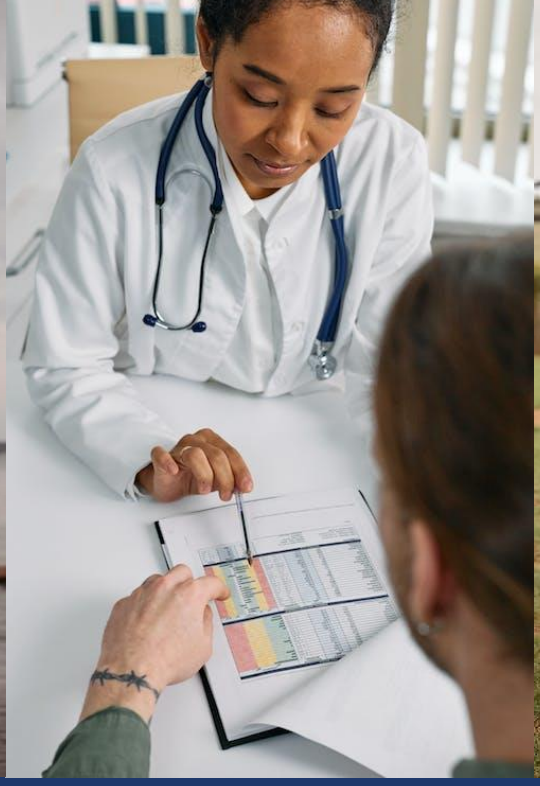


دعوة للعمل

حماية الأشخاص المعرضين للخطر من الأنفلونزا

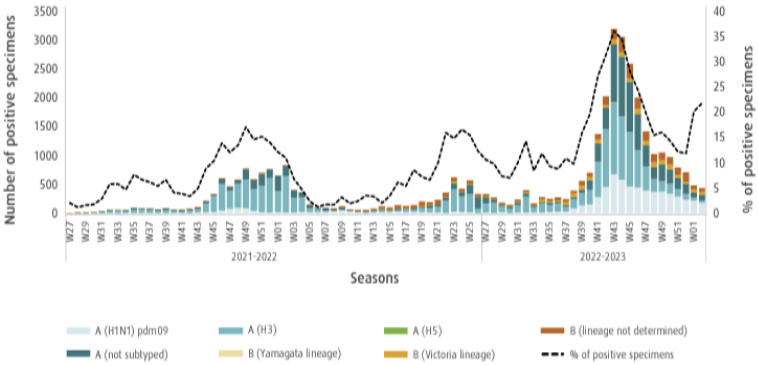
irimi

Middle East, Eurasia and Africa
ME'NA-ISN
Influenza Stakeholders Network

نظرة عامة :

يعد مرض الإنفلونزا مصدر قلق صحي خطير في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

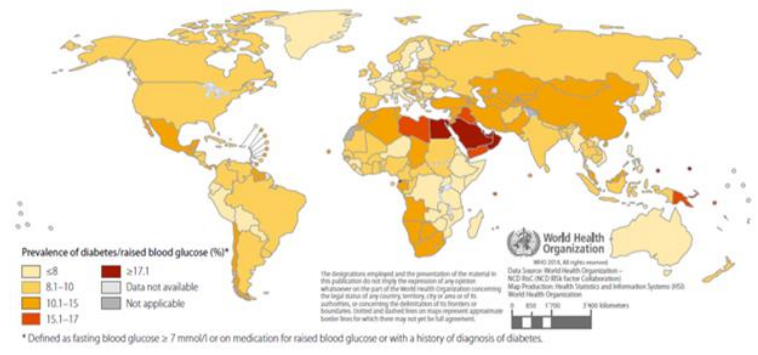
شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا قفزة كبيرة في حدوث الإنفلونزا في موسم 21/22 بعد جائحة COVID-19 (الشكل 1[1]. ويعتبر هذا مصدر قلق كبير نظرًا لأن السكان في هذه المنطقة لديهم نسبة عالية جدًا من الأفراد المعرضين لمخاطر عالية ، ومعدلات التطعيم ضد الإنفلونزا منخفضة.



