

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت بهداشتی

**بسیج حذف جذام**  
**LEC**  
**طرح ویژه عملیاتی برای حذف جذام**  
**SAPEL**

پرسش و پاسخ

از انتشارات سازمان جهانی بهداشت  
۱۹۹۷ میلادی

ترجمه: دکتر الهام صدر  
الهه محمودی مقدم

اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها  
پائیز ۱۳۷۹

## سازمان جهانی بهداشت ، سال ۱۹۹۷

این نشریه از اسناد رسمی سازمان جهانی بهداشت نمی باشد و تمام حقوق برای سازمان محفوظ است .

بررسی ، خلاصه کردن ، ترجمه و تکثیر تمام یا قسمتی از این نشریه بشرط اینکه برای فروش یا اهداف تجاری نباشد امکانپذیر است.

مسئولیت نقطه نظرات طرح شده در این نشریه برعهده نویسندگان آن می باشد .

## پیشگفتار

براساس قطعنامه مجمع جهانی بهداشت برای حذف جذام بعنوان یک مشکل بهداشت همگانی در سال ۱۹۹۱، تلاشهای تازه ای را در جهت حل این مشکل در کشورهای اندمیک که هم اکنون نیز به موفقیت های چشمگیری رسیده اند، بدنبال داشته است.

با توجه به طرح جهانی عملیات حذف جذام، سازمان جهانی بهداشت اقدام به معرفی چند طرح ابتکاری با تسریع و تشدید فعالیتهای حذف جذام بوسیله برنامه های ملی نموده است.

**SAPEL و LEC** دو نمونه از این ابتکارها می باشد.

**SAPEL و LEC** برای دسترسی نیازهای بیماران مجذومی که هنوز به MDT که اولین بار توسط WHO در سال ۱۹۸۱ معرفی شده، دست نیافته اند، میباشد. بعضی از جنبه های این دو رویکرد بعلت جدید بودن برای پرسنل بهداشتی که در سیستم بهداشتی کار می کنند کاملاً واضح و مشخص نیست.

امید است این کتابچه که بصورت یک فرم سوال و جواب طراحی شده بتواند بطور واضح اهداف و فعالیتهای این دو ابتکار را توضیح دهد.

برنامه عملی حذف جذام سازمان جهانی بهداشت از دریافت پیشنهادات و نقطه نظرانی که باعث بهبود بیشتر این دو فعالیت خواهد شد استقبال می کند.

اس . کا . نورالدین

مدیراجرایی برنامه حذف جذام

سازمان جهانی بهداشت - ژنو

## بسیج های حذف جذام

## Leprosy Elimination Campaigns ( LEC )

سوال ۱

### LEC چیست؟

پاسخ : LEC ابتکاری است بمنظور یافتن موارد جذام خصوصا موارد پیامددار که در جامعه باقی مانده و کشف نشده اند تا تحت درمان چند دارویی قرار گیرند . البته LEC مفهوم جدیدی نیست و فعالیتهای مشابهی توسط سایرین در سیستم بهداشتی انجام شده است . در راستای انجام LEC فعالیتهای در یک مجموعه جدید با هدف حداکثر بهره گیری گروه بندی شده است و کلیه فعالیتهای در یک چارچوب سیستماتیک اجرا می شود .

سوال ۲

### اجزاء اصلی LEC کدامند؟

پاسخ : LEC مجموعه ای از سه جزء می باشد شامل :

- معیارهای ظرفیت سازی کارکنان بهداشتی برای بهبود خدمات MDT
- افزایش مشارکت جامعه برای تقویت فعالیتهای جذام در سطوح محیطی
- تشخیص و معالجه بیماران بخصوص ” موارد پیامددار در جامعه “

سوال ۳

### منظور از موارد پیامددار جذام چیست؟

پاسخ : موارد پیامددار جذام اصطلاحی است شامل :

مواردی با بیش از ۵ ضایعه پوستی و اسمیر پوستی مثبت ( در جاهایی با تسهیلات در دسترس و قابل اعتماد )

از آنجا که این موارد بعنوان یک منبع عفونت در جامعه در نظر گرفته می شود و احتمال معلولیت یا نقص عضو در آنها می رود و یا حتی در آینده ممکن است معلول و از کار افتاده شوند از آنها بعنوان ” موارد پیامددار “ نام برده می شوند .

