World Health Organization

END TB

مؤسسة قطر
Qatar Foundation
لإطلاق قدرات الإنسان
Unlocking human potential

WISH 7
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health
النسخة EDITION

نوفمبر 2024

حلول مبتكرة للقضاء على مرض السل بين اللاجئين والمهاجرين

تقرير صادر عن النسخة السابعة من مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»

تيريزا كاساييفا
فاراي ماوهنغا
كيري فيني
هانا مونيكا دياز
مارتن فان دين بووم
سانتينو سيفيروني
جوزيت نجار بيليه
ديانا أبو إسماعيل
سناء الحراحشة

المحتويات

1 تمهيد

3 ملخص تنفيذي

5 القسم الأول: مقدمة

7 القسم الثاني: لمحة عامة عن مرض السلّ بوصفه إحدى مشكلات الصحة العامة

9 القسم الثالث: الوضع العالمي للهجرة والنزوح

11 القسم الرابع: عقبات الحصول على الرعاية الصحية وأثرها في مرض السلّ

18 القسم الخامس: الالتزامات والاستراتيجيات العالمية والإقليمية والقُطرية

21 القسم السادس: حلول مبتكرة وخيارات للسياسات العامة

37 القسم السابع: دعوة عاجلة للتحرك

38 المصطلحات

39 الملحق (1): موجز استعراض الدراسات السابقة حول السل والهجرة واللاجئين

40 الملحق (2): حقائق أساسية عن مرض السلّ

42 شكر وتقدير

45 المراجع

تمهيد

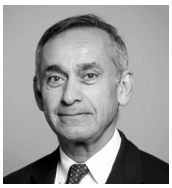
أصبحت المستويات غير المسبوقة للهجرة البشرية والنزوح أولوية أساسية من أولويات الصحة العامة، وخاصة في ظل تفاقم الأوضاع بفعل الأمراض المعدية، ومنها مرض السلّ.

وفي هذا الإطار، يعرض هذا التقرير جملةً من الاستراتيجيات الجديدة الجريئة والابتكارات الحديثة، وأفضل الممارسات لتعزيز الوقاية من مرض السل، وتحسين التدخلات العلاجية في جميع سياقات الهجرة والنزوح؛ تأسيسًا على الخبرات وأفضل الممارسات التي حظيت بها البلدان الرائدة في هذا المضمار. ويؤكد التقرير أنه إذا ما تسنى لنا توحيد صفوفنا ومضافرة جهودنا وتوظيف قدراتنا الإبداعية الجماعية في مجابهة هذا الخطر العالمي المتنامي الذي يجري تجاهله في كثير من الأحيان؛ لأمكننا القضاء نهائيًّا على مرض السلّ.

ويجب أن يكون تصدينا لهذا المرض ذا منحًى عالمي، ويشمل جوانب متعددة، ونحتاج في هذا الصدد إلى استغلال الزخم والمبادرة إلى تطبيق الحلول المبتكرة، وخيارات السياسات العامة الموضحة في هذا التقرير بأسرع صورة ممكنة.

إننا مسؤولون عن صحة الملايين من اللاجئين والمهاجرين والسكان في الأوضاع الإنسانية المتأزمة؛ وهي مسؤولية ضخمة، ولا يسعنا أن نخذلهم. وباتحادنا معًا؛ نضمن إيصال العون لهم جميعًا وألا يتخلف منهم أحد.

الدكتورة تيريزا كاساييفا
مديرة البرنامج العالمي لمكافحة السل، منظمة الصحة العالمية



البروفيسور اللورد آرا دارزي
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، ورئيس قسم بول هملين للجراحة في إمبريال كوليدج لندن؛ رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"

زيارة الدكتور تيدروس أدحانوم، المدير العام
لمنظمة الصحة العالمية، لمدينة أدري التشادية،
16 سبتمبر 2024
© منظمة الصحة العالمية

ملخص تنفيذي

لا يزال مرض السلّ يشكل أحد التحديات الصحية العالمية الضخمة، وبخاصة بين اللاجئين والمهاجرين الذين يواجهون عقبات فريدة من نوعها تحول دون حصولهم على الرعاية الصحية. ويأتي هذا التقرير، الذي أعدته منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) ومؤسسة قطر؛ لاستعراض مجموعة من الحلول المبتكرة وخيارات السياسات العامة اللازمة للتصدي لمرض السلّ في أوساط هذه المجموعات السكانية المعرضة للخطر.

وقد وضعت منظمة الصحة العالمية «استراتيجية القضاء على السلّ» التي تهدف إلى القضاء على وباء السل في العالم بحلول عام 2030؛ تماشيًا مع أهداف التنمية المستدامة. وجاء الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 2023 بشأن مكافحة السُّل، وخطة العمل العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية لتعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين، والاتفاق العالمي بشأن اللاجئين، والاتفاق العالمي بشأن الهجرة الآمنة والقانونية والمنظمة لتؤكد جميعها على ضرورة توفير الرعاية الشاملة، وبخاصة للفئات الضعيفة مثل: اللاجئين، والمهاجرين. ومع ذلك، كثيرًا ما تواجه هذه المجموعات السكانية عقبات هائلة، منها الظروف المعيشية المتردية، والقيود القانونية والسياساتية، والحواجز الاجتماعية والثقافية، وعدم كفاية الحصول على الرعاية الصحية. وتسهم هذه العقبات في تأخير التشخيص، وضعف النتائج المرجوة من العلاج، وزيادة معدل انتقال عدوى السلّ.

ولمواجهة هذه التحديات، يقترح هذا التقرير جملةً من الحلول المبتكرة وخيارات السياسات العامة، ويبرز أهمية إشراك المستويات العليا من القيادة وضرورة وجود الدعم السياسي لضمان توفير خدمات شاملة لمرضى السل محورها الإنسان، وتراعي الحساسية الثقافية، بما في ذلك خدمات الوقاية، والتحري المنهجي، والعلاج، والنماذج الفعالة لرعاية مرضى السل. كذلك هناك حاجة لتخصيص الموارد الكافية، على الصعيدين المحلي والدولي؛ لمجابهة عوامل تفشي وباء السلّ، ولتوفير الخدمات الأساسية. ومن الضروري ترسيخ التعاون مع المجتمع المدني لوضع سياسات صحية تراعي حساسية أوضاع اللاجئين، وتطبيق تلك السياسات التي تحمي حقوقهم وحقوق المهاجرين، وتضمن المساواة في الحصول على الرعاية الصحية. كما أن مشاركة القطاعات المتعددة، وتعزيز التنسيق بين القطاعات الصحية وغير الصحية، وتقوية المبادرات العابرة للحدود تشكل عناصر أساسية لضمان الاستمرار في تقديم الرعاية الصحية لمرضى السل من المهاجرين واللاجئين. وثمة توصيات أخرى يوردها التقرير تتضمن تحسين أنظمة الرقابة والرصد لتسجيل بيانات عالية الجودة عن مرض السل في أوساط المجموعات السكانية المعرضة للخطر، وإجراء بحوث تنفيذية للوقوف على العوائق التي تحول دون تقديم الرعاية الصحية لمرضى السل وتذليلها.

ويستعرض هذا التقرير أيضًا دراسات حالات تسلط الضوء على نماذج لإجراءات ذات تأثير جرى تطبيقها في أقاليم وبلدان مختلفة، مثل: قطر، ومنطقة ميكونغ الكبرى دون الإقليمية، والشرق الأوسط، وكوكس بازار، وإقليم الأمازون، وشرق إفريقيا، وبولندا. وتوضح دراسات الحالات تلك فعالية النُّهُج المبتكرة والتعاون بين القطاعات المتعددة في التعامل مع حالات تفشي مرض السل بين اللاجئين والمهاجرين.

وختامًا، يدعو التقرير إلى التحرك العاجل وبدء تنفيذ الحلول المبتكرة للقضاء على مرض السلّ بين مجموعات اللاجئين والمهاجرين.

مشروع العيادات المتنقلة بدعم من منظمة الصحة العالمية
في مخيمات النازحين داخليًّا بالعاصمة الأفغانية كابل، 2015
© منظمة الصحة العالمية/رادا أكبر

القسم الأول: مقدمة

لا يزال مرض السلّ أحد أكثر أنواع العدوى الفتاكة انتشارًا على مستوى العالم، رغم إمكانية الوقاية منه وعلاجه. وتمثل الهجرة البشرية والنزوح أيضًا قضية كبرى من قضايا الصحة العامة في ظل تلك المستويات غير المسبوقة للهجرة على مدار السنوات الأخيرة.

لا يزال مرض السلّ أحد أكثر أنواع العدوى الفتاكة انتشارًا على مستوى العالم، رغم إمكانية الوقاية منه وعلاجه

ومرض السل هو أحد الأمراض المعدية التي تنتقل عبر الهواء، ويمكنها أن تصيب أي شخص. ورغم تسجيل أعلى معدلات تفشٍ للسل في ثلاثين بلدًا مثقلًا بأعباء هذا المرض، فإننا نجده يؤثر في المجموعات السكانية الأكثر ضعفًا، ومن بينهم اللاجئون والمهاجرون، في أي سياق من السياقات؛ ولذا يشكل مرض السل قضية مثيرة للقلق في كل البلدان، بما في ذلك بلدان المنشأ لحركات الهجرة واللجوء أو بلدان العبور، وكذلك للبلدان المضيفة. ولكي يتسنى التصدي الفعال لمرض السلّ في أوساط المهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا، لا بد من تأسيس وعي أكبر وفهم أفضل لطبيعة هذه القضية، فضلًا عن اتخاذ إجراءات شاملة لعدة قطاعات في مجال الصحة العامة. ويهدف هذا التقرير إلى تعزيز الوعي، وتعميق الفهم، وتقديم لمحة عامة عن مجموعة أساسية من الابتكارات وخيارات السياسات العامة التي تهدف إلى معالجة قضية السل في أوساط هذه المجموعات معالجة فعالة.

السل هو المرض الأكثر فتكًا على مستوى العالم

161 ألف وفاة
بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية

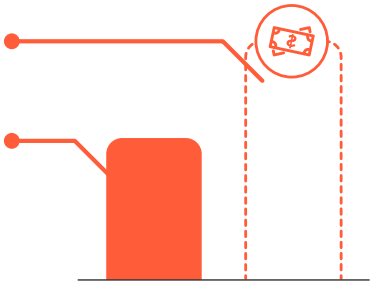
السلُّ هو السبب الأساسي للوفاة بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، وهو أيضًا أحد الأسباب الرئيسة في حالات الوفاة المرتبطة بمقاومة مضادات الميكروبات

في 2023، أصيب نحو
10,8 مليون
شخص في العالم بالسل

79 مليون
شخص أُنقذت حياتهم منذ سنة 2000 بفضل الجهود العالمية المبذولة لمكافحة السل

لا يزال السل المقاوم للأدوية يشكل إحدى أزمات الصحة العامة مع وجود فجوات في الكشف والعلاج

لم يحصل على العلاج إلا
شخصان اثنان من كل 5 أشخاص
مصابين بالسل المقاوم للأدوية



يلزم مبلغ 22 مليار دولار أمريكي سنويًّا لتشخيص السل ورعاية المصابين به

5,7 مليار دولار أمريكي تم توفيرها في 2023، منها:
- **80% تمويل محلي**
- **20% تمويل دولي**

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2024)[1]

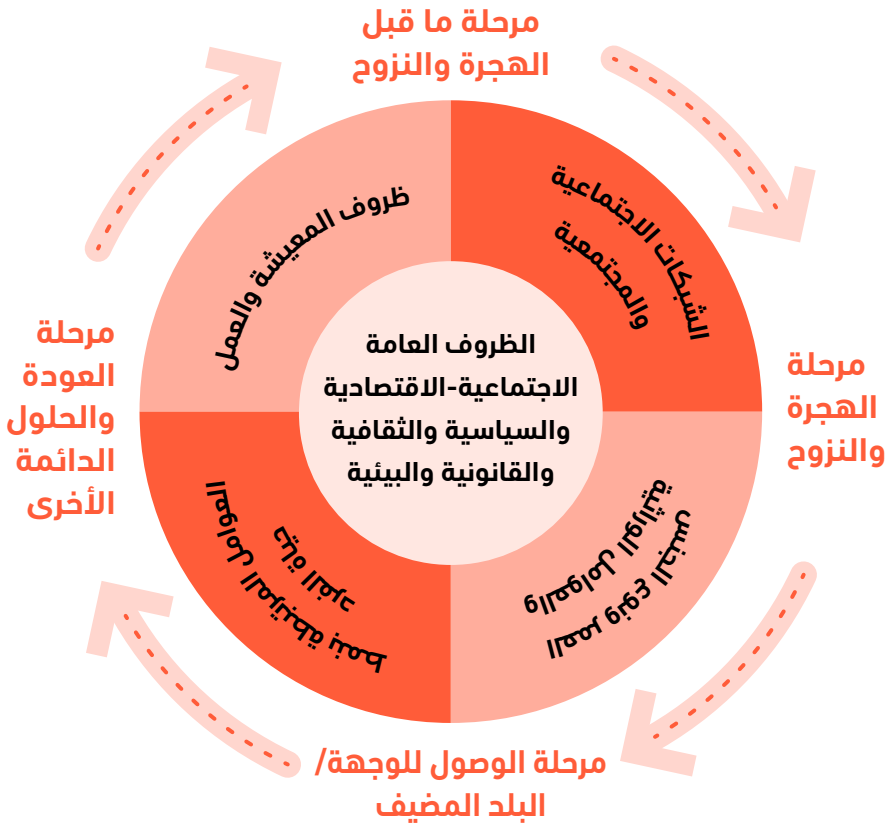
القسم الثاني: لمحة عامة عن مرض السلّ بوصفه إحدى مشكلات الصحة العامة

في سنة 2023، وبحسب أحدث بيانات تقرير السلّ العالمي لمنظمة الصحة العالمية، بلغ عدد المصابين بمرض السل نحو 10,8 مليون شخص، وقد أودى هذا المرض بحياة 1,25 مليون، كان من بينهم 161 ألفًا مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب. وينتشر مرض السل حين تنبعث في الهواء بكتريا من المريض المصاب بالسل (عبر السعال مثلًا). وتشير التقديرات إلى أن قرابة ربع سكان العالم قد أصيبوا بالمتفطرة السليَّة (البكتريا المسببة لمرض السل)، وأن ما بين خمسة إلى عشرة في المائة قد ينتهي بهم المطاف إلى الإصابة بمرض السل خلال حياتهم. وفي سنة 2023، بلغت نسبة إصابة الرجال 55% من مجموع المرضى، في حين كانت نسبة النساء 33%، أما الأطفال فكانت نسبتهم 12% (من عمر الولادة إلى 14 سنة). ولا يزال مرض السل المقاوم للعقاقير والأدوية يشكل إحدى أزمات الصحة العامة؛ فقد أُصيب سنة 2023 قرابة 400 ألف شخص بالسلّ المقاوم للأدوية المتعدّدة أو السلّ المقاوم للريفامبيسين، ومع ذلك حصل اثنان فقط من بين كل خمسة مرضى على العلاج اللازم. ويعد السلّ السبب الأساسي للوفاة بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، وهو أحد الأسباب الرئيسة في حالات الوفاة المرتبطة بمقاومة مضادات الميكروبات.

يمكن أن يصيب السلُّ أي شخص، غير أن هناك فئات من الناس يكونون أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض بسبب عوامل الخطر والمحددات البيولوجية، أو البنيوية، أو الاجتماعية. ومن بين هؤلاء المهاجرون واللاجئون وطالبو اللجوء والنازحون داخليًا

ويمكن أن يصيب السلُّ أي شخص، غير أن هناك فئات من الناس يكونون أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض بسبب عوامل الخطر والمحددات البيولوجية، أو البنيوية، أو الاجتماعية. ومن بين هؤلاء المهاجرون، واللاجئون وطالبو اللجوء، والنازحون داخليًّا؛ فهم أشخاص قد تكون فرص حصولهم على الرعاية الصحية محدودة، وربما يواجهون عقبات قانونية أو سواها تعوق حصولهم على الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية، ولعلهم يواجهون أيضًا تحديات ومصاعب أخرى مثل: الفقر، والعيش في بيئات شديدة الازدحام وأوضاع معيشية غير مستقرة، والظروف غير المواتية التي تكتنف رحلة الهجرة والنزوح. وتسهم هذه العوامل جميعًا في زيادة خطر العدوى، أو الإصابة الفعلية بالمرض عند التعرض للعدوى، إلى جانب مواجهة وصمة العار المرتبطة بمرض السل أو المعاناة من تدهور النواتج الصحية والاجتماعية حال إصابتهم بالمرض. وربما كان هؤلاء الأشخاص يعانون حالات اعتلال مصاحبة مثل: فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، أو نقص التغذية، أو حالات الصحة النفسية، أو اضطرابات تعاطي المواد – التي تزيد بدورها من خطورة الإصابة بالسلّ[3,2]. ويلخص الملحق (2) أهم الحقائق الأساسية حول مرض السلّ.