الشكل 1: عدد العينات الإيجابية حسب النوع الفرعي / النسب (الذرية) والنسبة المئوية للعينات التي تم اختبارها إيجابية لفيروسات الأنفلونزا بدءًا من الأسبوع 27 ، 2021 إلى الأسبوع 2 ، 2023.

يوجد في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا عدد كبير من السكان معرضون للإصابة بالإنفلونزا

في حين أن نسبة كبار السن في الشرق الأوسط أقل بشكل عام مما هي عليه في العديد من المناطق الأخرى في العالم تقريبا حوالي 5.5٪ في عام 2020 (المتوسط العالمي 9.1٪) ، فإن المنطقة لديها معدل مرتفع للغاية من العديد من الأمراض المزمنة. على سبيل المثال ، يوجد في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا أعلى معدل انتشار لمرض السكري في العالم ، حيث يعيش 73 مليون بالغ مصاب بمرض السكري في عام 2021 ، وهو رقم يقدر أن يرتفع إلى 95 مليون بحلول عام 2030[2]. كما أن انتشار السمنة لدى البالغين مرتفع بشكل خاص بين النساء.



شكل 2: عبء مرض السكري. الانتشار العالمي: الانتشار العالمي المعياري لمرض السكري للرجال البالغين في عام 2014

يجب على بلدان منطقة الشرق الأوسط أن تعمل الآن على زيادة معدلات التحصين ضد الإنفلونزا لحماية الأشخاص المعرضين للخطر

أجتمعت مجموعة متعددة التخصصات من الخبراء المتخصصين من منطقة الشرق الأوسط في فبراير 2023 في دبي من أجل فهم أفضل لمعدلات التحصين ضد الإنفلونزا والذي كان دون المستوى الأمثل والتعامل معها في جميع أنحاء المنطقة. في ورشة عمل تشاركية استضافتها ME'NA-ISN و irimi ، تم تحديد العوائق الرئيسية المشتركة التي تحول دون اخذ اللقاح مما أدى إلى توصيات لاستراتيجيات قد تساعد البلدان على العمل لزيادة معدلات التحصين بشكل فعال وحماية السكان المعرضين للخطر من فيروس الأنفلونزا.

irimi

Middle East, Eurasia and Africa ME'NA-ISN Influenza Stakeholders Network

هل تعلم ؟

قد يكون خطر الإصابة بنوبة قلبية أعلى 6 مرات بعد الإصابة بالأنفلونزا[3]

حتى بعد التعافي على ما يبدو من الإنفلونزا ، قد يزيد خطر إصابة كبار السن بنوبة قلبية أو سكتة دماغية بمقدار 6 أضعاف و 8 أضعاف ، على التوالي[4]. هذا بسبب الالتهاب الجهاز المستمر وزيادة خطر الإصابة بجلطات الدم المرتبطة بعدوى الأنفلونزا. علاوة على ذلك ، قد يعاني كبار السن من تدهور وظيفي دائم بعد الإصابة بالأنفلونزا.[5] و[6]

الأشخاص المصابون بمرض السكري هم أيضًا أكثر عرضة للإصابة بالإنفلونزا. واحتمال أصابتهم بالأنفلونزا عالية ويزيد احتمال دخولهم المستشفى 3 مرات ، و 6 مرات أكثر عرضة للوفاة بسبب الإنفلونزا.[7] و[8]

كبار السن والأشخاص الذين يعانون من حالات صحية مزمنة معرضون بشدة للإنفلونزا.

يتعرض الأشخاص المصابون بحالات صحية مزمنة مثل أمراض القلب والسكري وأمراض الرئة لخطر متزايد من المضاعفات المرتبطة بالإنفلونزا وتفاقم المرض الأساسي والتدهور الوظيفي ، حتى إذا كانت حالتهم خاضعة للسيطرة الجيدة.