سوال ۴

### چرا انجام LEC در برخی مناطق لازم است؟

**پاسخ:** در برخی مناطق که خدمات درمانی جذام بصورت جاری در دسترس می باشد شواهدی دال بر اینست که تعدادی از بیماران کشف نشده باقی می ماند و در نتیجه درمان نمی شوند که می تواند باعث فقدان آگاهی نسبت به بیماری و درمان آن و از طرف دیگر عدم جذابیت در جهت ارائه خدمات جذام باشد .  
در این مناطق برای کاهش موارد کشف نشده و در نتیجه کاهش بار بیماری ، انجام LEC ضروری می باشد .

سوال ۵

**فعالیت‌هایی که برای انجام LEC لازم است ، کدامند؟**

**پاسخ:** فعالیت‌هایی که برای انجام LEC لازم است در کشورهای مختلف و حتی بین مناطق هر کشور نیز متفاوت خواهد بود .  
آن فعالیت‌ها به نیازهای اختصاصی یک منطقه ، وضعیت محلی و منابع دسترس آن بستگی دارد .  
بنابراین فعالیت‌های انجام شده تحت عنوان LEC بایستی در نهایت به کشف و درمان موارد جذام که شامل تمام ” موارد پیام‌دار “ نیز می باشند ، منجر شوند .  
اهداف فعالیت‌های LEC شامل :

- دوره های آموزشی برای کارکنان و داوطلبان بهداشتی محلی
- فعالیت‌هایی که در جهت افزایش آگاهی عموم جامعه از طریق رسانه های ارتباط جمعی و جلسات اطلاع رسانی صورت پذیرد
- بیماریابی از طریق روشهای غیرفعال و مداوای سریع هر مورد کشف شده با روش

MDT

سوال ۶

**آیا LEC فقط شامل کشف و درمان ” موارد پیام‌دار “ جذام است؟**

**پاسخ:** خیر ، حین انجام فعالیت‌های LEC انتظار می رود تمام موارد کشف شده و سریعاً با روش MDT درمان شوند .  
LEC یک برنامه بیماریابی فعال صرف نیست گرچه احتمال بیشتری می رود که فقط مواردی با ضایعات پوستی آشکار و واضح برای تشخیص مراجعه کنند .  
( این موارد عمدتاً شامل ” موارد پیام‌دار “ هستند ) .

سوال ۷

**چگونه موارد جذام در یک جامعه از طریق غیر فعال کشف خواهند شد؟**

**پاسخ:** با افزایش آگاهی جامعه از طریق آموزش بهداشت ، افراد خودشان با ضایعات پوستی آشکار نسبت به علائم و نشانه های جذام آگاهی پیدا کرده و شخصا به داوطلبان بهداشتی یا به یکی از کارکنان بهداشتی محلی برای تشخیص مراجعه خواهند نمود .  
داوطلبان بهداشتی می توانند این افراد را به نزدیکترین مرکز بهداشتی راهنمایی کنند و کارکنان بهداشتی که با فعالیتهای LEC انگیزش یافته و آموزش دیده اند این موارد را تشخیص داده و با روش MDT درمان کنند .  
اطمینان از ارائه خدمات MDT بصورت رایگان و دسترس در تمام تسهیلات بهداشتی باعث افزایش اعتماد جامعه نسبت به خدمات بهداشتی شده و بهبود خود گزارش دهی را در بر خواهد داشت .

سوال ۸

**چرا بررسی خانه به خانه در جهت کشف موارد صورت نگیرد و چرا منتظر خود گزارش دهی بیماران باشیم؟**

**پاسخ:** وضعیت مطلوب و ایده آل اینست که جامعه درباره جذام آگاهی یافته تا وقتی هر کس بیمار شد برای تشخیص و درمان قبل از اینکه دچار آسیب و معلولیت شود ، مراجعه نماید .  
در مقابل بررسی خانه به خانه یک فعالیت وقت گیر است و نیاز به منابع زیادی دارد .  
مقرون به صرفه بودن این چنین بررسی مورد سوال است ، از طرفی در چنین بررسی احتمال اینکه مواردی با ضایعات مشکوک یا جزئی که از پذیرش تشخیص و درمان اجتناب می ورزند به اشتباه تشخیص داده شده، وجود دارد، در حالیکه در همان زمان ” موارد پیامدار “ ممکن است از دست بروند .

