

H.E.L.P.

الطوارئ الصحية في
التجمعات السكانية الكبيرة

الدكتور بيار بيران



ICRC

في إطار التعاون المستمر بين البعثة الإقليمية للجنة الدولية للصليب الأحمر لدول مجلس التعاون الخليجي والهلال الأحمر القطري لتنظيم دورات للطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة، نود أن نتوجه بجزيل الشكر للهلال الأحمر القطري لمساهمته في ترجمة وطباعة هذا الدليل باللغة العربية والذي سوف يتم استخدامه في الدورات القادمة.



ICRC



H.E.L.P.

الطوارئ الصحية في
الجمعات السكانية الكبيرة

دورة تدريبية على الصحة العامة
في إدارة الفوتس الإنساني

من إعداد
الدكتور "بيار بيران"



ICRC

H.E.L.P.: الطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة

ISBN 2-88145-116-0

© حقوق الطبع محفوظة للجنة الدولية للصليب الأحمر، 2001

قائمة المحتويات

تمهيد

مقدمة

الوحدة التعليمية 1: التخطيط

الوحدة التعليمية 2: الغذاء والتغذية

الوحدة التعليمية 3: البيئة

الوحدة التعليمية 4: الأمراض المعدية

الوحدة التعليمية 5: الرعاية الطبية والجراحية

الوحدة التعليمية 6: نظام الرعاية الصحية

الوحدة التعليمية 7: علم الأوبئة

الوحدة التعليمية 8: من حالات الطوارئ إلى التنمية

الوحدة التعليمية 9: حماية ضحايا النزاعات المسلحة

الوحدة التعليمية 10: الخلاصة والخاتمة

الوحدة التعليمية 11: "ألفا لاند"/"بيتا لاند"

الوحدة التعليمية 12: تنظيم الدورة التدريبية

قائمة المراجع

تمهيد

استحدثت اللجنة الدولية للصليب الأحمر "الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة" عام 1986. وكان الهدف منها، في ذلك الوقت، توفير المهارات التي يحتاجها المهنيون العاملون في مجال الرعاية الصحية لتقديم المساعدة الفعالة للضحايا، وبخاصة للأعداد الكبيرة من السكان، في حالات النزاع المسلح. وبظل هذا الهدف وثيق الصلة أكثر من أي وقت مضى. إذ أصبحت التدخلات الإنسانية أكثر تعقيداً فضلاً عن الصعوبة المتزايدة في التغلب على ما ينطوي عليه تنفيذها من قيود. ومن ثم، فإن تدريب الأفراد العاملين في المجال الإنساني لا يزال يشكل أولوية.

ولا ريب أنّ المساعدة في حالات النزاع المسلح تشكل جانباً مهماً من جوانب التدخلات الإنسانية. إلا أنه من الضروري أن ترتبط المساعدة بحماية الضحايا وبإعادة إرساء أكتفائهم الذاتي. وبإرساء هذه الروابط، توفر "الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة" للمشاركين فيها رؤية استراتيجية إنسانية تغطي كافة احتياجات الضحايا مع الاحترام الكامل لكرامتهم.

وقد اقترحت اللجنة الدولية للصليب الأحمر منذ البداية تنظيم "الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة" للمهنيين التابعين لجميع الوكالات المعنية بالأزمات الإنسانية، وخاصة المهنيين التابعين للجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. ومن ثم، فإن اللجنة الدولية للصليب الأحمر لم تسع فقط لنشاط الأخرين تجاربها، وإنما سعت أيضاً إلى وضع أساس لتنسيق أكثر فاعلية في الميدان بين هيئات اكتسبت مبادئ العمل ذاتها.

وفي ضوء الاهتمام بالمشكلات الإنسانية الذي تبديه الجامعات، فقد سعت اللجنة الدولية للصليب الأحمر بشكل مستمر إلى تشجيع تنظيم "الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة" في الأوساط الأكاديمية، وبخاصة معاهد الصحة العامة. وتتعاون حالياً قرابة عشر جامعات بصورة مباشرة في إدارة وتدريب هذه الدورة. وقد قام العديد منها بإدماج مضمون الدورة في صلب مناهجها الدراسية. وهكذا، تساهم "الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة" في إضفاء الطابع الرسمي على التعليم في مجال الغوث الإنساني على المستوى الأكاديمي.

يقدم هذا الدليل وصفاً لكل أهداف "الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة" بالتفصيل. وسوف يتم تحديثه بصفة دورية من قبل مجموعة من الخبراء تضم مهنيين في مجال الرعاية الصحية بالإضافة إلى مسؤولين أكاديميين.

وإنني إذ أشعر بالفخر للعمل الممتاز الذي قام بإنجازه فريق عمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر في هذا الصدد، أمل أن تظل "الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة" تعكس احتياجات الضحايا، وبالتالي، تساهم في التدريب الملائم للأفراد العاملين في مجال الرعاية الصحية.

"جاكوب كلينبرغر"

رئيس اللجنة الدولية للصليب الأحمر

جنيف، سويسرا

مقدمة

مقدمة

عُقدت أول دورة تدريبية («الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة»)، والتي استغرقت ثلاثة أسابيع، في جنيف، عام 1986، كمبادرة مشتركة بين اللجنة الدولية للصليب الأحمر وجامعة جنيف ومنظمة الصحة العالمية. ويتمثل الغرض من هذه الدورة في تعريف العاملين في مجال عمليات الغوث واسعة النطاق بأدوات الصحة العامة التي تمكنهم من تخطيط أعمال إغاثة مترابطة وملائمة. وتشدد الدورة على عملية صنع القرار أكثر من الجوانب التقنية الفعلية.

وقد جرى العمل على إرساء ثلاثة توجهات استراتيجية منذ عام 1986. ويتمثل التوجه الأول في تحقيق لا مركزية الدورة وتقديمها في مناطق قريبة من عمليات الإغاثة في أمريكا اللاتينية وآسيا وأوروبا الشرقية وأفريقيا. ويتمثل التوجه الثاني في اعتماد سياسة ممنهجة في السعي إلى التعاون مع معاهد الصحة العامة في البلدان التي تقدم الدورة فيها من أجل أن تتمكن هذه المعاهد، في نهاية المطاف، من الاضطلاع بتنظيم «الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة» وإدماج مضمونها في مناهجها الدراسية النموذجية. وقد ساعدت هذه السياسة أيضاً على زيادة وعي الأوساط الأكاديمية بالمشكلات الإنسانية بصورة عامة. أما الاستراتيجية الثالثة فتتمثل في تقديم الدورة لأشخاص لديهم خبرة واسعة في مجال العمليات الإنسانية، ولكنهم لم يحصلوا على تدريب احترافي في مجال الصحة. وقد مكنت هذه الخطوة من توسيع نطاق المناقشات بشأن الغوث الإنساني وتزويد هؤلاء العاملين «غير المحترفين» بالمعرفة الضرورية لفهم عمليات الأنشطة الصحية فهماً أفضل، وبالتالي تعزيز نهج متعدد التخصصات بشكل أقوى في الميدان.

وبما أن اللجنة الدولية للصليب الأحمر هي المنسق الرئيس لهذه الدورة، فإن التركيز الأساسي ينصب على احتياجات الضحايا في حالات النزاع المسلح. ومع ذلك، فإن الأدوات التي تم تطويرها في هذه الدورة تنطبق أيضاً في حالات الطوارئ الأخرى. وقد جرى تقسيم موضوع الدورة إلى الوحدات التعليمية التالية:

- مبادئ الإدارة العامة
- الغذاء والتغذية
- المياه والتصحاح البيئي (أو الإصحاح)
- مكافحة الأمراض المعدية
- تدبير أمر الضحايا جرحى الحرب
- تنظيم مرافق الرعاية الصحية
- تطبيق علم الأوبئة في حالات الطوارئ

- الروابط بين حالات الطوارئ والتنمية
- دور القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة
- الخلاصة والخاتمة

مبادئ الإدارة العامة

يتطلب تنوع وتعقيد حالات الطوارئ نهجًا عقلانيًا لمعالجة المشكلات الصحية. وخلال الدورة التدريبية، سوف تطبّق مبادئ الإدارة العامة في ما يخص الآتي:

- تحديد المشكلات الصحية
- تحديد القيود في حالات النزاع المسلح
- وضع الأولويات
- تحديد الأهداف والاستراتيجيات
- تنفيذ التدابير المطلوبة لتحقيق تلك الأهداف
- تقييم النتائج من حيث فاعلية التكاليف والأثر على الوضع الصحي للسكان المستهدفين

الغذاء والتغذية

غالبًا ما تبرز على هذا الصعيد مشكلات أساسية في حالات الطوارئ. ولعل إلقاء نظرة عامة على نظام الغذاء يعد أمرًا ضروريًا.

إنّ تقييم الاحتياجات والقيود، وإعداد برنامج جيد التصميم، وتنفيذ هذا البرنامج، ووجود نظام رصد ملائم تعد جميعًا عناصر ضرورية في أيّ استراتيجية لإعادة توطيد الحصول على الموارد الغذائية.

وتشدد الدورة على ما يلي:

- تقييم احتياجات الغذاء، وجمع البيانات، ومعرفة قياس الجسم البشري (الأنثروبومتري)، وتحديد الجماعات الأشد ضعفًا.
- الأساليب التنظيمية، وتنفيذ ورصد برامج الغذاء.
- تنظيم توزيع الغذاء وإدارة مراكز إعادة التأهيل الخاصة بالتغذية.

المياه والتصحاح البيئي (الإصحاح):

تعتبر الإدارة البيئية أولوية مطلقة في حالات الطوارئ التي تؤدي إلى مخاطر متزايدة تعزى إلى ظروف النظافة الصحية غير المستقرة، وبخاصة في حالات الاكتظاظ.

وتغطي الدورة:

- أساليب لتقييم المشكلات البيئية (المياه، المأوى، الطاقة، ... إلخ).
 - تقنيات لإعادة إنشاء سبل الحصول على مياه نظيفة
 - تدابير لتوفير إيواء وافٍ بالغرض للضحايا
 - مكافحة العوامل الناقلة للأمراض المعدية
- كما تشدد الدورة على الطرق التي تؤثر من خلالها تدابير التصحاح البيئية على الصحة.

مكافحة الأمراض المعدية

يمكن أن تشكل مكافحة الأمراض المعدية مشكلة أساسية في حالات الطوارئ، وبخاصة عندما يعيش السكان معًا بصورة مكتظة في ظل ظروف نظافة صحية غير مستقرة.

وتغطي الدورة ما يلي:

- استراتيجيات لمكافحة الأمراض المعدية الأساسية (أمراض الإسهال، الكوليرا، السل، الحصبة، الطفيليات المعوية، ... إلخ).
- تطوير البرامج بما في ذلك التصحاح البيئي والتتقيف الصحي ومشاركة المجتمع المحلي والرعاية الطبية الوقائية والعلاجية، إن أمكن، في سياق القيود التي تفرضها حالة كارثة ما.

تدبير أمر الضحايا جرحى الحرب

تشمل الرعاية الخاصة بجروح الحرب عدة مراحل: تدبير الإسعافات الأولية والرعاية قبل دخول المستشفى والإخلاء والعلاج الجراحي وإعادة التأهيل.

وتبحث هذه الوحدة التعليمية ما يلي:

- أهمية كل مرحلة، مع الإشارة إلى تأثير النوعية الجيدة للإسعافات الأولية في الحد من الوفيات بين المرضى المصابين بجروح حرب.
- المبادئ العامة لجراحة الحرب.
- العلاقة بمسألة مراقبة الأسلحة.

تنظيم مرافق الرعاية الصحية

غالبًا ما تؤدي الكوارث إلى زيادة الطلب على المساعدات الطبية التي تترك كلاً المرافق الموجودة. وتغطي «الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة» التنظيم العام لمرافق الصحية في حالات الطوارئ، وتبحث أنواع العمل المختلفة:

- إنشاء مرافق طبية جديدة (مستشفيات، مستوصفات، وحدات متنقلة، ... إلخ).

- التوحيد المنهجي لنظم المعالجة واختيار العقاقير الضرورية اللازمة لتلبية الاحتياجات المحددة.
- وينصبّ التركيز على دور الرعاية الصحية الأولية في حالات الطوارئ.

علم الأوبئة كما هو مطبق في حالات الطوارئ

يكتسي علم الأوبئة أهمية خاصة في حالات الطوارئ. إذ إنه يؤدي في البدء دورًا أساسيًا في تحديد المشكلات الصحية وتحليل الحلول الممكنة. ذلك أن رصد الأوبئة أثناء العمليات الإنسانية يتيح إمكانية تعديل الاستراتيجية الأصلية وفق الحاجة. وتجري دراسة الأدوات الأساسية التالية استنادًا إلى علم الأوبئة في الدورة:

- اختيار مؤشرات الصحة
- تقنيات أخذ العينات
- أساليب جمع البيانات
- تحليل البيانات.

ويجري الترتيب لعقد جلسة خاصة بغية دراسة برنامج الحاسوب «EPIINFO» (معلومات علم الأوبئة) الذي يتيح معالجة الحاسوب للبيانات المجمعة.

الروابط بين حالات الطوارئ والتنمية

يجب تحليل حالات الطوارئ من المنظور الإجمالي للتنمية. ولهذا الغرض تسعى الدورة إلى:

- تحديد مواطن الضعف الإنساني والاجتماعي والاقتصادي والبيئي.
- تنفيذ التدابير المعدة لمنع وقوع كوارث جديدة، أو على الأقل للحد من آثارها من النواحي الإنسانية.

دور القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة

يجب حماية السكان في أيّة حالة من حالات النزاع المسلح.

تعمل الدورة التدريبية على مناقشة النقاط التالية:

- المبادئ الأساسية للقانون الدولي الإنساني: اتفاقيات جنيف والبروتوكولان الإضافيان إلى الاتفاقيات.
- تحديد الفئات المعرّضة للخطر: السكان النازحون، السكان الرهائن، الأقليات الإثنية والدينية المعزولة في بيئة معادية.

- حث السلطات الوطنية أو المحلية على تحمل مسؤولية حماية وصول الضحايا إلى الخدمات الأساسية.
- حماية السكان الذين يعيشون على الأخص في مناطق محفوفة بالخطر.
- توطيد حياد بعض المناطق أو المباني من أجل تقديم الغوث إلى الضحايا في ظل أوضاع آمنة على نحو معقول.
- حقوق وواجبات العاملين في مجال الرعاية الصحية.

الخلاصة والخاتمة

تتناول هذه الوحدة التعليمية الأخيرة القضايا العامة للإغاثة الإنسانية، مثل:

- أثر الغوث على تطور النزاعات.
- دور العاملين في مجال الرعاية الصحية، وبخاصة بالنسبة للأسلحة وآثارها على الصحة.
- تقييم أثر الغوث الإنساني.
- التنسيق بين مختلف الوكالات الإنسانية، وعلاقتها بالهيئات السياسية.

تساعد هذه الوحدة التعليمية المشاركين على توجيه الغوث الإنساني ضمن سياق عالمي يشمل البيئة السياسية.

قامت اللجنة الدولية للصليب الأحمر بنشر المادة التي تغطيها هذه الدورة في كتاب «الحرب والصحة العامة» *«War and Public Health»* عام 1996. ويستند أسلوب التعليم على حل المشكلات. وتحقيقاً لهذا الغرض، قام مخططو الدورة بتطوير تمرين محاكاة يعرض معظم المشكلات الصحية التي قد تواجه السكان في حالة نزاع مسلح. ويتلقى المشاركون في الدورة التدريبيية المعرفة التي يحتاجونها لتحليل المشكلات بصورة صحيحة واقتراح حلول ملائمة للسياق. وبناءً عليه، جرى تقسيم كل وحدة تعليمية إلى أهداف تربوية تقع في ثلاث فئات. ويشمل كل هدف:

- وصف

- تحديد الفئة التي يندرج تحتها الهدف المعني، وهي:

- «الإطار» – الهدف يحدّد الإطار وحدود الوحدة التعليمية؛
- «الأداة» – الهدف يقدّم للمشاركين المعرفة التي يحتاجونها للعمل ضمن الإطار المحدد آنفاً؛
- «الممارسة» – الهدف يتيح للمشاركين الفرصة لتطبيق المعرفة الجديدة التي اكتسبوها.

- صياغة الهدف كما يتم عرضه على المشاركين
- أسلوب التعليم المستخدم لتحقيق الهدف
- المدة المتوقعة لجلسة التعلم
- المراجع لأغراض التلخيص
- رابط بالأهداف التالية.

في نهاية كل وحدة تعليمية، يقوم المدربون بوصف حالات واقعية من تجاربهم الخاصة ويحلونها مع المشاركين في الدورة التدريبية.

ويستطيع المشاركون الاطلاع على عدد من الأعمال المرجعية لمساعدتهم في حل المشكلات. ويمكن الرجوع، حيثما أمكن، إلى روابط قواعد البيانات على شبكة الإنترنت.

وتشكّل مادة الدورة التدريبية مجموعة من الأهداف التربوية المترابطة. ويقدم هذا الدليل تبصّرًا في المنطق الذي يكمن وراء اختيار الأهداف التربوية وتسلسلها.

ويعمل المشاركون على تقييم الدورة التدريبية بعد كل وحدة تعليمية باستخدام عدة معايير: ما مدى تلبية المادة المقدمة لتوقعاتهم، وجودة الوسائط التعليمية المستخدمة، وحافز المدرّبين ومصداقيتهم. ويجري تقييم آخر أكثر عمومية في نهاية الدورة التدريبية لتقييم اختيار الوحدات التعليمية وتسلسلها والتركيز الخاص بها.

ويجري تقييم إنجازات المشاركين بعدة طرق:

- يُستخدم اختبار أجوبة باختيارات متعددة لتحديد ما تعلموه.
- يُطلب منهم كتابة تقرير موجز حول تمرين المحاكاة وتحليل المشكلات واقتراح الحلول وذلك لتقييم قدرتهم على اتخاذ القرارات الصحيحة في سياق معيّن.
- يجري تقييم سلوكهم على أساس مشاركتهم في المناقشات وقدرتهم على العمل كجزء من فريق في مجموعات العمل التي يشاركون فيها.

ويهدف هذا الدليل إلى مساعدة مدربي «الدورة التدريبية الخاصة بالطوارئ الصحية في التجمعات السكانية الكبيرة» على فهم فلسفة الدورة وأهدافها التربوية وأسلوبها التعليمي. ونأمل أن يساعدهم في فهم التجميع المعقد للعناصر التي تشكّل عملية إغاثة، وفي إدماج مساهماتهم بصورة منسجمة. كما أنه يوفر أساسًا للمناقشة بالنسبة لأيّ مجموعة عمل مكلفة بمهمة تحديث أهداف الدورة على نحو منتظم لكي تعكس التطورات الجديدة للصحة العامة في حالات الطوارئ.

الوحدة التعليمية
الأولى

التخطيط

قائمة الأهداف

- وضع الخطوط العريضة لنهج التخطيط الواجب تطبيقه طوال الدورة
- وصف المبادئ الأساسية للتقييم الأولي
- وضع طريقة لتحديد الأولويات
- تقسيم هدف عام إلى أهداف محددة
- وضع طريقة لإسناد المسؤولية عن المهام الملموسة تتيح تحديداً دقيقاً للموارد التي يجب حشدتها
- تحديد مفهوم الاستراتيجية اللازمة لإدارة عملية ما
- تحديد مفاهيم التقييم والرصد.

وصف دورة التخطيط

1. الوصف

على الرغم من أنّ ثمة عوامل كثيرة لا يمكن التحكم فيها في حالات الطوارئ، وبخاصة في أثناء النزاعات المسلحة، فإنّ كل عملية إغاثة يجب أن تتبع خطة دقيقة قدر الإمكان، وهو ما من شأنه أن يوفر إطارًا منطقيًا للإجراءات المتخذة.

وفي ما يلي تسلسل التخطيط:

- تحديد المشكلات
- وضع الأولويات
- تحديد الأهداف
- وضع استراتيجية
- حشد الموارد
- رصد وتقييم النتائج.

وتتضمن هذه المراحل ثلاث خطوات:

- عملية التقييم الأولي التي تؤدي إلى اختيار المشكلات ذات الأولوية؛
- تصميم البرنامج، بما في ذلك تحديد الأهداف ووضع استراتيجية وحشد الموارد؛
- تقييم النتائج.

لا ينبغي الزعم بأن إطار التخطيط المقترح في هذه الدورة التدريبية هو أكثر دقة من غيره، لكنه يحظى بميزة كونه بسيطًا ويلئم تمامًا المشكلات الصحية.

2. الفئة

الإطار: وضع الخطوط العريضة لنهج التخطيط الواجب تطبيقه طوال الدورة التدريبية.

3. الصياغة

صف بالكلمات أو الجمل أو الرسوم البيانية ما الذي تعنيه لك كلمة «تخطيط».

4. طريقة التدريس

سؤال مخصص لكل مجموعة من مجموعات العمل، وتقدّم الإجابة عليه في جلسة عامة للمشاركين جميعًا.

5. المدة

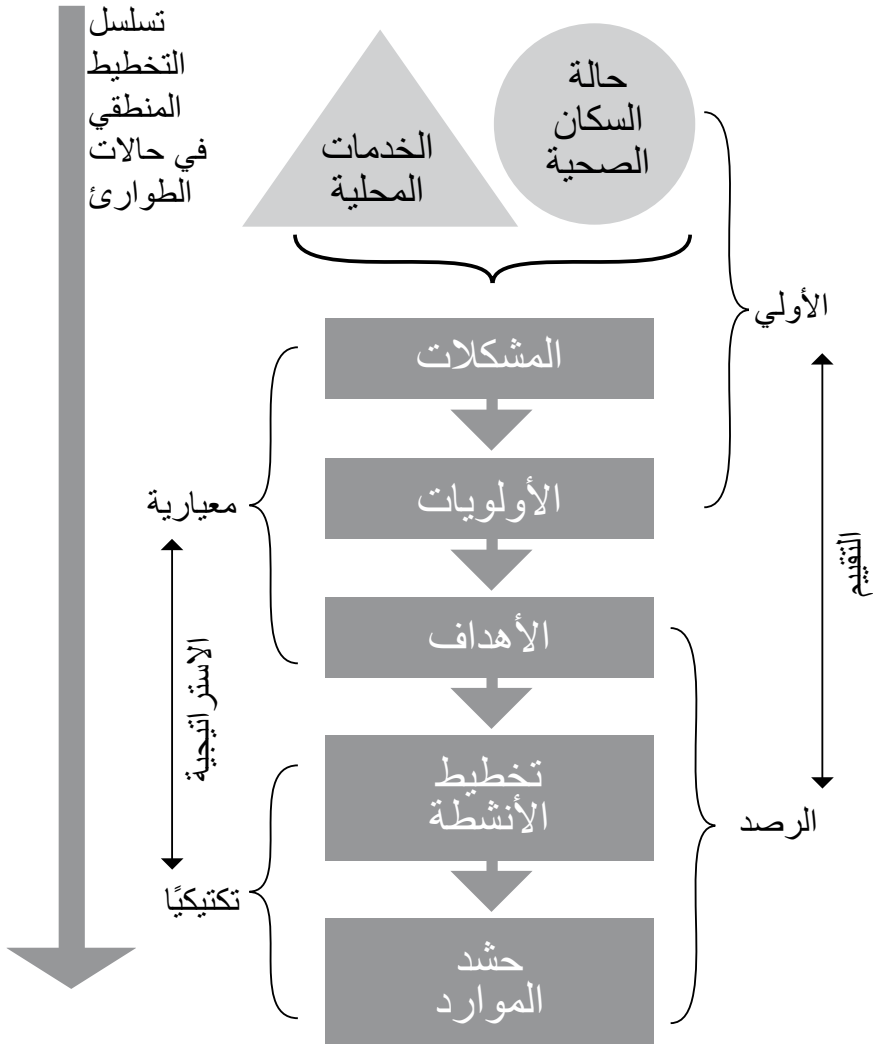
إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للملخص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

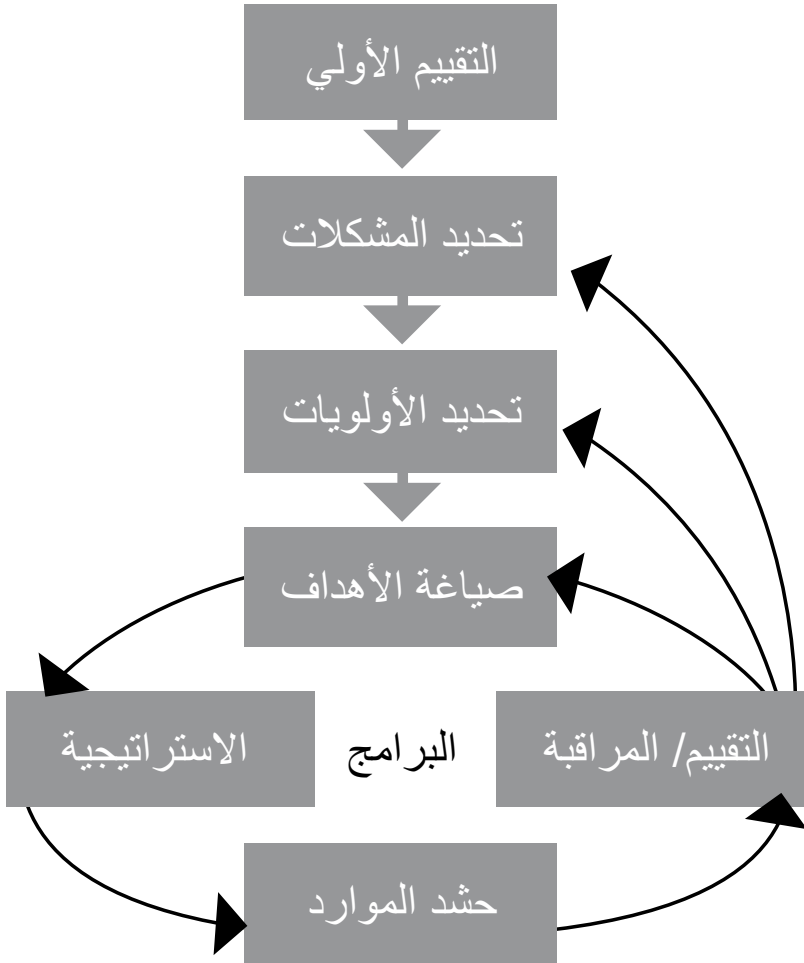
- الإطار 1: الخطوط العريضة لعملية التخطيط، بحيث توضح تسلسل مراحل التخطيط في شكل مؤلف من خطوط لتسهيل فهم تدرجها المنطقي.
- الإطار 2: مخطط التخطيط: عرض دوري للبرامج وإبراز الصلة بين التقييم ومرحلة الرصد وأهداف البرنامج.
- الإطار 3: مخطط التخطيط: نسخة مبسطة.

الخطوط العريضة لعملية التخطيط



الإطار 2

مخطط التخطيط



مخطط التخطيط نسخة مبسطة



المبادئ الأساسية لتقييم أولي

1. الوصف

تعرف حالة الطوارئ بأنها نتيجة لاختلال التوازن بين الاحتياجات الأساسية للسكان وبخاصة في مجال الصحة، ولكن أيضاً في مجال الأمن- وبين الخدمات المتوفرة لتلبية تلك الاحتياجات.

ويوصف التقييم الأولي عادةً بأنه «لمحة خاطفة» عن الوضع السائد. إلا أن هذه «اللمحة الخاطفة» لها ثلاثة أبعاد، ألا وهي:

- تقييم لاختلال التوازن الجاري بين احتياجات السكان والخدمات المتاحة لهم؛
- استعراض الأسباب المباشرة (النزاعات، نزوح السكان) بالإضافة إلى العوامل الكامنة (عدم المساواة الاجتماعية، التوتر الاثنى، المطالب الإقليمية) التي أدت إلى نشوب النزاع؛
- البحث عن معلومات بشأن التطورات المحتملة في النزاع (المدى، المدة، التداعيات السياسية طويلة الأمد).

ويكتسب هذا النهج أهمية لأن هذه الجوانب الثلاثة ضرورية لتحديد المشكلات، وبخاصة لاتخاذ القرارات الصحيحة. فكيف يمكن أن نخطط لعملية إغاثة إذا كنا لا نعلم كم سيطول الوضع؟ وهل يمكننا اتخاذ القرارات الصحيحة إذا لم تكن لدينا أية فكرة عن الآليات التي أدت إلى اختلال التوازن بين الحاجة والخدمات.

والعنصر المهم الآخر في التقييم الأولي يتمثل في تحديد القيود التي يُرجح أن تعوق التدخل. إذ يجب تحديد وتحليل القيود اللوجيستية، وبخاصة القيود السياسية (التي تؤثر في الوصول إلى الضحايا).

ويشكل هذا النهج خروجاً عن النهج التقليدي الذي يقصر التقييم الأولي على جمع البيانات، وبخاصة البيانات الكمية في المقام الأول، استناداً إلى قائمة نموذجية. ويوفر النهج المعتمد هنا إطاراً لتحليل البيانات المجمعة، بحيث يمكن من خلاله مقارنة اختلال التوازن القائم بين الاحتياجات والخدمات بدرجة التوازن الذي كان قائماً قبل الأزمة أو بنطاق سلطة معترف بها. ومع ذلك، إذا كانت المقارنة مبنية على معايير محددة، فيجب أخذ السياق الاجتماعي-الاقتصادي المحلي في الاعتبار.

2. الفئة

الأداة: وصف المبادئ الأساسية لتقييم أولي.

3. الصياغة

تخطيط تقييم أولي في حالة معينة.

4. أسلوب التدريس

عرض المهمة على مجموعات العمل التي ستستخدم تمرين «دلّنا» كأساس للإجابات التي ستقدم في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للملخص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

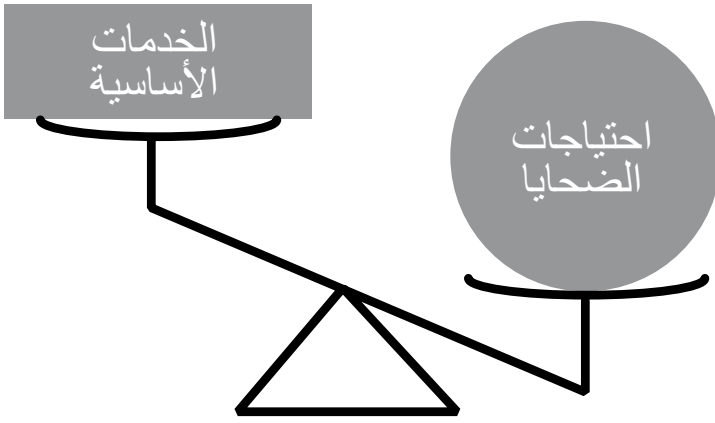
- الإطار 1: مفهوم اختلال التوازن بين احتياجات الضحايا والخدمات المتوفرة.
- الإطار 2: اختلال التوازن في أثناء الأزمة: يحدّد المكونات الرئيسة لتقييم أولي، ويقدم نظرية المشكلات الناجمة عن اختلال التوازن بين الاحتياجات والخدمات. كما يبيّن كيف تسهم العوامل المختلفة في المشكلات التي تمّ تحديدها. وتكون الطريقة التي يرجّح أن تتطور بها تلك المشكلات هي المكون الرابع للتقييم الأولي.
- الإطار 3: أمثلة على المشكلات الصحية المرتبطة باختلال التوازن بين الاحتياجات والخدمات
- الإطار 4: تأثير القطاعات المختلفة على اختلال التوازن بين الاحتياجات والخدمات.

الربط بالأهداف التالية

لقد ساعد هذا الهدف المشاركين في الدورة التدريبية على فهم تحديد اختلال التوازن بين المشكلات الصحية (سوء التغذية، السل، جروح الحرب) وعدم قدرة الخدمات المحلية على التصدي لها. أما الخطوة التالية فهي وضع الأولويات.

الإطار 1

مفهوم اختلال التوازن بين احتياجات الضحايا والخدمات المتوفرة



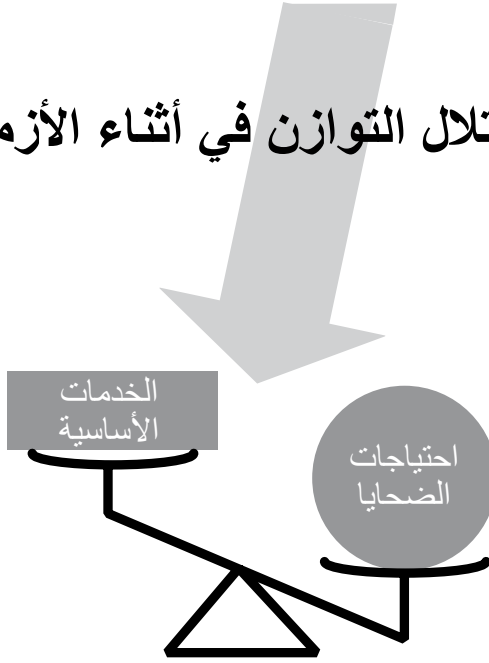
تدهور في فاعلية الخدمات:

- وسائل غير كافية
- التخلي عن المرافق من قبل العاملين لأسباب أمنية
- اختلال التنظيم
- تدمير المرافق الطبية

زيادة في الاحتياجات المرتبطة بـ:

- الزيادة السكانية
- زيادة نسبة انتشار الأمراض نتيجة الظروف الصحية
- ظهور احتياجات جديدة، مثل معالجة جروح الحرب

اختلال التوازن في أثناء الأزمة



التطور

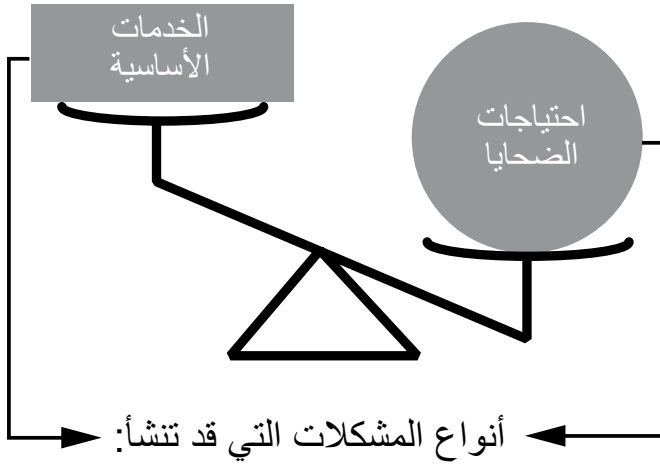
يعتمد تطور الوضع على الإرادة السياسية لحل النزاع المسلح، الاستعداد لمعالجة الأسباب الكامنة للأزمة، إمكانات الوساطة من قبل الأمم المتحدة، الاستجابة من المجتمع الدولي، ... إلخ.

الأسباب

من السهل تحديد الأسباب المباشرة: الحرب، الجفاف، ... إلخ. الأسباب الكامنة هي التخلف، التوترات الاثنوية، التمييز، ... إلخ.

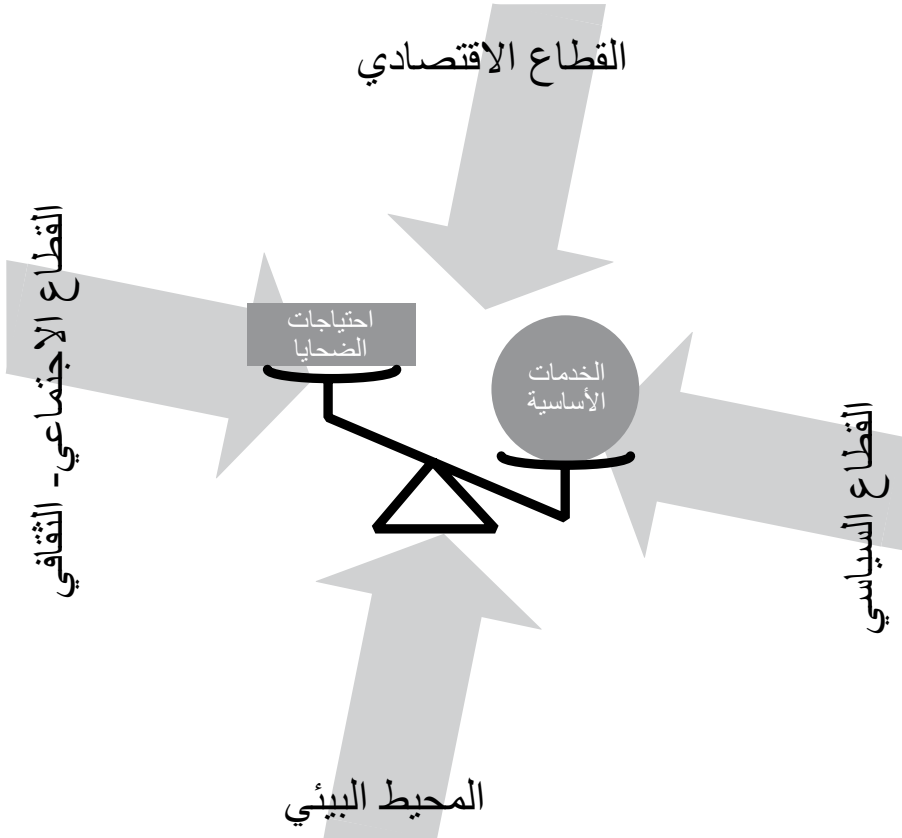
الإطار 3

أمثلة على المشكلات الصحية المرتبطة باختلال التوازن بين الاحتياجات والخدمات



- جرحى دون تلقي العلاج
- جرحى يتعذر وصولهم إلى المرافق الصحية القائمة
- جرحى يتلقون رعاية غير كافية
- سكان يتعذر وصولهم للمياه الصالحة

تأثير القطاعات المختلفة على اختلال التوازن بين الاحتياجات والخدمات



تحديد الأولويات

1. الوصف

تحديد الأولويات هو إجراء ذو خطوتين:

- الخطوة الأولى هي تطوير أسلوب بسيط لتحديد الأولويات على أساس:
 - حجم المشكلات الصحية القائمة، كما يعبر عنها عدد من الأشخاص المتضررين، ونسبة انتشار الأمراض والوفيات، وتأثير ذلك على الصحة العامة.
 - إمكانية التدخل- أي أنّ حلاً تقنيًا مناسبًا للمشكلات التي تم تحديدها موجود بالفعل، ولا وجود لأي قيود قد تمنع تنفيذ هذا الحل.
 - الخطوة الثانية هي بحث إمكانية تطبيق هذا الأسلوب على النزاعات المسلحة، ذلك أنه في هذه الحالات لا يمكن تحليل كثير من العوامل (عدد الأشخاص المتضررين، على سبيل المثال، أو التطور المحتمل للقيود التي تعوق الحل التقني الذي بدأ ملامًا في البداية).

وعلى الرغم من هذه القيود بالنسبة للنزاعات المسلحة، فإنّ لهذا الأسلوب ميزة عرض المشكلات الصحية من حيث حجمها وإمكانيات حلها. ومع ذلك، لا ينبغي بالضرورة استبعاد المشكلة الصحية التي تبدو دون حل يمكن تطبيقه فورًا بسبب وجود قيود موضوعية. وإذا كان اتخاذ إجراء تقني مستحيلًا، فإنّ التفاوض مع السلطات للحصول على إذن بالوصول إلى الضحايا، على سبيل المثال، يصبح من التدابير التي تتسم بالأولوية. وفي حالات أخرى، قد يكون السعي إلى إيجاد حلول تقنية بديلة هو الهدف.

2. الفئة

الأداة: تطوير أسلوب لتحديد الأولويات.

3. الصياغة

تحديد المعايير التي ينبغي أخذها في الحسبان عند تحديد الأولويات بالنسبة للمشكلات الصحية.

4. أسلوب التدريس

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه تقديم ملخص في جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للملخص في جلسة عامة

6. الخلاصة

- الإطار 1: تحديد حجم المشكلات الصحية استنادًا إلى مداها وخطورتها
- الإطار 2: القيود المحتملة في حالات النزاع التي قد تحد من عدد الحلول للمشكلات الصحية وفعاليتها
- الإطار 3: تحديد الأولويات: موازنة بين حجم المشكلات الصحية كما تم تحديده في «الإطار 1» والقيود المحتملة (الإطار 2) لتحديد إمكانية اتخاذ إجراءات.

الربط بالأهداف التالية

الموضوع التالي هو تحديد الأهداف.

الإطار 1

تحديد حجم المشكلات الصحية استناداً إلى مداها وخطورتها

(+++++ مهم جداً + لا أهمية له)

المجموعة (الأهمية الإجمالية للمشكلة الصحية)	حدة المشكلة الصحية (بناءً على الإصابة بالأمراض ومعدل الوفيات)	مدى المشكلة الصحية (عدد المتضررين، قابلية العدوى)	المشكلة الصحية (قائمة)
			الحصبة
			السل
			الجرب
			أمراض أخرى

القيود المحتملة في حالات النزاع

1. القيود السياسية

- . انعدام الأمن
- . انهيار هيكل أطراف النزاع
- . قدرة الضحايا على التنقل
- . المعلومات الخاطئة

2. القيود اللوجيستية

- . تأخير الشحن
- . الإجراءات الإدارية
- . مشكلات التخزين
- . مشكلات الاتصالات

3. القيود التقنية

- . عدم قابلية التنفيذ للحلول التقنية الاعتيادية في حالة طوارئ
- . تدهور الخدمات الصحية المحلية

الإطار 3

تحديد الأولويات

تحليل الأولويات وفقاً لثلاثة معايير:

1. حجم المشكلات الصحية كما تحدّد في

الإطار 1

2. القيود

3. إمكانية حل تقني فعال في ظل قيود حالة الطوارئ

نوع المشكلة	حجم المشكلة	القيود	الإمكانية التقنية للحلول الممكنة	المجموع	الإجراء الواجب اتخاذه

تحديد الأهداف والأنشطة

1. الوصف

الخطوة الأولى هي التمييز بين «الهدف» و«الغاية». فالغاية هي إعلان عام لما نسعى إلى تحقيقه - «تحسين الصحة»، على سبيل المثال. وتحديد الأهداف هو الخطوة الأولى في ترتيب برنامج عمل. ويضم عادةً أربعة عناصر:

- عرض المشكلة الصحية
- تحديد المجموعة المستهدفة
- التقدير الكمي للنتائج المتوقعة
- لمهلة الزمنية لتحقيق هذه النتائج

قد يكون من المنطقي التساؤل حول ما إذا كانت هذه الدقة في تحديد هدف ما تتماشى مع الأمور غير القابلة للقياس بدقة في حالة نزاع مسلح. وعلى الرغم من أن عرض المشكلات هو أمر سهل نسبيًا، فإن تحديد السكان المستهدفين (بسبب تنقلات السكان) والتقدير الكمي للنتائج (استنادًا إلى أي قاعدة مرجعية؟) أكثر صعوبة.

ومع ذلك، يجب أن يبدأ كل برنامج صحي بصياغة الأهداف، حتى وإن استلزم الأمر إدخال تعديلات مع تطور الحالة. وعندما يصعب تحديد الأهداف، يُطرح السؤال حول ما إذا كان إنشاء برنامج صحي هو في الواقع أمر واقعي. وقد يكون من الحكمة إعادة النظر في أولوية المشكلة الصحية وإمكانية حلها في هذه المرحلة؛ وهو عامل ربما كان مبالغًا في تقديره في البداية.

وتحدد الأهداف على عدة مستويات:

- الأهداف العامة التي تحدد القصد الإجمالي لعملية ما- مثل خفض معدل سوء التغذية من 20% إلى 5% لدى جماعة سكانية معينة على مدى فترة ثلاثة أشهر. ولا يحدد هذا الهدف الوسيلة التي يمكن أن تتحقق من خلالها النتيجة المرجوة.
- الأهداف المتوسطة التي تساعد على تحديد الاستراتيجية التي سيتم استخدامها. وعلى سبيل المثال، يمكن تركيز الجهود على التأثير في حدوث أمراض الإسهال أو التقيف الصحي أو الحصول على الغذاء.
- الأهداف المحددة أو العملياتية التي تحدد نوع العمل الذي يتعين القيام به. وهذا هو المستوى الأكثر واقعية الذي يقرر فيه مدراء الإغاثة ما الذي سيقومون به فعلاً من

الناحية العملية. وكمثال على ذلك، قد يختارون الحد من حدوث أمراض الإسهال بتحسين إمدادات المياه وتركيب المراحيض، ... إلخ.

وعند تقسيم هدف إلى عناصر ملموسة ومحددة على نحو متزايد يتأتى التركيز على أنشطة عملية مثل حفر الآبار وبناء المراحيض. ويمكن تعريف نشاط بأنه مُنتج بفضل حشد الموارد البشرية والمادية والمالية. ويبدو هذا الأمر واضحًا، إذ يمكن اقتراح أنشطة بصورة مباشرة على أساس هدف عام. ومع ذلك، فإن التمرين الفكري المتمثل في تقسيم هدف عام إلى عناصر أكثر تحديدًا له مزايا عديدة:

- هو فرصة لاستعراض كل وسائل التدخل الممكنة، في حين أنّ التركيز على أنشطة من نوع معين في البداية من شأنه أن يؤدي إلى خطر اختيار المخططين أنشطة مألوفة أكثر من غيرها ولكنها ليست بالضرورة الأكثر ملاءمة في حالة معينة.
- يمكن ربط كل الأنشطة المختارة بهدف صحي، ومن ثمّ الحفاظ على الوحدة في برنامج صحي يشمل عادةً عدة مجالات من النشاط.
- يُسمح لاحقًا بإعادة بناء العملية التي جرى من خلالها اختيار الأنشطة في البداية. وهذا عامل مهم في حالات الطوارئ التي يتغير فيها الأفراد العاملون بسرعة.

والخلاصة هي أنّ المدرب يجب أن يشدد على الفائدة من التقسيم التفصيلي للهدف العام إلى عناصر أكثر بساطة وواقعية تدريجيًا، حتى في حالات النزاع المسلح حيث قد يبدو هذا الإجراء وكأنه تمرين أكاديمي بحث دون أي تأثير عملي، وذلك من جراء الشك في كيفية تطور الوضع.

2. الفئة

الأداة: تقسيم هدف عام إلى أهداف محددة.

3. الصياغة

تحديد الهدف، وتقسيم الهدف العام إلى أهداف محددة.

4. أسلوب التدريس

عرض المهمة على مجموعات العمل التي سيطلب منها اختيار هدف عام كمثال في تمرين «دلّتا».

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للملخص في جلسة عامة

6. الخلاصة

- الإطار 1: خصائص الهدف
- الإطار 2: الأهداف العامة والمتوسطة والمحددة
- الإطار 3: خصائص الهدف المحدد
- الإطار 4: تقسيم هدف عام إلى أهداف وأنشطة محددة

الرباط بالأهداف التالية

بعد ذلك يأتي مفهوم المهام.

الإطار 1

خصائص الهدف

ينبغي أن يتضمن الهدف:

1. عرض المشكلة الصحية
2. تحديد السكان المستهدفين ببرنامج التدخل
3. عرض النتائج المتوقعة من هذا التدخل
4. تقدير الفترة الزمنية اللازمة لتحقيق النتيجة المرجوة

الإطار 2

الأهداف العامة والمتوسطة والمحددة

- . العامة:
- "تحسين الصحة"، ... إلخ.
- . المتوسطة:
- "الحد من حدوث أمراض الإسهال"، ... إلخ.
- . المحددة:
- "تحسين إمدادات المياه"، ... إلخ.

يؤدي وصف الأهداف المحددة إلى تحديد الأنشطة الملموسة التي يجب تنفيذها من أجل تحقيق تلك الأهداف.

الإطار 3

خصائص هدف محدد

- محدد، بسيط
- يمكن قياسه
- دقيق
- واقعي
- له مدة زمنية محددة
- (يتم تحقيقه خلال فترة زمنية محددة)

تقسيم الهدف العام إلى أهداف وأنشطة محددة



تحديد المهام

1. الوصف

يجب تقسيم الأنشطة المختارة لتحقيق هدف صحي إلى مهام. ومثال ذلك، فإنّ تخطيط تخزين الموارد الغذائية ينطوي على مهام من قبيل اختيار مواقع التخزين وقياس سعة أمانة التخزين التي ستستخدم وتقدير بنية المباني، ... إلخ.

وبإيجاز، فإنّ تحديد المهمة يوفر فكرة محددة عما ينبغي القيام به.

وفي حالات الطوارئ كما هو الشأن في الحالات العادية، تقسم الأنشطة عادةً إلى مهام بصورة تجريبية. بيد أنّ التحديد الرسمي للمهام يقدّم عدة مزايا. وإحداها أنه يحول دون تكرار المهام المتشابهة على مستويات مختلفة من التدخل. كما أنه يفرض على مدير الإغاثة التصرف بصورة منطقية. إذ لا يمكن اختيار موقع التخزين إذا لم يكن قد تقرر تواتر توزيع الأغذية. كما أنّ تحديد المهام يجعل من الممكن أيضًا إسناد مسؤولية واضحة لشخص واحد عن أداء مهمة محددة.

والصلة بين تحديد المهام وحشد الموارد هي صلة واضحة. وفي المثال السابق، فإنّ مدير الإغاثة يعرف بالضبط ما هو شكل مكان التخزين المطلوب. وبالمثل، وبمجرد القيام بحساب الحصّة الغذائية، يكون من الواضح ما هي أنواع الأغذية التي يجب أن تتضمنها.

وإذا كان، في هذا المثال الأخير، قد تم حساب حصّة غذائية نوعية من أجل توزيع الأغذية، وبرامج إعادة التأهيل الغذائية، والبرامج الغذائية لمرضى المستشفيات، على التوالي، فإنّ المدير يعرف تمامًا النوع الذي يحتاجه من الموارد الغذائية والكميات اللازمة لذلك.

2. الفئة

الأداة: تخطيط التوزيع الدقيق للمسؤوليات عن المهام المحددة، مما يتيح القيام بحساب دقيق للموارد اللازمة.

3. الصياغة

تقسيم نشاط من اختيارك إلى مهام.

4. طريقة التدريس

عرض المهمة على مجموعات العمل، وتليه جلسة عامة.

5. المدة

- إجمالي المدة: 30 دقيقة
- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للملخص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: تقسيم نشاط إلى مهام
- الإطار 2: العلاقة بين المهام والموارد اللازمة.

الرباط بالأهداف التالية

يتعلق الهدف التالي بمفهوم الاستراتيجية. ويمكن تطبيق هذا المفهوم أولاً على حشد الموارد ومن ثمّ على الأنشطة والأهداف.

الإطار 1

تقسيم نشاط إلى مهام

النشاط

• تحديد معدل سوء التغذية لدى الأطفال

المهام

- قياس طول الأطفال
- قياس وزن الأطفال
- التحدث إلى الأمهات
- مهام أخرى

الإطار 2

العلاقة بين المهام
والموارد اللازمة

المهام

• قياس طول الأطفال

الموارد اللازمة

- موظفون للقيام بقياس طول الأطفال
- أدوات القياس
- دفتر وأدوات كتابة لتسجيل النتائج
- غير ذلك

مفهوم الاستراتيجية

1. الوصف

مفهوم الاستراتيجية له ثلاثة تطبيقات:

- مفهوم الاستراتيجية كما هو مطبق على الأهداف العامة: الاستراتيجية تعني ترسيم التوجهات الأساسية لعمل ما عن طريق اختيار مجالات التدخل وفقاً للأولويات ذات الصلة وللتفويض الممنوح للوكالات العاملة في حالة نزاع.
- مفهوم الاستراتيجية كما هو مطبق على الأنشطة: الاستراتيجية تتمثل في تحديد الأنشطة التي سيتضمنها البرنامج والترتيب الذي سيتبع لإنجازها.
- مفهوم الاستراتيجية كما هو مطبق على الموارد: الاستراتيجية تقتضي اختيار الموارد التي ستكون مفيدة والبت في الترتيب الذي سيتبع لحشدها.

ويُعدّ تحديد الاستراتيجيات خطوة أساسية في حالات الطوارئ لأنّ تغيّر الظروف يملّي إدخال تعديلات متكررة، ليس على مستوى التوجهات العامة التي تظل ثابتة، بل على مستوى اختيار الأنشطة وحشد الموارد. إذ إنّ تحديد الاستراتيجية - والتغيرات التي يجب إجراؤها كلما تقدمت عملية التدخل - هو عامل أساسي لرصد وفهم سير التدخل. كما أنّ المهمة المعقدة في بناء استراتيجية وسط قيود حالة الطوارئ لا ينبغي أن تحجب الحقيقة في أنّ هذه الاستراتيجية ليست غاية في حد ذاتها، وإنما هي وسيلة لتحقيق الهدف.

2. الفئة

الأداة: توظيف مفهوم الاستراتيجية كعنصر أساسي في إدارة عملية ما.

3. الصياغة

وضع خطة للاستراتيجية في سياق معيّن.

4. طريقة التدريس

عرض المهمة على مجموعات العمل، وتليه جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للملخص في جلسة عامة

6. الخلاصة

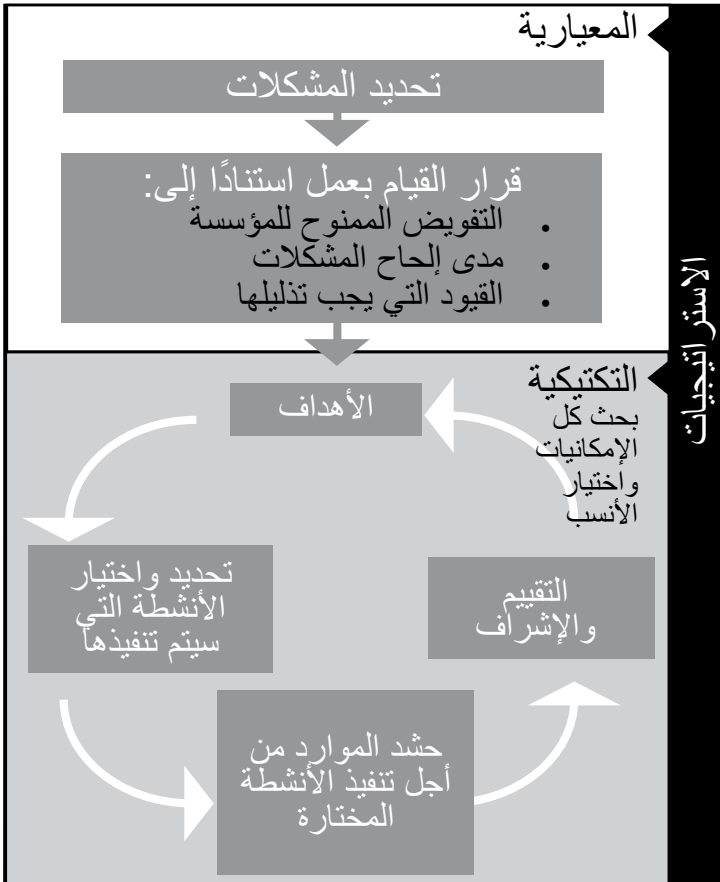
- الإطار 1: استراتيجيات معيارية وتكتيكية

الرباط بالأهداف التالية

توفر الفكرة القائلة بأنه من المهم رصد تطور الاستراتيجية مقدمة لمفاهيم التقييم والمراقبة الوبائية.

الإطار 1

الاستراتيجيات المعيارية والتكتيكية



التقييم والمراقبة الخاصة بالأوبئة

1. الوصف

لا تقدّر عمليات الطوارئ «حق قدرها»، بمعنى أنّ تأثيرها على الضحايا لا يجري تقييمه. ويمكن بحث مفهوم التقييم بطريقتين:

• وفقاً لنمط التقييم:

- أسلوب التقييم الأول يتمثل في أخذ «لقطات» متتابعة للحالة من أجل مقارنة كل منها بالأخرى، ومقارنتها كذلك بأول «لقطة» أخذت عند إجراء التقييم الأولي. وهو ما يُظهر ما إذا كانت أهداف العملية قد تحققت أم لا.
- الأسلوب الثاني يتمثل في رصد الحالة بصورة ممنهجة من خلال مؤشرات يتم جمعها بانتظام. وهذا الشكل من المراقبة ملائم تماماً بصورة خاصة لرصد تطور المشكلات الصحية وسير عمل برامج الإغاثة - مثلاً، الرصد المنتظم لمعدل سوء التغذية، وعدد المرضى الذين دخلوا المستشفيات، وأسعار البضائع في السوق، ... إلخ.

ويكتمل هذان الشكلان من التقييم بعضهما البعض؛

- من حيث دورة التخطيط. وتُطرح الأسئلة التالية عند كل مرحلة من مراحل دورة التخطيط:

• حشد الموارد

• هل كانت الموارد ملائمة من حيث الجودة والكمية؟

• هل وصلت الموارد في موعدها؟

• الأنشطة:

• ماذا كان حجم النشاط - مثلاً: عدد الاستشارات الطبية، عدد العمليات الجراحية، عدد الحصص الغذائية الموزعة؟

• هل كانت الأنشطة ملائمة للأهداف المقررة؟

• الأهداف:

• هل تحققت الأهداف؟

• المشكلات:

• هل ما زالت المشكلات الصحية المحددة في التقييم الأولي ذات أولوية قصوى؟

• هل تغيرت طبيعة المشكلات؟

للإجابة عن هذه الأسئلة، فإنه يجب ليس فقط إنشاء نظام خاص لجمع البيانات حول الأوبئة، وإنما أيضاً تحديد المشكلات والأولويات والأهداف والاستراتيجية منذ البداية، وذلك لتوفير أساس للحكم على النتائج التي تم الحصول عليها.

وتجدر الإشارة إلى ثلاث نقاط إضافية في ما يخص الرابط الأساسي بين التقييم والتخطيط. وهذا الرابط واضح في سياق إطار تخطيط منطقي.

- هناك صلة بين مؤشرات المراقبة وتحديد الأهداف. وتحديد الأهداف يعني أنّ هناك مشكلات صحية ينبغي حلها. وتلك المشكلات هي الأساس لتحديد المؤشرات التي سوف تعكس تأثير البرامج. وغالباً ما تتضمن الأهداف المحددة مفاهيم كمعدلات سوء التغذية وحدوث أمراض الإسهال التي هي في واقع الأمر مؤشرات يمكن استخدامها في نظام مراقبة.
- يجب أن يكون التقييم مرتبطاً بعملية اتخاذ القرار، ويكون الهدف النهائي للتقييم توفير أساس لاتخاذ القرارات.
- هل ينبغي تعديل البرنامج؟
- هل ينبغي إنهاء النشاط أو البرنامج؟
- هل ينبغي تعديل الاستراتيجية؟
- يجب تخطيط نظام رصد وتقييم في نفس الوقت الذي يجري فيه تخطيط برامج التدخل:
- إذا كان توزيع الأغذية مخطئاً، فكيف سيتم قياس تأثيره؟
- إذا كان سيتم تنفيذ برنامج تحصين، فكيف سيتم قياس تأثيره وشموله؟

وأخيراً، يجب أن يشدّد المدرب على الضغط المتزايد من المانحين في هذه الأيام لمعرفة نتائج العمليات الإنسانية من خلال أثرها على الضحايا بدلاً من معرفة ناحية الكشوف المالية فقط.

وغالباً ما يُقال إنّ إنشاء نظام رصد يُشكّل تحويلاً لسبل الموارد البشرية التي يمكن استخدامها في أنشطة أخرى بصورة أفضل. وعلى المدرب أن يشدّد على أنّ الضحايا سوف يعانون إذا كانت العملية لا ترقى إلى المستوى المطلوب أو كانت جزءاً من استراتيجية ضعيفة وإذا لم يكن هناك من سبيل لتحليل هذا الوضع. إذ لا يجوز بأيّ حال من الأحوال القول إنّ نظام الرصد هو سوء استخدام للموارد.

2. الفنة

الأداة: تحديد مفاهيم التقييم والرصد.

3. الصياغة

وصف مفاهيم التقييم ومراقبة الأوبئة في حالة الطوارئ، وتقديم الحجج لدعم إنشاء نظام رصد في بداية أي عملية إنسانية.

4. طريقة التدريس

عرض المهمة على مجموعات العمل، وتليه جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 50 دقيقة

20 دقيقة للعمل في مجموعات

30 دقيقة للملخص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: مفاهيم التقييم والرصد
- الإطار 2: برامج خاصة بالأوبئة
- الإطار 3: دور الرصد والتقييم
- الإطار 4: التقييم ودورة التخطيط
- الإطار 5: الإطار المنطقي

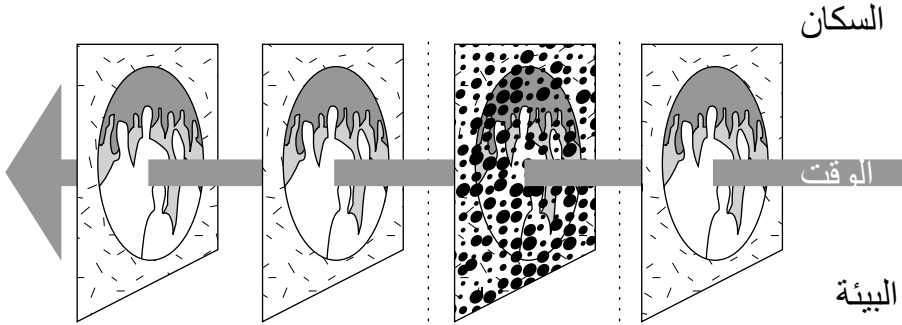
الربط بالأهداف التالية

الرصد والتقييم هما المرحلة الأخيرة من عملية التخطيط. وفي هذه المرحلة يسأل المدرب المشاركين إذا كانوا يرغبون في توضيح أي من النقاط التي تمت دراستها في هذه الوحدة التعليمية. ويجب أن يشدد المدرب على أنه يُتوقع من المشاركين تطبيق عملية التخطيط هذه في سياق الوحدات التعليمية التالية. ومن ثمّ، من المهم أن يفهم كل شخص المبدأ والمصطلحات.

الإطار 1

مفهوم التقييم والمراقبة

المراقبة الروتينية لبعض المؤشرات كوسيلة لرصد
الوضع ومسار البرنامج على حد سواء



التقييم المنتظم لأثر البرنامج
والتطورات في الوضع العام

النزاع
التقييم الأولي
للوضع

نظام الإنذار المبكر
لتوقع تفاقم
المشكلات ووقوع كارثة
محتملة

الإطار 2

البرامج الخاصة بالأوبئة

- نظام الإنذار المبكر
- التقييم الأولي
- المراقبة
- تقييم حالة معينة
- استقصاء وباء

الإطار 3

دور الرصد والتقييم

1. جمع البيانات بانتظام لتوفير أساس موضوعي لما يلي:
 - تحديد التوجهات
 - الكشف عن الأوبئة
 - برامج إعادة التوجيه
 - إنهاء البرامج
2. التقييم الشامل للوضع من أجل المقارنة بالوضع الأولي

الإطار 4

التقييم ودورة التخطيط

8	7	6	5	4	3	2	1	الأسبوع
95	95	60	58	62	97	100	200	مجموع الوفيات
51	47	40	31	28	35	32	100	السن: أقل من سنة
18	23	14	19	22	32	30	62	السن: 1-5 سنوات
26	25	6	8	12	30	38	38	السن: فوق 5 سنوات

الإطار المنطقي

التخطيط	المؤشرات	مستويات التحليل الممكنة (الملاءمة، الفعالية، الكفاءة، التأثير، الترابط، إلخ)	مصادر البيانات لمؤشرات التقييم	أساليب التقييم	تفسير السياق (القيود التي تعوق العمل)
الوضع					
الأهداف العامة					
التوجهات الاستراتيجية					
الأهداف المحددة					
الأنشطة					
الموارد					

حماية ومساعدة سكان يعانون من عواقب الاضطرابات الداخلية: مثال «ساكيلي»/«أبشا»-«دلتا»

مقدمة

تحتل «دلتا» المرتبة الثالثة في منطقة تقع في القارة الأفريقية، ويقدر عدد سكانها بنحو 57.8 مليون نسمة موزعين على 200 قبيلة.

بدأت الحكومة التي تمسك بزمام السلطة في أبريل/ نيسان 1990 عملية تغيير سياسي لم تنته بعد. وعلى الرغم من الآثار الناجمة عن الأزمة الاقتصادية وعدم استقرار السلطات المركزية التي لم تصل بالبلاد بعد إلى حالة من العنف واسع النطاق، فقد ظهرت علامات كثيرة تشير إلى ضعف حالة الأمن (نهب في العاصمة وأماكن أخرى، واشتباكات بين المجتمعات المحلية المختلفة).

وقد لفت الوضع في «أبشا» (مقاطعة في جنوب غرب البلاد)، وبخاصة الاشتباكات بين الجماعات المحلية، انتباه المجتمع الدولي. وشهد عام 1992 تطورات عديدة في النزاعات بين «السايك»، الذين هاجروا إلى «أبشا» منذ العهود الاستعمارية لكي يستغلوا موارد التعدين في المنطقة، والسكان من أصل «التكانغا» الذين يرغبون الآن في الاستفادة من الموارد المحلية الغنية بأنفسهم. وقد شردت الاضطرابات الداخلية في منطقة «أبشا» عددًا كبيرًا من السكان الذين أصبحوا بلا مأوى. كما أصبح قرابة 65.000 نسمة، معظمهم من أصل «السايك»، ممن عاشوا في «أبشا» لأجيال، أهدافًا لأعمال عنف من قبل «التكانغا»، واضطروا في النهاية إلى الفرار من ديارهم. وعلى الرغم من أن الكثيرين منهم كانوا يرغبون في العودة إلى ديارهم، فإن معظمهم أدرك أنه لا بديل لهم سوى التوجه إلى منطقة «السايك»، التي تبعد حوالي خمسة أيام من السفر بالقطار.

واندلعت الاضطرابات الأولى في «ميروغونو» في يناير/ كانون الثاني، مما أسفر عن مصرع ثلاثة أشخاص وجرح العشرات. ولجأ حوالي 500 شخص إلى محطة القطار، على أمل مغادرة المنطقة بالقطار. لكن وبعد مضي 10 أيام تقريبًا وافقوا على العودة إلى ديارهم.

ودفع وقوع اشتباكات متفرقة خلال الفترة من يناير/ كانون الثاني حتى سبتمبر/ أيلول 1992، بأشخاص كثيرين إلى النزوح إلى المنطقة المحيطة بمحطة القطار ومبنى شركة التعدين. وسُجل وقوع بعض الإصابات.

ووقعت حوادث خطيرة في «ساكيلي» في 14 و15 سبتمبر/ أيلول، أسفرت عن مقتل 24 شخصًا وإصابة 70 آخرين، وتدمير ونهب مئات البيوت. وقد تجمع الناس حول معسكرات

الجيش ومحطة القطار. وكان معظم الضحايا من أصل «السايكا»، مع أنّ بعض «النكانغا» تضرروا أيضًا من جراء العنف.

وفي ضوء تدهور الوضع، قرر المجتمع الدولي إرسال فريق لتقييم الأوضاع.

أنت عضو في فريق طبي دولي مكلف بمهمة تقييم الوضع

الهدف الأول لهذا التمرين
إعداد تقييمك عن طريق وضع:

- قائمة بالبيانات الرئيسية التي ترغب في جمعها
- قائمة بالمصادر التي سوف تستعين بها لجمع هذه البيانات

أحوال الضحايا في "ساكيلي" أولاً: وصف الوضع

1. الإحصائيات الأساسية

(أ) تصنيف الضحايا

يمكن تقسيم الضحايا إلى أربع فئات:

- "السايكا" الذين يعيشون قرب محطات القطارات (في مبنى مصلحة الجمارك، في خيام، أو في المحطة): 30.000 نسمة.
- "السايكا" الذين يعيشون في أماكن ملائمة إلى حد ما (مدارس، مبنى شركة التعدين "شركة ماينكس"): 5.469 نسمة.
- "السايكا" الذين لجأوا إلى أقاربهم في البلدة: 23.299 نسمة.
- "التكانغا" الذين دمرت منازلهم في أثناء الاشتباكات: حوالي 3.000 نسمة.

(ب) معدل الوفيات

قام "السايكا" بتسجيل الوفيات. والأرقام الدقيقة جداً التي أعلنت في البداية جعلتنا نشك في مصداقيتها. ولكن، وبعد التحقق منها وذلك بمقارنتها بالإحصائيات التي أوردتها الكنائس، يمكننا الافتراض أن تلك الأرقام دقيقة نسبياً.

ويبين الجدول التالي التقلبات في معدل الوفيات لـ 10.000 شخص يومياً:

"ساكيلي"

معدل الوفيات في اليوم لـ 10.000 شخص

الأُسبوع	أغسطس/ آب 1992	سبتمبر/ أيلول 1992
1	1: 1.2	1.4
2	1.1	1.7
3	1	2.1
4	1.2	1.6

الأسبوع	1	2	3	4	5	6	7	8
مجموع الوفيات	200	100	97	62	58	60	95	95
السن: أقل من سنة	100	32	35	28	31	40	47	51
السن: 1-5 سنوات	62	30	32	22	19	14	23	18
السن: فوق 5 سنوات	38	38	30	12	8	6	25	26

معظم الوفيات حدثت بين أطفال دون سن الخامسة، كما هو مبين في الجدول أعلاه.

هذا هو معدل الوفيات لتلك الشريحة من السكان المتضررين من أصل «السايبا» الذين يعيشون في «ساكيلي». وقد نجمت الوفيات أصلاً عن وباء الحصبة في أواخر شهر أغسطس/ آب، ووباء الإسهال في شهر سبتمبر/ أيلول.

2. بيانات الغذاء والتغذية

(أ) وضع التغذية

أظهر تقييم شامل للتغذية أن معدل سوء التغذية بلغ 20% بين الأطفال الذين لم يبلغوا سن الخامسة (أي دون 80% من معيار الوزن بالنسبة للطول)، مع 2% يعانون من سوء تغذية حاد (دون 70% من معيار الوزن بالنسبة للطول، و/ أو أعراض مرض كواشيوركور).

وبلغ معدل سوء التغذية بين الأطفال الذين لم يبلغوا سن الخامسة ممن تعيش أسرهم قرب محطة القطار 30% (8% منهم يعانون من سوء التغذية الحاد).

(ب) وضع الغذاء

يمكن التمييز بين مجموعتين من السكان.

1) المجموعة التي تعيش في المحطة

يبين تحليل الموارد الغذائية والمالية لهذه المجموعة أن

- مواردها المالية محدودة، وتأتيها من:
- بيع الأثاث والممتلكات الشخصية

- أجور لموظفي شركة ماينكس وشركة سكك حديد أبشا : 800 أسرة من مجموع 7000.
- مواردها الغذائية محدودة أيضاً:
- قام «السيكا» بإنشاء سوق محلية صغيرة منذ أحداث أغسطس/ آب
- حوالي 10% من الأسر في هذه المجموعة تعمل في شركة ماينكس. وكقاعدة عامة، تزود هذه الشركة موظفيها بالطعام، غير أنّ هذه الحصة لا تغطي، في أحسن الأحوال، سوى 20-30% من احتياجاتهم الغذائية الأساسية. وتقوم الوكالات المحلية بتوزيع أغذية بشكل محدود أو متقطع وتبلغ كميتها 1 كيلوغرام للأسرة الواحدة.
- الذهاب إلى المناطق الريفية للحصول على الأغذية غير آمن.

(2) المجموعات الأخرى

تتكون المجموعات الأخرى أصلاً من أسر ترتبط بشركة التعدين (شركة ماينكس) أو شركة سكك حديد أبشا. وتعيش هذه الأسر في ظل أوضاع نظافة صحية أفضل، ويتلقى بعض أفرادها أجوراً ومساعدات غذائية من شركاتهم. ويتلقى الآخرون مساعدات من عائلاتهم التي يقيمون معها. ولدى هذه المجموعات بعض فرص الحصول على موارد غذائية ومالية، ولكن لفترة زمنية محدودة وبكميات غير كافية لتغطية احتياجاتها.

(ج) البيئة

يشبه وضع الأشخاص الذين يعيشون بجوار المحطة وضع أولئك الذين يعيشون في مخيم للنازحين، حيث يجب أن تؤخذ العناصر التالية في الاعتبار:

- **المأوى:**
- يتم صنع مرافق الإيواء من مواد محلية (خشب، أكياس، أغطية بلاستيكية).
- **تخطيط المخيم:**
- مرافق الإيواء عديدة وقريبة من بعضها البعض (اكتظاظ)، وستنشأ مشاكل خلال موسم الأمطار.
- طرق الوصول إلى المخيم في حالة جيدة، ولكن لا توجد وسائل نقل حقيقية داخل المخيم. ويبلغ طول المخيم ما يقارب 400 متر وعرضه حوالي 300 متر.
- **المياه:**
- المصدر الرئيس للمياه هو نظام مياه البلدية (مصدر المياه هو نهر يبعد خمسة كيلومترات من البلدة). وتوجد في المحطة نفسها خمس حنفيات. وهناك بئران تعملان بمضخات يدوية في المخيم، ومع أنهما ملكية خاصة فإن النازحين يمكن أن يستخدموهما.

الجودة:

وفقاً للسلطات، يتم تعقيم المياه بالكlor في محطة معالجة المياه. بيد أن مخزون الكلور ينفد بانتظام. ولم يجر بعد أي تقييم لجودة مياه البئرین.

الكمية:

وفقاً للسلطات، فإن كمية المياه الموزعة في المخيم من خلال نظام مياه البلدية تبلغ نحو 90 متراً مكعباً يومياً.

• الفضلات البشرية:

تم حفر 50 مرحاضاً.

د) نسبة انتشار الأمراض

يتبع توزيع الأمراض نمطاً نموذجياً مع نسبة مئوية عالية من أمراض الإسهال (30%)، والحمى الناجمة عن الملاريا (20%)، والالتهابات الجلدية (8%)، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة (12%). وتم تشخيص كثير من حالات الإصابة بالسل، كما جرى تسجيل العديد من حالات الإصابة بالحصبة مؤخراً.

هـ) أنشطة المستوصف

قامت السلطات الصحية بفتح مستوصف في المخيم في 10 سبتمبر/ أيلول (هناك تم جمع معظم بيانات نسبة انتشار الأمراض).

يتألف الطاقم الطبي العامل في المستوصف من طبيب واحد ومرمزين اثنين وأربعة عاملين في مجال الصحة، جميعهم من أصل «السايكا». ويكشفون على المرضى كل يوم من الساعة السابعة صباحاً وحتى الخامسة عصرًا. ولا يمكن إجماع المرضى الذين يعانون من مشكلات طبية خطيرة إلى المستشفى ليلاً. وفي الواقع، لا يجرؤ الناس على الذهاب إلى هناك نظراً للظروف غير الآمنة في البلدة ليلاً. وتصل 210 حالات جديدة، في المتوسط، إلى المستوصف كل يوم.

و) أنشطة الصحة العامة

وُضعت برامج للتوعية بالصحة العامة، مع التركيز بصفة خاصة على التخلص من النفايات واستخدام المياه.

وقد استحدثت الصليب الأحمر برنامجاً للزيارات المنزلية، مع إحالة الحالات الطبية إلى المستوصف. كما يقوم المتطوعون «السايكا» بإعداد برنامج لمساعدة المسنين.

ز) المستشفيات

الأشخاص الذين تتطلب حالاتهم دخول المستشفى هم في معظمهم أطفال يعانون من سوء التغذية والحمى وأمراض الإسهال. وقد تم تخصيص جناح منفرد للنازحين من أجل فصلهم عن المرضى من أصل «التكانغا». وتبلغ سعة هذا الجناح 36 سريراً. ويبلغ معدل الدخول إلى المستشفى 20 مريضاً في الأسبوع.

يطلب من المشاركين في الدورة التدريبية القيام، على أساس هذه البيانات، بما يلي:

- تحديد المشكلات الصحية
- تحديد الأولويات
- تحديد الأهداف العامة والمحددة
- تقسيم الهدف المحدد إلى أنشطة، وكل نشاط إلى مهام

ثانياً: عوامل تساعد على تحليل التطورات المحتملة للوضع

1. المواصلات من «ساكيلي» إلى «توموي»

بما أنه لا يوجد سوى قطار واحد كل شهر من «باشيكو» إلى «توموي»، يظل الناس في الحقيقة عالقين في المحطة ومحيطها. وعندما يصل القطار إلى محطة ساكيلي كل شهر، يكون محملاً بركاب من «باشيكو». ومع ذلك، يتمكن بضع مئات من الأشخاص عادةً من ركوب القطار في رحلة تدوم خمسة أيام إلى «توموي».

2. الوضع في «ويزيكول»

اندلعت اضطرابات في «ويزيكول» في الأسبوع الثالث من سبتمبر/ أيلول، وأدت إلى تجمع 3.000 من «السايكا» في محطة القطار هناك.

3. الوضع في «توموي»

يُقدّر عدد الوافدين في الفترة من يناير/ كانون الثاني إلى أغسطس/ آب بـ 8000 شخص. وظل معظم النازحين من مقاطعة «أبشا» في المخيم القريب من مدينة «توموي» قبل التحرك إلى وجهتهم النهائية بوسائلهم الخاصة.

السكان في مخيمات «توموي»

العدد المقدّر للأشخاص الموجودين
في مخيم «توموي» في الأسبوع،
من منتصف أغسطس/ آب وحتى
آخر سبتمبر/ أيلول 1992

الأسبوع	أغسطس/ آب 1992	سبتمبر/ أيلول 1992
1	-	3.000
2	-	2.700
3	2.400	3.250
4	2.600	3.500

- الإيواء

تمّ في الأشهر القليلة الأولى، توفير مرافق جماعية لإيواء السكان النازحين. ولكن مع تزايد أعداد سكان المخيم وُزعت أغطية بلاستيكية لنصب الخيام.

- الوضع الغذائي:

جرى الإعداد لتوزيع المواد الغذائية على نحو منتظم. وتشمل المواد الغذائية، في المقام الأول، الطحين الأبيض. وبما أنّ معدل سوء التغذية مرتفع (أكثر من 12% بين الأطفال)، تقدّم أيضاً حصص تكميلية للأطفال الذين تقل نسبة وزنهم مقارنة بطولهم عن 70% و75%.

- نسبة انتشار الأمراض:

انتشر وباء الإسهال الشديد في أغسطس/ آب 1992. ويُحتمل أن يكون الوباء قد نشأ في «ويزيكول»، حيث لوحظ وجود الأعراض نفسها التي تميّز هذا الوباء، والتي أدت إلى وفاة العديد من البالغين والأطفال. كما كانت الملاريا السبب الرئيس للوفيات خلال موسم الأمطار (أغسطس/ آب – سبتمبر/ أيلول). وكان معدل الوفيات في مخيم «توموي» أعلى منه في «ساكيلي».

4. الوضع السياسي في البلاد

الوضع السياسي في البلاد لا يبعث على الاستقرار أبداً، وتسود نزعة عامة نحو الفوضى.

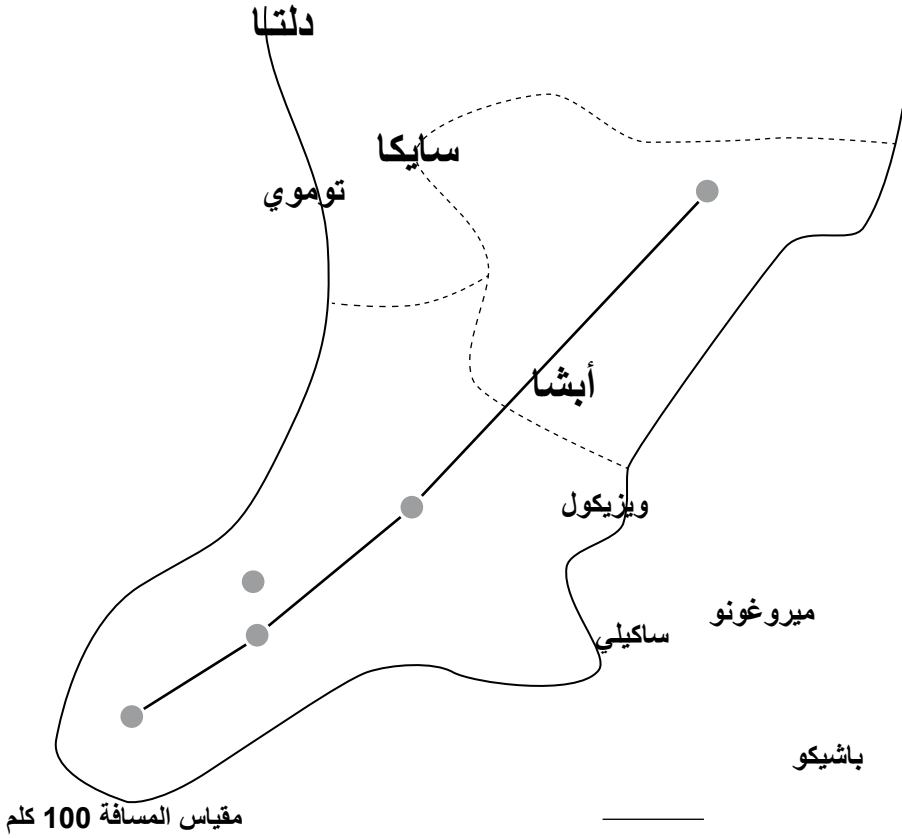
5. السياق الدولي

يشعر المجتمع الدولي بالقلق إزاء هذا الوضع، ولكن لا يعتبره أولوية، وذلك لسببين:

- السياق السياسي الدولي مشحون بالتوتر الشديد وهناك نزاعات مسلحة خطيرة أخرى ينصبّ عليها الاهتمام العام.
- نشأ وضع متوتر مشابه في «دلتا» خلال السنوات الماضية، مما أدى إلى القيام بعمليات إنسانية أثبتت فشلها في حل المشكلة.

**يُطلب من المشاركين تخطيط استراتيجياتهم
طويلة المدى باستخدام هذه الوقائع**

الإطار 1



الإطار 2



الوحدة التعليمية

الثانية

الغذاء والتغذية

قائمة الأهداف

- رسم شكل بياني لسلسلة الإمدادات الغذائية
- معرفة كيف يمكن تحديد اضطراب الإنتاج الزراعي وتوزيع المواد الغذائية
- معرفة كيف يمكن إدراك اضطراب الوصول إلى الموارد الغذائية
- فهم أهمية إجراءات التقييم السريع كأداة لفهم ردود أفعال السكان في المناطق الريفية تجاه الاضطرابات الشديدة في نظم الأغذية الزراعية والنظام الاجتماعي في حالات الطوارئ
- تحليل الاستهلاك الغذائي للأسرة
- معرفة كيف يمكن تحديد سوء التغذية وقياسه، والإحاطة بحقائق أساسية كافية لتخطيط استراتيجية معيّنة. ويتيح هذا الهدف للمشاركين الاستفادة من المهارات التي تعلموها في السابق كتدريب على استخدامها في العمل الميداني لاحقاً
- وضع إطار يمكن من خلاله دراسة المهارات التي تفيد في تخطيط توزيع المواد الغذائية
- معرفة معايير إعداد حصة غذائية مناسبة
- تخطيط توزيع المواد الغذائية وبرامج إعادة التأهيل الغذائي لعدد معيّن من السكان
- القدرة على تسمية العناصر الأساسية التي يتطلبها إجراء إحصاء للسكان
- معرفة المعلومات اللازمة لتحديد الاستراتيجية الأنسب للحد من سوء التغذية بين السكان
- معرفة المعلومات اللازمة لتخطيط نظام مراقبة لتوزيع المواد الغذائية
- الحصول على الحقائق الأساسية لفهم المتطلبات اللوجيستية المرتبطة بتوزيع المواد الغذائية
- إتقان أداة استراتيجية لتحديد التفاعل القسري بين برامج إعادة التأهيل الغذائي والبرامج المصممة لاستعادة إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية للسكان المستضعفين
- دراسة المبادئ العامة لتنظيم مركز لإعادة التأهيل الغذائي.

وصف سلسلة الإمدادات الغذائية

1. الوصف

بصفة عامة، هناك عدة حلقات في سلسلة الإمدادات الغذائية: إنتاج الموارد الزراعية، وتحويلها إلى منتجات غذائية، وتوزيعها على السوق، ووصول الأسرة إلى الموارد الغذائية، وتوزيع الأغذية داخل الأسرة، والانتفاع البيولوجي من الغذاء. وتحدد الطريقة التي تعمل بها هذه السلسلة الحالة الغذائية للسكان، وبصورة أكثر تحديداً الحالة الغذائية للأطفال. وبدورها، تحدد الحالة الغذائية الحالة الصحية.

ويؤثر النزاع المسلح على سلسلة الإمدادات الغذائية هذه كلياً أو جزئياً. ولذلك يجب أن تأخذ استراتيجيات العمل الإنساني في هذا السياق كل حلقات سلسلة الإمدادات الغذائية بعين الاعتبار. وبالتالي، يجب بذل الجهد لكسر العادة الشائعة في إسناد الاستراتيجيات الغذائية الطارئة إلى قياس معدلات سوء التغذية حصرياً. وإذا تمّ توسيع مجال التغذية ليشمل مفهوم سلسلة الإمدادات الغذائية، يصبح من الممكن تخطيط الاستراتيجيات التي تدمج الحلقات المختلفة لهذه السلسلة بصورة أو بأخرى، إذ كلما ارتفع سقف عمل السلسلة، كان التأثير الوقائي أكبر.

إنّ سلسلة الإمدادات الغذائية ليست مفهومًا منعزلاً. وبما أنّ الانتفاع البيولوجي من الغذاء مرتبطٌ بحدوث الأمراض المعدية، على سبيل المثال، فإنّ سلسلة الإمدادات الغذائية ترتبط ارتباطاً وثيقاً ببرامج مكافحة الأمراض المعدية.

2. الفئة

الإطار: إعداد رسم بياني لسلسلة الإمدادات الغذائية.

3. الصياغة

وصف سلسلة الإمدادات الغذائية حسب نموذج السكان الذي تختاره: ريفي، حضري، شبه رُحَال، ... إلخ.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل التي يُطلب منها كتابة النتائج على ورق شفاف لعرضها ومناقشتها في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 35 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للجلسة العامة

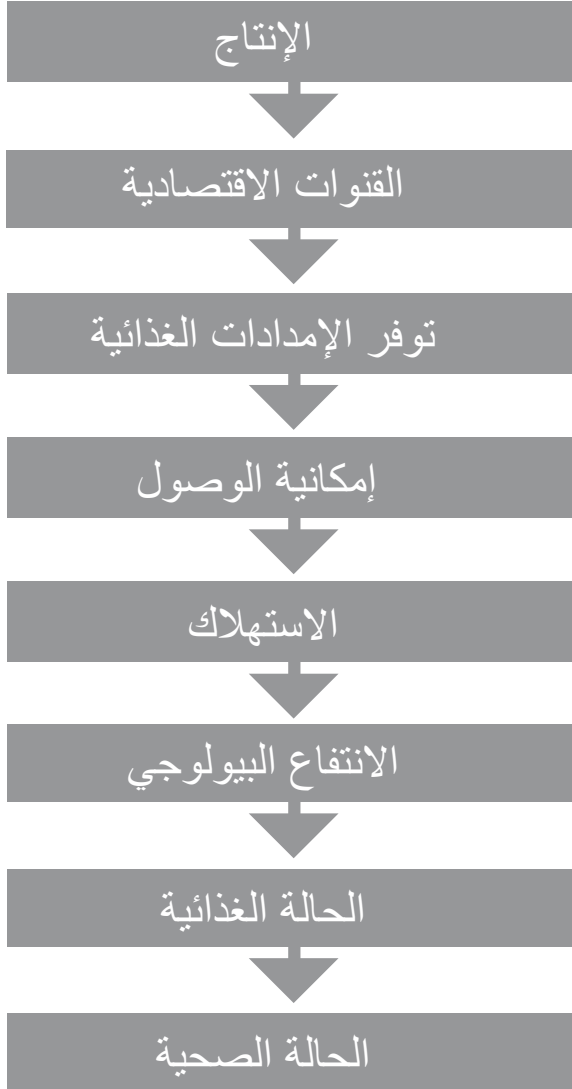
6. الخلاصة

- الإطار 1: سلسلة الإمدادات الغذائية
نسخة خطية بسيطة لسلسلة الإمدادات الغذائية، دون تفرعات إلى النظم الأخرى التي تؤثر فيها - على سبيل المثال، مكافحة الأمراض المعدية التي تؤثر في الانتفاع البيولوجي من الغذاء وإنتاج الغذاء على حد سواء.
- الإطار 2: سلسلة الإمدادات الغذائية ومظاهر الاقتصاد العامة
تحديد الإنتاج، والقنوات الاقتصادية، وتوفير الموارد الغذائية.
- الإطار 3: تأثير الغوث الإنساني في سلسلة الإمدادات الغذائية.
- الإطار 4: إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية.
- الإطار 5: تحديد الاستهلاك الغذائي، بما في ذلك تغذية الأطفال.
- الإطار 6: تحديد الانتفاع البيولوجي من الغذاء.
- الإطار 7: الحالة الغذائية والحالة الصحية.
- الإطار 8: الحالة الغذائية كمؤشر على وجود اضطراب كامن، وقد يكون هذا الاضطراب مقصوراً على حلقة واحدة من حلقات سلسلة الإمدادات الغذائية، وقد يتطلب ردود أفعال لا ترتبط مباشرة بالأغذية، كالمقاييس التي تؤثر في الانتفاع البيولوجي ومكافحة الأمراض المعدية.
- الإطار 9: سلسلة الإمدادات الغذائية والنظم الخاصة بها.

الرباط بالأهداف التالية

بدءاً بهذا الملخص العام لسلسلة الإمدادات الغذائية، سوف نقوم بدراسة الأدوات الرئيسية اللازمة لتقييم حلقاتها المتتالية وتخطيط العمل الملائم على كل مستوى.

سلسلة الإمدادات الغذائية



الإطار 2

سلسلة الإمدادات الغذائية ودراسة مظاهر الاقتصاد العامة

الإنتاج الزراعي:

. تحليل الاقتصاد الزراعي

. تحليل المناخ

. تحليل الممارسات الزراعية

. تحليل النظام الزراعي

. تحليل الواردات

القنوات الاقتصادية:

. تحليل نظم الاتصالات

. تحليل أسعار السوق

. تحليل المخزون الغذائي

توفر الموارد الغذائية:

. توفر الموارد الغذائية في البيئة الحالية (الكمية والجودة).

إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية

الإنتاج
الزراعي

القنوات
الاقتصادية

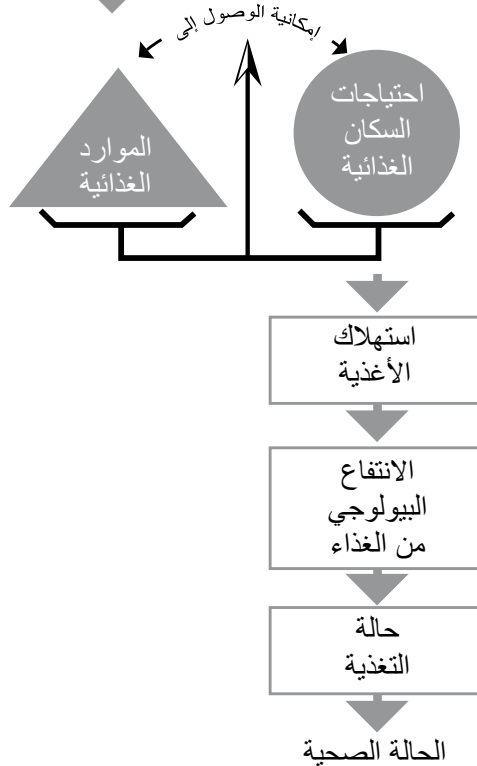
توفر
الموارد
الغذائية

إمكانية وصول السكان

إلى الموارد الغذائية

المتطلبات:

- يجب توفر الموارد الغذائية
- يجب أن يكون لدى السكان القدرة على الحصول عليها (القوة الشرائية، المقايضة)
- يجب أن تكون الظروف الأمنية مُرضية



الإطار 4

تحديد الاستهلاك الغذائي

دراسة استهلاك الأغذية داخل الأسرة

- . أنواع وكميات الموارد الغذائية
- . طريقة الإعداد
- . عدد الوجبات
- . توزيع الغذاء داخل الأسرة

دراسة تغذية الأطفال الرضع

- . الإرضاع من الثدي
- . الفطام
- . تغذية الأطفال الصغار

الإطار 5

تحديد الانتفاع البيولوجي من الأغذية

قد يعوق امتصاص الأغذية بسبب الإصابة بما يلي:

- . أمراض الإسهال
- . الطفيليات المعوية

الروابط بعناصر النظام الصحي الأخرى:

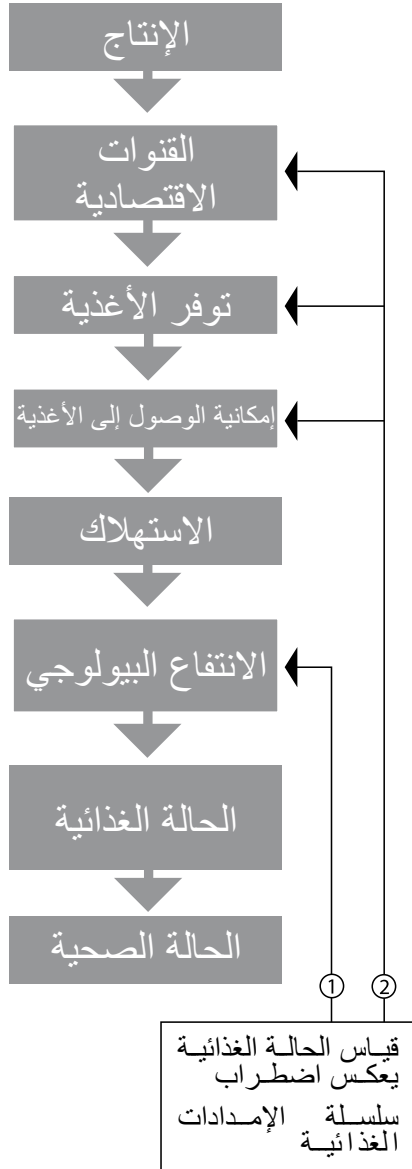
- . النظافة الصحية البيئية
- . مكافحة الأمراض المعدية

الحالة الغذائية/ الحالة الصحية

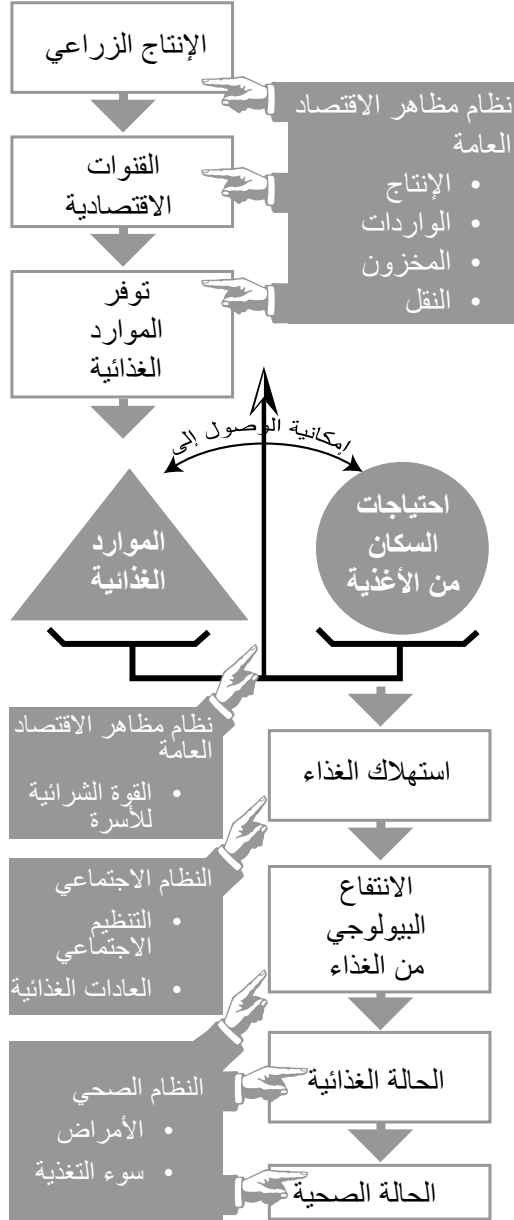
1. يمكن قياس الحالة الغذائية بموضوعية
2. يرتبط معدل الوفيات ارتباطًا وثيقًا وأسّيًا بمعدل سوء التغذية
3. يرتبط خطر الإصابة بالعدوى ارتباطًا وثيقًا بمعدل سوء التغذية
4. قد يكون سوء التغذية علامة متأخرة على اضطراب سلسلة الإمدادات الغذائية، وقد يرتبط أيضًا بالإصابة بالعدوى.

الإطار 7

الحالة الغذائية: مؤشر على وجود مشكلة كامنة



سلسلة الإمدادات الغذائية ونظمها



اضطراب الإنتاج الزراعي وتوزيع المواد الغذائية

1. الوصف

لم يُعدّ هذا الهدف لتزويد المشاركين بالمهارات اللازمة لوضع برامج الإنتاج الزراعي، وإنما ليساعدهم على أن يدركوا أنّ النزاعات المسلحة يمكن أن تؤدي إلى اضطراب الإنتاج الزراعي، وهذه مشكلة يمكن تصحيحها أحياناً باتخاذ تدابير بسيطة. كما سيناقش هذا القسم الاضطراب في العملية التي يتم من خلالها تحويل المنتجات الزراعية إلى منتجات غذائية. ويتكون الهدف الحالي من شقين:

1. تحديد المؤشرات الأساسية لتقييم الاضطراب في إنتاج السلع الزراعية وتصنيعها في أعقاب نزاع مسلح:

- إمكانية الوصول إلى الأراضي الزراعية
- إمكانية الوصول إلى المستلزمات الزراعية: البذور، الأسمدة، الوقود، الأدوات، ... إلخ.
- توفر الأيدي العاملة
- دمار المصانع
- فقدان ما يلزم من قطع غيار ووقود للمصانع.

2. إبراز أهمية آليات التعويض التي تساعد على تعويض العجز في الإنتاج الزراعي وتسهيل التحول إلى اقتصاد قابل للبقاء.

ويمكن دراسة المشكلات المرتبطة بتوزيع المنتجات الزراعية والغذائية من خلال النظام الاقتصادي بالطريقة ذاتها. وعلى سبيل المثال، تؤدي حالات النزاع المسلح إلى تعطيل وسائل الاتصالات وإلى نقص الإمدادات، وبالتالي إلى ارتفاع الأسعار.

2. الفئة

الأداة: القدرة على تحديد الاضطراب في الإنتاج الزراعي وتوزيع المواد الغذائية.

3. الصياغة

تحديد المؤشرات التي يمكن استخدامها لتقييم اضطراب الإنتاج الزراعي وتوزيع المواد الغذائية.

4. أسلوب التعليم

مناقشة في الجلسة العامة لما يلي:

- الاضطراب في الإنتاج الزراعي
- الاضطراب في توزيع المنتجات الغذائية.

5. المدة

إجمالي المدة: 25 دقيقة.

6. الخلاصة

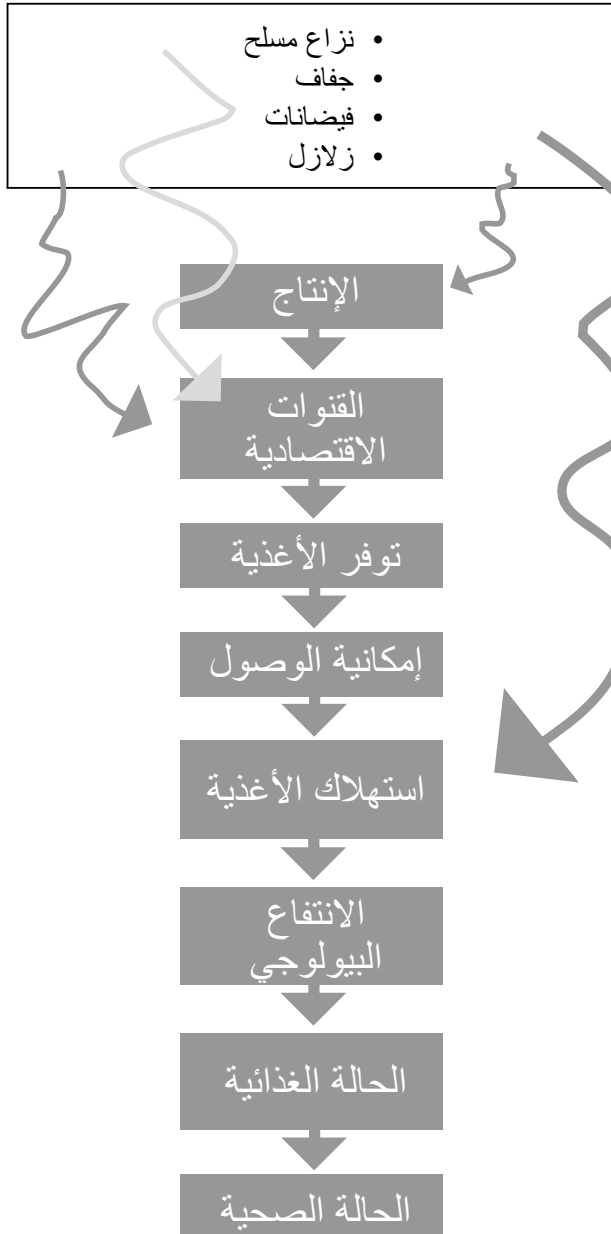
- الإطار 1: تقسيم سلسلة الإمدادات الغذائية
- الإطار 2: العوامل التي تؤدي إلى اضطراب الإنتاج الزراعي في أثناء نزاع مسلح
- الإطار 3: العوامل التي تعطل توزيع الموارد الغذائية في أثناء نزاع مسلح

الربط بالأهداف التالية

يؤثر اضطراب الإنتاج والتصنيع وتوزيع السلع الغذائية - الزراعية في قدرة الفئات الاقتصادية - الاجتماعية الأشد ضعفاً على الوصول إلى الموارد الغذائية.

الإطار 1

تقسيم سلسلة الإمدادات الغذائية



العوامل التي تؤدي إلى اضطراب الإنتاج الزراعي أثناء نزاع مسلح

الوصول المقيد
للمناطق الزراعية

تدمير
المحاصيل

الوصول
المقيد
للمستلزمات
الزراعية

الإنتاج
الزراعي

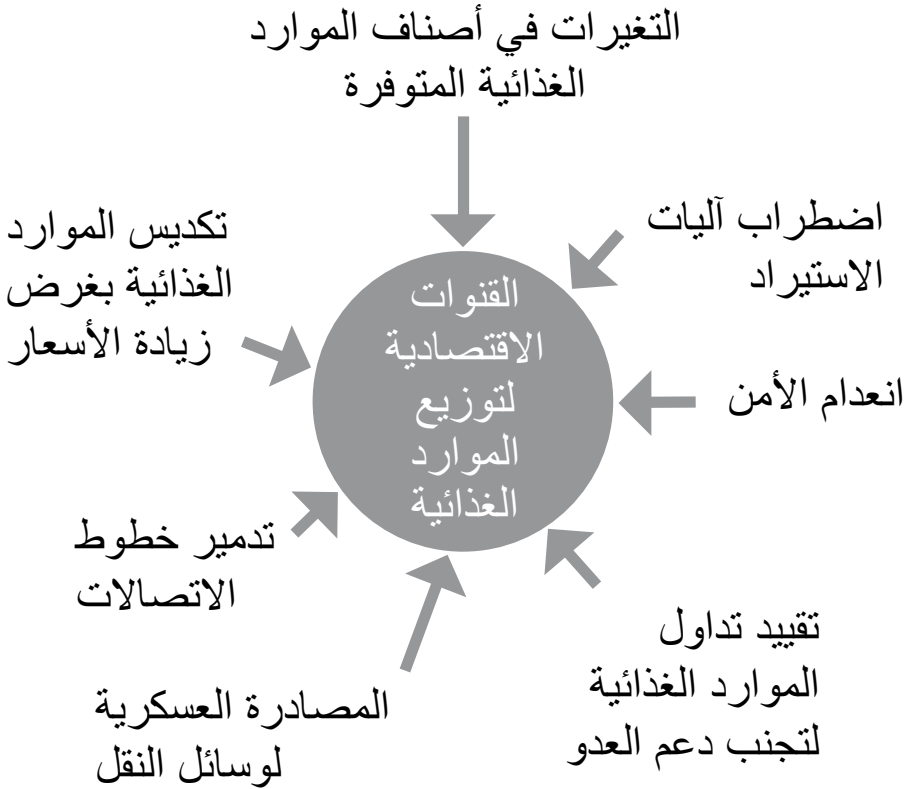
فقدان
الوقود

نقص في
الأيدي العاملة
(بسبب التجنيد
العسكري)

نقص في قطع
غيار المعدات
الزراعية

الإطار 3

العوامل التي تعطل توزيع الموارد الغذائية أثناء نزاع مسلح



تحديد اضطراب الوصول إلى الموارد الغذائية

1. الوصف

يؤدي اضطراب إنتاج وتوزيع الأغذية المشار إليه سابقاً إلى انعكاسات على وصول أشد الجماعات ضعفاً إلى الموارد الغذائية. ويقدم هذا المنظور منهجاً مختلفاً عن التصنيف المعتاد للمجموعات المستضعفة – الأطفال، والنساء الحوامل والمرضعات، والمرضى. وهنا، يعرف ضعف المجموعة بأنه دالة، ليست فقط ذات خصائص فيسيولوجية، وإنما أيضاً ذات معايير اقتصادية وإثنية وسياسية.

ويحرم ارتفاع أسعار السوق الأفراد الأشد فقراً من إمكانية الحصول على الموارد الغذائية، مما يجبرهم على بيع ماشيتهم أو مجوهراتهم، أو النزوح إلى مناطق تكون مواتية لهم بشكل أفضل. كما يمكن أن يتأثر الحصول على الموارد الغذائية بالأصل الإثني أو الانتماء السياسي.

ولإلقاء الضوء على العوامل التي تعوق الحصول على الموارد الغذائية، يتعين السعي إلى إيجاد مؤشرات – تكون عادةً غير قابلة للقياس الكمي- من خلال الحديث مع الأشخاص المتضررين. ومن الضروري الإصغاء جيداً والإحاطة بالبيئة الاجتماعية- الثقافية والسياسية عند القيام بهذا المسعى.

وتؤدي القيود المفروضة على الوصول إلى مصادر الغذاء المعتادة إلى آليات تعويض – حيث يسعى السكان إلى الحصول على الأغذية التي لا يستهلكونها عادةً، والتي يتم الحصول عليها من المصادر التي تستخدم فقط في حالات الطوارئ عندما تكون المصادر العادية غير كافية أو تكون قد نفذت. وتعتمد قدرة السكان على تعديل استراتيجية وصولهم إلى الغذاء على نمط حياتهم ودرجة الاستعداد لمواجهة خطر توقف الوصول إلى الموارد الغذائية المعتادة. وقد يكون سكان الريف، على سبيل المثال، أقل ضعفاً من سكان المناطق الحضرية، الذين تكون آليات تعويضهم محدودة بشكل أكبر.

ويتمثل الإجراء الأكثر شيوعاً لتقييم إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية في اتباع طرق التقييم النوعي القائمة على اللقاءات مع ضحايا تلك الحالات.

2. الفئة

الأداة: القدرة على إدراك اضطراب الوصول إلى الموارد الغذائية.

3. الصياغة

تحديد المؤشرات التي تتيح تقييم إمكانية وصول مجموعة سكانية معينة إلى الموارد الغذائية.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، وتليه جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 25 دقيقة

• 10 دقائق للعمل في مجموعات

• 15 دقيقة للجلسة العامة

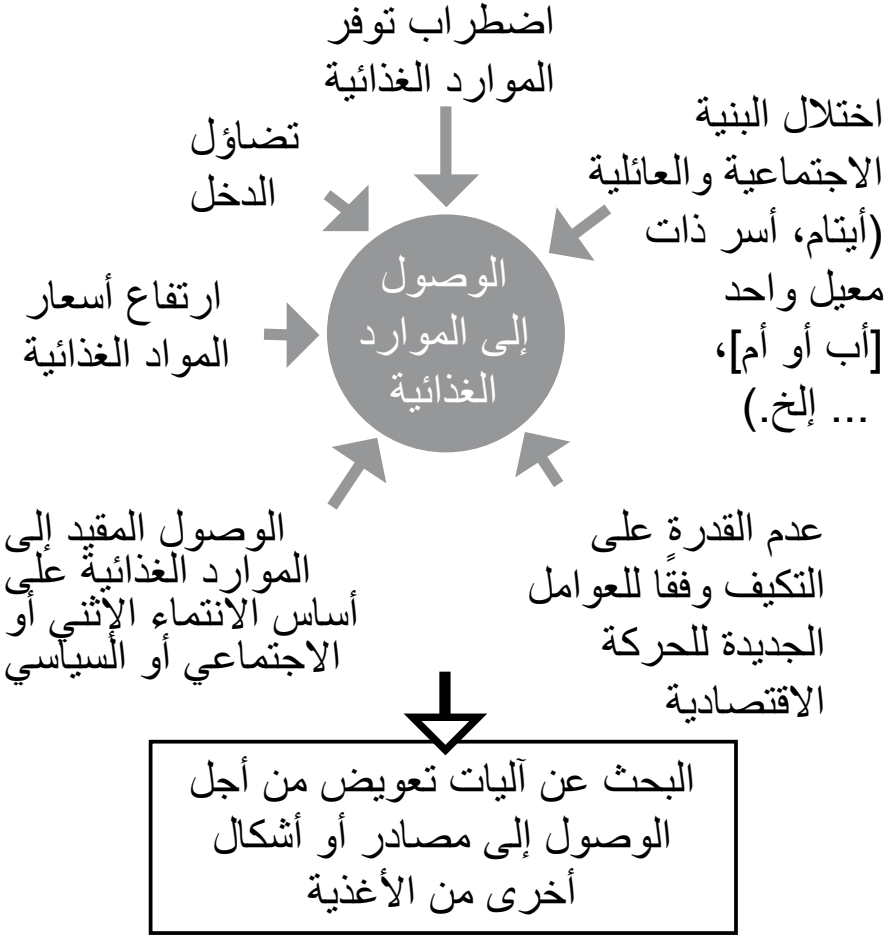
6. تجميع العوامل

• الإطار 1: العوامل التي تعطل الوصول إلى الموارد الغذائية

الربط بالأهداف التالية

يغطي الهدف التالي مفهوم إجراءات التقييم السريع.

العوامل التي تعطل الوصول إلى الموارد الغذائية



إجراءات التقييم السريع

1. الوصف

إجراءات التقييم السريع هي أساليب تقدير نوعي. وهي مفيدة، بوجه خاص، عند السعي للحصول على معلومات اجتماعية أو أنثروبولوجية أو اقتصادية جزئية. وتتفادى هذه الإجراءات الحاجة لأخذ عينات ممنهجة لجميع السكان، لأنها تركز على دراسة استقصائية لمجموعات محددة يتم اختيارها لقدرتها على توفير المعلومات المرجوة. وقد تكون هذه المجموعات، محط التركيز، أشخاصاً لهم وضع مميز بين السكان: زعماء قري، عاملين في مجال الرعاية الصحية، جمعيات نسائية، ... إلخ.

وتتمثل ميزة هذه الإجراءات في أنها توفر طريقة سريعة لجمع المعلومات من عدد قليل من الناس دون أي حاجة إلى إجراء دراسات استقصائية ضخمة تشمل أعداداً كبيرة من الناس. وتستند إجراءات التقييم السريع إلى اجتماعات غير رسمية مع المجموعات محط التركيز ومقابلات مع عينة رئيسة من المجتمع المحلي أو استبيانات موزعة على تلك العينة. ومن الواضح أنّ هذا الأسلوب ينطوي على بعض المخاطر، لا سيما أنّ الانحياز الطبيعي الكامن في "انتقاء" المجموعات محط التركيز أو العينة يعني أنّ النتائج قد لا تعكس الوضع الحقيقي لكل الناس المتضررين جرّاء وضع ما. وقد يتعيّن تأكيد البيانات المجمعة عن طريق إجراءات التقييم السريع بأساليب مباشرة بصورة أكبر.

وتعدّ إجراءات التقييم السريع مفيدة جدّاً في جمع المعلومات عن نظام غذائي زراعي لمجموعة سكانية معيّنة. وتوفر صورة للأليات الاقتصادية الجزئية والاجتماعية لهذه النظم، فضلاً عن فهم ردود أفعال السكان على التغيرات التي تسببت بها الحرب.

2. الفئة

الأداة: تقدير أهمية إجراءات التقييم السريع لفهم ردود أفعال السكان تجاه الاضطراب في النظم الغذائية الزراعية والاجتماعية في أثناء حالة طوارئ.

3. الصياغة

تحديد إجراءات التقييم السريع.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تضم جميع المشاركين.

5. المدة

- إجمالي المدة: 30 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: إجراءات التقييم السريع: المبادئ

الرباط بالأهداف التالية

تتطبق إجراءات التقييم السريع على مجالات أخرى تمامًا كما تنطبق على الغذاء والتغذية. كما أنها مفيدة في جمع البيانات بشأن المشكلات الأمنية في حالات الحرب.

الإطار 1**إجراءات التقييم السريع****المبادئ**

- أسلوب التقييم النوعي
- المقابلات
- المجموعات محط التركيز
- خطر الانحياز في انتقاء الأشخاص الذين ستجري مقابلتهم
- تأكيد البيانات من خلال مقارنة مختلف مصادر المعلومات

اضطراب استهلاك الغذاء داخل الوحدة التي تشكل أسرة

1. الوصف

لا يتأثر استهلاك الغذاء داخل الأسرة بالاضطرابات المشار إليها آنفاً فحسب، وإنما أيضاً بالعوامل المتأصلة في الوحدة التي تشكل الأسرة. ويجب فهم الوحدة التي تشكل أسرة بمفهومها العريض، حيث إنها تضم في مجتمعات كثيرة الأسرة الموسعة أو حتى العشيرة.

ويمكن تقييم استهلاك الغذاء بطرق عديدة، بما في ذلك الملاحظة المباشرة والاستعلام الشفوي بخصوص الغذاء الذي تم تناوله في الأربع والعشرين ساعة الماضية أو الأسبوع الماضي، والدراسات الاستقصائية القائمة على سجلات منهجية لمحتوى الوجبة التي تم إعدادها في المنزل. وتستند الطرق الأخرى غير المباشرة إلى تحليل فضلات الطعام.

ويعتمد اختيار الغذاء المستهلك على العادات الثقافية والموارد الغذائية المتوفرة، كما تعتمد القيمة الغذائية على طبيعة الغذاء وطريقة الإعداد المستخدمة، وبخاصة طريقة الطهي.

ويتأثر الاستهلاك في حالات الطوارئ بإمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية ومصادر الطاقة اللازمة لإعداد الأغذية على حد سواء.

ويعتمد استهلاك الفرد من الغذاء على مستوى التعليم (وبخاصة في ما يتعلق بتغذية الأطفال) وطبيعة العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة. وفي بعض الحالات يحدد التسلسل الهرمي للأسرة، على سبيل المثال، حصول كل فرد فيها على الغذاء. ويتغير هذا العامل جذرياً في حالات النزاع المسلح التي توقف العلاقات الاجتماعية المعتادة.

وتساعد كل هذه العوامل في تكوين أنماط استهلاك الغذاء التي تكون خاصة ليس فقط بسكان معينين، وإنما أيضاً بالظروف الدقيقة التي يعيش فيها أولئك السكان.

وينطوي تحليل استهلاك الغذاء أيضاً على اعتبارات تقنية. وفي الأساس، حالما يتم تقدير نوع وكميات الأغذية المستهلكة من قبل كل فرد من أفراد الأسرة، تظل هناك ضرورة لتحديد ما إذا كان هذا الاستهلاك كافيًا للمحافظة على حالة غذائية مرضية. ولتقدير هذا العامل، لا بد من أداتين:

- معرفة القيمة الغذائية للأغذية الأساسية، والقدرة على قراءة جدول يوفر هذا النوع من المعلومات.
- معرفة الحاجة الغذائية للفرد وفقاً للعوامل التالية: السن، والجنس، والأنشطة، والحالة الفيزيولوجية (حمل، رضاعة، نمو).

2. الفئة

الأداة: تحليل الاستهلاك الغذائي لأسرة ما.

3. الصياغة

ما هي البيانات التي ستبحث عنها لكي تقوم بتحليل الاستهلاك الغذائي لأسرة ما؟

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل التي سيطلب منها كتابة نتائج عملها على أوراق شفافة.

5. المدة

إجمالي المدة: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة لمُلخَص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

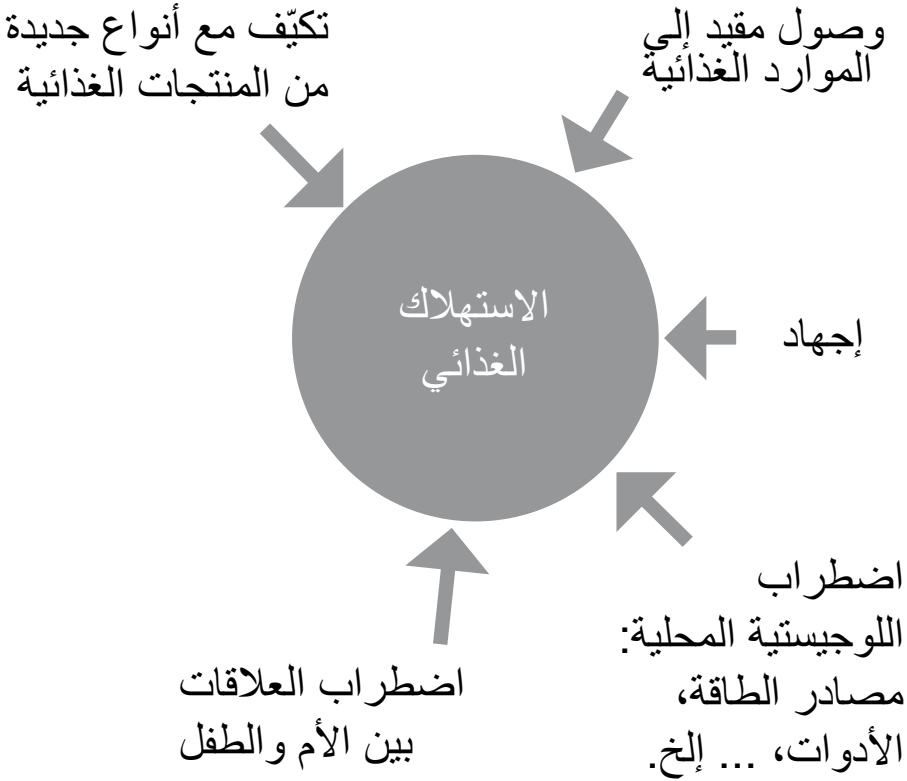
- الإطار 1: عوامل اضطراب الاستهلاك الغذائي للأسرة
- الإطار 2: تقييم الاستهلاك الغذائي للأسرة
- الإطار 3: محتوى الأغذية الشائعة من البروتينات والسكريات الحرارية
- الإطار 4: متطلبات الطاقة وفقاً للسن والعوامل الفيزيولوجية.

الربط بالأهداف التالية

إنّ مستوى الاستهلاك الغذائي الكافي لا يعني بالضرورة حالة غذائية مُرضية. إذ إنّ عوامل كالمرض قد تعوّق امتصاص الغذاء.

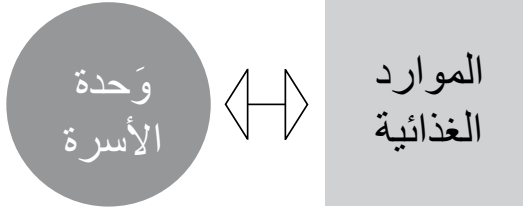
الإطار 1

عوامل اضطراب الاستهلاك الغذائي للأسرة



تقييم الاستهلاك الغذائي للأسرة

الملاحظة



- وصف وحدة الأسرة: العدد، السن، ... إلخ.
- أنواع الموارد الغذائية
- مصدر الموارد الغذائية
- الاستراتيجية على مستوى الأسرة
- إعداد الغذاء
- عدد الوجبات
- توزيع الغذاء على مختلف أفراد الأسرة
- تقييم الدرجة التي يستوفي فيها الغذاء المستهلك المتطلبات الغذائية النوعية لكل فرد من أفراد الأسرة.

الإطار 3

محتوى الأطعمة الشائعة من البروتينات والسعرات الحرارية (لكل 100 غرام)

البروتينات (غرام)	الطاقة (كيلو كالوري)		
7	350	الأرز	الحبوب
9	360	الذرة	
11	350	القمح	
10	350	الدخن	
21	330	الفاول	البقوليات
20	340	العدس	
25	340	البازلاء	
23	550	الفاول السوداني	
صفر	680	الزبدة	والزيوت
صفر	900	الزيت النباتي	
1	150	المزبوت (كاسافا)	المزبوت المشوية

متطلبات الطاقة

1- وصفة مبسطة

- الأطفال 100 كيلو كالوري/ كلغ/ اليوم
- البالغون: 40-30 كيلو كالوري/ كلغ/ اليوم

2- حسب السن

كيلو كالوري/ كلغ/ اليوم

- صفر – 1 سنة 820
- 1-3 سنوات 1.360
- 4-6 سنوات 1.830
- 7-9 سنوات 2.190
- 10-14 سنة 2.600

الذكر البالغ

- نشط باعتدال 3.000

الأنثى البالغة

- نشطة باعتدال 2.200
- حامل 350 +
- مرضعة 750 +

Adapted from C. de Ville de Goyet, J. Seaman, and U. Geijer,

The Management of Nutritional Emergencies in Large Populations (WHO, 1978)

دراسة سوء التغذية

1. الوصف

إنّ هذا الهدف معدّ ليوثر للمشاركين في الدورة التدريبية معرفة أساسية بما يلي:

- أنواع سوء التغذية
- أساليب قياس الحالة الغذائية لمجموعة من السكان
- أسباب سوء التغذية
- الاستراتيجيات الممكنة لإعادة التأهيل الغذائي للأفراد المصابين بسوء التغذية.

عند تعريف سوء التغذية، يجب أن يناقش المدرب مختلف أنواع سوء التغذية: الهزال التدريجي، ونقص البروتين، وتوقف النمو. ويجب توضيح مفاهيم سوء التغذية الحاد والمزمن إلى جانب العوامل التي قد تسبب شكلاً أو آخر من أشكال سوء التغذية. وبالإضافة إلى ذلك، يتعيّن على المدرب أن يحدد نقص الفيتامينات، وبخاصة تلك الأكثر شيوعاً في حالات الطوارئ: نقص فيتامينات «أ»، و«ب 1»، و«ج».

وتقتصر أساليب تقييم الحالة الغذائية لمجموعة من السكان على دراسة المقاييس الأنثروبومترية (قياس الجسم البشري). وينبغي أن يشرح المدرب السبب في أنّ الأطفال هم المجموعة التي يتم اختيارها لإجراء القياس الأنثروبومتري. ومن ثمّ يقوم المشاركون بدراسة نظم القياس المختلفة ومزايا ومساوئ كل منها. وتركز عمليات الطوارئ عادةً على سوء التغذية الحاد. كما يشرح المدرب معايير تصنيف سوء التغذية الحاد سواء أكان محدود الأثر أو خطيراً.

ويُعدّ تحليل أسباب سوء التغذية مفيداً في تحديد أنواع العمل الأكثر ملاءمة للحالة. وربما تكمن المشكلة في إمكانية الوصول إلى الأغذية، ولكنها قد تكون أيضاً ناجمة عن مشكلات في الصحة العامة كوباء الحصبة أو البيئة غير الصحية.

وتشمل إعادة التأهيل الغذائي علاج الأسباب. وبالنسبة للأشكال المعتدلة لسوء التغذية، يمكن إضافة حصة غذائية جافة مكملة لحصة الغذاء الأساسية. وأما بالنسبة للأشكال الحادة، فقد يكون من الأفضل إقامة مركز لإعادة التأهيل الغذائي. ويمكن أن يُفتح المركز يومياً أو على مدار الساعة، وذلك بحسب الحاجة والقيود المحلية. وعلى أيّ حال، يجب أن يشدّد المدرب على أنّ برنامج التأهيل الغذائي لا يفي بالغرض ما لم تتوفر لوحدة الأسرة إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية (إما من تلقاء نفسها أو مما يتوفر من خلال توزيع الأغذية) لتغطية احتياجاتها الغذائية الأساسية بعد انتهاء برنامج إعادة التأهيل الغذائي.

2. الفئة

الأداة: القدرة على تشخيص وقياس سوء التغذية والمهارات الأساسية لتخطيط استراتيجية.

3. الصياغة

تحديد الأشكال المختلفة لسوء التغذية والأساليب المستخدمة لقياسها في حالات الطوارئ. ما هي الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في حالات الطوارئ لخفض معدل سوء التغذية؟

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل التي سيطلب منها كتابة نتائج عملها على أوراق شفافة.

5. المدة

إجمالي المدة: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة لمُلخص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

الإطار 1: أنواع سوء التغذية (ينبغي أن يعطي المدرب تعاريف دقيقة لهذه الأشكال المختلفة لسوء التغذية)

- الإطار 2: الأساليب الأنثروبومترية لتقييم الحالة الغذائية
- الإطار 3: معايير اختيار أسلوب التقييم الأنثروبومتري في حالات الطوارئ
- الإطار 4: عرض نتائج التقييم الأنثروبومتري (النسبة المئوية، الدرجة المعيارية)
- الإطار 5: مستويات قياس مؤشر كتلة الجسم
- الإطار 6: تصنيف سوء التغذية بناءً على محيط الزراع
- الإطار 7: تصنيف سوء التغذية بناءً على نسبة الوزن إلى الطول
- الإطار 8: تصنيف سوء التغذية بناءً على قياسات «آلة كوك»
- الإطار 9: بعض آثار الحرب والجفاف والثورات البركانية على سلسلة الإمدادات الغذائية
- الإطار 10: مؤشرات وأساليب لتقييم سلسلة إمدادات غذائية. (ينبغي التشديد على أن المؤشرات الأنثروبومترية هي مجرد نوع واحد من عدة مؤشرات لتقييم غذاء معين وحالة غذائية محددة).

الرباط بالأهداف التالية

يمتلك المشاركون في الدورة التدريبية في هذه المرحلة معظم المهارات التي يحتاجونها لتحديد مشكلات الغذاء والتغذية لدى مجموعة من السكان، ولصياغة الأهداف العملية واستراتيجية تحقيقها.

الإطار 1

أنواع سوء التغذية

نقص الفيتامينات	سوء التغذية الناتج عن
أ .	نقص البروتين - الطاقة
ب 1 .	الهزال التدريجي
ج .	نقص البروتين
	توقف النمو
العناصر النادرة	سوء التغذية الحاد
الحديد (فقر الدم)	سوء التغذية المزمن

الإطار 2

تقييم الحالة الغذائية

الأساليب الأنثروبومترية

الطول/ السن	الوزن/ الطول
الوزن/ السن	محيط الذراع
مؤشر كتلة الجسم	محيط الذراع/ الطول
	(آلة كواك)

الإطار 3

معايير اختيار أسلوب التقييم الأنثروبومتري في حالات الطوارئ

- وثاقعة الصلة بما ينبغي قياسه: سوء التغذية الحاد
- موثوقية الأسلوب:
- +++ محيط الذراع/ الطول
- + الوزن/ السن؟
- البساطة: محيط الذراع/ الطول
- السرعة
- القبول لدى السكان
- فئات السكان:
- أسلوب مؤشر كتلة الجسم ينطبق على البالغين

الإطار 4

عرض نتائج التقييم الأنثروبومتري

- ◀ الدرجة المعيارية:
البيانات الأنثروبومترية المعبر عنها بعدد الانحرافات
المعيارية عن القيمة المرجعية (متوسط)
- ◀ النسبة المئوية:
الوزن الفعلي كنسبة مئوية من الوزن النموذجي بالنسبة
لطول معين

الإطار 5

مستويات قياس مؤشر كتلة الجسم

النساء	الرجال	
23.8 - 18.5	25 - 20.1	”أ“: الحالة الغذائية العادية
18.4- 16	20 - 16	”ب“ سوء التغذية المعتدل
16 >	16 >	”ج“ سوء التغذية الحاد

الإطار 6

التصنيف بناءً على قياس محيط الذراع

الحالة الغذائية للطفل	محيط الذراع
خطر الإصابة بسوء التغذية	135 > ملم
سوء تغذية معتدل	125 > ملم
سوء تغذية حاد مع ارتفاع درجة خطر الوفاة	110 > ملم

التصنيف بناءً على قياس نسبة الوزن إلى الطول

وجود استسقاء	لا وجود للاستسقاء	% الوزن/ الطول
سوء تغذية حاد نقص البروتين	سوء تغذية معتدل	$\leq 70\%$ - $> 80\%$
سوء تغذية حاد هزال تدريجي - نقص البروتين	سوء تغذية حاد هزال تدريجي	$> 70\%$
سوء تغذية حاد نقص البروتين	طبيعي	≤ 2 انحرافات معيارية
سوء تغذية حاد نقص البروتين	سوء تغذية معتدل	> 2 انحرافات معيارية
سوء تغذية حاد هزال تدريجي - نقص البروتين	سوء تغذية حاد هزال تدريجي	> 3 انحرافات معيارية

التصنيف بناءً على قياسات آلة كواك

- أ: حالة غذائية مُرضية $\leq 85\%$
 ب: سوء تغذية معتدل $> 85\%$ و $\leq 75\%$
 ج: سوء تغذية حاد $> 75\%$

الإطار 9

بعض آثار الحرب والجفاف والثورات البركانية



مؤشرات وأساليب لتقييم سلسلة إمدادات غذائية

أمثلة على المؤشرات

- الأساليب الإنتاج الزراعي
- مقابلات مع الفلاحين
- صور الأقمار الاصطناعية
- كميات الأغذية المتوفرة
- مقابلات مع الفلاحين (مخزون الأغذية المنزلية)
- مقابلات مع السلطات
- وزارة الزراعة/ سلطات الموائى/ برنامج الغذاء العالمى/ منظمة الأغذية والزراعة
- أسعار المنتجات الغذائية الأساسية
- الدخل، الهجرة
- تقييم أسعار السوق
- تقييم التقدير السريع
- الاستهلاك الغذائي للأسرة
- التقييم داخل الأسرة
- النظام الغذائي على مدى 24 ساعة
- الملاحظة على مدار يوم كامل
- تقييم السوق
- بيع حصص الإغاثة الإنسانية
- انتشار أمراض الإسهال والحصبة والالتهابات الطفيلية
- تقييم نسبة انتشار الأمراض على مستوى الأسر، من خلال المراكز الصحية
- سوء التغذية
- الوزن/ الطول
- محيط الذراع/ الطول
- معدل الوفيات

تحديد سياسة أغذية زراعية لمختلف مجموعات السكان

1. الوصف

يقوم المشاركون في الدورة التدريبية بتحديد برنامج أغذية زراعية وتغذية لمختلف مجموعات السكان التي تعاني من آثار حالة النزاع التي يجري وصفها في تمرين المحاكاة "ألفا لاند - بيتا لاند". ولهذا الغرض، سوف يستخدمون طريقة التخطيط التي تمت دراستها سابقًا. وهذا يعني أنه يجب عليهم:

- تحديد المشكلات التي ينطوي عليها الوصول إلى الموارد الغذائية لكل مجموعة من السكان
- تحديد الأولويات والقيود للتدخلات المحتملة
- وضع أهداف واستراتيجيات لكل مجموعة من السكان.

2. الفئة

الممارسة: يتيح هذا الهدف للمشاركين فرصة استخدام المهارات التي تم تعلمها بالفعل، والتي سوف يحتاجونها في العمل ميدانيًا في ما بعد.

3. الصياغة

في تمرين المحاكاة "ألفا لاند - بيتا لاند"، يجب تحديد جميع مجموعات السكان التي تعاني من مشكلات تشمل الحلقات الرئيسية لسلسلة الإمدادات الغذائية كما تم تحديدها في الهدف الأول لهذه الوحدة التعليمية. وقد تكون هذه المشكلات ذات صلة بالإنتاج الزراعي، وتوزيع الأغذية وتخزينها، والوصول إليها - وباختصار، مشكلات سوء التغذية. وينبغي عدم قصر العمل على المشكلات القائمة بالفعل، ولكن لتكن لديكم نظرة أكثر شمولاً وتوقعًا للمشكلات التي يَرَجَّح أن تنشأ نتيجة لحالة النزاع.

ثانيًا، يجب تحديد مجموعات السكان التي ستكون لها أولوية بناءً على مدى خطورة وإلحاح مشكلاتها فضلاً عن جدوى التدخلات الممكنة. ولذا يجب دراسة القيود المرتقبة.

وأخيراً، يجب تحديد استراتيجية تشغيلية، وجدولة البرامج المحددة التي تعترم القيام بها.

4. أسلوب التعليم

يعمل المشاركون على المهمة المكلفين بها في مجموعات العمل الخاصة بهم. ومع ذلك، يتم تقسيم الجلسة إلى قسمين:

1- أولاً، يُطلب من مجموعات العمل وضع قائمة بالمشكلات الخاصة بكل مجموعة سكانية تضررت من النزاع، وعرضها في جلسة عامة.

2- ثانياً، تُكلف كل مجموعة عمل عشوائياً بمجموعة سكانية مختلفة، وباستخدام هذه المادة السابقة. ومن ثمّ، تقوم كل مجموعة عمل بوضع أهداف واستراتيجيات خاصة بالمجموعة السكانية المكلفة بها.

ملحوظة: من الواضح أنّ اتخاذ إجراء محدد لصالح إحدى المجموعات السكانية سوف يؤثر على المجموعات الأخرى. ولذا يجب حث المشاركين على تنسيق استراتيجياتهم. ومن المعروف، على سبيل المثال، أنّ توزيع الأغذية يجذب المجموعات السكانية. وبالتالي، قد يتعارض هذا الأمر مع برامج إعادة التأهيل الزراعي المعدّة لإبقاء الناس في منازلهم.

5. المدة

إجمالي المدة: 180 دقيقة

- تحديد أكثر المشكلات إلحاحاً: 90 دقيقة
- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة لجلسة عامة
- أهداف واستراتيجيات التدخل: 09 دقيقة
- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة لمخلص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: برنامجان للدراسة بالتفصيل
- الإطار 2: خريطة إقليم «غاما»
- الإطار 3: خريطة إقليم «تشي»
- الإطار 4: خريطة مقاطعة «إبسيلون»
- الإطار 5: خريطة مخيم «أوالي»

لخص الأهداف والاستراتيجيات التي أوصت بها مجموعات العمل على السبورة.

الرباط بالأهداف التالية

لقد كوّن المشاركون في الدورة التدريبية في سياق هذا القسم رأياً حول حالة معقدة وحددوا أنواعاً من التدخل. والآن سوف يركّزون على دراسة نوعين من البرامج.

- توزيع المواد الغذائية

- برامج إعادة التأهيل الغذائي

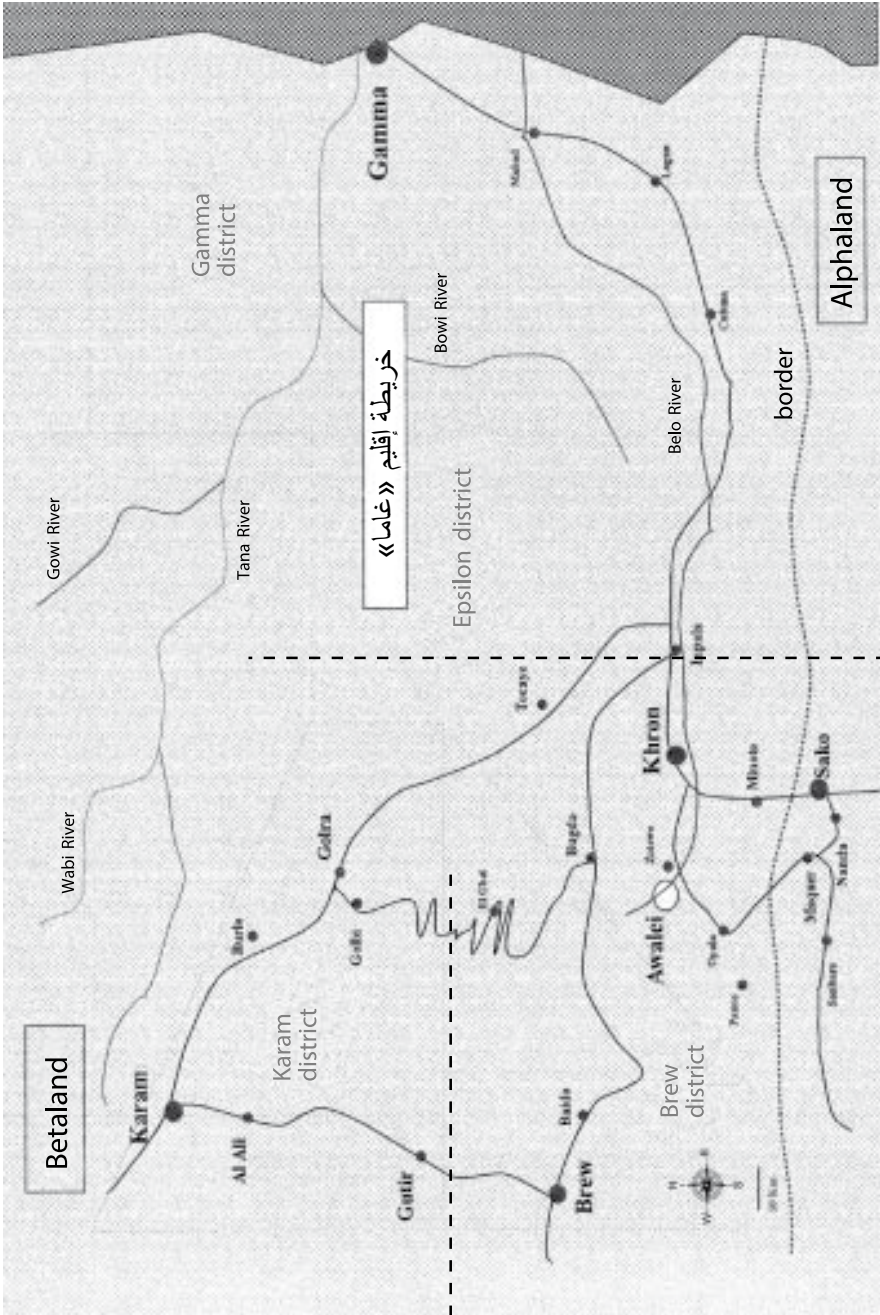
وقد تم اختيار هذين البرنامجين لأن العاملين في مجال الرعاية الصحية غالبًا ما تواجههم مهمة التخطيط لهما.

الإطار 1

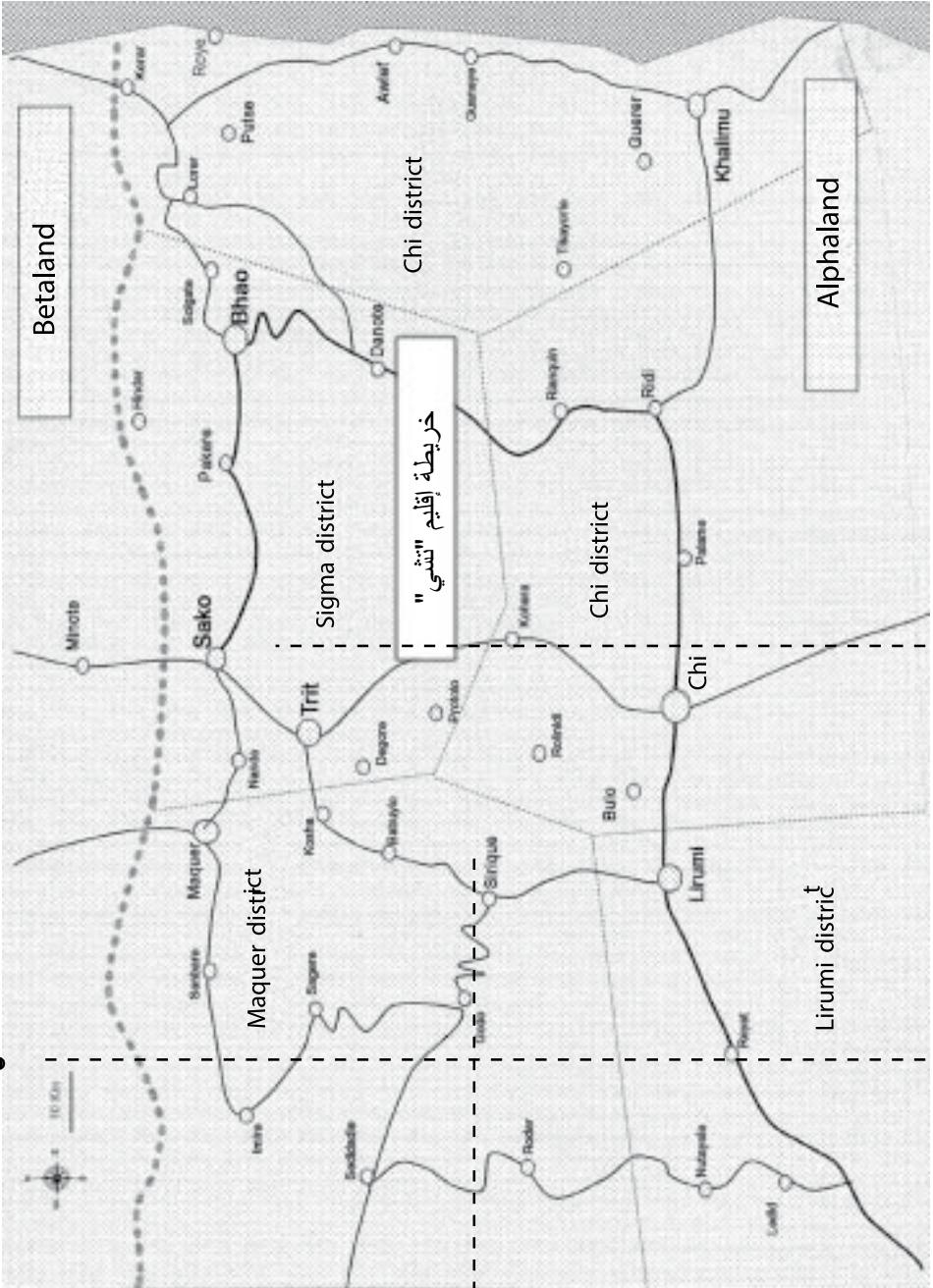
برنامجان للدراسة بالتفصيل

- توزيع المواد الغذائية

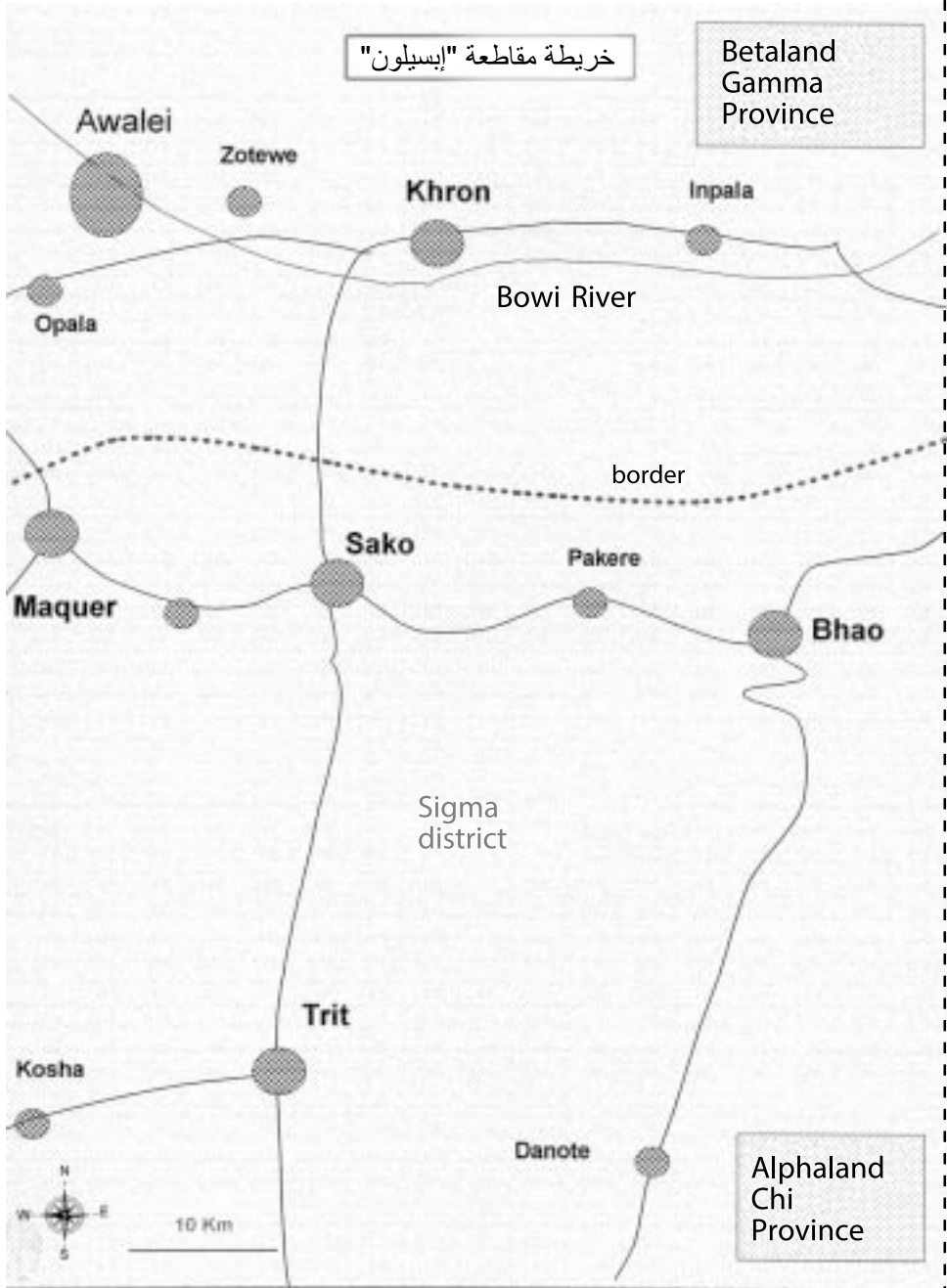
- إعادة التأهيل الغذائي



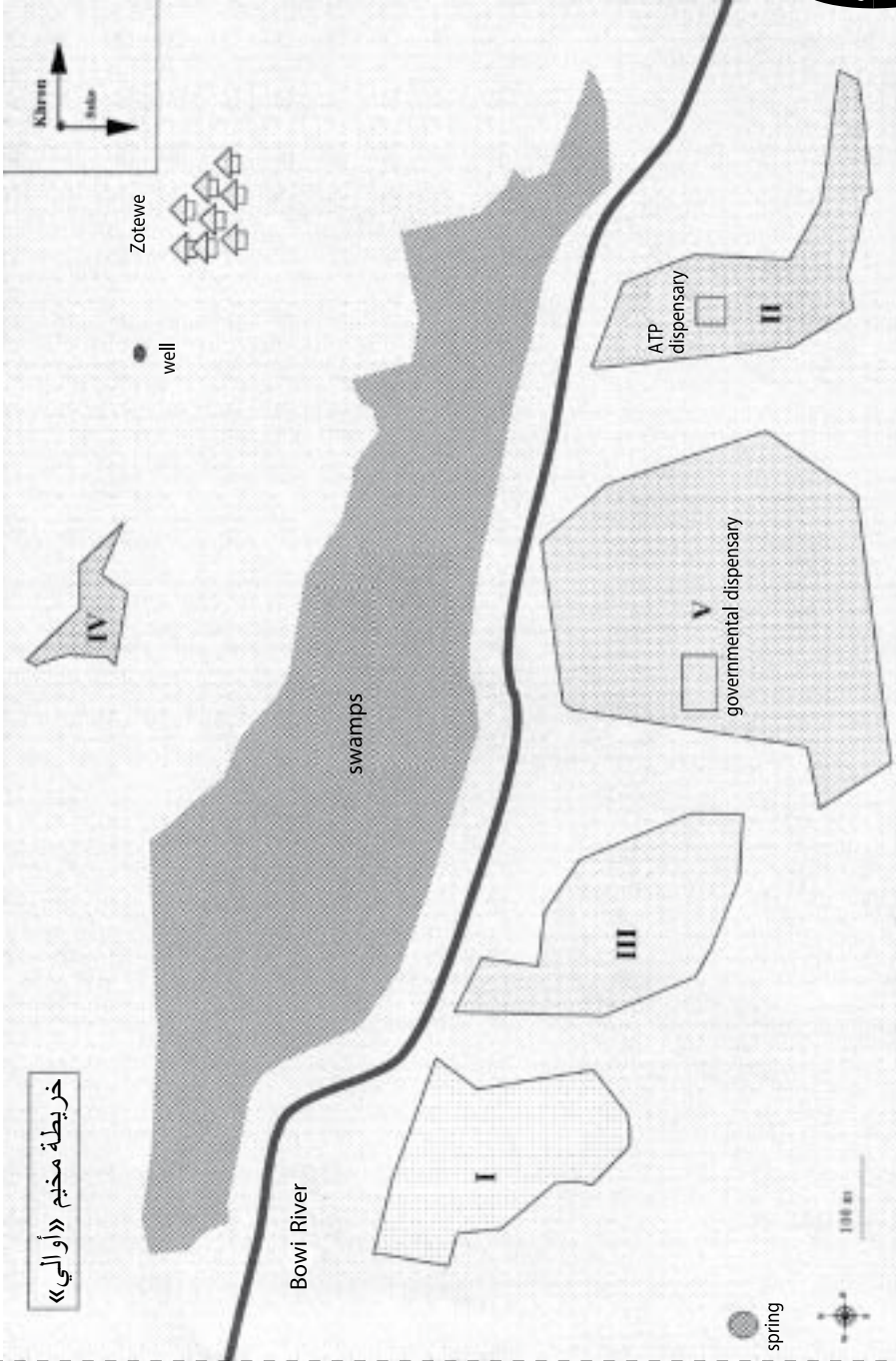
الإطار 3



الإطار 4



الإطار 5



خريطة مخيم «أالي»

مبادئ تخطيط توزيع المواد الغذائية

1. الوصف

لقد رأينا أن قرار القيام بتوزيع المواد الغذائية هو عملية معقدة يجب أن تأخذ في الاعتبار تأثير حالة النزاع على سلسلة الإمدادات الغذائية برمتها. ولا تتصل معايير هذا القرار بالحالة الغذائية فقط، وإنما أيضاً بالإمكانية الزراعية المحلية، واحتمال ضمان الوصول إلى الموارد الغذائية المحلية بوسائل بديلة، وبالتطورات الممكنة في الوضع الراهن، وباحتمال إنفاذ القانون الدولي الإنساني لحماية وسائل الإنتاج إذا استحال الوصول إليها لأسباب أمنية. وبأخذ هذه العوامل في الاعتبار، فإنّ صانع القرار يمكنه تجنب مأزقين خفيين رئيسيين:

- الانتظار حتى تصبح معدلات سوء التغذية مرتفعة جداً قبل اتخاذ قرار بتنظيم توزيع مواد غذائية. والنهج الوقائي هو الأفضل؛ إذ إنّ قرار التدخل ينبغي أن يمليه وجود قيود على الوصول إلى الموارد الغذائية المعتادة.
- توزيع المواد الغذائية في الوقت الخطأ وفي المكان الخطأ، وهي خطوة يرجح أن تتعارض مع المحاصيل المحلية، وبالتالي تقلل كثيراً من قيمتها في السوق، وتؤدي إلى زعزعة استقرار الاقتصاد المحلي.

وحالما يُتخذ القرار بتنظيم توزيع مواد غذائية، يجب الحرص على عدم خلق حالة من الاعتماد على الغير أو الحد من حافز المستفيدين على استئناف أنشطتهم العادية. وهذا يصحّ بوجه خاص على سكان الأرياف، مع أنّ سكان المناطق الحضرية الذين يعتمدون على الأجور في معيشتهم يواجهون نفس المشكلة.

ويمكن تحديد خطوات تنظيم توزيع المواد الغذائية، بالترتيب المنطقي، كما يلي:

- تحديد العادات الغذائية الاجتماعية والثقافية. وعموماً، ستكون هذه المعلومات قد جُمعت بالفعل خلال البحث في الاستهلاك الغذائي للأسر.
- تكوين الحصة الغذائية
- عدد المستفيدين
- اختيار المواد الغذائية وتحديد عدد المستفيدين حتى يمكن تحديد كمية المواد الغذائية التي يجب شحنها
- اتخاذ قرار بشأن استراتيجية التوزيع
- نقل المواد الغذائية وتخزينها تحضيراً لتوزيعها على المستفيدين

- إنشاء موقع لتوزيع المواد الغذائية
- تنظيم توزيع المواد الغذائية
- وضع برنامج لرصد توزيع المواد الغذائية
- التخطيط لبدائل عن توزيع المواد الغذائية.

2. الفئة

الإطار: وضع إطار لدراسة المهارات المطلوبة للتخطيط لتوزيع المواد الغذائية.

3. الصياغة

تحديد إطار مفاهيمي يساعد على تحديد المهارات المطلوبة للتخطيط لتوزيع المواد الغذائية.

4. أسلوب التعليم

مناقشة في جلسة عامة تضم جميع المشاركين.

5. المدة

إجمالي المدة: 20 دقيقة.

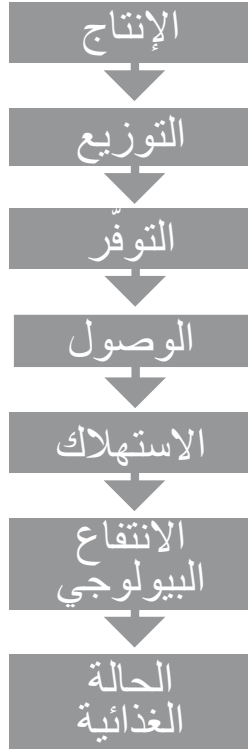
6. الخلاصة

- الإطار 1: مكان توزيع المواد الغذائية في سلسلة الإمدادات الغذائية (يجب التشديد على أن توزيع المواد الغذائية مجرد تديير مؤقت ومخفف للحدة).
- الإطار 2: عوامل يجدر أخذها في الاعتبار قبل البدء في توزيع المواد الغذائية.
- الإطار 3: المبادئ العملية للتخطيط لتوزيع المواد الغذائية.
- الإطار 4: تخطيط الاحتياجات اللوجيستية لتوزيع المواد الغذائية.

الربط بالأهداف التالية

سوف تدرس الخطوات الرئيسية للتخطيط لتوزيع المواد الغذائية في الأهداف التالية.

مكان توزيع المواد الغذائية في سلسلة الإمدادات الغذائية



توزيع الموارد الغذائية. توزيع المواد الغذائية هو استراتيجية مؤقتة لاستعادة الوصول إلى الموارد الغذائية في انتظار:

1. تتيح إعادة تأهيل النظام الاجتماعي - الاقتصادي إعادة الوصول الطبيعي للموارد الغذائية
2. يتكيف السكان مع الوضع عن طريق إنشاء آليات للتعويض توفر وسائل أخرى للوصول إلى الغذاء.

الإطار 2

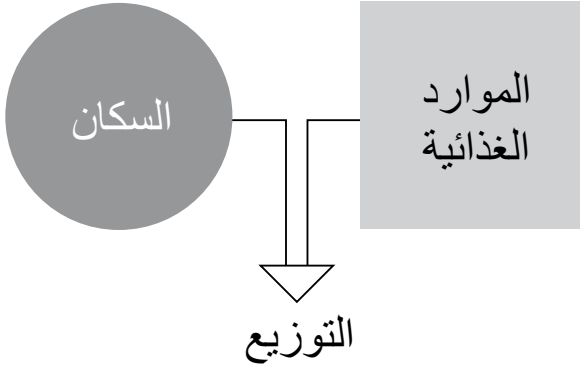
عوامل يجدر أخذها في الاعتبار قبل البدء في توزيع المواد الغذائية

1. دراسة مجموعة متنوعة من المؤشرات تعكس حالة سلسلة الإمدادات الغذائية؛ لا تعتمد فقط على معدل سوء التغذية.
2. القيام مسبقاً بتقييم التداعيات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية المحتملة، وتخطيط التدابير الرامية إلى التقليل منها إلى أدنى حد.

المبادئ العملية للتخطيط

لتوزيع مواد غذائية

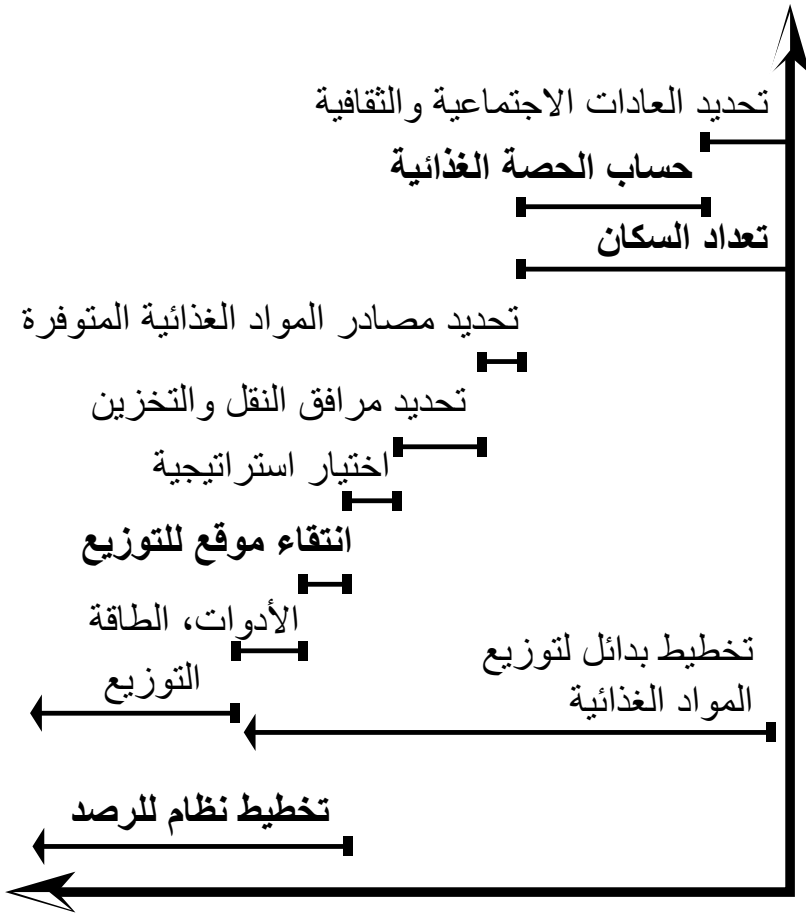
- مصادر المواد الغذائية
- كميات المواد الغذائية اللازمة
- مرافق النقل
- مرافق التخزين
- العادات الاجتماعية والثقافية
- تعداد السكان
- تحديد الحصص الغذائية



- اختيار استراتيجية
- الحصص الغذائية الجافة مقابل الوجبات
- المخيم مقابل العودة إلى الديار
- التواتر: أسبوعياً، شهرياً
- إنشاء موقع للتوزيع
- توفير الأدوات ومصادر الطاقة
- تخطيط بدائل لتوزيع المواد الغذائية
- إنشاء نظام للرصد

الإطار 4

تخطيط الاحتياجات اللوجيستية لتوزيع المواد الغذائية



إعداد حصة غذائية

1. الوصف

يجب أخذ عدة عوامل في الاعتبار عند إعداد حصة غذائية. وأهم هذه العوامل هي:

- العادات الاجتماعية والثقافية. إنَّ الغرض من توزيع المواد الغذائية ليس تعديل العادات الغذائية للسكان.
 - الضرورات اللوجيستية اللازمة لحالات الطوارئ. من غير الواقعي محاولة توزيع أغذية طازجة في الحالات التي يشكل فيها حفظ وتوزيع الأغذية الموجودة مشكلات لا يمكن التغلب عليها.
 - العوامل الاقتصادية: المواد الغذائية الموزعة لها قيمة اقتصادية معينة في السوق المحلية. وربما يقوم المستفيدون بإعادة بيع بعض هذه المواد لكي يتمكنوا من شراء سلع أخرى. علاوة على ذلك، يجب الأخذ في الاعتبار التأثير المحتمل لتوزيع المواد الغذائية على سعر المواد الغذائية المحلية، وآليات التجارة، وإدارة مخزونات المواد الغذائية المحلية.
 - العوامل السياسية: ينطوي توزيع المواد الغذائية على جذب اهتمام الجماعات المسلحة والقوى السياسية في المنطقة. ولذا يجب الحرص على إبقاء منتجات المساعدة الغذائية بعيداً عن إثارة دوافع الجشع لدى أولئك الذين يملكون سلطة الاستيلاء عليها عن طريق السلب والنهب، أو فرض الحظر عليها، ... إلخ.
 - القيمة الغذائية للمواد الغذائية المختارة. يجب أن تغطي المواد الغذائية الموزعة احتياجات الطاقة والبروتينات لمختلف مجموعات المستفيدين.
 - الاحتياجات الفردية للأشخاص الذين يعانون من سوء تغذية معتدل والنساء الحوامل والمرضعات، الذين يجب أن تدخل احتياجاتهم التكميلية في الحصة الغذائية الأساسية.
- يجب أخذ جميع هذه العوامل في الاعتبار عند التخطيط لإعداد حصة غذائية. والصحيح من منظور غذائي بحت، أن أكثر الجوانب أهمية هي القيمة الغذائية والقبول الثقافي للأغذية. ومع ذلك، فإنَّ العوامل اللوجيستية والاقتصادية والسياسية تلعب دوراً هاماً في تنظيم وتنفيذ توزيع المواد الغذائية.

2. الفئة

الأداة: معرفة العوامل التي تدخل في إعداد حصة غذائية ملائمة.

3. الصياغة

تحديد العوامل التي تدخل في إعداد حصة غذائية للتوزيع في حالات الطوارئ.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه مناقشة في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة لمخلص في الجلسة العامة.

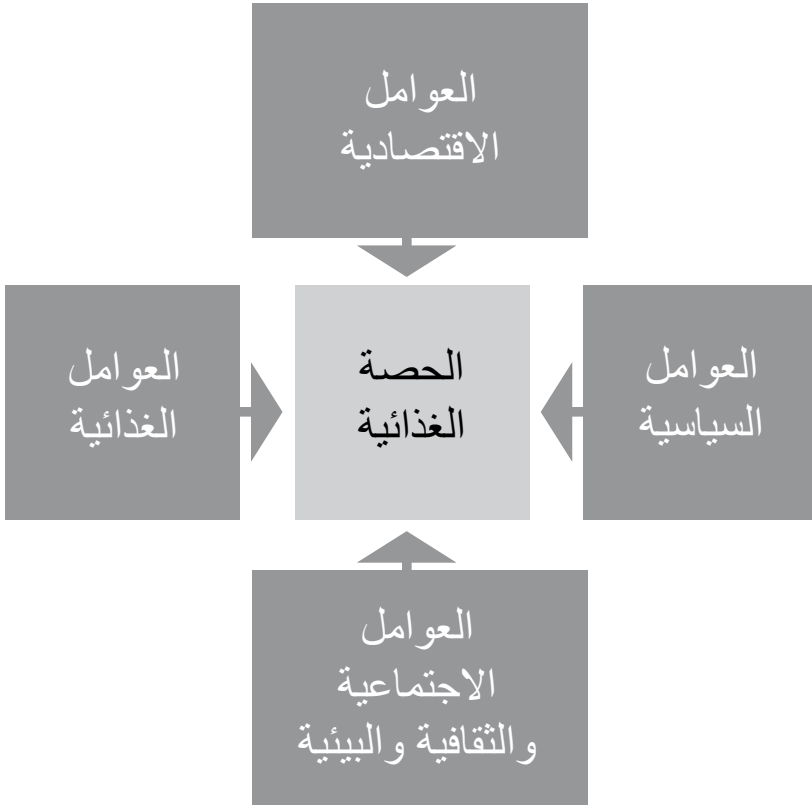
6. الخلاصة

- الإطار 1: عوامل عامة يجب أخذها في الاعتبار عند إعداد حصة غذائية
- الإطار 2: عوامل غذائية يجب أخذها في الاعتبار عند إعداد حصة غذائية
- الإطار 3: العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية.

