اليونيسف

مجموعة أدوات الكوليرا

unicef

unite for children

اليونيسف

مجموعة أدوات الكوليرا 2016

مرفق بهذه الوثيقة جهاز يو إس بي USB يحتوي على العناصر الثلاثة لمجموعة أدوات الكوليرا التي وضعتها اليونيسف، وهي: المستند الأساسي، والملاحق، والمصادر الإضافية. وتهدف هذه المكونات للعمل معاً لتحقيق أفضل استخدام لمجموعة الأدوات هذه.

unicef

اليونيسف – شعبة البرامج
3 ساحة الأمم المتحدة
نيويورك، 10017 الولايات المتحدة الأميركية
www.unicef.org

تمثّل التعليقات الواردة في هذه الوثيقة وجهة النظر الشخصية لأصحابها وهي لا تعبّر بالضرورة عن مواقف صندوق الطفولة التابع للأمم المتحدة.

لا تدلّ التسميات المستخدمة في هذا المنشور والمواد الواردة فيه على تعبير صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) عن أي رأي كان بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو لسلطات أي منها أو ترسيم حدودها.

unicef

unite for children

المحتويات

1. المقدمة 6
1.1 معلومات أساسية حول مجموعة الأدوات 6
1.2 أدوار ومسؤوليات اليونيسف 7
1.3 الغرض، الجمهور المستهدف وهيكل مجموعة الأدوات 10

2. مرض الكوليرا – معلومات أساسية 12
2.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 2 12
2.2 الكوليرا: التاريخ والتصنيفات وآلية العمل 13
2.3 علم الأوبئة وعوامل الخطر 15

3. فهم ورصد الحالة 24
3.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 3 24
3.2 التقييم والرصد المتصل بالكوليرا 25
3.3 تحديد حالة تفشي الكوليرا وحجمها ونطاقها 26
3.4 الرصد عند عدم وجود أية حالات 39

4. الوقاية من الكوليرا 40
4.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 4 40
4.2 كيفية منع الكوليرا من خلال تحسين المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية 41
4.3 استخدام لقاحات الكوليرا 46
4.4 دمج الوقاية من الكوليرا في برامج التنمية/ البرامج المنتظمة 48

5. التنسيق والمسؤوليات وإدارة المعلومات 52
5.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 5 52
5.2 التنسيق للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها 53
5.3 مسؤوليات أصحاب المصلحة المتعلقة بالكوليرا 64
5.4 إدارة البيانات والمعلومات 70

6. التأهب للكوليرا 74
6.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 6 74
6.2 السياسات والاستراتيجيات والمبادئ التوجيهية الوطنية 76
6.3 تخطيط التأهب والاستجابة 76
6.4 الموارد البشرية 81
6.5 الامدادات / المخزونات 85
6.6 تعبئة الموارد 86

7. الاتصالات من أجل التأهب والاستجابة للكوليرا 90
7.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 7 90
7.2 مقدمة إلى الاتصالات الخاصة بالكوليرا 91
7.3 كيفية تطوير استراتيجية وخطة الاتصال 93
7.4 تطوير الرسائل، والمعينات البصرية ومواد الإعلام والتعليم والاتصالات وغيرها من المواد ذات الصلة 102
7.5 التعبئة من أجل العمل المجتمعي 105

8. إدارة الحالات ومكافحة العدوى في المرافق الصحية ومواقع العلاج 110
8.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 8 110
8.2 التقييم السريري 112
8.3 العلاج 115
8.4 المرافق الصحية ومواقع المعالجة 128
8.5 معلومات للمرضى والقائمين على رعايتهم، تقديم الحماية والدعم النفسي الاجتماعي 135

9. التدخلات المركّزة على المجتمع 138
9.1 لمحة عن الفصل رقم 9 138
9.2 تحسين الوصول إلى نوعية وكمية كافية من موارد المياه الآمنة 144
9.3 تحسين أمن الطعام والنظافة الصحية 147
9.4 تحسين الوصول واستخدام طرق التخلص الآمن من الفضلات 148
9.5 تحسين عادات غسل اليدين 150
9.6 تعقيم القيء والبراز في المنازل ووسائل النقل 151
9.7 تعزيز التعامل الآمن مع جثث الموتى 153
9.8 توفير الإمدادات/ المواد غير الغذائية 154
9.9 النظافة الصحية البيئية الجيدة في الأسواق والأماكن العامة الأخرى 155
9.10 استجابة الكوليرا في المؤسسات وباقي الأماكن العامة 156
9.11 إدارة الحالات في المجتمع المحلي 157
9.12 المساءلة أمام المجتمعات المحلية 161

10. إجراءات اليونيسف للتأهب والاستجابة في حالة الطوارئ 162
10.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 10 162
10.2 الموارد البشرية 163
10.3 التدابير التنفيذية لليونيسف للاستجابة العامة للطوارئ 168
10.4 شراء إمدادات اليونيسف 173
10.5 تعبئة الموارد 176

شـــكر وتقديـــر

تم تطوير مجموعة أدوات الكوليرا الخاصة باليونيسف من قبل شعبة البرامج في اليونيسف، وأقسام الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، مع مدخلات من شعب الاتصالات من أجل التنمية، والتغذية، وحماية الطفل، والتعليم، ومكتب برامج الطوارئ، وشعبة الإمدادات، والمكاتب الإقليمية، والمكاتب القطرية.

وقد شارك موظفو اليونيسف التالية أسماؤهم في تطوير ومراجعة هذه الوثيقة، حيث تثمّن اليونيسف مساهماتهم بامتنان: هيذر بابويتز، جيسس تريلز، سيسيليا سانشيز بوداس، أندرو باركر، وباتريشيا بورتيلا سوزا.

استندت مجموعة الأدوات على مجموعة من الإرشادات والأدوات الموجودة على المستوى العالمي والإقليمي والوطني وهي مأخوذة من مصادر متعددة تم تكييفها للاستخدام من قبل مكاتب اليونيسف القطرية. وفي هذا السياق، ترغب اليونيسف بتقدير العمل الممتاز الذي قام به الفريق الاستشاري الذي أعد مسودة وثيقة مجموعة الأدوات، والملاحق المصاحبة والمصادر الإضافية، والذي يضم كلا من: سارة هاوس (استشارية مستقلة)، الدكتور رون والدمان (جامعة جورج واشنطن) وسوزان فيرون (استشارية مستقلة).

تم تطوير مجموعة الأدوات من خلال مراجعة كبيرة للتوجيهات والأدوات القائمة، بالتشاور مع الخبراء وورشة تحقق لتوفير مدخلات على المستوى القطري. حيث أقيمت ورشة العمل التحقق في زيمبابوي في شهر آب ٢٠١٢ بمشاركة ومساهمة من شعبة الصحة، وشعبة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وشعبة الاتصالات في اليونيسف، وموظفين من مكاتب اليونيسف الاقليمية في زيمبابوي، ونيجيريا، وزامبيا، وبوروندي، وجنوب السودان، والصومال، وهايتي، ومكاتب اليونيسف في غرب ووسط أفريقيا، وشرق وجنوب افريقيا، فضلاً عن المشاركة من الشركاء التاليين: مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة أوكسفام.

بالإضافة إلى ذلك، تمت مشاركة مسودة مجموعة الأدوات مع الشركاء التاليين للحصول على مدخلاتهم: منظمة الصحة العالمية، مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، منظمة أطباء بلا حدود، المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش، منظمة أوكسفام، العمل لمكافحة الجوع، مركز المياه والهندسة والتنمية، جامعة لوبورو، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

كما توجّه اليونيسف الشكر على المراجعة والمساهمات الفنية الهامة التي قدمها: فيليبو بوستي (العمل لمكافحة الجوع)، جولي غوتييه (العمل لمكافحة الجوع)، إيريك مينتز (مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها)، توم هادزل (مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها)، سوزان كوكسون (مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها)، مارك بيتروني (المدير الطبي السابق في المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش) أماندا ماكليلاند (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ويليام كارتر (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، ديفيد ساك (كلية جونز هوبكنز للصحة العامة) جان فرانسوا فيسيلت (منظمة أطباء بلا حدود)، اندي باستابل (أوكسفام)، فويك تولاني (أوكسفام)، ماريون أو-رايلي (أوكسفام)، اليزابيث لاموند (أوكسفام)، ايرين بويد (اليونيسف)، مندي مارش (اليونيسف)، ساجي توماس (اليونيسف)، كيت داير (اليونيسف)، دوناتيلا مسائى (اليونيسف)، فرانسوا بيليه (اليونيسف)، إلهام عبد الحي نور (اليونيسف)، فابيو فريشيا (اليونيسف)، ويليام فيلوز (اليونيسف)، مايك سميث (مركز المياه والهندسة والتنمية) بيتر مالا (منظمة الصحة العالمية)، مارغريت مونتغمري (منظمة الصحة العالمية)، كلير- ليز شايغنات (منظمة الصحة العالمية)، بروس غوردون (منظمة الصحة العالمية)، اريك فيوستر (استشاري مستقل)، جان هيجر (استشاري مستقل). كما نشكر أيضاً المساهمة في إصدار والتصميم الذي قام به على جيم بروتوس وستيفن بورنهولتز (استشاريين مستقلين).

مجموعة الأدوات هي وثيقة متطورة ومتغيّرة وسيتم تحديثها كلما برزت توجيهات وأدوات جديدة. يرجى إرسال تعليقاتكم واقتراحاتكم والمواد الجديدة اللائمة لإدراجها في مجموعة الأدوات إلى البريد الالكتروني
choleratoolkit@unicef.org

وتودّ اليونيسف أن توجه الشكر إلى مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، وزارة التنمية الدولية البريطانية والجهات المانحة الأخرى لدعم التمويل من أجل تطوير مجموعة الأدوات هذه.

الاختصارات

AoR	مجال المسؤولية (نهج المجموعة)
AWD	الإسهال المائي الحاد
AWP	خطة العمل السنوية
BCA	اتفاقية التعاون الأساسي (اليونيسف)
BCC	اتصالات تغيير السلوك
C4D	الاتصالات من أجل التنمية
CA	نهج المجموعات
CAP	عملية النداءات الموحدة
CATS	نهج المجتمعات المحلية المتعلقة بالمرافق الصحية الشاملة
CBO	منظمة مجتمعية
CCC	الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني (اليونيسف)
CCPD	وثيقة البرنامج القطري المشتركة (UN)
CEE / CIS RO	المكتب الإقليمي لوسط وشرق أوروبا ورابطة الدول المستقلة (اليونيسف)
CERF	الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ
CHAP	خطة العمل الإنسانية المشتركة
CHF	الصندوق الإنساني المشترك (UN)
CHW	عامل الصحة المجتمعية
CLA	الوكالة قائدة المجموعة
CLTS	المرافق الصحية الشاملة بقيادة المجتمع المحلي
CO	المكتب القطري (اليونيسف)
COTS	التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات
CPD	وثيقة البرنامج القطري (اليونيسف)
CRC	اتفاقية حقوق الطفل
CRC	لجنة مراجعة العقود (اليونيسف)
CSC	الاتصالات من أجل التغيير الاجتماعي
CSO	منظمات المجتمع المدني
CTC	مركز علاج الكوليرا
CTU	وحدة علاج الكوليرا
DCT	التحويلات النقدية المباشرة (اليونيسف)
DaO	توحيد الأداء (UN)
DHR	شعبة الموارد البشرية (اليونيسف)
DIK	هبة عينية
EHO	موظف الصحة البيئية
EMOPS	مكتب برامج الطوارئ (اليونيسف)

EPF	صناديق برنامج الطوارئ (اليونيسف)
ERC	منسق الإغاثة في حالات الطوارئ (OCHA)
ERF	صندوق الاستجابة لحالات الطوارئ (UN) – المعروف أيضاً باسم صندوق الاستجابة الإنسانية HRF أو بأسماء أخرى
ESARO	المكتب الإقليمي لشرق وجنوب أفريقيا (اليونيسف)
EWARN	شبكة الإنذار المبكر والاستجابة
FA	النداء العاجل
FBO	منظمة دينية
GIS	نظام المعلومات الجغرافية
GM	مؤشر المساواة بين الجنسين (CAP)
GPS	نظام تحديد المواقع العالمي
HACT	النهج المنسق للتحويلات النقدية (UN)
HC	منسّق إنساني (UN)
HCT	الفريق القطري الإنساني (UN)
HIV	فيروس نقص المناعة البشري
HP	تعزيز النظافة
HQ	المقر الرئيسي (المستخدمة في هذا المثال للمقر الرئيسي لليونيسف)
HR	الموارد البشرية
HRBA	النهج القائم على حقوق الإنسان
HRF	صندوق الاستجابة الإنسانية (UN) – المعروف أيضاً باسم صندوق الاستجابة لحالات الطوارئ (ERF) أو أسماء أخرى
HWTS	معالجة المياه المنزلية وتخزينها بشكل آمن
HWWS	غسل اليدين بالماء والصابون
IEC	الإعلام والتعليم والاتصالات
IKA / IKC	المساعدة العينية / المساهمة العينية
IM	إدارة المعلومات
IND	وثيقة الاحتياجات الفورية (اليونيسف)
INGO	منظمة دولية غير حكومية
IO	منظمة دولية
IOM	مكتب المنظمة الدولية للهجرة
KRA	مجالات النتائج الرئيسية (اليونيسف)
LFA	تحليل الإطار المنطقي
LNGO	منظمة محلية غير حكومية
LoU	كتاب تفاهم
LTA	اتفاقية طويلة الأجل (اليونيسف)
MENARO	المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا (اليونيسف)

MoU	مذكرة تفاهم
MTSP	الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل (اليونيسف)
NATCOM	اللجان الوطنية لليونيسف (أنشئت لغرض وحيد هو جمع التبرعات لليونيسف)
NFI	المواد غير الغذائية
NGO	منظمة غير حكومية
OCHA	مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية
OHCR	مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان في الأمم المتحدة
OR	مصادر أخرى (اليونيسف)
ORC	ركن الإماهة الفموية – كما يسمى أحياناً ركن علاج الإماهة الفموية (ORTC / ORC) أو نقطة الإماهة الفموية (ORP)
ORE	مصادر أخرى – حالات الطوارئ (اليونيسف)
ORP	نقطة الإماهة الفموية (وتسمى أيضاً في بعض الأحيان ORTC / ORC)
ORS	محلول الإماهة الفموية
PAHO	منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
PCA	اتفاقية تعاون المشروع (اليونيسف)
PFP	شعبة جمع التبرعات الخاصة والشراكة (اليونيسف)
PHAST	المشاركة في تحسين الممارسات المتعلقة بالنظافة الصحية والصرف الصحي
PLA	التعلّم والعمل التشاركي
PLWHA	الأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز
PoUWT	معالجة مياه نقطة الاستخدام
PoUWT&SS	معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها
RC	المنسّق المقيم (UN)
RDT	اختبار التشخيص السريع
RO	المكتب الإقليمي (اليونيسف)
ROSA	المكتب الإقليمي لجنوب آسيا (اليونيسف)
RR	الموارد العادية (اليونيسف)
SSA	اتفاقية الخدمة الخاصة (UNICEF)
SSFA	اتفاقية تمويل ضيق النطاق (اليونيسف)
TACRO	المكتب الإقليمي للأمريكيتين والكاريبي (اليونيسف)
ToTs	تدريب المدربين
UNICEF	صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)
WASH	المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية
WCARO	المكتب الإقليمي لغرب ووسط أفريقيا (اليونيسف)

1 المقدمة

1.1 معلومات أساسية حول مجموعة الأدوات

إن مرض الكوليرا آخذ في الارتفاع مع وجود ما يقدر بنحو 1.4 مليار شخص معرضين لخطر الإصابة في البلدان التي يتوطن فيها المرض وما يقدّر بثلاثة ملايين إلى خمسة ملايين حالة إصابة، و100,000 إلى 120,000 حالة وفاة سنوياً حول العالم[1]. يؤلّف الأطفال تحت سن الخامسة، في كثير من البلدان التي يتوطن فيها المرض، أكثر من نصف الإصابات والوفيات العالمية. حيث بقي مرض الكوليرا متوطناً في بعض البلدان الآسيوية لعدة قرون، وقد أصبح متوطناً على مر السنين في عدد متزايد من البلدان الأفريقية التي تنتشر فيها الأوبئة، وقد عاد المرض مؤخراً إلى الأمريكيتين وينتقل بشكل مستمر في هايتي وجمهورية الدومينيكان. وتستمر سلالات جديدة أكثر ضراوة ومقاومة للعقاقير من الضمة الكوليرية في الظهور، وازدادت وتيرة حالات تفشي المرض المطولة والكبيرة مع نسب وفيات عالية، مما يعكس ضعف الكشف المبكر والوقاية والحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب. إن هذه الاتجاهات مقلقة للغاية وتشير إلى تزايد حالة طوارئ فيما يتعلق بالصحة العامة، وقد حصلت على اهتمام واستثمار اليونيسف على جميع المستويات.

1 منظمة الصحة العالمية. الكوليرا – ورقة الوقائع رقم ١٠٧. جنيف، سويسرا، منظمة الصحة العالمية. (٢٠١١).

تقدّم اليونيسف حالياً الدعم والتوجيه التقني الاستراتيجي، والقدرة على التدخل السريع، والتدريب والإمدادات والدعم اللوجستي لمنع تفشي مرض الكوليرا وأمراض الإسهال والتأهب والاستجابة لها في جميع أنحاء العالم. كما يوفّر النهج متعدد القطاعات الذي تتبناه، ويشمل الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتغذية والتعليم والحماية والقطاعات الأخرى، وكذلك الخدمات لعمليات الطوارئ وإدارة العرض – إمكانية بذل جهد متكامل من أجل الحد من المخاطر والتأهب لها وبناء القدرات والاستجابة في حالات تفشي الكوليرا وأمراض الإسهال.

تم تجميع وتوحيد مصادر متعددة – داخلية وخارجية على حد سواء– في منشور مجموعة أدوات الكوليرا هذا الذي أعدته اليونيسف، لتسهيل الوصول إليها على نطاق واسع بهدف استخدامها من قبل اليونيسف وشركاؤها على الصعيد العالمي.

ملخص الملاحق

الملحق 1A المهمة والنهج والمبادئ التوجيهية الخاصة باليونيسف

1.2 أدوار ومسؤوليات اليونيسف

تدعم اليونيسف بقاء الطفل ونمائه، وتركّز بشكل أساسي على المجالات القطاعية لحماية الطفل، والتعليم، والتغذية، والصحة، والاتصالات من أجل التنمية (C4D)، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. وتقوم برامجها على العمل الاستراتيجي بما في ذلك تعزيز الحكومات وأنظمتها والجهات الفاعلة الوطنية الأخرى، وكذلك تنفيذ البرنامج. وتعمل العديد من البرامج القطرية في مجالات التنمية والعمل الانساني وهي توفّر فرصة لبناء القدرات من خلال البرامج المدركة للمخاطر والتأهب لحالات الطوارئ، بما في ذلك انتشار الأمراض مثل الكوليرا.

كما تعمل اليونيسف في البلدان بناء على طلب الحكومات الوطنية وبالاتفاق معها. حيث تعمل من أجل دعم، وبالشراكة مع، المؤسسات الحكومية الوطنية، والحكومة المحلية، ومجموعة من منظمات المجتمع المدني ومنظمات أخرى، مثل المنظمات غير الحكومية والصليب الأحمر/ الهلال الأحمر.

1.2.1 النهج المتكامل متعدد القطاعات تجاه مرض الكوليرا

بهدف الحد من المخاطر الناجمة عن مرض الكوليرا، بما في ذلك الحد من انتشار المرض ومنع الوفيات، تبرز الحاجة إلى وجود نهج متكامل قائم على التعاون بين قطاعات الصحة والمياه والصرف الصحي وغيرها من القطاعات ذات الصلة والمجالات المتداخلة (مثل الاتصالات من أجل التنمية (C4D)، التعليم، التغذية، حماية

الطفل)، بالإضافة إلى الخدمات المساندة الأساسية مثل برامج الطوارئ (EMOPS) وشعبة الإمدادات (SD).

ينبغي على أقسام الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في اليونيسف أن تعمل معاً بشكل وثيق على جميع المستويات ومع أقسام رئيسية أخرى، مثل الاتصالات من أجل التنمية(C4D) والخدمات المساندة وذلك في كل ما يتعلق بالأنشطة ذات الصلة بمرض الكوليرا. انظر **الملحق 1A** للحصول على لمحة عامة عن المهمة والنهج والمبادئ التوجيهية الخاصة باليونيسف.

دور اليونيسف في الوقاية والتأهب والاستجابة للكوليرا

الدعوة:

- الدعوة مع الشركاء لزيادة وضوح وتعبئة الموارد لمكافحة الكوليرا على جميع المستويات، بما في ذلك العمل على الوقاية والتأهب.

التنسيق:

- تقديم الدعم والمدخلات التقنية إلى آليات وفرق العمل الوطنية للتنسيق من خلال قطاعات اليونيسف ذات الصلة: الصحة، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والاتصالات من أجل التنمية (C4D)، والتغذية، والتعليم، وحماية الطفل، والخدمات المساندة، مثل شعبة الإمدادات (SD) ومكتب برامج الطوارئ (EMOPS). وتتضمن التزامات اليونيسف الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني (CCCs) دورها المساند في التنسيق القطاعي.
- التصرف في بعض الحالات كقائد المجموعة (أي في مجالات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتغذية والتعليم) إذا تم تنشيط نظام المجموعات على الصعيد الوطني.
- العمل كشريك رئيسي يشارك في الاجتماعات القطاعية الفنية والمشاورات على المستوى العالمي (أي في مجالات الصحة، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، الاتصالات من أجل التنمية، الخ).

التقييم، والتخطيط وتحديد الأولويات:

- المساهمة في التقييم الوطني لأخطار واحتياجات الكوليرا، وكذلك التأهب والتخطيط للاستجابة للكوليرا.
- المساهمة، خاصة في البلدان التي يتوطن فيها المرض، والتأثير على تحديد المناطق المعرضة لخطر الكوليرا وتضمين الكوليرا كعامل خطر عند التحديد الوطني للاستراتيجيات القطاعية، والتخطيط وتحديد الأولويات لجميع القطاعات ذات الصلة بالكوليرا (أي في مجالات الصحة، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، الاتصالات من أجل التنمية، الخ).

المراقبة ونظم الإنذار المبكر وآليات الإنذار:

- دعم وزارة الصحة (MoH) ومنظمة الصحة العالمية في جمع بيانات المراقبة والإنذار المبكر من خلال برامج الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في اليونيسف ضمن البلاد وعبر الحدود.
- دعم وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية لتنفيذ نظام إنذار وضمان سرعة التبليغ والتحقق والاستجابة من خلال برامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والصحة وبرامج الاتصالات من أجل التنمية (C4D) في اليونيسف كحد أدنى واتخاذ الاجراءات من قبل الشركاء التنفيذيين.
- المساهمة في التحقيق في تفشي المرض من خلال برامج الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في اليونيسف.
- دمج الكوليرا كجزء من نظام الإنذار المبكر/ العمل المبكر الداخلي لليونيسف لضمان التأهب والاستجابة لتفشي المرض واعتبار جزءاً من مسؤوليات اليونيسف.

تقديم الخدمة:

- تقديم الدعم التقني بالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية والشركاء لوضع مبادئ توجيهية ومواد تدريبية أو للتأكد من أن المبادئ التوجيهية والمواد التدريبية الموجودة لا تزال فاعلة.
- دعم وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية، والشركاء لتدريب الشركاء الوطنيين والدوليين في جميع جوانب إدارة الكوليرا، بما في ذلك مناهج التنسيق، وإدارة المعلومات، والمراقبة، وإدارة الحالة، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والاتصالات من أجل التنمية (C4D).
- تحديد، وتطوير الاتفاقيات، ودعم وبناء قدرات المنظمات غير الحكومية (NGOs) لتقديم الخدمات لتدخلات المراقبة وإدارة الحالة، والاتصالات من أجل التنمية (C4D) والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- توفير الإمدادات اللازمة لإنشاء مراكز لعلاج الكوليرا وإدارة الحالة وتدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، بما في ذلك المشتريات المحلية أو الإقليمية أو العالمية من شعبة الإمدادات (SD)، فضلاً عن الشحن والتخزين وتوزيع الإمدادات في البلاد.

الاتصالات *(الدعوة، والاتصالات من أجل تغيير السلوك، والاتصالات من أجل التغيير الاجتماعي والتعبئة المجتمعية):*

- العمل كشريك رئيسي في آليات تنسيق الاتصالات من أجل تدخلات تغيير السلوك والتغيير الاجتماعي والتعبئة المجتمعية.
- وضع وتنفيذ استراتيجيات الاتصالات المتعلقة بالمخاطر واستراتيجيات الاتصالات من أجل تغيير السلوك والتغيير الاجتماعي بالتعاون مع الحكومة والشركاء الرئيسيين أو ضمان أن تكون الاستراتيجيات القائمة جاهزة للعمل ودعم تنفيذها.
- تقديم الدعم الفني لتطوير أو استخدام الرسائل والمواد الداعمة في مجال الإعلام والتعليم والاتصالات، وتخطيط وتنفيذ حملات التوعية.

مكافحة الكوليرا والوقاية منها في البرامج العادية لليونيسف:

- التعامل مع مكافحة الكوليرا والوقاية منها باعتبارها فرصة ومسؤولية في البرامج العادية لليونيسف في جميع القطاعات ذات الصلة وذلك بوصفها منظمة إغاثة موجودة قبل وأثناء وبعد تفشي مرض الكوليرا.

انظر القسم 4.4 للحصول على تفاصيل إضافية.

1.3 الغرض، الجمهور المستهدف وهيكل مجموعة الأدوات

1.3.1 الغرض

تهدف مجموعة أدوات الكوليرا التي تقدمها اليونيسف إلى تزويد مكاتب اليونيسف والنظراء والشركاء بمصدر واحد للمعلومات لمنع (أو الحد من مخاطر) ومكافحة تفشي مرض الكوليرا، والتأهب والاستجابة له وتنفيذ الإنعاش- بما في ذلك التكامل مع برامج التنمية/البرامج العادية.

وتوفّر مجموعة الأدوات التوجيه لقطاعي الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية بشكل أساسي؛ هذا ويتم تقديم المبادئ التوجيهية بطريقة متكاملة، لتجنب استمرارية المناهج المنفردة في الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. وبالإضافة إلى ذلك، تتضمن مجموعة الأدوات محتوى معيناً مرتبطاً بالتعليم، والتغذية، والاتصالات من أجل التنمية (C4D)، وحماية الطفل وغيرها من القطاعات ذات الصلة.

1.3.2 الجمهور المستهدف

الجمهور المستهدف الأساسي لهذه الأدوات هم موظفو اليونيسف على جميع المستويات وعبر جميع الشعب والأقسام في المكاتب القطرية والإقليمية والمقر الرئيسي لليونيسف. وقد تكون هذه الأدوات مفيدة أيضاً للنظراء الحكوميين والشركاء مثل المنظمات غير الحكومية والأمم المتحدة ومنظمات المجتمع المدني (CSOs) التي تعمل في مجال الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها.

1.3.3 هيكل مجموعة الأدوات

تضم مجموعة الأدوات هذه "الوثيقة الأساسية"، وسلسلة من "الملاحق" (النماذج، قوائم المراجعة، جداول البيانات، والمعلومات المرجعية التفصيلية المتوفرة في نسخة إلكترونية فقط) ومجموعة مختارة من "المصادر الإضافية" (مكتبة إلكترونية بما في ذلك الأبحاث المنشورة، ومواد الإعلام والتعليم والاتصالات، والمبادئ التوجيهية للكوليرا، وبرامج تدريبية، وأمثلة عن الخرائط ومجموعة من المعلومات العملية الأخرى المتاحة على جهاز يو إس بي USB مرافق). وتتوفر في النسخة الإلكترونية للوثيقة الرئيسية روابط لمصادر موجودة على شبكة الإنترنت.

وترتبط المصادر الرئيسية المذكورة خلال "الوثيقة الرئيسية" و "الملاحق" بالموقع الالكتروني الذي تتوفر فيه هذه المعلومات و/أو جهاز يو إس بي USB المرافق. وللوصول إلى الوثائق في جهاز يو إس بي USB المرافق، انقر على الأيقونة التي تظهر بجانب الوثيقة.

المصادر الرئيسية

اليونيسف، تحقيق نتائج أفضل للأطفال: دليل مفيد حول تماسك الأمم المتحدة (2010).

اليونيسف، استراتيجيات اليونيسف في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للفترة 2006-2015 (2005).

اليونيسف، استراتيجيات اليونيسف المشتركة في مجال الصحة والتغذية للفترة 2006-2015 (2005).

اليونيسف، الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني (2010).

2 مرض الكوليرا ـ معلومات أساسية

2.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 2

يقدّم هذا الفصل معلومات أساسية ومعلومات سياقية هامة لفهم أنواع وخصائص بكتيريا الكوليرا، وآلية العدوى، ووسائل النقل وعوامل الخطر، واعتبارات الجنس والعمر في العدوى.

ملخص الملاحق

الملحق 2A الضمة الكوليرية: البيانات البيئية

الملحق 2B المفاهيم الخاطئة الشائعة حول الكوليرا

2.2 الكوليرا: التاريخ والتصنيفات وآلية العمل

2.2.1 التاريخ والتصنيفات

الكوليرا هي أحد أشكال الإسهال المائي الحاد، وهو عرض يمكن أن تسببه أنواع من البكتيريا والفيروسات والطفيليات. والسبب الكامن وراء مرض الكوليرا هو نوع من البكتيريا (بكتيريا قضيبية الشكل سالبة الغرام)، اسمها الضمة الكوليرية *Vibrio cholerae*. وهناك حوالي 200 زُمْرَة مصْلِيَّة serogroups من الضمة الكوليرية، ولكن اثنين منها فقط، الضمة الكوليرية O1 و O139 هي المعروفة بكونها تتسبب في المرض المحدد المعروف باسم الكوليرا[2]. وتنقسم الزمرة المصلية O1 الى ثلاثة أنماط مصلية، اينابا، اوجاوا، هيكوجيما النادرة وإلى اثنين من الأنماط الحيوية: الكلاسيكي والطور.

والكوليرا، بأشد أشكالها، هي واحدة من أسرع الأمراض المعدية الفتاكة المعروفة – ومن خصائصها المميزة بأنها تتسبب بتدفق كبير للسوائل والشوارد في غضون ساعات من الإصابة والتي يمكن أن تؤدي، إن لم تتم معالجتها بالشكل المناسب، إلى الوفاة في غضون ساعات. ويمكن للكوليرا أن تنتشر بسرعة مذهلة ضمن سكان منطقة بأكملها وذلك في الأماكن التي تكون فيها مياه الشرب غير محمية من التلوث البرازي. وقد أثمرت هاتين الخاصيتين في حصول الكوليرا على سمعة تثير الخوف والذعر في كثير من الأحيان. ومع ذلك، يمكن الحفاظ على معدلات وفيات منخفضة في حال تم الحصول على العلاج الفوري والمناسب. وعلاوة على ذلك، من الممكن منع ومكافحة تفشي الكوليرا من خلال مجموعة من التدخلات الصحية العامة، التي تكون في الغالب من خلال مراقبة الأمراض والإنذار المبكر، وتوفير المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي الملائم، وتعزيز الصحة والنظافة والكشف المبكر، والتدخلات الوقائية، بما في ذلك لقاح الكوليرا الفموي والعلاج.

حصلت حتى الآن سبع حالات تفشي لمرض الكوليرا، ستة منها كانت على الأرجح بسبب النمط الحيوي الكلاسيكي. هذا وقد بدأ التفشي الحالي لهذا المرض في جزيرة سولاويسي الإندونيسية في عام 1961 ونتج عن نمط الطور الحيوي. يبدو خلال هذا التفشي الحالي أن الشكل الكلاسيكي قد تم استبداله بالكامل تقريباً بالطور الذي يعيش بشكل جيد على العوالق الحيوانية والنباتات والحيوانات المائية الأخرى. ويستشهد بهذه الحقيقة كأحد أسباب استمرار التفشي الراهن، جنباً إلى جنب مع حقيقة أن الطور يتسبب في مناعة أقل دواماً مما يفعل النمط الحيوي الكلاسيكي.

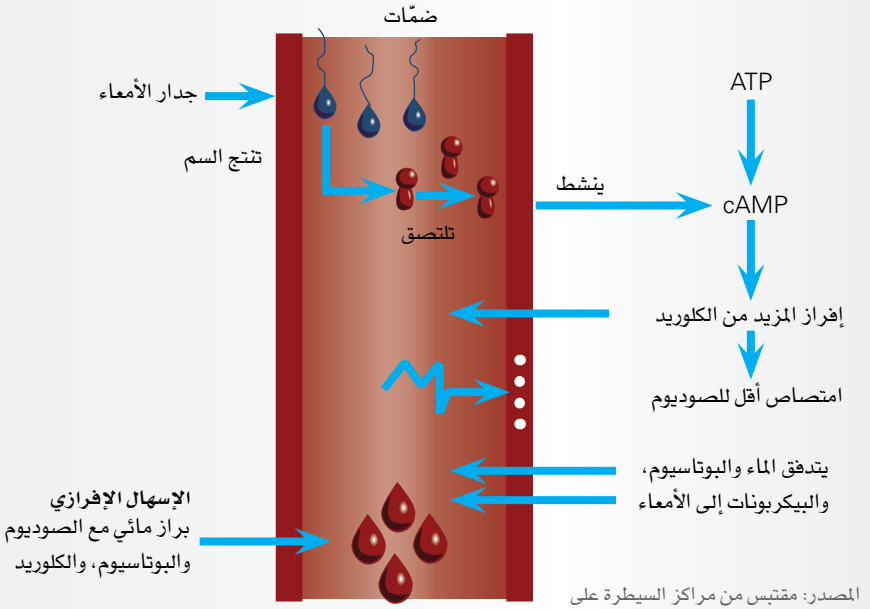
2 يشير الحرف "O" إلى مستضد جدار الخلية عديد السّكاريد الشَّحْمِيّ (O) المُحدد بالزمرة المصلية

من وجهة نظر سريرية، فإن الكوليرا الناجمة عن نمط الطور حيوي لديها نسبة عالية من الحالات التي لا تظهر عليها الأعراض، والتي تفرز بصمت الضمة الكوليرية المعدية. ومع ذلك، يتفق معظم الخبراء على أنه قد زادت في الآونة الأخيرة نسبة جميع حالات الكوليرا ذات الأعراض التي تتجلى بالجفاف الشديد، حيث يعزى هذا الاتجاه إلى ظهور سلالة متغيرة من الطور التي تنتج سم الكوليرا الكلاسيكي. عموماً، فإن غالبية المصابين لا يظهرون أعراض (ما يقرب من 75 في المائة). والقليل فقط من الحالات هي ذات أعراض (ونسبتها 25 في المائة)، والتي تصل إلى الكوليرا الشديدة (20 في المائة من ذوي الأعراض، أو 5 في المائة من مجموع الحالات المصابة) مع كون النسبة الأكبر مصابة بدرجة خفيفة الى معتدلة من المرض (80 في المائة من المصابين ذوي الأعراض، أو 20 في المائة من جميع المصابين).

2.2.2 آلية العمل

من المهم جداً أن ندرك بأن بكتيريا الكوليرا في حد ذاتها هي ليست مسؤولة عن المرض؛ فهي لا تغزو خلايا جدار الأمعاء، ولا تتسبب بأي تدمير للأمعاء أو تعبر الحاجز المعوي. فسلوكها يختلف عن البكتريا المسببة لداء الشيغيلات، على سبيل المثال، الذي يعبر الأمعاء، ويغزو الخلايا المعوية ويتسبب باستجابة التهابية، حيث ينتج عن كل ذلك إسهال دموي يختلف عن الإسهال المائي الذي يميز الكوليرا.

الشكل رقم 1 آليـة عمـل الكـوليـرا



المصدر: مقتبس من مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC)

تعمل الضمة الكوليرية عن طريق الالتصاق بالخلايا التي تبطن الأمعاء حيث أنها تنتج سماً يتداخل مع العمليات الخلوية العادية للامتصاص وإفراز السوائل والشوارد. وعلى وجه التحديد، ينشط سم الكوليرا نظام الانزيم الذي يساعد على تنظيم تدفق السوائل والشوارد عبر جدار الأمعاء و «يقفل» جزءاً مما هو عادة آلية «ضخ» ثنائية الاتجاه لتصبح في وضع تدفق في اتجاه واحد. وبالتالي يتجاوز إفراز السوائل الامتصاص، مما يؤدي إلى استنزاف ضخم محتمل من سوائل وشوارد الجسم، مما يسبب الجفاف. يمكن أن تتطور حالة ما يصل إلى 50 في المائة من المصابين إلى جفاف شديد مع خطر وفاة عال إذا تُرك المرء دون علاج. يوضّح الرسم البياني في الشكل رقم 1 هذه الآلية ويفسّر السبب في كون المبدأ الأساسي لعلاج الكوليرا هو التعويض السريع للسوائل والشوارد التي خسرها الجسم. وإذا تم التعويض بكفاءة وفعّالية، يمكن أن تبقى نسبة الوفيات أقل من واحد في المائة من تلك الحالات التي تُظهر أعراضاً سريرية.

تتراوح فترة الحضانة لمرض الكوليرا بين 12 ساعة وخمسة أيام، وهي فترة قصيرة نسبياً تسمح بالتطور السريع وظهور الأعراض، وطرح البكتيريا وانتقالها، مما يؤدي إلى تفشي المرض بشكل سريع. تدوم مدة المرض أقل من يوم واحد وتصل إلى أسبوع واحد في بعض الحالات النادرة، حيث تكون المدة المعتادة ثلاثة أيام حتى يتوقف الإسهال. ومع ذلك، يستمر طرح البكتيريا لدى المرضى الذين يعانون من أعراض خلال فترة تتراوح من يومين إلى أسبوعين، ولبضعة أيام لدى المرضى الذين لا تظهر عليهم أعراض.

يمكنكم الحصول على تفاصيل إضافية حول آلية حدوث مرض الكوليرا ضمن عرض تقديمي متحرك متاح على شبكة الانترنت أنتجه قسم الأحياء الدقيقة وعلم المناعة في جامعة روتشستر. انظر الرابط أدناه:

lifesciences.envmed.rochester.edu/curriculum/SEPAClass/MM.swf

2.3 علم الأوبئة وعوامل الخطر

2.3.1 علم الأوبئة

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، ازداد عدد حالات الكوليرا المبلّغ عنها بأكثر من أربعة أضعاف منذ عام 2000. وفي عام 2011، أبلغت 58 دولة منظمة الصحة العالمية بما مجموعه 589,854 حالة و 7816 وفاة.

ومع ذلك، يعتبر هذا الرقم أقل من الواقع بكثير بسبب ضعف المراقبة وعدم الإبلاغ، حيث أن مرض الكوليرا آخذ في الارتفاع مع وجود ما يقدر بنحو 1.4 مليار شخص معرضين لخطر الإصابة في البلدان التي يتوطن فيها المرض وما يقدّر بثلاثة ملايين إلى خمسة ملايين حالة إصابة، و 100,000 إلى 120,000 حالة وفاة سنوياً حول العالم[3].

يؤلّف الأطفال تحت سن الخامسة، في كثير من البلدان التي يتوطن فيها المرض، أكثر من نصف الإصابات

3 منظمة الصحة العالمية (2011d) الكوليرا - ورقة الوقائع رقم 107 جنيف، سويسرا، منظمة الصحة العالمية.

والوفيات العالمية. وتمثل هذه الأرقام أقل من واحد في المائة من جميع حالات الإسهال المقدّرة وأقل من 10 في المائة من الوفيات المقدّرة الناجمة عن الإسهال سنوياً. إن الأثر التاريخي لمرض الكوليرا، وحدوثه المتكرر في حالات وبائية مدمرة، والصورة السريرية الدرامية لهذا المرض، بالإضافة إلى هجماته المنتظمة على البالغين وكذلك الأطفال، وطبيعته المعدية للغاية وقدرته المحتملة العالية على الفتك، تجعله واحداً من أكثر الأمراض البارزة وأكثرها رعباً.

ظلت الكوليرا متوطنة في بعض البلدان الآسيوية لعدة قرون. وقد أصبحت متوطنة في عدد متزايد من البلدان الأفريقية مع حصول ذروات وبائية على مر السنين. وقد عاد المرض مؤخراً إلى الأمريكيتين وينتقل بشكل مستمر في هايتي وجمهورية الدومينيكان. وتستمر سلالات جديدة أكثر ضراوة ومقاومة للعقاقير من الضمة الكوليرية في الظهور، وازدادت وتيرة حالات تفشي المرض المطولة والكبيرة مع نسب وفيات عالية، مما يعكس ضعف الكشف المبكر والوقاية والحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب.

يحدث مرض الكوليرا في البيئات التي يتوطن فيها المرض وفي البيئة التي يتفشى فيها المرض

البيئة التي يتوطن فيها المرض: وهو البلد الذي تم فيه الإبلاغ عن حالات الكوليرا على مدى ثلاث سنوات من أصل السنوات الخمس الماضية (منظمة الصحة العالمية)، أو حيث تكون حالات الكوليرا موجودة باستمرار في منطقة جغرافية معينة أو مجموعة سكانية (شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في منظمة الصحة العالمية).

البيئة التي يتفشى فيها المرض: البلد الذي يتوطن أو لا يتوطن فيه المرض حيث تحدث فيه حالات الكوليرا بنسبة أكبر من المتوقع في منطقة معينة، أو بين مجموعة سكانية معينة، على مدى فترة زمنية معينة (شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في منظمة الصحة العالمية).

"تفشي المرض" هو أكثر محدودية من ناحية النطاق الجغرافي وعدد الأشخاص المتضررين من "الوباء"، الذي يدل على حجم ودرجة انتشار أكبر.

في البلدان التي يتوطن فيها المرض، حيث قد يتعرّض الناس للإصابة بالكوليرا في مناسبات عديدة خلال حياتهم، يكتسب كثير من الناس وخاصة البالغين، مستوى من المناعة المكتسبة التي يمكنها حمايتهم أثناء تفشي المرض (وبعبارة أخرى، تعطي الإصابة السابقة حماية ضد الإصابة مرة أخرى ومرض أقل شدة لعدة سنوات، ولكن ربما ليس لمدى الحياة). في هذه الأماكن التي يتوطّن فيها المرض، يكون الأطفال الذين تعرّضوا للمرض بنسبة أقل، هم الأكثر عرضة للإصابة بالعدوى ذات الأعراض والمرض الشديد والموت. من ناحية أخرى، عندما تحدث حالات تفشي الكوليرا في البلدان التي لا يتوطن فيها المرض، فإن كل الأشخاص، من الأطفال والكبار، هم عرضة على حد سواء لهذا المرض والعواقب المترتبة على الإصابة.

2.3.2 انتقال المرض - مسار «من البراز إلى الفم»

إن المسار السائد لانتقال الكوليرا هو من البراز إلى الفم. **وفي حالة الوباء، لا يوجد سوى طريقة واحدة لانتقال الكوليرا: عن طريق ابتلاع شيء (عادة الماء أو الطعام) ملوث بالمواد البرازية التي تحتوي الضمة الكوليرية.** ونتيجة لذلك، في حال لم يتم تناول المواد البرازية عن طريق الفم، فإنه من الممكن وقف انتشار وباء الكوليرا بالكامل ومنع الإصابة تماماً. وتمثّل في كثير من الأحيان عوامل خطر أخرى طرقاً مختلفة للوصول الى الإصابة بالمرض. على سبيل المثال، إن الناس الذين يجتمعون معاً لحضور جنازة ضحايا الكوليرا لا تنتقل إليهم الكوليرا بحكم حضورهم في تجمع حاشد؛ وإنما عند استهلاكهم لمواد غذائية و/أو مشروبات تم إعدادها من قبل أشخاص تلوثت أيديهم بالمواد البرازية التي تحتوي على الضمة الكوليرية. أحياناً يتم اكتساب الكوليرا عن طريق تناول الأسماك الصدفية غير المطهوة بشكل كاف والتي تتراكم الضمة الكوليرية في بيئتها الطبيعية. ومع ذلك، خلال حدوث الوباء فإن مسار البراز- الفم هو الذي يكون السبب الرئيسي وراء تفشي المرض.

وعلى الرغم من أن انتقال الكوليرا يوصف أحياناً بأنه «من شخص إلى شخص»، إلا أنه من الممكن لهذا التصور أن يكون مضللاً لأن مصطلح «من شخص إلى شخص» قد استخدم بطرق مختلفة من قبل مؤلفين مختلفين. حيث لا تنتقل الكوليرا من خلال الهواء أو لمجرد كون المرء على مقربة من شخص آخر مصاب بالكوليرا. وإنما يحدث الانتقال عموماً من خلال مسار البراز-الفم، سواء كان الوسيط هو الماء، أو الغذاء، أو الأيدي أو غيرها من الوسائل. ويمكن أن تنتقل الكوليرا أيضاً عن طريق القيء. وبكل الأحوال فإن الضمة الكوليرية هي أكثر في كل غرام من الإسهال المائي، وبالتالي فإن الإسهال المائي هو مسؤول بشكل أكبر عن انتقال المرض من القيء لنقل.

لا يمكن أن تحدث الكوليرا عندما لا تكون البكتيريا موجودة، ولكن إذا كانت البكتيريا موجود بالفعل أو تم إدخالها إلى بيئة معينة، **فإن مستويات كافية من المرافق الصحية العامة، وتوفير المياه الصالحة للشرب والنظافة الشخصية ستمنع انتقالها.** هذا وتوجد الضمة الكوليرية من جميع المجموعات الفرعية المختلفة في كل المياه الساحلية تقريباً، وخاصة في المناطق الاستوائية وشبه الاستوائية.

وقد تم العثور على الضمة الكوليرية O1 المولدة للذيفان في البيئة على طول ساحل الخليج في أمريكا الشمالية، وفي أنهار معينة من أستراليا، وكذلك في العديد من المواقع التي تعاني من الأوبئة في مناطق كثيرة من العالم.

وتتوطن الكوليرا في مناطق محددة فقط، ولا سيما في المناطق الاستوائية وشبه الاستوائية، حيث من المحتمل أن يرتبط وجود المرض بالعوامل البيئية والاجتماعي والاقتصادي[4]. وحتى لو حصلت الكوليرا في بلد أكثر تقدماً، فإنه من غير المرجح أن ينتشر المرض بسبب مستوى التغطية العالي نسبياً لخدمات المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي. ولكن، حتى عندما تكون الظروف البيئية غير ملائمة بدرجة كبيرة، إلا أنه يمكن للأسر

4 ليب، إيه.، حق، كويل، آر آر، "آثار المناخ العالمي على الأمراض المعدية: نموذج الكوليرا،" مراجعات علم الأحياء الدقيقة السريرية، المجلد. 15، رقم. تشرين الأول 2002، ص. 757-770.

والأفراد أن يعملوا على حماية أنفسهم من تناول الكوليرا من خلال اتخاذ التدابير المناسبة شخصياً وفي المنزل كما سنناقش لاحقاً في مجموعة الأدوات هذه. **ويكمن الحل في جميع الأوقات في الحرص على عدم ابتلاع المواد البرازية عن طريق الفم.**

في بداية تفشي مرض الكوليرا، يمكن أن تصاب أعداد كبيرة من الناس بالعدوى عن طريق مصدر واحد للماء أو الغذاء. وتميل أكثر الحالات للإصابة عن طريق استهلاك مصادر المياه السطحية، أو مياه الآبار أو مياه الأنابيب وليس عن طريق الأطعمة، على الرغم من أن الأطعمة الملوثة في التجمعات السكانية الكبيرة يمكن أن تتسبب في خطر إصابة مجموعات كبيرة من الأشخاص. عند إصابة عدد من الأشخاص، **يمكن لطرق الانتقال المتعددة والمتداخلة لمسار البراز– الفم أن تسرّع من انتشار المرض**، وذلك بناء على درجة الزحام وحالة المياه، وممارسات الصرف الصحي والنظافة الصحية. لذلك، في حين ينبغي أن تُعطى الأولوية لتحديد وحجب المصدر الرئيسي للتلوث، إلا أنه من المهم للغاية العمل أيضاً في نفس الوقت على منع جميع مسارات الانتقال المحتملة الأخرى.

النقطة الأخيرة حول موضوع انتقال المرض هي: تكون الكوليرا معدية أكثر عندما تنتشر عن طريق براز شخص مصاب، وذلك أكثر من الحالة التي تكون فيها موجودة في البيئة، وهي آلية معروفة باسم «حالة شديدة العدوى».

2.3.3 عوامل الخطر

تتناسب مخاطر الانتقال والإصابة والوفاة بسبب الكوليرا مع تفاعل الكوليرا مع الجسم المضيف والبيئة. وينبغي التأكيد مرة أخرى على أن **الطريقة الوحيدة للإصابة بالكوليرا هي تناول البكتيريا عن طريق الفم.**

الجدول رقم 1 عوامل خطر الكوليرا

عوامل خطر الانتقال	• صعوبة الحصول على واستخدام المياه و/أو قيود على الرصد والحفاظ على نوعية المياه. • ممارسة التغوط في العراء/صعوبة الحصول على واستخدام المرافق الصحية المناسبة. • ضعف ممارسات النظافة الصحية (غسل اليدين، وإعداد الطعام بشكل آمن). • البيئة المزدحمة: الأحياء الفقيرة المزدحمة في المناطق الحضرية، مواقع اللاجئين أو النازحين، المؤسسات (المدارس والسجون)، والتجمعات (حفلات الزفاف، والجنازات). • الفورات الموسمية: زيادة انتشار المرض خلال موسم الجفاف ونقص المياه أو أثناء موسم الأمطار وحدوث الفيضانات وتلوث مصادر المياه. • النزوح أو حركات السكان.
عوامل خطر المرض الشديد والموت	• انخفاض مستوى المناعة ضد الكوليرا (الأطفال والبيئات التي لا يتوطن فيها المرض). • الظروف الكامنة: سوء التغذية، كبار السن، الأطفال، الحوامل، الأمراض المزمنة، مرض الإيدز، انخفاض حموضة المعدة (المسنين والرضع والأشخاص الذين يستخدمون مضادات الحموضة أو مثبطات حامض المعدة)، والأشخاص ذوي فصيلة الدم O. • غياب الكشف المبكر والعلاج المناسب للمرض (بما في ذلك المعرفة الفردية والمعتقدات).

ملاحظة: ***النظر في تأثير تغير المناخ على خطر الكوليرا:***

يزيد تغير المناخ من خطر انتشار الكوليرا في عدة طرق: (1) يزداد بشكل كبير نمو البكتيريا، مثل ضمة فولنيفيكوس والضمة الكوليرية (غير O1 وغير O139)، في مياه البحر والمياه المالحة عند ارتفاع درجات الحرارة و(2) أحداث كارثية قاسية والتي تدمر البنية التحتية للمياه والصرف الصحي، وتخلق ظروف مواتية للتلوث من البراز إلى الفم ومخاطر انتقال عالية. ويتأثر كل من ارتفاع حرارة سطح البحر والطقس القاسي بتقلب تذبذب النينيو الجنوبي El Nino Southern Oscillation. وقد لوحظت أمثلة من هذا النمط في مناطق أمريكا الجنوبية، وخليج البنغال، وفي منطقة البحيرات الكبرى في افريقيا.[5] [6]

هذا وقد ربطت أبحاث مكثفة على مدى العقدين الماضيين وجود الكوليرا في أجزاء كثيرة من العالم إلى تغييرات متوقعة في الظروف المناخية، على سبيل المثال: درجة حرارة سطح البحر، ودرجات حرارة الجو المحيط، وأنماط هطول الأمطار. وبناء على هذه الأدلة، تعمل مشاريع تعاونية عالمية متعددة على إنشاء نظم للإنذار المبكر خاصة بمرض الكوليرا باستخدام بيانات ونماذج مناخية.

لمزيد من التفاصيل والمعلومات المرجعية فيما يتعلق بمخاطر الكوليرا، انظر الملحق 2A.

5 ليب، إيه.، حق، A.، كويل، آر آر، "آثار المناخ العالمي على الأمراض المعدية" نموذج الكوليرا، " *مراجعات علم الأحياء الدقيقة السريرية*، المجلد. 15، رقم 4، تشرين الأول 2002، ص. 757-770.

6 بومبانغو نكوكو، دي.، جيرادوكس، بي.، بلسنير، بي.، توندا، آه.إم.، بيراوكس، إم.، سودرة، بي.، حوريان، إس.، تامفوم، جي.إم.، إيلونغا، بي.كيه، بيراوكس، آر.، "ديناميكيات تفشي الكوليرا في منطقة البحيرات الكبرى في أفريقيا، 1978-2008،" *الأمراض المعدية الناشئة*، المجلد 17، رقم 11، تشرين الثاني 2011.