العوامل المحددة لصحة اللاجئين والمهاجرين



المصدر: منظمة الصحة العالمية (2022)[4]

القسم الثالث: الوضع العالمي للهجرة والنزوح

بلغت معدلات الهجرة البشرية والنزوح في الآونة الأخيرة مستويات غير مسبوقة؛ فقد هاجر أو نزح قسرًا قرابة المليار شخص (أو واحد من كل ثمانية) على مستوى العالم[5,6] وبحلول مايو 2024، كان أكثر من 120 مليون شخص من شتى أنحاء العالم قد أُجبروا على النزوح نتيجة للقمع والاضطهاد، أو الصراعات، أو العنف، أو انتهاكات حقوق الإنسان، وغيرها من الأحداث المسببة لاضطرابات. واعتبارًا من نهاية العام 2023، كان من بين هؤلاء 43,4 مليون لاجئ، و68,3 مليون نازح داخليًّا، و6,9 مليون طالب لجوء[7,8] وعلى الصعيد العالمي، تضاعف إجمالي عدد اللاجئين أكثر من ثلاث مرات خلال العِقد الأخير، ويعيش 75 في المائة منهم في بلدان منخفضة أو متوسطة الدخل[9]. وعلاوة على ذلك، فقد زاد عدد النازحين داخليًّا بسبب الصراعات، أو أعمال العنف بنحو عشرة في المائة بين عامي 2022-2023[10].

هاجر أو نزح قسرًا قرابة المليار شخص (أو واحد من كل ثمانية) على مستوى العالم

كذلك هناك زيادة في مستويات الهجرة الدولية؛ إذ شهدت الفترة ما بين عامي 1990-2020 ارتفاع عدد المهاجرين الدوليين من 153 مليونًا (2,9% من إجمالي سكان العالم) إلى 281 مليونًا (3,6% من إجمالي تعداد السكان في العالم)[11]. وبلغ عدد النساء من إجمالي المهاجرين الدوليين قرابة 115 مليونًا،[12] في حين بلغ عدد الأطفال نحو 36 مليونًا[13,14] وتُعزى الزيادات الأضخم في مستويات الهجرة الدولية إبان العقد الأخير إلى هجرة الأسرة (بما في ذلك لمّ شمل الأسر) والهجرة بحثًا عن العمل[15].

وتعد الهجرة والنزوح من المحددات الأساسية للصحة والرفاه؛ فكثيرًا ما تكون النواتج الصحية للاجئين والمهاجرين أسوأ مما عليه الحال في المجتمعات المضيفة لهم؛ مما يسفر عن فجوة في عدالة توزيع الخدمات الصحية[16]. ويورد التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية حول صحة اللاجئين والمهاجرين مجموعة المحددات التي تؤثر في صحتهم ورفاههم، ويختلف هذا التأثير باختلاف مراحل الهجرة والنزوح (انظر الشكل في الصفحة السابقة). وكما أبرز التقرير، فإن اللاجئ أو المهاجر قد يصطدم بعقبات أكبر في الحصول على الرعاية الصحية مقارنة بالسكان في البلد المضيف؛ مما يعرض اللاجئين أو المهاجرين لتزايد خطر التأخير في التشخيص وتقديم العلاج والرعاية؛ ومن ثمَّ الانتهاء إلى نواتج صحية واجتماعية أكثر سوءًا.

دراسة الحالة الأولى: مكافحة السل بين المهاجرين في منطقة ميكونغ الكبرى دون الإقليمية

تتسم حركة التنقل عبر الحدود في منطقة ميكونغ الكبرى دون الإقليمية بطبيعتها المتغيرة، مع وجود تقلبات في أنماط الهجرة، خاصة في البيئات على جانبي الحدود وفي ممرات الهجرة الكبرى. وربما يواجه المهاجرون صعوبات خطيرة في الحصول على الرعاية الصحية نتيجة حالتهم المتولدة عن التنقل، كما أنهم معرضون بدرجة أكبر لخطر الإصابة بمرض السل بسبب نقص التغذية، وسوء ظروف العمل والمعيشة، وتراجع فرص الحصول على التعليم والرعاية الصحية.

«القضاء على السل بين المهاجرين (2)» هو مشروع مدته ثلاث سنوات يموله الصندوق العالمي، وتعد منظمة الهجرة الدولية المستفيد الأساسي منه، ويشمل بلدان منطقة ميكونغ الكبرى دون الإقليمية التي تضم: تايلاند، وفيتنام، وكمبوديا، وميانمار، وجمهورية لاو الديموقراطية الشعبية. ويهدف المشروع إلى الحد من عبء مرض السل بين المهاجرين، وخاصة المصابين بالسل ممن لا تضعهم الأنظمة الصحية في الحسبان، ولا يجري تشخيص حالاتهم ولا علاجها، كما يهدف إلى خفض معدل انتشار مرض السل، والإصابة به، وخفض عدد الوفيات الناجمة عنه.

تشمل المجموعات السكانية المستهدفة أولئك الذين قد يتعذر الوصول إليهم عبر برامج المنح، أو المشروعات الأخرى، ومن بينهم المهاجرون على جانبي الحدود، والعائدون، واللاجئون، والمجتمعات المضيفة، والمهاجرون في المناطق الاقتصادية الخاصة، والنازحون داخليًّا، والمهاجرون من ذوي الميول الجنسية المختلفة، وغيرهم من المجموعات السكانية المعرضة للخطر مثل: ضحايا الاتجار في البشر، وكبار السن، والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

يشكِّل التعاون مع الشركاء المعنيين بالتنفيذ والتطبيق العملي على جميع المستويات – بداية من منظمات المجتمع المدني، والأوساط الأكاديمية وصولًا إلى برامج مكافحة السل الوطنية – وعبر القطاعات المختلفة سمة تمكينية أساسية من سمات المشروع؛ إذ يجري تحسين سبل الوصول إلى الخدمات المتعلقة بالسل عبر أنشطة التحري المبكر المنهجية والموجهة للكشف عن السل في المجتمعات المعرضة لخطر مرتفع، وهي فحوصات تكميلية لأنشطة الكشف الدوري عن حالات الإصابة عبر برامج مكافحة السل الوطنية. كما يتم تطبيق آليات مجتمعية تتضمن حملات التوعية بواسطة الأقران والتثقيف الصحي على مستوى المجتمعات المحلية. ويدرس المشروع أيضًا جدوى إنشاء قاعدة بيانات إقليمية مبتكرة تضم معلومات عن مرض السل عبر الحدود إلى جانب استحداث نظام إحالة للغرض نفسه. وقد أفرز المشروع توصيات لصوغ سياسة إقليمية لمكافحة السل بين المهاجرين بالتشاور مع البلدان المستهدفة، وهذه الخطوة هي الأولى من نوعها في منطقة ميكونغ الكبرى.

خلال أول عامين في المشروع (2022-2023)، أُخضع 101920 مهاجرًا لفحوص التحري عن أعراض السل، وشمل ذلك إجراء تصوير الصدر بالأشعة السينية لإجمالي 47666 شخصًا، وتم تشخيص 9182 حالة إصابة بالسل بين المهاجرين والمتنقلين. وقد جرى إلحاق المصابين ببرنامج الرعاية والعلاج؛ ما يبرز أهمية تبني نُهُج تعاونية عابرة للحدود في رعاية مرضى السل بحيث تراعي تكريس الجهد للكشف عن حالات الإصابة بين المجموعات المعرضة للخطر. كما استفاد 128735 مهاجرًا من أنشطة التثقيف الصحي في إطار المشروع، وتلقى التدريب اللازم 995 متطوعًا من المجتمع المحلي.

القسم الرابع: عقبات الحصول على الرعاية الصحية وأثرها في مرض السلّ

تعد الهجرة والنزوح من المحددات المستقلة والأساسية لاحتمالية التعرض لعدوى السلّ، والإصابة الفعلية بالمرض، وتدهور النواتج الصحية، علاوة على إمكانية تقييد حصول اللاجئين والمهاجرين على الرعاية الصحية. وهناك عوامل أخرى مجتمعة تزيد من خطر الإصابة بالسلّ بين اللاجئين والمهاجرين، وتبرز الحاجة العاجلة لتدخلات موجهة وشاملة للجميع[17] حتى تتسنى معالجة قضية السل بين المهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا بوصفها أولوية صحية عالمية.

ويلخص الشكل في الصفحة التالية المحددات والعوائق التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية ذات الأهمية الخاصة بالنسبة للاجئين والمهاجرين والنازحين داخليًّا.

الظروف المعيشية والاكتظاظ

لا ريب أن للظروف المعيشية المتردية واكتظاظ المساكن دورًا مهمًّا في انتقال العدوى والإصابة بالأمراض السارية مثل السلّ. وربما يواجه اللاجئون والمهاجرون (ومنهم المهاجرون غير النظاميين) ظروفًا معيشية سيئة مثل: اكتظاظ أماكن الإقامة في المناطق الحضرية، أو المخيمات، أو المستوطنات، أو أماكن الاحتجاز، فضلًا عن محدودية فرص الحصول على ما يكفي من الغذاء والمياه وخدمات الصرف الصحي ولوازم النظافة الصحية. كما يتعرض هؤلاء إلى أخطار بيئية تتفاقم حدتها بفعل تأثيرات التغير المناخي والإجهاد الحراري والكوارث الطبيعية.

ظروف العمل والاستغلال المحتمل

قد يتعرض اللاجئون والمهاجرون غير النظاميين إلى الاستغلال عبر العمل القسري، والتشغيل في أعمال مجهدة أو متدنية الأجر، إلى جانب الاتجار في البشر. ويشمل هذا العمالة المنزلية التي تكون معرضة لخطر متزايد من الاستغلال والإيذاء القائمين على نوع الجنس. وهذه التحديات، إلى جانب محدودية الفرص الوظيفية، وتدني الأجور مقارنة بما هي عليه في المجتمعات المضيفة، والتوظيف غير المستقر، تؤثر جميعها على صحة ورفاه اللاجئين والمهاجرين وعائلاتهم؛ ما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بمرض السلّ. وبالنسبة للعمالة الوافدة ذات الأجور المتدنية، فإن ظروف العمل السيئة، وعدم الحصول على إجازة مرضية، أو عدم وجود تأمين صحي، يمكن أن تفضي إلى تأخر في اكتشاف الإصابة بالسلّ؛ ومن ثم صعوبة في إتمام العلاج.

العوامل المؤثرة في صحة المهاجرين واللاجئين في مراحل الهجرة المختلفة

المصدر: منظمة الهجرة الدولية (2016)[18]

الوصمة والعقبات الاجتماعية والثقافية ونقص المعلومات[19]

يتعرض اللاجئون والمهاجرون بصورة متكررة لعقبات تعترض سبيل حصولهم على الرعاية الصحية أو المعلومات الدقيقة بشأن مرض السلّ. وتسهم الأعراف الثقافية، والحواجز اللغوية، ومستويات الوعي الصحي المتباينة، وكذلك المعلومات الخاطئة في تكوين فهم قاصر عن مرض السلّ، ويمكن أن يؤثر هذا تأثيرًا سلبيًّا في النواتج العلاجية، كما يمكن أن يطيل من أمد الشعور بالقلق والوصمة المرتبطة بالمرض ويؤدي إلى إحجام عن الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو التأخر في الحصول عليها، أو الإفصاح عن الإصابة بمرض السل لأفراد الأسرة المعيشية أو جهات العمل. وربما يواجه المهاجرون وصمة إضافية بناءً على تصور غير صحيح لدى عموم الناس عن احتمال خطر انتقال عدوى السل من المهاجرين إلى المجتمعات المضيفة لهم.

التطبيق غير الكافي وغير الفعال للقوانين والسياسات، بما في ذلك السياسات العابرة للحدود، لحماية حقوق اللاجئين والمهاجرين وتلبية احتياجاتهم

يمكن أن يواجه اللاجئون والمهاجرون تحديات على مستوى إعمال حقوق الإنسان الواجبة لهم بسبب القوانين المقيدة والسياسات غير الشاملة للجميع. وتكون بعض المجموعات الفرعية من اللاجئين والمهاجرين معرضة بشكل خاص لخطر الإقصاء من الأنظمة الصحية، ويشمل هذا طالبي اللجوء، أو النازحين داخليًّا، أو من ليس بحوزتهم أوراق ثبوتية. كذلك فإن إجراءات الهجرة الطويلة والمعقدة، علاوة على حالة الهجرة غير النظامية، قد تمنع بعض المهاجرين من طلب المساعدة الطبية خوفًا من الاعتقال أو الترحيل. وقد يؤدي عدم كفاية الحصول على الرعاية الصحية إلى تأخر اكتشاف الأعراض والتشخيص، ويحتمل أن يترتب على ذلك انتشار السل بين أفراد الأسرة المعيشية وزيادة خطر وقوع الإعاقة المرتبطة بالمرض. وقد رأينا في بعض البلدان أن السياسات التي اتُّبعت في السابق وركزت على تدابير السيطرة على المنافذ الحدودية في مكافحة مرض السل وغيره من الأمراض المعدية لم يتم تعضيدها بتيسير سبل الحصول على الرعاية الصحية (والتغطية الصحية الشاملة) لجميع المصابين بهذا المرض أو المعرضين لخطر الإصابة.

تبادل المعلومات بصورة غير كافية وعوائق مشاركة البيانات

هناك عدة عوامل تعوق تبادل المعلومات الفعال بين البلدان المختلفة، ومنها: القيود القانونية المفروضة على مشاركة البيانات، والاعتبارات الخاصة بالسرية والخصوصية، وكذلك طرق جمع البيانات غير المتسقة. وكثيرًا ما يعبر الحدود لاجئون ومهاجرون مصابون بالسل؛ ولذا فهناك حاجة لضمان تضافر جهود جهات تقديم الخدمات الصحية بما يضمن استمرار تلقي الناس لعلاج السل على جانبي الحدود، ويقتضي هذا أن تشارك جهات الخدمات الصحية ما لديها من معلومات. ولا شك أن تنوع الأنظمة الصحية وغياب بروتوكولات موحدة لمشاركة البيانات يجعل من الصعوبة بمكان جمع ومقارنة المعلومات الخاصة بمرض السل بين المهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا.

غياب التنسيق اللازم لمكافحة السل والأمراض المصاحبة

إنَّ الحالات الصحية المصاحبة والسلوكيات الصحية، على سبيل المثال الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، أو داء السكري، أو تدخين السجائر، أو اضطرابات تعاطي المواد، مقرونة بتدهور الحالة الصحية العامة، والتوتر، ونقص التغذية، كل هذا كفيل بإضعاف جهاز المناعة مما يجعل الناس أكثر عرضة للإصابة بالسل. وقد يواجه اللاجئون والمهاجرون تحديات هائلة على صعيد الصحة النفسية بسبب الشعور بالتوتر والقلق نتيجة تجربة النزوح والتهجير، أو بسبب التحديات التي يلاقونها عند

الاستقرار في بلد آخر. وهذه التوترات من شأنها أن تفاقم من خطر الإصابة بالسل، ويمكن أن تسفر عن تدهور النواتج الصحية والاجتماعية والاقتصادية. وبالنسبة لمن ثبت تشخيص إصابتهم بالسل، فهناك الشعور بالوصمة الذي قد يؤثر سلبًا في صحتهم النفسية، ومدى التزامهم بالعلاج، بل من الممكن أن يؤدي إلى عدم الإفصاح عن الإصابة لأفراد الأسرة المعيشية. وإنْ لم يتم تقديم الخدمات المتمحورة حول الأشخاص لهؤلاء اللاجئين والمهاجرين المصابين بالسل والأمراض المصاحبة، فقد لا يتم تلبية متطلبات الدعم والاحتياجات الصحية الإضافية، ومن شأن هذا الوضع أن يفضي إلى تدهور أكبر في النواتج الصحية والاجتماعية[20].

الوصول المحدود إلى خدمات الرعاية الصحية أو تأخرها أو عدم انتظامها

قد تُحدُّ سبل الوصول إلى الخدمات الصحية المتعلقة بمرض السل؛ نتيجة انعدام إمكانية الوصول إلى الجهات الوطنية المعنية بالخدمات الصحية، أو ضعف الوعي بحق الناس في الخدمات الصحية، والإجراءات السليمة للحصول عليها. وثمة عوامل أخرى من بينها تكلفة الحصول على الرعاية الصحية، وأنظمة الرعاية الصحية التي لا تراعي احتياجات اللاجئين والمهاجرين. وتتفاقم المشكلة في ظل محدودية فرص الحصول على تأمين صحي، أو حماية اجتماعية، والتمييز تجاه اللاجئين والمهاجرين في المرافق الصحية، وغياب خدمات الترجمة، أو الخدمات التي تراعي الأبعاد الثقافية. وتزداد خطورة توقف علاج السل نتيجة تعطل الخدمات الصحية، والتأخر في الحصول على علاج السل عند الوصول إلى بلد اللجوء أو العمل، خاصة في حالات الطوارئ الحرجة. وثمة عامل آخر يتمثل في اتباع البلدان بروتوكولات مختلفة للوقاية من السل وتشخيصه وعلاجه وإدارة حالاته، وهذا بدوره قد يؤدي إلى تعطل في استمرارية الرعاية حين يعبر مريض السل الحدود؛ ومن ثم ينبغي توفير الخدمات الصحية لمرضى السل من اللاجئين والمهاجرين في سياق التغطية الصحية الشاملة، التي بموجبها يتمتع جميع الأفراد بحق الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها في الوقت المطلوب ودون تكبد أعباء مالية.

غياب التعاون ونقص التمويل

هناك نقص في التعاون بين البلدان والأطراف المعنية الرئيسة، إلى جانب غياب آليات تمويل مبتكرة لمجابهة السل بين المهاجرين واللاجئين مجابهة فعالة وفي التوقيت المناسب.

