

# الرعاية الصحية والتوعية الصحية



غالبًا ما تكون الحالة الصحية لسكان المخيم ضعيفة والعديد منهم يكونون معرضين لخطر التعرض لمجموعة معقدة من عوامل التهديد والمخاطر المؤدية إلى المرض والوفاة. لذا يجب على موفري الخدمات الصحية العمل بالتنسيق مع وكالة إدارة المخيم على ضمان توفر خدمات الرعاية الصحية الملائمة، بما في ذلك استقصاء الحالات بشكل فعال والتوعية الصحية لكل المقيمين بالمخيم وذلك للتخفيف من حالات الضعف الذي يعانون منه.

يُعد تقليل الخسائر في الأرواح (معدل الوفيات) وتقليل معدلات الإصابة بالمرض (الاعتلال) والمساهمة في تحسين جودة المعيشة هي الأهداف الرئيسية للخدمات الصحية في حالات المخيمات. لذلك، ينبغي على موفري الخدمات الصحية وضع قائمة أولويات للأسباب الرئيسية المؤدية إلى الإصابة بالأمراض وحالات الوفاة التي يمكن تجنبها، وتحديد قائمة أولويات للثغرات الموجودة في نظام الاستجابة الصحية والقيام بالأنشطة الملائمة من أجل سد تلك الثغرات.

حتى تكون خدمات الرعاية الصحية فعالة، يجب أن يشارك سكان المخيم في القرارات الرئيسية من البداية وأن يظلوا جزءًا أساسيًا من البرنامج الكلي من أجل توصيل الخدمات الصحية وتقييمها، حيث يجب تقديم الخدمات الصحية «مع» السكان وليس «من أجلهم».

تعتبر الحصبة واحدة من أهم المشكلات الصحية الخطيرة التي تتم مواجهتها في حالات المخيمات وكانت تُعد السبب الأساسي لوفاة اللاجئين والأشخاص النازحين داخليًا في العديد من حالات الطوارئ في الماضي. لذا تعد المبادرة بإطلاق حملة تحصين جماعي ضد مرض الحصبة على قمة أولويات موفري الخدمات الصحية في المخيم.

من المعروف أن سوء التغذية الحاد هو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة بين سكان المخيم، ويعود هذا بصفة أساسية إلى أن سوء التغذية يزيد من الضعف من ناحية التأثير بالمرض. لذا يعد إجراء تقييم للتغذية وتنفيذ برامج تغذية مصممة بناءً على الاحتياجات نشاطًا أوليًا مهمًا في المخيم، وكذلك التأكد من استهلاك كل شخص من سكان المخيم لحوالي ٢١٠٠ سعرة حرارية يوميًا ويجب أن تحصل الفئات الضعيفة والفئات ذات الاحتياجات الخاصة في المخيم على اهتمام خاص، بما في ذلك حصص الغذاء، وفق احتياجاتهم.

على الرغم من كون وكالة إدارة المخيم ليست الجهة المختصة بالشؤون الصحية في الغالب، فيمكن اتخاذ خطوات جوهرية بالتعاون مع مجموعة الصحة/ موفري الخدمة في المخيم للحد من آثار الأوبئة ونشر التوعية الصحية. ويمكن أن تكون جودة إدارة المخيم محددًا أساسيًا للحياة والوفاة بالنسبة لسكان المخيم.

يُعد تقليل الخسائر في الأرواح (معدل الوفيات) وتقليل معدل الإصابة بالمرض (الاعتلال) والمساهمة في تحسين جودة المعيشة هو الهدف الرئيسي للخدمات الصحية في حالات المخيمات. فغالبًا ما يواجه اللاجئون والأشخاص النازحون داخلًا الذين يعيشون في بيئة مخيم ظروفًا معيشية شديدة الازدحام، بالإضافة إلى عدم كفاية الغذاء والمأوى والمياه غير الآمنة وعدم كفاية خدمات الرعاية الصحية ونقص التحصين ضد أمراض البيئة الجديدة والوضع السيئ. بالإضافة إلى هذا، قد يكون هؤلاء الأشخاص وصلوا إلى المخيم بالفعل وهم في حالة ضعف وهزال نتيجة المرض والجوع والاضطهاد والعنف الجسدي والصدمات. نتيجة لهذه الظروف، تساهم الأمراض، سواءً وحدها أو بالإضافة إلى سوء التغذية، في ارتفاع معدلات الوفيات.

يمكن أن يمثل الحفاظ على صحة جيدة أو التمتع بصحة جيدة في موقع المخيم تحديًا، ولكن رغم ذلك يمكن تحقيقه بواسطة التدخلات متعددة القطاعات. تتضمن الأنشطة:

- تحسين البيئة وظروف المعيشة لسكان المخيم عن طريق تقليل الازدحامات
- التخلص من الفضلات بالشكل الملائم
- التأكد من توفر الإمدادات الكافية من الغذاء والماء
- مكافحة ناقلات الأمراض
- توفير المأوى الكافي
- نشر التوعية الصحية والتدريب على الرسائل الأساسية

يساهم قطاع الصحة في تحقيق هدف خفض معدل الوفيات وخفض معدل الاعتلال ورفع مستوى جودة المعيشة من خلال تطبيق الإجراءات الوقائية وإدارة حالات الأمراض بالشكل الملائم. يتضمن هذا:

- وضع نظام مناسب للإشراف، وإذا أظهرت البيانات حدوث تفشي لأحد الأمراض، يجب التأكد من إمكانية الاستجابة مبكرًا ومن كفاية هذه الاستجابة
- التأكد من تنفيذ آليات التنسيق والتخطيط بالشكل الصحيح بحيث تتم مشاركة المعلومات وترجمتها في صورة اتخاذ للقرارات وتخطيط للإجراءات بفعالية وفي الوقت المناسب
- تطبيق نظام صحي أساسي، وتعيين فريق موظفين له وتزويده بالتجهيزات بشكل سريع، لضمان العلاج المبكر والملائم للأمراض الرئيسية
- توفير التوعية الصحية المتعلقة بالوقاية من الأمراض والحفاظ على صحة جيدة لكافة الأشخاص الذين يعيشون أو يعملون في المخيم

تبدأ المراحل المتعددة للحياة في المخيم - والتي يُشار إليها غالبًا بـ «دورة النزوح» أو «دورة حياة المخيم» - منذ بداية النزوح وتدوم حتى يتم تنفيذ حل دائم. ترتبط مرحلة الطوارئ ببداية النزوح الذي يجبر الأشخاص على طلب اللجوء خارج مناطقهم أو بلدانهم الأصلية. يمكن أن تتسم مرحلة الطوارئ بما يلي:

- ارتفاع معدلات الوفيات - ما يزيد عن حالة وفاة لكل ١٠٠٠٠ ساكن كل يوم
- غياب الخدمات الصحية في المخيم أو تكديس الطلب على البنية التحتية الصحية وعدم كفايتها
- عدم وجود استجابة كافية من السلطات المحلية أو الوطنية
- انهيار أية آليات اعتيادية للتنسيق

فما هو مثالي ليس قابلاً للتنفيذ دائمًا في مرحلة الطوارئ في بيئة المخيم، وغالبًا ما تكون هناك عقبات كبيرة عند تقديم الخدمات الأساسية. على الرغم من ذلك، ينبغي بذل كل جهد ممكن بذله لتنفيذ أفضل الممارسات، حتى مع وجود قيود على تعيين الموظفين والموارد المادية وأنظمة الدعم والأمان والتمويل والتنسيق. ويتم تحديد خدمات الطوارئ تبعًا لكل بيئة مخيم، ويستمر تحدي الخدمات للظروف من أجل البقاء لأجل طويل حتى تتم السيطرة على معدلات الوفيات.

تتميز المرحلة الثانية، أو مرحلة ما بعد الطوارئ، بدرجة أكبر من الاستقرار. تنخفض معدلات الوفيات إلى أقل من حالة وفاة واحدة/١٠٠٠٠ ساكن لكل يوم ويكون عادةً تم الوفاء بالحد الأدنى لمعايير الاحتياجات الأساسية كالغذاء والماء والمأوى. تُعد هذه المرحلة فرصة للتوسع وتحسين الخدمات الصحية التي تم تأسيسها أثناء مرحلة الطوارئ، ولتطوير فوائد برامج التوعية الصحية ومشاهدة نتائجها.

في المرحلة الثالثة والأخيرة، يتم تحديد الحلول الدائمة، ويغادر سكان المخيم موقعه. في هذه المرحلة، تحتاج القضايا المتعلقة بإدارة المعلومات، مثل الحملات الإعلامية والإحالات وسرية السجلات الصحية، إلى وضعها موضع الاعتبار. وبشكل مماثل، يكون مطلوب تسليم/ إيقاف تشغيل مرافق الرعاية الصحية في المخيم وإجراء تقييم لمتطلبات الرعاية الصحية في مناطق العودة و/أو التوطين. يجب تخطيط احتياجات الرعاية الصحية لسكان المخيم أثناء عملية إغلاق المخيم والعودة/التوطين، خاصةً لهؤلاء الذين يعانون من الإعاقة الحركية ولديهم احتياجات أخرى خاصة متعلقة بالرعاية الصحية.

سيعرض هذا الفصل القضايا المتعلقة بالرعاية الصحية التي يجب أن تكون وكالة إدارة المخيم على وعي بها من أجل دعم تنسيق القطاع الصحي ورصد أنشطة موفري الخدمات الصحية في المراحل المتعددة لدورة حياة المخيم.

### الأدوار والمسؤوليات

تعد وكالة إدارة المخيم الهيئة المختصة بالتنسيق والرصد عمومًا في المخيم، ولكن عادةً ما يتولى موفر الخدمة الصحية تنسيق القطاع الصحي. لذلك يكون موفر الخدمة الصحية هو المسؤول الأول عن تخطيط الخدمات الصحية وتنفيذها وإدارتها ورصدها. ينبغي على وكالة إدارة المخيم العمل مع الشركاء الحكوميين ومجموعة الصحة لتأسيس وكالة صحية قيادية في المخيم.

تتضمن الأدوار والمسؤوليات الرئيسية للوكالة الصحية القيادية ما يلي:

- التنسيق مع السلطات الصحية المحلية بشأن كافة الجوانب المتعلقة بالخدمات الصحية داخل المخيم
- تسهيل التعاون بين كافة موفري الخدمة الصحية لضمان التنفيذ والرصد الملائمين للخدمات الصحية المتفق عليها في اجتماعات التنسيق
- جمع المعلومات من موفري الخدمة الصحية وإعداد التقارير حول القضايا الصحية ذات الصلة
- نشر معلومات حول القضايا الصحية إلى القطاعات والوكالات الأخرى ذات الصلة
- التنسيق مع وكالة إدارة المخيم.

تتضمن الأدوار والمسؤوليات الرئيسية لوكالة إدارة المخيم ما يلي:

- فهم المصطلحات والاستراتيجيات الرئيسية للخدمات الصحية في حالات المخيمات من أجل تفسير نتائج التقارير الصادر عن موفري الخدمات الصحية
  - نشر تحديثات المعلومات المتعلقة بالقضايا الصحية وتنبيه هيئات التنسيق ذات الصلة بأي ثغرات وازدواجية فيها
  - استخدام هذه المعلومات لدعم اتخاذ الاستجابات الملائمة للقضايا الصحية في المخيم
  - دعم الوكالة الصحية القيادية والتنسيق معها في أي أمور قد تتطلب مساعدة إضافية
- تكون كل من الوكالتين مسؤولتين عن التأكد من التزام مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بواسطة كافة الوكالات الصحية بالمعايير المقبولة محليًا وعالميًا وبالأخلاقيات الطبية.

! يجب الاتصال بالسلطات الصحية المحلية وإشراكها من بداية البرامج الطبية في المخيم، حيث يُعد التعاون معهم عند إقامة المؤسسات الصحية ودعمها هو الأساس لوضع برامج ناجحة واستمرارها.

تعد إدارة معلومات الرعاية الصحية من الأوجه المهمة لدور التنسيق الذي يمكن أن تقوم وكالة إدارة المخيم بتسهيله، كما يجب توضيح كيفية تبادل المعلومات. بشكل عام، يتم توصيل المعلومات المستخلصة من سكان المخيم إلى موفري الخدمة الصحية مباشرةً. وعند تعدد موفري الخدمة الصحية في المخيم، يمكن أن يكون تدفق المعلومات أمرًا معقدًا. فلا يجب فقط أن تتوفر كافة المعلومات ذات الصلة للوكالة الصحية القيادية ووكالة إدارة المخيم من أجل التخطيط واتخاذ القرار، بل يجب كذلك تزويد موفري الخدمة الصحية الآخرين بالمعلومات.

في هذه المواقف، يجب ترتيب عقد اجتماعات تنسيق الشؤون الصحية بشكل منتظم وإدارتها بواسطة الوكالة الصحية القيادية. يجب أن يتم من خلال هذه الاجتماعات جمع المعلومات الصحية ونشرها بين موفري الخدمة واستخلاص المعلومات المهمة لتزويد اجتماعات التنسيق العام التي تعقدها وكالة إدارة المخيم بها. ويجب أن تُعقد اجتماعات الصحة أسبوعيًا أو شهريًا (وأحيانًا يوميًا أثناء انتشار الأوبئة)، ولكن ينبغي أيضًا أن تسمح قنوات الاتصال بتمكين الوكالات الصحية التي توفر الخدمات داخل المخيم من مشاركة المعلومات أو المشكلات التي تواجهها الوكالة الصحية القيادية عند الحاجة إليها من أجل حالات الطارئة.

! من المفيد عقد اجتماعات تنسيق الشؤون الصحية قبل اجتماعات التنسيق العام بأيام قليلة، حتى يمكن مناقشة النقاط الرئيسية التي تمت إثارتها في اجتماع القطاع في الوقت المناسب مع جميع القطاعات ومع وكالة إدارة المخيم في اجتماعات التنسيق العامة.

ستركز الأقسام التالية من هذا الفصل على إبراز المصطلحات والأوجه الرئيسية لاستراتيجيات الصحة في المخيم، وشرح النقاط المهمة المتعلقة بالإشراف على الخدمات الصحية وتنسيقها، وقد تم تضمين الأدوار والمسؤوليات الإضافية لوكالة إدارة المخيم/الوكالة الصحية القيادية.

## التنسيق بين السلطات الصحية المحلية

### ووكالات الإغاثة الصحية

قد تكون هناك مقاومة من مسؤولي الصحة المحليين للأشياء التي كشفت عنها عمليات التقييم أو للأنشطة الصحية وهو ما ينعكس سلبيًا على الحكومة أو الدولة. يجب على وكالة إدارة المخيم الدفاع عن الأنشطة الضرورية والمعايير الملائمة مع الحفاظ على علاقة عمل فعالة مع السلطات.

## عمليات التقييم

يحدد التقييم المبدئي المنسق بواسطة الوكالة الصحية القيادية، بالتعاون مع وكالة إدارة المخيم، الاحتياجات الصحية والخدمات المتوفرة والثغرات. ستساعد نتائج التقييم استراتيجيات التنفيذ في اتخاذ قرار إما بدعم الخدمات الموجودة، أو ما إذا كانت هناك حاجة لخدمات جديدة.

من المهم أن يكون فريق التقييم متمرسًا وموضوعيًا قدر الإمكان ومستقلًا عن التأثيرات السياسية أو التأثيرات الأخرى. بشكل مثالي، يجب إتمام التقييم المبدئي خلال ثلاثة أيام من بدء تكوين المخيم أو خلال ثلاثة أيام من الوصول إلى مخيم قائم بالفعل. إذا كان هناك وقت للتخطيط لإعداد المخيم، ووصل الأشخاص في مجموعات متوسطة العدد وسهلة الإدارة، فيمكن للفرز الصحي لكل شخص أن يكون بمثابة تقييم مبدئي.

## عناصر التقييم الصحي

معلومات عامة

تتضمن المعلومات الرئيسية معلومات أساسية عن النزوح وحجم السكان، مقسمة على أساس السن ونوع الجنس وتوفر الطعام والمياه. تمثل الأرقام الدقيقة لأعداد السكان أهمية كبيرة لوضع استراتيجيات صحية مجدية.

تحديد القضايا الصحية ذات الأولوية

تتضمن المعلومات التي تم جمعها تقديرًا لمعدلات الوفيات وأسباب الوفاة وبيانات حول نسبة الاعتلال بسبب الأمراض الأكثر شيوعًا ووجود الأمراض التي يحتمل أن تشكل وباءً (مثل الكوليرا وداء الشيغيلات والحصبة والتهاب السحايا) ومدى تفشي سوء التغذية الحاد وبيانات حول نطاق التطعيم. وتوفر معدلات الوفيات أفضل مؤشر لتقييم خطورة الموقف وتفهم أسباب الوفاة، حيث تمثل الأساس لإرشاد التدخلات الأولية.

تواجد الأمم المتحدة والجهات الحكومية وغير الحكومية وأنشطتها في قطاع الصحة يجب أن يوفر التقييم المبدئي نظرة عامة للجهات المتواجدة في المخيم وماهية الخدمات المتوفرة أو المخطط توفيرها بواسطة كل منظمة ومدى قدراتهم التشغيلية والمجالات التي ستغطيها الخدمات التي يقدمونها. في المخيمات الكبيرة، قد توفر الوكالات الصحية نفس الخدمات في مناطق مختلفة من المخيم. تُعد هذه النظرة العامة أمراً أساسياً لتعظيم الموارد المتاحة ومنع تداخل الخدمات. ويجب استكشاف الخدمات الصحية الموجودة داخل أو خارج المخيم كما يجب التأكد من قدرتها على توفير رعاية صحية لسكان المخيم. يتضمن ذلك التأكد من تحديد مستشفى الإحالة ومختبر الإحالة من أجل التحليل العينية والتأكد من سهولة الوصول إليه وتحديد الخدمات الطبية الموجودة بالفعل. يجب على الفريق التأكد من توفر موظفي الصحة المؤهلين من السلطات الصحية المحلية ووكالات الإغاثة الصحية ووجودهم داخل المخيم وكذلك تحديد سكان المخيم الذين يعانون من حالات صحية خاصة. كما ينبغي تقييم مستوى التدريب الذي حصلوا عليه.