سوال ۹

**خطر ثبت مجدد افراد بهبود یافته بعنوان موارد جدید چیست؟**

**پاسخ:** خطراتی در مورد ثبت مجدد افراد بهبود یافته بعنوان موارد جدید وجود دارد . با وجود این انتظار می رود این خطرات بسیار کم و در جریان انجام LEC قابل قبول باشد .

سوال ۱۰

**چگونه در یک برنامه اجرایی ، منطقه انجام LEC مشخص می شود؟**

**پاسخ :** برنامه ملی از طریق بازبینی و بررسی روند شیوع ، بیماریابی و نحوه کلی انجام حذف مسئول تعیین مناطقی است که نیاز به انجام LEC دارند .  
انتخاب این مناطق باید بصورتی باشد که منافع بدست آمده از انجام LEC بتواند در جهت رسیدن به هدف حذف بطور موثری کمک کننده باشد .

سوال ۱۱

**آیا LEC جایگزین فعالیتهای جاری حذف جذام خواهد شد؟**

**پاسخ :** LEC جایگزین فعالیتهای روتین حذف جذام نخواهد شد . هدف از LEC تقویت و حمایت فعالیتهای جاری در مناطق انتخاب شده می باشد .  
این فعالیت با تشخیص همه موارد پنهان و باقیمانده و درگیر نمودن همه امکانات و تسهیلات بهداشتی و جامعه تحت پوشش در مدت کوتاهی صورت می پذیرد .

سوال ۱۲

**انتظار می رود اجرای برنامه LEC چه مدت بطول بیانجامد؟**

**پاسخ :** در اکثر کشورهای اندمیک ، انجام هر مبارزه ای انتظار می رود در یک دوره کوتاه صورت گیرد ( بطور متوسط انتظار می رود انجام LEC در طی مدت ۳-۴ ماه به اتمام برسد )  
این دوره ممکن است در وضعیتهای خاص طولانی شود برای مثال :  
یکی اینکه منطقه ای که تحت پوشش قرار می گیرد وسیع باشد و دیگر اینکه LEC برای گسترش خدمات MDT در مناطقی که دارای زیر ساخت بهداشتی نسبتا ضعیفی هستند بکار می رود .  
از آنجا که LEC یک فعالیت تشدید یافته با درگیر کردن همه تسهیلات مراقبت و پرسنل بهداشتی منطقه می باشد انجام آن برای یک دوره طولانی تر احتمالا منجر به اختلال در فعالیتهای جاری منطقه و خطرات ناشی از ، از دست دادن فعالیتهای جاری خواهد شد .

سوال ۱۳

**روشهای انجام LEC تا چه میزان انعطاف پذیر است؟**

**پاسخ :** LEC ثابت و غیر قابل انعطاف نیست.

براساس شرایط محلی ، روش ها تا زمانی که موارد بیماری از قبل پیش بینی شده و با مشارکت جامعه و خدمات بهداشت همگانی صورت می گیرد میتواند قابل انعطاف باشد .

سوال ۱۴

بازتاب دراز مدت LEC چیست؟ آیا پس از پایان LEC تجمع مجددی از موارد کشف نشده خواهیم داشت؟

پاسخ : با انجام LEC در یک منطقه انتظار میرود بار موارد کشف نشده بطور چشمگیری کاهش یابد . بهبود ارائه خدمات MDT بدنبال فواید حاصل از LEC باعث بهبود خود گزارش دهی خواهد شد که به سهم خود منجر به کاهش بیشتر در تعداد موارد شیوع خواهد شد .  
دو عامل اصلی LEC یعنی ظرفیت سازی کارکنان بهداشتی محلی و نیز افزایش آگاهی جامعه در مورد بیماری ، مانع تاخیر در تشخیص و درمان موارد بیماری خواهد شد و با جلوگیری از تجمع موارد کشف نشده باعث می شود تمام فعالیتهای LEC بطور موثری صورت پذیرد .