تعقيدات إضافية تفرضها حالات الطوارئ ومن بينها التغير المناخي

من شأن تعطل الخدمات الصحية الأساسية في حالات الطوارئ، مثل: التحري المبكر عن السل، وتشخيصه، ومواصلة علاجه، أن يسفر عن تأخر تشخيص الإصابة، وتدهور النواتج الصحية بدرجة أكبر، بما في ذلك مقاومة الأدوية. والحاجة لتلبية متطلبات الرعاية الصحية الحرجة أثناء الطوارئ قد تصرف الانتباه العالمي عن المشكلات الصحية القائمة ذات الأهمية على مستوى الصحة العامة، ويمكن أن يؤدي هذا إلى توجيه الأموال وطواقم الرعاية الصحية والموارد الأخرى لإدارة الأزمة الطارئة، وربما يتعطل أيضًا توزيع الاحتياجات الأساسية مثل: عقاقير السل، والمستلزمات والمستهلكات المخبرية، وخاصة في المرحلة الحرجة من حالة الطوارئ.

الأثر الاجتماعي والاقتصادي والصحي

يمكن أن تسفر العوامل الموضحة في هذا القسم عن العديد من الآثار السلبية بالنسبة للاجئين والمهاجرين الذين يعانون من مرض السل أو الأمراض المرتبطة به. وتشمل الآثار الصحية العزوف عن طلب الرعاية الطبية، والتشخيص المتأخر للإصابة بالسل، واحتمالية تحقيق نواتج علاجية دون

المستوى الأمثل، فضلًا عن الشعور بالقلق والتوتر وتفاقم مشاكل الصحة النفسية، وزيادة خطر الإصابة بالإعاقة المرتبطة بالسل. وربما يواجه المهاجرون وأسرهم ضائقة مالية بسبب تكاليف الرعاية الصحية وفقدان الإنتاجية، علاوة على الآثار الاقتصادية على المستوى المجتمعي بسبب نقص الإنتاجية، وخسارة العوائد، وتراجع معدلات التحويلات المالية. أما الآثار الاجتماعية فقد تكون أشد وطأة، وتتضمن إثقال كاهل الأسر والزيجات بالأعباء، وتعطل دراسة الأطفال بالمدارس، وخسارة الوظائف والدخل، وخسارة الترابط الاجتماعي بسبب الوصمة الناجمة عن المرض.

دراسة الحالة الثانية: علاج السل المقاوم للأدوية بين لاجئي الحرب الأوكرانية في بولندا

كانت بولندا على مدار تاريخها من الدول التي يقل فيها عبء مرض السل (بواقع تسع حالات لكل 100 ألف شخص). ومع ذلك شهدت زيادة كبيرة في حالات الإبلاغ عن السل، بما في ذلك السل المقاوم للأدوية سنة 2022-2023، تُعزى إلى عودة الحياة إلى طبيعتها بعد الجائحة وتدفق اللاجئين من أوكرانيا؛ ما يؤدي إلى ارتفاع في معدلات الإصابة بمرض السل. وقد نجم عن هذا عدة تحديات في ظل ارتفاع تكلفة الأدوية المطلوبة لعلاج السل المقاوم للأدوية وقلة وجودها في الأسواق، فضلًا عن القدرات المخبرية المحدودة للتعامل مع مرض السل، وعدم وجود معرفة كافية لدى أطباء الرئة لإدارة مرض السل المقاوم للأدوية وفق أحدث توصيات منظمة الصحة العالمية.

طبقت بولندا توجيه الاتحاد الأوروبي للحماية المؤقتة لمنح اللاجئين الأوكرانيين المساعدة الطبية بشكل كامل. وفي 2022 أطلقت وزارة الصحة، مدعومة بمكتب إقليم أوروبا في منظمة الصحة العالمية ومؤسسة أطباء بلا حدود، مشروع الاستجابة الطارئة لمكافحة مرض السل المقاوم للأدوية الذي يركز على الأفراد وفق نهج يتمحور حول المرضى، ويتوافق مع إرشادات منظمة الصحة العالمية، ويشمل علاجًا متنقلًا مدعومًا بالفيديو، وأنظمة علاجية جديدة لفترات قصيرة لمكافحة السل المقاوم للأدوية، علاوة على الارتقاء بقدرات التشخيص المخبري لمرض السل.

تضمنت النتائج الأساسية: الإقبال على علاج منزلي أقصر زمنًا؛ وتقليل تكاليف الهيئات الصحية؛ وتقديم علاج خارج المستشفيات مدعم بالفيديو؛ وتبرع منظمة الصحة العالمية بأدوية السل، التي استفاد منها 160 مريضًا، كانت نسبة غير البولنديين منهم 95%؛ وتدريب 133 طبيبًا وأخصائي تمريض على أدوية السل الجديد ونماذج الرعاية التي تركز على الأشخاص؛ وتعزيز شبكة مختبرات السل لتوفير إمكانية التشخيص السريع للسل المقاوم للأدوية؛ فضلًا عن الدعم الفني من جانب منظمة الصحة العالمية لإطلاق المجلس البولندي لمكافحة السل؛ بهدف تعزيز عملية صناعة القرار السريري للأشخاص من ذوي الاحتياجات المعقدة.

تبرهن الإجراءات الاستباقية التي لجأت إليها بولندا في مواجهة زيادة حالات الإصابة بمرض السل على إمكانية إدارة المرض بصورة فعالة في الأنظمة الصحية التي أرهقتها الأزمات. وتبرز استجابة جميع الشركاء مدى تأثير التدخلات المدعومة بالتزام سياسي وتمويل وتشريع وتنسيق دولي. ولا شك أن مكافحة السل، وخاصة السلالات المقاومة للأدوية، تستلزم يقظة مستمرة وجهودًا استباقية لضمان قدرة الأنظمة الصحية على الصمود ومواجهة أي تهديدات مستقبلية.

المدن الخفية في الفلبين، 2009
© منظمة الصحة العالمية/آنا كاري

القسم الخامس: الالتزامات والاستراتيجيات العالمية والإقليمية والقُطرية

لا شك أن القضاء على وباء السل في العالم بحلول سنة 2030 هو هدف طموح تتبناه الدول الأعضاء كافةً في إطار "استراتيجية القضاء على السل" التي وضعتها منظمة الصحة العالمية[21]. وينسجم هذا الهدف انسجامًا تامًّا مع الغاية رقم (3-3) ضمن أهداف التنمية المستدامة بشأن الأمراض السارية والمُعدية[22]. وتتضمن أهداف "استراتيجية القضاء على السل" خفض الوفيات الناجمة عن هذا المرض بنسبة 90%، وخفض معدل الإصابة بالسل بنسبة 80% مقارنة بمعدل خط الأساس لسنة 2015، والتخلص من التكاليف الكارثية التي تتكبدها الأسر المتضررة من السل. وتشكل المساءلة والتعاون بين مختلف القطاعات عنصرًا أساسيًّا لضمان التطبيق الناجح لاستراتيجية القضاء على السل[23].

القضاء على وباء السل في العالم بحلول سنة 2030 هدف طموح تتبناه الدول الأعضاء كافةً في إطار "استراتيجية القضاء على السل" التي وضعتها منظمة الصحة العالمية

وقد شهدت السنوات القليلة الماضية بذل جهود حثيثة لتعزيز الدعم السياسي اللازم لمكافحة مرض السل. وفي الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مكافحة السُّل لسنة 2023، أعرب رؤساء الدول عن التزامهم بما يلي:

- الوصول إلى نسبة 90% من الأشخاص المحتاجين إلى خدمات الرعاية الصحية والوقاية من السل (بما يشمل علاج السل والعلاج الوقائي).
- ضمان خضوع 100% من الأشخاص المصابين بالسل لاختبار تشخيصي سريع موصى به من منظمة الصحة العالمية.
- ضمان حصول 100% من الأشخاص المصابين بالسل على حزمة مزايا صحية واجتماعية.
- ضمان توافر لقاح جديد واحد على الأقل من لقاحات السل يتسم بالمأمونية والفعالية.
- سد الفجوات التمويلية لتنفيذ التدخلات والبحوث ذات الصلة بالسل بحلول سنة 2027,[24]

ويتضمن الإعلان السياسي التزامًا قويًّا بتوفير رعاية شاملة لكل المصابين بالسل وتعزيز هذه الرعاية، مع إيلاء اهتمامٍ خاصٍّ بالفئات الضعيفة المعرضة للخطر، أو من يواجهون أوضاعًا هشة، كالمهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا. ويهدف الإعلان كذلك لضمان حماية خدمات السل بوصفها خدمات صحية أساسية خلال الأزمات الإنسانية وحالات الطوارئ الصحية[25].

تعدُّ خطة العمل العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين خلال الفترة 2019-2030 أداة أساسية في تحديد أولويات الجهود المبذولة لتحسين الإنصاف في مجال الصحة عالميًّا من خلال تلبية احتياجات الصحة والرفاه بدنيًّا ونفسيًّا للاجئين والمهاجرين على مستوى العالم. وتتناول خطة العمل هذه أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة فيما يخص هذه المجموعات السكانية، وتحقق الأهداف الواردة في الاتفاق العالمي بشأن اللاجئين، والاتفاق العالمي بشأن الهجرة الآمنة والقانونية والمنظمة[26].

ويقدم الاتفاق العالمي بشأن اللاجئين إطار عمل تتعهد بموجبه الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، وغيرها من الأطراف المعنية بتقديم الموارد والخبرات اللازمة لتحسين جودة الأنظمة الصحية الوطنية، وتوسيع نطاقاتها بغية تيسير سبل حصول اللاجئين والمجتمعات المضيفة على خدمات فعالة ومنصفة[27]. أما الاتفاق العالمي بشأن الهجرة الآمنة والقانونية والمنظمة فيتعامل مع الصحة على أنها أولوية مشتركة بين قطاعات عدة، ويشجع الحكومات الوطنية على "إدراج الاحتياجات الصحية للمهاجرين في خطط وسياسات الرعاية الصحية المحلية والوطنية"[28]. وفي سنة 2023 تبنت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية إعلان الرباط خلال انعقاد المشاورة العالمية الثالثة بشأن صحة اللاجئين والمهاجرين[29]. ويجدد هذا الإعلان التأكيد على الالتزامات المنصوص عليها في خطة العمل العالمية والاتفاقين العالميين من أجل تسريع وتيرة الجهود الرامية لتعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين ومجتمعاتهم المضيفة.[30] (الجدول 2) وعلاوة على ما سبق، فإن جدول الأعمال البحثي العالمي بشأن الصحة والهجرة والنزوح الذي وضعته منظمة الصحة العالمية لسنة 2023 يحدد الأولويات البحثية العالمية اللازمة لتعزيز إنتاج المعرفة عالميًّا وإقليميًّا ومحليًّا، وللاستعانة بنتائج الأبحاث في توجيه الإجراءات على مستوى السياسات العامة[31].

ويتجلى الالتزام بتعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين كذلك في وضع خطط عمل، واستراتيجيات إقليمية، وعقد لقاءات رفيعة المستوى بشأن الصحة والهجرة. كما أن عمليات مراجعة الأنظمة الصحية على المستوى الوطني وتنظيم دورات تدريبية حول معايير الكفاءة الصحية سلطت بدورها الضوء على الفرص المتاحة لمزيد من تفعيل خطة العمل العالمية[32،33،34،35].

2014 **«استراتيجية القضاء على السل» الصادرة عن منظمة الصحة العالمية**

- خفض معدلات الإصابة بالسل بنسبة 80% بحلول عام 2030، مقارنة بمعدلات 2015
- خفض الوفيات الناجمة عن السل بنسبة 90% بحلول عام 2030، مقارنة بمعدلات 2015
- التخلص من التكاليف الكارثية التي تتكبدها الأسر المتضررة من السل بحلول عام 2020

2015 **أهداف التنمية المستدامة**

- وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المُعدية الأخرى بحلول عام 2030

- **الالتزامات الدولية للقضاء على السل بحلول عام 2030**
- **الالتزامات العالمية بشأن الصحة والهجرة واللاجئين**

2016

- عُقدت قمة الأمم المتحدة للاجئين والمهاجرين في الجمعية العامة للأمم المتحدة، وسعت لتوجيه الخطى الرامية لوضع استراتيجية عالمية لمواجهة الهجرة الدولية، وكان من نتائجها إصدار إعلان نيويورك بشأن اللاجئين والمهاجرين.

ويقرر هذا الإعلان أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، ويدعو إلى بذل الجهود العالمية والمحلية لتعزيز الأنظمة الصحية، ويدرك الحاجة إلى معالجة التحديات الصحية التي تواجه النازحين.

2018

- جرى التوصل إلى اتفاقين:

الاتفاق العالمي بشأن الهجرة الآمنة والقانونية والمنظمة: ويتضمن 28 هدفًا يُراد بتحقيقها مساعدة البلدان في وضع استراتيجيات للتخفيف من آثار موجات الهجرة المتزايدة، وهشاشة وضع المهاجرين.

الاتفاق العالمي بشأن اللاجئين: ويتضمن أربعة أهداف ترسم خريطة طريق للحكومات لضمان حصول المجتمعات المضيفة على المساعدة المطلوبة، وأن ينعم اللاجئون بحياة منتجة وناجحة.

2018

- انعقاد الاجتماع الأول رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مكافحة السل في نيويورك

2019

- 2019

جرى تبني خطة العمل العالمية بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين خلال الفترة 2019-2023 إبان انعقاد جمعية الصحة العالمية الثانية والسبعين.

2023

- جرى تمديد خطة العمل العالمية بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين حتى سنة 2030.

عُقدت المشاورة العالمية الثالثة بشأن صحة اللاجئين والمهاجرين في المغرب وصدر عنها إعلان الرباط.

2023

- الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مكافحة السل
- تغطية علاج السل: 90% بحلول عام 2027 (يعادل ما يصل إلى 45 مليون شخص على مستوى العالم خلال الفترة 2023-2027، من بينهم ما يصل إلى 4,5 مليون طفل ونحو 1,5 مليون شخص من المصابين بالسل المقاوم للأدوية)
- تغطية العلاج الوقائي من مرض السل: 90% بحلول 2027 (يعادل ما يصل إلى قرابة 45 مليون شخص على مستوى العالم خلال الفترة 2023-2027، من بينهم 30 مليون من أسر المصابين بالسل أو المخالطين لهم، و15 مليون شخص من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية)
- تغطية الاختبارات التشخيصية السريعة للكشف عن السل: 100% بحلول 2027
- تمويل سنوي لخدمات السل الأساسية: 22 مليار دولار بحلول 2027
- استثمار سنوي في أبحاث السل: 5 مليارات دولار بحلول 2027
- توافر لقاحات جديدة مضادة لمرض السل تتسم بالمأمونية والفعالية: إطلاق حملات التلقيح، ويُفضَّل ذلك في غضون خمس سنوات

القسم السادس: حلول مبتكرة وخيارات للسياسات العامة

لكي يتسنى لنا معالجة مشكلة مرض السل بين اللاجئين والمهاجرين بشكل فعال، نحتاج إلى حلول مبتكرة وتدخلات مثبتة مدعومة بأُطُر حوكمة وسياسات قوية تراعي حساسية وضع اللاجئين والمهاجرين. وبالتوازي مع الالتزامات والتوصيات الواردة في الإعلانات السياسية الصادرة عن الأمم المتحدة بشأن مرض السل والهجرة واللاجئين، وكذلك استراتيجية منظمة الصحة العالمية للقضاء على السل، وخطة العمل العالمية، إلى جانب الخطط الإقليمية والقُطرية، فمن الضروري مراعاة الخيارات التالية للسياسات العامة على الصُّعُد العالمية والإقليمية والمحلية. وتستهدف هذه السياسات الموصى بها الأجهزة الحكومية الوطنية والأطراف المعنية الرئيسية العاملة في الميدان، وتسترشد بالخبرات الحالية والابتكارات والدروس المستفادة وأفضل الممارسات التي تطبقها البلدان الرائدة، ويمكن أن تمثل نماذج قدوة يُحتذى بها في مواجهة تحدي السل وأزمة الهجرة واللجوء.

التوصية 1

حشد القيادة السياسية رفيعة المستوى وإشراكها بشكل تام لتأمين الدعم السياسي القوي لمعالجة مشكلة السل في أوساط المهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا وفي المجتمعات المضيفة المعرضة للخطر والمتأثرة بالهجرة.

التوصية 2

ضمان توفير الموارد الكافية لتفعيل الاستجابة لمرض السل، والاستفادة من الموارد المتاحة لدى قطاعات أخرى لتوفير خدمات فعالة للرعاية والوقاية من مرض السل للاجئين والمهاجرين والنازحين داخليًّا ولعائلاتهم، ولمواجهة العوامل المسببة لهذا الوباء.

التوصية 3

التأكد من أن السياسات الصحية الوطنية تراعي حساسية وضع اللاجئين والمهاجرين. وينبغي للأُطُر التشريعية حماية الحقوق القانونية في الحصول على الرعاية الصحية، وتيسير سبل الاستمرار في تقديم الرعاية اللازمة التي تخلو من الوصم والتمييز، مع إتاحة الحصول على حزمة مزايا صحية واجتماعية. ويكتسب هذا الأمر أهمية خاصة بالنسبة للأشخاص الذين يمكن إقصاؤهم من هذه الأُطُر؛ وذلك تماشيًا مع ما ورد في الدليل الميداني المشترك بين الوكالات: الرعاية والوقاية من مرض السل بين اللاجئين وغيرهم من السكان في الأوضاع الإنسانية.

التوصية 4

تعزيز آليات التنسيق والحوار لتيسير المشاركة والتحرك بين القطاعات والوكالات وعلى المستوى الدولي لمكافحة السل، والتعامل مع أزمة الهجرة والنزوح بما يتوافق مع إطار المساءلة متعدد القطاعات الصادر عن منظمة الصحة العالمية بشأن القضاء على السل.

