

الاستعداد والجهوزية للاستجابة للطوارئ الصحية

دليل ميداني

لبنان

2008



قائمة المحتويات

الفصل الأول – تمهيد عام

- 1.1. أنواع الطوارئ: مفتعلة من صنع الانسان، طبيعية، معقدة، مرحلة الاغاثة، مرحلة النهوض وإعادة الاعمار
- 1.2. مفهوم الاستعداد للطوارئ: التخطيط لحالات الطوارئ، حقوق الانسان والصحة
- 1.3. النظام الدولي للاغاثة

الفصل الثاني – مبادئ الصحة العامة في حالات الطوارئ على المستوى الوطني

- 2.1. الخدمات والموارد: إدارة سلسلة الإمداد، تقييم الأضرار والحاجات، إدارة المعلومات الصحية، الموارد البشرية
 - 2.1.1. تقييم الأضرار والحاجات
- 2.2. مكافحة الأمراض السارية: تفشي الأمراض، نظام الإنذار المبكر والاستجابة، التحصين
 - 2.2.1. نظام الإنذار المبكر والاستجابة
 - 2.2.2. التحصين
- 2.3. مكافحة الأمراض غير السارية
 - 2.3.1. الصحة النفسية
 - 2.3.2. الأمراض المزمنة
 - 2.3.3. صحة مجموعات استثنائية
- 2.4. الصحة الإنجابية: في حال الطوارئ، العنف القائم على الجندر
 - 2.4.1. صحة الأم
 - 2.4.2. العنف القائم على الجندر
 - 2.4.3. المسائل العامة للصحة الإنجابية
- 2.5. الغذاء: الأمن، السلامة، السلة الغذائية
- 2.6. اللوجستية وتكنولوجيا المعلوماتية
- 2.7. صحة البيئة، المياه والاصحاح: الأمن، السلامة ومراقبة الجودة
 - 2.7.1. جودة المياه
 - 2.7.2. إدارة النفايات الطبية والتخلص منها
 - 2.7.3. الخدمات الأساسية لصحة البيئة
- 2.8. وسائل الإعلام والاتصال: الأدوات والرسائل

2.9. الألغام والأسلحة: أنواع الألغام، القنابل العنقودية، الوقاية

2.10. المستشفيات الميدانية والعيادات المتنقلة: التوصيات

الفصل الثالث – الاستعداد للطوارئ ومواجهتها على مستوى المستشفى

3.1. مقدمة: الهدف، الدور في سلسلة الخدمات الصحية، تعريف التعابير، الكوارث الداخلية والخارجية

3.2. تطوير الخطة البيضاء "Plan Blanc" ومكوناتها

3.2.1. تقييم المخاطر

3.2.2. تقدير الحاجات: الموظفون، الموارد، المساحة، التجهيزات

3.2.3. إدارة مخاطر محدّدة: نووية، كيميائية، إشعاعية، بيولوجية

3.2.4. إدارة الاصابات الجماعية: الفرز، تعيين الهوية، الإحالة، تدبير الجثث، وضع التقارير، السجلات

3.2.5. مكافحة العدوى: المبادئ، المعايير، وضع التقارير

3.2.6. إدارة مخزون الموارد الطبية والأدوية: المبادئ، المعايير

3.2.7. إدارة الموارد البشرية: التنسيق في حالة الطوارئ، خط السلطة، إمكانية توسيع احتياط العاملين، إجراءات استدعاء الموظفين، الأمن، عملية الإخلاء، اعتماد المتطوعين، بناء القدرات

3.2.8. المسائل القانونية

الفصل الرابع – الاستعداد للطوارئ والمواجهة على مستوى الرعاية الصحية الأولية

4.1. المفاهيم العامة للرعاية الصحية الأولية خلال الطوارئ: رزمة الرعاية الصحية الأولية العادية مقابل خدمات الرعاية الصحية الأولية خلال الطوارئ، التكامل مع "الخطة الحمراء"

4.2. دور الرعاية الصحية الأولية ضمن سلسلة الخدمات الصحية خلال الطوارئ

4.2.1. إدارة الاصابات الجماعية: الفرز، الإحالة، الخطة الحمراء

4.2.2. إدارة سلسلة الامداد: الأمراض المزمنة، توزيع الغذاء

4.2.3. التشابك مع المنظمات غير الحكومية ومراكز الرعاية الصحية الأولية

4.2.4. إدارة الموارد البشرية: القدرة على توسيع الاحتياط، المتطوعون، التدريب

تنويه:

هذا الدليل الميداني لحالات الطوارئ هو حصيلة تعاون طويل ودؤوب بين فريق مكتب منظمة الصحة العالمية في لبنان وفريق وزارة الصحة العامة ومجموعة من الخبراء.

نودّ أن نشكر على مشاركة الخبراء الواردة أسماؤهم أدناه في كتابة أجزاء من هذا الدليل:

- الدكتور ناجي صعيبي، من الجمعية اللبنانية لطب الطوارئ في نقابة الأطباء
- السيد محمد علي حمدي، من نقابة المستشفيات الخاصة
- السيدة رندة حمادة، من وزارة الصحة العامة، فريق الرعاية الصحية الأولية
- السيدة حبوبية عون، من جامعة البلمند

كما نودّ أن نشكر على جهود النظراء المراجعين لمساهماتهم في وضع اللمسات الأخيرة على مسودة العمل، لا سيما:

- الدكتور جوزيف هليط، من الجمعية المسيحية للشبان (YMCA)
- الدكتور بهيج عريبي، مستشار خاص في شؤون الطوارئ في وزارة الصحة العامة
- الدكتور قاسم علوش، من مؤسسة عامل
- السيدة راشيل سعادة، من الصليب الاحمر اللبناني

كما نشكر على جهود فريق المكتب الوطني لمنظمة الصحة العالمية، لا سيما الدكتورة اليسار راضي، الدكتور زياد منصور، السيدة كارولين الرئيس، والسيدة نهال الحمصي، في صياغة فصول مختارة من هذا الدليل، لا سيما جهود الدكتورة اليسار راضي التي تولت عملية التنسيق في وضع هذا الدليل بما في ذلك تصميم اطار العمل، الاتصالات والمتابعة مع الخبراء والنظراء المراجعين، ومراجعة ترابط المستند وتماسكه فضلاً عن التدقيق في الترجمة.

كما نودّ توجيه شكر خاص للسيدة جوال زيربه لترجمتها هذا الدليل.

ونودّ توجيه الشكر بشكل خاص للدكتور وليد عمار، المدير العام لوزارة الصحة العامة، الذي ساهم بدعمه في وضع هذا الدليل الميداني وسهّل عمل الفريق وأشرف على إنتاجه بكل مراحل.

الدكتور حسين أبو زيد

ممثل منظمة الصحة العالمية في لبنان

الفصل الأول – تمهيد عام

1.1. أنواع الطوارئ

الطوارئ الصحية هي أي وضع مفاجئ يتعلق بالصحة العامة ويعرض حياة عدد كبير من الأشخاص أو صحتهم للخطر فيتطلب تدخلاً فورياً. وقد تنتج حالات الطوارئ عن كوارث طبيعية (مثل الفيضانات، والزلازل، والحرائق)، أو الكوارث التي يفتعلها الإنسان (التسرب النووي، الانسكاب الكيميائي)، وهي عموماً قصيرة الأمد، أو تكون حالات طارئة معقدة (النزاعات الأهلية والحروب) والتي قد تطول.

الكارثة الصحية هي أي تهديد فعلي للسلامة العامة و/أو للصحة العامة بحيث أنها تفوق قدرة خدمات الطوارئ على الاستجابة. ومنها الكوارث المفتوحة والكوارث المغلقة. تُعرف الكارثة المفتوحة على أنها عدد غير محدود من الاصابات ضمن منطقة غير محدودة، على سبيل المثال يعتبر الزلزال كارثة مفتوحة. أما الكارثة المغلقة فتُعرف على أنها عدد محدود من الاصابات ضمن منطقة محدودة، حيث أن حادث سير مع اصابات عديدة يعتبر كارثة مغلقة.

يُعرف **الخطر الصحي** (health hazard) على أنه أي تهديد محتمل للسلامة العامة و/أو للصحة العامة.

يُعرف **الاختطار الصحي** (health risk) على أنه العواقب المحتملة على السلامة والصحة العامة لمجتمع معرض للخطر (أي الموت، الإصابة، المرض، العجز، الضرر، الدمار، النزوح، الخ). نوع الخطر يحدّد نوعية الاختطار، على سبيل المثال قد تسبب الفيضانات عدداً صغيراً من الوفيات في حين أن الزلازل تسبّب عدداً كبيراً من الوفيات.

تُعرف **سرعة التأثير** (vulnerability) على أنها أي عامل (داخلي المنشأ) من شأنه أن يضاعف الاختطار الناجم عن خطر محدّد (ضمن مجتمع محدّد).

لقد وضعت منظمة الصحة العالمية مؤشري **فصل رئيسيين للطوارئ الصحية**، لاسيّما الحالة الصحية والحالة التغذوية.

هذان المؤشران موصوفان أدناه:

الحالة	المؤشر	قيمة الفصل
الصحية	معدل الوفيات الخام اليومي	أكثر من 1/10,000 نسمة
	معدل الوفيات اليومي لمن هم دون الخامسة	أكثر من 2/10,000 طفل دون الخامسة
التغذوية	سوء تغذية حاد لمن هم دون الخامسة	10% من الأطفال دون الخامسة
	معدل اضطرابات النمو لمن هم دون الخامسة	30% من الأطفال تحت الرقابة
	وزن منخفض عند الولادة (أقل من 2.5 كلغ)	7% من الولادات الحية

1.2. مفهوم الاستعداد للطوارئ

يشمل الاستعداد للطوارئ التدابير المتخذة بهدف توطيد قدرة خدمات الطوارئ على الاستجابة في حالة الطوارئ. ينفذ الاستعداد للطوارئ على كافة المستويات في حين أن الاستعداد للكوارث يتركز بمعظمه على المستوى الوطني.

إدارة المخاطر هي استراتيجية شاملة تهدف إلى تقليل الأخطار التي تحيط بالسلامة العامة من خلال **تفادي التعرض للأخطار** (المجموعة المستهدفة = الأخطار)، و**تقليل** سرعة التأثير (المجموعة المستهدفة = المجتمع) و**تعزيز** الاستعداد أي القدرة على المواجهة (المجموعة المستهدفة = وكالات المواجهة).

- الاستعداد خاص بالسلطات والوكالات التي تلعب دوراً في المواجهة.
- تثقيف الجمهور ليس نشاط استعادي بل هو نشاط يهدف لتقليل سرعة التأثير.
- تدعيم بناء ليس نشاط استعادي أيضاً بل هو تقليل لسرعة التأثير.
- يستهدف الاستعداد وكالات المواجهة، أما تقليل سرعة التأثير فيستهدف عناصر المجتمع (الناس، الأملاك، الخدمات، والبيئة).

يرتكز التخطيط في حال الطوارئ على مقاربتين شاملتين:

- البرنامج العام للاستعداد يهدف لتحقيق قدرة دائمة على مواجهة مجموعة من الأوضاع المختلفة التي من شأنها التأثير في بلد ما أو منطقة ما من خلال اتخاذ مجموعة واسعة من تدابير الاستعداد.
- التخطيط لحالات الطوارئ ينفذ بشكل خاص من أجل أزمة ناشئة أو متوقعة.

إن برنامج الاستعداد للطوارئ كما حدّدته منظمة الصحة العالمية هو برنامج متكامل من الأنشطة التنموية الطويلة الأمد بنقاط عديدة يهدف إلى توطيد القدرة والطاقة الإجمالية لبلد ما كي يكون مستعداً كما يلي:

(1) أن يدير بشكل فعال كافة أنواع المخاطر

(2) الانتقال المنتظم من الإغاثة إلى إعادة التأهيل فالتنمية المستدامة.

والهدف من برنامج الاستعداد للطوارئ هو تحقيق أعلى مستويات من الجهوزية على الإطلاق.

التخطيط لحالات الطوارئ كما حدّدته لجنة الطوارئ الدائمة المشتركة بين الوكالات "هو أداة إدارة مستخدمة لتحليل وقع الأزمات المحتملة ولضمان اتخاذ تدابير مناسبة وملائمة بشكل مسبق بهدف الاستجابة في الوقت المناسب وبطريقة فعّالة وملائمة لحاجات الشعوب المتأثرة. التخطيط لحالات الطوارئ هو أداة تعمل على استباق وحل المشاكل الناشئة بشكل خاص في أثناء الاستجابة والإغاثة".

يجب مراعاة مبدئين رئيسيين خلال وضع خطة للطوارئ هما:

- أولاً، يتوجب على كافة الفاعلين والشركاء الذين سيقدمون المساعدة والحماية في حالة طوارئ أن يكونوا على استعداد لتوفير هذه الخدمات بشكل فعال وفعلي.
- ثانياً، تتطلب المواجهة الفعلية للطوارئ تحركاً جماعياً وتنسيقاً واضحاً.

يمكن وضع خطة للطوارئ على مستويات عديدة: على المستوى الوطني، بإشراك جميع الفاعلين، وعلى مستوى المنشآت الصحية، أكان مستشفى أو مركز رعاية صحية أولية.

على كل خطة طوارئ وطنية أن تتضمن الآتي:

1. السياق

2. سيناريو المخاطر

- السيناريو 1: كوارث طبيعية/زلازل رئيسية

- السيناريو 2: تهديد داخلي

- السيناريو 3: تهديد خارجي

3. الادارة والتنسيق العام

3.1. القدرة الوطنية على التنسيق (ما هو متوفر فعلياً)

3.2. آليات التنسيق الوطني (من يمكنه القيام بذلك)

3.2.1 دور مختلف الوزارات

3.2.2 المجموعات والهيئات المشتركة

- في ما خص السلامة
- في ما خص الامور اللوجستية
- تكنولوجيا الاتصالات والمعلوماتية
- إدارة المعلومات
- تعبئة الموارد

4. خطط المواجهة

يجب أن تتضمن الآتي: الأهداف الواجب تحقيقها، التدابير الواجب اتخاذها كاستجابة فورية، أعمال التنسيق، سد الثغرات، الاستناد إلى القدرات المتاحة، الموارد الواجب توفرها (من حيث الموظفين والسلع)، التقسيم الضروي للحاجات (المياه، والبيئة، والاصحاح، والغذاء، والمأوى، والصحة، والحماية والتوعية بشأن الألغام، التنقيف والاتصال).

5. الاستعداد والاستمرار.

1.3. النظام الدولي للاغاثة

الجهات الأربعة الرئيسية للنظام الدولي للاغاثة هي التالية:

- الأمم المتحدة
- الصليب الأحمر
- المنظمات غير الحكومية
- غيرها (المنظمات المانحة، المؤسسة العسكرية، المتعاقدون في القطاع الخاص)

ميثاق الصليب الأحمر الدولي والهلل الأحمر والمنظمات غير الحكومية في ما يتعلق بإغاثة الطوارئ (1994) هو ربما الميثاق الأكثر أهمية في القطاع الانساني والاغاثة. وهو يتمحور حول عشرة مبادئ:

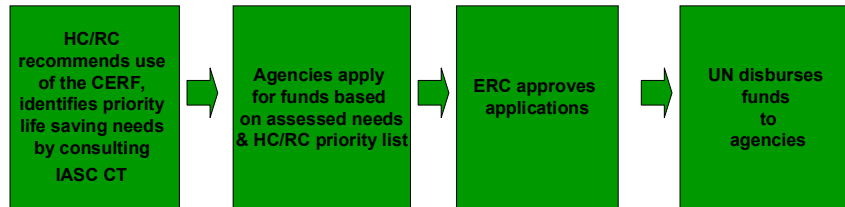
- الطابع الانساني إلزامي
- الحاجة هي الأساس
- حرية الدين
- لا عوامل أجنبية

- احترام الثقافة
- الاستناد إلى القدرات المحلية
- إشراك المستفيدين
- تقليص سرعة التأثير
- تحمّل المسؤولية في كافة الاحوال
- الضحايا بصفقتهم بشر

الآليات الرئيسية الثلاثة لتمويل الطوارئ هي التالية:

- الصندوق المركزي للاستجابة للحالات الطارئة (CERF)
- النداء العاجل (Flash Appeal)
- خطة النهوض (Recovery)

Allocation of Rapid Response Funds



***Field Driven Process led by the HC/RC**
Agencies cannot submit proposals directly to the ERC

الفصل الثاني: مبادئ الصحة العامة في حالات الطوارئ على المستوى الوطني

إن الهدف العام للتدخلات الصحية والاستجابة خلال حالات الطوارئ الرئيسية هو تقليص حالات الوفيات والمرضى بين السكان.

تتوفر أربع استراتيجيات للمواجهة ولإدارة الصحة العامة خلال الطوارئ الصحية:

- تقييم الحاجات
- سد الثغرات الصحية
- دعم الأنظمة الصحية وإعادة تفعيلها
- التنسيق مع مختلف الأطراف الفاعلة

تتمحور الوظائف الرئيسية للصحة العامة حول هذه الاستراتيجيات الأربعة، أما مجالات التدخل فتشمل: الدواء وموارده، الأمراض السارية، الخدمات الصحية، سلامة البيئة/المياه والإصحاح، الصحة النفسية/الحماية، صحة المرأة/الصحة الإنجابية، صحة بعض المجموعات الخاصة، والتغذية.

2.1. الخدمات والموارد

خلال الأزمات، تهدف إدارة المعلومات إلى الحصول على المعلومات ذات الصلة بالشخص الصحيح في الوقت المناسب بهدف تحسين الاستجابة الانسانية والاغاثة من خلال إنقاذ الأرواح وتقليص المعاناة وذلك باتخاذ القرارات الصائبة المستندة إلى المعلومات المناسبة والتنسيق مع كافة الفرقاء.

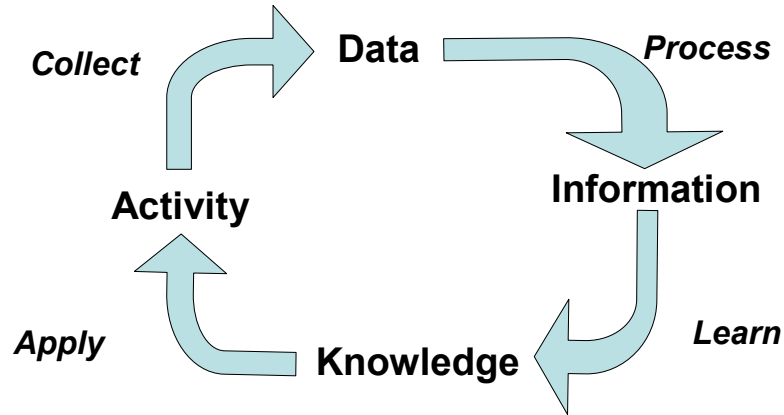
الصلة بالموضوع، الدقة والتوقيت الصحيح هي الصفات الرئيسية للمعلومات الجيدة خلال الأزمات.

يمكن تحسين المعلومات المتوفرة من خلال:

- إعادة التدقيق بالبيانات وترتيبها
- كشف الأمور الشائكة والغريبة والتعامل معها
- المقارنة والاختيار بين البيانات المتباعدة
- مقارنة المؤشرات بمؤشرات أخرى ضمن سياقات مماثلة
- استكشاف المعلومات المفقودة المهمة (السيداء، الحرب المستمرة، الخ)
- التدقيق في مصداقية البيانات مع الأشخاص الواسعي الاطلاع

إن حلقة إدارة المعلومات تشمل جمع البيانات التي تتم معالجتها وتحويلها إلى معلومات مُجدية والاكتساب من المعلومات والتفاعل معها لاسيما بتكوين قاعدة معرفية والعمل على أساسها.

The Circle of Information Management



Adapted from: *Information Management for non information-managers*, 2004

11

Colombo S., Health Information Management in Crises: An Introduction, Hearnnet, November 2006

إن إدارة المعلومات تساهم في تنسيق وإنفاذ الأنشطة المتعلقة بالأزمات مثل: تقييم الحاجات والقدرات و/أو الأضرار، تحليل الثغرات، تحديد الأولويات، تخصيص الموارد، ومراقبة المشاريع التي تغطي الإنذار المبكر، الترصد والتقييم.

العوامل التي من شأنها الحدّ من تبادل المعلومات قد تكون الآتية:

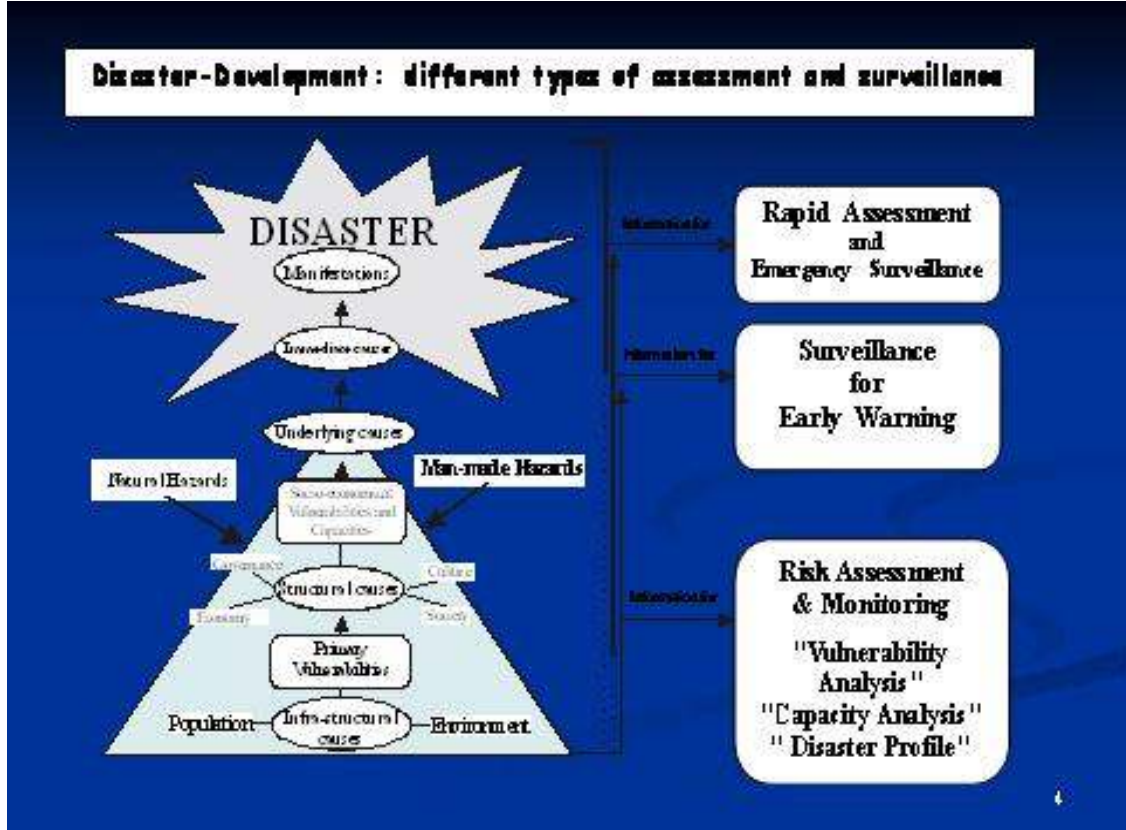
- المسائل السياسيّة والبروقراطيّة،
- مختلف الحيثيات و/أو الأولويات المؤسّساتيّة
- الإجراءات الطويلة والمعقدة التي تعيق تدفق المعلومات
- المسائل التقنيّة مثل التباين بين مختلف حزم البرمجيات

أفكار مفيدة من أجل إدارة المعلومات والبيانات

- سرعان ما تصبح المعلومات متقدمة لذا يجدر تبادلها بأسرع ما يمكن.
- يجدر تحديد البيانات الواجب تبادلها ووقت التبادل بأسرع ما يمكن.
- يجب النظر في المسائل الحساسة بما في ذلك السريّة وخصوصيّة المعلومات الشخصية المستقاة.
- يجب اتخاذ التدابير التي تمنع تسريب المعلومات المستقاة.
- يجب التأكد من أن المعلومات المستخدمة جيّدة النوعيّة وذات صلة بالمسائل المتداولة.

2.1.1 تقييم الأضرار والحاجات

تتوفر أنواع مختلفة من طرق التقييم والترصد خلال انتشار الكوارث.



Public Health Pre-deployment Training, Rapid Health Assessment, HAC/HQ, World Health Organization, November 30, 2006

خلال الأزمات من الضروري القيام بما هو لازم ومطلوب. لذا يجب تصوّر الحاجات من خلال الحصول على المعلومات في الوقت المناسب والاستجابة بما يتوافق معها. أنظمة المعلومات المتوفرة هي أنظمة روتينية وأنظمة غير روتينية.

أ: أنظمة المعلومات الصحية الروتينية

يمكن الحصول على المعلومات من:

- أنظمة المعلومات الصحية
- أنظمة الترصد
- قواعد بيانات سجلات الأحوال المدنية والشخصية والسكانية (إحصاءات أساسية)

تتضمن المعلومات التي يمكن الحصول عليها ما يلي:

- البيانات الأساسية المتعلقة بالأوضاع الديمغرافية للسكان ضمن المناطق.
- المعلومات الجغرافية/المناخية.
- الوضع الإداري، الوضع الصحي والامور ذات الصلة.
- الموارد والخدمات والمرافق المتوفرة.
- المعطيات بشأن الجوانب الثقافية والأوضاع العامة للسكان.

ب: المعلومات الصحية غير الروتينية

غالباً ما يتم الاضطلاع عند الحاجة بتقييم صحي سريع (rapid health assessment) وهو "عملية جمع للمعلومات الذاتية والموضوعية بهدف قياس الأضرار وتحديد الحاجات الأساسية للسكان المتضررين التي تتطلب استجابة فورية".

التقييم الصحي السريع يجب:

- استخدامه عند بدء الأزمة من أجل استكشاف الطوارئ وقياسها فضلاً عن إعادة تكييف الاستراتيجيات والمخططات بما يتلاءم مع الوضع الراهن.
- إعادته بشكل منتظم من أجل المساعدة في تقييم فعالية الاستجابة والنهوض.
- نشره بشكل موسّع مما يساعد على تحديد الموارد الخارجية الضرورية من أجل إنفاذ البرامج ذات الأولوية وتلبية الحاجة لمعلومات إضافية.
- أن يستند إلى المعطيات المتوفرة من خلال المعلومات الروتينية بما فيها نوع الطوارئ، عدد الأشخاص المتأثرين، الأوضاع الصحية للسكان المتأثرين، الفاشيات المتوقعة مثل الحصبة، الكوليرا، والاسهال.
- أن يستند إلى التساؤلات التالية: لأي غاية ستستخدم نتائج التقييم، ما هي التدابير الفورية على المدى القصير المتصلة بإنقاذ الأرواح التي ستحدث فرقاً، وما هي أفضل الطرق لذلك.
- أن يجمع المعلومات التي تجيب عن الأسئلة التالية:

- ما هي الحاجات الفورية؟
- ما هي النتائج المستهدفة؟
- ما هي التدابير الواجب اتخاذها؟
- ما هي القرارات الواجب اتخاذها؟
- ما هي قدرة الاستجابة الضرورية؟
- هل تتوفر الموارد المحلية؟
- ما هي الموارد الخارجية الضرورية؟

هذا التقييم الصحي السريع يمكن أن يكون تقييماً:

- للأمراض المنتشرة بين السكان أو الأمراض التي من شأنها التأثير في المجموعات السريعة التأثير خلال الأزمات.
- لتوفر الخدمات
- للأضرار الوظيفية
- للأضرار البنيوية
- لتوفر الموارد
- للصحة التغذوية
- للحاجات الصحية للنساء النازحات
- للحاجة إلى إدارة الطوارئ على مستوى المحافظات

خلال عملية الإعداد، يجب وضع الأولويات الفورية، وتحديد الموارد الضرورية، وتفحص المناطق المتضررة، وإشراك الفاعلين الرئيسيين من أجل المضي قدماً. من الضروري الأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

- المجموعة المستهدفة
- الأولويات من حيث التقديمات الصحية الفورية
- استكشاف نوع التقييم السريع الضروري
- تحديد نمط جمع المعلومات

- العوائق الأخرى لا سيما الوضع الأمني
- الإطار الزمني للتقييم الصحي السريع وفترة جمع المعلومات
- هيئة التنفيذ، التدريب ذو الصلة والوعي، والحاجات اللوجستية.

الخطوات الرامية إلى إنفاذ التقييم الصحي السريع تشمل ما يلي:

- وضع خطة عمل تكون لها أهداف واضحة وتحدد مسؤوليات الشركاء.
- تحديد إطار العمل آخذين بعين الاعتبار القيود والحدود.
- إعداد وتكييف أداة المسح للتقييم الصحي السريع واختبارها على عدد من الأشخاص.
- دراسة الحاجات اللوجستية، بما فيها توفر وسائل الاتصال والنقل.
- الجانب العملي من حيث الطرقات، والأمن، والطاقة، والشروط التقنية.
- تأمين التمويل.
- توفير ترخيص أمني للعمل على المستوى الميداني.
- ضمان توفر القوائم الأساسية المناسبة (قائمة الأسماء) للمجموعة المستهدفة أو السكان المستهدفين.
- ضمان توفر موارد جمع البيانات الأساسية بما في ذلك نماذج جمع البيانات، الصناديق للنماذج، الخرائط، الراديو أو الخطوط الأرضية/النقالة/عبر الأقمار الصناعية، النقل، وغيرها من المعدات فضلاً عن توفر الغرف وحاجات الإقامة في حال الاضطرار للبقاء ليلاً في الموقع.
- تحديد وتدريب المسؤولين عن المسح (وعند الضرورة المترجمين) وفقاً لقدراتهم، ومعرفتهم المحلية وتوفرهم.
- ضمان ترتيب البيانات كجزء من عملية إدخال البيانات وتحليلها/ترجمتها ووضع التقارير بشأنها وتقديمها ونشر النتائج.

أفكار مفيدة بشأن التقييم الصحي السريع

- اللجوء إلى الخبرات المحلية وإشراك الخبراء المحليين، والوكالات العامة وغير الحكومية، والموظفين الميدانيين.
- بشكل عام مقارنة الحقيقة أفضل من الوقوع في الخطأ تماماً أو التأخر تماماً عن معرفتها.
- الاستنتاجات الخاطئة الناجمة عن التقييم السريع هي أكثر إيذاء من عدم إجراء تقييم.
- من المفيد تكوين فكرة حول الأوضاع السابقة وربطها بالأوضاع الحالية.
- يجب الحصول على موافقة المجموعة المستهدفة كأن نطلب الإذن بطرح الأسئلة وتدوين الإجابات والتأكيد لهذه المجموعة بأن المعلومات تهدف للمساهمة في التقييم.
- من الضروري عدم تعريض حياة الأشخاص للخطر.

2.2. مكافحة الأمراض السارية

إن الأشخاص المتأثرين بالكوارث هم الأكثر عرضة للأمراض السارية. ومعظم هذه الأمراض تتصل مباشرة بالأوضاع البيئية الصحية. لذا فإن تدابير الاستعداد المتخذة قبل حصول كارثة من شأنها أن تضاعف القدرة على مكافحة الأمراض السارية وتجنب تفشي الأوبئة.

تقوم الاستراتيجيتان الرئيسيتان لمكافحة تفشي الأمراض السارية على تقليص عدد الحالات من خلال الأنشطة الوقائية وتقليص الوفيات الناجمة عن الأمراض بفضل الاكتشاف المبكر والعلاج الفعال.

