



العدد السنوي المقدر لحالات الكوليرا في البلدان الموطونة

المصدر: علي م، نيلسون آر، لوبيز آل، ساك د أ. أحدث تقدير للعبء العالمي للكوليرا في البلدان الموطونة. تحت المراجعة (2015)

حالة إصابة بالكوليرا و91,000 وفاة ناجمة عنها، تقع سنويا في 51 بلدا موطونا بهذا المرض¹. وتقدم صحيفة الوقائع هذه تقديرا منقحا لعبء الكوليرا، يستند إلى بيانات أكثر حداثة (من 2008 إلى 2012)، كما تقدم طرقا جديدة أكثر لعمل التقديرات في هذا الشأن.

مصادر البيانات

أجري بحث منهجي من واقع البيانات المتاحة علناً، وذلك باستخدام مصطلحات البحث "كوليرا" و "الإسهال المائي الحاد". وتضمنت المصادر الرئيسية للبيانات، التقارير السنوية عن الكوليرا التي تنشر في السجل الوبائي الأسبوعي للمنظمة، وقاعدتي بيانات غيديون (Gideon)، وبروميد (ProMED). وتم تجميع كل الأعداد على المستوى الوطني، فيما عدا الهند، والصين، واندونيسيا، التي تتاح فيها البيانات على المستوى دون الوطني.

تحديد البلدان الموطونة بالكوليرا

العبء العالمي للكوليرا

العبء العالمي للكوليرا ليس معروفا على وجه التحديد، حيث تستند التقديرات الخاصة بعدد حالات الإصابة والوفيات الناجمة عن الكوليرا إلى التقارير المتاحة، كتلك التقارير التي ترسلها البلدان إلى منظمة الصحة العالمية (المنظمة)، والتي لا بد أن تخضع عند ذلك للتعديل من أجل سد الثغرات ومعالجة التناقضات التي قد تكون موجودة في البيانات المقدمة. ويرجع عدم وجود تقارير دقيقة إلى محدودية القدرات على ترصد المرض في البلدان المتضررة، فضلا عن العقبات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تحول دون الإبلاغ عن حالات الكوليرا. فعلى سبيل المثال، قد تتردد البلدان التي تقوم بتصدير الأغذية، وتلك التي بها صناعة للسياحة، في الإبلاغ عن حالات الإصابة بالكوليرا.

وقد أشارت التقديرات، في إحدى المطبوعات المنشورة عام 2012، والتي استخدمت فيها بيانات خاصة بالفترة من 2000 حتى 2008، إلى أن 2.8 مليون

المنظمة، وعدد الوفيات. ووفقاً لتلك الشرائح، صُنِّفت البلدان على أنها إما (أ) بها معدل وفيات أطفال منخفض جداً ومعدل وفيات بالبالغين منخفض؛ أو (ب) معدل وفيات أطفال منخفض ومعدل وفيات بالبالغين منخفض؛ أو (ج) معدل وفيات أطفال منخفض ومعدل وفيات بالبالغين مرتفع؛ أو (د) معدل وفيات أطفال مرتفع ومعدل وفيات بالبالغين مرتفع؛ أو (هـ) معدل وفيات أطفال مرتفع ومعدل وفيات بالبالغين مرتفع جداً⁵

تقدير معدلات الوقوعات لكل بلد

بما أن معدلات وقوعات الإصابة بالكوليرا ليست معروفة بالنسبة لمعظم البلدان الموطونة، فقد استخدمنا البيانات المستمدة من دراسات الترصد السلبي للكوليرا، القائمة على السكان، التي أجريت في مستهل العقد الأول للألفية الجديدة وحتى منتصفه، في ثلاثة مواقع في آسيا وأفريقيا - بيرا في موزمبيق؛ وكلكتا في الهند؛ وجاكرتا في إندونيسيا. وتم تطبيق هذه المعدلات على بلدان أخرى تقع في نفس شريحة الوفيات في الإقليم التابعة له. 6 وهكذا تم تطبيق معدل الوقوعات الخاصة ببيرا في موزمبيق، على مجموعات السكان المعرضين لخطر الإصابة في بلدان المجموعة (هـ) في أفريقيا، وتطبيق المعدل الخاص بكلكتا في الهند، على مجموعات السكان المعرضين لخطر الإصابة في بلدان المجموعة (د) في آسيا، واستخدم المعدل الخاص بجاكرتا في إندونيسيا، على مجموعات السكان المعرضين لخطر الإصابة في بلدان المجموعة (ب) في آسيا. وبالنسبة لهائتي وجمهورية الدومنيكان، فقد استخدمنا معدلات الوقوعات التي أبلغها كل بلد للمنظمة، خلال المدة من 2010 إلى 2012.

