

# وضع السرطان

## في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي



منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية

---

منظمة التعاون الإسلامي  
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية  
(سيسرك)

---

# وضع السرطان في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي



## الفهرس

### المختصرات

1	1. مقدمة.....
2	2. عبء السرطان.....
2	1.2. حالات الإصابة.....
7	2.2. الوفيات.....
14	3. الوقاية من السرطان ومكافحته.....
14	1.3. خطة العمل والرصد والمراقبة.....
15	2.3. عوامل المخاطر وسياسات الوقاية.....
24	3.3. الكشف المبكر والمعالجة.....
28	4. المبادرات العالمية ومبادرات منظمة التعاون الإسلامي لمكافحة السرطان.....
30	5. ملاحظات ختامية وتوصيات سياسية.....
33	المراجع.....
34	المرفقات الإحصائية.....

## المختصرات

المعدل الموحد حسب العمر	ASR
مؤشر كتلة الجسم	BMI
الأسئلة المتعلقة بالتبغ في المسوح	TQS
حمض نووي صبغي	DNA
برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة	SHPA
التعليم المهني والتدريب	VET
مركز مكافحة الأمراض واتقائها	CDC
الأمراض المعدية	CDs
الأمراض القلبية الوعائية	CVDs
شرق آسيا والمحيط الهادئ	EAP
أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ	FCTC
المؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة	ICHM
البنك الإسلامي للتنمية	IDB
اللوائح الصحية الدولية	IHR
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	LAC
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA
الأمراض غير المعدية	NCDs
منظمة التعاون الإسلامي	OIC
جنوب آسيا	SA
أفريقيا جنوب الصحراء	SSA
وحدة مكافحة التبغ	TCU
منظمة الصحة العالمية	WHO

### شكر وتقدير

لقد تم إعداد هذا التقرير من طرف فريق من الباحثين في مركز أنقرة بقيادة السيد مزهر حسين ويتألف الفريق من السيد جيم تين تين والسيدة نيلوفار أوبا. كما أجري العمل تحت الإشراف العام للسيد نبيل دبور، مساعد المدير العام لمركز أنقرة ومدير دائرة البحوث بالنيابة.

## 1. مقدمة

السرطان هو مصطلح عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالتوالد السريع لخلايا شاذة تنمو خارج حدودها الاعتيادية، والتي يمكنها، بعد ذلك، اقتحام أجزاء مجاورة من الجسم والانتشار إلى أعضاء أخرى. وإذا لم يتم السيطرة على الانتشار، فإنه يمكن أن يؤدي إلى الوفاة. وينجم السرطان عن طريق التفاعل بين العوامل الداخلية (مثل الطفرات الموروثة الجينية والهرمونات وأحوال المناعة) والعوامل الخارجية (مثل تعاطي التبغ وقلة النشاط البدني والعدوى الناجمة عن بعض الفيروسات والنظام الغذائي غير الصحي).

السرطان هو ثاني سبب رئيسي للوفيات بعد أمراض القلب والأوعية الدموية في جميع أنحاء العالم. ومع أكثر من 14 مليون حالة جديدة مصابة بالمرض في عام 2012، تسبب السرطان في نحو 8.2 مليون حالة وفاة في جميع أنحاء العالم. وتتأثر الدول النامية أكثر من غيرها بارتفاع عبء السرطان، وهو ما يمثل 63٪ من حالات السرطان الجديدة و 71٪ من الوفيات في العالم. ويكونها جزءا كبيرا من الدول النامية، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي نحو 17٪ في الدول النامية و 11-12٪ من عبء السرطان العالمي (الإصابة والوفيات) في عام 2012. وتسبب خمسة أنواع فقط من السرطان حوالي 40٪ من مجموع وفيات السرطان في دول منظمة التعاون الإسلامي، وتشمل هذه الأنواع سرطانات الرئة والمعدة والثدي والقولون و عنق الرحم.

ويمكن الوقاية من العديد من هذه السرطانات عن طريق التحكم في عوامل الخطر الرئيسية بما في ذلك استخدام التبغ واستهلاك الكحول والبدانة وعدم كفاية النشاط البدني. وعلاوة على ذلك، إذا اكتشفت في مرحلة مبكرة، فإن عددا كبيرا من أنواع السرطان يمكن علاجها عن طريق الجراحة والعلاج الكيميائي. وعلى مر السنين، بذلت دول المنظمة بالتعاون مع مؤسساتها الفرعية والمتخصصة والتابعة لها والشركاء الدوليين ذوي الصلة جهودا كبيرة لتطوير الإطار السياسي الضروري وبناء القدرات الوطنية لمكافحة السرطان. ويعتبر برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 (OIC-SHPA) مبادرة المنظمة الأكثر أهمية في مجال الصحة، وقد اعتمدها المؤتمر الإسلامي الرابع لوزراء الصحة الذي عقد في جاكرتا، اندونيسيا. وهناك ستة مجالات مواضيعية للتعاون محددة في إطار OIC-SHPA، وتشكل الوقاية من السرطان ومكافحته عنصرا أساسيا من المجال المواضيعي 2: الوقاية من الأمراض ومكافحتها.

وعلى الرغم من كل الجهود النبيلة، فإن النظم الصحية في العديد من دول المنظمة وخاصة في أفريقيا وآسيا لاتزال غير مجهزة بما يكفي لكشف وعلاج السرطان، في حين أن سياسات الوقاية في هذه الدول إما ضعيفة أو منعدمة أصلا. وبالإضافة إلى ذلك، فإن علاج السرطان غالبا ما يكون غير متوفر على نطاق واسع في العديد من دول المنظمة. ويتفاقم هذا الوضع من جراء ارتفاع تكلفة علاج السرطان والأدوية إلى جانب انخفاض تغطية أنظمة الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي.

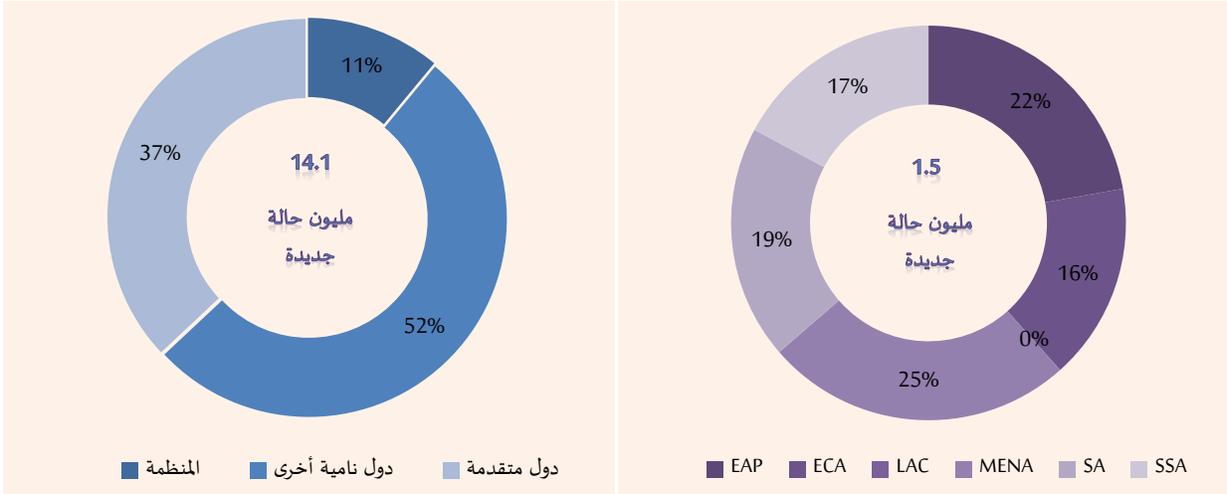
وعلى هذه الخلفية، ينظر هذا التقرير إلى وضع السرطان من منظور مقارن. وبناء على أحدث البيانات المتاحة عن حالات سرطان حديثة التشخيص والوفيات الناجمة عن السرطان. يقدم القسم الثاني من هذا التقرير تحليلا مقارنا مفصلا عن عبء السرطان في دول منظمة التعاون الإسلامي. ويركز القسم الثالث من التقرير على الوقاية من السرطان ومكافحته عن طريق جرد القدرات والسياسات الوطنية القائمة لتحديد الثغرات الرئيسية في مجالات الوقاية والرصد والمراقبة والكشف المبكر والسيطرة والعلاج من السرطان في دول المنظمة. ويوفر القسم الرابع وصفا موجزا للمبادرات الأخيرة متعددة الأطراف داخل المنظمة وعلى المستوى الدولي لمكافحة السرطان. ويخلص التقرير بتوصيات سياسية تهدف إلى تعزيز تنفيذ التدخلات على مستويات التعاون الوطني والبيئي داخل منظمة التعاون الإسلامي والدولي لمنع ومكافحة الإصابة بالسرطان في دول المنظمة.

## 2. عبء السرطان

### 2.1 الإصابة بالمرض

وفقاً لأحدث تقديرات مشروع غلوبوكان العالمي (GLOBOCAN)، فقد تم تشخيص أكثر من 14 مليون حالة جديدة من السرطان (باستثناء سرطان الجلد غير القتامي) بين الناس البالغين (ذوي أكثر من 15 عاماً) في جميع أنحاء العالم في 2012. ومن المتوقع أن يصعد هذا الرقم إلى 22 مليون سنوياً خلال فترة العقدين القادمين (جمعية السرطان الأمريكية، 2015). كما أن المناطق النامية اقتصادياً من العالم مثقلة بشكل متفاوت من حيث حالات الإصابة بالسرطان، وهو ما يمثل 63٪ من الحالات الجديدة المصابة بالمرض في جميع أنحاء العالم. ومع أكثر من واحد ونصف مليون حالة جديدة تم تشخيصها في عام 2012، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي 11٪ من مجموع حالات السرطان على مستوى سكان العالم و 17٪ على مستوى الدول النامية. ومن بين المناطق الفرعية للمنظمة، تمثل منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) صاحبة أعلى حصة (25٪) من حالات السرطان الجديدة التي تم تشخيصها في عام 2012، تليها منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ (EAP، 22٪) وجنوب آسيا (SA، 19٪).

الشكل 1.2: التوزيع العالمي والفرعي الإقليمي في منظمة التعاون الإسلامي لحالات السرطان الجديدة، 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

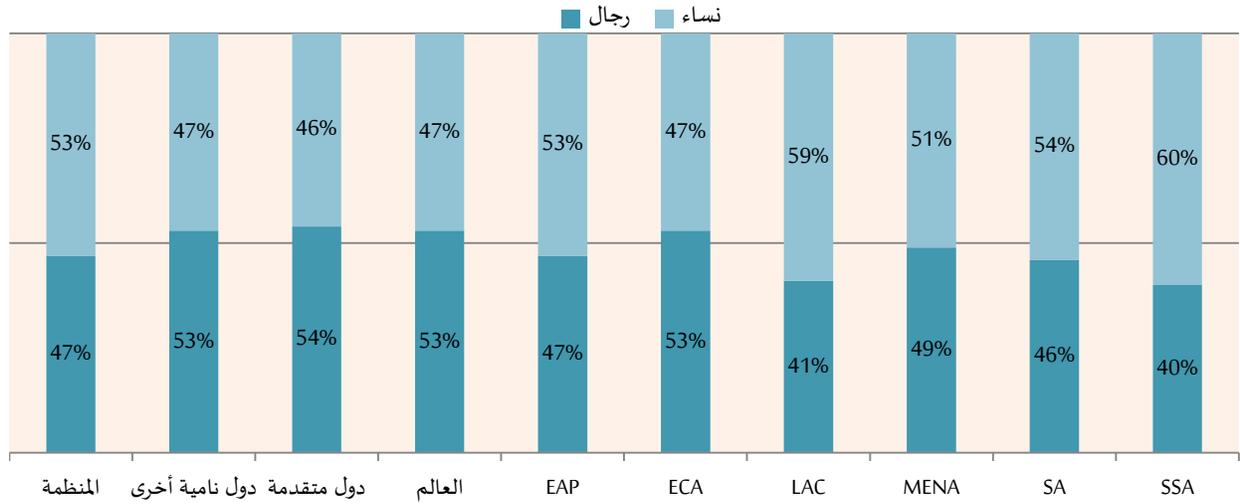
وبالنظر إلى التقسيم القائم على نوع الجنس لحالات الإصابة بالسرطان، من حيث الأرقام المطلقة، يعتبر الرجال أكثر عرضة لتشخيصهم كمصابين بالسرطان في جميع أنحاء العالم ما عدا في دول منظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 2.2، مثل الرجال الغالبية العظمى من حالات السرطان الجديدة في جميع أنحاء العالم، في حين بلغت نسبة النساء في دول المنظمة أكبر حصة (53٪) من حالات السرطان في عام 2012. وعلى المستوى الإقليمي الفرعي للمنظمة، تعتبر النساء أكثر عرضة لتشخيصهن كمصابات بالسرطان في جميع المناطق ما عدا في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (ECA) حيث يشكل الرجال الجزء الأكبر من الحالات الجديدة. ومن بين مناطق المنظمة، وجد أعلى تفاوت بين الرجال والنساء في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء

الكبرى (SSA) بفارق 20 نقطة مئوية، تلتها أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (أمريكا اللاتينية والكاريبي، 18 نقطة مئوية) وجنوب آسيا SA (8 نقاط مئوية).

### المعدل الموحد حسب العمر للإصابة بالسرطان (ASR)

يعتبر العمر من العوامل الرئيسية للإصابة بالسرطان. حيث تزداد مخاطر السرطان بشكل كبير مع التقدم في السن. وبالتالي، فمن المهم استخدام الإصابة حسب السن لتقييم ومقارنة العبء النسبي للسرطان بين مجموعات الدول. وتكشف أحدث التقديرات حول الإصابة بالسرطان حسب السن في جميع أنحاء العالم على أن الاختلافات الإقليمية الواسعة والإصابة بين الرجال تبقى عموماً أعلى من النساء. وكما هو مبين في الشكل 3.2، سجل أعلى ASR بين السكان البالغين في الدول المتقدمة (284 لكل 100 ألف من السكان) مع إصابة أكثر شيوعاً بين الرجال (320) بالمقارنة مع النساء (258). وعلى الصعيد العالمي، بلغ ASR بين البالغين معدل 182 لكل 100 ألف من السكان لكلا الجنسين و 205 للرجال و 165 للنساء. وبقي ASR بين البالغين في دول المنظمة أقل بكثير من معدلات الإصابة في مجموعات الدول الأخرى. وكمجموعة، سجلت دول المنظمة أدنى ASR بلغ 127 حالة لكل 100 ألف من السكان البالغين و 128 لكل من الرجال والنساء في عام 2012.

الشكل 2.2: التوزيع القائم على نوع الجنس لحالات السرطان الجديدة، 2012



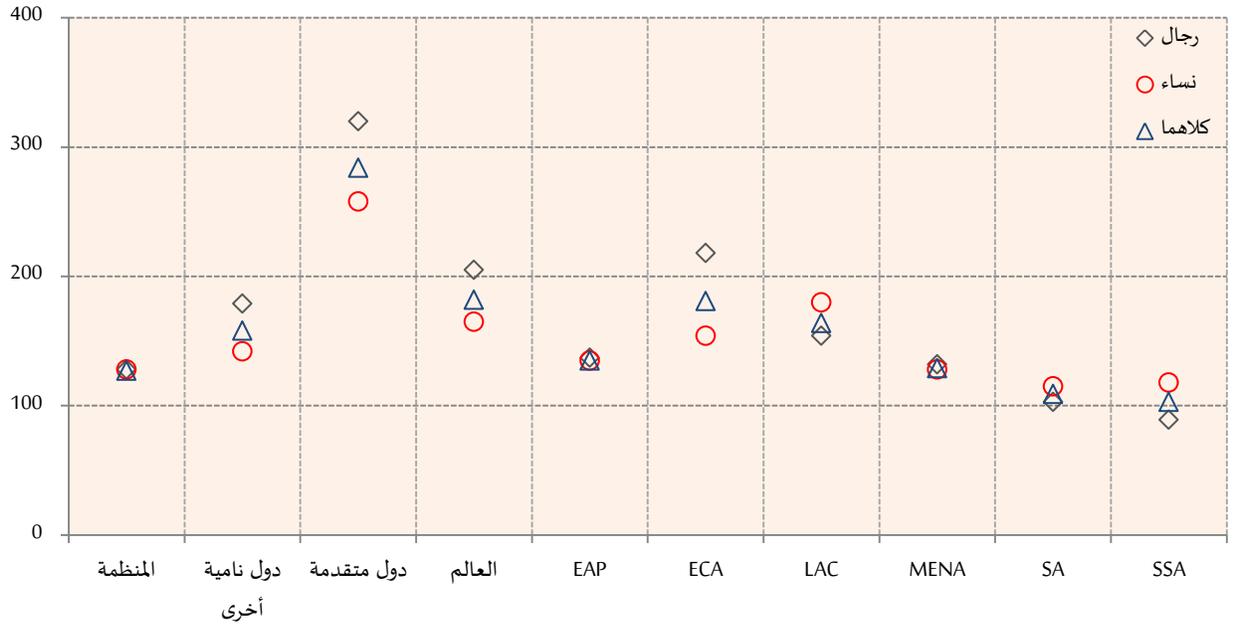
المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

كما هو مبين في الشكل 3.2، يختلف سرطان ASR بشكل كبير في جميع أنحاء المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي. بالنسبة لعام 2012، سجل أعلى ASR بين البالغين في أوروبا وآسيا الوسطى (181 لكل 100 ألف من السكان). في حين سجل أدنى معدل في أفريقيا جنوب الصحراء (103). وبقيت حالات الإصابة بالسرطان بين البالغين أعلى من المتوسط في المنظمة في جميع المناطق الفرعية باستثناء جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء. ويكشف أيضاً تفصيل ASR القائم على نوع الجنس عن تغيرات كبيرة في جميع أنحاء المناطق الفرعية للمنظمة. وعلى عكس الاتجاهات العالمية، ظل معدل الإصابة بالسرطان بين النساء أعلى من الرجال

في جميع المناطق الفرعية باستثناء أوروبا وآسيا الوسطى وشرق آسيا والمحيط الهادئ. وفي الواقع، سجلت منطقة أوروبا وآسيا الوسطى أعلى ASR بين الرجال (218 لكل 100 ألف من السكان). في حين، على الجانب الآخر من المقياس، بلغ المعدل 89 فقط في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. وبقي ASR بين الرجال في أوروبا وآسيا الوسطى وأمريكا اللاتينية والكاريبي وشرق آسيا والمحيط الهادئ والشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى من المتوسط في المنظمة. وفي حالة النساء، تراوحت معدلات الإصابة من 180 لكل 100 ألف من السكان في أمريكا اللاتينية والكاريبي إلى 115 في منطقة جنوب آسيا. وبقي معدل الإصابة بالسرطان حسب السن بين النساء أعلى من المتوسط في المنظمة في مناطق أمريكا اللاتينية والكاريبي وأوروبا وآسيا الوسطى وشرق آسيا والمحيط الهادئ.

