

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تلاش نهایی برای حذف جذام به‌عنوان یک مشکل بهداشتی

پرسش و پاسخ

سازمان جهانی بهداشت

(۲۰۰۳)

ترجمه:

دکتر افشین دلشاد

دکتر مهشید ناصحی

الهه محمودی مقدم

ویرایش و بازبینی:

دکتر اسماعیل صائبی

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی: پرسش و پاسخ / [سازمان جهانی بهداشت]؛ مترجمان: افشین دلشاد، مهشید ناصحی، الهه محمودی مقدم؛ بازبینی: اسماعیل صائبی؛ به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها۔ تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳
۵۶ ص.

ISBN ۹۶۴-۳۵۹-۱۱۸-۲

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا.

عنوان اصلی: *The Final Push Strategy to Eliminate Leprosy as a Public*

Health Problem (Questions & Answers, ۲۰۰۳)

۱. جذام -- پیشگیری. ۲. جذام -- درمان. الف. دلشاد، افشین، - ب. سازمان جهانی بهداشت ج. ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز مدیریت بیماری‌ها.

۶۱۶/۹۹۸

RC ۱۵۴ / ۸

۸۳-۹۰۵ م

کتابخانه ملی ایران

مرکز نشر
مهیار

۸۵۵۳۴۲۹ و ۸۵۵۳۴۰۳

دورنگار: ۸۷۱۳۶۵۳

مرکز مدیریت بیماری‌ها

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

پرسش و پاسخ

سازمان جهانی بهداشت

مترجم: دکتر افشین دلشاد، دکتر مهشید ناصحی، الهه محمودی مقدم

ویرایش و بازبینی: دکتر اسماعیل صائبی

خدمات چاپ و نشر: مرکز نشر صدا

طرح روی جلد: هومن مردان‌پور

صفحه‌آرایی: لیلا پورفولادی

نوبت چاپ: اول (۱۳۸۳)

تعداد: ۵۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۶۴-۳۵۹-۱۱۸-۲

«حق چاپ برای مرکز مدیریت بیماری‌ها محفوظ است.»

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
پیشگفتار	vii
مباحث استراتژیک، راهکار حذف جذام به عنوان مشکل بهداشت عمومی	۹
پیمان جهانی برای حذف جذام و راهکار تلاش نهایی	۱۴
ادغام جذام در خدمات بهداشت عمومی	۱۸
راهکارهای ارتباطی	۲۳
عملیات ویژه برای حذف جذام	۲۷
مسائل تکنیکی	۳۱
داروهای جایگزین ضد جذام	۳۶
توقف استفاده از اسمیر پوستی برای تشخیص	۳۸
کوتاه نمودن دوره MDT برای بیماران MB	۳۹
واکسن‌ها / پیشگیری دارویی	۴۱
مباحث عملی	۴۱
موارد عود در مقابل واکنش‌ها	۴۳
درمان واکنش‌ها	۴۴
ثبت	۴۹
عملکرد خوب	۵۰
نقش WHO	۵۰
واژه‌های مصطلح در برنامه جذام	۵۲

پیشگفتار

صدها سال، برای رفاه و آسایش افراد مبتلا به جذام و در بعد وسیع تر، جامعه، بیماران را از خانه‌هایشان رانده بودند و در آسایشگاه‌های جذامیان نگهداری می‌نمودند. اغلب فرزندان مجبور بودند مدت‌ها جدا از والدین خود به سر ببرند. اکنون تمام این بیماران در سراسر دنیا می‌توانند با داشتن یک زندگی کاملاً عادی، درمان و معالجه شوند. امروزه به‌طور منطقی تلاش می‌شود زندگی طبیعی بیماران و کانون خانوادگی آن‌ها حفظ شود. بیشترین کوشش ما باید روی ادغام جذام در سیستم خدمات بهداشتی متمرکز گردد.

کارکنان بهداشتی در تمام سطوح باید روش‌های ساده مورد لزوم برای تشخیص جذام را آموزش ببینند و درمان چنددارویی (MDT)^۱ در تمام مراکز بهداشتی اولیه باید در دسترس باشد تا بیماران در نزدیک‌ترین مرکز به منزل خود تحت درمان قرار گیرند.

هم‌زمان با تلاش برای در دسترس قرار دادن درمان آسان، بایستی این باور مثبت در جامعه ایجاد شود که جذام به سادگی سایر بیماری‌ها، قابل درمان است. نقش ما کمک به تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران بهداشتی و جامعه در درک این موضوع است که

«حذف جذام از خانه‌ها، مدرسه‌ها و روستاها غیرممکن نیست.»

ما باید این اطلاعات واضح را به آن‌ها منتقل کنیم و این پیام ساده را برسانیم:

دیگر نباید از جذام ترسید؛

جذام به راحتی قابل درمان است؛

درمان رایگان در دسترس است.

^۱. Multi Drug Therapy

تمام کوشش‌های ما باید صرف این موضوع گردد که حق جوامع برای زیستن در یک دنیای بدون جذام تبیین گردد.

در هر حال، عامل اساسی در کوشش نهایی برای حذف، انسان است.

ما به افرادی نیاز داریم که از خود ابتکار نشان دهند و از مواجهه با عقاید تازه نهراسند. افرادی که امیدوارند به عنوان یک شریک فعال در این کوشش جهانی برای امن تر و شادتر ساختن زندگی برای خود و خانواده‌های خود همکاری نمایند. من همچنین امیدوارم این جزوه در درک بهتر راهکار و فن‌آوری MDT برای تلاش نهایی در حذف جذام مفید باشد. ما مشتاق دریافت نظرها و پیشنهادهای شما هستیم.

دکتر دیوید هی‌من

مدیر اجرایی بیماری‌های واگیر

سازمان جهانی بهداشت، ژنو ۲۰۰۳

مباحث استراتژیک

راهکار حذف جذام به عنوان مشکل بهداشت عمومی

۱. چرا حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی امکان پذیر است؟

جذام از معدود بیماری‌های عفونی است که برای حذف معیارهای مشخصی دارد:

- تنها مخزن بیماری، انسان‌های آلوده درمان نشده هستند؛
- ابزار ساده و کاربردی برای تشخیص در دسترس است و جذام را می‌توان براساس علائم بالینی تشخیص داد؛
- برای قطع زنجیره انتقال عفونت اقدام‌های درمانی مؤثری وجود دارد (MDT)؛
- در حالت طبیعی، «موارد بروز» [موارد جدیدی که اخیراً رخ داده است] کسر کوچکی از بار شیوع بیماری است و کمتر از میزان مشخصی برای شیوع، امکان بازگشت بیماری بسیار غیرمتمحمل است؛
- برخلاف سل، وضعیت بیماری جذام تحت تأثیر عفونت HIV قرار نمی‌گیرد.

۲. منظور از حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی چیست؟

در سال ۱۹۹۱ سازمان جهانی بهداشت مصوبه‌ای را انتشار داد که در آن، حذف جذام را تا سال ۲۰۰۰ هدف‌گذاری نمود. حذف جذام به معنای میزان شیوع کمتر از ۱ مورد در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت است.

راهکار حذف براساس کشف و درمان تمام موارد با MDT به منظور کاهش بار بیماری به میزان بسیار پایین است. در سطح بسیار پایین بیماری، انتقال باسیل‌های جذام کاهش خواهد یافت. آن قدر که وقوع

موارد جدید در جامعه به تدریج کاهش می‌یابد. نکته اساسی این است که از دسترسی تمام موارد جدید بیماری به خدمات MDT، به صورت مستمر اطمینان حاصل نماییم.

۳. بازتاب حذف جذام چه بوده است؟

راهکار حذف، اختصاص منابع عمده و ایجاد تعهدات سیاسی را به دنبال داشته است و در نتیجه، باعث اجرای گسترده MDT، کشف تعداد زیادی از بیماران، تحت درمان قرار دادن موارد جدید و کاهش منبع عفونت در جامعه شده است.

متجاوز از ۱۲ میلیون نفر شناسایی و با MDT تحت درمان قرار گرفتند. به علاوه، از ۴ میلیون معلولیت جلوگیری شد. این تأثیرات مهم، برنامه حذف جذام را توجیه پذیر می‌سازد.

در ۱۸ سال گذشته، میزان شیوع جهانی بیماری ۹۰ درصد کاهش یافته است. در پایان سال ۲۰۰۰ جذام به عنوان یک مشکل در سطح جهان حذف شده تلقی گردید. در اوایل سال ۲۰۰۳، متجاوز از ۱۰۷ کشور به هدف حذف جذام رسیده‌اند و فقط در ۱۲ کشور این مشکل همچنان باقی است.

مسئله جذام هم‌اکنون مشکل ۵ کشور آندمیک (هند، برزیل، ماداگاسکار، نپال و موزامبیک) است که متجاوز از ۸۳ درصد شیوع و ۸۸ درصد از موارد جدید جهانی جذام را تشکیل می‌دهند.

میزان شیوع در این کشورها حدود ۴ در ۱۰۰۰۰ نفر است. با افزایش پوشش و اطلاعات مربوط به جذام در سیستم‌های بهداشتی هر

گزارش شده از برخی کشورهای اندمیک عمده برای مثال هند که ۷۸ درصد موارد کشف شده سالانه را به خود اختصاص داده است، می تواند نتیجه کمبود عوامل متعدد اجرایی و عملکردی باشد تا عوامل اپیدمیولوژیک.

۶. چرا میزان شیوع به عنوان معیار حذف انتخاب شده است؟

میزان شیوع در پایان سال یک شاخص ساده و قابل فهم و نشان دهنده بار بیماری پس از شمارش تعداد بیماران جدید کشف شده و بهبود یافته در طی سال است.

هدف اصلی راهکار حذف جذام، کاهش بار بیماری به میزان بسیار پایین است. به دنبال گسترش ارائه خدمات MDT به مناطق پوشش داده نشده و کم پوشش قبلی، بیشتر موارد بیماران کشف شده، در واقع مواردی هستند که در سال های قبل به بیماری مبتلا شده اند و به دلایل مختلفی کشف نشده باقی مانده اند. میزان موارد واقعاً جدید و یا «بروز» که در طول سال گذشته به بیماری مبتلا شده اند، کسر کوچکی از تمام موارد کشف شده است. دوره نهفتگی طولانی و نبود ابزار برای مطالعه انتقال در جامعه، میزان بروز را به عنوان یک معیار استاندارد برای پایش وضعیت بیماری غیرممکن می سازد.

