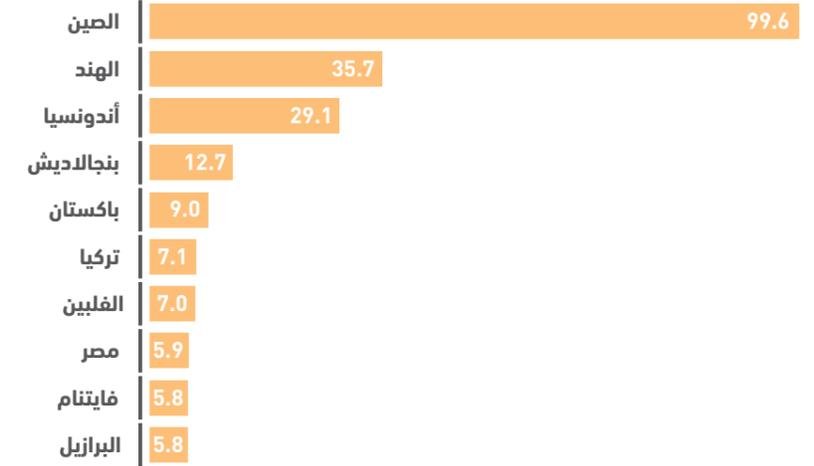


...لكن عدد المدخنين في العالم قد تزايد بسبب نمو السكان

عدد المدخنين اليومي في العالم



الدول ذات أعلى نسبة زيادة في أعداد المدخنين بين عامي ١٩٨٠ و ٢٠١٢ (بالملايين)

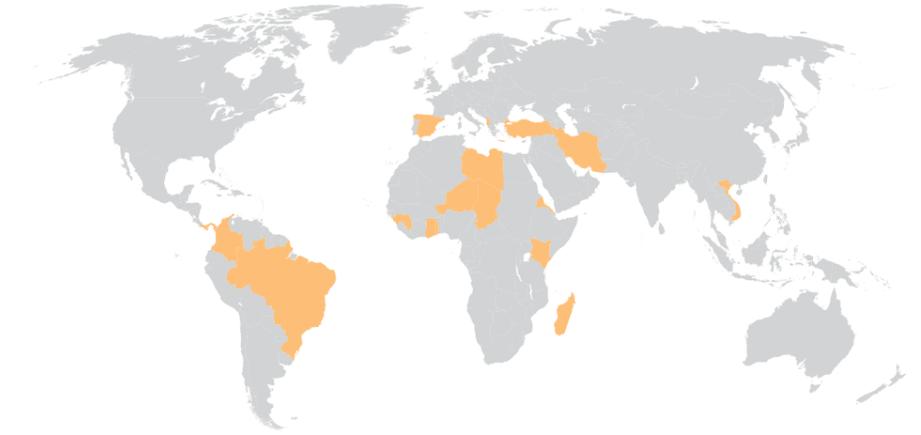


المصدر: معهد القياسات الصحية والتقييم، نج، وآخرون (٢٠١٤) ٣٠٠٩

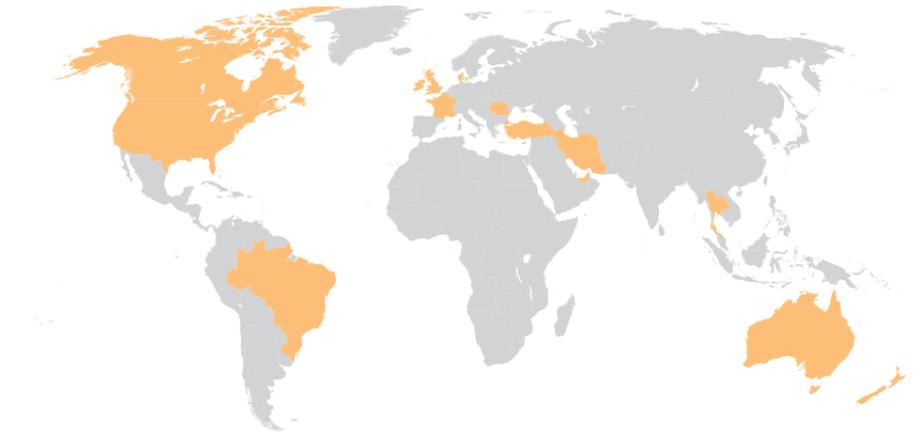
يمكن لتدابير مكافحة التبغ الفعّالة أن تقلل بصورة ملحوظة عبء الجلطات ومرض القلب التاجي^{٣٥}. كما أن لهذه السياسات أيضًا فوائد أخرى كثيرة، منها خفض معدلات الوفيات والإصابة بسبب السرطانات وأمراض الجهاز التنفسي المرتبطة بالتبغ. وعلاوة على ذلك، سوف تفيد هذه السياسات الأجيال القادمة التي ستشبه في بيئة لا يعتبر تعاطي التبغ فيها هو الأساس.

هذا وقد صادقت ٨٠ في المائة من الدول على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ وعمدت إلى سن تشريعات جديدة أو تشديد التشريعات القائمة المتعلقة بمكافحة التبغ^{٣٦}. وعلى الرغم من ذلك، فإن معدل قبول تلك التدابير متفاوت بشكل كبير فيما يتعلق بطبيعة ومدى تدابير مكافحة التبغ المقدمة (انظر الشكل ٨). وعلاوة على ذلك، فإن كثيرًا من الاستراتيجيات التي لها أكبر تأثير محتمل – وهي

حظر الإعلان عن التبغ والترخيص له ورعايته



علاج الاعتماد على التبغ



المصدر: منظمة الصحة العالمية^{٣٥}

من الواضح أنه لا زال أمام الدول الكثير لتفعله في مجال تطبيق تدابير مكافحة التبغ، غير أن هناك عددًا من قصص النجاح التي يجدر بنا أن نحذوا حذوها. كانت أوروغواي أول دولة في أمريكا اللاتينية تحظر التدخين في الأماكن العامة المغلقة عام ٢٠٠٦ وأول دولة في العالم تحظر على المصنعين بيع العديد من علامات السجائر التجارية الفرعية في ٢٠١٠. وطبقًا لمنظمة الصحة العالمية، أصبحت تركيا في العقد الماضي «نموذجًا للالتزام السياسي والرغبة في تجنب وباء التبغ»^{٣٦}. كما سنّت مجموعة من تشريعات مكافحة التبغ الأكثر صرامة في العالم، شملت تغييرات على نظام الضرائب، وتنظيم الدعاية والإعلان، ومنع التدخين في الأماكن العامة، بالإضافة إلى توفير المعلومات العامة المفصلة ودعم الإقلاع عن التدخين. وقد كانت معدلات التدخين في تركيا منذ ١٠ سنوات من بين أعلى المعدلات في العالم حيث دأب معظم الرجال على التدخين بانتظام، أما اليوم فقد انخفضت هذه المعدلات بواقع ١٥ في المائة^{٣٧}.

وحين يدعو المعنيون بمكافحة منتجات التبغ التقليدية إلى اتخاذ إجراء عاجل حيالها، تظهر بعض الأمور الجديدة المثيرة للجدل تستحوذ على اهتمام صناع السياسات مثل السجائر الإلكترونية، ففي الوقت الذي

يعتقد فيه قطاع من مجتمع مكافحة التبغ أن السجائر الإلكترونية منتج من المحتمل أن يكون مفيدًا في سياق «تقليل الضرر»، فإن هناك قطاعًا آخر يحذر من الضرر الذي يمكن أن يلحق بالأوعية الدموية وزيادة نسبة الأورام، بالإضافة إلى أضرار الإدمان القوية التي ترتبط بالنيكوتين^{٣٨,٣٩}.

الوقاية الثانوية

تمثل استراتيجيات الوقاية الثانوية الفعّالة أهمية بالغة للمرضى المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية الناتجة عن تصلب الشرايين. وتتضمن العناصر الأساسية للوقاية الثانوية: الإقلاع عن التدخين، وإدارة ارتفاع ضغط الدم، واتباع نظام غذائي صحي، وإدارة الدهون، والنشاط البدني، والتحكم في الوزن، وإدارة مرض السكري، والعلاج بالأدوية. إن الإدارة الجيدة لواحد فقط من هذه العناصر يمكن أن تحدث تأثيرًا كبيرًا. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يقلل التحكم في كولسترول البروتينات الدهنية منخفضة الكثافة عند المرضى المصابين بمرض الشريان التاجي وارتفاع الكولسترول من خطر الإصابة باحتشاء عضلة القلب الحاد بنسبة ٤٠ في المائة^{٤٠}. كما ثبت أن الأنظمة الغذائية الصحية مثل حمية البحر الأبيض المتوسط فعّالة جدًا في الوقاية الأولية والثانوية من أمراض القلب والأوعية الدموية^{٤١}. كذلك يمكن أن تشكل عملية إعادة التوعي في شكل توسيع الشرايين أو أي جراحة أخرى (مثل جراحة فتح مجرى جانبي للشريان التاجي) جزءًا من استراتيجية الوقاية الثانوية الشاملة، وتحد من خطر الوفاة وتخفف الأعراض بالنسبة لبعض المرضى.

جدير بالذكر أن التحديات التي ينبغي التغلب عليها في توفير الوقاية الثانوية تشبه في نواح كثيرة تلك التي توجد في علاج ارتفاع ضغط الدم بشكل عام مع وجود بعض الاختلافات الرئيسية، وعلى وجه التحديد، فإن المرضى المؤهلين لتلقي خدمات الوقاية الثانوية مثل الناجين من متلازمة الشريان التاجي الحادة أو الجلطة سوف يتلقون الخدمات الصحية في إطار إدارة النوبة الحادة. وبالتالي، فإن الصعوبات الأساسية تتضمن:

- الوصول إلى الأدوية
- الالتزام الدائم بالعلاج الطبي وتغيير نمط الحياة
- مراقبة الأداء والمساءلة المستمرة
- دعم وصف الأدوية المناسبة من خلال تطوير ونشر الإرشادات السريرية القياسية

مساعدة صناع السياسات في تحسين الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية

في العديد من الأنظمة الصحية – وخاصة تلك التي تتأثر بالقيود المفروضة على الموارد – يمكن إدارة مجالات الأولوية الثلاثة (ارتفاع ضغط الدم ومكافحة التبغ والوقاية الثانوية) على نحو مثالي بطرق ميسورة التكلفة ومستدامة وقابلة للتطوير (ونرى أن هذه العناصر مترابطة) من خلال التركيز على الإجراءات والفرص التالية:

- الابتكار التنظيمي – ولا سيما في حالة مكافحة التبغ والوصول إلى الأدوية ذات الجودة المضمونة.
- ابتكار القوى العاملة – ولا سيما دعم تطوير ونشر العاملين في مجال الصحة المجتمعية وفرق العمل الأخرى من غير الأطباء.
- الصحة الرقمية – ولا سيما دعم استخدام أدوات الهواتف الجوالة أو الأدوات الرقمية في إدارة عوامل الخطر والمرض، التي تدمج الاقتصاد السلوكي في تصميم التدخلات المعنية بتوجيه ودعم واستدامة تغيير نمط الحياة لدى الأفراد والجماعات.
- وحدة معلومات الصحة العامة – جمع بيانات أفضل على مستوى السكان لدعم جهود الوقاية وإتاحة البيانات الخاصة بالنتائج لتعزيز التحسين المستمر.
- توسيع التغطية الصحية – تم تناول هذا الأمر بالتفصيل في تقرير «ويش» ٢٠١٥ الخاص بالتغطية الصحية الشاملة^{٤٢}.

