

تدبير الطوارئ الصحية في أعقاب الكوارث الطبيعية



مُنظمة الصِّحَّة العالِميَّة - المَكْتب الإقْلِمي لشرق المتوسِّط

تدبير الطوارئ الصحية في أعقاب الكوارث الطبيعية

سلسلة المنشورات العلمية رقم 407

وصدرت الطبعة العربية عن المكتب
الإقليمي لشرق المتوسط ، الإسكندرية ،
مصر .



1997

صدرت الطبعة الإنكليزية عن المكتب
الإقليمي الأمريكي لمنظمة الصحة العالمية ،
واشنطن ، الولايات المتحدة الأمريكية .

Emergency Health Management after Natural Disaster

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ؛ مترجم .
تدبير الطوارئ الصحية في أعقاب الكوارث الطبيعية .

67 ص . — (سلسلة المنشورات العلمية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ؛ 407)

صدرت الطبعة الإنكليزية في واشنطن 2 11407 92 75 ISBN

1 - الطوارئ الصحية 2 - الكوارث الطبيعية أ - العنوان ب - السلسلة

ISBN 92-9021-158-X

رقم تصنيف المكتبة الطبية القومية : WX 215

ترحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئياً أو كلياً وتوجّه الطلبات والاستفسارات في هذا الصدد إلى السيد مدير الإعلام الصحي والطبي ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ، ص . ب 1517 ، الإسكندرية 21511 ، جمهورية مصر العربية ، الذي يسرّه أن يقدم أحدث المعلومات عن أي تغييرات تطرأ على النصوص ، وعن الخطط الخاصة بالطبعات الجديدة ، وعن الترجمات والطبعات المتكررة المتوافرة .

© منظمة الصحة العالمية 1997

تتمتع منشورات منظمة الصحة العالمية بالحماية المنصوص عليها في البروتوكول الثاني للاتفاقية العالمية لحقوق الملكية الأدبية ، فكل هذه الحقوق محفوظة للمنظمة .

وإن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة ، وطريقة عرض المادة التي تشتمل عليها ، لا يقصد بها مطلقاً التعبير عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العالمية ، بشأن الوضع القانوني لأي قطر ، أو مقاطعة ، أو مدينة ، أو منظمة ، أو لسلطات أي منها ، أو بشأن تعيين حدود أي منها أو تحومها .

ثم إن ذكر شركات بعينها ، أو منتجات جهة صانعة معينة ، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تخصّها بالتركية أو التوصية ، تفضيلاً لها على ما لم يُذكر من الشركات أو المنتجات ذات الطبيعة المماثلة .

المحتوى

صفحة

هـ	مقدمة	3
و	شكر وتقدير	4
	القسم الأول : آثار الكارثة على الصحة ومدخل إلى الإغاثة	
3	نظرة عامة	3
4	المشاكل الصحية الشائعة في كل الكوارث	4
6	المشكلات الصحية المتعلقة بنمط الكارثة	6
	القسم الثاني : إجراءات إغاثة الطوارئ	
11	الفصل الأول : تنسيق أنشطة الإغاثة الوطنية وتقييم الاحتياجات الصحية	11
11	الدعوة الوطنية للطوارئ	11
11	مُنسَق الإغاثة الصحية	11
11	لجنة الإغاثة الصحية	11
13	تقييم الاحتياجات : الأهداف	13
14	نمط المعلومات	14
14	المعلومات الأساسية	14
14	طرق جمع المعلومات بعد وقوع الكارثة	14
19	الفصل الثاني : تدبير الإصابات الجماعية	19
19	البحث ، الإنقاذ والإسعاف الأولي	19
19	النقل للمرافق الصحية والمعالجة	19
21	إعادة توزيع المرضى بين المشافي عند الضرورة	21
24	الفصل الثالث : الترصد الوبائي والسيطرة على المرض	24
24	احتمال خطر حدوث فاشية تالية للكارثة	24
25	تأسيس نظام الترصد	25
25	ترصد المرض	25
27	تقديم المعطيات المجموعة وتفسيرها	27
27	الخدمات المخبرية	27
27	اللقاح وبرامج التلقيح	27
30	الفصل الرابع : تدبير صحة البيئة	30
30	الأولويات	30
32	الإمداد بالماء	32
33	الإصحاح الأساسي	33
33	مكافحة العوامل الناقلة للمرض	33
34	التصحح الشخصي	34
34	دفن الموتى	34
35	معلومات عامة للجمهور	35
36	الفصل الخامس : الغذاء والتغذية	36
36	العواقب المتوقعة للكوارث	36
37	الآثار الضارة المحتملة الوقوع لتوزيع الأطعمة على نطاق واسع	37
37	ترتيب الأولويات	37
37	الإغاثة الفورية	37

38	تقدير المتطلبات الغذائية
39	التموين
39	الرصد
40	الفصل السادس : تدبير إمدادات الإغاثة الصحية
40	استغلال المخزون المحلي
40	اللائحة الوطنية للأدوية الأساسية
41	تقديم طلبات للحصول على المساعدة الدولية
42	إجراءات توسيم الشحنات وتعليمها
43	جرد وتوزيع الإمدادات الواردة
43	الأدوية المنتهية الصلاحية والمنتجات القابلة للتلف
45	الفصل السابع : تخطيط المستوطنات المؤقتة ومخيمات اللاجئين وتصميمها وإدارتها
45	تخطيط المخيمات والمستوطنات
45	إقامة المستوطنات والمخيمات
46	اختيار الموقع
46	تصميم المخيم
46	خدمات المخيم
48	الفصل الثامن : الاتصالات والنقل
48	الاتصالات
49	المواصلات
52	الفصل التاسع : إدارة المساعدة الدولية للإغاثة
52	منظمات الأمم المتحدة
52	المنظمات الحكومية
52	المنظمات اللاحكومية
53	الحصول على إغاثة دولية لمواجهة الكارثة
54	تنسيق الإغاثة الدولية لمواجهة الكارثة
55	المتطوعون
56	الفصل العاشر : إعادة تأسيس البرامج العادية
56	المشكلات الطويلة الأمد التي نتجت عن الكارثة
57	إعادة تأسيس الخدمات الصحية العادية
57	تقييم الأبنية والمرافق المتهدمة وترميمها وإعادة بنائها
58	الفصل الحادي عشر : الاستعداد للكارثة
58	تحليل التعرض
58	تأسيس آلية وطنية للتنسيق
58	تحضير الخطة الميدانية
60	تدريب العاملين في الصحة وتدريب الجمهور

الجزء الثالث : ملاحق

63	1 - منظمات خارجية تقدم الإغاثة الصحية
63	المنظمات التابعة للأمم المتحدة
64	منظمات من حكومات متعددة
65	المنظمات اللاحكومية
67	2 - المراجع

مقدمة

وُضِعَ هذا الدليل ليرجع إليه أصحاب القرار وكبارُ الإداريين المسؤولين عن تقديم الخدمات الصحية إثر حدوث الكوارث الطبيعية المفاجئة في البلدان النامية المعرضة لهذا النوع من الكوارث .

ويقدم هذا الدليل نبذةً عامةً عن المشكلات التي تنشأ عندما تعجز الموارد الوطنية عن مواجهة الكارثة ، ويعرض المعايير العامة التي ينبغي الالتزام بها عند اختيار إجراءات الإغاثة . ولا يدخل في مجال هذا الدليل شرح الجوانب التقنية للإجراءات المختارة للتنفيذ .

وتشمل الكوارث الطبيعية في هذا الدليل : الزلازل ، وتوران البراكين ، والفيضانات ، وأمواج المد ، والرياح المدمرة (الزوايع والأعاصير والعواصف) . وهو لا يشمل الكوارث التي هي من صنع الإنسان ، ولا المجاعات ، ولا القحط ولا الكوارث البطيئة ولا الأوبئة . ولا يهدف هذا الدليل إلى تقديم معلومات تقنية مفصلة ، بل يهدف إلى عرض الهيكل الذي يستطيع الإداري المسؤول أن يتخذ في إطاره قراراتٍ حكيمة وفعّالة حول إجراءات الإغاثة . ويقتصر هذا الدليل على الفترة القصيرة التي تلي الكارثة مباشرة - الأسابيع الثلاثة أو الأربعة الأولى - ولا يتعرض لمشكلات إعادة البناء والتأهيل على المدى البعيد . كما لم يقصد به التحسُّب لكل ظرف . ومن الضروري إجراء بعض التعديلات على الأساليب المقترحة فيه بحيث تفي بالحاجات المَحَلِّيَّة . ومن المأمول أن يكون هذا الدليل بمثابة إطار عام لوضع كتيِّبات إرشادية وطنية تلائم الظروف المحلية . وينبغي التأكيد على أن من واجب القطاع الصحي العمل ضمن الإطار والأولويات التي تحددها السلطات العليا في هذه الفترة ، وأن من الممكن إعطاء أولوية أكبر للقطاعات الأخرى .

ويقسم هذا الدليل إلى قسمين ؛ يقدم الأول ملخصاً للخبرة في مشكلات الصحة العمومية التي يشيع حدوثها في أعقاب الكوارث الطبيعية ؛ بينما يتناول القسم الثاني ، وهو الأطول ، عدداً من الموضوعات الصحية الرئيسية المحددة والإجراءات الخاصة بالإغاثة .

شكر وتقدير

يرجع الفضل في ظهور هذا الكتاب إلى الإسهام المنطوي على المقدرة والكفاءة والتفاني من قبل الدكتور جون سيمين ، كبير المسؤولين العلبين في منظمة حياة الطفل في لندن الذي وضع مسودات، نصوصه التمهيدية ، وراجعها .

كما ندين بالشكر أيضاً للكثيرين من الناس من داخل منظمة الصحة العالمية ومن خارجها ، لملاحظاتهم القيمة وانتقاداتهم المبنيّة على خبرة طويلة الأمد ، ونحن ممتنون بشكل خاص لكل من منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسف) ومراكز مكافحة الأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية ، ورابطة جمعيات الصليب الأحمر ، والصليب الأحمر الأمريكي ، ومركز بحوث وبائيات الكوارث في بلجيكا ، وللكثيرين من الأفراد ذوي الخبرة في البلدان المعرّضة للكوارث ، والذين ساهمت تعليقاتهم في إعادة النظر الموسّعة في فصول عديدة من هذا الكتاب . كما نقدّم الشكر أيضاً لكل من الدكتور ك . ف دي غوا والسيد د . دونالدسون من منظمة الصحة لعموم أمريكا والدكتور ف . بولي من مراكز مكافحة الأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية لمراجعتهم المفصلة والقيمة للمسودات والتحضير المخطوطة .

وقد كان للمساهمات القيمة والملاحظات التي قدّمها جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية وخاصة مكتب عمليات إغاثة الطوارئ التابع لمنظمة الصحة العالمية في جنيف دور كبير في إفساح المجال لمعالجة المشكلة على النطاق العالمي

وقد استُمدّت مادة البحث وأفكاره من مصادر كثيرة ، ولكن بشكل خاص من الكتب التالية التي تعدّ من المتممات الأساسية لهذا الدليل :

1. de Ville de Goyet, C., J. Seaman, and U. Geiger. *The Management of Nutritional Emergencies in Large Populations*. Geneva, World Health Organization, 1978.
2. *The Selection of Essential Drugs; Report of a WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization, 1979. (WHO Technical Report Series 641.)
3. Protein-Calorie Advisory Group of the United Nations System. *A Guide to Food and Health Relief Operations for Disasters*. New York, United Nations, 1977.
4. Assar, M. *A Guide to Sanitation in Natural Disasters*. Geneva, World Health Organization, 1971.

وتوجد عناوين إضافية للقراءة في الملحق 2 .

القسم الأول
أثار الكارثة
على الصحة،
ومدخل إلى الإغاثة

نظرة عامة

كثيراً ما يُعتقد أن الكارثة لا تقتصر على إحداث وفيات واسعة النطاق بل تتعدى ذلك لتسبب تمزقاً اجتماعياً جسيماً وفاشيات لأمراض وبائية ومجاعات تجعل الناجين منها معتمدين اعتماداً كاملاً على الإغاثة الخارجية . وقد أدت المراقبة المنهجية لآثار الكارثة على صحة الإنسان إلى نتائج مختلفة بعض الشيء سواء فيما يتعلق بآثار الكارثة على الصحة أو فيما يتعلق بأكثر طرق تقديم الإغاثة فعالية ، وعلى الرغم من أن كل كارثة تتفرد بإصابتها منطقة تختلف عن غيرها في الخلفية الاجتماعية والطبية ، والاقتصادية ، فهناك أوجه شبه بين جميع الكوارث ، وستساعد معرفة أوجه الشبه هذه في الوصول إلى التدبير الأمثل للإغاثة الصحية ، والاستخدام الأمثل للموارد (انظر الجدول 1) . ويمكن أن تُلاحظ النقاط التالية :

(1) ثمة علاقة بين نمط الكارثة وبين تأثيرها على الصحة ، ويكون هذا الأمر صحيحاً بشكل خاص في أثرها الفوري في إحداث الأذيات ، فالزلازل تؤدي بشكل دائم إلى إصابات كثيرة تحتاج للرعاية الطبية ، بينما لا تؤدي الفيضانات أو الأمواج العالية إلا إلى إصابات قليلة نسبياً .

(2) بعض التأثيرات تتمثل في الاحتمال أكثر مما تمثل في مهديد الصحة الذي لا سبيل إلى تجنبه ؛ فعلى سبيل المثال ؛ قد تؤدي تحركات السكّان والتبدلات البيئية الأخرى إلى ازدياد خطر انتقال المرض ، على الرغم من أن الأوبئة لا تنتج ، بشكل عام عن الكوارث .

(3) إن احتمالات الخطر الصحية ، الفعلية منها والمحتملة بعد الكارثة لا تحقق جميعاً في الوقت ذاته ؛ بل تميل للظهور في أوقات مختلفة ، وتباين أهميتها تبعاً للكارثة وللمنطقة المتضررة . فالإصابات تقع في

الجدول 1 : التأثيرات القسرية المدى للكوارث الطبيعية الكبرى

التأثير	الزلازل	الرياح العالية (بدون فيضانات)	أمواج المد مع فيضانات مفاجية	الفيضانات
الوفيات	كثيرة	قليلة	كثيرة	قليلة
أذيات شديدة تتطلب عناية مركزة	مدمرة	متوسطة	قليلة	قليلة
ازدياد خطر الأمراض الأمورية	احتمال الخطر عقب الكوارث الكبيرة (يزداد الاحتمال بالازدحام الشديد وتدهور الإصحاح)			
قلة الغذاء	نادرة	نادرة	شائعة	شائعة
نزوح سكاني واسع النطاق	نادرة	نادرة	شائعة	شائعة
	(قد تحدث لأسباب أخرى غير نقص كمية الغذاء)			
	(قد تحدث في الأماكن الحضرية ذات الدمار البالغ)			

وقت وقوع الكارثة وفي مكانها ، وتتطلب رعاية طبية عاجلة ، بينما يحتاج خطر ازدياد انتقال المرض إلى وقت أطول ، ويكون أكثر شدة في مناطق الأزدحام وحيث يكون هناك تدهور في معايير الإصحاح .

(4) أما الحاجات التي تخلفها الكارثة إلى الغذاء والمأوى والعناية الصحية الأولية فلا تكون شاملة في العادة ، إذ يقوم ، حتى النازحون أنفسهم ، في الغالب بإنقاذ ، بعض ضروريات الحياة الأساسية ، كما أن الناس يتخلصون ، على العموم ، بسرعة من التأثير المباشر لصدمتهم وينهمكون بسرعة في عمليات البحث والإنقاذ ونقل المصابين وفي الأنشطة الخصوصية الأخرى المتعلقة بالإغاثة .

ومن هنا كان التدبير الفعّال للإغاثة الصحية يعتمد على تَوَقُّع المشاكل والتعرُّف عليها فور ظهورها ، وإيصال المواد النوعية في الوقت المحدد بدقة إلى المكان الذي تشتدّ فيه الحاجة إليها . أما القدرة على نقل أكبر كمية من الإمدادات وأكبر عدد من العاملين إلى منطقة الكارثة فأقل أهمية من ذلك بكثير .

المشاكل الصحية الشائعة في جميع الكوارث

ردود الفعل الاجتماعية

من النادر أن يقتصر السلوك بعد الكارثة الكبيرة على انتشار الهلع أو الانتظار المذهول ، إذ لا يكاد الناجون يفقون من صدمتهم الأولى حتى يشرعوا في عمل فردي تلقائي ولكنه يتسم بقدر عالٍ من التنظيم ، ويأخذون في تحقيق أهداف واضحة ، بحزم وعزم . فالناجون من الزلزال كثيراً ما يباشرون أنشطة البحث والإنقاذ بعد دقائق من حدوثه ، وما أن تمر بضع ساعات إلا وقد نظّموا أنفسهم في جماعات لنقل المصابين إلى المراكز الطبية . ولا يحدث النشاط المعادي للمجتمع مثل السلب أو النهب إلا في ظروف استثنائية .

وعلى الرغم من أن كل فرد يعتقد أن لردود أفعاله العنوية ما يبرّرها تماماً ، فقد يكون لتلك الردود دور يلحق الضرر بالاهتمامات الرفيعة للمجتمع ، ومثال ذلك أن التنازع بين الأدوار لدى فرد معين ، من حيث كونه رباً للعائلة من جهة وموظفاً صحياً من جهة أخرى كان يؤدي في بعض الأحيان إلى تأخر بعض المسؤولين ذوي المراكز المهمة في الإغاثة عن الالتحاق بعملهم ريثما يتم تأمين سلامة أقربائهم .

وقد تكثر الشائعات ، ولاسيما عن وقوع أوبئة ، فتواجه السلطة ضغطاً كبيراً قد يدفعها للقيام بأعمال إغاثة ليس لها ما يبرّرها تقنياً ، كالتلقيح الجماعي ضد الحمى التيفية أو الكوليرا ، كما أن الناس قديمتمتعون عن تنفيذ إجراءات الإنعاش التي تعتقد السلطة أنها ضرورية . فبعد الزلازل ، أو قبل حدوث فيضانات متوقعة قد يقاوم الناس ، عمليات الإخلاء - على سبيل المثال - حتى لو كانت منازلهم قد دُمّرت تماماً أو كانت عرضةً للتدمير .

ويترتب على هذه النماذج من السلوك أمران رئيسيان بالنسبة لصانعي القرارات الخاصة ببرامج الإغاثة ، أولهما أن : من الممكن تحديد أو تعديل نماذج السلوك ومتطلبات الإغاثة وذلك بإطلاع السكّان على التطورات على نحو مستمر ، وبالحصول على المعلومات الضرورية قبل البدء ببرامج الإغاثة أو توسيعها . وثانيهما : إنّ السكّان أنفسهم سيقومون بأكثر أعمال الإنقاذ والإسعاف الأولي ، ونقل المصابين إلى المستشفيات في حال توفرها ، وبناء ملاجئ مؤقتة ، وتنفيذ المهام الأساسية الأخرى ، وبذلك يتم توجيه الموارد الإضافية لسد احتياجات الناجين من الكارثة التي لا يستطيعون تلبيةها بأنفسهم .

الأمراض السارية

لا تؤدي الكارثة في العادة إلى فاشيات من الأمراض المعدية ، على الرغم أنها قد تزيد ، في بعض الظروف الخاصة ، من إمكانية انتقال المرض . وأكثر حالات زيادة الأمراض التي تلاحظ تواتراً تنشأ عن تلوث الماء والطعام بالغاائط ، ومن هنا كان معظم هذه الأمراض معويًا .

ويتناسب احتمال خطر حدوث أمراض سارية وبائية طرداً مع كثافة السكان ومع حجم النزوح ، وهما الأمران اللذان يزيدان العبء على الماء والطعام وما قد يسببه من ازدياد خطر التلوث ، كما يحدث في مخيمات اللاجئين ، وفي حالة تعرض الخدمات الصحية الموجودة سابقاً للخراب مثل أنابيب المياه ، وقنوات التصريف وفي حالة العجز عن المحافظة على استمرار البرامج الصحية العامة في الفترة التالية للكارثة مباشرة .

أما على المدى الأبعد ، فقد يحدث ازدياد في وقوع الأمراض المحمولة على نواقل جراثيمية في بعض النواحي بسبب توقف جهود السيطرة على النواقل الجرثومية . فقد تزول آثار مبيدات الحشرات من المباني بالغسل ، وقد تزداد سواضح تكاثر البعوض . ومثال ذلك حدوث 75,000 حالة ملاريا في هايتي في الأشهر الخمسة التي تلت إعصار 3-4 تشرين الأول / أكتوبر ، 1963 .

حالات النزوح ، والتهجير السكاني

عندما تحدث تحركات سكانية كبيرة منظمة أو عفوية تنشأ عن ذلك حاجة ملحة إلى تقديم الإغاثة . فقد ينتقل الناس إلى مناطق حضرية لا يمكن لمرافقها العامة مواجهه احتياجاتهم مما يؤدي لازدياد في المراضة وفي معدل الوفيات . لهذا سجلت زيادة في الوفيات بلغت 6,000 في دكا ، بينغلاديش ، في أعقاب الفيضانات التي حدثت هناك عام 1974 . وإذا أدت الكارثة إلى دمار كبير في المساكن فقد تحدث تحركات سكانية كبيرة داخل المناطق الحضرية حين يبحث الناس عن مأوى لهم عند الأصدقاء والأقارب . فقد أظهرت عمليات المسح التي أجريت في المستوطنات والقرى المحيطة بها ناغوا في أعقاب زلزال 23 كانون الثاني / ديسمبر 1972 في نيكاراغوا أن 80 - 90 ٪ بالمئة من النازحين البالغ عددهم 200,000 كانوا يعيشون مع أقاربهم أو أصدقاءهم ، وأن 5 - 10 بالمئة منهم كانوا يعيشون في الحدائق العامة ، وساحات المدينة وقطع الأراضي الخالية ، بينما كان الباقون يعيشون في المدارس والأبنية الأخرى .

التعرض للمؤثرات المناخية

تعد المخاطر الصحية الناتجة عن التعرض للعناصر المناخية ضئيلة حتى بعد الكوارث الحادثة في البلدان الباردة ، ويبدو أن الموت بسبب التعرض للمناخ لا يشكل خطراً كبيراً على المجموعة السكانية ما دام أفرادها في ثياب غير مبللة وجيدة إلى حد معقول ، ويستطيعون العثور على وقاء من الرياح . ولذلك تختلف الحاجة لتقديم المأوى في حالات الطوارئ اختلافاً كبيراً تبعاً للظروف المحلية ، وقد يكون ذلك ضرورياً لأسباب أخرى .

الطعام والتغذية

قد يظهر نقص منها في الفترة التالية مباشرة بعد الكارثة لسببين : أولهما أن تعرض مخازن الغذاء في منطقة الكارثة للدمار قد يؤدي لحدوث نقص في الكمية المطلقة للغذاء المتوافر . وثانيهما : أن اختلال نظم التوزيع قد يعوق إيصال الغذاء حتى في حالة غياب النقص المطلق ، ولا تحدث حالات نقص معممة في الغذاء تبلغ من الشدة ما يجعلها تسبب مشكلات تغذوية عقب الزلازل .

وكثيراً ما تلحق الفيضانات وحالات طفيان البحر الضرر بالمحاصيل ومخزونات الغذاء العائدة للأسر ، وتؤدي إلى تحلل في توزيعها ، مما يؤدي لتقص تحلل كبير فيها ؛ وكثيراً ما يعدّ توزيع الغذاء حاجة ملحة ، في المدى القريب ، على الأقل ، ولكن التوزيع على نطاقٍ واسع ليس ضرورياً دائماً .

الصحة العقلية

لا تشكل حالات القلق والعصاب والاكْتئاب مشاكل صحية عامّة حادّة وكبيرة عقب الكوارث : وتستطيع العائلة والجيران التعامل مع هذه الحالات مؤقتاً ، لذا فمن الضروري أن تُبدّل الجهود ، حيثما كان ذلك ممكناً ، للمحافظة على البنى الاجتماعية ، البنى الخاصة بالمجتمع المحلي . ويجب نهي الناس من الاستعمال العشوائي للمهدئات والمركبات خلال طور إغاثة الطوارئ ، أما في البلدان المتقدمة ، فإن مشاكل الصحة العقلية تعتبر ذات أهمية خلال مرحلة التأهيل وإعادة البناء على المدى الطويل وعندها قد يكون من الضروري معالجتها خلال هذا الطور .

المشكلات الصحية المتعلقة بنمط الكارثة

الزلازل

تؤدي الزلازل عادةً إلى وفيات كثيرة قد تصل لأكثر من 15 بالمئة من السكان ، بما تحدّثه من تحريب كبير ، كما تؤدي إلى إصابات تشمل عدداً كبيراً من السكان . ويتوقف عدد الخسائر ، بشكل كبير ، على ثلاثة عوامل : العامل الأول ويتعلق بنمط المساكن ، فالمنازل المبنية من اللبْن أو الأحجار الجافة تكون عادة ضعيفة المقاومة إلى حد بعيد حتى لو بلغ ارتفاعها طابقاً واحداً فحسب ويؤدي انهيارها في غالب الأحيان إلى وفيات وإصابات كثيرة . أما المنازل ذات التركيب الأخف ، وخاصة تلك المشيدة من هياكل خشبية ، فقد أثبتت أنها أقل أخطاراً إلى حد بعيد ، فبعد زلزال عام 1976 الذي حدث في غواتيمالا ، مثلاً ، نجد أن عملية المسح قد أظهرت في إحدى القرى التي يبلغ عدد سكانها 10577 نسمة ، أن كل الذين قتلوا وسددهم (78) شخصاً والمصابين إصابات بالغة كانوا من سكان المنازل المبنية من اللبْن ، بينما نجا جميع سكان المنازل الخشبية . والعامل الثاني : هو ساعة حدوث الزلزال . والعامل الثالث : هو كثافة السكان ، إذ يبدو أن العدد الإجمالي للوفيات يكون أكبر بكثير في المناطق المأهولة بكثافة كبيرة منها في المناطق الأقل كثافة . وقد وجد ، وعلى وجه التقريب ، أن نسبة عدد الموتى إلى عدد المصابين في أعقاب الزلازل تبلغ 1 إلى 3 إذا أخذت كنتيجة للصدمة الأولية .

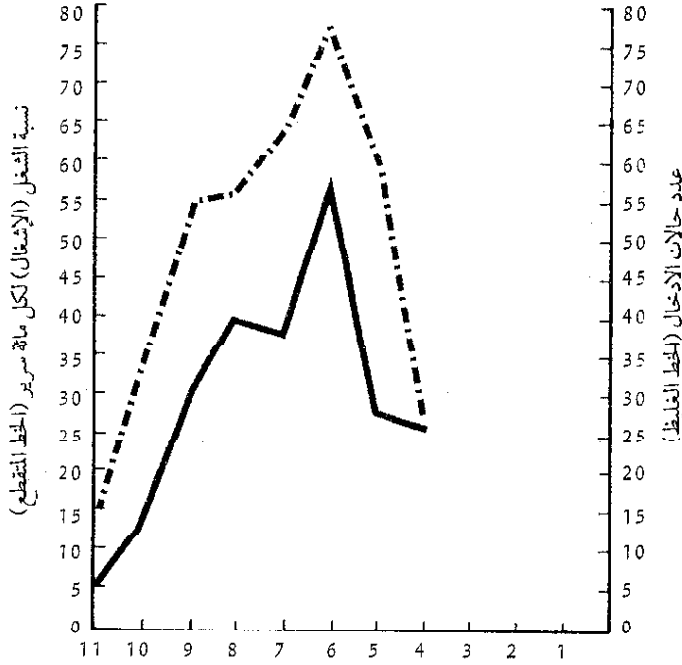
وهناك تباين شاسع داخل المناطق المصابة بالكارثة ، فقد يصل معدل الوفيات إلى 85 بالمئة أحياناً في القرى القريبة من المركز السطحي للزلزال ، وعلى سبيل المثال قتل 11,000 من مجمل السكان البالغ عددهم 13,000 إثر الزلزال الذي وقع في أيلول / سبتمبر 1978 في تاباس - كولشان - (إيران) ، وتقل نسبة عدد الموتى إلى عدد المصابين ، بازدياد بعدهم عن المركز السطحي للزلزال ، وتكون بعض فئات العمر أكثر عرضة للإصابة من غيرها ، فالباغون ذوو اللياقة البدنية أقل عرضة للإصابة من صغار الأطفال ومن الشيوخ الذين لا يتمتعون بالقدرة الكافية على حماية أنفسهم .