الربط بالأهداف التالية

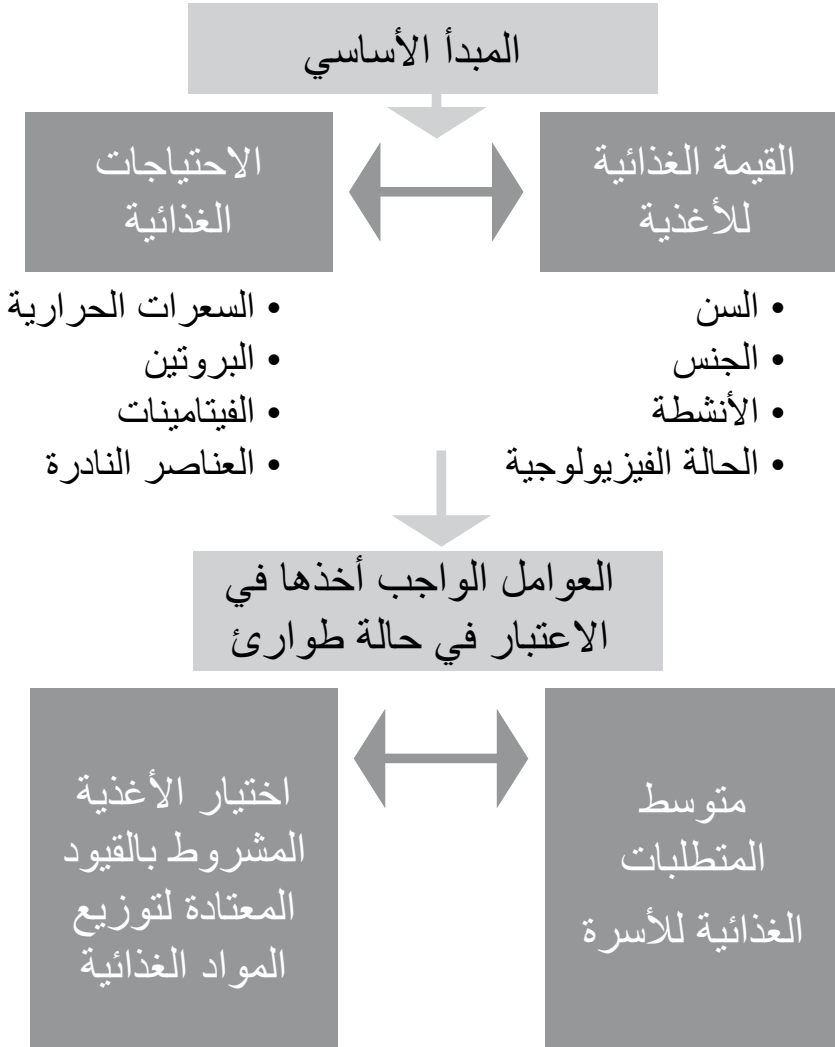
يقتضي إعداد حصة غذائية اختيار المواد الغذائية التي يسهل توزيعها بحيث يتسنى للمستفيدين فرصة مثلى في إمكانية الوصول إليها. وسوف يوضح الهدف التالي كيفية تحديد كمية الموارد الغذائية اللازمة لتغطية احتياجات مجموعة سكانية معينة من الأغذية.

العوامل الواجب أخذها في الاعتبار عند إعداد حصة غذائية



الإطار 2

العوامل الغذائية الواجب أخذها في الاعتبار عند إعداد حصة غذائية



العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية

العوامل الاجتماعية والثقافية:

- . العادات الغذائية
- . طريقة إعداد الغذاء

العوامل الاقتصادية:

قيمة المواد الغذائية الموزعة في السوق المحلية

العوامل السياسية:

الخطر في أن يستهوي توزيع المواد الغذائية
الجماعات المسلحة:

- . بناءً على أنواع المواد الغذائية
- . بناءً على طريقة التوزيع
- { الحصص الغذائية الجافة
- { الوجبات

إجراء تعداد سكاني

1. الوصف

إنَّ اختيار المواد الغذائية وحساب الحصاة الغذائية يحددان ما الذي سيُعطى للمستفيد. ويشكل تعداد المستفيدين من التوزيع المرحلة الثانية من تخطيط مجموع كميات الموارد الغذائية التي هناك حاجة إليها.

ويعدّ إجراء تعداد سكاني في حالة طوارئ مهمة حساسة لأسباب عدة:

- يصعب في بعض الحالات العثور على ضحايا النزاع الذين يعانون فعلاً من نقص الأغذية إذا كانوا منتشرين بين سكان لم يتأثر نمط حياتهم بالنزاع.
- قد يكون السكان في حالة تنقل، أو هروب، أو نزوح نتيجة حالة أمنيّة غير مستقرة.
- قد لا يكون هناك سبيل للوصول إلى الضحايا المحتملين في مناطق النزاع.
- قد يجذب توزيع المواد الغذائية مجموعات سكانية لم تتضرر من حالة الطوارئ ولكنها تأمل رغم ذلك في الاستفادة من المساعدة.
- قد يرتفع عدد المستفيدين نظراً للتسجيل المتعدد لنفس الأشخاص أو الأسر، أو بسبب التقارير المبالغ فيها لعدد أفراد كل أسرة إذا كان التسجيل قائماً على البيان الذي يقدمه رب الأسرة.

ويجب اتباع بعض القواعد في هذا الصدد:

- القيام بالتعداد كله في وقت واحد لتجنب مشكلة تحرك السكان في هذه الأثناء؛ وهذا يعني تجميع كل المستفيدين في المكان نفسه وفي الوقت عينه.
- تزويد كل أسرة ببطاقة تسجيل تبيّن بالضبط الاسم والعنوان وعدد أفراد الأسرة
- السعي للحصول على المساعدة من السلطات المحلية التي من المعلوم أنها على دراية بالسكان المعنيين وتمتّع بنفوذ عليهم.

2. الفئة

الأداة: امتلاك المعرفة اللازمة لإجراء تعداد سكاني.

3. الصياغة

ما هي المآزق التي ينبغي تجنبها والقواعد التي يجب اتباعها عند إجراء تعداد سكاني؟

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه ملخص في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة لملخص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الصعوبات التي ينطوي عليها إجراء تعداد سكاني في أثناء حالات الطوارئ
- الإطار 2: بعض القواعد الواجب مراعاتها عند إجراء تعداد

الربط بالأهداف التالية

لقد قررنا في هذه المرحلة ما الذي سنقوم بتوزيعه وأعدنا قائمة بالمستفيدين. وتتمثل المرحلة التالية باختيار استراتيجية لتوزيع المواد الغذائية.

الإطار 1

إجراء تعداد

الصعوبات في حالات الطوارئ

1. تحديد المجموعات السكانية التي هي عرضة بوجه خاص لعدم الوصول إلى الموارد الغذائية
2. عدم استقرار السكان
3. الانجذاب الذي يسببه توزيع المواد الغذائية

الإطار 2

التعداد

بعض القواعد الواجب مراعاتها

1. إجراء التعداد كله في وقت واحد
2. تسجيل المستفيدين
3. السعي للحصول على المساعدة من السلطات المحلية

الاستراتيجيات الرئيسية لإعادة تأهيل الحالة الغذائية لمجموعة من السكان

1. الوصف

يستلزم عنوان هذا القسم توضيحًا. فالتركيز هنا لا ينصب على أساليب إعادة التأهيل الغذائي للأفراد، وإنما على استراتيجيات خفض معدلات سوء التغذية في مجموعة سكانية. وقبل مناقشة برامج إعادة التأهيل الغذائي في حد ذاتها، تجدر الإشارة إلى نقطتين:

أولاً، يجب تحديد أسباب سوء التغذية:

- نقص في الأغذية
- بيئة غير صحية
- عوامل اجتماعية وثقافية
- عوامل سياسية (توتر، انعدام الأمن)
- انتشار الأمراض (أمراض الإسهال، الحصبة، ... إلخ).

وهناك عدة عوامل مساهمة تتشابك عادةً في حالات النزاع، ولذا يتطلب الحد من سوء التغذية نهجًا متعدد التخصصات.

ثانيًا، عندما يكون السبب الرئيس لسوء التغذية هو النقص في الأغذية، فإنه يتعين التشديد على أن يركّز البرنامج الأساسي للحد من سوء التغذية على توفير إمكانية وصول المجموعات السكانية المعنية إلى الموارد الغذائية الأساسية. وعندئذ يمكن استحداث برامج محددة لإعادة التأهيل الغذائي.

وتستند برامج إعادة التأهيل الغذائي إلى إحدى استراتيجيتين ممكنتين:

يتم تزويد الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية بالغذاء، وذلك إما على شكل حصص جافة توزع كجزء من نظام لتوزيع المواد الغذائية، وإما على شكل وجبات تقدم للمستفيدين في مراكز للتغذية.

ولكننا الاستراتيجيتين مزايًا ومساويًا. وتتمثل إحدى مزايا الحصص الجافة في أنها لا تتعارض مع العادات الغذائية التقليدية للأسر، ويمكن إدماجها في حصة الإغاثة الأساسية. ومن ثم، لا ينطوي تنفيذ هذا البرنامج على أي عمل إضافي يُذكر. كما أنه لا يتعارض مع حياة الأسرة، بخلاف التغذية التكميلية التي تقدّم في مركز للتغذية، والتي تتطلب ذهاب الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية إلى المركز كل يوم أو البقاء هناك (بحسب نوع المركز)، وعادةً بصحبة أمهاتهم. ونتيجة لذلك، تتعرض حياة الأسرة، وبخاصة الأعمال

اليومية والعناية بالأطفال الآخرين، إلى اختلال شديد. ومن الناحية النظرية، يمكن تغطية الاحتياجات الكلية للذين يعانون من سوء التغذية بالحصص الجافة، في حين أنّ التغطية التي توفرها المراكز المتخصصة غالباً ما تكون محدودة. ولكن عندما تدمج حصة الغذاء التكميلي للمستفيدين الذين يعانون من سوء التغذية في الحصة الأساسية، يكون هناك خطر عدم استهلاكها من قبل الشخص الذي أعدت من أجله، ولكن استهلاكها من قبل الأسرة بأكملها. ومن الواضح أنّ هذا النهج يتطلب مراقبة صارمة للأفراد الذين يعانون من سوء التغذية بين السكان، وأن يُستخدم لحالات سوء التغذية المعتدل الذي تكون فيه نسبة الوزن إلى الطول أكثر من 80 % (الدرجة المعيارية: 2-).

وفي حالات الطوارئ، تكون الحصص الجافة هي الاستراتيجية المختارة لإعادة تأهيل حالات الإصابة بسوء التغذية المعتدل. علاوة على ذلك، ونظرًا إلى الاحتياجات الغذائية الإضافية لبعض المجموعات السكانية - كالنساء الحوامل والمرضعات (احتياجات كمية) والأطفال الصغار (احتياجات نوعية)، لا يمكن اعتبار زيادة حصة الطوارئ الأساسية كوسيلة لتلبية احتياجات الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية فحسب، وإنما أيضًا كوسيلة لتلبية احتياجات المجموعات المصنفة عادةً بأنها «مستضعفة». إلا أنّ هذه الاستراتيجية لها حدودها نظرًا لأنها لا تستطيع أن تغطي سوى احتياجات الذين يعانون من سوء تغذية معتدل. وبالتالي، فإنه في الحالات التي تنطوي على أعداد كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من سوء تغذية حاد (> 80 % من نسبة الوزن إلى الطول)، يجب التفكير في إنشاء مراكز متخصصة. وتنقسم هذه المراكز إلى فئتين:

- مراكز إعادة التأهيل الغذائي (مراكز التغذية التكميلية) تفتح يوميًا لعلاج الأشخاص الذين تبلغ نسبة الوزن إلى الطول لديهم بين 80 % و 70 % (الدرجة المعيارية > 2- إلى 3-). وتتم في هذه المراكز تغذية المستفيدين بوجبتين إلى أربع وجبات في اليوم، ولكنهم يعودون مساءً إلى منازلهم.
- مراكز إعادة التأهيل الغذائي العاملة على مدى 24 ساعة (مراكز التغذية العلاجية) للأشخاص الذين تقل نسبة الوزن إلى الطول لديهم عن 70 % من النسبة المرجعية (الدرجة المعيارية 3-) أو ممن يعانون من الاستسقاء (نقص البروتين). ويُقدّم للمستفيدين في هذه المراكز ما بين ست وثمانية وجبات كل 24 ساعة.

إنّ معايير سوء التغذية ليست الجوانب الوحيدة لتخطيط برنامج لإعادة التأهيل الغذائي. وينبغي أن يفهم المشاركون في الدورة التدريبية أيضًا أنّ هناك عوامل من قبيل الأمن ومجموع عدد الذين يعانون من سوء التغذية تشكل اعتبارات جوهرية يتعيّن أن تؤخذ في الحسبان عند وضع استراتيجية غذائية. وإذا كان هناك عدد كبير جدًا، أي عدة مئات من الأطفال لديهم درجة معيارية أقل من 3-، فقد يكون من المستحيل إنشاء مراكز تغذية علاجية تكفي لإيوائهم جميعًا. وقد يكون من الحكمة في هذه الحالة الاستثمار في مرافق تتطلب موظفين أقل ولكنها تتيح تغطية جميع الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية.

وفي سياق هذا الهدف التعليمي سوف تتم الإشارة إلى الدرجة المعيارية، ولكن دون دراستها حالياً، إذ سوف تدرس بالتفصيل في الوحدة التعليمية الخاصة بالوبائيات. وحالياً سيقوم المدرب بالإشارة فقط إلى الارتباط بين الدرجة المعيارية وآلة كواك ونسبة الوزن إلى الطول.

وأخيراً، ينبغي التشديد على دور الرعاية الأساسية في إدارة سوء التغذية - وبخاصة التحصين والرعاية الطبية - التي ستنتم دراسة تفاصيلها في أهداف لاحقة.

2. الفئة

الأداة: المعلومات الأساسية لتحديد أكثر الاستراتيجيات ملاءمة للحد من سوء التغذية بين السكان.

3. الصياغة

ما هي مزايا ومساوئ المنهجين التاليين للحد من سوء التغذية؟

- توزيع مواد غذائية محددة لمجموعات سكانية.
- تقديم وجبات في مراكز متخصصة للمصابين بسوء التغذية.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه مناقشة في الجلسة العامة.

5. المدة:

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 10 دقائق للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة لمُلخص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

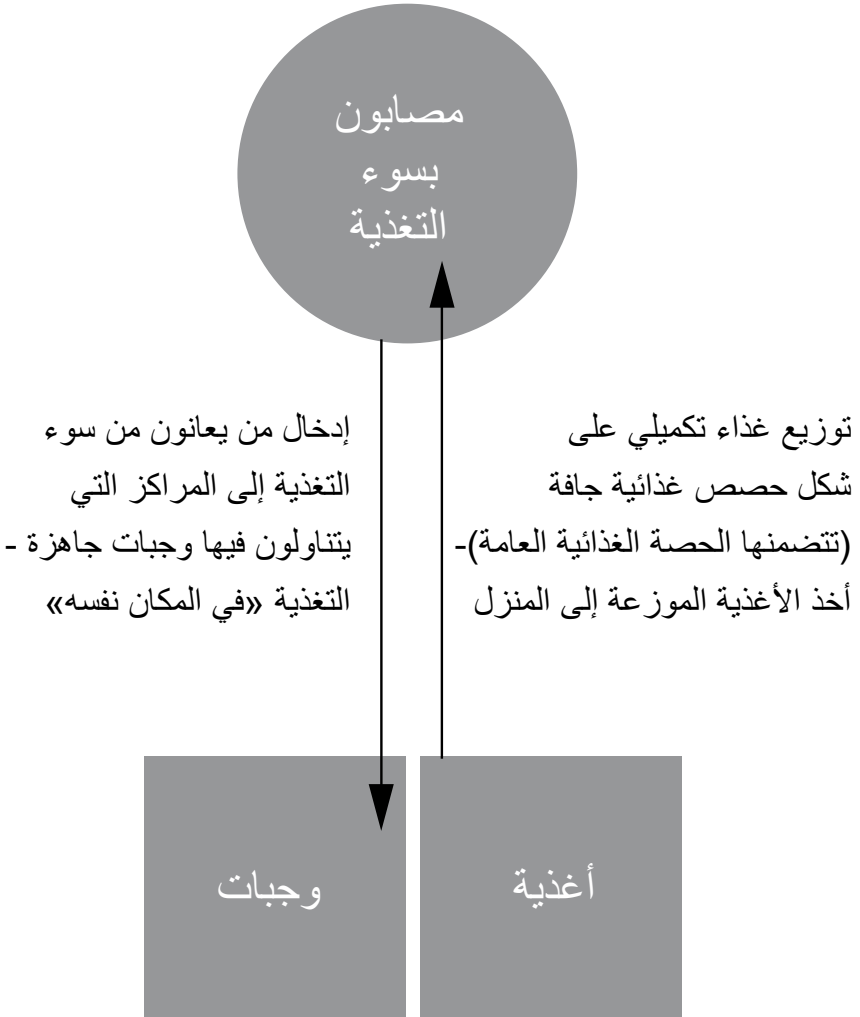
- الإطار 1: هل ينبغي إعطاء غذاء للمصابين بسوء التغذية كي يأخذه إلى المنزل، أم ينبغي تغذيتهم في مراكز متخصصة؟
- الإطار 2: معايير المفاضلة بين الاستراتيجيات
- الإطار 3: أنواع مراكز إعادة التأهيل الغذائي

الرباط بالأهداف التالية

لقد تعلّم المشاركون في الدورة التدريبية في هذا القسم وضع استراتيجية محددة لحالة معينة. وسوف يوفر لهم الهدف التالي الأدوات التي تساعد على فهم أساسيات إعادة التأهيل الغذائي على المستوى الفردي.

الإطار 1

هل ينبغي إعطاء غذاء للمصابين بسوء التغذية كي يأخذوه إلى المنزل، أم ينبغي تغذيتهم في مراكز متخصصة؟

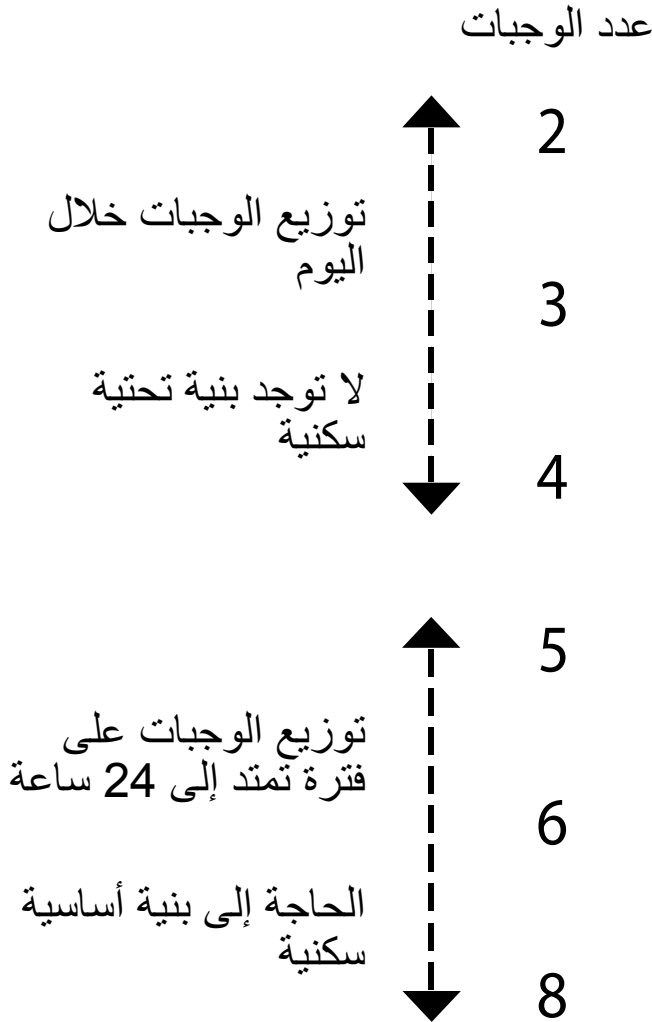


معايير القرار

معايير
اختيار
الاستراتيجيات

- خطورة سوء التغذية
- مدى سوء التغذية (عدد الأشخاص المتضررين)
- المتطلبات اللوجيستية لإنشاء مرفق
- الاختلال الاجتماعي الناجم عن مركز إعادة التأهيل الغذائي
- التأثير المتوقع لكل استراتيجية

الإطار 3

أنواع مراكز إعادة التأهيل
الغذائي

تخطيط نظام رصد لتوزيع المواد الغذائية

1. الوصف

يلعب توزيع المواد الغذائية دورًا في سلسلة الإمدادات الغذائية عن طريق استعادة وصول مجموعات سكانية معينة إلى الموارد الغذائية بشكل مصطنع. ويجب أن يكون نظام الرصد قادرًا على تقديم إجابات على الأسئلة التالية:

- هل يتسلم المستفيدون حصصهم الغذائية؟
- هل الحصص التي يتسلمونها تلئم احتياجاتهم الغذائية؟
- هل جرى انخفاض معدل سوء التغذية إلى الحد المستهدف المحدد في الأهداف الأولية؟
- هل المواد الغذائية الموزعة موجودة بكميات كبيرة في السوق المحلية؟
- هل لتوزيع المواد الغذائية تأثير على أسعار السوق المحلية؟
- هل جرى استئناف الإنتاج الزراعي؟
- هل القنوات العادية لتوزيع المواد الغذائية مفتوحة؟

وينبغي ألا تقتصر المؤشرات التي سيتم رصدها من أجل تقديم الإجابات على هذه الأسئلة على المؤشرات الأنتروبومترية (معدلات سوء التغذية) واللوجيستية (عدد الحصص الغذائية الموزعة بالنسبة لعدد المستفيدين)، بل ينبغي أن تشمل أيضًا أسعار السوق والتغيرات في الموارد المحلية. وتكتسي هذه النقطة الأخيرة أهمية خاصة، لأنها ستكون أساس القرارات الخاصة بإدارة البرنامج - أي، إدخال تعديلات على الحصص الغذائية (تخفيضها إلى نصف الحصص إذا استعاد المستفيدون إمكانية الحصول المستقل على كمية معينة من الأغذية، على سبيل المثال)، أو فرض قيود على الحصص الغذائية أو إجراء تنقيح لنظام التسجيل إذا ما ظهرت كميات كبيرة من المواد الغذائية الموزعة من قبل الوكالات الإنسانية في السوق. وأخيرًا، سوف تؤثر هذه المعلومات في القرار بشأن ما إذا كان في الإمكان إنهاء توزيع المواد الغذائية بصورة آمنة، من خلال توفير ضمانات بأن المستفيدين لديهم البديل الموثوق: برامج ناجحة لإعادة التأهيل الزراعي تتواجد إلى جانب توزيع المواد الغذائية، أو إنشاء آليات أخرى لإعادة توطيد الحصول على الأغذية.

ويجب أن يدرك المشاركون في الدورة التدريبية أهمية إنشاء نظام للمراقبة بغية تقييم أثر البرنامج على المستفيدين- بما في ذلك الآثار الضارة التي قد تنجم عنه، مثل جذب مجموعات سكانية أخرى، أو انهيار أسعار المنتجات المحلية نتيجة للفائض الذي تحدثه الإغاثة الغذائية، ... إلخ.

2. الفئة

الأداة: الأمور الأساسية لتخطيط نظام مراقبة لتوزيع المواد الغذائية.

3. الصياغة

إعداد قائمة بالمؤشرات التي يمكن استخدامها لرصد برنامج توزيع المواد الغذائية.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه ملخص في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لملخص في الجلسة العامة.

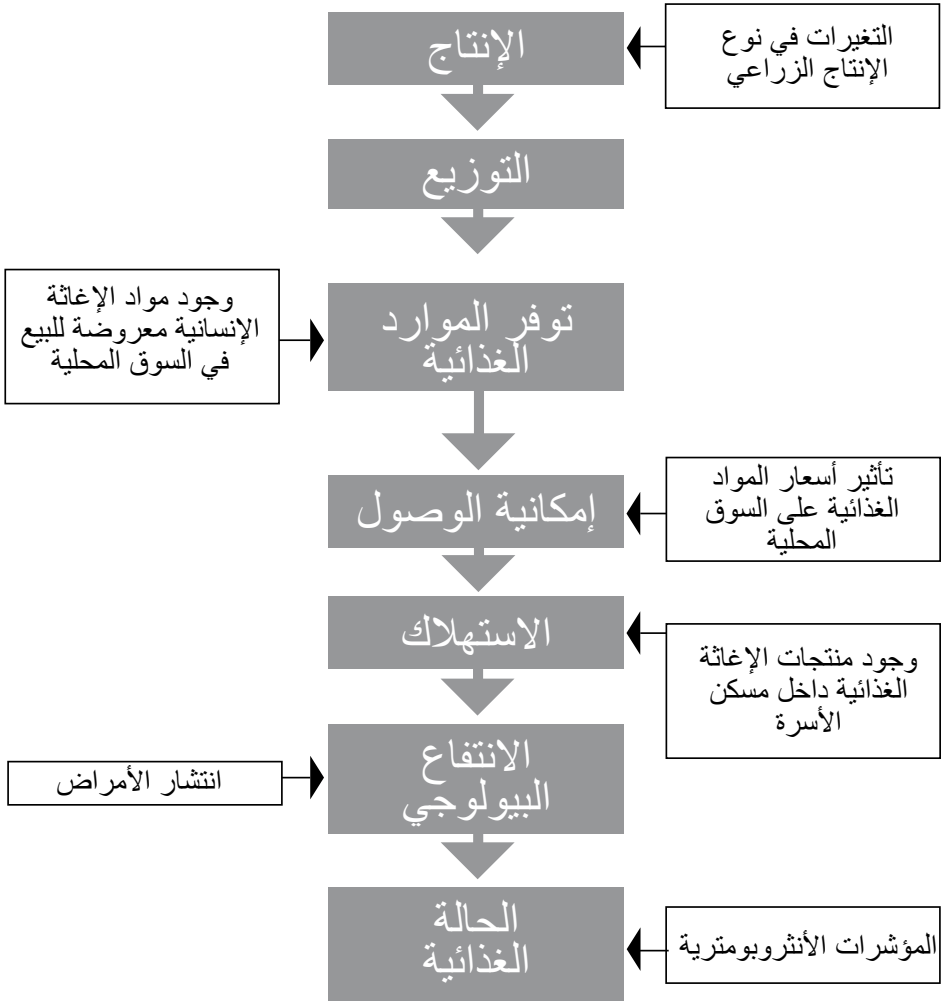
6. الخلاصة

- الإطار 1: المؤشرات ذات الصلة بمختلف حلقات سلسلة الإمدادات الغذائية.
- الإطار 2: الطلب من المشاركين أن يتذكروا المؤشرات التي تم تعلمها لمراقبة توزيع المواد الغذائية، بما أنها ستستخدم مرة أخرى في الوحدة التعليمية الخاصة بالوبائيات

الربط بالأهداف التالية

سيتم استعراض نتائج هذا الهدف في الدرس الخاص بالوبائيات، وإدماجها في المادة الخاصة بالمؤشرات المدرجة في وحدات تعليمية أخرى: البيئة، والأمراض المعدية، والخدمات الصحية.

مؤشرات لرصد توزيع مواد غذائية



الإطار 2

سوف تتم دراسة إنشاء نظم
المراقبة في الوحدة التعليمية
الخاصة بالوبائيات

تذكر المؤشرات التي تم تعلّمها في
ما يخص سلسلة الإمدادات الغذائية

الآثار اللوجيستية لنقل وتخزين وتوزيع المواد الغذائية

1. الوصف

تستخدم الأغذية الجافة في توزيع المواد الغذائية (الحبوب، والبقوليات، والزيت) بسبب قيمتها الغذائية وسهولة العمل بها. وينبغي أن يعرف المشاركون في الدورة التدريبية متوسط وزن الحصة الغذائية المعدّة لشهر واحد (16 إلى 18 كيلو غراماً) والحجم الذي يتمثل بمقدار طن واحد من المواد الغذائية (2 متر مكعب).

ويعتمد اختيار موقع لمرافق التخزين على عدة عوامل:

- القرب من مصادر الإمدادات الغذائية.
- الأمن.
- القرب من أماكن التوزيع.

وفي ما يخص التخزين، ينبغي أن يعرف المشاركون في الدورة التدريبية:

- المبادئ الرئيسية لهندسة المستودعات: المساحة الضرورية، الارتفاع، التهوية، مواد البناء، مقاومة سوء الأحوال الجوية، الاحتياطات ضد السرقة، ... إلخ.
- قواعد التخزين الفعلي للمواد الغذائية.
- قواعد الحفاظ على المخزون في حالة جيدة - وبخاصة الاحتياطات الواجب اتخاذها لحمايته من الحشرات والقوارض.

وبالنسبة للنقل، ينبغي أن يعرف المشاركون في الدورة التدريبية سعة وسائط النقل الأساسية: الشاحنات والطائرات.

وينبغي توزيع المساعدة الغذائية على مقربة من أماكن إقامة المستفيدين، إذا أمكن. وهو ما سيوفر عليهم القيام برحلات طويلة وشاقة، لأنهم في العادة ليس لديهم وسائل نقل. وعلاوة على ذلك، تؤمن هذه الاستراتيجيات بقاء السكان بالقرب من وسائل الإنتاج التي لديهم، وبالتالي تسهيل استئناف الأنشطة العادية (إعادة التأهيل). وفي المقابل، يمكن أن يؤدي التوزيع الذي يجري بعيداً عن أماكن إقامة المستفيدين إلى إنشاء مخيمات عند نقطة التوزيع، مما يجعل إعادة التأهيل أكثر صعوبة.

ويمكن توزيع المواد الغذائية بطرق مختلفة: إذ يمكن توزيع المواد الغذائية التي تتكون منها الحصة الأساسية بشكل إجمالي غير معبأ في حصص، يتسلمها أرباب الأسر بناءً على عدد أفراد أسرهم. كما يمكن أن يتسلم المستفيدون طروداً عائلية تحتوي على مكونات الحصة الغذائية.

وبمجرد أن يُتخذ قرار بشأن الاستراتيجية،

- يجب أن يظل وصول وسائط النقل ممكناً إلى موقع التوزيع في جميع الأوقات.
- يجب أن يوفر موقع التوزيع ظروفًا آمنة للمستفيدين والعاملين في المجال الإنساني على حدٍ سواء.
- يجب أن يكون موقع التوزيع كبيراً بما يكفي لاستيعاب عدد كبير من المستفيدين - وهذا العدد قد يزداد مع تطور حدة النزاع.

ويجب أن يأخذ تصميم الموقع في الحسبان الحاجة إلى إمدادات مياه في أثناء التوزيع، وإلى مرافق للإسعافات الأولية، عندما تكون هناك حاجة إليها. ومع ذلك، يجب تجنب المنشآت الثابتة مهما كلف الأمر نظراً لأن ذلك سوف يشجع المستفيدين على إقامة مخيمات دائمة في الموقع.

2. الفئة

الأداة: فهم أساسي للمتطلبات اللوجيستية لتوزيع المواد الغذائية.

3. الصياغة

معرفة القواعد اللوجيستية الرئيسة الواجب اتباعها في تنفيذ توزيع مواد غذائية بتنظيم محكم.

4. طريقة التدريب

تقدّم المعلومات مباشرةً إلى المشاركين في الدورة التدريبية.

5. المدة:

إجمالي المدة: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: العوامل اللوجيستية (اختيار السلع الغذائية، الحصة، وسائط النقل، التخزين)
- الإطار 2: استراتيجية لتوزيع المواد الغذائية.
- الإطار 3: تنظيم موقع توزيع المواد الغذائية.

الرابط بالأهداف التالية

سوف يرسخ الهدف التالي الرابط بين برامج توزيع المواد الغذائية وبرامج إعادة التأهيل الغذائي.

العوامل اللوجيستية

اختيار المواد الغذائية:

الحبوب
البقوليات
الزيت

مثال على الحصص الغذائية اليومية للشخص الواحد:

الحبوب = 400 غرام
البقوليات = 100 غرام ← 550 غراماً
الزيت = 50 غراماً

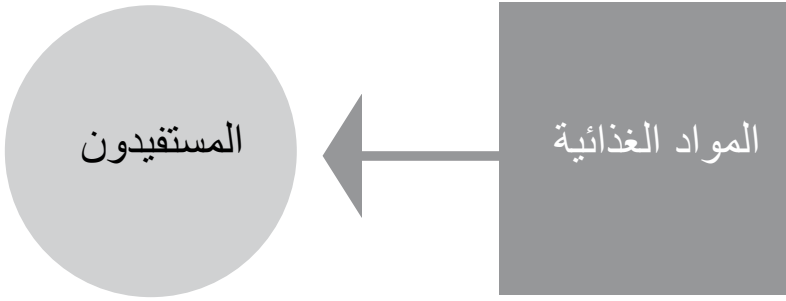
وسائط النقل:

النوع
السفن
الطائرات
الشاحنات
أوجه القصور
(الوقت)
(الكلفة)
(المسافة)

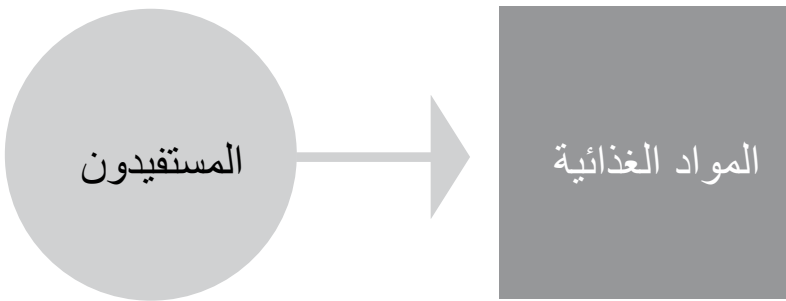
التخزين:

1 طن = 2 م³

الإطار 2

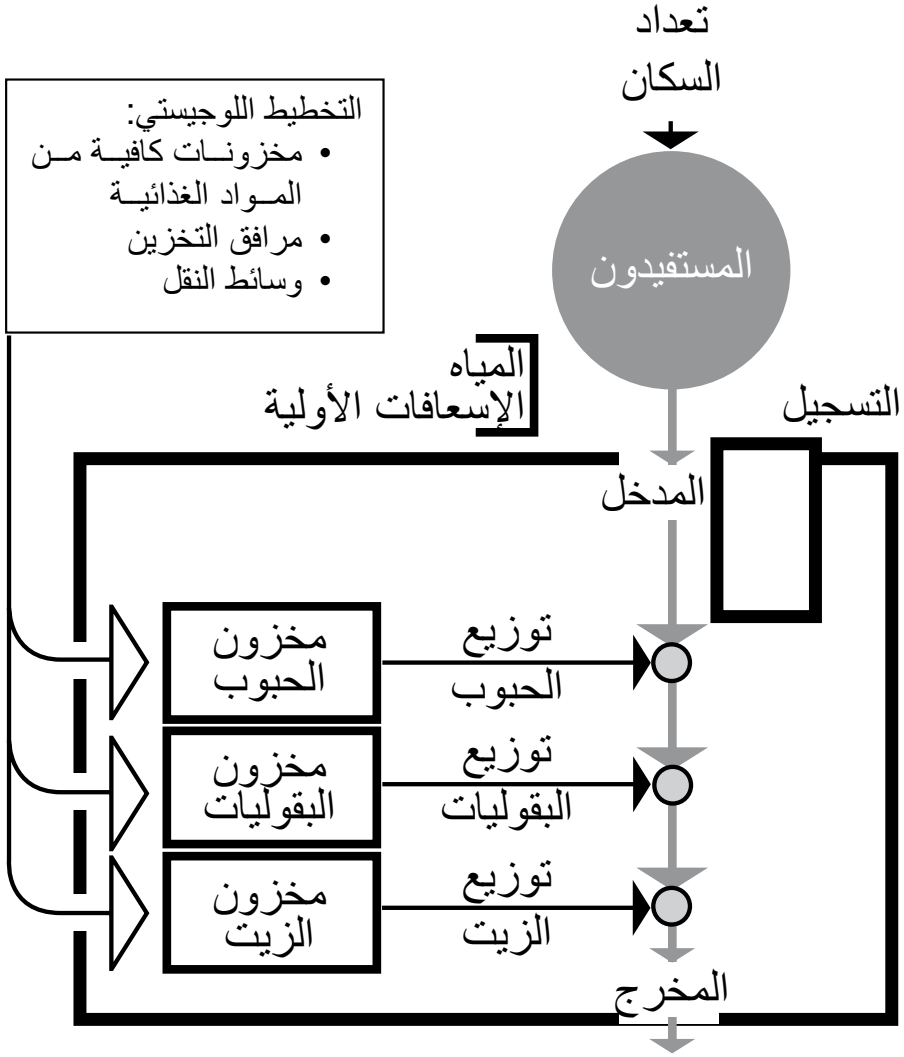
استراتيجية لتوزيع
المواد الغذائية

تسليم المواد الغذائية
في أقرب مكان ممكن
لمساكن المستفيدين



حضور المستفيدين إلى
نقاط التوزيع المركزية

تنظيم موقع توزيع المواد الغذائية



الرابط بين برامج توزيع المواد الغذائية وبرامج إعادة التأهيل الغذائي

1. الوصف

يجب أن ترتبط برامج إعادة التأهيل الغذائي بالبرامج المعدة لإعادة إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية، بما في ذلك توزيع المواد الغذائية. ومن المنطقي مساعدة من يعانون من سوء التغذية، ولكن من غير المنطقي القيام بذلك بمجرد إعادتهم فقط إلى نظام لا يمكنهم الوصول في ظلّه، مرة أخرى، إلى الموارد الغذائية. وهذان النوعان من البرامج متكاملان، على الرغم من أنه يجب إعطاء الأولوية في حالات الطوارئ للبرامج التي توفر الوصول إلى الموارد الغذائية لجميع السكان الذين تم تحديدهم كمستضعفين.

2. الفئة

الأداة: استراتيجية لتحديد الرابط التكميلي بين برامج إعادة التأهيل الغذائي والبرامج المعدة لإعادة إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية لسكان مستضعفين.

3. الصياغة

ما هي الصلة بين برامج إعادة التأهيل الغذائي وتوزيع المواد الغذائية؟

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 15 دقيقة.

6. الخلاصة

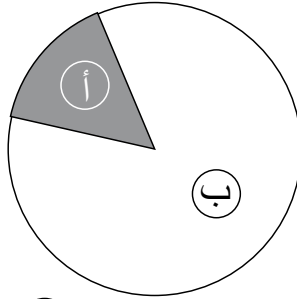
- الإطار 1: العلاقة التكاملية بين توزيع حصص غذائية وبرنامج إعادة تأهيل غذائي
- الإطار 2: العلاقة التكاملية بين هذين النوعين من البرامج، كما تتبيّن في توزيع طبيعى للسكان.

الرابط بالأهداف اللاحقة

تغطي الأهداف التالية إعادة التأهيل الغذائي.

العلاقة التكاملية بين توزيع حصص غذائية وبرنامج إعادة تأهيل غذائي

السكان



أ) سكان يعانون من سوء تغذية ب) سكان في حالة غذائية طبيعية

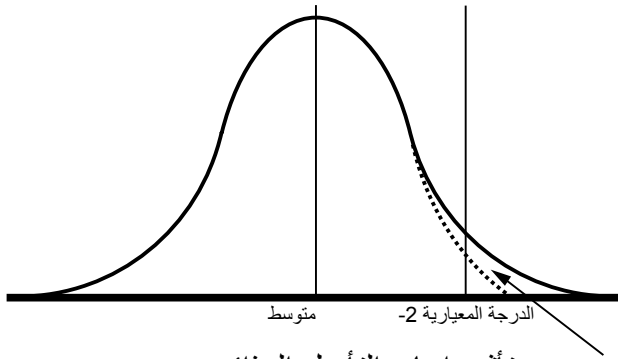
1. برنامج إعادة تأهيل غذائي غير مدعوم
بتوزيع مواد غذائية لعموم السكان:
سوء التغذية يصبح أكثر انتشارًا في
«ب»

2. برنامج توزيع مواد غذائية غير
مدعوم ببرنامج إعادة تأهيل غذائي:
استقرار الحالة الغذائية في «ب»، تحسّن
في حالات سوء التغذية المعتدل في «أ»،
تأثير بسيط في حالات سوء التغذية
الحاد.

3. توزيع مواد غذائية جنبًا إلى جنب
برنامج إعادة تأهيل غذائي: استقرار
الحالة الغذائية في «ب»، وتحسّن في
«أ»

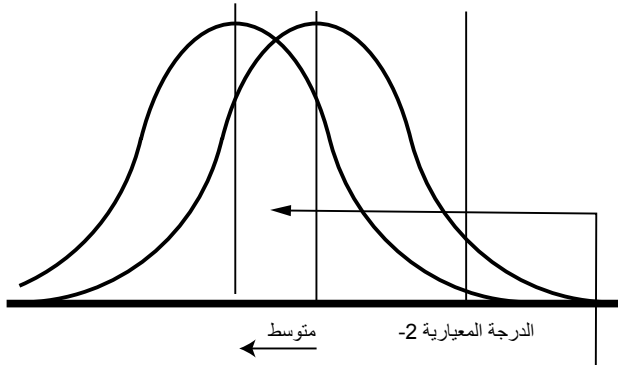
الإطار 2

العلاقة التكاملية بين توزيع مواد غذائية وإعادة تأهيل غذائي كما تتبين في توزيع طبيعي للسكان



تأثير إعادة التأهيل الغذائي:

تحسّن الحالة الغذائية للخاصين
للبرنامج الدرجة المعيارية > -2



تأثير توزيع المواد الغذائية لعموم
السكان: يزيد معدل الحالة الغذائية
لمجموع السكان

مبادئ تنظيم مركز إعادة تأهيل غذائي

1. الوصف

يتم إدخال الأطفال إلى مراكز إعادة التأهيل الغذائي وفقاً للمعايير الأنثروبومترية. بيد أن الأطفال الذين تكون حالتهم الغذائية عند الحد الفاصل، ولكن يتبين أن لديهم عوامل خطر مصاحبة مثل المشكلات الطبية أو الاجتماعية (آيتام، أطفال غير مصحوبين بذويهم، ... إلخ)، هم أيضاً مؤهلون لدخول هذه المراكز.

ويجب أن تتخذ أي خطة لمركز إعادة تأهيل غذائي ترتيبات مسبقة خاصة بأربعة أنواع من الأنشطة:

- التغذية: يجب أن تتبع تغذية الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية حاد قواعد صارمة. وخلال الأيام الأولى، ينبغي عدم إعطاء الطفل أكثر من 100 كيلو سعرات حرارية و3 غرامات بروتين لكل كيلو غرام من وزن الجسم في اليوم. ويتم بالتدريج زيادة هذه الحصص المقننة إلى أن تصل إلى 200 كيلو سعرات حرارية و5 غرامات بروتين لكل كيلو غرام من وزن الجسم في اليوم. وفي هذه المرحلة، قد يكسب الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية حاد زيادة تتراوح بين 10 و20 غراماً لكل كيلو غرام من وزن الجسم في اليوم، وقد يكسب من يعانون من سوء تغذية معتدل زيادة تتراوح بين 5 و10 غرامات. ويعتمد عدد الوجبات التي يتناولها الطفل في اليوم الواحد على حدة سوء التغذية ودرجة التعافي الغذائي؛ ويتم تعديل نظام التغذية تدريجياً إلى أن يقترب من الغذاء الطبيعي بحلول نهاية إقامة الطفل في المركز. ولن نذكر بالتفصيل هنا كيفية جعل الحليب عالي الطاقة (حليب، وسكر، وزيت)، إذ يمكن الاطلاع على وصفاته في كتيبات التغذية المتاحة للمشاركين في الدورة التدريبية. ويمكن أن يرجع خريجو الدورة إلى هذه الكتيبات حالما يكونون فعلياً في وضع يتطلب منهم إعداد برنامج إعادة تأهيل غذائي.

• الوقاية:

- التحصين ضد الحصبة إلزامي لجميع الأطفال (وجود وباء الحصبة في مركز إعادة تأهيل غذائي سيكون كارثة حقيقية)
- إعطاء فيتامين «أ» بانتظام لجميع الأطفال. والجرعة الموصى بها هي 200.000 وحدة دولية للأطفال الذين تزيد أعمارهم على ستة أشهر، و50.000 وحدة دولية للأطفال الذين لم يبلغوا سن ستة أشهر
- إعطاء «مييندازول» لجميع الأطفال الذين تزيد أعمارهم على السنة

- اتخاذ تدابير ضد انخفاض درجة حرارة الجسم (بطانيات، إعطاء تعليمات للأمهات).
- الإمداد بمياه صالحة للشرب.
- تعزيز الصحة العامة: المباني النظيفة، إعداد الطعام وتخزينه بصورة سليمة، النظافة الشخصية.
- الرعاية الطبية:
- علاج المشكلات الطبية الشائعة: أمراض الإسهال، الحمى، فقر الدم، التهابات الجهاز التنفسي، الالتهابات الجلدية
- مخزون من الأدوية الأساسية.
- المراقبة الخاصة بالأوبئة:
- ستتم مراقبة الأطفال بشكل فردي من ساعة دخولهم إلى المركز حتى ساعة خروجهم منه. وينبغي الاحتفاظ بسجلات لنسبة الوزن إلى الطول، والمشكلات الطبية المصاحبة، والوضع الاجتماعي، والامتثال (في حالة مراكز الرعاية النهارية)، وتقديم الطفل نحو التعافي الغذائي
- على المستوى العام، سيتم رصد مختلف المتغيرات: عدد من أدخلوا إلى المركز، عدد الوفيات، متوسط مدة الإقامة، عدد الأطفال الموجودين كل يوم، عدد الأطفال الذين لم يكملوا برنامج إعادة التأهيل الغذائي.
- لن يُطلب من المشاركين في الدورة التدريبية القيام بتصميم مركز إعادة تأهيل غذائي. وستتم دراسة أسلوب بناء المرافق الصحية، كما تتمثل في المستوصفات، في الوحدة التعليمية الخاصة بالرعاية الطبية والجراحية.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالمبادئ العامة لتنظيم مركز إعادة تأهيل غذائي.

3. الصياغة

وضع قائمة بالأنشطة اللازمة لتشغيل مركز إعادة تأهيل غذائي: تحديد معايير الدخول، إعداد وصفات الطعام، تنظيم الوجبات، المراقبة الوبائية.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه ملخص في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة للملخص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الأنشطة في مركز إعادة تأهيل غذائي
- الإطار 2: الاحتياجات الغذائية للمصابين بسوء تغذية
- الإطار 3: الأغذية المستخدمة للتأهيل الغذائي
- الإطار 4: الوجبات في مركز إعادة تأهيل غذائي
- الإطار 5: أنشطة الصحة العامة في مركز إعادة تأهيل غذائي
- الإطار 6: الأنشطة الطبية في مركز إعادة تأهيل غذائي
- الإطار 7: الأنشطة الخاصة بمكافحة الأوبئة: رصد فردي
- الإطار 8: الأنشطة الخاصة بمكافحة الأوبئة: رصد البرنامج

الرباط بالأهداف التالية

في سياق الهدف التالي، سيطلب من المشاركين اتخاذ قرارات عملية بخصوص تنظيم برنامج غوث يتضمن تقديم مواد غذائية وتأهيل غذائي، وإلزامهم بتطبيق الأدوات التي تمت دراستها.

الإطار 1

الأنشطة في مركز إعادة تأهيل غذائي

- الأنشطة الغذائية
- الأنشطة الخاصة بالصحة العامة
- الأنشطة الطبية
- الأنشطة الخاصة بالأوبئة

الإطار 2

الاحتياجات الغذائية للمصابين بسوء تغذية

الأسبوع الأول:	لكل كيلو غرام من وزن الجسم
100 كيلو سعرات حرارية + 3 غرامات	في اليوم
بروتين لكل كيلو غرام من وزن الجسم	
في اليوم	
ومن ثم:	ويعد ذلك:
200 كيلو سعرات حرارية	التغذية عند الطلب عندما
5 غرامات بروتين	تعود الشهية

الإطار 3

الأغذية المستخدمة في إعادة التأهيل الغذائي

1. حليب عالي الطاقة
حليب مجفف 80 غراماً { 1.000 كيلو سعرات حرارية
زيت 60 غراماً { = و
سكر 50 غراماً { 30 غراماً بروتين
ما يكفي من الماء لحجم كلي يبلغ 1 لتر
100 مليلتر = 100 كيلو سعرات حرارية + 3 غرامات بروتين
 2. خليط حبوب معدّ من:
(الذرة - الصويا - الحليب)
(القمح - الصويا - الحليب)
حليب مجفف - زيت - سكر
100 مليلتر = 100 - 150 كيلو سعرات حرارية + 4 غرامات بروتين
 3. حمية طبيعية
- *حليب الأم ضروري طوال عملية التأهيل الغذائي.

الإطار 4

الوجبات في مركز تأهيل غذائي

الأسبوع

• 6-8 وجبات في اليوم بحسب
درجة سوء التغذية

• وجبات في أثناء الليل لحالات
سوء التغذية الحاد

6 وجبات في اليوم، تغذية بالحليب

عالي الطاقة وخليط الحبوب بالتناوب

1. حليب عالي الطاقة

2. حليب عالي الطاقة

خليط الحبوب

3. { خليط الحبوب

{ حليب عالي الطاقة

4. { وجبات قائمة

{ على التغذية العائلية

5. { الوجبات العائلية

معايير الخروج من المركز: زيادة وزن < 85 %

العودة إلى النظام الغذائي العادي

الإطار 5

الأنشطة الخاصة بالصحة العامة في مركز إعادة تأهيل غذائي

التحصين ضد الحصبة والأمراض
الأخرى التي يشملها برنامج التحصين
الموسم إذا كان هناك أي شك في حالة
المناعة لدى الأطفال.

الثقافة الصحية لمن يقوم برعاية الطفل
(الأم).

• فيتامين «أ»: جرعة وقائية مقدارها
200.000 وحدة دولية (كل 3 أشهر).

• ميبيندازول: 200 ملليغرام في جرعة
واحدة (للأطفال الذين أعمارهم فوق
السنة).

الإطار 6

الأنشطة الطبية في مركز إعادة تأهيل غذائي

- علاج نقص الفيتامينات:
فيتامين «أ»: 200.000 وحدة دولية (في الأيام 1، 2، 7)
- فيتامين «هـ»: 200 مليغرام تحقن في العضل في الأيام الثلاثة الأولى، يتبعها تناول 250 مليغراماً عن طريق الفم يومياً
- علاج فقر الدم:
حامض الفوليك: 5 مليغرامات يومياً. ثم الانتظار لمدة أسبوعين قبل إعطاء الحديد
- التحفاف/ الإسهال:
أملاح الإمهاة عن طريق الفم
- الالتهابات: علاج بالمضادات الحيوية للالتهابات الرئوية، على سبيل المثال الطفيليات المعوية: العلاج المنتظم بـ 200 مليغرام من الميبندازول
- انخفاض حرارة الجسم: الأم، بطانيات
- المشكلات الجلدية (الجرب، الالتهابات) علاج موضعي

الإطار 7

تدابير خاصة بالأوبئة: رصد فردي

- قبل:
الاختيار (نسبة الوزن إلى الطول والفحص السريري)
- أثناء:
التسجيل (الاسم، نسبة الوزن إلى الطول، الفحص السريري، التاريخ، ... إلخ)
- بعد:
الرصد داخل الأسرة
- الرصد السريري والعلاجي
- رصد نظام التغذية: عدد الوجبات

الأنشطة الخاصة بمكافحة الأوبئة: رصد البرنامج

أنشطة المراقبة الغذائية

- . عدد حالات الدخول
- . عدد الأطفال الموجودين
- . عدد «المتخلفين»
- . عدد الوفيات
- . عدد المحالين إلى المستشفى
- . عدد حالات الخروج

مراقبة الأنشطة الخاصة بالصحة العامة

- . التحصين، جلسات التثقيف الصحي

رصد الأنشطة الطبية

- . توزيع نسبة انتشار الأمراض

تخطيط استراتيجية غذاء وتغذية لمجموعة سكانية معينة

1. الوصف

يقوم المشاركون في الدورة التدريبية بتطبيق الأدوات التي تمت دراستها آنفاً في إطار تمرين المحاكاة.

2. الفنة

الممارسة: تخطيط برامج لتوزيع مواد غذائية وإعادة تأهيل غذائي لمجموعة سكانية معينة.

3. الصياغة

القيام بتخطيط برنامج للمساعدة الغذائية والتغذية لسكان مخيم للاجئين في إطار تمرين محاكاة «ألفا لاند - بيتا لاند»، على أن تتم تغطية كل جوانب البرنامج:

توزيع مواد غذائية:

- تحديد عدد المستفيدين
- تحديد الحصة الغذائية
- تخطيط سلسلة العمليات اللوجيستية
- تنظيم موقع التوزيع
- تخطيط تنظيم التوزيع
- تخطيط نظام مراقبة لتوزيع المواد الغذائية

إعادة التأهيل الغذائي:

- اختيار استراتيجية
- تحديد المستفيدين واختيارهم
- إنشاء أي مرافق قد تكون هناك حاجة إليها
- ترتيب المراقبة الخاصة بالأوبئة في هذا الجانب من البرنامج.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه ملخص في جلسة عامة للخطط التي أعدتها كل مجموعة.

5. المدة

إجمالي المدة: 120 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة لملخص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

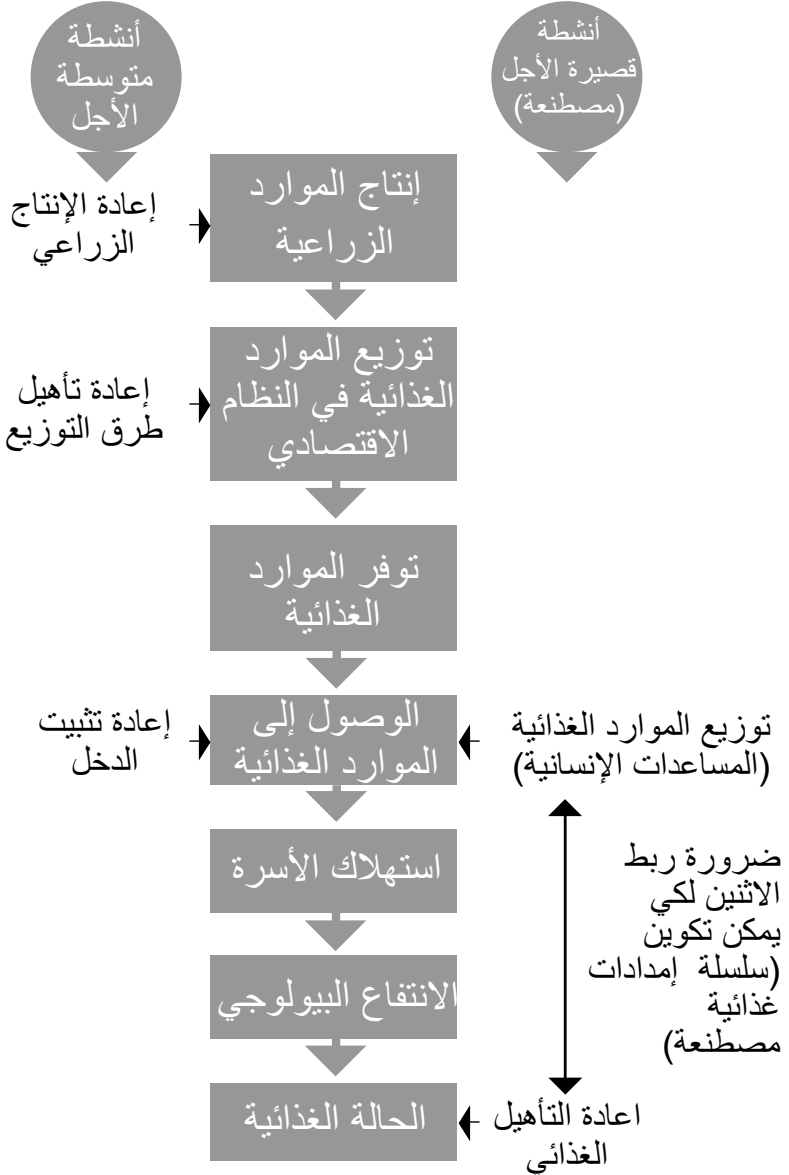
من البديهي أن يكون المدرب قد قام بدراسة وتخطيط برامج التغذية وإعادة التأهيل الغذائي من أجل تمرين المحاكاة «ألفا لاند - بيتا لاند»، وأن يقوم بالتعليق على التقارير المقدمة من المجموعات المختلفة في أثناء الجلسة العامة.

الإطار 1

وفي تلخيص لهذه الوحدة التعليمية، يقوم المدرب بعرض بعض الحالات الواقعية للتأكيد على المبادئ التي تم تدريسها في الدورة التدريبية. وينبغي أن تظهر الأمثلة المختارة تقييم مشكلات الوصول إلى الغذاء، وتقديم مخططات للعمل على مختلف مستويات سلسلة الإمدادات الغذائية، وأن تبين أخيراً نتائج ذلك العمل. ومن ناحية مثالية، ينبغي أن يستخدم المدرب أمثلة على حالات كان مشاركا فيها.

الإطار 2

تأثير المساعدات الإنسانية على سلسلة الإمدادات الغذائية



الوحدة التعليمية
الثالثة

البيئة

قائمة الأهداف

- تحديد التفاعلات بين السكان وبيئتهم، والطرق التي تؤدي بحالات النزاع إلى إحداث اضطراب في هذه التفاعلات
- معرفة معايير اختيار موقع لإقامة مخيم للنازحين
- معرفة تصنيف الأمراض التي تلعب المياه دورًا مهمًا في نقلها
- معرفة كمية ونوعية المياه التي ينصح بها والتي يحتاجها السكان في حالة الطوارئ
- تحديد مكونات نظام إمدادات المياه
- تحديد مختلف أنواع مصادر المياه
- معرفة كيفية حساب كمية مياه الأمطار التي يمكن جمعها في مكان محدد
- إيجاد خمس أدوات لفهم كيفية عمل الآبار
- تحديد مزايا ومساوئ المياه السطحية كمصدر للمياه
- معرفة كيف يعمل النبع الطبيعي
- معرفة العوامل التي تدخل في اختيار مصدر مياه في أثناء حالة نزاع
- معرفة العوامل التي تجعل تخزين المياه ضروريًا، ومعرفة مختلف طرق التخزين الممكنة
- صياغة طلب للحصول على مضخة
- معرفة مختلف طرق معالجة المياه
- معرفة خصائص نظام توزيع المياه
- تخطيط نظام إمدادات المياه
- تحديد السياق لدراسة التخلص من الفضلات البشرية
- امتلاك وسيلة بسيطة لتصنيف مختلف طرق تخزين الفضلات البشرية والتخلص منها
- وصف تشغيل الأنواع الرئيسية لمراحيض الحفرة الجافة
- معرفة الناقلات الأساسية للأمراض المعدية وطرق مكافحتها
- معرفة طرق التخلص من القمامة
- معرفة تأثير الإسكان على الصحة
- تخطيط إنشاء مأوى ملائم وتصميم نظام للتحكم في الفضلات البشرية والقمامة.

تحديد مفهوم التفاعل بين السكان وبيئتهم

1. الوصف

يمكن تصوير العلاقة بين السكان والبيئة على شكل رسم بياني يُظهر العناصر الناشئة في البيئة التي تعد ضرورية للحفاظ على حياة وصحة السكان (الماء، والغذاء، والطاقة، والمواد الخام للعمل، والمواد اللازمة لبناء المأوى) من ناحية، والنفايات التي يتخلص منها الإنسان في البيئة (على شكل فضلات بشرية، وقمامة، ونفايات سائلة) من ناحية أخرى. وربما تنشأ حلقة مفرغة بين هذين القطبين - مثلاً، الفضلات البشرية تلوث المياه وتؤدي إلى انتشار ناقلات الأمراض المعدية، ... إلخ. وتعتمد التفاعلات بين هذه العناصر على الأحوال الجيولوجية والمناخية، فضلاً عن مستوى التنمية.

وتولد حالات الطوارئ اضطرابات أساسية في التوازن الطبيعي بين السكان وبيئتهم. فالاحتفاظ السكاني - إحدى سمات الحالات التي تتطوي على سكان نازحين - في بيئة معادية، على سبيل المثال، يُسبب كوارث صحية وينطوي على مخاطر إحداث عملية يخرج فيها تزايد تلوث البيئة عن السيطرة، مما يترتب على ذلك تزايد انتشار الأمراض.

وعلى هذا الصعيد، يجب أن يؤكد المشاركون في الدورة التدريبية بوضوح على العلاقة بين البيئة والصحة: فتحسين إمدادات المياه يساعد في خفض معدل الإصابة بأمراض الإسهال وسوء التغذية، والتحكم في الفضلات البشرية يحدّ من الإصابة بالأنكيلوستوما (مرض الدودة الشصية، أو الملقوة العجبية)، على سبيل المثال. وستتم دراسة تأثير تدابير تعزيز الصحة العامة على نسبة انتشار الأمراض بالتفصيل، وذلك في الأقسام التي تتناول على وجه التحديد المياه والنفايات وناقلات العدوى.

2. الفئة

الإطار: تحديد التفاعلات بين السكان وبيئتهم، واضطراب هذه التفاعلات في حالات النزاع.

3. الصياغة

يبيّن بشكل بياني أو من خلال وصف بالكلمات التفاعلات التي توجد عادةً بين السكان وبيئتهم، وكذلك الاضطرابات في هذه العلاقات التي قد تتسبب بها حالات النزاع.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه ملخص في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة لمُلخَص في الجلسة العامة

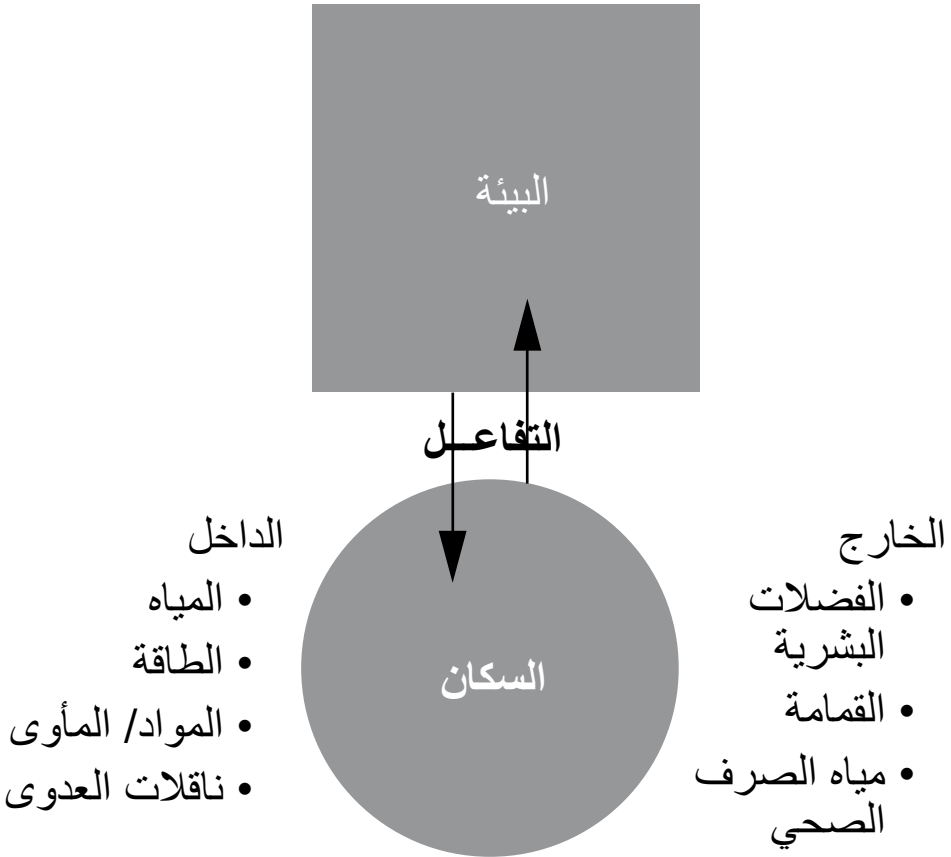
6. الخلاصة

- الإطار 1: مفهوم التفاعل بين السكان وبيئتهم
- الإطار 2: الطرق التي يتم فيها انتقال الأمراض المعدية
- الإطار 3: العوامل الضارة بالعلاقة بين السكان وبيئتهم في أثناء الأزمات.

الربط بالأهداف التالية

يعرض هذا الهدف المواضيع العامة للوحدة التعليمية الخاصة بالبيئة، أي اختيار موقع لإقامة مخيم للنازحين، والمياه، والفضلات البشرية، والقمامة، وناقلات العدوى، وإمدادات الطاقة، والمأوى.

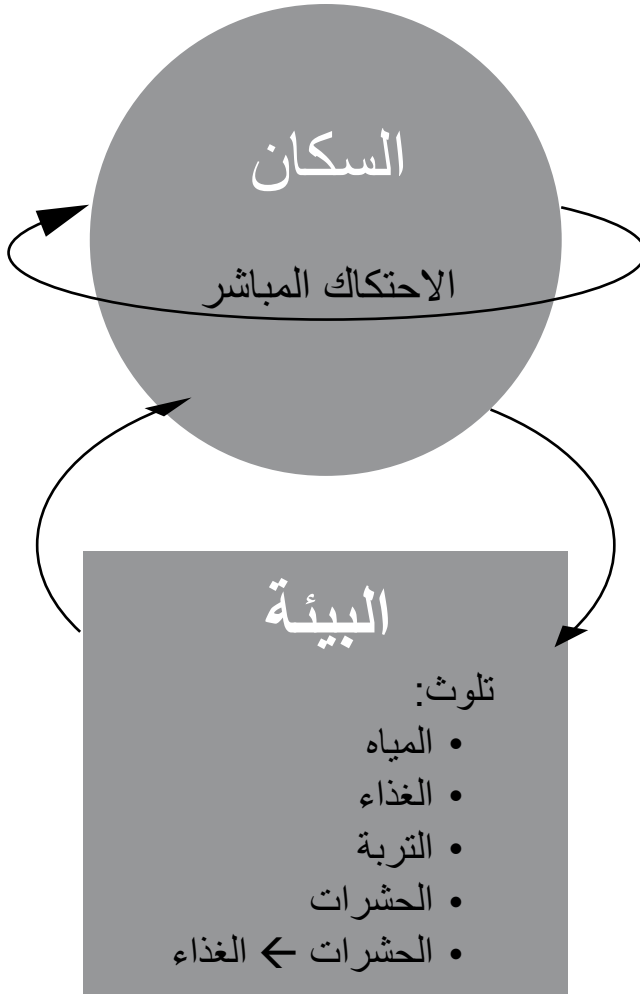
مفهوم التفاعل بين السكان وبيئتهم



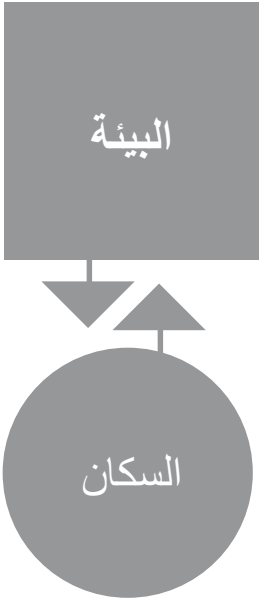
يعتمد هذا التفاعل على عوامل عديدة، بما في ذلك الطقس والخصائص الجغرافية والبيئية ومستوى التنمية والتربية، ... إلخ.

الإطار 2

الطرق التي يتم فيها انتقال الأمراض المعدية



العوامل الضارة بالعلاقة بين السكان وبيئتهم في أثناء الأزمات



- تدمير أو تلوث الموارد البيئية
- بيئة غير معدة لاستقبال السكان
- الاستخدام المكثف للموارد البيئية
- الوصول المقيد إلى الموارد البيئية (المياه)
- الاكتظاظ

اختيار موقع لإقامة مخيم للنازحين

1. الوصف

نادرًا ما تجد المنظمات الإنسانية نفسها في وضع يسمح لها باختيار الموقع الذي سيقوم فيه الفارون من السكان. وعادةً ما يكون القرار سياسيًا، تتخذه حكومة البلد المضيف. وعندما يكون الخيار ممكنًا، ينبغي أن يفي بمعايير محددة تشمل:

- أمن السكان
- إمكانية الوصول إلى المياه
- طرق اتصال
- مساحة كافية تحول دون الاكتظاظ
- انعدام المخاطر البيئية القائمة أو المحتملة (فيضانات، ظروف غير صحية)
- إمكانية تطوير نشاط زراعي، صناعات منزلية، ... إلخ.

وعند التفاوض مع السلطات حول الموقع، يجب أن يردّ مديرو الإغاثة على الحجج السياسية التي تتقدم بها حكومة البلد المضيف بحجج تتعلق بالأثر الذي سينجم عن موقع غير مناسب على صحة النازحين. ويجب أن يفهم المشاركون في الدورة التدريبية أهمية الإلمام الجيد بالحجج التقنية في اختيار موقع معيّن حتى يتمكنوا من أداء دورهم بمهارة في المفاوضات مع السلطات السياسية.

2. الفئة

الأداة: معرفة معايير اختيار موقع لإقامة مخيم للنازحين.

3. الصياغة

عدّد بالترتيب من حيث الأهمية المعايير الواجب أخذها في الاعتبار عند اختيار موقع لإقامة مخيم للنازحين.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه ملخص في الجلسة العامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمُلخَص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: المعايير الواجب أخذها في الاعتبار في اختيار موقع لإقامة مخيم للنازحين.

الربط بالأهداف التالية

الوصول إلى المياه عامل أساسي في اختيار موقع لإقامة مخيم للاجئين. وستكون المياه موضوع الأهداف التالية.

الإطار 1

المعايير الواجب أخذها في الاعتبار في اختيار موقع لإقامة مخيم للنازحين

- إمكانية الوصول إلى المياه
- الأمن
- إمكانية الوصول إلى الموارد الغذائية
- طرق الاتصال
- انعدام المخاطر الطبيعية (فيضانات)
- ظروف ملائمة للصحة
- إمكانية تصريف عادي للمجاري
- اتفاق مع السكان المحليين

تصنيف الأمراض الرئيسية المنقولة عن طريق المياه

1. الوصف

هناك أمراض كثيرة يمكن أن تنتقل عن طريق المياه، وبخاصة:

- الأمراض المنقولة عن طريق ابتلاع الجراثيم الموجودة في المياه: أمراض الإسهال، الكوليرا، التيفوئيد، الأميبيا، ... إلخ.
 - الأمراض التي تسببها قلة النظافة الصحية الشخصية المرتبطة بنقص المياه: الجرب، الالتهابات الجلدية، التراخوما (رمد العين)، ... إلخ.
 - الأمراض المنقولة عن طريق مضيف وسيط يعيش في الماء: البلهارسيا، ... إلخ.
 - الأمراض التي تحملها ناقلات العدوى التي تعتمد على المياه: الملاريا، الحمى الصفراء، وحمى الضنك، ... إلخ.
- ويوفر هذا التصنيف للمشاركين في الدورة التدريبية فكرة عامة عن أهم الأمراض المعدية التي تتأثر مباشرة ببرامج إمدادات المياه.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بتصنيف الأمراض المنقولة عن طريق المياه.

3. الصياغة

تصنيف الأمراض المعدية تبعًا لعلاقتها بالمياه بدلاً من تصنيفها بواسطة العوامل المسببة للأمراض.

4. أسلوب التعليم

مناقشة يشارك فيها جميع المشاركين في الدورة التدريبية.

5. المدة

إجمالي المدة: 20 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: تصنيف الأمراض المعدية تبعًا لعلاقتها بالمياه.

الرباط بالأهداف التالية

لا بد من وجود إمدادات مائية مُرضية من أجل الحد من انتقال هذه الأمراض. ما الذي تعنيه عبارة «مُرضية»؟

الإطار 1

تصنيف الأمراض المعدية تبعاً لعلاقتها بالمياه

- تناول المياه الملوثة:
 - الكوليرا
 - الأميبيا
- قلة النظافة الصحية الشخصية نظراً لنقص المياه:
 - الجرب
 - التراخوما
- وجود مضيف وسيط في المياه يحمل عاملاً مسبباً للمرض:
 - البلهارسيا
- نمو ناقلات المرض المعدي في المياه:
 - الملاريا
 - الحمى الصفراء
- مزيج من الأسباب المشار إليها آنفاً:
 - الأميبيا: الماء الملوث وقلة النظافة الصحية الشخصية

معايير إمدادات المياه

1. الوصف

إنَّ أهمية المياه في الحفاظ على الحياة والوقاية من الأمراض مسألة راسخة تمامًا. وتوجد بالفعل معايير موصى بها بخصوص كمية ونوعية المياه التي ينبغي توافرها لأصحابها الكوارث، ويمكن استخدام هذه التوصيات كمراجع لإعداد أي نظام لإمدادات المياه في حالات الطوارئ.

كمية المياه:

الحياة مستحيلة بدون المياه. كما أنَّ عدم كفاية إمدادات المياه من شأنه أن يزيد نسبة انتشار الأمراض - كأمراض الإسهال، على سبيل المثال، نظرًا لأنَّ انتقال العوامل المسببة للأمراض سوف يزداد نتيجة لقلّة النظافة الصحية التي يسببها نقص المياه. وكذلك، ستزداد الإصابة بالتراخوما. وتبلغ الحاجة العادية من المياه للمحافظة على الصحة 20 لترًا للشخص الواحد في اليوم، علمًا بأنه يمكن خفض هذا الحد إلى 5 لترات في ظل ظروف معينة، وذلك عندما يكون من الصعب التغلب على القيود المفروضة. ومع ذلك، ينبغي أن تظل الغاية المرجوة 20 لترًا، ولا بدَّ من بذل كل جهد ممكن لإزالة هذه القيود. وأما بالنسبة لمراكز التأهيل الغذائي فإنَّ كمية المياه المطلوبة الموصى بها هي 20 - 30 لترًا من المياه لكل طفل، في حين أنَّ الكمية المطلوبة للمستشفيات تبلغ 100 - 200 لتر لكل مريض.

نوعية المياه:

العامل الرئيس من حيث الصحة العامة هو النوعية الميكروبيولوجية للمياه، وهذا يعني عدم وجود عوامل مسببة للأمراض. وتقاس النوعية الميكروبيولوجية للمياه بوجود الاشريشيات القولونية، التي تعتبر مؤشرًا على تلوث البراز. وبحكم التجربة في حالات الطوارئ، إذا كان عدد مجموعات الاشريشيات القولونية يتجاوز 10 بعد فترة 24 ساعة على عملية الزرع (على درجة حرارة تبلغ 42 درجة مئوية)، فينبغي معالجة المياه قبل شربها.

والتلوث الكيميائي هو أيضًا عامل يجب أخذه في الاعتبار، وبخاصة في بلدان أوروبا الشرقية حيث هذا النوع من التلوث شائع جدًا في المناطق الصناعية؛ مع العلم أنَّ النزاعات تدفع السكان إلى النزوح إلى المناطق الحضرية بالذات. كما أنَّ من الصعب تقنيًا علاج التلوث الكيميائي. وقد يكون من الضروري في حالات الطوارئ التزود بالمياه من مصادر غير ملوثة أو نقل السكان إلى مناطق غير ملوثة.

كما يجب أخذ شكل المياه ورائحتها في الاعتبار، إذ إنَّ من يستهلكون المياه قد يعزفون عن قبول المياه العكرة والتي تفوح منها رائحة كريهة.

وينبغي أن يتذكر المشاركون في الدورة التدريبية المبدأ التالي:

الكمية أهم من الجودة. ووجود كمية كبيرة من المياه النظيفة بدرجة معقولة (صفر - 10

اشريشيات قولونية) أفضل من كمية صغيرة من المياه النظيفة التي لا تشوبها شائبة (صفر اشريشيات قولونية).

2. الفئة

الأداة: الإلمام بمعايير الجودة والكمية الموصى بها للمياه المتوافرة للسكان في حالات الطوارئ.

3. الصياغة

ما هي المعايير المقبولة للمياه التي يُزود بها السكان في حالات الطوارئ؟

4. أسلوب التعليم

طرح السؤال على كل المجموعات، يليه ملخص للإجابات العفوية للمشاركين.

5. المدة

إجمالي المدة: 15 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: توصيات خاصة بإمدادات المياه (نسخة مبسطة).
- الإطار 2: توصيات خاصة بإمدادات المياه (نسخة كاملة).

الرابط بالأهداف التالية

أبرزت الأهداف السابقة أهمية المياه للصحة العامة (الوقاية من الأمراض) والتدابير الموصى بها لضمان تحقيق الغاية من إمدادات المياه في حالات عدم الاستقرار: أي الحفاظ على صحة جيدة. وسوف تتناول الأهداف التالية الجوانب التقنية لتنفيذ نظام إمدادات مياه فعال.

الإطار 1

توصيات خاصة بإمدادات المياه

(نسخة مبسطة)

إعطاء الأولوية للكمية
مع مراعاة الجودة

الكمية:

• 15 - 20 لترًا للشخص الواحد في اليوم

الجودة:

• صفر - 10 اشريشيات قولونية/ 100 ملل

• اتباع التوصيات في ما يتعلق بالمواد السامة

الكمية < الجودة

توصيات خاصة بإمدادات المياه

(النسخة الكاملة)

الكمية:

- 20 لترًا للشخص الواحد في اليوم

الجودة:

• الخصائص المادية:

• المظهر

• الرائحة

• الطعم

• الخصائص الميكروبيولوجية:

- صفر - 10 اشريشيات قولونية/ 100 ملل

• الخصائص الكيميائية:

• الزرنيخ > 0.05 ملغ/ لتر

• الفلورايد > 1.5 ملغ/ لتر

• السيانيد > 0.1 ملغ/ لتر

• الزئبق > 0.001 ملغ/ لتر

• الرصاص > 0.05 ملغ/ لتر

مكوّنات نظام إمدادات المياه

1. الوصف

الغرض من هذا القسم هو تحديد المكوّنات المختلفة لنظام إمدادات المياه:

- مصادر المياه
- تخزين المياه
- توزيع المياه
- استخدام المياه

• الاستهلاك البشري

• أنواع استخدام أخرى

• التخلص من مياه الصرف الصحي والمياه غير المستخدمة

وسوف يُطلب، في هذه المرحلة، من المشاركين في الدورة التدريبية تحديد هذه المكوّنات. ويجب التشديد على حقيقة أنّ الأثر الصحي لنظام إمدادات المياه سيعتمد على فعالية كل مكوّن من هذه المكوّنات. فقد يتم توزيع المياه النظيفة (طبقًا للتوصيات المشار إليها آنفًا)، ولكن لن يكون له أيّ تأثير على الصحة إذا استمر السكان في استخدام مصادر المياه التي اعتادوا على استخدامها، والتي قد تكون ملوثة.

2. الفئة

الإطار: مكوّنات نظام إمدادات المياه.

3. الصياغة

وصف ما الذي يعنيه لك نظام إمدادات المياه.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمخلص في الجلسة العامة.

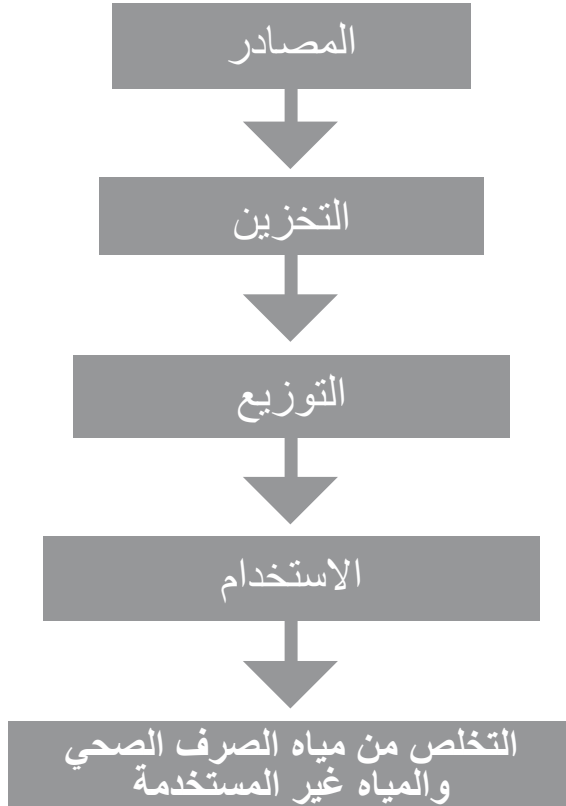
6. الخلاصة

- الإطار الأول: مكونات نظام إمدادات المياه
- الإطار الثاني: مكونات نظام إمدادات المياه وعلاقتها بالهندسة.

الرابط بالأهداف التالية

سوف يلي هذا الهدف فحص كل مكون من مكونات نظام إمدادات المياه والأدوات التقنية المطلوبة لوضعه موضع التنفيذ.

الإطار 1

مكونات نظام
إمدادات المياه

الإطار 2

مكوّنات نظام إمدادات المياه وعلاقتها بالهندسة



المصادر الرئيسية للمياه

1. الوصف

توجد أربعة مصادر رئيسية للمياه:

- مياه الأمطار: تختلف كمية مياه الأمطار المتوافرة وفقاً للمناخ والفصل (لا يعوّل على ذلك مع مرور الوقت)، ولكن جودتها مُرضية بدون معالجة. ولذلك يمكن اعتبار مصدر الإمداد هذا كمساعد لنظام دائم.
- المياه السطحية (الأنهار، البحيرات): عادةً ما تكون كمية المياه المتوافرة كبيرة، ولكنها عمومًا تكون مياهًا ملوثة.
- مياه الينابيع: يختلف تدفق المياه كثيرًا بحسب النبع. وتكون الجودة مُرضية إذا كانت المياه محمية من التلوث بالبراز في المكان الذي تنبع منه.
- المياه الجوفية: هذه المياه آمنة ومتوافرة بكميات متغيرة تبعًا للجيولوجيا والمناخ. ويقتضي استخراج المياه الجوفية حفر بئر وإنشاء بنية تحتية لها. ومن ثمّ تكون جودة المياه التي يتم الحصول عليها بهذه الطريقة مُرضية ما دامت لم تتلوث طبقة المياه الجوفية بحد ذاتها (تلوثًا كيميائيًا).

2. الفئة

الأداة: معرفة مختلف أنواع مصادر المياه.

3. الصياغة

عدّد مختلف مصادر المياه، مع الإشارة إلى كمية وجودة المياه التي يمكن الحصول عليها في كل حالة دون تدخل تقني.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على جميع المشاركين في الدورة التدريبية.

5. المدة

إجمالي المدة: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: مصادر المياه
- الإطار 2: تقييم موقع إمداد بالمياه
- الإطار 3: تقييم موقع إمداد بالمياه (تنمة)
- الإطار 4: معايير اختيار مصدر المياه

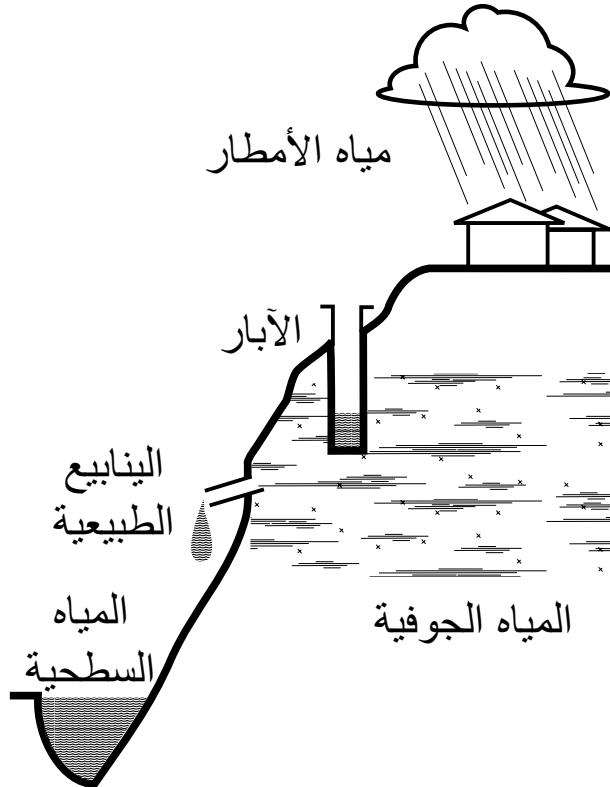
الرباط بالأهداف التالية

يطرح تطوير مصادر المياه مشكلات تقنية معيّنة، بعضها بسيط والبعض الآخر معقد. وستخصص الأقسام التالية لبحث هندسة مصدر المياه، وتشمل بصفة أساسية:

- أساليب جمع مياه الأمطار
- تطوير الينابيع الطبيعية وحمايتها
- حفر الآبار
- ضخ مياه الآبار أو المياه السطحية

الإطار 1

مصادر المياه



تقييم موقع إمداد بالمياه

(استمارة تقييم من اللجنة الدولية للصليب الأحمر)

أولاً: الموقع

المدينة، القرية

المحلة

المقاطعة

ثانياً: نوع موقع الإمداد

(أ) نبع:

• الدفق التقريبي

• التطوير

• الحماية

(ب) بئر:

• حُفرت يدويًا / جُوفت بحفارة يدوية/ آلية

• سنة الإنشاء

• العمق

• المستوى الحالي للمياه (من الأرض)

• اطرَح الأسئلة التالية على المستخدمين:

• أقصى مستوى تمت ملاحظته / متى؟

• أدنى مستوى تمت ملاحظته / متى؟

• كمية المياه التي يتم ضخها يوميًا

• الحماية (غطاء، بلاطة من الحجر، ... إلخ)

• نوع التربة (طينية، رملية، دبالية، حصوية، ... إلخ)

• طبيعة طبقة المياه الجوفية (الطبقة التي تحتوي على المياه)

الإطار 3

(استمارة تقييم اللجنة الدولية للصليب الأحمر - تنمة)

ج) السطح:

- الوصف (جدول، نهر، بحيرة، ... إلخ)
- في حالة استخدام طوال العام؟ (موسم الجفاف)
- الحجم التقديري للمياه المستخرجة كل يوم

ثالثاً: المعدات

أ) المضخة: يدوية أو آلية

- النوع
- الماركة
- سنة التركيب
- أقصى دفع ممكن
- إذا كانت غاطسة، عمق البئر

ب) الخزان:

- الحجم
- المسافة من موقع إمداد المياه
- الفرق في الارتفاع بين موقع إمداد المياه والخزان

ج) الأنابيب:

- المادة
- القطر
- الحالة

رابعاً: الاستخدام

- عدد الأشخاص المستفيدين من البئر
- طول مدة الانتظار
- جودة المياه: الرائحة/ الطعم/ اللون

خامساً: ملاحظات

معايير اختيار مصدر المياه

كمية المياه:

- السعة الحالية
- الديمومة على مر الزمن (موسم الجفاف)

جودة المياه:

- الجودة الحالية
- خطر التلوث

التكنولوجيا المطلوبة:

- نوع التكنولوجيا المطلوبة
- لتطوير المصدر
- لصيانة المصدر
- القبول لدى المستهلكين المحليين

إمكانية الوصول:

- جغرافياً
- اجتماعياً
- مالياً (هل هناك رسوم مفروضة؟)
- الوصول الآمن في مناطق النزاع

جمع مياه الأمطار

1. الوصف

يسهل جمع مياه الأمطار من على السطوح الصلبة (ألواح معدنية، قرميد، ... إلخ)؛ ولا تحتاج هذه السطوح سوى إلى تركيب مزاريب لتصريف المياه إلى خزانات أرضية. وعلى الرغم من أنه يمكن التكهن بكميات المياه من خلال عملية ضرب مساحة سطح السقف المجهز على النحو المبين آنفاً في معدّل سقوط الأمطار المعتاد في المنطقة، إلا أنّ النتيجة ستكون دائماً غير مؤكدة بسبب عدم انتظام الأحوال المناخية.

2. الفئة

الأداة: حساب كمية مياه الأمطار التي يمكن جمعها في مكان معين.

3. الصياغة

معرفة العناصر الخاصة بحساب مقدار مياه الأمطار.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على جميع المشاركين في جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 10 دقائق

• 10 دقائق لمُلخص في جلسة عامة.

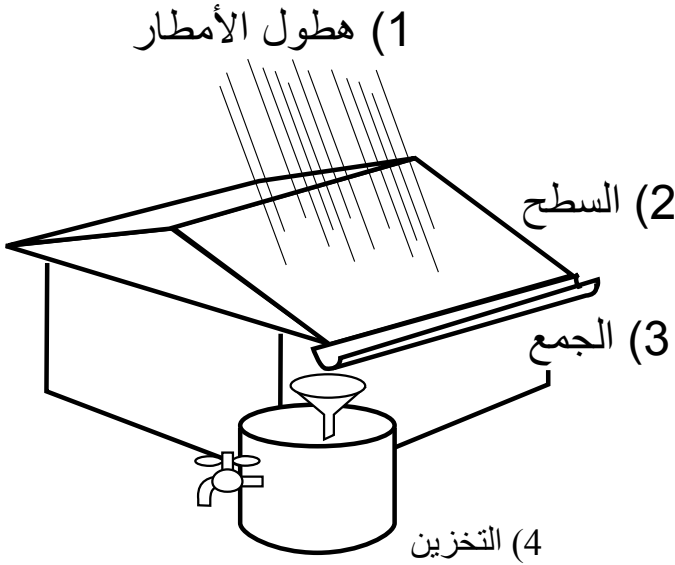
6. الخلاصة

• الإطار 1: جمع مياه الأمطار والمعايير الخاصة بحساب مقدار مياه الأمطار.

الرباط بالأهداف التالية

نظراً لعدم موثوقية هذا الأسلوب في الإمداد بالمياه، يتعيّن البحث أيضاً عن مصادر أخرى للمياه.

جمع مياه الأمطار والعناصر الخاصة بحساب مقدار مياه الأمطار



معدل سقوط الأمطار × السطح = مقدار المياه المتوافرة

التخزين = مقدار المياه الذي يمكن الوصول إليه

عدم انتظام الإمداد بناءً على الأحوال المناخية

الينابيع الطبيعية

1. الوصف

الينابيع الطبيعية هي الينابيع التي تخرج منها المياه تلقائيًا من جوف الأرض، ويتم ذلك في العادة كنتيجة لجاذبية الأرض. وللقضاء على العيوب المشتركة بين كل المياه السطحية، يجب حماية الينبوع عند منبعه (عين النبع). ويكون الهدف تحسين ترشيح المياه خلال الطبقات الجيولوجية للأرض. ويمكن تعزيز عملية الترشيح الطبيعية عن طريق توسّط طبقات من الرمل والحصى بين عين النبع وبداية نظام التوزيع. ويجب إحاطة المنطقة من النبع صُعدًا بسور للحؤول دون التلوث بروث الحيوانات.

2. الفئة

الأداة: فهم الطريقة التي يعمل بها النبع الطبيعي.

3. الصياغة

تعلم كيفية عمل النبع الطبيعي.

4. أسلوب التعليم

محاضرة ومناقشة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة.

6. الخلاصة

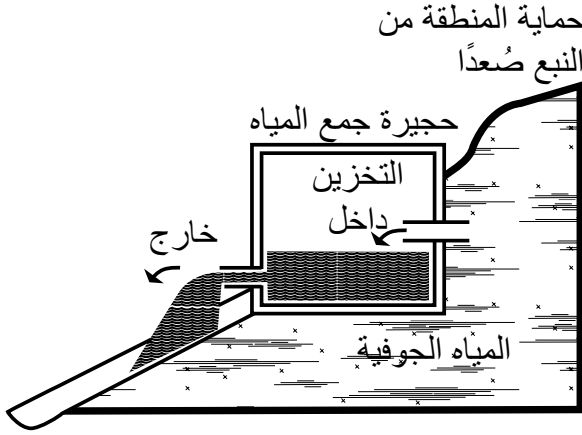
- الإطار 1: كيف يعمل النبع (1)
- الإطار 2: كيف يعمل النبع (2)
- الإطار 3: الينابيع – المزايا والعيوب
- الإطار 4: الخطوات الرئيسية في استثمار نبع طبيعي.

الربط بالأهداف التالية

ينطبق مبدأ الترشيح الطبيعي من خلال الطبقات الجيولوجية على الآبار، التي ستتم دراستها في الهدف التالي.

الإطار 1

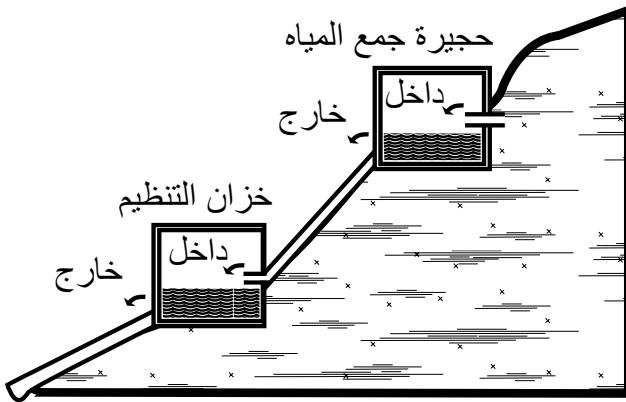
الينابيع الطبيعية: كيف تعمل (1)



الصرف السطحي للمياه
غير المستخدمة

الإطار 2

الينابيع الطبيعية: كيف تعمل (2)



الإطار 3

الينابيع الطبيعية

المزايا:

- 1- التطوير بسيط وغير مكلف
- 2- الصيانة بسيطة

العيوب:

زخم المياه محدود بصفة عامة

الإطار 4

الخطوات الرئيسية في
استثمار نبع طبيعي

- تحديد مكان عين النبع (الموقع الذي تتفجر منه المياه)
- تطوير نظام الترشيح (طبيعي أو هندسي)
- حماية المنطقة المحيطة بالنبع من التلوث المحتمل
- إنشاء نظام لتوزيع المياه
- تطوير نظام تصريف للصرف السطحي للمياه
- إنشاء نظام للصيانة والرصد

الآبار

1. الوصف

ينقسم هذا الهدف إلى ستة أقسام:

- تحديد إطار لجميع الأدوات اللازمة لفهم كيفية عمل البئر وتقييمه. وأما المواضيع التي ينبغي تذكرها فهي: مبدأ ترشيح المياه من خلال جدران البئر، وأساليب الحفر، وأنواع المضخات، وطرق حماية البئر، والمؤشرات المطلوبة لتقييم فعالية البئر.
- مبدأ ترشيح المياه من خلال جدران البئر:

تمر المياه الجوفية من خلال الطبقات الجيولوجية قبل تجمعها في البئر. وهذا الترشيح من خلال التربة يمنح المياه نوعية بكتريولوجية مرضية دون أي حاجة إلى المعالجة.

- حفر البئر:

هناك فارق بين الآبار التي تُحفر يدويًا وتلك التي يتم حفرها بالوسائل الآلية (حفارات آلية)؛ ويكون قطر الآبار المحفورة يدويًا عريضًا نسبيًا (1 - 2 م)، وقد يتراوح العمق بين بضعة أمتار وعشرات الأمتار. وآبار الأنابيب، بالمعنى الدقيق للكلمة، هي آبار ذات قطر أصغر (20 - 30 سم). وقد يصل عمقها إلى أكثر من 100 متر. وقد يقتضي إنشاء مثل هذه الآبار استخدام معدات بسيطة نسبيًا (حفارات) أو معدات متطورة جدًا (منصات حفر محمولة على شاحنات). ويعتمد نوع البئر الذي يتم اختياره على طبيعة التربة، ومستوى المياه الجوفية، والخبرة المحلية في إنشاء الآبار، وتوافر المعدات.

- حماية البئر

حالما يتم حفر البئر، يجب اعتبار المياه التي تتجمع فيها مياهًا سطحية. ومن الضروري تغطية البئر وحماية المنطقة المحيطة بها لتجنب التلوث من المياه التي تتسرب من السطح (مياه الأمطار، المياه المسكوبة خارجًا خلال عملية استخدام البئر) وتحمل معها عناصر ملوثة (مثل مادة البراز). وبالتالي، فإنه ينبغي تغطية أعلى البئر ببلاطة إسمنتية وإحاطته بغطاء معدني يبلغ قطره 1-2 م، ويغطي التربة حول البئر.

وتعني حماية البئر أيضًا إقامتها في مكان بعيد بصورة كافية عن المراحيض لتجنب التلوث منها. وتعتمد المسافة المطلوبة على الطبيعة الجيولوجية للتربة، ولكن يوصى بأن تكون المسافة 30 مترًا على الأقل.

- المضخات:

حالما تتم تغطية البئر (للوماية)، ستكون هناك حاجة لتركيب مضخة لسحب الماء. ويمكن أن يكون تشغيل المضخة يدويًا أو آليًا، وفي كل فئة من هاتين الفئتين، هناك فارق بين المضخات الماصة والمضخات الدافعة الأسطوانية.

- المضخات اليدوية مقابل المضخات الآلية:
يتوقف الاختيار بين هذين النوعين من المضخات على عدة عوامل:
- الدفع المطلوب: يقتصر دفع المضخة اليدوية على 700-900 لتر من المياه في الساعة
- العادات المحلية
- سهولة الصيانة: تحتاج المضخات الآلية إلى وقود لتشغيل المولد وإلى صيانة دورية.
- المضخات الماصة مقابل المضخات الدافعة الأسطوانية:
يكمن الفارق بين هذين النوعين من المضخات في موقع البستون في المضخة. ففي المضخات الماصة، يوجد البستون في جزء المضخة الواقع خارج البئر؛ ويقوم بامتصاص الماء إلى الخارج. وفي المضخات الدافعة الأسطوانية، يقع البستون في الجزء المغمور بالماء من المضخة، ويقوم بدفع الماء إلى خارج البئر.
- ويتوقف الاختيار بين هذين النوعين من المضخات على مستوى الماء في البئر. فإذا كان مستوى الماء أكثر من سبعة أمتار تحت جزء المضخة الموجود خارج البئر، فلا يمكن استخدام مضخة ماصة (بناءً على قوانين الفيزياء). ويجب أن يأخذ هذا الحد في الاعتبار التغيير الذي يحدث في مستوى المياه بسبب الضخ. ويمكن استخدام المضخات الدافعة الأسطوانية في كل الظروف، ومهما كان مستوى المياه. والمضخات الغاطسة هي نوع خاص من أنواع المضخات الأسطوانية، تكون فيها المضخة بكاملها مغمورة في المياه. وهي مضخات كهربائية، يشغلها عادةً مولد كهربائي ملحق بالبئر. إلا أن هناك اتجاهًا نحو استخدام الطاقة الشمسية في تشغيل هذه المضخات؛ ويمكن الاعتماد على هذه التكنولوجيا واستبعاد الحاجة إلى الوقود الذي قد تتم سرقة واستخدامه في الأغراض العسكرية في حالات النزاع.
- أما صيانة المضخات الدافعة الأسطوانية فهي أكثر تعقيدًا، إذ يجب إخراجها من البئر لهذا الغرض.
- تقييم فعالية البئر:
هناك نوعان من البيانات ضروريان لتقييم البئر:
- بيانات وصفية: نوع المضخة، نوع المولد الكهربائي، حالة الغطاء المعدني الواقي، عمق مستوى المياه، عمق البئر.
- بيانات ديناميكية: القدرة على امتلاء البئر من جديد، أو الوقت الذي تستغرقه البئر لاستعادة مستوى الماء الأصلي فيها، بعد أن تم ضخ المياه إلى أن جفت جزئيًا. ويقيس هذا الفحص قوة دفع البئر والتقلبات الموسمية في مستوى المياه (تقييم الدفع على مدى عام كامل).

وينبغي أن يكون المشاركون في الدورة التدريبية على دراية بقائمة التقييم كاملة.

2. الفئة

الأدوات: خمس أدوات لفهم كيفية عمل البئر

3. الصياغة

يركز هذا الهدف على خمس أدوات ضرورية لفهم طريقة عمل البئر وتقييمها:

- مبدأ ترشيح المياه من خلال جدران البئر
- الأساليب الرئيسية للحفر
- حماية البئر
- الفئات الرئيسية للمضخات
- تقييم طريقة عمل البئر

4. أسلوب التعليم

مناقشة وعرض أوراق تقنية شفافة لكل المجموعات.

5. المدة

إجمالي المدة: 40 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: إطار عام: شكل بياني نظري لبئر
- الإطار 2: أساليب حفر بئر
- الإطار 3: الترشيح الطبيعي والترشيح بقوة الدفع
- الإطار 4: حماية البئر (مقطع عرضي)
- الإطار 5: حماية البئر (منظر جوي)
- الإطار 6: المضخات- مبادئ التشغيل
- الإطار 7: المضخات- آليات التشغيل
- الإطار 8: تقييم بئر

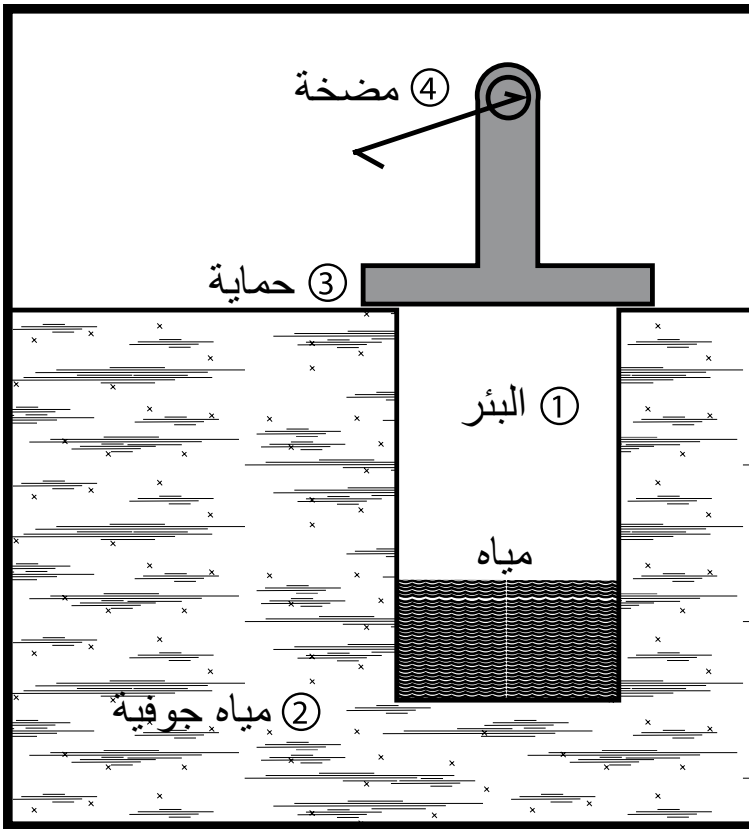
الرباط بالأهداف التالية

الهدف التالي سيغطي العناصر الواجب أخذها في الاعتبار عند اختيار المضخة المناسبة.

الإطار 1

الآبار

رسم بياني نظري



أساليب حفر بئر

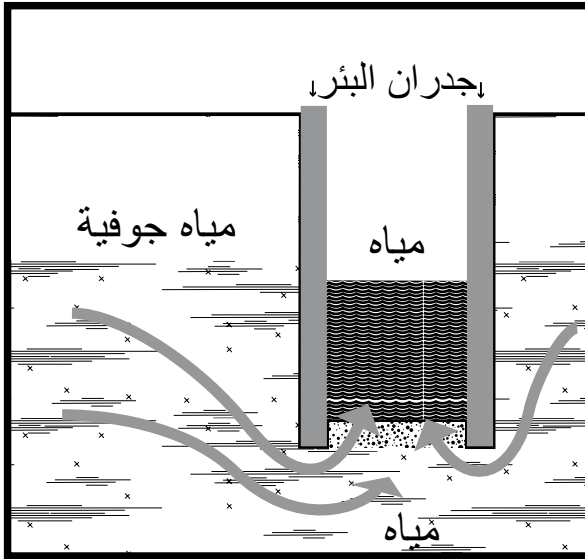
الوسائل		الحفر	الثقب
آلياً	يدويًا		
③ حفر آلي	① حفر يدوي		
④ ثقب آلي	② ثقب ببريمة		

الأساليب

- ① 1- أكثر الأساليب شيوعًا – سهل الاستخدام.
- ② 2- سطح البئر وعمقه محدودان.
- ③ 3- السرعة هي الميزة الوحيدة التي يتفوق بها هذا الأسلوب على التقنية (1).
- ④ 4- يتيح الثقب الآلي الحفر العميق، وبالتالي يوفر مقدارًا كافيًا من المياه المتاحة وضمانة أفضل لجودة المياه. إلا أنه يتطلب معدات آلية.

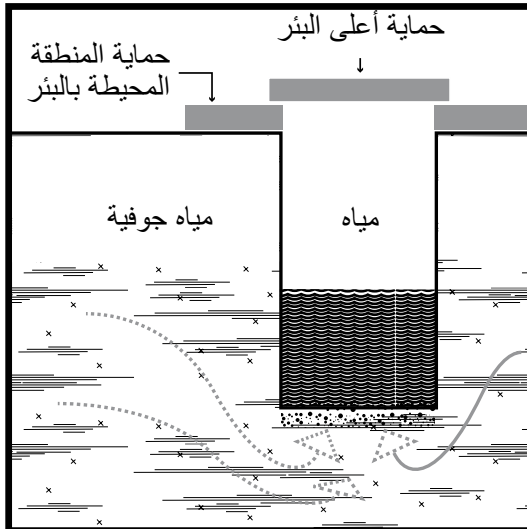
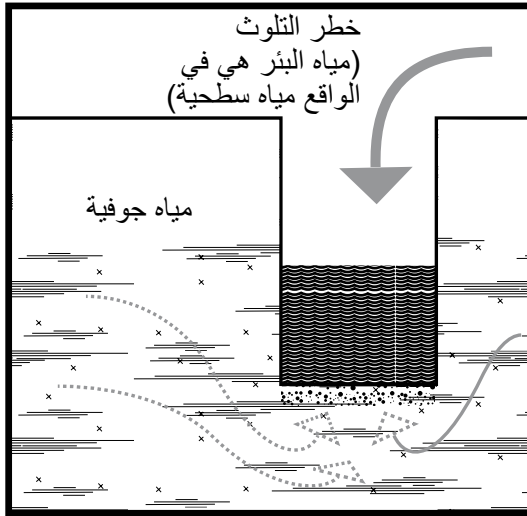
الإطار 3

الترشيح الطبيعي والترشيح بقوة الدفع



حماية البئر

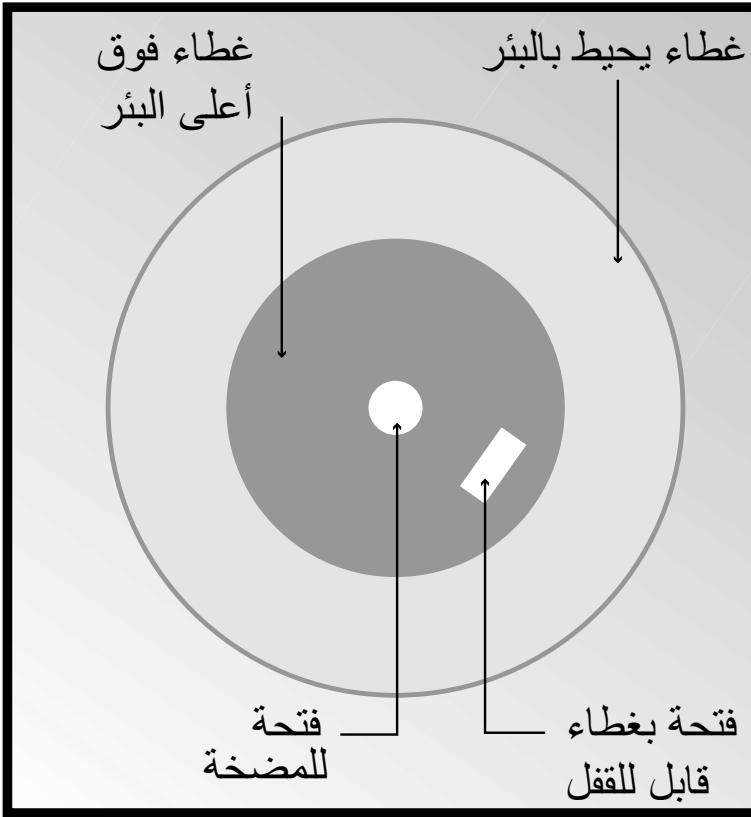
(مقطع عرضي)



الإطار 5

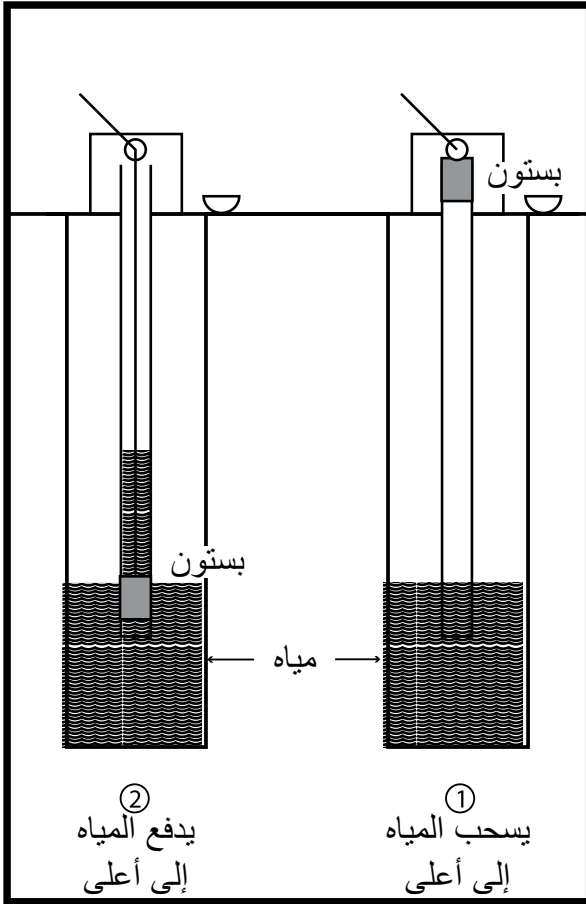
حماية البئر

(مشهد جوي)



المضخات

مبادئ التشغيل



يعمل المبدأ (1) إذا كانت المسافة بين مستوى أعلى البئر ومستوى المياه في البئر أقل من 7 أمتار

المضخات

آليات التشغيل:

المضخات التي تعمل يدويًا
مقابل المضخات التي تعمل آليًا

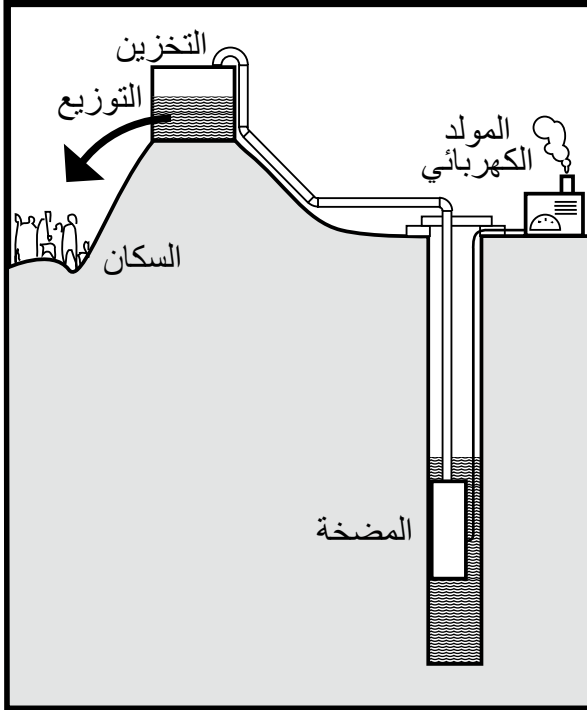
خصائص المضخات التي تعمل يدويًا

- غير مكلفة
- من السهل إصلاحها
- تكاليف صيانة منخفضة
- لا تعتمد على مصادر طاقة خارجية

خصائص المضخات التي تعمل آليًا

- دفع أكبر، لأعداد كبيرة من السكان
- ليس لها أي ميزة من مزايا المضخات التي تعمل يدويًا

تقييم بئر



- بيانات طبوغرافية
- مواصفات البئر (العمق، سنة الإنشاء)
- معلومات بشأن متغيرات المياه
- إحصائيات السكان (العدد)
- مواصفات المضخة (النوع، السعة)
- مواصفات تخزين المياه

اختيار مضخة

1. الوصف

يعتمد اختيار المضخة على عدة عوامل:

- الارتفاع الذي يجب أن «تُرفع» المياه إليه، بما في ذلك المسافة بين مستوى المياه ومستوى الأرض، والمسافة بين مستوى الأرض والمكان الذي ستخزن فيه المياه. ويجب أن تأخذ هذه الحسابات في الاعتبار أيضًا خسائر الطاقة المرتبطة بالنظام نفسه (فقدان الطاقة في الأنابيب) والفوارق في مستوى المياه الناجمة عن عمليات الضخ والتغيرات الموسمية.
- دفق المياه اليومي المطلوب (اختيار مصدر المياه في حد ذاته يعكس الترابط بين الدفق المطلوب والدفق الممكن). إذ يجب أن تكون المضخة قادرة على توفير هذا الدفق من المياه.
- المضخات المستخدمة عادةً في المنطقة (تجنب تركيب معدات غير مألوفة إذا أمكن).
- قطر البئر

وتوجد لوائح لتسهيل اختيار مضخة على أساس هذه العناصر. ويجب التشديد على دور العاملين في مجال الرعاية الصحية في الميدان؛ إذ ينبغي أن يكونوا قادرين على تقديم كل هذه المعلومات إلى المهندسين الذين سيقومون عندئذٍ باختيار المضخة المناسبة للحالة.

2. الفئة

الأداة: صياغة طلب للحصول على مضخة.

3. الصياغة

اكتب رسالة لإرسالها بالفاكس إلى مهندس تطلب فيها مضخة لبئر مع ذكر عناصر معينة.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمُلخص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: معايير خاصة باختيار مضخة
- الإطار 2: اختيار المضخة (الطاقة)

الرباط بالأهداف التالية

يلخص هذا الهدف الجوانب التقنية للبئر. ذلك أن كلاً من مياه الآبار ومياه الينابيع هي في الأساس مياه تقع تحت الأرض وتندفق إلى السطح. ويتناول الهدف التالي المشكلات التي ينطوي عليها استخدام المياه السطحية.

الإطار 1

معايير خاصة باختيار مضخة

آلية التشغيل

تشغيل آلي

تشغيل يدوي

سحب
مبدأ التشغيل
دفع

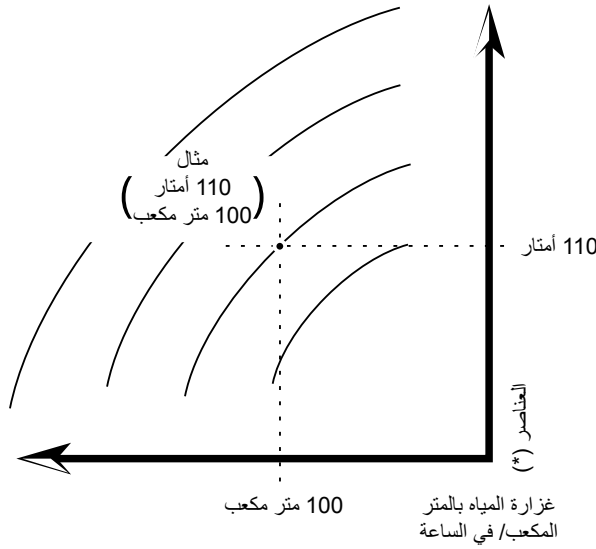
الاختيار على أساس:

- غزارة المياه
- المسافة بين مستوى المياه ومستوى الأرض (7 أمتار)
- عمق البئر: إذا كانت البئر أعمق من 50 - 60 متراً، فلا يمكن استخدام المضخات اليدوية
- الوصول المنتظم إلى مصادر الطاقة (غالباً ما يشكّل الوصول إلى مصادر الطاقة مشكلة في حالات النزاع)
- الكلفة
- المعدات التي تستخدم عادةً في المنطقة

الإطار 2

اختيار مضخة

(الطاقة)



(*) العناصر:

- الارتفاع بين النقطة التي تدخل منها المياه إلى المضخة والمستوى الذي سيتم تخزين المياه عنده
- الخسائر (المسافة، الاحتكاك)

المياه السطحية

1. الوصف

بما أنه يجب الافتراض، من حيث المبدأ، أن المياه السطحية ملوثة بالبكتيريا، فلا بد من وضع شرط خاص بتخزينها ومعالجتها. وللمياه السطحية عمومًا ميزة كونها متوافرة بكميات كبيرة (أنهار، بحيرات)، على الرغم من احتمال حدوث تغييرات موسمية. وعلاوة على ذلك، فإنه يمكن الوصول إليها مباشرة. وكطريقة للتقليل من التلوث العضوي إلى أدنى حد بدون الحاجة إلى المعالجة، يمكن احتواء المياه في الطبقة الجيولوجية التي يجري فوقها النهر، وهو إجراء ينطوي على حفر تجويف تحت قاع النهر. ويجمع هذا التجويف المياه التي يتم ترسيبها من خلال طبقة الأرض المحيطة به. إلا أن الخيار الأفضل في حالات الطوارئ هو ضخ المياه مباشرةً من النهر ومعالجتها بعد ذلك.

والمضخات التي تستخدم في ذلك هي الأنواع نفسها التي تستخدم للآبار. إذ يتوقف نوع المضخة التي يتم اختيارها على الفرق في الارتفاع بين سطح المياه وصهريج التخزين.

2. الفئة

الأداة: معرفة مزايا ومساوئ استخدام المياه السطحية كمصدر للمياه.

3. الصياغة

عدّد مزايا ومساوئ استخدام المياه السطحية كمصدر لإمدادات المياه.

4. أسلوب التعليم

مناقشة، يليها حوار.

5. المدة

إجمالي المدة: 15 دقيقة

6. الخلاصة

• الإطار 1: المياه السطحية

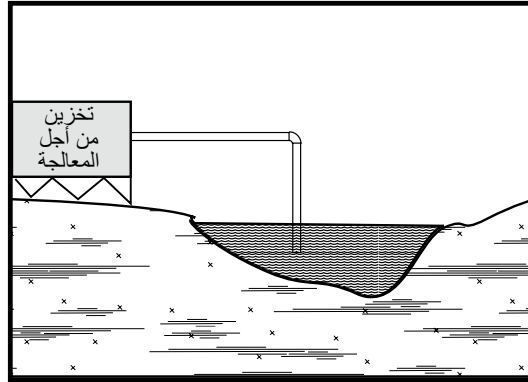
الرباط بالأهداف التالية

الآن وقد تم استعراض مختلف أنواع مصادر المياه، سوف يغطي الهدف التالي المعايير الخاصة بالاختيار من بين هذه المصادر المختلفة.

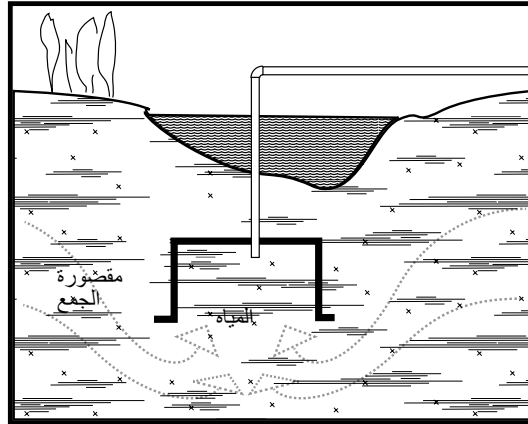
المياه السطحية

الإطار 1

يجب اعتبار المياه السطحية
ملوثة من حيث المبدأ



يمكن الحصول على المياه
من تحت قاع النهر



اختيار مصدر المياه

1. الوصف

يتطلب هذا الهدف استخدام عدة أدوات تمت دراستها من قبل. وفي الأساس، يعتمد اختيار مصدر المياه على المعايير التالية:

• المعايير التقنية:

- الكمية المقدرة ودقة دفق المياه. إذ يجب أن تتطابق قوة دفق المصدر مع الكمية المطلوبة للسكان، بناءً على التوصية التي تقرّر 20 لترًا للشخص الواحد يوميًا.
- الوقت المقدّر، والصعوبة، وكلفة العمل المطلوب لتطوير المصدر.
- إدماج المصدر مع المكونات الأخرى لنظام إمدادات المياه - الحاجة إلى التخزين مع معالجة المياه أو بدونها؛ شبكة التوزيع (الحجم، تدفق الجاذبية)؛ الاستهلاك (القبول الثقافي للمصدر).

• المعايير السياسية:

- إمكانية وصول آمن إلى المصدر (منطقة نزاع أم لا).
- إمكانية وصول موثوقة مع مرور الوقت (مفاوضات مع أطراف النزاع).

جميع هذه العوامل تؤثر في اختيار مصدر المياه. ومن الأهمية بمكان أن يدرك المشاركون في الدورة التدريبية أنّ المعايير التقنية ما هي إلا جانب واحد فقط من جوانب اختيار مصدر المياه. ومن المهم أيضًا الوصول الآمن وإدماج المصدر في النظام الإجمالي لإمدادات المياه. ويمكن القيام بإشارة أولية في هذه المرحلة إلى قواعد القانون الدولي الإنساني في ما يخص حماية الأعيان التي لا غنى عنها لبقاء السكان.

2. الفنة

الأداة: معرفة العوامل التي ينطوي عليها اختيار مصدر مياه في حالات النزاع.

3. الصياغة

وصف العوامل التي ينطوي عليها اختيار مصدر مياه في حالات النزاع.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمخلص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: المعايير الخاصة باختيار مصدر مياه
- الإطار 2: اختيار مصدر مياه على أساس المعلومات التكنولوجية المطلوبة لاستثماره.

الرباط بالأهداف التالية

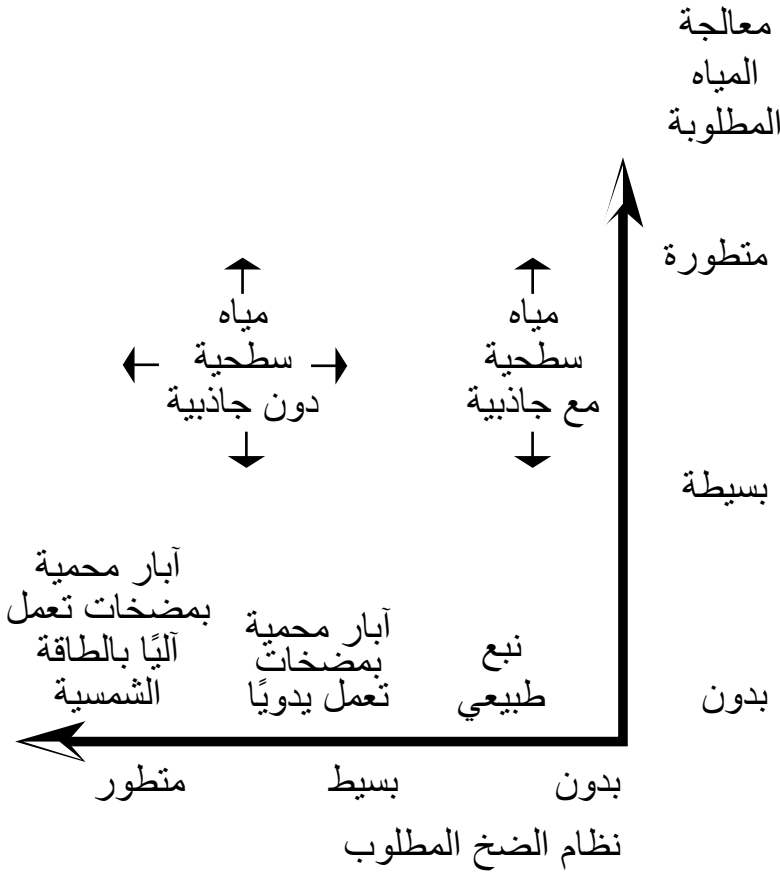
يوفر هذا الهدف فرصة للتأكد مما إذا كان المشاركون في الدورة قد استوعبوا المهارات التقنية لكي يقرروا ما إذا كان ضخ المياه و/ أو معالجتها ضروريًا أم لا، بحسب طبيعة المصدر. كما أنه بمثابة مقدمة للأهداف التالية، في ما يخص تخزين المياه ومعالجتها.

الإطار 1

المعايير الخاصة باختيار مصدر مياه

- كمية المياه المتوافرة
 - انتظام المصدر (الفصل)
 - العمل اللازم لتطوير المصدر:
- مياه سطحية = ضخ، وتخزين، ومعالجة
- بئر = ضخ، ربما تخزين، دون معالجة
- نبع طبيعي = دون ضخ، تخزين، دون معالجة

اختيار مصدر مياه على أساس المعلومات التكنولوجية المطلوبة لاستثماره



تخزين المياه

1. الوصف

يحدد منبع المياه ما إذا كان الماء صالحًا للشرب أم لا. فإذا كانت المياه من مصدر محمي، مثل بئر، على سبيل المثال، وعليه طلبات كثيرة (مئات أو آلاف من الناس)، فيتعيّن عندئذٍ تخزين كمية معيّنة من المياه كاحتياطي من أجل استمرار تزويد شبكة التوزيع بالمياه، وتفادي تشغيل المضخة 24 ساعة يوميًا. وأما بالنسبة للينابيع الطبيعية ذات الدفق المائي المنخفض، التي لا يمكن أن تلبى سوى احتياجات عدد محدود جدًا من الناس، فقد يكون من الضروري إنشاء نظام تخزين يوفر احتياطات مائية.

والسبب الثاني لإنشاء نظام تخزين هو ضرورة معالجة المياه - عندما يكون مصدر المياه نهرًا، على سبيل المثال. وسوف تتم دراسة معالجة المياه في القسم التالي.

وتشمل وحدات التخزين الممكنة:

- الخزانات الخرسانية التي يستغرق بناؤها وقتًا طويلاً وتتطلب خبرة بناء خاصة
- خزانات فولاذية جاهزة للتجميع (مجموعة أدوات أو كسفام) وتوفر عدة مزايا: إذ يمكن نقلها كمجموعة أدوات وتركيبها بسهولة. كما أنها متوافرة بأحجام مختلفة ويمكن الحصول عليها بسرعة. وهي الأسلوب المفضل لتخزين المياه في حالات الطوارئ حيث لا يوجد أي حل محلي.
- خزانات قابلة للطي (أكياس مطاوية)، وهي لا تتطلب أي منشآت خاصة سوى منصة تحملها وذلك لحمايتها من وعورة الأرض. ولكنها أقل مرونة من الخيارات الأخرى.

ويتم إمداد وحدات التخزين بالمياه من المصدر من خلال نظام للتوزيع. وقد يكون هذا النظام ثابتًا (نظام أنابيب) أو متنقلًا (شاحنات صهاريج). ويشكّل نقل المياه في شاحنات الصهاريج الملاذ الأخير، إذ إنه وسيلة مكلفة. وعلى الرغم من أن شاحنة النقل هي وحدة تخزين بحد ذاتها، فإنه يجب إنشاء خزانات ثابتة كي يتسنى تفريغ الشاحنات المحملة بالمياه على وجه السرعة، وبالتالي زيادة عدد الرحلات الممكنة من المصدر إلى مكان التخزين. وغالبًا ما تستخدم الخزانات القابلة للطي (الأكياس المطاوية) في حالات الطوارئ، بوصفها حلًا مؤقتًا متاحًا على وجه السرعة، على أن يتم استبدالها في ما بعد بخزانات فولاذية أو صلبة أخرى. والجدير بالذكر أنّ الخزانات القابلة للطي يمكن تركيبها على أرضية شاحنات عادية بحيث تصبح تلك الشاحنات ناقلات للمياه.

2. الفئة

الأداة: معرفة العوامل التي تستلزم وجود مرافق لتخزين المياه، ومختلف نظم تخزين المياه.

3. الصياغة

ما هي المعايير الخاصة باتخاذ قرار بشأن تخزين أو عدم تخزين المياه لأغراض الاستهلاك؟

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمخلص في جلسة عامة.

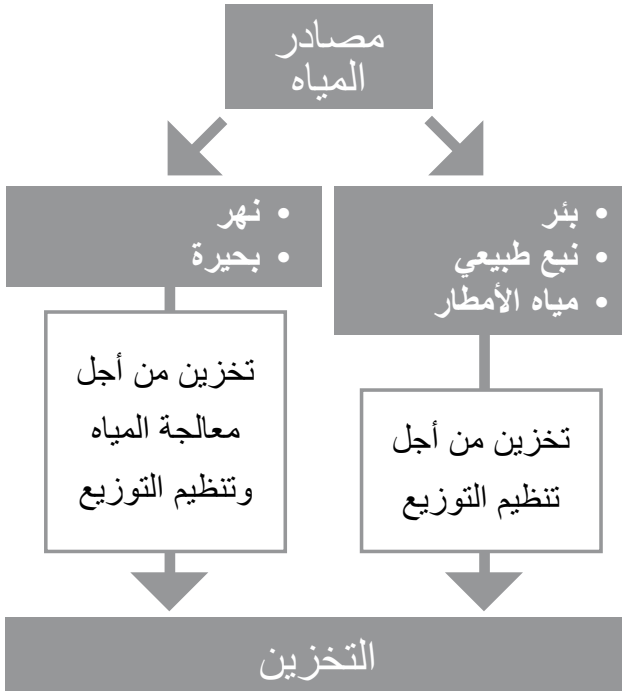
6. الخلاصة

- الإطار 1: مبدأ تخزين المياه

الرباط بالأهداف التالية

أحد الأسباب لتخزين المياه هو معالجتها، وهو موضوع الهدف التالي.

تخزين المياه



أنواع التخزين:

- خزانات معدنية
- خزانات خرسانية
- خزانات قابلة للطي (مطاطية)
- مجموعة أدوات أوكسفام
- شاحنات صهاريج لنقل الماء (تخزين متنقل)

التخزين:

- المرحلة الأولى من معالجة المياه
- وسائل المعالجة (البلهارسيا)
- سهولة المعالجة (الترسيب)

معالجة المياه

1. الوصف

يمكن رفع جودة المياه إلى المستوى المرجعي المشار إليه آنفاً بعدة أساليب، وغالباً ما تستخدم هذه الأساليب مجتمعة:

- تخزين المياه هو وسيلة تؤدي في حد ذاتها إلى الحد من انتقال بعض الأمراض المعدية (مثل البلهارسيا)، فضلاً عن تقليل كمية المواد العضوية، مما يجعل المعالجة الكيميائية اللاحقة أكثر فعالية.

- الترشيح الرملي البطيء هو وسيلة ناجعة وغير مكلفة لتوفير مياه ذات جودة عالية دون معالجة كيميائية. ويمكن اتباع هذا الأسلوب على المستوى المنزلي أو على نطاق واسع جداً، كما هو الحال في توفير مياه آمنة لمخيم للاجئين. والمبدأ بسيط. فالمياه غير الصالحة للشرب (المياه السطحية، على سبيل المثال) يتم دفعها من خلال طبقة رملية تبلغ سماكتها مترين، حتى يتسنى ترشيح الجسيمات من خلال حبيبات الرمل، والقضاء على الكائنات الدقيقة الموجودة في المياه بواسطة طبقة من البكتيريا تتكوّن في السنتيمترات العلوية من الطبقة الرملية وتدعى (*Schmutzdecke*).

- المعالجات الكيميائية:

- تُستخدم منتجات كأملح الألومنيوم في عمليات التخثير والتلبد لتكثيل الجسيمات العضوية، مما يؤدي إلى الترسب. وبالتالي لا تصبح المياه أكثر صفاءً فحسب، وإنما ستزيد هذه التقنية من فعالية المعالجة الكيميائية بالكلور في مرحلة لاحقة.

- وتشمل المعالجة بمبيدات الجراثيم عادةً استخدام منتجات الكلور (مبيض، هيبوكلوريت الكالسيوم، ... إلخ). والمبدأ بسيط، إذ يجب الحفاظ على تركيز ملائم من الكلور الخالص في المياه لمدة 30 دقيقة لقتل الجراثيم. ويجب أن يكون معدل الكلور الخالص 0.5 ملغ لكل لتر من المياه (0.5 جزء بالمليون). ويمتزج الكلور بالجسيمات العضوية في الماء فيجعلها بالتالي دون فاعلية، ومن هنا تتضح أهمية تقليل المادة العضوية عن طريق الترسيب أو التلبد أو الترشيح. ويقاس الكلور الخالص المترسب باستخدام الأدوات نفسها التي تستخدم لفحص المياه في أحواض السباحة. وتعمل هذه الأدوات على أساس قياس اللون.

هذه الإجراءات هي الأكثر استخداماً في حالات الطوارئ. ولكن، نظراً للعدد المتزايد من النزاعات في المناطق الحضرية المتقدمة، فقد يواجه العاملون في مجال الإغاثة مشكلة الاضطرار إلى إعادة تأهيل محطات معالجة المياه التي تستخدم أساليب تقنية متطورة للغاية. ومع ذلك، لن يتم وصف هذه العملية الآن.

وتجدر الإشارة إلى أنّ غلي الماء لجعله صالحًا للشرب ليس أمرًا عمليًا في حالات النزاع، عندما تكون مصادر الطاقة غير كافية في أغلب الأحيان.

2. الفئة

الأدوات: الإلمام بمختلف أساليب معالجة المياه.

3. الصياغة

دراسة الطرق التي تعمل بها مختلف أساليب معالجة المياه.

4. أسلوب التعليم

عرض الموضوع (مناقشة).

5. المدة

إجمالي المدة: 40 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: أساليب تحسين جودة المياه
- الإطار 2: الترشيح الرملي البطيء
- الإطار 3: التلبد والترسيب
- الإطار 4: كيف يعمل الكلور
- الإطار 5: مفعول الكلور في إبادة الجراثيم

الرباط بالأهداف التالية

يمتلك المشاركون في الدورة التدريبية في هذه المرحلة كل المعلومات التي يحتاجونها للحصول على كميات كافية من المياه النظيفة. وأما الخطوة التالية فهي توزيع المياه.

أساليب لتحسين جودة المياه

التخزين والترسيب:

- الحد من البلهارسيا
- ترسيب المادة العضوية

الترشيح الرملي البطيء:

- التأثير المادي للترشيح
- التأثير البكتيريولوجي على العوامل المسببة للأمراض

المعالجة الكيميائية:

- التلبّد باستخدام أملاح الألومنيوم
- إبادة الجراثيم باستخدام الكلور الخالص

غلي الماء:

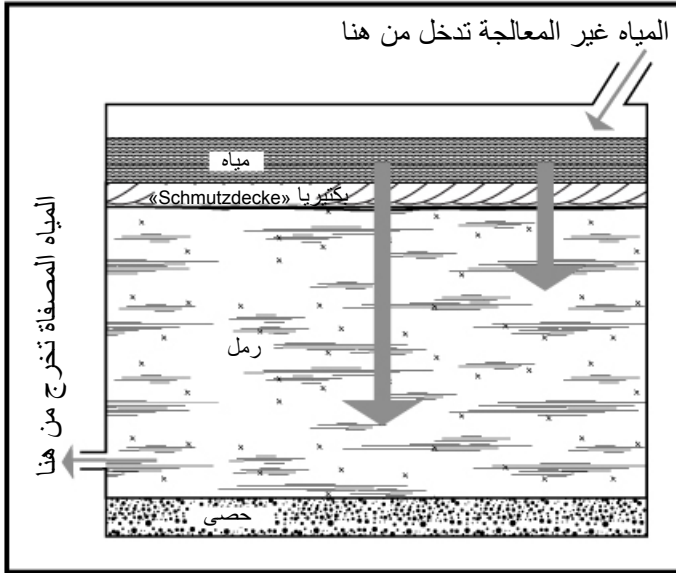
- إجراء ضد العوامل المسببة للأمراض

الإشعاع فوق البنفسجي:

- إجراء ضد العوامل المسببة للأمراض

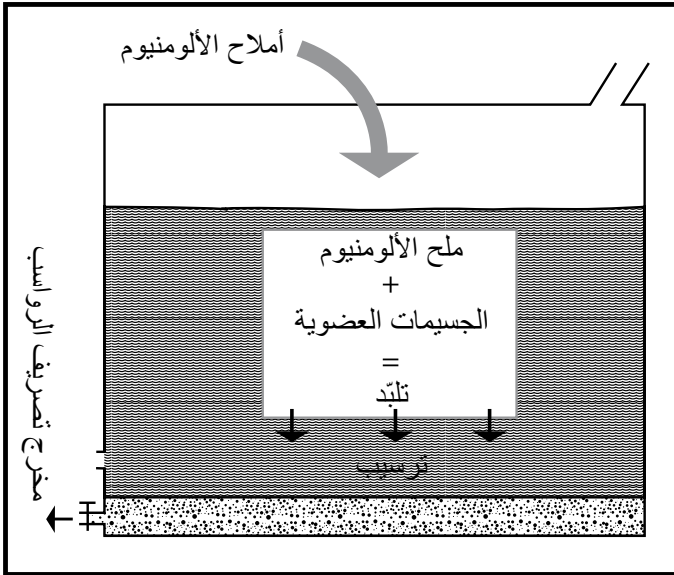
الإطار 2

مرشح رملي بطيء



- العامل الرئيس في المعالجة هو المفعول البيولوجي في الطبقة العليا من المرشح، بكتيريا *Schmutzdecke*
- تأثير إجراء الترشيح المادي أقل أهمية بكثير.

التلبد والترسيب



- لا يقتل التلبد البكتيريا، ولكنه يقلل كمية المادة العضوية، وبالتالي يزيد من فاعلية المعالجة اللاحقة بالكلور.

الإطار 4

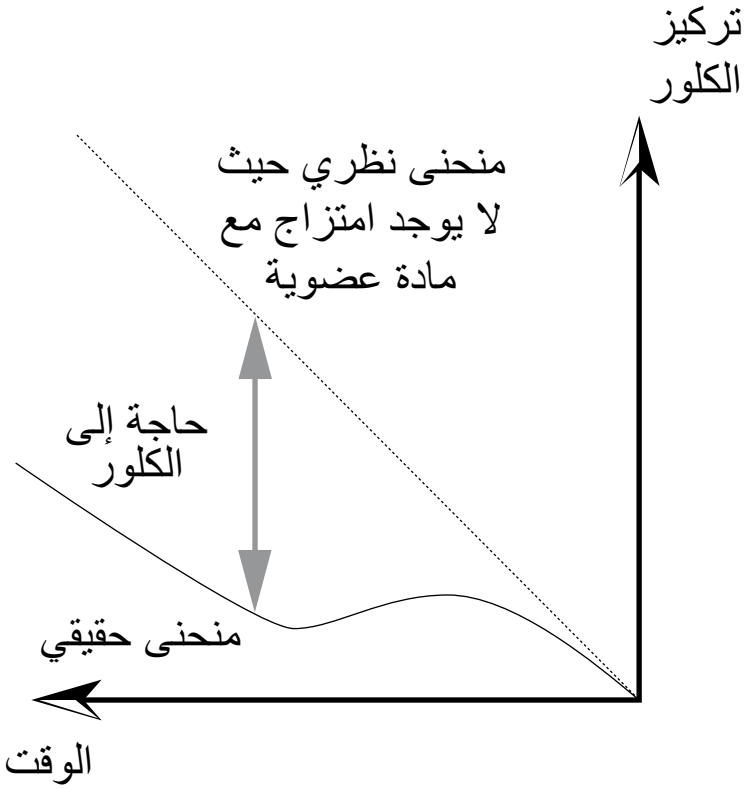
كيف يعمل الكلور

امتزاج الكلور والمادة العضوية



الكلور الخالص

مفعول إبادة الجراثيم بـ
0.5 ملغ/ لتر كلور خالص



نظام توزيع المياه والعوامل المؤثرة في استهلاك المياه

1. الوصف

المياه النظيفة متوافرة الآن بكميات كافية. وتتمثل الخطوة التالية في جعلها سهلة المنال بالنسبة للسكان. وهذا المفهوم مهم لسببين:

- استهلاك المياه يعتمد مباشرةً على سهولة الوصول بوجه عام. وبالتالي، فإنّ الوصول هو عامل مهم يجب أخذه في الاعتبار إذا أريد أن يكون لبرامج المياه التأثير الإيجابي في الصحة.
- يمكن أن يصبح الوصول إلى المياه صعبًا للغاية في حالات النزاع، وبخاصة إذا كانت مصادر المياه تقع على مسافة بعيدة (قد يكون الذهاب لجلب المياه محفوفًا بالمخاطر) أو تقع في مناطق خطيرة (مناطق مزروعة بالألغام الأرضية، على سبيل المثال).

وفي بعض الحالات قد لا يكون نظام التوزيع ضروريًا إذا كان السكان هم مجرد عدد محدود من الناس الذين يعيشون على مقربة من مصادر مياههم. ويمكن في هذه الحالات الحصول مباشرةً على المياه من البئر أو النبع.

ولكن إذا كان مصدر المياه بعيدًا و/ أو عدد السكان كبيرًا، فيجب النظر في تركيب نظام لتوزيع المياه. وينبغي إعطاء الأولوية للنظم القائمة على الجاذبية، مما يعني وضع وحدات التخزين (الخزانات) على ارتفاع أعلى من منازل الناس الذين يحتاجون إلى إمدادات المياه. ويمكن تحقيق مزيد من الارتفاع بشكل طبيعي (تلال) أو اصطناعي (أبراج مياه). وفي كلتا الحالتين سيتطلب الأمر نظامًا للضخ. ويجب إنشاء نظام للتوزيع من خزانات المياه؛ ويتوقف عدد فروعه وترتيبها على تشتت السكان وتنظيمهم الاجتماعي، فضلًا عن الموارد المالية المتوافرة. كما يجب العمل على تشعب نظام التوزيع بصورة كافية للحيلولة دون وجود صفوف انتظار طويلة عند نقاط توزيع المياه في مخيمات النازحين. وتؤثر النزاعات بصورة متزايدة على سكان المناطق الحضرية الذين تعتمد إمدادات المياه لديهم على نظم معقدة. ويخلق تدمير هذه النظم مشكلات تقنية نوعية في ما يتعلق بإعادة تأهيل محطات الضخ ومرافق معالجة المياه، فضلًا عن نظم التوزيع.

ويتوقف استهلاك المياه على عدة عوامل:

- المسافة بين نقطة التوزيع ومنزل المستخدم
- العادات الاجتماعية والثقافية
- الأمن.

وبالتأكيد، يجب أخذ جميع هذه العوامل في الاعتبار عند تخطيط نظام لتوزيع المياه. وينبغي

أن توفر شبكة التوزيع وصولاً ملائماً إلى المياه، ولكن ذلك يجب ألا يشجع على مستوى استهلاك يفوق طاقة مصدر المياه.

ويجب أن يدرك المشاركون في الدورة التدريبية أن تأثير برنامج المياه في الصحة يتوقف على جودة جميع مكونات نظام إمدادات المياه. وبالتالي، لا يمكننا إصلاح أحد هذه المكونات فقط دون أخذ المكونات الأخرى في الاعتبار.

وهناك عامل آخر يجب أخذه في الاعتبار وهو أن إمداد المنازل بالمياه النظيفة لا يضمن أن تكون المياه نظيفة عند استهلاكها. فالمياه التي يتم تخزينها في المنزل قد تتلوث بالأيدي الملطخة بمادة البراز. ويكفي وجود كميات ضئيلة للغاية من مادة البراز التي تحتوي على بكتيريا الشيغلا التي تسبب الزحار، على سبيل المثال، لجعل المياه غير آمنة. وتشكل النظافة الصحية الشخصية والتنظيف الصحي عاملين مهمين أيضاً في كل مرحلة من مراحل نظام الإمداد بالمياه.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بخصائص نظام توزيع المياه.

3. الصياغة

عدّد الخصائص الرئيسية لنظام توزيع المياه والعوامل التي تؤثر في استهلاك المياه.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل وملخص في جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لملخص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

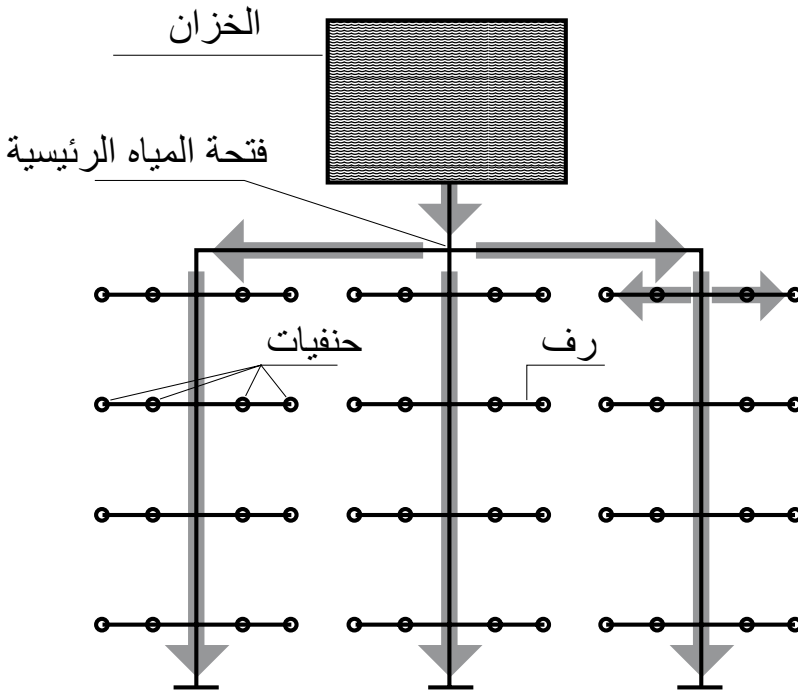
- الإطار 1: رسم بياني لشبكة توزيع المياه
- الإطار 2: أهمية النظافة الصحية عند استخدام المياه أو استهلاكها

الربط بالأهداف التالية

يمتلك المشاركون في الدورة التدريبية جميع الأدوات اللازمة للتخطيط لنظام إمدادات المياه.

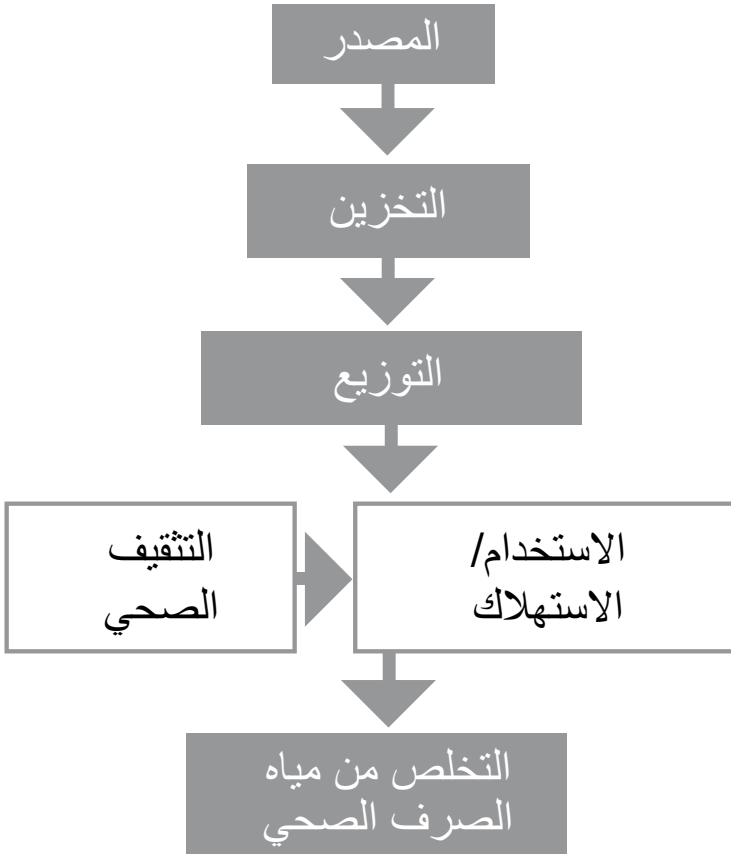
الإطار 1

رسم بياني لشبكة توزيع المياه



- حنفية واحدة لعدد يتراوح بين 40 و50 أسرة
- يزداد استهلاك المياه إذا كانت المسافة قصيرة بين المنزل ونقطة الإمداد بالمياه
- يجب أخذ عامل الأمن في الاعتبار.

أهمية النظافة الصحية الشخصية عند استخدام المياه أو استهلاكها



تخطيط نظام إمدادات مياه لمجموعة سكانية معينة

1. الوصف

يمكن للمشاركين في الدورة التدريبية، في ضوء المهارات التي تعلموها، أن يخططوا نظام إمدادات مياه لسكان لاجئين وصلوا للتو إلى بيئة جديدة. ولذا يجب عليهم:

- تحليل المشكلات المتعلقة بالمياه، وذلك باستخدام المعلومات الخاصة بانتشار الأمراض، والعادات الاجتماعية والثقافية، ... إلخ.
- تحليل إمكانية إمدادات المياه المحلية.
- تحديد الأهداف بناءً على كمية ونوعية المياه التي سيتم الإمداد بها.
- تخطيط استراتيجيات قصيرة وطويلة المدى.
- اختيار مصادر المياه
- أسلوب المعالجة (عند الحاجة)
- نظام التخزين
- نظام التوزيع
- وضع نظام لتقييم تشغيل شبكة إمدادات المياه وتأثيرها في الصحة (واختيار المؤشرات الصحية).

2. الفئة

الممارسة: تخطيط نظام إمدادات مياه.

3. الصياغة

تخطيط نظام إمدادات مياه لمخيم «أوالي» في تمرين المحاكاة. ويجب المضي قدماً عبر جميع مراحل التخطيط: تحليل مشكلات المياه الموجودة، تحديد الأهداف، اختيار الاستراتيجيات، تخطيط الموارد اللازمة لتنفيذ التدابير المقررة، وأخيراً إنشاء نظام للرصد.

4. أسلوب التعليم

عمل مجموعات يركز على تمرين محاكاة ألفا لاند - بيتا لاند، تليه جلسة عامة حيث تقوم كل المجموعات بعرض نتائج عملها. وينبغي أن يلخص المدرب الاستراتيجية التي يوصي

بها في هذه المسألة على وجه التحديد.

5. المدة

إجمالي المدة: 90 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة لمخلص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

سوف يستند تلخيص المادة في هذه المسألة على تحليل المدرب للحالة، وذلك بعد أن يكون المدرب قد درس وفسر مشكلات إمدادات المياه وفحص الاستراتيجيات الممكنة للإمداد بالمياه في تمرين المحاكاة.

الرابط بالأهداف التالية

يجب أن يأخذ إنشاء نظام إمدادات المياه في الاعتبار تدابير التصحاح البيئي، مثل التخلص من النفايات، لكي يتسنى تجنب مشكلات مثل تلوث إمدادات المياه.

الصحة وخطر البراز

1. الوصف

في حالات الطوارئ التي تؤثر في أعداد كبيرة من الناس، يزيد الاكتظاظ فعليًا من خطر إصابة الناس والماء والبيئة بصورة أعم بتلوث ناجم عن البراز.

ويمكن إيجاز المشكلة كما يلي:

- يُخرج الشخص الواحد من مادة البراز ما يُقدَّر بين 50 و200 غرام في اليوم الواحد في الوزن الإجمالي، وهو ما يمثل مقدارًا إجماليًا يبلغ 0.06 متر مكعب في السنة. وقد تحتوي مادة البراز على عوامل عديدة مسببة للأمراض، مثل فيروسات شلل الأطفال والتهاب الكبد، وضّمات الكوليرا، والسالمونيلا، والشبغلا، والأميبيا، وبيض الديدان الشصّية، ... إلخ. ولا بدّ من الإشارة إلى أنّ براز الأطفال يعدّ أكثر تسببًا للأمراض من براز الكبار.

- وتنتقل العوامل المسببة للأمراض بطرق مختلفة: عن طريق لمس مباشر من شخص لمادة البراز، وعن طريق تلوث مياه أو طعام مما يستهلكه السكان، أو عبر وسيلة ناقلات العدوى التي تلامس الناس. ويرتفع خطر العدوى عند اكتمال شرطين: الاكتظاظ وانعدام التدابير لمنع انتشار مادة البراز في البيئة. ويتوقف خطر البراز على اقتران هذين الشرطين، على الرغم من تأثره أيضًا بعوامل أخرى مثل العادات الاجتماعية والثقافية للسكان المعنيين.

وسوف تبحث هذه الوحدة التعليمية في التدابير التقنية التي يمكن اتخاذها للتقليل من خطر البراز إلى أدنى حد. وستتمّ أولاً دراسة الأساليب الرئيسية لتخزين مادة البراز، ومن ثمّ المعايير التي يتعيّن تطبيقها في اختيار الأسلوب الصحيح لحالة طوارئ معيّنة. وأخيرًا، سيتمّ تحديد تدابير تقييم فاعلية الأسلوب الذي وقع عليه الاختيار. كما ستتمّ دراسة الجوانب الاجتماعية وأساليب التثقيف الصحي بعمق أكبر في الوحدة التعليمية المخصصة للأمراض المعدية.

2. الفئة

الإطار: تحديد الإطار لدراسة التخلص من الفضلات البشرية.

3. الصياغة

ما هي الأمراض الرئيسية التي يمكن أن تنتقل عن طريق مادة البراز، وما هي الطرق الرئيسية لانتقالها؟

تحديد مفهوم خطر البراز.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، يليه ملخص في جلسة عامة.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لملخص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

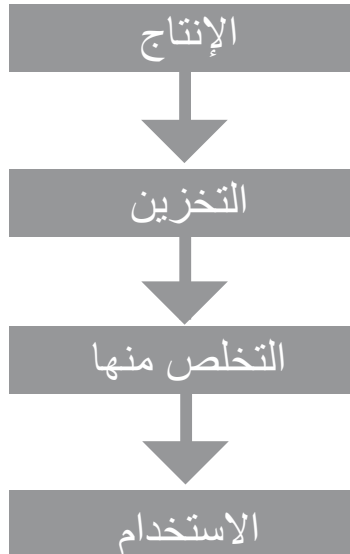
- الإطار 1: «سلسلة» الفضلات البشرية
- الإطار 2: خطر البراز: العوامل ذات الصلة بالإنتاج وانتقال العدوى

الرباط بالأهداف التالية

يحدد هذا الهدف السياق العام لدراسة أساليب التخلص من الفضلات البشرية والطريقة التي تقلل بها هذه الأساليب من خطر البراز. وسوف يركز الهدف التالي على الخطوات المختلفة التي تم تحديدها في هذا السياق.

الإطار 1

سلسلة الفضلات البشرية



الإطار 2

خطر البراز

الإنتاج

- 150 - 200 غرام الوزن الإجمالي في اليوم
- قد يحتوي البراز على كثير من العوامل المسببة للأمراض
- السالمونيلا (10⁶/غرام)
- الضمّات (10⁶/غرام)
- فيروس (شلل الأطفال 10⁶/غرام)
- أميبيا (10⁴/غرام)
- غير ذلك
- براز الأطفال يلوّث أكثر من براز الكبار

الانتقال عن طريق:

- اللمس المباشر
- المياه الملوثة
- الأغذية الملوثة
- مادة البراز
- الذباب

السكان

أساليب تخزين الفضلات والتخلص منها

1. الوصف

الغرض من هذا القسم هو إعطاء المشاركين في الدورة التدريبية وسيلة بسيطة ليحددوا بسرعة الخيارات المتاحة لتخزين الفضلات والتخلص منها. ويمكن تصنيف هذه الخيارات وفقاً لمعيارين:

- إذا كانت الفضلات تخزن حيث يتم إنتاجها (أي حيث تجري عملية التغوّط) أو في مكان آخر
- إذا كان تخزين الفضلات يتم في ظل أجواء جافة أو رطبة.

وتشمل أساليب التخزين في موقع الإنتاج في ظل أجواء جافة إنشاء أماكن للتغوّط ومختلف أنواع مراحيض الحفر الجافة.

وتشمل أساليب التخزين في موقع الإنتاج في ظل أجواء رطبة خزانات للصرف الصحي ومراحيض تعتمد على المياه.

وأما أسلوب التخزين بعيداً عن موقع الإنتاج في ظل أجواء رطبة فيكون عبر أنابيب الصرف الصحي.

والتقنية الأخيرة هي النقل بالدلو. إذ تتم عملية التغوّط في المنزل وتجمع مادة البراز وتنقل إلى موقع مركزي في دلو، وتتم عادةً في ظل أجواء جافة.

وينبغي أن يقدم المدرب وصفاً موجزاً للجوانب التقنية لمختلف الخيارات. ولكن لا ينبغي أن يتعمق كثيراً في تقنيات الإنشاءات، بل يكتفي بأن يبيّن بدلاً من ذلك مبادئ التشغيل والقيود التقنية لكل أسلوب.

وينبغي التركيز على مراحيض النظم الجافة، التي هي الأسلوب العملي الوحيد للتخلص من الفضلات في الغالبية العظمى من حالات الطوارئ.

2. الفئة

الأداة: اكتساب وسيلة بسيطة لتصنيف مختلف أساليب تخزين الفضلات والتخلص منها.

3. الصياغة

ما هي الأساليب الرئيسية المتاحة لتخزين الفضلات البشرية والتخلص منها؟

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل ومناقشة في جلسة عامة، يليهما شرح تقني للمبادئ التي يقوم عليها كل أسلوب.

5. المدة

إجمالي المدة: 60 دقيقة

- 10 دقائق للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمخلص في جلسة عامة
- 35 دقيقة للشرح التقني

6. الخلاصة

- الإطار 1: ملخص لمختلف أساليب تخزين الفضلات البشرية والتخلص منها
- الإطار 2: العوامل التي تؤثر في اختيار أسلوب التخلص من الفضلات البشرية

الرباط بالأهداف التالية

سوف يتناول الهدف التالي إنشاء مراحيض الحفر الجافة وتشغيلها.

الإطار 1

أساليب تخزين الفضلات البشرية والتخلص منها

التخزين		في موقع الإنتاج	بعيداً عن موقع الإنتاج
مرحاض الحفرة الجافة	خزان الصرف الصحي		
①	②	جافة	③ دلو
④	①	رطبة	④ قناة مجاري

التخزين/ التخلص منها في البيئة:

في حالات الطوارئ، المراحيض هي الخيار الأفضل:

- عدم استخدام مياه (1)، (2)
- عدم لمس الفضلات البشرية (3)
- بسيطة (4)

العوامل المؤثرة في اختيار أسلوب التخلص من الفضلات البشرية

القبول
الثقافي
لدى
السكان

+

اختيار وسيلة
تقنية تناسب
البيئة

المراحيض

1. الوصف

الهدف من هذا القسم وصف مرحاض الحفرة الجافة التقليدي وتوضيح الكيفية التي يعمل بها: الأبعاد، والهيكل، والمسافة التي يجب المحافظة عليها بعيداً عن مصادر المياه لتجنب التلوث. ويعقب ذلك استعراض الأنواع الرئيسية لمراحيض الحفرة الجافة: مراحيض بسيطة، ومراحيض ذات حفرة مزدوجة لإنتاج سماد، ومراحيض ذات تهوية (لتجنب إيجاد مرتع خصب للذباب).

ويجب تناول الجانب الثقافي في مناقشة التدابير التي من شأنها تسهيل استخدام المراحيض، وبخاصة عندما تكون الخطة المنشودة للتخلص من الفضلات غير مألوفة بالنسبة للسكان المعنيين.

2. الفئة

الأداة: وصف طريقة عمل الأنواع الرئيسية لمراحيض الحفر الجافة.

3. الصياغة

وصف العناصر التي يجب مراعاتها في بناء مرحاض الحفرة الجافة.

4. أسلوب التعليم

مناقشة تشارك فيها المجموعة بأكملها.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة.

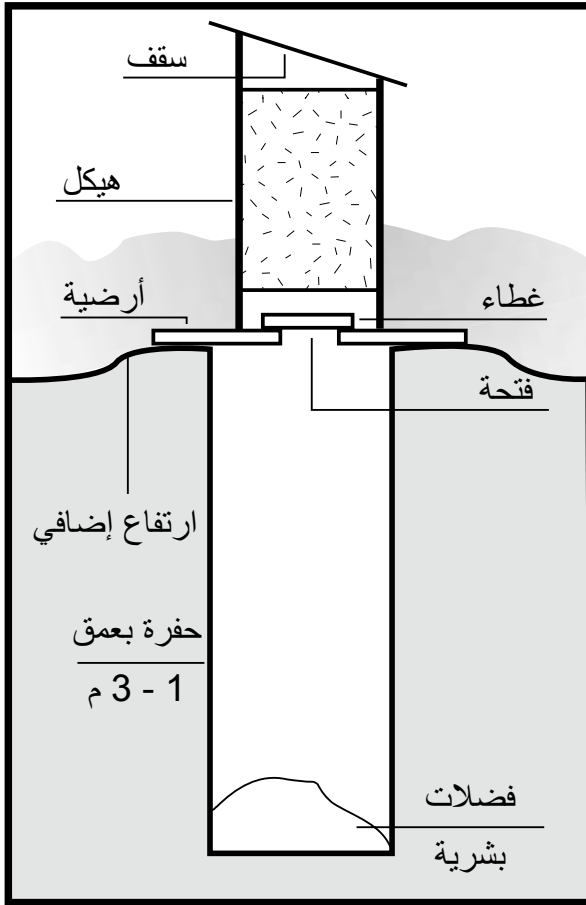
6. الخلاصة

- الإطار 1: المراحيض: كيف تعمل
- الإطار 2: مراحيض ذات تهوية
- الإطار 3: أمثلة على المراحيض الأكثر تطوراً

الرباط بالأهداف التالية

يمكن أن تكون مشكلة الذباب المصاحبة لإنشاء المراحيض بمثابة مقدمة للهدف التالي، الذي يتعلق بجمع القمامة والتخلص منها. ويمكن أن تشكل القمامة أيضاً مشكلة خطيرة من خلال تعزيز انتشار ناقلات الأمراض المعدية.

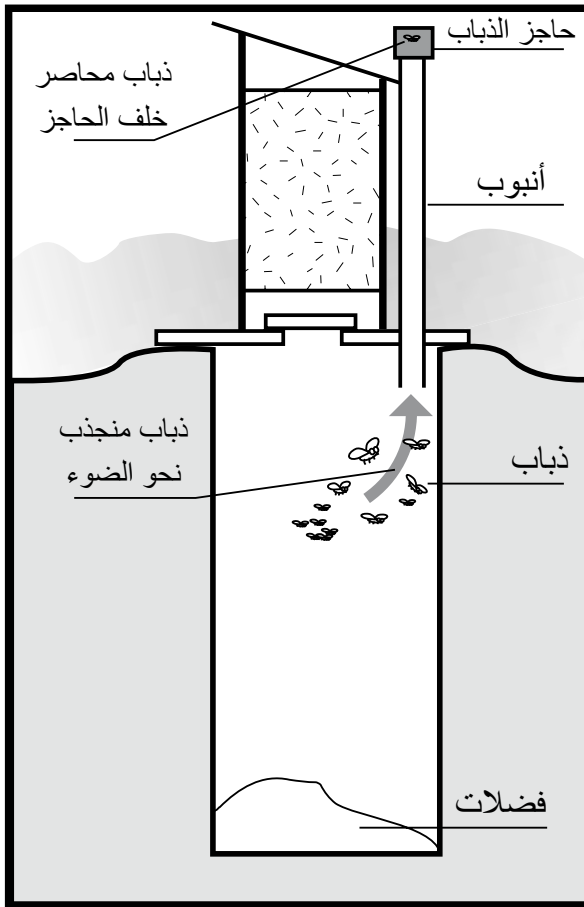
المراحيض: كيف تعمل



الإطار 2

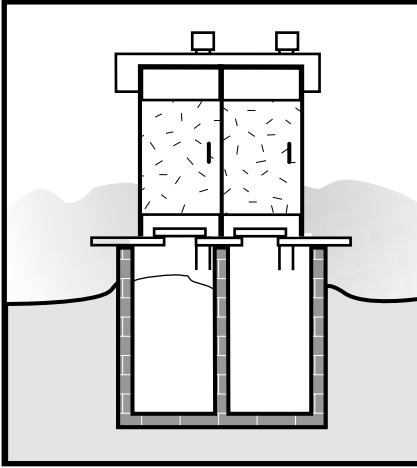
المراحيض

مراحيض ذو تهوية

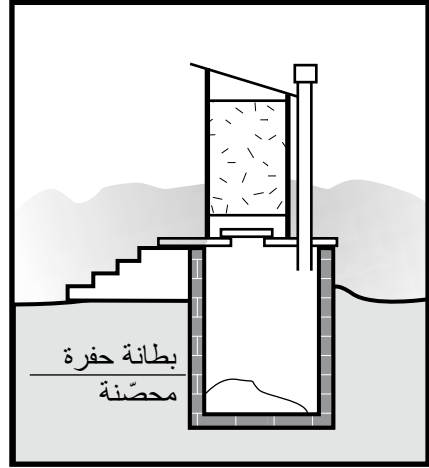


المراحيض:

نموذجان من المراحيض
الأكثر تطورًا



هذا النوع من المراحيض ضروري إذا كان من المحتمل تلوث المياه الجوفية بالفضلات البشرية.



مرحاض بحفرة مزدوجة يُستخدم القسمان بالتناوب. وعند امتلاء جانب منهما، يتم إغلاقه لمدة تتراوح بين ستة أشهر وسنة. وبعد انتهاء هذه المدة، يجري تفريغ ذلك الجانب واستخدام الفضلات كسماد. ويُستخدم الجانب الآخر خلال تلك الفترة.

ناقلات الأمراض المعدية

1. الوصف

الخطوة الأولى في هذا الصدد هي إعداد قائمة بناقلات الأمراض المعدية الشائعة. وعلى الرغم من أن تكوين القائمة لا يتغير في حالات الطوارئ، فإن مشكلة ناقلات العدوى تزداد نتيجة للظروف غير الصحية التي تسود عادةً في هذه الحالات.

والخطوة الثانية تتمثل في تناول الطرق الممكنة لمكافحة ناقلات الأمراض المعدية:

- الحد منها في مصدرها
 - الحد من انتقالها
 - الحد من مجموعة المتعضيات الناقلة للأمراض.
- ويمكن تصنيف هذه الأساليب كما يلي:
- أساليب مادية: شبكة مجاري، ناموسيات، أشراك
 - أساليب كيميائية: مبيدات اليرقات، مبيدات الحشرات، مبيدات القوارض، ... إلخ.