إن مكافحة الأمراض السارية تستند بشكل عام إلى:

- بيئة سليمة (مياه نظيفة، اصحاب مناسب، مكافحة النواقل، والمأوى).
- التحصين الملائم.
- التدريب الجيد للموارد البشرية المعنية بالصحة في مجال التشخيص المبكر والعلاج.

الامراض السارية الرئيسية الواجب مواجهتها في حالة الطوارئ تشمل:

- الأمراض المنقولة بالمياه وبالعذاء
- الأمراض التنفسية الحادة
- الأمراض التي يمكن تفاديها بالتحصين
- الأمراض التي تحملها النواقل (مثل الحشرات والقوارض)
- الأمراض الحيوانية المصدر

الأسباب الأربعة الأكثر شيوعاً للوفاة في حالات الطوارئ والكوارث هي الإسهال، الأمراض التنفسية الحادة، الحصبة وسوء التغذية. بالإضافة إلى أنه في بعض المناطق الموبوءة تعتبر الملاريا سبباً خامساً للوفاة.

مخاطر الأمراض السارية في حالات الطوارئ

- الاكتظاظ واستمرار مدة الإقامة في المأوى بسبب النزوح
- المياه الملوثة التي تتفاقم أوضاعها بسبب التسربات من المجاري المعطلة
- تغطية ضعيفة من حيث التلقيح
- تدابير ضعيفة لمكافحة النواقل
- مكافحة ضعيفة لذبح الماشية
- الأوبئة الموسمية
- الجروح والاصابات والالتهابات
- وقاية شاملة ضعيفة داخل المنشآت الصحية
- ضعف النظافة الشخصية

إن المكونات الرئيسية لمواجهة الأمراض السارية خلال الطوارئ تشمل، بالإضافة إلى نشر الوعي والتربية الصحية، ما يلي:

- نظام الانذار المبكر والاستجابة
- التحصين

2.2.1. نظام الانذار المبكر والاستجابة (Early Warning Alert and Response System)

في حالات الطوارئ والكوارث لا بدّ من نظام ترصد للصحة العامة يتولى جمع المعلومات الصحية وتحليلها ونشرها من أجل إجراء تحرك مناسب نظراً لسرعة تأثر السكان المتضررين، وللتغيرات المفاجئة التي قد

تحصل في المجال الصحي بسبب الأوضاع غير المستقرة والحاجة لتبادل البيانات الكمية بسرعة مع مجموعة من الشركاء من أجل إجراء تحركات سريعة وفعالة.

إن نظام الإنذار المبكر والاستجابة يشمل:

- الاكتشاف السريع
- التدقيق بالإنذارات والحالات والإشاعات
- الاستجابة لتفشي الأمراض المعدية

الأمراض الواجب التبليغ عنها فوراً خلال الطوارئ	الأمراض الواجب التبليغ عنها فوراً خلال الطوارئ
<ul style="list-style-type: none"> • الاسهال الحاد • الأمراض التنفسية الحادة • الاسهال الدموي الحاد • الحمى غير المعلة • الكزاز (الوليدي وعند البالغين) • الاصابات أو الجروح 	<ul style="list-style-type: none"> • الحصبة المؤكدة والمشتبه بها • التهاب السحايا • اليرقان الحاد • متلازمة الحمى النزفية الحادة • الشلل الرخو الحاد (شلل أطفال مشتبه به) • مجموعة غير معلة من الأحداث الصحية

عناصر نظام الإنذار المبكر والاستجابة هي التالية:

- نظام ترصد فاعل قائم ضمن المرافق الصحية لجمع البيانات حول الأمراض والوفيات
- نظام إنذار من أجل التبليغ الفوري عن بعض الأمراض ذات الأولوية أو مجموعة من الأحداث أو الوفيات غير الاعتيادية
- نظام للتقصي والتحركات السريع
- إنذارات وإشاعات من جانب الوسائل الإعلامية ومصادر غير رسمية
- نظام متابعة كافة الإنذارات أو التدقيق فيها
- ترصد فاعل للتحركات السكانية

من المهم الحرص على توفير الآتي:

- التركيز المسبق للمخزون الاحتياطي
- أخذ العينات ونقلها من أجل التقصي. مخزون احتياطي مناسب من الأدوية وغيرها من المواد بهدف توفير سريعات علاج أو تدبير وقائي.

• تحديد مختبر مرجعي

يُعين مختبر مرجعي مناسب مزود بنظام متابعة، بالإضافة إلى إمكانية تخزين العينات ذات الصلة ونقلها إلى المختبرات المناسبة.

• الموارد البشرية

يتم تعيين وتدريب عاملين صحيين على نظام الإنذار المبكر والاستجابة من أجل جمع البيانات وتبليغها وتحليلها. كما يجب تدريب فريق استجابة قادر على بدء عملية الوقاية أو تدابير الاحتواء.

• التدابير اللوجستية

تؤمن وسائل نقل العينات المجموعة ووسائل نقل العاملين الصحيين ونقل الحالات والاصابات.

يمكن توسيع أنظمة التبليغ القائمة من أجل إنشاء نظام ترصد شامل على نطاق المنطقة بالكامل يغطي الامراض ذات الاولوية، بما فيها الأمراض الوبائية الخطيرة المتصلة بالمياه والإصحاح. إن المقاربة الأكثر فعالية تقوم بالأجمال على توسيع سبل ونماذج التبليغ المستخدمة من جانب البنية الإدارية القائمة في المناطق التي يقصدها السكان، بالإضافة إلى أن دمج الترصد الوبائي والتعاون القائم بين مختلف القطاعات يشكل خطوة حاسمة في استباق الفاشيات، على سبيل المثال التعاون بين الترصد التابع للمؤسسة العسكرية والترصد التابع لوزارة الصحة.

أفكار مفيدة بشأن الاستجابة الفعالة الرامية لمكافحة الفاشيات واحتوائها

- يجب اتخاذ التدابير بأقصى سرعة وعدم تأخيرها بانتظار تثبت المختبر من المرض المشتبه به.
- الوسيلة الرئيسية من أجل مكافحة فعالة للفاشيات هي الاستجابة السريعة قبل استفحالها إلى مرض وبائي واسع الانتشار.
- يجب البدء بالتحصين الجماعي بأسرع وقت بغض النظر عما إذا تمّ التبليغ عن حالة واحدة من الحصبة أو أكثر.
- تعمل التدابير الوقائية والعلاجية معاً من أجل تقليص مصادر العدوى وذلك بعزل سريع للمرضى وعلاجهم بالإضافة إلى مراقبة ومكافحة النواقل.
- تحسين الظروف الصحية والسلوك المتعلق بالصحة والنظافة بهدف تقليص انتقال العدوى.

إن دور العاملين الصحيين في مكافحة الأمراض يشمل ما يلي:

- إعلام الأشخاص حول المرض والحث على الإحالة المبكرة للمرضى إلى مراكز العلاج/العزل.
- استكشاف الأسر والأشخاص السريعي التأثر الذين يحتاجون إلى دعم أو حماية خاصة.
- الحث على تحسين الظروف الصحية والسلوك الصحي بتحديد المرافق التي تحتاج لتحسين والسلوك الصحي الوقائي الواجب تعزيزه.

2.2.2. التحصين

اللقاحات الواجب إجراؤها خلال الطوارئ هي التالية:

- الحصبة لجميع من هم من دون الخامسة عشر من العمر
- شلل الأطفال لجميع من هم من دون الخامسة من العمر
- الكزاز الوليدي
- كزاز البالغين

- التهاب السحايا بالمكورات السحائية (bacterial)

- الانفلونزا الموسمية

2.3 مكافحة الأمراض غير السارية

إن الأمراض غير السارية الأكثر شيوعاً هي أمراض مزمنة تشمل الأمراض الاستقلابية والوعائية المزمنة (داء السكري، ارتفاع ضغط الدم، الأمراض القلبية الوعائية)، الأمراض المتصلة بنمط الحياة والبيئة (الانسداد الرئوي المزمن، الربو، القرحة الهضمية)، الاضطرابات النفسية، الأمراض الخلقية والنادرة، والسرطان. من أجل التبسيط، تم تصنيف الأمراض غير السارية خلال الطوارئ في المجموعات المذكورة أدناه.

2.3.1 الصحة النفسية

المبدأ الأساسي لمواجهة الصحة النفسية خلال الطوارئ يقوم على إتاحة الوصول إلى خدمات الصحة الاجتماعية والنفسية بهدف تقليص الأمراض النفسية، العجز والمشاكل الاجتماعية. من المهم تأمين ما يلي:

- ضمان سلامة وأمن السكان المتضررين بتوفير المأوى وإعادة تأمين سبل العيش بأسرع ما يمكن.

- إن الأشخاص والعاملين الصحيين الذين يعانون من توتر نفسي حاد بعد تعرضهم لعوامل ضاغطة يمكنهم الحصول على الإسعاف الأولي النفسي ضمن مرافق الخدمات الصحية وداخل المجتمع في محاولة لإعادة الاستقرار بين أعضاء الفريق والعاملين وذلك من خلال استخلاص المعلومات، والوثائق والاسترخاء الشخصي.

- الاهتمام بالشكاوى النفسية المستعجلة متوفر من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية. وتتوفر أدوية الأمراض النفسية الأساسية، بما فيها الأدوية المضادة للصرع، المتطابقة مع قائمة الأدوية الأساسية، في مرافق الرعاية الصحية الأولية.

- إن الأشخاص الذين يعانون مسبقاً من الاضطرابات النفسية يستمرون في الحصول على العلاج المناسب، بحيث يتم تجنب أي توقف مفاجئ ومضراً عن تناول الأدوية وتتم تلبية الحاجات الأساسية للمرضى الذين هم تحت وصاية مستشفيات الأمراض النفسية.

- إذا طالت حالة الطوارئ، يتم وضع الخطط من أجل توفير مجموعة شاملة من التدخلات النفسية ضمن المجتمع لمرحلة ما بعد الطوارئ.

خلال المرحلة الحادة للطوارئ، يجب التركيز أيضاً على الدعم الاجتماعي بما في ذلك :

- توفير دفع موثوق ومستمر من المعلومات بشأن حالة الطوارئ وجهود الإغاثة المتصلة بها، وضمان التدقيق في المعلومات المستقاة من وسائل الإعلام.

- مواصلة أو استئناف الأحداث الثقافية والدينية العادية، بما فيها شعائر الحزن من جانب ممارسي الطقوس الروحية والدينية، وإقامة مراسم الدفن. من المهم أن تتولى فرق خاصة مدربة تدبير الجثث والتعرف عليها بما يتناسب مع المعايير الثقافية للبلد.

- التحفيز على التعليم النظامي أو غير النظامي والأنشطة الترفيهية العادية للأطفال والمراهقين.

- حث السكان المتضررين على المشاركة في أنشطة هادفة فعلية ذات اهتمام مشترك، مثل أنشطة الإغاثة خلال الطوارئ.
- محاولة لم شمل السكان والأسر بأسرع ما يمكن، والحث على الدمج الاجتماعي للأشخاص المعزولين (مثل اليتامى والأرامل والمسنين).

نقاط إرشادية حول الصحة النفسية خلال الطوارئ.

1. المعلومات: الوصول إلى المعلومات ليس حق فحسب إنما يقلص التوتر غير الضروري للجمهور.
2. دفن الموتى: يجب أن تُتاح للأسر إمكانية رؤية جثث أحبائهم لوداعهم حين تسمح ثقافة المجموعة بذلك. إن أمكن، يجب تجنب دفن الجثث دون مراسم رسمية.
3. الاسعاف الأولي النفسي: إن التوتر الحاد الناشئ فوراً بعد التعرض لعوامل الضغط النفسي بين السكان عموماً أو بين العمال المساعدين يمكن إدارته على أفضل وجه باتباع مبادئ الاسعاف الأولي النفسي. يستتبع ذلك رعاية فعلية أساسية غير دخيلة تركّز على الآتي: الاستماع دون الإكراه على الكلام، تقييم الحاجات وضمان تلبية الحاجات الأساسية، التشجيع على البقاء برفقة الآخرين دون الإكراه على ذلك، والحماية من مزيد من الضرر. يمكن تدريب المتطوعين والاختصاصيين بسرعة على هذا الأمر. يتم تنبيه العاملين الصحيين بضرورة تجنب وصف البنزوديازيبين (مضادات الاكتئاب) خوفاً من الاعتماد عليها.
4. معالجة الشكاوى النفسية الطارئة: الحالات النفسية التي تتطلب رعاية فورية تشمل الخطر على الذات وعلى الآخرين، الذهانية، الاكتئاب الحاد، والهوس.
5. التدخلات النفسية المستندة إلى المجتمع: يجب تنظيم التدخلات بناء على تقييم للخدمات المتوفرة وإدراك للاطار الاجتماعي – الثقافي. يجب أن تشمل التدخلات استخدام آليات عملية ملائمة ثقافياً من جانب الأفراد والمجتمعات بهدف زيادة التحكم الذاتي. يوصى بالتعاون مع قادة المجتمع والمطّبين الشعبيين إن أمكن. يجب تشجيع مجموعات المساعدة الذاتية المستندة إلى المجتمع. ويجب تدريب العاملين التابعين للمجتمع والإشراف عليهم في مساعدة العاملين الصحيين المسؤولين عن أعباء صحية جمّة وفي تنفيذ الأنشطة الافضائية لتسهيل تقديم الرعاية للمجموعات الأقلية والسريعة التأثير.

2.3.2. الأمراض المزمنة

لدى غالبية الشعوب، يعاني الخمس على الأقل من مرض مزمن أو أكثر. إن الأمراض المزمنة الأكثر شيوعاً في لبنان تشمل: مرض الشريان التاجي، داء السكري، ارتفاع ضغط الدم، الانسداد الرئوي المزمن، الصرع، التهاب المفاصل والقرحة الهضمية.

من الضروري الحرص على توفير الآتي:

- أولوية الرعاية والنصح لمن هم أكثر ضعفاً
- مرافق الإحالة للرعاية المتقدمة

- الرعاية الأساسية السابقة للإحالة إلى المستشفى خلال الطوارئ بهدف إجراء تدخل سريع في حال الأوضاع المهددة للحياة
- التجهيزات الضرورية لتوفير الرعاية الصحية الأولية
- اليد العاملة المدربة
- الأدوية التي تغطي الأمراض غير السارية الرئيسية، وفقاً لقائمة الأدوية الأساسية

إذا كانت الأدوية هبات، يجدر التأكد من:

- أن الشكوالقوة والتركيبية مماثلة للأدوية المستخدمة في الأصل
- أنه تمّ الحصول عليها من مصدر موثوق وأنها تتطابق مع معايير الجودة في البلد المانح والبلد المستلم
- أن مدة صلاحية الاستعمال هي سنة على الأقل
- أنها تحمل لصاقة توسيم مكتوبة باللغة المتداولة في البلد

2.3.3. صحة المجموعات الخاصة

إن انقطاع الرعاية والأدوية في بعض الأمراض والحالات المرضية النادرة قد ينعكس انعكاساً خطيراً على الصحة العامة في حالات الطوارئ. فبعض المجموعات السكانية، مثل المرضى الذين يعانون من فشل كلوي، السيدا (أو الإيدز)، التلاسيميا، السرطان والأمراض النادرة، والسكان المسنون، لها حاجات خاصة يجب تلبيتها بسرعة. تتم معالجة معظم هذه الحالات من خلال برامج وطنية تضعها وزارة الصحة العامة، ومن المهم جداً التشبيكوالتواصل مع البرامج الوطنية المعنية بأسرع ما يمكن لتوفير الرعاية المناسبة كما هو موصوف في الجدول أدناه.

المجموعة السكانية/الحالة	التحرك الواجب القيام به
الفشل الكلوي	<ul style="list-style-type: none"> - الإحالة إلى أقرب مركز غسيل كلوي - إجراء التلقيح الضروري (التهاب الكبد الوبائي B) - توفير الأدوية بصورة مستمرة
السيدا (الإيدز)	<ul style="list-style-type: none"> - الإحالة إلى أقرب مركز استشارة واختبار - إجراء تقييم من جانب اختصاصي بالأمراض المعدية - الحصول بشكل مستمر على الأدوية (ARV) والمتابعة في المختبر - الحصول على أدوية الأمراض الانتهازية - الحصول على العازل الذكري

التلاسيما	- التقييم من جانب اختصاصي (أمراض الدم) - الحصول على الأدوية الملائمة
السرطان	- التقييم من جانب اختصاصي (بالأورام) - الحصول على العلاج الكيميائي (بروتوكول تمتّ المباشرة به) - الحصول على الرعاية المخففة للألام (palliative care)
الأمراض النادرة	- التقييم من جانب اختصاصي - الحصول المستمر على الأدوية المناسبة (البروتوكول نفسه)
المسئون	- الحصول على أدوية الأمراض المزمنة - الحصول على معدات الحركة (النظارات الطبيّة، العكازات) وغيرها من أدوات الدعم (شدة أسنان صناعيّة، المعينات السمعيّة)

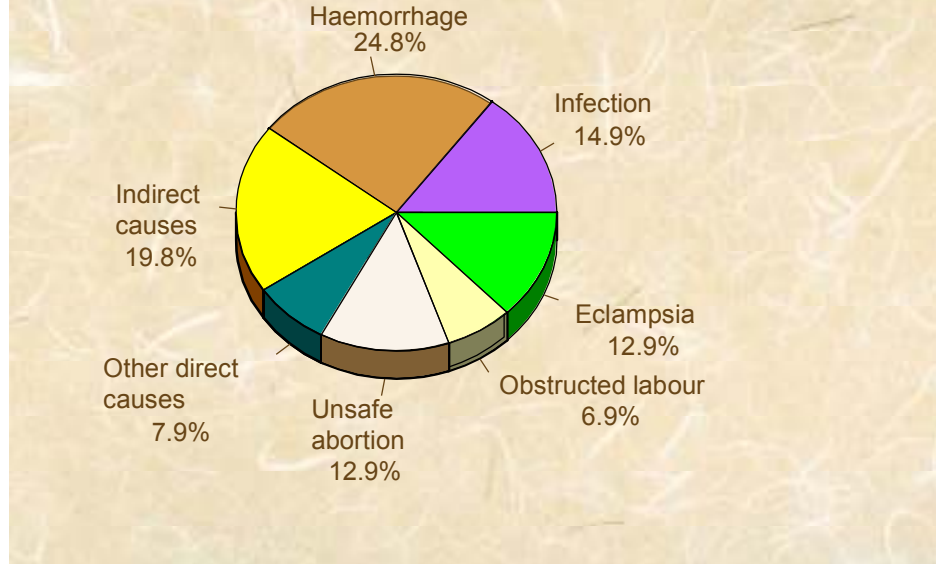
2.4. الصحة الإنجابية

من المهم أن ندرك أن اللاجئين والنازحين لهم حاجات في مجال الصحة الإنجابية مثل الذين لم ينزحوا. وحتى أن الوفاة والمرض الناجمين عن أسباب إنجابية في حالات الطوارئ قد يتضاعفان، وأن المراحل الانتقالية في الحياة تصبح أصعب مثلاً لانتقال من المراهقة إلى البلوغ، كما أن الجوانب الهامة لبرامج الصحة الإنجابية مثل سرعة الاستجابة ودمج الرجال تشكل تحديات رئيسية.

إن سياسة شاملة في مجال الصحة الإنجابية خلال الطوارئ يجب أن تشمل على ما يلي:

- تنظيم الأسرة
- الأمومة المأمونة: قبل الولادة، الولادة الآمنة، الرعاية بعد الولادة
- الرعاية النسائية
- الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والسيدا وعلاجها
- تجنب العنف الجنس والتخفيف من تداعياته
- مكافحة الممارسات التقليدية المؤذية (مثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى)
- برامج الصحة الإنجابية للمراهقين

Causes of Maternal Death



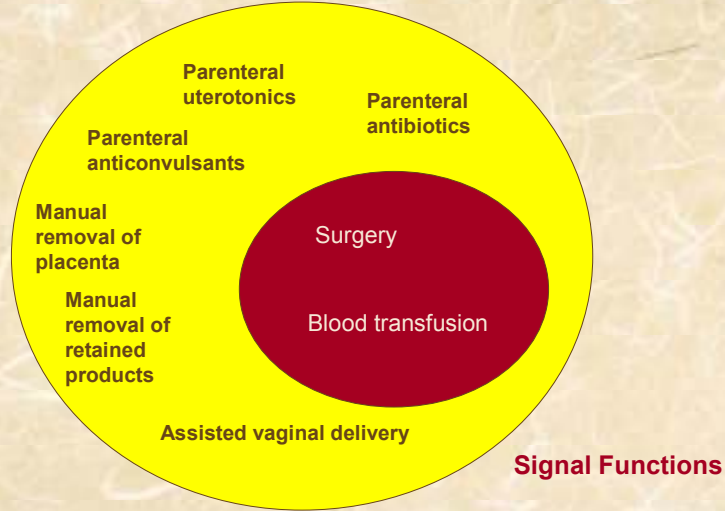
إن عناصر مواجهة الصحة الانجابية في حال الطوارئ تشمل الآتي:

2.4.1. صحة الأم

من المهم أن نتذكر الآتي:

- لا يمكن تأجيل الولادة
 - التعقيبات تحصل حتى في الظروف العادية (10-15%)
 - الظروف الضاغطة والطوارئ تولد تعقيبات إضافية (الإجهاض، الولادة قبل الأوان)
 - قد لا يتوفر مقدّمو خدمات مناسبون و/أو مدربين بما يكفي لتقديم هذه الخدمات أو الرعاية وقد لا تتوفر مرافق صحية لتقديم الخدمات
 - قد ينعدم الدعم النفسي الاجتماعي بسبب تفكك الأسر والمجتمعات
 - أسباب وفيات الأمومة عديدة وقد تتفاقم في حالة الطوارئ
- التدابير الرئيسية الموصى بها تركز على الأمومة المأمونة وتشمل الآتي:
- الرعاية السابقة للولادة الهادفة للاتصال بالنساء واكتشاف حالات الحمل المعرضة لخطر شديد محتمل.
 - الرعاية عند الولادة لتأمين ولادة جيّدة آمنة والحصول على المساعدة الكفوءة في الوقت المناسب من أجل الولادات المعقدة مع التركيز على الرعاية التوليدية الطارئة.
 - الدعم بعد الولادة ويشمل رعاية الطفل والارضاع من الثدي.

Emergency Obstetric Care



يجب أن تتمكن المولدة الكفوءة من

- إدارة الولادة السوية وعملية الوضع
- التعرف إلى التعقيدات
- إجراء التدخلات الرئيسية
- بدء العلاج
- الإشراف على إحالة الأم والطفل من أجل التدخلات التي تفوق الكفاءة المتوفرة أو التدخلات غير الممكنة في المنشآت المعنية

2.4.2. العنف القائم على الجندر

إن العنف الجنسي القائم على الجندر (sexual and gender-based violence) قد يتضاعف في حالات الطوارئ وقد ينعكس على الصحة من حيث التأثيرات التالية:

- التأثيرات الجسدية مثل الحمل غير المرغوب، الاجهاض غير المأمون والمعد، السيدا، وغيرها من الأمراض المنقولة جنسياً، الاضطرابات والاصابات الجنسية.
- التأثيرات النفسية الاجتماعية مثل القلق، اضطراب التوتر ما بعد الصدمة (الكرب) (PTSD) ما بعد الولادة، الاكتئاب والانتحار، اضطراب صحة المجتمع والصحة الاجتماعية (لا مدخول للمرأة، توقف المراهقين عن الدراسة، قتل الرضيع، والتأخر في إعادة بناء المجتمع والمصالحة).

لا بد أن ندرك أن القطاع الصحي لا يمكنه العمل بمعزل عن الآخرين وأن أحد التحديات أمام مواجهة العنف القائم على الجندر هو العمل على تحقيق استجابة مشتركة بين القطاعات كافة على صعيد الحماية، والأمان، والرعاية.

يجب أن تشمل مواجهة العنف القائم على الجندر ما يلي:

- تدريب العاملين الصحيين والطبيين داخل المجتمع على معالجة الناجين بالتوافق مع المبادئ التوجيهية من حيث السرية، والاحترام، والسلامة والأمان.

- تقدّم مراكز الرعاية الصحية الفحوصات الطبية والعلاج فضلاً عن الوثائق الطبية الضرورية للإجراءات القانونية.

يجب أن يكون العاملون الصحيون قادرين بشكل أساسي على مواجهة الحالتين التاليتين وانعكساتهما المذكورة أدناه:

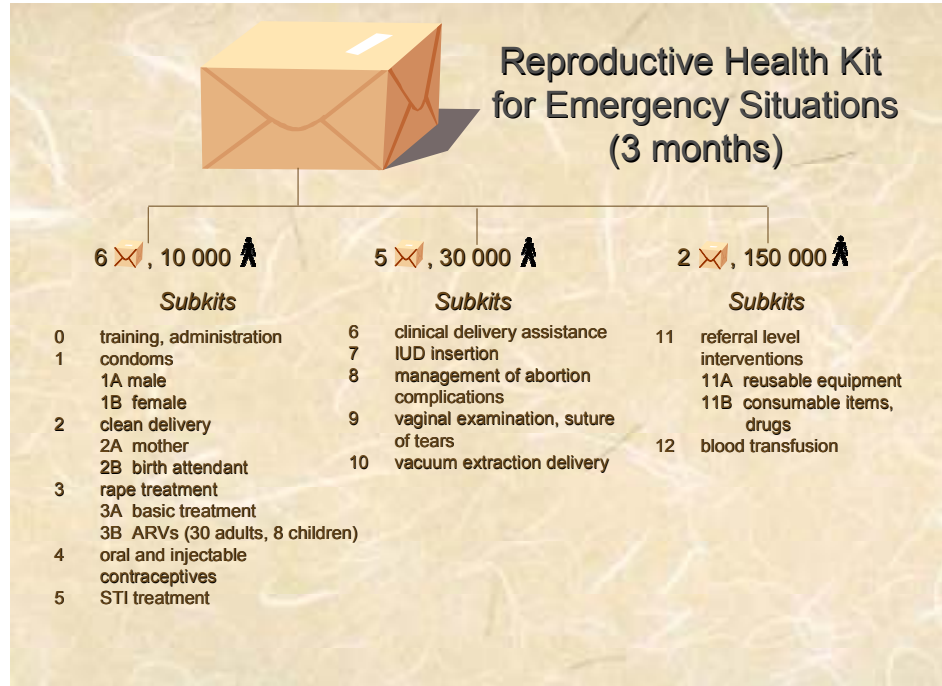
المكونات الرئيسية للرعاية الطبية ما بعد الاغتصاب	العناصر الرئيسية للاستجابة الطارئة للأمراض الجنسية والسيدا
<ul style="list-style-type: none"> - جمع الأدلة القانونية - تقييم الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها - تقييم مخاطر الحمل والوقاية منها - التدخل في الأزمات - الاهتمام بالإصابات - الإحالة إلى أقسام أخرى - تلبية حاجات المجموعات الاستثنائية مثل الأطفال والنساء الحوامل 	<ul style="list-style-type: none"> - سبل الوقاية الصحية العامة ضمن منشآت الرعاية الصحية - نقل آمن للدم - الحصول على العازل الذكري - الحصول على الرعاية للأمراض المنقولة جنسياً - ثقافة الإعلام وأنشطة التبليغ - الرعاية الشاملة لمرض السيدا

2.4.3. المسائل العامة للصحة الإنجابية

من الضروري تلبية الحاجات العامة للصحة الإنجابية، لا سيّما حاجات المراهقين، التي يمكن تلخيصها كالآتي:

- المعلومات حول الحياة الجنسية والصحة الإنجابية،
- الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة،
- الرعاية ما قبل الولادة وبعد الإجهاض،
- علاج عمليات الإجهاض غير المأمون،
- تشخيص الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها،
- الحماية ضد الانتهاك الجنسي،
- الاستشارة النفسية الملانمة ثقافياً.

في سبيل تأمين الرعاية المناسبة في مجال الصحة الإنجابية، يجب وضع مستلزمات الصحة الإنجابية بمتناول العاملين الصحيين والمسؤولين عن الرعاية الصحية الأولية.



2.5. الغذاء

تؤثر الأزمات بالمخزون الغذائي للسكان تأثيراً مختلفاً لذا لا بد من إجراء تقييم للمخزون الغذائي والوضع التغذوي في حالات الطوارئ.

من المهم اعتبار الجوانب الرئيسية للحق بالغذاء المناسب:

- توفر الغذاء، كمّاً ونوعاً، بما يكفي لتلبية الحاجات الغذائية للأفراد، على أن يكون خالياً من المواد المضرة ومقبولاً ضمن ثقافة معينة
- تيسر مثل هذا الغذاء باستمرار على ألا يؤثر بحقوق الإنسان الأخرى

بعض الأسئلة تساعد على توجيه المعونات الغذائية، لا سيما الآتية:

- هل هي أزمة طبيعية، أو قائمة على نزاع أو معقدة؟
- كم طالت الأزمة أو كم ستطول؟
- هل يحصل السكان على الغذاء الكافي أو أن مستويات سوء التغذية لديهم مرتفعة؟
- هل البلد منتج للغذاء أو أنه يعتمد اعتماداً شديداً على الواردات؟
- ما هو وضع سوء التغذية وما أسبابه؟

يستخدم تقييم المخزون الغذائي لقياس مدى توفر الغذاء وأسلوب الحصول عليه في بلد ما. وهو يستخدم للمساهمة في قياس سوء التغذية، وفقر الدم، وانتشار بعض الأمراض. يمكن استخدام أنواع مختلفة من عمليات التقييم الغذائي بحسب الفئات العمرية/الجنس وبالإستعانة بالقياس الانتروبومتري، المؤشرات ونقاط الفصل.

نوع التقييم المناسب بحسب الفئات العمرية/الجنس يشمل ما يلي :

- الأطفال دون الخامسة من العمر: الانثروبومتري، فقر الدم، نقص فيتامين A وB، C (في حال ترصد أي حالة).
- الأطفال في سن الدراسة (6 إلى 12 عاماً) والمراهقون: انتشار الدراق، اليود في البول، فقر الدم/عوز الحديد.
- النساء في عمر الانجاب أو النساء الحوامل، فقر الدم/عوز الحديد، نقص فيتامين B والبتع (في حال ترصد أية حالة).
- الراشدون، انثروبومتري، نقص فيتامين B وD، والبتع (في حال ترصد أية حالة).

من أجل تصنيف سوء التغذية جرى تحديد نقاط فصل انثروبومترية مع وجود أو انتفاء أو الانتفاخ كما يلي:

Classification of Malnutrition: Use of cut-off points and/or presence/absence of oedema

	Well-nourished	Mild malnutrition	Moderate Malnutrition	Severe malnutrition
Oedema	No	No	No	Yes (Oedematous malnutrition)
Wt-for-ht	90 – 120% (+2 to -1SD)	80 – 89% (-1 to -2 SD)	70 – 79% (-2 to -3SD)	< 70% (< -3 SD) (severe wasting)
Ht-for-Age	95-110% (+2 to -1SD)	90-94% (-1 to -2 SD)	85-89% (-2 to -3SD)	< 85% (< -3 SD) (severe stunting)
Wt-for-Age			60-80% (-2 to -3SD)	< 60% (< -3 SD) (severe underweight)
MUAC for age or height/length				< -3 SD
MUAC	>13.5 cm	12.5-13.5 cm	12.0-12.5 cm	11.5-12.0 cm
Body Mass Index (adults only)		Mild thinness: 17- <18.5	Moderate thinness: 16 <17	Severe thinness: < 16

* Nutrition in Emergencies, Dr. O. Obeid, World Health Organization Emergency Health Preparedness Course, Lebanon, July 23-28, 2007

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية في العام 2000، إن قرار إنفاذ برامج إطفام انتقائية يستند إلى أنه إذا تدنّت الطاقة الغذائية المتوفرة على مستوى الأسرة عن 2100 كيلو كالوري في اليوم للفرد الواحد، عندئذ يجب بذل الجهود لتوفير الحصص الغذائية بهدف ضمان وإتاحة الحصول على الغذاء المحلي الملائم. يجب التنبيه في حال كان معدّل سوء التغذية 10-19% أو 5-9% مرفقاً بعوامل تفاقمية حيث يتوجب توفير إطفام إضافي لمن يعانون من سوء التغذية وإطفام علاجي للأفراد الذين يعانون من سوء تغذية حادة.

