

## PRESS CLIPPING SHEET

<b>PUBLICATION:</b>	Nisf Al Donia
<b>DATE:</b>	24-July-2015
<b>COUNTRY:</b>	Egypt
<b>CIRCULATION:</b>	40,000
<b>TITLE :</b>	Head of the UNAIDS Program in Egypt to Nisf Al Donia: 70% of Confirmed Cases Are Discovered by Coincidence as Part of Pre-Surgical Lab Testing
<b>PAGE:</b>	70:72
<b>ARTICLE TYPE:</b>	General Health News
<b>REPORTER:</b>	Staff Report

## PRESS CLIPPING SHEET



ملف العدد  
الإيدز في مصر



### 70% من الحالات المؤكدة يتم اكتشافها بالمصادفة في تحاليل العمليات الطبية

مدير برنامج  
الأمم المتحدة  
لمكافحة الإيدز  
في مصر  
لنصف الدنيا:

الإيدز.. ظل سنوات يثير ذكره الرعب في النفوس، أصبح الآن مرضاً يمكن التعايش معه وأن الألوان أن ندرك حقائقه وأن نفهم أن الذي يفتك بالإنسان ليس المرض، وإنما الجهل، وأن معاناة الألم الجسدي لا تقارن بذلك الأذى النفسي الذي يلحقه الإنسان بغيره عندما يلفظه ويقسو عليه في أحكامه. حوارنا مع د. أحمد خميس مدير برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز في مصر كان محملاً بأسئلة كثيرة عن كل ما يتعلق بالإيدز في مصر من حقائق مؤلمة، وخرافات مذهلة، وتحديات أن الألوان أن يتكاتف الكل من أجل التغلب عليها.

تصوير: علاء عبدالباري

بالتأكيد ظلت الأرقام تتفاوت من جهة لأخرى لسنوات. كنا نسمع عن أرقام من وزارة الصحة وأخرى من الأمم المتحدة. وهكذا. الوضع يختلف منذ حوالي أربع سنوات والآن الأرقام موحدة في كل الجهات.  
- هل الحالات أربعة آلاف أم سبعة أم 11 ألفاً؟ كلها أرقام سمعناها!

الجديدة. نحن نعمل بدأ بيد مع البرنامج القومي لمكافحة الإيدز التابع لوزارة الصحة والذي بدأ عام 1987. أي بعد اكتشاف أول حالة في مصر بعام واحد.  
- العمل ينصب على عدة مجالات من رفع الوعي وتيسير العلاج ورعاية المتعايشين مع المرض. بدايةً، ما الأرقام الحقيقية؟

- متى بدأ تعاون الأمم المتحدة مع الحكومة المصرية على الأرض لمكافحة الإيدز؟  
برنامج الUNAIDS هو تعاون مع عدد من الأطراف. 11 من منظمات الأمم المتحدة تعمل في مجال الإيدز بعضها له وجود هنا في مصر. الأمم المتحدة تعمل بكثافة في المجال هذا منذ التسعينيات. وعملها في مصر بدأ مع الألفية



## PRESS CLIPPING SHEET

ويقوم عليه كوادر مؤهلة ومدرسة للرد على التساؤلات والتعامل مع المتصل بشكل جيد، هناك جمعيات أهلية كثيرة تعمل على زيادة الوعي ولديها مراكز فحص ومشورة. كذلك في مستشفى الحميات، هناك الكثيرون يجرون الاختبارات في معامل خاصة. ولكن ميزة الجهات التي ذكرتها أنها تقدم المشورة والشرح ليس فقط بعد التحليل وإنما قبله أيضا.

- ولكن كيف نتحقق السرية إذا كان مكان الكشف معروفا وواضحا للعيان؟

هناك مستشفيات عديدة أصبحت تضع مكان الكشف في الأدوار التي تحوي مراكز كشف لأمراض أخرى كالهيباتانوس أو الأمراض المعدية.