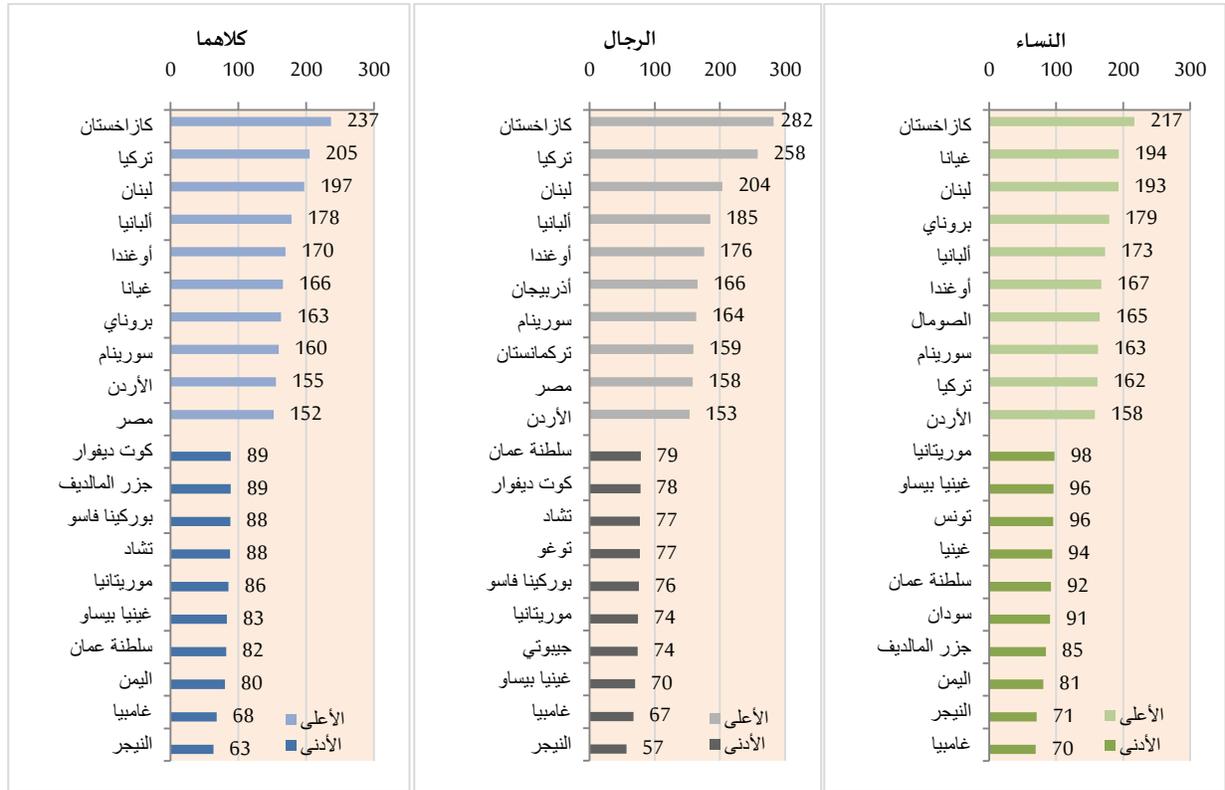
وعلى مستوى كل دولة على حدة، تجسد الإصابة بالسرطان حسب السن في دول المنظمة صورة مختلفة. ففي عام 2012، سجلت كازاخستان أعلى معدل للإصابة بين البالغين (237 لكل 100 ألف من السكان) تلتها تركيا (205) ولبنان (197) وألبانيا (178) وأوغندا (166). وقد سجلت هذه الدول الخمس أيضا أعلى معدل للإصابة بين الرجال في نفس الترتيب التنازلي (الشكل 4.2). وعلى الجانب الآخر من ذلك، سجلت النيجر أدنى معدل للإصابة بين البالغين (63) تلتها غامبيا (68) واليمن (80) وعمان (82) وغينيا بيساو (83). وبالنسبة لعام 2012، تراوحت حالات الإصابة بالسرطان المعدلة حسب السن بين الرجال من 282 لكل 100 ألف من السكان في كازاخستان إلى 57 فقط في النيجر. وبشكل عام، سجلت 20 دولة في منظمة التعاون الإسلامي معدل إصابة أعلى من متوسط المنظمة البالغ 128. وعلى الرغم من بقاء معدل الإصابة بين النساء منخفضا نسبيا في دول المنظمة، فقد كان أعلى من المتوسط في المنظمة (128) في 22 دولة عضوا. وكما هو مبين في الشكل 4.2، سجلت كازاخستان أعلى معدل للإصابة بين النساء (217) تلتها غيانا (194) ولبنان (193) وبروناي (179). وعلى الجانب السفلي، سجلت كل من غامبيا والنيجر واليمن أدنى معدلات الإصابة في عام 2012.

الشكل 3.2: حالات جديدة للإصابة بالسرطان حسب العمر لكل 100 ألف من السكان، 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

الشكل 4.2: دول المنظمة ذات أعلى وأدنى ASR للحالات الجديدة لكل 100 ألف من السكان، 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية

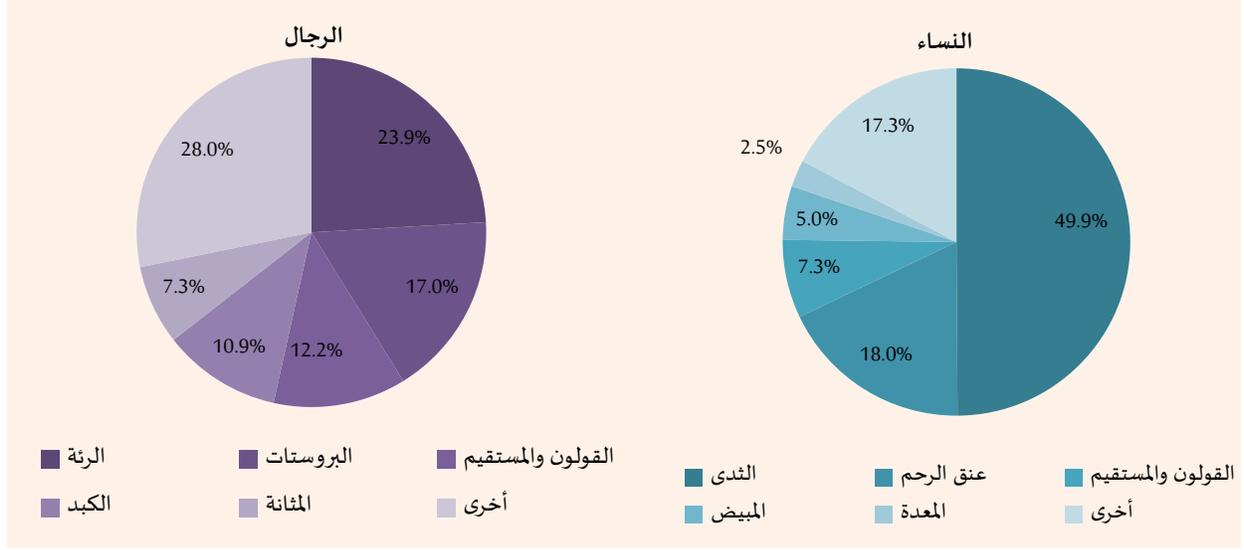
### أكثر أنواع السرطان انتشارا

مع 250 ألف حالة جديدة، يعد سرطان الثدي، إلى حد بعيد، أكثر أنواع السرطان انتشارا في دول منظمة التعاون الإسلامي، فيما يعتبر سرطان الرئة الثاني من حيث أكثرها انتشارا، بمعدل 105 ألف حالة (94 ألف رجلا و 11 ألف امرأة)، ثم سرطان عنق الرحم البالغ 90 ألف حالة وسرطان القولون والمستقيم بمعدل 85 ألف حالة (48 ألف رجلا و 37 ألف امرأة) وسرطان البروستاتا بمعدل 67 ألف حالة. وقد شكلت أنواع السرطان الخمسة هذه حوالي 40٪ من جميع الحالات التي تم تشخيصها في دول المنظمة في عام 2012.

وهناك اختلافات واسعة النطاق على أساس الجنس في حالات السرطانات الأكثر شيوعا في جميع أنحاء العالم. ففي الوقت الذي تعزى فيه بعض هذه الاختلافات لأسباب مرتبطة بالهرمونات، تبقى الأخرى مرتبطة إلى حد كبير ببعض السلوكيات مثل التدخين وشرب الكحول. وقد كانت مواقع السرطان الخمسة الأكثر شيوعا التي تم تشخيصها في عام 2012 بين الرجال في دول المنظمة (الشكل 5.2) هي الرئة (23.9٪ من المجموع) والبروستاتا (17.0٪) والقولون والمستقيم (12.2٪) والكبد (10.9٪) والمثانة (7.3٪). وقد شكلت هذه السرطانات الخمس معا حوالي 72٪ من حالات الإصابة بين الرجال في دول المنظمة. وبين النساء (الشكل 5.2)،

كانت مواقع السرطان الخمسة الأكثر شيوعاً هي الثدي (49.9٪ من المجموع) وعنق الرحم (18.0٪) والقولون والمستقيم (7.3٪) والمبيض (5.0٪) والمعدة (2.5٪). وقد شكلت هذه السرطانات الخمس معاً حوالي 83٪ من حالات الإصابة بين النساء في دول المنظمة.

الشكل 5.2: الأنواع الأكثر شيوعاً لحالات السرطان الجديدة في دول المنظمة، 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

ويرد التوزيع الإقليمي للإصابة بالسرطان في منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى ثلاث أنواع سرطان الأكثر شيوعاً بين الرجال والنساء في الجدول رقم 1. وتختلف أنواع السرطان الأكثر شيوعاً باختلاف المناطق الفرعية للمنظمة. فبالنسبة للرجال، سرطان الرئة هو أكثر الأنواع شيوعاً في أربع مناطق فرعية، بينما سرطان البروستاتا هو الأكثر شيوعاً في المنطقتين المتبقيتين. وفيما يخص السابق، يعد سرطان الرئة هو الأكثر شيوعاً في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (19.7٪) وشرق آسيا والمحيط الهادئ (14.2٪). ومن ناحية أخرى، بلغت نسبة سرطان البروستاتا أكثر من 20٪ من مجموع الحالات التي تم تشخيصها بين الرجال في أمريكا اللاتينية والكاريبي. وقد لوحظ أعظم الاختلاف بين الرجال في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث كانت أكثر أنواع السرطان انتشاراً هي البروستاتا والكبد وسرطان الغدد الليمفاوية.

وبالنسبة للنساء، فقد كان سرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان شيوعاً في جميع المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي. ومع ذلك، فإن العبء النسبي يختلف إلى حد كبير في جميع أنحاء المناطق الفرعية. وكما هو مبين في الجدول 1، بلغت نسبة سرطان الثدي لأعلى نسبة من إجمالي حالات السرطان في جنوب آسيا (32.2٪) تلتها منطقة الشرق الأوسط (30.6٪) وأفريقيا جنوب الصحراء (22.8٪). كما كان سرطان عنق الرحم هو ثاني أكثر الأنواع شيوعاً في أربع مناطق فرعية، بينما كان سرطان القولون والمستقيم هو ثاني أكثر أنواع السرطان شيوعاً في المنطقتين المتبقيتين. وبشكل عام، كانت الإصابة بالسرطانات مثل القولون والمستقيم والمعدة والكبد والشفة وتجويف الفم شائعة بين الرجال والنساء. وفيما بين المناطق الفرعية للمنظمة، شكلت

أنواع السرطان الثلاثة الأكثر شيوعاً بين الرجال والنساء نحو 52٪ من إجمالي حالات السرطان في أمريكا اللاتينية والكاريبي و 45٪ في شرق آسيا والمحيط الهادئ و 42٪ في أوروبا وآسيا الوسطى و 41٪ في جنوب آسيا .

الجدول 1: الأنواع الأكثر شيوعاً لحالات السرطان الجديدة في مناطق منظمة التعاون الإسلامي الفرعية، 2012

SSA	SA	MENA	LAC	ECA	EAP		
البروستات 13.0%	الرئة 9.6%	الرئة 9.9%	البروستات 20.2%	الرئة 19.7%	الرئة 14.2%	الأول	الرجال
الكبد 9.1%	التجفيف الفي 9.3%	المثانة 8.8%	القولون والمستقيم 6.8%	البروستات 9.8%	القولون والمستقيم 9.3%	الثاني	
اللمفوما 4.4%	المريء 5.9%	الكبد 6.0%	الرئة 5.3%	المعدة 8.6%	البروستات 7.4%	الثالث	
الثدي 28.2%	الثدي 32.8%	الثدي 30.6%	الثدي 22.9%	الثدي 19.8%	الثدي 27.1%	الأول	النساء
عقن الرحم 21.8%	عقن الرحم 11.4%	القولون والمستقيم 5.1%	عقن الرحم 22.1%	القولون والمستقيم 5.8%	عقن الرحم 11.5%	الثاني	
الكبد 4.1%	التجفيف الفي 5.8%	المبيض 3.1%	كوروبوس رحم 5.4%	المعدة 5.6%	القولون والمستقيم 6.9%	الثالث	

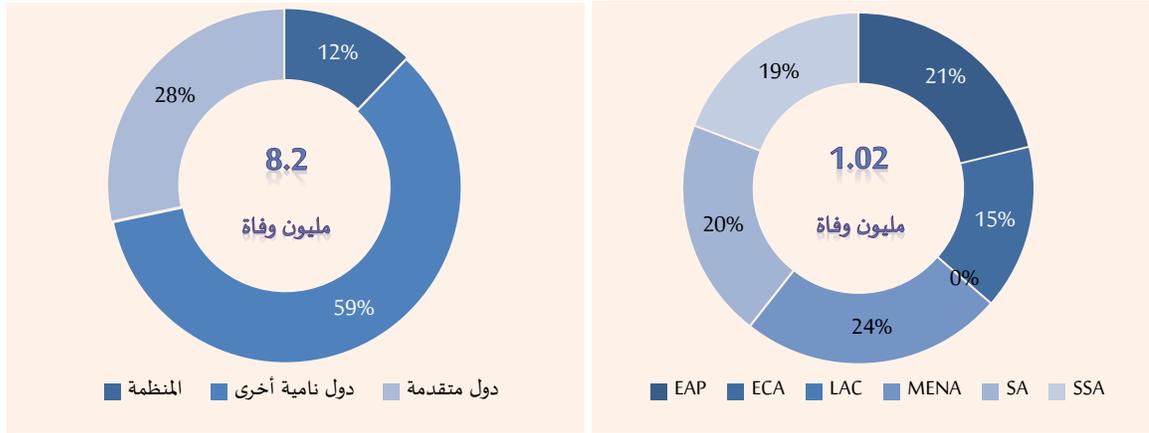
المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

## 2.2 الوفيات

تعد السرطانات من بين الأسباب الرئيسية للمراضة والوفيات في جميع أنحاء العالم، بحيث تم التبليغ عن 8.2 مليون حالة وفاة من جراء السرطان في عام 2012. ومعظم هذه الوفيات تحدث في الدول النامية، ومثلت 71٪ من الوفيات في عام 2012 (الشكل 6.2). ومن ناحية أخرى، شكلت الدول المتقدمة فقط 28.2٪ من الحالات في العالم. كما أن الحصة النسبية للدول النامية من الوفيات الناجمة عن السرطان تعد أعلى بمعدل 8 نقاط مئوية من حصتها من حالات الإصابة الجديدة بالسرطان في العالم. ومن الممكن أن يرتبط هذا الاختلاف إلى حد كبير بعدم وجود قدرات للكشف المبكر وقلة توافر العلاج بأسعار معقولة في معظم الدول النامية.

وكونها جزءاً كبيراً من العالم النامي، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي 17.4٪ من الدول النامية و 12٪ من وفيات السرطان العالمية. وبالأرقام المطلقة، تسببت السرطانات في دول المنظمة بحوالي 1.02 مليون حالة وفاة في عام 2012. وتوزع الوفيات الناجمة عن السرطان في دول المنظمة تقريباً بالتساوي في جميع أنحاء المناطق الفرعية للمنظمة (الشكل 6.2). وبالنسبة لعام 2012، شكلت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى حصة بنسبة 24٪ تلتها مناطق شرق آسيا والمحيط الهادئ (21٪) وجنوب آسيا (20٪) وأفريقيا جنوب الصحراء (19٪)، بينما سجلت أدنى نسبة في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى .

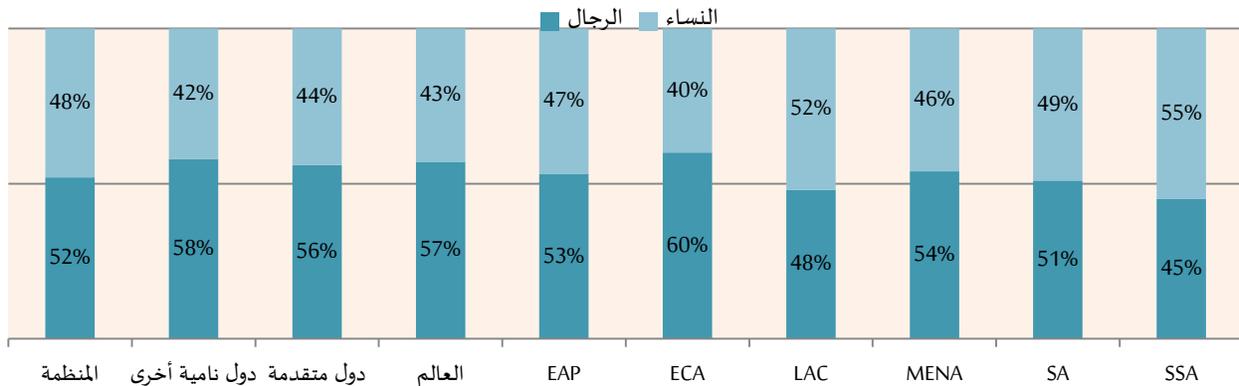
الشكل 6.2: التوزيع العالمي ودون الإقليمي في منظمة التعاون الإسلامي للوفيات الناجمة عن السرطان، 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

وباعتبار التقسيم القائم على النوع الجنساني للوفيات الناجمة عن السرطان في عام 2012 تبين أن الرجال أكثر عرضة للموت بسبب السرطان في جميع أنحاء العالم، وهو ما يمثل 57٪ من مجموع الوفيات (الشكل 7.2). ويعد التوزيع القائم على النوع الجنساني للوفيات الناجمة عن السرطان أكثر تجانسا في دول منظمة التعاون الإسلامي مقارنة بالفئات الأخرى، على الرغم من أن الحصة النسبية للرجال ظلت أعلى. وكما هو مبين في الشكل 7.2، يمثل الرجال 52٪ من مجموع الوفيات الناجمة عن السرطان في دول المنظمة مقارنة بـ 58٪ في الدول النامية الأخرى و 56٪ في الدول المتقدمة. وتماشيا مع الاتجاهات العالمية، يعتبر الرجال أكثر عرضة للوفاة بسبب السرطان في جميع المناطق الفرعية باستثناء أمريكا اللاتينية والكاريبي وأفريقيا جنوب الصحراء حيث تمثل النساء الجزء الأكبر من الوفيات. ومن بين المناطق الفرعية للمنظمة، وجد أعلى تفاوت بين الجنسين في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى بفارق 20 نقطة مئوية بين الرجال والنساء تليها منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (8 نقاط مئوية)، وشرق آسيا والمحيط الهادئ (6 نقاط مئوية).