وبعد وقوع الزلازل قد تحدث كارثة ثانوية تزيد من عدد الإصابات التي تتطلب العناية الطبية ، والتاريخ يشهد أن الخطر الأكبر كان ينشأ من النار أما في الوقت الحاضر فإن الحرائق التالية للزلازل والمسببة لإصابات كتلية تعدّ أمراً نادراً .

ولا يتوقّف إلا القليل من المعلومات عن أنواع الإصابات الناتجة عن الزلازل ، ولكن إذا صرفنا النظر عن عدد الإصابات فالنموذج الأكثر انتشاراً منها ، هو عدد كبير من المصابين المترافقة بجروح طفيفة وكدمات ،

بينما تعاني مجموعة أصغر من كسور بسيطة ، وهناك مجموعة ثالثة أفرادها مصابون بكسور متعددة وخطرة أو إصابات داخلية تتطلب الجراحة أو المعالجات المكثفة الأخرى ، فبعد زلزال عام 1968 الذي وقع جنوب خراسان ، (بإيران لم يتطلب أكثر من 368 شخصاً (يشكّلون نسبة 3,3 بالمائة) من مجموع المعالجين بخدمات الطوارئ والبالغ عددهم 11,254 الرعاية داخل المُستشفيات .

ويظهر معظم الاحتياج للخدمات الصحية خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى ، ولا يظهر المصابون في المرافق الطبية إلا خلال الأيام الثلاثة أو الخمسة الأولى ، وبعد ذلك تعود أنماط الحالات إلى الوضع المعتاد تقريباً ، ويظهر مثالاً جيد على الأهمية الحاسمة لتوقيت الرعاية الخاصة بالطوارئ في الشكل 7 الذي يبين



الأيام التالية لتأثير الكارثة

الشكل 7 : حالات الإدخال ومعدل إشغال السرير في المستشفى الميداني في شليبا لتينانغو - غواتيمالا - 1976

عدد حالات الإدخال إلى مستشفى ميداني بعد زلزال عام 1976 في غواتيمالا ؛ ونلاحظ الهبوط الشديد في عدد حالات الإدخال منذ اليوم السادس فصاعداً رغم الجهد المُركّز في المناطق الريفية البعيدة من أجل تحريّ الحالات .

ويمكن أن يظهر المرضى على موجتين ؛ تتألف الأولى من الإصابات الواردة من المنطقة المحيطة مباشرة بالمرفق الطبي ، بينما تتألف الثانية من إحالات قادمة من مناطق أبعد ، بعد تنظيم عمليات الإغاثة .

الرياح المدمّرة

لا تسبّب الرياح المدمّرة كثيراً من الوفيات أو الإصابات مالم تترافق أو تتضاعف بكوارجث ثانوية مثل الفيضانات ، وطفيان البحر الذي يرافق الرياح العاتية في كثير من الأحيان . فقد ؛ أدّى الإعصار الأجوف الرئيسي في عام 1974 الذي دمر معظم مدينة داروين في استراليا ، وهي مدينة يبلغ تعداد سكانها 45,000

نسمة ، إلى 51 حالة وفاة فقط وإلى مجموع إجمالي لحالات الإدخال للمشفى مقداره 745 ، كان سببه في 110 من الحالات ، التمزقات الشديدة ، والرضوح الأخرى المعتدلة الشدة نسبياً ، وسيحدّ الإنذار الفعّال قبل حدوث مثل هذه العواصف من المراضة ومعدل الوفيات ، وستكون معظم الإصابات عادية يسيرة .

الفيضانات المفاجئة وطفيان البحر :

وهذه قد تؤدي إلى وفيات كثيرة ولكنها لا تخلف سوى عدد قليل من الإصابات الفادحة ، ويُعدّ الغرق أهم سبب للوفاة ، وهو الأكثر شيوعاً بين أضعف الأفراد ، فالإحصار المتراقق بطنيان بحري الذي أصاب مدينة أندھرا برادشن (في الهند) التي يبلغ عدد سكانها 700,000 نسمة في تشرين ثاني / نوفمبر 1977 قتل ما لا يقل عن 10,000 شخصاً ، ولكنه لم يخلف أكثر من 177 حالة إصابة عظيمة (معظمها تتمثل في كسور في الساعد أو في الساق) احتاجت إلى إخلاء .

الفيضانات

تسبب الفيضانات البطيئة عدداً محدوداً من الإصابات والوفيات وقد سُجِّلَت زيادة طفيفة في الوفيات الناجمة عن لدغ الأفاعي السامة إلا أن ذلك لم يُوَكَّد تماماً ، كما أن الإصابات الرضحية الناجمة عن الفيضان لا تحتاج إلا إلى رعاية طبية محدودة .

القسم الثاني
إجراءات إعانة
الطوارئ

الفصل الأول

تنسيق أنشطة الإغاثة الوطنية وتقييم الاحتياجات الصحية

اللجنة الوطنية للطوارئ

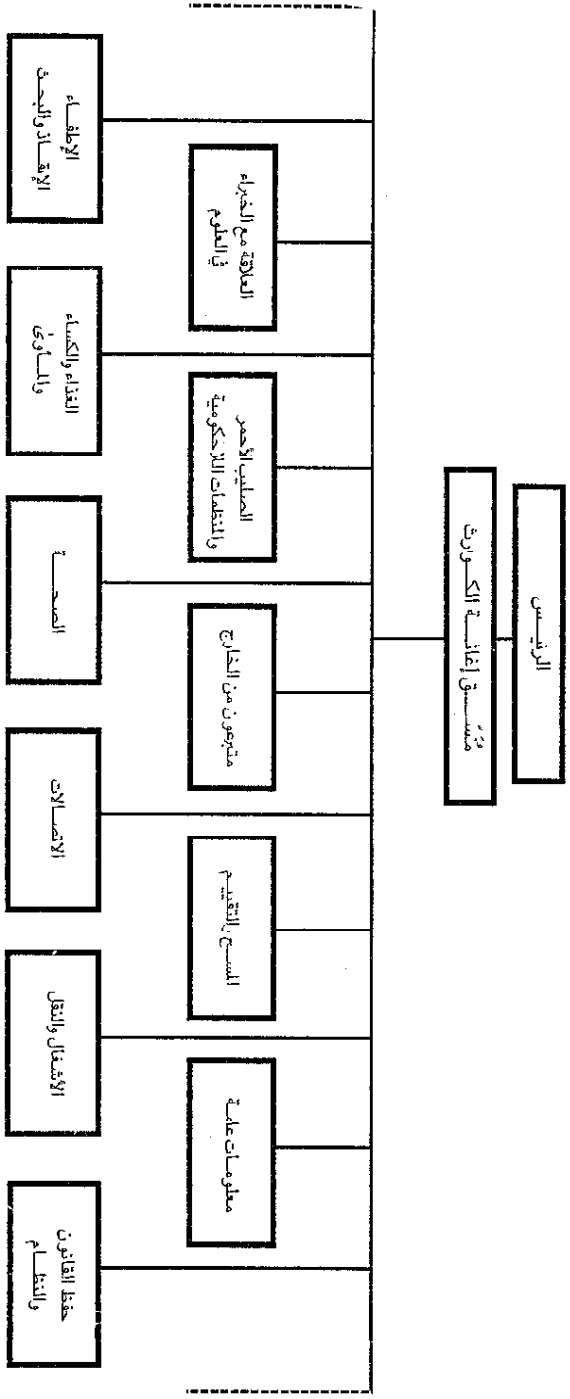
بعد حدوث كارثة طبيعية تجري تعبئة جميع موارد البلد ، وكثيراً ما توضع تحت إدارة سلطة وطنية واحدة وفقاً للتشريعات الخاصة بالطوارئ المتسدة سلفاً .
وتتولى اللجنة الوطنية للطوارئ ، أو وكالة الدفاع المدني الملحقة برئاسة الجمهورية أو وزارة الدفاع أو وزارة الداخلية مهام التنسيق الشامل ، وقد يقع على عاتقها أحياناً قيادة فعاليات الطوارئ المتعلقة بالصحة .
والأرجح أن يتم تنظيم لجنة الطوارئ كما هو موضح في الشكل 2 . ويعكس نمط تنظيمها في كل بلد البنية الإدارية والاجتماعية والسياسية الخاصة بذلك البلد . ومن الممكن أن تقع المسؤولية النهائية عن المعدات مثل المركبات الثقيلة ، والاتصالات عن بعد ، وسلطة طلب أو قبول المساعدات الخارجية ، وإصدار التقارير الإخبارية عن الشؤون الصحية على كاهل جهة خارج نطاق القطاع الصحي .

مُنسِّقُ الإغاثة الصحية

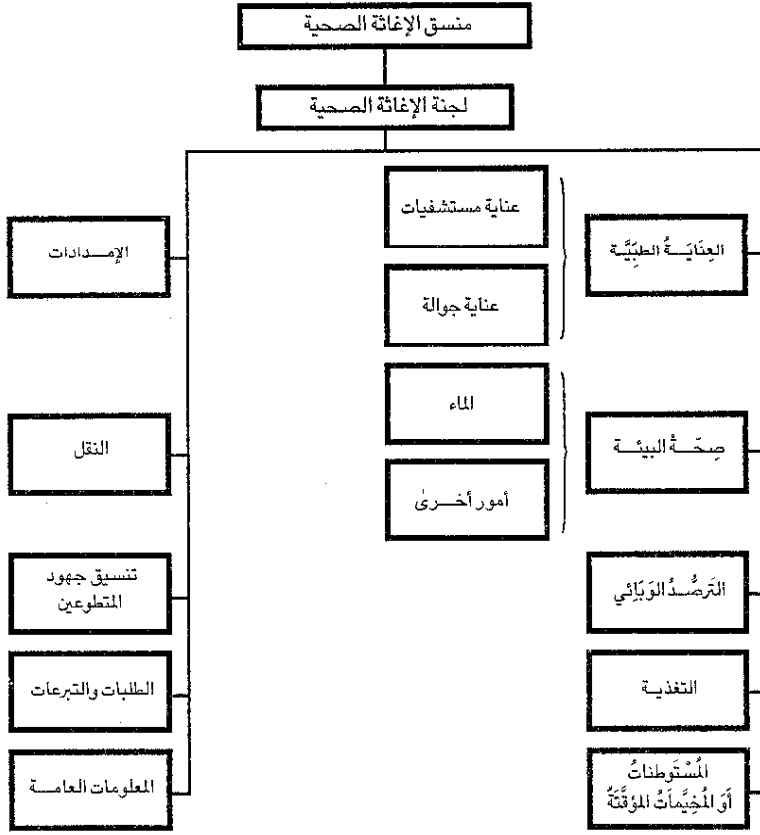
من الضروري إنشاء نقطة مركزية واحدة للتنسيق ضمن القطاع الصحي ، وذلك لضمان الاستخدام الأمثل لموارد الرعاية الصحية المتاحة لوزارة الصحة ، ولؤسسة الضمان الاجتماعي ، وللقوات المسلَّحة والقطاع الخاص . ويجب أن يكون مُنَسِّقُ الإغاثة الصحية مُعيَّناً حسب الأصول : قبل وقوع الكارثة ، كجزء من التخطيط قبل الكارثة ؛ وإذا لم تكن مثل هذه الخطوة متخذة من قبل فيجب تعيين موظف كبير لتمثيل القطاع الصحي في لجنة الطوارئ ليدبر أنشطة القطاع الصحي للإغاثة ، يرشد أولوياته ، ويدلي بتصرُّحات صحفية واضحة ، ويوافق على طلبات التعاون الخارجية ، ويقبل أو يرفض عروض المساعدة .

لجنة الإغاثة الصحية

يتطلب التنسيق بين جميع مكوّنات القطاع الصحي ، الخاصة منها والعامّة - تأسيس لجنة صغيرة تساعد المنسق ، فممثلو الهيئات الحكومية الكبيرة التي تقدّم الرعاية الصحية ، وممثلو الصليب الأحمر ، والوكالات التطوّعية ، وأحياناً ممثّلو المجتمع الدولي ، يلتقون دورياً أو بشكل مستمر لتقديم المشورة للمنسق ، ولإيجاد تكامل بين فعاليات وكالاتهم وبين جهود الإغاثة الشاملة والتأهيل .
ويوضح الشكل 3 مختلف النواحي الوظيفية التي ينبغي على المنسق وعلى اللجنة إدخالها في الحسبان عند تنظيم عمليات الإغاثة ، إذ لابد من دمج أنشطة عديدة مثل المواصلات ، والإمدادات وتنسيق جهود المتطوعين مع جوانب الأنشطة الموازية لها في اللجنة الوطنية للطوارئ (الشكل 2) فعلى سبيل المثال ، ستسبل وحدة النقل الصحية جنباً إلى جنب مع الإدارة الخاصة بالنقل في اللجنة الوطنية للطوارئ وتحت إشرافها .



الشكل 2 : تنظيم لجنة الطوارئ الوطنية



الشكل 3 : تنسيق أنشطة الإغاثة الصحية

تقييم الاحتياجات : الأهداف

أهداف كانت، المشكاة الإدارية الرئيسية في عمليات الإغاثة السابقة تتمثل في كتابة التقارير المتعارضة والمبالغ فيها في كثير من الأحيان عن مدى الكارثة . وأثارها ومن الضروري توفير المعلومات الحقيقية لتحقيق الأهداف الرئيسية الثلاثة : تحديد السكان المصابين واستعراض احتياجاتهم غير المتوفرة ، وتوقعها ، ويمكن إنجاز ذلك بتقييم مدى التلّف ، والموارد البشرية والمادية المحلية المتوافرة . واستعراض الأخطار الصحية الثانوية المحتملة الوقوع . ويحتاج منسق الإغاثة الصحية إلى المعلومات التي تضمن متابعة مجتمع الإغاثة الدولي لتغيّرات الوضع لكي تتجاوب على النحو الملائم ، كما تمكنه من تزويد وسائل الإعلام الوطنية والدولية بحقائق مؤكّدة وتجنّب التقارير غير الثابتة (مثل تقارير عن فاشية مرضية قد تثير استجابات غير ملائمة) وتمكّنه من مواصلة اطلاع السكّان المحليين على الخدمات المتأاحة وتمكّنه آحر الأمر من دحض الشائعات ومواجهتها .

نمط المعلومات

بظهر الشكلاان 4 ، 5 التغيرات المحتملة الوقوع في الاحتياجات وفي أولويات الإغاثة في فترات مختلفة بعد حدوث الزلازل والفيضانات ، على التوالي . وتمثل المتطلبات الرئيسية الخاصة بمعلومات إغاثة الطوارئ التي تُعقَّب الأنماط المختلفة من الكوارث فيما يلي : (1) جغرافية المنطقة المصابة ، تقدير عدد السكان ، وتوزعهم ضمن المنطقة المصابة . (2) حالة المواصلات (الجوية ، والسكك الحديدية ، والطرق) ونظم الاتصالات . (3) توفّر الماء الصالح للشرب ، مستودعات الغذاء ، والمرافق الصحية ، والمأوى . (4) عدد الإصابات . (5) حالة المستشفيات وطاقتها ، وحالة المرافق الصحية الأخرى في المنطقة المصابة وطاقاتها ، واحتياجاتها من الأدوية الخاصة ومن العاملين الصحيين . (6) عدد وموقع الناس الذين نزحوا بعيداً عن بيوتهم ؛ إلى المناطق الحضرية أو إلى جوانب الطرق أو إلى البقاع العالية . (7) تقدير أعداد الموتى والمنفقين ، ولا يكون لهذا الأمر سوى أولوية ضئيلة هندسياً يتركز الاهتمام على تقديم الخدمات الأساسية للناجين من الكارثة .

وخلال الأيام القليلة الأولى ، سيمثل تقديم الإغاثة الفورية وجمع المعلومات نشاطين متزامنين . بمجرد تلبية احتياجات الإغاثة الملحة ، يمكن جمع المعلومات حول موضوعات نوعية لتحديد أولويات أخرى للإغاثة .

المعلومات الأساسية

وسيكون مما ييسر جمع المعلومات وتفسيها أن تكون المعلومات الأساسية محفوظة بشكل مختصر وفي صورة قريبة المتناول (كأن تُعرض في شكل خرائط إذا أمكن) وذلك كجزء من خطة ما قبل الكارثة . ويجب أن توضّح هذه المعلومات حجم وتوزّع السكان في المنطقة ، والخطوط الرئيسية للاتصالات والعالم الطبوغرافية ، وتوزّع المرافق الصحية وخدماتها مع الإشارة إلى تلك المرافق المعرّضة بشكل خاص للكوارث الطبيعية بالاستناد إلى تحديدات واردة في دراسات هندسية سابقة ، وإلى مواقع مخزونات الأغذية والأدوية ، في مخازن الحكومة ، ومخازن بيع الجملة ، والوكالات الدولية ، والوكالات التطوعية الكبيرة ، فالشخصيات الرئيسية العاملة حالياً في الإغاثة ، ومواقع المناطق التي يحتمل إخلالها .

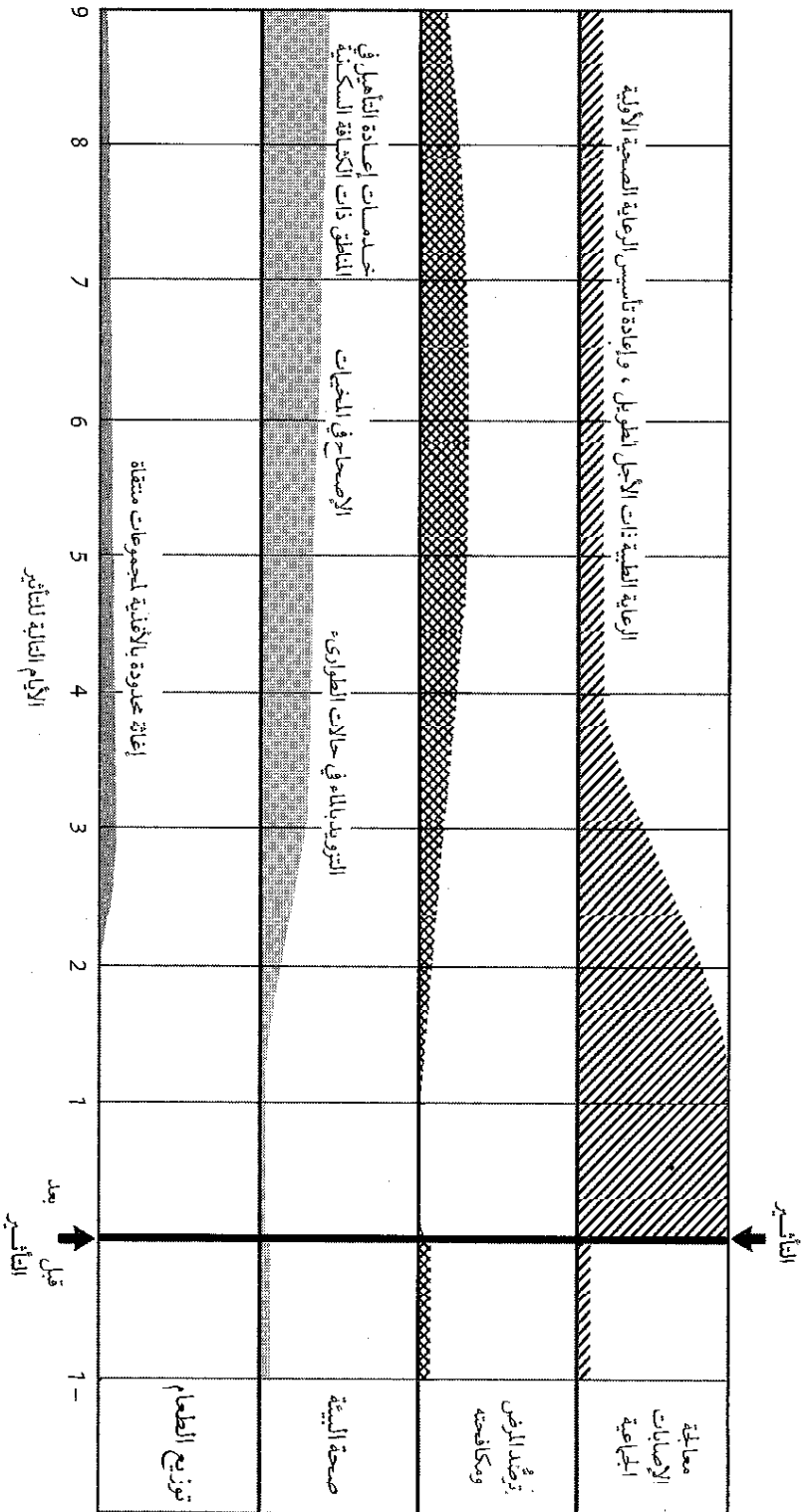
طرق جمع المعلومات بعد وقوع الكارثة

يمكن الحصول على المعلومات بأربع طرق : المراقبة الجوية (طائرات خفيفة ، وحوّامات ، وأقمار صناعية) . والتقارير المباشرة من المجتمع المحلي وعمال الإغاثة . ونظم رفع التقارير النظامية حول مواد نوعية ، من المعلومات . وعمليات المسح .

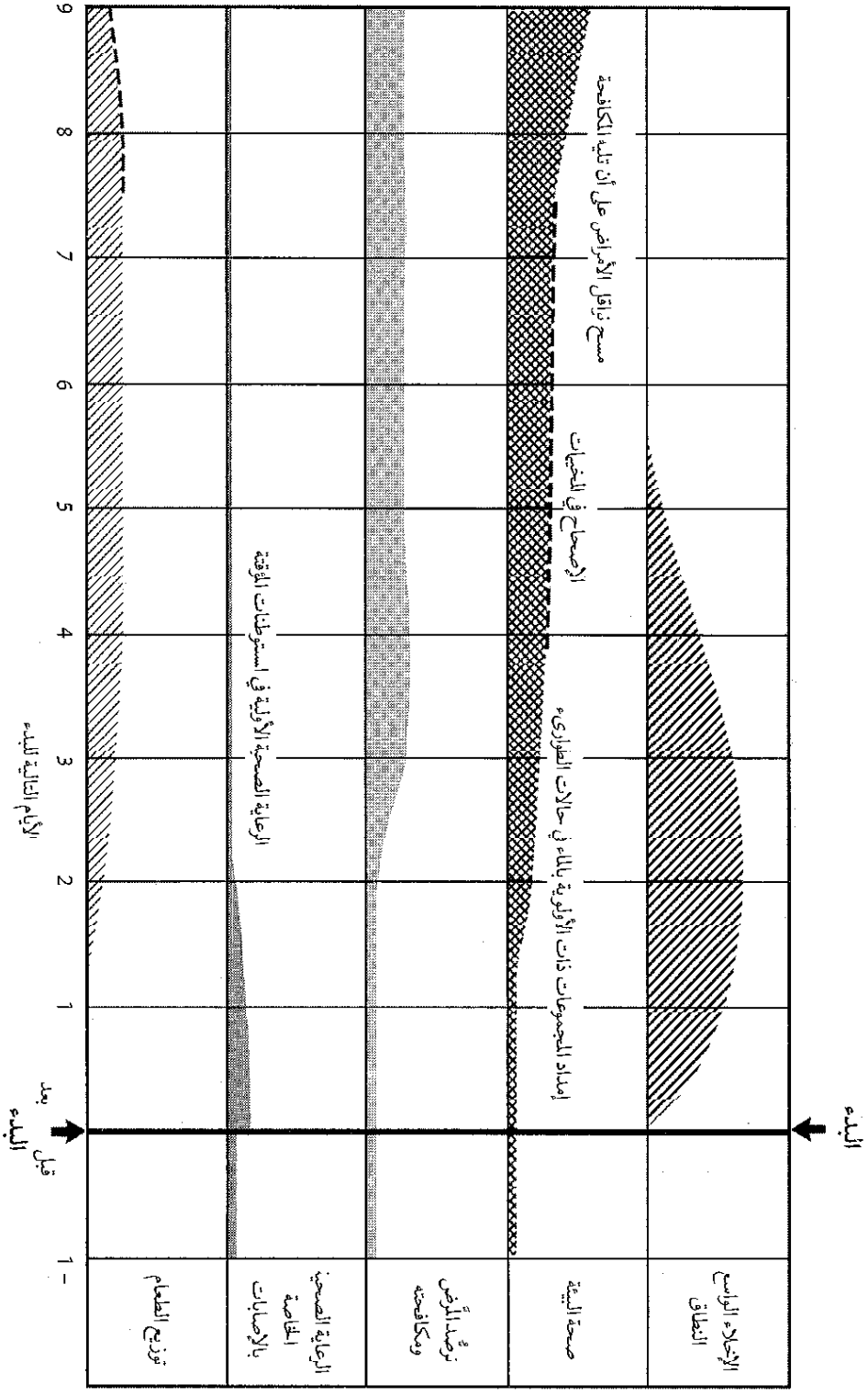
المراقبة الجوية

إذا توفّرت طائرة خفيفة ، أو حوّامة ، فإن الطيران على ارتفاع منخفض يمكن أن يزود بمعلومات سريعة عن المدى الجغرافي للخراب ، وعن الأضرار الكبيرة التي أصابت الجسور والطرق وخطوط الاتصال الخاصة الأخرى ... إلا أن فائدة هذه المعلومات محدودة في تحديد الاستطاعة العملية للمرافق ، وفي تحديد الدمار الذي أصاب المنشآت الموجودة تحت الأرض . وللحوّامات مرونة كبيرة ، وعلى العاملين الصحيين أن يحاولوا استخدامها في مرحلة مبكرة لتقييم الاحتياجات .

إن التصوير بالأقمار الصناعية أو بالطيران العالي ذو فائدة محدودة في التزويد بمعلومات صحية في الأسابيع الأولى التالية للكارثة . وعلى الرغم من أن هذه التقنية تتغير بسرعة لتصبح أكثر مرونة ، فإن تطبيقها الرئيسي على ما يبدو سيكون في التخطيط قبل الكارثة مثل رسم خريطة لمنطقة الفيضانات ، وفي تحصيل المعلومات المتعلقة باعادة البناء على المدى الطويل .



الشكل رقم 4 : الحاجات والأولويات المتغيرة بعد حدوث الزلزال .



النموذج رقم ٤ : المخيمات المتغيرة والأولويات التي تلي الفيضانات ومضيان البحر

تقارير من المجتمع المحلي ومن العاملين بالإغاثة

تُرَدُّ التقارير من قادة المجتمع المحلي والإداريين ، والسلطة المحلية ، ولكن هذه التقارير كثيراً ما تنطوي على أخطاء هامة ، إذ تُنقصها المعلومات عن المجتمعات المعزولة المتعرّضة لأضرار فادحة .

وفي بعض الأحيان لا تتوافر لدى هؤلاء إلا القليل من المعلومات الدقيقة ، فبالغون في تقدير أهميتها أو يبالغون في تقدير إلحاح بعض الاحتياجات ، وحيثما تشعر لجنة الإغاثة الصحية بشكٍّ له ما يبرره يجب عليها عدم قبول الطلبات الواسعة النطاق للإغاثة على ما هي عليه ، بل ينبغي أن تحاول الكشف عن سبب القول بوجود كل حاجة خاصة على وجه التحديد ، كما يجب إصدار التعليقات لكل فرق الإغاثة التي ترسل إلى المجتمعات المحلية المتضررة بتقديم المعلومات الأساسية عن احتياجاتها الصحية ، وعن قدرتها على مواجهة تلك الاحتياجات .

الإصدار المنتظم للتقارير من قبل المرافق الموجودة

في المناطق التي يمكن فيها إعادة إنشاء الاتصالات بسرعة ، ينبغي البحث عن المعلومات مباشرة من المراكز الإدارية ، والمستشفيات العامة والخاصة والوكالات التقنية الأخرى ، حول الرعاية الطبية الفورية ، والماء ، والطعام ، واحتياجات الإصحاح .

وإذا كان من المتوقع حدوث أعداد كبيرة من الإصابات ، يجب البدء بجمع تقارير يومية ، على سبيل المثال ، من المرافق الصحية الرئيسية ، وبالسعة الممكنة بعد وقوع الكارثة ، وذلك لإثبات قدرتها على مواجهة الأعباء والحاجة المتزايدة للدعم . ولابد من استخدام تصميم نموذجي للإبلاغ يستعمل من قبل جميع الأقسام في كل الوكالات (وزارة الصحة ، ومؤسسة الضمان الاجتماعي ، والقوات المسلحة ، والمنظمات التطوعية ، والقطاع الخاص) ، ويجب أن تحتوي المعلومات المجموعة على عدد الإصابات التي تُرَدُّ للمعالجة كل يوم ، وعدد المرضى الآخرين ، وعدد حالات الإدخال ، وعدد الأسرة الشاغرة ، وعدد الوفيات . ويجب عرض عدد الحالات والإدخال حسب فئات العمر والتشخيص من دون تحديد ضيق .