خصائص جديرة بالملاحظة للضمة الكوليرية (*الضمة الكوليرية* O1 وO139)

الجرعة والتركز المسبب للعدوى:

- ترتبط الجرعة المُعدية، وكمية البكتيريا اللازمة لتطوّر المرض، بالحالة الصحية للشخص وظروف أمعائه ومعدته، على سبيل المثال، يتطلب شخص لديه انخفاض في مستويات حمض المعدة جرعة مُعدية أقل حتى يصاب بالمرض كون الضمة الكوليرية لا تنجو في البيئات الحمضية.
- إن الجرعة التي يصبح معها 50 في المائة من الأشخاص مصابين بالمرض هي حوالي 106 (1,000,000) من بكتيريا الضمة الكوليرية.
- يمكن لكائن واحد مصاب، على سبيل المثال، الكوبيبودا أو العوالق في المياه السطحية، أن يحمل 104-106 من بكتيريا الضمة الكوليرية ويمكن للإسهال المائي لشخص مصاب أن يحتوي على 107-109 من الضمة الكوليرية في المليمتر الواحد.

مدة بقاء الضمة الكوليرية:

- بضع ساعات على الأسطح الجافة.
- 1-35 يوم عند درجة حرارة -2 4 مئوية (درجة حرارة الثلاجة).
- 1-14 يوم في درجة حرارة الغرفة.
- 5-24 يوم في مياه الآبار.
- 1-2 سنة في المياه الساحلية ومصبات الأنهار الدافئة.
- 28-35 يوم في مكعبات الثلج في صندوق الثلج.
- 1-2 يوم على الأواني المعدنية.
- أكثر من 6 أشهر في المأكولات البحرية المجمدة.

حدود بقاء الضمة الكوليرية:

- تموت تقريباً كل مسببات الأمراض عند درجة حرارة 65 مئوية في غضون 12 ثانية، على الرغم من أن بعض أنواع بكتيريا الكوليرا تموت عند درجة حرارة أقل تصل إلى 48 درجة مئوية (ملاحظة: تنصح منظمة الصحة العالمية بغلي الماء للتأكد من قتل جميع البكتيريا).
- تنجو الضمة الكوليرية في المياه القلوية وبدرجة أقل في البيئات الحمضية (نطاق درجة الحموضة لبقاء الضمة الكوليرية هو 5 إلى 9.6).

مستودعات التكاثر؛ والوقت اللازم للنمو والتضاعف:

- من المعروف أن بكتيريا الضمة الكوليرية تتكاثر في أمعاء الإنسان، وضمن التفاعل مع الكوبيبودا المرتبطة بالعوالق الحيوانية التي تنتقل عن طريق الماء والعوالق النباتية، وعلى الأطعمة الرطبة والدافئة غير الحمضية، مثل الأرز المطبوخ، والحبوب والمأكولات البحرية.
- الوقت اللازم لبدء نمو الكوليرا في الأطعمة المناسبة هو أقل من ساعة واحدة عندما تكون درجة الحرارة أكثر من 30 درجة مئوية وتحتاج إلى وقت أطول إلى حد ما عند درجة حرارة 22 مئوية.
- الوقت اللازم لتضاعف عدد البكتيريا عند درجة حرارة 22 مئوية هو أقل من ساعة واحدة.

2.3.4 اعتبارات الكوليرا حسب الجنس والعمر

تختلف فوارق العمر والفوارق بين الجنسين فيما يتعلق بالأدوار والمعايير الاجتماعية والسلوكيات الشخصية حسب السياق، ويمكنها أن تؤدي إلى التمييز في حساسية التعرض للضمة الكوليرية والنتائج المحتملة عند حصول الكوليرا الشديدة. وقد تختلف إمكانية التعرض أيضاً في السياقات المتوطنة والموبوءة.

أمثلة على الكيفية التي يؤثّر فيها العمر والجنس على قابلية الإصابة:

- تتحمل النساء والفتيات في كثير من الأحيان مسؤولية أكبر للوقاية من الكوليرا بسبب الأدوار التقليدية الخاصة بإعداد الطعام، وجمع ومعالجة المياه وبناء وتنظيف المرافق الصحية، وتعزيز النظافة المنزلية.
- من المحتمل أن تتحمل النساء والفتيات مسؤولية رعاية أفراد الأسرة المرضى والمحتضرين، بما في ذلك غسل وتعقيم الملابس والفراش، وإعداد الجثث لدفنها، وإعداد الطعام للتجمعات في الجنازات.
- الرجال أكثر قدرة على التنقل وأكثر عرضة لتناول الطعام خارج المنزل، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بسبب سوء النظافة في مطاعم الوجبات. وبالإضافة إلى ذلك، يضطلع المزيد من الرجال بالهجرة الاقتصادية، حيث يشكّل العمال الذي يتنقلون بشكل أكبر، مثل سائقي الشاحنات والتجار، فئة محتملة عالية الخطورة.
- قد يكون الأطفال (من سن 6 أشهر إلى 10 سنوات) معرضين لخطر العدوى بشكل أعلى نسبياً من الأطفال الأصغر لأنهم يضعون في كثير من الأحيان الأشياء في أفواههم، ويقضون وقتاً طويلاً ضمن بيئات ذات ظروف صحية سيئة، مثل المدارس، ويتبعون إجراءات النظافة الصحية بشكل أقل، كما أنهم يتنقلون بشكل أكبر ومناعتهم أقل من كبار السن نتيجة تعرضهم بشكل أكبر للعوامل البيئية.

لمزيد من التوضيح حول المفاهيم الشائعة الخاطئة المتعلقة بمرض الكوليرا، يرجى الاطلاع على الملحق 2B.

المصادر الرئيسية

المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش، برنامج التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات: كامل البرنامج.

منظمة أطباء بلا حدود، مبادئ توجيهية حول مرض الكوليرا – 2004، الطبعة الثانية، الفصل 1، أيلول 2004.

وزارة الصحة والسكان في هايتي/ مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، دليل هايتي للتدريب فيما يخص مرض الكوليرا: دورة تدريبية كاملة لمقدمي الرعاية الصحية، الصفحات 8-4، (النسخة الفرنسية)

منظمة الصحة العالمية، قرار جمعية الصحة العالمية 64: "الكوليرا: آلية مكافحتها والوقاية منها"، كانون الثاني 2011.

منظمة الصحة العالمية، السجل الوبائي الأسبوعي، «الكوليرا، عام 2011,» 3 آب 2012.

مجلة لانسيت، ندوة حول الكوليرا، 2012.

منظمة الصحة العالمية، نشرة منظمة الصحة العالمية، "العبء العالمي لمرض الكوليرا"، 24 كانون الثاني 2012.

منظمة الصحة العالمية، فرقة العمل العالمية لمكافحة الكوليرا، منع ومكافحة تفشي الكوليرا: سياسة وتوصيات منظمة الصحة العالمية.

منظمة الصحة العالمية، فرقة العمل العالمية لمكافحة الكوليرا، الملامح القطرية للكوليرا.

3 فهـم ورصـد الحالـة

3.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 3

يغطّي هذا الفصل المعلومات اللازمة لفهم ورصد الحالة واتخاذ قرارات واعية للوقاية والتأهب والاستجابة للمرض، بما في ذلك (1) كيفية تحديد حالات تفشي المرض وحجمها ونطاق الاستجابة؛ و (2) الرصد والإبلاغ عندما لا يكون هناك تفشي للمرض.

ملخص الملاحق

الملحق 3A	خوارزمية التحقّق من الإنذار والتحقيق في تفشي المرض
الملحق 3B	نموذج التقييم السريع لتفشي مرض الكوليرا
الملحق 3C	معلومات حول الاختبارات المخبرية والبيئية واختبارات التشخيص السريع
الملحق 3D	نموذج سجل الإنذار
الملحق 3E	نموذج نظام الإنذار
الملحق 3F	نموذج قوائم المرضى ومعلومات إضافية
الملحق 3G	مثال على جدول جمع البيانات
الملحق 3H	المؤشرات الوبائية وتحليل البيانات
الملحق 3I	منحنيات الأوبئة وتفسيرها
الملحق 3J	مثال عن ورقة التخطيط
الملحق 3K	نموذج للتقارير اليومية

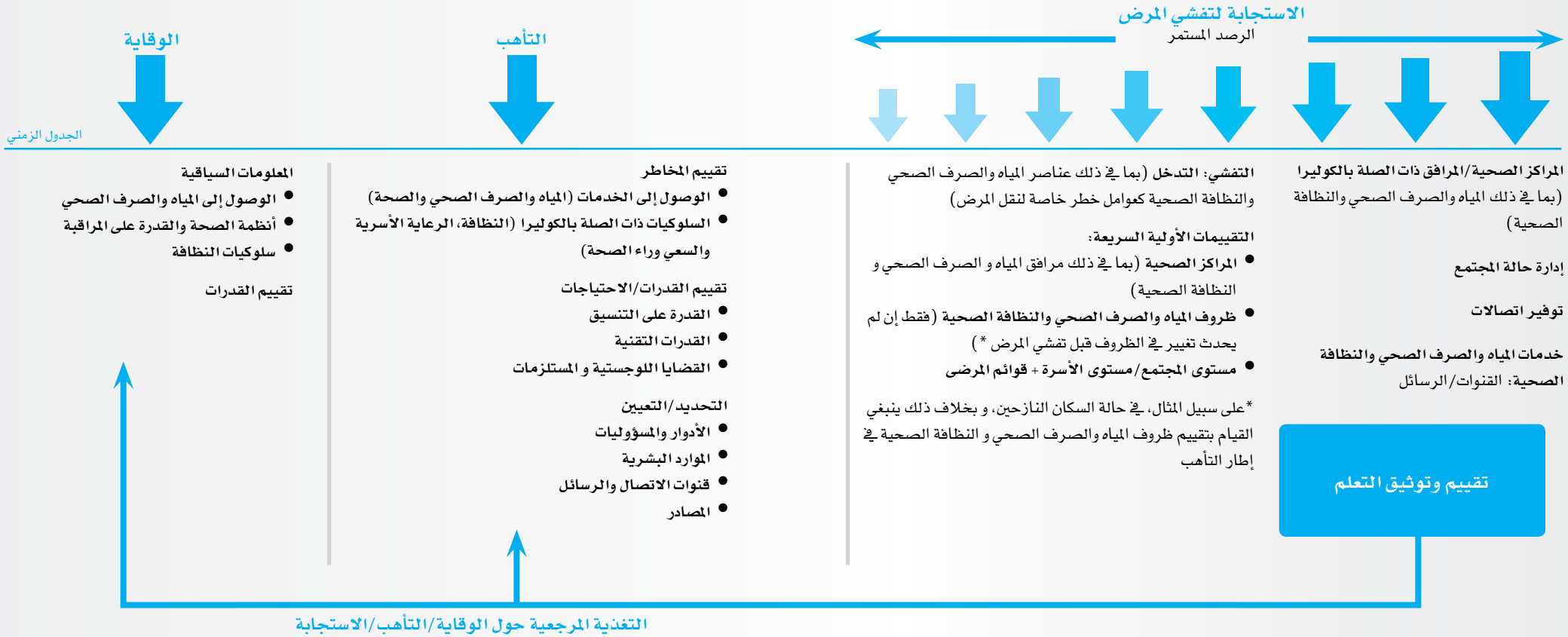
3.2 التقييم والرصد المتصل بالكوليرا

إن معرفة خصائص منطقة معينة – بما ذلك إمكانية الحصول على الخدمات، والعوامل الثقافية التي تحدد سلوكيات الرعاية الأسرية، وما إلى ذلك – لتحديد مستوى المخاطر والقدرة على التعامل مع الكوليرا هي جزء ضروري من أية استراتيجية وخطة عمل للتأهب والوقاية من الكوليرا. خلال تفشي الكوليرا، يسمح الرصد الدقيق للحالة (الحالات المبلغ عنها والمناطق التي قدِموا منها) والتقييم المستمر للحالة، باتخاذ الإجراءات التي يتعين اتخاذها في الوقت المناسب لاحتواء المرض، والحد من انتشاره والحد من الوفيات. إن التعاون بين جميع القطاعات المعنية (وخاصة الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية) هو ذو أهمية قصوى في هذا السياق.

يُغطي الفصل 3 إجراءات التقييم والرصد المرتبطة بحالات الكوليرا والإبلاغ عنها (أثناء تفشي المرض).

ويحدد المخطط التالي العناصر المختلفة المقترحة للتقييم والرصد ليتم تضمينها كجزء من الوقاية والتأهب والاستجابة للكوليرا.

الشكل رقم 2 | عناصر التقييم والرصد المقترحة المتعلقة بالوقاية والتأهب والاستجابة للكوليرا



3.3 تحديد حالة تفشي الكوليرا وحجمها ونطاقها

يتضمن تحديد حالة تفشي الكوليرا وحجمها ونطاقها الإجراءات الرئيسية التالية (المقتبسة من المبادئ التوجيهية لشبكة الإنذار المبكر والاستجابة في منظمة الصحة العالمية 2012 [7]). هذا وليس من الضروري أن تطبق الإجراءات وفق الترتيب نفسه، كما يمكن اتخاذها في الوقت نفسه.

3.3.1 الإجراء 1: إطلاق إنذار والتحقق منه

من شأن الكشف عن أعداد غير عادية من حالات الإسهال المائي الحاد، المبلّغ عنها عن طريق وسائل المراقبة التقليدية أو من خلال الشائعات القادمة من المجتمع أو وسائل الإعلام، أن يؤدي إلى إطلاق إنذار. كما ينبغي

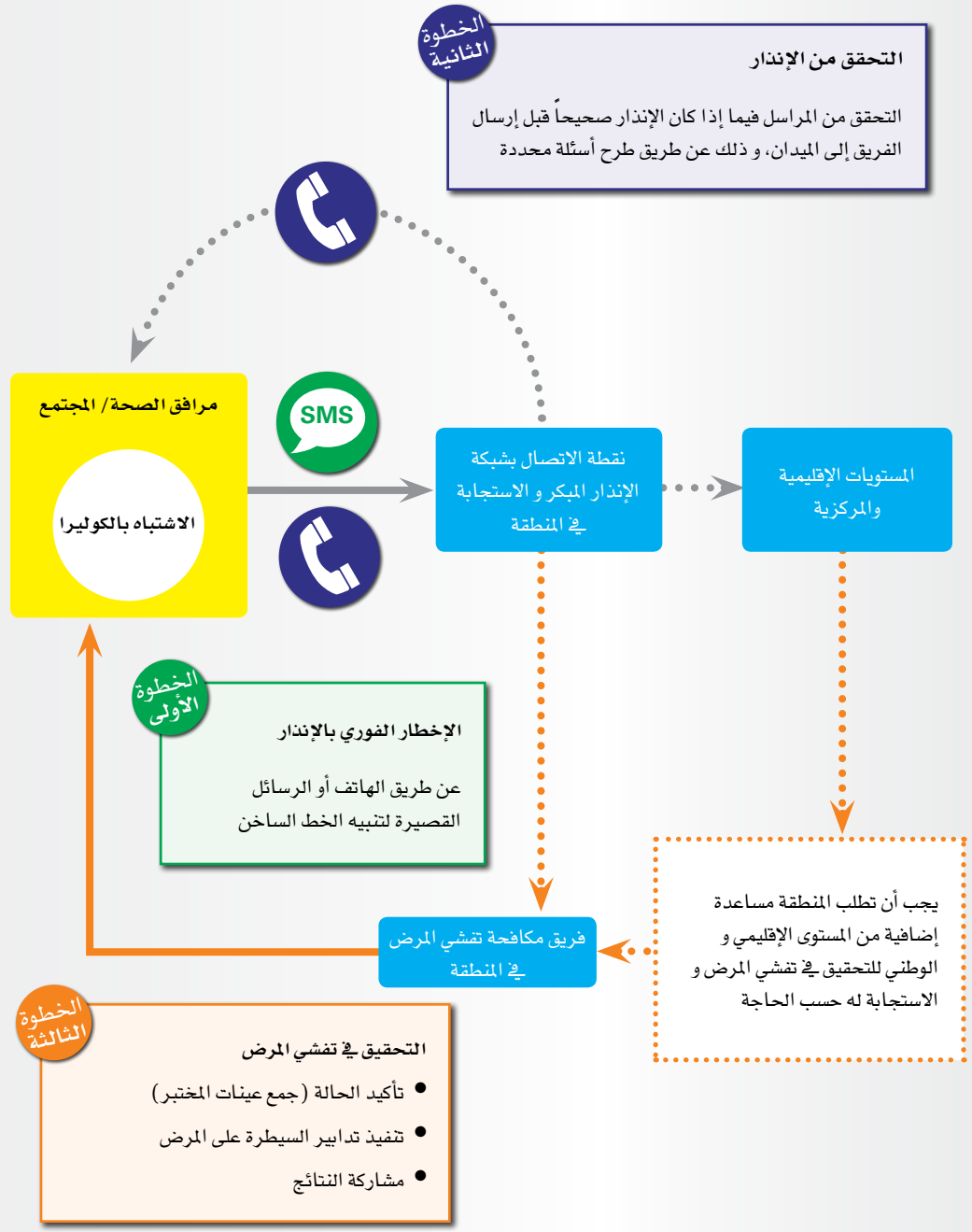
7 منظمة الصحة العالمية، "مراقبة تفشي المرض والاستجابة في حالات الطوارئ الإنسانية: المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية لتنفيذ شبكة الإنذار المبكر والاستجابة." جنيف، 2012.

تلميح

ينبغي أن يتم جمع البيانات بشكل روتيني، ومشاركتها بشكل فوري، واستخدامها لتعزيز العمل.

لا يمكن التقليل من الدور الحيوي الذي تلعبه البيانات. ولا بدّ من جمع البيانات ذات الصلة في الوقت المناسب، وبانتظام، وتحليلها لاستخدامها ومشاركتها فوراً مع الشركاء الرئيسيين في مختلف القطاعات (الصحة، والمياه والصرف الصحي والاتصالات والنظافة الصحية، والتعليم، والإعلام، والمسؤولين الحكوميين والمحليين، والمجتمعات المحلية، والجهات المانحة) لتحفيز ودعم اتخاذ الإجراءات العاجلة، ولتعديل تدخلات الاستجابة بناء على الأوبئة المتغيرة وجودة عمليات الاستجابة.

الشكل رقم 3 خطوات عملية التبليغ والتحقّق من الإنذار والتحقيق في تفشي الكوليرا والاستجابة لها (نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في منظمة الصحة العالمية)



يتم التحقق من إنذارات الاشتباه بالكوليرا خلال 24 ساعة

في المناطق التي لا يتوطن فيها المرض: هناك زيادة سريعة في عدد الأطفال الذين يزيد عمرهم عن 5 سنوات أو البالغين المصابين بالإسهال المائي الحاد.

في المناطق التي يتوطن فيها المرض: هناك زيادة سريعة في عدد حالات المصابين بالإسهال المائي الحاد مقارنة مع العدد المتوقع من الحالات× بناء على اتجاهات السنوات السابقة.

**العدد المتوقع من الحالات* – يتم تحديد هذا الرقم من خلال تحليل البيانات الماضية للمصابين بالإسهال المائي الحاد في المحافظة أو الحي أو القرية المتضررة، وما إلى ذلك. ومن الناحية المثالية، يجب أن يتم جمع بيانات المراقبة ومراجعتها على مستوى المقاطعات، أو المناطق الأصغر، قبل أن يتم تجميعها على مستويات أعلى، الأمر الذي سيؤدي إلى الكشف عن تفشي المرض بشكل أكثر حساسية. ويمكن مقارنة المتوسط الشهري (أو الأسبوعي) لعدد الحالات في السنوات غير الوبائية مع الوضع الراهن.

لمراجعة خوارزمية التحقق من الإنذار والتحقيق في تفشي المرض (المقتبسان من المبادئ التوجيهية لشبكة الإنذار المبكر والاستجابة في منظمة الصحة العالمية 2012)، انظر الشكل 2 والملحق 3A.

يمكن التحقق من الإنذارات عن طريق طرح بعض الأسئلة البسيطة عن طريق الهاتف أو الرسائل القصيرة.

- ما هو سن وعلامات وأعراض الحالة (الحالات) المشتبه بها؟
- ما هو تاريخ ظهور أعراض الحالات الأولى والأخيرة؟
- ما هو مكان وتاريخ الاستشارات الصحية؟
- أين كان مكان الإقامة عند بداية المرض؟
- أين تحدث الحالات (بما في ذلك أية علاقات جغرافية وشخصية وزمنية بين الحالات، على سبيل المثال، ضمن المجتمع نفسه، أو المدرسة نفسها، عرس، مركز صحي، جنازة)؟
- ما هو وضع الحالة أو النتيجة حتى الآن، أي: إدارة الحالة، والوفاة؟

3.3.2 الإجراء 2: التحقيق في تفشي المرض

بمجرّد التحقق من الإنذار والاشتباه بوجود الكوليرا، لا بد من إجراء تحقيق في تفشي المرض لتأكيد حصول الكوليرا، وتحديد السكان المعرضين للخطر وتنفيذ تدابير مكافحة المرض بسرعة كبيرة. إن **سرعة الاستجابة هي أمر حاسم**؛ حيث يمكن أن ينتج عن حجب المعلومات وعدم الاعتراف بتفشي المرض أو بطء الاستجابة إلى وقوع وباء

أكبر حجماً وخسارة أرواح كان من الممكن تجنبها.

وينبغي إرسال فريق تحقيق متعدد التخصصات (فريق الاستجابة السريعة) بشكل فوري لدراسة حدوث التفشي. يمكن للفريق أن يتكون من: قائد فريق (والذي إما يكون منفصلاً أو عضواً في الفريق الفني)، وعالم وبئة، وخبير في علم الاحياء الدقيقة لجمع العينات المخبرية، وطبيب، وأخصائي المياه والصرف الصحي والنصافة الصحية / الصحة البيئية، وخبير تعبئة/اتصالات، وممثل عن المجتمع المحلي.

الإجراء A2: إجراء التحقيق الميداني لجمع المعلومات الأولية (الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية): تساعد المعلومات التي يتم جمعها من المراكز الصحية والمجتمعات فريق التحقيق على تأكيد تفشي مرض الكوليرا وتكوين فهم أولي لأصول ونطاق تفشي المرض. ويمكن للفريق أيضاً اغتنام الفرصة لإجراء تقييم سريع لقدرة استجابة قطاع الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. خلال هذا التحقيق سيقوم الفريق بما يلي:

زيارة المرافق الصحية من أجل:

- دراسة الحالات، إذا كان ذلك ممكناً، أو مناقشة العلامات والأعراض مع الطبيب.
- البحث عن حالات إضافية في سجل المنشآت الطبية (انظر المبادئ التوجيهية لمراقبة الأمراض والاستجابة المتكاملة، الصفحات 126-127، لمعلومات حول كيفية إجراء مراجعة السجل)[8].
- تقييم القدرة على إدارة الحالة ضمن مرافق الصحة (انظر الملحق **3B**).

زيارة أسرة الحالة، ومجتمعها، ومكان العمل أو المدرسة، وإجراء مقابلات مع محيطها من أجل:

- تقييم ظروف المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (بما في ذلك تحديد السلوكيات المتعلقة بالكوليرا) عند الاقتضاء (انظر الملحق **3B**).
- البحث عن حالات أخرى مشتبه بها والوفيات (انظر المبادئ التوجيهية لمراقبة الأمراض والاستجابة المتكاملة، الصفحات 128-129، لمعلومات حول نموذج تسجيل معلومات مخالطي الحالة).

جمع عينات البراز من الحالات 5-10 الأولى التي يُشتبه بحملها لمرض الكوليرا. لا يمكن تأكيد تفشي مرض الكوليرا إلا بعد استنبات البكتيريا من عينات البراز، والذي يوفر أيضاً معلومات عن الحساسية المضادة للميكروبات. وفي الوقت الذي يجري فيه تحليل استنبات البكتيريا من عينات البراز، يمكن أن تساعد الاختبارات التشخيصية السريعة (RDT) جنباً إلى جنب مع المعلومات السريرية والوبائية في دعم أو معارضة الشكوك حول تفشي مرض الكوليرا.

8 منظمة الصحة العالمية، *المبادئ التوجيهية التقنية لمراقبة الأمراض والاستجابة المتكاملة في الإقليم الأفريقي*، 2010.

ليس من الضروري، في خضم تفشي المرض، التأكد من حالة كل مريض من أجل توفير علاج الكوليرا المناسب. انظر الملحق **3C** لمزيد من المعلومات حول الاختبارات المخبرية والبيئية واختبارات التشخيص السريع.

تلميح

البدء بتدابير الاستجابة

عند هذه المرحلة، وفي حال كان التقييم يوحي بتفشي مرض الكوليرا (حتى قبل المصادقة على نتائج استنبات البكتيريا من عينات البراز) ينبغي على فريق التحقيق إخطار وزارة الصحة، أو هيئة حكومية رائدة، للشروع في اتخاذ تدابير الاستجابة بما في ذلك جمع فرقة عمل الكوليرا المتعدد القطاعات، وإطلاق نظام تحذير مبكر وتأهب واستجابة في جميع المجالات الإدارية المعرضة للخطر، ووضع طريقة واضحة لإيصال المعلومات إلى الشركاء الرئيسيين، ومراجعة وتحديث خطة الاستجابة الوطنية، وتقييم الاحتياجات من الموارد، ونشر رسائل إلى المجتمع... إلخ. انظر الأقسام 5 و 7 و 8 و 9 حول تدخلات الوقاية والتأهب والاستجابة.

الإجراء B2: تأكيد تفشي الكوليرا:

يمكن التأكد من تفشي الكوليرا فقط من خلال استنبات البكتيريا من عينات البراز. وتعرّف الحالة المؤكدة بأنها حالة مشتبه بها تم عزل الضمة الكوليرية 01 أو 0139 في عينة من برازها.

ملاحظة حول اللوائح الصحية الدولية (IHR):

يتطلب مرض الكوليرا إخطار منظمة الصحة العالمية بموجب اللوائح الصحية الدولية. حيث من الممكن أن يتسبب المرض بتأثير كبير على الصحة العامة وأن ينتشر بسرعة. راجع موقع اللوائح الصحية الدولية لمراجعة خوارزمية تقييم الأحداث الصحية العامة والتبليغ عنها. لاحظ أنه ينبغي ألا تكون هناك أية قيود على السفر أو التجارة بسبب الكوليرا.

3.3.3 الإجراء 3: إطلاق شبكة الإنذار المبكر والاستجابة

(يحمل هذا النظام عدة أسماء مثل: نظام الإنذار المبكر للأمراض (DEWS)، ومراقبة الأمراض والاستجابة المتكاملة (IDSR)، لذلك يرجى استخدام المصطلح المحلي لديك).

يتألف نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة من أشخاص يقومون بما يلي:

- جمع معلومات حول اتجاهات الحالات والوفيات، في المرافق الصحية أو في المجتمع.
- إعلام المستوى الأعلى لاتخاذ الإجراءات المناسبة للتحقق والتحقيق.
- تنفيذ أي من تدابير المكافحة اللازمة.

يتطلب نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة الموارد اللازمة لتسجيل ونقل (عن طريق الرسائل القصيرة، الهاتف، البريد الإلكتروني، الراديو) وإدارة البيانات، فضلاً عن الإشراف الملائم على التحقيق الميداني والاستجابة السريعة (انظر المبادئ التوجيهية لنظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في منظمة الصحة العالمية، القسم 2-4 📖 للحصول على مزيد من المعلومات حول بنية وإدارة نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة).

في حال وجود نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة، ينبغي توسيع نطاق تغطية هذا النظام وزيادة تواتر التقارير على النحو المطلوب. من الناحية المثالية، ينبغي إنشاء نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة خلال مرحلة التأهب في المناطق ذات المخاطر العالية لناحية تفشي وباء الكوليرا.

في حال عدم وجود نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة، فلا بد من إنشائه لضمان الإنذار الفوري حول «النقاط الساخنة» لتحفيز الاستجابة السريعة وإصدار التقارير اليومية والأسبوعية وتحليلها لتوفير معلومات للاستجابة وتعديل البرامج وفقاً لها.

الإجراء A3: إعداد الإنذار الفوري حول «النقاط الساخنة» لتحديدها وتقديم تقارير حول:

- الحالات والوفيات الجديدة في المناطق التي لم يبلغ عنها.
- فورات الحالات والوفيات في المناطق التي أبلغ عن وجود حالات فيها.
- ثغرات مقلقة في الإمدادات، والموارد البشرية، وإمكانية الوصول أو الأمن.

ينبغي أن يتم إبلاغ الإنذارات بشكل فوري إلى خلية إعلام مركزية، مثل زيمبابوي C4 (انظر الملحق **5A**)، التي توجه موظفي الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وغيرهم من الموظفين المعنيين لاتخاذ إجراءات الاستجابة. غالباً ما تستفيد هذه الإنذارات من استخدام الهاتف، والهاتف الخليوي، والرسائل النصية القصيرة وغيرها من وسائل الاتصال السريع. ويتم توفير الوصول إلى الخدمات المساندة، مثل «الخطوط الساخنة» المجانية لإجراءات الإنذارات الفورية، بشكل متزايد من قبل شركات الاتصالات الخليوية خلال تفشي المرض.

انظر الملحق **3D** للحصول على نموذج سجل الإنذار، والملحق **3E** للحصول على نموذج نظام الإنذار.

الإجراء 3B: إنشاء أو تعزيز نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة

1) **وضع ومشاركة تعريف الحالة متفق عليه من قبل جميع الشركاء.** ينبغي تعميم تعريف الحالة وإرشادات حول مكان وكيفية الإبلاغ عن الحالات المشتبه بها على نطاق واسع. كما ينبغي إعلام جميع الأفراد في

أمثلة على تعريف الحالة خلال وباء

- الإسهال المائي الحاد مع أو بدون قيء لدى مريض يتراوح عمره بين 5 سنوات× أو أكثر (منظمة الصحة العالمية 2012) أو
- أي فرد يعاني من براز سائل لثلاث مرات أو أكثر مع أو بدون قيء خلال فترة 24 ساعة (منظمة أطباء بلا حدود 2004)

* على الرغم من أن تعريف الحالة لدى منظمة الصحة العالمية يستخدم الفئة العمرية التي تزيد على 5 سنوات (كان يستخدم سابقاً الفئة العمرية فوق سن السنتين) فمن المهم أن نلاحظ أن الأطفال دون سن الخامسة يتأثرون بالكوليرا ولا بد من تسجيلهم في قوائم المرضى (انظر أدناه)، ولا بدّ من معالجتهم بشكل فوري من الإسهال المائي الحاد.

المرافق الصحية وعلى جميع مستويات النظام الصحي بكيفية التعرّف على مرض الكوليرا وكيفية الإبلاغ عنه. ومن المهم أن يتم استخدام تعريف موحّد وشائع للحالات باستمرار.

2) **إنشاء قوائم المرضى من قبل جميع المرافق الصحية التي تستقبل الحالات.** ينبغي إعداد سجلات الكوليرا مقدماً وتوزيعها على نطاق واسع حسب الحاجة؛ وينبغي أن تحتفظ كل مرافق الصحة بقوائم المرضى ضمن سجل مخصص للكوليرا. حيث تساعد قوائم المرضى على جدولة وتحليل معلومات الحالة من خلال إنشاء نظام لجمع البيانات ورصدها خلال تفشي الكوليرا، بما في ذلك معلومات مثل اسم المريض، والعمر، والجنس، والعنوان، وتاريخ ظهور الأعراض، وتاريخ الزيارة الأولى، ودرجة التجفاف والعلاج، والنتائج.
انظر الملحق **3F** لعينة عن نموذج قوائم المرضى ومزيد من التفاصيل حول البيانات.
هذا ويمكن جمع المعلومات من المرضى وذويهم في مرافق المعالجة، وذلك عندما تسمح أعداد الموظفين بذلك، والذي يمكن أن يساعد في تحديد مخاطر الانتقال المحتملة مما يهيئ إقامة استجابات أكثر تركيزاً. بمجرّد تأكيد تفشي الكوليرا، من الممكن أن يعتمد تشخيص المرضى على الأعراض وحدها، بمعنى آخر، خلال تفشي الكوليرا في منطقة محددة، سيتم تقريباً اعتبار كل حالة إسهال مائي حاد مع أو بدون قيء على أنها حالة كوليرا.
وينبغي تحليل البيانات من قوائم المرضى واستخدامها على مستوى المنشأة/ المستوى المحلي ونقلها إلى المستوى المركزي على أساس يومي (في بداية تفشي المرض) وعلى أساس أسبوعي.
ومن الممكن أيضاً إدخال البيانات في جدول بيانات لتفسير الاتجاهات بشكل سريع على شكل أرقام وصور من خلال الرسوم البيانية. انظر الملحق **3G** للحصول على مثال على جدول جمع البيانات.

3) **جمع المعلومات عن الحالات والوفيات من خلال المراقبة النشطة لاستكمال قنوات الإبلاغ الرسمية**
من المهم استخدام مجموعة متنوعة من الوسائل لمراجعة المعلومات التي تم الحصول عليها من المجتمعات (أي الإشاعات)، والزعماء الدينيين، والسلطات السياسية، والتقارير الصحفية، والمدونات، وأية مصادر

معلومات غير رسمية أخرى. حيث من الممكن ألا تتم ملاحظة كل الحالات أو الوفيات في مرافق الصحة، وألا يتم إدراجها في نظام الإنذار.

3.3.4 الإجراء 4: وصف الوباء

تعتبر التحديثات الوبائية المنتظمة وفي الوقت المناسب ضرورية لوصف تقدّم واتجاهات تفشي الكوليرا ورصد إجراءات الاستجابة. ومن الممكن إجراء التحديثات يومياً (وخاصة في بداية تفشي المرض)، أو أسبوعياً أو شهرياً، وهذا يتوقف على تطور تفشي المرض.

وينبغي أن تستخدم البيانات لتوجيه العمل. وينبغي رصدها عند أدنى مستوى إداري لتحديث تدخلات الاستجابة وعلى المستويات الوطنية والإقليمية لدعم الدعوة وجمع الأموال، والتنبؤ بانتشار المرض، وتقدير الاحتياجات من الموارد وإنذار دول الجوار بقرب الأمراض الوبائية. انظر الملحق 3H لمزيد من المعلومات حول تحديد البيانات وطرق حسابها وتحليلها.

وينبغي تحليل البيانات والإبلاغ عنها باستخدام مزيج من الأرقام والرسوم البيانية والخرائط لوصف:

- الشخص: من هم الأشخاص المصابون بالمرض (بيانات موزعة حسب الجنس والعمر وعوامل الخطر)؛
- الزمن: الاتجاهات على مر الزمن (انظر الإجراء 4B)؛
- المكان: الموقع / المكان (انظر الإجراء 4C).

يمكنك الاطلاع على المعلومات الواردة في الملحق 3F حول قوائم المرضى لمزيد من المعلومات حول فهم الشخص والمكان والزمان من البيانات التي تم جمعها.

الإجراء 4A: تقديم التقارير اليومية

لا بد من تقديم تقارير حول الحالات والوفيات ومعدّل الوفيات (CFR) (انظر الملحق 3H) على أساس يومي للإشارة إلى الاتجاهات وبدء أو تعديل تدخلات الاستجابة. وينبغي تحليل هذه الاتجاهات عند أدنى مستوى إداري للسماح بتعديل فوري لتدخلات إدارة الحالة والوقاية. ويمكن استخلاص المعلومات من أجل التقارير اليومية عن الحالات والوفيات من الإنذارات وبيانات مرافق الصحة كما هي واردة في قوائم المرضى. لمزيد من التفاصيل، انظر الملحق 3K للحصول على نموذج للتقارير اليومية.

الإجراء 4B: تقديم التقارير الأسبوعية

ويشمل التقرير الأسبوعي تحليلاً أكثر من ذلك الوارد في التقارير اليومية ويقدم صورة أكثر قوة عن الاتجاهات الزمنية للوباء، والتي يمكن توضيحها في الجداول، والرسوم البيانية. ويغطي التقرير الأسبوعي البيانات اليومية والتراكمية عن الحالات المبلّغ عنها على مدى أسبوع (معدل الإصابة)، ومعدّل الوفيات (CFR) ومعدّلات الهجوم

(AR) (انظر الملحق 3H). ومن الممكن أيضاً وصف البيانات الأسبوعية حسب العمر أو الجنس وذلك لينتج عنها تحليل أكثر تفصيلاً للاتجاهات. للحصول على مثال، يرجى الرجوع إلى نشرات زيمبابوي الوبائية الأسبوعية.

وتستخدم المنحنيات الوبائية (انظر الملحق 3I) لتحديد فيما إذا يتم تجميع الحالات حسب الزمان أو المكان أو الأشخاص، أي حسب العمر والجنس، للتكهن بموعد حدوث ذروة التفشي؛ ولوضع فرضيات تشرح مدى التعرض للمرض وحالة المرض، أي مصدر تفشي المرض وطريقة انتقاله؛ وتقدير نهاية تفشي المرض. ويجب على كل مرافق الصحة إنشاء منحنى وبائي، وكذلك منحنيات وبائية على مستوى المنطقة، والمقاطعات، والمستوى الوطني، ويجب أن يتم تحديثها باستمرار وبصورة منتظمة.

الإجراء 4C: إنشاء الخرائط الوبائية

الخرائط هي أداة مفيدة لتحديد الأصل الجغرافي والمسار المحتمل للحالات؛ ولرصد تطور الحالة، ومعدّل الوفيات (CFR) ومعدّلات الهجوم (AR)، ولإعطاء الأولوية لإجراءات الوقاية والتأهب في المناطق المحيطة، وعبر الحدود. ويمكن لخرائط المناطق أو الخرائط المرسومة باليد أن تظهر أين وكيف ولماذا يتحرك تفشي المرض ومواقع الحالات، والطرق، ومصادر المياه، والمرافق الصحية في خرائط أكبر على المستوى القطري.

الإجراء 4D: تحديد مصادر انتقال العدوى

من شأن تحليل المعلومات التي تم جمعها أو تقديرها في الإجراءات 2 و 3 و 4 أن يساعد على تحديد مصدر انتقال العدوى عن طريق مراقبة الأنماط المشتركة بين حالات الكوليرا المبلّغ عنها. وقد يعتمد تقييم انتقال الكوليرا من مصادر مائية معينة، أو أماكن تناول الطعام أو مصادر أخرى على دراسات مراقبة الحالة، والدراسات الاستقصائية الصحية حول نقاط المياه، وعمليات التفتيش على نظافة الأغذية والسلامة في أماكن لتناول الطعام، واختبار القولونية المقاومة للحرارة، مثل إي كولاي، في مصادر المياه كمؤشر على مستوى التلوث البرازي والمخاطر المحتملة لوجود الضمة الكوليرية. ومن الممكن إجراء دراسات إضافية، بما في ذلك الفحوصات المخبرية والدراسات البيئية، حسب الاقتضاء، على الرغم من أنها يمكن أن تكون مستهلكة للوقت والموارد ومحدودة القدرة في البلدان ذات الدخل المنخفض.

3.3.5 الإجراء 5: تقدير السكان المعرضين للخطر وعدد الحالات المتوقعة

يستند تقدير المخاطر على عدد من العوامل المشتركة التي تشمل تغطية المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية؛ والعوامل البيئية مثل المواسم والفيضانات؛ ومستويات الازدحام؛ ونزوح السكان وانتقالهم؛ والقدرة الشاملة على الرد؛ ومناعة السكان؛ وعوامل أخرى مثل التهميش، والإجهاد الاقتصادي، وحدود إمدادات المياه التي يواجهها السكان.

الإجراء 5A: تقدير السكان المعرضين للخطر

تعكس تقديرات السكان المعرضين للخطر الأرقام الواسعة في مواقع معينة على أساس عوامل خطر محددة مسبقاً (انظر القسم **2.3.3**) وتشمل عادة السكان في منطقة جغرافية محددة (قرية، مخيم، محافظة، وما إلى ذلك). انظر الملحق **6C** للحصول على تفاصيل حول تقييم المخاطر والقدرات. وفي حين أن هؤلاء السكان معرضون لخطر الإصابة بالمرض، إلا أنهم لن يصابوا جميعاً بالمرض أو يظهروا أعراضاً تتطلب رعاية طبية (انظر الإجراء 5B) وبالتالي لن يتم احتسابهم كحالات في نظام الإبلاغ.

ويمكن أن تشمل أساليب تقييم المخاطر: استعراض البيانات المتاحة حول ما يلي: التغطية، استخدام ومعرفة خدمات المياه الصالحة للشرب، الصرف الصحي والنظافة والخدمات الصحية، المراقبة، المسوح الصحية، قياس الكلور المتبقي، والمقابلات مع أصحاب المصلحة الرئيسيين ومناقشات المجموعات البؤرية.

ولا بد من أن تُركّز تدخلات الوقاية التي تستهدف الحد من انتشار المرض – بما في ذلك الجهود المبذولة في قطاع المياه، والصرف الصحي والنظافة، وتدابير الاتصالات ولقاحات الكوليرا الفموية، حيثما هي مطبقة– على السكان المعرضين لخطر الإصابة بالمرض. وينبغي لهذه المناطق أن تتخذ الاستعدادات لإدارة الحالات من خلال المجتمع المحلي وبناء قدرات العاملين في مجال الصحة (انظر الفصلين **7** و **9** حول الاتصالات وتدخلات قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية).

تلميح

عليك بالبدء بتدخلات قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والاتصالات في المناطق المعرضة للخطر *قبل حدوث الحالات*

لابد من استهداف المناطق التي يتم تعيينها على أنها معرضة لخطر الكوليرا، بأنشطة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والاتصال بشكل فوري، وذلك من أجل منع انتقال المرض إلى هذه المناطق. كما أن تعزيز نظام شبكة الإنذار المبكر والاستجابة وبناء قدرات موظفي الصحة لتحسين اكتشاف الحالات وإدارتها هو أمر بالغ الأهمية في هذه المناطق أيضاً.
أنظر القسمين **7** و **9** لمزيد من المعلومات حول تدخلات الاستجابة.

الإجراء 5B: تقدير العدد المتوقع من الحالات

من الصعب جداً التنبؤ بعدد الحالات الجديدة المتوقعة – وبالتالي حجم تفشي المرض – وهو يعتمد على العديد من العوامل المختلفة. ومن الممكن استخدام معدّل الهجوم (AR) المقدّر من أجل تحديد الأعداد المحتملة للحالات، وبالتالي المجالات التي تتطلب اهتماماً كبيراً ولوازم إدارة الحالات ومكافحة العدوى. ويمكن تقدير معدّل الهجوم (AR) باستخدام البيانات التاريخية لمعدّل الهجوم (AR) في هذا المجال أو ما يُرجّح حدوثه استناداً إلى معايير معروفة من حالات تفشي سابقة على مستوى العالم. وينبغي أن يستند معدّل الهجوم (AR) المقدّر على تقييم المخاطر الذي تم إجراؤه بالتعاون مع الشركاء. وهو غالباً ما يكون أفضل تخمين، لضمان وجود إمدادات كافية (التي

يمكن استخدامها في جهود معالجة أمراض الإسهال الأخرى بعد انتهاء تفشي الكوليرا).

هذا ويختلف معدّل الهجوم (AR) المقدّر المستخدم لأغراض التخطيط عن معدّل الهجوم التراكمي الذي يجري احتسابه بعد حصول التفشي لتحديد آثار تدابير المكافحة (انظر الملحق **3H**).

معدّلات الهجوم (AR) المقدّرة المستخدمة لأغراض التخطيط الوبائي

- 0.5–2 ٪: بيئة ذات مخاطر منخفضة إلى متوسطة (بيئات أقل ازدحاماً، مفتوحة، ريفية، أو لديها إمكانية أفضل للحصول على الخدمات)
- 2–5 ٪: بيئات ذات مخاطر أعلى (الأماكن المزدحمة التي تعاني من ضعف المياه والصرف الصحي، والأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية أو المخيمات)
- أكثر من 5 ٪: بيئات ذات مخاطر عالية جداً (مناطق ذات كثافة سكانية عالية، وضعف بخدمات المياه، و الصرف الصحي والصحة، وانخفاض مناعة السكان والضعف الشديد).

ملاحظة: يمكن أن يتجاوز معدّل الهجوم (AR) 5%، كما هو الحال في هايتي وغوما حيث كانت مناعة السكان ضعيفة جداً وعوامل الخطر كثيرة.

يمكن استخدام تقديرات معدّل الهجوم (AR) هذه لتقريب عدد الأشخاص الذين من المتوقع أن يصابوا بالمرض (وسيسعون للحصول على الرعاية الطبية) من بين السكان المعرضين لخطر الإصابة بالمرض. وسوف تستخدم هذه الكميات لتحديد عدد ونوع مرافق العلاج والمستلزمات الطبية واحتياجات المياه والصرف الصحي.

يمكن استخدام التقديرات التالية (المأخوذة من المبادئ التوجيهية لمنظمة أطباء بلا حدود 2004) لتقدير حجم الموارد المطلوبة خلال فترة زمنية محددة من تفشي المرض:

- بالنسبة لكافة البيئات: تكون النسبة المئوية للحالات المتوقع رؤيتها قبل ذروة الوباء هي 40 ٪.
- بالنسبة للبيئات ذات المخاطر المنخفضة إلى المتوسطة: من المتوقع الوصول إلى ذروة الوباء بعد 1.5-3 أشهر، وتكون مدة الوباء بين 3 إلى 6 أشهر (حيث يستغرق المرض وقتاً أبطئ لينتشر بين السكان نظراً للبيئة المفتوحة ذات الكثافة السكانية المنخفضة)
- بالنسبة للبيئات ذات المخاطر الأعلى: من المتوقع الوصول إلى ذروة الوباء بعد 1-2 شهر، وتكون مدة الوباء بين 2 إلى 4 أشهر.
- بالنسبة للبيئات ذات المخاطر العالية جداً: من المتوقع الوصول إلى ذروة الوباء بعد 2-4 أسابيع، وتكون مدة الوباء بين 1 إلى 3 أشهر (حيث ينتشر المرض بين السكان خلال وقت أسرع نظراً للكثافة السكانية العالية وعوامل الخطر الأخرى).

من الممكن توقع نسب المرض التالية استناداً إلى تقديرات معدّل الهجوم (AR):

- سيصاب 80% من المرضى بمرض خفيف الى معتدل وسيلتمسون الرعاية الصحية (قد يدخلون أو لا يدخلون المستشفى)
- سيعاني 20% من المرضى من التجفاف الشديد الذي يتطلب الحصول على الرعاية الصحية في المستشفى.

انظر الملحق **3J** لمعلومات حول جداول بيانات الإكسل التي يمكن أن تساعد في حساب عدد مراكز علاج الكوليرا، والموظفين، واللوازم، التي ستكون مطلوبة لتغطية الاحتياجات الأولية من المواد والموارد.

3.3.6 الإجراء 6: صياغة وتبادل الاستنتاجات والتوصيات

ينبغي، بعد الاطلاع على تحليل النتائج، البدء بصياغة الاستنتاجات والتوصيات حول تفشي المرض استناداً إلى الاعتبارات التالية:

- تأكيد الحالة على أنها حالة تفشي لمرض الكوليرا.
- السكان المتضررين والسكان المعرضين للخطر.
- الأسباب المحتملة لتفشي الكوليرا والنتائج المخبرية، ومصدر العدوى، وطريقة انتقال العدوى، معدّل الهجوم (AR)، ومعدّل الوفيات وعوامل الخطر المحتملة.
- التدابير التي بدأت بالفعل لاحتواء تفشي المرض.
- التوصيات المقدمة للسيطرة على الوضع ولإجراء مزيد من التحقيقات/الدراسات.
- المعلومات الي تمت مشاركتها مع جميع أصحاب المصلحة.

3.3.7 مراقبة أنظمة شبكة الإنذار المبكر والاستجابة

لا بدّ من رصد أنظمة المراقبة والإنذار المبكر بشكل منتظم لضمان جودتها، وتحديداً لاستعراض ما يلي:

- عدد مواقع جمع البيانات التي تقدّم بيانات أسبوعية (وعرضها على شكل رسوم بيانية لإظهار الاتجاه خلال الأسابيع السابقة)
- اكتمال وتوقيت التقارير (نسبة التقارير الواردة في الأسبوع) مع الاتجاهات.
- نسبة الإنذارات التي تمت الاستجابة إليها في غضون 24 ساعة من الإنذار وعدد الإنذارات التي تم تأكيدها على أنها تفشي للمرض.

- تفاصيل إنذارات معينة: التاريخ والوقت والمكان، وفيما إذا تم الشروع في الاستجابة، والنتيجة، ورسم الخرائط.

إن الإشراف المنتظم على الكوادر الصحية هو أمر ضروري أيضاً للتأكد من تطبيق تعريف الحالة، وإنهاء قوائم المرضى بشكل صحيح، واستخدام البيانات لتحليلها وتبادلها مع الشركاء الرئيسيين لاتخاذا الإجراءات المناسبة، ومدى توفّر نماذج الإبلاغ، ومعرفة عدد الإنذارات التي لم يتم الإبلاغ عنها والأسباب.

3.4 الرصد عند عدم وجود أية حالات

إن رصد البيانات الوبائية دون تفشي مرض الكوليرا هو أمر في غاية الأهمية وينبغي دمجه في نظام المراقبة القائم إلى جانب عنصر الإنذار المبكر. وتكون هذه الحاجة ذات أهمية خاصة في:

- البيئات التي يتوطن فيها المرض: في المناطق عالية المخاطر وقبل الفورات الموسمية.
- السياقات عالية المخاطر: في البيئات التي يتوطن فيها مرض الكوليرا أو تلك التي لا يتوطن فيها المرض ولكن من الممكن حصوله فيها، على سبيل المثال: في موقع للنازحين يتميز بقلة فرص الحصول على المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وتدخلات الرعاية الصحية، والازدحام الشديد وحركة السكان.

ينبغي أن يكون لدى المناطق المحددة على أنها في خطر، نظام الإنذار المبكر وأن تبذل جهوداً معززة للوقاية والتأهب.

المصادر الرئيسية

منظمة أطباء بلا حدود، المبادئ التوجيهية حول الكوليرا: الفصل 2 (2004)

مراقبة تفشي المرض والاستجابة له في حالات الطوارئ الإنسانية: المبادئ التوجيهية لتنفيذ شبكة الإنذار المبكر والاستجابة في منظمة الصحة العالمية (2012)

منظمة الصحة العالمية، المبادئ التوجيهية التقنية لمراقبة الأمراض والاستجابة المتكاملة في المنطقة الأفريقية (2010)

4 الوقاية من الكوليرا

4.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 4

يُغطي هذا الفصل سلوكيات وممارسات الفرد والمجتمع التي يمكن أن تساعد على منع الإصابة بالكوليرا وانتقال العدوى.

ملخص الملاحق

الملحق 4A المذكرة التوجيهية الخاصة باليونيسف حول استخدام لقاحات الكوليرا عن طريق الفم (2012)

4.2 كيفية منع الكوليرا من خلال تحسين المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

من أهم مبادئ منع انتقال الكوليرا

إبقاء البراز بعيداً عن الماء والطعام وقتل بكتيريا الكوليرا التي لوثت الطعام أو الماء قبل استهلاكهما.

يحدد الجدول التالي الإجراءات المحددة والتي يمكن أن تمنع انتقال الكوليرا إذا تم تنفيذها من قبل نسبة كبيرة من السكان والممارسين الداعمين. على المدى الطويل، يتطلب القضاء على انتقال الكوليرا[9] استدامة الجهود لتوفير خدمات المياه والصرف الصحي واستخدامها، واعتماد الممارسات الصحية المناسبة (والتي تتطلب عادة تغيير السلوكيات الشخصية والاجتماعية)، وكذلك توفير الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وتقديمها بنوعية جيدة.

في حين يشير الجدول إلى الإجراءات والنتائج المحددة التي يتعين تحقيقها، يناقش القسم 4.4 توصيات الوقاية من الكوليرا من خلال توسيع ورفع مستوى البرامج الحالية لتغطية المناطق المعرضة الكوليرا، وكذلك تضمين الكوليرا بوصفها من الاعتبارات التي لا بدّ من أخذها بعين الاعتبار عند تحديد الأولويات والتخطيط للتدخلات القطاعية في مجالات الصحة والمياه والصرف الصحي والقطاعات الأخرى المعنية بالكوليرا.

9 ناقش القسم 2.2 من مجموعة الأدوات هذه طرق انتقال الكوليرا.