2. الفئة

الأدوات: الإلمام بالناقلات الرئيسية للأمراض المعدية وأساليب مكافحتها.

3. الصياغة

عدّد الناقلات الرئيسية للأمراض المعدية وأساليب مكافحتها.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على جميع المشاركين في الدورة التدريبية.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الناقلات الرئيسية للأمراض المعدية
- الإطار 2: الأنوفيلة والملاريا
- الإطار 3: الذباب وأمراض الإسهال
- الإطار 4: أساليب مكافحة ناقلات العدوى

الرباط بالأهداف التالية

يتناول الهدف التالي مشكلة التخلص من القمامة. وارتباط ذلك بمكافحة الناقلات واضح تمامًا. وفي الواقع، فإن أي برنامج لمكافحة الناقلات يشمل استراتيجية للسيطرة على مشكلة القمامة.

الإطار 1

الناقلات الرئيسية للأمراض المعدية

أمثلة على الأمراض المعدية	←	ناقلات العدوى
المالريا الحمى الصفراء	←	1- البعوض
أمراض الإسهال التراخوما داء المثقبيات (ذبابة تسي تسي)	←	2- الذباب
التيفوس	←	3- القمل
داء البريميات	←	4- الجرذان
الطاعون	←	5- البراغيث
التهاب الدماغ	←	6- القراد

الإطار 2

الأنوفيلة (بعوض) والملاريا

نمو بعوضة الأنوفيلة:

المصدر ← مياه راكدة

العوامل المواتية لانتشار ناقلات العدوى:

- الموسم الماطر
- رداءة شبكة المجاري

تلوث بعوضة الأنوفيلة:

لدغ شخص مصاب

انتقال المرض:

لدغة من بعوضة الأنوفيلة الحاملة للطفيليات

الإطار 3

الذباب وأمراض الإسهال

1. العوامل المواتية لنمو الذباب:

- تدني مستوى النظافة الصحية
- تدني مستوى التصحاح

2. تلوث الذباب بلامسة الفضلات البشرية

3. انتقال أمراض الإسهال عن طريق تلوث الطعام

بواسطة الذباب الحامل للعوامل المسببة للمرض

أساليب مكافحة ناقلات العدوى

أساليب مكافحة ناقلات العدوى هي إحدى الوسائل الأساسية للوقاية من الأمراض المعدية. وتعمل على مستويين:

الحد من انتشار ناقلات العدوى من خلال:

- تصريف المياه في مجاري الصرف
- استخدام مبيدات الحشرات
- استخدام مبيدات اليرقات
- استخدام أشراك لناقلات العدوى

الحد من فرص التلامس

بين ناقلات العدوى والبشر الأصحاء:

- ناموسيات للحماية من البعوض
- طارد البعوض
- ملابس تغطي أكبر قدر ممكن من سطح الجلد

أساليب التخلص من القمامة

1. الوصف

تشكّل النفايات الصلبة (القمامة) مشكلة صحية عامة لأنها قد تسهم في ازدياد ناقلات الأمراض المعدية إذا لم يتم التحكم بها بشكل صحيح.

لقد قمنا بدراسة الناقلات الرئيسية للأمراض المعدية. وتوفر النفايات الصلبة تربة خصبة لانتشار الذباب، والبعوض، والجرذان بوجه خاص. وتجدر الإشارة إلى مشكلة محددة تتمثل في انتشار بعوض الأنوفيلة في تراكمات الماء في علب الصفائح القديمة أو الحاويات الأخرى.

وتقنياً، هناك طريقتان للتخلص من القمامة:

- حرق القمامة: حرق كل ما يمكن حرقه من القمامة.
- طمر القمامة: طمر أي شيء لا يمكن حرقه.

كما أنّ رشّ مبيدات الحشرات مباشرةً على القمامة لا يمكن تنفيذه على المدى المتوسط.

2. الفئة

الأداة: معرفة أساليب التخلص من القمامة.

3. الصياغة

عدّد الناقلات الرئيسية للأمراض المعدية التي تنتشر في القمامة، واقترح أساليب التخلص من القمامة.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على جميع المشاركين في الدورة التدريبية.

5. المدة

إجمالي المدة الزمنية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: أساليب التخلص من القمامة

الرباط بالأهداف التالية

يرتبط تنظيم خدمات تعزيز الصحة العامة في التخلص من الفضلات البشرية والقمامة ارتباطاً وثيقاً بتنظيم المأوى- وعلى وجه التحديد، المسافة بين أماكن الإمداد بالمياه والمراحيض وحُفر القمامة أو صناديق جمعها. ويركز الهدف التالي على مشكلة المأوى على المدى القصير والمدى المتوسط، وإيلاء الاعتبار الواجب لعناصر تعزيز الصحة العامة.

الإطار 1

أساليب التخلص من القمامة

• حرق القمامة

• طمر القمامة

العلاقة بين الإيواء والصحة

1. الوصف

سيتم تناول دور الإيواء على مستويين: المأوى نفسه والخدمات الصحية المحيطة به. وغالبًا ما يُستهان بتأثير الإيواء في الصحة، إلا أنّ المأوى يلعب دورًا رئيسًا في أكثر من جانب:

- التغذية. البرد يزيد في احتياج الطاقة - بأكثر من الثلث في ظل ظروف معينة
- انتقال الأمراض المعدية. يتجلى خطر الأوبئة كأمراض الجرب والسل والحصبة في المأوى الجماعية حيث يتكدس عدة مئات من الناس معًا
- كما يلعب المأوى دورًا اجتماعيًا أساسيًا في المساعدة في إعادة بناء جو اجتماعي إيجابي للناس الذين ما زالوا يعانون من صدمة الانتقال العاجل.

يقوم العاملون في مجال الإغاثة في مستهل أيّ إجراء يهدف إلى مساعدة سكان نازحين بتوزيع أغطية من البلاستيك من أجل إيوائهم مؤقتًا إلى أن يتسنى إنشاء مرافق أقل هشاشة: خيام، أو مأو تنشأ بمواد محلية. ويؤجّل اقتراح الحل النهائي إلى وقت لاحق، إلى حين يكون الوضع السياسي قد استقر. وتجدر الإشارة إلى بعض المعايير، مثل الحد الأدنى للمساحة اللازمة للشخص الواحد في مخيم - 30 مترًا مربعًا.

وتعدّ مصادر الطاقة جانبًا مهمًا من جوانب المأوى. فهناك حاجة للطاقة من أجل الطهو والتدفئة، وربما إضاءة الأمكنة العامة. والخشب هو مصدر الطاقة الأكثر قابلية للاستخدام مباشرة في حالات الطوارئ. ومع ذلك، إذا كان ينبغي تجنب مشكلات إزالة أشجار الغابات، فيكون استخدام الخشب في أحسن الأحوال تدييرًا مؤقتًا، وبالتالي يجب إيجاد بديل له بسرعة: تيار كهربائي، أو شراء فحم، أو طاقة شمسية. وينبغي أن يقدم المدرب بعض أمثلة على التدابير البسيطة لتوفير الطاقة، مثل المواد الموفرة للطاقة.

ويجب أن يكون إنشاء المراحيض وتنظيم أماكن الإمداد بالمياه وإنشاء أماكن تجميع القمامة وترتيبات الإيواء جزءًا من خطة شاملة تضع عناصر معينة مثل عدد الأشخاص لكل مرحاض، وعدد الأشخاص لكل نقطة إمداد بالمياه، ... إلخ.

2. الفنة

الأداة: معرفة تأثير الإيواء في الصحة.

3. الصياغة

وصف الفوائد الصحية المتوقعة من الإيواء الصحي.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على جميع المشاركين في الدورة التدريبية.

5. المدة

إجمالي المدة: 30 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الإيواء والصحة: المخاطر المرتبطة بالمأوى غير الملائم
- الإطار 2: حلول ممكنة للإيواء
- الإطار 3: اختيار مصادر الطاقة
- الإطار 4: المواعد الموفرة للطاقة

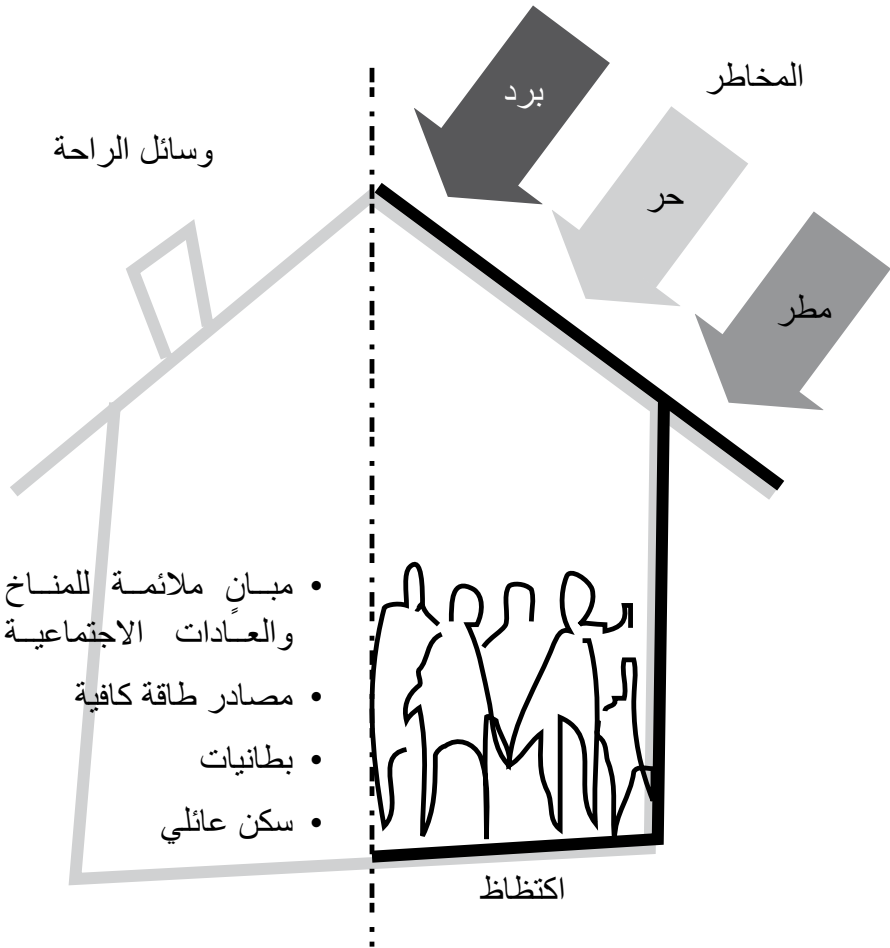
الربط بالأهداف اللاحقة

أصبح المشاركون في الدورة التدريبية مهئين للهدف التالي، إذ سيتعين عليهم وضع الأدوات التي اكتسبوها لمعالجة مسائل الفضلات البشرية والقمامة وتنظيم المأوى موضع التنفيذ.

الإطار 1

الإيواء والصحة:

المخاطر المرتبطة بالمأوى
غير الملائم



حلول ممكنة للإيواء

خيارات المأوى:

- مأوى طوارئ (أغطية بلاستيكية)
- مأوى مؤقت
- خيام
- مأوى أنشئت بمواد محلية
- سكن دائم في سياق برنامج إعادة الدمج أو إعادة التأهيل

عوامل يجب أخذها في الاعتبار

في انتقاء خيارات الإيواء:

- الحاجة إلى حل فوري
- المناخ
- الكلفة
- العادات الاجتماعية
- التطور المحتمل للوضع

الإطار 3

اختيار مصادر الطاقة

معايير الاختيار

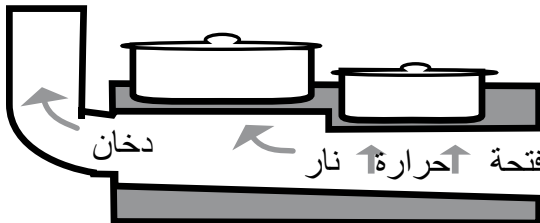
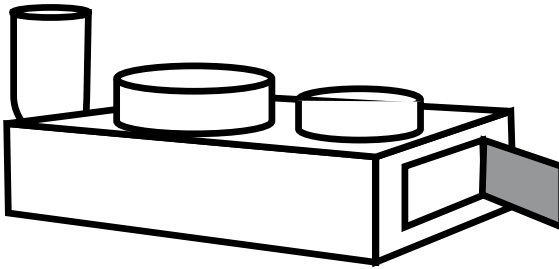
- التوافر
- العادات
- الكلفة
- المخاطر

مصادر الطاقة

- الخشب
- الفحم
- الكاز
- الغاز
- التيار الكهربائي
- الطاقة الشمسية

الإطار 4

المواقف الموفرة للطاقة



تخطيط نظام للتخلص من الفضلات البشرية والقمامة في حالة معينة

1. الوصف

يُتيح هذا الهدف للمشاركين في الدورة التدريبية الفرصة لتخطيط نظام للتخلص من الفضلات البشرية والقمامة وتحديد حلول ملائمة للإيواء على المدى القصير وال المدى المتوسط.

2. الفئة

تطبيق عملي: تخطيط القيام بإيواء ملائم ونظام للتخلص من الفضلات البشرية والقمامة.

3. الصياغة

تخطيط إنشاء مأوى ملائم ونظام للتخلص من الفضلات البشرية والقمامة، وذلك باستخدام البيانات الخاصة بمخيم «أوالي» في تمرين المحاكاة «ألفا لاند - بيتا لاند».

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على كل مجموعة من مجموعات العمل.

5. المدة

إجمالي المدة: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة لمخلص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

سوف يستند التوليف على تحليل المدرب للحالة.

الرباط بالأهداف التالية

يجري بصورة عامة دمج تدابير التصحاح التي تركّز على البيئة في برامج مكافحة الأمراض المعدية. وستتم الإشارة إليها مجددًا في مقدمة الوحدة التعليمية التالية (بشأن الأمراض المعدية)، تحت عنوان «الوقاية الأولية».

الإطار 1

ينبغي أن يسوق المدرب أمثلة ملموسة على العمل الذي يشمل إمدادات المياه والنظافة الصحية للبيئة.

الأمراض المعدية

قائمة الأهداف

- رسم بياني للدورة الطبيعية للأمراض المعدية.
- تحديد المجالات التي يتم فيها القيام بالمعالجة واتخاذ التدابير الوقائية من المستويات الأولى والثانية والثالثة.
- وضع قائمة بالأمراض المعدية الرئيسية التي تظهر عادةً في حالات الطوارئ، فضلاً عن العوامل التي تزيد من انتشارها وخطورتها.
- معرفة المبادئ الأساسية الخاصة ببرنامح تحصين موسّع.
- معرفة القيود التي تحيط بالوقاية الكيميائية والمعالجة الشاملة في إطار السعي إلى مكافحة أمراض معدية معينة في حالات الطوارئ.
- معرفة مزايا المعالجة قصيرة الأمد في حالات الطوارئ.
- إدراك أهمية التنقيف الصحي وحدوده في حالات الطوارئ ومعرفة الخطوات التي يقضيها تنفيذ برنامج تنقيف صحي.
- معرفة القواعد الأساسية لوضع استبيان لتقييم معدل وفيات الأطفال بين السكان.
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لالتهاب السحايا.
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمرض السل.
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للأمراض الإسهالية وداء الكوليرا.
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمرض الملاريا.
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الشيغللات.
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمرض الحصبة.
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الدودة الشصية (الأنسيلوستوما).
- معرفة الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للحمى الصفراء والخنثاق (الديفتيريا) والجرب والحثار (التراخوما).
- استخدام أدوات التخطيط التي تمت دراستها لتحديد الأولويات الخاصة بالأمراض المعدية.
- تخطيط برنامج لمكافحة داء الحصبة في حالة معينة.
- تخطيط برنامج لمكافحة داء الملاريا في حالة معينة.
- تخطيط برنامج لمكافحة داء السل في حالة معينة.
- تخطيط برنامج لمكافحة الأمراض الإسهالية في حالة معينة.
- تخطيط برنامج لمكافحة داء التهاب السحايا في حالة معينة.
- تخطيط برنامج لمكافحة داء الدودة الشصية في حالة معينة.

الدورة الطبيعية للأمراض المعدية

1. الوصف

بما أنّ مفهوم الدورة الطبيعية للأمراض المعدية هو عنصر أساسي في هذه الوحدة بأكملها، فيجب على المشاركين في الدورة أن يستوعبوه بصورة صحيحة. ويمكن تعريف هذا المفهوم بأنه سلسلة متوالية لأحداث ناجمة عن مواجهة بين كائن بشري وعامل ميكروبي (فيروسى أو بكتيرى أو طفيلي). وبناءً على مدى عدوانية العامل المسبب للمرض وقابلية الكائن البشرى، فقد تتراوح ردود الأفعال الناتجة عن ذلك بين المظاهر البيولوجية والأعراض السريرية الحميدة أو المعتدلة أو الحادة. وقد تتمثل المرحلة الأخيرة في الشفاء أو العقابيل أو التواجد المستمر للعامل المسبب للمرض في الفرد الذي تم شفاؤه، أو حتى الوفاة. وقد يخلف المرض الفرد بمناعة كاملة أو جزئية.

2. الفئة

الإطار: رسم بياني للدورة الطبيعية للأمراض المعدية.

3. الصياغة

إعداد رسم بياني للدورة الطبيعية للأمراض المعدية.

4. أسلوب التعليم

العمل في مجموعات.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

• 15 دقيقة للعمل في مجموعات

• 15 دقيقة لمخلص في جلسة عامة

6. الخلاصة

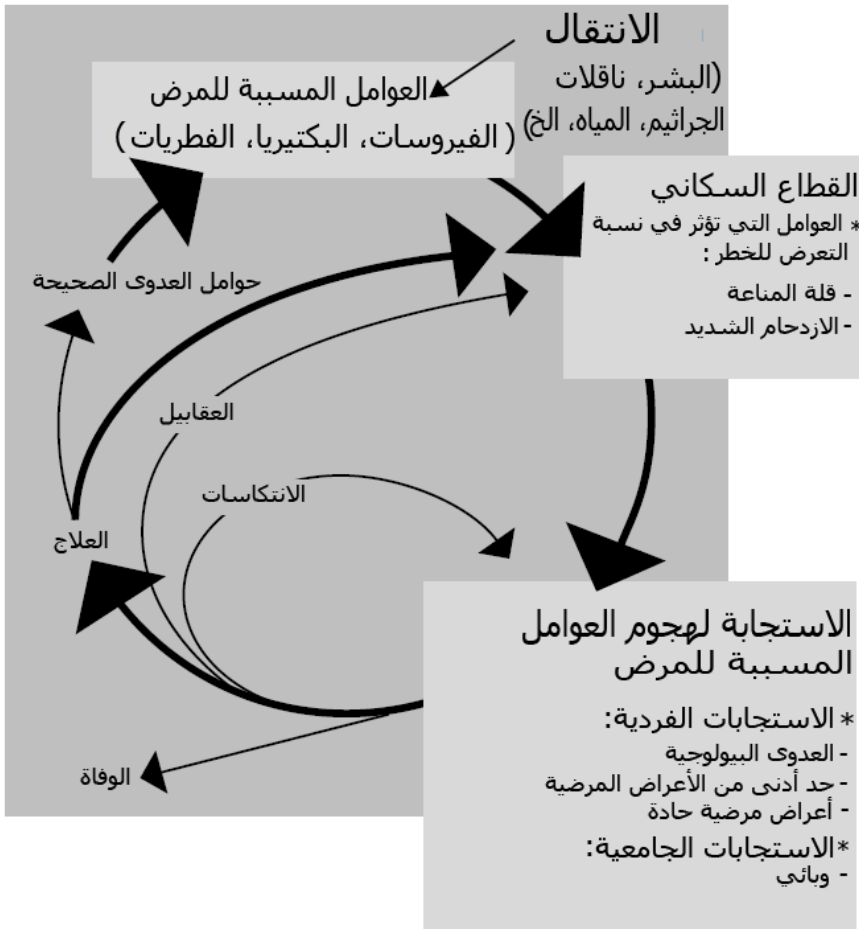
• الإطار 1: دورة الأمراض المعدية

الرباط بالأهداف التالية

يوفر هذا الرسم البياني قاعدة لتحديد مستويات الوقاية الأساسية.

الإطار 1

دورة الأمراض المعدية



مستويات الوقاية في مكافحة الأمراض المعدية

1. الوصف

سوف يستكشف المشاركون مفهوم مستويات الوقاية بدءًا بالدورة الطبيعية للأمراض المعدية التي تم وصفها في الهدف السابق. وتهدف التدابير الصحية والبيئية، على سبيل المثال، إلى الحد من إمكانية تسبب البيئة في إلحاق الضرر: فوجود فضلات بشرية أقل يعني وجود جراثيم أقل؛ ووجود مياه أكثر يعني انخفاض في نسبة انتقال الجراثيم، ... إلخ. وتتعلق هذه التدابير بوضوح بالمستوى الأول للوقاية، أي الوقاية من الأمراض. وفي المستوى نفسه، تحول برامج التحصين أيضًا دون الإصابة بالأمراض، من خلال تعديل الحالة المناعية لدى الفرد.

ويمكن للمدرب أن يورد الحالات البسيطة لأمراض الإسهال كمثال ليوضح أنّ المعالجة المبكرة لهذه الحالات تمنع نشوء أشكال أخرى أكثر خطورة من المرض؛ وهذا يشكل المستوى الثاني من الوقاية. ويمكن دراسة مفهوم العلاج بصورة منفصلة أو ضمن موضوع المستوى الثاني من الوقاية، إذ إنّ ذلك يحول دون نشوء أشكال خطيرة من المرض والوفاة.

وأخيرًا، يكمن المستوى الثالث من الوقاية في معالجة عقابيل الأمراض المعدية – الشلل بعد الإصابة بشلل الأطفال، أو سوء التغذية بعد الإصابة بحالة حصبية، على سبيل المثال.

وسيتم رسم المجالات المطابقة لهذه المستويات من التدخل مباشرةً في مخطط الدورة الطبيعية للأمراض المعدية.

2. الفئة

الإطار: تحديد المجالات المطابقة للمعالجة ومستويات الوقاية الأولى والثانية والثالثة.

3. الصياغة

تحديد المستويات الرئيسية للوقاية بدءًا بالدورة الطبيعية للأمراض المعدية – مستويات الوقاية الأولى والثانية والثالثة (بما في ذلك العلاج) – وتقديم أمثلة على كل مستوى من هذه المستويات.

4. أسلوب التعليم

العمل في مجموعات، تليه جلسة عامة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمخلص في جلسة عامة

6. الخلاصة

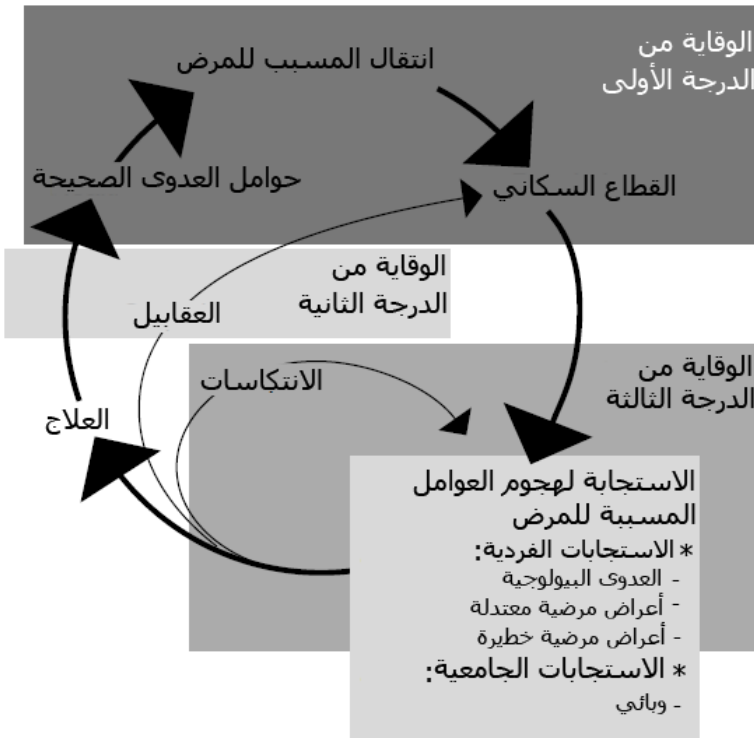
- الإطار 1: مستويات الوقاية في مكافحة الأمراض المعدية.

الرباط بالأهداف التالية

ما إن يتم تحديد سياق الوحدة التعليمية حتى تكون المرحلة التالية تحديد الأمراض المعدية الرئيسية التي تظهر عادة في حالات الطوارئ.

الإطار 1

مستويات الوقاية في مكافحة الأمراض المعدية



الأمراض المعدية الرئيسية التي تظهر في حالات الطوارئ وعوامل الخطر المرتبطة بها

1. الوصف

غالبًا ما يستحضر التفكير في حالة الطوارئ تصوّر الأمراض المعدية؛ إذ لا يمكن لوسائل الإعلام أن تذكر حربًا أو زلزالًا دون أن تثير خطر الأوبئة. وبالتأكيد، فإنّ تحركات أعداد كبيرة من السكان تكون مصحوبة بزيادة سريعة وكبيرة في حالات الحصبة وأمراض الإسهال والالتهابات الرئوية، ... إلخ، إذا لم يتم اتخاذ التدابير المناسبة على وجه السرعة.

والأسباب المؤدية إلى هذه الزيادة في الأمراض المعدية واضحة:

- سكان نازحون يصبحون على تماسّ مع عوامل جديدة مسببة للأمراض
 - خطر انتقال الأمراض يزداد مع حالة الاكتظاظ
 - النظافة الصحية غير الكافية تؤدي إلى ازدياد في أعداد ناقلات الأمراض
 - المعدل المرتفع لسوء التغذية يرفع نسبة ازدياد الإصابة بالأمراض المعدية
 - الرعاية الأساسية وتدابير الوقاية قد تتدهور أو تتوقف تمامًا (انقطاع حملات التحصين كنتيجة للحرب، على سبيل المثال)
 - مصادر المياه قد تتلوث
 - نسبة الأطفال تكون في العادة أعلى من نسبة البالغين بين السكان النازحين
- كما تزداد نسبة الوفيات المرتبطة بالأمراض المعدية نتيجة لتدهور الخدمات الطبية التي من شأنها عادة العناية بالحالات الخطرة من هذه الأمراض.
- والأمراض الرئيسية التي تظهر بين السكان النازحين وفي السجون المكتظة هي التالية:

- الحصبة
- الأمراض الإسهالية (بما في ذلك الكوليرا والزحار)
- التهابات حادة في الجهاز التنفسي (الالتهاب الرئوي)
- الملاريا
- التهاب السحايا

- السلّ
- طفيليات معوية
- التهابات جلدية (الجرب)
- مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)

2. الفئة

الأداة: إعداد قائمة بالأمراض المعدية الرئيسية التي تظهر في حالات الطوارئ، والعوامل التي تساعد في زيادة انتشارها وخطورتها.

3. الصياغة

عدّد الأمراض المعدية الرئيسية التي تظهر في حالات الطوارئ، والعوامل التي تساعد في زيادة انتشارها وخطورتها.

4. أسلوب التعليم

العمل في مجموعات، تليه جلسة عامة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمُلخص في جلسة عامة

6. الخلاصة

- الإطار 1: الأمراض المعدية الرئيسية التي تظهر في حالات الطوارئ
- الإطار 2: العوامل التي تسهم في ازدياد الإصابة بالأمراض المعدية في حالات الطوارئ

الرباط بالأهداف التالية

من خلال مطابقة المستويات الرئيسية للوقاية (الأولى، الثانية، الثالثة) مع الأمراض المعدية الرئيسية الموجودة في حالات الطوارئ، يمكننا أن نضع قائمة بالأدوات الأساسية اللازمة لوضع برامج مكافحة:

- برنامج تحصين موسّع

- وقاية كيميائية وعلاج شامل
- علاجات قصيرة الأمد
- تثقيف صحي
- تصميم استبيان
- تشخيص سريري وعلاج لالتهاب السحايا
- تشخيص سريري وعلاج لداء السلّ
- تشخيص سريري وعلاج للأمراض الإسهالية والكوليرا
- تشخيص سريري وعلاج لداء الملاريا
- تشخيص سريري وعلاج لداء الشيغلالات
- تشخيص سريري وعلاج لمرض الحصبة
- تشخيص سريري وعلاج لمرض الدودة الشصية
- تشخيص سريري وعلاج لأمراض الحمى الصفراء والخنثاق (الدفتيريا) والجرب والحثار (التراخوما)

الإطار 1

الأمراض المعدية الرئيسية التي تظهر في حالات الطوارئ

- الحصبة
- الأمراض الإسهالية (بما في ذلك الكوليرا)
- الملاريا
- الالتهابات الحادة في الجهاز التنفسي
- السل
- التهاب السحايا
- الطفيليات المعوية
- مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)
- الالتهابات الجلدية (الجرب)

الإطار 2

العوامل التي تسهم في ازدياد الإصابة بالأمراض المعدية في حالات الطوارئ

- وجود عوامل مسببة للأمراض مستجدة بين سكان نازحين أو سكان مضيفين
- الإعياء
- انعدام المناعة
- الاكتظاظ
- وجود نسبة كبيرة من الأطفال
- عدم اتخاذ تدابير بيئية صحية
- وجود عدد متزايد من ناقلات الأمراض
- انعدام النظافة الصحية الشخصية
- مياه غير كافية
- مياه غير آمنة
- معدل مرتفع لسوء التغذية
- عدم اتخاذ تدابير صحية وقائية (التحصين، على سبيل المثال)
- تدهور الخدمات الصحية الأساسية أو انعدامها
- انهيار الهيكل الأسري

برنامج التحصين الموسع

1. الوصف

ينبغي على المشاركين في الدورة التدريبية اتخاذ قرارات بخصوص البدء ببرنامج تحصين وتنظيمه عملياً. وستتم في هذا الهدف تغطية الجوانب المهمة لتنظيم برنامج تحصين موسّع:

- الأمراض التي يشملها برنامج التحصين الموسّع
- خصائص اللقاح (الأنواع، متطلبات التخزين، ... إلخ). وينبغي التشديد على استخدام «مُسْتَضِدِّ سفارتز» باعتباره لقاح الحصبة الموصى به.
- مبدأ التأكيد مما إذا كان هناك برنامج تحصين قيد التنفيذ قبل الأزمات، وإثبات رسمي على تغطية تحصين كافية (مما يعني أكثر من 95 % من القطاعات المعرضة للخطر في مخيم للاجئين).
- تحديد الفئات العمرية المستهدفة. ونظرًا للظروف الخاصة بحالات الطوارئ، ينبغي أن يشدد المدرب بخاصة على الحاجة إلى تلقيح الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 أشهر و 12 سنة باللقاح ضد الحصبة، مع الإشارة إلى أنّ استخدام «لقاح سفارتز» يستلزم حقنة ثانية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 و 9 أشهر. ويبرّر حجم عوامل الخطر التي تؤثر في السكان النازحين واللاجئين توسيع نطاق الفئات العمرية المؤهلة لمختلف أنواع التحصين.
- تنظيم برنامج تحصين موسّع يشمل العديد من اللقاحات المختلفة (الحصبة، شلل الأطفال، الكزاز، الدفتيريا، السعال الديكي) لا يتطلب عملاً أكثر مما يتطلبه تنظيم حملة تحصين للقاح واحد فقط (ومنطقيًا، فإنّ لقاح الحصبة يشكّل الأولوية القصوى). بيد أنّ التحصين ضدّ الحصبة أمر ضروري للغاية في كلتا الحالتين.
- تثقيف السكان عامل أساسي في نجاح حملة التحصين
- يجب إدراك مفهوم سلسلة التبريد تمامًا. وسوف يستعرض المدرب الأنواع الرئيسية للمعدات المستخدمة (الثلاجات والمجمّادات وعلب التبريد، ... إلخ)، كما سيوضح استخدام بطاقات رصد سلسلة التبريد التي تحفظ مع اللقاحات المخزنة، والتي يتغير لونها عندما تتخطى درجات حرارة التخزين الحد الأقصى
- تقييم فاعلية حملة التحصين. وينبغي التشديد على مفهومي تغطية الحملة وفاعلية اللقاح
- وضع برنامج مراقبة لرصد فاعلية حملة التحصين هو أمر أساسي. ويتم تحديد هذه الفاعلية بناءً على الحالات التي تشهدها المستوصفات، والتي يتم قياسها بنسبة الحالات

التي تحدث بين المرضى المحصّنين. كما تتبغى الإشارة إلى مفهوم الفاعلية المصلية (معدل التحول المصلي) لكل لقاح

- أهمية ربط أيّ حملة تحصين شاملة ببرنامج تحصين موسّع روتيني.

إنّ جميع هذه المعلومات ضرورية للتخطيط لحملة تحصين.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالعناصر الرئيسية لبرنامج تحصين موسّع.

3. الصياغة

إيضاح أهمية الجوانب الرئيسية لبرنامج تحصين موسّع.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تشمل جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: الأمراض المعدية التي يشملها برنامج التحصين الموسّع
- الإطار 2: خصائص اللقاحات الأساسية
- الإطار 3: جدول التحصين الخاص ببرنامج التحصين الموسّع
- الإطار 4: الفئات العمرية للتحصين ضد الحصبة
- الإطار 5: صيغة لحساب فاعلية اللقاح
- الإطار 6: توضيح للتغيرات التي تطرأ على نسبة الحالات التي تحدث بين الأطفال المحصّنين في مختلف المستويات
- الإطار 7: سلسلة التبريد

الرباط بالأهداف التالية

سوف يُناقش التنظيم العملي لحملة تحصين في هدف لاحق (الممارسة).

الأمراض المعدية التي يشملها برنامج التحصين الموسع

1. • الحصبة
• شلل الأطفال
• الكزاز
• الخنثاق (الدفتيريا)
• السعال الديكي
2. • السل (البلدان ذات معدلات الإصابة
المرتفعة)
• الالتهاب الكبدي "ب" (برنامج التحصين
الموسّع عام 1997)
• الحمى الصفراء (البلدان التي يكون
المرض متوطناً فيها)

الإطار 2

خصائص اللقاحات الأساسية

مدة الحصانة بعد المجموعة الأولية	الفاعلية	استقرار الحرارة	عدد الجرعات والمسار	الشكل	طبيعة اللقاح	اللقاحات	المرض
غير معروفة	0 – 80% سل الوباء 75 – 86% التهاب السحايا السل الدخني	متوسطة في الشكل المجفف منخفضة في الذي أعيد تشكيله	1 I/D	مجمد – مجفف	مُوَهَّن <i>M.bovis</i>	BCG	السل
5 سنوات	< 87%	مرتفعة	3 I/M	سائل	تكتسين مُوَهَّن	دفتيريا	الخنثاق
5 سنوات	< 95%	مرتفعة	3 I/M	سائل	تكتسين مُوَهَّن	كزاز	الكرزاز
غير معروفة	حوالي 80%	متوسطة	3 I/M	سائل	بكتيريا خلية كاملة مقتولة من السعال الديكي	سعال ديكي	السعال الديكي
مدى الحياة إذا ما تم تعزيزه بفيروس بري	< 90% البلدان الصناعية؛ 72 – 98% في المناخات الحارة	منخفضة	4 oral	سائل	فيروسات حية مؤهنة	شلل أطفال	شلل الأطفال
مدى الحياة إذا ما تم تعزيزه بفيروس بري	< 90% عند سن 12 شهراً؛ 85% عند سن 9 أشهر	متوسطة في الشكل المجفف، منخفضة في الذي أعيد تشكيله	1 S/C	مجمد – مجفف	فيروسات حية مؤهنة	حصبة	الحصبة
10 سنوات (معززة)	< 92% تحول المصل إلى لقاح	متوسطة في الشكل المجفف، منخفضة في الذي أعيد تشكيله	1 S/C	مجمد – مجفف	فيروسات حية مؤهنة	حمى صفراء	الحمى الصفراء
< 10 سنوات	75 – 95%	مرتفعة	3 I/M	سائل	HBsAg	التهاب كبدى ب	التهاب الكبدى ب

المصدر: سياسة التحصين،

منظمة الصحة العالمية/ برنامج التحصين الموسع

"Immunization Policy"

WHO/EPI/GEN/95.3 (1995)

جدول التحصين الخاص ببرنامج التحصين الموسع

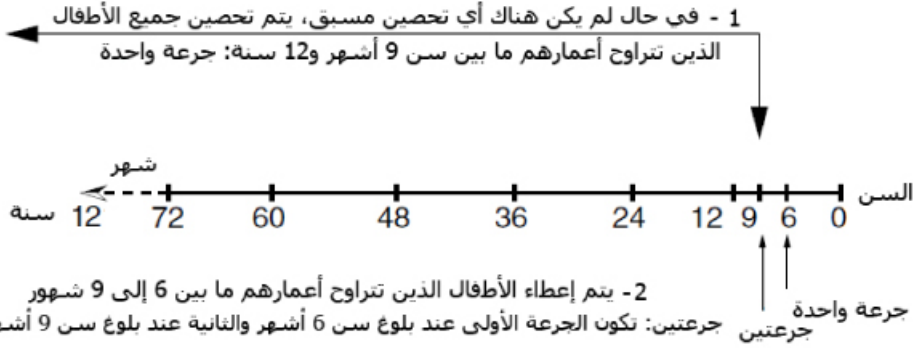
الالتهاب الكبدي ب		التقاحات	العمر
المخطط ب	المخطط أ		
	HB 1	BCG, OPV 0	عند الولادة
HB 1	HB 2	DPT 1, OPV 1	6 أسابيع
	HB 2	DPT 2, OPV 2	10 أسابيع
HB 3	HB 3	DPT 3, OPV 3	14 أسبوعاً
		الحصبة الحمى الصفراء*	9 أشهر

المصدر: "سياسة التحصين"،
منظمة الصحة العالمية/ برنامج التحصين الموسع
"Immunization Policy"
WHO/EPI/GEN/95.3 (1995)

* في البلدان التي تشكل فيها الحمى الصفراء خطراً

الإطار 4

الفئات العمرية للتحصين ضد الحصبة



الإطار 5

صيغة لحساب فاعلية اللقاح

نسبة الحالات التي تلقت اللقاح =
نسبة السكان الذين تلقوا اللقاح - (نسبة السكان الذين تلقوا اللقاح X فاعلية اللقاح)

1 - (نسبة السكان الذين تلقوا اللقاح X فاعلية اللقاح)

$$PCV = \frac{PPV - (PPV \times VE)}{1 - (PPV \times VE)}$$

نسبة الحالات التي تلقت اللقاح = PCV

نسبة السكان الذين تلقوا اللقاح = PPV

فاعلية اللقاح = VE

الإطار 6

توضيح للتغيرات التي تطرأ على نسبة
الحالات التي تحدث بين الأطفال
المحصّنين في مختلف المستويات
لشريحة سكان افتراضية يبلغ قوامها
100,000 طفل

التغطية

		العدد الإجمالي للأطفال
%80	%40	
100,000	100,000	عدد الأطفال الذين لم يتلقوا اللقاح
20,000	60,000	عدد حالات الحصبة بين الأطفال الذين لم يتلقوا اللقاح
10,000	30,000	عدد الأطفال الذين تلقوا اللقاح
80,000	40,000	عدد حالات الحصبة بين الأطفال الذين تلقوا اللقاح
4,000	2,000	العدد الإجمالي للحالات
14,000	32,000	نسبة الحالات الإجمالية الموجودة بين الأطفال الذين تلقوا اللقاح
%4.0	%6.7	

الافتراضات:

نسبة الإصابة بالحصبة بين الأطفال غير المحصّنين: 50% سنوياً

نسبة الإصابة بالحصبة بين الأطفال المحصّنين: 5% سنوياً (فاعلية اللقاح: 90%)

المصدر: "سياسة التحصين".

منظمة الصحة العالمية/ برنامج التحصين الموسع

"Immunization Policy"

WHO/EPI/GEN/95.3 (1995)

الإطار 7

سلسلة التبريد

متطلبات التبريد لكل حجم:

من المعلوم أنّ لقاءات برنامج التحصين الموسّع في عبواتها هي 30 مل للطفل الواحد، مما يتطلب:

- 36 مل في علبة تبريد
- 60 مل في ثلاجة
- 120 مل في غرفة تبريد

خصائص النقل:

- الحجم الذي سيتم نقله
- الوقت اللازم للنقل
- المدة المتوقعة لحملة التحصين

اختيار مجموعة المعدات لسلسلة التبريد:

- غرفة تبريد
- نوع الثلاجات (كهرباء، غاز، نפט)
- علب تبريد

رصد درجة الحرارة

الوقاية الكيميائية الجماعية والمعالجة الشاملة

1. الوصف

تقوم عملية الوقاية الكيميائية على إعطاء أدوية لأشخاص أصحاء من أجل حمايتهم من أمراض معينة. ويمكن استخدام الوقاية الكيميائية في عدد من الأمراض - الملاريا والتهاب السحايا النخاعية والبلهارسيا - وينبغي مناقشة فاعليتها في ما يتعلق بكل حالة محددة. ففي المناطق المقاومة لمضادات الملاريا، على سبيل المثال، تخلق الوقاية الكيميائية مشكلات خطيرة نتيجة لخطر إحداث مقاومة للعقاقير الجديدة، وللمشاكل اللوجيستية التي ينطوي عليها تنظيم هذه الحملات. وينبغي أن يشدد المدرب على الصعوبات العملية وكلفة تنظيم هذا النوع من البرامج.

وإذا كانت الوقاية الكيميائية عمليةً يصعب تنفيذها في ظل ظروف عادية، فإن استخداما يصبح أكثر صعوبة في حالات الطوارئ. والحالات الوحيدة التي يمكن النظر في استخدام الوقاية الكيميائية فيها ستكون الملاريا ومجموعات سكانية معينة (النساء الحوامل في الفصيلين الثاني والثالث، والأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثلاثة أشهر وخمس سنوات) في حالات محددة تمامًا، وفي حال توافرت مضادات ملاريا فعالة ومألوفة مطليًا. ويمكن في حالة التهاب السحايا النخاعية النظر في استخدام الوقاية الكيميائية للأشخاص الذين يحتكون بالمرضى عن قرب. ومع ذلك، فإن الوقاية الكيميائية نادرًا ما تكون ملائمة في حالات الطوارئ، وينبغي عدم استخدامها في علاج وباء الكوليرا.

وتقوم المعالجة الشاملة على علاج منهجي للأشخاص المصابين أو المفترض إصابتهم بمرض، وكذلك للأشخاص الأصحاء الحاملين للمرض. وبما أنه يصعب من الناحية العملية التمييز بين الأشخاص الأصحاء الحاملين للمرض وبين الأشخاص غير المصابين دون إجراء اختبار منهجي، فيجب أن تشمل هذه المعالجة جميع الأشخاص الموجودين في مجتمع مطلي. وهذا أمر يصعب القيام به في حالات الطوارئ. وفي بعض المجتمعات المحلية التي تنتشر فيها الطفيليات المعوية انتشارًا واسعًا، يمكن البدء بمعالجة شاملة للسكان في الفترة التي تسبق ظهور تأثير تدابير التصحيح المتخذة.

وبصفة عامة، فإن اللجوء إلى الوقاية الكيميائية والمعالجة الشاملة غير ملائم إلى حد كبير في أي استراتيجية لمكافحة الأمراض المعدية في حالات الطوارئ، وذلك نظرًا لفاعليتهما غير المؤكدة وصعوبة تنفيذهما وكلفتها العالية، فضلًا عن المشكلة التي تتجلى في عدم استقرار السكان.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالقيود التي تحيط بالوقاية الكيميائية والمعالجة الشاملة في إطار السعي لمكافحة الأمراض المعدية في حالات الطوارئ.

3. الصياغة

تعريف بالمصطلحين «الوقاية الكيميائية» و«المعالجة الشاملة»، والإشارة إلى القيود التي تحيط بهذين التديبين في إطار استراتيجية عامة ترمي إلى مكافحة الأمراض المعدية في حالة طوارئ.

4. أسلوب التعليم

العمل في مجموعات، تليه جلسة عامة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 03 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة لمخلص في جلسة عامة

6. الخلاصة

- الإطار 1: العوامل التي تحد من عملانية الوقاية الكيميائية الجماعية والمعالجة الشاملة

الرباط بالأهداف التالية

سوف تطبق المادة التي تم تعلمها في هذا الهدف على دراسة مكافحة الأمراض المعدية في سياق تمرين المحاكاة.

الإطار 1

العوامل التي تحد من عملانية الوقاية الكيميائية الجماعية والمعالجة الشاملة

- خطر إحداث مقاومة للعقاقير المستخدمة
- صعوبة التنفيذ في حال وجوب تكرار عملية الوقاية الكيميائية بصورة منتظمة (ملاريا)
- تقتصر فاعلية المعالجة الشاملة على المدى المتوسط
ما لم تكن مصحوبة بتدابير التصحاح (مرض الدودة
الشصية)
- عدم استقرار السكان

المزايا الخاصة بالمعالجة قصيرة وطويلة الأمد

1. الوصف

ينبغي ألا يُنظر إلى المعالجة قصيرة الأمد على أنها معالجة «بمثن زهيد». فقد ثبت أن المعالجة قصيرة الأمد لمرض السل، على سبيل المثال، أكثر فاعلية من المعالجة طويلة الأمد. وعلى أي حال، فإن تحليل نتائج المرضى بصورة إفرادية لا يبيّن بالضرورة فرقاً قاطعاً في الفاعلية. كما أثبت العلاج قصير الأمد لالتهاب السحايا الذي يقوم على حقن المريض بجرعة من الكلورامفينيكول في العضل فاعليته، كما هو الحال أيضاً بالنسبة للعلاج التقليدي الذي يقوم على الحقن الوريدي للمضادات الحيوية على مدى عدة أيام. وتتم مقارنة المشكلة من منظور الصحة العامة، مع إيلاء الاعتبار الواجب لمخاطر عدم امتثال المريض، والتي تكون أعلى في حالة جرعات المعالجة طويلة الأمد. وهناك أمر مهم أيضاً يتجلى في حقيقة أن المعالجة قصيرة الأمد تقلل من عبء العمل المُلقى على كاهل الخدمات الصحية - وهو ليس بعامل تافه في أثناء انتشار وباء أو خلال مرحلة حادة من مراحل أزمة النزاع. وتنبغي الإشارة بإيجاز إلى التكاليف الخاصة بكل النهجين العلاجيين. وينبغي ألا يأخذ تحليل الكلفة في الحسبان كلفة العقاقير بحد ذاتها فحسب، بل كذلك الاعتبارات التي ذكرت للتو. والمعالجة قصيرة الأمد لمرض السل تجعل بصاق المرضى سلبياً في غضون فترة تتراوح بين أسبوعين وثلاثة أسابيع، وبالتالي يمكن التحقق من انتشار المرض بسرعة أكبر. ويجب أن يدخل تقايص العبء المُلقى على كاهل الخدمات الصحية في حساب تكاليف الرعاية الطبية، وذلك باستخدام المعالجة قصيرة الأمد. وأما الحد من عوائق العمل فيكون أقل أهمية في الحالات التي تنطوي على مجموعات سكانية نازحة.

والأمراض التي يمكن أن يتم فيها الاختيار بين المعالجة قصيرة الأمد والمعالجة طويلة الأمد هي التالية:

- السل
- التهاب السحايا
- الأميبيا
- البلهارسيا

2. الفئة

الأداة: الإمام بمزايا سلسلة العلاجات قصيرة الأمد في حالات الطوارئ.

3. الصياغة

وضع قائمة بمزايا سلسلة العلاجات قصيرة الأمد في حالات الطوارئ.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على المجموعة بأكملها

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

• الإطار 1: مزايا سلسلة العلاجات قصيرة الأمد في حالات الطوارئ.

الرباط بالأهداف التالية

يُثير هذا الهدف مشكلة امتثال المرضى. والتثقيف الصحي هو أحد العوامل التي تساعد في تحسين الامتثال.

الإطار 1

مزايا سلسلة العلاجات قصيرة الأمد في حالات الطوارئ

السكان



• اكتظاظ

• عدد كبير من المرضى

• عدم استقرار

على الرغم من هذه الظروف غير المواتية، ينبغي

توجيه المعالجة نحو تحقيق توازن أمثل بين:

• الفاعلية العلاجية

• امتثال المرضى

• كلفة المعالجة لكل مريض تم شفاؤه

• عبء العمل المُلقى على كاهل الخدمات الصحية

• تقليل الآثار السلبية إلى أدنى حد (إحداث مقاومة للمضادات الحيوية،

على سبيل المثال)

تخطيط برنامج تثقيف صحي

1. الوصف

التثقيف الصحي ليس، بالطبع، وثيق الصلة بالأمراض المعدية وحدها. بيد أن هذه الأمراض تمثل أداة ملائمة لمقاربة هذا الموضوع. والغرض من التثقيف الصحي التشجيع على السلوك الذي يفضي إلى الصحة. وفي الأوضاع العادية، تُبذل محاولات من أجل إقناع السكان أو الجماعات بتعديل السلوك المتبع على ضوء مشكلة أو أكثر من المشاكل الصحية. وأما حالات الطوارئ فهي أكثر تعقيداً، إذ إن خطورة المشاكل المعنوية تستلزم إحداث تغييرات سريعة في السلوك، وغالباً ما يكون ذلك في بيئة جديدة. وقد يشكل هذا الأمر أيضاً حجة جيدة للتشجيع على اتباع سلوكيات جديدة.

ويتضمن برنامج التثقيف الصحي المراحل التالية:

- جعل المجتمع المحلي يحدد ما يرى أنه يمثل مشاكله الصحية
- البحث مع المجتمع المحلي في ردود أفعاله العادية تجاه هذه المشاكل، من خلال الرصد وإجراء المقابلات ودراسة المستندات
- تحديد برنامج تثقيف صحي:
- تحديد الأولويات والأهداف مع المجتمع المحلي
- مساعدة المجتمع المحلي في اختيار الحل الذي يتناسب بصورة أفضل مع مشاكله الصحية، مع الأخذ في الاعتبار الأثر المنشود وأي قيود محلية (الكلفة، الإدراك الاجتماعي لتعديلات السلوك)
- تحديد الموارد اللازمة لتنفيذ التدابير التي اتخذ قرار بشأنها، والسعي لتأمينها
- تقييم النتائج التي تم الحصول عليها.

وينبغي توجيه تدريب العاملين في مجال الصحة في المجتمع المحلي نحو المشاكل الأساسية للمجتمع المحلي والتركيز على التدريب المهني بدلاً من النظري. وينبغي أن يركز التعليم في المقام الأول على ممارسة المهام التي سيتوجب على العاملين مستقبلاً في مجال الصحة في المجتمع المحلي تنفيذها في سياق عملهم اليومي.

2. الفئة

الأداة: إدراك أهمية التثقيف الصحي في حالات الطوارئ والتعرف على القيود التي تحيط به، والإلمام بالخطوات التي يقتضيها تنفيذ برنامج تثقيف صحي.

3. الصياغة

تعريف التثقيف الصحي وتحديد الخطوات التي يقضيها تنفيذ برنامج تثقيف صحي. وشرح أهمية التثقيف الصحي في حالات الطوارئ والتعرف على القيود التي تحيط به.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تشمل جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

• الإطار 1: وضع برنامج تثقيف صحي

الربط بالأهداف التالية

سيتم تطبيق هذه الأداة في تمرين المحاكاة، في سياق استخدام المراهيض.

الإطار 1

وضع

برنامج تثقيف صحي

- تحديد المشاكل الصحية من قبل المجتمع المحلي
- دراسة السلوكيات التي تم اعتمادها للتغلب على هذه المشاكل: هل ينبغي تعديلها؟
- تحديد أهداف برنامج تثقيف صحي
- تحديد التدابير العملية، المقبولة من جانب المجتمع المحلي، لتعديل هذه السلوكيات
- تنفيذ التدابير
- تقييم النتائج

وضع استبيان لتحديد الأسباب الرئيسة لمعدّل وفيات الأطفال

1. الوصف

يمكن دراسة معدّل وفيات الأطفال من البيانات التي تم جمعها في المستوصفات والمستشفيات، ولكن قد لا تشتمل هذه المصادر على الوفيات التي تحدث في المنازل. وفي حالات الطوارئ، فإنّ الوصول إلى المصادر الإدارية للمعلومات، مثل سجلات الوفيات، يكون أمرًا نادرًا. ولهذا السبب، فإنّ إجراء دراسات استقصائية مباشرة ضمن المجتمع المحلي هو أيضًا أمر ضروري.

ويستند التحليل الفعلي إلى أسئلة تُطرح على الأمهات تتعلق بأسباب الوفيات وعددها بين أطفالهن خلال فترة معينة.

ويتصف الاستبيان بما يلي:

- أخذ اللهجة المحلية في الاعتبار، وبخاصة في تعريف المصطلحات التي تصف الأمراض
- تحديد الفترة قيد الاستقصاء من حيث الأحداث المهمة التي يتذكرها الأشخاص الذين يجيبون على الأسئلة، إذ ليس لدى الجميع نفس مفهوم الوقت
- ألا يكون مركّبًا بشكل مفرط. فمن غير المفيد السؤال عن تفاصيل كثيرة جدًا تتعلق بظروف الوفاة؛ إذ سيصعب تفسيرها نظرًا للتفسيرات المتعددة للأسئلة.

ويمكن إعطاء هذا الاستبيان إلى مجموعات مختارة للإجابة، بما يتوافق مع إجراءات التقييم السريع – طالما تم إيلاء الاعتبار الواجب للقيود المفروضة على هذه التقنية كوسيلة للحصول على رأي يمثل السكان بأكملهم. وإذا ما سمح الوقت فضلاً عن الموارد، يُفضّل إجراء دراسة استقصائية لقطاع من السكان يتم اختياره كعينة بصورة صحيحة. وينبغي إخبار المشاركين في الدورة بأنه سيتم التطرق لتقنيات اختيار العينات في وقت لاحق، أي في الوحدة التعليمية الخاصة بعلم الأوبئة.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالقواعد الأساسية لوضع استبيان لتقييم معدّل وفيات الأطفال بين السكان.

3. الصياغة

تحديد القواعد الأساسية لوضع استبيان لتقييم معدّل وفيات الأطفال بين السكان.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تشمل جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

• الإطار 1: الاعتبارات الواجب مراعاتها عند وضع استبيان

الرابط بالأهداف التالية

سوف تطبق هذه الأداة في تمرين المحاكاة لدراسة معدّل وفيتات الأطفال في مخيم عوالي.

الإطار 1

الاعتبارات الواجب مراعاتها عند وضع استبيان

- التعابير المحلية
- المدة التي يقتضيها الاستقصاء
- بنية الأسئلة
- اختيار الأشخاص الذين سيجيبون على الأسئلة

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لالتهاب السحايا

1. الوصف

هذا الهدف معدّ لتزويد المشاركين بالمعرفة السريرية والعلاجية اللازمة لفهم التنظيم الشامل لبرنامج خاص بمكافحة التهاب السحايا.

الجوانب السريرية

ينجم التهاب السحايا عن بكتيريا النيسرية السحائية، وهي مكورة مزدوجة سلبية الصبغة تتألف من مجموعات مصلية متنوعة - أ، ب، ج.

وتتمثل أعراضها السريرية التقليدية في:

- الحمى
- تصلب الرقبة
- الصداع
- التقيؤ

وتكون الأعراض السريرية أقل وضوحاً لدى الأطفال، وقد لا يظهر عليهم بالضرورة تصلب الرقبة. ويمكن أن تتسم الحالات الحادة بفرورية مفاجئة، أو غيبوبة، أو تشنجات.

ويستند التشخيص إلى نتائج فحص السائل النخاعي (البزل القطني) الذي يكشف عن وجود المكورة السحائية. وبمجرد تأكيد تشخيص الحالات الأولى للوباء، فلا حاجة لتكرار الفحوصات البكتيريولوجية لكل مريض تظهر عليه العلامات السريرية الخاصة بالتهاب السحايا. ويمكن تشخيص المرض بناءً على الأعراض السريرية وحدها.

الجوانب العلاجية

العلاج الموصى به لالتهاب السحايا بالمكورات السحائية، في حالات الطوارئ، هو حقن المريض في العضل بجرعة من مزيج زيتي معلق من الكلورامفينيكول chloramphenicol، تليه جرعة أخرى بعد 48 ساعة.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لالتهاب السحايا.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمعالجة حالات التهاب السحايا.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة في جلسة عامة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

• الإطار 1: التهاب السحايا

الربط بالأهداف التالية

سوف تُستخدم المادة التي تم تعلمها في هذا الهدف في تمرين المحاكاة.

الإطار 1

التهاب السحايا

1. العامل المسبب للعدوى:

مكورة مزدوجة بصبغة غرام سلبية:
النييسرية السحائية: مجموعات مصلية عديدة: أ، ب، ج

2. الدورة

المستودع: الإنسان
ينتشر المرض مباشرةً من شخص لآخر عن طريق قطرات الجهاز التنفسي
مدّة فترة الحضانة ما بين 3 و 4 أيام.

3. العلامات السريرية:

الحمى
التقيؤ
الصداع
تصلب الرقبة
المضاعفات:
• تعفن الدم
• فرقية
• تخثر داخل الأوعية

4. التشخيص:

• زرع الدم
• تحليل السائل النخاعي

5. إجراءات مكافحة:

العلاج: المضادات الحيوية
الوقاية الأساسية: تحصين المجموعات المعرضة للخطر
الوقاية الثانوية: تتبّع الأشخاص الذين على تماس بالمرضى
علاج الأشخاص الذين على تماس بالمرضى بالمضادات الحيوية الوقائية

6. علم الوبائيات:

مرض عالمي
الأوبئة واسعة النطاق شائعة في بلدان جنوب الصحراء الكبرى الأفريقية ("حزام
التهاب السحايا"). الأطفال والشباب الذين يعيشون في مجموعات هم الأكثر عرضة
للخطر.

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمرض السل

1. الوصف

هذا الهدف معدّ لتزويد المشاركين بالمعرفة السريرية والعلاجية اللازمة لفهم التنظيم الشامل لبرنامج خاص بمكافحة مرض السل.

وقد يكون لمرض السل مظاهر رئوية وغير رئوية (تتعلق بالعظام، أو الكلى، أو الطحال، أو الصفاق، أو السحايا، ... إلخ). ويصف المدرب أولاً طريقة الانتقال، ومن ثمّ الانتقال من العدوى الدرنية إلى مرض السل. وتقتصر الدراسة على المظهر السريري والخيارات العلاجية المتاحة لمرض السل الرئوي، إذ إنه النوع الأكثر شيوعاً وعدوى.

الجوانب السريرية

يظهر السل الرئوي (المرض) من خلال الأعراض السريرية التالية:

- سعال يستمر لمدة ثلاثة أسابيع على الأقل
- نفث دموي (بصاق متضمن دمًا) قد يكون موجوداً
- خسارة في الوزن
- حمى من الدرجة المنخفضة (38 درجة مئوية)
- تعرّق
- إعياء

وحين تظهر عدة علامات واضحة من هذه العلامات السريرية، يُطلب إجراء تحليل البصاق للكشف عن الجراثيم المتفطرة المسببة لمرض السل (المتفطرة السليّة). ويتم تنفيذ التحليل باستخدام الفحص المجهرى المباشر بعد استعمال صبغة «زيل - نيلسن». ويتمثل الهدف في كشف المرضى الذين لديهم بصاق إيجابي، وذلك ليس فقط من أجل علاجهم، ولكن أيضاً للتقليل من خطر انتقال الجراثيم المتفطرة إلى الأشخاص الذين من حولهم (جانب الوقاية الأساسية في العلاج). ويمكن تقسيم الأشخاص الذين يصابون بمرض السل الرئوي إلى أربع فئات:

- الفئة الأولى: الحالات الجديدة التي لديها بصاق إيجابي
- الفئة الثانية: الانتكاسات أو حالات فشل المعالجة لمرضى تمت معالجتهم سابقاً، ولكنهم أفرزوا بصاقاً إيجابياً من جديد

- الفئة الثالثة: المرضى الذين لديهم أنسجة عضوية مصابة، ولكن بصاقهم سلبي
- الفئة الرابعة: الحالات المزمنة – الأشخاص الذين لديهم بصاق إيجابي وكان قد تم علاجهم بالفعل لإصابتهم بمرض السل. ومعظم هذه الحالات تشمل أشكالاً من مرض السل مقاومة لعقاقير متعددة.

الجوانب العلاجية

العقاقير الأساسية المستخدمة في علاج مرض السل هي التالية:

- إيزونيازيد (H) isoniazid
- ريفامبيسين (R) rifampicin
- إيثامبيتول (E) ethambutol
- ستربتومايسين (S) streptomycin
- بيرازيناميد (Z) pyrazinamide

وهناك ثلاث نقاط مهمة لفهم نظم العلاج:

- يوصى الآن باستخدام العلاج قصير الأمد (6 - 8 أشهر) بدلاً من العلاجات طويلة الأمد (15 - 18 شهراً) وذلك بسبب فاعليته الأكبر. وتتضمن نظم مضادات مرض السل مرحلتين:

- مرحلة أولية مكثفة مدتها شهران
- مرحلة تعزيز مدتها من 4 إلى 6 أشهر
- وضع استراتيجية «العلاج تحت إشراف مباشر» أمر أساسي
- نظام العلاج يتوقف على فئة المريض:

الفئة الأولى: "H2R2Z2E2orS2+ H4R4"

الفئة الثانية: "H3R3Z3E3S3 + H5R5E5"

الفئة الثالثة: "H2R2Z2 + H2-6R2-6"

الفئة الرابعة: العلاج ليس فعالاً جداً، باستثناء عقاقير الخط الثاني.

وأخيراً، تجدر الإشارة إلى ارتفاع معدل الإصابة بمرض السل بين المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمرض السل.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية في إدارة حملة لمكافحة مرض السل.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تشمل جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

• الإطار 1: مرض السل

الربط بالأهداف التالية

سوف تُستخدم المعلومات التي تم تعلمها في هذا الهدف في تمرين المحاكاة.

الإطار 1

مرض السل

1. العامل المسبب للعدوى:

بكتيريا عصوي الشكل مقاوم للأحماض: المتفطرة السلية

2. الدورة:

المستودع: الإنسان

انتقال بالهواء: يتوقف خطر الانتقال بصورة أساسية على تركيز المتفطرات. خطر تطور المرض منخفض جداً لدى الأشخاص الذين يتمتعون بنظام مناعة سليم.

3. العلامات السريرية:

السل الرئوي.

البداية متدرجة:

- توَعَك
- حمى منخفضة الدرجة
- تعرّق أثناء الليل
- خسارة في الوزن
- سعال

وبمجرد تطور المرض، يمكن ملاحظة نفث الدم.

4. التشخيص:

فحص البصاق لكشف المتفطرات (سل نشط)

تصوير الرئتين بالأشعة السينية (غير ممكن في حالات الطوارئ)

5. إجراءات المكافحة:

العلاج: للأطفال من سن 6 – 9 أشهر، استخدام 4 مضادات حيوية لمدة شهرين يليه 2 من المضادات الحيوية لفترة تتراوح بين 4 و 7 أشهر. المقاومة للعقاقير شائعة بشكل متزايد.

"العلاج تحت إشراف مباشر"

الوقاية الأولية: التحصين بلقاح BCG للأطفال الذين لم يبلغوا السنة يوفر لهم الحماية ضد التهاب السحايا السلّي والسل الدخني الحاد

الوقاية الكيميائية: للأشخاص المصابين الذين لم يتطور المرض لديهم

علاج المرضى الذين لديهم بصاق إيجابي يحد من انتقال المرض

ومن ثمّ يمكن اعتبار هذا العلاج كتدبير من تدابير الوقاية الأولية للمجتمع المحلي

الوقاية الثانوية: التشخيص المبكر للحالات وعلاجها.

6. علم الأوبئة:

مرض عالمي: العوامل المهيّئة للمرض

- الفقر
- الاكتظاظ
- أوجه نقص المناعة (فيروس نقص المناعة البشرية، على سبيل المثال)

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للأمراض الإسهالية والكوليرا

1. الوصف

الأمراض الإسهالية هي من بين الأسباب الأكثر شيوعاً للوفيات بين الأطفال. ومرض الكوليرا هو أحد الأمثلة المهمة على الأمراض الإسهالية.

الجوانب السريرية

يجب طرح عدة أسئلة على المريض أو على أم الطفل الذي يتغوّط البراز الإسهالي:

- طبيعة البراز: مائي، يحتوي على دم ومخاط (مما يدلّ على الزحار)
- عدد مرات التغوّط في اليوم
- المدة التي تستغرقها كل حالة إسهالية

ينبغي على الممارس في مجال الصحة الذي يُجري الفحص السريري أن يبحث أولاً عن علامات الاجتفاف:

- خمول
- طيّات في الجلد
- عيون غائرة
- لسان جاف

الجوانب العلاجية

يهدف الإجراء العلاجي الأكثر أهمية إلى الحؤول دون الاجتفاف أو علاجه. وفي الحقيقة فإنّ الاجتفاف هو الذي يمكن أن يتسبب في الوفاة.

وفي حالات الإسهال البسيط (دون علامات اجتفاف)، ينبغي أن يُطلب من الأم أن تزيد كمية السوائل التي يأخذها الطفل (ربما من خلال محلول أملاح الإماهة الفموية – ORS) مع الاستمرار في إطعام الطفل أو إرضاعه.

وفي الحالات التي تظهر معها علامات الاجتفاف، تصبح الإماهة باستخدام محلول أملاح الإماهة الفموية أمراً ملجأً. ويجب المواظبة على هذا العلاج طوال الحالة الإسهالية.

وحالات الإسهال الحاد المصحوبة باجتفاف خطير تستلزم الإماهة عبر الوريد بمحلول رينغر لاكتات (Ringer's lactate). وينبغي الاستمرار بالإماهة الفموية إذا سمحت حالة الطفل بذلك.

وتتطلب حالات معينة من الأمراض الإسهالية الناجمة عن مسببات محددة، مثل الشيغللات والأميبيا والجيارديا والكوليرا، علاجًا مناسبًا بالمضادات الحيوية بالإضافة إلى الإماهة.

الكوليرا

الكوليرا مرض إسهالي خاص تسببه بكتيريا *الضمة الكوليرية* (الزمر المصلية 01 وأنماطها الأحيائية الكلاسيكية، وضمة الطور، والنوع الجديد 0139). والإسهال المرتبط بالكوليرا يكون مائيًا وغزيرًا، ويؤدي بسرعة إلى اجتفاف حاد وحمض ونفاد في البوتاسيوم. ويكون مصحوبًا بتقيؤ لا يمكن السيطرة عليه في أغلب الأحيان.

ويتوقف العلاج في المقام الأول على الإماهة بمحلول أملاح الإماهة الفموية. وفي حال تعذر على المريض أو عجز عن شرب كميات كافية من السوائل (دخل في غيبوبة، على سبيل المثال)، فيجب تنفيذ الإماهة عبر الوريد باستخدام محلول رينغر لاكتات. ومن الممكن أن يكون من الضروري ضخ ما بين 8 و 12 لترًا من محلول رينغر لاكتات في الوريد يوميًا.

ويساعد العلاج بالمضادات الحيوية على تقليل كمية البراز والحد من طول الفترة الزمنية التي يتم فيها إفراز بكتيريا *الضمة الكوليرية*. والمضاد الحيوي الموصى به هو الدوكسي سايكلين. إذ إن مشتقات السلفوناميد لم تعد فعالة، ولذلك ينبغي عدم استعمالها.

والمبادئ التي تنطوي عليها عملية مكافحة وباء الكوليرا سيتم تناولها في الوحدة التعليمية الخاصة بـ «علم الأوبئة».

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للأمراض الإسهالية وداء الكوليرا.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمعالجة حالات الأمراض الإسهالية وداء الكوليرا.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تشمل جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

• الإطار 1: الكوليرا

الرباط بالأهداف التالية

سوف تُستخدَم المادة التي تم تعلمها في هذا الهدف في تمرين المحاكاة.

الإطار 1

الكوليرا

1. العامل المسبب للعدوى:

- بكتيريا الضمة الكوليرية
- ثلاث زمر مصلية من زمرة 01 (أوغاوا، إينابا، هيكوجيما) مقسمة إلى نمطين من الأنماط الأحيائية (الكلاسيكية وضمة الطور)
- الزمرة المصلية الجديدة في الهند: 0139

2. الدورة:



3. الفيسيولوجيا المرضية

مادة التوكسين التي تفرزها الضمة الكوليرية تؤثر في الغشاء المخاطي المعوي وتسبب إفرازًا مفرطًا ينتج عنه إسهال (براز مائي يحتوي على مخاط أبيض، ويشبه ماء الأرز المغلي) وتقيؤ.

4. العلامات السريرية:

- إسهال غزير خارج عن السيطرة ومماثل في مظهره لماء الأرز المغلي
- تقيؤ
- اجتناف
- حُمَاض
- غيبوبة
- ملحوظة: كثير من الأشخاص المصابين لا تظهر عليهم الأعراض.

5. التشخيص

- الكشف عن الضمة الكوليرية في البراز

6. إجراءات المكافحة:

- العلاج:
- الإماهة
- المضادات الحيوية
- نظافة صحية شخصية
- مياه نظيفة
- التخلص صحيح من الفضلات السائلة
- نظافة الأغذية
- التخلص صحيح من براز المريض
- الوقاية الأولية:

ملحوظة: ليس هناك لقاح فعال

الوقاية الثانوية: التشخيص والعلاج المبكران للحالات

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الملاريا

1. الوصف

هذا الهدف معدّ لتزويد المشاركين بالمعرفة السريرية والعلاجية اللازمة لفهم التنظيم الشامل لبرنامج خاص بمكافحة الملاريا. وتستند مقاربة هذا الموضوع إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية:

- الانتقال عن طريق بعوضة الأنوفيلة: إشارة إلى الصلة بإجراءات مكافحة ناقلات العدوى التي تمت دراستها في الوحدة التعليمية السابقة
- مفهوم المناعة: تشديد على الطبيعة المؤقتة للمناعة حالما يتوقف الانتقال
- الأعراض السريرية الأساسية: الحمى، قشعريرة البرد، ... إلخ.
- صعوبة التوصل إلى تشخيص دقيق دون مختبر – تشكّل حساسية الأعراض السريرية وخصوصيتها الأساس للتشخيص
- خطورة بعض الصور السريرية، بسبب الصفة الموروثة للطفيليات (الملاريا الدماغية التي تسببها طفيليات المتصورة المنجلية)، بسبب السن (الملاريا عند الأطفال)، بسبب الحالة الفسيولوجية (الملاريا عند النساء الحوامل) أو بسبب المضاعفات (أنيميا فقر الدم، القصور الكلوي، الاستسقاء، حمى البول الأسود، ... إلخ).
- الفحوصات المخبرية: مسحات دم - طبقة دم سميكة وأخرى رقيقة
- علاج الملاريا مع التشديد على:

- مضادات الملاريا الأساسية: الكلوروكين chloroquine والكوينين quinine والمفلوكين mefloquine ومضاد الفولات antifolates ومبيد المتقسّات schizontocides (تركيبات السلفوناميد sulfonamides والبيريميثامين pyrimethamine، ومضادات حيوية antibiotics ومستخلص من نبات الكنغوسو (qinghaosu)، ومبيد العرسيّات gametocytocides)
- مشكلة مقاومة مضادات الملاريا: أنماط المقاومة (R1, R2, R3) وتطور مشكلة مقاومة العقاقير في العالم
- العلاجات الموصى بها لمختلف مجالات المقاومة
- حدود الوقاية في حالات الطوارئ

- التدابير البيئية (مكافحة ناقلات المرض) وتدابير الحماية الفردية (ناموسيات للوقاية من البعوض، طارد البعوض)
- الإشارة إلى تطوير لقاح ونتائج الاختبارات الأولى التي أجريت في الميدان.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للملاريا.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لعلاج حالات الملاريا.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تضم جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: الملاريا

الربط بالأهداف التالية

سوف تُستخدم المادة التي تم تعلمها في هذا الهدف في تمرين المحاكاة.

المالريا

1. العامل المسبب للعدوى:

أربعة أنواع من الطفيليات في الإنسان:

- المتصورة المنجلية
- المتصورة النشيطة
- المتصورة الببضية
- المتصورة الوبالية

2. الدورة:



3. الفيسيولوجيا المرضية:

تحدث الحمى نتيجة إفراز خضاب الملاريا في الدم عندما تنقطع المتقسّمات. تسبب المتصورة المنجلية مشاكل في الجهاز الدوري الصغري (الدماغ، الكلى) عندما تكون نسبة وجود الطفيليات في الدم مرتفعة.

4. العلامات السريرية:

1. المتصورة المنجلية
 - فترة حضانة تمتد من أسبوع إلى أسبوعين
 - حمى مرتفعة
 - قشعريرة، تعرّق
 - الهجمات المميّطة: الملاريا الدماغية – غيبوبة حُمية
2. المتصورة النشيطة
 - فترة حضانة تمتد من 10 أيام إلى 20 يوماً
 - حمى
 - صداع، آلام جسدية

5. التشخيص:

كشف الطفيليات في الدم (مسحات دم – طبقة دم سميكة وأخرى رقيقة)

6. إجراءات المكافحة:

العلاج: مضادات الملاريا (الكلوروكين والكينين والمفلوكين ومستخلص من نبات الكنفوسو)
الوقاية الأولية: ناموسيات واقية من البعوض، طارد البعوض، مكافحة البعوض

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الشيغللات

1. الوصف

تسبب عصية سلبية الغرام (الشيغلّة) داء الشيغللات. وتغزو هذه العصيات بطانة الأمعاء حيث تسبب خراجات مجهرية ونزيفًا وتدميرًا للغشاء المخاطي المعوي. وخزان المرض هو الإنسان. إذ ينتقل المرض من خلال تماس مباشر بالأشخاص المصابين، ومن خلال الأغذية والمياه الملوثة. والنقطة المهمة التي يجب أن نتذكرها هي أنّ عددًا قليلًا من العصيات كافٍ بأن يسبب المرض ويؤدي إلى أوبئة خطيرة.

ويتميّز داء الشيغللات بتغوّط براز إسهالي يحتوي مخاطًا وصيدًا ودمًا، ويكون مصحوبًا بحمى وألم في البطن. ومعدل الوفيات مرتفع عند الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة.

ويشمل العلاج:

- العلاج العادي للأمراض الإسهالية: الإمهاء
 - العلاج بالمضادات الحيوية. ينبغي إجراء فحوصات لتحديد درجة مقاومة المضادات الحيوية في المجال المعني من أجل التمكن من اختيار العقار الأكثر فاعلية: nalidixic acid حمض الناليديكسيك، ciprofloxacin سيبروفلوكساسين، ... إلخ.
- وتتوقف الوقاية على تدابير التصحاح البيئي: تخلص سليم من الفضلات البشرية، وإمدادات بمياه نظيفة، وتثقيف صحي.

2. الفئة

الأداة: الإمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الشيغللات.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الشيغللات.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تضم جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 10 دقائق.

6. الخلاصة

• الإطار 1: داء الشيغللات

الرابط بالأهداف التالية

سوف تستخدم المادة التي تم تعلمها في هذا الهدف في تمرين المحاكاة.

الإطار 1

داء الشيغللات
(الزحار البكتيري)

1. العامل المسبب للعدوى:

متعضيات الشيغلة: عصيات سلبية الغرام تتألف من أربع مجموعات فرعية

2. الدورة:

المستودع: الإنسان

ينتقل المرض من خلال تماسّ مباشر بالأشخاص المصابين بالمرض أو من خلال استهلاك أغذية أو مياه ملوثة

3. الفيسيولوجيا المرضية:

غزو الغشاء المخاطي المعوي الذي يؤدي إلى تكوين خراجات مجهرية ونزيف وتدمير للخلايا المعوية

4. العلامات السريرية:

إسهال مصحوب بحمى وألم في البطن

5. التشخيص:

زرع عينة من البراز: مقاومة المضادات الحيوية

6. إجراءات مكافحة:

العلاج: • الإماهة

• المضادات الحيوية

الوقاية الأولية: • تدابير نظافة صحية

(المياه، الطعام، النظافة الصحية الشخصية)

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمرض الحصبة

1. الوصف

هذا الهدف معدّ لتزويد المشاركين بالمعرفة السريرية والعلاجية اللازمة لفهم التنظيم الشامل لبرنامج خاص بمكافحة مرض الحصبة. وتستند مقارنة هذا الموضوع إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية:

- الانتقال عن طريق الهواء: تأثير الاكتظاظ
- المناعة: مفهوم المجموعات المشتبه فيها – في الدرجة الأولى الأطفال الذين هم بين سن 6 أشهر و5 سنوات. ولكن في ظل ظروف معينة، قد يمتد النطاق المشتبه فيه حتى سن 14 سنة. وتجدر الإشارة إلى أنّ الأجسام المضادة المستمدة من الأم موجودة في الأطفال الذين يتلقون رضاعة طبيعية وتتراوح أعمارهم ما بين 6 و9 أشهر، وبالتالي فمن الضروري حقن جرعة ثانية من اللقاح للطفل بعد أن يتخطى سن 9 أشهر.
- العلامات السريرية: حمى ، طفح حصبي الشكل، سعال، احمرار في العيون، بقع «كوبليك»
- علاج الحصبة:
- الرعاية الروتينية: التميّه ، التغذية السليمة، خفض درجة الحمى، النظافة الصحية الجيدة
- الحؤول دون المضاعفات المعدية، كالتهابات الرئة والأذن والأنف والحنجرة، على سبيل المثال
- الجرعات العلاجية من فيتامين أ (200,000 وحدة دولية)
- إخطار مركز الأمراض الوبائية بخصوص حالات الحصبة المسجلة بين السكان وفي المرافق الصحية، وحالة التحصين الخاصة بها، من أجل تيسير تقييم مدى فاعلية برنامج تحصين سابق.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لمرض الحصبة.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لعلاج حالات الحصبة.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تضم جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

• الإطار 1: الحصبة

الرباط بالأهداف التالية

سوف تستخدم المادة التي تم تعلمها في هذا الهدف في تمرين المحاكاة.

الحصبة**الإطار 1****1. العامل المسبب للعدوى:**

فيروس الحصبة

2. الدورة:

المستودع: الإنسان

ينتقل المرض مباشرةً من شخص لآخر عن طريق قطرات "Pflügge"

فترة الحضانة 10 أيام

3. العلامات السريرية:

حمى، طفح على الأغشية المخاطية، سعال، التهاب الغشاء المخاطي للأنف، التهاب الملتحمة، بقع "كوبليك"

انتشار طفح بقع حطاطية

المضاعفات:

- التهابات الأذن
- التهاب رئوي
- التهاب الدماغ
- سوء التغذية
- نقص فيتامين أ

4. التشخيص:

تشخيص سريري

5. إجراءات المكافحة

العلاج:

- الأعراض
- فيتامين أ
- الوقاية بالمضادات الحيوية
- التلقيح

الوقاية الأولية:

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الدودة الشصية (الأنسيلوستوما)

1. الوصف

هذا الهدف معدّ لتزويد المشاركين بالمعرفة السريرية والعلاجية اللازمة لفهم التنظيم الشامل لبرنامج خاص بمكافحة الطفيليات المعوية، من خلال استخدام الإصابة بداء الدودة الشصية (الأنسيلوستوما) كمثال نموذجي.

وهناك نوعان من الديدان الشصية: الأنسيلوستوما الاثنا عشرية والفتاكة الأمريكية. وتتغذى هذه الديدان بالدم، وذلك من خلال تعلقها بالعشاء المخاطي المعوي و«ضخ» الدم خارج الزغب المعوية. وتتوقف كمية الدم التي يخسرها المضيف على نوع الدودة الشصية (تغذى الأنسيلوستوما الاثنا عشرية بالدم أكثر من الفتاكة الأمريكية بعشرة أضعاف) ومدى انتشارها.

الجوانب السريرية

تظهر أعراض هضمية خلال المرحلة الأولى من الإصابة الأولية على شكل ألم في البطن فوق المعدة وغثيان وتقيؤ وإسهال.

وينجم فقر الدم عن فقدان الدم المعوي، وقد يكون حادًا.

الجوانب العلاجية

العلاج الموصى به هو البندازول *albendazole*. وجرعة واحدة من البندازول 400 ملغ تشفي 80% من جميع الحالات. وثلاث جرعات من 200 ملغ لمدة ثلاثة أيام متتالية تشفي جميع الحالات. كما أنّ جرعة يومية من مبندازول 100 ملغ لمدة ثلاثة أيام ذات فاعلية عالية.

ويُعالج فقر الدم باستعمال مركّب الحديد *ferrous sulfate*.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لداء الدودة الشصية.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية لعلاج حالات الإصابة بداء الدودة الشصية.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تضم جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

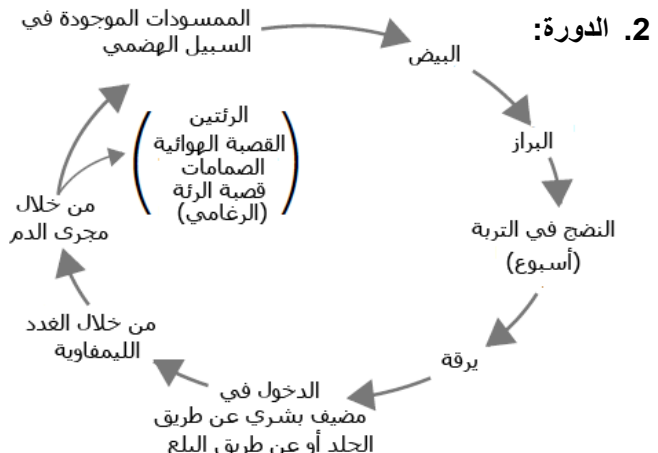
• الإطار 1: داء الدودة الشصية

الربط بالأهداف التالية

سوف تُستخدم المادة التي تم تعلمها في هذا الهدف في تمرين المحاكاة.

الإطار 1

داء الدودة الشصية

1. العامل المسبب للعدوى:
 - الديدان الخيطية (الممسودات)
 - الأنسيلوستوما الإثنا عشرية
 - الفتاكة الأمريكية
2. الدورة:
 
3. الفيسيولوجيا المرضية:
 - آفات الغشاء المخاطي المعوي
4. العلامات السريرية:
 - أعراض رئوية (سعال، مادة غير طبيعية متراكمة في الرئة)
 - نزيف مجهري ← فقر دم
 - تأخر في النمو وعدم زيادة في الوزن (إصابة مزمنة)
5. التشخيص:
 - كشف وجود بيوض في البراز
6. إجراءات مكافحة:
 - العلاج: البيندازول
 - الوقاية الأولية:
 - المراحيض
 - ارتداء الأحذية
 - الوقاية الثانوية:
 - التشخيص والعلاج المبكران
 - العلاج الجماعي
 - الوقاية الثالثة: علاج فقر الدم

الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للحمى الصفراء والخنثاق (الديفتيريا) والجرب والحثار (التراخوما)

1. الوصف

يتمثل الغرض هنا في منح المشاركين فكرة عن الجوانب السريرية والعلاجية لأمراض معدية أخرى، على الرغم من أن هذه الأمراض لن تُستخدم لتوضيح برامج مكافحة في تمرين المحاكاة.

2. الفئة

الأداة: الإلمام بالجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للحمى الصفراء والخنثاق والجرب والحثار.

3. الصياغة

عرض الجوانب السريرية والعلاجية الأساسية للحمى الصفراء والخنثاق والجرب والحثار.

4. أسلوب التعليم

جلسة أسئلة وأجوبة تضم جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 10 دقائق.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الحمى الصفراء
- الإطار 2: الخنثاق
- الإطار 3: الجرب
- الإطار 4: الحثار

الربط بالأهداف التالية

سوف تفيده المادة المقدمة هنا في مناقشات الأمثلة الملموسة لبرامج مكافحة التي يستشهد بها المدربون بناءً على تجاربهم الخاصة.

الإطار 1

الحمى الصفراء

1. العامل المسبب للعدوى:

فيروس الحمى الصفراء

2. الدورة:

المستودع: الثدييات الرئيسية (الإنسان والقرود والسعدان). ينتقل المرض عن طريق البعوض (البعوضة الزاعجة المصرية *Aedes aegypti*)

3. العلامات السريرية:

حمى، صداع، آلام عضلات، بول زلالي، قصور كلوي، يرقان، نزيف

4. التشخيص:

تشخيص مصل الدم

5. إجراءات مكافحة:

- العلاج:
- علاج الأعراض
- الوقاية الأولية: • التحصين (10 سنوات)
- مكافحة البعوض

الإطار 2

الخنّاق

1. العامل المسبب للعدوى:

endocarditis

المضاعفات السامة

(التهاب العضلة القلبية)

العصيات الهوائية موجبة الغرام:

البكتيريا الوتدية الخناقية

Corynebacterium diphtheriae

4. التشخيص:

كشفت الخناق *C. diphtheriae* بالزرع في

أوعية خاصة بذلك

2. الدورة:

المستودع: الإنسان

ينتقل المرض عن طريق تماس مباشر بالمرضى المصابين أو بحامله.

فترة الحضانة يومان- خمسة أيام

5. إجراءات مكافحة:

العلاج: المضادات الحيوية، أنتيتوكسين

antitoxin

الوقاية الأولية:

التحصين

الوقاية الثانوية:

حجر صحي على المريض

3. العلامات السريرية:

خنّاق البلعوم والحنجرة، تكوين أغشية ضاربة إلى البياض في البلعوم والحنجرة

خنّاق غشاء القلب *C. diphtheriae*

الإطار 3

الجرب

1. العامل المسبب للعدوى: مخلوق صغير جدًا: *Sarcoptes scabiei* القارمة الجربية
2. الدورة: المستودع: الإنسان الانتقال: عن طريق تماس مباشر أو من فراش موبوء
3. العلامات السريرية: مرض جلدي (حطاطات، تشقق في طبقات الجلد) يؤثر على أنسجة الأصابع والأعضاء التناسلية وسطوح العضلة القابضة المضاعفات: التهابات بكتيرية مركبة
4. التشخيص: سريري
5. إجراءات مكافحة: العلاج: غسول مضاد للقارمة الجربية الوقاية الأولية: النظافة الصحية الشخصية (المياه) الوقاية الثانوية: الكشف المبكر للاحتكاك بمصابين
6. علم الأوبئة: مرض عالمي يصيب جميع الأعمار

الإطار 4

الحنثار

1. العامل المسبب للعدوى: المتدثرة الحنثرية *Chlamydia trachomatis*
2. الدورة: المستودع: الإنسان الانتقال: عن طريق تماس مباشر (من شخص لآخر) وبواسطة الذباب
3. العلامات السريرية: التهاب جريبي في الملتحمة تسبب التهابات المتكررة ظهور ندوب في القرنية
4. التشخيص: سريري
5. إجراءات مكافحة: العلاج: مضادات حيوية الوقاية الأولية: النظافة الصحية الشخصية (المياه مهمة جدًا)
6. علم الأوبئة: منتشر في أفريقيا والشرق الأوسط

تحديد الأولويات الخاصة بالمشكلات المتعلقة بالأمراض المعدية في وضع معين

1. الوصف

يُتوقع من المشاركين أن يقوموا بتحديد المشكلات الرئيسية الناشئة عن الأمراض المعدية وأن يحددوا الأولويات، وذلك باستخدام البيانات المدرجة في تمرين المحاكاة. ويتوجب عليهم أن يطبقوا مهارات التخطيط التي درسوها في الوحدة التعليمية الأولى، فيحددون أولاً حجم المشكلات (معدل الوفيات، نسبة انتشار المرض، عدد الحالات، ... إلخ.) ومن ثمّ يقومون بالتأكد من إمكانية البدء ببرنامج فعال لمعالجة هذه المشكلات.

والأمراض المعدية الرئيسية التي يواجهها المشاركون في تمرين المحاكاة هي التالية:

- أمراض إسهالية (بما في ذلك حالات قليلة من الكوليرا)

- حصبة

- سل

- التهاب السحايا (حالتان)

- طفيليات معوية

- جرب

- التهابات في الجهاز التنفسي

- ملاريا

- مرض نقص المناعة المكتسبة

لقد تلقى المشاركون في الدورة معلومات كافية بشأن الأمراض المعدية وطرق التدخل الممكنة، مما يوفر لهم القدرة على استيعاب هذا الهدف العملي.

2. الفئة

ممارسة: استخدام مهارات التخطيط التي تمّ استيعابها لتحديد الأولويات الخاصة بالأمراض المعدية الرئيسية.

3. الصياغة

تحديد الأولويات الخاصة بالأمراض المعدية الرئيسية من خلال تحديد حجم كل مرض (معدل الوفيات، نسبة انتشار المرض، عدد الحالات، ... إلخ.) وإمكانيات العمل في إطار تمرين المحاكاة ألفا لاند – بيتا لاند.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه جلسة عامة تقدم خلالها كل مجموعة النتائج التي توصلت إليها على أوراق شفافة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 30 دقيقة لملخص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يجب أن يقوم المدرب بإعداد المهمة مسبقاً من أجل مقارنة الأولويات التي حددها مع الأولويات التي وضعها المشاركون.

- الإطار 1: الأمراض الستة التي سوف تستخدم في بقية التمرين.

الربط بالأهداف التالية

الأمراض المعدية الستة التي سوف يُطلب من المشاركين القيام بتخطيط برنامج تدخل لها لا تعكس بالضرورة أي ترتيب معيّن للأولويات. وقد تمّ اختيار هذه الأمراض لتوفير مجموعة واسعة نسبيّاً من فرص صنع القرارات من قبل المشاركين.

الإطار 1

الأمراض المعدية الستة التي سوف توضع برامج مكافحة لها

في تمرين المحاكاة:

- الحصبة
- الملاريا
- السل
- الأمراض الإسهالية
- التهاب السحايا
- مرض الدودة الشصية

تخطيط برنامج لمكافحة الحصبة في حالة معيّنة

1. الوصف

يجب الأخذ في الاعتبار القيود التقنية لكل إجراء، والقيود اللوجيستية والسياق الثقافي والقيود السياسية، وبخاصة الصعوبات في الوصول إلى مجموعة سكانية في ظل ظروف معيّنة، في أي خطة توضع لبرنامج خاص بمكافحة الحصبة. وينبغي اتباع الخطوط العريضة لعملية التخطيط التي تم إيضاحها في الوحدة الأولى في وضع البرنامج:

- الأهداف

- الاستراتيجية

- الموارد اللازمة

- طريقة تقييم التأثير الذي تحقق.

وفي ما يتعلق بالاستراتيجية، يجب أن يشير المشاركون الذين يعملون في مجموعات إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية وأن يحددوا الإجراءات التي تريد المجموعة اتخاذها في كل مستوى: الوقاية الأولية والثانوية، والعلاج، والوقاية من المستوى الثالث.

وإجراء الوقاية الأولية واضح: التحصين. ومع ذلك، يجب أن تتخذ المجموعة عددًا من القرارات:

- ما هي المجموعات العمرية التي ينبغي تحصينها؟

- ما هو نوع اللقاح الذي ينبغي استخدامه؟

- ما هي الاستراتيجية العامة التي ينبغي اتباعها؟ التحصين الجماعي ضد مرض الحصبة وحده، أم دمج التحصين ضد الحصبة ضمن برنامج تحصين موسّع يشمل عدة أمراض؟

وينبغي أن يعرّف الهدف الموضوع لبرنامج التحصين ضد مرض الحصبة بشكل واضح عن معدل التغطية المنشودة. ويجب أن تستعرض الاستراتيجية العملية كافة الأنشطة المختارة:

- إبلاغ المجتمع المحلي

- تدريب العاملين الذين سوف يقومون بتنفيذ البرنامج

- إدارة سلسلة التبريد

- وضع نظام تقييم يركّز على كشف حالات مرض الحصبة التي تظهر بعد حملة التحصين

• متابعة للحملة الجماعية وذلك بإجراء برنامج تحصين موسّع روتيني لتحصين الأطفال الذين بلغوا سن التحصين، أو لتحصين الواصلين الجدد في حالة مجموعات سكانية نازحة.

وينبغي أن تؤكد مجموعة العمل على أهمية التحصين الفوري الممنهج لجميع الأطفال الذين يتم قبولهم في مراكز التأهيل الغذائي.

كما ينبغي أن يتخذ البرنامج ترتيبات مسبقة تحسباً لحالات الحصبة التي تأتي إلى المرافق الصحية:

• الوقاية من المضاعفات البكتيرية المعدية (اختيار مضاد حيوي)

• الجرعة العلاجية من فيتامين أ

• الرعاية الصحية الأساسية والتغذية المناسبة وشرب السوائل.

ويتضمن مثل هذا البرنامج مجموعة من الإجراءات. وبدلاً من مجرد تقديم قائمة بالإجراءات التي تخطط المجموعة لاتخاذها، يجب أن توضح أيضاً سبب اختيارها لهذه الإجراءات المحددة ونبذها للاحتتمالات الأخرى.

ويقدر ما يسمح الوقت، ينبغي أن تحدد المجموعة أيضاً الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج الذي تقترحه. ولهذه الغاية، يتعين عليها أن تحدد بوضوح ما الذي تخطط له من استخدام للموارد المحلية (من عاملين ولقاحات).

2. الفئة

ممارسة: تخطيط برنامج لمكافحة الحصبة في حالة معينة.

3. الصياغة

تخطيط برنامج لمكافحة الحصبة في مخيم «عوالي».

4. أسلوب التعليم

يجب أن تخطط كل مجموعة عمل برنامجين لمكافحة مرضين اثنين. ومع أنّ كل مجموعة سيطلب منها عرض النتائج التي توصلت إليها لمرض واحد فقط، إلا أنّ عملها المتعلق بالمرض الثاني سوف يهيئها لمناقشة النتائج التي توصلت إليها المجموعة التي ستعرض البرنامج الخاص بذلك المرض.

5. المدة

المدة الإجمالية: 120 دقيقة

• 60 دقيقة للعمل في مجموعات

• 60 دقيقة للعروض في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يُعدّ المدرب مسبقاً برنامجاً لمكافحة مرض الحصبة لمقارنته مع برامج المتدربين. يُطلب من المجموعات الأخرى، وبخاصة المجموعة التي درست مرض الحصبة باعتباره المرض الثاني، التعليق على برنامج العمل المقدم من قبل المجموعة التي تقوم بعرضه. ومن ثمّ يقدّم المدرب تعليقات وبشاطر المتدربين أيّ تجارب شخصية ذات صلة.

الرابط بالأهداف التالية

تشير المجموعة، في هذا البرنامج، إلى ضرورة معالجة المرضى في مستوصف وإدخال الحالات الخطيرة إلى مستشفى. وسوف يبرز هذا الموضوع مرة أخرى في القسم الخاص بتخطيط نظام رعاية للمرضى في المرافق الصحية (في الوحدة التعليمية الخاصة بالرعاية الطبية والجراحية).

تخطيط برنامج لمكافحة داء الملاريا في حالة معينة

1. الوصف

يجب الأخذ في الاعتبار القيود التقنية لكل إجراء، والقيود اللوجيستية والسياق الثقافي والقيود السياسية، وبخاصة الصعوبات في الوصول إلى مجموعة سكانية في ظل ظروف معينة، في أي خطة توضع لبرنامج خاص لمكافحة الملاريا. وينبغي اتباع الخطوط العريضة لعملية التخطيط التي تم إيضاحها في الوحدة الأولى في وضع البرنامج:

- الأهداف

- الاستراتيجية

- الموارد اللازمة

- طريقة تقييم التأثير الذي تحقق.

وفي ما يتعلق بالاستراتيجية، يجب أن يشير المشاركون الذين يعملون في مجموعات إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية وأن يحددوا الإجراءات التي تريد المجموعة اتخاذها في كل مستوى: الوقاية الأولية والثانوية، والعلاج، والوقاية من المستوى الثالث.

والوقاية الأولية في هذه الحالة تعني إجراءات التصحاح البيئي: مكافحة ناقلات الأمراض وشبكة لتصريف المياه وناموسيات للوقاية من البعوض وطارذ للبعوض.

وتشمل الوقاية الثانوية والمعالجة وضع نظام فعال للكشف المبكر عن حالات الملاريا وعلاجها. وتحقيقاً لهذه الغاية، يجب على المشاركين أن يقرروا بشأن كيفية تنظيم هذا النظام: من سيكشف على الحالات، ومن سيعالجها، وما هو نظام المعالجة الذي سيستخدم، على سبيل المثال. كما يجب أن تقرر المجموعة بشأن سياسة تتعلق بمعالجة الحالات الخطيرة، على الرغم من عدم الخوض في تفاصيل أنظمة المعالجة.

وبدلاً من مجرد تقديم قائمة بالإجراءات التي تخطط المجموعة لاتخاذها، يجب أن توضح أيضاً سبب اختيارها لهذه الإجراءات المحددة ونبذها للاحتتمالات الأخرى، من قبيل الوقاية الكيميائية الجماعية.

وبقدر ما يسمح الوقت، ينبغي أن تحدد المجموعة أيضاً الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج الذي تقترحه.

2. الفئة

ممارسة: تخطيط برنامج لمكافحة الملاريا في حالة معينة.

3. الصياغة

تخطيط برنامج لمكافحة الملاريا لمخيم «عوالي» كتمرين محاكاة.

4. أسلوب التعليم

يجب أن تخطط كل مجموعة عمل برنامجين لمكافحة مرضين اثنين. ومع أن كل مجموعة سيطلب منها عرض النتائج التي توصلت إليها لمرض واحد فقط، إلا أن عملها المتعلق بالمرض الثاني سوف يهيئها لمناقشة النتائج التي توصلت إليها المجموعة التي ستعرض البرنامج الخاص بذلك المرض.

5. المدة

المدة الإجمالية: 120 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة للعروض في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يُعدّ المدرب مسبقاً برنامجاً لمكافحة داء الملاريا لمقارنته مع برامج المتدربين. ويطلب من المجموعات الأخرى، وبخاصة المجموعة التي درست داء الملاريا باعتباره المرض الثاني، التعليق على برنامج العمل المقدم من قبل المجموعة التي تقوم بعرضه. ومن ثمّ يقدم المدرب تعليقات ويشاطر المتدربين أي تجارب شخصية ذات صلة.

الربط بالأهداف التالية

تشير المجموعة، في هذا البرنامج، إلى ضرورة معالجة المرضى في مستوصف وإدخال الحالات الخطيرة إلى مستشفى. وسوف يبرز هذا الموضوع مرة أخرى في القسم الخاص بتخطيط نظام رعاية للمرضى في المرافق الصحية (في الوحدة التعليمية الخاصة بالرعاية الطبية والجراحية).

تخطيط برنامج لمكافحة داء السل في حالة معيّنة

1. الوصف

يجب الأخذ في الاعتبار القيود التقنية لكل إجراء، والقيود اللوجيستية والسياق الثقافي والقيود السياسية، وبخاصة الصعوبات في الوصول إلى مجموعة سكانية في ظل ظروف معيّنة، في أي خطة توضع لبرنامج خاص لمكافحة داء السل. وينبغي اتباع الخطوط العريضة لعملية التخطيط التي تم إيضاحها في الوحدة الأولى في وضع البرنامج:

- الأهداف

- الاستراتيجية

- الموارد اللازمة

- طريقة تقييم التأثير الذي تحقق.

وفي ما يتعلق بالاستراتيجية، يجب أن يشير المشاركون الذين يعملون في مجموعات إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية وأن يحددوا الإجراءات التي تريد المجموعة اتخاذها في كل مستوى: الوقاية الأولية والثانوية، والعلاج، والوقاية من المستوى الثالث.

والتحصين بلقاح BCG ليس إجراءً فعالاً، إذ إنه لا يمنع سوى الأشكال الخطرة من مرض السل (السل الدخني والتهاب السحايا السلي) والسل في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة. ومنع الاكتظاظ يقلل من انتقال العصيات السلية من مرضى السل إلى بقية السكان.

وتتمثل الأولوية في تحديد المرضى الذين يفرزون بصاقاً إيجابياً ومعالجتهم. ويتضمن هذا البرنامج الخطوات التالية:

- تحديد المرضى الذين تظهر عليهم العلامات السريرية لمرض السل. ويجب الاختيار بين احتمالين: الفحص العملي (يخرج العاملون في مجال الرعاية الصحية ويحاولون كشف المرض في المجتمع المحلي) والفحص السلبي (يشخص العاملون في مجال الرعاية الصحية أولئك المرضى الذين يأتون من تلقاء أنفسهم إلى مرفق من مرافق الرعاية الصحية). ويوصى باتباع الاستراتيجية الثانية. ومع ذلك، فحالما يتم تشخيص إصابة أحد المرضى بالداء بشكل حاسم، يجب أن يقوم العاملون في مجال الرعاية الصحية بفحص أفراد الوسط المباشر للمريض.

- إقامة دليل بكتيريولوجي على الإصابة بمرض السل من خلال كشف وجود عصيات سلية في بصاق المريض

- معالجة المرضى وفقاً للفئات التي حددتها منظمة الصحة العالمية (حالة جديدة، انتكاسة مرضية، فشل العلاج، حالة مزمنة)
- متابعة المرضى بعد العلاج لرصد الانتكاسات.

وقبل القيام بتصميم هذا النوع من البرامج، يجب أن تحدد المجموعة القيود المحتملة المحيطة بالجهود التي من شأنها مكافحة مرض السل. أولاً وقبل كل شيء، يجب التأكد من جودة المختبر، إذ إن تحديد المستفيدين من البرنامج يعتمد حصرياً على نتائج المختبر. ويعدّ الطب الإشعاعي وسيلة غير مناسبة لتحديد المرضى الذين ينبغي إدخالهم في البرنامج. ولا بدّ من وجود بعض الضمانات بأنّ المرضى سيتمكنون من مواصلة علاجهم طوال الفترة المطلوبة (6 - 8 أشهر)، إذ إنّ امتثال المرضى هو العامل الأساسي في ضمان الشفاء. وينبغي أن يقوم المدرب بالتعليق على الضرورة المطلقة لتطبيق استراتيجية العلاج تحت إشراف مباشر. وفي الأوضاع غير المستقرة (كالحرب) يكون من الصعب إدراك هذا العامل. وأخيراً، يجب أن يتأكد مدراء البرنامج من أنّ الموارد اللازمة لإدارة البرنامج سوف تكون متوفرة. فالاضطرار إلى إيقاف المعالجة بسبب نقص الموارد المالية سيكون خطأ مهنيًا فادحًا. ويتعيّن على المشاركين في الدورة أخذ جميع هذه العوامل في الاعتبار عندما يقررون ما إذا كانوا سيبدأون ببرنامج لعلاج مرض السل أم لا.

وبدلاً من مجرد تقديم قائمة بالإجراءات التي تخطط المجموعة لاتخاذها، يجب أن توضح أيضاً سبب اختيارها لهذه الإجراءات المحددة ونبذها للاحتتمالات الأخرى.

وبقدر ما يسمح الوقت، ينبغي أن تحدد المجموعة أيضاً الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج الذي تقترحه.

2. الفئة

ممارسة: تخطيط برنامج لمكافحة مرض السل في حالة معيّنة.

3. الصياغة

تبرير استصواب أو عدم استصواب تنفيذ حملة لمكافحة مرض السل. وإذا كانت الحجة لصالح تنفيذ الحملة، القيام بتخطيط برنامج لمكافحة مرض السل.

4. أسلوب التعليم

يجب أن تخطط كل مجموعة عمل برنامجين لمكافحة مرضين اثنين. ومع أنّ كل مجموعة سيطلب منها عرض النتائج التي توصلت إليها لمرض واحد فقط، إلا أنّ عملها المتعلق بالمرض الثاني سوف يهيئها لمناقشة النتائج التي توصلت إليها المجموعة التي ستعرض البرنامج الخاص بذلك للمرض.

5. المدة

المدة الإجمالية: 120 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة للعروض في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يُعدّ المدرب مسبقًا برنامجًا لمكافحة مرض السل لمقارنته مع برامج المتدربين. ويطلب من المجموعات الأخرى، وبخاصة المجموعة التي درست مرض السل باعتباره المرض الثاني، التعليق على برنامج العمل المقدم من قبل المجموعة التي تقوم بعرضه. ومن ثمّ يقدّم المدرب تعليقات ويشاطر المتدربين أي تجارب شخصية ذات صلة.

الرابط بالأهداف التالية

تشير المجموعة، في هذا البرنامج، إلى ضرورة معالجة المرضى في مصحة استشفاء، وبخاصة في أثناء المرحلة المكثفة للعلاج. وسوف يبرز هذا الموضوع مرة أخرى في القسم الخاص بتخطيط نظام رعاية للمرضى في المرافق الصحية (في الوحدة التعليمية الخاصة بالرعاية الطبية والجراحية).

تخطيط برنامج لمكافحة الأمراض الإسهالية في حالة معينة

1. الوصف

يجب الأخذ في الاعتبار القيود التقنية لكل إجراء، والقيود اللوجيستية والسياق الثقافي والقيود السياسية، وبخاصة الصعوبات في الوصول إلى مجموعة سكانية في ظل ظروف معينة، في أي خطة توضع لبرنامج خاص بمكافحة الأمراض الإسهالية. وينبغي اتباع الخطوط العريضة لعملية التخطيط التي تم إيضاحها في الوحدة الأولى في وضع البرنامج:

- الأهداف
- الاستراتيجية
- الموارد اللازمة
- طريقة تقييم التأثير الذي تحقق.

وفي ما يتعلق بالاستراتيجية، يجب أن يشير المشاركون الذين يعملون في مجموعات إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية وأن يحددوا الإجراءات التي تريد المجموعة اتخاذها في كل مستوى: الوقاية الأولية والثانوية، والعلاج، والوقاية من المستوى الثالث.

والوقاية الأولية في هذه الحالة تعني إجراءات التصحاح البيئي: توفير كمية كافية من المياه النظيفة، التخلص المناسب من الفضلات البشرية، التنظيف الصحي.

وينبغي أن تشمل الوقاية الثانوية العلاج المبكر لحالات الأمراض الإسهالية من أجل الحؤول دون تطور التجفاف. ويجب على المشاركين أن يقرروا بشأن استراتيجية من أجل تأمين الحصول على محلول الإمهاء الفموية: توزيع عبوات أملاح الإمهاء الفموية على جميع الأسر، أو توزيع مكونات أملاح الإمهاء الفموية على جميع الأسر، أو قصر أملاح الإمهاء الفموية على مرافق الرعاية الصحية وتسليمها على أساس كل حالة على حدة.

ويجب إنشاء أنظمة علاجية للحالات الحادة (اختيار المضادات الحيوية التي ستستخدم لمكافحة مسببات معينة للأمراض مثل الشيغلة، وخطة لضخ السوائل في الوريد في حالات التجفاف الحاد التي تستوجب الإمهاء عبر الوريد).

وبدلاً من مجرد تقديم قائمة بالإجراءات التي تخطط المجموعة لاتخاذها، يجب أن توضح أيضاً سبب اختيارها لهذه الإجراءات المحددة ونبذها للاحتتمالات الأخرى.

ويقدر ما يسمح الوقت، ينبغي أن تحدد المجموعة أيضاً الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج الذي تقترحه.

2. الفنة

ممارسة: تخطيط برنامج لمكافحة الأمراض الإسهالية في حالة معيّنة.

3. الصياغة

تخطيط برنامج لمكافحة الأمراض الإسهالية.

4. أسلوب التعليم

يجب أن تخطط كل مجموعة عمل برنامجين لمكافحة مرضين اثنين. ومع أنّ كل مجموعة سيطلب منها عرض النتائج التي توصلت إليها لمرض واحد فقط، إلا أنّ عملها المتعلق بالمرض الثاني سوف يهيئها لمناقشة النتائج التي توصلت إليها المجموعة التي ستعرض البرنامج الخاص بذلك المرض.

5. المدة

المدة الإجمالية: 120 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة للعروض في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يُعدّ المدرب مسبقاً برنامجاً لمكافحة الأمراض الإسهالية لمقارنته مع برامج المتدربين. ويطلب من المجموعات الأخرى، وبخاصة المجموعة التي درست الأمراض الإسهالية باعتبارها المرض الثاني، التعليق على برنامج العمل المقدم من قبل المجموعة التي تقوم بعرضه. ومن ثمّ يقدّم المدرب تعليقات ويشاطر المتدربين أي تجارب شخصية ذات صلة.

الربط بالأهداف التالية

تشير المجموعة، في هذا البرنامج، إلى ضرورة معالجة المرضى في مستوصف وإدخال الحالات الحادة إلى مستشفى. وسوف يبرز هذا الموضوع مرة أخرى في القسم الخاص بتخطيط نظام رعاية للمرضى في المرافق الصحية (في الوحدة التعليمية الخاصة بالرعاية الطبية والجراحية).

تخطيط برنامج لمكافحة داء التهاب السحايا في حالة معيّنة

1. الوصف

يجب الأخذ في الاعتبار القيود التقنية لكل إجراء، والقيود اللوجيستية والسياق الثقافي والقيود السياسية، وبخاصة الصعوبات في الوصول إلى مجموعة سكانية في ظل ظروف معيّنة، في أي خطة توضع لبرنامج خاص بمكافحة داء التهاب السحايا. وينبغي اتباع الخطوط العريضة لعملية التخطيط التي تم إيضاحها في الوحدة الأولى في وضع البرنامج:

- الأهداف

- الاستراتيجية

- الموارد اللازمة

- طريقة تقييم التأثير الذي تحقق.

وفي ما يتعلق بالاستراتيجية، يجب أن يشير المشاركون الذين يعملون في مجموعات إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية وأن يحددوا الإجراءات التي تريد المجموعة اتخاذها في كل مستوى: الوقاية الأولية والثانوية، والعلاج، والوقاية من المستوى الثالث.

إجراءات الوقاية ذات الصلة هي:

- التحصين. لا يوصى بالتحصين الروتيني لمكافحة مرض التهاب السحايا في الفترات غير الوبائية، وذلك بسبب الفترة المحدودة للمناعة التي يوفرها للأطفال الصغار. ومع ذلك، فقد يكون القيام بحملة تحصين في المناطق التي تكون فيها مخاطر وباء التهاب السحايا عالية، قبل بداية الموسم العادي للوباء، احتمالاً يستحق أخذه بعين الاعتبار. وقرار القيام بالتحصين عند بداية الوباء أمر يمكن تبريره طالما يمكن تنفيذ التحصين بسرعة – وهذا يعني أنّ اللقاحات وفريق رعاية صحية مدرّباً متوافران، على سبيل المثال. ويجب أن يتم تنظيم حملة التحصين عند بداية الوباء تماماً من أجل أن يكون التحصين فعالاً. وبالتالي، يجب أن يكون نظام مراقبة الأمراض المعدية نظاماً عالي الدرجة، قادراً على كشف المرض وتوفير تأكيد بكتيريولوجي للمرض عند حدوث الحالات الأولى. ويمكن وضع معايير للشروع بحملة تحصين، تستند إلى ازدياد الحالات على مدى أسبوعين متتاليين. وبحكم التجربة فإنّ تضاعف عدد الحالات هو أساس لتحصين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين عام واحد و 25 عاماً.

- الوقاية الكيميائية الجماعية غير واردة.

العلاج: في حالات الطوارئ التي تكون فيها الموارد محدودة من ناحية العاملين والمجال على حدٍ سواء، يتمثل علاج التهاب السحايا في حقنة واحدة في العضل من المحلول الزيتي للكورامفينيكول. ويمكن تكرار هذه الحقنة بعد 48 ساعة.

وبدلاً من مجرد تقديم قائمة بالإجراءات التي تخطط المجموعة لاتخاذها، يجب أن توضح أيضاً سبب اختيارها لهذه الإجراءات المحددة ونبذها للاحتمالات الأخرى، من قبيل الوقاية الكيميائية الجماعية.

وبقدر ما يسمح الوقت، ينبغي أن تحدد المجموعة أيضاً الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج الذي تقترحه.

2. الفنة

ممارسة: تخطيط برنامج لمكافحة داء التهاب السحايا في حالة معينة.

3. الصياغة

تخطيط برنامج لمكافحة داء التهاب السحايا.

4. أسلوب التعليم

يجب أن تخطط كل مجموعة عمل برنامجين لمكافحة مرضين اثنين. ومع أن كل مجموعة سيطلب منها عرض النتائج التي توصلت إليها لمرض واحد فقط، إلا أن عملها المتعلق بالمرض الثاني سوف يهيئها لمناقشة النتائج التي توصلت إليها المجموعة التي ستعرض البرنامج الخاص بذلك المرض.

5. المدة

المدة الإجمالية: 120 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة للعروض في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يُعدّ المدرب مسبقاً برنامجاً لمكافحة داء التهاب السحايا لمقارنته مع برامج المتدربين. ويطلب من المجموعات الأخرى، وبخاصة المجموعة التي درست داء التهاب السحايا باعتباره المرض الثاني، التعليق على برنامج العمل المقدم من قبل المجموعة التي تقوم بعرضه. ومن ثمّ يقدّم المدرب تعليقات ويشاطر المتدربين أي تجارب شخصية ذات صلة.

الرباط بالأهداف التالية

تشير المجموعة، في هذا البرنامج، إلى ضرورة معالجة المرضى في مستوصف وإدخال الحالات الحادة إلى مستشفى. وسوف يبرز هذا الموضوع مرة أخرى في القسم الخاص بتخطيط نظام رعاية للمرضى في المرافق الصحية (في الوحدة التعليمية الخاصة بالرعاية الطبية والجراحية).

تخطيط برنامج لمكافحة داء الدودة الشصية في حالة معينة

1. الوصف

يجب الأخذ في الاعتبار القيود التقنية لكل إجراء، والقيود اللوجيستية والسياق الثقافي والقيود السياسية، وبخاصة الصعوبات في الوصول إلى مجموعة سكانية في ظل ظروف معينة، في أي خطة توضع لبرنامج خاص بمكافحة داء الدودة الشصية. وينبغي اتباع الخطوط العريضة لعملية التخطيط التي تم إيضاحها في الوحدة الأولى في وضع البرنامج:

- الأهداف

- الاستراتيجية

- الموارد اللازمة

- طريقة تقييم التأثير الذي تحقق.

وفي ما يتعلق بالاستراتيجية، يجب أن يشير المشاركون الذين يعملون في مجموعات إلى الدورة الطبيعية للأمراض المعدية وأن يحددوا الإجراءات التي تريد المجموعة اتخاذها في كل مستوى: الوقاية الأولية والثانوية، والعلاج، والوقاية من المستوى الثالث.

وتقوم الوقاية الأولية على إجراءات التصحاح البيئي، وبخاصة التخلص المناسب من الفضلات البشرية.

وعلاج داء الدودة الشصية في المستوصفات أمر بسيط: جرعة واحدة من البيندازول أو الميندازول. ومع ذلك، من الصعب القيام بتشخيص دقيق على أساس الأعراض السريرية. وفي المناطق التي يكون المرض متوطناً فيها، يشكل وجود فقر الدم الأساس لعلاج ممنهج لمكافحة الدودة الشصية. ولا ينبغي النظر في العلاج الجماعي في مجتمعات محلية معينة إلا كبديل مؤقت إلى أن يبدأ مفعول إجراءات التصحاح البيئي (من المعلوم أنّ تأثير هذه الإجراءات يستلزم بعض الوقت كي يصبح فعالاً).

وبدلاً من مجرد تقديم قائمة بالإجراءات التي تخطط المجموعة لاتخاذها، يجب أن توضح أيضاً سبب اختيارها لهذه الإجراءات المحددة ونبذها للاحتتمالات الأخرى - كالعلاج الجماعي، على سبيل المثال.

ويقدر ما يسمح الوقت، ينبغي أن تحدد المجموعة أيضاً الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج الذي تقررته.

2. الفئة

ممارسة: تخطيط برنامج لمكافحة داء الدودة الشصية في حالة معينة.

3. الصياغة

تخطيط برنامج لمكافحة داء الدودة الشصية.

4. أسلوب التعليم

يجب أن تخطط كل مجموعة عمل برنامجين لمكافحة مرضين اثنين. ومع أن كل مجموعة سيطلب منها عرض النتائج التي توصلت إليها لمرض واحد فقط، إلا أن عملها المتعلق بالمرض الثاني سوف يهيئها لمناقشة النتائج التي توصلت إليها المجموعة التي ستعرض البرنامج الخاص بذلك المرض.

5. المدة

المدة الإجمالية: 120 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة للعروض في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يُعدّ المدرب مسبقاً برنامجاً لمكافحة داء الدودة الشصية لمقارنته مع برامج المتدربين. ويطلب من المجموعات الأخرى، وبخاصة المجموعة التي درست داء الدودة الشصية باعتباره المرض الثاني، التعليق على برنامج العمل المقدم من قبل المجموعة التي تقوم بعرضه. ومن ثمّ يقدّم المدرب تعليقات ويشاطر المتدربين أي تجارب شخصية ذات صلة.

الرباط بالأهداف التالية

تشير المجموعة، في هذا البرنامج، إلى ضرورة معالجة المرضى في مستوصف وإدخال الحالات الحادة إلى مستشفى. وسوف يبرز هذا الموضوع مرة أخرى في القسم الخاص بتخطيط نظام رعاية للمرضى في المرافق الصحية (في الوحدة التعليمية الخاصة بالرعاية الطبية والجراحية).

الرعاية الطبية والجراحية

قائمة الأهداف

- تحديد لتعريف مفهوم مستويات الرعاية الطبية والجراحية، وتحديد المعايير العامة اللازمة للعمل المناسب لنظام الرعاية الطبية
- تحديد المستويات التي يمكن عندها تقييم أي مرفق رعاية صحية، باستخدام المخطط التصوري لأي مرفق رعاية صحية
- احتساب عدد الاستشارات وعمليات التمريض وأسرة المستشفيات الطبية لأي قطاع سكاني معين
- تحديد خطوات أية استشارة طبية وصلتها بالإجراءات القياسية
- تكوين لوغاريتمات لمساعدة عمال الصحة بالمجتمع (CHWS) على عمل التشخيصات
- التعرف على طريقة واحدة لتقييم أداء موظفي الرعاية الصحية
- التعرف على طريقتين لتقييم كميات العقاقير اللازمة لأي مرفق رعاية صحية
- تحديد المعايير اللازمة لتقرير ما إذا كان يجب إنشاء مرفق رعاية صحية مستقل عن المرافق المحلية، أم لا
- تحديد التصميم الهندسي لأحد المستوصفات بناءً على تحليل الأنشطة والمهام التي يتم تنفيذها هناك
- تحديد المراحل المُضمنة في توفير الرعاية لجرحى الحروب
- تحديد الخصائص الأساسية لبرنامج الإسعافات الأولية
- التعرف على المبادئ العامة للإصابات الجراحية
- تحديد المبادئ الأساسية لتقييم أي مرفق رعاية صحية موجود لتقرير ما إذا كان مناسباً لأن نفترض مسؤوليته عن رعاية إصابات الحروب، أم لا.
- التعرف على القواعد الأساسية لجراحة الحروب
- إدراك أهمية الرعاية بعد العملية وإعادة التأهيل في العملية الشاملة لرعاية مرضى الجروح
- تخطيط برنامج لرعاية إصابات الحروب في موقفٍ معين
- تحديد أسباب المشاكل النفسية التي يمر بها ضحايا الصراعات المسلحة واستراتيجيات مسابرتها.

تحديد المستويات المختلفة للرعاية الطبية والجراحية

1. الوصف

يميل الأفراد لربط الرعاية الطبية والجراحية بمرافق الرعاية الصحية، على الرغم من تقديم هذه الرعاية أيضًا خارج هذه المرافق - في الداخل، على سبيل المثال، أو على أرض الواقع. وتتضمن استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية أنشطة كثيرة، بما في ذلك، افتراض وجود المسؤولية عن الرعاية الطبية الأساسية من قبل المجتمع نفسه. ويوضح البحث الحالي المعنى الجرحى الحروب مدى أهميته في بقاء هؤلاء الجرحى على قيد الحياة.

وعليه، يمكن التمييز بين ثلاثة مستويات أساسية للرعاية الطبية والجراحية:

- المستوى الأول: يتم تقديم الرعاية من قبل المجتمع والعاملين بالصحة بالمجتمع والعاملين بالإسعافات الأولية والمقاتلين (الإسعافات الأولية)

- المستوى الثاني: تقديم الرعاية من قبل موظفي الصحة في المستوصفات وفي مراكز الصحة. في هذا المستوى، تتكون الرعاية بصورة جوهرية من خدمات الرعاية المتنقلة وكذلك رعاية المستشفيات العرضية للحالات التي تتطلب أيامًا قليلة من الملاحظة الطبية، مع عدم حدوث مضاعفات فيها.

- المستوى الثالث: تقديم الرعاية الصحية في المستشفيات من قبل موظفي الصحة الذين لديهم مهارات فائقة في التخصص.

كما يمكن تحديد المستويات المتوسطة، لكن بالنسبة للمواقف الطارئة يكون هذا التصنيف كافيًا لفهم الكيفية التي يتم بناءً عليها دمج مستويات الرعاية الصحية هذه.

وينطبق القليل من المبادئ الأساسية على كافة مستويات الرعاية:

- اللا مركزية. توفير أنواع كثيرة من الرعاية الطبية والجراحية بصورة دورية من خلال المجتمع والعاملين بالإسعافات الأولية والعاملين بالصحة بالمجتمع، الذين يتم تدريبهم للغرض.

- الاحترافية. كلما كان مستوى الرعاية مرتفعًا، كانت هناك حاجة أكبر للموظفين المدربين من أجل مواءمة الحالات المعقدة بصورة متزايدة.

- المهام. في كل مستوى، يتم تحديد المهام التي يجب القيام بها بصورة واضحة.

- المشاكل الطبية والجراحية. تضاهي المهام المحددة، بالطبع، المشاكل الطبية والجراحية السائدة بين السكان. ومع السكان النازحين، لا تخص المشاكل الطبية الأساسية أية منطقة بعينها (أمراض الإسهال، عدوى الرئة، مرض الحصبة، عدوى الجلد) أو لا

تخص مناطق معينة (مرض الملاريا، مرض البهارسيا). ويضاف إلى هذه الأشياء المشاكل النفسية الناتجة عن الضغط الذي تتعرض له هذه القطاعات السكانية في حالات النزاع المسلح، بما في ذلك النزوح (سواء كان كرهاً أم طوعاً) وفي المعاملة غير الإنسانية (الاغتصاب، التعذيب، وما إلى ذلك). وتؤدي هذه الحالات إلى ظهور جروح نفسية حقيقية تتم معالجتها من قبل موظفين مدربين.

- تخصيص المهارات. لا يتحدد هذا العامل من خلال تعقيد الحالات التي يكون فيها أي موظف صحة قادراً على التعامل معها، بل من خلال التطابق بين العمل الذي يتم القيام به وقدرات الشخص الموكول إليه القيام به، وتحديد المهمة بما يتوافق مع هذا المبدأ. ويتم التعامل مع الحالات المعقدة من قبل موظفين مدربين على علاجها. وعلى العكس، تصبح معالجة أي طبيب لحالات الجرب عندما يتاح للعاملين بالصحة بالمجتمع القيام بذلك لا قيمة لها ويشير ذلك إلى تخصيص ضعيف للمهارات.
- الاندماج بين المستويات. يقلل أي تعريف صحيح لمناطق المسؤولية التي تتطابق مع المستويات المختلفة من مخاطر مستويات الدرجة الثانية ومستويات الدرجة الثالثة المغمورة تماماً نتيجة تحديد مستوى الإخفاق في القيام بالمهام المحددة لهذه المسؤولية. ويقتضي مثل هذا التعريف تقييماً للمهام التي يطالب كل مستوى بالقيام بها وكذلك الإجراءات القياسية لنقل الحالات من مستوى إلى آخر. وعندما يكون عدد المرضى والجرحى مرتفعاً، وتراعي إجراءات النقل قواعد الفرز لتوفير توصيل الرعاية إلى أكبر عدد ممكن من المرضى، مع الوضع في الاعتبار الإمكانيات المحدودة للمرافق الصحية.
- سلسلة الرعاية. سواءً في ما يتعلق بجرحى الحروب أو المرضى الآخرين، يشابه مفهوم سلسلة الرعاية ذلك الأمر. وتبدأ القاعدة بالحالة الأولية أو بالإسعافات الأولية ونقل المرضى إلى مستويات رعاية أعلى حسبما تقتضي حالته أو حالتها.
- إمكانية الوصول. في حالات النزاع المسلح، غالباً ما يواجه الوصول إلى مراكز الرعاية مشكلة انعدام الأمن أو التمييز ضد مجموعات دينية أو عرقية أو سياسية معينة أو التكلفة، حيث إن الضحايا قد يتم تهميشهم تماماً.

2. الفئة

إطار العمل: تعريف مفهوم مستويات الرعاية الطبية والجراحية وتحديد المعايير العامة اللازمة للتوظيف المناسب لأي نظام رعاية طبية.

3. المنهج

حدد مستويات الرعاية الطبية والجراحية وحدد المعايير العامة اللازمة للتوظيف المناسب لأي نظام رعاية طبية.

4. طريقة التدريس

مهمة محددة لمجموعات العمل، يليها العمل في جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للملخص الوارد في الجلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

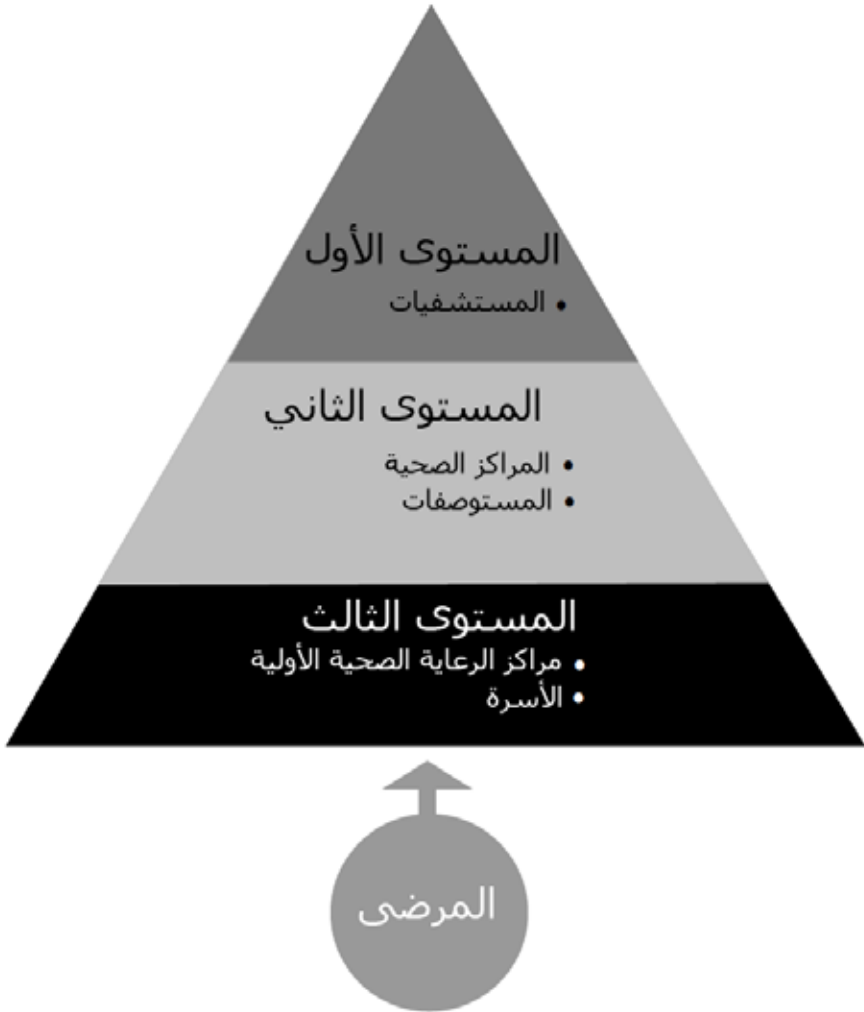
- الإطار 1: الهياكل
- الإطار 2: المهام
- الإطار 3: المهارات
- الإطار 4: اللا مركزية، المهارات
- الإطار 5: العوامل التي تعوق توازن النظام

الربط بالأهداف التالية

يقدم هذا الهدف سياق تحديد الأدوات اللازمة لتخطيط خدمات الرعاية الطبية والجراحية. وتتم دراسة مستوى الرعاية الأولى في ضوء الرعاية الصحية الأولية، التي تتم تغطيتها في الوحدة المعنية بأنظمة الرعاية الصحية.

الإطار 1

مستويات الرعاية الطبية والجراحية (الهيكل)

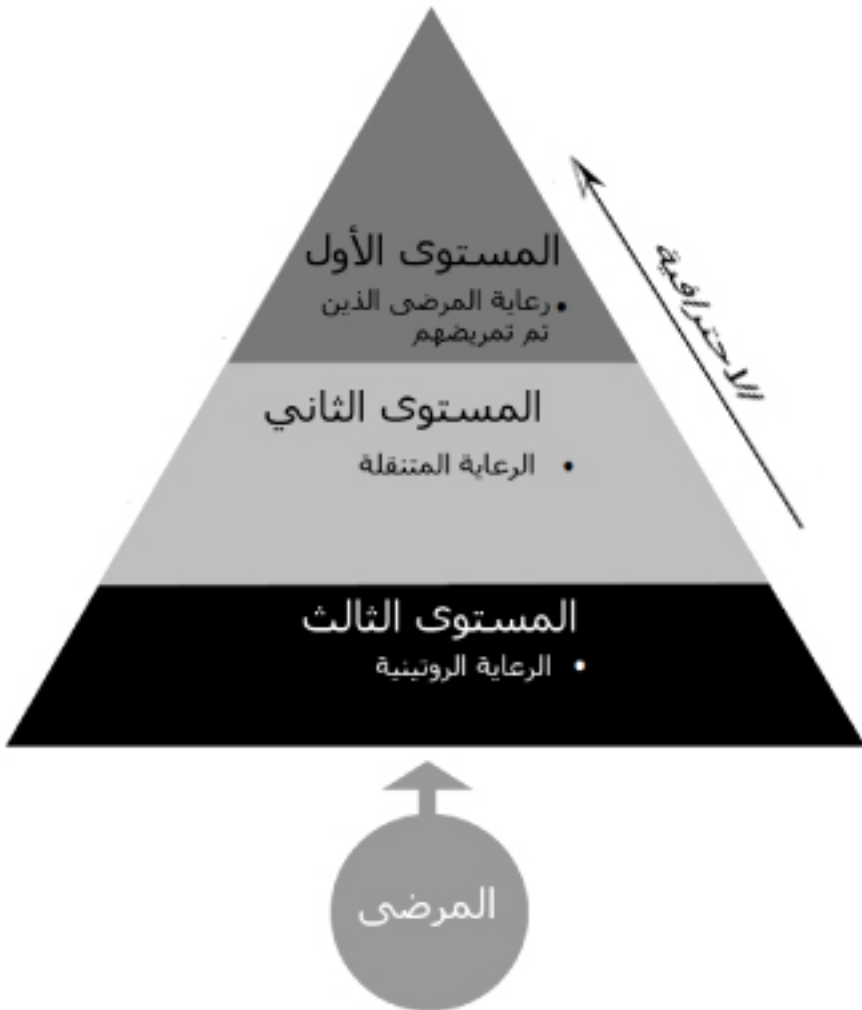


مستويات الرعاية الطبية والجراحية (المهام)



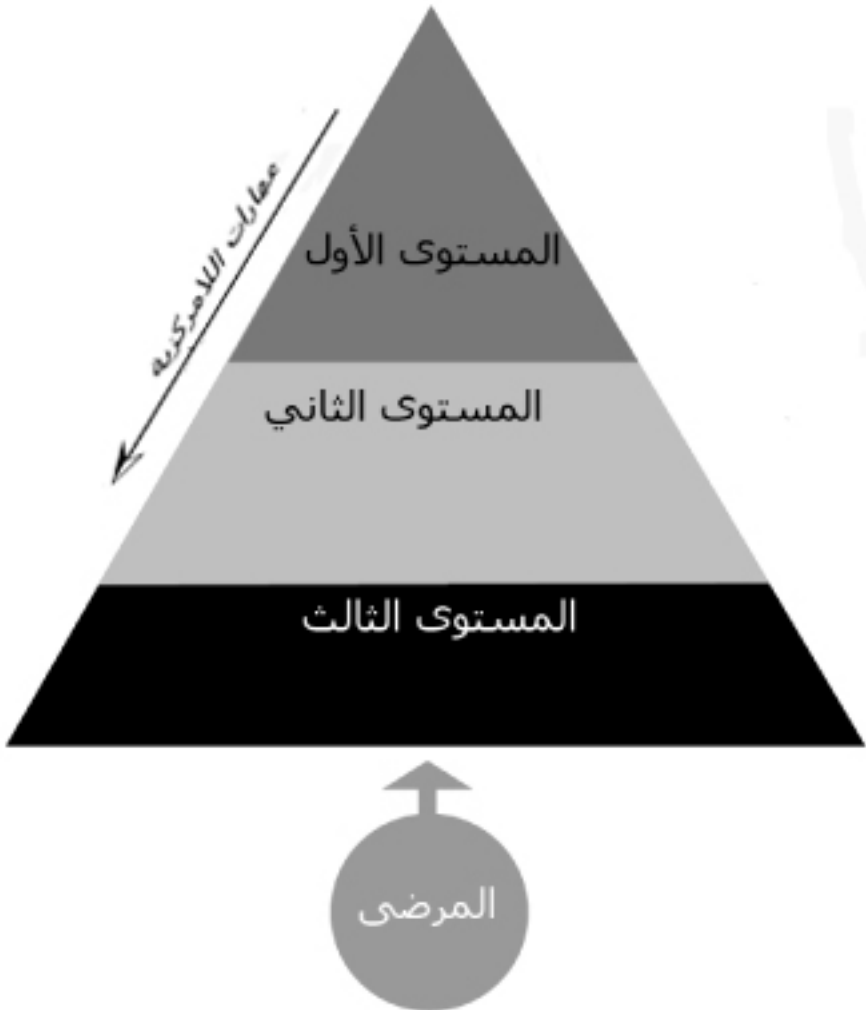
الإطار 3

مستويات الرعاية الطبية والجراحية (المهارات)



مستويات الرعاية الطبية والجراحية

(المهارات اللا مركزية)



الإطار 5

العوامل التي تعوق توازن النظام



العوامل التي تعوق توازن النظام في الحالات الطارئة:

- العدد الكبير من المرضى (في البداية)
- نقص موظفي الرعاية الصحية
- تدمير مرافق الرعاية الصحية أو فسادها
- عدم وصول الرعاية

مرافق الرعاية الصحية

1. الوصف

يمكن تعريف أي مرفق رعاية صحية من خلال المُعاملات السبعة التالية:

- المرضى الذين يتلقون الرعاية هناك
- موظفو الرعاية الصحية الذين يعملون فيه
- المعدات الطبية الدائمة المتاحة
- العقاقير والإمدادات الأخرى المتجددة
- البنية التحتية للإصحاح (المياه، الكهرباء، المطبخ، الحمامات، وما إلى ذلك).
- المنشآت
- إدارة المرفق.

يمكن تطبيق هذه المُعاملات في مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات. وبشكل واضح فإنها تتنوع بدرجة كبيرة بناءً على الحالة. وتقدم هذه المُعاملات الأساس لفهم مبادئ تقييم المرافق الصحية. وفي حالاتٍ طارئةٍ كثيرة، يحتاج الموظفون الإنسانيون إلى تقييم المرافق الصحية الموجودة من أجل تحديد حجم الدعم المطلوب للتعامل مع الحالة الطارئة. وهناك مستويان ضروريان للتقييم.

- يتطلب التقييم الكمي تقييم كل مُعامل من المُعاملات السبعة على حدة:
 - عدد المرضى المقبولين بالمرفق، وتصنيفهم حسب السن ونوع المرض
 - عدد مقدمي الرعاية
 - طبيعة وكمية الأدوية المقدمة
 - حالة المعدات الطبية
 - عدد المباني وحالتها
 - حالة البنية التحتية للإصحاح
 - العوامل الإدارية، الرواتب، الإحصائيات.
- يشتمل التقييم الكمي على فحص للمُعاملات السبعة التي لها صلة في ما بينها، من أجل قياس كمية الرعاية المقدمة:
 - هل المباني كافية بدرجة كبيرة لاستيعاب جميع المرضى بصورة مريحة؟

- هل موظفو الرعاية الصحية لديهم الكفاءة الكافية للتعامل مع المشاكل الطبية التي تظهر بالمرفق (نقطة هامة، على سبيل المثال، في حالة جرحى الحروب الذين تتم معالجتهم من قبل جراحين قليلي الخبرة في هذا النوع من العمل)؟
- هل يتبع موظفو الرعاية الصحية بروتوكولات التشخيص والمعالجة التي توصي بها وزارة الصحة أو منظمة الصحة العالمية أو اللجنة الدولية للصليب الأحمر؟
- هل يتم تقديم العقاقير ذات الجودة الكافية بكميات كافية من أجل استيفاء حاجات المرضى؟
- هل بإمكان الأطباء تشغيل المعدات الطبية المتوافرة (أشعة إكس والمعدات المعملية، وما إلى ذلك) والاستخدام الجيد للنتائج؟
- هل تستوعب البنية التحتية للإصحاح أية زيادة تحدث في عدد المرضى؟
- هل يشمل النظام الإداري تسجيل المرضى؟ وهل يتم دفع رواتب موظفي الرعاية الصحية بصورة منتظمة؟ وهل يتم توفير إحصائيات طبية؟

يعد التقييم الكمي أمرًا سهلًا بصورة نسبية. حيث إنه يتكون من احتساب الأشياء المقدمة، لا أكثر ولا أقل. وعلى النقيض، تكون نواح معينة للتقييم النوعي أمرًا موضوعيًا للغاية. وطريقة تجنب هذه الصعوبة تتمثل في أن نحلل أداء موظفي الرعاية الصحية مقارنةً بالإجراءات القياسية المستخدمة كمراجع. ولأجل الخروج بتقييم عام لجودة الرعاية، قد يتم اختيار مؤشرات عامة معينة، مثل معدل الوفيات الذي يعقب عمليات فتح البطن داخل وحدات الجراحة، أو مجموعة من العوامل - مثل وجود الكهرباء على مدار 24 ساعة في اليوم، بروتوكولات التخدير الصارمة، والرعاية والإشراف المستمرين بعد الجراحة - التي تشير إلى أولوية مفادها أن تأثير المرفق الجراحي على معدل الوفيات سوف يكون محمودًا. تقدم الكثير من الكتيبات قوائم بالبيانات التي يتم جمعها. ويتم التركيز على تحليل هذه المعلومات للحصول على رؤية موضوعية قدر المستطاع عن جودة الرعاية المقدمة من خلال مرفق رعاية صحية معين.

2. الفئة

الأداة: تحديد المستويات التي يمكن عندها تقييم أي مرفق رعاية صحية، باستخدام المخطط التصوري لأي مرفق رعاية صحية.

3. المنهج

ما المقصود بمرفق الرعاية الصحية، وما هو الإجراء المتبع في تقييمه؟

4. طريقة التدريس

مهمة محددة لمجموعات العمل، تليها مناقشة في جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 50 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للتلخيص في جلسة مكتملة الأعضاء.

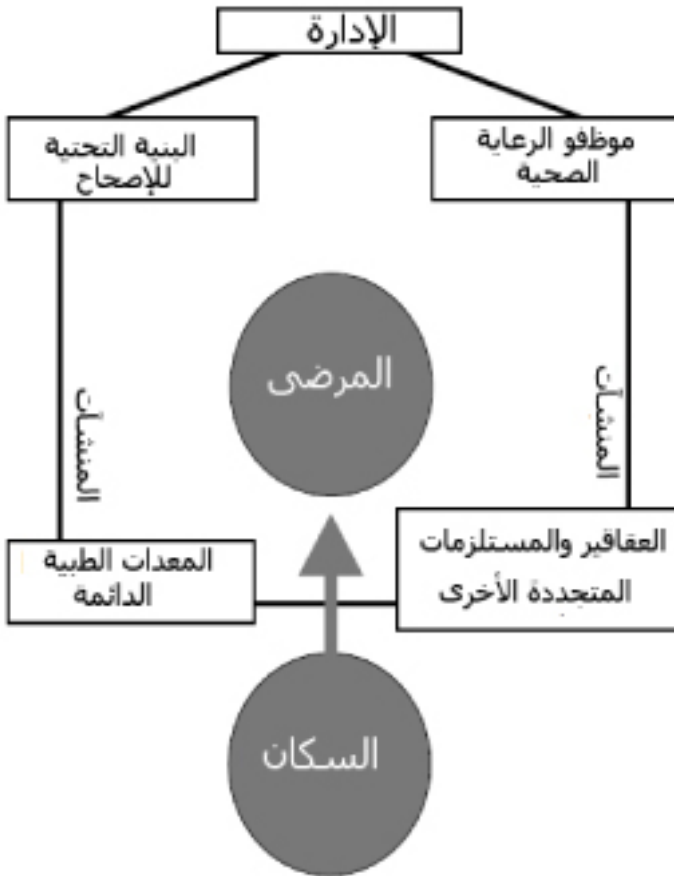
6. الخلاصة

- الإطار 1: رسم بياني لمرفق رعاية صحية
- الإطار 2: سلسلة الرعاية الطبية
- الإطار 3: أدوات تقييم وتخطيط مرافق الرعاية الصحية

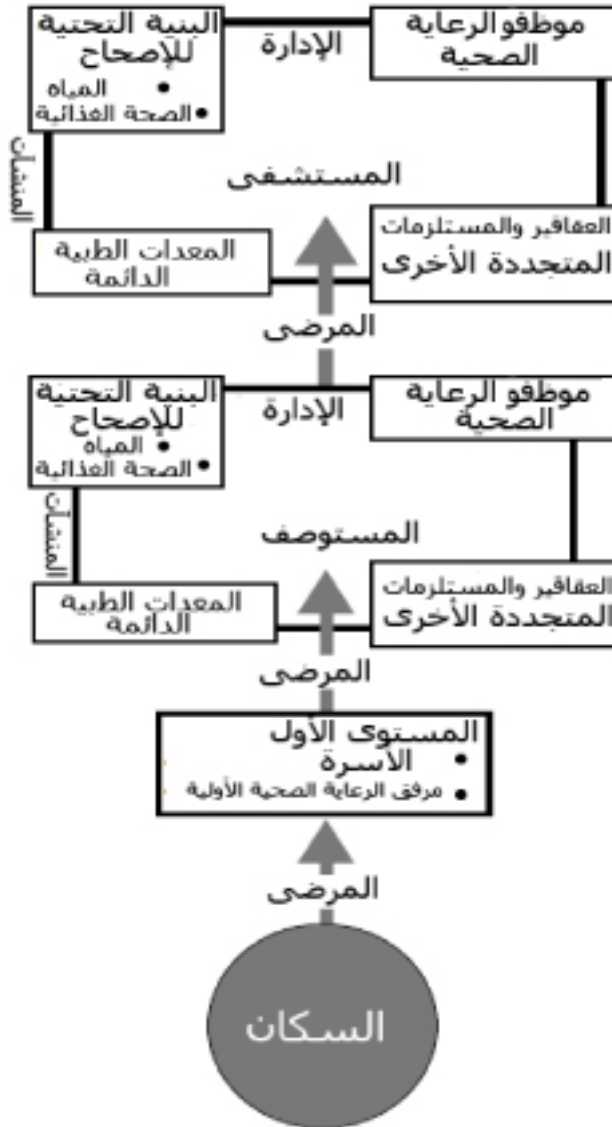
الربط بالأهداف التالية

يناقش الهدفين التاليين الأدوات المعنية بتقييم أداء موظفي الرعاية الصحية، من ناحية، وتحليل متطلبات أي قطاع سكني من العقاقير، من ناحيةٍ أخرى.

الإطار 1

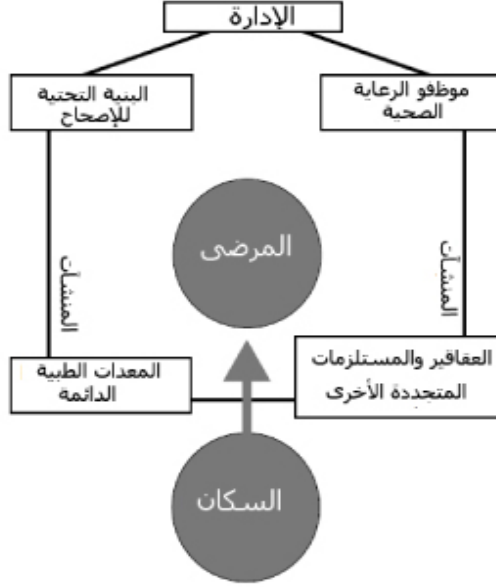
رسم بياني لمرفق
رعاية صحية

سلسلة الرعاية الطبية



الإطار 3

ما هي الأدوات اللازمة لتخطيط وتقييم أي مرفق رعاية صحية؟



1. عدد المرضى الذين يستخدمون المرفق بشكل محتمل (السكان، الحالة)
2. التفاعل بين المريض وموظفي الرعاية الصحية (على سبيل المثال، الاستشارة الطبية)
3. مفهوم القياسية
4. الفحص الطبي القياسي: اللوغاريتم
5. العقاقير اللازمة
6. تحليل أداء موظفي الرعاية الصحية
7. المبنى الهندسي
8. الإدارة الطبية

تقدير عدد المرضى المحتملين في قطاع سكاني نازح استقر أفرادهم في موقع معين

1. الوصف

تعتبر الطريقة الكمية للمشاكل الطبية في الحالات الطارئة أمرًا ضروريًا لتخطيط الموارد التي يلزم توافرها للتعامل مع الحالة الطارئة. ومع ذلك، يصبح التحديد أمرًا صعبًا من خلال هذه العوامل:

- تنقل السكان والتقلبات التي تحدث في عدد السكان (قطاعات سكانية نازحة)
- الإجراءات الوقائية، التي تقلل حسب التعريف عدد المرضى وحجم عمل مرافق الرعاية الصحية، بنفس الدلالة
- الضغط الناتج عن الحالة (انعدام الأمن والتخبط في شأن المستقبل) الذي يؤدي إلى ظهور المشاكل النفسية الجسدية.

وعلى الرغم من هذه العوامل المعقدة، يتم استخدام أساس لعملية الاحتمال من أجل تخطيط مرافق رعاية صحية (عدد المرافق، الإمدادات بالعقاقير، عدد موظفي الرعاية الصحية). وهناك ثلاثة تقديرات هامة على وجه الخصوص. أحدها هو عدد الاستشارات الطبية للمرضى المقدمة لأي قطاع سكاني نازح. وحسب ما جاء في تقدير أولي، نوقن بأنه في الحالات العادية، يكون متوسط عدد الاستشارات السنوية مضاعفًا مرتين لكل شخص في السنة. ويراعي هذا المتوسط الاختلافات التي تم تحديدها من خلال القرب الجغرافي لأي قطاع سكاني ذي صلة من مراكز الرعاية الصحية. والاختلافات التي تقوم على أساس السن والجنس. ومن المتوقع أن يتضاعف عدد الاستشارات المقدمة لأي قطاع سكاني مقارنة بالحالات العادية، للعديد من الأسباب:

- الوصول السهل إلى مرافق الرعاية الصحية. وعلى العموم، تم إنشاء المستوصفات في مخيمات النازحين.
- وقت الفراغ المتاح للسكان. حيث يعتبر الأشخاص النازحون أشخاصًا عاطلين، بالرغم من بعض الوقت الذي يشغلونه بالأنشطة اللازمة من أجل البقاء على قيد الحياة: الحصول على المياه، والانتظار في طوابير من أجل الحصول على طعام، وما إلى ذلك.
- الانتشار الكبير للمشاكل الطبية الخطيرة التي تشيع بين القطاعات السكانية النازحة، حيث إن هذه القطاعات السكانية قد لا تصل إليهم الرعاية لمدة شهور قبل الوصول إلى المخيم أو قد يعانون من فساد خدمات الرعاية الوقائية.

وعليه، بالنسبة لأي قطاع سكاني يتألف من 50.000 نسمة، من المتوقع أن يتم تقديم 500 استشارة في اليوم، بنسبة تعادل 1% من السكان. وبالمثل، يمكن تقدير ذلك على كل 1.000 شخص، ويتوجب تمريض 40 شخصاً على مدار العام. ويقوم هذا الشكل على متوسط معدل التمريض الموجود في الدول النامية. وعلى الرغم من أنه يبدو جلياً في حالات الطوارئ أن عددًا كبيراً من المرضى يكونون في حاجة إلى التمريض، تشير الموارد المحدودة إلى أن الحالات بالغة الخطورة هي التي يتم تمريضها بصورة فعلية. وعلى ذلك، يكون هذا الاحتمال أمراً مقبولاً. بالنسبة لأي قطاع سكاني يتألف من 50.000 نسمة، فسوف يظهر ذلك أن عددًا إجماليًا يتألف من حوالي خمس حالات مرضية تكون في حاجة إلى التمريض، أو بنسبة 1% من المرضى الذين يسعون إلى المساعدة الطبية.

وبناءً على هذه التقديرات، يمكننا احتساب عدد الأسرة المطلوبة. وتقدر الخطوة الأولى متوسط مدة التمريض - على سبيل المثال، بسبعة أيام. وبناءً على هذين الشكلين، (عدد المرضى الذين يكونون في حاجة إلى التمريض ومتوسط مدة التمريض)، يمكن تقدير عدد المرضى الذين يكونون في حاجة إلى التمريض - ودعنا نقول بأن عددهم سوف يكون 50 حالة، مما يسمح بمزيد من الاحتفاظ بوجود الاختلافات الموسمية والأوبئة، وما إلى ذلك. ويتطلب الأمر توفير سرير واحد لكل 1.000 شخص.

ويقوم المعلم بتوضيح هذه الاحتمالات.

2. الفئة

الأداة: احتساب عدد الاستشارات الطبية وحالات التمريض، وأسرة المستشفى المطلوبة لأي قطاع سكاني معين.

3. المنهج

تقدير عدد الاستشارات الطبية وعدد المرضى الذين يطالبون بالتمريض وعدد أسرة المستشفى اللازمة لأي قطاع سكاني نازح يتألف من 50.000 شخص.

4. طريقة التدريس

مهمة مطروحة في جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

• الإطار 1: تحديد عدد المرضى.

الربط بالأهداف التالية

يتم تحديد عدد المرضى الذين يحتاجون إلى تلقي المساعدة من أحد مرافق الرعاية الصحية. ويساعد الهدف التالي المشاركين في الدورة على تخطيط النظام العام لأي مرفق رعاية صحية.

الإطار 1

عدد المرضى المحتملين المطالبين بالحصول على مرفق رعاية صحية

من السكان يطلبون رعاية خارجية للمريض % 1

من المرضى الذين يسعون إلى رعاية خارجية
للمريض يطلبون التمريض % 1

عدد الأسرة المطلوبة للتمريض سرير 1000/1
لكل 1.000 شخص (باستثناء الأوبئة)

مكونات الاستشارة الطبية ومفهوم «التقييس»

1. الوصف

يمكن تقسيم الاستشارة الطبية إلى سلسلة من الخطوات المتتالية التي تطالب موظفي الرعاية الصحية بالالتزام بمجموعة من المهارات الفنية، ومهارات العلاقات القائمة في ما بين الأشخاص والقدرات الفكرية:

- استقبال المريض من قبل مقدم الرعاية الصحية
- سجل المريض
- الفحص السريري
- التشخيص أو التوجه التشخيصي
- القرار المتخذ حول ما يلزم فعله (العلاج، عدم العلاج، التحويل، إجراء اختبارات إضافية)
- السير في العلاج
- الالتزام بالعلاج
- متابعة المريض

ويمكن تقسيم كافة هذه الخطوات إلى مهام صغيرة. على سبيل المثال، بعد أن يكون المريض قد بين السبب وراء سعيه أو سعيها للحصول على المشورة الطبية، يطرح مسؤول الرعاية الصحية عددًا من الأسئلة التي تتعلق بشكوى المريض. ويتبع الفحص السريري نظامًا صارمًا. وبمجرد إتمام التشخيص تكون هناك سياسة قياسية للمتابعة، تقوم بصورة أساسية على نظم العلاج، والتي يتم منها بالتالي اشتقاق قائمة قياسية بالعقاقير.

ويؤدي هذا إلى فكرة تقييس كافة الخطوات المُتخذة في أية استشارة طبية، وهو مفهومٌ ضروري للعمل المناسب لأية وحدة رعاية. في الحالات الطارئة، لا يعتبر التقلب السريع في فريق عمل الرعاية الطبية أمرًا غير عادي، ويمكن لأي فريق جديد أن يعرض طريقته في رعاية المرضى. وهذا يعني، على سبيل المثال، تقديم أدوية جديدة. يجب ألا تعوق الإدارة «القياسية» العلاقة الإنسانية بين موظفي الرعاية الصحية وبين المرضى. وعلاوة على ذلك، تسمح عملية التقييس بالتنسيق الفعال بين مرافق الرعاية الصحية التي تعمل على نفس مستوى الرعاية، وهذا يمنع بدوره التنافس بين مستويات المؤسسات المختلفة والتي قد تؤسس الخطر عند زيادة الرعاية الصحية.

2. الفنة

الأداة: تحديد خطوات الاستشارة الطبية وعلاقتها بالإجراءات القياسية.

3. المنهج

تحديد خطوات الاستشارة الطبية واشتقاق الإجراءات القياسية منها.

4. طريقة التدريس

مهمة يتم تقديمها لمجموعات العمل تليها جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للتليخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

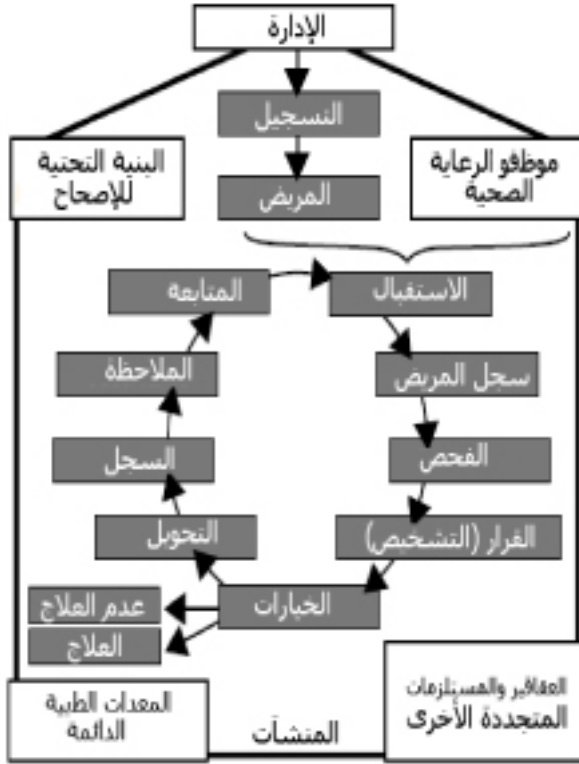
- الإطار 1: مفهوم الاستشارة الطبية
- الإطار 2: مفهوم التقييس

الربط بالأهداف التالية

يضع الهدف التالي طريقةً لتقييم عمل موظفي الرعاية الصحية. ويوفر تقييس المهام نقاطاً مرجعية لهذا النوع من التقييم.

الإطار 1

مفهوم الاستشارة الطبية



الإطار 2

مفهوم التقييس

- تقييس الإحالة من مستوى رعاية إلى مستوى رعاية آخر
- ينطبق التقييس على كافة الخطوات المُتخذة في أية عملية استشارة طبية

مثال:

- تقييس الفحص السريري (اللوغاريتمية الكلامية)
- العقاقير الأساسية
- نُظم العلاج

التركيب واللوغاريتمية الكلامية

1. الوصف

تتوجه أنشطة موظفي الصحة بالمجتمع بصورة أساسية نحو الوقاية: التحصين، الصحة البيئية والمياه، التغذية، ... إلخ. وتشكل الأنشطة العلاجية جزءاً من مهامها، ولكن إلى مدى محدود للغاية.

تمثل بروتوكولات التشخيص أداة هامة على وجه الخصوص بالنسبة لصحة المجتمع الذين يعملون في مجال الرعاية العلاجية. وهنا يبدو الإجراء على النقيض: فمع البدء بعرض، نبحث عن المرض الأكثر احتمالاً؛ وستسهم الإضافة المستمرة للأعراض في خلق قائمة بالتشخيصات المتلاحقة. ومن الجيد البدء بالأعراض التي تمثل أكثر الأمراض ذات الأولوية الأكبر.

ويؤكد المعلم على أن اللوغاريتميات الكلامية تسمح بالوصول إلى نهج تشخيصي قياسي.

2. الفئة

الأداة: تركيب اللوغاريتميات الكلامية التي تساعد موظفي الصحة بالمجتمع على الخروج بتشخيص.

3. المنهج

تركيب لوغاريتمية كلامية تقوم على عرضين من اختيارك.

4. طريقة التدريس

يتم تقديم المهمة إلى مجموعات العمل ثم تليها دورة تلخيص.

5. المدة

المدة الإجمالية: 50 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة للتلخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

- الإطار 1: مبدأ تركيب لوغاريتمية كلامية

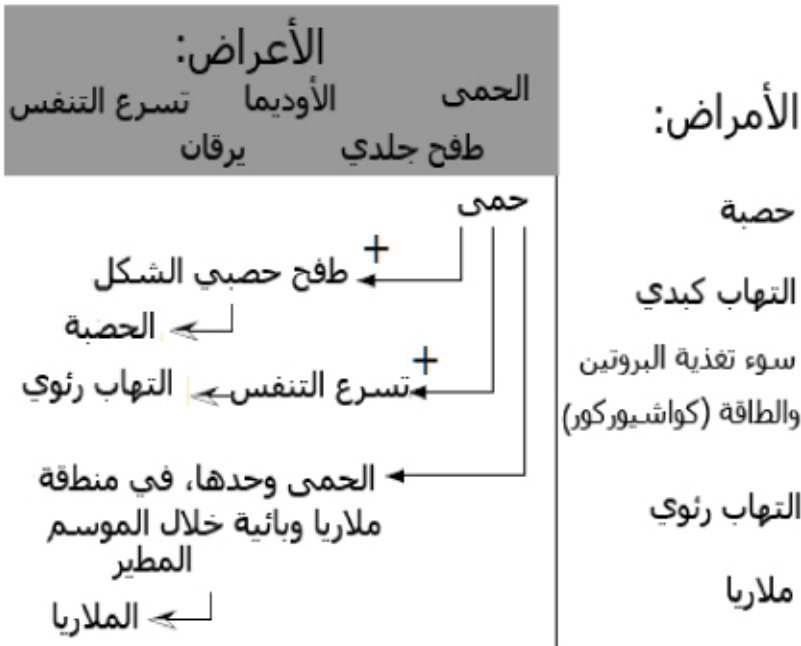
الربط بالأهداف التالية

تمثل اللوغاريتميات الكلامية مراجع يقوم موظفو الرعاية الصحية بتطبيقها في اتباعهم للأنشطة الخاصة بهم. وتعد هذه المراجع عنصرًا هامًا لتقييم أداء موظفي الرعاية الصحية.

الإطار 1

مبدأ تركيب لوغاريتمية كلامية

يتم تركيب لوغاريتمية كلامية على أساس الأعراض. يتم اختيار أحد الأعراض، التي يتم إضافة أعراض أخرى أو علامات طبية أخرى إليها بصورة متقدمة. وفي كل مرحلة يتم تحديد تشخيص.



تقييم أداء موظفي الرعاية الصحية

1. الوصف

لا يكمن هدف هذا النوع من التقييم في تخريج أحكام قيمية عن جودة العمل الذي قام به موظفو الرعاية الصحية، بل إن الغرض منه يكمن في تحديد أوجه الخلل المهنية من أجل علاجها. وتعمل إجراءات العلاج والتشخيص القياسية كمراجع للهدف من أجل تحديد الدرجة التي تتناظر عندها المهام التي قام بها موظفو الرعاية الصحية للمعايير القياسية. وهذا يوفر كذلك الأساس لمفاتيح التعريف الخاصة بأداء موظفي الرعاية الصحية، ويحدد النواحي التي تحتاج إلى تدريب.

وقد أثبتت هذه الطريقة فاعليتها في تقييم المهام العلاجية والسريرية البسيطة التي يمكن تحديد معيار لها. ويقوم هذا التقييم جودة الخدمات التي يتم تقييمها (المخرجات)، وليس الأثر الفعلي لتلك الخدمات المعنية بالصحة (النتائج).

2. الفئة

الأداة: معرفة طريقة لتقييم أداء موظفي الرعاية الصحية.

3. المنهج

شرح طريقة تطبيق أسلوب تقييم أداء موظفي الرعاية الصحية.

4. طريقة التدريس

جلسات أسئلة وأجوبة تشمل جميع المشاركين.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

• الإطار 1: تحليل أداء موظفي الرعاية الصحية الذين يجرون عمليات الاستشارة الطبية

الربط بالأهداف التالية

استخدام المواد التي تم تعلمها لتقييم جودة الخدمات التي قدمها مستوصفان في مخيم عوالي.

تقييم متطلبات العقاقير لمرفق الرعاية الصحية

1. الوصف

تواجه الوكالات الإنسانية، التي يُطلب منها توفير العقاقير لمرفق الرعاية الصحية، في الغالب مشكلة تقييم متطلبات العقاقير الخاصة بهذه المرافق. وهناك طريقتان لتقدير متطلبات أي مرفق معين:

- تقدير المتطلبات بناءً على الاستهلاك، حسبما يتم تقديره من قبل مدراء مرفق الرعاية الصحية. وفي هذه الحالة يكون القياس المرجعي هو مستوى الاستهلاك العادي لعقار بالمرفق.

- تقدير المتطلبات بناءً على معدل المرض والعلاجات القياسية، الأمر الذي يشتمل على تحليل للمشاكل الطبية الحالية والاستجابات القياسية لها. وفي هذه الحالة تكون النقطة المرجعية هي مستوى الاستهلاك القياسي بناءً على الأمراض التي تستوجب العلاج.

وتعتبر الطريقة الثانية الطريقة الأكثر استخدامًا في الحالات الطارئة، حيث إن مستويات الاستهلاك المحلية السابقة لم تعد مجدية إذ إنه قد تم إنشاء مرافق جديدة للتوائم مع الحالات الطارئة، كما أنها لم تعد مجدية مع التدفقات الجماعية التي تحيك بالأشخاص النازحين.

وتم تصميم هذه الطرق فقط لتقدير كميات العقاقير اللازمة في أية حالة معينة؛ ولا يمكن استخدامها لتقييم استخدام العقاقير (التقدير النوعي الذي يأتي تحت مظلة توجيه تقييم الأداء).

2. الفئة

الأداة: التعرف على طريقتين لتقدير كميات العقاقير اللازمة لأي مرفق رعاية صحية.

3. المنهج

كيف يتسنى لك تقدير كميات العقاقير اللازمة لأي مرفق رعاية صحية.

4. طريقة التدريس

مهمة مقدمة إلى المجموعة بأكملها.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة.

تحليل أداء موظفي الرعاية الصحية الذين يجرّون عمليات الاستشارة الطبية

الأداء، المقيم على أساس معايير الهدف المحددة مسبقاً				
5	4	3	2	1
X				
		X		
	X			
			X	
		X		
			X	

معايير الأداء

- القدرة على التواصل مع المرضى
- ملاءمة سجل المريض
- صلاحية التشخيص
- ملاءمة العلاج
- ملاءمة التحويلات إلى المستشفى
- ملاءمة متابعة المريض

تحديد مستوى أداء مقبول
(ALP) يتيح إمكانية تحديد
العناصر التي تحتاج إلى
التحسين

6. الخلاصة

- الإطار 1: طرق تقدير احتياجات أي مرفق رعاية صحية من العقاقير
- الإطار 2: تقدير الاحتياجات من العقاقير بناءً على المرض والعلاجات القياسية

الربط بالأهداف التالية

تجتمع هذه الأداة مع أداتين أخريين: نظم العلاج، من أجل تحديد كميات العقاقير اللازمة لعلاج الأمراض المختلفة، وطريقة تقدير عدد المرضى في قطاعٍ سكانيٍّ معين. وقد تمت مناقشة هاتين الأداتين بالفعل.

ترتبط هذه الأهداف بمرافق الرعاية الصحية الموجودة. في الحالات الطارئة، تظهر مع ذلك مشاكل أخرى في الغالب: هل ينبغي تشييد مرافق جديدة؟

الإطار 1

طرق تقدير احتياجات أي مرفق رعاية صحية من العقاقير

الطريقة القائمة على الاستهلاك

المرجع: مستوى الاستهلاك العادي

في مرفق الرعاية الصحية المعني

الطريقة القائمة على المرض

والعلاجات القياسية

المرجع: مستوى الاستهلاك القياسي

تقدير الاحتياجات من العقاقير بناءً على المرض والعلاجات القياسية

مثال يتألف من 10000 شخص:

المرض:

البالغين

الأطفال

عدد حالات الملاريا

عدد حالات أمراض الإسهال

عدد حالات عدوى الجهاز التنفسي

عدد حالات عدوى الجلد

العلاجات القياسية:

عدوى الجهاز التنفسي: عدد أقراص البنسلين اللازمة لفترة علاج كاملة

الملاريا: عدد أقراص الكلوروكوين (أو أي دواء آخر) اللازمة لفترة علاج كاملة

المرض X العلاجات القياسية

=

متطلبات العقار المقدر

معايير تقرير إنشاء مرفق رعاية صحية لأحد القطاعات السكانية النازحة

1. الوصف

قد تلوح في الأفق حالتان في ما يتعلق بالمشاكل الطبية التي تواجه أي قطاع سكاني نازح.