التطعيم يحمي الأشخاص المعرضين للخطر

يقلل التطعيم ضد الإنفلونزا من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة 34٪[9]. في كبار السن ، يكون التأثير الوقائي للتطعيم ضد الإنفلونزا أكثر وضوحًا. ففي إحدى الدراسات ، ارتبط التطعيم بانخفاض خطر الإصابة بالسكتة الدماغية بنسبة 30٪ ، وفشل القلب بنسبة 22٪ ، والاستشفاء بنسبة 80٪ ، وبشكل ملحوظ ، من الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب بنسبة 20٪[10]. شوهدت مستويات حماية مكافئة في دراسة أجريت على مرضى السكري. أدت هذه البيانات إلى دعوات للتطعيم ضد الإنفلونزا كإجراء تدخلات للوقاية من أحداث الشريان التاجي الحادة. [11]

"... تقديرات فعالية لقاح الأنفلونزا في الوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية تتراوح من 15 إلى 45٪ ، مما يعني أن التطعيم ضد الإنفلونزا يعادل أو أكثر فعالية من الإقلاع عن التدخين ، والستاتين ، وعلاج ضغط الدم."[12]

البيانات حول معدلات التحصين ضد الإنفلونزا مفقودة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

يعد تتبع معدلات التحصين ضد الإنفلونزا أمرًا بالغ الأهمية لسلطات الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (MENA). الإنفلونزا مرض تنفسي شديد العدوى يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات خطيرة ، ودخول المستشفى ، وحتى الموت ، خاصة بين الفئات السكانية الضعيفة مثل كبار السن والأطفال والأشخاص الذين يعانون من ظروف صحية. ويعتبر التحصين من أكثر الإجراءات فعالية للوقاية من الإنفلونزا وتقليل انتقالها.

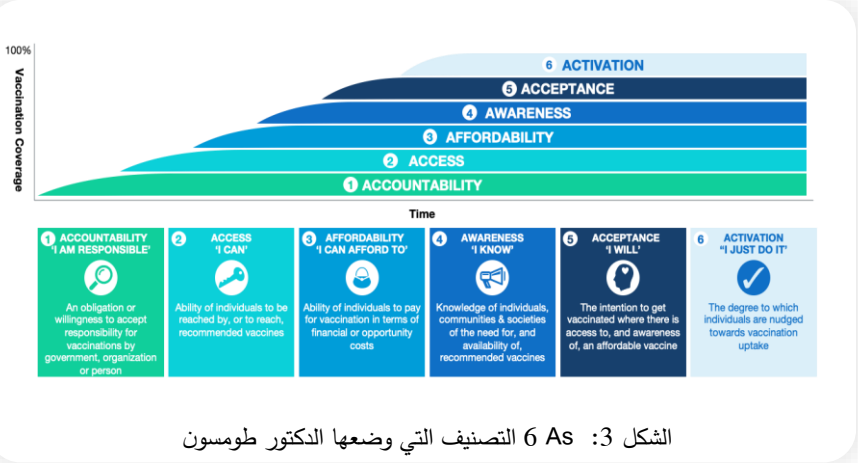
لسوء الحظ ، يشكل نقص البيانات حول معدلات التحصين ضد الإنفلونزا في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تحديًا كبيرًا لواضعي سياسات الصحة العامة والممارسين. بدون بيانات موثوقة ، من الصعب تقييم عبء الأنفلونزا ، وتخطيط استراتيجيات الوقاية والسيطرة الفعالة ، وتخصيص الموارد ، ومراقبة تأثير برامج التطعيم. لمعالجة هذه الفجوة ، هناك حاجة لتحسين جمع وتحليل ونشر بيانات تغطية لقاح الأنفلونزا في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

البيانات المتاحة حول معدلات التغطية بلقاح الإنفلونزا في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا محدودة ، لكن بعض الدراسات أفادت عن تقديرات لبلدان أو مجموعات فرعية معينة. على سبيل المثال ، وجدت دراسة

أجريت في المملكة العربية السعودية أن معدل تغطية لقاح الأنفلونزا بين العاملين في مجال الرعاية الصحية كان 12.5٪ فقط في عام 2016 ، على الرغم من الوعي والمعرفة العالية بفوائد اللقاح.[13] أفادت دراسة أخرى أجريت في مصر عن انخفاض معدل التغطية بلقاح الأنفلونزا بنسبة 2.6٪ بين المرضى المسنين المصابين بأمراض مزمنة في عام 2017[14]. بشكل عام ، تسلط هذه البيانات الضوء على الحاجة الملحة لتحسين معدلات التحصين ضد الإنفلونزا والمراقبة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لحماية السكان المعرضين للخطر وتقليل عبء الأنفلونزا على أنظمة الرعاية الصحية.