- بالنسبة لتعامل الأطباء، نحن لا نعيم ولكن سمعنا قصصا مأساوية عن تعامل سيئ لكوادر طبية من المفترض أنها درست وتعلمت أنه لا ينبغي الشعور بالفزع بهذه الصورة من حامل الفيروس. كيف تفسر ذلك؟

هذا صحيح للأسف وهناك كوادر في الطب والنمريض أكثر من متارة ولكن هناك العديدون الذين لا يزال يملكهم الخوف بشكل غير مبرر عندما يصادف طريقهم حامل للفيروس. ربما لعوامل مجتمعية موروثة خاصة بالوصمة، أو لأن الحالات هذه ليست كثيرة. هناك أيضا أزمة في الثقة فيما يتعلق بالرعاية الصحية للطبيب إذا ما تعرض لدم. مسألة توفر وجدوى عقاقير البروفولاكسيس التي تعطى بعد التعرض للمريض ودمه هذه يشوبها أزمة ثقة من قبل الطبيب. ومن هنا يأتي الخوف.

- هل البروفولاكسيس الذي بقي من الإصابة بعد التعرض post exposure متوفر مجانا؟ وهل نوعه الآخر الذي بقي من الإصابة قبيل التعرض pre exposure متوفر في مصر؟

العقار الذي يؤخذ بعد الإصابة متوفر في مصر وللكادر الطبي مجانا وطبقا لبروتوكول طبي في القصر العيني مفعل تماما وذلك بعد سنوات عديدة. ولكن النوع الثاني غير موجود في مصر.

- هل يتم الاهتمام برفع مستوى وتدريب القطاع الطبي كله أم فقط بالعاملين مباشرة في مجال الإيدز؟

هذا الموضوع بالفعل له شقان. نحن منذ عام تقريبا نعمل بكثافة على تدريب ورفع كفاءة العاملين في الإيدز طبقا لأطر إرشادية.

هل هذه الأطر الإرشادية تضعنا على نفس مستوى الأداء الذي عليه باقي العالم؟

منذ سنوات كان الـ guidelines قديمة وغير محدثة ولكن منذ 2014، أصبحت متساوية مع باقي الدول المتقدمة.

وماذا عن التحديث الذي تم إجراؤه لاحقا على هذه القواعد والذي يدعو إلى بداية العلاج من لحظة اكتشاف الفيروس في الجسم بصرف النظر عن مستوى خلايا CD4؟

لا. رغم أنه يشار إلى أسلوب العلاج الفوري الآن. Test & Treat إلا أنه في مصر لا نبدأ العلاج من تلك اللحظة ونلتزم بأن يكون معدل خلايا سى دي 4 في التحليل 500. بالطبع كلما بدأنا العلاج مبكرا كان أفضل.

فرق. كذلك تأتينا حالات من شتى المحافظات وليس صحيحا أن المحافظات السياحية أكثر عرضة. هذا ما ورنناه للأسف من أفلام نشرت أفكارا مغلوطة مثل الحب في طابا.

بل على العكس. في الأغلب يدرك الأجنبي القادم إلى البلاد كيف يقي نفسه ويحاطط بالوسائل الصحيحة للوقاية. لم يعد هناك ما يسمى بالمجتمعات المغلقة. العالم تغير وحتى في بيئة المحافظة نلاحظ أن 80 % من حالات السيدات المصابات انتقل اليهن الفيروس من أزواجهن. الدائرة في النهاية مغلقة وصغيرة في كل المجتمعات. مع الفهم يدرك الناس الخطر ويقبلون على الكشف والعلاج ومواجهة المشاكل.

- إذا كنا نطالب الناس بالتحليل. ما الذي تقدمه لكي نيسر الأمر ونضمن السرية؟

للأسف الكثيرون لا يزالون يعتقدون أن الإصابة هي حكم فوري بالإعدام ويقولون لماذا نكشف. فلنمت بدون أن نعرف.