- يوجد بالفعل مرفق رعاية صحية محلي متاح للسكان النازحين. في هذه الحالة، يشير تقييم للقدرة الكمية والنوعية للمرفق إلى الحد الذي يمكنه عنده استيعاب عبء العمل الزائد الذي يخلقه وصول اللاجئين. ويجب مراعاة الطرق اللازمة لعلاج النقص الكمي و/أو النوعي لدى المرفق: من حيث تدريب موظفي الرعاية الصحية وتوفير العقاقير وإضافة موظفين جدد. ويجب أن تراعي هذه الاستراتيجيات عدة عوامل:
- خطر توفير مستوى رعاية يكون معقدًا جدًا بالنسبة للسياق الاجتماعي الاقتصادي.
- خطر جعل المرفق يعتمد بالكلية على المساعدة الدولية وتحفيز الهيئات المسؤولة عن المرفق على التخاذل عن مسؤوليتها.
- خطر تحول عدد كبير جدًا من الموارد المحلية إلى قطاع الأشخاص النازحين على حساب السكان المحليين.
- ميزة منح المساعدة الدولية إلى مرفق رعاية صحية محلي غير مكثف «بصورة مزمّنة»؛ في هذا الإطار، تسهم المساعدات في إحدى عمليات التنمية
- الميزة التي يحصل عليها الموظفون المحليون، الذين يحصدون فائدة الخبرة الخارجية في التواءم مع الموقف ومن ثم يتم إعدادهم بصورة أفضل للحالات الطارئة المستقبلية.
- يوجد مرفق رعاية صحية محلي، لكن الطلب المرتفع على الخدمات يقود مسؤولي الإنقاذ إلى النظر في بناء مرفق مستقل. وتراعي هذه الاستراتيجية عدة عوامل:
- المنافسة المحتملة بين مرفقي الرعاية الصحية، وخصوصًا بما أن المرفق الجديد، الذي تم تشييده بالمساعدة الدولية، سوف يحظى على الأرجح بموارد أكثر من المرفق المحلي. ويمكن أن يجذب السكان المحليون إلى المرفق الجديد.
- الفاعلية الأكبر للمرفق المستقل، في حال كانت الاحتياجات مرتفعة.
- احتمالية إنشاء مرفق مستقل مع عدم وجود المرفق المحلي في نفس الوقت. وهذا يخلق خطر الاعتماد على المساعدة الدولية

- احتمالية أن يشعر السكان المحليون بأن موارد الرعاية الصحية المخصصة لهم قد تم الاستيلاء عليها من قبل الأشخاص النازحين.
- ينعدم وجود مرفق محلي، الأمر الذي يُحتم بناء مرافق جديدة. وفي هذه الحالة، تتضافر الجهود لأجل:
 - توزيع المرافق في أنحاء المخيم
 - تقييس الإجراءات العلاجية والتشخيصية للقضاء على التنافس بين المرافق المختلفة
 - الاستثمار في الموظفين الذين تم تعيينهم من بين الأشخاص النازحين
 - تجنب تحويل موظفي الرعاية الصحية من نظام الرعاية الصحية المحلي (من خلال عرض مرتبات أعلى عليهم)، حيث إن هذا من شأنه أن يقلل قدرات المرافق المحلية بالمنطقة.

2. الفئة

الأداة: صياغة معايير لاتخاذ قرارٍ حول بناء مرفق رعاية صحية جديد مستقل عن المرافق المحلية الموجودة، أم لا.

3. المنهج

ضع قائمة بالحجج التي تدعم، أو تعارض إنشاء مرفق رعاية صحية مستقل عن المرافق المحلية الموجودة.

4. طريقة التدريس

مهمة يتم تقديمها لمجموعات العمل تليها جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للتليخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

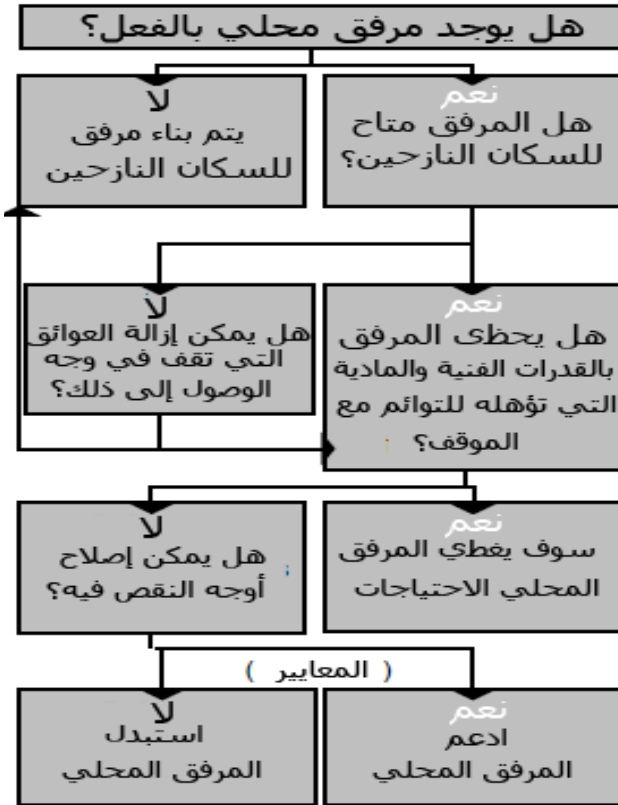
- الإطار 1: مخطط انسيابي لتقرير بناء مستوصف لأحد قطاعات السكان النازحين، أم لا
- الإطار 2: الدعم في مقابل الاستبدال

الربط بالأهداف التالية

في حال توجب تشييد مرفق جديد، يحتاج المشاركون إلى أداة لمساعدتهم في تخطيط ذلك المرفق. ويركز الهدف التالي على ذكر مثال على تشييد مستوصف.

الإطار 1

مخطط انسيابي لتقرير بناء مستوصف لأحد قطاعات السكان النازحين، أم لا



الدعم في مقابل الاستبدال

معايير يلزم مراعاتها عند
اختيار أية استراتيجية

- توجه السلطات المحلية
- توجه السكان المحليين
- الفاعلية على المدى القصير
- التأثير على المدى الطويل
- السيطرة على إدارة المرفق
- الضمنيات المالية
- مستوى الخبرة المطلوبة
- خطر المنافسة
- السيطرة على إدارة المرفق المحلي (الفساد)

التصميم المعماري لأحد المستوصفات

1. الوصف

على الرغم من عدم مسؤولية موظفي الرعاية الصحية عن إنشاء مرافق الرعاية الصحية، فإنه يجب عليهم أن يشاركوا في التصميم المعماري لها. ويتم تخطيط أي مرفق رعاية صحية في إطار المهام المطلوب تنفيذها بداخلها. ويتداخل هذا مع مفهوم «الإجراءات العلاجية والتشخيصية القياسية» الذي تمت مناقشته بالفعل. وعليه، فإنه يلزم بالنسبة لأي مستوصف وضع قائمة بالأنشطة المطلوب تنفيذها به وهي:

- استقبال المرضى (منطقة الانتظار، التسجيل، الفرز الأولي، ... إلخ).
- فحص المرضى (غرفة الاستشارة الفردية، غرف الاستشارة المنفصلة للبالغين والأطفال أو للنساء والرجال).
- الاختبار (المعمل أو أماكن أخرى)
- ملاحظة الحالات الحرجة (غرفة مخصصة للتمريض اليومي)
- توزيع العقاقير (نقطة توزيع)
- رعاية خارجية (غرفة تضييد)
- متابعة المرضى داخل المستوصف
- تخزين العقاقير والمستلزمات الطبية
- البنية التحتية للإصحاح (توفير المياه، الحمامات، المحرقة، ... إلخ)
- الإدارة.

يتم تحديد المهام المعينة التي تناظر كل نشاطٍ عام. على سبيل المثال، تأتي الخطوات التي تنطوي عليها أية عملية فحص طبي كما يلي:

- قدرة المريض على الاستلقاء على طاولة الفحص (طاولة الفحص)
- قدرة موظف الرعاية الصحية على التحرك حول طاولة الفحص (توفير فراغ حول الطاولة)
- قدرة موظف الرعاية الصحية على الوصول إلى معدات الفحص الأساسية الخاصة به (دولاب أو رف في نطاقٍ من طاولة الفحص تصل إليه الأذرع)
- قدرة موظفي الرعاية الصحية على غسل أيديهم (منصة غسل داخل غرفة الاستشارة)

- قدرة موظف الرعاية الصحية على الجلوس على طاولة لتدوين توصياته، ويكون المريض قادرًا على الجلوس في مواجهة موفر الرعاية الصحية (طاولة وكريسيان). يجعل هذا الإجراء من السهل أيضًا تحديد المعدات التي يحتاجها موظفو الرعاية الصحية، وكذلك المساحة المطلوبة للعمل بارتياح (توفير طاولة فحص بطول 190 سم x عرض 60 سم، طاولة بطول 90 سم x عرض 90 سم، ... إلخ).

2. الفئة

الأداة: تصميم مستوصف من خلال تحليل الأنشطة والمهام التي سوف يتم تنفيذها بداخله.

3. المنهج

ما هي العناصر التي تعتقد أنها هامة في تصميم أي مستوصف؟

4. طريقة التدريس

مهمة يتم تقديمها لمجموعات العمل تليها جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتلخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

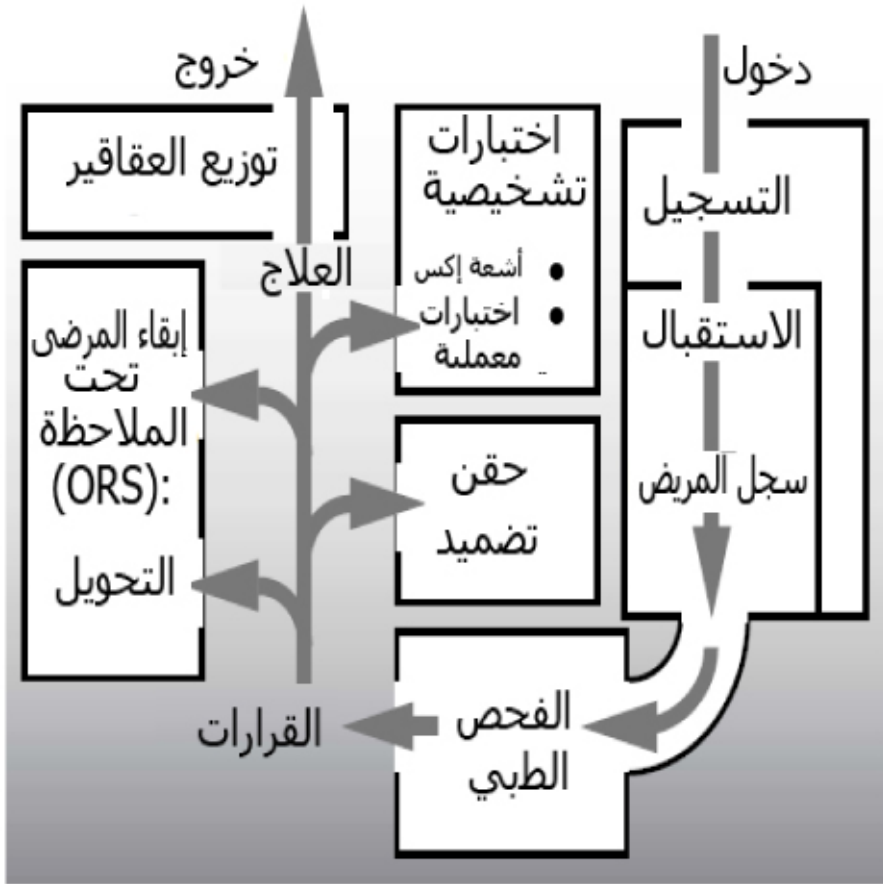
- الإطار 1: الأنشطة التي تتم داخل المستوصف
- الإطار 2: المساحة المطلوبة للقيام بالمهام التي تنطوي عليها أي عملية فحص طبي

الربط بالأهداف التالية

يملك المشاركون كافة الأدوات اللازمة لتخطيط نظام الرعاية العلاجية في حالة معينة (المحاكاة).

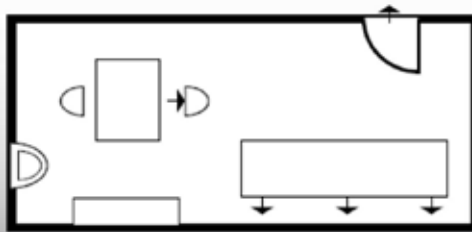
الإطار 1

الأنشطة التي تتم داخل المستوصف



المساحة المطلوبة للقيام بالمهام التي تنطوي عليها أية عملية فحص طبي

المساحة (بالسنتيمتر)	الأبعاد (بالسنتيمتر)	المستلزمات	التنظيم	المهام
80 × 80	30 × 30	كرسي	يجلس المريض	الاستقبال
110 × 150	60 × 100	طاولة	يكون موظف الرعاية الصحية قادرًا على الكتابة	سجل المريض
80 × 80	30 × 30	كرسي		
140 × 300	40 × 200	طاولة فحص	يكون المريض قادرًا على الاستلقاء وأن يكون موظف الرعاية الصحية قادرًا على الوصول إلى كلا جانبي طاولة الفحص	الفحص الطبي
30 × 150	30 × 100	دولاب	الوصول إلى المستلزمات	
30 × 90	30 × 40	منصة غسيل (حوض)	يكون موظف الرعاية الصحية قادرًا على غسل يديه	



مفهوم مستويات الرعاية حسبما ينطبق على جرحى الحرب

1. الوصف

ينطبق أيضاً مفهوم مستويات الرعاية الصحية على نحو ما ورد بيانه مسبقاً على إدارة إصابات الحروب.

- المستوى الأول: الاتصال الأول بين الشخص المصاب وأي شخص قادر على تقديم الإسعافات الأولية له (مقاتل، عامل إسعافات أولية، موظف رعاية صحية، ... إلخ).
 - المستوى الثاني: مرفق الرعاية الصحية الأول الذي تم اصطحاب الشخص المصاب إليه (مقر الإسعافات الأولية، مستوصف، مركز صحي، مقر طبي متقدم، ... إلخ) في حال كان من الممكن أن تستقر حالة المريض إذا لم يتطلب الأمر القيام بذلك على المستوى الأول. وهنا يلزم اتخاذ قرار لإبقاء المريض تحت الملاحظة أو إرساله إلى منزله أو نقله إلى وحدة جراحية. لا يملك المرفق في هذا المستوى المهارات أو التنظيم اللازم لإجراء جراحة.
 - المستوى الثالث: مرفق الجراحة الذي تتوفر لديه القدرة والكفاءة على تنفيذ الإجراءات الجراحية التي تُطلب وفق حالة المريض.
 - أي نظام إخلاء يسمح بنقل الجرحى من مستوى إلى آخر وفق حالتهم.
 - ومن الممكن أن يستلزم الأمر تطبيق هذه المستويات الثلاثة.
 - قد يتم نقل الجريح من المستوى الأول إلى المستوى الثالث من خلال نقله عبر طائرة هليكوبتر مباشرة من المكان الذين تمت إصابته فيه إلى أية وحدة جراحة (المستوى الثالث).
 - في حالات أخرى، قد لا يتلقى الشخص الجريح أي إسعافات أولية قبل نقله إلى مراكز رعاية المستوى الثاني، حيث يحصل هناك على الرعاية الأساسية.
 - وهناك كذلك احتمالية أخرى تتمثل في أن يتم نقل الجريح إلى أحد المستشفيات لتمريره فيه، ولكن يتبين أن المستشفى لا تتوفر لديه القدرات اللازمة لتنفيذ التدخل الجراحي اللازم.
- ويكمن الهدف من ذلك بالنسبة للمشاركين في تحديد مستويات الرعاية. وعلى المعلم أن يؤكد على أهمية الاستمرارية بين المستويات المختلفة (سلسلة الرعاية).
- وهناك جزء هام آخر من هذا الهدف وهو تسليط الضوء على أثر الرعاية الصحية على

معدل البقاء على قيد الحياة. فلقد قُدر أن 60 – 65 % من جرحى الحرب يبقون على قيد الحياة بدون علاج. بينما تزيد الإسعافات الأولية والجراحة معدل البقاء على قيد الحياة بنسبة 15-5%.

2. الفئة

إطار العمل: تحديد المراحل في عملية توفير الرعاية لضحايا الحروب.

3. المنهج

حدد المراحل في عملية توفير الرعاية لضحايا الحروب وحدد تلك المراحل التي تعتقد بأنها المراحل الأكثر أهمية لبقائهم على قيد الحياة.

4. طريقة التدريس

مهمة يتم تقديمها لمجموعات العمل تليها جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للتلخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

- الإطار 1: مستويات الرعاية المخصصة لجرحى الحروب
- الإطار 2: معدل البقاء على قيد الحياة
- الإطار 3: جودة البقاء

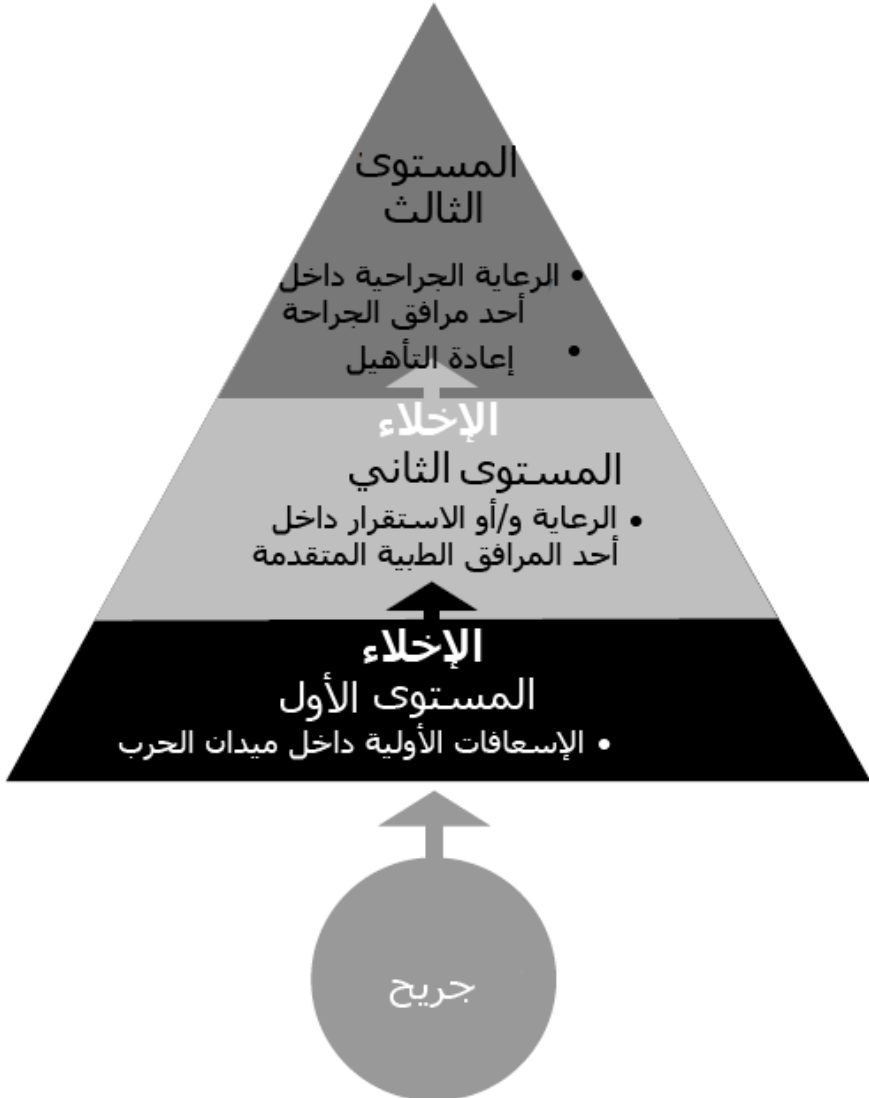
الربط بالأهداف التالية

يعرض المعلم الأدوات التي تتم مناقشتها في الأهداف التالية:

- أثر الإسعافات الأولية على منحنى البقاء على قيد الحياة
- مفهوم «الفرز»
- إدارة رعاية الجرحى في الوحدات الجراحية
- قواعد جراحات الحروب.

الإطار 1

مستويات الرعاية المخصصة لجرحى الحروب



الإطار 2

معدل البقاء على قيد الحياة (ضحايا الحرب)

- يبقى 60 - 65 % من ضحايا الحرب على قيد الحياة بدون عمليات جراحية
- تزيد الإسعافات الأولية والتدخل الجراحي من معدل البقاء على قيد الحياة بنسبة 5 - 15 %
- من الصعب تحديد الآثار ذات الصلة في ما يتعلق بمعدل البقاء على قيد الحياة إثر تلقي إسعافات أولية وتدخل جراحي
- تعتبر الإسعافات الأولية خيارًا حتى مع انعدام وجود رعاية جراحية لاحقة
- يعتمد نجاح أي برنامج إسعافات أولية على الإعداد الجيد قبل النزاع
- يستفيد 3 % من ضحايا الحروب من التدخل الجراحي الطارئ

المصدر: الوحدة الجراحية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)

الإطار 3

جودة الإبقاء على قيد الحياة (ضحايا الحروب)

- الإسعافات الأولية المناسبة للوقاية من عدوى العظم (التهاب العظم والنقي)
- جودة الرعاية الجراحية:
- الخبرة في جراحات الحروب
- مرافق كافية ومناسبة
- الجودة ومتابعة إعادة التأهيل

سمات برنامج الإسعافات الأولية

1. الوصف

يمكن تقديم الإسعافات الأولية في المستويين الأول والثاني من سلسلة الرعاية الصحية. وهناك العديد من العوامل تتسم بالأهمية في هذا الإطار:

- نظراً لتوفير الإسعافات الأولية بصورة عامة بالقرب من منطقة النزاع، فإن أمن الضحايا وموظفي الإسعافات الأولية مسألة أساسية.
- الإشادة بالدور الوقائي الذي تلعبه هيئة الصليب الأحمر وحيادية موظفي الإسعافات الأولية وعدم تحيزهم يجب ذكره في هذه النقطة، على الرغم من أنه سوف تتم دراستهما بتفصيل أكثر في الوحدة المعنية بالقانون الإنساني الدولي.
- كما يُعد وضع خطة استعداد في حالة الطوارئ مسألة تمثل عاملاً أساسياً في نجاح أي برنامج إسعافات أولية: حيث تكون المؤن جاهزة، ووسائل النقل والمواصلات متاحة، ... إلخ.
- ويمكن تطبيق الإجراءات الفنية لإنقاذ الحياة على المستويين الأول و/أو الثاني حسبما تسمح به مهارات الموظفين الطبيين وحسب توافر الوسائل المادية:
 - وضع المريض في الموضع الصحيح
 - وضع ضمادة ضغط له
 - تثبيت أي كسر
 - ضمان أن مسارات الهواء ليست معاقة
 - بدء عملية تستيل داخل الوريد
 - إعطاء المريض مضادات حيوية
- النقل إلى أحد مراكز الإسعافات الأولية للحصول على العلاج الأكثر تعقيداً، في حال وجد هذا العلاج مستحيلاً في الوقت الذي تم فيه التقاط الشخص الجريح. وينفذ مركز الإسعافات الأولية عملية الفرز الجراحي للمريض.

2. الفئة

الأداة: تحديد السمات الأساسية لبرنامج الإسعافات الأولية.

3. المنهج

ما هي سمات برنامج الإسعافات الأولية في حالات النزاع المسلح؟

4. طريقة التدريس

مهمة يتم تقديمها لمجموعات العمل يليها جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتليخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

- الإطار 1: الإسعافات الأولية

الربط بالأهداف التالية

تتبع عمليات الانتقال من مستوى رعاية صحية إلى مستوى رعاية صحية آخر قواعد صارمة - قواعد الفرز الجراحي.

الإطار 1**الإسعافات الأولية**

- الأمن
- مقدم الإسعافات الأولية
- الجريح
- الملجأ
- العلاج
- التنفس
- السيطرة على الدم
- التضميد
- تثبيت الكسور
- التستيل داخل الوريد
- المضادات الحيوية
- تخفيف الألم
- الوقاية الكيميائية من التيتانوس
- النقل

الفرز الجراحي

1. الوصف

في الحالات الطارئة، يتجاوز عبء العمل الذي يوجبه عدد الجرحى وخطورة جروحهم قدرة المرافق الجراحية. تُعد عملية الفرز الجراحي هي عملية فرز الأشخاص الجرحى في فئات في عملية تحضيرية لنقلهم إلى مستوى رعاية أعلى، مع الأخذ في الاعتبار حالتهم وقدرة المرافق الجراحية على التكيف مع جروحهم وعلاجها. وفي العديد من الحالات، يتم الالتزام بهذا الإجراء من أجل نقل الأشخاص المصابين الذين تتطلب حالتهم العناية الفورية والعاجلة أولاً والذين تبدو فرصة بقائهم على قيد الحياة جيدة. أما الحالات المستقرة والتي يمكنها الانتظار، فيتم إخلؤها لاحقاً، بعد أن تتم معالجة الحالات الطارئة. ولا يتم إرسال الأشخاص المصابين بإصابات طفيفة إلى أي مرفق جراحي - ليس بصورة أولية على الأقل - وذلك سعياً وراء عدم تحميل المرافق القابضة بالفعل تحت ضغط عبءًا يفوق طاقتها. وبالمثل، لا يتم نقل الحالات الميؤس منها أولاً.

- تنفيذ عملية الفرز الجراحي من قبل فرد متمرس يملك سلطة إنفاذ قراراته أو تملك سلطة إنفاذ قراراتها
- تُعد عملية الفرز الجراحي عملية متصلة تراعي التغيرات التي تطرأ على حالة الجريح (يمكن أن تتدهور حالة المريض بسرعة من كونها «غير عاجلة» إلى «حالة عاجلة»)
- دراية فرق العمل التي تنفذ عملية الفرز الجراحي بالقواعد
- تنطوي العديد من الحالات التي تعمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC) عليها على حالات تأخر نقل خطيرة والتي تحدث بسبب الظروف غير الآمنة والقيود اللوجيستية، ما يتسبب بظهور عملية «فرز» طبيعية: يموت الأشخاص المصابون بجروح خطيرة قبل نقلهم إلى أي مركز إسعاف.
- تقييم القدرات الفنية والمادية للمرافق الجراحية قبل إرسال أي جريح إليها.
- يُعد تقييم المرافق الجراحية عملية مستمرة يتم اتباعها على مدار الفترة التي تشغلها الأزمات، حيث تتغير القدرة بوصول الشخص الجريح.
- كما أن توافر نظام اتصال بين مراكز الإسعافات الأولية ومرافق الإحالة يعد أمراً لا غنى عنه. دراية المرافق الجراحية بالتغييرات التي تحدث في عدد الجرحى وحالتهم داخل مراكز الإسعافات الأولية، ويجب أن تكون مراكز الإسعافات الأولية على دراية بالقدرات الحالية للمرافق الجراحية، وذلك حتى يتسنى إجراء التعديلات المناسبة في عملية النقل.

لن تتناول هذه الدورة التفاصيل الطبية للفرز الجراحي. إنها مهارة خاصة وسوف يحظى القليل من المشاركين في الدورة بفرصة ممارستها. عليهم فهم الغرض المنشود منها ومبادئها العامة.

2. الفنة

الأداة: معرفة المبادئ العامة لعملية الفرز الجراحي.

3. المنهج

عرف عملية الفرز الجراحي.

4. طريقة التدريس

بعد عرض السؤال على المجموعة الكاملة، يوسع المعلم نطاق المبادئ العامة للفرز من التعريف المقدم، مع التأكيد على تقييم قدرة المرفق الجراحي وكفاءته.

5. المدة

المدة الإجمالية: 60 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: مفهوم الفرز الجراحي
- الإطار 2: تنظيم الفرز الجراحي
- الإطار 3: الفئات
- الإطار 4: مُعاملات الاستجابة

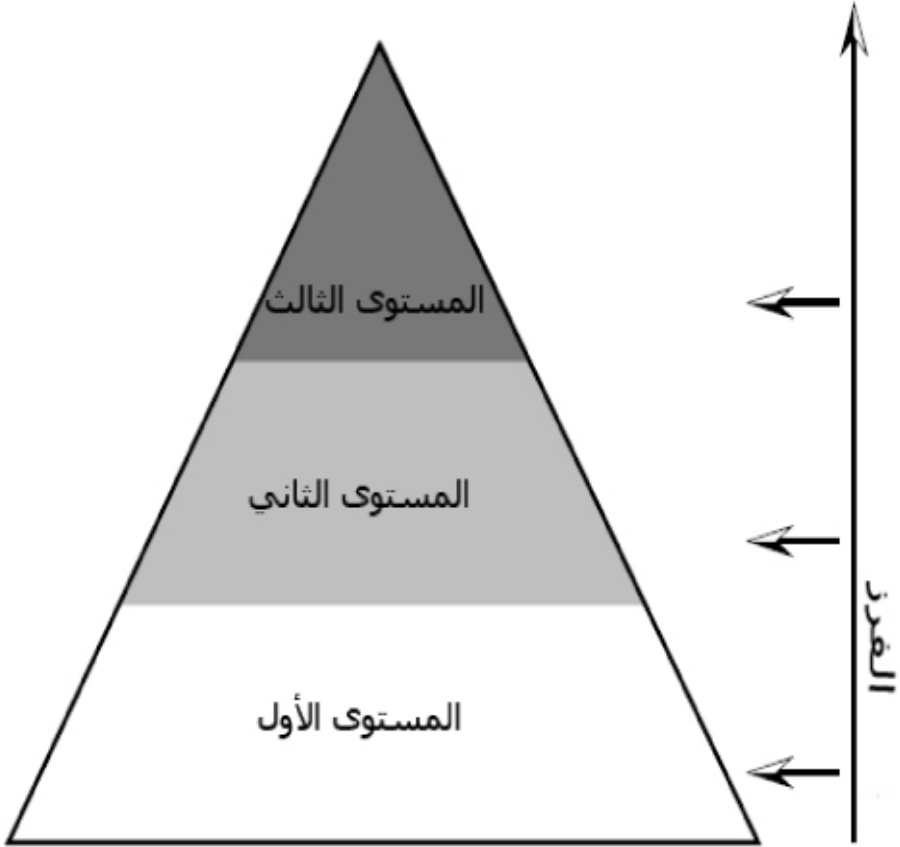
الربط بالأهداف التالية

تم ذكر الحاجة إلى تقييم المستوى المهاري والقدرات بأي مرفق صحي. وسوف يتناول الهدف التالي هذا الأمر.

الإطار 1

الفرز الجراحي

(المفهوم)



- الاستخدام الأمثل للموارد بما يحقق الفائدة لأكبر عدد من الجرحى
- عملية مستمرة تسمح بالتحديد المستمر للأولويات من أجل الحصول على الرعاية والتنقل بين مختلف مستويات الرعاية الصحية

الإطار 2

الفرز الجراحي

(التنظيم)

- | | |
|---|--|
| <p>الأداء خلال حالة الطوارئ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الرعاية الصارمة للقواعد والإجراءات <p>المناقشة بعد حالة الطوارئ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحليل الفرز • النتائج النهائية التي يتم الخروج بها | <p>الاستعداد لحالات الطوارئ المستقبلية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحديد الإجراءات: • الفئات • التعيين الواضح للمسؤوليات • تدريبات |
|---|--|

الإطار 3

الفرز الجراحي

(الفئات)

- الأولوية للجراحة
- عدم الحاجة إلى جراحة
- إمكانية الانتظار للجراحة

الإطار 4

مُعَامِلَاتِ الاستجابة

1. تقييم الموقف

- وصف الموقف
- الأمن
- عدد الجرحى ونوع الإصابات

2. إدارة الأزمة

- الهرمية
- تعيين المسؤولين

3. جمع الضحايا

- عمليات البحث والإنقاذ
- الفرز
- النقل إلى مقر طبي متقدم
- مقر طبي متقدم
- الإعداد والبنية التحتية
- الفرز المستمر
- الاستقرار
- التمرريض
- القدرة
- المهارات

4. التنظيم

- مراقبة إتاحة المرافق الطبية
- مراقبة توافر وسائل النقل
- اتباع أولويات النقل

5. الإدارة في فترة ما بعد الأزمة

- اضطراب الشدة بعد الصدمة (PTSD)
- تحليل الاستجابة في حالة الطوارئ

تقييم المرفق الجراحي

1. الوصف

ينطبق المخطط العام الذي تم عرضه بالفعل لتعريف مرفق الرعاية الصحية على الوحدات الجراحية. وعلى المعلم أن يسعى من أجل تناول النقاط التالية:

- الوصول إلى المرافق الجراحية خلال النزاعات المسلحة: الأمن، الحيادية، توجه السلطات
- التحليل الكمي للمرفق الجراحي (القدرات):
- عدد موظفي الرعاية الصحية، البنية التحتية للإصحاح، المعدات الطبية والجراحية، العقاقير، مستلزمات التضميد، ... إلخ.
- التحليل النوعي:
- قدرات أخصائي الجراحة (المهارات المطلوبة لتنفيذ عمليات فتح البطن بكفاءة، توافر موظفين متحمسين، فهم لائحة الأخلاقيات المهنية).
- تتم مناقشة مفهوم «المؤشرات»: توافر الكهرباء، معدل الوفيات بعد عمليات فتح البطن، الرعاية بعد العمليات الجراحية مع الإشراف المستمر.
- يوفر هذا الهدف لموظفي الرعاية الصحية الأدوات اللازمة لقياس قدرة أي مرفق جراحي موجود من أجل توفير الرعاية الصحية لجرحي الحرب. وهذا يسمح لهم، بدوره، بتقرير مدى مساعدة المرفق في:
- موازنة النقص الكمي – على سبيل المثال، قلة الموظفين أو قلة المؤن.
- موازنة الخلل النوعي – على سبيل المثال، تجاهل القواعد الخاصة بجراحات الحروب أو انعدام وجود إطار عمل تنظيمي لإدارة جروح الحروب.

2. الفئة

الأداة: تحديد المبادئ الأساسية لتقييم أي مرفق جراحي موجود، من أجل تقرير مدى قدرته على تحمل مسؤولية جرحى الحروب.

3. المنهج

ما الذي يمكن تقييمه أولاً في أي مرفق جراحي موجود من المحتمل أن يتلقى جرحى حرب؟

4. طريقة التدريس

مهمة تُقدم للمجموعة بأكملها.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

6. الخلاصة

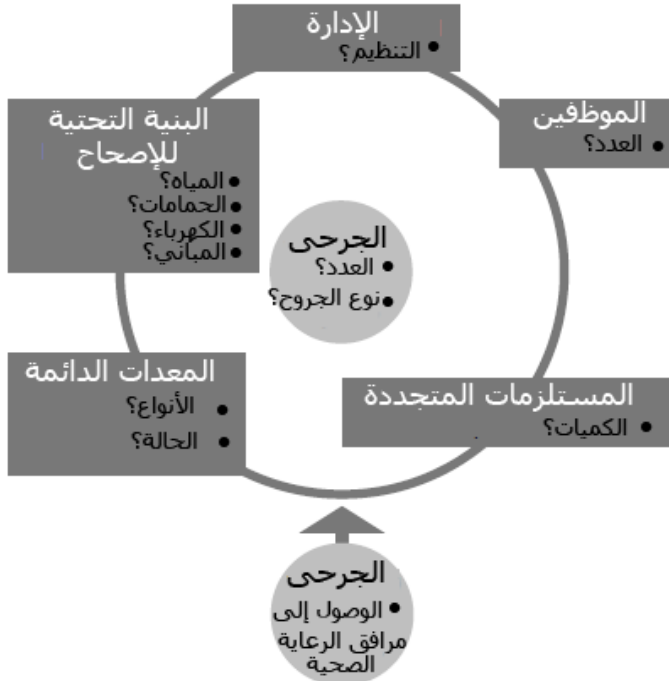
- الإطار 1: تقييم مرفق جراحي: الناحية الكمية
- الإطار 2: تقييم مرفق جراحي: الناحية النوعية
- الإطار 3: ثمانية معايير أساسية لتقييم أي مرفق جراحي

الربط بالأهداف التالية

تشمل عملية تقييم أي مرفق جراحي تقييم معرفة الموظفين بقواعد جراحات الحروب – موضوع الهدف التالي.

الإطار 1

تقييم مرفق جراحي (الناحية الكمية)



تقييم مرفق جراحي (الناحية النوعية)



الإطار 3

تقييم المرفق الجراحي

ثمانية معايير أساسية

1. هل يوجد كتيب دخول أو إجراء منتظم لدخول المرضى وتسجيلهم؟
2. هل يوجد شخص مسؤول عن عمليات الدخول أو عن المستشفى والذي يسيطر على نظام يتم بموجبه تقييم المرضى ثم نقلهم إلى باحة أو إلى غرفة العمليات؟
3. هل يوجد كتيب عمليات دقيق؟
4. هل يوجد نظام عملي وشامل يحصل بموجبه المرضى على سوائل أو عقاقير عبر الحقن بالوريد؟
5. هل المستشفى آمن (بأن يكون بعيداً جداً عن منطقة القتل، ... إلخ)
6. هل يتم إجراء عمليات فتح البطن بصورة آمنة مع توفير التخدير الكامل والمريح (بما في ذلك التنبيب الرغامى) من قبل أخصائي تخدير مدرب والإشراف على المريض على مدار الساعة في غرفة مضاءة يتلقى/ تتلقى فيها السوائل باستخدام الحقن بالوريد؟
7. هل يمكن إجراء خمس عمليات فتح بطن أو أكثر في غضون 24 ساعة في ظل نفس الظروف على نحو ما ورد بيانه في البند 6؟
8. هل يمشي المرضى على عكازات؟ (ملحوظة: هل يملك المرضى عكازات في أسرتههم؟)

في حال لم يتم الوفاء بهذه المعايير، فإن المرفق لا يكون قادراً حينها، أو لا تتوافر لديه القدرة حينها على معالجة جروح الحروب التي تتطلب تدخلاً جراحياً.

قواعد جراحات الحروب

1. الوصف

تسمح القواعد التالية لموظفي الرعاية الصحية بتقييم أي مرفق جراحي من أجل تقرير ما إذا كان يتم تطبيق مبادئ جراحات الحروب، أم لا – على سبيل المثال:

- يتم استئصال الجروح وإزالة كافة الأنسجة الميتة
- ترك الجروح مفتوحة
- اتباع سياسة الإغلاق الأساسي المتأخر
- استعمال المضادات الحيوية بصورة منتظمة مع جميع الجرحى.

لا يرمي هذا الهدف التعليمي إلى إكساب المشاركين مهاراتٍ جراحيةً محددة، بل لجعلهم أكثر حساسية لهذه القواعد القليلة. كما أن التأكد مما إذا كان يتم تطبيق مبادئ جراحات الحروب، أم لا، يعد جانبًا أساسيًا من جوانب تقييم أي مرفق جراحي.

2. الفئة

الأداة: التعرف على القواعد الأساسية لجراحات الحروب

3. المنهج

قدم بعض الأمثلة على القواعد الأساسية لجراحات الحروب.

4. طريقة التدريس

محاضر توضيحية.

5. المدة

المدة الإجمالية: 15 دقيقة.

6. الخلاصة

الإطار 1: القواعد الأساسية لجراحات الحروب

الربط بالأهداف التالية

لا تقتصر الرعاية الجراحية على العمليات الجراحية الفعلية. ولضمان توافر أفضل فرص البقاء والشفاء العملي، يتبع الجراحة الرعاية المناسبة خلال فترة ما بعد الجراحة والعلاج النفسي.

الإطار 1

القواعد الأساسية لجراحات الحرب

- استئصال الجروح
- ترك الجروح مفتوحة
- تأخير الإغلاق الأساسي
- استخدام المضادات الحيوية
- عدم تغيير الضمادات بصورة متكررة

• المصدر: الوحدة الطبية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

الرعاية في فترة ما بعد الجراحة وإعادة التأهيل

1. الوصف

التأكيد على أهمية الرعاية في فترة ما بعد الجراحة من أجل إنقاذ المرضى من الجرحى. تكون العمليات التي تتم بصورة صحيحة بلا جدوى إذا ما توفي المريض بعد ذلك بسبب نقص الرعاية المناسبة. وهذا يعني أن مفهوم «سلسلة الرعاية الصحية» لا يتقيد بمسرح الجراحة، ولكنه يستمر مع الرعاية في فترة ما بعد الجراحة، بما في ذلك العلاج النفسي.

ويأتي العلاج النفسي كعاملٍ ضروري لشفاء القدرة الوظيفية بصورة تامة قدر المستطاع. كما أن العلاج النفسي هامٌ للمرضى الذين يلزم تزويدهم ببديلات. فقد تتسبب إصابات الحروب التي تصيب الأطراف في البتر. ولذا فإن تطبيق عملية إعادة التأهيل مع المرضى المبتورين ممن تم تزويدهم ببديلات يساعد على إعادة اندماجهم في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

وتشير عملية إعادة الاندماج إلى نهاية عملية الرعاية بالجرحى. وعليه يؤكد المعلم على أن سلسلة الرعاية الصحية، مثلها مثل أية سلسلة أخرى، تكون فقط على قدر قوة ارتباطها الأضعف.

2. الفئة

الأداة: فهم أهمية الرعاية في فترة ما بعد الجراحة وإعادة التأهيل في عملية الرعاية الشاملة بالجرحى.

3. المنهج

ما هي المميزات الأساسية المتوقعة من عملية الرعاية في فترة ما بعد الجراحة؟

4. طريقة التدريس

مهمة تُقدّم للمجموعة بأكملها.

5. المدة

المدة الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: الرعاية في فترة ما بعد الجراحة
- الإطار 2: إعادة التأهيل

الربط بالأهداف التالية

فور إكمال هذا الهدف، سوف تتوافر لدى المشاركين الأدوات التي يحتاجون إليها لتخطيط برنامج للرعاية بجرحي الحرب في موقفٍ معين.

الإطار 1

الرعاية أثناء فترة ما بعد الجراحة

• الرعاية المكثفة على مدار الساعة عقب الجراحة

> البقاء على قيد الحياة

• الرعاية على مدار فترة التمرريض (المضادات الحيوية، التغذية، ... إلخ)

> جودة البقاء على قيد الحياة

الإطار 2

إعادة التأهيل

• إعادة التأهيل بعد الجراحة العظمية

> جودة الحياة

• إعادة التأهيل الاجتماعي الاقتصادي

> جودة الحياة

تخطيط برنامج لرعاية جرحى الحروب في موقفٍ معين

1. الوصف

يُجري المعلم للمشاركين تدريبًا يسمح لهم بتطبيق الأدوات التي تعلموها عمليًا. ويحتتم هذا التدريب ضرورة تطبيق الإسعافات الأولية ثم البدء في عملية الفرز. وفي النهاية، يجد المشاركون أنفسهم في موقفٍ يوجب عليهم اتخاذ قرار حول ما إذا كان يتوجب عليهم إشراك مرفق جراحة محلي في عملية الرعاية بالجرحى، أم لا. ويكون خيارهم في تلك المرحلة هو تعزيز المرفق الموجود أم إنشاء مرفق مستقل.

ويمكن أخذ حالة الدراسة من محاكاة مشروع ألفا لاند - بيتا لاند أو يمكن خلق حالة دراسة خصيصًا لهذه المجموعة من الأهداف. وهناك احتمالية أخرى تتمثل في استخدام حالة «لوكتيشوكيو». وينتهاز المعلم فرصة الملخص الذي يتم عرضه في الجلسة مكتملة الأعضاء من أجل أن يستعرض أية أدوات لم تتم محاكاتها بصورة كاملة.

2. الفنة

التدريب: التخطيط لتوفير الرعاية للمرضى من جرحى الحرب في موقفٍ معين.

3. المنهج

ضع خطة لأحد البرامج الهادفة إلى توفير الرعاية للمرضى من جرحى الحرب في إطار عمل محاكاة مشروع ألفا لاند-بيتا لاند.

4. طريقة التدريس

مهمة يتم تقديمها لمجموعات العمل تليها جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 90 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة للتلخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

الربط بالأهداف التالية

إن حالات الحرب لا تسبب إصاباتٍ بدنيةً فحسب، بل إنها تتسبب في إصاباتٍ نفسيةٍ كذلك. وهذا هو موضوع التدريب التالي.

المشاكل النفسية

1. الوصف

يعرض هذا الهدف بعض أفكار المشاكل النفسية التي يعانيها ضحايا النزاع المسلح، إلا أننا لن نناقش النواحي الطبية التي تتعلق ببعض هذه المشاكل.

لقد انحاز ميل المنظمات الإنسانية إلى إعطاء الأولوية للاحتياجات النفسية لضحايا الحروب (المساعدة الإنسانية) والاحتياجات الأمنية (الحماية). ويقع الضحايا الذين تتكفل بهم اللجنة الدولية للصليب الأحمر على وجه الخصوص عرضة لخطر المشاكل النفسية التي تسببها الإصابات التي تعرضوا لها كضحايا مباشرين أو كشهود حاضرين. داخل أي قطاع سكاني، هناك مجموعة معينة من الأشخاص معرضة للخطر على وجه الخصوص. فالأطفال، على سبيل المثال، يحتاجون ظروفًا مستقرة وأمنة من أجل أن يحظوا بالنمو المناسب - تلك الظروف التي غالبًا ما تتلاشى وقت الحرب.

ولذا فإنه يجب الانتباه ليس فقط للآثار النفسية على الأفراد، بل أيضًا للآثار التي تكتنف اندماج الفرد في أي مجتمع تصيبه ويلات الحرب.

ويمكن تقسيم هذا الهدف التعليمي إلى جزئين:

الأثر الواقع على الفرد

العوامل التي قد تسبب الاضطرابات النفسية للفرد هي:

- استحالة الوفاء بالاحتياجات النفسية للشخص (الغذاء، المياه، الرعاية الطبية)، وتفكك وحدة الأسرة، وانعدام الأمن، والخطر، والتعذيب، وموت أفراد الأسرة والأصدقاء، والمشاركة في المذابح، والعنف الجنسي، والسجن، وتوقف العمل، وتجربة التمييز العنصري، ... إلخ.

يتم التعبير عن المشاكل النفسية بدرجاتٍ مختلفة: حالة الصدمة، الرضح، المرض النفسي. ومع الأطفال، قد تصيبهم هذه المشاكل بفقدان الهوية الثقافية وصعوبة التعلم والانطواء واللا مبالاة تجاه المعاناة البشرية وأعراض أخرى.

يجب علاج المشاكل النفسية في سياق العرف الثقافي الاجتماعي المحلي. وأفضل استراتيجية لذلك هي إشعار موظفي الرعاية الصحية بهذه المشاكل حتى يتسنى لهم تسليط الضوء عليها، وكذلك تدريب الموظفين المحليين على التعامل معها. ويجب الانتباه إلى عدم تضخيم المساعدة النفسية إعلاميًا. وتذكر أن هناك ثلاثة مستويات للرعاية وهي:

- الأمراض العقلية التي تتطلب رعاية نفسية

- الحفاظ على الصحة العقلية يتطلب دعمًا نفسيًا
- التطور النفسي يعتمد على التعليم.

ويعتبر شمول الصحة العقلية في أحد أنظمة الرعاية الصحية الأساسية إحدى الاستراتيجيات المحتملة لتعزيز الصحة العقلية.

الأثر الواقع على المجتمع

تعوق التغييرات الجذرية التي تجلبها الحروب على المجتمع اندماج الأفراد في المجتمع. على سبيل المثال، يؤدي تدهور النظام الاقتصادي إلى الحرب من أجل البقاء وخسارة الوظائف واضطراب المناصب الاجتماعية (ظهور فئة اجتماعية جديدة)، والنزوح عن المدارس (إنهاء اندماج الأطفال في المجتمع من خلال التعليم) واستحالة القيام بالأنشطة الدينية والثقافية. وكل هذه العوامل تعمل على الحيولة دون الاندماج الاجتماعي للأفراد.

وهناك العديد من الإجراءات المحتملة. وإذا ما تحدثنا بصورة عامة، فإن المجتمع يجب إرجاعه إلى وظائفه العادية: الارتقاء بالنشاط الاقتصادي، الحفاظ على النشاط التعليمي، تطوير البرامج الاجتماعية، ... إلخ.

يعاني اللاجئون والسكان النازحون مشاكل اجتماعية خطيرة وذلك نتيجة كون التنظيم الاجتماعي بالمخيم أمرًا مصطنعًا.

وبإيجاز، تتبع المشاكل النفسية الاجتماعية من الاضطرابات التي تكتنف نفسية الفرد والتداخل مع العوامل العادية للاندماج الاجتماعي. ويسمح التعرف المبكر على هذه المشاكل والوضع المبكر للإجراءات العلاجية لها، بإعادة خلق استقرار اجتماعي معين.

2. الفئة

إطار العمل: تحديد أسباب المشاكل النفسية الاجتماعية التي تصيب ضحايا النزاعات المسلحة واستراتيجيات التأقلم معها.

3. المنهج

ما هي الأسباب التي تؤدي إلى المشاكل النفسية الاجتماعية التي يعانيها ضحايا النزاعات المسلحة؟ وما هي الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها للتصدي لها؟

4. طريقة التدريس

مهمة يتم تقديمها لمجموعات العمل تليها جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة

المدة الإجمالية: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة للتليخيص في جلسة مكتملة الأعضاء

6. الخلاصة

- الإطار 1: الأثر النفسي على الأفراد
- الإطار 2: اختلال الاندماج الاجتماعي
- الإطار 3: مستويات الرعاية

الربط بالأهداف التالية

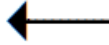
نهاية الوحدة المعنية بالرعاية الجراحية والطبية

الإطار 1

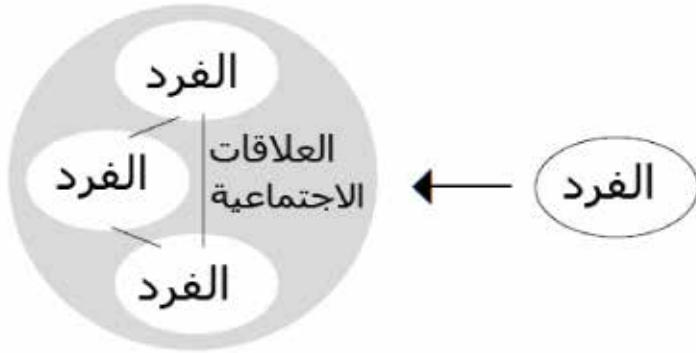
الأثر النفسي على الأفراد

- انعدام الأمن
- الخطر
- تفكك وحدة الأسرة
- التعذيب
- وفاة الأصدقاء والأقرباء
- العنف
- الاعتداء الجنسي
- السجن
- التمييز العنصري
- أمور أخرى

الفرد



اختلال الاندماج الاجتماعي



الأثر الواقع على العلاقات الاجتماعية

- الكفاح من أجل البقاء
- تعزيز الكراهية العرقية
- اضطراب الفئات الاجتماعية
- فقد الاندماج الاجتماعي نتيجة إغلاق المدارس
- الانسحاب الناتج عن انعدام الأمن وخسارة العمل
- أمور أخرى

الإطار 3

مستويات الرعاية

الطب النفسي (الرعاية وفق البيئة الثقافية المحلية)	>	الأمراض العقلية
الدعم النفسي (مدمج في الرعاية الصحية الأساسية)	>	الصحة العقلية
التعليم	>	نمو القدرات الفكرية

نظام الرعاية الصحية

قائمة الأهداف

- تعريف مفهوم نظام الرعاية الصحية في حالة طوارئ
- تصميم نظام رعاية صحية في حالة معيّنة.

مفهوم نظام الرعاية الصحية في حالة طوارئ

1. الوصف

يشكّل هذا الهدف نقطة تحوّل في الدورة التدريبية. فحتى الآن، كانت الأهداف التعليمية مرتبطة بوحدة معينة: الغذاء والتغذية والتصحاح البيئي ومكافحة الأمراض المعدية والرعاية الطبية والجراحية. ولكن من الآن فصاعداً، سوف تتعلق الأهداف بجميع الوحدات التي تمت دراستها، إذ إنّ السياق هو نظام الرعاية الصحية في حالات الطوارئ.

ويمكن وصف نظام الرعاية الصحية في هذه الحالات بطريقتين:

- نسخة مبسّطة يتم فيها ترتيب الوحدات على شكل هرم
- تتشكل القاعدة من الغذاء والماء والصحة البيئية
- ويتضمن الوسط إجراءات الرعاية الصحية الوقائية: التحصين ومكافحة الأمراض المعدية
- ويتكوّن القسم العلوي من الأنشطة العلاجية.

ويبيّن هذا النموذج بوضوح أنّ الحالة الصحية للسكان سوف تتدهور دون توافر قاعدة صلبة، وأنّ متطلبات الحياة الأساسية (الماء والغذاء) والإجراءات الوقائية والإجراءات العلاجية يجب أن تعمل معاً.

- نسخة أكثر تفصيلاً تنتظم فيها الأطر العامة التي تم تحديدها في الوحدات التعليمية المختلفة في أعمدة متوازية، بحيث تكون سلسلة الإمدادات الغذائية مع جميع روابطها هي التالية لسلسلة إمدادات المياه، التي بدورها تكون التالية لسلسلة التخلص من النفايات، والتي تليها إجراءات مكافحة الأمراض المعدية وسلسلة الرعاية الطبية والجراحية بمختلف مستوياتها. وتوفر عملية وضع قائمة بأنشطة الطوارئ المطابقة لكل رابط من روابط هذه السلاسل نظرة عامة إما على نظام رعاية صحية مصطنع أو على الدعم المقدم لمكوّن أو أكثر من مكوّنات نظام رعاية صحية قائم - كتوفير العقاقير للمرافق الجراحية مع برنامج إمدادات المياه والمساعدة في إنتاج الغذاء، إلى آخره، على سبيل المثال.

ويجب أن يؤكد المدرب على التفاعلات القائمة بين جميع هذه المكوّنات: فإمدادات المياه تؤثر في الوضع الغذائي، والتثقيف الصحي يؤثر في مكافحة الأمراض المعدية، وهلمّ جرّاً. وأخيراً، ينبغي أن يشير المدرب إلى بعض الوظائف التكاملية الرئيسة لنظام الرعاية الصحية – الوظائف التي تحدد توجهه وتنظيمه: علم الأوبئة والتخطيط وتدريب العاملين والحماية القانونية (القانون الدولي الإنساني) وتعزيز مسؤولية المجتمع المحلي.

2. الفنة

الإطار: تحديد مفهوم نظام الرعاية الصحية في حالات الطوارئ.

3. الصياغة

تحديد مفهوم نظام الرعاية الصحية في حالات الطوارئ.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

• 15 دقيقة للعمل في مجموعات

• 15 دقيقة لجلسة عامة

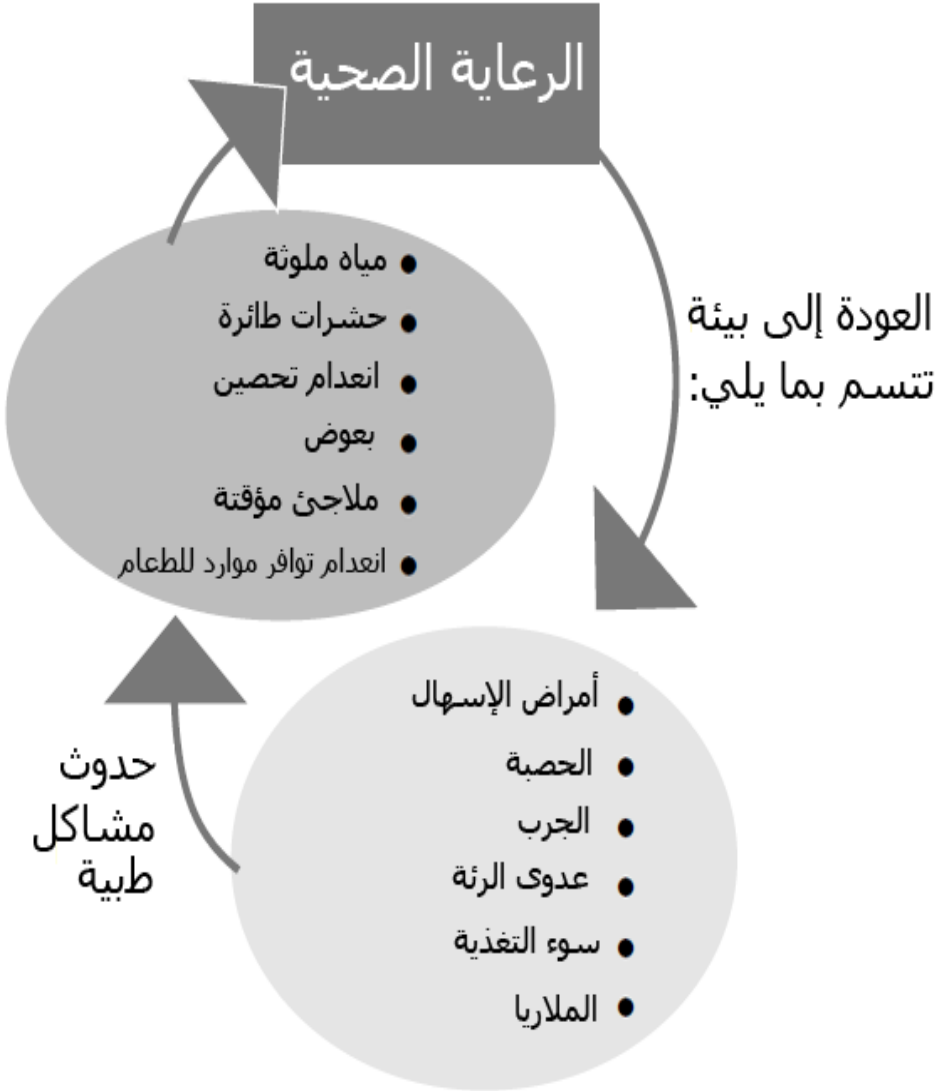
6. الخلاصة

- الإطار 1: حلقة مفرغة للرعاية الطبية غير المدعومة بإجراءات وقائية
- الإطار 2: هرم الرعاية الصحية الذي يقوم على أساس ضعيف
- الإطار 3: هرم الرعاية الصحية
- الإطار 4: نظام الرعاية الصحية
- الإطار 5: نظام الرعاية الصحية في حالات الطوارئ (التنظيم)
- الإطار 6: مفهوم الرعاية الصحية الأولية
- الإطار 7: الرعاية الصحية الأولية: عناصر أساسية
- الإطار 8: هل تنطبق معايير الرعاية الصحية الأولية على عمليات الرعاية الصحية في حالات الطوارئ؟
- الإطار 9: الرعاية الصحية الأولية في مختلف أنواع الحالات
- الإطار 10: كيفية عمل نظام الرعاية الصحية: أمثلة على الوظائف التكاملية

الربط بالأهداف التالية

يركز الهدف التالي على إنشاء نظام رعاية صحية يقوم على استراتيجية الرعاية الصحية الأولية.

حلقة مفرغة للرعاية الطبية غير المدعومة بإجراءات وقائية



الإطار 2

هرم الرعاية الصحية الذي
يقوم على أساس ضعيف

الرعاية الطبية

الصحة العامة

الغذاء
والتغذية

المياه والصحة
البيئية

الإطار 3

هرم الرعاية الصحية

الرعاية الطبية

الصحة العامة

- التحصين
- التنقيف الصحي

الغذاء
والتغذية

المياه والصحة
البيئية

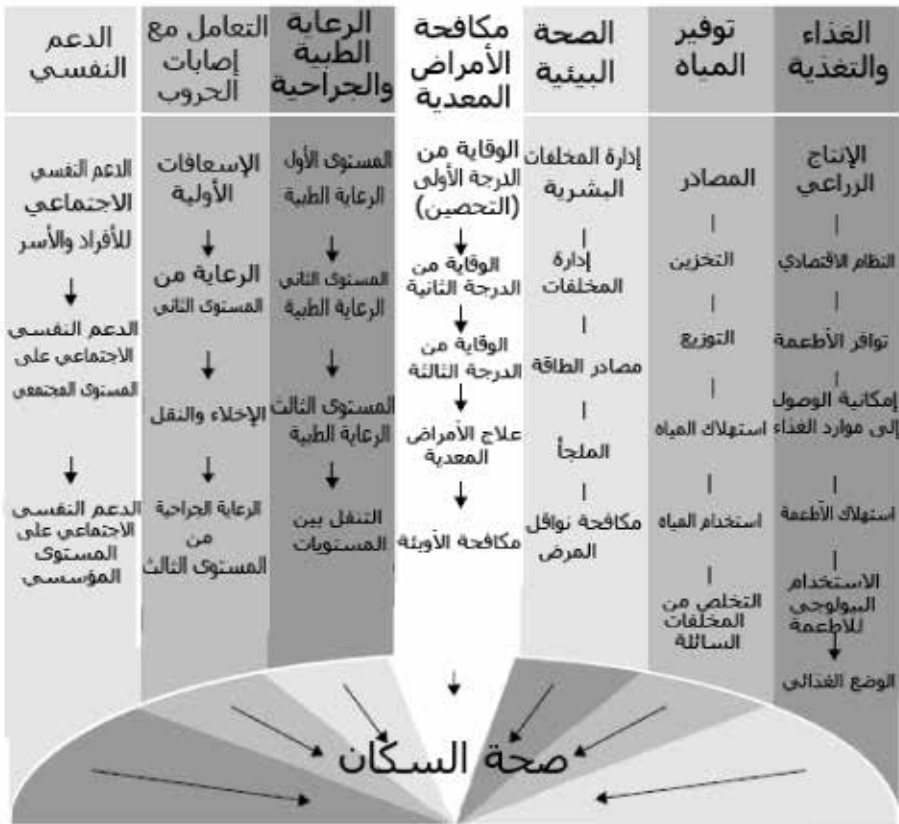
نظام الرعاية الصحية



الإطار 5

نظام الرعاية الصحية في حالات الطوارئ

(التنظيم)



الإطار 6

مفهوم الرعاية الصحية الأولية

تتطابق الرعاية الصحية الأولية مع نظام رعاية صحية يقوم على:

- إمكانية قبول المجتمع المحلي
- قواعد محددة معترف بها
- إمكانية الوصول إلى المجتمع المحلي بأكمله
- مشاركة المجتمع المحلي
- تغطية التكاليف
- التنسيق مع جميع عناصر نظام الرعاية الصحية
- الاندماج في التنمية الاقتصادية والاجتماعية

الإطار 7

الرعاية الصحية الأولية:
عناصر أساسية

- التثقيف الصحي
- تعزيز التغذية الجيدة
- إمدادات مياه نظيفة
- تصحاح بيئي
- رعاية الأم والطفل، بما في ذلك تحديد النسل
- التحصين (برنامج تحصين موسّع)
- الوقاية من الأمراض المتوطنة المحلية ومكافحتها
- علاج المشاكل الطبية الشائعة
- توفير العقاقير الأساسية

الإطار 8

هل تنطبق معايير الرعاية الصحية الأولية على عمليات الرعاية الصحية في حالات الطوارئ؟

- إمكانية الوصول
- إمكانية القبول
- تنسيق الأنشطة
- الاستدامة
- الموازنة بين الإجراءات الوقائية والعلاجية
- القرارات والمسؤوليات
- الكلفة
- تغطية التكاليف
- مشاركة المجتمع المحلي
- الاندماج في نظام الرعاية الصحية العام
- الاندماج في التنمية الاقتصادية والاجتماعية

الرعاية الصحية الأولية في مختلف أنواع الحالات

المعايير	حالات عادية	سكان لاجئون	سكان نازحون	سكان مقيمون (نزاع مسلح)	سكان مقيمون (كارثة طبيعية)
إمكانية الوصول	تتوقف على اللامركزية	نعم	نعم	؟	نعم
إمكانية القبول	نعم، في حال شارك المجتمع المحلي	؟	؟	؟	؟
تنسيق الأنشطة	نعم	يتوقف على الوكالات المشاركة	يتوقف على الوكالات المشاركة	يتوقف على الوكالات المشاركة	يتوقف على الوكالات المشاركة
الاستدامة	نعم، إذا ما تمت تغطية التكاليف	كلا	؟	نعم؟	نعم
الموازنة بين الإجراءات الوقائية والعلاجية	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
القرارات والمسؤوليات	<ul style="list-style-type: none"> المجتمع السلطة 	<ul style="list-style-type: none"> الوكالات سلطات الدولة 	<ul style="list-style-type: none"> الوكالات السلطات المحلية 	<ul style="list-style-type: none"> الوكالات المجتمع السلطات المحلية 	<ul style="list-style-type: none"> الهيئات المجتمع السلطات المحلية
مشاركة المجتمع المحلي	نعم	؟	؟	نعم	نعم
الكلفة	وفقاً لموارد المجتمع	+++	+++	+++	+++
تغطية التكاليف	نعم	كلا	كلا	كلا/ نعم (بعد)	كلا/ نعم (بعد الكارثة)
الاندماج في نظام الرعاية الصحية العام	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
الاندماج في التنمية الاجتماعية والاقتصادية	نعم	كلا	؟	نعم	نعم

الإطار 10

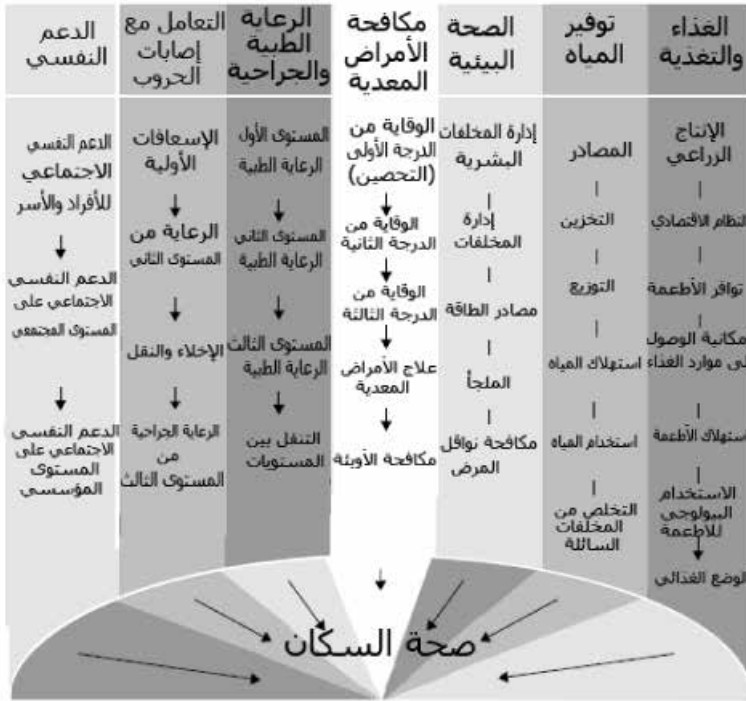
كيفية عمل نظام الرعاية الصحية

أمثلة على الوظائف التكاملية

الحماية القانونية

(القانون الدولي الإنساني)

التخطيط

تقويض المجتمع
بالمسؤولية

تدريب العاملين

المراقبة/ التقييم

(الوبائيات)

تصميم نظام رعاية صحية لحالة معينة

1. الوصف

يطلب المدرب من المشاركين في الدورة أن يصمموا نظام رعاية صحية لمخيم عوالي في تمرين محاكاة ألفا لاند - بيتا لاند. ويتعين أن يدون المشاركون الأنشطة التي خططوها لكل مكون من مكونات نظام الرعاية الصحية، وذلك من أجل الحصول على صورة شاملة للأنشطة في هذا المخيم.

ويرجع المشاركون إلى الأوراق الشفافة التي صمموها في مجموعات العمل الخاصة بهم في أثناء عملهم على مختلف الوحدات التعليمية.

2. الفئة

الممارسة: تصميم نظام رعاية صحية لحالة معينة.

3. الصياغة

تدوين جميع الأنشطة التي خططت من أجل سكان مخيم عوالي في تمرين محاكاة ألفا لاند - بيتا لاند في الجدول الذي تم تبياناه سابقاً.

4. أسلوب التعليم

عرض المهمة على مجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 50 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة لمخلص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

يقوم المشاركون بعرض الجداول عقب عملهم في مجموعات.

الرباط بالأهداف التالية

يمثل الرسم البياني الشامل الذي يُبين مختلف الأنشطة التي يتم الاضطلاع بها من أجل الحفاظ على الصحة في تمرين المحاكاة نقطة انطلاق إلى الوحدة التعليمية التالية التي تركز على «علم الأوبئة».

ويتمثل الغرض من «علم الأوبئة» في تقييم المشاكل الصحية ومداها وتوزعها ومحدّدها. كما قد يوفر أساساً للقرارات الخاصة بأفضل استراتيجية لمعالجة المشاكل الصحية. وهناك غرض آخر يتمثل في رسم التوجهات الخاصة بالمشاكل الصحية، وتقييم نهج عمل الخدمات. وبالإضافة إلى ذلك، فهو يبسر اعتماد أيّ إجراءات علاجية قد تلزم لتحسين عمل البرنامج. ويصلح نموذج نظام الرعاية الصحية، من خلال توفير صورة شاملة لأنشطة الرعاية الصحية والتفاعلات في ما بينها، كمصفوفة لدراسة علم الأوبئة - وبخاصة في اختيار المؤشرات ومصادر المعلومات.

الوحدة التعليمية
السابعة

علم الأوبئة

قائمة الأهداف

- تحديد الدور الذي يلعبه علم الأوبئة في حالات الطوارئ
- تحديد الأدوات الأساسية المرتبطة بعلم الأوبئة اللازمة لوضع نظام للمراقبة
- تعريف مفهوم «المؤشرات»، والتعرف على سمات أي مؤشر وسمات الاختبارات التي تقيس هذه المؤشرات
- تحديد المصادر المحتملة للبيانات الخاصة بالأوبئة ووضع قائمة بمعايير اختيار أي مصدر
- تطبيق مفاهيم «الحساسية» و«الخصوصية» و«القيمة التنبؤية الإيجابية» لاثنتين من الأمثلة
- تحديد مفاهيم الدراسات المستعرضة ودراسات مراقبة الحالات والدراسات الجماعية
- تصميم استبيان باستخدام برنامج EPIINFO وإنشاء ملف للبيانات
- استخدام برنامج EPIINFO لحساب تكرار الحالات ووضع جداول ورسوم بيانية
- تحديد وحساب المتوسط الحسابي ومتوسط الانحراف والفارق والانحراف النموذجي
- التعبير عن المعدلات وتحديد المخاطر النسبية والمخاطر التي يمكن أن تعزى لعوامل أخرى
- التعرف على الأساليب المختلفة لأخذ العينات
- حساب حجم العينة باستخدام صيغ برنامج EPIINFO
- التعرف على أخذ العينات المجمع
- التعرف على المبادئ الإحصائية التي تقوم عليها مفاهيم اختبار مربع كاي واختبار تي -ستيوذنت للطلاب
- التعرف على المبادئ الأساسية التي تنطوي عليها عملية صنع القرار عقب دراسة للأوبئة في أية حالة طارئة
- تصميم نظام لمراقبة الأوبئة في مخيم العوالي في محاكاة ألفا لاند - بيتا لاند
- تحديد الخطوات الأساسية في تقصي أي وباء
- تخطيط إجراءات لمكافحة وباء الكوليرا.

الدور الذي يلعبه علم الأوبئة في حالات الطوارئ

1. الوصف

يتحدد الدور الذي يلعبه علم الأوبئة في ضوء البرامج الوبائية ذات الصلة بحالات الطوارئ:

- التقييم الأولي لأية حالة جديدة: «لقطات» للحالة في بدايتها
- مراقبة الأوبئة: المراقبة المنتظمة للأنشطة التي يجري تنفيذها في حالة معينة
- التقييم الخاص أو المؤقت: «لقطات» للحالة لإجراء مقارنة مع «اللقطات» الأولية
- نظام للإنذار المبكر: إنشاء نظام مراقبة لاكتشاف حالات الطوارئ وشبكة الحدوث، حتى يتسنى اتخاذ التدابير الوقائية أو إتمام الاستعدادات.
- تقصي الوباء في أية حالة طارئة.

نظرًا لإتمام المشاركين التقييمات الأولية على مدار تدريب المحاكاة، يحتاج المعلم فقط لاستعراض موجز للمبادئ الأساسية لهذه التقييمات على النحو الذي دُرست به في وحدة التخطيط.

توضع أنظمة الإنذار المبكر للتنبؤ بالكوارث الطبيعية و/ أو الحيلولة دون الكوارث الطبيعية بطيئة التطور (مثل الجفاف). وهي تحقق نجاحًا أقل في اكتشاف علامات الطوارئ في حالات النزاع المسلح. ولا تتمكن الوكالات الإنسانية في الغالب من الوصول إلى الضحايا حتى يصبحوا بالفعل في حالة يرثى لها، على الرغم من إمكانية اتخاذ تدابير وقائية في حالة مراقبة الوضع.

ذُكرت مراقبة الأوبئة أثناء العمل الجماعي في المحاكاة، ولكن لم تُناقش بتعمق. وتأتي هذه المراقبة كإحدى نقاط الضعف في العمل الإنساني في حالات النزاع المسلح، والتي تعود جزئيًا إلى صعوبة جمع البيانات بصورة منتظمة، وكذلك إلى إخفاق موظفي الرعاية الصحية في فهم أهمية مراقبة الأوبئة في حالات التدخل الطبي. وهناك مجال واحد تكون فيه مراقبة الأوبئة مرضية وهي في مخيمات اللاجئين والنازحين، وذلك بسبب استقرارها النسبي وسهولة الحصول على البيانات التي تقدمها.

كما يعد التقصي عن الأوبئة جزءًا هامًا من علم الأوبئة، حيث تظهر الأوبئة في الغالب أثناء حالات الطوارئ.

ويُعد علم الأوبئة من ثم مجالًا واسع النطاق. ويكون الهدف في البداية هو تدريس الأدوات الأساسية اللازمة لتطبيق علم الأوبئة للمشاركين بهذه الطرق المختلفة. وتُستخدَم هذه الأدوات بالتالي في مراقبة الأوبئة والتقصي عن أي وباء.

2. الفئة

إطار العمل: تحديد الدور الذي يلعبه علم الأوبئة في حالات الطوارئ.

3. الصيغة

تحديد الأدوار المحتملة التي يمكن أن يلعبها علم الأوبئة في حالات الطوارئ.

4. منهج التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة لجميع المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين

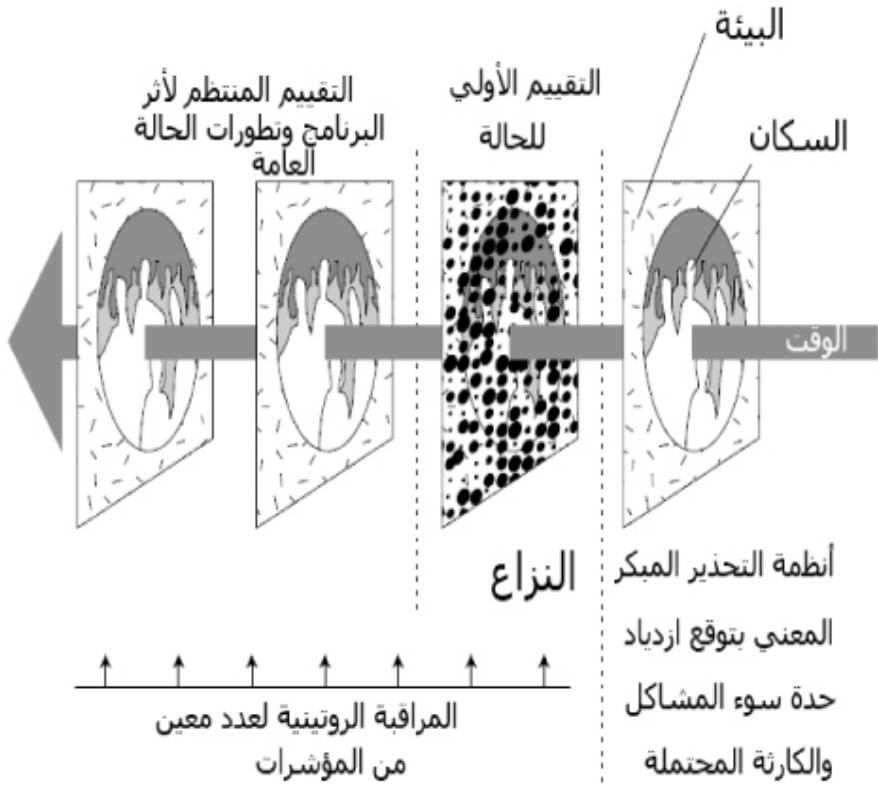
6. الخلاصة

- الإطار 1: البرامج الخاصة بالأوبئة
- الإطار 2: العملية الوبائية
- الإطار 3: أنواع الوبائيات
- الإطار 4: علم الأوبئة الوصفي

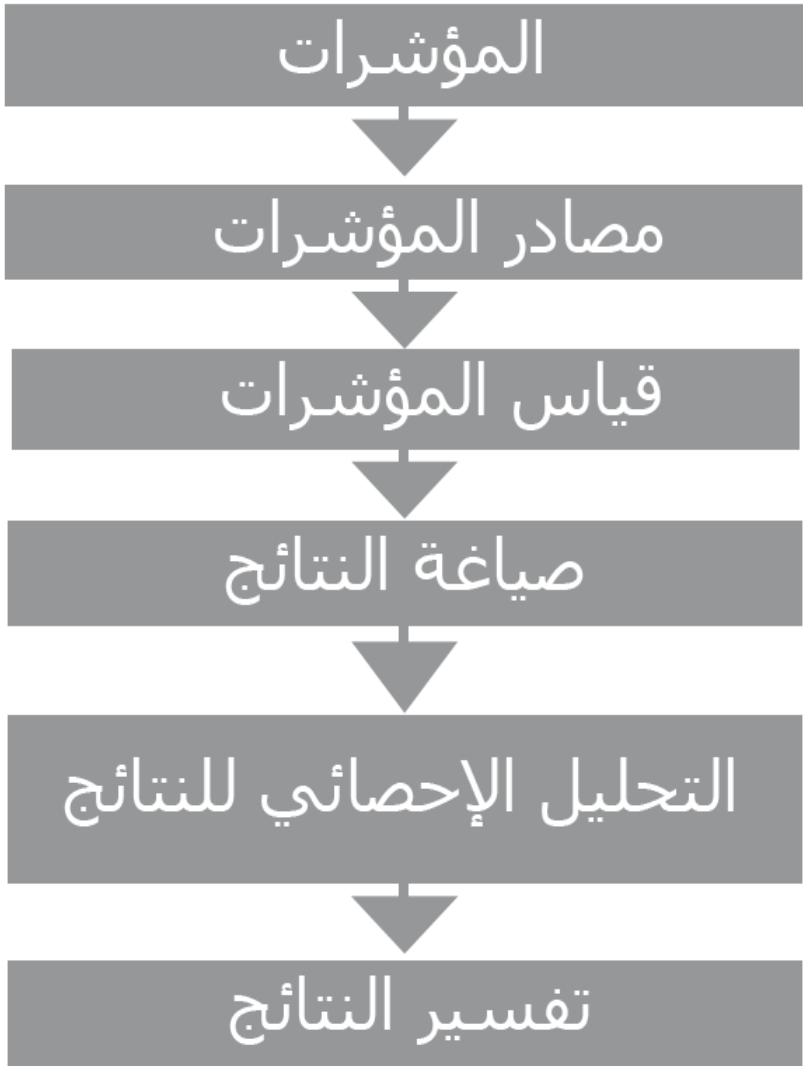
الربط بالأهداف التالية

الهدف التالي يخص تحديد الأدوات المتصلة بالأوبئة.

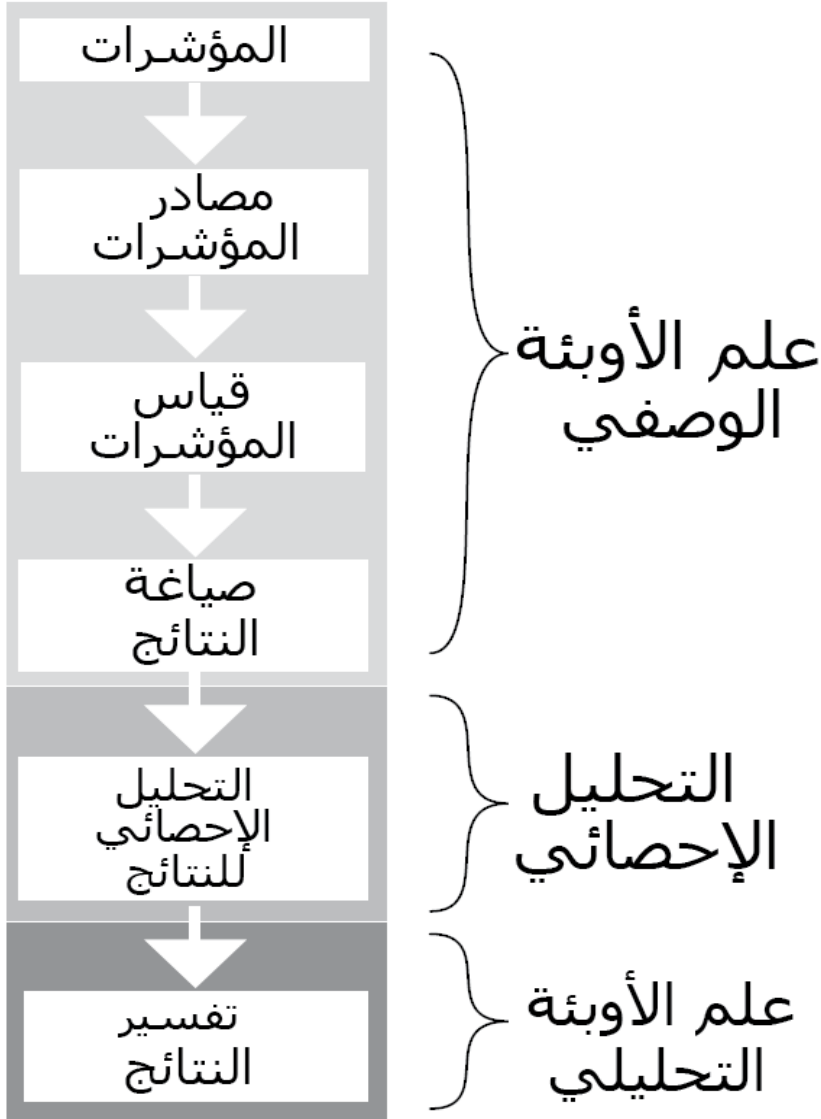
البرامج المتصلة بالأوبئة



العملية المتصلة بالأوبئة



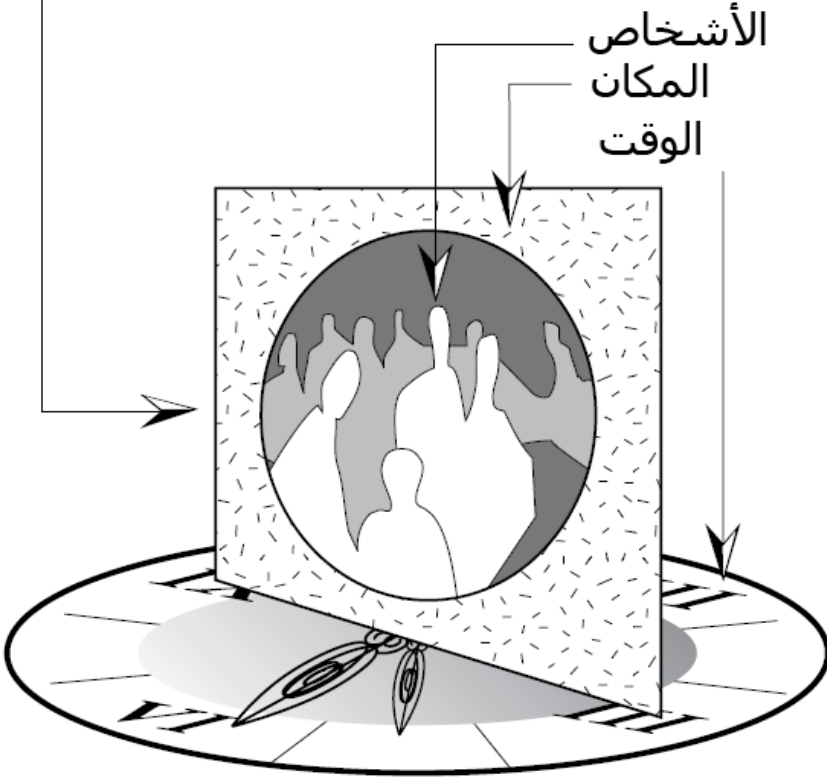
أنواع الأوبئة



الإطار 4

علم الأوبئة الوصفي: المشاكل الصحية

- التكرار
- التوزيع وفقًا لـ:



أدوات مراقبة الأوبئة

1. الوصف

يستخدم المعلم نظامًا للمراقبة كإطار مرجعي لتحديد الأدوات ذات الصلة بعلم الأوبئة. ويتضمن هذا الإطار ما يلي:

- اختيار المؤشرات
 - جمع المؤشرات
 - التحليل الإحصائي للمؤشرات
 - تفسير المؤشرات
 - اتخاذ القرارات على أساس ذلك التفسير.
- وتتمثل الأدوات المناظرة لهذه الخطوات المختلفة في ما يلي:
- اختيار المؤشرات
 - تعريف للمؤشر
 - الانتشار والحدوث
 - سمات المؤشر
 - سمات اختبار لقياس أي مؤشر (التكاليف، إمكانية التعويل على المؤشر، القبول، الحساسية والخصوصية)
 - جمع المؤشرات
 - اختيار مصدر البيانات
 - أساليب أخذ العينات
 - تحديد حجم العينة
 - صياغة البيانات
 - المعدلات
 - التكرار
 - التوزيع حسب الأشخاص والوقت والمكان
 - الخطر النسبي
 - إعداد الجداول
 - عرض الرسوم البيانية

- التحليل الإحصائي للبيانات
- مؤشرات التوجه الرئيسي
- مؤشرات التمييز (التفاوت ، الانحراف النموذجي)
- اختبار مربع كاي
- اختبار تي
- تفسير النتائج
- المتغيرات
- المؤشرات والأهداف التشغيلية
- مراقبة الحالات.

إن برنامج الدراسة هذا طموح للغاية؛ وإذا لم يكن لدى المشاركين معرفة كبيرة بعلم الأوبئة، فعلى المعلم التركيز على مواضيع اختيار المؤشرات، واختيار مصادر البيانات ومعالجة البيانات، والاستغناء عن القسم المناظر للتحليل الإحصائي.

الخطوة الأولى أساسية. فإن لم تكن المؤشرات المختارة وثيقة الصلة بالموضوع، أو مصادر المعلومات غير موثوق بها، فسوف تؤدي عملية المعالجة الإحصائية للبيانات إلى تفسيرات خاطئة. وعلى النقيض، إذا كانت المؤشرات مناسبة وتم جمعها بشكل ملائم، ولكن يعجز موظفو الرعاية الصحية عن إجراء التحليل الإحصائي المطلوب، يمكنهم إرسال البيانات الخاصة بهم إلى متخصصين يجرون التحليل بالنيابة عنهم.

2. الفنة

إطار العمل: تحديد الأدوات الأساسية ذات الصلة بعلم الأوبئة واللازمة لإنشاء نظام للمراقبة.

3. الصيغة

تحديد الأدوات التي تحتاجون إليها لوضع نظام للمراقبة.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم إلى المجموعة بأكملها.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الأدوات اللازم توافرها في العملية الخاصة بعلم الأوبئة

الربط بالأهداف التالية

الأداة الأولى التي ينبغي دراستها هي المؤشرات.

الأدوات اللازمة توافرها في العملية الخاصة بعلم الأوبئة



المؤشرات

1. الوصف

تصف المؤشرات حالة ما، ويكشف القياس المتكرر لها مع مرور الوقت التغيرات والتوجهات في تلك الحالة. ويجب من ثم أن تكون هذه المؤشرات قابلة للقياس ويمكن قياسها أكثر من مرة.

أنواع المؤشرات:

- مؤشرات الأثر: يمكن لهذه المؤشرات أن تصف حالة الصحة من حيث معدل الوفيات أو انتشار المرض أو الحالة الغذائية. وهي مؤشرات ترتبط بالأثر لأنها توفر معلومات عن أثر إجراء ما على الحالة الصحية للسكان. وتوفر هذه المؤشرات بالطبع صورةً جزئيةً فحسب، حيث إنها تكون في العادة مؤشرات كمية؛ وللحصول على رؤية أوسع نطاقاً عن الحالة الصحية لأي قطاع سكاني، قد يتوجب علينا، على سبيل المثال، قياس مؤشر السلامة النفسية. وعلاوةً على ذلك، لا يمكن أن تُعزى التغيرات التي قيست من خلال المؤشرات مباشرةً إلى الآثار التي أفرزتها الإجراءات المتخذة. ويجب أن يراعي تحليل البيانات التي وفرتها المؤشرات المتغيرات العديدة التي تؤثر على الصحة.
 - مؤشرات الخدمات: تقيس تلك المؤشرات كمية الخدمات المقدمة – على سبيل المثال، عدد حصص الأطعمة الموزعة، وعدد الاستشارات الطبية المجرة، وعدد المرضى الذين تلقوا علاجاً في المستشفيات. ولا يذكر هذا النوع من القياس أي شيء عن جودة الخدمات – فهل يلقى المرضى الرعاية الواجبة على نحو مرضٍ؟ وهل تُوزع حصص الأطعمة بصورة عادلة؟ إن قياس أداء موظفي الرعاية الصحية داخل أحد المستشفيات يقدم مؤشراً على جودة الخدمة، كما هو الحال بالنسبة لقياس رضا المستفيدين من عملية توزيع الطعام.
 - مؤشرات الموارد المتوفرة: يمكن أن يشمل ذلك، على سبيل المثال، كميات الطعام الموزعة بصفة عامة، وكمية العقاقير المقدمة لأي مستوصف، وعدد موظفي الرعاية الصحية العاملين في أي مستشفى. ولا توفر هذه المؤشرات أية معلومات عن جودة الخدمات ولا عن أثرها على الحالة الصحية للضحايا.
- يؤكد المعلم على الدور الذي يلعبه موظفو الرعاية الصحية في اختيار المؤشرات على كافة المستويات، وأهمية المؤشرات التي تعكس جودة الخدمة وأثرها على الصحة – مع التحفظ على أن هذه العوامل غالباً ما يصعب تحليلها، حيث إن هناك العديد من المتغيرات التي تؤثر على الحالة الصحية للفرد.
- ويمكن أن تقيس مؤشرات نسبة انتشار المرض عدد الحالات المصابة بأي مرض في وقتٍ معين أو خلال فترة زمنية معينة (الانتشار)، أو أن تقيس عدد الحالات الجديدة التي تظهر خلال نفس هذه الأطر الزمنية (نسبة الإصابة).

المتغيرات:

إذا افترضنا أننا نقيس معدل سوء التغذية على مدار ستة أشهر، وأن القياسات المتكررة أظهرت انخفاضاً في معدل سوء التغذية من 15% إلى 5% خلال فترة الستة أشهر تلك. فهل يمكن عزو هذه النتيجة إلى عمليات توزيع الطعام التي جرت خلال نفس فترة الستة أشهر هذه؟ بالطبع لا يمكن، ما لم نحصل على معلومات إضافية عن العوامل التالية، على سبيل المثال:

- جودة عمليات توزيع الطعام
 - كميات الموارد الغذائية الموزعة
 - معدل الوفيات – الذي قد يُظهر أن الانخفاض في معدل سوء التغذية هو في حقيقة الأمر ناتج عن ارتفاع معدل الوفيات.
 - العدد الإجمالي للسكان: قد ينتج انخفاض معدل سوء التغذية عن رحيل أعداد كبيرة من السكان، تاركين وراءهم أشخاصاً أصحاء فقط.
- ويجب من ثم دراسة كل مؤشر بالتزامن مع المتغيرات التي تكمل التحليل. وينبغي من الناحية العملية تحديد هذه المتغيرات وقياسها في الوقت ذاته كالمؤشر نفسه.

ويجب أن يتسم أي مؤشر بالصفات التالية:

- الصلة. يقيس المؤشر في الواقع ما نحاول نحن قياسه – على سبيل المثال، نرغب في أية حالة طارئة في قياس معدل سوء التغذية الحاد وليس معدل سوء التغذية المزمن.
- التعريف الدقيق. إن لم يرد تعريف دقيق للمؤشر، فلن يكون من الممكن مقارنة البيانات التي تم جمعها من مصادر مختلفة. وسيكون من المستحيل إجراء أي تحليلٍ شاملٍ لاحقاً (أو قد يكون ممكناً ولكنه خاطئ).
- إمكانية القياس: يجب أن يكون من الممكن قياس أي مؤشر – أي أن يتوفر اختبار لقياسه بدقة.
- الدقة: يراعي أي مؤشر بدقة التغييرات التي تطرأ على الشيء الذي يُقاس.

سمات الاختبار الذي يُجرى لقياس أي مؤشر:

- التمثيل: التوافق بين ما يُعتقد وما يقيسه الاختبار فعلياً.
- الفاعلية: تُقاس الصلاحية من خلال خاصيتين هما الدقة والتحديد.
- إمكانية التطبيق: إمكانية إجراء الاختبار في حالات الطوارئ على الرغم من ضيق الوقت والقيود المفروضة على إمكانية الوصول للسكان وقبولهم للأمر.
- توحيد المقاييس: يجب أن يكون الاختبار بسيطاً بدرجة كافية حتى يتسنى لأي شخص إجراؤه بنفس الطريقة عندما يُطلب إليه ذلك.

المؤشر والأهداف التنفيذية:

يُذكر المعلم المشاركين بأن الأهداف التشغيلية تشمل بيان المشكلة وقياس النتائج المرغوبة والفترة الزمنية اللازمة لتحقيق هذه النتائج ومجموعة السكان أو الخدمات التي وُضعت هذه الأهداف من أجلها. ويجب أن يغطي المؤشر هذه البيانات - أي يجب اختياره بحيث يعكس المشكلة الصحية المحددة وقت تحديد الهدف، وكذلك يجب تطبيقه على نفس مجموعة السكان، وقياسه في الإطار الزمني المقرر.

2. الفئة

الأداة: تعريف مفهوم «المؤشر»، والتعرف على سمات المؤشر واختبارات قياس المؤشر.

3. الصيغة

تعريف مفهوم «المؤشر».

وضع قائمة بسمات المؤشر.

وضع قائمة بسمات أي اختبار يُجرى لقياس المؤشر.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة بحضور جميع المشاركين .

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 60 دقيقة

• 20 دقيقة للعمل في مجموعات

• 40 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع الأعضاء

6. الخلاصة

• الإطار 1: المؤشرات

• الإطار 2: سمات المؤشر

• الإطار 3: سمات الاختبار الذي يُجرى لقياس المؤشرات

الربط بالأهداف التالية

يكتسب المشاركون فهماً عاماً للمؤشرات. ويتناول الهدف التالي الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية لأي اختبار.

الإطار 1

المؤشرات

• أنواع المؤشرات:

- مؤشرات المعطيات (الموارد)
- مؤشرات الناتج (الخدمات)
- مؤشرات الحصيلة (المشاكل)
- مؤشرات الأثر (الوضع الصحي)

• يتزايد التعقيد مع المستوى:

المعطى ← الناتج

+++ +

- المؤشرات وتحديد الأهداف
- المؤشرات والمتغيرات
- سمات المؤشر

الإطار 2

سمات المؤشر

- الصلة الوثيقة
- إمكانية القياس
- التعريف بدقة
- الدقة البالغة

الإطار 3

سمات الاختبار أو أسلوب جمع البيانات في حالات الطوارئ

سمات عامة:

- التمثيل
- الفاعلية
- إمكانية الوثوق به

سمات أكثر تحديداً بالنسبة لحالات الطوارئ :

- الانطباق
- السرعة
- البساطة
- إمكانية الإجراء مرة أخرى

• المقبولية

- لدى السكان
- لدى السلطات

مصادر البيانات

1. الوصف

بمجرد التعرف على المؤشرات التي نرغب في استخدامها، يجب علينا أن نحدد مكان جمع البيانات وكيفية جمعها ومعدل جمعها على نحو فعال. ولا يمكن الوصول إلى كافة مصادر المعلومات في حالات النزاع المسلح، ويتطلب الأمر أحياناً اللجوء إلى مصادر غير مباشرة وأقل استحقاقاً للثقة. ويشكل هذا الأمر خطراً يتمثل في وجوب اتخاذ قرارات بناءً على بيانات ضعيفة.

مصادر البيانات:

- الضحايا. تُقاس حالة التغذية مباشرةً بين السكان. ويخلق قياس حالة التغذية لدى الأطفال الذين يترددون على المرافق الصحية تحيزاً، حيث تتوافد أعداد كبيرة من الأطفال الذين يعانون سوء تغذية لتلقي المشورة الطبية.
- المرافق الصحية. يمكن للمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية أن توفر بيانات عن المرض والأسباب المحددة للوفاة.
- السوق المحلية. يمكن جمع معلومات من السوق حول أسعار المواد الغذائية، والتي تمثل مؤشراً على مراقبة توزيع الطعام.
- الإدارة. يمكن للهيئات الحكومية، من خلال عملها، تقديم بياناتٍ عن الوفيات والتعداد السكاني، ... إلخ.

ويعتمد اختيار مصادر البيانات على ما يلي:

- الصلة بين مصدر البيانات والمؤشر المزمع قياسه
- إمكانية الوصول المستمر للمعلومات. ففي حالات النزاع المسلح، يكون الوصول إلى مصادر المعلومات أمراً صعباً في معظم الأحيان، وغير منتظم بل ربما يكون خطراً.
- إمكانية الوثوق به. وهي تتوقف على مستوى تحفيز موظفي الرعاية الصحية أو الأشخاص الآخرين على جمع البيانات وفقاً للمعايير المحددة والتواتر. ويتوقف هذا التحفيز بدوره على فهم الصلة بين عملية جمع البيانات واتخاذ القرارات. ويجب أن تتلقى المصادر التي توفر المعلومات استجابة لضرورة ذلك في الحفاظ على الحافز لديها. نقطة أخرى يجب التشديد عليها وهي إمكانية التعويل على البيانات مع مرور الوقت (الاتساق).

2. الفئة

الأداة: تحديد مصادر البيانات ووضع قائمة بمعايير اختيار مصدر المعلومات.

3. الصيغة

ما هي المصادر الرئيسية للبيانات وما هي السمات التي يجب البحث عنها في أي مصدر للبيانات؟

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل يليه جلسة بحضور جميع المشاركين .

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتليخيص في جلسة تضم جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: مصادر البيانات

الربط بالأهداف التالية

ينبغي اختبار المؤشرات إذا كانت ستوفر البيانات اللازمة. وتكون السمات التي يجب التحقق منها في هذه الاختبارات محط تركيز الهدف التالي.

الإطار 1**مصادر البيانات**

- | | |
|--|---|
| <p>المصادر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • السكان • خدمات الرعاية الصحية • السوق المحلية • الهيئات الإدارية | <p>معايير الاختبار:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صلة المصدر بالمؤشر • المراد إمكانية الوصول إليه • إمكانية التعويل عليه |
|--|---|

الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية للاختبار

1. الوصف

يتمثل الهدف هنا في شرح مفاهيم دقة الاختبار وخصوصيته والقيمة التنبؤية الإيجابية له (PPV).

يُقصد بدقة الاختبار نسبة الحالات الإيجابية التي حددها الاختبار (النسبة بين عدد الحالات الإيجابية التي كشف عنها الاختبار والعدد الفعلي للحالات الإيجابية).

ويُقصد بخصوصية الاختبار نسبة الحالات السلبية التي حددها الاختبار (النسبة بين عدد الحالات السلبية التي كشف عنها الاختبار والعدد الفعلي للحالات السلبية).

أما القيمة التنبؤية الإيجابية للاختبار فهي احتمال أن يكون أي فرد سُخِّصت حالته بالإيجاب بواسطة الاختبار مصابًا بالفعل بالمرض.

2. الفئة

الأداة: تطبيق مفاهيم الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية على مثالين.

3. الصيغة

تعريف مفاهيم الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية للاختبارات في المثالين التاليين:

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة يحضرها جميع المشاركين .

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: مبادئ دقة وخصوصية الاختبار
- الإطار 2: الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية: تعريفات
- الإطار 3: حساب الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية

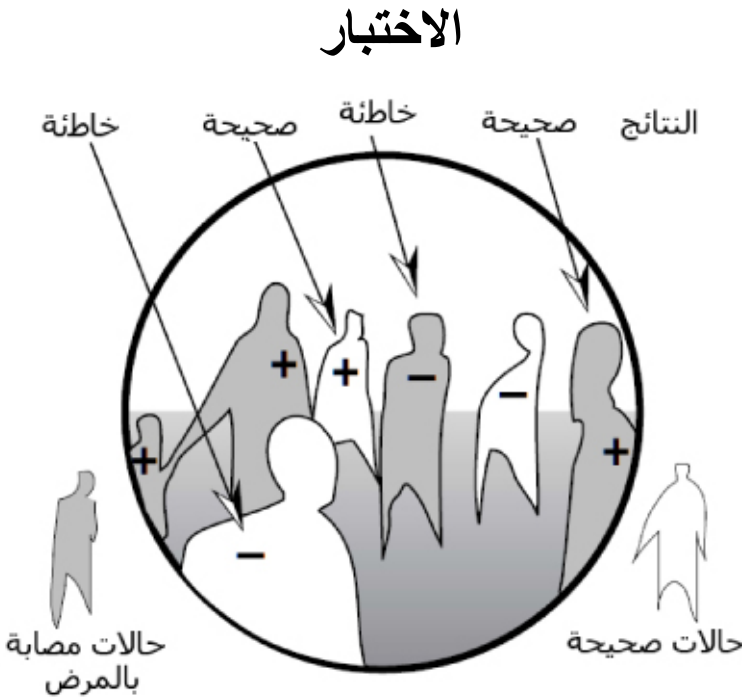
- الإطار 4: تطبيق الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية على مرض الالتهاب السحائي
- الإطار 5: تطبيق الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية على مرض الملاريا
- الإطار 6: تطبيق الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية على داء الزحار العصوي

الربط بالأهداف التالية

توجد أساليب مختلفة لإجراء الدراسات ذات الصلة بعلم الأوبئة، يصفها الهدف التالي بإيجاز.

الإطار 1

مبادئ دقة وخصوصية الاختبار



ما هي قدرة الاختبار على التمييز بين الأفراد المصابين بالمرض (الدقة) والأفراد الأصحاء (الخصوصية)؟

الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية

(تعريف)

الحالة الفعلية⁽¹⁾ للسكان الخاضعين للاختبار: المُختبرين:

	المرض		
	لا	نعم	
القيمة التنبؤية الإيجابية	إيجابي خطأ	إيجابي صواب	+ اختبار يكشف
	سلبي خطأ	سلبي صواب	- عن المرض ⁽²⁾
	الخصوصية	الدقة	

$$\frac{\text{عدد الحالات الإيجابية الصائبة التي كشف عنها الاختبار}}{\text{العدد الإجمالي للحالات الإيجابية الصائبة}} = \text{الدقة}$$

$$\frac{\text{عدد الحالات السلبية الصائبة التي كشف عنها الاختبار}}{\text{العدد الإجمالي للحالات السلبية الصائبة}} = \text{الخصوصية}$$

$$\frac{\text{عدد الحالات الإيجابية الصائبة التي كشف عنها الاختبار}}{\text{عدد الاختبارات الإيجابية}} = \text{القيمة التنبؤية الإيجابية}$$

- (1) يمكن تقرير الحالة الفعلية للسكان بواسطة إجراء اختبارات أكثر دقة.
 (2) تكون دقة وخصوصية الاختبارات التي تُجرى في حالات الطوارئ وقيمتها التنبؤية الإيجابية معروفة.

الإطار 3

حساب الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية

المرض

-	+	
18	68	+
202	12	-

الاختبار

الدقة

قم بحساب:

الخصوصية

القيمة التنبؤية الإيجابية

الإطار 4

تطبيق الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية على مرض التهاب السحائي

التأكيد المعملّي

الالتهاب السحائي

-	+	
30	45	+
20	5	-

الأعراض السريرية:

حمى + صداع + تصلب الرقبة

-	+	
2	40	+
48	10	-

+ تعبُّم السائل المخي-
النخاعي

الإطار 5

تطبيق الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية على الملاريا:

التأكد المعملّي			الملاريا
-	+		
80	90	+	الأعراض السريرية:
70	10	-	حمى < 38.5 درجة صداع
30	80	+	حمى < 38.5 درجة
120	20	-	صداع عدم وجود عدوى عن طريق الجهاز التنفسى +

الإطار 6

تطبيق الدقة والخصوصية والقيمة التنبؤية الإيجابية على الزحار العصوي:

تحديد العصيات في براز المريض			الزحار العصوي
-	+		
50	80	+	الأعراض السريرية:
50	20	-	إسهال مع براز مدمى وحمى
2	70	+	إسهال مع دم
98	30	-	مرئي فعليًا في البراز، وحمى

الدراسات المستعرضة ودراسات مراقبة الحالات والدراسات الجماعية

1. الوصف

يمكن إجراء دراسات على الأوبئة بطرقٍ عدة، منها:

- الدراسات المستعرضة

- دراسات مراقبة الحالات

- الدراسات الجماعية

- الدراسات المستعرضة هي النوع الأكثر استخدامًا في حالات الطوارئ. وهي توفر صورة واقعية للحالة في وقتٍ معين. تناظر الدراسة الأولى التقييم المبدئي لأية حالة طوارئ. وتمثل الدراسات المستعرضة اللاحقة بصفة أساسية تقييماتٍ خاصةٍ وُضعت لرصد تطورات الحالة. وتتمثل مزايا الدراسات المستعرضة في ما يلي:

- توفير المعلومات بشكلٍ سريع، والإلمام بالحالة في وقتٍ معين

- البساطة في التنفيذ (إذا كان الوصول إلى السكان مضمونًا)

- التقديم السريع لرؤية عن المشكلات الصحية الحالية وتوزيعها.

- تُستخدَم دراسات مراقبة الحالات للمقارنة بين مجموعتين من السكان، تُبرز إحدهما سمةً معينة (على سبيل المثال، سوء تغذية) بينما لا تبرز في الأخرى أية سمات مميزة. وتُجرى دراسة بأثر رجعي على المجموعتين من أجل تحديد العوامل التي تؤدي إلى إبراز السمة المعينة. ويُستخدم هذا الأسلوب على سبيل المثال، في المناطق التي تنخفض فيها حدة وتواتر النزاع لتقييم أسباب تأثير النزاع على قرى معينة عندما تضررت بعض القرى بصورة مباشرة من النزاع بينما لم تتضرر منه قرى أخرى. بيد أن الحصول على كافة المعلومات المطلوبة قد يكون أمرًا صعبًا، بسبب تنقلات السكان وحالات الوفاة وغياب الهيئات الإدارية المحلية مثل الخدمات الصحية، ... إلخ.

- الدراسات الجماعية هي دراسات احتمالية تفحص العلاقة بين مشكلة صحية والسبب المفترض لتلك المشكلة. وتتابع هذه الدراسات الحالات التي تعرضت لعامل من عوامل الخطر عمليًا على مدار فترة زمنية معينة، من أجل تقرير ما إذا كانت ستظهر عليها أعراض المشكلة الصحية التي يُعتقد أنها ترتبط بعامل الخطر المحدد. ونادرًا ما يُستخدم هذا الأسلوب في حالات الطوارئ للربط بين المشكلات الصحية والأسباب المحتملة. وتجري مراقبة مجموعات المرضى أو الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية من أجل تحديد أثر التدبير المتبع على حالتهم، لكن هذه الممارسة لا تشكل دراسة جماعية؛ بل

هي جزءٌ من عملية الرصد في أي برنامج مراقبة. الميزة الأساسية للدراسات الجماعية هي أنها يمكن أن تؤكد الصلة بين أية مشكلة صحية والسبب المحتمل لتلك المشكلة (في إطار القيود الإحصائية لتقنية أخذ العينة المستخدمة)، لكنها تتطلب وقتًا للخروج بنتائج، وقد تختلف حالات الدراسة من المجموعة خلال هذا الوقت. وتلك مشكلة أساسية في حالات الطوارئ.

2. الفئة

الأداة: تعريف مفاهيم الدراسة المستعرضة ودراسات مراقبة الحالات والدراسات الجماعية.

3. الصيغة

تعريف الدراسة المستعرضة ودراسات مراقبة الحالات والدراسات الجماعية .

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم للمجموعة بأكملها

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 15 دقيقة.

6. الخلاصة

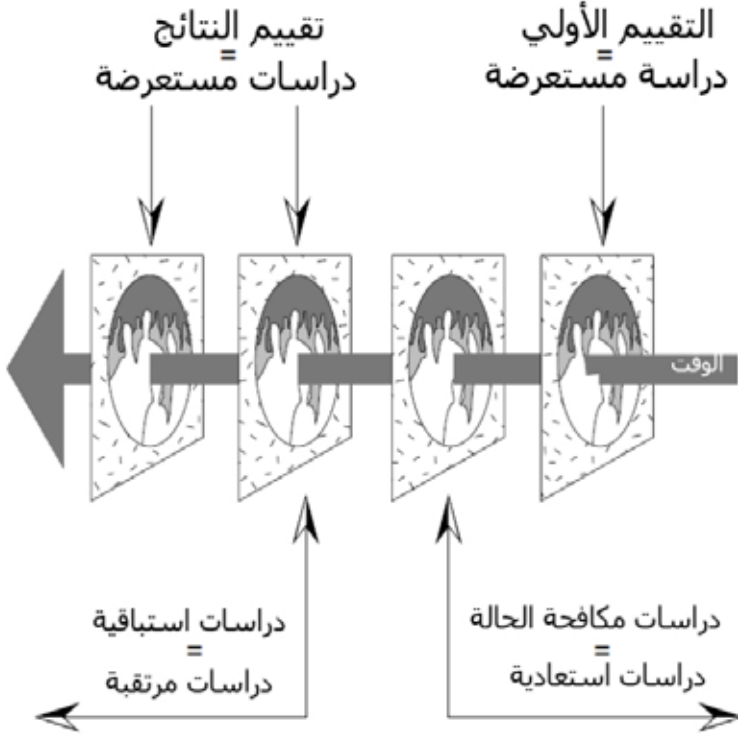
• الإطار 1: الدراسات المستعرضة ودراسات مراقبة الحالات والدراسات الجماعية.

الربط بالأهداف التالية

تتطلب هذه الدراسات استخدام استبيان للحصول على معلومات دقيقة عن الحالة الصحية للأشخاص وقدرة الخدمات المحلية، ... إلخ. الهدف المنشود من القسم التالي هو بيان طريقة وضع استبيان بمساعدة الحاسوب.

الإطار 1

الدراسات المستعرضة ودراسات مراقبة الحالات والدراسات الجماعية



دراسات جماعية = دراسات بأثر رجعي

دراسات جماعية = دراسات الاحتمالات

تصميم نموذج باستخدام برنامج EPIINFO وإنشاء ملفات

1. الوصف

يسهل تصميم نماذج لجمع بيانات كمية، ويمكن وضعها بصورة مباشرة على أي حاسوب. بيد أنه عندما يُقصد من الأسئلة استنباط بيانات كمية، تكون الطريقة التي تُصاغ بها تلك النماذج في غاية الأهمية.

وتشمل المشاكل المحتملة ما يلي:

- الأسئلة المغرضة (ذات النية المبيتة) التي تؤثر على الإجابات
 - أسئلة بشأن الأمن والتي لا يرغب المشاركون في الإجابة عليها
 - أسئلة تُستخدم فيها مفردات أو تعبيرات أو جمل يستعصي على المشاركين المعنيين فهمها.
- يستخدم معدل الوفاة غير الدقيق في مخيم العوالي كمثال. وينبغي للاستبيان الخروج بالمعلومات التالية:

- الاسم
- السن
- الجنس
- البلد الأصلي
- مدة الإقامة داخل المخيم
- سبب الوفاة
- عدد أفراد الأسرة.

يقوم المشاركون بإدخال البيانات التي تم جمعها في مخيم العوالي بمجرد وضع الاستبيان.

2. الفئة

الأداة: وضع استبيان باستخدام برنامج EPIINFO وإنشاء ملف للبيانات.

3. الصيغة

وضع استبيان باستخدام برنامج EPIINFO وإدخال البيانات ذات الصلة بمعدل الوفيات في مخيم العوالي.

4. أسلوب التدريس

مهام عملية معينة للمشاركين

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: وضع استبيان باستخدام برنامج EPIINFO
- الإطار 2: إدخال البيانات في الاستبيان

الربط بالأهداف التالية

بمجرد أن يكتمل جمع البيانات، يقوم المشاركون بإدخالها «بالترتيب» في الجداول والرسوم البيانية. وسوف يتناول الهدف التالي هذا الأمر. (يمكن تجميع المهام التي تشمل استخدام برنامج EPIINFO معاً).

الإطار 1

وضع استبيان باستخدام برنامج EPIINFO

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| <بالأحرف> | • الاسم |
| <بالأرقام> | • السن |
| <بالأحرف الكبيرة: مذكر أو مؤنث> | • الجنس |
| <بالأحرف الكبيرة> | • البلد الأصلي |
| <التاريخ> | • تاريخ الوصول |
| <بالأحرف> | • أسباب الوفاة |
| <بالأرقام> | • مدة الإقامة |

التواتر والجداول والرسوم البيانية باستخدام برنامج EPIINFO

1. الوصف

هناك ثلاثة معالم أساسية لعملية توزيع البيانات هي الوقت والمكان والأشخاص. ويصنف برنامج EPIINFO البيانات وفق السن والجنس والمكان والتاريخ. ويُطلب من المشاركين استخدام خاصية التحليل في برنامج EPIINFO لحساب التواتر ووضع جداول ورسوم بيانية باستخدام المعالم التي تم الحصول عليها باستخدام الاستبيان.

2. الفئة

الأداة: استخدام برنامج EPIINFO لحساب التواتر ووضع جداول ورسوم بيانية.

3. الصيغة

حساب التواتر ووضع جداول ورسوم بيانية باستخدام المعالم المستقاة من الاستبيان الذي تم وضعه في وقت سابق باستخدام برنامج EPIINFO.

4. أسلوب التدريس

مهام عملية معينة للمشاركين

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة.

6. الخلاصة

• الإطار 1: التواتر والجداول والرسوم البيانية باستخدام برنامج EPIINFO

الربط بالأهداف التالية

إن تنسيق البيانات بهذه الطريقة يسهل التصور السريع. بيد أن تفسير البيانات يتطلب تحليلاً إحصائياً، يليه تحليل سببي. تتناول الأهداف التالية التحليل الإحصائي للبيانات. (يمكن تجميع كافة المهام العملية باستخدام برنامج EPIINFO معاً).

التواتر والجداول والرسوم البيانية باستخدام برنامج EPIINFO

- حساب التواتر وفق النوع
- حساب التواتر وفق السن
- حساب متوسط مدة الإقامة
- وضع قائمة بالأسماء بالترتيب الأبجدي

التوزيع العادي للبيانات (منحنى غاوس)

1. الوصف

من أجل تمثيل توزيع أي متغير، توضع قيم المتغير في المحور السيني من الرسم البياني والتواترات المناظرة لها في المحور الصادي. وتتميز عمليات التوزيع العادية بخواص معينة كالتالي:

- تتحدد من خلال المتوسط الحسابي الخاص بها، وهو قياس التوجه الرئيسي
- متماثلة، حيث تختلف قيمها عن المتوسط الحسابي بمعدل قيمة الانحراف المعياري
- 68% من القيم تقع بين الانحرافات المعيارية -1 و +1 للمتوسط، و 96% بين الانحرافات المعيارية 2 و -2.

قياس التوجه الرئيسي:

- المتوسط الحسابي، أو المتوسط: إجمالي كافة القيم مقسوم على عدد القيم
- الوسط: القيمة الواقعة فعليًا في وسط مجموعة القيم كلها
- النسق: القيمة التي تحدث بصورة أكثر تواترًا في مجموعة من القيم.

المتوسط الحسابي هو القياس الأكثر استخدامًا للتوجه الرئيسي.

قياس الانتشار:

- متوسط الانحراف: إجمالي الانحرافات الفردية (بغض النظر عن العلامات الإيجابية أو السلبية) مقسوم على عدد الملاحظات
- الفارق: إجمالي تربيعات الانحرافات الفردية مقسوم على عدد الملاحظات
- الانحراف المعياري: الجذر التربيعي للفارق

ويتم استخدام هذه المؤشرات للتعبير عن الفوارق في القيمة داخل قطاع سكاني معين.

2. الفئة

الأداة: تعريف وحساب المتوسط الحسابي، ومتوسط الانحراف والفارق والانحراف المعياري.

3. الصيغة

تعريف الوسط الحسابي، ومتوسط الانحراف والفارق والانحراف المعياري.

حساب هذه المعالم بالنسبة لأية مجموعة من القيم.

4. أسلوب التدريس

واجب يقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة بحضور جميع المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

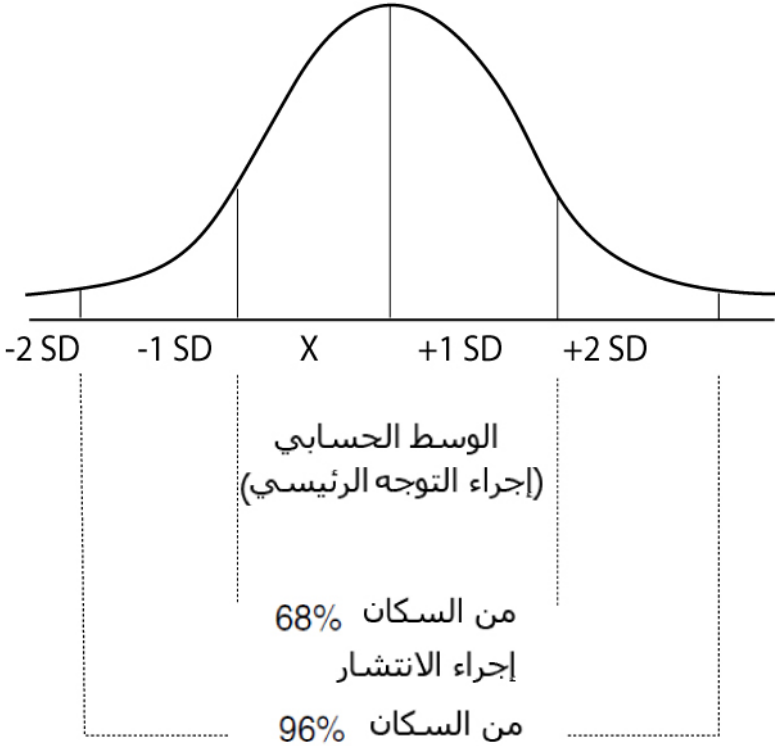
- الإطار 1: التوزيع العادي للبيانات
- الإطار 2: قياس المتوسط الحسابي والوسط والنسق ومتوسط الانحراف والفارق والانحراف المعياري.

الربط مع الأهداف التالية

تُستخدم هذه الأداة أيضًا لتعريف المبدأ الأساسي الذي يقوم عليه التفسير الإحصائي للنتائج التي تم الحصول عليها من عملية أخذ العينات.

الإطار 1

التوزيع العادي للبيانات (منحنى غاوس)



(SD = انحراف معياري)

قياس التوجه الرئيسي

وزن الأطفال الذكور البالغين من العمر خمس سنوات

	21.8
	20.3
	20.1
	20.1
	19.9
	19.7
	19.2
	18.7
	18.7
	18.7
احسب:	18.7
- المتوسط الحسابي	18.1
- الوسط	17.9
- النسق	17.3
- متوسط الانحراف	16.5
- الفرق	15.2
- الانحراف المعياري	14.1

المعدل، والخطر النسبي والخطر الذي يمكن عزوه لعامل معين

1. الوصف

ينبغي التعبير عن البيانات في شكل نسبة لغرض مقارنة متغير معين في قطاعين سكانيين مختلفين. وتتميز النسبة باحتوائها على بسط - وهو عدد الحالات التي رُصدت في كل قطاع سكاني - ومقام - وهو العدد الإجمالي للحالات الواقعة تحت وطأة الخطر داخل كل قطاع سكاني. ويكون التعبير عن النسب بنسبة مئوية في الألف والمائة ألف، بناءً على المعايير الحالية. حيث يتم التعبير عادةً عن الإصابة بمرض السل، على سبيل المثال، كعدد الحالات الجديدة المصابة بالسل كل عام في كل 100000 شخص. وفي حالات الطوارئ، يتم التعبير عن معدل الوفاة غير الدقيق كعدد الوفيات كل يوم في كل 100000 شخص. ويسمح التعبير عن النسب باستخدام مقامات موحدة لأي متغير معين بإجراء مقارنة سريعة بين البيانات المأخوذة من قطاعين سكانيين.

ويُقصد بالخطر النسبي النسبة الكائنة بين قيمة أي متغير في الأشخاص المعرضين لعامل خطر معين وقيمة نفس المتغير في الأشخاص غير المعرضين لهذا العامل.

أما الخطر الذي يمكن عزوه لعامل معين فيُقصد به قيمة المتغير في الأشخاص المعرضين لعامل خطر معين مطروح منه قيمة المتغير في الأشخاص غير المعرضين لذلك العامل.

2. الفئة

الأداة: التعبير عن النسب وتعريف الخطر النسبي والخطر الذي يمكن عزوه لعامل معين.

3. الصيغة

عرف معدل انتشار المرض ومعدل الوفيات.

احسب الخطر النسبي في مثال معين .

احسب الخطر الذي يمكن عزوه لعامل معين في مثال محدد

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تاليه جلسة بحضور جميع المشاركين..

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: أمثلة على المعدلات
- الإطار 2: نسبة الأرجحية
- الإطار 3: الخطر النسبي والخطر الذي يمكن عزوه لعامل معين
- الإطار 4: تعريف الحدوث والانتشار
- الإطار 5: حساب معدلات الحدوث والانتشار
- الإطار 6: العلاقة بين انتشار المرض وحدوثه ومدته.

الربط مع الأهداف التالية

لا تُجمَع البيانات في الغالب من قطاع سكاني بأكمله، بل من عينةٍ منه. وتُعدّ الأهداف التالية بأساليب أخذ العينات وبطريقة تحديد حجم العينة.

الإطار 1

أمثلة على المعدلات

- معدل الوفيات:
- معدل الوفيات غير الدقيق، على سبيل المثال، 2 / 10000 / يوم
 - معدل الوفيات وفق السن، على سبيل المثال، معدل الوفيات بين الأطفال البالغين من العمر أقل من 5 سنوات معدل الوفيات في الأطفال الرُّضّع (الطفل > 1 سنة)
- ويتم التعبير عن هذه المعدلات في الغالب لكل 1000 نسمة
- معدل الوفيات وفق سبب الوفاة، على سبيل المثال الالتهاب الرئوي
 - معدل حدوث المرض:
 - معدل حدوث المرض
 - معدل الانتشار

الإطار 2

الأرجحية

تقدير الخطر النسبي

الزحار العصوي

-	+	
ب	أ	+
102	50	
د	ج	-
409	46	

من يعانون
سوء تغذية

$$\frac{\text{نسبة الأرجحية} = \text{أ د}}{\text{ب ج}}$$

$$(\text{نسبة الأرجحية} = 4.3)$$

الخطر النسبي والخطر الذي يمكن عزوه لعامل معين

حدوث المرض بين السكان
المعرضين للخطر

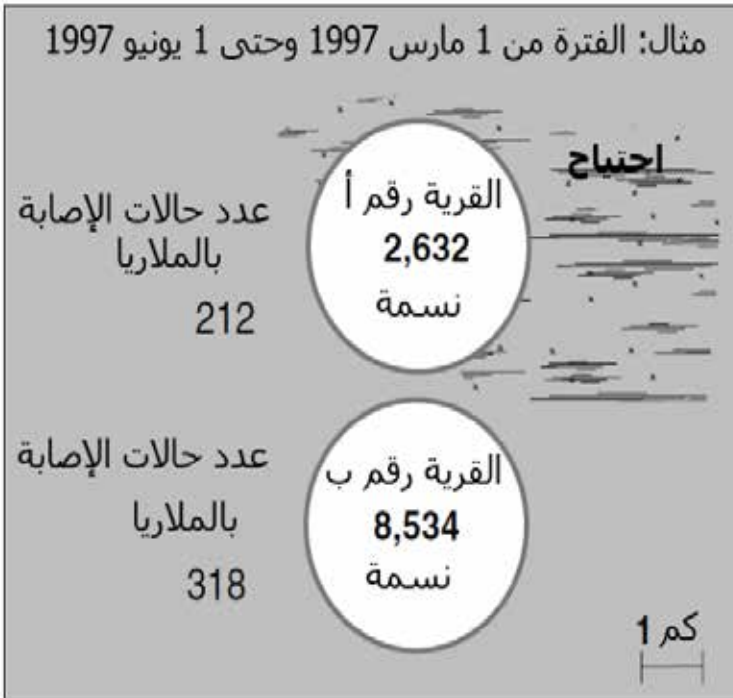
= الخطر النسبي

حدوث المرض بين السكان غير
المعرضين للخطر

حدوث المرض بين السكان المعرضين
للخطر

الخطر الذي يمكن
عزوه لعامل معين =

حدوث المرض بين السكان غير
المعرضين للخطر



الإطار 4

الانتشار وحدوث المرض

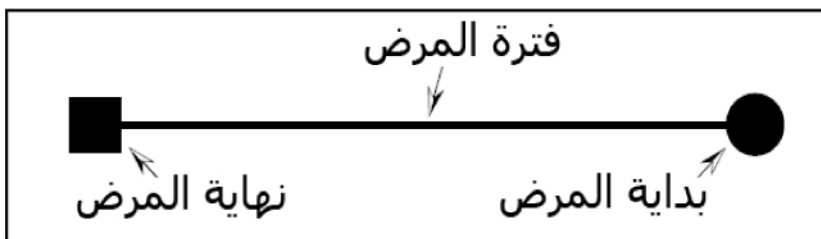
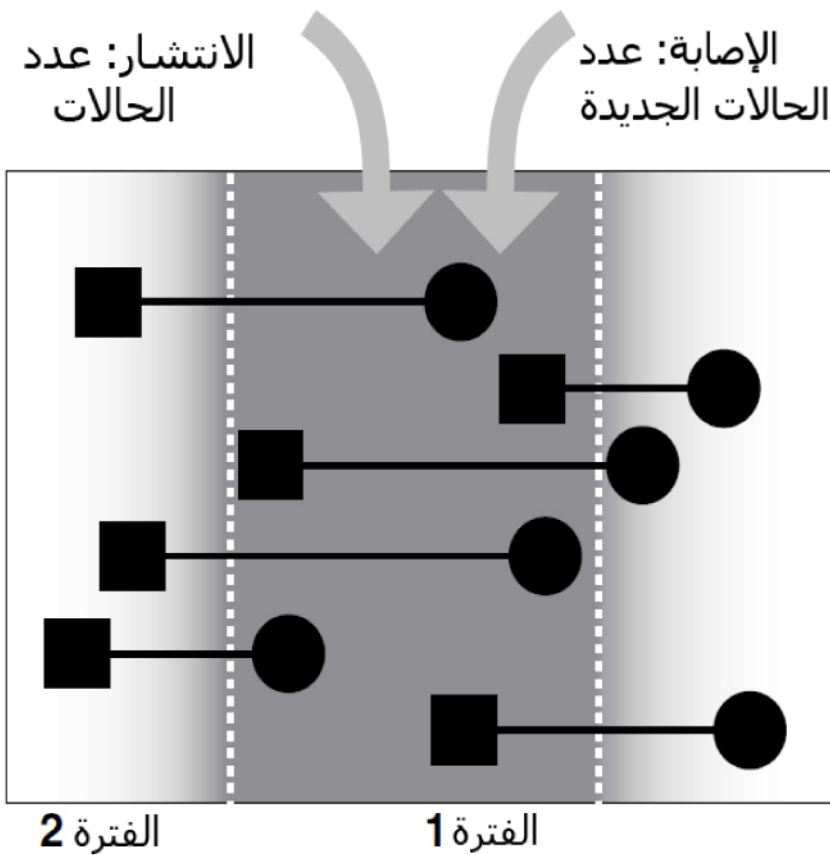
الانتشار:

عدد الأشخاص الذين يحملون المرض
محل الدراسة في أحد القطاعات
السكانية خلال فترة زمنية معينة

الإصابة:

عدد الحالات الجديدة المصابة بالمرض
قيد الدراسة خلال فترة زمنية معينة

معدلات الحدوث والانتشار خلال فترة زمنية معينة



الإطار 6

العلاقة بين الانتشار والحدوث وفترة المرض

الانتشار = حدوث المرض X فترة المرض

التمارين:

• تدخل 12 حالة جديدة من الجرحى في المناجم أحد المستشفيات كل شهر. وتستمر تلك الحالات في تلقي العلاج لمدة 6 أسابيع في المتوسط فكم عدد الأسرة التي يشغلها المصابون؟

• يتلقى في الوقت الراهن 200 مريض علاجًا في إطار برنامج لمكافحة مرض السل. وتستغرق فترة علاجهم 9 أشهر. فكم عدد الحالات الجديدة التي تلتحق بالبرنامج كل عام؟

• يوفر أحد مراكز إعادة التأهيل الغذائي الرعاية لعدد 800 طفل. ويقبل المركز 65 حالة جديدة أسبوعيًا.

فما هو متوسط فترة الإقامة في المركز؟

المصدر: إي برينر

أساليب أخذ العينات

1. الوصف

يتطلب جمع البيانات عن قطاع سكاني بأكمله استثمارًا باهظًا في الوقت والعمل والمال. ويتمثل البديل في الممارسة الاعتيادية وهي دراسة عينة ممثلة للسكان.

وهناك العديد من الأساليب الممكنة للقيام بذلك كما يلي:

- الأسلوب العشوائي البسيط لأخذ العينات. حيث يجري اختيار أفراد العينة عشوائيًا؛ ومن ثم يحظى كل فرد بفرصة متساوية لاختياره.
 - الأسلوب العشوائي الطبقي لأخذ العينات. حيث يُقسَّم السكان المراد دراستهم إلى مجموعات وفقًا لخصائص من قبيل الموقع الجغرافي والوسط الاجتماعي وما إلى ذلك، وتؤخذ عينات عشوائية بسيطة من كل مجموعة.
 - الأسلوب المنهجي لأخذ العينات. حيث يقع اختيار الحالات وفق تقسيمات محددة (فرد من بين خمسة أفراد على سبيل المثال)؛ ولا يحظى كل فرد بفرصة متساوية في الاختيار.
 - الأسلوب الجماعي لأخذ العينات. حيث يقع الاختيار على مجموعة من الأفراد عشوائيًا ويجري فحص كل فرد في المجموعة على حدة.
 - يتطلب كل أسلوب من هذه الأساليب وجود إطار لأخذ العينات، حيث يجري إعداد قوائم بجميع الأفراد وبجميع المنازل (الأسلوبان العشوائي والمنهجي لأخذ العينات) وقائمة مجمعة للسكان (الأسلوب الجماعي لأخذ العينات).
- ويعتمد اختيار أي أسلوب من هذه الأساليب على ما يلي:
- درجة الدقة المطلوبة، حيث يكون الأسلوب العشوائي البسيط لأخذ العينات أكثر تمثيلًا من الأسلوب الجماعي.
 - التوزيع الجغرافي للسكان، حيث يكون الأسلوب الجماعي لأخذ العينات مناسبًا أكثر بالنسبة للسكان المتناثرين في العديد من القرى؛ ويُفضَّل استخدام الأسلوب المنهجي في أخذ العينات بالنسبة لأي مخيم من المخيمات.
 - التكلفة. الأسلوب الجماعي لأخذ العينات أقل تكلفة من الأسلوب العشوائي البسيط.
 - الوصول إلى السكان.

2. الفئة

الأداة: التعرف على الأساليب المختلفة لأخذ العينات.

3. الصيغة

ضع قائمة بالأساليب المختلفة لأخذ العينات ومزاياها النسبية.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدَّم للمجموعة بأكملها

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

الإطار 1: أساليب أخذ العينات

الربط بالأهداف التالية

يركز الهدف التالي على تحديد حجم العينة.

الإطار 1**أساليب أخذ العينات**

- الأسلوب العشوائي البسيط لأخذ العينات
- الأسلوب العشوائي الطبقي لأخذ العينات
- الأسلوب المنهجي لأخذ العينات
- الأسلوب الجماعي لأخذ العينات

حساب حجم العينة

1. الوصف

يستند حساب حجم العينة إلى مفاهيم مركبة. ويجب ذكر ثلاثة مبادئ أساسية في البداية:

- يكون الوسط المتحقق بالنسبة لمجموعة من العينات بنفس الحجم داخل قطاع سكاني واحد مطابقاً للوسط الحقيقي (أي المتوسط الذي يمكن الحصول عليه من خلال قياس جميع أفراد قطاع سكاني واحد)
- يكون منحني الانحرافات المتحقق من خلال مجموعة العينات متساوية الحجم هو منحني توزيع عادي.
- الانحراف المعياري في عملية توزيع للانحرافات الناتج عن هذه المجموعة من العينات متساوية الحجم يُسمّى «خطأ قياسياً».

وعلى نحو ما ورد ذكره، فإن 96% من القيم الخاصة بأي متغير تتمركز بين الانحرافات المعيارية +2 والانحرافات المعيارية -2. وقياساً على ذلك، يمكن القول بأن 96% من العينات متساوية الحجم المأخوذة من قطاع سكاني واحد تقع بين الأخطاء المعيارية +2 والأخطاء المعيارية -2. وعلى العكس، تبلغ نسبة وقوع أية عينة مأخوذة من قطاع سكاني معين بين الأخطاء المعيارية +2 والأخطاء المعيارية -2 نسبة 96% (يُفترض عادةً وجود فرصة بنسبة 95% أن القيمة الناتجة عن عينة ما تقع بين الأخطاء المعيارية + 1.96 والأخطاء المعيارية - 1.96). وتمثل النسبة المئوية 95%، احتمالات وقوع القيمة الناتجة عن العينة بين الأخطاء المعيارية ± 1.96 . وإذا أردنا الحصول على احتمالية بنسبة 99%، ينبغي لنا أخذ الأخطاء المعيارية ± 2.58 باعتبارها الحد الأقصى. ويُطلق على هذا الانتشار «فترة الثقة». وإن كان ينبغي أخذ عينة واحدة فقط، فإننا بالطبع لن نتمكن من معرفة حدود فترة الثقة حينئذٍ. وهذا هو السبب وراء تحديد مدة تلك الفترة عند حساب حجم العينة؛ فكلما زادت الفترة، كلما قلت الدقة في العينة والعكس صحيح. ويجب زيادة حجم العينة من أجل الوصول إلى مستوى أعلى من الدقة، حيث تعني الدقة أن القيمة المستقاة من العينة لا تختلف كثيراً عن الوسط الحقيقي. ويجب السعي للوصول إلى حل وسط بين درجة الدقة وحجم العينة. وأخيراً، فإن القيمة المُقدرة للعامل المطلوب هي المُعامل الأخير الذي يلزم دراسته، والذي قد يكون، بالنسبة لأي قطاع سكاني مطلق، نسبة السكان الذين يملكون هذا العامل، وبالنسبة لأي وسيط، الانحراف المعياري التقديري.

ونحصل من ثم على المعادلة التالية:

بالنسبة لأي قطاع سكاني مطلق: حجم العينة: $Z^2 \times pq/D^2 =$ ، حيث:

$$Z = 1.96 \text{ (حيث يبلغ مستوى الثقة 95\%)}$$

$$P = \text{قيمة النسبة}$$

$$p - 1 = q \cdot$$

$$D = \text{درجة الدقة} \cdot$$

وبالنسبة للوسائط: حجم العينة: $Z^2 \times SD/D^2$ ، حيث:

$$Z = 1.96 \text{ (حيث يبلغ مستوى الثقة 95 \%)}$$

$$SD = \text{الانحراف المعياري التقديري}$$

$$D = \text{مستوى الدقة المنشود.}$$

ويتحدد حجم العينة من ثم وفق مستوى الثقة وفترة الثقة المرغوبة.

ويمكننا تنقيح حساب فترة الثقة بمجرد الحصول على نتيجة، من خلال قلب هذا المنطق رأساً على عقب، أي أننا يمكن أن نحسب، بالنسبة لأي وسط، ما يلي:

$$\bullet \text{ الخطأ المعياري} = \text{الانحراف المعياري} / \text{الجذر التربيعي لحجم العينة}$$

$$\bullet \text{ فترة الثقة لأي مستوى ثقة بنسبة 95 \%} = \text{الوسط المحتسب بنسبة أخطاء معيارية} \pm 1.96$$

• وتُعتبر هذه التوضيحات لكيفية تحديد حجم العينة في غاية البساطة. ويجب على المعلم ألا يشرع في مناقشة أي حجج إحصائية معقدة؛ ويكمن الغرض من هذا الهدف ببساطة في إبراز المبادئ الإحصائية الأساسية لعملية أخذ العينات. وينبغي للمعلم في نهاية المطاف أن يوضح للمشاركين كيفية استخدام برنامج EPIINFO لحساب حجم العينة.

2. الفئة

الأداة: حساب حجم العينة باستخدام المعادلات الموضحة أولاً ثم برنامج EPIINFO.

3. الصيغة

احسب حجم العينة بالنسبة لقيم معينة باستخدام المعادلات الإحصائية الموضحة أولاً ثم برنامج EPIINFO.

4. أسلوب التدريس

شرح معادلة حساب حجم العينة.

العمل في مجموعات لحساب حجم العديد من العينات وفق قيم محددة معطاة من أجل الوصول إلى الدقة والنسبة المطلوبين.

ويمكن الجمع بين التدريب على برنامج EPIINFO والواجبات الأخرى التي يُستخدم فيها برنامج EPIINFO.

5. المدة الزمنية:

المدة الزمنية الإجمالية: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة للتليخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين.

6. الخلاصة

- الإطار 1: حساب حجم العينة: المفاهيم الأساسية
- الإطار 2: تقدير قيمة العامل الذي ينبغي قياسه من أجل حساب حجم العينة
- الإطار 3: المبادئ الأساسية لحساب حجم أي عينة
- الإطار 4: معادلات حساب حجم العينة للتوصل إلى نسبة من خلال الأسلوب العشوائي البسيط لأخذ العينات

الربط بالأهداف التالية

تُستخدم هذه المعادلات لحساب العينات العشوائية البسيطة. وسوف يدرس الهدف التالي الأسلوب المستخدم لحساب حجم العينة في الأسلوب الجماعي لأخذ العينات.

الإطار 1**حساب حجم العينة****المفاهيم الأساسية:**

- مستوى الثقة (المرتبط بالخطأ المعياري)
- فترة الثقة
- درجة الدقة
- القيمة التقديرية للعامل الذي يتعين قياسه

الإطار 2

تقدير قيمة العامل
الذي يتعين قياسه من أجل
حساب حجم العينة

$$p = \text{قيمة العامل}$$

$$q = 1 - p$$

pxq	q	p
0.09	0.9	0.1
0.16	0.8	0.2
0.21	0.7	0.3
0.24	0.6	0.4
0.25	0.5	0.5
0.24	0.4	0.6
0.21	0.3	0.7
0.16	0.2	0.8
0.09	0.1	0.9

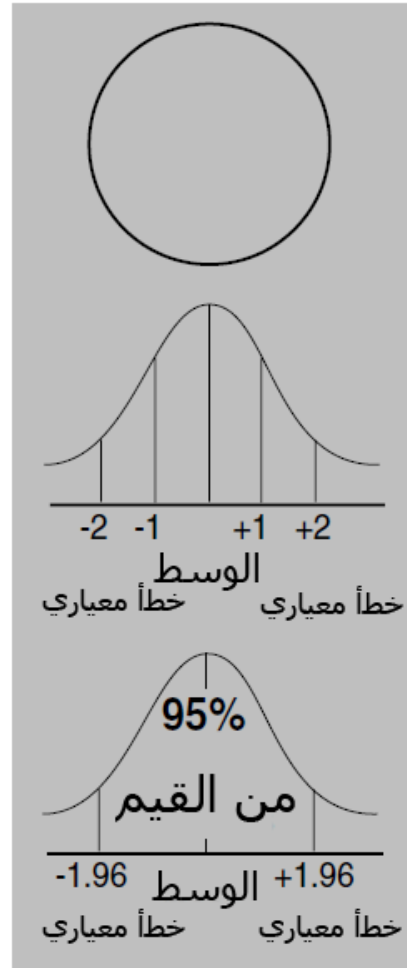
استخدم 50 % في حالة الشك،
حيث تعطي أكبر حجم للعينة.

المبادئ الأساسية لحساب حجم أية عينة

وسط القيم الناتجة في
عينات متكررة من نفس
القطاع السكاني يساوي
الوسط الحقيقي.

تتبع القيمة الناتجة من
عينات متتالية منحنى
توزيع عادي وتتحرف
عن الوسط الحقيقي
بمقدار الخطأ المعياري

95% من القيم الناتجة
من عينات متتالية من
نفس القطاع السكاني تقع
بين الأخطاء المعيارية
1.96+ و-1.96.



الإطار 4

معادلة لحساب حجم العينة
والوصول إلى نسبة من
خلال عملية أخذ العينات
العشوائية البسيطة

الانتشار المقدر المطلوب
(عند الشك، استخدم 50%، والتي
تجعل العينة كبيرة قد المستطاع)

حجم العينة

$q = 1 - p$

$$N = Z^2 \frac{pq}{D^2}$$

الهامش المسموح به للخطأ

(درجة الدقة المطلوبة)

$Z =$ 1.96 لمستوى ثقة بنسبة 95%

الأسلوب الجماعي لأخذ العينات

1. الوصف

يشمل الأسلوب الجماعي لأخذ العينات الخطوات التالية:

- تحديد حجم العينة من خلال استخدام نفس الصيغة الخاصة بالأسلوب العشوائي البسيط لأخذ العينات، $N = Z^2 pq/D^2$ ، من خلال ضرب الناتج المتحقق في 2 (وهذا أمرٌ ضروري لأن الأسلوب الجماعي لأخذ العينات ليس على نفس القدر من الدقة التي يتسم بها الأسلوب العشوائي البسيط لأخذ العينات)
- تحديد عدد المجموعات - 30 على الأقل، على الرغم من إمكانية استخدام عدد أكبر من المجموعات.
- تحديد حجم كل مجموعة من خلال قسمة حجم العينة على عدد المجموعات
- تحديد موقع المجموعات:
- إعداد إطار لأخذ العينات - أي قائمة بالأماكن المعنية والقطاعات السكانية فيها - وضع قائمة مجمعة لتلك القطاعات السكانية
- تحديد مدة فاصلة لأخذ العينات عن طريق قسمة العدد الإجمالي للسكان على عدد المجموعات
- اختيار عدد عشوائي يكون أصغر من المدة الفاصلة لأخذ العينة
- تطبيق هذا العدد العشوائي على القائمة المجمعة لإجمالي عدد السكان للحصول على المجموعة الأولى
- إضافة المدة الفاصلة لأخذ العينة إلى ذلك الرقم العشوائي للحصول على المجموعة الثانية، والاستمرار في إضافة مدة فاصلة لأخذ العينة للحصول على مجموعات متتالية إلى أن تنتهي القائمة.

يشيع استخدام الأسلوب الجماعي لأخذ العينات في تحديد عدد الأشخاص المستفيدين من التطعيم. ويمكن استخدامه أيضًا لقياس سوء التغذية في القطاعات السكانية المتفرقة. ويتمثل أحد أوجه النقص الرئيسية في هذا الأسلوب في الحاجة إلى وضع قائمة بأعداد السكان من أجل تصميم إطار لأخذ العينات.

2. الفئة

الأداة: استخدام تقنية الأسلوب الجماعي لأخذ العينات.

3. المنهج

استخدم الأسلوب الجماعي لأخذ العينات في موقفٍ معين.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدم لمجموعات العمل في أعقاب توضيح للمنهجية.

5. المدة الزمنية:

المدة الزمنية الإجمالية: 40 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 25 دقيقة للتليخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الإعداد للأسلوب الجماعي لأخذ العينات
- الإطار 2: التحديد الجغرافي للمجموعات
- الإطار 3: الأسلوب الجماعي لأخذ العينات: تحديد موقع المجموعات

الربط بالأهداف التالية

تُعد النتائج المحققة عن طريق أخذ العينات تقديرات للقيم الحقيقية التي يمكن الحصول عليها إذا خضع السكان بأكملهم للقياس. فعندما نقارن نتائج عينتين من قطاعين سكانيين مختلفين، فإننا في واقع الأمر نقارن بين قيمتين تقديريتين، ولا يمكن التأكيد بأي قدر من اليقين أنهما متماثلتان أو مختلفتان. ويمكن استخدام الاختبارات الإحصائية لحساب احتمالات الخطأ. وستناقش الأهداف التالية بإيجاز هذه الاختبارات.

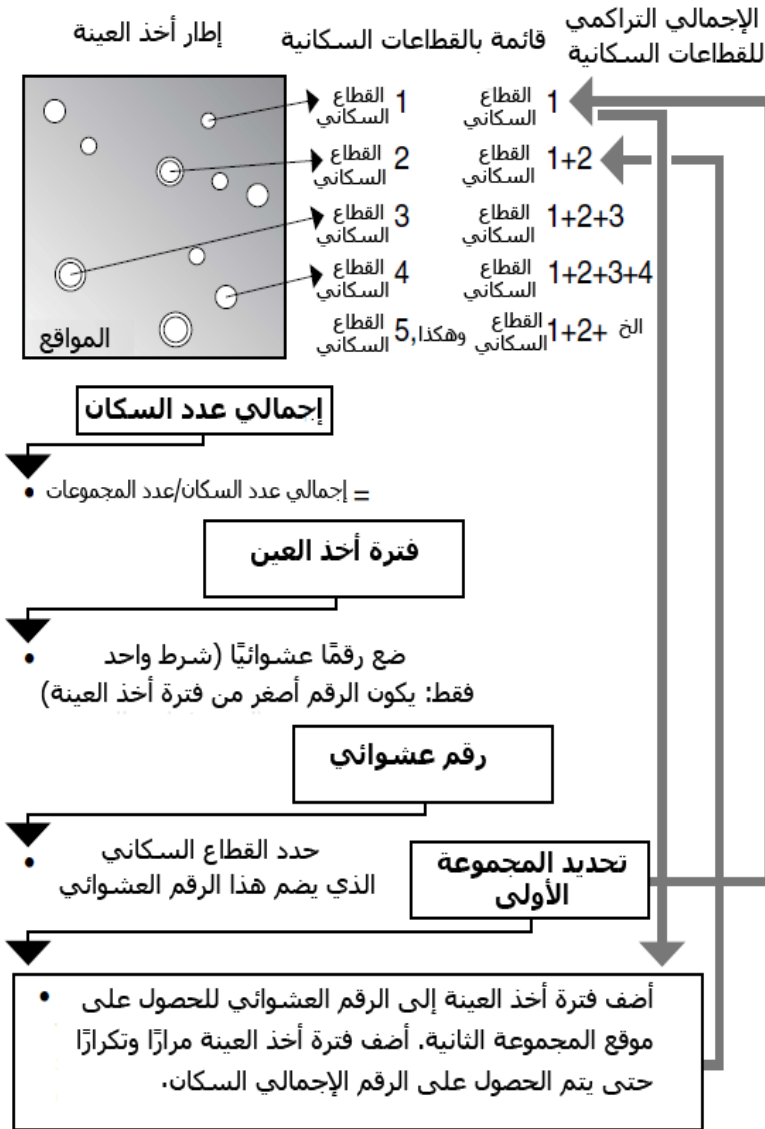
الإطار 1**الإعداد للأسلوب الجماعي لأخذ العينات**

1. تحديد حجم العينة من خلال استخدام نفس المعادلة الخاصة بالأسلوب العشوائي البسيط لأخذ العينات:
2. تحديد عدد المجموعات – يجب ألا يقل عن 30 مجموعة.
3. تحديد حجم كل مجموعة من خلال قسمة الحجم الإجمالي للعينة على عدد المجموعات.
4. تحديد الموقع الجغرافي لكل مجموعة

$$N = Z^2 pq/D^2$$

تذكر: يجب ضرب النتيجة في 2!

تحديد الموقع الجغرافي للمجموعات



الإطار 3

الأسلوب الجماعي لأخذ العينات

تحديد موقع المجموعات

عدد السكان المقيمين

562
1066
973
5272
197
428
912
1088
3227
56
512
493
182
217
342
228
128
4235
3520
363
488
152
1037
137
112

الأماكن

المكان رقم 1
المكان رقم 2
المكان رقم 3
المكان رقم 4
المكان رقم 5
المكان رقم 6
المكان رقم 7
المكان رقم 8
المكان رقم 9
المكان رقم 10
المكان رقم 11
المكان رقم 12
المكان رقم 13
المكان رقم 14
المكان رقم 15
المكان رقم 16
المكان رقم 17
المكان رقم 18
المكان رقم 19
المكان رقم 20
المكان رقم 21
المكان رقم 22
المكان رقم 23
المكان رقم 24
المكان رقم 25

الاختبارات الإحصائية

1. الوصف

تُعد النتائج المحققة من خلال أخذ العينات تقديرات للقيم الحقيقية التي يمكن الحصول عليها إذا خضع السكان بأكملهم للقياس. فعندما نقارن نتائج عينتين من قطاعين سكانيين مختلفين، فإننا في واقع الأمر نقارن بين قيمتين تقديريتين، ولا يمكن التأكيد بأي قدر من اليقين على كونهما متماثلتين أو مختلفتين.

ويمكن استخدام الاختبارات الإحصائية لحساب احتمالات الخطأ. وتأتي المبادئ الأساسية التي تقوم عليها هذه الاختبارات على النحو التالي:

- فرضية البطلان وهي افتراض أن قطاعين من السكان متطابقان. ويكمن الهدف من أي اختبار إحصائي في إثبات صحة أو خطأ هذا الافتراض. فإذا كان صحيحاً، فهذا يعني عدم وجود فارق بين القطاعين السكانيين، أو أن الاختلافات الطفيفة الملاحظة نشأت عن عملية أخذ العينة. أما إذا ثبت خطؤه فهذا يعني في واقع الأمر وجود اختلافات بين القطاعين السكانيين.

- الأخطاء من النوعين الأول والثاني. يُعتبر رفض فرضية البطلان عندما تكون صحيحة بالفعل خطأً من النوع الأول؛ أما قبول فرضية البطلان عندما تكون غير صحيحة فيُعتبر خطأً من النوع الثاني. ويُقصد من إجراء الاختبارات الإحصائية قياس احتمال وقوع أي نوع من الخطأين. وتقاس هذه الاختبارات من الناحية العملية وبصورة أساسية احتمال وقوع خطأ من النوع الأول.

- تمثل القيمة التنبؤية الإيجابية مستوى المخاطرة الذي نرغب في قبوله من وقوع خطأ من النوع الأول. عمومًا يُعتبر أي مستوى مخاطرة أقل من 5% (أي قيمة تنبؤية إيجابية = 0.05) مقبولاً. وهذا يعني أنه لا بد من وجود فرصة أقل من 5 في 100 أن الاختلاف المرصود كان نتيجة لإجراء أخذ العينة، وذلك لرفض فرضية البطلان. فإذا كانت القيمة التنبؤية الإيجابية أكبر من 0.05، لا يمكننا القول بأن فرضية البطلان صحيحة دون الوقوع في خطأ من النوع الثاني. ويتوقف الخطأ من النوع الثاني على حجم العينة وعلى مستوى الدلالة (احتمال وقوع الخطأ من النوع الأول)، وحجم الاختلاف في العامل المراد قياسه في قطاعي السكان. وتُحدد قوة الاختبار (أي احتمال عدم ارتكاب خطأ من النوع الثاني) بواسطة القيمة $\beta-1$.

- يقاس اختبار مربع كاي الاختلافات بين القيم المرصودة والقيم النظرية التي كان من الممكن الحصول عليها في حالة التطابق بين قطاعي السكان الخاضعين للقياس. ويُستخدم هذا الاختبار كما يلي:

- حساب الفارق بين القيمة المرصودة والقيمة النظرية لكل مجموعة سكان:

$$(O-T)^2/T$$

- جمع الفروق المرصودة بالنسبة لكل مجموعة سكان ينتج عنه مربع كاي
- الرجوع إلى جداول مربع كاي لتحديد | احتمال وقوع خطأ من النوع الأول، بناءً على قيمة مربع كاي ودرجة الحرية | في الجدول (عدد الأعمدة - 1) × (عدد الصفوف - 1)
- إذا كان الاحتمال أقل من 0.05، فإن الفروق بين قطاعي السكان تكون ذات دلالة كبيرة.
- يقارن اختبار تي للطلاب وسطين نتجا عن أخذ العينة لقطاعين من السكان، من خلال تحديد النسبة بين الفارق بين الوسطين والخطأ المعياري للفارق. ونقوم بحساب تلك النسبة من خلال أخذ الجذر التربيعي لإجمالي مربعات الانحرافات المعيارية وقسمته على حجم العينة.

يجب على المشاركين القيام بتمرينات باستخدام برنامج EPIINFO.

وينبغي لدراسة الجوانب الإحصائية لعلم الأوبئة أن تقتصر على المفاهيم الأساسية. ويجب على المعلم أن يذكر الطلاب بأن الهدف هو وضع نظام للمراقبة، تُمنَح الأولوية فيه للخطوات الأولى، واختيار المؤشرات ومصادر المعلومات بالنسبة للموظفين العاملين في الميدان. ويمكن على الدوام في ما بعد تعيين موظف متخصص في الإحصاء لإجراء تحليل إحصائي للبيانات - ولكن لا يجوز أن يُطلب من هذا الموظف جمع مجموعة ثانية من البيانات لأن البيانات المقدمة أول مرة لم تكن ذات صلة بالموضوع ولا يمكن الوثوق بها أو التعويل عليها.

2. الفئة

الأداة: التعرف على المبادئ الإحصائية لاختبار مربع كاي واختبار تي للطلاب .

3. الصيغة

أشرح المبادئ الإحصائية لاختبار مربع كاي واختبار تي للطلاب.

4. أسلوب التدريس

شرح للمبادئ الأساسية، تليه تمارين تطبيقية على الاختبارين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 40 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: الاختبارات الإحصائية (المفاهيم)
- الإطار 2: مربع كاي

الربط بالأهداف التالية

يمكن للتحليل الإحصائي أن يبين، على سبيل المثال، أن الفروق الناتجة في معدلات سوء التغذية بالنسبة لقطاعين من القطاعات السكانية لها دلالة إحصائية كبيرة. وينبغي للتحليل ألا يتوقف عند هذه النقطة على الرغم من ذلك. ويجب اكتشاف أسباب وجود فروق قبل اتخاذ قرارات تنفيذية أو ميدانية. ويدرس الهدف التالي الرابطة بين تفسير النتائج وعملية صنع القرار.

الإطار 1

الاختبارات الإحصائية (المفاهيم)

- القيمة التنبؤية الإيجابية
- مربع كاي
- اختبار تي للطلاب
- فرضية البطلان
- الأخطاء من النوع الأول والثاني

الإطار 2

مربع كاي

	القرية ب	القرية أ	
202	115 (140)	87* (58)**	المالريا
5,805	4,127 (4,072)	1,678 (1,694)	عدم وجود إصابات بالمالريا
6,007	4,242	1,765	

* القيم المرصودة

** القيم المتوقعة

تفسير النتائج وعملية صنع القرار

1. الوصف

يجب التحقق من إمكانية الوثوق في الدراسة – الأسلوب المستخدم وإمكانية التعويل على مصادر البيانات، وقيمة التحليل الإحصائي- قبل تفسير أي بيانات. ويقوم تفسير البيانات على المجموعة التالية من الاعتبارات:

• الربط بين أية مشكلة صحية والأسباب المحتملة لها.

• ليس السعي لتحديد أسباب أية مشكلة صحية أمرًا بدهيًا في التقييم الأولي؛ فالتقييمات الأولية هي — كما رأينا — دراسات مستعرضة تقدم لقطات لحالة ما في وقتٍ معين. وهذا هو السبب وراء أهمية طرح أسئلة، خلال فترة التقييم الأولي، عن العوامل التي أدت إلى الموقف الحالي. ولا يمكن بالطبع إجراء دراسات دقيقة بأثر رجعي، حيث إنها ستستغرق وقتًا طويلًا للغاية، إلا أنه يلزم جمع المعلومات الأساسية على الأقل لدعم القرارات الخاصة بمدى ملاءمة أي إجراء وأنماطه. ويقدم التحليل متعدد القطاعات للبيانات رؤى متعمقة أكثر في الأسباب. فلن يُجرى تحليل لمعدل سوء التغذية من حيث الحصول على موارد الطعام بصورة حصرية فقط، بل أيضًا بالنسبة لانتشار الأمراض المعدية (الحصبة، الإسهال)؛ ويخضع معدل أمراض الإسهال للتحليل في ما يتعلق بإمدادات المياه، ... إلخ.

• ينبغي للمعلم التشديد على أهمية الاعتماد على حالات مماثلة قد تساعد في اتخاذ القرارات الصائبة. ويؤكد ذلك الحاجة إلى الحفاظ على «ذاكرة العمل الإنساني» وإتاحتها.

• يسهل أكثر مواعمة أية مشكلة صحية مع أسبابها في سياق برنامج مراقبة. بيد أن الدراسات الجماعية نادرًا ما تُستخدم للربط بشكل رسمي بين مشكلة صحية وأي عامل من عوامل الخطر.

• التنبؤات بالتطورات المستقبلية. يعتبر هذا التنبؤ على الأرجح من أصعب الأمور التي ينبغي القيام بها في حالات الطوارئ. فالقرارات الخاصة باتخاذ تدابير والشكل الذي يتعين أن تأخذه يجب أن يفسح المجال لاحتمالات تغيير الموقف. وينبغي لذلك دراسة معدل سوء التغذية باعتباره تابعًا لعمليات الحصاد المحتملة. ولا يُنصح بالاضطلاع بعمليات توزيع الطعام إذا كنا نعلم أن المحاصيل على وشك أن تُحصد. ويبقى حجر العثرة الأساسي في اتخاذ قرار ما هو تطور الوضع السياسي. فلا يمكن التنبؤ بالمدة التي سيستغرقها النزاع.

- معوقات العمل. يعتبر تحليل المعوقات المحتملة مهمًا يقرر طريقة العمل. فالظروف غير الآمنة تجعل من الضروري أحيانًا اللجوء إلى الموارد اللوجيستية الأساسية (الطائرات). كما أن صعوبة الوصول إلى الضحايا تجعل من الاستراتيجيات المحددة ضرورةً لا غنى عنها.
- المرود. ينبغي إطلاع الأشخاص الذين قدموا المعلومات على القرارات المتخذة استنادًا لتلك المعلومات.

2. الفئة

الأداة: التعرف على المبادئ الأساسية التي تنطوي عليها عملية اتخاذ القرارات بعد إجراء دراسة للأوبئة في حالة طوارئ.

3. الصيغة

حدد المبادئ الأساسية التي تنطوي عليها عملية اتخاذ القرارات بعد إجراء دراسة للأوبئة في حالة طوارئ.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدم لمجموعات العمل تليه جلسة بحضور جميع المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين.

6. الخلاصة

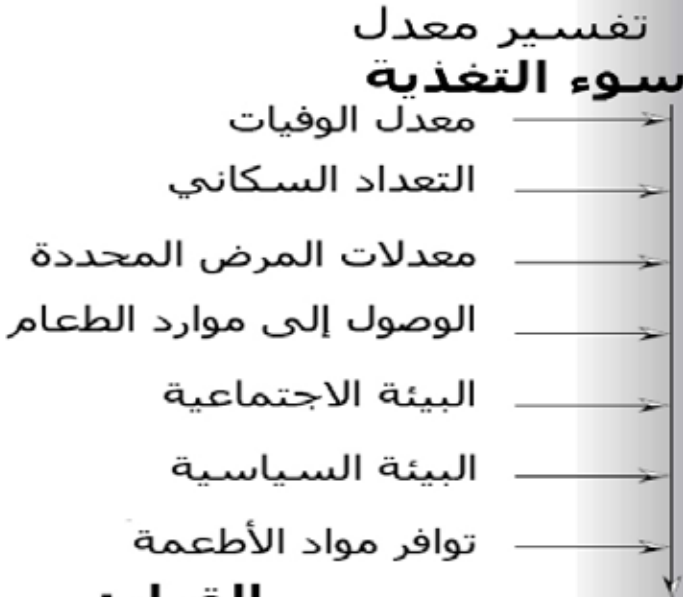
- الإطار 1: تفسير النتائج: معدل سوء التغذية
- الإطار 2: آثار اختبار المؤشر على تفسير النتائج: مثال معدل الوفيات
- الإطار 3: القرارات
- الإطار 4: أهمية البيانات الموثوق بها
- الإطار 5: اتباع نهج يستند إلى علم الأوبئة في حالات النزاع المسلح لتحسين نوعية القرارات
- الإطار 6: تقييم مبدئي : صورة ثلاثية الأبعاد للحالة

الربط بالأهداف التالية

هذا هو الهدف الأخير الذي يتعامل مع الأدوات ذات الصلة بالأوبئة. وتغطي الأهداف التالية الاستخدام العملي لهذه الأدوات في البرامج ذات الصلة بالأوبئة.

الإطار 1

تفسير النتائج معدل سوء التغذية

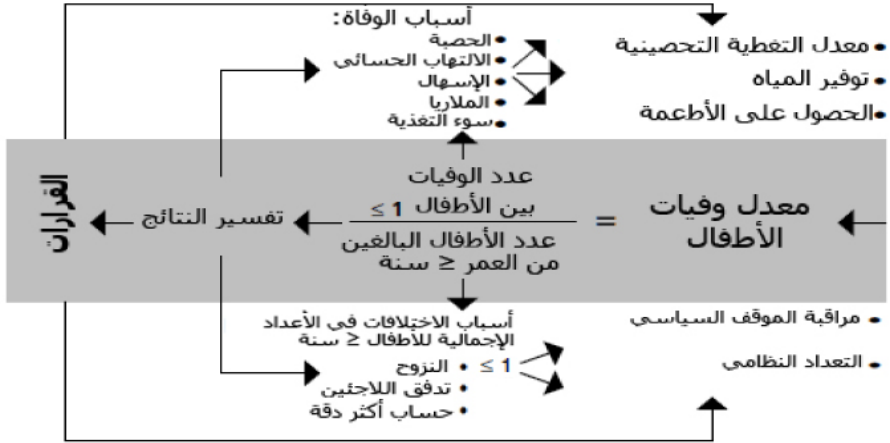


القرار:

- إجراء؟
- أي أنواع الإجراءات؟

الإطار 2

آثار اختيار المؤشر في عملية تفسير النتائج مثال: معدل الوفيات



الإطار 3

القرارات



يجب أن يعقب كل تقييم اتخاذ قرار

الإطار 4

أهمية البيانات التي يمكن الوثوق بها

لا يمكن التيقن من إمكانية الوثوق في البيانات المجموعة في حالات النزاع للأسباب التالية:

- المصادر الأساسية للمعلومات تكون غير منظمة (المستشفيات، السكان النازحون)
- تدهور أنظمة الإدارة المحلية
- التضليل المنهجي أحياناً.

تتسم القرارات التي يتعين اتخاذها بالخطورة في أغلب الأحيان بالنسبة لتنفيذ البرامج، وهي بالتالي محفوفة بالمخاطر من حيث النتائج المرغوبة.