يدعم التقرير صناع السياسات بخمس طرق:

١. التأكيد على المجالات التي ينبغي التركيز عليها والتي تحمل القدرة الأكبر على التأثير.
٢. مشاركة نماذج البرامج التي حققت أثرًا كبيرًا وتميزت باستنادها إلى الأدلة وإمكانية تطويرها، عبر العالم.
٣. تحديد وعرض المقاربات المبتكرة الواعدة التي لا تزال تفتقر إلى دليل يبين قدرتها على التأثير على نطاق واسع، لكنها رغم ذلك واعدة. وفي العديد من الحالات، اخترنا مجموعة من النماذج التي تم تقديمها في بيئات ذات موارد محدودة.
٤. تحديد العوامل التي تقود إلى التطبيق الناجح، والتحديات التي يتعين التغلب عليها.
٥. المساعدة في تحديد التسلسل المناسب للتدخلات في ضوء الواقع الخاص بكل دولة.

٣. الاستجابة: استخدام المقاربات الأكثر ابتكارًا

في هذا القسم، نلقي مزيدًا من الضوء على مجالات الابتكار الخمسة الأكثر جاهزية لمساعدة صناع السياسات في تقليل معدلات تكرار الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية الناتجة عن تصلب الشرايين.

١. الابتكار التنظيمي.
٢. ابتكار القوى العاملة.
٣. التكنولوجيا الرقمية المرتكزة على المريض.
٤. وحدة معلومات الصحة العامة.
٥. الاقتصاد السلوكي.

الابتكار التنظيمي

يمكن للحكومات وصناع السياسات تغيير مسار حالات الوفيات جرّاء أمراض القلب والأوعية الدموية بصورة مباشرة من خلال السياسة التنظيمية. وقد كان لذلك أثر كبير بالفعل على الوقاية، لا سيما في مكافحة التبغ. وقدم برنامج السياسات الست الفعالة لمكافحة التبغ المعروف اختصارًا باسم «MPOWER»^{*} للدول قائمة خيارات سياسية مستندة إلى الأدلة. كما ساعد في سن وتطبيق اللوائح، التي تقلل من توافر منتجات التبغ وتيسير تكلفتها، بصورة كبيرة تلك الجهود التي بذلت في التعليم العام والتي زادت من قبول الجمهور ودعّمه لهذه التدابير.

ويواصل بعض صناع السياسات تجربة مقاربات جديدة تتسم بجرأة أكبر مثل:

- وضع أهداف محددة لخفض انتشار التدخين إلى نسبة قليلة جدًا. فإذا نظرنا مثلًا إلى إعلان نيوزيلندا خالية من التدخين بحلول عام ٢٠٢٥ والذي تم إطلاقه في ٢٠١١ وجدناه يستهدف خفض نسبة التدخين إلى ٥ في المائة بحلول عام ٢٠٢٥ وخصص لذلك مبلغ ٥ ملايين دولار نيوزيلندي كتمويل سنوي لتحفيز الابتكار في إطار تحقيق هذا الهدف^{٤٣}.
- رفع السن الذي يُسمح فيه للشخص بشراء التبغ إلى ٢١ عامًا. وتم تطبيق هذا الأمر في هندوراس، والكويت، وسريلانكا، وبالاو، وساموا وأوغندا، وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تحديدًا في كاليفورنيا وهاواي علاوة على ١٤٥ بلدية في ١١ ولاية من بينها نيويورك وشيكاغو^{٤٤}.
- اقتراح تشريع خاص بـ «أجيال بلا تبغ» يحظر تعاطي التبغ. علي سبيل المثال، تم سن مثل هذا التشريع في جزيرة تسمانيا بأستراليا^{٤٥، ٤٦}.

* يشير الاختصار (MPOWER) إلى ما يلي

- مراقبة استخدام التبغ وسياسات مكافحة
- حماية الناس من تدخين التبغ
- تقديم المساعدة للتوقف عن تدخين التبغ
- التحذير من أخطار التبغ
- فرض حظر على الدعايا والإعلان والترويج للتبغ
- فرض ضرائب على التبغ

لا يقتصر نطاق الابتكار التنظيمي على مكافحة التبغ. فهناك أيضًا فرص كبيرة لتحسين فرص الوصول الموثوق للأدوية ميسورة التكلفة ذات الجودة العالية للتحكم في ارتفاع ضغط الدم والوقاية الثانوية. وفي هذا الصدد، هناك الكثير من الدروس التي يمكن أن نتعلمها من شراكة دحر السل– المرفق العالمي لشراء أدوية السل. فعلى مدار العقد الماضي حملت هذه الشراكة لواء الابتكار في صناعة أدوية السل لتحسين الالتزام وتبسيط التخزين وعمدت إلى خفض أسعار الأدوية ذات الجودة العالية وضمان توفير الدواء بشكل مستقر ومعتمد حتى أثناء حالات الطوارئ.

ويمكن لمقاربة مشابهة في التعامل مع أمراض القلب والأوعية الدموية أن تساعد في التغلب على أحد أهم عوائق الإدارة الناجحة لارتفاع ضغط الدم والوقاية الثانوية. على أن تشمل أولويات هذا البرنامج ما يلي:

- توجيه موارد التبرعات إلى برنامج استراتيجي موحد وتعزيز الطلب لدعم الشراء بالجملة وتخفيض الأسعار
- توحيد وتبسيط توافر الأدوية – وخاصة من خلال تركيبات ثابتة الجرعة من العلاج الأساسي وأدوات المرضى – بهدف تنظيم السوق وتيسير مهام العاملين في المجال الصحي ودعم الالتزام.
- توحيد متطلبات ضمان الجودة في جميع عقود المشتريات.

ابتكار القوى العاملة

إن عدد السكان الذين يستفيدون من تدخلات الوقاية الأولية والثانوية في العديد من الدول كبير وموزع على منطقة واسعة، في حين أن عدد العاملين الماهرين في الرعاية الصحية قليل ويتمركز في المدن الكبرى. وجدير بالذكر أن بث روح الابتكار في العاملين في الرعاية الصحية على سبيل المثال من خلال توسيع دور طواقم التمريض والعاملين في مجال الصحة المجتمعية عبر توفير مستويات مناسبة من التدريب على نطاق واسع يمكن أن يساعد الأنظمة الصحية على الوصول للسكان المستهدفين بتكلفة يسيرة^{٤٧}.

دراسة الحالة (١): برنامج الصحة الأسرية في البرازيل

يعد برنامج الصحة الأسرية في البرازيل^{٤٨} أكبر مبادرة مجتمعية للرعاية الأولية على مستوى العالم. ويوجد برنامج الصحة الأسرية في ٩٥ في المائة من البلديات المحلية، ويقدم في الوقت الحالي الرعاية الأولية لأكثر من ٥٠ في المائة من سكان البرازيل^{٤٩}. وبالنسبة للمناطق التي تنخفض فيها معدلات الوصول للرعاية الصحية وتتندى فيها البنية التحتية الخاصة بها إلى أقل مستوى فلها الأولوية في استثمارات برنامج الصحة الأسرية.

المقاربة

تتضمن أنشطة برنامج الصحة الأسرية تعزيز الصحة والوقاية الأولية وإدارة عوامل الخطر المرتبطة بأمراض القلب والأوعية الدموية، بالإضافة إلى إدارة المخاطر للأفراد ذوي المخاطر العالية (مراقبة ارتفاع ضغط الدم وداء السكري) وإعادة تأهيل المرضى المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية. ويقوم على تقديم هذه الخدمات فرق الرعاية الأولية المكونة من طبيب وممرضة وممرضة مساعدة وأربعة من العاملين في مجال الصحة المجتمعية على الأقل. ويقع معظم الوقت الذي يستغرقه تقديم الخدمة على عاتق العاملين في مجال الصحة المجتمعية في شكل زيارات منزلية وتدخلات مجتمعية (انظر الشكل ٩)، وطبقًا لنموذج برنامج الصحة الأسرية، يضمن العاملون في مجال الصحة المجتمعية تقديم الخدمات بصورة متسقة وعادلة من خلال زيارة جميع الأسر التي تشملها منطقة الخدمة الطبية من إجمالي ٧٥٠ أسرة، بصفة شهرية.

التأثير

على مدار الأعوام العشرين الماضية منذ تطبيق برنامج الصحة الأسرية، أسهم البرنامج في تحقيق خفض كبير في معدلات دخول المستشفى بالنسبة للحالات الحساسة للرعاية الجواله، وتحسن في مدى إقبال السكان على إجراء الفحوصات، وخفض في تدابير معالجة التفاوت في الرعاية الصحية. ويإبجاز، تقلصت الفجوة في نتائج الرعاية الصحية بين الغني والفقير.

وفي العقد الماضي، شهدت معدلات الوفيات بحسب العمر جرّاء مرض القلب التاجي والجلطات انخفاضًا بنسبة ٢٠ في المائة في دولة البرازيل. وترتبط تغطية برنامج الصحة الأسرية سلبيًا بمعدل الوفيات بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية في النماذج غير المعدلة والمعدلة لعوامل الإرباك الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية. وعلاوة على ذلك، فإن تغطية برنامج الصحة الأسرية قد زادت من عدد أنشطة التوعية الصحية والزيارات المنزلية والاستشارات الطبية، علاوة على خفض معدلات دخول المستشفى لتلقي العلاج من الجلطات وأمراض القلب^{٥١}.

الدروس الرئيسية المستفادة:

يعتبر برنامج الصحة الأسرية نموذجًا غير مكلف على الإطلاق. وتنفق البرازيل في الوقت الحالي قرابة ٥٠ دولارًا أمريكيًا سنويًا لكل شخص في البرنامج^{٥٢}، وتحظى بمستويات عالية من رضا المستخدمين^{٥٣}.

ومع ذلك، اقتضى تطوير حجم برنامج الصحة الأسرية العديد من محاولات التكيف المتواصلة، بالإضافة إلى استثمارات كبيرة لمعالجة الاختلافات في الاحتياجات الصحية للسكان في: المجتمعات والمناطق الجغرافية المختلفة والفجوات في القدرات البلدية وموارد الرعاية الصحية والممارسة الطبية الناشئة. ومن المحتمل أن تنشأ هذه التحديات في المناطق والدول الأخرى التي تطبق برنامجًا من هذا النوع^{٥٤}. وعلاوة على ذلك، فإن الاستعانة بالعاملين في مجال الصحة المجتمعية للعمل في بيئات مستقرة على مستوى عالٍ من التقدم في مجال تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية يتطلب تفكيرًا عميقًا في مشاركة المهام وتغيير المهام لضمان المشاركة والقبول ولإبجاد نظام يضيف قيمة لا تعقيدًا.

^[1] مقاربات مبتكرة للوقاية:

^[2] مقاربات مبتكرة للوقاية:

دراسة الحالة (٢): برنامج المنهج العملي للرعاية في جنوب أفريقيا

عكفت وحدة ترجمة المعرفة في معهد دراسات الرثة التابع لجامعة كيب تاون في جنوب إفريقيا على تطوير برنامج المنهج العملي للرعاية^{٥٦}، على مدار السنوات الخمس عشرة الأخيرة. ويهدف هذا البرنامج إلى دعم وتمكين الممرضات العاملات في الخطوط الأمامية حيث تكون الموارد نادرة، وخاصة القوى العاملة الطبية والمرافق الصحية المتقدمة.