التوصية 5

تعزيز الإجراءات المتخذة بين الأقاليم مثل: التعاون العابر للحدود، وتأسيس مجالس استشارية إقليمية تتيح تبادل المعلومات بين البلدان، والرصد والتقييم بصفة منتظمة للمبادرات العابرة للحدود، وتكييف السياسات وأوجه الدعم لتناسب التنفيذ الفعلي على مستوى البلدان.

التوصية 6

الاستفادة من التوجيه والدعم الفني المقدم من منظمة الصحة العالمية، وغيرها من الوكالات التابعة للأمم المتحدة والأطراف المعنية؛ لضمان تمتع اللاجئين والمهاجرين بالتغطية الصحية الشاملة عبر إيصال خدمات شاملة متمركزة حول الناس تقدمها مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، هذا إلى جانب تعزيز أنظمة الإحالة لتشمل مستويات الرعاية الأخرى عند الحاجة إليها.

التوصية 7

تعزيز المشاركة الهادفة من مؤسسات المجتمع المدني، والمنظمات غير الحكومية، وممثلي اللاجئين والمهاجرين لدعم جهود إيصال خدمات مكافحة السل والقضاء على التمييز والوصمة المرتبطة به.

التوصية 8

تحسين قدرات أنظمة الرصد والمتابعة والتقييم لتسجيل بيانات عالية الجودة بشأن مرض السل بين المجموعات السكانية المعرضة للخطر بما يشمل اللاجئين والمهاجرين. وتحسين القدرة على تصنيف البيانات، واستخدامها في تحسين النواتج الصحية، وإيصال الخدمات، واتخاذ إجراءات في مجال الصحة العامة.

التوصية 9

تعزيز الأنشطة البحثية التي تسلط الضوء على العقبات التي تحول دون الحصول على خدمات الرعاية والتشخيص والوقاية من السل، والخطوات العملية اللازمة لتذليل هذه العقبات. ترجمة الأبحاث ونشرها في صورة أدلة تسترشد بها السياسات والممارسات التي تراعي حساسية وضع اللاجئين والمهاجرين بما يتوافق مع الاستراتيجية العالمية للأبحاث والابتكارات المرتبطة بالسل التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

التوصية 10

مراجعة ومتابعة التقدم المحرز في التعامل مع مرض السل بين اللاجئين والمهاجرين على المستويات العالمية والإقليمية والقُطرية، بما في ذلك تطبيق خيارات السياسات العامة.

التوصية 1

حشد القيادة السياسية رفيعة المستوى وإشراكها بشكل تام لتأمين الدعم السياسي القوي لمعالجة مشكلة السل في أوساط المهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا وفي المجتمعات المضيفة المعرضة للخطر والمتأثرة بالهجرة.

- يؤثر مرض السل سلبًا في حياة اللاجئين والمهاجرين المثقلة بالأعباء أصلًا، ولا تزال الجهود المبذولة لضمان حصول هذه المجموعات السكانية على الرعاية اللازمة والوقاية من مرض السل غير كافية حتى الآن. وفي ظل دعم منظمة الصحة العالمية والشركاء الأساسيين، ينبغي للدول الأعضاء العمل على دعم وتعزيز آلية استجابة ممولة بالكامل في مواجهة السل وإيلاء الأولوية لها من أجل تلبية احتياجات اللاجئين والمهاجرين والنازحين داخليًّا. وينبغي لهذه الاستجابة أن تحفز إشراك الأطراف المعنية الرئيسية، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني، والمجتمعات المحلية المتضررة.

- ينبغي إدراج الإجراءات الرامية لمعالجة مشكلة السل بين اللاجئين والمهاجرين ضمن الاستراتيجيات والسياسات والخطط والإجراءات الوطنية ذات الصلة بالشؤون الصحية أو حالات الطوارئ. وينبغي تصميم هذه الإجراءات على نحو يعزز القدرات الوطنية على تلبية الاحتياجات الصحية للاجئين والمهاجرين والنازحين داخليًّا وللمجتمعات المضيفة. ومن الضروري أن يشمل هذا المسعى إدراج الإجراءات التي تراعي أوضاع اللاجئين والمهاجرين ضمن الخطط الاستراتيجية والتنفيذية المرتبطة بمواجهة السل لضمان الوصول الشامل إلى خدمات عالية الجودة في مكافحة السل. وينبغي كذلك انتهاج مقاربة متعددة القطاعات في التصدي لمسألة الفقر ونقص التغذية؛ فهما العاملان الرئيسيان المسببان لانتشار السل بين هذه المجموعات السكانية.

التوصية 2

ضمان توفير الموارد الكافية لتفعيل الاستجابة لمرض السل، والاستفادة من الموارد المتاحة لدى قطاعات أخرى لتوفير خدمات فعالة للرعاية والوقاية من مرض السل للاجئين والمهاجرين والنازحين داخليًّا ولعائلاتهم، ولمواجهة العوامل المسببة لهذا الوباء.

- على مدار سنوات عديدة، لم تنجح الاستثمارات المبذولة في تفعيل الاستجابة لمرض السل، ومعالجة أزمة اللاجئين والمهاجرين في تلبية الاحتياجات المطلوبة، وانخفض التمويل بمرور الوقت. ومن ثمَّ؛ نحث الدول الأعضاء على تعزيز التمويل المحلي بدرجة كبيرة لمواجهة مرض السل بين اللاجئين والمهاجرين والنازحين داخليًّا، ولتحقيق الغايات الوطنية والعالمية.

- ينبغي زيادة حجم التمويل من الجهات المانحة الدولية لتفعيل الاستجابة لمرض السل، والتعامل مع أزمة اللاجئين والمهاجرين زيادة كبيرة عبر قنوات التمويل القائمة حاليًّا، إلى جانب استحداث آليات تمويل مبتكرة. على سبيل المثال، كان للمِنَح المقدمة من الصندوق العالمي دور مهم في مبادرات التمويل متعدد البلدان والتمويل الإقليمي؛ من أجل تلبية متطلبات الرعاية والوقاية من السل بين اللاجئين والمهاجرين بصورة فعالة. وخلال جولة تجديد الموارد المقبلة، نحث الصندوق العالمي على مواصلة إيلاء الأولوية لتخصيص الموارد اللازمة وزيادتها؛ من أجل تلبية احتياجات اللاجئين والمهاجرين المصابين بالسل.

- من الضروري تطوير آليات مالية مستدامة، وتشمل آليات من جانب الجهات الفاعلة في مجال التنمية ومؤسسات القطاع الخاص؛ بغية تعزيز الحماية الاجتماعية للاجئين والمهاجرين. وهذا من شأنه أيضًا أن يعزز من تطبيق مدونة منظمة الصحة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي[36].

التوصية 3

التأكد من أن السياسات الصحية الوطنية تراعي حساسية وضع اللاجئين والمهاجرين. وينبغي للأُطُر التشريعية حماية الحقوق القانونية في الحصول على الرعاية الصحية، وتيسير سبل الاستمرار في تقديم الرعاية اللازمة التي تخلو من الوصم والتمييز، مع إتاحة الحصول على حزمة مزايا صحية واجتماعية. ويكتسب هذا الأمر أهمية خاصة بالنسبة للأشخاص الذين يمكن إقصاؤهم من هذه الأُطُر؛ وذلك تماشيًا مع ما ورد في الدليل الميداني المشترك بين الوكالات: الرعاية والوقاية من مرض السل بين اللاجئين وغيرهم من السكان في الأوضاع الإنسانية[37].

- ينبغي منح اللاجئين والمهاجرين فرصًا منصفة ومتكافئة في الوصول إلى الخدمات المتعلقة بمرض السل، بموجب القوانين والممارسات الوطنية، دون تمييز على أساس النوع، أو العمر، أو الدين، أو الجنسية، أو العرق، وبما يتفق مع القوانين والاتفاقيات الدولية بشأن اللاجئين. ولا ينبغي التعامل مع صحة اللاجئين والمهاجرين بشكل منفصل عن صحة السكان ككل. وحيثما أمكن؛ وسعيًا للحد من حالات عدم الإنصاف في المجال الصحي، والإسهام في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، ينبغي دمج اللاجئين والمهاجرين في الأنظمة الصحية الوطنية القائمة، وكذلك في الخطط والسياسات والأُطُر التشريعية ذات الصلة.
- ينبغي للسياسات الصحية مساندة اللاجئين والمهاجرين المتأثرين بمرض السل بأن تضع في أولوياتها ضمان تكافؤ الفرص في حصولهم على حزمة المزايا الصحية والاجتماعية، حتى لا يتعرضوا لتكبد تكاليف كارثية، وأعباء مالية تثقل كواهلهم.

التوصية 4

تعزيز آليات التنسيق والحوار لتيسير المشاركة والتحرك بين القطاعات والوكالات وعلى المستوى الدولي لمكافحة السل، والتعامل مع أزمة الهجرة والنزوح بما يتوافق مع إطار المساءلة متعدد القطاعات الصادر عن منظمة الصحة العالمية بشأن القضاء على السل.

- يجب أن يتخذ الاهتمام والعمل على مستوى السياسات بين مختلف القطاعات الصحية وغير الصحية (على سبيل المثال: قطاع الهجرة، والعمل، وغيرهما) ومنظمات المجتمع المدني منحًى داعمًا لتوفير خدمات الرعاية والوقاية من مرض السل داخل البلدان، وعلى جانبي الحدود إذا لزم الأمر. ويتوافق هذا التوجه مع إطار المساءلة متعدد القطاعات الصادر عن منظمة الصحة العالمية بشأن القضاء على السل[38]، وكذلك نهج «الصحة في جميع السياسات» (HiAP)[39].
- من الضروري تحسين آليات الترابط بين الأعمال الإغاثية والتنمية والشراكات والتنسيق عبر مختلف القطاعات والبلدان والوكالات، وهذا من شأنه تحقيق التعاون والتآزر والكفاءة، والمساعدة في تبادل أفضل الممارسات في التعامل مع قضية صحة اللاجئين والمهاجرين، لا سيما عند مكافحة الأمراض المُعدية مثل السل، وفي داخل منظومة الأمم المتحدة. ويتضمن هذا المسعى التعاون مع الأطراف المعنية، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الهجرة الدولية، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة العمل الدولية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وبرنامج الغذاء العالمي، والتركيز على توفير خدمات الرعاية الصحية، والوقاية من مرض السل للاجئين والمهاجرين.
- من خلال التعاون مع كبار الشركاء مثل: الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، والصندوق العالمي، وشراكة دَحْر السل، وغيرها من المؤسسات الدولية، ومنظمات المجتمع المدني، ينبغي لمنظمة الصحة العالمية تقديم التوجيه والدعم اللازمين للدول لمكافحة السل في أوساط اللاجئين والمهاجرين.

- من الضروري مراجعة آلية استجابة النظام الصحي لاحتياجات المهاجرين واللاجئين لفهم طبيعة التحديات التي تواجه تقديم الخدمات، واستكشاف الفرص المتاحة لتعزيز قدرة النظام الصحية، وتحسين سبل حصول اللاجئين والمجتمعات المضيفة على الخدمات الصحية.

شهدت منطقة ميكونغ الكبرى دون الإقليمية تطبيقًا فعالًا لتدخلات شاملة للمهاجرين أثبتت نجاعتها في الكشف عن المزيد من حالات الإصابة بالسل، وربطها ببرنامج رعاية مرضى السل، وتقديم الدعم لهذه الحالات لإتمام العلاج.

التوصية 5

تعزيز الإجراءات المتخذة بين الأقاليم مثل: التعاون العابر للحدود، وتأسيس مجالس استشارية إقليمية تتيح تبادل المعلومات بين البلدان، والرصد والتقييم بصفة منتظمة للمبادرات العابرة للحدود، وتكييف السياسات وأوجه الدعم لتناسب التنفيذ الفعلي على مستوى البلدان.

- من الضروري أن تتلقى البلدان المختلفة التوجيه والمساعدة الفنية لتعزيز التعاون عبر الحدود والقطاعات، وهذا من شأنه أن يكفل استمرارية تقديم الرعاية والعلاج، على سبيل المثال لتحويل المصابين بالسل ومتابعة حالتهم، بما في ذلك شراء وتوريد أدوية السل والأدوات التشخيصية عبر التخطيط والتنسيق المنهجيين. ويتضمن هذا المسعى أيضًا إرساء الاستخدام المستدام للتقنيات الرقمية والمنصات الإلكترونية مثل تأسيس مجالس استشارية مشتركة بين الأقاليم[40].

- ينبغي توسيع نطاق الخدمات المرتبطة بالسل لإتاحتها على جانبي الحدود، وتوفير الدعم اللازم لهذا النهج من خلال الاستفادة بترتيبات التنسيق العالمي القائمة والمستحدثة بشأن أوضاع اللاجئين والمهاجرين مع الدول الأعضاء (حيثما أمكن) علاوة على آلية تنسيق المجموعات التابعة للأمم المتحدة. ومن الضروري إشراك الوكالات الأخرى، ومنها على سبيل المثال منظمة الهجرة الدولية، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وشبكة الأمم المتحدة للهجرة، ومنظمة العمل الدولية، وغيرها من المنظمات الإغاثية والتنموية مثل: الصليب الأحمر الدولي، والهلال الأحمر، ومنظمات المجتمع المدني، والمؤسسات الدينية.

استجابة لموجات النزوح الناجمة عن الصراعات وعدم الاستقرار السياسي في إقليم شرق المتوسط، أُطلقت مبادرة الاستجابة في الشرق الأوسط في عام 2017.

في إقليم شرق إفريقيا، أُنشئت آليات للتنسيق داخل البلدان، وبين هذه البلدان المختلفة لتبادل المعلومات والخبرات، وتحويل المصابين بالسل من بلد لآخر لتعزيز مواصلة تقديم الرعاية الصحية لمرض السل.

دراسة الحالة الثالثة: إدارة مرض السل بين الوافدين في دولة قطر

تُبلغ دولة قطر عن عدد من الإصابات بواقع 850 إلى 1000 حالة سل سنويًّا، من بينها أكثر من 95% بين الوافدين. ويمثل الوافدون من الهند ونيبال والفلبين قرابة 60% من إجمالي عدد حالات السل السنوية.

يهدف البرنامج الوطني لمكافحة السل في قطر إلى الحد من نسبة الإصابة والوفيات من خلال استراتيجيات شاملة للقضاء على مرض السل. ويشدد هذا النهج على أهمية التدريب والتثقيف والأبحاث، إلى جانب المشاركة الفاعلة مع المجتمع والمنظمات الأخرى لتسهيل عملية الكشف المبكر عن إصابات السل وعلاجها من خلال نظام إحالة طبي قوي. ويعد علاج السل بين المواليد غير القطريين ضرورة لازمة لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة في مكافحة مرض السل في قطر، ويستلزم هذا الأمر نهجًا متعدد الجوانب يلبي الاحتياجات والتحديات الخاصة التي تواجه الوافدين.

تعد مؤسسة حمد الطبية، وتحديدًا مركز الأمراض الانتقالية، المركز الرئيس للبرنامج الوطني للقضاء على السل. ويعمل المركز تحت مظلة وزارة الصحة العامة، ويتعاون مع المراكز الصحية الحكومية والعيادات الخاصة والمؤسسات غير الحكومية. وتتم إحالة جميع الحالات المشتبه في إصابتها بالسل إلى مركز الأمراض الانتقالية للخضوع لتقييم سريري وفق مسار معتمد للتشخيص والعلاج. ويتم اتباع نهج متعدد التخصصات في تقديم الرعاية يتضمن التعاون بين طواقم التمريض والأطباء، وخدمات مختبر السل، ومرافق تسلسل الجينوم الكامل، والتصوير السريري، وأخصائيي التغذية، والصيادلة، هذا إلى جانب تقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي؛ مما يحقق النهج الشامل في إدارة حالات السل. ويحصل جميع مرضى السل على هذه الخدمات دون مقابل.

للكشف المبكر عن مرض السل، يجري فحص الوافدين القادمين من دول ترتفع فيها معدلات الإصابة، بما في ذلك الهند، ونيبال، وبنجلاديش، وباكستان، والفلبين، وسريلانكا، وذلك في مراكز إصدار التأشيرات القطرية في هذه الدول، وهي عملية تشرف عليها وزارة الداخلية القطرية. ويتعين على القادمين من الدول الأخرى لأول مرة إجراء فحص طبي خلال أسبوع من تاريخ الوصول إلى قطر. كذلك فإن العاملين في المطاعم وصالونات الحلاقة، والمغاسل، والنوادي الصحية يخضعون لفحوصات صحية سنوية، وتتم إحالة المشتبه في إصابتهم بالسل إلى مركز الأمراض الانتقالية لإجراء تقييم سريري وتلقي العلاج. وعند تشخيص الإصابة، يحصل المريض على علاج مدعوم بالفيديو لتسهيل الالتزام بالعلاج وإتمامه. ويحصل المرضى على أدوية السل الجديدة، والأنظمة العلاجية الحديثة التي تتضمن عقاقير الخط الثاني مثل: البيداكويلين، والبريتومانيد، وفق توصيات منظمة الصحة العالمية. وإذا لزم الأمر يتم اتباع إجراءات صارمة للتحكم في العدوى مثل العزل التنفسي، ويجري فحص المخالطين.

تُجري حكومة دولة قطر في الوقت الراهن عمليات التحري المبكر على كل الأفراد الذين تزداد احتمالية تعرضهم للإصابة بعدوى السل، أو تنشيط الفيروس من جديد، ويشمل هذا نزلاء المرافق الإصلاحية، والعاملين في الرعاية الصحية، ومن يعانون من نقص المناعة.