والمشكلة أنهم لم يسمعو عن أو يروا متعاشين مع الفيروس يتناولون علاجهم ويعيشون بشكل طبيعي ودون أي أعراض.

هناك خط ساخن أصدرته وزارة الصحة (08007008000). ليس به إظهار رقم الطالب

### ليس صحيحا أن العدد أكبر في المحافظات السياحية

### «الرفيق الصحي» يتابع الآن استثمار المريض على العلاج



الحالات الموثقة بالفعل في وزارة الصحة فوق الأربعة آلاف. ولكن الأرقام التقديرية estimates التي يقرها الجميع هي تلك التي تتجاوز السبعة آلاف قليلا. فيما سبق كانت التقديرات غير محددة وكانت تتراوح بين أرقام بالغة التفاوت- من 3 إلى 11 ألفا- ولكن الآن التقديرات ثابتة لدى الجميع.

- السؤال هنا هو علام تبني هذه التقديرات، هل هناك فحص إجباري؟

لا يوجد فحص إجباري سوى في ظروف محددة. كالأجانب الذين سيعملون في البلاد ويرغبون في الحصول على إقامة. ولكن مسألة تعميم الفحص لا نساندها. ليس فقط لرفض فكرة الإكراه ولكن لأن طبيعة الفيروس جعله أحيانا قد لا يظهر في التحليل لمدة تقريبا 3 أشهر بعد الإصابة وهي ما يطلق عليه الفترة الشبكية

نحن مع تشجيع الناس على التحليل. على أن يتحول إلى إجراء روتيني مثل حالة الحمل. فتجربته الأم مثلا لتطمئن مثلا على الهيموجلوبين وخلافه. ولكن هناك دائما مشكلة تظهر فيما يتعلق بالإجراءات الروتينية التي تضعها وزارة الصحة. وهي التكلفة. هذه التحاليل ومتابعتها للأعداد الموهولة من النساء اللاتي يحملن في السنة الواحدة ستكون مكلفة. الوزارة دائما تقول إن هناك أولويات أخرى للتمويل لأن مصر تعاني من مشاكل أكبر عدديا فيما يخص أمراض أخرى. نعم نحن نتفق أن العدد لا يعتبر مهولا. لكن نطمح أن يصبح مكافحة الإيدز من الأولويات بشكل أكبر لأن الأعداد مؤخرا للأسف في تزايد.

- ولماذا تعتقد حدوث هذه الزيادة مؤخرا؟ صحيح أن العدد في الإقليم تضاعف من 2001 إلى 2011 حوالي 300 %. بالنسبة لمصر، الحالات المؤكدة كانت حوالي ما يزيد قليلا على الأربعمئة حالة كل عام. و ذلك حتى 2011.

2012 و 2013 زاد الرقم إلى حوالي 600 سنويا. أما 2014، فقد تم تسجيل 880 حالة إصابة جديدة.

- وكيف يتم الاستدلال على هذه الأرقام؟ هل يذهب الناس طواعية للتحليل؟

جزء يذهب للتحليل طواعية. وجزء يستجيب للحملات التي تنزل على الأرض للتوعية خاصة بين الفئات الأكثر تعرضا. أما الجزء الأكبر فهو الذي يكتشف إصابته من خلال فحوصات المستشفيات أثناء الذهاب لمشاكل صحية أخرى. حوالي 70 % من الحالات المؤكدة يتم اكتشافها بهذه الطريقة.

- هل الزيادة سببها زيادة الوعي وبالتالي زيادة الإقبال على إجراء الاختبار؟

بالتأكيد هناك عامل زيادة الوعي. وعامل تنامي العسل المكثف من قبل الجمعيات غير الأهلية وخلافه. ولكن للأسف هناك سبب آخر لا يمكن تكرانه وهو زيادة الممارسات المؤدية للإصابة واستمرار الوصمة الاجتماعية السلبية التي خد من القدرة على خجيم المشكلة.