سوال ۱۵

آیا انجام LEC در یک منطقه قابل تکرار است؟

پاسخ : بله ، اما بازتاب LEC حتی پس از پایان اجرای آن تا زمان قابل توجهی ادامه خواهد یافت بطور طبیعی برخی از عناصر اجرایی LEC بخشی از فعالیتهای جاری برنامه خواهند شد .  
اما در صورت لزوم میتوان مجدداً انجام LEC را در یک منطقه پس از ۱-۲ سال تکرار نمود .

سوال ۱۶

شاخصها و معیارهایی که در ارزیابی سریع LEC در یک منطقه بکار می رود چیست؟

پاسخ : نتایج سریع LEC با بکارگیری شاخصهای زیر قابل ارزیابی است :  
الف - تعداد موارد جدید ( پرباسیل و کم باسیل ) کشف شده در طی دوره فعالیت  
ب- تعداد موارد جدید با بیش از ۵ ضایعه پوستی  
ج - نسبت معلولیت درجه دو بین موارد جدید

سوال ۱۷

**آیا می توانید از انجام LEC یک نمونه بیان نمائید؟**

**پاسخ:** استان کندال کامبوج ، با یک جمعیت ۹۸۰۰۰۰ نفری ، برای انجام LEC توسط مقامات ملی انتخاب شده بود .

۱۵۵ مورد در انتهای سال ۱۹۹۵ ثبت شده بود و ۱۰۸ مورد جدید در طی آن سال کشف شده و نسبت معلولیت درجه دو ۲۷ درصد بود . فعالیت LEC در طی آوریل و ژوئن ۱۹۹۶ انجام شد . دوره های آموزشی برای ۳۰۰ تن از کارکنان بهداشتی بخش و ۲۰۰۰ داوطلب روستایی صورت گرفت . تیمهای فعالیت ، بخشها را ویزیت می کردند و جلسات اطلاع رسانی برای افراد جامعه گذاشته شد . پوسترها و پمفلت های آموزشی برای ایجاد آگاهی درباره جذام در دهکده استفاده شد . در نتیجه انجام LEC ، ۱۶۷ مورد جدید در طی ۳ ماه کشف شد و سریع درمان MDT برای آنان شروع شد . نسبت جذام پرباسیل بین موارد جدید ۵۵ درصد و نسبت معلولیت درجه دو ۳۳ درصد بود.

## طرح ویژه عملیاتی برای حذف جذام

### Special Action Project for the Elimination of Leprosy (SAPEL)

سوال ۱۸

#### SAPEL چیست؟

**پاسخ:** SAPEL یک ابتکاری است برای ارائه خدمات MDT به بیمارانی که دور از دسترس زندگی می کنند و یا جزء گروههای جمعیتی فراموش شده هستند علت محدودیتهای گروههای خاص از خدمات بهداشتی ، عدم دسترسی آنان به خدمات و منابع مقرون به صرفه می باشد . در صورت یافتن این مناطق و مناطقی که نیاز به حمایت های بیشتری دارند تخصیص منابع به آنها برای حل مشکل صورت می گیرد و مهمترین مسئله برای برنامه حذف اینست که خدمات MDT در دسترس تمام افراد نیازمند به درمان قرار گیرد .

سوال ۱۹

#### اجزاء اصلی SAPEL کدامند؟

**پاسخ:** عناصر اصلی SAPEL عبارتند از :

- ۱- یافتن مواردی است که در موقعیت های مشکل دار و دور از دسترس زندگی می کنند و نیازمند به درمان هستند
  - ۲- تحت درمان MDT قرار گرفتن این موارد
- راهکارهای اجرایی و مبتکرانه شامل راه حلهای عملی برای ارائه خدمات MDT به این بیماران میباشد. با توجه به اینکه این طرح در شرایطی که زیر ساخت بهداشتی موجود نیست و یا ضعیف می باشد انجام می گیرد ، باید درگیر کردن جامعه و افزایش اعتبار و حمایت از راهکارهای ارائه شده امکان تداوم SAPEL را فراهم نماید .