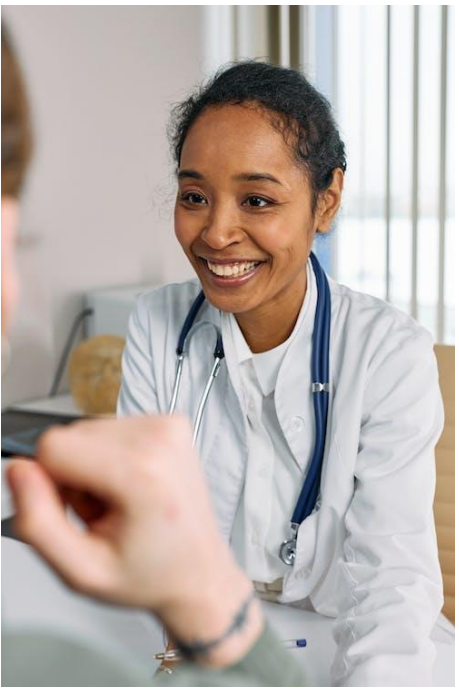
العوائق الرئيسية لاخذ التطعيم ضد الإنفلونزا في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

قامت مجموعة متعددة التخصصات من الخبراء المتخصصين بتحليل أسباب معدلات التحصين ضد الإنفلونزا دون المستوى الأمثل في جميع أنحاء منطقة الشرق الأوسط باستخدام منهجية تستند إلى تصنيف As 6 لمحددات اخذ اللقاح [15](الشكل3).



الشكل 3: As 6 التصنيف التي وضعها الدكتور طومسون

قامت المجموعة معًا بعمل خريطة أولية للعوائق الرئيسية التي تحول دون اخذ القاح الإنفلونزا والتي قد تكون شائعة عبر دول المنطقة.



كانت العوائق الأساسية الثلاثة:

1. عدم كفاية المساءلة عن أداء برنامج التحصين

تعد مسؤولية السلطات الصحية الوطنية عن أداء برنامج التطعيم ضد الإنفلونزا من .المحددات الرئيسية لمعدلات التحصين المرتفعة[16] في حين أن معظم البلدان في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لديها سياسة تحصين وطنية ضد الأنفلونزا ، فإن العديد منها يفتقر إلى السياسات الرئيسية والمكونات البرامجية التي تضمن المساءلة القوية عن أداء البرنامج بما في ذلك :

البيانات المنشورة لمراقبة الأمراض

- معدلات تغطية التطعيم المستهدفة (VCR) لجميع الفئات ذات الأولوية
- البيانات المنشورة عن معدلات تغطية التطعيم المستهدفة
- السداد الكامل

يؤدي الفشل في تحديد الأهداف ومراقبة معدلات تغطية التطعيم المستهدفة إلى صعوبة تتبع أداء البرنامج وتحسينه.

2. قلة الوعي والقبول والتفعيل بين العاملين في مجال الرعاية الصحية

تماشيًا مع مجموعة كبيرة من البيانات ، كانت توصية الأطباء حافزًا محتملا للتلقيح ضد الإنفلونزا في معظم البلدان في المنطقة حيث كانت البيانات متاحة. ومع ذلك ، فقد حددت كل دولة ممثلة في ورشة العمل هذه العوائق المتعلقة بالعاملين الصحيين بما في ذلك التردد وانخفاض شدة المرض المتصورة ومخاوف اللقاح (السلامة والفعالية) ونقص التدريب والفشل في التوصية باستمرار التطعيم ضد الإنفلونزا.

3. قلة الوعي المجتمعي بأهمية التطعيم ضد الإنفلونزا

تم تحديد تحديات في المجتمع في العديد من البلدان ؛ التردد ، وانخفاض شدة المرض المتصورة ، ومخاوف اللقاح (السلامة والفعالية) ، وعدم وجود توصية من العاملين الصحيين. وظهور المعلومات المضللة أيضًا كانت كحاجز في بعض البلدان.