النتائج المستهدفة	ممارسات الأسرة والمجتمع والمؤسسات – الإجراءات المطلوبة (قد تنطوي على تغيير السلوك المستدام)	الممارسون – الإجراءات المطلوبة
إمكانية وصول الأشخاص إلى، واستخدامهم لإمدادات المياه المأمونة للشرب	• الحصول على المياه من مصادر محمية. • معالجة المياه بشكل فعّال[10]، مثل غلي الماء (حتى يصل إلى درجة الغليان)[11]، واستخدام الفلاتر الفعالة أو جرعات الكلور المناسبة. • استخدام المياه المغلية أو المعالجة للشرب، وصنع المشروبات والثلج. • تخزين المياه بشكل آمن في وعاء مغطى بغطاء محكم، ذو عنق ضيق أو بغطاء وأداة مكرسة لاستخراج الماء.	• توفير خدمات المياه التي تمت معالجتها وتحتوي على كلور متبقي. • مراقبة جودة المياه بشكل منتظم واتخاذ الإجراءات عندما لا تكون الجودة كافية (بما في ذلك التدريب على كيفية الحفاظ على سلامة المياه). • التثقيف من خلال اتصالات تغيير السلوك، والاضطلاع بالتثقيف والتعبئة ونشر المعلومات عن الممارسات الآمنة للمياه الصالحة للشرب من خلال قنوات متعددة. • معالجة المياه المنزلية وتخزينها، بما في ذلك النظم والمواد وسلاسل التوريد ومتابعتها. • توزيع مواد لتنقية المياه وحاويات التخزين وتعليمات لاستخدامها ومراقبة استخدامها.
ممارسة الأسر والمجتمعات المحلية، والمؤسسات والمحلات التي تقدّم الطعام لإجراءات الصحة الغذائية المأمونة	• إعداد الطعام دائماً في بيئة نظيفة. • قيام الأشخاص الذي يعدّون الطعام بغسل أيديهم بالصابون بعد زيارة المرحاض وقبل إعداد الطعام أو التعامل مع الماء. • تقديم الأغذية التي تم طهيها بينما هي ساخنة. • تجنب المحار النيئ أو غير المطهو بشكل تام. • قيام باعة السوق ببيع الفواكه غير المقشرة وغير المقطعة. • تغطية جميع المواد الغذائية لحمايتها من الذباب والحشرات الأخرى. • غسل الفواكه والخضروات التي تؤكل نيئة بالمياه الصالحة للشرب والكلور قبل تناولها. • تنظيف الأواني بالماء الساخن والصابون. • تخزين الأواني وإبقائها نظيفة دائماً. • الحفاظ على مرافق خاصة لغسل اليدين بالماء والصابون للزبائن وتعزيز استخدامها. • إيلاء عناية خاصة للتأكد من سلامة الغذاء في التجمعات.	• تدريب مقدمي الأغذية على الصحة البيئية وسلامة الأغذية. • التثقيف حول مواضيع النظافة من خلال قنوات مختلفة، بما في ذلك جلسات التعبئة المجتمعية للأسر والمؤسسات حول سلامة الغذاء. • القيام بعمليات تفتيش منتظمة وفقاً للإطار التنظيمي للصحة البيئية / ومعايير أماكن تقديم الأطعمة والمؤسسات، مثل المدارس وأماكن العمل والسجون. واتخاذ إجراءات تصحيحية في حال عدم استيفاء

10 منظمة الصحة العالمية، *مبادئ توجيهية حول جودة مياه الشرب*، الطبعة الرابعة التي توفر معلومات حول الجرعات وطرق العلاج المثبتة الأخرى (ليست جميع المرشحات فعّالة). (2011)

11 منظمة الصحة العالمية، *مبادئ توجيهية حول جودة مياه الشرب*، توصي الطبعة الرابعة (صفحة 143) بضرورة غلي الماء. (2011) حيث أن جميع مسببات الأمراض تقريباً تموت عند درجة حرارة 65 مئوية لمدة 12 ثانية حتى في المياه العكرة، ولم تعد منظمة الصحة العالمية تضع حداً زمنياً أو تعديلاً للارتفاع في توصيتها حول غلي الماء (اتصالات شخصية: مارجريت مونتغمري وبروس جوردون، 8 أيار 2012).

النتائج المستهدفة	ممارسات الأسرة والمجتمع والمؤسسات - الإجراءات المطلوبة (قد تنطوي على تغيير السلوك المستدام)	الممارسون - الإجراءات المطلوبة
تغذية الرضع عن طريق الرضاعة الطبيعية حصراً، وإذا لزم الأمر، إعطائهم السوائل والغذاء الآمن	• تقديم الرضاعة الطبيعية للأطفال دون سن 6 سنوات بشكل حصري. • استمرار تقديم الرضاعة الطبيعية إلى الرضع الأكبر وإعطائهم الأغذية المكملة المعدّة بشكل صحي. • في حال استخدام حليب البودرة، ينبغي إعداده بطريقة صحية باستخدام الماء المغلي الذي لا يزال ساخناً بما فيه الكفاية لقتل البكتيريا (وتبريده قبل التقديم).	• الدعوة والاتصال والتعبئة المجتمعية من أجل تعزيز والاقتصار على الرضاعة الطبيعية للرضع بعمر أقل من 6 أشهر (بما في ذلك جلسات مجموعات دعم الأمهات) وتشجيع الرضاعة الطبيعية، مع التغذية التكميلية للرضع (بما في ذلك تثقيف مقدمي الرعاية حول الصحة الغذائية).
خلو البيئة من الفضلات لأن الناس يتخلصون منها بأمان	• استخدام المراحيض ذات مرافق غسل اليدين وإبقائها نظيفة. • امتناع الناس عن التغوط في العراء (إذا كان الناس لا يستطيعون الوصول إلى المراحيض – عليهم أن يدفنوا برازهم دائماً). • التخلص من براز الأطفال بأمان في المرحاض أو دفنه. • توفير مرافق التخلص من الفضلات في الأسواق والأماكن والمؤسسات العامة الأخرى مع مرافق غسل اليدين وإدارتها بشكل جيد. • أن تكون مرافق التخلص من الفضلات ملائمة ثقافياً وتأسيس نظام تنظيف وصيانة مستدام للمرافق المجتمعية أو العامة. • الاعتناء بالفئات الضعيفة بشكل خاص.	• الدعوة إلى وتسهيل عمليات لتشجيع إجراءات الصحة القائمة على المجتمع. • دعم السلطات الحكومية لضمان وجود مراحيض كافية يمكن الوصول إليها في المؤسسات والأماكن العامة وكذلك مرافق لغسل اليدين ونظم لضمان تنظيفها والمحافظة عليها. • الاتصالات لتحقيق تدخلات تغيير السلوك والتغيير الاجتماعي لاستخدام وصيانة المراحيض والتخلص من عادات التغوط في العراء.
غسل الناس أيديهم بالماء والصابون في الأوقات الحرجة	• غسل اليدين بالماء والصابون في الأوقات الحرجة (بعد التغوط أو التعامل مع البراز، قبل إعداد الطعام، أو تغذية الطفل أو الأكل). • استخدام الرماد أو مطهر مناسب آخر في حال عدم توفر الصابون. • ينبغي تجفيف الأيدي في الهواء لأنه من الممكن أن تلوث قطعة القماش أو المنشفة المشتركة. • إيلاء عناية خاصة في الجنازات والتجمعات الأخرى لضمان وجود مرافق لغسل اليدين بالصابون واستخدامها في الأوقات الحرجة (بما في ذلك بعد ملامسة المتوفى وملابسه وفراشه، وما إلى ذلك).	• القيام بالاتصالات لتغيير السلوك والتغيير الاجتماعي، والتثقيف والتعبئة المجتمعية حول أهمية غسل اليدين بالصابون في الأوقات الحرجة. • بناء وتشغيل وصيانة (بما في ذلك توفير الصابون) مرافق غسل اليدين في جميع الأماكن العامة، وخاصة بجانب المراحيض العامة ومناطق إعداد الطعام والخدمة.
الالتزام بالنظافة البيئية في الأسواق والأماكن العامة الأخرى	• الحفاظ على نظافة نظم الصرف. • التخلص من النفايات الصلبة بشكل آمن من أجل منع تكاثر الذباب. • توفير المراحيض الوظيفية والنظيفة، مع مرافق غسل اليدين والمياه الصالحة للشرب. • إيلاء عناية خاصة للتخلص من النفايات الصلبة التي تضم أيضاً البراز (إن وجد) ضمن أكياس بلاستيكية يتم جمعها ضمن نظام رسمي (المراحيض الطائرة).	• دعم السلطات البلدية لإقامة وإدامة نظم فعالة لجمع وإدارة النفايات الصلبة في المناطق الحضرية مع إيلاء اهتمام خاص للأسواق والأماكن العامة الأخرى. • توفير جلسات تثقيف واتصال حول النفايات الصلبة في المدارس والأسواق.

إجراءات الاستجابة على الجدول 11 الصفحة 140

تكون هذه الأنشطة حاسمة للوقاية من الكوليرا. وستكون هناك حاجة لوجود تدخلات إضافية عند صياغة الاستجابات الملائمة. انظر القسم **9.1** لمزيد من التفاصيل بشأن **إجراءات الاستجابة للكوليرا** التي تركّز على المجتمع.

4.3 استخدام لقاحات الكوليرا

يكتسب اللقاح أهمية متزايدة في مكافحة الكوليرا نتيجة عدد من الأسباب، منها: توافر لقاحات جديدة، ومحسّنة، ومعتمَدة وأقل تكلفة؛ تزايد الوعي بالأوبئة واسعة النطاق والتي طال أمدها وتنفيذ عمليات استجابة واسعة النطاق وتغطيتها إعلامياً؛ الاهتمام المتزايد من قبل الشركاء والجهات المانحة في تكنولوجيات جديدة لمواجه الازدياد المقلق في حالات الكوليرا في جميع أنحاء العالم؛ والتعاون الوثيق مع خبراء اللقاحات التقنيين والشركاء الذين ينفذون جهود مكافحة الكوليرا التقليدية.

هناك حالياً اثنين من لقاحات الكوليرا المعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية. ويتميزان كلاهما بسهولة إدارتهما بشكل نسبي خلال وقت قصير، والاعتماد بشكل أكثر موثوقية على النظم الصحية العاملة وشركائها أكثر من اعتمادها على إجراءات الأسر أو الأفراد.

اللقاح: وسيلة الدفاع الموصى بها

يُنصح باستخدام لقاح الكوليرا الفموي (OCV) بشكل وقائي في البيئات التي يتوطن فيها المرض، والمعرضة للخطر، وبشكل تفاعلي عند تفشي المرض. وفي كل السياقات، يجب أن تستند عملية صنع القرار على تقييم سليم للمخاطر.

لا يحل اللقاح محل الحاجة إلى تحسين خدمات المياه، والصرف الصحي، والتثقيف الصحي على جميع المستويات، كما أنه لا يحل محل الحاجة إلى التشخيص السريع والإدارة الملائمة للحالات التي تحدث. كما لا ينبغي أن يستعمل كذريعة للانتقاص من الانتباه الضروري والمستمر إلى أمراض الإسهال الأخرى، والذي لا يزال سبباً رئيسياً لوفيات الأطفال في جميع البلدان النامية.

أصبح واضحاً بشكل متزايد أن التنفيذ الملائم لبرنامج اللقاح الشامل ضد الكوليرا ينبغي اعتباره عنصراً مهماً محتملاً في أي جهد للوقاية من الكوليرا ومكافحتها، جنباً إلى جنب مع غيرها من مجالات التدخل التي تتم مناقشتها في هذه الأدوات.

انظر الملحق **4A** من أجل الحصول على معلومات حول:

- مواصفات اللقاحين المعتمدين
- اعتبارات عامة حول استخدام لقاحات الكوليرا الفموية
- الاستخدام الوقائي والتفاعلي للقاحات الكوليرا الفموية – لماذا ومتى، وأين، وكيفية استخدامها، وكذلك من هي الجهة التي ينبغي أن تدير هذه اللقاحات، وما هي اعتبارات الجدوى الإضافية التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند حالات التفشي الكبيرة والأزمات الإنسانية)
- دور اليونيسف باعتبارها وكالة دعم
- تفاصيل الاتصال للحصول على الدعم الفني والوصول إلى لقاحات الكوليرا الفموية
- الرابط إلى الندوة التي تمت عبر الإنترنت من قبل مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها ومنظمة الصحة العالمية بعنوان "الكوليرا ولقاحات الكوليرا: معلومات محدّثة لليونيسف".

ملاحظة: على الرغم من أن لقاحات الكوليرا الفموية مشمولة في هذا القسم من مجموعة الأدوات، فهي تستخدم على نحو استباقي كإجراء للتأهب وبشكل تفاعلي استجابة لتفشي المرض. وهي تهدف إلى منع انتشار الكوليرا وخفض معدل الوفيات من خلال الوقاية من العدوى.

المصادر الرئيسية

منظمة الصحة العالمية، السجل الوبائي الأسبوعي، لقاحات الكوليرا: ورقة موقف منظمة الصحة العالمية، 26 آذار 2010.

منظمة الصحة العالمية، لقاحات الكوليرا الفموية في حملات التحصين الجماعي: إرشاد للتخطيط والاستخدام، 2010.

منظمة الصحة العالمية، ورقة معلومات أساسية بشأن إدماج لقاحات الكوليرا الفموية في برامج مكافحة الكوليرا العالمية، 2009.

منظمة الصحة العالمية، الفريق التقني العامل على إنشاء مخزون لقاح الكوليرا الفموي، نيسان 2012.

منظمة الصحة العالمية، فرقة العمل العالمية لمكافحة الكوليرا، استخدام لقاحات الكوليرا الفموية في حالات الطوارئ المعقدة: وماذا بعد؟ تقرير اجتماعات، كانون الأول، 2005.

4.4 دمج الوقاية من الكوليرا في برامج التنمية / البرامج المنتظمة

خطر الكوليرا هو الأعلى بين السكان الأكثر تهميشاً، حيث تكون خدمات المياه والصرف الصحي والخدمات الصحية ذات الصلة في أدنى مستويات التغطية. ويتطلب منع الكوليرا: التعزيز الشامل للتدابير التي تهدف إلى الحد من أمراض الإسهال – تحسين فرص الحصول على الخدمات المذكورة أعلاه والسلوكيات الصحية ذات الصلة – وتطبيق تدابير محددة بمكافحة الكوليرا في معظم المناطق المعرضة للخطر. وينبغي أن تكون جهود زيادة التركيز وجلب موارد إضافية لبرامج أمراض الإسهال القائمة بحيث يجري توسيع نطاقها، جزءاً من أية استراتيجية وقاية من الكوليرا.

من الممكن التقليل من خطر الكوليرا والوقاية منها من خلال مزيج قائم على: (1) رفع مستوى وتوسيع برامج التنمية القائمة (الصحة، المياه والصرف الصحي، الاتصالات من أجل التنمية، من بين أمور أخرى) لاستهداف المناطق المعرّضة للكوليرا و(2) دمج الكوليرا باعتبارها من الاعتبارات العلنية عند تخطيط وتنفيذ برامج التنمية. ومع ذلك، فإن القضاء على الكوليرا لن يكون ممكناً إلا إذا تم الحفاظ على المكاسب على مرّ الزمن.

4.4.1 رفع مستوى وتوسيع البرامج القائمة في المناطق المعرضة للكوليرا

تحقق برامج التنمية حالياً فرصاً أفضل في الوصول إلى مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والحصول على الرعاية الصحية بما في ذلك محلول الإماهة الفموية (ORS) والزنك، وتحقيق تغيير في السلوك المتعلق بالممارسات الصحية والرعاية الأسرية مما يساهم في الحد من أمراض الإسهال والحد من خطر انتشار الكوليرا. وقد تم تحديد التدخلات التالية[12] بوصفها مفتاحاً لمكافحة والحد من أمراض الإسهال. وستساهم الدعوة ودعم الجهود الوطنية، بما في ذلك تعبئة الموارد لتكثيف الجهود وتوسيعها لتشمل المناطق المعرضة للكوليرا، في منع والقضاء على مرض الكوليرا في البيئات التي يتوطن فيها المرض وتلك ذات المخاطر العالية:

- النهج القائم على المجتمع للقضاء على التغوط في العراء وزيادة الطلب على المرافق الصحية القائمة.
- تحسين توافر مصادر المياه واعتماد معالجة المياه المنزلية وتخزينها بشكل آمن.
- تدخلات تغيير السلوك التي تهدف إلى تشجيع ممارسات النظافة المناسبة (خاصة غسل اليدين بالماء والصابون)، الرضاعة الطبيعية المبكرة والحصرية، والتغذية التكميلية من فيتامين A، وغيرها.

12 مقتبس من خطة منظمة الصحة العالمية / اليونيسف القائمة على ٧ نقاط لمكافحة أمراض الإسهال.

- لقاحات الحصبة وفيروس الروتا لمنع الإسهال.
- استبدال السوائل لمنع الجفاف والعلاج بالزنك والاستمرار في التغذية من خلال ضمان توافر محلول الإماهة الفموية ((ORS المنخفض الأسمولية والزنك وتعزيز الصحة في المجتمعات المعرضة لمخاطر عالية للإسهال.
- تعزيز الكشف المبكر عن أمراض الإسهال ونظم الرصد الوبائية.
  - برامج إدارة الحالة لأمراض الإسهال والأسباب الرئيسية الأخرى للمراضة والوفيات بما في ذلك سوء التغذية، أي الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة (IMCI)، الإدارة المجتمعية المتكاملة للحالة (iCCM)، الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد (CMAM) تغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF).
  - تحسين نظم الرصد، لتكون مرنة لتتكيف وتتأقلم مع زيادة حالات الإسهال المائي الحاد.
  - إنشاء الروابط بين برامج التنمية الخاصة بأمراض الإسهال وبرامج الطوارئ للتأهب والاستجابة المبكرة للكوليرا.

4.4.2 دمج الكوليرا باعتبارها من الاعتبارات العلنية في برامج التنمية القائمة

بالنسبة للمناطق الموبوءة، ينبغي أن تكون الكوليرا من الاعتبارات المحددة عند تخطيط وتقديم أي برنامج للتنمية. وتسلّط القائمة أدناه الضوء على المجالات حيث يكون إدراج الكوليرا ضرورياً كوسيلة للقضاء على انتقال الكوليرا/ ومنع حدوثها وتحسين النتائج الصحية:

- دمج الكوليرا في جميع القطاعات المعنية (أي الصحة، والمياه والصرف الصحي، والتعليم، الخ) ضمن الاستراتيجيات وخطط العمل، وكذلك في تخصيص / تحديد أولويات الموارد.
- دمج الكوليرا في تقييم المخاطر الوطنية من أجل وضع برامج مدركة للمخاطر كوسيلة لتحديد إجراءات محددة للتأهب للكوليرا والاستجابة لها.
- دمج الإنذار المبكر وشبكة الاستجابة في المناطق الأكثر عرضة لخطر الكوليرا ضمن نظام الرصد الوطني.
- دعم وزارة التربية ومؤسسات تطوير المناهج الأخرى لمرحلة ما قبل المدرسة، والمدرسة والتعليم الجامعي لدمج الكوليرا في المناهج القياسية في جميع المستويات.
  - دعم، بالتعاون مع مؤسسات التدريب، دمج الكوليرا كجزء من التدريب المهني للعاملين في الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتعليم، والتغذية، وتنمية المجتمع، ووسائل الإعلام.
- تضمين الكشف، والإدارة والإبلاغ عن الإسهال المائي الحاد، ضمن التدريب على إدارة حالة الإسهال مثل الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة، الإدارة المجتمعية المتكاملة للحالة، والذي يركّز على الموظفين العاملين في المجتمعات ذات المخاطر العالية للكوليرا.
- تضمين رسائل الوقاية من الكوليرا وأمراض الإسهال (الممارسات الأسرية الأساسية) ضمن التدخلات المنتظمة للاتصالات من أجل التنمية.
- بناء قدرات الموظفين داخل المؤسسات التي تدير برامج التنمية لتشمل الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها على المستويين الوطني ودون الوطني.
- بناء القدرات وتوفير الموارد اللازمة لاستخدام اللقاحات الفموية ضد الكوليرا (OCV) في المجالات ذات الأولوية، حيثما كان ذلك مناسباً.

الفرص المتاحة أمام اليونيسف لتضمين الوقاية من الكوليرا في برامج التنمية

ينبغي على المكاتب القطرية لليونيسف في البلدان التي تتوطن فيها الكوليرا/المعرّضة لخطر الكوليرا، أن تقوم بتضمين الكوليرا بوصفها واحدة من الاعتبارات أثناء إعداد عمليات تحليل الوضع، ووثيقة البرامج القطرية، وخطة العمل، والمراجعات متوسطة الأجل، وعمليات البرمجة والتخطيط الأخرى. وبنفس الطريقة، ينبغي لجميع القطاعات المعنية في اليونيسف أن تأخذ بعين الاعتبار المناطق المعرضة للكوليرا خلال تحديد مجالات التدخل ذات الأولوية، وخاصة تلك المشار إليها في القسم **4.4.1** أعلاه.

وينبغي لجميع خطط العمل والتعاون مع المؤسسات الحكومية والشركاء (بما في ذلك اتفاقات تعاون المشاريع لتنفيذ البرامج العادية) أن تأخذ بعين الاعتبار الفرصة لدمج الإجراءات المذكورة في القسم **4.4.2**. أو الإجراءات الأخرى الرامية لزيادة القدرة المحددة والوعي تجاه الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها.

يجب أن يدرج خطر الكوليرا ضمن التخطيط للتأهب والطوارئ في البرامج القطرية لليونيسف (بما في ذلك الإنذار المبكر/العمل المبكر).

المصادر الرئيسية

منظمة الصحة العالمية واليونيسف، الإسهال: لماذا لا يزال الأطفال يموتون وما الذي يمكن القيام به (2009)

اليونيسف، الالتهاب الرئوي والإسهال: معالجة الأمراض الأكثر فتكاً بأفقر أطفال العالم (2012)

منظمة الصحة العالمية / اليونيسف، البيان المشترك: التدبير السريري للإسهال (2004)

5 التنسيق والمسؤوليات وإدارة المعلومات

5.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 5

يغطي هذا الفصل الأساس المنطقي والهياكل للوقاية من تفشي الكوليرا والتأهب والاستجابة لها، بما في ذلك دور فرق العمل ولجان التنسيق. كما ينظر أيضاً في الاجتماعات، ومصادر المعلومات وأهمية إدارة المعلومات. كما يسلّط الضوء على الحاجة إلى الاتصال والتحديات التي تطرحها الحالات عند وجود الكوليرا ولمّا يتم الإعلان عنها بعد، وكذلك أدوار ومسؤوليات أصحاب المصلحة بشكل عام.

الملحق 5A مقارنة البنى الهيكلية للتنسيق – أثيوبيا وزمبابوي

5.2 التنسيق للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها

5.2.1 الغرض من التنسيق للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها

تتطلب الوقاية الفعّالة من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها التنسيق والاتصال بين قطاعات متعددة وعلى مستويات مختلفة. حيث يكون لسرعة الاستجابة تأثير كبير على إدارة وأثر تفشي المرض.

يهدف التنسيق إلى:

- ضمان الاتساق في أنشطة الوقاية والتأهب والاستجابة للكوليرا من خلال وضع خطط التعاون والاتفاق على المعايير الفنية.
- تجنب كل من الثغرات والازدواجية، وتعزيز التكامل.
- تحقيق الاستفادة الأكثر فعالية من جميع الجهات الفاعلة، بما في ذلك الشركاء الحكوميين والموارد والتمويل والإمدادات.
- إجراء تقييمات تعاونية، مما يؤدي إلى التخطيط ووضع افتراضات الاستجابة بشكل متسق.
- تبادل المعلومات على نحو فعّال.
- بناء القدرات.
- تعبئة الموارد.
- الحث على الرصد والإبلاغ وصنع القرار في الوقت المناسب.
- زيادة كفاءة وحسن توقيت نظم الإنذار المبكر.
- وضع حدود دنيا مشتركة لتحريك التدخلات

5.2.2 هياكل التنسيق للوقاية والتأهب والاستجابة

ينبغي الاضطلاع بالأنشطة التي من شأنها أن تؤدي إلى الوقاية من الكوليرا (وأمراض الإسهال المعدية من جميع الأصناف) على المدى الطويل كجزء من الجهود التنموية لبناء النظم والهياكل والخدمات.

على وجه الخصوص، ينبغي على هذه الجهود أن توفّر قدر أكبر من الحصول على إمدادات المياه المحسّنة والصرف الصحي والنظافة الصحية، وتشجيع وتعزيز الصحة والنظافة، والحد من سوء التغذية، واستخدام محلول الإماهة الفموية (ORS) والزنك، وعلاج الإسهال المائي الحاد، وخاصة لدى الأطفال. من الممكن إطلاق أنشطة الدعوة والوقاية الخاصة بالكوليرا في البلدان ذات المخاطر المتوسطة، وينبغي النظر إليها، حيثما كان ذلك ممكناً، على أنها من النقاط التي لا بدّ من تركيز الاهتمام عليها في منصات التنسيق القائمة.

الجدول رقم 3 هياكل مقترحة للتنسيق الكوليرا حسب المستوى/النطاق

السياق	مستوى التنسيق	تركيز التنسيق	التعليق
تفشي المرض بشكل يقتصر على منطقة واحدة تستوطن فيها الكوليرا مع كون أعداد حالات التفشي نموذجية في هذا الوقت من العام	المنطقة	تنسيق بشكل أساسي قضايا تخطيط وتنفيذ أنشطة الاستجابة	من الممكن أن تتم إدارة الإجراءات من خلال التنسيق ***على مستوى المنطقة*** مع تقديم طلبات للحصول على مزيد من الإمدادات والدعم من المستوى الوطني، إذا لزم الأمر
تفشي المرض في منطقة تستوطن فيها الكوليرا ، بحيث أصبح التفشي أكبر بكثير من النمط المعتاد مع زيادة في مخاطر تجاوز حدود المنطقة	المستوى دون الوطني أو الإقليمي بدعم من المستوى الوطني	تنسيق بشكل أساسي القضايا التقنية، وتنظيم الخدمات اللوجستية والإمدادات، وتوفير الإشراف، ودعم التدريب وإجراء تقييم للمخاطر والاحتياجات، وتنفيذ استراتيجيات الدعم، ورصد الأنشطة	قد تتطلب الاستجابة آليات التنسيق ***على أساس المنطقة أو الإقليم***، بالإضافة إلى دعم إضافي من ***المستوى الوطني*** بما في ذلك من مجموعات التنسيق القطاعية وبين القطاعية القائمة (مثل لجنة موجودة حالياً لتنسيق الكوليرا أو السيطرة على الأمراض).
اندلاع تفشي المرض في بلد يكون لديه عادة حالات تفشي صغيرة أو في بلد لم يشهد وقوع حالات الكوليرا منذ سنوات عديدة	المستوى الوطني (مع دعم إضافي على المستوى دون الوطني كما هو مطلوب)	التنسيق بشكل أساسي لتحقيق الاتصالات رفيعة المستوى، واتخاذ القرارات الاستراتيجية، ووضع المعايير وتقديم التوجيه، ووضع استراتيجيات للوقاية والاستجابة، وأنشطة الدعوة وتعبئة الموارد والرصد	قد يبرر الإجراء الشروع في إدارة الكوارث الوطنية أو آليات تنسيق خاصة بالكوليرا ***على المستويات الوطنية والإقليمية والمحلية***. ومن المرجح أن تكون هناك حاجة للدعم الدولي أيضاً.
تفشي المرض بالقرب من أو عبر حدود بلد ما	المستوى الوطني وعبر الحدود	التنسيق بشكل أساسي لضمان تبادل البيانات ورصد الاتجاهات والمخاطر، وإجراءات الاستجابة وحركة السكان مع مخاطر الانتقال المرتبطة	قد يتطلب الإجراء التنسيق بين السلطات (السلطات الوطنية والمحلية) على جانبي الحدود. وينبغي احترام اللوائح الصحية الدولية وإخطار السلطات الدولية على النحو الواجب.

من الناحية المثالية، يمكن لهياكل التنسيق القائمة هذه أن تضمن أيضاً إدماج إجراءات التأهب المناسبة التي ينبغي اتخاذها قبل حدوث أي تفشي محتمل لمرض الكوليرا، مما يساعد على بناء قدرات مستدامة بين أصحاب المصلحة الوطنية، وتسهيل البرمجة التعاونية بين الجهات الفاعلة في مجالات التنمية وحالات الطوارئ.

ويعتمد الهيكل المطلوبة لتنسيق استجابة الكوليرا بشكل فعّال على حجم وموقع تفشي المرض، كما هو موضح في الجدول المقترح التالي:

إنشاء هياكل التنسيق

- دعم آليات التنسيق الحالية التي تقودها الحكومة على المستوى الوطني والإقليمي والمنطقة كلما كان ذلك ممكناً.
- الإبقاء على هياكل التنسيق بسيطة قدر الإمكان، مع احترام مواعيد الاجتماعات وتقييد التقارير على أساس الاحتياجات.
- توفير الربط المباشر مع كبار المسؤولين الحكوميين لضمان أن تصدر توجيهات لاتخاذ الإجراءات الحاسمة والضرورية.
- النظر في كيفية عمل الآليات على المستوى الوطني وربطها مع الهياكل على الصعيد الإقليمي أو صعيد المنطقة (الإدارة التنفيذية وقنوات الاتصال).
- بالنسبة للبلدان الفيدرالية أو الاتحادات: أن تكون الهياكل واضحة لكل ولاية، وذلك بحسب اختلافها.
- في حال حدوث الكوليرا بالقرب من الحدود: إقامة التنسيق والاتصال عبر الحدود والذي يربط السلطات والجهات الفاعلة الرئيسية.
- يجب أن تكون قطاعات الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية استباقية في ضمان التعاون الوثيق، على سبيل المثال، عقد اجتماعات مشتركة، وتبادل المعلومات على أساس منتظم، والتقييمات المشتركة، والخدمات اللوجستية، والتدخلات والتخطيط والرصد، وإدراج القطاعات الأخرى ذات الصلة (مثل التعليم... الخ).
- الاستفادة القصوى من المجتمع المدني، ولا سيما المنظمات ذات الخبرة الكبيرة في الاستجابة للكوليرا مثل المنظمات غير الحكومية الطبية، والمنظمات غير الحكومية/ منظمات المجتمع المدني، والمنظمات الدينية من ذوي الخبرة في تعبئة المجتمع للاستجابة للكوليرا.

5.2.3 فرق العمل أو لجان التنسيق الخاصة بتفشي المرض

تقوم وزارة الصحة بتنسيق جميع الإدارات المسؤولة عن الصحة الوقائية وعلم الأوبئة وعادة ما تكون هي الوكالة الرائدة الشاملة في الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. ومن المطلوب كذلك مشاركة الوزارات والإدارات المسؤولة عن التأهب لحالات الطوارئ/الكوارث، والمياه، والصرف الصحي، والتعليم، وتنمية المجتمع، والحماية الاجتماعية، والحكومة المحلية، والإعلام، والاتصالات، والتمويل. ومن المفيد دوماً إشراك وانخراط المجتمع المدني، وحركة الصليب الأحمر/الهلال الأحمر، ووكالات الأمم المتحدة والهيئات المسؤولة الأخرى، مثل مؤسسات البحوث الطبية.

من المرجح وجود فرقة عمل مستقلة خاصة بالكوليرا في البلاد التي شهدت تفشي الكوليرا على نطاق واسع. وبالنسبة للبلدان التي تتوطن فيها بالكوليرا، والتي لا تميل لمواجهة حالات تفشي كبيرة، أو في البلدان التي لم تشهد

وجود الكوليرا منذ عدة سنوات، فمن المرجح أن تكون الكوليرا من مسؤولية فرقة عمل أو آلية تنسيق أكثر عمومية معنية بموضوع تفشي الأمراض. وقد توجد كذلك وكالة وطنية للتأهب وإدارة الكوارث (أو ما شابه ذلك) بالإضافة إلى فرقة عمل الكوليرا، والتي قد تشمل مسؤولياتها وولايتها مكافحة الأوبئة. بغض النظر عن الشكل والاسم، فيما يلي المهام الأساسية لوحدة تنسيق الكوليرا:

- الاستعداد للوباء.
- التنسيق بين القطاعات وتبادل المعلومات.
- التعاون على المستويين الإقليمي والدولي.
- إجراء تقييم الاحتياجات والمخاطر.
- جمع وإعداد التقارير حول المعلومات الخاصة بحالات الكوليرا والوفيات.
- تنظيم أي تدريب ذو صلة.
- شراء وتخزين وتوزيع الإمدادات الأساسية.
- تنفيذ والإشراف ورصد وتقييم أنشطة المكافحة.

قد تتطلب ترتيبات التنسيق تشكيل لجان فرعية ومجموعات عمل استشارية أو تقنية مكلفة بمجالات التركيز التالية:

- التنسيق الشامل (عادة فريق استشاري استراتيجي).
- المراقبة وتبادل المعلومات.
- إدارة القضايا والخدمات المخبرية.
- الصحة البيئية/المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- الدعوة والاتصال لتغيير السلوك والتغيير الاجتماعي والتعبئة المجتمعية.
- الاتصالات وتعبئة الموارد.
- توزيع واستخدام الإمدادات والخدمات اللوجستية المرتبطة.

تكوين عضوية فرقة عمل الكوليرا الوطنية

ينبغي أن تجسد فرقة عمل الكوليرا الوطنية طيفاً واسعاً من الجهات الفاعلة. وينبغي أن يوازي حجم الفرقة بين الشمولية والحاجة إلى اتخاذ قرار سريع من أجل التنفيذ السريع والفعّال. ومن الممكن أن تشمل فرقة العمل النموذجية:

الشكل رقم 4 الأعضاء المقترحين لفرقة عمل/منصة تنسيق وطنية نموذجية خاصة بالكوليرا

وكالات الأمم المتحدة

تلك الناشطة في مجال الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

المنظمات الوطنية والدولية

النشطة في مجال الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في القطر

السلطات الحكومية/المؤسسات

- وزارة الصحة
- الوزارات المسؤلة عن:
  - المياه والصرف الصحي، إذا كانت مختلفة عن وزارة الصحة البيئية.
  - الإعلام والاتصالات.
  - التعليم.
  - تطوير المجتمع.
  - التخطيط والمالية/الاقتصاد.
  - الرعاية الاجتماعية.
  - الحكومة المحلية.
- الهيئة الوطنية لإدارة الكوارث
- قطاع الأمن (مثل الشرطة).

القطاع الخاص

- مرافق المياه
- بائعي المياه المحليين
- خدمات المختبرات
- الخدمات السريرية
- الصيدليات

المجتمع المدني

ممثلين من ذوي الخبرة المحددة في مجال الكوليرا (الصحة، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتعليم، والاتصالات، والتغذية)

مؤسسات البحوث الطبية

يمكن تضمين ممثلي قطاع الإعلام، بما في ذلك وسائل الإعلام المجتمعية مثل المؤسسات الإذاعية

قد تتغير تركيبة العضوية حسب السياق. وللحصول على مزيد من المعلومات، راجع هياكل التنسيق المستخدمة في اثنين من الأوبئة الرئيسية ضمن سياقات مختلفة – في إثيوبيا وزيمبابوي – كما هي مبينة في الملحق 5A: مقارنة البنى الهيكلية للتنسيق، مع بعض الملاحظات حول نقاط قوتها ونقاط ضعفها النسبية.

من المهم جداً خلال تفشي الكوليرا تحديد المنظمات التي لديها خبرة مؤكدة كبيرة في الاستجابة للكوليرا والتي يمكن أن تساعد في قيادة وتوجيه الجهات المعنية الأخرى في الاستجابة. وهناك عدد من المؤسسات الدولية والوكالات والمنظمات التي قد تكون قادرة على تقديم الدعم التقني. كما لا ينبغي أن يُسمح للأفراد أو المنظمات غير المؤهلة بإدارة أنشطة مكافحة الكوليرا، وخصوصاً تلك المتعلقة بالرعاية الصحية، وذلك إلى أن تتلقى التدريب الكافي. ويكون تدريب الموظفين الوطنيين أولوية قصوى في حالات الوباء حيث لم يحدث تفشي مرض الكوليرا سابقاً.

نهج المجموعات الذي تتبناه اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات

تقتصر أدوار نهج المجموعات الذي تتبناه اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات في التصدي للكوليرا على السيناريوهات التالية:

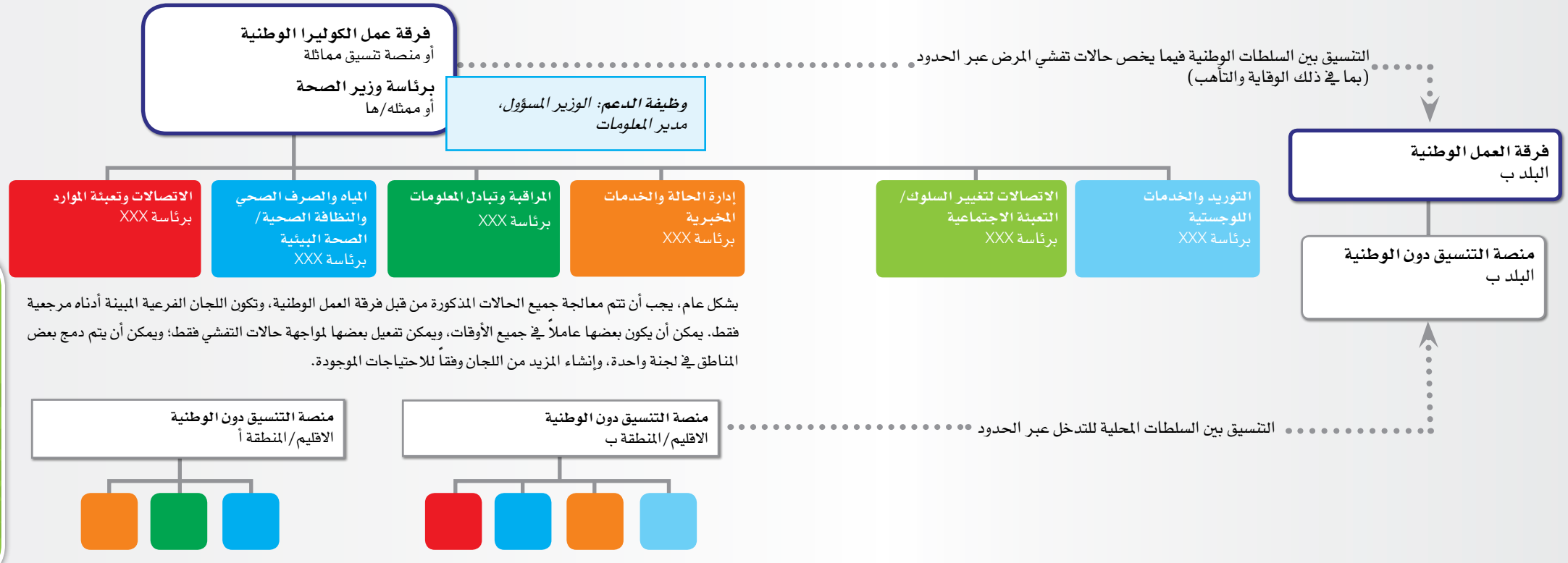
- عندما تكون الحكومة الوطنية غير قادرة على التعامل مع حجم تفشي الكوليرا وتطلب مساعدة تشغيلية طارئة إضافية، أو
- عندما يكون نهج المجموعات فاعلاً بالفعل بسبب كارثة أخرى واسعة النطاق في البلاد.

في ظل هذه الظروف، تكون أدوار المجموعات الفردية على النحو التالي:

- دعم الحكومة للقيام بدورها في التصدي للكوليرا وخصيصاً لجهة دعم فرقة عمل الكوليرا الوطنية مع الدعم التشغيلي للتنسيق والخدمات اللوجستية، وتعبئة الموارد، وتقديم المشورة الفنية وبناء القدرات/تدريب الشركاء.
- التنسيق بين مختلف القطاعات مع تعاون وثيق بين قطاعات الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وإقامة الصلات أيضاً مع قطاعات التغذية والتعليم والحماية والخدمات اللوجستية. دعم وزارة الصحة في تنفيذ فرقة عمل الكوليرا.

لمزيد من المعلومات بشأن نهج المجموعات، يرجى الرجوع إلى كتيبات تنسيق المجموعات في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (كتيب تنسيق مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية) والمجموعات الصحية (دليل المجموعة الصحية). حيث تقدّم هذه الإرشادات مجموعة من المعلومات المفيدة لدعم جهود التنسيق القطاعية والمشتركة بين القطاعات التي تقودها الحكومة.

13 مشروع تنسيق مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، دليل تنسيق مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية: دليل عملي لجميع المشاركين في مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (للمراجعة الميدانية)، كانون الثاني 2009.



التحديات التي تواجهها فرق العمل الوطنية الخاصة بالكوليرا

في حالات تفشي المرض على نطاق واسع، من المرجح أن يتم تفعيل فرقة عمل الكوليرا الوطنية، بحيث يتم توجيهها من قبل كبار المسؤولين في الحكومة للمشاركة بشكل كامل. ومع ذلك، فإنه من الصعب تحقيق المستوى العالي من الالتزام المطلوب للمشاركة في فرقة العمل للسببين التاليين:

- التمثيل غير المتناسق من قبل الجهات المعنية، سواء من حيث تغيير الأفراد، والأولوية المستدامة نظراً لطبيعة المشاركة، ناهيك عن الهيمنة المتصورة للمهنيين الصحيين على المجموعة.
- تصورات ممثلي المجتمع المدني حول تجاهلهم أو محدودية مشاركتهم سواء من حيث عدد الممثلين أو القدرة على المساهمة.

5.2.4 الاجتماعات والمعلومات اللازمة لإدارة مخاطر الكوليرا

ينبغي أن تضمن آلية تنسيق فرقة عمل الكوليرا اجتماع الفرقة بشكل دوري خلال فترات ما قبل التفشي الموسمية بحيث تركز الاهتمام على الوقاية والتأهب. وينبغي لليونيسف ومنظمة الصحة العالمية حشد التأييد وتسهيل مراجعة شاملة للتأهب قبل شهرين من موسم التفشي العادي.

خلال فترة الاستجابة، ينبغي لأصحاب المصلحة عقد اجتماعات بشكل مكثّف (بشكل أسبوعي على الأقل) خلال فترة تفشي المرض. وفي ذروة تفشي المرض، ينبغي على فرقة العمل أو اللجنة التي تدير الاستجابة بشكل مباشر، على مستوى المنطقة على سبيل المثال، الاجتماع بشكل يومي لمناقشة تقدّم تفشي مرض الكوليرا، ووضع الاستجابة وتحديد الثغرات الموجودة فيها، وإعطاء الأولوية للإجراءات ونشر البيانات.

يجب أن يمتلك المنسّق الذي يترأس أياً من هذه الاجتماعات المعرفة التقنية ومهارات التنسيق بغض النظر عن قطاع عمله العادي. كما ينبغي أن يكون لهذا الاجتماعات أجندة معدّة مسبقاً وهدف محدد وأن تبقى قصيرة ومركزة قدر الإمكان.

وينبغي نشر ومتابعة نقاط الإجراءات الناشئة عن هذه الاجتماعات بأسرع وقت ممكن. وتكون المعلومات ذات أهمية كبيرة في إشراك أصحاب المصلحة واتخاذ الإجراءات، ولكنها لا تكون مفيدة إلا إذا تمت مشاركتها مع أصحاب المصلحة الذين يتحملون مسؤولية العمل بناء عليها.

فيما يلي أصحاب المصلحة خلال تفشي مرض الكوليرا:

- الجمهور العام – الذين يحتاجون إلى المعلومات لحماية أنفسهم
- وسائل الإعلام – التي تنشر المعلومات على نطاق واسع للجمهور العام
- المستجيبين على المستويات المحلية والوطنية والإقليمية ودون الإقليمية، على سبيل المثال، الحكومة، والأمم المتحدة، والمجتمع المدني، والمنظمات غير الحكومية/منظمات المجتمع المدني، والقطاع الخاص، وقادة المجتمع، الذين يحتاجون إلى فهم الوضع، وما يجب القيام به وأين ومتى، و الموارد اللازمة والثغرات الموجودة في الموارد المتاحة.

ويبين الجدول التالي أنواع المعلومات المطلوبة لإدارة تفشي مرض الكوليرا بشكل فعّال[14]:

14 اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (منظمة الصحة العالمية)، مجموعة الصحة العالمية، دليل عملي لتنفيذ مجموعة الصحة على المستوى القطري، 2009.

أنواع المعلومات المطلوبة عند تفشي مرض الكوليرا	لماذا هي مطلوبة	أين تمت مناقشتها في هذه الأدوات؟
• معلومات سياقية وأساسيات الكوليرا: • كيفية الوقاية من الكوليرا وماذا تفعل في حالة إصابة شخص • كيف وأين يمكن الحصول على المساعدة (والتي تكون عادة مجانية) • تفاصيل حول مراكز علاج الكوليرا ونقاط الإماهة الفموية	• إعلام الجمهور حول ما يتعين عليهم القيام به لحماية أنفسهم على نحو فعال.	الفصول 2، 4، 8 و9
البيانات الوبائية وتقييم المعلومات المتعلقة بالمخاطر والاحتياجات	• لفهم تطور تفشي الكوليرا، وما هي إجراءات الاستجابة للاحتياجات والأولويات وكيفية الاتصال بشكل مقنع مع الجمهور. • تكييف الاستجابة مع الظروف الناشئة.	الفصلين 2 و3
• القدرة على الاستجابة – من يفعل ماذا وأين ومتى وتوافر الموارد (البشرية والإمدادات والخدمات اللوجستية والمالية) • رصد الثغرات والاحتياجات، أي معرفة متى وأين تحدث حالات نفاذ المخزون، ووجود خطة لإعادة الإمداد في حالات الطوارئ عندما يتم الإبلاغ عنها.	• من أجل القدرة على تحديد قدرة الاستجابة والفجوات في الاستجابة بحيث تجري معالجتها.	الفصول 5، 6، 7، 8، 9 و10
البيانات والمعلومات حول تقدّم وكفاءة وفعّالية الاستجابة	• للتعلّم من، والإبلاغ عن، والمساءلة وتحسين جهود الاستجابة.	الفصول 3، 8 و9

5.2.5 التنسيق والاتصال عند وجود الكوليرا ولمّا يتم الإعلان عنها بعد

يمكن لتفشي الكوليرا أن يكون له تداعيات سياسية كبيرة. ويمكن للحكومات أن تقرر، لأسباب سياسية و/أو اقتصادية، الامتناع عن الاعلان عن تفشي الكوليرا عند حدوثه. هذا وتصرّح منظمة الصحة العالمية بكل وضوح على أن الحظر المتعلق بالمواد الغذائية ذات الصلة هو غير مطلوب وغير ضروري؛ ومع ذلك فقد كان لبعض الإعلانات السابقة عن تفشي الكوليرا عواقب وخيمة على التجارة. فخلال تفشي المرض في بيرو (1991) وتنزانيا وكينيا وأوغندا وموزمبيق (1998)، تم حظر استيراد المأكولات البحرية من قبل لوائح الاتحاد الأوروبي (والذي كان آخر حظر يقع على واردات المأكولات البحرية).

في حال كان لتفشي الكوليرا آثار دولية محتملة، فيجب الإبلاغ عن ذلك وفقاً لأحكام اللوائح الصحية الدولية. وعلى المستوى المحلي، قد تصرّ الحكومات على الإشارة الى المرض باستخدام تعابير ألطف وأقل تهديداً، مثل "الإسهال المائي الحاد" أو "مرض 001". وبالنظر إلى حقيقة أن اسم الكوليرا قد يثير ردود فعل كبيرة، فإن عدم التصريح عن وجود الكوليرا قد يكون مرتبطاً بالقلق إزاء الآثار السلبية على السياحة، أو الفخر القومي أو السياسة (حيث قد ينظر إلى تفشي الكوليرا على أنه يعبّر عن إخفاق الحكومة في الوفاء على نحو كاف بمتطلبات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية ومعالجة مستوى الفقر في البلد).

ويمكن لعدم الإعلان عن وتفشي وباء الكوليرا أن يطرح عدداً من التحديات التي تعيق الاستجابة للمرض، بما في ذلك:

- الحساسية المتزايدة بين الحكومة، والأمم المتحدة، والجهات الفاعلة في المجتمع المدني، مما يحدّ من تبادل المعلومات والتخطيط والاستجابة.
- تأخير العمل من قبل بعض الجهات الفاعلة الرئيسية (بما في ذلك الحكومة، والأمم المتحدة، والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية) لاتخاذ الإجراءات المباشرة لمكافحة تفشي المرض، وبالتالي الحد من قدرة الأموال المتاحة والجهات الفاعلة المعنية في الاستجابة المبكرة.
- التأخّر في استخدام وسائل الإعلام لاطلاع المجتمعات على الوضع.
- صعوبة الاتصال عبر الحدود حيث أن المرض لم يعرّف بشكل رسمي.
- فقدان الفرص المبكرة للحد من انتشار المرض.

(ملاحظة: قد يكون من الصعب جداً تحديد ومراقبة الحساسية المضادة للميكروبات من سلالات الضمة الكوليرية المتداولة ومشاركتها مع الجهات ذات العلاقة إذا لم تكن الحكومة راغبة في الإعلان عن الكوليرا).

5.3 مسؤوليات أصحاب المصلحة المتعلقة بالكوليرا

يمكن أن يشارك أصحاب المصلحة المذكورين في الجدول التالي في الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. ويعتمد نطاق أصحاب المصلحة المعنيين على حجم انتشار المرض.

تلميح

التنسيق والاتصال عند عدم الإعلان عن الكوليرا

- استخدام دور اليونيسف في حماية حقوق الأطفال كأداة للدعوة مع الحكومة.
- دعم التنسيق بشكل استباقي والعمل ضمن القيود القائمة، على سبيل المثال من خلال دعم جهود المنظمات التي تعمل بالفعل على برامج التنمية في المنطقة.
- بناء العلاقات والثقة مع الموظفين الطبيين، وموظفي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وغيرهم منن العاملين على الاستجابة. وحتى عندما لا تعلن الحكومة عن تفشي المرض، فإن الممارسين على أرض الواقع يعملون جاهدين في كثير من الأحيان للاستجابة ضمن القيود المفروضة. وسوف يرحبون بالدعم لتحسين الاستجابة إذا كانوا على ثقة من أنكم لن تضعوهم في موقف صعب أو خطير أمام السلطات السياسية.
- المساعدة على تشكيل جسر بين الممارسين الحكوميين والمنظمات الأخرى ذات الخبرة الكبيرة في الاستجابة للكوليرا عندما لا تكون الروابط موجودة أصلاً.
- إذا كان هناك إحجام عن استخدام كلمة "كوليرا"، ولكن هناك قبول لمصطلح الإسهال المائي الحاد (أو أي مصطلح آخر)، لا تضيعوا الوقت في مناقشة مسائل لغوية ولكن أكدّوا على خطورة المرض أمام كل من الحكومات والسكان. وهذا يشمل الحاجة إلى الاستجابة الفورية واستخدام وسائل الإعلام لإبلاغ السكان بالمعلومات الأساسية.
- التأكيد على الوقاية من الإسهال المائي الحاد، وأنظمة المعالجة والإحالة في الأنشطة الإنمائية الجارية، لا سيما على مستوى المجتمع المحلي.
- تشجيع كبار الممثلين (على سبيل المثال، المنسّق الإنساني أو منسّق الأمم المتحدة المقيم ورؤساء الوكالات) للضغط على المسؤولين الحكوميين للاعتراف بالمشكلة وشرح لماذا يكون من مصلحتهم استخدام المصطلحات المتعارف عليها دولياً.
- توفير الأدلة، إن وجدت، لدعم جهود الضغط، على سبيل المثال: إعلانات منظمة الصحة العالمية الخطية بأن القيود التجارية على المأكولات البحرية لم تعد مطبقة، وما إلى ذلك. بالإضافة إلى تسليط الضوء على الآثار المحتملة إذا تفشى المرض على نطاق واسع، بما في ذلك التكاليف المالية التي ستتحملها البلاد، وذكر أمثلة عن حالات التفشي الكبيرة الأخرى.

الجدول رقم 5 أصحاب المصلحة المحتملين في الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها ومسؤولياتهم/إجراءاتهم

فئة أصحاب المصلحة/ مستوى الأهمية	الوصف	المسؤوليات/الإجراءات المحتملة
أصحاب المصلحة الرئيسيين: *أصحاب الحقوق القائمة على الأسرة والمجتمع- النهج القائم على حقوق الإنسان (HRBA)*	**بما في ذلك:** الفتيات والفتيان والنساء والرجال، أي جميع أفراد المجتمع، بما في ذلك الأطفال والشباب وكبار السن، ورؤساء الأسر العازبين، والأيتام والمعوقين، والأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (PLWHA)، وما إلى ذلك. الأطفال في وخارج المدرسة؛ بائعي الغذاء والماء.	• التخطيط والعمل المجتمعي للتأهب للكوليرا، والمشاركة في فرق العمل المحلية أو مجموعات العمل. • إدارة والحفاظ على المياه والمراحيض ومرافق غسل اليدين المنزلية والمجتمعية. • استخدام المياه الصالحة للشرب، والتخلص من الفضلات بطريقة آمنة وممارسة النظافة الشخصية والغذائية الآمنة. • تغذية الرضع بشكل آمن، غسل اليدين بالصابون في الأوقات الحرجة (بعد التغوط أو التعامل مع البراز، قبل إعداد الطعام، أو تغذية الطفل أو الأكل)، واستعمال وصيانة المراحيض. • استخدام محلول الإماهة الفموية لمعالجة الجفاف ومساعدة الآخرين للوصول إلى المرفق الصحي بسرعة عندما يمرضون. • تثقيف الأقران على القيام بممارسات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الآمنة وأهمية تغذية الرضع بشكل آمن واستخدام محلول الإماهة الفموية. • بيع واستخدام المياه الصالحة للشرب لإعداد الأطعمة والمشروبات. • ممارسة النظافة الغذائية الآمنة في أماكن تناول الطعام. • رصد الحالات الجديدة وإبلاغ العاملين في مجال الصحة.
أصحاب المصلحة الثانويين: *أصحاب المسؤوليات القائمة على المجتمع- النهج القائم على حقوق الإنسان HRBA*	**بما في ذلك:** المدارس/ المعلمين. المؤسسات الدينية/القادة. العاملين في مجال الصحة المجتمعية على مستوى القرية (والمرشدين الآخرين). أفراد المجتمع ذوي التأثير (القادة، والقابلات التقليديات، والشيوخ، الخ). جماعات المجتمع (النساء والشباب والرياضيين). القطاع الخاص على المستوى المجتمعي (أصحاب المحلات الذين يبيعون منتجات معالجة المياه المنزلية، محلول الإماهة الفموية، الخ). الأشخاص الذين قد يكونون مؤثرين في المنطقة المحلية (موظفي الكليات المحلية والسكان المحليين المعروفين/المشاهير). مجموعات و/أو أندية المرأة والشباب (وغيرها من الفئات المجتمعية). الإعلام المجتمعي (مثل الإذاعة المحلية أو محطات التلفزيون أو المسرح المحلي ومجموعات السينما/ الفيديو المتنقلة).	• الوقاية من الكوليرا من خلال دعم تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية • التخطيط والعمل المجتمعي للتأهب للكوليرا، بما في ذلك الصحة والنظافة. • تعبئة أفراد المجتمع لتبني سلوكيات وممارسات صحية آمنة وإشراك المجتمعات المحلية في أنشطة الوقاية من الكوليرا وفرق عمل الكوليرا المحلية. • توفير التعليم وتحفيز أطفال المدارس على اتخاذ تدابير للوقاية من الكوليرا والاستجابة لها. • توفير القيادة والتحفيز لأفراد المجتمع وأتباع الديانات لاتخاذ تدابير للوقاية من الكوليرا والاستجابة لها. • تسهيل المناقشات داخل المجتمعات المحلية لإزالة وصمة العار المرتبطة بالكوليرا. • توفير التغذية الراجعة إلى السلطات حول نوعية الخدمات المقدمة للمجتمعات. • بيع محلول الإماهة الفموية والصابون والمواد الكيميائية لمعالجة المياه أو المعدات.