يحقق البرنامج الوطني لمكافحة السل معدلات عالية في نجاح العلاج تتجاوز نسبة 90%، مع انخفاض معدل الإصابة بمرض السل المقاوم للأدوية، وحالات الانتكاس لتصل إلى ما دون نسبة 2%. ويتم إطلاق حملات سنوية لمكافحة السل وبرامج توعية مستمرة لتزويد الأفراد بالمعرفة اللازمة بمرض السل، ولتعزيز الكشف المبكر والعلاج، وتقليل الوصمة الاجتماعية، ولتيسير

الحصول على خدمات الرعاية الصحية المرتبطة بالسل. وتسعى هذه المبادرات إلى إشراك المجتمع وتعزيز الوعي بمرض السل، وتؤدي دورًا حيويًّا في الوقاية من هذا المرض وإدارته في دولة قطر.

تظهر البيانات أن دولة قطر أحرزت تقدمًا كبيرًا في إدارة مرض السل – حيث انخفضت حالات الإصابة من 41 حالة لكل 100 ألف شخص سنة 2002 لتصل إلى 31 حالة في كل 100 ألف شخص سنة 2023. ويتضح من هذا الانخفاض فعالية النهج الشامل للرعاية والوقاية من مرض السل وإدارته. ومع ذلك فإن اليقظة المستمرة والتكيف مع الظروف المتغيرة يظل أمرًا أساسيًّا للحفاظ على الإنجازات الحالية، وللإسهام في الجهود المحلية والإقليمية الرامية للقضاء على السل.

دراسة الحالة الرابعة: مبادرة الاستجابة في الشرق الأوسط: تحسين الخدمات المرتبطة بالسل في السياقات عبر الحدود

طبقت منظمة الهجرة الدولية مبادرة الاستجابة في الشرق الأوسط بوصفها المستفيد الرئيسي منها، بالشراكة مع منظمة الصحة العالمية بصفتها الشريك الفني الرئيسي، وبتمويل من الصندوق العالمي. ويتمثل الهدف الأساسي لهذه المبادرة في ضمان تيسير تدفق استثمارات الصندوق العالمي في بلدان الإقليم المشاركة تحت مظلة منصة موحدة لإدارة المنح الإقليمية بهدف تقديم الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية في المنظومات الصحية الهشة.

شملت هذه المبادرة اللاجئين، والنازحين داخليًّا والنساء، والأطفال، والمجتمعات المضيفة ممن تأثروا تأثرًا كبيرًا بالوضع القائم في هذا الإقليم. وجرى تنفيذ المشروع من خلال تعاون أطراف معنية عدة فيما بين برامج مكافحة السل الوطنية، والمنظمات غير الحكومية الدولية والوطنية، والوكالات الأخرى التابعة للأمم المتحدة مثل: البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، وبرنامج الغذاء العالمي.

استكملت أنشطة التوعية والتحري المبكر المنهجي للكشف عن السل بين اللاجئين والنازحين داخليًّا في سوريا، واليمن، والعراق، وبين العمالة الوافدة في الأردن، ولبنان، باستخدام وحدات متنقلة وفرق متنقلة للفحص بالأشعة السينية، معززة بأدوات الكشف بمساعدة الحاسوب. وقُدم العلاج والمتابعة للمصابين بالسل دون مقابل.

التوصية 6

الاستفادة من التوجيه والدعم الفني المقدم من منظمة الصحة العالمية، وغيرها من الوكالات التابعة للأمم المتحدة والأطراف المعنية؛ لضمان تمتع اللاجئين والمهاجرين بالتغطية الصحية الشاملة عبر إيصال خدمات شاملة متمركزة حول الناس تقدمها مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، هذا إلى جانب تعزيز أنظمة الإحالة لتشمل مستويات الرعاية الأخرى عند الحاجة إليها.

- إرساء تعاون وثيق بين جميع الأطراف المشاركة في برنامج الاستجابة الوطنية لمرض السل لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية والوقائية من السل التي تراعي حساسية وضع اللاجئين والمهاجرين والفئات العمرية المختلفة ونوع الجنس، وتتمركز حول الأشخاص. ولا بد من تطبيق التدخلات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، ومن بينها:

- إجراء التحري المبكر المنهجي للكشف عن مرض السل باستخدام أحدث التقنيات ونتائج التحري مثل: تصوير الصدر بالأشعة السينية، مع إمكانية اكتشاف المرض بمساعدة الحاسوب، والمركبات المتنقلة، وفحوصات نقاط الرعاية الأخرى.

- التنسيق بين المقاربات المختلفة المتبعة في التحري عن مرض السل عبر البلدان، وتوثيق الخبرات وأفضل الممارسات ومشاركتها مع الآخرين.

- توفير الاختبارات التشخيصية الجزيئية السريعة الموصى بها من منظمة الصحة العالمية، واختبارات الحساسية للعقاقير، وتقنيات تسلسل الجينوم الكامل، والخوارزميات التشخيصية لجميع الحالات المشتبه في إصابتها بالسل، أو من تأكدت إصابتها.

- فحص المخالطين على المستوى المجتمعي، وربط الحالات ببرامج الوقاية والعلاج في الوقت المناسب، مع تطبيق فترات علاجية أقصر زمنًا.

- الاستعداد لتلقي لقاح السل الجديد بعد الانتهاء من تقييمه. وينسجم هذا مع عمل المجلس المعني بتسريع إتاحة لقاحات السل التابع لمنظمة الصحة العالمية[42,41].

- تقديم علاج فعال للسل في الوقت المناسب، يتضمن فترات علاجية أقصر لمرضى السل المقاوم للأدوية، أو من يعانون حساسية تجاه الأدوية، مع توفير إجراءات الدعم لتحسين النتائج العلاجية، والحد من انتشار مرض السل.

- توفير خوارزميات التحري والتشخيص والعلاج من خلال عدد من التطبيقات لتوجيه جهود الرعاية والوقاية وإدارة مرض السل؛ واستخدام التقنيات الحديثة مثل الطائرات بدون طيار لدعم الرعاية الصحية لمرض السل في المناطق التي يتعذر الوصول إليها.

- فحص الأمراض المصاحبة والسلوكيات، أو الحالات الصحية الأخرى وإدارتها، بما في ذلك حالات الصحة النفسية، أو اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، أو نقص التغذية، أو فيروس نقص المناعة البشرية، أو السكري، أو ارتفاع ضغط الدم، أو التدخين، أو الأمراض الجنسية.

- تطبيق نماذج رعاية تركز على الأشخاص باستخدام استراتيجيات التواصل والتوعية المناسبة للأعمار المختلفة، ودعم الأقران، وغيرها من الابتكارات، ومن ذلك على سبيل المثال تطبيق نماذج متمايزة في إيصال الخدمات للمهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا تشمل استخدام التقنيات الرقمية.

- بناء القدرات والثقة لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية، ويتضمن هذا العاملين في مجال الصحة المجتمعية، ودعم الأقران؛ لتوفير خدمات علاجية ووقائية لمرض السل، وتبني الابتكارات الحديثة مثل العلاج المدعوم بالفيديو، ولترسيخ الثقة لدى المهاجرين واللاجئين.

- توفير رعاية صحية مجتمعية أو منزلية، أو في العيادات الخارجية تتمركز حول الأشخاص وتراعي الحساسية الثقافية، وتكون مناسبة للاجئين/المهاجرين (وتتضمن إجراءات الوقاية من العدوى والتحكم فيها) بمساعدة مترجمين معتمدين أو متخصصي الرعاية الصحية الذين يتقنون لغات اللاجئين والمهاجرين، إلى جانب استخدام الابتكارات الرقمية.
- إنشاء سجلات طبية مملوكة للمهاجرين واللاجئين.
- توفير معلومات حول خدمات الرعاية والوقاية من مرض السل، ودعم العلاج باللغات التي يتحدث بها اللاجئون والمهاجرون.

أحرزت دولة قطر تقدمًا كبيرًا في إدارة مرض السل من خلال توفير خدمات السل المجانية التي يقدمها أطباء على أعلى مستوى من التدريب، وفرق الرعاية الصحية متعددة التخصصات باستخدام نهج يتسم بالشفقة والتركيز على المرضى. ويحصل الوافدون المصابون بالسل على خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في إطار الرعاية الصحية لمرضى السل.

طبقت بولندا بين عامي 2022-2023 توجيه الاتحاد الأوروبي للحماية المؤقتة لضمان حصول اللاجئين الأوكرانيين على المساعدة الطبية الكاملة، بما فيها الخدمات المرتبطة بالسل.

التوصية 7

تعزيز المشاركة الهادفة من مؤسسات المجتمع المدني، والمنظمات غير الحكومية، وممثلي اللاجئين والمهاجرين لدعم جهود إيصال خدمات مكافحة السل والقضاء على التمييز والوصمة المرتبطة به.

- تمكين القيادات المجتمعية للاجئين والمهاجرين والمنظمات المعنية بهم لمناصرة حقوق المجتمعات والأفراد المتأثرين بمرض السل، واتخاذ إجراء ضد التمييز والوصمة المرتبطة بهذا المرض.
- ضمان مشاركة اللاجئين والمهاجرين في عمليات صناعة القرار في مجال صوغ السياسات الصحية، وسياسات مكافحة السل، والاستراتيجيات ذات الصلة، والخطط والتدخلات عبر دورة الهجرة، والنزوح في بلدان المنشأ والعبور والوصول.
- ترتيب أولوية البلدان بالتعاون مع مؤسسات المجتمع المدني والشركاء للوقوف على المجموعات الفرعية الأكثر عرضة للخطر، أو المهمشين من بين اللاجئين والمهاجرين (على سبيل المثال: النساء، أو الرجال، الأطفال غير المرافقين لأسرهم، الأشخاص ذوو الميول الجنسية المختلفة، كبار السن، ذوو الإعاقة) لضمان وقاية من السل أكثر فعالية. ومن الممكن أن يتضمن هذا المسعى معالجة ظروف العمل غير المستقرة للعمالة الوافدة منخفضة الأجور، والظروف المعيشية للمقيمين في مساكن مكتظة، أو في مراكز استقبال أو احتجاز.

في مدينة كوكس بازار في بنجلاديش، تعاونت منظمة الصحة العالمية، والبرنامج الوطني لمكافحة السل، والوزارات الحكومية الأخرى، والأمم المتحدة، والوكالات الإنمائية، والقطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية لتقديم خدمات الرعاية الصحية والوقاية من السل للاجئي الروهينجا في بنجلاديش.

دراسة الحالة الخامسة: الدروس المستفادة والتحديات وأفضل الممارسات في سياقات اللجوء في شرق إفريقيا ومنطقة القرن الإفريقي وإقليم البحيرات العظمى

يعد مرض السل واحدًا من تحديات الصحة العامة الكبرى بين اللاجئين والنازحين داخليًّا في إقليم شرق إفريقيا، الذي تخدمه الهيئة الحكومية الدولية المعنية بالتنمية (IGAD). ويقطن ما يزيد على 60% من اللاجئين في هذا الإقليم بدولة إثيوبيا، وكينيا، وأوغندا، وتأتي هذه الدول ضمن أعلى ثلاثين دولة من حيث ارتفاع عبء مرض السل، والسل المترافق مع نقص المناعة البشرية، والسل المقاوم للأدوية المتعددة.

وفي إطار التعاون مع الشركاء المعنيين، نفذت الهيئة الحكومية الدولية المعنية بالتنمية مشروعًا لمكافحة السل بين اللاجئين في أوغندا، وإثيوبيا، وكينيا، والسودان، وجيبوتي، وجنوب السودان. وركزت الأنشطة على تحسين إمكانية اكتشاف حالات السل في المجتمع، والتوسع في خدمات تشخيص السل المقدمة للاجئين والمجتمعات المضيفة، علاوة على فحوص ثنائية الاتجاه للكشف عن السل وكوفيد-19، وتحسين الالتزام بعلاج السل.

تضمنت الاستراتيجيات المبتكرة لعلاج السل بين اللاجئين في هذا الإقليم: التثقيف ونشر الوعي، وحشد الأصوات المؤثرة في المجتمع مثل: القيادات المجتمعية للاجئين والعاملين الصحيين؛ وجماعات الدعم الاجتماعي للمصابين بالسل المترافق مع فيروس نقص المناعة البشرية؛ والتعاون الوثيق بين جميع الشركاء وبرامج السل الوطنية؛ وإقامة مواقع لتشخيص السل وعلاجه قرب مراكز اللاجئين؛ ومواصلة بناء قدرات العاملين في برامج السل الوطنية؛ وتعزيز التعاون عبر الحدود.

أسفر تطبيق هذا النهج عن عدد من النتائج الإيجابية من بينها الإبلاغ عن 12090 نوبة من نوبات السل خلال فترة ثلاث سنوات. وشهدنا زيادة كبيرة في معدلات الإبلاغ عن حالات السل لترتفع من 87 إلى 131 لكل 100 ألف من السكان (في الفترة من 2017-2022). كما أن الإحالة المجتمعية قد أسهمت في زيادة معدلات الإبلاغ عن السل لترتفع من 20,7% سنة 2019 إلى 37,5% في 2021. وظلت معدلات نجاح العلاج فوق 90% في ثلاث دول (كينيا، وجنوب السودان، وأوغندا).

بقيت معدلات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية مرتفعة وأحرزت زيادة طفيفة لترتفع من نسبة 95,4% إلى 97,6% (للفترة من 2019-2022) وانخفضت نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين المصابين بالسل من 13,2% إلى 7,2% (للفترة من 2019-2022). كما ارتفعت نسبة الإقبال على العلاج المضاد للفيروسات الرجعية لتتجاوز 90% (في كينيا، وجنوب السودان، وأوغندا).

سُجِّل تحسن كبير في قدرات تشخيص مرض السل المقاوم للعقاقير والأدوية. وزادت نسبة الأشخاص الذين أظهرت نتائجهم حساسية تجاه عقار الريفامبيسين لترتفع من 51,7% سنة 2019 إلى 61% في 2021. ومن بين الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بالسل المقاوم للأدوية المتعددة، بدأ 98% منهم العلاج.

يبرز هذا النهج أهمية تركيز الانتباه على إصابات السل في مخيمات اللاجئين في إقليم شرق إفريقيا. ولا شك أن التعاون الوثيق عبر الحدود بين برامج مكافحة السل الوطنية والوكالات الحكومية الأخرى والجهات الإغاثية قد أتاح مواصلة تقديم خدمات الرعاية الصحية للمصابين بالسل. وأسفر الدعم المجتمعي المكثف والتحري المبكر المنهجي عن زيادة عدد الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بالسل، وفيروس نقص المناعة البشرية، ومقاومة الأدوية، وارتفعت نسبة نجاح العلاج.

دراسة الحالة السادسة: الوصول لمن يصعب الوصول إليهم: مكافحة السل في مخيمات لاجئي الروهينجا

يعيش نحو مليون شخص من لاجئي الروهينجا في أكبر مخيم للاجئين على مستوى العالم في مدينة كوكس بازار ببنجلاديش. والروهينجا أقلية عرقية ينحدرون أصلًا من ميانمار؛ مما يجعلهم أكبر فئة سكانية في العالم بلا دولة. وقد قدم غالبية الروهينجا إلى هذا المخيم سنة 2017 هربًا من الاضطهاد والعنف واسع النطاق وانتهاكات حقوق الإنسان[43].

يعتمد لاجئو الروهينجا كلية على المساعدات الإنسانية لتوفير الحماية، والغذاء، والماء، والمأوى، والخدمات الصحية. ويعيشون في خيام مؤقتة في مخيمات مكدسة بالناس، ومعرضة لمخاطر الطقس، مثل: الأعاصير، والفيضانات، والانزلاقات الأرضية، كما أن البيئة التي يعيشون فيها تسهم في انتشار مرض السل بينهم.

ثبت على مر الأيام أن الوصول إلى المرافق الصحية أمر صعب لمن يعيشون في مدينة كوكس بازار بسبب الإجراءات الإدارية المعقدة، والوصمة والخوف.

أبرمت منظمة الصحة العالمية، والبرنامج الوطني لمكافحة السل، والوزارات الحكومية الأخرى، والوكالات الإنمائية، والقطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية، وهيئات المجتمع المدني والأطراف المجتمعية شراكة فاعلة لتوفير خدمات الرعاية الصحية والوقاية من السل للاجئي الروهينجا في بنجلاديش.

لتحسين العمل في مجال التحري المنهجي والتشخيص، جرى تجهيز ثمانية مختبرات من مختبرات السل واثنتين من الشاحنات المتنقلة بأجهزة GeneXpert داخل المخيمات، إلى جانب توفير شاحنتين مزودتين بأجهزة تصوير الصدر بالأشعة السينية وأجهزة GeneXpert سنة 2023 لدعم جهود الكشف عن الحالات المصابة في المجتمعات المضيفة في محيط المخيمات. وساعدت هذه الأنظمة مجتمعة في الكشف المبكر عن الحالات المشتبه في إصابتها بالسل وحصولها على العلاج الفوري، وقطع سلسلة انتشار مرض السل.

عقد لقاءات تثقيف صحي مجتمعي – تناسب احتياجات الناس، وتهدف إلى السيطرة على الأمراض المُعدية والمخاوف الصحية ذات الصلة مثل حمى الضنك، وصحة الأم والطفل - وجرى تنظيم هذه اللقاءات بشكل دوري في مراكز الرعاية الصحية الأولية وفي المنازل. ونُقلت عينات من الأشخاص المشتبه في إصابتهم بالسل إلى وحدة مركزية لإجراء مزيد من الفحوصات. وقدمت خدمات تشخيص الإصابة بمرض السل والعلاج مجانًا لجميع المواطنين واللاجئين.