التوصيات

بالاعتماد على مصفوفة VCR 6As ، والتي تمكن من تثليث الحواجز التي تحول دون استيعاب اللقاح مع السياسات والتدخلات المثبتة ، قدم فريق الخبراء سلسلة من التوصيات لبرامج التحصين الوطنية في المنطقة حول الاستراتيجيات الرئيسية التي قد تزيد من معدلات التحصين ضد الإنفلونزا.

1. **تطعيم العاملين الصحيين .**

قد يكون مقدمي الرعاية الصحية المزيد من التعرض المحتمل لفيروس الأنفلونزا ، وتكرار الاتصال أكثر مع المرضى المعرضين للإنفلونزا. فيجب على البلدان أن تسعى جاهدة للوصول إلى معدلات تحصين عالية بين مقدمي الرعاية الصحية.

2. **تمكين العاملين في مجال الرعاية الصحية من التوصية بالتطعيم ضد الإنفلونزا.** إن مقدمي الرعاية الصحية هم الركيزة الأساسية لمضاعفة الثقة في التطعيم ، ومحرك رئيسي لاخذ اللقاح. إنهم بحاجة إلى معرفة ذلك وأن يكونوا مجهزين لمساعدة الناس على اتخاذ قرارات صحية مثل التطعيم ضد الإنفلونزا.

أ. عمل حملات وطنية أو إقليمية لتغيير السلوك الاجتماعي ولبناء وعي مقدمي الخدمة بالتطعيم ضد الإنفلونزا وتنشيطه للتوصية بالتطعيم. ويجب أن يسلط الضوء على كيفية أن فيروس الإنفلونزا يجعل الأشخاص الاكثر عرضة معرضين للخطر بشكل كبير لمضاعفات وتفاقمات خطيرة ، وكيف يحمي التطعيم من هذه المخاطر.

ب. تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على مرض الإنفلونزا والتطعيم ، والأهم من ذلك على كيفية التوصية بالتطعيم بشكل فعال والتحدث مع المرضى حول مخاوفهم.

3. **ينبغي للبلدان أن تضع إستراتيجية وطنية لاخذ لقاح الأنفلونزا.** يجب أن يستند هذا إلى فهم محلي للعوائق التي تحول دون اخذ اللقاح وتيسير أخذ اللقاح. من الناحية المثالية ، يجب تطوير هذه الإستراتيجية وامتلاكها من قبل فريق عمل متعدد أصحاب المصلحة والتصديق عليها من قبل المجموعات الاستشارية الفنية الوطنية للتحصين (NITAG).

4. **يجب على السلطات الصحية تحديد معدلات تغطية التطعيم ضد الإنفلونز(VCR)**

يمكن أن يضمن الرصد المنتظم لمعدلات التطعيم والإبلاغ عنها لكل مجموعة مستهدفة المساءلة من جميع أصحاب العلاقة عن أداء البرنامج. يبدأ هذا بجمع البلدان ونشر البيانات حول معدلات التحصين.

بشكل ملموس ، نوصي بأن تقوم كل دولة في المنطقة بجمع وتدقيق البيانات حول معدلات التحصين ضد الإنفلونزا لدى كبار السن والعاملين الصحيين.

النبض السلوكي لتمكين الفهم في الوقت الحقيقي للمواقف والثقة في اللقاحات .وتوضيح المعلومات المضللة

ويجب أن يكون التواصل استباقي ، ويحتوي على رسائل بارزة تستند إلى فهم الهوية ، أو النظرة العالمية ، أو القيم الثقافية والاجتماعية التي قد تؤثر على قرارات المجتمع بشأن التطعيم ، ويتم توفيرها بلغات مألوفة ، ويجب أن تأتي من مصادر جديرة بالثقة .ويجب أن يتم نشرها بشكل نشط للأشخاص في مجتمعاتهم ، عبر الإنترنت أو دون اتصال بالإنترنت .في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ، يستخدم حوالي 80٪ من البالغين)ونسبة متزايدة من كبار السن (وسائل التواصل الاجتماعي بانتظام ، مع حوالي 90٪ يستخدمون Facebook.