**وضعیت‌های اختصاصی و گروه‌های جمعیتی SAPEL کدامند؟**

**پاسخ:** وضعیت‌های خاص و جمعیت‌های دور از دسترس از نظر MDT بر حسب وسعت و ماهیت

مسئله از جایی به جایی و از زمانی به زمانی فرق می‌کند.

مثالی از یک چنین وضعیت‌هایی می‌تواند شامل:

- مناطقی که زیرساخت بهداشتی ندارند
- مناطقی که خدمات بهداشتی موجود در آن قادر به ارائه خدمات MDT نیستند
- مناطقی که از نظر جغرافیایی، دسترسی به آنها مشکل می‌باشد (مناطق صعب العبور
- (
- قطع موقت ارائه خدمات بهداشتی بعثت جنگ یا حوادث طبیعی
- حاشیه نشین‌های شهری و بین شهری
- گروه‌های بیماری که بعثت داغ اجتماعی ناشی از جذام دور از جامعه زندگی می‌کنند
- مهاجرین و چادرنشینان
- جمعیت‌های رانده شده و پناهنده

**آیا وظیفه دولت‌ها رسیدگی به این جمعیت‌های محروم نیست؟**

**پاسخ:** بله وظیفه هر کسی که درگیر فعالیت حذف می‌باشد، دسترسی و یافتن این جمعیت‌های محروم است و در بسیاری از کشورها خدمات بهداشتی بیشترین تلاش خود را برای دستیابی به این افراد بکار می‌گیرند.

راهکارهای مبتکرانه برای دستیابی به بیماران جذامی که در این مناطق و جمعیت‌ها زندگی می‌کنند مورد نیاز می‌باشد. در اجرای رویکردهای نوین و مبتکرانه SAPEL با توجه به اهمیت در نظر گرفتن زمینه‌های انسانی و فرهنگی جمعیت‌های متاثر، باید انعطاف پذیر باشد.

**چرا این گروهها تا این اندازه مورد غفلت واقع شده اند؟**

بعلت دور افتاده بودن مناطق ، مسائل امنیتی ، فقدان منابع مالی و وضعیتهای زندگی خاص گروههای جمعیتی مشخص ، خدمات بهداشتی جاری قادر نیستند به همه این گروهها دسترسی داشته باشند .

**با توجه به اینکه SAPEL احتمالا جمعیتهای وسیعی یا تعداد زیادی از موارد را پوشش نخواهد داد آیا مقرون به صرفه خواهد بود؟**

**پاسخ :** هزینه SAPEL در مقایسه با هزینه هر بیمار در برنامه های جاری به نسبت بالاتر است چرا که SAPEL در برگیرنده ارائه عادلانه مراقبتهای بهداشتی است و انتظار نمی رود جمعیت وسیع و تعداد زیادی از موارد پوشش داده شود .  
با هدف دستیابی به حذف جذام در تمام نواحی و ارزش افزایش دسترسی به مراقبتهای بهداشتی در این نواحی هزینه های اضافی صرف شده برای دستیابی به این بیماران قابل توجیه است .

**SAPEL تا چه حد انعطاف پذیر است؟**

**پاسخ :** انعطاف در ساختار SAPEL نهفته است .  
SAPEL تا زمانیکه هدف دستیابی به بیماران در شرایط مشکل را دنبال می کند براساس نیازهای مختلف انعطاف پذیر است .

چگونه SAPEL می تواند مکمل فعالیتهای جاری حذف جذام باشد؟

پاسخ: SAPEL محدود به وضعیتهای استثنائی و ویژه ای است که در خدمات جاری یا وجود ندارد یا قابل اجرا نیست .

به این ترتیب SAPEL پوشاننده شکافهای موجود در برنامه های ملی ارائه خدمات MDT است و منجر به افزایش کاربرد MDT در مناطق مشکل دار خواهد شد و باعث تحریک سایر فعالیتهای وابسته به پیشرفتهای اقتصادی ، اجتماعی و بهداشتی خواهد گردید .