إذا كان السكان يعتمدون اعتماداً كاملاً على المعونات الغذائية، يجب عندها أن تكون متطلبات المعونات الغذائية التي تساهم في تلبية الحاجات الغذائية الدنيا للسكان من أجل أداء نشاط خفيف 2100 كيلو كالوري للفرد الواحد يومياً، حيث أن البروتينات تؤمن 10-12% والدهون 17% من الطاقة الكلية.

يجب تغذية الرضع دون ستة أشهر بالرضاعة من الثدي بشكل حصري حسب توصيات منظمة الصحة العالمية واليونسف، أما الأطفال بين 6-24 شهراً فيجب أن يحصلوا على الغذاء المكمل الغني بالطاقة، أما النساء الحوامل والنساء المرضعات فيجب أن يحصلن على المغذيات الإضافية والدعم.

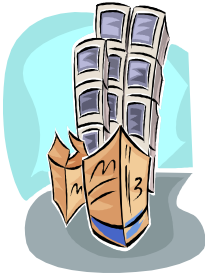
السلة الغذائية للأسرة اللبنانية المكونة من خمسة أشخاص أسبوعياً تتضمن:

- الأرز 3 كغ، السكر 2 كغ، الشاي نصف كغ، الجبنة 2 كغ، علب التونة 185 غرام، اللحم 500 غرام، السباغتي 3 لفائف، البازلا 2 كغ
- السمن كغ واحد، زيت 1.5 لتر، المربي 2 كغ، الحليب 1.8 كغ.
- سلة الأطفال دون السنتين أسبوعياً:
- حليب الأطفال 3 علب صغيرة، السيرلاك علبتان، حليب الرضع قنينة واحدة، علبة بسكويت، كيس واحد من الحفاضات.
- بودرة أطفال علبة واحدة، ثياب داخلية طقمان، زوجا جوارب، صابون للأطفال لوحان

2.6. الأمور اللوجستية وتكنولوجيا المعلوماتية

تلعب تكنولوجيا المعلوماتية والاتصالات دوراً رئيسياً في تسهيل وتعزيز النتائج العملية في الحياة العادية وبشكل خاص خلال الأزمات.

المكونات الثلاثة الرئيسية لتكنولوجيا المعلوماتية والاتصالات هي التالية:



• الحواسيب (computers)

• أجهزة الاتصالات

• أدوات التحليل مثل نظام المعلومات الجغرافية (geographic information system)

الحواسيب

حواسيب المكتب، الحواسيب المحمولة، الطابعات، أجهزة الفاكس، أجهزة النسخ، مفاتيح التحويل والماسحات جميعها ضرورية لإنفاذ بنية تكنولوجيا المعلوماتية.



من الضروري توفر الانترنت السريع من أجل تسهيل تبادل البيانات واستخراجها.



أجهزة الاتصال

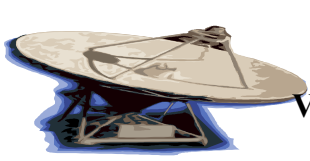
بهذه تبادلات المعلومات بين مختلف الفرقاء خلال الأزمات، لا بد من توفر أجهزة اتصال. ويجب تدريب موظفي الطوارئ على كيفية استعمال هذه الأجهزة. أما الأجهزة فهي التالية:

- الراديو



HF/VHF/UHF

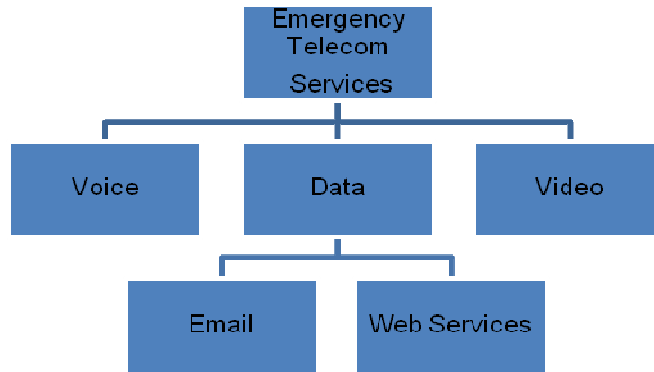
- الأقمار الصناعية



الخطوط عبر الأقمار الصناعية/المودم عبر الأقمار الصناعية/VSAT



- خدمات الاتصال عن بُعد في حالات الطوارئ (التشاور عن بُعد بالفيديو - بالصوت)



أدوات التحليل

خلال الأزمات، يتم جمع البيانات التي يجب تحليلها بهدف تسهيل اتخاذ القرار. ويمكن استخدام أدوات لتنفيذ هذه المهمة أهمها:

- نظام المعلومات الجغرافية (GIS) هو إحدى هذه الأدوات حيث يمكنه عكس المؤشرات على الخرائط.

- نظام الخريطة الصحية (Health Mapper) هو أداة سهلة الاستعمال من جانب المستخدم طورته منظمة الصحة العالمية لتحليل المؤشرات الصحية على الخريطة.

الخصائص الرئيسية لنظام GIS والخريطة الصحية هي التالية:

- تقييم تخصيص الموارد (الخدمات الصحية، مصادر المياه، المدارس)

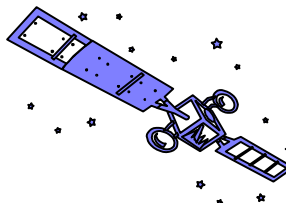
- تحديد التوزيع الجغرافي للأمراض

- استكشاف الروابط والعلاقات المتبادلة

- دعم التخطيط والاستهداف خلال التدخلات

- تعزيز جمع المعلومات، تحليلها وإدارتها

- مراقبة الأمراض والتدخلات مع الوقت



2.7. صحة البيئة، المياه والإصحاح

إن جزءاً رئيسياً من عبء الأمراض الناشئة في حالات الطوارئ يعود إلى عوامل الخطر البيئي. إن أنشطة المواجهة تركز إلى طبيعة الكارثة وفعالية التدابير الوقائية ومستوى الاستعداد للكارثة.

2.7.1. جودة المياه

إن سلامة مياه الشرب هي إحدى مسائل الصحة العامة ذات الأهمية الكبيرة في معظم الطوارئ والكوارث. إن أكبر خطر على الصحة منقول في المياه خلال معظم الطوارئ هو انتقال الجراثيم البرازية بسبب أوضاع غير صحيحة للإصحاح والنظافة وعدم حماية مصادر المياه.

بعض الكوارث، بما فيها تلك الناجمة عن المنشآت الصناعية الكيميائية والنووية والمسببة للأضرار، والناجمة عن الانسكاب خلال النقل أو النشاط البركاني، قد تولد مشاكل حادة بسبب التلوث الكيميائي والشعاعي للمياه. إن حالات الطوارئ التي تتم إدارتها والتعامل معها بشكل جيد تميل إلى الاستقرار بعد بضعة أيام أو أسابيع. غير أن بعضها يتطور إلى حالات طويلة الأمد يمكنها أن تدوم سنوات عديدة قبل إيجاد حل دائم. إن المسائل المتعلقة بجودة المياه قد تتغير خلال هذا الوقت، وقد تصبح متغيرات جودة المياه التي تشكل مخاطر طويلة الأمد على الصحة أكثر أهمية.

مراقبة وترصد جودة مياه الشرب

يجب رصد سلامة المياه خلال الطوارئ وهذا الرصد يشمل ما يلي :

- التفتيش الصحي وأخذ عينات المياه وتحليلها
- مراقبة إجراءات معالجة المياه، بما فيها التعقيم
- مراقبة جودة المياه في كافة نقاط جمع المياه وفي عينة مأخوذة من المنازل
- تقييم جودة المياه خلال تفشي الأمراض أو تقييم أنشطة تعزيز النظافة والصحة.

من أهداف مراقبة جودة المياه نذكر:

- حماية صحة الإنسان (خمسة عناصر رئيسية: الجودة، الكمية، الاستمرارية، التغطية والكلفة)
- مطابقة المعايير والمبادئ التوجيهية
- تحليل الوضع/تقييم التأثيرات
- متابعة التحوّل البيئي والاتجاهات
- اكتشاف سريع للعيوب والفشل والتدابير التصحيحية
- تحديد الأولويات من حيث الأعمال التصحيحية
- نوعية مناسبة من الخدمات

• التصدّد	• المراقبة
<ul style="list-style-type: none"> - دور وكالة مؤسسات/أجهزة (وزارة الصحة) في السهر على سلامة ومقبولية موارد مياه الشرب - اختبار المياه والتفتيش الصحي 	<ul style="list-style-type: none"> - دور وكالة الإمداد بالمياه (وزارة المياه والطاقة وسلطات المياه) في ضمان أن المياه المزودة جيّدة النوعية - مراقبة الجودة

المبادئ التوجيهية في الشؤون الكيميائية والشعاعية

تشكل بعض المواد الكيميائية في مياه الشرب مصدراً للقلق خاصة بعد فترات طويلة من التعرّض. يجب تجنّب المياه المأخوذة من مصادر يُشتبه بتعرضها لخطر التلوّث الكيميائي أو الشعاعي الشديد، وإن كتدبير مؤقت. يجب تحليل العينات في غضون ست ساعات بعد أخذها من مصدر مياه. يمكن استخدام مختبر نقل لفحص المياه في المناطق التي تعاني من صعوبات في وسائل النقل والطرق.

المتغيّرات الحرجة	المتغيّر	المدى المقبول
القولونيّات البرازية	0/100ml	
العكر	أقل من 5 NTU	
مخلفات المعقم	0.2-0.5 mg/l	
نسبة الحموضة (pH)	6.5-8.5	

إن معالجة المياه على مستوى الاسرة تشمل على سبيل المثال الآتي:

- غلي المياه والتبريد قبل الاستهلاك
- إضافة محلول هيبوكلوريت الصوديوم كمادة تبييض إلى المياه
- تعريض كميات صغيرة من المياه داخل حاوية نظيفة شفافة لضوء الشمس
- وضع الأقراص المطهرة أو غيرها لتعقيم المياه

2.7.2. تدبير نفايات الرعاية الصحية

توصي منظمة الصحة العالمية بالخطوات الأربعة التالية من أجل تدبير فعّال للنفايات الطبية ونفايات الرعاية الصحية خلال الطوارئ:

- الخطوة الأولى:* إدراك مخاطر نفايات الرعاية الصحية على الصحة العامة.
 - الخطوة الثانية:* التأكد من تدبير نفايات الرعاية الصحية بكل أمان خلال سلسلة معالجة النفايات انطلاقاً من نقطة الإنتاج إلى التصريف النهائي.
 - الخطوة الثالثة:* انتقاء خيارات التصريف بحرص شديد.
 - الخطوة الرابعة:* التخطيط على المدى البعيد خلال مرحلة إعادة التأهيل وإعادة البناء
- الخطوات المذكورة أعلاه هي المكونات الرئيسية التي من شأنها تحقيق تدبير شامل وناجح لنفايات الرعاية الصحية.

2.7.3. خدمات صحّة البيئة

خدمات صحّة البيئة الضرورية خلال الكوارث والطوارئ هي التالية:

- الإمداد بالمياه
- تصريف المفرغات
- تدبير الفضلات الصلبة
- تصريف المياه السطحية ومياه الفضلات
- مكافحة الحشرات والقوارض
- التربية الصحية وتعزيز النظافة
- جودة الهواء
- تدبير نفايات الرعاية الصحية

موارد المياه: أرقام قياسية للمؤشرات الرئيسية

تدفق اللترات بالدقيقة عند مصدر المياه	عدد الأفراد عند كل مصدر مياه (خلال 8 ساعات تقريبا في اليوم) *	الوقت المستغرق لملء وعاء	الوقوف في الصف عند مصدر مياه	المسافة القصوى التي تفصل بين أي منزل وأقرب نقطة مياه	الحاجة من المياه للبقاء على قيد الحياة لكل شخص يوميا (لتر)		
					الحاجات الأساسية من أجل الطهو	الممارسات الصحية الأساسية	استهلاك المياه (الشرب والغذاء)
7.5 لتر بالدقيقة	250 شخصا لكل حنفية	لا يزيد عن ثلاث دقائق لملء وعاء سعته 20 لترا	لا يزيد عن 15 دقيقة	500 متر	3 – 6 لتر يوميا	2 – 6 لتر يوميا	2.5 – 3 لتر يوميا
16.6 لتر بالدقيقة	500 شخص لكل مضخة يدوية						
12.5 لتر بالدقيقة	400 شخص لكل بئر مفتوح يستخدمه شخص في آن واحد				المجموع 7.5 – 15 لتر في اليوم		

*إذا كانت إمكانية الوصول تزيد عن 8 ساعات في اليوم يستطيع الأفراد جمع أكثر من 15 لترا في اليوم

جودة المياه: أرقام قياسية للمؤشرات الرئيسية

قولونيات برازية	المعالجة بالمعقمات/معدات المياه في الأنابيب	
	مخلفات الكلور	العكر
	0.2-0.5 ملغ/لتر	أقل من 5NTU
لا قولونيات في كل 100 مللتر عند نقطة التوزيع		

كمية المياه الدنيا للمؤسسات واستخدامات أخرى

المراكز الصحية والمستشفيات*		مراكز الكوليرا		مراكز الإطعام العلاجية	
مريض داخلي	مريض خارجي	مريض	عامل صحي	مريض داخلي	عامل صحي
40-60 لتر لكل مريض داخلي في اليوم	5 لتر لكل مريض خارجي	60 لتر لكل مريض في اليوم	15 لتر لكل عامل صحي في اليوم	30 لتر لكل مريض داخلي في اليوم	15 لتر لكل عامل صحي في اليوم

*هناك حاجات إضافية محتملة من أجل ماكينات الغسيل، المراحيض

الاصحاح: أرقام قياسية للمؤشرات الرئيسية

المسافة بين المراحيض الحفرية		عدد المراحيض في الأماكن العامة										المسافة بين المراحيض والمنازل	عدد الأشخاص لكل مرحاض
المسافة بين أسفل المرحاض ومستوى المياه	وأي مصدر مياه جوفية	المكاتب	المدارس		مراكز الاستقبال / العبور	مراكز الاطعام		المستشفيات/المراكز الصحية		الاسواق			
		المدى القصير	المدى الطويل	المدى القصير	المدى القصير	المدى الطويل	المدى القصير	المدى الطويل	المدى القصير	المدى الطويل	المدى القصير		
1.5 متر	30 متراً	مرحاض لكل 20 موظفاً	مرحاض لكل 30 فتاة مرحاض لكل 60 صبياً	مرحاض لكل 30 فتاة مرحاض لكل 60 صبياً	مرحاض لكل 50 شخصاً 1:3 3 نساء مقابل رجل واحد	مرحاض لكل 20 راشداً أو مرحاض لكل 10 أطفال	مرحاض لكل 50 راشداً أو مرحاض لكل 20 طفلاً	مرحاض لكل 10 أسرة أو 20 مريضاً خارجياً	مرحاض لكل 20 سريراً أو 50 مريضاً خارجياً	مرحاض لكل 20 كشكاً	مرحاض لكل 50 كشكاً	500 متر	*20

* 50 فرداً للمرحاض الواحد هو رقم ممكن في حال النازحين دون أي مرحاض

المعايير الشائعة لانتقاء الموقع المناسب للسكان النازحين داخلياً

- المساحة للفرد = 45 م²
- مساحة المأوى للفرد = 3.5 – 4.5 م²
- المسافة بين المأوى والآخر = 2 متر
- المسافة بين المجموعة والأخرى = 6 أمتار
- 20% من الأرض ضرورية للاستخدام العمومي
- العمق الأدنى لمستوى المياه = 3 أمتار
- المدروج بين 2 – 4% (الاقصى = 7%)

أفكار مفيدة حول النازحين

- المخيمات الصغيرة أفضل من المخيمات الكبيرة
- وضع اللاجئين غالباً ما يستمر مدة طويلة
- احتمال النمو أو التوسع في المستقبل
- عدم إغفال شأن الماشية والحدائق

2.8. وسائل الاعلام والاتصال

تمثل وسائل الاعلام والاتصال مسألة استراتيجية خلال الأزمات والطوارئ الصحية. إن القاعدة الذهبية من أجل رسالة إعلامية جيدة هي أن تكون واضحة، موجزة وتثير الاهتمام. عند التخطيط لرسائل إعلامية لا بد من التنبيه إلى الآتي:

الاهتمام بـ:	تجنب:
عنصر الجذب، المقاربة، النص أو الصورة، المحتوى ومصدر المعلومات	الاختزال، استخدام الكلمة ذاتها التي تحمل معاني مختلفة، المبالغة بالتقنية، البنى المعقدة

الاعلام الجيد قادر على:

- جذب الانتباه
- توضيح الرسالة
- إيصال فائدة
- لمس القلب والعقل
- كسب الثقة
- الحث على التحرك
- احترام التناسق

أفكار مفيدة لإعلام فعال خلال الأزمات

- تذكر أن الهدف ليس المبالغة في طمأنة الجمهور. يجب أن يكون الجمهور متيقظاً، بل أن يكون متيقظاً جداً في البداية.
- يجب إيصال الأخبار الجيدة في جمل متتابعة على أن تكون الأخبار الأكثر إنذاراً في الجملة الأولى. على سبيل المثال: "من المبكر القول أننا في أمان، على الرغم من عدم ظهور حالات طفح جديدة منذ X يوم".
- ليست الأخبار السيئة هي التي تثير الذعر إنما الأمور المربكة في الرسالة. يشعر الأفراد بالذعر عندما لا يمكنهم الاعتماد على ما يُقال لهم أو عندما يشعرون بالاهمال في أماكن خطيرة.

- عندما يشعر الأفراد بالخوف، من أسوأ الأمور أولاً إنكار هذا الخوف وثانياً أن نطلب منهم عدم الخوف.
- وإن كان هذا الخوف غير مبرر تماماً، من الخطأ تجاهله، انتقاده أو السخرية منه.

المتحدث : ما الجدير به أو بها معرفته؟

بصفتك متحدثاً

- كن ضليعاً بسياسات منظمتك
- إلّتزم بإطار مسؤولياتك
- قلّ الحقيقة، كن شفافاً
- جسّد هويّة وكالتك

التوصيات

- لا تبالغ في الطمأنة
- سلّم ببعض الشك
- عبّر عن تمّنيات (كأن تقول لو كانت لدي إجابات عن الأمر)
- إشرح العملية
- استكشف مخاوف الناس
- أعطِ التعليمات
- حاول الوصول إلى أكبر عدد من الناس (مشاطرة الخطر)

بصفتك متحدثاً

- كن ضليعاً بسياسات منظمتك
- إلّتزم بإطار مسؤولياتك
- قلّ الحقيقة، كن شفافاً
- جسّد هويّة وكالتك

كن مستعداً للإجابة عن الأسئلة التالية :

- هل أنا وعائلتي بأمان؟
- ما السبيل لحماية عائلتي ونفسي؟
- من المكلف بالأمر؟
- من هو المسؤول؟
- ماذا يمكننا أن نتوقع؟
- لماذا حصل ذلك؟
- هل كانوا يعلمون بإمكانية حصوله؟
- لماذا لم يتم تفادي الأمر؟
- ما عساه يحصل أيضاً؟
- ما الفترة التي عملت فيها في هذا المجال؟
- ماذا تعني هذه المعلومات؟

إلّتزم بمضمون رسالتك

- "من المهم أن نتذكر ..."
- "لا يمكنني الإجابة عن هذا السؤال، إنما أستطيع أن أقول ..."
- "قبل أن أنسى، أريد أن أقول ..."
- "دعوني أضع ذلك في منظور الرسائل المترابطة والمتناسقة حيوية ..."

كن أول من يبلغ، قل الأمر الصحيح، أظهر مصداقية

Source: CDC, September 2002, Crisis Emergency+Risk Communication

2.9. الألغام والأسلحة

الغاية من التوعية من مخاطر الألغام والقنابل العنقودية خلال أوقات الطوارئ تشمل تحذير أكبر عدد ممكن من الناس من خطر المواد المتفجرة التي قد يتعرضون لها. ويكون ذلك عبر زيادة الوعي عندهم حول الخطر القائم بواسطة نشر المعلومات حول سبل الحماية. والهدف من ذلك هو الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الناس بأقصر وقت ممكن، وتزويدهم برسائل حول سبل الحماية من خطر الألغام والقنابل العنقودية والالتزام بالتصرف الآمن. فيتم تزويدهم بالمعلومات التي تساعد في حماية أنفسهم من الخطر بهدف تقليل هذا الخطر.

الفئات المستهدفة

- اللاجئون
- المهجرون والنازحون
- العاملون ضمن المجتمع المحلي المستهدف
- العائدون إلى أو الزائرون لأماكن كانت مسرح قتال

مواصفات الحالة

- لا وقت
- لا معلومات

أفضل طريقة للتواصل

- البث العام للمعلومات ونشرها للعموم

إن البث العام للمعلومات ونشرها للعموم يهدف إلى التقليل من الحوادث الناتجة عن التعرض لانفجار لغم أو قنبلة عنقودية وذلك عبر تزويد الفئات المستهدفة بالمعلومات الأساسية حول الخطر وحول كيفية الحماية منه أمليين أن يلتزموا بالتصرفات الآمنة ويتبعوا عن التصرفات الخطيرة. إنها وسيلة أحادية في التواصل تستعمل وسائل الإعلام المكتوبة والمسموعة والمشاهدة إضافة إلى لوائح الإعلان على الطرقات والملصقات والمناشير وغيرها. وهي وسيلة مؤقتة تحقق كسباً للوقت حتى يتم إنجاز برنامج متكامل للتوعية من مخاطر الألغام والقنابل العنقودية ينفذ فوراً.

عشر خطوات لتنفيذ توعية من مخاطر الألغام والقنابل العنقودية في حالة الطوارئ

1. ادرس الوضع
2. حدّد الرسائل الأساسية للوقاية والحماية
3. اختر الوسيلة المناسبة لبث المعلومات ونشرها للعموم
4. حاول أن تكون طريقتك في نشر المعلومات تشاركية قدر المستطاع
5. درّب وابن قدرات الفريق العامل
6. اختبر الرسائل قبل نشرها
7. اجعل التحذيرات بسيطة وسلسة

8. ضع وسيلة تبليغ فعّالة

9. اكتب تقريراً بما فعلت

10. شارك الخبرات التي اكتسبتها بالتعلم من الأخطاء والاستناد إلى النجاحات

دراسة احتياجات التوعية من مخاطر الألغام والقنابل العنقودية في وضع الطوارئ

■ ادرس الوضع

■ حدّد الرسائل الأساسية للوقاية والحماية

■ اختر الوسيلة المناسبة لبث المعلومات ونشرها للعموم

1. الوقت لا يسمح. الضغوطات كثيرة للقيام بأي شيء. ولكن، خذ وقتاً للإجابة على الأسئلة التالية:

■ ما هو الخطر: ألغام؟ أفخاخ؟ قنابل عنقودية؟ قذائف غير منفجرة؟ غيرها؟

■ من هم بخطر: أية مجتمعات محلية؟ النازحون؟ القاطنون؟ العائدون؟ الأولاد؟ الراشدون؟

■ ما هي التصرفات الخطيرة؟

■ كيف يتناقل الناس المعلومات؟

■ ما هي أفضل وسيلة توعية في الوقت الحالي: راديو؟ تلفزيون؟ منشور؟ غيره؟

2. لا بد من كتابة رسالة توعية.

■ نستعمل المعلومات المجمّعة من خلال الأسئلة أعلاه.

■ نستشير المركز اللبناني للأعمال المتعلقة بالألغام في الجيش اللبناني.

■ نستشير أصحاب الرأي والشخصيات القيادية من بين الفئات المستهدفة (مخاتير، رؤساء بلديات، أمهات، غيره)

■ نكتب الرسائل بلغة بسيطة مقبولة في مختلف المجتمعات والديانات والثقافات.

■ نكتب الرسائل بطريقة جذابة سهلة تحفظ بسرعة.

3. نضع خطة عمل لنشر المعلومات. نبدأ بتحديد:

■ الفئة المستهدفة في الزمان والمكان

■ الرسالة الأساسية

■ الوسيلة المستعملة لإيصال الرسالة

■ المدة الزمنية

■ الجهة المسؤولة

يمكننا وضع خطة عمل سريعة عبر الإجابة على الأسئلة التالية

الغاية	- ما هي المشكلة التي نساهم في حلها؟ - كيف سيتم قياس هذه المساهمة؟ - ما هي المخاطر التي قد تحدّ من هذه المساهمة؟
--------	---

الغرض	<p>- ما هو أثر التدخل الذي ننوي القيام به؟</p> <p>- كيف سيساهم هذا التدخل في حل المشكلة؟</p> <p>- كيف سنقيس أثر هذا التدخل؟</p> <p>- ما هي المخاطر التي قد تعيق حسن سير التدخل؟</p> <p>- كيف سنجعل الأثر مستداماً؟</p>
المخرجات	<p>- ماذا سننتج؟ مواد؟ نشاط؟</p> <p>- كيف سننتج هذه المواد أو هذا النشاط؟</p> <p>- كيف سيتم القياس؟</p> <p>- ما هي المخاطر التي قد تعيق عملية الإنتاج؟</p>
المدخلات	<p>- ماذا سنعمل حتى نحصل على المخرجات؟</p> <p>- ما هي الاحتياجات والموارد الواجب توفرها للحصول على المخرجات: موارد بشرية، مادية، زمنية، خدمات، معدات؟</p> <p>- ما هي الأمور التي نحتاج إليها وهي خارجة عن نطاق سيطرتنا أو قدرتنا على التدخل؟</p>

تنفيذ التدخل أو التوعية من مخاطر الألغام والقنابل العنقودية في حالة الطوارئ

- حاول أن تكون طريقتك في نشر المعلومات تشاركية قدر المستطاع
- درّب وابن قدرات الفريق العامل
- اختبر الرسائل قبل نشرها
- اجعل التحذيرات بسيطة وسلسة
- ضع وسيلة تبليغ فعالة
- اكتب تقريراً بما فعلت
- شارك الخبرات التي اكتسبتها بالتعلم من الأخطاء والاستناد إلى النجاحات

اعتماد الأسلوب التشاركي: من الممكن تنفيذ حملات تحذير ضيقة النطاق ولكنها تتيح مشاركة الفئات المستهدفة وتوفر مجالاً للتداول والسؤال والنقاش والأخذ والرد. على قدر المستطاع نحاول أن:

- نزور النازحين في أماكن النزوح ونحادثهم بالمشكلة مثبتين رسالة الحيطة والحذر.
- نزور المدارس وننفذ نشاطات مع الطلاب.
- نتواصل مع رجال الدين والشخصيات القيادية ونطلب منهم بحث الخطر وإيصال رسالة الحيطة والحذر وتنبيه التصرف الآمن.

بناء القدرات: على العاملين على نشر رسائل التوعية والتحذير للوقاية من مخاطر الألغام والقنابل العنقودية أن يتدربوا ليتمكنوا من معرفة:

- الخطر الذي نواجهه بسبب الألغام والقنابل العنقودية والقذائف غير المنفجرة
- تأثيرها في حياة الناس

■ ماذا نفعل للمصابين؟

■ كيف ننقل رسائل الحيطة والحذر؟

■ كيف نتابع ونقيّم؟

■ كيف نختبر الرسائل قبل نشرها على العموم؟

اختبار الرسائل قبل نشرها: إن اختبار الرسائل يعطينا صورة أفضل عن كيفية فهمها وتقبلها من قبل الفئات المستهدفة. تجري مقابلات معمقة مع ممثلين عن المجتمع المحلي. نضع بين أيديهم المواد والرسائل ونرى ردودهم وتفاعلهم بشأن:

■ كيف تم فهم الرسالة؟

■ هل أعجبهم المواد؟

■ ما التغييرات الواجبة لكي تصبح المادة مناسبة؟

لقد تعلمنا في لبنان بعد خبرتنا في العمل أثناء الحالات الطارئة أن من أهم التحديات التي نواجهها في إقناع الناس بالمحافظة على سلامتهم:

■ أننا أجيال حرب، لا نخاف السلاح، بل هو من التراث والثقافة.

■ تجربتنا خلال الحرب تجعلنا نظن أن الخطر بعيد عنا وأنه يصيب غيرنا وليس من الممكن أن يصيبنا.

■ لمسنا السلاح سابقاً ولم يصيبنا مكروه. لماذا الآن؟

■ من الممكن وضع إشارات تدل على الأماكن الخطرة والطلب إلى الناس عدم تجاوزها مع التأكيد على أهمية المحافظة عليها.

■ من الممكن تعليم الأمكنة بمشاركة الجيش اللبناني.

■ من الممكن حظر التجول في الأماكن الخطرة.

الحفاظ على البساطة: لكي تكون الرسالة فعّالة، فلتكن بسيطة، سهلة، مركزة، مختصرة من حيث عدد الكلمات، واضحة، مفهومة، منطقية. لا نستعمل أبداً صوراً تبين أن أحدهم يلمس أو يقترب من الألغام والقنابل العنقودية والأجسام الغريبة. هذه كلها خطرة وتؤدي إما إلى الموت أو الإعاقة. فلنتذكر دائماً أن القاعدة الذهبية تقول: لا تقترب! لا تلمس! بلغ فوراً.

التبليغ: لا بد من الاتفاق مع المركز اللبناني للأعمال المتعلقة بالألغام ومع السلطات المحلية على آلية تبليغ تساعد الناس في حال تعذر وجود هاتف أو وسيلة اتصال.

تبادل الخبرات: من المستحب تدوين التجربة وإلقاء الضوء على النجاح وأسبابه والفشل وأسبابه لكي نتعلم ونبني البرنامج الجديد على خبرة أكيدة حيث نعرف: هل أصبنا الفئة المستهدفة؟ هل وصلت الرسالة؟ هل التزموا بها؟ إذا كلا، لماذا؟ إلخ

قواعد أخرى مفيدة:

لا ننسى في حالات الطوارئ أنه علينا أولاً المحافظة على سلامتنا لنتمكن من المحافظة على سلامة الآخرين

في الحالات الطارئة، علينا:

■ التعرف إلى الطرقات الآمنة للعبور وتحديد "الطريق السالك" و"الطريق غير السالك".

■ بث القاعدة الذهبية للحيطة والأمان على أوسع نطاق: لا تقترب، لا تلمس، بلغ فوراً.