تم التواصل مع نحو ألف شخص برسائل تثقيفية صحية شهريًّا. وأفضى التحري عن السل إلى تشخيص 9334 حالة سل خلال عام واحد، من بينها نسبة 75% (بواقع 6992 حالة) من المجتمع المضيف إلى جانب 25% (2342 حالة) من الروهينجا. وارتفعت نسبة نجاح العلاج. وتتواصل هذه الأنشطة، متضمنة تثقيف الناس بالمشكلات القائمة والمستجدة المرتبطة بالصحة.

أمكن الوصول إلى الأشخاص المعرضين للإصابة بمرض السل في مدينة كوكس بازار بفضل الجهود المبذولة من جانب القطاعات المتعددة، وبفضل المشاركة المجتمعية، والتحري المنهجي المرتبط بعلاج السل.

التوصية 8

تحسين قدرات أنظمة الرصد والمتابعة والتقييم لتسجيل بيانات عالية الجودة بشأن مرض السل بين المجموعات السكانية المعرضة للخطر بما يشمل اللاجئين والمهاجرين. وتحسين القدرة على تصنيف البيانات، واستخدامها في تحسين النواتج الصحية، وإيصال الخدمات، واتخاذ إجراءات في مجال الصحة العامة.

- مقارنة البيانات المصنفة بشأن تفشي السل بين اللاجئين والمهاجرين وتحليلها على مستوى الدول، وعلى الصعيد المحلي، بما في ذلك سلوكيات طلب الخدمة الصحية، والحصول على خدمات الرعاية الصحية والاستفادة منها. ومن الضروري أن يتمكن المهاجرون واللاجئون من الإفصاح عن المعلومات، ولا بد من ضمان السرية والخصوصية وحماية البيانات حال الإفصاح عنها.
- تصميم مقاربات مشتركة بين البلدان المختلفة لتوفير البيانات وإعداد قواعد بيانات مشتركة حول المخاطر الصحية، بما في ذلك مرض السل، وذلك في بلدان المنشأ والعبور والوصول.
- تعزيز إمكانية نقل البيانات الصحية والسجلات الطبية الإلكترونية، بما في ذلك ما يخص مرض السل؛ وفق القانون الدولي ومبادئ حماية البيانات (بما يشمل الملكية الفردية) لضمان استمرارية تقديم خدمات الرعاية. وإذا اقتضى الأمر ينبغي إتاحة البيانات الصحية الفردية لاستخدامها في البلدان المختلفة.
- تحديد وتجميع وتيسير تبادل الخبرات والدروس المستفادة من الدول الأعضاء، وإنشاء مستودع معلومات للتجارب الملموسة في الدول المتأثرة.
- الاستفادة من تقنيات الذكاء الاصطناعي والبيانات المتاحة للتنبؤ بتحركات الناس المحتملة، وتحديد أماكن الحاجة إلى خدمات مكافحة السل.

بالتنسيق مع الهيئات الصحية المحلية، طبقت منظمة الهجرة الدولية في فنزويلا نظامًا مجتمعيًّا لمراقبة الأعراض المتلازمة للأمراض في المناطق الحدودية التي يصعب الوصول إليها في إقليم الأمازون. وبعد تقييم الأفراد لاكتشاف الأعراض، واستخدام تعريفات حالة محددة مسبقًا، استطاع العاملون في المجال الصحي في المجتمعات الأصلية والممارسون الطبيون المحليون إرسال تنبيهات في الوقت المناسب لأقرب مركز من مراكز الوبائيات المحلية ومسؤولي الرعاية الصحية الأولية. وباستخدام هذا النهج جرى إرسال أكثر من 700 تنبيه، وتم تشخيص عدد من حالات السل.

التوصية 9

تعزيز الأنشطة البحثية التي تسلط الضوء على العقبات التي تحول دون الحصول على خدمات الرعاية والتشخيص والوقاية من السل، والخطوات العملية اللازمة لتذليل هذه العقبات. ترجمة الأبحاث ونشرها في صورة أدلة تسترشد بها السياسات والممارسات التي تراعي حساسية وضع اللاجئين والمهاجرين بما يتوافق مع الاستراتيجية العالمية للأبحاث والابتكارات المرتبطة بالسل التابعة لمنظمة الصحة العالمية.[44]

- تعزيز الأبحاث المعنية بتحديد العقبات التي تحول دون الحصول على خدمات الحماية الاجتماعية، والتعامل مع مرض السل، بما في ذلك الوصمة المرتبطة بالمرض والتمييز والتهميش.

- دراسة الجوانب التالية في ضوء ارتباطها بتفشي السل بين المهاجرين واللاجئين والنازحين[50,49,48,47,46,45]: نماذج الذكاء الاصطناعي التي يتم تدريبها على بيانات التحري الشخصية؛ والبيانات المرتبطة بالنواحي الصحية، والديموغرافية الاجتماعية، والمكانية، وحالات الهشاشة والضعف؛ وخطورة مرض السل، وأثر ظروف المعيشة والعمل على صحة المهاجرين واللاجئين والنازحين؛ ونماذج فعالة ومستدامة لتمويل الخدمات الصحية والرعاية الصحية في الأوضاع الإنسانية في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل وفي السياقات الهشة؛ ونماذج وأنظمة صحية تراعي حساسية وضع المهاجرين لتحسين الكشف المبكر عن إصابات السل، بما في ذلك حالات الهجرة الداخلية؛ ومقاربات التحري المنهجي عن السل (وارتباطها بخدمات الرعاية المقدمة لمرضى السل)[53,52,51] في سياقات مختلفة، ويتضمن ذلك المهاجرين الدوليين، وطالبي اللجوء، والنازحين داخليًّا[57,56,55,54].

- بحث الأثر الأوسع للتغير المناخي في حدوث موجات الهجرة والنزوح، وأثر ذلك في المحددات الأخرى لمرض السل، مثل: غياب الأمن الغذائي، ونقص التغذية، والحصول على مياه شرب آمنة.

- دعم المشاركة في أبحاث لقاحات السل حتى تستفيد جميع المجتمعات المعرضة للخطر (ومن بينهم اللاجئون والمهاجرون) من أي لقاح جديد للسل.

- توفير التمويل المناسب لأبحاث السل؛ وذلك بهدف استفادة المهاجرين واللاجئين، بما في ذلك الدراسات التي أعدتها المشروعات الممولة من جانب مبادرة يونايتد إيد «Unitaid»، ومشروع SMART4TB الممول من جانب الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية[59,58].

التوصية 10

مراجعة ومتابعة التقدم المحرز في التعامل مع مرض السل بين اللاجئين والمهاجرين على المستويات العالمية والإقليمية والقُطرية، بما في ذلك تطبيق خيارات السياسات العامة.

- تضطلع منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع غيرها من المنظمات الدولية ومنظمات الأمم المتحدة، بدور ريادي في تنسيق الجهود حيال قضية صحة اللاجئين والمهاجرين، وتعزيزها في جدول الأعمال الدولي، بما في ذلك القضاء على مرض السل. وتُحث البلدان على تقديم تحديثات دورية لمنظمة الصحة العالمية التي تتولى بدورها مراقبة تنفيذ الحلول المبتكرة وخيارات السياسات العامة الواردة في التقرير.

دراسة الحالة السابعة: مراقبة السل في المناطق الحدودية التي يصعب الوصول إليها في إقليم الأمازون وفنزويلا

يظل السل أحد بواعث القلق الكبرى في فنزويلا، حيث بلغ معدل الإصابة به في العموم 35 حالة لكل 100 ألف شخص في عام 2022، وهو مرشح للزيادة خاصة في إقليم الأمازون. ونتيجة للأزمة السياسية والاقتصادية الاجتماعية الممتدة التي تشهدها البلاد، فإن نظام مراقبة الأمراض المُعدية قد اضطر إلى الحد من قدرات الكشف المبكر والتشخيص. وفي فنزويلا يعد السكان الأصليون في المناطق الحدودية ثاني أكثر المجموعات عُرضة لخطر الإصابة بمرض السل (بعد الرجال المحبوسين). ويواجه السكان الأصليون عوائق أخرى في الحصول على الخدمات الصحية، مثل: الحواجز الجغرافية، والثقافية، واللغوية.

بالتنسيق مع الهيئات الصحية المحلية، طبقت منظمة الهجرة الدولية في فنزويلا نظامًا مجتمعيًّا لمراقبة الأعراض المتلازمة للأمراض باستخدام النماذج، وتعريفات الحالات المعتمدة لدى منظمة الصحة العالمية، والاتحاد الدولي للصليب الأحمر في المناطق الحدودية التي يصعب الوصول إليها في إقليم الأمازون. وجرى تدريب العاملين في مجال الصحة المجتمعية من بين السكان الأصليين، وكذلك الممارسين الطبيين المحليين على تحديد الأعراض المتلازمة للأمراض المُعدية ذات الدلالة على مستوى الصحة العامة، وإرسال تنبيهات في الوقت المناسب لأقرب مراكز الرعاية الصحية الأولية وأخصائيي الوبائيات المحليين لإجراء مزيد من الفحوصات.

شهدت الفترة من يوليو 2023 حتى مارس 2024 إصدار 711 تنبيهًا من جانب العاملين في مجال الصحة المجتمعية في إقليم الأمازون. وتعرَّف نظام مراقبة الأعراض المتلازمة على 127 حالة مرضية محتملة للإصابة بالملاريا، وحمى الضنك، والسل، وجرى الإبلاغ عنها. وبلغ إجمالي عدد حالات السل المشتبه فيها التي تم الإبلاغ عنها 13 حالة، تأكدت إصابة 12 حالة منها من الناحية البكتيرية باستخدام الاختبار التشخيصي الجزيئي السريع الموصى به من منظمة الصحة العالمية، وبدأ المرضى في تلقي العلاج بمساعدة العاملين في مجال الصحة المجتمعية.

كان تدريب العاملين في مجال الصحة المجتمعية والممارسين الطبيين المحليين وأخصائيي الوبائيات المحليين على نظام مراقبة الأعراض المتلازمة المجتمعي خطوة مهمة لتعزيز العلاقات والتنسيق بين مختلف الجهات الفاعلة المعنية.

أحد العاملين في المجال الصحي يفحص طفلًا في عيادة ماكاريف الخارجية في أوكرانيا
©منظمة الصحة العالمية/كريستوفر بلاك

القسم السابع: دعوة عاجلة للتحرك

هناك حاجة ماسة لتحرك فوري لمواجهة الآثار الوخيمة لمرض السل على المهاجرين واللاجئين والنازحين داخليًّا، وللتعامل مع المسببات الأساسية لهذا الوباء. وتُبرز الحلول المبتكرة وخيارات السياسات العامة الواردة في هذا التقرير مجموعة من الإجراءات الواضحة التي ينبغي تطبيقها فيما يخص مبدأ عدم التمييز في التغطية الصحية الشاملة، وفي ضوء نهج حقوقي شامل للجميع يكفل المساءلة. ويشمل هذا ضمان تفعيل آلية تمويل مستدام، وإشراك مجموعة واسعة من الأطراف الفاعلة الحكومية وغير الحكومية عبر القطاعات المتعددة، والاستفادة من المقاربات متعددة القطاعات والمستويات والعابرة للحدود.

إن الهدف الطموح المتمثل في القضاء على مرض السل قريب المنال، وأمامنا مسار واضح نسلكه من أجل صون وتعزيز رفاه المهاجرين واللاجئين والنازحين، وقد أضحى زمام الأمر في أيدينا الآن للمضي قُدُمًا وترجمة هذه التوصيات إلى واقع عملي.

ولكي تتسنى مراجعة التقدم المحرز منذ تدشين هذا التقرير، نقترح أن تعرض منظمة الصحة العالمية بيانات محدثة خلال انعقاد هذا المنتدى في إطار مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) عام 2026.

المصطلحات

طالب اللجوء: أي شخص يطلب الحماية الدولية. ويُستخدم مصطلح «طالب اللجوء» في بعض البلدان كصيغة قانونية تُشير إلى شخص تقدم بطلبٍ للحصول على صفة لاجئ، أو صفة حماية دولية تكميلية، ولم يتم البت بعد في الطلب المقدم. ولا يلزم بالضرورة منح كل طالب لجوء صفة لاجئ في نهاية المطاف، ولكن كل لاجئ هو في بادئ الأمر طالب لجوء[60].

العمالة الوافدة الدولية: يستخدم هذا التقرير ما اصطلحت عليه منظمة العمل الدولية في تعريف العمالة الوافدة الدولية بأنها «جميع المهاجرين الدوليين الذين يعملون حاليًّا، أو غير العاملين، ويبحثون عن فرصة عمل في بلد إقامتهم الحالي».

الشخص النازح داخليًّا: هو شخص أُجبر على الهرب من موطنه، أو محل إقامته المعتاد، أو اضطر لذلك، ولم يعبر أي حدود دولية معترف بها. وعادة ما يكون السبب وراء هذا النزوح الصراعات المسلحة، أو العنف المعمَّم، أو انتهاكات حقوق الإنسان، أو الكوارث الطبيعية، أو من صنع البشر، أو الانتقال تفاديًا للآثار الناجمة عن هذه التحديات[61].

المهاجر: شخص ينتقل بصورة دائمة، أو مؤقتة من محل إقامته المعتاد إلى محل آخر، سواء عبر الحدود الدولية، أو داخل حدود الدول[62]. (لا يوجد إجماع دولي على التعريف، لكن منظمة الصحة العالمية تبنت التعريف الذي وضعته منظمة الهجرة الدولية وتستخدمه في خُطة العمل العالمية وفي قرارات المنظمة).

اللاجئ: أي شخص يستوفي معايير الأهلية المذكورة ضمن تعريف مطبق من تعريفات اللاجئ وفق ما نصت عليه الصكوك الدولية، أو الإقليمية المعنية باللاجئين، بموجب ولاية مكتب المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، أو ضمن تشريع وطني. ويحتاج اللاجئون خارج بلدانهم الأصلية لحماية دولية بسبب مخاوفهم من الاضطهاد، أو تهديد خطير لحياتهم، أو سلامتهم البدنية، أو حريتهم في أوطانهم نتيجة القمع، أو الصراع المسلح، أو العنف، أو الاضطرابات العامة الخطيرة[64,63]. (وقد اتفق المكتب القانوني للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على تعريفٍ مع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، ويُستخدم في التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن صحة اللاجئين والمهاجرين، وفي خُطة العمل العالمية للمنظمة لتعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين، وفي قرارات منظمة الصحة العالمية ذات الصلة).

مرض السُّلّ: الحالة المرضية التي تتسبب فيها بكتريا تُسمَّى المُتفطِّرة السُّليَّة. ويشار إليه كذلك بلفظ السُّل النشط[65].

عدوى السُّلّ: حالة الاستجابة المناعية المستمرة للتحفيز الناجم عن مستضدات المُتفطِّرة السُّليَّة، دون أي دليل سريري ظاهر على وجود إصابة بالسُّل النشط. ولا يوجد اختبار «معيار ذهبي» يتيح التعرف المباشر على حدوث عدوى المتفطرة السُّليَّة في البشر، ولا تظهر على غالبية الأشخاص المصابين بالعدوى أي علامات، أو أعراض إصابة بالسُّل، ومع ذلك يكونون عرضة للإصابة بمرض السُّل النشط[66].

التغطية الصحية الشاملة: وتعني حصول جميع الأفراد على النطاق الكامل من الخدمات الصحية عالية الجودة التي يحتاجون إليها في وقت الحاجة ومكانها، دون تكبد أعباء مالية. وتتضمن التغطية الصحية الشاملة السلسلة المتواصلة والكاملة من الخدمات الصحية الأساسية، بداية من تعزيز الصحة؛ وصولًا إلى الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل، والرعاية التلطيفية، طَوَال عمر الإنسان[67].

الملحق (1): موجز استعراض الدراسات السابقة حول السُّل والهجرة واللاجئين

المناهج

أجري استعراض منظم للدراسات السابقة في شهري إبريل ومايو 2024، وتناول الفترة من 2020 حتى 2024. واستخدمت الكلمات المفتاحية (الموضحة أدناه) للبحث في قواعد البيانات، ومنها PubMed، وScopus، وClinicalKey، وOxford Academic، وقاعدة بينات مكتبة وايلي الإلكترونية (Wiley Online Library)، وكذلك موقع Google Scholar والمواقع الإلكترونية للمنظمات الأممية (منظمة الصحة العالمية، وبرنامج منظمة الصحة العالمية للصحة والهجرة، ومنظمة الهجرة الدولية، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين). كما قدم العاملون في منظمة الصحة العالمية التقارير ذات الصلة. وبعد فحص النتائج للتعرف على ما كان منها وثيق الصلة بالموضوع، جرى استبعاد الأبحاث التي ركزت حصريًّا على مرض السُّل فقط (الأبعاد الوبائية، والفسيولوجيا المرضية، ونحو ذلك)، أو على جانب الهجرة وحده (الإحصائيات، والمسارات، والأسباب). واشترطنا لإدراج استشهادات من الأبحاث المختارة في هذا التقرير أن تتناول جوانب وابتكارات محددة تتعلق بمرض السُّل في أوساط المهاجرين، أو اللاجئين، أو النازحين داخليًّا، أو الفئات الثلاث جميعها. وتم استبعاد الإعلانات عبر وسائل الإعلام ومقالات الرأي، وكذلك بروتوكولات الدراسات/الاستعراضات التي لم تُنشر، أو تُستكمل، وكذلك الأنواع الأخرى من المنشورات غير وثيقة الصلة بالموضوع مثل: المقالات الإخبارية، أو الافتتاحيات، أو المقالات غير المحكَّمة، أو تقارير لمنظمات حكومية وغير حكومية محددة، أو الأعمال المرجعية العامة.