- عودة مرة أخرى لمصر. هل هناك ملاحظات حول زيادة معدل الإصابات في البلاد طبقا إما لتقسيم جغرافي أو تباين في الشرائح المجتمعية؟

هذا خطأ شائع. فنحن نلاحظ حالات جديدة في كل القطاعات. هناك البسطاء، والأغنياء. الأميين وحملة شهادات الطب والهندسة. ليس هناك



## PRESS CLIPPING SHEET

### ■ عشر وحدات علاج تنتشر في أنحاء مصر، ولكن ثلثي الحالات تأتي للعلاج في القاهرة

■ في 2014 تم تسجيل  
880 حالة إصابة جديدة

كان الوحيد القادر على كتابة روشة العلاج هو الشخص الموجود في ديوان عام الصحة في القاهرة. أما الباقي فكان من شأنه صرف الدواء فحسب. الأمر اختلف الآن بشدة. وأصبح مع التمرين الجديد لدى الجميع قدرة متطورة.

- وهل هذه الخدمات في كل أنحاء مصر؟ هناك عشرة مراكز على مستوى الجمهورية. ومنتشرة بحيث تغطي معظم المناطق. ربما ببعض الاستثناءات مثل الوادي الجديد وسيناء. والملاحظ بشكل عام أيضا أن المتعاشين في الأغلب يفضل من تلقى العلاج خارج نطاق أماكنهم من أجل السرية. وفي الأغلب يأتون للقاهرة حوالى الثلثين. وهل القاهرة هي صاحبة نصيب الأسد؟ القاهرة، الإسكندرية، والغربية بها أعداد لا بأس بها من المتعاشين.

- طبقا للإحصائيات العالمية، 60 إلى 70 % بعد التشخيص يصابون بالاكتئاب. ما هو الحال في مصر؟

مائل بل وأعتقد ان النسبة أكبر. كان هناك دعم كبير نفسي للمتعايشين حتى عامين مضيا وذلك بمنحة من الخارج. و لكن للأسف المنحة توقفت. ونحاول الآن تفعيل ذلك بشكل منتظم من خلال

مشكلتنا في مصر ليست بدء العلاج وإنما الاستمرار عليه. فبدون متابعة ومشورة. الكثيرون يتوقفون عن العلاج بسبب ظهور عرض جانبي لا يعلم من يستشيره حياله أو بسبب الحالة النفسية المتردية. وكيف تتأكدون من أن الشخص يستمر على العلاج من عدمه؟

المتابعة أمر بالغ الأهمية. وقد بدأنا مؤخرا فكرة «الرفيق الصحي» حتى يتابع مع صاحب العلاج استمراره على تناوله. هذا لم يكن موجودا من قبل في الوحدات الصحية حتى نهاية العام الماضي. كان يتم صرف العلاج إذا جاء المريض وأما إذا لم يأت فلا يتم تتبع الأمر. بدأنا دراسات مكثفة لمعرفة أسباب انقطاع من توقفوا عن العلاج. الوزارة حاليا لديها استجابة هائلة للتطورات وهذه طفرة حدثت في

درجة تعاون الوزارة واستجابتها منذ عام ونصف. الآن هناك خرق قوى ليتحول الأمر لمصطلح «إدارة الحالات» case management فنتم متابعة المريض حتى بالهاتف لمساعدته على الاستمرار على العلاج. وأن يتم تطوير منظومة إدخال المعلومات وتحديثها حتى يتبين المعالج إذا جاء مريض الحالة العلاجية الدقيقة لهذا الأخير. هذا بدأ في عدد كبير من المراكز التابعة لوزارة الصحة. ولا يزال التطوير مستمرا.

- ماذا عن العقاقير التي يتم صرفها للمصريين؟ هل لا يزال يتم صرف عقاقير أقدم جيل والتي تحدث بعض التأثيرات الجانبية الواضحة كعادة توزيع الدهون في الجسم؟

نحن الآن نشهد تطورا في تحديث العقاقير التي توفرها الوزارة مجانا للمرضى بما يقترن كثيرا من الأمل الإرشادات العامة العالمية. ولكننا لم نصل بعد لأحدث أنواع العلاج التي يتناول فيها المريض حبة واحدة تغني عن عدد من العقاقير. وما يساعد على التحديث هو أن التمويل المخصص لتغطية مصاريف العقاقير أجنى وليس من الوزارة.