الشكل 7.2: التوزيع القائم على النوع الجنساني للوفيات الناجمة عن السرطان، 2012



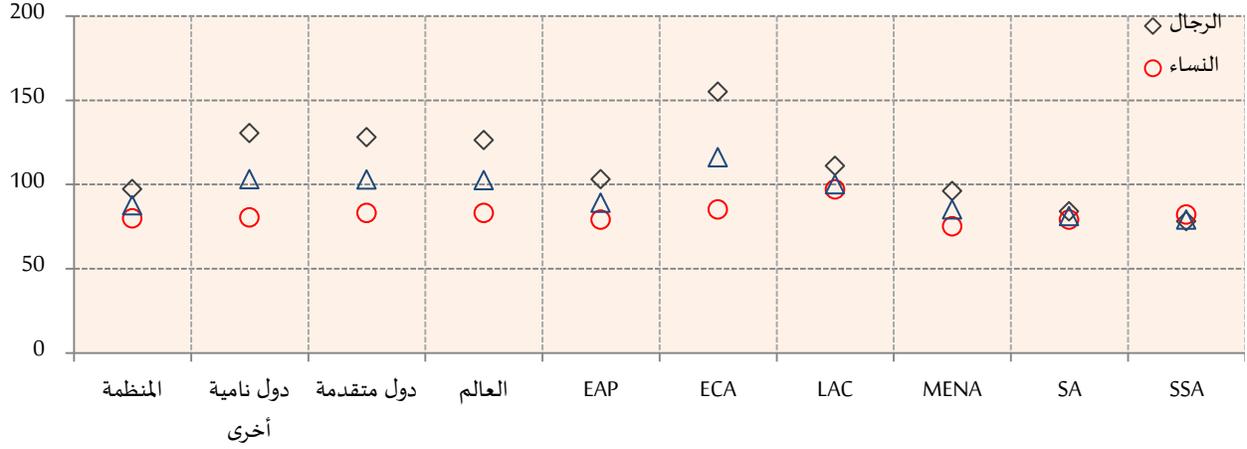
المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

## معدل الوفيات حسب السن

مثل الإصابة، ترتبط الوفيات الناجمة عن السرطان أيضا إلى حد كبير بعامل السن. وبالتالي، فمن المهم استخدام معدل الوفيات حسب السن للقيام بالمقارنة بين مجموعات الدول. وكما هو مبين في الشكل 8.2، تظهر معدلات وفيات السرطان حسب السن اختلافات إقليمية كبيرة، على الرغم من أن هذه الاختلافات أقل وضوحا من تلك المتعلقة بحالات الإصابة. فقد تجاوز معدل وفيات السرطان بين السكان البالغين عتبة 100 نقطة بقدر يسير في جميع أنحاء العالم باستثناء دول منظمة التعاون الإسلامي، حيث سجلت معدل أقل بكثير بلغ فقط 88 وفاة لكل 100 ألف من السكان. كما أن هناك اختلافات كبيرة بين ASR للرجال والنساء في جميع أنحاء العالم. وبشكل عام، الرجال هم أكثر عرضة للوفاة بسبب السرطان بنسبة 1.6 مرات مما هو عليه الحال بالنسبة للنساء. ومع ذلك، لا يزال الاختلاف القائم على النوع الجنساني في معدل وفيات السرطان ضئيلا نسبيا في دول المنظمة. وكما هو مبين في الشكل 8.2، بقي معدل وفيات الرجال في دول المنظمة (97 لكل 100 ألف من السكان) أقل بكثير منه في مجموعات الدول الأخرى. ويعد معدل الوفيات حسب السن للمرأة نسبيا أكثر تجانسا في جميع أنحاء العالم، متراوحا ما بين 80 و 83 حالة وفاة لكل 100 ألف من السكان عبر مجموعات الدول.

يختلف معدل الوفيات الناجمة عن السرطان حسب السن بشكل كبير في جميع أنحاء المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي (الشكل 8.2). بالنسبة لعام 2012، سجل أعلى ASR للبالغين في أوروبا وآسيا الوسطى (116 لكل 100 ألف من السكان). في حين سجل أدنى معدل في أفريقيا جنوب الصحراء (79). وظل معدل وفيات البالغين أعلى من المتوسط في المنظمة في أوروبا وآسيا الوسطى وأمريكا اللاتينية والكاربي وشرق آسيا والمحيط الهادئ. ويكشف التوزيع القائم على النوع الجنساني ل ASR أيضا عن تغيرات كبيرة في جميع أنحاء المناطق الفرعية للمنظمة. وتماشيا مع الاتجاهات العالمية، ظلت معدلات الوفيات بين الرجال أعلى من النساء في جميع المناطق الفرعية باستثناء منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. وبالنسبة لعام 2012، سجلت أوروبا وآسيا الوسطى أعلى معدل وفيات للرجال (155 لكل 100 ألف من السكان) تلتها كل من أمريكا اللاتينية والكاربي (111) وشرق آسيا والمحيط الهادئ (103). وعلى الجانب الآخر من المقياس، بلغ معدل الوفيات فقط 78 في أفريقيا جنوب الصحراء و 84 في جنوب آسيا. وبقي ASR للرجال في أوروبا وآسيا الوسطى وأمريكا اللاتينية والكاربي وشرق آسيا والمحيط الهادئ أعلى من متوسط منظمة التعاون الإسلامي. وفي حالة النساء، تراوح معدل الوفيات بين 97 لكل 100 ألف من السكان في أمريكا اللاتينية والكاربي و 75 في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وبقي ASR للنساء أعلى من متوسط المنظمة في مناطق أمريكا اللاتينية والكاربي وأوروبا وآسيا الوسطى وأفريقيا جنوب الصحراء. وبشكل عام، تم تسجيل أعلى تفاوت قائم على النوع الجنساني لمعدلات الوفيات في أوروبا وآسيا الوسطى حيث الرجال هم مرتين أكثر عرضة للوفاة بسبب السرطان من النساء.

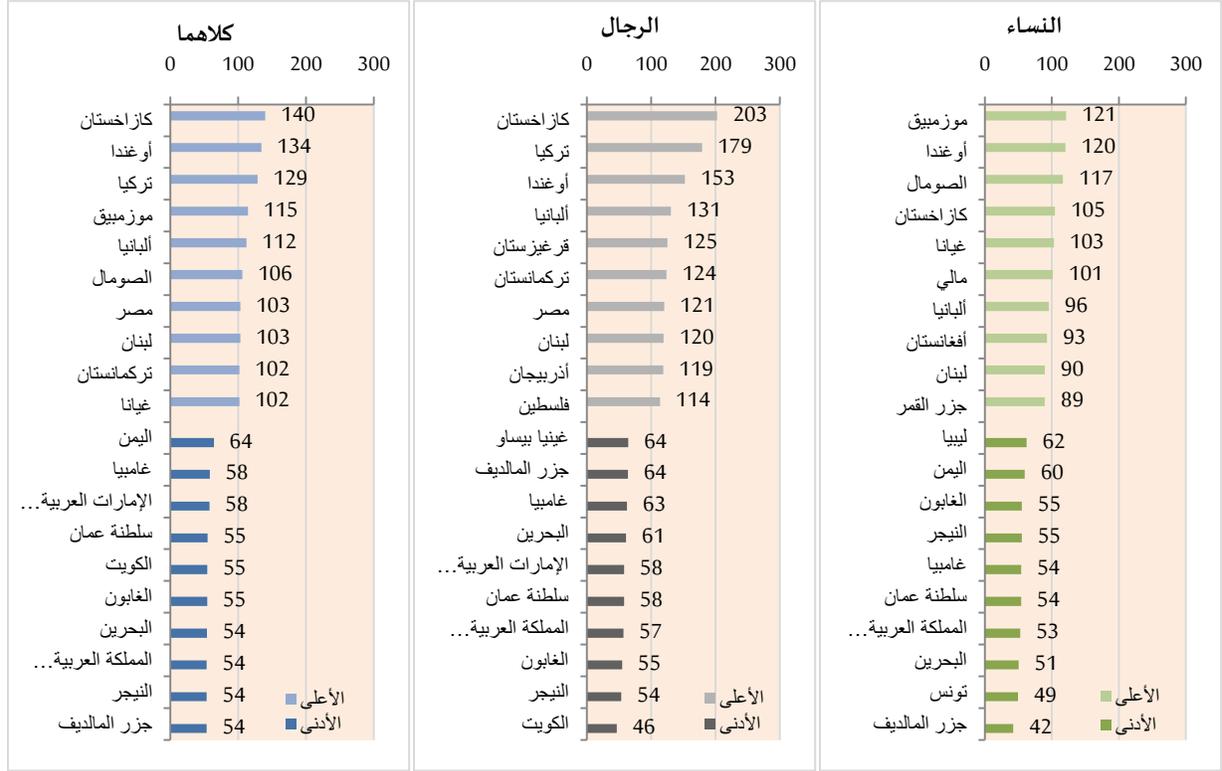
الشكل 8.2: معدل الوفيات الناجمة عن السرطان حسب السن لكل 100 ألف من السكان، 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

على مستوى كل بلد على حدة، يختلف معدل وفيات السرطان حسب السن اختلافا كبيرا في دول المنظمة. وكما هو مبين في الشكل 9.2، سجلت كازاخستان أعلى معدل وفيات بين البالغين (140 لكل 100 ألف من السكان) تلتها أوغندا (134) وتركيا (129) وموزمبيق (115) وألبانيا (112). ومن بين هذه الدول الخمس ذات أعلى معدل، سجلت كازاخستان وتركيا وأوغندا أيضا أعلى معدل للإصابة بالسرطان في عام 2012. وعلى الجانب الآخر من المقياس، سجلت جزر المالديف والنيجر والسعودية والبحرين أدنى معدل الوفيات بين البالغين (54). وبالنسبة لعام 2012، تراوحت نسبة وفيات السرطان حسب السن بين الرجال بين 203 لكل 100 ألف من السكان في كازاخستان و 46 فقط في الكويت. ومرة أخرى، صنفت أربعة من أصل خمس دول ذات أعلى معدل ضمن الدول ذات أعلى نسبة من حالات السرطان. وبشكل عام، سجلت 19 دولة في منظمة التعاون الإسلامي معدل وفيات أعلى من متوسط المنظمة (97). وكما هو مبين في الشكل 9.2، سجلت موزمبيق أعلى معدل للوفيات بين النساء (121) تلتها أوغندا (120) والصومال (117). وعلى الجانب الأدنى، سجلت جزر المالديف أدنى معدل (42) تلتها كل من تونس (49) والبحرين (51). وكان معدل الوفيات بحسب العمر في 23 دولة في منظمة التعاون الإسلامي أعلى من متوسط المنظمة (79.7) في عام 2012.

الشكل 9.2: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدل لوفيات السرطان لكل 100.000 من السكان في 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية.

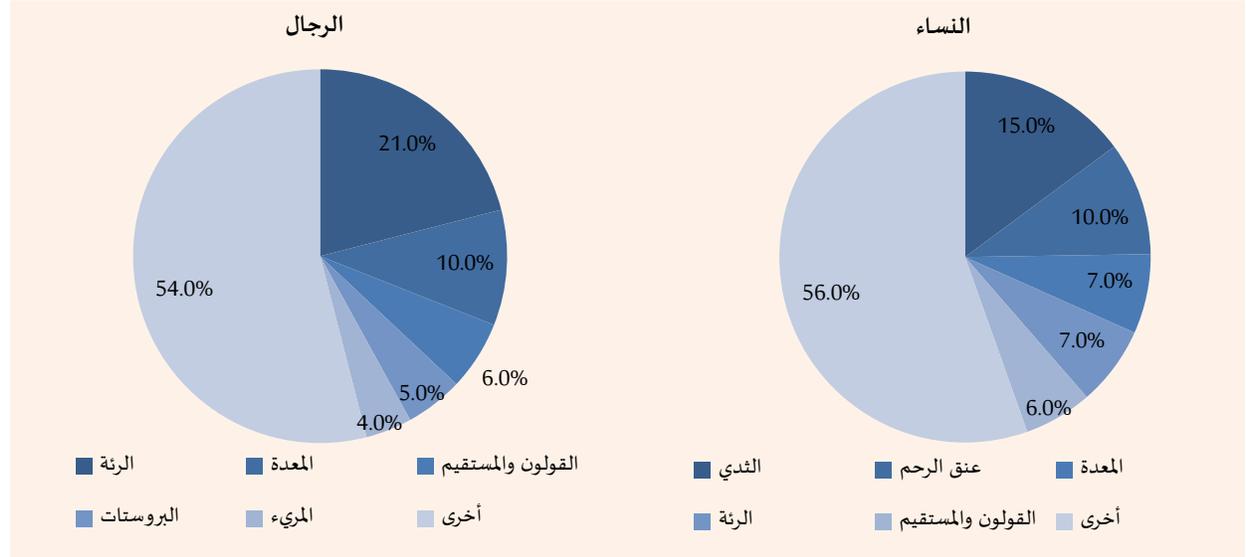
## السرطانات الأكثر فتكا

سرطان الرئة هو إلى حد بعيد السرطان الأكثر فتكا في دول منظمة التعاون الإسلامي مع 143 ألف حالة وفاة للبالغين (110 ألف رجل و 33 ألف امرأة). وثاني أكثر السرطانات فتكا هو سرطان المعدة، مع 85 ألف حالة وفاة (51 ألف رجل و 34 ألف امرأة)، ثم سرطان الثدي مع 74 ألف وفاة وسرطان القولون بمعدل 64 ألف حالة وفاة (34 ألف رجل و 30 ألف امرأة) وسرطان عنق الرحم مع 47 ألف حالة وفاة. وقد شكلت هذه الأنواع الخمس للسرطانات الأكثر فتكا حوالي 40٪ من جميع الوفيات الناجمة عن السرطان في دول المنظمة في عام 2012.

وهناك اختلافات واسعة النطاق قائمة على النوع الجنساني فيما يتعلق بعبء الوفيات من جراء أكثر أنواع السرطانات انتشارا في جميع أنحاء العالم. ويرجع معظم هذه الاختلافات إلى حد كبير إلى (عدم) توافر: السياسات المناسبة لمعالجة عوامل الخطر الرئيسية وقدرات الفحص والكشف الأولي والدواء والعلاج بأسعار معقولة في دولة/منطقة ما. بالنسبة للرجال في دول منظمة التعاون الإسلامي، تسببت خمس سرطانات فقط في ما يقرب من نصف مجموع الوفيات الناجمة عن السرطان (الشكل 10.2). وتشمل هذه السرطانات الخمس الأكثر فتكا سرطان الرئة (20.6٪ من المجموع) والمعدة (9.5٪) والقولون (6.5٪) والبروستات (4.7٪) والمريء (4.3٪). وبالنسبة للنساء، تسببت خمس سرطانات فقط في حوالي 43٪ من مجموع الوفيات وهي: سرطان الثدي (14.9٪ من المجموع) وعنق الرحم (9.6٪) والمعدة (7.0٪) والرئة (6.8٪) والقولون (6.1٪).

ويكشف تحليل دون إقليمي أجرته منظمة التعاون الإسلامي حول أنواع السرطان الثلاث الأكثر فتكا بين الرجال والنساء عن وجود اختلافات عبر الأقاليم الفرعية (الجدول 2). وبالنسبة للرجال، كان سرطان الرئة هو السبب الأكثر شيوعا للوفاة في أربع مناطق فرعية، في حين أن سرطان البروستاتا وسرطان المعدة هما أهم مسببات الوفاة على التوالي في منطقتي أمريكا اللاتينية والكاربي وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ومن بين ما سبق، بلغت نسبة سرطان الرئة أكبر حصة من الوفيات في أوروبا وآسيا الوسطى (32٪) تليها جنوب آسيا (28٪). ومن ناحية أخرى، بلغت نسبة سرطان البروستاتا حوالي 24٪ من مجموع وفيات السرطان بين الرجال في أمريكا اللاتينية والكاربي. وكان سرطان المعدة ثاني أكثر أنواع السرطان فتكا بين الرجال في ثلاث مناطق دون إقليمية في منظمة التعاون الإسلامي.