سازمان جهانی بهداشت کاملاً از محدودیت های شاخص شیوع در حذف جذام آگاه است؛ ولی در صورت نبود جایگزین کاربردی، بهترین شاخص محسوب می شود. به هر ترتیب، سازمان جهانی بهداشت در جهت درستی و اهمیت شیوع به عنوان یک شاخص توصیه هایی اختصاصی دارد و به عنوان مثال ثبت به روز جذام را توصیه می نماید. بیماران از فهرست خارج شده تا بار بیماری بیش از میزان واقعی تخمین زده نشود. از طرف دیگر بار بیماری در مناطقی که پوشش نامناسبی دارند کمتر از حد واقعی محاسبه می گردد و مردم را تشویق نمی نماید تا به دنبال درمان بروند.

۷. چرا برنامه ریشه کنی جذام به جای حذف جذام مطرح نگردیده است؟

ریشه کنی به معنی از بین رفتن کامل بیماری و عامل بیماری را در سراسر

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

جهان است. در حال حاضر، امکانات لازم برای مصونیت از ابتلا به بیماری و عفونت، تشخیص و درمان موارد بدون علامت آن را در اختیار نداریم. به این منظور، منابع بسیاری برای توسعه و بهبود ابزار ضروری مورد نیاز است که تقریباً غیرممکن است، در جایی که بیماری‌هایی با میزان‌های بالای مرگ و میر مثل سل و مالاریا وجود دارد، اختصاص آن منابع برای جذام توجیه‌ناپذیر است.

۸. تفاوت حذف با کنترل جذام در چیست؟

کنترل جذام نسبت به حذف آن مفهوم محدودتری دارد و به معنی یافتن موارد و درمان بیماران، بدون نیاز به تلاش برای دستیابی به پوشش کامل جغرافیایی با MDT است. به طور معمول، خدمات کنترل جذام توسط کارکنان متخصص بهتر از کارکنان بهداشت عمومی فراهم می‌شود.

برعکس مفهوم حذف جذام عبارت است از:

- دسترسی به MDT رایگان در درمانگاه‌های محلی بهداشت؛
- تمایل به درگیر نمودن تمام خدمات بهداشت عمومی در برنامه برای یک هدف مشخص در چهارچوب زمانی مشخص؛
- مشارکت فعال جوامع با افزایش فعالیت‌های اطلاع‌رسانی.

۱۴

پیمان جهانی برای حذف جذام و راهکار تلاش نهایی

پیمان جهانی برای حذف جذام و راهکار تلاش نهایی

۹. دلیل انعقاد پیمان جهانی و طرح راهکار «تلاش نهایی» برای حذف جذام چیست؟

با وجود موفقیت‌های عظیم هنوز چالش‌هایی باقی مانده است. پذیرش و به کارگیری MDT هنوز در بسیاری از مناطق هیپراندمیک به آرامی

صورت می گیرد و پوشش جغرافیایی MDT در بعضی مناطق هنوز پایین است. میزان شیوع بیماری در ۵ کشور اندمیک عمده هنوز ۴ برابر میزان هدف جهانی است.

چالش اساسی، افزایش سریع پوشش خدمات MDT و ارائه خدمات بهداشتی محلی در جوامع و متعهد ساختن آن ها برای حذف جذام است. سازمان جهانی بهداشت بر این باور است که بهترین راه کسب موفقیت، مشارکت و همکاری است.

با ابتکار سازمان جهانی بهداشت، گردهمایی حذف جذام (GAEL)^۱ در نوامبر ۱۹۹۹ تبیین شد تا نسبت به اتخاذ راهکار مشترک براساس تجربیات گذشته فعالیت های حذف جذام، اجرای وسیع و پایش مؤثر اطمینان نمایند. GAEL سازمان جهانی بهداشت را متعهد ساخت که پس از حذف جذام در سطح جهانی، حذف بیماری در سطح کشوری تا سال ۲۰۰۵ گام بعدی باشد. به نظر می رسد ۲/۵ تا ۲/۸ میلیون نفر در طی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ شناسایی و درمان شوند.

۱۰. اجزای اصلی راهکار «تلاش نهایی» چیست؟

اجزای کلیدی راهکار تلاش نهایی عبارتند از:

- ادغام خدمات حذف جذام در شبکه های بهداشتی - درمانی برای بهبود دستیابی به درمان؛
- فراهم آوردن توانایی لازم برای کارکنان بهداشتی درخصوص شناسایی و درمان جذام؛
- بهبود تدارکات تأمین دارو به منظور اطمینان از کفایت ذخایر MDT در مراکز بهداشتی؛

^۱. Global Alliance for Elimination of Leprosy

- تغییر نگرش جامعه درباره جذام و ایجاد انگیزه در مردم به منظور مراجعه بهنگام برای درمان؛
- اطمینان از میزان بالای درمان بیماران از طریق سیستم تحویل دارو به صورت انعطاف پذیر و بیمارمدار؛
- ساده نمودن پایش و پیگیری پیشرفت برنامه حذف.

۱۱. به دنبال معرفی و اجرای برنامه جهانی در سطح کشوری چه دستاوردی خواهیم داشت؟

در سال اول GAEL پس از بررسی وضعیت در کشورهای اندمیک و با درک بهتر از واقعیت های جامعه، انطباق آن ها را با شرایط منطقه ای و محلی متمرکز ساخته است. به علت نبود اطلاعات درباره وضعیت جذام در بعضی مناطق، مشکلات بسیاری در این کار مهم به وجود آمد که خود ناشی از کمبود زیرساخت های بهداشتی، بحران های سیاسی، درگیری های نظامی و یا عدم دسترسی بوده است.

تغییرات سازمانی مهم و جاری در کشورهای دارای اولویت عبارتند از:

- امروزه برنامه های بسیار جدی با پوشش ضعیف MDT (در بیشتر کشورها سیستم بهداشتی کمتر از ۱۰ درصد خدمات MDT را ارائه می نمایند) در خدمات مراقبت بهداشت همگانی ادغام می شوند تا پوشش MDT بهبود یابد؛
- فعالیت های حذف جذام که تاکنون تحت مدیریتی کاملاً متمرکز اداره می شده اند به سوی تمرکززدایی پیش روند، به طوری که مقامات بهداشتی ایالتی و استانی «خود» مسئولیت فعالیت های حذف جذام را بر عهده گیرند؛

- کارکنان بهداشتی باید تحت آموزش مجدد قرار گیرند؛ زیرا آنان مسئول برنامه حذف هستند؛
- نقش کارکنان برنامه های عمودی در حال تجدید نظر و اصلاح است تا کارکنان بهداشت عمومی را حمایت نمایند و یا آن ها را مورد آموزش مجدد قرار دهند و یا در سایر برنامه های کنترلی بیماری ها به کار گمارند؛
- ارتقای سطح آگاهی و مشارکت افراد جامعه در خصوص فعالیت حذف جذام؛
- افزایش میزان بهبودی با ساده نمودن خط مشی درمان و بهبود مدیریت تدارک MDT به ویژه در مناطق مشکل دار و با دسترسی کم به MDT باید صورت گیرد.

۱۲. مشکلات احتمالی فراروی برنامه حذف جذام که مانع رسیدن به حذف جهانی در مناطق اندمیک خواهد بود، چیست؟
همه ما باید مراقب مشکلات زیر باشیم:

- کاهش تعهد در ادغام خدمات MDT در سیستم شبکه های بهداشتی به منظور افزایش پوشش جغرافیایی و دسترسی به خدمات MDT؛
- شکست در تعریف مجدد نقش برنامه های عمودی بعد از ادغام و انتقال کارکنان برای سایر عملیات؛
- غرور ناشی از موفقیت های اولیه و ابتدایی نباید ما را از دستیابی به پوشش بالا بازدارد؛
- شکست در توسعه خدمات MDT به مناطق پرجمعیت غیر قابل دسترسی که زیرساخت های بهداشتی در آن جا ضعیف است و یا وجود ندارد؛
- موارد استثنایی مانند توقف کامل در ارائه خدمات بهداشتی در اثر اختلالات شهری (و سایر عوامل مانند بلایای طبیعی) در مناطقی که قبلاً تحت پوشش MDT بوده اند.

۱۳. آیا پیشرفت برنامه حذف باعث کاهش حمایت از برنامه خواهد شد؟
همیشه این خطر وجود دارد که تعهد سیاستمداران، برنامه ریزان و تأمین کنندگان مالی با کاهش تعداد بیماران در طی برنامه های حذف، کاهش یابد. به علاوه، اولویت های دیگر بهداشتی مانند ایدز، مالاریا و سل ممکن است به آسانی جذام را بپوشانند. در عین حال، هیچ دلیلی وجود ندارد که انگیزه تصمیم گیرندگان تاکنون کاهش یافته باشد. بلکه برعکس، حتی به نظر می رسد در طی برنامه های حذف و در نتیجه دستیابی به یک پیشرفت واقعی، افزایش یابد.

۱۴. آیا پس از سال ۲۰۰۵ نیز موارد جدید ابتلا به جذام مشاهده خواهد شد؟ اگر چنین است، چگونه توجیه پذیر خواهد بود؟

پس از سال ۲۰۰۵ نیز تعداد بسیار کمی موارد جدید ابتلا به جذام دیده خواهد شد؛ زیرا افرادی وجود دارند که سال ها قبل به باسیل جذام آلوده شده اند، ولی به علت دوره نهفتگی طولانی این بیماری، سال ها بعد، علائم آن ظاهر خواهد شد.

به هر حال با ادغام خدمات و افزایش پوشش MDT در مناطق با پوشش کم و افزایش آگاهی جوامع نسبت به بیماری، موارد جدید آن به صورت ثابتی کاهش خواهد یافت.