بيانات
مشكوك في
إمكانية الوثوق بها



قرارات
لا يمكن التعويل عليها

الإطار 5

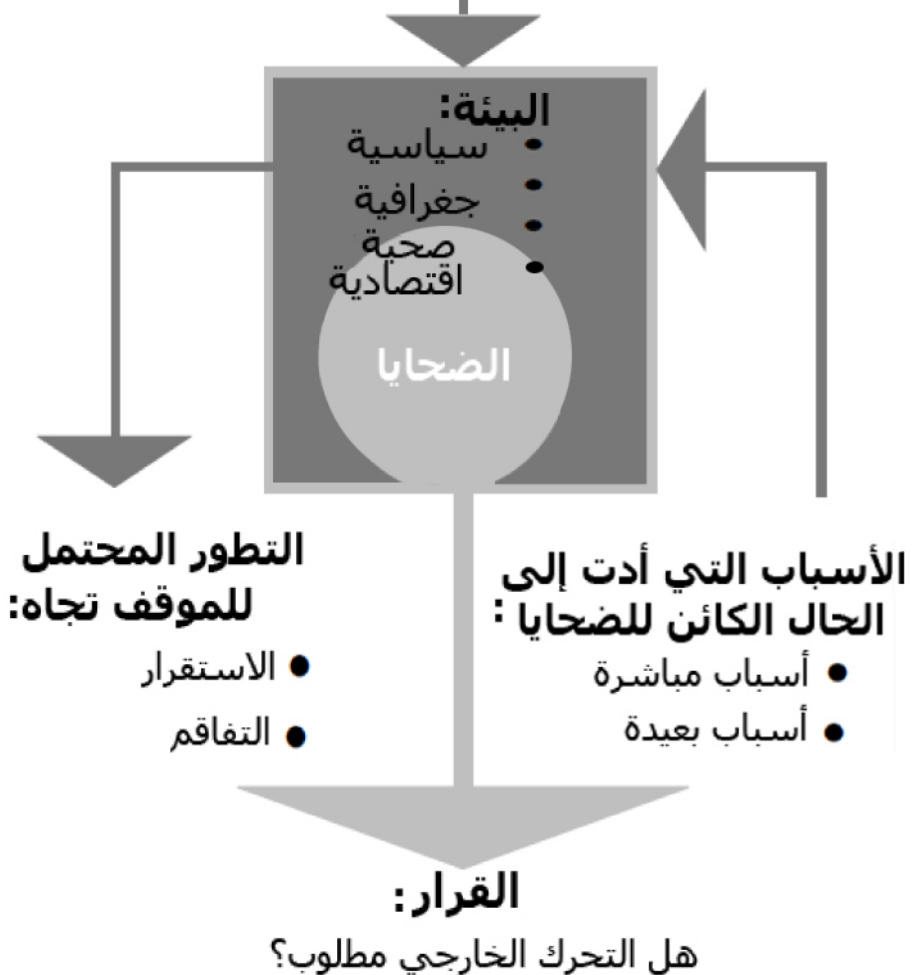
نهج يستند إلى علم الأوبئة يُتَّبَع في حالات النزاع المسلح لتحسين نوعية القرارات

1. نهج كمي وكيفي للتعامل مع المشاكل الصحية، يسمح بوضع أولويات واضحة.
2. نهج تحليلي إزاء المشاكل الصحية يسمح بتحديد أسبابها ومن ثم بيسر تنفيذ نهج وقائي.
3. تحليل مستمر للمشاكل الصحية، مما يتيح إمكانية مراقبة تطورها وقياس آثار العمل الإنساني.
4. تطبيق نهج منظم يستند إلى علم الأوبئة في حالات النزاع المسلح، يضع أساساً للتحليل المقارن ويخرج باستنتاجات ذات طبيعة عامة.

تقييم أولي: صورة ثلاثية الأبعاد للحالة

الموقف الحالي:

- الحالة الصحية للضحايا
- قدرة الخدمات المحلية



وضع نظام لمراقبة الأوبئة في حالةٍ معينة

1. الوصف

يتضمن نظام المراقبة جمعًا نمطيًا للبيانات بغية تقييم التوجهات. ويجب مراعاة العديد من العوامل منها:

- اختيار المؤشرات على أساس صلتها بأهداف العملية. فقد تختص هذه الأهداف بالمشاكل الصحية أو بعمل الخدمات الصحية. ويجب على منسق الدورة التدريبية الإصرار من البداية على احتفاظ كل مجموعة عمل بالصور الشفافة الخاصة بها، وعلى وجه الخصوص تلك الصور التي ترد فيها أهداف كل وحدة نمطية والتي أقرت خلال تمرين المحاكاة، والتي تشكل مصدرًا لاختيار المؤشرات. ويحتاج المشاركون إلى تحديد المتغيرات التي ستستخدم في ما بعد لتفسير كل مؤشر من المؤشرات. ويساعد وضع الإطار العام للأنشطة المُعدّة في المحاكاة في عملية التحديد تلك. ويمكن للمشاركين في نهاية المطاف الإشارة إلى القوائم النموذجية الموجودة في الكتب.
- اختيار مصادر جمع المؤشرات. ينبغي للمشاركين تحديد هذه المصادر وتحليل إمكانية الاعتماد عليها وصلتها بالمؤشر المنشود.
- وضع أساليب لجمع البيانات. فقد ينطوي أسلوب من الأساليب على توزيع استمارات على المرافق الصحية لجمع بيانات عن الإصابة بالمرض أو إجراء دراسات استقصائية متكررة أنثروبومترية لقياس حجم الجسم البشري بهدف فهم الاختلافات المادية في ما بين السكان. ويجب على المشاركين إعداد استبيانات وبروتوكولات لهذه الدراسات الاستقصائية (متى يجب قياس المتغيرات؟ وما هو الحجم الذي يجب أن تكون عليه العينة؟ وما هو المقياس الأنثروبومتري الذي يجب استخدامه؟ وما هي الفئة العمرية التي تشملها الدراسة؟ ... إلخ).
- مركزية البيانات. من يقوم بجمع الاستبيانات، وأين تُرسل؟ من ينسق البيانات التي تنتج عن التقييمات المتكررة؟ من ينظم البيانات، وفي أي صورة وبأي غرض، ولمن تُوجّه؟
- من يقوم بتحليل الإحصائي؟
- من يقوم بتفسير البيانات؟
- صنع القرار. من الذي سيحصل على البيانات لأغراض صنع القرار؟
- المرود. كيف سيُبلغ الأشخاص الذين قدموا المعلومات في الأساس بالقرارات المتخذة؟

ويتحتم على المشاركين إعداد هيكل يسمح بتدفق البيانات من مصدرها إلى صناع القرار ثم رجوعها إلى الأشخاص الذين يقدمون المعلومات. ويجب عليهم أيضًا تقديم تفاصيل عملية ترتبط بطريقة عمل هذا الهيكل في كل مرحلة.

2. الفئة

تدريب عملي: تصميم نظام لمراقبة الأوبئة في مخيم العوالي في محاكاة ألفا لاند - بيتا لاند.

3. الصيغة

ضع نظامًا لمراقبة الأوبئة في مخيم العوالي في محاكاة ألفا لاند - بيتا لاند. سوف تحتاج إلى وضع قائمة بالأهداف المحددة للوحدات النمطية المختلفة التي تمت دراستها حتى الآن، والتي سوف تُساعدك على اختيار المؤشرات اللازمة لنظام المراقبة الخاص بك. ولا تنس تحديد المتغيرات التي ستسمح لك بتفسير التغيرات في المؤشرات التي وقع اختيارك عليها. وينبغي لك كذلك تحديد هيكل يسمح بتدفق المعلومات من مصادرها إلى صناع القرار. حدد في كل مرحلة الموارد التي سوف تستخدمها من استبيانات وموظفين وأجهزة حاسوب.

4. أسلوب التدريس

واجب مُقدم لمجموعات العمل تليه جلسة بحضور جميع المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 120 دقيقة

- 60 دقيقة للعمل في مجموعات
- 60 دقيقة للتليخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

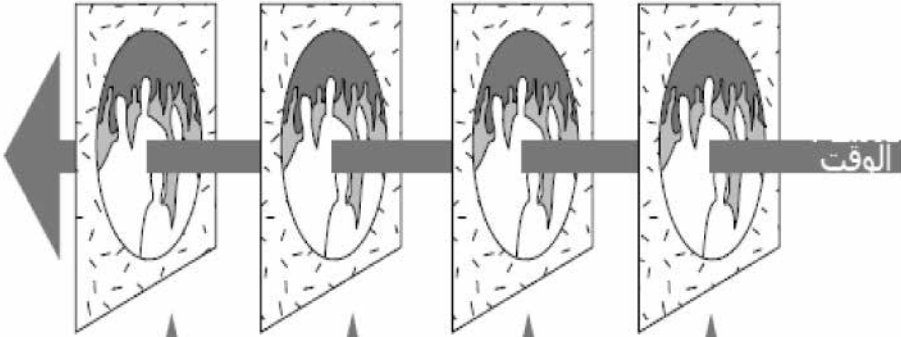
- الإطار 1: مراقبة الأوبئة
- الإطار 2: اختيار المؤشرات لمراقبة الأوبئة

الربط بالأهداف التالية

وضع تصميم نظام مراقبة لاكتشاف الأوبئة. وستُجرى دراسة للقضايا التي تشملها مواجهة أي وباء في إطار الأهداف التالية.

الإطار 1

مراقبة الأوبئة



المراقبة الروتينية لعدد معين
من المؤشرات كطريقة لمراقبة
الموقف والبرنامج

ويشمل تخطيط أي نظام لمراقبة الأوبئة ما يلي:

- اختيار المؤشرات
- تحديد مصادر المؤشر
- وضع أساليب لجمع المؤشرات
- صياغة النتائج
- تحليل النتائج
- توزيع النتائج
- اتخاذ القرارات استناداً إلى النتائج.

اختيار المؤشرات لمراقبة الأوبئة

يجب مراعاة ثلاثة أنواع من العوامل في اختيار المؤشرات:

1. العوامل الفنية

- صلة المؤشر: ما الذي يُقاس؟ عمل البرنامج، الحالة الصحية، ... إلخ.
- إمكانية الوثوق في مصادر المعلومات
- إمكانية جمع البيانات على نحو منتظم

2. التنسيق

- الربط بالمؤشرات المحددة إبان التقييم الأولي
- الربط بالأهداف التنفيذية/ الميدانية
- توحيد المؤشرات التي جمعها أشخاص مختلفون أو جماعات مختلفة شاركوا جميعًا في العملية الإنسانية

3. العوامل السياسية

- هل تملك مصادر المعلومات حرية توفير البيانات اللازمة؟
- هل يمكن ضمان الحصول على البيانات على نحو مطرد؟

استراتيجية لمواجهة أي وباء

1. الوصف

يُقصد بالوباء الزيادة غير المعتادة في عدد الحالات المصابة بمرض ما في منطقة معينة. وقد يكون مؤشر الإنذار الشهادة العفوية للسكان أنفسهم، أو التحذير الصادر عن الخدمات الصحية أو شائعات غير محددة المصدر. وأياً ما كان المصدر، يكون من الضروري اتخاذ ثلاثة أنواع من الإجراءات عند ظهور هذا المؤشر كما يلي :

- العمل المرتبط بمكافحة الأوبئة .

- تأكيد الشائعات وإجراء تشخيص. لا تُعتبر حالات الوفاة القليلة المرتبطة بالحمى كافية لتقرير أن الالتهاب السحائي هو المتسبب في الوفاة، كما لا تُعتبر حالات الوفاة بين الكبار بسبب الإسهال كافية لاستنتاج تفشي وباء الكوليرا. وتحدد هذه الأعراض بالتأكيد وجهة العملية التشخيصية، إلا أن أي عملية تشخيص يجب تأكيدها من خلال فحص الحالات المشتبه في إصابتها بالمرض والتحليل البيولوجي الدقيق – للسائل المخي الشوكي، من أجل اكتشاف المكورات السحائية أو تحليل البراز أو لاكتشاف ضمات الكوليرا، وما إلى ذلك.

- تأكيد أن الوباء الفعلي في طريقه إلى الانتشار بمجرد إجراء التشخيص – مما يعني الإقرار بأن عدد الحالات أكثر من المعتاد. ويتطلب هذا الأمر تنفيذ نظام فحص فعال .

- رصد سمات الأشخاص المصابين بالمرض (توزيع المرض وفق القطاع السكاني).

- رسم منحى الإصابة بالوباء يشمل كافة الحالات في رسم بياني تُسجّل فيه الحالات يومياً أو أسبوعياً (لبيان التوزيع على مدار فترة زمنية).

- الإشارة إلى كافة الحالات على خريطة (التوزيع حسب المكان).

- تحديد مصدر الوباء. يمكن القيام بهذا الأمر بمساعدة البيانات التي تم جمعها في السابق والتي تبين مجموعة أولى من الحالات في مكان محدد (على سبيل المثال، حالات الكوليرا المرتبطة بمحطة معينة لإمدادات المياه أو سوق لبيع الطعام). وإن لم تكن الدراسة المستعرضة كافية، فقد يتطلب الأمر إجراء دراسة حالة من أجل تحديد مصدر الوباء.

- متابعة انتشار الوباء من خلال رصد الحالات على خريطة بمجرد اكتشافها.

- وضع نظام للإبلاغ عن حالات الإصابة.

- الإجراء العلاجي. من الضروري بعد عملية التشخيص القيام بما يلي:

- تقرير العلاج المناسب. قد يكون من الضروري إجراء اختبارات لمقاومة المضادات الحيوية، على سبيل المثال، في حالات الإصابة بشيغللا الزحار أو الدسنطاريا. وقد يصيب أي وباء مئات الحالات، ولذا يلزم التوصل بسرعة إلى علاج مناسب.

- تقرير نظام للعلاج استناداً إلى اختبارات سابقة للمقاومة المحتملة للعقاقير، وتحديد أعراض طبية قياسية بحيث يجري علاج كل حالة تطابق هذه الأعراض السريرية. وعندما يزيد عدد الحالات بصورة ملحوظة، يستحيل في الغالب إجراء الاختبارات البيولوجية الدقيقة على كل شخص بمفرده.
- تقديم المستلزمات الطبية (العقاقير، مستلزمات نقل الدم أو السوائل الوريدية، ... إلخ) للمرافق الصحية.
- كفاءة تطبيق نظم العلاج في مرافق الخدمات الصحية.
- البحث عن الحالات وتقديم العلاج المبكر لها (فهذا يقلل من معدل الوفيات بصورة ملحوظة)، والتأكد من إمكانية حصول جميع قطاعات السكان على الخدمات الصحية.
- إنشاء نظام للإبلاغ عن الحالات في المرافق الصحية.
- الإجراء العلاجي عنصر مهم، ليس فقط بالنسبة للمريض الذي يتلقى العلاج، بل أيضاً لبقية السكان الذين سوف تتزايد رغبتهم في قبول الإجراءات الوقائية المقترحة للسيطرة على الوباء عند رؤيتهم للعناية التي يلقاها من يعانون من المرض.
- الإجراءات الوقائية.
- إجراءات الصحة البيئية (الكوليرا)
- التطعيم (التهاب سحائي بالمكورات السحائية)
- التنقيف الصحي (الكوليرا).

2. الفئة

الأداة: تحديد المراحل الأساسية للتقصي عن أي وباء.

3. الصيغة

حدد المراحل الأساسية للتقصي عن أي وباء.

4. أسلوب التدريس

واجب مُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة بحضور جميع المشاركين

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 40 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات
- 20 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: إدارة الوباء
- الإطار 2: التقصي عن الوباء: تحديد المرض
- الإطار 3: التقصي عن الوباء: تحديد حالة «نموذجية»
- الإطار 4: تحديد حالة «نموذجية»: الحساسية والخصوصية
- الإطار 5: التقصي عن الوباء: تأكيد وجود الوباء
- الإطار 6: التقصي عن الوباء: نظام المراقبة

الربط بالأهداف التالية

استعرضت الوباءات النمطية المعنيتان بالأمراض المعدية وبالرعاية الطبية (بروتوكولات العلاج) الأدوات الضرورية لتنفيذ الإجراءات العلاجية والوقائية. ويركز الهدف التالي على الجانب المرتبط بالأوبئة مستخدماً وباء الكوليرا كمثال.

الإطار 1

إدارة الوباء

- تأكيدات الشائعات: تحديد المرض المعني (بالمعمل)
- تحديد حالة "نموذجية" (أعراض سريرية)
- تأكيد وجود الوباء
- إعداد نظام للمراقبة
- تقرير إجراءات للسيطرة على الوباء وتنفيذها:
- العلاج
- التدابير الوقائية
- الحفاظ على حوار مفتوح مع السلطات السياسية ووسائل الإعلام

الإطار 2

التقصي عن الوباء

تحديد المرض

التشخيص السريري

+

التأكيد المعملّي

الإطار 3

التقصي عن الوباء:

تحديد حالة "نموذجية"

1. تأكيد وجود حالات إصابة بأمراض معدية تأكيد لازم، على سبيل المثال، الالتهاب السحائي، والكوليرا والحصبة. ويجب ألا تكون الشائعات أساساً لإقرار مجموعة كاملة من إجراءات الطوارئ ويجب الحصول على التأكيد البكتريولوجي لأمراض مثل الالتهاب السحائي والكوليرا.
2. إقرار الصلة بين الحالات الموثقة وبداية انتشار الوباء. فقد يكون هناك عدد من الحالات المتفرقة ولكن لم يتأكد وجود وباء.
3. يجري تشخيص الحالات التالية وعلاجها على أساس الأعراض السريرية فقط، بمجرد توثيق الحالات وتأكيد طابعها الوبائي.

الإطار 4

تحديد حالة "نموزجية": الحساسية والخصوصية

الاختبار البكتريولوجي
تأكيد التشخيص

	+	-	
+	70	30	+
-	5	20	-

الاختبار السريري +

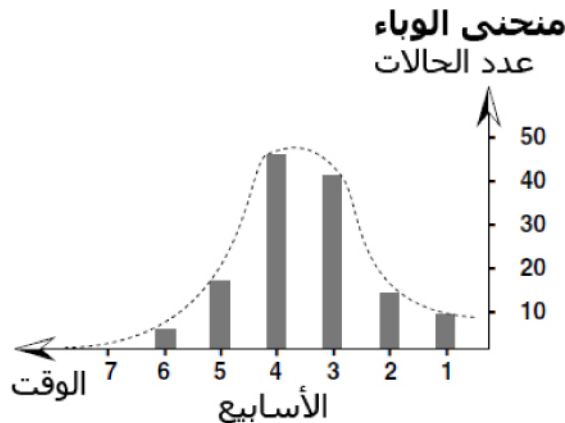
التشخيص السريري - الذي يحدد
حالة الإصابة بالكوليرا مثل وجود
إسهال مائي غزير

الحساسية 94 %
الخصوصية 40 %

الإطار 5

التقصي عن الوباء: تأكيد الوباء

معدل الهجوم: نسبة السكان الذين أصيبوا بالمرض خلال فترة زمنية معينة



التقصي عن الوباء

نظام المراقبة

- تسجيل تفاصيل الحالات: السن، الجنس، بداية المرض، مكان رصد المرض، ... إلخ.
- مراقبة العلاج وتطور المرض:
 - فترة المرض
 - الوفيات
- صياغة البيانات:
 - الجداول
 - الرسوم البيانية
 - الخرائط
- تفسير البيانات
- المطبوعات

السيطرة على وباء الكوليرا

1. الوصف

يكمُن الغرض المنشود من هذا الهدف في ما يلي:

- إثبات وجود وباء كوليرا بالفعل
- تأكيد الحالات (فحص البراز للتأكد من وجود الضمات)
- تأكيد الوباء
- تحديد مصدر الوباء (دراسة الحالات والشواهد)
- اقتراح أنظمة للعلاج
- اقتراح تدابير وقائية
- النظام الصحي البيئي
- التنقيف الصحي
- تحديد الحجج المعارضة للتطعيم والحجر الصحي للسكان
- إعداد نظام للمراقبة

2. الفئة

تدريب عملي: التخطيط لإجراءات للسيطرة على وباء الكوليرا

3. الصيغة

التخطيط لإجراءات السيطرة على وباء الكوليرا، باستخدام محاكاة ألفا لاند – بيتا لاند كمثال.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة بحضور جميع المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة للتلخيص في جلسة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: التقصي عن الوباء

الربط بالأهداف التالية

أتاحت وحدة «علم الأوبئة» الفرصة لاستعراض جوانب متعددة لنظام الرعاية الصحية. فقد جرت مراقبة المؤشرات في كافة الوحدات التي تمت دراستها حتى الآن. ويختتم هذا الهدف الوحدة المعنية بعلم الأوبئة.

الإطار 1

التقصي عن الوباء

الشائعات الحالات

الناحية الوبائية

- تأكيد الحالة أو الحالات
- تأكيد الوباء
- تحديد مصدر الوباء
- وضع معايير لتشخيص الحالات
- مراقبة تطور الوباء

الناحية العلاجية

- تحديد علاج قياسي فعال
- معالجة الحالات
- متابعة الحالات

الناحية الوقائية

- تحديد الإجراءات الهادفة إلى
- منع انتقال المرض
- تنفيذ تلك الإجراءات

•

○

من الطوارئ إلى التنمية

قائمة الأهداف

- وضع الخطوط العريضة لمفهوم التنمية
- تحديد الأنواع المختلفة من الاستضعاف
- تحديد الأنواع الأساسية للقدرات داخل مجتمع محلي والتي يمكن استخدامها كإطلاقاً للتنمية
- البرهنة على أن سوء التغذية في ظروف الجفاف ينتج عن تفاعل معقد ينطوي على استضعاف على مستوياتٍ مختلفة
- تحديد التدابير الموجهة للحالات الطارئة وتلك التي تسمح بإحراز تقدم نحو الاكتفاء الذاتي على المدى المتوسط
- وصف الانتقال من حالة الطوارئ إلى التنمية في أعقاب كارثة طبيعية
- تحديد أنشطة الطوارئ والتنمية التي يُضطلع بها بعد انتهاء نزاع مسلح .

مفهوم التنمية

1. الوصف

قد تكون محاولة تعريف التنمية ضرباً من ضروب الغرور. وينبغي للمعلم إعداد الخطوط العريضة لمفهوم التنمية الذي يوفر أساساً للعديد من التفسيرات.

قد يبدأ المعلم بفكرة مؤداها أن كل مجتمع يتغير بمرور الوقت ووفقاً للتغيرات التي تطرأ على البيئة، وأن هذا هو نتيجة التفاعلات المستمرة بين الأنظمة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تشكل المجتمع. وقد تكون التغيرات سريعة أو غير ملموسة. ويمثل القطاع الاقتصادي في الغالب عنصراً أساسياً، حيث إن التنمية بشكل عام لن تكون ممكنة بدون التنمية الاقتصادية. ولكن إذا لم تُوزع الموارد التي تولدها التنمية الاقتصادية بصورة عادلة، ستزيد الانقسامات الاجتماعية بين الأثرياء والفقراء. ولذا ينبغي إيجاد توازن بين الليبرالية المتطرفة والتخطيط المنهجي. فالقطاع الاجتماعي يجب أن يعتمد على الاقتصاد إذا ما سعى لتحقيق التنمية. والحصول على الرعاية الصحية والتعليم بالمجان لا يعني أن هذه الخدمات ستُقدم بدون تكلفة. وينبغي التوصل إلى توازن بين حصة دخل القطاع الاقتصادي التي تُوزع في القطاع الاجتماعي، والحصة التي يُعاد استثمارها في القطاع الاقتصادي. ويؤثر القطاع البيئي بقوة على تطور القطاع الاقتصادي وكذلك القطاع الاجتماعي في بعض النواحي. وقد يتدرج القطاع السياسي من الدكتاتورية إلى الفوضى الكاملة، بينما تمثل الديمقراطية حلاً وسطاً بين هذين التيارين المتشددتين.

ويأتي مستوى التنمية في مجتمع ما كنتيجة للتفاعلات بين الأنظمة المكونة له، التي يحظى جميع أفراد المجتمع في نطاقها بمكانهم المناسب. وينبغي على الرغم من ذلك إضافة بُعد آخر إلى هذه التفاعلات بين أنظمة المجتمع. فالقطاعات الاقتصادية للبلدان المختلفة ترتبط في ما بينها من خلال التجارة الدولية، تماماً على النحو الذي أثرت به ثورة وسائل الاتصالات على القطاعات الثقافية. وهناك أيضاً نزعة نحو إضفاء الصبغة الديمقراطية على القطاعات السياسية. فالتنمية داخل المجتمع من ثم ليست نتاجاً للتوازن بين أنظمة المجتمع فحسب؛ بل هي تعتمد أيضاً على تفاعلات هذا المجتمع مع الأنظمة الدولية (العولمة). وتمثل عملية التنمية مفهوماً حيويًا يتغير على الدوام. ويمكن تعريف «التنمية» من ثم، بأنها فرصة تتوفر لقطاع سكاني معين لتحديد الخيارات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية التي تناسبه والتي تحترم حقوق جميع الأفراد. وتقوم التنمية على احترام حقوق الإنسان، ما يعني وجوب توفر توازن معقول بين الحقوق الجماعية والحقوق الفردية داخل أي قطاعٍ سكاني معين.

يُعد التوازن عاملاً غير دائم حسب تعريفه، ويمكن اعتبار التوازن كمنزل مصنوع من بطاقاتٍ يمكن أن يهتز أو يلحق به الضرر أو يتعرض للتدمير بسبب الاعتداءات في الحروب والكوارث الطبيعية. وتؤثر الزلازل والفيضانات على النظام الاقتصادي على وجه

الخصوص. وتُحدِث الحرب فرقاً يبعث على الأسى إذ إنها تهاجم كافة الأنظمة فعلياً، حيث تضر أو تدمر القطاع الاقتصادي والهياكل الاجتماعية والنسيج المجتمعي والنظام السياسي. الحرب هي بحق نقيض التنمية.

فالحرب، شأنها في ذلك شأن الكوارث الطبيعية، تعصف أولاً بالأشخاص الأكثر استضعافاً والعناصر الأكثر هشاشة في النظم الاجتماعية. ويمكن ترجمة هذه الفكرة في صيغة بسيطة تفيد بأن الاعتداءات بكافة أنواعها (الحروب أو الظواهر الطبيعية) تركز على النقاط المستضعفة ويحل أثرها على السكان والأنظمة وعلى التفاعلات بين هذه الأنظمة. وقد يكون التأثير ضئيلاً أو كارثياً.

يمكن تحديد أنواع مختلفة محتملة من العمل استناداً إلى هذه الصيغة كما يلي:

- الوقاية من الظواهر البيئية (الجفاف)
- التنبؤ بالزلازل والثوران البركاني
- تقليل نسبة الاستضعاف (تقليل الأثر إلى الحد الأدنى)
- التأهب للاستجابة للكوارث
- إعادة التأهيل
- إعادة البناء

ويعتمد الارتباط بين العمل الإنساني والتنمية على الاستراتيجية المتبعة لإعادة التأهيل وإعادة البناء. وتكون احتمالات التنمية في الواقع – أي جعل الأنظمة أكثر ملاءمةً للتصدي للظواهر الضارة وأكثر تواؤماً مع ما يطالب به السكان – مقبولة بصورة أكبر وأكثر فعالية إذا استندت إلى القدرات الموجودة بالفعل.

أخيراً، لا بد أن يشدد المعلم على حقيقة مؤداها أن الهدف المنشود لا يتمثل في تقديم تعريف دقيق «للتنمية» بل في الخروج بإطار تصوري للمفاهيم يمكن لكل فرد أن يجد فيه التعريف الخاص به أو بها. ويوفر هذا الإطار أساساً للخروج بصيغة بسيطة تدمج أشكال الاستضعاف وأثر الظواهر الضارة على المجتمع، وتقتصر كذلك أنماطاً محتملة للعمل.

تستخدم هذه الوحدة مثال الكوارث الطبيعية لإجراء دراسة عامة للربط بينها وبين التنمية. وتطبق على الرغم من ذلك، الأدوات التي وُضعت في هذه الوحدة، لا سيما تعريف الأنواع المختلفة من الاستضعاف وآثارها الضمنية، تماماً على حالات النزاع المسلح.

2. الفئة

الإطار: وضع الخطوط العريضة لمفهوم التنمية.

3. الصيغة

ماذا تعني كلمة «تنمية» بالنسبة لك؟

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل، تليه جلسة لكافة المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتليخيص في جلسة لكافة المشاركين

6. الخلاصة

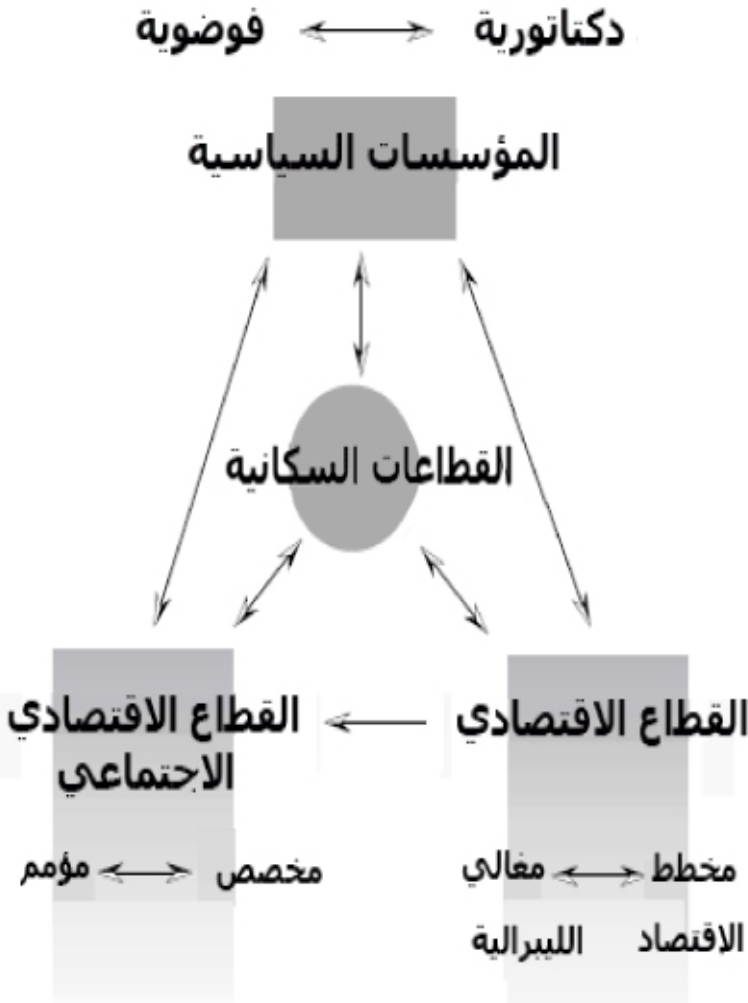
- الإطار 1: التنمية (المفهوم 1)
- الإطار 2: التنمية (المفهوم 2)

الربط بالأهداف التالية

يتوجب على المشاركين باستخدام هذه الخطوط العريضة، تعريف وتحديد الأنواع المختلفة للاستضعاف التي يمكن أن تعصف بها الكوارث الطبيعية.

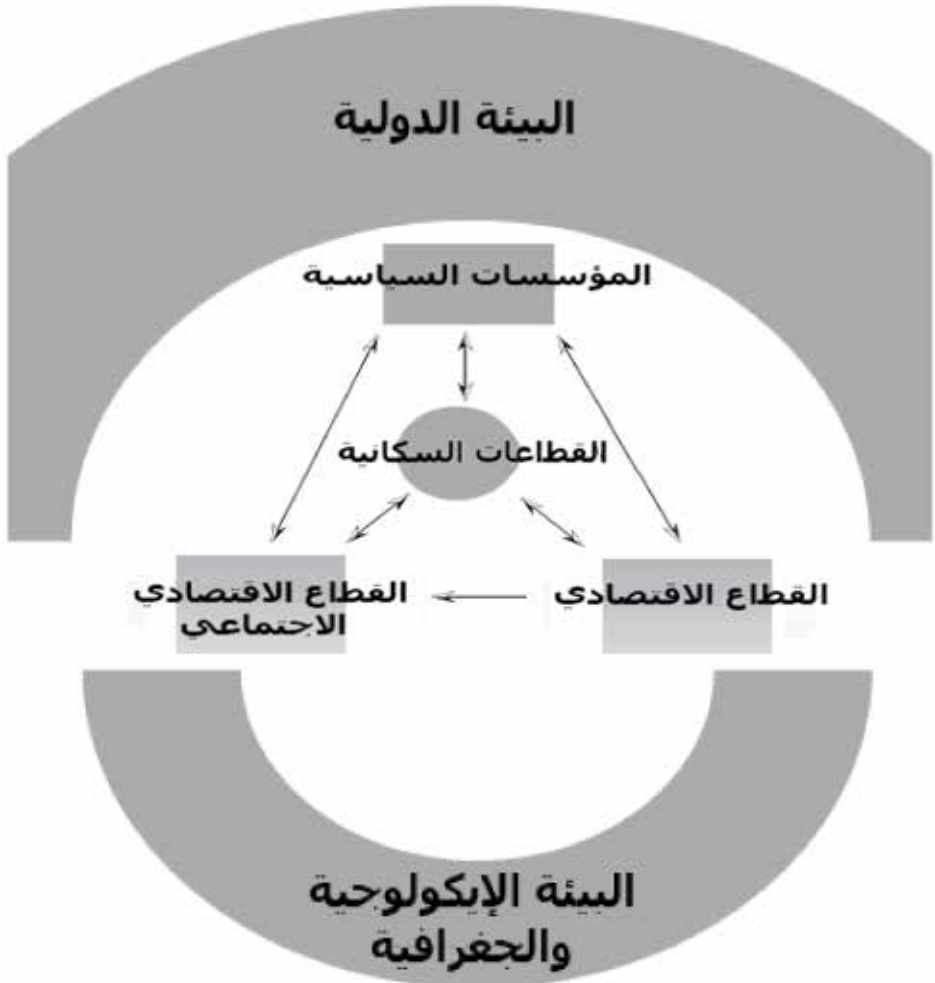
التنمية

(المفهوم 1)



التنمية

(المفهوم 2)



الاستضعاف

1. الوصف

الاستضعاف هو جزء من الخطوط العريضة لمفهوم التنمية:

- تُعتبر مجموعات السكان أمثال الأطفال وكبار السن تقليديًا جماعات مستضعفة. ويجب علينا أن نُدرج كذلك قطاعات اجتماعية أكثر اتساعًا سرعان ما ترضخ تحت وطأة الفاقة في وقت الأزمات - تلك الجماعات التي لا تملك احتياطيًا من المال أو الطعام ليساعدها على مواجهة أية أزمة يمكن أن تحرمهم من سبل العيش التي اعتادوا عليها. وتُعاد حياكة النسيج الاجتماعي أو يُدمر بالكامل في أية أزمةٍ مثيلة.
- تصبح الأنظمة الاقتصادية أكثر أو أقل استضعافًا أمام الكوارث الطبيعية. فالأنظمة التي تقوم على الاقتصاد الريفي تعتمد على الظروف المناخية وأنماط الإنتاج والبيئة المحلية والدولية لضمان حصول المزارعين على الموارد التي يحتاجونها للعيش. وتكون الأنظمة الاقتصادية الحضرية أكثر تطورًا، ومن ثم أكثر استضعافًا حيال محن من قبيل انقطاع خطوط الاتصالات أو تدهور النظام الاقتصادي، ... إلخ.
- تكون الأنظمة الاجتماعية مستضعفة في الأزمات. فالبنى الأساسية الاجتماعية (المستشفيات والمدارس، ... إلخ) يلحق بها التدمير بسبب الزلازل والفيضانات وثوران البراكين وما إلى ذلك، ولكن البرامج الاجتماعية قد تتوقف أحيانًا خلال الأزمات نتيجة عدم توفر الوسائل المالية أو الموارد البشرية.
- تعاني الأنظمة السياسية نفسها أحيانًا وابلًا من التحديات - على سبيل المثال، بعد سلسلة المجاعات التي تعقب الجفاف.
- وتكون الأنظمة البيئية مستضعفة أيضًا؛ فتأكل التربة والتصحر غالبًا ما يمثلان بداية عجز في الإنتاج الزراعي.

إن أي أزمة ستهاجم القطاعات السكانية والأنظمة في كافة نقاط الضعف لديها، الأمر الذي يُطلق العنان لكارثة في نهاية المطاف.

2. الفئة

الأداة: تعريف الأنواع المختلفة للاستضعاف.

3. الصيغة

شرح الأنواع المختلفة للاستضعاف وإعطاء أمثلة عليها باستخدام الخطوط العريضة لمفهوم التنمية الذي تم تعريفه بالفعل.

4. منهج التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة بحضور جميع المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتأليف في الجلسة العامة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: أمثلة على «الاستضعاف»

الربط بالأهداف التالية

يعرض القسم التالي الكيفية التي تتفاعل بها الأنواع المختلفة من الاستضعاف، الأمر الذي تنجم عنه كارثة إنسانية تتطلب عملاً إنسانياً.

الإطار 1

أمثلة على الاستضعاف



التفاعل بين الأنواع المختلفة للاستضعاف

1. الوصف

تحدث الهجمات المذكورة على مواطن الضعف في سلسلة منطقية. وينبغي للمعلم استخدام مثال الجفاف لبيِّن كيفية حدوث هذه السلسلة من الكوارث:

- كارثة بيئية: قلة المطر وعدم الاحتفاظ بمخزون من المياه (تآكل التربة، التصحر)
- كارثة زراعية: تدهور الإنتاج الزراعي
- كارثة غذائية: تقييد حصول الجماعات الأكثر استضعافاً على الموارد الغذائية، وهجرة هذه الجماعات إلى المراكز الحضرية
- كارثة فردية: وقوع ضرر مادي على الأفراد، لا سيما الأفراد الأكثر استضعافاً (الأطفال) الذين يقعون ضحايا لسوء التغذية.

يربط هذا النهج بين الأنواع المختلفة من الاستضعاف، ويبيِّن بصورة فاعلة خطر اتخاذ تدابير فقط للتعامل مع العواقب الحتمية لأية كارثة، والتي تتمثل في هذه الحالة في سوء التغذية، دون مراعاة الأسباب الكامنة وراء تلك الكارثة.

يجب الإشارة إلى الصلة بين العمليات الإنسانية والأنشطة التنموية في هذا السياق، وعلى وجه التحديد الربط بين معالجة عواقب أية كارثة والتخطيط في الوقت نفسه لأنشطة تقلل من نسبة الاستضعاف. وتتطوي عملية الوقاية من السلسلة المتكررة من سوء التغذية على تحرك في إطار الأنظمة البيئية والاقتصادية والاجتماعية.

تُسلط الكوارث الإنسانية الضوء على المناطق المستضعفة، ما يسمح بتحديد تلك المجالات التي ينبغي بذل جهود للتنمية فيها لمنع الكوارث في المستقبل.

2. الفئة

الأداة: بيان أن سوء التغذية هو نتاج سلسلة من ردود الأفعال يعمل فيها الجفاف على نقاط الضعف على مختلف المستويات.

3. الصيغة

استخدام مثال الجفاف لبيِّن الكيفية التي يمكن بها أن يؤدي إلى كارثة غذائية، مع وصف التفاعل بين الأنواع المختلفة من الهجمات التي تعترى نقاط الضعف على مختلف المستويات.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم إلى مجموعات العمل تليه جلسة عامة بحضور جميع المشاركين .

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتليخيص في الجلسة العامة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: دوامة الكوارث

الربط بالأهداف التالية

تسمح لنا مواطن الاستضعاف التي تتكشف خلال أية أزمة بتحديد مواطن الضعف في المنظومة. ويجب أن ينصب التركيز الأساسي على القدرات المحلية في سعينا لتقليص هذا الضعف.

دوامة الكوارث

الكارثة البيئية

الكارثة الزراعية

كارثة الأطعمة

الكارثة الاجتماعية

الكارثة الغذائية

الكارثة البشرية

مفهوم القدرة

1. الوصف

يُعتبر تقليل مواطن الاستضعاف من أجل منع وقوع أزمات جديدة خطوةً نحو التنمية. وتتطوي هذه الخطوة على خلق الظروف المناسبة لإيجاد توازن جديد بين الأنظمة والقطاعات السكانية المعنية. وينبغي للأنشطة التنموية التركيز على تنمية الأشخاص، وأن يخططها السكان أنفسهم وينفذوها. وينبغي للتنمية أن تقوم على القدرات الموجودة بالفعل داخل أي مجتمع لتحقيق هذه الغاية، وهي تشمل ما يلي:

- على المستوى الاجتماعي – هيكل اجتماعي قوي، ومستوى عالٍ من التدريب المهني (على سبيل المثال، في مجال الصحة)
- على المستوى الاقتصادي – بنية تحتية اقتصادية فاعلة (الاتصالات، والشبكة الصناعية، ... إلخ)، وتنوع في الزراعة
- على المستوى السياسي – نظام سياسي مرن قادر على تحديد السياسات الاجتماعية والاقتصادية وتعزيزها بسبل ديمقراطية
- على المستوى البيئي – قدرة مرتفعة على استغلال الموارد الطبيعية الكامنة
- على المستوى الثقافي – إحساس قوي بالانتماء إلى الوسط الثقافي، يُترجم إلى رؤية مشتركة حول نماذج التنمية.

وتستطيع وكالات الإغاثة أن تُفَعِّل الانتقال من أنشطة الطوارئ وإعادة التأهيل إلى الأنشطة التي تشكل جزءاً من عملية التنمية، من خلال الاعتماد على القدرات المحلية والحفاظ على وجود مستدام لها.

2. الفنة

الأداة: تحديد الأنواع الأساسية للقدرات داخل المجتمع المحلي والتي يمكن الاستناد إليها لبدء عملية التنمية.

3. الصيغة

تحديد الأنواع الأساسية للقدرات والتي يمكن الاستناد إليها لبدء عملية التنمية.

4. طريقة التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة عامة بحضور جميع الأعضاء.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتليخيص في جلسة عامة بحضور جميع الأعضاء

6. الخلاصة

- الإطار 1: القدرات
- الإطار 2: كسر سلسلة الاستضعاف من خلال بناء القدرات المحلية
- الإطار 3: مواءمة القدرات وتعزيزها: الارتقاء نحو التنمية

الربط بالأهداف التالية

يُمثل تقليل مواطن الاستضعاف من خلال الاعتماد على القدرات المحلية أساس أية عملية للتنمية. وتكتفي وكالات الإغاثة في الحالات الطارئة على الرغم من ذلك بتنفيذ إجراءات لها أثر فوري في كثير من الأحيان، ولكن دون تحقيق أثر طويل الأجل.

الإطار 1

القدرات

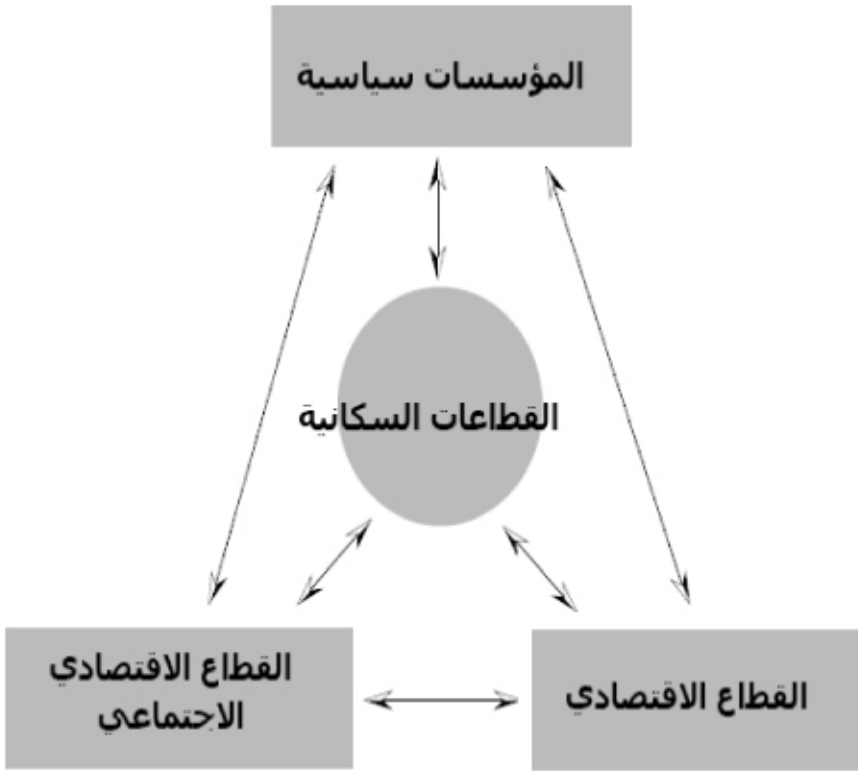


كسر سلسلة الاستضعاف من خلال بناء القدرات المحلية



الإطار 3

مواعمة القدرات وتعزيزها: التقدم نحو التنمية



تعزيز القدرات يخلق فعالية جديدة
ذات توازن جديد

الانتقال من نظام رعاية صحية اصطناعي تولد عن حالة طوارئ إلى نظام رعاية صحية يتمتع باكتفاء ذاتي

1. الوصف

يسهل خلال الأزمات إنشاء نظام رعاية صحية اصطناعي بالكامل، حيث تُحل عمليات توزيع الأطعمة محل الإنتاج المحلي، ويُبعد إيداع الأشخاص المستضعفين بدنيًا مراكز للتغذية التكميلية المسؤولة عن الأسرة، بينما تُحل حملات التطعيم الجماعي حسب الحاجة محل برامج التطعيم واسعة النطاق. أما سبل الإيواء المؤقتة (الخيام) فتحل محل المنازل الدائمة، ويجري توزيع العقاقير الأساسية على نطاق واسع ويكون الحصول على الخدمات الطبية مجانيًا، كما يُعيّن موظفون محليون بأجور مرتفعة من المرافق المحلية القريبة، وتُقدّم الرعاية في المستشفيات من قبل عمال إغاثة من الخارج.

إن تطوير هذا النوع من أنظمة الرعاية الصحية كي يصبح نظام رعاية صحية مستقلًا بذاته يكون أسهل إذا راعت وكالات الإغاثة من البداية توفير بدائل ممكنة لتحل محل هذه الإجراءات الموجهة لحالات الطوارئ على وجه التحديد - على سبيل المثال، إعادة تأهيل النشاط الزراعي، ودعم آليات التعويض المحلية، وتطوير أنشطة مدرة للدخل، وتدريب الموظفين المحليين وإنشاء الصيدليات المدارة ذاتيًا. ويفترض ذلك أن الوكالات الإنسانية قد حددت القدرات المحلية وترغب في توفير دعم ملائم لفترة كافية لضمان الانتقال نحو الإدارة المحلية لنظام الرعاية الصحية.

2. الفئة

الأداة: تحديد الإجراءات الموجهة بالأخص نحو إيجاد الحلول في حالة الطوارئ وتلك التي تسمح بالانتقال إلى الاكتفاء الذاتي على المدى المتوسط.

3. الصيغة

تحديد الإجراءات الموجهة لحالة الطوارئ وتلك التي تسمح بالانتقال إلى الاكتفاء الذاتي على المدى المتوسط باستخدام الخطوط العريضة لمفهوم نظام الرعاية الصحية.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة عامة بحضور جميع المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات
- 15 دقيقة للتأليف في جلسة عامة بحضور جميع المشاركين

6. الخلاصة

- الإطار 1: تطوير نظام الرعاية الصحية.

الربط بالأهداف التالية

تسمح هذه الأدوات للمشاركين بتخطيط عملية الانتقال من إجراءات الطوارئ إلى الأنشطة التنموية في مثالين عمليين.

تطوير نظام الرعاية الصحية

الدعم النفسي	إدارة إصابات الحروب	الرعاية الطبية والجراحية	مكافحة الأمراض المعدية	الإصحاح البني	توفير المياه	الغذاء والنفذية
الدعم النفسي الاجتماعي للأفراد والأسر	الإسعافات الأولية	الرعاية الطبية على مستوى أول	الوقاية في مرحلة أولى (التطعيم)	إدارة النفايات البشرية	المصادر	الإنتاج الزراعي
	الرعاية على مستوى ثانٍ	الرعاية الطبية على مستوى ثانٍ	الوقاية في مرحلة ثانية	إدارة القمامة	التخزين	النظام الاقتصادي
الدعم النفسي الاجتماعي على مستوى المجتمعات المحلية	الإجلاء والنقل	الرعاية الطبية على مستوى ثالث	الوقاية في مرحلة ثالثة	مصادر الطاقة	التوزيع	توافر الأطعمة
			علاج الأمراض المعدية	المأوى	استهلاك المياه	إمكانية الوصول إلى موارد الغذاء
الدعم النفسي الاجتماعي على مستوى المؤسسات	الرعاية الجراحية على مستوى ثالث	التنقل بين المستويات	مكافحة الأوبئة	مكافحة نوافل الأمراض	استخدام المياه	استهلاك الأطعمة
					التخلص من النفايات السائلة	الاستخدام البيولوجي للأطعمة
						الوضع الغذائي

صحة السكان

يُرجى إيراد أمثلة لإجراءات محددة باستخدام الجدول أعلاه:

- بالنسبة لحالات الطوارئ
- بالنسبة للتنمية طويلة الأجل

من الطوارئ إلى التنمية بعد كارثة طبيعية

1. الوصف

يطبق المشاركون في الدورة التدريبية الأدوات التي اكتسبوا معرفة بشأنها على نوعين من أنواع الكوارث الطبيعية: الجفاف والثوران البركاني.

2. الفئة

تدريب عملي: التخطيط للانتقال من إجراءات الطوارئ إلى الأنشطة التنموية بعد: ثوران بركاني أو جفاف.

3. الصيغة

التخطيط لعملية الانتقال من إجراءات الطوارئ إلى الأنشطة التنموية بعد كارثة طبيعية: الجفاف أو الثوران البركاني.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل تليه جلسة عامة تضم جميع المشاركين. ويجوز لكل مجموعة أن تختار تدريباً من التدربيين العمليين الاتنين في تدريب المحاكاة.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة للتلخيص في جلسة عامة لجميع المشاركين

الربط بالأهداف التالية

يدرس الهدف التالي عملية الانتقال من حالة الطوارئ إلى التنمية في حالات النزاع المسلح.

التدرج بين التنمية والطوارئ وحالات النزاع المسلح

1. الوصف

رأينا أن عملية الانتقال من إجراءات الطوارئ إلى الأنشطة التنموية، التي ترمي إلى تقليل مواطن الاستضعاف المحددة خلال الأزمة، تستند إلى استخدام القدرات المحلية. ويشكل مع ذلك تدمير القدرات المحلية - للأسف - جزءًا من الاستراتيجية العسكرية في حالات الحرب، التي تشمل ما يلي:

- تدمير القدرات الزراعية من خلال استخدام الألغام الأرضية
- تدمير مرافق الرعاية الصحية
- نزوح السكان
- التهديدات التي تحيط بموظفي الرعاية الصحية، والتي تجبرهم على مغادرة مرافق الرعاية الصحية.

تدمر الحرب من ثمّ القدرات المحلية، وهو ما يجعل من «التدرج» أمرًا صعب التنفيذ. حيث تهرب الموارد البشرية ويلحق الدمار بالمرافق وتتوقف الخدمات الاجتماعية (لا سيما التعليم) عن العمل، ... إلخ.

وُضِعَ القانون الدولي الإنساني لحماية ضحايا النزاعات المسلحة. وهو يساعد أيضًا من خلال القيود التي يفرضها على وسائل الحرب، على حماية القدرات الموجهة بصورة مباشرة نحو إعادة التأهيل وإعادة الإعمار والتنمية.

ويوفر تحديد كل من القدرات ونقاط الضعف أثناء النزاعات الأساس لوضع استراتيجية موجهة نحو ثلاثة محاور محددة بالفعل، وهي:

- نقل المسؤولية إلى السلطات المختصة
- دعم القدرات المحلية
- استبدال القدرات المحلية

ويؤدي التوجهان الأوليان في نهاية المطاف إلى عملية التنمية.

2. الفنة

إطار العمل: أنشطة الطوارئ والتنمية إبان النزاعات المسلحة.

3. الصيغة

ما هي القيود التي تعوق أي نهج متزامن عن إيجاد الحلول في حالات الطوارئ وتعزيز التنمية في حالات النزاع المسلح؟

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدَّم إلى المجموعة بأكملها.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 15 دقيقة.

الربط بالأهداف التالية

عرض هذا الهدف فكرة التدرج في عمليات الطوارئ. ويمثل هذا الأمر الناحية الأخيرة من نواحي إدارة العمل الإنساني. وتضعه الوحدة التالية في السياق العملي للنزاع المسلح.

حماية ضحايا النزاعات المسلحة

قائمة الأهداف

- تعريف مفهوم «القانون الدولي الإنساني»
- التعرف على القواعد القانونية للقانون الدولي الإنساني (قانون جنيف)
- التعرف على سياق تطبيق القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة
- تعريف المشاركين بقواعد القانون الدولي الإنساني المعنية بحماية أنظمة الرعاية الصحية وضحايا النزاعات المسلحة، حسبما ورد في اتفاقية جنيف
- تعريف المشاركين بقواعد القانون الدولي الإنساني المعنية بحماية أنظمة الرعاية الصحية وضحايا النزاعات المسلحة، حسبما ورد في البروتوكولات الإضافية
- التعرف على مكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر
- فهم نهج اللجنة الدولية للصليب الأحمر في الوصول إلى ضحايا النزاع المسلح
- تحديد ما تمثله شارتا الصليب الأحمر والهلال الأحمر
- دراسة النهج الذي تتبعه اللجنة الدولية للصليب الأحمر بالنيابة عن الأشخاص المحتجزين في نزاعات مسلحة
- التعرف على القواعد الأساسية المعنية بحماية الجرحى
- التعرف على المبادئ الأساسية المعنية بحماية اللاجئين والنازحين
- اكتساب دراية بالوثائق الأساسية لقانون حقوق الإنسان
- التعرف على الفروق الأساسية بين القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان
- التعرف على بعض القواعد الأساسية لقانون لاهاي.

النزاع المسلح والقانون الدولي الإنساني

1. الوصف

لا تحدث النزاعات المسلحة بصورة غير متوقعة. فالتحليل يكشف النقاب عن أسباب أخرى أعمق وأبعد من العوامل المباشرة التي تفجرها مثل المطالبة بالأراضي وانعدام المساواة الاقتصادية والاجتماعية والمصالح الاقتصادية والدفاع عن الأيديولوجيات السياسية وازدهار النزعة القومية وكفاح الأقليات العرقية، والعنصرية ونزع السلاح. ويعتبر التعامل مع هذه الأسباب الأكثر عمقاً مسألة سياسية في المقام الأول تنطوي على تعزيز التنمية وحقوق الإنسان في الوقت ذاته. كما أن حل النزاعات المسلحة شأن سياسي يتطلب تنفيذ تدابير عسكرية واقتصادية ودبلوماسية.

ينبغي للمحاضر أن يذكر الحق في شن الحروب (*قانون اللجوء إلى الحرب*) وأن يعلق على الفصل السابع من ميثاق الأمم المتحدة، فضلاً عن الدور الذي يلعبه مجلس الأمن.

ويجب اتخاذ خطوات لتقليل عواقب النزاعات المسلحة إلى الحد الأدنى بالإضافة إلى الجهود المبذولة للتوصل إلى حل سياسي للنزاعات ومعالجة أسبابها. ولا تنطوي الرغبة في الحد من آثار الحروب على القبول بمبدأ الحرب الذي تعكسه، بل على نهج عملي (براغماتي) يقوم على إدراك حقيقة مؤداها أن الحروب كائنات بالرغم من الجهود المبذولة لحفظ السلام.

القانون الدولي الإنساني هو مجموعة من القواعد وُضعت للحد من عنف النزاعات وحماية ضحاياها.. وهو يسعى إلى إيجاد حل للمشكلات الإنسانية التي تنشأ أثناء الحرب (*القانون في الحرب*). وتعتمد فاعلية تطبيقه على إمكانية الوصول المباشر إلى الضحايا. وتعتبر الحيادية التامة أمراً حتمياً للوصول إلى هذه الغاية؛ وبدونها لن تسمح أطراف النزاع للمنظمات الإنسانية بالوصول إلى الضحايا. ووفقاً لذلك، لا يمكن للمنظمات الإنسانية أن تتخذ موقفاً في أي نزاع، فالحيادية تجاه الضحايا مبدأ أساسي آخر للإغاثة الإنسانية. ويعتبر عدم الانحياز السياسي أخيراً شرطاً أساسياً في تحديد أولويات أي عمل إنساني.

يواجه المشاركون في الدورة التدريبية في الغالب مشاكل في فهم الفكرتين التاليتين:

- معالجة العمل الإنساني لعواقب النزاع

- الغرض من القانون الدولي الإنساني هو الحد من آثار الحرب.

ويميل الطلاب إلى الاعتقاد بأن القانون الدولي الإنساني يجب أن يلعب دوراً في فض النزاعات. ويجوز بالتأكيد أن يساهم العمل الإنساني في استعادة السلام، من خلال الحفاظ على هامش من الإنسانية في أي نزاع؛ لكن الغرض الأساسي المنشود منه هو حماية ضحايا النزاع المسلح. وينبغي للمحاضر أن يوضح عند هذه النقطة أن قانون النزاعات المسلحة

يضم فرعين هما:

- قانون الحرب (قانون لاهاي) والذي يضم قواعد تقييد الوسائل المستخدمة في تسيير العمليات العدائية
- القانون الدولي الإنساني (قانون جنيف)، الذي يضم قواعد تضمن حماية ضحايا النزاعات المسلحة، بالإضافة إلى قواعد تقييد الوسائل المستخدمة في تسيير العمليات العدائية.

2. الفئة

إطار العمل: تعريف مفهوم «القانون الدولي الإنساني».

3. الصيغة

عَرِّف مفهوم «القانون الدولي الإنساني».

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدَّم إلى مجموعة العمل بأكملها.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 15 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: تصوّر لتطور النزاعات المسلحة
- الإطار 2: مصطلحات الأمم المتحدة
- الإطار 3: ميثاق الأمم المتحدة: الفصل السابع
- الإطار 4: أسباب النزاع المسلح
- الإطار 5: مؤشرات النزاع المسلح الوشيك
- الإطار 6: التوزيع الإقليمي للمواقع التي نشب فيها نزاع مسلح رئيسي واحد على الأقل في الفترة من 1989 وحتى 1998
- الإطار 7: عواقب النزاع المسلح (1)
- الإطار 8: عواقب النزاع المسلح (2)
- الإطار 9: تعريف القانون الدولي الإنساني (1)

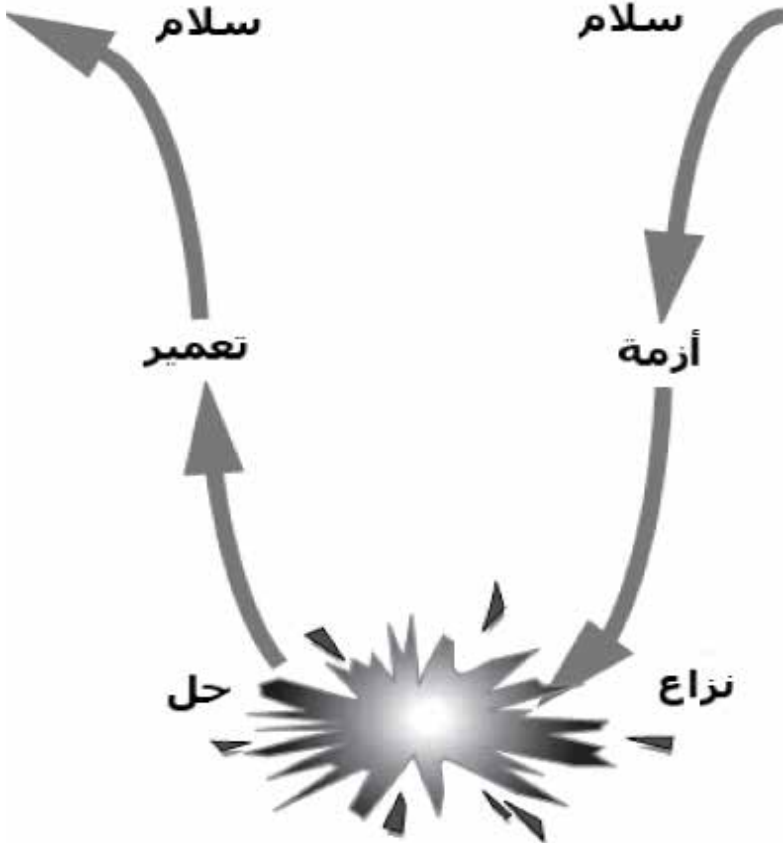
- الإطار 10: تعريف القانون الدولي الإنساني (2)
- الإطار 11: خطوات عمل القانون الدولي الإنساني

الربط مع الأهداف التالية

يتناول الهدف التالي قانون جنيف.

الإطار 1

تصور لـ تطور النزاعات المسلحة



الإطار 2

مصطلحات الأمم المتحدة

1. صنع السلام

عملية تهدف إلى المصالحة بين الأطراف المتعدية، عن طريق الوسائل الدبلوماسية التي ورد بيانها في الفصل السادس من ميثاق الأمم المتحدة (الحل السلمي للنزاعات) بصفة رئيسية.

2. حفظ السلام

ينطوي على توطيد وجود محايد للأمم المتحدة بين الأطراف المتحاربة أو بين أطراف النزاع وبموافقتها من خلال نشر قوات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة أو قوات عسكرية أو قوات شرطة أو مراقبين أو موظفين مدنيين تابعين للأمم المتحدة. وهناك ثلاثة مبادئ أساسية هي: موافقة الأطراف وعدم التحيز وحظر استخدام القوة باستثناء حالات الدفاع عن النفس.

3. فرض السلام

هو عمل قسري جماعي بمبادرة من مجلس الأمن بموجب أحكام الفصل السابع من أجل وضع حد لتهديد السلم والأمن الدوليين أو لانتهاك السلم أو لأي فعل عدواني. وتشمل الوسائل القسرية العسكرية وغير العسكرية العقوبات الاقتصادية (الحظر) والحصار وإظهار القوة والعمليات المسلحة.

4. بناء السلام

مجموعة من الإجراءات تُنفَّذ من أجل تحديد وخلق الظروف المواتية ودعم الهياكل الضرورية لتعزيز السلام عقب أي نزاع. الهدف منها هو الحيلولة دون نشوب الأعمال العدائية مجدداً والقضاء على أي أسباب هيكلية يمكن أن تؤدي إلى نشوب النزاع (عوامل اقتصادية واجتماعية).

ميثاق الأمم المتحدة: الفصل السابع

المادة 39

يقرر مجلس الأمن ما إذا كان قد وقع تهديد للسلام أو إخلال به أو كان ما وقع عملاً من أعمال العدوان، ويقدم في ذلك توصياته أو يقرر ما يجب اتخاذه من التدابير طبقاً لأحكام المادتين 41 و42 لحفظ السلم والأمن الدولي أو إعادته إلى نصابه.

المادة 40

منعاً لتفاقم الموقف، لمجلس الأمن، قبل أن يقدم توصياته أو يتخذ التدابير المنصوص عليها في المادة 39، أن يدعو المتنازعين للأخذ بما يراه ضرورياً أو مستحسناً من تدابير مؤقتة، ولا تخل هذه التدابير المؤقتة بحقوق المتنازعين ومطالبهم أو بمراكزهم، وعلى مجلس الأمن أن يحسب لعدم أخذ المتنازعين بهذه التدابير المؤقتة حسابه.

المادة 41

لمجلس الأمن أن يقرر ما يجب اتخاذه من التدابير التي لا تتطلب استخدام القوات المسلحة لتنفيذ قراراته، وله أن يطلب إلى أعضاء «الأمم المتحدة» تطبيق هذه التدابير، ويجوز أن يكون من بينها وقف الصلات الاقتصادية والمواصلات الحديدية والبحرية والجوية والبريدية والبرقية واللاسلكية وغيرها من وسائل المواصلات ووقفاً جزئياً أو كلياً وقطع العلاقات الدبلوماسية.

المادة 42

إذا رأى مجلس الأمن أن التدابير المنصوص عليها في المادة 41 لا تفي بالغرض أو ثبت أنها لم تف به، جاز له أن يتخذ بطريق القوات الجوية والبحرية والبرية من الأعمال ما يلزم لحفظ السلم والأمن الدولي أو لإعادته إلى نصابه. ويجوز أن تتناول هذه الأعمال المظاهرات والحصر والعمليات الأخرى بطريق القوات الجوية أو البحرية أو البرية التابعة لأعضاء «الأمم المتحدة».

الإطار 4

أسباب النزاع المسلح

- | | |
|---|---|
| <p>أسباب طويلة الأمد</p> <ul style="list-style-type: none"> • تدهور البيئة العالمية • التنافس على المواد الخام • التنافس على الحصول على المياه • نشر الثقافة القائمة على العنف • التوسع في تجارة الأسلحة • عوامل أخرى | <p>أسباب متوسطة الأمد</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدم المساواة الاقتصادية الاجتماعية • المطالبة بالأرض • انهيار هياكل الدولة • النزاعات العرقية • النزاعات القبلية • العداء السياسي • انتهاكات حقوق الإنسان • عوامل أخرى |
|---|---|

الإطار 5

مؤشرات النزاع المسلح الوشيك

- انتشار السلاح في البلاد
- إعلان حالة الطوارئ
- قمع الحقوق المدنية
- حرية التجمع
- حرية الصحافة
- الدعاية المثيرة للعنف والكراهية (دور وسائل الإعلام)
- هجرة السكان
- الاعتقالات التعسفية

التوزيع الجغرافي للأقاليم
التي نشب فيها نزاع مسلح رئيسي
واحد على الأقل في الفترة
من 1989 حتى 1998

(على الأقل 1000 حالة وفاة ترتبط بالقتال)

1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	المنطقة
11	8	5	6	6	7	7	10	10	9	أفريقيا
8	9	10	9	9	9	11	8	10	11	آسيا
2	2	3	3	3	3	3	4	5	5	أمريكا الوسطى والجنوبية
1	1	2	3	4	5	4	2	1	2	أوروبا
4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	الشرق الأوسط
26	24	24	25	27	28	29	29	31	32	الإجمالي

المصدر: مشروع بيانات نزاع أوبسالا.

عواقب النزاع المسلح (1)



عواقب النزاع المسلح (2)

العواقب بالنسبة للضحايا

- نزوح السكان
- الإصابات
- المضايقات
- المجاعات
- حالات الاختفاء
- محاكمات عاجلة
- السجن
- انفصال الأسر
- التطهير العرقي
- الإبادة الجماعية

العواقب بالنسبة للأنظمة

- تدمير المحاصيل
- تدمير المستشفيات
- قمع الهياكل القضائية
- تدهور الهياكل الاجتماعية
- تدمير المنازل

الإطار 9

تعريف القانون الدولي الإنساني (1)

يضم القانون الدولي الإنساني، المعروف أيضًا باسم قانون النزاعات المسلحة أو قانون الحرب، القواعد التي تهدف، في أوقات النزاع المسلح، إلى حماية الأشخاص غير المشاركين أو الذين كفوا عن المشاركة في الأعمال العدائية، وإلى تقييد أساليب ووسائل الحرب المستخدمة.

المصدر: اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)، القانون الدولي الإنساني: إجابات عن أسئلتكم

الإطار 10

تعريف القانون الدولي الإنساني (2)

يضم القانون الدولي الإنساني (IHL) فرعين منفصلين هما:

- قانون جنيف أو القانون الإنساني الصرف، الذي وُضع لحماية الأفراد العسكريين الذين لا يشاركون أو كفوا عن المشاركة في القتال والأشخاص الذين لا يشاركون فعليًا في الأعمال العدائية، أي المدنيين
- قانون لاهاي أو قانون الحرب، الذي يقرر حقوق الأطراف المتحاربة والتزاماتها أثناء القيام بالعمليات العسكرية، ويفرض قيودًا على وسائل إلحاق الضرر بالعدو.

بيد أن هذين الفرعين للقانون الدولي الإنساني ليسا منفصلين تمامًا، لأن أثر بعض قواعد قانون لاهاي هو حماية ضحايا النزاعات، في حين أن أثر بعض قواعد قانون جنيف هو تقييد الأفعال التي يمكن للأطراف المتحاربة القيام بها أثناء العمليات العدائية. ولم يعد لهذا التمييز الآن سوى قيمة تاريخية وتعليمية بعد اعتماد البروتوكولين الإضافيين لعام 1977 اللذين يجمعان بين فرعي القانون الدولي الإنساني.

المصدر: اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)، القانون الدولي الإنساني: إجابات عن أسئلتكم

خطة عمل القانون الدولي الإنساني



قانون جنيف

1. الوصف

تشكل اتفاقيات جنيف الأربع لعام 1949 والبروتوكولان الإضافيان إليها لعام 1977 صُلب قانون جنيف، أو القانون الإنساني الصرف. ويتمثل الدور الذي يلعبه في حماية ضحايا النزاعات المسلحة.

ويجوز للمحاضر استخدام جدول زمني كإطارٍ مرجعي لشرح السمات المحددة لكل اتفاقية من الاتفاقيات

- أدت معركة سولفرينو التي تُرك الجرحى بعدها بدون رعاية أو علاج، إلى إبرام اتفاقية جنيف الأصلية في عام 1864 لتحسين أحوال الجرحى في الجيوش في الميدان.
- أدت معركة ليسا والمصير الذي آل إليه المقاتلون المنكوبون في البحار إلى إبرام اتفاقية جنيف الثانية في عام 1899 لتحسين أحوال الجرحى والمرضى والمنكوبين في البحار من أفراد للقوات المسلحة في البحار.
- أدت الحرب العالمية الأولى والكم الهائل من أسرى الحرب الذي خلفته، إلى إبرام اتفاقية جنيف الثالثة في عام (1929) والتي عنيت بمعاملة أسرى الحرب.
- أدت الحرب العالمية الثانية وسقوط عدد كبير من الضحايا المدنيين جراءها، إلى إبرام اتفاقية جنيف الرابعة في عام (1949) والتي عنيت بحماية الأشخاص المدنيين في زمن الحرب.
- أدت الحاجة إلى توفير حماية أفضل لضحايا النزاعات المسلحة الدولية، لا سيما السكان المدنيين، إلى اعتماد البروتوكول الأول الإضافي إلى اتفاقيات جنيف لعام 1977 .
- أدى انتشار النزاعات المسلحة غير الدولية التي حصدت الكثير من الضحايا إلى اعتماد البروتوكول الإضافي الثاني إلى اتفاقيات جنيف لعام 1977.

وينبغي للمحاضر أن يذكر النقاط التالية:

- القانون الدولي الإنساني هو أحد الفروع الأكثر تطورًا من القانون الدولي العام
- يتضمن القانون الدولي الإنساني حوالي 600 مادة تعني بحماية ضحايا النزاعات المسلحة ويضم عددًا مقاربًا من القواعد التي تضع قيودًا على وسائل الحرب
- يميز القانون الدولي الإنساني بين النزاعات المسلحة الدولية التي تتناولها اتفاقيات جنيف الأربع والبروتوكول الإضافي الأول، والنزاعات المسلحة غير الدولية التي تتناولها المادة الثالثة المشتركة بين اتفاقيات جنيف والبروتوكول الإضافي الثاني.

2. الفئة

الأداة: معرفة الأسس القانونية للقانون الدولي الإنساني (قانون جنيف).

3. الصيغة

ما هي الفئات الأساسية لضحايا النزاعات المسلحة؟

4. أسلوب التدريس

واجب تقوم به مجموعة العمل بأكملها.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: تاريخ القانون الدولي الإنساني
- الإطار 2: اتفاقية جنيف والبروتوكولان الإضافيان إليها: مجالات التطبيق

الربط بالأهداف التالية

يتناول الهدف التالي تطبيق القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة.

الإطار 1

تاريخ القانون الدولي الإنساني

• الحرب العالمية الثانية	1859	• معركة سولفرينو
1945 – 1939	1864	• اتفاقية جنيف الأولى
• اتفاقية جنيف الرابعة	1866	• معركة ليسا
1949	1899	• اتفاقية جنيف الثانية
• مراجعة اتفاقيات جنيف الأربع	1918 – 1914	• الحرب العالمية الأولى
1949	1929	• اتفاقية جنيف الثالثة
• البروتوكولان الإضافيان إلى اتفاقيات جنيف		
1977		

الحقائق غالبًا ما تسبق القوانين

الإطار 2

اتفاقية جنيف والبروتوكولان الإضافيان إليها: مجالات التطبيق

النزاعات المسلحة الدولية

- اتفاقيات جنيف
- البروتوكول الإضافي الأول

النزاعات المسلحة غير الدولية

- المادة الثالثة المشتركة بين اتفاقيات جنيف
- البروتوكول الإضافي الثاني

تطبيق القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة

1. الوصف

الغرض المنشود هنا هو تحديد إطار لتطبيق قواعد القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة. ينبغي للمحاضر أن يسعى على وجه الخصوص من أجل إدراج وحدة القانون الدولي الإنساني المنطوية ضمن السياق العام للمقرر التعليمي، وبجوز له من أجل هذه الغاية، استخدام المخطط التمهيدي لنظام الرعاية الصحية على النحو الوارد بيانه سابقاً كإطار مرجعي. ويُدرّس جانبان من جوانب القواعد التي يشتمل عليها القانون الدولي الإنساني وهما:

- الحماية العامة للضحايا
- حماية نظام الرعاية الصحية.

وتتطوي الحماية العامة للضحايا، على سبيل المثال، على حماية أرواحهم وسلامتهم العقلية والبدنية وكرامتهم الإنسانية وسلامة وترابط أسرهم وحرّيتهم في الحركة وحقهم في محاكمات عادلة وعادية. وتشمل الحماية العامة للضحايا حماية الأشخاص من الاختفاء والاحتجاز التعسفي والتعذيب والمعاملة اللا إنسانية والمهينة والمضايقة والنزوح القسري وانفصال الأسر والتجنيد الإجباري للأطفال في القوات المسلحة، ... إلخ.

وتتمثل حماية نظام الرعاية الصحية في حماية العناصر التي لا غنى عنها من أجل البقاء على قيد الحياة وحماية مرافق الرعاية الصحية (المستشفيات والخدمات الصحية العامة) وأفراد الخدمات الطبية.

ويرتبط هذان الجانبان ببعضهما البعض. فالضحايا سرعان ما يعانون إذا لم يحظَ نظام الرعاية الصحية بالحماية اللازمة، فالمحتجزون - على سبيل المثال - يتجرعون الألم والوهن إذا وُجدوا في بيئة غير صحية. مثال آخر هو القطاعات السكنائية التي تُجبر على الفرار من منازلها بسبب حرمانها من الحصول على المستلزمات الأساسية مثل المياه والطعام.

2. الفئة

الإطار: تحديد سياق تطبيق القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة.

3. الصيغة

تعريف تصوركم عن حماية ضحايا النزاعات المسلحة، مع الإشارة على نحو خاص إلى مجال الصحة.

4. أسلوب التدريس

واجب تقوم به مجموعة العمل بأكملها، تليه جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتلخيص في الجلسة مكتملة الأعضاء.

6. الخلاصة

- الإطار 1: تطبيق القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة: مفهوم الحماية
- الإطار 2: حماية الضحايا ونظم الرعاية الصحية في نزاع مسلح

الربط بالأهداف التالية

يتناول الهدف التالي الحماية العامة لضحايا النزاع المسلح وحماية أنظمة الرعاية الصحية استنادًا إلى قواعد اتفاقية جنيف.

تطبيق القانون الدولي الإنساني في مجال الصحة

مفهوم الحماية



الإطار 2

حماية الضحايا ونظم الرعاية الصحية في نزاع مسلح

حماية نظام الرعاية الصحية:

أمثلة للقواعد

تغذية أسرى الحرب	الاتفاقية الثالثة، المادة 26
الشروط الصحية والرعاية الطبية لأسرى الحرب	الاتفاقية الثالثة، المواد 29 – 32
إرسال شحنات الأغذية والإمدادات الطبية والملابس حصراً إلى السكان المدنيين	الاتفاقية الرابعة، المادة 23
حماية المستشفيات	الاتفاقية الرابعة، المادة 18
حماية الأفراد المشاركين في أعمال الإغاثة	البروتوكول الأول، المادة 71
حماية الأعيان والمواد التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين	البروتوكول الأول، المادة 54
حماية البيئة الطبيعية	البروتوكول الأول، المادة 55
حماية وحدات ووسائل النقل الطبي	البروتوكول الثاني، المادة 11
الحماية العامة للمهام الطبية	البروتوكول الثاني، المادة 10
حماية الأعيان التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين	البروتوكول الثاني، المادة 14
حماية الأشغال الهندسية والمنشآت المحتوية على قوى خطرة	البروتوكول الثاني، المادة 15

حماية الضحايا: أمثلة للقواعد

المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع

حماية السكان المدنيين	البروتوكول الثاني، المادة 13
حماية ورعاية الجرحى والمرضى والمنكوبين في البحار	البروتوكول الثاني، المادة 7
حماية السكان المدنيين	البروتوكول الأول، المادة 51
الضمانات الأساسية	البروتوكول الأول، المادة 4
الأشخاص المحرومون من حريتهم	البروتوكول الثاني، المادة 5

القواعد الأساسية لحماية ضحايا النزاعات المسلحة وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم: اتفاقيات جنيف

1. الوصف

يعرض المحاضر أولاً أمثلة لقواعد حماية ضحايا النزاعات المسلحة من اتفاقيات جنيف:

• الجرحى:

المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع

المادة 7 (الاتفاقية الأولى): عدم جواز التنازل عن الحقوق

المادة 13 (الاتفاقية الأولى): تعريف الأشخاص المحميين

المادة 15 (الاتفاقية الأولى): البحث عن المصابين وإجلاؤهم

• المنكوبون في البحار:

المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع

المادة 7 (الاتفاقية الثانية): عدم جواز التنازل عن الحقوق

المادة 13 (الاتفاقية الثانية): تعريف الأشخاص المحميين

المادة 18 (الاتفاقية الثانية): البحث عن المصابين بعد الاشتباك

• أسرى الحرب:

المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع

المادة 4 (الاتفاقية الثالثة): تعريف أسرى الحرب

المادة 7 (الاتفاقية الثالثة): عدم جواز التنازل عن الحقوق

المواد 12 و 13 و 14 و 15 و 16 (الاتفاقية الثالثة): الحماية العامة لأسرى الحرب

المادة 18 (الاتفاقية الثالثة): ممتلكات الأسرى

المادة 20 (الاتفاقية الثالثة): الظروف ذات الصلة بإجلاء الأسرى

• السكان المدنيون:

المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع

المادة 4 (الاتفاقية الرابعة): تعريف الأشخاص المحميين

المادة 8 (الاتفاقية الرابعة): عدم جوار التنازل عن الحقوق

يستخدم المحاضر بعد ذلك نفس النهج لتحديد القواعد الأساسية الواردة في اتفاقيات جنيف لحماية أنظمة الرعاية الصحية. وينبغي أخذ نظام الرعاية الصحية في عين الاعتبار بالمعنى الشامل، من حيث الغذاء والنظافة والصحة العامة والرعاية الطبية.

• الجرحى:

المواد 19 و 20 و 21 و 22 و 23 (الاتفاقية الأولى): حماية الوحدات والمنشآت الطبية

المادة 24 (الاتفاقية الأولى): حماية الموظفين الطبيين الدائمين

• المنكوبون في البحار:

المادة 22 (الاتفاقية الثانية): حماية السفن المستشفيات

المادة 23 (الاتفاقية الثانية): حماية المنشآت الطبية الواقعة على الساحل

المادة 36 (الاتفاقية الثانية): حماية الموظفين العاملين في السفن المستشفيات

• الأسرى:

المادة 25 (الاتفاقية الثالثة): تعريف شروط المأوى

المادة 26 (الاتفاقية الثالثة): تعريف شروط التغذية

المادة 29 (الاتفاقية الثالثة): التدابير الصحية لتأمين النظافة

المادة 30 (الاتفاقية الثالثة): الرعاية الطبية

المادة 33 (الاتفاقية الثالثة): الحقوق والامتيازات المكفولة لأفراد الخدمات الطبية والدينية الذين تستبقهم الدولة الأسرة

• السكان المدنيون:

المادة 18 (الاتفاقية الرابعة): حماية المستشفيات

المادة 20 (الاتفاقية الرابعة): حماية الموظفين العاملين بالمستشفيات

المادة 55 (الاتفاقية الرابعة): تزويد سكان المناطق المحتلة بالمؤن

المادة 91 (الاتفاقية الرابعة): الرعاية الطبية للمعتقلين

ويجوز استخدام العديد من الأمثلة الأخرى. وينبغي تذكر الهدف وهو منح المشاركين بعض التوعية بوجود القانون الدولي الإنساني وأساليب تطبيقه، وليس جعلهم خبراء في هذا المجال. ويجب على المحاضر التشديد على المادة الثالثة المشتركة، التي تلخص أوجه الحماية العامة المكفولة لضحايا النزاعات المسلحة.

2. الفنة

الأداة: التعرف على قواعد القانون الدولي الإنساني المعنية بحماية ضحايا النزاعات المسلحة وأنظمة الرعاية الصحية التي يعتمدون عليها، مع الإشارة على وجه الخصوص إلى القواعد التي أرستها اتفاقيات جنيف.

3. الصيغة

سوف نحدد عددًا من قواعد القانون الدولي الإنساني المنصوص عليها في اتفاقيات جنيف والتي تكفل حماية ضحايا النزاعات المسلحة وأنظمة الرعاية الصحية التي يعتمدون عليها. ونقوم بالأمر ذاته مجددًا في القسم التالي، لكننا سنركز هذه المرة على قواعد القانون الدولي الإنساني الواردة في البروتوكولين الإضافيين إلى اتفاقيات جنيف.

4. أسلوب التدريس

محاضرة

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 20 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: القواعد الأساسية لحماية ضحايا النزاعات المسلحة، المستقاة من اتفاقيات جنيف (الجرحي)
- الإطار 2: القواعد الأساسية لحماية أنظمة الرعاية الصحية، المستقاة من اتفاقيات جنيف (أنظمة الرعاية الصحية للجرحي)
- الإطار 3: القواعد الأساسية لحماية أنظمة الرعاية الصحية، المستقاة من اتفاقيات جنيف (أنظمة الرعاية الصحية للسكان المدنيين)
- الإطار 4: المادة 3 المشتركة: اتفاقية مصغرة

الربط بالأهداف التالية

يستخدم الهدف التالي نفس النهج بالنسبة للقواعد التي يتضمنها البروتوكولان الإضافيان إلى اتفاقيات جنيف.

الإطار 1

القواعد الأساسية لحماية ضحايا النزاعات المسلحة المستقاة من اتفاقيات جنيف

(الجرحي)
(أمثلة للقواعد)

- المادة 3
- المادة 7 (الاتفاقية الأولى) عدم جواز التنازل عن الحقوق
- المادة 13 (الاتفاقية الأولى) تعريف الأشخاص المحميين
- المادة 15 (الاتفاقية الأولى) البحث عن المصابين وإجلاؤهم

أسرى الحرب
(أمثلة للقواعد)

- المادة 3
- المادة 7 (الاتفاقية الأولى) عدم جواز التنازل عن الحقوق
- المادة 13 (الاتفاقية الأولى) تعريف الأشخاص المحميين
- المادة 15 (الاتفاقية الأولى) البحث عن المصابين وإجلاؤهم

السكان المدنيون

- المادة 3
- المادة 4 (الاتفاقية الرابعة) تعريف الأشخاص المحميين
- المادة 8 (الاتفاقية الرابعة) عدم جواز التنازل عن الحقوق

القواعد الأساسية المعنية بحماية أنظمة الرعاية الصحية، المستقاة من اتفاقيات جنيف أنظمة الرعاية الصحية المخصصة للجرحى

- المادة 19 (الاتفاقية الأولى) حماية الوحدات والمنشآت الطبية
- المادة 24 (الاتفاقية الأولى) حماية الموظفين الطبيين الدائمين

أنظمة الرعاية الصحية المخصصة للأسرى

- المادة 25 (الاتفاقية الثالثة) تعريف شروط المأوى
- المادة 26 (الاتفاقية الثالثة) تعريف شروط التغذية
- المادة 29 (الاتفاقية الثالثة) التدابير الصحية لتأمين النظافة
- المادة 30 (الاتفاقية الثالثة) الرعاية الطبية

الإطار 3

القواعد الأساسية المعنية بحماية أنظمة الرعاية الصحية، المستقاة من اتفاقيات جنيف

أنظمة الرعاية الصحية المخصصة
للسكان المدنيين

- المادة 18 (الاتفاقية الرابعة) حماية المستشفيات
- المادة 20 (الاتفاقية الرابعة) حماية الموظفين العاملين
بالمستشفيات
- المادة 55 (الاتفاقية الرابعة) تزويد سكان المناطق المحتلة
بالمؤن
- المادة 91 (الاتفاقية الرابعة) الرعاية الطبية للمعتقلين

المادة 3 المشتركة: اتفاقية مصغرة

في حالة قيام نزاع مسلح ليس له طابع دولي في أراضي أحد الأطراف السامية المتعاقدة، يلتزم كل طرف في النزاع بتطبيق الأحكام التالية، كحد أدنى:

1. الأشخاص الذين لا يشتركون مباشرةً في الأعمال العدائية، بمن فيهم أفراد القوات المسلحة الذين ألقوا عنهم أسلحتهم، والأشخاص العاجزون عن القتال بسبب المرض أو الجرح أو الاحتجاز أو لأي سبب آخر، يعاملون في جميع الأحوال معاملة إنسانية، دون أي تمييز ضار يقوم على العنصر أو اللون، أو الدين أو المعتقد، أو الجنس، أو المولد أو الثروة أو أي معيار مماثل آخر.

ولهذا الغرض، تحظر الأفعال التالية في ما يتعلق بالأشخاص المذكورين أعلاه، وتبقى محظورةً في جميع الأوقات والأماكن:

(أ) الاعتداء على الحياة والسلامة البدنية، وبخاصة القتل بجميع أشكاله، والتشويه، والمعاملة القاسية، والتعذيب؛

(ب) أخذ الرهائن

(ج) الاعتداء على الكرامة الشخصية، وعلى الأخص المعاملة المهينة والحاطة بالكرامة؛

(د) إصدار الأحكام وتنفيذ العقوبات دون إجراء محاكمةٍ سابقةٍ مشكلةً تشكيلاً قانونياً، وتكفل جميع الضمانات القضائية اللازمة في نظر الشعوب المتمدنة.

2. جمع الجرحى والمرضى والعناية بهم.

ويجوز لهيئة إنسانية غير متحيزة، كاللجنة الدولية للصليب الأحمر، أن تعرض خدماتها على أطراف النزاع.

وعلى أطراف النزاع أن تعمل فوق ذلك، عن طريق اتفاقات خاصة، على تنفيذ كل الأحكام الأخرى من هذه الاتفاقية أو بعضها.

وليس في تطبيق الأحكام المتقدمة ما يؤثر على الوضع القانوني لأطراف النزاع.

القواعد الأساسية لحماية السكان المدنيين وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم: البروتوكولان الإضافيان الأول والثاني لعام 1977

1. الوصف

يُتَّبَع نفس النهج المستخدم في تناول الموضوع السابق في مقاربة هذا الموضوع، ويُطَلَب إلى المشاركين علاوةً على ذلك البحث عن القواعد التي تحمي الضحايا وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم في البروتوكولين الإضافيين. وحيث إن الدورة التدريبية تتناول السكان المدنيين بصورة أساسية، فيمكن أن تقتصر الدراسة على هذه الفئة من الضحايا. ويُتَوَقَّع من المشاركين إضافة مواد اتفاقيات جنيف الوارد بيانها في القسم السابق وإضافة مواد أخرى إليها يختارونها بأنفسهم من البروتوكولين الإضافيين - على سبيل المثال:

البروتوكول الأول:

المادة 50: تعريف الأشخاص المدنيين والسكان المدنيين

المادة 51: حماية السكان المدنيين

المادة 54: حماية الأعيان والمواد التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين

المادة 55: حماية البيئة الطبيعية.

البروتوكول الثاني:

المادة 4: الضمانات الأساسية

المادة 13: حماية السكان المدنيين

المادة 14: حماية الأعيان التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين

المادة 17: حظر الترحيل القسري للمدنيين

المادة 18: الحق في المساعدة.

وينبغي للمشاركين عند الانتهاء من هذا الهدف أن يُعَدُّوا جدولاً أو رسماً بيانياً يمثل الضحايا ونظام الرعاية الصحية، وترد فيه المواد الأساسية للقانون الدولي الإنساني التي تضمن حماية الضحايا والمكونات المتعددة لنظام الرعاية الصحية.

2. الفنة

الأداة: معرفة القواعد الأساسية للقانون الدولي الإنساني التي يتضمنها البروتوكولان الإضافيان لضمان حماية السكان المدنيين وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم.

3. الصيغة

استخدام الخطوط العريضة لنظام الرعاية الصحية كأساس، ثم تحديد القواعد الأساسية للقانون الدولي الإنساني التي يتضمنها البروتوكولان الإضافيان لضمان حماية السكان المدنيين وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم.

4. أسلوب التدريس

واجب تقوم به مجموعات العمل، حيث يتوجب على كل مجموعة تحديد وتدوين، في المساحة الفارغة المقابلة على الرسم البياني لنظام الرعاية الصحية، المواد التي تعتقد أنها توفر الحماية الأفضل.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 60 دقيقة

- 30 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 30 دقيقة لتقديم الملخصات في الجلسة مكتملة الأعضاء.

6. الخلاصة

- الإطار 1: القواعد الأساسية لحماية السكان المدنيين وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم: البروتوكول الإضافي الأول
- الإطار 2: القواعد الأساسية لحماية السكان المدنيين وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم: البروتوكول الإضافي الثاني

الربط بالأهداف التالية

هناك قواعد لحماية الضحايا وأنظمة الرعاية الصحية المخصصة لهم. وينبغي من الناحية العملية إنفاذ هذه القواعد. وتتناول الأهداف التالية أنماط تطبيق قواعد القانون الدولي الإنساني.

الإطار 1

القواعد الأساسية لحماية السكان المدنيين
وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم:
البروتوكول الإضافي الأول

- المادة 50 تعريف الأشخاص المدنيين والسكان المدنيين
- المادة 51 حماية السكان المدنيين
- المادة 54 حماية الأعيان والمواد التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين
- المادة 55 حماية البيئة الطبيعية.

الإطار 2

القواعد الأساسية لحماية السكان المدنيين
وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم:
البروتوكول الإضافي الثاني

- المادة 4 الضمانات الأساسية
- المادة 13 حماية السكان المدنيين
- المادة 14 حماية الأعيان التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين
- المادة 17 حظر الترحيل القسري للمدنيين
- المادة 18 الحق في المساعدة.

الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

1. الوصف

تُشكل اللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، مع الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، العناصر الثلاثة التي تتكون منها الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وتجتمع هذه المؤسسات من حيث المبدأ كل أربع سنوات مع ممثلي الدول الأطراف في اتفاقية جنيف في مؤتمر دولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر.

اللجنة الدولية للصليب الأحمر: اللجنة الدولية للصليب الأحمر هي مؤسسة إنسانية مستقلة، وهي الهيئة المؤسسة للحركة، وتعمل كوسيط محايد في حالات النزاع المسلح أو الاضطرابات، ومن ثم فهي تسعى إلى حماية ومساعدة ضحايا النزاعات المسلحة الدولية وغير الدولية والأشخاص المتضررين من الاضطرابات أو التوترات الداخلية، وذلك إما بمبادرة منها أو استناداً إلى اتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيين إليها.

الجمعيات الوطنية: تعمل كل جمعية وطنية في بلدها كجهة مساعدة للسلطات الحكومية في الأمور الإنسانية. وتتمثل مهمتها الأساسية في دعم الخدمات الطبية بالجيش وقت النزاع. وللقيام بذلك، عليها أن تُعد نفسها وقت السلم. وتقوم كل جمعية وطنية علاوةً على ذلك بأنشطة معينة وفقاً للمبادئ الأساسية للحركة الدولية (جمع التبرعات بالدم، تدريب العاملين في الإسعافات الأولية والمرضات، وإدارة المستوصفات أو المستشفيات، وتقديم المساعدة للأشخاص المعاقين والصغار وكبار السن، وغير ذلك).

الاتحاد الدولي: يقدم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر دعماً للأنشطة الإنسانية التي تضطلع بها الجمعيات الوطنية لصالح جماعات مستضعفة. ويسعى الاتحاد جاهداً للحيلولة دون المعاناة الإنسانية والتخفيف من وطأتها، من خلال تنسيق عمليات الإغاثة الدولية في حالات الكوارث وتشجيع المساعدات من أجل التنمية.

المصدر: اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)، أجوبة على أسئلتكم

ويؤكد المحاضر على الدور الذي تلعبه اللجنة الدولية للصليب الأحمر داخل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، لا سيما مسؤوليتها عن اعتماد الجمعيات الوطنية الجديدة. وينبغي أيضاً ذكر النظام الأساسي للحركة، وهو يحدد المسؤوليات التي تنهض بها المكونات المختلفة للحركة. ويختتم المحاضر بملخص موجز لاتفاقية أشبيلية التي تحدد الأدوار الخاصة بكلٍ من اللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي والجمعيات الوطنية.

2. الفنة

الأداة: التعرف على مكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر.

3. الصيغة

ما هي مكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر؟

4. أسلوب التدريس

محاضرة.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 15 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: المؤتمر الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر
- الإطار 2: المبادئ الأساسية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

الربط بالأهداف التالية

يحدد هذا الهدف مكانة اللجنة الدولية للصليب الأحمر داخل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، مما يسهل فهم العمل الوقائي الذي تقوم به في حالات النزاع المسلح. ويمثل هذا العمل الوقائي موضوع الأهداف التالية.

الإطار 1

المؤتمر الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر



الإطار 2

المبادئ الأساسية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

- العمل
- التطوعي
- الوحدة
- العالمية
- الإنسانية
- عدم التحيز
- الحياد
- الاستقلال

اللجنة الدولية للصليب الأحمر والوصول إلى ضحايا النزاعات المسلحة

1. الوصف

رأى المشاركون أن قواعد القانون الدولي الإنساني تضمن حمايةً عامةً لضحايا النزاعات المسلحة. ودرسوا على وجه الخصوص القواعد المنطبقة في مجال الصحة.

تتعهد الدول الأطراف باحترام وكفالة احترام اتفاقيات جنيف (المادة 1 المشتركة). وينبغي من الناحية العملية التحقق من أن هذه القواعد تحظى فعلياً بالاحترام من قِبَل أطراف أي نزاع. ويُعد من ثم الوصول المباشر إلى الضحايا أمراً أساسياً. وتولي اللجنة الدولية للصليب الأحمر أولوية قصوى للمفاوضات التي تجري مع أطراف النزاع، من أجل تحقيق ذلك الوصول؛ وهدفها هو إقناع تلك الأطراف بتوفير وصول ممثلي اللجنة الدولية للصليب الأحمر إلى الضحايا دون قيود، من أجل تقييم حالتهم واتخاذ الإجراءات المناسبة لصالحهم إذا لزم الأمر. وتستند اللجنة الدولية للصليب الأحمر في الاضطلاع بهذا النشاط إلى حق المبادرة الممنوح لها بموجب اتفاقيات جنيف والبروتوكول الأول (المادة 81، الفقرة 1). ويجوز للجنة الدولية للصليب الأحمر أن تعرض خدماتها في حالات النزاعات المسلحة غير الدولية بموجب أحكام المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع.

وتشكل اتفاقيات جنيف والبروتوكولان الإضافيان إليها الأساس التعاهدي لعمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر. ويستند عمل اللجنة الدولية إلى النظام الأساسي للحركة الدولية، الذي يمنحها الحق في المبادرة الإنسانية، وذلك في الحالات التي لا يرقى فيها العنف إلى حدة النزاع المسلح. وهذا هو الأساس النظامي الذي تستند إليه في عملها.

وتمثل المفاوضات الاستراتيجية التي تختارها اللجنة الدولية للصليب الأحمر. وتكون المفاوضات أسهل إذا أقرت الأطراف بالقانون الدولي الإنساني وأنماط تطبيقه قبل اندلاع أي نزاع. وينبغي للمحاضر أن يذكر هنا أهمية نشر القانون الدولي الإنساني في أوقات السلم، قبل أن ينشأ أي نزاع. ويُجز هذا الجهد التعليمي ليس في أوساط القوات المسلحة فحسب، بل أيضاً مع أطفال وطلاب المدارس. ويمكن اعتبار نشر القانون الدولي الإنساني بين الشباب نشاطاً تيموياً لا يمكن الغرض منه في منع وقوع العنف المحتمل في حالات النزاع فحسب، بل أيضاً في المساعدة في تقليل العنف بشكلٍ عام.

وترتفع احتمالات نجاح المفاوضات إذا كانت أطراف النزاع على دراية بالاستراتيجية التي تستخدمها الهيئات والوكالات الإنسانية. وتعتبر الشفافية بالنسبة لأساليب عمل تلك الوكالات في حالات النزاع أمراً ضرورياً. فأطراف النزاع على سبيل المثال، على علم بأن اللجنة الدولية للصليب الأحمر تتحلى بالكتمان على الدوام بشأن ما تشهده في هذه الحالات، وهذا الأمر يمنح اللجنة الدولية فرصاً أفضل للوصول إلى الضحايا. بيد أنه لا ينبغي النظر إلى هذه السياسة باعتبارها تعاضياً عن أطراف النزاع وقبولاً لأفعالها، حيث تستر على كافة المخالفات التي ترتكبها بحق القانون الدولي الإنساني. هذا وتحفظ اللجنة الدولية للصليب الأحمر بالحق في مناشدة الرأي العام الدولي في حالات النزاعات شديدة الوطأة.

وستُستعرض الاستراتيجيات التي تستخدمها الهيئات والوكالات الإنسانية في جلسة العمل الخاصة بالتنسيق؛ ويكمن الغرض من القسم الحالي بصورة أساسية في توضيح أهمية القانون الدولي الإنساني باعتباره أساساً لعمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

2. الفئة

الأداة: التعرف على اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومسألة الوصول إلى ضحايا النزاعات المسلحة.

3. الصيغة

ما هي الاستراتيجيات الممكنة للوصول إلى ضحايا النزاعات المسلحة؟

4. أسلوب التدريس

واجب تقوم به مجموعات العمل، تليه جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتليخيص في الجلسة مكتملة الأعضاء.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الوصول إلى ضحايا النزاعات المسلحة

الربط بالأهداف التالية

بعد التفاوض على مسألة الوصول، يركز الهدف التالي على شارة الصليب الأحمر، لا سيما دورها في توفير الحماية.

الإطار 1

الوصول إلى ضحايا النزاعات المسلحة

- الأساس التعاهدي
- الأساس النظامي
- المفاوضات
- النشر

شارة الصليب الأحمر والهلال الأحمر

1. الوصف

اعتُمدت شارة الصليب الأحمر في المؤتمر الدولي المُنعقد في عام 1863 باعتبارها العلامة المميزة للجمعيات التي تقوم بعمليات إغاثة للجنود الجرحى. ثم قررت الإمبراطورية العثمانية في عام 1876 استخدام الهلال الأحمر بدلاً من الصليب الأحمر.

تبرز هنا فكرتان مهمتان بخصوص استخدام الشارة هما:

- استخدام لأغراض الحماية: هذا هو المغزى الأساسي للشارة، حيث تكون الشارة هي المظهر المرئي للحماية التي توفرها اتفاقيات جنيف في أوقات النزاع. فهي تشير للمتقاتلين أن الفئات التالية محمية بموجب اتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيين إليها:

- الأفراد (متطوعو الجمعيات الوطنية، أفراد الخدمات الطبية، مندوبو اللجنة الدولية للصليب الأحمر، ... إلخ).
- الوحدات الطبية (المستشفيات، مراكز الإسعافات الأولية، ... إلخ).
- وسائل النقل

وينبغي عدم استعمال الشارة لأي أغراض غير لائقة (أو غير مشروعة)، ناهيك عن أغراض الغدر ومنها على سبيل المثال، حماية مركبات تُستخدم في نقل ذخائر أو مقاتلين. وتُعتبر إساءة استخدام الشارة على هذا النحو جرائم حرب.

ويكون حجم الشارة عادةً كبيراً من حيث الأبعاد عند استخدامها لأغراض الحماية.

- الاستخدام لأغراض الدلالة: تشير الشارة في أوقات السلم إلى أن الشخص أو الشيء الذي يحملها مرتبط بالحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. ويكون الشعار صغيراً من حيث الأبعاد عند استخدامه لتلك الأغراض.

2. الفئة

الأداة: التعرف على الدورين الأساسيين اللذين تلعبهما شارة الصليب الأحمر.

3. الصيغة

ما الذي تمثله شارة الصليب الأحمر بالنسبة لكم؟

4. أسلوب التدريس

واجب تقوم به المجموعة بأكملها.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 15 دقيقة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: استخدامات الشارة
- الإطار 2: استخدامات الشارة في أوقات النزاعات المسلحة
- الإطار 3: إساءة استخدام الشارة

الربط بالأهداف التالية

يتناول الهدف التالي بعض النقاط الأساسية بشأن حماية فئات معينة من الضحايا.

الإطار 1**استخدام الشارة**

استخدام الشارة لأغراض الحماية

الحماية الممنوحة بموجب اتفاقيات جنيف

استخدام الشارة للدلالة

تُبيّن في أوقات الحرب والسلام على حدٍ سواء أن شخصاً
أو شيئاً مرتبطاً بالحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال
الأحمر.

الإطار 2

استخدامات الشارة في أوقات النزاعات المسلحة

يمكن للفئات التالية استخدام الشارة لأغراض الحماية في أوقات النزاعات المسلحة:

- الخدمات الطبية بالقوات المسلحة
- المستشفيات المدنية والوحدات الطبية الأخرى
- الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر (بشروط معينة)
- جمعيات الإغاثة الطوعية الأخرى (بشروط معينة)

يحق للجنة الدولية للصليب الأحمر استخدام الشارة في جميع الأوقات لأغراض الحماية والدلالة على حدٍ سواء.

الإطار 3

إساءة استخدام الشارة

- التقليد
- الأغراض غير المشروعة
- الغدر
- تؤدي إساءة استخدام الشارة كوسيلة للحماية في وقت الحرب إلى تعرض نظام الحماية الذي يكفله القانون الدولي الإنساني بأكمله للخطر.
- أما إساءة استخدام الشارة كوسيلة للدلالة فتؤدي إلى النيل من مكانتها في نظر الجماهير ومن ثم تقلل من قدرتها على توفير الحماية في وقت الحرب.

المصدر: اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)، القانون الدولي الإنساني: إجابات عن أسئلتكم

حماية المحتجزين في سياق النزاعات المسلحة: نهج اللجنة الدولية للصليب الأحمر

1. الوصف

يتعرض المحتجزون لخطر المعاناة من سوء المعاملة أو التعذيب أو الاختفاء أو عدم الحصول على التغذية التي يحتاجون إليها. وتعتمد الحماية التي يحصلون عليها على إمكانية وصول اللجنة الدولية للصليب الأحمر إليهم من أجل تسجيلهم. وهذا التسجيل لا ينبغي اعتباره إجراءً إدارياً، بل كوسيلة للحماية بالأحرى. ويمكن للجنة الدولية بمجرد قيد المحتجزين أن تطلب في إطار الزيارات اللاحقة، لمقابلة الأشخاص الذين قامت بتسجيلهم، الأمر الذي من شأنه تقليل خطر اختفائهم. وهذا يفترض أن اللجنة الدولية قد تفاوضت مع السلطات للسماح لها بتكرار الزيارات، لمقابلة جميع المحتجزين وزيارة كافة أماكن الاحتجاز. وتتفاوض اللجنة الدولية للحصول على حق مقابلة المحتجزين على انفراد دون رقباء حتى يشعر المحتجزون بالحرية عندما يخبرون ممثلي اللجنة الدولية عن مشاكلهم، سواء كانت مزاعم بسوء المعاملة والتعذيب، أو شواغل صحية أو اضطرابات أسرية.

وقد وضعت اللجنة الدولية أربعة شروطٍ أساسية ملزمة بالنسبة لهذه الزيارات، حيث ينبغي السماح لمندوبيها بما يلي:

- زيارة جميع المحتجزين
- زيارة جميع الأماكن التي يُحتفظ فيها على المحتجزين
- تكرار الزيارات للمحتجزين ومقابلة المحتجزين دون رقباء.

وتستند المساعدة المقدّمة للمحتجزين إلى نفس المبادئ العامة التي ورد بيانها في السابق وهي:

- تقييم المشاكل الصحية وقدرة النظام الإصلاحي على مواجهتها
- وضع استراتيجية للعمل – تشجيع السلطات على تحمل المسؤولية، وقبول التوصيات المقدمة، وتقديم الدعم لنظام الرعاية الصحية، واستبدال نظام الرعاية الصحية.

وتتمثل المهمة الموكولة إلى اللجنة الدولية للصليب الأحمر في حماية ومساعدة الأشخاص المحتجزين لأسباب سياسية. وتسعى اللجنة الدولية لهذه الغاية على الدوام للوصول مباشرة لهؤلاء الأشخاص من خلال التفاوض على شروط الزيارة مع السلطات. ولا تبحث اللجنة الدولية في الأسباب التي أدت إلى احتجاز الأشخاص المعنيين وذلك لزيادة فرص نجاحها

في هذه المفاوضات؛ لكن هذا لا يعني أن اللجنة الدولية تقبل مبدأ الاحتجاز لأسباب سياسية. تتصل اللجنة الدولية أثناء زيارتها للسجناء السياسيين مع مرتكبي جرائم تحت طائلة القانون الجنائي كذلك. وقد تنظر اللجنة الدولية في مشاكل هؤلاء الجناة عندما يكونون في أوضاع غير مستقرة على وجه الخصوص، وتقترح نهجًا يشمل «كافة المحتجزين». وينبغي التأكيد على حدود هذا النهج، حيث إن اللجنة الدولية لا يسعها أن تتحمل مسؤولية الخدمات الإصلاحية في بلدٍ بأكمله.

يعطي المحاضر أمثلة عملية قليلة على ذلك.

2. الفئة

الأداة: التعرف على نهج اللجنة الدولية في مساعدة المحتجزين في سياق النزاعات المسلحة.

3. الصيغة

ما هي القواعد التي تتبعها اللجنة الدولية للصليب الأحمر لضمان حماية المحتجزين في سياق النزاعات المسلحة؟

4. أسلوب التدريس

محاضرة.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 10 دقائق.

6. الخلاصة

• الإطار 1: استراتيجية اللجنة الدولية للصليب الأحمر لحماية المحتجزين لأسباب سياسية.

الربط بالأهداف التالية

يكون المثال الثاني على حماية ضحايا النزاعات المسلحة هو حماية الجرحى.

الإطار 1

استراتيجية اللجنة الدولية للصليب الأحمر لحماية المحتجزين لأسباب سياسية

• المحتجزون لأسباب سياسية

• شروط الزيارات

- زيارة جميع المحتجزين
- زيارة جميع أماكن الاحتجاز
- تكرار الزيارات للمحتجزين
- مقابلة المحتجزين دون رقباء

• الاستراتيجية

- نقل المسؤولية للسلطات
- دعم نظام الرعاية الصحية
- استبدال نظام الرعاية الصحية

• النهج الذي يشمل "جميع المحتجزين"

- الضرورة الإنسانية
- الحدود

حماية جرحى الحرب

1. الوصف

تناولت وحدة الجراحة والعلاج بالفعل الجوانب الجراحية البحتة لمساعدة جرحى الحرب .. حماية الجرحى مفهوم يشمل سلسلة الرعاية الصحية بأكملها. وقد ورد بالفعل ذكر أهمية الإسعافات الأولية بالنسبة لمعدل بقاء جرحى الحرب على قيد الحياة. ويجب من ثم الوصول إلى الجرحى في أسرع وقتٍ ممكن. وينبغي من الناحية العملية أن يحصل أفراد الرعاية الصحية على ضماناتٍ من السلطات تسمح لهم بتوسيع نطاق خدماتهم المقدمة للجرحى. وينبغي كفالة الحماية للجرحى أثناء إجلائهم إلى مراكز الرعاية الصحية. ووفقاً لذلك، أرست اللجنة الدولية للصليب الأحمر قواعد بشأن عمليات الإجلاء تلك وهي:

- تعزيز الاحترام الواجب للجرحى، لا سيما الأشخاص الواقعين في قبضة العدو (نشر القانون الدولي الإنساني)
- حماية عملية إجلاء الجرحى إلى مراكز الرعاية الصحية - وهو مبدأ ذو صلة باحترام القواعد التي تحكم نقل الجرحى، وهي:
- وضع شارة الصليب الأحمر المميزة على عربات الإسعاف والمركبات
- عدم السماح بوجود أية أسلحة داخل سيارات الإسعاف (حيث ينبغي للجرحى والجنود المرافقين لهم وضع أسلحتهم جانباً)
- حماية مرافق الرعاية الصحية
- حماية الجرحى داخل مرافق الرعاية الصحية، لا سيما عندما يدخل نفس المستشفيات أو المرافق الصحية جرحى ينتمون لجماعات عرقية أو سياسية مختلفة.

ينبغي ضمان وصول جميع الجرحى إلى المستشفيات وفقاً للحاجة، وليس على أساس العرق أو الدين أو الآراء السياسية. ويجب ضمان حمايتهم أثناء إقامتهم داخل المستشفى، لا سيما عندما يكون المرفق الذي يقدم الرعاية في نطاق مسؤولية الطرف المعادي للطرف الذي يتبعه الجريح.

2. الفئة

الأداة: التعرف على القواعد الأساسية لحماية الجرحى.

3. الصيغة

أنت مسؤولٌ عن رعاية الجرحى في نزاعٍ مسلح: فما هي الإجراءات التي تتخذها لضمان حمايتهم؟

4. أسلوب التدريس

واجب مقدم لمجموعات العمل، تليه جلسة مكتملة الأعضاء.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتليخيص في الجلسة مكتملة الأعضاء.

6. الخلاصة

- الإطار 1: حماية جرحى الحرب

الربط بالأهداف التالية

الفئة التالية من ضحايا النزاعات المسلحة التي تتطلب حماية هي السكان اللاجئون

الإطار 1**حماية جرحى الحرب**

- نشر القانون الدولي الإنساني
- القواعد الخاصة بنقل الجرحى
- حماية مرافق الرعاية الصحية
- حماية الجرحى داخل مرافق الرعاية الصحية

القانون الدولي الإنساني ونزوح السكان

1. الوصف

• الحيلولة دون النزوح

تصاحب نزوح السكان عادةً زيادةً كبيرةً في معدل الوفيات، لا سيما بين الأطفال، هذا بالإضافة إلى معاناة بدنية ونفسية ضخمة. ويعتبر احترام قواعد القانون الدولي الإنساني التي تكفل احترام الأشخاص غير المشاركين في النزاع، وسيلةً بارزةً للحيلولة دون مثل هذا النزوح. ولا يمكن إبقاء الأفراد داخل مناطق إقامتهم المعتادة، سوى من خلال ضمان حمايتهم - ومن هنا كانت أهمية التفاوض مع كافة أطراف النزاع، بحيث يؤخذ احترام السكان المدنيين في عين الاعتبار عند وضع الاستراتيجيات العسكرية.

• اللاجئين

ينبغي التمييز بين عدة فئات من اللاجئين:

- اللاجئين كما ورد تعريفهم في اتفاقية 1951 المعنية باللاجئين وبروتوكول 1967، وبالتحديد اللاجئين الذين يخشون الاضطهاد بسبب عرقهم أو آرائهم السياسية أو دينهم. وتنهض المفوضية العليا لشؤون اللاجئين بالمسؤولية الأساسية عن أولئك اللاجئين. ينبغي التشديد على مبدأ «عدم الرد القسري» (حظر إعادة أو طرد اللاجئين إلى حدود أو أقاليم قد يتعرضون فيها للخطر).
- الأشخاص الذين يعيشون خارج بلدانهم بسبب نزاع مسلح أو حالة عنف داخلي - أي اللاجئين الذين فروا بسبب الوضع وليس لأنهم هم أنفسهم يخضعون للاضطهاد. ويكون لكل من اللجنة الدولية للصليب الأحمر والمفوضية العليا لشؤون اللاجئين مسؤوليات مكملة لبعضها في هذه الحالات. فاللجنة الدولية يكون لديها تفويض مباشر عندما تدخل الدولة المضيقة في حالة حرب مع دولة المنشأ التي يتبعها هؤلاء اللاجئين، وكذلك عندما يواجه اللاجئين مخاطر أمنية كبيرة.
- الحالات الفردية - على سبيل المثال، خلال أي نزاع دولي مسلح، يدخل مواطنو دولة وهم يفرون من القتال إلى أراضي الدولة المناوئة. فالقانون الدولي الإنساني لا يستند إلى تعريف قانوني في حماية اللاجئين، وذلك على النقيض من اتفاقية الأمم المتحدة لعام 1951 المعنية بوضع اللاجئين أو اتفاقية منظمة الوحدة الأفريقية لعام 1969.. بيد أن القانون الدولي الإنساني يحوي قواعد عامة تنطبق على اللاجئين - على سبيل المثال، القواعد المعنية بسير العمليات العدائية، وأحكام اتفاقيات جنيف الأربع بشأن اللاجئين من بلدان معادية وتقر الاتفاقية الرابعة (المادة 45، الفقرة 4) بمبدأ «عدم الرد القسري»

• الأشخاص النازحون

يُعتبر الأشخاص النازحون داخل بلدانهم بوصفهم ضحايا مباشرين لنزاع مسلح أو عنفٍ داخلي محط التركيز الأساسي للمهمة المُلقاة على عاتق اللجنة الدولية للصليب الأحمر. وينطبق القانون الدولي الإنساني في جميع هذه الحالات.

وتتناول مجموعة كبيرة من القواعد المنصوص عليها في اتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيين إليها مسألة حماية الأشخاص النازحين. وينبغي للمحاضر أن يورد بعض الأمثلة على القواعد المنطبقة مثل المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربع، والمادة 14 من البروتوكول الثاني المعنية بحماية الأعيان والمواد التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين، والمادة 17 من البروتوكول الثاني المعنية بحظر الترحيل القسري للمدنيين. هذه القواعد وُضعت ليس فقط لحماية الأشخاص أثناء نزوحهم، ولكن أيضاً، وعلى وجه الخصوص، للحيلولة دون النزوح من خلال ضمان حمايتهم داخل بلدانهم الأصلية.

2. الفئة

الأداة: التعرف على المبادئ الأساسية المعنية بحماية اللاجئين والأشخاص النازحين.

3. الصيغة

ما هي قواعد القانون الدولي الإنساني المتصلة بضمان حماية الأشخاص النازحين واللاجئين؟

4. أسلوب التدريس

واجب مُقدّم لمجموعات العمل، تليه جلسة عامة لكافة المشاركين.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتليخيص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: حماية اللاجئين والأشخاص النازحين
- الإطار 2: القانون الدولي المعني باللاجئين

الربط بالأهداف التالية

يركز الهدف التالي على الصكوك القانونية الأخرى المعنية بحماية الأشخاص.

الإطار 1

حماية اللاجئين والأشخاص النازحين

- الأشخاص النازحون
- قواعد القانون الدولي الإنساني
- أمثلة:
 - المادة 3 المشتركة
 - المادة 14 من البروتوكول الثاني
 - المادة 17 من البروتوكول الثاني
- دور قواعد القانون الدولي الإنساني في الحيلولة دون النزوح
- الحيلولة دون النزوح
- اللاجئين
- اتفاقية الأمم المتحدة لعام 1951
- قواعد القانون الدولي الإنساني

الإطار 2

القانون الدولي المعني باللاجئين

- إعلان قرطاجنة لعام 1983 بشأن اللاجئين
- القرارات المعتمدة من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة
- اتفاقية الأمم المتحدة لعام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين
- بروتوكول 1967 الخاص بوضع اللاجئين
- اتفاقية منظمة الوحدة الأفريقية

قانون حقوق الإنسان

1. الوصف

إلقاء نظرة عامة موجزة على الوثائق ذات الصلة بقانون حقوق الإنسان تكون كافية.

ويمكن للمحاضر أن يشير إلى ما يلي:

وثائق عامة:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1789)
- ميثاق الأمم المتحدة (1949)
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (1966)
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966)
- إعلان طهران (1968)

الوثائق ذات الصلة بجماعات معينة من الأشخاص:

- اتفاقية الأمم المتحدة الخاصة بوضع اللاجئين (1951)
- إعلان حقوق الطفل (1959)

وثائق معينة بمواضيع معينة:

- الإعلان العالمي للقضاء على الجوع وسوء التغذية (1974)
- إعلان حماية جميع الأشخاص من التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللا إنسانية أو المهينة (1975)
- مبادئ آداب مهنة الطب المتعلقة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللا إنسانية أو المهينة (1982)
- المبادئ الأساسية بشأن استقلال السلطة القضائية (1985)

وثائق وضعتها هيئات إقليمية:

- الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان (1948)
- الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان (1950)
- الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب (1981).

2. الفئة

الأداة: التعرف على الوثائق الأساسية لقانون حقوق الإنسان.

3. الصیغة

اذكر الوثائق الأساسية الخاصة بقانون حقوق الإنسان.

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتلخيص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الوثائق الخاصة بقانون حقوق الإنسان

الربط بالأهداف التالية

الانتهاء من دراسة القواعد الأساسية للقانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان. ويتمثل الهدف التالي في تحليل أوجه الاختلاف بين هذين النوعين من القانون.

الإطار 1

الوثائق الخاصة بقانون حقوق الإنسان

- وثائق عامة
- وثائق خاصة بجماعات معينة من الأشخاص
- وثائق خاصة بمواضيع معينة
- وثائق وضعتها هيئات إقليمية

القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان

1. الوصف

القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان لهما نفس الغرض، وهو ضمان الاحترام الواجب للبشر دون تمييز. وهما يختلفان في نقاطٍ عديدة هي على وجه التحديد:

- ينطبق القانون الدولي الإنساني في حالات النزاع المسلح فقط، بينما ينطبق قانون حقوق الإنسان في جميع الأوقات.

- يحمي القانون الدولي الإنساني الحقوق الأساسية لضحايا النزاعات المسلحة، بينما يحمي قانون حقوق الإنسان مجموعة كاملة من الحقوق تمتد من الحقوق الأساسية - وهي النواة الصلبة لحقوق الإنسان - إلى حقوق ذات طابع أكثر عمومية، مثل الحق في التنمية. ونتيجة لذلك، تفقد حماية الحقوق الأساسية الممنوحة بموجب قانون حقوق الإنسان قوة نفاذها.

- قواعد القانون الدولي الإنساني مفصلة للغاية، وترسي الواجبات المفروضة على أطراف النزاع بصورة صارمة للغاية. ولا تتوفر هذه الدقة في قانون حقوق الإنسان.

- الانتقال من الحقوق وارد في قانون حقوق الإنسان، باستثناء الحقوق التي تتضمنها «النواة الصلبة» لحقوق الإنسان، بينما هذا الانتقال ليس ممكنًا في القانون الدولي الإنساني. علاوة على ذلك، لا يجوز للضحايا التنازل عن حقوقهم - وهو نص وُضع لمنع الضحايا من التنازل عن حقوقهم تحت الإكراه.

ينبغي للمحاضر التشديد على قوة القانون الدولي الإنساني الذي يركز على حماية الحقوق الأساسية في حالات النزاع وفق قواعد معينة.

2. الفئة

الأداة: التعرف على أوجه الفروق الأساسية بين القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان.

3. الصيغة

ما هي أوجه الفروق الأساسية بين القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان؟

4. أسلوب التدريس

واجب تقوم به مجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتليخيص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان
- الإطار 2: صكوك أخرى لحماية الأفراد

الربط بالأهداف التالية

يشمل دور القانون الدولي الإنساني في حماية ضحايا النزاعات المسلحة إرساء قواعد تتصل بسير العمليات العدائية.

الإطار 1

القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان

- القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان: مجالات التطبيق
- القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان: الحقوق المحمية
- دقة القانون الدولي الإنساني
- حالات الانتقاص من الحقوق الواردة في قانون حقوق الإنسان

الإطار 2

صكوك أخرى لحماية الأفراد

- الحقوق على الصعيد الوطني
- الاتفاقيات والمواثيق الإقليمية
- القواعد الخاصة بالنظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

قانون لاهاي

1. الوصف

يضم قانون لاهاي أحكامًا تفرض قيودًا على وسائل تسيير العمليات العدائية، ومنها الأمثلة التالية:

- إعلان سان بيترسبورغ لعام 1868 بشأن حظر استعمال بعض القذائف في وقت الحرب.
 - بروتوكول جنيف المؤرخ في 17 حزيران/يونيو 1925 بشأن حظر استعمال الغازات الخانقة والسامة أو ما شابهها والوسائل الجرثومية في الحرب.
 - اتفاقية 10 كانون الأول/ديسمبر 1976 لحظر استخدام تقنيات التغيير في البيئة لأغراض عسكرية أو لأية أغراض عدائية أخرى.
 - اتفاقية حظر أو تقييد استعمال أسلحة تقليدية معينة يمكن اعتبارها مفرطة الضرر أو عشوائية الأثر (1980)
- ولا يكمن الهدف من ذلك في تقديم قائمة شاملة لقواعد قانون لاهاي للمشاركين، بل جعلهم على دراية بأن وسائل الحرب ليست جميعها مسموحًا بها.

2. الفئة

الأداة: التعرف على بعض القواعد الأساسية لقانون لاهاي.

3. الصيغة

ما هي القواعد التي ترغب في أن تكون تحت تصرفك للحد من آثار الحروب؟

4. أسلوب التدريس

واجب يُقدّم لمجموعات العمل، تليه جلسة عامة.

5. المدة الزمنية

المدة الزمنية الإجمالية: 20 دقيقة

6. الخلاصة

- الإطار 1: أمثلة على قواعد قانون لاهاي

- الإطار 2: جدول زمني للقانون الدولي الإنساني
- الإطار 3: تطور القانون الدولي الإنساني

الربط بالأهداف التالية

تساعد هذه العناصر القانونية جميعها في تحديد إطار للمسؤوليات المحددة الواقعة على عاتق موظفي الرعاية الصحية. وسوف يتناول الملخص النهائي هذه النقطة، في الهدف الذي يحمل عنوان «أدوار ومسؤوليات موظفي الرعاية الصحية في مساعدة وحماية ضحايا النزاعات المسلحة».

الإطار 1

أمثلة على قواعد قانون لاهاي

- إعلان سان بيترسبورغ
- بروتوكول جنيف المؤرخ في 17 حزيران/ يونيو
1925
- اتفاقية حظر استخدام تقنيات التغيير في البيئة لعام
1976
- اتفاقية 1980 لحظر أو تقييد استعمال أسلحة تقليدية
معينة

جدول زمني للقانون الدولي الإنساني

1864	اتفاقية جنيف لتحسين أحوال الجرحى من القوات المسلحة في الميدان
1868	إعلان سان بيترسبورغ بشأن حظر استعمال بعض القذائف في وقت الحرب
1899	اتفاقيات لاهاي الخاصة باحترام قوانين وأعراف الحرب البرية ومواءمة مبادئ اتفاقية جنيف لعام 1864 مع الحرب البحرية
1906	إعادة النظر في اتفاقية جنيف لعام 1864 وتوسيع نطاقها
1907	إعادة النظر في اتفاقيات لاهاي لعام 1899 واعتماد اتفاقيات جديدة
1925	بروتوكول جنيف المعني بشأن حظر استعمال الغازات الخائقة والسامة أو ما شابهها والوسائل الجرثومية في الحرب.
1929	اتفاقيتان : • مراجعة اتفاقية جنيف لعام 1906 وتوسيع نطاقها • اتفاقية جنيف المعنية بشأن معاملة أسرى الحرب (جديدة)
1949	اتفاقيات جنيف الأربع : اتفاقية جنيف الأولى: لتحسين حال الجرحى والمرضى بالقوات المسلحة في الميدان اتفاقية جنيف الثانية: لتحسين حال جرحى ومرضى وغرقى القوات المسلحة في البحار اتفاقية جنيف الثالثة: بشأن معاملة أسرى الحرب اتفاقية جنيف الرابعة: بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب (جديدة)
1954	اتفاقية لاهاي لحماية الممتلكات الثقافية في حالة نزاع مسلح
1972	اتفاقية حظر استحداث وإنتاج وتخزين الأسلحة البكتيريولوجية (البيولوجية) والتكسينية وتدمير هذه الأسلحة
1977	بروتوكولان إضافيان لاتفاقيات جنيف الأربع لعام 1949، يعززان حماية ضحايا النزاعات المسلحة الدولية (البروتوكول الأول) وغير الدولية (البروتوكول الثاني)
1980	اتفاقية حظر أو تقييد استعمال أسلحة تقليدية معينة يمكن اعتبارها مفرطة الضرر أو عشوائية الأثر. وتتضمن هذه الاتفاقية ما يلي: • البروتوكول الأول بشأن الشظايا التي لا يمكن الكشف عنها • البروتوكول الثاني المتعلق بحظر أو تقييد استعمال الألغام والأشراك الخداعية والنبائط الأخرى • البروتوكول الثالث حظر أو تقييد استعمال الأسلحة المحرقة
1993	اتفاقية حظر استحداث وإنتاج وتخزين واستعمال الأسلحة الكيميائية وتدمير تلك الأسلحة 1995: بروتوكول بشأن أسلحة اللازر المسببة للعمى (البروتوكول الرابع الملحق باتفاقية 1980) (جديد)
1996	بروتوكول بشأن حظر أو تقييد استعمال الألغام والأشراك الخداعية والنبائط الأخرى بصيغته المعدلة (البروتوكول الثاني [المنقح] من اتفاقية عام 1980)
1997	اتفاقية حظر استعمال وتخزين وإنتاج ونقل الألغام المضادة للأفراد وتدمير تلك الألغام

الإطار 3

تطور القانون الدولي الإنساني

- شكلت الشواغل الصحية حجر الزاوية في تطوير جوانب معينة من القانون الدولي الإنساني، ولا سيما ما يلي:
- البروتوكول المتعلق بأسلحة اللازر المسببة للعمى، الذي اعتمده مؤتمر فيينا في تشرين الأول/ أكتوبر 1995.
- اتفاقية حظر استعمال وتخزين وإنتاج ونقل الألغام المضادة للأفراد وتدمير تلك الألغام، الموقعة في أوتاوا في كانون الأول/ ديسمبر 1997.

الخلاصة والخاتمة

قائمة الأهداف

- تحديد السياق العام للعمل الإنساني
- تحديد عوامل الإغاثة الإنسانية التي تؤثر في النزاعات، واستخدامها في وضع استراتيجية اختيار توزيع الإغاثة الإنسانية
- تحديد المستويات المختلفة لتقييم العمل الإنساني
- تحديد الأسئلة الأخلاقية التي يجب طرحها في كل مرحلة من مراحل تخطيط برنامج صحي
- تحديد أدوار ومسؤوليات موظفي الرعاية الصحية في حالات النزاعات المسلحة
- التعرف على طريقة تنسيق العمليات الإنسانية.

وضع إطار عمل عام

1. الوصف

يكمن الغرض المنشود من هذا الهدف في وضع إطار عمل عام لتوجيه العمل الإنساني في سياقه السياسي. ولهذه الغاية يبدأ المعلم بتطور النزاعات:

- وضع مستقر
- عوامل الأزمة
- الأزمة
- النزاع المسلح
- فض النزاع
- إعادة البناء
- وضع مستقر

ويتم التمييز هنا بين مستويين:

- الإدارة الإنسانية لعواقب النزاع المسلح
- الإدارة السياسية للنزاعات المسلحة.

يهدف العمل الإنساني بصورة أساسية إلى معالجة العواقب الإنسانية للنزاعات المسلحة. والجدير بالذكر أن أحد أهداف العمل الإنساني هو تغطية احتياجات الضحايا دون تحيز. ويعني هذا السماح للعاملين في المجال الإنساني بالوصول إلى الضحايا. وتتمثل إحدى طرق تحقيق هذا الوصول في التفاوض مع أطراف النزاع (وهذه استراتيجية اللجنة الدولية للصليب الأحمر). وتعتمد اللجنة الدولية للصليب الأحمر خلال هذه المفاوضات على وجه الخصوص على قواعد القانون الدولي الإنساني ومبادئ الإنسانية والحياد وعدم التحيز. ويتم تحديد الحياد في ما يتعلق بأطراف النزاع، بينما يشمل عدم التحيز الضحايا.

يشمل العمل الإنساني جانبين أساسيين هما مساعدة الضحايا وحمايتهم. على الرغم من أن هذا العمل يعالج العواقب الإنسانية للنزاعات المسلحة، فإنه لا بد أن يكون أيضاً محاولة لتقليل هذه العواقب من خلال اتباع نهج وقائي، ومن ثم تخفيف وطأة النزاع على الضحايا. وعمل الطوارئ في الخصوص مشابه لمشاريع التنمية المُصمَّمة لتقليل أسباب عدم الاستقرار التي قد تؤدي إلى حدوث الأزمات والنزاعات. ويجب تمييز هذا النوع من الوقاية بصورة واضحة عن منع نشوب النزاعات نفسها، الذي يعد مسألة ترتبط بالإدارة السياسية.

تشمل الإدارة السياسية للنزاعات الإجراءات السياسية لحل النزاعات، مثل الدبلوماسية القسرية ونشر القوات العسكرية لفرض السلام. ولمنع تطور أي وضع من الأزمة إلى النزاع، تلعب الدبلوماسية الوقائية وقوات حفظ السلام دورًا أساسيًا. وتعالج هذه الإجراءات السياسية العواقب والأسباب السياسية المباشرة للنزاعات. ومع ذلك يجب أن تؤخذ الأسباب الأعمق للنزاعات في الاعتبار أيضًا: وهي التخلف وعدم المساواة الاجتماعية والتوتر بين الطوائف العرقية وعدم التسامح والتنازع على الأراضي، وغير ذلك. ويجب مراعاة كافة الأنشطة المرتبطة بالتنمية في هذا المستوى العام: التنمية الاقتصادية والتعليم والديمقراطية وتعزيز حقوق الإنسان، ... إلخ.

تتولى العديد من الوكالات كل هذه الأنشطة، بعضها تُخول لها مهمة إنسانية حصرية (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)، بينما تلعب بعض الوكالات الأخرى دورًا سياسيًا (الدول). وتلعب الأمم المتحدة دورًا سياسيًا (مجلس الأمن) ودورًا إنسانيًا من خلال الوساطة التي تقوم بها وكالاتها المتخصصة (المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة، منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة التابعة للأمم المتحدة).

وتوفر هذه الطائفة من الأنشطة التي تنطوي عليها الإدارة السياسية والإنسانية للنزاعات المسلحة، بالإضافة إلى الوكالات التي تشارك فيها، إطارًا مرجعيًا عامًا سُبُساعدنا على معالجة هذه المواضيع العامة مثل:

- أثر المساعدة في تطور النزاعات
- تقييم الإجراءات
- الأدوار والمسؤوليات التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية
- آداب المهنة والرعاية الصحية
- تنسيق الوكالات الإنسانية

2. الفئة

إطار العمل: تحديد سياق عام للعمل الإنساني.

3. الصياغة

تحديد إطار عمل يجمع بين الإدارة السياسية والإدارة الإنسانية لحالات النزاع المسلح.

4. طريقة التدريس

أسئلة تُطرح على مجموعات العمل تليها جلسة عامة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتليخيص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

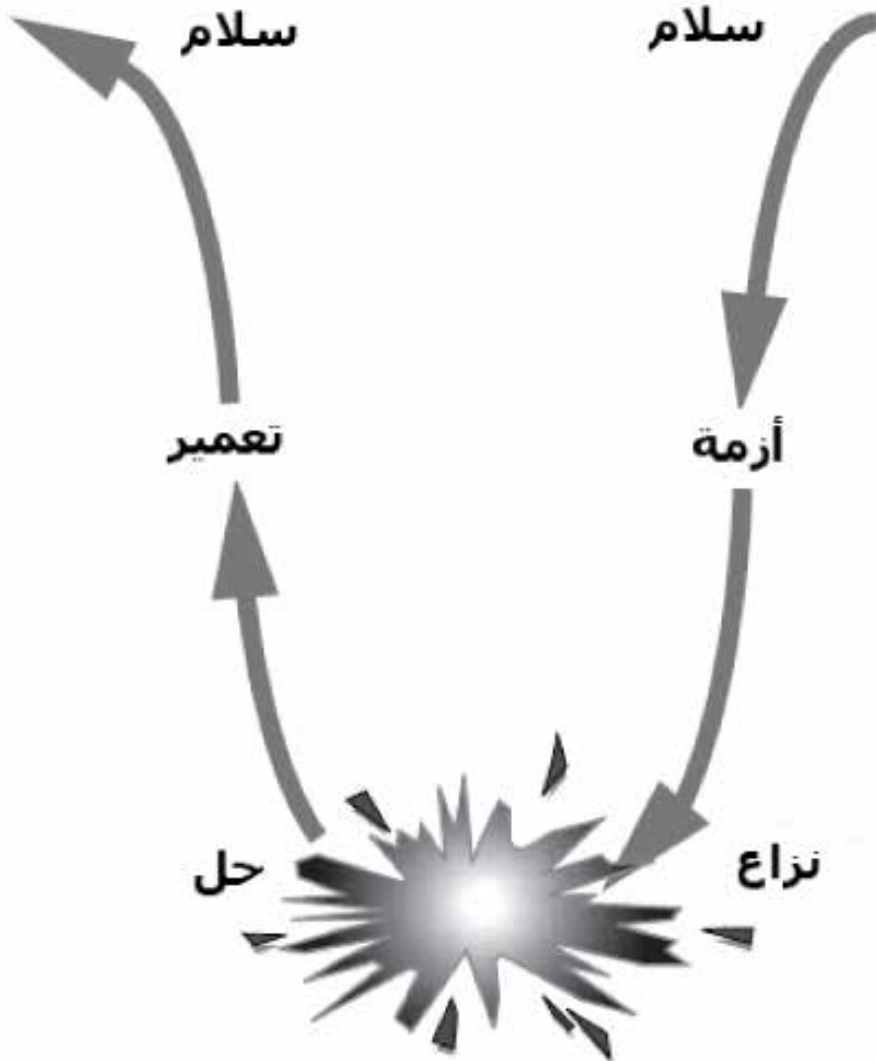
- الإطار 1: تطور النزاع المسلح
- الإطار 2: العواقب الإنسانية للنزاع المسلح
- الإطار 3: معالجة المشاكل الإنسانية
- الإطار 4: العمليات الإنسانية
- الإطار 5: معالجة مسألة سير الأعمال العدائية
- الإطار 6: أسباب النزاع المسلح
- الإطار 7: معالجة أسباب النزاع المسلح
- الإطار 8: قطع اللغز
- الإطار 9: مستويات الاستجابة للواجب الإنساني
- الإطار 10: الجهات الفاعلة في الحالات الإنسانية
- الإطار 11: الوكالات السياسية والإنسانية
- الإطار 12: تدخل الجهات الفاعلة السياسية في العمليات الإنسانية

الربط بالأهداف التالية

يتناول الهدف التالي الموضوع العام الأول: أثر المساعدة في تطور النزاعات.

الإطار 1

تطور النزاع المسلح



الإطار 2

العواقب الإنسانية للنزاع المسلح



البنى التحتية

- نظام الأغذية
- دمار المواد الغذائية
- نظام الرعاية الصحية
- دمار نظام الرعاية الصحية
- تدهور نظام الرعاية الصحية
- النظام الاجتماعي
- تدهور نظام الأمن الاجتماعي
- تدهور الدولة ككل

طرف في
النزاع

طرف في
النزاع

الضحايا

- الجرحى
- أسرى الحرب
- المعتقلين
- السكان المدنيون
- جرح
- تعذيب
- تحرش
- احتفاء
- معاملة غير إنسانية

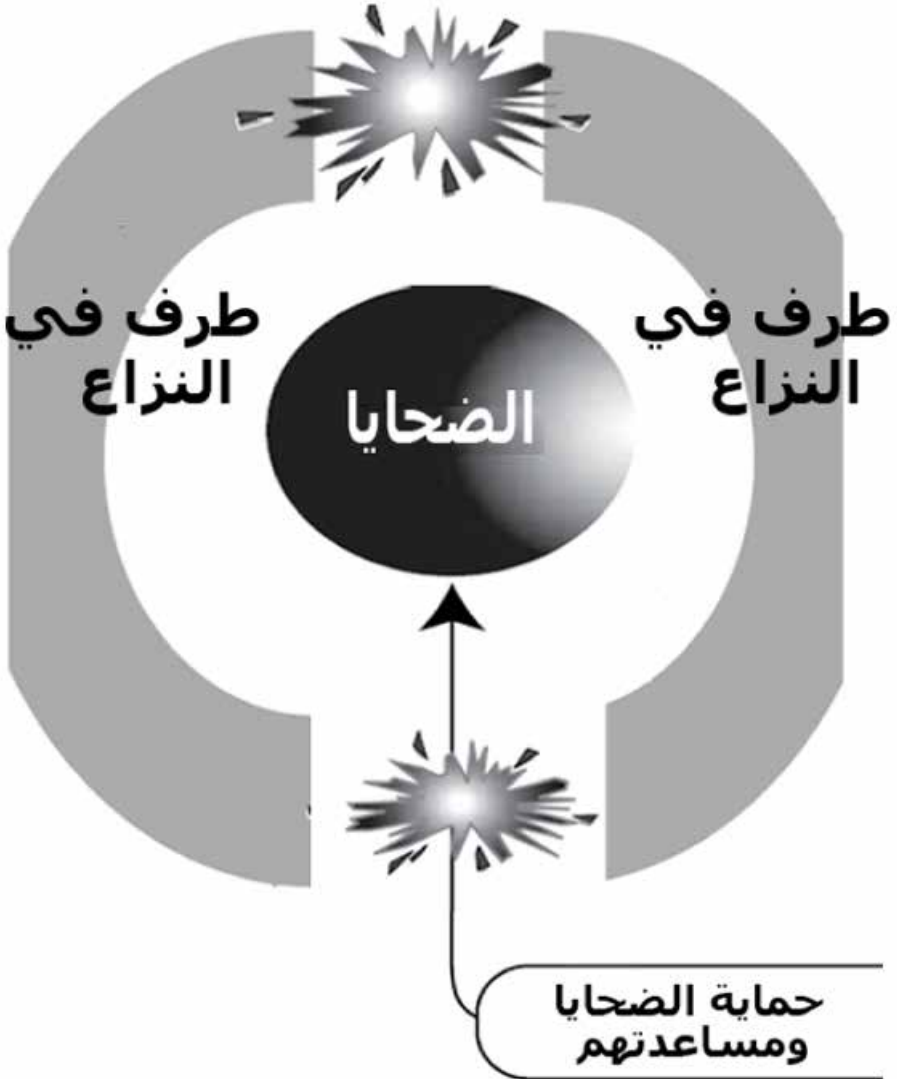


معالجة المشاكل الإنسانية



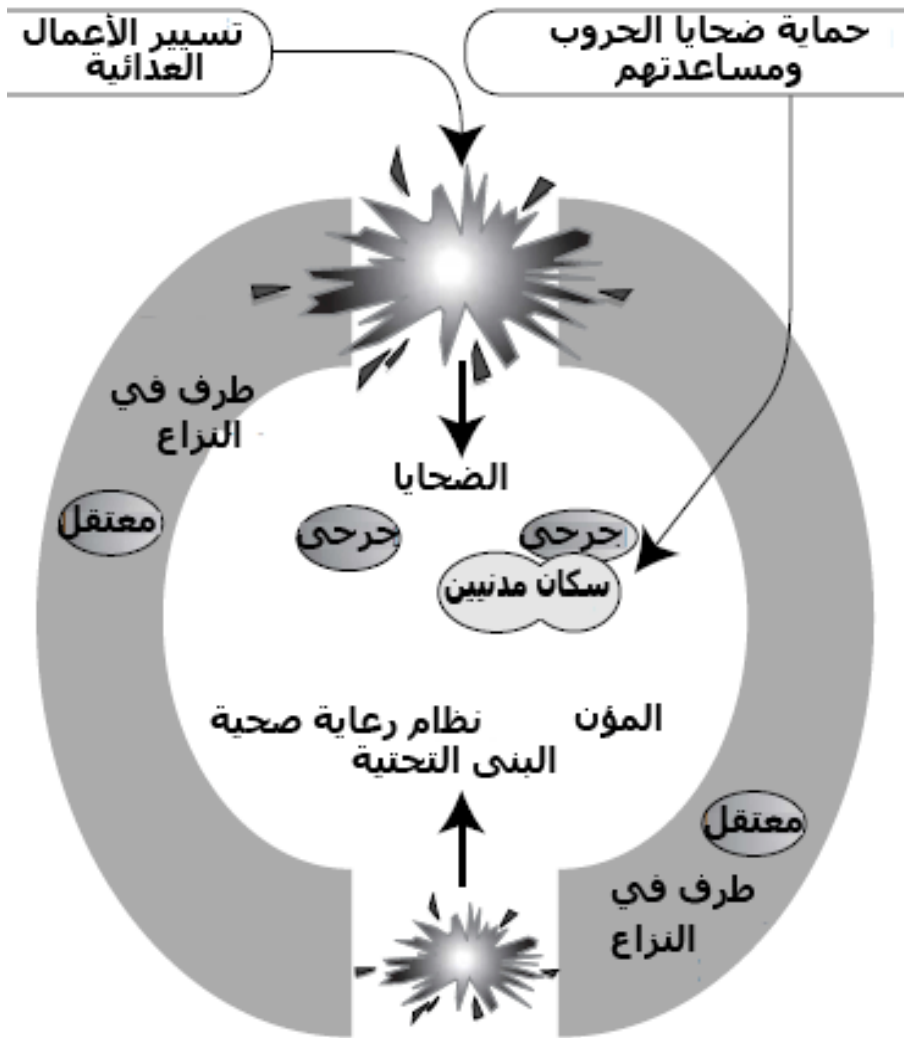
الإطار 4

العمليات الإنسانية



الإطار 5

معالجة مسألة سير الأعمال العدائية



أسباب النزاعات المسلحة

العوامل التي تؤدي إلى زعزعة الاستقرار

- صور عدم المساواة الاجتماعية الاقتصادية
- تجارة السلاح: الأسلحة من العيار الكبير والعيار الصغير
- التمييز
- عقيدة العنف

سلام

سلام

• النزاعات الإقليمية

• انتهاكات حقوق الإنسان

• تدهور البيئة

• الاستخدام المفرط للموارد

• التنافس على الموارد

والمياه والكهرباء

• تدهور الآليات الحكومية

تعمير

أزمة

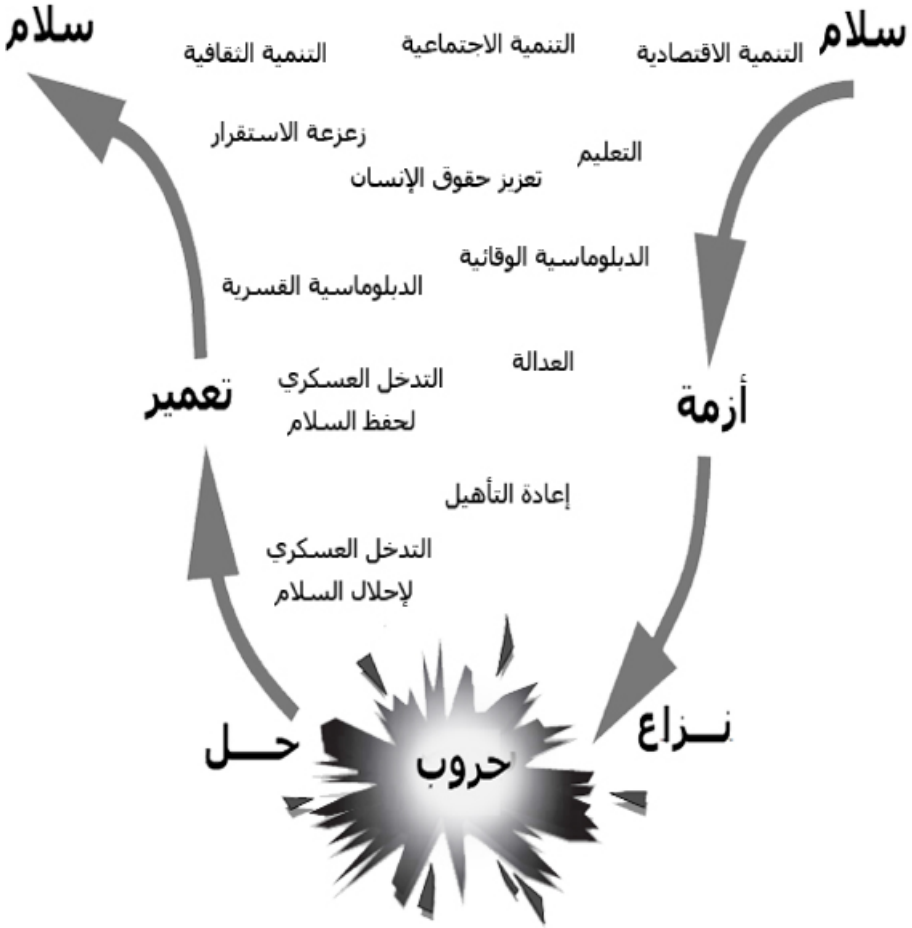
حل

حروب

نزاع



الإطار 7

معالجة أسباب
النزاع المسلح

الإطار 8

قِطْعُ الْمَغْزِ



مستويات الاستجابة للتحديات الإنسانية

سلام

سلام

الاستجابات للأسباب الأساسية

المستوى الأول
التنمية
تعزيز حقوق الإنسان
التعليم
نزع السلاح

وضع مستقر

المستوى الأول
التنمية
تعزيز حقوق الإنسان
التعليم
نزع السلاح

العودة إلى وضع مستقر

الاستجابات للأسباب العاجلة

المستوى الثاني
الدبلوماسية الوقائية
حفظ السلام

زعزعة الاستقرار

الاستقرار

المستوى الرابع
العدالة
إعادة التأهيل
التعمير

الاستجابة للأزمة

المستوى الثالث
الدبلوماسية القسرية
تطبيق خطة سلام

الضحايا
مهملي
طوارئ
الضحايا
مهملي
طوارئ

الضحايا
مهملي
طوارئ
الضحايا
مهملي
طوارئ

الضحايا
مهملي
طوارئ
الضحايا
مهملي
طوارئ

الاستجابة الإنسانية

المستوى الرابع
حماية الضحايا
الإغاثة في حالة الطوارئ
إعادة التأهيل في حالة الطوارئ

الإطار 10

الجهات الفاعلة في
الحالات الإنسانيةالمنظمات غير
الإنسانية
سلامالدول
الأمم المتحدةوسائل الإعلام
سلام

التنمية الثقافية

التنمية الاجتماعية

التنمية الاقتصادية

زعزعة الاستقرار

حفظ السلام

التعليم

تعزيز حقوق الإنسان

الدبلوماسية الوقائية

الدبلوماسية القسرية

التدخل العسكري

العدالة

تطبيق خطة السلام

لحفظ السلام

إعادة التأهيل



الصليب الأحمر

اللجنة الدولية

حماية الضحايا

طرف في

الضحايا

طرف في

للصليب الأحمر

النزاع

معتقلين

جرحى

النزاع

(ICRC)

الربط بالأنشطة التنموية

جرحى

طوارئ

سكان مدنيين

نشر القانون الإنساني الدولي

العلاقات مع الوكالات الأخرى

العلاقات مع وسائل الإعلام

المفوضية العليا لشؤون

اللاجئين التابعة للأمم

منظمة الأمم المتحدة للطفولة

المفاوضات التي تجري

المتحدة (UNHCR)

التابعة للأمم المتحدة

مع أطراف النزاع

(UNICEF)

الإطار 11

الوكالات السياسية
والإنسانية

تدخل الجهات الفاعلة السياسية في العمليات الإنسانية



مخاطر هذه الاستراتيجية؟

أثر المساعدة في تطور النزاعات

1. الوصف

ورد دور المساعدة الإنسانية واضحًا في الهدف السابق، لا سيما بخصوص الصحة. وسيُجل المشاركون في الدورة التدريبية بداية الآثار السلبية للمساعدة الإنسانية المخطط لها تخطيطًا ضعيفًا: إعفاء الضحايا من المسؤولية، جذب السكان غير المستفيدين من العملية، التغييرات الاصطناعية في أنماط الحياة، ... إلخ.

ويمكن تحليل تأثير المساعدة الإنسانية في تطوير النزاعات من منظورين اثنين:

- التأثير الواقع على مستوى العنف في النزاع. حيث يُمكن أن تُزيد المساعدة الإنسانية من مستوى العنف (التحرش بالضحايا الذين يتلقون المساعدة، الهجمات التي تستهدف المبعوثين الإنسانيين، ... إلخ)، لكنها قد تساعد أيضًا في تخفيض مستوى العنف. وتستطيع الوكالات الإنسانية التي تقدم المساعدات تحديد احتياجات الحماية وتقليل الانتهاكات التي تقع للقانون الدولي الإنساني. ويؤكد المعلم على الطبيعة التكميلية للمساعدات وحماية ضحايا النزاعات المسلحة.

- التأثير الواقع على فترة النزاع المسلح. ويبدو واضحًا مراقبة المساعدات بصورة ضعيفة، والتي يتحول جزء منها إلى أطراف النزاع، قد تطيل أمد النزاع. وقد تعزز المساعدات من ناحية أخرى، في حالاتٍ معينة، استئناف الحوار بين أطراف النزاع، الأمر الذي يساعد على قصر فترة النزاع

يُحلل المعلم العديد من الطرق المحتملة للنظر في المساعدات الإنسانية، ويُطلب من المشاركين تبرير اختيار الاستراتيجية الخاصة بهم. وتتمثل الآراء الاستراتيجية المحتملة في:

- إيقاف جميع أشكال المساعدة
- تقديم المساعدة فقط في حال تم احترام القانون الدولي الإنساني
- توزيع المساعدات بين أطراف النزاع
- استخدام الوسائل العسكرية للحماية و/ أو تقديم المساعدة الإنسانية
- تحسين الاستراتيجية التي تنفذها الوكالات الإنسانية، بناءً على تحليل احتياجات الضحايا.

ويناقد المعلم نهج اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الذي يقوم على تحليل احتياجات الضحايا وعدم التمييز والربط بين المساعدة والحماية والوصول المباشر إلى الضحايا ودعم الآليات التعويضية واستعادة الكفاية الذاتية.

2. الفنة

الأداة: التعرف على العوامل التي تنطوي عليها المساعدة الإنسانية والتي تؤثر على تطور النزاعات، واستخدام تلك المعرفة لتحديد استراتيجية المساعدة الإنسانية الصحيحة.

3. الصياغة

حدد العوامل التي تنطوي عليها المساعدة الإنسانية والتي تؤثر على تطور النزاعات، واستخدم تلك العوامل لاقتراح استراتيجية المساعدة الإنسانية الصحيحة.

4. طريقة التدريس

مهمة مُقدّمة لمجموعات العمل.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتلخيص في الجلسة مكتملة الأعضاء.

6. الخلاصة

- الإطار 1: آثار المساعدات الإنسانية
- الإطار 2: تأثير المساعدات الإنسانية على تطور النزاعات المسلحة
- الإطار 3: تأثير المساعدات الإنسانية على فترة النزاعات المسلحة
- الإطار 4: تأثير المساعدات الإنسانية على العنف في النزاعات
- الإطار 5: استراتيجية المساعدة الإنسانية
- الإطار 6: استراتيجية المساعدة الإنسانية الخاصة باللجنة الدولية للصليب الأحمر

الربط بالأهداف التالية

يؤكد تأثير المساعدات الإنسانية في تطور النزاعات - كما لو أن ذلك كان ضرورةً - أهمية تقييم أثر المساعدات الإنسانية.

الإطار 1

آثار المساعدات الإنسانية

الآثار الإيجابية

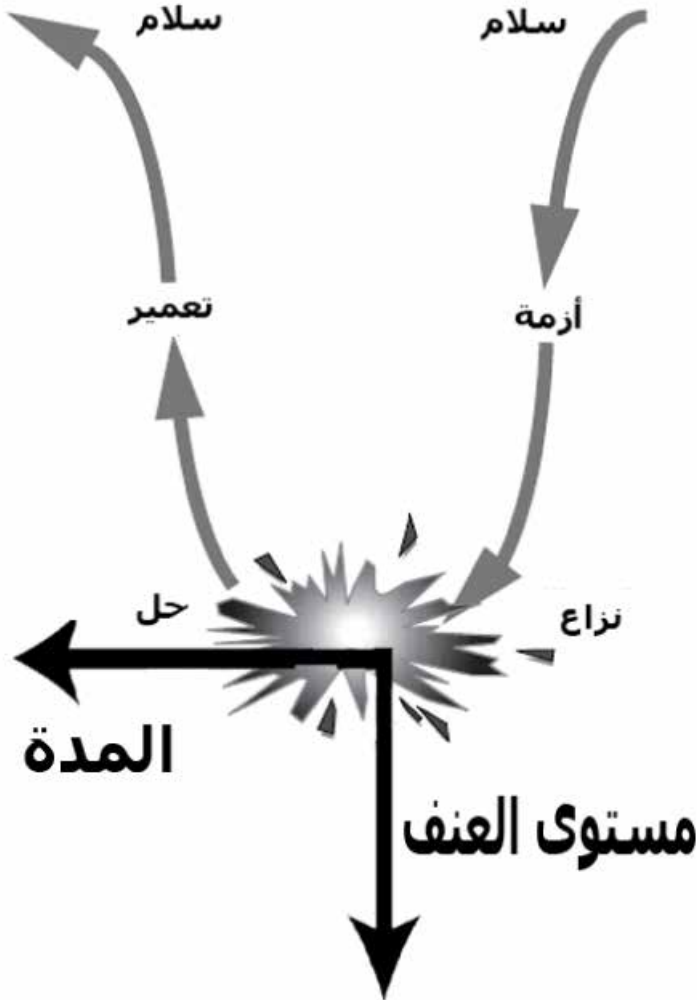
- إنقاذ الأرواح
- تخفيف حدة المعاناة
- الإسهام في حماية الأرواح
- النظم المحلية لإعادة التأهيل

الآثار السلبية

- إعفاء الضحايا من المسؤولية
- تغيير العادات وأنماط السلوك
- جذب الضحايا
- مساعدة الأنظمة السياسية للدعم
- المساهمة في أعمال الحرب

الإطار 2

تأثير المساعدات الإنسانية
على تطور النزاعات
المسلحة



الإطار 3

تأثير المساعدات الإنسانية على فترة النزاعات المسلحة

تزيد الفترة التي تشغلها النزاعات نتيجة:

- الحفاظ على مستوى عنف "مقبول"
- تأخر وضع الحلول السياسية للنزاعات

تقل الفترة التي تشغلها النزاعات نتيجة:

- تفضيل تجدد الحوار بين أطراف النزاع

الإطار 4

تأثير المساعدات الإنسانية على العنف في النزاعات

يزيد مستوى العنف نتيجة:

- استخدام المساعدات لشراء الأسلحة
- مضايقة المتلقين للمساعدات من قبل الجماعات المسلحة
- يصبح السكان المتلقون للمساعدة رهائن لدى الجماعات المسلحة سعياً وراء الحصول على مزيد من المساعدات

يقل المستوى العنف نتيجة:

- وجود عمال الإغاثة يساعد على حماية الضحايا
- يقل العنف غير المباشر المرتبط بقلة الطعام والمياه والرعاية الصحية

الإطار 5

استراتيجيات المساعدات الإنسانية

- انعدام المساعدات
- حماية المساعدات الإنسانية باستخدام الوسائل العسكرية
- تحسين الاستراتيجية التقليدية بناءً على مبادئ الصليب الأحمر
- مساعدات مشروطة باحترام القانون الدولي الإنساني
- مساعدات موزعة بصورة متساوية بين أطراف النزاع

الإطار 6

استراتيجية المساعدة الإنسانية الخاصة باللجنة الدولية للصليب الأحمر

- المبادئ:
- الوصول المباشر إلى الضحايا
- عدم التحيز
- دعم الآليات التعويضية
- الحياد
- استعادة الاكتفاء الذاتي
- الاستقلال
- الربط بين المساعدة والحماية

تقييم العمل الإنساني

1. الوصف

يكمُن الغرض المنشود من هذا القسم في إبراز ضرورة تقييم العمل الإنساني وتقديم أداة لتحديد أنواع التقييم المختلفة.

وتتمثل أهداف تقييم العمل الإنساني في ما يلي:

- تعزيز إدارة حاسمة للعمل المستمر
- الخروج بنتائج نهائية من العمل المكتمل
- توفير استجابات عملية لمشاكل معينة لم يوجد لها حل مرضٍ حتى الآن
- المساهمة في تطوير تدريب الموظفين.

الأدوات اللازمة لتحديد أنواع التقييم المختلفة

بدايةً، يستعرض المعلم مراحل عملية التخطيط:

- التقييم الأولي
- تحديد المشاكل
- تحديد الأهداف
- تخطيط الأنشطة
- حشد الموارد
- تقييم النتائج.

يُطلب من المشاركين تقديم أمثلة على المؤشرات بالنسبة للمراحل التي تنطوي على الموارد والأنشطة والأهداف، ويكون المعلم قد أتم بالفعل استعراض المعايير للحكم على جودتها.

ثم يُبين المعلم لاحقاً معايير التقييم:

- وصف الأنشطة
- الالتزام بالإجراءات
- الفاعلية
- الكفاءة
- التماسك
- الأهمية
- الاستدامة
- التأثير.

وتكون الخطوة الثالثة هي الجمع بين التخطيط والتقييم في رسم بياني واحد (انظر الجدول 4). وسوف يُطلب من المشاركين إدراج أمثلة تقييم في هذا الرسم. ويمكن اقتباس الأمثلة من تجاربهم الشخصية أو تمارين المحاكاة.

ويحفظ المعلم مناقشةً باستخدام هذا الرسم البياني عن المقاومة المحتملة للتقييمات النابعة من الخوف من تفويض العملية والقيود التي تنشأ نتيجة النزاع المسلح وقلة الموارد وقلة الخبرة، ... إلخ.

وينبغي التأكيد على ما يلي في النهاية:

- توفير نتائج تقييمية أثناء تخطيط الأعمال نفسها
- التقييمات هي إجراءات أساسية لأجل تحسين السياسات المتعلقة بالعمل الإنساني
- التقييمات تساعد على تحسين العمليات المستمرة.

2. الفئة

الأداة: القدرة على الربط بين العديد من المعايير لأجل تقييم النتائج مع عملية التخطيط.

3. الصياغة

حدّد أغراض تقييم المفاهيم الإنسانية، وقدم، على أساس تجاربك (أو تمارين المحاكاة)، أمثلةً على التقييمات.

4. طريقة التدريس

أسئلة تُطرح على مجموعات العمل. يطابق المعلم الأمثلة المقدمة مع المراحل المناسبة لها من عملية التخطيط، ويُحدد معايير التقييم المناسبة لهذه الأمثلة، ومن ثم يعيد تركيب الخلاصة الوارد ذكرها في الجدول 4.

5. المدة

المدة الإجمالية: 60 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 40 دقيقة للتليخيص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

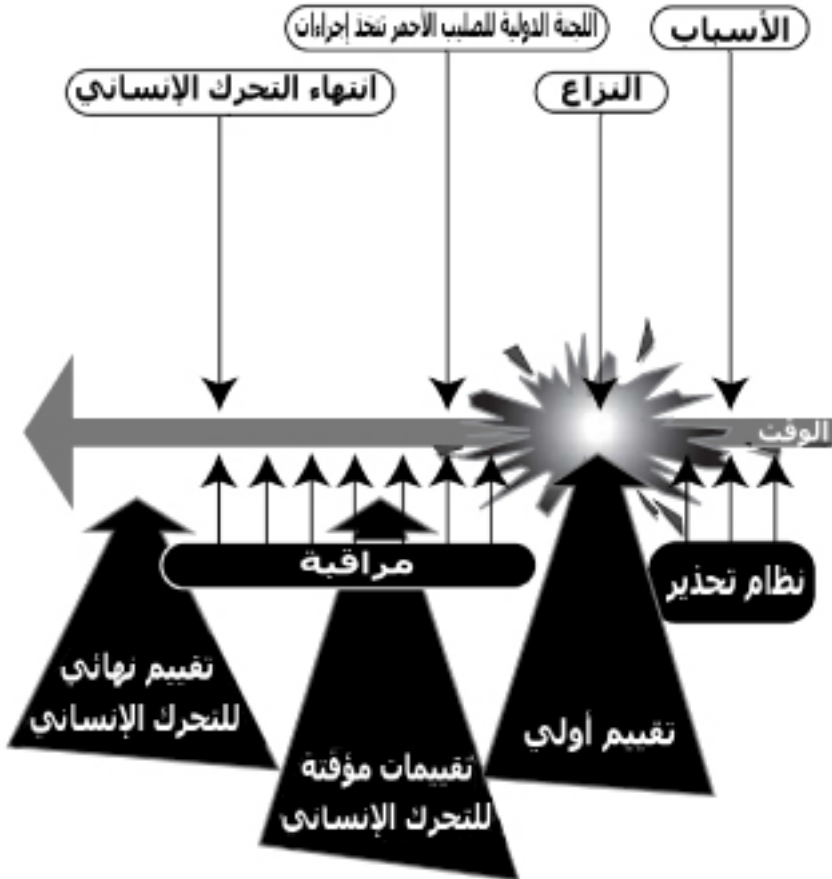
- الإطار 1: الدور الذي تلعبه تقييمات العمل الإنساني
- الإطار 2: عملية التخطيط
- الإطار 3: معايير التقييم
- الإطار 4: تكامل مراحل التخطيط ومعايير التقييم
- الإطار 5: الإطار المنطقي: أداة التخطيط والتقييم

الربط بالأهداف التالية

يسمح تقييم النتائج بتقديم تعريف مُحسَّن للسياسات لمواجهة الأزمات الإنسانية، وكذلك صياغة التوصيات ذات الصلة بالأخلاقيات التي يجب على جميع الأطراف المعنية الالتزام بها عند القيام بالعمليات الإنسانية. وذلك هو الموضوع التالي.

الإطار 1

دور تقييمات العمل الإنساني



الإطار 2

عملية التخطيط

- التقييم الأولي للوضع
- الأهداف العامة للعمل
- التوجهات الاستراتيجية
- الأهداف المحددة
- الأنشطة والمهام
- الموارد

الإطار 3

معايير التقييم

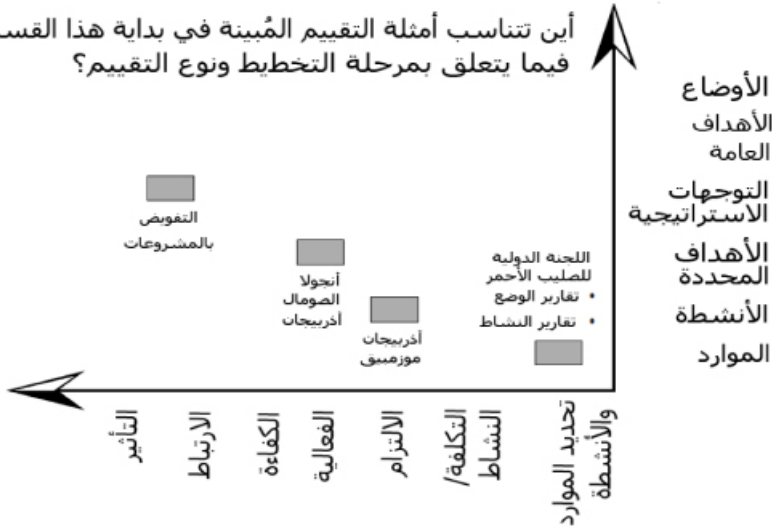
- وصف الموارد والأنشطة
- التكلفة/ النشاط
- الالتزام
- الفاعلية
- الكفاءة
- الأهمية
- الاستدامة
- التأثير

الإطار 4

تكامُل مراحل التخطيط
ومعايير التقييم

تخطيط المراحل

أين تتناسب أمثلة التقييم المُبينة في بداية هذا القسم
فيما يتعلق بمرحلة التخطيط ونوع التقييم؟



أنواع التقييم

التفويض بالخطط، تقييم التوجه الاستراتيجي:	أدريجان: تقييم برنامج السل	موزمبيق: تقييم برنامج التحصين الذي نفذته من اللجنة الدولية للصليب الأحمر	الصومال: تقييم برنامج النشر = دراسة الالتزام	أنغولا: تقييم جودة الاستشارات الطبية = دراسة الالتزام بالمعايير المحددة	وثائق اللجنة الدولية للصليب الأحمر • تقارير الوضع • تقرير النشاط السنوي = وصف الموارد التي تم حشدتها والأنشطة
• دراسة الأهمية	• تم علاج % من المرضى				
• دراسة التماسك	• تطبيق استراتيجية العلاج تحت الإشراف المباشر	= دراسة التغطية التحصينية			
	• دراسة مقاومة العقار = • دراسة الفاعلية • دراسة الالتزام				

الأخلاقيات وإجراءات الرعاية الصحية

1. الوصف

قد تواجه العمل الإنساني الذي يُنفَّذ في سياق النزاعات المسلحة العديد من العقبات:

- فقدان السيطرة على المساعدة ومساعدة المقاتلين بدلاً من الضحايا
- دفع الأموال للوصول إلى الضحايا من خلال مساعدة المقاتلين حتى يسمحوا بمرور المساعدات الإنسانية
- جعل الضحايا معتمدين اعتماداً كلياً على المساعدات الإنسانية، دون تخطيط الحلول المستدامة
- المساهمة في تدمير الأنظمة الاجتماعية والاقتصادية من خلال مساعدة الضحايا
- إدخال تكنولوجيات غير مناسبة في سياق غير مناسب
- إذكاء التوترات بين السكان المقيمين والنازحين
- الفصل بين المساعدة والحماية من خلال مساعدة الضحايا مع غض الطرف عن الانتهاكات الجسيمة للقانون الدولي الإنساني.

لا يتبلور لدى الأشخاص المشاركين في العملية خلال العمل الإنساني تصور واضح حول الحدود التي تكتنف الأخلاقيات الإنسانية. يتذكرون بالتأكيد المبادئ الأساسية، ولكن تواجههم في الغالب مشكلة تحديد التطبيقات العملية لها. ولتوفير بعض الإرشاد للمشاركين، يستعرض المعلم مخطط التخطيط، ويطلب منهم تحديد المشاكل الأخلاقية التي قد تنشأ عن كل مرحلة من مراحل التخطيط.