◀◀ لمزيد من المعلومات حول إطارات تعيين المنظمات والأنشطة، انظر قسم «الأدوات».

## الطرق

يجب جمع المعلومات المذكورة أعلاه بسرعة وبشكل مبسط أثناء التقييم المبدئي من أجل عمل تصوُّر يُعتمد عليه للسكان. من أمثلة طرق التقييم: إجراء مقابلات مع السلطات الصحية المحلية ومقابلات مع سكان المخيم، تجميع لبيانات حول الاعتلال والوفيات من المنشآت الطبية وإجراء مقابلات مع موفري الخدمات الصحية غير الرسميين (مثلًا قابلات التوليد التقليديات) والملاحظة المباشرة - مثل تعداد القبور لتحديد معدلات الوفاة وزيارة المنشآت الصحية الموجودة بالفعل.

! غالبًا ما تكون المعلومات الأقل أكثر فائدة: تذكر أنه يجب أن تكون جميع المعلومات التي تم جمعها مفيدة، لذا قاوم الرغبة في جمع الكميات الكبيرة من المعلومات المفصلة التي لن يكون لها تطبيق فوري.

◀◀ للاطلاع على مثال حول تقييم مبدئي للصحة، انظر قسم «قراءات ومراجع».

يتم إجراء التقييم المبدئي بشكل سريع ويُستخدم لتحديد ضرورة القيام بإجراء طارئ. من المفروض إجراء تقييم للمتابعة خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع، وسيتم من خلاله توفير

معلومات أكثر تفصيلاً للحفاظ على استجابة صحية منظمة ومنسقة لسكان المخيم. بالإضافة إلى هذا، يمكن إجراء عمليات تقييم متخصصة في هذا الوقت، مثل تقييم مدى انتشار حالات نقص العناصر الغذائية الصغرى أو معدلات التحصين بين الأطفال. في هذه المرحلة، ينبغي تطبيق الاستطلاعات باستخدام طريقة العينة البينانية. لا ينبغي أن تنتظر أنشطة الإغاثة في الأيام الأولى (مثل تطعيم الحصبة والتدخلات المتعلقة بالغذاء والمياه) حتى يتم إجراء تقييم شامل. يمكن تنفيذ تقييمات الرصد هذه بالتنسيق مع الأنشطة المذكورة أدناه.

**!** انتبه عند اختيار مُبلِغين رئيسيين. فقد يتجاهل المُبلِغون، مثل كبار السن في المخيم وقادته، المشكلات الصحية لمستخدمي الخدمة الصحية المهمين. تُعد وفيات الأطفال من أهم المشكلات وعادةً ما تكون النساء والمراهقات هن مقدمي الرعاية الأساسيين للأطفال. لذا يجب وضعهم موضع الاعتبار عند إجراء عمليات التقييم. بالإضافة لهذا، قد يواجه الأشخاص ذوو الاحتياجات الخاصة والفئات المعرضة للخطر، مثل الأقليات والأشخاص ذوي الإعاقات، تحديات عند الحصول على الرعاية الصحية ويجب إشراكهم كمُبلِغين رئيسيين.

## التطعيم

### حملة التطعيم الجماعي ضد الحصبة

تعلن منظمة الصحة العالمية باستمرار عن مرض الحصبة كأحد الأسباب الرئيسية للوفيات في الأطفال في العديد من حالات الطوارئ مؤخرًا. تعد تحركات السكان والكثافة المرتفعة للسكان من عوامل الخطر التي تسهل انتقال الفيروس وقد تساهم في الانتشار حتى في المناطق ذات التغطية التحصينية العالية. بالإضافة إلى هذا، يرتبط اعتلال الصحة وحالة سوء التغذية للأشخاص المصابين بالحصبة بارتفاع معدلات الوفيات. لهذه الأسباب، حتى إذا كشف التقييم المبدئي عن عدم وجود حالات إصابة بالحصبة، يعد التحصين الجماعي ضد الحصبة على قمة الأولويات.

**!** يمكن أن يستمر انتشار الحصبة بين السكان الموجودين في مناطق تغطيتها الحملات التطعيمية بدرجة عالية. يغطي تطعيم الحصبة المستخدم حاليًا، في الظروف العادية، ٨٥٪ من الأطفال عند إعطائه عند عمر تسعة أشهر. ولا يزال هناك عدد كبير من الأشخاص يشتبّه في إصابتهم بالحصبة وضعفاء أكثر من ناحية التعرض للإصابة عند انتشار المرض بسبب العدوى الشديدة له. الهدف هو ضمان التغطية بنسبة ١٠٠٪ للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وأربعة عشر عامًا.

ينبغي أن تشترك السلطات الصحية المحلية التي تتولى تنفيذ «برنامج التحصين الموسع» في تنسيق حملة التطعيم الجماعي وتنفيذها من البداية، حيث تعتبر حملة التحصين الجماعي، بشكل أساسي، ممارسة لوجيستية. يُعد التأكد من التنسيق بين جميع الأنظمة مسؤولة وكالة إدارة المخيم والوكالة الصحية القيادية من أجل الوصول لهدف الاقتراب من تحقيق التغطية بنسبة ١٠٠٪. وتدعم عادة منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية السلطات المحلية والشركاء الآخرين للتأكد من أنه تم تحصين جميع الأطفال ضد الحصبة في حالات الطوارئ.

بشكل مثالي، يجب تطعيم جميع الأطفال من سن ستة أشهر إلى أربعة عشر عامًا بغض النظر عن حالة عملية التطعيم السابقة. تتميز إستراتيجية التطعيم غير الانتقائي هذه بالمزايا التالية:

- عدم وجود آثار جانبية لتعاطي جرعة ثانية من تطعيم الحصبة ويمكن أن تحسن من الاستجابة التحصينية.
- إمكانية تغطية حملة التطعيم للسكان بصورة سريعة بينما يُعد فحص بطاقات التطعيم الشخصية استهلاكًا للوقت.
- انخفاض احتمالية الخطأ (على سبيل المثال، قد تتم قراءة البطاقات بشكل غير صحيح أو قد يتم تبديل بطاقات الأشقاء).

على الرغم من ذلك، قد يكون لمدى توفر التطعيم والتمويل والموارد البشرية وانتشار وباء الحصبة محليًا تأثير على اختيار المجموعات التي شملها التطعيم. عند توفر إمكانية تحصين سكان المخيم بالكامل، فيجب تطعيم الفئات التالية، وفقًا لترتيب الأولوية هذا:

- الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية أو المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وإثني عشر عامًا والذين التحقوا بمراكز التغذية أو يتلقون العلاج داخل المستشفى
- جميع الأطفال الآخرين الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر إلى ثلاثة وعشرين شهرًا
- جميع الأطفال الآخرين الذين تتراوح أعمارهم بين أربعة وعشرين شهرًا إلى تسعة وخمسين شهرًا
- جميع الأطفال الذين يبلغون من العمر ستين شهرًا إلى أربعة عشر عامًا

لا يوصى بإعطاء التطعيم تحت سن ستة أشهر، حيث إن ذلك ينطوي على مخاطر التداخل مع الأجسام المضادة من الأم. في حالات الاستقرار، تعمل برامج التطعيم ضد الحصبة على التطعيم حتى سن الخامسة فقط، ولكن نظرًا للبيئة التي تنطوي على مخاطر كبيرة في حالات المخيمات، يوصى بأن يشمل التطعيم الأطفال حتى سن الرابعة عشر. وينبغي أن تقتزن

حملات التحصين الجماعي ضد الحصبة بتوزيع فيتامين (أ) على الأطفال من سن ستة أشهر وحتى أربعة عشر عامًا، ولكن لا يجب تأجيلها لهذا السبب. فقد أظهرت نتائج إضافة فيتامين (أ) إنه يؤدي إلى خفض حالات الوفاة المرتبطة بالحصبة بصورة ملحوظة.

**!** يجب إعطاء جميع الأطفال تحت سن تسعة أشهر جرعة ثانية من تطعيم الحصبة في سن تسعة أشهر مع الحفاظ على فترة فاصلة تقدر بشهر واحد كحد أدنى بين الجرعتين. يمكن إعطاء الأطفال جرعة ثانية من فيتامين (أ) إذا كانت هناك فترة فاصلة تقدر بأربعة إلى ستة أشهر منذ الجرعة السابقة.

يمكن إعطاء تطعيم الحصبة عند الوصول إلى المخيم. على الرغم من ذلك، إذا تعذر ذلك بسبب توطين السكان أو بسبب ازدحامهم في مراكز الاستقبال، فيستلزم الأمر تنظيم حملة تحصين جماعي. وتتميز حملة التحصين بالعناصر التالية:

- الحملة الإعلامية والتثقيفية: ينبغي إعلام سكان المخيم بموقع مراكز التطعيم، وإعطائهم معلومات حول التطعيم والمخاطر المرتبطة به وأهمية الحصول على التطعيم.
- تدريب فريق التحصين: لا يشترط أن يكون بعض أعضاء الفريق عمال مؤهلين في مجال الرعاية الصحية، حيث يمكن للتدريب الشامل إعدادهم للحملة.
- مراكز التحصين: يجب أن يكون هناك مركز تطعيم واحد أو اثنين لكل ١٠٠٠٠ شخص، حيث تمثل المسافة إلى مراكز التطعيم عائقًا محتملاً للحصول على التحصين ومن المفضل وجود مراكز متعددة منتشرة في أرجاء المخيم بدلاً من تركزها في إحدى المنشآت.
- أنشطة التعميم: يمكن للعاملين بمجال الصحة في المجتمع التحرك في أرجاء المخيم أثناء الحملة وإحالة الأطفال إلى مراكز التحصين.
- بطاقات التطعيم: يتم إصدارها لكل طفل. عند وجود طفل يبلغ من العمر ستة إلى ثمانية أشهر فينبغي الإشارة إلى عمره بوضوح على البطاقة، ويجب أن يوضح لمقدم الرعاية ضرورة تلقي الطفل لتطعيم ثانٍ عند بلوغه سن تسعة أشهر.
- تقديم التقارير: يجب إعداد سجل يومي بأعداد من تلقوا التطعيم لكل يوم (ولكل موقع) وعدد الجرعات المستعملة.

◀▶ للاطلاع على مثال لنموذج مراقبة تطعيم الحصبة انظر قسم «الأدوات»

## اعتبارات لوجيستية متعلقة بتطعيمات الحصبة.

- يجب أن يتم إصدار أمر تطعيم الحصبة بناءً على حجم السكان المستهدفين، حيث يجب ألا يزيد حجم الفاقد من التطعيم خلال الحملة الجماعية عن ١٥٪، كما يجب الحفاظ على كمية احتياطية من التطعيم (بشكل مثالي، يجب ألا يزيد عن ٢٥٪ من الكمية الكلية).

- يتميز تطعيم الحصبة بالحساسية تجاه الحرارة ويجب أن يتم نقله وتخزينه في درجة حرارة تتراوح بين ٢ إلى ٨ درجات مئوية. لذا يجب وضع نظام سلسلة تبريد تعمل على الحفاظ على التطعيمات آمنة في درجات الحرارة الملائمة مهما كانت درجة الحرارة بالخارج ومهما كانت التقلبات المناخية الموسمية.
- لدعم الاحتياطات العامة - تم تصميم مجموعة الإجراءات لمنع نقل فيروس نقص المناعة البشرية، وفيروس التهاب الكبدى (ب)، ومسببات الأمراض الأخرى الموجودة في الدم عند توفير المساعدات الأولية أو الرعاية الصحية - يجب توفير المحاقن ذاتية الإثلاف (مصممة بحيث يكون من المستحيل إعادة استخدامها) وصناديق الأمان للتخلص من الأدوات الحادة.

◀◀ لمزيد من المعلومات حول الحفاظ على سلسلة التبريد، انظر قسم « قراءات ومراجع »

لقد ثبت أن فريق تحصين واحد مكون من اثنين من القائمين بالتطعيم يمكنهم تطعيم حوالي ٥٠٠ إلى ٧٠٠ فرد في الساعة تقريباً. فيما يلي مثال لاحتياجات العاملين من أجل القيام بحملة تطعيم جماعي:

مركز التحصين	الموظفون	الأعداد
يجب أن يغطي مركز التحصين الواحد أو مركزي التحصين ١٠٠٠٠ شخص من السكان	مشرف - ممرضة أو أحد موظفي الصحة المؤهلين	شخص واحد - يمكن لهذا الشخص الإشراف على عدة فرق
	موظف لوجستيات	شخص واحد - يمكن لهذا الشخص العمل مع عدة فرق
	موظفون لإعداد التطعيم	أربعة أشخاص
	موظفون لإعطاء التطعيم	شخصان
	موظفون للتسجيل والتدوين	سنة أشخاص
	موظفون للحفاظ على النظام والتحكم في حشود السكان	سنة أشخاص

## التطعيمات الأخرى ضد الأمراض المعرضة للتحويل إلى أوبئة

على خلاف تطعيم الحصبة، يجب بدء إطلاق كافة حملات التطعيم الجماعي الأخرى فقط بعد التأكد من وجود مرض معرض للتحويل إلى وباء في المخيم والوصول إلى عتبة التحويل إلى وباء (النقطة التي عندها يتم إعلان تفشي المرض ويمكن عندها دراسة القيام بتطعيم جماعي). يجب على الوكالة الصحية القيادية التباحث مع السلطات الصحية المحلية

والمسؤولين والخبراء في الأمراض المعدية عند دراسة مسألة بدء حملة تطعيم للتحصين الجماعي ضد الأمراض المعرضة للتحويل إلى وباء، حيث تتباين طرق التطعيم وفقاً للظروف العامة. ومن بين بعض الأمراض المعرضة للتحويل إلى أوبئة والممكن الوقاية منها بالتطعيم ما يلي:

- التهاب السحايا البكتيري - يحدث بسبب المرض النيسريات السحائية (Neisseria meningitidis) والمعروفة باسم الحمى الشوكية مننجو كوكاي. تتضمن السمات الإكلينيكية حدوث حمى بصورة فجائية وصداع شديد وتيبس في الرقبة وقيء وتهيج عارض. بما أن العدوى تنتقل من شخص إلى شخص عبر الرذاذ في حالات الزحام، تكون عتبة التحويل إلى وباء منخفضة في حالة المخيم. وتكون المجموعة ذات الأولوية للحصول على التطعيم هي الأطفال بين عمر سنتين وعشرة سنوات.

**!** عتبة التحويل إلى وباء هي عدد حالات المرض التي يجب التأكد من وقوعها من أجل الإعلان عن تفشي الوباء. يشير انخفاض عتبة التحويل إلى وباء إلى أن البيئة أكثر عرضة للتأثر بانتقال الأمراض المعرضة للتحويل إلى وباء.

- تتسبب الحمى الصفراء في حدوث أوبئة خطيرة بمعدلات وفاة مرتفعة. وينتقل الفيروس إلى الإنسان بواسطة البعوض الناقل للأمراض. ومن بين السمات الإكلينيكية حدوث حمى بصورة فجائية وصداع وآلم بالعضلات وغثيان وقيء واحمرار في العينين. تظهر هذه الأعراض الإكلينيكية في المرحلة الحادة من المرض ويمكن الخلط بينها وبين العديد من الأمراض الأخرى. يتبع ذلك حدوث فترة تنخفض فيها حدة الأعراض ثم تأتي مرحلة التسمم، حيث يظهر على المريض حالة من الصفراء (حدوث اصفرار بالجلد) بعد أسبوعين من بداية أول الأعراض. كذلك قد يصاحب ذلك حدوث نزف من اللثة والأنف وفي البراز والقيء. يمكن إعطاء تطعيم لكل فرد في المخيم من عمر شهرين ويمنح هذا التطعيم تحصيناً لمدة عشرة سنوات على الأقل.

### التحصين الروتيني: برنامج التحصين الموسع (IPE)

في مرحلة ما بعد الطوارئ، يجب أن يكون برنامج التحصين الموسع جزءاً متمماً لبرامج الرعاية الصحية ذات المدى الأطول. يتكون برنامج التحصين الموسع المعياري من تطعيمات ضد الحصبة والدفتريا والشهق (السعال الديكي) و توكسيد التيتانوس واللقاح الفموي ضد شلل الأطفال ولقاحات «بي سي جي» ضد السل. يجب أن يتلقى جميع الأطفال تحت سن الخامسة التحصينات الضرورية للفئة العمرية المناسبة لهم. لا يجب البدء في هذا البرنامج

إلا إذا كان من المتوقع بقاء السكان مستقرين لفترة (بعد ستة أشهر مبدئياً ولكن مع ذلك يكون الأمر معتمداً على الوضع العام) وكفاية الموارد البشرية والموارد المتعلقة بالمواد اللازمة للتنفيذ (مثل سلسلة التبريد) ووجود خطة للاندماج في البرنامج القومي للتحصين. يجب تقديم التحصينات الروتينية عبر نقاط تحصين ثابتة مثل المستشفيات والمراكز الصحية ونقاط الصحة ومراكز التغذية أو مراكز الفرز/التسجيل. يجب على كل نقطة من هذه النقاط التحقق من حالة التطعيم من خلال بطاقات التطعيم وتطعيم الأطفال في الحال في حالة توفر مستلزمات التطعيم أو الإحالة إلى إحدى نقاط التحصين. كما يجب أن يتم التحقق من حالة التطعيم والإحالة إلى نقاط التحصين من خلال أنشطة التعميم التي تتم بواسطة العاملين بمجال الصحة في المجتمع.