ادغام جذام در خدمات بهداشت عمومی

۱۵. چرا ادغام جذام در سیستم شبکه بهداشتی - درمانی ضروری است؟

ادغام، پوشش خدمات جذام را در جوامع افزایش می‌دهد و آن را به یک بخش متصل به سیستم بهداشتی تبدیل می‌سازد. این اقدام، نتایج ذیل را به دنبال خواهد داشت:

- بهبود دسترسی به موقع بیماران به درمان؛
- از بین بردن این باور غلط که «جذام عارضه‌دار و وحشتناک است»، و ایجاد اطمینان از این که «جذام به راحتی قابل درمان است»؛
- ایجاد اطمینان از فراهم نمودن خدمات MDT به صورت روزانه در نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی - درمانی؛
- گسترش شبکه‌ای کارکنان بهداشتی که قابلیت شناسایی، درمان و به همان اندازه اطلاع‌رسانی درباره بیماری جذام را دارند؛
- ایجاد اطمینان از دسترسی یکسان تمام گروه‌ها به خدمات MDT (نظیر زنان، قبیله‌ها، روستاییان و اقلیت‌های نژادی)؛
- تحکیم دستاوردهای مهمی که از طریق کاهش بار بیماری به دست می‌آیند.

۱۶. عوامل اساسی مورد نیاز برای ادغام جذام در سیستم بهداشتی چیست؟

سازمان جهانی بهداشت ادغام را بخشی از راهکار «تلاش نهایی» برای حفظ و دستیابی به هدف حذف در تمام کشورها قرار داده است. اصول پنج‌گانه مورد نظر سازمان جهانی بهداشت ساده هستند:

- هر مرکز بهداشتی در یک منطقه اندمیک بایستی خدمات MDT^۱ را برای تمام روزهای کاری فراهم سازد؛

۱. خدمات MDT شامل تشخیص، درمان با MDT، آموزش جامعه، مشاوره بیمار و خانواده و مراکزی برای ارجاع موارد عارضه‌دار است.

- حداقل بایستی یکی از افراد پرسنل بهداشتی در هر مرکز بهداشتی آموزش دیده باشد؛
- میزان مناسبی از داروهای MDT، اساس بهداشتی است و باید به دسترس و رایگان باشد؛
- مواد اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباطات (IEC) بایستی برای آموزش و مشاوره بیماران، خانواده و جامعه در دسترس باشد؛
- یک دفتر ثبت ساده برای درمان در دسترس باشد.

۱۷. مفهوم دسترسی آسان به MDT و اهمیت آن چیست؟

دسترسی آسان به این معنی است که خدمات جذام:

۱. نباید از محل سکونت بیمار دور باشد؛
۲. نباید گران باشد (تمام هزینه‌ها، نظیر کرایه حمل و نقل، زمان رفت و آمد، هزینه مشاوره تخصصی و ... در نظر گرفته شود)؛
۳. در تمام روزهای کاری ارائه شود؛
۴. با برخورد خوب و دور از هرگونه تبعیض و ترس به بیماران ارائه شود؛
۵. تشخیص، درمان و مشاوره را به آسانی در دسترس قرار دهد.

دسترسی آسان به خدمات به‌ویژه در جذام مهم است؛ زیرا جذام:

- در اغلب موارد، افراد فقیر را مبتلای می‌کند که نمی‌توانند هزینه سفر دور برای معالجه را پرداخت نمایند؛
- بیشتر افراد را در سنین بازدهی گرفتار می‌سازد (به‌طور عمده افراد جوان) که اگر درمان برای آنان با تأخیر انجام شود دچار معلولیت می‌گردند؛
- به علت ترس و شرم ایجاد شده، فرد بیماری را پنهان یا کتمان می‌کند،

بنابراین هرچه خدمات بهداشتی نزدیک تر باشد، امکان رازداری در مشاوره و درمان بیشتر است.

۱۸. چه نوع آموزشی برای کارکنان بهداشتی باید در نظر گرفته شود؟

- آموزش های ارائه شده به کارکنان بهداشتی باید آنان را در موارد ذیل توانمندسازد:
- بیمار مبتلا به جذام را شناسایی و براساس علائم بالینی طبقه بندی کند؛
 - بیمار را با رژیم مناسب MDT تحت درمان قرار دهند؛
 - عوارض جذام را درمان و یا بیمار را ارجاع نمایند؛
 - شواهد، دفاتر ثبت درمان و گزارش های آن را به طور مرتب ارسال نمایند؛
 - به میزان کافی داروهای MDT را نگهداری نمایند؛
 - اطلاعات کافی از بیماری را به بیماران، جامعه و تصمیم گیرندگان ارائه دهند.

برای تسهیل ادغام تشخیص و درمان جذام در سیستم شبکه های بهداشتی - درمانی، راهنمای ساده ای در اختیار کارکنان بهداشتی گذاشته شده است که پیگیری برنامه را شفاف و راحت می کند. نشانه هایی از بیماری که در راهنما ارائه شده است، ۷۰ تا ۸۰ درصد تظاهرات اختصاصی جذام را شامل می شود. اگر کارکنان بهداشتی به طور معمول کاهش حس را در هر ضایعه پوستی بررسی کنند، بسیاری از بیماران در مراحل اولیه بیماری شناسایی می شوند. به این ترتیب، این روند در وضعیت جاری مناطقی که اغلب به دلایلی، سرویس های بهداشتی قادر نبود مبتلایان به جذام را مدت ها قبل از معرفی MDT شناسایی کند و یا امید و انگیزه کافی برای این کار وجود داشت، یک پیشرفت اساسی محسوب می شود. مکانیسم های ارجاع نیز باید برای موارد پیچیده و مشکلی که مورد نیاز است طراحی شوند.

۱۹. چگونه می توان MDT را به شیوه بیمارمدار و انعطاف پذیر ارائه داد؟

درمان MDT را می توان انعطاف پذیر و بیمارمدار ارائه داد؛ زیرا:

- به صورت بسته بندی ماهانه در دسترس است؛
- بسیار مؤثر است (تقریباً هیچ گونه عودى به دنبال ندارد)؛
- بی ضرر است (تقریباً هیچ عارضه ای ندارد)؛
- برای بیشتر بیماران استاندارد است و به ندرت نیاز به تغییر دارد؛
- مؤثر است، حتی اگر نامنظم مصرف شود؛
- مقاومت دارویی ایجاد نمی کند؛
- نحوه مصرف آن برای بیماران قابل فهم است؛
- در منزل قابل نگهداری است.

۲۰. A-MDT چیست و چرا ارائه می شود؟

A-MDT اطمینان می دهد که بیماران یک دوره کامل درمانی را گذرانده اند. این برنامه برای حل مشکلات شایع درمان در محیط طراحی شده است. اغلب به دلایل کمبود دارو در مراکز بهداشتی دسترسی ضعیف به خدمات بهداشتی و یا عدم حضور کارکنان بهداشتی در زمان مراجعه بیمار به مرکز بهداشتی، دوره درمان بیماران کامل نمی شود.

با روش A-MDT یک بیمار برخوردار می شود از:

- دوز کامل MDT در زمان تشخیص؛
- اطلاعات (به صورت مشاوره ای و جزوه های آموزشی) مربوط به بیماری، درمان، زمان و محل برای پیگیری عوارض بیماری؛
- اصطلاح A-MDT اشاره به همکاری فردی که با بیمار صمیمی باشد و مسئولیت درمان وی را در گذراندن یک دوره کامل درمان به عهده بگیرد، دارد.

۱. Accompanied MDT

A-MDT از تماس مرتب بیمار با کارکنان بهداشتی جلوگیری نمی کند و اغلب باعث می شود که کارکنان برای توصیه های بهداشتی وقت بیشتری داشته باشند تا از ایجاد معلولیت پیشگیری شده، و در جهت انجام کارهای معمول، نظیر تحویل و توزیع دارو، انرژی و منابع مالی کمتری صرف شود. پذیرش درمان از طرف بیمار ممکن است افزایش و موارد غیبت از درمان کاهش یابد و بیماران مجبور نخواهند بود همراه مسافت های طولانی و هزینه های اضافی را جهت رسیدن به مراکز درمانی صرف نمایند.

راهکارهای ارتباطی

۲۱. چرا ما نیاز داریم تصویر جذام را تغییر دهیم؟

تعداد بسیاری از بیماران شناسایی شده هنوز در جامعه وجود دارند که به دلایل متنوعی تحت درمان قرار نگرفته اند؛ از جمله:

- عدم آگاهی از فراهم بودن درمان مؤثر و رایگان و ترس غیرمنطقی از جذام و ننگ عمیق اجتماعی آن؛
- وقت گیر و گران بودن شناسایی این موارد با یک برنامه بیماریابی فعال که ممکن است به هر ترتیب به کشف موارد بسیاری که به غلط عنوان مورد جدید اطلاق می شود، منجر گردد؛
- تغییر در برداشت منفی از جذام ضروری است و بیماران باید تشویق شوند تا به محض مشاهده اولین لکه مشکوک جهت بررسی مراجعه نمایند، به علاوه از آنجا که خدمات جذام به صورت پیش رونده در سیستم های بهداشتی موجود ادغام شده است تغییر در برداشت از جذام به جهت مؤثر بودن خدمات ارائه شده در سطح جامعه ضروری است.

- یک تلاش جذاب و ضروری باید تشویق کند:
- بیماران با ضایعه پوستی را که به دنبال تشخیص و درمان به موقع باشند؛
- کارکنان بهداشتی را که هر وقت بیماران مبتلا به ضایعه های پوستی را معاینه می کنند، «به جذام فکر کنند»؛
- رهبران جامعه با رفتار تبعیض آمیز مبارزه کنند؛
- افراد جامعه بپذیرند که جذام یک بیماری ساده و درمان پذیر است و افراد را تشویق کنند تا به دنبال درمان خود بروند و آن را بپذیرند؛
- تصمیم گیرندگان از برنامه های حذف جذام پشتیبانی کنند و دسترسی به خدمات بهداشتی را تسهیل نمایند.

۲۲. مهم ترین پیام ها درباره جذام برای جامعه چیست؟

برخورد ارتباطی درخصوص معالجه و همچنین تأکید بر درمان رایگان بایستی مثبت و جذاب باشد؛ رویکردهای مبتنی بر ترس مؤثر نیست. این مهم است که پیام های ما ساده، روشن و مثبت باشد، به نحوی که کمک کند تا ترس از بیماری از بین برود.