التقييم الأولي – يُعد الغرض المنشود من أي تقييم أولي هو تقرير ما إذا كانت الخدمات المحلية كافية أم لا لتلبية احتياجات السكان الأساسية. ويثير تفسير نتائج هذا التقييم ظهور أسئلة في ما يخص النقاط التالية:

أ) احتياجات الضحايا. يعتمد تفسير هذا المفهوم ليس فقط على تحليل مهني للمشاكل الصحية، بل أيضاً على الخلفية الثقافية للضحايا. إن ما هو أساسي في مجتمع ما لا يكون بالضرورة أساسياً في مجتمع آخر. ويحدث العمل الإنساني بالمثل في العديد من السياقات الاجتماعية والاقتصادية. يخلط الناس بين مفهوم الاحتياجات الأساسية ومفهوم الاحتياجات الحيوية في البلدان الأقل تقدماً. أما في البلدان المتقدمة، على النقيض من ذلك، التي يتم فيها تغطية الاحتياجات الحيوية، فيتحدث الضحايا عن احتياجات تبدو لأية جهة خارجية أموراً غير ضرورية، لكنها ضرورية بالنسبة لهم. فهل يقوم مسؤول الإغاثة بمعالجة

هذه الاحتياجات مع ما ينطوي عليه ذلك من خطر إنشاء برامج ذات معايير مزدوجة. (ب) الخدمات المحلية. يمكن تحديد ما إذا كانت كمية الخدمات كافية في وضع معين أم لا، لكن تقرير ما إذا كانت الجودة مناسبة أم لا، يكون أكثر خداعاً. ويمكن مقارنة الخدمات التي يتم تقديمها بمعايير المرجعية المعترف بها، إلا أن هذه المعايير يجب أن تُفسر على ضوء العادات المحلية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. وما هو مقبول في بيئة ما قد لا يكون مقبولاً في الأخرى. فمتى يمكن اعتبار الخدمات غير مناسبة في سياق معين من الناحية العملية، وبالتالي تنفيذ إجراءات لتحسينها أو استبدالها بأخرى؟

تحديد الأهداف – يشتمل الهدف على أربعة عناصر:

(أ) مشكلة صحية. سبق للمشاركين أن درسوا الأسئلة التي يجب طرحها لتحديد مستوى أولوية مشكلة صحية ما على المشاكل الصحية الأخرى.

(ب) تقدير النتائج المتوقعة – ما هو المستوى المنشود؟

• العودة إلى الوضع العادي، مع خطر استقرار الضحايا عند مستوى معيشي غير لائق

• مستوى أعلى مع خطر خلق الاعتماد على المساعدات الأجنبية.

(ج) الفئات ذات الأولوية :

• من يُقرر ما هي مجموعة السكان التي تحظى بالأولوية: الوكالات، الضحايا أنفسهم، المانحون؟

• ما الذي ينبغي القيام به في حال تعذر تحديد المجموعة ذات الأولوية بصورة دقيقة لكونها تمتزج مع جماعات مسلحة يجب ألا تستفيد من المساعدات الإنسانية؟

(د) الحد الزمني :

• هل ينبغي تحديد طول الفترة الزمنية المخصصة لأي عمل إنساني على أساس مشاكل محددة يجب حلها، أو هل ينبغي أن تأخذ فترة العمل الإنساني أيضاً في اعتبارها الوقت المطلوب للربط مع برامج التنمية؟

تحديد الاستراتيجيات:

• هل تم اختيار البرنامج وفقاً لاحتياجات الضحايا أو وفقاً لرؤية وسائل الإعلام؟

• هل يشارك الضحايا في اختيار البرنامج؟

حشد الموارد:

• هل الموارد التي تم حشدها مناسبة؟ (أي أن العقاقير لم ينته تاريخ صلاحيتها بعد، تم تدريب موظفي الرعاية الصحية وهل يملكون خبرة مهنية سليمة، ... إلخ).

- هل يقدم للموظفين المحليين أجورًا أعلى من المتوسط المحلي لجذب الأشخاص ممّن هم على دراية جيدة بالوسط الاجتماعي الثقافي – وعلى الرغم من أن ذلك يؤدي إلى خطر استنزاف الموظفين الذين لا يمكن الاستغناء عنهم لأجل التشغيل المناسب للخدمات المحلية؟

المراقبة الوبائية:

- هل تم توفير الوسائل لتقييم العمل الإنساني؟
- هل القرارات المُتخذة مناسبة على ضوء نتائج المراقبة الوبائية؟

2. الفئة

إطار العمل: تحديد الأسئلة الأخلاقية التي يجب طرحها في مراحل التخطيط المتنوعة لأي برنامج من برامج الرعاية الصحية.

3. الصياغة

حدّد الأسئلة الأخلاقية التي يجب طرحها في مراحل التخطيط المتنوعة لأي برنامج من برامج الرعاية الصحية.

4. طريقة التدريس

يتم تعيين كل مجموعة عمل لدراسة مرحلة من مراحل عملية التخطيط؛ وحينئذٍ يلتقي كافة المشاركين ويجمعون المراحل معًا.

5. المدة

المدة الإجمالية: 60 دقيقة

- 20 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 40 دقيقة للتليخيص في الجلسة العامة، والتي سوف يتم خلالها تجميع كافة الأعمال التي تمت في المراحل المختلفة لعملية التخطيط.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الأخلاقيات والتخطيط: التقييم الأولي
- الإطار 2: الأخلاقيات والتخطيط: تحديد الأهداف
- الإطار 3: الأخلاقيات والتخطيط: تحديد الاستراتيجيات

الربط بالأهداف التالية

تمت الآن دراسة النواحي الأخلاقية والقانونية والفنية للعمل الإنساني، وتتمثل الخطوة التالية في تحديد الأدوار والمسؤوليات التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة.

الإطار 1

الأخلاقيات والتخطيط

التقييم الأولي

- تفسير مفهوم "احتياجات الضحايا"
- تفسير جودة الخدمات المحلية: أي المعايير تنطبق؟
- هل ينبغي إجراء تقييم إذا ما علمنا بأنه لن تكون هناك متابعة؟

الإطار 2

الأخلاقيات والتخطيط

تحديد الأهداف

- هل الهدف هو إعادة الوضع إلى ما كان عليه قبل النزاع، أم أنه هدفٌ أسمى؟
- ما هي معايير تقرير مجموعة السكان التي تحظى بالأولوية؟

الإطار 3

الأخلاقيات والتخطيط

وضع الاستراتيجيات

- التصرف في حال كانت مجموعة من الضحايا قابضة تحت سيطرة إحدى الجماعات المسلحة
- هل تم اختيار الأنشطة وفق احتياجات الضحايا أم وفق رؤيتها؟
- التصرف في حال تطلب وضع برنامج (على سبيل المثال، للتصدي لمرض السل) توافر ظروف معينة ليست متوافرة
- إلى أي حد يشارك الضحايا في عملية صنع القرار؟
- توفير المساعدة المباشرة أو دفع السلطات لتحمل المسؤولية؟

الأدوار والمسؤوليات التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية في مساعدة ضحايا النزاعات المسلحة وحمايتهم

1. الوصف

يجب التأكيد في البداية على الارتباطات وثيقة الصلة القائمة بين أنشطة المساعدة والحماية. تنتهج اللجنة الدولية للصليب الأحمر نهجًا عالميًا مع ضحايا النزاعات، يتم الجمع فيه بين تلبية الاحتياجات النفسية من خلال ضمان الوصول إلى الطعام والمياه والرعاية الصحية وبين احترام الكرامة الإنسانية والسلامة البدنية ووحدة الأسرة، وغير ذلك من أمور.

وتقدم استراتيجية اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بناءً على الوصول المباشر للضحايا، للمندوبين فرصة لحصر احتياجات المساعدة والحماية لهؤلاء الضحايا.

يحظى موظفو الرعاية الصحية في هذا الإطار بمكانةٍ مميزةٍ يمنحها لهم اتصالهم المباشر بالسكان والمهارات المهنية التي يضعونها في خدمتهم. وهذه المكانة تُلقى على عاتقهم مسؤولياتٍ خاصة، ليس فقط لأجل القيام بالمهام المهنية الموكولة لهم بالصورة المناسبة وفق الأعراف المقبولة، بل أيضًا لأجل تحديد مشاكل حماية الضحايا الذين يتحملون مسؤوليتهم، ومعالجة هذه المشاكل.

إن مشاهدة موظفي الرعاية الصحية لانتهاكات القانون الدولي الإنساني تُلقى على عاتقهم بالمسؤوليات ليس فقط تجاه الضحايا، بل أيضًا تجاه العالم الخارجي. وعلى الرغم من ذلك، يجب أن يراعي المعلم قوة وقيود الشهادة أمام وسائل الإعلام والحكومات والمجتمع المدني، بصورة أعم. ليس من السهل دائمًا التوفيق بين الأخلاقيات الشخصية والأخلاقيات الطبية والاستراتيجيات المؤسسية للمنظمات التي يعمل فيها موظفو الرعاية الصحية. فاللجنة الدولية للصليب الأحمر تبني استراتيجيتها على الوصول إلى الضحايا وبالتالي تولي الأولوية للتفاوض مع أطراف النزاع، الأمر الذي يحد من احتمالية الإدلاء بالشهادة أمام العالم الخارجي، على الرغم من أن ذلك ليس مستبعدًا في حال ارتكاب انتهاكات جسيمة ومتكررة للقانون الإنساني.

وتشمل إجراءات الحماية نظام الرعاية الصحية أيضًا. ويستعرض المعلم قواعد القانون التي تحمي المستشفيات وموظفي الرعاية الصحية والعناصر الضرورية للبقاء على قيد الحياة، وما إلى ذلك من أمور.

يتحمل موظفو الرعاية الصحية مسؤولية العمل على تطوير القانون الدولي الإنساني وتطبيقه. ويجب ذكر أحد الأمثلة على ذلك هنا ألا وهو الألغام، التي أدت فيها الجراحة في النهاية إلى إبرام معاهدة تحظر الألغام المضادة للأفراد. ويأتي حظر استخدام أسلحة الليزر كمثال ثانٍ على ذلك.

وتقع على عاتق موظفي الرعاية الصحية مسؤولية إلزام مؤسساتهم باحترام الاعتبارات الأخلاقية.

2. الفئة

الأداة: التعرف على الأدوار والمسؤوليات التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح.

3. الصياغة

حدّد الأدوار والمسؤوليات التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح.

4. طريقة التدريس

أسئلة تُطرح على مجموعات العمل.

5. المدة

المدة الإجمالية: 30 دقيقة

- 15 دقيقة للعمل في مجموعات.
- 15 دقيقة للتليخيص في الجلسة العامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: الدور الأساسي الذي يضطلع به موظفو الرعاية الصحية: توفير الرعاية
- الإطار 2: تعريف الصحة (منظمة الصحة العالمية)
- الإطار 3: الأدوار التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية
- الإطار 4: عواقب النزاعات المسلحة على الأشخاص والسكان
- الإطار 5: تعريف الصحة في حالات النزاع المسلح (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)
- الإطار 6: الدور الذي يضطلع به موظفو الرعاية الصحية في الحماية
- الإطار 7: موظفو الرعاية الصحية والقانون الدولي الإنساني
- الإطار 8: المشكلة الأخلاقية التي تواجه موظفي الرعاية الصحية من حيث انتهاكات القانون الدولي الإنساني: ما هو الموقف الذي يجب اتخاذه؟
- الإطار 9: موظفو الرعاية الصحية وتسيير الأعمال العدائية
- الإطار 10: الألغام المضادة للأفراد: من الابتكار إلى الآثار
- الإطار 11: استراتيجية الحظر الكامل للألغام المضادة للأفراد
- الإطار 12: حظر الألغام المضادة للأفراد
- الإطار 13: أسلحة الليزر المسببة للعمى

الربط بالأهداف التالية

يضطلع موظفو الرعاية الصحية بدور واضح في توفير المساعدة والحماية لضحايا النزاعات المسلحة. فهم يعملون في المؤسسات الإنسانية التي تملك مهامها واستراتيجيتها في توفير المساعدة الإنسانية. ويتناول الهدف الأخير من هذه الوحدة مشكلة تنسيق الأعمال الإنسانية.

الإطار 1

الدور الأساسي الذي يضطلع به موظفو الرعاية الصحية: لتوفير الرعاية



الإطار 2

تعريف الصحة

(منظمة الصحة العالمية)

الصحة هي حالة التمتع ببدن صحيح وعقل سليم ورفاهة اجتماعية وليس مجرد انعدام الإصابة بالأمراض أو العلل.

الإطار 3

الأدوار التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية

1. رعاية المرضى والجرحى

2. الوقاية من المرض

3. الحفاظ على الصحة

الإطار 4

عواقب النزاعات المسلحة على الأشخاص والسكان

- الهجمات العشوائية
- النزوح الجماعي
- الحرمان من وسائل البقاء على قيد الحياة
- تفكك الأسر
- الاعتقال
- التطهير العرقي
- النفي
- الإبادة الجماعية
- القتل
- التعذيب
- سوء المعاملة
- الاغتصاب
- التجنيد الطوعي
- أخذ الرهائن
- الاحتجاز التعسفي
- فقدان الضمانات القضائية
- التحرش
- الأعمال الانتقامية

الإطار 5

تعريف الصحة في حالات النزاع المسلح (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)

يُعد الأمن عنصرًا أساسيًا في تحسين الصحة والحفاظ عليها في حالات النزاع المسلح.

يعني الأمن تغطية الاحتياجات الأساسية للضحايا بصفة مستدامة واحترام حقوقهم الأساسية.

الإطار 6

الدور الذي يضطلع به موظفو الرعاية الصحية في الحماية

1. رعاية المرضى والجرحى
2. الوقاية من المرض
3. الحفاظ على الصحة
4. حماية الضحايا

الإطار 7

موظفو الرعاية الصحية والقانون الدولي الإنساني

يجب على موظفي الرعاية الصحية إدخال قواعد القانون الدولي الإنساني في استراتيجيات العمل الخاصة بهم بالنيابة عن ضحايا النزاعات المسلحة، لأجل ضمان حماية الضحايا أنفسهم و حماية المواد التي لا غنى عنها للبقاء على قيد الحياة.

المشكلة الأخلاقية التي تواجه موظفي الرعاية الصحية من حيث انتهاكات القانون الدولي الإنساني: ما هو الموقف الذي يجب اتخاذه؟

- مناقشة الانتهاكات مع الأشخاص المسؤولين مباشرةً عنها والتفاوض بشأن إنهاؤها ووفق الترتيب الهرمي لهم.
- الإبلاغ عن الأشخاص المسؤولين عن انتهاكات القانون الدولي الإنساني



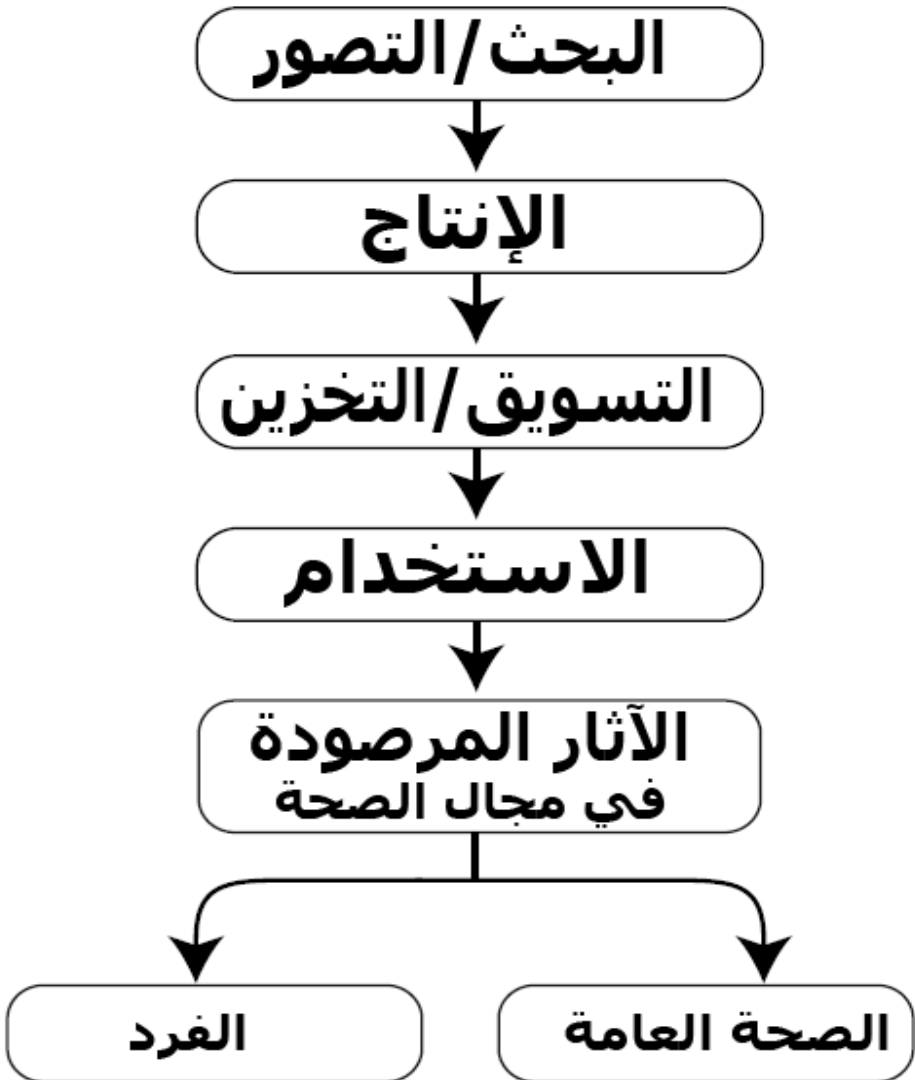
الإطار 9

موظفو الرعاية الصحية وسير الأعمال العدائية



الإطار 10

الألغام المضادة للأفراد:
من الابتكار للآثار



استراتيجية الحظر الشامل للألغام المضادة للأفراد



الإطار 12

حظر الألغام المضادة للأفراد

• مؤتمر الاستراتيجية الدولية حول الحظر العالمي
للألغام المضادة للأفراد، أوتواوا (أكتوبر/ تشرين الأول،
1996)

• المؤتمر الدولي ببروكسل (يونيو/ حزيران، 1997)
• المؤتمر الدبلوماسي المعني بالألغام الأرضية، أوصلو
(سبتمبر/ أيلول، 1997)

اعتماد اتفاقية حظر استعمال وتخزين وإنتاج ونقل الألغام المضادة للأفراد،
وتدمير تلك الألغام

(معاهدة أوتواوا)

المادة 1، الفقرة 1:

"تتعهد كل دولة طرف بالألا تقوم تحت أي ظروف:

(أ) باستعمال الألغام المضادة للأفراد.

(ب) باستحداث أو إنتاج الألغام المضادة للأفراد أو حيازتها بأي طريقة
أخرى، أو تخزينها أو الاحتفاظ بها أو نقلها إلى أي كان، بصورة مباشرة
أو غير مباشرة.

(ج) بمساعدة أو تشجيع أو حث أي كان، بأي طريقة، على القيام بأنشطة
محظورة على دولة طرف بموجب هذه الاتفاقية."

• مؤتمر أوتواوا (ديسمبر/ أيلول 1997) معاهدة أوتواوا
المفتوحة للتوقيع. وقعت عليها 121 دولة.

الإطار 13

أسلحة الليزر المسببة للعمى

المشكلة:

استخدام الأسلحة التي تسبب العمى الدائم.
أقر مؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حظر أو تقييد استعمال أسلحة تقليدية معينة لعام 1980 في سبتمبر/ أيلول من عام 1995 في فيينا، بروتوكولا بشأن أسلحة الليزر المسببة للعمى (البروتوكول الرابع).

"المادة 1:

يُحظر استخدام الأسلحة الليزرية المصممة خصيصًا لتكون وظيفتها القتالية الوحيدة أو إحدى وظائفها القتالية إحداث عمى دائم للرؤية غير المعززة، أي للعين المجردة أو للعين المجهزة بأجهزة مصححة للنظر. وعلى الأطراف المتعاقدة السامية ألا تنقل تلك الأسلحة إلى أية دولة أو أي كيان ليست له صفة الدولة".

(أقر في 13 أكتوبر/ تشرين الأول 1995)

تنسيق العمل الإنساني

1. الوصف

يُمثل تنسيق العمل الإنساني مشكلةً متكررة لم يتسنَّ العثور على حل مُرضٍ لها حتى الآن. ومع ذلك، يجب على المعلم ألا يحوّل هذا الهدف التعليمي إلى منتدى غير مهيكّل لا يشتمل على محتوى حقيقي.

وتُعد القاعدة هي الانتقال من الأبسط إلى الأكثر صعوبة. يبدأ المعلم بتحليل مشكلة التنسيق في إطار سياق أنشطة الرعاية الصحية، ثم توسيع نطاق الموضوع في ما بعد ليشمل كافة الأنشطة الإنسانية، وفي النهاية يثير مسألة التداخل بين العمل الإنساني وحل النزاعات المسلحة.

وتُطرح هذه الأسئلة في كل مستوى من المستويات التالية:

- ما الذي نرغب في تنسيقه؟
- هل ترغب الجهات الفاعلة في المشاركة في عملية التنسيق؟
- ما هي الوسائل اللازمة لضمان توافر بعض أشكال التنسيق؟

1-1. التنسيق في مجال الصحة

ما الذي ينبغي تنسيقه؟

يقودنا هذا السؤال إلى تعريف العمل الإنساني الرامي إلى حماية ضحايا النزاعات المسلحة ومساعدتهم.

ويُطالب المشاركون في الدورة التدريبية، حينئذٍ، بإعادة هيكلة العمل الإنساني استناداً إلى العناصر الأساسية. تقابل هذه العناصر مجموعة كاملة من الأنشطة في مجال الصحة على سبيل المثال، مثل التأهيل في مجال التغذية وعمليات توزيع العقاقير ودعم المستشفيات وحملة التحصين وتجهيز مصدر للمياه، ... إلخ.

نعود إلى المخطط العام لنظام الرعاية الصحية لمساعدتنا على تحديد ما ينبغي أخذه في الاعتبار.

الجانب الأول: التنسيق بين الأنشطة المشتقة من نفس البرنامج (التنسيق العمودي). وتُعد سلسلة توفير الغذاء مثلاً مفيداً على ذلك؛ فبدون التنسيق، قد تُعرَض عمليات توزيع الأطعمة جهود إصلاح الإنتاج الزراعي للخطر. ويمثل التأهيل في مجال التغذية أحد الأمثلة الأخرى على ذلك، والذي يجب تنسيقه مع إجراءاتٍ لضمان وصول الأسرة إلى موارد الغذاء.

الجانب الثاني: التنسيق بين البرامج العمودية المصممة لتضفي أثراً على الصحة (التنسيق الأفقي). ويجب تذكير المشاركين بالعلاقة القائمة بين برامج توفير المياه وبرامج الصرف الصحي والبرامج البيئية من ناحية وبرامج مكافحة الأمراض المعدية من ناحيةٍ أخرى.

جرى شرح هذين الجانبين من التنسيق في وحدة أنظمة الرعاية الصحية وبالتالي ليس من الضروري استعراضهما بالتفصيل.

ما الذي ينبغي تنسيقه؟

يشارك في أنشطة الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة عدد من الهيئات، بما في ذلك وزارات الصحة في البلدان المعنية والمنظمات الوطنية غير الحكومية والمنظمات الدولية غير الحكومية والمنظمات الإنسانية التابعة للأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر. يدرك الجميع الحاجة إلى التنسيق كقاعدة عامة، ولكن لا أحد يرغب في تطبيق ذلك التنسيق. وما يحدث في الميدان هو على الأرجح نتيجة الحوار والتعاون أكثر من أن يكون نتيجة أي جهد تنسيقي مهيكّل مبني على رؤية معينة لنظام الرعاية الصحية.

وتميل كل وكالة عند تحديد الأهداف إلى تحديد أنشطتها وتسييرها بصورة مستقلة. وتجري الوكالات الرئيسية محادثات حول ما له علاقة بما تعتمده في وضع معين قبل الشروع في أي عمل بصورة فعلية. وعلى الرغم من أن هذه الآلية غير الرسمية لا تمنع كل الازدواجات المزجة للجهود، فإنها تقلل من عددها.

ويبرز تعاون أكيد بين الوكالات في إطار أنشطة الرعاية الصحية والإغاثة على شكل تبادل للموارد المادية وقروض الوسائل اللوجيستية وتوفير الخدمات - على سبيل المثال، إذا ما نقص مخزون مؤن الأطعمة لدى اللجنة الدولية للصليب الأحمر، فسوف يتوجب عليها أن تقترض من برنامج الغذاء العالمي.

ما هي الوسائل المتاحة لغرض التنسيق؟

يُعد التخطيط وعلم الأوبئة في مجال الصحة أداتين توفران أسسًا ملموسة للتنسيق. وأحد الأمثلة على ذلك هو تحديد أنشطة واضحة تكشف تمامًا ما تعتمده كل وكالة القيام به في وضع معين. وهناك مثال آخر على ذلك وهو المراقبة الوبائية التي تيسر تحديد الفجوات الكائنة في توفير الخدمات الصحية وتقديم حلول للوكالات لسد هذه الفجوات.

تنظم الوكالات العاملة في الميدان الاجتماعات لتبادل المعلومات المتعلقة بالصحة. وتوفر هذه الاجتماعات فرصًا للجميع لاكتشاف الأنشطة التي يجري التخطيط لها أو تنفيذها من قبل العديد من وكالات الرعاية الصحية.

ويجب ذكر نقطة أخرى هي تنسيق الأعمال التي تتم في التحضير للأزمات المستقبلية - الأعمال التي تركز على توحيد المعدات والسياسات الميدانية والتدريب. يلتقي المهندسون على سبيل المثال لتوحيد المعدات الطبية المستخدمة في الأعمال الإنسانية، لأجل تيسير قروض المعدات والمبادلات في ما بعد. ويتم بالمثل في مجال التدريب تدرّيس بنود مرجعية أساسية معينة لجميع موظفي الرعاية الصحية في الدورات التدريبية التي تقدمها مختلف الوكالات الإنسانية.

لقد تم الاعتراف بفكرة التنسيق وقبولها من حيث المبدأ إن لم يكن من الناحية العملية، من قبل كافة الهيئات المشاركة في أنشطة الرعاية الصحية. ويتم تقرير إسناد المهام في

الغالب من خلال التفويض أو الخبرة المعترف بها لدى أية وكالة معينة. وعلى الرغم من ذلك، نادرًا ما تتوافر لدى أجهزة التنسيق الموضوعية على المستوى الوطني أية طريقة لإنفاذ القرارات، ومن هنا تقترح وكالات أنشطة لا تملك وسائل لتنفيذها أو تقترح أنشطة لا تتناسب مع الخططة العامة.

1-2. تنسيق الأنشطة المرتبطة بالمشاكل الإنسانية بكافة أنواعها

ما الذي ينبغي تنسيقه؟

لقد سبق تناول مشكلة حماية ضحايا النزاعات المسلحة، وأثر تطبيق القانون الدولي الإنساني على الصحة، الذي يمنع النزوح القسري للسكان، ويوفر حماية للمستشفيات، وغير ذلك.

وجرت مناقشة هذا الرابط الذي يربط بين أنشطة المساعدة وأنشطة الحماية بإسهاب في الهدف السابق في ما يتعلق بالمسؤوليات المُلقاة على عاتق موظفي الرعاية الصحية، والذين يجب أن ينصب اهتمامهم على الحفاظ على صحة وكرامة الضحايا الذين يتحملون مسؤوليتهم. ويجب أن يشكل التكامل الحيوي بين المساعدة والحماية جزءًا من الاستراتيجيات الخاصة بكل وكالة إنسانية. وقد رأينا أن إحدى المسؤوليات التي يضطلع بها موظفو الرعاية الصحية هي التأثير في سياسات المؤسسات في هذا الخصوص.

لا يكون التنسيق بين أنشطة المساعدة وأنشطة الحماية داخل أية وكالة إنسانية على الرغم من ذلك أمرًا سهلًا دائمًا ويخلق في بعض الأحيان معضلات أخلاقية لموظفي الرعاية الصحية. إلا أن عمليات الإغاثة بعد كل هذا يجب أن تصل إلى الضحايا. مع ذلك وعندما تُنفذ أنشطة الرعاية الصحية في سياق تنتهك فيه قواعد القانون الدولي الإنساني مرارًا وتكرارًا انتهاكًا جسيمًا دون وجود أي حل لإنهاء هذه الانتهاكات، فقد يُنظر إلى استمرار أنشطة الإغاثة كغفلة لمرتكبي الانتهاكات. بل والأكثر خطورة أنه إذا لم تتم مراقبة المساعدات وانحرف بعض منها، فإنها توفر دعمًا فعليًا للجماعات المسلحة التي تنتهك عمدًا القانون الدولي الإنساني.

وقد طورت الوكالات العديد من السياسات لمعالجة هذا الوضع. ويمكن هنا ذكر موقف اللجنة الدولية للصليب الأحمر بشأن شجب الانتهاكات الجماعية للقانون الدولي الإنساني.

وقد يخلق النهج الشامل لمشاكل الضحايا صعوبات في التنسيق داخل كل وكالة؛ ويمكن للمرء أن يتخيل المشاكل التي تُطرح أثناء محاولة التنسيق بين العديد من الوكالات الإنسانية التي تعمل على مهام مختلفة وتطبق استراتيجيات مختلفة. ويمكن هنا أخذ اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومنظمة العفو الدولية كمثال على ذلك، حيث تعطي اللجنة الدولية للصليب الأحمر الأولوية للتفاوض، بينما تتمثل استراتيجية منظمة العفو الدولية في إدانة الانتهاك علنًا.

يُعد الرابط الذي يربط بين الأنشطة المحددة كأنشطة طوارئ وتلك التي تم اعتبارها أنشطة تنمية بعدًا آخر يجب تحليله كجزء من النهج الشامل لمشاكل ضحايا النزاعات المسلحة. وترمي المساعدة المباشرة للضحايا إلى تعزيز التبعية، ومن ثم تُعرض للخطر برامج مصممة لتطوير القدرات المحلية. كذلك يجب تخطيط أنشطة الطوارئ، وعلى وجه الخصوص تلك

التي تهدف إلى إصلاح الأنظمة الوطنية، مع التفكير في احتمال تحقيقها للاكتفاء الذاتي على المدى المتوسط.

ما الذي ينبغي تنسيقه؟

يكون عدد الوكالات الإنسانية المشتركة في أي سياق معين كبيراً في غالب الأحيان. ويُضاف إلى ذلك الفروق الكائنة في المهام والأهداف والاستراتيجيات والموارد المتاحة.

ويذكر المعلم عند هذه النقطة عدداً من الوكالات الإنسانية ذات النهج العام (ضحايا النزاعات المسلحة، الاحتياجات العامة، المساعدة والحماية، المدى القصير والطويل) مثل اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والوكالات التي تركز على أنشطة أكثر تحديداً، مثل منظمة أطباء بلا حدود بالنسبة للصحة والمفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة بالنسبة للاجئين والنازحين وبرنامج الغذاء العالمي المعني بالأغذية ومنظمة العفو الدولية بالنسبة للمحتجزين ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة المعنية بالنسبة للأطفال، ... الخ.

ما هي الوسائل المتاحة لأغراض التنسيق؟

تملك الوكالات الإنسانية في الميدان آليات التنسيق الخاصة بها والمتمثلة بصورة أساسية في الاجتماعات التي يتبادل فيها الفاعلون الإنسانيون المعلومات حول الأنشطة التي يقومون بها والخطط المستقبلية. ومع ذلك فإن هذه الآليات لها ثقل ضئيل على القرارات التي تتخذها العديد من الوكالات، وذلك لعدة أسباب:

- لا تملك أية وكالة تفويضاً رسمياً لضمان التنسيق
- هناك وكالات معينة غير قادرة على التحرك ضمن إطار عمل تحدده معايير أخرى غير المعايير الخاصة بها
- ترغب الوكالات في أن تحتفظ بالاستقلالية في طريقة عملها وما تبذله من جهود لجمع الأموال
- يصعب التنسيق بين الوكالات الواقعة المتعارضة مع بعضها البعض بوضوح.

وعلاوة على التنسيق المحدود في ميدان العمليات يمكن العثور على آليات التنسيق داخل بعض كتل الوكالات الإنسانية. وقد تم تحديد مسؤوليات مختلف مكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر في اتفاق أسييلية في ديسمبر/ كانون الأول من عام 1997. أما المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة فتتسق الأعمال لمصلحة اللاجئين مع حكومات البلدان المضيفة وقد أبرمت اتفاقاً (الشراكة في العمل) مع المنظمات غير الحكومية لأجل تحديد المسؤوليات في العمليات المشتركة.

ويقوم بتنسيق المصالح الإنسانية الخاصة بالأمم المتحدة مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية الذي يتحمل مسؤولية السياسات المعنية بالأنشطة الإنسانية وحشد الهيئات السياسية التابعة للأمم المتحدة وتنسيق الأنشطة الإنسانية. أما على المستوى الدولي، فتلتقي اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، التي تجمع بين سبع هيئات تابعة للأمم المتحدة ومنظمات مدعوة (اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال

الأحمر، والمجلس الدولي المعني بالوكالات التطوعية، مرتين في السنة لإرساء السياسات الإنسانية المشتركة وتبادل المعلومات بشأن العمليات التي يقوم بها مختلف الأعضاء وحل الخلافات. إنه منتدى للحوار أكثر من كونه آلية فعلية لتنسيق العمل الإنساني. ولا تملك اللجنة الدائمة المشتركة مع ذلك سلطة لإنفاذ القرارات ولا لإطلاق نداءات لجمع الأموال المشتركة لأجل توزيعها في ما بعد على مختلف الوكالات الإنسانية.

وتعدُّ مدونة السلوك الخاصة بالحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية وثيقة ترسي موافقة الوكالات الإنسانية على تطبيق المبادئ الإنسانية الأساسية. وتسمح في هذا الخصوص بتوفير تماسك أكبر بين الوكالات الإنسانية.

يستحيل تحقيق أي تنسيق حقيقي في ما بين الوكالات الإنسانية من الناحية العملية طالما اختلفت المهام والاستراتيجيات. وعلاوة على ذلك، لا يبدو المبدأ نفسه هدفاً مرغوباً به في الحقيقة، حيث إن بعض الوكالات الإنسانية ليست مستقلة عن الوكالات السياسية. وقد يؤدي التنسيق في ما بين الوكالات في النهاية إلى خطر إخضاع الأنشطة الإنسانية إلى الأهداف السياسية التي تتطوي عليها عملية حل النزاعات المسلحة. وهذا الأمر ينقلنا إلى النقطة التالية.

1-3. العلاقات القائمة بين الوكالات الإنسانية والجهات الفاعلة الأخرى

ما الذي ينبغي تنسيقه؟

يتم في هذه المرحلة إبداء بعض الملاحظات حول السياق العام الذي يتطور فيه أي نزاع مسلح، ويجب تحديد أنواع أعمال الإغاثة الرئيسية بحسب مراحل هذا التطور. ويبين المعلم:

- أنشطة التنمية التي ترمي إلى حل الأسباب الدفينة للنزاع المسلح (تعزيز حقوق الإنسان، تقليل الفوارق الاقتصادية والاجتماعية، توفير فرص التعليم، ... إلخ).
- الأنشطة المصممة لمنع الأزمات من التطور إلى حالات نزاع مسلح (الدبلوماسية الوقائية، تنصيب مراقبي الأمم المتحدة، نشر قوات حفظ السلام، حظر الأسلحة، ... إلخ) والأنشطة التي ترمي، خلال فترات الأزمة، إلى تقليل العواقب الإنسانية لأي نزاع محتمل (نشر مبادئ القانون الدولي الإنساني، التحذيرات الموجهة للوكالات الإنسانية، ... إلخ).
- الأنشطة التي تجري خلال النزاع، والتي يرمي بعضها إلى حله (الدبلوماسية القسرية، قوات استعادة السلام، ... إلخ) والأنشطة الأخرى التي ترمي إلى الحد من العواقب الإنسانية (مساعدة الضحايا وحمايتهم).
- الأنشطة التي تجري خلال مرحلة ما بعد النزاع والرامية إلى تعزيز إعادة التأهيل والتعمير الاقتصادي والاجتماعي والقضائي
- وأخيراً نعود إلى الأنشطة التنموية.

ويمكن تحليل كل هذه الأنشطة من محورين:

- أنشطة الطوارئ في مقابل أنشطة التنمية

• الأنشطة الإنسانية في مقابل الأنشطة السياسية.

وعلى الرغم من صعوبة تحقيق أي تنسيق بين الأنشطة التي تتنوع على هذا النحو، يمكن اتخاذ إجراءات لمنعها من عرقلة بعضها البعض. على سبيل المثال، منع الإجراءات المتعلقة على وجه التحديد بأية حالة طوارئ من أن تؤثر سلبًا على مشاريع التنمية (حيث يجب ألا تضر المساعدات الغذائية ببرامج التنمية الزراعية)، بينما يجب ألا تسهم الأنشطة الإنسانية في زيادة العنف أو تعطيل أي حل سياسي ممكن (من خلال تحويل مسار المساعدات الإنسانية، على سبيل المثال).

وتوجد مشكلة شبيهة تتمثل في الأنشطة السياسية التي تُسهم في زيادة المشاكل الإنسانية، مثل فرض العقوبات الاقتصادية التي تزيد من سوء حالة القطاعات السكانية الأكثر استضعافًا.

ويجب أيضًا تحليل التأثير الإيجابي الذي قد تحمله الإجراءات الإنسانية على النشاط السياسي. ويساعد حل المشاكل الإنسانية على تقليل الكراهية والعنف، ومن ثم يسهم في استعادة السلام الدائم. وتُطرح الأسئلة التالية في الحالات التي يتعذر السيطرة عليها والتي يطغى عليها انعدام الأمن وانتهاكات القانون الدولي الإنساني:

متى ينبغي على المنظمات الإنسانية أن تعترف بعجزها وتطلب من الوكالات السياسية التحرك لأجل استعادة القليل من الأمن؟

ويؤدي بنا هذا السؤال إلى أسئلة أخرى وهي:

• ما هي المعايير التي يمكن الارتكاز عليها لوصف وضع بأنه صعب على المنظمات الإنسانية؟

• من يتحمل مسؤولية الجزم بصعوبة وضع ما على المنظمات الإنسانية: الوكالات الإنسانية، الوكالات السياسية، أو كلاهما؟

تتشرك كافة الوكالات بصورة أساسية في الرغبة في استعادة السلام وتعني بأن الأنشطة السياسية والإنسانية يمكن أن تسهم في الوصول إلى هذه الغاية. إلا أنه على الرغم من ذلك، من الممكن أن يضر الخلط بين نوعين من الأنشطة بمبادئ العمل الإنساني: عدم التحيز والحياد والاستقلال.

من ينبغي تنسيقه؟

ويطلب المعلم من المشاركين ربط الأنشطة التي تم تحديدها في كل مستوى بالمسؤوليات التي تقع على عاتق الوكالات المشاركة مع الإشارة إلى المخطط الأساسي لتطور أي نزاع (بناءً على المهام الموكولة لها).

تلي ذلك دراسة أمرين هما:

- النواحي التي تتداخل فيها مسؤوليات الوكالات المختلفة
- الروابط المحتملة القائمة بين مختلف الهيئات (الوكالات الإنسانية، الجهات المانحة، المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة، المنظمات غير الحكومية،

الأمم المتحدة، الدول، منظمة الأمن والتعاون في أوروبا، منظمة حلف شمال الأطلسي (الناتو)، ... إلخ).

وتُعزز هذه الروابط الأنشطة التي تقوم بها مختلف الهيئات بحسب الحالة في المجالات التالية، على سبيل المثال:

- توعية عامة الناس بأسباب المشاكل الإنسانية (الوكالات الإنسانية ووسائل الإعلام)
- التغطية المالية للعمليات الإنسانية (الوكالات الإنسانية والمانحون)
- العمل الإنساني والعمل الدبلوماسي (الوكالات الإنسانية والدول).

ومع ذلك قد تكون مضرّة أيضًا:

- المرافقون المسلحون الذين يصطحبون الوكالات الإنسانية، مما يؤدي إلى الخروج على الحياد (الوكالات الإنسانية والقوات العسكرية)
- تسخير وسائل الإعلام في الحصول على دعاية أكبر للوكالات الإنسانية باعتبارها منظمات (الوكالات الإنسانية ووسائل الإعلام)
- تبعية الأهداف الإنسانية للأهداف السياسية (الوكالات الإنسانية والدول المانحة).

يتعين على الوكالات السياسية والإنسانية أن تتصرف بصورة مثالية وحصريًا في إطار مجالات المسؤولية الملقاة على عاتقها، مع مواءمة أنشطتها في كيان عام متماسك. ويرتبط تخطي الوكالات الإنسانية في المجال السياسي أو تخطي الوكالات السياسية في المجال الإنساني بالقيود التشغيلية، التي منها:

- قلة إمكانية الوصول إلى الضحايا، ما يدفع الوكالات الإنسانية إلى اتخاذ مواقف سياسية
- الضغط الإعلامي الذي يُمارَس على الوكالات السياسية لأجل التحرك، ما يدفعها إلى التدخل في المجال الإنساني في حال تعذر اتخاذ إجراءات سياسية
- الضغط المالي الذي يمارسه المانحون على الوكالات الإنسانية لأجل أعمال محددة لا تتوافق بالضرورة مع الاحتياجات الحقيقية للضحايا، بل مع الاحتياجات الدعائية للوكالات السياسية.

التوصل إلى حل بكيفية ما للمفارقة التالية: من الناحية التصورية، يبدو هذان النوعان من العمل مترابطين، ولكن يجب الفصل بين تنفيذهما من الناحية العملية. ويبدو هذا الفصل مهمًا خلال مرحلة النزاع عندما يكون مبدأ الحياد أمرًا ضروريًا للوكالات الإنسانية. وهذا هو السبب الذي يجعل التنسيق المركزي الذي ينطوي على تحديد الأهداف من قِبَل هيئة واحدة، أمرًا غير مستحب بالضرورة. وقد نتطلع على الأكثر إلى إيجاد مجال للحوار والتشاور المتبادل في بعض الحالات.

إذا كانت الوكالات السياسية (مجلس الأمن) والوكالات الإنسانية (المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، منظمة الصحة العالمية) تتعايش داخل الأمم المتحدة، فإن ذلك من المفروض أن يساعد الأمم المتحدة على إدارة كافة أنشطتها

وفقاً لخطة شاملة ومتماسكة. وعلى الرغم من ذلك، ينطوي هذا الموقف أيضاً على خطر دمج الأهداف الإنسانية في الأهداف السياسية الأوسع نطاقاً.

ما هي الوسائل المتاحة لتفعيل الحد الأدنى من التشاور المتبادل؟

يُعد إجراء حوار بين الأطراف المشاركة في العمل في السياق أمراً ضرورياً لتحقيق الهدف من الإعلان المتبادل عن العمليات الحالية والمخطط لها.

وتوجد أيضاً فرص لتحقيق حوار أكثر عمومية بين الوكالات الإنسانية والوكالات السياسية. ويكمن الهدف المنشود من الدبلوماسية الإنسانية في اللجنة الدولية للصليب الأحمر في ربط علاقاتها بالهيئات التابعة للأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والهيئات السياسية. ويُعد مؤتمر الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذي يجمع بين مكونات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والدول مثلاً على اللقاءات المنظمة بين الوكالات الإنسانية والوكالات السياسية.

بالإضافة إلى ذلك تُعقد الاجتماعات التي تركز على حل المشاكل بصورة منتظمة بين الهيئات السياسية والهيئات الإنسانية - على سبيل المثال، اجتماعات «ولفسبيرغ» التي تنظمها اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

2. الفئة

ملخص: تنسيق العمل الإنساني

3. الصياغة

ينقسم هذا الهدف إلى ثلاثة أجزاء. يُطرح على المشاركين في كل جزء منها ثلاثة أسئلة.

- التنسيق في مجال الصحة:
 - ما الذي ينبغي تنسيقه؟
 - من ينبغي تنسيقه؟
 - ما هي الوسائل المتاحة لأغراض التنسيق؟
- تنسيق كافة الأنشطة المرتبطة بالمشاكل الإنسانية:
 - ما الذي ينبغي تنسيقه؟
 - من ينبغي تنسيقه؟
 - ما هي الوسائل المتاحة لأغراض التنسيق؟
- العلاقات القائمة بين الوكالات الإنسانية والوكالات الأخرى المشاركة في النزاعات المسلحة:
 - ما الذي ينبغي تنسيقه؟

- من ينبغي تنسيقه؟
- ما هي الوسائل المتاحة لضمان الحد الأدنى من التشاور المتبادل؟

4. طريقة التدريس

أسئلة تُطرح على مجموعات العمل مع عقد جلسة عامة بعد كل مجموعة من الأسئلة.

5. المدة

المدة الإجمالية: 180 دقيقة

- 30 دقيقة (لكل مجموعة أسئلة) للعمل في مجموعات
- 30 دقيقة (لكل مجموعة أسئلة) للتلخيص في جلسة عامة.

6. الخلاصة

- الإطار 1: التنسيق (أنشطة الرعاية الصحية كنقطة بداية)
- الإطار 2: أنواع العلاقات القائمة بين الوكالات
- الإطار 3: مخطط نظام الرعاية الصحية
- الإطار 4: مخطط نظام الرعاية الصحية، بما في ذلك الوكالات
- الإطار 5: تنسيق أنشطة الرعاية الصحية
- الإطار 6: العوامل التي تحد من وجود التنسيق الفعال في مجال الصحة
- الإطار 7: ما الذي يمكن فعله لتحسين تنسيق أنشطة الرعاية الصحية؟
- الإطار 8: المساعدة والحماية: التنسيق
- الإطار 9: المساعدة والحماية: الوكالات
- الإطار 10: العلاقات القائمة بين الوكالات: مثال اللجنة الدولية للصليب الأحمر
- الإطار 11: العوامل التي تحد من تنسيق المساعدات الإنسانية
- الإطار 12: ما الذي يمكن فعله لتحسين تنسيق المساعدات الإنسانية؟
- الإطار 13: الأنشطة الإنسانية وأنشطة حل النزاعات
- الإطار 14: الوكالات الإنسانية والوكالات السياسية
- الإطار 15: العلاقات القائمة بين الوكالات في السياق العام للنزاعات المسلحة: مثال اللجنة الدولية للصليب الأحمر
- الإطار 16: العوامل التي تحد من التنسيق بين العمل الإنساني والعمل السياسي

- الإطار 17: ما الذي يمكن فعله لتحسين التداخل بين العمل الإنساني والعمل السياسي؟
- الإطار 18: المجالات السياسية والإنسانية
- الإطار 19: تدخُّل نوع من الوكالات في مجال عمل نوع آخر من الوكالات
- الإطار 20: الممثلون مختلفون
- الإطار 21: منظمة حلف شمال الأطلسي.
- الإطار 22: الأمم المتحدة
- الإطار 23: الجمعية العامة للأمم المتحدة
- الإطار 24: مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة
- الإطار 25: تدخلات مجلس الأمن خلال حرب الخليج
- الإطار 26: المجلس الاقتصادي والاجتماعي.
- الإطار 27: منظمة الأمم المتحدة للطفولة التابعة للأمم المتحدة
- الإطار 28: منظمة أطباء العالم الفرنسية.
- الإطار 29: منظمة أطباء بلا حدود
- الإطار 30: منظمة أو كسفام.
- الإطار 31: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
- الإطار 32: البنك الدولي
- الإطار 33: اللجنة المعنية بحقوق الإنسان
- الإطار 34: اللجنة الدولية للصليب الأحمر.
- الإطار 35: الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
- الإطار 36: الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر
- الإطار 37: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية
- الإطار 38: اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.
- الإطار 39: المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة
- الإطار 40: منظمة الصحة العالمية
- الإطار 41: منظمة الأمن والتعاون في أوروبا

الإطار 1

التنسيق

(أنشطة الرعاية الصحية كنقطة بداية)

1. تنسيق أنشطة الرعاية الصحية:
 - من
 - كيف
 - ماذا
 - من
 - كيف
2. تنسيق المساعدات الإنسانية:
 - من
 - كيف
3. تنسيق كافة الأنشطة المرتبطة بالحرب:
 - ماذا

الإطار 2

أنواع العلاقات القائمة بين الوكالات

- التركيز
- تشابك الصلاحيات
- التشارور
- إسناد المهام
- التنسيق
- التعاون
- المساهمة
- التماسك
- المنافسة
- المواجهة
- النزاع

الإطار 3

مخطط نظام الرعاية الصحية

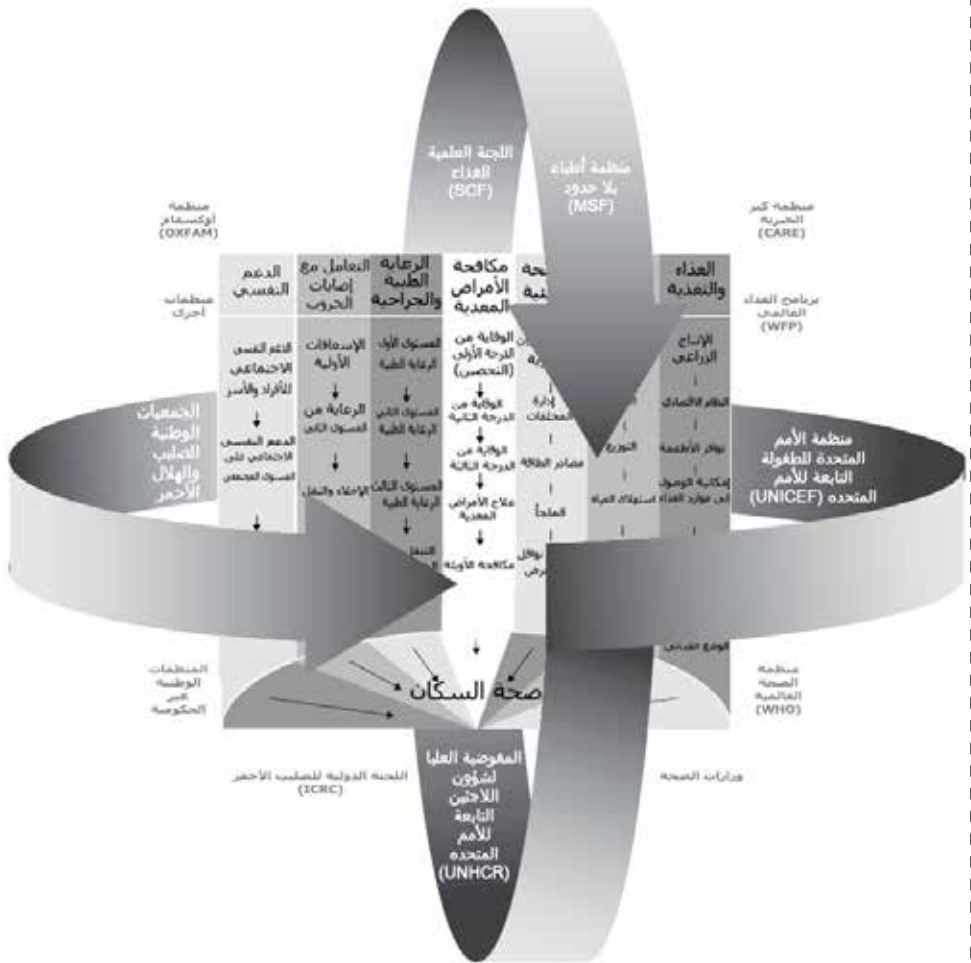


مخطط نظام الرعاية الصحية، يشمل الوكالات



الإطار 5

تنسيق أنشطة الرعاية الصحية



الإطار 6

العوامل التي تحد من وجود التنسيق الفعال في مجال الصحة

- النهج القائم على القطاع
- المنافسة بين الوكالات
- التخطيط الانتقائي
- انعدام التوحيد (سياسات الصحة، المعدات)
- الأولوية الممنوحة للأنشطة "المرئية"
- التركيز على التأثير قصير الأمد
- انعدام موثوقية الوكالات التي لا تملك القدرات الضرورية

الإطار 7

ما الذي يمكن فعله لتحسين تنسيق أنشطة الرعاية الصحية؟ من الأقل صعوبة إلى الأكثر صعوبة:

- تطوير أدوات لتحليل المشاكل والاستراتيجيات المشتركة
- التقييم متعدد التخصصات
- تواصل أفضل بين المقرات الرئيسية والميدان
- التقييم المشترك من قبل الوكالات المتعددة
- التجميع المشترك للأموال
- التفويض الموكول إلى منظمة واحدة

المساعدة والحماية:

التنسيق



الإطار 9

المساعدة والحماية:

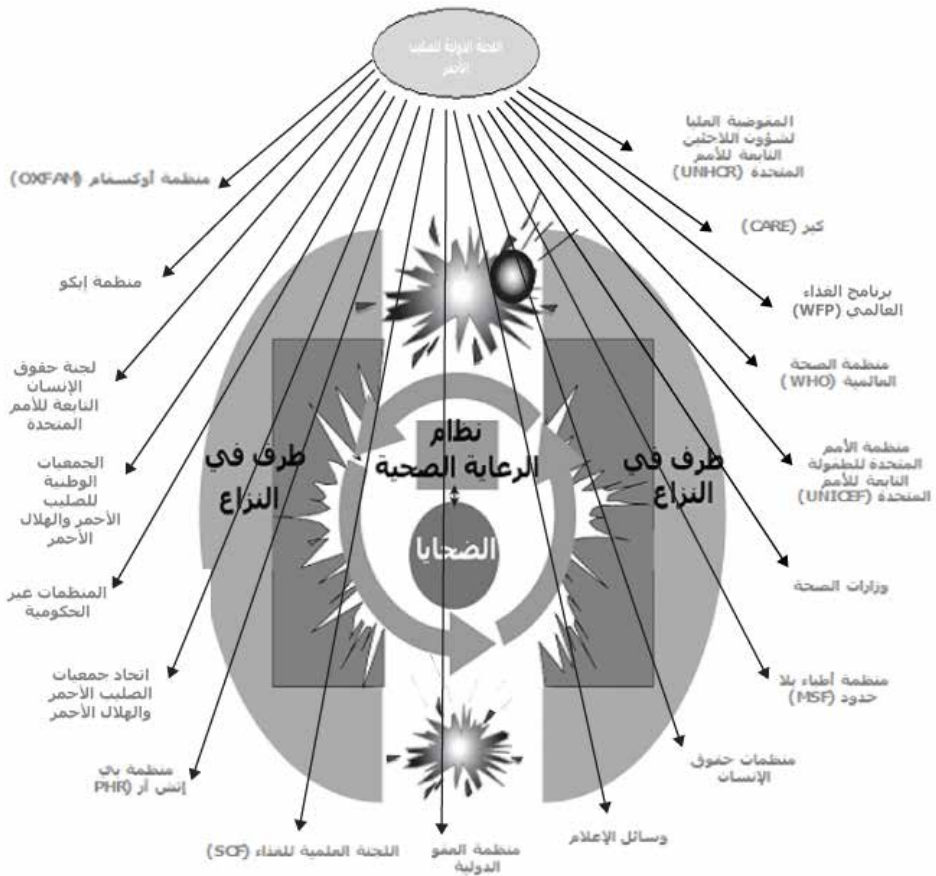
الوكالات



الإطار 10

العلاقات القائمة بين الوكالات

مثال اللجنة الدولية للصليب الأحمر



العوامل التي تحد من تنسيق المساعدات الإنسانية

- الجهة المانحة هي أيضًا وكالة إنسانية
- الرؤية الانتقائية للاحتياجات
- الاستراتيجيات المختلفة (المفاوضات السرية في مقابل الشجب العلني)
- التعارض بين استراتيجيات المساعدة والحماية
- صعوبة التنسيق لدى إحدى الوكالات مع وكالات لديها استراتيجيات تتعارض مع استراتيجيتها
- التنافس على الموارد المالية
- التنافس على لفت انتباه وسائل الإعلام

الإطار 12

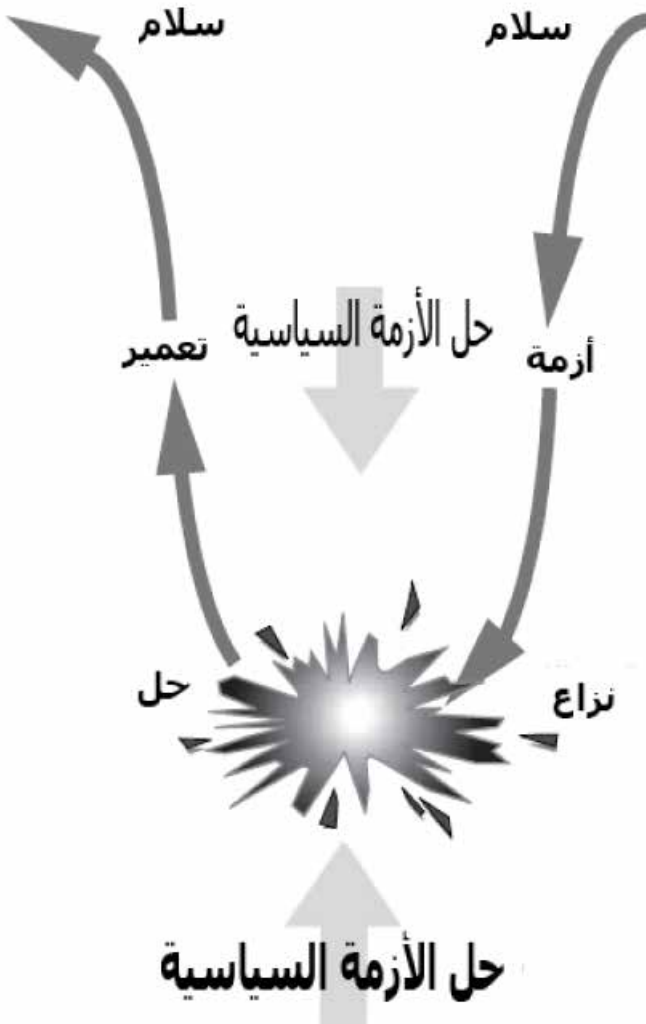
ما الذي يمكن فعله لتحسين تنسيق المساعدات الإنسانية؟

الاحتمالات

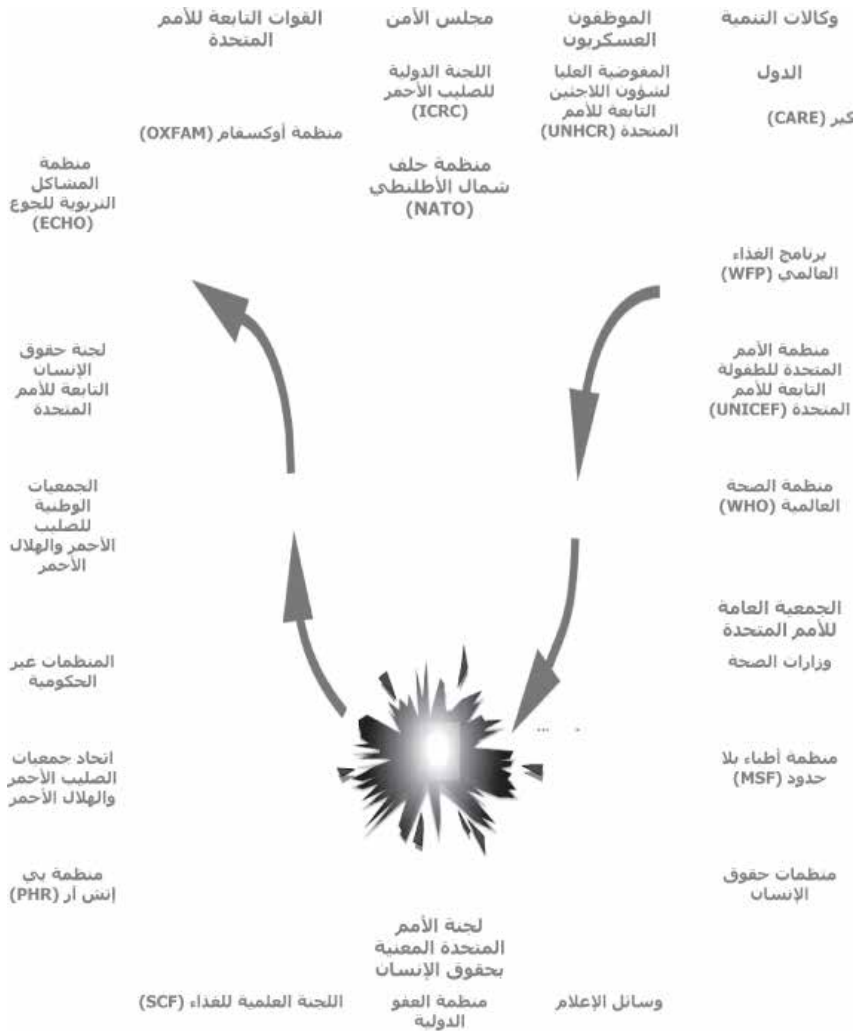
- تعزيز فهم أفضل لمواطني القوة والضعف بالاستراتيجيات المتنوعة
 - إبرام اتفاقات تعاون بين مختلف الوكالات، على سبيل المثال:
 - اتفاق أسييلية: الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر
 - اتفاق الشراكة في العمل: الاتفاق المبرم بين المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية
 - إعداد آليات للتنسيق داخل كل تكتل للوكالات، على سبيل المثال:
 - مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية
 - المجلس الدولي المعني بالوكالات التطوعية
 - إعداد آليات للتنسيق في ما بين مجموعات الوكالات، على سبيل المثال:
 - المجلس الدولي المعني بالوكالات التطوعية
 - التنسيق الحقيقي قد يتطلب:
 - التقييمات المشتركة
 - برنامجًا مشتركًا
 - نداءات مشتركة لجمع الأموال
- هل هذا واقعي؟
هل هذا مرغوبٌ به؟

الإطار 13

الأنشطة الإنسانية وأنشطة حل النزاعات



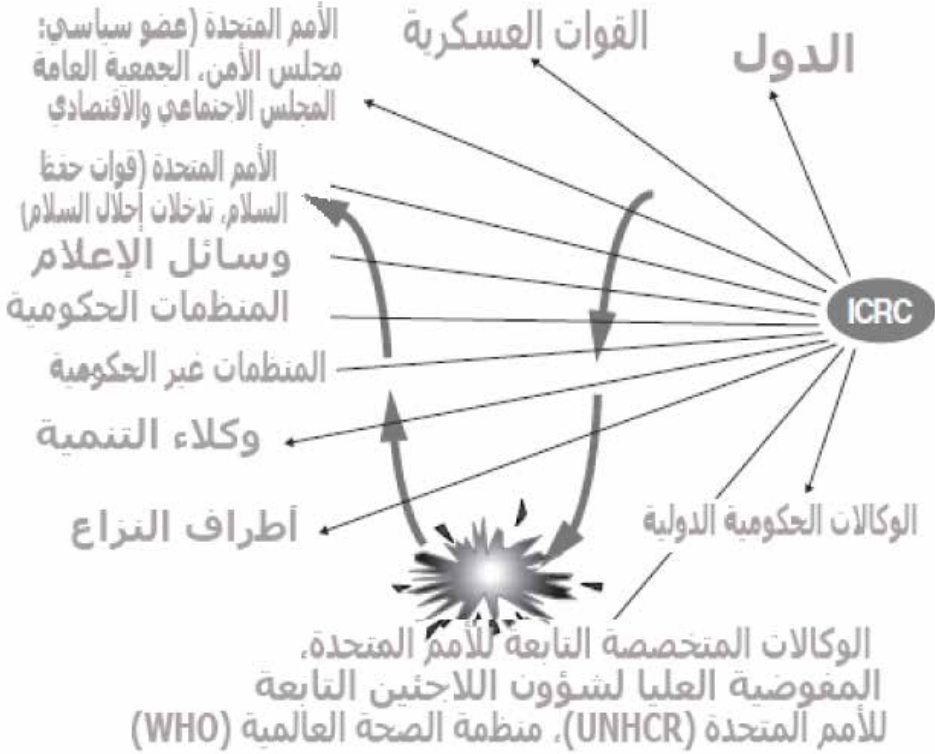
الوكالات الإنسانية والوكالات السياسية



الإطار 15

العلاقات القائمة بين الوكالات في السياق العام للنزاعات المسلحة:

مثال اللجنة الدولية للصليب الأحمر



الإطار 16

العوامل التي تحد من التنسيق بين العمل الإنساني والعمل السياسي

- استقلال الوكالات الإنسانية
- انعدام الأمن الذي يحد من العمل الإنساني
- الأهداف الإنسانية كبديل عن الأهداف السياسية
- الاستراتيجية الإنسانية القائمة على الحياد البحث
- القيود المفروضة على اختيار الوسائل (الحظر، الوسائل العسكرية)
- تأثير العمل الإنساني على تطور النزاع

الإطار 17

ما الذي يمكن فعله لتحسين التداخل بين العمل الإنساني والعمل السياسي؟

- فهم أفضل لأنواع التفويض
- تعزيز الدبلوماسية
- المشاركة في المنتديات بما في ذلك الوكالات الإنسانية والوكالات السياسية (على سبيل المثال، ولفسبيرج)
- المؤتمر الدولي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

المجالات السياسية والإنسانية



الإطار 19

تدخل نوع من الوكالات في مجال عمل نوع آخر من الوكالات



الإطار 20

تنوع الجهات الفاعلة



منظمة حلف شمال الأطلسي

- التاريخ:** حررت معاهدة شمال الأطلسي في عام 1949.
- المهمة:** تُنشئ المعاهدة تحالفًا للدفاع العسكري والسياسي لمنع العدوان على أعضائها.
- الهيكل:** إدارة مدنية تضم 16 عضوًا تحت سلطة مجلس شمال الأطلسي .
- إدارة عسكرية تحت سلطة لجنة عسكرية تشرف على مختلف القيادات .
- يمثل مجلس الشراكة الأطلسية الأوروبية إطارًا للحوار والتعاون مع بلدان أوروبا الشرقية والوسطى .
- يكمن الهدف المنشود من شراكة السلام في تعزيز الحوار والتعاون مع الدول غير الأعضاء (سويسرا، السويد).
- العمل:**
- تقييم الاحتياجات العسكرية
 - تنسيق سياسات السيطرة على الأسلحة
 - إقامة علاقات التعاون مع شركاء من أوروبا الشرقية والوسطى
 - التعبئة في إطار البعثات لأجل الحفاظ على السلام وإعادة إحلاله
 - تقصي الحقائق في حالات النزاع

الإطار 22

منظمة الأمم المتحدة

التاريخ:

وردت فكرة إنشاء منظمة دولية في إعلان موسكو (30 أكتوبر/ تشرين الأول من عام 1943)، كما يلي:

"ضرورة تأسيس منظمة دولية عامة في أقرب وقت ممكن عملياً، بناءً على مبدأ المساواة في السيادة بكافة الدول المحبة للسلام، وفتح باب العضوية من قِبَل كافة تلك الدول، الكبيرة والصغيرة، لأجل الحفاظ على السلام والأمن الدوليين".

وُقِّع ميثاق الأمم المتحدة في مؤتمر "سان فرانسيسكو" في 26 يونيو/ حزيران من عام 1945.

المهمة:

"نحن شعوب الأمم المتحدة وقد آلينا على أنفسنا

- أن ننقذ الأجيال المقبلة من ويلات الحرب التي في خلال جيل واحد جلبت على الإنسانية أضراراً يعجز عنها الوصف
- وأن نؤكد من جديد على إيماننا بكرامة الفرد وقدره، وبما للرجال والنساء والأمم كبيرها وصغيرها من حقوق متساوية
- وأن نبين الأحوال التي يمكن في ظلها تحقيق العدالة واحترام الالتزامات الناشئة عن المعاهدات وغيرها من مصادر القانون الدولي
- وأن ندفع بالبرقي الاجتماعي قُدماً، وأن نرفع مستوى الحياة في جو من الحرية أفسح".

ديباجة ميثاق الأمم المتحدة

الأهداف:

- الحفاظ على السلام والأمن الدوليين
- إقامة علاقات ودية في ما بين الأمم تقوم على احترام مبدأ المساواة بين الشعوب.
- تطوير التعاون الدولي في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والفكرية والإنسانية
- تعزيز مبدأ احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية

الأمم المتحدة

الجمعية العامة

- تتألف منها كافة الدول الأعضاء
- تجتمع في جلسات (منتظمة، خاصة، طارئة خاصة)
- تتمثل الوظائف الموكولة لها في الإطارات التالية:

• جلسات عامة

• لجان (7)

(1) لجنة نزع السلاح والأمن الدولي

• مواضيع سياسية محددة

(2) اللجنة الاقتصادية والمالية

(3) اللجنة الاجتماعية والإنسانية الثقافية

(4) لجنة المسائل السياسية الخاصة وإنهاء الاستعمار

(5) لجنة الشؤون الإدارية وشؤون الميزانية

(6) اللجنة القانونية

• تمرير القرارات (القرارات، التوصيات).

الأمم المتحدة

مجلس الأمن

يتألف مجلس الأمن من 15 عضوًا:

- 5 أعضاء دائمين
- 10 أعضاء غير دائمين

تدور الرئاسة شهريًا في ما بين الدول الأعضاء وفق الترتيب الأبجدي.

يجوز للأعضاء الدائمين استخدام حق الفيتو المكفول لهم.

يتمثل هدف مجلس الأمن في الحفاظ على السلام والأمن الدوليين:

- التحقيق في الخلافات (المادة 34).
- التوصيات المعنية بفض الخلافات (المادتان 36 و38).
- تنظيم الأسلحة (المادة 26).
- التوصيات في حالات تهديد السلام (المادة 39).
- طلب فرض العقوبات الاقتصادية والإجراءات الأخرى التي لا تنطوي على استخدام قوة السلاح (المادة 41).
- طلب التدخل المسلح (المادة 42).

الإطار 25

تدخلات مجلس الأمن خلال حرب الخليج

- | | |
|---|------------------------------|
| القرار رقم 660 يشجب الغزو وينادي بانسحاب القوات العراقية فوراً. | 2 أغسطس/ آب 1990 |
| القرار رقم 661 يفرض عقوبات اقتصادية إلزامية وينشئ لجنة العقوبات. | 6 أغسطس/ آب 1990 |
| القرار رقم 665 يقر حظر البحري. | 25 أغسطس/ آب 1990 |
| القرار رقم 670 يقر حظر الطيران. | 25 سبتمبر/ أيلول 1990 |
| القرار رقم 678 يخول اللجوء إلى أي وسائل ضرورية لاستعادة السلام. | 20 نوفمبر/ تشرين الثاني 1990 |
| مجلس الأمن يسمح بتدخل عسكري من قبل حلفاء الكويت، ما يشير إلى بداية عملية عاصفة الصحراء. | 16 يناير/ كانون الثاني 1991 |
| العراق يطلب وقف إطلاق النار. | 26 فبراير/ شباط 1991 |
| القرار رقم 687 يرسى شروط وقف إطلاق النار. | 3 أبريل/ نيسان 1991 |

الإطار 26

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

يتألف المجلس الاقتصادي والاجتماعي من 54 عضواً منتخبين وفق الحصص الجغرافية. يعقد المجلس الاقتصادي والاجتماعي جلسة كل سنة. تُتخذ القرارات بتصويت أغلبية الأعضاء الحاضرين.

الهيكل:

- تعزيز التنمية الاجتماعية والاقتصادية
- تعزيز التعاون الدولي في المجال الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والتعليمي
- تعزيز احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية

العمل:

منظمة الأمم المتحدة للطفولة التابعة للأمم المتحدة

أسست الجمعية العمومية للأمم المتحدة منظمة الأمم المتحدة للطفولة التابعة للأمم المتحدة بموجب القرار رقم 57 (1946) باعتبارها هيئة مؤقتة لتقديم المساعدة للأطفال في البلدان في أوقات الحرب.

التاريخ:

جعلت الجمعية العامة من هذا الكيان هيئة دائمة ووسعت نطاق مهامها بموجب القرار رقم 802 (1953).

مساعدة البلدان النامية على توفير خدمات الصحة الدائمة للأطفال، وعلى وجه الخصوص البلدان النامية.

المهمة:

ووسعت الهيئة التنفيذية لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة التابعة للأمم المتحدة في عام 1996 نطاق مهام المنظمة ليشمل تعزيز حقوق الأطفال على وجه الخصوص.

يضم المجلس التنفيذي 36 عضواً. ويجتمع عدة مرات في السنة. ويتم تعيين أعضاء المجلس التنفيذي وفق الحصص الجغرافية.

الهيكل:

• تعزيز حقوق الطفل

العمل:

• حشد الموارد من المواد لمساعدة البلدان النامية

• الاستجابة لحماية احتياجات الأطفال في الحالات الطارئة

الإطار 28

منظمة أطباء العالم الفرنسية (أطباء العالم)

- التاريخ:** تأسست المنظمة في عام 1980.
- المهمة:** يمكن تلخيص المبادئ الأساسية التي يقوم عليها عمل منظمة أطباء العالم الفرنسية في الشعار التالي:
"تقديم العلاج، أداء الشهادة، الدفاع عن حقوق الإنسان".
- الهيكل:** مقر السكرتارية الدولية باريس.
هياكل الأقسام الوطنية مستقلة
- العمل:** تتركز أقسام منظمة أطباء العالم الفرنسية بصورة أساسية في مجال الصحة. وتعمل منظمة أطباء العالم الفرنسية في حالات الطوارئ والعمليات طويلة الأجل، مثل عمليات إعادة التأهيل والتنمية المتعلقة بالصحة.
- وتعمل منظمة أطباء العالم الفرنسية بالنيابة عن السكان المعرضين للخطر، في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على حدٍ سواء.
- وتشجب منظمة أطباء العالم الفرنسية انتهاكات حقوق الإنسان علناً.

الإطار 29

منظمة أطباء بلا حدود

(أطباء بلا حدود)

تأسست المنظمة في باريس في عام 1971.

التاريخ:

يقوم عمل منظمة أطباء بلا حدود على ميثاقٍ يحدد سياق الأنشطة وشكلها:

المهمة:

"الحياد وعدم التحيز باسم آداب مهنة الطب العالمية وحق المساعدة الإنسانية".

الهيكل:

تضم منظمة أطباء بلا حدود العديد من الأقسام، ويوجه كل قسم رئيس ومدير عام. ويعقد المجلس الدولي اجتماعات كل ثلاثة أشهر.

العمل:

تعمل منظمة أطباء بلا حدود في حالات الطوارئ (الكوارث الطبيعية، الأوبئة، النزاعات المسلحة).

وتعالج المنظمة بصورة أساسية الأمور الصحية. وتطور منظمة أطباء بلا حدود برامج إعادة التأهيل.

منظمة أطباء بلا حدود نشطة جداً في مجال حقوق الإنسان، وتشجب انتهاكات حقوق الإنسان علناً.

الإطار 30

منظمة أوكسفام

بدأت منظمة أوكسفام في عام 1942 متمثلةً في لجنة أكسفورد للإغاثة وقت المجاعة.

التاريخ:

تطورت فلسفة العمل الخاصة بها من العمل في حالات الطوارئ إلى البرامج طويلة الأجل، والتأكيد على بناء القدرات المحلية.

المهمة:

تعمل منظمة أوكسفام عن قرب مع السلطات الحكومية لأجل بناء القدرات المحلية. ويتماشى هذا النهج مع المناصرة.

الاستراتيجية:

تعمل منظمة أوكسفام في حالات الطوارئ، مركزةً بالخصوص على البرامج المعنية بالمياه والصرف الصحي.

العمل:

الإطار 31

برنامج الأمم المتحدة الإنمائي

التاريخ: تم إنشاء برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في عام 1996 بموجب القرار رقم 2029 الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة.

المهمة: مساعدة البلدان في الجهود التي تبذلها من أجل تحقيق التنمية البشرية المستدامة.

الهيكل: يعمل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي تحت سلطة المجلس الاجتماعي والاقتصادي التابع للأمم المتحدة. ويرسي مجلسه التنفيذي سياسةً عامةً ويعتمد طلباتٍ للمساعدة. ويتألف من 36 عضوًا تم اختيارهم وفق الحصص الجغرافية. يتعاون برنامج الأمم المتحدة الإنمائي مع البنك الدولي ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة، ... إلخ.

العمل:

- مساعدة البلدان على تعزيز قدراتها.
- تنفيذ برامج تنمية للقضاء على الفقر وخلق فرص العمل وحماية البيئة وإصلاحها.

الإطار 32

البنك الدولي

يضم البنك الدولي:

• البنك الدولي للإنشاء والتعمير

• رابطة التنمية الدولية

• المؤسسة المالية الدولية

• وكالة ضمان الاستثمارات متعددة الأطراف

تأسس عقب مؤتمر "بريتون وودز" في عام 1944، وبدأ
مزاولة نشاطه في عام 1946.

التاريخ:

تعزيز التغييرات المالية على المستوى الدولي والمساعدة
على إعادة بناء البلدان التي دمرتها الحرب العالمية الثانية.

المهمة:

مجلس المحافظين يضم محافظاً لكل دولة عضو. ويجتمع
المجلس مرة كل سنة مع مجلس صندوق النقد الدولي، ويضم
22 مديراً.

الهيكل:

أنشأ البنك الدولي في عام 1977 وحدة مصممة للعمل في
أوضاع ما بعد النزاع.

• توفير القروض لمشاريع الإنتاج

العمل:

• تمويل الإصلاحات الاقتصادية (التعديلات الهيكلية)

لجنة حقوق الإنسان

تأسست لجنة حقوق الإنسان في عام 1946 بموجب القرارين رقم 5 ورقم 9 الصادرين عن المجلس الاجتماعي والاقتصادي التابع للأمم المتحدة.

التاريخ:

حماية وتعزيز حقوق الإنسان

المهمة:

تضم اللجنة 48 عضوًا (هم في الأصل 18 عضوًا) انتخبهم المجلس الاجتماعي والاقتصادي التابع للأمم المتحدة لمدة ثلاثة أعوام وفق الحصص الجغرافية.

الهيكل:

أنشأت اللجنة عددًا معينًا من الهيئات الفرعية، مثل اللجنة الفرعية المعنية بمنع التمييز العنصري وحماية الأقليات.

• إرساء المعايير:

العمل:

التوصيات، تقارير حقوق الإنسان، وضع المرأة، حرية المعلومات، حماية الأقليات، منع التمييز، ... إلخ.

• مراقبة الإجراءات:

"الإجراء رقم 1503" لفحص الاتصالات الفردية (الشكاوى).

تحليل وضع ما أو مشكلة ما من قبل أحد المقررين.

الإطار 34

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

- التاريخ:**
- 1859: "سولفرينو"
 - 1863: اللجنة الدولية لإغاثة الجرحى والجنود
 - 1864: اتفاقية جنيف الأولى
 - 1880: اللجنة الدولية للصليب الأحمر
- المهمة:**
- حماية ومساعدة ضحايا الحرب.
- الهيكل:**
- لجنة تتألف من 25 عضواً تلتقي في جمعيةٍ تقرر السياسة العامة. يترأس اللجنة الدولية للصليب الأحمر مجلس يتألف من أربعة مدراء.
- العمل:**
- حماية ومساعدة ضحايا الحرب
 - تعزيز وتطوير ومراقبة تطبيق القانون الدولي الإنساني
 - الحفاظ على المبادئ الأساسية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر ونشرها
 - الاعتراف بالجمعيات الوطنية الجديدة

"ورد بيان الدور الذي تضطلع به اللجنة الدولية للصليب الأحمر بالفعل في الوحدة 9، "حماية ضحايا النزاعات المسلحة".

الإطار 35

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

- التاريخ:** تأسست رابطة جمعيات الصليب الأحمر عقب عَقْد مؤتمر دولي في عام 1919. وأصبحت اتحادًا في عام 1991.
- المهمة:** تشجيع ودعم العمل الإنساني للجمعيات الأعضاء.
- الهيكل:** هيئة عامة تجتمع كل سنتين، تملك فيها كل جمعية صوتًا واحدًا. وهي تنتخب الرئيس لفترة رئاسية مدتها أربع سنوات. ويقع مقر الأمانة العامة الدائم للاتحاد في جنيف.
- العمل:**
- تطوير الجمعيات الوطنية
 - تقديم المساعدة في حالات الكوارث الطبيعية والأوبئة، ودعم اللاجئين خارج البلدان في النزاعات المسلحة.

الإطار 36

الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

- التاريخ:** أنشئت في الأصل لتقديم المساعدة في الخدمات الطبية العسكرية في توفير الرعاية للجنود من الجرحى والمرضى. وتشارك تلك الجمعيات الآن في العديد من الأنشطة.
- المهمة:** مساعدة وحماية الأشخاص المعرضين للخطر.
- الهيكل:** توجد جمعية وطنية واحدة فقط في كل بلد. ويتولى إدارتها رئيس وأمين عام.
- العمل:**
- مساعدة الأشخاص المعرضين للخطر (الأطفال، كبار السن، المعوقون، ... إلخ).
 - التدريب (عمال الإسعافات الأولية، الممرضون، ... إلخ).
 - إنشاء مراكز الرعاية الصحية (المستشفيات، المستوصفات)
 - الإغاثة في الكوارث

مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية

التاريخ: تأسس المكتب في عام 1997 ليحل محل إدارة الشؤون الإنسانية.

المهمة: تنسيق الشؤون الإنسانية داخل الأمم المتحدة.

الهيكل: يشرف على إدارته نائب الأمين العام للشؤون الإنسانية.

مقران: نيويورك وجنيف.

العمل: • وضع السياسات لعلاج كافة المشاكل الإنسانية

• تعبئة الهيئات السياسية (مجلس الأمن) بالنيابة عن القضايا الإنسانية

• تنسيق العمل الإنساني الطارئ من خلال الاستشارات في اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات

الإطار 38

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات

تأسست اللجنة في عام 1992 (بموجب قرار الجمعية العامة رقم 182/46).

تنسيق المساعدات الإنسانية.

التركيب:

- سبع هيئات تابعة للأمم المتحدة: مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة، منظمة الأمم المتحدة للطفولة التابعة للأمم المتحدة، برنامج الغذاء العالمي، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة
- المنظمات الشرفية: اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الاتحاد الدولي، التفاعل الدولي، المجلس الدولي المعني بالوكالات التطوعية
- الاجتماعات: مرتان سنويًا
- وضع سياسات إنسانية مشتركة
- إسناد المسؤوليات في ما بين وكالات الأمم المتحدة
- تعزيز مبادئ العمل الإنساني خارج اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات
- تحديد الفجوات في المهام والقدرات الميدانية
- حل الخلافات التي تنشأ بين الوكالات

التاريخ:

المهمة:

الهيكل:

العمل:

الإطار 39

المفوضية العليا لشؤون اللاجئين
التابعة للأمم المتحدة

عيّنت الجمعية العامة للأمم المتحدة مفوضيةً عليا للاجئين في العام 1949. وتم إقرار قوانين مكتب المفوضية العليا لشؤون اللاجئين في عام 1951.

توفير الحماية الدولية للاجئين ومساعدتهم ماديًا، وإيجاد حلول دائمة لمشاكلهم.

تعقد اللجنة التنفيذية جلساتها السنوية في جنيف في أكتوبر/ تشرين الأول. وتضم 53 عضوًا.

حماية ومساعدة اللاجئين والنازحين في العالم.

التاريخ:

المهمة:

الهيكل:

العمل:

الإطار 40

منظمة الصحة العالمية

- التاريخ:** تأسست في عام 1948.
- المهمة:** تمكين جميع الأشخاص من الاستمتاع بأعلى مستوى ممكن من الصحة.
- الهيكل:** تتعقد جمعية الصحة العالمية كل عام في مايو/ أيار في قصر الأمم بجنيف. وتنتخب الجمعية مديرًا عامًا.
- يجتمع المجلس التنفيذي الذي يتألف من 32 عضوًا مرتين في السنة في جنيف.
- العمل:**
- مساعدة الحكومات في سياساتها في مجال الصحة
 - اقتراح اتفاقيات دولية في مجال الصحة
 - مراقبة التوجهات في مجالات الصحة والأمراض في العالم
 - تعزيز معايير الطوارئ
 - تعزيز التعاون العلمي في مجال الصحة

الإطار 41

منظمة الأمن والتعاون في أوروبا

- التاريخ:** أنشئت المنظمة في عام 1970 كمؤتمر للأمن والتعاون في أوروبا، وأصبحت بعد ذلك منظمة الأمن والتعاون في أوروبا في عام 1994.
- المهمة:** توفير منتدى للحوار والتفاوض بين الشرق والغرب.
- الهيكل:** تضم منظمة الأمن والتعاون في أوروبا عضوية قوامها 55 دولة. تجتمع قمة رؤساء الدول أو الحكومات كل سنتين.
- ويتألف المجلس الوزاري لمنظمة الأمن والتعاون في أوروبا من وزراء الخارجية ويمثل هيئة صنع القرار.
- يقع مقر المجلس الدائم في فيينا ويتألف من رؤساء ووفود الدول الأعضاء ويعقد اجتماعه أسبوعيًا.
- العمل:**
- القرارات التي تتنادي باحترام القانون الدولي الإنساني في حالات النزاع المسلح
 - الأنشطة التي تتم في نواحي مكافحة الأسلحة والدبلوماسية الوقائية، حقوق الإنسان، مراقبة الانتخابات، الأمن الاقتصادي، ... إلخ.

الوحدة التعليمية

الحادية
عشرة

ألفا لاند/ بيتا لاند

المحتويات

- ما الذي كان يحدث؟
- معلومات أساسية حول النزاع القائم على استجابة ألفا لاند وبيتا لاند
- معلومات حول بيتا لاند
- بيتا لاند: المعلومات الأساسية
- بيتا لاند: الغذاء والتغذية والزراعة
- بيتا لاند: البيانات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية
- النقل والمواصلات والاتصالات
- بيتا لاند: أنظمة وبرامج الصحة
- بيانات مراقبة الصحة
- المعلومات بشأن المستشفيات الواردة من إقليم غاما
- بيتا لاند: المياه والصرف الصحي
- اللاجئون داخل مخيم عوالي
- الخدمات الصحية بمخيم عوالي
- الغذاء والتغذية بمخيم عوالي
- الصحة البيئية بمخيم عوالي
- القضايا العامة للاجئين - مخيم عوالي
- الخرائط
- الخرائط المحلية والإقليمية

يتم تجميع المعلومات بشأن النواحي المختلفة للطوارئ في ألفا لاند - بيتا لاند بما يتوافق مع المواضيع العامة. وهناك تداخل كبير بين الأقسام. وعلى الرغم من أن هذه المعلومات قد تبدو متناثرة وناقصة، فإنه يجب تصميم برامج طوارئ الحالات الميدانية على أساس المعلومات القليلة.

ألفا لاند/ بيتا لاند

مقدمة

تعيش ألفا لاند تاريخاً محزناً من التوترات العرقية. فلقد شغل الكولرويون الوافدون من الطرف الشرقي للبلاد بصورة تقليدية مناصب رئيسية في الحزب الوطني الديمقراطي الذي حكم ألفا لاند سنواتٍ كثيرة. ويسود اعتقاد راسخ لدى الأقلية من أهالي زوارة بأن مساعدات التنمية الخارجية لألفا لاند تم توجيهها على الأرجح ناحية أوطان الكولرويين. واجتاحت خلال العامين المنصرمين موجة من القحط الطرف الشمالي الشرقي للبلاد الذي يسكنه معظم أهالي زوارة. واعتقد أهالي زوارة خلال هذا الوقت أن الحكومة لم تتخذ سوى إجراءات قليلة لتخفيف حدة الجوع والمعاناة التي نتجت عن هلاك المحاصيل والبيع القسري للماشية.

وتكوّنت مجموعة معارضة، هي الاتحاد الديمقراطي لزوارة (ZDU)، منذ ثلاث سنوات (عام 1996) من أجل الاحتجاج على تهيش الشمال الشرقي، فزاد فيه الاستياء في مطلع عام 1999 بين أهالي زوارة واندلع الشغب في مدينة خي. وقام فصيل مسلح تابع للاتحاد الديمقراطي، حركة تحرير زوارة (ZLM) بعد مضي أسبوعين بالاستيلاء على المدينة. وطرد جيش ألفا لاند المتمردین بعد مرور فترة وجيزة. ثم نقلت حركة تحرير زوارة عملياتها إلى منطقة سيغما وهناك استولت على مدينة تريت. وشنت الحركة في مطلع شهر نوفمبر/ تشرين الثاني من عام 1999 هجوماً استولت فيه على مدينة بهاو وفق ما ورد على لسان أحد المتحدثين باسم حركة تحرير زوارة لهيئة الإذاعة البريطانية من ستوكهولم. وقد قاد القتال العنيف أعداداً غير معروفة من المدنيين بألفا لاند إلى الانتقال عبر الحدود إلى بيتا لاند. ورأت حكومة ألفا لاند أن تتجاهل المطالب الإقليمية لحركة تحرير زوارة، مؤكدة على أنها سوف تعيد قريباً فرض سيطرتها على أراضيها وأن المدنيين سوف يتمكنون من العودة إلى ديارهم بأمان.

وغمر المدنيون إقليم غاما على الجانب الحدودي لبيتا لاند بعد أن استقروا فيه. فطلبت حكومة بيتا لاند المساعدة الدولية لعدم قدرتها على تلبية احتياجاتهم. وكانت حكومة بيتا لاند في الوقت نفسه تحاول أن تتوسط بين طرفي نزاع ألفا لاند.

عقد وصول لاجئي زوارة إلى بيتا لاند السياسات الداخلية للبلاد. وانتشر أفراد المجموعة العرقية لزوارة على طرفي حدود ألفا لاند/ بيتا لاند. وكانت هناك مطالب تنادي باستقلال زوارة في السابق. وتحولت بيتا لاند في الوقت الحالي من الحكم العسكري إلى دولة الحزب الواحد بصورة أساسية التي يسيطر عليها المجلس الوطني للثورة (NCR).

وعلى الرغم من أن الرئيس والعديد من وزرائه هم من أهالي زوارة، فإن السلطة الحقيقية في بيتا لاند تبقى في أيدي العسكريين الذين ينحدرون عادة من مجموعاتٍ عرقية أخرى في بيتا لاند. وعلى الرغم من أن الرئيس يرغب وفق ما ورد في أن يتخذ موقفاً أكثر دعماً للاجئين ألفا لاند، فإن الحكومة تخشى أن يتخذ جيش ألفا لاند ذلك ذريعةً لشن عمليات ضد المتعاطفين مع حركة تحرير زوارة الذين فروا إلى بيتا لاند ويواجهون خطر الدعم المسلح

من ألفا لاند السخط الذي تولّد لدى أهالي زوارة في بيتا لاند. وأشار أحد العلماء السياسيين في مقابلة أخيرة مع محطة سي إن إن إلى أن ذلك من الممكن أن يؤدي إلى تصاعد كبير في الأعمال العدائية بسبب إحياء المطالبات القديمة بالأراضي وأشكال الظلم السابقة (الحقيقية والخيالية) من جديد.

في غضون ذلك استقر معظم اللاجئين في إقليم غاما في بيتا لاند في منطقة تابعة لإقليم غاما بالقرب من قرية عوالي على بعد حوالي 22 كيلومتراً من خرون، أقرب المدن، وعلى بعد 34 كيلومتراً من الحدود مع ألفا لاند. وقد وقع اختيار الأشخاص القادمين من ألفا لاند على هذه المنطقة لأنهم ليس لديهم أفراد أسرهم حتى يتمكنوا من الاستقرار معهم في منطقة إيسيلون. وتقدر بعض المصادر عدد السكان الذين استقروا ذاتياً في منطقة إيسيلون بعدد 20000 نسمة بينما أعلن مسؤولون آخرون عن رقم أكبر. واستقر الكثير من اللاجئين على ما يبدو في عوالي في مقاطعة غاما بإقليم غاما، على الرغم من عدم إحصائهم. ويفيد المكتب الإقليمي المعني بشؤون اللاجئين والمُنشأ حديثاً، أن المنطقة يدخلها في الوقت الحالي ما يقرب من 3000 لاجئ كل يوم.

ويعيش اللاجئون في أكواخ صنعوها من العشب وفروع الأشجار وأوراق الموز. ويطرح الوقود الذي يُستخدم للطهي مشكلة. استقر معظم اللاجئين في منطقة عوالي بينما كان بعضهم يعيش بالقرب من قرية زويت. يتم جلب المياه من نهر بوي لكن هذا المصدر المائي يطرح مشاكل. وأفاد اللاجئون أن خدمات الصرف الصحي ضعيفة. لا تشوب العلاقات القائمة مع المجتمع المحلي مشاكل كبرى حتى الآن لكن هناك مؤشرات على ظهور مشاكل وشيكة. وعلى الرغم من أن اللاجئين قد جلبوا معهم بعض الإمدادات الغذائية، فإن هذه الإمدادات نفذت. ويحاول المجتمع والعديد من منظمات بيتا لاند تقديم المساعدة لهم، ولكن من الواضح أن ذلك ليس كافياً. وعلى الرغم من عدم اكتمال أية دراسات يبدو أن سوء التغذية يطرح مشكلة كبيرة. ولا يُعرف مدى اختلاف هذه المشكلة عن مشاكل التغذية المزمنة في إقليم غاما.

تشمل المشاكل الصحية في الإقليم الكثير من الأمراض المعدية الوبائية والأوبئة المنتشرة، مثل *ملاريا المتصورات المنجلية* والكوليرا والحصبة والسل والإيدز (مرض نقص المناعة المكتسب) والالتهاب السحائي والإسهال والعدوى التنفسية والأمراض الجلدية. ولقد تزايدت بالفعل الإصابات في الوقت الحالي بسبب اختلال المجتمع من خلال تدفق جرحى الحرب.

تنتشر مضاعفات الولادة، وعلى الرغم من أن معدل وفيات الأمهات غير معروف، فمن المعتقد أنه قد يكون مرتفعاً إلى حد بعيد.

تشمل الخدمات الصحية في إقليم غاما مستشفى إقليمياً يقع في مدينة غاما ومستشفيات أصغر حجماً تقع في مدينة برو وخرون وتاكري. ويعد المستشفى الواقع في خرون أقرب المستشفيات ويبدو أنه الأكثر تأثراً بتدفق اللاجئين وبالطلب المتزايد على الخدمات. وتوجد مراكز صحية ومراكز طبية تنتشر حول ربوع المناطق الثلاث بإقليم غاما. ويجري تدريب عمال الصحة بالمجتمعات المحلية ولكن بأعداد غير كافية. وبدأ العديد من المنظمات يوفر للاجئين خدمات صحية محدودة. وبدأ يلوح في الأفق بالفعل نقص كبير في العقاقير والإمدادات.

تشمل وسائل النقل في المنطقة النقل البري والنقل بواسطة السكك الحديدية والنقل الجوي. وتعرض كافة هذه الوسائل المشاكل في أوقاتٍ متنوعة وبطرقٍ مختلفة. وتعاني الطرق الموجودة حول خرون من الفيضانات التي تقطع الوصول إلى مناطق معينة أياماً طوالاً.

مهمتك

يُعد الواجب الأول الذي يقع على عاتقك هو العمل كجزء من الفريق الذي يُؤمّن الاحتياجات الملحة. ويتغير دورك لاحقاً ويتوجب عليك تنفيذ الإجراءات وصنع القرارات ذات الصلة بتنظيم المساعدة. ما هو نوع المساعدة المطلوبة، وكيف يمكن أن يتم تقديمها بصورةٍ فضلى من خلال استخدام الموارد المتوفرة بالفعل في بيتا لاند أو عند اللاجئين أنفسهم، وما هي الأشياء التي ينبغي جلبها من الخارج؟

تحتوي محاكاة ألفا لاند – بيتا لاند على الكثير من المعلومات اللازمة لصنع القرارات وتحديد أولويات تقديم المساعدة الإنسانية. وتُقدّم هذه المعلومات المجمعّة تدريجياً من المعلومات المحصّلة من عدة مصادر، لكن مرتبة حسب المواضيع في الصفحات التالية. وتأتي بعض المعلومات متضاربة بوضوح وغالباً ما تكون الحقائق الأساسية مفقودة. وكما هي الحال في الكثير من الأوضاع التي تمتّ بصلة للواقع، ليس هناك على الإطلاق معلومات كافية تساعد في اتخاذ القرارات بثقةٍ مطلقة تؤكد أنك قد حددت الاختيارات الصحيحة. قد تبدو المعلومات في بداية الأمر غير مترابطة وغريبة في كثير من الحالات. وكلما تعمقت في المحاكاة، كلما بدأت أجزاء المعلومات تتجمع، وتظهر صورة فئة اللاجئين واحتياجاتهم الكثيرة وفئة السكان المحليين الذين يداهمم القحط والجوع.

تأتي الحالات الطارئة معقدة وتؤثر العديد من العوامل على الطريقة التي يلجأ إليها السكان لمواجهة الصعوبات. ويمكن أن يؤدي الإخفاق في مراعاة هذه الأشياء إلى إساءاتٍ خطيرة في التقدير في ما يتعلق بأنواع المساعدة التي يجب تقديمها والطريقة المتبعة في تنفيذ البرامج.

ألفا لاند: معلومات أساسية

رقم 1001	التاريخ: 99/12/13	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، تقرير الصحفيين (وكالة فرانس برس)	

وكالة فرانس برس - أنباء جديدة عن الحالة العامة على الحدود بين ألفا لاند وبيتا لاند

تمركز الكثير من المدنيين بالقرب من الحدود بين ألفا لاند وبيتا لاند نتيجةً للقتال الدائر في الطرف الشمالي لألفا لاند. وتفيد مصادر بيتا لاند، أن المدنيين عبروا الحدود ويتجمعون في إقليم بيتا لاند.

ساهمت العديد من العوامل سابقاً في إذكاء التوترات بين المجموعات العرقية المختلفة في ألفا لاند. أولاً، كانت المناصب الأساسية في الحكومة بيد أفراد المجموعة العرقية الكلورية القادمة من الطرف الشرقي من البلاد. وقد اتهموا باستخدام موارد الدولة في تنمية منطقتهم الأصلية، بدلاً من مراعاة احتياجات التنمية في البلاد كلها. ثانياً، اجتاحت خلال العامين المنصرمين موجة من القحط الشمال الشرقي للبلاد الذي تعيش فيه المجموعة العرقية لأهالي زوارة. واتهمت الحكومة بأنها تجاهلت القحط وأنها لم تتخذ أية إجراءات للتخفيف من معاناة السكان.

تأسست مجموعة معارضة أُطلق عليها اسم (حركة تحرير زوارة) في إقليم خي عام 1997. وكانت حتى وقت متأخر مُتمثلة حصرياً في مجموعة سياسية تشتهر بتوجيه انتقاداتها لمواقف الحكومة.

وتجاهلت الحكومة، في مطلع عام 1999 السكان المتضررين بشكل متزايد فساد لديهم المزيد من السخط مما أدى إلى اندلاع الشغب في مدينة خي في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني من ذلك العام. وأحكمت حركة تحرير زوارة سيطرتها على المدينة بعد أسبوعين من ذلك. وصدت القوات المسلحة الحكومية في بداية ديسمبر/ كانون الأول متمردية حركة تحرير زوارة الذين فروا إلى منطقة سيغما، حيث تمركزوا حول مدينة تريت، التي فرضوا سيطرتهم عليها. ويدور في الوقت الراهن قتال عنيف حول مدينة بهاو. وأوردت بعض المصادر أن بهاو تخضع الآن لسيطرة حركة تحرير زوارة على الرغم من أن حكومة ألفا لاند أصدرت بياناً يؤكد أن قواتها المسلحة تسيطر على المدينة.

وأصدرت حكومة ألفا لاند هذا البيان من عاصمتها لامبادا: «فرضت القوات المسلحة الحكومية سيطرتها على معظم مناطق إقليم خي وسوف يعود الوضع إلى حالته الطبيعية قريباً. وسوف يتمكن السكان الذين فروا إلى بيتا لاند قريباً من العودة إلى ألفا لاند بأمان. ولن تسمح حكومة ألفا لاند بأية تدخلات من قبل حكومة بيتا لاند في الشؤون الداخلية لألفا لاند، وسوف يُنظر لأي دعم لحركة التحرير بزوارة كنوعٍ من الاعتداء على ألفا لاند».

رقم 1002	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

جغرافيا ألفا لاند

الشرق: المنطقة الساحلية (العاصمة لامبادا، تقع على الساحل).
الجنوب: الأراضي الجبلية، حيث يصل ارتفاع أعلى نقطة بها إلى 3000 متر (10000 قدم) فوق مستوى سطح البحر.
الوسط: هضبة يبلغ ارتفاعها 1000 – 1500 متر فوق مستوى سطح البحر.
الغرب والشمال الغربي: صحراء تُعرف باسم صحراء دانيكال.
الشمال: منطقة جبلية تقع بين الساحل شرقاً وصحراء دانيكال غرباً.
وتبلغ المساحة الإجمالية للبلد 900000 كيلومتر مربع.

رقم 1003	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

الوضع السياسي في ألفا لاند*

يسيطر الحزب الديمقراطي الوطني على القوة السياسية في ألفا لاند، ويتكون أعضاؤه بصورة أساسية من الكلوريين ومن المجموعات العرقية لأهالي كانيانكا. وقد فرض الحزب الديمقراطي الوطني سيطرته على البلاد بأكملها في الفترة من عام 1992 حتى عام 1996 عقب فترة التنمية الاقتصادية السريعة فارتفع نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي من 500 دولار أمريكي في عام 1992 إلى 840 دولاراً في عام 1996. ولم يُسمح في الانتخابات العامة الأخيرة التي جرت في عام (1995) سوى لمرشحي الحزب الديمقراطي الوطني بالترشح للمنصب الرئاسي. وتشكلت مجموعة معارضة (الاتحاد الديمقراطي لزواره) في شمال وشرق البلاد في عام 1996. وقد سمح الحزب الديمقراطي الوطني للاتحاد الديمقراطي لأهالي زواره بذلك إلا أنه لم يُعترف به رسمياً إطلاقاً.

* حُرر قبل 1 يناير/ كانون الثاني عام 1996.

رقم 1004	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

المجموعات العرقية في ألفا لاند

يتم تصنيف المجموعات العرقية في ألفا لاند في هذا الإطار حسب الموقع الجغرافي وحسب نسبة عددهم ضمن سكان البلاد:

- كلورو: المنطقة الساحلية (52%)
- بوكوليه: الجبال التي تقع في الجنوب (10%)
- نيزونك: الجنوب الشرقي (3.5%)
- كانيانكا: الهضبة الوسطى (29%)
- غونلاني: الشمال الغربي والمنطقة الغربية: هم البدو الذين يعيشون في صحراء دانيكال بصورة أساسية (1.5%)
- زوارة: المنطقة الشمالية (4%)

رقم 1005	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

الإحصائيات السكانية – ألفا لاند

بلغ عدد السكان الإجمالي لألفا لاند 21,800,000 نسمة في عام 1998 (حسب تقدير الإحصاء السكاني عام 1995). وجاء التوزيع العمري على النحو التالي:

- 0-4 سنوات 18%
- 5-14 سنة 26%
- 15-64 سنة 53%
- أكثر من 65 سنة 3%
- سكان الحضر 15%
- سكان الريف 85%

شهدت السنوات العديدة الماضية هجرةً متزايدة من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، التي يتركز فيها النمو وفرص العمل الجديدة.

- الكثافة السكانية: 22 نسمة لكل كيلومتر مربع
- متوسط المعدل السنوي لزيادة السكان في الحضر: 7%
- العمر الافتراضي وقت الولادة: الذكور: 44.3 سنة، الإناث: 47.5 سنة
- معدل وفيات الأطفال (> سنة واحدة): 102 لكل 1000 مولود باقٍ على قيد الحياة

- معدل وفيات الأطفال (> 5 سنوات): 212 فرداً من كل 1000
- معدل الوفيات الطبيعية: 23 فرداً من كل 1000 نسمة
- معدل المواليد: 51 فرداً لكل 1000 نسمة.

ألفا لاند	التاريخ: 99/12/14	رقم 1006
1998	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة،	المصدر:

النظام الصحي - ألفا لاند

تواجه البلاد مشاكل صحية رئيسية تشمل مرض السل وأمراض الإسهال ومرض العدوى التنفسية الحادة والملاريا والحصبة. وتتركز مرافق الرعاية الصحية (المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات) داخل المدن، وداخل المناطق الساحلية التي يسكنها نصف عدد السكان. وتظهر إحصائيات عام 1995 أن البلاد تتوفر على:

- 50 مستشفى (7200 سرير)

- 1200 مركز صحي

- 2300 مركز صحي ريفي.

موظفو الرعاية الصحية:

- 450 طبيباً

- 2900 ممرضة

- 7700 موظف مساعدات رعاية صحية

ويوجد الأطباء في المدن بصورة أساسية، بينما يشمل موظفو مساعدات الرعاية الصحية عمال الرعاية الصحية بالمجتمع الذين تم تدريبهم في الفترة منذ 1990.

ويتوزع نظام الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص. ففي نظام الرعاية الصحية الحكومي، يتمثل 55% منه في مرافق المرضى المقيمين و48% منه في مرافق الرعاية المتنقلة، وتقدم الرعاية الصحية مجاناً. ويشمل القطاع الخاص المرافق التي يديرها الأطباء أنفسهم والمرافق التي تديرها البعثات أو المنظمات غير الربحية. وتتنوع الرسوم التي يتم دفعها وفقاً لذلك. وهناك بعض المرافق التي تُسيرها المصالح الصناعية بما يحقق المنفعة لموظفيها وتابعيها.

ألفا لاند	التاريخ: 99/12/14	رقم 1007
1998	واشنطن العاصمة، تقرير البنك الدولي المعنى بالتنمية العالمية،	المصدر:

الموارد الرئيسية لألفا لاند

تُمثل الزراعة المصدر الاقتصادي الأساسي للبلد، حيث يعمل 85% من السكان في الزراعة. وتتمثل المحاصيل الأساسية في السرغوم والذرة البيضاء والذرة الصفراء والفاول والفواكه المتنوعة (المانغو، البابايا، الحمضيات، الموز). وتتركز معظم القطاعات الزراعية في المنطقة الساحلية وعلى الهضبة المركزية. ويتميز الجزء الجنوبي والجنوبي الشرقي بوجود الغابات. والمنطقة الشمالية عبارة عن منطقة السفانا التي تعد فيها الماشية والماعز أهم الموارد الغذائية، على الرغم من قلة زراعة الفلاحين لمحصول الذرة البيضاء ومحصول السرغوم. ويعيش البدو تقريباً على الماشية بصورةٍ حصريةٍ في المنطقة الشمالية الغربية.

وتم على مدار العشرة أعوام الماضية حفر عدد كبير من الآبار في الشمال، ما أدى إلى تزايد عدد رؤوس الماشية وتحفيز التوسع في الخدمات البيطرية. ومع الانجذاب إلى موارد المياه الدائمة، بدأ البدو يستقرون بصورةٍ دائمةٍ حول الآبار الارتوازية، على الرغم من أن البنيات التحتية للصحة والتجارة لا تزال غير كافية. وقد أدى تركز الماشية بشكل كبير في بعض المناطق إلى فساد أراضي الرعي. ويظهر ذلك بصورةٍ واضحةٍ في المنطقة شبه القاحلة على وجه الخصوص الواقعة بالقرب من صحراء دانيكال، حيث يقتاد البدو قطعانهم إلى هناك في موسم الجفاف.

واستخلصت البلاد معظم مواردها من المنطقة الساحلية على مدار الأعوام الأربعة الماضية. وتم تنفيذ برنامج للتنمية الزراعية وزاد إنتاج البن والشاي والخضروات لأكثر من الضعفين خلال تلك الفترة. وتزايدت أنشطة صيد السمك هي الأخرى، وتم إنشاء مصنع لتعليب الأسماك في العاصمة لامبادا، ما سمح بتصدير جزء كبير من إنتاج البلد.

رقم 1008	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

الدين في ألفا لاند

تُعد الديانة الإسلامية هي الدين الرسمي للبلاد، حيث يشكل المسلمون 85% من سكانها. ويحتفظ الدوكول بتقاليدهم الروحانية في الجنوب. وتوجد مجموعات قليلة من المسيحيين داخل المدن الكبرى.

رقم 1009	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	أطلس العالم، 1998	

المناخ في ألفا لاند

يتميز مناخ ألفا لاند بوجود موسمين: موسم شتوي ويبدأ في شهر أكتوبر/ تشرين الأول وينتهي في شهر مارس/ آذار، وموسم جاف يبدأ في شهر أبريل/ نيسان وينتهي في شهر سبتمبر/ أيلول. ويسقط المطر بغزارة على الساحل (1500 ملميمتر)، بينما تحوز المناطق

شبه الصحراوية على نسبة ضئيلة من المطر تتراوح بين 500 ملليمتر و700 ملليمتر (متوسط تم احتسابه منذ عام 1986 حتى عام 1997). وانخفض متوسط سقوط المطر على المناطق شبه الصحراوية عن المتوسط خلال العامين الماضيين، الأمر الذي أدى إلى انحطاط شديد في الإنتاج الزراعي. ويندر سقوط المطر في صحراء دانيكال.

رقم 1010	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	واشنطن العاصمة، البنك الدولي، 1998	

الميزانية الوطنية لألفا لاند

تُعد العملة المحلية هي «ألفا»، التي انخفضت قيمتها في عام 1996 إلى 3 ألفا لكل دولار أمريكي. وبلغت ميزانية الحكومة الإجمالية 27 مليار ألفا في عام 1996. وأعطت الحكومة الأولوية لوزارات الدفاع والصناعة والزراعة والتجارة، بينما تلقت وزارة الصحة ما يقل عن 2% من الميزانية الوطنية. وعلى الرغم من رغبة الحكومة في إعادة توجيه النظام الصحي من أجل التركيز على الرعاية الصحية الأولية، تم رصد القليل من الموارد المالية لهذه الرعاية.

رقم 1011	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

وسائل المواصلات في ألفا لاند

- خطوط السكك الحديدية: لامبادا - خي ولامبادا - نوما وكيسو
- الطرق: الطرق المرصوفة بين لامبادا - نوما وكيسو ولامبادا - خي. وتعتبر شبكة الطرق غير المرصوفة جيدة إلى حدٍ ما وتغطي معظم أرجاء البلاد.
- المطارات: يقع المطار الدولي في لامبادا مع وجود مطارات إقليمية في خي ونوما.

رقم 1012	التاريخ: 99/12/15	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، ممثل البعثة الدبلوماسية لألفا لاند في جنيف	

لقاء صحفي مع ممثل البعثة الدبلوماسية لألفا لاند

اعترف ممثل البعثة الدبلوماسية لألفا في جنيف خلال لقاء صحفي بوجود مشاكل أمنية في شمال البلاد، لكنه صرح بأن حكومة ألفا لاند قد اتخذت خطوات للسيطرة على الوضع هنا. وعلى الرغم من أنه يدرك الدور الذي تضطلع به الوكالات الإنسانية، فإنه شعر بعدم وجود سبب يدعو لإشراكها في الوضع السائد هناك.

ولم يكن في وضع يسمح له بمنح تأشيرات لدخول البلاد؛ وقد يتوجب على الوكالات الإنسانية أن تقدم طلبًا خطيًا إلى وزير الداخلية للحصول على إذن لدخول البلاد، ولن تشمل أية تأشيرات ممنوحة حق التجوال في الأجزاء الشمالية من البلاد. وقد طالبت اللجنة الدولية للصليب الأحمر ممثل البعثة بأن يرسل إلى حكومته طلبها الرسمي للحصول على تأشيرة لألفا لاند.

الوضع الحالي في ألفا لاند

رقم 1013	التاريخ: 99/12/15	ألفا لاند/بيتا لاند
المصدر:	جنيف، رويترز أو سي إي	

المعلومات المقدمة من رويترز في جنيف

يؤكد مكتب رويترز في جنيف على تصريح حكومة بيتا لاند أن عدة آلاف من لاجئي ألفا لاند يصلون يوميًا إلى إقليم بيتا لاند في غاما. والقتال مستمر حسب ما ورد من أنباء حول مدينة باو ذات الموقع الاستراتيجي التي ما زالت تابعة تحت سيطرة القوات الحكومية. علاوةً على ذلك، تشير تقارير موثوقة إلى أن مدينة تريت باتت تحت سيطرة مجموعة عصابات أثناء ليلتي 12 - 13 ديسمبر/ كانون الأول من عام 1999، على الرغم من أن حكومة ألفا لاند تتكرر ذلك.

رقم 1014	التاريخ: 99/12/15	ألفا لاند/بيتا لاند
المصدر:	لندن، تقرير هيئة الإذاعة البريطانية بي بي سي الذي أعدته مراسلة القناة «جين ستاندي» في بيتا لاند	

المعلومات المأخوذة من تقرير الأخبار المسائية لهيئة الإذاعة البريطانية بي بي سي

سي

ما زالت القوات الحكومية تفرض سيطرتها على مدينة خي وتعززها المقاتلات الجوية في ذلك. وقد اندلع قتال ضار داخل مدينة باو وحولها خلال الأسبوعين الماضيين. وأبلغ اللاجئين القادمون من باو أن المستشفيات في مدينة باو تعج بالجرحي، حيث من المرجح أن يكون عددهم بلغ 300.

رقم 1015	التاريخ: 99/01/15	ألفا لاند/بيتا لاند
المصدر:	ساكو ممثل حركة تحرير زوارة	

الوضع في ساكو

أدى التفويض الذي منحه السلطات العسكرية لقوات بيتا لاند المسلحة لإمكانية عبور الحدود إلى ألفا لاند وزيارة ساكو وتريت. وبدا الوضع في ساكو على النحو التالي: تمثل مدينة ساكو، بادئ ذي بدء، المعسكر العسكري لحركة تحرير زوارة. وهنا يتجول عدد هائل من جنود حركة تحرير زوارة في المكان. ولا تُشاهدُ شاحنات قليلة تحمل قوات المغاوير. ويوجد بالقرب من المدينة (على بعد 500 متر منها) مخيم صغير للعبور مخصص للمدنيين المتوجهين إلى بيتا لاند. وقدر عدد المدنيين الموجودين في مخيم العبور في وقت إعداد الدراسة بنحو 300 مدني. يبقى المدنيون في مدينة ساكو عادةً مدة يومين أو ثلاثة أيام قبل التوجه إلى بيتا لاند، على الرغم من أن بعضهم مكث في مخيم ساكو للعبور عدة أسابيع، على أمل أن يهدأ الوضع بدرجة كافية حتى تتسنى لهم العودة إلى الوطن. يبدو الوضع في ساكو وما حولها هادئاً، والحقيقة ليس هناك قتال حيث إن حركة تحرير زوارة تسيطر على المنطقة بإحكام.

يقول القائد العسكري في ساكو إن حركة تحرير زوارة تحيط بمدينة باو بالكامل ومن المتوقع أن تقع تحت سيطرتها قريباً. وقد ذكر المدنيون أنهم سمعوا شائعاتٍ تفيد بأن حركة تحرير زوارة تخطط لهجوم للسيطرة على عاصمة خي الإقليمية لألفا لاند. وتحتل حركة تحرير زوارة كل الطرق التي تحيط بمدينة خي، باستثناء الطريق الرابط بين خي ولامبادا الذي ما زال تحت سيطرة القوات الحكومية. ويُعتقد أنه بعد سقوط باو، يمكن أن تتوغل حركة تحرير زوارة ناحية الساحل من أجل الحصول على منفذ إلى البحر في الشرق.

رقم 1016	التاريخ: 99/01/15	ألفا لاند/بيتا لاند
المصدر:	ساكو، ممرض في قوات حركة تحرير زوارة	

الوضع الصحي للناس في ساكو

يقدم ممرض عسكري تابع لحركة تحرير زوارة الرعاية للسكان المدنيين والعسكريين في ساكو ويقدم هذا الممرض الإسعافات الأولية للجرحى من الجنود قبل نقلهم. وتُرسل معظم الحالات الطفيفة إلى تريت، بينما يعمل المركز الصحي بصورة عادية، أما الحالات الخطيرة فتُنقل إلى مستشفيات بيتا لاند (الواقعة بصورة أساسية في خرون).

يعالج هذا الممرض أيضاً المرضى من المدنيين الذين يصلون إلى المركز الصحي، وتتمثل الشكاوى الأكثر شيوعاً في الإسهال وسوء التغذية وأمراض الجلد وأمراض الجهاز التنفسي. وقد ظهر في الأسبوع المنصرم على عدد من الأطفال علامات الإصابة بالحصبة، لكنهم كانوا يتمتعون بصحة جيدة عامة، ولذا لم يكن قلقاً عليهم. ويبدو أن السبب الرئيسي للوفاة يتمثل في مرض الإسهال (توفي اثنان من البالغين قبل أسبوعين نتيجة الإسهال الحاد) وسوء التغذية.

ويتوافر لدى المدنيين القليل من الغذاء ولا تملك قوات حركة تحرير زوارة أغذية توزعها. ولذا طلب الممرض من فرق التقييم التابعة للوكالات الإنسانية أن توفر الغذاء لحركة تحرير زوارة حتى يتسنى لها بالتالي إمداد المدنيين بالأغذية.

رقم 1017	التاريخ: 99/01/16	ألفا لاند
المصدر:	ميرر، ممثل حركة تحرير زوارة	

الوضع في ميرر – ألفا لاند

تُعد ميرر قرية صغيرة تقع بين مدينتي ساكو وتريت. كانت القرية قبل النزاع مأهولةً بعدد 2500 نسمة؛ أما الآن فقد تبقى في القرية، وفق معلومات حركة تحرير زوارة، بضع مئات من السكان فقط. فر معظم السكان غرباً أو شمالاً نحو بيتا لاند. وباتت معظم المنازل مهجورة. ونُهبت المستوصفات والمدارس والأبنية العامة.

رقم 1018	التاريخ: 99/01/16	ألفا لاند
المصدر:	سيرال، ممثل حركة تحرير زوارة	

الوضع في سيرال

كانت سيرال قريةً صغيرةً مأهولةً بعدد 850 نسمة. وفرّ اليوم تقريباً كافة السكان المدنيين ولم يمكث فيها سوى عدد قليل من جنود حركة تحرير زوارة.

رقم 1019	التاريخ: 99/01/18	ألفا لاند
المصدر:	تريت، ممثل حركة تحرير زوارة	

الوضع في تريت

كان عدد سكان مدينة تريت يبلغ 15000 نسمة قبل النزاع. وأصبح الآن عدد سكان هذه المدينة، التي عانت الكثير بسبب النزاع، يتراوح بين 6000 و7000 نسمة فقط. فلقد دُمّرت العديد من المنازل وظهرت على الجدران آثار الرصاص وقذائف الهاون. ويوجد مقاتلو حركة تحرير زوارة في المدينة حيث يعيشون في منازل خاصة هجرها مدنيون.

تتمتع مدينة تريت بأهمية استراتيجية حيث تسيطر المدينة على الطريق الذي يربط بين باو وحي. فإذا ما رغبت القوات الحكومية في الذهاب إلى باو، فإن عليها أولاً أن تعبر تريت؛ والطريق الذي يعبر دانوت أكثر صعوبة، ولا تملك القوات المسلحة الحكومية الموارد للتنقل جواً إلى باو.

ومع ذلك، لا يعتقد ممثلو حركة تحرير زوارة أن القوات الحكومية سوف تهاجم تريت، لأن قوات حركة تحرير زوارة تسيطر على الطريق الموصل إلى خي.

رقم 1020	التاريخ: 99/01/18	ألفا لاند
المصدر:	تريت، طبيب في مستشفى تريت	

وضع الرعاية الصحية في تريت

كان مستشفى تريت يتألف من أربعة أبنية قبل النزاع ويضم 80 سريرًا يوفر الخدمات لعدد من السكان بلغ 35000 نسمة، لكنه تضرر كثيرًا بسبب النزاع القائم. فقد دُمّر أحد المباني وسُلبت المباني الأخرى. ويتمركز النشاط في الوقت الراهن في مبنيين تم إصلاحهما مؤقتًا. ويعمل اثنان من الأطباء من حركة تحرير زوارة في المستشفى، يعالج أحدهما الأفراد العسكريين (لديه القليل من الخبرة الجراحية)، أما الآخر فيعالج السكان المدنيين (كان يعمل في السابق أخصائيًا في الطب الباطني في مستشفى الجامعة الرئيسي في العاصمة).

كان هناك 23 جريحًا في مستشفى تريت في أحد أيام زيارة هيئة الإذاعة البريطانية، وكان معظمهم يعاني إصابات في جوارحه نتيجة الإصابة برصاصة أو لغم، وبما أنه لا توجد أسرة متاحة، كانوا مستلقين على حصائر على البلاط. وكانت معظم الضمادات متسخة ولم يكن الطبيب يجري عمليات جراحية، حيث لا توجد لديه المعدات الجراحية والعقاقير التخديرية. كان بعض المرضى يتلقون المضادات الحيوية (البنسلين) عبر الوريد.

نُقل بعض الجرحى إلى ساكو، بينما تم جلب الآخرين مباشرةً إلى تريت. وقد نُقلت الحالات الخطيرة إلى ساكو، حيث يُفترض أن يُنقلوا إلى بيتا لاند. لكن وعلى الرغم من ذلك، تم في الأسبوع الماضي إرجاع بعض الجرحى إلى تريت بعد ما نُقلوا إلى ساكو لإحالتهم إلى بيتا لاند.

يرقد ما يقرب من 30 مدنيًا في المبنى الثاني، ويشمل هذا العدد 18 طفلًا مصابين بأمراض مثل الحصبة والإسهال المصحوب بالتجفاف والالتهابات الرئوية. وكان أحد الأطفال مصابًا بالحصبة ويعاني من التهاب شديد في العين. كان اثنان من البالغين وطفل يعانون جرحًا بالغة ناجمة عن الحرب. يستلقي المرضى على الأرض لأن أسرة المستشفى سُرقت.

ويشتكي الطبيبان من نقص المعدات والعقاقير، وعلاوةً على ذلك، لا يملكان طعامًا يقدمانه للمرضى، وتُسحب المياه من نهر مجاور صغير؛ ويتعذر استخدام البئر الموجودة داخل مجمع المستشفى بسبب تلف المضخة خلال القتال.

يشعر الطبيبان أنه مع توافر المعدات والمستلزمات الضرورية، يمكنهما علاج معظم الحالات التي استقبلها مستشفى تريت.

رقم 1021	التاريخ: 99/01/18	ألفا لاند
المصدر:	تريت، مُمثل السكان المحليين	

معلومات عن السكان المحليين في تريت

فرَّ معظم سكان مدينة تريت المدنيين. ويحاول من مكث في المدينة العيش قدر المستطاع. وتسمح قوات حركة تحرير زوارة للمدنيين بالتجوال بحرية والوصول إلى الحقول المحيطة بأمان، على الرغم من زرع بعض الألغام خلال القتال قبل بضعة أسابيع. تم الاحتفاظ بالماشية المتبقية (حوالي 200 رأس) في الحقول القريبة من المدينة.

انحط النشاط التجاري حتى وصل إلى الصفر فعلاً. فلا يملك الأفراد من العسكريين والمدنيين سوى القليل من القدرات الشرائية. وتكاد مخزونات السلع تكون منعدمة، فضلاً عن تعذر الحصول على مؤن جديدة من خي.

حُلَّت محل إدارة البلدية إدارة حركة تحرير زوارة التي ينصب اهتمامها الرئيس على التعامل مع تدفق الأشخاص النازحين القادمين من مدينة خي. يوجد في تريت حسبما ورد 3000 نازح، وعلى الرغم من أن معظمهم في طريقهم إلى الشمال في اتجاه الحدود مع بيتا لاند، فقد ظل البعض في تريت على أمل أن يهدأ الوضع ويتمكنوا حينها من العودة إلى قراهم. العلاقة القائمة بين العسكريين والمدنيين طيبة. وقد طلبت الإدارة قدوم فريق تقييم مساعدات الطوارئ إلى تريت.

رقم 1022	التاريخ: 99/01/18	ألفا لاند
المصدر:	تريت، مُمثل السكان المحليين	

تقييم وضع التغذية في تريت

أُخذت القياسات الأنثروبومترية من اثنين من عينات الأطفال، واحدة من السكان النازحين وأخرى من السكان المقيمين.

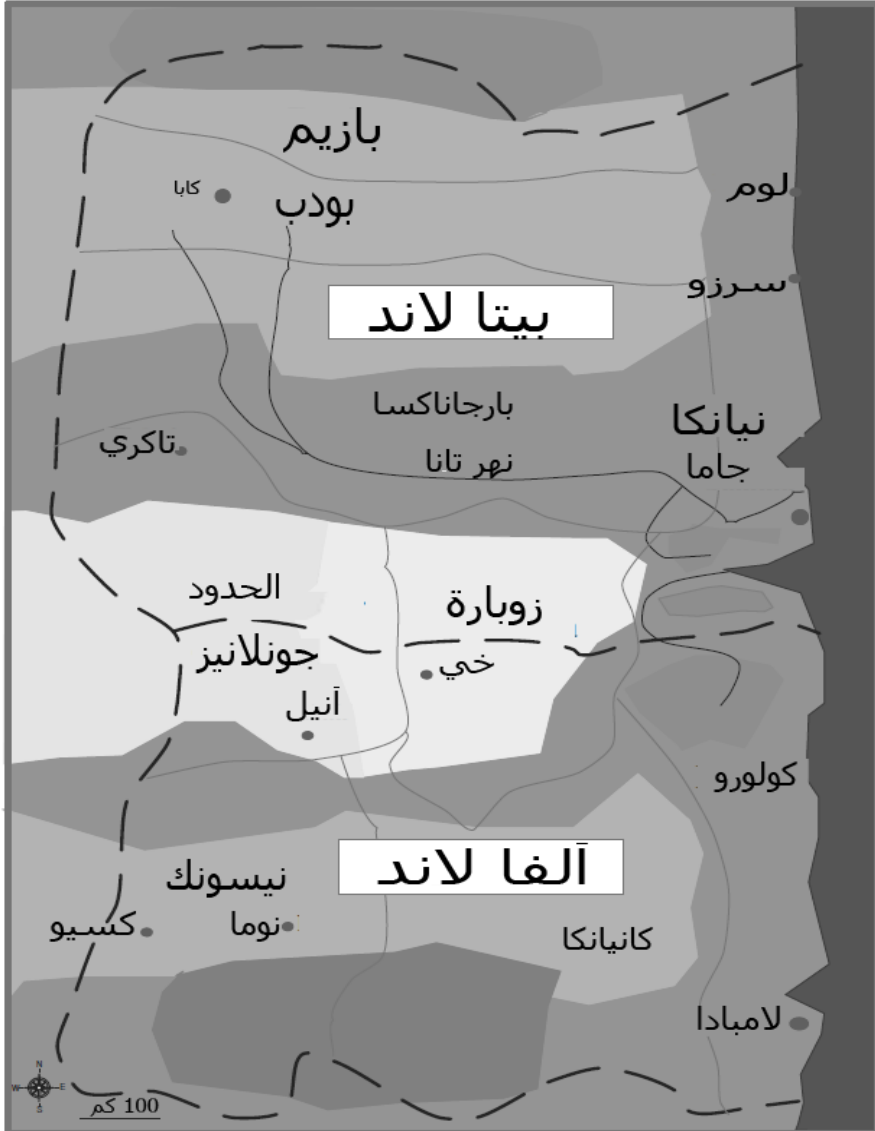
المجموعة الثانية (النازحون)	المجموعة الأولى (المقيمون)	
98	123	حجم العينة
% 43	% 56	يزيد على 90 % - الوزن قياساً على الطول
% 32	% 32	80 % - 90 % - الوزن قياساً على الطول
% 20	% 10	أقل من 80 % - الوزن قياساً على الطول
% 5	% 2	كواشيوركور:
% 3	% 1	نقص فيتامين أ

WFH = الوزن قياساً على الطول

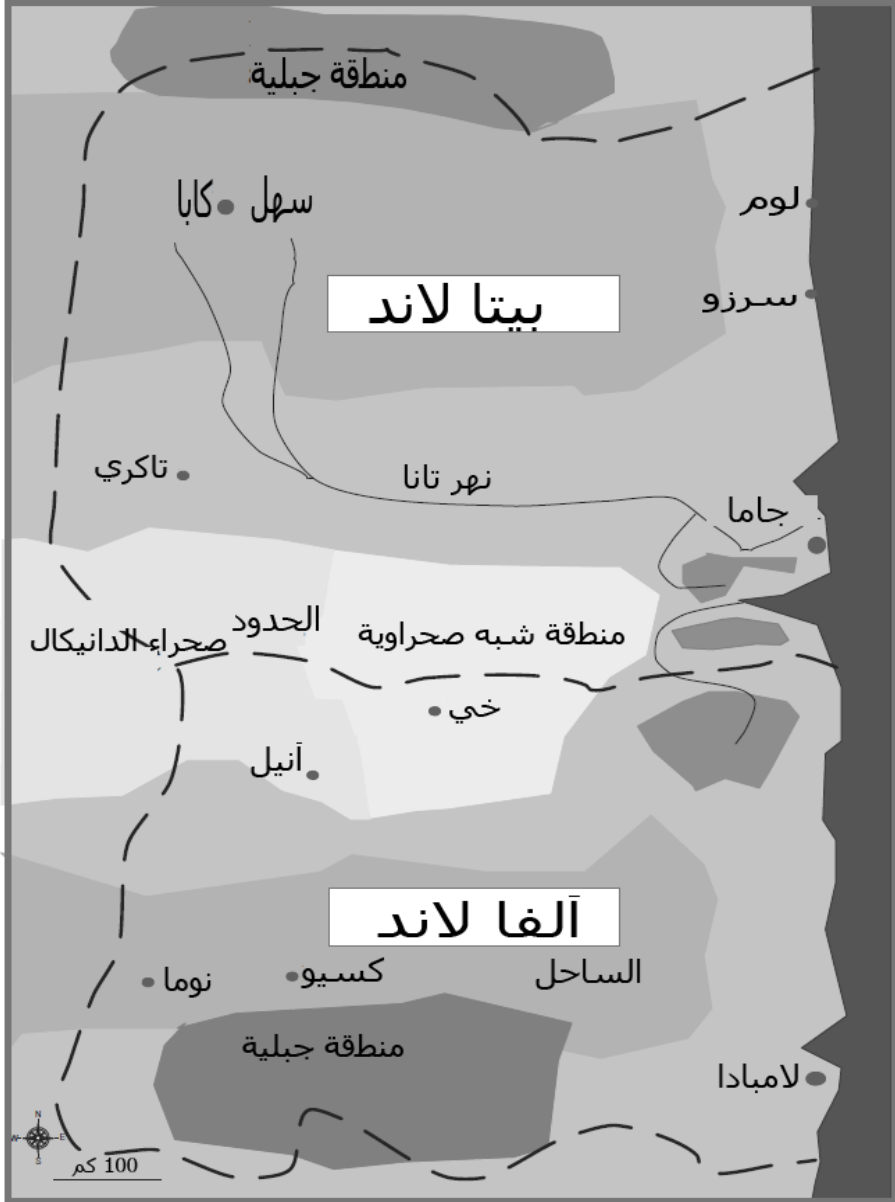


الإطار 2

الموقع الجغرافي للجماعات العرقية



الطوبوغرافيا



رقم 1023	التاريخ: 99/12/14	ألفا لاند
المصدر:	جنيف، مُمثل عن إدارة أمراض الإسهال التابعة لمنظمة الصحة العالمية، جنيف	

توطّن داء الكوليرا الآن في الأجزاء الشمالية من ألفا لاند

توطّن داء الكوليرا في ألفا لاند منذ عدة سنوات، وعلى وجه الخصوص في الجزء الشمالي من البلاد. انتشر هذا المرض بخطورة قبل خمس سنوات مضت، عندما أصيب 600 شخص وتوفى حوالي 70 منهم.

بيتا لاند – معلومات أساسية

رقم 1024	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	واشنطن العاصمة، ملف تعريف وزارة الخارجية بالبلد، 1997	

الوضع السياسي

وضعت حكومة البلاد دستوراً عقب انتهاء الاستعمار ينص على مشاركة كل الأطراف في الحياة السياسية للبلاد. وتعاقبت الحكومات المدنية على حكم بيتا لاند من العام 1968 حتى عام 1995، وعمّ الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي كأساس للإجماع السياسي. وبدأت في عام 1995، علامات الضعف تظهر على الاقتصاد، تعكس جزئياً اقتصاداً دولياً متباطئاً وزيادة جزئية في عدم المساواة الاجتماعية في بيتا لاند.

واستحوذ الجيش في عام 1993 على السلطة السياسية مع التركيز على هدفٍ محدد يتمثل في تقليص عدم المساواة الاجتماعية في البلاد. حكم الجيش البلاد من عام 1993 وحتى عام 1996 تحت قانون الطوارئ، فعلق الضمانات الدستورية ومنع الأحزاب السياسية الموجودة طيلة ثلاث سنوات. وكان المجلس الوطني للثورة هو الحزب السياسي الوحيد المسموح به منذ العام 1996 فصاعداً، ذلك الحزب الذي أنشأه العسكر.

نُظمت الانتخابات تحت ضغط من العديد من البلدان المانحة في عام 1996، على الرغم من أنه لم يُسمح سوى للمجلس الوطني للثورة بتقديم مرشحين. وأدت حكومة مدينة اليمين بعد الانتخابات، لكن العسكر هو الذي كان يسيطر عليها في الحقيقة.

واتخذت الحكومة خطوات تهدف إلى تحرير الاقتصاد في مطلع عام 1996. فشجع صندوق النقد الدولي والبنك الدولي بيتا لاند على تنفيذ تغييراتٍ هيكلية.

كان رئيس الجمهورية من قبيلة زوارة وكان معظم الوزراء من القبيلة ذاتها. وبات أمام الحكومة خياراتٌ محدودة فقط في إرساء الأولويات الوطنية بعد وقوعها بين ضعف أدائها الاقتصادي والسيطرة العسكرية المحكمة. وعليه كانت حركة تحرير زوارة الحزب السياسي الوحيد الذي تم السماح له حتى الآن بغض النظر عن الحزب الرسمي.

كان الوضع في ألفا لاند مقلقاً لحكومة بيتا لاند. وكان الجزء الجنوبي من البلاد (مناطق دانيكال وإيبسيلون) يتمتع بالحكم الذاتي في الماضي نوعاً ما، واستغرق فرض إدارة مركزية على هذه المنطقة وقتاً طويلاً.

وأثارت الأحداث الجارية في شمال ألفا لاند المخاوف من أن بيتا لاند الجنوبية قد تبدأ الثوران ساعية وراء الحصول على حكم ذاتي أكبر. يعيش أهالي زوارة على جانبي الحدود، ومنذ اندلاع النزاع في ألفا لاند، كان هناك ضغط متزايد بخصوص إنشاء إقليم يتمتع بالحكم الذاتي يضم أهالي زوارة من ألفا لاند وبيتا لاند. وبمجرد أن يتم الإعلان عن هذا الطلب، من المحتمل أن تستعيد القوات المسلحة سيطرتها الكاملة على البلاد. وقد صرحت مصادر موثوقة بأن رئيس الجمهورية يود مد يد العون للاجئين من ألفا لاند، ولكن هناك مخاوف من أن ينجرف النزاع إلى بيتا لاند، مع المشاركة المحتملة لقوات ألفا لاند المسلحة على أراضي بيتا لاند. وقد يؤدي مثل هذا الوضع احتمالاً إلى انهيار الحكومة وحدوث انقلاب عسكري جديد ثم نشوب حرب.

وصف الوضع السياسي الحالي

رقم 1025	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	باريس، أنباء من مراسل وكالة فرانس برس	

الصورة الأولية للوضع العام على الحدود الفاصلة بين ألفا لاند وبيتا لاند (مراسل وكالة فرانس برس)

أصدر وزير داخلية بيتا لاند البيان التالي في هذا الصباح: «فرّ مئات الآلاف من اللاجئين من ألفا لاند، طالبين اللجوء في بيتا لاند. وتطلب حكومة بيتا لاند الدعم من المجتمع الدولي لتوفير المساعدة لهؤلاء الضحايا الذين خلفتهم الحرب. وتعرض الحكومة أيضًا خدماتها على كلا الطرفين من أجل التوسط في إيجاد تسوية سياسية للنزاع».

رقم 1026	التاريخ: 99/12/15	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، مُمثل المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في جنيف	

أنشطة المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في بيتا لاند

تابعت المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة الأحداث الجارية في بيتا لاند عن قرب. ومع ذلك لم تطلب حكومة بيتا لاند منها حتى الآن التدخل بالنيابة عن اللاجئين من ألفا لاند. ولا يوجد للمفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة ممثل دائم في أيّ من البلدين، لكنها طلبت من ممثلها في زوما لاند، إحدى البلدان المجاورة، أن يذهب إلى بيتا لاند من أجل مناقشة مسألة حماية اللاجئين مع السلطات الحكومية.

رقم 1027	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، مُمثل البعثة الدبلوماسية لبيتا لاند	

بيان صحفي من البعثة الدبلوماسية لبيتا لاند في جنيف

يؤكد سكرتير البعثة الدبلوماسية الدائمة لبيتا لاند في جنيف على البيان الذي أصدرته حكومته حول الوضع على الحدود بين ألفا لاند وبيتا لاند. وليس لديه أية معلومات يضيفها، ما عدا وصف الوضع شديد التوتر ووصول لاجئين جدد يوميًا إلى بيتا لاند. وصرح أن حكومته متأهبة لمساعدة السكان المدنيين الفارين إلى بيتا لاند وأكد على إصدار حكومة ألفا لاند تحذيرًا ضد أي تدخل من قِبَل حكومة بيتا لاند وقد استدعت سفيرها في كابا هذا الصباح كما أكد على الترحيب بالوكالات الإنسانية التي ترغب في مساعدة اللاجئين في بيتا لاند شريطة احترام قوانين الهجرة الاعتيادية.

رقم 1028	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	أطلس العالم، 1998	

جغرافية بيتا لاند

تنقسم البلاد إلى أربعة أجزاء:

1. الشمال والمناطق الوسطى: هضبة بارتفاع 1000 – 1500 متر فوق مستوى سطح البحر، تنتهي في الصحراء بصورة فجائية
 2. الشرق: منطقة ساحلية
 3. الجنوب: منطقة شبه صحراوية تفصلها عن الساحل مجموعة من الجبال
 4. الجنوب الغربي: منطقة صحراوية (صحراء دانيكال).
- وتبلغ المساحة الإجمالية للبلاد 792000 كيلومتر مربع.

المنطقة الوسطى منطقة سفنأء بصورة أساسية، أما المنطقة الساحلية فهي عبارة عن شريط ضيق من الأراضي الخصبة تسقط عليه أمطار كثيفة، وتنشط فيه الزراعة بصورة مكثفة. وتوفر هذه المنطقة، وعلى وجه الخصوص منطقة دلتا نهر تانا، معظم المنتجات الزراعية اللازمة للاستخدام المحلي والتصدير. وتوجد في الشمال الغابات الكثيفة.

رقم 1029	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	واشنطن العاصمة، ملف تعريف وزارة الخارجية بالبلد، بيتا لاند، 1997	

بيتا لاند – العرقيات

- يقطن البارغانكسا في الهضبة الوسطى وفي المنطقة شبه الصحراوية، ويمثلون نسبة 16 % من السكان.
- يقطن البودب بصورة أساسية في الهضبة الوسطى ويمثلون نسبة 22 % من السكان.
- يقطن البازيم في الشمال ويمثلون نسبة 7 % من السكان.
- يقطن البيانكا على طول الساحل وهم القبيلة الأكبر ويمثلون نسبة 48 % من السكان.
- يقطن الغونلانيس وهم قبائل رحل في صحراء دانيكال ويمثلون نسبة 2 % من السكان.
- يقطن أهل زوارة في المنطقة شبه الصحراوية في الجنوب ويمثلون نسبة 5 % من السكان.

رقم 1030	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	روما، برنامج الغذاء العالمي، وضع الزراعة بالعالم، 1998	

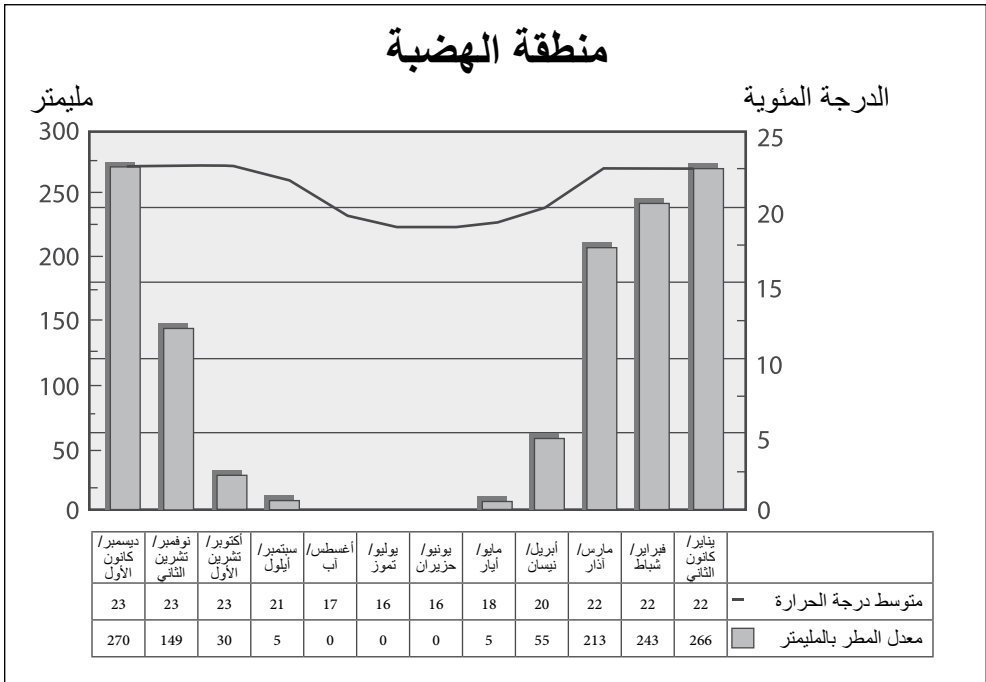
الزراعة في بيتا لاند

1. تُعد الزراعة ورعي الماشية الأنشطة الزراعية الأساسية على الهضبة. ويسود هناك نمط الزراعة للعيش ويقل عدد الحقول التجارية الكبرى. وتتمثل المحاصيل الأساسية في الذرة والفاول والذرة الصفراء والبطاطا الحلوة والخضروات، وتنتج بعض المناطق زيت النخيل. توفر الماشية اللحم والحليب وتستخدم للعمل في الحقول. ويعد البن محصولاً حديث الزراعة والذي يتم إنتاجه فقط من أجل التصدير. وقد تم إنشاء مزارع خاصة شاسعة للبن جنوب فين.
2. يحافظ الفلاحون في السهل الساحلي، بصورة تقليدية على الاقتصاد الزراعي المورد الأساسي للرزق القائم على الزراعة المتغيرة. وتتمثل المحاصيل المولدة للرزق في الذرة والمنيهور والبطاطا الحلوة وجوز الهند والموز وزيت النخيل، لكن هذه المحاصيل يجري الآن إنتاجها بكميات كبيرة للوفاء بالطلبات المتزايدة عليها من المدن. استولت الحكومة على مساحات شاسعة من الأراضي خلال السنوات القلائل الماضية لزراعتها من أجل الإنتاج التجاري للتصدير، وزرعت فيها بصورة أساسية الموز ومؤخرًا قصب السكر. نظم الفلاحون أنفسهم في تعاونيات. وافتتح مصنع كبير للسكر في سرزو كمشروع مشترك مع مؤسسة متعددة الجنسيات. وزرعت منطقة الدلتا بالأرز الذي يُصدّر معظمه.
3. تُعد المنطقة شبه الصحراوية منطقة مأهولة بعدد قليل من السكان الموزعين في أنحاء متفرقة. يعيش السكان حياةً مستقرة في قرى صغيرة وتقتات من الزراعة. وتشتمل المحاصيل الأساسية فيها على الذرة والحمص والسمسم والفاول السوداني. بالإضافة إلى ذلك يربي القرويون بعض الماشية والماعر والأغنام.
4. يعتبر رعي الماشية النشاط الأساسي في منطقة دانيكال. وهناك بعض الإنتاج الزراعي حول المدن والقرى. وتسود علاقات طيبة عادةً بين أهالي زوارة والغونلايز الرحل؛ حيث يقتران الغونلايس الرحل قطعان ماشيتهم إلى قرى زوارة خلال موسم الجفاف، عندما تستنفد مراعي الكلاً الشرقية. ويلعب أهالي زوارة الذين يعيشون بين الصحراء والساحل دوراً مهماً في التجارة. وظلت برو تشكل على الدوام سوقاً مهمة (بالنسبة للمناطق الساحلية ولألفا لاند).

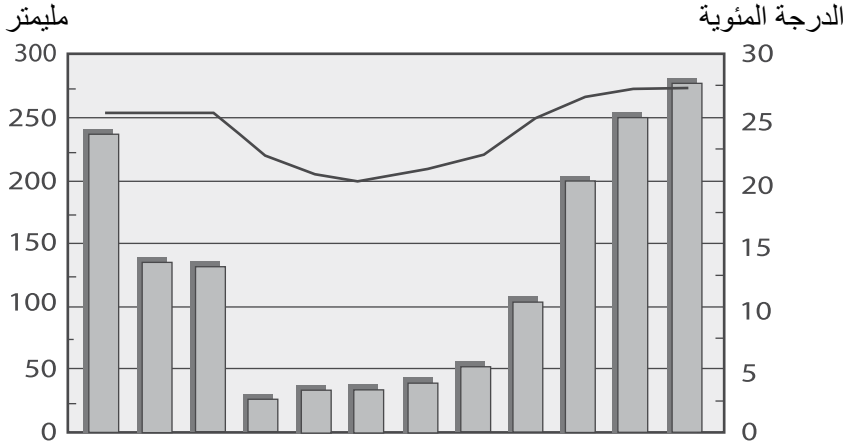
رقم 1031	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، أطلس العالم، 1997	

المناخ في بيتا لاند

تعيش بيتا لاند موسمين: موسمًا مطيرًا يبدأ في نوفمبر/ تشرين الثاني ويستمر حتى أبريل/ نيسان، وموسمًا جافًا يبدأ في مايو/ أيار ويستمر حتى أكتوبر/ تشرين الأول. ويقل معدل هطول الأمطار في منطقة دانيكال عن 200 ملم في السنة، مع متوسط درجة حرارة يبلغ 36 درجة مئوية.

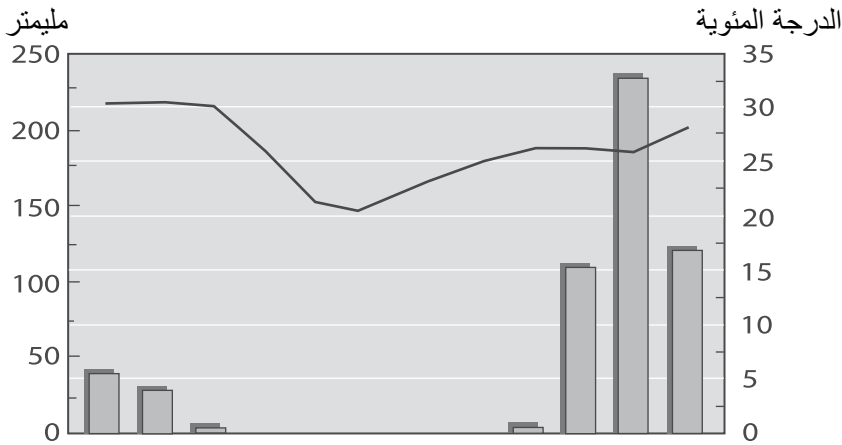


منطقة الساحل



ديسمبر/ كانون الأول	نوفمبر/ تشرين الثاني	أكتوبر/ تشرين الأول	سبتمبر/ أيلول	أغسطس/ أب	يوليو/ تموز	يونيو/ حزيران	مايو/ أيار	أبريل/ نيسان	مارس/ آذار	فبراير/ شباط	يناير/ كانون الثاني	
26	26	26	22	21	20	21	22	25	26	27	27	متوسط درجة الحرارة
233	134	132	20	27	30	33	56	106	200	248	276	معدل المطر بالمليمترا

المنطقة شبه الصحراوية



ديسمبر/ كانون الأول	نوفمبر/ تشرين الثاني	أكتوبر/ تشرين الأول	سبتمبر/ أيلول	أغسطس/ أب	يوليو/ تموز	يونيو/ حزيران	مايو/ أيار	أبريل/ نيسان	مارس/ آذار	فبراير/ شباط	يناير/ كانون الثاني	
31	31	30	27	23	21	22	25	27	27	26	28	متوسط درجة الحرارة
38	27	3	0	0	0	0	0	5	109	236	124	معدل المطر بالمليمترا

رقم 1032	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

الإحصاءات السكانية لبيتا لاند

التعداد الإجمالي للسكان: 11,200,000، وقد تم تقدير هذا العدد على أساس الإحصاء الوطني لعام 1992
مراكز السكان الأساسية:

- كابا (العاصمة): 450000
- سرزو: 210000
- لوم: 65000
- غاما: 122000
- تاكري: 25000

زاد عدد سكان الحضر زيادةً كبيرة خلال السنوات العشر الأخيرة.

توزيع سكان الريف والحضر: 10% سكان الحضر، 90% سكان الريف.

ازدادت كثافة الهجرة من المناطق الريفية إلى المدن خلال السنوات العشر الأخيرة نتيجة الظروف الاقتصادية الضعيفة وانعدام التنمية في المناطق الريفية.

التوزيع الجغرافي للسكان:

المنطقة الساحلية	الهضبة	المنطقة شبه الصحراوية	دانيكال
السكان	5600000	4700000	250000
المساحة	150000 كم ²	286000 كم ²	200000 كم ²
الكثافة السكانية	37 نسمة لكل كيلومتر المربع	16.4 نسمة لكل كيلومتر المربع	1 نسمة لكل كيلومتر المربع

الكثافة السكانية الإجمالية: 14 نسمة لكل كيلومتر المربع

تقسيم السكان حسب السن:

- 0 إلى 4: 20%
- 5 إلى 14: 27%
- 15 إلى 64: 50%
- < 64: 3%

العمر الافتراضي وقت الولادة: الذكور: 49 سنة، الإناث: 52 سنة
 معدل وفيات الأطفال: 110 (لكل 1000 مولود باقٍ على قيد الحياة)
 معدل وفيات الأطفال (> 5 سنوات): 160 فرداً من كل 1000
 معدل النمو السنوي للسكان: 2.6 %
 وقت زيادة عدد السكان: 27 سنة

رقم 1033	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	لندن، ني/يكونوميست، مؤشرات الأسواق الناشئة: بيتا لاند: 1998	

اقتصاد بيتا لاند

قُدِّر إجمالي الناتج المحلي في عام 1998 بمبلغ 2.4 مليار دولار أمريكي. وهبط إجمالي الناتج المحلي على مدار سنوات عدة نتيجة الركود الاقتصادي السائد في البلاد وعلى مستوى المناطق.

إجمالي الناتج المحلي	1998	1998	1999
(بمليارات الدولارات الأمريكية)	2.85	2.74	2.40

وهذا يمثل متوسط 214 دولارًا أمريكيًا للفرد في عام 1998، منخفضًا من 269 دولارًا أمريكيًا للفرد في عام 1997.

رقم 1034	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	واشنطن العاصمة، ملف تعريف وزارة الخارجية بالبلد، 1997	

الصناعة في بيتا لاند

جعل بناء السكة الحديدية الممتدة من كابا إلى سرزو التنمية في مجال الزراعة التجارية أمرًا ممكنًا. وتشتمل المحاصيل الأساسية على القطن والبن، ما يخلق اقتصادًا نقديًا للعديد من المناطق. تشتري المحالج والمصانع المحلية القطن الذي تنتجه القرى ويقع المحلجان الرئيسيان من تلك المحالج والمصانع في كابا وفين. وتغطي هذه المحالج والمصانع الاحتياجات المحلية مع إنتاج فائض أساسي للتصدير. ويعتبر الصيد الساحلي نشاطًا أساسيًا آخر، على الرغم من أنه نشاط صغير وبدائي. تم إنشاء مشروع صيد في لوم، حيث ينتج أحد المصانع الآن الأسماك المجففة والمعلبة، ويكمن الهدف في زيادة الصادرات. وتضم العديد من مستوطنات الصيد الصغيرة مرافق لتجفيف الأسماك.

رقم 1035	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	لندن، ني/يكونوميست، مؤشرات الأسواق الناشئة: بيتا لاند: 1998	

اقتصاد بيتا لاند

على الرغم من أن التوجه في البلاد انقاد نحو تعزيز تنمية الاستثمار الخاص، فإن الدولة ما زالت حاضرة في الاقتصاد، وبصورة أساسية في الصناعة. وتواصل تقديم الدعم المالي للأغذية الرئيسية التي يتم إنتاجها للاستهلاك المحلي، ولا سيما تلك الأغذية التي يتم إنتاجها للمناطق الحضرية.

رقم 1036	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	نيويورك: التقرير السنوي الخاص ببرامج التنمية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، 1997	

سياسة التنمية في بيتا لاند

أكدت حكومة بيتا لاند خلال العقد الماضي على تنمية التعاونيات الريفية وتحسين الإنتاج الزراعي الريفي. ولئن كانت تدرك أن نتائج هذه الجهود جهود كبيرة، فإن هذا النهج لم يحقق جميع أهدافه بوضوح. وتم وضع نهج جديد في بداية عام 1992 لتشجيع التنمية في المشاريع الزراعية التجارية الكبيرة التي تكون غالبًا على شكل مشاريع مشتركة بين شركات بيتا لاند والمستثمرين الدوليين. وقد تم إخلاء مساحات كبيرة من الأراضي نتيجة هذه المبادرة، الأمر الذي تسبب أيضًا في هجرة العمال الزراعيين. وساد قلق متزايد بخصوص الآثار المدمرة لهذه السياسة على الأسر في المجتمعات الريفية، وتم تشجيع العمال على الاستقرار مع أسرهم في المناطق الزراعية الجديدة.

رقم 1037	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	

الأديان في بيتا لاند

أغلبية السكان هم من المسلمين وتتراوح نسبتهم بين 70 و 80%. وقد أدخل العديد من الأشخاص نواحي الإسلام في ممارساتهم الدينية المحلية. ويتمثل الشق الإسلامي السائد في المذهب المالكي لأهل السنة. أما معظم بقية السكان فيتبعون المذهب الروحاني التقليدي (في شمال البلاد)، بينما 5% - 10% من السكان مسيحيون (في الجنوب).

رقم 1038	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	واشنطن العاصمة، ملف تعريف وزارة الخارجية بالبلد، 1997	

وسائل الاتصال في بيتا لاند

- **السكك الحديدية:** تمتد السكة الحديدية من كابا حتى سرزو على طول 600 كم. ولم تكتمل مرحلة مد السكة الحديدية إلى غاما بعد. ينقل قطار الركاب المسافرين بين المدينتين مرتين أسبوعياً. تبلغ مدة الرحلة 15 ساعة. أما قطارات الشحن فتسير رحلات يومية وتعتبر الوسيلة الرئيسية لنقل الأغذية من منطقة الساحل إلى العاصمة والخشب من الغابات الواقعة في الشمال والمعادن من سرزو للتصدير. وتنقل القطارات معظم المواد المستوردة من سرزو، سواء في حاويات أو في سيارات شحن عادية.
- **الطرق الجوية:** تضم مدينة كابا مطاراً دولياً تنطلق منه العديد من الرحلات كل يوم إلى أوروبا وإلى المدن الرئيسية في البلدان المجاورة. وتضم مدينة سرزو وغاما وتاكري مطارات فيها مدرجات أسفلتية أو خرسانية. وهناك عدد من المهابط الصغيرة غير المعبّدة في أنحاء البلاد.
- **الطرق البرية:** شبكة الطرق البرية التي تربط بين المدن الرئيسية شبكة بحالة جيدة، مع وجود طرق معبّدة تربط بين كابا وسرزو وغاما، وبين غاما وتاكري وبين سرزو ولوم. ومعظم الطرق التي تربط بين المدن والقرى الصغيرة غير معبّدة ويصعب سلوكها بصفة عامة خلال موسم الأمطار.

رقم 1039	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	الكتاب الإحصائي السنوي للأمم المتحدة، 1998	جنيف،

بيتا لاند: معلومات عامة عن الصحة

تتمثل المشاكل الصحية الرئيسية في الملاريا وأمراض الإسهال والحصبة وأمراض الجهاز التنفسي الحادة وسوء التغذية والسل والبلهارسيا. ويمثل فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب ومرض متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) مشكلة حديثة. وينتقل في بعض الحالات، المرض من خلال عمليات توفير الدم الملوّث والحقن، ولكن تحدث الإصابة به في معظم الأحيان من خلال الانتقال عبر ممارسة الجنس بين النساء والرجال.

ينقسم نظام الصحة إلى قطاع عام وخاص حيث يقدم القطاع العام خدماته مجاناً من حيث المبدأ، على الرغم من أن المرضى يدفعون قسطاً من تكلفة العقاقير والتحاليل المخبرية من خلال نظام تشارك التكلفة الذي بدأ به العمل في عام 1998. ويوجد في المناطق الحضرية العديد من العيادات الخاصة التي يديرها أطباء فرديون على أساس الخدمات مقابل الرسوم. وتوجد في المدن والمناطق الريفية، ولا سيما المناطق الريفية، مستشفيات تديرها منظمات تبشيرية تفرض في العموم رسوماً زهيدة.

ويتمركز في الحضرية 250 طبيباً من أصل 300 طبيب في بيتا لاند. ولا يختلف الوضع عن ذلك بالنسبة لتوزيع أفراد التمريض (البالغ عددهم 1400 ممرض) بما أن المستشفيات الرئيسية، التي يعمل بها معظم الممرضين، تتمركز في المناطق الحضرية. ويوفر المساعدون

الطبيون العديد من الخدمات العلاجية في البلاد ويركز تدريبهم على إدارة المراكز الصحية الريفية، إذ يبلغ عددهم حوالي 300، ولكنهم يميلون إلى البقاء في المراكز الصحية الحضرية، ليقوموا مقام الأطباء الذين يذهبون إلى العمل في القطاع الخاص.

وأطلقت وزارة الصحة في أوائل تسعينيات القرن العشرين برنامجاً ضخماً لتدريب أفراد الرعاية الصحية الأولية بانسجام مع استراتيجية الصحة للجميع التي وضعتها منظمة الصحة العالمية. وظل معظم أفراد الرعاية الصحية الأولية المدربين حتى الآن والبالغ عددهم 2000 فرد في المناطق الريفية. ويشرف عليهم المسؤول الطبي بالمنطقة أو المشرف على الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة.

وتخصص حكومة بيتا لاند من ميزانيتها ما معدله 4.5 % لوزارة الصحة.

رقم 1040	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، برنامج مكافحة الملاريا التابع لمنظمة الصحة العالمية	

الملاريا في بيتا لاند

أجريت دراسة على الملاريا/دخل الجسم الحي 30 يوماً لتحديد مستويات المقاومة للكلوركوين في منطقة سرزو* في عام 1997. وقد تم استخدام الكلورين على مدار ثلاثة أيام لعلاج إحدى المجموعات، التي ثبت وجود أفلام دم إيجابية للمتصورة المنجلية دون وجود أية علامات طبية على الإصابة بداء الملاريا (25 ملغم لكل كغم من وزن الجسم). وثبتت حساسية 75 % من هذه الحالات لمادة الكلوروكوين وأظهر 12 % منهم مقاومة من الدرجة 1 بينما أظهر 8 % منهم مقاومة من الدرجة 2 و 5 % منهم مقاومة من الدرجة 3.

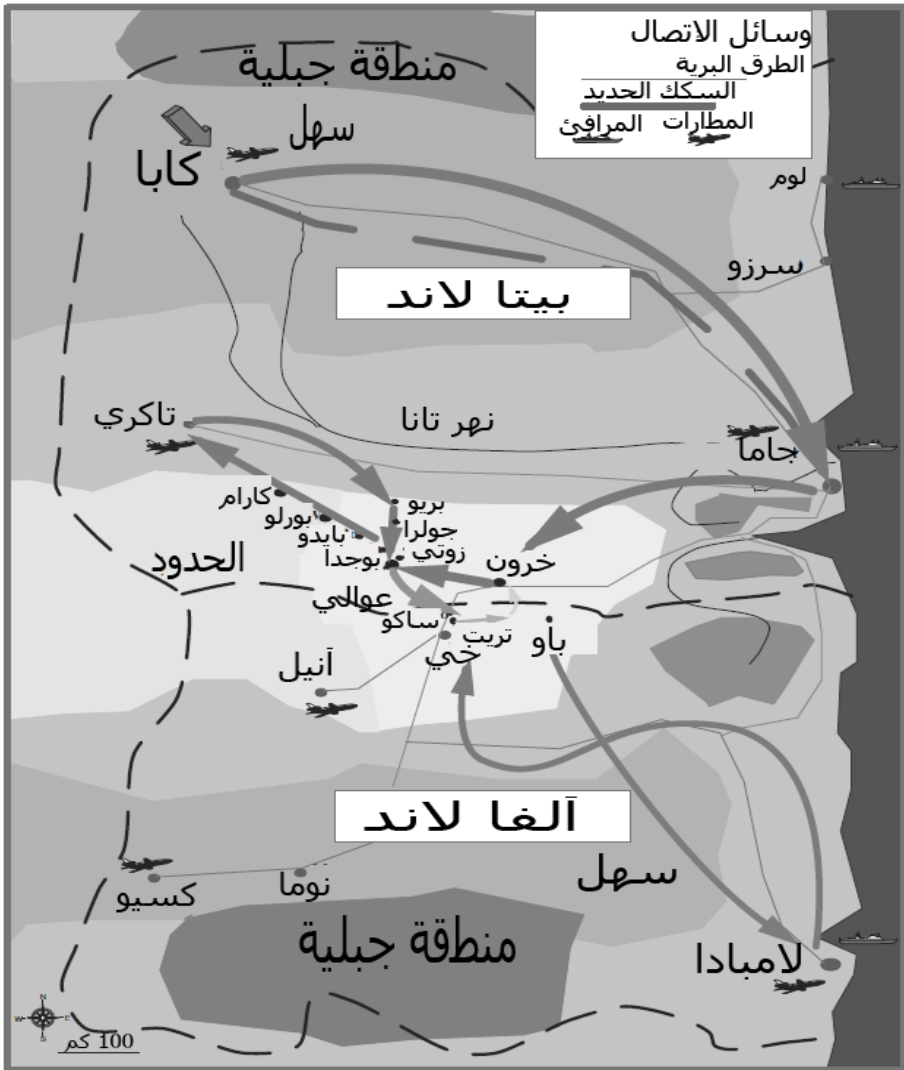
تم استخدام الكلورين على مدار ثلاثة أيام لعلاج مجموعة ثانية ظهرت عليها لطخات دموية تحليلية إيجابية بالمتصورة المنجلية مع إظهار علامات سريرية على الإصابة بداء الملاريا (25 ملغم لكل كغم من وزن الجسم). وثبتت حساسية 45 % من هذه المجموعة لمادة الكلوروكوين وأظهر 30 % منها مقاومة من الدرجة 1 بينما أظهر 15 % منها مقاومة من الدرجة 2 و 10 % منها مقاومة من الدرجة 3.

وأصبح إبلاغ الأفراد عن المقاومة الناشئة للفاستيادار (إس بي - سلفادوكسين وبيريميثامين) خلال العام المنصرمين أمراً شائعاً بصورة متزايدة على الرغم من عدم إتمام أية دراسات بعد. وقد أصبح الميفلوكوين متاحاً في الوقت الحاضر على نطاق واسع، ولكن لم تظهر حتى الآن تقارير عن ظهور مقاومة له.