سوال ۲۶

انتظار می رود انجام SAPEL چه مدت بطول انجامد؟

پاسخ: SAPEL دارای طول مدت محدودی ( حداکثر ۱۲ ماه ) می باشد . انتظار می رود این طرح مبتکرانه در این دوره زمانی قابل اجرا و ارزیابی باشد . توسعه این فعالیت و گسترش به مناطق مشکل دار مشابه دیگری که بصورت ادغام یافته در برنامه کشوری است قابل اجرا می باشد .

سوال ۲۷

نتیجه زودرس SAPEL چگونه قابل ارزیابی است؟

پاسخ: نتیجه زودرس SAPEL با استفاده از شاخصهای زیر قابل ارزیابی است .

الف - تعداد دهکده ها یا جوامع تحت پوشش

ب- تعداد موارد ( کم باسیل و پرباسیل ) تشخیص داده شده و بهبود یافته

ج - عملی بودن تکرار این طرح در سایر مناطق کشور

سوال ۲۸

آیا می توانید از انجام SAPEL یک نمونه بیان نمائید؟

پاسخ: برنامه ملی چاد ، فعالیت SAPEL را بمنظور فراهم نمودن ارائه خدمات MDT برای جمعیت چادرنشین در چاد شرقی طرح ریزی نمود .

طرحها، شهرستانهای ”کیابه“ و ”ام تیمان“ در نزدیکی مرز سودان را تحت پوشش قرار داد یک تیم از برنامه ملی چادرنشینان را در محل اقامت آنها ویزیت نمودند. در همان محل موارد تشخیص داده شده و سپس درمان آغاز گردید. آنها ۵۲ بیمار چادرنشین را درمان نمودند که از این تعداد ۳۸ مورد جدید بودند. به رهبران جوامع چادرنشین بسته های دارویی داده شد و آنها نسبت به درمان بیمارانی که در جامعه آنها زندگی می کردند متعهد شدند. تیم مذکور متعهد شدند جهت تامین دوباره داروهای MDT و ارزیابی تکمیل دوره درمان در محل اقامت بعدی چادرنشینان و بررسی افرادی که شکایات پوستی دارند اقدام نمایند.

سوال ۲۹

**نوع رژیم درمانی ارائه شده به بیماران کشف شده تحت LEC و SAPEL چیست؟**

**پاسخ:** بیماران ثبت شده بمنظور درمان در مناطق LEC و SAPEL با استفاده از رژیمهای درمانی در بسته بندی های دارویی طی دوره زمانی ثابت، مشخص می گردند. با وجود این در آن مناطق ممکن است تعداد اندکی از موارد، نیاز به یک درمان جایگزین داشته باشند، خصوصاً آن افرادی که در مناطق غیر قابل دسترس زندگی می کنند در حال حاضر این رژیمها در دست بررسی بوده و هنوز برای استفاده از آنها در سطح وسیع آماده نیستند با توجه به تاثیر پذیری MDT پیشنهادی WHO در مورد تمام بیماران برای اجرای LEC و SAPEL نباید منتظر رژیمهای جدید درمانی باشیم.

سوال ۳۰

**چه کسی مسئول اجرای LEC یا SAPEL در سطح کشوری خواهد بود؟**

**پاسخ:** برنامه ملی مسئول اجرا و پیشرفت LEC یا SAPEL خواهد بود. در تکمیل و اجرای LEC یا SAPEL همکاری سازمانهای غیر دولتی بین المللی و کشوری وابسته به برنامه ملی کشور دارای اهمیت است.

سوال ۳۱

**نقش سازمان جهانی بهداشت در اجرای LEC یا SAPEL چیست؟**

پاسخ: نقش WHO کمک به برنامه کشوری در شناسایی و انتخاب مناطق برای اجرای طرحهای LEC یا SAPEL و نیز حمایت‌های فنی و مالی برنامه کشوری برای اجرای این طرحهاست. حضور WHO در کنار برنامه کشوری و سایر قسمتهای کمک کننده در پایش و ارزیابی این ابتکارها و نیز توسعه آنها به سایر مناطق مورد نیاز می باشد.