كما يجب بيان المواد الأساسية التي لا تتوافر منها مؤونة كافية مثل حصص الصب ، وأفلام الأشعة ، وبعض الأغذية النوعية ، والماء ، ومشكلات التزوّد بالطاقة ، وكما سيلاحظ في الفصل الثالث الذي يبحث في ترصد المرض ، تُعدُّ التقنيات البوائية ذات أهمية خاصة في جمع وتقييم هذه المعلومات .

عمليات المسح

لا يمكن الحصول على معلومات موضوعية وكمية حول احتياجات صحية معينة إلا بعمليات المسح المنهجية ، وإذا لم تكن المصادر المتوافرة للمعلومات كافية ، أو غير دقيقة فيجب إجراء عمليات المسح الملائمة بأسرع ما يمكن . ويمكن تنظيم عمليات المسح بعد حدوث كارثة كبيرة بتقسيمها إلى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : مرحلة إجراء عمليات المسح البدئية السريعة التي تتناول الاحتياجات ، وتتم هذه المرحلة جَوَّياً بشكل عام ، ويتم بها الرسم الدقيق لحدود المنطقة المصابة بتفحص كل المناطق التي يَحْتَمِلُ إصابتها بالكارثة . وينبغي إجراء تقييم سريع للجوانب المادية للرعاية الصحية ، كالنقل ومرافق الاتصالات وحالة أنشطة الإغاثة . وستكون هذه المرحلة كافية لتحديد أنماط المشاكل الناتجة ، لكي يتم استخدامها أساساً

لتعبئة الأنشطة النوعية للإغاثة ، وتصميم عمليات مسح أخرى أكثر منهجية . وتقع مهمة إجراء هذا المسح البدئي على عاتق القوات المُسلَّحة . ويعتبر الاطلاع العميق على أحوال المنطقة التي تُجرى فيها عمليات المسح بالغ الأهمية ، كما تعد مساهمة المهنيين الصحيين في عمليات المسح مزية لها شأنها ، ولكنها لا تعد ضرورية ، ما لم تكن المعطيات ذات طبيعة تقنية بدرجة عالية ، بحيث لا يمكن جمعها من قبل الآخرين ، من غير المختصين .

وبشكل عام هناك صراعٌ بين الحاجة لتقييم كامل المشكلة ، وبين الحاجة للمساعدة الإنسانية العاجلة . والفرق بين هاتين الحاجتين يجب أن يُمنَع العاملون في التَّصُدُّ من تقديم الرعاية الطبية كلما كان ذلك ممكناً ، كما يجب تقديم المعونة الطبية الداعمة .

المرحلة الثانية : مرحلة إجراء مسح مُفصَّل متعدد التخصصات ، وينبغي أن يشمل هذا المسح كل المناطق المتضررة ، ويجب جمع بعض المعلومات التالفة وغير المتعلقة بالنجاة مباشرة وذلك من خلال إعداد النماذج والعينات التي ساعد الإحصائيون في تصميمها . فخلال الأيام الأولى يجب أن تتضمن عمليات المسح في المناطق المحددة تقييم عدد الإصابات وعدد الموتى ، وينبغي أن يكون مسح الاستبيانات الصحية جزءاً من رعاية الطوارئ بحيث يستطيع فريق المسح استدعاء المساندة الطبية الفورية ؛ أما المعلومات المجموعة فيجب أن تشمل : (1) العدد الكلي للإصابات . (2) عدد من يحتاج للإخلاء ، فئاتهم التشخيصية الرئيسية . (3) عدد المحتاجين للمعالجة المحلية . (4) توافر الإمدادات الصحية الضرورية والعاملين الصحيين . (5) العناية التلوية المستمرة التي قد يحتاجها المصابون الذين تلقوا المعالجة الخاصة بالطوارئ . (6) الحاجة لإمداد أو إعادة بناء المرافق الطبية المحلية .

وستحاول عمليات المسح المُفصَّلة تقييم تأثير الكارثة على نوعية الماء وتوافره ، وليس الهدف من ذلك تقييم النوعية المطلقة ، بل تقدير درجة التأثير الفوري لتعرض نظم التنزود بالمياه للدمار ، وأثر خدمات الإصحاح الأخرى في زيادة الأخطار الصحية عما كانت عليه في ظروف ما قبل الكارثة .

كما يجب تقييم الحاجة إلى الطعام والمأوى والملابس الواقية .

خلافاً لما كان عليه الحال في عمليات المسح البدئي السريع ، يبدو من الضروري هنا أن يُسهم في هذا المسح أكثر العاملين الصحيين المهنيين مهارة ، لأن خطط الإغاثة الرئيسية ستبنى على استنتاجاتهم ، ويجب اختيار واحد أو أكثر من أعضاء الفريق من المعروفين باطلاعهم الواسع على الظروف المحلية ، ولما كان من الضروري توافر الكفاءة التقنية العالية والخبرة السابقة في تقييم الكوارث ، فإن الاستعانة بعاملين دوليين أو إقليميين تبدو أمراً محتتماً في حال غياب الخبرات المحلية ، وينبغي على البلدان المحاوره حشد أمثال هذه الموارد قبل حدوث الكوارث على مبدأ التعاون التقني بين البلدان النامية .

ويجب إعطاء الأولوية المطلقة لنقل أفراد فريق المسح ، لأن التنافس بينهم وبين أنشطة الإغاثة الأخرى على وسائل النقل المتاحة سيزداد ، ويجب على وجه التحديد ، تخصيص أمكنة لفريق المسح في جميع وسائل المواصلات الخاصة بالإغاثة إذا لم يكن لفريق المسح وسائله الخاصة به ، وتعدُّ الحوامات أكثر وسائل النقل مرونةً وفائدةً في عمليَّات المسح هذه .

المرحلة الثالثة : مرحلة مسح بعض المشاكل النوعية ، ويجب إجراء عمليات المسح هذه في نفس الوقت الذي تُجرى فيه عمليات المسح الأخرى ، إذ يجب مسح الدمار الذي تضررت له المرافق الصحية والمؤسسات ذات العلاقة بها في كل المنطقة المصابة من قبل مهندسين وتقنيين أكفاء ، وستشكل عمليات المسح هذه الأساس لتقديرات كلفة إعادة البناء . وإذا لم تتوافر تقديرات التكاليف بسرعة فلن يكون من الممكن توجيه اعتمادات الإغاثة الدولية القليلة وإيصالها إلى المناطق ذات الأولوية في القطاع الصحي ، وأخيراً ستكون عمليات المسح هذه بدايةً للتصُّد المستمر الذي يعد ضرورياً لإدارة أنشطة الإغاثة إدارة عقلانية .

الفصل الثاني

تدبير الإصابات الجماعية

لا تظهر الحاجة إلى المعالجة الطبية والرعاية التمريضية لأعداد كبيرة من المصابين إلا بعد أنواع محدّدة من الكوارث ، ولما كانت معظم الإصابات ستحدث في الموقع البدئي للكارثة ، فإن الحاجة العظمى للرعاية الخاصة بالطوارئ ستظهر في اليومين الأولين .

ولذلك سيقع عبء تنظيم النقل وإيصال الإمدادات والرعاية الطبية والإسعاف الأولي على البلد المنكوب ، ولا يحتتمل أن يصل إلا القليل من المساعدة الفعالة من المنظمات الدولية في فترة الحاجة العظمى لأن الاستجابة تحتاج للوقت .

وتُقسّم عملية تدبير الإصابات الجماعية إلى ثلاث مجالات رئيسية : البحث ، والإنقاذ ، والإسعاف الأولي ؛ والنقل إلى المرافق الصحية والمعالجة فيها ، وإعادة توزيع المرضى بين المستشفيات في حالة الضرورة .

البحث والإنقاذ والإسعاف الأولي

بعد حدوث الكارثة الرئيسية ، تصبح الحاجة إلى البحث والإنقاذ والإسعاف الأولي كبيرة إلى درجة أن خدمات الإغاثة المنظمة ستكون عاجزة عن تلبية أكثر من جزء ضئيل من الطلب وسيأتي معظم المساعدة الفورية من جهة الناجين ، غير المصابين ، وسيكون على هؤلاء تقديم أي إسعاف أولي يقدرون عليه ، ولا بد أن يعتمد أي تحسّن في نوعية الإسعاف الأولي الفوري على زيادة التعليم في هذا المضمار ، كما في دورات الصليب الأحمر .

النقل للمرافق الصحية والمعالجة

يجب معالجة المصابين بالقرب من مساكنهم كلما كان ذلك ممكناً ، تجنباً لحدوث التشتت بين أفراد الأسرة والاستنزاف الإضافي للموارد اللازمة لنقلهم إلى المرافق المركزية ، وإذا كان هناك دواع طبية للإخلاء فعلى السلطة المسؤولة عن الإغاثة اتخاذ الاستعدادات لإعادة كل مريض إلى بيته .

وبوجه عام ، فإن معظم الإصابات الواقعة قريباً من المرفق الصحي بدرجة معقولة ستتركز عليه بغض النظر عن حالته العمليّة ، مع استخدام أي وسيلة متوفرة للنقل ، إلا أن بعض المصابين قد لا يستطيعون الوصول إلى مراكز الرعاية الطبية ، وبعضهم قد يتجنب ذلك ، مما يجعل التحري النشط للحالات جزءاً مهماً من أي عملية إغاثة للمصابين ، ويشكل سبباً كافياً لإنشاء فرق متنقلة للرعاية الصحية إضافة إلى المراكز الثابتة للإسعاف الأولي المجاورة للمرافق الصحية الموجودة من قبل .

وتتطلب المعالجة الملائمة للإصابات إعادة توجيه موارد الخدمات الصحية باتجاه هذه الأولويّة الجديدة ، ويجب توسيع طاقّة استيعاب الأسرة ، والخدمات الجراحية وذلك بتخريج المرضى الماخذين فيه السبب اعتيادي ، وإعادة ترتيب الإدخلات غير المتمتعة بالأولويّة ، وإدخال العمليات الجراحية ، وبالاستغلال التام للمكان المتوفّر ، وللعاملين الصحيّين الموجودين .

وقد يكون من الضروري إسناد قدر كبير من مسؤوليات الأطباء العاديّة إلى عاملين صحيّين من غير الأطباء ، كما يجب تأسيس مركز مزود بعناصر عاملة على مدار الساعة في الردّ على استفسارات أقارب المرضى وأصدقائهم ، ويمكن تزويد مثل هذا المركز بعناصر من العاملين ذوي المقدرة من دون أن يكونوا من أهل الاختصاص ، ويمكن أن يكون الصليب الأحمر على استعداد جيد لإدارة وتوجيه دور المركزة هذا . ولا بد من

تأمين احتياجات العاملين الصحيين من الغذاء والمأوى ، وتزويدهم بمساحات ومرافق كافية لحفظ وتجهيز الجثث .

فرز الإصابات حسب درجة الخطورة

إن مجرد عدد الإصابات التي تتطلب درجات مختلفة من الرعاية الطبية في اليوم الأول بعد كارتة فادحة يفرض على الجهاز الطبي تبني خطة معالجة تختلف عن تلك التي يستعملها في الحالات العادية .
وقد عرّف ي . هـ سيرجي الفرز في كتابه « الدلائل الشاملة لإغاثة الكوارث » (بيرن - هانز هوبر - 1979) ، تعريفاً واضحاً ، بقوله ؛ « إن المبدأ القائل بأن الذي يأتي أولاً يعالج أولاً ينطبق على الرعاية الطبية الروتينية ولا يتلائم مع حاجات الطوارئ الجماعية » ثم أضاف قائلاً أن « فرز المرضى يتألف من إجراء تصنيف سريع للمصابين على أساس الفائدة التي يُتَوَقَّعُ أن يحصلوا عليها من الرعاية الطبية وليس تبعاً لشدة إصاباتهم » .

وتعطى أعلى الأولويات للحالات التي يمكن للرعاية الطبية المكثفة والبسيطة أن تعدّل نُدرُ المرض الفورية أو البعيدة ، أما المرضى المحتضرين الذين يتطلبون عناية كبيرة لتحقيق فائدة مشكوك فيها فلا تُعطى لهم سوى أدنى الأولويات . والفرز هو الوسيلة الوحيدة التي يمكنها تقديم الفائدة القصوى لمعظم المصابين في الكوارث .

وقد أشار أيضاً إلى أن بعض الأطباء يعتبرون معالجة المرضى الذين يمكن إنقاذهم قبل معالجة المصابين المشرفين على الموت أمراً مشكوكاً في سلامته من الوجهة الأخلاقية ، ولكن مثل هذه الاستراتيجية هي الوحيدة التي من شأنها تقديم النفع للكثير من الناس في أعقاب الكارثة .
وعلى الرغم من أن هناك عدّة نظم مختلفة للفرز تم تبنيها من قبل بعض البلدان ، ولا يزال معظمها قيد الاستعمال فيها ، فإن أكثر نظم التصنيف شيوعاً تضم ثلاث فئات من المرضى . الفئة الأولى هي : المصابين الذين لا يمكن أن يستفيدوا من المعالجات المتوفرة في حالات الطوارئ . الفئة الثانية فئة المصابين بإصابات خطيرة الذين يجب توفير العناية لهم قبل سواهم . الفئة الثالثة فئة المرضى الجرحى ، أو المصابين الأقل خطورة ، وهؤلاء يمكنهم أن ينتظروا بعد تلقّيهم الإسعاف الأولي حتى ينتهي التعامل مع المصابين بإصابات خطيرة ، ويأتي دورهم في تلقّي الرعاية الطبية .

ويجب أن ينفذ الفرز على مرحلتين : فالمرحلة الأولى هي : التي تجرى في موقع الكارثة وتهدف لتحديد أولوية النقل . والمرحلة الثانية : وتتم عند الإدخال إلى المستشفى أو إلى مركز المعالجة ، وتهدف لإعادة تقييم احتياجات المريض وأولويته في تلقّي العناية الطبية .

وفي الحالة المثالية ، يجب تعليم العاملين الصحيين المحليين مبادئ الفرز ، بصورة مسبقة ليتمكنوا من تنفيذها بسرعة عند حدوث الكارثة ؛ أما في غياب التدريب الكافي لهم فعلى مسؤول الفرز والعاملين في الإسعاف الأولي أن يرافقتهم جميع فرق الإغاثة المتوجّهة إلى موقع الكارثة لإجراء مثل هذا التقييم ، وأما في المستشفى فينبغي أن يكون الفرز مسؤولية طبيب ذي خبرة عالية ، لأنه قد يعني الحياة أو الموت بالنسبة للمريض ، ولأنه سيحدّد أنشطة كل العاملين في الإغاثة .

تعريف المرضى بتبئيت البطاقات

يجب تمييز كل مريض بتبئيت بطاقة تحوي المعلومات التالية : الاسم ، العمر ، الجنس ، مكان الإقامة ، فئة التصنيف ، التشخيص ، المعالجة البديئة . ويجب اختيار أو تصميم بطاقات نموذجية بصورة مُسبّقة ضمن إطار الخطة الوطنية لمواجهة الكوارث ، وأن يتقن العاملون الصحيون استخدامها على الوجه الصحيح .

البنية التنظيمية

وكما أشار سيرجي ، تقتضي المعالجة الفعّالة للإصابات الجماعية تنظيم للخدمات مختلف تماماً عن ذلك التنظيم الموجود في الأوقات العادية ويقول سيرجي : « إنَّ خطة المستشفى لمواجهة الكوارث تحدّد بنية القيادة التي يجب إقرارها في حال وقوع كارثة » وستتوفّر فريق القيادة (الذي يتكوّن من كبار الموظفين في ميادين الطب والتمريض والإدارة) توجيه الناس إلى المواقع التي ينبغي أن يعملوا فيها وفق الخطة ، وتعبئة عاملين إضافيين وموارد إضافية حسب الحاجة ، ويفترض في الموظف المسؤول أن يكون مسيطراً على الوضع سيطرة مماثلة للسيطرة العسكرية تصل إلى أقصى ما يمكن أن يشاهد في ممارسة طبية .

الإجراءات العلاجية المعيارية البسيطة

يجب أن تتصف الإجراءات العلاجية بالاعتقاد في استخدام الموارد البشرية والمادية . وينبغي أن تُبسّط المعالجات الطبية البدئية ، وأن تهدف إلى إنقاذ الأرواح ، والوقاية من حدوث مضاعفات أو مشاكل ثانوية كبيرة . ويعتبر تحضير الإجراءات المعيارية مثل الانضمار الشامل . وإغلاق الجروح الأولي المتأخر ، واستخدام الجبائر بدلاً من الاسطوانات الحلقية يمكن أن يؤدي إلى انخفاض واضح في معدل الوفيات وفي حالات الضعافة الطويلة الأجل ويقول سيرجي :

يمكن تنفيذ مثل هذه الخطوات بسرعة ، وفي كثير من الحالات من قبل أفراد ذوي تدريب محدود ، ومن جهة أخرى ، لا تعدّ التقنيات الأكثر تعقيداً والتي تتطلب عناصر عالية لتدريب عالٍ ، ومعدات معقدة ، وإمدادات كثيرة (كما هو الحال ؛ في معالجة الحروق الشديدة مثلاً) استثماراً حكيماً للموارد في تدبير الإصابات الجماعية ، وهذا التحول في التفكير وفي العمل من الممارسة العادية إلى الرعاية الطبية الجماعية أمرٌ ليس من اليسير تحقيقه بالقياس إلى كثير من الأطباء .

إعادة توزيع المرضى بين المشافي عند الضرورة

في الوقت الذي تكون فيه سرافق الرعاية الصحية في منطقة الكارثة قد أصابها الدمار أو تمانى من وطأة الإصابات الجماعية ، يمكن أن تظلّ المرافق الواقعة خارج منطقة الكارثة قادرة على النهوض بعبء إضافي أكبر أو تقديم خدمات صحية متخصصة مثل الجراحة العصبية .

ويجب أن يتخذ قرار إعادة توزيع المرضى على المستشفيات خارج منطقة الكارثة بعد تفكير متروّ ، لأن الإخلاء غير المخطّط له ، وغير الضروري ، قد يخلق من المشاكل أكثر مما يحلّ منها . وينبغي المحافظة على السيطرة الإدارية الجيدة طيلة فترة إعادة التوزيع ، وذلك بهدف قصره على عددٍ محدودٍ من المرضى المحتاجين إلى رعاية اختصاصية غير متوفّرة في منطقة الكارثة .

ويجب أن يكون مُنسّق الإغاثة الصحية مدركاً بشكل خاص للمضاعفات الاجتماعية ، والإدارية ، والقانونية التي يؤدي إليها الإخلاء الدولي . ففي كثير من الأحيان لاتدرك فرق الإغاثة الطبية من البلدان الأخرى وجود مرافق دعم ومساندة في البلد المصاب بالكارثة ، ومن الممكن أن تتقدم بعروض النقل للإصابات الفائضة ، أو المصابين المحتاجين لعناية خاصة إلى المرافق الصحية الموجودة في أوطانها ولذا فمن الواجب أن تكون الدلائل والسياسات المتعلقة بهذا المجال واضحة ، وأن يتم إبلاغها إلى كل فريق إغاثة .

و يتم إنجاز مهمة الملاءمة بين الموارد والاحتياجات على أفضل وجه باستخدام لوحة شبيهة باللوحه المرسومة في الشكل 6 . ويمكن عرض مثل هذه اللوحه وبشكل مُكبّر على الخائط ، ويجب أن تُسرّد المستشفيات في لائحة تبعاً لموقعها الجغرافي ، بدءاً بتلك المستشفيات القريبة من المنطقة المصابة ، مع عرض

بصري لعدد الأسرّة المتوفّرة ، وعدد العاملين الطيّبين والمرمضين اللازمين للخدمة على مدار الساعة ، والمواد الطبية الضرورية لإدارة المساعدة الخارجية للمناطق التي يُتوقّع أن تكون فيها الاحتياجات أشدّ ما تكون إلحاحاً ، والمنافع المرجوة من تأمينها أعظم ما تكون قدرّاً . ويجب أن تظهر أنماط إعادة توزيع الموارد أو المرضى ، المطلوب بالاستناد إلى تحليل هذه المعطيات . وتظهر فائدة مثل هذه المراقبة لمرافق المستشفى أكثر ما تظهر عندما تكون هناك حاجة إلى الرعاية الطبية الطويلة الأمد .

وإذا وَجَدَ مُنَسَّقَ الإغاثة الصحية أن إجمالي طاقة الرعاية الصحية في بلده غير كافٍ لمواجهة الاحتياجات المتعلقة بالكارثة ، فهناك بدائل يجب أخذها في الحسبان .

فالبديل الأول وهو أفضل هذه البدائل : هو التوسُّع السريع في المرافق الدائمة للبلد ، وفي العاملين الصحيين فيه ، ولهذا البديل مزية تتمثل في أنه يسدّ الحاجات الفورية ويخلف من بعده المنافع الدائمة للبلد بعد تجاوز الكارثة .

البديل الثاني : وإذا لم يكن من الممكن تطبيق البديل السابق يمكن أن يستبدل بمستشفيات الطوارئ الجوّالة ، ذات الاكتفاء الذاتي ، والمزودة بالعاملين الصحيين ، وهذه المستشفيات متوفرة عادة لدى المصادر الحكومية ، والجيش ، والصليب الأحمر ، وبعض الجهات الخاصة . وإذا كان توفير مثل هذه المستشفيات ضرورياً فيجب التفكير أولاً بتلك التي يملكها البلد نفسه أو يملكها بلد مجاور ناطق باللغة ذاتها ، وله ثقافة مماثلة ، أما المستشفيات العائدة إلى بلدان بعيدة جغرافياً أو ثقافياً أو تقنياً عن البلد المصاب فلا يُنظر فيها إلا في مرحلة تالية .

إن المستشفيات الأجنبية المتحركة تنطوي على المحدودية من جوانب عديدة ، أولها : أن الزمن اللازم لتأسيس مستشفى متحركٍ يميّز بفعالية عملياً كاملة قد يستغرق عدة أيام ، مع أن معظم الإصابات ستحدث نتيجة التأثير الفوري للكارثة ، وتقتضي المعالجة خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى من وقوعها وثانيها : أن التكاليف العالية لإقامة مثل هذه المستشفيات ، ولاسيما إذا نُقِلَتْ جَوّاً ، قد تحدّ من إمكانية توافرها ، وكثيراً ما تكون هذه التكاليف على حساب الميزانية الكاملة للمساعدات المقدّمة من مصادر الإغاثة الخاصة والحكومية . وثالثها : أن مثل هذه المستشفيات تتميز في النالج بتقنية عالية ، مما يجعل على توقّع أن العاملين سيجدون استخدامها صعباً إن لم يكن مستحيلاً على السلطات المحلية ، خلال فترة تجاوز آثار الكارثة . ورابعها وأخرها : يجب إدراك أن مثل هذه المستشفيات ذات قيمة كبيرة بالنسبة للمنظمة المترعة من ناحية العلاقات العامة ، الأمر الذي قد يودّي إلى الإلحاح على استخدامها بشكل غير ملائم .

البديل الثالث : المستشفيات النقالة للطوارئ ، وهذه قد تُقدّم من مصادر عدّة ولكن استخدامها في الطوارئ يجب النظر فيه بحذرٍ لأسباب عديدة : أولاً : أن التدريب المطلوب لإقامة وتشغيل مثل هذه المستشفيات واسع النطاق والمباني اللازمة لإسكان عناصرها يجب أن تكون محددة الموقع ، وقد تحتاج لأسابيع عديدة قبل أن تصبح مثل هذه المستشفيات قابلة للتشغيل . ثانياً : قد يكون بعض مواد هذه المستشفيات مُهملاً ، أو بحالة سيئة ، أو لا يلائم احتياجات البلد المتلقّي للمعونة ، وذلك لأن معظم هذه المستشفيات قد صُمِّم في أوائل الخمسينيات للاستخدام بعد الكوارث فوراً في البلدان المتقدمة . ثالثاً : إن كلفة النقل الجوي لمثل هذه المستشفيات إلى البلد المتلقّي يحّد من فائدتها بالنسبة لكلفتها في عمليات الإغاثة .

وقد يكون لبعض هذه المعدات فوائد في عمليات إعادة البناء على المدى الطويل ، ولذلك يجب أن تسبق أي عملية شحن دراسة متأنية لمثل هذا الاحتمال ، وتفحص ميدانيّ للمعدات من قبل الوكالة المتلقية . وما لم تساهم خطوط النقل الجوي الخاصة بالتعاون في تخفيض كلفة الشحن ، فإن من الأفضل نقل المعدات بوسائل النقل البري أو البحري .

الفصل الثالث

التَّرضُّد الوبائي والسيطرة على المَرَض*

احتمال خطر حدوث فاشية تالفة للكارثة

كثيراً ما يعقب حدوث الكوارث انتشار شائعات عن ظهور أوبئة مثل الحمى التيفية والكوليرا أو عن حالات غير مألوفة مثل ازدياد لدغات الأفاعي ، والواقع أن علماء الوبائيات لم يؤكدوا سوى القليل من هذه الشائعات بعد إجراء أبحاث ميدانية حولها . و مهما تكن الشائعات مفتقرة إلى الحقيقة ، فإن الكارثة الطبيعية قد تغير من احتمال خطر الأمراض التي يمكن الوقاية منها . ويتعلّق احتمال زيادة انتقال الأمراض بالتغيرات الضارة في المجالات الأربعة التالية .

1 - كثافة السكان ، فالاحتكاك المباشر بدرجة أكبر بين الناس سيزيد ، وحده ، من إمكانية انتشار الأمراض المنقولة بالهواء ، أضف إلى ذلك أنّ الخدمات الصحية كثيراً ما تكون غير كافية لمواجهة احتياجات السكان المتجمعين بشكل كبير ومفاجيء .

2 - نزوح السكان : قد يؤدي انتقال الناجين من الكارثة إلى المناطق المتاخمة لها إلى إدخال الأمراض السارية إلى المستعدين لتقبلها سواءً من المهاجرين النازحين أو من أهل المنطقة الأصليين .

3 - تعرّض المرافق الصحية الموجودة سابقاً للخراب ، فالمرافق الصحية الموجودة من قبل كثيراً ما تتعرّض للخراب المادي بفعل الكارثة الطبيعية ، ومصادر المياه ونظّم التزويد بالطاقة بشكل خاص مُعرّضة للتأثر .

4 - اختلال نظام البرامج الصحية العامة العادية : فبعد حصول الكارثة يلحق ضرر بالغ بالعاملين الصحيّين وبالميزانية التي كانت عليها تلك البرامج ، وإذا لم يجر الحفاظ على تلك البرامج ، ولم تُستأنف بالسرعة الممكنة فستزداد الأمراض السارية وتتفشى بين السكان الذين يفتقرون إلى الحماية .

وأكثر الأمراض شيوعاً في الفترة التي تلي الكارثة هو الاعتلال المعوي ، الذي يربط بشكل وثيق بالعوامل الثلاثة الأولى السالفة الذكر ، أما المضاعفات التي تحدث على المدى الطويل مثل ازدياد وقوع أمراض الأطفال المنقولة بحامل ما ، وأمراض الأطفال التي يمكن الوقاية منها باللقاحات فتتسبب عن العامل الرابع (اختلال نظام البرامج الصحية العامة العادية) .

أمّا المبادئ العامة للوقاية من حدوث الأمراض السارية ومكافحتها عقب الكارثة فهي : (1) اتخاذ كل الإجراءات المعقولة المتصلة بالصحة العمومية ، والإجراءات الإدارية التي من شأنها أن تُحد من خطر انتقال المرض بفعل واحد أو أكثر من العوامل الأربعة السالفة الذكر . (2) التّخري السريع عن التقارير غير المؤكدة التي تشير إلى وجود فاشيات مرضية للوقاية من الاستنزاف الذي يمكن تجنّبه للطاقات الضئيلة المتاحة ، ومنعاً لحدوث اختلال في البرامج العادية . (3) تنظيم أو استخدام نظام إبلاغ أكثر كفاءة للكشف الفوري عن الفاشيات ، واتخاذ الإجراءات لمكافحتها ، وتقييم برامج الإصحاح أو برامج الصحة العمومية التي هي قيد التنفيذ .

(*) يقتضى المقام أن نشيد إشادة بالعبوة التي قدمها الدكتور كارل ويسترن ، من المعهد الوطني للأزجية والأمراض السارية ، بينيسدا ، ميريلاند ، الولايات المتحدة ، في إعداد النص النهائي لهذا الفصل .

تأسيس نظام الترصد

في الحالة المثالية ، يكون هناك حاجة لإنشاء جهاز ترصد مستقل بعد حدوث الكارثة لأن الجهاز الموجود أصلاً سيفي باحتياجات الترصد المتعلقة بالكارثة . إذ تكون معظم المجتمعات المحلية على علم بما يجري في مناطقها ، ويكون لها طرائقها الخاصة لتبادل تلك المعلومات محلياً ، إلا أن السلطات الصحية المركزية كثيراً ما تنفتقر إلى آلية ثابتة لجمع المعلومات على مستوى الإقليم وعلى المستوى الوطني ، وبالطرق العقلانية العلمية .