◀◀ للاطلاع على مثال لجدول برنامج تحصين موسع روتيني، انظر قسم «الأدوات»

## التغذية

غالبًا ما يؤدي عدم كفاية الغذاء أو التهديد بانعدام الأمن الغذائي بين السكان النازحين إلى تزايد مخاطر سوء التغذية والتي تعد أحد عوامل زيادة معدلات الاعتلال والوفيات. يمكن أن ينتج سوء التغذية عن نقص العناصر الغذائية الكبرى (المغذيات التي تزود بالطاقة) ونقص العناصر الغذائية الصغرى (مثل الفيتامينات والأملاح). غالبًا ما يكون سكان المخيم أكثر ضعفًا تجاه التعرض لنقص المغذيات بسبب فقد مقومات المعيشة وتعطل الإمدادات الغذائية والقيام برحلات طويلة إلى المخيم وتفشي الأمراض المعدية. قد يعاني الأشخاص الذين يصلون المخيم بالفعل من ارتفاع مستويات سوء التغذية. وغالبًا ما تكون الأسباب المؤدية إلى سوء التغذية معقدة وشاملة لعدة قطاعات. ويجب على وكالة إدارة المخيم رصد ما إذا كان هناك تنسيق بين قطاع الصحة والقطاعات الحيوية الأخرى، مثل المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتعليم ومقومات المعيشة، فيما يتعلق ببرامج الغذاء والتغذية أم لا. وتعد منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) هي الجهة العامة القيادية بالنسبة للتغذية ويجب على وكالة إدارة المخيم أو الوكالة الصحية القيادية استشارتها للحصول على المشورة أو خبرات إضافية. ويعتبر برنامج الغذاء العالمي هو الوكالة القيادية فيما يتعلق بالغذاء والمسؤول عن كل من الحصص التموينية العامة والتغذية التكميلية.

! يشير مفهوم الأمن الغذائي إلى قدرة الأسرة على إطعام أفرادها، بما يمكنهم من العيش حياة كاملة وفعالة.

## المتطلبات الغذائية

عند حساب متطلبات الطاقة وتصميم الحصص التموينية في المخيم، يكون ما يوازي ٢١٠٠ سعر حراري/ لكل شخص في اليوم الواحد هو الرقم المبدئي للتخطيط في مرحلة الطوارئ. وتجب مراعاة زيادة السرعات الحرارية لكل شخص في اليوم الواحد المحددة في الحصص العامة في الحالات التالية:

- وجود أعداد غير متكافئة من الرجال البالغين، حيث يتطلب الرجال البالغون سرعات حرارية أكثر لكل يوم للحفاظ على حالة غذائية مثالية
- انتشار حاد للمرض والأوبئة وسوء التغذية العام و/أو أن يكون معدل الوفيات الأولي أكبر من ١ (يُعرف معدل الوفيات الأولي بأنه عدد الوفيات لكل ١٠٠٠٠ كل يوم)
- ازدياد مستويات النشاط بين السكان بالكامل (على سبيل المثال عند تطبيق برنامج الغذاء مقابل العمل في المخيم وتنفيذ أعمال كثيفة العمالة)
- عندما يكون متوسط درجة الحرارة أقل من ٢٠ درجة مئوية.

## الأمراض الرئيسية الناتجة عن نقص التغذية

يمكن أن تحدث حالات نقص التغذية أو تنحسر أثناء الطوارئ وتوجد علاقة ترابط بين هذه الأمراض ونقص التغذية. يمكن أن ينتج عن الإسهال سوء امتصاص وفقد للمغذيات وأمراض أخرى تثبط الشهية مع استمرار زيادة الحاجة للعناصر الغذائية الكبرى والصغرى للمساعدة في محاربة المرض.

توجد فئتان من سوء التغذية - سوء التغذية الحاد والمزمن. يرتبط سوء التغذية المزمن بسوء التغذية لفترة زمنية طويلة ولا يرتبط بارتفاع معدلات الوفيات. في حين أن سوء التغذية الحاد هو الفئة التي تساهم في ارتفاع معدلات الاعتلال والوفيات في المخيم، ولذلك ينبغي أن يكون هو النوع الذي يتم تقييمه أثناء مرحلة الطوارئ. يمكن أن يظهر سوء التغذية الحاد الخطير بعدة صور:

- الهزال: يتسم بفقد الدهون والعضلات بشكل خطير، والتي يحلها الجسم للحصول على الطاقة. وهو أكثر أنواع سوء التغذية الناتجة عن نقص بروتينات الطاقة شيوعاً في حالة الطوارئ.
- كواشيوركور: يتسم هذا المرض بشكل أساسي بالوذمة (تورم نتيجة تراكم السوائل في المساحات بين خلايا الجسم، يبدأ عادةً في القدمين والساقين) وقد يرافقه أحياناً تغييرات في لون الشعر إلى اللون المائل للرمادي أو الاحمرار. تتضمن كذلك السمات الإكلينيكية فقد للإحساس وانفعال سلوكي ونقص في الشهية.
- كواشيوركور هزالي: يتسم هذا المرض بمزيج من الفقد الكبير للعضلات والدهون والوذمة.

يحتاج الجسم كذلك إلى الفيتامينات والأملاح حتى يقوم بوظائفه بشكل كافٍ وللحماية ضد الأمراض. وتعد فيتامينات (أ) و(ب) و(ج) و(د) والأملاح مثل الحديد واليود والزنك والمغنيسيوم والبوتاسيوم هي المغذيات الرئيسية التي يحتاجها الجسم من أجل القيام بوظائفه بالشكل الملائم. يمكن أن يؤدي نقص العناصر الغذائية الصغرى إلى ازدياد مخاطر الوفاة والاعتلال والعمى ونتائج سلبية للمواليد والقابلية للعدوى. من الضروري عند توزيع الغذاء في المخيم التحقق من تزويد الأشخاص بالعناصر الغذائية الصغرى. فيجب أن تزود الحصة التموينية العامة الجسم بالعناصر الغذائية الصغرى، وهو الأمر الذي يتحقق عادةً عن طريق إضافة بعض السلع الأساسية التي تم تحسينها (مثل الملح المزود باليود والحبوب المحسنة). على الرغم من ذلك، قد يكون لا يزال من الضروري توفير عناصر غذائية صغرى مكملة من خلال النظام الصحي (مثل أقراص الحديد للنساء الحوامل وفيتامين (أ) للأطفال).

◀◀ لمزيد من المعلومات حول توزيع الغذاء، انظر الفصل ١٣.

## تقييم الحالة الغذائية ومراقبتها

يساعد إجراء استقصاء غذائي في تقدير درجة سوء التغذية الحاد بين السكان ويستخدم لوضع درجة للطوارئ من أجل توصيل المساعدات الغذائية ولتخطيط التدخلات المتعلقة بالغذاء التكميلي. كذلك سيكون بمثابة البيانات المعيارية المستخدمة للمقارنة مع الاستقصاءات المستقبلية لرصد الموقف على مدى فترة زمنية. وينبغي إجراء تقييم مبدئي للحالة الغذائية لسكان المخيم بأسرع ما يمكن في مرحلة الطوارئ وينبغي الإشراف عليه بواسطة أخصائي التغذية. وينبغي أن يقيس الاستقصاء عينة ببيانية للأطفال بين عمر ستة أشهر وتسعة وخمسين شهراً. في حالة صعوبة التأكد من عمر الطفل، يكون المعيار الفاصل لضمهم للاستقصاء هو اختيار الأطفال الذين تتراوح أطوالهم بين ٦٥ سم و١١٠ سم. ويجب أن تشمل المقاييس التي تم جمعها أثناء الاستقصاء ما يلي:

- الوزن والطول. سيتم استخدام هذان القياسان لحساب مؤشر الوزن مقابل الطول لكل طفل ويُعد مقياس الجسم هذا تقييماً موضوعياً لدرجة سوء التغذية الحاد. يتم التعبير عن هذا المؤشر في صورة درجة معيارية (Z score). وتعتبر الدرجة المعيارية هذه انحرافاً معيارياً مستمد من عدد السكان الذي يعد بمثابة الأساس المرجعي، (انظر المربع أدناه للاطلاع على الدرجة المعيارية لمؤشرات سوء التغذية).
- عمر الطفل ونوع جنسه. تختلف معادلة الدرجة المعيارية بالنسبة للذكر عن الأنثى ويساعد تسجيل السن في التحقق من وجود المعيار الفاصل للضمين.
- وجود مرض الودمة. سبق تعريفها أعلاه، يشير وجود الودمة الثنائية إلى سوء التغذية الحاد حتى من دون وجود الدرجة المعيارية المناظرة لكتلة الوزن مقابل الطول.

فيما يلي قياسات إضافية يمكن جمعها إذا اقتضت الضرورة:

- المحيط الخارجي من منتصف الذراع العلوي. يعد المحيط الخارجي من منتصف الذراع العلوي مقياس سريع وبسيط للمحيط الخارجي للذراع الأيسر من نقطة المنتصف بين الكوع والكرف. ويمكن أن يتم اعتباره مؤشراً ينبئ عن الخطر الراهن للوفاة بسبب سوء التغذية. على الرغم من ذلك، ينطوي هذا المقياس على مخاطرة كبيرة للخطأ ويجب أن يكون جزءاً من عملية الفرز المكونة من خطوتين. إذا وُجد أن قياس أحد الأطفال أقل من نقطة الفصل الخاصة بالمحيط الخارجي، تجب إحالته إلى مركز قياس الوزن مقابل الطول حيث يتم هناك أخذ القياس مرة ثانية لإشراكه في برنامج تغذية انتقائي.
- مؤشر كتلة الجسم. يمكن أن يستخدم مع المراهقين (الأشخاص بطول أكبر من ١٢٧ سم) وللبالغين غير الحوامل لتقرير وجود سوء التغذية. يواجه غالباً البالغون والمراهقون مخاطر أقل لسوء التغذية مقارنةً بالأطفال الصغار، ولكن في ظروف معينة قد يكون من الضروري إشراك هذه المجموعة العمرية. يتم احتساب المعادلة التالية على أساس  $[\text{الوزن}/(\text{الارتفاع} \times \text{الارتفاع})] = \text{مؤشر كتلة الجسم}$ .

فيما يلي نقاط الفصل المستخدمة لتحديد سوء التغذية الحاد بالنسبة لمؤشرات مختلفة.

الحالة الغذائية	الدرجة المعيارية للوزن مقابل الطول	المحيط الخارجي من منتصف الذراع العلوي
المعدل العالمي لسوء التغذية الحاد	أقل من ٢ درجة معيارية أو الإصابة بالوذمة	أقل من ١٢٥ مم أو الإصابة بالوذمة
سوء التغذية الحاد المعتدل	بين ٢ وأقل من ٣ درجة معيارية	بين ١١٠ مم وأقل من ١٢٥ مم
سوء التغذية الحاد الخطير	أقل من ٣ درجة معيارية أو الإصابة بالوذمة	أقل من ١١٠ مم أو الإصابة بالوذمة

! يتضمن المعدل العالمي لسوء التغذية الحاد كل من سوء التغذية المعتدل والخطير.

لا توجد قواعد معينة لتكرار إجراء الاستقصاءات، ولكن يوصى في مرحلة الطوارئ بتكرار إجراء استقصاء غذائي كلما دعت الضرورة وفقاً لما تسمح به الموارد، فعندما تكون تكون أنظمة الإمدادات الغذائية غير مُحكمة، قد تحدث اندفاعات للعديد من الأشخاص ومخاطر أكبر لانتشار الأوبئة وارتفاع معدلات الوفيات. يمكن للاستقصاءات الإضافية توسيع المؤشرات لتتضمن تقييماً مثل تقييم نقص العناصر الغذائية الصغرى أو حالة تطعيم الحصبة وفقاً لأولويات الوضع المتغير.

## ▲ التقاط عينات بيانية

فر سكان نازحون من منطقة غير آمنة في شرق إفريقيا. أسس الأشخاص الذين وصلوا أولاً مخيم قاموا بإنشائه بأنفسهم واستقر الوافدون الجدد في دوائر تتسع باستمرار حول أطراف هذا المخيم. لم يكن هناك تعداد منظم للسكان أو تنظيم للأسر وكان سكان المخيم ينتقلون بشكل يومي. تم تطبيق أسلوب أخذ العينات العنقودية من أجل إجراء استقصاء غذائي، ولكن بدأ في قياس الأطفال الموجودين في وسط المخيم فقط. قضت الأسر الموجودة على أطراف المخيم وقتاً أطول في رحلتهم إلى المخيم، مما يعني فترات أطول من دون الحصول على الغذاء المناسب أو الخدمات الصحية الأساسية. تمت مراجعة نتائج الاستقصاء الغذائي بواسطة الوكالة الصحية القيادية وكانت مستويات سوء التغذية منخفضة. ولم يتم تطبيق أية برامج غذائية تكميلية.

على الرغم من ذلك، كانت هناك احتياجات للأشخاص من بين السكان الوافدين الذين وصلوا مؤخراً لم يتم قياسها. هل تم تمثيل الفئة الأكثر ضعفاً والتي تواجه مخاطر كبيرة لسوء التغذية بالشكل الملائم في الاستقصاء؟ ما الأسئلة التي كان بإمكان وكالة إدارة المخيم توجيهها إلى الفريق الذي يجري الاستقصاء الغذائي قبل اتخاذ القرارات المتعلقة بالبرنامج؟ هل كان بإمكان البيانات المؤكدة الخاصة بالمرافق الصحية أن ترفع راية التحذير؟ تكون نتائج الاستقصاء ذات صلة ومفيدة فقط إذا كانت إجراءات أخذ العينات موحدة ومطبقة بالشكل الصحيح لضمان أن الأشخاص موضع القياس يمثلون السكان بالكامل وأن النتائج قابلة للمقارنة على مر الوقت.

## برامج التغذية الانتقائية

يوجد نوعان من برامج التغذية:

- برامج التغذية العامة لسكان المخيم بالكامل
  - برامج التغذية الانتقائية المكونة من تغذية علاجية و/أو تكميلية للفئات الضعيفة.
- يعمل التسلسل الهرمي للتدخل الغذائي على وضع أولوية لتدبير الحصص التمييزية الأساسية لأغلبية السكان من خلال دعم غذائي مُركز ومتخصص للأفراد الذين يعانون سوء التغذية. بمجرد حصول أغلبية السكان على كميات كافية من الغذاء، تكون الأولوية الثانية هي توفير غذاء تكميلي ذي جودة عالية للأفراد الذين يعانون من سوء تغذية حاد أو متوسط. عند توفر حصص تكميلية كافية لأغلبية الأشخاص المتأثرين بسوء التغذية الحاد/المتوسط، عندها يمكن للرعاية العلاجية المقدمة لهؤلاء الذين يعانون من سوء تغذية حاد/خطير أن تكون فعالة. يمكن تضمين الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (مثل النساء الحوامل) في

برامج التغذية التكميلية أو العلاجية حتى لو لم يكن مؤهلات كأشخاص يعانون من سوء تغذية حاد.

يمكن تنفيذ برامج التغذية الانتقائية بطريقتين، التغذية في المراكز الصحية أو برامج التغذية أو الحصص «المقبوضة» للتغذية التكميلية. في الحالة الأخيرة، تتم زيادة الحصص لتتم مراعاة المشاركة على مستوى الأسرة.

فيما يلي مخطط قرار لتنفيذ برامج تغذية انتقائية. برجاء ملاحظة أنه ينبغي استخدام مخطط القرار هذا بشكل استرشادي فقط وينبغي تعديله ليتناسب مع حالات المخيمات المحلية.

الاكتشاف	الإجراء المطلوب
الغذاء المتوفر على مستوى الأسرة أقل من ٢١٠٠ سعر حراري لكل شخص في اليوم و/أو لا تتوفر العناصر الغذائية الصغرى بصورة كافية	وضع غير مُرضي تحسين الحصص العامة حتى يتم توفير الغذاء والحصول عليه بالشكل الكافي.
انتشار سوء التغذية بنسبة ١٥٪ أو أكثر أو وجود نسبة تتراوح بين ١٠٪ - ١٤٪ يعانون من وجود عوامل تجعل الوضع أكثر خطورة	وضع حرج • الحصص العامة (تكون مطلوبة إذا كان اللاجئون/الأشخاص النازحون داخليًا يعتمدون بالكامل على المساعدات الغذائية ولا تكون مطلوبة إذا كان الموقف مقصورًا على الفئات ذات الاحتياجات الخاصة)، بالإضافة إلى: • تغذية تكميلية شاملة لكافة الأعضاء من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والفئات المعرضة للخطر خاصة الأطفال الصغار والنساء الحوامل واللاتي يُرضعن • برامج تغذية علاجية للأفراد الذين يعانون من سوء تغذية خطير.
انتشار سوء التغذية بنسبة تتراوح بين ١٠٪ و ١٤٪ أو وجود نسبة تتراوح بين ٥٪ و ٩٪ مع وجود عوامل تجعل الوضع أكثر خطورة	وضع خطير • حصص التغذية العامة فقط إذا كان اللاجئون/الأشخاص النازحون داخليًا يعتمدون بالكامل على المساعدات الغذائية • التغذية التكميلية الموجهة إلى الأفراد الذين يعانون سوء التغذية في الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة • برامج التغذية العلاجية للأفراد الذين يعانون من سوء تغذية خطير.
انتشار سوء التغذية بنسبة أقل من ١٠٪ مع عدم وجود أي حالات تعاني من وجود عوامل تجعل الوضع أكثر خطورة	وضع مقبول حصص التغذية العامة فقط إذا كان سكان المخيم يعتمدون بالكامل على المساعدات الغذائية. لا توجد حاجة لتدخلات السكان من أجل التغذية التكميلية الاهتمام بالأفراد الذين يعانون سوء التغذية من خلال الخدمات المجتمعية المنتظمة.