برخی از این پیام ها می تواند شامل:

- جذام توسط یک میکروب به وجود می آید، نه ارثی است و نه یک نفرین؛
- جذام به راحتی، تنها با نشانه های بالینی قابل تشخیص است. یک لکه قرمز رنگ و یا کمرنگ و بی حس می تواند نشانه جذام باشد؛
- MDT میکروب ها را می کشد و از پخش عفونت جلوگیری می کند؛ پس از اولین دوز MDT، بیمار تحت درمان، دیگر آلوده کننده نیست؛
- رژیم MDT به صورت رایگان در تمام مراکز بهداشتی وجود دارد؛
- جذام را می توان کاملاً درمان نمود؛
- درمان منظم و زودهنگام از تغییر شکل اندام ها جلوگیری می کند؛

- بیمارانی که درمان خود را تکمیل نموده اند، بهبود یافته تلقی می شوند، حتی اگر عوارض پوستی و یا معلولیت باقی مانده داشته باشند؛
- بیماران پس از درمان می توانند یک زندگی طبیعی کامل را ادامه دهند.

۲۳. کانال های اساسی یک ارتباط منسجم چیست؟

یک ارتباط منسجم و یک برنامه مؤثر باید در جهت هدف قراردادن مخاطبان خودش حرکت نماید. رادیو و تلویزیون در جهت تشویق و ترغیب تمام افراد به مشارکت در برنامه های حذف جذام بسیار مؤثر است. با توجه به دسترسی محدود جوامع روستایی به رادیو و تلویزیون، می توان از پوستر، تئاتر و یا حتی آوازا در برقراری ارتباط با افراد به طور مؤثر استفاده کرد. پوسترها و نوشته روی تابلوها باید در مناطق مورد توجه قرار داده شود تا باعث یادآوری و افزایش تشویق مردم برای مراجعه به مراکز بهداشتی گردد یا این که باعث شود تا مردم درباره جذام با یکدیگر صحبت کنند. ارتباط های شخصی به خصوص اگر براساس روابط اجتماعی و از طریق روحانیون باشد، بسیار قابل اعتماد است و اطلاعات دقیق تری را برای ما فراهم می سازد. همچنین، این ارتباط در پذیرش بیماری توسط جامعه و حمایت از بیماران مؤثر است.

علاوه بر تبلیغ مستقل، پیام های بهداشتی را می توان به راحتی از طریق برنامه های سرگرم کننده (سریال های تلویزیونی، داستان های رادیویی و نمایش های خیابانی) نیز پخش کرد. جلب حمایت شخصیت های مشهور ورزشی، فرهنگی و مذهبی برای تحقق اهداف برنامه های ما کمک بسیار مؤثری خواهد بود و این تجربه در برزیل، هند و میانمار با موفقیت همراه بوده است.

ایجاد تعادل بین تحت پوشش قراردادن، تماس، هزینه ها و اهداف گرچه بسیار دشوار، ولی ضروری است. به طور معمول، یک دوره کوتاه مدت پخش زیاد پیام و به دنبال آن پخش طولانی مدت تعداد کمی از پیام های بهداشتی معمول است.

اگر امکان داشته باشد، در جوامعی که افراد آن تحت پوشش هستند، بهتر است یک پیش آزمون انجام پذیرد تا مشخص شود آیا پیام های ما روشن، مؤثر و قابل اعتماد هستند و به درستی درک شده اند، و به اندازه کافی جذاب بوده اند.

۲۴. چه زمانی باید نسبت به انجام فعالیت های ارتباطی اقدام نمود؟

فعالیت های ارتباطی نباید قبل از این که خدمات بهداشتی در موقعیت دریافت، تشخیص و درمان بیماران جدید قرار گیرند، شروع شود. نباید انتظاراتی را به وجود آورد که قادر به پاسخ گویی آن ها نباشیم. در این صورت، برنامه ما اعتبار خود را برای همیشه از دست خواهد داد.

تصویر مثبت از جذام فقط موقعی به وجود خواهد آمد که بتوان خدمات را ارائه داد. به این معنا که مردم باید به خدمات تشخیصی و درمانی دسترسی آسان داشته باشند؛ کارکنان بهداشتی آموزش کافی دیده باشند تا به درستی جذام را تشخیص دهند؛ داروهای MDT به اندازه کافی وجود داشته باشد و هزینه درمان برای بیماران (نظیر هزینه مسافرت و غیبت از کار) قابل قبول باشد. اگر یک جامعه تحت تأثیرات عمیق برنامه جذام باشد، درحقیقت، دیدگاه خود را نسبت به بیماری تغییر خواهد داد.

۲۵. چرا باید جوامع به صورت فعال در فعالیت‌های حذف جذام مشارکت نمایند؟

ضروری است جوامع محلی، حذف جذام را برنامه خود بدانند و فعالانه از آن حمایت کنند. با درگیر کردن اعضای جامعه و افزایش مشارکت و آگاهی آن‌ها، ننگ ناشی از جذام در جامعه کاهش خواهد یافت. داوطلبان بهداشتی آموزش دیده برخاسته از جامعه در اطلاع‌رسانی صحیح و انجام توصیه به سایر افراد جامعه نقش بسیار مهمی دارند. همچنین، این افراد می‌توانند با یادآوری به بیماران در اهمیت مصرف منظم داروهایشان، کمک کنند.

عملیات ویژه برای حذف جذام

۲۶. عملیات ویژه چیست؟

عملیات ویژه معمولاً در مناطق و جمعیت‌هایی انجام می‌گیرد که تصویری شود موارد تشخیص داده نشده زیادی موجود باشد. به طور عمده در این مناطق، پوشش MDT هنوز ضعیف است. آگاهی درباره بیماری در این مناطق ناکافی است و تصور منفی نسبت به جذام هنوز در این جوامع وجود دارد. این ضعف‌ها از مراجعه بیماران برای تشخیص و درمان زودرس جلوگیری می‌کند؛ در نتیجه، شانس معلولیت و انتقال عفونت به سایرین افزایش می‌یابد. برای توجه و تغییر این وضعیت عملیات ویژه فوری ضروری است.

عملیات ویژه شامل سه بخش است:

۱. قادرساختن کارکنان بهداشتی برای ارائه خدمات MDT به جوامعی که به آن نیاز دارند.

۲. افزایش آگاهی جوامع و تشویق مشارکت آن‌ها برای بهبود خودگزارش‌دهی بیماری و حذف برداشت منفی نسبت به بیماری.

۳. اطمینان از این‌که تمام بیماران تشخیص داده شده و دوز کامل درمانی را دریافت نموده‌اند.

۲۷. چه فعالیت‌هایی در طی یک عملیات ویژه انجام می‌پذیرد؟

معمولاً زمان یک عملیات ویژه به خودی خود کوتاه است و موفقیت آن به این موضوع بستگی دارد که فعالیت‌های از قبل خوب طراحی شده چگونه انجام شوند.

عملیات روی فعالیت‌های زیر متمرکز می‌شود:

- بیماریابی از طریق ایجاد آگاهی (خودگزارش‌دهی بیماران) و فراهم ساختن اطلاعات شفاف درباره این‌که بیماران برای تشخیص به کجا مراجعه نمایند.
- شروع درمان با دوز اول MDT و فراهم نمودن اطلاعات شفاف درباره چگونگی ادامه درمان، تهیه دارو و مکانی که جهت پیگیری باید مراجعه کنند.
- حذف برداشت منفی درباره بیماری از طریق IEC (اطلاع‌رسانی، آموزش و ارتباطات)، فعالیت‌ها و استفاده از روش‌های ارتباطی مختلف براساس موقعیت جوامع.

۲۸. انجام عملیات ویژه در کجا مورد نیاز است؟ گروه‌های جمعیتی مورد هدف کدامند؟

عملیات ویژه باید در مناطق و گروه‌های هدف زیر صورت پذیرد:

- مناطق روستایی: جایی که خدمات MDT مؤثر عمل نمی کند و شواهدی وجود دارد که موارد تشخیص داده نشده بیماری (موارد پنهان) همچنان موجود است (نظیر کارگران مهاجر).
 - مناطق مرزی و یا صعب العبور: جایی که خدمات MDT در دسترس نیست و یا دسترسی به خدمات برای گروه های خاص دشوار است (نظیر اقلیت های قومی، عشایر، چادر نشینان، افراد بی خانمان و مهاجران).
 - حاشیه شهرهای بزرگ، مناطق پست شهری: به طور معمول در این مناطق ننگ ناشی از بیماری جدی است. آگاهی نسبت به بیماری اندک است و پوشش MDT به دلیل عدم دخالت مناسب سیستم بهداشت عمومی و بخش خصوصی پایین است.
- واضح است که در بیشتر برنامه ها اختلاف جدی در دسترسی زنان به خدمات MDT وجود دارد (gender gap) تلاش ها بایستی در جهت کاهش این فاصله و اختلاف باشد.

۲۹. برای شناسایی تمام موارد چرا یک بررسی خانه به خانه انجام نمی گیرد؟ چرا باید منتظر بود تا افراد دارای علامت، خود مراجعه نمایند؟

مطلوب ترین حالت برای جامعه این است که افراد به اندازه ای درباره بیماری آگاهی داشته باشند که با اولین نشانه مشکوک جهت تشخیص و درمان به موقع مراجعه کنند. این حالت نیازمند ارائه راهکارهای ارتباطی ویژه ای است که با فرهنگ و رسوم جوامع متناسب باشد تا اطمینان از دسترسی آسان به خدمات جذام حاصل شود.

در عوض، بررسی های خانه به خانه بسیار وقت گیر است و به منابع مالی و انسانی زیادی نیاز دارد. همچنین، بسیاری از بیماران و افراد

خانواده آنان بی دلیل دچار تنش زیادی می شوند که به رد تشخیص توسط بیماران منجر شده و در نتیجه درمان نمی شوند. همچنین، بیماریابی فعال با درصد بالایی از خطا همراه است.