النتائج

جرى فحص عناوين وملخصات 3697 مقالة بحثية، وتبين أن 547 مقالة منها تناولت تحديدًا قضية السُّل بين المهاجرين واللاجئين والنازحين. وتم استبعاد 291 مقالة أخرى إما لانقطاع صلتها الوثيقة بالموضوع، أو لاشتمالها على معلومات متقادمة، أو لعدم كفاية الأدلة المقدمة، أو بسبب التكرار، أو التركيز على منطقة جغرافية بعينها. وقد أدرجنا إجمالي 256 مقالة نصيَّة كاملة داخل برنامج Zotero (برنامج إدارة المراجع) بهدف إجراء مزيد من المراجعة والاستعراض، واستبعدنا 181 مقالة لأسباب متنوعة. كما جرت الاستعانة بخمس وسبعين وثيقة استرشدنا بها في إعداد هذا التقرير الفني.

واشتملت الوثائق الخمس والسبعين المنشورة على ما يلي: 20 استعراضًا منهجيًّا، وأربعة تحليلات وصفية؛ ونصوص مستقاة من تسعة التزامات عالمية، وست خطط إقليمية، وثلاث استراتيجيات وطنية؛ علاوة على مقالات بحثية أصلية. وتناولت تسع مقالات مرض السُّل المقاوم للأدوية المتعددة، في حين تناولت 16 مقالة عدوى السُّل، وأظهرت 10 مقالات أخرى التحديات والأعباء المرتبطة بمرض السُّل على الأنظمة الصحية، وناقشت أربع مقالات الخطط البحثية المقترحة للقضاء على السُّل، في حين قدمت 26 مقالة أخرى وصفًا للتدخلات والابتكارات المناسبة للوقاية من مرض السُّل، أو السيطرة عليه، أو إنهائه في البلدان المختلفة. وتمثل هذه المنشورات مجموعة من البلدان المنتمية لأقاليم منظمة الصحة العالمية الستة جميعها، بما فيها البلدان التي تنخفض فيها معدلات الإصابة بالسُّل، والبلدان ذات المعدلات المتوسطة والمرتفعة.

الملحق (2): حقائق أساسية عن مرض السُّلّ

يعد مرض السُّل أحد الأمراض القديمة؛ إذ تُظهر دراسات الهياكل البشرية أن هذا المرض أصاب البشرية منذ آلاف السنين[68]، وظل سببه مجهولًا حتى 24 مارس 1882 حين أعلن الدكتور روبرت كوخ اكتشافه البكتريا المسببة له، التي عُرفت لاحقًا باسم المُتفطّرة السُّليَّة[69]. وينتشر هذا المرض عند انبعاث البكتريا في الهواء من المرضى المصابين به (عبر السعال مثلًا). وعادة ما يصيب هذا المرض الرئتين (السُّل الرئوي) لكن قد يمتد أثره كذلك لمواضع أخرى (خارج الرئة). ومعظم من يصابون بهذا المرض (نحو 90%) من البالغين، وتكثر معدلات الإصابة به بين الرجال مقارنة بالنساء.

شهدت الاختبارات التشخيصية لمرض السُّل تحسنًا كبيرًا في السنوات الأخيرة، ويتوافر لدينا في الوقت الحالي عدد من الاختبارات الجزيئية السريعة التي توصي بها منظمة الصحة العالمية بوصفها اختبارًا تشخيصيًّا أوليًّا لمرض السُّل، وبعضها يمكنه الكشف عن مقاومة الأدوية في الوقت نفسه. ويمكن استخدام هذه الاختبارات في المستويات الدنيا من المنظومة الصحية. وتوصي منظمة الصحة العالمية كذلك بإجراء فحص التدفق الجانبي لعينة البول كاختبار في نقطة الرعاية لتشخيص السُّل، ويُستخدم بشكل أساسي للمساعدة في تشخيص الإصابة بهذا المرض لدى مرضى الحالات المتقدمة من فيروس نقص المناعة البشرية، وذلك إلى جانب الاختبارات الجزيئية السريعة. وهناك اختبارات جزيئية سريعة إضافية صُممت خصيصًا للكشف عن مقاومة المرض لمجموعة من أدوية الخط الأول والثاني المضادة للسل، في حين يمكن استخدام تقنيات التسلسل الجينومي لتكوين صورة شاملة عن سمات مقاومة الأدوية لدى المريض الفرد. أما الطريقة القديمة المتمثلة في الفحص المجهري للطاخة البلغم (التي استحدثت منذ أكثر من قرن) فلا تزال مستخدمة على نطاق واسع في تشخيص الإصابة بمرض السُّل في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض، لكن بدأت الاختبارات السريعة تحل محلها بصورة متزايدة.

يظل فحص المزرعة هو المعيار المرجعي في تشخيص الإصابة بمرض السُّل، وهناك حاجة لهذا النوع من الفحوصات لكشف المقاومة لأدوية السُّل الجديدة، ويمكن استخدامه كذلك كاختبار تأكيدي في السياقات والأوضاع التي تنخفض فيها درجة احتمال إصابة الأشخاص بالمرض قبل إجراء الاختبار. وفي أعقاب التشخيص، يكون فحص المزرعة أو اللطاخة (في مقابل الاختبارات الجزيئية السريعة) ضرورية لمتابعة استجابة المريض للعلاج.

وبدون العلاج، ترتفع معدلات الوفاة جراء الإصابة بمرض السُّل. وقد أظهرت الدراسات التي تناولت التاريخ الطبيعي لمرض السُّل في ظل غياب العلاج بالأدوية المضادة له (أجريت هذه الدراسات قبل التوصل للعلاجات الدوائية) أن نسبة 70% من الأفراد الذين تأكدت إصابتهم بالسُّل الرئوي بناءً على نتيجة فحص إيجابية للطاخة البلغم قد وافتهم المنية خلال عشر سنوات من تشخيص الإصابة، وكذلك الحال لنسبة 20% ممن تأكدت إصابتهم بالسُّل الرئوي بناءً على نتيجة فحص إيجابية للمزرعة (لكنها سلبية في اللطاخة)[70].

ظهرت العلاجات الدوائية الفعالة للمرة الأولى في أربعينيات القرن العشرين، وتتضمن أحدث الإرشادات من منظمة الصحة العالمية[71] توصية قوية بضرورة استخدام نظام علاجي لمدة ستة أشهر يجمع بين عدة عقاقير هي: إيزونيازيد، وريفامبيسين، وإيثامبتول، وبيرازيناميد للأشخاص المصابين بمرض السُّل الحساس للأدوية (سواء الرئوي أو خارج الرئة)؛ ويتم تناول الأدوية الأربعة جميعها خلال أول شهرين، ثم يقتصر العلاج بعد ذلك على عقاري إيزونيازيد، وريفامبيسين طَوال الشهور الأربعة المتبقية. وتتضمن الإرشادات أيضًا توصيات أحدث للأشخاص البالغين من العمر اثني عشر عامًا وأكثر من المصابين بالسل الرئوي الحساس للأدوية، حيث توصي بخضوعهم لعلاج لمدة أربعة أشهر يجمع بين ريفابنتين، وإيزونيازيد، وبيرازيناميد وموكسيفلوكساسين، أما الأطفال والمراهقون من سن 3 أشهر حتى 16 سنة من المصابين بحالة سل غير شديدة (ودون اشتباه أو دليل على وجود مقاومة لدواء الريفامبيسين وإيزونيازيد) فيتلقون علاجًا لمدة أربعة أشهر (يتألف من عقار إيزونيازيد، والريفامبيسين، وبيرازيناميد، وأحيانًا إيثامبتول لمدة شهرين، ثم الاستمرار في

تناول عقار إيزونيازيد، وريفامبيسين لمدة شهرين آخرين). وتتلقى منظمة الصحة العالمية تقارير منتظمة من الدول الأعضاء البالغ عددهم 194 دولة تفيد بأن معدلات نجاح العلاج تبلغ نسبة 85% على الأقل للأشخاص المسجلين في النظام العلاجي لستة أشهر.

من ناحية أخرى، فإن علاج الأشخاص ممن تم تشخيص إصابتهم بمرض السُّل المقاوم لدواء الريفامبيسين، وكذلك السُّل المقاوم للأدوية المتعددة (ويُعرف بأنه المقاوم تحديدًا لعقاري إيزونيازيد، وريفامبيسين) يتطلب أنظمة علاجية أخرى. وتعطي أحدث الإرشادات من منظمة الصحة العالمية[72] الأولوية لنظام علاجي جديد لمدة ستة أشهر يتألف من: بيداكويلين، وبريتومانيد، ولينزوليد، وموكسيفلوكساسين، ويشار إليه بالاختصار BPaLM للأفراد المصابين بالسُّل ما قبل شديد المقاومة للأدوية (وهو السُّل المقاوم لعقار ريفامبيسين، وأيٍّ من أدوية الفلوروكينولون)، ويمكن استخدام هذا النظام العلاجي بدون موكسيفلوكساسين. واستنادًا إلى بيانات السلامة المتاحة حاليًّا، لا يوصى بهذا النظام العلاجي إلا للبالغين من العمر 14 سنة فأكثر. أما بالنسبة للمرضى الذين لا يناسبهم نظام الأشهر الستة، فهناك نظام آخر لمدة تسعة أشهر أو أكثر يمكن اتباعه[73]. وعلى الصعيد الوطني، فإن معدلات نجاح العلاج المبلغ عنها حتى تاريخه في حالات السُّل المقاوم للريفامبيسين تتراوح من 50 إلى 75%، ويشهد متوسط النجاح العالمي تحسنًا في السنوات الأخيرة؛ إذ تبلغ نسبته 63% في أحدث مجموعة أترابية من المرضى معروفة بياناتهم المرضية. وربما يشهد هذا المتوسط تحسنًا أكبر مع التوسع في استخدام نظام BPaLM العلاجي، الذي أظهرت بيانات تجاربه السريرية تحقيق معدل نجاح نسبته 89%.[74] أما علاج السُّل شديد المقاومة للأدوية (وهو السُّل المقاوم لعقار ريفامبيسين، وأيٍّ من أدوية الفلوروكينولون، ونوع واحد على الأقل من عقاري بيداكويلين، أو لينزوليد) فيبقى أكثر صعوبة بكثير، وتكون معدلات نجاح العلاج في مثل هذه الحالات منخفضة في العادة.

وتشير التقديرات في إحدى دراسات النمذجة العالمية التي نُشرت سنة 2016 إلى أن قرابة ربع سكان العالم قد أصيبوا بعدوى السل[75]. أما التحليلات والتعليقات الحديثة فتشي بأن عدد المصابين حاليًّا أقل، في ظل تعافي بعض المرضى من العدوى[77,76]. وفي دراسة نمذجة قديمة نُشرت سنة 2000، أشارت التقديرات إلى أن نحو 5 إلى 10% من الأفراد الذين تعرضوا لعدوى السل سوف يصابون بالمرض فعليًّا في وقتٍ ما من حياتهم[78]. وتزداد احتمالية الإصابة بمرض السُّل لدى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وكذلك المتأثرين بعوامل خطر أخرى مثل: نقص التغذية، ومرض السُّكري، والتدخين، وتعاطي الكحول.

ويتاح العلاج الوقائي للأشخاص المصابين بعدوى السُّل. وتشمل الخيارات الموصى بها: جرعة أسبوعية من دواء إيزونيازيد وريفابنتين لمدة ثلاثة أشهر، وجرعة يومية من إيزونيازيد وريفامبيسين لمدة ثلاثة أشهر، وجرعة يومية من إيزونيازيد وريفابنتين لمدة شهر، وجرعة يومية من ريفامبيسين لمدة أربعة أشهر، وجرعة يومية من إيزونيازيد لمدة ستة أشهر أو أكثر[79].

واللقاح الوحيد المرخص به للوقاية من السُّل هو لقاح عصيات كاميت-غيرين (بي سي جي)، وقد استحدث هذا اللقاح قبل 100 عام تقريبًا، ويقي من الحالات الشديدة من مرض السُّل لدى الأطفال، ويُستخدم على نطاق واسع. ولا يوجد حاليًّا لقاح مرخص فعَّال في الوقاية من مرض السُّل لدى البالغين سواء قبل التعرض لعدوى السُّل أو بعده، ومع ذلك فإن نتائج تجربة المرحلة الثانية من اللقاح التجريبي AS01E/M72 هي نتائج واعدة[80].

شكر وتقدير

تولت رئاسة المجموعة الاستشارية للمنتدى المعني بإعداد هذا التقرير **الدكتورة تيريزا كاساييفا**، مديرة البرنامج العالمي لمكافحة السُّل في منظمة الصحة العالمية.

وأعدَّت هذا التقرير الدكتورة تيريزا كاساييفا، بالتعاون مع **الدكتور فاراي ماوهنفا**، و**الدكتورة كيري فيني**، و**السيدة هانا مونيكا دياز**، من البرنامج العالمي لمكافحة السُّل، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية؛ و**الدكتور مارتن فان دين بووم**، إقليم شرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية، و**الدكتور سانتينو سيفيروني**، إدارة الصحة والهجرة، المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، و**الدكتورة جوزيت نجار بيليه**، مؤسسة ميريو، و**السيدة ديانا أبو إسماعيل**، مؤسسة ميريو؛ إلى جانب **الدكتورة سناء الحراحشة** من مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية.

ونتوجه بخالص الشكر لأعضاء اللجنة الاستشارية للمنتدى المعني بقضية السُّل بين اللاجئين والمهاجرين ضمن مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش) لسنة 2024، ممن أسهموا برؤى ثاقبة وفريدة في إعداد هذا التقرير:

- **الدكتورة غُلا عبَّارة**، استشارية الأمراض المُعدية/الطب الباطني العام، ومحاضر أول شرفي في الطب السريري، إمبريال كوليدج لندن، وصندوق إمبريال كوليدج الائتماني للرعاية الصحية التابع لهيئة الخدمات الصحية الوطنية بالمملكة المتحدة.
- **الدكتور عبد اللطيف الخال**، نائب الرئيس الطبي لمؤسسة حمد الطبية، ورئيس قسم التعليم الطبي بالمؤسسة.
- **الدكتورة فاطمة اليعقوبي**، رئيس قسم مكافحة السُّل وعدوى الجهاز التنفسي الحادة، البرنامج الوطني لمكافحة السُّل، وزارة الصحة، عُمان.
- **الدكتور ألكسندر أرنيكوف**، مسؤول برنامج أول، منظمة الهجرة الدولية، سويسرا.
- **الدكتورة ليا دامبروزيو**، استشاري الصحة العامة، المجموعة الاستشارية للصحة العامة، سويسرا.
- **الدكتورة أوديل فيروسيه-ديفيز**، فريق دعم وتقييم البرامج، الفرع العالمي للسُّل، قطاع فيروس نقص المناعة البشرية والسُّل على الصعيد العالمي، مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية.
- **الدكتور فرج هويدي**، استشاري أول في الأمراض المعدية، ورئيس وحدة السيطرة على العدوى، مؤسسة حمد الطبية، قطر.
- **السيد تينزين كونور**، أحد الناجين من مرض السُّل، والناشط في مجال الناصرة، وعضو شبكة دعم مرضى السُّل (We Are TB) بالولايات المتحدة الأمريكية.
- **الدكتور ألن غيدراف ماينا**، رئيس قسم الصحة العامة، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سويسرا.
- **البروفيسور بن ماريس**، أستاذ ومدير مشارك، معهد سيدني للأمراض المُعدية، والمركز التعاوني مع منظمة الصحة العالمية في مكافحة السُّل، جامعة سيدني، أستراليا.
- **الدكتور مشيد ناصحي**، أستاذ مشارك، والمدير الوطني لبرامج مكافحة السُّل والجُذام، البرنامج الوطني لمكافحة السُّل، وزارة الصحة، إيران.
- **الدكتور محمد أكرم الإسلام**، مدير أول برنامج مكافحة الأمراض الانتقالية، والمياه

والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتنمية المتكاملة وإدارة الأزمات الإنسانية، مؤسسة BRAC للتنمية في بنجلاديش.

- **الدكتور روهيت سارين**، كبير الاستشاريين، والمدير السابق، المعهد الوطني لمكافحة السُّل وأمراض الجهاز التنفسي، الهند.
- **الدكتور جو فيري**، أستاذ مشارك، المركز الإفريقي للهجرة والمجتمع، جامعة ويتسواترسراند، جنوب إفريقيا.
- **الدكتور إليود واندوالو**، رئيس برنامج السُّل، الصندوق العالمي، سويسرا.
- **الدكتور هوي زانغ**، المدير المساعد، المركز الوطني لمكافحة السُّل والوقاية منه، مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها بالصين.
- **البروفيسور بول شبيغل**، مدير مركز الصحة الإنسانية، وأستاذ بارز في مجال الممارسة العملية، جامعة جونز هوبكنز، الولايات المتحدة الأمريكية.

كما نود أن نعرب عن شكرنا لأعضاء مجموعة عمل منظمة الصحة العالمية؛ على تبادل خبراتهم معنا لأغراض إعداد هذا التقرير: **الدكتورة ميريام أوركوت**، و**السيد دانيل ميك**، و**الدكتورة لوسيندا هيام** من قسم الصحة والهجرة بالمقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، وكذلك **الدكتورة كينزا بناني** من مكتب إقليم شرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية.