! تتضمن العوامل التي تجعل الوضع أكثر خطورة توفير الحصص التموينية العامة بقدر أقل من المتطلبات الأساسية للطاقة وزيادة معدل الوفيات الأولى عن نسبة ١/١٠٠٠٠ فرد من السكان لكل يوم ووباء الحصبة أو الأمراض التنفسية أو أمراض الإسهال الأخرى ذات نسبة الإصابة المرتفعة.

## منهجيات جديدة في برامج التغذية العلاجية

أكدت منظمة الصحة العالمية وبرنامج الغذاء العالمي واللجنة الدائمة للتغذية بالأمم المتحدة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وجود أدلة جديدة تثبت أن تقريباً ما يوازي ثلاث أرباع الأطفال يعانون من سوء تغذية حاد وخطير - وأن الذين يتمتعون بشهية جيدة ولا يعانون من أية تعقيدات صحية - يمكن معالجتهم في المنزل بالأغذية العلاجية المغذية الجاهزة للاستخدام.

وتعد هذه الأغذية عبارة عن أغذية ليننة ومغذية وغنية بالطاقة يمكن أن يتناولها الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ستة أشهر بدون إضافة ماء، ويقلل العلاج من خطر التقاط عدوى بكتيرية. كما توفر الأغذية العلاجية المغذية الجاهزة للاستخدام العناصر الغذائية المطلوبة لعلاج الطفل الذي يعاني من سوء تغذية خطير في المنزل، من دون الحاجة لتبريد، وحتى عندما تكون الظروف الصحية غير مرضية. يمكن أن تتم دراسة تطبيق هذا المنهج المجتمعي المخصص لمعالجة سوء التغذية الخطير من قبل موفري الخدمة الصحية في بيئات المخيم التي تعاني من سوء تغذية خطير.

## ▲ إدماج برامج التغذية العلاجية مع أنظمة الصحة السريرية الموجودة

أظهر استقصاء غذائي جرى في المخيم أن المعدلات العالمية لسوء التغذية الحاد تبلغ ١٤٪ ومعدلات سوء التغذية الحاد والخطير تبلغ ٣,٥٪. فوضعت وكالة الإغاثة الصحية خطط لوضع برنامج تغذية علاجية في مستشفى الإحالة. على الرغم من ذلك، تمت مراجعة الخطة أثناء اجتماع تنسيقي مع وكالة إدارة المخيم، مما كشف أنه يوجد لدى أحد المراكز الصحية الحكومية في المخيم برنامج تغذية علاجية للأطفال الذين يعانون من سوء تغذية خطير بالإضافة إلى تعقيدات طبية من المرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى. كانت الممارسات قديمة وبلغت المعدلات الافتراضية (عدد الأطفال الذين يتكون برنامج التغذية قبل تاريخ التصريح بخروجهم) نسبة ٥٥٪. زودت الوكالة مركز الصحة الحكومي بتجهيزات خاصة للبن وإمدادات أخرى لم تكن متوفرة. كما عملت الوكالة مع



الموظف المسؤول عن العيادة والمشرف لتحديث البروتوكولات وتعليم الموظفين المنهجيات الملائمة لمراكز التغذية العلاجية. وقد ساعد دعم الخدمات الموجودة بالفعل، بدلاً من إعداد أنظمة موازية، على زيادة القدرة طويلة الأجل لموظفي الصحة الحكوميين لمعالجة حالات سوء التغذية الخطيرة.

## ممارسات التغذية – الرضع والأطفال الصغار

تكون معدلات الوفيات بين الرضع والأطفال الصغار في أعلى مستوى لها في مرحلة الطوارئ عندما تصل الظروف لأقصى درجات التهديد. لذا يوصى بقصر التغذية على الرضاعة الطبيعية للرضع حتى عمر ستة أشهر. ويوصى بمواصلة الرضاعة الطبيعية من عمر ستة أشهر وحتى عمر سنتين مع إضافة أغذية تكميلية كافية. يُعد دعم مقدمي الرعاية وتوجيه الموارد النادرة للوفاء بمتطلبات الاحتياجات الغذائية للرضع والأطفال الصغار في المخيم الأمر الأكثر أولوية. وتوجد توصيات مختلفة ومعينة للأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حول الإرشادات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية.

- ◀◀ للحصول على معلومات إضافية حول الرضاعة الطبيعية وإرشاد تكميلي للأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، انظر قسم «قراءات ومراجع»
- يمكن للأنشطة التالية المساهمة في الحد من سوء التغذية بين الرضع والأطفال:
- ينبغي على العاملين مجال الصحة في المجتمع تحديد الأسر الضعيفة التي لديها رضع أو أطفال صغار أو نساء حوامل.
  - ينبغي التفاوض حول أولوية التسجيل من أجل توزيع الغذاء بالنسبة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والفئات المعرضة للخطر.
  - ينبغي ترتيب إنشاء مراكز مستترة للرضاعة بالقرب من نقاط التسجيل والتوزيع.
  - يمكن توظيف النساء لتقوم بتشجيع ومساعدة الأسر التي لديها رضع وأطفال صغار بشكل عملي فيما يتعلق بممارسات الرضاعة.
  - ينبغي تحديد الأشخاص المسؤولين عن الأطفال غير المصحوبين بذويهم، حيث ينبغي أن يحصلوا على الغذاء التكميلي الملائم (مثل بدائل حليب الأم للرضع الأيتام).

! العاملون في مجال الصحة في المجتمع هم عمال مدربون يعملون في الميدان، يؤدون عادةً أنشطة التوعية الصحية واستقصاء الحالات بشكل فعال وعمل إحالات إلى المرافق الصحية.

## الهيكل الأساسي لخدمات الرعاية الصحية

يجب على الهيكل الأساسي لخدمات الرعاية الصحية في المخيم توفير خدمات استقصاء فعال للحالات والتشخيص المبكر والعلاج المناسب للأمراض ذات الأولوية. من الضروري أن يتم التنسيق مع البنى التحتية للصحة الموجودة بالفعل ودعمها. على الرغم من ذلك، في معظم حالات المخيمات قد يتدفق العدد الكبير للمرضى الذين يستخدمون الخدمات (خاصة أثناء مرحلة الطوارئ) بشكل يفوق طاقة الخدمات الصحية المحلية الحكومية أو الخاصة، حتى إذا كانت حاصلة على دعم. لذلك، قد يكون من الضروري تنفيذ هيكل أساسي جديد للصحة. بغض النظر عن الاستراتيجية، أثبتت الخدمات الصحية في المخيم التي تمت هيكلتها وفقاً للنموذج ذي المستويات الأربعة التالي نجاحاً في مختلف الظروف.

- أنشطة التعميم: يوفر العاملون بمجال الصحة في المجتمع والقابلات المدربات اللاتي يقمن بالتوليد أنشطة تعميم. تتضمن واجباتهم الزيارات المنزلية وتحديد الأشخاص المرضى والأطفال الذين يعانون سوء التغذية وإحالتهم وتحديد النساء الحوامل لإحالتهم إلى مراكز الصحة الإنجابية والتوعية الصحية الأساسي وجمع البيانات المتعلقة بمعدلات الوفيات من أجل نظام المعلومات الصحية.
- المرافق الخارجية: ينبغي على المراكز الصحية توفير استشارات أساسية ورعاية علاجية أساسية (من دون أدوية للحقن وقائمة محدودة من العقاقير الأساسية) والعلاج بالإمهاة الفموية وضمادات للجروح وصيدلية مؤمنة ومرافق للتعميم البسيط وجمع للبيانات.
- مرفق مركزي: ينبغي أن يوفر خدمة على مدى أربع وعشرين ساعة مع خدمات للمرضى الذين يتلقون العلاج في المستشفى والمرضى الخارجيين. كما قد تتوفر الخدمات الأساسية للمعامل، ولكنها ليست ذات أولوية في مرحلة الطوارئ.
- مستشفى الإحالة: يجب أن يكون النظام الصحي في المخيم قادراً على إحالة المرضى إلى المستشفيات للحصول على خدمات متقدمة. وينبغي على مستشفى الإحالة توفير الرعاية الطارئة للعمليات الجراحية والولادة والخدمات المعملية وإجراء الأشعة السينية وعلاج الأمراض الخطيرة. فقط في حالة خاصة للغاية، في حالة عدم توفر مستشفى للإحالة أو شغلها بواسطة بعدد كبير من المرضى (مثل وجود عدد كبير من الحالات الجراحية الناتجة عن حدوث جروح في الحروب)، يجب إنشاء مستشفى في المخيم أو الميدان. عادةً يكون هناك عدد صغير من المرضى سيتطلبون الإحالة. لذلك، يجب دعم مستشفى محلي للإحالة بدلاً من إنشاء هيكل مواز في المخيم.

**!** يجب على وكالة إدارة المخيم دعم الوكالة الصحية القيادية (أو موفري الخدمة الصحية) لعقد اجتماعات منتظمة لتنسيق الشؤون الصحية لضمان وجود نظام واضح للإحالة داخل كل مستوى من الهيكل الأساسي للصحة ولتوحيد بروتوكولات العلاج وأدوات جمع البيانات.

في مرحلة الطوارئ، لا يُعد إنشاء مختبر في المخيم من الأمور ذات الأولوية. وتعتبر الأولوية الأساسية هي إنشاء مختبر للإحالة ليتلقى العينات التي تم جمعها من أجل التحقيق في حالة تفشي أوبئة (مثل الدوسنتاريا والكوليرا). يمكن علاج معظم المرضى الذين يأتون إلى المرافق الصحية بالمخيم في مرحلة الطوارئ بناءً على التشخيص الإكلينيكي الذي يتم الاستدلال عليه من البروتوكولات. قبل البدء في تقديم خدمات نقل الدم في المخيم، يجب إنشاء المختبر الذي سيختبر جميع أكياس الدم للتأكد من خلوها من فيروس نقص المناعة البشرية.

! «في حالات الطوارئ، يجب تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية بالمجان للاجئين والسكان النازحين، فقد أظهرت البراهين أن أنظمة «استرداد التكلفة» في الدول النامية تقوم برد نسبة تبلغ ٥٪ من التكلفة على أحسن تقدير، وتكون هذه التكلفة بمثابة عائق بالنسبة لهؤلاء الذين في حاجة ماسة للخدمات الصحية. كما يمكن أيضاً أن يمتد النظام ليشمل السكان المحليين الذين يعيشون في مكان قريب للحصول على الخدمات بالمجان، ويجب التفاوض حول هذا الأمر مع السلطات الصحية بما يتوافق مع السياسة القومية». (الإصدار الثالث من كتيب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين لحالات الطوارئ، صفحة ٣٦١)

## الموارد البشرية

ينبغي أن تتم دراسة مرتبات الموظفين وحوافزهم من بداية التوظيف. فمن حيث المبدأ، يجب أن يحصل كافة الموظفين الذين يعملون يومياً ولهم مسؤوليات محددة بوضوح وساعات عمل محددة على مرتبات أو حوافز. ويجب على وكالة إدارة المخيم دعم الوكالة الصحية القيادية في تنسيق شؤون كافة العاملين في المجال الصحي في المخيم للتأكد من التزام الجميع بنفس المعايير.

عند توظيف موظفين للخدمات الصحية، يكون ترتيب أولويات الاختيار كالتالي: سكان المخيم/ الأشخاص النازحين داخلياً/ اللاجئين؛ ثم الأشخاص المتمرسين من الجنسيات المحلية في المجتمع المضيف؛ ثم الأشخاص الخارجيين. تتطلب معظم حالات المخيمات مزيجاً من هذه الموارد، لكن من المهم تذكر أن الخدمات الصحية تتطور «مع» سكان المخيم وليس «من أجلهم». تُعد النساء جزءاً مهماً من النظام الصحي داخل المخيم، وينبغي تشجيعهن للتقدم والحصول على وظائف في مجال الرعاية الصحية. فقد تؤدي سيطرة الرجال على الخدمات الصحية إلى إحجام المستخدمين الأساسيين لها - النساء - عن استخدامها أو قبولها.

! يجب أن تعكس نسبة النساء الموظفات والمدربات على توفير الخدمات الصحية نسبة النساء المقيمت في المخيم.

يوضح الجدول المبين أدناه الحد الأدنى من متطلبات التوظيف - كما نصت معايير العمل في المجال - للمستويات المختلفة من النظام الصحي.

مستويات التوظيف	المنصب	مستوى الهيكل الأساسي الصحي
موظف واحد لكل ٥٠٠ - ١٠٠٠ شخص من السكان	العاملون بمجال الصحة في المجتمع	أنشطة تعميم على مستوى المجتمع
موظفة واحدة لكل ٢٠٠٠ شخص من السكان	القابلة التقليدية (القائمة بعملية التوليد)	
موظف واحد لكل عشرة من العاملين بمجال الصحة في المجتمع أو من القابلات	مشرف	
موظف واحد	كبير مشرفين	
من اثنين إلى خمسة موظفين	الموظفين بالكامل	المرافق الصحية الخارجية
موظف واحد بحد أدنى، على اعتبار إجراء خمسين استشارة بحد أقصى لكل عامل في اليوم الواحد	عامل مؤهل في مجال الصحة	مرفق واحد لكل ١٠٠٠٠ شخص من السكان تقريباً
على الأقل موظف واحد لتقديم العلاج بالإمهامة الفموية وتقديم الملابس والأعمال الإدارية وما إلى ذلك	موظفون غير مؤهلين	
	عاملون مؤهلون في مجال الصحة	مرفق صحي مركزي
خمسة بحد أدنى، وخمسون استشارة بحد أقصى لكل عامل في اليوم الواحد (رعاية المرضى الخارجيين)، من ٢٠ - ٣٠ سرير لكل عامل في النوبة الواحدة (لرعاية المرضى قيد العلاج بالمستشفى)		
واحدة على الأقل	قابلة	
واحد على الأقل	طبيب	
واحد على الأقل	فني مختبر	
واحد على الأقل	صيدلي	
واحد على الأقل لتقديم العلاج بالإمهامة الفموية؛ وواحد على الأقل للصيدلية؛ وواحد على الأقل لتقديم الملابس. وإعطاء الحقن والتعقيم	عامل غير مؤهل في مجال الصحة	مرفق واحد لكل ٥٠٠٠٠ شخص من السكان بالتقريب
للتسجيل والحفاظ على الأمن	موظفون غير مؤهلين	
	متغير	
واحد على الأقل	طبيب يتميز بمهارة لإجراء جراحات	مستشفى إحالة
واحدة على الأقل لكل من ٢٠ - ٣٠ سرير في كل نوبة	مرمضة	

يتم تعريف العاملين المؤهلين بمجال الصحة، كما تم تحديدهم في المخطط أعلاه، بصفتهم موفري خدمة طبية مدربين رسميًا، مثل الأطباء أو الممرضات أو مسؤولي العيادة أو المساعد الطبي. على الرغم من ذلك، قد يكون من الصعب توظيف موظفين طبيين مدربين رسميًا في موقع المخيم لتقديم خدمات الرعاية الصحية. فقد يكون الموظفون غير الحاصلين على تدريب طبي قادرين على أداء واجبات طبية معينة في وجود دعم إضافي وإشراف دقيق. كما يمكن أن يكون هناك أشخاص تلقوا تدريباً رسمياً في بلدانهم الأصلية أو أماكن نشأتهم من المقيمين في المخيم، ولكن لم يتم الاعتراف بمؤهلاتهم من قبل السلطات الصحية المحلية. في هذه الحالات، من المهم قيام الوكالات الصحية ووكالة إدارة المخيم بمناقشة إمكانية توظيف مثل هؤلاء الأفراد، عند الضرورة، في الوظائف الطبية مع السلطات الصحية الوطنية.

## التدريب

عند توظيف مزيج من موظفي الصحة من بين سكان المخيم والحكومة المحلية للعمل معاً في أحد المرافق الصحية، يكون من الضروري إجراء تدريب أولي لتوضيح كيفية تحديد الحالات والبروتوكولات الملائمة لإدارة الحالة. حتى في حالة استخدام طرق تحديد الحالات والبروتوكولات الخاصة بالسلطات الصحية المحلية، سيعد هذا فرصة جيدة للموظفين المحليين من أجل الحصول على تدريب لتجديد المعلومات وفرصة لتوضيح قيام جميع الموظفين بتحمل المسؤوليات بنفس الطريقة.

يُعد من الضروري توفير تدريب لجميع العاملين وغير العاملين بمجال الصحة، الذين يساعدون في تقديم الرعاية الصحية، على اتباع الإجراءات الوقائية الشاملة في مجال الرعاية الصحية عند إدارة الأنظمة الصحية في المخيم. يجب على الوكالات الصحية التأكد من حصول جميع الموظفين الطبيين على الإمدادات اللوجيستية (مثل الحاويات المصممة للتخلص من الأدوات الحادة والكميات المناسبة من الإبر والمحاقن المعدة للاستخدام الواحد ثم التخلص منها) وذلك لتسهيل ممارسة الإجراءات الوقائية الشاملة. وتتضمن المبادئ الأساسية للإجراءات الوقائية الشاملة ما يلي:

- يجب على جميع العاملين غسل أيديهم جيداً بالماء والصابون، خاصةً بعد ملامسة سوائل الجسم أو الجروح.
- يجب استخدام القفازات والملابس الواقية عند مواجهة خطر ملامسة الدم أو سوائل الجسم الأخرى التي يحتمل أن تكون حاملة لعدوى.
- التداول الآمن للفضلات والإبر والأدوات الحادة الأخرى والتخلص منها بطريقة آمنة، وكذلك التنظيف الجيد وتطهير الأدوات الطبية عند استخدامها بين مريض وآخر.