۳۰. چالش های اصلی فراروی عملیات ویژه کدامند؟

مشکلات معمول فراروی یک عملیات ویژه عبارتند از:

- پوشش ناکافی: فعالیت ها ممکن است فقط بخش کوچکی از جمعیت مورد نظر را پوشش دهد.
- عدم آگاهی جامعه: اطلاعات فراهم شده برای جامعه ممکن است نامناسب و یا روش های به کار رفته، جذاب و مؤثر نباشند.
- محدودیت دخالت خدمات بهداشتی: ممکن است در زمان عملیات و بعد از آن به اندازه کافی خدمات بهداشت عمومی درگیر نشوند و خدمات MDT استمرار نیابند.
- تأکید بر تشخیص: اشتیاق بیش از اندازه کارکنان بهداشتی و یا داوطلبان برای کشف موارد ممکن است به افزایش موارد به غلط تشخیص داده شده و یا ثبت مجدد موارد درمان شده قبلی به عنوان موارد جدید منجر شود.
- عدم آمادگی کافی: برنامه ریزی ضعیف باعث می شود که زیرساخت های بهداشتی موجود قادر نباشند از عهده افزایش تقاضا برای ارائه خدمات MDT برآیند که موجب کمبود دارو می شود و نتیجه آن عدم دریافت و یا دریافت نامنظم دارو توسط بیماران خواهد بود.

۳۱. عملیات ویژه چگونه ارزیابی می شود؟

در برنامه ریزی ملی باید مطمئن شد که هر برنامه عملیاتی مورد پایش قرارگیرد؛ زیرا فعالیت های آتی به دنبال تجربیات گذشته است که ارتقاء می یابد.

شاخص های زیر در ارزیابی به کار می رود:

- افزایش تعداد مراکزی که پس از اجرای عملیات، خدمات MDT را روزانه ارائه می دهند.
- اصلاح تشخیص، طبقه بندی و ثبت موارد جدید (تعداد موارد پرباسیل، کم باسیل، معلولیت درجه ۲، کودکان و زنان) که در طی عملیات کشف شده اند.
- حدود مشارکت جامعه و پس خوراند آن عملیات.
- تعداد و نوع کارکنان بهداشت عمومی که شایستگی لازم را دارند و واقعاً خدمات MDT را به طور معمول فراهم می سازند.
- پوشش فعالیت های آموزشی و بازتاب آن به ویژه در مواردی که بیماران جدید خودشان به اولین مرکز بهداشتی مراجعه کنند.

مسائل تکنیکی

درمان چند دارویی (MDT)

۳۲. علت اصلی گسترش MDT چیست؟

MDT به علت رشد مقاومت اولیه و ثانویه نسبت به داپسون به وجود آمد. MDT ترکیبی از دو یا سه داروی کلوفازیمین، ریفامپیسین و داپسون است که استفاده ترکیبی آن ها از بروز مقاومت دارویی جلوگیری می کند.

درمان یکبار در ماه با یک آنتی بیوتیک (ریفامپیسین ۶۰۰ میلی گرم) اساس تمام رژیم های MDT است.
«جذام هرگز نباید با یک دارو درمان شود».

۳۳. رژیم های درمانی استاندارد توصیه شده برای جذام چیست؟

درمان MDT در بسته های آماده برای ۴ هفته تهیه شده است. بلیسترهای مخصوص برای موارد MB و PB برای کودکان و بزرگسالان وجود دارد.

رژیم درمانی استاندارد بزرگسالان مبتلا به جذام پرباسیل:

ریفامپیسین: ۶۰۰ میلی گرم ماهانه،
کلوفازیمین: ۳۰۰ میلی گرم ماهانه و ۵۰ میلی گرم روزانه،
داپسون: ۱۰۰ میلی گرم روزانه،

دوره درمان: ۱۲ ماه

رژیم درمانی استاندارد بزرگسالان مبتلا به جذام کم باسیل:

ریفامپیسین: ۶۰۰ میلی گرم ماهانه،
داپسون: ۱۰۰ میلی گرم روزانه،

دوره درمان: ۶ ماه

رژیم درمانی استاندارد کودکان مبتلا به جذام پرباسیل:

ریفامپیسین: ۴۵۰ میلی گرم ماهانه،
کلوفازیمین: ۱۵۰ میلی گرم ماهانه و ۵۰ میلی گرم روزانه،
داپسون: ۵۰ میلی گرم روزانه،

دوره درمان: ۱۲ ماه

رژیم درمانی استاندارد برای کودکان مبتلا به جذام کم باسیل:

ریفامپیسین: ۴۵۰ میلی گرم ماهانه،

داپسون: ۵۰ میلی گرم روزانه،

دوره درمان: ۶ ماه

برای کودکان زیر ۱۰ سال باید دوز کمتری از داروها را مصرف کرد.

۳۴. دلایل تأثیر MDT روی جذام پرباسیل و کمباسیل چیست؟

کارآزمایی‌های بالینی، تأثیر تمام داروهای موجود MDT را برای درمان جذام تأیید کرده‌است. تأثیر MDT پس از تکمیل موفق درمان، در کاهش میزان عود به وضوح مشخص شده‌است (۰/۱ درصد در سال برای PB و ۰/۰۶ درصد در سال برای MB). این اطلاعات براساس گزارش‌های بسیاری از کشورهای مختلف و اطلاعات در دسترس سازمان جهانی بهداشت تهیه شده‌است. به علاوه، عوارض جانبی ناچیز، رژیم MDT را برای بیماران، بسیار قابل قبول ساخته‌است.

۳۵. آیا شواهدی به نفع اثر آنتاگونیستی بین داروهای رژیم MDT وجود دارد؟

براساس تمام تجربه‌های آزمایشگاهی و بالینی، هیچ گونه اثر آنتاگونیستی بین داروهای MDT وجود ندارد.

۳۶. آیا MDT تعداد و شدت واکنش‌های جذام را کاهش می‌دهد؟

براساس شواهد موجود، تعداد و شدت واکنش بازگشتی (نوع ۱) و واکنش اریتما ندوزوم لپروزوم ENL (نوع ۲) در بیماران درمان شده با MDT به شدت

کاهش می‌یابد که ممکن است به دلیل توقف رشد میکروب در مراحل اولیه و یا به دلیل تأثیر ضدالتهابی داروی کلوفازیمین به ویژه در بیماران مبتلا به جذام پرباسیل باشد.

۳۷. چرا ریفامپیسین فقط ماهی یکبار تجویز می‌شود؟

ریفامپیسین یک تأثیر بسیار فوری ضد میکروبی روی باسیل جذام دارد. یک دوز ۶۰۰ میلی گرم آن قادر است بیش از ۹۹/۹ درصد ارگانیسم‌های زنده را بکشد و این میزان با دوزهای بعدی افزایش نمی‌یابد. همچنین، ممکن است ریفامپیسین یک تأثیر تأخیری چند روزه داشته باشد که در آن زمان باکتری قادر به تقسیم نیست. اثر کشندگی بالای ریفامپیسین، تجویز ماهانه آن را برای برنامه‌های کنترل جذام ممکن و ارزان ساخته‌است.

۳۸. چرا کلوفازیمین علاوه بر دوز روزانه، ماهانه نیز تجویز می‌گردد؟

کلوفازیمین دارویی با قابلیت تجمع در بدن است. این دارو پس از تجویز در بدن تجمع یافته و به تدریج دفع می‌شود. بنابراین، یک دوز اولیه ۳۰۰ میلی گرم در ماه به این دلیل تجویز می‌گردد تا به مقدار کافی کلوفازیمین در بدن وجود داشته باشد؛ حتی اگر بیمار دوزهای روزانه خود را فراموش کند.

۳۹. آیا MDT می‌تواند از بروز مقاومت باسیل هانسن به داروهای ضد جذام جلوگیری کند؟

آری، رژیم MDT اساساً به علت مقاومت ایجاد شده به داپسون و براساس این واقعیت طراحی شده‌است که در مقابل تمام گونه‌های باسیل جذام مؤثر باشد، صرف نظر از این که به داپسون حساس هستند یا خیر. تخمین

زده می‌شود که یک بیمار پرباسیل درمان‌نشده (جذام لپروماتوز)، در حدود ۱۰^{۱۱} ارگانیسم زنده در بدن دارد. طبق برآورد، به‌طور طبیعی ۱۰^۷ برای ریفامپین و یا ۱۰^۶ برای داپسون و کلوفازیمین مقاومت رخ می‌دهد. بنابراین، ارگانیسم‌های مقاوم به یک دارو به سایر داروهای MDT حساس هستند؛ زیرا مکانیسم عمل آن‌ها متفاوت است. امروزه هر حالتی از بیماری که پس از درمان MDT عود می‌کند با همان رژیم MDT درمان می‌شود.

۴۰. آیا MDT مایکوباکتریوم‌های پایدار لپر را از بین می‌برد؟

باسیل‌های پایدار جذام طبق تعریف عبارتند از: ارگانیسم‌های کاملاً حساس به داروهای ضد جذام که با وجود درمان مناسب هنوز زنده هستند. این حالت به این دلیل رخ می‌دهد که آن‌ها از نظر متابولیسمی در وضعیت نهفته به‌سر می‌برند. تاکنون دارویی نداشته‌ایم که قادر به کشتن این نوع مایکوباکتریوم‌ها باشد؛ اگرچه ریفامپین می‌تواند این باسیل‌ها را در سایر عفونت‌های مایکوباکتریایی مانند سل از بین ببرد. البته براساس شواهد موجود تاکنون باسیل‌های پایدار نقش مهمی در عود جذام درمان‌شده با رژیم MDT نداشته‌اند.

۴۱. آیا کاربرد MDT در بیماران مسلول ممنوع است؟

کاربرد MDT در بیماران مسلول ممنوع نیست و یک رژیم مناسب ضد سل علاوه بر MDT برای بیماران مبتلا به جذام و سل تجویز می‌شود. ریفامپین در درمان سل و جذام به‌کار می‌رود و دوز آن باید متناسب با درمان سل باشد.

۴۲. آیا MDT در افراد آلوده به ویروس HIV منع مصرف دارند؟

MDT در افراد آلوده به HIV منع مصرف ندارد و درمان بیماری و واکنش‌های جذام در آن‌ها مانند سایر افراد است. پاسخ به درمان این افراد نیز مشابه سایر موارد است.

۴۳. آیا MDT در دوران بارداری و شیردهی بی‌ضرر است؟

از آن‌جا که جذام در دوران بارداری تشدید می‌شود، ادامه درمان ضروری است. براساس تمام شواهد، MDT در دوران بارداری بی‌ضرر است. مقدار کمی از داروهای ضد جذام از شیر ترشح می‌شوند؛ ولی تاکنون عوارض جانبی، جز تغییر رنگ پوست نوزاد در اثر مصرف کلوفازیمین گزارش نشده‌است.