- التوضيح للجميع ما هي الأشياء التي علينا عدم لمسها وعدم الاقتراب منها: الشكل، الحجم، اللون، النوع، إلخ.
- استخدام التعابير المحلية المفهومة والقصيرة وطلب التصرف المحدد والمستطاع.
- تأليف فريق عمل للتدخل السريع في النزاع ومنحه كل إمكانيات التدخل السريع.
- التصديق أن كل جسم غريب خطير وقابل للانفجار.
- تقييم الخطر بجدية وعدم التغاضي عن تعقيدات الوضع المحلي سياسياً واجتماعياً واقتصادياً وأمنياً.
- السيطرة على الانفعال الأول

بعدها، نحاول أن نعرف:

- التصرفات الخطرة
 - الدلالات وإشارات الخطر التي يألفها السكان
- محتوى رسالة التوعية من مخاطر الألغام والقنابل العنقودية: التعرف إلى

- الأنواع، الأشكال، الأحجام، الألوان، إلخ
- أماكن التواجد والأماكن الخطرة
- الإشارات والدلالات التي تشير إلى وجودها
- عمليات النزاع
- التبليغ
- التصرف السليم

استخدم المذكر MINED الذي قد يساعد على التصرف تصرفاً جيداً:

- M: أوقف الحركة فوراً
- I: بلغ الناس من حولك
- N: لاحظ المنطقة
- E: قيم تصرفاتك
- D: لا تتحرك

المناطق الخطرة المحتملة

- المواقع العسكرية السابقة
- المباني والمركبات والمعدات المدمرة
- الألغام/الذخائر غير المنفجرة الظاهرة جزئياً أو مواد التغليف الملقاة حولها
- مناطق النباتات الكثيفة التي كانت مسرحاً لعمليات عسكرية
- علامات على حدوث قتال
- التربة أو النباتات المبعثرة أو الحيوانات المصابة
- سلوك السكان المحليين (المناطق والطرق التي يتجنبونها)

إذا وجدت نفسك في بقعة مشبوهة	إذا أصيب أحد داخل بقعة مشبوهة
<ul style="list-style-type: none"> ■ توقف فوراً عن الحركة. ■ أخبر الناس من حولك وحذّرهم. ■ لاحظ المنطقة: افحص الأرض لتتأكد من أنك آمن حيث تقف، وابحث بعينيك. ■ اتصل طالباً العون. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ لا تندفع نحو الضحية. ■ أطلب فريقاً لنزع الألغام وفريق اسعاف. ■ لاحظ التوقيت والمكان. ■ خاطب الضحية.

<ul style="list-style-type: none"> ■ استعد للاسعاف الأولي. ■ انتظر وصول المساعدة. ■ مهما حصل لا تندفع حتى لا تصبح أنت أيضاً ضحية. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ابحث بعينيك عن أقرب مكان مأمون مثل طريق أو بناء من الخرسانة أو الصلب. ■ لا تتحرك من مكانك: انتظر وصول المساعدة لتنتشلك من حقل الألغام.
--	---

2.10. المستشفيات الميدانية والعيادات المتنقلة

من الواضح أن الحل لمشكلة الإصابات الجماعية كتلك التي تحدث في حالات الطوارئ يقوم على إرسال المستشفيات الميدانية المتنقلة إلى المناطق المنكوبة. في الكوارث المعقدة (النزاعات الأهلية والحروب)، تستخدم المستشفيات الميدانية، المدنية والعسكرية، بشكل ناجح إلا أن التجربة في البلدان النامية التي تعرضت للكوارث الطبيعية قد أثبتت نجاحاً أقل من حيث الفعالية والتكاليف. من جهة الصليب الأحمر اللبناني، يتم تطوير خطة لمواجهة الإصابات الجماعية وفقاً لأفضل الممارسات الدولية يجب تعميمها على جميع المراكز والمنقذين من خلال التدريب بهدف إنفاذها خلال الكوارث والنزاعات المسلحة وغيرها من الإصابات العديدة. لكن على المستوى الوطني، يبقى التنسيق بين كافة الأطراف هو الأساس.

التعريف

في نطاق هذه المبادئ التوجيهية، يُعرّف المستشفى الميداني بأنه مرفق للرعاية الصحية، قائم بحد ذاته، مكتف ذاتياً قادر على الانتشار والتوسع أو التقلص سريعاً لتلبية الشروط الفورية للطوارئ خلال زمن محدد. يمكن إرسال المستشفى الميداني بشكل مؤقت مزوداً بالموظفين أو دونهم. من المعروف أن المستشفيات الميدانية ترسل فقط: (أ) بعد إعلان ملائم لحالة طوارئ نطلب من السلطات الصحية للبلد المتضرر، (ب) عندما تدرج ضمن نظام الخدمات الصحية المحلية، (ج) وعندما تكون الأدوار والمسؤوليات من حيث إقامة المستشفيات واستدامتها بشكل عملي محددة بوضوح.

الشروط الأساسية لمستشفى ميداني أجنبي

- أن يكون عملياً في الموقع في غضون 24 ساعة بعد وقوع الحادثة
يجب أن يبدأ ذلك منذ وقوع الخسائر الجماعية وليس كما يعلن المانحون منذ استلام الطلب من جانب البلد أو المنظمة المساعدة. هذا شرط طبي أساسي لإنقاذ الأرواح وليس شرطاً إدارياً يمكن تجاهله.
- أن يكون مكتفياً ذاتياً
في المرحلة الأولية، يجب أن تتمكن المستشفيات الميدانية التي تقوم بفرز الإصابات من العمل بأقل دعم أو مساعدة من قبل المجتمع المتضرر. على الأقل، يجب أن تتوفر لها إمكانيات كافية من حيث توليد الطاقة الكهربائية والموارد والتجهيزات الطبية لكي تعمل خلال الساعات الثماني والأربعين الأولى بشكل مستقل. يجب ألا يحتاج الموظفون إلى دعم من المجتمع المستضيف أو فقط إلى بعض الدعم (الطعام، الإقامة، الخ).
- أن يقدم معايير رعاية طبية مماثلة أو أعلى من تلك المتوفرة في البلد المتضرر قبل وقوع الأحداث
يجب أن يكون العاملون الطبيون كفؤين وأن يتمتعوا بالخبرات في إدارة الخسائر الجماعية، بما في ذلك مفهوم الفرز، وفي معالجة الضحايا المصابين بإصابات خطيرة وعديدة. إن توحيد تقنيات الفرز واجب بتطبيق القواعد ذاتها وملصقات التوسيم ذاتها والتجهيزات ذاتها بين جميع الفرقاء.
- أن يألف الحالة الصحية وثقافة البلد المتضرر
اللغة والثقافة المشتركتان أو معرفة الانظمة الصحية ومستوى التكنولوجيا للبلد المتضرر ضرورية جداً وذلك فوراً بعد وقوع الكارثة الطبيعية (أول يومين). في الواقع، هذه المرافق الطبية التي ستوفر خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى سيقدمها الجيران القريبون الذي يتكلمون اللغة نفسها ويشتركون في الثقافة.

الفصل الثالث – الاستعداد للطوارئ والمواجهة على مستوى المستشفى

3.1. مقدمة

على مستوى المستشفى، كل أزمة من شأنها أن تضرّ بسلامة المرضى أو الموظفين أو أن تلحق الضرر بالمرافق يجب أن تديرها لجنة خاصة بالأزمة وفقاً لقواعد يتم سنّها قبل كل حادث (معايير الاعتماد). عندما تفوق الحاجات والإمكانيات المتوفرة أهمية فتعيق العمل الطبيعي للمستشفى، يتحوّل الأمر عندئذ إلى كارثة أو وضع استثنائي. يجب تفعيل خطة طوارئ (emergency contingency plan) لمواجهة آثار الكارثة.

تعريفات

الكارثة على مستوى المستشفى: إنها حالة استثنائية يتبعها عدم توافق بين الحاجات والإمكانيات تعيق العمل الطبيعي للمستشفى وتتطلب إجراءات وتدابير خاصة.

الاختطار = إمكانية وقوع خطر وخطورة عواقبه.

أزمة = تحقق اختطار شديد.

خطة لمواجهة الأزمة = إنها التدابير المتخذة في سياق العمل الطبيعي للمستشفى.

ECP (Plan blanc) = إنها عملية للاستعداد يتم وضعها في حال وقوع كارثة بهدف التعامل مع عواقبها. يجب تحديث هذه الخطة بشكل مستمر ورفعها إلى مختلف المجالس التنفيذية والاستشارية في المستشفى. يتمحور دورها الرئيسي حول التنسيق وتعبئة الموارد البشرية الجيدة والاستعداد والمزربة لمواجهة هذا الوضع.

الهدف :

إن أهداف خطة الطوارئ هي التالية:

- إنشاء هيئة ذات هيكلية جيدة لإدارة الكوارث وتحقيق أقصى مستوى لعمل المستشفى.
- إشراك كافة الفاعلين، بما فيهم الموظفون الإداريون، واللوجستية والاختصاصيون.
- القدرة على تعبئة الموارد بصورة مستمرة طوال 24 ساعة في اليوم، وسبعة أيام في الأسبوع.
- التفاعل على مختلف مستويات القيادة.

على غرار أي خطة صحّية، الهدف النهائي هو تقليص الوفيات والأمراض الناجمة عن الكارثة.

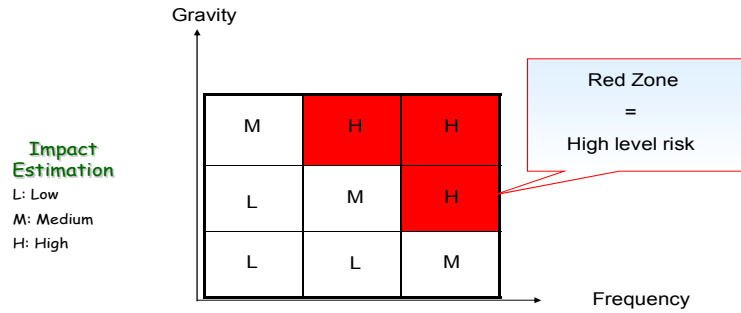
مفهوم خطة الطوارئ

في حين أن الإطار المنطقي يقدّم ملخصاً عن "كيف" و"لماذا" لخطة الطوارئ، تشرح خطة العمل "متى" و"بماذا".

إذا بدا لنا جواب "لماذا" واضحاً، إلا أن جواب "كيف" يتبع إجراءً معيارياً:

- كتابة خطة الطوارئ: سبع خطوات بما فيها التدريب والتثقيف
 - تدوين المعلومات عند تفعيل الخطة واستخلاص العبر عند إيقاف الخطة
- يجب أن يترافق الإطار المنطقي لخطة الطوارئ بدراسة تحليلية للاختطار بهدف إحكام السيطرة على هذا الاختطار. لهذا السبب يجب أولاً وضع لائحة بالمخاطر المحتملة.
- يجب أن تشكل مراقبة الجودة جزءاً لا يتجزأ من الخطة وتوكل عادة إلى مسؤولين عن مراقبة الجودة على مستوى المستشفى.

Risk Analysis



An ECP should be written only for the high level risks

المحتوى

- يجب توصيف سبعة إجراءات داخل خطة الطوارئ تتعلق بما يلي:
- لجنة الأزمة: تكوينها ودورها
 - تفعيل خطة الطوارئ: يجب أن يكون تفعيل هذه الخطة خاضعاً للمدير العام للمستشفى الذي يتوجب عليه إعلام السلطات المحلية والوطنية
 - دعوة الموظفين
 - تقييم الحاجات وتحديد الأولويات
 - الايواء والنازحون والنازحون داخلياً
 - الإعلام: الداخلي والخارجي (السياسي، المحققون، الأسر، وسائل الإعلام وغيرها)
 - التثقيف والتدريب

- التنسيق مع المستشفيات القريبة الأخرى ومع مراكز وأعضاء جمعية الصليب الأحمر والدفاع المدني ومراكز الاسعاف.

سلسلة الخدمات الصحية: من المستوى المحلي الى المستوى الوطني (الخطة البيضاء الموسعة والخطة الحمراء)

عندما تطل الكارثة عدداً من المستشفيات في منطقة جغرافية واسعة، يجب توسيع خطة الطوارئ (Plan Blanc) لتصبح خطة إقليمية أو وطنية (Plan Rouge). يجب تصميم هذا التوسع وفقاً للتقسيمات الإدارية للبلد، أي :

- على مستوى البلدة: تحت مسؤولية المختار
- على مستوى القضاء: تحت مسؤولية القائم مقام
- على مستوى المحافظة: تحت مسؤولية المحافظ
- على المستوى الوطني: تحت مسؤولية الحكومة

ويتوجب على كافة المستويات التنسيق بين الموارد وإرساء قيادة موحدة للعمليات. يجب تعيين مدير لعمليات الإنقاذ من جانب السلطة المختصة يكون له ثلاثة نواب:

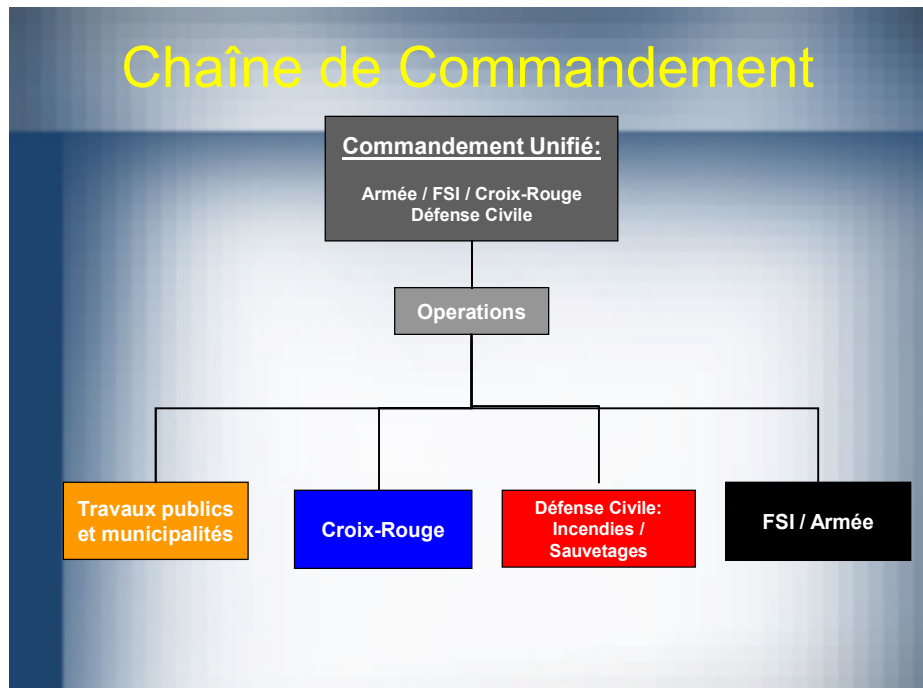
1. نائب مدير لعمليات الإغاثة والانقاذ
2. نائب مدير للإغاثة الطبية بما في ذلك المستشفى الميداني والوحدة النفسية
3. نائب مدير للإجراءات القانونية والتحقيقات الجنائية

ملاحظات مهمتان :

- إن المؤسسات التي ينتمي إليها المدير ونوابه يجب تحديدها مسبقاً وقد تتغير وفقاً للسيناريو (الجيش، الصليب الأحمر، قوى الامن الداخلي، الدفاع المدني وغيره).
- يجب التنسيق بين العمليات (الجهود) على المستوى المركزي عبر مركز عمليات صحية يتم تحديده مسبقاً.

باختصار، يجب أن تلحظ الخطة آلية تنسيق مركزية تجمع كافة الفاعلين (وزارة الصحة، الصليب الأحمر، الدفاع المدني، الجيش، الخ) تحت قيادة واحدة (مستوى التنسيق) وأن تلحظ إدارة عمليات ميدانية (المستوى العملي) وفقاً للنموذج المبين أدناه، تحت قيادة واحدة أيضاً.

Chaîne de Commandement



ونضيف:

- يجب أن تكون القيادة مرنة يمكنها أن تتوسع أو أن تنقلص لتلبية حاجات الأزمة.
- هذه القيادة واحدة أو موحدة:

- قيادة واحدة:

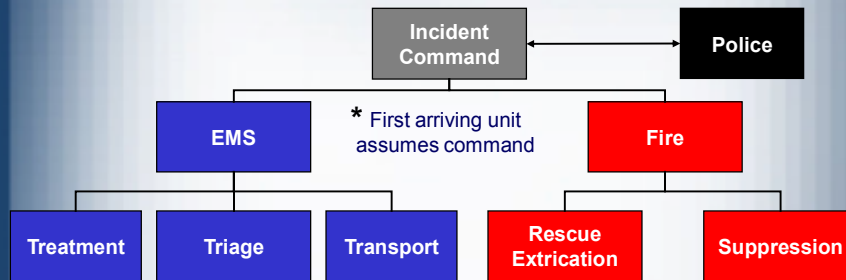
- شخص واحد ينسق كافة العمليات
- أكثر إفادة خلال الأحداث الصغيرة التي هي من اختصاص سلطة واحدة

- قيادة موحدة:

- مسؤولون من مختلف السلطات يشتركون في القيادة، الإطفاء، الشرطة، الأشغال العامة، الجمعيات الأهلية المعنية.

Incident Command System

- Example of a Low Impact Incident
 - MVC with multiple injuries, entrapment

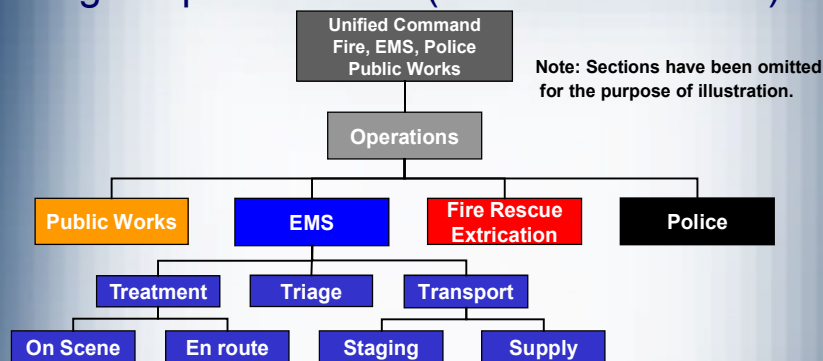


* First unit can delegate the authority to another person

Incident Command System

Example:

- High Impact Incident (Unified Command)



3.2. تطوير الخطة البيضاء Plan Blanc ومكوناتها

3.2.1. تقييم المخاطر

الخطة ومكوناتها:

تشخيص المخاطر والمشاكل المحتملة

قبل وضع خطة طوارئ، يجب أن يقيّم المستشفى المخاطر المحيطة بموقعه. إن الهدف من ذلك هو التحسّب لنوع الإصابات المحتملة والاستعداد للتعامل معها وكيفية الخروج منها بأسرع وقت ممكن وبأفضل طريقة ممكنة في حال حصولها. ويتطلب ذلك:

- تحديد أنواع المخاطر والعوامل المتعلقة بها
- تحديد المشاكل المحتملة لكل حالة من حالات الطوارئ
- تحديد الأولويات للاستعداد للكارثة
- وضع خطة لكيفية التعامل مع كل نوع من أنواع المخاطر

كيفية تقدير المخاطر

لتقدير المخاطر يجب إجراء التالي:

- مسح ميداني للمنطقة المحيطة بالمستشفى للتعرف عليها
- الحصول على إحصاءات عن أنواع الحوادث التي حصلت سابقاً
- الحصول على إحصاءات من الجهات الرسمية عن أعداد وأنواع الحوادث التي حصلت سابقاً
- التقدير الشخصي للمخاطر المحتملة من التعرف على مصادر المخاطر (أمثلة مذكورة لاحقاً)
- التعرف على فئات الناس المعرضة لكل نوع من المخاطر

أمثلة عن مصادر للمخاطر قد تؤدي إلى وصول عدد كبير من المصابين:

- وجود مصانع
- وجود مدارس
- طرقات سريعة أو أوتوسرادات
- مواقع للتجمعات البشرية مثل مواقع المظاهرات أو الملاعب الرياضية
- وجود أماكن تتجمع فيها مياه الأمطار
- منتجعات سياحية صيفاً أو شتاءً
- مناطق معرضة لعوامل بيئية مثل: الهزات الأرضية، الفيضانات، إنزلاق التربة، الخ.
- مناطق معرضة لعمليات عسكرية
- اضطرابات سياسية أو اجتماعية
- مناسبات مختلفة مثل مواسم الانتخابات، الحملات الأمنية والمظاهرات

على المستشفى تقييم كل نوع من المخاطر على الشكل التالي:

أنواع الكوارث

تُصنف الكوارث في أربع مجموعات:

- أ. طبيعية مثل الهزات الأرضية والزلازل والفيضانات
- ب. تكنولوجية مثل مشاكل الكهرباء والكمبيوتر
- ج. مفتعلة من قبل الإنسان مثل الحروب، التسرب النووي، الانفجارات، الحرائق، حوادث السيارات وغيرها
- د. أوبئة ناتجة عن انتقال جراثيم معينة، حاملة لمواد خطرة مثل أنفلونزا الطيور

التأثيرات العامة الناتجة عن الكوارث

1. النتائج المحتملة للهزات الأرضية والزلازل:

- أ. أضرار في الممتلكات وتهديم للأبنية
- ب. إصابات وجروح ناتجة عن وقوع الأشياء وسقوط الردم
- ج. إنقطاع البنى التحتية من كهرباء وإتصالات ونقل وخدمات أخرى

- د. إمكانية تضرر مبنى المستشفى دون سابق إنذار
ه. حرائق و فيضانات

2. النتائج المحتملة للفيضانات:

- أ. صعوبة التحرك والوصول إلى مناطق الفيضانات
ب. إصابات بشرية ناتجة عن تلوث المياه
ج. إنقطاع البنى التحتية من كهرباء واتصالات ونقل وخدمات أخرى
د. إمكانية تسرب المياه إلى مواد الإغاثة
ه. إصابات ناتجة عن تعرض المياه للتيار الكهربائي

3. النتائج المحتملة للأوبئة:

- أ. أعداد كبيرة من المرضى مصابة بأمراض معدية
ب. نقص في المضادات الحيوية والفيروسية
ج. ذعر في أوساط المجتمع

4. النتائج المحتملة للمظاهرات والعصيان المدني:

- أ. جرحى مصابون بكميات أو جروح أو إختناق من جراء الغازات المسيلة للدموع
ب. أعداد كبيرة من المراهقين المصابين
ج. إندفاع لمرافقي المصابين على أبواب الطوارئ واندفاع الأجهزة الأمنية والاعلام
د. التأثير على البنى التحتية ضئيل

5. النتائج المحتملة للحروب:

- أ. إصابات على مختلف الأنواع تزداد كل فترة وبخاصة عند تجمع النساء الحوامل في المنطقة الأكثر أمناً يزداد القبول على المستشفى الموجود في هذه المنطقة
ب. تهجير ونزوح
ج. إنقطاع للطرق والبنى التحتية والاتصالات
د. مغادرة بعض العاملين الصحيين المستشفى أو الإضطراب لتأمين النماة لبعضهم

تقييم المخاطر:

لتقييم الخطر نستعمل المعادلة التالية:

الخطر = الإحتمال x التأثير

إحتمال الحصول	العلامة	التفصيل
كبير جداً	4	يمكن حصول الكارثة بشكل شبه أكيد في العام القادم
كبير	3	إحتمال حصول الكارثة مرة كل عشر سنوات
ممكن	2	إحتمال حصول الكارثة مرة كل مئة سنة
ضئيل جداً	1	إحتمال حصول الكارثة هو أقل من 1% كل مئة سنة

جدول رقم 1: توزيع الإحتمال حسب العلامة وإمكانية الحصول

التأثير على الأشخاص	العلامة	التفصيل
كارثي	4	إحتمال مرتفع جداً للحصول وفاة أو إحتمال كبير لحصول توقف شامل لعمل المستشفى
خطير	3	إحتمال مرتفع جداً لحصول إصابة أو جروح، إحتمال الوفاة منخفض أو إحتمال حصول توقف جزئي لعمل المستشفى
جدي	2	إحتمال منخفض لحصول إصابة أو جروح أو وفاة
هامشي	1	إحتمال منخفض جداً لحصول إصابة أو جروح أو وفاة

جدول رقم 2: توزيع التأثير حسب العلامة وإحتمال حصول إصابة

إحتمال الحصول/ التأثير	كارثي	خطير	جدي	هامشي
كبير جداً	$4 \times 4 = 16$	$4 \times 3 = 12$	$4 \times 2 = 8$	$4 \times 1 = 4$
كبير	$3 \times 4 = 12$	$3 \times 3 = 9$	$3 \times 2 = 6$	$3 \times 1 = 3$
ممکن	$2 \times 4 = 8$	$3 \times 2 = 6$	$2 \times 2 = 4$	$2 \times 1 = 2$
ضئيل جداً	$1 \times 4 = 4$	$3 \times 1 = 3$	$1 \times 2 = 2$	$1 \times 1 = 1$

جدول رقم 3: احتساب خطر الكوارث

إن تقدير الخطر يتيح للمستشفى فرصة التركيز على الأولويات عند وضع خطة لإدارة الكوارث وبالتالي توجيه الموارد المادية والبشرية بهذا الاتجاه دون أن يعني ذلك إهمال بقية المخاطر. إذا أمعنا التركيز على الجدول رقم 3، نجد أن الأولوية تخص الخطر الذي يحظى بعلامة 16 ثم 12 وهكذا دواليك.

التحضير لكل نوع من الكوارث:

على كل مستشفى الاستعداد لمواجهة كل نوع من أنواع الكوارث بحيث تشمل خطة الكوارث التالي:

- نوع الكارثة المحتملة
- المخاطر المحتملة للمصابين
- المخاطر المحتملة على المستشفى
- خطة المواجهة
- العاملين الصحيين المختصين بكل نوع من المخاطر
- الأدوية والمعدات واللوازم الخاصة بكل نوع من المخاطر
- تأمين الإقامة للموارد البشرية العاملة

التنسيق مع المؤسسات الأخرى:

يجب أن تشمل خطة الكوارث في المستشفى كيفية التواصل والتنسيق مع المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى. يجب أن تتلاءم هذه الخطة مع خطط هذه المؤسسات وألا تتعارض معها. ويتم ذلك من خلال

الإجتماع مع هذه المؤسسات قبل وضع خطة الطوارئ للوقوف على النظم المتبعة لديها بحيث تشمل الخطة التالي:

- التفاعل بين المستشفيات
- التفاعل مع مؤسسات الإنقاذ والإسعاف
- التعامل مع المتطوعين (انظر لاحقاً)
- التعامل مع المؤسسات الأمنية والقضائية (انظر لاحقاً)

تأثير المخاطر على المستشفيات أثناء الكوارث:

إن المستشفيات معرضة للمخاطر بنتيجة الكوارث للأسباب التالية:

- تكونها من عدة طوابق
- وجود عدة مخارج
- وجود عدد كبير من الغرف
- وجود عدد كبير من المرضى الذين يصعب تحريكهم بسرعة
- وجود عدد كبير من الزوار والموظفين
- تعقد الوظائف التي تقوم بها: تخزين مواد خطيرة، وجود مختبرات وغيرها

الخطوات الواجب إتخاذها لمواجهة مخاطر محتملة داخل المستشفيات:

إن أهم ما يجب فعله هو إتخاذ إجراءات السلامة المطلوبة لكل مصدر خطر. كذلك، يجب وضع خطط بديلة في حال نفاذ مادة حيوية أو تعطل أي آلة. كما يجب الاحتفاظ بالخرائط التالية بمتناول اليد:

- خرائط البناء
- خرائط إمدادات المياه
- خرائط الكهرباء
- طرق نقل النفايات
- أماكن تخزين المواد الخطرة
- نظام كشف الحريق وكيفية إيقافه
- الأماكن الحساسة في المستشفى

3.2.2. تقدير الحاجات

إن تقدير الحاجات من حيث الموظفين والموارد الأخرى المطلوبة ضروري لبقاء المستشفى جاهزاً لإستقبال حالات جديدة والإعتناء بالمرضى المقيمين فيه. هناك عدد من العوامل التي تؤدي إلى تبدل الحاجات وأهمها:

- نوع الكارثة والإصابات الناتجة عنها
- المخاطر المحتملة على المجتمع والعاملين والمرضى المقيمين
- المدة المتوقعة لاستمرار الكارثة
- مدى إنقطاع الطرقات والمدة المتوقعة لاستمرار هذا الإنقطاع
- مدى حصول إنقطاع في الماء والكهرباء العامة

على المستشفى أخذ كل العوامل المذكورة آنفاً بعين الإعتبار عند تحديد الحاجات للعاملين الصحيين وللمواد الطبية وغير الطبية. إن إحتساب النواقص يتبع القاعدة التالية:

النواقص = الحاجات – الموجودات

لذلك يتوجب على المستشفى تقدير النواقص من خلال الإحصاء اليومي لما يلي يومياً:

- عدد المصابين الذين وصلوا إلى المستشفى

- عدد المصابين والأسرة المستعملة في كل من قسم الطوارئ، العناية الفائقة والطوابق الأخرى
- عدد العاملين من أطباء، ممرضين وغيرهم موجودين وغائبين
- عدد آلات التنفس للكبار والأطفال وحديثي الولادة الشاغرة والمستعملة
- عدد آلات مضخات الأمصال الشاغرة والمستعملة
- عدد الأسرة الشاغرة حسب الإختصاص
- عدد المرضى الممكن إخراجهم باكراً
- عدد المرضى الممكن نقلهم إلى مستشفى آخر
- عدد المرضى المخطط دخولهم إلى المستشفى والممكن تأجيل دخولهم
- أسماء ومراكز عمل العاملين الذين اضطروا للبقاء في المستشفى
- أسماء، عناوين وأرقام هواتف العاملين الممكن إستدعائهم
- أسماء الموظفين القاطنين في مناطق معرضة للخطر
- تطوّر وضع الكارثة
- النواقص الحاصلة والمحتملة من المواد التالية: مواد طبية، مواد للنظافة والتعقيم، أدوات وقاية شخصية، أدوية، محروقات، مياه، طعام، مواد لإيواء المرضى والموظفين

3.2.3. إدارة أخطار محدّدة

على المستوى المؤسّساتي والاستشفائي، إن مواجهة تهديد محدّد أو استخدام فعلي لمادة نووية (N)، كيميائية (C)، شعاعية (R)، أو بيولوجية (B)، عن طريق الخطأ أو عن قصد، تتطلب وضع خطط خاصة هي خطط NRBC الحكومية التي تقع في نطاق آلية وطنية شاملة للوقاية ومكافحة الإرهاب. يجب أن تغطي هذه الخطط جميع المستشفيات مع تحديد لدور كل مستشفى.

تهدف هذه الخطط لضمان أن يتصرّف جميع الفاعلين خلال أزمة محدّدة وفقاً للقواعد نفسها التي يجب أن يدركها الجميع (إنذار السلطات وتبادل المعلومات)، ولضمان وجود جميع الفاعلين الضروريين، ولتسهيل التشاور، وللعمل على المستوى الوطني من أجل درء أي خطر تمثّل (في حال الخطر البيولوجي) أو تجدد الهجوم. وأخيراً، تهدف هذه الخطط لتعجيل إنفاذ سبل التعزيز الوطني. تحدد هذه الخطط أيضاً التدابير ذات الأولوية الواجب اتخاذها منذ بدء الأزمة، وتحدّد التحركات الحكومية الضرورية في الأوضاع الراهنة وتلحظ آليات التعزيز الرئيسية على الورق.

يجب أن تشمل الآلية الوطنية ما يلي :

1. خطة لمكافحة الإرهاب تشمل أربعة مستويات من الحذر:

- تيقظ مضاعف
- منع عمل إرهابي
- منع هجوم خطير
- منع هجوم رئيسي

2. مختلف خطط التدخل (خطط تدخل خاصة، الخطة الحمراء، الخطة البيضاء).

3. نصوص تشريعية ونشرات خاصة.

4. آلية "لاكتشاف المغلفات أو الطرود المشبوهة أو غيرها من الأشياء التي قد تحتوي على مواد بيولوجية، كيميائية أو مشعّة خطيرة".