فئة أصحاب المصلحة/ مستوى الأهمية	الوصف	المسؤوليات/الإجراءات المحتملة
أصحاب المصلحة الثالثيين: *أصحاب المسؤوليات الوطنيين أو الإقليميين أو الدوليين وفق النهج القائم على حقوق الإنسان HRBA*	بما في ذلك: الحكومة المحلية *(الإدارات ومنها: الصحة، والمياه، والتعليم، والتنمية المجتمعية، والزراعة [15])*. الوزارات *(الصحة، والمياه، والاتصالات، والتأهب للكوارث، والرعاية الاجتماعية وتنمية المجتمع)*. مؤسسات تتمتع بحكم شبه ذاتي *(المسؤولة عن التغذية، والبحوث الطبية، الخ)*. المؤسسات التعليمية *(الجامعات والكليات ومؤسسات التدريب الأخرى، على سبيل المثال، تلك التي تدرب علماء الأوبئة، والأطباء، والممرضين والأخصائيين الاجتماعيين، وأخصائيين الصحة العامة، والصحة البيئية، أو الماء والصرف الصحي)*. القطاع الخاص *(توفير الإمدادات، ودعم جهود التعزيز)*. المشاهير الوطنيين المؤثرين أو نجوم الرياضة. المنظمات غير الحكومية وحركة الصليب الأحمر *(وكالات الأمم المتحدة الوطنية والدولية وشركائها، على سبيل المثال، منظمة الصحة العالمية واليونيسف ومكتب تنسيق الشؤون الإنسانية)*؛ والجهات المانحة *(ثنائية الأطراف، من جانب واحد، والسفارات، والقطاع الخاص)*.	• الوقاية من الكوليرا من خلال دعم تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وكذلك اللقاحات عند الاقتضاء. • تخطيط التأهب والإجراءات المرتبطة به. • التنسيق على المستويات العابرة للحدود، والوطنية، والإقليمية، والمحلية. • دراسات المراقبة والدراسات الوبائية. • التحقيق في تفشي المرض. • تخطيط وتحديد أولويات الأعمال وإدارة الاستجابة لتفشي المرض. • توفير الإرشاد والمعايير الفنية. • التأكيد المختبري للضمة الكوليرية. • اختبار ورصد نوعية المياه. • إنشاء مواقع لعلاج الكوليرا. • التقييم السريري وإدارة الحالة. • دعم الخدمات اللوجستية وسلسلة التوريد لمنع حدوث نقص في مواد العلاج الحرجة. • الدعم النفسي لمرضى الكوليرا وأسرهم. • الاتصالات المتكاملة (وسائل الإعلام والاتصال بين الأشخاص). • تعبئة المجتمع. • دعم وتشجيع ورصد عمل العاملين الاجتماعيين. • توفير خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. • التدريب على جميع المستويات. • مراقبة سلامة الأغذية في منافذ الطعام. • الرصد والإبلاغ. • التمويل.

15 تعمل فرق التعبئة عبر القطاعية أحياناً، على مستوى الحكومة المحلية، على مشاريع خارج القطاع الخاص بها. وفي حالات تفشي المرض على نطاق الواسع، من الممكن استدعاء موظفين من خارج القطاعات المعتادة لدعم جهود الاستجابة.

5.4 إدارة البيانات والمعلومات

تحتاج البيانات الدقيقة والمتسقة التي يتم جمعها بشكل منهجي إلى أن يتم تصنيفها وتحليلها وتقييمها قبل أن يتم عرضها على صنّاع القرار لاتخاذ الإجراءات. وتحتاج هذه العملية ليس فقط لأن تكون في الوقت المناسب، ولكنها تتطلب التحديث المستمر وإعادة التقييم. كما يحتاج المستجيبون لأزمات الكوليرا إلى فهم كل من قيمة البيانات ومحدوديتها. حيث تسمح السجلات بتوليد خطوط الأساس والمقارنات (الزمانية/الجغرافية) بحيث تكون القرارات المتخّذة هي قرارات مستنيرة.

5.4.1 دورة إدارة المعلومات

تتضمن إدارة المعلومات في سياق تفشي الكوليرا جمع ومعالجة وتحليل ونشر المعلومات[16]. وتشمل دورة إدارة المعلومات ما يلي:

ا. **جمع البيانات والمعلومات الخام** – من خلال مراقبة المرض، والتحقيق في تفشيه، ومعدلات المخزون والاستخدام للوازم والتقييمات الأخرى.

ب. **تنظيم البيانات والمعلومات** – عرضها بطريقة تسمح بمشاركتها، كما هو الحال في تقرير التقييم أو مصفوفة "من يفعل ماذا، أين، ومتى" (4W).

ج. **تحليل المعلومات والتعلّم منها** – من خلال تحليل البيانات الوبائية وتحديد الثغرات في الاستجابة حسب الموقع.

د. **يمكّن تطبيق المعرفة من اتخاذ القرار والإجراءات الملائمة** – من خلال الاستجابة في المناطق الأشد احتياجاً والتي تم تحديد الفجوات فيها.

ه. **رصد الأنشطة** – جمع المعلومات والبيانات لتحليلها وتعديل الاستجابة المستمرة.

و. **نشر المعلومات المجمعة والمفسّرة، مع الإجراءات والأنشطة اللازمة أو التي تم اتخاذها.**

لا بدّ أن تكون معلومات تفشي الكوليرا في متناول جميع المشاركين في جهود التأهب والاستجابة بطريقة مناسبة وفي الوقت المناسب. حيث تلعب آليات التنسيق دوراً رئيسياً في جعل عملية نشر المعلومات عملية فعالة ومفيدة ويمكن التحكم بها.

16 تم اقتباس مجموعة من المعلومات الواردة في هذا القسم من: مشروع تنسيق مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية العالمية، *دليل عمل تنسيق المجموعة، إرشاد عملي لجميع المشاركين في مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية*، كانون الثاني 2009، للمراجعة الميدانية.

5.4.2. كيفية إدارة المعلومات

لا بدّ من اتخاذ قرارات منسّقة حول ما يلي:

- ما هي البيانات التي تحتاج إلى تجميع؟
- من الذي سيقوم بجمع البيانات؟
- كيف سيتم تنظيم البيانات، أي جمعها وتوثيقها وتخزينها (قواعد البيانات ونظم المعلومات الجغرافية، والتقارير الإلكترونية)، ومن الذي سيقوم بإدارة هذه العملية؟
- من سيقوم بتحليل البيانات والإبلاغ عن النتائج (علماء الأوبئة، أخصائي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، أخصائي الصحة الوقائية، صيدلي)؟
- كيف سيتم نشر المعلومات الناتجة (البريد الإلكتروني، والاجتماعات، والتقارير، والإذاعة والتلفزيون)؟
- كيف سيتم جمع ردود الفعل على المعلومات المتبادلة، واعادة ادخالها في دورة التخطيط (ردود الفعل من الجمهور، من الجهات الفاعلة في الاستجابة، من وسائل الإعلام)؟

خلال حالات تفشي الكوليرا الواسعة النطاق، عادة ما تكون هناك حاجة لوجود موظفين متفانين لإدارة البيانات والمعلومات على مختلف المستويات. وفيما يلي بعض الأدوار التي يمكن للموظفين الحاليين القيام بها وتلك التي تتطلب موظفين متخصصين:

- مدير معلومات
- موظفي إدخال البيانات
- علماء أوبئة
- أخصائي الصحة البيئية
- أخصائي قواعد البيانات
- أخصائي نظم المعلومات الجغرافية
- أخصائي العلاقات الإعلامية
- أخصائي تطوير الويب
- مزود خدمات الترجمة
- ضابط التقارير.

تلميح

إدارة البيانات والمعلومات

- حافظ على أدوات إدارة المعلومات (IM) بسيطة قدر الإمكان وعلى مطالب المعلومات في أدنى حد ممكن.
- قم بإجراء اتصالات منتظمة للمساعدة في بناء شبكات وعلاقات، ولجمع معلومات حديثة.
- لا تقلل من حجم العمل الذي تنطوي عليه إدارة المعلومات، وقم بتعيين موظفي إدارة معلومات مخصصين لدعم الاستجابة لتفشي المرض.
- كن على علم بالتحديات في جمع المعلومات، ولا سيما بسبب التلاعب في المعلومات (لأسباب سياسية، ومالية، وثقافية ومرتبطة بالقدرات).
- قم بتقديم صيغ ومبادئ توجيهية بشأن نوعية المعلومات المطلوبة، واستفد من الدعم الإداري لمتابعة سير العمل.

يمكن الاطلاع على الأقسام التالية للحصول على مزيد من المعلومات حول جوانب محددة من إدارة المعلومات:

- تبادل المعلومات من خلال التنسيق – القسم **5.2.4**
- التنسيق والاتصالات عندما لا يتم الإعلان عن الكوليرا – القسم **5.2.5**
- العمل مع وسائل الإعلام، بما في ذلك في مجال التوجيهات والنصائح، والعمل كذلك مع وزارة الاتصالات أو المعلومات – القسم **7.2.3**
- الرسوم البيانية ورسم الخرائط الخاصة بالأوبئة – القسم **3.3.5**
- الرصد والإبلاغ – القسم **3.3**

المصادر الرئيسية

المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية لمؤتمر الصحة، العمل المشترك بين القطاعات للاستجابة لمرض الكوليرا في زيمبابوي: من الاستجابة لحالات الطوارئ إلى بناء المؤسسات، تشرين الأول 2011.

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية/الصحة في الصومال، أدوار ومسؤوليات الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والاتصالات من أجل الاستجابة للإسهال المائي الحاد/ الكوليرا، شباط 2012.

6 التأهب للكوليرا

6.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 6

التأهب للكوليرا هي عملية ضمان التأهب لتفشي الكوليرا بشكل مسبق، بحيث تكون الاستجابة أكثر فعالية؛ ويكون الموظفون على دراية بما يجب عليهم القيام به، وتتوفر الإمدادات المطلوبة ويتم الاتفاق على أنظمة التنسيق والاتصال والرصد والدعم مسبقاً. ومن مهم بشكل خاص ضمان التأهب للكوليرا في البلدان ذات الصفات التالية:

- التي تكون الكوليرا متوطنة فيها.
- كان فيها انتشار للكوليرا خلال السنوات 3-5 الأخيرة.
- حدوث حالات تفشي الكوليرا في دول مجاورة ضمن المنطقة الجغرافية نفسها (والتي يمكن أن تؤدي إلى انتقال المرض عبر الحدود)

وتوفّر الملاحق التالية معلومات تفصيلية عن الخطوات والأنشطة، فضلاً عن أمثلة عن المبادئ التوجيهية وخطط العمل الخاصة بالتأهب والاستجابة.

ملخص الملاحق

الملحق 6A	القائمة المرجعية للتأهب للكوليرا والاستجابة لها
الملحق 6B	أمثلة عن الإرشادات التوجيهية الخاصة بالكوليرا
الملحق 6C	تقييم المخاطر والقدرات
الملحق 6D	خطط التأهب والاستجابة: المحتويات والأمثلة
الملحق 6E	إطار العمل المنطقي المقترح للتأهب والاستجابة للكوليرا
الملحق 6F	المهارات الأساسية والاحتياجات التدريبية لفريق العمل الأساسي الخاص بالكوليرا
الملحق 6G	بناء القدرات: طرق وأمثلة عن التدريب والمواد التدريبية الخاصة بالكوليرا

6.1.1 الاختلافات بين التخطيط للتأهب، والطوارئ، والاستجابة

خطة التأهب: تحدد الخطوات اللازمة للتحضير لتفشي الكوليرا، بما في ذلك تحليل الفجوة وأنشطة بناء القدرات (التدريب، الاتفاق المسبق على المعايير، والرسائل، وغيرها)، والتخزين المسبق للإمدادات، وتكييف ووضع مواد الإعلام والتعليم والاتصالات بشكل مسبق، وتحديد الشركاء والاتفاق مسبقاً على تنفيذ الاستجابة، من بين أمور أخرى. وهي تتضمن أيضاً معلومات عن الاستجابة في حال تفشي المرض (خطة الاستجابة) والاحتياجات والموارد اللازمة لتلبية هذه الاحتياجات.

خطة الطوارئ: تنظر في السيناريوهات المختلفة (لحالات التفشي الصغيرة والمتوسطة والكبيرة) وتحدد تدابير التأهب والاستجابة لكل سيناريو. وعادة ما يتم تطويرها لمعالجة أزمة ناشئة.

خطة الاستجابة: تحدد الإجراءات الواجب اتخاذها استجابة لتفشي الكوليرا، بما في ذلك من سيقوم بماذا، وأين ومتى.

وفي الحالة المثالية، تقوم الحكومة الوطنية بقيادة عملية التأهب من خلال توفير إطار للالتزام الوطني بالعمل الذي يلخص الأمور التي من المتوقع أن تقوم بها الحكومة وأصحاب المصلحة الآخرين من ذوي الخبرة في مجال الكوليرا، وذلك لدعم جهود التأهب على جميع المستويات. وينبغي أن تشمل وضع خطط طويلة الأجل تخص القدرات وذلك ضمن خطط التأهب لتفشي الكوليرا والاستجابة لها وتلك الخاصة بقطاعات محددة.

6.1.2 عناصر التأهب للكوليرا

يبين الشكل 6 لمحة عامة عن عدد من إجراءات التأهب المتعلقة بالكوليرا. ويتناول هذا الفصل بعضاً من هذه العناصر؛ ويمكن العثور على البعض الآخر في هذه الأدوات.

تتحول هذه العناصر إلى إجراءات ضمن عملية التأهب. ويختلف ترتيب الخطوات التي يتعين اتخاذها وفقاً للمستوى القائم للتأهب داخل البلاد. انظر الملحق **6A** لاستعراض القائمة المرجعية للتأهب للكوليرا والاستجابة لها مع الأنشطة المصنفة حسب العنصر والملحق **6E** للحصول على إطار عمل منطقي مقترح لمراقبة أنشطة التأهب والاستجابة.

6.2 السياسات والاستراتيجيات والمبادئ التوجيهية الوطنية

الكوليرا هي أحد الأخطار التي ينبغي النظر إليه كجزء من تقييم المخاطر الوطنية الذي تقوم به السلطات الوطنية لإدارة الكوارث، وبالتالي دمجها في خطط التأهب والاستجابة لإدارة الكوارث الوطنية وكذلك السياسات والاستراتيجيات القطاعية. انظر القسم **5.3** للاطلاع على مسؤولية أصحاب المصلحة الرئيسيين.

وينبغي أن تتضمن المبادئ التوجيهية للكوليرا المعايير المطلوبة، سواء كانت وطنية أو دولية، التي حددتها منظمة الصحة العالمية (مثل المراقبة وإدارة حالات الإنذار المبكر أو نوعية المياه)، أو تكييفها لتناسب السياقات الوطنية ودون الوطنية.

استناداً إلى السياق الوطني، ينبغي أن تدعم جهود التأهب الحكومة لوضع مبادئ توجيهية حول الكوليرا بين القطاعات (والتي تغطي قطاعات/مجالات الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتغذية والحماية والتعليم، والاتصالات) ونشر وتدريب الموظفين على استخدامها.

تم تلخيص عدد من المبادئ التوجيهية المفيدة حول الكوليرا (التي وضعتها الحكومة ومجموعات العمل القطاعية، والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات البحثية) في الملحق **6B**، الذي يعرض أمثلة عن الإرشادات التوجيهية الخاصة بالكوليرا، وملخص مع وصف وروابط إلى الأمثلة.

6.3 تخطيط التأهب والاستجابة

تهدف خطة التأهب للكوليرا والاستجابة لها إلى تحقيق ما يلي:

- وضع إطار عمل منّسق لإجراءات التأهب التي يمكن أن تساهم فيها جميع الجهات الفاعلة.
- تقديم لمحة عامة عن توافر شركاء محددين من ذوي الخبرات والمهارات المتعلقة بالكوليرا.

الشكل رقم 6 | لمحة عامة عن إجراءات التأهب ذات الصلة بالكوليرا

- تقديم المعلومات والإرشادات التي يمكن تعبئة الموارد في ضوئها.
- توفير إطار لرصد وتقييم والتعلّم من الاستجابة.
- المساعدة، من خلال عملية التخطيط، في تطوير العلاقات والشراكات مع جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين.

6.3.1 تقييم مخاطر الكوليرا والمعلومات الأساسية عن التأهب

من المهم، ضمن إطار عملية التخطيط للتأهب، القيام بتقييم المخاطر وجمع وتحليل بعض المعلومات الأساسية لتحديد المناطق والسكان الذين هم أكثر عرضة لخطر تفشي المرض، والمكان الواجب استهدافه بالتدخلات. كما سيدرس هذا التقييم أيضاً مواطن الضعف لدى السكان وقدرات المجتمعات، وأنظمة الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. انظر الملحق **6C** للحصول على تقييم المخاطر والقدرات. ويمكن أن تشمل المعلومات الأساسية:

- معلومات عن الاتجاهات الماضية للكوليرا والأوبئة.
- الأنماط الموسمية ومخاطر الفيضانات.
- تحديد المناطق المعرضة لخطر انتقال المرض وطرق الانتقال المحتملة (تغطية تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والمناطق ذات الكثافة السكانية العالية، وتحركات السكان، وما إلى ذلك).
- تحديد الفئات السكانية الضعيفة (المهمشة، التي يصعب الوصول إليها، زتغطية الخدمات الصحية، واتجاهات المرض للأمراض الشائعة التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض والوفيات، وتغطية اللقاحات).
- تحديد ورسم خرائط للمرافق الصحية لمعالجة الحالات والمناطق المقبولة لإقامة مراكز علاج الكوليرا، ووحدات علاج الكوليرا ونقاط الإماهة الفموية.
- تحديد ورسم خرائط لمصادر المياه ومراكز التلوث (حقول التغوط ومجاري الصرف الصحي المفتوحة، وما إلى ذلك)
- قدرة قطاع الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والقطاعات الرئيسية الأخرى على الاستجابة (بما في ذلك الموارد البشرية، وموارد الإمداد والتمويل).

6.3.2 محتوى خطة التأهب والاستجابة للكوليرا

ينبغي أن تشتمل خطة التأهب والاستجابة للكوليرا على الأقسام التالية. انظر الملحق **6D** للحصول على محتوى تفصيلي لكل قسم من الخطة.

الجدول رقم 6 محتوى مقترح لخطة التأهب والاستجابة للكوليرا

القسم من الخطة	مثال على المعلومات الأساسية
بيان المشكلة	المعلومات الوبائية الأساسية ومستوى الاستجابة
معلومات سياقية	الحقائق القطرية، المعلومات ذات الصلة بتغطية المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وقدرة قطاع الصحة، وتقييم الاحتياجات وآليات التنسيق
الأهداف والنتائج الاستراتيجية	تحديد مجالات التركيز الرئيسية لوضع الأهداف
سيناريوهات الطوارئ (اذا كانت خطة للطوارئ)	الخطوط العريضة للأحداث المحتملة والمعالم والآثار المحتملة
استراتيجيات وإجراءات التأهب	التنسيق ونظم المعلومات، ورسم خرائط للشركاء والمرافق الصحية، والمراقبة والإنذار المبكر، ومعلومات عن السلوكيات والمشاركة المجتمعية، والقدرة على الشراء وتخزين الإمدادات.
استراتيجيات وإجراءات الاستجابة	فهم الوضع، وتقديم الخدمات لإدارة الحالة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتدخلات والاتصالات المجتمعية.
الرصد والإبلاغ	رصد البيانات والبرامج
إجراءات لتفعيل ومراقبة ومراجعة الخطة	اعتماد الخطة وتفعيلها، وملخّص المسؤوليات وإجراءات الاتصالات.
ملخص تقديرات التكاليف	تكاليف المواد والمعدات والموارد البشرية.

6.3.3 عشر خطوات أساسية في التخطيط للتأهب والاستجابة

الخطوة 1 : قم بدعوة جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين المشاركين في التنسيق والاستجابة لتفشي المرض لحضور ورشة عمل تهدف للتخطيط. ويكون هذا اللقاء فرصة جيدة لتعريف/إعادة تقييم نظام تنسيق وإدارة معلومات الكوليرا. وهو أيضاً فرصة لبناء العلاقات والشراكات.

الخطوة 2: قم بتحديد المناطق الجغرافية والسكان المعرضين للخطر: اجمع المعلومات السابقة حول تفشي واتجاهات الإسهال المائي الحاد /الكوليرا بما في ذلك البيانات الروتينية الوبائية، وتقارير الحالة الماضية والخرائط، والمعلومات الروتينية حول المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتغطية الصحية وأية معلومات سياقية أخرى مثل البيانات الموسمية، والتحديثات المتعلقة بالصراع، ومواقع مخيمات اللاجئين والنازحين، وما إلى ذلك (انظر القسم **2.3.3** لمعلومات حول المخاطر). إذا كانت المعلومات غير متوفرة بسهولة، عليك إجراء الاستعراضات المكتبية وتقييم المخاطر على المستوى الميداني لتحديد المناطق والسكان المعرضين للخطر (انظر الملحق **6C** للاطلاع على تقييم المخاطر والقدرات). قم بتقدير عدد الأشخاص الذين قد يتأثرون في حال تفشي المرض (انظر القسم **3.3.5**). ويمكنك الاطلاع على الملحق **3J** للحصول على جداول بيانات التخطيط.

الخطوة 3: في حال وجود خطة للتأهب والاستجابة بما في ذلك الاتصالات، فعليك مراجعة الخطة وتحديثها وفقاً لذلك. وإن لم تكن موجودة، فعليك وضع الخطة (الملحق ما زال قيد التطوير).

الخطوة 4: قم بمراجعة المبادئ التوجيهية الأساسية والسياسات والإجراءات، حسب توافرها. وإذا كانت قديمة، فعليك تحديثها وفق أحدث المعايير.

الخطوة 5: قم بتحديد ورسم خرائط للشركاء (بما في ذلك من سيقوم بماذا وأين)، والمرافق الصحية، وأنظمة المراقبة، والإنذار المبكر، وهياكل المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية مثل نقاط المياه وشبكات الصرف الصحي. وتحليل قدرات الشركاء وهذه الخدمات لجهة التأهب والاستجابة لتفشي المرض. لمزيد من التفاصيل، انظر الملحق **6C**.

الخطوة 6: تحديد الموظفين الوطنيين ليتم تدريبهم في مختلف التخصصات، مع وضع جدول زمني تقريبي لإنجاز ذلك، أو أولئك الموظفين الذين ينبغي تدريبهم وفقاً للمناطق الأكثر تضرراً. انظر الملحق **6F**.

الخطوة 7: قم بتقدير التوافر الحالي للإمدادات، وتوفير الاحتياجات بناء على تحليل المخاطر، الذي يشمل نظام المشتريات القائم والخدمات اللوجستية للتخزين والتوزيع. انظر الملحق **3J** للحصول على جدول بيانات خاص بالتخطيط.

الخطوة 8: قم بتقدير الأموال المتاحة ومصادر التمويل للوقاية والتأهب والاستجابة.

الخطوة 9: قم بإجراء عملية محاكاة، إذا كان ذلك ممكناً، لممارسة عمليات الاستجابة قبل حدوث تفشي المرض.

الخطوة 10 : قم برصد خطة التأهب بانتظام وتعديلها وفقاً لذلك. انظر الملحق **6E** لمعلومات حول إطار العمل المنطقي للتأهب والاستجابة، وأمثلة على الأهداف والنتائج المتوقعة والنتائج والمؤشرات والأنشطة.

في البلدان المعرضة للإصابة بالكوليرا، ينبغي أن تكون خطط التأهب جاهزة على المستويات دون الوطنية، حسب المنطقة، أو الحي أو ما يعادلها، اعتماداً على حجم وهيكل الدولة. وينبغي أن تستند الخطط على الإطار المحدد في الخطط الوطنية، وأن تركّز على الاحتياجات الخاصة والمجالات ذات الأولوية للتدخل في سياق معين. يمكنك الاطلاع على القسم **9.5** حول تأهب المجتمع للكوليرا.

نتيجة لحقيقة أن مرض الكوليرا قادر على عبور الحدود، فقد تكون هناك حاجة لوجود خطط التأهب والاستجابة للكوليرا على مستوى إقليمي أعلى، أي على المستوى القاري، بالمقارنة مع تلك الإقليمية الخاصة ببلد واحد، وذلك لدعم جهود الاستجابة بين البلدان المتضررة.

6.4 الموارد البشرية

6.4.1 الموارد البشرية اللازمة للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها

لا بد من تحديد المواد البشرية وتدريبها وتجهيزها لأنشطة الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة، ولا سيما الموظفين والأفراد التاليين:

- **الأفراد ذوي الصلة بالصحة** – الأطباء؛ الممرضات؛ خبراء الصحة العامة؛ علماء الأوبئة؛ فنيو المختبرات؛ الصيادلة؛ مدراء المخزون/الإمداد؛ مدراء المستشفيات/العيادات؛ مسجلو البيانات/المحللون.
- **موظفو الدعم في المرافق الصحية** – مدراء الموقع؛ المتخصصون بالخدمات اللوجستية؛ أخصائيو المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية؛ مصنّعو الكلور؛ عمال التنظيف/ الغسيل؛ الحراس؛ الطهاة.
- **موظفو المياه والصرف الصحي والصحة البيئية** – منسقو المياه والصرف الصحي/الصحة العامة؛ مهندسو المياه والصرف الصحي/مهندسو الصحة العامة؛ مسؤولو الصحة البيئية؛ أخصائيو جودة المياه.
- **العمال المجتمعيون في مجال تعزيز النظافة** – منسقو تعزيز النظافة؛ أخصائيو تعزيز النظافة على المستوى الميداني؛ أخصائيو التعبئة المجتمعية/ عمال الصحة المجتمعية.
- **موظفو العمليات/الدعم** – المسؤولون عن الخدمات اللوجستية؛ مسؤولو الإمداد؛ موظفو الشؤون المالية والادارية؛ مسؤولو الموارد البشرية.

- **القادة والمحترفون على مستوى المجتمع المحلي** – قادة المجتمع؛ الزعماء الدينيون؛ قادة المنظمات الأخرى، بما في ذلك المهنية ورؤساء منظمات المرأة؛ المعلمون والمدرسون الرئيسيون؛ ممثلو المنظمات المجتمعية؛ حراس السجن.
- **وسائل الإعلام** – صحفيو الأخبار، وخبراء الإذاعة والتلفزيون والصحافة / الإعلام (لدعم استجابة الحكومة).

يمكنك الرجوع إلى **الملحق 6F** للحصول على قائمة بالموظفين الرئيسيين المطلوبين للتصدي لوباء الكوليرا، والمهارات الأساسية التي يحتاجونها من أجل وظائفهم والمواضيع التي يتعين إدراجها في تدريبهم.

يمكنك الرجوع إلى **القسم 7.5.3** للحصول على معلومات حول الموارد البشرية من أجل التعبئة المجتمعية، **والقسم 8.4.4** لمعلومات حول الموارد البشرية من أجل المنشآت الصحية ومواقع العلاج، **والملحق 8G** لمزيد من التفاصيل حول أعداد الموظفين اللازمين للأنواع المختلفة من المرافق.

الوصف الوظيفي ودعم المساندة

من المهم توفّر وصف وظيفي مبسّط لجميع الموظفين، بما في ذلك العاملين في مجال التوعية (بشكل طوعي أو مدفوع) وذلك لتحديد بوضوح ما هو متوقع منهم. يرجى الاطلاع على بطاقات (التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات).

وينبغي أيضاً إعلام موظفي التوعية بشكل واضح حول الأماكن التي يمكنهم الحصول فيها على المساعدة والمشورة إذا وُجّهت إليهم، على سبيل المثال، أسئلة صعبة في الميدان أو إذا شعروا بأنهم لا يحرزون تقدماً في عملهم.

6.4.2 تسريع نشر الأفراد للاستجابة للكوليرا (النشر العاجل)

بالنظر إلى أن تفشي الكوليرا يمكن أن يتطور وينتشر بسرعة كبيرة، لا بد من نشر الأفراد بأسرع وقت ممكن. حيث يجب أن تحدّد خطة التأهب والاستجابة الموظفين الرئيسيين اللازمين للاستجابة وأن تشتمل أيضاً على نماذج الوصف الوظيفي أو اختصاصات الوظائف المتوقعة. إن توفّر هذه الوثائق سيعجّل من عمليات التوظيف. من الممكن أيضاً استخدام الإجراءات التالية لتسريع نشر الأفراد:

- استصدار تعليمات من الحكومة لنقل الموظفين بشكل مؤقت – نقل موظفي الدعم من خارج منطقة التفشي للاضطلاع بأدوار تعمل على الاستجابة.
- الاستعانة بالأطباء والممرضات من المتدربين – للعمل جنباً إلى جنب مع وتقديم الدعم إلى الأطباء والممرضين ذوي الخبرة والمؤهلين الذين يعملون في المنطقة (المناطق) المتضررة من تفشي المرض.
- اتفاقيات التأهب بين الشركاء – لتسهيل التوافر الفوري للموظفين في بداية تفشي المرض (يمكن أن تكون هذه

الاتفاقات وطنية أو إقليمية أو عالمية النطاق)

- مذكرات التفاهم – الاتفاقات مع الجهات الفاعلة الأخرى في القطاع للعمل التعاوني المشترك على الاستجابة السريعة في بداية حالة الطوارئ.
- استخدام قوائم الموظفين لحالات الطوارئ – تحديد الموارد البشرية بشكل مسبق من خلال منظمات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص.
- استخدام موظفي شريك عالمي متأهب لحالات الطوارئ – إشراك موارد إضافية من خلال شبكة الإنذار والاستجابة العالمية لتفشي الأمراض (GOARN) أو آليات شريك آخر متأهب.

6.4.3 تطوير القدرة على الاستجابة للكوليرا

التحديات التي تواجه تطوير القدرة على الاستجابة أثناء تفشي المرض – ينبغي إعطاء الأولوية لبناء قدرات العاملين في الاستجابة للكوليرا كعنصر أساسي للتأهب. فمن الصعب جداً بناء القدرات بمجرّد أن يبدأ تفشي المرض حيث أن الأفراد غالباً ما يعملون لساعات طويلة وغير منتظمة، ويعانون من الإرهاق وصعوبة ترك مهامهم. ومع ذلك، وأثناء حصول الوباء في الأماكن التي لم تكن الكوليرا موجودة فيها أو لم تحدث منذ بعض الوقت، فإن القيام ببناء القدرات أثناء تفشي المرض سيكون أمراً لا مفر منه.

تنسيق بناء القدرات – في الوضع الأمثل، يجب أن تقوم فرقة العمل الوطنية لمكافحة الكوليرا أو فرقة عمل تفشي الأمراض بتنسيق عمليات رسم خرائط القدرة، وتقييم احتياجات القدرات ووضع خطة بناء القدرات وتنفيذها ورصدها.

بناء القدرات على المدى الطويل – يجب، على المدى الطويل، إدراج مواضيع الوقاية والتأهب والاستجابة في المناهج الدراسية لجميع الدورات التربوية/ التدريبية المهنية القياسية في الاختصاصات الطبية، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتغذية، والتنمية المجتمعية، والحماية من قبل المؤسسات الحكومية والأكاديمية.

تطوير القدرة على الاستجابة للكوليرا – يحدد الجدول التالي الخطوات لوضع خطة لبناء القدرات وتنفيذها ورصدها. ويحدد الموارد الإضافية لاحتياجات بناء القدرات، وأمثلة من المواد التدريبية القائمة وأمثلة من دراسة الحالة. ويعرض **القسم 10.2** خيارات اليونيسف المختلفة لتعبئة الموارد البشرية.

الجدول رقم 7 تطوير القدرة على الاستجابة للكوليرا

الخطوات	معلومات اضافية
رسم خرائط القدرات تقييم القدرات القطاعية في كل مستوى حول الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها	• *مثال على تحليل أصحاب المصلحة* – وزارة الصحة العامة والصرف الصحي، حكومة جمهورية كينيا (2011، مسودة) خطة متعددة القطاعات للوقاية من الكوليرا ومكافحتها، 2011-2012 • *مثال على رسم خرائط القدرات* – التأهب لحالات الطوارئ في تنزانيا فيما يخص قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
بناء القدرات وتقييم الاحتياجات تحديد احتياجات بناء القدرات، والمناطق الجغرافية ذات الأولوية في القطر والفئات المستهدفة ذات الأولوية	• الملحق **6F** – المهارات الأساسية والتدريب لمكافحة الكوليرا
خطة بناء القدرات تتضمن الإجراءات، والأساليب المحددة، والفئات المستهدفة والجدول الزمني. وتشمل إدماج دروس الوقاية والتأهب والاستجابة في المناهج الدراسية لجميع الدورات التربوية/ التدريبية المهنية القياسية في الاختصاصات الطبية، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتغذية، والتنمية المجتمعية، والحماية.	• الملحق **6G** – بناء القدرات– طرق وأمثلة عن التدريب والمواد التدريبية الخاصة بالكوليرا • القسم **8.4.4** – الموارد البشرية للمرافق الصحية ومواقع المعالجة
تحديد الموارد اللازمة لبناء القدرات المالية، والمواد التدريبية والمدربين، الخ	• القسم **6.6** – تعبئة الموارد
تنفيذ خطة بناء القدرات	
الإشراف على المتدربين ورصد الآثار	الفصلين **8** و **9** – رصد البرامج والإبلاغ

6.5 الإمدادات / المخزونات

يمكن أن يؤدي التخزين المسبق لإمدادات /مخزونات التأهب الخاصة بمرض الكوليرا إلى مزيد من الفعالية في الاستجابة. يرجى الاطلاع على النصائح التالية حول الاعتبارات التي لا بدّ من النظر فيها عند تأسيس مخزون التأهب.

تحديد مواصفات مخزونات التأهب المطلوبة – إعداد قوائم بالإمدادات/ المخزونات المطلوبة كجزء من خطة التأهب والاستجابة. انظر الملحق **3J** للاطلاع على جدول التخطيط واللوازم الأساسية.

مجموعات الكوليرا – تحديد مجموعات الكوليرا الرئيسية المتاحة للشركاء، على سبيل المثال منظمة أطباء بلا حدود، أو منظمة الصحة العالمية، أو حركة الصليب الأحمر / الهلال الأحمر. تذكّر أن المواد الاستهلاكية المشمولة ضمن المجموعات تحمل تاريخ صلاحية، وربما تحتاج إلى تبديل في حال تم حفظها في المخزن لبعض الوقت.

- المستلزمات الطبية – انظر مجموعة منظمة الصحة العالمية المشتركة بين الوكالات لأمراض الاسهال، مجموعة منظمة أطباء بلا حدود لمرض الكوليرا (متوفرة أيضاً باللغة الفرنسية) ومواد المختبرات – انظر مجموعة منظمة الصحة العالمية لأمراض الجراثيم المعوية.
- إمدادات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والخدمات اللوجستية العامة لإنشاء المرافق والمواقع الصحية ذات الصلة بمكافحة عدوى الكوليرا (الملحق **3J**)
- لوازم المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية التي تركز على المجتمع والصحة – راجع (الملحق **3J**)
- لوازم تدخلات الاتصالات، أي التخزين المسبق لمواد الإعلام والتعليم والاتصالات، وتحديد الشركاء، لا سيما الشركاء الذين يعملون على مستوى المجتمع المحلي، بشكل مسبق.

تتوفر مواصفات محددة **لمخزونات التأهب الرئيسية في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية**، بالإضافة إلى دراسة موجزة حول **المواد غير الغذائية الخاصة بقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية**.

رسم خرائط مخزون التأهب – الاضطلاع بمهام رسم خرائط مخزون التأهب الحالي التي يمكن للعاملين في قطاع الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الوصول إليها، وتحديد الثغرات في المخزون. لا يزال مثال على كيفية رسم خرائط مخزون التأهب لقطاع المياه والصرف الصحي في حالات الطوارئ قيد الإعداد.

الملكية، وخيارات التخزين الاستراتيجية والتأمين والخدمات اللوجستية – لا بد من تحديد خيارات التخزين الاستراتيجي للمخزون، حيث يتم ذلك بشكل مثالي داخل مخازن قائمة ذات نظم مراقبة المخزون ودرجات حرارة مناسبة. وسوف تكون هناك حاجة لوجود خطط لوجستية لنقل الإمدادات إلى المستودع الرئيسي ومواقع التخزين الاستراتيجية. وينبغي على كل موقع إمداد أن يحدد نقطة إعادة الطلب استناداً إلى تقديرات معدلات الاستخدام ومرّات إعادة الإمداد، ومن ثم تعديل نقاط إعادة الطلب تلك بناء على نجاح العملية. والهدف من ذلك هو تجنب نفاذ المخزون في جميع أنحاء النظام.

استبدال والتخلص من المواد الاستهلاكية المنتهية الصلاحية – سوف تكون هناك حاجة لتتبع المواد الاستهلاكية وفق تاريخ الصلاحية، على سبيل المثال: المضادات الحيوية، ومواد الحقن الوريدي، والكلور، والمواد الكيميائية الأخرى لمعالجة المياه. وسوف تكون هناك حاجة أيضاً لوضع خيارات للتخلص من المواد بالتشاور مع وزارة الصحة أو السلطة المسؤولة (مثل وكالة البيئة).

إجراءات للحصول على الموافقات وإجراءات التخليص الجمارك – بالنسبة لبعض اللوازم المعينة، مثل المواد الكيميائية لمعالجة المياه والأدوية، فستكون هناك حاجة للحصول على موافقة حكومية/ السجل الصحي قبل أن يتم استيرادها واستخدامها في البلاد. لوازم التي يتم استيرادها، سوف يتعين التفاوض التخليص الجمركي. بالنسبة للوازم الطبية، قد تكون هناك حاجة لإجراءات فحص وتفقد إضافية. ويمكن لإجراء ترتيبات مسبقة مع سلطات الجمارك أن يساعد على تسريع العملية.

6.6 تعبئة الموارد

المجالات التي تحتاج إلى تمويل من أجل الاستجابة للكوليرا– سوف تكون هناك حاجة لتعبئة الموارد لتغطية تكاليف الأنشطة التالية (بالإضافة إلى تكاليف التنسيق والإدارة والموارد البشرية والخدمات اللوجستية):

- الوقاية – المياه والصرف الصحي والنظافة؛ تشجيع الرضاعة الطبيعية؛ تغذية الأطفال؛ اللقاحات؛ تدخلات الاتصال والتعبئة المجتمعية.
- التأهب – التخطيط على جميع المستويات؛ تطوير إجراءات التشغيل القياسية والمبادئ التوجيهية؛ شراء المخزون بشكل مسبق؛ رسم خرائط القدرات وتقييم الاحتياجات؛ تنمية القدرات؛ نظم المراقبة والإنذار المبكر.

- الاستجابة – التحقيق في تفشي المرض وتقييمه؛ التجهيزات والمعدات (الطبية، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والخدمات اللوجستية، الخ)؛ أنشطة الاتصال وتغيير السلوك؛ تدخلات التعبئة المجتمعية؛ تطوير القدرات بشكل مستمر؛ الرصد والتقييم.

خيارات تعبئة الموارد – من المرجح أن تختلف خيارات تعبئة الموارد اعتماداً على ما إذا كان التمويل مطلوباً للأنشطة ذات الصلة بالوقاية أو التأهب أو الاستجابة على النحو المحدد في الجدول التالي:

تلميح

إمدادات التأهب للكوليرا

- عليك بالعمل مع المخازن الطبية التابعة لوزارة الصحة – حيث يكون لديها نظام توريد وخدمات لوجستية قائم بشكل فعلي ويشمل اللوازم الصحية العادية التي يمكن أن تستخدم في بعض الأحيان أيضاً للتأهب للكوليرا والاستجابة لها.
- التنسيق مع الشركاء مثل جمعيات الهلال الأحمر والصليب الأحمر الوطني أو برنامج الأغذية العالمي التي قد تملك مستودعات ذات موقع استراتيجي والتي يمكن استخدامها في الإمدادات الاستراتيجية. ويمكن كذلك لمجموعة الخدمات اللوجستية، إذا تم تفعيلها، أن تكون قادرة على تقديم الدعم أيضاً.
- فكّر في استخدام مجموعات الكوليرا، والتي تشمل الإمدادات الطبية واللوجستية/ المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (الخيام، والمعلبات، والحبال، والأغطية البلاستيكية، وألواح المراحيض، وما إلى ذلك)، لإنشاء المرافق الصحية المرتبطة بالكوليرا بشكل سريع، والتي لا تكون مفيدة بنفس القدر عندما تكون الاستجابة المطلوبة هي استجابة لامركزية، كما هو الحال في المناطق الريفية التي تحتاج إلى مجموعة من المرافق الأصغر. وقد يكون من السهل نسبياً تقسيم المواد الطبية (مثل مواد الحقن الوريدي والمضادات الحيوية) ولكن ليس من السهل تقسيم المواد غير الطبية (مثل الدلاء، وألواح المراحيض، والخيام). انظر الملحق **8E** لمزيد من المعلومات.
- تذكر أن مجموعات الكوليرا ومجموعات معالجة المياه بالمواد الكيميائية سوف تشمل مواد استهلاكية تحمل تواريخ صلاحية. إذا تم الاحتفاظ بالمخزون أو المعدات لوقت طويل نسبياً، فلا بدّ من استبدال المواد الاستهلاكية والتخلص من المواد القديمة.
- تأكّد فيما إذا كان لا بد من طلب التدخل من وزير الصحة للاتصال مع سلطات الجمارك من أجل تسريع الإجراءات الجمركية عند استيراد كميات كبيرة من إمدادات الكوليرا العاجلة. ينبغي أن يتم تقديم هذا الطلب حالما يتم التعرّف على تفشي مرض الكوليرا (سواء تم الإعلان عنه أم أرادات الحكومة الامتناع عن الاعلان عنه بوصفه مرض الكوليرا، ولكنها أقرّت بأن هناك تفشي **لمرض الإسهال المائي الحاد**).

الجدول رقم 8 مصادر التمويل للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها

الإجراء	مصادر التمويل
الوقاية من الكوليرا	يمكن تمويل تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الوقائية على نطاق واسع من قبل بنوك التنمية والجهات المانحة الثنائية (كجزء من برامج التنمية على المدى الطويل – وغالباً كجزء من نهج كامل القطاع . كما تشارك التدخلات الصغيرة المدعومة من المجتمع المدني والقطاع الخاص على نحو متزايد.
التأهب للكوليرا	تعمل اليونيسف على تشجيع الحكومة والشركاء في التنمية (المانحين) وغيرهم لدمج أنشطة التأهب في برامج التنمية على المدى الطويل. ويمكن أن تكون مهمة جمع التبرعات المحددة لأنشطة التأهب أكثر صعوبة ضمن السياقات التي يتوطن فيها المرض، حيث يتفشى وباء الكوليرا على نطاق صغير أو متوسط الحجم. ومن المرجح أن يكون الوصول إلى مصادر التمويل أكثر سهولة في فترات ما بعد تفشي المرض على نطاق واسع. كما قد يكون من الممكن دمج جهود التأهب للكوليرا ضمن مقترحات التأهب لحالات الطوارئ العامة وذلك دعماً للجهود الوطنية لإدارة الكوارث.
الاستجابة للكوليرا	قد تكون الأموال لأنشطة التأهب والاستجابة متاحة من قبل: • الجهات المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف مثل: الوكالة الأمريكية للتنمية، والاتحاد الأوروبي، إيكو، وزارة التنمية الدولية، نوراد. • أموال الطوارئ. صندوق برنامج الطوارئ (اليونيسف فقط)؛ النداءات الموحدة وآليات التمويل المجمّعة؛ الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ؛ عملية النداءات الموحدة؛ الصناديق الإنسانية المشتركة؛ صناديق الاستجابة للطوارئ؛ النداءات الانتقالية والإنعاش المبكر.

لمزيد من المعلومات حول خيارات تعبئة الموارد المتاحة لليونيسف وشركاؤها لمعالجة الكوليرا، يرجى الرجوع إلى القسم **10.2**.

17 لمزيد من المعلومات حول نهج كامل القطاع يرجى زيارة الموقع الالكتروني التالي: www.who.int/trade/glossary/story081/en/

المصادر الرئيسية

الموارد البشرية

وزارة الصحة والسكان في هايتي/ مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، دليل هايتي للتدريب فيما يخص مرض الكوليرا: دورة تدريبية كاملة لمقدمي الرعاية الصحية (2011) (متوفرة باللغة الفرنسية أيضا).

وزارة الصحة والسكان في هايتي/مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، مواد تدريب العاملين في مجال الصحة المجتمعية للوقاية من الكوليرا ومكافحتها (2011) (متوفرة باللغة الفرنسية أيضا).

المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش: برنامج التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات: كامل البرنامج.

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. مكافحة الأوبئة للمتطوعين. دليل تدريبي، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر–سويسرا. (2008)

أوكسفام/مكتب اليونيسف الاقليمي في شرق وجنوب أفريقيا: تدريب على الاستجابة للكوليرا في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

اليونيسف، إرشادات للموظفين الخارجيين في حالات الطوارئ؛ ترتيبات احتياطية (2006)

منظمة الصحة العالمية، خمسة مفاتيح للوصول إلى غذاء أكثر أماناً: مقرر تدريب المدربين.

الإمدادات

اليونيسف، حاسبة الإمدادات، من المطلوب وجود اسم المستخدم وكلمة المرور للوصول إلى شبكة الإنترانت.

منظمة أطباء بلا حدود، قوائم مجموعة الكوليرا (الإمدادات الطبية وغير الطبية لمراكز علاج الكوليرا/ وحدات علاج الكوليرا)

مجموعة قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، مخزونات التأهب الخاصة بمجموعة قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

مجموعة قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية العالمية، المواد غير الغذائية المتعلقة بقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. ورقة إحاطة.

مثال على رسم خرائط مخزون التأهب لحالات الطوارئ في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في تنزانيا.

قائمة معدات قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مراكز علاج الكوليرا في إثيوبيا.

TOC
1
2
3
4
5
6 التأهب للكوليرا
7
8
9
10

7 الاتصالات من أجل التأهب والاستجابة للكوليرا

7.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 7

يسلّط هذا الفصل الضوء على اثنين من أهم مجالات الاتصالات التي تلعب دوراً محورياً في الجهود الناجحة للوقاية والتأهب والاستجابة فيما يتعلق بتفشي الكوليرا: 1) الاتصالات من أجل التنمية (C4D) التي تركّز على قضايا الدعوة والتغيير الاجتماعي والسلوكي على المستوى المحلي و 2) العلاقات الإعلامية، والمناصرة، والاتصال المؤسسي.

ملخص الملاحق

الملحق 7A	استراتيجيات الاتصال
الملحق 7B	خطة الاتصال: نموذج ومثال
الملحق 7C	خطة عمل التأهب الخاصة بالاتصال والقائمة المرجعية لحوادث تفشي الكوليرا
الملحق 7D	أنشطة وقنوات الاتصال للاستجابة للكوليرا
الملحق 7E	الرسائل والإجراءات والسلوكيات الأساسية للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها
الملحق 7F	معتقدات ومفاهيم المجتمع فيما يتعلق بالكوليرا
الملحق 7G	العمل مع المجتمعات المحلية واستكشاف الأخطاء وإصلاحها
الملحق 7H	نموذج خطة العمل للمعلومات والتعليم والاتصال

7.2 مقدمة إلى الاتصالات الخاصة بالكوليرا

تتطلّب السيطرة بنجاح على تفشي الكوليرا تعاون العديد من الجهات المختلفة، وتنفيذ مجموعة متنوعة من التدخلات المختلفة. هذا ويقع الاتصال الفعّال والاستراتيجي بأشكاله المختلفة (وسائل الإعلام والعلاقات الخارجية، والدعوة، وتعزيز النظافة، واتصالات تغيير السلوك، والاتصالات من أجل التغيير الاجتماعي والتعبئة المجتمعية، وما إلى ذلك) في قلب التأهب للكوليرا والاستجابة لها.

حيث أن الاتصال الفعّال والاستراتيجي هو أمر بالغ الأهمية على جميع المستويات. ومن الأمثلة على ذلك:

- الاتصال مع الجمهور حول الوقاية والتأهب والاستجابة، حيث يتم ذلك في كثير من الأحيان من خلال وسائل الإعلام الوطنية والمحلية والمجتمعية التي يمكن أن تلعب دوراً حاسماً.
- الاتصال مع الجهات المانحة والمجتمعات الخارجية لحشد المساعدات والدعم المالي للتأهب للكوليرا والاستجابة لها.
- الدعوة مع صانعي السياسات ومتخذي القرارات لضمان الاهتمام المناسب بتفشي الكوليرا، والوصول إلى السكان الأكثر تضرراً والمهمشين.
- الاتصال بين القطاعات من خلال الممارسين في هذه القطاعات وذلك عبر هياكل التنسيق.
- الاتصال الشخصي بين العاملين في مجال الصحة، والمرضى، ومقدمي الخدمات، والأسر المتضررة، والمجتمعات.
- الاتصال مع المنظمات غير الحكومية/ منظمات المجتمع المدني والمنظمات القائمة على العقائد.

وبسبب الطبيعة الشاملة للاتصالات، تتضمن مجموعة الأدوات هذه فصلاً خاصاً عن الاتصالات والعديد من الإشارات إلى دورها. ويقدم الجدول أدناه لمحة عامة عن الأقسام والفصول التي تتصل مباشرة بموضوع الاتصالات.

الجدول رقم 9 أقسام ضمن مجموعة الأدوات هذه ذات صلة بموضوع الاتصالات

يركّز هذا الفصل على	
الاتصالات – مقدمة، التنسيق، التخطيط والتقييم	القسم 7.2
الإعلام والعلاقات الخارجية	القسم 7.2.3
الدعوة، والتعبئة المجتمعية، واتصالات تغيير السلوك والتغيير الاجتماعي فيما يتعلق بالكوليرا	القسم 7.3 و 7.4
الأنشطة الإضافية المتعلقة بالاتصالات ونقل المعلومات المذكورة ضمن مجموعة الأدوات هذه	
المراقبة، التحقيق في تفشي المرض، البيانات الوبائية، والرصد والإبلاغ	الفصل 3
الموارد البشرية – بما في ذلك بناء القدرات / التدريب	القسم 6.4
معلومات للمرضى والحوار معهم ومع أسرهم	القسم 8.5
مزيد من التفاصيل التقنية حول تقديم الخدمات: التدخلات التي تركّز على المجتمع	الفصل 9

تحقق استراتيجيات الاتصال الفعّالة خمسة معايير رئيسية، فهي: تستند إلى البحوث والأدلة، وقابلة للقياس، وتدمج مجموعة متنوعة من القنوات المختلفة، وتحشد مختلف الجهات الفاعلة، وتُشرك المجتمعات المحلية على مختلف المستويات.

لا تقتصر الاتصالات فقط على توفير المعلومات للمجتمعات المتأثرة؛ حيث أن عليها أن تسهّل المناقشة التشاركية من أجل تحريك العمل المجتمعي والمساهمة في بناء الألفة بين المجتمعات ومقدمي الخدمات. وأخيراً، يجب على الاتصالات أن تدعو صناع القرار في الحكومة إلى تخصيص المزيد من الموارد وخلق سياسات أفضل لمكافحة الكوليرا.