۴۴. چه مدت طول خواهد کشید تا تغییر رنگ ناشی از مصرف کلوفازیمین از بین برود؟

تغییر رنگ ناشی از مصرف کلوفازیمین از سومین ماه درمان MDT

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

در نوع MB شروع شده و در پایان دوره درمان (۱۲ بسته بلیستر) به بیشترین میزان می‌رسد. پس از قطع MDT، تغییر رنگ ایجاد شده در پوست در عرض ۶ ماه به مقدار قابل ملاحظه‌ای کم‌رنگ می‌شود و بعد از یک سال به حالت اولیه برمی‌گردد.

۴۵. چرا MDT یکی از مؤثرترین و مقرون به صرفه‌ترین مداخله‌ها در سیستم بهداشتی است؟

از زمان معرفی MDT در سال ۱۹۸۱ این رژیم در اغلب نقاط و در شرایط مختلف بسیار مؤثر عمل کرده است؛ زیرا:

- جذام را درمان و سرایت آن را متوقف می‌کند؛
- میزان عود را کاهش داده است (کمتر از یک درصد)؛
- مقاومت دارویی نسبت به ترکیب دارویی MDT گزارش نشده است؛
- عوارض جانبی بسیار کمی دارد؛
- با شروع زودرس درمان از بروز ناتوانی جلوگیری می‌شود؛
- کارکنان بهداشتی به راحتی آموزش می‌بینند که چگونه آن را تجویز نمایند؛
- از طریق خوراکی به سادگی تجویز می‌شود؛
- به صورت بسته‌بندی برای مصرف ۴ هفته‌ای در دسترس است؛
- در شرایط معمولی قابل نگهداری است.

داروهای جایگزین ضد جذام

۴۶. آیا داروهای ضد جذام دیگری هم در کنار داروهای استفاده شده در MDT وجود دارد؟

از گروه تتراسایکلین (ماینوسایکلین)، از گروه کینولون‌ها (اوفلوکساسین

یا موکسی فلوکسازین)، از گروه ماکرولیدها (کلاریترومایسین) و مشتقات جدید ریفامپیسین، پتانسیل کاربرد در درمان جذام را دارند، اما هیچ یک از آنها برتری خاصی نسبت به ترکیب به کاررفته در MDT ندارند. مهم ترین کاربرد این داروها در موارد اندکی است که به دلایل مختلف نمی توان رژیم MDT را تجویز کرد (بروز عوارض جانبی، موارد منع مصرف، مقاومت به داروهای MDT).

۴۷. به افرادی که نمی توانند MDT را به علت بروز عوارض جانبی یا موارد منع مصرف تحمل کنند چه داروهایی تجویز می شود؟

چنین مواردی بسیار نادر هستند؛ ولی به هر حال، اثبات عوارض جانبی ناشی از داروهای ضد جذام، ضروری است. اگر چنین بود، می توان از سایر داروهای جدید ضد جذام، استفاده نمود. به جای ریفامپیسین می توان روزانه اوفلوکسازین ۴۰۰ میلی گرم، ماینوسایکلین ۱۰۰ میلی گرم، به علاوه روزانه ۵۰ میلی گرم کلوفازیمین برای مدت ۶ ماه اول تجویز نمود. سپس با تجویز روزانه کلوفازیمین ۵۰ میلی گرم، اوفلوکسازین ۴۰۰ میلی گرم یا ماینوسایکلین ۱۰۰ میلی گرم ادامه داد. در بیمارانی که نمی توانند کلوفازیمین استفاده کنند، می توان ترکیبی از ریفامپیسین ۶۰۰ میلی گرم، اوفلوکسازین ۴۰۰ میلی گرم و ماینوسایکلین ۱۰۰ میلی گرم را برای مدت ۲۴ ماه تجویز کرد. این داروها باید تحت نظارت در مراکز ارجاعی تجویز شوند.

اگر اثرات سمی داپسون در بیماران نوع PB شدید است، این دارو با کلوفازیمین با همان دوز درمانی مصرفی برای بیماران نوع MB فقط برای مدت ۶ ماه جایگزین می گردد. اگر در بیماران MB داپسون باید متوقف گردد، درمان ریفامپیسین و کلوفازیمین با دوز استاندارد برای ۱۲ ماه ادامه خواهد یافت.

توقف استفاده از اسمیر پوستی برای تشخیص^۱

۴۸. چرا استفاده از اسمیر پوستی برای تشخیص جذام منسوخ شده است؟

از زمان معرفی MDT، برخی روش های درمانی بیماران جذامی توسط کارکنان مراکز بهداشتی ساده شده است. براساس تجربیات در برخی از کشورهای اندمیک، انجام آموزش در سطوح محیطی، کارکنان بهداشتی را قادر می سازد تا جذام را تشخیص داده و درمان نمایند.

قبل از آغاز روش MDT، به طور معمول از اسمیرهای پوستی برای طبقه بندی جذام کم باسیل و پر باسیل استفاده می شد. به هر حال اسمیر پوستی کم ترین نقش را در برنامه های حذف جذام داشته است: در بررسی های انجام شده کمتر از ۱۵ درصد موارد جدید تشخیص داده شده نتایج مثبتی به دنبال داشته است.

در عرصه اجرا تشخیص موارد بسیار کمی به وسیله اسمیر پوستی صورت گرفته است، به علاوه در بسیاری از کشورهایی که جذام هنوز اندمیک است روش هایی که با سوراخ کردن پوست همراه بوده اند، خطر انتقال عفونت های HIV و هپاتیت را به دنبال داشته است.

براساس نظر صریح سازمان جهانی بهداشت، اسمیر پوستی پیش نیاز اجرای برنامه های حذف جذام نیست و منحصراً نیازی به تداوم و یا استقرار خدمات اسمیر پوستی در جذام نیست. تعداد ضایعات پوستی به منظور طبقه بندی بالینی بیماران جذامی به دو نوع پر باسیل و کم باسیل

۱. لازم به ذکر است که عدم استفاده از اسمیر پوستی فقط برای کشورهایی توصیه می گردد که امکانات انجام اسمیر در مراکز بهداشتی وجود نداشته باشد.

مورد استفاده قرار می گیرد و اگر تردید وجود داشت بیماران بایستی با رژیم نوع MB درمان شوند.

به طور خلاصه:

- نیازی به انجام اسمیرهای پوستی برای تشخیص و طبقه بندی به منظور پایش پیشرفت درمان جذام وجود ندارد؛
- جذام به سادگی با یافته های بالینی قابل تشخیص و طبقه بندی است؛
- رژیم های درمانی MDT استاندارد بوده و معمولاً نیازی به تغییرات میان دوره درمانی با توجه به نتایج اسمیر نیست؛
- بهبودی در جذام وابسته به تکمیل دوره درمانی MDT است؛
- اسمیرهای پوستی از بیشتر بیماران جذامی نتایج منفی به دنبال داشته است؛
- روش هایی که با سوراخ شدن پوست همراه است و ضرورتی به انجام آنها نیست غیر اخلاقی بوده و علاوه بر دردناک بودن، خطر جدی عفونت را به دنبال دارد (به ویژه HIV و هپاتیت)؛
- انجام اسمیر پوستی به ویژه برای بررسی های خاص (مثل تردید در موارد مقاوم یا عود) و اهداف تحقیقاتی به مراکز ارجاعی محدود می شود.

کوتاه نمودن دوره MDT برای بیماران MB

۴۹. چرا دوره درمان MDT برای بیماران MB به ۱۲ ماه کاهش یافت؟

ریفامپیسین مهم ترین جزء رژیم MDT است. بیشتر باسیل های حساس به ریفامپیسین با چند دوز ماهانه دارو کشته می شوند. همچنین ترکیب داپسون و کلوفازیمین به صورت روزانه اثر کشندگی زیادی روی باسیل ها دارند و این مجموعه مسئول حذف باکتری های مقاوم به ریفامپیسین در بیماران جذام نوع MB طی دوره زمانی ۳ تا ۶ ماه است.

براساس نتیجه چند مطالعه، پاسخ درمانی در بیماران تحت درمان با MDT به مدت چند ماه، ۲۴ ماه و یا بیشتر، یکسان بوده است؛ بنابراین، هفتمین کمیته تخصصی سازمان جهانی بهداشت^۱، دوره درمان را به ۱۲ ماه تغییر داد، بدون این که تأثیر درمانی MDT کاهش یابد.

۵۰. آیا مشکلی در درمان دوازده ماهه با رژیم MDT بیماران پرباسیل با ایندکس باکتریولوژیک (BI) بالا پیش بینی می شود؟

در بیماران با ایندکس باکتریولوژیک (BI) بالا معمولاً خطر بیشتری برای ایجاد واکنش های جذام و آسیب عصبی وجود دارد. در این بیماران، باسیل به آهستگی از ضایعات پوستی پاک می شود و احتمالاً پس از پایان ۱۲ ماه، ایندکس باکتریولوژیک قابل توجهی در مقایسه با بیماران با BI پایین تر خواهیم داشت. در بیماران با BI بالا بعد از تکمیل ۱۲ دوز MDT، بهبودی ادامه می یابد و در تعداد بسیار کمی از آنان، شواهدی از بدتر شدن مشاهده می شود. در این موارد، بیماران را به مدت ۱۲ ماه دیگر با رژیم MDT نوع پرباسیل درمان می کنند.

۵۱. آیا کوتاه نمودن دوره درمان MDT برای بیماران MB خطر ایجاد مقاومت به ریفامپیسین را افزایش می دهد؟

خیر، اگر بیماران تمام داروهای تجویز شده MDT را دریافت نمایند، خطر ایجاد مقاومت وجود ندارد. براساس نتایج مطالعات انجام شده،

۱. کمیته تخصصی جذام سازمان جهانی بهداشت
۱۹۹۸ (گزارش تکنیکی WHO، شماره ۸۷۴)

۵۴. آیا مهم است که ۶ دوز MDT نوع PB در عرض ۹ ماه و ۱۲ دوز MDT نوع MB در عرض ۱۸ ماه به بیمار داده شود؟

اگرچه مهم نیست، ولی مطلوب این است که تا حد امکان، بیمار تمام دوزهای MDT خود را به طور منظم دریافت نماید. نشان داده شده است

۴۲

کوتاه نمودن دوره MDT برای بیماران MB

چند دوز ریفامپیسین تمام ارگانسیم های حساس به این دارو را از بین می برد. موارد جهش یافته طبیعی مقاوم توسط ترکیب کلوفازیمین و داپسون در طی چند ماه از بین می روند؛ بنابراین، پس از ۱۲ ماه درمان با MDT شانس یافتن یک باسیل زنده تقریباً صفر است.