الشكل 10.2: السرطانات الأكثر فتكا في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2012



المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

وفي حالة النساء، شكل سرطان الثدي أكبر حصة من الوفيات الناجمة عن السرطان في جميع المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي باستثناء منطقة أفريقيا جنوب الصحراء حيث كان سرطان عنق الرحم هو الأكثر فتكا. ويختلف العبء النسبي للوفيات بسبب سرطان الثدي بشكل كبير في جميع أنحاء المناطق الفرعية. وكما هو مبين في الجدول رقم 2، شكل سرطان الثدي 23٪ من إجمالي وفيات النساء في أمريكا اللاتينية والكاربي تليها بشكل قريب جنوب آسيا (22٪). وكان سرطان عنق الرحم القاتل الثاني الأكثر شيوعا في منطقتين فرعيتين. وبشكل عام، فإن أمراض السرطان مثل سرطان الرئة والمعدة والقولون هي الأسباب الرئيسية المشتركة لوفيات كل من الرجال والنساء. ومن بين المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، شكلت السرطانات الثلاث الأكثر فتكا للرجال والنساء حوالي 53٪ من مجموع وفيات السرطان في أمريكا اللاتينية والكاربي و 45٪ في أوروبا وآسيا الوسطى و 43٪ في جنوب آسيا و 36٪ في شرق آسيا والمحيط الهادئ و 31٪ في أفريقيا جنوب الصحراء و 28٪ في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

الجدول 2: أكثر السرطانات فتكا في المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، 2012

SSA	SA	MENA	LAC	ECA	EAP		
المعدة 10%	الرئة 28%	الرئة 15%	البروستات 24%	الرئة 32%	الرئة 22%	الأول	الرجال
البروستات 8%	المعدة 11%	المعدة 9%	الرئة 15%	المعدة 12%	القولون 7%	الثاني	
المعدة 7%	المريء 8%	البروستات 5%	القولون 12%	القولون 7%	المعدة 7%	الثالث	
عنق الرحم 19%	الثدي 22%	الثدي 15%	الثدي 23%	الثدي 16%	الثدي 12%	الأول	النساء
الثدي 11%	المريء 9%	المعدة 6%	عنق الرحم 18%	الرئة 10%	عنق الرحم 12%	الثاني	
المبيض 8%	الرئة 6%	القولون 14%	المعدة 9%	الرئة 12%	الثالث الثالث	الثالث	

المصدر: قاعدة بيانات GLOBOCAN الإلكترونية، تحليل موظفي مركز أنقرة

### 3. الوقاية من السرطان ومكافحته

الأمراض المزمنة غير المعدية (NCDs) هي السبب الأول للوفاة والعجز في العالم. ويشير مصطلح الأمراض غير المعدية لمجموعة من الحالات التي لا تنتج أساساً عن طريق عدوى حادة وتؤدي إلى عواقب صحية على المدى الطويل، وغالباً ما تؤدي أيضاً إلى ظهور الحاجة للعلاج والرعاية الطويلة الأجل. وتشمل هذه الحالات السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الرئة المزمنة من بين الرئيسية منها. ويعتبر السرطان هو ثاني سبب رئيسي للوفيات في دول منظمة التعاون الإسلامي بعد أمراض القلب والأوعية الدموية. أما سرطان الرئة فهو السبب الرئيسي للوفيات تليه سرطانات المعدة والثدي والقولون وعنق الرحم. وفي الواقع، يمكن الوقاية من العديد من هذه السرطانات عن طريق التحكم في عوامل الخطر الرئيسية بما في ذلك استخدام التبغ واستهلاك الكحول والبدانة وعدم كفاية النشاط البدني. وعلاوة على ذلك، يمكن للكشف المبكر أن يساهم في علاج عدد كبير من أنواع السرطان عن طريق الجراحة والعلاج الكيميائي.

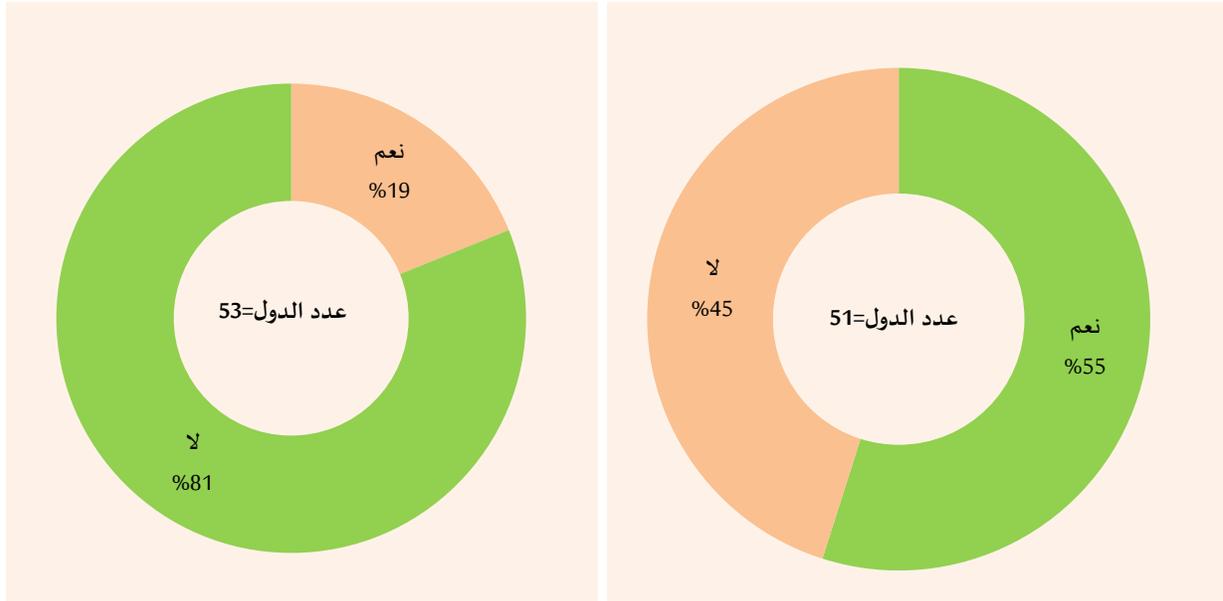
ويعد السرطان واحداً من أكثر الأمراض تكلفة مع عواقب اجتماعية واقتصادية كبيرة. وعلى الصعيد العالمي، تنفق الملايين من الدولارات سنوياً لعلاج السرطان، الشيء الذي يقوض استدامة نفقات الرعاية الصحية الوطنية وخاصة في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعلى العكس من ذلك، تؤثر نظم الرعاية الصحية غير المتطورة ذات التغطية المحدودة فيما يخص الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي على العديد من مرضى السرطان الذين يضطرون إلى دفع ثمن الدواء والعلاج من جيوبهم. ونتيجة لذلك، يتم دفع العديد من المرضى وأسرهم في جميع أنحاء العالم النامي إلى حلقة مفرغة خطيرة بحيث يساهم الفقر والسرطان معاً في تفاقم الوضع باستمرار. وفي هذا السياق، يهدف هذا الفصل إلى تقييم القدرات والسياسات الوطنية القائمة لتحديد الثغرات الرئيسية التي تشوب عملية الرصد والمراقبة والوقاية والكشف المبكر ومكافحة وعلاج السرطان في دول منظمة التعاون الإسلامي.

#### 1.3. خطة العمل والرصد والمراقبة

نظراً لآثاره الاجتماعية والنفسية والاقتصادية على الأفراد والمجتمعات، فإنه من الأهمية بمكان التوفر على أنظمة لتسجيل السرطان على الصعيد الوطني من أجل رصد الاتجاهات في حالات السرطان وعدد المرضى ومتطلبات علاجهم. ووفقاً لمسح منظمة الصحة العالمية في عام 2013، فإن 10 فقط من أصل 53 دولة في منظمة التعاون الإسلامي المتوفرة على البيانات هي التي تقوم بتسجيل وطني للسرطان مبني على أساس السكان (الشكل 1.3). وبعبارة أخرى، 43 دولة في منظمة التعاون الإسلامي غير قادرة على تعقب عدد حالات السرطان والمرضى بسبب عدم وجود نظام للتسجيل. وهذا الأمر طبعاً يؤدي إلى عدد من المشاكل انطلاقاً من التخطيط إلى العلاج في هذه الدول. وعلى سبيل المثال، قد يسبب عدم وجود نظام للتسجيل المركزي في توفير غير فعال لأدوية السرطان، التي عادة ما تحتاج إلى استيرادها في الوقت المناسب. والتأخير في توفير أدوية السرطان بسبب عدم وجود نظام للرصد والمراقبة الفعالة قد يضع حياة العديد من مرضى السرطان في خطر. ولذلك، من المهم جداً تطوير القدرة على مكافحة السرطان بطريقة فعالة وكفؤة.

وأفضل طريقة لمكافحة السرطان هي الوقاية منه قبل حدوثه. ولهذا الغاية، فإن الخطوة الأولى هي وضع استراتيجية/خطة عمل/سياسة وطنية شاملة وعملية لمكافحة السرطان ومكافحة العوامل الرئيسية للمخاطر. ووفقا لمسح منظمة الصحة العالمية في عام 2013، ردت 28 دولة في منظمة التعاون الإسلامي بشكل إيجابي عن وجود استراتيجية/خطة عمل/سياسة عملية للسرطان فيها (الشكل 1.3، اليمين). ومن ناحية أخرى، لم تتوفر 23 دولة في المنظمة على استراتيجية/خطة عمل/سياسة عملية لمرض السرطان في نفس العام. وهذا يعني غياب كبير للسياسات ذات الصلة بالرصد والمراقبة في دول المنظمة لمكافحة فعالة للسرطان وتوفير العلاج للمرضى بهدف تحسين وضعهم الصحي.

الشكل 1.3: سجل وخطة العمل التشغيلية المبينة على السكان للسرطان في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

### 2.3. عوامل المخاطر وسياسات الوقاية

يعد علاج السرطان مكلفا للغاية ولا ينتهي دائما بالنتائج المرجوة. ومن ناحية أخرى، تتوفر سياسات الوقاية من السرطان التي تستهدف عوامل الخطر الرئيسية بصفة معقولة وبفعالية كبيرة. فيمكن الوقاية من العديد من أنواع السرطان عن طريق الحد من التعرض لعوامل الأخطار الشائعة مثل تعاطي التبغ واستهلاك الكحول وقلة النشاط البدني والنظام الغذائي غير الصحي. ووفقا لأحدث التقديرات، فإن نحو ثلث الوفيات الناجمة عن السرطان سببها بعض المخاطر السلوكية والغذائية الرائدة: ارتفاع مؤشر كتلة الجسم مرفقة بقلة تناول الخضروات والفواكه وعدم كفاية النشاط البدني وتعاطي التبغ والكحول (مركز أنقرة، 2015). ويعتبر تعاطي التبغ أهم عامل خطورة يؤدي للإصابة بالسرطان بحيث يسبب حوالي 20٪ من وفيات السرطان العالمية وحوالي 70٪ من الوفيات العالمية بسرطان الرئة. ولذلك، فإن مكافحة عوامل الخطر هذه يحمل أهمية بالغة بالنسبة لدول منظمة التعاون الإسلامي من أجل الحد من الإصابة بالسرطان والوفيات. وفي هذا القسم الفرعي سنتناول الحالة الراهنة لسياسات الوقاية من السرطان في دول منظمة التعاون الإسلامي.

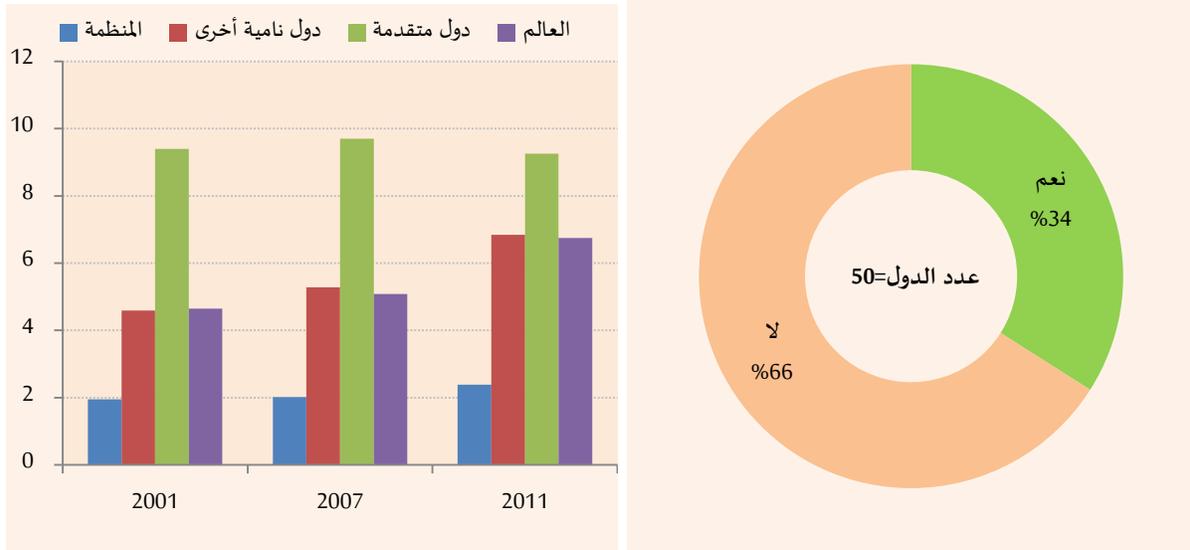
## تناول الكحول

يعتبر تناول الكحول عاملاً مسبباً لأكثر من 200 مرض بما في ذلك السرطان. وعلى الصعيد العالمي، نحو 3.3 مليون حالة وفاة كل عام هي نتيجة لتناول الكحول، وهذا يمثل 5.9٪ من مجموع الوفيات لجميع الأعمار و 25٪ من الوفيات بين البالغين 20-39 سنة، وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية.

وقد حدد الباحثون أن الكحول قد يزيد من خطر الإصابة بالسرطان عن طريق إتلاف الحمض النووي والبروتينات وإضعاف قدرة الجسم على التخلص واستيعاب مجموعة متنوعة من المواد المغذية. وعلى وجه الخصوص، تناول الكحول يزيد من مخاطر سرطانات الكبد والبنكرياس والحلق والثدي والأمعاء (الصندوق العالمي لأبحاث السرطان، 2016 وجمعية السرطان الأمريكية، 2016).

وعلى الرغم من الآثار السلبية للكحول على الصحة وارتباطه بارتفاع خطر الإصابة بالسرطان، فإن نصيب الفرد من استهلاك الكحول في ارتفاع مستمر في جميع أنحاء العالم، مسجلاً زيادة من 4.65 لتر في 2001 إلى 6.74 لتر في عام 2011 (الشكل 2.3). وكمجموعة، شهدت دول منظمة التعاون الإسلامي أيضاً اتجاهاً تصاعدياً من 1.95 لتر إلى 2.38 لتر في نفس الفترة، في حين سجلت الدول المتقدمة انخفاضاً من 9.4 لتر إلى 9.2 لتر. وتدل هذه الأرقام أن دول منظمة التعاون الإسلامي في خطر أكبر مقارنة مع سنة 2001 من حيث تناول الكحول. ومع ذلك، وعلى الرغم من الزيادة الملحوظة في تناول الكحول في دول المنظمة، فإن 17 فقط من بين 50 دولة عضو متاح حولها البيانات هي التي تتوفر على استراتيجية/خطة عمل/سياسة عملية للحد من الاستخدام الضار للكحول (الشكل 2.3، اليمين).

الشكل 2.3: استهلاك الكحول المسجل لكل فرد (+15) (لترات الكحول الصرف) ووجود سياسة/استراتيجية/خطة عمل عملية للتخفيف من تناول الكحول في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، تحليل موظفي مركز أنقرة

يحتم هذا الوضع على دول منظمة التعاون الإسلامي أن تبذل جهودا متضافرة لوضع وتنفيذ استراتيجيات فعالة للتعامل مع الاتجاه التصاعدي الملحوظ في تناول الكحول والحد من المخاطر المرتبطة بالسرطان. وتشمل بعض الاستراتيجيات المعتمدة في جميع أنحاء العالم في هذا الصدد ما يلي:

- ضبط تسويق المشروبات الكحولية (خصوصا للشباب)؛
- ضبط وتقييد توافر الكحول؛
- سن سياسات مناسبة للقيادة تحت تأثير الكحول؛
- تخفيض الطلب من خلال آليات الضرائب والتسعير؛
- رفع مستوى الوعي بمشاكل الصحة العمومية الناجمة عن التناول الضار للكحول وضمان دعم سياسات فعالة ضد الكحول؛
- توفير العلاج بأسعار معقولة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تناول الكحول؛ و
- تنفيذ برامج الفحص والتدخلات السريعة لحالات شرب الكحول الخطرة والضارة في مرافق الخدمات الصحية.

وبالإضافة إلى الاستراتيجيات العالمية المذكورة أعلاه، يمكن لدول المنظمة بمساعدة من علماء الدين الإسلامي نقل رسالة الإسلام الفريدة إلى المجتمع التي مفادها أن الإسلام يحظر تناول الكحول. وإذا تم تسليم الرسالة على نطاق واسع وبشكل فعال في المجتمع، يمكن أن تساعد هذه الاستراتيجية العديد من المسلمين في دول المنظمة على وقف تناول الكحول.

## تعاطي التبغ

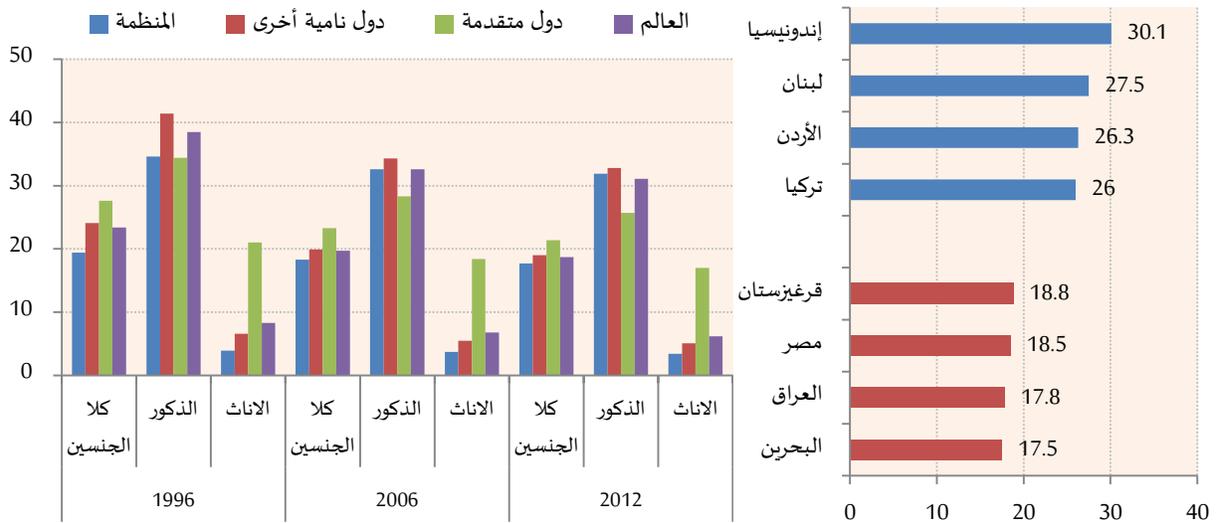
حسب منظمة الصحة العالمية فإن التبغ يقتل ما يصل الى نصف مستخدميه. فدخان التبغ يحتوي على أكثر من 4000 مادة كيميائية، 250 منها على الأقل معروفة بأنها ضارة وأكثر من 50 منها معروفة بأنها تسبب السرطان. وبشكل عام تعاني الدول النامية أكثر من غيرها من تعاطي التبغ، بحيث يعيش ما يقرب من 80٪ من مليار مدخن في العالم في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ووفقا لأبحاث السرطان في المملكة المتحدة (Cancer Research UK) (2016)، يشكل التدخين أحد أسباب السرطان الرئيسية التي يمكن تجنبها في العالم. والطريقة الرئيسية التي يسبب التدخين بها السرطان تتجلى في إتلاف الحمض النووي، بما في ذلك الجينات الرئيسية التي تحمي الناس ضد السرطان. وقد أظهرت الأبحاث أن لكل 15 سيجارة يكون هناك تغيير في الحمض النووي الذي يمكن أن يسبب في خلية سرطانية. وعلاوة على ذلك، يعد المدخنون أيضا أقل قدرة على التعامل مع المواد الكيميائية السامة من غيرهم من الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة على مستوى الرئتين والدم. ويؤثر دخان السجائر أيضا على الجهاز المناعي - زيادة الخلايا التي يمكن أن تشجع نمو الورم في الرئة وقمع تلك التي تقتل الخلايا السرطانية (أبحاث السرطان في المملكة المتحدة، 2016).