ويجب على الاتصالات أن تكون قائمة على الأدلة، وموجّهة بالنتائج، بالإضافة إلى تسليمها أولاً وبشكل سريع من الميدان بطريقة متّسقة ومقنعة ومتماسكة، فمن حق المجتمعات الحصول على المعلومات. حيث أن القيام بذلك:

- يزيد الوعي والفهم ويشجع التغيير السلوكي والاجتماعي، من خلال توظيف وسائل الإعلام الوطنية والمحلية والمجتمعية، والشبكات/المجموعات الاجتماعية والمنظمات غير الحكومية/ منظمات المجتمع المحلي والتكنولوجيات المتنقلة/ الرسائل النصية.
- يشجّع الدعوة لقيادة التغيير الإيجابي على المستويات المختلفة، على سبيل المثال، العلاقات الخارجية مع الحكومة، ووسائل الاعلام الاجتماعية التي تحض الناس على المشاركة، والمشاركة المجتمعية عبر الحوار والعمل.
- يدعم تعبئة الموارد وجمع التبرعات، على سبيل المثال، من خلال وسائل الإعلام الدولية، والمواقع العالمية، ومقالات الرأي، والقصص الإنسانية، وزيارات وسائل الإعلام الدولية.

انظر الملحق 7A لمراجعة أنواع مختلفة من استراتيجيات الاتصال المستخدمة في إعداد والاستجابة لتفشي الكوليرا.

7.3 كيفية تطوير استراتيجية وخطة الاتصال

يشكّل وضع استراتيجية وخطة اتصال قائمة على الأدلة ومشتركة بين القطاعات (وسائل الإعلام والاتصالات من أجل التنمية) خطوة أولى حيوية في ضمان الاتصال الفعّال. وسوف يساعد جهود الوقاية والاستجابة من خلال:

- توفير معلومات مفيدة متّسقة وفي الوقت المناسب، وتسهيل المناقشة بين الأسر والمجتمعات المعرضة للخطر، وتعزيز الخطوات المناسبة لحماية صحتهم، بما في ذلك تحديد الأعراض والسعي للحصول على العلاج الطبي في وقت مبكر.
- حشد أصحاب المصلحة الرئيسيين، بما في ذلك المجتمعات المتضررة، والإدارات الحكومية، والمجتمع المدني، وقادة الرأي، وقادة المجتمع، ومنظمات المجتمع المدني/المنظمات الدينية، ووسائل الإعلام وذلك بهدف المساهمة في التخفيف من تفشي المرض.

- التنسيق مع جهود إدارة المعلومات (القسم 5.4) وتوفير معلومات محدّثة إلى الأسر، والمجتمعات، ووسائل الإعلام، وأصحاب المصلحة الرئيسيين الآخرين حول سير تفشي المرض والتدابير المتخذة للتصدي له.
- إشراك أفراد المجتمع، بما في ذلك الأطفال والنساء، وتوفير منبر يتّسم بالشفافية للتعبير عن ردود الفعل والاقتراحات من المجتمعات المحلية المتضررة فيما يتعلق بفعّالية تدخلات الكوليرا حتى تكون أصواتهم مسموعة.

ينبغي للاستراتيجية والخطة أن تعالج البرامج المستمرة والمخطط لها وأن تحدّد الأهداف (بما في ذلك السلوكية)؛ والنهج والموارد المادية والمالية والبشرية اللازمة، وكذلك عدداً من الأنشطة المعينة لتنفيذها وتحديد الفئات المشاركة (المعروفة باسم الجمهور المستهدف)؛ والرسائل الرئيسية التي يمكن وضعها بالتعاون مع مجموعات المشاركين ومن أجلهم والجدول الزمني ووسائل إيصالها. وأخيراً، أن ترسم الخطوط العريضة لأنشطة الرصد الرئيسية.

عند التخطيط للاتصالات، فمن الأهمية بمكان أن نُميز بين مجموعات المشاركين من أجل التركيز بشكل أفضل على تدخلات الاتصالات. فإذا كان الهدف هو إبلاغ المجتمعات المتضررة ودعم بناء قدرتها على تحمل الصدمات، يمكن عندها لقنوات الاتصال المستخدمة أن تكون وسائل الإعلام الوطنية ودون الوطنية، ووسائل الاعلام المجتمعية والمنظمات غير الحكومية/منظمات المجتمع المدني والعاملين في المجتمع أو غيرها. أما إذا كان الهدف هو مخاطبة الجهات المانحة المحتملة، فمن المهم العمل مع وسائل الإعلام الدولية. كما قد يختلف أيضاً نهج الاتصالات ضمن السياقات الحضرية والريفية، وكذلك هو الحال بالنسبة لسبل الاتصال مع الجهات المسؤولة (مقدمي الخدمة) وأصحاب الحقوق (الأطفال والأسر والمجتمعات).

7.3.1 خطوات وضع خطة الاتصالات

إن تخطيط الاتصالات هو عملية مستمرة تحتاج إلى تحديث بشكل منتظم في ضوء التقييم والتغذية الراجعة من المجتمعات والجماعات المشاركة الرئيسية، ولا سيما من السكان المعرضين لمخاطر عالية.

يحدد الجدول التالي[18] الخطوات اللازمة لوضع استراتيجية وخطة الاتصالات بين القطاعات. ويمكن الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية إجراء الخطوات ضمن المصادر الرئيسية المدرجة في نهاية هذا الفصل[19].

18 مقتبس من منظمة الصحة العالمية، دليل تخطيط الاتصالات عند تفشي المرض، 2008، منظمة الصحة العالمية: جنيف، سويسرا.

19 في حين أنه من المهم أن تعمل فرق العلاقات الإعلامية والاتصالات من أجل التنمية معاً وأن تكمّل بعضها البعض، إلا أنها تقوم بوظائف مختلفة يتم الاضطلاع بها غالباً من قبل موظفين / فرق / أقسام مختلفة. وبالإضافة إلى ذلك، تلعب اللجان الوطنية لليونيسف، عن طريق شعبة جمع التبرعات والشراكات الخاصة في اليونيسف، دوراً هاماً فيما يتعلق بجمع التبرعات والدعوة.

الجدول رقم 10 خطوات وضع استراتيجية اتصالات مشتركة بين القطاعات تدعم خطط التأهب والاستجابة

قبل تفشي المرض	الجهات الفاعلة/الشركاء الرئيسيون
خطوة 0 - التنسيق: قم بجمع الشركاء الرئيسيين من مختلف القطاعات معاً (ليشكلوا مجموعة فرعية من فرقة العمل الوطنية لمكافحة الكوليرا) من أجل تنسيق التقييم، واحتياجات الاتصالات، والتخطيط والإجراءات التي يجب اتخاذها، وتعيين أدوار ومسؤوليات مختلف الشركاء وتحديد الموارد المحتملة والتمويل المتاح.	• خبراء الصحة، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتعليم، والاتصالات (الاتصالات من أجل التنمية/ العلاقات الخارجية). • وزارات الحكومة. • الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.
الخطوة 1 - التقييم التكويني وتحديد قنوات الاتصال الموثوقة • قم بجمع وتحليل أية بحوث سلوكية واجتماعية وثقافية تكوينية قائمة حول الكوليرا و/أو النظافة والممارسات الصحية. • باستخدام البحث السريع والطرق التشاركية، قم بتحديد الثغرات في المعارف، والمواقف والممارسات والأعراف الاجتماعية لمختلف الفئات في المجتمع. • توصّل إلى اتفاق على الرسائل الرئيسية التي يجب أن تكون بسيطة ومباشرة وفعّالة. • قم بتحليل أصحاب المصلحة لتحديد الفئات المشاركة الأولية والثانوية والثالثية، ومعوقاتها والعوامل التي تسهل اعتماد السلوكيات.	• خبراء الاتصالات في وزارة الصحة، ووزارة التربية، وقسم الاتصالات والإعلام • الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية. • الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. • منظمات الاتصالات، ووكالات البحوث. • المؤسسات الأكاديمية.

20 انظر الملحق 7C للاطلاع على القائمة المرجعية الخاصة باتصالات التأهب.

قبل تفشي المرض	الجهات الفاعلة/الشركاء الرئيسيون
الخطوات 2 و 3 – قم بوضع الخطة التي تتضمن المكونات التالية: • مخطط الاتصالات: أهداف الاتصالات، ومجموعات المشاركين، والرسائل الرئيسية والقنوات والأنشطة. • خطة التنفيذ: الإجراءات المطلوبة، والجهة المسؤولة، والجدول الزمني. • خطة الرصد: مؤشرات الرصد (كل من العملية والنتيجة)، وأنشطة الرصد، والمسؤوليات، والجدول الزمني. من الأهمية بمكان أن تتم المراقبة عن كثب للأنشطة وتقييم أثر تدخلات الاتصالات. وبالتالي، يجب أن تكون هناك خطة قوية للرصد والتقييم منذ بداية الأنشطة. * تأكد من أن كلاً من اللغتين الرسمية والمحلية قد تم أخذها بعين الاعتبار، وأن الرسائل والاتصالات قد تمت درستها وإرسالها إلى الجمهور المستهدف بشكل مناسب.	• فرقة العمل المعنية بالاتصالات • الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. • شبكات التوعية مثل عمال الصحة المجتمعية أو المتطوعين في الصليب الأحمر / الهلال الأحمر • السلطات الوطنية
الخطوة 4: قم بدراسة وتحديث والعمل على خطة الاتصال بين القطاعات التي تم وضعها كإجراء للتأهب. وتأكد من أن الخطة لا تزال سارية المفعول وقم بتعديلها عند الاقتضاء. قم بوضع خطة الاتصالات قيد التنفيذ. • قم بجمع أصحاب المصلحة ومراجعة استراتيجية الاتصالات والخطة باتباع التقييم السريع. • قم ببث المعلومات عبر وسائل الإعلام المناسبة أو نشر المعلومات عبر القنوات المحلية حول ما يمكن للأسر والمجتمعات المحلية القيام به لحماية أنفسها من الكوليرا وماذا عليهم أن يفعلوا في حال أصبحوا مرضى. • قم بعقد اجتماعات تنسيق منتظمة للحصول على التغذية الراجعة من الشركاء، لاستعراض فيما إذا كانت الخطة تعمل بشكل جيد وقم بتحديد الإجراءات الإضافية. • قم بإجراء زيارات مراقبة إلى الميدان لتقييم التقدم المحرز وتحديد الإجراءات التصحيحية.	• فرقة العمل المعنية بالاتصالات

قبل تفشي المرض	الجهات الفاعلة/الشركاء الرئيسيون
الخطوة 5: إصدار المعلومات بطريقة شفافة حول تفشي المرض بأسرع وقت ممكن وتقديم المعلومات حول استجابة الحكومة وما هي الإجراءات التي يمكن للمجتمعات المتضررة وغير المتضررة أن تتخذها. ويمكن إجراء هذا الاتصال من خلال برنامج إذاعي أسبوعي (بما في ذلك الإذاعات المجتمعية) و/أو البث التلفزيوني، وباستخدام وسائل الإعلام المطبوعة أو عبر قنوات الاتصال بين الأشخاص مثل الحوارات المجتمعية، والفرق المسرحية، والقادة المحليون، الخ. قم بتحديد المتحدث الرسمي الذي سيكون مسؤولاً عن عرض المعلومات. يمكنك الاطلاع على إجراءات التنسيق والاتصال عند عدم الإعلان عن الكوليرا. القسم 5.2.5.	• فرقة العمل المعنية بالتنسيق • المتحدث الرسمي لدى وسائل الإعلام
الخطوة 6 - الاستماع: • قم بوضع نظام لجمع المعلومات بشكل مستمر خلال تفشي المرض، على سبيل المثال، الاستفادة من مناقشات المجموعات البؤرية، أو صناديق الاقتراحات أو الشكوى، أو الحوارات الإذاعية التشاركية، أو الخطوط الساخنة أو المقابلات الفردية، وما إلى ذلك، للتأكد من سماع مخاوف السكان وفهم الحواجز التي تعيق حدوث تغييرات في الممارسة. • قم برفع القضايا إلى المستويات العليا ومراقبة فيما إذا تم اتخاذ الإجراءات. • عليك الحصول على تحديثات على المعلومات الصحية من نظام المراقبة وغيرها من المصادر لضمان أن يتم تحديد السكان الذين يصعب الوصول إليهم واستهدافهم في أقرب وقت ممكن. • عليك بتطوير والحفاظ على آلية للاستجابة الفورية للشائعات والمعلومات الخاطئة.	• المجتمع المتضرر والقادة المحليون. • شركاء الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر • عمال التوعية • المؤسسات الإعلامية

بعد تفشي المرض	الجهات الفاعلة/الشركاء الرئيسيون
الخطوة 7: ينبغي أن تستمر أنشطة الاتصالات لبعض الوقت بعد انتهاء تفشي المرض، وخاصة في البلدان/المناطق المعرضة للكوليرا. وكجزء من الوقاية من الكوليرا، ينبغي أن تُعمم الرسائل ذات الصلة بالكوليرا في إطار برامج التنمية العادية في هذه البلدان/المناطق. ويمكن أن تشمل مثل هذه الأنشطة ما يلي: • توفير التغذية الراجعة إلى والاستماع إلى التغذية الراجعة من المجتمعات المتأثرة وجميع الشركاء حول نتائج أنشطة اتصالات الاستجابة، والتأهب لتفشي المرض في المستقبل. • عقد اجتماعات مع جميع أصحاب المصلحة، لمراجعة البيانات والاتصالات، واستخلاص الدروس المستفادة، وتحديد الثغرات والمجالات ذات الأولوية، والاتفاق على طريقة الاستمرار في العمل مستقبلاً. • إنتاج وتبادل التدخلات الرئيسية، ودراسات الحالة، والممارسات الجيدة والدروس المستفادة وقصص الفائدة الإنسانية مع المنظمات المحلية، والإقليمية، والعالمية وواضعي السياسات والجهات المانحة. • إرسال تقرير إلى الجهات المانحة.	• فرقة العمل المعنية بالاتصالات

يمكنك الاطلاع على دليل منظمة الصحة العالمية لوسائل الإعلام: رسم بياني جداري ودليل الاستخدام.

كما تم وضع توجيهات خاصة بوسائل الإعلام تفصّل اتصالات وسائل الإعلام الجماهيرية لمجموعة متنوعة من البلدان، وهي متاحة على الموقع الإلكتروني التالي: INFOSAID.

7.3.2 تحديد قنوات الاتصال

سيوفّر تقييم الاتصالات أدلة لتحديد أفضل القنوات وفقاً للحالة والسياق الراهن. ومن المستحسن استخدام كلاً من طرق العلاقات الشخصية ووسائل الإعلام المجتمعية والجماهيرية للاتصالات خلال تفشي الكوليرا. انظر الملحق 7D للحصول على وصف الأنواع المختلفة من أنشطة وقنوات الاتصال المستخدمة في الاستجابة للكوليرا.

7.3.3 العمل مع وسائل الإعلام / اتصالات الأزمة

يضمن تطوير الاتصالات مع وسائل الإعلام الوطنية ودون الوطنية، ومع إدارات وسائل الإعلام في وزارة الإعلام والاتصالات، ومحطات الإذاعة المحلية قبل حصول حالة الطوارئ، أن يتم تحديد فرص التعاون وتنسيق الجهود في وقت مبكر. وفي حال وجود محطات الإذاعة المجتمعية في البلاد، فإنها غالباً ما تلعب دوراً مهماً في توعية وتوليد حوار مع المجتمعات المحلية.

إن الحوار وتبادل المعلومات مع المجتمعات المحلية والأسر المتضررة هو أمر ضروري لجهود مكافحة الكوليرا. ويمكن لأنباء تفشي وباء الكوليرا أن تحرّض عواطف مشحونة داخل المجتمع، وأن تشعل توترات كامنة. وينبغي أن تكون من ضمن الأولويات العليا للعاملين في مكافحة الكوليرا ضمان إجراء تحليل هادئ للحالة من أجل توفير الأساس المناسب لاتخاذ قرارات جيدة وضمان الاتصال المتكرر والفعّال مع أولئك الذين لديهم كلمة مسموعة لدى الجمهور. ومن المهم أيضاً إبلاغ وتدريب الشركاء الإعلاميين، بما في ذلك موظفي الإذاعة المجتمعية ومصادر المعلومات الأخرى (مثل الزعماء المحليين)، على القضايا الرئيسية الخاصة بالكوليرا وكيف يمكن لوسائل الإعلام ومصادر المعلومات المحلية أن تدعم جهود التأهب والاستجابة في البلاد. حيث من الممكن أن يصبح الإعلاميون حلفاء مهمين، ولا سيما خلال تفشي المرض.

تكمن الخطوة الأولى على طريق ضمان الاتصال البنّاء مع الجمهور الخارجي في وجود متحدث رسمي واحد من ذوي المهارات، والذي يمكن أن يمثّل الوضع نيابة عن سلطات مكافحة الكوليرا. وينبغي تفويض السلطة لعقد المؤتمرات الإعلامية المنتظمة وإصدار نشرات دورية بالمعلومات. وقد تكون هناك حالات حيث يجب أن تبقى فيها بعض البيانات سرية، وهي حالات نادرة، حيث يجب عموماً مشاركة المعلومات مع الجمهور عند توافرها، وينبغي الحرص على جعلها مفهومة للجمهور العادي. ويجب النظر في إعداد إحاطات إعلامية مع معلومات أساسية محدثة يتم توزيعها خلال المؤتمرات الصحفية. وينبغي لجميع الصحفيين مغادرة المؤتمر الصحفي وهم يحملون نفس المعلومات، بما في ذلك الأرقام والإحصاءات ومعلومات عن الاستجابة.

الاستفادة القصوى من فرص وسائل الإعلام

تملك العديد من الدول "متطلبات الخدمة العامة المفروضة على محطات الراديو والتلفزيون"، والتي يمكن من خلالها للحكومة توجيه إعلانات إعلامية دون أية تكلفة. وغالباً ما تستخدم هذه الإعلانات في إيصال تفاصيل الانتخابات أو ترتيبات المدارس.

في باكستان على سبيل المثال، استخدمت هذه القنوات لمناصرة حملة السنة الدولية للصرف الصحي واليوم العالمي لغسل اليدين. وفي تنزانيا، تعلن الحكومة بانتظام أخباراً عن تفشي المرض عبر فترة إذاعية أسبوعية منتظمة على محطة إذاعية واحدة.

ولا بدّ من إذاعة معلومات أساسية عن كيفية الوقاية من الكوليرا والأماكن المجهزة لاستقبال الحالات، وكذلك معلومات عن حالة تفشي المرض والأنشطة المخطط لها، ضمن الخدمة العامة.

وغالباً ما يبحث المذيعون عن أفكار لبرامج الإذاعة والتلفزيون، ويمكن للتعاون معهم أن يعني أيضاً أنهم على استعداد لتمويل برامج أكثر إبداعاً وتفاعلية مثل استقبال الاتصالات الهاتفية المباشرة والتي يمكن للناس من خلالها أن يطرحوا أسئلة حول الكوليرا، أو التمثيليات الإذاعية القصيرة التي تستخدم الفكاهة أو الدراما لنقل رسائل هامة.

يمكن لوسائل الإعلام الجماهيرية والمجتمعية أن تكون أكثر تفاعلية من خلال استخدام وسائل البث المبتكرة التي تتيح للجمهور توفير التغذية الراجعة مثل الاتصالات المباشرة، وخطوط المساعدة، والبرامج الحوارية أو الرسائل النصية التفاعلية. ومن الضروري أيضاً استخدام وسائل الإعلام التقليدية مثل مسرح الشارع، أو العروض السينمائية التفاعلية، أو الموسيقى، وينبغي أيضاً بذل الجهود لتزويد المجتمعات المحلية بفرصة للتعليق وطرح الأسئلة أثناء أو بعد العرض.

ويمكن لمحطات الإذاعة في البلدان ذات الشبكات الإذاعية المجتمعية المعروفة أن تعمل بمثابة ميسرو الحوار، وذلك من خلال إعطاء صوت لمن لا صوت لهم وتوفير الوصول إلى المعلومات. هذا ولا تبث الإذاعة المجتمعية المحتوى فقط، وإنما تعزز مشاركة المجتمع في عملية التنمية الخاصة به. ويمكن لهذه المحطات أن تكون حلفاء أقوياء فيما يتعلق بالوقاية من الكوليرا والاستجابة لها.

كما تقدّم وسائل الإعلام الاجتماعية وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الجديدة فرصاً ثمينة للاتصال. حيث يمكن لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الربط بين الناس في جميع أنحاء العالم بهدف المناقشة والحوار والمشاركة والتعلّم. وهي تسمح بتشكّل الحركات الاجتماعية الوطنية أو العالمية الواسعة عن طريق الانتساب عبر شبكة الانترنت وربط الجماعات والأفراد وتمكينهم من العثور على بعضهم البعض والتعاون فيما بينهم. كما تمكّن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وكذلك قنوات الاتصال المجتمعية، الأفراد والمجتمعات من التعبير عن طلبهم للخدمات الجديدة، والحصول على نتائج أفضل في مجال التعليم والتنمية على نطاق أوسع. ويمكن لكل هذه الأدوات أن تكون قنوات اتصال مفيدة للتأهب والاستجابة للكوليرا وتنفيذ الإنعاش.

تلميح

الاتصال مع وسائل الإعلام

عليك بتضمين وسائل الاتصال في خطة العمل الخاصة بك

- كن حازماً في منع أو التقليل من أو مواجهة الشائعات الكاذبة. حيث تنتشر الشائعات بسرعة أثناء تفشي الكوليرا. ومن شأن بناء علاقة بناءة مع وسائل الإعلام، قبل تفشي المرض بشكل خاص، أن يسهم كثيراً في منع تأثيرها الذي يمكن أن يكون مدمراً.
- قم بالتصريح عن المعلومات للجمهور بشكل متكرر وبدقة؛ بحيث يكون المبدأ التوجيهي في هذا السياق أنه "للجمهور الحق في المعرفة". فالسلطات لا تمتلك البيانات؛ ومهمتهم هي تفسير المعلومات ومشاركتها. وقم بالتعبير عن التعاطف مع الضحايا وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية في وقت مبكر.
- أظهر الكفاءة والخبرة عند التصريح عن المعلومات باللغة المناسبة التي تلائم الجمهور. حيث يمكن للمصطلحات التقنية المفرطة أن تضفي الغموض وتثير الشكوك، وبالتالي أن تفشل الهدف من نشر المعلومات.
- ناقش مع ممثلي وسائل الإعلام التوازن الذي ينبغي تحقيقه بين نشر الأخبار وتوفير الخدمات للسكان المتضررين. ويمكن لوسائل الإعلام الجماهيرية والمجتمعية أن تكون وسيلة مفيدة جداً لإيصال الرسائل الخاصة بالصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية إلى الجمهور.
- انظر: **مذكرة تفاهم اليونيسف العالمية مع الرابطة العالمية للمحطات الإذاعية المجتمعية لتسهيل الشراكات المحلية.**

7.4 تطوير الرسائل، والمعينات البصرية ومواد الإعلام والتعليم والاتصالات وغيرها من المواد ذات الصلة

من المهم أن نفهم أن **الرسائل الموجّهة في اتجاه واحد هي عادة غير فعّالة لوحدها في تحفيز اتخاذ الإجراءات أو تغيير السلوك**. وينبغي على جميع المشاركين في الوقاية من الكوليرا والاستجابة لها أن يوفّروا معلومات متسقة لمجموعات المشاركين تفادياً للالتباس وسوء الفهم. وليس بالضرورة أن تتواصل الوكالات المختلفة بنفس الطريقة أو أن تستخدم نفس الرسالة، ولكن يجب أن تهدف إلى تحقيق نفس العمل أو النتيجة. على سبيل المثال، قد تكون الرسالة الرئيسية على النحو التالي، "يجب غسل اليدين بالماء والصابون عند الأوقات الحرجة" فقد تختار بعض الوكالات تحديد أولويات غسل اليدين قبل تناول الطعام وبعد التبرز، في حين قد يختار البعض الآخر إيصال الرسالة التالية، "جارك يغسل يديه بالماء والصابون – فهل تقوم أنت بذلك؟"

انظر الملحق **7E**: الرسائل والإجراءات والسلوكيات الأساسية للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها، والدليل الذي أعدته اليونيسف: اتصالات تغيير السلوك (BCC) في حالات الطوارئ: مجموعة أدوات. هذا ويحتاج عمال الصحة في الخطوط الأمامية، بما في ذلك مقدمو الخدمات الآخرون وعمال التوعية المجتمعية في مرافق الرعاية الصحية على مستوى المجتمع، إلى مبادئ توجيهية واضحة حول الرسائل الصحية الأساسية والسلوك.

تتوفر أمثلة عن المعينات البصرية المتعلقة بالكوليرا في المصادر الإضافية المرافقة المتاحة على جهاز يو إس بي USB، وموقع الإنترانت الخاص باليونيسف حول الاستجابة للكوليرا ضمن إطار الاتصالات من أجل التنمية، ومكتبة مواد تعزيز الصحة المتوفرة لدى مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها.

تلميح

اتصالات التغيير السلوكي والاجتماعي

- يمكن للحوار والنقاش أن يكون فعالاً جداً في تحديد الإجراءات العملية وتحفيز الجماعات أو الأفراد، ولكن ينبغي توظيف كل من وسائل الإعلام الجماهيرية والطرق التفاعلية.
- تشكّل الملصقات والمنشورات طريقة واحدة فقط لتوفير المعلومات للأسر والمجتمعات المحلية، ولها محدّدات ولا سيما حيثما تكون معدلات معرفة القراءة والكتابة منخفضة. ومن المرجح أن تكون الفرق المسرحية التفاعلية، وجلسات الفيديو، ومبادرات الحوار المجتمعي، وكذلك قنوات وسائل الإعلام الجماهيرية أكثر فعالية في تعزيز التغيير السلوكي والاجتماعي.
- إن اختبار المعينات البصرية ومواد الإعلام والتعليم والاتصالات الأخرى هو أمر ذو أهمية حاسمة لضمان قبول وفهم وفعالية الرسائل. وينبغي أن تحاول خطط التأهب للكوليرا مراجعة أية مادة قائمة وتكييفها حيثما أمكن للاستجابة للكوليرا.

تلميح

- ينبغي استكشاف طرق جديدة للاتصال مع المجتمعات المحلية، وذلك باستخدام قنوات الاتصالات التقليدية (فرق الفنون الشعبية، المسرحيات، والمناقشات الجماعية والمناقشات المدرسة) ووسائل الإعلام الجديدة (رسائل الهاتف الخليوي SMS، وسائل الاعلام الاجتماعية، وما إلى ذلك).
- إن الوضوح حول أي من الوسائل المرئية ينبغي استخدامه للوصول إلى فئات محددة هو أمر مهم، على سبيل المثال: قد يحتاج العاملون في مجال الصحة إلى مواد بصرية تذكّرهم بضرورة غسل اليدين بعد ملامسة المريض وتذكّرهم بأعراض ومستويات الجفاف، أما أمهات الأطفال الصغار فهن بحاجة إلى معلومات محددة حول كيفية إعداد وإعطاء محلول الإماهة الفموية لأطفالهن.
- قد تكون القمصان والقبعات التي تحمل شعارات مفيدة لتحديد العاملين في مجال التوعية والمتطوعين المدربين في المجتمع المحلي، وبينما قد يكون من غير المحتمل أن تؤثر بشكل كبير على دورهم في تحفيز المجتمعات المحلية وتعزيز تغيير السلوك، فإنها قد تعزز الثقة بهم وتزيد من تأثيرهم.
- فم بتقديم رسائل محددة وعملية، وليس رسائل مبسّطة بشكل مفرط. على سبيل المثال إن عبارة "***اشرب المياه النظيفة***" هي ليست واضحة كما هي عبارة "***اجعل المياه آمنة من خلال غلي المياه الصالحة للشرب***". في هذه الحالة، إذا لم يكن غلي المياه ممكناً، فعليك تضمين تعليمات عن طرق أخرى مثل استخدام سائل أو أقراص أو مسحوق الكلور، أو مرشحات المياه، وأماكن الحصول عليها.
- قم بتحديد ووضع أولويات السلوكيات التي من شأنها أن تحقق أكبر فرق في منع وعلاج الكوليرا (وهي تتضمن عادة: إعداد مياه الشرب وتخزينها بشكل آمن؛ التخلص الآمن من الفضلات؛ غسل اليدين بالصابون في الأوقات الحرجة وتسخين الطعام جيداً؛ تلقي العلاج في وقت مبكر، واستخدام محلول الإماهة الفموية لمعالجة الجفاف).
- عليك بضمان اكتمال الاتصال من خلال توفير الإمدادات حيثما أمكن ذلك، على سبيل المثال، توفير أقراص الكلور والصابون للمجموعات السكانية التي لا تستطيع تحمل نفقاتها، أو عن طريق مناقشة كيفية إنتاج بعض الإمدادات محلياً. وينبغي أن يتضمن التوزيع توفير المعلومات والتدريب على كيفية استخدام المواد المورّدة وكذلك رصد ودعم الاستخدام المتواصل.
- تأكد من توفّر الموارد / اللوازم / الأجهزة على مستوى المجتمع المحلي. **ولا تشجع استخدام أي شيء غير مجد أو لا يمكن الوصول إليه أو غير مقبول للمجتمعات المحلية.**
  - تعرّف على الحواجز التي تمنع الناس من اتخاذ الإجراء المطلوب، واعمل على إيجاد سبل للتغلب عليها.
  - تعرّف على سوء الفهم عند حدوثه، وقم بتعديل استراتيجية الاتصالات للتقليل منه.

7.5 التعبئة من أجل العمل المجتمعي

7.5.1 إشراك المجتمعات

المجتمعات هي الموارد الحيوية التي لا ينبغي تجاهل طاقاتها ومعارفها وأفكارها في سبل معالجة الكوليرا. من الناحية المثالية ينبغي تيسير وجود المجموعات المجتمعية لتحديد الإجراءات التي يمكن اتخاذها للمساعدة في منع والاستعداد للكوليرا أو التخفيف من آثارها. حيث غالباً ما تفشل محاولات فرض إجراءات محددة مسبقاً. (انظر الفصل 9 لمزيد من المعلومات).

> "لم تشارك المجتمعات في البداية في الاستجابة للكوليرا. ولكن هذا تغير لاحقاً من خلال إنشاء اللجان المجتمعية لإدارة الكوليرا"

المصدر: مركز تقييم تدخلات الصحة العامة (2009) تقييم زيمبابوي للكوليرا.

تفصّل القائمة المرجعية أدناه الأنشطة الرئيسية فيما يتعلق بجهود تعبئة المجتمع المحلي. ويحدد القسم 9.1 الاستراتيجيات الرئيسية للاستجابة للكوليرا التي تركز على المجتمع، وكذلك الإجراءات المجتمعية الممكنة.

- [ ] **توفّر حزمة/ وحدة تدريبية** لتدريب العاملين في المجتمع المحلي / المتطوعين على الاتصال بين الأشخاص لتعزيز ممارسات المعالجة والتخزين الآمنة للمياه المنزلية، وممارسات الصحة، والنظافة والصرف الصحي الآمنة للوقاية من الكوليرا. حيث يجب أن يرسم التدريب الخطوط العريضة للرسائل الرئيسية التي ينبغي إرسالها في حالة تفشي المرض، وكيفية إعداد واستخدام محلول الإماهة الفموية، وتلقي العلاج، والتعامل مع قيء / براز المريض، وما إلى ذلك.
- [ ] **تدريب العاملين في المجتمع المحلي** أو إجراء ترتيبات لتدريب العاملين في المجتمع المحلي / المتطوعين على الوقاية من الكوليرا والاستجابة قبل موسم الكوليرا أو في أقرب وقت ممكن في حال تفشي المرض.
- [ ] **توقيع/صياغة ترتيبات مع المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المحلي** أو الشركاء الآخرين للأنشطة المجتمعية في مجال الاتصالات للوقاية من الكوليرا والاستجابة لها. وتشمل الأنشطة: الأنشطة الخاصة بزيارة البيوت، والمناقشات الجماعية، وتحديد الانحرافات الإيجابية، والحوار المجتمعي، والأنشطة التشاركية لتعزيز الممارسات الآمنة، وتعبئة الشبكات القائمة، أو أي تدخل آخر ذي صلة.
- [ ] **توقيع اتفاقيات** مع الزعماء الدينيين/التقليديين وجمعياتهم لتعزيز ممارسات الصحة، والنظافة والصرف الصحي الآمنة للوقاية من الكوليرا في المجتمعات.

7.5.2 الجمهور / المجموعات الرئيسية المشاركة في العمل المجتمعي

يحتاج الجميع في المجتمع إلى معرفة كيفية منع والتأهب والاستجابة لتفشي الكوليرا، وهناك حاجة لأن يزداد عدد الأسر التي يترتب عليها اتخاذ إجراءات لتحقيق استجابة فعّالة. ومع ذلك، وللوصول إلى أعداد كبيرة من الأسر في فترة زمنية قصيرة فقد يكون من الضروري تركيز الجهود على بعض المجموعات الرئيسية أو المؤسسات مثل:

- قادة المجتمع
- القادة الدينيون، والمتطوعون من المجتمع المحلي والمرشدون.

- المدارس – لمزيد من المعلومات يمكنك الاطلاع على الملحق 9E (إجراءات الاستجابة للكوليرا في المؤسسات أو الأماكن العامة) وأدوات اليونيسف الموجهة للمعلمين حول المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المدارس خلال حالات الطوارئ.
- المجموعات القائمة مثل نقابات العمال والتعاونيات والجمعيات النسائية ومجموعات الشباب.

يمكن تدريب الأشخاص المرجعيين من هذه المجموعات بسرعة (أو من الأفضل تحديدهم وتدريبهم خلال مرحلة التأهب) ويمكنهم بعد ذلك الاجتماع مع أتباعهم أو تجمعاتهم. ويمكن أيضاً تنظيم اجتماعات مجتمعية للاتصال مع مجموعات كبيرة من الناس. وحيث يكون ذلك ممكناً، يمكن للزيارات المنزلية من قبل المتطوعين أو المرشدين أن تساعد على نقل المعلومات الهامة وتعبئة الأسرة وتحفيز العمل المجتمعي.

7.5.3 الموارد البشرية للتعبئة المجتمعية

يمكن للمرشدين من مختلف التخصصات، على سبيل المثال الصحة أو الزراعة، أو العاملين في مجال التنمية المجتمعية أو الأخصائيين الاجتماعيين أن يكون لديهم خبرة ذات صلة بمجال تعبئة المجتمعات، كما يحتاجون إلى تزويدهم بمعلومات حول الرسائل والمفاهيم الأساسية للاستجابة للكوليرا. هذا ومن الممكن أن تكون جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية والمنظمات غير الحكومية المحلية والوطنية قد عملت بشكل وثيق مع المجتمعات المحلية وتمتلك القدرة على الشروع في جهود التعبئة المبذولة لتخفيف الكوليرا. وقد يكون من الممكن العمل من خلال الهياكل الإدارية القائمة (انظر الملحق 7G). ومع ذلك، سيكون من المهم التأكد من دعم جهود التعبئة وتنسيقها. وفي هذا السياق، يساعد إسناد المسؤولية إلى الأشخاص الرئيسيين، وضمان أن يتم عقد اجتماعات فرعية عادية على تحقيق أقصى قدر من الفوائد المحتملة للعمل المجتمعي.

وإذا لم تكن هناك شبكات توعية موجودة بالفعل، فقد يكون من المفيد تحديد وتدريب متطوعين من المجتمع المحلي، لكن هذا الجهد يحتاج إلى تخطيط، ودعم من الحكومة والمجتمعات المحلية.

كما قد يحتاج معززو النظافة عديمو الخبرة إلى الكثير من التوجيه والإشراف الإضافي في الميدان من قبل موظفين ذوي خبرة. إن مهمة تعزيز المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية هي ليست مهنة محددة، فعادة ما يأتي العاملون في هذا المجال من خلفيات متعددة وقد يفتقرون إلى خبرة العمل في تخصصات المياه أو الصحة البيئية أو الاستجابة للكوليرا. وبشكل عام، هناك نقص في الموظفين من ذوي الخبرة في مجال تعزيز النظافة الصحية في جميع أنحاء العالم، وتحتاج جهود تخطيط التأهب للكوليرا إلى النظر في كيفية معالجة هذه المسألة في سياق كل بلد، بما في ذلك توفير التدريب الكافي.

كما أن الإشراف على ودعم العاملين في مجال التوعية هو أمر مهم أيضاً، ويمكن أن يتم ذلك من قبل هياكل الرقابة الحالية، أو قد تكون هناك حاجة لتعيين وتدريب موظفين جدد. يمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات حول المجموعات في الفصل 9 وحول تطوير القدرات في القسم 6.4.

7.5.4 التخطيط للتأهب المجتمعي

يهدف إشراك المجتمع المحلي إلى تعزيز قدرة المجتمعات المحلية على تحديد القضايا واحتياجات التنمية الخاصة بها، وتقييم خياراتها واتخاذ الإجراءات اللازمة، بما في ذلك القدرة على تقييم تأثير أعمالها وتحليل الفجوات في قدراتها. ومن الممكن استخدام مجموعة متنوعة من قنوات الاتصال المجتمعية – بما في ذلك الاجتماعات المحلية، والحوارات على المستوى المحلي مع مقدمي الخدمة، والتعيينات الاجتماعية وخطط العمل، وبرامج الترفيه المجتمعية، والإذاعات المجتمعية وغيرها من وسائل الإعلام المحلية والمجموعات الدينية لتمكين الناس من المشاركة الهادفة وخلق الطلب على الخدمات عالية الجودة.

ويشكّل دعم المجتمعات المحلية– ضمن المناطق المعرضة بشكل خاص لخطر الإصابة بالكوليرا– في مجال وضع خطط العمل المجتمعي أولوية رئيسية للتأهب. كما أن التسهيل المتمكّن مطلوب لرفع مستوى الوعي حول المخاطر المحتملة للكوليرا وشرح الكيفية التي يمكن فيها لخطط العمل أن تكون مفيدة. وفي هذا السياق، يمكن للجنة مجتمعية قائمة موجّهة بالصحة أو بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أن تضع خطط العمل المجتمعي الملائمة، أو من الممكن تشكيل لجنة تنسيق مجتمعية للكوليرا تهدف إلى تطوير والإشراف على تنفيذ الخطط. وعادة ما تتضمن خطط العمل المجتمعي تفاصيل حول ما يلي:

- كيفية تحسين ممارسات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية والغذائية لمختلف الفئات في المجتمع، على سبيل المثال، من خلال استخدام محطات غسل اليدين.
- ضمان معرفة جميع أفراد المجتمع بكيفية الوقاية من الكوليرا وماذا يتوجب عليهم فعله في حال إصابة شخص ما ضمن أسرتهم أو حيهم بالكوليرا.
- كيفية دعم أفراد المجتمع في زيارة المركز الصحي– ولا سيما أولئك الذين لديهم قدرة محدودة على التنقل أو وسائل محدودة للوصول إلى هناك.
- الأماكن الأنسب لوضع ركن محاليل الإماهة الفموية ومن سيقوم بإدارتها في حال تفشي المرض.
- ما هي الاحتياطات التي يمكن اتخاذها في التجمعات الجماهيرية مثل الجنازات والأعراس.
- ما هي التحسينات التي يمكن إدخالها إلى الأسواق أو المؤسسات العامة مثل المدارس.
- كيفية رصد والإبلاغ عن الحالات والاتجاهات.

- من هم الأشخاص المتاحين للمساعدة وما هي الاتصالات الضرورية التي لا بد من إجرائها في حالة تفشي المرض، على سبيل المثال، تلك التي تستهدف السلطات، وموظفي الصحة، الخ.

توفّر الأقسام التالية إرشادات إضافية لدعم المجتمعات المحلية في التأهب للكوليرا:

- القسم 4 / الجدول 2 – مكافحة الكوليرا (ويشمل الإجراءات العملية التي يمكن اتخاذها لمكافحة الكوليرا).
- الملحق 7D – أنشطة وقنوات الاتصالات للاستجابة للكوليرا.
- الملحق 7E – الرسائل والإجراءات والسلوكيات الأساسية للوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها.
- الملحق 7G – العمل مع المجتمعات المحلية واستكشاف الأخطاء وإصلاحها.
- القسم 5.3 – إشراك أصحاب المصلحة الرئيسيين ومسؤوليات القطاع (يتضمن قائمة بأصحاب المصلحة الذين يمكن أن يشاركوا في جهود الاستجابة للكوليرا على مستوى المجتمع المحلي).
- الفصل 9 والملاحق ذات الصلة – تقديم الخدمات: التدخلات التي تركز على المجتمع (وتشمل الإجراءات على مستوى المجتمع المحلي ضمن الأسرة والأطر المؤسسية أو العامة القائمة على المجتمع).

تم تضمين أمثلة خاصة ببلدان محددة تتعلق بإجراءات التأهب ذات الصلة بالتأهب المجتمعي (حيث تم إجراء معظمها بعد تفشي الكوليرا في مناطق مجاورة) في قسم المصادر الرئيسية المذكور تالياً.

المصادر الرئيسية

ووتر إيد أستراليا، النادي الدولي للمرأة، لجنة الإنقاذ الدولية؛ تعزيز الممارسات الصحية الجيدة: العناصر الرئيسية والدروس العملية.

منظمة الصحة العالمية *دليل لتخطيط اتصالات تفشي الأمراض*، منظمة الصحة العالمية: جنيف، سويسرا (2008)

اليونيسف، صياغة استراتيجية الاتصالات من أجل التنمية.

اليونيسف، الأدوات والتوجيهات المحددة. اتصالات اليونيسف من أجل التنمية، موقع الإنترانت الخاص بالاستجابة للكوليرا.

AED-FHI360، حشد المجتمع معاً للتخطيط لتفشي الأمراض وحالات الطوارئ الأخرى.

دورات تدريبية / توعوية في إثيوبيا لقادة المجتمع المحلي والمرشدين الميدانيين الرئيسيين في منطقة أوروميا، إثيوبيا.

مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، موارد اتصالات الكوليرا

دليل لإجراء بحث تشكيلي للتحقيق في الصرف الصحي والنظافة الصحية، مقتطف من الحزمة الإعلامية لتعزيز النظافة التي نشرتها المفوضية العليا لشؤون اللاجئين.

8 إدارة الحالات ومكافحة العدوى في المرافق الصحية ومواقع العلاج

8.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 8

يغطي هذا القسم تقديم الخدمات الخاصة بإدارة الحالة في مرافق العلاج، بما في ذلك مكافحة العدوى (المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية). ويرد ملخص استراتيجيات الاستجابة للكوليرا في المنشآت الصحية ومواقع علاج الكوليرا في الملحق 8A. للحصول على معلومات حول الإدارة المجتمعية للحالة والاستراتيجيات المجتمعية يمكنك الاطلاع على الفصل 9.

ملخص الملاحق

الملحق 8A استراتيجيات الاستجابة للكوليرا في المنشآت الصحية ومواقع العلاج

الملحق 8B ملخص الإرشادات التوجيهية الخاصة بالمعالجة: المضادات الحيوية واستبدال السوائل

الملحق 8C تحضير محلول الإماهة الفموية

الملحق 8D تغذية الأطفال الصغار والرضع والكوليرا

الملحق 8E إنشاء مواقع علاج الكوليرا بما فيها مكافحة العدوى (المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية)

الملحق 8F إنشاء نقاط الإماهة الفموية

الملحق 8G الموارد البشرية اللازمة للمنشآت الصحية ومواقع العلاج المرتبطة بالكوليرا

الملحق 8H تقييم مركز علاج الكوليرا – وحدة علاج الكوليرا

الملحق 8I معلومات للمرضى والقائمين على رعايتهم

الملحق 8J تعميم الحماية ضمن الاستجابة للكوليرا

الملحق 8K نموذج استمارة تقرير المراقبة الاسبوعي

الملحق 8L إدارة حالات المرضى المصابين بالإسهال المائي الحاد (المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش 2013)

يُقدّم الجدول التالي لمحة عامة عن إجراءات الاستجابة للكوليرا التي تُجرى في المرافق الصحية أو مواقع العلاج. وتغطي الأقسام التالية هذه الإجراءات بمزيد من التفصيل.

تلميح

إدارة حالة مريض الكوليرا

- تنطوي إدارة حالة مريض الكوليرا على الخطوات الخمس التالية:
- تقييم حالة المريض من حيث الجفاف وتصنيفه وفقاً للدرجة (لا يوجد جفاف، يوجد القليل من الجفاف أو حالة جفاف شديد)
- قم بإماهة المريض بسرعة عن طريق إعطائه السوائل الوريدية أو عن طريق الفم (في غضون ثلاث ساعات) وفقاً لإرشادات العلاج، مع مراقبة وإعادة تقييم حالة المريض بشكل مستمر ومنتظم.
- قم بمراقبة خسائر السوائل الجارية باستخدام سرير الكوليرا واستبدل هذه الخسائر مع محلول الإماهة الفموية (قد تكون هناك حاجة أيضاً لإعطاء سوائل إضافية عن طريق الوريد في بعض الأحيان) حتى يتوقف الإسهال.
- قم بعلاج جميع المرضى الذين يعانون من الجفاف وفقدان السوائل الغزير المستمر، بإعطائهم المضادات الحيوية المناسبة (على النحو الذي تحدده الاختبارات المخبرية على عينة تمثيلية من الحالات).
- قم بتغذية المريض وفق نظام غذائي عادي في أقرب وقت ممكن.

8.2 التقييم السريري

تعتبر الكوليرا مماثلة لغيرها من أمراض الإسهال المائي الحاد من حيث أن العلامات السريرية هي نفسها لجهة الجفاف. وفي نفس الوقت، فإن الكوليرا هي مثل أي شكل آخر من أشكال الإسهال التي تتمثل بإفراز السوائل والشوارد من الأمعاء بكميات كبيرة وبسرعة بحيث تتسبب بوفاة البالغين الأصحاء خلال ساعات اذا لم تتم معالجتهم بالشكل المناسب. في الواقع، فإن أكثر من نصف المرضى الذين يعانون من جفاف حاد ولم تتم معالجتهم يموتون بشكل سريع، معظمهم في غضون 12–18 ساعة من ظهور الأعراض، وفي حالات نادرة خلال 6 ساعات. وتكون فترة حضانة المرض بين 18 ساعة إلى 5 أيام.

وعلى الرغم من أن المرضى الذين يعانون من الكوليرا الحادة هم أمام مرض يهدد الحياة، إلا أنه في المواقع، مقابل كل حالة شديدة، هناك العديد من الآخرين الذين يصابون بالمرض ولكن لا يكون سوى مرض خفيف أو لا تكون لديهم أية أعراض. وتشير التقديرات إلى أن معظم الأشخاص المصابين بالضمة الكوليرية لا تظهر لديهم أعراض، بينما يظهر الآخرون فقط حالات جفاف خفيف أو متوسط وهي سهلة المعالجة نسبياً (انظر القسم **2.2**). وعادة ما يكون الرقم الذي يستشهد به لنسبة السكان الذين يعانون من الجفاف الشديد هو حوالي ٪2 – ٪5 من مجموع المصابين (أو أن ٪20 ممن يظهرون أعراض تكون أعراضهم حادة، بينما ٪80 ممن لديهم أعراض تكون أعراضهم خفيفة الى معتدلة)، على الرغم من أن التقارير الأخيرة تظهر نسبة أعلى بكثير من الحالات الشديدة التي تحدث أثناء تفشي المرض، وربما يعود ذلك إلى سلالة متغيرة من الضمة الكوليرية O1 الطور التي تنتج سم الضمة الكوليرية O1 الكلاسيكي.

ويمكن أن ترتبط شدة المرض بابتلاع جرعة عدوى أكبر من بكتيريا الكوليرا، أو التأخّر في طلب العلاج، أو تكون ذات صلة بالعوامل المضيفة مثل انخفاض حمض المعدة (بما في ذلك تناول أدوية لخفض أو تحييد حمض المعدة)، أو سوء التغذية، أو الحمل، أو فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (انظر القسمين **8.3.9** و**8.3.10**).

8.2.1 تعريف حالة الكوليرا

أياً كان السبب، ينبغي أن تُدار جميع حالات مرضى الكوليرا التي يُشتبه بحصولها بنفس الطريقة، على الرغم من أن المرضى الذي يعانون من سوء التغذية الحاد (انظر القسم **8.3.9**) والحوامل يحتجن إلى اعتبارات خاصة. ويكمن السبب الوحيد وراء الحاجة إلى تشخيص الكوليرا من خلال الاختبارات المخبرية هو لتوثيق حدوث تفشي المرض وجمع بعض العينات لتحديد الحساسية للمضادات الحيوية. وينبغي النظر في جميع الحالات التي ينطبق عليها تعريف الحالة القياسية على أنها حالات كوليرا.

ويكمن السبب وراء تركيز هذا التعريف على الأطفال الذين يزيد عمرهم على 5 سنوات والبالغين هو أن هناك العديد من الأسباب المختلفة للإسهال المائي الحاد لدى الأطفال الصغار والتي يمكن أن تؤدي إلى الجفاف الشديد. حيث أن الإسهال الشديد المؤدي إلى الجاف هو أمر نادر الحدوث لدى البالغين، والكوليرا هي من ضمن عدد قليل من الأسباب التي قد تكون مسؤولة عن حدوثه. **ومع ذلك، من الممكن أن يصاب الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات بالكوليرا ومن المهم تسجيلهم في قوائم المرضى ومعالجة جميع الأطفال تحت سن الخامسة المصابين بإسهال مائي حاد على الفور بغض النظر عن تعريف الحالة.**

تعريف حالة الكوليرا

حالة يشتبه بها:

خارج تفشي مرض الكوليرا:

- إصابة شخص عمره خمس سنوات أو أكثر بجفاف شديد أو وفاته نتيجة إسهال مائي حاد في منطقة غير معروفة بكونها تضم هذا المرض (منطقة لا يتوطن فيها المرض)؛ أو
- إصابة شخص بإسهال مائي حاد مع أو بدون اقياء في المناطق التي يتوطن فيها المرض.

أثناء تفشي مرض الكوليرا:

- إصابة شخص عمره خمس سنوات أو أكثر (أحياناً سنتان) بإسهال مائي حاد مع أو بدون اقياء (منظمة الصحة العالمية 2012) أو تبرّز شخص لثلاث مرات أو أكثر مع أو بدون اقياء خلال 24 ساعة (منظمة أطباء بلا حدود 2004)

حالة مؤكّدة:

حالة يشتبه بها، تم عزل الضمة الكوليرية O1 أو O139 في استنبات عينة من برازها.

8.2.2 علامات وأعراض الكوليرا

عادة ما تكون الأعراض الأولى لمرض الكوليرا عبارة عن إسهال مائي غير مؤلم يترافق غالباً مع اقياء شديد. لا ترافق الحمى مرض الكوليرا، وينبغي أن يشير وجودها إلى أسباب مرضية أخرى أو مضاعفات مختلفة. ويظهر في كثير من الأحيان لدى المرضى الذين يعانون من جفاف شديد تشنجات عضلية شديدة إلى أن تُعاد إماهتهم.

يكون حجم البراز المفرز خلال الكوليرا الحادة أكبر بكثير من أي سبب شائع آخر لحدوث الإسهال وربما يكون بقدر 250 مل / كغم من وزن الجسم (أكثر من 10 لتر) في فترة 24 ساعة. وعلى الرغم من أن البراز كثيراً ما يوصف بأنه يشبه ماء الأرز، حيث يكون سائل مصفر مع بقع من المخاط أو سائل بني فاتح تتخلله بقع من المواد الصلبة، فإن هذه ليست الحال دائماً. ونظراً لفقدان السوائل والشوارد بغزارة، يمكن للجفاف أن يتطور بسرعة.

الشكل رقم 7 تقييم مرونة الجلد/ملاءته

علامات وأعراض الجفاف (منظمة الصحة العالمية)

فيما يلي العلامات والأعراض التي تتوافق مع درجات مختلفة من الجفاف:

- مع فقدان أقل من 5٪ من وزن الجسم الطبيعي: عادة ما تكون هناك علامات موضوعية على الجفاف ولكن قد يشعر المريض بالعطش الشديد ويكن مصاباً بالجفاف بشكل خفيف.
- مع فقدان 5- 9٪ من وزن الجسم الطبيعي: يعاني هذا المريض من "بعض الجفاف" ويكون لديه علامات الجفاف مثل سوء مرونة/ملاءة الجلد، وسرعة و/ أو ضعف النبض، والوهن، وجفاف الفم والعينين.
- مع فقدان أكثر من 9٪ من وزن الجسم الطبيعي: يعاني المريض من "جفاف حاد"، وتظهر لديه العديد من علامات الجفاف الشديد بما في ذلك سوء شديد في مرونة/ملاءة الجلد، وضعف أو غياب النبض، وانخفاض أو غياب تدفق البول، والعيون الغارقة، وزيادة أو لهث التنفس، وتجعّد بشرة الأصابع، وتغيّر الحالة الذهنية (على سبيل المثال ذهول أو غيبوبة). وغالباً ما يعاني المرضى الذين يعانون من جفاف حاد من تشنجات عضلات حادة تخف حدتها بعد الإماهة.