واکسن ها / پیشگیری دارویی

۵۲. آیا واکسن مؤثری برای جذام وجود دارد؟

خیر، واکسن مشخص و مؤثری علیه جذام وجود ندارد. چند واکسن پیشنهادی مورد آزمایش قرار گرفته اند (BCG, M. leprae, M.w, ICRC bacillus, ... M. habana M. vaccae, ...). ولی هیچ یک از آنها یا ترکیبی از آنها سطح قابل قبولی از ایمنی ایجاد نکرده اند. براساس نتایج بعضی مطالعات، در برخی افراد، BCG، علاوه بر سل ایمنی محدودی در مقابل جذام ایجاد می کند.

۵۳. آیا داروهایی به منظور محافظت در مقابل بیماری جذام وجود دارند؟

خیر، داروهای ضد جذام (نظیر داپسون و داپسون تزریقی طولانی اثر اسداپسون و همچنین ریفامپیسین) برای پیشگیری دارویی مورد مطالعه قرار گرفته اند و هیچ نوع اثر حفاظتی یافت نشده است. بنابراین، در حال حاضر، تنها روش پیشگیری عملی، شناسایی زودرس بیماران و درمان آنها با MDT است.

مسائل تکنیکی

مباحث عملی

پذیرش بیمار / غایبین از درمان

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

که با مصرف اولین دوز MDT بیشتر باکتری‌ها کشته می‌شوند و دیگر جذام واگیر نخواهد بود.

مصرف نامنظم MDT کارآیی آن را کاهش نمی‌دهد. استفاده وسیع‌تر از A-MDT و فراهم آوردن اطلاعات مناسب برای بیماران و خانواده آنان در پذیرش بهتر و بهبودی زودرس آن‌ها نقش مهمی دارد.

۵۵. درخصوص مصرف نامنظم داروها توسط بیمار چه اقدامی باید صورت گیرد؟

چنین مواردی در یک برنامه خوب نادر است؛ زیرا خدمات MDT برای بیمار باید به راحتی فراهم شده و درباره اهمیت مصرف منظم آن اطلاعات لازم به بیمار داده شود. مهم است که بیمار نوع کم‌بازرسی ۶ دوز MDT و یک بیمار نوع پربازرسی ۱۲ دوز MDT را دریافت کند. به هر حال، با دریافت نامنظم MDT تأثیر آن از بین نمی‌رود. در اغلب موارد اگر یک بیمار در بدو درمان به درستی آگاهی‌یابد، معمولاً دادن دوره کامل درمان به بیمار امکان‌پذیر است (A-MDT) و به بیمار اجازه می‌دهد خود مسئولیت درمان را قبول کند.

۵۶. غیبت از درمان چیست؟ در صورتی که یک مورد غایب مجدداً برای درمان بازگردد چه باید کرد؟

غیبت‌کننده از درمان، بیماری است که با وجود کوشش‌های مکرر برای یافتن و تشویق او جهت مراجعه، بررسی و درمان در مرکز، داروی خود را در ۱۲ ماه متوالی دریافت نکرده است.

تلاش نهایی برای حذف جذام...

اگر بیماری به عنوان غیبت از درمان شناخته شود، از فهرست بیماران باید حذف شود. یک غایب از درمان که به مراکز بهداشتی برای درمان

مجدد مراجعه می کند، در صورت داشتن یک یا چند مورد از علائم ذیل بایستی یک دوره جدید MDT دریافت کند:

- ضایعات پوستی برجسته قرمز رنگ،
 - ظاهر شدن ضایعه جدید پس از آخرین معاینه،
 - درگیری جدید عصبی (تغییرات حس پوستی) پس از آخرین معاینه،
 - ندول های لپروماتوز،
 - علائم واکنش بازگشتی یا واکنش ENL (اریتما ندوزوم لپروماتوزوم).
- در مورد ثبت بیمار باید توجه نمود که در زمان بازگشت مجدد، غایبین نبایستی به عنوان موارد جدید در نظر گرفته شوند.

موارد عود در مقابل واکنش ها

۵۷. زمانی که بیمار درمان خود را متوقف کند، چگونه موارد عود شناسایی می شود؟ چگونه می توان عود را از انواع واکنش ها تشخیص داد؟

عود در بیماران نوع پرباسیل با تکثیر باسیل هانسن تعریف می شود که با افزایش BI در هر قسمت منفرد مشخص می شود (ایندکس باکتریولوژیک حداقل به اندازه ۲ واحد بیش از میزان قبل)، و معمولاً با بدتر شدن شواهد بالینی (ضایعات یا ندول های جدید پوستی و یا ضایعات عصبی جدید) همراه است. این موارد را می توان با یافته های بالینی و رشد باسیل لپر در کف پای موش اثبات کرد.

شناسایی عود در جذام نوع PB از انواع واکنش های جذام تا حدی دشوار است. از نظر تئوری، یک تست درمانی با کورتیکواستروئید ممکن است باعث تمایز این دو حالت شود. بهبودی در طی چهار هفته

از درمان با کورتیکواستروئید نشانه واکنش های جذام و عدم پاسخ در این حالت به نفع عود است. شواهد مشخص بالینی (ضایعات پوستی یا عصبی جدید) در یک مورد کم باسیل به نفع عود است.

۵۸. آیا بیمارانی که به تنهایی با داپسون شفایافته اند، باید مجدداً با MDT درمان شوند؟

سازمان جهانی بهداشت توصیه نمی کند افرادی که بهبود یافته اند، دوباره تحت درمان قرار گیرند؛ مگر شواهدی به نفع عود وجود داشته باشد.

درمان واکنش ها

۵۹. چگونه باید واکنش های جذام درمان شوند؟

واکنش های جذام را باید فوری درمان کرد؛ در غیر این صورت ممکن است به معلولیت غیر قابل برگشت منجر شود. بنابراین، تشخیص زودرس و شروع به موقع داروهای ضد التهاب ضروری است. MDT بایستی با دوز کامل و بدون وقفه ادامه یابد. آسپیرین یا استامینوفن بایستی برای کاهش تب و درد تجویز گردد، و استراحت ضروری است.

در موارد خاص، پردنیزولون به صورت ذیل تجویز می شود:

- ۴۰ میلی گرم روزانه برای هفته اول و دوم،
- ۳۰ میلی گرم روزانه برای هفته سوم و چهارم،
- ۲۰ میلی گرم روزانه برای هفته پنجم و ششم،
- ۱۵ میلی گرم روزانه برای هفته هفتم و هشتم،
- ۱۰ میلی گرم روزانه برای هفته نهم و دهم،

— ۵ میلی گرم روزانه برای هفته یازدهم و دوازدهم.

مقایسه بیمار در هر هفته و کاهش دوز کورتیکواستروئید هر دو هفته یکبار ضروری است. باید توجه داشت که حداکثر دوز پردنیزولون یک میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن است.

۶۰. چگونه بایستی واکنش‌های شدید ENL را درمان نمود؟

دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت برای درمان واکنش ENL

اصول کلی:

- واکنش شدید ENL مزمن بوده و اغلب دچار عود می‌شود و ممکن است تظاهرات متفاوتی داشته باشد؛
- درمان ENL شدید بایستی در یک مرکز ارجاعی تحت نظر پزشک صورت گیرد. دوز و دوره درمان دارویی ضد واکنش بایستی توسط پزشک با توجه به نیاز هر بیمار تنظیم شود.

تعریف: واکنش‌های ENL شدید شامل:

- تعداد زیاد ندول‌های ENL همراه با تب بالا،
- ندول‌های ENL و تورم عصب،
- زخم‌های ENL،
- درگیری سایر ارگان‌ها (چشم‌ها، بیضه‌ها، غدد لنفاوی، تورم مفاصل).

درمان با کورتیکواستروئید:

- اگر بیمار هنوز تحت درمان دارویی ضد جذام است MDT ادامه یابد؛
- استفاده از دوزهای مناسب مسکن برای کنترل تب و درد؛

- استفاده از دوره استاندارد پردنیزولون با دوز روزانه حداکثر یک میلی گرم به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن برای مدت ۱۲ هفته؛
- درمان با کلوفازیمین و کورتیکواستروئید - در بیماران با ENL شدید که به درمان با کورتیکواستروئید پاسخ مناسبی نداده‌اند و یا زمانی که خطر مسمومیت با کورتیکواستروئید بالا است:

- اگر بیمار هنوز تحت درمان ضد جذام قرار دارد دوره درمانی MDT ادامه یابد؛

- از دوزهای مناسب مسکن برای کنترل تب و درد استفاده کنید؛
- یک دوره پردنیزولون در دوز روزانه، حداکثر یک میلی گرم به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن استفاده کنید؛
- کلوفازیمین ۱۰۰ میلی گرم سه بار در روز و ادامه آن حداکثر برای مدت ۱۲ هفته؛
- تکمیل دوره درمانی پردنیزولون، ادامه کلوفازیمین نیز به شرح ذیل است: کاهش دوز کلوفازیمین به ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای مدت ۱۲ هفته و سپس ۱۰۰ میلی گرم یکبار در روز برای مدت ۱۲ تا ۲۴ هفته.

زمانی که مصرف کورتیکواستروئید منع شود، درمان با کلوفازیمین به تنهایی در بیماران با ENL شدید به شرح ذیل است:

- اگر بیمار هنوز تحت درمان ضد جذام است MDT را ادامه دهید.
- از دوزهای مناسب مسکن برای کنترل تب و درد استفاده کنید.
- کلوفازیمین ۱۰۰ میلی گرم سه بار در روز را برای مدت حداکثر ۱۲ هفته آغاز نمایید.

- دوز کلوفازیمین را ابتدا ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای مدت ۱۲ هفته و سپس به ۱۰۰ میلی گرم یک بار در روز برای مدت ۱۲ تا ۲۴ هفته کاهش دهید.