تم تطوير برنامج المنهج العملي للرعاية في البداية لتحسين الوصول إلى خدمات التشخيص والعلاج للأشخاص المصابين بمرض السل، ولاحقًا لمرضي الإيدز/نقص المناعة.^{٥٧}

ومنذ هذه المبادرات المبكرة تم تعديل البرنامج ليغطي نطاقًا واسعًا من الحالات المزمنة الأكثر شيوعًا تتضمن أمراض القلب والأوعية الدموية. وجاء هذا في الأساس استجابة للأدلة التي أكدت وجود معدلات مرتفعة جدًا لانتشار العديد من الأمراض ومستويات عالية من الاحتياجات التي لم تتم تلبيتها نتيجة لانخفاض مستويات التحكم في مرض ارتفاع ضغط الدم.^{٥٨}

وفي عام ٢٠١٧ سيتم تقديم نسخة معدلة من برنامج المنهج العملي للرعاية يشارك فيها العاملون في مجال الصحة المجتمعية في جنوب إفريقيا، وسوف تدعم مزيدًا من التوسع في الطواقم العاملة في الخطوط الأمامية للرعاية الصحية.

المقارنة

يتكون برنامج المنهج العملي للرعاية من سلسلة من المكونات المتداخلة:

- خوارزميات علاجية قائمة على الأدلة وآليات المساعدة في اتخاذ القرار وقوائم المراجعة (انظر الشكل ١٠)
- برنامج تدريبي تفاعلي بحسب الحالات، يتم تقديمه إلى المجموعات والفرق الميدانية العاملة في هذا المجال، وتم تصميمه طبقًا لمبادئ تعلم البالغين.
- منهج تدريب المدربين التسلسلي، عادةً ما يستغرق ٨-١٢ جلسة.
- أدوات لتحسين النظام الصحي تتضمن المراجعة وإعادة النظر وتشمل: تغيير المهام ومشاركة المهام في بعض مسارات الإحالة المحددة، ومسؤوليات وصف الأدوية، والتدريب والاعتماد، وتوسيع نطاق السماح بوصف الأدوية من غير الأطباء.
- المراقبة والتقييم، بما في ذلك الحصول على تعقيبات وملاحظات من المدربين والقائمين على التفيتيش وبرامج تحسين الجودة والتجارب الإكلينيكية.

الشكل ١٠: برنامج المنهج العملي للرعاية في جنوب إفريقيا



المصدر: إيستمان وآخرون (٢٠١٦) ^{٥٩}

تتم مراجعة أدوات دعم القرار سنويًا لإدخال إضافات إلى قاعدة الأدلة والتغييرات الخاصة بالإرشادات والسياسات. كما يتم تعديل البرنامج وتحسينه بناءً على ملاحظات المستخدمين. كما يجري تحسين برنامج التدريب التسلسلي أيضًا بصورة متواصلة من خلال اللجوء إلى الزيارات المتكررة والقصيرة من جانب المدربين من الأطباء المتخصصين في تقديم الرعاية الصحية.

التأثير

تم تقييم برنامج المنهج العملي للرعاية على مدار خمس عشرة سنة في ثلاث تجارب عشوائية محكمة، بالإضافة إلى العديد من تقييمات الملاحظة والتقييمات النوعية والاقتصادية الأخرى. وتظهر الأدلة وجود:

- تحسينات صغيرة ومطرودة في وصف الأدوية والإحالة والفحص والنتائج الصحية للمرضى ذوي الحالات السارية وغير السارية. وهذا يؤكد أن عمل البرنامج في مجال واحد ليس له تأثير سلبي على الرعاية في المجالات الأخرى.
- بعض التغييرات في استخدام الرعاية الصحية بالنسبة للبيئات الأقل كثافة، بما في ذلك خفض فترات الإقامة بالمستشفيات.
- تأثير للتدريب فيما يتعلق بالاستجابة للجرعات، مما يؤكد أن التدريب له تأثير فعّال وأن زيادة التدريب لها تأثير أكثر فاعلية.

الدروس الرئيسية المستفادة:

يتم مواءمة برنامج المنهج العملي للرعاية وتطبيقه في مالادوي وجامبيا والبرازيل^٦ والمكسيك وبتسوانا.

وتؤكّد الخبرة المكتسبة حتى الآن أن تطبيق برنامج المنهج العملي للرعاية في دول جديدة يتطلب فترة ممتدة من المشاورات والعمل مع الأطباء المحليين المتخصصين في تقديم الرعاية الصحية والأطراف المعنية الأخرى، تستغرق قرابة ستة أشهر.

بالإضافة إلى ذلك، فإن نقل نموذج برنامج المنهج العملي للرعاية إلى الأمراض غير السارية يواجه مزيدًا من الصعوبة مقارنة بالأمراض السارية لعدة أسباب منها: أن زيارات المرضى للمنشآت الصحية أقل تكرارًا، لذا تقل المناسبات التي يمكن فيها التأكيد على رسائل التوعية الصحية، كما أن الوعي بالعلاج ضعيف. لذا قد يعتقد بعض المرضى على سبيل المثال أنه فور وصول ضغط الدم لديهم لمستوى مقبول، فإن بإمكانهم التوقف عن العلاج، علاوة على أن الرعاية في بعض الحالات قد اكتسبت «نمطًا ثابتًا» بصورة سلبية، وهو ما يعني أن المرضى والعاملين في الرعاية الصحية يباشرون النمط المعتاد من قياس ضغط الدم، ولكنهم لا يقومون بتسجيل النتائج أو العمل الفعّال بناءً عليها. علاوة على ذلك، فإن إدارة أمراض القلب والأوعية الدموية الفعّالة لا تحقق نتائج فورية، ولذا فإن التعزيز الإيجابي للمرضى والعاملين في الرعاية الصحية محدود وغير ملموس. وبالتالي ينبغي لصناع السياسات توقع تدخلات مشابهة للحصول على فترة «تضمين واستقرار» أطول مقارنة بالبرامج المشابهة الخاصة بالأمراض المعدية.

دراسة الحالة (٣): برنامج الوقاية الثانوية من نوبات مرض القلب التاجي بعد الخروج من المستشفى في الهند

في عام ٢٠١٥، قامت الهند بتجربة برنامج أسمته «الوقاية الثانوية من نوبات مرض القلب التاجي بعد الخروج من المستشفى» (SPREAD)، وهو تدخل يقوم على تقديمه العاملون في مجال الصحة المجتمعية في ١٤ مستشفى يقع في نطاق تسع ولايات.^٦ ويدعم البرنامج المرضى ومقدمي الرعاية الأولية لهم في تحقيق الالتزام بتناول الأدوية وتغييرات نمط الحياة في العام الذي يلي إصابتهم بإحدى نوبات القلب والأوعية الدموية الحادة.

المقارنة

يخصص لكل مريض في البرنامج أحد العاملين في مجال الصحة المجتمعية يكون مسؤولًا عنه ويباشر مشاورات الخروج من المستشفى مع المريض، كما يقوم بترتيب ست زيارات متابعة للمريض على مدار الأشهر الاثني عشر التالية.

وفي مشاورات الخروج من المستشفى، يركز عامل الرعاية الصحية المجتمعية على تقوية علاقته بالمريض ومقدم الرعاية ويجمع معلومات المريض الأساسية. ثم يقومان معًا بتحديد العوائق المحتملة للالتزام بخطط تناول الأدوية وتغيير نمط الحياة، ومن ثم يقومان بوضع استراتيجيات للتغلب على هذه العوائق. ويقدم عامل الرعاية الصحية المجتمعية للمريض أداتين (يتم ترجمتها وتعديلها حسب لغة المريض وبيئته الثقافية المحلية) لدعم الالتزام وتوعية المريض بشأن استخدامهما:

- أداة بصرية تساعد على الالتزام في صورة تقويم لمدة ١٢ شهرًا يقوم على تذكير المريض ويسجل تناول الأدوية من خلال خانات اختيار تستوعب حتى ستة أصناف من أدوية القلب والأوعية الدموية.
- مفكرة يومية للمريض تتضمن معلومات التوعية ورسائل التحفيز وجهات الاتصال الخاصة بالطبيب المعالج للمريض وعامل الرعاية الصحية المجتمعية (انظر الشكل ١١).

يقوم عامل الرعاية الصحية المجتمعية بترتيب ست زيارات متابعة للمريض، مدة كل واحدة منها ساعة. تجرى الاستشارة في الشهر الأول والخامس والسابع والثاني عشر في العيادة الخارجية للمنشأة الصحية، وفي الشهرين الثالث والتاسع في منزل المريض. وينصح المريض بالاتصال بعامل الرعاية الصحية المجتمعية بين الزيارات إذا ساوره القلق بشأن صحته أو قدرته على تناول الأدوية أو الالتزام بتغييرات نمط الحياة.

^٦ يتم تقييم برنامج المنهج العملي للرعاية في الوقت الحالي في البرازيل

الشكل ١١: برنامج الوقاية الثانوية من نوبات مرض القلب التاجي بعد الخروج من المستشفى في الهند



نصائح صحية للقلب



أنوع الخطوات التالية من أجل الحفاظ على قلب صحي	الحالات التي يجب فيها الاتصال بطبيبك أو مسؤول الصحة المجتمعية
<ul style="list-style-type: none"> تناول وجبات خفيفة على فترات متكررة تناول المزيد من الخضراوات الورقية والفواكه تناول الأطعمة المصنوعة من القمح تناول السمك والدواجن والدواجن الخالية من الدهون 	<ul style="list-style-type: none"> الدوار صعوبة التنفس الدم في الصدر
<ul style="list-style-type: none"> مارس التمارين الرياضية بانتظام (المشي السريع أو الركض) مارس تمارين اليوغا أو أساليب الاسترخاء حاول البقاء في حالة استرخاء ومرح وسعادة ذهنية تجنب الحياة التي تتضمن قلة الحركة 	<ul style="list-style-type: none"> الحد من استخدام الدهون والزيوت والدهون مجموعة الألبان والبروتيني مجموعة الخضراوات الحبوب القلبية بالخبز والحبوب والحبوب
<ul style="list-style-type: none"> افاغ عن الدخين كلياً تجنب تناول الكحول قلل أو تجنب تناول الأطعمة ذات الدهون المرتفعة مثل الخبزي والخبك الغني بالدهون وما إلى ذلك. 	<ul style="list-style-type: none"> عند الأدوية تناول أدوية في موعدها وبالجرعة المحددة لا تأخذ طبيك أو مسؤول الصحة المجتمعية في حال شعورك بأي وعكة صحية من قبيل الصداع أو الحموضة أو عسر الهضم أو السعال الجاف أو الدوخ
<ul style="list-style-type: none"> قلل استهلاك الملح خصوصاً الأطعمة المحبوبة على الملح مثل البهارات والمخللات. حاول أن تتجنب تناول اللحوم الحمراء تماماً مثل لحم الخنزير أو البقر في أي شكل من أشكال الطهي وتجنب الدجاج المقلي تجنب بعض الأطعمة المقلية مثل رقائق البطاطس المحمرة تجنب المشروبات الباردة أو العصائر ذات نسب السكر المرتفعة (لا سيما إذا كنت مصاباً بالسكري) 	<ul style="list-style-type: none"> لا تتوقف عن تناول الدواء من تلقاء نفسك
<p>في حالة الطوارئ الطبية، اتصل على رقم المستشفى، رقم الإسعاف،</p>	

المصدر: الصور مقدمة من الدكتور دينس زافير، أستاذ ورئيس قسم علم الأدوية، كلية سانت جون الطبية، رئيس قسم الأبحاث الإكلينيكية والتدريب، معهد سانت جون للأبحاث، بنغالور، الهند كمواد إضافية لمقال الدكتور زافير وآخرون (٢٠١٦) ^{١١}

خلال كل الاجتماعات، يقوم عامل الرعاية الصحية المجتمعية بمراقبة استخدام التقييم والمفكرة اليومية الخاصة بالمريض ويسأل المريض ومقدم الرعاية حول عوائق الالتزام ويساعدهما في تطوير وتعديل استراتيجيات التغلب على العوائق. ويقوم عامل الرعاية الصحية المجتمعية في كل زيارة بتقييم التزام المريض بأدوية الوقاية الثانوية الموصوفة والنظام الغذائي الصحي وممارسة التمارين الرياضية وتعاطي التبغ والكحول.