! يُعد توفر عدد كافي من مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والمعدات الكافية لتنفيذ الإجراءات الوقائية أمرًا ضروريًا في كافة مرافق الصحة، وحتى في المراكز الصحية الصغيرة.

! يجب أن تكون الخدمات الصحية مرنة. في حالة حدوث نفثي لمرض، قد ترتفع الحاجة للرعاية العلاجية بصورة كبيرة وسيستلزم الأمر توفر موارد بشرية ومادية إضافية.

## اللوجيستيات والإمداد

خلال التقييم المبدئي للمخيم، يجب توثيق جميع المواد الطبية المتوفرة. إذا كانت هذه الموارد غير كافية للاحتياجات الطبية لسكان المخيم ولا يمكن تأمين موارد إضافية من سلطات الحكومة المحلية أو العاملين الآخرين في مجال الصحة، يمكن في هذه الحالة طلب الحصول على «مجموعة أدوات الطوارئ الجديدة» الخاصة بمنظمة الصحة العالمية من خلال منظمة الصحة العالمية أو من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

تحتوي مجموعة الأدوات الأساسية على الأدوية الأساسية والإمدادات الطبية الأولية للرعاية الصحية والتي تكفي عدد ١٠٠٠٠ شخص لمدة ثلاثة أشهر. يوجد كذلك لدى صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية اثنتى عشرة مجموعة أدوات معبأة مسبقًا مخصصة لاحتياجات الصحة الإنجابية المختلفة. على الرغم من ذلك، يجب استخدام هذه العُد على المدى القصير فقط، ويجب تحديد الإمداد المعتاد من الأدوية والمواد الضرورية للاحتفاظ بمخزون في جميع مرافق الصحة الموجود بالمخيم في أسرع وقت ممكن.

يجب كذلك وضع المسائل المتعلقة بتخطيط موقع المرفق الصحي والسيطرة على انتشار العدوى والنقل عند الإحالة وصيانة سلسلة التبريد والمخزون الطبي/الصيدلية موضع الدراسة عند تخطيط البنى التحتية لرعاية الصحة.

◀◀ لمزيد من المعلومات بخصوص «مجموعة أدوات الطوارئ الجديدة» ومجموعة أدوات الصحة الإنجابية الخاصة بصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، انظر قسم «الأدوات».

◀◀ للاطلاع على المزيد عن القائمة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية للبالغين والأطفال، انظر قسم «الأدوات».

## أنظمة المعلومات الصحية -

### رصد ومراقبة الأمراض المعدية وخدمات الرعاية الصحية

يجب تنفيذ أنظمة المعلومات الصحية بمجرد بدء تقديم خدمات الرعاية الصحية. توجد ثلاث طرق لجمع البيانات:

- تقديم تقارير روتينية عن الاستشارات بشكل أسبوعي أو شهري، بما في ذلك نظام إنذار للإبلاغ عن الأمراض المعرضة للتحويل إلى أوبئة
- التحقيقات في حالة تفشي الأوبئة - يتم جمعها على أساس مُخصص عند الاشتباه في تفشي وباء

• الاستقصاءات - يتم تطبيقها عند تأخر تقديم التقارير الروتينية أو من أجل جمع البيانات لغرض محدد (مثل استقصاءات الأسر المتعلقة بالتغذية أو التطعيم).

بمجرد تطبيق أنظمة الرعاية الصحية وتنفيذ الاستشارات، يجب البدء في عمل التقارير الروتينية. يجب تطوير طرق تحديد الحالات لكل حالة صحية أو مرض ويجب تدريب جميع العاملين بمجال الصحة على طرق تحديد الحالات، خاصة الأمراض المعرضة للتحويل إلى أوبئة. يجب اتباع التعريفات والأنظمة الخاصة بالبلد المضيف عند تطبيق طرق تحديد الحالات وأنظمة المعلومات الصحية. إذا لم تكن غير كافية أو غير متوفرة، يجب صياغة هذه الأنظمة بالتعاون مع السلطات الصحية المحلية.

◀◀ للاطلاع على المزيد حول الطرق القياسية لتحديد الحالات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، انظر قسم «الأدوات».

عند تقديم التقارير الروتينية من المراكز الصحية، يوفر العاملون بمجال الصحة بيانات حول عدد الاستشارات (الاعتلال) والوفيات (معدل الوفيات) نتيجة الأمراض مقسمة على أساس السن (تحت خمس سنوات وفوق خمس سنوات) ونوع الجنس. ويجب على كافة مستويات النظام الصحي، بما فيها مرفق الصحة المركزي أو المركز الصحي أو المستشفى الميداني المساهمة بالبيانات. كما يجب على العاملين بمجال الصحة في المجتمع أيضًا تقديم أرقام الوفيات، ولكن ليس أرقام حالات الاعتلال لأنهم يحيلون هذه الحالات إلى مرفق الصحة الملائم. تساهم أرقام الوفيات التي يقدمها العاملون بمجال الصحة بالمجتمع في عمل إحصائيات المركز الصحي من منظور المناطق التي يعملون بها.

! تجنب ازدواجية أرقام الوفيات. يجب تسجيل الأفراد الذين يموتون في المرافق الصحية في التقرير الروتيني الخاص بالمرفق. يجب ألا يقوم العاملون بمجال الصحة في المجتمع بإعادة احتساب نفس حالات الوفاة هذه في سجلاتهم الخاصة بالمجتمع.

◀◀ للاطلاع على أمثلة لنماذج المراقبة الأسبوعية لحالات الاعتلال والوفيات، انظر قسم الأدوات.

يجب أن تركز نماذج مراقبة حالات الاعتلال والوفيات على الأمراض المعرضة للتحويل إلى أوبئة مثل الإسهال الدموي والإسهال المائي الحاد والاشتباه في الكوليرا والتهاجات مسالك الجهاز التنفسي الأسفل والحصبة والتهاب السحايا والملاريا. يجب تحديد عتبات الإنذار بوجود أمراض معرضة للتحويل إلى أوبئة ويجب إبلاغها إلى كافة العاملين بمجال الصحة في المخيم. كذلك يجب قيام أحد العاملين بمجال الصحة المعيّنين بتسجيل جميع الاستشارات التي تمت معاينتها في نهاية كل يوم. عند بلوغ أحد عتبات الإنذار، يقوم هذا الشخص ببدء إعداد تقرير إنذاري حول انتشار المرض وتقديمه إلى الوكالة الصحية القيادية. ويُعد الوقت أمرًا حاسمًا عند الإبلاغ عن الأمراض المعرضة للتحويل إلى أوبئة. فيمكن أن يؤدي التأخير في الاستجابة لانتشار المرض إلى زيادة نسبة الوفيات في المخيم.

◀◀ للاطلاع على أمثلة لعتبات الإنذار بوجود أمراض معرضة للتحويل إلى أوبئة ونموذج تقرير انتشار المرض، انظر قسم الأدوات.

**!** من المهم ملاحظة أن أنظمة المعلومات الصحية يجب أن تكون بسيطة وسهلة التنفيذ. لا يجب جمع بيانات لن يستخدمها العاملون بمجال الصحة. نماذج البيانات الصحية بالغة التعقيد والمستهلكة للوقت تؤدي إلى إجهاد مقدمي الخدمة الصحية عن استخدامها.

في نهاية كل أسبوع أو شهر، يجب دمج البيانات التي جمعها كل مرفق صحي في المخيم معًا بواسطة الوكالة الصحية القيادية ونشرها لكافة العاملين بمجالات متصلة بالأمر وكذلك لوكالة إدارة المخيم. سيكون لهذه البيانات تأثيرًا على الاستراتيجيات الصحية للأسبوع أو الشهر التالي ويجب أن تتضمن هذه البيانات العناصر التالية كحد أدنى:

- معدل الوفيات الأولي = (العدد الإجمالي للوفيات خلال فترة زمنية / العدد الإجمالي للسكان) × (١٠٠٠٠ / عدد أيام الفترة الزمنية).
- معدل الوفيات تحت سن خمس سنوات = (العدد الإجمالي للوفيات تحت سن خمس سنوات خلال فترة زمنية / العدد الإجمالي للأطفال تحت سن خمس سنوات) × (١٠٠٠٠ / عدد أيام الفترة الزمنية).
- معدل الوفيات الناتجة عن سبب محدد = العدد الإجمالي للوفيات الناتجة عن سبب محدد أثناء فترة زمنية / العدد الإجمالي للسكان خلال نفس الفترة الزمنية.
- تعريف معدل الحدوث = عدد حالات الإصابة الجديدة بالمرض التي تحدث خلال فترة زمنية محددة في السكان المعرضين لخطر الإصابة بالمرض.

- معدل الحوادث = (عدد الحالات الجديدة المصابة نتيجة مرض معين في فترة زمنية/ عدد السكان المعرضين لخطر الإصابة بالمرض)  $\times$  (١٠٠٠٠ شخص/ عدد أشهر نفس الفترة الزمنية).
- معدل استخدام المرفق الصحي = (العدد الإجمالي للزيارات إلى المرافق الصحية في أسبوع واحد/ العدد الإجمالي للسكان)  $\times$  ٥٢ أسبوع.
- عدد الاستشارات لكل طبيب كل يوم = (العدد الإجمالي للاستشارات (الجديدة والمتكررة)/ عدد الأطباء العاملين لوقت يوازي دوام كامل في المرفق الصحي)/ عدد الأيام التي يكون المرفق الصحي مفتوحًا خلالها في الأسبوع.

يقصد بمصطلح «الأطباء العاملين لوقت يوازي دوام كامل»: عدد الأطباء العاملين في مرفق صحي معدلاً وفق العمل بدوام جزئي. على سبيل المثال، إذا كانت هناك عيادة يعمل بها عشرة موظفين بدوام كامل واثنتين من الموظفين يعملون بدوام جزئي، يكون العدد المكافئ للموظفين العاملين بدوام كامل: ١٠ (موظفين بدوام كامل) + ١ (أي احتساب كل من الموظفين اللذين يعملون بدوام جزئي كأنهما موظف واحد يعمل بدوام كامل) = ١١.

### ! النقاط الإرشادية لمعدل الوفيات الأولي (يكون معدل الوفيات الأولي للسن

تحت خمس سنوات عادةً ضعف معدل الوفيات الأولي):

المعدل المتوسط في أغلب الدول النامية ٠,٥ حالة وفاة/١٠٠٠٠/يوم	برنامج الإغاثة: تحت السيطرة
أقل من ١,٠ حالة وفاة/١٠٠٠٠/يوم	برنامج الإغاثة: للوضع الشديد الخطورة أكبر من ١,٠ حالة وفاة/١٠٠٠٠/يوم
أكبر من ٢,٠ حالة وفاة/١٠٠٠٠/يوم	الطوارئ: خارج نطاق السيطرة
أكبر من ٥,٠ حالة وفاة/١٠٠٠٠/يوم	الكوارث الكبرى

إذا كان معدل الوفيات الأولي المعياري معروفًا (وعادةً لا يكون هذا هو الوضع الفعلي في حالات المخيمات) تنصح معايير العمل في المجال بأنه في حالة تضاعف معدل الوفيات الأولي المعياري، يشير هذا الأمر إلى وجود حالة طوارئ صحية عامة خطيرة، وتتطلب استجابة فورية.

عند جمع البيانات الصحية يجب ضمان سرية بيانات المريض. فتتم مناقشة كافة المعلومات المتعلقة بالمريض، كتاريخه المرضي وحالته وعلاجه والتنبؤات بحالته، بين المريض ومقدم الخدمة الصحية والمشرّف فقط. لا يجوز لأي عضو من فريق الموظفين مشاركة معلومات المريض مع أي أشخاص آخرين غير مشتركين بشكل مباشر في رعاية المريض من دون إذن المريض. في مرحلة الطوارئ، يجب إتمام تدريب العاملين بمجال الرعاية الصحية على مراعاة سرية المريض وبياناتهم. عملياً، لا يكون هذا هو الوضع الفعلي. تقع مسؤولية التأكد من

خضوع كافة الموظفين العاملين بمجال الصحة للتدريب الملائم على الأمور المتعلقة بالسرية على عاتق وكالة إدارة المخيم و/أو الوكالة الصحية القيادية أثناء مرحلة ما بعد الطوارئ، إذا لم يكن تم إنجازه بالفعل أثناء مرحلة الطوارئ. كذلك ينبغي تزويد العاملين بمجال الرعاية الصحية بالدعم اللوجستي الملائم للحفاظ على السرية - مثل الخزانات والأقفال ودفاتر التسجيل المزودة بالأغلفة الملائمة والغرف المناسبة لإجراء استشارات خاصة.

## التحقيقات في حالة تفشي أوبئة

عادةً ما تكون التقارير والإنذارات بوجود حالات تفشي لأوبئة أمرًا متكررًا في بيئة المخيم، وبالرغم من ذلك تجب متابعة كل تقرير بواسطة الوكالة الصحية القيادية أو بواسطة فريق استجابة معيّن لحالات تفشي الأوبئة. كما يجب تأكيد التشخيص سواء بواسطة الاختبار المعملّي أو بواسطة الطريقة الإكلينيكية، على حسب المرض والموقف العام.

◀◀ للاطلاع على عينة نموذج التحقيق في حالة تفشي الأوبئة، انظر قسم الأدوات.

غالبًا ما تتبع الأوبئة نمطًا معينًا، حيث تكون الحالات قليلة العدد في بداية الانتشار، ثم يحدث تصعيد للحالات ثم تضحل. على الرغم من ذلك، لا يكون هذا هو الوضع الفعلي دائمًا. فبمجرد الإعلان عن حدوث انتشار لوباء، يجب على الوكالة الصحية القيادية وضع رسم بياني يومي أو أسبوعي للحالات المصابة بالمرض. يستخدم هذا الرسم البياني «عدد الحالات» على المحور الرأسي والفترة الزمنية معبرًا عنها بعدد «الأيام» أو «الأسابيع» على المحور الأفقي. يجب تفسير مؤشرات المنحنى بعناية وحرص، ويمكن أن يعطي مؤشرًا لمستقبل الوباء ويمكن من نقل الموارد بالشكل المناسب. يجب شرح المؤشرات المستخلصة من المنحنى الخاص بالوباء لكافة العاملين بمجال الصحة في المخيم.

## السيطرة على الأوبئة والأمراض المعدية

### الاستجابة لحالات انتشار الأوبئة

ينبغي على الوكالة الصحية القيادية بدء تنفيذ خطط الطوارئ المخصصة لمواجهة الأوبئة بالتعاون مع وكالة إدارة المخيم عند إعلان تفشي أحد الأوبئة. ويجب أن يكون مقدمو الخدمات الصحية مستعدين للتفاعل مع حدوث انتشار الأوبئة كما ينبغي أن يكون لدى وكالة الصحة القيادية خطط طوارئ متوفرة قبل حدوث انتشار الوباء للحيلولة دون ارتفاع معدلات الاعتلال والوفيات. يجب أن تتضمن خطة الطوارئ التحقق من توفر مخزون التطعيمات والمواد (مثل سوائل الحقن الوريدي والمواد المضادة للميكروبات) [دواء لعلاج حالات العدوى البيكتيرية]، وما إلى ذلك) وكذلك الاحتفاظ بخريط حديثة لكل العاملين في المخيم والمواد المتوفرة لديهم والموارد البشرية.

يجب فرض التدريب على التعرف الإيجابي/ السلبي على الحالات وأليات إعداد التقارير بالشكل الملائم باستمرار. كما يجب توفير البرتوكولات القياسية المتعلقة بالحد من المرض والتشخيص والعلاج لكافة الموظفين بمجال الصحة فيما يتعلق بالأمراض المعدية ذات الأولوية في المخيم وخاصةً الأمراض المعرضة للتحويل إلى أوبئة. ويجب أن تكون هذه البرتوكولات متماشية مع بروتوكولات السلطات الصحية المحلية أو تكون مستمدة من المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية ومتفق عليها من قبل كافة العاملين في مجال الصحة.

تظهر العديد من الأمراض المعدية في حالات المخيمات مثل التيفود والحمى الانتكاسية والسل وحمى التيفود والحمى الصفراء و الحمى الشوكية منجوكواي والالتهاب الكبدي. وبما أن معدلات الوفيات محدّدة السبب الناتجة عن هذه الأمراض أثناء مرحلة الطوارئ تكون في أدنى معدلاتها، يوصى بالاستجابة عند الوصول إلى عتبة الإنذار. في مرحلة ما بعد الطوارئ، يمكن تقديم الخدمات الصحية للاستجابة للأمراض المعدية المذكورة أعلاه بالشكل الملائم. فيما يلي موجز للأمراض المعدية ذات الأولوية التي تجب معالجتها أثناء مرحلة الطوارئ وإدارة الحالات وطرق الاستجابة لانتشارها الملائمة لها.

## أمراض الإسهال

تُعد أمراض الإسهال السبب الرئيسي للاعتلال والوفيات في بيئة المخيم. ففي حالات المخيمات، تعد أمراض الإسهال السبب في ما يزيد عن ٤٠٪ من الوفيات في المرحلة الحادة من الطوارئ. يجب على وكالة إدارة المخيم التأكد من تطبيق الطرق الوقائية مثل توفر المياه النظيفة وعدد كافي من دورات المياه وتوزيع الصابون ورفع الوعي بالنظافة الشخصية وتعزيز سلامة الغذاء والتشجيع على الرضاعة الطبيعية بأسرع ما يمكن. يمكن عادةً علاج الإسهال البسيط غير الدموي بطرق الإماهة المناسبة، ولكن في بيئة المخيم من المهم القيام دائماً بتدريب الموظفين ورصد أمراض الإسهال المعرضة للتحويل إلى أوبئة - داء الشيغلات والكوليرا.