بشكل ملموس ، نوصي بأن تقوم كل دولة في المنطقة بتطوير حملة تواصل تغيير السلوك الأجتماعي رقمية لموسم الأنفلونزا 2023/24 والتي تستهدف .كبار السن والعاملين الصحيين

6. كن مستعدًا لتحديد المعلومات الخاطئة ومعالجتها

يمكن أن يوفر الاستماع الاجتماعي رؤى قيمة لإعلام المجتمع بشأن مخاطر الصحة العامة وإجراءات مشاركة المجتمع. وقد تحتوي برامج التطعيم على آليات تغذية راجعة مختلفة ، ولكنها ليست دائمًا منهجية ومنسقة جيدًا. وعدد قليل جدًا من وكالات الصحة العامة يتتبع بشكل روتيني المعلومات الخاطئة عن اللقاحات. لذا يجب أن يكون برنامج الاستماع الاجتماعي الفعال عادلاً ، مع سهولة الوصول إلى محادثات اللقاح عبر الإنترنت وغير المتصلة بالإنترنت ، وان يكون البرنامج مقترنًا بإحكام التواصل بشأن المخاطر وأنشطة المشاركة المجتمعية.

7. اجعل التطعيم أسهل ما يمكن

يجب توفير التطعيم في مواقع ملائمة يسهل الوصول إليها مع توفير خدمة عادلة وبشغف. افهم رحلة التطعيم للمجتمعات وأزل نقاط النصادم بشكل متكرر.

5. توظيف تغيير السلوك الاجتماعي لتغيير مهارات التواصل

فـي تقرير حديث ، سلطت منظمة الصحة العالمية الضوء على ما يلي:

"السلوكيات المتعلقة بالصحة على المستوى الفردي والمجتمعي والوطني [والعاملين الصحيين] ضرورية لتحقيق النتائج الصحية المرغوبة."[17]

بشكل ملموس ، هذا يعني أن جميع مهارات التواصل الصحية يجب أن تكون على دراية بالرؤى السلوكية والاجتماعية واختبار فعاليتها في المواقف والنوايا .يجب على البلدان تطوير حملات التواصل لتغيير السلوك الاجتماعي لكل من العاملين في الرعاية الصحية والجمهور والتي تزيد بشكل فعال من المعرفة بمرض الإنفلونزا والتطعيم ، وبناء الثقة في اللقاحات ، وتسهيل الوصول السهل إلى التطعيم.[18]

تواصل تغيير السلوك الاجتماعي" الفعالة تدور حول التفاعل مع الأشخاص أينما كانوا ، وحول ما يهمهم ، من خلال أصوات جديرة بالثقة."

الدكتور انجوس طومسون –

جب أن يكون تواصل تغيير السلوك الاجتماعي مستنير من خلال الاستماع وفهم مواقف الناس تجاه اللقاحات في الوقت الفعلي.

ويجب أن تدمج البرامج آليات مثل الاستماع الاجتماعي ومسوحات

MEMBERS OF WORKING GROUP

- Dr Angus Thomson, Principal, Irimi
- Dr. Asim Al Minji, Epidemiologist at Health Services Muscat, Ministry of Health, Oman
- Dr. Badreyya Ahmed Al-Shehhi, Head of Immunization Department at ADPHC, Emirates Arabs United
- Farah Massoud, ME'NA-ISN Board Member, MENA Program Manager at University of California San Francisco, United Arab Emirates (UAE)
- Dr.Fatima Al Slail, ME'NA-ISN Board Member, Director of the National Diabetes Program, Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia
- Dr. Hamed Alzoubi, Consultant Microbiologist, Yarmouk University College of Medicine, member of National epidemic committee at Ministry Of Health, Jordan.
- Dr Jesha Mohammedali Mundodan, Public Health Specialist, Vaccination Section, HP-CDC, Ministry of Public Health, Qatar.
- Dr Madonna Matar, President of the Lebanese Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Lebanon
- Pr. Mohamed Bouskraoui, Dean of Marrakech Medicine University, Morocco
- Pr. Mohamed Tahar Sfar, Professor in pediatrics, NITAG vice-chair, Tunisia
- Dr. Mohammad Adbelfattah, Undersecretary for Preventive Affairs, Ministry of Health, Egypt
- Dr. Musallam Yunus Hassan Abuhasan, NIP director, Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia
- Nathan Mougin, Policy and Advocacy Director, Irimi
- Dr. Parvaiz Koul, Director SKIMS, Vice-Chair ME'NA-ISN, Srinagar, India
- Dr. Salah Al-Awaidy, ME'NA-ISN Chairperson, Oman
- Dr. Thamra Al Ghafri, Senior Consultant Public Health, Ministry of Health, Oman