المشكلة هنا لم تكن في الدواء وإنما في القدرة على التشخيص والنصح السليم. فحتى بداية 2015

عمل الجمعيات الأهلية. ما الفئة الأكثر إصابة في مصر؟

الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن. وهذه مسألة معقدة لأن هذا الشخص ينقل لزوجته أو للعلاقات الأخرى. وقد ينتقل بعد ذلك للأجنة. هناك الكثير من الجهود التي يحملها على عاتقهم المدمنون المتعافون والذين يقومون بدور التوعية سواء في أماكن يتم فيها التعاطي وذلك بقدر المستطاع أو في أماكن العلاج وإعادة التأهيل.

- وهل يتم تفعيل برامج استبدال الحقن الملوثة بأخرى نظيفة في مصر للمتعايشين؟

لا. لا يتم ذلك. ومسألة توفير ذلك لمصادر المخدرات مسألة معقدة لأن الأمر مجرم. ما نفعه هو reduction ومن خلاله نتوجه للفئات الأكثر harm reduction ونقدم لهم برامج ببدلة للإقلاع عن السلوك الذي يعرضهم للخطر من إدمان أو إيجار في الجنس وخلاف ذلك. وإذا لم يختاروا الإقلاع نقدم لهم وسائل وطرق وقاية تقلل من احتمالات الإصابة إذا استمروا في ذلك السلوك.

من المهم التعامل مع المشاكل بواقعية حتى لا تتفاقم المسائل وحتى يتم حجب الأضرار قدر المستطاع.

- ما الجهود التي تتم بشأن تقليل معاناة الناس من الوصمة والتمييز؟ وهل من ضمن المساعدات إدخال نظم التغذية وتوفير الإسكان المناسب مثلما يحدث في بعض البلدان؟

التمييز والوصمة هما أمر للأسف واقع. الكثير من المتعاشين طردهم الأهالي وأرباب العمل. نحاول تقديم الدعم النفسي وتوفير فرص عمل بديلة أو قروض صغيرة وما إلى ذلك. لكن في مصر لم نصل بعد إلى مرحلة برامج الإسكان ونظم التغذية رغم أهميتهما.

لا نزال في مصر نركز على تحسين نظم العلاج والدعم النفسي والاجتماعي.

- هل عدد المنظمات الأهلية المعنية كاف؟

إحقا للحق. معظم العمل الميداني يقع على عاتق هؤلاء. والعدد كاف ولكن أعتقد أنه يلزمنا تغيير في التوزيع الجغرافي حتى لا ينصب معظم الجهود في القاهرة والإسكندرية.

الحكومة تعمل على مستوى تحسين منظومة العلاج وحملات التوعية وخلافه. ولكن هناك مجهودات لا يقدر على تنفيذها سوى الجمعيات الأهلية وغير الحكومية. ونحن في برنامج الأمم المتحدة نعمل بدعم مجهودات الفريفيين والتنسيق بين كل الأطراف حتى تعمل المبادرات والمجهودات في نفس الاتجاه.

هل أنت متفائل؟

لو كان هذا السؤال قد وجه لي منذ عام ونصف مثلا كنت سأجيب بالنفي. فقد كان العمل لا يسير بشكل كبير. أما الآن فالجهودات كبيرة والخطى واضحة وهناك رغبة للتطوير وتدريب المزيد من الكوادر ناشئة من الهيئات الطبية نفسها والقائمين عليها مثلما هو الحادث حاليا في القصر العيني. دور الإعلام والصحافة مهم جدا للتوعية والقضاء على الوصمة. شيء شبيه من تلك الشراكة حدث في جامعة الإسكندرية.