وينبغي أن نتذكر دائماً أن الترصد يعني جمع المعلومات الطبية المتعلقة بمنطقة معينة من المصادر التقليدية ومن المصادر غير التقليدية ، وقد لا يكون نظام الإبلاغ القائم على المؤسسات هو الوسيلة التي تصل بها البلاغات الهامة إلى السلطات حتى في الظروف الاعتيادية لذلك فليس من المجدي محاولة تأسيس نظام إبلاغ نموذجي في حال عدم وجود مثل ذلك النظام ، أو عند وجوده بشكل بدائي قبل وقوع الكارثة . وعلى سُنْبَقِ الإغاثة الصحية أن يدرك أن تقارير الصحف ، والمعلومات الواردة من مصادر سياسية ، على سبيل المثال ، قد تكون ذات أهمية تماثل أو تفوق تلك التي ترد عبر القنوات النموذجية للمعطيات الصحية ، فالمصادر غير التقليدية للمعلومات يجب استخدامها ، وينبغي أن تشمل مصادر المجتمع الأخرى . وتقسّم نظم جمع المعلومات عقب الكارثة إلى ثلاث فئات : نظم الترصد المعياري الموجودة سابقاً ، ومصادر المجتمع المحلي غير الرسمية ، وتقارير العاملين في الإغاثة .

أما من وجهة النظر الإدارية فيجب أن ترسل المعطيات من هذه النظم الثلاثة مباشرة إلى منسق الإغاثة الصحية ليتمكن من اتخاذ الإجراءات الملائمة بأكثر الأساليب سرعة ونشاطاً ، وفي غالبية الأحوال تهتم المعطيات بالتنوع أكثر مما تهتم بالكمية .

وللوصول إلى تجميع وموازنة وتفسير المعطيات المجموعة ، ينبغي تأمين المواصلات إلى ميدان الكارثة للاختصاصي الوطني بالوبائيات مع فريق العمل المرافق له من عاملين في الوبائيات ومن مكثبيين وإداريين ، وإسقاطهم حق الأولوية في الوصول إلى المرافق المخبرية الحساسة والحساسة واستخدامها . ويسكن لدوائر الجامعات ، ومراكز البحوث والمنظمات الدولية أو الثنائية أن تقدم اختصاصيين بالوبائيات وأن تزود البلد أو الإقليم بالتسهيلات المخبرية اللازمة إضافة إلى ما يمتلكه البلد من فريق عمل في الوبائيات . يفترض أن يكون الاختصاصي الوطني بالوبائيات أمين اللجنة الفرعية لترصد الأمراض ومكافحتها وهي اللجنة التابعة للجنة الإغاثة الصحية التي تضم كبار المسؤولين والممثلين لوزارة الصحة ، وخدمات المياه والإصحاح ، والمنظمات الطوعية المعتمدة الكبيرة والوزارات الأخرى المساهمة في برامج الإغاثة الصحية . ويمكن صياغة تقارير مختصرة عن الموجودات التقنية لنظم الترصد من خلال هذه اللجنة الفرعية ، كما يمكن الشروع في الأعمال الملائمة لوضع إجراءات للمكافحة الضرورية موضع التنفيذ إذا تجاوزت نطاق الكفاءة المباشرة للممارسين في الوبائيات (كما هو الحال في برامج الإصحاح ذات النطاق الواسع) ، ونشر تقارير موجهة إلى عامة الناس وإلى الخارج ، حول احتمالات الخطر وحول حدوث ، أو عدم حدوث مرض ما ، عبر الإذاعة أو وسائل الإعلام الأخرى وذلك عن طريق اللجنة الوطنية للطوارئ . كما يمكن للجنة الفرعية أن تقدم معلومات ارتجاعية إلى المستشفيات وإلى المرافق الصحية الأخرى التي يتم فيها جمع المعطيات الناتجة عن الترصد .

ترصد المرض

تشمل نظم الترصد في الظروف العادية الأمراض المتوطنة في المنطقة ، والتي يمكن السيطرة عليها ، أو الأمراض ذات الأهمية بالنسبة للصحة العمومية أو تلك التي يترتب التبليغ عنها دولياً . فإذا كان مثل هذه

الجهود وجود سابق بصورة عادية ، فيجب أن تستمر خلال وقت الكارثة ، كلما كان ذلك ممكناً أما في حال عدم وجود الترصد أصلاً ، أو في حال انقطاعه نتيجة الكارثة فلا بد من تأسيس نظام للترصد أكثر تركيزاً ، على أن يكون مبنياً على الأعراض ويجب التركيز على الأمراض التي يمتثل أن تكون ناجمة عن الكارثة ، أو على تلك الأمراض التي يمكن السيطرة عليها بوجه خاص .

وينبغي على الاخصائي الطبي الوطني بالوبائيات وعلى مُنَسِّق الإغاثة الصحية أن يصفوا بدقة الأمراض أو المُعَقَّدات الأعراضية التي يجب أن يشملها هذا النظام . وتشمل مُعَقَّدات الأعراض التي قد يكون لها أهمية في هذه الأحوال ، الحمى ، والحمى مع الإسهال ، والحمى مع السعال ، والرضح ، والحرق ، والحصبة . ويجب إنشاء هذا النظام في كل مرافق المرضى ، على أن وحدات الإبلاغ تزيد من عملها التبليغي عندما يكون ذلك العمل مُبَسَّطاً ويُتَّخَذ هدفاً كما وُصِفَ سابقاً ، وباستخدام استمارة معيارية (كما في المثال المذكور في الشكل 7) . وتقع على عاتق الاختصاصي الوطني بالوبائيات مسؤولية تزويد ، هذه الاستمارات وشرحها ،

الشكل 7

التقرير اليومي لترصد الأمراض

الأعراض أو الأمراض السهلة التمييز

المرفق الصحي

أو قُرْبُ الإغاثَةِ : التاريخ :

الوفيات		الحالات	
أقل من	أكثر من	أقل من	أكثر من
15 سنة	15 سنة	15 سنة	15 سنة

.....	حمى (بدون سُعال أو إسهال) (1)
.....	حمى مع إسهال (2)
.....	حمى مع سُعال (3)
.....	حصبة
.....	التهاب السحايا
.....	غضبة كلب
.....	لدغة أفعى
.....	رضح
.....	سوء التغذية المتصل بالبروتين والطاقة
.....	حالات أخرى

المجموع اليومي

ملاحظات :

- (1) تبدأ ، على الملاريا أو الضنك .
- (2) يمكن أن تُقسم إلى فئات فرعية حسب توافر الإسهال بالدم أو المخاط أو القيء .
- (3) يدلُّ على أشكال من العدوى التنفسية .

والإشراف على جمعها، هذا بالإضافة إلى تقديم المعلومات الإرتجاعية الفورية لوحداث الإبلاغ والتغلب على مقاومتهم للمشاركة، إن وجدت .

تقديم المعطيات المجموعة وتفسيرها

كما تقدّم سابقاً ، يتبيّن بوضوح أنّ التصدّ قبل الكارثة لن يعطي معلومات دقيقة عن مُعدّل وقوع مرضٍ ما . فالمُعدلات (وهي عدد الحالات في جهرة معلومة) صعبة التحديد بما فيه الكفاية في الظروف العادية ، ويحتمل أن يستحيل تحديدها بعد حدوث الكارثة ولا يكون لتحديدها قيمة توازي الجهد المبذول في ذلك ، أمّا ما يمكن الحصول عليه في ذلك الوقت فهو الإشارة إلى حدوث مرضٍ مفترض أو مُعدّل الأعراض في المنطقة المتضررة وسوف تشكل هذه الإشارة أساساً لإجراء تحريّات أكثر تركيزاً ، وقد يُفضّي إذا قضت الضرورة ، إلى إجراءات سكانية نوعية . وإذا كان السكان المصابون محدّدون بشكل دقيق ، كما هو الحال في غييات اللاجئين ، يصبح تحديد المُعدّل أمراً ذا أهمية بالنسبة للاختصاص الوطني بالوبائيات .

وإذا كان النظام المذكور أعلاه مثلاً ، فسيؤدّي إلى زيادة أكيدة في عدد البلاغات عن الأمراض الشائعة وغير الشائعة ، وذلك بسبب الازدياد في عدد وحدات الإبلاغ ، وازدياد الوعي العام والاهتمام ، وهذه الزيادة في عدد الحالات المبلغ عنها لا تعكس ازدياداً في حدوث المرض بقدر ما هي نتيجة لازدياد اكتشاف حالات المرض عما كان عليه في نماذج تحريّ الشواذ المعمول بها قبل الكارثة .

ونظراً لما تتمتع به التقارير السلبية من أهمية لا تقل عن التقارير الإيجابية ، فإنّ على كل وحدة إبلاغ تقديم تقاريرها سواءً كانت تشمل مشاهدة حالات مرضية أم لا . فالتقارير السلبية تفيد في إظهار فعالية الوحدة ، وتعني أنّ مصادر الرعاية الصحية تستطيع الوصول إلى أي مكان .

وينبغي على اختصاصي الوبائيات الأقرب للوحدة المحلية للإبلاغ أن يتحرّى عن فاشيات المرض التي يُشكّ بوجودها وذلك بواسطة نظام التّقصّي ، وبأسرع وقتٍ ممكن ؛ ويجب على الوحدة الصحية المحلية تحمّل مسؤولية إجراء التحريّات البدئية والقيام بإجراءات السيطرة على المرض إلى أن تصل المساعدة الخاصة بالوبائيات . ويجب على الاختصاصي الوطني بالوبائيات أن يُعدّ خططه وأن يُوزّعها على وحدات الإبلاغ والمرافق الصحية الميدانية لاستخدامها في تحريّ مُعدّلات الأعراض وفي مكافحتها عند حلول الكارثة .

الخدمات المخبرية

تعتبر سهولة الوصول إلى الخدمة المخبرية السريعة ، والدقيقة ، المستقلة أمراً أساسياً للصحة العامة ، ولكن يجب ألا يكون عدد الفحوص المخبرية كبيراً ، وإذا لم يمكن ضمان مثل هذه السهولة فقد يصبح من الضروري الاعتماد على مساعدة مخابر الإحالة . ويمكن إجراء بعض الفحوص التشخيصية مثل تحريّ البيوض والطفيليات في البراز ، ولطاخات الدم بأقل قدر ممكن من التقنيات الملائمة ، ومن قبل وحدات الإبلاغ الميدانية ، ولكن ينبغي إجراء بعض الاختبارات الفيروسية والجرثومية الخاصة ، الضرورية لعملية التصدّ في مختبرات الإسالة .

اللحاق وبرامج التلقيح

وكثيراً ما تواجه السلطات الصحية ضغطاً من قبل الجمهور ، وضغطاً سياسياً كبيراً للبدء في برامج التلقيح الجماعي ، ويكون ذلك عادة ضد الحمى التيفية ، والكوليرا ، والكزاز (التتanos) . وقد يزداد هذا الضغط بازدياد ورود تقارير مبالغ فيها عن الأخطار المحتملة لمثل هذه الأمراض ونشرها في الصحف المحلية والدولية وعن توافر تلك اللقاحات من الخارج .

الحمى التيفية والكوليرا

يجب تحنّب القيام بحملات تلقيح مرتجلة بسرعة ضد الحمى التيفية والكوليرا ، وذلك لأسباب عديدة :

- 1 - لم تحدث فاشيات موثقة واسعة النطاق عقب الكوارث الطبيعية .

- 2 - لا توصي منظمة الصحة العالمية باستعمال لقاحات الحمى التيفية والكوليرا استعمالاً روتينياً في مناطق توطن المرض ، إذ لا تقدم لقاحات الكوليرا أو الحمى التيفية سوى حماية فردية ضئيلة قصيرة الأمد وحماية ضئيلة أيضاً تجاه انتشار المرض ؛ بينما تنشأ الحماية الأكثر قوّة والأطول مدّة بشكل طبيعيّ في مناطق توطن المرض حيث يكون السكان قد تعرّضوا لإصابة سابقة بالمرض ؛ ولكن تلك الحماية أيضاً تبقى غير كافية للوقاية من انتشار المرض . ولا بد أن تعتمد المكافحة الطبية الجيدة للمرض على تحديد الحالات ، والعزل ، والمعالجة ، بشكل فعال .

- 3 - من المحتمل أن تكون التغطية الشاملة للسكّان مستحيلة التحقيق في وقتٍ معقول ، حتى مع الاقتصاد على جرعة واحدة .

وسيكون الأمر أكثر صعوبة في حالة تأمين تغطية كافية بجرعة ثانية أو ثالثة في وقتٍ لاحق حين يكون الاهتمام العام قد تلاشى . وتدلّ الخبرة على أن التسجيل الكافي للأشخاص الملقحين أمرٌ مستحيلٌ بشكلٍ عام في حالات الطوارئ مما يجعل المتابعة المنهجية مستحيلة أيضاً . وتتضاعف المشكلة أكثر عندما تقوم منظمات مُتعدّدة بتنفيذ حملات تلقيح بدون تنسيق أو اتصالات فيما بينها ؛ وأحياناً بدون أيّ اعتبار للسياسات الحكومية في هذا المجال .

- 4 - تحتاج برامج التلقيح لعدد كبير من العاملين الذين يمكن توظيفهم توظيفاً أفضل في مجالات أخرى .

- 5 - تعتبر نوعية اللقاسات المتوافرة في مثل هذه الظروف ، وخاصة إذا تمّ الحصول عليها من مصادر غير مألوفة ، وبسرعة ، نوعية غير مُرضية في كثير من الأحيان .

- 6 - مع استثناء الحالات التي يحويّ فيها التلقيح بدون استخدام الأبر - كما في حال استخدام الحقن العالية الضغط ، فإن التلقيح الجماعي يعني إعادة استعمال الأبر غير المعقمة بشكل كافٍ والتي من شأنها نقل التهاب الكبد " ب " ، وحتى في حال توفّر معداتٍ تَبوؤة (تستعمل مرة واحدة) قد يكون الإشراف الكافي على تَقْيِنة الحقن مستحيلاً .

- 7 - إنّ برامج التلقيح الكتليّة قد تؤديّ إلى إحساس زائفٍ بالاطمئنان تجاه خطر المرض ، وبالتالي إلى إهمال الإجراءات الفعّالة لمكافحة المرض .

إنّ المُكوّن " أ ب " نظير التيفية الموجود في اللقاحات المختلطة (لقاحات ا ب) غير فعّال ، ولا يعطي أي حماية فردية ، أو يعطي حماية ضئيلة جداً .

الكرزاز (التانوس)

هناك مُستحضران متوافران للحماية من الكرز ، أولهما : ذوفان الكرز وهو عامل تمنيع فعّال يُستخدَم بشكلٍ روتيني عند الأطفال وعند النساء في سن الحمل . وتمثل الحماية المثلّي ضد الكرز بالمحافظة على مستوى مناعي عالٍ لدى السكان بإجراء تلقيح اعتيادي قبل الكارثة وإجراء تنظيف كافٍ للجروح في مرحلة مبكرة . وإذا تمت المحافظة على مستوى مناعي عالٍ لدى مريض مصاب بجرح مفتوح فالإجراء الوقائي الفعّال هو إعطاء جرعة مُعزّزة من ذوفان الكرز . والثاني هو : ريباق الكرز ؛ ويجب عدم إعطائه إلا تحت إشراف الطبيب وللمرضى المصابين بجروح وغير المُمتنعين سابقاً .

ولم يلاحظ حدوث زيادات هامة في حدوث الكزاز بعد وقوع الكوارث الطبيعية . فالتلقيح الجماعي للسكان ضد الكزاز باستعمال ذوفان الكزاز ليس ضرورياً ، ولا يمكن أن يتوقع منه الحد من خطر وقوع الكزاز عند المصابين .

ويمكن أن يكون لبرامج التلقيح ما يبررها في المخيمات وفي المناطق ذات الكثافة السكانية العالية . والأعداد الكبيرة من صغار الأطفال الذين قد يُنصح بتلقيحهم ضد الحصبة ، والشاهوق ، وربما شلل الأطفال والحنانق . وإذا ظلت الترتيبات الإدارية كافية فمن الممكن انتهاز الفرصة للاستمرار في البرامج الروتينية بتلقيح مجموعات العمر المناسبة ، وهذا من شأنه أن يهدىء من مخاوف الجمهور .

استيراد وتخزين اللقاح

تحتاج معظم اللقاحات ، وخاصة لقاح الحصبة ، إلى التجميد وإلى المعالجة الحذرة لكي تبقى فعّالة ، وإذا لم تكن مرافق سلسلة التبريد كافية ، فيجب طلبها في نفس الوقت الذي تُطلَبُ فيه اللقاحات ، ويجب على المترجمين باللقاحات التأكد من توفر مرافق التجميد الكافية في البلد المستفيد قبل شحنها ، وخلال فترة الطوارئ يُنصح بإرسال جميع اللقاحات المستوردة ، بما فيها تلك الواردة من منظمات طوعية إلى مُسَوِّدَاتِ سُكُونِيَّةٍ .

ويجب وضع سياسة التلقيح الواجب اعتمادها على المستوى الوطني فقط ، وأن لا تقرّر المنظمات الطوعية سياسةً للتلقيح بصورة مستقلة ، وفي الحالة التي ينبغي تطبيقها السياسة الوطنية بوضوح على أنها جزء من خطة ما قبل الكارثة .

الفصل الرابع

تدبير صحة البيئة*

الأولويات

تتمتاز صحة البيئة بأهميتها الأساسية في تدبير صحة الطوارئ الواقعة في أعقاب الكوارث . ويمكن الحصول على تفاصيل تقنية في كتاب م . أسار « دليل الإصحاح في الكوارث الطبيعية » (جنيف - منظمة الصحة العالمية - 1971) ويجب توجيه الأنشطة ضمن المنطقة المصابة على نواح نوعية حسب الترتيب التالي :

الأولوية	درجة مدى دمار الخدمات الموجودة سابقاً	كثافة السكان
1	شديد	كثيفة
2	متوسط	كثيفة
	شديد	متخلخلة
3	دمار أدنى	متخلخلة

أما فيما يتعلق باتخاذ قرار حول العمل الذي يجب الشروع فيه فيجب إدخال العوامل التالية في الحسبان :

المناطق ذات الأولوية بالتدخل

يجب منح الاعتبار الأول لتلك المناطق التي ازداد فيها احتمال الخطر الصحي ، فالأولوية يجب أن تعطى للمناطق المحيطة بالمدن ، وللمخيمات وللمستوطنات المؤقتة .

أولوية خدمات صحة البيئة

يجب إعطاء الاعتبار الرئيسي للخدمات الضرورية لحماية وتعزيز رفاهية الناس في المناطق ذات الخطورة العالية . ويمكن تقسيم الإجراءات الصحية البيئية التالية للكارثة إلى نوعين من الأولويات :

النوع الأول من الأولويات : كميات كافية من الماء المأمون ، والمرافق الأساسية للإصحاح ، والتخلص من المرفغات ومن الفضلات السائلة والصلابة .

النوع الثاني من الأولويات : إجراءات حماية الغذاء ، وترسيخ إجراءات المكافحة المستمرة للعوامل الناقلة للمرض وتعزيز التصحيح الشخصي .

القوى العاملة

سيكون توافر الاختصاصيين الملائمين في صحة البيئة عاملاً معوقاً عند محاولة تدبير وضع الطوارئ . ولذا يجب إعطاء الاعتبار الأول لاستخدام القوى البشرية المتوافرة محلياً . وينبغي أن يسهم السكان المحليون إسهاماً

* نعرب عن تقديرنا البالغ لإسهام السيد بير ليجيه ، مدير القسم الدولي لتنمية الرعاية الطبية ، بإعداده النص النهائي لهذا الفصل .

فعالاً في تقديم الخدمات المطلوبة ، وأن يُلتَمَس تعاونهم في تقديم الخدمات المطلوبة . وينبغي إيضاح أن كل الأنشطة العاجلة أو القصيرة الأجل ستوجّه لإعادة الخدمات الصحية إلى ما كانت عليه قبل الكارثة ، ولا يجوز أن يكون تطوير خدمات البيئة هو الهدف من الإغاثة العاجلة المتصلة بالكارثة .
وقد لا يُقدّم الخبراء ، مثل العاملين في الإغاثة من الأجانب ، وغير المطلّعين على أوضاع الخدمات البيئية المحليّة الموجودة سابقاً سوى مشورة ضئيلة الأهمية في أوّلويّات الإغاثة .
ويقدّم الجدول 2 لائحة مراجعة لما يمكن حدوثه من دمار في الخدمات الصحية البيئية .

جدول 2 : مصفوفة آثار الكوارث الطبيعية

عوامل الصدمات الزلزالية	القيادات	أصعب الظروف والرد السريع/الأخصاص القصيرة	الزلزال	الآثار الأكثر شيوعاً في صحة البيئة	
○	●	●	●	دمار البنى الهندسية المدنية	الإمداد بالماء والتخلص من مياه الاستعمال المنزلي
○	●	●	●	تخطم الخطوط الرئيسية للشبكات	
●	●	●	●	انقطاع الطاقة الكهربائية	
●	●	●	○	التلوث (كيميائي أو بيولوجي)	
○	●	●	●	العجز في المواصلات	
○	●	●	○	نقص العاملين	
○	●	●	●	زيادة عبء النظام (بسبب التغيرات السكانية) النقص في المعدات ، وقطع التبدل والإمدادات .	
○	●	●	●	تخرب البنى الهندسية المعدنية	معالجة المخلفات السائلة
●	●	●	●	عجز المواصلات	
●	●	●	●	نقص المعدات	
○	●	●	●	نقص العاملين	
●	●	●	●	تلوث الماء والتربة والهواء .	
○	●	●	●	دمار مرافق إعداد الغذاء .	معالجة الغذاء
●	●	●	●	عجز المواصلات .	
●	●	●	○	انقطاع الطاقة الكهربائية .	
○	●	●	●	غمغم الفيضانات للمرافق . تلوث أو تدرّك (degradation) إمدادات الإغاثة .	
●	●	●	●	تزايد مواقع تكاثر نواقل المرض	مكافحة العوامل الناقلة للأمراض
●	●	●	●	ازدياد التماس بين الإنسان والعوامل الناقلة للمرض	
●	●	●	●	اختلال برامج مكافحة الأمراض المنقولة بالعوامل الناقلة	
●	●	●	●	دمار البنى أو تعرضها للضرر	الإصحاح المنزلي
○	●	●	○	تلوث الماء والغذاء	
○	●	●	●	اختلال الإمداد بالطاقة ، والحرارة ، والوقود	
○	○	○	●	الماء أو اختلال تقديم خدمات التخلص من المخلفات	
○	○	○	○	الأزدحام الشديد	

● أثر صـ.ل 1-5
● أثر محتمل أقل شدة .
○ الأثر الأدنى ، أو انعدام احتمال الأثر

ولضمان تأمين موارد كافية مأمونة من المياه ، ومأوى كافٍ ، ومرافق إصحاح أساسية في المنطقة المنكوبة ، وبشكل خاص عند اللاجئين ، ينبغي اتباع الإجراءات الصحية البيئية التالية :

- (1) إجراء مسح بدئي لتحديد مدى الضرر اللاحق بموارد المياه العامة ، ونظم التخلص من المخلفات ، ونظم التخزين والتوزيع .
- (2) القيام بجدد مفصل للموارد المتوافرة مثل مستودعات الغذاء غير المتضررة ، والقوى العاملة ، والمواد الجاهزة والمعدات والإمدادات .

(3) الحصول على معلومات عن تحركات السكان في المنطقة المتضررة وبالقرب منها ، مثل مخيمات اللاجئين ، والمناطق التي تم إخلؤها جزئياً ، ومستوطنات العاملين في الإغاثة . وسُتحدّد هذه المعلومات المناطق التي ينبغي أن تُعطى الأولوية تبعاً لكثافة السكان وزيادة احتمال خطر المرض .

- (4) تحديد الاحتياجات الفورية للسكان المتضررين ، من الماء ، ومرافق الإصحاح الأساسي ، والإسكان
- (5) مواجهة احتياجات المُستخدّمين الأساسيين ، وبأسرع ما يمكن بعد إشباع الحاجات الاستهلاكية البشرية الأساسية ، فالمستشفيات والمرافق الطبية الأخرى ، على سبيل المثال ، قد تحتاج لكمية من الماء أكبر بكثير من غيرها بسبب العدد الكبير من الإصابات التي يجب عليها تديرها كما تحتاج أية محطة لتوليد الطاقة أن تبقى سليمة بعد الكارثة لتشغيلها .

(6) ضمان الإسكان الجيد للنازحين ، تزويد مراكز اللاجئين بالضرورات الأساسية مثل الماء المأمون ، وإمدادات الغذاء ووحدات تصريف المرفغات ، ومرافق التخلّص من الفضلات الصلبة .

(7) ضمان تزويد بعض المناطق ذات الخطورة العالية ، مثل المناطق ذات الكثافة السكانية بموارد الماء المأمون ومرافق تصريف المرفغات الخاصة بالطوارئ وستكون هذه الإجراءات وما تستلزمه من أعمال موضوع الصفحات التالية :

الإمداد بالماء

يجب إجراء مسح لجميع موارد المياه العامة مع إعطاء الأولوية لنظم توزيع المياه ، كما يجب تحديد ما إذا كان مصدر الماء قد تعرّض للتلوث بشيء ما مثل صبوبات المجاري ، وعند الشك باحتمال حدوث تلوث كيميائي بالمعادن الثقيلة الناتجة من ثورة بركان ، مثلاً ، فيجب البحث عن مصدر بديل للماء . وينبغي إجراء تحليل الماء بالسرعة الممكنة ، فإذا تبين وجود ملوثات جراثومية فيجب تطهير مورد المياه قبل القيام بتوزيعه وذلك بزيادة الكلور التالي منه ، وزيادة الضغط في نظام التوزيع .

وعند البدء بالإصلاحات ، يجب إعطاء الأولويات لإصلاح نظم التزويد بالماء وإعادةها إلى حالتها السابقة ، كما يُنصح بتنظيف وتطهير كل خطوط الشبكات الرئيسية التي تم إصلاحها والمستودعات ، وصهاريج المعالجة وغيرها من الوحدات ، بصورة جيدة .

ولا تُعدّ الكلورة المنهجية لكل الآبار ونظم مياه الأمطار ضرورية ما لم يكن من الواجب إصلاحها أو تنظيفها ، فكثيراً من هذه البنى قد لا تكون صحيحة قبل الكارثة ولن يكون لتطهيرها سوى قيمة محدودة ، ولن يكون له استعمال مجد ما لم تتغير كثافة السكان الذين يخدمهم ، فعلى سبيل المثال إذا كان مخيم اللاجئين يقع قريباً من البئر فيجب أن يؤخذ في الحسبان تحويله إلى بئر محمي بشكل جيد وبأسرع وقت ممكن .

وإذا كان نظام توزيع الماء قد أصابه دمار جزئي ، فيمكن سحب المياه الخاصة بالطوارئ من إحدى نقاط نظام التوزيع إلى المنطقة المحرومة من الماء . ويمكن الحصول على صهاريج المياه من المؤردين المحليين للماء ، أو باستخدام صهاريج توريد الحليب والمياه ، وقوافل شاحنات مصانع تعبئة الحليب والتقطير والتخمير ،

وكقاعدة عامة يجب تحيُّب صهاريج البترول والمواد الكيميائية ومياه الاستعمال المنزلي كوسائل نقل للمياه . ويجب فحص كل الصهاريج بدقّة للتأكد من صلاحيتها ، ثم لتنظيفها وتطهيرها قبل استخدامها لنقل المياه في حالات الطوارئ وكثيراً ما توجد نظم ومصادر للتزويد بالماء العائدة إلى القطاع الخاص في جوار المجتمع المحلي المتضرّر بالكارثة وقد تكون هذه النظم تابعة لمعامل الألبان ، أو لمصانع المشروبات والأغذية أو الخمور أو المؤسسات الزراعية أو صناعية أخرى ، وكثيراً ما يكون مصدر التزويد بئراً عميقاً أو محطة خصوصية للمعالجة ، وبالكلورة الكافية يمكن نقل الماء من هذه المصادر إلى نقاط التوزيع الخاصة بالطوارئ . ويمكن استخدام المحطّات المتحرّكة لتنقية المياه ، وإذا كان مثل هذه المحطّات متوافراً محلياً في حالات الطوارئ ، إلا أن مثل هذه المحطّات لا تنتج سوى كمّيّات قليلة من ماء الشرب ، كما يتطلّب تشغيلها عمالاً مهرة ، ولذلك فهي لا تستحق إعطاءها أوّلوية في الاعتبار ، ولا سيّما إذا كانت بحاجة إلى مساحة كبيرة ، وإلى تكلفة كبيرة لنقلها وتشغيلها وقد يكون من الأفضل استغلال المساحة والمال للتزويد بإمدادات أكثر ضرورة للطوارئ .