5. الأدلة العملية (الكيميائية والشعاعية والبيولوجية) في حال الحوادث أو الهجمات المتعمدة، يتم تفعيل خطط الانقاذ الوطنية وتُستكمل بإحدى الخطط المتخصصة NRBC وفقاً للحالة.

كما ذكر سابقاً، ستوكل هذه الخطط إلى السلطة الإقليمية وفقاً للمنطقة المتضررة. فضلاً عن ذلك يجب استكشاف المؤسسات الصحية المرجعية لاستقبال ضحايا NRBC.

هذه المستشفيات المرجعية التي يجب اختيارها وفقاً لمستوى تخصصها وتجهيزاتها لتشكل شبكة من الكفاءات ستنسّق التعامل مع المرضى وأخذ العينات. ويجب أن تتمتع بتنظيم هيكلي ومرافق مناسبة تمكّنها من استقبال المرضى وعزلهم، ومن أخذ العينات والتوصل سريعاً إلى تشخيص. كما يجب أن تضم وحدات إزالة التلوث.

الخطر الكيميائي

إن هجوماً كيميائياً، لاسيّما إذا كان عملاً إرهابياً، هو حدث ذو ديناميكية سريعة جداً يتطلب استجابة فورية من جانب خدمات الانقاذ والشرطة على المستوى الوطني. الهدف من دليل أو خطة عملية كيميائية هو تحديد الإجراءات الواجب إنفاذها لإنقاذ الضحايا والمنقذين على حدّ سواء، والحدّ من نتائج الهجوم على البيئة والأشخاص لاسيّما تلك الناجمة عن التلوث.

- في الانسكاب الكيميائي، يجب تبني المبادئ التالية :
- تحذير وحماية موظفي التدخل وتبادل المعلومات بشأن الوضع.
 - إنشاء بأسرع ما يمكن وحدة معنية بإزالة التلوث خارج المستشفى. إزالة التلوث ذات أهمية قصوى ولا بد من أن تسبق التدخل الطبي.
 - تأمين كافة مداخل ومخارج المستشفى وسدّها.
 - تنظيم عمليات الانقاذ في إطار الإجراءات المعتمدة. لا يمكن لمستشفى أن يعمل بمعزل عن غيره بل يجب أن يشترك مع الآخرين في الاستعداد وإجراء الاتصالات.

الخطر المشعّ و/أو النووي (N و R)

يجب وضع دليل عملي حول خطر الاشعاعات من جانب وحدة تنسيق ودعم وطنية لمكافحة الأخطار NRBC، يكون له الأهداف ذاتها للدليل العملي حول الخطر الكيميائي. ويطبق المبادئ نفسها إلا في ما خصّ إزالة التلوث حيث أنارتداء ثوب أخف وخطر التلوث الضئيل يتيحان مواجهة الطوارئ وإنقاذ الأرواح ونقلهم دون الحاجة إلى إزالة التلوث.

الخطر البيولوجي B

على خلاف التلوث الكيميائي الذي يمكن التعرف بسهولة على طبيعته المرضية، إن تأثيرات الهجمات البيولوجية أو التلوث البيولوجي في غياب الدلائل أو إعلان مسؤولية لا تساعد دوماً على معرفة ما إذا كان الهجوم عن خطأ أو عن قصد. بالإضافة إلى ردود الفعل الطارئة الأولى الهادفة لإنقاذ حياة الضحايا فوراً، تتطلب المواصفات الخاصة للخطر البيولوجي (وقت الحضانة، خطر العدوى، الطبيعة الغادرة) استخدام وسائل مختلفة عن تلك المستخدمة في أخطار أخرى.

تشتمل الخطة على جانب عملي يحدد التدابير الواجب اتخاذها على المستوى الحكومي. ويجب أن تتضمن الخطوات المطلوبة في "خطة للجذري" والتوزيع الطارئ للمضادات الحيوية. وهي تأخذ بعين الاعتبار الخبرة المكتسبة في مكافحة الأوبئة الأخرى (الانفلونزا، SARS). إن تحديد المسؤوليات، وسلاسل الإنذار وتفعيل الخطة تعتمد جميعها المنطق نفسه للخطة العامة. أما الجانب الثاني فيهدف إلى تسهيل إنفاذ الخطة

ويضمّ آليات رئيسية متداخلة بين الوزارات تعمل على مواجهة تهديد أو هجوم بيولوجي. ويجب أن تأخذ الخطة بعين الاعتبار الأحداث الجارية في بلد ما بهدف مساعدة المواطنين وحماية الأراضي.

3.2.4. إدارة الإصابات الجماعية

تعريف الفرز

الفرز هو عملية تصنيف المرضى بحسب حدة مرضهم وهو يساعد على تحديد المرضى ذوي الأولوية في العلاج من خلال اكتشاف حدة المرض لدى المصابين القادمين إلى قسم الطوارئ وتقييم حاجتهم للعلاج الطبي الفوري ونقلهم إلى أماكن رعاية متخصصة.

فرز الكوارث يختلف عن الفرز اليومي.

هدف الفرز

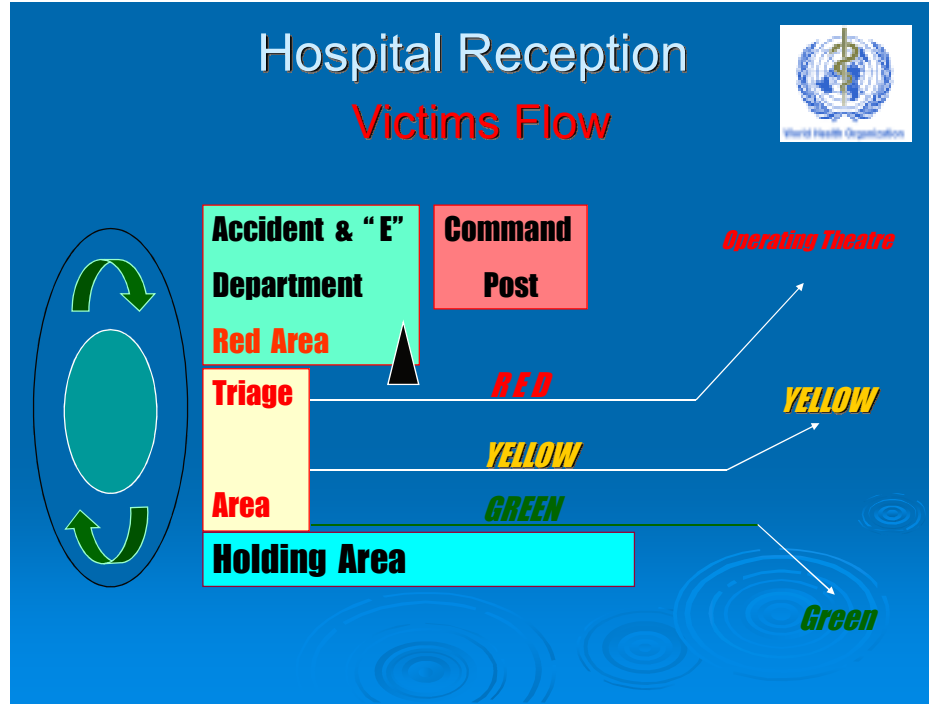
يهدف الفرز لفعل أفضل ما يمكن لأكبر عدد ممكن من الناس. ويساعد على تنظيم حالات الاضطراب تسهيلاً لإسداء الرعاية بفعالية أكبر.

عملية الفرز خلال الكوارث

- يحصل الفرز خلال الكوارث عند باب قسم الطوارئ في حين أن الفرز اليومي يحصل داخل هذا القسم.
- لا يجب أن يستغرق الفرز أكثر من ستين ثانية لكل مريض. أما بالنسبة إلى الفرز اليومي فالوقت لا أهمية له.
- تستخدم أربع فئات خلال فرز الكوارث لتصنيف وضع المرضى. أما الفرز اليومي فيستخدم خمس فئات (ESI = مؤشر حدة الطوارئ) من 1 (حدة شديدة) إلى 5 (حدة ثانوية أو ضعيفة).
- يتم التصنيف بالألوان لتقليص الوقت المستغرق في التبليغ:

1. فئة **الأحمر** – الأولوية القصوى: وتضم الإصابات القابلة للمعالجة التي تتطلب عناية طبية سريعة.
2. فئة **الأصفر** – الأولوية الثانية: وتضم الإصابات الجدية المحتملة ولكنها مستقرة نسبياً بحيث أنها تسمح بالترتيب قليلاً قبل بدء العلاج الطبي.
3. فئة **الأخضر** – الأولوية الثالثة: وتضم الإصابات الثانوية التي يمكن الترتيب خلالها مدة أطول قبل بدء العلاج.
4. فئة **الأسود** – الأولوية الدنيا: الموت أو أنها تتعدى إمكانيات العلاج

- المناطق داخل قسم الطوارئ يجب أن تحدّد وتُصنّف بالألوان ليتمكن الموظفون بسرعة من استكشاف المناطق الحمراء، والخضراء، والصفراء والسوداء مما يسهل توجيه توافد المرضى إلى قسم الطوارئ.



ما هي مشاكل الفرز؟	من المخول إجراء الفرز؟
<ul style="list-style-type: none"> - فشل في الاهتمام بالمرضى - فشل في التعرف على الشكاوى الرئيسية الشديدة الخطورة - فشل في توثيق الفرز بشكل ملائم، كتصنيف مريض باللون الأخضر في حين أنك تظن يجب منحه اللون الأحمر - فشل في إعادة فرز المرضى: يجب إعادة الفرز في قسم الطوارئ داخل كل منطقة. وهو يساعد على تثبيت الفرز الأول أو تصحيحه أو اكتشاف أي تعقيد 	<ul style="list-style-type: none"> - أطباء الطوارئ المجازون و/أو الممرضات العاملات في الطوارئ ذوات الخبرة. - مؤهلات الموظفين المسؤولين عن الفرز: <ul style="list-style-type: none"> - خبرة لا تقل عن سنة واحدة في الطوارئ - امتلاك المهارات في التقييم - تبيان مهارات تنظيمية وخبرة في المقابلات - معرفة عميقة في الحالات الطارئة - مهارات راسخة في التواصل

3.2.5. مكافحة العدوى

الوقاية من العدوى أثناء الكوارث

إن الإجراءات الوقائية لمنع انتقال العدوى في مراكز الرعاية الصحية أثناء الكوارث لا تختلف كثيراً عنها في الأوقات العادية. ولكن ارتفاع عدد المرضى ونقص عدد العاملين الصحيين وإتجاه الأشخاص للعمل بسرعة قد يفقد العاملين الصحيين بعض الدقة في إتباع الإجراءات الوقائية. كما يجب مراعاة المساحة

المستعملة لاستقبال المرضى وذلك من أجل تأمين مسافة مقبولة بين مُصاب وآخر. بشكل عام، هناك ثلاثة جوانب لنقل العدوى وهي:

1. العدوى بواسطة الهواء

2. العدوى بواسطة الرذاذ

3. العدوى بواسطة الالتقاء

الإجراءات الوقائية	انتقال العدوى	
<p>- وضع المريض في غرفة عزل مزودة بنظام ضغط سلبي للهواء</p> <p>- تنقية هواء غرف المرضى</p> <p>- استعمال فلاتر الهواء على كمادات N95 أو ما يعادلها</p> <p>- منع الزيارات عن المرضى والعزل عن بقية المرضى</p> <p>- وضع المريض كمادة جراحية على فمه وأنفه في حال اضطر لمغادرة غرفته</p>	<p>تنتقل العدوى بواسطة الهواء من جزيئات صغيرة يُمكن أن تبقى في الهواء لفترات طويلة أو أن ترسل لمسافات طويلة. تنتقل العدوى عادة بهذه الطريقة إلى مريض سليم مقيم مع مريض حامل العدوى في الغرفة نفسها. تشمل الأمراض التي تنتقل بهذه الطريقة الأمراض التالية: السل والحصبة والحصبة الألمانية والأنفلونزا</p>	<p>العدوى بواسطة الهواء</p>
<p>- وضع المريض في غرفة خاصة</p> <p>- في حالة الكوارث، يمكن وضع مريضين بنفس التشخيص في غرفة واحدة شرط أن لا تقل المسافة بينهما عن متر واحد</p> <p>- حماية الأغشية المخاطية في الفم، الأنف والعينين بواسطة نظارات وكمادة</p> <p>- تقليل عدد الزوار</p> <p>- وضع المريض كمادة جراحية على فمه وأنفه في حال اضطر لمغادرة غرفته</p> <p>- استعمال كمادات N95 أو ما يعادلها</p>	<p>تتولد القطرات التنفسية عندما يقوم شخص مُصاب بالسعال أو العطس أو المحادثة، أو أثناء شطف الإفرازات من القصبه الهوائية أو تنظيف الجهاز التنفسي. إن حجم هذه القطرات كبير نسبياً مما يتسبب بسقوطها على مسافة قصيرة لا تتعدى المتر الواحد. ولكنها تتسبب بنقل العدوى من خلال انتقالها إلى الأنسجة المخاطية في العين، الأنف أو الفم. تشمل الميكروبات التي تنتقل بهذه الطريقة الأمراض التالية: السعال الديكي وفيروس الإنفلونزا Rhinovirus, Neisseria, Adenovirus, Coronavirus, SARS, meningitis</p>	<p>العدوى بواسطة الرذاذ</p>
<p>- تنظيف المساحات المحتمل تلوثها بكثرة</p> <p>- تأمين مراحيض خاصة</p>	<p><u>الانتقال المباشر:</u> تنتقل الميكروبات من شخص مصاب إلى شخص سليم مباشرة. من الأمثلة على ذلك:</p> <p>- دخول دم مريض من خلال جرح في جسم العامل</p>	<p>العدوى بواسطة الالتقاء</p>

للمريض	الصحي	
- تغطية الكمامات، الضمادات أو الحفاضات الملوثة	- ملامسة جلد مريض مصاب بمرض جلدي معدي	
- تنظيف اليدين باستمرار	الانتقال غير المباشر:	
	تنتقل الميكروبات من شخص مصاب إلى شخص سليم من خلال أدوات مشتركة استعملت لمريض مصاب ثم أعيد استعمالها أو لمسها من قبل شخص سليم. تعتبر اليدين أهم مصدر لنقل هكذا عدوى.	

المبادئ الأساسية لمنع العدوى

يجب إعتبار كل سائل مريض مصدراً للعدوى وعليه يجب إتباع التعليمات التالية:

- غسل اليدين قبل وبعد لمس المريض
- إستعمال القفازات والمرابيل لمنع التلوث بالدم، بسوائل الجسم أو أي إفرازات، وبمواد أو سطوح ملوثة
- غسل اليدين وتبديل القفازات والمرابيل الوقائية قبل لمس أي مريض آخر
- إستعمال الأقنعة والكمامات وأدوات حماية العينين أو الوجه في الحالات التي يحتمل فيها تناثر سائل جسم المريض أو الدم
- حماية الفم أثناء عملية الإنعاش القلبي الرئوي
- التعامل مع أدوات المريض الملوثة والغسيل الملوث بشكل يمنع نقل العدوى للعامل الصحي نفسه ولغيره وللبيئة المحيطة
- تنظيف محيط المريض وتطهيره

الإبلاغ عن الأمراض المعدية

يجب على المستشفى، عند إكتشاف مرض معدٍ، إبلاغ وزارة الصحة حسب النموذج المعتمد (الملحق رقم واحد). يتضمن هذا الإبلاغ التالي:

1. مكان إقامة المرضى
2. عدد المصابين
3. العوارض الظاهرة
4. تاريخ ظهور العوارض
5. وجود فحص مخبري
6. المعلومات التي تختص بهذه الحالة

3.2.6. إدارة المخزون الاحتياطي للموارد الطبية والأدوية

إدارة المخزون للكوارث

إن المبادئ المذكورة أدناه تهدف إلى إعطاء توجيه عام للمستشفيات وعلى كل مستشفى أو مؤسسة صحية أن تقوم بتفصيل خطة لإدارة المخزون الاحتياطي بناء للواقع الذي يتناسب مع وضعها الخاص. إن مهمة تحديد المخزون الاحتياطي هي من اختصاص لجنة خاصة تشمل مسؤول الصيدلية، مسؤول التغذية، المسؤول المالي، مسؤول الموازنة، مسؤول قسم الغسيل، مسؤول الطوارئ ومسؤولي المستودعات.

المبادئ العامة لإدارة المخزون للكوارث

يجب إجراء التالي:

- تعيين شخص مسؤول عن إدارة مخزون الكوارث
- تقدير كميات المواد تبعاً لموقع المستشفى الجغرافي ولقربه من المستوردين
- احتساب عدد المصابين الممكن وصولهم إلى المستشفى إضافة إلى عدد المرضى المقيمين
- احتساب عدد الموظفين والأطباء الممكن بقاؤهم أو احتجازهم في المستشفى
- احتساب إمكانية بقاء المرضى أو عائلاتهم أو عائلات الموظفين أو الأطباء في حرم المستشفى
- وضع مخزون يغطي كل أنواع الكوارث المحتملة
- وضع المخزون الاحتياطي بشكل يمكن الوصول إليه بأسرع ما يمكن ليلاً نهاراً وكل أيام الأسبوع
- وضع نظام لمراقبة انتهاء الصلاحية
- تبديل المخزون لتجنب إنتهاء الصلاحية
- يفضل عدم وضع المخزون في مكان واحد ومن الحكمة تقسيم النوع الواحد في مكانين مختلفين أحدهما في مكان خارج المبنى الرئيسي للمستشفى
- يفضل إختيار مكان التخزين بعيداً عن قساطل المياه أو المجاريير أو الأماكن التي تتسرب إليها المياه
- يفضل تخزين البضائع في أوعية بلاستيكية مغلقة أو مغلقة بالنايلون
- يجب أن يحتفظ المسؤولون عن الطوارئ بلائحة محدثة عن المواد المخزنة للكوارث مع تاريخ انتهاء صلاحية كل واحدة منها، مكان تخزينها والشخص الموكل بها

العلاقة مع المستوردين

- يجب الاحتفاظ بلائحة المستوردين لكافة المواد الطبية والعامة والمحروقات ونقل المياه.
- من المفضل التعرف إلى أكثر من مستورد لكل مادة
- يجب الاحتفاظ بكل المعلومات كالعنوان وكافة وسائل الاتصال، لاسيما كيفية الإتصال خارج أوقات العمل.
- يجب أن تشمل المعلومات عن المستورد الوقت المتوقع لتسليم البضاعة، طريقة الدفع والأشخاص المسموح لهم طلب البضاعة
- يفضل توقيع مذكرة تفاهم مع المستوردين قبل حصول الكارثة تجدد سنوياً
- يجب مسح المنطقة المحيطة بالمستشفى للتعرف على المستوردين (حتى الشركات الصغيرة) المحتملين إضافة إلى الصيدليات

إعادة تعبئة المخزون

إن إعادة تعبئة المخزون بأسرع وقت ممكن جداً تحسباً لكوارث جديدة أو تكملة للكارثة الأولى. عندها، يجب إعادة جرد المخزون ليتأكد المسؤول عن المخزون من إكتمال الأنواع والكميات وتواريخ انتهاء الصلاحية. من المستحسن إعادة الجرد شهرياً للتأكد من سلامة المخزون وتماشيه مع شروط التخزين الصحيح ولإعادة التأكيد على تواريخ انتهاء الصلاحية والكميات.

المساعدات

يجب طلب المساعدات בזكاء بحيث لا تطلب مواد لا حاجة للمستشفى لها أو قد تعطي انطباعاً سيئاً عن الإدارة. لذلك يجب الانتباه إلى التالي:

- تحضير لوائح للبضاعة المطلوبة تفي حاجة المستشفى دون زيادة أو نقصان أو مبالغة بالكمية
- عدم استلام بضاعة أو أدوية لا يُعرف عنها شيء من حيث المحتوى أو الشكل
- عدم استلام بضاعة أو أدوية لا يمكن قراءة اسمها أو استعمالها أو مكتوبة بلغة غير مفهومة
- عدم استلام أدوية هي عبارة عن علب مفتوحة سابقاً أو استعمل منها بعض الكمية
- عدم استلام أدوية تختلف فيها الجرعة عن تلك المنتجة أصلاً من قبل الشركة المصنّعة
- عدم استلام بضاعة أو أدوية يختلف محتواها عن المكتوب من الخارج
- عدم استلام بضاعة أو أدوية نهائية صلاحيتها قريبة بحيث تنتهي صلاحيتها قبل استعمالها أو دون تاريخ إنتاج وانتهاء الصلاحية
- عدم استلام بضاعة أو أدوية لم تراعى فيها شروط التخزين الصحيح مثل التبريد أو التغليف

مواد التخزين

تشمل مواد التخزين المواد التالية: أدوات بديلة للإتصالات، وسائل وقاية شخصية، مواد للنامية والإيواء، طعام ممكن تخزينه (معلبات، مواد جافة)، مواد تستعمل لتأمين النظافة الشخصية والعامة، معدات للنقل، بياضات، آلات بديلة للطاقة، مياه، محروقات، أدوية، أدوات ومستلزمات طبية

3.2.7. إدارة الموارد البشرية

القيادة أثناء الكوارث

تختلف تراتبية السلطة والتدرج الإداري أثناء الكوارث عن الأيام العادية للأسباب التالية:

- إمكانية حصول الكارثة أثناء غياب المسؤول
 - إمكانية إنقطاع الإتصالات
 - زيادة الطلب للتنظيم وسرعة إتخاذ القرارات
- لذلك يجب رسم هيكلية إدارية خاصة بالكوارث توضح التراتبية والمسؤولية وتشمل التالي:
- الأشخاص المسؤولين عن كل قسم موجود أو مستحدث للإستعمال أثناء الكوارث
 - الأطباء المسؤولين عن كل قسم
 - التراتبية لكل موظف وطبيب
 - وظيفة كل شخص (المنصب دون أسماء)
 - شرح هذه الإجراءات لكل الموظفين

إستدعاء العاملين والاطباء

قد يصطدم إستدعاء العاملين والاطباء أثناء الكوارث بمعوقات عديدة لإحتمال حصول صعوبات بالمواصلات والإتصالات. عند وضع خطة طوارئ، يجب وضع لوائح بالأشخاص الذين قد يستدعيهم

المستشفى إلى العمل. تشمل لوائح العاملين: الاسم، الإختصاص، رقم الهاتف أو وسيلة إتصال أخرى، العنوان الكامل، مكان العمل

الإتصال بالعاملين

في ما يتعلق بالإتصال بالعاملين، تشمل خطة الكوارث عادة:

- من يتصل بالعاملين (شخص أو أكثر)
- كيفية تدوين نتائج الإتصال والمتابعة لحين وصول الشخص المطلوب إلى المستشفى
- مكان المراجعة عند الوصول إلى المستشفى
- وسائل الإتصال الأخرى في حال فشل الوسائل التقليدية
- من المسؤول عن الموظف أو الطبيب

توسيع مساحة العمل أثناء الكوارث

إن تدفق عدد كبير من المصابين إلى المستشفى في وقت قصير قد لا يسمح لقسم الطوارئ باستيعابهم. لذلك يجب التخطيط لتأمين أماكن أخرى داخل حرم المستشفى. قد يبدأ المستشفى بإخراج المرضى الذين تسمح حالتهم بذلك من أجل تأمين أماكن لمصابين آخرين. من الأماكن الممكن إستعمالها لاستقبال المصابين حسب حالتهم الصحية:

- الطوابق المعدة لإيواء المرضى
- صالات الإنتظار أو قاعات الطعام
- الممرات
- العيادات
- مواقف السيارات (في حال الضرورة القصوى)

الخطوات المساندة لتوسيع مساحة العمل

يجب أن يتبع تمديد رقعة إستقبال المصابين الخطوات التالية:

- تعيين شخص مسؤول عن كل منطقة
- تخصيص كل منطقة لمجموعة معينة من المصابين حسب الفرز (triage)
- إمداد كل منطقة بالمواد الطبية والعاملين الصحيين حسب الفرز
- تجنب تحميل منطقة أكثر من قدرتها على إستيعاب مصابين أو قدرة العاملين على المعالجة

خطة الحماية والأمان أثناء الكوارث

يجب ان يضع المستشفى نظاماً للحماية والأمان ينفذ أثناء الكوارث. يشمل هذا النظام:

- إستدعاء أعداد إضافية من موظفي الحراسة أثناء الكوارث
- ارتداء موظفي الحراسة لباساً خاصاً يسهل التعرف عليهم
- خضوع الحرس لتدريب خاص
- وصف وظيفي لكل موظف تمّ تدريبه

- أنظمة لكيفية التصرف أثناء الكوارث
- نظام لإقفال بعض مداخل الكوارث
- لباس خاص بالأطباء وبكل مجموعة من العاملين ووسيلة تعريف
- التنسيق في ما بين قسم الحرس والقوى الأمنية لحماية المستشفى وللتعامل مع القضايا القانونية وتسهيل حركة السير والتعامل مع أعداد المواطنين المحتشدين حول المستشفى
- تحضير إشارات جاهزة لإستعمالها أثناء الكوارث
- معرفة موظفي الحراسة كيفية توجيه الإعلاميين
- تسجيل موظفي الحراسة أسماء الأشخاص الداخلين والخارجين من المستشفى
- نظام اتصال بين الحرس

المتطوعون

يجب التمييز بين نوعين من المتطوعين:

1. أصحاب مهن طبية
 2. أصحاب مهن متفرقة غير طبية
- يمكن الإستفادة من كل فئة من هؤلاء المتطوعين حسب قدراتهم العلمية والمهنية.

كيفية التعامل مع المتطوعين

1. التعريف عن المتطوع:

- أ. يجب أن يضع المتطوع بطاقة تعريف صادرة عن المستشفى تحمل صورته
- ب. يجب أن يحمل المتطوعون أصحاب المهن الطبية بطاقة صادرة عن النقابة التي ينتمون إليها
- ج. يجب أن يتم التعرف على المتطوع من بعيد مثلاً من خلال ملابس خاصة أو رباط موضوع حول الذراع

2. التدريب والاختيار:

- أ. يجب أن يخضع كل المتطوعين لمقابلة للتعرف إليهم قبل ممارستهم لعملهم التطوعي
- ب. يرفض قبول كل متطوع لا يملك المؤهلات المطلوبة لممارسة المهام المطلوبة المنوطة به
- ج. يدرّب المتطوعون على النظام الخاص بالمستشفى المتعلق بخطة الكوارث ونظام الحماية الشخصية من المخاطر
- د. يفضل أن يعمل المتطوع في فترات لا كوارث فيها لكي يعتاد على نظام المستشفى وأقسامه

3. الإشراف على عمل المتطوعين:

- أ. يفضل أن يعمل المتطوعون أصحاب المهن مع زملاء لهم من المستشفى

ب. يفضل أن يعمل المتطوعون في مكان واحد فقط من المستشفى من أجل الإشراف المباشر على عملهم

ج. يجب إبقاء سجل بالأعمال التي يقوم بها المتطوعون

د. يجب ان تسجل أوقات الوصول إلى المستشفى ومغادرتها

4. التواصل مع المتطوعين:

أ. يجب تخصيص خط هاتف مباشر لإتصال المتطوعين بالمستشفى

ب. يمكن الطلب من وسائل الإعلام الإعلان عن الحاجة للمتطوعين

إخلاء المستشفى

قد يضطر المستشفى إلى إجراء عملية إخلاء للمرضى والموظفين نظراً لوجود خطر على سلامتهم. عندها يجب على العاملين إتباع خطة الإخلاء.

1. المبادئ العامة لخطة إخلاء المستشفى هي التالية:

أ. اعتماد كلمة نداء يفهمها العاملون للبدء بعملية الإخلاء

ب. تخصيص مكان لكل قسم لتجمع العاملين خارج المستشفى محدد سلفاً

ج. توجيه العاملين للعمل بهدوء

د. عدم استعمال المصاعد

هـ. إتباع الإشارات التي تدل على مخارج الطوارئ

و. تبدأ عملية الإخلاء من المكان الأقرب للخطر أو من أبعد مكان في الطابق إلى السلالم ثم نزولاً

ز. يمنع الصعود إلى الطوابق العلوية

ح. يجب إتباع طريق الخروج من خلال خريطة مخارج الطوارئ الموجودة في كل غرفة أو قسم

ط. على الموظفين إحضار أهم المستندات أو الأقراص المدمجة الاحتياطية معهم إذا أمكن

ي. الأولوية لإخلاء المرضى الذين لا يستطيعون الحركة

ك. يمكن الاستفادة من الزوار للمساعدة في عمليات الإخلاء

ل. توضع إشارة على كل غرفة فارغة تدل على ذلك أو جرى إفراغها

م. يجب الابتعاد عن المبنى بمسافة لا تقل عن مئة متر

ن. يجب تسجيل مكان نقل كل مصاب

2. مبادئ الإخلاء الخاصة بالحريق:

في حال حصول حريق داخل المستشفى، تتبع التعليمات المذكورة آنفاً إضافة إلى التالي:

أ. إقفال الأبواب لمنع إمتداد الحريق

ب. عدم لمس مفاتيح الكهرباء

ج. في حال وجود دخان، وضع قطعة قماش مبللة على الفم والأنف والسير على مستوى منخفض (لأن الدخان يرتفع إلى الأعلى)

بناء قدرات العاملين

يعتبر التدريب ركناً رئيسياً من بناء قدرات العاملين، وهو يشمل إمداد الأشخاص بالمعلومات وشرح الخطط إضافة إلى منح السلطة للأشخاص وبناء الشراكة معهم. لذلك يجب أن تتم هذه العملية بشكل موجه كي يعمل المستشفى كوحدة متكاملة أثناء الكوارث.

1. فئات العاملين الصحيين الواجب تدريبهم

- أ. المدراء والأطباء ورؤساء الوحدات والأقسام الطبية ومدير ومشرفو التمريض والعاملون في قسم إدارة الجودة ومكافحة العدوى
- ب. موظفو مكتب الدخول والعاملون في قسم المشتريات وأمناء المستودعات
- ج. موظفو المطبخ وعمال الصيانة وعمال الغسيل وعمال التنظيف والعاملون في الحرس
- د. العاملون في الطوارئ والعاملون في قسم العمليات والعاملون في قسم التعقيم والعاملون في قسم التخدير والإنعاش والعاملون في المختبر والعاملون في قسم الأشعة والعاملون في قسم الصيدلة

2. المهارات الواجب إكتسابها

- أ. معرفة تسلسل السلطة داخل المستشفى أثناء الكوارث وكيفية التواصل مع المؤسسات الخارجية
- ب. معرفة الإجراءات الواجب إتخاذها في حال تعطل وسائل الإتصال أو الكمبيوتر
- ج. الإستجابة لنداء إطلاق خطة الكوارث
- د. معرفة الأدوار العامة للأشخاص ومسؤولياتهم إضافة إلى معرفة دورهم أثناء الكوارث
- هـ. معرفة معاني الألوان المستعملة وكلمات النداء
- و. معرفة السياسات والإجراءات المطبقة في حالة الكوارث
- ز. معرفة وسائل منع نقل العدوى والوقاية منها
- ح. التعرف على الأخطار الحاصلة والمحتملة
- ط. معرفة السياسات والإجراءات المطبقة في حال حصول تهديد للمستشفى مثل إنسكاب مواد خطرة، وجود عيوب ناسفة، حريق، الخ.
- ي. معرفة الإجراءات الواجب إتخاذها عند تعطل الإمداد بالمواد الحيوية مثل الغازات الطبية
- ك. معرفة كيفية الاعلام بحصول كارثة

3. وسائل التدريب

التدريب نوعان: تدريب تقليدي وتدريب تفاعلي.