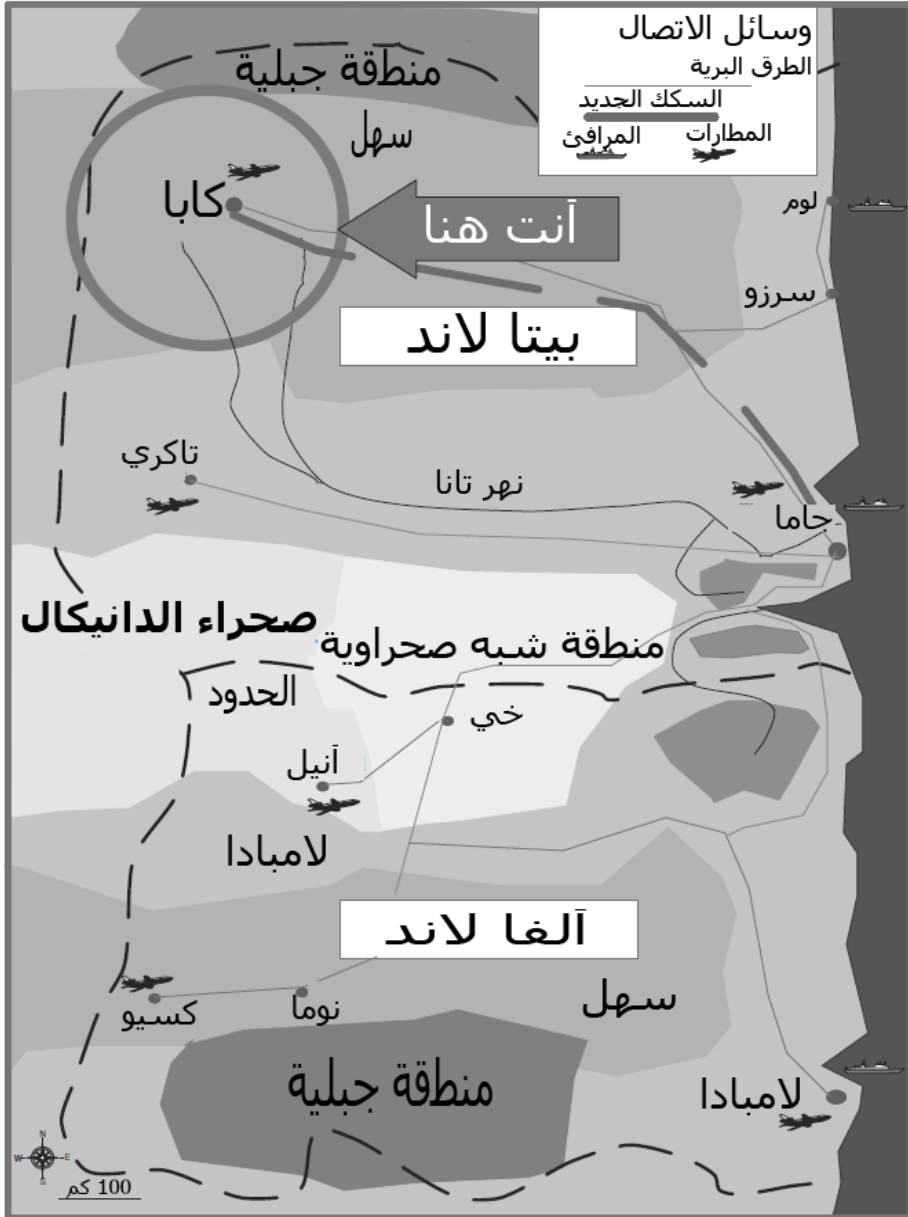
* نشرة منظمة الصحة العالمية 78 (1997): 234 - 246.

الإطار 4

الخريطة الجغرافية لتقييم غاما وخرون وعوالي وبرو وتاكري وساكو وتريت



معلومات عن كابا



رقم 1041	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، منظمة الصحة العالمية، شعبة تعزيز الخدمات الصحية	

الأنظمة الصحية في بيتا لاند

تواجه بيتا لاند مشاكل صحية مماثلة لتلك المشاكل التي تواجهها البلدان الأخرى بالمنطقة. والحكومة موقعة على إعلان ألما آتا ووزارة الصحة تطبق استراتيجية لإعادة توجيه خدماتها الصحية وفق مبادئ الرعاية الصحية الأولية بالتعاون مع المستشارين الفنيين التابعين لمنظمة الصحة العالمية.

تم تعزيز برامج التحصين وزادت معدلات تغطية التحصين الكاملة (12 - 23 شهراً) إلى 50 % في المناطق الحضرية، لكنها ظلت منخفضة (20 - 30 %) في المناطق الريفية. وقد قدرت معدلات التحصين الوطنية لعام 1997 - 1998 بمعدل 38 % لداء الحصبة و 49 % لشلل الأطفال و 15 % للقاح الخناق والشاهوق والكرزاز.

الحضر	الريف	
60 %	12 %	الحصول على مياه آمنة
50 %	17 %	المراحيض

تتمثل الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال في الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة والملاريا والحصبة. ويعاني الأطفال من الهزال (الوزن مقابل السن) بنسبة 23 % والمقرّم (الوزن مقابل الطول) بنسبة 47 %. وقد قدرت نسبة وفيات الأطفال الرضع في عام 1996 بعدد 154، ونسبة وفيات الأطفال بعدد 232. * ويمثل الإيدز والسل والأنواع المختلفة من السرطان والمشاكل المتعلقة بالحمل وحوادث السيارات الأسباب الرئيسية المؤدية للوفاة بين البالغين (بناءً على البيانات المجموعة من المستشفيات). فقد قدر انتشار الإيدز بنسبة 22 % (حسب الدراسات الطبية عن فترات ما قبل الولادة) داخل المناطق الحضرية و 9 % داخل المناطق الريفية.

* اليونيسيف: وضع الأطفال بالعالم، 1998

رقم 1042	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	جنيف، ممثل منظمة اليونيسيف	

مشاريع المياه في بيتا لاند

بدأت منظمة اليونيسيف برنامجاً مهماً للمياه في منطقة جنوب كايا. ويهدف البرنامج إلى توفير مياه آمنة إلى 50000 شخص يعيشون خاصة في المناطق الريفية. يوجد ممثل في بيتا لاند تابع لمنظمة اليونيسيف يرعى العديد من البرامج.

معلومات عن كابا

رقم 1043	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، السكرتير الدائم، وزارة الداخلية	

لقاء أجراء السكرتير الدائم، وزارة داخلية بيتا لاند

سؤال: كيف هو الوضع على الحدود؟

جواب: نحن قلقون جداً بشأن الوضع على حدود ألفا لاند ومتخوفون من نشوب حرب عصابات وامتدادها إلى هذه المنطقة بأكملها. وتواصل سلطات لامبادا اتهامنا زوراً وبهتاناً بإيواء جماعات مسلحة على أراضيها. إن هذا الوضع المتوتر، مصحوباً بالتصريحات الملتهية التي تصدر من جانب ألفا لاند، يزيد من خطورة نشوب نزاع بين القوات المسلحة للبلدين.

سؤال: هل تعتقد أن هذا الوضع سيستمر طويلاً؟

جواب: يصعب قول ذلك، لكنك تعلم بأن الوضع السياسي ظل متوتراً فترةً طويلةً داخل مقاطعة سيغما، ولا أرى كيف يمكن حله بسرعة. وعلى الرغم من ذلك، فإن حكومتنا مستعدة لتقديم يد العون في أية عملية تفاوض تؤدي إلى حلٍ عادلٍ ومقبول لدى كافة الأطراف.

سؤال: كم عدد اللاجئين الذين يعبرون الحدود يومياً؟

جواب: تفيد المعلومات الأخيرة التي حصلنا عليها أن عدد اللاجئين الوافدين كان يصل إلى 10000 لاجئاً يومياً خلال الأسبوع الأول من ديسمبر/ كانون الأول، لكن عدد الوافدين الجدد انخفض منذ ذلك الحين.

سؤال: كم عدد الأشخاص الذين يعيشون في مقاطعة سيغما؟

جواب: حوالي 1.5 مليون.

سؤال: ماذا سوف يكون موقف حكومتكم إذا استمر التدفق؟

جواب: تقضي سياسة حكومتنا بقبول جميع اللاجئين حتى الآن، ولكن إذا استمر عددهم في التزايد بالسرعة التي رصدناها مؤخراً، فقد يتوجب علينا أن نغير سياستنا.

سؤال: بأية طريقة؟

جواب: سوف نقوم بدوريات على الحدود بأكملها ونحد من توافد اللاجئين حتى يقتصر على عدد قليل من المناطق المحصورة.

سؤال: هل تحتاج الصحافة والوكالات الإنسانية إلى تصاريح خاصة للوصول إلى منطقة الحدود؟

جواب: نعم، للوصول إلى الحدود نفسها. وسوف يصدر مكتبي تصريحًا للوكالات الإنسانية للسفر إلى منطقة الحدود. ولكن من الأفضل أن تجري الاتصال بالسلطات العسكرية في غاما للحصول على التصريح النهائي.

(يقترح السكرتير أن يتم السفر إلى غاما جواءً، وهناك يتم التواصل مع والي الإقليم الذي سوف يوفر لفريق الإغاثة إحدى المركبات. وعلاوةً على ذلك، سوف ترسل وزارة الداخلية أحد ممثليها إلى غاما مع الفريق).

رقم 1044	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	

الالتقاء بممثل المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة في كابا

يتمركز ممثل المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة في بلدٍ مجاور حيث توجد مشاكل قديمة مرتبطة باللاجئين. وقد أتم زيارته الأولى إلى بيتا لاند في يوليو/ تموز من عام 1999 مع وصول المجموعات الأولى من اللاجئين إلى البلد، لكنهم كانوا يتلقون الرعاية في معظم الأمر من الأقرباء الذين يعيشون في إبسيلون، ولم تبرز إلا حاجة قليلة للمساعدة الخارجية. وكان قد عُيِّن في ذلك الوقت ممثلًا محليًا لمتابعة الوضع.

وصل ممثل المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة إلى كابا منذ أربعة أيام بعد تلقيه معلومات تفيد بأن عددًا كبيرًا من اللاجئين من ألفا لاند دخلوا البلد. اتصل بمختلف وزارات الحكومة المعنية بالوضع. وقضى قبل يومين يومًا واحدًا في منطقة العوالي يزور المواقع التي تتمركز فيها مجموعات اللاجئين الجدد. ويقدر الممثل في الوقت الحاضر وجود حوالي 40000 لاجئ في المخيم وما يقرب من 20000 مستقرون ذاتيًا في إبسيلون.

ويعتقد بأنهم في حالٍ مزرية، وعلى وجه الخصوص المتواجدون منهم داخل المخيم. وقد اتخذت المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة خطواتٍ لتقديم المساعدة للاجئين. وتشمل الخطوات التي يلزم اتخاذها ما يلي:

- يلزم على المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة أن تقوم بتسجيل اللاجئين.
- طلبت المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة من الحكومة تقديم المساعدة للاجئين. وقد تم الاتفاق على إرسال فريق طبي حكومي ليبدأ العمل في المخيم، وعلى توزيع الأغذية من قبل الحكومة، وبالإضافة إلى ذلك، توفير الخدمات الطبية للاجئين المستقرين ذاتيًا والمتناثرين حول إبسيلون.

رقم 1045	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	كابا، السكرتير الدائم، وزارة الدفاع	

معلومات مقدمة من وزارة الدفاع

صرح السكرتير الدائم لدى وزارة الدفاع بأن وزارته تتابع الوضع عن قرب بسبب احتمال خطر نشوب نزاع بين البلدين. وذكر السكرتير الدائم بأن حكومة ألفا لاند أصدرت بياناً تقول فيه إن أي تدخل من جانب بيتا لاند سوف يُنظر إليه على أنه عدوانٌ على ألفا لاند. لا ترغب حكومة بيتا لاند في تقديم أي دعم إلى حركة تحرير زوارة، لكنها مستعدة لتقديم المساعدة لسكان ألفا لاند المدنيين. ويُؤمل ألا يُنظر إلى هذه المساعدة كتدخل في الشؤون الداخلية لألفا لاند. ما زالت الحدود مفتوحة أمام سكان ألفا لاند المدنيين حتى هذه اللحظة، ولكن ليس أمام أفراد حركة تحرير زوارة. وعلى الرغم من ذلك، إذا استمر تدفق اللاجئين في الازدياد سريعاً، فإن الحكومة قد تختار إغلاق الحدود لتجنب حدوث مشاكل أمنية في مقاطعة إبسيلون. ولا تعارض وزارة الدفاع تيسير وصول الوكالات الإنسانية إلى منطقة الحدود.

رقم 1046	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	كابا، نائب السكرتير، وزارة الداخلية	

الوائح الحكومية المتعلقة بالوصول إلى مناطق اللاجئين

يحظر الوصول إلى الإقليم على كافة الأشخاص من غير المواطنين. ولذا من الضروري تأمين إذن خاص لزيارة إقليم غاما. ويلزم في غاما، الحصول على تصريح آخر من وزارة الدفاع للوصول إلى مقاطعة إبسيلون. يُحكم الجيش السيطرة على الحدود، ويُحظر الوصول إلى ألفا لاند براً.

رقم 1047	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مندوب اللجنة الدولية للصليب الأحمر	

مندوب اللجنة الدولية للصليب الأحمر: زيارة إلى وزارة الصحة في كابا

أخبرت اللجنة الدولية للصليب الأحمر السكرتير الدائم لدى وزارة الصحة بأنها تود تقييم الوضع في إقليم غاما بالتعاون مع جمعية الهلال الأحمر ببيتا لاند.

يساور اللجنة الدولية للصليب الأحمر قلق شديد إزاء جرحى الحرب والأسرى والسكان المدنيين. وقد حصلت اللجنة الدولية للصليب الأحمر على إذن من وزارة الداخلية بدخول الإقليم والذهاب إلى خرون، حيث تبدو المشكلة حادة بشدة.

رقم 1048	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مندوب اللجنة الدولية للصليب الأحمر	

دور اللجنة الدولية للصليب الأحمر

أعلم المندوب السلطات خلال زيارة إلى مكتب الصحة الإقليمي في غاما بأن اللجنة الدولية للصليب الأحمر تتولى مهمة ضمان حصول جرحى الحرب على الرعاية الطبية. وقد أشار إلى مسؤولية المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة في حماية اللاجئين ومساعدتهم، لكن اللجنة الدولية للصليب الأحمر تساعد جميع ضحايا الحرب، بمن فيهم السكان المدنيون المصابون.

رقم 1049	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة الزراعة	

سياسة التنمية: الزراعة في بيتا لاند

1. سياسة التنمية الخاصة بالحكومة

لم تكن البلاد مستعدة للحكم الذاتي عقب الاستقلال مباشرة، واستغرق الأمر العديد من السنوات حتى يتسنى وضع سياسات تنمية واضحة طويلة الأجل. وأقر بأن التنمية هي الأمل الوحيد للتخلص من المديونية المتنامية والاعتماد على البلدان الأجنبية. وقد تم تحديد الأهداف التالية من الخيارات المتاحة:

1. تنمية السهل الساحلي من خلال البرامج الزراعية لإنتاج محاصيل مولدة للنقد ومن خلال التوسع في عمليات الخشب.
2. تعزيز إنتاج الفول السوداني في منطقة زوارة، الأمر الذي يدر المال للمنطقة، ومن ثم يحفز مزيداً من التنمية.

وعندما بدأ البدو الرحل يطلبون مساعدات للتنمية في مناطقهم الصحراوية وشبه الصحراوية بعد سنوات قلائل من ذلك، باشرت الحكومة، مع الاعتراف بأن استمرار الهجرة بحثاً عن مراعي الكلاً الجديدة كان أمراً يخلق المشاكل، تنفيذ برنامج حفر آبار لدعم مزارع تربية الماشية في الأراضي الواقعة قرب الحدود. وقد كان الهدف، الذي تحقق جزئياً، هو جعل تنقل البدو الرحل يقتصر على مناطق أصغر وزيادة إمداد المناطق الحضرية باللحوم.

2. التنمية في السهل الساحلي

مثلت التنمية على السهل الساحلي الأولوية، وشهدت المنطقة ناحية الشمال من سرزو أكثر مبادرات التنمية. وقد ركزت الأنشطة القائمة هنا على قطع الأخشاب الناضجة وتعزيز زراعة المحاصيل المولدة للنقد مثل الموز وقصب السكر والقطن وزيت النخيل. وتطلب هذا الأمر مد السكة الحديدية ناحية الشمال على طول الساحل، ذلك المشروع الذي يوفر فرص عمل موسمية، وعلى وجه الخصوص لعمال زوارة وغونلايس. ويقوم بأعمال بناء خط السكة الحديدية وقطع الأخشاب اتحاد تترأسه شركة لوز هو التي تتخذ من المملكة المتحدة

مقرًا لها. أما الدعم المالي المقدم لمصانع معالجة المحاصيل وتنمية المحاصيل المولدة للنقد فتوفره شركات أخرى متعددة الجنسيات في الاتحاد. وعلى الرغم من ذلك، تتحمل حكومة بيتا لاند مسؤولية التسويق، عبر هيئة تسويق، وتعتمد ضمانات القروض لديها على أسعار السوق العالمية. وتُخصص معظم موارد التنمية في البلاد إلى السهل الساحلي.

3. التنمية في منطقة الهضبة

عُلفت آمالٌ كبيرة على الدخل المتوقع من الموارد المعدنية المتوافرة في منطقة الهضبة خلال فترات الاستعمار. وقد حفزت هذه الآمال إنشاء خط سكة حديدية وتحديد مدينة كابا كمحطة واحدة على الخط. وبيات واضحًا، على الرغم من ذلك، أن الموارد المعدنية كانت ذات درجة أقل مما كان متوقعًا وأصبحت كابا في الحقيقة في نهاية الخط. وبما أنها كانت مركزًا إداريًا للمستعمر، تطورت الصناعات حولها. وعندما نالت البلاد الاستقلال، كانت كابا المكان المناسب لمقر الحكومة الجديدة.

وزادت كابا حجمًا من حيث المساحة منذ ذلك الحين. وكانت غالبية الأشخاص الذين هاجروا إلى المدينة من زوارة وغونلانيس والذين انضموا إلى القطاع غير الرسمي في الأوقات العصيبة في الوطن. ودعمت الحكومة أسعار الحبوب في كابا للتحكم في هذه الهجرة، الأمر الذي خلق سوقًا سوداء ضخمة وكذلك مضارباتٍ جماعية في المناطق المتأثرة بالقحط حيث لا يمكن للحكومة أن تتحكم في أسعار الحبوب.

أخفقت كل المحاولات الرامية إلى تنمية منطقة الهضبة؛ ولم يحقق النجاح سوى المحاصيل المولدة للنقد مثل البن والقطن المزروعة على طول خط السكة الحديدية الممتد من كابا إلى سرزو.

4. التنمية في زوارة

قادت عشر سنواتٍ من الظروف المناخية الجيدة بصورة استثنائية حيث هطول الأمطار بمعدلٍ فاق المتوسط، السكان، بمساعدة الحكومة والمستثمرين الأجانب، إلى تكثيف زراعة الفول السوداني في الأراضي القريبة من الحدود. وقد تم تشجيع هذا التوجه أكثر من خلال الأسعار المرتفعة في أسواق السلع بالعالم. وأصبحت أراضي الكلا الواقعة على حافة الصحراء أكثر ندرَةً من ذي قبل في الوقت ذاته.

ووجدت الحكومة فرصةً هنا لتطوير شبكة آبار داخل المنطقة ولإنشاء مزارع تجريبية لتربية الماشية سعياً منها إلى تشجيع البدو الرحل على الاستقرار.

وبدأت الحكومة في التنمية في قطع الأرض الصغيرة المسقية في مقاطعة إيسيلون لزراعة الحبوب الغنية بالبروتينات، كطريقة لمعالجة مشكلة سوء التغذية في البلاد. وتم بالفعل توزيع بذور الحبوب عالية البروتين على أساس رقعة الأرض في بعض الأماكن في إيسيلون وفي منطقة الهضبة.

رقم 1050	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير إدارة التغذية، وزارة الصحة	

سياسة التغذية في بيتا لاند

1. مراقبة التغذية على المستوى الوطني

يقوم نظام مراقبة التغذية في بيتا لاند على قياسات أنثروبومترية في مراكز الرعاية الصحية. يجمع عمال الصحة داخل المجتمعات المحلية البيانات، التي تكون عبارة عن قياسات أنثروبومترية أساساً، ويقومون بتصنيفها باستخدام نظام غوميز للتصنيف. ويُعد هذا البرنامج جديداً واستغرق إعداده وقتاً طويلاً. ولم يتم جمع البيانات لفترةٍ طويلة كافية بعد حتى يتسنى إعداد دراسةٍ طويلة، ولا تملك إدارة الإحصائيات الصحية أي مرافق لتحليل البيانات الموجودة. وعلى الرغم من ذلك، فقد جرى إتمام دراسة تجريبية في العام 1997.

وتقول إدارة التغذية إن الوضع الغذائي الوطني العام وفق نظام غوميز للتصنيف وباستخدام المعايير المرجعية للمركز الوطني لإحصائيات الصحة يُصنّف على النحو التالي: 20% عند الدرجة 0 (تغذية عادية)؛ 62.5% عند الدرجة 1 (سوء تغذية معتدل)؛ 15% عند الدرجة 2 (سوء تغذية متوسط)؛ و2.5% عند الدرجة 3 (سوء تغذية حاد). ويعتبر مرض كواشيوركور بصورة عامة المرض الأكثر شيوعاً على طول الساحل وفي قبيلة زوارة، كما أن فقر الدم شائع، لكن انتشاره الفعلي يصعب قياسه، حيث ينعدم وجود طريقة موحدة يتبناها عمال الصحة لتقييمه في غياب المرافق المخبرية. وكانت نسبة نقص فيتامين أ بين الأطفال ممن هم دون الست سنوات 5% حسب دراسة شملت أفراد قبيلة زوارة في عام 1996. وقد تم استخدام بقع بيتوت كمعيار للتشخيص.

2. برنامج التغذية للأطفال الذين يعانون سوء التغذية

- علاج الأطفال ممن هم دون سن السادسة من المصابين بسوء التغذية من الدرجات 2 و3 مجاناً دون أي رسوم.
- إدخال الأطفال من المصابين بسوء التغذية من الدرجة 3 إلى أقرب مستشفى لتلقي العلاج.
- يحصل الأطفال من المصابين بسوء التغذية من الدرجة 2 على حصة من الحليب على مدار ستة أيام في الأسبوع. ويتكون الحليب من 50 غم من مسحوق الحليب في 250 مل من الماء. وعلى الرغم من ذلك، لا تكفي المون من الحليب تماماً لتغطية الاحتياجات في البلاد بأكملها.
- اكتشاف سوء التغذية بواسطة نظام عيادات صحة الأم والطفل. ولا تتوافر إحصاءات عن درجة تغطية البرنامج للاحتياجات حالياً.

3. برنامج التثقيف الغذائي ومنتجات الفطام

يُحتمل عمال الصحة الحكوميون مسؤولية تثقيف الأمهات حول طريقة إطعام أطفالهن. وقد عينت الحكومة مصنع أغذية لإنتاج خليط الفطام القائم على الحبوب الغنية بطحين الصويا والحليب المجفف قليل الدسم ومزود بالفيتامينات والمعادن. هذا المنتج الذي يُطلق عليه اسم «نوتريفورت»، هو لذيذ ورخيص، ويمثل محط تركيز حملة تسويق رئيسية في أنحاء بيتا لاند. نشأت بعض المشاكل بسبب أن المنتج جديد وغير مألوف. فيجب تشجيع الأمهات على شراء هذا المنتج بدلاً من علامات تجارية مستوردة من وجبات الأطفال والمنتجات الأخرى والتي تقلّ عنه قيمة وتزيد عنه سعراً. ومن ثم يُقدّم برنامج تدريبي لتثقيف عمال الصحة العامة وتلقيهم معرفة جيدة عن الأطعمة والوسائل المتاحة للوقاية من سوء التغذية.

4. برنامج بالتعاون مع وزارة الزراعة

طورت وزارة الزراعة، بالتعاون مع المنظمات الدولية، في منطقة صغيرة مسقية تقع بالقرب من نهر تانا في ضواحي إيسيلون، مجموعة متنوعة من حبوب البرغل التي تحمل محتوى بروتين مُحسّن وتدر إنتاجاً أفضل، وذلك بغية تحسين وضع التغذية العام للسكان. وقد تمثلت أهداف هذا البرنامج في القضاء على كواشيوركور في إيسيلون ومساعدة قبيلة زوارا على تحقيق الاكتفاء الذاتي في الإنتاج الزراعي في غضون 10 سنوات. وجرى توزيع بعض البذور من مجموعة من الأنواع المحسنة مجاناً في منطقة إيسيلون ومنطقة الهضبة. وأنشئ عدد من المزارع في منطقة دانيكال لمساعدة البدو الرحل على الاستقرار وإمداد المدن الكبيرة باللحم.

رقم 1051	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل المعهد الوطني للتغذية ببيتا لاند	

عادات الطعام لدى السكان المحليين ببيتا لاند

تتباين الأنواع المفضلة من الأطعمة لدى السكان حسب الجماعة العرقية.

- يُعد الدخن والسرغوم من السلع الغذائية الرئيسية بالنسبة للفلاحين. وتشمل الأغذية الأخرى الفول السوداني والفول والفاصوليا، وكذلك مجموعة متنوعة من الفواكه والخضروات الأخرى في الموسم.
- ويُستهلك الأرز والقمح بكميات محدودة. ويُستهلك اللحم أحياناً. وتُستهلك الأسماك المجففة أو المدخنة على نطاق واسع على طول الساحل.
- تعيش قبائل البدو الرحل بصورة أساسية على الحليب المكثّل بالحبوب (السرغوم)، وعلى وجه الخصوص خلال الموسم الجاف. ولا يُستهلك اللحم بانتظام – ربما مرة أو مرتين في الشهر. ويتم الحصول على السكر والأرز والتمر والشاي والقهوة والزبد

بنظام المقايضة. وتحدث فجوة الغذاء بالنسبة للمزارعين خلال موسم الأمطار، حيث ينتظرون جني المحاصيل الجديدة، وبالنسبة للبدو الرحل خلال الموسم الجاف، عندما يقل إنتاج الحليب.

رقم 1052	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل المعهد الوطني للتغذية ببيتا لاند	

المعلومات المقدمة من ممثل المعهد الوطني للتغذية ببيتا لاند في كابا

درجة سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة في بيتا لاند

سوء التغذية مشكلة متوطنة في بيتا لاند. وتفيد التقديرات أن نصف عدد السكان لا يحصلون على الكمية الكافية من السعرات الحرارية. وتتمثل الأسباب الرئيسية لذلك في قلة الأغذية في الأسواق في بعض المناطق وانخفاض مستويات الإنتاج وارتفاع الأسعار وتراجع الدخل لأغلبية السكان وعادات الأكل والتثقيف الغذائي الضعيف على مستوى الأسرة (الطعام)، والتكلفة العالية للبذور والأسمدة.

وتُعد مرافق تخزين الغذاء على مستوى الأسرة ضعيفة. ويُقدَّر أن نسبة ضياع الأغذية في المناطق الريفية تتراوح بين 25 % و 30 % من الأغذية نتيجة التخزين الخاطئ.

تُظهر الدراسات التي أُجريت في مراكز الصحة أن 65 % من الأطفال ممن هم دون سن الخامسة يعانون سوء التغذية؛ ويعاني سوء التغذية الحادة 25 % من هذه النسبة (أقل من 70 % من الوزن مقابل السن القياسية). وتُظهر الدراسات التي أُجريت على السكان بصورة عامة أن 10 % - 20 % من الأطفال يعانون سوء التغذية بحسب المنطقة (أقل من 80 % من الوزن مقابل السن القياسية).

ووضع برنامج لعلاج الأطفال المصابين بسوء التغذية الحادة في مراكز الصحة. وتوزع المراكز البابا (وهو طعام مغذٍ مصنوع محلياً) على الأسر التي تضم أطفالاً يعانون سوء التغذية. وعلى الرغم من ذلك، لا يغطي هذا البرنامج سوى 20 % من سكان كابا.

وتُقام مراكز علاج التغذية بمساعدة المنظمات غير الحكومية في حالات الطوارئ المتعلقة بالجفاف.

وترتبط النسبة المرتفعة من وفيات الأطفال جزئياً بالمستوى المرتفع من سوء التغذية في البلاد.

مشاكل التغذية الأخرى:

نقص فيتامين أ:

أجريت دراسة في المناطق الصحراوية في عام 1993 (دانيكال وإيسيلون الغربية) أظهرت أن انتشار نقص فيتامين أ السريري (يقع بيتوت) بلغ نسبة 2.5%. بينما أظهرت دراسة أخرى أن نسبة فيتامين أ في مستوى الدم تبلغ أقل من 100 ملغم/ لتر لدى 40% من الأطفال في المناطق الريفية.

وقد تم التخطيط لبرنامج وقاية يقوم على توزيع أقراص تحتوي على 200000 وحدة من فيتامين أ في مراكز الصحة. ولكن لم يتسنّ حتى الآن تغطية سوى 10% من السكان المشمولين بالبرنامج.

فقر الدم:

يُمثل فقر الدم مشكلة أساسية تعاني منها النساء الحوامل. فقد قدر أن 20% منهن يحملن مستوى هيموغلوبين (Hgb) أقل من 9 غ/عشرة لتترات.

رقم 1053	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة الشؤون الاجتماعية	

الخيارات السكنية المفضلة في بيتا لاند

يتمثل المسكن الأكثر شيوعاً للمزارعين في المناطق الريفية في التوكول الدائري الكوزي الشكل، والمبني من القوائم الخشبية، وسيقان الذرة والطين المخلوط بالقش وأكوام العشب أو ألواح الحديد المموج. ويتألف نمط السكن الريفي العادي من منازل متناثرة محاطة بالحقول المزروعة. ويعيش البدو الرحل في منازل يمكن تفكيكها، وفي أكواخ محمولة مصنوعة من فروع السنط يتم تركيبها في إطار على شكل قبة وتتم تغطيتها بحصائر العشب. وتباين المساكن الحضرية، على الرغم من أن معظم المنازل يتم بناؤها من الطوب المحروق في الأفران أو بلوكات الأسمنت ويتم تسقيفها بألواح الحديد المموج.

رقم 1054	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة الأشغال والمؤن	

توافر مواد البناء

تتوافر مواد البناء الأكثر استخداماً بصورة شائعة في البلاد. ويوجد مصنع أسمنت في سرزو، لكن إنتاجه لا يكفي لسد احتياجات البلاد، ولذا يجب استيراد بعض الأسمنت من البلدان المجاورة. ويتوافر حجر البناء والرمل في أنحاء البلاد كما يتوافر الخشب بكثرة في الشمال، ولكن جزءاً كبيراً منه يُصدّر. ويكون الخشب باهظ الثمن في الجنوب.

يتم استيراد ألواح الحديد المموج وتتاح على الدوام تقريباً بسماكات متعددة. يُصنع الخشب الرقائقي وألواح البلوك في سرزو. ويتوافر الحرفيون في أنحاء البلاد وتدرج مهاراتهم وفق التدريب الفني الذي تلقوه.

رقم 1055	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، السكرتير الدائم، وزارة النقل	

النقل في بيتا لاند

يقول السكرتير الدائم إن المواصلات بين كابا وغاما جيدة للغاية. فعلى الرغم من أن الرحلة إلى غاما تستغرق 24 ساعة برّاً، فإنه يمكن قطع هذه المسافة خلال ساعتين جواً. ولا يوجد في الوقت الراهن سوى رحلتين في الأسبوع. الوفود مقيّد في البلاد حيث يُستورد بالكامل عبر مرفأ سرزو. ووزارة الداخلية هي التي تقوم بإصدار تصاريح حصة الوفود. وتبلغ التكلفة الحالية للوفود 2 بيتا لكل لتر.

1. نظام الاتصال

- الخدمة البريدية جيدة بصورة عامة على الرغم من أن التوزيع الداخلي للبريد يكون بطيئاً في الغالب.
- الاتصالات الهاتفية متاحة بين معظم المدن والبلدات، وتستخدم التجمّعات السكانية الكبيرة في الوقت الراهن على أنظمة رقمية للاتصال المباشر من إريكسون.
- أجهزة الفاكس متاحة في معظم المكاتب البريدية.
- خدمات البريد الإلكتروني متاحة فقط في كابا. ويتم تنزيل الرسائل الواردة إلى كابا من لندن فقط مرتين أو ثلاثاً أسبوعياً.

2. نظام النقل

السكة الحديدية

تمثل دولة بيتا لاند المالك الرسمي لنظام السكة الحديدية، باستثناء الخط الجديد الممتد من سرزو إلى الشمال الذي يديره اتحاد التنمية. وتسير أعمال إصلاح الخطوط وصيانتها بشكل جيد، إلا أن صيانة القطارات واستبدالها ضعيف بصورة عامة. وتسير قطارات الشحن يومياً بين كابا وسرزو وبين سرزو وغاما.

قدرة الحمل

زاد عبء العمل على الشبكة وتكون حالات التأخر في النقل والمواصلات طويلة (1 - 2 شهر)، لكن الخدمة الأسرع تكون متاحة أحياناً ولكن يجب دفع ثمنها. ويضم القطار الذي يربط العاصمة بالمرفأ 50 عربة شحن كحد أقصى، وتبلغ سعة كل عربة 40 طنًا.

أما القطار الذي يذهب من سرزو إلى غاما فيضم عادةً من 20 إلى 30 عربة شحن، تبلغ سعة كل عربة 40 طنًا. وتبلغ تكلفة النقل 400 بيتا لكل 100 كيلومتر للطن.

النقل البري

توجد شركتنا نقل رئيسيتان، إحداهما في كابا والأخرى في سرزو. ويبلغ العدد الإجمالي للشاحنات التي تملكها كلتا الشركتين حوالي 80 شاحنة. وهناك مشكلتان رئيسيتان تعوقان النقل البري وهما: حالات التعطل المتكررة، مع صعوبة الحصول على قطع الغيار، ووجود نقص دائم في الوقود. وعندما يحدث نقص في الوقود، يكون النقل البري ممكناً فقط إذا دُفعت رسوم إضافية، ما يعني أنه يكون متاحاً فقط للأشخاص القادرين على دفع هذه الرسوم غير الرسمية. ويتوجب على شركتي النقل أن تخدم المصالح الشخصية لعملائهما. تتباين التكلفة تماماً ويعتمد ذلك على الطلب وعلى الشخص الذي يرغب في شحن البضائع وعلى الأماكن التي يجب إيصال البضائع إليها. ويمكن أن تختلف التكلفة كمؤشر من 100 بيتا/ للطن/ لكل 100 كم إلى 350 بيتا/ للطن/ لكل 100 كم أو أكثر، عندما يكون الوقود نادراً.

النقل الجوي

تتنقل الخطوط الجوية الوطنية الركاب بصورة أساسية على متن طائرتين من طراز «بوينغ 737» وطائرتي «فيكرز فيسكونت». أما الحجم الإجمالي لرحلات طيران الشحن الداخلية، فهو ناهه. وهناك رحلات طيران دولية إلى كابا تسيّرّها الخطوط الجوية الفرنسية والخطوط الجوية البريطانية والخطوط الجوية الهولندية والخطوط الجوية لمي بي، وجميعها تحمل الشحنات. وتتوافر طائرات الشحن في المنطقة، وبصورة أساسية دي سي - 3 إس ودي - 6 إس وسي - 130 إس.

رقم 1056	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مسؤول الإعلام، هيئة الطيران المدني	

مطار كابا

يُعد مطار كابا المطار الرئيسي للبلاد، ويتعامل مع معظم حركة الملاحة الجوية الدولية في البلاد.

سمات مدرج الطيران:

الارتفاع:	1041 متراً
متوسط درجة الحرارة (المئوية):	21 درجة مئوية
الانحدار:	1.09 %
الطول:	3000 متر
الطائرات:	كل أنواع الطائرات، بما في ذلك طائرات الديو سي 10 وبي 747 وإيه بي 340-400 والسي 5 إيه والأنتونوف 124
أوكتين الوقود:	100/ جيه إيه 1
السطح:	من الأسفلت أو الخرسانة
المطارات البديلة:	لامبادا (ألفا لاند)، بوناورو (باسام لاند)

المساعدات:

ILS, DME, VOR, NDB, LSA-(07), LVA, LR,
.LTX, LB, LO, MD, MC, MT, MTD, MS, MTX, MO, L4, L5, L9

ويمكن العثور على المعلومات المُحدّثة عن هذا المطار في الإصدارات الأخيرة في الوبكلي إينترناشونال نوتامس، ودليل الرحلات الدولية، وخطة الملاحة الجوية الخاصة بمنظمة الطيران المدني الدولي.

رقم 1057	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مسؤول الإعلام، هيئة الطيران المدني	

حركة الملاحة الجوية

تكون حركة الملاحة الجوية مكثفة بين العواصم الإقليمية وعاصمة البلاد. وتقلع رحلتان كل أسبوع بين كابا وغاما (الخطوط الجوية لبيتا)، وثلاث رحلات أسبوعياً بين كابا وتاكري. ومن الممكن تأجير طائرة صغيرة في كابا من «بيتا لوك إير ترانسبورت» (الشعار: بيتا لوك نيكست تايم).

رقم 1058	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مسؤول الإعلام، هيئة موانئ بيتا لاند	

مرفاً سرزو

يتميز مرفاً سرزو بالسّمات التالية:

العمق عند المدخل:	11 - 16.5 م	المنصات :	10000
المراسي:	5	مخزن للحاويات:	40000 م ²
العمق على طول المرسى:	8 م	وقود:	متاح
الحد الأقصى للغاطس الآمن على طول المرسى:	10 م	مياه شرب:	متاحة
رافعات متحركة:	35 طنًا، 55 طنًا	إصلاحات صغرى:	مرافق محدودة
رافعات حاويات:	1 (بحد أقصى 12 طنًا)	سحب:	إجباري
رافعات شوكية:	24	توجيه:	إجباري

رقم 1059	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مسؤول الإعلام، هيئة موانئ بيتا لاند	

مرفاً غاما

يتميز مرفاً غاما بالسّمات التالية:

العمق عند المدخل:	7.62 م
العمق على جانب المرسى:	3.66 م
الحد الأقصى للغاطس الآمن:	3.3 م
الحد الأقصى لطول السفينة:	167.5 م
الشحن والتفريغ باستخدام ترس السفينة	
إصلاحات صغرى:	متاحة
سحب:	إجباري
توجيه:	إجباري

رقم 1060	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مسؤول الإعلام، هيئة موانئ بيتا لاند	

مرفاً لوم

يتميز مرفاً لوم بالسماط التالية:

عدد 1 مرسى بطول 73 مترًا وعرض 4.3 متر

إصلاحات صغرى: غير متاحة

سحب: غير متاحة

توجيه: إجباري

ملحوظة: يمكن أن يكون دخول الميناء خطيرًا أثناء هبوب الرياح الشمالية والشمالية الغربية

رقم 1061	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مسؤول الإعلام، هيئة موانئ بيتا لاند	

مرافق المرفأ

تسمح هيئة موانئ بيتا لاند باستخدام موانئ البلاد لإيصال المساعدات الإنسانية. وعلى الرغم من ذلك، فإنه يجب التأكيد على أن المون الإنسانية تخضع لإجراءات الجمارك العادية وكذلك على أن سعة التخزين في الموانئ محدودة للغاية.

رقم 1062	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مُمثل وزارة الاتصالات	

معلومات عن الاتصالات السلكية واللاسلكية

ظلت البلاد تملك قدرات البث التلفزيوني منذ عام 1984 حسب الاتحاد الدولي للاتصالات (1997)، ولكن هناك قناة واحدة فقط تسيطر عليها الحكومة (أنتينا بيتا لاند).

كما أن الحكومة تسيطر على كلتا محطتي الإذاعة.

الهاتف

تحتفظ مؤسسة البريد والاتصالات (بيتايل) بـ 30000 خط للمشاركين في أجزاء عديدة من البلاد. وهناك خمسة مقسمات آلية في كابا وواحد في غاما، يعمل جميعها بالتبديل الرقمي كما أن هناك 70 مقسمًا يدويًا في العديد من المدن. ويمكن إجراء الاتصالات الدولية بصورة مباشرة من كابا وسرزو، بينما تتطلب المكالمات من الأماكن الأخرى مساعدة المشغل الدولي. وتتوافر الهواتف الخلوية في كابا، ولكن لا يتوافر استقبال خارج العاصمة.

الفاكس

تتاح خدمة الفاكس على نطاق واسع في المراكز التجارية حيث تتوفر خدمات الهاتف ويضم كل مكتب بريدي جهاز فاكس.

التلكس

تضم مرافق التلكس 800 مشترك على الرغم من قلة استخدامها على نطاق واسع عن السابق.

البريد الإلكتروني

بدأت العديد من الشركات التجارية مؤخرًا تقديم خدمات البريد الإلكتروني في كابا وسرزو.

الاتصالات اللاسلكية

تملك جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند نظام راديو قصير الموجة يربط العاصمة كابا بالمدن الرئيسية في الأقاليم، على الرغم من أن عمليات النقل غالبًا ما تتم إعاقتها. ويتم الحصول على تصريح إنشاء أي نظام راديو من وزارتي الاتصالات والداخلية. ويقتصر استخدام أجهزة اللاسلكي داخل المناطق الحساسة الواقعة بالقرب من الحدود على جيش بيتا لاند.

رقم 1063	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة النقل	

الطريق الرابط بين خرون وعوالي

تقطع المياه القادمة من نهر بوي الطريق الرابط بين خرون وعوالي خلال موسم الأمطار، على الرغم من أن ذلك لا يدوم سوى ثلاثة أو أربعة أيام في كل مرة.

رقم 1064	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة النقل	

الطرق المائية في بيتا لاند

يُعد نهر تانا النهر الرئيسي والقابل للملاحة في ما بين بوري وغاما طوال العام، على الرغم من أن ذلك ينطبق فقط على السفن ذات الغواطس المخصصة للمياه الضحلة (1-2 متر).

رقم 1065	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، المدير العام، وزارة الصحة ببيتا لاند	

معلومات عن الصحة مقدمة من المدير العام، وزارة الصحة بيتا لاند

يمكن تلخيص القضايا الأساسية لسياسة الصحة في بيتا لاند على النحو التالي. وركزت سياسة الصحة التي انتهجتها الحكومة حتى عام 1992 على توفير رعاية علاجية ورعاية في حالات الطوارئ. وقد كان الهدف من ذلك هو إنشاء مستشفى رئيسي للإحالة في كل إقليم (مستشفى إقليمي) وعلى الأقل مستشفى واحد في كل مقاطعة. ودعت خطط الحكومة إلى إنشاء مستوصفات يعمل فيها الأطباء والممرضون في كل قرية يفوق عدد سكانها 5000 نسمة. وعلى الرغم من أن العمل الطبي الخاص مسموح به، كان الأطباء العاملون في العيادات الخاصة قليلين، ويتمركزون في العاصمة بصورة أساسية. نُظمت برامج الصحة العامة كأنظمة محددة للأمراض تهدف إلى مكافحة الأمراض المتوطنة مثل السل والجذام وداء المنشقات والملاريا على المستوى الوطني. وتُخصَّص لكل برنامج ميزانيته ويتلقى الدعم الإداري له ولعمال الصحة العاملين فيه. وقد تحمل المستشفى الجامعي في كابا مسؤولية تدريب الأطباء والممرضين الجدد في البلاد كما تم تدريب المساعدين الطبيين ومعاوني التمريض على المستوى الإقليمي.

وقد أخفقت هذه السياسة في إدخال التحسين المتوقع على الوضع الصحي نتيجة التمويل غير الكافي ونتيجة عدم إحداث تغيير في الانتفاع من المرافق الصحية.

تم اعتبارًا من عام 1992 تقديم دعم كامل لبرنامج الرعاية الصحية الأولية الذي اعتمد على عمال الصحة القرويين.

وجرى توظيفهم من بين القرويين من قِبَل الهيئات السياسية والصحية التقليدية، بموافقة السكان المحليين وبعد المشاركة في برنامج تدريبي مدته شهران. وقد تمثلت المسؤوليات المُلقاة على عاتقهم في تعزيز تحسين الصرف الصحي والتغذية الجيدة والولادة المنزلية الصحية للمولودين، وكذلك تشخيص الأمراض الشائعة وعلاجها. وكانوا يتلقون أجورًا من المجتمع المحلي بأية طريقة تكون مناسبة أكثر، مما يعني في الغالب أن القرويين يزرعون الأرض الزراعية الخاصة بعمال الصحة القرويين.

ومع ذلك، لم ينجح هذا البرنامج مطلقًا على أرض الواقع. فتجاهل عمال الصحة الآخرون معظم عمال الصحة القرويين. ولم يتم مطلقًا تخطيط البرنامج أو تنظيمه بشكل جيد. وأصبح عمال الصحة القرويون في بعض القرى يقومون بعمل «الطبيب»، ويبيعون العقاقير ويقدمون العلاج في الغالب، بينما تم تجاهلهم في بعض القرى الأخرى من القرويين الذين لم يقدموا الدعم الذي يحتاجه عمال الصحة. وما زال برنامج عمال الصحة القرويين قيد التنفيذ ولكن لم يتم تنفيذه بالكامل حتى الآن. وتغطي ميزانية الدولة المخصصة للسنوات الخمس القادمة تدريب 3000 عامل صحة قروي، إلا أن عملية التدريب تلك تبقى مسؤولية الأقاليم الفردية. وعلاوة على ذلك، لم يتم التوصل إلى اتفاق مرض حتى الآن حول طريقة أداء أجورهم، أي الاتفاق على توظيفهم للمداومة كامل الوقت في نظام الصحة، أو تلقي أجور عينية من القرويين.

رقم 1066	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، المدير العام، وزارة الصحة ببيتا لاند	

هيكل النظام الصحي ببيتا لاند

تنظيم النظام الصحي

وزارة الصحة (كابا)

مكتب الصحة الإقليمي

يضم مكتب الصحة الإقليمي (الذي يترأسه مسؤول الصحة الإقليمي) الإدارات التالية:

- إدارة الصحة العامة، وهي مسؤولة عن برامج الصحة العامة، برامج التحصين الموسع، الرعاية الصحية الأولية، مكافحة السل/ الجذام، ... إلخ.
- إدارة الخدمات الصحية، مسؤولة عن المستشفيات والمراكز الصحية
- إدارة التدريب، مسؤولة عن الإشراف على تدريب مساعدي الصحة ومعاوني التمريض وعمال الرعاية الصحية الأولية
- إدارة الصيدليات والمؤن الطبية
- إدارة الخدمات الإدارية، والتي تضم أقساماً للموظفين وأنظمة المعلومات والمعدات والتمويل لخدمات الأقاليم والمقاطعات.

مكتب الصحة في المقاطعة

يدير الخدمات الصحية في كل مقاطعة شخصان مسؤولان عن الصحة بالمقاطعة ومسؤول عن الخدمات الصحية العامة (بما في ذلك مراكز الصحة والمستوصفات) ومشرف طبي، والمسؤول عن مستشفى المقاطعة. ويتحمل مسؤول الصحة بالمقاطعة وفريق عمله مسؤولية الإشراف على المساعدين الطبيين ومعاوني التمريض، وعن عمال الصحة القرويين في المستوصفات ومراكز الإسعافات الأولية. ويتحمل مسؤول الصحة بالمقاطعة مسؤولية الفرق المتنقلة التي ترعى برنامج التحصين الموسع والملاريا والسل. وتدير الممرضات أو المساعدون الطبيون معظم مراكز الصحة، بينما يدير المستوصفات المساعدون الطبيون أو معاونو التمريض. وهم يقدمون للمرضى المقيمين وغير المقيمين (في حال المراكز الصحية) الرعاية الصحية العلاجية والوقائية. ومن المفترض أن يتم الإشراف على عمال الرعاية الصحية الأولية من قِبَل عامل الصحة المسؤول عن المركز الصحي الأقرب، ولكن لا يتم هذا الإشراف بصورة عامة.

رقم 1067	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، المدير العام، وزارة الصحة	

معلومات حول برامج التثقيف الصحي في بيتا لاند

الأطباء: ست سنوات بعد المدرسة الثانوية و عام واحد كطبيب معين في مستشفى كابا أو سرزو. ولا يعمل الأطباء في مراكز أقل مستوى من المستشفيات، باستثناء العدد الصغير والمتزايد من الممارسين في القطاع الخاص داخل المدن الرئيسية.

المرضات/ القابلات المنخرطات: ثلاث سنوات. موجهة في معظمها نحو الرعاية العلاجية بالمستشفيات، ومنها سنة واحدة كقابلة.

المرضات/ القابلات المسجلات: بدأت دورة تدريبية خاصة في مجال الصحة العامة قبل سنتين. وقد بدأت جامعة بيتا لاند في كابا برنامجاً مدته أربع سنوات يحصل المتخرج منه على درجة بكالوريوس العلوم في التمريض في عام 1989، وماجستير العلوم في التمريض في عام 1992.

عمال الرعاية الصحية الأولية: ستة أسابيع: دورة تدريبية نظرية لمدة أسبوعين، يتم عقدها في الغالب في عاصمة الإقليم، تليها أربعة أسابيع من الممارسة العملية (داخل أحد مراكز الصحة). تم تدوين كتيب مرجعي وطني، بناءً على ما جاء في نص منظمة الصحة العالمية، مركز الصحة الأولية.

المساعدون الطبيون: ثلاث سنوات بعد المدرسة الثانوية في إحدى المدارس الست التي تديرها المستشفيات الحكومية أو مستشفيات البعثة. ويكون المساعدون الطبيون مؤهلين لتشخيص الأمراض المعدية وعلاجها في العيادات والمستوصفات، وتنفيذ برامج التحصين دون إشراف طبي مباشر. ويكونون قادرين أيضاً على توفير الرعاية للمرضى المقيمين ممن يعانون أمراضاً غير معقدة.

رقم 1068	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، المدير العام، وزارة الصحة	

تكلفة الخدمات الصحية

الميزانية العامة للصحة:

1. الميزانية الوطنية للصحة: 4.5 % من الميزانية السنوية لبيتا لاند.
2. لا يوجد نظام تأمين صحي وطني، على الرغم من وجود بعض الأنظمة الخاصة في القطاع التجاري. ونتيجة للإصلاحات الأخيرة بقطاع الصحة، تتطلب عمليات التمريض وخدمات المرضى الخارجيين والأدوية الموصوفة بعض التعاون في دفع التكاليف، ذلك الأمر الذي يحدده كل مركز صحي وفقاً للسياسة المحلية.
3. يعمل بعض الأطباء والمرضى لحسابهم الخاص بعد ساعات العمل الرسمية. ويمارس البعض في القطاع الخاص كامل الوقت، ولا سيما في كابا.

4. يمكن شراء معظم العقاقير، بما في ذلك المضادات الحيوية من الصيدليات وكذلك من الأسواق المفتوحة. وقد انتبعت وزارة الصحة إلى وجود بعض المشاكل التي ظهرت مؤخرًا في ما يتعلق بالعقاقير المزورة.

تكلفة العلاج:

أمراض الإسهال: تبلغ تكلفة عبوة أملاح الإماهة الفموية 0.40 دولار أمريكي، بينما قد تصل تكلفة عملية التمريض الواحدة للإماهة عبر الوريد 15.00 دولارًا أمريكيًا.

الملاريا: تبلغ تكلفة دورة العلاج بالكلوروكوين للملاريا الحادة 0.40 دولار أمريكي بينما تبلغ تكلفة دورة العلاج بالميفلوكوين 6.70 دولار أمريكي.

الحصبة: تبلغ تكلفة تحصين طفل واحد 1.25 دولار أمريكي (شاملة كافة التكاليف)، بينما تبلغ تكلفة ترميز طفل ظهرت عليه مضاعفات داء الحصبة إلى 15.00 دولارًا أمريكيًا.

السل: تبلغ تكلفة علاج حالة مصابة بداء السل حوالي 145 دولارًا أمريكيًا

تكلفة العقاقير (شركة الصيدلة):

الكلوروكوين:	15 دولارًا أمريكيًا (علبة أقراص من 1000 قرص)
الميبيندازول:	4.50 دولار أمريكي (علبة أقراص من 1000 قرص)
الفانسيديار:	45 دولارًا أمريكيًا (علبة أقراص من 1000 قرص)
الألبيندازول:	18.00 دولارًا أمريكيًا (250 قرصًا)
البيرانتيل باموت:	7.50 دولار أمريكي (علبة أقراص من 1000 قرص)
الكوتريموكسازول:	14 دولارًا أمريكيًا (500 قرص)
الكوينين:	12 دولارًا أمريكيًا (100 قنينة)
الكلورامفينيكول:	7.50 دولار أمريكي (علبة أقراص من 500 قرص)
أموكسيسيلين:	37 دولارًا أمريكيًا (علبة أقراص من 500 قرص)

رقم 1069	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، المدير العام، وزارة الصحة	

تنظيم توزيع العقاقير داخل نظام الصحة

- هيكل توزيع العقاقير: الصيدلية الوطنية المركزية - الصيدلية الإقليمية المركزية - المستشفيات الإقليمية - مستشفى المقاطعة - مراكز الرعاية الصحية - المستوصفات - مراكز الصحة.

- يُحدد المكتب الرئيسي لوزارة الصحة في كابا كل عام كميات العقاقير والمعدات الطبية التي سيتم إرسالها إلى إدارة الصحة الإقليمية. ويتحمل كل إقليم مسؤولية إرسال المؤن إلى المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الرئيسية. ويتولى مركز الرعاية الصحية تخصيص العقاقير لمراكز الصحة في القرى تحت إشراف مكتب الصحة بالمقاطعة. ولا تتلقى المراكز الصحية العقاقير التي تحتاج إليها في أغلب الأحيان. ونظم السكان صندوق عقاقير دوارًا في بعض الأماكن (مبادرة باماكو) لدفع تكلفة معظم العقاقير الأساسية.
- يتم تصنيع أملاح الإماهة الفموية والأسبرين والبنسلين محليًا في كابا.
- يوجد عدد قليل من الصيدليات الخاصة في المدن الكبيرة.
- يجب أن توافق الوكالات الإنسانية على عمليات شراء الأدوية من السوق المحلية خوفًا من حدوث حالات نقص في الأدوية. ويتم في الوقت الحاضر تشجيع الوكالات على استيراد إمداداتها الطبية بصورة مباشرة مع مراعاة سياسات العقاقير الأساسية الوطنية.

رقم 1070	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة داء الملاريا، وزارة الصحة	

برنامج مراقبة الملاريا في بيتا لاند

تم إنشاء البرنامج الوطني لمكافحة داء الملاريا في أوائل ستينيات القرن العشرين. كان يسود الاعتقاد في ذلك الوقت أن الملاريا يمكن القضاء عليها بواسطة طرق مكافحة متنوعة (مكافحة نواقل المرض والوقاية الكيميائية). ولكن بعد ذلك بعقود كان من الضروري مراجعة الاستراتيجية الأصلية لأن البعوض، وعلى وجه الخصوص الأنواع السائدة منه مثل الأنوفيليس غامبيا وأنوفيليس فونستاتس، بات مقاومة لعقار دي دي تي المستخدم بدرجة كبيرة. وبات واضحًا أن المتصورة المنجلية كانت تقاوم وبصورة متزايدة عقار الكلوروكوين، والذي يمثل العلاج القياسي الأول. وتمت هيكلة البرنامج على النحو التالي:

رئيس البرنامج الوطني لمكافحة داء الملاريا (كابا)

المدراء الإقليميون في البرنامج الوطني لمكافحة داء الملاريا

مسؤولو البرنامج الوطني لمكافحة داء الملاريا في المقاطعة

مستشفيات المقاطعة المراكز الصحية والمستوصفات عمال الرعاية الصحية الأولية
برنامج مكافحة نواقل المرض

رقم 1071	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة داء الملاريا، وزارة الصحة	

استراتيجية مكافحة داء الملاريا

تم وضع هدفين لبرنامج مكافحة الملاريا الوطني:

1. تقليل الوفيات بسبب الملاريا

2. تقليل انتقال داء الملاريا.

تدعم الوزارة نظام إدارة الحالة المحسنة على مستوى المرافق الصحية لتقليل عدد الوفيات. وعلى الرغم من وجود ضغط من منظمة الصحة العالمية والوكالات الدولية الأخرى لتشجيع العلاج المنزلي الفعال لداء الملاريا، وعلى وجه الخصوص لدى الأطفال، باستخدام العقاقير المتوافرة في محلات البقالة، قاومت الجمعية الطبية في بيتا لاند هذه الفكرة. وبدأ تعزيز فكرة الناموسية المضادة للحشرات خلال السنوات الثلاث الأخيرة، لكن هذه الحملة لا تغطي في الوقت الراهن سوى جزء صغير من البلاد ويمولها المانحون بالكامل. وقد كان رش الأجزاء الداخلية للمنازل بعقار دي دي تي المضاد في الأصل للحشرات، والذي يسمى حالياً بيريثرويدز أحد الأساليب النموذجية التي استخدمت لمكافحة الملاريا في بيتا لاند. وتجري مراقبة مقاومة مبيدات الحشرات بصورة منتظمة من الناحية النظرية. ويتم تشجيع المجتمعات المحلية على إزالة الأجمات من محيط المناطق السكنية وملء المناطق التي تتجمع بها مياه الأمطار، للقضاء على المساحات التي يتوالد فيها البعوض.

رقم 1072	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة داء الملاريا، وزارة الصحة	

علاج الملاريا في بيتا لاند

الملاريا: سياسة العلاج

على الرغم من رصد مقاومة عقار الكلوروكوين في بعض الأماكن (مثل سرزو)، فإن العلاج الموصى به يبقى على النحو التالي:

- الكلوروكوين: على أساس 600 ملغم، ثم 300 ملغم عقب ذلك بساعاتٍ قليلة، ثم 300 ملغم يوميًا لمدة ثلاثة أيام.
- يجب علاج الملاريا الحادة (المتصورة المنجلية) باستخدام عقار السلفادوكسين والبريميثامين (الفانسيديار TM أو الإس بي) - ثلاثة أقراص، في حال عدم حدوث أية استجابة لعقار الكلوروكوين.
- أما الملاريا المخية أو الملاريا المعقدة فتُعالج بحقن الكوينين عبر الوريد.

- ويعتبر المفلوكوين العقار الوحيد المتاح في المستشفيات الإقليمية وفي الصيدليات الخاصة في المدن الرئيسية.

رقم 1073	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، وزارة الصحة

البرنامج الوطني لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية بيتا لاند

أكد برنامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية بيتا لاند تعديل السلوك، من خلال تعزيز الممارسات الصحية الآمنة والتسويق الاجتماعي للعوازل الذكرية، وكذلك التعاون مع المنظمات الدولية والمنظمات العلمية التي تبحث مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وفيروس نقص المناعة البشرية. ركز جزء كبير من برنامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية على وضع منهج وطني للمدارس الابتدائية والثانوية يتناول تقدير الذات ومهارات التفاوض والعلاقات الجنسية، بما في ذلك مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. وقد تم تدريس جزء من هذا المنهج، ولكن تم تجاهل أجزاء أخرى في المدارس التي شعر فيها فريق التدريس بعدم الارتياح للمادة. يقول المدير إن الوعي بقضية مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي قد ازداد بدرجة كبيرة في بيتا لاند، لكن إثبات التغيير السلوكي ما زال أقل وضوحًا. وقد بادر عدد من المنظمات غير الحكومية مؤخرًا ببرامج لمكافحة الإيدز في بيتا لاند. وكان أحد أول الإجراءات المُتبعة هو توزيع العوازل الذكرية على سائقي الشاحنات الذين يسافرون بين غاما وكابا. وحصلت كل مستشفيات بيتا لاند على مجموعة أدوات التشخيص الخاصة بمرض الإيدز باستخدام اختبارات بقع الدم الجافة، بينما حصلت بعض المستشفيات الكبرى على جهاز مقياسية الممتاز المناعي المرتبط بالإنزيم (إليزا). ويعترف المدير قائلاً إن الإمداد بالمواد اللوجيستية وصل في بعض الأوقات إلى أقل مما هو مطلوب، مع توافر المواد الكاشفة والأطعم في المتاجر الطبية المركزية حتى تنتهي صلاحيتها في الوقت الذي تعمل فيه المرافق الصحية الفردية بدون هذه المؤن تمامًا. إن سياسة وزارة الصحة تُقر بعد استخدام أية محقنات أو إبر الأُعيد استخدامها في بيتا لاند، لكن المدير يقر بأن معظم المرافق تُجبر على غلي محقناتها التي تُرمى من أجل استخدامها مرة ثانية.

ويتم الآن تسويق العوازل الذكرية في معظم المدن الكبرى لبيتا لاند.

رقم 1074	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وزارة الصحة

انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في بيتا لاند

تم بمساعدة منظمة الصحة العالمية، إتمام خريطة وطنية بتقديرات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). وتقوم هذه البيانات بصورة أساسية على دراسات الانتشار المصلي من عيادات الرعاية قبل الولادة. وزاد الانتشار المصلي في المدينتين الرئيسيتين، كابا وغاما، بحوالي 3% عن كل سنة على مدار السنوات الثلاث الماضية، وأصبح يُقدر الآن بنسبة 18%. وكانت النسبة 15% في مدينة تاكري، في مدينتي سرزو ولوم الساحليتين وصلت النسبة إلى 19% و22%، على التوالي. أما في المدن الصغيرة الواقعة على طول الطرق السريعة الرئيسية فقد وصلت نسبة الانتشار المصلي لأعلى من 15%. وانخفضت النسب في المناطق البعيدة عن الطرق الرئيسية، وفي المناطق النائية التي يمكن الوصول إليها فقط عبر الطرق الترابية، بلغت نسبة الانتشار المصلي 1% - 2%. ويُقدر بصورة عامة أن نسبة 11% من سكان بيتا لاند مصابون بالمرض. ويعتقد المقيمون في بيتا لاند في العموم أن المرض هو مرض مهاجرين بصورة أساسية، جاء في معظمه من ألفا لاند، وأن أهالي بيتا لاند الذين أصيبوا بالمرض التقطوه أساساً نتيجة الاحتكاك بالمهاجرين.

وقد أظهرت الإحصاءات التي قدمتها المستشفيات الثانوية ومستشفيات الإحالة أن حوالي 40% من المرضى في أجنحة العلاج وحوالي 5% من الأطفال في أجنحة طب الأطفال مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية. وتبدو أرقام المستشفيات الريفية ومستشفيات الإحالة الأولى منخفضة إلى حد ما، بناءً على الموقع. وكان انتشار فيروس نقص المناعة البشرية يزيد على 50% في كافة أجنحة مرضى السل التي تم أخذ عينات منها.

رقم 1075	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة أمراض الإسهال، وزارة الصحة	

برنامج مكافحة أمراض الإسهال في بيتا لاند

تعد أمراض الإسهال في بيتا لاند سبباً رئيسياً للوفاة في ما بين الأطفال الذين لم يبلغوا سن الذهاب إلى المدرسة. ووضعت وزارة الصحة في عام 1992 خطة عمل تهدف إلى تقليل معدل الوفيات والمرضى بين الأطفال. وتم التأكيد على نقطتين:

- الحاجة إلى الاستخدام المكثف لعلاج الإمهاة الفموية.
- الحاجة إلى توفير مياه آمنة متاحة أكثر على نطاقٍ واسع، وعلى وجه الخصوص في المناطق الريفية.

وقد تقرر تنفيذ الإجراءات التالية:

- توفير كميات كبيرة من أملاح الإمهاة الفموية من خلال برنامج صحة الأم والطفل.
- تدريب عمال الصحة القرويين على أهمية علاج الإمهاة الفموية.
- توفر وزارة الصحة الدعم للمشروع الوطني للمياه الآمنة.

رقم 1076	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة مرض السل، وزارة الصحة	

برنامج مكافحة مرض السل في بيتا لاند

تم قبل عام 1990، تفعيل البرنامج الوطني لمكافحة مرض السل من خلال أنظمة الصحة في الأقاليم والمقاطعات بطاقة استشارية وتدريبية. وعلى الرغم من هذه الجهود التثقيفية، لم يكن هناك، على الصعيد العملي، أي معايير موحدة للتشخيص، ولم يتم توحيد أنظمة العلاج. ولم يكن التحصين بعقار بي سي جي جزءاً روتينياً من برنامج التحصين الموسع.

وشخص المساعدون الطبيون وأفراد التمريض في إقليم غاما حالات السل، وعالجها الأطباء. كان المرضى يتلقون العلاج في العادة على أساس كونهم مرضى خارجيين، على الرغم من أن الحالات الحادة قد ترقد في المستشفى مدة شهر أو شهرين في جناح مرضى السل (50 سريراً في مستشفى غاما، و15 سريراً في المركز الصحي ببرو). وقد طلب من المرضى الخارجيين أن يعودوا إلى المستوصف حيث كان العلاج يبدأ كل شهرين للمتابعة. وكان معدل إكمال العلاج منخفضاً بشكل غير مفاجئ، حيث كان يقل عن 40% في العديد من المناطق. وكانت العقاقير التي يتم وصفها في ذلك الوقت في الغالب هي سترپتومييسين وأيزونيازيد وثياسيتازون. تمثلت السياسة الوطنية في إحالة المرضى الذين يُشتبه أنهم مصابون بالسل إلى مستشفيات المقاطعة أو إلى المستشفيات الإقليمية منذ عام 1990. وبعد التشخيص يرقد المرضى في المستشفى مدة شهرين ويتلقون علاجاً مكثفاً بأربعة عقاقير: هي أيزونيازيد وريفامبيسين وبيرازيناميد وإيثامبوتول. ويغادرون المستشفى في نهاية الشهرين مع الاستمرار في متابعة نظام أيزونيازيد وريفامبيسين تحت توجيه المركز الصحي المحلي التابعين له لمدة ستة أشهر أخرى. وقد حسن هذا النهج بصورة كبيرة معدل إكمال العلاج، وقلل عدد الانتكاسات. ولكن اشتكى المشرفون القائمون على المستشفى من الكمية الكبيرة المطلوبة للموارد لعلاج مرضى السل.

وبدأت عمليات العلاج في عام 1998 (تحت المراقبة المباشرة، دورة قصيرة) في العديد من الأقاليم. وعلى الرغم من أنها أصبحت سياسة وطنية الآن، فإنها لا تطبق بعد على جميع أنحاء البلاد. وما زال الكثير من التدريب مطلوباً، ولا سيما على مستوى مراكز الصحة. ويشجع مكتب منظمة الصحة العالمية في بيتا لاند مدراء البرنامج الوطني لمكافحة السل على النظر في استخدام مراقبي المجتمع بصفتهم ملاحظين للعلاج حتى لا يتوجب على مرضى السل الذهاب إلى المركز الصحي كل يوم لمراقبة العلاج. ومع ذلك، لم يتم تجريب هذا النهج في بيتا لاند حتى الآن.

ويجري الإمداد بالعقاقير بواسطة البرنامج الوطني لمكافحة السل من خلال المتاجر الطبية المركزية. ويقر المدير بوجود حالات نفاذ متكررة لعقاقير السل على مستوى المقاطعات والأقاليم. وبلغ معدل إكمال العلاج الأكثر حداثة بالنسبة للبلد ككل 45% ولم ترد أية إحصاءات محددة لمقاطعة إيسيلون.

وعلى الرغم من وجود نظام معلومات السل، فإن السجل لا يكون مُحدَّثًا على ما يبدو على الدوام، ولا يتلقى المكتب الوطني للمعلومات بصورة منتظمة من نسبة 25 % من المرافق التي تعالج داء السل.

رقم 1077	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، السكرتير الدائم، وزارة الصحة ببيتا لاند	

معلومات مقدمة من السكرتير الدائم، وزارة الصحة، حول الوضع السائد على الحدود

سؤال: سيدي، كم عدد اللاجئين الذين وصلوا إلى الحدود؟

جواب: الكثير والكثير - يستقر معظمهم بالقرب من خرون.

سؤال: كم يبعدون عن خرون؟

جواب: على بعد حوالي خمسة أميال.

سؤال: ما هو وضعهم الصحي؟

جواب: سيئ للغاية. حيث يعاني الكثير منهم سوء التغذية والكثير منهم مصابون بالمرض ويبدو مستشفى المدينة مكتظًا بالمرضى.

سؤال: ما هي المشاكل الطبية الأكثر شيوعًا بين اللاجئين؟

جواب: تُمثل الملاريا والسل والبلهارسيا وأمراض الإسهال والالتهاب الرئوي والعديد من أنواع العدوى الطفيلية أمراضًا شائعة.

سؤال: هل هناك جرحى؟

جواب: نعم، يرقدون أيضًا في مستشفى غاما.

سؤال: ما هي الخدمات الطبية المتاحة في غاما؟

جواب: تُعد مدينة غاما عاصمة إقليم يضم ثلاث مقاطعات: هي غاما وإيسيلون وتاكري. ويقع المستشفى الإقليمي في غاما، وهناك مراكز صحية ومستوصفات في المدن الصغيرة والقرى الأخرى.

سؤال: ما هو تعداد سكان مقاطعة غاما؟

جواب: يقدر عددهم بحوالي 800000 نسمة، لكن معظم السكان يعيشون على طول الساحل.

سؤال: ما هو الوضع الغذائي للاجئين؟

جواب: حمل اللاجئين كمية قليلة جدًا من الأطعمة معهم. وبإمكانهم شراء القليل من السوق في غاما، لكنه لا يكفي الجميع.

سؤال: هل هناك انتشار لأي مرض بين السكان اللاجئين؟

جواب: لقد أعلنت بوجود العديد من حالات الإصابة بالحصبة والالتهاب السحائي. وهذا أيضًا خطر على السكان. وقد طلبت من مسؤول الصحة بإقليم غاما أن يتخذ كافة الإجراءات الضرورية لمنع انتشار هذه المشاكل.

سؤال: ما هو وضع العلاقات بين السكان المقيمين بإقليم غاما والسكان اللاجئين؟

جواب: ينحدر لاجئو ألفا لاند من قبيلة زوارة وسكاننا في هذه المنطقة هم من القبيلة ذاتها. يسافر الأشخاص الذين يعيشون في منطقة سيغما التابعة لألفا لاند إلى مقاطعة إيسيلون لأغراض التجارة، ويعبر سكان إيسيلون المقيمون في منطقة سيغما بصورة منتظمة.

رقم 1078	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج مكافحة مرض السل، وزارة الصحة	

تكلفة عقاقير السل من المتاجر الطبية الرئيسية

أيزونيازيد	أقرص وزن 100 ملغم	12.5 بيتا لكل 1000
	أقرص وزن 300 ملغم	23 بيتا لكل 1000
ريفامبيسين	أقرص وزن 150 ملغم	30 بيتا لكل 100
	أقرص وزن 300 ملغم	50 بيتا لكل 100
بيرانثراميد	أقرص وزن 500 ملغم	190 بيتا لكل 1000
إيثامبوتوب	أقرص وزن 100 ملغم	45 بيتا لكل 1000
	أقرص وزن 400 ملغم	125 بيتا لكل 1000

رقم 1079	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج التحصين الموسع، وزارة الصحة	

برنامج التحصين الموسع في بيتا لاند

قررت الحكومة في عام 1989، تنفيذ برنامج التحصين الموسع على مستوى الوطن. وقد تم إطلاق البرنامج في بداية عام 1991. وجاء برنامج التحصين على النحو التالي:

- عقار بي سي جي: جرعة عند الولادة
- عقار دي بي تي: ثلاث جرعات خلال فترة أربعة أسابيع، تبدأ عند بلوغ سن الثلاثة أشهر.

- **شلل الأطفال:** ثلاث جرعات خلال فترة أربعة أسابيع، تبدأ عند بلوغ سن الثلاثة أشهر.
- **الحصبة:** جرعة واحدة عند بلوغ سن تسعة أشهر
- **الكزاز:** بالنسبة للنساء في عمر الحمل أو النساء الحوامل، جرعتان خلال أربعة أسابيع، وجرعة خلال كل حمل لاحق.

ويتمثل الهدف المنشود من برنامج التحصين الموسع في تخفيض حالات الإصابة بالحصبة والكزاز عند الولادة وشلل الأطفال إلى النصف في غضون أربع سنوات.

رقم 1080	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج التحصين الموسع، وزارة الصحة	

توافر اللقاحات في بيتا لاند

تُستورد اللقاحات عن طريق اليونيسيف ثم تُخزّن في الصيدلية المركزية في كابا. وعادةً ما تعمل سلسلة التبريد بفاعلية من بلد المنشأ وحتى مطار كابا والمخازن الطبية المركزية والمطارات الإقليمية والمخازن الطبية الإقليمية وأخيراً فِرَق برنامج التحصين الموسع.

وعلى الرغم من كفاية إمدادات اللقاح للأنشطة الاعتيادية التي يقوم بها برنامج التحصين الموسع في غاما، فإن هناك فجوات متكررة في عملية توزيع اللقاح على الفِرَق التابعة لبرنامج التحصين الموسع. وعلاوةً على ذلك، تعتبر صيانة المعدات (مثل إصلاح التلجعات والكميات الكافية من صناديق التبريد) أمراً صعباً ومستهلكاً للوقت. وتتم عمليات التلقيح في المراكز الصحية؛ ويتم تنظيم حملات جماعية أحياناً في المناطق النائية بواسطة فرق متنقلة مرسلة من مكتب الصحة الإقليمي. وغالباً ما يطرح النقل مشكلة إذ تُستخدم مركبات البرنامج لأغراض أخرى، ولذا فهي لا تكون متاحة لخدمات برنامج التحصين الموسع عند الطلب. ويُمثل الوقود والصيانة مشكلة متفاقمة.

رقم 1081	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير برنامج التحصين الموسع، وزارة الصحة	

حملة التطعيم الجماعي

بدأت حملة التطعيم الجماعي التي تسمى «أيام التطعيم الوطني» في البلاد للقاح الثلاثي ولقاح شلل الأطفال (باستخدام اللقاح المضاد لشلل الأطفال عن طريق الفم) والتطعيم ضد الحصبة اعتباراً من عام 1997. وبعد تدشين هذه الحملة، ارتفع معدل تغطية التطعيم من 35% إلى 55%، وزادت أرقام التغطية الكاملة للتطعيم (في الأعمار من 12-24 شهراً) من 35% إلى 65%. ومع ذلك لم يطرأ أي تحسن على خدمات البرنامج الروتينية. أضف

إلى ذلك، شكوى المكاتب الصحية في الأقاليم والمقاطعات من الطلب الكبير الذي تضعه حملة «أيام التطعيم الوطني» على بنيتها التحتية ومواردها، والتي من أجلها تتلقى تلك المكاتب القليل من الدعم من وزارة الصحة.

رقم 1082	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل منظمة المساعدة في أوقات عدم الاستقرار	

المعلومات المقدمة من ممثل منظمة المساعدة في أوقات عدم الاستقرار

ظلت هذه المنظمة تعمل في البلاد منذ عام. وتمثل دورها في تغطية الاحتياجات الطبية للسكان النازحين من المناطق الريفية إلى المناطق المحيطة بكابا، حيث تركز النازحون في مستوطنات غير رسمية. وتدير هذه المنظمة مركزين صحيين وتقدم الدعم في شكل موظفين ومعدات لعدة مراكز أخرى. ويعمل في هذه المنظمة 6 مغتربين يعملون في بيتا لاند، وهم 3 أطباء و3 ممرضين.

رقم 1083	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل مجلس المطارنة (جهة تنسيقية تابعة للكنائس المسيحية في بيتا لاند)	

دور مجلس الأساقفة

يوجد ممثلون لمجلس الأساقفة في جميع أنحاء البلاد ويعد المجلس جهة تنسيقية للعديد من جهود التنمية التي تبذلها الكنائس المسيحية في بيتا لاند. وعلى الرغم من عدم توجه المجلس نحو حالات الطوارئ، فإنه أرسل 200 كغم من الأدوية و5000 بطانية إلى مكتبه في غاما بغرض توزيعها على اللاجئين. وهناك حاليًا نداء من أبرشية سالسييري ووينشيستر بإنجلترا لمساعدة بيتا لاند.

رقم 1084	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل الخدمات الخيرية الوطنية	

دور الخدمات الخيرية الوطنية في مساعدة اللاجئين

تقوم هذه المؤسسة بعمل اجتماعي في ضواحي كابا. ويشعر ممثلها بأن هذه المنظمة يجب عليها أن تقدم المساعدة للاجئين وهي مستعدة لتقديم بعض مساعدات الإغاثة (من غذاء وأدوية، ... إلخ).

رقم 1085	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة الزراعة	

سياسة تنمية الموارد المائية

التحقت دائرة تنمية الموارد المائية بوزارة الزراعة منذ عام 1992. ولديها وظيفتان: (1) تطوير شبكة الري بالمناطق الزراعية و: (2) تحسين عملية وصول السكان في المناطق الريفية إلى المياه النظيفة.

رقم 1086	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مُمثل مشروع تنمية الموارد المائية	

معلومات حول مشروع تنمية الموارد المائية في بيتا لاند

يُعد مشروع تنمية الموارد المائية منظمة تحت رعاية الحكومة ومسؤولة عن تزويد المدن الرئيسية بالمياه. وتتمتع فقط 10 % من قرى بيتا لاند بإمكانية الحصول على مصادر المياه المحمية. وتوجد لدى المنظمة كميات كبيرة من المعدات المقدمة من الحكومة باستخدام الأموال المقدمة من اليونيسيف.

رقم 1087	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مُمثل مشروع تنمية الموارد المائية	

الأوضاع المائية في خرون

تستمد شبكة المياه في خرون مياهها من نهر بوي، الذي يقع على بعد 1.5 كيلومتر جنوب المدينة. وتُضخ المياه إلى خزان في مكان يعلو المدينة. ويتكون نظام الضخ من مضختين، واحدة تضخ المياه من النهر والأخرى تضخها إلى الخزان. ويقع نظام الضخ في الجانب الغربي من المدينة.

رقم 1088	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مُمثل مشروع تنمية الموارد المائية	

مشروع غويتر للمياه

تم بالتعاون مع وزارة الصحة وفي إطار مشروع الرعاية الصحية الأولية المحلية، استكمل مشروع تنمية الموارد المائية بناء بئر في غويتر. ولقد تم اختيار قرية غويتر للأسباب التالية:

- المشاركة القوية لمجتمعها
- المميزات الجيولوجية للمنطقة
- دمج مشروع المياه في مشروع الرعاية الصحية الأولية
- العدد الكبير للمستفيدين من المشروع

يبلغ سكان المنطقة 1326 نسمة (1997) ويعيش 500 منهم على مسافة 800 متر من البئر. ويصل عمق البئر إلى 15 مترًا في ما يصل عرضه إلى 2 متر ومتوسط طاقته السنوي 20 مترًا مكعبًا من المياه. بُنيت البطانة من الخرسانة وفوهة البئر محمية بغطاء من الخرسانة. تعمل المضخة باليد (مارك 2 الهندية). ويبلغ العائد المحتمل 10 أمتار مكعبة في اليوم، وهذا يعتبر كافيًا للسكان المحيطين بالبئر. ومن أجل تغطية احتياجات كل السكان الذين يعيشون في دائرة قطرية من 3 كيلومترات، سيكون من الضروري تركيب مضخة ذات محرك ومتصلة بالخزان الذي سيتم إنشاؤه أعلى التل بشمال القرية. وسيتم إجراء تقييم لهذا الغرض في المستقبل القريب كجزء من المشروع الثاني للتنمية الريفية التابع للبنك الدولي. ويرى سكان البلدة أن هناك حلاً أفضل ويتطلب عملاً أقل «بدون مقابل» من القرية ألا وهو حفر بئر جديدة على بعد 1.5 كيلومتر غرب البلدة.

رقم 1089	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل مشروع تنمية الموارد المائية	

معلومات حول النظام المائي في بورلو

صدر التكاليف بهذا المشروع وبدأ سنة 1997. وكان الهدف منه حماية المنبع الذي يمد حاليًا أكثر من 400 نسمة بالمياه. وقدم مشروع تحسين الموارد المائية المعدات اللازمة (الأسمت والأنايبب والأدوات) كما قدم المجتمع المحلي اليد العاملة. وقام أفراد المجتمع بأعمال الصيانة بعد ما تلقوا التدريبات من مشروع تحسين الموارد المائية.

رقم 1090	التاريخ: 99/12/16	بيتا لاند
المصدر:	كابا، مدير إدارة التغذية، وزارة الصحة	

مستوى التغذية للسكان اللاجئيين

لا تمتلك إدارة التغذية أرقامًا دقيقة تتعلق بمستوى التغذية لدى اللاجئيين. ولقد طلب المدير من نظيره في غاما الاستعلام حول أوضاع التغذية لدى السكان. ولم يتلق أية معلومات حتى الآن. وعلى الرغم من ذلك فقد سمع من مصادر أخرى أن اللاجئيين في مستوى تغذية رديء وهناك عدد كبير من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية.

رقم 1091	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة الزراعة	

مستودعات تخزين المواد الغذائية في بيتا لاند

هناك العديد من المستودعات في البلاد التي تحتوي على المواد الغذائية المخزنة للطوارئ.

وعلى الرغم من أن هذه المواد مخزنة بشكل أساسي من أجل السكان المحليين، فإن الحكومة على استعداد لإقراضها إلى الوكالات الإنسانية لمدة ثلاثة أشهر. ولكن تقوم الوكالات بتجديد المستودعات المحلية بنفس نوعية الأغذية في غضون 3 أشهر.

المستودعات الرئيسية بالدولة:

الموقع	المخزون السعة	المخزون (بالطن)	التاريخ
كابا	5000	3245	97/10/7
كابا	2500	1276	97/2/23
سرزو	7000	1100	98/3/24
لوم	2500	؟	؟
غامما	6000	1345	97/07/12

المستودعات الأخرى المملوكة لمنظمات خاصة:

تاكري	6000	4300	98/10/10
خرون	200	40	98/12/21

رقم 1092	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل إدارة الموارد المائية، وزارة الزراعة	

الموارد المائية للاجئين

تقول وزارة تنمية الموارد المائية إن الوصول إلى مصادر المياه الآمنة لا يطرح مشكلة بالنسبة للاجئين، إذ يستطيع سكان معسكر عوالي الوصول إلى نهر بوي الذي يوفر لهم كمية كافية من الماء في ما يستطيع اللاجئون الذين يعيشون في القرى التابعة لمقاطعة إبسيلون الوصول إلى مصادر المياه نفسها التي يستخدمها السكان المحليون.

رقم 1093	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل منظمة اليونيسيف	

المواد المتاحة من اليونيسيف

منظمة اليونيسيف على استعداد لتقديم المعدات لإنشاء نظام إمداد مائي لمعسكر اللاجئين (من مضخات وأنباب وخزانات مياه والمواد الخرسانية ومعدات التنقية والترسيب ... إلخ).

رقم 1094	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	كابا، السكرتير الدائم، وزارة الزراعة	

تأثير اللاجئين على النظام الزراعي المحلي

ملخص المناقشة التي أجريت مع السكرتير الدائم لوزارة الزراعة:

سؤال: المنطقة التي استقر فيها اللاجئين تعتبر منطقة معرضة للجفاف. ألا تعتقد أن تدفق اللاجئين سيخلق طلباً يفوق بسرعة موارد تلك المنطقة؟

جواب: لقد كنا قلقين إلى حد ما بشأن الجفاف طوال العامين الماضيين، ولكن المشكلة ليست جديدة علينا. وزاد بدو غولانيس الذين يعيشون في مقاطعة دانيكال من عدد ماشيتهم خلال العقد الماضي. وتوسعت قبائل زوارة في الوقت نفسه في حقولها نحو الغرب على الأراضي الواقعة على الحدود لزراعة الفول السوداني على أراض جرت العادة أن تكون مشتركة بينهم وبين البدو. وكان هذا الأمر ممكناً في السنوات التي كانت فيها الأمطار منتظمة وجيدة قبل الجفاف. ولكن الجفاف خلق التوتر بين كلتا الجماعتين. فقدت قبائل غولانيس ماشيتها في العامين الماضيين نتيجة للجفاف واضطرت إلى البحث عن عمل في مقاطعة إيسيلون وعلى السهل الساحلي.

سؤال: لقد تم إنشاء برنامج تنمية لمقاطعة إيسيلون. أليس كذلك؟

جواب: نعم، كان هناك برنامجان في الواقع، الأول لتنمية أراضي الرعي الواقعة غرب برو والأخر للتنمية الزراعية في الجانب الشرقي من إيسيلون. وكان من المقرر اكتمالهما في غضون خمس سنوات، ولكن حدث تأخير في تنفيذهما بسبب نقص الموارد المالية.

سؤال: الواضح أن الأوضاع ستتفاقم وقد تنتهي هذه المشاريع مُحدثّة تأثيرات محدودة بسبب الزيادة السكانية التي تسبب فيها لاجئو ألفا لاند.

جواب: ربما يوضح هذا سبب سعينا لجمع اللاجئين في معسكر بالقرب من غاما، ولكن يفضل العديد منهم البقاء مع أقاربهم في إيسيلون.

سؤال: ولماذا غاما؟ هل هي بعيدة عن المكان الذي يعبر منه اللاجئين الحدود؟

جواب: يوجد في غاما وفرة من المياه ونعتقد أن هذا سيكون أسهل لمساعدة اللاجئين الذين سعوا بحثاً عن ملاذ في كابا وسرزو هناك. وسنسعى لمنعهم من الاستقرار في إيسيلون، إذ من الصعب الحصول على المساعدات كما أنهم سيؤثرون بشكل كبير على البيئة الهشة.

سؤال: هل من الممكن أن يتم توجيه المساعدات الخارجية عبر سرزو؟

جواب: نعم، إن هذا ممكن تماماً، كما يمكن توفير بعض المواد الغذائية التي تُنتج محلياً بين سرزو وغاما.

سؤال: لقد ذكرتم أن هناك وفرة من المياه في غاما؛ فما هي مصادرها؟

جواب: تأتي إمدادات المدينة بالمياه من نهر تانا. وتكون هناك مياه كافية حتى أثناء الموسم الجاف ويقع معسكر اللاجئين على مقربة من النهر.

سؤال: هل تمتلك الحكومة مخزوناً من المواد الغذائية التي يمكن أن تكون متاحة للاستهلاك من قِبَل اللاجئين؟

جواب: نعم، هناك بعض منها في سرزو. ولا أستطيع أن أخبرك في الوقت الحالي كم عدد الأطنان التي يمكن أن تكون متاحة. وأعلم أنه تم إرسال بعض المواد الغذائية إلى غاما وقامت الحكومة بتوزيعها على اللاجئين في معسكر غاما.

رقم 1095	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل منظمة «البقاء» غير الحكومية	

خطط منظمة «البقاء» غير الحكومية

البقاء منظمة غير حكومية تتخصص في الاستجابة للحالات الطارئة. وتُعد منظمة دولية مقرها يقع في أوسلو ولديها فروع في عدة بلدان. ويقوم أحد ممثلي المنظمة المقيمين في كابا حالياً بزيارة إلى غاما. وتريد منظمة البقاء تنظيم عملية توزيع المواد الغذائية وإنشاء مستويات للاجئين في معسكر عوالي. وتُعد هذه فقط مهمة لتقييم الاحتياجات يجريها ممثل المنظمة المقيم في كابا ولم توضع أي خطط عمل بعد.

رقم 1096	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند	

المعلومات المقدمة من ممثل جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند

طلبت وزارة الداخلية جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند بتنسيق أعمال الإغاثة للاجئين. وغادرت أولى القوافل غاما منذ يومين نحو مخيم عوالي، وقدمت 2500 بطانية و50 خيمة و15 طنّاً من السرغوم. وقامت جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند بالاتصال بالمفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة والعديد من المنظمات غير الحكومية لطلب المساعدة.

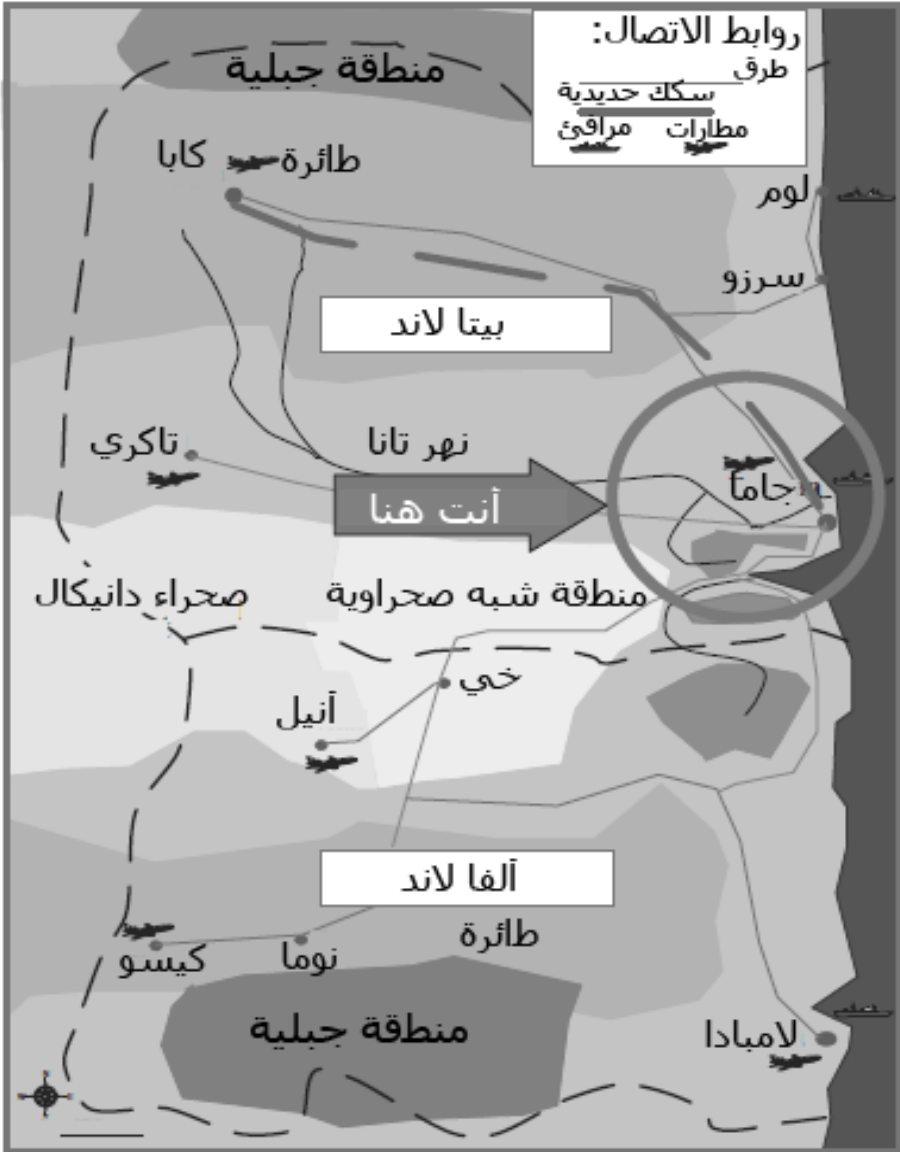
رقم 1097	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	كابا، ممثل وزارة الشؤون الاجتماعية	

دور وزارة الشؤون الاجتماعية في مساعدة مجتمع اللاجئين

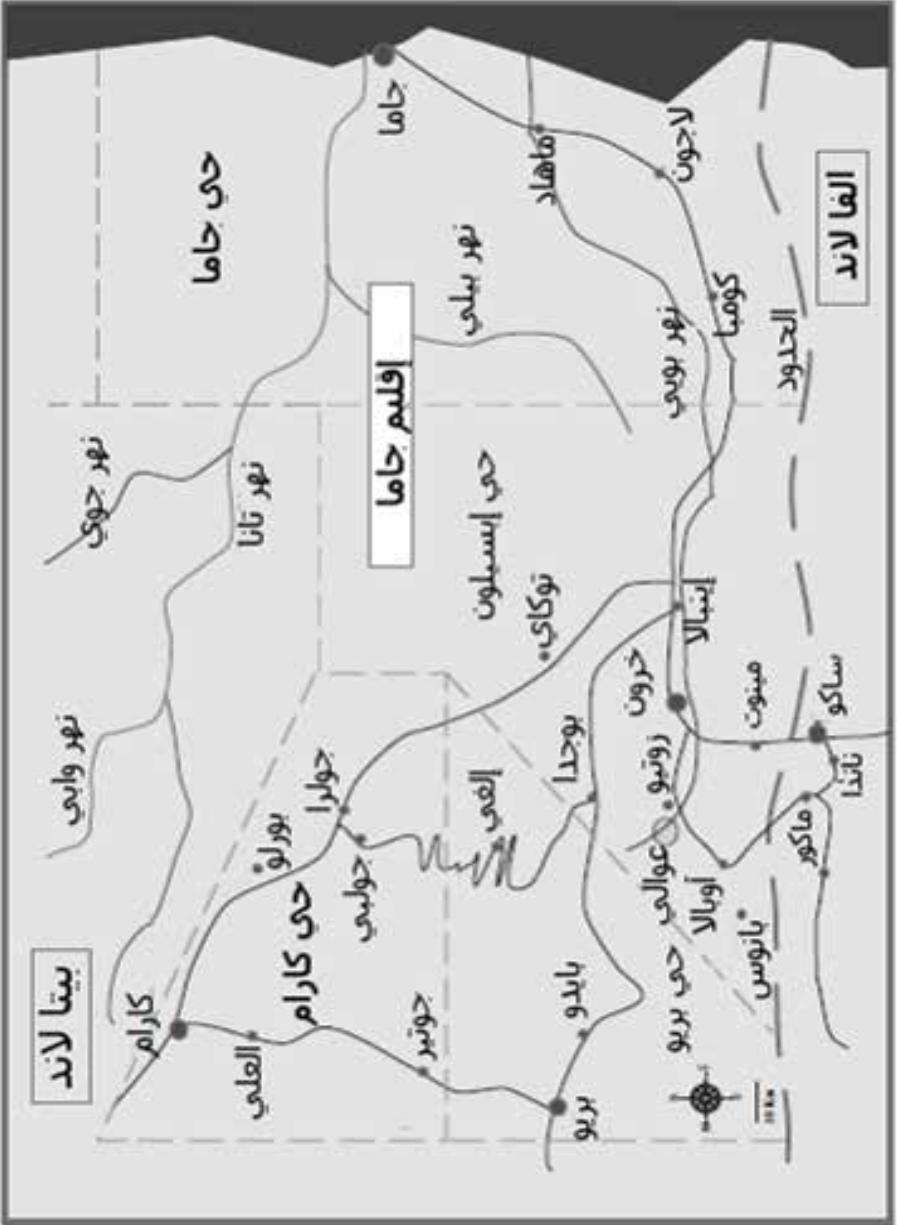
تسعى وزارة الشؤون الاجتماعية إلى تحديد الاحتياجات الأساسية لأشد الناس ضعفاً: الأيتام، العائلات الفقيرة في المناطق الحضرية ... إلخ. ويعد تفويض الوزارة مقيداً، لذا لا تستطيع تقديم المساعدة للاجئين.

الإطار 6

المعلومات المقدمة من اما: عاصمة إقليم غاما



مقاطعة جاما



المعلومات المقدمة من غاما

رقم 1098	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، محافظ إقليم غاما	

المعلومات المقدمة من إقليم غاما

سؤال: كم عدد السكان الذين يقطنون غاما عادةً؟

جواب: المدينة نفسها يقطنها 120000 نسمة ويقطن المقاطعة 900000. وهناك 100000 يقطنون إبسيلون.

سؤال: هل تعلم كم عدد سكان مقاطعة سيغما؟

جواب: حوالي 200000.

سؤال: وماذا عن صحراء دانيكال؟

جواب: إنه مجرد تقدير ولكنني أعتقد أنهم 500000 بدوي يعيشون في ألفا لاند وبيتا لاند.

سؤال: هل تعلم عدد اللاجئين الذين يصلون يوميًا؟

جواب: أعتقد أن تقاريرنا تتحدث عن نسبة تتراوح بين 1000-2000 شخص يعبرون الحدود يوميًا.

سؤال: متى وصل أول فوج من اللاجئين إلى بيتا لاند؟

جواب: وصلت أول مجموعة في يوليو/ تموز 1999 ومنذ ذلك الوقت بدأوا يفدون بانتظام. كانت في البداية مجرد زيادة في التدفق المعتاد للناس ذهابًا وإيابًا عبر الحدود واستقروا مع أقاربهم على جانب بيتا لاند. واستقبلنا في الشهر الماضي على الرغم من ذلك الناس الذين ليس لديهم عائلة للبقاء معها لأنهم من منطقة بعيدة عن جنوب سيغما واضطرونا إلى إعادة توطين هؤلاء في مخيم عوالي.

سؤال: هل أقيم المخيم منذ شهر؟

جواب: نعم، وزاد عدد سكانه بشكل مطرد لمدة أسبوعين أو ثلاثة وانخفض عدد القادمين الجدد خلال الأسابيع القليلة الماضية. ولم يُقبل سوى 50 إلى 100 بالمخيم في اليوم الواحد خلال الأسبوع الماضي.

سؤال: هل استقر الآخرون في إبسيلون؟

جواب: نعم، ولكن يبدو أن القليل من الأفراد هم الذين عبروا الحدود خلال الأسبوع الماضي.

سؤال: ولماذا؟

جواب: ربما بسبب احتدام القتال في سيغما ولا يستطيع المدنيون الوصول إلى الحدود، أو أن الأوضاع استقرت وهم يفضلون البقاء في قراهم.

سؤال: ولكن الجفاف حاد جدًا في سيغما وربما لا يزال لدى الناس رغبة في المجيء حتى وإن هدأت الأوضاع العسكرية.

جواب: لا أحد يعلم ما سيحدث، لذا فقد استعدنا جيدًا لاستقبال عدد كبير من اللاجئين.

سؤال: هل تعتقد أن وجود اللاجئين من الممكن أن يُزيد العداوة بين جماعات زوران والغونلاني العرقية؟

جواب: كان هناك بعض الصعوبات مؤخرًا بسبب مشاكل الجفاف والرعي. وقد كثف الجيش سيطرته على المقاطعة بأكملها لمنع اندلاع أي أعمال عنف.

رقم 1099	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامما، ممثل المكتب الإقليمي لشؤون اللاجئين	

المعلومات المقدمة من المكتب الإقليمي لشؤون اللاجئين

ملخص المناقشة التي دارت مع مسؤول مستوطنات اللاجئين في مقاطعة غاما والذي عينته الحكومة في أكتوبر/ تشرين الأول:

سؤال: هل يمكن أن تعطينا نظرة عامة عن أوضاع اللاجئين في مقاطعة غاما؟

جواب: حسنًا، لقد عدت للتو من جولة سريعة حول المنطقة بأكملها. وهناك مشكلتان في واقع الأمر. تكمن المشكلة الأولى في مخيم اللاجئين الذي يقع بالقرب من خرون (مخيم عوالي) والذي ظل مفتوحًا منذ شهر ونصف الشهر للاجئين القادمين من سيغما دون أن يكون لهم أقارب في إبسيلون يمكن أن يستقروا معهم. وكان معدل القادمين في ذلك الوقت مرتفعًا، حيث وصل عددهم إلى 3000 لاجئ في اليوم الواحد، ولهذا السبب تم إنشاء المخيم. وجرى تعيين مسؤول للمخيم والتعداد بانتظام. وتشير الأرقام التي أعلن عنها الأسبوع الماضي، إلى أن هناك 35000 فرد في المخيم. وتم تسجيل 3500 لاجئ جديد خلال الأسبوع الماضي.

سؤال: ما هي إجراءات التسجيل؟

جواب: نقوم بتسجيل اسم رب الأسرة، وأفراد الأسرة وأعمارهم وقريه المنشأ مع كل إنز بدخول المخيم.

سؤال: هل تم إجراء أية فحوصات طبية؟

جواب: لم تتمكن في البداية من إجراء أية فحوصات طبية بسبب عدم وجود فريق طبي. وقد بدأ الفحص الطبي منذ ثلاثة أسابيع عندما أرسل المسؤول الصحي الإقليمي في غاما فريقاً طبياً إلى مخيم اللاجئين. ولقد بدأوا في تقديم المساعدات الطبية إلى سكان المخيم وفحص القادمين الجدد.

سؤال: ما هي المشاكل الطبية الرئيسية التي لاحظوها؟

جواب: لم أتلق تقريرهم حتى الآن ولكنني أعلم أن سوء التغذية والسل وأمراض الإسهال وأمراض الصدر هي المشاكل المعروفة.

سؤال: ما هي المشكلة الثانية بصرف النظر عن مخيم عوالي؟

جواب: هناك مجموعة كبيرة من اللاجئين في مقاطعة إيسيلون. ويكون من الصعب حصر عددهم لأنهم مشتتون بين السكان المحليين. ولقد طلبت من كل مسؤول إداري في مقاطعته أن يتصل بجميع زعماء ورؤساء القرى في المقاطعة لمعرفة عدد اللاجئين الذين يعيشون هناك. ويمكن أن أعطيك نسخة من نتائج الاستقصاء.

سؤال: وردت إلينا معلومات تفيد بأن البدو الذين يعيشون عادةً في دانيكال بدأوا يستقرون في الجزء الغربي من إيسيلون قبل بضع سنوات. فهل يمكن أن تفيدنا بالمعلومات حول هذا الأمر؟

جواب: نعم، صحيح أن بعض البدو استقروا حول برو وكارام، ولكن من الصعب أن أذكر عددهم.

سؤال: ما هو موقف الحكومة من البدو حالياً؟

جواب: إننا نسعى لمساعدتهم بقدر ما نستطيع ولكن الفرص في إيسيلون محدودة جداً، في ما نرح عدد منهم إلى كابا وسرزو.

سؤال: ولكن اللاجئين لا يمكن أن يستقروا في كابا وسرزو. فما هي الخطط التي وضعتوها للاجئين الذين سيصلون في ما بعد؟

جواب: تراجع تدفق اللاجئين. فلقد ذهبت إلى ساكو وهو مخيم صغير يقع جنوب خرون على جانب ألفا لاند، وناقشت الموضوع مع أحد ممثلي حركة التحرير وأخبرني أنهم يسعون إلى إبقاء السكان داخل مقاطعة سيغما، ولكنهم يحتاجون إلى بعض المساعدات مثل الغذاء والرعاية الطبية لمساعدة السكان النازحين في مقاطعة سيغما.

سؤال: كم عدد الأفراد الذين لا يزالون يعيشون في سيغما؟

جواب: ليس لدي أي تقييم دقيق ولكن من الواضح أنه في حال بقاء الناس في جانب ألفا لاند من الحدود، سيخفف هذا من الضغط على مواردنا.

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/24	رقم 1100
غامما، ممثل وزارة الزراعة		المصدر:

مشروع التنمية في كارام — التسلسل التاريخي

لقد ضربت مقاطعة إبسيلون سلسلة من موجات الجفاف خلال عامي 1988 و1995، وتسببت موجات الجفاف الكبرى في هجرة الآلاف من سكان المناطق الريفية نحو المدن الكبيرة، حيث كانوا يأملون في العثور على المواد الغذائية التي يحتاجونها من أجل العيش. وعلى الرغم من أن وصول المساعدات الغذائية إليهم كان أمرًا فوضويًا فإن الكثيرين ظلوا في المدينة بعد انتهاء الأزمة، أملين في إيجاد فرص عمل دائمة في المصانع.

وُضعت خطة للإصلاح والتنمية الزراعية في هذه المنطقة لتجنب حدوث مثل هذه الكوارث في المستقبل وأعدت دراسات رائدة بالقرب من كارام. وجاءت أهداف الخطة كالتالي:

- الحد من الهجرة إلى المدن
- الحد من معدلات انتشار المرض والوفيات
- زيادة توافر المواد الغذائية
- زيادة دخل الأسرة
- زيادة الإنتاج الزراعي
- الحفاظ على التوازن البيئي

عدد السكان في المنطقة النموذجية كان 12 ألفاً يعيشون في مساحة 400 كيلومتر مربع.

بيتا لاند	التاريخ: 99/01/24	رقم 1101
غامما، ممثل وزارة الزراعة		المصدر:

توافر الأراضي

تتلقى كل أسرة 0.46 هكتار من الأراضي للزراعة و1 هكتار للرعي، كما أن الحد الأدنى لمستوى المعيشة هو 1.5 هكتار من الأراضي الصالحة للزراعة و9 هكتارات من أراضي المراعي.

بيتا لاند	التاريخ: 99/01/24	رقم 1102
غامما، ممثل وزارة الزراعة		المصدر:

موارد السكان في منطقة المشروع التجريبي

يسد معظم السكان احتياجاتهم المعيشية عن طريق زراعة الكفاف وتقل نسبة العائلات التي تستمد قوتها من الأنشطة الاقتصادية الأخرى عن 15 %، ويعتمد السكان على الزراعة والماشية والمساعدات الغذائية والتجارة كمصادر رئيسية.

بيتا لاند	التاريخ: 99/01/24	رقم 1103
غامما، ممثل وزارة الزراعة		المصدر:

ميزة وجود الأسواق في المنطقة التجريبية

يُعد وجود السوق أمرًا مهمًا للاقتصاد المحلي كما يُعد أمرًا ضروريًا لتبادل المنتجات وتوفير إمكانية للحصول على النقد للمزارعين. فهناك 12 من الأسواق الكبرى في المنطقة، لا تبعد أية قرية عن هذه الأسواق سوى 3 - 6 ساعات.

وتباع معظم البضائع الشائعة كالأدوات الزراعية والحيوانات والمواد الغذائية (الحبوب) والخشب وأواني الطبخ والملابس والأدوات.

وتكمن المشكلات الرئيسية التي تواجه المزارعين في ارتفاع الأسعار وبعُد الأسواق ونقص الطلب على منتجاتهم ونقص السيولة. وتمثل الوسيلة التقليدية لجمع الثروة في تربية الماشية والتي يمكن بيعها بسهولة في الأوقات العادية. ومع ذلك فإن قلة العلف وانتشار الأمراض بين الماشية أدبًا إلى تعطيل سوق الماشية بشكل كبير الآن. فعلى الناس أن ينوعوا الوسائل التي يكسبون بها ثروتهم إذا أرادوا حل هذه المشكلة.

ويجب على الناس القيام بما يلي لتحقيق ذلك:

- تطوير آليات التبادل
- الوصول إلى الأسواق
- زيادة الدخل النقدي
- تنويع مصادر دخلهم

بيتا لاند	التاريخ: 99/01/24	رقم 1104
غامما، ممثل وزارة الزراعة		المصدر:

المشاكل المتعلقة بالزراعة في منطقة المشروع

سُجِّل انخفاض بنسبة 34 % في مساحة الأراضي الزراعية في عام 1999 وانخفاض بنسبة 73 % في إنتاج الأغذية. وكانت الأسباب هي:

1. **نقص الوسائل:** تلعب الثيران دورًا مهمًا في مجال الزراعة، إذ يكون خلال أوقات الجفاف من الصعب إطعامها، فكثيرًا ما يُجبر المزارعون على بيعها بأسعار زهيدة من أجل شراء الغذاء. وقد تفاقت هذه المشكلة بسبب قدوم البدو من مناطق دانيكال النائية لإبسيلون لرعي ماشيتهم. وأصبحت العلاقات بين المجتمعين أكثر عدائية نتيجة لذلك.
2. **البذور:** تؤدي المجاعة إلى أكل البذور الموجودة في المخازن مما يؤدي إلى نقص في البذور خلال العام التالي للمجاعة.
3. **مبيدات الحشرات والأسمدة:** تسبب الأوبئة خسائر فادحة للمحاصيل سواء قبل الحصاد أو بعد التخزين إضافة إلى أن أسعار الأسمدة باهظة جدًا ولا يستطيع معظم المزارعين تحملها.
4. **المياه:** المياه غير كافية للزراعة لأن هناك عددًا قليلًا من السدود لإنشاء سعة تخزين لمياه الأمطار.
5. **الأراضي:** عدم وجود الأراضي الصالحة للزراعة أمر واضح.
6. **إنتاج الغذاء:** المحصول بالنسبة للهكتار الواحد قليل جدًا، إذ يبلغ المتوسط حوالي 736 كيلوغرامًا لكل هكتار، وقد ينخفض محصول المواد الغذائية إلى ما يصل إلى 200 كيلوغرام لكل هكتار في فترة الجفاف. ومن ثم فإن مشاريع التنمية الزراعية الحالية لديها أهداف لزيادة إنتاج الغذاء عن طريق تحقيق الأهداف التالية:
 - زيادة المحصول لكل هكتار
 - تحسين أساليب الزراعة
 - زيادة استخدام الأسمدة
 - زيادة استخدام مبيدات الحشرات
 - تحسين نوعية البذور.

رقم 1105	التاريخ: 99/01/24	بيتا لاند
المصدر:	غام، ممثل وزارة الزراعة	

المشكلات المتعلقة بتربية الماشية في منطقة المشروع

تُعد الماشية مصدرًا مهمًا للغذاء والدخل للمزارعين. وقد عانت الأبقار والأغنام والإبل والدواجن بشدة خلال فترة الجفاف وانخفضت أعدادها إلى حدٍ كبير. ومع ذلك تكون الحمير أكثر مقاومة لفترات الجفاف ويحتفظ الناس بالحمير التي يملكونها حتى عندما يهاجرون إلى المدن والبلدات.

لم يطرأ أي تحسُّن على عملية تربية الماشية في هذه المنطقة وَقَلَّ عائد اللحوم واللبن والبيض بكثير عما يُفترض أن يكون عليه مقابل اليد العاملة المُستثمرة. وبالتالي فإن الجوانب المدمرة لتربية الماشية، كالرعي الجائر وتآكل التربة، أكثر وضوحًا من الجوانب المنتجة، إذ يقوم نظام الرعي على التوافق الاجتماعي المتعلق باستخدام الأراضي لغرض الرعي ولا يقوم على أية اعتبارات علمية.

أهداف مشروع تربية الماشية

- زيادة إنتاج المنتجات الحيوانية
- الحد من انتشار الأمراض بين الماشية
- تحسين ممارسات تغذية الماشية
- تنظيم عادات الرعي المطورة.
- تحسين نوعية المراعي.

بيتا لاند	التاريخ: 99/01/24	رقم 1106
غام، ممثل وزارة الزراعة		المصدر:

المشاكل المتعلقة بالمياه في منطقة المشروع

أجري مسح شامل للموارد المائية في المنطقة. وجاءت النتائج الرئيسية كالتالي:

1. الأسباب الرئيسية لسوء تخزين المياه المعدنية:

- تآكل التربة
- ندرة الغطاء النباتي بسبب:
 - العدد الكبير من الماشية
 - إزالة الغابات
 - الجهل بأساليب إدارة الموارد

2. الأسباب الرئيسية لقلّة مرافق تخزين المياه التي هي من صنع الإنسان:

- عدم وجود المهارات التقنية
 - عدم وجود المواد (الأنابيب والأسمنت، ... إلخ)
- أهداف المشروع:
- تطوير قدرات تخزين المياه عن طريق إنشاء السدود الصغيرة
 - الحد من تآكل التربة
 - زيادة عملية التشجير وخاصةً على سفوح التلال
 - تطوير وسائل إضافية لتخزين المياه
 - تطوير المهارات والقدرات المحلية في المناطق المذكورة أعلاه.

بيتا لاند	التاريخ: 99/01/24	رقم 1107
غام، ممثل وزارة الزراعة		المصدر:

المشكلات الصحية في المنطقة

تتبع المشكلات الصحية الحالية من عدة عوامل:

1. **جودة المياه:** أظهرت دراسة أن المصادر التالية مُستخدمة للحصول على مياه للاستهلاك البشري:

- 54 % من الينابيع
- 25 % من الأنهار
- 12 % من البرك
- 9 % من الآبار المحفورة باليد.

وتعتقد نسبة 83 % من الأشخاص الذين استطلعت آراؤهم أن المياه التي يستخدمونها آمنة.

2. **الظروف المعيشية:** نوعية السكن رديئة ويعيش الإنسان في معظم الأحيان بالقرب من الماشية. ولا توجد المراحيض سوى في 2 % من المنازل.

3. **الصحة:** تغطية التحصين سيئة للغاية؛ إذ إن أقل من 20 % من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً تلقوا كل الجرعات الثلاث من اللقاح الثلاثي. تدني مستوى الوعي الصحي بين الأمهات. وتعتبر أمراض التقزم والهزال من الأمراض المتوطنة.

الأهداف المتعلقة بالصحة للمشروع الزراعي:

- زيادة فرص الحصول على مياه نظيفة
- تعزيز استخدام وبناء المراحيض
- تعزيز التغطية الخاصة بالتحصين
- الحد من سوء التغذية
- تحسين ظروف السكن

رقم 1108	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	غامما، ممثل وزارة الداخلية	

مخزون الغذاء في بيتا لاند

تمتلك البلاد مخزون الغذاء الاحتياطي لاستخدامه في حالات الطوارئ، إذ من الصعب تقدير الكميات التي ستكون متاحة لجهود الإغاثة، وقد أشارت السلطات إلى أن جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند يمكنها استخدام المخازن لإطعام اللاجئين شريطة أن تقوم بسد النقص في غضون ثلاثة أشهر.

رقم 1109	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	غامما، خبير التغذية بالمقاطعة، مكتب الصحة الإقليمي	

تقييم الوضع من حيث التغذية لسكان إقليم غامما

مقاطعة إيسيلون:

تم تقييم الحالة الغذائية من نهاية شهر أكتوبر/ تشرين الأول وحتى منتصف شهر نوفمبر/ تشرين الثاني لسنة 1997 في مقاطعة إيسيلون، حيث يتم توطين اللاجئين. وتم تسجيل النتائج التالية للأطفال ما دون سن السادسة:

- كانت نسبة 23% من الأطفال تتراوح بين 80% - 90% من وزن الجسم المثالي بالنسبة للطول
- كانت نسبة 12% من الأطفال تحت نسبة 80% من وزن الجسم المثالي بالنسبة للطول
- قام الفريق أيضاً بتقييم الأطفال الذين ينتمون لمجتمع البدو الذين كانوا في برو بيبعون ماشيتهم. وفي هذا النموذج:

- نسبة 42 % من الأطفال تتراوح بين 80 %- 90 % من الوزن المثالي بالنسبة للطول.
- نسبة 19 % تحت نسبة 80 % من الوزن المثالي بالنسبة للطول.

رقم 1110	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، ممثل إدارة الإقليم في غاما	

إحصائيات سكان إقليم غاما

يبلغ إجمالي عدد سكان الإقليم 830000 نسمة، وهم موزعون كالتالي:

- مقاطعة غاما 500000
- مقاطعة إيسيلون 205000
- مقاطعة دانيكال 200000

المدن الرئيسية:

- غاما 120000
- خرون 12000
- برو 32000
- كارام 12800
- تاكري 25000

تنقسم إيسيلون إلى أربعة قطاعات إدارية:

- غولرا 49650
- برو 64500
- خرون 70700
- كارام 39500

لا توجد حالياً أرقام دقيقة متاحة خاصة بالسكان اللاجئين، ولكن من المعتقد أن يبلغ عددهم 90000 تقريباً.

رقم 1111	التاريخ: 99/12/17	بيتا لاند
المصدر:	غامما، الضابط المسؤول، هيئة الطيران المدني، مطار غاما	

مطار غاما

مواصفات المدرج:

الارتفاع:	345 مترًا
متوسط درجات الحرارة:	28 درجة
الطول:	1800 متر
مواصفات الطائرات:	بد أقصى أن تكون الطائرة من نوع بي 727
الوقود المتاح:	لا يوجد
المساعدات:	,MD, MC, MT, L4, NDB, LR, LB, LO, L9
قواعد الطيران البصري	

رقم 1112	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامما، ممثل برنامج التحصين الموسع في غاما	

برنامج التحصين الموسع في مقاطعة غاما

تقرير صادر عن اجتماع مع قائد فريق برنامج التحصين الموسع لمقاطعة غاما

في عام 1998، كان على فريق برنامج التحصين الموسع التكيف مع عدد من المشاكل اللوجيستية في عام 1998، حيث تعطلت المركبة الخاصة بالبرنامج بشكل متكرر وكانت خارج نطاق الخدمة لعدة أسابيع. إضافة إلى ذلك وبسبب صعوبة الحصول على إمدادات اللقاح من المخازن الرئيسية بكابا، لم يتمكن الفريق من الالتزام بالجدول المحدد في خطة العمل السنوية للمقاطعة، وعلى الرغم من ذلك فإن إمدادات منظمة اليونيسيف باللقاح إلى المراكز الطبية الرئيسية تكفي لتلبية احتياجات البلاد. إن فريق برنامج التحصين الموسع على استعداد لتقديم المساعدة للاجئين، إذا توفر الدعم الضروري (البنزين، واللقاحات، وغيرها...)، أما مدير الصحة بالمقاطعة فهو على اقتناع بأن على فريق برنامج التحصين الموسع تطعيم اللاجئين وذلك لتقليل الخطر من تفشي المرض بين السكان المحليين.

رقم 1113	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاماء، ممثل برنامج التحصين الموسع في غاما	

أنشطة برنامج التحصين الموسع في غاما التطعيم ضد الحصبة

عام	مدينة غاما	مقاطعة غاما	مقاطعة إيسيلون	دانيكال
1995	2300	5000	550	0
1996	2500	5500	780	0
1997	2400	5000	620	0
1998	2100	4500	520	0
الإجمالي	9300	20000	2470	0

التطعيم ضد السل (عقار بي سي جي)

عام	مدينة غاما	مقاطعة غاما	مقاطعة إيسيلون	دانيكال
1995	2100	3250	420	0
1996	1850	4220	528	0
1997	1720	2850	615	0
1998	1510	2720	412	0
الإجمالي	7180	13040	1975	0

التطعيم ضد شلل الأطفال (عقار أو بي إف)

عام	مدينة غاما			مقاطعة غاما			مقاطعة إيسيلون			دانيكال
	الأول	الثاني	الثالث	الأول	الثاني	الثالث	الأول	الثاني	الثالث	
1995	2900	1870	1240	5480	3230	2430	730	230	70	0
1996	3200	2450	1450	5700	3300	2200	880	340	90	0
1997	2800	1950	1520	5200	3200	1900	690	320	70	0
1998	2700	1840	1320	4950	3100	1850	750	180	60	0
الإجمالي	11700	8100	5530	19480	12830	8380	3050	1070	290	0

رقم 1114	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاما، ممثل برنامج التحصين الموسع في غاما	

نشاط برنامج التحصين الموسع في مقاطعة غاما

(أسابيع النشاط في كل منطقة)

المكان	يناير/ كانون الثاني	فبراير/ شباط	مارس/ آذار	أبريل/ نيسان	مايو/ أيار	يونيو/ حزيران	يوليو/ تموز	أغسطس/ آب	سبتمبر/ أيلول	أكتوبر/ تشرين الأول	نوفمبر/ تشرين الثاني	ديسمبر/ كانون الأول
مدينة غاما	-	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	-
مقاطعة غاما	x	x	x	x	x	-	x	-	x	x	x	-
إيسيلون	x	x	x	-	x	x	x	x	-	-	x	-
دانيكال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

x = أسبوع أنشطة

رقم 1115	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غاما، مسؤول الصحة بالمقاطعة	

الأوضاع الصحية في غاما

سؤال: كم عدد اللاجئين الذين وصلوا حتى الآن إلى مقاطعتك؟

جواب: هم حوالي 100000 لاجئ منهم 60000 متركزين بالقرب من غاما في منطقة قمنا بتخصيصها لهم. وينتشر الـ 40000 المتبقون في مقاطعة إيسيلون ولا سيما حول مدينة برو، حيث يعيش معظمهم مع ذويهم. ولكننا نعتقد أن عدداً كبيراً من اللاجئين سوف يصل قريباً.

سؤال: ما هو عدد اللاجئين الذي تتوقعه؟

جواب: من الصعب أن أتوقع ذلك، ولكن بالتأكيد مئات الآلاف وأكثر.

سؤال: هل هناك عمليات قتالية بالقرب من الحدود؟

جواب: لا، حسب تقاريرنا، إذ إن الجزء الأكبر من القتال يجري في المناطق الداخلية لمنطقة سيغما. وقد وصل بعض الجرحى على الحدود وتمكننا من نقلهم إلى المستشفى في غاما.

سؤال: هل هم من المدنيين أم من أفراد الجيش؟

جواب: من الفئتين.

سؤال: ما هي المشاكل الطبية الرئيسية التي تواجهها مجموعات اللاجئين؟

جواب: حسنًا، تم الإبلاغ عن حالات مصابة بالتهاب السحايا وتم نقل حالتين إلى المستشفى.

سؤال: هل تم تأكيد التشخيص؟

جواب: كان اثنان مصابين بالتهاب المكورة السحائية وكان اثنان من مخيم اللاجئين بالقرب من غاما.

سؤال: ما الإجراءات التي اتخذت لمنع تفشي المرض؟

جواب: ليس لدينا في الوقت الحاضر لقاح لالتهاب السحايا، فطلبت إلى وزارة الصحة في كابا أن تزودنا بعدد 100000 جرعة من اللقاح لتخصيصها لحالات الطوارئ.

سؤال: هل كان أداء برنامج التحصين الموسع جيدًا في المقاطعات؟

جواب: نعم، نحن نقوم بالتغطية في المقاطعة ككل مع تحصينات الأطفال المتاحة في جميع المرافق الصحية وفريق واحد متنقل، كما أن مصدرنا المنتظم للمؤن هو المخازن الطبية المركزية في كابا.

سؤال: ما هي الحالة الغذائية للاجئين؟

جواب: يبدو أنها ليست سيئة للغاية، إذ ظل اللاجئون يعانون من نقص في المواد الغذائية لفترة طويلة في بلدهم جراء الجفاف. ولم تكن لديهم سوى فرصة ضئيلة جدًا للحصول على الطعام خلال أسابيع عديدة قضاها في السفر للوصول إلى الحدود.

سؤال: ما هي نسبة سوء التغذية؟

جواب: لا أعرف الرقم بدقة. وقد تم إرسال ممرض من كرون إلى المخيم لإجراء دراسة.

سؤال: ما هي المشاكل الطبية الأخرى التي تعرفها؟

جواب: الملاريا هو مرض متوطن في مقاطعة غاما.

سؤال: أي نوع منها؟

جواب: المنجبية وأظهرت الدراسات التي أجريت مؤخرًا في سرزو مستوى عاليًا من المقاومة للأدوية وسوف أعطيكم نسخًا من هذه الدراسات التي أجريت إذا ما أمكنني العثور عليها. التقارير كثيرة والوقت قليل جدًا.

سؤال: ماذا عن أحوال المياه والصرف الصحي للاجئين؟

جواب: هناك وفرة من المياه في نهر بوي ولكننا قلقون بشأن الصرف الصحي السيئ في المخيم. تظهر في إيسيلون مشكلة مياه كبيرة قريبًا بسبب الضرر الذي أصاب المنطقة جراء الجفاف وقد جلب اللاجئون معهم ماشيتهم.

سؤال: هل هناك عدد كافٍ من الأطباء لخدمة اللاجئين؟

جواب: لا، لدينا فريق طبي من المنطقة في خرون يعمل في المخيم، وقد قامت إحدى المنظمات غير الحكومية بإنشاء مستوصف في المخيم، ومن الواضح أن هذا غير كافٍ.

المرافق الصحية بإقليم غاما

المرضى - القابلات	المعدات	عامل صحة قروي	مساعد صحي	المرضى	الأطباء	عدد الأييرة	
40 ممرضاً / 10 قابلات	أشعة إكس ومختبر	0	80	50	10	500	مستشفى إقليمي 1 أ
7 ممرضين / قابلاتان	أشعة إكس ومختبر	0	10	9	2 (إناث)	100	مستشفى محلي 3 ب
8 ممرضين / 4 قابلات	4 مختبرات أساسية	0	19	19	1 (أخصائي عام)	40	مراكز صحية 4 ج
55 ممرضاً / 16 قابلة		0	40	10	0	0	مستوصف 21 د
		200	0	0	0	0	مراكز صحة 200 هـ
		200	149	88	13	640	الإجمالي

أ: مدينة غاما.

ب: مستشفيات محلية في برو، خرون وكارام.

ج: مركز واحد في كل من إيسيلون ودانيكال (خرون وكارام) ومركزان في إقليم غاما (واحد في الشمال والآخر في الجنوب).

د: 12 في إقليم غاما و6 في إيسيلون (استشاري 1-2-3-4-5 غولارا) و3 في دانيكال (استشاري 1-2 تاكري).

هـ: 100 في إقليم غاما، و30 في إيسيلون، و70 في دانيكال.

و: مركز صحة بمقاطعة شمال إقليم غاما (ومن المخطط إنشاء مستشفى محلي واحد).

HA: تعني المعاون الصحي

VHW: تعني عامل صحة قروياً

ملاحظة: يوجد مستشفى إرسالية واحد في تاكري فيه طبيبان وثلاثة ممرضين مغتربين، و20 ممرضاً محلياً تم تدريبهم بالمستشفى، و30 موظفاً من موظفي خدمات الدعم، 200 سرير، وجناح واحد للجذام وجناح لمرض السل.

رقم 1116	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غاما، مسؤول الصحة الإقليمي في غاما	

الخدمات الصحية في إقليم غاما

المستشفيات:

غاما المستشفى الإقليمي يضم 500 سرير، وأقسامًا متخصصة للعلاج والجراحة وطب الأطفال وقسم النساء والتوليد، فضلًا عن وحدة للأمراض المعدية. يوجد بالمستشفى 10 أطباء و50 ممرضًا و80 مساعد طبيب مع توافر مرافق الأشعة والمختبرات.

برو: مستشفى يضم 120 سريرًا يقدم الخدمات الطبية الأساسية، والجراحة وطب الأطفال وخدمات التوليد، ويتم إرسال الحالات الجراحية الحرجة إلى مستشفى غاما أو تاكري، حيث يوجد ثلاثة أطباء وثمانية ممرضين و14 مساعد طبيب، مع توافر مرافق الأشعة والمختبرات.

خرون: فيها مستشفى صغير مزود بـ 50 سريرًا وفيه طبيبان و5 ممرضين و12 مساعدًا، ويوجد مختبر صغير وجهاز أشعة يعمل عند توافر الطاقة الكهربائية.

تاكري: يوجد بمستشفى تاكري للإرسالية 200 سرير وطبيبان وطبيب جراح و20 ممرضًا (خمسة منهم مغتربون)، حيث يقدم المستشفى الخدمات الطبية والجراحة وطب الأطفال والولادة وعلاج داء السل ويضم مختبرًا ومرافق لأشعة إكس.

المراكز الصحية:

هناك 21 مركزًا صحيًا بالمقاطعة، منها 12 مركزًا في إقليم غاما، و6 مراكز في إقليم إبسيلون و3 في دانيكال. ويدير كل مركز من هذه المراكز ممرض أو مساعد طبيب تحت إشراف طبيب عادةً ما يكون في مستشفى قريب من المركز.

مراكز صحية:

يوجد مائة مركز صحي صغير يتراأس كل واحد منها أحد العاملين في مجال الصحة الأولية وهي منتشرة في أرجاء المقاطعة، وغالبًا ما تكون في القرى الصغيرة.

رقم 1117	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غاما، مدير البرنامج الإقليمي لمكافحة الملاريا	

برنامج مكافحة مرض الملاريا بإقليم غاما

يلعب برنامج مكافحة مرض الملاريا دورًا فعالًا في المقاطعة، ففي عام 1998، تم علاج 195000 مريض من الملاريا في مرافق صحية بالمقاطعة. وتم إجراء فحوصات اللطاخات الدموية، وكانت النتيجة أن 57% من هذه الفحوصات إيجابية (80% المتصورة المنجلية) وأجريت معظم التحليلات المخبرية في إقليم غاما، أما في باقي المقاطعة، فإن المختبرات غير مجهزة بشكل كافٍ ولا يتوافر بها في معظم الأوقات كواشف. وقد وضعت وزارة الصحة معايير موحدة للأنظمة العلاجية.

رقم 1118	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، مدير البرنامج الإقليمي لمكافحة ناقل العدوى	

مكون مكافحة نواقل العدوى الخاصة ببرنامج مكافحة الملاريا

برنامج مكافحة نواقل العدوى: نتائج دراسة أُجريت عام 1997 في شمال غاما

مقاوم لـ:	دي دي تي	ديلدرين	ثنائي كلورفوس	تتراميثرين
أ. الغامبية	نعم	نعم	نعم	نعم
ب. المشؤومة	لا	نعم	نعم	نعم
ج. فارنسيس	نعم	نعم	نعم	نعم

بالرغم من أنه لم تتم أية دراسات أخرى لتقييم التوزيع الجغرافي لمقاومة مبيدات الحشرات، فإنه تم وضع السياسة التالية:

- يكون رش المنازل من الداخل باستخدام ثنائي كلورفوس في المنطقة الساحلية هو المعيار؛
- ويستخدم ديلدرين في شكل رذاذ متخلف في الأجزاء الأخرى من البلاد التي يقل فيها انتشار الملاريا.

رقم 1119	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، مدير البرنامج الإقليمي لمكافحة أمراض الإسهال	

برنامج مكافحة أمراض الإسهال بإقليم غاما

تمت أنشطة في برنامج مكافحة أمراض الإسهال في إقليم غاما في الفترة ما بين عامي 1998-1999:

1. كانت الأولوية لمدينة غاما وضواحيها، وذلك لأنها مدينة مكتظة بالسكان.
 - تعليم الأمهات كيفية علاج حالات الإسهال المعتدلة والحادة باستخدام أملاح الإماهة الفموية، ولقد تم توزيع 150000 علب من أملاح الإماهة الفموية في عام 1998 عن طريق المستوصفات ومن قبل عمال الرعاية الصحية الأولية وفق إطار برنامج صحة الأمومة والطفولة.
 - تحسين عملية تزويد مدينة غاما بالمياه وفي نهاية عام 1998 بلغت نسبة سكان المدينة الذين يحصلون على شبكات مواسير مياه الشرب 80 %.

2. ولم تُبذل سوى جهود قليلة جدًا لمكافحة أمراض الإسهال في أجزاء أخرى من المقاطعة، إذ نفذت إدارة موارد المياه مشاريع قليلة في مقاطعة إيسيلون، وبالأخص حفر الآبار وحمايتها. وقام أفراد الرعاية الصحية الأولية بالتعريف ببرنامج للعلاج بالإمهاء الفموي، ولكن تأثيره كان ضعيفًا على الإصابة بأمراض الإسهال، لأن الجمهور لم يستجب له بشكل جيد جزئيًا. وحقيقة الأمر أن الأمهات تعلمن كيفية إعداد محلول العلاج بالإمهاء الفموي وذلك باستخدام الأملاح العادية والسكر، إلا أن طريقة العلاج هذه تتعارض مع المعتقدات التقليدية. فضلًا عن ذلك أعدت جامعة بيتا لاند دراسات أظهرت أن الأمهات توقفن في غضون أشهر قليلة بعد تلقي التعليمات عن تتبع هذه التعليمات وأصبحن يضعن كمية كثيرة من الملح وقليلًا من السكر في المحلول. ودارت مناقشات حول إطلاق برنامج لتوفير السوائل في المنزل، ويبحث هذا المقترح الآن فريق الدراسة برعاية جامعة بيتا لاند ووزارة الصحة.

3. وانخفضت أنشطة إدارة تطوير الموارد المائية بشكلٍ مطرد في عام 1998 ومطلع عام 1999، ويرجع ذلك لقلّة الدعم المالي، إذ تم تكريس معظم الميزانية المخصصة لهذه الإدارة لمشروع ري في شمال شرق مقاطعة إيسيلون، لأن الإجراءات الخاصة بتحسين جودة المياه والوقاية كانت أقل أولوية.

رقم 1120	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	غامما، مدير إقليمي، برنامج التحصين الموسع	

توافر اللقاح في إقليم غاما

يتوافر لدى برنامج التحصين الموسع اللقاح التالي بالمخازن:

- الحصبة: 23000
- لقاح بي سي جي: 5000
- اللقاح الثلاثي: 12000
- اللقاح الفموي لشلل الأطفال: 15000

رقم 1121	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامما، ممثل برنامج التحصين الموسع في إقليم غاما	

وباء الحصبة في غاما

انتشر وباء الحصبة في منطقة لاغون في عام 1999، حيث جرى تطعيم 56 طفلًا تتراوح أعمارهم بين عام وثلاثة أعوام في مستشفى غاما بسبب مضاعفات ذات صلة بالحصبة، ويبدو أن برنامج التحصين الموسع غطى منطقة لاغون بشكلٍ جيد، وقد أثارت هذه الأوبئة

أسئلة حول نجاعة اللقاح. وتم تقييم حالة التطعيم للأطفال الستة والخمسين الذين تلقوا العلاج في المستشفى. ووجد أن 49 منهم فقط محصنون، إذ تم تحصين 28 منهم أثناء الحملة الجماعية.

وقد أظهر التحقيق أن منطقة لاغون كانت مغمورة بالفيضان في وقت الحملة الجماعية فتوقفت مركبة الحملة الجماعية في طريق شمال شرق منطقة لاغون لمدة أربعة أيام. وساعد فريق الحملة في هذه الأيام السكان على مواجهة تداعيات هذه الفيضانات. ويحتمل أن اللقاح الذي قضى أربعة أيام في المركبة استُخدم بغير قصد أثناء الحملة، على الرغم من أنه تعذر العثور على بطاقة الرصد الخاصة بهذه المجموعة من اللقاحات. ولم يجر تطعيم سوى 8 أطفال ضد الحصبة من بين الأطفال المتبقين البالغ عددهم 21 طفلاً، ويُحتمل أن 8 أطفال تلقوا التطعيم في سن التسعة أشهر من العمر أو قبل ذلك. وتعذر تحديد حالة التطعيم في حالة واحدة.

رقم 1122	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، مدير البرنامج الإقليمي لمكافحة مرض الإسهال	

تفشي وباء الكوليرا في إقليم غاما

وباء الكوليرا، 1998:

ظهر وباء الكوليرا بمقاطعة إيسيلون في نوفمبر/ تشرين الثاني 1998. تضررت المنطقة من حالات متفرقة من الكوليرا طوال سنوات، إلا أن هذه هي أول جائحة خطيرة تنتشر خلال خمسة أعوام. وأكدت مختبرات مستشفى خرون وبيرو في هذه الجائحة على وجود 335 حالة سريرية. فضلاً عن 123 مريضاً تم فحصهم في مستشفى غاما الإقليمي، وفي المستشفى التعليمي الجامعي في كايا. ولقد تم التأكد من الإصابة بضمّة الكوليرا في جميع الحالات البالغ عددها 123 حالة وكل هذه الحالات مثلت نمطاً حيويّاً (الطور). توفي عشرون من 335 مريضاً تم تشخيصهم كمصابين بداء الكوليرا (أي بمعدل 6%)، وكان عدد الوفيات بالمنازل يُقدر بنسبة تتراوح ما بين 30 إلى 50%.

رقم 1123	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، مدير برنامج مكافحة السل في غاما	

برنامج مكافحة السل في إقليم غاما

انطلق برنامج مكافحة السل بفريق متنقل يفحص الأفراد باستخدام جهاز الأشعة السينية قبل عام 1993؛ وكان يتم تحويل الحالات المشتبه بها إلى أقرب مستشفى لإجراء مزيدٍ من الفحوصات لها. وتم التخلي عن هذه الاستراتيجية بسبب تكاليفها العالية وعدم فعاليتها بالأساس، إلا أن المعدات ما زالت موجودة، وبإمكان الفريق أن يتجمع مرة أخرى في أي وقت إذا تطلب الأمر ذلك.

تأتي السياسة المُتبعة في مكافحة السل على النحو التالي:

1. التحقق من وجود إشارات سريرية على مرض السل في مراكز الصحة.
2. إحالة الحالات المشتبه بها إلى المستشفيات التي تتوافر بها مرافق الأشعة السينية والمختبرات.
3. معالجة تلك الحالات الموجودة باستخدام عصيات صامدة للحمض – حالة إيجابية البصاق أو باستخدام الآفات المرئية بالأشعة السينية، ولقد وضعت وزارة الصحة معايير لهذه المعالجة.
4. الوقاية: لقاح بي سي جي لجميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عام واحد.

رقم 1124	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، مدير برنامج مكافحة السل في غاما	

أنشطة برنامج مكافحة السل في إقليم غاما

1. فحوصات البصاق

سليبي	إيجابي	الإجمالي	
370	120	490	1995
490	175	665	1996
680	270	950	1997
235	740	975	1998

2. فحوصات الأشعة السينية لداء السل

سليبي	إيجابي	الإجمالي	
555	234	789	1995
781	89	870	1996
603	76	679	1997
449	97	546	1998

رقم 1125	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	غامما، مدير برنامج مكافحة السل في غاما	

التوزيع الجغرافي لمرضى السل

عام	غاما	إبسيلون	دانيكال	الإجمالي
1995	87	27	6	120
1996	108	51	16	175
1997	102	107	61	270
1998	128	85	22	235
الإجمالي	425	270	105	800

أظهرت دراسة أجريت على 800 حالة أن 272 مريضاً لم يكملوا العلاج: 125 منهم في غاما، و91 في إبسيلون، و56 في دانيكال. فضلاً عن ذلك أصيب 12% من المرضى الذين أكملوا العلاج بانتكاساتٍ بعد مرور عامين.

رقم 1126	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	مستشفى غاما، مدير برنامج غاما لمكافحة السل	

انتشار مرض السل في إقليم غاما

أوضحت دراسة أجريت في الإقليم أن انتشار حالات الإصابة بداء السل عن طريق البصاق الإيجابي الذي يحمل العدوى جاءت كالتالي:

مقاطعة غاما: 100000/200

مقاطعة إبسيلون: 100000/250

مقاطعة دانيكال: 100000/350

رقم 1127	التاريخ: 99/12/18	بيتا لاند
المصدر:	غاما، مستشفى، أحد الأطباء بمركز غاما الصحي	

المعلومات المقدمة من الطبيب المسؤول بمركز غاما الصحي

يوجد مستوصفان بمدينة غاما ويعمل في كل منهما ممرضان مؤهلان. ويقوم طبيب واحد من المستشفى بجولة مرتين أسبوعياً، ويضم الفريق أيضاً مساعدين صحيين وخمسة معاونين لكل مستوصف. وتأتي الأدوية والمعدات من صيدلية مستشفى غاما.

الأنشطة التي أُنجزت في نوفمبر/ تشرين الثاني 1999:

• عدد زيارات العيادات الخارجية الجديدة: 2200

• التشخيصات الرئيسية:

المالريا: 30 %

الإسهال: 15 %

التهابات الحاجز التنفسي العلوي: 20 %

التهابات الحاجز التنفسي السفلي: 5 %

الطفيليات المعوية: 8 %

الالتهابات الجلدية: 3 %

التهاب الأذن: 5 %

تشخيصات أخرى: 14 %

اشتباه في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية: 12 حالة.

ويتم تقديم الخدمات الصحية الوقائية في كل مستوصف بما في ذلك رعاية الأمومة والطفولة وبرنامج التحصين الموسع وتنظيم الأسرة.

رقم 1128	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	مستشفى غاما، مدير برنامج غاما لمكافحة الملاريا	

نتائج اختبارات الملاريا في غاما

نتائج مسحات الدم في المقاطعات الثلاث:

إجمالي عدد المسحات	غاما	إبسيلون	دانيكال
نتائج المسحات الإيجابية	24437	1728	28700
المتصورة المنجلية	21260	55200	9200
المتصورة النشيطة	3177	1176	19500

معلومات المستشفى من إقليم غاما

رقم 1129	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	مستشفى غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما الإقليمي	

زيارة إلى مستشفى غاما

يحتوي مستشفى غاما الإقليمي على 500 سرير فضلاً عن أجنحة لأمراض الأطفال والأدوية والجراحة والولادة والسل. ويضم العاملون في المستشفى 10 أطباء و50 ممرضاً مؤهلاً و80 مساعداً طبياً وتمريضياً و120 موظفاً في الخدمات (مسؤولو النظافة والطباخون ... إلخ)

المستلزمات: تم تقديم قوائم بالأدوية والأدوات (انظر القائمة المرفقة). وقد زاد الطلب منذ أن بدأت المرافق الصحية في تحويل لاجئي ألفا لاند إلى المستشفى ونفذ مخزون الأدوية الأساسية.

الأغذية: أصبحت الإمدادات الغذائية غير كافية منذ أن بدأ المرضى الجدد (اللاجئون) في التدفق.

المياه: يحصل المستشفى على الماء من شبكة إمدادات المياه التابعة للبلدية. ولم يحدث أي انقطاع في إمدادات المياه في الآونة الأخيرة على الرغم من انقطاع الإمدادات أحياناً لساعاتٍ عديدة يومياً.

الكهرباء: يتم تزويد المستشفى بالكهرباء عن طريق محطة توليد الكهرباء بالمدينة. ومع ذلك يضم المستشفى مولداً كهربائياً خاصاً به يُستخدم في حال انقطاع الكهرباء.

رقم 1130	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	مستشفى غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما الإقليمي	

الأنشطة في مستشفى غاما

زاد عدد المرضى الوافدين خلال شهر نوفمبر/ تشرين الثاني:

- الطب 412
- أمراض الأطفال 621
- الجراحة 132
- أمراض النساء والولادة 72
- الأمراض المعدية 34 (بما في ذلك 18 حالة جديدة من حالات الإصابة بداء السل)
- الإجمالي: 1271

وانخفض عدد اللاجئين الوافدين على المستشفى نسبياً في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني (67) ولكن وصل 112 لاجئاً إلى أجنحة المستشفى خلال الأسبوعين الأولين. وكانت الأسباب الرئيسية للاستشفاء هي:

- طب الأطفال: التجفاف الناتج عن الإسهال والالتهاب الرئوي والحصبة والملاريا.

- الطب الباطني: الملاريا والبلهارسيا والسل والإيدز، وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي والأمراض المزمنة.
- الجراحة: الجروح بما فيها الكسور، والتهاب البنكرياس، وحصوات المسالك البولية والفترق وتضخم البروستاتا وثقوب في الأمعاء بسبب حمى التيفود.
- أمراض النساء والتوليد: التورم الليفي بالرحم وأكياس المبيض وسرطان الرحم وانفجار الحمل خارج الرحم وتوقف المخاض والمضاعفات الأخرى التي تصاحب المخاض والولادة.

وقام العاملون في قسم الجراحة برعاية العديد من جرحى الحرب فور وصول اللاجئين. ولا يملك أحد من العاملين في قسم الجراحة الخبرة للعمل في هذا المجال. وعلاوةً على ذلك، فإن حدوث تدفق مفاجئ للمصابين يخلق مشاكل تنظيمية داخل المستشفى. وقد وصل 23 مصاباً إلى المستشفى في آنٍ واحد الأسبوع الماضي.

رقم 1131	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	مستشفى غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما الإقليمي	

قسم الأشعة في مستشفى غاما

يحتوي المستشفى على اثنين من أجهزة الأشعة السينية للأغراض العامة فضلاً عن فريق من الموظفين المؤهلين (تقني واثنان من المساعدين) لتشغيل الجهازين، ويمكن إجراء معظم الاختبارات الاعتيادية. وهناك عجز مزمن في الأفلام والمواد الكيميائية ولكن الإمدادات كافية حتى هذه اللحظة.

رقم 1132	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	مستشفى غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

مختبر مستشفى غاما

يعمل في مختبر المستشفى ثلاثة تقنيين مؤهلين وستة مساعدين. ويمكن إجراء معظم الاختبارات الروتينية بما في ذلك اختبار الأمصال والكيمياء الحيوية والطفيليات والميكروبات وبنك الدم بما في ذلك اختبارات مرض نقص المناعة المكتسبة.

رقم 1133	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	مستشفى غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

أنشطة قسم الأمراض الباطنية

يضم المستشفى جناحين لعلاج الإصابات الحادة وهما مجهزان بخمسة وستين سريرًا لكل جناح منهما. ويتكون العاملون فيهما من طبيبين و12 ممرضًا و14 مساعدًا تمريضًا وطبييًا و15 موظف دعم. وقد استقبل القسم 412 مريضًا من بينهم تسعة لاجئين في نوفمبر/ تشرين الثاني 1999.

وكان من الأسباب الرئيسية للاستشفاء بالمستشفى خلال شهر نوفمبر/ تشرين الثاني:

- الملاريا غير المصحوبة بمضاعفات، 82
- الملاريا الدماغية، 45 (9 وفيات)
- الالتهاب الرئوي، 34 (3 وفيات)
- الإيدز، 30
- الأميبية المعوية، 20
- الربو، 20 (حالة وفاة واحدة)
- حمى الضنك، 16
- حمى مجهولة الأسباب، 14
- التهاب الكبد (أ أو ب)، 13 (حالة وفاة واحدة)
- حمى التيفود، 12 (حالتان اثنتان من الوفاة)
- قصور القلب الاحتقاني، 5 (حالتان اثنتان من الوفاة)
- مرض ذات الجنب 5
- القرحة الهضمية، 4
- سرطان المعدة، 3 (حالة وفاة واحدة)
- الأميبية الكبدية، 3 (حالة وفاة واحدة)
- التهاب الدماغ الفيروسي، 3
- فقر الدم الحاد 3 (حالة وفاة واحدة)
- التهاب الكلية والحويضة، 3
- لدغات الثعابين، 3 (حالة وفاة واحدة)
- اعتلال الأعصاب الطرفية (بسبب نقص فيتامين ب)، 2
- داء الليشمانيات الحشوي، 1 (من شمال البلاد)
- داء الفطار المادوري، 1
- التهاب العضل القيحي، 1
- التهاب حاد بالأوعية الليمفاوية، 1
- عدوى *التهارسيا الدموية*، 1 (من المناطق الساحلية)
- الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، 9
- الحلاّ النطاقي، 8

عدد الوفيات: 22

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/19	رقم 1134
غاماء، المدير الطبي لمستشفى غاما		المصدر:

أنشطة قسم طب الأطفال

يحتوي قسم طب الأطفال على جناحين يضمان 120 سريراً. ويتكون الطاقم العامل من 3 أطباء و14 ممرضاً و16 مساعداً طبياً وتمريضياً و20 موظفاً داعماً. ووصل عدد الحالات الوافدة في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني 1999 إلى (621) حالة.

• *الملاريا: 189 حالة (70 حالة ملاريا دماغية و30 حالة وفاة)

• سوء التغذية: 50 حالة (5 وفيات)

• *التجفاف: 45 حالة (13 حالة وفاة)

• الالتهاب الرئوي: 35 حالة (3 وفيات)

• *الحصبة المعقدة: 30 حالة (11 حالة وفاة)

• التهاب الشعب الهوائية: 24 حالة (2 حالة وفاة)

• الزحار: 20 حالة

• *فقر الدم: 19 حالة (6 حالات وفاة)

• الحمى مجهولة السبب: 17 حالة (حالة وفاة واحدة)

• داء المتقيبات: 12 حالة

• السعال الديكي: 5 حالات (حالة وفاة واحدة)

• الحمى الروماتزمية الحادة: 3 حالات

• التهاب السحايا: 3 حالات (حالة وفاة واحدة)

• الكزاز الوليدي: حالة واحدة (حالة وفاة واحدة)

• سل الغدد الليمفاوية: حالتان

• شلل الأطفال الحاد: حالة واحدة

وتم إدخال 22 حالة من الأطفال اللاجئين إلى قسم طب الأطفال في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني والثاني وتُقلت 61 حالة من الأطفال اللاجئين إلى المستشفى خلال أول أسبوعين من شهر ديسمبر/ كانون الأول.

*يعاني معظم الأطفال الذين وردت لهم هذه التشخيصات أيضاً من سوء التغذية الحاد أو المعتدل.

رقم 1135	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

أنشطة قسم الأمراض النسائية والتوليد

يوجد بالقسم أخصائي ولادة/ أخصائي أمراض نساء و10 قابلات و14 مساعداً طبيياً أو مساعد ترميض و5 أفراد من طاقم الدعم. ويحتوي جناح الولادة على 60 سريرًا، وقد استقبل 72 مريضاً للأسباب التالية:

- ولادة طبيعية 42 حالة (متوسط وزن الطفل عند الولادة 2.1 كغ)
- الإجهاض التلقائي: 9 حالات
- الوفاة أثناء الوضع: 6 حالات
- الولادة المقعدة: 3 حالات
- النزف التالي للوضع: حالتان
- تسمم الحمل: حالتان

ويحتوي جناح أمراض النساء على 15 سريرًا وقد استقبل 6 مرضى جدد في نوفمبر/ تشرين الثاني من عام 1999 للأسباب التالية:

- التهاب البوق: 3 حالات (مريض سيلان واحد)
- سرطان الرحم: حالتان
- تمزق الحمل خارج الرحم: 5 حالات

وأدخل في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني اثنتان من اللاجئات إلى قسم أمراض النساء والتوليد كما تم إدخال 12 حالة خلال الأسبوعين الأولين من شهر ديسمبر/ كانون الأول.

رقم 1136	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

أنشطة قسم الجراحة

يحتوي قسم الجراحة على 80 سريرًا وطاقم عمل يتكون من 3 جراحين و7 ممرضين و18 مساعداً طبيياً أو مساعد ترميض و10 موظفين داعمين. وتضم غرف العمليات ووحدة التعقيم المركزي فريق العمل الخاص بها كما يضم المستشفى أربع غرف عمليات منها اثنتان كبيرتان واثنتان صغيرتان. ويحتوي المستشفى على حزمتين للجراحة الباطنية فقط وثلاث حزم لعمليات الولادة القيصرية وأربع حزم جراحية صغيرة.

وعندما تكون غرفة العمليات تعمل بكامل طاقتها يمكنها استيعاب حتى 120 عملية جراحية كبرى شهرياً. وقد وصل المتوسط 95 عملية جراحية شهرياً في عام 1998.

ظل القسم قادراً على مواجهة الوضع حتى سبتمبر/ أيلول 1999، لكن عدد حالات العمليات الجراحية زاد بشكل حاد خلال الشهر الماضي، وبشكل أساسي جرحى الحرب القادمون من ألفا لاند. وقد نُقل بعض الجرحى إلى المستشفى بواسطة سيارة الإسعاف من مركز خرون الصحي ولكن الجيش هو الذي نقل معظمهم. وأدخل 132 مريضاً إلى الجناح الجراحي خلال شهر نوفمبر/ تشرين الثاني من عام 1999، 90 مدياً من بيتا لاند و32 من جرحى الحرب من ألفا لاند. واستقبل الجناح 85 حالة من المدنيين من بيتا لاند خلال الأسبوعين الأول والثاني من شهر ديسمبر/ كانون الأول عام 1999 كما استقبل 33 جريحاً من ألفا لاند.

ومنذ أن بدأ اللاجئون بالفرار من ألفا لاند، تم إدخال إجمالي 65 مريضاً يعانون من إصابات الحرب التي نجم عنها 34 حالة كسر طرف مضاعف (مفتوح) و9 حالات التهابات أنسجة رخوية و6 حالات إصابة صدرية و12 إصابة في البطن و4 حالات إصابة في الرأس. ويتجاوز عدد المرضى عدد الأسيرة المتاحة. لقد كان التعداد اليومي في الغالب في الجناح الذي يضم 80 سريراً بالمستشفى 105 مريضاً أو أكثر. ونقل المرضى الذين لا يحتاجون إلى رعاية جراحية مكثفة إلى جناح الطب الداخلي. ويعاني القسم من نقص متزايد في الأجهزة وخاصة في أجهزة تقويم العظام والمضادات الحيوية وخيوط الدرز بالغرز وأدوية التخدير.

رقم 1137	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

بنك الدم، مستشفى غاما

يكون المتبرعون لبنك الدم التابع للمستشفى بشكل أساسي من عائلات المرضى ومن بعض المتطوعين (12 % من العدد الكلي)، ويتم تحليل الدم لمعرفة ما إذا كان ملوثاً بالمalaria والزهري والإيدز. ويستخدم المستشفى في المتوسط 100 وحدة من الدم شهرياً. وكان من الصعب إيجاد دم للمرضى خلال الأسبوعين الماضيين وخاصة لجرحى الحرب الذين يصلون إلى المستشفى بدون صحبة ذويهم عامة.

رقم 1138	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

أنشطة قسم الأمراض المعدية

يحتوي القسم على جناحين، السل والعزل، ويضم 50 سريراً. ويتكون فريق العمل من طبيب وثلاثة ممرضين وخمسة مساعدين طبيين أو في التمريض وخمسة من أفراد الدعم.

• يضم جناح قسم السل 45 سريراً.

استقبل الجناح في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني ست حالات.

واستقبل الجناح في الأسبوعين الأول والثاني من شهر ديسمبر/ كانون الأول ثماني حالات منها أربعة لاجئين.

وتشير البيانات المجمعة خلال النصف الأول من عام 1999 إلى أن 58 % من مرضى السل الرئوي كانوا مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، كما هو حال 76 % من مرضى السل غير الرئوي.

• يضم جناح العزل خمس غرف.

أدخلت إلى الجناح خمس حالات في شهر نوفمبر/ تشرين الثاني: بسبب داء الكلب (حالة واحدة) وداء الشيغيلات (حالتان) وحمى التيفية (حالتان).

وأدخلت إلى الجناح في شهر ديسمبر/ كانون الأول سبع حالات: بسبب التهاب السحايا (4 حالات) و التهاب الكبد (حالتان) وداء الشيغيلات (حالة واحدة).

رقم 1139	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غامأ، المدير الطبي لمستشفى غاما	

شغل الأسرة في مستشفى غاما في شهري نوفمبر/ تشرين الثاني وديسمبر/ كانون الأول

القسم	عدد الأسرة	نوفمبر/ تشرين الثاني	ديسمبر/ كانون الأول
الطب	130	88 %	92 %
الجراحة	80	85 %	115 %
طب الأطفال	140	102 %	128 %
أمراض النساء والتوليد	60	75 %	82 %
الأمراض المعدية	50	84 %	92 %

رقم 1140	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

إمدادات العقاقير والمعدات في مستشفى غاما

يُعد نظام الإمداد الطبي في بيتا لاند نظامًا على درجة عالية من المركزية. يرسل كل مكتب صحة إقليمي طلبًا كل ثلاثة أشهر للمخازن الطبية المركزية في كابا بناءً على طلبات قدمها المسؤولون عن الصحة في الإقليم الذين حددوا الاحتياجات في مختلف المرافق الصحية. وبعد إرسال هذا الطلب من المقاطعة ترسل المخازن الطبية المركزية مخزونًا من الأدوية والمعدات خلال 30 - 90 يومًا. ومع ذلك، تكون الكميات المستلمة في كثير من الأحيان أقل من الكميات الواردة في الطلبات التي قدمها مكتب الصحة الإقليمي.

وتُوزع الأدوية من المكتب الإقليمي أولاً على المقاطعات المختلفة ثم على المستشفيات والمراكز الصحية. وقد تم استلام الشحنة الأخيرة من كابا منذ ثلاثة أشهر مضت. وساهم الطلب على الخدمات الصحية بوصول اللاجئين في الاستهلاك السريع للإمدادات الطبية بصورة أكثر من المعتاد، ولا سيما أن النقص في الإمدادات الموجودة في مستشفى غاما ومستشفيات المقاطعة هو في المضادات الحيوية والمواد المخدرة وأفلام الأشعة السينية والكواشف المختبرية.

رقم 1141	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

نقص الأدوية في مستشفى غاما

كان المستشفى يعاني خلال الأشهر الثلاثة الماضية من مشاكل متزايدة في إمدادات الدواء التي يقدمها التموين الطبي المركزي، وقد ورد في ما يلي أيام نفاذ المخزون على مدار الأشهر الثلاثة الماضية.

رقم 1142	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

توافر اللقاحات والأمصال

لقاح بي سي جي	حقن
لقاح الخناق- الشاهوق- الكزاز	حقن
لقاح الخناق- الكزاز	حقن
لقاح الحصبة	حقن

لقاح شلل الأطفال المضعف	محلول فمي
لقاح الكزاز	حقن
لقاح المكورة السحائية (التهاب سحايا المخ والنخاع)	حقن
لقاح داء الكلب	حقن
مصل ذو مناعة عالية ضد داء الكلب	حقن
الأصصال المضادة للسم	حقن

لا توجد لقاحات كافية لتغطية احتياجات برنامج التحصين الموسع. وإذا نُظمت حملة تطعيم للاجئين، فإنه سيكون من الضروري الحصول على إمدادات إضافية ربما من خارج بيتا لاند.

رقم 1143	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاما، المدير الطبي لمستشفى غاما	

أدوية السل والجذام

تكون الأدوية التالية متاحة فقط للأجنحة المتخصصة. ويمكن الحصول عليها عند الضرورة فقط بناءً على تقديم طلب خاص.

كبسولة كلوفازيمين 100 ملغ	قرص ايزونيازيد 100 - 300 ملغ
قرص دابسون 50 ملغ و 100 ملغ	قرص بيرازيناميد، 500 ملغ
قرص بروذيوناميد 125 ملغ	قرص ريفامبيسين 150 - 300 ملغ
قرص إيثامبوتول 100 - 500 ملغ	زجاجة استربتوماسين للحقن 1 غ

رقم 1144	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاما، ممثل المكتب الإقليمي لمشروع تطوير المياه	

وفرة المياه في إقليم غاما

تتولى وزارة الموارد المائية في غاما مسؤولية الآتي:

- توفير المياه الصالحة للشرب لمدينة غاما بما في ذلك الضخ والتلبد والترسيب والكلور
- تطوير وتحسين الإمدادات المائية في المدن والقرى الأخرى في إقليم غاما
- تطوير برامج الري باستخدام المياه من نهر تانا كجزء من مشروع وزارة الزراعة.

إلا أن الجزء الأكبر من جهود قسم الموارد المائية مكرسٌ لمدينة غاما نفسها وبرامج الري. ولا توجد إلا 25 % من المنازل متصلة بشبكة إمدادات المياه مباشرة، بينما تعتمد الأخرى على الصنابير العمومية. وتوجد مصادر المياه في منطقة عوالي بكثرة ومنسوب المياه فيها مرتفع، وقد استقر اللاجنون بالقرب من نهر بوي الذي يوفر المياه الكافية في جميع الفصول. ويمتلك المكتب الإقليمي لمشروع تطوير المياه المعدات الخاصة لحفر الآبار الارتوازية فضلاً عن مخزون جيد من المضخات اليدوية التي تبرعت بها منظمة اليونيسيف.

رقم 1145	التاريخ: 99/12/19	بيتا لاند
المصدر:	غاما، ممثل جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند	

المعلومات الواردة من ممثل جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند

يتكون الفرع المحلي لجمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند من عضوين يعملان بدوام كامل في مكتب الهلال الأحمر في بيتا لاند - أحدهما إداري والآخر ممرض يملك خبرة عشر سنوات، بالإضافة إلى 60 عضواً يعملون على أساس تطوعي، وأتم جميعهم دورة التدريب على الإسعافات الأولية. وتمثلت المساعدة الوحيدة التي قدمت للاجئين حتى الآن في توزيع 2000 بطانية و20 طنّاً من المواد الغذائية، ويبقى الفرع المحلي لجمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند على أهبة الاستعداد لتقديم المزيد من المساعدات في حال تمكن المكتب الرئيسي في كبا من تقديم إمدادات وأموال إضافية.

المعلومات الواردة من خرون

رقم 1146	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، ممثل وزارة الزراعة	

استراتيجية بقاء السكان المحليين في إيسيلون

ينتهج الناس في أوقات المجاعات استراتيجية تجتاز بهم الفترات العصبية. وعادةً ما تشتمل استراتيجية الكوارث الخاصة بالسكان المحليين على تدابير الطوارئ التالية:

1. الهجرة بحثاً عن عمل خارج إيسيلون ولا سيما في محيط مدينة غاما.

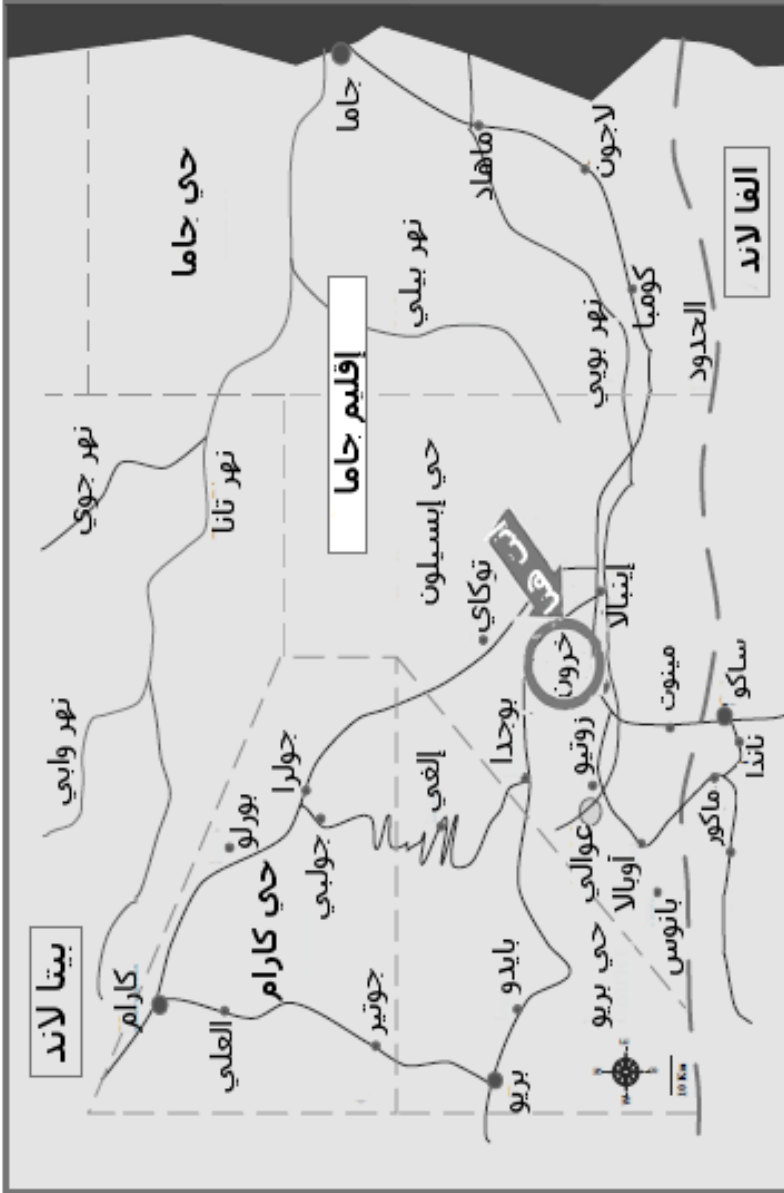
2. أخذ قروض من العائلات الغنية

3. بيع ماشيتهم (الأغنام والماعز والبقر والدجاج والحمير)

ومع ذلك لا تزال الأزمة خطيرة لدرجة أن الناس يميلون إلى اعتماد تدابير أكثر صرامة مثل تقليل استهلاك المواد الغذائية والهجرة المؤقتة من قِبَل العائلات الأكثر استضعافاً.

الإطار 8

المعلومات الواردة من خرون



رقم 1147	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، ممثل وزارة الزراعة في خرون	

التغيرات الاجتماعية الحاصلة داخل الأسر في أوقات التقشف

اكتُشف أثناء الدراسات الاستقصائية على التغذية في منطقة إيسيلون وقوع تغيرات اجتماعية مهمة، مثل ميل المسنين إلى مغادرة منازلهم والانتقال للعيش مع أبنائهم المتزوجين. وزادت هذه الممارسة من الموجودات المتاحة للأسر المكونة حديثاً.

أصبح توزيع المواد الغذائية في الوقت نفسه مشكلةً كبيرة أكثر فأكثر داخل الأسر. وقد يتلقى الأطفال والنساء الحوامل والأمهات الحاضنات حصة من الغذاء أكبر من أفراد الأسرة الآخرين أو قد تُقدّم المواد الغذائية بشكل تفضيلي للأفراد المُدرّين للدخل. وانخفض معدل الزواج خاصةً في المناطق الريفية بشكلٍ كبير خلال الأشهر الستة الماضية ربما نتيجةً للظروف الصعبة السائدة حالياً.

وعندما تستنفد الأسر الإمدادات الغذائية الطبيعية المتوفرة لديها تميل إلى التحول إلى «أطعمة المجاعة»: النباتات الصالحة للأكل والجذور والتوت والخضروات والفاكهة البرية. ويجري بشكلٍ عام خلط هذه الأغذية مع الحبوب الخشنة وتُقدّم كوجبة يومية وحيدة.

رقم 1148	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، ممثل وزارة الزراعة في خرون	

التبادلات بين أفراد الأسرة في أوقات التقشف

كشفت دراسة استقصائية أُجريت مؤخراً وشملت عدداً من الأسر الريفية المختارة في إيسيلون أن عدداً من المزارعين الذين يسعون إلى كسب عيشهم كانوا يسافرون إلى الشمال والغرب بحثاً عن أقارب لهم يمكنهم مساعدتهم وذويهم. وجرى إتمام عمليات تبادل و«تعاملات» أخرى كثيرة في بيتا لاند في مثل هذه الأوقات العصيبة.

رقم 1149	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	خرون، ممثل المؤسسة العامة للطاقة، خرون	

الطاقة الكهربائية في مدينة خرون

بُنيت محطة التوليد التي تعمل بالديزل قبل عشرة أعوام وتبلغ طاقتها 5000 كيلوات.

وتمتد الشبكة بالطاقة وسط المدينة والمستشفى والمدارس والمطار ومكاتب إدارة مجلس المدينة وأماكن الإقامة والمحلات القريبة من وسط المدينة. ويُنقل الوقود إلى المحطة بالشاحنات.

رقم 1150	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، ممثل المقاطعة، وزارة الأشغال	

المعلومات الواردة من ممثل المقاطعة

وزارة الأشغال

تحدث الفيضانات بانتظام في الإقليم ولا سيما حول مدينة مهاد على نهر بوي، الطريق بين غاما وخرون غير سالك خلال موسم سقوط الأمطار لعدة أيام في كل مرة يحدث ذلك. ويتأثر الجزء الجنوبي لمدينة خرون جراء الفيضانات في بعض الأحيان. توجد في هذه المنطقة المباني ذات النوعية الرديئة. وقد تضررت المنازل بشدة جراء فيضان عام 1999 وتم إعداد خطة لإعادة تأهيل المباني لكنها لم تُنفذ بسبب قلة التمويل.

رقم 1151	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الموظف المسؤول عن هيئة الطيران المدني، مطار خرون	

مطار خرون

خصائص مدرج الطائرات

الارتفاع: 1329 مترًا

درجة الحرارة: 24 درجة

الطول: 1300 متر

الطائرات: الطراز سي 130

سطح غير مرصوف: -

الوقود المتاح: لا يوجد

رقم 1152	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الموظف المسؤول عن هيئة الطيران المدني، مطار خرون	

مدرج مطار خرون

يحتوي مطار خرون على سطح غير مرصوف، وبالتالي فإن هبوط الطائرات أثناء موسم الأمطار يكون غير ممكن في كل مرة.