**!** يُعرّف الإسهال بأنه رخاوة أو فقد غير معتاد للسوائل في البراز بمعدل ثلاثة أضعاف أو أكثر خلال فترة أربع وعشرين ساعة.

يعتبر داء الشيغليات (والمعروف أيضاً باسم دوسنتاريا باسيلية) مرض بكتيري خطير يؤثر على الأمعاء الدقيقة والغليظة. ويُعد أخطر شكل من أشكال المرض والسبب في انتشار الأوبئة في موقع المخيم «دوسنتاريا الشيغليات النوع الأول»، والذي يظهر في صورة إسهال دموي حاد. ويحدث انتقال المرض من خلال الغذاء والمياه الملوثة ومن الاتصال من شخص إلى شخص وهو مرض شديد العدوى. ويمكن أن يزيد معدل وفيات الحالات عن ١٠٪ في حالة عدم تطبيق العلاج الفوري والفعال.

يجب على وكالة إدارة المخيم التأكيد على أنه في حالة الاشتباه بوجود مرض « دوسنتريا الشيفيلات من النوع الأول»، يجب على العاملين بمجال الصحة التأكد أولاً من وجود دم في عينة براز ثم تقديم تقرير إلى الوكالة الصحية القيادية أو فريق مكافحة انتشار الأمراض باستخدام نموذج تقرير انتشار المرض. كما يجب إجراء الاختبارات المعملية التأكيدية واختبارات حساسية المواد المضادة للميكروبات. قد يتطلب هذا الأمر مختبر إحالة حيث إن هذه الاختبارات معقدة. على الرغم من ذلك، لا يجب أن يؤدي هذا الأمر إلى تأخير العلاج أو أنشطة السيطرة على المرض. إذا كان المخزون من المواد المضادة للميكروبات محدوداً، تكون الأولوية لعلاج المرضى ذوي الحالات الأكثر خطورة. وهم:

- الأطفال تحت سن خمس سنوات، خاصة الرضع – هو الطفل الذي عمره أقل من عامين
- الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية خطير والأطفال الذين أصيبوا بالحصبة خلال الأسابيع الستة الماضية
- الأطفال الأكبر سناً والبالغون الذين تبدوا عليهم أعراض سوء التغذية
- المرضى الذين يعانون من جفاف خطير، أو أصيبوا بتشنج، أو الذين يمكن تمييز إصابتهم الشديدة بالمرض من اللحظة الأولى عند مشاهدتهم
- جميع البالغين الذين يبلغون خمسون عاماً أو أكثر.

◀◀ لمزيد من المعلومات حول دوسنتريا الشيفيلات من النوع الأول، انظر قسم قراءات ومراجع.

يُعد ضمات الكوليرا مرض بكتيري خطير يسبب إسهال سائل غزير مصحوب أحياناً بقيء قذفي. في حالة علاج هؤلاء المرضى فوراً، تتسبب دورة حياة المرض في فقد كميات كبيرة من السوائل والأملاح مما يؤدي إلى جفاف شديد ووفاة خلال ساعات. وطريقة انتقال المرض تكون من خلال دخول مواد ملوثة بالبراز للجسم من خلال الفم وغالباً ما ينتقل بواسطة الغذاء أو المياه الملوثة.

▲ في حالات المخيمات، في ظل الظروف الصحية السيئة والمعيشة في مساحات مزدحمة، يمكن أن يتسبب التعامل غير الملائم عند انتشار الكوليرا في وقوع وفيات بمعدل ٤٠٪، مثل مخيمات اللاجئين التي أبلغت عن معدلات وفيات الحالات في جمهورية الكونغو الديمقراطية (التي أصبحت زائير) عام ١٩٩٤.

يجب على وكالة إدارة المخيم التأكد من أن جميع الموظفين بمجال الصحة مدربين على تحديد الاشتباه في الإصابة بالكوليرا عند:

- إصابة مريض يزيد عمره عن خمس سنوات بجفاف شديد نتيجة إسهال مائي حاد (عادةً يكون مصحوب بقيء)

- إصابة أي مريض يزيد عمره عن العامين بإسهال مائي حاد في منطقة ينتشر بها مرض الكوليرا.

تكون الكوليرا غير مصحوبة بأي أعراض في ٩٠٪ من الحالات، ولكن هذه الناقلات للمرض والتي لا تحمل أعراضاً تنقل البكتيريا بشكل نشط من خلال البراز. وحوالي ٢٠٪ من المصابين بضمات الكوليرا يتعرضون للإصابة بإسهال مائي حاد وتعاني نسبة تتراوح بين ١٠٪ - ٢٠٪ من المصابين من إسهال شديد مصحوباً بقيء. يمكن أن يرتفع عدد الحالات بسرعة كبيرة نتيجة لأن فترة الحضانة قصيرة للغاية (من ساعتين إلى خمسة أيام). ويشير وجود حالة كوليرا مؤكدة واحدة إلى انتشار المرض ووجوب تأسيس مراكز علاج الكوليرا لإدارة الحالات.

**!** بمجرد الاشتباه في وجود إصابة بالكوليرا في المخيم، يجب الحد من انتشار البكتيريا من خلال الكشف المبكر والتأكد من إصابة الحالات والعلاج الملائم وعزل المرضى ونشر الرسائل الصحية.

تتضمن إدارة الحالات في حالة حدوث الكوليرا علاج الجفاف من خلال أملاح الإماهة الفموية و/أو سوائل الحقن الوريدي. ولا يُعد استخدام المواد المضادة للميكروبات أمراً أساسياً في علاج الكوليرا ويجب استخدامها فقط للحالات الشديدة أو عند توقع بلوغ نسبة إشغال الأسرة أو مخزونات سوائل الحقن الوريدي لمستويات حرجة.

◀ يمكن العثور على مزيد من المعلومات حول استراتيجيات التحقيق في حالة تفشي الأوبئة وتصميم مراكز العزل وإعدادها والقواعد الأساسية في مركز الكوليرا وتجهيزات التطهير واحتساب احتياجات العلاج في قسم قراءات ومراجع.

**!** لا تمنع القيود المفروضة على التجارة والسفر انتشار الكوليرا وتعتبر غير ضرورية.

## التهابات الجهاز التنفسي الحادة

تتضمن التهابات الجهاز التنفسي الحادة لمسالك الجهاز التنفسي العلوي نزلة البرد وتتضمن التهابات مسالك الجهاز التنفسي الأسفل الالتهاب الرئوي. وتُعد التهابات مسالك الجهاز التنفسي الأسفل سبباً مهماً في حالات الاعتلال والوفيات في حالات المخيمات. لذلك يجب على وكالة إدارة المخيم التأكد من قدرة الموظفين بمجال الصحة على التعرف على علامات وأعراض الالتهاب الرئوي وتشخيصه وعلاجه أو إحالة الحالات بأقصى سرعة ممكنة. يجب تدريب العاملين بمجال الصحة في المجتمع على إحالة جميع الأطفال الذين يعانون من السعال

- و/أو صعوبات في التنفس إلى مركز صحي لإجراء مزيد من التحقيق. وتوصي منظمة الصحة العالمية بما يلي من أجل إدارة حالات التهاب الجهاز التنفسي الحادة بالشكل الملائم:
- يجب تقييم أعراض سوء التغذية، حيث إن سوء التغذية يؤدي إلى تزايد خطر الوفاة نتيجة الالتهاب الرئوي.
- تجب إحالة الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية شديد إلى مستشفيات الإحالة لتقديم الرعاية داخل المستشفى.
- تتكون إدارة الالتهاب الرئوي من العلاج بالمواد المضادة للميكروبات، ولكن اختيار المواد المضادة للميكروبات يعتمد على البروتوكولات الوطنية والأدوية المتاحة.
- في حالة عدم توفر البروتوكولات أو الأدوية من السلطات الصحية المحلية أو من وزارة الصحة، فيمكن استخدام كوتريموكسازول فموي لمعظم الحالات. بالنسبة للالتهاب الرئوي الشديد، يمكن استخدام المواد المضادة للميكروبات القابلة للحقن مثل البنسلين أو أمبيسيلين أو كلورامفينيكول.
- من الضروري اتخاذ التدابير الداعمة مثل تناول السوائل عن طريق الفم لمنع الإصابة بالجفاف، والتغذية المستمرة لتجنب الإصابة بسوء التغذية والتدابير المتعلقة بتقليل الحمى والوقاية من البرد.

◀◀ للاطلاع على أمثلة من منظمة الصحة العالمية للبروتوكولات الطبية المتعلقة بالتشخيص وإدارة إصابات الجهاز التنفسي والإسهال، انظر قسم الأدوات.

## الحصبة

تعتبر الحصبة مرض فيروسي شديد العدوى ينتقل من شخص إلى شخص من خلال سوائل الجهاز التنفسي، والذي يتسبب في تلف الجهاز المناعي. وغالبًا ما تحدث الوفيات نتيجة مضاعفات الإصابة بأمراض متعددة (أمراض مصاحبة ولكن لا صلة لها بالمرض) مثل الالتهاب الرئوي والإسهال وسوء التغذية.

يجب على وكالة إدارة المخيم التأكد من حصول العاملين بمجال الصحة على التثقيف الكافي فيما يتعلق بالأعراض الأولية من أجل تسهيل الإحالة المبكرة وإدارة الحالات. فيجب عليهم إدراك العلامات والأعراض الأولية المتمثلة في حمى شديدة وسعال واحمرار بالعينين وسيولة لإفرازات الأنف وبقع كُبيك (بقع بيضاء صغيرة في الحدود الداخلية للخدود والشفيتين). كما قد يظهر طفح أحمر في صورة بقع خلف الأذنين وعند خط الشعر وينتشر إلى الجسم بالكامل. وتجب إحالة جميع الأشخاص الذين يعانون من هذه العلامات والأعراض الأولية إلى أقرب مرفق صحي للتعامل مع هذه الأعراض كما يجب رصد حالتهم الغذائية لوضع احتمال إحاقهم في أحد البرامج الغذائية الانتقائية موضع الاعتبار. على الرغم من ذلك، ليس من الضروري عزل الحالات في حالة طوارئ.

## الملاريا

توجد أربعة أنواع من الأمراض الطفيلية تصيب الإنسان يطلق عليها اسم «ملاريا»، ولكن تعد المتصورة المنجلية هي المرض الرئيسي الأكثر شيوعاً، خاصةً عند إدارة مخيم في جنوب الصحراء الكبرى بإفريقيا. وتقدر منظمة الصحة العالمية عدد الحالات المصابة بالملاريا بحوالي ٣٠٠ مليون حالة سنوياً يتوفى منهم أكثر من مليون شخص يقع ٩٠٪ منها في جنوب الصحراء الكبرى بإفريقيا. يتم انتقال المرض عن طريق اللدغ من أنثى بعوضة الأنوفيليس، والتي تهاجم أثناء الليل بشكل أساسي. تتلخص طرق التعرف المبسطة على المرض كما يلي:

- الملاريا البسيطة: إصابة الشخص بالحمى أو وجود إصابة سابقة بالحمى خلال الثمان وأربعين ساعة السابقة، سواء مع أعراض الصداع، آلام الظهر، الرعشة، الغثيان، القيء، الإسهال أو آلام العضلات أو عدم وجود هذه الأعراض، مع استبعاد الأسباب الواضحة الأخرى لحدوث الحمى. في المناطق أو الأوقات التي ترتفع فيها مخاطر الإصابة بالملاريا، يجب تصنيف جميع الأطفال تحت سن خمس سنوات المصابين بالحمى أو حدثت لهم إصابة سابقة بالحمى على أنهم مصابون بالملاريا. وفي المناطق أو الأوقات التي تنخفض فيها مخاطر الإصابة بالملاريا، يتم تصنيف الأطفال المصابين بالحمى أو حدثت لهم إصابة سابقة بالحمى على أنهم مصابون بالملاريا ويتم إعطاؤهم دواء مضاد للملاريا فقط إذا لم يكونوا يعانون من سيولة إفرازات الأنف (بصفتها علامة من علامات التهاب الجهاز التنفسي الحاد) وعدم وجود حصبة أو أسباب واضحة أخرى للإصابة بالحمى مثل الالتهاب الرئوي أو التهاب الحلق. وفي المناطق التي تنخفض فيها مخاطر الإصابة، يوصى بإجراء الاختبارات الطفيلية على سبيل التأكد.
- الملاريا الحادة: تتسم بوجود حمى وأعراض الملاريا البسيطة ولكن بالإضافة إلى علامات التهاب الأعصاب مثل الاضطراب والتشنج وفقدان الوعي و/أو أنيميا حادة والصفراء (اليرقان) ونزف تلقائي ووذمة الرئة و/أو الصدمة.

◀◀ مزيد من المعلومات حول الملاريا في حالات الطوارئ، انظر قسم قراءات ومراجع.

يجب على وكالة إدارة المخيم إدراك أنه في مرحلة الطوارئ بالمخيم، يكون التشخيص المعلمي للملاريا عادةً أمراً غير ميسور وأن التشخيص والعلاج يجب أن يقوم على أعراض إكلينيكية بالإضافة إلى المعرفة بمخاطر انتشار الملاريا في منطقة المخيم. بمجرد توفر خدمات المختبر، يجب تأكيد التشخيص - ما لم يكن هناك وباء ملاريا تم التأكد منه وفي تلك الحالة يكون التشخيص الإكلينيكي مقبولاً. يمكن أن تكون الاختبارات التشخيصية السريعة، على الرغم من تكلفتها، أمراً مفيداً أثناء مرحلة الطوارئ لتأكيد إصابة الحالات بالملاريا في المناطق أو الأوقات التي تنخفض فيها الإصابة بالملاريا قبل توفير خدمات المختبر الملائمة.

يجب تطبيق العلاج الفعال للملاريا مع الاطلاع بشكل مستمر لمتابعة أحدث أنماط مقاومة العقار في منطقة المخيم. في حالات المخيمات التي ترتفع بها معدل الوفيات بسبب الملاريا، يوصى بعمل توليفة دوائية مع عقار أرتيميسينين (ACT). يتزايد استخدام توليفات العقاقير هذه كعلاج أولي في عديد من الدول ويتميز بفعالية سريعة في معظم المناطق. وفي حالة عدم استخدام السلطات الصحية المحلية للتوليفة الدوائية مع عقار أرتيميسينين كعلاج أولي وعدم إجراء دراسات فعالية حديثة حول العقاقير الأولية التي يستخدمونها، فيوصى باستخدام التوليفة الدوائية مع عقار أرتيميسينين. يُعد التنسيق مع السلطات الصحية المحلية أمراً حتمياً وقد يتطلب إجراء مناقشات مطوّلة من أجل تطبيق التوليفة الدوائية مع عقار أرتيميسينين في موقع المخيم. في حالة ارتفاع نسب فشل العلاج وارتفاع نسب وفيات الحالات المصابة بالملاريا، يوصى بقيام الوكالة الصحية القيادية و/أو وكالة إدارة المخيم بالتعاون مع القطاع/ المجموعة القيادية بدعم تغيير نظام العلاج مع السلطات الصحية المحلية.

◀◀ لمزيد من المعلومات حول مقاومة العقاقير المضادة للملاريا وبروتوكولات إجراء الاختبارات، انظر قسم الأدوات.

تكون الأولوية الصحية الأولى في حالة الطوارئ هي إجراء التشخيص والعلاج الفعالين للملاريا. بالإضافة لذلك، من المهم تطبيق الوسائل العازلة للحد من لدغ البعوض (مثل شبكات البعوض المعالجة بالمبيدات الحشرية) ولكن بعد تنفيذ الأولويات السابق ذكرها أعلاه. يُوصى بتوزيع الشبكات المُعالجة في المجتمع أثناء مرحلة الطوارئ بالمخيم فقط عندما يكون المقيمون في المخيم معتادين بالفعل على استخدام الشبكات. ويُوصى بتطبيق أنشطة مكافحة ناقلات الأمراض والتوزيعات الموسعة للوقاية الشخصية ضد لدغات البعوض وكذلك «العلاج الوقائي المتقطع» (IPT) أثناء الحمل لتجنب الأنيميا الحادة وانخفاض أوزان المواليد في مرحلة ما بعد الطوارئ. و«العلاج الوقائي المتقطع» عبارة عن جرعة من دواء مضاد للملاريا يُعطى للمرأة الحامل بشكل منتظم، لمنع الإصابة بالملاريا طوال فترة الحمل.

◀◀ انظر أمثلة منظمة الصحة العالمية للمبادئ التوجيهية العلاجية لأمراض الإسهال والتهابات المسالك التنفسية والحصبة والحمى والأمراض الأخرى المعدية وغير المعدية في قسم الأدوات.

## فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)

تزداد القابلية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) أثناء حالة الطوارئ، حيث قد تكون القواعد الاجتماعية التي تنظم السلوك ضعيفة. ويهدد تشتت الأسرة استقرار العلاقات. كذلك قد يؤدي النزوح إلى الاحتكاك بسكان تنتشر

بينهم الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بمعدلات مختلفة. وقد يكون الهيكل الصحي مثقلاً بالضغوط ويعاني من عدم كفاية الإمدادات لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، مثل إمدادات الاحتياطات العامة أو العوازل الذكرية. كذلك، في المخيمات التي تصل إليها أعداد كبيرة من المصابين في الحروب، يمكن أن تنتقل عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من خلال نقل الدم.