أ. التدريب التقليدي ويشمل التالي:

i. المحاضرات

ii. الوسائل السمعية البصرية

iii. المناقشات

iv. المطبوعات

ب. التدريب التفاعلي ويشمل التالي:

- برامج تفاعلية على الكمبيوتر
- المناورة التي تعدّ أهم وسيلة للتدريب وبناء القدرات. يقوم العاملون في المستشفى بالعمل على سيناريو كارثة معينة. تُقام هذه التجربة للتعلم من الأخطاء الحاصلة. تشمل المناورة كل أقسام المستشفى ومن المفيد أن تشمل المؤسسات الخارجية من إسعاف وقوى أمنية.

3.2.8. المسائل القانونية

هناك جوانب قانونية يجب احترامها في حالات الطوارئ وهي تُلخص كالآتي :

تعيين الهوية

عندما يفوق عدد الضحايا العشرة، يجب وضع السوار حول المعصم. يُستخدم الرقم ذاته في الملف الأساسي للمصاب حتى الوصول إلى المستشفى وتنفيذ إجراءات تعيين الهوية.



يجب أن تشمل إجراءات تعيين الهوية ما يلي:

- وصف عام (الشكل، الملابس، المجوهرات، الساعات، الخ)
- الفحوصات الشعاعية وفحوصات الأسنان لا سيما في حالات الحروق البالغة والتفحم.
- تدبير الجثث (توصيات الصليب الأحمر اللبناني)
- لا تسبّب الجثث انتشار الأوبئة بعد الكوارث الطبيعية. تنعكس هذه الشائعات سلباً في شكل عمليات دفن جماعي سريع ورش المطهرات.
- لسوء تدبير الجثث عواقب مثل التوتر النفسي والمشاكل القانونية بالنسبة للأقرباء.
- إن ضحايا الكوارث الطبيعية يموتون عادة نتيجة الإصابة أو الغرق لا بسبب المرض. عند الوفاة، لن ينقلوا الأمراض الوبائية (أي الطاعون، الكوليرا، الحمى التيفية، الجمرّة الخبيثة).
- عدد قليل من الضحايا يكون مصاباً بأمراض مزمنة في الدم (التهاب الكبد الوبائي أو السيدا)، السل، الكزاز أو الإسهال. تتمّ العدوى:

○ إذا كانت الجراثيم موجودة في الهواء المتبقي داخل رثتي شخص ميت

- إذا كانت جراثيم الكزاز موجودة في التربة وجرح أحدهم نفسه بسبب انعدام معدات الحماية
- الكائنات المعدية لا تبقى حية بعد مضي 48 ساعة داخل الجثة، باستثناء السيدا (HIV) الذي وجد ستة أيام بعد الموت.

المخاطر بالنسبة الى مدبري الجثث	المخاطر بالنسبة الى الجمهور
<ul style="list-style-type: none"> - هناك خطر ضئيل يحيط بمدبري الأشلاء البشرية لا سيما من خلال الاتصال بالدم والبراز (غالباً ما يتسرب البراز من الجسد بعد الموت) كأن يلتقطوا مثلاً التهاب الكبد الوبائي B و C، HIV، السل والإسهال - تعمل فرق استعادة الجثث في بيئة خطيرة (على سبيل المثال المباني المتداعية والحطام) وقد تتعرض للإصابة والكزاز (المنقول عبر التربة) 	<ul style="list-style-type: none"> - الخطر بالنسبة الى الجمهور ضئيل لأن لا أحد يلامس الجثث. هناك خطر محتمل (ولكن غير موثق بعد) لتلوث موارد مياه الشرب بالمواد البرازية المتسربة من الجثث.

تدابير الحماية

إن التدابير الصحية الأساسية تحمي العاملين في تدبير الجثث من التعرض للأمراض المتناقلة بالدم وبعض سوائل الجسد. على العاملين اتباع التدابير الوقائية التالية:

- استخدام المعدات الواقية:
- الملابس: مريول أو سروال، القفازات السمكية، النظارات الواقية، الكمامات للرائحة والوقاية من السل، الجزمات.
- غسل اليدين بالصابون والماء بعد تدبير الجثث وقبل الأكل.
- قناع الوجه غير ضروري ولكن يمكن التزوّد به عند الطلب لتجنب التوتر والرائحة الكريهة.
- تنظيف وتطهير كافة المعدات، والملابس والعربات المستخدمة لنقل الجثث.
- التلقيح ضد الكزاز.
- تجنب مسح الوجه أو الفم باليدين
- التزام الحيطه لدى استخراج الجثث من الأماكن المغلقة التي تخلو من التهوية. بعد بضعة أيام من التحلل، يمكن أن تتراكم الغازات السامة الخطيرة المحتملة. يجب إتاحة الوقت لدخول الهواء النظيف من أجل تهوية الأماكن المغلقة.

استعادة الجثث: الوسائل والإجراءات

- يجب وضع الجثث داخل الأكياس الخاصة للجثث وفي حال عدم توفرها تستخدم الأكياس البلاستيكية، والأكفان، والملاءات وغيرها من المواد المتوفرة.

- يجب التعامل مع الأشلاء على أنها جثث مستقلة، لا يجب أن تحاول فرق الاستعادة مطابقة الأشلاء في موقع الكارثة.
- إن فرق استعادة الجثث تعمل بأقصى فعالية في مجموعتين: مجموعة لنقل الجثث إلى نقطة تجمع قريبة والمجموعة الثانية لنقلها إلى أماكن التعرف أو التخزين.
- قبل نقل الجثث والأشلاء، يجب وضع لصاقة توسيم وتصويرها مع اللصاقة.
- لحظ مكان ايجاد الجثة والتاريخ يساعد على تعيين الهوية.
- لا يجب فصل الممتلكات الخاصة، والمجوهرات والوثائق من الأشلاء خلال الاستعادة إنما خلال تعيين الهوية فقط.
- تستخدم في نقل الجثث النقلات، والأكياس الخاصة بالجثث، والشاحنات المسطحة دون جوانب والشاحنات المقطورة. لا يجدر استخدام سيارات الاسعاف لهذا الهدف لأنه يستحسن استخدامها في مساعدة الأحياء.

دور فريق الطب الشرعي

التعرف على الضحايا وتحديد سبب الموت هما مسألتان أخلاقيتان بالنسبة إلى الأسر ونقطتان أساسيتان للتحقيق.

التنسيق بين فريق الطب الشرعي والمنفذين مهم جداً لتجنب إغفال بعض التفاصيل.

الدراسات القانونية (الانتربولوجيا، السموميات، علم الاسنان، علم الكتابة، نماذج من الحمض النووي، الخ).

تقصيات الطب الشرعي

الاجتماع الأول لفريق الطب الشرعي في قسم الطب الشرعي أو وحدة إدارة عمليات الطوارئ للحصول على المعلومات الضرورية حول الحادثة والضحايا، وللتخطيط.

الاجتماع الثاني في موقع الحدث: يجب أن يرافق الأطباء الشرعيين أو المحققين قوى الأمن الداخلي ومصور.

يجب تقسيم المسرح إلى أرباع دوائر صغيرة مرقمة.

تجنب إزاحة الجثث قبل التقاط الصور.

نقل الجثث إلى منطقة محددة ثم إلى قسم الطب الشرعي.

يجب ملء نموذج (أو تقرير) تعيين الهوية ومقارنته بأية معلومات يمكن الحصول عليها من الاسرة. فتكون النتيجة "هوية محددة" أو "هوية غير محددة" أو "هوية لا يمكن تحديدها".

يمكن إجراء التشريح إذا سمح بذلك المدعي العام للأسباب التالية:

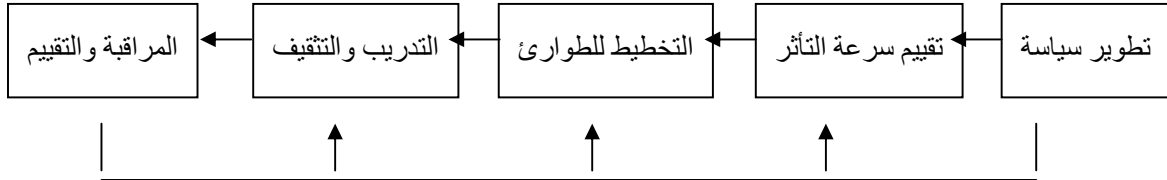
- تحديد سبب الوفاة ودراسة الاصابات

- تعيين الهوية

- مقارنة المعلومات التالية للوفاة (post-mortem)، مثل وجود علامات لتعيين الهوية: أشلاء، ممتلكات، مجوهرات، ملابس، بالمعلومات السابقة للوفاة (anti-mortem) وبالمعلومات التي تمّ استقائها من أقارب الشخص المفقود: سجلات طب الأسنان، البصمات، الصور، الحمض النووي، ومطابقة المعلومات السابقة والتالية للوفاة للتعرف إلى الجثة.

الفصل الرابع - الاستعداد للطوارئ والمواجهة على مستوى الرعاية الصحية الأولية

الاستعداد للطوارئ ضروري على جميع المستويات في المجتمع بالنسبة إلى المنشآت الصحية التي تلعب دوراً محورياً في الحياة اليومية للمجتمعات والتي تقدم الخدمات التي تشكل السبل الأولية لتلبية حاجات الصحة العامة. الاستعداد للطوارئ هو عملية منطقية:



4.1. المفاهيم العامة للرعاية الصحية الأولية في حالات الطوارئ

سيطرّق هذا الفصل إلى رزمة الرعاية الصحية الأولية العادية مقابل خدمات الرعاية الصحية الأولية خلال الطوارئ والصلة بالخطة الحمراء "plan rouge". علماً أن مهام الرعاية الصحية الأولية ضمن مجموعة التخطيط في حالات الطوارئ تشمل:

لائحة بمهام الرعاية الصحية الأولية ضمن مجموعة التخطيط في حالات الطوارئ.

- التنسيق والتشباك الصحي.
- تقييم سريع للصحة.
- مكافحة الأمراض والوقاية منها.
- مراقبة الوبائيات والتغذية.
- مواجهة الوبائيات.
- إدارة الأدوية الأساسية.
- إعادة التأهيل الجسدي والنفسي.
- التبليغ عن المخاطر الصحية.
- مشاكل الطب الشرعي وإدارة الاصابات الجماعية

رزمة الرعاية الصحية الأولية العادية مقابل خدمات الرعاية الصحية الأولية خلال الطوارئ

لقد وافق المجتمع الصحي الدولي منذ منتصف التسعينات على أن رزمة دنيا من الخدمات الصحية الأساسية يجب أن تتوفر على مستوى الرعاية الأولية. رزمة الرعاية المعتمدة في بلد ما تستند إلى تحليل المردودية، والعبء المرضي والاطار الاجتماعي-الاقتصادي والثقافي.

وفقاً لمعايير وزارة الصحة العامة في لبنان واستناداً إلى المحتّمات المذكورة أعلاه، تم تحديد رزمة شاملة من الخدمات تنفذ وفقاً لقدرة مركز الرعاية الصحية الأولية.

المكونات الوظيفية الأساسية للرعاية الصحية الأولية تتضمن الآتي:

1. المكونات البنيوية مثل المرافق المناسبة، التجهيزات بما فيها تلك الخاصة بنظام معلومات صحية HIS حديث، مصدر طاقة متواصل، مياه جارية، الخ.
2. المكونات من حيث اليد العاملة مع توصيف واضح لوظيفة الموظفين الإداريين، السريريين

والمساعدين.

3. المكونات التنظيمية التي تشتمل على:

✓ منطقة استجماع جيدة التحديد

✓ بروتوكولات محدثة لإدارة النظام

✓ مبادئ توجيهية محدثة لإسداء الخدمات السريرية المستندة إلى الأدلة

✓ مبادئ توجيهية لضمان الجودة والتحسين المستمر للاداء

✓ بروتوكولات اعتماد الرعاية الصحية الأولية

✓ بروتوكولات مشاركة المجتمع

✓ بروتوكولات التكامل والتنسيق بين القطاعات وداخلها

جوانب الجودة الرئيسية الواجب احترامها في سياق الرعاية الصحية الأولية هي التالية:

1. إتاحة الخدمة الطبية من خلال ضمان توفير هذه الخدمة، القدرة على تحمل الكلفة، وقبولها من قبل المجتمع المحلي.

2. **الملاءمة** المتصلة بحاجات وتوقعات المستفيدين ومقدمي الرعاية الصحية على السواء مع التقيد بتطبيق خدمات الرعاية الصحية المتوفرة حالياً وبلاستخدام الرشيد للخدمات في الوقت المناسب وبطريقة دقيقة.

3. **استمرارية الرعاية** من جانب كافة مقدمي الرعاية وعلى كافة مستويات الرعاية مع الوقت، من الوقاية إلى العلاج فالعافية وتعزيز الصحة.

4. **الفعالية** بتوفير الخدمات الصحيحة للمستفيدين بالطريقة الصحيحة وفي الوقت الصحيح.

5. **الجدارة** لضمان المهارة الرشيدة.

6. **سلامة** الزبائن المستفيدين من الخدمات، والمجتمع المستفيد من الخدمات ومقدمي الخدمات.

7. **التحسين المستمر** للأداء مقارنة بالمعايير الحالية الراسخة وصناعة الرعاية الصحية الرائدة المرجعية.

يمكن ذكر جوانب أو جوانب ثانوية أخرى للجودة مثل الريادة والفعالية والتوقيت.

يجب التقيد بكافة المكونات المذكورة وجوانب الجودة في الحالات العادية والحالات الطارئة على السواء بغض النظر عن حجم وعدد ومستوى التقديمات الصحية المتوفرة في مركز الرعاية الصحية الأولية.

خدمات الاستعداد للرعاية الصحية الأولية في حالات الطوارئ:

إن العملية الكاملة للاستعداد للطوارئ تبدأ بتحديد الأهداف وإطار تقييم سرعة التأثير وبتحديد المهام المقصودة والموارد الضرورية. لذا فإن تكوين مجموعة تخطيط يسهل التنسيق بين الأنشطة والفاعلين الرئيسيين في المرفق الصحي. عند تكوين هذه المجموعة يمكن تحديد المخاطر التي تواجه الرعاية الصحية الأولية ووصفها وتقديرها بالنسبة إلى تأثيراتها المحتملة على عمل المرفق. هذا يساعد في وضع خطة عمل في حال الطوارئ تتضمن رزمة خدمات صحية أولية سليمة تلبي حاجات المجتمع في حالات الطوارئ حيث يتم توجيه الموارد لتعالج مشاكل مثل الاسهال والحصبة والأمراض التنفسية الحادة وسوء التغذية والصحة الانجابية والصحة النفسية والأمراض المزمنة، الخ.

رزمة الطوارئ هذه مرنة من حيث المكونات الرئيسية والثانوية إلا أنه وعلماً بأن المحددات الصحية عديدة، تبقى العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية هي التالية: التنقيف الصحي، تحديد المشاكل الصحية السائدة وحلها، تأمين الموارد الغذائية والتغذية الصحيحة، توفير المياه السليمة والاصحاح الاساسي، التحصين، الوقاية من الأمراض المتوطنة ومكافحتها، العلاج المناسب للأمراض والاصابات الشائعة، تعزيز الصحة النفسية وتوفير الأدوية الأساسية.

لهذا الغرض، من الغني عن القول أن هناك متطلبات مسبقة لفعالية الرزمة المذكورة في الحالات العادية و/أو الطوارئ. سيتم التطرق إلى بعضها مثل الموارد البشرية، واللوجستية، والتشباك، وسلسلة الامداد وغيرها في الفصول القادمة تحت عنوان الدور المطور للرعاية الصحية الأولية ضمن سلسلة الخدمات الصحية في الطوارئ.

الموارد الضرورية على مستوى مرفق الرعاية الصحية الأولية للاستعمال في كافة الأوقات	الموارد الضرورية على مستوى مرفق الرعاية الصحية الأولية بالاتصال مع الخطة الحمراء
- السيارات	- توصيف الكارثة في المنطقة
- معدات الاتصال	- حجم السكان وتوزيعهم
- مصادر الطاقة الاحتياطية	- الطبوغرافيا والخرائط التي تبين خطوط الاتصال
- الحواسيب، الطابعات، الفاكس، النسخ	- توصيف الوبائيات في المنطقة
- طواقم اختبار المياه	- موقع مختلف المرافق الصحية والخدمات التي تقدمها
- المكملات الغذائية	- موقع مناطق الاخلاء المحتملة
- قدرات الايواء المؤقت	- موقع مخزون الغذاء والدواء، وموارد الرعاية الصحية ومعالجة المياه
- متطلبات التمويل	- قائمة الاشخاص والمنظمات الرئيسية، والأفراد ذوي الكفاءات والخبرات الذين يمكن تعبئتهم عند الحاجة، والخبراء التقنيين
- تجهيزات الوقاية الشخصية	

4.2. الدور المطور للرعاية الصحية الأولية ضمن سلسلة الخدمات الصحية الأولية في الطوارئ

4.2.1. إدارة الاصابات الجماعية

إن مراكز الرعاية الصحية الأولية بموظفيها يمكنها أن تشكل جزءاً من الفرز السابق للدخال للمستشفى في حالات الكوارث أو ما يعرف بالخطة الحمراء. الهدف الرئيسي من ذلك هو توفير الدعم للمنقذين (فرق الصليب الأحمر اللبناني أو الدفاع المدني) من خلال الآتي:

- إقامة الصلة مع المنقذين الميدانيين

- تعبئة المتطوعين

- المساعدة في إعلام المجتمع وتنظيمه

- توفير الدعم اللوجستي

لقد حدّد الجيش اللبناني دور الصليب الأحمر اللبناني في خطته للتدخلات الطارئة على الوجه الآتي:

- ضمان الانقاذ والاسعاف الأولي في الموقع

- إقامة موقع الفرز السابق للدخال للمستشفى

- نقل الجثث وتعيين هويتها

- وضع التقارير المفصلة للتدخلات الميدانية

- تحديد نقطة تجمع للخلية المعنية بالأزمة من أجل التنسيق

- الاتصال بالمستشفيات لضمان توفير الأسرة

تحديد "الخطة الحمراء" (Plan Rouge)

إنها خطة طوارئ سابقة للدخال إلى المستشفى تساعد المنقذين على إدارة الإصابات الجماعية. تعريف الإصابات الجماعية يختلف بين مجتمع وآخر ويمكن وصفه كحدث من شأنه أن يقلص من فعالية المواجهة التقليدية بسبب عدد المرضى والأخطار المعينة أو صعوبة الانقاذ.

المبدأ العام: اعمل الأفضل لأكبر عدد ممكن من الضحايا

■ نقص في أعداد المنقذين في مواجهة "وبائيات" الضحايا. يجب جمع الضحايا في "منطقة آمنة" لحماية العاملين الصحيين.

■ المنقذون الأولون في مسرح الحدث. يجب توخي الهدوء والتنظيم لضمان الضحايا.

■ الفرز والاختلاء. لعملية الفرز في حال الإصابات الجماعية الأهداف نفسها كفرز المستشفى ولا يجب أن تستغرق أكثر من ثلاثين ثانية لكل مريض.

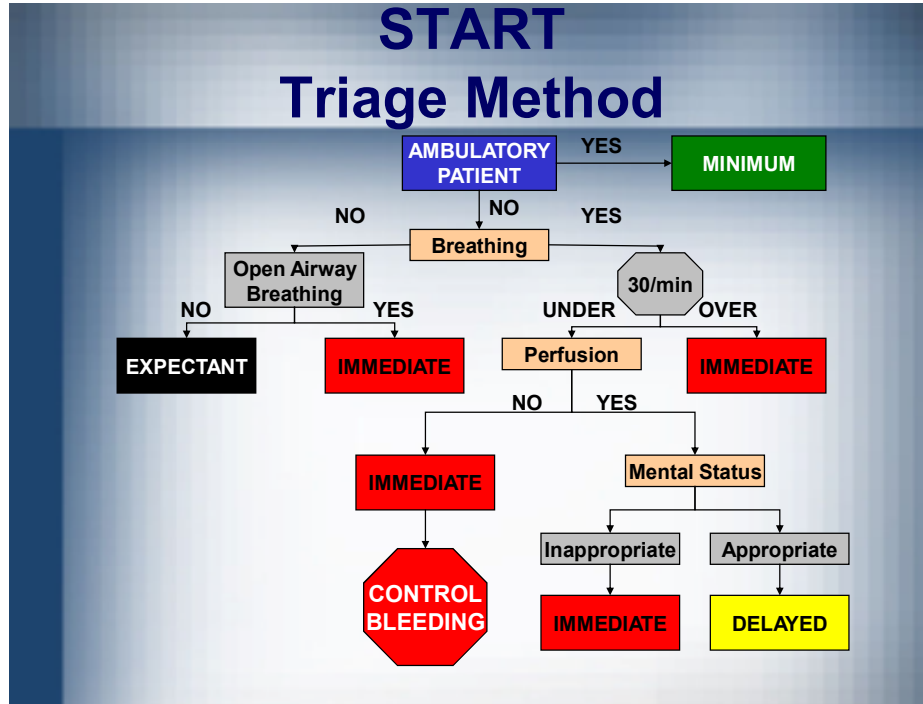
مبادئ الفرز:

استخدم طريقة فرز START

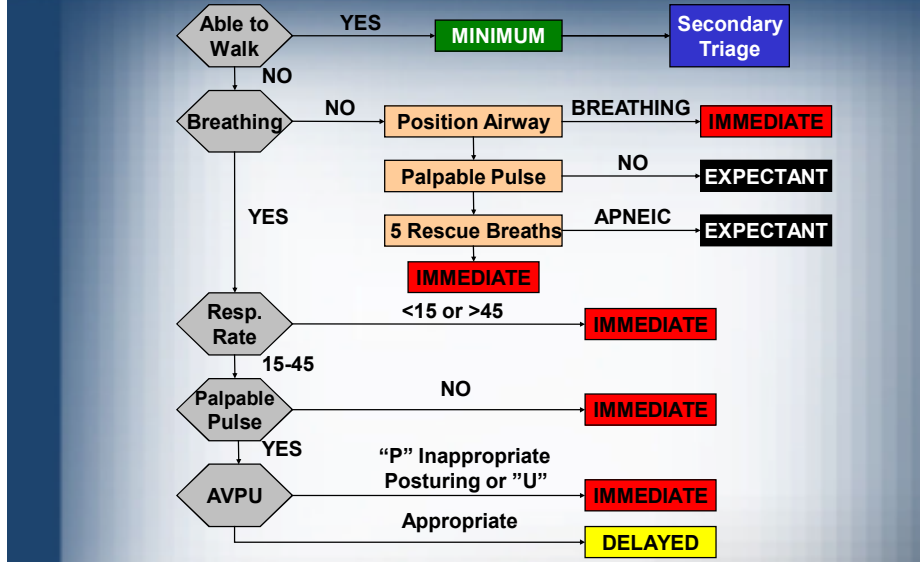
• إنها طريقة فرز بسيطة تستند إلى:

- القدرة على المشي

- القدرة على التنفس
- النبض/الإرواء (Pulse/Perfusion)
- الوضع الذهني/العصبي (Neurological/Mental)



Jump START Pediatric Triage Method



يصنّف الفرز الإصابات وفقاً لمعايير تستند إلى لون رمزي:

- التنفس
- الإرواء (perfusion)
- الوضع الذهني/العصبي

الألوان الرمزية المخصصة تلخص كالاتي:

اللون	المعايير	التحرك
الاحمر	إصابات تهدد الحياة ولكن من الممكن معالجتها تتطلب عناية طبية سريعة	فوري
الاصفر	إصابات خطيرة محتملة ولكنها مستقرة كفاية بحيث يمكن التريث قبل بدء العناية الطبية	حرج/أسرع ما يمكن
الاخضر	الإصابات الثانوية التي يمكن معها التريث مدة أطول قبل بدء العناية الطبية	متريث
الاسود	الموت أو انعدام التنفس التلقائي بعد فتح المسلك الهوائي	مؤجل

إن معايير التقييم لفرز الإصابات تشمل:

المعايير	البحث عما يلي
التنفس	<ul style="list-style-type: none"> • هل يتنفس المريض؟ - إذا لم يكن المريض يتنفس، افتح المسلك الهوائي وأعد التقييم. إذا لم يستأنف المريض التنفس، ضع ملصق التوسيم "مؤجل" وتابع. - تقييم سرعة التنفس. ➤ إذا كان أعلى من 30 أو أقل من 8 ضع ملصق التوسيم الأحمر وانتقل إلى المريض التالي. بصفتك المسؤول عن الفرز، لا تتوقف عن تزويد المريض بالهواء.
الإرواء (perfusion)	<p>ابحث عن وجود نبض اليد إلا أننا لا نهتم بسرعة النبض في هذه المرحلة. إن لم يكن للمريض أي نبض اليد، يكون وضعه حرجاً ويحتاج رعاية فورية. ضع ملصقاً أحمر للمريض ثم انتقل للمريض التالي.</p>
الوضع الذهني/العصبي (mental/neurological)	<ul style="list-style-type: none"> • المرضى الفاقدون للوعي أو المرضى الذين لا يمكنهم إتباع التعليمات البسيطة يتطلبون عناية فورية من جانب القطاع الصحي. ضع ملصقاً أحمر وتابع. • ضع ملصقاً أصفر للمرضى الذين يمكنهم إتباع التعليمات.

- عندما يحقق المريض أحد معايير الفرز مثل حرج/فوري، يجب وضع الملصق الأحمر، انتداب أحدهم لتوفير العلاج السريع (كالمحافظة على المسلك الهوائي أو السيطرة على النزيف)، وقف أي تقييم إضافي والانتقال إلى المصاب التالي.
- كل مريض يجتاز مراحل التقييم الثلاثة دون اكتشاف ما يسمح بالتصنيف كحرج/فوري يُمنح الملصق الأصفر.
- ما من نظام لا يخطئ أبداً. إلا أنه من المنطقي أن نصنف المريض الذي لا يستطيع المشي إنما مسلكه الهوائي ثابت بحيث أنه يتنفس بمعدل 30 نفساً بالدقيقة، له نبض اليد، ولا دلائل لديه لنزيف لا يمكن السيطرة عليه ويتبع التعليمات على أنه يحتاج إلى عناية طبية في المستشفى لكن يمكنه التريث حتى إزالة كافة الحالات الحرجة/الفورية (الملصق الأحمر) من الموقع.

أفكار مفيدة من أجل فرز فعال

- أقسام الطوارئ لا يمكنها معالجة عدّة مصابين في آن واحد لذا لا بد من مستشفى ميداني (مركز طبي متقدّم)
- وسائل الاعلام والأقارب لهم حق المعرفة لذا يجب إجراء إحصاء دقيق ونشره تبعاً
- إذا تعدّى المصابون العشرة من الصعب استعمال الأسماء بل الأرقام

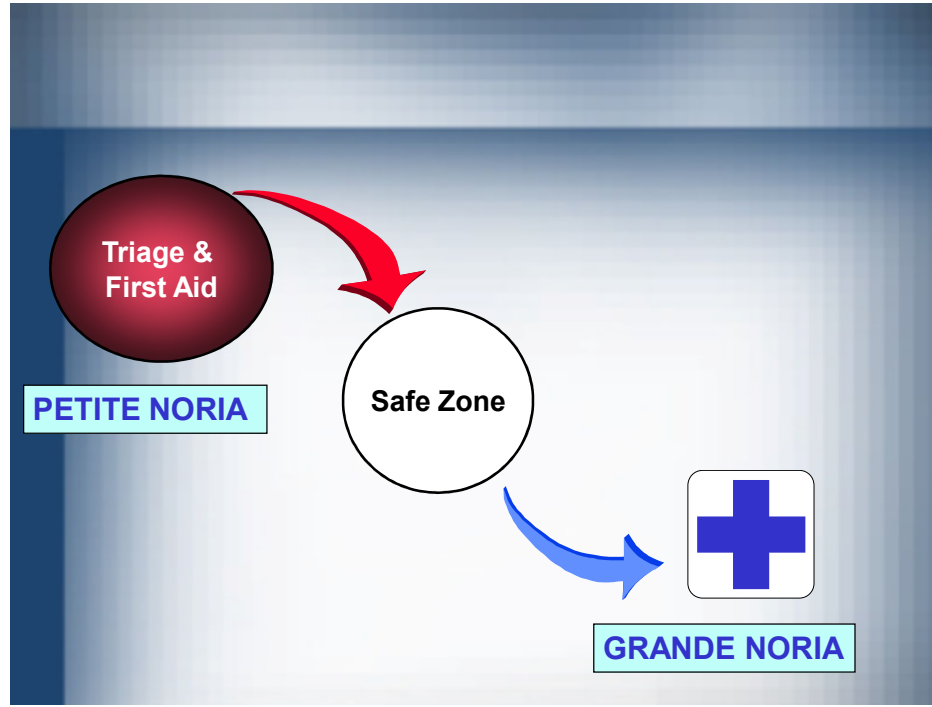
تنظيم الخطة الحمراء (راجع 3.1)

إن تفعيل الخطة الحمراء من مسؤولية السلطة المحليّة (الحكومة، المحافظ، القانمقام أو البلديّة) التي يتوجب عليها تعيين مدير للعمليات (اختصاصي في طب حالات الكوارث). أما خدمات الطوارئ الطبيّة المعنيّة بالخطة الحمراء فهي الصليب الأحمر اللبناني، الدفاع المدني ووحدة إرشاد نفسي.

وفقاً للمبادئ التوجيهيّة للطب في حالات الكوارث يجب إقامة "منطقة آمنة" تقوم بتصنيف المصابين وإسداء العلاج الأولي بالقرب من المنطقة المنكوبة. أما المصابون الذين يحتاجون لدخول المستشفى فيتمّ نقلهم في سيارات الاسعاف المتخصّصة أو العادية.

وفقاً لأهميّة الحالة الطارئة وعدد الضحايا، يمكن تكييف انتشار الخطة الحمراء.

خطة مبسّطة مع إصابات جماعية محدودة: حادث سير



دور المنقذين (الصليب الأحمر والدفاع المدني)

Petite Noria -1

- إجراء الفرز الأولي
- إنشاء المركز الطبي المتقدم
- إخلاء المرضى إلى المركز الطبي المتقدم

Grande Noria -2

- إجراء فرز ثان
- إجراء الاسعاف الأولي
- التنسيق مع المستشفيات

- نقل المرضى إلى المستشفيات
- ينشئ الصليب الأحمر اللبناني أربع وحدات تتولى الرعاية خلال الطوارئ في موقع الكارثة.

1. وحدة الفرز/قيادة الحادث

- أهم مهامها يتلخص بما يلي:
- السلامة
- تحديد المناطق
- استكشاف المنطقة
- تبادل المعلومات مع غرفة العمليات
- تبادل المعلومات مع الشركاء الخارجيين
- توجيه الفرق القادمة إلى المناطق المناسبة
- توجيه المصابين بجروح الذين يستطيعون المشي نحو المنطقة الآمنة
- إجراء الإسعافات الأولية الأساسية عند الضرورة
- إعادة التقييم ومراقبة المرضى ضمن المناطق
- توجيه الفرق القادمة حسب درجة الإصابة

2. وحدة تصنيف المراحل

- أهم مهامها يتلخص بما يلي:
- تحديد مكان ركن سيارات الإسعاف التي تغادر في ما بعد من أجل إخلاء المصابين، تحديد المكان ثم التنبيه، تحديد موقع المنطقة الآمنة ثم التنبيه، تنظيم ركن السيارات، إرسال الفرق كما هو ضروري مزودة بالمعدات المناسبة.