يكون عامل الرعاية الصحية المجتمعية حاصلًا على المدرسة الثانوية، بالإضافة إلى امتلاك مهارات تواصل وتحفيز جيدة وثلاثة أشهر من التدريب. ويتولى كل واحد منهم مساعدة ٤٠ مريضًا تقريبًا.

التأثير والتطبيق

نجح التدخل في تحسين الالتزام بالأدوية وأنماط الحياة الصحية وأدى إلى إمداث تحسن في عدد من مؤشرات الخطورة الإكلينيكية المرتبطة بتقدم المرض وحالات القلب والأوعية الدموية الحادة الأخرى.

وتضمنت نتائج المرحلة التحليلية للتجربة التي تضمنت ٧٥٠ مريضًا ما يلي:

- بلغت نسبة الالتزام العام (٨٠ في المائة فأكثر) بالأدوية الموصوفة والقائمة على الأدلة للوقاية الثانوية من أمراض القلب والأوعية الدموية ٩٧ في المائة للمرضى الذين يخضعون للتدخل مقارنة بنسبة ٩٢ في المائة للمرضى الذين يخضعون للرعاية العادية (القيمة الاحتمالية = ٠,٠٠٦)
- بلغت نسبة الالتزام بالإقلاع عن التدخين ٨٥ في المائة مقارنة بنسبة ٥٢ في المائة للمرضى الذين يخضعون للرعاية العادية (القيمة الاحتمالية = ٠,٠٠١)

- بلغت نسبة المشاركة في الأنشطة البدنية المنتظمة ٨٩ في المائة مقارنة بنسبة ٦٠ في المائة للمرضى الذين يخضعون للرعاية العادية (القيمة الاحتمالية = ٠,٠٠١)
- بلغت نسبة المقلعين عن شرب الكحول ٨٧ في المائة مقارنة بنسبة ٤٦ في المائة للمرضى الذين يخضعون للرعاية العادية (القيمة الاحتمالية = ٠,٠١)
- خلال الشهور الاثني عشر كانت نسبة ضغط الدم الانقباضي لدى المرضى في مجموعة التدخل أقل (القيمة الاحتمالية = ٠,٠٠٢) وكان وزنهم ومؤشر كتلة جسمهم أقل (القيمة الاحتمالية = ٠,٠٠١). وأدى المعدل المرتفع للالتزام بالأدوية في المجموعتين إلى خفض مستويات الكوليسترول.^{١٢}

وتؤكد الدراسة أنه على الرغم من جودة ممارسات الأطباء في وصف الأدوية في المجموعتين، فإن العاملين في مجال الصحة المجتمعية قدموا فائدة إضافية في الإقلاع عن التدخين وممارسة الأنشطة البدنية وفقدان الوزن (وهي المجالات التي عادة ما يهملها الأطباء الذين يركزون أكثر على الأدوية).

التقنيات الرقمية التي تركز على المرضى

تقدم التكنولوجيا الرقمية مسارًا ميسور التكلفة يمكن تطويره لزيادة الوعي العام وتغيير المفاهيم المتعلقة بالوقاية من مرض القلب التاجي.

ويكمن التحدي المبدئي في توعية الأفراد بمخاطر التبغ وارتفاع ضغط الدم والحالات القلبية التي تنتج جرّاء ذلك مثل النوبات القلبية. ثم تتمثل المهمة بعد ذلك في تمكين الأشخاص من التحكم في الأمور عمليًا ونفسيًا من خلال خيارات أنماط الحياة البسيطة والالتزام بالأدوية الموصوفة.

يعتبر التبغ إدمانًا إلى حد كبير، وقد وصل التدخين في الوقت الحالي إلى مستويات مرتفعة حتى بين سكان الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويحتاج الكثير من المدخنين الدعم لمساعدتهم في تقليل ووقف استخدام التبغ، وهنا تظهر أهمية أجهزة الهواتف الجوالة كوسائل جديدة وذات تكلفة قليلة في دعم هؤلاء. كذلك كان للاستخدام الواسع للهواتف الجوالة فائدة كبيرة في استهداف المجتمعات التي يصعب الوصول إليها والتي لا تحصل على الخدمات الصحية التقليدية.

دراسة الحالة (٤): خدمة الإقلاع عن التبغ عبر الهواتف الجوالَة

بشكل عام، لا تلقى البرامج التي تهدف إلى مساعدة الناس في الإقلاع عن التبغ الاهتمام الكافي كصورة من صور تدابير الصحة العامة. ويعني غياب الاهتمام بهذه البرامج ضمن جدول الأولويات أن الأنظمة الصحية غير قادرة في العديد من الأحيان على الوصول لمتعاطي التبغ لتزويدهم بالعلاج والدعم الذين هم في حاجة إليه، ولا سيما بين قطاعات السكان الريفية أو المهمشة.^{٦٤} وتقوم تكنولوجيا الهاتف الجوال على سد هذه الفجوة في الوصول لهذه الشرائح، وتساعد مبادرة تكنولوجيا الهاتف الجوال لحياة صحية المشتركة بين منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للاتصالات في تقديم الدعم والمشورة القائمة على تطبيقات الهاتف الجوال للمساعدة في الإقلاع عن التدخين، وذلك في إطار الخدمات الصحية الوطنية.

المقاربة

يقوم المستخدمون بتسجيل أنفسهم ذاتيًا من خلال الاتصال أو إرسال رسالة بها رمز قصير والإجابة على الأسئلة التي تضعهم في الشريحة الصحية التي تناسب ملفهم وتعاطيهم للتبغ. وعلى مدار ستة أشهر يتلقى هؤلاء المستخدمون سلسلة من الرسائل النصية المخصصة المجانية على هواتفهم الجوالَة تقدم لهم الحافز والمشورة بشأن كيفية الإقلاع عن تعاطي التبغ. وهذه الخدمة مزدوجة تتضمن إرسال الرسائل واستقبالها، حيث يستطيع المستخدمون إرسال ردودهم الخاصة للحصول على الدعم في مجالات محددة مثل كيفية التأقلم مع الرغبة الشديدة في التدخين. ويعزز هذا الدعم الذي يأتي في الوقت الفعلي المطلوب فرص نجاح الأفراد في الإقلاع عن تعاطي التبغ بشكل دائم.^{٦٤} وليس الهدف أن تحل خدمات الهواتف الجوالَة محل الطرق التقليدية لدعم الإقلاع عن تعاطي التبغ؛ وإنما الهدف توسيع نطاق الوصول للخدمات.

التأثير والدروس الرئيسية المستفادة

قامت الحكومة الهندية عام ٢٠١٦ بإطلاق خدمة الإقلاع عن التبغ عبر الهواتف الجوالَة في جميع ولاياتها التسع والعشرين. وبعد سبعة أيام سجل في الخدمة أكثر من ١٧٠ ألف شخص للحصول على الدعم في الإقلاع عن التدخين من خلال البرنامج. وقد ارتفع هذا العدد في غضون الستين يومًا الأولى إلى ٨٠٠ ألف شخص. ويؤكد مستوى الاهتمام مدى الإقبال والطلب من جانب المستخدمين وتقبل الهاتف الجوال باعتبارَه قناة لتقديم الخدمات الصحية. كذلك يتضح لنا أهمية خدمة الإقلاع عن التبغ عبر الهواتف الجوالَة في توسيع نطاق الوصول خارج بيئة الرعاية الأولية لتمنح المستخدمين الوصول إلى الدعم في منازلهم. وباستخدام منصة تقنية قائمة تملكها الحكومة (وهي منصة mSeva)، تم إطلاق البرنامج بتكلفة بسيطة وأثبت البرنامج أنه يمكن دمجه بنجاح في جدول أعمال صحي رقمي أوسع على المستوى الوطني.

وقد أظهرت التجارب الإكلينيكية أن بإمكان الدعم عبر الهواتف الجوالَة مضاعفة معدلات الإقلاع مرتين أو ثلاث مرات مقارنة بالمقاربات التقليدية.^{٦٥} ولكن يبقى أن ننتظر لنرى هل يمكن تكرار هذا النموذج على نطاق أوسع. وتعد الهند دراسة الحالة الأكبر، لكن هناك بعض الدول الأخرى مثل تونس وكوستاريكا لديها برامج الإقلاع عن التبغ عبر الهواتف الجوالَة لما بين ألفين وعشرة آلاف مستخدم في عواصمها والمناطق الريفية المستهدفة.

دراسة الحالة (٥): برنامج إدارة ارتفاع ضغط الدم عبر الهواتف الجوالَة بالمملكة المتحدة

يصيب مرض ارتفاع ضغط الدم أكثر من شخص من بين كل أربعة أشخاص بالغين في إنجلترا، ويعتبر ثاني أكبر عوامل الخطر التي تسبب الوفاة المبكرة والإعاقة.^{٦٦} وعلى الرغم من خطورته، فإن السلوكيات العامة غير مكثّرة بذلك، حيث لا يُنظر إلى ارتفاع ضغط الدم في العادة باعتباره خطرًا صحيًا كبيرًا، ولا يعتبر معظم الناس أنفسهم في خطر ولا يفهمون تأثير سلوكياتهم الخاصة على مستويات ضغط الدم.

يتعاون مفوضو الصحة العامة (القطاع العام) والرعاية الاجتماعية في مقاطعة تشيشير ومقاطعة مرزيسايد مع وكالة الصحة العامة في إنجلترا ومنظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للاتصالات وشركة التأمين الصحي BUPA لإيجاد طرق لكسر حاجز التواصل بشأن ارتفاع ضغط الدم من خلال البدء من منظور المستخدم.

المقاربة

يركز البرنامج على اكتشاف مفهوم «الصحة» لدى الناس. وبالاستعانة بهذه المعلومات، يستخدم البرنامج بعض نقاط الانطلاق المحورية لتحفيز الناس على الوعي بضغط الدم وعلى تبني سلوكيات إيجابية للتحكم فيه عند مستويات مطمئنة. وينصب تركيز البرنامج على التغيير الإضافي الذي يمكن أن يشعر به ويرصده الأفراد من الناحية البدنية. فهو يجعل تأثير السلوكيات الإيجابية ملحوظًا ويوجد حلقة حميدة من القرارات والإجراءات الصحية.