ملاحظة: قد يكون من الصعب تشخيص الجفاف عند الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد حيث أن مرونة/ملاءة الجلد لدى الطفل الذي يعاني من سوء التغذية قد تكون أيضاً سيئة. ويحتاج علاج الأطفال المصابين بسوء التغذية إلى معاملة خاصة (انظر القسم 1.3.9)

تعريفات منظمة الصحة العالمية للجفاف

التقييم	عجز السوائل كنسبة مئوية من وزن الجسم	عجز السوائل في مل/كجم من وزن الجسم
لا علامات على الجفاف	<5%	<50 مل/كجم
بعض الجفاف	5-9%	50-90 مل/كجم
الجفاف الشديد	>10%	>100 مل/كجم

إذا كانت درجة الجفاف أقل من 5٪، قد لا تكون هناك علامات موضوعية على الجفاف، ولكن عندما يتجاوز الجفاف هذه النسبة، تنخفض مرونة/ملاءة الجلد. ويعتبر هذا العرض علامة مفيدة وموثوقة على الجفاف، وخاصة عند الأطفال. (ومع ذلك، فإن استخدام خوارزمية منظمة الصحة العالمية التي تعتمد على 5 علامات/أعراض هو أكثر موثوقية: whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf). ولتحديد ما إذا كانت مرونة/ملاءة الجلد قد انخفضت كثيراً، قم بقرص قليل من جلد بطن المريض. كقاعدة عامة، في حالة عودة الجلد إلى مكانه على الفور، فليس هناك جفاف. أما إذا عاد في غضون أقل من ثلاث ثوان، فقد يكون هناك بعض الجفاف. أما إذا كان استغرق أكثر من ثلاث ثوان، جنباً إلى جنب مع علامة واحدة أخرى (مثل الخمول، والعيون الغارقة، وضعف النبض، أو صعوبة الشرب)، فهناك جفاف شديد[21] (التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات، الفصل 2.6)

21 كمثال عملي، قم بقرص الجزء الخلفي من الساعد: يجب أن يعود إلى مكانه على الفور. وقم بقرص الجلد على ظهر يدك: يجب أن يعود إلى مكانه ببطء. قم بقرص الجلد فوق مفصل اصبعك: يجب أن يعود الجلد إلى مكانه ببطء شديد (2 < ثانية).

8.3 العلاج

الإماهة هي الأولوية الأولى في علاج الكوليرا. ويتم إنجاز الإماهة على مرحلتين: 1) استبدال السوائل لتحل محل السوائل التي فُقدت بالفعل و 2) الحفاظ على الإماهة لتحل محل السوائل التي لا يزال المريض يخسرها بشكل مستمر. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يحصل المرضى الذين يعانون من الجفاف على المضادات الحيوية المناسبة. ويفضّل استخدام محلول رينغر اللاكتيكي (LRS) على استخدام محلول كلوريد الصوديوم إسوي لأن محلول رينغر يتضمن قاعدة (اللاكتات) لتصحيح الحماض الأيضي وكذلك البوتاسيوم المفقود خلال الكوليرا. في حالات الجفاف الشديد، ينبغي إعطاء 100 مل/ كغ على مدى 3 ساعات. حيث يُعطى 30 مل/ كغ في أول 30 دقيقة و 70 مل/ كغ على مدى الساعتين والنصف التاليتين. وتُضاعف مدة الإماهة لدى الأطفال دون سن السنة أو إذا كان هناك سوء تغذية. ولا بدّ أيضاً من تعويض الخسائر الجارية، والتي يمكن رصدها باستخدام سرير الكوليرا، ويُفضّل استبدالها عن طريق محلول الإماهة الفموية. يمكنك معرفة تفاصيل إضافية عن الإماهة الوريدية في القسم **8.3.1**.

الهدف من مرحلة المحافظة هو الحفاظ على حالة الإماهة الطبيعية عن طريق استبدال الخسائر الجارية. يُفضّل في هذه المرحلة اعتماد المسار الفموي مع إعطاء كميات تتناسب بالحجم مع المخرجات. يجب مراقبة حالة الإماهة لدى المريض حيث أن بعض المرضى الذين يعانون من مخرجات مفرطة لن يكونوا قادرين على تعويض هذه الخسارة من خلال محلول الإماهة الفموية وحده. إذا أصابهم الجفاف مرة أخرى، فسوف يحتاجون إلى أخذ السوائل الوريدية باستخدام نفس الأساليب المعتادة، ومن ثم يمكنهم مواصلة استخدام محلول الإماهة الفموية مرة أخرى. للحصول على معلومات حول بروتوكولات العلاج بالسوائل الوريدية، يمكنك الاطلاع على الملحق **8B**. وللحصول على خوارزمية إدارة الإسهال المائي الحاد، اطلع على الملحق **8L** (المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش، 2013).

مع العلاج المناسب والمختص، يجب تحقيق الإماهة في غضون أربع ساعات. وفيما يلي خطوات علاج المريض المشتبه بإصابته بالكوليرا:

1. قم بتقييم حالة الجفاف.
2. قم بتقييم وجود أية أمراض أخرى مصاحبة، مثل سوء التغذية التي من شأنها أن تؤثر على معدل استبدال السوائل.
3. ضع المريض على سرير الكوليرا من أجل مراقبة مخرجات البراز بسهولة.
4. قم بإماهة المريض ومراقبته باستمرار، ثم قم بإعادة تقييم حالة الإماهة.
5. حافظ على مستوى الإماهة (عادة مع محلول الإماهة الفموية) عن طريق استبدال السوائل التي يخسرها المريض بشكل مستمر حتى يتوقف الإسهال.
6. قم بإعطاء المضادات الحيوية عن طريق الفم للمرضى المصابين بالجفاف.
7. قم بتغذية المريض بمجرد أن يصبح قادراً على تناول الطعام.

يركّز هذا القسم على إدارة الحالة في المرافق الصحية؛ ومع ذلك، فإن الاكتشاف المبكر للمرض وإدارة الحالات على مستوى المجتمع المحلي يضمن الشروع السريع بمعالجة الجفاف وإنقاذ الأرواح. انظر القسم **9.11** للحصول على معلومات حول الإدارة المجتمعية لحالات الكوليرا.

8.3.1 الإماهة الوريدية

الشكل رقم 8 | تقييم مرونة الجلد/ملاءته

يُنصح في حالات الجفاف الشديدة باستخدام السوائل الوريدية. ومن المهم استخدام محلول يستبدل كلاً من الماء والشوارد (تشمل الشوارد الرئيسية التي تحتاج إلى استبدال: الصوديوم والبوتاسيوم وقاعدة على سبيل المثال البيكربونات، أو اللاكتات أو السترات). حيث يُفضّل استخدام محلول رينغر اللاكتيكي الذي يسمى أحياناً محلول هارتمان. وإذا لم يكن متوفراً، يمكن استخدام محلول ملحي عادي (0.9٪)، ولكن ينبغي أن يتم استبدال مجموعة كاملة من الشوارد في أقرب وقت ممكن (بمجرّد أن يصبح المريض قادراً على الشرب) مع إعطاء محلول الإماهة الفموية في نفس الوقت. وينبغي أن يكون المعدل الأولي للتسريب سريعاً جداً. ولا ينبغي استخدام محلول الدكستروز حيث أنه يفتقر إلى الأملاح الضرورية. انظر الملحق **8B** للحصول على معلومات مرجعية إضافية حول الإماهة.

أينما يُعالج المريض الذي يعاني من الجفاف الشديد بسبب الكوليرا، بشكل مثالي ضمن مراكز ووحدات علاج الكوليرا، ينبغي توفير سرير الكوليرا وحوض لجمع القيء. وسرير الكوليرا هو سرير فيه ثقب في وسطه يمر البراز من خلاله إلى دلو. وبالإضافة إلى مساعدته في حفظ كرامة المريض، يسمح سرير الكوليرا للموظفين، حتى من غير المحترفين، بتقييم كمية السوائل المفقودة. ويكون الدلو الشفاف هو الأمثل لأنه يسمح للممرضة بمعرفة مدى سرعة امتلاء الدلو وأن تركّز انتباهها على المرضى الذين يعانون من فقدان مفرط للسوائل. ينبغي تقييم حجم السوائل المفقودة كل بضع ساعات، حيث يتم حساب معدل ضخ الاستبدال الوريدي أو السوائل عن طريق الفم وفقاً لذلك. ليس من الضروري استبدال السوائل المفقودة بدقة، ولكن كمية البراز الناتج هي دليل ممتاز على كمية السوائل التي تحتاج إلى استبدالها ومعدل توفيرها للمريض. يمكنك مشاهدة شريط فيديو قصير يشرح سرير الكوليرا على الرابط التالي: www.youtube.com/watch?v=bjhrh-6ljh0

8.3.2 الإماهة الفموية

بالنسبة للمرضى الذين يعانون من بعض الجفاف (ولكن ليس الجفاف الشديد)، عادة ما يمكن تحقيق الإماهة عن طريق الفم باستخدام محلول الإماهة الفموية. إذا لم يكن المريض الذي يعاني من جفاف معتدل قادراً على الشرب، أو كان يعاني من قيء مفرط، فقد تكون هناك حاجة للإماهة الوريدية. كما يمكن أيضاً إعطاء محلول الإماهة الفموية بواسطة أنبوب أنفي معدي، وذلك في حال عدم وجود أنبوب وريدي، وعدم قدرة المريض على الشرب، وكان الطاقم الطبي بارعاً في استخدامه. انظر الملحق **8B** لمراجعة كميات محلول الإماهة الفموية التي توصي به منظمة الصحة العالمية لعلاج الجفاف ومعدلات إعطائها.

تلميح

كيفية تشجيع البالغين والأطفال على تناول محلول الإماهة الفموية

أظهرت التجربة أنه يتوجب على العاملين في مجال الصحة أن يكونوا حازمين جداً في حمل كل من البالغين والأطفال على تناول كميات كافية من محلول الإماهة الفموية لتصحيح الجفاف. حيث أن وضع المرضى في غرفة كبيرة تضم برميل محلول الإماهة الفموية وتوجيههم للاستمرار بشرب المياه هو غير كاف. حيث يجب أن يكون المريض مصحوباً بأحد أفراد الأسرة أو القائمين على رعايته، والذي سيضطلع بمهمة تقديم محلول الإماهة الفموية للمريض والرعاية التمريضية الشخصية به، وبذلك يتعلّم كيفية إعطاء محلول الإماهة الفموية ضمن هذه العملية. فغالباً ما لا يُتاح لطاقم التمريض الوقت للقيام بذلك بأنفسهم. من الطرائق المثبتة أيضاً هي مراقبة المرضى وهم يشربون ملعقة صغيرة من محلول الإماهة الفموية كل دقيقة، أو 300 مل في الساعة للأطفال. ويجب أن يتم توجيه البالغين لشرب القدر الذي يمكنهم احتماله حتى يعود مستوى الإماهة لديهم إلى وضعه الطبيعي. في حال لم يتحسن المرضى بعد عدة ساعات، ينبغي زيادة كمية محلول الإماهة الفموية المتناول إلى المستوى الذي يمكن للمريض تحمله. في حال ظهور علامات جفاف شديد أو اقياء تصعب السيطرة عليه، يجب البدء بالمعالجة باستخدام الإماهة الوريدية. قد لا يكون بعض المرضى الذين تم إعطائهم الإماهة الوريدية ومن ثم تم تحويلهم إلى محلول الإماهة الفموية قادرين على الحفاظ على مستوى الإماهة باستخدام محلول الإماهة الفموية بسبب الإسهال الشديد. وإذا حدث هذا، لا بدّ من البدء مرة أخرى بالإماهة الوريدية من أجل إماهة المريض مرة أخرى.

لا تحتاج حالات الإسهال المائي الحاد دون علامات الجفاف إلى تلقي العلاج في المرافق الصحية. وإذا كانت هناك مساحة كافية في نقطة/ ركن الإماهة الفموية، فمن الممكن تعليمهم كيفية إعداد محلول الإماهة الفموية، وكيفية استخدامه في المنزل، وإعطائهم معلومات أساسية أخرى حول الوقاية من والتعامل مع وباء الكوليرا. انظر الملحق **8C** حول إعداد محلول الإماهة الفموية وملصق مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها حول كيفية صنع واستخدام محلول الإماهة الفموية. وينبغي تزويد المرضى الذين يُرسلون إلى المنزل للعلاج الذاتي بتوصيات للوقاية من الجفاف في حال حصول حالات كوليرا جديدة أو مشتبه بها في قريتهم/منطقتهم أو عائلتهم، وينبغي أن يُطلب منهم العودة إلى المرفق الصحي في حال:

- زادت حدة الإسهال
- ضعف تناولهم للطعام أو الشراب
- البدء في التقيؤ
- ظهور أية علامات أخرى على تدهور الوضع
- أو رؤية دم في البراز / ظهور حمى والتي تشير إلى سبب آخر غير الكوليرا.

انظر الملحق **8I** لمراجعة المعلومات الموجّهة إلى المرضى والقائمين على رعايتهم في مركز العلاج وعند تخريجهم منه. تظهر فيما يلي الصيغة الموصى بها لمحلول الإماهة الفموية (المعروف أيضاً باسم محلول الإماهة الفموية المنخفض الأسمولية).

تكوين محلول الإماهة الفموية المصنّع تجارياً

تكوين محلول الإماهة الفموية لإعداده في لتر واحد من الماء النظيف (مليمول / لتر)

- الصوديوم – 75
- الكلوريد – 65
- البوتاسيوم – 20
- السيترات – 10
- الجلوكوز – 75

لمزيد من المعلومات حول المواصفات واستخدام محلول الإماهة الفموي ، راجع مشروع الإماهة.

بالنسبة لمعظم المرضى فإن استخدام هذا الخليط السائل / الشاردي وفق الجرعات الموصى بها هو كاف لإعادة إنشاء والحفاظ على الحالة الطبيعية للإماهة. كما أنه يحول دون إصابة المريض أيضاً باختلالات الشوارد الهامة، مثل الحماض الأيضي ونقص البوتاسيوم. ولا بدّ من ملاحظة أن الجلوكوز موجود ليس فقط لقيمته المتعلقة بالطاقة، والتي هي في الحد الأدنى، ولكن لأن وجوده يستفيد مما يعرف باسم "نظام المشاركة في نقل الجلوكوز– الصوديوم" في الأمعاء. وبعبارة أخرى، فإن تضمين الجلوكوز يسهل الامتصاص النشط للصوديوم والماء من تجويف الأمعاء عبر خلايا الأمعاء وإلى مجرى الدم. وتستخدم هذه الآلية في جميع حالات الإسهال المائي الحاد، بما في ذلك الكوليرا.

8.3.3 محاليل الإماهة البديلة

يُوصى في حالات الكوليرا باستخدام الإماهة الفموية القائمة على الأرز، إذا كانت متوفرة. حيث تقوم بعض المستشفيات بإعداد مثل هذا المحلول من خلال طهي دقيق الأرز، وإضافة الأملاح وفق التركيزات الصحيحة بعد تبريده. بالنسبة لمعظم مراكز العلاج الصغيرة، فإن هذا المحلول ليس عملياً، وإنما تتوفر حزمة من محلول الإماهة الفموية المصنوع من الأرز (Ceralyte 70) ويتم إعداده بطريقة مماثلة لمحلول الإماهة الفموية المصنوع من الجلوكوز. يقلل استخدام محلول الإماهة الفموية المصنوع من الأرز من معدل الإسهال بنحو 30٪ في حالات الكوليرا، وبالتالي من الأفضل استخدامه في حال كان من الممكن توفيره.

غالبا ما تكون هناك أماكن كثيرة، وخاصة في المناطق الريفية من البلدان الأكثر فقراً، حيث لا يتوفر محلول الإماهة الفموية بكميات كافية لتلبية الحاجات خلال تفشي وباء الكوليرا. وكبديل عنه – عندما لا يتوفر محلول الإماهة الفموية – يتم استخدام محاليل الإماهة المنزلية الصنع والتي تتكون من سكر المائدة وملح الطعام المذاب في الماء كملاذ لسد الفجوة. وتتطلب إحدى الوصفات، على سبيل المثال، 6 ملاعق من السكر، ½ ملعقة صغيرة من الملح و 1 لتر من المياه النظيفة. لمزيد من المعلومات حول محاليل الإماهة الفموية منزلية الصنع، يمكنك الاطلاع على مشروع الإماهة. وينبغي تقديم مثل هذا المحلول أثناء اصطحاب المريض إلى مركز العلاج حيث يمكنه تلقي العلاج المناسب.

لا يعتبر الشاي، والمشروبات السكرية والمشروبات الغازية ملائمة كحل للإماهة خلال الإسهال الشديد، حيث يمكن لها أن تزيد حتى من الإسهال.

لمزيد من المعلومات، راجع موقف منظمة الصحة العالمية بشأن استخدام محلول الإماهة الفموية للحد من الوفيات بسبب الكوليرا. وفيما يلي بعض النقاط الرئيسية المتعلقة بمحلول الإماهة الفموية، ومحلول السكر والملح المنزلي الصنع:

- يجب أن تبدأ الإماهة على الفور، حيث يكون محلول الإماهة الفموية (المعد من الأكياس الجاهزة) هو الصيغة الأكثر فعالية لإدارة الجفاف بسبب الإسهال نتيجة أية مسببات.
- من المستحسن توفير أكياس محلول الإماهة الفموية للاستخدام الفوري على مستوى المجتمع المحلي.
- إذا كانت أكياس محلول الإماهة الفموية غير متوفرة، فمن الممكن استخدام محلول السكر والملح المنزلي الصنع بشكل فوري، وذلك لفترة مؤقتة حتى يصبح من الممكن نقل مريض الكوليرا إلى نقطة أو ركن الإماهة الفموية للحصول على مزيد من العلاج.
- تشمل الاختلافات بين محلول الإماهة الفموية المعد من الأكياس الجاهزة والمحلول منزلي الصنع ما يلي:
  - السكر هو ثنائي السكاريد، ويجب أن يتم هضمه في الأمعاء قبل أن يصبح الجلوكوز متاحاً لنقل الجلوكوز الميسّر. وهكذا، فإن محلول الإماهة الفموية المصنوع من السكر هو أقل فعالية بقليل من محلول الإماهة الفموية المصنوع من الجلوكوز.
  - لا تحتوي محاليل السكر والملح منزلية الصنع على بعض المكونات الرئيسية الضرورية في محلول الإماهة الفموية، مثل البوتاسيوم والقاعدة، على سبيل المثال السيترات أو البيكربونات.

8.3.4 المحافظة على الإماهة

بعد الوصول إلى مستوى كاف من الإماهة، يجب أن يستمر العلاج حتى يتوقف الإسهال. وتختلف كمية محلول الإماهة الفموية المطلوبة للحفاظ على الإماهة إلى حد كبير من مريض إلى آخر، ولكن في جميع الحالات، تنخفض كمية السوائل والشوارد المفقودة بشكل مطرد مع مرور الوقت (حيث تنسلخ خلايا الأمعاء المصابة بسم الكوليرا ويتم استبدالها بأخرى جديدة وصحية). إذا كان ذلك ممكناً، يجب أن يبقى المرضى الذين عانوا من جفاف شديد تحت المراقبة حتى ينتهي الإسهال تماماً (عادة خلال أقل من يومين إذا تم استخدام المضادات الحيوية المناسبة، ونادراً ما تصل إلى 5 أيام) للتأكد من عدم تكرار الجفاف. بمجرّد أن يكون من الممكن الحفاظ على مستوى الإماهة لدى المريض باستخدام محلول الإماهة الفموية فلن تكون هناك حاجة لمواصلة استخدام سرير الكوليرا. إذا توفرت للمريض إمكانية الوصول إلى محلول الإماهة الفموية وكان قادراً على شربه وفهم المقدار الذي يحتاج لشربه، فمن المقبول تخريجه بشكل مبكّر من المرفق الصحي بمجرّد الوصول إلى مستوى الإماهة المطلوب، وذلك في حان كان هناك نقص في عدد الأسرة/ الموظفين.

8.3.5 أهمية العلاج من قبل كادر طبي ماهر

أهمية العلاج السريع من قبل كادر ماهر

من الأهمية بمكان تحويل الحالات التي يُشتبه بإصابتها بالكوليرا على وجه السرعة إلى منشأة للرعاية الصحية ذات خدمات عالية الجودة. ومن المؤسف أنه خلال حالات تفشي الكوليرا تكون معدلات وفيات الحالات أعلى في المناطق النائية وبأنه تحدث نسبة كبيرة من الوفيات قبل أن يتمكن المرضى من الوصول إلى المرافق الصحية المعينة. وبمجرّد وصول المريض وهو على قيد الحياة إلى منشأة صحية مؤهلة ومجهزة بالشكل الملائم وذات كادر طبي محترف، يجب أن يكون عدد الوفيات ضئيلاً جداً بحيث يكون معدل وفيات الحالات المستهدف أقل من 1٪. وبهذا تشير أية حالة وفاة بعد الوصول إلى المنشأة إما إلى فشل العلاج في مركز علاج الكوليرا أو وجود مضاعفات المراضة المشتركة مثل سوء التغذية الحاد، أو الالتهاب الرئوي أو فيروس نقص المناعة البشرية. وبخلاف ذلك، فإن الوفاة بسبب الكوليرا لشخص طبيعي يصل إلى مركز علاج الكوليرا على قيد الحياة هي غير مقبولة. ويعتمد تحقيق هذا الهدف كلياً على مهارة وخبرة كادر المنشأة.

تتطلب كل من الإماهة الوريدية والفموية لمرضى الكوليرا معرفة أن المهنيين الصحيين لا يتعلمون بشكل روتيني خلال برامج التدريب المنفذة قبل الخدمة الفعلية. وقد تم توثيق اختلافات هامة في نتائج المرضى بين أولئك الذين تمت معالجتهم على أيدي كادر أكثر خبرة وبين أولئك الذين تمت معالجتهم على أيدي كادر أقل خبرة. وعند حصول حالات تفشي واسعة، فمن الضروري تعيين فريق إماهة متخصص لتدريب موظفي الحكومة والمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية لضمان أن العاملين الصحيين المسؤولين عن رعاية مرضى الكوليرا على دراية جيدة بتقنيات إدارة الحالات. وفي مثال واحد على الأقل، لم تسمح السلطات لموظفي المنظمات غير الحكومية بتوفير العلاج لمرضى الكوليرا إلى أن أتمّوا حضور دورة تدريبية في منشأة مركزية. وتتضمن العناصر الرئيسية لهذا التدريب بشكل خاص أ) تقييم حالة الجفاف، ب) حساب متطلبات حجم السوائل الوريدية، وج) التدريب على تركيب المجموعة الوريدية لدى المرضى الذين يعانون من جفاف شديد. ومن المعوقات الرئيسية المتكررة في هذا المجال هي استخدام الإبر الصغيرة وقلة الخبرة في تركيب المجموعة الوريدية لدى هؤلاء المرضى. حيث يجب أن تكون إبر التسريب الوريدي بقياس 19 أو أكبر للبالغين وابر صغيرة بقياس 21 للأطفال الرضع. هذا ولا يوفّر التسريب بين العظام أو التسريب تحت الجلد إماهة سريعة بما فيه الكفاية لمرضى الكوليرا.

8.3.6 استخدام الزنك

تبين أن الزنك يخفّض بشكل كبير حجم البراز، ويقصّر مدة المرض ويحد من الحلقات اللاحقة من الإسهال والوفيات. ينبغي تضمين الزنك في بروتوكول إدارة الكوليرا وتوزيعه مع محلول الإماهة الفموية بما في ذلك في نقاط الإماهة الفموية أو عن طريق العاملين المجتمعيين في مجال الصحة (وفقاً للبروتوكول الوطني). وينبغي لجميع الأطفال دون سن 15 عاماً الحصول على جرعة من 10 ملغ – 20 ملغ يومياً من الزنك مع محلول الإماهة الفموية

خلال علاج الكوليرا. ينبغي أن يستمر هذا الروتين لمدة 10 – 14 يوماً في المنزل بعد نهاية المرض[22]. وكما هو الحال مع المضادات الحيوية، يجب أن تكون الرسائل واضحة بأن هذا جزء هام من معالجة الكوليرا ولكنه ليس بديلاً عن معالجة الجفاف.

8.3.7 استخدام المضادات الحيوية

يُقلل العلاج بالمضادات الحيوية المناسبة من حجم البراز ومدة المرض في المرضى الذين يعانون من جفاف متوسط أو شديد.[23]

أهمية معالجة الجفاف بسرعة في مقابل إعطاء المضادات الحيوية

المضادات الحيوية ليست ضرورية لضمان نجاة مريض الكوليرا. ويكمن "علاج" الكوليرا في معالجة الجفاف بسرعة والحفاظ على مستوى كاف من الإماهة خلال مدة المرض. ومع ذلك، تُقصّر المضادات الحيوية من مدة المرض (مما يسمح للمرضى بالخروج من المنشأة الصحية بشكل أسرع) ويقلل من متطلبات الإماهة: ويمكن بالتالي معالجة المزيد من المرضى بشكل فعّال مع إمدادات أقل وعدد أقل من الموظفين المدربين، وذلك عندما يتم استخدام المضادات الحيوية.

على الرغم من كون المضادات الحيوية غير ضرورية لنجاة مريض الكوليرا، إلا أن استخدامها خلال تفشي المرض هو أمر بالغ الأهمية لتقصير مدة المرض، والحد من حجم البراز ومتطلبات سوائل الإماهة وتقليل الوقت اللازم حتى يمكن تخريج المريض من المنشأة الصحية. إذا لم يتم استخدام المضادات الحيوية، فسيحتاج المرضى إلى فترة علاج أطول في المنشأة؛ مما يزيد بالتالي، من احتياجات التمريض والموارد. خلال حالات التفشي الكبيرة، من الضروري معالجة المرضى بسرعة من أجل إفساح المجال أمام معالجة المزيد من المرضى بنجاح.

وبصرف النظر عن تحسين إدارة الحالات الفردية للمرضى، فإن المضادات الحيوية تحدّ أيضاً من عدد بكتيريا الكوليرا المراقة عن طريق براز المريض، مما يحد من انتقال العدوى، وخاصة بعد تخريج المريض من الرعاية السريرية. إذا لم يتم إعطاء المضادات الحيوية، فإن المرضى يحملون معهم إلى البيت البكتيريا، والتي من المحتمل أن تنتقل إلى الآخرين.

لاحظ أنه في حال ترافق الجفاف الشديد مع اقياء متكرر، ينبغي تأجيل العلاج بالمضادات الحيوية إلى ما بعد إماهة المريض وتوقف القيء. وبالنسبة لأولئك المرضى الذين يعانون من بعض الجفاف، يمكن أن تُعطى المضادات الحيوية جنباً إلى جنب مع الإماهة الفموية.

22 مكملات الزنك للأطفال الذين يعانون من وباء الكوليرا في بنغلاديش: تجربة عشوائية، إس كيه روي وآخرون، BMJ

23 نيو انغلاند جورنال اوف ميديسين، 6 .2011 كانون الثاني. 7-5 :(1) 364.

وتكون بعض المضادات الحيوية فعّالة مع جرعة واحدة، على افتراض أن بكتيريا العدوى حساسة لها. ومع ذلك، غالباً ما أصبحت الضمة الكوليرية مقاومة للعديد من المضادات الحيوية في السنوات الأخيرة؛ وهكذا، فإن اختيار المضاد الحيوي الصحيح هو أمر بالغ الأهمية (على سبيل المثال، إن جميع السلالات تقريباً هي مقاومة الآن للالكوتريموكسازول). من غير الضروري أخذ عينات من براز كل مريض، سواء لإثبات التشخيص أو لتوجيه العلاج، ولكن من المهم تحديد نمط حساسية الضمة المتداولة للمضادات الحيوية في بداية التفشي وبصورة دورية بعد ذلك. كقاعدة عامة، إذا كانت السلالات حساسة للالتتراسيكلين، فإن أفضل المضادات الحيوية هو الدوكسيسيكلين. وإذا كانت مقاومة للالتتراسيكلين، فإن أفضل خيار (حالياً) هو أزيثروميسين. ومن الممكن أيضاً استخدام سيبروفلوكساسين، ولكن بما أن السلالات قد أصبحت أقل حساسية لهذا المضاد الحيوي في السنوات الأخيرة، يكون العلاج المطلوب على مدى ثلاثة أيام بدلاً من جرعة واحدة.

وضمن أي تفش معين، ينبغي أن تؤخذ قضايا التكلفة، والتوافر، والوصول الموثوق إلى المرضى ومستوى امتثالهم المتوقع للتعليمات في عين الاعتبار عند وضع سياسة استخدام المضادات الحيوية. للحصول على مزيد من المعلومات بشأن المضادات الحيوية الفعّالة لاستخدامها في علاج الكوليرا، يمكنك الاطلاع على الملحق **8B**.

8.3.8 المضادات الحيوية الوقائية

لا زالت مسألة العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية لمخالطي مرضى الكوليرا موضوع جدل منذ فترة طويلة. على الرغم من أن استخدام المضادات الحيوية الوقائية هو "فعّال" في الحالات الخاضعة للرقابة، فإنه لا ينصح بها لأن البرامج التي تحاول استخدام هذا النهج تؤدي حتماً إلى استخدام المضادات الحيوية على نطاق واسع وبشكل غير ملائم وتطور المقاومة للمضادات الحيوية.

ومع ذلك، في حالات خاصة واستثنائية جداً، وعندما يكون من الممكن إيصال المضادات الحيوية بسرعة إلى الأشخاص الذين قد يتعرضون للإصابة بالكوليرا، ولم يمرضوا بعد، وعندما يكون من الممكن العناية بهؤلاء الأشخاص تحت الملاحظة المباشرة، فقد تمنع الوقاية من حدوث الإصابة. مثال على مثل هذا السيناريو هو تفشي مرض الكوليرا بين السجناء.

المصادر الرئيسية

منظمة أطباء بلا حدود، المبادئ التوجيهية الكوليرا: الفصل 5.

المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش: برنامج التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات: كامل البرنامج

وزارة الصحة العامة والسكان في هايتي/ مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، دليل هايتي للتدريب على الكوليرا: دورة شاملة لمقدمي الخدمات الصحية (2011)

وزارة الصحة العامة والسكان في هايتي/ مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، حقائق حول الأعراض السريرية وإدارة الحالة.

8.3.9 التغذية

يمكن لأي شخص أن يصبح مريض كوليرا، حتى أولئك الذين يحصلون على تغذية جيدة. ومع ذلك، وبسبب ارتباط خطر الكوليرا بالفقر، غالباً ما تحدث الكوليرا في المناطق التي ترتفع فيها مستويات سوء التغذية في مرحلة الطفولة. ويمكن أن يطرح هذا مشكلة أمام إدارة الحالات. ولكن، حتى في المناطق التي لا يشكّل فيها انتشار سوء التغذية مصدر قلق، يبقى الأطفال في خطر بسبب دورة العدوى / سوء التغذية. يجب النظر بالنقاط التالية فيما يتعلق بتغذية الأطفال والاستعداد لتفشي وباء الكوليرا والوقاية منه والاستجابة له.

الرضاعة الطبيعية

ينبغي تشجيع الرضاعة الطبيعية واستمرارها كلما أمكن ذلك. نادراً ما يصاب الأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية الخالصة بالكوليرا. وينبغي أن تستأنف الرضاعة الطبيعية في أقرب وقت ممكن في حال توقفها مؤقتاً عند إصابة الأم بالكوليرا أثناء تفشي المرض. ويجب أن نضع بعين الاعتبار أنه في حال كانت الأم واعية وقادرة على تقديم الرضاعة الطبيعية دون المخاطرة بصحتها، فينبغي تشجيع ذلك. انظر الملحق **8D** للحصول على إرشادات حول الرضاعة الطبيعية وتغذية الرضع خلال تفشي وباء الكوليرا.

الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية

يمكن لسوء التغذية الحاد الشديد (SAM) أن يؤثر سلباً على نحو خطير على تشخيص الكوليرا وإدارتها؛ وبالمثل، يمكن للكوليرا أن تؤثر سلباً على تشخيص وعلاج سوء التغذية الحاد الشديد. وللحصول على بروتوكولات التقييم والعلاج لإدارة الكوليرا لدى الأطفال المصابين بسوء التغذية، راجع الدليل التدريبي لمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، الصفحات 17-20، والخوارزمية في الملحق الأول (تقييم وعلاج الطفل بعمر 6-59 شهراً المصاب بسوء التغذية الحاد والإسهال المائي الحاد). قد يكون من الصعب تقييم الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية خفيف أو معتدل لأن علامات الجفاف، مثل انخفاض مرونة/امتلاء الجلد، والعيون الغارقة، والخمول إلخ...، يمكن أن تكون أيضاً من علامات سوء التغذية، وبالتالي تكون الخبرة ضرورية لتقييم حالة الجفاف لدى هؤلاء الأطفال.

نقاط رئيسية:

1. قم بإدارة علاج مرض الكوليرا أولاً.
2. قم بالتقييم باستخدام خوارزمية الجفاف الكاملة لمنظمة الصحة العالمية حيث لا يمكن الاعتماد على العلامات السريرية الفردية في حالات سوء التغذية الحاد وخصوصاً مرونة الجلد وملاءته كما ذكر أعلاه.
3. قم بإعطاء السوائل الوريدية بشكل أبطأ (أي ساعة واحدة لأول 30 مل / كغ و 5 ساعات لل 70 مل/ كغ التالية).
4. لا تستخدم أملاح ريسومال Resomal لعلاج الكوليرا.
5. من المرجح حصول بعض المضاعفات (مثل نقص سكر الدم، زيادة السوائل).
6. قم بنقل المريض إلى وحدة سوء التغذية في أقرب وقت ممكن بعد الإماهة وقم بإدارة الحالة وفقاً لبروتوكول سوء التغذية.

يتطلب الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد الشديد احتياطات إضافية عندما تتم معالجته من الكوليرا. *إذا تمت إحالة طفل إلى منشأة صحية لعلاجه من سوء التغذية الحاد الشديد واشتبه بإصابته بالكوليرا، يجب نقل الطفل إلى منشأة لعلاج الكوليرا (مركز علاج الكوليرا/ وحدة علاج الكوليرا) أو عزله على الفور عن الأطفال الآخرين المصابين بسوء التغذية*. يجب أن تتم المعالجة في مركز علاج الكوليرا أو وحدة علاج الكوليرا وليس ضمن وحدة متخصصة بعلاج سوء التغذية الحاد الشديد بسبب خطر العدوى والانتقال المحتمل للمرض إلى الأطفال الآخرين المصابين بسوء التغذية الحاد والمحتاجين إلى علاج متخصص. إذا أصيب بالكوليرا عدد كبير من الأطفال المصابين بسوء التغذية، ينبغي إقامة مرافق خاصة وتجهيزها بعاملين صحيين ذوي خبرة. من المرجح أن تصيب الصدمة الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الشديد والجفاف الشديد الذين إسعافهم إلى مرفق صحي. وغالباً ما يكونون غير مستجيبين، وذوي نبض ضعيف جداً أو غير موجودة، وقد يتقيؤون. **هذا ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى الإماهة الفورية، ويمكن للأطفال الرضع أن يحصلوا على الرضاعة الطبيعية، ويكون علاج الكوليرا عاجل وملح ويتفوق على جميع الاحتياجات الأخرى للمرضى.** حيث يكون الأطفال المصابين بالكوليرا في حالة خطر شديدة وينبغي إعطاؤهم الأولوية على المرضى الآخرين. راجع دليل تدريب مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها على العلاج باستخدام السوائل الوريدية ومحاليل الإماهة الفموية للأطفال المصابين بسوء التغذية.

هناك حاجة لمراقبة حالة الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الشديد عن كثب (كل 10 دقائق أو نحو ذلك) لأن خطر الإفراط في الإماهة قد يتسبب في توقف القلب والموت. لاحظ أن معدل الإماهة يجب أن يكون أبطأ من الكبار للتخفيف من هذا الخطر، والمخاطر الإضافية المتمثلة في نقص السكر في الدم والصوديوم الزائد الذي قد ينجم عن إعطاء محلول رينغر اللاكتيكي للأطفال المصابين بالجفاف وسوء التغذية الحاد الشديد. يُضيف بعض مقدمي الرعاية الصحية الجلوكوز إلى محلول رينغر اللاكتيكي لمنع نقص السكر في الدم وللإماهة على مدى 6 ساعات بدلاً من 3 ساعات (30 مل / كغ في الساعة الأولى و 70 مل / كغ على مدى الخمس ساعات التالية).

خلال علاج الكوليرا، يحصل الأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد إما على الإماهة الوريدية كما هو موضح، أو محلول الإماهة الفموية كما يتم إعداده بشكل طبيعي. بعد نجاح علاج الجفاف الشديد، ينبغي نقل الطفل المصاب بسوء التغذية الحاد إلى مركز لعلاج سوء التغذية الحاد الشديد لمواصلة العلاج. من المهم أن يتم تقييم الأطفال لناحية سوء التغذية عند تخريجهم من المنشأة الصحية لضمان التعافي الكافي مع نظام العلاج المناسب.

عادة، تتم معالجة الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد والجفاف المعتدل (الغير ناتج عن الكوليرا) مع نوع خاص من محلول الإماهة الفموية يدعى ريسومال ReSoMal (محلول الإماهة الفموية لسوء التغذية الحاد) والذي يحتوي على حوالي ثلثي محتوى الصوديوم في محلول الإماهة الفموية، ولكن ينبغي استخدام ريسومال ReSoMal فقط بعد أن يتم حل مشكلة الكوليرا وإحالة الطفل إلى منشأة لمعالجة سوء التغذية الحاد الشديد. **لا ينبغي استخدام ريسومال ReSoMal لعلاج الجفاف من الكوليرا لأن تركيز الصوديوم منخفض جداً عما يتطلبه علاج مرضى الكوليرا.**

يكون من الصعب تقييم الأطفال الذين يعانون من سوء تغذية خفيف أو معتدل لأن علامات الجفاف، مثل انخفاض مرونة/امتلاء الجلد، والعيون الغارقة، والخمول، إلخ، يمكن أن تكون أيضاً من علامات سوء التغذية. وقد يكون

الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بشكل معتدل أكثر عرضة للإصابة بالكوليرا. ولذلك يتم توفير العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية، والزنك، ومحلول الإماهة الفموية مع تعليمات واضحة للاستخدام في أية برامج للتغذية التكميلية.

وينبغي توفير الغذاء الآمن في منشأة علاج الكوليرا إلى المرضى وخصوصاً أولئك المعرضين لسوء التغذية (النساء الحوامل والأطفال وذوي الأمراض المزمنة مثل الإيدز) وتشجيعهم على تناول وجبات غذائية على أساس منتظم. ولا ينبغي إغفال التغذية الكافية التي لا بدّ من توفيرها من قبل المنشأة أو الأسر.

8.3.10 إدارة الكوليرا لدى الأشخاص ذوي الحالات الخاصة

الحمل

يتعرض مرضى الكوليرا من الحوامل إلى عوامل خطر إضافية والتي تؤدي إلى نتائج أكثر شدة يمكن أن تؤثر على كل من الأم والمولود[24]. عادة ما تكون شدة أمراض الإسهال لدى النساء الحوامل أكثر حدة مع حصول المزيد من الجفاف في الربع الثالث من الحمل. ومع ذلك، لا يوجد أي خطر في زيادة الوفيات عند الحصول على العلاج المناسب. حيث أن أعظم أثر محتمل لإصابة الأم يؤثر على المولود حيث أن الإصابة بالكوليرا في الربع الثالث تطرح خطراً أكبر بحصول الإجهاض التلقائي والولادة المبكرة. وتعود النتائج الوليدية السلبية إلى أسباب فسيولوجية (مثل الجفاف وانخفاض تدفق الدم إلى المشيمة)، وليس بسبب سم الكوليرا نفسه. كما أن الجنين لا يصاب بعدوى الكوليرا من أمه. وتتضمن إدارة الكوليرا لدى النساء الحوامل ما يلي:

- الإماهة: استخدام بروتوكول منظمة الصحة العالمية مع استبدال السوائل بشكل مكثّف والرصد الدقيق لحالة الإماهة.
- الرصد الدقيق لخسائر البراز باستخدام سرير الكوليرا مع تحقيق توازن دقيق لسوائل الإماهة مع مخرجات البراز. ينبغي الاستمرار لفترة أطول باستخدام السوائل الوريدية للمحافظة على مستوى الإماهة، لتجنب خطر أن تصاب الحامل مرة أخرى بالجفاف إذا لم يكن محلول الإماهة الفموية قادراً على مواكبة خسائر البراز.
- إعطاء المضادات الحيوية للأم: أزيثروميسين أو الاريثروميسين أو
- لا تكون هناك حاجة لإعطاء المضادات الحيوية للمولود ما لم تكن هناك حاجة إليها لمعالجة مضاعفات أخرى.
- خدمات إضافية: لا بد أن تكون مراكز علاج الكوليرا مستعدة لتوفير خدمات التوليد والنظر في إجراء ترتيبات الولادة والإحالة للحصول على الرعاية الطبية الخاصة بالتوليد وطب الأطفال / الأطفال حديثي الولادة.

لمزيد من التفاصيل، راجع العرض التقديمي لمنظمة أطباء بلا حدود حول الكوليرا والحمل –هايتي.

24 هيرشهورن، تشودري، ليندينبوم، "الكوليرا لدى النساء الحوامل"، مجلة لانسيت. 1969؛ 1232-1230 :1.

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

بشكل عام، يكون الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أكثر عرضة للإصابة بمختلف مسببات الأمراض ولديه نتائج سريرية أكثر شدة. ولا توجد حالياً أية استراتيجيات علاجية إضافية خاصة بالمرضى الذين يعانون أيضاً من فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. وينبغي تقييمهم ومعالجتهم وفقاً لبروتوكولات علاج الكوليرا الوطنية.

مضاعفات أخرى ناتجة عن علاج الكوليرا

يمكن أن يحدث فشل كلوي حاد إذا لم تتم إماهة مريض الكوليرا بما فيه الكفاية. يحدث هذا في أغلب الأحيان إذا تم إعطاء المريض ما يكفي من السوائل لمعالجة الجفاف وتجنب الموت، ولكن ليس ما يكفي من السوائل للحفاظ على تدفق الدم الطبيعي. قد تحدث أمثلة على ذلك إذا كان هناك تأخير في الوصول إلى مركز العلاج في الوقت المناسب، ولكن تم إعطاء بعض السوائل أثناء الطريق. حيث يمكن الاستدلال على هذا إذا لم يُستأنف تدفق البول بعد أن تمت إماهة المريض. كما يمكن أن يحدث خلل في الشوارد، وخصوصاً نقص بوتاسيوم الدم (انخفاض البوتاسيوم)، نقص صوديوم الدم (انخفاض الصوديوم) أو الهايبرناترميا (ارتفاع الصوديوم). ومن المرجح أن تحدث هذه الحالات في حال إعطاء سوائل معالجة الجفاف الغير صحيحة. ويتطلب علاج أي من هذه الحالات الإحالة إلى المستشفى.

8.4 المرافق الصحية ومواقع المعالجة

8.4.1 وصف المرافق الصحية ومواقع المعالجة

قد تكون هناك حاجة لمستويات مختلفة من المرافق الصحية والهياكل المرتبطة بها خلال الاستجابة للكوليرا. ومع ذلك، يمكن للمنظمات استخدام مصطلحات مختلفة لمستويات المرافق الصحية، أو مصطلحات مماثلة مع معاني مختلفة. ومن المهم في أي إجراء للوقاية والتأهب والاستجابة أن تتم مناقشة والاتفاق على المصطلحات المستخدمة لمختلف مستويات المرافق الصحية لتسهيل الاتصال بين القطاعات وبين المنظمات، ولتوفير الوقت، والمساعدة على منع سوء الفهم الذي قد يهدد الحياة.

لمزيد من المعلومات حول اختيار الموقع، وإنشاء مراكز العلاج وإجراءات مكافحة العدوى (المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية)، راجع الملحق **8E**، والملحق **8H** للحصول على قائمة مرجعية لتقييم مركز علاج الكوليرا/ وحدة علاج الكوليرا لأغراض الرصد.

8.4.2 مواقع مراكز العلاج

المناطق الحضرية – من الناحية المثالية، ينبغي توفير منشأة على مستوى المستشفى – مثل مركز علاج الكوليرا – وذلك ضمن مجمّع المستشفى. عند وصول مريض الكوليرا إلى المستشفى (غالباً ما يُشتبه بالتشخيص من قبل الحراس)، ينبغي على المريض التوجّه مباشرة إلى مركز علاج الكوليرا وليس من خلال عنابر أو ممرات أخرى. وهكذا يجب أن يكون مركز علاج الكوليرا على مقربة من مدخل المنشأة. وحيثما كان ذلك ممكناً، فمن الأفضل أن يكون هناك مركز علاج كوليرا واحد مدار بشكل جيد مع عدد من نقاط الإماهة الفموية لإماهة المرضى قبل وصولهم إلى المركز.

مستويات الرعاية الصحية المرتبطة بالكوليرا مع مصطلحاتها الشائعة

تم تصنيف الفئات التالية من المنشآت حسب مستويات الرعاية:

المستوى 1 – ضمن المجتمع – نقطة الإماهة الفموية (ORP) أو ركن الإماهة الفموية (ORC) (بدون أسرّة).
نقطة الإماهة الفموية أو ركن الإماهة الفموية هو موقع على مستوى المجتمع المحلي (في المناطق الحضرية أو الريفية أو مخيمات النازحين داخلياً / اللاجئين) حيث من الممكن إدارة حالة الأشخاص المصابين بجفاف خفيف / معتدل من خلال توفير محلول الإماهة الفموية (والزنك)، وفحصهم للتأكد من إصابتهم بالجفاف الحاد وإحالتهم إلى مرفق صحي كما هو مطلوب. وكونها تفتقر للأسرّة، فإن نقطة الإماهة الفموية/ ركن الإماهة الفموية ليس مجهزاً للتعامل مع العلاجات على المدى الطويل مثل معالجة الجفاف عن طريق الوريد، والتي تتطلب وجود مرفق صحي مجهز تجهيزاً جيداً. ومن خلال المساعدة على الحد من شدة الجفاف لدى المرضى الذين يحتاجون إلى خدمات المرافق الصحية، يمكن لنقطة الإماهة الفموية الحد من التوتر والاكتظاظ في المرافق الصحية. ومع ذلك، فإنها تتطلب وجود موظفين مدربين لضمان أن يتم توفير محلول الإماهة الفموية بشكل مناسب لأولئك الذين يحتاجون إليه. لمزيد من المعلومات حول العلاج في نقطة الإماهة الفموية / ركن الإماهة الفموية ، انظر الملحق **8F** والقسم **9.11** حول الإدارة المجتمعية لحالة الكوليرا (CCM).

المستوى 2 – مرفق صحي صغير / مستوصف (1-5 أسرّة). وهو مرفق صحي صغير / مستوصف يستقبل أعداداً قليلة من المرضى وقد يحتوي على ركن الإماهة الفموية، وعند الاقتضاء، غرفة مع عدد قليل من الأسرّة المخصصة للمرضى في الحالات الحرجة. قد يكون للمرفق الصحي القدرة على إدارة السوائل الوريدية لعلاج الجفاف الشديد إذا كان يضم عاملين صحيين مؤهلين.

المستوى – 3 منشأة متوسطة الحجم للمرضى المقيمين – وحدة علاج الكوليرا (20–10) (CTU سرير)
الملحق 8E. غالباً ما تُخدّم وحدة علاج الكوليرا مرضى الكوليرا في الأماكن التي توجد فيها مسافات طويلة بين المجتمعات، والتي تتطلب عدداً أكبر من المرافق اللامركزية ذات الحجم الأصغر. وهي تكون أصغر حجماً من مركز علاج الكوليرا (CTC) وتقع عادة إما داخل المرفق الصحي أو على مقربة منه، وقد تكون منفصلة أحياناً، ويكون لدى وحدة علاج الكوليرا منشأة للمرضى المقيمين مما يسمح بفصل مرضى الكوليرا عن المرضى الآخرين. وهي توفر ركن الإماهة الفموية فضلاً عن مجموعة كاملة من العلاج، بما في ذلك نظم معالجة الجفاف الشديد.

المستوى 4 – منشأة مرتكزة على المستشفى أو موقع مستقل – مركز علاج الكوليرا (200–25) (CTC سرير)
الملحق 8E. منشأة مخصصة لمعالجة مرضى الكوليرا، حيث يتم إنشاء مركز علاج الكوليرا بشكل مثالي ضمن مجمّع المستشفى. ويحتوي مركز علاج الكوليرا على ركن الإماهة الفموية ويقدّم مجموعة كاملة من العلاج بما في ذلك علاج الجفاف الشديد. وغالباً ما يُستخدم مركز علاج الكوليرا في المناطق الحضرية حيث يوجد عدد كبير من الحالات.

ومع ذلك، أثناء الأوبئة الكبيرة أو في المناطق الحضرية الموزعة على مسافات كبيرة أو حيث تكون حركة المرور كثيفة ومزدحمة، قد تكون هناك حاجة إلى المزيد من مراكز علاج الكوليرا أو مزيج من وحدات علاج الكوليرا ومراكز علاج الكوليرا.

المناطق الريفية - الأولوية في المناطق الريفية هي زيادة التغطية والوصول مما قد يعني إنشاء مرفق مركزي على مستوى المستشفى (مركز علاج الكوليرا) ومجموعة من المرافق في المرافق الصحية المتوسطة الحجم (وحدة علاج الكوليرا) مع مجموعة من نقاط الإماهة الفموية على مستوى القرية. قد يكون من الأفضل في بعض الحالات إقامة وحدة علاج الكوليرا على مستوى القرية. ومن الناحية المثالية، ينبغي أن تكون وحدة علاج الكوليرا موجودة داخل المرفق الصحي أو على مقربة منه كونه من الأماكن المألوفة للسكّان، وسيكون من السهل على الأرجح الحصول على الموظفين والموارد. هذا ويمكن بخلاف ذلك إقامتها في أي مكان آخر. ومن المأمول ألا يعطّل علاج الكوليرا رعاية المرضى الذين يعانون من أمراض أخرى واحتياجات الرعاية الصحية الأخرى.

في كل من المناطق الحضرية والريفية – يمكن أن توجد نقاط الإماهة الفموية في منزل عامل الصحة المجتمعية أو قائد مجتمعي أو أن تُقام في موقع آخر مثل مركز مجتمعي أو مبنى ديني. وينبغي توزيع معلومات الموقع لأفراد المجتمع لتكون معروفة بالنسبة لهم. راجع الملحق **8E** للحصول على مزيد من المعلومات حول اختيار الموقع.

8.4.3 مكافحة العدوى من خلال إجراءات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

ماذا الذي تسعى مكافحة العدوى إلى تحقيقه - إن مكافحة العدوى في مرافق علاج الكوليرا هي عنصر حاسم في رعاية المرضى. وهي تركّز على الحد من مخاطر انتقال بكتيريا الكوليرا ومسببات أمراض الإسهال الأخرى. وتستند مكافحة العدوى بشكل رئيسي على إجراءات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية التي يتعين القيام بها في المرفق.

التقيّد بإجراءات مكافحة العدوى، والتدريب والمعدات والإشراف الداعم - على الرغم من سعي موظفي المرافق الصحية وموظفي الإدارة إلى تحمل مسؤولية التأكّد من تنفيذ إجراءات مكافحة العدوى، إلا أن المرافق الصحية تصبح أحياناً مصدر عدوى بحد ذاتها، وذلك عادة بسبب:

- عدم معرفة الموظفين بمختلف إجراءات مكافحة العدوى اللازمة لأمراض الإسهال والكوليرا العامة.
- عدم امتلاك الموظفين لمطهرات كافية.
- إجهاد الموظفين وإرهاقهم من العمل على مدار الساعة حيث تتاح لهم استراحات محدودة أو معدومة بسبب عدم الالتزام بالقواعد الصارمة التي تحدد ساعات العمل.
- تركيز الموظفين على الجوانب العلاجية لإدارة الحالة بدلاً من التركيز على الوقاية.

ولذلك، ينبغي للمهنيين من قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أن يقدّموا الدعم إلى العاملين في مجال الصحة للتأكد من وضع الإجراءات الصحيحة والالتزام بها. وتتضمن دوماً المنظمات غير الحكومية الطبية ذات الخبرة الكبيرة في مجال الكوليرا، مثل منظمة أطباء بلا حدود، موظفي الخدمات اللوجستية، والصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لإنشاء وإدارة مركز علاج الكوليرا/ وحدة علاج الكوليرا.