تقدير الوفيات الناجمة عن الكوليرا

كانت الخطوة الأولى عبارة عن وضع قائمة بجميع البلدان التي تتوطنها الكوليرا. ونظراً لأن كثيراً من البلدان لا تقوم بإبلاغ المنظمة عن حالات الكوليرا بها، فقد قمنا، بالنسبة لكل بلد، باستخدام نموذج الانحدار الحزبي المتباطئ، الذي يأخذ بعين الاعتبار مخاطر الكوليرا في البلدان المجاورة لذلك البلد، علاوة على البيانات المتوفرة في البلد نفسه. ويتنبأ النموذج باحتمالية مواجهة أحد البلدان لحالات كوليرا في سنة محددة. فإذا تجاوز معدل وقوع الإصابات المتوقع، في بلد معين، عتبة 0.01 لكل 100,000 نسمة، لسنة ما، اعتُبر أن بهذا البلد حالات إصابة بالكوليرا في تلك السنة. وإذا تم توقع حالات كوليرا في ثلاث سنوات على الأقل من السنوات الخمس التي شملتها الدراسة (2008 - 2012)، اعتُبر البلد موطوناً؛ ويتوافق ذلك مع تعريف المنظمة للبلد الموطون بالكوليرا². ويُعتبر هذا النموذج أن حالات الكوليرا تُمثل المتغير التابع، في حين يُمثل الحصول على مياه نظيفة وعلى صرف صحي جيد، المتغيرات المستقلة. وقد تبيّن، باستخدام هذه الطريقة، أن 69 بلداً، هي بلدان موطونة بالكوليرا.

تقدير السكان المعرضين لخطر الإصابة

تمثلت الخطوة التالية في تقدير عدد الناس المعرضين لخطر الإصابة بالكوليرا في كل بلد من البلدان الموطونة بالمرض. وتم تجميع الأرقام الخاصة بالسكان من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2012)³. وقد استندت نسبة السكان المعرضين للخطر، إلى نسبة السكان الذين لا يحصلون على مرافق صرف صحي جيدة، بحسب تقرير اليونيسف عن حالة الأطفال في العالم، 2013⁴.

تصنيف البلدان بحسب خطر الكوليرا

تم بعد ذلك، تصنيف البلدان وفقاً "لشرائح الوفيات" الخاصة بالمنظمة، والتي يتم تحديدها بحسب أقاليم

2. WHO (2010). Cholera vaccines: *WHO Position Paper. Weekly Epidemiological Record* 2010; 85(13): 117-128.
3. United Nations DoEaSA, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*. June 2013 ed. New York, NY.
4. UNICEF (2013). *State of the World's Children 2013*.
5. WHO (2003). *World Health Report 2003: List of Member States by WHO region and mortality stratum*. Geneva, Switzerland.182-184.
6. Deen JL, von Seidlein L, Sur D, Agtini M, Lucas MES, Lopez AL, et al. (2008). *The high burden of cholera in children: comparison of incidence from endemic areas in Asia and Africa*. PLoS Neglected Trop Dis; 2(2):e173.

تم حساب معدلات حالات الإماتة باستخدام المتوسط المرَّجَّح للتباين، بحسب شرائح الوفيات الخاصة بالمنظمة. 1 كانت معدلات حالات الإماتة الخاصة بهاييتي وجمهورية الدومنيكان عبارة عن متوسطات للمعدلات التي أُبلغت للمنظمة في هذا الشأن.

النتائج

باستخدام هذه الطرق، كانت تقديراتنا هي أن هناك نحو 2.86 مليون حالة إصابة بالكوليرا تؤدي إلى حوالي 95,000 وفاة، تحدث في 69 بلدا موطونا بالكوليرا كل عام. والبلدان التي تشير التقديرات إلى وجود أكثر من 100,000 حالة سنويا بها، هي:

- الهند
- إثيوبيا
- نيجيريا
- هاييتي
- جمهورية الكونغو الديمقراطية
- تنزانيا
- كينيا
- بنغلاديش

الخلاصة

لا تزال الكوليرا تمثل مشكلة من أهم مشكلات الصحة العمومية في أكثر من ثلث بلدان العالم، وتؤثر بشكل غير متناسب على الفئات المحرومة. ولا بد من مواصلة الجهود العالمية لتحسين أنشطة ترصد هذا المرض وتخفيف عبئه، من خلال مجموعة من إجراءات تحسين شبكات المياه والصرف الصحي، والتطعيم ضد الكوليرا، وتحسين فرص الحصول على رعاية صحية رفيعة الجودة.

المراجع

1. Ali M, Lopez AL, You YA, Kim YE, Sah B, et al. (2012). *The global burden of cholera*. Bulletin of the World Health Organization 90: 209-218A.