لجأت مقاطعة تشيشير ومقاطعة مرزيسايد إلى عقد مقابلات متعمقة مع المجتمع المحلي بهدف وضع استراتيجيات للتحديث مع الأشخاص في أماكن العمل وفي المنازل والأماكن العامة مثل المتاجر الكبرى. يدور الحوار حول ماهية ضغط الدم وكيف أن التحكم فيه سيعود بالنفع على نواحٍ مهمة من حياة الناس. وسوف يستخدم الحوار لتطوير مجموعة من الرسائل النصية القصيرة وتطبيقات الهاتف الجوال لربط الناس بمجموعة من الأهداف التي وضعوها. سوف يثبت برنامج إدارة ارتفاع ضغط الدم عبر الهواتف الجوالَة للمستخدمين في الوقت الفعلي كيف أن قراراتهم الصحية تؤثر على ضغط الدم لديهم، وتعمل المبادرة جنبًا إلى جنب مع حملة (One You) الوطنية واسعة النطاق، التي تقوم على زيادة الوعي بمخاطر جميع الأمراض المزمنة وتسهم في فهم التحكم في ضغط الدم باعتباره سبيلًا إلى الصحة والعافية.

التأثير

يحمل المنهج طريقة جديدة لتغيير سلوكيات الناس بعيدًا عن تحذيرات الصحة التقليدية عبر تمكين إيجابي للمريض. وتكشف التجارب الإكلينيكية تحسّنًا كبيرًا في الإحصائيات الخاصة بالتحكم في ضغط الدم عند استخدام خدمة الرسائل النصية القصيرة.^{٦٧} ويهدف البرنامج البريطاني إلى إشراك المواطنين البريطانيين في مرحلة مبكرة، حيث يستخدم البرنامج التكنولوجيا لا لمساعدة الأشخاص على التحكم في ضغط الدم فقط، ولكن أيضًا لإثارة الرغبة داخلهم للاستفادة من البرنامج.

ولا يزال البرنامج في الوقت الحالي في مرحلة التصميم. وسوف تتاح النتائج المبكرة حول التأثير بالإضافة إلى تقييم كامل له في حينه.^{*}

^[1] * مثال آخر على زيادة الوعي العام هو حملة «اعرف عدلك» التي تقام سنويًا على مدار أسبوع، وتقودها جمعية ضغط الدم البريطانية. وتشجع هذه الحملة البالغين في جميع أنحاء المملكة المتحدة على التعرف على قياس ضغط الدم لديهم واتخاذ الإجراء الضروري للوصول إلى ضغط الدم الصحي أو الحفاظ عليه

وحدة معلومات الصحة العامة

يتطلب التحسين المستمر لمستوى الرعاية الصحية فعالية في إدارة الأداء، بالإضافة إلى المراقبة والمتابعة على مستويات الأنظمة والأفراد، غير أن هذه الوظائف تضعف أو تغيب في كثير من الأنظمة الصحية. وقد تكون الأنظمة الجديدة مكلفة وصعبة في تنفيذها، لا سيما في المناطق التي تفتقر للبنية التحتية القوية والتعاون في مجال الأنظمة الصحية، لكن بعض الأنظمة الصحية الوطنية نجحت في إحراز تقدم في هذا المجال وأظهرت نماذج فاعلة.

على سبيل المثال طبقت هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) في إنجلترا وويلز الإرشادات الإكلينيكية في إدارة الحالات الحادة والوقاية الثانوية لأمراض القلب والأوعية الدموية الحادة (النوبة القلبية الحادة والجلطة) التي تم رصدها في عمليات المراجعة والفحص للجهات المعنية بتقديم خدمات الرعاية الصحية على المستوى الوطني. وأُتيحت نتائج المراجعات للرأي العام لتحقيق شفافية المعلومات وبناء قاعدة أدلة لخدمة جهود التطوير، ولتمثل ضغطًا عامًا وضغط أقران لضمان إحداث التطوير المطلوب.^{٦٨}

وهناك مثال آخر وهو إطلاق حكومة إمارة أبو ظبي لبرنامج وقاية في ٢٠٠٨. والبرنامج عبارة عن بوابة صحية على الويب تتضمن معلومات على مستوى المرضى حول: الإقبال على الفحص، وانتشار عوامل الخطورة، وقياس خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، واستراتيجيات الوقاية الأولية والثانوية. يتم فحص جميع البالغين الموافقين على المشاركة في البرنامج للكشف عن عوامل الخطر المتعلقة بالإصابة بأحد أمراض القلب والأوعية الدموية كل ثلاثة أعوام، كما تتم متابعة الأفراد أصحاب مستويات الخطر المرتفعة. وحتى الآن تم فحص ٩٤ في المائة من مواطني إمارة أبو ظبي البالغين. ويأتي التحكم في مرض السكري كواحد من بين المؤشرات المبكرة التي تم استخدامها لإظهار تأثير البرنامج، وحتى الآن تمكن ٤٢ في المائة من المشاركين في برنامج وقاية من التحكم في مرض السكري^{٦٩} مقارنة بنسبة ٢٤ في المائة في مجموعة التحكم^{٦٩}.

دراسة الحالة (٦): برنامج فحص ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري في بوتان

بوتان دولة جبلية في جنوب آسيا تعاني من أعباء مرتفعة من الأمراض غير السارية، وتبلغ نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم بين السكان ٢٦ في المائة، ويعتبر إلى حد بعيد أكبر عبء صحي على الدولة.^{٧٠}

المقاربة

يزداد معدل تفشي الأمراض غير السارية باطراد، مما دفع الحكومة لطرح برنامج يقوم على حزمة منظمة الصحة العالمية للتدخلات الأساسية لمكافحة الأمراض غير السارية، وهو إطار يهدف إلى تعزيز الرعاية الصحية الأولية في البيئات ذات الموارد المحدودة. وتم إطلاق البرنامج التجريبي عام ٢٠٠٩ في اثنتين من مناطق الدولة العشرين، واستهدف زيادة التشخيص والإدارة المبكرة لارتفاع ضغط الدم والسكري في مستوى الرعاية الأولية. وقدمت منظمة الصحة العالمية الدعم على مدار الأشهر الستة الأولى وقامت بوضع إطار عمل يناسب الاحتياجات المحلية ونموذج تقديم خدمات الرعاية الصحية في بوتان. وقد شمل هذا الدعم تدريب العاملين في مجال الصحة من غير الأطباء وتقديم مواد وموارد التوعية الصحية.^{٧١}

عندما يصل المرضى إلى الوحدة الصحية الأساسية، يقوم العاملون بفحصهم لتحديد مدى الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري. إذا كان المريض يعاني من ارتفاع ضغط الدم أو مستويات مرتفعة من الجلوكوز، فلطاقم العمل صلاحية وصف الأدوية من بين قائمة معينة لأدوية ارتفاع ضغط الدم وغيرها من الأدوية للتحكم في ارتفاع ضغط الدم وتقليل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. يتلقى جميع العاملين تدريبًا يؤهلهم لاكتشاف ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري والتحكم فيهما، بالإضافة إلى معرفة متى يقومون بإحالة المرضى للمستشفى إذا احتاجوا إلى مزيد من العلاج.

التأثير

واجه البرنامج التجريبي عدة تحديات، ومع ذلك أثبت تأثيرًا ملحوظًا، فقد زاد معدل استخدام الأدوية بين الأشخاص الذين كشف التشخيص إصابتهم بارتفاع ضغط الدم بنسبة ٨,٨ في المائة بينما انخفض المرض بنسبة ٥٠ في المائة. ونتيجة لذلك، تم إطلاق برنامج وطني عام ٢٠١٤. وفي حين أنه لا يزال من المبكر جدًّا تحديد التأثير على المستوى الوطني، إلا أن عدد الأشخاص الذين يسعون للحصول على الاستشارة الطبية في بوتان قد زاد بصورة كبيرة.

الدروس الرئيسية المستفادة

تم استخلاص العديد من الدروس الرئيسية المستفادة أثناء البرنامج التجريبي والتي تتضمن الحاجة إلى:

- الإمداد بالأدوية وإدارتها
- الحفاظ على سجلات المرضى ونشاط المتابعة
- إرشادات وطنية حول عوامل الخطر مثل النظام الغذائي السليم وممارسة الأنشطة الرياضية
- الاستخدام الدائم لمعدات القياس من جانب طاقم العمل والوحدات الصحية الأساسية.^{٧٢}

كما كان لمبادرات الوصول والتعبئة المجتمعية دور رئيسي في التغلب على تحديات المناطق الجغرافية الصعبة والموارد المالية المحدودة للدولة.

^[1] سجل اختبار الهيموجلوبين السكري أقل من ٧,٥ في المائة

الاقتصاد السلوكي

تتضمن الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية – من خلال مكافحة التبغ وإدارة ارتفاع ضغط الدم والوقاية الثانوية – تغييرًا سلوكيًا مهمًا ومستدامًا من قبل الأشخاص المعرضين للمخاطر، ورغم أهمية وجود برامج جيدة التصميم، ووصول جيد لخدمات الرعاية الصحية، فإن علم النفس البشري يظل محوريًا في الجهود الرامية إلى الإقلاع عن التدخين وتغيير النظام الغذائي أو المواظبة على العلاج. ومن المعتقدات الراسخة في العلوم السلوكية أن أفعال الإنسان لا تأتي ببساطة أو بصورة مباشرة بناءً على نواياهم، ويظهر هذا بثبات عندما يفشل الأشخاص في البدء في سلوكيات صحية يريدون تحويلها إلى عادات أو في المواظبة عليها، وهذا ما يُطلق عليه «الفجوة بين السلوك والرغبة».^{٧٣}

وبالنسبة للوقاية الثانوية على وجه الخصوص فتمثل تحدّيًا للمرضى (والأنظمة الصحية)، حيث تتطلب من المريض المواظبة– وفي الغالب طوال المدة المتبقية من العمر- على ما يمكن أن يكون علاجًا طبيًا معقدًا، أو المواظبة على سلسلة من التغييرات السلوكية والحياتية للحد من تفاقم المرض. وعلوّة على توافر العلاج، تستلزم هذه المواظبة: الفهم والوعي والحافز والدعم. والأكثر من ذلك أن قدرة المريض على المواظبة على العلاج والتغييرات الحياتية قد تتأثر بمستوى الدعم من أفراد الأسرة وعوامل بيئية اجتماعية قد تسهل هذه التغييرات وتدعمها أو العكس.

وقد حددت الدراسات السلوكية أن الإنسان يكون أكثر قابلية لاستقبال الرسائل المرتبطة بالصحة والتدخلات في أوقات محدد لعدة أسباب نفسية وبياجماتية، فعلى سبيل المثال حددت مؤسسة حمد الطبية في قطر أن تدخل فحص السكري العشوائي كان أقرب للنجاح خلال شهر رمضان الكريم، وهذا بسبب أن الجمهور المستهدف كان صائِقًا بالفعل، وهو شرط ضروري للاختبار التشخيصي المستخدم،^{٧٤} كذلك وُجد أن شهر رمضان هو أنسب توقيت لدعوة المسلمين للانضمام لبرنامج الإقلاع عن التدخين في سنغافورة: ففي أكثر من ١٨ مرة كان عدد المسلمين الذين شاركوا في البرنامج في مالايو في شهر رمضان وحده (٣٣٤٢)، وهو ما يفوق عدد المشاركين في بقية الشهور (٢٠١٠).^{٧٥} وتؤكد هذه الأمثلة أهمية مراعاة السياق الأوسع لنمط الحياة اليومي للمريض عند تطبيق التغييرات المرتبطة بالصحة.