إنّ التوزيع الجماعي للحبوب والمساحيق والمطهّرات السائلة يجب ألا يُنظر فيه إلا إذا رافق ذلك حملة تثقيف صحي نشيطة لتعليم الناس كيفية استخدامها ، وتوزيع حاويات لحزن المياه ، مع قيام العاملين الصحيين ومساعدتهم بتقديم المساعدة للناس لضمان الاستخدام الملائم والمتواصل لأقراص التعقيم ، مع وجود شبكة توزيع لضمان وجود الموارد الإضافية التي ستمس الحاجة إليها خلال فترة الطوارئ وخلال المرحلة الأولى من مراحل التأهيل .

وبشكل عام يمكن إعطاء مجموعات من الأفراد المحدودين والخاضعين للرقابة بعض تلك المطهّرات لتنقية كمّيّات محدودة من ماء الشرب الذي يكفي لمدة أسبوع واحد أو أسبوعين ؛ ويجب بذل الجهود لإعادة مرافق الكلورة العادية إلى وضعها السابق أو لحماية الآبار الفردية والصهاريج بنطبق الإجراءات الفيزيائية مثل إجراء اللحام للشقوق الموجودة في جدار البئر المعدني أو تحسين الصرف حول البئر .

الإصحاح الأساسي

يجب توفير مراحض الطوارئ للسكان وللأجئين ولعمال الإغاثة في المناطق التي لحق الدمار فيها بالمرافق الصحية . كما يجب إنشاء نُظم لجمع الفضلات الصلبة أو نُظم للصرف الصحي في المناطق المنكوبة . وينصح بدفن أو حرق الفضلات الصلبة ، ويجب إعلام الجمهور عن طرق المعالجة الصحية للفضلات حيث لا تتوافر تلك الخدمات .

مكافحة العوامل الناقلة للمرض

يؤدي تجمع مياه المطر أو الفيضانات في الأراضي وفي الأواني الفارضة وفي الأماكن الأخرى بالإضافة إلى الظروف غير الصحية الناجمة عن انحباس الفضلات الصلبة والحطام إلى تكاثر القوارض والحشرات . وخلال حالة الطوارئ يجب أن يكون هدف الأنشطة المنفّذة مكافحة الأمراض المنقولة بعوامل حاملة للمرض ، ولا سيّما في المناطق المعروفة بانتشار مثل هذه الأمراض فيها . ويجب أن تترافق إجراءات مكافحة العامل الناقل مع الإجراءات الصحية الأخرى مثل الوقاية الكيميائية من الملاريا التي تهدف إلى الحد من هذا المرض أو استئصاله .

أمّا الإجراءات الأساسية لمكافحة نواقل الأمراض فهي التالية :

(1) إعلام الناس بالإجراءات التي ينبغي اتخاذها للتخلّص من مواضع تكاثر العامل الناقل للمرض وبالتالي وقايتهم من الأمراض المنقولة به .

- (2) مسح المخيمات والمناطق ذات الكثافة السكانية العالية للتعرف على المواضع المحتملة لتكاثر البعوض .
- (3) القضاء على مواقع التكاثر بشكل دائم قدر الإمكان وذلك بتصريف المياه أو الردم أو بقلب الأواني الفارغة .
- (4) الاستمرار في رش المبيدات داخل المنازل ، إذا كانت قد استخدمت في مرحلة سابقة كوسيلة اعتيادية لمكافحة العامل الناقل في مناطق الفيضانات .
- (5) مكافحة ذات التنظيم الجيد على مواقع تكاثر البعوض بشكل جيد يقتص الحاجة إلى رش المبيدات خارج الأبنية ، وإذا أظهرت عمليات المسح ضرورتها فلا بد من الاعتماد على المصادر والموارد المحلية ولأينصح باستخدام إمدادات ومعدات مُعدّة بسبب كلفتها المرتفعة ، وفي المناطق الضياعية ، القصيرة الأمد .
- (6) تعفير اللاجئيين في المخيمات وفي المستوطنات المؤقتة في المناطق المعروفة بوجود التيفوس فيها .
- وتكاد تكون مكافحة الناجمة للذباب المنزلي والقوارض شيئاً مستحيلاً خلال المرحلة الأولى من الكارثة الطبيعية ، والإجراءات الوحيدة المقبولة لمكافحتها هي إصحاح البيئة ، والتصحّح الشخصي . ويجب تخزين الماء والطعام في أماكن مغلقة كما يجب إزالة النفايات والمخلفات الصلبة الأخرى والتخلص منها بطريقة صحية وأسرع وقت ممكن ، فمثل تلك الإجراءات هي الأكثر فعالية لمكافحة انتشار أمثال هذه الهوام .

التصحّح الشخصي

يميل التصحّح الشخصي إلى الانحطاط عقب حدوث الكارثة الطبيعية ، وخاصةً في المناطق ذات الكثافة السكانية العالية مثل مستوطنات اللاجئيين . وينصح بالإجراءات الصحية البيئية التالية : تزويد اللاجئيين بمرافق الغسيل والتنظيف والاستحمام ، وتوفير الماء لمن يعيشون بعيداً عن المستوطنات والذين انقطع عنهم الإمداد ، وتجنب الازدحام في أماكن النوم ، وإطلاع الناس على مبادئ التصحّح الشخصي وتشجيعهم على اتباعها .

دفن الموتى

قد تجد السلطات الصحية العامة نفسها أمام المسؤولية المباشرة أو في موقع إسداء النصح والمشورة حول الأخطار الصحية المتعلقة بالتخلص من الجثث ، والمخاطر الصحية التي ينطوي عليها وجود جثث غير مدفونة مخاطر قليلة ولا سيما إذا كان سبب الموت هو الرضح ، ومن النادر أن تؤدي تلك الجثث إلى فاشيات لأمراض مثل الحمى التيفية أو الكوليرا أو الطاعون على الرغم من أن تلك الجثث قد تكون وسيلة لنقل التهاب المعدة والأمعاء أو متلازمات التسمّم الغذائي إلى الناجين إذا ما لُوّثت الجداول أو الآبار أو المصادر الأخرى للمياه . وعلى الرغم من ضآلة الخطر الصحي الناجم عن الجثث إلى درجة يمكن معها إهماله ، فهي تمثل مشكلة اجتماعية دقيقة ، ويجب استخدام الطريقة المعتادة محلياً سواء كانت الدفن أو حرق الجثث كلها كان ذلك ممكناً ، ويُعدّ الدفن الطريقة الأفضل والأبسط إذا كانت مقبولة من الوجهة الشعائرية وممكنة فيزيائياً ، وليس للحرق مبررات صحيّة ، كما أنّ عمليات الحرق الجماعية تفتحي كميات كبيرة من الوقود .

وقبل التخلّص من الجثث ينبغي التعرّف على أصحابها وتنظيم سبّجات تعريف لهم وفي كثير من البلاد يتوجّب تحرير شهادة وفاة أو القيام بتشريح الجثة قبل التخلّص من الجثث ، لذا يجب أن يؤخذ بين الاعتبار إدخال فقرة تنازل عن تلك الإجراءات في التشريعات الخاصة بطوارئ الكوارث .

معلومات عامة للجمهور

بالإضافة إلى المعلومات النوعية التي سبق ذكرها في الفصول السابقة الذكر ينبغي إعلام الناس بالخدمات، الصحية البيئية المتوافرة، ومصادرها ومواقعها، ومخيمات اللاجئين، والسلطات التي يجب إعلامها عند مواجهة أية مشاكل. فذلك مما يساعد الناس على فهم مدى حالة الطوارئ، ويحدّ من الارتباك والتشويش، ويحسّن فعالية الأنشطة الصحيّة و البيئيّة الخاصة بالطوارئ.

الفصل الخامس

الغذاء والتغذية*

لا تُؤدِّي الكوارث الفادحة كلها إلى حدوث نقصٍ حاد في الأطعمة يُؤدِّي إلى تبدُّلاتٍ ضارَّة في الحالة التغذوية للسُّكَّان ؛ وستتوقَّف طبيعة المشاكل التي ستظهر على نمط وشدة الكارثة من جهة وعلى ظروف الطعام والتغذية الموجودة في المنطقة قبل الكارثة ، ولا يتمُّ توزيع الطعام على نطاق واسع بالأولوية الدائمة في عمليَّات الإغاثة الفورية ، وفي الحقيقة قد يُؤدِّي ذلك إلى تأثيرات غير مرغوب فيها على المدى البعيد .

ولتحديد نوع غذاء الإغاثة ، ووقت الحاجة إليه ، ينبغي أن يكون لمنسقي الإغاثة الصحية معرفة حميقة بالنتائج المُتوقَّعة من أنماط نوعية من الكوارث ويجب عليهم تعديل الأدوار الرئيسية في الإغاثة الصحية تبعاً لظروف مناطقهم ، وتمثل الخطوات الرئيسية اللازمة لضمان فعالية برنامج الإغاثة الغذائية في تقييم موارد الغذاء المتوقَّرة بعد حدوث الكارثة ، وتقدير الاحتياجات الغذائية للسُّكَّان المتضرِّرين ، وحساب الحُصص الغذائية اليومية والاحتياجات للمجموعات السُّكانية الكبيرة ، ومراقبة الحالة الغذائية للناس المتضرِّرين .

وينبغي استشارة المسؤول الغذائي الذي تُلقي تدريباً في هذه المواضيع ، والاستعانة به في تخطيط وتنفيذ الإغاثة .

العواقب المُتوقَّعة للكوارث

يتمثل أكثر العواقب احتمالاً في أيِّ نمطٍ من الكوارث في تعرُّض نُظم الاتِّصالات والمواصلات ، للاختلاف واضطراب الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية الروتينية ، ونتيجة لذلك ، تصبح مستودعات الأطعمة ، حتى لو كانت ممتلئة ، بعيدة عن متناول الأيدي بسبب احتلال نظام التوزيع أو بسبب فقدان الدخل الذي يشترى به الغذاء .

وعند حدوث دمار شديد إلى درجة تُؤدِّي إلى نفوق المواشي والدواجن وفقدان المحاصيل والمخزونات ، يمكن للمعضلة القصيرة الأمد أن تخلف أزمت طويلة الأمد ، وأشدَّ وطأة ، أضف إلى ذلك أنه قد يكون من الضروري القيام بإخلاء وإعادة توطين المجتمعات المحلية في الفترة التالية للكوارث مما يؤدي إلى نشؤ بُور تحتاج إلى التزويد بإمدادات غذائية كاملة طيلة فترة الإقامة في المخيم كما أن المستشفيات والمؤسسات الأخرى قد تحتاج إلى الإمدادات الغذائية الطارئة .

وعلى الرغم من أن الوضع الموصوف سابقاً قد يحدث عقب أي كارثة ، فمن الممكن تَوَقُّع حدوث بعض الفروق في التأثيرات الحادثة على المدى البعيد تبعاً لنمط الكارثة ، فالزلازل ، على سبيل المثال لا تُحدث إلا القليل من التأثير المباشر على التوافر الإجمالي للغذاء على المدى البعيد ، فالمحاصيل الناضجة لا تتأثر ، ويمكن للعائلة أن تغدِّ مستودعات الغذاء والمواشي وما يتعلق بها . ومن جهة أخرى قد تنشأ مشاكل غذائية مُؤقَّتة في صورة نتيجة غير مباشرة لتعطُّل وسائل المواصلات ونظم التسويق ، وإذا حدث الزلزال خلال فترة العمل المكثف مثل موسم الحصاد ، فقد يؤدي نقص الأيدي العاملة بسبب الوفيات وبسبب التحوُّل عن الزراعة إلى حدوث مشكلات تُدرَّة ماثلة على المدى القصير .

* نعرب عن تقديرنا البالغ لإسهامات كل من الدكتور ميغل جيري والدكتور كورتيس ماكنتوش من معهد الكاريبي للأطعمة والتغذية ، في إعداد هذا الفصل .

وعلى النقيض من الزلازل ، تؤثر الفيضانات وطفيان البحر بشكل مباشر على توفّر الغذاء ، وتعرض المحاصيل الناضجة للتلف التام وخاصة إذا لم يكن هناك زمن كافٍ للتّحذير ، وقد نلحى الأضرار بمخازن البذور والمؤنات العائلية .

الآثار الضارة المحتملة الّواقِع لتوزيع الأَطعمة على نطاق واسع

يجب أن يتم اتخاذ القرار بتوزيع كميات كبيرة من الأَطعمة على أعلى المستويات ، وأن يُبنى على أكثر المعلومات المتوفّرة دقّة ، فإذا جُلِّت كميات كبيرة من الأَطعمة إلى منطقة ما غير محتاجة إليها ، فستكون العودة إلى الوضع السوي صعبة ، كما أن توزيع الطعام يتطلّب توفير وسائل النقل والعاملين ، وهذه الوسائل يمكن استخدامها بشكل أفضل في طرق أخرى ، كما أن سنار المزارعين سيواجهون ضائقة بسبب انخفاض سعر السوق . ولكنّ التأثير الضار الأكثر خطراً هو إحداث حالة من الاعتماد على الإغاثة من جراء مواصلة توزيع الأَطعمة مجاناً على السكان من دون أن يقترن ذلك بتوزيع المواد الضرورية لإعادة تسيير عجلة الاقتصاد المحلي مثل البذار وأدوات العمل .

ترتيب الأولويّات

تتمثل أولويّات الحدّ من المشكلات الغذائية فيما يلي : (1) الإمداد الفوري بالطعام في المناطق التي تبدو بحاجة مُلِحّة إليه ، مثل السكان المعزولين ، والمؤسسات ، والعاملين في الإغاثة . (2) التقييم المبديّ التقريبي للاحتياجات الغذائية في المنطقة للتمكن من اتخاذ خطوات للتموين ، والنقل ، والتخزين والتوزيع . (3) تحديد مواضع مستودعات الغذاء أو التموين ، وتقييم صلاحيته للاستهلاك . (4) مراقبة المعلومات حول الاحتياجات الغذائية للتمكن من تعديل برامج التموين والنوزيع وغيرها من البرامج وفقاً لتغيّرات الوضع .

الإغاثة الفورية

لا يمكن خلال أيام الفوضى واللبلة الأولى التي تعقب نزول الكارثة ، معرفة مدى الدمار الحادث على وجه الدقّة ، إذ تكون المواصلات صعبة ، ويكون عدد المتضرّرين أخذاً في التضاعف كل ساعة . ويكون من الواجب البدء بتوزيع الطعام بأسرع وقت ممكن ، وتكون عملية التوزيع عرضة للتغير من يوم لآخر بسبب التنوّع الواسع والمخزون الضئيل من المواد التي ترسلها الحكومات ، والركّات ، والمنظمات الخاصة والأفراد . ويبدو أن من المستحيل في هذه الفترة تخصيص حصص غذائية معقولة ، والمهم في هذه المرحلة الفوضوية أن يحصل كل فرد على حدٍ أدنى من الحريات مقداره 6,7 إلى 8,4 ميغاجول (600 , 1 إلى 2000 كيلو كالوري) في اليوم في أي صورة كانت ، سواء أكانت من التفاح المطبوخ المعلّب ، أو من معجون الكبد أو الجزر وعلى مدى قصير جداً لايزيد عن أسبوع يمكن لخصّة إسعافية تقرب من 6 ميغاجول (600 , 1 كيلو كالوري) أن تحول دون التدهور التندوبي الوعيم والمخصصة الجماهيرية .

وكخطوة إغاثة فورية ، يجب توزيع الطعام المتوفر على أيّ مجموعة ذات خطورة عالية أو يبدو أنها بحاجة إليه ، وبكميات كافية (3 - 4 كغ للفرد) تمسك الرّمق لأسبوع واحد . يجب أن يكون الطعام وارداً بصورة آليّة ، مثلاً ، ضمن كل الإمدادات المرسلّة إلى المجتمعات المعزولة بزلزال أو إلى النازحين بسبب الفيضانات ، وعندما يتمثل حدوث نقص في الوقود ، يُفضّل توزيع طعام مطبوخ مثل الرز المغلي أو الخبز بدلاً من الأَطعمة الجفافة .

ولن تكون هناك حاجة خلال الأسبوعين أو الأسابيع الثلاثة الأولى إلى إجراء الحسابات الدقيقة حول محتوى الطعام من الفيتامين ، والمعادن ، والبروتين ، ولكن يجب أن تكون الإمدادات مقبولة ومستساغة

الطعم ، وأهم ما يجب أن يقدم هو الطاقة الكافية ، فعند عدم الحصول على مواد غذائية أخرى ، يكفي توزيع الحبوب وحدها لمواجهة الاحتياجات الغذائية الأساسية ، وعندما يستطيع السكان تدبير بعض غذائهم فقد يكون من الممكن أن يقتصر التوزيع على مادة واحدة مثل البقوليات ، والاكتفاء بالإمداد بجزء من الحصص فقط .

تقدير المُتطلَّبات الغذائية

يجب إجراء تقدير أولي تقريبي لكتلة المواد الغذائية التي يحتاجها السكان بعد حدوث الكارثة ، مباشرة لأن هذا يمكن القائمين على تدبير الإغاثة من اتخاذ الخطوات الضرورية لتحديد مواقع المخزونات ، وتدابير التخزين والنقل .

وفي غياب المعلومات المُفصلة يجب تقدير المتطلَّبات الغذائية ، إلى حد ما ، بناءً على تقدير معين ، مع إدخال العوامل التالية في الحساب : (1) التأثير الذي يمكن للكارثة أن تلحقه بتوافر الغذاء (فمثلاً قد يتلف طفيان البحر المؤنونات المنزلية . (2) الحجم التقريبي للسكان المتضررين . (3) الموارد العادية من الطعام واختلافاتها باختلاف المناطق (أي النسبة المئوية التقريبية للسكان الذين يعملون كمزارعين عائلين ، والنسبة المئوية التقريبية للسكان الذين يعتمدون اعتماداً كلياً على الأطعمة الجاهزة) . (4) تأثير العوامل الموسمية ، ففي المناطق الزراعية المعتمدة على المحاصيل في الإعالة قد تنضب مستودعات التجار ، والمؤنونات المنزلية من الطعام قبل الحصاد مما يجعل السكان أكثر اعتماداً على السوق .

يجب على مسؤول التغذية أن يقوم بإعداد تقديرات غذائية على أساس العائلة (التي تعتبر عادةً مؤلفة من خمسة أفراد) لمدة أسبوع ثم لمدة شهر فقد يكون توزيع الغذاء على أساس العائلة ولفترات شهرية أكثر نُظُم الإمداد قابلةً للتطبيق المبلي كما يجب على المسؤول عن التغذية أن يقوم بإعداد تقديرات للمتطلبات الجماعات السكانية الكبيرة من السلع ومثال ذلك ؛ تقدير احتياجات 1,000 نسمة لمدة شهر ، وهناك قاعدتان بسيطتان مفيدتان يمكن الاعتماد عليهما ؛ وهما : (1) إن 76 طناً مترياً من الغذاء تكفي 1000 نسمة لمدة شهر واحد . (2) نحتاج ، من أجل تخزين طن متري واحد من الغذاء ، إلى مترين مكعبين من الفراغ .

ومن الأهمية بمكان تأمين التخزين الملائم لتفادي فقد الأغذية بسبب الأمطار أو الهوام أو النهب . وعند حساب تركيب الحصص اليومية ، يجب أن نظل النقاط التالية ماثلة في الذهن : (1) يجب أن تكون الحصص بسيطة قدر الإمكان . (2) يجب اختيار سلع غذائية غير قابلة للفساد ، وفضيلة الحجم لتسهيل عمليات التخزين والتوزيع . (3) يجب إفساح المجال للبدايل من المواد الغذائية ضمن مجموعات الأطعمة . ويجب أن ترتكز الحصص الغذائية على ثلاث مجموعات من الأطعمة ؛ مجموعة من السلع الرئيسية في المنطقة يُفضَّل أن تكون من الحبوب . ومجموعة تتمثل في مصدر مركز الطاقة مثل الدهن ومجموعة المصدر المركز للبروتين .

ويجب أن تتلقَّى المجموعات المُعرَّضة للخطر أطعمة تكميلية إلى جانب القوت الرئيسي ، كلما أمكن ذلك ، ويدخل ضمن هذه المجموعة الأطفال دون سن الخامسة ، الذين يكبرون بسرعة ، ويمكن أن يعانون من ضرر دائم في حالات تعرُّضهم لسوء التغذية ، والحوامل ، والمرضعات ، اللائي يَحتجْنَ إلى غُذَيَاتٍ أكثر من غيرهن ، ويُعدُّ الإرضاع أفضل وسيلة لتغذية الأطفال دون الشهر السادس من العمر . ويجب ألاَّ يَسْفَح مُسَسِّقُ الإغاثة الصَّحية لحالة الطوارئ أن تكون مُبرراً لإغراق البلد بأغذية الأطفال البديلة .

التموين

إذا تجاوزت الكمية المحسوبة من الطعام المطلوب الكمية المتوفرة محلياً بصورة مباشرة ، وكان من المتوقع أن يستمر توزيع الطعام عدة شهور ، فلا بد من اتخاذ خطوات للحصول على الطعام من مكان آخر داخل البلد أو خارجه . وعندها ينبغي إجراء تقدير أولي لمُتطلبات نقل الغذاء المحلي لمواجهة هذا الطارئ المحتمل . وينبغي الحصول على الغذاء اللازم للطور البدئي للتوزيع الخاص بالطوارئ في الإغاثة من الحكومة الوطنية أو من مستودعات تجار الجملة أو منظمات التنمية الدولية أو الثنائية . وإذا تطلّب الأمر توفير كميات كبيرة من الغذاء من الخارج ، فقد تستغرق عمليات التموين والشحن شهوراً عدّة ، ولذا يجب الاتصال بالمنظمات المناسبة في أقرب وقت ممكن ، ومن الضروري أن يقدم مُنَسَّقُ الإغاثة الصحية إلى المترعين المحتملين ، معلومات حول العادات المتعلقة بالأكل عند السكّان وما يفضلونه من أطعمة ، فالأغذية التي لا تُؤكّل لن يكون لها فائدة غذائية .

وغالباً ما يُبَاعُ في تقدير الحاسبة إلى أطعمة الأطفال الخاصة في الفترة التي تلي الكارثة مباشرة ، مع أن تحسين تغذية الأمهات ودعم وضعهن الاقتصادي أكثر مأمونية وأعلى مردوداً من أطعمة الأطفال غير الطبيعية المشحونة جواً . ويجب عدم طلب الأقراص ذات الفيتامينات المتعددة كإداة إغاثة منفصلة لأن المتطلب من الفيتامينات ليس بذي أهمية خلال الطور الحاد من الإغاثة .

الترصّد

ينبغي القيام بمراقبة الحالة الغذائية للمجتمع إذا كان من المتوقع ظهور مشكلات في الإمداد بالغذاء على المدى الطويل ، كما هو الحال في حالات الكوارث التي تصيب المناطق المعتمدة على الزراعة ، وفي حالات ضعف المواصلات ؛ ويمكن إنجاز تلك المراقبة بإجراء قياسات فيزيائية منتظمة لعينة ملائمة من السكّان . ولما كان صغار الأطفال هم الأكثر حساسية لاتجاه التبدلات الغذائية ، فيجب بناء نظام الترصّد عليهم . مع تذكر أنّ أكثر حالات سوء التغذية خطورةً ينتج عن سُورَة حادّة لنقص تغذية مزمن . وفي حالات الطوارئ ، يُعدُّ قياس الوزن، نسبةً للطول، أهم مؤشر دالّ، على التبدلات الحادّة الغذائية ، على الرغم من إمكانية استخدام قياس محيط العضد وهي طريقة بسيطة وسهلة .

وحيث تتوفّر نتائج عمليات المسح الأولية لتقدير الاحتياجات ، يمكن للمعلومات الأكثر دقة أن تُعدّل التقديرات الأولية حول نسبة السكّان الأكثر حاجة إلى توزيع الغذاء على المدى الطويل ، ويجب التأكد من أنّ عمليات مسح الاحتياجات لا تغطي توفّر الغذاء بل تحدّد، المناطق التي تظهر فيها مشاكل تتعلق بالعمل أو وسائل الإنتاج أو التسويق أو بالتغيرات الأخرى التي تؤثر على التوزيع ، ويجب إنهاء عملية التوزيع بمجرد أن يتضح أن المنطقة قادرة على العودة إلى الأنماط السوية للاستهلاك ويمكن الحصول على تفاصيل تقنية عن توزيع الأطعمة وتقنيات التغذية من المصادر التالية :

C. de Ville de Goyet, J.Seaman, and U.Geiger, *The Management of Nutritional Emergencies in Large Populations* (Geneva, World Health Organization, 1978), and Protein-Calorie Advisory Group of the United Nations System, *A Guide to Food and Health Relief Operations for Disasters* (New York, United Nations, 1977) .

الفصل السادس

تدبير إمدادات الإغاثة الصحية

خلال الأسبوع الأول التالي للكارثة ستتكوّن إمدادات الإغاثة الصحية بشكل رئيسي من الأدوية والمعدات الطبية الضرورية لمعالجة المصابين ولمنع انتقال المرض . بينما تتضمن الإمدادات بعد ذلك المعدات الهندسية الضرورية للإصحاح ، والمركبات ، والأطعمة ، ومواد البناء وما شاكلها .

ويجب سدّ الاحتياجات الفورية بشكل رئيسي من قِبَل البلد المُتضرّر وجيرانه الأقربين ، والقوات المسلحة الأجنبية ذات التجهيزات المتطورة . وكثيراً ما تكون إمدادات الطوارئ الواردة من الخارج مقتصرة على القليل من المواد الضرورية وبكميات قليلة نسبياً .

وعلى الرغم من بعض شحنات الإمدادات الطبية التي ستصل إلى المطار الرئيسي خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى فإن عمليات التفريغ والفرز وإيصالها إلى مواقع الحاجة ستحتاج لوقت أطول بكثير ، في العادة تصل إمدادات الإغاثة بعد سدّ أكثر الاحتياجات الطبية إلحاحاً بالوسائل المحلية المحدودة .

وإجمالاً ؛ لانكمن المشكلة الرئيسية في تحصيل كميات كبيرة من الإمدادات الجديدة ، بل في توزيع الإمدادات المتوفرة .

استغلال المخزون المحلي

لكل بلد مخارنه العاملة العادية للأدوية ولالإمدادات الطبية الأخرى في مستودعات المستشفيات ، والمستودعات التجارية ، والمخازن الاحتياطية العسكرية ، وكثيراً ما تكون هذه الإمدادات داخل أو خارج المنطقة المتضررة كبيرة بما يكفي لسدّ الاحتياجات النورية من الأدوية في فترة الطوارئ ، وحتى في حال خراب تلك المستودعات فإن بعض مخزونها يمكن أن يظل ممكن الإنقاذ .

وينشأ نقص في مراكز معينة أثناء حالات الطوارئ بسبب صعوبات تحديد مواضع المخازن ، وصعوبات نقل المواد في منطقة الكارثة ، وبسبب الاستهلاك العالي علوياً بعيداً عن التكافؤ لبعض المواد مثل أفلام الأشعة ، وجبس الجبائر والضمادات . وستقتضى التعبئة الفعّالة لكل الموارد المحليّة من الأطباء والإمدادات الطبية أن يتولّى مُنسق الإغاثة الصحية تحديث أو تأسيس جردٍ أوليٍّ لأنماط الإمدادات المتوفرة ، ومواقعها ، وحالتها عقب وقوع الكارثة ، وأن يكون للمُنسق سلطة شراء الإمدادات أو طلبها من موردي القطاع الخاص ، وإعادة توزيع أرصدة الميزانية لسدّ الاحتياجات الفورية .

اللائحة الوطنية للأدوية الأساسية

لقد نصّ تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية على ما يلي :

لابدّ ، من أجل الاستغلال الأمثل للموارد الاقتصادية المحدودة ، من أن تقتصر الأدوية المتوفرة على تلك التي تُدعى بالأدوية الأساسية إشارةً إلى أهميتها القصوى ، وعدم إمكان الاستغناء عنها ، وكونها ضرورية للاحتياجات الصحية للسكان (اختيار الأدوية الأساسية ، التقرير الأول للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، منظمة الصحة العالمية ، 1977 سلسلة التقارير التقنية لمنظمة الصحة العالمية رقم 615 - صفحة 9) .