ويعتمد خطر الوفاة المبكرة والإصابة بالسرطان بسبب التدخين على العديد من العوامل، بما في ذلك عدد سنوات تدخين الشخص وعدد السجائر التي يدخنها في اليوم الواحد والعمر الذي بدأ فيه التدخين وعمّا إذا كان الشخص مريضاً بالفعل في وقت الإقلاع عن التدخين. وبالنسبة للأشخاص المصابين بالفعل بالسرطان، يشكل الإقلاع عن التدخين عاملاً لتقليل خطر الإصابة بسرطان ثان. وعلى الرغم من أن الاستفادة من الإقلاع عن التدخين لا يفوتها الأوان أبداً، فإن الاستفادة الأكثر هي بين أولئك الذين يقلعون عن التدخين في سن مبكرة (المعهد الوطني للسرطان، 2016b).

ونظراً للعواقب السلبية للتدخين وبفضل الجهود العالمية للتقليل من حدة تعاطي التبغ، انخفض معدل انتشار التدخين من 23.4٪ في عام 1996 إلى 18.7٪ في عام 2012 في جميع أنحاء العالم (الشكل 3.3، يسار). وفي دول منظمة التعاون الإسلامي، انخفض متوسط معدل انتشار التدخين أيضاً من 19.4٪ إلى 17.7٪ في نفس الفترة (للجنسين). وكما هو الحال في مجموعات الدول الأخرى، السكان من الذكور هم أكثر عرضة للتدخين في دول المنظمة بمعدل 31.9٪ في عام 2012. وفي مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، بلغت نسبة المدخنين من النساء 3.4٪ في عام 2012. وعلى مستوى كل دولة على حدة في المنظمة، كما هو مبين في الشكل 3.3 اليمين، كان لإندونيسيا أعلى نسبة لانتشار التدخين (30.1٪) تليها لبنان (27.5٪) والأردن (26.3٪) في عام 2012 (للجنسين).

الشكل 3.3: انتشار التدخين (% من السكان، البالغة أعمارهم +15) (اليسار) ودول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدل انتشار، 2012 (اليمين)



المصدر: معهد القياسات الصحية والتقييم (IHME)، تحليل موظفي مركز أنقرة

إن متوسط الانخفاض الملحوظ على مستوى التدخين في دول منظمة التعاون الإسلامي هو نتيجة لعدة إجراءات سياسية كما هو مناقش بالتفصيل أدناه. وفي إطار مكافحة تعاطي التبغ باعتباره واحداً من عوامل الخطر الرئيسية للإصابة بالسرطان، أعلنت 30 دولة في المنظمة، من أصل 51 دولة تتوفر حولها البيانات عام 2013، عن وجود استراتيجية/خطة عمل/سياسة عملية للتقليل

من تعاطي التبغ (الشكل 4.3، اليسار). وعلى نحو مماثل، منعت 33 دولة في المنظمة من أصل 56 دولة تتوفر حولها البيانات ظهور علامات التبغ التجارية في التلفزيون و/أو الأفلام في عام 2014 (الشكل 4.3، اليمين).

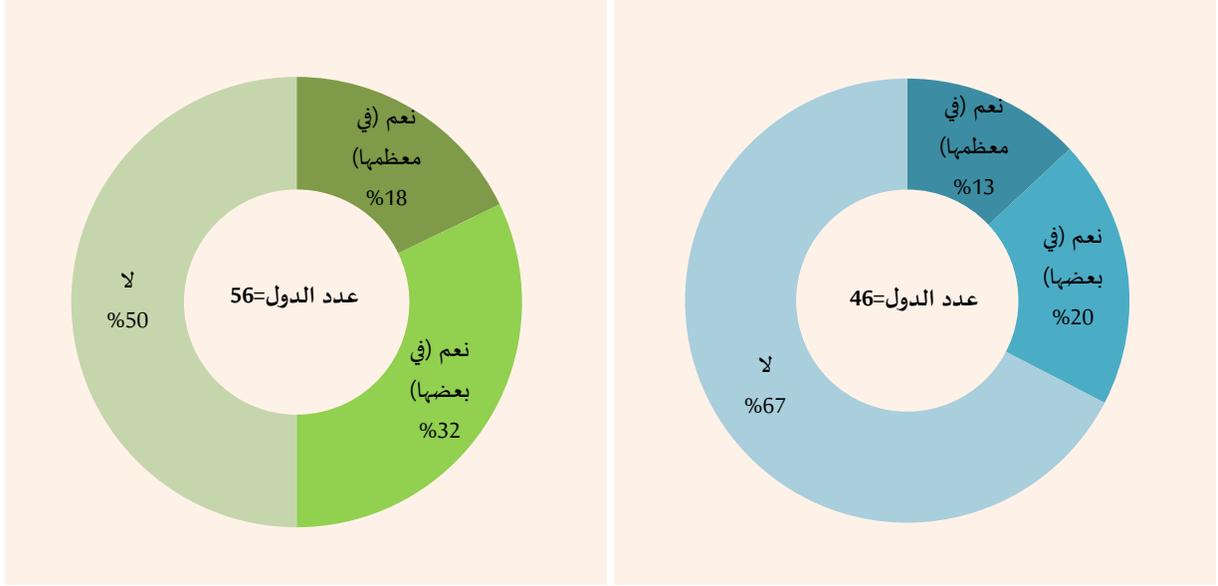
وبينما كانت 28 دولة في منظمة التعاون الإسلامي تقدم العلاج لإدمان التبغ في العيادات الصحية والمرافق الأساسية الأخرى في عام 2014، كان عدد مماثل من الدول الأعضاء لا توفر مثل هذا العلاج (الشكل 5.3، اليسار). وعلاوة على ذلك، في حين أن 15 دولة في المنظمة قدمت العلاج لإدمان التبغ على مستوى المستشفيات، لم تكن هذه الخدمة متوفرة في 31 دولة أخرى في المنظمة (الشكل 5.3، اليمين).

الشكل 4.3: وجود استراتيجية/خطة عمل/سياسة عملية للتقليل من تعاطي التبغ في عام 2013 وفرض حظر على ظهور علامات التبغ التجارية في التلفزيون و/أو الأفلام في دول منظمة التعاون الإسلامي في عام 2014 (اليمين)



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

الشكل 5.3: علاج إدمان التبغ المتوفر في عيادات الصحة ومراكز الرعاية الأولية الأخرى (اليسار)، وفي المستشفيات (اليمن) في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2014



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

واستناداً إلى البيانات المتاحة، من الواضح أن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي على الطريق الصحيح لمحاربة تعاطي التبغ عن طريق تنفيذ سياسات واستراتيجيات فعالة. ومع ذلك، لا يزال عدد كبير من دول المنظمة بحاجة إلى اتخاذ مزيد من الإجراءات من أجل التقليل من تعاطي التبغ. وفي هذا الصدد، يعد تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ التي دخلت حيز التنفيذ في فبراير 2005 أمراً بالغ الأهمية. وفي الواقع، الاتفاقية الإطارية هذه هي واحدة من المعاهدات التي حظيت بقدر كبير من القبول في تاريخ الأمم المتحدة بحيث اعتمدها 180 دولة وهو رقم يغطي 90٪ من سكان العالم. وفي عام 2008، أدخلت منظمة الصحة العالمية طريقة عملية وفعالة من حيث التكلفة لزيادة تنفيذ أحكام اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية على أرض الواقع، وهو ما يسمى ببرنامج السياسات الست MPOWER وتشمل تدابير هذا البرنامج ما يلي:

- رصد سياسات تعاطي التبغ والوقاية منه؛
- حماية الناس من تعاطي التبغ؛
- عرض المساعدة للإقلاع عن تعاطي التبغ؛
- التحذير من أخطار التبغ؛
- فرض حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته؛ و
- زيادة الضرائب المفروضة على التبغ.

## عدم كفاية النشاط البدني

تعرف منظمة الصحة العالمية النشاط البدني على أنه أي حركة جسدية تنتجها العضلات والهيكل العظمي والتي تتطلب استهلاك الطاقة - بما في ذلك الأنشطة الممارسة أثناء العمل واللعب والقيام بالأعمال المنزلية والسفر والانخراط في المساعي الترفيهية. ولكل من الأنشطة البدنية المعتدلة والقوية الكثافة فوائد صحية مهمة.

وهناك أدلة مقنعة على أن النشاط البدني يرتبط بخفض خطر الإصابة بسرطان القولون والثدي. وأعلنت العديد من الدراسات أيضا العلاقة بين النشاط البدني وانخفاض خطر الإصابة بسرطان البروستاتا والرئة وبطانة الرحم. وينص الصندوق العالمي لأبحاث السرطان (2016) على أن هناك صلة قوية بين ممارسة النشاط البدني وانخفاض خطر ثلاثة أنواع من السرطان: سرطان الثدي بعد سن اليأس والقولون والمستقيم (الأمعاء) وبطانة الرحم (الرحم).

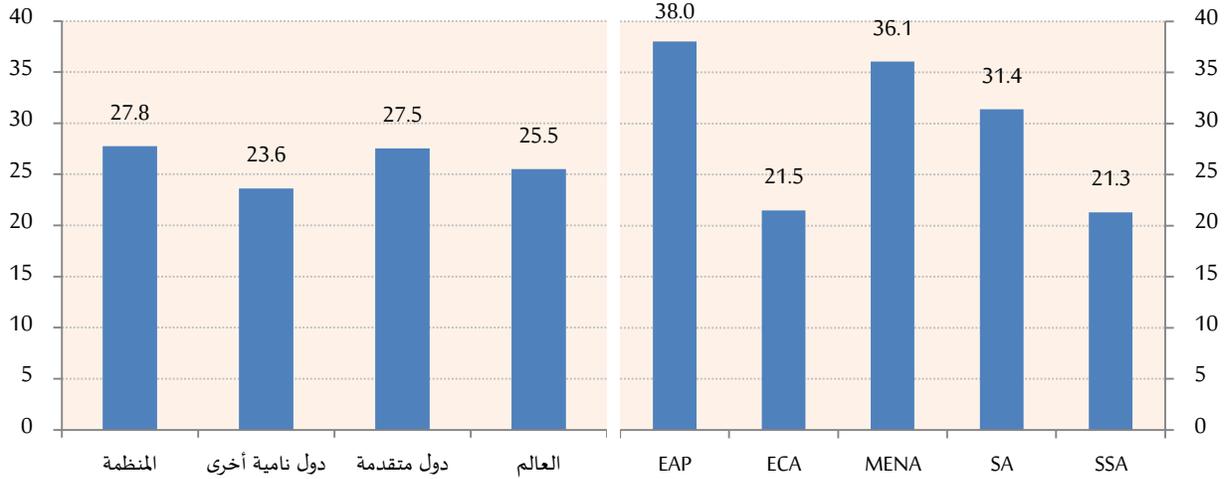
والنشاط البدني غير الكافي هو أحد عوامل الخطر الرئيسية للأمراض غير المعدية (NCDs) مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري وواحد من 10 عوامل الخطر الرائدة للوفاة في العالم. وعلى الصعيد العالمي، تعزى 3.2 مليون حالة وفاة سنويا إلى النشاط البدني غير الكافي وفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية.

وعلى الرغم من أن النشاط البدني له فوائد صحية كبيرة ويسهم في منع الأمراض غير المعدية، إلا أن أكثر من نسبة 80٪ من السكان في سن المراهقة في العالم غير نشطة بدنيا أساسا بسبب مزيج معقد من العوامل السوسيوثقافية والسوسيوثقافية ذات الصلة بأنماط حياة الناس. ومع تزايد التحضر، بدأت أيضا بعض العوامل الأخرى مثل العنف وحركة المرور عالية الكثافة وانخفاض جودة الهواء والتلوث وعدم توفر الحدائق والأرصدة ومرافق الترفيه/الرياضة بشكل كاف في التأثير على النشاط البدني.

ووفقا لأحدث التقديرات، وفي المتوسط، كان معدل انتشار النشاط البدني غير الكافي في دول منظمة التعاون الإسلامي هو الأعلى (27.8٪) من بين جميع مجموعات الدول في عام 2010 (الشكل 6.3). وقد سجل المتوسط العالمي 25.5٪ في نفس العام. وعبر مناطق المنظمة، تم تسجيل أعلى نسبة لانتشار النشاط البدني غير الكافي في شرق آسيا والمحيط الهادئ بمعدل 38٪ في حين أن أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى سجلت أدنى معدل في ذلك (21.3٪).

ويعتبر غياب استراتيجية/خطة عمل/سياسة وطنية عملية تعنى بمعالجة إشكالية قلة النشاط البدني واحدا من الأسباب الأساسية وراء الانتشار الواسع نسبيا لقلة النشاط البدني في دول المنظمة. وكما هو مبين في الشكل 7.3، من بين 51 دولة في منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر حولها البيانات، 23 منها فقط هي التي توفرت على خطة عمل/سياسة/استراتيجية عملية للحد من قلة النشاط البدني في عام 2013. وفي هذا السياق، يتعين على دول المنظمة تكثيف جهودها لتطوير وتنفيذ استراتيجيات فعالة لتحفيز وتشجيع الناس على أن يكونوا أكثر نشاطا بدنيا في حياتهم اليومية.

الشكل 6.3: انتشار النشاط البدني غير الكافي بين السكان +18 (%، 2010 (اليسار) وعبر المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، 2010 (اليمن)



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، تحليل موظفي مركز أنقرة

الشكل 7.3: وجود سياسة/استراتيجية/خطة عمل عملية للتقليل من الخمول البدني في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

## السمنة

تعرف البدانة بالتراكم غير الطبيعي أو المفرط للدهون الذي قد يضر بالصحة. وتعرف منظمة الصحة العالمية السمنة بالحالة التي يكون فيها مؤشر كتلة الجسم (BMI) أكبر من أو يساوي 30<sup>1</sup>. وتؤدي السمنة إلى تأثيرات أيضية سلبية على ضغط الدم والكوليسترول والدهون الثلاثية ومقاومة الانسولين. وتزداد مخاطر الإصابة بأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية الإقفارية

<sup>1</sup> مؤشر كتلة الجسم (BMI) هو مؤشر بسيط لقياس الوزن إلى الطول وهو أفضل المقياس المتعارف عليه عالمياً لتمييز الوزن الزائد عن السمنة بين البالغين. ويحسب مؤشر كتلة الجسم بتقسيم وزن الشخص بالكيلوغرام على مربع طوله بالمتر (كغ / متر مربع)

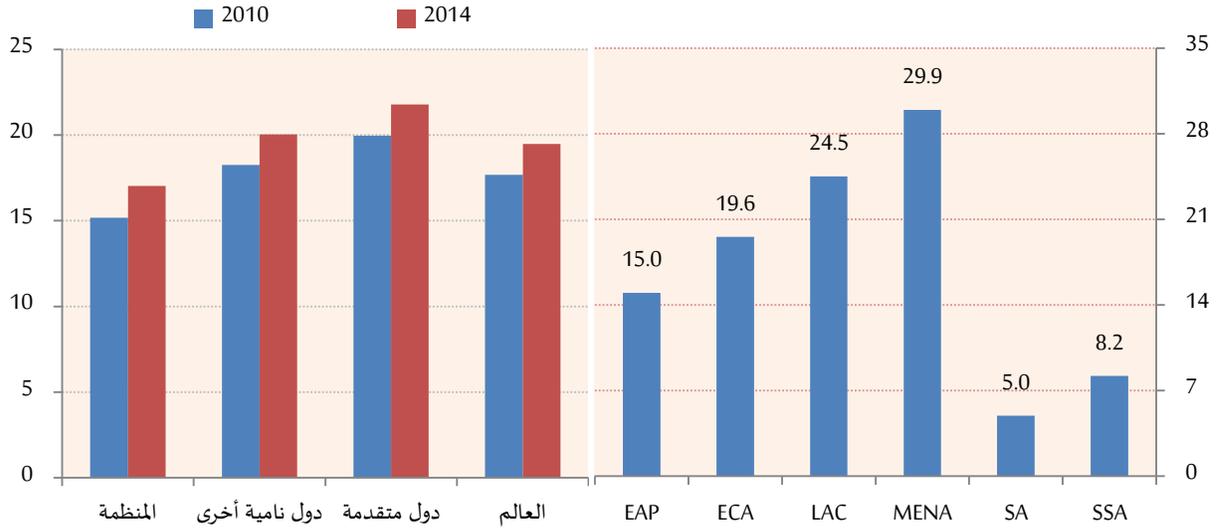
وسكري النمط الثاني زيادة مطردة مع زيادة مؤشر كتلة الجسم. كما يرفع مؤشر كتلة الجسم المرتفع من خطر الإصابة بسرطان الثدي والقولون والبروستاتا وبطانة الرحم والكلى والمرارة.

وتؤثر السمنة أو بدانة الجسم على مستويات عدد من الهرمونات وعوامل النمو. ويكون مستويات الأنسولين واللبتين مرتفعة لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة ويمكن أن تعزز نمو الخلايا السرطانية. عند الرجال، ترتبط السمنة بانخفاض مستويات مصلى هرمون تستوستيرون، والتي بدورها قد تترافق مع زيادة مخاطر أو نتائج سلبية لسرطان البروستاتا في مرحلة متقدمة. وتعد السمنة عامل خطر لالتهاب الكبد الدهني غير الكحولي (ناش) الذي قد يتطور إلى تليف الكبد وبالتالي يقترن مع زيادة خطر الإصابة بسرطان الكبد. وبالإضافة إلى ذلك، السمنة هي سبب معروف لتكون الحصوات ووجود حصى في المرارة يزيد من خطر الإصابة بسرطان المرارة. وزيادة الدهون في الجسم يزيد من مخاطر ارتفاع ضغط الدم - عامل يرتبط بشكل إيجابي مع تطور سرطان الكلى. وباختصار، كون الشخص زائدا في الوزن أو بدينا يزيد من خطر 10 سرطانات: الكبد والبروستاتا المتقدمة والمبيض والمرارة والكلى والقولون والمستقيم والمريء وسرطان الثدي بعد انقطاع الطمث والبنكرياس وبطانة الرحم (الصندوق العالمي لأبحاث السرطان (2016)).