نکته:

۱. اگر درمان MDT قبلاً تکمیل شده است درمان ENL بایستی مطابق دستورالعمل ذیل باشد و نیازی به شروع مجدد MDT نیست.
۲. طول دوره استاندارد درمان با کورتیکواستروئید (پردنیزولون) ۱۲ هفته است.
۳. طول دوره درمانی کلوفازیمین با دوز حداکثر، نباید بیش از ۱۲ هفته باشد و طی مدت ۴ الی ۶ هفته کلوفازیمین بیشترین تأثیر را در کنترل ENL خواهد داشت.
۴. داروی مفید دیگر در ENL، پنتکسی فیلین به صورت تنها و یا همراه با کلوفازیمین / پردنیزولون است.
۵. به دلیل اثر تراژونیک شناخته شده، سازمان جهانی بهداشت استفاده از تالیدوماید را برای درمان ENL در جذام توصیه نمی کند.

۶۱. آیا WHO برنامه استفاده از تالیدوماید را برای درمان واکنش های جذام در دستور کار گذاشته است؟

خیر، WHO به علت عوارض شناخته شده تالیدوماید (تراژون بودن) برنامه ای جهت استفاده از آن ندارد. به علاوه، ورود این داروها به بسیاری از کشورهای اندمیک جذام ممنوع است. در موارد بسیار خاصی مرکز ارجاعی می تواند با رعایت ملاحظات اخلاقی، ملی یا بین المللی و در نظر گرفتن مسائل علمی مقدار محدودی از آن را توسط سازنده وارد کند. مهم تر این که تعداد بسیار کمی از بیماران ملزم

به مصرف تالیدوماید به علت واکنش های ENL هستند. در واقع با تجویز مناسب سایر داروهای موجود ضد واکنش، بیشتر بیماران به واکنش های جذام را می توان با موفقیت درمان نمود.

۶۲. نقش WHO در درمان با پردنیزولون برای واکنش های جذام در سیستم بهداشتی چیست؟

- WHO درمان بدون کنترل و نظارت پردنیزولون را به دلایل ذیل تشویق نمی کند:
- بیشتر بیماران تحت درمان با MDT (بیش از ۹۰ درصد) دچار واکنش های جذام نمی شوند؛
 - اغلب واکنش ها با داروهای غیر استروئیدی کنترل می شوند؛
 - کمتر از ۲ درصد بیماران تحت درمان با MDT واکنش هایی را نشان می دهند که باید با استروئیدها درمان شوند؛ بنابراین، باید از توزیع درست داروها و دستیابی مطمئن بیماران نیازمند اطمینان حاصل شود؛
 - پردنیزولون موارد منع مصرف زیاد و عوارض جانبی جدی دارد؛ به ویژه اگر طولانی مدت تجویز شود؛
 - پذیرش قطعی بیماران با دوره تجویز شده پردنیزولون و پایش منظم وضعیت بیمار برای نتیجه بخش بودن این درمان ضروری است؛
 - پردنیزولون برای درمان بسیاری از بیماری ها و مشکلات جدی داروی مهمی است؛ بنابراین، محدودیت مصرف آن برای سایر بیماران به جز جذام غیر اخلاقی است؛
 - بسیاری از مراکز بهداشتی دریافت کننده MDT قادر به تهیه مقدار کافی از پردنیزولون نیستند؛
 - سازمان جهانی بهداشت استفاده از پردنیزولون را به عنوان درمان پیشگیری از واکنش های جذام و یا نوریت در سیستم بهداشتی توصیه نمی کند؛

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

- در نهایت، بایستی بر تشخیص زودرس بیماری و درمان به موقع با MDT به عنوان مقرون به صرفه ترین راه پیشگیری از بروز معلولیت های ناشی از جذام تأکید شود.

ثبت**۶۳. اهمیت به روز نمودن دفاتر ثبت درمان چیست؟**

آمار بیماران تحت درمان ثبت شده، اطلاعات پایه‌ای برای محاسبه شیوع بیماری و نشانگر بار بیماری و میزان کمی مورد نیاز MDT است. حذف موارد بهبود یافته از موارد ثبت، روش استاندارد مناسبی در برنامه است، حتی اگر موردی فراموش شده باشد. باقی نگه داشتن موارد بهبود یافته در فهرست ثبت موارد نه تنها غیر اخلاقی است، بلکه ننگ اجتماعی ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد و نیازهای غیر ضروری در برنامه‌های ملی ایجاد می‌کند. به علاوه، نگه داشتن موارد بهبود یافته باعث مخدوش ساختن تحلیل وضعیت، برآورد نیاز MDT و همچنین اجرای معقول و مقرون به صرفه سیستم تحویل دارو می‌شود.

۶۴. چه زمانی بیماران بهبود یافته تلقی می‌گردند و باید از فهرست موارد تحت درمان حذف شوند؟

هر بیمار پرباسیل که ۱۲ دوز ماهانه MDT نوع MB و هر بیمار کم‌باسیل که ۶ دوز ماهانه MDT نوع PB را دریافت داشته‌است، باید از فهرست ثبت موارد درمان حذف گردد.

۶۵. آیا مراقبت فعال بیماران پس از تکمیل درمان ضروری است؟

خیر، از آن‌جا که پس از تکمیل رژیم MDT توصیه شده WHO خطر بازگشت بیماری بسیار اندک است، مراقبت فعال بیماران پس از MDT ضروری نیست. در عین حال، وقتی درمان بیماران کامل شد، باید علائم

اولیه بازگشت بیماری و واکنش‌ها را به او آموزش داد و اهمیت گزارش فوری آن را به اولین مرکز یادآوری کرد.

عملکرد خوب**۶۶. مواردی که در برنامه جذام به عنوان عملکرد خوب در نظر گرفته می‌شوند، چیست؟****عملکرد خوب یعنی:**

- دوست بودن، اطمینان دادن و تشویق کردن؛
- مطلع بودن از بیماری و دادن اطلاعات صحیح به بیمار؛
- پاسخ گوبودن، از بین بردن ابهامات؛
- رازداری؛
- حفظ آمار و ثبت به روز؛
- دادن حق انتخاب به بیمار که کی و کجا برای معاینه مجدد مراجعه کند؛
- استفاده از A-MDT هر جا که لازم است؛
- ارائه خدمات MDT به صورت رایگان؛
- اجتناب از بررسی‌ها و تجسس‌های بی مورد.

نقش WHO**۶۷. نقش WHO در تضمین برنامه حذف جذام چیست؟**

سازمان جهانی بهداشت در تمام سطوح تلاش می‌کند تا حذف جذام را به یک واقعیت تبدیل کند. نقش او شامل موارد ذیل است:

فن‌آوری:

ساده و استانداردسازی تکنولوژی‌های موجود، و همچنین فراهم آوردن حمایت تکنیکی در سطح کشوری.

پشتیبانی:

پیش‌بینی سالانه میزان مورد نیاز MDT، فراهم نمودن و توزیع MDT رایگان در تمام موارد نیاز، از جمله در مناطقی که دسترسی به MDT دشوار است.

عملیاتی:

برنامه‌ریزی، راهنمایی، پایش و نظارت بر راهکار متمرکز.

اجتماعی:

تغییر نگرش منفی نسبت به جذام.

سیاسی:

به تحرک واداشتن تعهدات سیاسی در تمام سطوح و منابع مورد لزوم.

مشارکت:

تشویق مشارکت افراد درگیر در سطح کشوری و بین‌المللی.

۶۸. آیا هر کشوری می‌تواند MDT را از WHO به صورت رایگان درخواست نماید؟

آری، سازمان جهانی بهداشت ارائه رایگان MDT را از طریق شرکت دارویی نوواریس، برای تمام کشورها از طریق وزارت بهداشت و همچنین سازمان‌های معتبر غیردولتی (NGOs) از طریق مسئولان بهداشتی کشور برعهده دارد. درعین حال چند سازمان غیردولتی بین‌المللی در حال حاضر، MDT را از سایر منابع نیز خریداری می‌کنند که ائتلاف منابع محسوب می‌گردد.

در موارد استثنایی، مثل مناطقی که در آن‌ها جنگ رخ داده یا مناطقی که دسترسی برنامه ملی به آن‌ها دشوار است و یا اصلاً وجود ندارد، سازمان جهانی بهداشت به طور مستقیم MDT رایگان را در اختیار سازمان‌های

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

غیردولتی (NGOs) قرار می‌دهند تا به بیماران تحویل نمایند. در مناطقی که بین کشورهای همسایه مرز مشترک وجود دارد توزیع دارو از طریق NGOs ضرورت دارد.

۶۹. نقش WHO در پیشگیری و مراقبت از ناتوانی‌های ناشی از جذام چیست؟

WHO با تأکید بر تشخیص زودرس و درمان، سعی در جلوگیری از بروز ناتوانی‌ها دارد. همچنین WHO بر این باور است که در سطح جوامع باید به مشکلاتی که افراد معلول دارند، بدون در نظر گرفتن علت اولیه معلولیت توجه داشت؛ بنابراین، فراهم ساختن دستیابی تمام برنامه‌های موجود به سازمان‌های رفاهی اجتماعی معلولان، از جمله توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) که بایستی در دسترس تمام جذامیان دچار معلولیت قرار گیرد.

واژه‌های مصطلح در برنامه‌های جذام

بیمار جذامی

به کسی اطلاق می‌شود که ضایعه یا ضایعات پوستی با کاهش مشخص حس داشته باشد و هنوز یک دوره کامل درمان با MDT را تمام نکرده است. افراد بهبود یافته که معلولیت به جا مانده از جذام دارند، بیمار جذامی تلقی نمی‌شوند.

مورد جدید

شخصی است که به عنوان مورد جذامی شناسایی شده و تا به حال داروی MDT دریافت نکرده است.

مورد غلط تشخیص داده شده

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

یادداشت:

۵۶

یادداشت

تلاش نهایی برای حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشتی

شخصی که به غلط برای او تشخیص جذام داده باشند.

مورد مجدد

کسی که معمولاً با علائم به جامانده از جذام، دوره ناقص MDT را گذرانده است؛ اما در حال حاضر دوباره به عنوان یک مورد جدید تشخیص داده شده و مجدداً درمان MDT برای او شروع شده است.

مورد غیبت

کسی که به عنوان مورد جذام شناسایی و درمان MDT او شروع شده است، اما:

- کسی که دوره درمان را تکمیل نکرده است، و
- کسی که در ۱۲ ماه متوالی دوره MDT را دریافت ننموده است.

۵۵

یادداشت