هذا الأسلوب، الذي يُوصى باتباعه في الظروف العادية، يغدو أكثر إلحاحاً لضمان التدبير الصحي في حالات الطوارئ.

وقد وصفت بعض المنظمات مثل اليونيسف، ورابطة جمعيات الصليب الأحمر، ومنظمة الصحة العالمية والمنظمة المتفرعة عنها، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، وبعض منظمات الإغاثة الحكومية لوائح بالأدوية الضرورية للإغاثة من الكوارث. وعلى الرغم من أن كل لائحة منها مُصمَّمة لتلبية الاحتياجات النوعية ومن أجل وظائف للإغاثة للمنظمة أو البلد الذي يستخدمها، فهناك خصائص تجمع بينها.

لقد تمَّ اختيار الأدوية الموجودة في لوائح حالات الكوارث من لائحة منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية للظروف العادية (وهي تضمُّ 200 اسماً علمياً) لأدوية أثبتت فعاليتها العلاجية عند معالجة المشاكل السريرية ومشاكل الصحة العامة ذات الأهمية الخاصة التي تحدث في أعقاب الكارثة، اقتصر تنوعها وعددها على أقل من 50 مُستحضر.

يجب أن تقتصر فائدة اللوائح المجموعة دولياً على كونها مجرد نماذج، ويجب على كل بلدٍ مُعرِّض للكوارث أن يقوم بإعداد لوائحه الخاصة به سلفاً، وهي تتضمن الإمدادات الطبية التي يجب أن تتوفر فوراً من خلال المستودعات الاحتياطية المحلية، والزيادات في المستودعات الصيدلانية أو المستشفيات الحكومية، أو التبرعات الخالية لحدوث كارثة كبيرة.

تقديم طلبات للحصول على المساعدة الدولية

تظهر الحاجة إلى طلب المساعدة الخارجية بسبب احتمال حدوث نقص في بعض الإمدادات وقت حدوث الكارثة، وبسبب احتمال العجز السريع للميزانية، وعدم كفاية محتويات مخازن الأدوية، والعجز عن البدء بالتأهيل الباكر، وإعادة تأسيس الرعاية الصحية الأولية العادية.

وللحصول على الفائدة القصوى من المساعدة الدولية الضئيلة المقدَّمة للبلد يجب اتباع الدلائل التالية:

(1) يجب إسناد مسؤولية تقديم طلبات الطوارئ الدولية إلى موظف حكومي واحد، وإلا فلا بد أن يكون هناك إزدواجية، وفوضى، ونقصان.

(2) يجب أن يطلب من المتبرعين المحتملين تقديم كميات كبيرة من مواد قليلة السدد لأن ذلك سييسِّط إجراءات التموين والشحن ويجعلها أكثر سرعة وسهولة.

(3) يجب أن يوضَّح الطلب ترتيب الأولويات، والكميات، والتركيب المطلوبة (شراب أو أقراص)، ويجب تجنُّب الطلبات المُهمَّمة مثل «مضادات الإسهال» أو «صادات» أو «لقاحات». ويجب أن تكون الكميات المطلوبة متناسبة مع حجم السكَّان المنكوبين والوقوعات المُحتمَّلة الحدوث من رضخ ومرض، وقد نبت أن الطلبات التي اعتبرتها المنظمات الأجنبية والحكومات غير متناسبة مع حجم الكارثة كانت تفضي إلى نتائج معاكسة للنتائج المرجوة.

(4) يجب أن تقتصر الطلبات على الأدوية ذات القيمة العلاجية الثابتة والكلفة المعقولة، إذ لا يمكن أن تكون حالات الطوارئ مُبرِّراً لطلب الأدوية الباهظة الثمن والمُعقَّدة، وخاصَّةً الصادات، ولطلب المُعدَّات التي ما كانت البلاد تستطيع تحمل ثمنها قبل حلول الكارثة.

(5) يجب عدم طلب أدوية أو منتجات أو لقاحات قابلة للتلف، مالم تتوفر مرافق التجميد والتدابير الخاصة بالمعالجة في المطار.

(6) إن إرسال نفس اللائحة لمتبرعين عديدين يؤدي إلى إزدواج الإمدادات إذ ترسل المواد من قِبَل عدَّة مصادر للإمداد، بينما لا تُرسل المواد الأخرى من أيِّ مصدرٍ للإمداد. وتستطيع منظمة الصحة العالمية

مساعدة البلد على تقدير احتياجاته بشكل دقيق ، وإعلام المتبرعين بالمساعدة الأكثر ملاءمة ، ويؤدي فشل تنسيق التبرعات بإمدادات الإغاثة وطنياً إلى استشارات مباشرة ومستهلكة للوقت بين الحكومات المُستَعِدَّة للمساعدة ، ومنظمات الإغاثة ، والأندرو ، ومنظمة الصحة العالمية لتحديد أدوار كل منها في العمل .
وتبدي بعض البلدان المتبرِّعة وبعض المنظمات ممانعة في تعويض ما استُفيد من المستودعات الطبيَّة على التوالي في تحقيق أغراض الطوارئ ، وترغب بدلاً من ذلك في الإمداد باحتياجات الطوارئ مباشرة . ويمكن الحد من هذه المشكلة بإعلام من يتطوَّع بالإمداد أن المستودعات المحليَّة التي استنفدت أثناء الطوارئ لن يكون من الممكن تأهيلها للخدمات الطبيَّة العادية ، كما يجب أن يتحقَّق المتبرعون من أن مساهماتهم من الإمدادات قد لا تستقبل ولا توزع في الوقت المحدد لكي تُستعمل لمعالجة المصابين .

إجراءات توسيم الشحنات وتعليمها *

لقد أظهرت الخبرة الطويلة في العديد من عمليات الإغاثة الدولية أن على جميع المنظمات استخدام نظام مُوحَّد لِلصِّق البطاقات وتوسيم وتعليم الشحنات الخاصَّة بالإغاثة ، وأن على الحكومات المُتلقِّية وعلى الجهات المتبرِّعة تبني الإجراءات التي طُوِّرتُها رابطة جمعيات الصليب الأحمر بالتنسيق مع وكالات الأمم المتحدة :

- (1) الرَّمزُ اللَوْنِيُّ : الألوان الأكثر استخداماً في إمدادات الإغاثة بعد الكارثة هي : الأحمر للمواد الغذائية ، والأزرق للملابس والأدوات المنزلية ، والأخضر للإمدادات والمعدَّات الطبيَّة .
- (2) التوسيم : يجب أن تظهر البطاقات والأحزمة الخضراء الملتصقة على الشحنات الطبيَّة تاريخ انتهاء المفعول ، ودرجة الحرارة التي يجب ضبطها ، ويجب استخدام اللغة الإنكليزية على جميع البطاقات مع علامات التوسيم بالتنسيق ، مع أنه يمكن إضافة لغة ثانية إلى جانب الإنكليزية ، ويجب إظهار المحطَّة الأخيرة (مطار الوصول) في أسفل البطاقة وبأحرف كبيرة جداً .
- (3) الحجم والوزن : يجب أن تكون الأوعية ذات برزنج وسبم يستطيع سعهما رجل واحد أن يتناولها (بشكل مثالي من 25 إلى 50 كغ) . لأن من النادر توفُّر الرفعات الميكانيكية في مكان الاستقبال .
- (4) المحتويات : يجب أن تُحَرِّم الإمدادات وفقاً لأنماطها في أوعية منفصلة ، دائماً . إذ سوَّدي خلط شحنات مختلفة إلى ظهور مشاكل كثيرة في التخزين وفي التوزيع في المكان اللازم . كما أن الرمز اللوني يفقد قيمته إذا حُرِّمَت الإمدادات الطبيَّة مع الغذاء في نفس الوعاء ، على سبيل المثال .
- (5) الإبلاغ المُسبق للجهة المرسل إليها ومُنسَّق الإغاثة الصحية : لابد ، من أجل تحقيق التغطية لكامل التفاصيل الضرورية للنقل الآمن والمناولة السهلة في منطقة الاستقبال ، من ذكر المعلومات التالية وفي وثيقة واحدة : (1) اسم المُرسِل . (2) اسم المُتلقِّي . (3) طريقته النقل ، مع ذكر اسم الباخرة أو رقم الرحلة الجوية وتاريخها ، ومرفأ أو مطار الإقلاع (4) لائحة مُفصَّلة عن المحتويات ، مع ذكر الأوزان ، والأبعاد وسمات الرِّزْم . (5) القيمة بعملة البلد المُرسِل . (6) نَمَطُ التأمين ، اسم الشركة ... الخ (7) العميل الناقل مع ذكر اسم الشخص الذي يجب الاتصال به في البلد المُتلقِّي . (8) الوقت المقدَّر للوصول . (9) التعليمات أو المتطلَّبات الخاصَّة بالمعالجة ، وتتخزين الإمدادات . ويجب ملاحظة أنه في معظم الحالات تشترط السلطات في البلد المُرسِل أو المُتلقِّي أو في كليهما إرسال فاتورة صورية .
- (6) إرسال البلد المُتلقِّي رسالة تقدير وعرفانٍ إلى المتبرِّعين ، وبالسرعة الممكنة عقب استلام الشحنات .

* لخصت من الملحق رقم 8 - كتاب الصليب الأحمر للإغاثة من الكوارث (جنيف ، رابطة جمعيات الصليب الأحمر - 1976)

جرد وتوزيع الإمدادات الواردة

على الرغم من أن معظم الموردين الدوليين لا يستطيعون إلا لطلباتٍ معدة مساندة عن الحكومة الوطنية المعنية ، فإن بعض المنظمات الصغيرة قد ترسل الإمدادات الطبية بمبادرة خاصة منها .
وكثيراً ما تُشكّل الإمدادات الدوائية غير المطلوبة مشكلة كبيرة في عمليات الإغاثة الكبيرة . فالكميات قد تكون كبيرة جداً (زادت عن 100 طن في إحدى الحالات المسجلة) ، والنوعية شديدة التباين ؛ فمن كميات صغيرة لخليط من الأدوية ، إلى العينات المجانية والأدوية المستعملة والمتهية الصلاحية ، إلى أدوية غير معروفة إلا بأسائها التجارية أو باللغة الأجنبية .

وستلقى الأدوية والإمدادات الضرورية المرسلّة بناءً على طلب البلد المتضرر منافسةً من الأدوية والإمدادات غير المطلوبة ذات الحجم الكبير والفائدة الضئيلة ، والتي قد تُشكّل 50 بالمائة من حمل الإمدادات في بعض الحالات ، وذلك من حيث تأمين الفراغ اللازم للتخزين والنقل . لذا ينبغي على الحكومة المتلقية تبني سياسة صارمة بصدد قبول الإمدادات غير المطلوبة وغير المبلّغ عنها ، ويجب أن يشير الإعلان عن هذه السياسة إلى وجوب عدم إرسال أي معونة دولية مالم تكن استجابة لطلب خاص من الحكومة الوطنية أو عقب مفاوضات معها ، ويجب إعلام الممثلين الوطنيين في الخارج والبعثات الدبلوماسية المحلية ووكالات المساعدة عن هذه السياسة .

ويجب ترتيب إجراء تَمَحُّص مهني للإمدادات الطبية المجموعة من القطاع الخاص خارج البلاد قبل شحنها ، كلّما كان ذلك ممكناً .

وعلى الرغم من اتّباع مثل هذه السياسات ، ينبغي توقُّع وصول إمدادات غير مطلوبة ، ويجب التحضير لإتخاذ الإجراءات للتعامل معها ، ويجب أن يوجد ممثل عن وزارة الصحة في المطار لفحص الشحنات ، وسرل تلك التي تصلح للاستعمال الفوري ، وتعيين نقاط لتخزين كل ما يتبقى منها ، ويجب الشروع بتخزين الشحنات على وجه السرعة مالم يحلّ دون ذلك عمليات أخرى أو يستهلك قدرات القوى العاملة ويحوّلها عن القيام بواجبات أكثر منفعة . وقد أثبت طلاب الصيدلة أنهم مفيدون في هذه الأعمال ، كما اكتسبوا خبرة قيّمة في تصنيف الأدوية .

وستكون بعض الإمدادات الطبية الواردة موجهة مباشرةً إلى منظمات وطنية أو دولية غير حكومية تعمل في البلد المتضرر ، وقد يكون من الأفضل عملياً ، في الوقت الذي يلي الكارثة مباشرة ، أن تُرسل مباشرة إلى المنظمة المعنية بدلاً من محاولة القيام بالتخزين المركزي ثم توزيع الدواء ؛ وذلك باستثناء اللقاحات ، إذ يجب أن تبقى برامج التلقيح ، في كل الأحوال ، تحت إدارة وضبط حكوميين .

ويمكن تسهيل توزيع الأدوية الواردة بتصنيف وإصاق بطاقات التوسيم وفقاً للأصناف العلاجية ، وأولوية احتياجاتها ؛ (كأن تُصنّف إلى أدوية مُنقّذة للحياة ، وأدوية هامة ، وأدوية متنوعة ...) .

الأدوية المنتهية الصلاحية والمنتجات القابلة للتلف

قد تُقدّم بعض الأدوية التي قاربت تاريخ انتهاء الصلاحية أو تجاوزته على سبيل التبرع أو الهبة . ويجب تثبيت تاريخ انتهاء صلاحية الأدوية ، وبعناية ، عليها ، ويمكن لبعض الأدوية أن تبقى مأمونة وفعّالة فترة أطول مما ذُكرَ عليها من تاريخ انتهاء الصلاحية إذا تمّ تخزينها بشكل ملائم ، وعندما تكون كمية الشحنات كبيرة ، ويكون للدواء أهمية خاصة ينبغي الإعداد لفحصه في مخبر إحالة ، ثم إعادة اعتمادها ، ويمكن طلب المساعدة من الأمم المتحدة أو من المصادر الثنائية .

وكثيراً ما يُقدَّم الدم الكامل في صورة تَبْرُعات خارجية ، على الرغم من أن الاحتياج الطبي إليه محدود بشكل عام ، ويجب على المتبرعين التأكد من وجود حاجة للدم ، وأن تلك الحاجة لا يمكن مواجهتها محلياً ، وأن تسهيلات التجميد متوفرة بشكل كافٍ . ويجب إتلاف شحنات الدم غير المُجمد ، وقد يكون الأمر الأكثر ملاءمة طلب معدات جمع الدم أو التبرع بها أو بإمدادات ملائمة من بدائل الدم .

وبشكل عام ستصل إلى منطقة الكارثة كميات كبيرة من السوائل الوريدية السُّكَّرِيَّة والملحية (STET) بناءً على طلب البلد المُتضرَّر ، وكثيراً ما تكون الحاجة للسوائل الوريدية مُبالغاً فيها في حالات الكوارث ، وفي معظم الحالات يكون للطرق العلاجية البديلة نفس الفعالية ، والمزيد من المأمونية ، والاقتصاد وسثال ذلك استعمال محاليل الإماهة الفموية في حالات الإسهال .

ويجب الموازنة بين التأخر في الإتياء ، وبين الكلفة العالية المنقل الجوي قبل تقديم الطلب أو الإعزاز بالإرسال السريع ، وكثيراً ما تخصص نفقات الشحن الجوي التي ينفقها المتبرعون من المبلغ العام المُخصَّص لكارثة ما ، وبذلك تكون الأموال التي سَتُنْفَق على النقل الجوي على حساب أغراض أخرى من أغراض الإغاثة .

الفصل السابع

تخطيط المُستوطنات المؤقتة

ومخيمات اللاجئين وتصميمها وإدارتها

لا تتولى السلطات الصحية في العادة المسؤولية المباشرة عن إنشاء وتسيير المخيمات والمستوطنات المؤقتة ، ولكن لما كان الكثير من جوانب إدارة المخيم يؤثر في صحة السكان ، فمن الواجب إشراك مُنَسِّج الإغاثة الصحية في اتخاذ القرارات وفي أ بكر وقت ممكن .

تخطيط المخيمات والمستوطنات

تُنشأ المُستوطنات المؤقتة أو المخيمات الأكثر ديمومة بعدة طرق :
فبعد الفيضانات قد يُضطرُّ السكان للتحرك نحو الأراضي العالية والأكثر جفافاً ، وكثيراً ما تتلاشى هذه المستوطنات بصورة تلقائية بانحسار مياه الفيضان ، ولكنها قد تستمرُّ لفترة أطول إذا ألحق الفيضان أضراراً فادحة بالأراضي الزراعية وبالمباني .

وبعد الزلازل ، والرياح المدمرة قد لا يجد بعض الناس الذين فقدوا منازلهم مأوى مهم عند الأقارب أو الأصدقاء ، وعندما تحدث هزات أرضية أصغر ، ويدرك الناس أن الخطر مستمر ، يتقل الناس في غالب الأحيان إلى الساحات المفتوحة ، والحدائق ، والحقول ، وقد تصبح الأراضي التي كان الفقراء يسكنون فيها غير قابلة للاستعمال لأغراض السكن بعد حدوث الزلازل ، وقد يواجه السكان الذين كانوا مستأجرين للمنازل المتضررة معارضة من المالكين المؤجرين لهم ، أو ممانعة في إعادة بناء تلك البيوت ، أو يجدون الانتقال إلى مساكن أجرة جديدة أمراً باهظ التكاليف .

يجب تقديم المساعدة للناس في مساكنهم أو في مواقعها ، ويجب تجنب الإنشاء المتسدد للسكنيات ، لأن المشاكل التي قد تنشأ ستكون بشكل عام أكثر من تلك التي قد تحل ، لأن المخيمات والمستوطنات المؤقتة تقدم أكبر المصادر المُحتمَلة للأمراض السارية بعد انقضاء الكارثة المباشرة ، ففي كثير من الأحيان تصبح تلك المستوطنات دائمة وإن لم يكن مقصوداً في الأصل .

وستتعارض هاتان النقطتان إلى حد ما ، لأن من المتوقع أن يؤدي تزييد المخيم بالخدمات إلى تشجيع السكان على البقاء فيه ، وعلى الاعتماد على الإغاثة . ورغم أن هذا الأمر يمكن أن يغدو صحيحاً بعد الفترات الطويلة فهو غير مألوف في الفترات القصيرة ؛ إذ يفضل الناس بشكل عام العودة إلى حياتهم العادية ، وإلى محيطهم ، واعتمادهم على الإغاثة لا يكون في العادة إلا بسبب الافتقار إلى البديل .

إقامة المستوطنات والمخيمات

يُقصد من إنشاء المُستوطنات والمخيمات تحقيق غرضين ؛ أولهما : ضمان مستوى معيشة للسكان قريب من المستوى الذي تعيشه الجماعات الموجودة خارج المخيمات ، في البلد ذاته . ويميل العاملون المتطوعون والمنظمات ، في الغالب إلى تقديم خدمات ، وأطعمة ، وإسكان إلى سكان المستوطنات المؤقتة أفضل مستوى مما كانوا يعرفون سابقاً وما سيكون لديهم بعد انقضاء حالة الطوارئ بشكل خاص ، وهذا ما يؤدي إلى الاحتكاك مع السكان المحليين بتلك المخيمات ويمنح اللاجئين أملاً قد نعجز السلطات الوطنية عن تحقيقها . أما الغرض الثاني فهو : خفض كل من التكاليف الاستشارية ، والتكاليف الجارية المتجددة إلى أدنى حد ممكن ، وخفض الدرجة التي تتطلبها الإجراءات الإدارية المستمرة لإدارة المخيم .

اختيار الموقع

يجب أن يتم اختيار الموقع المناسب في وقت مبكر قدر الإمكان لأن ذلك سيؤثر على كل القرارات التالية المتعلقة بتصميم وتنفيذ الخدمات ، ويجب أن يتمتع الموقع بإمكانية الصرف الجيد ، والبعد عن التعرض للفيضانات الموسمية أو الانهيارات من الصخور والتربة ، أو أمواج المد ، وأن يقع قريباً قدر الإمكان من طريقي رئيسية لتسهيل صعوبات الإمداد ، وإذا كان من المتوقع الحصول على دعم دولي فينبغي اختيار موقع يسهل الوصول منه إلى مطار أو مرفأ . أما المخيمات فإن اختيار الموقع البعيد عن المناطق الحضرية الموجودة يسهل الوصول إليها ، ويخفض المشاكل الإدارية للمخيم إلى أدنى حد ممكن ، أما المستوطنات الطويلة الأمد ، فإن اختيار الموقع القريب من المجتمعات المحلية القائمة يسهل تزويدها بالمواصلات وإتاحة فرص العمل لسكانها . أما في المناطق المحيطة بالمدن ، حيث يزداد الضغط على الأرض ، فيمكن توفير الأرض للمخيم حفاً لأنها غير ملائمة لأغراض السكن ، ويجب دراسة إمكانية الحصول على الأرض بالشراء أو من أملاك الدولة .

تصميم المخيم

لا تتميز المجتمعات المحلية الدائمة بأبنيتها وشوارعها فقط ، بل بتناسكها الاجتماعي ولما كان الناس يشتركون في الخدمات ، وتجمع بينهم حاجات مشتركة ، فهم يلجأون إلى وضع نظم للالتزام المتبادل تتحكم في سلوك كل منهم فيما يتعلق بالملكية الخاصة ، وبالتخلص من المخلفات ومياه الاستعمال المنزلي ، واستخدام المراحيض وباحات لعب الأطفال . وإذا كانت مثل هذه الآليات غير كافية في قرى الأكواخ فقد تكون معدومة تماماً في المخيمات ، ويسهم مثل هذا الافتقار إلى التماسك الاجتماعي في انتشار الأمراض (كما في حال التنصير في استخدام المراحيض) وفي جعل عملية إدارة المخيم أسوأ أكثر صعوبة . وسوف يحد الانتباه المبكر والكافي إلى التصميم المادي من أمثال هذه المشاكل .

وفي الأحوال المثالية يتم تصميم المخيمات بحيث تضم مجموعة من العائلات بعضها إلى بعض ، وبالتالي يسهل إيصال الخدمات الاجتماعية إليها ويجب قصر استعمال مجموعة من المرافق (مثل المراحيض ونقاط المياه) على مجموعة ثابتة من الناس ، أو على جماعة من الأفراد صغيرة العدد بحيث يعرف كل فرد منهم جيرانه ويعمل إلى جانبهم ضمن المخيم . ويمكن إسناد الكثير من الواجبات الإدارية ، ولو بشكل جزئي ، مثل صيانة المراحيض وترصد المرض إلى تلك الجماعات بدلاً من تكليف قوى عاملة من المستخدمين ، ويمكن توسيع المخيم بدون خفض مستوى نوعية الخدمات بإضافة وحدات جديدة في محيطه .

وتتمتع التصاميم التي كانت تُستخدَم في الماضي على نطاق واسع ، والمتمثلة في شبكة ذات باحات إسكانية مربعة أو مستطيلة تقطعها شوارع متوازية ، تتمتع بمزايا سهولة إدخال خدمات المياه والصرف الصحي ونظم الطاقة في مخطط المخيم من ناحية ، ومع الكثافة السكانية العالية في المناطق المحدودة المساحة من ناحية أخرى ، إلا أن هذه الميزة قد تصبح سيئة لأنها قد تشجع انتشار المرض . وتصميم المخيمات بشكل شبكة لا يلائم عمل الأسرة نسبياً ، ويجب تجنبه ولا سيما في حالة الاستعمال الطويل الأمد .

خدمات المخيم

الإمداد بالماء

إذا كان المخيم يقع قريباً من مصدر عام للماء فيمكن حل هذه المشكلة الهامة بإجراء الوصل بين المخيم وذلك المصدر . ويمكن استخدام النظم والمصادر الأخرى مثل المضخات القائمة بذاتها أو أجهزة التنقية

ولكنها ذات كلفة أكبر وتتطلب صيانة منتظمة ، وفي بعض المناطق قد تقدّم الآبار المحفورة أو ذات الأنابيب مصدراً رخيصاً لماء الشرب ذي النوعية الممتازة ، ومن الشائع حدوث تلوّث في مرافق التخزين المؤقت للمياه مثل الخزانات القابلة للطّي والحاويات المنزلية ، ويجب العناية بكلورة المياه بشكل كافٍ ، وبالمراقبة اليومية لثالة الكلور والجراثيم وذلك لضمان الوقاية من المرض .

التخلّص من المُفْرغَات

يجب تخصيص مرحاض واحد على الأقل لكل عشرين فرداً ، ويجب اختيار مواقع المراحيض بحيث يسهل استعمالها من جهة أي جزء من المخيم تشجيعاً لاستخدامها .

الخدمات الصحية

إذا كان المخيم حَسَرَ التنظيم ، وتتوفر فيه معايير ملائمة للإصحاح والماء ، وإمدادات الغذاء ، فستكون الظروف الصحية فيه مشابهة لتلك التي يعيش فيها بقية السكان . ويجب تجنب وضع معايير رعاية لسكان المخيم أعلى من تلك التي يتلقاها عامة السكّان ، ما لم يكن هناك مُبرّر طبيّ كافٍ ويمكن أن تُقدّم الرعاية الصحية للمخيم من قِبَل مُتطوّعين مُعَيّنين أو من قبل عمال الصحة الحكوميين أو بزيادة استطاعة أقرب مرفق صحي ثابت .

ويمكن الاطّلاع على شروح حول الخدمات الأجرى المطلوبة مثل التخلّص من المخلفات الصلبة ، ومرافق الغسيل ، والمناطق الترفيهية ، والطاقة في كتاب م . عَسَرَ دليل الإصحاح في الكسوارث الطبيعية (جنيف منظمة الصحة العالمية - 1971)

الفصل الثامن الاتصالات والنقل*

تتطلبُ الإدارة الفعّالة للإغاثة الصحية توفير الاتصالات والنقل الكافية ، والتحكم بها ، وتعجز مصادر القطاع الصحي عادةً عن مواجهة تلك الاحتياجات ، ولذا يحتاج مُنَسَّق الإغاثة الصحية للدعم الواسع النطاق من قبل وزارة الأشغال العامة ، ومن القوات المسلحة وأحياناً من القطاع الخاص لتنفيذ واجبات الإغاثة الضرورية .

وينبغي أن تتمركز مسؤوليات الإغاثة الحكومية الخاصة بالنقل والاتصالات في مكتب واحد عائد إلى اللجنة الوطنية للإغاثة التي يمكنها تنسيق استخدام المواصلات والاتصالات وفق الاحتياجات المحددة للإغاثة . (راجع الفصل الأول) .

الاتصالات

إنّ توفير تسهيلات كافية من خدمات الهاتف والطابعات عن بعد ، ومرفق إذاعة الطوارئ أمر ضروري للمحافظة على الاتصال مع المرافق الصحية ومع العاملين في الإغاثة الميدانية ومع الوكالات الحكومية والمنظمات الدولية

وفي معظم البلاد تُخصّص الحكومة تردداً ومعدات إذاعة خاصة للجيش والشرطة ولرجال الإطفاء والإسعاف ، وللوكالات العامة الأخرى التي تتمتع أيضاً بخدمات الهاتف والطابعة عن بعد مما يسمح لها بإرسال الرسائل دولياً . وتعدُّ اتصالات الطوارئ بشكل عام جزءاً من خِطّة مواجهة الكوارث ، وإذا لم تكن كذلك فسيكون مُنَسَّق الإغاثة الصحية بحاجة لضمان الاتصال المستمر عن طريق وسائل الاتصال المذكورة .

خدمات الهاتف

وحتى في حالات عدم تعرّض مرافق الهاتف للتلف ستكون الخطوط مزدهمة بالمكالمات غير الضرورية ، وقد يكون من الضروري اللجوء إلى إجراءات عديدة للحدّ من هذه المشكلة ، وقد يكون من الضروري إنشاء خطوط جديدة لتأمين دارات كافية للمكالمات الوطنية والدولية ، وسيكون من اللازم تقديم النصح لكل الحكومات المتنيّئة وراء البحار ولكل المنظمات ذات العلاقة وإعلامها بالأرقام الجديدة به مجرد أن يتم تشغيلها . ويجب تخصيص رقم منفصل لتلقّي الاستفسارات العامة تجنّباً للفوضى وإشغال الخطوط الأخرى . وينبغي الطلب من السكان عبر البث الإذاعي ووسائل الإعلام المطبوعة أن يكفّوا عن استعمال جهاز الهاتف للمكالمات غير الضرورية . وأخيراً ، من الضروري أن يحتفظ مُنَسَّق الإغاثة الصحية بسجّل مكتوب ومختصر يحوي جميع الاتصالات الهاتفية .