3. وحدة المعالجة: المستشفى الميداني

- يتم إنشاؤها إذا تعدى عدد المصابين العشرة. أهم مهامها يتلخص بما يلي:
- تحديد مدخل المنطقة الآمنة ومخرجها
- تحديد مواقع مختلفة للمرضى المصنفين (الأحمر، الأخضر، الأصفر، الأسود)
- التنسيق مع وحدة إدارة الطوارئ لوضع قائمة بالمستشفيات
- تزويد كافة الفرق العاملة بالوثائق المناسبة
- توجيه الفرق إلى المستشفيات المناسبة
- التنسيق مع وحدة الفرز من أجل إخراج المرضى من منطقة الفرز إلى مناطق العلاج
- تقديم التقارير إلى المسؤول عن قيادة الحادث
- إعادة تقييم المرضى، إجراء فرز ثان

- تنظيم الحركة نحو منطقة التحميل في سيارات الاسعاف

4. وحدة النقل

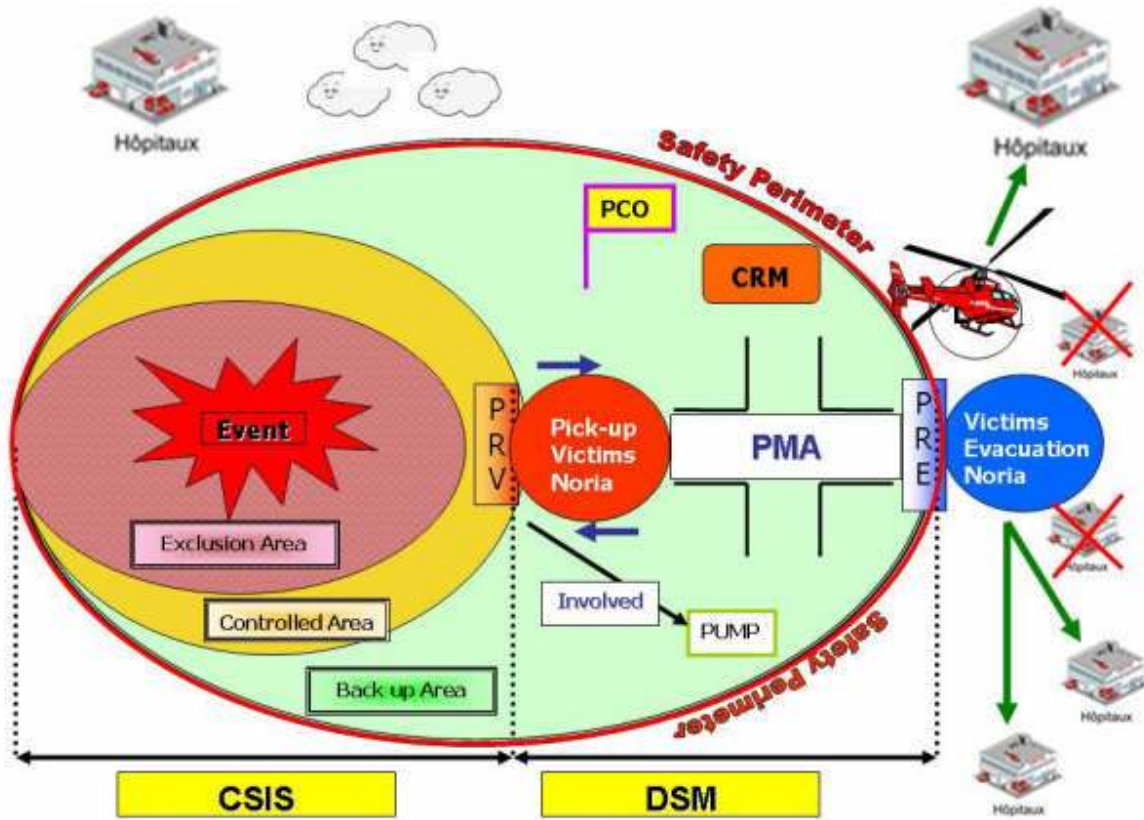
أهم مهامها يتلخص بما يلي:

توجيه حركة المرضى من الموقع نحو المستشفيات المستقبلية.

العمل مع وحدة المعالجة لإنشاء منطقة تحميل المرضى يسهل التعرف عليها وذات حجم مناسب

توزيع المرضى على المستشفيات

إصابات جماعية مهمة



تعليق تفسيري

الصليب الأحمر اللبناني	LRC
الدفاع المدني	CD
نقل الضحايا من موقع الحادث إلى المستشفى الميداني أو إلى منطقة آمنة	petite Noria
نقل الضحايا من المستشفى الميداني أو المنطقة الآمنة إلى المستشفيات	grande Noria
إنها الكلمة نفسها بالانكليزية والفرنسية ومصدرها اللغة العربية "ناعورة المياه"	Noria

PRV	نقطة تجمّع الضحايا
PMA	المستشفى الميداني أو المركز الطبي المتقدم
PUMP	الوحدة الطبية النفسية
PRE	نقطة إخلاء الضحايا
PCO	مركز قيادة العمليات بإشراف مدير العمليات
CRM	مركز جمع الوسائل
منطقة CSIS	منطقة بإشراف نائب المدير المسؤول عن عمليات الإنقاذ والإغاثة
منطقة DSM	منطقة بإشراف نائب المدير المسؤول عن الإغاثة الطبية

4.2.2. إدارة سلسلة الامداد

التعريف:

إدارة سلسلة الامداد هي أداة مستحدثة عام 1985 من أجل إدارة عمليات الجرد والمساعدة في بناء وتنسيق العلاقات والأنشطة بين الشركات و/أو المنظمات بهدف تسليم منتوجات سليمة وقيمة للمستفيدين.

هدف سلسلة الامداد هو خدمة المستفيدين من خلال تسليمهم	العوامل الرئيسية التي تساعد في إرساء سلسلة إمداد فعالة:
<ul style="list-style-type: none"> • السلع الصحيحة • بالكميات الصحيحة • بالحالة الصحيحة • في المكان الصحيح • في الوقت الصحيح • مقابل الكلفة الصحيحة 	<ul style="list-style-type: none"> • تمكين المجتمع • التنسيق • تخطيط إطار العمل • الموارد المالية • الموارد البشرية

بالنسبة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية، المكوّنات الرئيسية لسلسلة الامداد تشمل إدارة عملية الجرد، إدارة المخزون، والمبادئ التوجيهية العامة لإدارة الامداد بالإضافة إلى وضع ملصق المحتويات على الأدوية والمواد الغذائية.

1. إدارة عملية الجرد: وتتطلب بعض الخطوات:

- أ- تحديد وتطبيق الإجراءات المناسبة لجمع بيانات ومعلومات الجرد، ومعالجتها، وتبليغها وحفظها في الارشيف.
- ب - التنسيق مع الأقسام، والدوائر، والوكالات والمنظمات الأخرى ذات الصلة.
- ج- تقديم تقارير الجرد إلى رؤساء الأقسام/الدوائر بشكل منتظم (أسبوعياً، شهرياً، الخ).
- د- ضمان جودة بيانات الجرد من حيث الملاءمة والدقة.

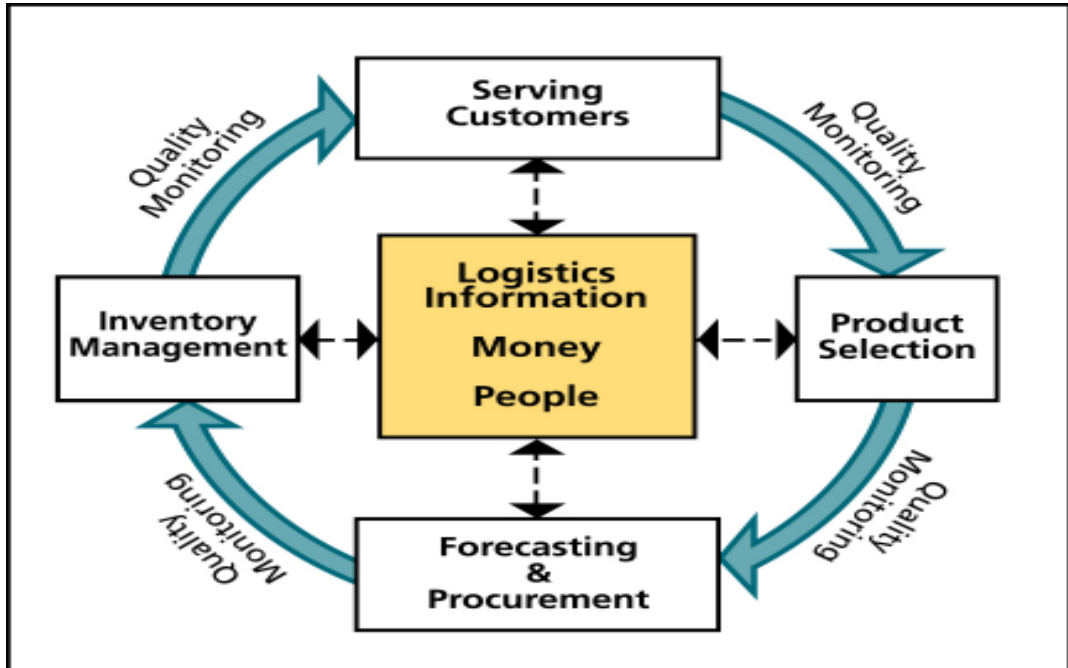
التخطيط لعملية الجرد	الإعداد لعملية الجرد	إدارة عملية الجرد
- تعيين المسؤولين في الإعداد لعملية الجرد	- تحديد الفئات الرئيسية	- إنفاذ إجراءات مراجعة الجرد (على سبيل المثال، مراجعة الخبراء، المراجعة

<p>(العامة)</p> <ul style="list-style-type: none"> - الحصول على موافقة رسمية على النتائج النهائية وتقديم التقارير ضمن الحكومات - وضع المعلومات المتعلقة بالجرد بمتناول الفاعلين والمعنيين وتلبية طلبات الحصول على المعلومات - حفظ جميع الوثائق والنتائج في الارشيف - مناقشة أمر التحسين المتواصل 	<ul style="list-style-type: none"> - اختيار الطرق وعوامل الاصدار - جمع بيانات الأنشطة - إدارة عملية إعادة الاحصاء - التوثيق 	<p>وإدارتها</p> <ul style="list-style-type: none"> - وضع جدول - تحديد عملية الموافقة الرسمية داخل الحكومة - تطوير إجراءات المراجعة - إدراج التحسين المتواصل
<p>هناك قراران مسبقان في إدارة عمليات الجرد ومهمان لاستدامة العملية كاملة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • متى يحين وقت إعادة التنظيم؟ • عندما يحين وقت إعادة التنظيم، ما حجمه؟ 		

2. إدارة المخزون

إن إدارة المخزون تتيح ببساطة إدارة ومراقبة مخزون الجردة، وذلك يتراوح من المساهمة في تحقيق تحكم كامل بالمخزون، والكميات، وحركة المخزون، إلى مضاعفة الجودة من خلال ممارسات جيدة في التخزين وتسهيل إيجاد أمكنة بعض السلع الخاصة في المخزون.

جميع الأنشطة ضمن الدائرة اللوجستية كخدمة المستفيدين واختيار المنتجات والمشتريات وإدارة عملية الجرد تعتمد على بعضها البعض. القدرة على التقييم والتوقع وتقدير الحاجات وإجراء المشتريات بكل أمان هما مهمتان في غاية الأهمية لاسيما لسلامة اللقاحات والأدوية. الأخطاء في هاتين المهمتين من شأنها أن تؤدي إلى نفاذ المخزون أو فقدان الموارد بشكل واسع، مما لا يخدم مصلحة المستفيدين كما ينبغي.



الشكل 1: الدائرة اللوجستية

لنجاح هذه الدائرة، يجب أن تكون الموارد المالية، والكفاءات التقنية والأنظمة الإدارية قائمة وجاهزة، وعلى أصحاب السلطة الاهتمام بتسيير الموارد للبرنامج.

في حالات الطوارئ التي تفرض توزيع الموارد والمؤن، يجب توفير المعلومات حول المخزون المتيسر على مستويات مختلفة من النظام وحول الاستهلاك عند نقطة تسليم الخدمات، وذلك من خلال النظام المعلوماتي بشأن الإدارة اللوجستية الذي يجب أن يديره موظفون مدربون تحت إشراف فعال.

الإحاطة بهذه الدائرة هي عملية متواصلة لمراقبة الجودة، لا لجودة المنتجات بحد ذاتها فحسب إنما لجودة المعلومات وجودة القرارات اللوجستية اليومية. أخيراً، يجب أن تتم هذه المهمة برمتها ضمن بيئة سياسية داعمة.

3. المبادئ التوجيهية العامة لإدارة الموارد

- مسؤول حكومي واحد فقط (مدير الرعاية الصحية الأولية أو طبيب القضاء) يتولى تسيير وتوجيه الطلبات لتجنب الازدواجية واللغظ.
- يجب الطلب من المانحين توفير بضعة منتجات بكميات كبيرة بهدف تبسيط عمليات النقل وتسريعها.
- يجب أن تشير الطلبات بوضوح لدرجة الأولوية، والكميات، والتركيبية (بما يتطابق مع حجم السكان المتضررين).
- عدم طلب المنتجات واللقاحات القابلة للفساد إلا إذا توفر التبريد ومرافق التداول الخاصة.

- المبادئ التوجيهية الخاصة بهبات الأدوية :

على الهبات:

- أن تستند إلى حاجات معلنة للسكان المتضررين.
- أن تُرسل شرط الموافقة المسبقة للمستلم
- أن تستند إلى قائمة الأدوية الأساسية
- أن يتم الحصول عليها من مصدر يتمتع بالجودة وبمعايير الجودة
- من حيث التركيبة والفعالية يجب أن تكون مشابهة لتلك الشائعة الاستخدام في البلد
- يجب أن تتضمن العلامة التجارية على الأقل الاسم العلمي، شكل الجرعة، القوة، الكمية في الوعاء وتاريخ الانتهاء
- بعد وصول هبات الأدوية الأجنبية، يجب أن يكون العمر التخزيني المتبقي للأدوية على الأقل سنة واحدة.

- الاستعداد لتأمين الغذاء:

يجب وضع خطة لإدارة الجوانب الغذائية خلال الطوارئ، الرضع (دون السنة) والأطفال (دون الخمس سنوات) هم المجموعات الأكثر تأثراً. إن انقطاع الرضاعة من الثدي وعدم توفر الغذاء المكمل المناسب سيضاعفان خطر سوء التغذية والمرض والوفاة.

لذا يجب الاحتفاظ بمخزون من المواد الغذائية المقبولة ثقافياً التي تضم الأرز، والسلع المعلبة، والنودل وحليب البودرة والمعلب. بموازاة ذلك، إن استكشاف الوكالات والمنظمات المانحة التي يمكنها تقديم الغذاء خلال الطوارئ والتواصل معها هما أمران بالغ الأهمية.

أخيراً وكما ذكرنا سابقاً، إن التثقيف الصحي هو خدمة تعزز قبولية واستخدام المواد الغذائية الممنوحة الملائمة للكوارث.

مبادئ عامة حول تغذية الأطفال في عمر 6-24 شهراً للذين لم يرضعوا حليب أمهاتهم

1- **كمية الغذاء المطلوبة :** لتأمين حاجة الطفل المتزايدة : 600 كيلو كالوري في عمر 6-8 أشهر ، 700 كيلو كالوري في عمر 9-11 شهراً و 900 كيلو كالوري في عمر 12-23 شهراً .

- السوائل الإضافية :

يحتاج الطفل الذي لا يرضع من أمه إلى 400 – 600 مل من السوائل يومياً (بالإضافة إلى الماء الذي يحصل عليه من الحليب والأغذية الأخرى) موزعة على النهار مع الأخذ في الاعتبار حاجة الطفل الأكبر للماء خلال الصيف.

أن وقت الأكل هي مناسبات للتعلم والحب تحدثي إلى طفلك خلال الوجبة وتبادلي نظرات الحب والحنان معه "Eye to Eye contact".

السلة الغذائية

تقديرات الاسرة من خمسة أشخاص لفترة أسبوع في حالات الطوارئ

أرز 3 كلغ، سكر 2 كلغ، شاي ½ كلغ، جبنة 2 كلغ، 6 علب تونا (كل منها 185 غ) = 1110 غ، لحم 1 كلغ، 3 لفائف سباجتي (1.5 كلغ)، نوعان من الحبوب 4 كلغ (عدس، حمص، لوبيا، بازلا)، سمن 1 كلغ، زيت 1.5 لتر، مربى 2 كلغ، حليب 1.8 كلغ.

4.2.3. التشابك مع مراكز الرعاية الصحية الأولية والمنظمات غير الحكومية

لا بدّ من تعزيز التنسيق والتعاون بين شركاء الرعاية الصحية في أنشطة الاستعداد للطوارئ ومواجهتها. فضلاً عن ذلك، بصفتها الهيئة الأساسية للرعاية الصحية، يلعب مرفق الرعاية الصحية الأولية دوراً محورياً في جمع الشركاء لمناقشة مسائل معينة تثير القلق.

وهناك حاجة واضحة لكسر الحواجز التقليدية داخل المنظمات الحكومية وبين القطاعين العام والخاص. يجب وضع خطة لضمان استمرار المهام الأساسية داخل مناطق الاستجماع للرعاية الصحية الأولية خلال حالات الطوارئ.

الحفاظ على المهام الأساسية للرعاية الصحية الأولية يتطلب:

1. تحديد المهام الأساسية
2. تفويض السلطة
3. الإخلاء
4. المرافق البديلة
5. الإعلام (الداخلي والخارجي)
6. حفظ السجلات الأساسية وقواعد البيانات
7. التنسيق مع الهيئات الأخرى
8. بناء القدرات

يمكن إتمام ذلك من خلال التنسيق بين مختلف منشآت الرعاية الصحية أكانت حكومية و/أو غير حكومية. في معظم الحالات، لا بد من موظفي الصف الأمامي مثل الأطباء ومساعدتهم بالإضافة إلى الاختصاصيين في حقل الصحة العامة الذين يقدمون مجموعة كبيرة من خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل إلى الأفراد والأسر والمجموعات، لاسيما إلى السكان السريعي التأثير. وهذا يتطلب تكوين مجموعة تخطيط لتسهيل التنسيق بين الأنشطة والفاعلين الرئيسيين بما في ذلك البلديات. يمكن أن يترأس مثل هذه المجموعة مدير الرعاية الصحية الأولية.

توصيف مهام مدير الرعاية الصحية الأولية يشمل :

- المبادرة داخل المجتمع في مهام الصحة العامة

- تسجيل وإعادة تقييم الدروس المكتسبة لتحسين الاستعداد في المستقبل
- تقييم ومراقبة الحاجات الصحية والغذائية للتمكن من تلبيتها على الفور
- تحسين عملية إصلاح وبناء قدرات القطاع الصحي من خلال التشابك
- حماية وصول المساعدات الإنسانية، عدم الانحياز وحماية الأنظمة الصحية في حالات الطوارئ.

من جهة أخرى، يجب أن يقيم مركز الرعاية الصحية الأولوية **علاقات العمل الجيدة** مع مجموعات وكيانات أخرى تعمل ضمن منطقة الاستجماع التي يغطيها المركز. لهذه الغاية الخطوات التالية قد تفيد:

- تحديد هدف مشترك.

- تعيين منسّق جيد و متمكّن من مهاراته.
 - تحديد متغيّرات المشروع للتوصل إلى توافق حول الأهداف والاستراتيجيات والخطط.
 - مناقشة الحاجات وسبل التحرك.
 - الالتزام بمبادئ توجيهية عملية.
 - حث المتطوّعين على المشاركة.
 - بناء الثقة بين الأعضاء وحل المشاكل باكراً.
 - إقامة تواصل واتصال منتظم بين الأعضاء.
 - منح الأولوية للمجموعة كاملة إذ أن كل شريك أساسي.
 - وضع بيانات واضحة للمهام يمكن تحقيقها منذ بدء المشروع.
 - تجنيد الدعم للإدارة العليا والحفاظ عليها.
 - تثقيف كافة الأعضاء بشأن مجموعة الخدمات التي يستطيع أن يقدّمها كل فريق.
 - نشر الوعي لدى الشركاء حول السياسات والبرتوكولات.
 - تبني المسؤوليات في إطار ما تمّ التوافق عليه.
 - التكيف مع التغيّرات، اعتماد المرونة والانفتاح على الإمكانات والأحداث غير المتوقعة والفرص الجديدة.
 - تقديم الحوافز المناسبة.
 - تبادل النتائج الحسّية التي تبين جهود الفريق بين الشركاء.
- أخيراً، من الجدير ذكره أن **التشابك في تكنولوجيا المعلومات** أساسي جداً ومن شأنه المساهمة في:
- إدارة الشبكة

- الحفاظ على سلامة الشبكة

- تكنولوجيا الانترنت

التدخلات المستندة إلى المجتمع: أنشطة الإيصال والتثقيف

إن التثقيف الصحي ومشاركة المجتمع خلال الأزمات قد تفيد بشكل خاص في بعض المجالات مثل:

- تحسين اكتشاف السكان للأمراض الخطيرة والاستخدام المبكر والمناسب لأُمّاح الإمهاء الفموي في معالجة الإسهال.

- تحسين السلوك العلاجي والحث على النظافة وغسل اليدين للوقاية من الإسهال.
- تحسين الاستخدام والتخزين الآمن للمياه، الإصحاح المناسب، برامج مكافحة النواقل وإدارة البيئة لتلافي الانحلال وتوالد النواقل.

إن برنامجاً فاعلاً للتثقيف الصحيوتعزيز الصحة ضمن المجتمع يجب:

- إطلاقه بالتشاور مع السلطات الصحيّة المحليّة وممثلي المجتمع
- أن يأخذ بعين الاعتبار السلوك العلاجي والمعتقدات الصحيّة للسكان
- أن يوفر المعلومات حول المشاكل الصحيّة المتوطنة الرئيسيّة، المخاطر الصحيّة الرئيسيّة، توفر الخدمات الصحيّة وموقعها، والسلوك الرامي إلى حماية وتعزيز صحة جيّدة
- أن ينشر رسائل ومواد الصحة العامة باستخدام لغة ووسائل إعلام مناسبة، على أن تكون متحسّسة للشؤون الثقافيّة.

تستطيع المجتمعات المحليّة أن:

- تساعد في جمع المعلومات حول إحصاءات الوفيات والسكان، مراقبة الأمراض السارية والاكتشاف الناشط للفاشياتوتعبئة المجتمع من أجل التحصين.
- توفير المعلومات حول المجتمعات السكانية المستضيّفة والمجتمعات النازحة أو اللاجئة بما في ذلك بنيتها الاجتماعيّة، المجموعات السريعة التأثير، أعضاء المنظمات النظاميّة، أعضاء المنظمات شبه النظاميّة مثل المدارس، والمؤسسات الروحيّة، والمنظمات الاجتماعيّة، قادة المجتمع أو المتحدثون باسمه، الشبكات الأسريّة/شبكات الأقارب، الأدوار داخل المجتمعات، العادات والممارسات.

يجب التنبّه بشكل خاص إلى ما يلي:

- التواصل الفعّال بين المجتمعات المستضيّفة، والحكومة، والوكالات وممثلي النازحين هو أمر أساسي
- وصول كافة أعضاء المجتمع بما في ذلك المجموعات السريعة التأثير إلى التداخلات الصحيّة ذات الأولويّة
- اشتراك السلطات الصحيّة المحليّة وأعضاء المجتمع في تصميم التداخلات الصحيّة ذات الأولويّة وإنفاذها
- التعاون الناشط مع القطاعات الأخرى في تصميم وإنفاذ التداخلات الصحيّة ذات الأولويّة، بما في ذلك المياه والاصحاح، الأمن الغذائي، الغذاء، المأوى والحماية

- تعبئة المتطوعين وتنظيم عملهم

لا بد من تشكيل ضمن شبكة الرعاية الصحية الأولية فرق متعددة الاختصاصات تضم الاختصاصيين والإداريين الصحيين القادرين على تطوير خطة طوارئ خاصة بهم متكيفة مع مؤسساتهم، شرط أن تكون متناسقة مع الموارد الوطنية المتوفرة وآليات التدخل للإغاثة الصحية خلال الطوارئ. يجب أن تتضمن خطة الطوارئ الخاصة بالشبكة خطة لإدارة التواصل تستند إلى اللقاءات والنقاشات والتوافق قبل كل كارثة مع كافة مراكز الطوارئ، لضمان كيفية التواصل مع المجتمعات التي تعاني من أزمة والاستجابة لها. يجب وضع خريطة لكافة المراكز الصحية وكافة مراكز الصليب الأحمر. ويجب إعداد لائحة بالأسماء، بما في ذلك عناوين وأرقام الهياكل والمؤسسات الواجب الاتصال بها خلال حالة طارئة، على أن يتم تحديثها بانتظام ونشرها لضمان الاتصال السريع وتلبية الحاجات الضرورية. يتوجب على المؤسسات تحديد نقاط تجمع للطوارئ وتوضيح وتوزيع المسؤوليات المتصلة بالطوارئ على موظفيها.

4.2.4. إدارة الموارد البشرية

تتأرجح إدارة الموارد البشرية من الاختيار الملائم إلى تأمين البيئة المناسبة التي يمكن للبشر فيها أن يكونوا فعلاً خلاقين.

متطلبات الموارد البشرية على مستوى المجتمع

نحتاج على مستوى المجتمع إلى الموارد البشرية التالية: عامل صحي مجتمعي لكل 500 – 1000 نسمة، داية واحدة كفوءة لكل 2000 نسمة، ومشرف واحد لكل عشر زائرين منزليين، ومشرف عام، في حين أن مرفقاً صحياً محيطياً يغطي عشرة آلاف نسمة تقريباً يحتاج من موظفين اثنين إلى خمسة موظفين من بينهم عامل صحي واحد مؤهل على الأقل، شرط أن يتوفر طبيب سريري واحد لكل خمسين استشارة في اليوم، وموظفان لإدارة المعالجة بالإمهاء الفموي، التضميد، التسجيل، الإدارة، الخ.

إن إدارة الموارد البشرية تفيد بعض المهام الرئيسية مثل:

1. الاختيار
2. التدريب والتطوير
3. تقييم الأداء وإدارته
4. الترقية
5. الوفرة
6. علاقات الموظفين
7. حفظ السجلات بكافة البيانات الشخصية

ينطبق ذلك على الحالات العادية والحالات الطارئة على حد سواء. إلا أن نجاح الاستجابة للطوارئ يعتمد اعتماداً شديداً على وجود النوع الصحيح من الموظفين الكفؤين الذين يعملون في بيئة الطوارئ في الوقت المناسب. من جهة أخرى، وعلماً أن حالات الطوارئ تولّد عدداً كبيراً من الإصابات، يلحظ نظامنا الحالي للرعاية الصحية قلة من الموارد الإضافية لتدبير هذه الإصابات. لذا يجب لحظ خطط "قدرات تمدّد" لتلبية عدد كبير من المستفيدين.

التخطيط للتمدّد يجب أن :

- يتيح تفعيل مستويات عديدة من القدرة انطلاقاً من مستوى الرعاية الصحية الأولية إلى المستويات العليا.

- يكون قابلاً للتوسع ومرناً لمواجهة الأنواع العديدة من تسلسل الكوارث.

إن أنظمة إدارة الحوادث وإجراءات التخطيط التعاوني ستسهل الاستخدام الأقصى للموارد المتوفرة. إلا أن الموارد المحدودة قد تتطلب إنفاذ استراتيجيات الفرز.

في الماضي، كان توفر خطة مكتوبة هو السبيل الوحيد لقياس المواجهة للكوارث. أما الآن فننشد تخطيطاً مسبقاً للكوارث يتضمن أيضاً للمناطق الرمادية للمسؤولية وتحديد المهام والموارد والاجراءات غير العادية أو الاستثنائية.

مواجهة الكوارث تتحسن من خلال توقع المشاكل المحتملة وحلها. وهي مهمة لا تنتهي أبداً.

الملاحق

الملحق 1

قائمة الأمراض الواجب التبليغ عنها

1. الأمراض الواجب التبليغ عنها فوراً:

- الشلل الرخو الحاد Acute Flaccid Paralysis مثل: Poliomyelitis, Guillain Barre, Myelitis, Neuritis ...
- أنفلونزا الطيور Avian Influenza
- الكوليرا Cholera
- كروتسفيلد جاكوب Creutzfeldt-Jacob Disease
- الخانوق Diphtheria
- التسمم الغذائي Food Poisoning
- الحميات النزفية Hemorrhagic Fevers مثل: Ebola-Marburg, Dengue, Crimean Congo HF
- الملاريا Malaria
- الحصبة Measles
- التهاب السحايا (All Agents) Meningitis
- الكزاز الوليدي Neonatal Tetanus
- الطاعون Plague
- الكلب - السعار Rabies
- الحصبة الألمانية Rubella Congenital Rubella Syndrome
- حمى التيفوس Typhus
- الانفلونزا influenza
- الحمى الصفراء Yellow Fever

2. الأمراض الواجب التبليغ عنها أسبوعياً:

- بلهارسيا Bilharzia
- الحمى المالطية Brucellosis
- الزحار Dysentery
- السيلان Gonorrhea
- التهاب الكبد الفيروسي (A, B, C, D, E) Hepatitis
- Human T-Cell Lymphotropic Virus type 1 - HTLV1
- الكيسيات المائية Hydatid Cyst
- داء الليشمانيات Leishmaniasis
- الجذام Leprosy
- أبو كعب Mumps
- الديدان المعوية Parasitic Worms

- Pertussis الشاهوق
- Syphilis السفلس
- Tetanus الكزاز
- Trichinosis التريشينوز
- Tuberculosis السل
- Typhoid & Para Typhoid الحميات التيفية
- HIV السيدا

الملحق 2

قائمة خدمات الرعاية الصحية الأولية

1. إدارة الأمراض الشائعة بما فيها الأمراض المزمنة وغير المزمنة والمتوطنة.
2. الرعاية الصحية للأطفال، بما في ذلك الرعاية الجيدة للرضع، النمو، التغذية، اللقاح، وإدارة أمراض الطفولة الشائعة.
3. الرعاية الصحية الانجابية، بجوانبها السريرية (الأمومة المأمونة، تنظيم الخصوبة، إدارة الأمراض المنقولة جنسياً، الاكتشاف للأمراض الخبيثة ، الخ) والنفسية الاجتماعية (المساواة بين الجنسين، تمكين المرأة، الخ).
4. صحة الأسنان، مع التركيز بشكل خاص على الرعاية الوقائية للأطفال.
5. الرعاية النفسية الأساسية
6. الرعاية الصحية الأساسية للمعوقين.
7. الرعاية الصحية الأساسية للشيوخ.
8. الرعاية الصحية في المدارس.
9. خدمات الطوارئ الأساسية.
10. الرعاية الصحية التمرضية في المنزل.
11. الأدوية الأساسية بما فيها اللقاحات.
12. خدمات التشخيص الأولي، وقد يضم التخطيط الصوتي، المختبر، التصوير الشعاعي، تخطيط كهربية القلب، الخ.
13. التنقيف الصحي.
14. المشورة.
15. خدمات الإحالة.