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/23	رقم 1153
خرون، طبيب في مستشفى خرون		المصدر:

الأدوية التي يستخدمها العاملون في مجال الرعاية الصحية الأولية في بيتا لاند

تُعد إحدى مهام عمال الرعاية الصحية الأولية هي معالجة المشاكل التي منها الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي والحمى والتهاب الملتحمة ومن أجل هذا الغرض هم مفوضون لاستخدام الأدوية والإمدادات التالية:

- الأسبرين 300 ملغ
- أقراص كوتريموكسازول 250 ملغ
- أقراص كلوروكين 150 ملغ
- شراب كلوروكين
- أقراص ميبيندازول 100 ملغ
- سلفات الحديدوز + حمض الفوليك 60 + 25 ملغ
- أقراص هيروكسيد الألومنيوم
- مرهم عين التتراسيكلين
- الجنطيانا البنفسجي
- الكمادات
- القطن
- الضمادات

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/24	رقم 1154
خرون، طبيب في مستشفى خرون		المصدر:

برنامج مكافحة الملاريا في مقاطعة إيسيلون

يعمل برنامج مكافحة الملاريا بشكلٍ ضعيف في المقاطعة، حيث أُوقف تعزيز الناموسيات المعالجة بمبيدات حشرية بشكلٍ مؤقتٍ بسبب نقص المبيدات الحشرية والناموسيات. ولا يؤيد الطبيب تعزيز هذا النهج حتى تتم إتاحة ما يكفي من الموارد على الدوام. ولا تزال بعض عيادات ما قبل الولادة في المقاطعة تناضل من أجل توفير الوقاية الكيميائية من الكلوروكين للنساء الحوامل. ويشك الطبيب في أن الكثير من الذين يتلقون الأقراص يأخذونها بالفعل.

رقم 1155	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	خرون، مدير مستشفى خرون	

تدريب عمال الرعاية الصحية الأولية

كانت إيسيلون من بين أوائل المقاطعات التي بدأت بتدريب عمال الرعاية الصحية الأولية، ففي الوقت الحالي يوجد 20 مركزاً طبياً في المقاطعة يعمل فيها عمال الرعاية الصحية الأولية. تستمر الدورة التدريبية لعمال الرعاية ثلاثة أشهر ويكون المتدرب في نهاية هذه الفترة قادراً على القيام بالآتي:

- وزن الأطفال
 - إعطاء الأمهات نصائح في التغذية
 - تحديد الأشخاص الذين يعانون سوء التغذية ونقلهم إلى المستشفى
 - تقديم النصيحة بشأن المياه الصالحة للشرب
 - مساعدة المجتمعات في حماية مصادر المياه
 - مساعدة المجتمعات على بناء المراحيض
 - تحضير المجتمعات المحلية لحمالات التطعيم عندما يتم إرسال فريق برنامج التحصين الموسع خارج خرون
 - تحديد الأوبئة (التهاب السحايا والحصبة)
 - علاج الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي والملاريا والالتهابات الجلدية والتهاب الملتحمة والطفيليات المعوية.
- ويأمل المدير أن يكون مكوّن المجتمع للإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة متاحاً في القريب ويعتقد بأن هذا سيكون أداة مفيدة جداً لتحسين الصحة في المجتمع المحلي.

رقم 1156	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، طبيب في مستشفى خرون	

معدل سوء التغذية في عيادات المرضى تحت سن الخامسة في مستشفى خرون

تمثلت النتائج بعد قياس وزن الأطفال الذين تم إحضارهم إلى العيادة في الفترة ما بين نوفمبر/ تشرين الثاني 1998 وحتى نوفمبر/ تشرين الثاني 1999، كالتالي:

عدد الأطفال المصابين بسوء التغذية (> 80 % الوزن/ السن)	عدد الأطفال	الشهر
147	552	نوفمبر/ تشرين الثاني
147	645	ديسمبر/ كانون الأول
256	1102	يناير/ كانون الثاني
212	879	فبراير/ شباط
226	906	مارس/ آذار
194	752	أبريل/ نيسان
276	763	مايو/ أيار
260	841	يونيو/ حزيران
190	758	يوليو/ تموز
246	842	أغسطس/ آب
154	705	سبتمبر/ أيلول
113	627	أكتوبر/ تشرين الأول
147	584	نوفمبر/ تشرين الثاني

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/24	رقم 1157
خرون، مدير برنامج التحصين الموسع في مستشفى خرون		المصدر:

التجهيزات المتاحة لبرنامج التحصين الموسع في مستشفى خرون

تم تجهيز ثلاجة سعة 285 لترًا/ 10 أقدم وتعمل على 110 فولت/ 60 هرتز وتحتوي على مجمد بسعة 40 لترًا، كود اليونيسيف 11 402 10 (1995). وهناك أيضًا ستة صناديق تبريد محمولة تتسع لـ 4.35 لتر وكل منها بدون عبوات الثلج غير أن هناك صندوق تبريد سعة 1.7 لتر مع عبوات الثلج. وهناك خمس وعشرون عبوة ثلج في متناول اليد وأربعة صناديق كبرى وصافي قدرات اللقاح هي 21 لترًا (كود اليونيسيف 1185052).

وتستطيع هذه الأجهزة حفظ درجات الحرارة أقل من 10 درجات مئوية لمدة 174 ساعة في الوقت الذي تصل فيه درجة الحرارة في الخارج إلى 32 درجة أو أقل من ذلك أو أنها تُحفظ بدرجة الحرارة المناسبة لمدة 132 ساعة في الوقت الذي تصل فيه درجة الحرارة في الخارج إلى 43 درجة مئوية. وهناك أيضًا 3000 محقنة 2 - سي سي و4000 إبرة.

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/27	رقم 1158
خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون		المصدر:

السل في مستشفى خرون

تُنقَل الحالات المشتبه في إصابتها بالسل إلى مستشفى خرون حيث يُحلَّل البصاق وتُجرى الأشعة السينية على الصدر. وقد جرى علاج الحالات التي ثبتت إصابتها وفقاً للمعايير التي وضعتها وزارة الصحة والتي تتضمن النزول لمدة شهرين في المستشفى والدخول لمدة ستة أشهر في رعاية خارجية للمريض. ويتلقى حالياً 56 مريضاً علاج السل في المستشفى 38 منهم مصابون بالسل الرئوي. ويضم هؤلاء المرضى أشخاصاً تم تشخيص 21 حالة من خلال النتيجة الإيجابية لتحليل البصاق و17 تم تشخيص حالاتهم على أساس نتائج الأشعة السينية. بالإضافة إلى أن هناك 14 حالة من أصل 18 حالة مصابة بالسل الرئوي الخارجي كانوا مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

ويُنقل المرضى المصابون بالسل فور مغادرتهم المستشفى إلى مركز الصحة الذي سبق نقلهم منه إلى المستشفى. ولا يعلم الطبيب كم عدد الحالات التي استكملت العلاج بالفعل. ويقوم المستشفى بمتابعة هؤلاء المرضى المقيمين في خرون غير أن الطبيب لديه شك في ما إذا كان أكثر من نصف عددهم قد أكملوا العلاج أم لا. حيث يرى أن العديد منهم يعودون للمرة الثانية أو الثالثة لاستكمال العلاج من السل. ولم يبدأ المستشفى برنامج استراتيجي العلاج قصير الأمد حتى الآن.

رقم 1159	التاريخ: 99/12/22	بيتا لاند
المصدر:	خرون، طبيب في مستشفى خرون، مستشفى خرون	

حالات التهاب السحايا في مستشفى خرون

الحالة الأولى: طفل في الثامنة من عمره يزن 18 كيلوغراماً وصل إلى المستشفى في 15 ديسمبر/ كانون الأول بعد أن نُقل إليه من مستوصف في مخيم غاما للاجئين. وكان هذا الطفل يعيش في كوخ مع والديه وثلاثة إخوة (أعمارهم سنتان، وخمس سنوات وعشر سنوات) بالإضافة إلى عمته. وصلوا إلى المخيم قادمين من مقاطعة سيغما نهاية سبتمبر/ أيلول. وظهرت أعراض المرض عليه في 8 نوفمبر/ تشرين الثاني. بدأ في الصباح يشكو من صداع ثم رعشة وبعد ذلك تناول حبوب الكلوروكين من 100 ملغ (ثلاثة في 12 نوفمبر/ تشرين الثاني واثنان في 13 نوفمبر/ تشرين الثاني) ولكن حالته أصبحت تزداد سوءاً في ما بعد ففُقل إلى المستشفى على أثر ذلك.

كانت درجة حرارته 40 درجة مئوية في المستشفى وكان يعاني من القشعريرة والصداع. كان المريض يتقيأ ويعاني من اتساع في المرئ وتصلب في الرقبة وظهرت عليه علامات كيرنيغ.

كانت نتيجة مسحة الملاريا إيجابية وحدث تعكر في السائل النخاعي وأظهر تقرير المختبر في اليوم الثالث أن هناك ارتفاعاً في النيسرية السحائية من المجموعة أ.

وُصف له علاج من الكلورامفينيكول 2 غرام تُحقن له في الوريد يوميًا لمدة خمسة أيام ثم بعد ذلك عن طريق الفم لمدة خمسة أيام. وكان المريض يتناول أيضًا 360 غرامًا من الكينين في اليوم الواحد عن طريق التستيل الوريدي لمدة ثلاثة أيام ثم جرعتين من حبوب فانسيدار. وغادر المستشفى في اليوم الحادي عشر. ويقول المختبر المرجعي الوطني إن النوع «أ» هو الأكثر انتشارًا في ما ينحصر تواجد النوع «ج» في إقليم غاما ومن المحتمل أن يكون منتشرًا أيضًا في مقاطعة خي.

الحالة الثانية: طفلة في السادسة من عمرها دخلت المستشفى في 18 ديسمبر/ كانون الأول بعد أن نُقلت إليه من مستوصف مخيم غاما. وكان مسكنها يبعد بكوخين عن مسكن الحالة الأولى وكانت تعيش مع والدتها وشقيقين. وصلوا إلى المخيم في 20 نوفمبر/ تشرين الثاني من مقاطعة سيغما. وبدأ المرض في 10 ديسمبر/ كانون الأول. شعرت بإنهاك وحمى قبل أن تذهب لتنام. ودخلت في غيبوبة وظهر الطفح على الجلد في صباح 11 ديسمبر/ كانون الأول. وظهر طفح جلدي فرطري من السحائية بعد دخولها المستشفى. وكانت نتيجة مسحة الملاريا سلبية والسائل النخاعي عكراً ونمت الثقافة/النيسرية/السحائية. بدأ العلاج فوراً ولكن الطفلة توفيت مساء يوم دخولها المستشفى.

رقم 1160	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، طبيب في مستشفى خرون	

داء الشيفيلات في مستشفى خرون

زاد خلال الشهرين الماضيين عدد حالات الإصابة بالإسهال الدموي التي رُصدت في المقاطعة على الرغم من نقل عدد قليل منها إلى المستشفى. وقد اعتقد الطبيب أن عددًا من هذه الوفيات وقع في القرى. وذكر أيضًا أن تلك الحالات التي أدخلت إلى المستشفى لم تستجب إلى العلاج بالكوتريموكسازول والأموكسيسيلين بسهولة مثل الأعوام الماضية. فالمستشفى غير قادر على تقييم حساسيات الأدوية بدون وجود قسم علم الجراثيم.

رقم 1161	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، طبيب في مستشفى خرون	

الأمراض المنقولة عبر الاتصال الجنسي في خرون

ظلت الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي تطرح مشكلةً في خرون وخاصةً في السنوات الأخيرة وفقًا لأقوال الطبيب في مستشفى خرون.

ويبدو للطبيب الذي يتصفح السجلات أن نسبة المرضى في سجل المرضى الخارجيين بتشخيص الأمراض المنقولة عبر الاتصال الجنسي زادت بشكل كبير خلال العامين الماضيين. واعتقد الطبيب أن السبب في ذلك هو العدد المتزايد للشاحنات التي تقضي الليل بأكمله قبل عبور الحدود نحو ألفا لاند. أولًا، كان المظهر الشائع هو سيلان إحليلي ولكن ظهرت منذ

ما يقرب من عام زيادة ملحوظة في أمراض القرحة مثل القرحة اللينة والزهري. وقال أيضًا إن معظم المصابين بالأمراض المنقولة عبر الاتصال الجنسي ربما لا يزورون العيادات ولكن يتلقون العلاج في المدينة سواء العلاج الذاتي أو يتلقون العلاج عن طريق العاملين في المستشفى الذين يديرون عيادات الأمراض المنقولة عبر الاتصال الجنسي على الجانب الآخر من الحدود، حسب رأيه. ولدى الطبيب أيضًا شك في أن الأدوية المستخدمة سُرقَت من المستشفى على الرغم من أنها قد تكون من مصادر أخرى، لأن الأدوية متاحة بشكلٍ ميسر في أسواق خرون.

ويقول الطبيب أيضًا إنه يشعر بقلق شديد حيال فيروس نقص المناعة البشرية لأن حالات الإيدز التي شاهدها حتى الآن هي لأشخاص مصابين بالهربس النطاقي أو السل الرئوي. ويتساءل عن بعض حالات البالغين المصابين بالتهاب السحائي التي كشف عليها خلال العام الماضي ولم تستجب للمضادات الحيوية. ولم يُجر اختبارًا على المرضى المصابين لتحديد ما إذا كانوا مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أم لا، نظرًا لقلة الإمدادات في الأدوات في ذلك الوقت فكان يستقبلهم لإجراء تحليل الدم على حالات الولادة الطارئة.

رقم 1162	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، طبيب في مستشفى خرون	

نظام المعلومات الصحية في مستشفى خرون

يُعدّ مستشفى خرون مسؤولاً عن جمع ودمج المعلومات من المراكز الصحية في مقاطعة إيسيلون وإرسالها إلى مسؤولية الصحة في المقاطعة. وبعد أن تقوم بفحصها تُرسل المعلومات إلى مسؤول الصحة في المقاطعة. وقد ظل المستشفى يقوم بهذا العمل نظرًا لعجز في عدد الموظفين اللازم لإنجاز هذا العمل. ويشعر الطبيب في مستشفى خرون بالقلق إزاء أعداد الحالات التي تم رصدها شهريًا والتي لا تتضمن جميع المعلومات الصحية من مخيمات اللاجئين. وتوجد سجلات ممسوكة بشكل متماسك في حال الخدمات التي يقدمها العاملون من مستشفى خرون في المركز الصحي تابعة لوزارة الصحة. وظل الطبيب يدخل هذه الأرقام في بيانات قسم المرضى الخارجيين في المستشفى لأن الأدوية والخدمات المقدمة هي موارد المستشفى.

ويُعتقد أن نظام معلومات بيتا لاند لا يعكس بدقة الاضطرابات التي قد يعاني منها اللاجئون. علاوةً على ذلك لا يجري إدخال البيانات الواردة من الجماعات الأخرى التي تقدم الخدمات للاجئين في نظام معلومات المقاطعة. وقد ناقش هذه القضية مع هذه الجماعات وكان ردها أنها مشغولة جدًا بالاهتمام باحتياجات اللاجئين الكثيرة بدلًا من تحمل عناء ملء «استمارات ملة» للمقاطعة.

رقم 1163	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، طبيب في مستشفى خرون	

الطعام في مستشفى خرون

تلقى فريق التقييم أثناء زيارة إلى مستشفى خرون معلومات من أحد المرضى تفيد بأن الطعام غير متوفر في المستشفى بالشكل الكافي لإطعام المرضى ثلاث مرات يوميًا وأن جودة الطعام رديئة.

رقم 1164	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، مسؤول في مستشفى خرون	

تنظيم قسم المرضى الخارجيين في مستشفى خرون

يوجد في مستشفى خرون قسم للمرضى الخارجيين يخدم سكان المدينة. وهذا القسم ملحق بالمستشفى حتى يتمكن المرضى الذين تحيلهم مراكز الصحة التابعة للمقاطعة إلى المستشفى من المرور بقسم المرضى الخارجيين قبل دخول المستشفى.

وينقسم قسم المرضى الخارجيين إلى أربعة أقسام:

1. تكشف ممرضة مؤهلة على المرضى البالغين (100 إلى 150 استشارة يوميًا)
2. تقوم ممرضة طب الأطفال بإدارة قسم رعاية الأمومة والطفولة (70 إلى 80 طفلاً يوميًا) إلى جانب ممرضة التوليد (20 إلى 25 أمًا يوميًا)
3. يقوم مساعد التمريض بأعمال الضمادات والحقن
4. يبلغ إجمالي الاستشارات الطبية التي يقدمها الطبيب من 30 إلى 40 حالة يوميًا. ويتم تحويل معظم المرضى من أقسام أخرى في المستشفى أو من مراكز صحية تابعة للمقاطعة.

يُفترض أن يدفع ثمن الأدوية بنقاسم التكاليف لكن معظم الأدوية الموصوفة تُشتري في الواقع من صيدليات المدينة بسبب نقصها.

رقم 1165	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول في مستشفى خرون	

طلب الأدوية الذي أُرسِل إلى مكتب الصحة الإقليمي

تقدم الطبيب المسؤول في مستشفى خرون بطلب إلى مكتب الصحة الإقليمي لطلب حصة خاصة من الأدوية.

ونجم عن وصول اللاجئين نضوب سريع في حصة الأدوية الاعتيادية التي يحصل عليها الطبيب وأصبح لدى المستشفى عجز في:

- المضادات الحيوية (الحقن)
- الحقن الوريدية، وخاصةً ملح حمض اللبن (لاكتات) رينغر
- الكلوروكين
- فانسيديار
- الكينين، قابل للحقن
- الضمادات.

بالإضافة إلى ذلك، وبسبب عدم وجود أسرّة كافية لإقامة المرضى الوافدين، طالب الطبيب بزيادة عشرين سريراً إضافياً. واستطاع حتى الآن التأقلم مع الطلبات الجديدة لأن فريق المساعدة للجميع قدم الأدوية التالية:

- حقن الأمبيسيلين 1 غرام 300
- حبوب الأمبيسيلين، 250 ملغ 2000
- بروكين بنسيلين، 1 مو 200
- الجنتاميسين، 75 ملجم 100
- اريثرو ميسين 250 ملجم 500
- الميفلوكين 500
- قوارير الكيتامين 50

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/23	رقم 1166
خرون، الطبيب المسؤول في مستشفى خرون		المصدر:

طلب الأدوية مقدم من مستشفى خرون إلى فريق المساعدة الصحية للجميع التابع لمخيم عوالي

يقدم الطبيب طلباً خطياً إلى فريق المساعدة للجميع بعد أن تعذّر عليه تلقّي رد من مكتب الصحة الإقليمي على الطلب الذي أرسله قبل بضعة أيام للحصول على الأدوية التالية:

- ميترونيدازول، 250 ملغ 20000
- بنزيل البنسيلين، 3 مل 2000
- الكلورامفينيكول، 1 غرام 1000
- أقراص كلوكساسيلين، 500 ملغ 10000
- سلفاديازين بيريميثامين 5000

- حقن ديازيبام، 10 ملغ 200
- ديكستران، 500 مل 100
- الغلوكوز 5 % 100
- رينغر لاكتات 200
- ايزوتونيك سالين 100
- الليدوكائين 1 %، 50 مل 20
- حقن الكينين، 600 ملغ 100

ويشعر أن فريق المساعدة للجميع عليه أن يدعم المستشفى لأن العديد من اللاجئين من المخيم يرقدون في خرون.

رقم 1167	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، مدير برنامج التحصين الموسع، مستشفى خرون	

مدى توفر اللقاحات في مستشفى خرون

تُقيم المسؤولة عن برنامج التحصين الموسع لمقاطعة إبسيلون في خرون وهي على استعداد لمساعدة اللاجئين وإطلاق حملة تحصين في مخيم عوالي. ويمكن تشكيل فريق يضم موظفي الصحة من مستشفى خرون الذين كانوا قد عملوا سابقًا في حملات برنامج التحصين الموسع. ولا توجد للأسف مركبة تُستخدم في حملة برنامج التحصين الموسع. فالمركبة الوحيدة الموجودة في المستشفى تُستخدم لنقل المرضى لأن سيارة الإسعاف التابعة للمستشفى تعطلت عن العمل قبل أشهر. يوجد في المستشفى ثلاجة وصندوق واحد للتبريد للاستخدام في حملات برنامج التحصين الموسع كما توجد اللقاحات التالية في المخزون حاليًا:

- لقاح الحصبة: 200 جرعة
- لقاح السل 80
- اللقاح الثلاثي 300
- لقاح شلل الأطفال 400

قُدِّم طلب للحصول على لقاح التهاب السحايا إلى مسؤول الصحة الإقليمي لكن اللقاح لن يتم تسليمه في وقت قريب لأن مسؤول الصحة الإقليمي يجب أن يحصل أولاً على ترخيص من وزارة الصحة في كاتا بشأن اللقاحات غير القياسية.

رقم 1168	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

المرافق في مستشفى خرون

- يحتوي مستشفى خرون على 65 سريراً بالإضافة إلى خمسة أبنية أساسية وأخرى فرعية:
- مبنى المكاتب الإدارية للمستشفى وقسم الأشعة السينية والمختبرات وقسم المرضى الخارجيين ومخزن الأدوية والإمدادات والمعدات
- مبنى يضم جناح الطب وجناح الجراحة
- مبنى يضم جناح طب الأطفال وجناح رعاية الأمومة
- وحدة عزل صغيرة مخصصة للأمراض المعدية
- غرفة عمليات وقسم إمدادات التعقيم
- ملحق بالمبنى الأول يحتوي على المطبخ ومرافق تخزين المواد الغذائية
- مرآب وورشة
- سقيفة لمولد الكهرباء الذي يعمل بالديزل ومضخة خزان المياه بالمستشفى
- يقيم العاملون في المستشفى في منطقة سكنية تابعة لحكومة بيتا لاند تبعد بمسافة قصيرة

بُنيت تلك المرافق من الخرسانة وأسطح من ألواح الحديد المموج. حالة المبنى الذي يضم قسم طب الأطفال وأقسام رعاية الأمومة سيئة. تضرر السقف بسبب عاصفة قبل ثلاث سنوات ولم يتم إصلاحه حتى الآن كما تضرر المبنى لاحقاً بسبب الأمطار الغزيرة العام الماضي.

وكان الملحق الخاص بالمبنى الأول صغيراً جداً (4x3 أمتار) وكانت أرضية المطبخ مغطاة بالحصى ولم يكن مكان تخزين الطعام محمياً ضد القوارض، وكان المستشفى محاطاً بسياح. والمستشفى متصل بنظام خرون للإمدادات المائية ولكن هناك خزناً بسعة 5 أمتار مكعبة داخل مجمع المستشفى صالح للاستخدام في حال انقطاع إمدادات المياه. ويتم تزويد المستشفى بالكهرباء عن طريق محطة توليد الكهرباء التي تعمل بزيت الديزل وتخدم مدينة خرون. ودائماً ما تنقطع الكهرباء بسبب المشاكل الميكانيكية في محطة التوليد. والمستشفى مجهز بمولد تبلغ طاقته 40 كيلو وات لكنه تعطل قبل 6 أشهر. وقد أرسل طلب إلى مكتب وزارة الأشغال في غاما ولكن مسؤول الميكانيكا بالوزارة يعتقد أنه لا يمكن إصلاحه. تحتوي جميع المباني على مراحيض ولكن معظمها لا يعمل. ويستعمل المرضى وأسرهم الحفر الصغيرة الواقعة في آخر مجمع المستشفى كمراحيض.

رقم 1169	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

الخدمات المقدمة من مستشفى خرون

يغطي المستشفى احتياجات 70000 شخص يعيشون في منطقة التجميع الخاصة بالمستشفى. ولا يمكن أن يستقبل مستشفى خرون سوى الحالات غير المعقدة؛ أما الحالات الخطرة فيتم تحويلها إلى مستشفى غاما لأنها حالات تتطلب إجراء فحوص خاصة.

عدد الحالات التي دخلت المستشفى منذ نوفمبر/ تشرين الثاني 1998:

	258	1998	نوفمبر/تشرين الثاني
	194		ديسمبر/ كانون الأول
	222	1999	يناير/كانون الثاني
	194		فبراير/ شباط
	172		مارس/ آذار
	175		أبريل/ نيسان
	212		مايو/ أيار
	206		يونيو/ حزيران
	215		يوليو/ تموز
	201		أغسطس/ آب
	210		سبتمبر/ أيلول
	187		أكتوبر/ تشرين الأول
لاجئاً 145	337		نوفمبر/تشرين الثاني
لاجئاً 229	335		ديسمبر/ كانون الأول

رقم 1170	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

المرضى الذين نُقلوا من مستشفى خرون إلى مستشفى غاما الإقليمي

أكتوبر/ تشرين الأول 1999 (25 مريضاً والأعمار بين الأقواس)

- مرض حاد في البطن (49)
- السكتة القلبية (72)
- الحمل خارج الرحم (24)

- حمى وتشنجات (2)
- التهاب الزائدة الدودية (6)
- سرطان الثدي (52)
- الحمى الروماتيزمية (15)
- إصابة في الرأس (31)
- ولادة متعسرة (29)
- ضيق التنفس (1)
- فحوص لمشاكل المعدة (45)
- سرطان الرحم (42)
- صداع مزمن (فحوص) (54)
- إصابة في الرأس (12)
- التهاب الزائدة الدودية (5)
- السكتة القلبية (67)
- اضطراب نفسي (34)
- النزيف الرحمي (22)
- كسر مفتوح في الساق اليسرى (24)
- تضخم الغدة الدرقية (34)
- عسر التبول (56)
- كسر في عظم الفخذ (67)
- عقم (فحوص) (32)
- قرحة المعدة (59)
- العدسة الكدرة (72)

نوفمبر/ تشرين الثاني 1999:

نُقل سبعة وخمسون مريضاً إلى مستشفى غاما الإقليمي (أكثر من ضعف العدد في الشهر السابق):

- حالات جراحة: 18 مصاب حرب و12 آخرون
- حالات طبية: 15

• حالات أطفال: 12

كان لا بد من نقل العديد من المرضى الآخرين إلى مستشفى غاما لأنهم لم يتمكنوا من النزول في مستشفى خرون. بالإضافة إلى ذلك، نُقل العديد من الجرحى الذين وصلوا إلى مستشفى خرون في 5 ديسمبر/ كانون الأول إلى مستشفيات في برو أو تاكري بسبب ارتفاع المياه التي جعلت الطريق بين خرون وغاما غير سالك.

رقم 1171	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

معدل التردد على العيادات الخارجية بمستشفى خرون

الأطفال دون الخامسة	البالغون		
1186	2532	1998	نوفمبر/تشرين الثاني
975	2678		ديسمبر/كانون الأول
1047	2234	1999	يناير/ كانون الثاني
1289	2456		فبراير/ شباط
1345	2678		مارس/ آذار
1276	2387		أبريل/ نيسان
1123	2217		مايو/ أيار
1086	2291		يونيو/ حزيران
876	1876		يوليو/ تموز
721	765		أغسطس/ آب
865	1657		سبتمبر/ أيلول
987	1874		أكتوبر/ تشرين الأول
1456	2987		نوفمبر/ تشرين الثاني

وبلغ عدد الاستشارات خلال الأسبوعين الأول والثاني من ديسمبر/ كانون الأول 734 استشارة للأطفال تحت سن الخامسة و1530 استشارة للمرضى البالغين أكثر من خمس سنوات.

رقم 1172	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

نسبة إشغال مستشفى خرون (24 ديسمبر/ كانون الأول 1999)

بلغ عدد المرضى في المستشفى 102 مريض في ديسمبر/ كانون الأول وجاء توزيعهم على النحو التالي:

21	• الطب
29	• الجراحة
42	• طب الأطفال
10	• التوليد/ أمراض النساء
102	الإجمالي

وكان معدل الإشغال 187 %

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/24	رقم 1173
خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون		المصدر:

المهام الرئيسية للتمريض بمستشفى خرون

أجريت فحوص للمرضى أدناه في مستشفى خرون في ديسمبر/ كانون الأول وكان بعضهم يتلقى العلاج والبعض الآخر نُقلوا مباشرةً إلى مستشفيات غاما وتاكري وبيرو.

جرحي الحرب

إصابات بالرصاص:

6	• الأطراف العليا:
7	• الأطراف السفلى:
4	• البطن:
3	• القفص الصدري:
5	• الإصابات المتعددة:

إصابات بالألغام:

2	• الأطراف العليا:
11	• الأطراف السفلى:
1	• البطن:

إصابات بالشظايا:

- الأطراف العليا: 2
- الأطراف السفلى: 3
- البطن: 2
- القفص الصدري: 1
- الإصابات المتعددة: 7

يوجد في الوقت الحالي 11 شخصًا جرحى بسبب الحرب في المستشفى أما الباقون فقد نُقلوا جميعًا إلى المستشفيات التالية:

غامما: 18 حالة برو: 7 حالات تاكري: 11 حالة

أُرسل البعض ممن يعانون إصابات بسيطة إلى مخيم عوالي.

الحالات الجراحية (ليست ذات صلة بالحرب)

دخلت المستشفى سبع حالات في ديسمبر/ كانون الأول:

- ما زالت هناك حالتان في المستشفى
- تم تحويل خمس حالات إلى مستشفى غاما

الحالات الطبية

نُقل العديد من حالات الملاريا الدماغية والأمراض التنفسية الحادة وفقر الدم الشديد إلى المستشفى في ديسمبر/ كانون الأول 1999، منها 12 حالة أُدخلت المستشفى (اثنان منها نُقلتا إلى مستشفى غاما).

حالات طب الأطفال

تُعد الملاريا والتهاب السحايا والتجفاف والالتهاب الرئوي من بين الحالات الأكثر شيوعًا في المستشفى، فقد أُدخلت المستشفى ست وعشرون حالة (نُقلت ثلاث حالات منها إلى غاما). وفي الوقت الحالي، يُعد قسم طب الأطفال من أكثر الأقسام ازدحامًا حيث يتضمن 42 طفلًا بالمستشفى.

حالات النساء والولادة

أُدخل المستشفى تسعة مرضى في ديسمبر/ كانون الأول، ولا يزال ثلاثة منهم في المستشفى.

رقم 1174	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

حالات الوفاة في مستشفى خرون

تُوفي خلال أول أسبوعين من شهر ديسمبر/ كانون الأول 15 مريضًا في المستشفى، وكانت أسباب الوفاة هي:

- التهاب السحايا: (مرضى بالغون 6 سنوات) 1
- الملاريا الدماغية: 5
- الالتهاب الرئوي: 3
- التجفاف: 4
- أسباب غير معروفة: 2

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/24	رقم 1175
خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون		المصدر:

مختبر مستشفى خرون

يحتوي مختبر مستشفى خرون على المعدات الأساسية ويمكن للمتخصص القيام بالاختبارات التالية فيه:

- عينات الدم لمرض الملاريا
- عدد خلايا الدم
- فصيلة الدم ومدى توافقها
- نسبة الهيموغلوبين/ الهيماتوكريت في الدم
- اختبارات البول
- فحص البراز (الطفيليات)
- فيروس نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
- السكر في الدم (قياس الغلوكوز)

وقد توقف مقياس الضوء الطيفي عن العمل خلال الأشهر الأربعة الماضية.

بيتا لاند	التاريخ: 99/12/24	رقم 1176
خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون		المصدر:

قسم الأشعة في مستشفى خرون

تُعد أجهزة الأشعة أساسية للغاية، ولا توجد سوى آلة ميلي أمبير 30 وحدة لأخذ أفلام للصدر والأطراف وصفائح مسطحة للبطن. بالإضافة إلى ذلك هناك نقص في أفلام الأشعة السينية والمواد الكيميائية في بعض الأحيان، وقد أرسلت العديد من الطلبات إلى مسؤول الصحة في الإقليم بهذا الشأن دون الحصول على أي رد حتى الآن.

رقم 1177	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

مشكلات لها علاقة بوجود جرحى الحرب

1. النقل والمواصلات:

تكمن المشكلة الرئيسية في عملية نقل الجرحى من المخيم إلى مستشفى خرون ومن ثمّ إلى مستشفيات غاما وبرو وتاكري في قلة وسائل النقل. توجد لدى مستشفى خرون سيارة إسعاف واحدة لكنها لا تعمل حالياً، وتوجد مركبة واحدة فقط تُستخدم في برنامج التحصين الموسع لنقل الجرحى والمرضى الآخرين. ويصل المرضى والجرحى إلى المستشفى عامة بجهودهم الخاصة (شاحنات أو سيارات أو مشياً على الأقدام وما إلى ذلك) ويستطيع فريق مركز الصحة للجميع نقل بعض المرضى بمركبته الخاصة.

2. طاقة المستشفى الاستيعابية:

يعاني مستشفى خرون من الاكتظاظ الشديد وتتجاوز نسبة الإشغال فيه 100 % في كافة الأقسام، ويواجه المستشفى صعوبة في استقبال المزيد من المرضى ويواجه حتى السكان المحليون صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية في المستشفى.

3. موقف الحكومة

أبدت حكومة بيتا لاند قلقها بشأن وجود العديد من الجرحى في شتى مستشفيات الإقليم. ونظراً لانتماء معظم الجرحى بشكل أو بآخر إلى قوات حركة تحرير زوارة، تخشى الحكومة أن تنتظر حكومة ألفا لاند إلى الرعاية الصحية المقدمة للجرحى على أنها دعم مباشر من حكومة بيتا لاند لقوات الحركة. وتتعرض الحكومة من ناحية أخرى لضغوط جميع المنظمات الإنسانية التي تعمل في المنطقة للحفاظ على إتاحة العلاج في مستشفيات الحكومة.

رقم 1178	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	خرون، مدير مستشفى خرون	

الطاقم العامل في مستشفى خرون

يضم الطاقم المحترف العامل في المستشفى طبيباً واحداً وأربعة أطباء مساعدين و18 ممرضاً (واحد منهم ممرض في الصحة العامة) و16 مساعد تريض وأخصائياً في المختبر وأخصائياً في الأشعة السينية.

رقم 1179	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

المستشفى داخل المخيم

يساور طبيب مستشفى خرون قلق من ازدياد أعداد اللاجئين الوافدين على المستشفى ويرى أنه ينبغي إيجاد حل فوري لذلك، لأنه يعتقد أن طاقمه الطبي ومرافق المستشفى لم تعد قادرة على مواجهة الوضع. ويرى حلين يتمثلان في: زيادة الطاقة الاستيعابية لمستشفى خرون أو بناء مستشفى ميداني في مخيم اللاجئين. ويفضل الطبيب الخيار الثاني لأنه سيبقي على اللاجئين المرضى بعيداً عن المرضى من المجتمعات المحلية وبهذا يمكن تجنب المشاكل المحتملة. وقد ناقش هذا الأمر مع مسؤولي الصحة في المقاطعة والإقليم ولكنه لم يتلق أي رد نهائي حتى الآن.

رقم 1180	التاريخ: 99/12/29	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

الأطفال المصابون بسوء التغذية في مستشفى خرون

دخل مستشفى خرون في 29 ديسمبر/ كانون الأول 1999 اثنان وثلثون طفلاً من بينهم 21 يعانون من سوء التغذية الحاد، ولم يُعد جناح طب الأطفال يستطيع استقبال المزيد من الأطفال لأن معدل الإشغال تجاوز 200 % بكثير، علاوةً على ذلك لا يحتوي المستشفى على معدات ولا يعمل فيه طاقم كافٍ لتقديم الرعاية لمثل هذا العدد الهائل من الأطفال المصابين بسوء التغذية.

موارد المياه في عوالي

لن تتضب مياه نهر بوي أبداً على الرغم من أن مستوى المياه فيه قد يتراجع بنسبة تصل إلى 20 سنتيمتراً أثناء موسم الجفاف، ويتراوح عرض النهر ما بين 5 أمتار و20 متراً، وتكفي كمية المياه المتاحة لتلبية الاحتياجات الاستهلاكية للسكان المحليين واللاجئين.

وقام السكان بالقرب من قرية زوتوي بحفر بئر قبل 20 عاماً. وعمل أخصائيو مشروع تطوير المياه في عام 1993 على تقييم هذه البئر خلال عملية تقييم عام للموارد المحلية للمياه فقَدروا أن البئر:

- تنتج 21 مترًا مكعبًا من المياه خلال موسم الشتاء
- تنتج 11 مترًا مكعبًا من المياه خلال موسم الصيف
- عمقها 20 مترًا.

مستوى المياه في البئر الذي تم تسجيله على مدار عام واحد (1998) هو كالتالي:

يناير	فبراير	مارس	أبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	مستوى المياه (م)
	شباط	آذار	نيسان	أيار	حزيران	تموز	آب	أيلول	تشرين الأول	تشرين الثاني		
11	12	12	11	10	9	8	7	6	7	8	10	

وتوضح الدراسة البكتريولوجية لمياه البئر في ذلك الوقت أن المياه كانت خالية تقريبًا من القولونيات الغائطية، ورغم ذلك لم تفحص المياه مرة ثانية منذ عام 1998.

ويصل مستوى المياه الجوفية في هذه المنطقة عامةً إلى حوالي 10 أمتار تحت سطح الأرض، ويجعل التكوين الجيولوجي للأرض من السهل حفر الآبار. فالطبقات الصخرية سطحية في بعض الأماكن.

رقم 1182	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	خرون، مدير محطة مياه خرون	

محطة المياه في خرون

هناك نقص في الكلور في محطة مياه خرون، الأمر الذي يعوق عملية المعالجة المناسبة لمياه المدينة.

رقم 1183	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الطبيب المسؤول، مستشفى خرون	

الطاقم الصحي العامل في المخيم

تلبيةً لطلب مسؤولي الصحة في خرون، طلب مسؤول الصحة في الإقليم إرسال طبيب واحد واثنين من الممرضين وخمسة مساعدين من مستشفى غاما الإقليمي إلى مركز الرعاية الصحية التابع لوزارة الصحة في مخيم عوالي للاجئين، وذلك للسماح لطاقم مستشفى خرون بالعودة لممارسة مهامه.

رقم 1184	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	خرون، طبيب مستشفى خرون	

ممارسة الطب التقليدي في المخيم

يستخدم السكان المحليون الطب التقليدي على نطاق واسع في إيسيلون، وبما أن المجتمعين المحليين ينتميان للثقافة العرقية نفسها، فمن شبه المؤكد وجود معالجات تقليديين في المخيم لتقديم العلاج.

رقم 1185	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	خرون، الممثل، مجلس كنائس بيتا لاند	

سعة التخزين في مخزن خرون

تبلغ سعة المخزن التابع لمجلس كنائس بيتا لاند في خرون 200 متر مكعب (10 x 5 x 4)، وقد أرسل المقر الرئيسي للمجلس في كابا مؤخرًا 80 طنًا من الأغذية، وتقوم جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند بتوزيع جزء منها على اللاجئين.

ينوي مجلس الكنائس شراء أغذية من شمال البلاد ونقلها إلى الجنوب وستقوم جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند بتوزيعها لأن المجلس لا يملك اليد العاملة لتنظيم عملية توزيع الأغذية، وتخطط الجمعية لتسليم 1200 طن من الأغذية إلى المناطق المتأثرة باللاجئين خلال الأسابيع القادمة.

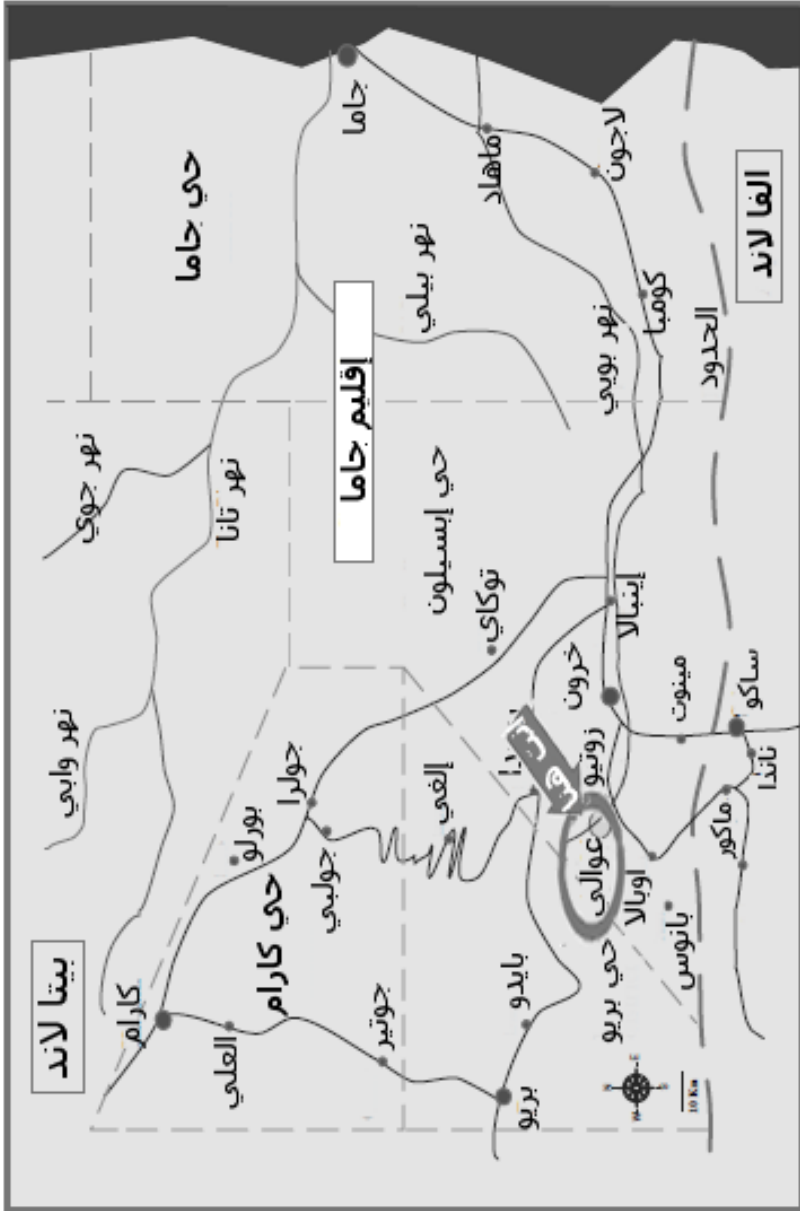
رقم 1186	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	خرون، مدير مخزن الأغذية في خرون، وزارة الزراعة	

تقييم المخزون الغذائي في مخزون خرون

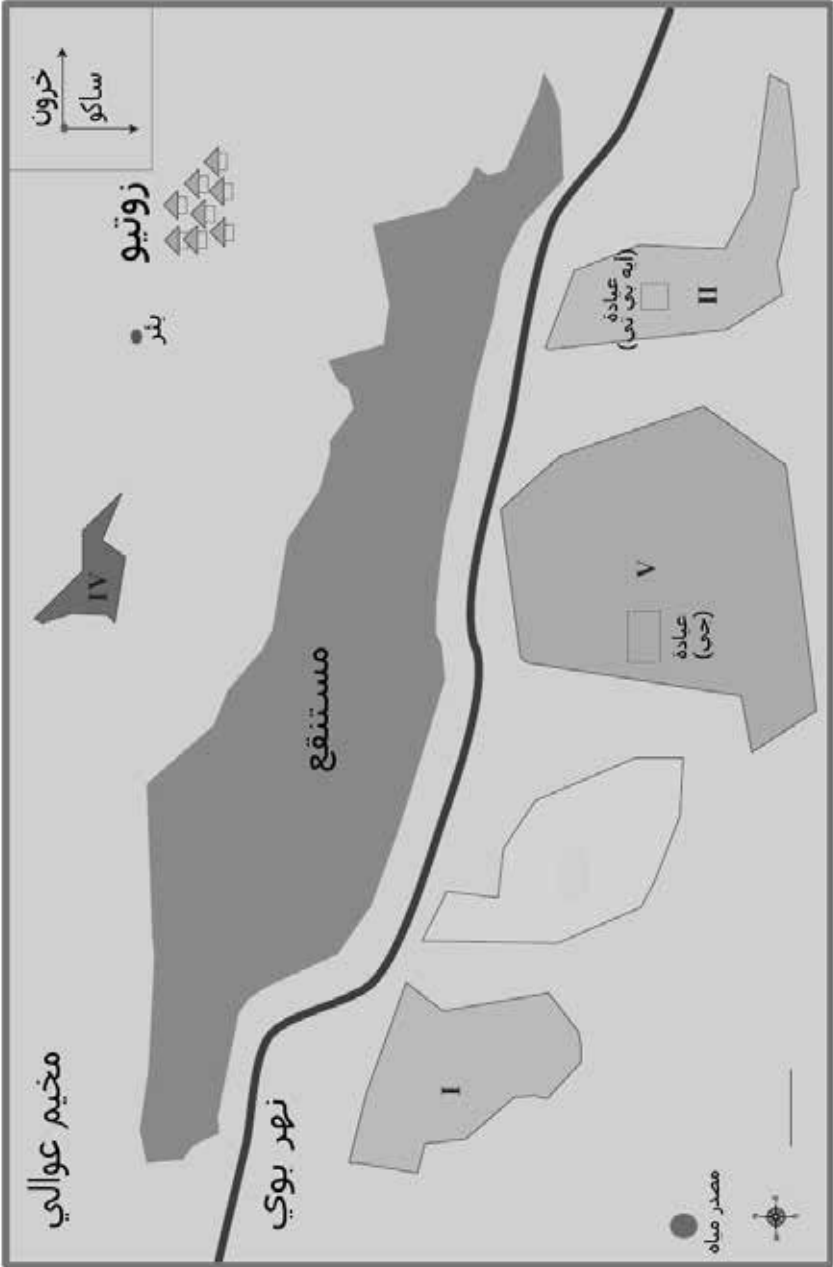
أصبح المخزون التالي متاحًا اعتبارًا من 3 يناير/ كانون الثاني 1999:

حبوب الدُّخْن (الذرة):	158.5 طن
الفول السوداني:	30.5 طن
الزيت:	11 طنًا

معلومات عن مخيم العوالي



الإطار 10



المعلومات الواردة من عوالي

رقم 1187	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، الممثل الإقليمي لشؤون اللاجئين في مخيم عوالي	

شاحنات نقل المياه في خرون

تمتلك مدينة خرون شاحنة لنقل المياه في إطار مشروع تطوير المياه تبلغ سعتها ثمانية أمتار مكعبة. ويمكن استخدام هذه الشاحنات لتوزيع المياه على اللاجئين في المخيم.

رقم 1188	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المعالجون التقليديون	

المعالجون التقليديون في مخيم عوالي

لم يكن ممكناً التحدث إلى المعالجين التقليديين الموجودين في المخيم، لأن الأمر قد يستغرق بعض الوقت لبناء ما يكفي من الثقة معهم. وعلى الرغم من ذلك، يوضح ممرض، وهو لاجئ أيضاً، أن معظم العلاجات التي يقدمونها هي لعلاج الحمى والسعال والصداع وآلام البطن وانقطاع الطمث والمشاكل النفسية.

والعلاجات الشائعة هي الخدش والاستخدام الخارجي للمراهم (الزيت والزبدة) وابتلاع خليط من الجذور المختلفة والأعشاب ولحاء الأشجار.

رقم 1189	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، حوار مع مجموعة من أمهات اللاجئين، مخيم عوالي	

مجموعة من الأمهات يتحدثن عن العلاج المحلي للإسهال

عندما يعاني طفل ما من نوبة إسهال فإن العلاج التقليدي يكون تناول التوابل. بالإضافة إلى ذلك يُحظر على الطفل الرضاعة أو تناول حليب الأبقار حتى يتوقف الإسهال. ولم تسمع عن العلاج بالإمهاء الفموي سوى أم واحدة من بين 12 أمًا أجري معهن الحوار. وعندما يكون الإسهال مصحوبًا بالآلام في البطن يقوم المعالج التقليدي بإحداث خدوش في مكان الألم.

رقم 1190	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم	

استخدام أملاح الإمهاء الفموي في مركز الرعاية الصحية التابع لوزارة الصحة في المخيم

لم تُعطَ للأمهات التعليمات المناسبة حول كيفية استخدام أملاح الإمهاء الفموي للأطفال الذين يعانون من الإسهال، وحتى في حال إعطاء التعليمات لهن لم يذكر العاملون في الصحة كمية ونوع المياه التي ينبغي أن تُخلط مع هذه الأملاح.

رقم 1191	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم، مخيم عوالي	

التطعيم في مخيم عوالي

لم تُنفذ حتى الآن أية حملات تطعيم في المخيم، إذ لا يوجد لقاح كافٍ في مستشفى خرون فضلاً عن نقص إمدادات الإبر والحقن وعد اتساع سلسلة مخازن التبريد الموجودة لتخزين المزيد من اللقاح.

رقم 1192	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم، مخيم عوالي	

تنظيم مركز الصحة التابع لوزارة الصحة في مخيم عوالي

يُعد مركز الرعاية الصحية عبارة عن كوخ كبير (5x10 أمتار) له إطار خشبي وسقف من القش. ويوجد بداخله العديد من الغرف التي تُستخدم للاستشارات الطبية وتضميد الجروح وإعطاء الحقن والعلاج. ويزوده مستشفى خرون بالطاغم والمعدات والإمدادات. والمعدات الطبية المتاحة بسيطة للغاية إذ تتكون من سماعة وجهاز لقياس ضغط الدم ومنظار الأذن وللتضميد يوجد زوج واحد من ملقط الجراحة ومقص واحد.

ويسمح الحارس عند مدخل العيادة بدخول اثنين أو ثلاثة مرضى في وقتٍ واحد و ينتظر المرضى في الخارج عادةً ساعات طويلة قبل دخول المركز. يوجد في المركز عدد من الأشخاص يتراوح عادةً بين 15 و20 شخصاً في كل مرة. يعمل المساعد الطبي على مدار اليوم ويفحص من 200 إلى 250 مريضاً يومياً. ويسأل الطبيب كل مريض عن سبب الزيارة - ويجري له فحصاً بدنياً سريعاً إذا دعت الضرورة، ولكنه عادةً ما يقوم بالتشخيص استناداً إلى الأعراض التي وُصفت له. ولا توجد أنظمة قياسية للعلاج. فالمرضى الذي يعانون من التهاب شعبي قد يتلقى علاج البنسلين أو كوتريموكسازول أو النتراتسيكلين. تُكتب الأدوية الموصوفة على قطعة من الورق وتُسلم إلى المساعد المسؤول عن الصيدلية. يتسلم كل مريض البرنامج العلاجي كاملاً خلال الزيارة الأولى.

وتقوم مركبة تابعة لجمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند بتوصيل إمدادات الأدوية من مستشفى خرون أسبوعياً. وهذه الأدوية المرسلة محدودة نوعاً ما من حيث الكمية والتنوع ولا تلبى الاحتياجات الطبية للعديد من المرضى. ويساعد طبيب مركز المساعدة الطبية للجميع المركز الصحي في هذا الأمر عن طريق تقاسم بعض الأدوية من عيادة المساعدة الطبية للجميع.

لا يمتلك المركز الصحي أي نظام للتسجيل، إذ يحتفظ الممرض بقائمة التشخيص وسن كل مريض في دفتر السجلات، ولكن ليس لديه الوقت لمسك السجلات الفردية. وهناك سوء إدارة في عملية الحفاظ على مخزون الأدوية والإمدادات ولا توجد سجلات دائمة ممسوكة لعملية نقل المخزون.

يستمد المركز الصحي مياهه بشكل مباشر من النهر ويجري تخزينها في برميل سعته 200 لتر، وقد طلب الممرض أقرصاً مطهرة للماء ولكنه لم يتلق أي رد من المستشفى حتى الآن. ولا توجد مراحيض ولا كهرباء ويتم غلي الحقن والإبر لتعقيمها في قدر ضغط على نار الفحم.

رقم 1193	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم، مخيم عوالي	

مركز المساعدة الطبية للجميع في المخيم - ملاحظات عامة

المركز الصحي هو خيمة مُقسمة إلى ثلاثة أجزاء: غرفة الاستشارات الطبية وتتكون من طاولة للفحص وطاولة عادية وكرسيين، غرفة للتضميد والحقن وغرفة لصرف الأدوية. وتتوفر المعدات الطبية الأساسية اللازمة للفحوصات البدنية (سماعة وجهاز لقياس ضغط الدم ومنظار الأذن/ منظار العين وساعة التوقيت) كما تتوفر الأدوات للاختبارات المخبرية البسيطة (مجهر ومنبذة وكواشف)، وعلى الرغم من ذلك، لا تُستخدم هذه الأدوات حالياً لأن التقني العامل في المختبر لم يصل بعد.

يحتوي المركز على مولد كهربائي محمول تبلغ طاقته 25 كيلو وات يُستخدم للإضاءة في المساء ولشحن معقم كهربائي صغير محمول.

تُستمد المياه المستخدمة في المركز من النهر وتُخزن في خمسة براميل بلاستيكية سعته 100 لتر، وتعالج المياه بأقرص الكلور قبل الاستهلاك.

ويقوم المساعد الطبي الموجود في مدخل المركز بفرز الحالات ويعمل بصحبة مترجم. وبناءً على الأعراض المقدمة تصف الممرضة العلاج بنفسها بناءً على الأعراض المقدمة أو تُحول المريض إلى الطبيب لإجراء المزيد من الفحوصات. يعمل الطبيب أيضاً بصحبة مترجم، ويفحص كل مريض بعناية ويقابل زهاء 40 حالة يومياً. ولا توجد أنظمة قياسية لعلاج أمراض محددة.

ويقوم المساعد الطبي بوضع الضمادات وإعطاء الحقن بين جلسات العلاج في الصباح وبعد الظهر.

رقم 1194	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المساعد الطبي في مركز المساعدة الطبية للجميع	

حالات الحنك الأفلج في مركز المساعدة الطبية للجميع

تشعر المساعدة الطبية في مركز المساعدة الطبية للجميع بالغضب إزاء طبيب مستشفى خرون لأنها أحالت مريضاً إليه يبلغ ثلاث سنوات من العمر ويعاني من الحنك الأفلج، طالبة منه إرساله إلى المستشفى الإقليمي أو إلى المستشفى الجامعي التعليمي للجراحة في كابا. ولكن أعيد المريض بعد أسبوعين من خرون ومعه خطاب من الطبيب يقول فيه إنه لا يمكن القيام بأي شيء له الآن. ونقول المساعدة الطبية إنها سوف تتواصل مع جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند مباشرة أو مع وزارة الصحة حتى يتمكن المريض من تلقي العلاج في كابا أو حتى خارج البلاد إذا كان ذلك ضرورياً لإجراء العملية الجراحية المناسبة.

رقم 1195	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم، مخيم عوالي	

نظافة الأطفال

تبدو القذارة واضحة على أغلب الأطفال في المخيم ويبدو أن كثيراً منهم مصابون بعدوى جلدية ويعاني الجميع تقريباً من الدودة الشريطية، ويعاني البعض من الجرب كما يعاني عدد منهم من القرحة المدارية. يلعب الأطفال في مستنقعات مياه الأمطار القذرة شديدة التلوث نتيجة للفضلات البشرية.

رقم 1196	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المساعد الطبي في مركز المساعدة الطبية للجميع، مخيم عوالي	

دراسة مدى انتشار الطفيليات المعوية

قام المساعد الطبي في مركز المساعدة الطبية للجميع في المخيم وبمساعدة مختبر مستشفى خرون بدراسة مدى انتشار الطفيليات المعوية لدى المرضى ممن يزورون مركز المساعدة الطبية للجميع، فتم فحص إجمالي 120 عينة براز وجاءت 60% من نتائج الاختبار إيجابية لمرض الطفيليات المعوية كالتالي:

- الأكلستوما (الديدان الخطافية): 57%
- دودة الأسكاريس: 20%
- المسلكة: 13%
- السرمية (الديدان الدبوسية): 1%
- الجياردية: 7%
- الأسطوانيات (الديدان المترابطة): 2%

- يريد المساعد الطبي بعد الحصول على هذه النتائج إطلاق حملة واسعة للعلاج الكيميائي في المخيم وإعطاء جرعة واحدة من الميبيندازول (بمعدل 200 ملغم)

رقم 1197	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المساعد الطبي في المركز الصحي التابع لوزارة الصحة في مخيم عوالي	

الإحصاءات الصحية من المركز الصحي التابع لوزارة الصحة

أُجريت فحوص لإجمالي 1600 مريض في المركز الصحي التابع لوزارة الصحة في المخيم. ولم يُجر إحصاء منفصل للذين يعودون منهم للمرة الثانية لأنهم يعانون من المرض نفسه. وقد جاء توزيع هذه الأمراض على النحو التالي:

- الملاريا: 480 (30%)
- الحمى: 200 (12.5%)
- الإسهال: 152 (9.5%)
- الالتهاب الشعبي: 129 (8%)
- السل: 32 (2%)
- ألم البطن: 300 (19%)
- الصداع: 79 (5%)
- العدوى الجلدية: 102 (6.4%)
- الطفيليات المعوية: 80 (5%)
- التهابات المسالك البولية: 51 (3.2%)
- مشاكل الأسنان: 63 (4%)
- الجرحى: 43
- نُقلوا إلى المستشفى: 56

رقم 1198	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، طبيب مركز المساعدة الطبية للجميع	

منع انتشار الملاريا في المخيم

أُتخذ إجراء واحد لمنع انتشار الملاريا في المخيم من خلال توزيع أقراص الكولوروكين على بعض النساء الحوامل.

رقم 1199	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المساعد الطبي في المركز الصحي التابع لوزارة الصحة في مخيم عوالي	

متابعة حالات الالتهاب السحائي

لم تُتخذ أية إجراءات لمتابعة اثنتين من حالات الإصابة بالالتهاب السحائي في المخيم وإحالتهم إلى مستشفى خرون. ولا توجد لدى المساعد الطبي أية معلومات حول نوع الكائنات الحية التي أدت إلى انتشار المرض، وينتابه شعور بتقشي هذا المرض لدى قاطني المخيمات الأخرى، ويُخشى أن يكون الوضع مهيباً لتقشي مرض الالتهاب السحائي.

رقم 1200	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المركز الصحي التابع لوزارة الصحة في مخيم عوالي	

المساعد الطبي في المركز الصحي التابع لوزارة الصحة يعاني من الإجهاد بالعمل

يشكو المساعد الطبي أن عبء العمل ثقيل عليه وأنه يداوم من الساعة 7 صباحاً حتى 7 مساءً. وعندما يقوم بإغلاق المركز الصحي يظل مرضى في انتظار الفحص الطبي. وقد طلب من طبيب مستشفى خرون إرسال طاقم طبي إضافي إلى المركز الصحي. ويشكو أيضاً من لجوء العديد من المرضى إلى المركزين الصحيين الواقعين في المخيم حيث يذهبون من مركز إلى آخر لطلب العلاج بسبب المشكلة الصحية ذاتها. ويعتقد أن العلاج الذي يُقدّم في مركز المساعدة الطبية للجميع هو عالي الجودة مما يجعل المرضى ممن يزورون المركز الصحي التابع لوزارة الصحة غاضبين من الطاقم الطبي.

رقم 1201	التاريخ: 99/12/24	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المساعد الطبي في المركز الصحي التابع لوزارة الصحة في مخيم عوالي	

مرض السل في المخيم

نُقل 14 شخصاً ممن يُشتبه في إصابتهم بمرض السل إلى المستشفى لإجراء الفحوصات، وجاءت نتيجة ثلاثة من هؤلاء سلبية فأعيدوا إلى المخيم. وقد أرسل ممرض الصحة العامة في خرون ملاحظة موضحاً فيها أن اختبار بصاق ثمانية مرضى جاء إيجابياً للعصيات الصامدة للحمض، وطلب من المساعد الطبي في المخيم التواصل مع الأسر للمتابعة. ولكن المساعد الطبي لا يعلم - لسوء الحظ - أين تقطن هذه الأسر وليس لديه الوقت لمغادرة المركز الصحي والذهاب للبحث عنها في المخيم.

رقم 1202	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، طبيب مركز المساعدة الطبية للجميع، مخيم عوالي	

علاج مرضى السل في مركز المساعدة الطبية للجميع

بدأ طبيب مركز المساعدة الطبية للجميع يعالج مرضى السل باستخدام الستربتومييسين (لمدة شهرين) والايزونيازيد (لمدة ثمانية أشهر) والريفامبيسين (لمدة شهرين) والبيرازيناميد (لمدة ثمانية أشهر)، ويعتقد الطبيب أن هذا برنامج علاج أفضل من النظام الذي تتبعه وزارة الصحة في علاج المرض.

رقم 1203	التاريخ: 99/01/04	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم	

حالة تحصين الأطفال في عوالي

تفيد التقديرات التقييمية التي قام بها فريق التقييم أن تحصين حوالي 15 % من الأطفال دون سن الخمس سنوات تم بشكل كامل، وأجري بعض تحصين لنسبة 25 % ، وقد أحضرت القليل من العائلات معها سجلات التطعيم الخاصة بأطفالها.

رقم 1204	التاريخ: 99/01/04	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم، مخيم عوالي	

التوعية الصحية بين الأمهات في المخيم

تفيد تقديرات فريق التقييم أن 20 % فقط من الأمهات في المخيم كنَّ قادرات على تذكُّر النصائح الرئيسية السبع الخاصة بصحة الأطفال.

رقم 1205	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، ممثل جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند	

توزيع الأغذية في المخيم بواسطة جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند

وصلت جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند صباح يوم 15 ديسمبر/ كانون الأول 1999 على متن شاحنتين تحتويان على إجمالي 20 طنًا من الأغذية. وكان من المفترض أن تُوزَّع كِي يستفيد منها الوافدون الجدد في القسم الثاني. ونظرًا لعدم وجود أية إحصاءات للسكان طلب من ممثلي مجلس اللاجئين تحديد الوافدين الجدد وإرسالهم إلى منطقة توزيع الأغذية. وبدأ التوزيع في الساعة 9 صباحًا بالقرب من المركز الصحي التابع لوزارة الصحة حيث استلمت كل عائلة 25 كيلو غرامًا من الذرة البيضاء و4 كيلو غرامات من البازلاء وكيلو غرامًا واحدًا من مسحوق الحليب بغض النظر عن عدد أفراد العائلة.

وجرى تسجيل اسم رب الأسرة على ورقة. وتجمع عدة آلاف من اللاجئين بسرعة حول نقطة التوزيع وانتهت عملية التوزيع إلى حالة من الفوضى. وقامت جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند بإيصال 40 طنًا من الأغذية إلى المخيم حتى الآن.

رقم 1206	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، ممرض في المركز الصحي التابع لوزارة الصحة في عوالي	

حالة الأطفال اللاجئين من حيث التغذية

فُتح المركز الصحي التابع لوزارة الصحة لمدة شهرين، وتلقى العلاج فيه خلال تلك الفترة 1456 طفلاً، من بينهم 20 % كانوا مصابين بسوء التغذية الحادة. وجرى تقييم حالتهم من حيث التغذية وفقاً للمعايير الطبية لأن المساعد الطبي ليس لديه الوقت أو الأدوات لأخذ قياسات الجسم للمقارنة.

رقم 1207	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، طبيب مركز المساعدة الطبية للجميع في مخيم عوالي	

الحالة الغذائية للأطفال من حيث التغذية في مخيم عوالي

فُتح مركز المساعدة الطبية للجميع قبل شهرين، وأخذ وزن 428 طفلاً منذ ذلك الحين فأظهرت النتائج أن 36 % منهم يعانون من سوء التغذية الحاد (أقل من 80 % من الوزن بالنسبة للطول).

رقم 1208	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق تقييم الأغذية	

مخازن اللاجئين الغذائية

يُعتقد أن نصف عدد أسر اللاجئين لديها بعض المخزونات الغذائية، وعلى الرغم من ذلك، فإن الكميات قليلة جداً ولن تغطي الاحتياجات الأساسية من حيث التغذية لفترة طويلة. وقد وجد الفريق في بعض الأكواخ الأغذية التي وزعتها جمعية الهلال الأحمر في بيتا لاند قبل 10 أيام.

رقم 1209	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، الممرض المسؤول عن التغذية في مركز إعادة التأهيل في مخيم عوالي	

تنظيم مركز إعادة التأهيل في مجال التغذية في المخيم

أسست منظمة غير حكومية تُدعى «الغذاء للجميع» مركز تغذية في المخيم، وقامت بافتتاحه في 28 نوفمبر/ تشرين الثاني من عام 1999، وهو عبارة عن بناية من إطار خشبي وسقف من القش، وتبلغ مساحته 8x10 أمتار ويضم مطبخاً منفصلاً عن البناية الرئيسية. وتحتوي الوجبات التي يقدمها المركز من البسكويت والحليب المُدعم الغني بفيتامين أ، كما تحتوي كل وجبة على نسبة 300 سعر حراري. جرت العادة أن يحيل الأطفال الذين يحضرون

إلى مركز التغذية واحد من مركزي الصحة الموجودين في المخيم على الرغم من أن بعض الآخرين منهم يحضرون مباشرةً بصحبة أمهاتهم. وتستند عملية القبول على القياسات البشرية ولا يُقبل إلا الأطفال ممن تبلغ قيمة الوزن مقابل الطول لديهم أقل من 80%. تقدم وجبتان يوميًا (في الصباح وبعد الظهر) أما الأمهات فيتلقين وجبة واحدة في الصباح. ويتسلم كل طفل بطانية وقطعة من الصابون عند دخول المركز.

وتتحمل ممرضة مسؤولية الإشراف الطبي في المركز حيث تقدم الرعاية الصحية الأساسية وتحيل الأطفال إذا لزم الأمر إلى أحد المراكز الصحية. وقد ظلت الممرضة تطلب من طاقم المركز الصحي تطعيم الأطفال في مركز التغذية، ولكن شيئاً لم يحدث حتى الآن.

رقم 1210	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، مندوب جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند في خرون	

حصّة الأغذية التي توزعها جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند

تشتمل حصّة الأغذية التي وزعتها جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند على ما يلي:

• 200 غرام من حبوب الدخن للفرد يوميًا

• 60 غرامًا من الفول السوداني للفرد يوميًا

كانت عملية التوزيع غير منتظمة لسوء الحظ، ولم يكن من الممكن بعد توزيع الكميات التي ذُكرت أعلاه، وذلك بسبب انخفاض مستوى مخزون الأغذية في مخازن خرون. ويوجد لدى جمعية الهلال الأحمر حاليًا ثمانية أطنان من حبوب الدخن وطنان من الفول السوداني.

رقم 1211	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المسؤول عن مركز إعادة التأهيل في مجال التغذية في مخيم عوالي	

نشاط مركز التغذية في المخيم

عدد الأطفال الذين دخلوا المركز خلال الأسابيع الأربعة الأولى:

الأسبوع 1: 58

الأسبوع 2: 116

الأسبوع 3: 127

الأسبوع 4: 142

كان يوجد في المركز 367 طفلًا في 3 يناير/ كانون الثاني 1999 أثناء زيارة فريق التقييم للمركز.

رقم 1212	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، ممثل المكتب الإقليمي لشؤون اللاجئين	

السكن في المخيم

الملاجئ صغيرة في المخيم إذ تتراوح مساحتها بين 10 أمتار و15 مترًا مربعًا وهي مبنية بمواد محلية (أعمدة خشبية وحصير من الأعشاب وسقف من القش). ليس هناك ماء في متناول اليد، أما مرافق المراحيض فشبه منعمة. وتتم عملية الطهي خارج الملاجئ على نار الحطب ولا يوجد لدى معظم العائلات لا بطانيات ولا أوان للطهي. اندلعت الحرائق في المخيم أكثر من مرة وأدت إلى تدمير العديد من الملاجئ وأصيبت طفلة بحروق خطيرة فأرسلت إلى مستشفى غاما حيث تنتظر إجراء عملية رقعة جلدية.

رقم 1213	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، المدير الإداري لمخيم عوالي للاجئين	

نقص في مرافق الصرف الصحي في المخيم

يوضح المدير الإداري للمخيم قائلاً: «لم يعتد اللاجئون على استخدام المراحيض أو على التخلص السليم من النفايات الصلبة». ويوضح أحد ممثلي مجلس اللاجئين قائلاً: «لا نريد حفر مراحيض الآن، لأن هناك احتمالاً كبيراً أن نعود إلى ديارنا في ألفا لاند قريباً».

رقم 1214	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، ممثل المساعدة الطبية للجميع	

نوعية المياه في المخيم

يساور ممثل المساعدة الطبية للجميع القلق بشأن نوعية المياه المستخدمة في المخيم، ويشاهد الكثير من حالات الإصابة بالإسهال في مركز المساعدة الطبية للجميع. ويعتقد أن نهر بوي شديد التلوث بسبب الماشية التي أحضرها اللاجئون معهم. وله موعد غداً مع المدير الإداري للمخيم لمناقشة إمكانية فصل الحيوانات عن السكان والإبقاء عليها خارج المخيم.

رقم 1215	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، لقاء مع لاجئ	

لقاء مع لاجئ عمل في بناء الآبار

يوجد في المخيم لاجئ عمل في بناء الآبار في ألفا لاند وتم توظيفه في برنامج إدارة الموارد المائية الذي ترعاه منظمة اليونيسيف في ألفا لاند وهو مستعد للمساعدة في بناء الآبار في المخيم إذا استطاع الحصول على الأدوات اللازمة. ويوضح اللاجئ أن العديد من اللاجئين سيعملون معه شريطة أن يحصلوا على الغذاء مقابل عملهم.

رقم 1216	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، طبيب مركز المساعدة الطبية للجميع	

استخدام المخيم للبئر التابعة لقرية زوتيو

يعتقد الطبيب أنه يمكن استخدام مياه بئر زوتيو في المخيم بالكامل إذا تم تركيب مضخة كهربائية، فتوزع المياه إذ ذاك من خلال الشبكة التي يمكن أن تُبنى بسرعة في جميع أنحاء المخيم.

رقم 1217	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم، مخيم عوالي	

تواجد مصادر المياه بالقرب من المخيم

يقع منبع مياه بجانب تل صغير على بعد كيلومتر واحد شمال شرق المخيم. ينتج المنبع ما مقداره 12 لترًا في الدقيقة ويستخدمه سكان القرية الذين يقطنون بالقرب منه. هذا المنبع ليس محميًا ويصب في النهر بشكل مباشر.

رقم 1218	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم	

تقييم سعة إعادة ملء بئر زوتيو

قام متخصص باختبار سعة إعادة ملء بئر زوتيو ووجد أنها تنتج حوالي 15 لترًا في الدقيقة.

رقم 1219	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، ممثل وزارة الأشغال والإمدادات في خرون	

تقييم ظروف الطريق بين خرون وعوالي

يربط المخيم بالطريق الرئيسي الرابط بين خرون وعوالي طريق جانبي ترابي صغير. وبعد هطول الأمطار الغزيرة ستواجه الشاحنات بعض الصعوبات في الوصول إلى المخيم عبر الطريق الجانبي. علاوةً على ذلك، يُقطع الطريق الرئيسي الرابط بين خرون وعوالي في كثير من الأحيان في مكان يسمى واكي حيث تغمر المياه جسرًا صغيرًا أثناء هطول الأمطار الغزيرة.

رقم 1220	التاريخ: 99/12/21	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، مدير مخيم اللاجئين، المكتب الإقليمي لشؤون اللاجئين	

الظروف المعيشية في المخيم

عين مكتب حاكم المقاطعة المدير الإداري ليمثل حكومة بيتا لاند في المخيم. أمضى أسبوعين في المخيم وقدم المعلومات التالية:

الموقع:

يقع المخيم بالقرب من الطريق الذي يصل من الحدود إلى خرون (22 كيلومترًا من خرون و34 كيلومترًا من الحدود). يقع على كلا جانبي نهر بوي وينقسم إلى خمسة أقسام، ويوجد القسم الرابع منه بالقرب من قرية زوتيو. وأقرب قرية هي عوالي التي يقطنها 750 نسمة وقد اختارت السلطات الإقليمية لبيتا لاند هذا الموقع لعدة أسباب:

- يقع بالقرب من مصدر للمياه (نهر بوي)
- يبعد بمسافة كافية عن الحدود لمنع الاتصال مع حركة تحرير زوارة الذي يمكن أن تسيء تفسيره حكومة ألفا لاند
- يبعد بمسافة كافية عن خرون لمنع انتقال العديد من اللاجئين للاستقرار في المدينة.

التعداد السكاني:

يُصعب في الوقت الحالي معرفة عدد اللاجئين في المخيم بدقة، فقد ذكر المدير الإداري أن هناك حوالي 80000 لاجئ في المخيم، ولكن القائمة التي قدمها بعض قادة اللاجئين توضح أن العدد هو 123890 لاجئًا.

موارد المياه:

يتدفق نهر بوي عبر المخيم وفيه وفرة من المياه في الوقت الحالي من العام. وقد بُنيت العديد من الملاجئ قريبًا جدًا من حافة النهر، وتُعرف بعض العائلات المياه مباشرةً من النهر بينما تجلب عائلات أخرى الماء من برك صغيرة بالقرب من ملاجئها، ولا تتوفر حاويات المياه إلا لدى عدد قليل من العائلات.

الطوبوغرافيا

يطل المخيم على وادي نهر بوي، ويقع القسم الرابع على الضفة اليمنى بينما تقع الأقسام الأربعة الأخرى على الضفة اليسرى، وتبلغ مساحة المناطق التي بُنيت عليها الأقسام الأول والثاني والثالث والخامس حوالي 300x800 متر، في حين تبلغ مساحة القطاع الرابع حوالي 100x100 متر.

الملاجئ:

يقيم اللاجئون في أكواخ مصنوعة من مواد محلية: حوائط من الحصير والأعمدة وسقف من القش، وقد أرسلت جمعية الهلال الأحمر لهم بعض الخيام. ويتوفر الخشب المستخدم كوقود من الغابات في المنطقة المجاورة، على الرغم من قلق السكان المحليين من استخدام اللاجئين المكثف للحطب.

موارد الأغذية:

أحضر اللاجئون كمية قليلة جداً من الغذاء معهم، وقد نفذ معظمه الآن. وزعت عدة وكالات الأغذية في عدد من المناسبات، ولكن الحصص كانت غير كافية (تُقدر بحوالي 150 غراماً من الحبوب و30 غراماً من الفاصوليا و50 غراماً من مسحوق الحليب للفرد الواحد يومياً). ولم يتلق هذه المساعدة الغذائية سوى القسمين الرابع والثاني، فاللاجئون لا يستطيعون تحمل نفقات شراء الأغذية من السوق المحلية في عوالي، ولا توجد أراضٍ مناسبة في المنطقة المحيطة لزراعة البساتين.

التنظيم:

تتوافق الأقسام بشكل أو بآخر مع موطن اللاجئين، وقد تأسس مجلس للاجئين من ممثلي كل قسم الذين انتخبهم اللاجئون أنفسهم بشكل غير رسمي في كل قسم. إن دور المجلس بشكل أساسي هو مناقشة عملية تنظيم المخيم مع السلطات المحلية وممثلي الوكالات الإنسانية، فالملاجئ لم تُنظَّم بأي ترتيب معين أو طبقاً لأية خطة محددة، ولم يُخطط للطرق وأماكن الأسواق حيث أقيمت الأقسام بصورة عفوية.

الصحة:

تبدو الحالة الصحية للاجئين ضعيفة حيث يعاني الأطفال من سوء التغذية ويشكو العديد من اللاجئين من مشاكل صحية مثل الإسهال والحمى والأمراض الجلدية والسعال. وقد تأسس اثنان من المراكز الصحية في المخيم، واحد منهما يتبع لوزارة الصحة ويعمل فيه طاقم من مستشفى خرون والثاني تابع لمركز المساعدة الطبية للجميع. تُنقل الحالات الخطيرة إلى مستشفى خرون.

الصرف الصحي:

يفتقر المخيم إلى الصرف الصحي حيث تنتشر النفايات البشرية والنفايات الصلبة على نطاق واسع في كافة أنحاء المخيم وفي الأعشاب والغابات المحيطة.

الماشية:

أحضرت بعض العائلات ماشيتها معها مثل الأبقار والحمير (تُستخدم لنقل الحطب) والغنم والماعز وتوجد جميعها في المخيم. وتقدر هذه الماشية بعدد من الرؤوس تتراوح بين 200 و300 بقرة و20 حمراً ومئات الأغنام.

رقم 1221	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، ممثل اللاجئين في مخيم عوالي	

شكاوى مجموعة من اللاجئين

جاء في واحدة من الشكاوى المتكررة التي قدمها اللاجئون أنهم ليست لديهم فرصة المشاركة في عملية اتخاذ القرار في ما يتعلق بنوع المساعدة التي يتلقونها والترتيبات لمستقبلهم. ويرغب اللاجئون في أن يكونوا مسؤولين عن تنظيم وتوزيع مساعدات الإغاثة داخل المخيم. ويعتقدون على سبيل المثال أنهم يستطيعون تنظيم عمليات توزيع الأغذية بالطريقة التي تمنع حدوث الفوضى التي صاحبت عملية توزيع الأغذية التي نظمتها جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند.

رقم 1222	التاريخ: 99/12/23	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، ممثل القرى المحيطة بمخيم عوالي	

موقف السكان المحليين مع اللاجئين

يرحب السكان المحليون باللاجئين ويتفقون مع السياسة الحكومية. وعلى الرغم من ذلك، تشعر العائلات التي تقيم في محيط المخيم بالقلق إزاء حدوث منافسة ممكنة مع اللاجئين على الموارد. وقد بدأ بعض اللاجئين على سبيل المثال زراعة البساتين المحيطة بالمخيم دون ترخيص من قادة المجتمع المحلي. وطلبت السلطات المحلية في خرون من اللاجئين عدم المضي قدماً في زراعة البساتين الآن. ويُعد الخشب المستخدم كوقود أحد المخاوف الأخرى التي تنتاب المجتمع المحلي. زاد الاستهلاك وبدأت أسعار الحطب ترتفع في السوق المحلية. ولم تُعد بنر زواتي تغطي احتياجات كل من السكان المحليين واللاجئين. وأصبح وقت انتظار الاستشارات للمرضى الخارجيين يصل إلى ضعفين في خرون منذ وصول اللاجئين. ويعتقد قادة المجتمع المحلي في عوالي أن مشكلات ستنشأ عاجلاً أو آجلاً بين المجتمعين.

رقم 1223	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، زعيم قرية عوالي	

تأثير اللاجئين على قرية عوالي

يساور زعيم قرية عوالي القلق بشأن وصول اللاجئين. فقد بدأ البعض منهم بالفعل في زراعة الأراضي التي يملكها السكان المحليون ويذهبون إلى مستوصف عوالي مما يجعل السكان المحليين ينتظرون فترة أطول من السابق. وقد أدى وجودهم في المنطقة إلى ارتفاع أسعار السلع في الأسواق المحلية يوميًا. وأصبحت الأدوية والبطانيات والأغذية التي توزع

في الأصل على اللاجئين في المخيم معروضة الآن للبيع في الأسواق. ويخشى السكان المحليون من انتشار أمراض جديدة بين القرويين لأنه من المعروف أن العديد من اللاجئين مصابون بأمراض. ويقلقهم بشكل خاص انتشار مرضي الالتهاب السحائي والإيدز. ويذكر زعيم القرية أيضاً أنه من المحتمل جداً أن تغمر المياه المخيم لأن المنطقة معرضة للفيضانات في موسم الأمطار.

رقم 1224	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، لاجئ في مخيم عوالي	

مقابلات معمقة مع اللاجئين في مخيم عوالي

أجرى فريق التقييم عددًا من المقابلات المعمقة مع اللاجئين بعينة مناسبة. وتطابقت العديد من الروايات في السرد على النحو التالي:

«وصلت إلى المخيم بصحبة عائلتي قبل 10 أيام (17 ديسمبر/ كانون الأول 1998). إنني من مدينة تريت (التي تبعدُ 60 كيلومترًا من عوالي)، وبعد قتال عنيف في المدينة فررت مع عائلتي، ومكثت أيامًا قليلة في مكان قريب من تريت في انتظار متابعة ما إذا كان الوضع سيتحسن أم لا، ولكن القتال ظل دائرًا فقررت اللجوء إلى بيتا لاند».

وأردف قائلاً: إنه مكث يومين في ساكو أثناء رحلته ثم أخذ بنصيحة حركة تحرير زوارة وقدم إلى مخيم عوالي. ويوضح أن العديد من الجرحى كانوا في تريت وأن المدينة تعرضت لهجمات متكررة من الطائرات باستخدام القنابل والصواريخ. بالإضافة إلى ذلك قصفت المدينة بالمدفعية الثقيلة. كان يعمل في تريت ممرضًا في المركز الصحي، وعلى الرغم من أن المدينة كانت تحت سيطرة حركة تحرير زوارة ورغم النقص في الأدوية والمعدات فقد ظل يمارس عمله.

رقم 1225	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، لاجئ في مخيم عوالي	

مقابلة معمقة مع أحد اللاجئين من لوجي في مخيم عوالي

وصلت امرأة ربة أسرة إلى المخيم مع طفليها والديها، في ما تخلف زوجها في قرية لوجي. اندلع قتال عنيف في المدينة والمناطق المحيطة بها قبل شهرين، فقررت أن تترك المدينة وتذهب إلى خرون مباشرة. وعندما أقيم مخيم عوالي أرسلتها سلطات بيتا لاند من خرون إلى هناك. وتلقت القليل من الطعام من جمعية الهلال الأحمر لبيتا لاند. وحالما تكون الفرصة سانحة سيعود والدها إلى ألفا لاند وستلحق به العائلة في ما بعد بحسب الوضع، إلا أنها متشائمة من أن الوضع لن يتحسن في المستقبل القريب.

رقم 1226	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، أحد اللاجئين في مخيم عوالي	

مقابلة معمقة مع أحد اللاجئين من باكير في مخيم عوالي

ينتمي اللاجئ الذي أُجريت معه المقابلة إلى قرية باكير الواقعة قرب ساكو وكان عاملاً هناك. ثم رحل مع عائلته عبر ساكو حيث مكث يومين. أرادت حركة تحرير زوارة تجنيد ابنه في قواتها المسلحة، فقرر مغادرة ساكو ليلاً والمجيء إلى بيتا لاند. وكان ضمن أول اللاجئين الذين وصلوا إلى المخيم ويعتبر نفسه محظوظاً حيث إنه وجد عملاً في مزرعة قرب المخيم.

رقم 1227	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، أحد اللاجئين في مخيم عوالي	

مقابلة مع أحد اللاجئين من بهاو

ظلت هذه المدينة مركزاً للقتال الشرس طوال الأشهر الثلاثة الأخيرة. وظلت المدينة نفسها دائماً تحت السيطرة المحكمة للجنود الحكوميين.

يوجد مدرج صغير للطائرات بالقرب من المدينة (ثلاثة كيلومترات شرقاً) ويخضع أيضاً لقيادة الحكومة وتستخدمه الطائرات العسكرية لجلب الإمدادات العسكرية والتعزيزات. ولا يستطيع السكان المدنيون الخروج من المدينة، لذلك لم تعد هناك إمكانية للوصول إلى مصادر إمدادات الطعام العادية. ومع ذلك يسمح الجنود لبعض الناس باقتياد ماشيتهم للرعي في المناطق المحيطة بالمدينة مباشرة. فلقى العديد من الناس مصرعهم في ذلك بسبب تبادل إطلاق النيران خارج المدينة.

وعندما غادر هذا اللاجئ قبل شهر كانت السوق خالية وكان هناك عجز تام في الأدوية في المستشفى. وتوقفت شبكة المياه في المدينة عن العمل فاضطر الناس إلى الاعتماد على مياه النهر مباشرة، مما يعرضهم في كثير من الأحيان لخطر شخصي كبير. وتتطوي عملية التسلل من المدينة ليلاً وعبور الخطوط الأمامية والوصول إلى بيتا لاند على مخاطر كبيرة. ولذا فإن القليل من الناس هم الذين على استعداد لهذه المخاطرة.

رقم 1228	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، أحد اللاجئين في مخيم عوالي	

مقابلة مع أحد اللاجئين من ماكير

ظلت هذه العائلة تقيم في إحدى المزارع التي تبعدُ 12 كيلومترًا عن ماكير في مقاطعة سيغما من ألفا لاند. وتدهورت الظروف المناخية على مدار السنوات الماضية وضرب جفاف حاد المنطقة الواقعة شمال غرب تريت. جرى تصميم برنامج لتنمية المنطقة بعد الجفاف الحاد الذي حدث عام 1995 ولكن تمت إدارته بشكل سيئ فأخفق في تحقيق معدل الإنتاج الزراعي المناسب. ولم تسقط أمطار في شهر أكتوبر/ تشرين الأول بل سقط القليل منها في نوفمبر/ تشرين الثاني، لذلك من المؤكد أن ينخفض معدل المحاصيل مرة أخرى هذا العام. وعلاوةً على ذلك أصبح من الصعب السعي حول سيغما بحثًا عن الطعام. وبات من الصعب الوصول إلى مدن خي وتريت وليرومي بسبب القتال الدائر هناك. ودفعت هذه المجموعة من الأسباب هذا اللاجئ إلى مغادرة ألفا لاند والبحث عن ملاذ في بيتا لاند. ويقول أيضًا إنه ينوي البقاء فيها ما دام القتال مستمرًا وقد يمكث هنا بشكل دائم في حال استمرار النزاع.

رقم 1229	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، مجموعة من اللاجئين في مخيم عوالي	

مقابلة مع مجموعة من اللاجئين في المخيم

قام اللاجئون بناءً على طلب السلطات الإقليمية للاجئين بتنظيم مجلس لهم بالمخيم لتمثيل مصالحهم أمام سلطات المخيم والمنظمات غير الحكومية المتنوعة التي تعمل داخل المخيم. وقام مجلس اللاجئين بتحديد العديد من المشكلات القائمة في المخيم، وهي كالتالي:

على المدى القصير: يُعد الحصول على الطعام والرعاية الطبية مشكلة كبيرة. فمعظم الأسر التي توجد داخل المخيم لا تملك مخزونًا من الطعام، وهناك شريحة كبيرة من السكان مصابة بالأمراض فضلًا عن صعوبة الحصول على الخدمات الصحية بسبب الانتظار الطويل والازدحام داخل العيادات. ويريد مجتمع اللاجئين أن يُقام مستشفى في المخيم. وعلى الرغم من وجود كميات مناسبة من المياه في هذه الأونة فإن اللاجئين متخوفون من موسم الجفاف.

على المدى الطويل: على الرغم من أن اللاجئين لا يريدون البقاء في بيتا لاند ويأملون في العودة إلى ديارهم قريبًا، فإنهم يريدون الحصول على الإذن للبدء في الأنشطة المدرة للدخل مثل العمل في البساتين والمحلات والمطاعم وإصلاح الدراجات وأجهزة الراديو، ... إلخ.

رقم 1230	التاريخ: 99/12/14	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، فريق التقييم، مخيم عوالي	

عملية الإحصاء التي أجراها فريق التقييم

قام فريق التقييم بإجراء مسح سريع لإحصاء عدد السكان. ونظرًا لاستحالة إحصاء اللاجئين بشكل فردي، فقد عمل الفريق على إجراء تقييم استنادًا إلى عدد الأكواخ ومتوسط عدد الأفراد الذين يقطنون في كل كوخ. ومن أعلى أحد التلال الصغيرة كان من الممكن إلقاء نظرة عامة على المخيم وإحصاء عدد الأكواخ؛ وبعد ذلك جرى تقييم متوسط عدد الأفراد الذين يسكنون في كل كوخ من خلال عينة من 100 كوخ وقع الاختيار عليها بشكل عشوائي. وكانت هذه هي النتائج:

القسم	عدد الأكواخ	عدد الأفراد في كل كوخ	إجمالي عدد اللاجئين
الأول	2200	6.044	13000
الثاني	1600	5.77	9000
الثالث	1280	6.23	8000
الرابع	1120	6.29	7000
الخامس	840	6.22	5300
الإجمالي	7040		42300

رقم 1231	التاريخ: 99/12/30	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، مقابلة مع أحد اللاجئين	

أحد اللاجئين الأيتام

جاءت امرأة إلى الفريق أثناء التقييم ومعها قاصر لا يصطحبه أحد وعمره أحد عشر عامًا تقريبًا. كان هذا الولد من موبايو وقد فقد والديه بالقرب من ديهون أثناء الرحلة إلى بيتا لاند. وتقول المرأة إنها ستعتني به في الوقت الحالي ولكن لا بد من إيجاد حل لأنها لن تستطيع رعايته طويلًا؛ فمواردها ضئيلة ولديها عائلتها التي تعتني بها.

رقم 1232	التاريخ: 99/12/30	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، أحد اللاجئين في مخيم عوالي	

شخص مفقود

طلبت إحدى النساء من الفريق إجراء بعض التحريات والبحث عن زوجها الذي اختفى في بهاو عندما كانت الأسرة تعبر الخطوط الأمامية. فقد انفصلا عن بعضهما البعض عندما وقعوا في أتون تبادل لإطلاق النار. ووصلت إلى المخيم منذ ثلاثة أسابيع ولم تكن تعرف أية معلومات عن زوجها.

معلومات من بايدو وبريو وكارام وتاكري وبولرو وغولرا



رقم 1233	التاريخ: 99/12/30	بيتا لاند
المصدر:	عوالي، أحد اللاجئين في مخيم عوالي	

أحد اللاجئين يسأل عن أية معلومات عن ابنه الذي أُصيب

طلب أحد اللاجئين من فريق التقييم أن يساعده على البحث عن ابنه الذي أُصيب في بهاو والذي استطاع عبور الخطوط الأمامية ووصل إلى ساكو حيث نُقل إلى مستشفى خرون. وأخبره الطبيب في خرون أن ابنه نُقل إلى تاكري. ولم ترد أي أخبار عنه لمدة ثلاثة أسابيع.

رقم 1234	التاريخ: 99/01/08	بيتا لاند
المصدر:	تاكري، المدير الإداري في المقاطعة	

الموارد الغذائية في مقاطعة إيسيلون

تعتبر الموارد الغذائية محدودة بالأحرى في إيسيلون. تقلص الإنتاج الزراعي في المقاطعة بشكل يُرثى له خلال السنوات الثلاث الماضية بسبب الجفاف المتواصل. ويبدو أن السكان يواجهون الوضع بصعوبة متزايدة. ولم يبق من الأغذية سوى القليل لدى بعض الأسر. ويشير الاقتصاد المحلي إلى التمزق الخطير الذي سببه الجفاف. وتواصل أسعار الحبوب ارتفاعها بشكل مستمر في الأسواق المحلية في حين أن أسعار الماشية أقل مما تكون عليه عادةً في هذه الأوقات من السنة. ولم تصل الأمطار حتى الآن إلى معدلاتها الطبيعية بل هناك تخوف من أن تضعف المحاصيل مرة أخرى. ولا يستطيع إنتاج الغذاء الذي تنتجه مشاريع التنمية التي تُنفذ على الهضبة الوسطى وفي شرق كارام التعويض عن عجز الغذاء في المقاطعة بسبب الجفاف الطويل.

رقم 1235	التاريخ: 99/01/08	بيتا لاند
المصدر:	تاكري، المدير الإداري في مقاطعة إيسيلون	

الإنتاج الزراعي في إبسيلون

يناير/ كانون الثاني	فبراير/ شباط	مارس/ آذار	أبريل/ نيسان	مايو/ أيار	يونيو/ حزيران	يوليو/ تموز	أغسطس/ آب	سبتمبر/ أيلول	أكتوبر/ تشرين الأول	نوفمبر/ تشرين الثاني	ديسمبر/ كانون الأول	
ن	ن	ن	ح							ز	ز	الذرة
							ز	ن	ن	ن	ح	الذرة البيضاء
ن	ن	ح	ح				ز	ز	ز	ز	ز	السمسم
ح	ح	ح	ح	ح	ح		ز	ز	ن	ن	ن	البازلاء
ن	ح	ح						ز	ز	ن	ن	الفول السوداني

ز = زراعة ن = نمو ح = حصاد

رقم 1236	التاريخ: 99/12/27	بيتا لاند
المصدر:	الضابط المسؤول، هيئة الطيران المدني، مطار تاكري	

مطار تاكري

مواصفات المدرج:

الارتفاع: 897 مترًا

متوسط درجات الحرارة: 34 درجة

الطول: 1400 متر

مواصفات الطائرات: بحد أقصى سي 46 أو سي 130

الوقود المتاح: لا يوجد

الأدوات المساعدة: MD, MC, Mt قواعد الطيران البصري

رقم 1237	التاريخ: 99/01/08	بيتا لاند
المصدر:	تاكري، طبيب من مستشفى تاكري	

مستشفى تاكري

تعتبر بلدة تاكري البلدة الرئيسية في مقاطعة دانيكال حيث يقطنها ما يقرب من 25000 نسمة. ويُقدَّر سكان المقاطعة بالكامل بحوالي 200000 نسمة. ولا يوجد لاجئون في هذه المقاطعة بشكل رسمي.

الخدمات الصحية:

يوجد في المدينة مستشفى واحد ومستوصفان

مرافق المستشفى:

يضم مستشفى تاكري 200 سرير ويقدم المستشفى الخدمات العلاجية (الطب، والجراحة، وأمراض الأطفال والتوليد وأمراض النساء). وتعتبر خدمات الدعم التقني جيدة جداً. ويستطيع المختبر الاضطلاع بأعمال التحاليل الجرثومية والكيمياء الحيوية والكهرلة واختبارات فيروس نقص المناعة البشرية باستخدام مقايصة الامتصاص المناعي المتصل بالأنزيمات ومجموعة كاملة من اختبارات الطفيليات. ويوجد في المستشفى أيضاً بنك للدم يعمل بشكل جيد. ويضم قسم الأشعة ثلاثة أجهزة أشعة سينية تعمل بشكل جيد فضلاً عن وجود ثلاث غرف للعمليات.

- الطاقم 3 أطباء
- 20 ممرضاً
- 32 مساعداً
- 5 تقنيين

الأنشطة:

استقبل المستشفى 17 مصاب حرب حتى الآن (11 نُقلوا من مستشفى خرون)

في 1999/12/12 : 8

في 1999/12/15 : 6

في 1999/12/18 : 3

يتأقلم المستشفى مع الوضع في الوقت الحالي ولديه القدرة على استقبال المزيد من الجرحى. مع ذلك، وبمجرد الاستعداد لمغادرة المستشفى يُنقل الجريح بطريقة أو بأخرى إلى خرون أو ألفا لاند ولكن المستشفى لا يملك شيئاً من وسائل النقل اللازمة لذلك.

رقم 1238	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	تاكري، مدير مستودع تاكري للمواد الغذائية، وزارة الزراعة	

تقييم مخزون المواد الغذائية في مستودع تاكري

الذرة:	5831 طنًا
الفول السوداني:	104 أطنان
الزيت:	65 طنًا

(أشياء أخرى)

رقم 1239	التاريخ: 99/12/28	بيتا لاند
المصدر:	بوغدا، ممرض في مستوصف بوغدا	

تقييم مدى تأثير تدفق اللاجئين من واقع سجلات مستوصف بوغدا

يقول الممرض إن وصول اللاجئين كان له أثر طفيف على المستوصف. فمعظم اللاجئين الذين يقيمون في إيسيلون منتسنتون عبر أنحاء المقاطعة ويعيشون مع أقاربهم. وسمع عن إنشاء مخيم بالقرب من عوالي. ويوجد في بوغدا فقط 100 لاجئ على حد علمه. ويُعد هذا أقل من 10% من الناس الذين يعيشون في قرية بوغدا. ولم يلاحظ حتى الآن وجود مشاكل بين المجتمعين.

رقم 1240	التاريخ: 99/01/04	بيتا لاند
المصدر:	غولرا، ممرض في مستوصف غولرا	

مستوصف غولرا

غولرا بلدة صغيرة يقطنها 5000 نسمة ويخدم المستوصف فيها حوالي 12000 من السكان. ويقيم في البلدة وضواحيها بين 500 و600 لاجئ. ويقع المستوصف في وسط المدينة في مبنى خرساني صغير منقسم إلى أربع غرف. ويوجد ممرض واحد مسؤول عن المستوصف كما يوجد مساعد مسؤول عن التضميم والحقن ومساعد آخر يتولى الخدمات الوقائية (صحة الأم والطفل والأنشطة الصحية العامة في البلدة) ويجري الكشف على 45 مريضاً في المتوسط يومياً.

رقم 1241	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	بورلو، موظف صحي في مركز بورلو الصحي	

يقيم في قرية بورلو 600 نسمة (إلى جانب 1200 في المنطقة المحيطة بالقرية). إنها واحدة من القرى الاختبارية التي وقع الاختيار عليها لتنفيذ مشروع الرعاية الصحية العامة والمياه. والمركز الصحي هو مبنى صغير منقسم إلى قسمين. ولا يوجد فيه ماء جار ولا كهرباء. وقد بُني مرحاض بالقرب من المركز ويعمل أحد المسؤولين عن المشروع في مركز الصحة نصف الوقت (نصف اليوم ثلاث مرات في الأسبوع)، يفحص خمسة مرضى في اليوم ويقوم بجولات في البلدة حيث يزور مصادر الماء ويناقش مشاكل الصحة مع الأمهات.

رقم 1242	التاريخ: 99/01/05	بيتا لاند
المصدر:	كارام، ممرض من مستوصف كارام	

مركز كارام الصحي

يقدم مركز كارام الصحي الخدمات لسكان يُقارب عددهم 25000 نسمة، ويتألف من مبنيين. المبنى الأول هو المستوصف وينقسم إلى أربع غرف: الغرفة الأولى للاستشارات وغرفة للتضميد والحقن والثالثة غرفة للانتظار وغرفة لعيادة رعاية الأمومة والطفولة. والمبنى الثاني ينقسم إلى جزئين، الأول للمرضى الداخليين (10 أسرة) والثاني للإدارة والتخزين. ويحصل المركز على الماء من شبكة المياه التابعة للبلدية والتي تستمدّها من بئر عميقة على بعد كيلومتريين من البلدة. ويضم المركز الصحي مراحيض تعمل بشكل جيد. ويحصل المركز على الطاقة الكهربائية من محطة توليد كهرباء تعمل بالديزل. ولا يوجد في المركز مولد بديل. ويجري تعقيم الزراعات والإبر والأدوات الجراحية باستخدام جهاز تعقيم كهربائي.

رقم 1243	التاريخ: 99/01/04	بيتا لاند
المصدر:	بايدو، مساعد طبي في مستوصف بايدو	

مستوصف بايدو

يقطن بلدة بايدو 6000 نسمة، 2034 منهم يقيمون داخل المدينة. ويوجد 230 لاجئاً يسكن معظمهم في البلدة. المستوصف مبنى صغير ينقسم إلى أقسام منفصلة للاستشارات والتضميد والحقن والانتظار والأعمال الإدارية. ويستمد المستوصف الماء من بئر داخل المجمع. ويتألف العاملون في المستوصف من ممرضة واثنين من مساعدي الصحة.

تقوم الممرضة في المتوسط بالكشف على 30 إلى 40 شخصاً يومياً وتشارك في الأنشطة الوقائية: التطعيم وتنظيم الأسرة والزيارات المنزلية في بعض الأحيان عادةً برفقة واحد من مساعدي الصحة.

رقم 1244	التاريخ: 99/01/05	بيتا لاند
المصدر:	برو، طبيب في مستشفى برو	

مستشفى برو

برو مدينة يقطنها 15000 نسمة وتحتوي منطقة الاستجماع على 35000 نسمة. ويقدر عدد اللاجئين في المنطقة بما يتراوح بين 4000 و5000 لاجئاً ويقدم العديد منهم حول برو حيث يسهل بكثير الحصول على وظيفة.

المرافق الصحية: ينقسم المستشفى الذي يضم 120 سريرًا إلى 5 أجنحة:

- الطب: 40 سريرًا
- الجراحة: 30 سريرًا
- أمراض الأطفال: 30 سريرًا

- أمراض النساء والتوليد: 10 أسرة
- الأمراض المعدية: 10 أسرة

تشمل خدمات دعم المستشفى:

- إمدادات المياه من الشبكة الرئيسية للبلدة
- تزويد الكهرباء من الشبكة التابعة للبلدية بالإضافة إلى مولد كهربائي احتياطي تبلغ طاقته 60 كيلووات
- الصرف الصحي: مراحيض (لا تعمل)
- مختبر للتحاليل الأساسية
- قسم الأشعة: جهازان للأشعة السينية في حالة جيدة

العاملون:

- طبيبان (1 طبيب جراح)
- 18 ممرضة (مسؤولة تخدير)
- 14 مساعدًا
- 3 تقنيين

الأنشطة:

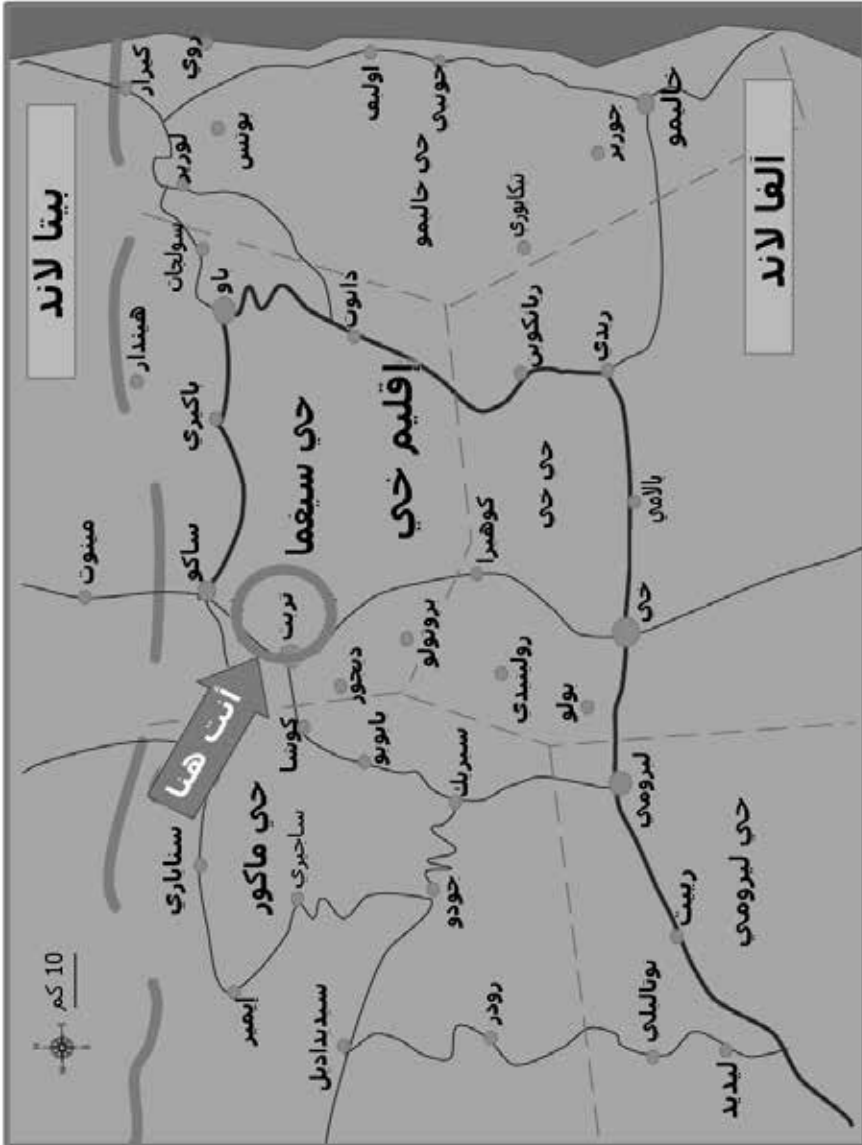
ارتفع مستوى الأنشطة في المستشفى منذ وصول اللاجئين إلا أن المستشفى يتأقلم مع الوضع. وكان قسم الجراحة الأكثر تأثرًا حيث استقبل 15 مصابًا من جرحى الحرب منذ نوفمبر/ تشرين الثاني، (نقل 7 منهم من خرون إلى برو). وزاد ضغط العمل في قسم الجراحة ثلاثة أضعاف الأسبوع الماضي. إمدادات المستشفى من الأدوية والمعدات والمواد الغذائية قليلة، فقدم طلبًا للحصول على إمدادات إضافية من مستشفى غاما.

رقم 1245	التاريخ: 99/01/03	بيتا لاند
المصدر:	زوتوي، زعيم القرية، قرية زوتوي	

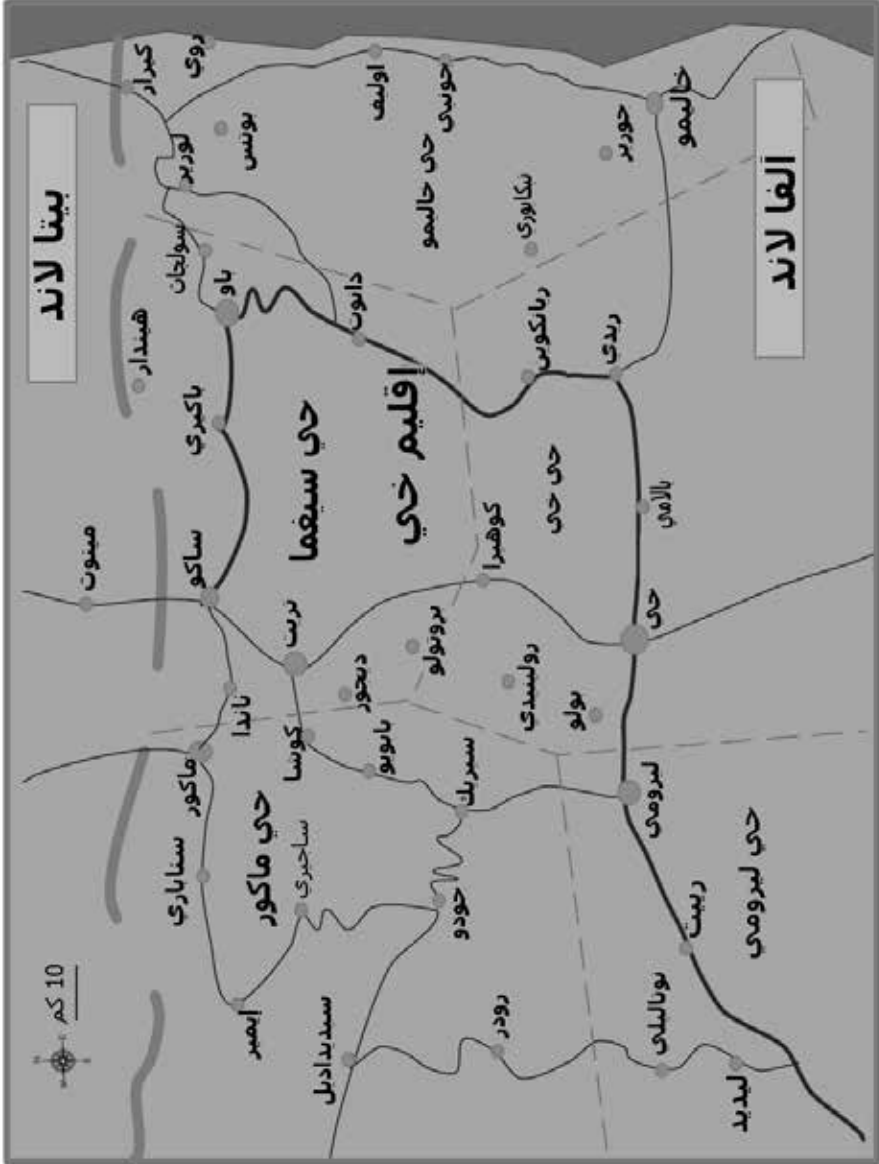
أهالي قرية زوتوي

يقيم في قرية زوتوي ما يقارب 180 من السكان. ولقد تسبب وصول اللاجئين في العديد من المشاكل لأهالي القرية. ويتضمن هذا اغتصاب اللاجئين لأراضيهم وتحويلها إلى بساتين واستهلاك مياه البئر ومن ثم تلويثها وشراء الأطعمة من السوق المحلية مما أدى إلى استنفاد الموارد المتاحة وارتفاع الأسعار.

المعلومات من بیتا لاند في مناطق ساكو وميري وثریت

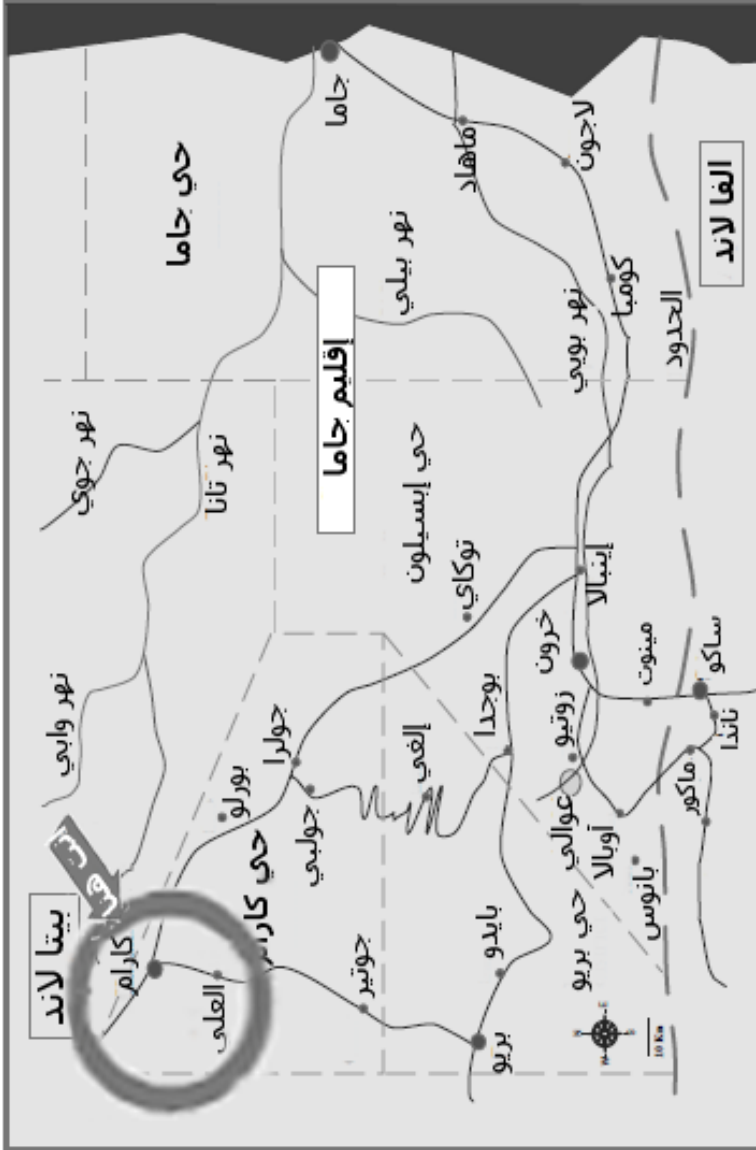


لاڙاڻ 13



10 كم

معلومات من مشروع التمية في كارام



الوحدة التعليمية
الثانية
عشرة

تنظيم الدورة التدريبية

اختيار المشاركين

1. فئة المرشحين المطلوبين

يجب أن يكون المشاركون مدربين في مجال الصحة (الأطباء، فريق التمريض، أخصائيو التغذية، مهندسو الصرف الصحي، ... إلخ). يُنظر في طلبات المتقدمين المؤهلين لقبولهم الذين لديهم معرفة جيدة بأعمال الإغاثة، على الرغم من أنهم لم يتلقوا تدريباً محدداً في مجال الصحة (مهندسو الزراعة، أخصائيو علم الإنسان، أخصائيو علم الاقتصاد، أخصائيو القانون، ... إلخ).

2. الإعلان عن الدورة التدريبية

يُعلن عن الدورة التدريبية على أوسع نطاقٍ ممكن، من خلال:

• كتيب يشمل:

• التفاصيل المتعلقة بـمكان وتواريخ الدورة التدريبية

• ملخص لمحتوى الدورة التدريبية

• ملخص للأساليب المستخدمة في الدورة التدريبية

• استمارة تسجيل تُرسل إلى اللجنة الدولية للصليب الأحمر (على الجهة الخلفية).

ويُوزع الكتيب على نطاق واسع عبر شبكة الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر ومنظمة الأمم المتحدة (لأ سيما منظمة الصحة العالمية) والوكالات الرئيسية المتطوعة.

• ملصق بصورة المرحلة الأولى من الكتيب

• إعلان على موقع اللجنة الدولية للصليب الأحمر على الإنترنت.

3. التسجيل

تُرسل حزمة تسجيل كاملة إلى مقدم الطلب بمجرد استلام استمارة التسجيل ويُطلب منه تقديم تفاصيل كاملة عن تدريبه وخبرته في الميدان والمحفزات التي دعتة إلى المشاركة في الدورة التدريبية.

وتوفر حزم التسجيل هذه الأساس لاختيار 25 مقدماً للطلبات سيشاركون في الدورة التدريبية.

4. معايير الاختيار

يقوم اختيار المشاركين على الأسس التالية:

- التدريب الأكاديمي
 - الخبرة في عمليات الطوارئ
 - المسؤوليات المستقبلية التي ينطوي عليها مجال الإغاثة في حالات الطوارئ
 - علاقة مقدم الطلب بالمناطق والبلدان التي تجري فيها عمليات المساعدة الإنسانية.
- ويراعى التوازن بين البلدان الممثلة في الدورة التدريبية، ولا سيما التوازن بين البلدان الصناعية والبلدان النامية.
- يتم إعلام كل مقدم للطلب بمجرد اختيار المشاركين ويُطلب إلى الذين قُبلوا تأكيد مشاركتهم. ويوضع بعض ممن لم يُقبلوا على قائمة الانتظار لشغل أماكن المرشحين الذين لم يتمكنوا من المشاركة في النهاية.

استمارة طلب التسجيل في الدورة التدريبية

(الصفحة الأخيرة من الكتيب)

التسجيل

(اكتب بخط واضح)

الاسم العائلي: _____

الاسم الشخصي: _____

الوظيفة: _____

المؤسسة: _____

العنوان: _____

الفاكس: _____

الجنسية: _____

تُرسل حزمة التسجيل كاملة بمجرد استلام هذه الاستمارة

وتكون هذه الحزمة الأساس لاختيار المشاركين.

تُرسل استمارات التسجيل إلى:

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

H.E.L.P. 99- Geneva

19, avenue de la Paix

CH-1202 Geneva

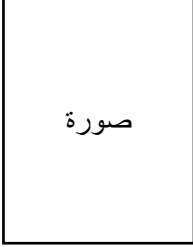
Tel. : +41 - 22- 730 - 2223

Fax :+ 41 - 22 - 733 - 9674

E-mail : ideslarzes.gva@icrc.org

حزمة التسجيل

(صفحة 1)



التسجيل GENEVA – H.E.L.P.99

(اكتب بخط واضح)

الاسم العائلي: _____ الاسم الشخصي: _____

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____

اليوم الشهر السنة

النوع: ذكر أنثى

الجنسية: _____

العنوان: _____

الفاكس: _____ الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

عنوان صاحب العمل: _____

الجهة الراعية/ تُدفع رسوم التسجيل من قِبَل: _____

التمكن من اللغة الفرنسية:

ممتاز جيد مقبول ضعيف

حزمة التسجيل

(الصفحة 2)

السجل الأكاديمي:

(أدرج الدبلومات التي حصلت عليها في مجال الأنظمة الطبية والأنظمة المتعلقة بالصحة، وكذلك دورات التدريب التي تلقيتها بترتيب زمني).

الخبرة المهنية:

(ضع ملخصاً لأية خبرة مهنية لها صلة بهذه الدورة التدريبية، مع البدء بالخبرات الأكثر حداثة).

أسباب المشاركة في هذه الدورة التدريبية:

(بيّن باختصار ما تتوقع أن تُحصّله من هذه الدورة التدريبية وما تعتزم القيام به بعد إكمالها).

حزمة التسجيل

(الصفحة 3)

بيّن الخبرة الميدانية التي تُظهر على النحو الأفضل نوع النشاط الذي شاركت فيه.

تُكَمَّل هذه الاستمارة بخطابات تزكية من شخصين عملت معهما. (ويمكن إرسال هذه الخطابات بصورة منفصلة).

التاريخ / /

اليوم الشهر السنة

التوقيع:

يجري اختيار المشاركين قبل شهرين من بداية الدورة التدريبية. وعلى الرغم من ذلك، تُدرس الطلبات المتأخرة بحسب المكان الشاغر.

نشكركم على إرسال هذه الحزمة إلى:

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

19, avenue de la Paix

CH-1202 Geneva

Fax :++41227339674

E-mail:ideslarzes.gva@icrc.org

إدارة الدورة التدريبية

1. المركز

يُفضل أن تُدار هذه الدورة التدريبية في مكان الإقامة لتيسير العمل في مجموعة خارج «ساعات العمل».

2. الموقع

يجب أن تُعقد الدورة التدريبية في مبان كبيرة بما يكفي لتشكيل خمس مجموعات تعمل بصورة منفصلة. ويجب أن تفحص المعدات للتحقق من أنها تعمل جيدًا: الفيديو، الكمبيوتر، أجهزة عرض الشرائح المصورة، ... إلخ.

3. المعدات

يتم إلحاق قائمة بالمعدات القياسية للدورة التدريبية، ويمكن تكييفها حسب الحاجة. وتجدر الإشارة إلى نقطة على وجه الخصوص وهي: أثبت الاتصال بشبكة الإنترنت فعاليته، حيث يتيح للمشاركين الاتصال بأخصائيين خارج مركز الدورة التدريبية، كما يتيح لهم إمكانية طرح أسئلة معينة وتلقي أجوبة عبر الإنترنت.

ويجب أن تشمل المعدات جهاز عرض معاكس، وجهاز فيديو، وجهاز عرض الشرائح المصورة وجهاز كمبيوتر وطابعة.

4. المعلمون

يتمثل دور المعلمين في:

- مساعدة المشاركين على اكتساب المهارات الضرورية لحل المشاكل الصحية في الحالات الطارئة – على سبيل المثال:
- تحديد الاحتياجات في مجال التغذية
- تحديد سلسلة الإمدادات الغذائية
- تحديد العلاقة بين البيئة والصحة.
- مساعدة المشاركين على حل المشاكل الصحية التي تُطرح في المحاكاة:
- تحليل استراتيجية الغذاء
- المشاركة في تطوير نظام لتوفير المياه
- التعليق على برامج مكافحة الأمراض المعدية
- تقييم تصنيف الجرحى
- وصف ومناقشة خبراتهم وخبرات المشاركين.

ويجب أن يملك المعلمون معرفة واسعة وخبرة سليمة، لكن ينبغي تجنب ذلك الصنف من المعلمين «المغرورين» الذين يرون في الدورة التدريبية منتدًى للتباهي.

يكون المعلم الجيد حاضرًا لمساعدة المشاركين خلال العمل الجماعي ويكون قَادِرًا، خلال الجلسات العامة، على تلخيص المواد بدقة وإعطاء أمثلة على مشاكل مماثلة طرحت في الميدان، دون الدخول في محاضرات بمقتضى السلطة.

5. مجموعات العمل

يُوزَع المشاركون في الدورة التدريبية البالغ عددهم خمسة وعشرين مشاركًا على خمس مجموعات تتألف كل مجموعة منها من خمسة أشخاص. ويجب أن تُبذل الجهود لتحقيق التوزيع المتجانس للأشخاص في ما بين المجموعات، بناءً على:

- ملف تعريف المشارك: يجب ألا تكون هناك مجموعة من الأطباء، ومجموعة من الممرضين، ... إلخ.
- بلد منشأ المشاركين: يجب مزج الجنسيات.

• الانتماء إلى المؤسسات: يجب ألا تكون هناك مجموعة تابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر ومجموعة تابعة للمفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة، ... إلخ.

ترسي ديناميكية المجموعة نفسها بسرعة إلى حد ما، ويحدث ذلك غالبًا في اليوم الثاني عندما يكون المشاركون قد استوعبوا أسلوب التعليم المتبوع وبدأوا يتقنون التمرين على المحاكاة ويتعرفون على بعضهم البعض. وبما أن المشاركين ينتمون إلى فئات متنوعة، فإنه يجب التشجيع على التعبير عن كافة الآراء. ويجب أن تكون مجموعة العمل قادرةً على الخروج بنتائج نهائية مقبولة لدى جميع الأفراد فيها، ولكن تُمنح الفرصة للمجموعة لعرض أي فروق أو خلافات أثناء الجلسة العامة.

ولا يجوز تغيير تشكيلة المجموعة خلال الدورة التدريبية إلا إذا حدث خلل وظيفي خطير بين المجموعات.

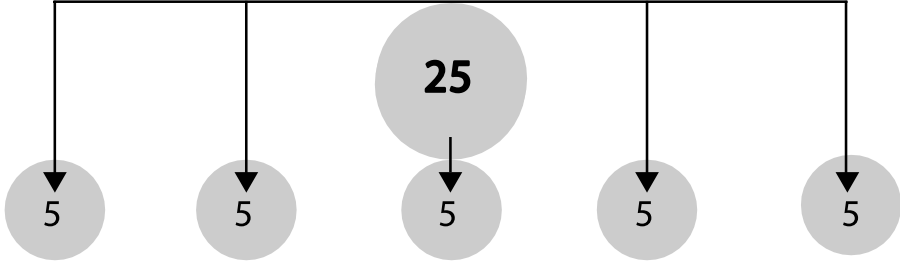
6. التمرين على المحاكاة

يشترك في تدريب المحاكاة عامةً مجموعة مختلطة من اللاجئين والأشخاص النازحين والسكان المحليين الذين يمثلون المشاكل الطبية الاعتيادية التي تُطرح في حالات الكوارث.

ويحتوي بنك البيانات على معلومات عامة عن الوضع:

- وصف الخلفية السياسية
- الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في البلد
- وصف البنية التحتية للبلد

مجموعات العمل



تعتمد الديناميكية الداخلية لكل مجموعة والتفاعل في ما بين المجموعات على توزيع متوازن للمشاركين وفقاً لما يلي:

- المهنة
- الخبرة
- المؤسسة التي ينتمون إليها

- المحادثات مع القادة المحليين والوطنيين
- الخرائط.

وتكمن الميزة من تدريب المحاكاة الواحد في كونه يسمح للمشاركين بالعمل مع وضع يمثل كافة تعقيدات الحياة، بينما تنزع قصص الحالات القصيرة التي تعالج النواحي الفردية لحالات الطوارئ إلى تقييد إمكانيات التفاعل بين العوامل المختلفة التي تدخل في مثل هذا الوضع.

ويدرس المعلمون التمرين على المحاكاة قبل بدء الدورة التدريبية، وقد يرغبون في إدخال معلومات إضافية، حسب الطريقة التي يتطور بها عمل مجموعة العمل.

7. استغلال الوقت

تستمر الدورة التدريبية مدة ثلاثة أيام. وهناك محاولة لتخصيص وقت متساو للوحدات التعليمية المختلفة، مع الحفاظ على مرونة كافية لتكريس اهتمام أكثر بالمواضيع التي لها اهتمام خاص لدى المشاركين. وقد تظهر الحاجة إلى درجة معينة من الجدولة في حال مشاركة معلمين ضيوف، ولكن يجب أن يظل الجدول الزمني مرناً للغاية في كل وحدة تعليمية، مع إمكانية إدخال تغييرات على الدوام.

وعندما تُنظَّم الدورة التدريبية في مقر الإقامة، يجب أن تتاح للمشاركين فرصة اختيار العمل خارج ساعات العمل المحددة. وتلتقي مجموعات العمل بصورة عامة لدراسة التمرين على المحاكاة بالتفصيل ولإعداد التقرير الذي ستقدمه في نهاية الدورة التدريبية. وهذا يعني أن الفصول الدراسية يجب أن تكون متاحة على مدار الساعة.

ولكسر الرتابة التي قد تظهر بعد أسبوع أو نصف أسبوع أو ما شابه، يجب أن تُبذل الجهود لتقديم الأنشطة خارج الفصل الدراسي. على سبيل المثال، من الممكن أحياناً تنظيم رحلات ميدانية مثل:

- زيارة لمسرح كارثة (بركان في الفلبين)
- زيارة لأحد مخيمات النازحين.

الجدول الزمني المحتمل

الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	
22 أبريل/ نيسان	21 أبريل/ نيسان	20 أبريل/ نيسان	19 أبريل/ نيسان	الأسبوع الأول
الماء والمأوى	الطعام والتغذية	مقدمة إلى التمرين على المحاكاة الطعام والتغذية	القواعد الأساسية للإدارة	
29 أبريل/ نيسان	28 أبريل/ نيسان	27 أبريل/ نيسان	26 أبريل/ نيسان	الأسبوع الثاني
خدمات الرعاية الصحية	خدمات الرعاية الصحية	الأمراض المعدية	الأمراض المعدية	
6 مايو/ أيار	5 مايو/ أيار	4 مايو/ أيار	3 مايو/ أيار	الأسبوع الثالث
التنسيق آداب المهنة	مدخل إلى القانون الدولي الإنساني	علم الأوبئة المراقبة	علم الأوبئة المراقبة	

8. المواد المرجعية

يجب إتاحة عدد من المواد المرجعية لمساعدة المشاركين على حل المشاكل.

• إرسال المواد المرجعية قبل الدورة التدريبية:

إلا أن هذا الأمر لم يثبت فعاليةً كبيرة على الصعيد العملي على الرغم من أنه منطقي. فمعظم المشاركين الذين يتم إرسال مجموعة من الوثائق إليهم لقراءتها قبل الدورة التدريبية لا يطلعون عليها. ودفاعاً عنهم يجب القول إن معظمهم تربطه التزامات مهنية مكثفة لا تترك لهم ما يكفي من الوقت للاستعداد للدورة التدريبية.

• المواد المتاحة خلال الدورة التدريبية:

كمية هائلة من الوثائق متاحة عن الرعاية الصحية في حالات الطوارئ.

ويمكن تصنيفها على النحو التالي:

• الكتاب الأساسي: *الحرب والصحة العامة* (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)

• مواد مرجعية:

• الكتيبات العامة الأكثر استخداماً بصورة شائعة، مثل:

المساعدة في حالات الطوارئ (اليونيسيف)

كتيب حالات الطوارئ (المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة)

• كتيبات متخصصة، مثل:

جراحة الحرب (اللجنة الدولية للصليب الأحمر)

دليل الأوبئة لإدارة الصحة على مستوى المقاطعة («جيه بي فوغان» و«أر إتش مورو»)

• الجرائد المهنية: تنشر العديد من الجرائد بصورة منتظمة مقالات مفيدة لهذه الدورة التدريبية، مثل:

جريدة الكوارث

جريدة «ذا لانسييت»

نشرة منظمة الصحة العالمية

سياسة وتخطيط الصحة

• مواد سمعية بصرية :

تعد أشرطة الفيديو والعروض التي تعتمد على الشرائح المصورة وسائل شائعة على نحو متزايد. وستتاح بعض المواد من هذا النوع للمشاركين للاطلاع عليها خارج «ساعات العمل»، بينما يمكن استخدام مواد أخرى في ملخصات المواضيع التي تقدم في نهاية الجلسات العامة. ومع ذلك، يجب بذل بعض الجهود لتجنب تحول الدورة التدريبية إلى مهرجان سينمائي.

المواد

<ul style="list-style-type: none"> • 25 واقية أوراق بلاستيكية • 25 قلم ماركر أسود • 5 مجموعات من أقلام الماركر بأربعة ألوان للألواح البيضاء • 1 صندوق من قصاصات الورق الكبيرة • 1 زجاجة من سائل الشطب • 3 صناديق من الأوراق الشفافة • 3 مجموعات من أقلام الماركر لجهاز العرض المعاكس • 10 صناديق من الأقراص (لبرنامج (EPIINFO • 1 قاموس فرنسي- إنجليزي • 1 دليل هاتف • 1 قائمة بأرقام الهاتف الداخلية للجنة الدولية للصليب الأحمر • 1 لفة من أشرطة اللجنة الدولية للصليب الأحمر • 1 صندوق من الأشرطة المطاطية • 25 حقيبة بلاستيكية من حقائب اللجنة الدولية للصليب الأحمر • 1 ختم للجنة الدولية للصليب الأحمر ومختمة بالحبر الأحمر 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 بطاقة اسم • 25 حافظه أوراق • 25 ملفاً • 30 مذكرة • 30 قلمًا • 30 قلم رصاص بمساحة • 25 قلم هايلايتر (أصفر فلوري) • 5 لفات من الشريط اللاصق مع موزعات • 3 لفات من الأشرطة مزدوجة الجانب • 5 آلات حاسبة • 5 أزواج من المقصات • 5 مساطر • 2 دباسة ودبابيس إضافية • 1 مزيل دبابيس • 2 ثقابة ورق، واحدة كبيرة • 2 مبراة أقلام رصاص
--	--

تقييم الدورة التدريبية

1. تقييم الدورة التدريبية من قِبَل المشاركين

يجب تقييم الدورة التدريبية لمعرفة ما إذا كان المشاركون راضين عن المحتوى وأسلوب التدريس والمواد المرجعية والمعلمين.

وتُوزَع استمارة في نهاية كل وحدة تعليمية على المشاركين حتى يتسنى لهم تقييم تلك الوحدة والتعليق عليها. وسوف يجري تحليل مجموعات الاستمارات هذه لاحقاً واحدة تلو الأخرى، وسوف تُجمع كافة التعليقات في نهاية الدورة التدريبية للحصول على تقييم شامل للدورة التدريبية من المشاركين.

وسوف توزع استمارة أكثر تفصيلاً في نهاية الدورة التدريبية للتحقق مما يلي:

- هل المدة الزمنية الكلية للدورة التدريبية مرضية
- هل تخصيص الساعات في ما بين الوحدات التعليمية مناسب
- هل اختيار أية محاكاة واحدة يفي بتوقعات المشاركين
- هل فريق التدريس مرضٍ (مشاركة نشطة، خبرة، ... إلخ).

2. تقييم المهارات التي تعلمها المشاركون

يجري تقييم إنجازات المشاركين في ثلاثة أنواع:

- إجراء اختبار 100 سؤال متعدد الاختيارات في بداية الدورة التدريبية ونهايتها لأجل تحديد ما تعلمه المشاركون.
- يُطلب إلى كل مجموعة كتابة تقرير كامل عن المحاكاة يتوجب على المشاركين القيام بما يلي فيه:
 - تحديد المشاكل الصحية
 - تحديد الأولويات والأهداف
 - تخطيط البرامج، بما في ذلك برنامج للتقييم.

ويبين هذا التقييم قدرة المشاركين على تلخيص حالة من الطوارئ واقتراح طرق الاستجابة لها.

- يُطلب إلى المشاركين كتابة بحث في النهاية عن أية مهمة تم تنفيذها بعد الدورة التدريبية. ويجب أن يعكس هذا التقرير استخدام بعض أساليب التخطيط التي تُدرست في الدورة التدريبية. ويجوز إن أمكن وضع ترتيبات مع جامعة تشارك في الرعاية

للاعتراف بهذا العمل مع منح دبلوم، إذا ما وفى البحث بالمعايير الضرورية. ويتم تقييم العمل وفقاً للمعايير التالية:

- يجب أن يستند إلى العمل الذي أنجز بعد الدورة التدريبية.
- يجب أن يظهر تطبيق المهارات التي تم تعلمها في الدورة التدريبية: التخطيط والأساليب التي تستند إلى علم الأوبئة.
- أن يعرض النتائج بصورة تحليلية.
- أن يشمل عناصر المناقشة.
- أن يشمل قائمة بالمراجع ذات الصلة.

خاتمة

حاولنا أن نكون دقيقين قدر المستطاع أثناء وضع دورة HELP/SOS من حيث المحتوى وأن نكون فاعلين قدر المستطاع من حيث طرق التدريس.

وسوف يثبت الوقت القيمة الحقيقية لهذه الدورة التعليمية، بعد أن حصل عدد كافٍ من المشاركين على فرصة لاختبار معرفتهم في ظروف ميدانية واقعية. ولهذا السبب، من الضروري أن يتم الحفاظ على الاتصال بخريجي الدورة، حتى يتسنى الاستفادة من خبراتهم من أجل ثراء الدورة التدريبية.

وتوجد طريقة أخرى لتعزيز الدورة التدريبية تتمثل في الروابط القائمة بين الوكالات العاملة في ميدان العمليات والمجال الجامعي. وتتطوي المشاكل الصحية التي ينبغي معالجتها في حالات الطوارئ بصورة متزايدة على تفاعلات معقدة، وتتطلب أحياناً حلولاً تقنية يجري إيجادها بدقة يمكن أن تساعد الجامعات في تحديدها.

وتجري مراجعة محتوى الدورة التدريبية وطريقة التدريس بصورة منتظمة كل عامين من قبل مجلس علمي يضم منسقي الدورة التدريبية (اللجنة الدولية للصليب الأحمر والهيئات الأكاديمية)، وفريق العمل الميداني، وخبراء يمثلون اللجنة الدولية للصليب الأحمر والهيئات الأكاديمية والوكالات الإنسانية.

المراجع

الصحة العامة

بريفمان ب. أ، وتريمو إ، فحص الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1994.

فوربس مارتن س، اللاجئات، دار زد للكتب المحدودة، 1991.

غولبرت ج. ج، الكتيب التعليمي للعاملين بالصحة، منظمة الصحة العالمية، مُنقح ومُحدث، 1998.

كاتس ف. م. سنور، تقييم أداء العاملين في مجال الصحة، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1980.

منظمة أطباء بلا حدود، صحة اللاجئيين: نهج لحالات الطوارئ، 1997.

نوجي إريك، الآثار الصحية العامة للكوارث، دار النشر في جامعة أكسفورد، 1997، «الآثار الصحية العامة لأزمة لاجئي رواندا: ماذا حدث في غوما بجمهورية زائير في يوليو/ تموز 1994؟»، مجلة نبي لانسيت، 1995، العدد 345: -344 339.

بلمر سيليا، «الصحة الإنجابية للسكان المشردين في حالات الطوارئ»، بحث شبكة آر آر إن، 1998.

بيران بيير، الحرب والصحة العامة، كتيب حول الحرب والصحة العامة، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1996.

بروثيرو م. ر، «التنقلات القسرية للسكان والمخاطر الصحية في أفريقيا الاستوائية»، المجلة الدولية لعلم الأوبئة، 1994، العدد 23: 657 - 664.

سمونديز س، فوغان ب، غان ف، الرعاية الصحية في مجتمع اللاجئيين، دار النشر في جامعة أكسفورد، 1986.

سمرفيلد ديريك، «أثر الحرب والوحشية على المدنيين: المبادئ الأساسية لتدخلات المنظمات غير الحكومية ونقد لمشاريع الصدمات النفسية والاجتماعية»، معهد التنمية الخارجية، دراسة على الإنترنت، 1995.

تلفورد جون: «فرز وتحديد السكان المستفيدين من عمليات الطوارئ: التسجيل وتحديد البدائل لها»، مجلة الممارسة الجيدة في آر آر إن، سبتمبر/ أيلول 1997.

مفوضية شؤون اللاجئين، الصحة الإنجابية في ظل أوضاع اللاجئين: دليل ميداني مشترك بين الوكالات، جنيف، 1995.

اليونيسيف، تقييم حالات الطوارئ، 1986.

منظمة الصحة العالمية، العاملون في مجتمع الصحة، دليل العمل، جنيف 1987، الصحة العقلية للاجئين، 1996.

التخطيط

كلندر أندرو، «التخطيط المؤقت للمستوطنات البشرية للنازحين»، مجلة الممارسة الجيدة في آر آر إن، العدد 6، يناير/ كانون الثاني 1998.

رنيك ف. أ، التخطيط الصحي، الجوانب النوعية والتقنيات الكمية، جامعة جون هوبكنز، قسم النظافة والصحة العامة، بالتيمور، 1972.

الغذاء والتغذية

بيغن ي، كاب م، دوجاردان ب، دليل إلى تقييم التغذية، منظمة الصحة العالمية، جنيف 1988.

بودرو تانيا «نهج الغذاء والاقتصاد، إطار عمل لفهم سبل كسب العيش في الريف، ورقة شبكة آر آر إن العدد 26، مايو/ أيار 1998.

مركز مكافحة الأمراض، «المتضررون من المجاعة واللاجئون والنازحون: توصيات متعلقة بقضايا الصحة العامة»، التقرير الأسبوعي عن معدلات المرضى والوفيات، المجلد 41، العدد آر - 13.

سيكن ج، «الاستراتيجيات الموسمية لمواجهة الكوارث وسط مالي: خمس قرى خلال "تأمين الاحتياجات"»، الكوارث، المجلد 1-16: 66 - 73.

سيكن جندرا، ماك نيل أمي، لورجرنج ستيف، «النقد: الروابط في تحقيق الأمن الغذائي»، دراسة شبكة معهد التنمية الخارجية العدد 17، نوفمبر/ تشرين الثاني 1996.

دي ماير إ. م، منع ومكافحة فقر الدم الناجم عن نقص الحديد من خلال الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1989.

هاريسون ج. أ، المجاعة، دار النشر في جامعة أكسفورد، 1988.

المعهد الدولي لعلوم الحياة، مؤسسة التغذية، واشنطن، 1990.

جسبرس سوزان، يونغ هيلين، «التوزيع العام للأغذية في حالات الطوارئ من الاحتياجات الغذائية إلى الأولويات السياسية»، معهد التنمية الخارجية، مجلة الممارسة الجيدة، العدد 3، 1996.

ماكفرلنز ب. ج، «خطأ في حساب الوزن مقابل الطول» الكوارث، المجلد 19، العدد 1: 37-49.

مسفين ف. م، قابلية تعرض الريف للمجاعة في إثيوبيا: 1958 - 1977، فيكاس، 1984.

موري أ، تأمين الغذاء خلال الصراعات المسلحة: نهج وتجربة اللجنة الدولية للصليب الأحمر، نوفمبر/ تشرين الثاني 1996.

منظمة أطباء بلا حدود، الدليل الاسترشادي للتغذية، الطبعة الأولى، 1995.

- منظمة أوكسفام، دليل عملي لبرامج التغذية الانتقائية، 1984.
- رحمتو د، «استراتيجيات الإبقاء على المزارعين في إثيوبيا»، الكوارث، المجلد 12-4: 326 - 344.
- تحليل الاقتصاد الغذائي للأسرة، مخيم اللاجئين في كاكوما، كينيا، صندوق إنقاذ الطفولة، المملكة المتحدة: 4-1.
- «تقييمات معدلات المرضى والوفيات والحالة الغذائية في الصومال أثناء مجاعة 1991-1992»، مجلة الجمعية الطبية الأمريكية، 1994، العدد 272: 371 - 376.
- «سوء التغذية الحاد وارتفاع معدل وفيات الأطفال التي لها علاقة بمرض الإسهال: الدروس المستفادة من أزمة اللاجئين الأكراد عام 1991»، مجلة الجمعية الطبية الأمريكية، 1993، 590-587: 270.
- «هل محيط منتصف الذراع العلوي أداة مفيدة لفحص حالات الطوارئ؟»، مجلة ني لانسييت، 1995، 245: 631 - 633.
- «الحصول على إمدادات الغذاء الأساسية»، اليونيسيف، تقييم حالات الطوارئ، ص. 163 - 176.
- «دراسة حالة اللاجئين الصوماليين في مخيم هارتشيك، شرق إثيوبيا: ملف الصحة والتغذية، يوليو/ تموز 1988 - يونيو/ حزيران 1990»، مجلة دراسات شؤون اللاجئين، 1992، 5: 313 - 326.
- «السكان المتضررون من المجاعة»، التقرير الأسبوعي عن معدلات المرضى والوفيات آر آر-13، ص. 3 - 16، 44 - 50.
- «العوامل المرتبطة بفقر الدم لدى أطفال اللاجئين»، مجلة التغذية، 1997، 127: 2194 - 2198.
- «الحاجة إلى الرعاية العلاجية للبالغين ضمن برامج التغذية الخاصة بحالات الطوارئ»، مجلة الجمعية الطبية الأمريكية 1993.
- «أثر تأخير الغذاء على اللاجئين»، ميدان التبادل، 1997؛ 2: 10 - 11.
- «برنامج التغذية التكميلية: الدليل الاسترشادي الحالي»، ميدان التبادل، 1997، 2: 10-11.
- «علاج سوء التغذية الحاد للأطفال في مخيمات اللاجئين»، المجلة الأوروبية للتغذية العلاجية، 1993، 47: 754-750.
- ريد ب، هابيشت ج. ب، «مبيعات المعونات الغذائية إشارة إلى ضائقة، وليس تجاوزاً لها»، مجلة ني لانسييت 1998، 351: 128-130.
- نهج مجموعة اللاجئين، التخفيف من المغذيات الدقيقة لسوء التغذية بالأزمات الإنسانية، يونيو/ حزيران 1995.

- أمارتيا س، الفقر والمجاعة. مقال حول الاستحقاقات والحرمان، دار النشر كلاندرون بأكسفورد.
- شوهام ج، كلاي إ، «دور البيانات الاجتماعية - الاقتصادية في تقييد الاحتياجات الغذائية ومراقبتها»، الكوارث، المجلد 1-13: 44-72.
- ستيفينسون ر. س، رومانوفسكي ب. س، «مشكلات عملية تسجيل المستفيدين من الأغذية في عمليات الطوارئ»، الكوارث، 1987 (3/11): 163 - 172.
- سرتنس س، ديديروايدر م، «إتاحة الأغذية في مخيم اللاجئين في كاهيندو، غوما، زائير، نوفمبر/ تشرين الثاني 1994»، منظمة أطباء بلا حدود- ب. أخبار طبية، 1994، المجلد 3-5: 16-22.
- منظمة الصحة العالمية، إدارة سوء التغذية الحاد: كتيب للأطباء وغيرهم من كبار العاملين في مجال الصحة، جنيف، 1999.
- يونج ه، جاسبار س، «التغذية، الأمراض والوفيات في أوقات المجاعات»، الكوارث، 1995، 19-2: 94 - 109.
- «التقييمات الغذائية، الأمن الغذائي والمجاعة»، الكوارث، 1995، 19-1: 26-36.
- ### المياه والصرف الصحي
- كمكروس س، فيشيم ر، هندسة الصحة البيئية في المناطق الاستوائية، وايلي، 1993.
- شاليندر أ، «المياه والصرف الصحي في حالات الطوارئ»، مجلة الممارسة الجيدة لمعهد التنمية الخارجية- آر آر إن، العدد 1، يونيو/ حزيران 1994.
- ديفيس ج، لامبرت ر، الهندسة في حالات الطوارئ- دليل الممارسة لعمال الإغاثة، مطبوعات تكنولوجيا المعلومات، 1995.
- ميكوتا ف، مواقد حديثة للجميع، مؤسسة بلريس، 1985.
- منظمة أطباء بلا حدود، هندسة الصحة العامة في حالات الطوارئ، الطبعة الأولى، 1994.
- نمبريني ب. ج، كونتي ر، «المياه لمقديشو: إمداد المياه في مدينة مزقتها الحرب»، جيولوجيا تطبيقات التلوث، 2/2 ديسمبر/ كانون الأول، 1997، 151-165.
- روبرت ل، كارتر ي، مالنغا ج، تول م، رولكا ه، الحفاظ على نظافة المياه ب في مخيم اللاجئين في ملاوي: محاولة التدخل العشوائي، مركز مكافحة الأمراض بأتلانطا، 1995.
- طومسون م. س، «الوقاية من المرض من خلال مكافحة ناقلات الأمراض»، دليل الممارسة الصحية لمنظمة أوكسفام رقم 10، 1995.
- مفوضية شؤون اللاجئين، كتيب حول استخدام المطهرات في حالات اللجوء، جنيف، 1997.
- مكافحة ناقلات الأمراض والأفات في حالات اللجوء، جنيف، أبريل/ نيسان 1997.
- دليل المياه لحالات اللجوء، جنيف، 1992.

الأمراض المعدية

- ببيز ج، كونينكس ر، «وباء التيفوس في أحد السجون في بوروندي» معاملات الجمعية الملكية لطب المناطق الاستوائية والنظافة، 1997، 91: 133-134.
- بريس ب، اتخاذ إجراءات الصحة العامة في حالات الطوارئ نتيجة انتشار الأوبئة، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1986.
- كونينكس ر، دوبوي س، هيرمان س، كروز بيريس ريبايرو ج، مارغو م، لوسيك ك، «تحصين المدنيين في بلد يخوض حرباً: يمكن تنفيذه كما يمكن تقييمه. تجربة اللجنة الدولية للصليب الأحمر في موزمبيق»، جريدة طب الأطفال في المناطق الاستوائية، 1998، المجلد 00، 1-3.
- إلياس س. ج، ألكسندر ب. ه. سوكلي ت، «التحكم في الأمراض المعدية على المدى الطويل في مخيم اللاجئين: المراقبة الوقائية والتحقيق»، المجلة الأمريكية للصحة العامة، 1990، المجلد 80، العدد 7، 824-828.
- هيلترمان إ، بوليرت م، سوتنس س، بلوك ل. هينكينس م، تول م. ج، «تأثير حملات التحصين المتعددة ضد مرض التهاب السحايا البكتيري في مخيم اللاجئين»، طب المناطق الاستوائية والصحة الدولية، 1996، المجلد 1، العدد 3: 385-392.
- هلام إ، «تقييم برامج المساعدات الإنسانية في حالات الطوارئ المعقدة» مجلة الممارسة الجيدة آر آر إن، العدد 7، سبتمبر/ أيلول 1998.
- اللجنة الدولية للصليب الأحمر/ منظمة الصحة العالمية، المبادئ التوجيهية للتحكم في مرض السل داخل السجون، جنيف، 1998.
- كسلر س، كونولي م، ليفي م، شوليت ب، التحكم في مرض السل لدى اللاجئين والنازحين، منظمة الصحة العالمية/ مرض السل/ 1996، 209.
- بافلوفسكي ز. س، شاد ج. أ، ستوت ج. ج، عدوى الدودة الخيطية وفقير الدم، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1991.
- صديق أ. ك، أكرم ك، زمان ك، موتسودي ب، أوسوف أ، ساك ر. ب، «ضممة الكوليرا 0139: كم يشكل خطر تهديد الوباء؟» الطب في المناطق الاستوائية والصحة الدولية، 1996، المجلد 1، العدد 3: 393-398.
- فارين ف، كوغانت د. أ، ريو ج. ي، كوند ك، سوغا ج، نشيميريمانانا د. أوت د. هويبي إ. أ، فيرمون ف، مورن أ، «انتشار الالتهاب السحائي واستراتيجية التطعيم» معاملات الجمعية الملكية لطب المناطق الاستوائية والنظافة، 1997، 91: 3-7.
- فيكين ه، ريتماير ك، هاوسمان ب، «الأولويات لعدوى مرض الالتهاب السحائي: التطعيم أم العلاج؟» نشرة جمعية الصحة العالمية، 1998، المجلد 76: 135-141.
- منظمة الصحة العالمية، المبادئ التوجيهية للتحكم في مرض الكوليرا.

- المبادئ التوجيهية لعلاج مرض السل المقاوم للأدوية، جنيف، 1997.
- المبادئ التوجيهية لعلاج مرض السل المقاوم للأدوية، جنيف، 1998.
- سياسة التحصين، منظمة الصحة العالمية/ برنامج التحصين الموسع/ جنيف/95.3، المجلة، العدد 1.
- التحكم في مرض الملاريا بين اللاجئين والنازحين.
- الأمراض الطفيلية في تنمية الموارد المائية، الحاجة إلى مفاوضات بين القطاعات، جنيف، 1993.
- التحكم في الإسهال الدموي لدى الأطفال الصغار، منظمة الصحة العالمية/ مكافحة أمراض الإسهال/ 1994. 49.
- «سبب فشل مراكز العلاج في منع وفيات الكوليرا بين لاجئي رواندا في غوما، زائير»، مجلة لانسييت، 1995، 345: 361-359.
- التحكم في مرض السل في حالات اللجوء، جنيف، 1997.
- يودير ب. س، هورنيك ر. س، «الأعراض وظهور شدة المرض هو دليل على علاج الإسهال في ستة مواقع آسيوية وأفريقية» العلوم الاجتماعية والطبية، 1996، المجلد 43، العدد 4: 429-439.

الرعاية الطبية والجراحية

- أميلوت ل، «حول إدارة الضغوط»، منظمة أطباء بلا حدود- ب. الاتصال 55، 1998: 9-13.
- بيركمانز ب، دونز ف، شميتس ج، فاندنبرغ د، أوتيه ب، «الممارسات غير المناسبة في التبرع بالأدوية في البوسنة والهرسك، من 1992 إلى 1996» جريدة نيو إنجلاند الطبية، 1997، المجلد 337، العدد 25: 1842 - 1845.
- بوير ج. ف، «جرحى الحرب الأفغانية: تطبيق تصنيف الصليب الأحمر للجرحى»، نبي جورنال أوف تراوما، 1995، المجلد 38 (1): 64-67.
- بوير ج. ف، ستورت م. ب. م، ريان ج. م، «جرحى حرب الخليج: تطبيق تصنيف الصليب الأحمر للجرحى»، الجروح، 1993، 24(9): 597-660.
- بوركل ف. م، الكوارث الطبية، شركة نشر نتائج الفحص الطبي، المحدودة، 1984.
- كوبلند ر. م، تصنيف الصليب الأحمر للجرحى، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 1991.
- «إصابات القنابل اليدوية بين المدنيين»، مجلة الجمعية الطبية الأمريكية، 1993، 270: 24-626.
- «تأثيرات الأسلحة: التحديات الجراحية والطبية المعضلة» مجلة الكلية الملكية للجراحين في دنبر، 1996، 41: 65-71.

- عمليات البتر بسبب جراح الحرب، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 1992.
- جراح الحرب في الأطراف: العلاج الجراحي، بترورث هاينمان، أكسفورد، 1993.
- «الأسلحة المصممة لإحداث العمى» (الافتتاحية)، مجلة نبي لانسيت، 17 ديسمبر/ كانون الأول 1994، المجلد 344: 1649 - 1650.
- كوبلند ر. م، هويكاف، سيوكلنت و. ج، كوينوب، كودري ج. س، دوسوالد بيك ل، «تقييم إطلاق الرصاص في الصراعات المسلحة»، مجلة نبي لانسيت، 4 يناير/ كانون الثاني 1992، 339: 37-35.
- كوبلند ر. م، باركر ب. ج. غراي ر. س، «فرز جرحى الحرب: خبرة اللجنة الدولية للصليب الأحمر»، الجروح، 1992، 23(8): 510-507.
- غريغ ج، «علاج جرحى الحرب الأفغان»، مجلة الجمعية الملكية الطبية، 1993، المجلد 86: 405-404.
- إيسيكس ب. ج، «تشخيص طرق الطب العلاجي»، الطب في المناطق الاستوائية، تشرشل ليفينغستون، 1980.
- هايوردي - كارلسون ج، جيفري س، كير أ، شميت ه، مستشفى لجرى الحرب - دليل عملي لتأسيس وتشغيل مستشفى جراحي في منطقة النزاع المسلح، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1998.
- جيفري س. ج، «الألغام المضادة للأفراد: من هم الضحايا؟»، جي أكسيد /ميرج ميد، 1996، 13: 346-343.
- كليزكوفسكي ب. م، بيبولو ر، مناهج التخطيط والتصميم للمرافق الصحية في المناطق النامية، المجلد 1، دار النشر أوفسيت العدد 29، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1976.
- مناهج التخطيط والتصميم للمرافق الصحية في المناطق النامية، المجلد 2، دار النشر أوفسيت العدد 37، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1977.
- مناهج التخطيط والتصميم للمرافق الصحية بالمناطق النامية، المجلد 3، دار النشر أوفسيت، العدد 45، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1979.
- مناهج التخطيط والتصميم للمرافق الصحية في المناطق النامية، المجلد 4، دار النشر أوفسيت، العدد 72، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1983.
- وحدة أبحاث الإسكان والتنمية، جامعة نيروبي، تصميم المنشآت الطبية - كتيب للتخطيط وبناء مرافق الرعاية الصحية في ظل ظروف قلة الموارد، نيروبي، 1988.
- منظمة أطباء بلا حدود، المبادئ التوجيهية الطبية ودليل التشخيص والعلاج، الطبعة الرابعة، 1999.

- بين ل. هـ. ف، سيم تيام ف، ثورة المستشفيات والرعاية الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف 1988.
- رولي د. إ، جرحى الحرب المصابون بالكسور: دليل للعلاج الجراحي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1996.
- منظمة الصحة العالمية، منطقة المستشفيات، المبادئ التوجيهية للتنمية، جنيف، 1992.
- المبادئ التوجيهية لإدارة خدمات المستشفيات الخارجية، حكومة كينيا، وزارة الصحة، 1982.
- المبادئ التوجيهية لتبرعات الأدوية، المرجع، 1999.
- مجموعة جديدة من حالات الطوارئ الصحية.
- استخدام الأدوية الأساسية، جنيف، 1998.
- مناطق المستشفيات في الريف والمدينة، جنيف، 1992.

نظام الرعاية الصحية

- أمونو-لارتسون ر، إبراهيم ج. ج، لوفيل هـ. ج، رانكين ج. ب، الرعاية الصحية في المقاطعة. تحديات التخطيط والتنظيم والتقييم في الدول النامية، دار النشر ماكميلان، 1984.
- كريل ب، ماك ج، بوسينس ب، هونغوروس، «خطة تغطية للمراكز الصحية في مقاطعة موريبوا في زيمبابوي: مثال على القيام بعمل الأبحاث»، الطب في المناطق الاستوائية والصحة الدولية، 1996، المجلد 1، العدد 5: 699-709.
- غوينز ب، بورينيون د، سورون غان أ. م، تونغلي ر، هينارت ب، فيس هـ. ل، «المساعدات الإنسانية والخدمات الصحية في شرق كيفو، زانير: تعاون أو منافسة؟». مجلة دراسات شؤون اللاجئين، 1996، المجلد 9، العدد 3: 268-280.
- منظمة الصحة العالمية، الأنظمة الصحية اللامركزية: المفاهيم والقضايا وتجربة الدولة، جنيف، 1990.
- دور المستشفى في المقاطعة: توصيل أو دعم الرعاية الصحية الأولية، جنيف، 1990.

علم الأوبئة

- لوانغا س. ك، تشو- يوك تاي، *إحصائيات التعليم الصحي*، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 1986.
- ميتشيل ج، سليم ه، «الإنصات لسكان الريف في أفريقيا: مقابلة شبه منتظمة للتقييم الريفي السريع»، *الكوارث*، المجلد 15، العدد 1:68-72.
- مورين أ. وآخرون، «المجال العملي لعلم الأوبئة في التحقيق في مشكلة تفشي مرض الكوليرا الذي انتشر في مخيم اللاجئين الموزمبيقيين في ملاوي، 1988»، *مجلة طب المناطق الاستوائية والصحة العامة*، 1991، 94: 7-1.
- «مراقبة الأمراض المعدية خلال الإغاثة في حالات الطوارئ للاجئين البوتانيين في نيبال، *مجلة الجمعية الطبية الأمريكية*، 1994، 272: 377-381.
- «مراقبة نسبة حالات انتشار المرضى والوفيات في صفوف لاجئي رواندا وبوروندي وزائير، 1994»، *التقرير الأسبوعي عن معدلات المرضى والوفيات*، 1996، 45: 104.
- «مراقبة أوبئة التهاب السحايا لدى اللاجئين والتحكم فيها»، *نشرة منظمة الصحة العالمية*، 1990، 58: 587-596.
- بيج ر، تمريك ت، *الوسائل الأساسية في علم الأوبئة والإحصاء الحيوي*: كتيب عملي، دار النشر جونز وبارتليت، لندن، 1995.
- وارد باتريك، ريمر مارتن، «مساعدة الفقراء في شمال العراق: دور وسائل البحث العلمي في عمليات الإغاثة في حالات الطوارئ الرسمية وغير الرسمية»، *معهد التنمية الخارجية*، ملف الموضوع رقم 8، أبريل/ نيسان 1995.
- ### حالات الطوارئ والتنمية
- هندركسون ديLAN، «الأعمال الإنسانية في الأزمات طويلة المدى: جدول أعمال جديد للإغاثة وحدوده»، *معهد التنمية الخارجية*، دراسة شبكة آر آر إن العدد 25، أبريل/ نيسان 1998.
- اللجنة الدولية للصليب الأحمر*، ما بعد البقاء على قيد الحياة: التأهيل الزراعي والبيطري.
- ماكنير ريبكا، «مجال للتحسين: إدارة ودعم عمال الإغاثة»، *معهد التنمية الخارجية*، دراسة شبكة آر آر إن العدد 10، سبتمبر/ أيلول 1995.
- ماكري جونا، «معضلات ما بعد انتهاء النزاع في المرحلة الانتقالية: الدروس المستفادة لقطاع الصحة»، *معهد التنمية الخارجية*، دراسة شبكة آر آر إن العدد 12، سبتمبر/ أيلول 1995.
- شارب كيه، «بين الإغاثة والتنمية»: المساعدات الغذائية للوقاية من الكوارث في إثيوبيا»، *معهد التنمية الخارجية*، دراسة شبكة آر آر إن العدد 27، سبتمبر/ أيلول 1998.

القانون الدولي الإنساني

- باتشينو- سترادا أ، كتيب عن حقوق وواجبات الطاقم الطبي في مناطق النزاعات المسلحة، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1982.
- بودي - سولنييه ف، القاموس العملي للقانون الإنساني، لاديكوفيرت، 1998.
- دونان هنري، تذكارات سولفرينو، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1986.
- اللجنة الدولية للصليب الأحمر، إجابات عن أسئلتك، جنيف، 1997.
- حظر الألغام المضادة للأفراد: شرح معاهدة أوتاوا، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1997.
- تعرف على اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 1997.
- «النازحون داخلياً»، ندوة جنيف، 23-25 أكتوبر/ تشرين الأول 1995.
- «القانون الدولي الإنساني والحماية»، تقرير حلقة العمل، جنيف، 18-29 نوفمبر/ تشرين الثاني 1986.
- «نحو حماية المعايير المهنية»، تقرير حلقة العمل، جنيف، 17-19 مارس/ آذار 1998.
- قواعد السلوك في القتال، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1985.
- ملخص اتفاقيات جنيف المؤرخة في 12 أغسطس/ آب 1949 والبروتوكولين الإضافيين إليها.
- البروتوكولان المؤرخان في 1977 الإضافيان لاتفاقيات جنيف المؤرخة في 12 أغسطس/ آب 1949.

الشارة

- المبادئ الأساسية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، جنيف، 1996.
- اتفاقيات جنيف 12 أغسطس/ آب 1949.
- مشروع سيروس، جنيف، 1997.
- فون فلو ك، لافوايه ج. ب، «كيف يمكن للمنظمات غير الحكومية أن تسهم في تعزيز القانون الدولي الإنساني؟»، مجلة القطاع الوطني للصحة/ معهد التنمية الخارجية، عام 1997.

النزاعات المسلحة

- بوينز ف، ريكلر ل، فن منع وقوع النزاعات، براسي، 1994.
- بطرس بطرس غالي، أجنحة عملية السلام، الأمم المتحدة، 1992.
- دوفيلد م، «الحرب والمجاعة في أفريقيا» ورقة بحث أو كسفام العدد 5، 1991.

- مكري ج، زوي أ، فورسيث ف، إعادة التأهيل بعد النزاع: نتائج أولية لكي يطلع عليها القطاع الصحي، معهد لندن للصحة وطب المناطق الاستوائية، دائرة الصحة العامة، 1996.
- بيران بيار، «آثار النزاعات والأزمات الأمنية على الأعمال الإنسانية»، تقرير ختامي لمشروع بحث حول دراسة الصحة والمساعدة الطبية المستقبلية للأشخاص المتضررين، طوكيو، 1996.
- «أثر المساعدات الإنسانية على تطور النزاع»، المجلة الدولية للصليب الأحمر، العدد 830، يونيو/ حزيران 1998، الصفحة 343-358.

العلاقات الدولية

- دوايت د، هاغلوند د، كيرتون ج، بناء نظام عالمي جديد، دار النشر في جامعة أكسفورد، 1993.

التنسيق

- بينيت ج، التنسيق بين المنظمات غير الحكومية على المستوى الميداني، المجلس الدولي، 1994.
- معهد التنمية الخارجية، «التغيرات الحالية في نظام الإغاثة الدولي»، وثيقة إعلامية، يناير/ كانون الثاني 1993، 1-4.
- فان براينت كونيبرد، «تنسيق العمل الإنساني: وضع سريلانكا» دراسة شبكة آر آر إن العدد 23، ديسمبر/ كانون الأول 1997.

الأخلاقيات

- فورسايت د، «خيار أخلاقي أكثر منه قانوني: اللجنة الدولية للصليب الأحمر»، الشؤون الأخلاقية والدولية، المجلد رقم 7، 1993.
- ماكري ج، «مصادر القلق: وضع إطار النقاش الأخلاقي الحالي»، ورقة المعلومات الأساسية للمنتدى حول الأخلاقيات والمساعدات الإنسانية، دبلن، 9 سبتمبر/ أيلول 1996.
- مينير ل، فايس ت، المبادئ الإنسانية والمعضلات خلال العمليات في مناطق النزاع المسلح، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي- إدارة الشؤون الإنسانية، 1994.
- الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا للاستجابة للكوارث، مشروع سفير، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، جنيف، 1998.
- مدونة لقواعد السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في عمليات الإغاثة للكوارث.
- سليم ه، «فعل الصواب: وكالات الإغاثة، المعضلات الأخلاقية والمسؤولية الأخلاقية في حالات الطوارئ السياسية والحرب»، دراسات حول حالات الطوارئ وعملية الإغاثة للكوارث، 1997.

مراجع عامة

- كاهيل ك، إطار عمل للبقاء على قيد الحياة: حقوق الإنسان الصحية والمساعدات الإنسانية في النزاعات والكوارث، 1993.
- «المدنيون في الحرب» المؤتمر الدولي السادس والعشرون للصليب الأحمر والهلال الأحمر، 1995.
- كريم م، التكلفة الحقيقية للنزاعات، دار النشر إيرثسكان، 1994.
- «المساعدات الإنسانية في الصومال»، تقرير تقييمي، تعاون هولندا للتنمية، 1994.
- الاستجابة الدولية للنزاعات والإبادة الجماعية: الدروس المستفادة من تجربة رواندا، تقييم مشترك للمساعدات في حالات الطوارئ المقدمة لرواندا، مارس/ آذار 1996.
- اللجنة الدولية للصليب الأحمر، وقف زرع الألغام الأرضية!، جنيف، 1998-1999.
- عمل اللجنة الدولية للصليب الأحمر من أجل السجناء، جنيف، مايو/ أيار 1998.
- «القيم الإنسانية والاستجابة للأزمات»، المؤتمر الدولي السادس والعشرون للصليب الأحمر والهلال الأحمر، 1995.
- زولبرغ أ. ر، سوهركي أ، أغوايوس، الهروب من العنف والنزاعات وأزمة اللاجئين في العالم النامي، دار النشر في جامعة أكسفورد، 1989.

المهمة

تُعد اللجنة الدولية للصليب الأحمر منظمة غير متحيزة ومحايدة ومستقلة، حيث تتمثل مهمتها الإنسانية حصراً في حماية الأرواح وكرامة ضحايا الحرب والعنف الداخلي وتقديم المساعدة لهم. وتقوم اللجنة بتوجيه وتنسيق أنشطة الإغاثة الدولية التي تنهض بها الحركة في حالات النزاعات، وتسعى أيضاً إلى تخفيف المعاناة من خلال تعزيز ودعم القانون الدولي والمبادئ الإنسانية العالمية. تأسست اللجنة الدولية للصليب الأحمر في عام 1863 وانبثقت عنها الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر.

تمثل إدارة برامج الرعاية الصحية لضحايا النزاعات المسلحة في كثير من الأحيان تحديًا أمام أصحاب المهن الطبية الذين يواجهون النزوح الجماعي والعاجل للمدنيين، والسجون المكتظة وأعدادًا كبيرة من الضحايا. وليس بسيطًا مواجهة القيود التي تفرضها النزاعات المسلحة، ولا سيما الظروف الخطرة وصعوبة الوصول إلى من هم بحاجة للمساعدة.

تعالج الدورة التدريبية "(H.E.L.P.)" هذا التحدي باعتباره مسألة متعلقة بالصحة العامة، وتنقسم هذه الدورة إلى وحدات تعليمية تتناول الغذاء والتغذية والمياه والبيئة الصحية ومكافحة الأمراض المعدية وإقامة نظام للرعاية الصحية وعلم الأوبئة والروابط التي تربط بين العمل في حالات الطوارئ والعمل التنموي وتنفيذ القانون الدولي الإنساني لحماية ضحايا الحروب.

يقدم هذا الدليل وصفًا تفصيليًا لجميع الأهداف التعليمية للدورة التدريبية. وقد تم ترتيب هذه الأهداف في تسلسل منطقي بحيث يكون كل هدف متصلًا مع الهدف التالي، بما يُمكنُ المعلم من بلورة نظرة شاملة للدورة التدريبية وفهم طريقة التدريس المتبعة، ومن ثم تقديم مساهمة تكون أكثر فاعلية.

يخضع هذا الكتيب لمراجعة دورية بواسطة مجموعة من الخبراء الذين يقدّمون كل الأهداف الخاصة بالدورة ويقيمون جدواها في ضوء التطورات الحديثة في الوسائل التعليمية والاستراتيجيات المعتمدة لتعزيز الصحة العامة. ويعملون أيضًا على ضمان تماسك الدورة التدريبية وتنسيقها وملاءمتها لإيجاد حل للمشكلات العملية المطروحة في الميدان.



ICRC