خدمات الطابعة عن بُعد

ينبغي استخدام الطابعات عن بعد في الاتصالات الدولية كلما كان ذلك ممكناً ، فالسجل المكتوب الذي تقدمه سيحدّ من احتمال حدوث سوء الفهم أو اللبس . وإذا لم تكن مثل هذه المعدات متوفرة في المكاتب

* كان لإسهامات السيد ميلفورد . فينك (قسم الاتصالات)، ورئيس خدمات اتصالات الطوارئ - الخاصة بالكوارث بجسدية الصليب الأحمر الأمريكية ، والسيد روبرت ووك (قسم النقل)، منسق عمليات الطوارئء باليونيسف شأن كبير في الإعداد النهائي لهذا الفصل .

الصحية ، فيمكن أن توجد في مكاتب الشركات المتعددة الجنسيات ، والفنادق ، ومنظمات الصليب الأحمر ، ووكالات الأمم المتحدة . وسيجعل التخطيط قبل الكارثة توافرها ميسوراً خلال حالات الطوارئ .

خدمة إذاعة الهواة (Hams)

في معظم البلدان تمنح الحكومات ترخيصاً لمستعملي أجهزة الإذاعة من الهواة ، ويمكن لشبكة هؤلاء الهواة أن تقدم نفعاً كبيراً في الاتصالات أثناء الطوارئ ، وفي الفترات التالية لبعض الكوارث قد تكون مثل هذه الشبكة الخيط الوحيد الذي يصل الناس في منطقة الكارثة بالعالم الخارجي ، وعلى الرغم من أن معظم الهواة المستعملين للراديو ينظرون على قدر كبير من حس المسؤولية وروح النظام ، فإن دقة تقاريرهم قد تتباين إلى حدٍ بعيد ، ولذا يجب توجيه تحذير إلى هؤلاء الهواة عبر الصحافة المحلية والمذيع والتلفاز بعدم بث تصريحات مستقلة عبر أجهزتهم ، وأن عليهم عدم استعمال أجهزتهم ما لم تظهر الحاجة إلى استعمالها كجزء من الاتصالات الحكومية أو اتصالات وكالات الإغاثة المعتمدة . وإذا لم يجر تأكيد مثل هذه الإجراءات فقد تؤدي هذه الأجهزة إلى المزيد من الفوضى وتقدم معدات إذاعة الهواة اتصالات قصيرة أو متوسطة أو طويلة المدى .

إذاعة الموجة الشعبية (CB)

لقد تم تأسيس هذا المرفق الإذاعي في معظم البلدان تحت إشراف حكومي ، ويسمح هذا المرفق للأشخاص والمنظمات باستخدام اتصالات بإذاعة قصيرة المدى لخدمة الأنشطة الشخصية الخاصة بالأعمال . ويمكن لإجازات إذاعة الموجة الشعبية أن تؤمن الاتصالات في حالات الطوارئ لمدي يمتد من كيلو متر واحد إلى عشرين كيلو متراً بين قاعدة المالكين لهذه الأجهزة وبين المحطات الجوّالة . ويجب أن يتم تشغيل هذه المعدات وهي تحت سيطرة المجازين في كل الأوقات . ويمكن تجنيد القائمين بالتشغيل وتوجيه التعليمات إليهم بالطريقة المتبعة ، في توجيه إذاعة الهواة (Hams) .

المستقبلات - المرسلات الإذاعية المتبرّع بها

بعد حدوث كارثة كبيرة قد تنهمر المساعدات والهبات من البلدان الأخرى والمنظمات ورجال الأعمال . وكثيراً ما تشمل هذه المساعدات معدات إذاعة إضافية ، ولكن وحدات الإذاعة كثيراً ما تصل بعد وقت طويل من الاحتياج إليها ، ومن الضروري ولتسريع شراء وشحن وحدات الإذاعة ، إعلام المتبرعين بنمط وحدات الإذاعة المطلوبة ، وترددات البث والاستقبال المسموح بها ، ومتطلبات القدرة الكهربائية (الواطية) ، وعدد الوحدات المطلوبة ، ونمط وعدد الهوائيات المطلوبة .

ولا يتوقف تأمين الاتصالات الفعّالة بعد حدوث الكارثة كلياً على طبيعة أو نوعية المعدات المتوفرة ، بل يتوقف بشكل رئيسي على استعداد السلطات لتبادل المعلومات المفصلة والنوعية وإيصالها للسكان ، وللمنظمات الحكومية الأخرى ، وللمجتمع الدولي .

المواصلات

تنسيق مرافق النقل

تناط سلطة اتخاذ القرارات المتعلقة بمرافق النقل في البلد إلى القيادة التي كثيراً ما يشارك الجيش والشرطة فيها . وعلى وزارات الصحة أن تتسّق متطلبات النقل والتزويد بالإمدادات مع تلك السلطة .

وفي أوقات الطوارئ قد يكون من الأجدى وضع كل المركبات الجماعية مثل الحافلات والشاحنات وصهاريج الوقود والورشات الكبرى الخاصة والعامة لإصلاح المركبات تحت سلطة مركزية ، ويجب أن يشارك في مكتب هذه السلطة ممثلون من الدوائر الأخرى إلى جانب وزارة الصحة ، لأن الجيش ، على سبيل المثال ، لن يتنازل عن ممارسة سلطته على المعدات التي يقدمها أثناء عملية الإغاثة ، كما أن على مكتب طوارئ المواصلات أن يحتفظ لنفسه بحق ترتيب الأولويات لاستخدام المواصلات وللتأكد من تنفيذ توجيهاته . وبذلك يمكن للسلطات الصحية أن تلح على تزويد المواصلات بمسح شامل لمنطقة الكارثة ، وتأمين انتقال العاملين الصحيين والأطباء .

متطلبات معدات النقل

تظهر الحاجة إلى المركبات وإلى وسائل النقل الأخرى في عمليات مسح منطقة الكارثة ، ونقل العاملين الصحيين والمشرفين إليها ، وحمل الإمدادات والمعدات إليها وإلى مناطق التجمع وإخلاء المرضى والمصابين ، وإزالة العوائق من الطرقات ، ورفع جثث الموتى وجيف الحيوانات ، ونقل العاملين المحليين والدوليين في مجال الإعلام وتمثلي وكالات الإغاثة من المنطقة المتضررة وإليها .

جورد المصابين

تسبب الحيلولة إجراء جورد للمركبات الموجودة في البلد أو الإقليم ، والتي يمكن تجديدها لأغراض الإغاثة بعد وقوع الكارثة في إطار التخطيط قبل الكارثة ، وإذا لم يكن ممثلاً بهذه الجورد قد أنجز من قبل جهة في الأيد من إجراء جورد يستطيع عند وقوع الكارثة وفي أعمال الطوارئ مع التأكيد على وسائل النقل الجماعية والمركبات ذات العجلات الأربع ، لوالشاحنات والمركبات المتحركة ، ومع وجود بعض الاعتبارات ، فإن المركبات التي تقدم كترغبات خارجة تصل أحياناً متأخرة مدة أسابيع بعد حدوث الكارثة بحالة الطوارئ .

مصادر المعدات

البيان الشكل 8-8 الألف تحديات التلحمة ومصادر المركبات ومعدات التزويد والإمداد التي قد تكون جاهزة للاستعمال في الفترة التالية للكارثة مباشرة ، والاستخدامات المقترحة في مونة وتوقف على الحالة الفعلية (كالاستخدام للقوارب في حالات الفيضانات) وتختلف المصادر المحتملة التوافر من بلد لآخر ، وكثيراً ما يكون الاحتياط على المصادر الوطنية بدلاً من المصادر الدولية أقرب إلى الواقعية . ويجب ، على منسق الإغاثة من الكارثة أن يتمهل ويثوي في تقرير مقدار الدعم اللازم لعملية التزويد والإمداد ، والتي تشمل الوقود والزيوت ومعدات إزالة عوائق الطرق ومعدات معالجة أو مبالغة الشاحنات ، والسائقين المدربين ومصنعي السيارات ، ولابد من التأكيد على مصنعي السيارات لإيقاع المركبات الاحتياطية للطوارئ بحالة الجاهزية للتشغيل .

التكامل 8 - الاستعمالات الممكنة ومصادر معدات النقل المعروفة في الفترة التالية مباشرة للكارثة

الاستخدام

المصادر

نوع السيارة	مسح ناحية الكارثة	نقل العاملين الفصحين	الإخلاء	توصيل الإمدادات للأشخاص المصابين	إمدادات إلى المصابين	إزالة الحطاب	إزالة / دفن جيف الحيوانات	نقل العاملين في الإقليم	تسليط الطريق	عمال إمدادات المياه	عمال إمدادات الوقود	مناولة الإمدادات	التزويد البشري	الوزارات ذات الصلة	التجار التجار والمحلين	أفراد خاصة أو تجارية	وكالات وحكومات أجنبية	الصلب الأخر والمنظمات غير الحكومية
سيارة إسعاف		✓	✓															
سيارات ذات أربع عجلات	✓	✓	✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
لاي دوروف ومخاطباتها																		
ساحات سريرية																		
سيارات مضخة																		
درجات نارية	✓	✓																
ساحات ثقيلة أو مصقلة							✓											
درجات هوائية		✓						✓										
سيارات للسياحة																		
تاكسي (اللاجئين)	✓	✓			✓			✓										
زنازين وقاطرات بحارية																		
مركب بومانية								✓										
حواصلات	✓	✓						✓										
لايات خفيفة	✓	✓						✓										
لايات شاحن																		
لايات بومانية	✓	✓						✓										
مطابخ وقصور																		
تجارعات								✓										
رافعات																		
حواصلات نقل								✓										

الفصل التاسع

إدارة المساعدة الدولية للإغاثة

إنَّ اعتماد الأمة على نفسها في الإغاثة من الكوارث . هو الهدف الذي يجب أن تسعى إليه كل البلدان ، ولكن الحاجة إلى المساعدات الدولية قد تكون ضرورية لتأمين الموارد أو الخبرات غير المتوفرة محلياً والضرورية في الإغاثة والتأهيل . وتقوم الكثير من المنظمات والاتحادات والجماعات والحكومات بتقديم المساعدة للبلاد المتضررة بالكوارث الطبيعية ، ويختلف كل منها في أهدافه ، وخبراته . والدعم المالي الذي يقدمه ، وقد يتجاوز عدد المساهمين المئة في عملية إغاثة كبيرة ، والإغاثة الدولية مفيدة لضحايا الكارثة إذا أُخبرَ التنسيق بين أنشطتها ، أما إذا لم تكن منسقة فإن من شأن الفوضى والبلبلة الناتجين عن ذلك أن يؤديا " إلى كارثة ثانية " ويجب أن تكون الحكومة الوطنية على استعداد مسبق لتحمل مسؤوليتها عن التنسيق ، لأن من الصعب ارتجال الأنشطة بعد وقوع الكارثة .

وتتمثل الخطوة الأساسية في تعيين وتدريب موظف صحي كبير للعمل ليكون بمثابة نقطة محورية من أجل الوصول إلى حالة الجاهزية للطوارئ قبل وقوع الكارثة وللتنسيق بعد وقوعها . ويمكن تصنيف المنظمات الفعالة في إغاثة الطوارئ في عدة فئات : منظمات الأمم المتحدة ، والحكومات الأجنبية ، والمنظمات غير الحكومية (راجع الملحق 1) .

منظمات الأمم المتحدة

إن مكتب الأمم المتحدة للإغاثة من الكوارث (أندرو) UNDRO The United Nations Disaster Relief Office هو الوكالة المسؤولة عن تعبئة الموارد الدولية وللإغاثة في حالات الطوارئ عن التنسيق بينهما ، ويتم تنفيذ الجوانب العملية لإغاثة الطوارئ على المستوى الوطني من قبل المكتب المحلي أو الإقليمي لبرامج الأمم المتحدة الإنمائي (اندب) UNDP United Nations Development Program إن طلب المساعدة من الأندرو يعتبر طلباً للمساعدة من كل منظمة تابعة للأمم المتحدة أما ما يتعلق بالشؤون الصحية ، فتعتمد الأندرو على خبرة منظمة الصحة العالمية ، التي تستطيع تقديم التعاون التقني الطارئ من خلال مكتبها في جنيف أو من خلال مكاتبها الإقليمية .

المنظمات الحكومية

تقدم الكثير من الحكومات المساعدة للبلاد المصابة بالكوارث بعد وقوعها ، سواء على أساس ثنائي (بين حكومة وأخرى) ، أو بشكل مجموعة من الحكومات مثل منظمة الدول الأمريكية Organization of American States أو الجماعة الاقتصادية الأوروبية (EEC) European Economic Community ولا تمنح هذه المساعدة إلا بعد تلقي طلب خاص من حكومة البلد المتضرر ، وتقدم من خلال وزارة خاصة أو وكالة تنمية .

المنظمات اللاحكومية

يوجد أكثر من 400 وكالة لا حكومية في العالم تُعنى بالإغاثة الدولية للكوارث ، بتقديمها المواد والخبرات والمال ؛ وما يقرب المئسة من هذه المنظمات تابع للمجلس الدولي للوكالات

الطوعية ICVA International Council of Voluntary Agencies وللمجلس الأمريكي للوكالات الطوعية لتقديم الخدمة الأجنبية American Council of Voluntary Agencies for Foreign Service وهو أحد أعضاء المجلس الدولي للوكالات التطوعية ، الذي قام بإصدار الكتاب الذي جرى تحديثه مراراً ، وهو : دليل المنظمات الأمريكية غير الهادفة إلى الربح لتنمية المساعدات الخارجية ويضم خمسين عضواً من الولايات المتحدة الأمريكية . ويتلقى معظم هذه المنظمات الدعم بمساهمات من عامة الناس ، على الرغم من أنها تتلقى في بعض البلدان إعانات حكومية أيضاً ؛ وكثيراً ما يشار إلى المنظمات التطوعية بلغة البرق المختصرة بالرمز : فولاجز Volags ، أو في لغة الأمم المتحدة بـ NGOs وتختلف المنظمات غير الحكومية اختلافاً كبيراً في أساليبها في الإغاثة من الكارثة ، وفي المساهمات المادية التي تستطيع تقديمها .

وتعمل الوكالات الكبيرة والخيرية والتي سبق لها المساهمة في عمل تنموي في البلاد المصابة إلى تفهم أفضل لطبيعة المشاكل التي ستواجهها هناك ، وهي لا تساهم في الإغاثة من الكوارث إلا عندما يكون هناك حاجة واضحة ، ومن بين أكثر الوكالات خبرة نجد أن الأكثر فعالية في إغاثة الكوارث هي جمعيات الصليب الأحمر الوطنية ، والرابطة الدولية لجمعيات الصليب الأحمر في جنيف .

أما الوكالات التي لم يسبق لها الالتزام بالعمل في البلد المعني فستكون أقل اطلاعاً على المشكلات المحلية ، وقد تكون لديها مفاهيم خاطئة عن الاحتياجات التي نجمت عن الكارثة ، ولذا تستطيع هذه المنظمات الضغط على الحكومة المحلية بطلبها الدعم العملي (مثل المواصلات) الذي سيكون من الأفضل تخصيصه لمنظمة أخرى

وبالإضافة إلى ما ذكر ؛ فإن المنظمات التي أنشئت لغرض خاص محدد وهي تلك التي أسست من قبل أناس يفتقدون الخبرة ، استجابة لكارثة خاصة ، قد تكون مصدر استنزاف كبير للموارد العمليّة في حكومة البلد المتضرر ولصبر تلك الحكومة . إلا أن بعض المنظمات من هذا النمط قدّم مساهمات قيمة .

الحصول على إغاثة دولية لمواجهة الكارثة

لمعظم المنظمات مكاتب إغاثة من الكوارث ينبغي توجيه طلبات المساعدة إليها . ويجب صياغة الطلبات الملائمة بالسرعة الممكنة إثر وقوع الكارثة ، وتوجيهها إلى المنظمة الملائمة . وتتوقف ملائمة الوكالة للوفاء بطلب معين على موارد تلك المنظمة ، وقنوات الاتصال بها ، وعلى القيود التي تفرضها .

المصادر

يمكن للمنظمات تقديم هبات ، أو التبرع بالإمدادات ، أو تقديم المساعدة التقنية ، أو تجهيز الغذاء ، أو منح القروض . وقد تخصص بعضها في مجال واحد فقط من هذه المجالات ، بينما يكون لبعضها الآخر هذه الامكانيات مجتمعة ، ويُعد فهم هذه المصادر أساسياً لتجنب طلب معونة نقدية من وكالة لا تقدم سوى معونات عينية أو طاب إمدادات من وكالة متخصصة في المساعدة التقنية .

قنوات الاتصال

تتمثل أهمية قنوات الاتصال في أنّ المنظمات لا تقبل طلبات المساعدة إلا من المصدر المعني ضمن البلد المتضرر ، ولا توزع معوناتهما إلا عن طريق عميل محدد أو عن طريق الوزارة المعنية في ذلك البلد . فعلى سبيل المثال ؛ لا تقبل منظمة الصحة العالمية طلبات للمساعدة إلا من وزارات الصحة ، ولا توزع رابطة جمعيات الصليب الأحمر معوناتهما إلا عبر الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر الموجودة في البلد المتضرر ، وبالرغم من

وجود هذه القنوات تظل وزارة الصحة المرجع الصحي الأخير في البلد المتضرر وتمارس سلطتها من خلال منسق الإغاثة الصحية ، وبحب إعلامها عن كمية ونمط المساعدة الصحية التي تصل إلى البلاد وممارسة رقابتها على تلك المساعدة .

المعوقات

كثيراً ما تمارس المنظمات أعمالها ضمن حدود دستورية وتشريعية تقيد أنشطتها ، فبعضها يشترط إعلان حالة الطوارئ أو ورود طلب رسمي من الحكومة قبل أن يستطيع الاستجابة . يترتب على معظمها أن تقدم بيانات عن برامجها ونفقاتها المصروفة لهيئة سياسية مشرفة أو إلى مشرفين حكوميين ، الأمر الذي يجعل المشاريع ذات الوضوح البالغ والجدابية الإنسانية تتمتع بسهولة أكبر في التمويل من المشاريع قليلة الشهرة . وقد تشترط المنظمات دليلاً مقنعاً أو مباشراً للحاجة إلى الإغاثة قبل تخصيص النفقات أو رصد الأموال ، ولذا ينبغي على وزارة الصحة أن ترتب لزيارات ممثلي المنظمات إلى مناطق الكارثة .

وقد يحفز ضغط الرأي العام بعض الحكومات الأجنبية والمنظمات إلى تخصيص الأموال أو التعهد بتقديم الدعم لبعض المشاريع الخاصة أو لبعض مجالات المرحلة الباكورة من الطوارئ ويحدث ذلك في بعض الحالات بعد أيام قليلة من وقوع الكارثة . وقد يستغرق التوريد الفعلي للإمدادات أو الخدمات وقتاً أطول كثيراً وقبل اكتمال التقدير الكافي لأولويات القطاع الصحي

ولذلك يجب على القطاع الصحي إعداد وتقديم تقديرات أولية لكلفة الإغاثة وتكاليف حاجات التأهيل بالسرعة الممكنة وقبل استنفاد كل الأموال المتوفرة

والوقت هو الموقوف الأخير الذي يعوق عمل بعض الوكالات ، لأن مقدرتها على الاستجابة لطلب مساعدة يختلف كثيراً من حيث السرعة . لذا فإن من غير الممكن تجنب حدوث أشكال من التأخير بين التعرف على الاحتياجات وبين التقديم الفعلي للمساعدة ، وقد يطول ذلك التأخير في بعض الحالات ، ومن هنا كان من الواجب التكهن باحتياجات المستقبل ، وهو أمر يمكن إنجازه بالتعاون مع الأندرو ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية .

تنسيق الإغاثة الدولية لمواجهة الكارثة

ينبغي على البلد المتضرر أن يتخذ تدابير إدارية محددة للاتصال بالمنظمات الحكومية واللاخكومية ، والتنسيق معها ، والإشراف على عملها . ويمكن إنجاز ذلك على أفضل وجه بعد اجتماعات نظامية للجنة يرأسها عضو اللجنة الوطنية للطوارئ وتضم ممثلين عن كل المنظمات الكبيرة . وبالإضافة إلى ذلك يجب أن يكون لكل منظمة اتصال وثيق ودائم مع اللجنة الوطنية للطوارئ ، مما يمكن كل منظمة من عرض المشاكل على اللجنة حال ظهورها .

وكما سبق ذكره في الفصل السادس ينبغي على الحكومة أن تصرح بوضوح على عدم إرسال الإمدادات الصحية الإلزامية ، والغاملين الصحيين ما لم يطلب ذلك على وجه التحديد ، ويجب توزيع مثل هذا التصريح على كل الموردين المحتملين للمساعدة وعلى ممثلهم الدبلوماسيين والقياسيين في الخارج

المتطوعون

وعلى الرغم من مثل هذا التصريح فقد يشكّل وصول معونات طبية غير مطلوبة ، وخاصة في صورة أطباء متطوعين ، مشكلةً مستمرة . أما إذا كانت الفرق ذات الاكتفاء الذاتي قادمة من البلاد أو الأقاليم المجاورة تنتمي إلى ثقافة ولغة مائلتين فسوف تقدّم معونة قيمة ، وأما المتطوعون الأجانب القادمون بصفتهم الفردية والذين ليس لديهم اطلاع على الظروف المحلية ، ولا تبعية لمنظمة معترف بها ولا أوراق اعتماد أكاديمية موثقة في بعض الأحيان فقد كانوا هم الأكثر تحقيقاً لنتائج معاكسة للنتائج المتوخاة .

ولعل أبسط طريقة لمعالجة هذه المشكلة هي أن لا يسمح البلد المتضرر بدخول أي متطوعين طبيين يصلون إليه بدون إجازة مصدّقة من مؤسسة رسمية ودعم منها والنتيجة الطبيعية التي نرتب على ذلك أنه إذا شُيخ للأطباء الأجانب المتخرجين ، وللعاملين الآخرين في حقل الصحة ، بالعمل في البلد المنكوب ، بعد حلول الكارثة ، فلا بد من وضع شرط احياطي ، ينضمّن إلغاء تسجيلهم المؤقت ، أو منطلبات الترخيص لهم ، واشتراط التأمين ضد سوء الممارسة ، أو تحرير وثيقة تنازل عن مبلغ التأمين إذا اقتضى الأمر .

الفصل العاشر

إعادة تأسيس البرامج العادية

في الأسابيع الأولى التالية للكارثة ، سيتغير نموذج الاحتياجات الصحيّة بسرعة متحوّلاً من معالجة المصابين إلى الرعاية الصحية الأقرب إلى الصفة العادية . ويجب إعادة تنظيم الخدمات ، ويرجع ذلك في الغالب إلى أن الكثير من المرافق الدائمة قد لحق به دمار شديد وإلى وجود معوقات مالية حادة تحول دون إعادة البناء . كما سيحدث تحوّل في الأولويّات من الرعاية الصحية إلى إجراءات الصّحة البيئيّة وإجراءات الإيواء المؤقت . وسيجد مُنقّ الإغاثة الصحية نفسه في مواجهة قرارات لا يجوز إغفالها خلال عمليات الإغاثة ، وهي تتعلّق بثلاثة من المجالات الرئيسية : المشكلات الطويلة الأمد التي نتجت عن الكارثة . وإعادة تأسيس الخدمات الصحية العادية . وتقييم الأبنية والمرافق المهذّمة وترميمها وإعادة بنائها .

المشكلات الطويلة الأمد التي نتجت عن الكارثة

الحاجة الموسّعة إلى الرعاية الطبية

عند حدوث أعداد كبيرة من الإصابات بعد الكارثة ، لن يكون هناك إلا نسبة ضئيلة من المصابين (قد تقلّ عن واحد بالمئة) تتطلّب ترميضاً طويل الأمد في المنزل ، أو عناية مؤسّسية أو تأهيلاً مُخصّصاً قد يستغرق شهوراً أو سنوات ؛ مثل حالات الشلل النصفى السفلي ، ومرضى التّلف الدماغى الشديد ، والمرضى الذين أجريت لهم عمليات بتر ، والمرضى بإنتان مزمن . وهذا ما يضع عبئاً ثقيلاً على الخدمات الصحية في البلاد التي تقلّ فيها الخدمات المتخصّصة بالرعاية الطويلة الأمد وبإعادة التأهيل . وقد يكون التمويل الطويل الأمد للبرامج من مصادر دولية صعباً لأن كثيراً من المنظمات لا تقبل تحمّل مثل هذه النفقات ، ويجب الحصول على إحصاء تمهيدي لعدد المرضى المشرولين ، وعلى تقديرات للكلفة ، ووضع هذه الإحصاءات بين أيدي صانعي القرار والمنظمات المعنية بالأمر بالسرعة الممكنة .

ترصّد الأمراض السارية

مع مرور الأسابيع بعد الكارثة يحتمل أن يتضاءل اهتمام عامة الناس بأخطار الأمراض الوبائية ، شيئاً فشيئاً ، على الرغم من استمرار احتمال حدوث الفاشيات وتفتّر الحماسة البدئية لتقديم الخدمات الإسعافية للمستوطنات المؤقتة ولذا يظل ترصّد المرضى أمراً مهماً ، ويجب متابعته إلى أن تعود نظم الإبلاغ العادي عن المرض إلى حالتها السابقة .

رعاية اليتامى

سوف تخلف الكارثة الكبيرة ذات الوفيات العالية أطفالاً يتامى قد تتولى مسؤولية رعايتهم المنظمات الصحية ، ويجب أن تكون الرعاية الفاتمة على المؤسسات هي الملاذ الأخير بسبب الكلفة العالية والمتجدّدة ، والصعوبات الإدارية ، والأذى الاجتماعى الذي قد يلحق باليتامى . وينبغي مراجعة كل حالة على حدة للنظر فيما إذا كان

لكل يتيم أقارب على قيد الحياة يستطيعون القيام برعاية الطفل ، وفي غالبية البلاد يمكن تحقيق هذا الأمر بسبب اتساع شبكات العلاقات العائلية ، ويتمتع الصليب الأحمر بخبرات هامة في عمليات تبضع أصول الأطفال النازحين ، ويمكن طلب المساعدة منه . ويجب النظر بكثير من الحذر إلى العروض التي تقدّمها منظمات لا حكومية لإجراء تدابير تبيّني سريع خارج البلاد .

إعادة تأسيس الخدمات الصحية العادية

يمكن أن تحدث مشكلتان عند إعادة الخدمات الصحية إلى ما كانت عليه قبل الكارثة : ففي بعض الأحيان قد تنفذ الموارد المخوّصة أعماليات إغاثة الطوارئ لمدة ستة شهور أو سنة خلال أيام قليلة . كما أن الكوارث التي تجتذب المساعدات من الحكومات الأجنبية أو المساعدات الطوعية الكبيرة قد تؤدي إلى ازدياد مؤقّت في مستوى الخدمات الإسعافية يفوق ما يستطيع البلد تقديمه في الأحوال العادية . ولما كان قدر مهم من المساعدات العينية التي ستصل إلى موقع الكارثة سيرد في الفترة التالية للكارثة مباشرة ، وستستمر في الورد عدة أسابيع بعدها فينبغي على منسوّ الإغاثة الصحيّة أن يُدخل في حسابه الاحتياجات المتوقّعة للتأهيل عند صياغة طلبه الأصلي ، وكما ذكر سابقاً ، يجب اتخاذ القرار حول قبول بعض أشكال المساعدة مثل المستشفيات الميدانية ، أو المتطوّعين ، على ضوء الاحتياجات الطويلة المدى . وتتيح فترة إعادة التأهيل فرصة لإجراء تبدّلات كبيرة في طرق الرعاية الصحية . ففي هذه الفترة يبدي الناس استعداداً لتقبّل الأفكار الجديدة ؛ فقد تم تدعيم بعض البرامج مثل الخدمات المخبرية ، والترصد الوبائي ، والإمامة الفموية لمرضى الإسهال ، والحملات الموسّعة للتمنيع ، على أثر الفيضانات في الأمريكتين .

تقييم الأبنية والمرافق المهتدّمة

وترميمها وإعادة بنائها

عندما تنهّد مرافق الإمداد بالماء ونظم المجاري ، والمستشفيات والمرافق الصحية الأخرى بما فيها المخازن والمباني الإدارية فإن على القطاع الهندسي أن يتخذ التريبات لمسح موسّع يكمل التقييم الأولي ويعطي تقديرات مفصّلة للكلفة .

وإذا كانت المساعدة الدولية مطلوبة فمن الممكن استغلال هذه التقديرات لوضع المشاريع ، وللحصول على التمويل أو القروض اللازمة . وينبغي أن تكون خطط المشاريع دقيقة ومفصّلة ، وأن يتم رفعها في أقرب وقت ممكن بعد حدوث الكارثة لأنّ من شأن ذلك أن يزيد من احتمال الحصول على الأموال .