irimi

Middle East, Eurasia and Africa ME'NA-ISN Influenza Stakeholders Network

[1] WHO epidemiologic report, December 2022-January 2023

[2] https://www.idf.org/our-network/regions-members/middle-east-and-north-africa/diabetes-in-mena.html

[3] Kwong JC, Schwartz KL, Campitelli MA, et al. Acute Myocardial Infarction after Laboratory-Confirmed Influenza Infection. N Engl J Med. 2018 Jan 25;378(4):345-353

[4] Warren-Gash C, Blackburn R, Whitaker H, et al. Laboratory-confirmed respiratory infections as triggers for acute myocardial infarction and stroke: a self-controlled case series analysis of national linked datasets from Scotland. Eur Respir J. 2018 29;51(3):1701794.

[5] Gozalo PL, Pop-Vicas A, Feng Z, et al. Effect of influenza on functional decline. J Am Geriatr Soc. 2012;60(7):1260-1267

[6] Andrew MK, Macdonald S, Ye L, et al. Impact of Frailty on Influenza Vaccine Effectiveness and Clinical Outcomes: Experience from the Canadian Immunization Research Network (CIRN) Serious Outcomes Surveillance (SOS) Network 2011/12 Season. Open Forum Infect Dis. 2016 Oct 24; 3(suppl_1):710

[7] Vamos EP, Pape UJ, Curcin V, et al. Effectiveness of the influenza vaccine in preventing admission to hospital and death in people with type 2 diabetes. CMAJ 2016;188(14):E342-E351.

[8] Meier, C., Napalkov, P., Wegmüller, Y. et al. EJCMID (2000) 19: 834.

[9] Behrouzi B, Bhatt DL, Cannon CP, et al. Association of Influenza Vaccination With Cardiovascular Risk: A Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022 5(4):e228873.

[10] Wang CS, Wang ST, Lai CT, et al. Impact of influenza vaccination on major cause-specific mortality. Vaccine. 2007 Jan 26;25(7):1196-203.

[11] Vamos EP, Pape UJ, Curcin V, et al. Effectiveness of the influenza vaccine in preventing admission to hospital and death in people with type 2 diabetes. CMAJ 2016;188(14):E342-E351. doi:10.1503/cmaj.151059

[12] MacIntyre CR, Mahimbo A, Moa AM, Barnes M. Influenza vaccine as a coronary intervention for prevention of myocardial infarction. Heart. 2016;102(24):1953-1956.

[13] Alshammari, T. M., Alharbi, T. J., Alsubaie, S. F., Alzamil, F. A., Alenazi, T. H., & BinDhim, N. F. (2018). Influenza vaccine uptake, knowledge, and attitudes among health care workers in a multi-facility health care system in Saudi Arabia. Saudi medical journal, 39(1), 67-75.

[14] El-Zanaty, T., Al-Jiffri, O. H., Attia, A., & Abdelfattah, A. (2020). Low influenza vaccine coverage among elderly patients with chronic diseases in Egypt: a cross-sectional study. BMC public health, 20(1), 1-7.

[15] Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. (2016) The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. Vaccine. 34;1018-1024.

[16] Kassianos G, Banerjee A, Thomson A, et al. Key policy and programmatic factors to improve influenza vaccination rates based on the experience from four high-performing countries. Drugs in Context 2021; 10: 2020-9.

[17] WHO. Behavioural sciences for better health. Report by the Director General. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_25-en.pdf]

[18] https://www.unicef.org/documents/insights-impact-building-confidence-routine-childhood-vaccines-indonesia