وعلى الصعيد العالمي، زادت السمنة بأكثر من الضعف منذ عام 1980. وفي عام 2014، كان أكثر من 1.9 مليار من البالغين (18 عاما فما فوق) يعانون من زيادة الوزن. وكان أكثر من 600 مليون (أو 13٪ من البالغين ذوي 18 عاما) من هؤلاء الناس يعانون من السمنة المفرطة. ووفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية، يعد انتشار السمنة في الدول ذات الدخل المرتفع أعلى أكثر من أربعة أضعاف مقارنة مع الدول ذات الدخل المنخفض.

وكما هو مبين في الشكل 8.3 (اليسار)، ازداد معدل انتشار السمنة في دول منظمة التعاون الإسلامي من 15.2٪ في عام 2010 إلى 17٪ في عام 2014. وفي الدول المتقدمة، وصل متوسط معدل الانتشار إلى 21.8٪ في عام 2014. وبين كل مجموعات الدول، كان معدل منظمة التعاون الإسلامي هو الأدنى. وبين المناطق الفرعية للمنظمة، تنتشر البدانة بشكل أكبر في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مع متوسط انتشار يبلغ 29.9٪ في حين جنوب آسيا لديها أدنى انتشار بمتوسط 5٪ فقط (الشكل 8.3، اليمين). وعلى مستوى كل بلد على حدة، تراوح معدل انتشار السمنة من 2.9٪ في أفغانستان إلى 42.3٪ في قطر.

الشكل 8.3: انتشار السمنة بين السكان ذوي +18 (% من السكان، اليسار) وعبر المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي في عام 2014 (اليمين)



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، تحليل موظفي مركز أنقرة

وفي الواقع، السمنة قابلة للوقاية من خلال تبني نمط حياة صحي. فعلى المستوى الفردي، يمكن للناس أن تحد من استهلاك الطاقة من الدهون الكلية والسكريات؛ وزيادة استهلاك الفواكه والخضروات، وكذلك البقول والحبوب الكاملة والمكسرات، والانخراط في نشاط بدني منتظم (60 دقيقة يوميا للأطفال و 150 دقيقة في الأسبوع للبالغين). ويمكن لصناعة المواد الغذائية أن تلعب دورا هاما في تعزيز النظم الغذائية الصحية عن طريق تقليل نسبة الدهون والسكر والملح في الأطعمة المصنعة؛ وضمان توفير الخيارات الصحية والمغذية المتاحة وبأسعار معقولة لجميع المستهلكين؛ وممارسة التسويق المسؤول خاصة ذلك الذي يستهدف الأطفال والمراهقين؛ وضمان توافر الخيارات الغذائية الصحية ودعم ممارسات النشاط البدني بانتظام في مكان العمل. وفي هذا الصدد، تعتبر السلطات في دول منظمة التعاون الإسلامي مسؤولة عن وضع سياسات لتشجيع اتباع نظام غذائي صحي وتشجيع زيادة النشاط البدني وتنظيم صناعة المواد الغذائية لصالح شعوبها.

### 3.3 الكشف المبكر والمعالجة

يتطلب كل نوع سرطان نظام علاج محدد يشمل واحدة أو أكثر من الطرائق مثل الجراحة و/أو العلاج الإشعاعي و/أو العلاج الكيميائي. وفي هذا الصدد، الكشف المبكر والتشخيص الصحيح ضروريين لمعالجة ملائمة وفعالة وناجحة. وبتعبير أدق، مع ملاحظة علامات التحذير المحتملة للسرطان واتخاذ إجراءات فورية يؤدي إلى التشخيص المبكر. وزيادة الوعي بالعلامات التحذيرية المحتملة للسرطان لدى الجمهور يمكن أن يكون له تأثير كبير على المرض. وتشمل بعض العلامات المبكرة للسرطان كتل وقروح لا تلتئم ونزيف غير طبيعي وعسر الهضم المستمر وكذلك بحة مزمنة. وللكشف المبكر أهمية خاصة في سرطان الثدي وعنق الرحم والفم والحنجرة والقولون والمستقيم والجلد. وفي هذا السياق، يهدف هذا القسم إلى تقديم التوافر العام لمراقف فحص السرطان في دول منظمة التعاون الإسلامي باستخدام بيانات من مسح القدرات القطرية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية في عام 2013.

## الفحص

يشير فحص الكشف عن السرطان إلى استخدام الاختبارات على السكان الأصحاء من أجل تحديد الأفراد المصابين بالسرطان ولكن ليس لديهم بوادر المرض مثل فحص سرطان الثدي باستخدام التصوير الشعاعي للثدي وفحص سرطان عنق الرحم باستخدام طرق فحص الخلايا وفحص سرطان القولون باستخدام منظار القولون .

ويشير التوافر العام للكشف عن سرطان الثدي على مستوى الرعاية الصحية الأولية إلى ما إذا كان البلد يتوفر على فحص سرطان الثدي (عن طريق الملامسة أو الماموجرام) المتوفر بشكل عام على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وفي عام 2013، 39 من أصل 51 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (76٪) لديها التوافر العام للكشف عن سرطان الثدي على مستوى الرعاية الصحية الأولية (الشكل 9.3). ومثل هذه النسبة تضاهي الدول المتقدمة بنسبة 97٪ والمتوسط العالمي البالغ 85٪.

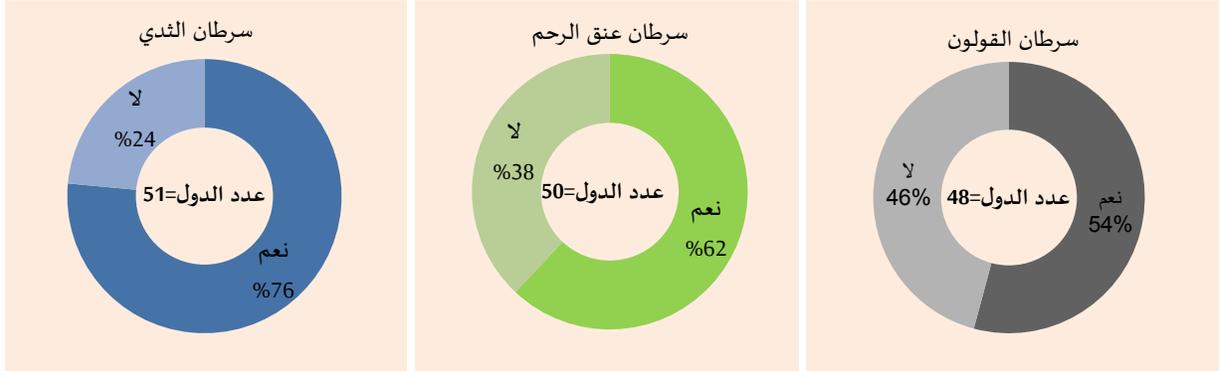
ويشير التوافر العام لفحص خلايا عنق الرحم على مستوى الرعاية الصحية الأولية إلى ما إذا كان البلد يتوفر على فحص خلايا عنق الرحم المتاحة عموماً على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وفي عام 2013، 31 من أصل 50 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (62٪) لديها توافر عام لفحص خلايا عنق الرحم على مستوى الرعاية الصحية الأولية (الشكل 9.3). وهذه نسبة منخفضة بالمقارنة مع الدول المتقدمة التي لديها معدل 100٪ والمتوسط العالمي البالغ 78٪.

ومن ناحية أخرى، التوافر العام للكشف عن سرطان القولون على مستوى الرعاية الصحية الأولية يشير إلى ما إذا كان لدى البلد فحص سرطان القولون (عن طريق الفحص الرقي أو تنظير القولون) المتوفر بشكل عام على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وفي عام 2013، 26 من أصل 48 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (54٪) هي التي توفرت على توافر عام للكشف عن سرطان القولون على مستوى الرعاية الصحية الأولية (الشكل 9.3). وهذه النسبة منخفضة جداً مقارنة بمتوسط الدول المتقدمة النمو 100٪ والمتوسط العالمي البالغ 71٪.

## الدواء والعلاج

تلعب صناعة المستحضرات الصيدلانية القائمة على البحوث دوراً فريداً في تطوير أدوية جديدة لشفاء وعلاج السرطان. وعلى نحو أدق، خفضت التحسينات على مستوى علاجات السرطان الحالية معدلات الوفيات السنوية إلى النصف (مجموعة التحليل ، 2013). واليوم، تصل تكلفة تطوير دواء واحد إلى أكثر من 1.5 مليار دولار مقابل 138 مليون دولار أمريكي في عام 1975 (EFPIA، 2014). وهذه الزيادة بالعشرة أضعاف تدل على تحديات فنية وتنظيمية واقتصادية تواجه مجال الأبحاث والتطوير. وغالبا ما تعيش الشركات فقدان استثمارات الأبحاث والتطوير لأن أبحاث وتطوير المستحضرات الصيدلانية مؤشرة بنسب فشل عالية وخاصة لعلاج السرطان. وبعبارة أخرى، قد تكون مرحلة مبكرة نظرة واعدة، ولكن التجارب قبل السريرية والسريرية هي التي يمكنها فقط تثبيت جودتها وسلامتها. ومع ذلك، ومع مساعدة من الاكتشافات الطبية الرئيسية، طورت صناعة المستحضرات الصيدلانية القائمة على البحوث أكثر من 3400 من الأدوية المستخدمة لعلاج السرطان في عام 2013 (IFPMA، 2014). ولسرطان الدم أكبر عدد من الأدوية (383) يليه سرطان الرئة (142) وسرطانات الجلد (105) وسرطان الثدي (95) وسرطان القولون (63).

الشكل 9.3: توفر فحص سرطان الثدي (عن طريق الملامسة أو الماموجرام) وخلايا عنق الرحم والقولون على مستوى الرعاية الصحية الأولية في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013

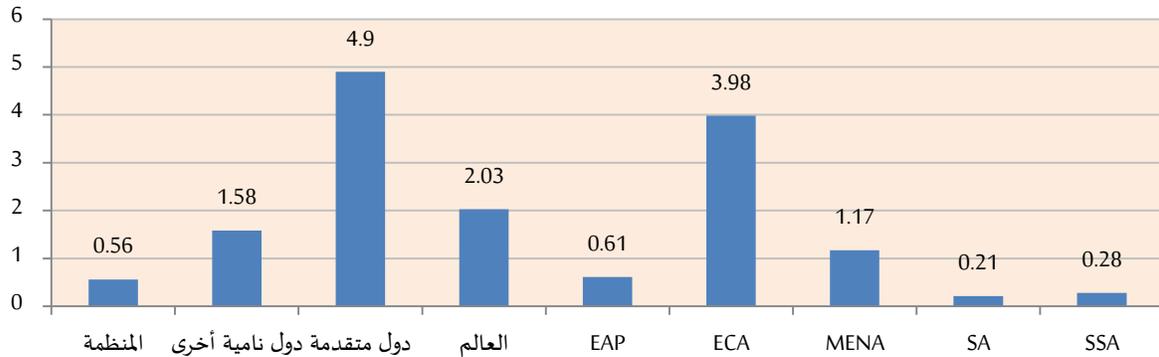


المصدر: مسح القدرات القطرية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2013، تحليل موظفي مركز أنقرة

العلاج الإشعاعي هو واحد من العلاجات الأكثر شيوعاً لأمراض السرطان. ويستخدم هذا الأسلوب الأشعة ذات الطاقة العالية من الأشعة السينية وأشعة جاما لتقليص حجم الأورام وقتل الخلايا السرطانية. ويعتبر العلاج الأكثر فعالية من حيث التكلفة والذي يشفي المرضى أكثر من جميع الأدوية الأخرى مجتمعة وفقاً لنتائج أبحاث السرطان في المملكة المتحدة. وفي هذا السياق، توافر وحدات العلاج الإشعاعي في المستشفيات يعد مؤشراً مهماً جداً لقدرات شفاء وعلاج السرطان الموجودة في بلد/منطقة ما.

ووفقاً لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن توافر وحدات العلاج الإشعاعي لكل 100 ألف من السكان في دول منظمة التعاون الإسلامي منخفض جداً مقارنة بمجموعات الدول الأخرى. وكما هو مبين في الشكل 10.3، سجلت دول المنظمة كمجموعة أقل من وحدة واحدة للعلاج الإشعاعي متاحة لكل 100 ألف من السكان في عام 2013. وفي تناقض حاد، توافر العلاج الإشعاعي كان مرتفعاً جداً في الدول المتقدمة بمعدل خمس وحدات متاحة لكل 100 ألف من السكان. وفي الواقع، لا يزال متوسط منظمة التعاون الإسلامي أقل حتى من متوسط البلدان النامية الأخرى (1.6) والعالم (2.0).

الشكل 10.3: توفر وحدات العلاج الإشعاعي لكل 100 ألف من السكان، 2013

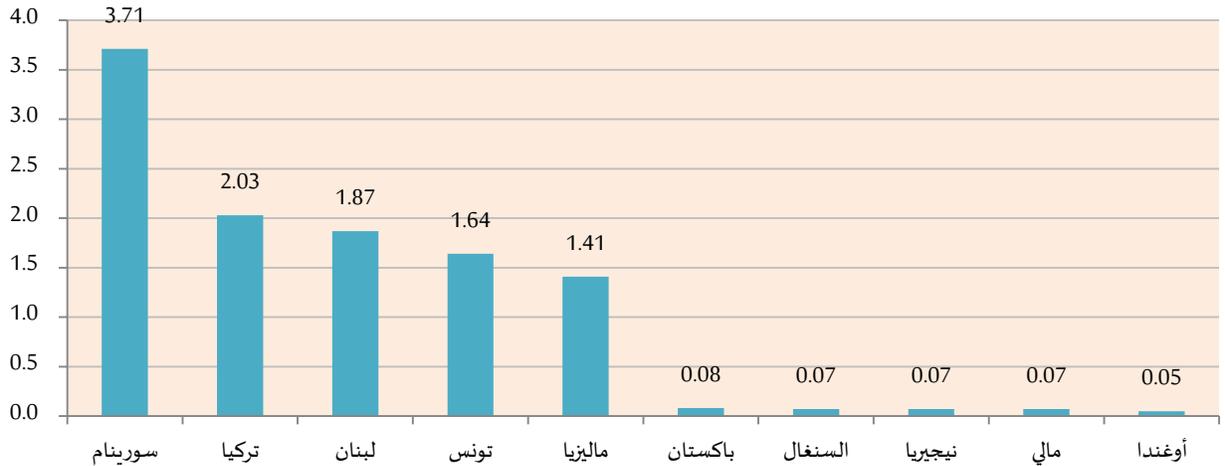


المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية، تحليل موظفي مركز أنقرة

إن توفر العلاج الإشعاعي يختلف اختلافا كبيرا عبر جميع أنحاء المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي. وكما هو مبين في الشكل 10.3، تتراوح كثافة وحدات العلاج الإشعاعي من 4 وحدات لكل 100 ألف من السكان في أوروبا وآسيا الوسطى إلى 0.21 وحدة في جنوب آسيا. ومن بين المناطق الفرعية الأخرى، كانت كثافة وحدات العلاج الإشعاعي عند معدل 1.17 في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا و 0.61 في شرق آسيا والمحيط الهادئ و 0.28 في أفريقيا جنوب الصحراء.

وعلى مستوى كل بلد على حدة، صنفت سورينام وتركيا في المرتبة العليا مع ما يقرب من أربعة وحدات ووحدتي علاج إشعاعي لكل مليون على التوالي (الشكل 11.3). وفي المقابل، كان لأوغندا أقل كثافة لوحدات العلاج الإشعاعي بين دول المنظمة في عام 2013. وفي العموم، كانت كثافة وحدات العلاج الإشعاعي أكثر من واحد في تسع دول فقط في منظمة التعاون الإسلامي، في حين بلغت هذه النسبة أقل من المتوسط في 20 دولة عضو في المنظمة. ومن بين هذه الدول العشرين، سبعة من أفريقيا جنوب الصحراء وسبعة من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وثلاثة من أوروبا وآسيا الوسطى واثنان من منطقة جنوب آسيا.

الشكل 11.3: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى كثافة لوحدات العلاج الإشعاعي، 2013



المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

#### 4. المبادرات العالمية ومبادرات منظمة التعاون الإسلامي لمكافحة السرطان

السرطان هو مشكلة صحية عالمية ذات آثار اجتماعية واقتصادية خطيرة بالنسبة للملايين من الناس الذين يعيشون في الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل بالخصوص. وهناك العديد من المبادرات الدولية لتحفيز العمل نحو الوقاية من الأمراض غير المعدية والسيطرة عليها بما في ذلك السرطان. وقد اضطلعت منظمة الصحة العالمية والمنظمات الإقليمية والدولية الأخرى بعدد من المبادرات وأصدرت عدة استراتيجيات وأطر لتعزيز أسلوب حياة صحي ومعالجة عوامل الخطر الرئيسية للسرطانات. وتعتبر خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير المعدية والسيطرة عليها 2013-2020 وثيقة السياساتية الأكثر أهمية التي تركز على أربعة أمراض غير معدية (الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري) وعلى أربعة عوامل خطر سلوكية مشتركة (تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار). وتوفر هذه الخطة خارطة طريق وقائمة من الخيارات السياسية لجميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية وغيرها من أصحاب المصلحة لاتخاذ إجراءات منسقة ومتسقة، على جميع المستويات، المحلية منها والعالمية، لتحقيق تسعة أهداف عالمية طوعية، بما في ذلك انخفاض نسبي بنسبة 25٪ في معدل الوفيات المبكرة بسبب السرطان أو السكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة بحلول عام 2025. ويعتبر فريق العمل العالمي المعني بتوسيع فرص الحصول على رعاية مرضى السرطان والسيطرة على المرض، الذي أنشئ في عام 2009، منصة هامة أخرى. وقد نشر هذا الفريق توصياته في تقرير هام في عام 2011 لتخفيض تكلفة أدوية السرطان مع التأكيد على كيفية التعامل مع أدوية السرطان ذات براءة الاختراع المرتفعة الثمن. وقد حشد فريق العمل العديد من الجهات الفاعلة في مجال السرطان حتى الآن. ومنذ اعتمادها في عام 2003، نقلت اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، مكافحة التبغ إلى الواجهة في العديد من القطاعات، بما في ذلك التجارة والتمويل. ولتحقيق فعالية أكثر لتنفيذ الاتفاقية الإطارية، قدمت منظمة الصحة العالمية تدابير برنامج السياسات الست، التي تهدف إلى المساعدة في التنفيذ على المستوى القطري للتدخلات الفعالة للحد من الطلب على التبغ الواردة في الاتفاقية الإطارية. وبعض المبادرات الأخرى تشمل الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة والاستراتيجية العالمية للحد من الاستخدام الضار للكحول.