الفصل الحادي عشر الاستعداد للكارثة

هناك عدد من أنماط الكوارث الطبيعية التي يمكن التكهّن بها بدقة في الوقت الحاضر ، باستثناء أمواج المد العالية ، كما تستثنى من هذه ، وبدرجة أقل ، الرياح المخزّبة ، ورغم أنه يمكن تعقّب الأعاصير بواسطة التتابع المناخية ، فإن الموقع الأكيد للتأثير سيظل غير معروف بشكل أكيد حتى وقت قصير قبل حدوثه . وتقع الزلازل والرياح المخزّبة والفيضانات بالفعل في مناطق معروفة بأنها معرضة للأخطار الطبيعية على وجه الخصوص ، إضافة إلى ذلك ، يكون من الممكن الاستعداد لكوارثها . أما في المناطق التي تكون مهدّدة بكوارث منتظمة أو متجدّدة ، فيدخل التخطيط لمواجهة الكوارث فيها ، على العموم ، ضمن البنية الحكومية ، أما في البلاد التي يكون فيها خطر حدوث الكارثة واقعياً ولكنه غير متواتر ، فلا بدّ أن تؤخذ بعين الاعتبار المصاعب الناتجة عن إنشاء بنية استعداد معقّدة مع كلفة المحافظة عليها . والاستعداد لمواجهة الكوارث نشاط دائم متعدد القطاعات ، يلعب القطاع الصحي فيه دوراً جوهرياً . ويتضمن الاستعداد لمواجهة الكوارث ما يلي :

تحليل التعرّض

وتقوم بالقدر الأكبر منه الدوائر الحكومية الأخرى ، وتنحصر مسؤولية القطاع الصحي بإمكانية تعرّض المرافق الصحية ، والأبنية والخدمات بها فيها نظم المياه .

تأسيس آلية وطنية للتسيق

ويتطلب ذلك تبنّي تشريعات خاصة ، وإقامة مكتب للدفاع المدني ، كما ينبغي تعيين مسؤول صحي ليكون بمثابة نقطة مركزية للاستعداد لمواجهة الكوارث وليقوم بدور، مُنسّق الإغاثة الصحية في حالة حدوث الكارثة (انظر الفصل الأول) . وقد يكون من الراجح، إجراء تعديل على التشريعات الصحية لإعطاء سلطة غير عادية من شأنها إلغاء شهادات الوفاة ، والترخيص للأطباء الأجانب وغيرهم من العاملين الصحيين بالعمل بشكل قانوني في البلاد ، ورفع القيود على الاستيراد المتعلقة بالإمدادات الرئيسية مثل بعض الأنواع الخاصة من الأدوية ، ومصادرة الخدمات أو السلع الخاصة .

تحضير الخطة الميدانية

لا يقتصر التخطيط لمواجهة الكارثة قبل حدوثها على إعداد مسبق لخطة ما ، بل هو عملية مستمرة في كل القطاعات العامة الأساسية مثل الصحة والماء والطاقة . ويجب أن تبقى النقاط التالية ماثلة في الأذهان :

(1) التخطيط للأحداث المحتملة الوقوع وللاحتياجات الصحية التي قد تخلفها الكارثة (انظر الجزء الأول) . وينبغي أن تكون أهداف التخطيط واقعية ومعدّدة وخاصة لكي يكون مجدياً ، مثل كيفية التغلب على مشكلة المساعدة غير المطلوبة وكيفية الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة .

(2) التخطيط للملاح الرئيسية للاستجابة الإدارية مثل المسؤوليات العامة لكبار المسؤولين ومواقعهم ، وبدون تعقيد الخطط بالتفاصيل ، مع إفساح المجال للاستجابات الارتجالية المجهزة الأغراض خاصة بسد الثغرات .

(3) تقسيم الخطط إلى وحدات ذات اكتفاء ذاتي ، فالاستجابة الكافية لمواجهة كارثة ما لا تشترط عادة إطلاع الموظفين الاختصاصيين ، مثل مديري المستشفيات ، على كامل الخطة .

(4) توزيع ونشر الخطة ، فلا بد لذوي الأدوار في الخطة من معرفتها ، الأمر الذي يتطلب قدراً مهماً من التدريب ، وقد أخفق الكثير من الخطط خلال فترات الطوارئ بسبب نقص النشر الكافي لها .

(5) إدخال تمارين لاختبار الخطة دورياً ، فالخطط لا تكون واقعية ما لم تجر عليها تمارين من شأن غياب الاختبار الفعلي أن يجعل مفعول أفضل الخطط المجردة ، إلى حد بعيد .

ومن الضروري القيام بتحديث مستمر للمعلومات المتعلقة بأساء ومواقع ، وأرقام هواتف ، وعنوانين ، وواجبات كبار الموظفين في اللجنة الوطنية للإغاثة ولجنة الإغاثة الصحية . كما يجب حفظ معلومات مماثلة تتعلق بالبنية التنظيمية ونقاط الاتصال الخاصة بالخدمات الرئيسية في القطاع الصحي وما يتعلق به من قطاعات أخرى مثل : خدمات مكافحة الأمراض الرئيسية ، المرافق الحضرية مثل الغاز ، والماء ، والمجاري ، والتخلص من النفايات ، والمستشفيات والعيادات ، والمرافق الصحية الخاصة ، وشركات الأدوية ومستودعاتها ، وقوى الأمن والجيش ، والمنظمات الدولية الكبرى والأمم المتحدة (انظر الملحق 1)

كما يجب تحديد الوظائف والمسؤوليات المتعلقة بالدفاع المدني ، والجيش والشرطة فيما يخص الصحة وتولي الإشراف على السيطرة على الوحدات الفردية كثيراً ما يكون للجنة الوطنية للطوارئ وللجنة الدفاع المدني السلطة النهائية الحاسمة . ويجب تحديد العلاقة بين الموظفين المدنيين والعسكريين من جهة وبين الموارد المتاحة من جهة أخرى مع اتخاذ احتياطات خاصة لاستغلال مرافق عسكرية مثل الحوامات في أعمال المسح والتقييم .

المستشفيات

يجب أن يكون لكل مستشفى في المناطق المعرضة للزلازل وللرياح المدمرة ، خطته المصممة للتلاؤم مع قدوم مفاجيء للمصابين . ويجب أن تأخذ خطة المستشفى في الحسبان إمكانية حدوث دمار شديد في إحدى البنى أو المرافق الخدمية الخاصة بها . ولخطة المستشفى لمواجهة الكارثة أربع مكونات رئيسية : مأمونية المرضى والعاملين في حال حدوث الكارثة ، وتدمير الأعداد الكبيرة من المصابين ، وإنذار العاملين واستدعائهم ونشرهم ، والسيطرة على العمليات وتنظيم المعلومات والاتصالات . ويمكن الحصول على معلومات أوفر حول هذا الموضوع من كتاب ب . ي . سافاج : الكارثة وتخطيط المستشفى ، كتاب للأطباء والمرضى والإداريين ، (أو كسفورد - برغامون 1979) .

توفير الاحتياطي

في المناطق التي يندر فيها وقوع الكارثة ، وتكون الميزانية الصحية ضئيلة ، يعتبر توفير الاحتياطي لإمدادات إغاثة الكوارث أمراً غير اقتصادي . فننقل التخزين وتقليب المخزون للمحافظة على النوعية ستضيف في المواقع إضافة كبيرة إلى كلفة الإمدادات نفسها ، وهناك بدائل عديدة بدلاً من ذلك : إذ يمكن توسيع المستودعات العادية العاملة في المرافق الصحية والمخازن الحكومية لتغطية الاحتياجات الفورية للطوارئ ، كما

يمكن للبلاد المتعرضة لاحتمالات الإصابة بكوارث مشابهة أن تكون مخزونات احتياطية إقليمية يمكن تسليمها بسرعة إلى البلد المتضرر في نفس الإقليم لأن المسافات داخل الإقليم قصيرة . كما يمكن استخدام المستودعات الاحتياطية العسكرية التي كثيراً ما تحوي أدوية ومعدات ملائمة للاستخدام الصحي في الطوارئ .

المعطيات الأساسية وجرد الموارد

يحتاج تقييم الاحتياجات وتفسير المعطيات بعد وقوع الكارثة ، والإدارة الجيدة لعمليات الإغاثة بشكل عام إلى الوصول إلى معلومات أساسية حول معدل وقوع الأمراض السارية ذات العصلة بالمنطقة ، والوضع التخزيري ومرافق التسويق وأمكنة تخزين الطعام غير المعبأ ، وطرق الإمداد بالماء والاختلافات الجغرافية المتعلقة بها وبالإصحاح ، ومكافحة العوامل الناقلة للمرض وبرامج التمنيع ، والموارد الممكنة للمساعدة المتخصصة في التغذية ، وفي الوبائيات ، وفي الحقول التقنية الأخرى .

وكثيراً ما يكون من الصعب تحضير خرائط طبغرافية بعد وقوع الكارثة توضح الطرق والجسور والسكك الحديدية والمرافق الصحية ، أو خرائط سكانية (ديموغرافية) تشير إلى الاختلافات الواضحة في الكثافة الإجمالية والنسبية ، والمناطق الاقتصادية والإثنية الكبرى ، والمناطق المعرضة لكوارث طبيعية كالفيضانات ، وذلك يجب إعلاء مثل هذه الدراسات بشكل مُسبق وحفظها في مكان يسهل الوصول إليه .
وبعد القيام بجرد مفصّل لكل الموارد الماديّة أمراً غير واقعي وغير ضروري . وبشكل عام ، يكفي توفر دليل للمصادر الحسنة الاطلاع للمعلومات أو الإمدادات .

تدريب العاملين في الصحة وتدريب الجمهور

لا يمكن تحقيق الجاهزية الكافية بالاختصار على رسم الخطط العمليّانية ، وتخزين الإمدادات ، وجمع المعلومات ، ولا بد أن تهتمّ وزارات الصحة في البلدان المعرضة للكوارث بوضع برامج تدريبية متكاملة ، ويجب إعطاء السكان المعرضين للخطر تدريباً خاصاً على الإسعاف الأولي ، وتقنيات البحث والإنقاذ والصحة العامة . كما يجب إعلام الموظفين الصحيّين بمناطق مسؤولياتهم ، باستمرار .

الجزء الثالث
الملاحق

الملحق الأول

منظمات خارجية تقدم الإغاثة الصحية

يُعدُّ كلُّ بلدٍ مصدراً محتملاً لتقديم الإغاثة الصحية إلى البلدان الأخرى المنكوبة بكارثة . ويمكن أن تكون المساعدة الثنائية ، سواءً بالعاملين الصحيين أو بالإمدادات أو بالأموال النقدية ، أكثر مصادر المساعدات الخارجية أهمية . وقد أسست عدة منظمات دولية أو إقليمية صناديق خاصة ، ووضعت مناهج ، واضمح مكاتب لتقديم المساعدة في حالات الطوارئ .

ويقدِّم هذا الملحق أمثلة مُنتقاة لتوضيح التنوع الواسع في المنظمات الدولية التي تقدِّم المساعدة الصحية بعد حدوث الكوارث الطبيعية . ونظراً لقصر اللائحة ، فإنها لن تشمل جميع المنظمات ذات الخبرة المخصصة لهذا الغرض والتي تقدِّم مساعدة قيِّمة في حالات الطوارئ .

المنظمات التابعة للأمم المتحدة

مكتب الأمم المتحدة للإغاثة من الكوارث (الأندرو UNDRO)
United Nations Disaster Relief Office (UNDRO)
في 14 كانون الثاني / ديسمبر عام 1991 أنشأت الجمعية العمومية للأمم المتحدة مكتباً مُنسق الإغاثة من الكوارث التابع للأمم المتحدة أما مسؤوليات الأندرو بعد حدوث الكارثة ، كما جاء في إعلان التأسيس ، فهي : (1) تقديم معلومات دقيقة ، مثل متطلبات الإغاثة . (2) تعبئة وتنسيق الإغاثة المقدَّمة من وكالات الأمم المتحدة ومن المجتمع الدولي بشكل عام ، استجابة لطلب المساعدة الذي يُقدِّم به البلد المنكوب . (3) فتح مركز تبادل دائم في جنيف لتبادل المعلومات وتلبية احتياجات الإمدادات والخدمات المقدَّمة من المتبرعين . (4) اتخاذ تدابير مُسبَّقة لتلقي المساعدة الطارئة التي تكثر في البلدان والمنظمات على استعداد لتقديمها .

ويمكن للممثلين الدائمين لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي أن يُمثِّلوا الأندرو في بعض البلدان وذلك بالاتفاق مع الأندرو . وهم يشكلون قناة اتصال للطلبات المقدَّمة من الحكومات والمتعلقة بجميع الأمور الخاصة بالكارثة ؛ كما يتولَّون بقيادة فريق الأمم المتحدة ، المساعدة المرسله حسب الضرورة من العاملين بالأندرو ، في عملية تقييم احتياجات الطوارئ والتنسيق المحلي للمعونة المقدَّمة من نظام الأمم المتحدة ومن المصادر الدولية الأخرى ، وذلك عند وقوع الكارثة . كما يمكن لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي أن يُقدِّم بعض المعونات المالية في حالات الطوارئ ، وأن يقوم عند الضرورة بتكليف برامج التنمية في البلد المتضرر لتتلاءم مع احتياجات التأهيل وإعادة البناء .

منظمة الصحة العالمية (WHO)

إن منظمة الصحة العالمية هي المسؤولة عن تنسيق العمل الصحي الدولي ، وتُعدُّ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية Pan American Health Organization (PAHO) والمكاتب الإقليمية الأخرى لمنظمة الصحة العالمية نقاطاً محورية هامة للسلطات الصحية الوطنية وللمتبرعين بعد وقوع كارثة في المناطق التابعة لهم . ويمكن لمنظمة الصحة العالمية أن تقدِّم تعاوناً تقنياً يساعد في تقييم الاحتياجات المتعلقة بالصحة ، وفي تنسيق المساعدات الصحية الدولية ، وفي جرد إمدادات الإغاثة الصحية . وإنجاز الترضد الوبائي وإجراءات مكافحة المرض ، وفي تقييم الصحة البيئية وإدارة الخدمات الصحية ، وفي وضع تقديرات الكلفة لمشاريع الإغاثة ، وتأمين إمدادات الإغاثة .

ويمكن لمنظمة الصحة العالمية ومكاتبها الإقليمية تقديم مساعدة مادية محدودة بإعادة برمجة أنشطة التنمية في البلد المتضرر ، أو بالحصول على مساعدات من مصادر أخرى .

منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسف UNICEF) United Nations Children's Fund

تقدّم اليونيسف المعونة لبرامج معظم البلدان النامية الخاصة بصحة وثقافة ورفاهية الأطفال والأمهات ، وتستخدم أنشطته مواداً يمكن تحويلها بشكل مفيد لمواجهة الطوارئ في مناطق الكوارث ، ويمكن سحب تلك المواد من احتياطي الطوارئ الموجود في مستودعات اليونيسف في كوبنهاغن ، كما يكون تحت تصرف المدير التنفيذي لليونيسف رصيد تقدي احتياطي مهم للاستخدام العاجل في حالات الطوارئ ، ويمكنه أيضاً تحويل الأموال من البرامج النظامية إلى عمليات الطوارئ بالاتفاق مع الحكومة المعنية . على الرغم من أن الاهتمام الرئيسي لليونيسف بعد حدوث الكارثة يتمركز حول إعادة الخدمات للأطفال ولأمهات على المدى المتوسط إلى وضعها السابق ، وتطوّر تلك الخدمات على المدى الطويل ، فهي مؤهلة أيضاً لتقديم مساعدات مادية في حالات الطوارئ ، للفئات المعرضة للخطر . كما أنها تستطيع التزويد بإمدادات الإغاثة على حساب الأندرو ، ومنظمات الأمم المتحدة الأخرى ، ومنظمات الإغاثة الأخرى . وتقوم اليونيسف بتنسيق أنشطتها الصحية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية .

برنامج الغذاء العالمي (WFP) World Food Program

يقدم برنامج الغذاء العالمي كميات كبيرة من المواد الغذائية لدعم مشاريع التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلدان النامية ، أضف إلى ذلك أن لديه موارده المادية التي يستطيع بها مواجهة الاحتياجات الغذائية الطارئة ، وكثيراً ما يُقدّم بعض تلك الموارد من مستودعات البرامج الغذائية التي سبق إنشاؤها في البلد المكموب . كما يقوم برنامج الغذاء العالمي بشراء وشحن الاحتياجات من الغذاء في حالات الطوارئ على حساب الحكومات المتبرعة ، أو على حساب الأندرو أو حتى على حساب البلد المتضرر نفسه ، ويمكن العاملين الميدانيين في برنامج الأغذية العالمي تقديم المساعدة للتنسيق بين استلام المعونة الغذائية وبين استعمالها المساعدات الغذائية الواردة إليه من مصادر كثيرة . ويتعاون برنامج الغذاء العالمي مع منظمة الصحة العالمية تعاوناً وثيقاً في المراقبة التغذوية أثناء الطوارئ .

منظمة الأغذية والزراعة (الفاو) Food and Agriculture Organization (FAO)

تقدّم الفاو التعاون التقني ، وتعزز الاستثمار في التطوير الزراعي الطويل الأمد كما تحاول تلافى نقص الغذاء في حال حدوث نقص في المحاصيل واسع الانتشار أو حدوث كوارث . ويوجد تحت تصرف المدير العام موارد جاهزة من المعونة الغذائية بشكل بضائع مرصودة لبرنامج الأغذية العالمي للاستخدام في حالات الطوارئ . ويساعد الاختصاصيون في الفاو في تقييم الاحتياجات في قطاعي الزراعة والتغذية وفي الرقابة من الأمراض الحيوانية .

منظمات من حكومات متعدّدة

منظمة الدول الأمريكية (الواس : OAS) Organization of American States

تدير الواس صندوق الدول الأمريكية للمساعدة في حالات الطوارئ (FONDEM) الذي تترأسه لجنة من ممثلين عن الواس ، وبنك داخل أمريكا للمساعدة في حالات الطوارئ - Inter-American Fund of Assistance in Emergency Situations ، ومنظمة الصحة للدول الأمريكية (باهو : PAHO) .

الجماعة الاقتصادية الأوروبية (EEC) European Economic Community

لقد رصدت الجماعة الاقتصادية الأوروبية أكثر من 280 مليون دولار أمريكي للمساعدات في حالات الطوارئ على مدى خمس سنوات لبلدان منطقة أفريقيا والبحر الكاريبي والمحيط الهادئ (ACP) التي وقّعت اتفاقية لومي الثانية عام 1980 . وقد تم تخصيص ستين مليون دولار من مجمل ميزانية الجماعة لعام 1979 للإغاثة من الكوارث في بلدان أخرى وتقسّم مساعدات الجماعة الاقتصادية الأوروبية إلى : (1) مساعدة منقذة للحياة للاستعمال في الفترة القصيرة التالية بعد توقيع الاتفاقيات المالية ، تتمثل في الإمدادات الطبية ، ومعدات معالجة المياه ، والحيام ، والبطاطين ، والأغذية المشتراة

محلياً أو من بلدان الجماعة الاقتصادية الأوروبية . (2) أموال للتأهيل ، وتوجّه بشكل رئيسي لإعادة الفعاليات الاجتماعية والاقتصادية إلى حالتها السابقة ، وذلك بتقديم بعض المساعدات مثل الميديدات الحشرية ، والأسمدة، والوقود، والمزجّبات وقطع الغيار . (3) تقديم الأغذية للمساعدة في حالات الطوارئ ، بشكل حبوب أو لبن مجفّف ، وزبدة سائلة وبقيّة احتياجات المتضرّرين بالكارثة .

المنظمات الأخرى

رابطة جمعيات الهلال الأحمر League of Red Cross Societies

يقع مركز الرابطة في جنيف ، وهي اتحاد عالمي يضمّ 126 جمعية للصليب الأحمر ، والهلال الأحمر ، والأسد الأحمر ، والشمس . وتقوم الرابطة بتنسيق عمليات الإغاثة على المستوى الدولي ، كما تمارس عملها ضمن البلد المتضرّر من خلال الجمعية الوطنية ذات العضوية في هذه الرابطة أو من خلال العاملين فيها مباشرة إذا لم يكن هناك جمعية محلية . وتحصل الرابطة على هيئات مالية ومواد نوعية لحالات الطوارئ نتيجة للاستغاثة المحلية ، ثم تبرع بها إلى البلد المتضرّر من خلال الجمعية الوطنية .

وتتضمن المساعدات المقدّمة من الرابطة أو الجمعيات الوطنية الغذاء والمأوى ، والإمدادات الطبية ، والعاملين التطوّعين ، وفي بعض الحالات ، المستشفيات الميدانية ذات الاكتفاء الذاتي وبعض الفرق الطبية . والخبرة الطويلة والمرونة الكبيرة والموارد التي تتمتع بها جمعيات الهلال الأحمر وربطتها تجعل منها مصدراً بالغ القيمة للدعم والتعاون اللاحقومي مع القطاع الصحي .

اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC) International Committee of the Red Cross

وهي منظمة سويسرية خاصة تلتزم بالحياد الصارم ، اهتمامها الأساسي بالناس المتضرّرين بالحرب والصراع المدني ، وعندما تنزل كارثة طبيعية بلاجني الحرب ؛ يمكن لهذه اللجنة تقديم مساعدات عينية وخدمات بشكل معونات غذائية وطبية بشكل خاص .

منظمة التعاون للإغاثة الأمريكية في كل مكان (CARE) Cooperative for American Relief Everywhere

تقدّم هذه المنظمة الإغاثة في حالات الطوارئ بشكل غذاء ، وأدوات يدوية ونحوها ، للمجتمعات المتضرّرة من الكوارث . ويقع مركز هذه المنظمة في نيويورك ، وتتضمن مشاريعها التي تتلو وقوع الكارثة تأهيل نظم الإمداد بالماء ، وإعادة بناء المساكن ، والتزويد بمرافق الإصحاح الأساسي والتسهيلات الصحية . وتتولى إحدى المنظمات الفرعية عنها وهي ميديكو MEDICO الإنفاق على الرعاية الصحية وتدريب الفرق في عشرة بلدان . وتقوم سياسة منظمة التعاون للإغاثة الأمريكية في كل مكان على التعاون الوثيق مع السلطات الحكومية والاستجابة لطلبات تلك السلطات .

منظمة كاريتاس الدولية CARITAS International

ويطلق على هذه المنظمة أيضاً اسماً رسمياً اسم الاتحاد الدولي للجمعيات الخيرية الكاثوليكية International Confederation of Catholic Charities الذي يتألف من مجموعة من 91 منظمة وطنية للكاريتاس . وهو يجنر وينسق ويدعم أنشطة الإغاثة في البعثات الأعضاء .

منظمة خدمات الإغاثة الكاثوليكية (CRS) Catholic Relief Services

وهي منظمة أمريكية ، تستجيب بسرعة لحالات الطوارئ بتقديم الغذاء والملابس ، والإمدادات الطبية والمأوى . وتتّسق المساعدات مع منظمات كاريتاس الوطنية ومع رجال الدين الكاثوليك . وتستخدم هذه المنظمة مهنين صحيين بصفة مستشارين في الصحة العامة ، واختصاصيين في التغذية يعملون في إطار من التعاون الوثيق مع السلطات الصحية الوطنية .

منظمة الاتحاد اللوثيري العالمي للإغاثة (LWR) Lutheran World Relief Federation

تمثّل هذه المنظمة الكنائس اللوثيرية لمختلف الطوائف في الولايات المتحدة وتستطيع تقديم المساعدات العينية عقب الكوارث بالإضافة إلى قروض طويلة الأمد لإعادة البناء .

منظمة اللجنه المركزيه المينونيّة Mennonite Central Committee

تمثل هذه المنظمة كنائس المينونيين في الولايات المتحدة الأمريكية ، وتقدّم المساعدة التقنية والدعم المالي لمشاريع اجتماعية معينة .

منظمة أوكسفام OXFAAM

وهي منظمة إغاثة دولية لها منظمات مستقلة ، متفرعة عنها في أستراليا ، وكندا ، وبريطانيا ، والولايات المتحدة الأمريكية ، واكتسبت خبرات مهمة في إدارة مخيمات اللاجئين ، والإغاثة الغذائية ومشاريع الإسكان . وقد صمّمت وكالة أوكسفام البريطانية نظام إسعاج حالات الطوارئ - صالح للاستخدام في المخيمات . وتعد مساعدة الإغاثة الفورية من أولى أولويات الأوكسفام .

منظمة جيش الإنقاذ الدولي International Salvation Army

مركز هذه المنظمة في لندن ، وتستطيع المنظمات الوطنية المتفرّعة عنها تقديم العون في الرعاية الطبية ، وتقديم الإمدادات من مختلف الأنواع .

منظمة صندوق إنقاذ الأطفال واتحاد صناديق إنقاذ الأطفال Save the Children Fund / Federation

تقدم منظمة صندوق الأطفال ومركزها في بريطانيا ، واتحاد صناديق إنقاذ الأطفال ومركزه في الولايات المتحدة الأمريكية ، والمنظمات المهائلة لها المعونة في مشاريع معالجة الماء وفي تغذية المجتمع .

منظمة ساوس Seventh-Day Adventist World Services (SAWS)

مقر هذه المنظمة الرئيسي في واشنطن ، وتختص بالبرامج الصحية مثل المستشفيات والمستوصفات ، وتغذية الأطفال ، وهي تستخدم عددا كبيرا من الأطباء وأطباء الأسنان والمرضات نيا وراء البحار .

مجلس الكنائس العالمي World Council of Churches

يضم المجلس مجموعة تتألف من 210 طائفة بروتستانية أو ارتودكسية من شتى بقاع العالم ، مقره الرئيسي في جنيف ، وهو يقدّم عبر أعضائه من الكنائس مختلف أنواع المساعدة الصحية عقب الكارثة . ويمكن للخدمات العالمية للكنائس Church World Services ، وهو أحد مكونات المجلس العالمي للكنائس ، ويُعتبَر وكالة إغاثة من الكوارث تتألف من 30 كنيسة بروتستانية وأورثوذكسية في الولايات المتحدة الأمريكية ويستطيع أن يقدّم مجموعة واسعة من أشكال الدعم للمشاريع الصحية كما تدير منظمة العمل المسيحي للتنمية في الكاريبي Christian Action for Development in the Caribbean (CADEC) وهي مجموعة فرعة من مجلس الكنائس في الكاريبي تدير مكتباً لمواجهة الكوارث يُعدّ مسؤولاً عن تنسيق أنشطة الإغاثة في الكاريبي . ويمكن الحصول على معلومات إضافية عن العديد من الوكالات الطوعية والمنظمات اللاحكومية العاملة في أنشطة الإغاثة من المجلس العالمي للكنائس الطوعية :

The International Council of Voluntary Agencies

17, Avenue de la Paix

CH 1202 Geneva, Switzerland

أو من :

المجلس الأمريكي للوكالات الطوعية للخدمات الأجنبية .

The American Council of Voluntary Agencies for Foreign Service

Technical Assistance Information Clearing House (TAICH)

New York, New York 10003 USA

الملحق الثاني المراجع

Alcarrú, F. and B. R. Castellón. Problemas de salud mental después de una situación de desastre. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 85 (1): 1-15 (1978).

Berenson, A.S. (ed.) *Control of Communicable Diseases in Man*. 12th ed. Washington, American Public Health Association, 1980.

de Ville de Goyet, C., et al. Earthquake in Guatemala: epidemiologic evaluation of the relief effort. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 10 (2): 95-109 (1976).

Glass, R. I., et al. Earthquake injuries related to housing in a Guatemalan village. *Science* 197: 638-43 (1977).

Gurd, C. H. et al. The health management of Cyclone Tracy. *Medical journal of Australia* 1: 641-44 (1975).

Mason, J., and P. Cavalié. Malaria epidemic in Haiti following a hurricane. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 4 (4): 1-10 (1965).

Manning, D. *Disaster Technology: An Annotated Bibliography*. Oxford, Pergamon Press, 1975. Romero, A., et al. Some epidemiologic features of disasters in Guatemala. *Disasters* 2: 39-46 (1978).

Savage, P. E. *Disaster and Hospital Planning: A Manual for Doctors, Nurses and Administrators*. Oxford, Pergamon Press, 1979.

Somner, A., and W. H. Mosley. West Bengal cyclone of November 1970. *Lancet* I: 1029-36 (1972).

The Treatment and Prevention of Diarrhoeal Disease. Geneva, World Health Organization, 1976.

Western, K. *The Epidemiology of Natural and Man-Made Disasters; the Present State of the Art*. Dissertation for the Academic Diploma in Tropical Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London (1972).

Whittaker, R., et al. Earthquake disaster in Nicaragua: reflections on the initial management of massive casualties. *Journal of Trauma* 14 (1): 37-43 (1974).

ISBN 92-9021-158- X

السعر : 3.50 دولار أمريكي