تلميح

المبادئ الرئيسية لعدوى الكوليرا في المرافق الصحية

- النقاط الرئيسية هي: استخدام أسرّة الكوليرا مع الدلاء والأغطية البلاستيكية التي يمكن إعادة استخدامها وكذلك الأوعية المستخدمة للقيء وكلها ملوثة بالضمة الكوليرية.
- غسل اليدين المتكرر، والتحكم في الوصول إلى الوحدة.
- يجب غسل اليدين بالماء المطهر (0.05٪ كلور أو مع مطهر يدين لا يقل عن 60٪ كحول) بشكل روتيني من قبل الموظفين ومقدمي الرعاية والمرضى في المواقع الرئيسية في جميع أنحاء المنشأة أو الموقع – عند الدخول/ الخروج من الموقع وما بين العنابر/مناطق الوسط، وبعد الاتصال مع المريض، وبعد استخدام المرحاض وقبل تناول الطعام.
- الحد من الاتصال بين المرضى من ذوي الحالات الخطيرة والآخرين عن طريق عزلهم داخل المرفق الصحي واحالتهم إلى مقدّم رعاية واحد.
- يجب أن يخضع مدخل مركز علاج الكوليرا للحراسة وذلك لتقييد الدخول والخروج وحصره بالأشخاص الذين لديهم إذن دخول (الموظفين والمرضى ومقدمي الرعاية المعينين أو المشرفين).
- يجب أن يكون من السهل الوصول إلى عنابر المنشأة الصحية والمراحيض ووحدات الاستحمام وأن يسهل تطهيرها.
- يجب التخلص من سوائل القيئ والإسهال بشكل آمن في المراحيض بعد إضافة الكلور.
- يجب أن تكون حركة الأغذية إلى/من منشأة معالجة الكوليرا محدودة؛ من الناحية المثالية ينبغي إعداد الطعام، وتقديمه في الموقع.
- يجب تطهير الفراش والملابس المتسخة قبل إخراجها من المركز.
- يجب أن تخضع جثث ضحايا الكوليرا إلى إجراءات محددة من أجل التخزين والتطهير والإعداد والدفن. كما يجب الحرص على أن يكون لأفراد الأسرة الفرصة للحزن ووداع جثة المريض في منطقة حداد معينة. انظر الملحق **9D** لمزيد من المعلومات حول التعامل الآمن مع الجثث.

مقدّمي الرعاية والأطفال الرضع - ينبغي تشجيع واحد فقط من مقدمي الرعاية للبقاء مع كل مريض حيث يكون من غير المرجّح أن يكون هناك طاقم تمريض كاف للقيام بكل ما هو مطلوب، وبشكل خاص إدارة وتشجيع تناول محلول الإماهة الفموية. ويُقلل هذا التقييد من احتمالات انتقال العدوى ويساعد على ضمان أن يكون للموظفين المساحة اللازمة لتنفيذ إجراءات المكافحة بكفاءة.

يُسمح للأطفال المعتمدين على الرضاعة الطبيعية الخالصة بدخول المركز. ويجب أن يُمنع الأطفال الآخرون من الدخول إلا إذا كانوا مرضى وبحاجة للحصول على الرعاية. وأخيراً، يجب تسجيل أسماء وتفاصيل الاتصال بالأقارب الذين يعتنون بأطفال المريض كإجراء وقائي في وقت دخول الوالد إلى المركز.

مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية – إن وجود مرافق/خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المناسبة في مراكز علاج الكوليرا والمراكز الأخرى ذات الصلة بالصحة هو أمر ضروري لمكافحة العدوى بشكل صحيح. ويجب على جميع مراكز علاج الكوليرا التأكد من أن المياه متوفرة بكمية ونوعية مناسبة لمختلف الأغراض المطلوبة؛ والتأكّد من المحافظة على مرافق الصرف الصحي بشكل صحيح (بما في ذلك التخلص النهائي من الفضلات) وتوفر مقدمي الرعاية والموظفين (حسب الجنس)؛ وتأمين وجود محطات غسل اليدين في النقاط الرئيسية. انظر الملحق **8E** حول معايير التصميم المحددة لمرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية فيما يخص اعتبارات الصيانة، والإجراءات والتدابير المحددة لمكافحة العدوى.

المصادر الرئيسية

منظمة أطباء بلا حدود: مبادئ توجيهية حول الكوليرا، الفصل ٤ والملاحق ٧-١١ حول معايير مركز علاج الكوليرا/وحدة علاج الكوليرا

منظمة أطباء بلا حدود، ما هو مركز علاج الكوليرا؟ (الموقع الكتروني)

وزارة الصحة العامة والسكان في هايتي/ مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، دليل هايتي للتدريب على الكوليرا: دورة شاملة لمقدمي الخدمات الصحية (2011)

إثيوبيا (تشرين الأول 2006، مسودة) بروتوكول رقم 7 – جوانب النظافة والصرف الصحي والعزل في مراكز علاج الكوليرا، جمهورية إثيوبيا الفيدرالية الديمقراطية، والصور ذات الصلة.

فيوستر. فيديو من أوجه المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية ومكافحة العدوى في مركز متطور لعلاج الكوليرا في هايتي، 2011، الهيئة الطبية الدولية.

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال، المبادئ التوجيهية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مراكز علاج الكوليرا، عام 2009.

8.4.4 الموارد البشرية للمرافق الصحية ومواقع المعالجة

يشمل الموظفون اللازمون للمرافق الصحية ومواقع المعالجة: العاملين في المجال الطبي، مثل الممرضات والأطباء والصيادلة وعمال الصحة المجتمعية (في بعض المواقع) وموظفي الإدارة والدعم، مثل مدراء الموقع، أخصائيي الخدمات اللوجستية، والمتخصصين في المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وعمال التنظيف (للأرضيات ودورات المياه والملابس والفرش)، والطباخين، والحراس، وناقلي المياه، ومصنعي المطهرات.

يعتمد العدد اللازم من الموظفين في كل منشأة على ما يلي:

- حجم المنشأة.

تلميح

إنجاح مكافحة العدوى

- يمكن للدورات التدريبية المبسّطة والتذكير بموضوع مكافحة العدوى والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أن تكون أدوات مفيدة تُحدد قواعد مكافحة العدوى لدى الوصول إلى المنشأة الطبية، وخلال القبول وعند المغادرة. كما يمكن أن توضع على جدران المنشأة لسهولة الرجوع إليها.
- يمكن لتوفير المعدات واللوازم الأساسية (انظر القسم 8.4.5) أن تساعد في تمكين وتحفيز العاملين النشطاء في مجال الصحة والشؤون الإدارية ضمن المرافق التي تعاني نقصاً في الموظفين، وذلك ليكونوا قادرين على تنفيذ مكافحة العدوى.
- يمكن أن يكون الدعم الاحتياطي المتنقل لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية مفيداً في دعم الموظفين في المرافق الصغيرة حيث لا يكون من الممكن وجود موظفين مكرّسين لشؤون المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والخدمات اللوجستية.

- الحد الأدنى المطلق للموظفين اللازمين لضمان عمل المنشأة بشكل فعّال وإتاحة الوقت الكافي من الراحة بحيث يعمل الموظفون بأمان.
- موازنة عدد الموارد البشرية المتوفرة مع الحاجات في جميع المواقع.

من المحتمل أن تظهر أكبر التحديات الخاصة بالموارد البشرية خلال الأوبئة المستفحلة وواسعة النطاق، والمتنقلة بسرعة والتي تتطلب العديد من المرافق الصحية، وحاجة ملحة لتوفير الموارد البشرية وخاصة العاملين المحليين في مجال الصحة. وتكون مثل هذه التحديات شديدة بشكل خاص في السياقات التي تفتقر للموارد حيث لم يتم التصريح عن حصول الوباء أو لا زال دون المستوى المطلوب لتلقي مستويات الدعم الكافية. وقد يكون من الصعب أيضاً على موظفي الصحة في المرافق الصحية الصغيرة أن يحصلوا على الراحة أو التدريب الحديث.

يمكنك الاطلاع على الملحق **8G** للحصول على مزيد من التفاصيل وأعداد الموظفين اللازمين لمختلف مستويات وأحجام المرافق الصحية، والقسم **6.4** للحصول على مزيد من المعلومات حول الموارد البشرية وتدريب الموظفين.

ملاحظة حول الحوافز: يعمل الموظفون في كثير من الأحيان لساعات إضافية في ظل ظروف صعبة، وغالباً ما تبرز قضية الحوافز، والتي يمكن أن تؤدي إلى وقوع إضرابات ومطالبة العاملين في مجال الاستجابة بالتعويض عن عملهم أو بالحصول على رواتب مساوية لغيرهم من الموظفين الذين يؤدون العمل نفسه (عندما يكون للوكالات المختلفة جداول أجور مختلفة). ومن المهم تعويض الموظفين تعويضاً جيداً على عملهم وضمان استمرار تقديم خدمات الكوليرا على أساس منتظم. وإذا كان ذلك ممكناً، ينبغي الاتفاق على تعويض الموظفين من قبل الحكومة وجميع وكالات الدعم عند اتخاذ الاستعدادات لتفشي المرض. ينبغي عادة خلال تفشي وباء الكوليرا توفير خدمات الرعاية الصحية مجاناً، ومع ذلك، يمكن فرض بعض الرسوم على هذه الخدمات عندما لا يتم تعويض الموظفين عن عملهم.

تلميح

تدريب الموظفين العاملين في المرافق الصحية ذات الصلة بالكوليرا

- ينبغي أن يكون التدريب جزءاً لا يتجزأ من جهود التأهب لأنه من الصعب القيام به بمجرّد تفشي وباء الكوليرا، حيث عادة ما يُجهد الموظفون فوق طاقتهم، ويُتركون مستنفذين وغير قادرين على ترك وظائفهم لحضور دورات تدريبية.
- يمكن توجيه الممرضات والأطباء المتدربين أو الطلاب لدعم الموظفين الصحيين المؤهلين خلال تفشي وباء الكوليرا على نطاق واسع.
- يمكن إرشاد الموظفين الجدد من قبل موظفين ذوي خبرة أو أولئك الذين يعملون بالفعل في مرافق صحية ذات صلة بالكوليرا، قبل نقلهم إلى مرافقهم النهائية.
- يمكن لوسائل مساعدة العمل البسيطة أن تساعد كأدوات تدريبية ومرجعية ضمن المرفق الصحي بمجرد البدء بالاستجابة. اطّلع على المصادر الرئيسية التالية للحصول على روابط خاصة بالأمثلة.
- في حالات التفشي الكبيرة يساعد وجود فريق تدريبي متخصص على تحسين الثقة والمعايير.
- يمكن للفرق المتنقلة التي توفّر الإشراف الداعم أن توفّر أيضاً تدريباً أثناء العمل كجزء أساسي من مسؤولياتها، ويمكنها أن تساعد في تحديد الثغرات في الموارد. هذا وتكون الفرق المتنقلة مهمة بشكل خاص لموظفي المرافق الصحية الصغيرة المتناثرة والبعيدة، ويمكنها أن تساعد على رفع الروح المعنوية.

ملاحظة حول تسجيل الممارسين الخارجيين: خلال تفشي وباء الكوليرا على نطاق واسع، قد تتقدّم كوادر الاستجابة للكوليرا من بلدان أخرى للتطوع في خدمات الاستجابة، لكنهم قد لا يكونون مؤهلين لتقديم مثل هذه الخدمات. ويمكن للتسجيل المسبق لمقدمي الخدمة الخارجيين لدى الحكومة خلال مرحلة التأهب أن يسهّل كثيراً موضوع نشر موظفي الدعم خلال تفشي المرض.

المصادر الرئيسية

برنامج التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات: بطاقات جيب خاصة بأمراض الإسهال موجّهة للموظفين.

منظمة أطباء بلا حدود، المبادئ التوجيهية للكوليرا، 2004، الفصل 4 الجزء 3 والملحق 11 للموارد البشرية.

8.4.5 المعدات والإمدادات اللازمة لمراكز علاج الكوليرا

من المحتمل أن تكون هناك حاجة إلى المعدات والإمدادات التالية من أجل إنشاء مراكز لعلاج الكوليرا:

- **تشمل المعدات الخاصة بإنشاء والحفاظ على الموقع وتنفيذ إجراءات مكافحة العدوى ما يلي:** خيام، أسوار، غالونات مياه، أكواب بلاستيكية، أسرّة الكوليرا، دلاء، أحواض القيء، طاسات، مماسح وغيرها من أدوات التنظيف، ألواح المراحيض، الأغطية البلاستيكية، أعمدة، براميل بلاستيكية (لخلط وتخزين الكلور ومحلول الإماهة الفموية)، أكياس الجثث، المعدات اللازمة لإمدادات الكهرباء، أواني الطبخ والأكل، محرقة وملابس واقية (جزمة مطاطية، قفازات، وزرة، مآزر، مع العلم بأنه ليست هناك حاجة لهذه الملابس في مركز علاج الكوليرا المدار جيداً، إلا حيث تُستخدم لإدخال القنية الوريدية، أو نقل الجثث أو السوائل، وتنظيف الأغطية البلاستيكية وغيرها). وتشمل الإمدادات من المواد الاستهلاكية: المطهرات، وورق التواليت، والمآزر البلاستيكية، والقفازات، والمواد الغذائية.
- **تشمل المعدات الخاصة بتوفير الرعاية الطبية:** إبر، قنية، قفازات جراحية، عباءات جراحية، مآزر، مقص، ملقط، أحواض، صواني، مقاييس ضغط الدم، وموازين الحرارة. وتشمل الإمدادات من المواد الاستهلاكية: أكياس محلول الإماهة الفموية، القطرات الوريدية، الحقن، الأنابيب الأنفية المعدية، المضادات الحيوية، وأكياس الجثث. تأكّد من أنه يتم استخدام قاعدة إبر كبيرة للأنابيب الوريدية (بمقاس 19 أو أكبر للبالغين و 21 للأطفال الرضع).
- قد يكون من المطلوب توفير معدات إضافية، ولا سيما في المرافق الصحية في المناطق الريفية **من أجل استيعاب الكوادر الصحية** حيث تكون هناك حاجة لاستقدامهم من خارج المنطقة نفسها. ويمكن أن تشمل المعدات ما يلي: الخيام، أسرّة المخيم، البطانيات، أدوات الطعام والإمدادات الغذائية (حيث لا يتم توفير المواد الغذائية في الموقع).

راجع الملحق قيد التطوير، للحصول على قائمة موحدة بالمعدات والإمدادات المطلوبة للمرافق الصحية ومواقع المعالجة الرئيسية، مع ملاحظات حول كيفية تحديد الكميات وتحديد أولويات المواد، بالإضافة إلى حاسبة خاصة بالإمدادات (انظر **الملحق 3J**). انظر **القسم 6.5** للحصول على معلومات حول مجموعات الأدوية.

المصادر الرئيسية

منظمة أطباء بلا حدود، المبادئ التوجيهية للكوليرا، الفصل 4 الجزء 4.

منظمة أطباء بلا حدود، قوائم مجموعة الكوليرا (الإمدادات الطبية وغير الطبية لمراكز علاج الكوليرا/وحدات علاج الكوليرا)

8.4.6 رصد البرنامج: ممارسات إدارة الحالة وجودة منشأة المعالجة

لا بدّ من رصد البرنامج بشكل مستمر لإجراء تعديلات في البرنامج وفقاً للاحتياجات المحددة (التوظيف والتدريب، والإمدادات، الخ). ويمكن رصد تقديم الخدمات في مراكز العلاج عن طريق:

- متابعة جودة إدارة الحالة في المرفق الصحي من خلال مراقبة الاتجاهات في معدّل الوفيات والذي ينبغي أن يظل أقل من 1 في المائة. وينبغي إجراء الملاحظات على أساس يومي وأسبوعي. انظر **القسم 3** و**المرفق 3F** لمزيد من المعلومات.
- في حال حدوث الموت بسبب الجفاف، تجب مراجعة إدارة الحالة لتحديد أسباب الوفاة من أجل تحسين إدارة الحالات في المستقبل.
- متابعة عمليات منشأة المعالجة، بما في ذلك بروتوكولات إدارة الحالة، ومكافحة العدوى في المنشأة، وكفاءة الموظفين، والإمدادات على أساس يومي من خلال الإشراف المباشر وعلى أساس أسبوعي باستخدام نموذج رصد مركز علاج الكوليرا/وحدة علاج الكوليرا. لمزيد من التفاصيل، انظر **الملحق 8H**.

ملاحظة: من المهم بشكل حاسم أيضاً عدم الاكتفاء بملء الاستمارات والنماذج، ولكن تعديل البرامج أيضاً وفقاً لذلك.

المصادر الرئيسية

منظمة الصحة العالمية، تفشي الكوليرا، تقييم الاستجابة لتفشي المرض وتحسين التأهب، 2004.

8.5 معلومات للمرضى والقائمين على رعايتهم، تقديم الحماية والدعم النفسي الاجتماعي.

8.5.1 إشراك المرضى والقائمين على رعايتهم

في كثير من البلدان التي تتوطن فيها الكوليرا، تعتمد رعاية المرضى اعتماداً كبيراً على إشراك أفراد الأسرة الذين يقومون غالباً بإعداد الطعام والقيام بمهام التمريض البسيطة، وخاصة إدارة محلول الإماهة الفموية وإنذار الممرضات في حال حدوث أية مشاكل طبية. ومع ذلك، يجب أن يبقى شخص واحد فقط من أفراد الأسرة مع المريض (فيما عدا مواعيد الزيارة) حيث أن أفراد الأسرة الإضافيون سيزيدون من الارتباك ويعيقون تقديم الرعاية الطبية المناسبة.

8.5.2 إعلام والتحدّث مع المرضى والقائمين على رعايتهم

ينبغي توفير مجموعة من المعلومات للمرضى ومقدمي الرعاية لهم عند وصولهم إلى المرافق الصحية، وأثناء إقامتهم فيها وقبل خروجهم منها. وينبغي أن تتاح لهم الفرص دوماً لطرح أسئلتهم ومناقشة مخاوفهم. وينبغي أن تشمل المعلومات المقدمة وصفاً لمرض الكوليرا، وإجراءات رعاية أنفسهم أثناء فترة إقامتهم، وموضوع الرضاعة الطبيعية، وقواعد مكافحة العدوى (بما في ذلك إعداد واستهلاك الطعام) وتوفير الطمأنينة للتخفيف من وطأة مشاعر العار المرتبطة بمرضهم. كما ينبغي توفير إرشادات حول إعداد محلول الإماهة الفموية، والمرض، ومنع انتقال وباء الكوليرا إلى باقي العائلة والاصدقاء وذلك قبل تخريج المريض من المرافق. كما ينبغي إعلامهم أيضاً بموارد الدعم الإضافية لاستخدامها

في حال وقوع تمييز أو نزاع مع الجيران أو المجتمع الأوسع.

وتشمل الأنشطة الموصى بها ما يلي:

- يمكن لعقد اجتماعات منتظمة مع العائلات، وخاصة قبل تخريج المريض من المنشأة الصحية، وإحاطة الأسرة بالمعلومات، وتوفير جلسات التثقيف، ولوحات الإعلانات وصناديق الاقتراح/الشكاوى أن يساعد على تسهيل الاتصال.
- قد يكون الرسم والعلاج النفسي مفيداً لمساعدة الأطفال خلال شفائهم.

انظر **الملحق 8I** للحصول على معلومات إضافية مفيدة.

8.5.3 الآثار النفسية

قد تملك المجتمعات مشاعر قوية بانعدام الأمن أثناء تفشي المرض والخوف من تعرضهم للوصم بالعار إذا سعوا للحصول على العلاج أو عانوا من الإسهال الشديد. حيث قد يشعر المرضى وأسرهم بالخجل من معالجتهم من مرض الكوليرا – وخاصة إذا كان المرض جديداً في البلاد.

تساعد المواقف الداعمة من قبل الكادر الطبي والتمريضي على تقليل الوصمة المصاحبة لمرض الكوليرا. كما أن حساسية الموظفين عند وفاة المريض وضرورة الاعتراف بتأثير الوفاة على الأسر هي أيضاً ذات مغزى. وينبغي إتاحة الفرصة للأسر لوداع جثمان أحبائهم باحترام وكرامة كلما كان ذلك ممكناً.

قد تشعر الأسر الحزينة على فقد أحبائها بأنها غير قادرة على القيام بممارسات الجنازة والحداد المعتادة، مما يسبب الألم والمعاناة الإضافية وانخفاض في فعالية الاستجابة. هذا ويمكن للتصدي لوصمة العار في وقت مبكر أن يشجّع سلوكيات إلتماس الرعاية.

ويأتي تفشي الكوليرا مؤخراً في هايتي بمثابة مثال قوي على كيفية تعامل الاستجابة مع خوف السكان من المرضى والموتى وكذلك من بناء مراكز لعلاج الكوليرا.

لمزيد من المعلومات على مثال هايتي وعلى مواقف أخرى تجاه الكوليرا يمكنك الاطلاع على **الملحق 7F**. لمزيد من التفاصيل الخاصة بدراسة هايتي، يرجى مراجعة العرض التقديمي، "*الاستجابة النفسية لتفشي الكوليرا*" و"ورقة الصليب الأحمر –هايتي". وتُوفّر الصفحة التالية نصائح حول الاستجابة للقضايا التي جرى تسليط الضوء عليها في هذا القسم. لمزيد من التفاصيل، راجع **القسم 2.3** و**الملحق 7F**، و**القسم 9.7** و**الملحق 9D**.

8.5.4 اعتبارات الحماية

يتوجب على استجابات البرنامج لتفشي وباء الكوليرا تخفيف بدلاً من مفاقمة نقاط الضعف لدى السكان المتضررين. انظر **الملحق 8J** للحصول على معلومات حول الحماية خلال الاستجابة للكوليرا.

وتتضمن الأمثلة على تحديات الحماية التي قد تتم مواجهتها:

- قد يعاني الأطفال الذين يفقدون مقدمي الرعاية الأساسيين نتيجة المرض أو الموت من فقدان الدخل الأسري وخطر سوء المعاملة أو الاستغلال أو غيرها من أشكال الأذى.
- يكون لدى الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع احتمال أقل في الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي الآمنة، وقد يعيشون بعيداً عن المراكز الصحية.
- يكون لدى الأشخاص، ولا سيما النساء، من الفئات المهمشة احتمال أقل في أن يكونوا متعلمين، وأن يتحدثوا اللغة الوطنية وأن يحصلوا على معلومات عن الكوليرا وكيفية حماية أنفسهم.
- قد يُمنع اللاجئون وطالبو اللجوء والسجناء من الوصول إلى الرعاية الصحية.

المصادر الرئيسية

أنقذوا الأطفال، تقييم سريع لقضايا الحماية ضمن وباء الكوليرا في زيمبابوي والاستجابة له، 2009.

منظمة أوكسفام، التخلّص من الإفرازات للضعفاء جسدياً في حالات الطوارئ، 2009.

منظمة الصحة العالمية، الإسعافات الأولية النفسية: دليل للعاملين الميدانيين، 2011.

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، المبادئ التوجيهية للجنة المشتركة بشأن الصحة النفسية والدعم النفسي في حالات الطوارئ، 2007.

غريمو. وليجاجنور. معتقدات المجتمع ومخاوفه خلال تفشي وباء الكوليرا في هايتي، مجلة إنترفينشن، 1) 9، 2011) ص. 026-034.

اليونيسف-هايتي، مذكرة إعلامية: استراتيجية لإدماج استجابة قائمة على النوع الاجتماعي خلال وباء الكوليرا في هايتي. (2012)

تلميح

التصدي لاحتياجات الحماية والنوع الاجتماعي والاحتياجات النفسية الاجتماعية

إدارة الحالة

- قم بجمع وتحليل البيانات المصنّفة حسب النوع الاجتماعي والعمر لحالات الكوليرا.
- عندما يكون ذلك ممكناً، قم بتقسيم استشفاء مرضى الكوليرا حسب النوع الاجتماعي وقم بتوفير الإمدادات اللازمة، على سبيل المثال، أدوات نظافة الحيض للفتيات في سن المراهقة والنساء، أثناء العلاج في المستشفيات.
- تأكّد من امتلاك الأطفال لهوية تعريفية وتفاصيل الاتصال في جميع الأوقات، وإبقاء الأقارب أو مقدمي الرعاية المؤقتين على علم بموقعهم وحالتهم حتى لا ينفصل الأطفال عن الوالدين بطريق الخطأ عند إدخال أحدهما إلى المرفق الصحي.

الدعم النفسي الاجتماعي

- قم بتوفير فرص للمناقشة المتسامحة لمرض الكوليرا كجزء من حملات التوعية. وذلك بالبناء على ما يعرفه الناس، بدلاً من محاولة إقناعهم برفض معتقداتهم الراسخة.
- قم بتوفير فرصة لحزن أفراد الأسرة وقضاء بعض الوقت مع جثمان ذويهم قبل دفنهم.
- قم بتقديم الإسعافات الأولية النفسية للمرضى وأفراد أسرة المرضى في المستشفيات وكذلك معلومات حول الكوليرا لمنع أو تقليل الخوف ووصمة العار. كما يمكن تدريب عمال الصحة المجتمعية وغيرهم من مقدمي الخدمات على الإسعافات الأولية النفسية.
- قم بالعمل مع الأعضاء المؤثرين في المجتمع، وذلك باستخدام المنظمات المجتمعية القائمة مثل شبكات الأطفال والشباب، حول قضايا التوعية بالكوليرا للمساعدة في الحد من وصمة العار التي يواجهها أفراد المجتمع عند إصابتهم.
- قم بتسهيل الإحالة إلى الخدمات النفسية والاجتماعية وخدمات الحماية المتخصصة.

التوعية المجتمعية

- قم ببناء حوار مع المرضى في مراكز العلاج وتأسيس آليات لتسوية الصراع مع المجتمع الأوسع.
- قم بإشراك الفتيات والفتيان والنساء والرجال في الحوار، وذلك باستخدام اللغة وقنوات الاتصال الملائمة لسنهم والتأكد من حصولهم جميعاً على فرص متساوية في الحصول على معلومات حول:
  - التقسيم الحالي- المستند على النوع الاجتماعي- لأدوار الوقاية من الكوليرا والاستجابة لها، وكيف يمكن للرجال والنساء المشاركة في تحمل أعباء العمل وضمان عدم إثقال كاهل النساء والفتيات بعمل إضافي.
  - أهمية النظافة الجيدة والسعي للحصول على العلاج في وقت مبكر.
  - إنشاء مراكز علاج الكوليرا، ونقاط المياه الصالحة للشرب واللجان المجتمعية للتعامل مع إدارة الاستجابة وخلق فرص لتوفير التغذية المرتدة إلى مقدمي الخدمة.
- قم باستخدام مجموعة متنوعة من قنوات الاتصال لتبادل المعلومات مع الأشخاص الضعفاء والذين يصعب الوصول إليهم، حول تفشي المرض وكيفية الوقاية من الكوليرا وما يجب فعله عند الإصابة بالمرض، مع الأخذ بعين الاعتبار الاختلافات في القنوات المفضلة أو الموثوق بها بين المجموعات، ورصد فعّالية الوصول إلى الفئات المستهدفة وإجراء التعديلات على النحو المطلوب لتتلاءم مع الفئات المستهدفة.
- قم باستخدام أسلوب التعليم عن طريق الأقران، وهو وسيلة فعّالة لإشراك الأطفال والشباب.
- قم بتوفير التدريب للعاملين مع الأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في مراكز الرعاية أو الحماية أو المنازل، حول الوقاية من الكوليرا وما يتوجب فعله عند إصابة أحد الأشخاص بالكوليرا.

9 التدخلات المركّزة على المجتمع

9.1 لمحة عن الفصل رقم 9

يجب قراءة هذا الفصل بالاقتران مع **الفصل السابع** الذي يدور حول الاتصال وتغيير السلوك وتعبئة المجتمع، مع إشارة خاصة **للفصل 7.4** حول التعبئة للعمل المجتمعي وملاحق **الفصل السابع** ذات الصلة، والتي تحدد منهجيات الاتصال الخاصة بتغيير السلوك ورسائل التحفيز.

ملخص الملاحق

الملحق 9A	مصادر المياه ومعالجتها
الملحق 9B	معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها
الملحق 9C	التخلص الآمن من الفضلات
الملحق 9D	التعامل الآمن مع الجثث
الملحق 9E	إجراءات الاستجابة للكوليرا في المؤسسات أو الأماكن العامة
الملحق 9F	نموذج المراقبة القائمة على المجتمع (أسبوعياً)
الملحق 9G	توفير الإمدادات/ المواد غير الغذائية

تعتبر الاستراتيجية الشاملة القائمة على المجتمع والتي تدمج مكونات تعزيز الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية مهمة للغاية من أجل الوقاية المبكرة والكشف عن الأمراض وإدارة الحالات.

تتضمن الإجراءات الرئيسية المطلوبة لمكافحة الكوليرا على مستوى المجتمع المحلي:

- تلك التي تعطّل سلسلة العدوى وتخفض عدد الأشخاص الذين يمكن أن يصابوا بالكوليرا
- تلك التي تمنع الناس من الموت بسبب الكوليرا

أهمية المكافحة المبكرة والكشف والمعالجة

إن المكافحة المبكرة وكشف ومعالجة الكوليرا على مستويات الأسرة والمجتمع المحلي ستمنع وتقلل من انتشار الكوليرا وتحد من المرض والموت

تهدف الاستراتيجيات القائمة على المجتمع المحلي إلى تحقيق الأهداف الرئيسية التالية:

- مكافحة الحالات الجديدة في المجتمع عبر توفير المياه الآمنة والطعام الآمن ورسائل تعزيز النظافة الصحية وفعاليات الصرف الصحي
- كشف ومعالجة وتحويل الحالات التي تتطلب المعالجة في الأسرة والمجتمع المحلي
- المراقبة على مستوى المجتمع المحلي للكشف المبكر ومتابعة تقارير حالات الإصابة والوفيات.

يجب أن ترتبط الاستراتيجية القائمة على المجتمع المحلي بمستوى أعلى من خدمات الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية بما في ذلك نظم المراقبة من أجل تسجيل حالات الإصابة والوفيات، وضمان الإشراف الأمثل وتوفير سلسلة التوريد وأنظمة الإحالة.

يلعب العاملون الصحيون على مستوى المجتمع المحلي، بمن فيهم عمال الصحة المجتمعية والقائمون على تعزيز النظافة الصحية والمتطوعون، الخ.. دوراً أساسياً في إيصال الخدمات إلى المجتمع. يجب تعيين عمال الصحة المجتمعية وتدريبهم وتجهيزهم ليقوموا بأدوارهم كلاعبين رئيسيين في خطط التأهب والاستجابة للكوليرا. كما أنهم يتطلبون مراقبة ودعماً عن قرب، بما فيه مراقبة الموارد، من أجل توفير خدمة ملائمة ومستمرة لمجتمعاتهم.

يقدم الجدول التالي نظرة عامة حول الإجراءات والاستراتيجيات لاستجابة الكوليرا، متضمناً نشاطات مكافحة انتشار المرض (انظر **الفصل 4** للحصول على مراجع إضافية) ويشير الجدول إلى الممثلين الذين يحتمل أن يكونوا مسؤولين عن تنفيذ هذه الإجراءات إضافة إلى دور المجتمع في كل منها.

النتيجة المستهدفة	ممارسات- إجراءات مطلوبة على مستوى الأسرة والمجتمع المحلي والمؤسسات (قد يتضمن تغيير السلوك المستدام)	الممارسون- الإجراءات المطلوبة
استخدام الأشخاص ووصلوهم إلى موارد مياه آمنة للشرب	لمزيد من التفاصيل راجع الفصل 4 (الجدول 2)	
اتباع الأسرة والمجتمع المحلي والمؤسسات ومنافذ الطعام ممارسات النظافة الصحية لطعام آمن	لمزيد من التفاصيل راجع الفصل 4 (الجدول 2)	
تغذية الرضع عن طريق الرضاعة الطبيعية حصرياً وإعطائهم طعاماً وسوائل آمنة عند الحاجة	لمزيد من التفاصيل راجع الفصل 4 (الجدول 2)	
أن تكون البيئة خالية من الفضلات لأن الناس يتخلصون منها بأمان	لمزيد من التفاصيل حول إدارة الحالة على مستوى المجتمع المحلي راجع الفصل 8	
غسل الناس لأيديهم بالماء والصابون في الأوقات الحرجة	لمزيد من التفاصيل راجع الفصل 4 (الجدول 2)	
الالتزام بالنظافة الصحية للبيئة في الأسواق وباقي الأماكن العامة	لمزيد من التفاصيل راجع الفصل 4 (الجدول 2)	

تتمة الجدول رقم 2 الموجود في الصفحة 42

النتيجة المستهدفة	ممارسات- إجراءات مطلوبة على مستوى الأسرة والمجتمع المحلي والمؤسسات (قد يتضمن تغيير السلوك المستدام)	الممارسون- الإجراءات المطلوبة
أ- إعادة إماهة الأطفال والبالغين الذين لديهم إسهال مع أو بدون إقياء بشكل فعال **ب- أن تعرف الأسر من أين يمكنها الحصول على محلول الإماهة الفموية وطريقة تحضيرها واستخدامها**	• إعطاء الأطفال والبالغين الذين لديهم إسهال مع أو بدون إقياء محلول الإماهة الفموية محضرة بمياه آمنة مع الزنك. • يمكن إعطاء الأطفال والبالغين الذين لديهم إسهال مع أو بدون إقياء والذين لا يصلهم محلول الإماهة الفموية محلولاً آخر (مثل محلول سكري ملحي، أو محلول الإماهة الفموية من الرز) أو المياه لتخفيف عملية الجفاف حتى تتوفر العناية المناسبة مع محلول الإماهة الفموية والزنك. لمزيد من التفاصيل انظر الفصل 8.3.3. • إدخال الأطفال والبالغين المرضى خلال تفشي الكوليرا بشكل فوري إلى منشأة صحية.	• تأسيس نقاط إماهة فموية على مستوى المجتمع المحلي • إدارة حالة المجتمع عبر عاملي الصحة المجتمعية المدربين • التأييد والتعليم والتعبئة لاستخدام محلول الإماهة الفموية (والزنك) لمعالجة الجفاف ولممارسات طلب العناية الصحية خلال تفشي الكوليرا • دعم تأسيس سلسلة التوريد لمحلول الإماهة الفموية والزنك للوصول السهل إليها في كل المناطق الحضرية والريفية. انظر الفصل 9.11 حول إدارة الحالة للمجتمع في حالات الكوليرا
تعقيم المواد الملوثة بقيء المصاب أو البراز بشكل آمن	• تعقم الأرضيات والأثاث وأغطية السرير والملابس وباقي المواد الملوثة بالقيء أو الإسهال بشكل فعال بالماء والكلور. • البخاخات المعقمة ليست فعالة من حيث التكلفة ولا ينصح بها. انظر الشرح في الفصل 9.6.	• التعليم عبر الزيارات العائلية والتعبئة حول الإجراءات الملائمة لتعقيم الأماكن والمواد الملوثة بالبراز أو القيء. ومن الضروري توفير المعقمات • التعليم والتعبئة حول الأهمية الحساسة لعدم غسل الملابس وأغطية الأسرة في أو بالقرب من مصادر المياه الآمنة
ألا تشعر الأسر بالخجل من الإصابة بالكوليرا وأن تسعى فوراً للحصول على المساعدة	• مشاركة المعلومات بين الأقران والتشجيع على مفهوم أن الكوليرا ليست عيباً وأهمية طلب المساعدة بشكل فوري.	• رفع التوعية عن طريق الإعلام وعبر قادة المجتمع والزعماء الدينيين لإزالة وصمة العار المرتبطة بالكوليرا
أن يؤخذ باحتياطات منع انتقال الكوليرا في الجنازات ولدى التعامل مع جثث الموتى	إقامة مرافق لغسل اليدين بالصابون والتشجيع على استخدامها: • بعد الذهاب إلى المرحاض • بعد ملامسة الجثث أو ثياب الميت وأغطية السرير • قبل تحضير الطعام • قبل الأكل أو الشرب	• التعليم والتعبئة حول التعامل الآمن مع جثث الموتى والحماية من الكوليرا خلال الجنازات، خاصة للزعماء الدينيين وقادة المجتمع والعاملين في الحقل الصحي
ممارسة الأسر والمؤسسات لممارسات النظافة الصحية الآمنة واستخدامها لمحلول الإماهة الفموية بشكل فعّال	• استلام الموارد واستخدامها وفق التعليمات	• توفير الموارد، وتحديد تلك اللازمة لاتخاذ إجراءات الأمان للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، واستخدام محلول الإماهة الفموية. • تعيين أكبر عدد من المتطوعين لتوزيع الموارد • توزيع الموارد مع التدريب والدعم حول كيفية استخدامها

المصادر الرئيسية

مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها، مواد تدريب العاملين في قطاع الصحة المجتمعية لمكافحة الكوليرا والوقاية منها، 2012.

مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، عرض تقديمي: مكافحة الكوليرا والوقاية منها: مدخل ومشاركة المجتمع المحلي 2010.

اليونيسف وشركائها: بيان مشترك: جهود رفع درجة الصحة في نطاق المجتمع المحلي لحالات الطوارئ، تشرين الأول 2011.

9.2 تحسين الوصول إلى نوعية وكمية كافية من موارد المياه الآمنة

يعتبر الوصول إلى موارد آمنة وكافية من المياه أمراً جوهرياً لتحقيق استجابة فعالة للكوليرا، لكن عادة ما تكون التدخلات لتحسين وتأمين الموارد ذات طبيعة طارئة ومؤقتة. لذلك،يكون من المطلوب منذ البداية وضع استراتيجيات خروج واضحة ومدروسة. وكلما كان ممكناً، يجب أن يسعى الاستثمار في موارد المياه إلى تحقيق ديمومة تلك الموارد والتكاملية مع البنية التحتية القائمة ومع مزودي الخدمة.

موارد المياه الحضرية – تتضمن التدخلات ذات الأولوية لخدمات المياه الحضرية إصلاح الأنظمة القائمة، وتعزيز خيارات التخزين الجماعي، ورفع ومراقبة مستويات الكلور المترسب وتزويد المياه عبر الصهاريج وكلورة الدلاء عند عدم وجود بدائل. كما يجب أن يكون موضوع إنشاء موارد مياه جديدة وإضافية (مؤقتة) أولوية هامة في المناطق المصابة بالكوليرا. يجب أن تحدد خرائط المخاطر قبل أو بعد الطوارئ الموارد الهامة وأن تعيّن خطوات معالجة النواقص وتعزيز ديمومة تلك الموارد.

خلال الاستجابة للكوليرا، يجب أن تأخذ جهود تحسين خدمات المياه في المناطق الحضرية بعين الاعتبار إشراك المجتمعات المحلية/ مجموعات المستخدمين، والتركيز على أهمية مساهمتهم في جهود مكافحة الكوليرا. حيث يمكنهم لعب دور هام في ضبط توفير الخدمات وفعاليتها، وإبلاغ السلطات عن مواضع التسرب أو الأنظمة المعطوبة، ودعم تشغيل وصيانة نقطة المصدر.

موارد المياه الريفية – إن الوصول لموارد مياه محسنة هو محدود عادة في المناطق الريفية أكثر من المناطق الحضرية. حيث تمثل الاستدامة تحدياً نوعياً، على الرغم من أن بعض المجتمعات يمكن أن تجعل أنظمتها مستدامة باستخدام مجموعة من نماذج الإدارة على نطاق ضيق، مثل المشغلين من القطاع الخاص، واللجان المجتمعية، والموارد المملوكة بشكل خاص.

يجب أن تعتبر نقاط الضعف في استدامة الأنظمة الريفية جزءاً من استجابة الكوليرا، وذلك لإعطاء الأولوية

للإصلاحات المطلوبة والموافقة على ترتيبات الإدارة المؤقتة في فترة الاستجابة في حال كانت نظم الإدارة الحالية لا تعمل بشكل فعال.

معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها، والتي تُعرف كذلك بمعالجة المياه منزلياً والتخزين الآمن – تمكّن معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها الأسر من السيطرة على أمن مورد مياهها ويمكنها أن تضمن توفير مياه شرب آمنة لجزء معين من المنازل وتساعد على حمايتها من الكوليرا خلال التفشي. وتتضمن خيارات معالجة المياه منزلياً: الغلي والترشيح (شمعة السيراميك، دلو السيراميك، الكربون الفعال)؛ والكلورة (سائل أو أقراص) والتخثير/ المركبات المعقمة؛ والتعقيم الشمسي.

أما على مستوى المجتمع المحلي، فمن الممكن أن يقود تنوع الطرق والمنتجات إلى بعض التشويش، لذلك من الضروري اختيار أكثرها ملاءمة للسياق، وإيصال رسائل واضحة حول الإجراءات والاستخدام. ومن الأهمية بمكان ضمان وصول الموارد للعائلات المفردة، خاصة في الأماكن السكنية الأكثر عرضة للخطر، وبالتالي تجنب الصدوع التي يمكن أن تعرض صحتهم وسلامتهم للخطر. علاوة على ذلك، فإن التخزين الآمن مطلبٌ أساسي للحفاظ على المياه آمنة حتى وقت الاستخدام ويجب أن يتم التركيز على هذه النقطة خلال التدريب المجتمعي والاتصال.

تتضمن العوامل التي يجب أخذها بعين الاعتبار في تعزيز معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها:

- ضرورة توفير المعلومات باللغة المحلية، مع تدريب الناس على معالجة المياه منزلياً، وتوفير متابعة الدعم والإشراف والتأكد من توفر المعدات والمواد الاستهلاكية الكافية.
- حقيقة أن الاستفادة من معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها هي أكبر في البلدان التي توجد فيها برامج خاصة بهذا الموضوع، حيث أن مواد التعليم والتعزيز باللغة المحلية موجودة سلفاً، والمنتجات معروفة من قبل السكان المحليين ويمكن توسيع نطاق إنتاجها لتلبية الطلب الإضافي خلال تفشي الكوليرا. (لمزيد من المعلومات عن البرامج الموجودة، يمكنك الاطلاع على: مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها- المياه الآمنة).
- الحاجة إلى الاتساق في الرسائل والموافقة على مستويات الكلور الراسب، خاصة عند وجود مياه ذات عكارة عالية.

راجع الملحق **9A** و **9B** لمزيد من المعلومات حول مستويات الكلورة المستخدمة خلال تفشي الكوليرا؛ ومناقشات أوسع حول نقاط الخلاف ونقاط القوة والضعف لخيارات معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها؛ وتلميحات عن تجهيزات المياه ومعالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن في المناطق الحضرية والريفية.

يلعب عمال الصحة المجتمعية دوراً رئيسياً في نشر الرسائل والتعليم في المجتمع المحلي حول توفير المياه الآمنة والتخزين الآمن للمياه. لمزيد من المعلومات، انظر وحدات مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها 6,7,8,9 الخاصة بتدريب عمال الصحة المجتمعية حول الوقاية من الكوليرا ومكافحتها

تكون الاستراتيجية التي تسعى إلى الوصول إلى نتائج متعلقة بالمياه **من مسؤولية**: *السلطات المائية – الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة المياه/ دائرة الصحة) – القطاع الخاص (موزعو المياه على نطاق صغير) – المجتمعات المحلية– المؤسسات– المنازل بدعم من: وزارة المياه– وزارة الصحة– منظمة الصحة العالمية– المنظمات غير الحكومية المحلية– المنظمات غير الحكومية الدولية– المنظمات الدولية الأخرى.*

المصادر الرئيسية

منظمة الصحة العالمية، تقييم خيارات المياه المعالجة منزلياً

منظمة الصحة العالمية، التخطيط للمياه الآمنة لموارد المياه في المجتمعات الصغيرة

اليونيسف، أداة التقييم السريع للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للكوليرا في جمهورية الكونغو الديمقراطية

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال، الإرشادات التوجيهية لاستخدام اختبار أحواض السباحة/ الكلور المتبقي المقارن (بدون تاريخ)

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال استبيان الصرف الصحي للآبار المحفورة يدوياً والآبار العادية في الصومال (بدون تاريخ)

منظمة الصحة العالمية، قياس مستويات الكلور في المصادر المائية، ملاحظات تقنية لحالات الطوارئ، رقم 11، 2011.

منظمة الصحة العالمية، كيفية قياس مستويات الكلور في المصادر المائية، ملاحظات تقنية لحالات الطوارئ، رقم 11، 2005.

9.3 تحسين أمن الطعام والنظافة الصحية

أمن الطعام والنظافة الصحية في منافذ الأغذية والأسواق – يمكن للطعام أن يصبح مصدراً أساسياً لانتقال بكتيريا الكوليرا. حيث أن عدم غسل اليدين قبل تحضير الطعام، والطعام غير المطبوخ جيداً وغير المسخن بشكل ملائم، وفضلات الطعام، والصحون المغسولة بمياه ملوثة، ووجود الذباب بأعداد كبيرة، يمكن أن تساهم في خطر تناول الشخص لبكتيريا الكوليرا وإصابته بها. وفي هذا السياق، فإن تحضير وطبخ وتخزين وتقديم الطعام وفقاً لقواعد النظافة الصحية هو أمر أساسي. كما أن تدريب المتعاملين مع الأغذية في منافذ الطعام والأسواق ومراقبة نوعية الطعام للالتزام بأدنى معايير النظافة الصحية هي من العناصر المهمة ضمن استجابة الكوليرا. ويعتبر رفع درجة الوعي العام حول المعايير الأساسية في أمن الطعام طريقاً هاماً لتشجيع العاملين في الطعام على تحسين ممارساتهم.

المسؤولون عن الصحة البيئية – يمثل المسؤولون عن الصحة عادةً القسم الصحي، لكنهم يعطون أولوية للتدخلات العلاجية على حساب الوقائية وقد يكافحون بمصادر ضئيلة لتنفيذ عملهم بشكل ملائم. ونظراً لكونهم أطرافاً ذات أهمية في الوقاية والتأهب والاستجابة للكوليرا خاصة في المناطق الحضرية، فيجب استهدافهم بتمويلات إضافية وكذلك بالتدريب والدعم والأنشطة التعاونية.

أمن الطعام والنظافة الصحية في المنازل والمؤسسات والتجمعات الاجتماعية – إن تعزيز أمن الطعام والنظافة الصحية في المنازل والمؤسسات والتجمعات الاجتماعية (الجنازات، الأعراس والفعاليات الأخرى) هو استجابة ذات أولوية كبيرة ويجب أن تكون متكاملة مع جهود الاتصال التي تستخدم طيفاً من قنوات الاتصال. حيث يشكل الطعام المعد والمستهلك ضمن تجهيزات المؤسسات أو التجمعات خطراً استثنائياً، ففي حال تلوثه، يكون هناك احتمال أقوى لتناول البكتيريا من قبل عدد أكبر من الناس. وقد يحمل الأشخاص المعرضون للكوليرا في التجمعات الكبيرة الكوليرا إلى بيوتهم وينقلون المرض إلى الناس في باقي أجزاء البلاد. للحصول على مزيد من المعلومات، انظر الوحدة التدريبية رقم 10 التي تقدمها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية إلى عمال الصحة المجتمعية.

راجع الفصل رقم **2** والملحق **2A** لمزيد من المعلومات حول بقاء الكوليرا على قيد الحياة في الأطعمة وعند مختلف درجات الحرارة، والملحق **9E** للمخصات حول نشاطات التأهب والاستجابة للكوليرا في المؤسسات والأماكن العامة.

تكون الاستراتيجية والإجراءات المؤدية للوصول لهذه النتيجة **من مسؤولية**: *وزارة الصحة– الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة الصحة/ دائرة الصحة البيئية) – مالكو/مدراء المطاعم– تجار السوق– قادة المجتمع والزعماء الدينيون– الأسر*، **مدعومة من قبل**: *منظمة الصحة العالمية– المنظمات غير الحكومية المحلية– المنظمات غير الحكومية الدولية– المنظمات الدولية الأخرى.*

المصادر الرئيسية

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال، "توصيات المطبخ والطبخ في المدارس ومراكز الأطفال للاستجابة للكوليرا" الصومال 2011.

انظر مثال عن مواد المعلومات والتعليم والاتصالات المخصصة لباعة الطعام لاستخدامها والتدرب عليها من تنزانيا باللغة السواحلية والترجمة المرفقة.

9.4 تحسين الوصول واستخدام طرق التخلص الآمن من الفضلات

التخلص من الفضلات في المناطق الحضرية – أثبت التخلص من الفضلات أنه تحدٍّ قائم في المناطق الحضرية. وقد يكون توفير المراحيض الشعبية المؤقتة في الأماكن العامة أو المؤسسات الخيار الوحيد الذي يسمح به التمويل خلال طور الاستجابة، لكن هذا الخيار يحتاج إلى الوقت والجهد للتأسيس ولاستمرارية التشغيل الفعالة والصيانة والتنظيف. ومن الممكن كذلك تعزيز المراحيض المشتركة. وكبديل عن ذلك، وفي الأماكن حيث تستخدم الأكياس البلاستيكية عادةً أو تقدم كإجراء مؤقت للتخلص من الفضلات خلال تفشي الكوليرا، فإن جمعها ونقلها والتخلص منها بشكل نهائي وفعّال سيحتاج إلى اهتمام خاص للتأكد من عدم عودة البراز الملوث بالكوليرا إلى البيئة ثانيةً.

التخلص من الفضلات في المناطق الريفية – خلال تفشي الكوليرا، يجب تركيز الجهود على التقليل من التغوط في العراء وباقي ممارسات الصرف الصحي الخطرة، وذلك عبر الاتصال لتغيير السلوك وتعبئة المجتمع بالدرجة الأولى. ويجب أن تركز الرسائل على الإجراءات التي يمكن للناس القيام بها على الفور؛ على سبيل المثال، في المناطق الريفية وحتى في المناطق شبه الحضرية فإن طريقة دفن البراز (تدعى أحياناً بطريقة القطة للتخلص من الفضلات) هي متاحة عادةً. وقد تتطلب بعض السياقات المعينة إجراءات إضافية، مثلاً إنشاء المراحيض لدى حدوث تفشٍ في مخيم للنازحين داخلياً. وقد تمنع قيود الزمن من التوفير والاستخدام الملائمان للمراحيض الجديدة خلال تفشي الكوليرا، لذلك كثيراً ما نحتاج إلى طرق بديلة للتخلص من البراز. ويمكن تحقيق الكثير عن طريق مساهمة المجموعات داخل المجتمع والمدارس والمؤسسات الدينية لتشجيع الإجراءات على مستوى المجتمع لتقليل التغوط في العراء وتعزيز التخلص الآمن من الفضلات.

الصيانة والتنظيف ومرافق غسل اليدين – حيثما وجدت المراحيض يجب أن ترتكز الجهود على التأكد من استخدامها والمحافظة على نظافتها وتزويدها بمرافق غسل اليدين. ولدى غياب المراحيض، يجب تعزيز أنماط أخرى من التخلص الآمن من الفضلات، ويجب تشجيع الأسر على إنشاء محطات لغسل اليدين، وتشجيع الأفراد على غسل أيديهم دائماً بالصابون بعد التبرز و/ أو التخلص من البراز.

القدرة على الوصول إلى مرافق التخلص من الفضلات – يجب بذل الجهود للتأكد من أن المراحيض العامة

ومراحيض المؤسسات مفصولة بين الجنسين ويسهل الوصول إليها وذلك من ناحية مسافات السفر وملاءمة التصميم الفيزيائي للأشخاص محدودي الحركة مثل ذوي الاحتياجات الخاصة وكبار السن والحوامل.

فهم العوائق في استخدام المرحاض وحوافز تغيير السلوك–إن إعلام الأشخاص غير المعتادين على استخدام المراحيض بضرورة استعمالها هو أسلوب غير كاف أبداً. حيث يجب فهم العادات الثقافية المتعلقة بالتبرز والفضلات والتخلص منها لاكتشاف موانع إنشاء المراحيض واستخدامها. ومن شأن تدريب كادر على مستوى المجتمع المحلي (عمال التوعية، عمال الصحة البيئية، الفرق الصحية، متطوعو الصليب الأحمر والهلال الأحمر، الخ..) أن يشجع على تحديد هذه العوائق في ممارسة السلوكيات الصحية. ورغم أن البحث في شؤون اجتماعية خاصة كهذه قد لا يكون ممكناً دائماً خلال حالات التفشي، إلا أنه من الممكن جمع معلومات ذات علاقة واستخلاص دروس مستقاة من أبحاث سابقة أو من عمليات التقييم والمراقبة خلال التفشي لاكتساب بعض الأفكار والتفكير في الإجراءات التي قد تعالج هذا التحدي. انظر الوحدة التدريبية رقم 11 التي تقدمها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية إلى عمال الصحة المجتمعية.

وتحمل القدرة على تحديد حوافز نوعية للعمل أهمية حاسمة في النجاح بتغيير العادات والسلوك المتعلق باستخدام المرحاض. حيث تُستخدم الصدمة المجتمعية والاشمئزاز في برامج الإصحاح الشاملة التي يقودها المجتمع، لتحفيز الناس من خلال ممارسة ضغط الأقران للتأثير في تغيير السلوك، ولكن ينبغي التعامل مع هذه المحفزات بحساسية. وفي حين قد تشكّل طريقة برامج الإصحاح الشاملة التي يقودها المجتمع حافزاً قوياً، فإن الأفراد وعائلاتهم قد يقاومونها لأنهم يشعرون بوصمة العار بشكل مسبق بسبب التقاطهم للكوليرا وحاجتهم للرعاية. وبالتالي من الضرورة بمكان التأكيد على ألا تترك طرائق الاتصال أي شخص دون السعي لعلاجه ودعمه.

راجع الملحق 9C والفصل رقم 7 للحصول على معلومات حول الاتصال وتغيير السلوك والتعبئة.

تكون الاستراتيجية والإجراءات المؤدية للتوصل إلى بيئة خالية من الفضلات من مسؤولية: وزارة الصحة– الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة الصحة/ دائرة الصحة البيئية/ دوائر المياه والمجاري/ دائرة التعليم/ دائرة العمال المدنيين) – المدارس (الكوادر ورابطة الآباء والمعلمين) – المعاهد الدينية– المجتمع المحلي (القادة والأفراد) بدعم من: منظمة الصحة العالمية– المنظمات غير الحكومية المحلية– المنظمات الدولية غير الحكومية– المنظمات الدولية الأخرى.