وقد عقدت خمسة مؤتمرات وزارية لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة بمشاركة الدول الأعضاء والمنظمات الدولية المختلفة. وأكدت هذه المؤتمرات، من بين أمور أخرى، على أهمية معالجة الأمراض غير المعدية بما في ذلك السرطان وكذلك التعاون الدولي في هذا الصدد. وخلال المؤتمر الإسلامي الأول لوزراء الصحة الذي عقد في عام 2007، طرح مركز أنقرة قضية تعاطي التبغ في جدول أعماله وسهل اعتماد القرار الوزاري بشأن مكافحة التبغ في الدول الأعضاء في المنظمة. وقد حدد هذا القرار وباء التبغ باعتباره واحدا من أكبر الأخطار التي تهدد الصحة العالمية بحيث يرتبط بقوة مع زيادة معدل الوفيات من الأمراض مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي وحث الدول الأعضاء على اتخاذ العديد من الخطوات بما في ذلك اعتماد الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بخصوص مكافحة التبغ؛ تطوير التشريعات الملزمة كعنصر أساسي في السيطرة الفعلية على منتجات التبغ؛ إشراك الزعماء الدينيين لتسخير المفاهيم الدينية ضد التبغ وتعاطي المخدرات في استراتيجية الوقاية؛ والتعاون مع مركز أنقرة والبنك الإسلامي للتنمية لضمان توفير برامج التدريب المناسبة. ووفقا لقرار المؤتمر الإسلامي الأول لوزراء الصحة، طور مركز أنقرة مبادرة التحرر من التبغ لمنظمة التعاون الإسلامي والتي تهدف إلى تعزيز نهج منسق واسع النطاق

على مستوى المنظمة للحد من انتشار وباء التبغ في الدول الأعضاء في المنظمة والسيطرة عليه. وتركز هذه المبادرة على برامج التدريب وبناء القدرات لتسهيل تطوير وتنفيذ استراتيجيات مستدامة وطنية لمكافحة التبغ في الدول الأعضاء. وفي هذا الصدد، قام مركز أنقرة بتنظيم عدة زيارات دراسية للدول الأعضاء: أذربيجان ومصر وإيران والعراق وإندونيسيا وقيرغيزستان وكازاخستان وفلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية للاستفادة من التجربة الناجحة لتركيا في مكافحة التبغ. وفي عام 2010، وضع وأطلق مركز أنقرة برنامج ابن سينا لبناء القدرات الصحية (IbnSina-HCaB) تحت مظلة برنامج منظمة التعاون الإسلامي الرئيسي للتعليم المهني والتدريب (OIC-VET). ويهدف هذا البرنامج إلى تحسين تقديم الخدمات الصحية والممارسات في دول منظمة التعاون الإسلامي من خلال تنظيم برامج تدريبية قصيرة الأجل تتعلق باحتياجات وقدرات وزارات الصحة. ويحلل المركز هذه الاحتياجات والقدرات من خلال ردود المسوح ذات الصلة، ويرسل خبراء الصحة بين هذه الدول لأداء البرامج التدريبية اللازمة. وحتى الآن، تم تنظيم العديد من الدورات التدريبية التي تغطي قضايا مثل الوقاية من مرض السكري والسيطرة عليه وإدارة المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية والجراحات والأدوية في حالات الطوارئ. وإدماج الأسئلة المتعلقة بالتبغ في المسوح (TQS) في استطلاعات الرأي الوطنية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (OIC) هي مبادرة حديثة جدا لمركز أنقرة لدعم دول المنظمة فنيا في جهودها الرامية إلى دمج TQS في المسوح الوطنية الجارية وتحسين جمع البيانات حول تعاطي التبغ. وقد تم اختيار حاليا 15 دولة في منظمة التعاون الإسلامي لدراسة تجريبية في إطار هذا المشروع.

يعتبر برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة (OIC-SHPA) 2014-2023 مبادرة المنظمة الرئيسية في مجال الصحة. وقد أعد مركز أنقرة هذه الوثيقة الهامة باعتباره المؤسسة الرائدة إلى جانب خطة تنفيذه بالتعاون مع الدول الأعضاء والمؤسسات ذات الصلة في منظمة التعاون الإسلامي والمنظمات الصحية الدولية. ويعد برنامج OIC-SHPA إطارا للتعاون بين الدول الأعضاء في المنظمة والمؤسسات ذات الصلة والمنظمات الدولية في مجال الصحة. ويهدف إلى تعزيز نظام تقديم الرعاية الصحية وتحسين الوضع الصحي في دول المنظمة وخصوصا من خلال تسهيل وتعزيز نقل المعرفة والخبرة بين دول المنظمة. واستنادا إلى تحليل الوضع الصحي الحالي لدول منظمة التعاون الإسلامي وحجم مشاكلها الصحية، حدد برنامج OIC-SHPA ستة مجالات مواضيعية للعمل المشترك: (1) تعزيز النظم الصحية، (2) الوقاية من الأمراض ومكافحتها، (3) صحة وتغذية الأم وحديثي الولادة والأطفال، (4) الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية، (5) الاستجابة والتدخلات في حالات الطوارئ الصحية، و (6) المعلومات والتعليم والبحوث والتعبئة. والمجال الموضوعي 2: الوقاية من الأمراض ومكافحتها، تغطي الأمراض المعدية وغير المعدية على حد سواء وتقترب خمسة برامج عمل لمنعها والسيطرة عليها. برامج العمل هذه تقترح العديد من الإجراءات والأنشطة على المستويين الوطني والبيئي في منظمة التعاون الإسلامي لمنع ومكافحة السرطان والسيطرة عليه من خلال تعزيز الوعي المجتمعي والمشاركة؛ تحسين قدرة النظام الصحي؛ زيادة التوعية؛ تأسيس سليم للرصد وإطار التقييم وتعزيز دبلوماسية الصحة والمشاركة مع المنظمات الإقليمية والدولية.

## 5. ملاحظات ختامية وتوصيات سياسية

ظلت حالة الوقاية من السرطان ومكافحته ضعيفة بشكل كبير في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي. والتحدي الذي يواجهه الآن الدول ذات الأعباء المرتفعة في المنظمة هو كيفية وضع وتنفيذ تدابير سياسية فعالة لمعالجة عوامل الخطر الرئيسية مثل تعاطي التبغ واستهلاك الكحول والسمنة وعدم كفاية النشاط البدني وتحسين تغطية فحص ومعالجة السرطان لمكافحة الوفيات والعجز الناجم عن أمراض السرطان.

وقد كشف تحليل للموقف الحالي لسياسات رصد ومراقبة السرطان والوقاية منه في دول منظمة التعاون الإسلامي على أن العديد من دول المنظمة لا تتوفر على أي نظام تسجيل للسرطان على أساس السكان. وهذا قد يكون دليلاً على أن هناك غياب لنهج شامل لمكافحة السرطان في هذه الدول. ومن بين الآثار السلبية الأخرى، على سبيل المثال، عدم وجود نظام تسجيل مركزي قد يسبب في توفير غير فعال لأدوية السرطان، الأمر الذي قد يشكل تهديداً للحالة الصحية للعديد من مرضى السرطان. وفي هذا الصدد، فإنه من المستحسن بشدة تطوير وتعزيز هذه القدرة في أقرب وقت ممكن. وقد تكون تجارب دول المنظمة التي تتوفر على نظام لتسجيل السرطان مفيدة للآخرين. وتحقيقاً لهذه الغاية، فإنه يمكن اللجوء لتبادل الخبرات وطرائق أفضل الممارسات بين دول المنظمة.

وإن العنصر المفقود الآخر في العديد من دول المنظمة في جهودها الرامية إلى الوقاية من السرطان والحد من الوفيات الناتجة عنه هو عدم وجود سياسات/استراتيجيات وخطط عمل وطنية عملية. ففي عام 2013، أشارت فقط 10 دول في منظمة التعاون الإسلامي إلى أنها وضعت سياسة/استراتيجية وخطّة عمل مماثلة من أجل مرض السرطان. فبدون وجود سياسة/استراتيجية وخطّة عمل شاملة ضد السرطان، عادة ما تبقى الجهود المبذولة من مختلف الوزارات والمؤسسات العامة في بلد ما غير فعالة ولا يمكن أن يكون لها سوى تأثير جزئي على الوقاية. ولذلك، ينصح بشدة بتطوير وثيقة مبادئ توجيهية شاملة من أجل بذل جهود متضافرة وضمنان فعالية جهودها ضد السرطان.

يتطور السرطان كنتيجة مركبة لعوامل داخلية (أي الوراثة الجينية) وعوامل خارجية (أي عوامل الخطر). وحيث أن المستوى الحالي للتكنولوجيا لا يسمح بتعديل الخريطة الجينية للبشر فإنه يمكن قبول العوامل الداخلية كما هي على الرغم من أن دراسات بحثية واسعة في هذا الصدد قد تم اتخاذها لفترة طويلة. وفي المقابل، وفيما يخص العوامل الخارجية (أي عوامل خطر)، لدى كل شخص بعض السيطرة ويمكن للحكومات من خلال سياساتها أن تلعب دوراً ما بخصوص هذه العوامل. وبناءً على ذلك، فإنه من الممكن الوقاية من السرطان/تقليل عدد حالات السرطان وزيادة فعالية علاج السرطان بهدف تحسين الحالة الصحية للمرضى وأخيراً انخفاض عدد الوفيات ونسبة انتشار المرض الناتج عن السرطان من خلال إطلاق مكافحة ضد عوامل الخطر الرئيسية (الكحول وتعاطي التبغ والسمنة المصحوبة بنظام غذائي غير صحي وقلة النشاط البدني) التي تسبب في تطوير عدة أنواع من السرطان.

وتعتبر العديد من طرق الوقاية غير مكلفة للغاية وسهلة التنفيذ. وهناك أيضا العديد من الطرق لعلاج أنواع السرطان المختلفة، وذلك بفضل التطورات في صناعة المستحضرات الصيدلانية والتكنولوجيات الطبية. وبالتالي، فمن الممكن تسجيل انخفاض كبير في عدد حالات السرطان الملاحظة في دول المنظمة وتحسين الحالة الصحية لكثير من مرضى السرطان من خلال الوقاية والعلاج الفعال.

إن مكافحة ضد عوامل الخطر وتعزيز أنماط الحياة الصحية لن يقوم فقط بالحد من الوفيات الناجمة عن السرطان ولكن أيضا بتقليل الإنفاق العام والخاص "جيب المواطن" على الرعاية الصحية. وفي هذا السياق، يتعين على صانعي السياسات وضع استراتيجيات فعالة من أجل تعزيز ورفع مستوى الوعي العام حول أنماط الحياة الصحية. ومن أجل تحقيق هذا الهدف، يجب على دول المنظمة تطوير وتنفيذ استراتيجيات فعالة من حيث الوقاية والسيطرة على السرطان على حد سواء. والمبادئ التوجيهية الدولية والتعاون مع المنظمات الدولية سيساعد كثيرا في توفير المال والوقت للعديد من دول المنظمة. وفي هذا السياق، فإن برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة (SHPA) 2014-2023 يوفر فرصة لتعزيز التعاون بين دول المنظمة للوقاية من الأمراض ومكافحتها بما في ذلك السرطان. وتقتراح أيضا المبادئ التوجيهية الحالية لمنظمة الصحة العالمية استراتيجيات في مكافحة العديد من الأمراض المعدية وغير المعدية بما في ذلك السرطان التي يمكن أن تنطبق على العديد من دول المنظمة في هذا السياق.

وقد وافقت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على تخفيض النشاط البدني غير الكافي بنسبة 10٪ بحلول عام 2025. ومن أجل تشجيع النشاط البدني وبلوغ هذا الهدف، يتعين على أعضاء منظمة التعاون الإسلامي ضمان ما يلي: المشي وركوب الدراجات وغيرها من أشكال وسائل النقل النشط الآمنة التي يمكن للجميع الوصول إليها؛ سياسات وأماكن عمل تشجع النشاط البدني؛ مدارس لديها مساحات ومرافق آمنة للطلاب لقضاء أوقات فراغهم بنشاط؛ تربية بدنية تدعم الأطفال لتطوير أنماط سلوكية من شأنها أن تبقيهم نشطين بدنيا طوال حياتهم؛ مرافق رياضية وترفيهية توفر فرصا للجميع لممارسة الرياضة. وفي هذا الصدد، من واجب صانعي السياسات في دول المنظمة اتخاذ الترتيبات اللازمة لتعزيز نمط حياة أكثر نشاطا من أجل الحصول على أجيال سليمة أكثر والحد من الضغط على أنظمة الضمان الاجتماعي.

كما سيساعد بناء آليات وبرامج لتبادل الخبرات القطرية ونقل أفضل الممارسات بين دول المنظمة في مجال فحص ومعالجة والوقاية من السرطان العديد من دول المنظمة على تطوير واعتماد أساليب فعالة وبتكلفة ضئيلة. وفي هذا الصدد، يشكل برنامج الربط العكسي للبنك الإسلامي للتنمية برنامج معياري مهم يجب استكشافه واستخدامه من قبل دول المنظمة.

وينعكس أيضا وجود التجانس من حيث ملامح التنمية في دول منظمة التعاون الإسلامي في أدائها فيما يخص الوقاية من السرطان ومكافحته. وبعبارة أخرى، يمكن لضروريات وأولويات دول المنظمة أن تتفاوت بشكل كبير في مجال الوقاية من السرطان ومكافحته اعتمادا على مناخ منطقتها والوراثة الجينية ونوعية البنية الأساسية والأموال العامة المتاحة الخ. ولذلك، فإن لدى المبادئ التوجيهية الدولية والتعاون فيما بين دول منظمة التعاون الإسلامي حدودا في مساعدة دول المنظمة للوقاية من السرطان ومكافحته. وفي هذا الصدد، فإن حصة الأسد من المسؤولية في الوقاية من السرطان ومكافحته تبقى في يد صانعي السياسات

الوطنية والخبراء والمجتمع المدني في دول المنظمة. ولذلك، هناك حاجة إلى تدريب صناع السياسات والخبراء والمجتمع المدني ليكونوا جزءاً لا يتجزأ من تطوير وتنفيذ استراتيجية ناجحة لمكافحة السرطان والوقاية منه ومن أجل تزويدهم بالمعرفة العلمية والمعلومات الحديثة والتقنيات ذات أحدث طراز لمكافحة مرض السرطان. ويمكن لدول المنظمة الاستفادة على نطاق واسع من برامج التدريب وبناء القدرات ذات الصلة الصادرة عن مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (مركز أنقرة) التي تهدف إلى تعزيز التعاون داخل المنظمة وخاصة من خلال نقل المعرفة وتبادل الخبرات.

وينبغي إجراء برامج الفحص فقط عندما يثبت فعاليتها حيث تكون الموارد كافية لتغطية ما يقرب من المجموعة المستهدفة بأكملها وعندما يكون انتشار المرض عالياً بما فيه الكفاية لتبرير جهد وتكاليف الفحص. وعلاوة على ذلك، فإن العديد من الدراسات تقوم حالياً بتقييم مناهج منخفضة التكلفة للفحص التي يمكن تنفيذها في المناطق ذات الموارد المنخفضة. وعلى سبيل المثال، فإن الفحص البصري مع حمض الخليك قد يكون وسيلة فحص فعالة لسرطان عنق الرحم في المستقبل القريب. وهناك حاجة لمزيد من الدراسات التي تقيم الطرق منخفضة التكلفة لإجراء فحص التصوير الشعاعي للثدي وفحص الثدي السريري.

وعلاوة على ذلك، فإن صناعة الأدوية تعتمد بشكل كبير على أنشطة البحث والتطوير (R&D). لذلك، يجب بناء مرافق البحث والتطوير المناسبة للسرطان وينبغي توفير الباحثين والفنيين مع الموارد المالية اللازمة لتطوير صناعة الأدوية المبتكرة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. وعلى المستوى البيئي داخل المنظمة، يجب على الدول الأعضاء أن تتعاون مع بعضها البعض من خلال تبادل الخبرات لتطوير صناعة المستحضرات الصيدلانية. وفي نفس الوقت، يمكن تسجيل الطلاب، أساساً من الدول الأقل نمواً في التخصصات الأكاديمية ذات الصلة بالأدوية في الدول الأعضاء ذات قاعدة دوائية كبيرة مثل تركيا ومصر والأردن وماليزيا لتزويدهم بالمعرفة والخبرات اللازمة في هذا المجال. وعلى المستوى الدولي، ينبغي لدول المنظمة التعاون مع الوكالات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للاستفادة من خبراتها والمساهمة المالية لبناء صناعة أدوية محلية. كما ينبغي لدول المنظمة العمل من أجل تنسيق وتبسيط المتطلبات التنظيمية الإقليمية لزيادة فرص الحصول على أدوية ذات نوعية جيدة وأمنة وفعالة.

وعلاوة على ذلك، يعتمد الحصول على علاج السرطان بشكل كبير على توفر الأدوية بأسعار معقولة. فالإمدادات المنتظمة من الأدوية الأساسية في دول المنظمة تعد مطلوبة لتجنب نقص الأدوية التي يمكن أن تسبب معاناة وحالات موت يمكن تجنبها. وينبغي لشركات الأدوية في دول المنظمة تشجيع إنتاج الأدوية الأساسية محلياً وبأسعار معقولة أكثر. وعلى نحو أدق، توفير الدعم لمصنعي المنتجات الطبية المحليين، أي ينبغي تيسير سياسات تحد من تكلفة التصنيع مثل المنح والإعانات والقطع الأرضية والإعفاءات الضريبية والرسوم الجمركية للمدخلات المستوردة للإنتاج المحلي. وينبغي للدول في منظمة التعاون الإسلامي دعم تطوير المواصفات الفنية للأجهزة الطبية بما في ذلك تشخيص وعلاج السرطان والوقاية منه من أجل توفير المعلومات لصانعي القرار حول الحد الأدنى من المتطلبات اللازمة لشراء جهاز. وتحتاج العديد من الدول الأعضاء أيضاً إلى وضع مبادئ توجيهية وسياسات وطنية وفقاً للقواعد والمعايير الدولية بخصوص شراء وتوزيع الأدوية السرطانية والأجهزة الطبية من أجل ضمان السلامة والفعالية والجودة عبر قنوات التوزيع.

## المراجع

American Cancer Society (2016), Alcohol and Cancer. Available at: <http://goo.gl/SMyidf>

American Cancer Society, 2015. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition

Analysis Group (2013), Innovation in the Biopharmaceutical Pipeline: A Multidimensional View, Analysis Group, Boston.

Cancer Research UK (2016), How Smoking Causes Cancer. Available at: <http://goo.gl/T7OuAs>

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2013), Pharmaceutical Industry in Figures 2013, EFPIA, Brussels.

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (2014), The Pharmaceutical Industry and Global Health Facts and Figures 2014, IFPMA, Geneva.