من المهم كذلك اعتبار الحالة الصحية للفرد وتوقيت التدخلات التي تستهدف الحد من أمراض القلب والأوعية الدموية. فالمرضى الذين يتلقون علاجًا في المستشفى عقب أزمة قلبية حادة على سبيل المثال ربما يكونون أكثر استعدادًا للتدخلات. ولا يقتصر السبب في ذلك على كونهم في محيط رعاية صحية، ولكن لأنهم في هذه الحالة يصبون أكثر اهتمامًا بصحتهم من أي وقت آخر. وحتى الحالات التي لا ترتبط مباشرة بصحة القلب، كمرضى يحتاج إلى إجراء عملية جراحية، يمكن أن يكون هذا الوقت أكثر فاعلية لتطبيق التدخلات، وتشير البحوث على سبيل المثال إلى كون الأشخاص أكثر احتمالية للإقلاع عن التدخين قبل إجراء عمليات جراحية، وأن تأثير تدخلات منع التدخين يظهر جليًا في هذا الوقت.

كذلك يمكن للشبكات الاجتماعية أن تؤثر في صحة الفرد، فثمة أدلة كثيرة تثبت أن السلوك ينتشر عبر الشبكات الاجتماعية بشكل أسرع وربما بوتيرة غير متوقعة. فقد أفادت دراسة أمريكية قامت بتحليل السلوك الصحي عبر الشبكات الاجتماعية لمدة عقود انخفاض معدل تعاطي التبغ من قبل أحد الزوجين بمعدل ٦٧ في المائة عند إقلاع الطرف الآخر عن التدخين. كما أن إقلاع أحد الأصدقاء عن التدخين يزيد احتمالية إقلاع فرد آخر في دائرة الأصدقاء بنسبة ٣٦ في المائة. وفي محيط أصدقاء العمل، تكون الاحتمالية بنسبة ٣٤ في المائة، وبالنسبة للأشقاء تكون نسبة الإقلاع ٢٥ في المائة.^{٧٦} كما توصلت الدراسات التي تبحث معالجة السمنة إلى نتائج مشابهة.^{٧٧} وتؤكد هذه النتائج الفاعلية المحتملة للتدخلات التي تستهدف الشبكات الاجتماعية للمريض بدلًا من مخاطبة المريض بشكل فردي.

يمكن توظيف نظرية الاقتصاد السلوكي لفهم سلوك الأفراد على نحو أفضل ومراعاة خياراتهم بشكل أكبر. وعند الجمع بين التدخلات الفاعلة واستراتيجيات الرؤى السلوكية، فإن الأخيرة يمكنها تعظيم أثر التدخلات مع تحسين فاعلية التكلفة. فعلى سبيل المثال، يستطيع صناع السياسات ومقدمو الرعاية الصحية اختيار أوقات محددة لبدء تنفيذ التدخلات عندما تكون فاعليتها معروفة بدلًا من تقديم الخدمات في جميع أوقات السنة. وفي المقابل، يمكنهم تسهيل الأمر على الأفراد فيتصرفوا وفق السلوك المرغوب من البداية

حين تراعي هذه الخدمات في تصميمها اعتبارات بيئة الفرد، بدلًا من أن تجبرهم على التغلب على العوائق الصغيرة.^{٧٨}

ولذلك فمن المهم بالنسبة لصناع السياسات التفكير في العوامل الأوسع التي تسهم في سلوك الفرد عند تصميم وتطبيق برامج الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية والحد منها. لمزيد من التفاصيل حول هذا الموضوع، يرجى الرجوع إلى تقرير الرؤى السلوكية ٢٠١٦ الصادر عن مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش».

٤. الآثار المترتبة على السياسات

هناك مجموعة من الأدوات المرتبطة بالسياسات تحت تصرف صناعات السياسات لاستخدامها في إدارة ارتفاع ضغط الدم ومكافحة التبغ والوقاية الثانوية. بعض هذه الأدوات مالية وبعضها قانونية، في حين أن البعض الآخر يتعلق بالسياسات التنظيمية التي تحد تعرض السكان لعوامل الخطر، ومنها علي سبيل المثال:

- فرض ضرائب على منتجات التبغ والمشروبات السكرية.
- التشريعات واللوائح المتعلقة ببيع منتجات التبغ واستخدامها والإعلان عنها والترويج لها، بما في ذلك منع التدخين.
- اللوائح التي تحد من محتوى السكر والملح في الأغذية المجهزة.

تخلق أدوات السياسات الأخرى الظروف الضرورية لتطبيق أنشطة الوقاية المبتكرة وتوسيع نطاقها. وتشمل مجالات الأولوية التي يغطيها هذا التقرير:

- دعم تطوير العاملين في مجال الصحة المجتمعية بهدف:
 - الاعتراف المهني بمهمة ومسار العاملين في مجال الصحة المجتمعية داخل النظام الصحي، بما في ذلك توصيف الدور والشروط المسبقة والمتطلبات
 - إطلاق برامج تدريبية للعاملين في مجال الصحة المجتمعية
 - وضع معايير إكلينيكية للعاملين في مجال الصحة المجتمعية توضح نطاق عملهم، لا سيما فيما يتعلق بباقي أخصائيي الرعاية الصحية.
- دعم استخدام الأدوات الرقمية في إدارة عوامل الخطر والمرض بهدف:
 - تحديد مسار الاعتماد التنظيمي للأدوات الصحية الرقمية لوضع وإنفاذ الحد الأدنى من معايير الجودة
 - وضع مجموعة من اللوائح المتعلقة بتخزين بيانات المرضى ومشاركة المعايير والمتطلبات
 - مراجعة الحوافز لمقدمي الرعاية الراغبين في استخدام الأدوات الرقمية لدعم إدارة عوامل الخطر والمرض. وهذا من شأنه أن يضمن عدم وجود عوائق أمام الأطباء المتخصصين في تقديم الرعاية الصحية لتعزيز ودعم استخدام الأدوات ميسورة التكلفة.
 - التفكير في استراتيجيات مناسبة لإشراك السكان المستهدفين، ويمكن أن تؤدي إلى تغيير سلوكي إيجابي ومستدام.
- دعم توافر بيانات النتائج والشفافية بهدف:
 - تسجيل مستويات التعرض لعوامل الخطر وانتشاره بين السكان
 - مراقبة الوصول إلى التشخيص والعلاج، وملاءمة الرعاية المقدمة
 - مراقبة وتقييم تأثير العلاج.

كما ينبغي لصناع السياسات أيضًا التفكير في تسلسل استخدام هذه الأدوات بناءً على القضايا التالية (انظر الشكل ١٢):

- الانتشار النسبي لعوامل الخطر: يتفاوت انتشار التدخين وارتفاع ضغط الدم وعوامل الخطر الأخرى المتعلقة بأمراض القلب والأوعية الدموية بصورة كبيرة من دولة لأخرى، وينبغي وضع ذلك في الاعتبار عند اتخاذ قرار بشأن مكان البدء.
- نطاق التأثير: السياسات التي تؤثر مباشرة على سلوكيات جميع السكان من المحتمل أن يكون لها تأثير أكبر وأسرع من تلك التي تؤثر على مجموعات محددة من السكان، ويمكنها أن تساعد على إطلاق أنشطة أخرى على مدار الوقت.

- التأثير المالي: تتفاوت الدول المختلفة من حيث «الحيز المالي»، أي مساحة التصرف التي تتيحها أوضاع الموارد المالية العامة المتوفرة لتمويل برامج الوقاية. كما تتفاوت السياسات أيضًا فيما يتعلق بمستوى الاستثمار المطلوب ليتم ترجمته إلى حجم الفوائد المالية وتوقيتها.
- سرعة التأثير: إذا كانت الوقاية دائمًا ما تحقق مزايا صحية على المدى الطويل، فإن بعض السياسات يمكنها أن تحقق مزايا صحية أو اقتصادية ملموسة على المدى القصير، وهو أمر مهم للحصول على الدعم السياسي لجدول أعمال حكومي في مكافحة أمراض القلب والأوعية الدموية والوقاية.
- الجدوى السياسية والتشغيلية: تتفاوت القضايا السياسية (مثل المعارضة الأيديولوجية والدوائر الانتخابية السياسية المحلية أو الدولية) والقضايا التشغيلية مثل مستوى البنية التحتية القائمة الخاصة بتقديم الرعاية الصحية من دولة إلى أخرى مما ينعكس على بعض السياسات فيجعلها أكثر أو أقل فائدة.

شكل ١٢: توصيات السياسات الخاصة بإطار عمل التنفيذ

الجدوى التشغيلية	الجدوى السياسية	سرعة التأثير	التأثير المالي	نطاق التأثير
غير معقد	قد تعترض الصناعات	سريع التنفيذ	تحقيق الإيرادات	وصول شامل / مجرب
غير معقد	قد تعترض الصناعات	سريع التنفيذ	محايد (أو يخفض الإيرادات)	وصول شامل / مجرب
معقد نسبيًا	التعاون معقد	يستغرق وقتًا للتنفيذ	الاستثمار مطلوب	وصول شامل / مجرب
حسب البنية التحتية	من غير المحتمل أن يثير معارضة	يستغرق وقتًا للتنفيذ	الاستثمار مطلوب	حسب الإقبال
معقد نسبيًا	من المحتمل أن يثير توترًا	يستغرق وقتًا للتنفيذ	تكلفة منخفضة نسبيًا	متفاوت
يتطلب التعاون	من غير المحتمل أن يثير معارضة	أدلة محدودة	تكلفة منخفضة نسبيًا	أدلة محدودة

دراسة الجدوى ■ مرتفع ■ متوسط ■ منخفض

المصدر: تحليل ماكينزي

على سبيل المثال قد يكون تسلسل السياسات المناسب في دولة ذات دخل منخفض يقتضي البدء ببرنامح السياسات الست الفعالة لمكافحة التبغ المعروف اختصارًا باسم «MPOWER» والذي يركز بشكل خاص على ضرائب التبغ وحظر التدخين في الأماكن العامة والدعاية. وقد تحقق هذه الطريقة فوائدها الصحية سريعة نسبيًا بتكلفة منخفضة. كما يمكن أن يكون التأثير المالي أيضًا إيجابيًا، وقد تتيح الإيرادات المحصلة من ضرائب التبغ لدعم تطبيق الموجة التالية من السياسات. وعندئذ يمكن أن تركز الموجة التالية على تقوية الموارد المجتمعية القائمة لإدارة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية على الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم، بالإضافة إلى إيجاد ودعم الأشخاص الذين يحتاجون إلى الوقاية الثانوية. ويمكن أن تتبع ذلك أو بالتوازي معه موجة ثالثة للتركيز على توسيع مجموعة العاملين في مجال الصحة المجتمعية وتحسين الوصول إلى الأدوية.