ويطيب لنا أن نتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من: **لوران راسكين** (عالم الأحياء الدقيقة)، و**فرانسوا-زافييه بابين** من مؤسسة ميريو؛ على ما قدماه من إسهام في إعداد هذا التقرير.

ويود رئيس المجموعة الاستشارية للمنتدى والمؤلفون التوجه بخالص الشكر للأفراد التالية أسماؤهم على إسهاماتهم في دراسات الحالات التي شملها التقرير:

- **الدكتور أسكار يديلباييف**، مكتب إقليم أوروبا بمنظمة الصحة العالمية
- **الدكتور مارتن فان دين بووم**، مكتب إقليم شرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية
- **الدكتور بونام دافان**، المقر الرئيسي لمنظمة الهجرة الدولية
- **الدكتور ألكسندر أرنيكوف**، المقر الرئيسي لمنظمة الهجرة الدولية
- **السيدة تامسين فرنانديز-كوكس**، المكتب الإقليمي لآسيا والمحيط الهادي بمنظمة الهجرة الدولية
- **الدكتور باتريك دويجان**، المكتب الإقليمي لآسيا والمحيط الهادي بمنظمة الهجرة الدولية
- **الدكتور جان فرانسوا أغيليرا**، المكتب الإقليمي للأمريكتين بمنظمة الهجرة الدولية
- **الدكتورة فيرونيكا بيريز**، مكتب منظمة الهجرة الدولية في فنزويلا
- **الدكتورة ألكساندرا ماركانو**، مكتب منظمة الهجرة الدولية في فنزويلا
- **السيد سيرجيو رودريجيز**، مكتب منظمة الهجرة الدولية في فنزويلا
- **آية الشطناوي**، مكتب منظمة الهجرة الدولية في الأردن
- **الدكتور تسيجاي ليجيس فولديوهانس**، الهيئة الحكومية الدولية المعنية بالتنمية في شرق إفريقيا
- **الدكتور ألن ماينا**، المقر الرئيسي للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين

- **الدكتورة ساندرا هارلاس**، المقر الرئيسي للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين
- **الدكتور أسعد قدُّوم**، المكتب الإقليمي للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين في إقليم شرق إفريقيا والقرن الإفريقي وإقليم البحيرات العظمى
- **الدكتور حسن عبدي**، المكتب الإقليمي للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين في إقليم شرق إفريقيا والقرن الإفريقي وإقليم البحيرات العظمى
- **الدكتورة منى المسلماني**، مؤسسة حمد الطبية، قطر
- **الدكتورة سناء الحراحشة**، مدير الأبحاث، مؤسسة قطر/مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
- **الدكتور أنوباما هزاريكا**، مكتب منظمة الصحة العالمية ببنجلاديش
- **الدكتور آرتي شريكريشانا سينغ**، مكتب منظمة الصحة العالمية في كوكس بازار

كما نود أن نعرب عن خالص الشكر **للدكتورة سلطانة أفضل**، و**الدكتور سليم سلامة**، و**السيدة ديدي طومسون**، و**السيدة مها العكوم** من فريق مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش)؛ لدعمهم وتوجيهاتهم التحريرية في إخراج هذا التقرير.

ويتحمل المؤلفون وحدهم المسؤولية عن أية أخطاء، أو سهو وارد في التقرير.

المراجع

1 World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*. Geneva: World Health Organization; 2024.

2 World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*. Geneva: World Health Organization; 2024.

3 World Health Organization. *World Report on the Health of Refugees and Migrants*. Geneva: World Health Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240054462. [Accessed 27 August 2024].

4 World Health Organization. *World Report on the Health of Refugees and Migrants*. Geneva: World Health Organization; 2022.

5 World Health Organization. *World Report on the Health of Refugees and Migrants*. Geneva: World Health Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240054462. [Accessed 27 August 2024].

6 United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Trends: Forced displacement in 2023*. Copenhagen, Denmark: United Nations High Commissioner for Refugees; 2024. www.unhcr.org/global-trends. [Accessed 24 July 2024].

7 United Nations High Commissioner for Refugees. 2023 Mid-Year Trends 2023. www.unhcr.org/mid-year-trends-report-2023. [Accessed 27 August 2024].

8 United Nations High Commissioner for Refugees. 2024. *UNHCR warns against apathy and inaction amid spike in forced displacement*. [press release]. 13 June 2024. www.unhcr.org/news/press-releases/unhcr-warns-against-apathy-and-inaction-amid-spike-forced-displacement. [Accessed 27 August 2024].

9 United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Trends: Forced displacement in 2023*. Copenhagen, Denmark: United Nations High Commissioner for Refugees; 2024. www.unhcr.org/global-trends. [Accessed 27 August 2024].

10 United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Trends: Forced displacement in 2023*. Copenhagen, Denmark: United Nations High Commissioner for Refugees; 2024. www.unhcr.org/global-trends. [Accessed 27 August 2024].

11 McAuliffe M and Triandafyllidou A (eds.) *World Migration Report 2022*. Geneva: International Organization for Migration; 2021.

12 United Nations, Department of Economic and Social Affairs. *International Migrant Stock 2020*. New York: United Nations; 2020. www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2021/Jan/undesa_pd_2020_international_migrant_stock_documentation.pdf.

[Accessed 27 August 2024].

13 United Nations, Department of Economic and Social Affairs. *International Migrant Stock 2020*. New York: United Nations; 2020. www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2021/Jan/undesa_pd_2020_international_migrant_stock_documentation.pdf. [Accessed 27 August 2024].

14 United Nations Children's Fund. *Child migration and displacement*. UNICEF data. 2021. https://data.unicef.org/topic/ child-migration-and-displacement/migration. [Accessed 24 July 2024].

15 United Nations. *International Migration 2020 Highlights*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2020.

16 World Health Organization. *World Report on the Health of Refugees and Migrants*. Geneva: World Health Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240054462. [Accessed 27 August 2024].

17 Dobler CC et al. Screening for tuberculosis in migrants and visitors from high incidence settings: Present and future perspectives. *European Respiratory Journal* 2018; 52(1). pii: 1800591. doi: 10.1183/13993003.00591-2018.

18 International Organization for Migration. *Global Compact Thematic Paper: The Health of Migrants*. 2016. www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Health-of-Migrants.pdf. [Accessed 27 August 2024].

19 International Organization for Migration. Global Compact *Thematic Paper: The Health of Migrants*. 2016. www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/ODG/GCM/IOM-Thematic-Paper-Health-of-Migrants.pdf. [Accessed 27 August 2024].

20 World Health Organization. *Framework for Collaborative Action on Tuberculosis and Comorbidities*. Geneva: World Health Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240055056. [Accessed 27 August 2024].

21 World Health Organization. *The End TB Strategy*. Geneva: World Health Organization; 2021. www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19. [Accessed 27 August 2024].

22 United Nations. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. sdgs.un.org/goals/goal3. [Accessed 27 August 2024].

23 World Health Organization. *Global Tuberculosis Reports*. www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports. [Accessed 27 August 2024].

24 United Nations. *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Fight Against Tuberculosis*. New York: United Nations; 2023.

25 United Nations. *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Fight Against Tuberculosis*. New York: United Nations; 2023.

26 World Health Organization. The World Health Assembly extends the global

action plan for refugee and migrant health until 2030 [Press release]. 26 May 2023. www.who.int/news/item/26-05-2023-the-world-health-assembly-extends-the-global-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-until-2030. [Accessed 24 July 2024].

27 United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Compact on Refugees.* New York: United Nations; 2018.

28 United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Compact For Safe, Orderly And Regular Migration.* New York: United Nations; 2018.

29 World Health Organization. *Rabat Declaration High-Level segment of the 3rd Global Consultation on the Health of Refugees and Migrants.* 13 June 2023. Morocco: World Health Organization; 2013. cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/refugee-and-migrant-health/rabat-declaration_final.pdf?sfvrsn=b62e87cf_5. [Accessed 27 August 2024].

30 World Health Organization. WHO Global Action Plan on Promoting the Health of Refugees and Migrants, 2019–2023. Geneva: World Health Organization. 2022.

31 World Health Organization. *Global Research Agenda on Health, Migration and Displacement: Strengthening research and translating research priorities into policy and practice.* Geneva: World Health Organization; 2023.

32 World Health Organization. Health of Migrants. CD55/11, Rev.1. Washington, D.C.: World Health Organization Regional Office for the Americas; 2016.

33 World Health Organization. *Final Report.* CD55/FR. Washington, D.C.: WHO Regional Office for the Americas; 2016.

34 World Health Organization. *Guidance Document on Migration and Health.* WHO Regional Office for the Americas, pan American Health Organization; 2016.

35 World Health Organization. *Regional High-level Meeting on the Health of Migrants and Refugees.* Manila, Philippines: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2023.

36 World Health Organization. *WHO Global Action Plan on Promoting the Health of Refugees and Migrants, 2019–2030.* Geneva: World Health Organization; 2024.

37 World Health Organization. *An Interagency Field Guide: Tuberculosis prevention and care among refugees and other populations in humanitarian settings.* Geneva: World Health Organization; 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240042087. [Accessed 27 August 2024].

38 World Health Organization. *Multisectoral Accountability Framework to Accelerate Progress to End Tuberculosis by 2030.* Geneva: World Health Organization; 2019.

39 World Health Organization. *Health in all policies: Helsinki Statement. Framework for country action.* Geneva: World Health Organization; 2014. www.who.int/publications/i/item/9789241506908. [Accessed 27 August 2024].

40 Blasi F et al. Supporting TB clinicians managing difficult cases: The ERS/WHO

Concilium. *European Respiratory Journal*. 2013;41:491–4.

41 World Health Organization. Tuberculosis Vaccine Accelerator Council. [webpage] www.who.int/initiatives/tuberculosis-vaccine-accelerator-council. [Accessed 27 August 2024].

42 World Health Organization. An Investment Case for New Tuberculosis Vaccines. Geneva: World Health Organization; 2022. iris.who.int/bitstream/handle/10665/365230/9789240064690-eng.pdf. [Accessed 27 August 2024].

43 United Nations High Commissioner for Refugees. Bangladesh [webpage]. www.unhcr.org/countries/bangladesh. [Accessed 17 June 2024].

44 World Health Organization. *Global Strategy for Tuberculosis Research and Innovation*. Geneva: World Health Organization; 2020. www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/research-innovation/development-of-a-global-strategy-for-tb-research-and-innovation. [Accessed 27 August 2024].

45 World Health Organization. *Global Research Agenda on Health, Migration and Displacement: Strengthening research and translating research priorities into policy and practice*. Geneva: World Health Organization, 2023.

46 Rustage K et al. Initiation and completion of treatment for latent tuberculosis infection in migrants globally: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021;21(12):1701-12.

47 Greenaway C and Castelli F. Infectious diseases at different stages of migration: An expert review. *Journal of Travel Medicine*. 2019;26(2).

48 Proenca R et al. Active and latent tuberculosis in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):838.

49 Shete PB et al. Defining a migrant-inclusive tuberculosis research agenda to end TB. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2018;22(8):835-43.

50 Tavares AM et al. HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: A systematic review on the prevalence, incidence and mortality. *PLOS ONE*. 2017;12(9):e0185526.

51 Heuvelings CC et al. Effectiveness of service models and organisational structures supporting tuberculosis identification and management in hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(9):e019642.

52 Chan IHY et al. Post-migration follow-up of migrants identified to be at increased risk of developing tuberculosis at pre-migration screening: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2017;17(7):770-9.

53 Aldridge RW et al. Pre-entry screening programmes for tuberculosis in migrants to low-incidence countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2014;14(12):1240-9.

54 Miller AP et al. Healthcare facility-based strategies to improve tuberculosis

testing and linkage to care in non-U.S.-born population in the United States: A systematic review. PLOS ONE. 2019;14(9):e0223077.

55 Petersen E et al. Screening for latent tuberculosis in migrants-status quo and future challenges. *International Journal of Infectious Diseases*. 2024;141S:107002.

56 Kunst H et al. Tuberculosis and latent tuberculous infection screening of migrants in Europe: Comparative analysis of policies, surveillance systems and results. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2017;21(8):840-51.

57 Garner-Purkis A et al. Tuberculosis screening for prospective migrants to high-income countries: Systematic review of policies. *Public Health*. 2019;168:142-7.

58 Johns Hopkins Medicine. Center for Tuberculosis Research. SMART4TB Consortium. [webpage]. tbcenter.jhu.edu/smart4tb. [Accessed 27August 2024].

59 Unitaid. [website]. unitaid.org. [Accessed 27August 2024].

60 United Nations High Commissioner for Refugees. [webpage]. www.unhcr.org/glossary#country-of-origin. [Accessed 27 August 2024].

61 United Nations. Economic and Social Council. Commission on Human Rights. *Human Rights, Mass Exoduses and Displaced Persons*. 1998. documents.un.org/doc/undoc/gen/g98/104/93/pdf/g9810493.pdf. [Accessed 27 August 2024].

62 Sironi AC Bauloz and Emmanuel M (eds.) *Glossary on Migration. International Migration Law*, No. 34. Geneva: International Organization for Migration; 2019.

63 Sironi AC Bauloz and Emmanuel M (eds.) *Glossary on Migration. International Migration Law*, No. 34. Geneva: International Organization for Migration; 2019.

64 United Nations High Commissioner for Refugees. [webpage]. www.unhcr.org/glossary#country-of-origin. [Accessed 27 August 2024].

65 World Health Organization. *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 2: screening – systematic screening for tuberculosis disease*. Geneva: World Health Organization; 2021.

66 World Health Organization. *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment*. Geneva: World Health Organization; 2020. www.who.int/publications/i/item/9789240001503. [Accessed 27 August 2024].

67 World Health Organization. Universal health coverage (UHC). [webpage]. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc). [Accessed 27 August 2024].

68 Hershkovitz I et al. Tuberculosis origin: The Neolithic scenario. *Tuberculosis*. 2015;95 Suppl 1:S122–6. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25726364. [Accessed 27 August 2024].

69 Sakula A. Robert Koch: Centenary of the discovery of the tubercle bacillus, 1882.

Thorax. 1982;37(4):246–51. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6180494. [Accessed 27 August 2024].

70 Tiemersma EW et al. Natural history of tuberculosis: Duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV negative patients: A systematic review. *PLOS ONE*. 2011;6(4):e17601. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21483732. [Accessed 27 August 2024].

71 World Health Organization. *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 4: Treatment – drug-susceptible tuberculosis treatment*. Geneva: World Health Organization; 2022. iris.who.int/handle/10665/353829. [Accessed 27 August 2024].

72 World Health Organization. *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 4: Treatment – drug-susceptible tuberculosis treatment*. Geneva: World Health Organization; 2022. iris.who.int/handle/10665/353829. [Accessed 27 August 2024].

73 World Health Organization. *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 4: Treatment – drug-susceptible tuberculosis treatment*. Geneva: World Health Organization; 2022. iris.who.int/handle/10665/353829. [Accessed 27 August 2024].

74 Nyang'wa BT et al. A 24-week, all-oral regimen for rifampin-resistant tuberculosis. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(25):2331-2343. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36546625/ [Accessed 27 August 2024].

75 Houben RMGJ and Dodd PJ. The global burden of latent tuberculosis infection: A re-estimation using mathematical modelling. *PLOS Medicine*. 2016. doi. org/10.1371/journal.pmed.1002152. [Accessed 27 August 2024].

76 Emery JC et al. Self-clearance of Mycobacterium tuberculosis infection: Implications for lifetime risk and population at-risk of tuberculosis disease. *Proceedings of the Royal Society of Biological Sciences*. 2021. royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rspb.2020.1635. [Accessed 27 August 2024].

77 Behr MA et al. Is Mycobacterium tuberculosis infection life long? *BMJ* 2019;367:l5770 bmj.com/content/367/bmj.l5770. [Accessed 27 August 2024].

78 Vynnycky E and Fine PE. Lifetime risks, incubation period, and serial interval of tuberculosis. *American Journal of Epidemiology*. 2000;152(3):247-63.

79 World Health Organization. *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 1: Prevention – tuberculosis preventive treatment*. Geneva: World Health Organization; 2020 iris.who.int/handle/10665/331170. [Accessed 27 August 2024].

80 Tait DR et al. Final analysis of a trial of M72/AS01E vaccine to prevent tuberculosis. *New England Journal of Medicine*. 2019;381(25):2429–39. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31661198.[Accessed 27 August 2024].

شركاء البحوث

وزارة الصحـــــة العامـــــة
Ministry of Public Health
State of Qatar • دولـــة قطـــر

تتقدم مبادرة « ويش» بخالص الشكر والتقدير لوزارة الصحة العامة على الدعم الكبير

thebmj

Cicely Saunders International
Better care at the end of life

إرثنا earthna
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

FLEMING INITIATIVE

Fondation Mérieux

وزارة الخارجيـــــــــة
Ministry of Foreign Affairs
State of Qatar • دولـــة قطـــر

THE GLOBAL FUND

حمد Hamad

جامعة حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA UNIVERSITY
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

IMPERIAL
Institute of Global Health Innovation

KING'S College LONDON

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

Qatar Cancer Society
الجمعية القطرية للسرطان

QPHI
معهد قطر للرعاية الصحية الدقيقة
Qatar Precision Health Institute

قطر بيوبنك
qatar biobank

قطر جينوم
QATAR GENOME

جامعة قطر
QATAR UNIVERSITY

مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق
Research Center for Islamic Legislation and Ethics
عضو في جامعة حمد بن خليفة
Member of Hamad Bin Khalifa University

سدرة للطب
Sidra Medicine

unicef
for every child

Weill Cornell Medicine-Qatar