سوال ۳۲

چرا لازم است کارکنان بهداشت عمومی و مردم جامعه را در LEC و SAPEL درگیر نمود؟

پاسخ: کارکنان بهداشت عمومی و اعضاء جامعه باید برای LEC و SAPEL درگیر شوند بطوریکه همه منابع انسانی موجود دسترس بمنظور فعالیتهای حذف بکار گرفته شوند به این ترتیب بهبود دسترسی و تداوم خدمات MDT را امکان پذیر می سازد.

سوال ۳۳

چرا در LEC و SAPEL نیاز به بهبود افزایش آگاهی جامعه در مورد جذام وجود دارد؟

پاسخ: افزایش آگاهی جامعه درباره جذام بمنظور بهبود کشف موارد، کاهش داغ اجتماعی ناشی از جذام و درگیر نمودن تمام افراد جامعه و تشویق برای دریافت منظم دارو لازم می باشد. LEC و SAPEL ابتکارهایی برخاسته از جامعه هستند و باید پاسخگوی نیازهای جوامع متاثر باشند.

سوال ۳۴

بین سالهای ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ چه تعداد موارد بیماری از این طرحها بهره خواهند برد؟

پاسخ: از هم اکنون تا سال ۲۰۰۰ برآورد میشود حدود ۶۵۰۰۰۰ مورد از طریق LEC و ۱۰۰۰۰۰ مورد از طریق SAPEL تشخیص داده شده و درمان شوند.

سوال ۳۵

چه شیوه ای بمنظور تداوم این فعالیتهای در آینده باید اتخاذ گردد؟

پاسخ: این فعالیتهای باید بخشی از برنامه ملی بعنوان مکمل اجرایی فعالیتهای جاری باشند.

برای به جریان انداختن منابع اضافی بمنظور حمایت برنامه های کشوری برای انجام این ابتکارها و گسترش این فعالیتهای سازمانهای غیردولتی منطقه ای و بین المللی سازمان جهانی بهداشت همکاری نمایند .

سازمانهای غیردولتی که در سطوح غیر تخصصی فعالیت دارند برای انجام فعالیتهای مشابهی در مناطقی که LEC یا SAPEL مورد نیاز می باشد از موقعیت بهتری برخوردارند .

## خلاصه

### تفاوتهای اساسی بین LEC و SAPEL

**اهداف :** هدف LEC کشف موارد پنهان موجود در منطقه و تشدید فعالیتهای جاری است . هدف SAPEL ارائه خدمات MDT به جهت بیماران که به دلایل مختلفی که هنوز به خدمات جاری دست نیافته اند طراحی شده است .

**منطقه :** LEC در مناطق عمده اندمیک که علی رغم وجود زیرساخت بهداشتی مناسب دارای بار بالایی از موارد کشف نشده می باشد انجام می گردد .

SAPEL بمنظور دسترسی بیماران که در مناطق مشکل دار زندگی می کنند و یا در وضعیتهای خاصی که یا خدمات MDT وجود ندارد و یا حتی خدمات بهداشت عمومی وجود ندارند اجرا می گردد .

از طرف دیگر فعالیتهای SAPEL در زمانی که فعالیتهای جاری در دسترس نیستند و یا قابل اجرا نیستند مورد استفاده قرار می گیرد .

**طول دوره :** LEC برای دوره محدودی اجرا میشود ( متوسط ۳ ماه )

در حالیکه SAPEL می تواند تا ۱۲ ماه هم بطول انجامد .

**منابع محلی :** LEC از تمامی پرسنل موجود بهداشتی چه پرسنل تخصصی و چه پرسنل شاغل در شبکه ادغام یافته استفاده خواهد نمود .  
وظیفه SAPEL شناسایی افراد جامعه برای حمایت و تداوم خدمات چند دارویی در منطقه انتخاب شده می باشد .

**منابع اضافی :** حمایت‌های مالی اضافی برای انجام LEC بدلیل طول دوره کوتاه و وجود پرسنل در زیر ساخت بهداشتی ، محدود خواهد بود . در حالیکه حمایت خارجی نیز برای انجام SAPEL بعلت فقدان زیر ساخت بهداشتی و ضعف پشتیبانی بسته به تعداد بیماران شامل طرح ، مورد نیاز خواهد بود .

بمنظور حمایت و نظارت در فعالیتهای SAPEL به کارکنان آموزش دیده در خارج از منطقه نیاز داریم .