National Cancer Institute (2016a), Alcohol and Cancer Risk. Available at: <http://goo.gl/0stecj>

National Cancer Institute (2016b), Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting. Available at: <http://goo.gl/YDeYgN>.

National Cancer Institute (2016c), Physical Activity and Cancer. Available at: <http://goo.gl/lo1RFx>.

SESRIC (2014), OIC Strategic Health Programme of Action 2014-2023, SESRIC, Ankara.

SESRIC (2015), OIC Health Report 2015, SESRIC, Ankara. Available at: <http://goo.gl/SYlJGH>.

WHO, Data Repository. Available at: <http://www.who.int/gho/database/en/>.

World Cancer Research Fund International (2016), Continuous Update Project (CUP).

## المرفقات الإحصائية

الجدول أ.1: حالات الإصابة بالسرطان 2012

الجدول أ.2: تقديرات وفيات السرطان 2012

الجدول أ.3: خطط ورصد ومراقبة السرطان

الجدول أ.4: وضع سياسات الوقاية

الجدول أ.5: الكشف المبكر والمعالجة، 2013

## الجدول أ.1: حالات الإصابة بالسرطان 2012

الدولة	حالات سرطان جديدة		معدل الإصابة حسب السن الموحد		الدولة
	النساء	الرجال	النساء	الرجال	
أفغانستان	10467	9511	115.2	112.4	أفغانستان
ألبانيا	3504	3639	178.3	185	ألبانيا
الجزائر	21523	16385	123.5	116.2	الجزائر
أذربيجان	6762	7154	141.9	165.8	أذربيجان
البحرين	435	463	112.4	112.8	البحرين
بنغلاديش	62019	60696	104.4	109.4	بنغلاديش
بنين	3043	2057	94.3	87.2	بنين
بروناي	290	231	163.2	149.5	بروناي
بوركينافاسو	5012	2748	88.2	75.9	بوركينافاسو
الكاميرون	8331	5450	97.6	81.2	الكاميرون
تشاد	3646	2432	88.1	77.4	تشاد
جزر القمر	297	165	101.5	81.9	جزر القمر
كوت ديفوار	6572	5430	89	78.2	كوت ديفوار
جيبوتي	371	210	92.7	73.7	جيبوتي
مصر	55653	52958	152	158.4	مصر
الغابون	602	438	90.2	79.9	الغابون
غامبيا	265	292	68.2	67.3	غامبيا
غينيا	2969	2337	90	88.9	غينيا
غينيا بيساو	503	311	83.1	70	غينيا بيساو
غيانا	640	377	165.9	144.4	غيانا
أندونيسيا	160833	138840	133.5	136.2	أندونيسيا
إيران	39991	44838	127.7	134.7	إيران
العراق	14177	11489	135.3	144.6	العراق
الأردن	3268	3115	155.4	153.3	الأردن
كازاخستان	21675	18744	236.5	282.2	كازاخستان
الكويت	819	870	102.1	89.8	الكويت
قرغيزستان	3123	2680	137.6	151.6	قرغيزستان
لبنان	4738	4321	197.4	203.9	لبنان
ليبيا	2947	3130	124.1	135.9	ليبيا
ماليزيا	19301	18125	143.6	144.9	ماليزيا
جزر المالديف	109	114	88.9	91.6	جزر المالديف
مالي	6235	3119	111.4	83.8	مالي
موريتانيا	1153	690	85.7	74.4	موريتانيا
المغرب	18189	16829	117.8	122.7	المغرب
موزمبيق	13445	8569	136.8	118.3	موزمبيق
النيجر	3402	2499	63.4	56.7	النيجر
نيجيريا	64709	37370	100.1	79	نيجيريا
سلطنة عمان	677	807	82.1	78.6	سلطنة عمان
باكستان	84590	63451	111.8	96	باكستان
فلسطين	1795	1669	145.7	150.5	فلسطين
قطر	377	640	108.8	104	قطر
المملكة العربية السعودية	9226	8296	91.1	85.9	المملكة العربية السعودية
السنغال	4318	2458	101.2	85.5	السنغال
سيراليون	1715	1082	92.3	83.8	سيراليون
الصومال	4882	2807	139.1	111.9	الصومال
سودان	10801	9554	91.1	92	سودان
سورينام	451	392	159.6	163.8	سورينام
سوريا	11386	10405	145.9	148.3	سوريا
طاجيكستان	2904	2629	119.1	128.7	طاجيكستان
توغو	2255	1418	91.1	77.2	توغو
تونس	5444	6745	110.6	127	تونس
تركيا	62143	85821	205.1	257.8	تركيا
تركمستان	3075	2920	144	159.4	تركمستان
أوغندا	15328	14052	169.7	175.7	أوغندا
الإمارات العربية المتحدة	1446	1489	92.5	83.8	الإمارات العربية المتحدة
أوزبكستان	12793	9836	99.7	96.9	أوزبكستان
اليمن	6084	5270	80.4	81.2	اليمن

المصدر: GLOBOCAN 2012، الوكالة الدولية لبحوث السرطان (IARC)

الجدول أ.2: تقديرات وفيات السرطان 2012

معدل الوفيات حسب السن النوع			الوفيات الناجمة عن السرطان			الدولة
كلاهما	النساء	الرجال	كلاهما	النساء	الرجال	
97.7	92.9	103.4	15443	7403	8040	أفغانستان
112.4	95.5	130.9	4750	2099	2651	ألبانيا
74.6	70.9	79.8	21700	10943	10757	الجزائر
93.2	73.3	118.7	8947	3964	4983	أذربيجان
54.3	50.6	60.9	348	153	195	البحرين
80.8	71.9	89.9	91339	42220	49119	بنغلاديش
73.1	71.5	78.1	3773	2042	1731	بنين
78.4	77.1	81.3	227	108	119	بروناي
75.8	80.3	72.1	6215	3801	2414	بوركينافاسو
69.5	73	66.9	9436	5199	4237	الكاميرون
72.6	74.8	71.9	4734	2637	2097	تشاد
81.4	89.4	75.1	349	206	143	جزر القمر
70.7	72.1	69.6	9299	4557	4742	كوت ديفوار
73	79.6	66.7	435	254	181	جيبوتي
103.4	88.7	120.5	72300	33097	39203	مصر
54.6	55.4	54.9	619	321	298	الغابون
58.2	54.2	62.6	453	188	265	غامبيا
73.9	71	79.9	4226	2168	2058	غينيا
67.5	71.4	64.4	638	364	274	غينيا بيساو
101.8	103.2	110	597	333	264	غيانا
89.3	78.5	103.8	194528	91821	102707	أندونيسيا
81.9	72.7	90.4	53350	23235	30115	إيران
96.6	86.7	113	17460	9009	8451	العراق
95.5	85.5	105.2	3777	1682	2095	الأردن
140.2	104.8	202.5	23820	10942	12878	كازاخستان
54.8	69.3	46.4	796	386	410	الكويت
99.9	81.2	125.2	3974	1873	2101	قرغيزستان
103.2	89.6	119.5	4831	2243	2588	لبنان
75.1	62.2	88.9	3527	1537	1990	لبنيا
85.7	80.2	91.8	21678	10397	11281	ماليزيا
53.7	42.3	63.8	129	49	80	جزر المالديف
89.9	101.4	77.3	6926	4388	2538	مالي
67.2	68.2	68.3	1345	757	588	موريتانيا
78.4	66.8	92.3	22798	10336	12462	المغرب
114.8	121.4	108.6	17017	10105	6912	موزمبيق
53.9	55.2	53.7	4649	2510	2139	النيجر
72.1	78	67.4	71571	40647	30924	نيجيريا
55.3	54	57.8	888	353	535	سلطنة عمان
79.6	83.6	75.4	101113	52664	48449	باكستان
100.5	89.1	113.8	2180	1011	1169	فلسطين
69.4	66.6	71.8	484	137	347	قطر
53.9	52.7	56.8	9134	4221	4913	المملكة العربية السعودية
78.7	80.8	76	4853	2836	2017	السنغال
82.1	78.4	82.2	2211	1264	947	سيراليون
106.2	116.7	96	5491	3252	2239	الصومال
72.9	67	80.1	15510	7598	7912	سودان
97.7	87.7	113.8	522	248	274	سورينام
97.1	87	108.9	13931	6541	7390	سوريا
89.6	75.4	107.6	3887	1826	2061	طاجيكستان
71.2	74.8	68.3	2760	1552	1208	توغو
66	49.3	84.1	7339	2828	4511	تونس
128.8	86.7	179	91826	33111	58715	تركيا
102	84.8	123.8	3991	1856	2135	تركمانستان
134.2	120.3	152.7	21542	10392	11150	أوغندا
58	64.9	57.9	1257	513	744	الإمارات العربية المتحدة
69.6	63.4	77.4	14914	7438	7476	أوزبكستان
64.4	59.6	70.8	8422	4186	4236	اليمن

المصدر: GLOBOCAN 2012، الوكالة الدولية لبحوث السرطان (IARC)

## الجدول أ.3: خطط ورصد ومراقبة السرطان

الدولة	وجود سجل وطني مستند على السكان خاص بالسرطان	وجود سياسة / استراتيجية / خطة عمل تشغيلية
	الوضع	الوضع
أفغانستان	لا	لا
ألبانيا	لا	لا
الجزائر	لا	لا
أذربيجان	لا	لا
البحرين	لا	لا
بنغلاديش	لا	لا
بنين	لا	لا
بروناي	لا	لا
بورкина فاسو	لا	لا
الكاميرون	لا	لا
تشاد	لا	لا
جزر القمر	لا	لا
كوت ديفوار	لا	لا
جيبوتي	لا	لا
مصر	لا	لا
الغابون	لا	لا
غامبيا	لا	لا
غينيا	لا	لا
غينيا بيساو	لا	لا
غيانا	لا	لا
أندونيسيا	لا	لا
إيران	لا	لا
العراق	لا	لا
الأردن	لا	لا
كازاخستان	لا	لا
الكويت	لا	لا
قرغيزستان	لا	لا
لبنان	لا	لا
ليبيا	لا	لا
ماليزيا	لا	لا
جزر المالديف	لا	لا
مالي	لا	لا
موريتانيا	لا	لا
المغرب	لا	لا
موزمبيق	لا	لا
النيجر	لا	لا
نيجيريا	لا	لا
سلطنة عمان	لا	لا
باكستان	لا	لا
فلسطين	لا	لا
قطر	لا	لا
المملكة العربية السعودية	لا	لا
السنغال	لا	لا
سيراليون	لا	لا
الصومال	لا	لا
سودان	لا	لا
سورينام	لا	لا
سوريا	لا	لا
طاجيكستان	لا	لا
توغو	لا	لا
تونس	لا	لا
تركيا	لا	لا
تركمانستان	لا	لا
أوغندا	لا	لا
الإمارات العربية المتحدة	لا	لا
أوزبكستان	لا	لا
اليمن	لا	لا

المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية

الجدول 4: وضع سياسات الوقاية

الدولة	وجود خطة عمل تشغيلية للحد من الاستخدام الضار	وجود خطة عمل لخفض استخدام التبغ	فرض حظر على ظهور علامات التبغ التجارية في التلفزيون و/أو الأفلام	العلاج من إدمان التبغ المتوفر في عيادات الصحة/مرافق الرعاية الصحية الأولية	وجود خطة عمل تشغيلية لخفض الخمول البدني
أفغانستان	لا	لا	نعم	لا	لا
ألبانيا	نعم	لا	نعم	نعم، في البعض	لا
الجزائر	نعم	نعم	لا	نعم، في البعض	نعم
أذربيجان	لا	لا	نعم	لا	لا
البحرين	نعم	نعم	نعم	نعم، في الأغلبية	نعم
بنغلاديش	نعم	نعم	لا	نعم، في البعض	نعم
بنين	لا	نعم	لا	لا	لا
بروناي	نعم	لا	نعم	نعم، في البعض	لا
بوركينافاسو	لا	نعم	نعم	لا	لا
الكاميرون	لا	نعم	لا	لا	نعم
تشاد	..	..	نعم	لا	..
جزر القمر	لا	لا	لا	لا	لا
كوت ديفوار	نعم	نعم	لا	لا	نعم
جيبوتي	لا	لا	نعم	لا	لا
مصر	لا	نعم	نعم	نعم، في البعض	لا
الغابون	لا	لا	لا	لا	لا
غامبيا	لا	لا	نعم	لا	لا
غينيا	نعم	نعم	نعم	نعم، في الأغلبية	نعم
غينيا بيساو	لا	لا	لا	نعم، في البعض	لا
غيانا	..	..	لا	نعم، في البعض	..
أندونيسيا	نعم	نعم	لا	نعم، في البعض	نعم
إيران	نعم	نعم	نعم	نعم، في البعض	نعم
العراق	..	نعم	نعم	لا	نعم
الأردن	نعم	نعم	لا	نعم، في البعض	نعم
كازاخستان	..	..	نعم	نعم، في البعض	..
الكويت	لا	لا	نعم	نعم، في الأغلبية	لا
قرغيزستان	نعم	نعم	نعم	نعم، في الأغلبية	نعم
لبنان	..	نعم	نعم	لا	..
ليبيا	لا	لا	نعم	لا	لا
ماليزيا	لا	نعم	نعم	نعم، في البعض	نعم
جزر المالديف	لا	..	نعم	لا	لا
مالي	لا	لا	نعم	لا	لا
موريتانيا	لا	نعم	لا	لا	نعم
المغرب	لا	نعم	نعم	نعم، في الأغلبية	لا
موزمبيق	نعم	نعم	لا	لا	نعم
النيجر	لا	لا	نعم	لا	لا
نيجيريا	لا	لا	لا	لا	لا
سلطنة عمان	لا	نعم	لا	نعم، في البعض	نعم
باكستان	لا	لا	نعم	نعم، في البعض	لا
فلسطين	..	..	..	..	..
قطر	نعم	نعم	نعم	نعم، في البعض	نعم
المملكة العربية السعودية	لا	نعم	لا	نعم، في الأغلبية	نعم
السنگال	لا	لا	لا	لا	لا
سيراليون	..	..	لا	لا	..
الصومال	لا	لا	لا	لا	لا
سودان	لا	نعم	نعم	لا	نعم
سورنام	نعم	نعم	نعم	نعم، في الأغلبية	نعم
سوريا	لا	نعم	نعم	نعم، في الأغلبية	لا
طاجيكستان	نعم	نعم	لا	لا	نعم
توغو	نعم	نعم	نعم	لا	نعم
تونس	لا	نعم	نعم	نعم، في الأغلبية	لا
تركيا	لا	نعم	نعم	نعم، في البعض	نعم
تركمانستان	نعم	نعم	لا	نعم، في الأغلبية	نعم
أوغندا	لا	لا	لا	لا	لا
الإمارات العربية المتحدة	لا	لا	نعم	نعم، في البعض	لا
أوزبكستان	لا	لا	لا	نعم، في البعض	لا
اليمن	لا	لا	نعم	لا	لا

المصدر: ملامح السرطان القطرية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2014

## الجدول 5.أ: الكشف المبكر والمعالجة، 2013

الدولة	التوافر العام لفحص سرطان الثدي (عن طريق الجس أو الماموجرام) على مستوى الرعاية الصحية الأولية	التوافر العام لعلم الخلايا العنقية على مستوى الرعاية الصحية الأولية	التوافر العام للكشف عن سرطان القولون على مستوى الرعاية الصحية الأولية	وحدة العلاج الإشعاعي لكل مليون نسمة
أفغانستان	نعم	-	-	0
ألبانيا	نعم	نعم	نعم	0,32
الجزائر	نعم	نعم	-	0,43
أذربيجان	نعم	نعم	نعم	1,59
البحرين	نعم	نعم	نعم	-
بنغلاديش	-	-	نعم	0,12
بنين	نعم	-	-	0
بروناي دار السلام	نعم	نعم	نعم	-
بوركينافاسو	نعم	نعم	نعم	0
كوت ديفوار	-	-	-	0
الكاميرون	نعم	نعم	نعم	0,13
تشاد	لم يتم استلام أية بيانات	لم يتم استلام أية بيانات	لم يتم استلام أية بيانات	-
جزر القمر	نعم	نعم	نعم	0
جيبوتي	نعم	-	-	-
مصر	نعم	نعم	نعم	0,79
الغابون	نعم	نعم	نعم	0,6
غامبيا	نعم	نعم	-	0
غينيا	-	-	-	0
غينيا بيساو	نعم	-	-	0
غيانا	لم يتم استلام أية بيانات	لم يتم استلام أية بيانات	لم يتم استلام أية بيانات	1,25
أندونيسيا	-	-	-	0,15
إيران (الجمهورية الإسلامية)	نعم	نعم	نعم	0,85
العراق	نعم	نعم	نعم	0,18
الأردن	نعم	نعم	نعم	0,82
كازاخستان	نعم	نعم	نعم	1,34
الكويت	نعم	نعم	-	1,19
قرغيزستان	-	نعم	-	0,54
لبنان	نعم	نعم	نعم	1,87
ليبيا	-	-	-	0,97
ماليزيا	نعم	نعم	نعم	1,41
جزر المالديف	-	-	-	0
مالي	نعم	نعم	نعم	0,07
موريتانيا	-	نعم	نعم	0,26
المغرب	نعم	نعم	نعم	0,39
موزمبيق	نعم	نعم	-	-
النيجر	نعم	-	-	0
نيجيريا	-	-	-	0,07
سلطنة عمان	نعم	نعم	نعم	0,55
باكستان	-	-	-	0,08
فلسطين	-	-	-	-
قطر	نعم	نعم	نعم	0,92
المملكة العربية السعودية	نعم	-	-	0,1
السنگال	نعم	نعم	نعم	0,07
سيراليون	لم يتم استلام أية بيانات	لم يتم استلام أية بيانات	لم يتم استلام أية بيانات	-
الصومال	-	-	نعم	-
سودان	-	نعم	-	0,18
سورينام	نعم	نعم	نعم	3,71
الجمهورية العربية السورية	نعم	نعم	نعم	0,32
طاجيكستان	-	-	-	0,12
توغو	-	-	-	-
تونس	نعم	-	-	1,64
تركيا	نعم	نعم	نعم	2,03
تركمانستان	نعم	نعم	نعم	-
أوغندا	-	-	-	0,05
الإمارات العربية المتحدة	نعم	نعم	نعم	0,64
أوزبكستان	نعم	-	-	0,62
اليمن	نعم	-	-	0,12

المصدر: قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية





---

سيسرك

Kudüs Caddesi No: 9, 06450 ORAN, Ankara, Turkey

Tel: +90-312-468 6172

Fax: +90-312-467 3458

E-mail: [ocankara@sesric.org](mailto:ocankara@sesric.org)

Web: [www.sesric.org](http://www.sesric.org)