كما يمكن للمنظمات الوطنية والدولية التفكير في اتباع النموذج الناجح لبرنامج السياسات الست الفعالة لمكافحة التبغ المعروف اختصارًا باسم «MPOWER» وذلك بهدف مكافحة التبغ. كما أن بإمكانهم العمل على تطوير حزم سياسية مشابهة لمكافحة عوامل الخطر الأخرى التي تؤثر على أمراض القلب والأوعية الدموية مثل النظام الغذائي، وتعاطي الكحول، وممارسة التمارين الرياضية، والالتزام بالأدوية. ومن بين مواطن القوة الرئيسية لبرنامج السياسات الست^{٧٩} أنه ساعد في تحويل إرشادات اتفاقية منظمة الصحة

العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ إلى حقيقة ملموسة من خلال تقديم التوجيه الفني الواضح حول كيفية تطبيق إجراءات مكافحة التبغ بصورة واقعية. كما لعبت الحزم المشابهة دورًا حاسمًا في نجاح برامج الصحة العامة، إذ تستطيع الحكومات المقيدة بعدد محدود من السياسات ذات الأولوية المرتفعة والقائمة على الأدلة التركيز على التطبيق بدلًا من التركيز على اختيار السياسات.^{٨٠}

0.الخاتمة

لطالما لم يلق الاستثمار في الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية الاهتمام اللازم نظرًا لصعوبة إظهار فعالية تكلفته مقارنةً بنتائج علاج الحالات الحادة. ويأتي هذا نتيجة للفجوة الزمنية بين التدخل وتأثيره على النتائج الإكلينيكية الأولية، ونظرًا لعدم وجود محاولات إيجاد تآزر وتضافر بين مقارنة السكان ومقاربة المخاطر المرتفعة المستهدفة. ومما يزيد من حدة المشكلة تلك الأدلة التي تؤكد أن الأشخاص المعرضين لأعلى المخاطر غالبًا ما يصعب الوصول إليهم مقارنة بغيرهم.

ويعالج التقرير هذين التحديين من خلال:

- تحديد الأولويات من خلال إدارة ارتفاع ضغط الدم ومكافحة التبغ والوقاية الثانوية والتي سيكون لها بشكل عام أسرع طور للتأثير وتحقق نتائج مهمة على المدى القصير والمتوسط.
- التركيز على دراسات الحالة التي تبين طريقة:
 - خفض تكلفة (بعض) تدخلات الوقاية بصورة كبيرة من خلال استخدام وسائل مبتكرة تعزز فعالية التكلفة الإجمالية، مثل الأدوات التقنية والعاملين في مجال الصحة المجتمعية
 - استهداف استراتيجيات الوقاية للمجموعات التي يصعب الوصول إليها، وإمكانية تخصيصها لتناسب شرائح مختلفة من السكان.

تتجاوز فوائد الاستثمار في الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية تلك الفوائد الصحية المباشرة للأفراد والسكان. فكثير من الأشخاص المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية هم في سن العمل، وبعضهم هو العائل الأساسي لعائلته. وبالتالي فإن تحقيق نتائج أفضل في الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية سوف يدعم تعزيز الأمن الاقتصادي للأفراد والعائلات، بالإضافة إلى زيادة إنتاجية القوة العاملة في الاقتصاد. كما تقلل السلوكيات الصحية التي تعززها الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية لجيل واحد معدلات تعرض أجيال المستقبل للمخاطر، فيتترتب على ذلك فائدة صحية واقتصادية مهمة بين الأجيال المتعاقبة.

إن فقدان هذا العدد الهائل من حياة الأشخاص جزءًا من الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية هو أمر شائع في جميع أنحاء العالم. فحياة الملايين من الناس معرضة للخطر اليوم وفي المستقبل ما لم تكن هناك عناية أكبر بجهود الوقاية من هذه الأمراض. ولذلك من المهم أن يسعى صناع السياسات لتقديم وتمكين وتسريع تطبيق استراتيجيات الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية لوقف زحف هذا الوباء العالمي وتحسين النتائج الصحية وزيادة متوسط الأعمار للأفراد حول العالم.

الملاحق

الملحق (1)

اختيار دراسات الحالات

تم اختيار قائمة طويلة من دراسات الحالات من مجموعة من المصادر، بما في ذلك الدراسات المذكورة في هذا التقرير ومدخلات الخبراء الذين يشكلون عضوية منتدى أمراض القلب والأوعية الدموية وشبكاتهم المهنية. وتم اختصار هذه القائمة باستخدام مجموعة من المعايير التي تتضمن الأهمية والأدلة القائمة أو الناشئة المتعلقة بالتأثير أو إمكانية التطوير والوصول بالنسبة لهؤلاء المطلعين على الأمثلة. لمزيد من التفاصيل عن هذه العملية، انظر الشكل التالي في هذا الملحق.

شكل م 1: معايير اختيار دراسات الحالات

الخطوة الأولى: وضع قائمة طويلة	الخطوة الثانية: تطبيق معايير الأولوية	الخطوة الثالثة: الاتفاق على القائمة القصيرة
<ul style="list-style-type: none">• اقتراحات من أعضاء المنتدى• اقتراحات من فريق ماكينزي وإمبريال وشبكات الخبراء الخاصة بهم• متابعة دراسات الحالات التي تم إلقاء الضوء عليها في تقارير «ويش» والتقارير الأخرى السابقة ذات الصلة – لتحديد تلك التي حققت تأثيرًا مستدامًا على مدار الوقت (واستخلاص الدروس المتعلقة بكيفية تحقيق الاستدامة)• دراسات الحالة الإضافية الواردة في المراجع	<ul style="list-style-type: none">– لأولويات الأساسية: الأهمية• أدلة التأثير• إمكانية التطوير• الاستدامة• الوصول– المعايير الثانوية – سنسعى للحصول على مجموعة متنوعة منها عبر:<ul style="list-style-type: none">• درجة الابتكار:• راسخة• مجربة لكن ليست معروفة جيدًا• تجريبية• المناطق الجغرافية/مجموعات الدخل• عوامل الخطر المختلفة	<ul style="list-style-type: none">• تطوير منظور أولي حول أفضل دراسات الحالة لتوضيح كل موضوع• الاختبار مع أعضاء المنتدى

خريطة دراسات الحالات

أدت عملية الاختيار إلى مجموعة من دراسات الحالات من جميع أنحاء العالم، تركز على مجالات الأولوية الثلاثة التي أفصح عنها الاتحاد العالمي للقلب وتتضمن مجموعة من الاستراتيجيات، منها الاستراتيجيات متعددة القطاعات التي تقودها الحكومات، والصحة الرقمية، والتدخلات التي يقودها العاملون في مجال الصحة المجتمعية. المجموعة الكاملة من دراسات الحالة مذكورة في الشكل م ٢.

شكل م ٢: دراسات الحالة



شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري للمنتدى لإعداد هذا التقرير البروفيسور سريناث ريدي، رئيس مؤسسة الصحة العامة في الهند، وكتبه البروفيسور سريناث ريدي بالتعاون مع فرهاد الرياحي وجريل دورلنج وريان كالاهاان وهنّا باتل.

ونود أن نعرب عن عميق شكرنا وامتناننا إلى أعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا برؤاهم الفريدة في هذه الورقة البحثية:

دوجلاس بيتشر، منظمة الصحة العالمية

سيمون جيليسي، شبكة القلب الأوروبية

زياد م. حجازي، مركز السدرة للطب والبحوث، قطر

ويليام مكينا، مؤسسة حمد الطبية، قطر

إيون أوبرين، كلية جامعة دبلن، أيرلندا

بيكا بوسكا، المعهد الوطني للصحة والرفاهية، فنلندا

جوهانا رالستون، اتحاد القلب العالمي

ديفي شيبي، مستشفى نارايانا، الهند

ريتشارد سميث، مؤسسة المرضى يعرفون أكثر، المملكة المتحدة

جيفري ستوركيو، شركة رابن مارتن، الولايات المتحدة

سيمون توم، إمبريال كوليدج لندن، المملكة المتحدة

سالم يوسف، الاتحاد العالمي للقلب

أجريت المقابلات التي استرشد بها هذا التقرير جريل دورلنج وزينايدا تشيريفان.

ويوجه الرئيس والمؤلفون الشكر لجميع من أسهم في هذا التقرير. ويتحمل المؤلفون مسؤولية الأخطاء أو السهو.

فريق إدارة المنتدى المنبثق عن مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»:

مدير المنتدى: جيسيكّا بريست

رئيس تطوير المنتدى: هنّا باتل

زميل المنتدى لأمراض القلب والأوعية الدموية: ريان كالاهاان

13. World Health Organization. NCD Global Monitoring Framework. 2016; Available at: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/
14. United Nations.Sustainable Development Goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2016; Available at: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
15. Horton R. Chronic diseases – the social justice issue of our time. *The Lancet* 2015; vol 386: 2378. Available at: Error! Hyperlink reference not valid.[http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00568-7/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00568-7/fulltext)
16. Horton R. Chronic diseases – the social justice issue of our time. *The Lancet* 2015; vol 386: 2378. Available at: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00568-7/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00568-7/fulltext)
17. Hallsworth M, Snijders V, Burd H, Prestt J, Judah G, Huf S, Halpern D. Applying Behavioral Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2016
18. World Health Organization.Cardiovascular Diseases (CVDs): key facts. 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
19. National Heart and Lung Institute. What is Atherosclerosis? 2015; Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/atherosclerosis>
20. Khalili D, Sheikholeslami FH, Bakhtiyari M, Azizi F, Momenan AA, Hadaegh F. The Incidence of Coronary Heart Disease and the Population Attributable Fraction of Its Risk Factors in Tehran: A 10-Year Population-Based Cohort Study. *PLoS ONE* 9 2014; 8. Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105804>
21. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization. 2011; Available at: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/
22. Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME, Gómez-Dantés O, Mathers CD, Pan H, Sepúlveda J, Suraweera W. Avoiding 40% of the Premature Deaths in Each Country, 2010–30: Review of National Mortality Trends to Help Quantify the UN Sustainable Development Goal for Health. *The Lancet* 2015;385 (9964): 239–52.Error! Hyperlink reference not valid. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61591-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61591-9/fulltext)
23. World Health Organization.NCD Global Monitoring Framework. 2016; Available at: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/
24. World Heart Federation.WHF prepares to launch global cardiovascular disease roadmaps. 2015; Available at: <http://www.world-heart-federation.org/publications/heart-beat-e-newsletter/heart-beat-february-2015/advocacy-news/cvd-roadmaps/>
01. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> [Accessed 1st July 2016]
02. WHO. Estimates for 2000–2012 – Disease Burden. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html [Accessed 1st July 2016]
03. O'Rourke K, VanderZanden A, Shepard D, Leach-Kemon K. Cardiovascular Disease Worldwide, 1990–2013. *JAMA* 2015;314 (18):1905. Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2468880>
04. GHDx. Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013) Data Downloads - Full Results. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/global-burden-disease-study-2013-gbd-2013-data-downloads-full-results> [Accessed: 4th July 2016]
05. O'Rourke K, et al. Cardiovascular Disease Worldwide, 1990–2013. *JAMA* 2015;314 (18):1905. Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2468880>
06. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the Decrease in US Deaths from Coronary Disease, 1980–2000. *The New England Journal of Medicine* 2016; 356(23): 2388-2398.
07. World Heart Federation. Roadmaps. 2016; Available at: <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/whf-roadmaps/>
08. National Centre for Smoking Cessation and Training. Stop Smoking Services and Health Inequalities, Briefing 10. 2013; Available at: http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/NCSCCT_briefing_effect_of_SSS_on_health_inequalities.pdf
09. Thakur JS, Prinja S, Garg CC, Mendis S, Menabde N.Social and economic implications of non-communicable diseases in India. *Indian Journal of Community Medicine* 2011; 36 (1): S13-22.
10. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Janez-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnar, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum
11. Horton R. Offline: Chronic diseases—the social justice issue of our time. *The Lancet*. 2015 Dec 12;386(10011):2378.
12. World Health Organization. United Nations High-level Meeting on Noncommunicable Disease Prevention and Control. 2016; Available at: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/

40. Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation* 2008; 372: 567–85.
41. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, Fiol M, Lapetra J, Lamuela-Raventós RM. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *The New England Journal of Medicine* 2013; 368(14):1279–90.
42. Nicholson D, Yates, R, Warburton, W, Fontana, G. Delivering Universal Health Coverage: A guide for policymakers. Qatar: WISH, 2015; Available at: <http://wish-qatar.org/summit/2015-summit/reports-en/universal-health-coverage-en>
43. Ministry of Health, New Zealand. Smokefree 2025. 2011; Available at: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-2025>
44. Campaign for Tobacco-Free Kids. Tobacco Control Laws database. Washington DC; Available at: <http://tobaccocontrolaws.org/>
45. Campaign for Tobacco-Free Kids. States and Localities that have Raised the Minimum Legal Sale Age for Tobacco Products to 21. 2016; Available at: http://www.tobaccofreekids.org/content/what_we_do/state_local_issues/sales_21/states_localities_MLSA_21.pdf
46. Haydn Walters E, Barnsley K. Tobacco-free generation legislation. *Medical Journal of Australia* 2015; 202 (10): 509. <https://www.mja.com.au/journal/2015/202/10/tobacco-free-generation-legislation>
47. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable diseases. *N Engl J Med*. 2013, 369: 1336-43
48. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349. Available at: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>
49. Ministry of Health, Department of Informatics, Brazil: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS, DATASUS. 2016; Available at: <http://datasus.saude.gov.br/>
50. Johnson CD, Noyes J, Haines A, Thomas K, Stockport C, Ribas AN, Harris M. Learning from the Brazilian community health worker model in North Wales. *Globalization and health*. 2013 Jun 11;9(1):1.
51. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349. Available at: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>
52. Rocha R, Soares RR. Evaluating the Impact of Community-based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics* 2010; 19: 126–158. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1607/abstract;jsessionid=CE1FA78ED0CB2DFE469697CF47B08DB9.f04t04>
25. World Heart Federation. *Heart beat – Cardiovascular Roadmaps*. Available from: <http://www.world-heart-federation.org/publications/heart-beat-e-newsletter/heart-beat-february-2015/advocacy-news/cvd-roadmaps/> [Accessed 1st July 2016]
26. World Health Organization. A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis. 2013; Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
27. World Health Organization. A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis. 2013; Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
28. World Health Organization. Tobacco fact sheet. 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
29. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Tobacco Trends 1980–2012. Available from: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/infographics/IHME_Infographic_Tobacco_2014.png [Accessed 1st July 2016]
30. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, Wollum A, Sanman E, Wulf S, Lopez AD, Murray CJ. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012. *Jama*. 2014 Jan 8;311(2):183-92.
31. World Health Organization. *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. Geneva: WHO, 2011. Geneva
32. World Health Organization. Plain packaging: a key part to successful implementation of the UN *tobacco control* treaty. WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2016; Available at: <http://www.who.int/fctc/en/>
33. World Health Organization. Global Health Observatory data tobacco control. 2014; Available at: <http://www.who.int/gho/tobacco/en/>
34. World Health Organization. Global Health Observatory data tobacco control. 2014; Available at: <http://www.who.int/gho/tobacco/en/>
35. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. WHO. 2013
36. Bettcher D. Turkey's Transformation, *WHO2014; 168(5): 690–697* 2012; vol 12 (6): 401-76.
37. Bettcher D. Turkey's Transformation, *WHOBulletin* 2012; vol 12 (6): 401-76.
38. Nitzkin J. The Case in Favor of E-Cigarettes for Tobacco Harm Reduction. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014; 11:6459–71.
39. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-Cigarettes: A Scientific Review. PubMed Commons 2014; 129(19):1972-86.

61. 61 Xavier D, Gupta R, Kamath D, Sigamani A, Devereaux PJ, George N, Joshi R, Pogue J, Pais P, Yusuf S. Community health worker-based intervention for adherence to drugs and lifestyle change after acute coronary syndrome: a multi-centre, open, randomised controlled trial. *The Lancet Diabetes and Endocrinology* 2016; 4 (3): 244–53.
62. 62 Kamath DY et al. Rationale and design of a randomized controlled trial. *American Heart Journal* 2014; 168(5): 690–697. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254408/>
63. 63 Raw M, Mackay J, Reddy S. Time to take tobacco dependence treatment seriously. *The Lancet* 2016; 387 (10017): 412–413.
64. 64 West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, Stapleton J, McRobbie H, Pokhrel S, Lester-George A, Borland R. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction* 2015; 110: 1388–1403.
65. 65 Free C, Whittaker R, Knight R, Abramsky T, Rodgers A, Roberts IG. Txt2stop: a pilot randomized controlled trial of mobile phone-based smoking cessation support. *Tobacco Control* 2009. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19318534>
66. 66 Public Health England. Tackling high blood pressure: From evidence into action. London: PHE, 2014. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/527916/Tackling_high_blood_pressure.pdf
67. 67 Park LG, Howie-Esquivel J, Chung ML, Dracup K. A text messaging intervention to promote medication adherence for patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2014;94(2):261-8.
68. 68 National Institute for Cardiovascular Outcomes Research (NICOR). Overview of the program and audit results. Available at: <http://www.ucl.ac.uk/nicor>
69. 69 Health Authority of Abu Dhabi (HAAD). *Weqaya health screening program*. Available at: <https://weqaya.haad.ae/en-us/home.aspx>
70. 70 Giri BR, Sharma KP, Chapagai RN, Palzom D. Diabetes and hypertension in urban Bhutanese Men and Women. *Indian Journal of Community Medicine* 2013; 38(3): 138-143.
71. 71 Dorji T. Addressing human resource challenges for delivery of NCD services in Bhutan. Presentation by Chief of NCD Division in the Ministry of Health of Bhutan to WHO, 2014. Available at: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/events/ncd-bengaluru-ncd-services-bhutan.pdf
53. 53 Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database System Review* 2010. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238326>.
54. 54 Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *The New England Journal of Medicine* 2015; 372:2177-2181. Available at: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>
55. 55 Fairall L, Bateman E, Cornick R, Faris G, Timmerman V, Folb N, Bachmann M, Zwarenstein M, Smith R. Innovating to improve primary care in less developed countries: towards a global model. *BMJ Innovations* 2015; 1:8. Available at: <http://innovations.bmj.com/content/early/2015/07/23/bmjinnov-2015-000045.full>
56. 56 Eastman T. PACK: Practical Approach to Care Kit – Bridging the EBM/local policy divide in primary care. *BMJ Clinical Evidence blog* 2016. Available at: <http://blogs.bmj.com/ce/2016/01/14/pack-practical-approach-to-care-kit-bridging-the-ebm-local-policy-divide-in-primary-care/>
57. 57 Fairall L, Bateman E, Cornick R, Faris G, Timmerman V, Folb N, Bachmann M, Zwarenstein M, Smith R. Innovating to improve primary care in less developed countries: towards a global model. *BMJ Innovations* 2015; 1:8. Available at: <http://innovations.bmj.com/content/early/2015/07/23/bmjinnov-2015-000045.full>
58. 58 Folb N, Timmerman V, Levitt NS, Steyn K, Bachmann MO, Lund C, Bateman ED, Lombard C, Gaziano TA, Zwarenstein M, Fairall LR. Multimorbidity, control and treatment of noncommunicable diseases among primary healthcare attenders in the Western Cape, South Africa. *South African Medical Journal* 2015; vol 105; 8.
59. 59 Eastman T. *BMJ Clinical Evidence Blog. PACK: Practical Approach to Care Kit – Bridging the EBM/local policy divide in primary care*. Weblog. Available from: <http://blogs.bmj.com/ce/2016/01/14/pack-practical-approach-to-care-kit-bridging-the-ebm-local-policy-divide-in-primary-care/> [Accessed 1st July 2016]
60. 60 Xavier D, Gupta R, Kamath D, Sigamani A, Devereaux PJ, George N, Joshi R, Pogue J, Pais P, Yusuf S. Community health worker-based intervention for adherence to drugs and lifestyle change after acute coronary syndrome: a multi-centre, open, randomised controlled trial. *The Lancet Diabetes and Endocrinology* 2016; 4 (3): 244–53. Available at: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/landia/PIIS2213-8587\(15\)00480-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/landia/PIIS2213-8587(15)00480-5.pdf)

شركاء ویش



یثمن ویش الدعم الذی تقدمه وزارة الصحة



72. Dorji T. Addressing human resource challenges for delivery of NCD services in Bhutan. Presentation by Chief of NCD Division in the Ministry of Health of Bhutan to WHO, 2014. Available at: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/events/ncd-bengaluru-ncd-services-bhutan.pdf
73. Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health* 2005; 20(2):143-60.
74. Hallsworth M, Snijders V, Burd H, Prestt J, Judah G, Huf S, Halpern D. Applying Behavioral Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2016
75. Hallsworth M, Snijders V, Burd H, Prestt J, Judah G, Huf S, Halpern D. Applying Behavioral Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2016
76. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *The New England Journal of Medicine* 2008; 358(21); 2249-2258.
77. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine*, 2007; 357(4); 370-379.
78. Behavioural Insights Team. *EAST: Four simple ways of applying behavioural insights*. London: 2014. Available at: http://www.behaviouralinsights.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/BIT-Publication-EAST_FA_WEB.pdf
79. World Health Organization. MPOWER in action: Defeating the global tobacco epidemic. Geneva: WHO, 2013. Available at: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/brochure_2013/en/
80. Frieden TR. Six Components Necessary for Effective Public Health Program Implementation. *The American Journal of Public Health* 2014; 104 (1): 17-22. Available at: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301608?journalCode=ajph>.

شركاء وپش

McKinsey&Company


MedStar Health
Institute for Quality and Safety

 NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE


NORTHWESTERN
UNIVERSITY
IN QATAR
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation


مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION


QATAR
القطرية AIRWAYS


كلية الصيدلة
College of Pharmacy
جامعة قطر QATAR UNIVERSITY


أكاديمية ريناد
RENAD ACADEMY
مؤسسة قطر
Qatar Foundation


مركز دراسات التشريع
الإسلامي والأخلاق
Research Center for Islamic
Legislation and Ethics
عضو في كلية الدراسات الإسلامية في قطر
Member of Qatar Faculty of Islamic Studies


السيدرة
Sidra
مركز السيدرة للطب والبحوث
Sidra Medical and Research Center
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation


نجوم
العلم
من مبادرات مؤسسة قطر
An Initiative of Qatar Foundation


اللجنة العليا
للمشاريع والريث
Supreme Committee
for Delivery & Legacy

THE
BEHAVIOURAL
INSIGHTS TEAM.

THE
CARTER CENTER


TheKingsFund


جامعة كالغاري في قطر
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR


UMASS
BOSTON


وايل كورنيل
للطب-قطر
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation


وياك
WEYAK
جمعية أصدقاء الصحة النفسية
MENTAL HEALTH FRIENDS ASSOCIATION


wise
world innovation summit for education
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم
من مبادرات مؤسسة قطر
An Initiative of Qatar Foundation

 WORLD BANK GROUP