يمكن أن ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية بواسطة أربع طرق أساسية:

- العلاقات الجنسية مع شخص مصاب بالمرض، خاصةً في وجود عدوى منقولة جنسياً
- استخدام إبر ملوثة (الجروح الناتجة عن الوخز بالإبرة والحقن)
- نقل الدم الملوث أو منتجات الدم الملوثة
- من الأم إلى الطفل أثناء الحمل والولادة أو من خلال الرضاعة الطبيعية

يجب على وكالة إدارة المخيم التأكد من أن الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وقت الأزمات تتم على مستوى مختلف القطاعات. يجب على الوكالة الصحية القيادية بالتعاون مع وكالة إدارة المخيم القيام بالإشراف وضمان البدء في تنفيذ وكالات الخدمات الصحية في المخيم لحد أدنى من مجموعة التدخلات للتقليل من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. بالنظر لأبعد من الكارثة المباشرة لإصابة شخص بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) على الوضع العام، تؤثر الإصابة على حياة وحالة هذا الشخص وعلى المجموعة الاجتماعية التي يتواصل معها لسنوات قادمة.

وفقاً للمبادئ التوجيهية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز (UNAIDS)، يجب أن تتضمن استجابة قطاع الصحة لفيروس نقص المناعة البشرية الحد الأدنى من التدخلات الموضحة فيما يلي:

- توفير تجهيزات آمنة لنقل الدم (عن طريق إجراء اختبارات الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية على الدم قبل نقله) وتجنب كافة عمليات نقل الدم غير الضرورية
- الالتزام بالاحتياطات العامة
- توفير مواد تثقيفية أساسية حول فيروس نقص المناعة البشرية
- توفير عوازل ذكرية عالية الجودة، ويفضل أن تقدم بالمجان من خلال القنوات الملائمة التي تم التعرف عليها أثناء التقييم المبدئي السريع
- توفير علاج متلازمي للعدوى المنقولة جنسياً (يعالج المنهج المتلازمي حالات العدوى المنقولة جنسياً وفقاً لعلامات وأعراض، لا تتطلب إجراء اختبارات تأكيدية معملية)
- التعامل مع التبعات اللاحقة للعنف الجنساني
- ضمان توصيل المواد بشكل آمن

! يمثل الفحص الإجباري للكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية انتهاكاً لحقوق الإنسان ولا يوجد له تبرير من منظور الصحة العامة. يمكن وضع البرامج التطوعية للاختبار وطلب المشورة بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية في المخيم، ولكن لا يُعد هذا تدخلاً ذو أولوية أثناء مرحلة الطوارئ.

يجب أن تمتد الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال مرحلة ما بعد الطوارئ لتشمل مزيداً من التدخلات الشاملة المتعلقة بمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، وكذلك توفير الدعم والرعاية والعلاج للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وأسرههم. يجب أن يتضمن هذا تقديم الخدمات والاستراتيجيات لمنع العنف الجنسي وتوفير العلاجات الوقائية لمنع تفشي المرض بعد التعرض له وتوفير مواد إعلامية - تثقيفية - إخبارية للفئات المعرضة لخطر بالغ، وكذلك توفير الفحوصات والاستشارات التطوعية والخدمات للحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم للطفل ويجب توفير المسكن والدعم العائلي والرعاية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

تشمل التدخلات الأخرى المتعلقة برعاية الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وعلاجهم توفير العلاجات الوقائية لمنع تفشي المرض وعلاج حالات العدوى التي وقعت والعلاج المضاد للفيروسات العكسية.

◀◀ لمزيد من المعلومات، انظر مجموعة أدوات منظمة الصحة العالمية للأمراض المعدية المقدمة لبلدان محددة في قسم قراءات ومراجع.

## الصحة الإنجابية

يجب تقديم خدمات الصحة الإنجابية في بيئة المخيم كجزء متمم لخدمات الرعاية الصحية الأساسية. ويساعد توفير الخدمات الملائمة في التغلب على مضاعفات الحمل والولادة التي تعد من الأسباب الرئيسية للوفيات والمرض بين النساء من اللاجئات/النازحات داخلياً في عمر إنجاب الأطفال. وتُعد الاستجابة أثناء مرحلة الطوارئ لمتطلبات الصحة الإنجابية أمراً أساسياً. يجب توفير خدمات صحة إنجابية بجودة عالية على يد موظفين مدربين في المخيم، مع ترك القرار للأفراد بخصوص استخدام هذه الخدمات. وبما أن خدمات الصحة الإنجابية تؤثر على جانب شخصي للغاية من جوانب حياة الفرد، يجب تطبيقها بأسلوب يناسب الثقافة المحلية، مع أخذ القيم الدينية والأخلاقية لسكان المخيم في الاعتبار. يجب على مقدمي هذه الخدمات توفير بيئة موهلة بحيث يشعر الأشخاص الذين يسعون للحصول على هذه الخدمات بالارتياح والأمان. يجب توفير الحد الأدنى من تدخلات الصحة الإنجابية التالية في مرحلة الطوارئ:

• يجب تحديد شخص/وكالة مركزية للصحة الإنجابية من أجل الإشراف على كافة

الخدمات في المخيم وتحضير القضايا والمعلومات لاجتماعات تنسيق الشؤون الصحية

- يجب تحديد كافة النساء الحوامل والقابلات التقليديات والقائمان على التوليد داخل المخيم وإصدار «مجموعات أدوات توليد نظيفة» - متر مربع من الورق البلاستيك وقالب صابون وشفرة حلاقة وخيط وورقة تعليمات مصورة، كما يجب توفير العديد من مجموعات الأدوات للقابلات وللقائمان على عملية التوليد ووضع نظام لاستكمالها عند الحاجة. يجب تزويد المرافق الصحية والقابلات المدربات على عملية التوليد بتجهيزات التوليد للقابلة المحترفة باستخدام «مجموعة اللوازم الصحية الجديدة لحالات الطوارئ» الخاصة بمنظمة الصحة العالمية.

- يجب تحديد مرفق الإحالة وسيلة الانتقال من أجل عمليات نقل النساء اللاتي تتعرض لحالات طارئة أثناء الولادة

- يجب توفير استجابة طبية للناجيات من حوادث العنف الجنسي، بما في ذلك الوسائل العاجلة لمنع الحمل بالشكل المناسب من خلال المرافق الصحية (تتوفر كميات صغيرة في «مجموعة اللوازم الجديدة لحالات الطوارئ» الخاصة بمنظمة الصحة العالمية)
- يجب على قادة المجتمع المحلي والنساء الحوامل والقابلات والعاملين بمجال الصحة بدء دورة للتعليم المجتمعي حول المؤشرات الدالة على وجوب الإحالة.

يجب تنظيم الخدمات الشاملة الخاصة بالرعاية قبل الولادة، والولادة، والرعاية أثناء النفاس بأقصى سرعة يمكن تحقيقها. يجب أن تتضمن هذه الخدمات: خدمات تنظيم الأسرة، خدمات العدوى المنقولة جنسياً والتطعيمات (توكسيد التيتانوس) وعيادات «رعاية الطفل». تشمل أهداف خدمات الصحة الإنجابية الشاملة ما يلي:

- التأكد من حضور كافة النساء الحوامل لعيادات رعاية ما قبل الولادة أربع مرات على الأقل أثناء الحمل من أجل الحصول على رعاية ما قبل الولادة والتوعية الصحية والكشف المبكر عن مضاعفات الحمل والتعامل معها.
- التأكد من تمكن جميع النساء من التمتع بولادة نظيفة وأمنة على يد إحدى العاملات المتمرسات في مجال الصحة.
- توفير رعاية ما بعد الولادة لجميع الرضع حديثي الولادة
- تشجيع الرضاعة الطبيعية المبكرة وبشكل حصري (لمدة تصل إلى ستة أشهر) وباستمرار (لمدة تصل إلى عامين) والحفاظ عليها ودعمها
- ضمان تلقي كافة النساء للرعاية الأساسية بعد الولادة من خلال الزيارات المنزلية والإحالة عند حدوث مضاعفات
- علاج مضاعفات الإجهاض العفوي أو المتعمد وتقليل حدوث الإجهاض غير المأمون
- تقديم خدمات تنظيم الأسرة وفق الحاجة
- منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من خلال تطبيق الاحتياطات العامة

- توفير الحماية لمنع انتقال الإصابة (بفيروس نقص المناعة البشرية) من الأم إلى الطفل
- منع وقوع حالات العدوى المنقولة جنسياً والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وتقليل حدوثها.

## الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي

يكون اللاجئون والأشخاص النازحون داخلياً الذين يصلون إلى المخيم قد مروا خلال حياتهم بسلسلة مستمرة من الصدمات، وقد يكونوا لا يزالون يَمرون بها. بعد الوصول إلى المخيم، قد يمثل التكاسل وفقدان القدرة على ممارسة الأدوار التقليدية صعوبةً يتعين عليهم تحملها. وقد يأتي الآخرون بتاريخ طبي سابق من المرض النفسي. ويجب التمييز بين المشكلات النفسية الاجتماعية وبين الأشخاص الذين يعانون من مرض نفسي، وتتطلب هاتان المجموعتان من الأشخاص الحياة في بيئتين مختلفتين.

قد تظهر بعض العلامات والأعراض على هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من صعوبة التكيف مع الأحداث التي يعيشونها مؤخراً أو الوضع الجديد الذين يعيشون فيه، مثل اضطرابات القلق أو اضطرابات الاكتئاب أو الأفكار الانتحارية أو الغضب أو السلوك العدواني وإدمان المخدرات والكحول أو البارانونيا أو الهستيريا أو الأرق.

وقد يعاني الأشخاص الذين لديهم تاريخ سابق لمرض نفسي من علامات أو أعراض مشابهة كالمذكورة أعلاه وقد يستفيدون بشكل غير مباشر من التدخلات النفسية الاجتماعية الوقائية، ولكن عادةً يستلزم الأمر منهج طبي أكثر فعالية لعلاج مرضهم. لا تُعد التدخلات النفسية الاجتماعية موجهة بشكل أساسي إلى الأشخاص الذين شُخصت حالاتهم على أنها أمراض نفسية، ولكنها موجهة إلى الأشخاص غير القادرين على التكيف مع الأحداث الأخيرة أو مع الوضع الجديد الذي يعيشونه.

يجب أن يكون الدعم النفسي الاجتماعي عاملاً مؤثراً يؤثر على كل خطوة للخدمات المقدمة في المخيم. ويجب أن يتضمن الحد الأدنى للاستجابة لقطاع الصحة في مرحلة الطوارئ للاجئين/الأشخاص النازحين داخلياً ما يلي:

- تعزيز الإمكانيات القومية لأنظمة الصحة لتوفير الصحة العقلية والدعم النفسي في حالات الطوارئ
- تضمين اعتبارات نفسية واجتماعية محددة (مثل توفير المساحات الهادئة)، عند توفير الرعاية الصحية العامة وبخاصة توفير الخدمات إلى الأشخاص الذين يعانون من ضغوط عقلية حادة بعد التعرض إلى أحداث صادمة
- تشجيع البالغين والمراهقين على المشاركة في أنشطة بدنية وهادفة والتي تعد من الاهتمامات العامة
- تطبيق الاستراتيجيات التي تهدف إلى تقليل الضرر المتعلق بإدمان الكحوليات ومواد الإدمان الأخرى.

بالنسبة لهؤلاء الذين يعانون من اضطرابات عقلية كانت موجودة بالفعل، يجب تمكينهم من الحصول على الرعاية ومواصلة تلقي العلاج اللائق لحالتهم، فيجب البدء في تطبيق استراتيجيات خاصة بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية شديدة وعاشوا في السابق في ظل أوضاع صعبة توفر لهم الحماية وتأمين احتياجاتهم الأساسية.

قد يمتد دعم الصحة العقلية والفنسية الاجتماعية أثناء مرحلة ما بعد الطوارئ ويوصى بأن يتم:

- دعم مقدمي الخدمة الصحية لتطبيق السياسات والتشريعات الحكومية الملائمة الخاصة بالصحة العقلية
- تطوير نطاق واسع من الرعاية للاضطرابات العقلية المرتبطة بحالة الطوارئ الجارية أو التي كانت موجودة في السابق بالفعل من خلال الرعاية الصحية العامة والخدمات الصحية المجتمعية
- ضمان استمرارية الخدمات الصحية المتعلقة بالصحة العقلية التي تم البدء في تقديمها بالفعل
- التحقيق في الأنظمة الصحية المحلية والقومية والتقليدية وأن يتعاون مقدمو الخدمة الصحية معها بالشكل اللائق
- مواصلة العلاقات التعاونية مع أنظمة الصحة المحلية وتعزيزها لتصبح بالدرجة المطلوبة
- أن يحرص مقدمو الخدمة الصحية على ضمان قدرة الأشخاص الذين يطلبون الرعاية في الحالات النفسية بشكل معتاد على الحصول على الرعاية المجتمعية وترتيبات المعيشة البديلة الملائمة أثناء وجودهم في المخيم.

## التوعية الصحية

يجب أن يتمتع كافة الأشخاص الموجودين في المخيم بإمكانية الحصول على المعلومات الصحية التي تسمح لهم بحماية الحالة الصحية لهم ولأبنائهم وتعزيزها. يجب أن تتفهم النساء والرجال والمراهقون والأطفال الكيفية التي تعمل بها أجسامهم وكيف يمكنهم الحفاظ على صحة جيدة في بيئة غير مألوفة. يتم عادةً نشر المعلومات الصحية بواسطة برامج التوعية الصحية ويجب القيام به مع أول أنشطة تتم في المخيم. وعلى الرغم من أن نشر التوعية الصحية يتم بصفة أساسية من خلال برامج التعميم المجتمعية، يجب اعتبار أن كل اتصال أو تعامل يتم بين النظام الصحي والأفراد فرصة لنشر المعلومات الطبية. ويجب تذكر ما يلي:

- يجب أن يتوافق التوعية الصحية في المخيم مع الوضع العام وأن يأخذ في الحسبان السلوكيات المتعلقة بالصحة للسكان وكذلك الاعتقادات الصحية الخاصة بهم.

- أن تتم صياغة الرسائل والمواد باللغة المحلية مع إيجاد خيارات للسكان غير المتعلمين.
  - يجب أن تركز المعلومات المقدمة على الأمراض ذات الأولوية داخل المخيم والمخاطر الصحية الرئيسية ومدى توفر الخدمات الصحية وأماكنها وتشجيع السلوكيات التي تهدف لحماية الصحة الجيدة وتعزيزها.
  - ينبغي تثقيف السكان حول التغذية وممارسات الرعاية الخاصة بالرضع والأطفال، حيث إن هذا الأمر يمثل أهمية كبيرة للوقاية من سوء التغذية والأمراض.
  - يجب على الوكالة الصحية القيادية/وكالة إدارة المخيم تنسيق رسائل التوعية الصحية لضمان أن جميع مقدمي الخدمة الصحية في المخيم يقدمون رسائل متسقة ودقيقة.
  - يجب على مقدمي الخدمة الصحية إجراء تقييمات بصفة منتظمة لمعرفة مدى فعالية الرسائل الصحية الموجهة إلى الجمهور المستهدف وهؤلاء الذين قاموا بتنفيذها.
  - يمكن أن تمتد الرسائل الصحية أثناء مرحلة ما بعد الطوارئ لتتضمن الرسائل التي تتوافق مع الخدمات الصحية الشاملة المقدمة في المخيم.
- ◀◀ للاطلاع على دليل ميداني لوضع استراتيجيات الإرشاد الصحي، انظر قسم الأدوات.

⬆️ مر أحد مخيمات الأشخاص النازحين داخليًا في شمال أوغندا بتجربة انتشار مرض الكوليرا. ونصحت وكالة إدارة المخيم الأشخاص بعدم سحب المياه من النهر بسبب تلوث المياه بالفضلات في أعلى النهر وتأكدت من تلوث مياه النهر بفضلات الإخراج. على الرغم من ذلك، واصل المقيمون بالمخيم جمع المياه من النهر، حيث إن كمية المياه المضاف إليها الكلور الموجودة في العيون لم تكن كافية. وتم تدريب العاملين بمجال الصحة في المجتمع على تثقيف السكان فيما يختص بتلوث مياه النهر وبدأوا أنشطة التعميم المتعلقة بالتوعية الصحية. واصل السكان جمع المياه من النهر، وأثناء انشغال وكالة إدارة المخيم في مكافحة تفشي مرض في مخيم آخر، بدأ العمال الصحيون المجتمعيون في ضرب الأفراد الذين يجمعون مياه النهر وإهانتهم. يمكن أن يؤدي التوعية الصحية في بيئة المخيم إلى حدوث تبعات غير مقصودة إذا لم تقم وكالة إدارة المخيم أو الوكالات الصحية بالإشراف المناسب على أنشطة التعميم.

## الأولويات الصحية عند إغلاق المخيم

- تعد عملية إغلاق المخيم عملية معقدة وتتطلب تنسيقًا من كافة القطاعات. ويجب على الوكالات الصحية التي تقوم بتنسيق الأنشطة أثناء مرحلة التخطيط هذه تذكر ما يلي:
- يجب السماح بإبقاء المخيم مفتوحًا في حالة انتشار أوبئة الأمراض المعدية ذات معدلات الوفيات المرتفعة. كما تجب معالجة الأشخاص المصابين في المنطقة التي حدث بها

انتقال العدوى، حيث إن إغلاق المخيم والتنقل خارجه إلى مكان به سكان أكثر عددًا يمكن أن يؤدي إلى انتشار المرض أكثر.

- إن معدلات استخدام المرافق الصحية والعدد الإجمالي المتبقي في المخيم مؤشرات تُستخدم عند التخطيط لتخفيض الخدمات الصحية بشكل تدريجي (مثل تقليل عدد الأسرة المخصصة لعلاج المرضى بالمستشفى وأنشطة التعميم).
- يجب استمرار توفير الخدمات الطبية حتى رحيل كافة المقيمين في المخيم. عادةً ما يكون لدى آخر أشخاص يتركون المخيم - مثل النساء اللاتي تأخر رحيلهن بسبب الولادة والأطفال وكبار السن الذين يعانون من سوء التغذية - أكبر قدر من الاحتياجات الصحية.
- يجب أن يكون سكان المخيم على علم بالخدمات الصحية المتوفرة لهم عند مغادرة المخيم. يجب على وكالة إدارة المخيم/الوكالة الصحية القيادية التنسيق مع السلطات الصحية العاملة في المناطق التي سيعود إليها السكان، من أجل جمع المعلومات ومشاركتها. ويجب نشر المعلومات التي تم جمعها على السكان قبل مغادرة المخيم. ويُعد هذا الأمر أكثر صعوبة في الحالات التي يتشتت فيها سكان المخيم بين مناطق جغرافية متعددة وسيطلب الأمر خطة عمل أكثر تفصيلاً.