الملحق 3

تأمين التغذية القسوى للرضع وللأطفال الصغار السن خلال الأزمات في لبنان
إعلان مشترك
وزارة الصحة العامة، وزارة الشؤون الاجتماعية، منظمة الصحة العالمية،
يونسف، برنامج التغذية العالمي، وصندوق الأمم المتحدة للسكان

خلال الأزمات تتعدو بشكل عام معدلات التأمير الضو الوقيتين الرضعو الأطفال الصغار السن أعلى مما هي عليه ضمن أية مجموعة أخرى
الأطفال دون الخامسة سسنيين من العمر هم الأكثر تأثراً بضعف توفر الغذاء الملائم والماء نظراً للحاجات الغذائية الضرورية لنموهم
مولصياتهم
الوسيلة الأساسية لتفادي سوء التغذية بين الرضع والأطفال الصغار السن تكمن في تأمين التغذية والعناية القسويين لهم.

لا حاجة عادة لأغذية أو مشروب آخر غير حليب الأم، حتى الماء، من أجل تلبية الحاجات الغذائية للرضع
خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم. بعد هذه الفترة، يجب أن يبدأ الرضعتناول الأطعمة المكملّة المناسبة
والأمنة، بالإضافة إلى حليب الأم، بهدف تلبية حاجاتهم الغذائية المتغيرة
يوفر حليباً آمناً وقاية قيمة ضد العدوى ونتائجها، وهذا أمر تزداد أهميته ضمن البيئات التي تعاني من موارد مياها غير ملائمة ونظام
تصريف صحي سيء.

توصيات

1- الرضاعة الطبيعية

المنطلق

إن حمايتهم تشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية، لا سيما الرضاعة الطبيعية الحصرية، على السواء في الأوضاع
الطبيعية وبالأخص خلال الأزمات، هي ذات أهمية للأسباب التالية:

- إن خطر الإصابة بالأمراض أعلى، لذا فإن الرضاعة الطبيعية الحصرية تصبح أكثر أهمية كتدبير وقائي.
- يجب حماية الرضاعة الطبيعية والحث عليها وبخاصة خلال الأزمات التي قد توقفت الرضاعة الطبيعية بشكل مؤقت أو جعلت
من الصعب تحقيقها نظراً للقلق وانعدام الخصوصية وللاكتظاظ بالناس.
- إن الأغذية البديلة عن حليب الأم تشكل خطراً للجهة بزيادة الأمر الضو الوقيات أفضل الأوضاع. فحيثما تكون الأوضاع
الصحية رديئة، وينعدم الوصول إلى المياه النظيفة وتكون موارد البدائل غير ثابتة، يصبح الاستعداد أكثر خطورة.

بالتالي،

لحماية الرضاعة الطبيعية، يتوجب الآتي:

- تشجيع الأمهات ودعمهن على مواصلة الرضاعة الطبيعية.

- خلال الأزمات، توفير "الملاجئ الآمنة" للنساء الحوامل والأمهات اللواتي يرضعن أطفالهن بهدف المساعدة على تخفيف القلق، وتوفير لهن الحصة الغذائية الخاصة بالمياه والأطعمة المكملية، وتقديم الدعم لمعاودة الرضاعة عند الضرورة.
- إيجاد، ضمن المجموعات السكانية، النساء المرضعات الراغبات في إرضاع الأيتام أو الأطفال غير المصحوبين بذويهم، في حال كان هذا الأمر مطابقاً لأعراف.

لمعاودة الرضاعة الطبيعية، يتوجب الآتي:

- مساعدة الأمهات على العودة إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية، بزيادة تواتر الإرضاع عند الثدي.
- العودة إلى الرضاعة الطبيعية
- إنالد عمل معاودة الرضاعة يشمل زيادة تواتر الإرضاع عند الثدي وتوفير الأطعمة البديلة فقط بعد رضاعة طبيعية كاملة.

التغذية البديلة (في الأوضاع الاستثنائية):

هناك بعض الحالات التي تكون فيها الرضاعة الطبيعية غير ممكنة أو هي تشمل الآتي:

- الأيتام الذين فقدوا أمهاتهم حيث لا استعانة بالنساء المرضعات أمر غير ممكن أو غير مطابق لأعراف.
- الأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة أو أمراض معدية.
- الأمهات اللواتي لا يجدن الرضاعة الطبيعية.
- عندما تكون الأمهات قد أو قفن الرضاعة الطبيعية لبعض الوقت وقد فشلت جهود معاودة الرضاعة.

في حالات التغذية البديلة،

- لا يجب أن يحصل توزيع عام للبدائل عنليبيا الأم
- البداةليبيا الأم أو غير هامة أنواع الحليب المجفف لا يمكن أن تتشكل بآلية جزءاً من عملية توزيع عام
- يجب استخدامهما فقط عند استحالة الرضاعة الطبيعية
- يجب على وجه الخصوص إجراء تقييم دقيق لعدد الرضع الذين هم بحاجة إلى البداةليبيا الأم بهدف تأمين موارد ملائمة ونافذة.
- يجب توفير بدائل عنليبيا الأم (ذات قيمة غذائية ملائمة) طالما أن الرضع المعنيين لا يزالون بحاجة إليها.
- يجب أن يتطابق المنتج مع المعايير المعنية من Codex Alimentarius
- وأن يحل فقط لصاقتو سيمعامة تضم كافة شروط التوسيم التي ينص عليها القانون والدول لتسويق البداةليبيا الأم.
- يجب أن يكون الأشخاص المسؤولون عن التغذية بالبداةليبيا الأم على دراية كاملة بمزودين بمنتجات ملأمة الإعدادوا لاستخدامها لا مئيلة البداةل.
- إن تغذية أقلية من الأطفال بالبداةليبيا الأم لا يجب أن يتدخل أي شكل من أشكال الحماية أو تحفيز الرضاعة الطبيعية بالنسبة إلى الأكثرية.
- يجب أن يتبع استخدام مناجات الإرضاع والحلمات الاصطناعية في الأماكن التي تشهد أزمات.

2- الأطعمة المكملية

المنطلق

لتلبية الحاجات الغذائية المتغيرة للرضع في السنتين الأولى، يجب أن يبدأ أو تُكَبِّتَ تناول الأطعمة u1575 الكاملة بالإضافة إلى حليب الأم. يجب إعداد هذه الأطعمة مع مراعاة تعليمات سلامة الغذاء انطلاقاً من الأطعمة المتوفرة محلياً والغنية بالطاقة والفيتامينات والمعادن.

خلال الأزل، ما تعدّ لا يسهل الوصول إلى الأطعمة أو المرافق الملائمة لإعداد الطعام وقد يصعب إعداد الأطعمة اللينة شبيهة الصلبة. إن النظر في البيئة قد تدرّجاً لإعداد التناول لا مَنِيْلًا لأطعمة. وقد لا تتوفر المكونات التقليدية التي تستخدم عادة في إعداد الأطعمة الكاملة. فضلاً عن ذلك، إن المساعدة من المواد الغذائية الأساسية كالحبوب والبقوليات التي يتعدّ لتلبية احتياجاتها الغذائية للأطفال الصغار السن. إن الأطعمة المدعمة بالمغذيات المركبة، أو البروتينات الحيوانية (اللحوم والدجاج والسمك والبيض)، أو الإضافات الغذائية يجب أن تُؤخذ بالحسبان. ويجب أن تُمتنع هذه الأطعمة عند إعداد بتركيبة ثلاثية المارضع.

يجب تفضيل الاعتماد على الأطعمة التجارية. فيظروفاً لأز مات/ ما بعد النزاعات، قد تكون الموارد غير موثوقة حيث أن المساعدة الغذائية تتلّشى تدريجياً، لا يعود بإمكان السكان المحليين شراء المنتجات المصنّعة الباهظة الثمن.

خلاصة

- يحتاج الرضع ما فوق السنتين أشهر إلى أطعمة معدة فيظروفاً لأز مات/ ما بعد النزاعات، قد تكون الموارد غير موثوقة حيث أن المساعدة الغذائية تتلّشى تدريجياً، لا يعود بإمكان السكان المحليين شراء المنتجات المصنّعة الباهظة الثمن.
- حليب الأم على المستوى الغذائي.
- يحتاج موفرو الرعاية إلى وصولاً من غير منقطع للمكونات الملائمة التي يمكن بواسطتها إعداد إعطاء الأطعمة الغذائية بالمغذيات للرضع ما فوق السنتين أشهر وللأطفال الصغار السن.
- يتوجب على كافة الوكالات تشجيع استخدام المنتجات المحلية المعدة بشكل ملائم للرضع ما فوق السنتين أشهر بدلاً من خلع اعتماد على المنتجات الغذائية الكاملة المصنّعة المتخصصة الباهظة الثمن.

الملحق 4

أداة تقييم سريع للمرافق الصحية: مثال لبنان

اضطلعت منظمة الصحة العالمية مع وزارة الصحة العامة بتقييم لمتاحيّة خدمة الأزمات في لبنان يغطي كافة المرافق الصحيّة في لبنان. وقد أعدّ التقييم خبراء محليّون في الصحة العامة ومستشارون دوليّون لحالات الطوارئ ضمن الأنظمة الصحيّة. تمّ وضع إعلانات في الجامعات المحليّة وتوظيف متطوعين للمساعدة في جمع المعلومات وإدخالها. أما النشر فقد تمّ بواسطة منظمة الصحة العالمية ووكالات وزارة الصحة العامة وموقع الانترنت لمنظمة الصحة العالمية.

الأهداف الخاصة هي تقييم ما يلي:

- الضرر المادي المتصل بالقدرة على توفير الخدمات للسكان المتضررين بالنزاع
- توقّر الموارد

- الموارد المادية: الطاقة ومصادر المياه، أضرار البنية المادية، الوضع الوظيفي للوحدات
- الموارد البشرية: الموظفون الطبيون، وموظفو الدعم المتوفرون على مستوى المرفق الصحي
- الأدوية، المواد المستهلكة والموارد الطبية

- الوصول إلى المرفق: أوضاع الطرقات وإمكانات الوصول، وسائل النقل.
- توفر الخدمات: الرعاية التوليدية والجراحية في حالات الطوارئ، رعاية الأم والأطفال، التلقيح، والاستشارة العامة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

النتيجة المتوقعة تشمل :

- بيانات محدّثة لقدرة المرفق الصحي
- بيانات أساسية مستخدمة في مراقبة التدخلات من أجل إعادة تفعيل نظام الرعاية الصحية
- بيانات مماثلة لبيانات المرافق الصحية لوزارة الصحة العامة قبل الأعمال العدائية
- وثائق حية كأساس لتقييم عادي إضافي ضمن النطاق نفسه.

الملحق 5

التغذية في حالات الطوارئ

القياسات الانتروبومترية المستخدمة في حالات الطوارئ تشمل الوزن والطول والسن. فضلاً عن ذلك يستخدم محيط الذراع الأعلى (MUAC) وهو مقياس بالسنتيمتر للعضل والدهن اللذين يتأثران جداً بنقصان أو زيادة في الوزن، كما تستخدم نسبة احتباس غير طبيعي لسوائل الجسد في الأنسجة (œdema). يتم تشخيص احتباس سوائل الجسم في الأنسجة بسبب سوء التغذية عند وجود تورم على رجلي و/أو قدمي طفل. عند البالغين هناك حاجة لتدقيق سريري وربما كيميائي مخبري.

بعض المؤشرات الانتروبومترية تشمل الوزن مقابل الطول وهو يعكس فقدان الوزن أو زيادة الوزن ويفيد عندما يكون السن غير معروف وهو المؤشر المستخدم لقياس سوء التغذية القائمة أو "الحادة". انخفاض الوزن مقابل الطول يُدعى "الهزال". الطول مقابل السن يعكس النمو الهيكلي أو التاريخ التغذوي وهو المؤشر المستخدم لقياس "سوء التغذية المزمنة". وهو يتطلب معرفة تاريخ ولادة الطفل بالتحديد. إنخفاض الطول مقابل السن يُعرف "بالنقرم"، في حين أن الوزن مقابل السن هو مؤشر مركب يعكس النقرم أو الهزال أو الاثنين معاً. الوزن مقابل السن لن يفرق بين طفلين من نفس السن لهما الوزن نفسه، أحدهما طويل إنما هزيل وثانيهما قزم إنما غير هزيل، وهو يستخدم في مراقبة النمو. انخفاض الوزن مقابل السن يترجم "بقصور النمو".

منسب كتلة الجسم (Body Mass Index) هو مؤشر بسيط للوزن مقابل الطول يستخدم لتصنيف نقص الوزن أو زيادة الوزن والسمنة لدى البالغين. وهو يعرف بأنه الوزن بالكيلوغرام مقسوم بمربع الطول بالامتار (kg/m^2). توزع منسب لكتلة الجسم بين السكان البالغين في العالم يصنف حدة سوء التغذية في المجتمع بالاستناد إلى انتشار الهزال وحرز لمتوسط الوزن مقابل الطول، للأطفال دون الخامسة من العمر.

الاستهلاك الملائم للمغذيات الزهيدة المقدار ممكن من خلال الطعام المغني أو الطازج. يجب ان يكون الطعام متنوعاً، ذا قيمة غذائية مناسبة، شائع الاستخدام، آمناً للاستهلاك البشري ومقبولاً من الأطفال والمجموعات السريعة التأثير. يجب استخدام الموارد المتوفرة على أن تكون اقتصادية من حيث متطلبات الوقود، ووقت الإعداد والهدر. يجب تقادي تدهور وضع المغذيات الزهيدة المقدار للسكان.

تمّ تسليط الضوء على أربعة اضطرابات عوز المغذيات الزهيدة المقدار (micronutrients)، البثع (الفيتامين C)، البلاغرة (النياسين)، بري بري (الثيامين) والريبوفلافين على أنها حالات العوز الأكثر شيوعاً الناجمة عن الوصول غير المناسب إلى المغذيات الزهيدة المقدار بين السكان الذين يعتمدون على المساعدات الغذائية والتي يمكن تفاديها عادة خلال الكوارث. الاستثناءات هي جفاف الملحمة (الفيتامين A) والذراق (اليود) التي تتوفر لها معايير استكشاف واضحة "ملائمة على الأرض". ويمكن التعامل أيضاً مع هذا العوز من خلال تدخلات على مستوى السكان، على سبيل المثال التزويد بجرعة عالية من الفيتامين A للأطفال وللنساء بعد الولادة ويودنة الملح وحملات إثارة الوعي لدى الجمهور.

معدلات الرضاعة الحصرية من الثدي منخفضة عادة لذا فمن الضروري تعزيزها ودعمها لا سيما عندما تنقطع الممارسات الصحية والرعاية ويصبح خطر العدوى مرتفعاً. هناك حالات استثنائية حيث لا يمكن إرضاع الرضيع حصرياً من الثدي (مثلاً في حال وفاة الام أو أن الرضيع يتغذى اصطناعياً بشكل حصري). في هذه الحالات يجب استخدام كميات ملائمة من بدائل حليب الام، وفقاً لمعايير مدونة الأغذية ويجب تشجيع استكمال الارضاع إن كان ذلك ممكناً.

بدائل حليب الام خطيرة نظراً لصعوبات الإعداد الآمن. لا يجب استخدام قارورات الإطعام أبداً إذ أنها غير صحية. يجب تدريب الاختصاصيين على تأمين الحماية اللازمة، تعزيز ودعم الرضاعة من الثدي بما في ذلك استكمال الارضاع. في حال توزيع حليب الرضع، سيحتاج مقدّمو الرعاية النصح والدعم بشأن استخدامه الآمن. يجب أن يتوافق الاستيراد والتوزيع مع القانون العالمي لتسويق بدائل الحليب وقرارات منظمة الصحة العالمية ذات الصلة.

يجب أن تتضمن الحصّة الغذائيّة الكربوهيدرات (السكّريّات) المتوفّر في مقدار 400 غرام من الوزن الجاف من الحبوب والأرز والقطانيات الشائعة، اللحم ومنتجات الأسماك واللحوم والدجاج، والدهون مثل الزيت. لتوفير اللحوم المطبوخة أو الجاهزة بكميّات كبيرة للمجموعة المستهدفة يجب أن تأخذ بعين الاعتبار المجموعة المستهدفة، السلع، ماكينات وأدوات الطبخ، الموظفين، الوقود، التوزيع، الكلفة، الاطار الزمني والنظام الإداري. يمكن أن يتولّى التوزيع اليومي أو الأسبوعي أو الشهري عدد من الفاعلين بما في ذلك الحكومة المحليّة، والقادة التقليديون، والمجموعات أو اللجان الجديدة، الأسر والأفراد.

يمكن إحصاء عدد الطباخين ونقاط الطبخ الضرورية كما في المثال التالي

- عدد المستفيدين 1200 شخص
- عدد وجبات الطعام في اليوم وجبة واحدة يومياً للشخص الواحد
- عدد الوجبات التي يعدها طبّاخ واحد في الساعة 100 وجبة في الساعة
- العدد المطلوب من ساعات/طباخ $1200/100 = 12$ ساعة
- الوقت المتوفر للإعداد 6 ساعات
- عدد نقاط الطبخ المطلوبة $6/12 = 2$ نقطة طبخ
- العدد المطلوب من الطباخين $2 + 2$ (لأوقات الراحة) = 4 طباخين

يجب أن تزود كل نقطة طبخ بطقم كامل من الأدوات. لإعداد الطعام بكميات كبيرة يتطلب قدوراً كبيرة، من الممكن أن تستخدم براميل سعتها 200 لتر تعمل بالوقود. على الأقل أربعة أو خمسة قدور سعتها 100 لتر ضرورية للمثال التالي:

- كمية الطعام الجاف للشخص في اليوم 100 غرام
- حجم الحصّة الواحدة بعد الطبخ 400 مللتر = 0.45 لتر
- عدد الأشخاص الذين يتم إطعامهم خلال وجبة 1000
- الحجم الكلي الواجب إعداده لكل وجبة 1000×0.45 لتر = 450 لتر

خلال الأزمة اللبنانية نصّت أهداف المعونات التغذوية والغذائية وفقاً للنداء العاجل اللبناني في شهر تموز/يوليو 2006 على ما يلي:

- تلبية الحاجات الغذائية الفورية للنازحين المتأثرين بالنزاع
- ضمان الوصول إلى الطعام للسكان المعزولين بسبب النزاع وللأسر المستضيفة التي تدعم النازحين داخلياً لتجنّب أي تأثيرات غذائيّة سلبية محتملة
- تقليص تدهور الأسواق الغذائية المحليّة

الملحق 6

الاستجابة لطوارئ البيئة

هناك أنواع مختلفة من الكوارث التي تؤثر في جودة المياه بطرق مختلفة. عندما ينزح السكان بسبب النزاع والكوارث الطبيعية، ينتقلون إلى مناطق تكون فيها مصادر المياه غير المحمية ملوثة. عندما تكون الكثافة السكانية مرتفعة والاصحاح غير ملائم، تكون مصادر المياه غير المحمية داخل وحول موقع السكن المؤقت معرضة للتلوث. إن جودة موارد مياه الشرب في المدن معرضة بشكل خاص للمخاطر بعد الزلازل، وانجراف التربة وغيرها من الكوارث التي تلحق الأضرار بالبنى. وقد تتضرر معدات معالجة المياه، مسببة توزيع المياه غير المعالجة أو المعالجة جزئياً، وقد تتعرض المجاري وأنابيب نقل المياه للتفكك مما يسبب تلوث مياه الشرب في نظام التوزيع. قد تلوث الفيضانات الآبار والثقب الأنبوبية ومصادر المياه السطحية بالأوساخ البرازية المتدفقة على سطح الأرض أو من المراحيض والمجاري. خلال الجفاف قد يضطر السكان لاستخدام موارد المياه غير المحمية عندما تنضب المصادر العادية. وبما أن عدداً أكبر من الناس والحيوانات يستخدم عدداً أقل من مصادر المياه، يزداد خطر التلوث.

اختيار الموقع

المعيار 1: المعايير الدنيا للمشروع

إن الشروط الطبوغرافية مناسبة لاستضافة عدد الأشخاص المعنيين خلال الوقت اللازم.

المؤشرات الرئيسية

- المياه تكفي للطبخ المنزلي، والنظافة والاصحاح.
- تصريف مياه الاصحاح والمياه السطحية: لا يجب أن يقل المدروج عن 2% لتصريف المطر الجاري على سطح الأرض، ولكن لا يجب أن يتجاوز 6% لتجنب انحلال التربة.
- لا يقل ارتفاع الموقع عن ثلاثة أمتار فوق مستوى المياه المتوقع خلال فصل الأمطار.
- نوع التربة يسمح بالحفر ودخول المياه.
- الارتفاع بالنسبة إلى خط العرض صحيح: حرارة النهار والليل تناسب المأوى المتوفر والملابس.
- النباتات: هناك العشب والأشجار الخفيفة والأشجار للفيء ولتجنب انحلال التربة.
- الموقع هو على بُعد 10 كلم على الأقل من المناطق الحساسة أو المحمية.
- وصول الشاحنات الثقيلة إلى الموقع هو أقل من 5 كلم من أي طريق. تستطيع الشاحنات الخفيفة الرباعية الدفع الدخول إلى مواقع التوزيع.
- الموقع بالقرب من المرافق الاجتماعية والاقتصادية القائمة إن أمكن.
- الحق بالأرض والحق باستخدامها ثابتان قبل شغلها.

- الحق بالمياه والحق باستخدام موارد طبيعية أخرى مثل الخشب والحجارة والرمل يحققان فوراً بعد اختيار الموقع أو في الوقت نفسه.

موارد المياه

- السكان القاطنون في الموقع لا يتجاوز عددهم قدرات التزويد بالمياه المتوفرة
- موقع المأوى والمراحيض يسمح بتجنب تلويث مصادر المياه
- المساحة متوفرة لنقاط المياه في المناطق التي تتيح تصريف مياه الصرف ولا يشكل فيها التلوث خطراً شديداً
- المساحة متوفرة لإمدادات الأنابيب
- يمكن توفير الموارد للمناطق المخصصة للموقع بشكل اقتصادي

التخلص من المفرغات

- تتوفر بالقرب من المأوى أرض لإقامة الحمّامات فيها. الأرض كافية لإنشاء المراحيض على الأقل على بُعد ستة أمتار من المأوى وبعيداً عن نقاط المياه لتجنب التلوث.
- في المواقع حيث تتنوع التربة والطبوغرافيا، تكون الأرض المتوفرة للمراحيض ملائمة.
- تتيح الأرض توفر تدابير التخلص من المفرغات مثل المراحيض والتصريف بعيداً عن الموقع مما يقلص من مخاطر تلويث البيئة المحيطة بالموقع.
- الوصول ممكن إلى المراحيض والصهاريج الإنتانية بهدف التفريغ.

إدارة الفضلات الصلبة

- النقاط الرئيسية المنتجة للفضلات مثل الأسواق والمرافق الصحية تتركز في أماكن تسهل تدبير النفايات وتقلص من مخاطر تلويث الموقع
- تتوفر في الموقع أو بعيداً من الموقع مساحة مناسبة للتخلص نهائياً من الفضلات الصلبة موقعها لا يسبب أي إزعاج أو خطر صحي بالنسبة إلى المجتمع المتضرر أو السكان المحليين
- الوصول إلى نقاط جمع الفضلات الصلبة ممكن باستخدام الوسائل المناسبة مثل عجلة اليد، عربة اليد، العربة التي يجرها حيوان والشاحنة.

مكافحة النواقل

- إن مناطق السكن أبعد ما يمكن عن مواقع توالد النواقل الموسمية أو الدائمة لتخفيض تعرّض السكان إلى مستوى مقبول
- إن المساحة المخصصة للسكن كافية لإبقاء الأمراض التي تحملها النواقل المتصلة بالاحتفاظ عند مستوى مقبول

موارد المياه – المعيار الأول

الوصول إلى المياه وكميتها

- لكافة السكان إمكانية الوصول الآمن إلى كمية كافية من المياه للشرب والطبخ والنظافة الشخصية والمنزلية. نقاط المياه العمومية قريبة من المأوى بحيث أنها تتيح استخدام أقل ما يمكن من المياه

المؤشرات الرئيسية

- يتم جمع على الأقل 15 لتر من المياه يومياً للشخص الواحد
- التدفق عند كل نقطة تجمع للمياه هو على الأقل 0.125 لتر بالثانية
- تتوفر على الأقل نقطة مياه واحدة لكل 250 شخصاً
- المسافة القصوى بين أي مأوى وأقرب نقطة مياه هي 500 متر

موارد المياه – المعيار الثاني

جودة المياه

- المياه عند نقطة التجمع لذیذة المذاق وجودتها كافية تتيح الشرب والاستخدام للنظافة الشخصية والمنزلية دون التسبب بأخطار شديدة على الصحة بسبب الأمراض التي تنقلها المياه أو التلوث الكيميائي والاشعاعي في الاستخدام القصير

المؤشرات الرئيسية

- لا يتعدى عدد القولونيات البرازية العشرة عند نقطة الاستلام بالنسبة إلى الموارد غير المعقمة
- يشير المسح الصحي إلى خطر ضعيف للتلوث البرازي
- بالنسبة لموارد المياه في الأنابيب التي تغطي حاجات عشرة آلاف نسمة، أو لجميع موارد المياه المعرضة للخطر أو عند وجود الإسهال الوبائي، تعالج المياه بمعقم فائض وفقاً لمستوى مقبول (على سبيل المثال، الكلور الحر المتبقي في الحنفية يشكل 0.2 – 0.5 ملغ/لتر والعكر يقل عن 5NTU).
- الأجسام الصلبة الذوابة لا تتعدى 1000 ملغ/لتر (الموصلية الكهربائية تقريباً 2000 ميكرو/سم لقياس بسيط للمجال) والمياه طيبة المذاق بالنسبة للمستخدم.
- عدم اكتشاف تأثير صحي سلبي مهم بسبب التلوث الكيميائي أو الإشعاعي ناجم عن الاستخدام القصير الأمد أو من مدة الاستخدام المخططة لمصدر المياه (بما في ذلك مخلفات المواد الكيميائية المستخدمة في معالجة المياه) ولا يشير التقييم إلى أي احتمال ممكن لهذا التأثير.

موارد المياه – المعيار الثالث

مرافق استخدام المياه

للسكان مرافق وموارد ملائمة لجمع وتخزين واستخدام كميات كافية من المياه للشرب والطبخ والنظافة الشخصية، ولضمان بقاء مياه الشرب سليمة حتى استهلاكها.

مناولة المياه

المؤشرات الرئيسية

- لكل أسرة وعاءان لجمع المياه سعتها 10 – 20 لتراً، بالإضافة إلى أوعية لتخزين المياه سعتها 20 لتراً. لأوعية جمع المياه وتخزينها عنق و/أو غطاء ضيق
- يتوفر 250 gm من الصابون لكل شخص يومياً
- بالنسبة إلى مرافق الاستحمام، تتوفر حجيرات كافية تتيح الاستحمام بوتيرة مقبولة وفي وقت مقبول، مع توفر حجيرات منفصلة للنساء وللرجال
- بالنسبة إلى مرافق غسل الملابس، يتوفر حوض غسيل لكل مئة شخص، كما تتوفر أماكن خاصة لغسل الملابس تستخدمها النساء لغسل ملابسهن الداخلية والقوط الصحية

التخلص من المفرغات

التخلص الصحيح من المفرغات البشرية يشكل الحاجز الأول لردع الأمراض المتصلة بالمفرغات ويساعد في تقليل انتقال الأمراض من خلال الطرق المباشرة وغير المباشرة.

الهدف من المراحل خلال الطوارئ

- الاحتواء الآمن للفضلات البشرية التي تشكل وسيلة الانتقال الرئيسية للأمراض السارية

المؤشرات الرئيسية

- 20 شخصاً للمرحاض كحد أقصى
- استخدام المرحاض يُنظم وفقاً للأسرة و/أو للفصل بين الجنسين
- لا تتعدى المسافة بين المرحاض والمأوى 50 متراً أو لا تتعدى ما يعادل دقيقة واحدة سيراً على القدمين
- المرحاض المستقلة للنساء والرجال متوفرة في الأماكن العامة (الأسواق، مراكز التوزيع، المراكز الصحية، الخ)
- يستخدم تصميم ومواصفات بناء سليمة تقنياً حائزة على موافقة المستخدمين المستهدفين لكافة أشكال الأسر والحمامات العمومية
- آليات التنظيف والصيانة للعموم قائمة وتعمل بشكل صحيح

- يتم تصميم المراحيض وبنائها وتعيين مواقعها لتؤمّن مرافق سليمة وصحية
- المراحيض وحفر التشريب في معظم التربة بعيدة على الأقل ثلاثون متراً من أي مصدر مياه جوفية وأسفل كل مرحاض يرتفع 1.5 متر على الأقل فوق مستوى المياه
- يزود الأشخاص بالأدوات والمواد لبناء وصيانة وتنظيف حماماتهم الخاصة إن أمكن

شروط المراحيض الجيدة لحالات الطوارئ

- سريعة وسهلة البناء
- مقبولة بالنسبة إلى المجموعة المستهدفة
- تستخدم المواد والمهارات المحلية
- تتكيف مع مختلف المواقع والأوضاع
- ذات كلفة منخفضة في التشغيل والصيانة

تدبير الفضلات الصلبة

إن لم يتم التخلص من الفضلات الصلبة العضوية تكمن عندئذ الأخطار الرئيسية في تكاثر الجرذان والذباب وتلوث المياه السطحية.

تدبير الفضلات الصلبة – المعيار الأول

جمع الفضلات الصلبة والتخلص منها
(2008 Sphere, Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster response)

المؤشرات الرئيسية

- النفايات المنزلية تُزال من أماكن السكن أو تدفن في الموقع قبل أن تشكل خطراً أو خطراً صحياً
- ما من فضلات طبية ملوثة أو خطيرة (الإبر، الكؤوس، الضمادات، الأدوية، إلخ) في أي وقت في مكان الإقامة والأماكن العمومية
- تتوفر محرقة جيدة التصميم والبناء والتشغيل مزودة بحفرة عميقة للرماد ضمن حدود المرفق الصحي
- تتوفر حفر أو براميل للنفايات أو أماكن خاصة للنفايات في الأسواق ومناطق ذبح الماشية مع نظام جمع يومي
- التخلص نهائياً من الفضلات الصلبة يجري في مكان وبطريقة يسمحان بتجنب إثارة المشاكل الصحية والبيئية

- لا يبعد أي مسكن أكثر من خمسة عشر متراً عن مستوعب للنفايات أو مستوعب للفضلات المنزلية، أو مئة متر عن مستوعب للنفايات تابع للمجتمع
- يتوفر مستوعب للنفايات سعته مئة لتر لك لعشر أسر، حيث لا يتم دفن النفايات المنزلية في الموقع

المراجع

- Colombo S., Health Information Management in Crises: An Introduction, Hearnnet, November 2006
- Health Information in Crises: The Myth of IM in crises
- Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies, World Health Organization, 1999
- Emergency Preparedness Course, World Health Organization, Lebanon, July 23-28, 2007
- Maxwell D, Webb P, Coates J, Wirth J, Rethinking Food Security in Humanitarian Response. Paper Presented to the Food Security Forum; April 16–18, 2008Rome
- Sphere Handbook, 2004 revised edition, Chapter 3: Minimum Standards in Food Security, Nutrition and Food Aid
- Nutrition in Emergencies, Dr. O. Obeid, World Health Organization Emergency Health Preparedness Course, Lebanon, July 23-28, July 2007
- Young H al., The Lancet 2004; 365: 1899-1909
- WHO, Health sector Emergency Preparedness Guide: Making a difference to Vulnerability, 1998, p.6.
- Tarimo and Webster, 1994
- M.A. Connolly, Communicable disease control in emergencies; A field manual, World Health Organization, 2005
- Sphere 2004 Chapter 5: Minimum Standards in Health Services
- Food And Nutrition, Flash Appeal, Version: 1.1, July 28, 2006, Lebanon