يجب إجراء فرز صحي قبل المغادرة ولكن قد يكون هذا الأمر صعباً في المخيمات التي تتم العودة إليها تلقائياً. عندما يكون في الإمكان إجراء الفرز، يجب أن تكون هناك أهداف واضحة للحملات الإعلامية، حيث قد يُساء فهم الغرض من الفرز الصحي واعتباره وسيلة لمنع الأشخاص من مغادرة المخيم أو لجمع بيانات صحية سرية لنقلها إلى مناطق العودة. ويجب أن تتضمن أهداف الفرز الصحي ما يلي:

- التثقيف والإحالة والإدارة الصحيحة للفئات ذات الاحتياجات الخاصة مثل الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية
- إدراك الحاجة للاستمرار تحت العلاج وتبعات اتخاذ قرار العودة والبرامج التي قد تتوفر لهم أثناء أو عند العودة (مثل المركبات الخاصة لنقلهم إلى مناطق العودة الخاصة بهم أو برامج التغذية لمساعدتهم على العودة)
- تحديد الأشخاص الذين يجب إحالتهم إلى خدمات صحية معينة في مناطق العودة الخاصة بهم، ووجوب إصدار خطاب إحالة لكل شخص تم تحديده بلغة منطقة العودة التي سيذهبون إليها
- تحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى الإحالة من أجل التحصين (ضد الحصبة أو ضمن برنامج التحصين الموسع في حالة قيام المخيم بالبدء في هذا البرنامج)

تجب مراعاة ضمان سرية السجلات الطبية وإتلاف أي وثائق قديمة أو غير مطلوبة أثناء إغلاق المخيم.

## قائمة المراجعة الخاصة بوكالة إدارة المخيم

- تضمن وكالة إدارة المخيم وجود مذكرة تفاهم بين كافة مقدمي الخدمات الصحية في المخيم مع السلطات الصحية المحلية يتم فيها توضيح الأدوار والمسؤوليات الخاصة بتطبيق الخدمات الصحية واستراتيجيات الخروج ومدى المساعدة التي يمكن أن تقدمها المرافق الصحية الموجودة بالفعل.
- يتم تنسيق الخدمات الصحية بين الوكالات والسلطات الصحية المحلية من خلال تبادل المعلومات وعقد الاجتماعات المنتظمة.

### التقييمات

- يتم الانتهاء من تقييم صحي سريع خلال ثلاثة أيام من وصول أول شخص من المقيمين بالمخيم. يكون القائمون على إجراء عملية التقييم مدربين بالشكل الملائم ولديهم الخبرة ذات الصلة وليس لديهم انتماءات سياسة أو انتماءات مثيرة للشبهة.
- يتم استخدام نتائج التقييم الصحي السريع للإبلاغ عند الحاجة لتنفيذ استجابة صحية.
- يتم تحديث تعيين مراكز مقدمي الخدمة الصحية في المخيم بصفة دورية، بما في ذلك تحديد ماهية أنشطتهم ومكان عملهم.
- يتم تكرار إجراء تقييم شامل تبعاً للوضع العام خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع بعد التقييم الصحي المبدئي من أجل توجيه استراتيجيات الرعاية الصحية. لذلك يتم تكرار إجراء التقييمات بصفة دورية وفق الحاجة.

### التحصينات

- يتم تنظيم حملات تطعيم جماعي ضد الحصبة تكون مراقبة بشكل جيد، وذلك بالتعاون مع الوكالات والسلطات الوطنية، لكافة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر إلى أربعة عشر عاماً في المخيم.
- يكون من المقرر ما إذا كان يجب البدء في حملات تطعيم جماعي أخرى أم لا، مثل حملات التطعيم ضد الحمى الصفراء و/أو التهاب السحايا البكتيري.
- يتم تخطيط حملات التحصين الروتينية (برامج التحصين الموسعة) كجزء من الإستراتيجية العامة للرعاية الصحية للمخيم بمجرد تطبيق استراتيجيات الرعاية الصحية الطارئة.

## التغذية

- يتم البدء في إجراء استقصاء للأطفال من عمر ستة أشهر إلى تسعة وخمسين شهرًا لاحتماب درجة سوء التغذية الحادة بين سكان المخيم. يتم إجراء استقصاءات تغذية أخرى على فترات فاصلة منتظمة لرصد التغييرات في معدلات سوء التغذية.
- يتمتع كافة الأشخاص في المخيم بالأمن الغذائي ويكونون قادرين على تلبية احتياجاتهم من الطاقة والعناصر الغذائية الصغرى. في حالة عدم تلبية هذه الاحتياجات، يتم البدء في تطبيق برامج التغذية. يجب أن تزود الحصة التموينية العامة كافة المقيمين في المخيم بالطاقة والعناصر الغذائية الصغرى الكافية. فتوفر الحصص التموينية التكميلية الفئات الضعيفة والفئات ذات الاحتياجات الخاصة بالدعم الإضافي.
- يدرّب مقدمو الخدمة الصحية الموظفين على الاستراتيجيات التي تضمن تنفيذ ممارسات التغذية الملائمة للرضع والأطفال الصغار (مثل اقتصار التغذية على الرضاعة الطبيعية للرضع من الميلاد وحتى عمر ستة أشهر).

## الهيكل الأساسي لخدمات الرعاية الصحية

- تم تصميم البنى التحتية للصحة في المخيم لتوفير الخدمات الصحية بكافة مستويات الرعاية. يستخدم جميع مقدمو الخدمة الصحية نظام الإحالة العام والمتفق عليه داخل الهيكل الأساسي للصحة وخاصةً بالنسبة لمستشفى الإحالة.
- ينفذ جميع مقدمو الخدمة الصحية السياسات الصحية ويستخدمون طرق التحديد الإكلينيكية وبرتوكولات التشخيص ويصفون الأدوية الضرورية بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية الخاصة بالسلطة الصحية المحلية أو، إذا تعذر تطبيق هذا، يكون وصف الأدوية بناءً على المعايير الدولية.
- يتم تأمين وضع معايير توظيف وتدريب والإشراف على الموظفين، سواءً المحليين أو الدوليين (مثل المبادئ التوجيهية المتعلقة بالراتب والحوافز) ويلتزم كافة مقدمي الخدمة الصحية بها.
- يتم الإشراف على توفير المواد بالدرجة الكافية لضمان الممارسة الملائمة للاحتياجات العامة وتدريب جميع الوكالات الصحية عليها.
- يتم دعم الإمداد العام والأنظمة اللوجيستية لمقدمي الخدمة الصحية في المخيم. وفي حالة عدم كفاية الموارد، يتم تقديم دعم للمساعدة عن طريق مجموعة إدارة وتنسيق المخيمات / مجموعة الصحة

## أنظمة المعلومات الصحية

- تم ضمان وضع الأنظمة الفعالة لإدارة المعلومات الصحية وأنظمة التنسيق الفعالة مع كافة مقدمي الخدمة الصحية في المخيم.
- تم دعم تدريب كافة الوكالات الصحية على نماذج تقديم التقارير الروتينية وطرق التعرف على الأمراض المعرضة للحول إلى أوبئة وعتبات الإنذار وبروتوكولات إعداد التقارير عن تفشي الأمراض في المخيم.

## السيطرة على الأوبئة والأمراض المعدية

- تم تخصيص وكالة صحية واحدة لتنسيق الاستجابة عند تفشي الأمراض. يتم التخطيط للاستجابة في حالة تفشي مرض عن طريق تحديد أحد معامل الإحالة للتأكد من العينات والاحتفاظ بخطة طوارئ للسيطرة على الأوبئة ونشرها. يجب أن تتضمن خطة الطوارئ وجود مخزونات يتم تحديد موقعها مسبقاً وتعيين كافة الموارد المتوفرة للحد من تفشي المرض.
- تم تطوير البروتوكولات المعيارية والإكلينيكية لوضع أولويات الأمراض المعدية (كأمراض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة والحصبة والملاريا) ونشرها لتشمل كافة الأمراض التي تنتشر بحسب الوضع العام أثناء مرحلة ما بعد الطوارئ. يتم دعم تقديم العلاج المستند إلى أدلة وجود المرض.
- تم ضمان تدريب جميع الوكالات الصحية باستخدام المبادئ التوجيهية المتفق عليها لطرق التحديد الإكلينيكية للأمراض المعدية وتشخيصاتها وعلاجها.
- تم توسيع الخدمات لتشمل المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في مرحلة ما بعد الطوارئ لتشمل الدعم والرعاية وتقديم العلاج المحتمل وكذلك تطوير حملة إعلامية شاملة موجهة لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية وزيادة الوعي بالخدمات المقدمة بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية.

## الصحة الإنجابية

- تم تحديد إحدى المنظمات أو الأفراد باعتباره نقطة ارتكاز للاستجابة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية في المخيم.
- يتوفر حد أدنى من مجموعة خدمات الرعاية الإنجابية لكافة مقدمي الخدمة الصحية الإنجابية (وفقاً للمرحلة) كما يتم الإشراف على خدمات الرعاية الإنجابية في المخيم. كذلك تتوفر «مجموعات أدوات نظيفة للتوليد» ويتم توزيعها، وتتوفر تجهيزات للقابات

المحترفات للقيام بعمليات الولادة في المراكز الصحية، كذلك تم وضع نظام إحالة لإدارة عمليات التوليد في الحالات الطارئة.

- تتم الحيلولة دون وقوع تبعات العنف الجنسي وإدارتها - وبخاصة ضمان توفر الاستجابة الطبية للناجيات من العنف الجنسي ومعرفة سكان المخيم بوجود مثل هذه الاستجابة.

## الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي

- يتم دعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي، والذي يجب أن يدعم بشكل أساسي الأنشطة النفسية الاجتماعية، مع توفر خدمات قادرة على علاج الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية موجودة من قبل.

## التوعية الصحية

- تمت مساعدة الوكالات الصحية لتقييم الوضع الصحي والسكان المستهدفين لتحديد أهم المشكلات الموجودة لعلاجها من خلال استراتيجيات نشر التوعية الصحية.
- يتم استخدام أنسب القنوات والأدوات للتواصل مع السكان المستهدفين.
- تم تخطيط أنشطة التقييم والإشراف لرصد مدى فعالية استراتيجيات التوعية الصحية وقياسها.

## المسائل الصحية المتعلقة بإغلاق المخيم

- تستمر الخدمات الصحية الأساسية في القيام بوظيفتها داخل المخيم حتى مغادرة آخر مقيم من المقيمين في المخيم.
- التأكد من تنفيذ خفض التدريجي المخطط له للخدمات الصحية بناءً على معدلات استخدام المرفق الصحي بالإضافة إلى العدد الإجمالي للسكان المتبقين في المخيم.
- تم تنسيق المعلومات التي جمعها مقدمو الخدمة الصحية في مناطق العودة وتبادلها عند الإمكان. وتم تنظيم حملات إعلامية لإعلام سكان المخيم بالخدمات المتاحة في مناطق العودة وكيفية الحصول عليها لدى الوصول.
- تم تنفيذ الأنشطة الخاصة بالفرز الصحي والحملات الإعلامية التي سبق تنسيقها لتوصيل الرسائل الملائمة إلى سكان المخيم فيما يتعلق بالإدارة الرشيدة للتدخلات التي تتم للفرز.

## الأدوات

- مثال لنموذج «من، ماذا، أين» لوكالة إدارة المخيم
- مثال لنموذج التقييم المبدئي السريع للصحة
- مثال لتنسيق جمع بيانات المخيم بما في ذلك الرعاية الصحية (TSST)
- مثال لبروتوكولات التشخيص والإدارة الإكلينيكية لالتهابات الجهاز التنفسي والإسهال
- مثال لجدول برنامج التحصين الموسع
- أمثلة لنماذج استقصاء حالات الاعتلال والوفيات
- أمثلة للمبادئ التوجيهية العلاجية لأمراض الإسهال والتهابات المسالك التنفسية والحصبة والحمى والأمراض الأخرى المعدية وغير المعدية
- دليل ميداني لوضع إستراتيجية الإرشاد الصحي.  
<http://www.jhuccp.org/pubs/fg/02/>
- تتوفر معلومات حول متطلبات وكيفية طلب مجموعات أدوات الصحة الإنجابية الخاصة بصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية على الموقع <http://www.unfpa.org/procurement>
- معلومات حول مقاومة العقاقير المضادة للملاريا وبروتوكولات إجراء الاختبارات.  
<http://www.who.int/malaria/resistance.html>
- معلومات متعلقة «بمجموعة اللوازم الجديدة لحالات الطوارئ»  
[/http://www.who.int/hac/techguidance/ems/healthkit/en](http://www.who.int/hac/techguidance/ems/healthkit/en)
- عينة لنموذج التحقيق في حالة تفشي الأوبئة
- الطرق القياسية لتحديد الحالات الخاصة بمنظمة الصحة العالمية
- القائمة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية للبالغين والأطفال
- القيم المرجعية للدرجة المعيارية لمعدل الوزن مقابل الطول على أساس نوع الجنس

## قراءات ومراجع

**Centers for Disease Control and Prevention, 1996.** *Universal Precautions for Prevention of Transmission of HIV and Other Bloodborne Infections. Fact Sheet.*

**G. Habquet, (ed), Médecins Sans Frontières ,1997.** *Refugee Health: An Approach to Emergency Situations.*

**Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2003.** *Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings.*

**Inter-Agency Standing Committee, 2007.** **IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency Settings. Chapter 6: Health Services.**

**Médecins Sans Frontières, 2006.** *Rapid health assessment of refugee or displaced populations.*

**Médecins Sans Frontières, 2008.** *Management of Epidemic Meningococcal Meningitis.*

**Médecins Sans Frontières, 2007.** *Obstetrics in remote settings.*

**Médecins Sans Frontières, 2004.** *Cholera Guidelines.*

**Médecins Sans Frontières Reference Books.**

**William J, Moss et. al, 2006.** “Child Health in Complex Emergencies”, *Bulletin of the WHO, 84 (1) :*

**Claudine Prudhon,** *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations, Manual of Therapeutic Care and Planning for a Nutritional Programme, Action Contre la Faim.*

**G. O’Sullivan, J. Yonkler, W. Morgan and A. Merritt, 2003.** *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy, Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.*

**The Sphere Project, 2004.** *Humanitarian Charter and Minimum Standards in*

*Disaster Response, Chapter 5: Minimum Standards in Health Services.*

**M. J. Toole et. al., 1989.** “Measles prevention and control in emergency settings”, *Bull World Health Organ*, **67: 381-8.**

**UN Standing Committee on Nutrition.**

**UNAIDS, 2005.** *Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. :*

**UNFPA, 1999.** *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual.*

**UNHCR, 2006.** *Drug management manual 2006. Policies, Guidelines, UNHCR List of Essential Drugs.*

**UNHCR, 2007.** *Handbook for Emergencies. Chapter 17.*

**UNICEF, 2007.** *The State of the World’s Children 2008: Child’s Health in Complex Emergencies; Chapter 18.*

**UNICEF, Nutrition, Security and Emergencies.**

**Valid International, 2006.** *Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual 1st Edition.*

**Women’s Commission for Refugee Women and Children. Minimal Package of Reproductive Care.**

**World Health Organization, 2007.** *Communicable Disease Risk Assessment: protocol for humanitarian agencies.*

**WHO, Communicable Disease Country Specific Toolkits.**

**WHO/UNICEF, 2004.** *Reducing measles mortality in complex emergencies.*  
**WHO/V & B/04.03.**

**WHO, 2004.** *Immunisation in Practice: a practical resource guide for health workers.*

**WHO, 2006.** *The Interagency Emergency Health Kit.* **Geneva.**

**WHO, 1998.** *Safe vaccine handling, cold chain and immunisations: A manual for the Newly Independent States.*

**World Health Organization, 1999.** *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers.*

**WHO, 2000.** *The management of nutrition in major emergencies.* **Geneva.**

**WHO, 2004.** *Guiding principles of feeding infants and young children during emergencies.*

**WHO/WFP/UNICEF Joint Statement, 2007.** *Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency.*

**WHO/WFP/UNICEF/SCN Joint Statement, 2007.** *Innovative approach tackles malnutrition in the community.*

**WHO, 2000.** *Reproductive health during conflict and displacement: a guide for programme managers. :*

**WHO, UNHCR, 2004.** *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons; Revised Edition.* ISBN 92 4 159263 X (NLM classification: WA 790).

**WHO, 2005.** *Communicable Disease Control in Emergencies: A Field Manual.* edited by M. A. Connolly. :

**WHO/UNICEF, 2005.** *Diarrhoea Treatment Guidelines: Including new recommendations for the use of ORS and Zinc supplementation.*

**WHO, 2005.** *Guidelines for the control of Epidemics due to Shigella Dysenteriae Type 1.*

**WHO, 2004.** *Cholera Outbreak: Assessing the outbreak response and improving preparedness.* Geneva.

**WHO, 2005.** *Malaria Control in Complex Emergencies: An inter-agency field handbook.*

**WHO, 2007.** *Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An interagency field manual. (Second Edition).*

**WHO, 2006.** *Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations: WHO guidelines for humanitarian agencies. :*

**World Health Organization, Disease Control in Humanitarian Emergencies.**