المصادر الرئيسية

أوكسفام. التخلص من الفضلات بالنسبة للأشخاص المعرضين للخطر فيزيائياً في حالات الطوارئ، ملخص تقني، 2009.

إمكانية الوصول للجميع – سمات الوصول إلى المراحيض، مقتبس من المجموعة الشاملة لإعادة التأهيل المعتمدة على المجتمع في تنزانيا، تنزانيا

ملاحظات منظمة الصحة العالمية ذوات الأرقام ١٠ و١٣ و١٤ حول التخلص من الفضلات في حالات الطوارئ.

هارفي، التخلص من الفضلات في حالات الطوارئ، دليل ميداني، منشورات مشتركة بين الوكالات، مركز المياه والهندسة والتطوير.

9.5 تحسين عادات غسل اليدين

إن تسهيل غسل اليدين بالصابون في الأوقات الحرجة عبر استخدام المرافق الموضوعة بجانب المراحاض والمطبخ والمطعم، هو إجراء عملي يمكن للمجتمعات أن تدعمه (مثل إنشاء محطات غسل اليدين قليلة الكلفة، والتي تدعى بـ "الصنابير الخفيفة"). ويمكن أيضاً استخدام الرماد كبديل عندما لا يتوافر الصابون، ولكن ستكون هناك دوماً حاجة إلى إجراء حوارات مع أعضاء المجتمع المحلي لضمان الموافقة على هذا الأمر. لمعلومات عن الاتصال من أجل تغيير السلوك وتعزيز غسل اليدين، راجع الفصل 7. انظر كذلك الوحدة التدريبية رقم 4 التي تقدمها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية إلى عمال الصحة المجتمعية

تلميح

الأوقات الحرجة لغسل اليدين بالصابون

- بعد استخدام المراحاض
- بعد تنظيف طفل متسخ
- قبل تناول الطعام
- قبل إطعام طفل

تقع **مسؤولية** تعزيز وتجهيز مرافق غسل اليدين على: *وزارة الصحة–الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة الصحة/ دائرة الصحة البيئية)– العاملون على نطاق المجتمع المحلي، أعضاء المجتمع المحلي– عمال المطاعم– باعة الأسواق– باعة المياه– المدارس*، **بدعم من**: *منظمة الصحة العالمية– المنظمات غير الحكومية المحلية– المنظمات الدولية غير الحكومية– المنظمات الدولية الأخرى.*

المصادر الرئيسية

الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية–الممارسات عالية التأثير، كيفية بناء الصنابير الخفيفة

9.6 تعقيم القيء والبراز في المنازل ووسائل النقل

خلال تفشي الكوليرا، تصبح أغطية السرير والثياب وباقي السطوح، على سبيل المثال في الوسائل المستخدمة لنقل مرضى الكوليرا إلى مرفق صحي، متسخة بالبراز والقيء، ويعتبر التعقيم بهدف استدامة الظروف الصحية الملائمة تحدّياً مستمراً.

سابقاً، كانت التوصيات السابقة تطالب برش البيوت ووسائل النقل ببخاخ الكلور المضغوط، **لكن لم يعد ينصح بهذه العملية بعد اليوم** للأسباب التالية:

- ليس هنالك دليل على فعالية عملية الرش لمرة واحدة
- عادةً لا يصل فريق الرش إلى المنزل الملوث إلا بعد عدة أيام من هجمة الكوليرا، في الوقت الذي يمكن أن يصاب فيه أحد أفراد العائلة بالفعل
- نقاهة أو حدوث الأعراض لدى أحد أفراد العائلة قد يكون سبباً لتكرار تلوث المنزل
- قد تكون عملية الرش وصمة عار للعائلة وتؤذي ممتلكات المنزل. وقد يثبط كلا هذين الأمرين من رغبة العائلة في البحث عن العلاج السريع لأفراد العائلة
- تحتاج عملية رش المنازل قدراً كبيراً من الموارد ووقتاً من فريق العمل والذي يكون من الأفضل استخدامه في أنشطة أكثر فاعلية.

تلميح

تعقيم أغطية الأسرّة والملابس ووسائل النقل المستخدمة من قبل مرضى الكوليرا

- يجب على العائلات المصابة بالكوليرا أو الإسهال أن تطهر المنزل بعناية بمحلول مطهر ممدد، أو باقي المعقمات المتوفرة أو بالماء والصابون وترك الأشياء المغسولة لتجف في الشمس مباشرة، إن أمكن.
- يجب ألا تغسل أغطية الأسرّة والملابس وباقي المواد المستخدمة من قبل مرضى الكوليرا في مصدر مائي نظيف جارٍ أو مخزن أو بالقرب منه.
- يجب أن تغسل كذلك الوسائل المستخدمة لنقل مريض الكوليرا بمحلول مطهر ممدد من الداخل بعد مغادرة المريض للسيارة.
- يجب أن تقدّم المعلومات إلى الأسر، وعندما وحيثما أمكن، مع مواد لتعقيم منازلهم. ويجب أن تترك مواد كهذه مع قادة المجتمع المحلي لتوزيعها على العائلات المصابة عند الحاجة.
- يمكن مشاركة المعلومات حول الإجراءات الجيدة لتعقيم المنزل مع باقي المعلومات لمعالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها، وغسل اليدين والنظافة الصحية المناسبة للطعام.

راجع الملحق **9B**: معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها.

تقع **المسؤولية** على عاتق: *وزارة الصحة–الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة الصحة/ دائرة الصحة البيئية) –العاملون على نطاق المجتمع المحلي، أعضاء المجتمع المحلي–الأسر*

المصادر الرئيسية

ورقة موقف تم إعدادها خلال زلزال هايتي تعارض رش منازل مرضى الكوليرا

9.7 تعزيز التعامل الآمن مع جثث الموتى

إن طقوس الجنائز هي أحداث ذات معنى ثقافي ودِيني تساعد العائلات الثكلى على التصالح مع خسارتها. وقد تكون هناك حاجة خلال تفشي الكوليرا إلى تعليق الممارسات التقليدية والمحلية أو تكييفها للتقليل من مخاطر انتقال المرض خلال مثل تلك المراسم، وذلك نظراً للاعتبارات التالية:

- تشكّل جثث الأشخاص الذين ماتوا بسبب الكوليرا خطراً في انتقال المرض لأنها قد تسرب سوائل حاوية على نسب عالية من بكتيريا الكوليرا.
- قد يشارك أفراد العائلة الذين حضّروا جسد الميت للمشاهدة والدفن، في تحضير الطعام للجموع أيضاً.
- غالباً ما تقدم مثل هذه التجمعات المجتمعية الطعام إلى أعداد كبيرة من الأشخاص، وقد لا تتخذ معايير النظافة الصحية الآمنة للطعام.
- قد يوفر إعداد الطعام بشكل مسبق وسطاً لتكاثر بكتيريا الكوليرا.
- قد تتضمن تجمعات الجنائز ممارسات، مثل لمس أو تقبيل المتوفى مما يسهل الانتقال.
- قد يصاب الأشخاص المسافرون إلى الجنائز من مسافات بعيدة وينشرون الكوليرا إلى مناطق أخرى من البلاد خلال عودتهم للمنزل.

ومن المطلوب اتباع نهج اجتماعي تشاركي للسماح بتعزية آمنة، حيث أن حظر تجمعات الجنائز سيزيد من الوصمة المرتبطة بالكوليرا. ويجب أن يقدم النصح إلى قادة المجتمع المحلي والزعماء الدينيين لتحديد المخاطر والتخفيف منها عبر تعزيز الممارسات الآمنة.

راجع الملحق **2B** حول حالات سوء الفهم والمعتقدات حول الكوليرا لمناقشة المخاطر المتعلقة بالجنائز كما هي موثقة في مختلف مناطق العالم، والملحق **9D** لتفاصيل أكثر حول الممارسات الآمنة في جنازات من ماتوا بسبب الكوليرا. لمرجع إضافي، انظر الوحدة التدريبية رقم 12 التي تقدمها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية إلى عمال الصحة المجتمعية.

تقع **المسؤولية** على عاتق: *وزارة الصحة–الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة الصحة) –العمال الاجتماعيون–قادة المجتمع المحلي والزعماء الدينيون–الأسر*

المصادر الرئيسية

الإرشاد المقدم للناس في الجنازات، الصومال

الإرشاد المقدم للناس في الجنازات، زيمبابوي

منظمة الصحة العالمية، التخلص من جثث الموتى

9.8 توفير الإمدادات/ المواد غير الغذائية

من المفيد توفير الإمدادات، مثل الصابون، والمعقمات، وأوعية تخزين المياه ذات العنق الضيق، أو باقي المواد غير الغذائية للأسر خلال تفشي الكوليرا لتمكينهم من ممارسة إجراءات النظافة الصحية الآمنة. مع ذلك، يجب على المصادر المتوفرة للبرنامج مثل التمويل والنقل وآليات التوزيع، أن تأخذ بعين الاعتبار حجم المجموعات السكانية المحتاجة، وكم من الوقت ستدوم الإمدادات.

قد يكون من الصعب توزيع كميات كبيرة من الإمدادات والمواد غير الغذائية بدون دعم لوجستي كافٍ. حيث قد تمتلك المنظمات غير الحكومية الكبيرة الموارد التي تمكنها من إدارة العملية بطريقة فعالة وفي الوقت المناسب في المجتمعات المحلية الصغيرة. أما الحكومات الوطنية والمحلية والتي تتحمل مسؤولية المجموعات السكانية الكبيرة، فقد تواجه على الأرجح نقصاً في التمويل اللازم لشراء كمية كافية من المواد غير الغذائية ولتنسيق النقل والوقود وفريق العمل لتوزيعها.

بالتالي فإن الاستهداف الفعال للمواد غير الغذائية قد يكون استراتيجية مناسبة للوصول إلى:

- العائلات التي تسكن في مناطق معرضة لخطورة عالية
- المجتمعات المحلية التي قد بدأ التفشي فيها أو في منطقة مجاورة لها بالفعل
- العائلات الضعيفة للغاية أو التجمعات الفرعية ضمن المجتمعات المحلية
- المدارس وباقي المؤسسات العامة، على سبيل المثال، مراكز حماية الطفولة ومراكز الإطعام والسجون، الخ.
- المرافق النوعية لدعم استجابة الكوليرا، مثل نقاط الإماهة الفموية في المجتمع المحلي.

راجع الملحق 9G: توفير الإمدادات/ المواد غير الغذائية لإرشادات حول الاختيار والتوزيع

تقع المسؤولية على عاتق: *وزارة الصحة-الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة الصحة) -العاملون الاجتماعيون-القطاع الخاص-قادة المجتمع المحلي والزعماء الدينيون-الأسر*

المصادر الرئيسية

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية العالمية. المواد غير الغذائية المتعلقة بقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية العالمية. دراسة موجزة.

9.9 النظافة الصحية البيئية الجيدة في الأسواق والأماكن العامة الأخرى

يمكن للنفايات الصلبة أن تشكل خطراً صحياً كبيراً قرب الأسواق ومنافذ المحلات حيث تجذب الذباب وحشرات الهوام وتسدّ أنظمة المجاري. وإن لم تكن هنالك قدرة على ضمان سير أنظمة الصرف الصحي على مدار السنة، فيتوجب على السلطات المحلية إعطاء الأولوية للفترات عالية المخاطر لجهة الكوليرا من أجل ضمان التخلص من النفايات والحفاظ على نظافة نظم الصرف الصحي. ويمكن البدء كذلك بحملات التنظيف في المجتمع المحلي التي تركّز على مناطق الأسواق والمجاري القريبة من منافذ الطعام بمساعدة قيادة مجتمعية قوية. وقد يشجع توفير الأدوات وتجهيزات الحماية المجتمعات على العمل واتباع الإجراءات.

كما يجب إيلاء عناية خاصة لدى التخلص من النفايات الصلبة التي قد تتضمن برازاً ضمن أكياس (والتي تدعى بالمراحيض الطائرة). ويجب عند الإمكان ترتيب وجود أنظمة خاصة لفصل وتجميع هذه الأكياس البلاستيكية ومعالجتها والتخلص منها.

تقع المسؤولية على عاتق: *وزارة الصحة-الإدارة المحلية/ السلطات المحلية (دائرة الصحة/ دائرة الصحة البيئية/ دائرة الصرف الصحي) -تجار السوق-قادة المجتمع المحلي والمجموعات الفاعلة*

9.10 استجابة الكوليرا في المؤسسات وباقي الأماكن العامة

تحتاج الأماكن التي يتجمع فيها الناس إلى عناية خاصة خلال استجابة الكوليرا حيث يمكنها تطوير مخاطر متزايدة لانتقال الكوليرا ما لم تتخذ إجراءات الحيطة الحذر. في الوقت ذاته، يمكنها كذلك إعطاء فرص أكبر لنشر المعلومات بسهولة حول الممارسة الجيدة وتعبئة أفراد المجتمع لاتخاذ الاجراءات المطلوبة.

ويتطلب الأمر نشاطات استجابة نوعية في المؤسسات وباقي المراكز الحكومية. ويلخص الجدول (أ) في الملحق **9G**: إجراءات الاستجابة للكوليرا في المواقع العامة أو المؤسسات والتي تحدد الإجراءات في المؤسسات أو الأماكن التالية:

- المدارس والجامعات وباقي الأماكن التعليمية (ورقة إرشادية: التأهب الخاص بالمدارس ومراكز العناية اليومية والأماكن الصديقة للطفل، الصومال 2011)
- مراكز الإطعام (ورقة إرشادية: التأهب للكوليرا والاستجابة في المراكز الصحية ومراكز الإطعام، الصومال 2011)
- مخيمات اللاجئين أو النازحين داخلياً
- توصيات الطعام والطبخ في المدارس ومراكز الأطفال، الصومال 2011
- السجون

ويمكن استقاء المعلومات من الملحق **9E** لاستخدامها في باقي المؤسسات أو الأماكن العامة، مثل المؤسسات الدينية وثكنات الشرطة والجيش وأراضي المعارض العامة ومواقع العمل، الخ. أما بالنسبة للأسواق وباعة الأغذية فقد تمت تغطيتهم في الفصول **9.3/ 9.4/ 9.9**.

المصادر الرئيسية

منظمة الصحة العالمية، إرشادات توجيهية حول نوعية مياه الشرب، الإصدار الرابع (2011)

9.11 إدارة الحالات في المجتمع المحلي

يشمل دور عامل الصحة على نطاق المجتمع المحلي ما يلي:

- تزويد المدخلات لتخطيط التأهب والاستجابة متضمناً الاتصال مع المجتمع المحلي
- تقديم رسائل الوقاية والمكافحة (انظر الفصل **7**)
- تعبئة المجتمع (انظر الفصل **7**)
- تقديم الخدمات والمستلزمات لتوفير مياهٍ آمنة (أي توزيع أقراص التعقيم) والنظافة الصحية (الصابون) والصرف الصحي (انظر الفصل **9**)
- الكشف عن وتقييم ومعالجة وإحالة مرضى الكوليرا في المجتمع والمنزل ويتضمن ذلك مكافحة العدوى (انظر الفصل **9**)
- دعم إنشاء وتشغيل خدمات نقاط الإماهة الفموية (انظر الفصل **8**)
- مراقبة وكتابة تقارير حول الأنشطة المتعلقة بالكوليرا (انظر الفصلين **3** و **9**).

انظر المواد التدريبية التي تقدمها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها إلى عمال الصحة المجتمعية للتصدي للكوليرا ومكافحتها باللغة الإنكليزية، وشرائح العرض التدريبية باللغة الفرنسية للحصول على لمحة عامة حول الرسائل الرئيسية لمكافحة الكوليرا والوقاية منها، والوحدات التدريبية حول تعبئة المجتمع، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، واستخدام محلول الإماهة الفموية، والتصدي لوصمة العار، بما في ذلك البطاقات التعليمية للمجتمع المحلي وعرض باور بوينت تدريبي والملحق **8F**.

9.11.1 معالجة الحالات في المجتمع المحلي

يستطيع عمال الصحة المجتمعية لعب دور هام في الكشف عن وتقييم ومعالجة الكوليرا في المجتمع المحلي والمنازل المفردة. وعلى اعتبار أن عمال الصحة المجتمعية يعيشون عادةً في المجتمع المحلي الذي يعملون به، فهم يعتبرون عمال صحة في الخطوط الأمامية. وهم أول من يبلغ عن أي اتجاهات لها علاقة بالإسهال المائي الحاد ويمكنهم التأثير في إدارة حالات المرضى بشكل مبكر وإنقاذ حياتهم باعتبار أن الزمن عامل حساس في هذه الحالات. يجب تعيين عمال الصحة المجتمعية وتدريبهم وتجهيزهم بالمعدات والإشراف عليهم قبل تفشي الكوليرا، خلال مرحلة التأهب وضمن أنشطة الوقاية الجارية. ومن الممكن تعبئتهم عند حدوث التفشي من أجل دعم أنشطة مكافحة الكوليرا.

ويمكن لعمال الصحة المجتمعية الالتقاء بالمرضى خلال خدماتهم الروتينية بما فيها الإدارة المجتمعية المتكاملة للحالة، وذلك عبر الزيارات المنزلية أو عبر إنشاء نقاط الإماهة الفموية أثناء التفشي. وعندما لا تتوفر أول نقطة اتصال، أما في المناطق التي لا توجد فيها نقاط اتصال أولى أو مرافق معالجة، فيمكن لعمال الصحة

سؤال

اسأل الشخص، هل تعاني من إسهال مائي اليوم ؟

نعم

إن أجاب الشخص بنعم، وأنه عانى اليوم من إسهال مائي وكان الوقت ليلاً

جواب

1. ضع محلول الإماهة الفموية في وعاء سعته ليتر (١/٤ غالون)
2. قم بإعطاء الريض محلول الإماهة الفموية واجعله يرتشفه
3. قدّم معلومات حول الكوليرا
4. قدّم معلومات حول إعداد محلول الإماهة الفموية واستخدامه
5. قم بإعطاء خمس ظروف من محلول الإماهة الفموية لأحد أفراد العائلة
6. قم بتوجيه العائلة لجعل المريض يرتشف محلول الإماهة الفموية طوال الليل
7. قم بتوجيه العائلة لأخذ المريض لمنشأة صحية أو مركز معالجة الكوليرا في الفجر مع كمية من محلول الإماهة الفموية ليرتشفها خلال التنقل
8. أرسل المريض إلى البيت لبقية الليل (إذا كان المرفق الصحي يغلق ليلاً)

لا

إن كان القرار لا، لن يتمكن من السفر إلى المنشأة الصحية أو مركز معالجة الكوليرا

1. قم بإعطاء المريض محلول الإماهة الفموية وجعله يرتشفه
2. قم بإعطائه خمس ظروف محلول الإماهة الفموية
3. على العائلة التأكد من جعل المريض يرتشف محلول الإماهة الفموية طوال الليل
4. توجيه العائلة لجعل المريض يرتشف محلول الإماهة الفموية حتى توقف الإسهال
5. بمساعدة العائلة، قم بمحاولة إيجاد طريقة لإيصال المريض إلى أقرب منشأة صحية أو مركز معالجة الكوليرا
6. على عمال الصحة المجتمعية تفقد المريض كل ساعتين في بيته

لا

إن أجاب الشخص بلا، لم يعاني من إسهال مائي اليوم

جواب

1. قدّم معلومات حول الكوليرا
2. قدّم معلومات حول إعداد محلول الإماهة الفموية واستخدامه
3. قدّم ٣ ظروف من محلول الإماهة الفموية
4. قم بإبلاغ الشخص للتجهيز الفوري لمحلول الإماهة الفموية، والبدء بشربه والعودة إلى المنشأة الصحية أو مركز معالجة الكوليرا إذا أصيب بالإسهال

نعم

إن أجاب الشخص بنعم، وأنه عانى اليوم من إسهال مائي وكان الوقت نهاراً

جواب

1. ضع محلول الإماهة الفموية في وعاء سعته ليتر (١/٤ غالون)
2. قم بإعطاء المريض محلول الإماهة الفموية واجعله يرتشفه
3. قدّم معلومات حول الكوليرا
4. قدّم معلومات حول إعداد محلول الإماهة الفموية واستخدامه
5. تحديد فيما إذا كان المريض قادراً على السفر إلى أقرب منشأة صحية أو مركز معالجة كوليرا. انظر أدناه

نعم

إن كان القرار نعم، يمكنه السفر إلى المنشأة الصحية أو مركز معالجة الكوليرا

1. إذا كان على المريض السفر لأكثر من ساعة يجب إعطاؤه ٣ ظروف من محلول الإماهة الفموية.
2. التأكد من حمل المريض لمياه آمنة معه لأقرب منشأة صحية أو مركز معالجة الكوليرا
3. إن لم تتوفر مياه آمنة، تستخدم المياه المتوفرة
4. توجيه المريض إلى ارتشاف محلول الإماهة الفموية
5. جعل المريض يستمر في شرب محلول الإماهة الفموية خلال الانتقال إلى المنشأة الصحية أو مركز معالجة الكوليرا

المجتمعية القيام بما يلي:

- تحديد الإسهال المائي الحاد وأعراض الجفاف (انظر الفصل 8)
- معالجة الأنماط الخفيفة من الكوليرا بإماهة المريض بمحلول الإماهة الفموية وتقديم الزنك إليه. للحصول على مزيد من المعلومات حول إرشادات الإماهة، انظر الملحق 8C، وكذلك الوحدة التدريبية رقم 5 التي تقدمها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية إلى عمال الصحة المجتمعية.
- إنقاذ الأرواح بالبدء بالإماهة مبكراً أثناء نقل المريض إلى منشأة علاجية وذلك في للحالات الشديدة
- تخفيف العبء عن باقي منشآت معالجة الكوليرا مثل وحدات أو مراكز معالجة الكوليرا.

وعلى سبيل المثال، يقوم عمال الصحة المجتمعية بتوظيف عملية تشبه ما هو مبين في الرسم البياني التالي، والتي يمكن استخدامها لتقييم ومعالجة الإسهال المائي الحاد بمحلول الإماهة الفموية مع مشاركة الزنك أيضاً.

العناية بالمريض في المنزل

إن الإماهة المبكرة للمريض والحفاظ على النظافة الصحية الجيدة لتجنب انتشار المرض هي أمرٌ هام. حيث يقدم عمال الصحة المجتمعية الإرشادات للعائلات حول كيفية استخدام محلول الإماهة الفموية وتقديم تغذية سليمة للرضع والأطفال وتمييز الأعراض الخطرة وتحويل الحالات لمراكز المعالجة، والحفاظ على المنزل نظيفاً وآمناً لتقليل انتشار الكوليرا في البيت والمجتمع المحلي وفق معايير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الفعالة.

9.11.2 نشاطات الرصد والإبلاغ عن الكوليرا

يمكن لعمال الصحة المجتمعية تقديم دعم هام في الكشف والإبلاغ عن الشائعات لإطلاق إنذار (انظر الفصل 3) وفي أعمال الرصد الجارية للكوليرا. وهنالك كمية كبيرة من البيانات حول الحالات والوفيات التي لا يبلغ عنها، وذلك بسبب عدم سعي الناس للحصول على العناية الصحية أو عدم قدرتهم على الوصول إليها. ومن خلال استخدام الهواتف الخليوية يمكن لعمال الصحة المجتمعية إطلاق إشارة إنذار بسرعة من أجل تحفيز التحقق الفوري. كما من الممكن كذلك أن يتم تزويدهم بنموذج تقرير بسيط خلال زياراتهم للمنازل والمجتمع المحلي. راجع الملحق 9F للاطلاع على نموذج المراقبة القائمة على المجتمع والرامية إلى إحصاء الحالات والوفيات. ومن الممكن أن تضاف معلومات أخرى مثل المعالجة المقدّمة والسن والجنس. هذا ويجب أن تقدم هذه البيانات إلى المنشأة الصحية لتدرج في نظام المراقبة على المستوى المناطقي والوطني.

9.11.3 الفرق المتنقلة

تشبه مهام الفرق المجتمعية المؤلفة من عمال تعزيز الصحة والنظافة الصحية، مهام عمال الصحة المجتمعية كما هي موصوفة أعلاه. حيث يمكن لهم تقديم الرسائل والتأكد من فهمها وتعزيزها بشكل صحيح؛ وضمان تطبيق معايير الوقاية على مستوى المنزل؛ ولعب دور في تحديد الحالات الجديدة والإبلاغ عنها، ومعالجتها مبكراً وإحالتها كما هو مناسب؛ والاشتراك في نظام المراقبة.

9.12 المساءلة أمام المجتمعات المحلية

من الضروري تطوير نظام للاتصالات الدورية مع المجتمعات المحلية لمساعدتها على اكتساب الوعي وفهم الأوضاع وتحديد نجاحات ومشكلات الاستجابة، ومنها على سبيل المثال، الجماعات السكانية التي لم يتم الوصول إليها، والمفاهيم الخاطئة وسوء التفاهم، والتدخلات الضعيفة من قبل الشركاء بما فيها لجهة زيادة المشاركة في تقديم الحلول القائمة على المجتمع المحلي.

وتعتبر اللقاءات الدورية (أسبوعياً ومن ثمّ شهرياً) مع مختلف المجموعات المستهدفة أمراً مفيداً، ويمكن لها أن تُستكمل باستخدام آليات مثل صندوق المقترحات والمكالمات الهاتفية وجمع الشكاوى.

هذا ويجب تضمين الإجراءات التي تحسّن المساءلة أمام المجموعات السكانية المتضررة في كل الاتفاقيات المبرمة مع الشركاء.

10 إجراءات اليونيسف للتأهب والاستجابة في حالة الطوارئ

10.1 لمحة عامة عن الفصل رقم 10

يقدّم هذا الفصل إجراءات اليونيسف المحددة فيما يتعلق بالتأهب والاستجابة في حالة الطوارئ، لاستكمال وتفعيل النشاطات والتدخلات المقترحة في الفصول السابقة الواردة في مجموعة الأدوات هذه. وعلى الرغم من أنه من الممكن تطبيق بعض العناصر والأساس المنطقي المرتبط بها في باقي المنظمات، إلا أنه يُقصد بمعظم الاعتبارات والروابط والمصادر أن تكون إرشادات توجيهية لكوادر اليونيسف وهي تتعلق بعمليات اليونيسف الداخلية.

هذا وتستدعي الظروف الاستثنائية –كما هو الحال خلال تفشي الكوليرا– استجابة استثنائية، والتي يمكن أن تتم خارج الإجراءات والعمليات التشغيلية القياسية المنفذة في المكتب القطري لليونيسف. وعادة ما يكون تنفيذ الإرشادات والتعليمات الإدارية العالمية مرناً على مستوى القطر حيث يعتمد على السياق المحلي وعلى التفسير الذي تطبقه إدارة المكتب القطري.

ومع ذلك، فإن حقيقة أن المكتب القطري لليونيسف غير معتاد على اتخاذ إجراء محدد مستوحى من أنظمتنا، يجب ألا تمنع استخدام هذا الإجراء عندما تستوجب الظروف ذلك. وينبغي أن يلعب التعاون بين الموارد البشرية والعمليات/ الإمدادات وباقي الأقسام والوظائف للبحث عن خيارات، دوراً فعالاً في أنشطة التأهب. بالإضافة إلى ذلك فإن التأييد والحشد مع الإدارة هو أمر مطلوب وذلك للسماح بتكييف الأنظمة والإجراءات بأفضل طريقة ممكنة لتحسين قدرة اليونيسف على الاستجابة سريعاً في حالات الطوارئ.

ملخص الملاحق

الملحق 10A الاختصاصات والتوصيفات الوظيفية المقترحة لفريق العمل الخاص بالكوليرا

TIP

التصدي لحالات الطوارئ واسعة النطاق

وضعت "إجراءات التشغيل القياسية المبسّطة" لحالات الطوارئ من الدرجة الثالثة والدرجة الثانية. وهي تهدف إلى تنظيم وتبسيط وتوضيح إجراءات اليونيسف وتمكين تنفيذ استجابة فعالة في حالات الطوارئ الكبرى.

الدرجة الثالثة: يتطلب فيها حجم حالة الطوارئ تعبئة واسعة على مستوى المنظمة. صدرت إجراءات التشغيل القياسية المبسطة لحالات الطوارئ من الدرجة الثالثة من قبل المدير التنفيذي في 6 آذار، 2012.

الدرجة الثانية: وهي الحالات التي يستدعي فيها حجم حالة الطوارئ حاجة المكتب القطري إلى دعم إضافي ذو أولوية من باقي أقسام المنظمة (المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية والقطرية) لتنفيذ الاستجابة، وعندما يكون على المكتب الإقليمي تقديم قيادة ودعماً مخصصين. صدرت إجراءات التشغيل القياسية المبسطة لحالات الطوارئ من الدرجة الثانية من قبل المدير التنفيذي في 24 كانون الثاني 2013.

تتوافر كل من إجراءات التشغيل القياسية المبسطة لحالات الطوارئ من الدرجة الثانية والثالثة متوفرة على الموقع الالكتروني: www.unicefemergency.com/procedures.html

10.2 الموارد البشرية

دائماً ما تتطلب حالات الطوارئ مثل تفشي الكوليرا موارد إضافية من جميع الأنواع، لذلك يجب أن يُخطط للكوادر بما يتوافق مع الطلب المتزايد. وفيما يلي مجموعة متنوعة من الخيارات لزيادة الموارد البشرية أثناء أية استجابة للطوارئ، بما فيها حالات تفشي الكوليرا.

10.2.1 الموارد البشرية المطلوبة أثناء التفشي

يلخص القسم 6.4 من هذا الدليل مجموعة الموظفين الرئيسيين الذين من المرجح أن تكون هناك حاجة لهم خلال تفشي الكوليرا. وتتضمن بعض المجالات الخاصة التي قد تتطلب إشراك اليونيسف ما يلي:

- دعم الحكومة والشركاء لتحديد متطلبات الموارد البشرية (تتضمن إعارة موظفي اليونيسف إلى الحكومة)
- تمويل الموظفين من خلال اتفاقات الشراكة للعمل على جميع المستويات
- التعاقد مع موظفين بشكل مباشر للعمل كجزء من فريق اليونيسف أو لدعم الحكومة وباقي الشركاء

نعرض أدناه قائمة مقترحة من الموظفين المحترفين الرئيسيين الذين قد تأخذهم اليونيسف أو الشركاء بعين الاعتبار عند الاستجابة للكوليرا في حالة الطوارئ:

التنسيق وإدارة المعلومات:

- منسق طوارئ لاستجابة الكوليرا (بين القطاعات)
- مدير معلومات

البرامج:

- منسق قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (التركيز على القطاع)
- منسّق صحي (التركيز على القطاع)
- مدير قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (التركيز على البرامج)
- اختصاصي أوبئة
- اختصاصي إدارة حالة
- اختصاصي نظافة صحية/ اختصاصي اتصالات من أجل التنمية
- اختصاصي صرف صحي
- اختصاصي مياه (إمدادات المياه ونوعية المياه)

العمليات:

- موظف إداري متخصص
- موظف مالي متخصص
- موظف لوجستي

توجد أمثلة عن اختصاصات بعض هذه الأدوار في الملحق 10A، ويمكن اعتمادها عند اللزوم وفق الحاجات والشروط المحلية. واعتماداً على حجم وإلحاح التفشي، قد تكون باقي الأدوار ضرورية لتغطية التنسيق دون الوطني والعلاقات الإعلامية وباقي المهمات، أو يمكن أن تدرج ضمن التوصيفات الوظيفية الموجودة. ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار ضرورة توفير مساعد برامج إضافي لدعم كل خمس أو ثمان موظفين مهنيين، لذلك يجب أن يدرج كجزء من متطلبات الموارد البشرية. ويتوجب على المكتب القطري لليونيسف التعامل مع باقي الحاجات المتعلقة بازدياد الموظفين مثل معدات وأثاث المكتب وإقامة الموظفين.

10.2.2 وسائل اليونيسف لزيادة الموارد البشرية للاستجابة للطوارئ

لزيادة قدرة الموارد البشرية على الاستجابة لتفشي الكوليرا، يمكن للخيارات التالية أن توفر موظفين إضافيين لتقديم الدعم:

إعادة نشر الموظفين داخلياً

- إعادة النشر من داخل البلاد – وهو أسرع خيار في المواقع التي تتواجد فيها مكاتب فرعية وأشخاص يمكن استدعاؤهم للدعم. في هذه الحالة، تكون عملية صنع القرار داخلية ضمن المكتب القطري وليس فيها تأجيل نتيجة لأسباب خارجية مثل طلبات تأشيرات الدخول.
- النشر العاجل من باقي مكاتب اليونيسف – يمكن لهذا الخيار أن يكون سريعاً، وأن يسمح بالاستفادة من أصحاب الخبرة من كوادر اليونيسف، وبأقل كلفة ممكنة عموماً. ويمكن للموظفين العاجلين القدوم من المكاتب القطرية (يتطلب ذلك موافقة خاصة من ممثل المكتب القطري لمكتب الدعم) والمكاتب الإقليمية والمقر الرئيسي (النشر من أجل تقديم الدعم داخل البلاد، ومن أجل تأسيس الاستجابة بشكل خاص).

ملاحظة: *أنشأت بعض الأقاليم آليات استجابة إقليمية تكون فيها كوادر اليونيسف من المكتب القطري والمكتب الإقليمي معتمدة مسبقاً ومنتقاة للتوظيف في حالة الطوارئ للسماح بتعبئة سريعة.*

بالنسبة لحالات الطوارئ من الدرجة الثالثة، *يصبح فريق الاستجابة الفورية متاحاً على المستوى العالمي لتقديم الدعم الداخلي للبلاد لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر.*

الشركاء الاحتياطيون

يمكن طلب إعارة كوادر تقنية من الشركاء العالميين الاحتياطيين (عبر مكتب اليونيسف لبرامج حالات الطوارئ). ويخدم ذلك كمصدر سريع نسبياً لتأمين الموارد البشرية الإضافية لاستجابة الطوارئ. إضافة إلى هذا، يمكن أن تطلب الإعارات من الشركاء الوطنيين أيضاً عبر/ وفق اتفاقيات التعاون الخاصة بالمشروع، وهي تتطلب ترتيبها بشكل مسبق وذلك كجزء من نشاطات التأهب.

تتوفر معلومات إضافية حول آلية الشراكة للتأهب العالمي وكيفية الوصول إليها على مستوى البلد على الرابط التالي:

www.unicef.org/Emops/EMOPSSite.nsf/root/Page091103

بالنسبة إلى وظائف التنسيق، تمتلك مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية العالمية فريق الاستجابة السريعة والذي يمكنه أن يقدم دعماً إضافياً للتنسيق القطاعي وإدارة المعلومات ضمن إطار آلية الشراكة للتأهب العالمي المذكورة أعلاه. انظر كتيب فريق الاستجابة السريعة لمجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لمزيد من التفاصيل.

التوظيف الخارجي

لدى اليونيسف القدرة كذلك على توظيف الموارد البشرية الإضافية عبر عقود فردية أو مؤسسية، وعبر المهمات المؤقتة أو المناصب محددة المدة.

وتقدم العقود الفردية أو المؤسسية أكثر خيارات التوظيف سهولةً وسرعةً، إلا أنه لا يكون للمحترفين الذين يتم التعاقد معهم وفق هذا الشكل من العقود، السلطة لإدارة أنظمة إدارة اليونيسف الداخلية. وعلى الرغم من سعي المنظمة نحو تخفيض مدة عملية التعاقد، إلا أن مناصب المهمات المؤقتة قد تتطلب من 4-6 أسابيع لإنهائها منذ وقت الطلب وحتى إنجازها. ويمكن أن يستغرق توظيف المناصب محددة المدة حوال 6 شهور أو أكثر، لذلك يكون استخدامها محدوداً في الاستجابة لحالات الطوارئ.

ومع أن المكتب القطري يقود العملية، إلا أنَّ شعبة الموارد البشرية في المقر الرئيسي قد توفر بعض المساعدة، والتي تتضمن تحديد المتقدمين، لا سيما عبر سجل الشبكة العالمي **Global Web Roster(GWR)** الذي يضم مهنيين تمت دراسة ملفهم مسبقاً. حيث من الممكن باستخدام سجل الشبكة العالمي ترشيح أسماء أفراد تم الموافقة عليهم تقنياً وأبدوا رغبتهم في التقدم بطلب للحصول على وظائف محددة. وكما هو الحال مع أي نمط من العقود، تنطبق هنا قواعد و لوائح شعبة الموارد البشرية.

أخيراً، تتطلب خيارات التوظيف التي تشمل العقود الفردية أو المؤسسية والمهمات المؤقتة والمناصب محددة المدة، وجود اختصاصات واضحة و/ أو توصيفات تفصيلية للوظيفة. وبالنسبة إلى استجابة الكوليرا في حالات الطوارئ، يُوصى بشدة أن يقوم مكتب اليونيسف في بلد معرضة لخطر تفشي الكوليرا بجهود مسبقة لتحديد ملفات الموظفين الذين من المرجح أن تكون هناك حاجة لهم وإعداد الاختصاصات مقدماً.

يجب كذلك الأخذ بعين الاعتبار بأنه لدى إعداد الاختصاصات أو توصيف المهنة ولدى طلب النشر، يجب ذكر مدة المهمة (مع التواريخ التقديرية) والمستوى الإداري والتسلسل الإداري للموظف المطلوب ضمن الاتصال الأولي وذلك لتجنب التأخيرات في معالجة طلبات التوظيف. تتوفر قائمة من المناصب الرئيسية للتأهب والاستجابة للكوليرا في القسم **10.2.1** ونموذج عن الاختصاصات في الملحق **10A**.

10.2.1 بناء قدرات اليونيسف لمعالجة تفشي الكوليرا

بهدف دعم حكومة البلاد بشكل فعّال، يتوجب على كادر اليونيسف أن يمتلك مسبقاً القدرة على التأهب والاستجابة للكوليرا. ويحدد الجدول 12 كوادر اليونيسف التي تتطلب مثل هذه القدرة والمهارات الرئيسية والمواضيع التدريبية اللازمة.

يحدد القسم **6.4.3** الخطوات اللازمة لبناء القدرات ضمن البلاد وتحديد حاجات بناء القدرات وتطوير خطة بناء القدرات.

ويحدد الملحق **6F** متطلبات التدريب للكادر الرئيسي، ويوضح الملحق **6G** طرق بناء القدرات وأمثلة عن التدريب والمواد.

المصادر الرئيسية

المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال– بنغلاديش. برنامج التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات

اليونيسف: التعيين والتوظيف في حالات الطوارئ (التعليمات التنفيذية، الإصدار(Ex. Dir. CF/EXD/2010-005)

اليونيسف: ما هي الموارد الاحتياطية؟

اليونيسف إجراءات التفعيل المؤسسية في حالات الطوارئ وإجراءات التشغيل القياسية المبسطة

- إجراءات التفعيل المؤسسية في حالات الطوارئ لليونيسف (التعليمات التنفيذية، الإصدار Ex. Dir. CF/ EXD/2011-011)
- إجراءات التشغيل القياسية المبسطة للطوارئ من الدرجة الثالثة
- تحسين استجابة اليونيسف للطوارئ من الدرجة الثانية (التعليمات التنفيذية، الإصدار Ex. Dir. CF/ EXD/2013-003)
- إجراءات التشغيل القياسية المبسطة للطوارئ من الدرجة الثانية

الموارد البشرية في حالات الطوارئ (صفحة اليونيسف على الشبكة الداخلية – الانترانت)

الجدول رقم 12 القدرات المطلوبة من كادر اليونيسف خلال التأهب والاستجابة للكوليرا

دور الموظف	المهارات الرئيسية المطلوبة	التدريب المطلوب	الموارد المتوفرة
فريق الإدارة الوطني والموظفون اللوجستيون	• القيادة من أجل توجيه التعاون بين ممثلي الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وباقي الممثلين • امتلاك السبب المنطقي لصناعة القرار في الإجراءات ذات الأولوية • القدرة على تسريع الاستجابة من قبل أنظمة اليونيسف • فهم مواصفات عناصر المشتريات الأساسية	• أساسيات التأهب والاستجابة للكوليرا • سياسات اليونيسف والإرشادات التوجيهية المتعلقة بالكوليرا • آخر المستجدات حول اللقاحات ذات الصلة • الروابط بين برامج الطوارئ والتنمية	• تتضمن مجموعة أدوات الكوليرا هذه التي وضعتها اليونيسف مصادر إضافية • ندوة اليونيسف عبر الإنترنت حول الكوليرا (سيجري تطويرها بعد اكتمال مجموعة الأدوات) • الإرشادات التوجيهية الموجودة الخاصة بالكوليرا (منظمة الصحة العالمية، أطباء بلا حدود، برنامج التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات) (متوفرة ضمن المصادر الإضافية) • مواد التدريب الخاصة بالقطاع (انظر القائمة غير الشاملة في الملحق 6G) • محاكاة حالات الطوارئ • التدريب المؤسسي القائم حول الكوليرا، مثل المركز الدولي لأمراض الإسهال، بنغلاديش
رؤساء الأقسام وموظفو البرامج (المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، الصحة، التغذية، الحماية، التعليم، الاتصالات من أجل التنمية)	• القيادة • التسهيل والتنسيق • تطوير استراتيجيات وخطط الاتصال • مهارات التوجيه وبناء القدرات • المراقبة	• أساسيات التأهب والاستجابة للكوليرا • اجراءات التأهب والاستجابة للكوليرا المتعلقة بقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والصحة • الاستجابات محددة السياق	

10.3 التدابير التنفيذية لليونيسف للاستجابة العامة للطوارئ

إن استيعاب التدابير التنفيذية للاستجابة ضمن اليونيسف هو أمرٌ أساسي لتوليد الأثر الإيجابي الأكبر للنساء والأطفال، والوفاء بالالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في مجال العمل الإنساني.

ويعتمد تنفيذ استجابة اليونيسف المبرمجة (للطوارئ وكذلك التنمية) اعتماداً كبيراً على قدرة الشركاء التنفيذيين الوطنيين والدوليين، بما في ذلك الحكومة والمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني والمتعاقدين. بالتالي، يتوجب على خطة التأهب الخاصة باليونيسف تحديد أكثر الشركاء الملائمين قبل حدوث الطوارئ إضافة إلى نشاطات تحسين قدرتهم على الاستجابة.

وتُدار كل التدابير التنفيذية وفق **اتفاقية التعاون الأساسية** الموقعة بين اليونيسف والحكومة المضيفة. وتُشكّل اتفاقية التعاون الأساسية الأساس القانوني لتواجد اليونيسف في البلد، وتعاونها المبرمج، وإجراءات البرامج، وحقها في مراقبة كل مراحل البرامج، متضمنة حالات الاستجابة للطوارئ.

بالنسبة إلى نقل الموارد من أجل التنفيذ، يكون أمام اليونيسف عدداً محدوداً فقط من الخيارات، والتي يعتمد انتقاؤها على كلٍّ من نمط المنظمة التي تنسّق اليونيسف معها، وكذلك على طبيعة النتائج المتوقعة من هذه العلاقة.

ويتم نقل الموارد إلى شريك حكومي يتم نطاق خطة العمل السنوية الموقعة مع اليونيسف. وهو خيار سريع نسبياً لتحويل التمويل، كما يعتمد التنفيذ على قدرة الحكومة.

ومن من الممكن الاشتراك مع المنظمات غير الحكومية عبر ثلاثة خيارات مختلفة: **اتفاق التعاون البرنامجي** ونسختها "الأصغر" وهي **اتفاقية تمويل صغير الحجم**؛ أو **العقد المؤسساتي** أو عبر **اتفاقيات طويلة الأجل**.

لكل من هذه الخيارات جوانب إيجابية وأخرى سلبية لابد من أخذها بعين الاعتبار عند اختيار أيها الأكثر ملاءمة لحالة معينة. مع ملاحظة أنه **وخلال الاستجابة**، يمكن الاستفادة من اتفاقيات طويلة الأجل **فقط** إذا كانت موجودة **مسبقاً**، وإلا فإنّ خيارات الشراكة المتجسّدة في اتفاق التعاون البرنامجي أو العقود المؤسساتية هي الخيارات الوحيدة الممكن استخدامها (لتفاصيل حول اتفاقيات طويلة الأجل، انظر أدناه). في النهاية، يجب أن يستند القرار على مستوى النتائج المتوقعة من الاتفاقية. ويعرض الملحق **10A** الاعتبارات الرئيسية التي يجب إجراؤها لدى الاختيار بين اتفاقية التمويل صغير الحجم و اتفاق التعاون البرنامجي للاستجابة للطوارئ، وفيما يلي ملخص قصير عن التدابير التنفيذية الموصوفة:

اتفاق التعاون البرنامجي – اتفاق التعاون البرنامجي هو النمط الرئيسي للاتفاقيات المستخدمة للشراكة المتعلقة بالتنمية والطوارئ. وهي تركّز على التنفيذ التعاوني للتدخلات المطوّرة بشكل المشترك ضمن إطار برنامج اليونيسف للتعاون أو مجموعة من الاستجابات الإنسانية المدعمة. وعلى الرغم من أنه من الممكن تأسيس عمليات محددة للموافقة على اتفاق التعاون البرنامجي خلال حالات الطوارئ، إلا أن عمليات إحداثه وإدارته تستغرق وقتاً (بمعدل 25 يوماً[25])؛ وبالتالي يجب أن يتم تطويره بشكل مسبق كإجراء للتأهب بحيث يكون مفيداً في المراحل المبكرة من تفشي الكوليرا.

وفي حين أنه من الممكن تطوير اتفاقيات التعاون البرنامجي القائمة بذاتها من أجل الاستجابة لحالات الطوارئ، إلا أن المكاتب القطرية تستخدمها بشكل متزايد كآليات تحضيرية محضرة بشكل سابق لمثل حالات الطوارئ هذه وذلك إما كآليات قائمة بذاتها يتم تفعيلها عند إعلان حالات الطوارئ، أو عن طريق إدراج بنود خاصة بحالات الطوارئ ضمن اتفاقيات التعاون البرنامجي الخاصة بالبرامج الاعتيادية. راجع الملحق **10A** للاطلاع على ملخص عن استخدامات اتفاقيات التعاون البرنامجي كآليات لحالات الطوارئ.

25 اعتماداً على التغذية الراجعة العملية الواردة من كوادر المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المكاتب القطرية لليونيسف عبر تدريب قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في حالات الطوارئ. وهي تتضمن فقط الوقت الذي استغرقته عملية الإدارة الداخلية لليونيسف، بعد التوصل إلى الاتفاق مع الشركاء وقبل حصولهم على الموارد لبدء التنفيذ على الأرض.

اتفاقية تمويل صغير الحجم – تشبه اتفاقية تمويل صغير الحجم من حيث نطاقها اتفاق التعاون البرنامجي، لكنها أصغر وأكثر سهولة وسرعة لجهة تطويرها وتنفيذها لأنها لا تتطلب وجود لجنة/هيئة مراجعة لعملية الموافقة. لاحظ أن القيمة التراكمية لاتفاقية التمويل صغير الحجم لا يمكن أن تتجاوز بشكل كلي $20.000، ويتضمن ذلك تمويل السيولة النقدية والإمدادات، لمنظمة مجتمع مدني/منظمة غير حكومية مفردة خلال سنة تقويمية، وبالتالي فإن استخدامها محدود، خاصة عند الحاجة لاتخاذ إجراء على نطاق واسع.

التحويلات النقدية المباشرة

التحويلات النقدية المباشرة هي طريقة يتم عن طريقها إتاحة السيولة النقدية للشريك (الحكومة أو منظمة مجتمع مدني/منظمة غير حكومية) ضمن إطار اتفاق التعاون البرنامجي أو اتفاقية التمويل صغير الحجم (لمنظمات المجتمع المدني/المنظمات غير الحكومية) أو لطلب الدعم الطارئ (من الشركاء الحكوميين) لتنفيذ الأنشطة المتفق عليها. وتم دفع التحويلات النقدية المباشرة عادة على شكل دفعة واحدة لكل شريك اعتماداً على جدول تنفيذ يغطي مدة ثلاثة أشهر. **وينبغي صرف التحويلات النقدية المباشرة خلال فترة ثلاثة أشهر وتصفيتها خلال 6 أشهر – وتتم إعادة أية مبالغ لم يتم صرفها، وإلا فإن النظام المالي لليونيسف سيحجز أية دفعات أخرى للشريك إلى حين الانتهاء من التحويل النقدي المباشر. وقد يكون لهذا الحجز أثر سلبي** لأن النظام المالي يغطي كافة برامج وأقسام اليونيسف في المكتب القطري، "لذلك فإن إيقاف دفعة لشريك ما يوقف أية دفعات تالية ستنفذها المكاتب والقطاعات العاملة مع نفس الشريك في البلد، وذلك إلى حين تصفية التحويل النقدي المباشر".

العقود الفردية والمؤسسية – هي اتفاقات تعاقدية بين اليونيسف وطرف خارجي، يكون على الأغلب فرد (مدار من قبل الموارد البشرية)، أو مؤسسة (مدارة من قبل قسم العمليات/التوريد) بما في ذلك المنظمات غير الحكومية أو منظمات المجتمع المدني، وأيضاً القطاع الخاص، والمؤسسات الأكاديمية ومؤسسات أخرى، وذلك لأداء خدمات مقابل أجر معين. على سبيل المثال يمكن استخدام هذه العقود لتوظيف فريق عمل مؤقت بصفة مستشارين أو لتقديم الخدمات، شراء الموارد أو ترتيب الخدمات اللوجستية. ويضع كل بلد متطلبات الحد الأقصى الخاصة به كي تمر العقود عبر لجنة مراجعة العقود، إما على المستوى دون الوطني أو على المستوى الوطني. وبكل الأحوال، يمكن لممثل المكتب القطري تعديل تشكيل وطريقة عمل لجنة مراجعة العقود للإسراع في عملية المراجعة خلال حالات الطوارئ، والتي تستغرق في الأحوال الأخرى 19 يوماً بشكل وسطي.[26] [27]

ولا تُعفى العقود المؤسساتية المنفّذة بموجب اتفاقية الخدمة الخاصة من سياسات وإجراءات اليونيسف. وإنما تتم

26 *الإدارة المالية والإدارية لحالات الطوارئ، دليل توجيهي لفريق اليونيسف، الصفحة 33*

27 اعتماداً على التغذية الراجعة العملية الواردة من كوادر المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المكاتب القطرية لليونيسف عبر تدريب قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في حالات الطوارئ.

إدارتها بالتوافق مع إجراءات اليونيسف الخاصة بالعطاءات التنافسية والمشتريات، ويتضمن ذلك طلب الأسعار والإعلان العام أو الدعوة لتقديم العروض، ويتبع ذلك اختيار تنافسي وتبرير للتوصيات اعتماداً على الجودة التقنية والسعر.

الاتفاقيات طويلة الأجل – يمكن للاتفاقيات طويلة الأجل تسريع العمليات المرتبطة بشراء الموارد والخدمات لأنه يتم إنجاز موضوع العطاءات والموافقات خلال مرحلة إبرام الاتفاق طويل الأجل. حيث يستغرق إبرام هذا النوع من الاتفاقيات عدة أشهر ويجب التحضير له كجزء من إجراءات تأهب المكتب القطري. بمجرّد إبرامها، يمكن أن تستمر هذه الاتفاقيات لمدة عام أو عامين. في البلدان التي يتوطن فيها بالكوليرا، يجب إعداد الاتفاقيات طويلة الأجل بوصفها إجراءات تحضيرية متخذة.

المصادر الرئيسية

اليونيسف، اتفاقية التعاون الأساسية

اليونيسف، الإرشادات التوجيهية لاتفاق التعاون البرنامجي واتفاقية التمويل صغير الحجم للمكاتب القطرية

اليونيسف، لجنة مراجعة العقود، التعميم المالي 19، النسخة 3

اليونيسف، سياسة البرنامج ودليل الإجراءات (دليل الكتروني عبر الانترانت)

اليونيسف، الإدارة المالية والإدارية لحالات الطوارئ، دليل إرشادي لموظفي اليونيسف

10.4 شراء إمدادات اليونيسف:

يركز هذا الجزء على الخيارات المتاحة أمام اليونيسف من أجل شراء وتخزين واستخدام مخزون التأهب. ويمكن للتحديات التي ترافق عمليات شراء الإمدادات أن تخلق مشاكل اختناقات في الاستجابة لحالات الطوارئ، ولذلك فإنه من الممكن لنشاطات التأهب أن تضمن استعدادات وتوافر الإمدادات الأساسية للاستجابة لحالات الطوارئ، بما فيها تحديد الإمدادات الرئيسية والاتفاق على إسناد مسؤولية تنفيذ عملية الشراء، ومسائل التأمين والتخزين والخدمات اللوجستية. إضافة للعمليات الشراء المعتادة ضمن البلد، يمكن للمكتب القطري لليونيسف الحصول على الإمدادات من:

- **عملية الشراء الدولي من خلال شعبة الإمدادات، قائمة إمدادات الطوارئ وحاسبة الإمدادات:** تم تطوير قائمة إمدادات الطوارئ التي تضم مواد الإغاثة الأساسية للاستجابة لاحتياجات 250.000 شخص. وتتألف القائمة من 161 مادة مخصصة لدعم الفريق (35 مادة) ودعم البرنامج (126 مادة). تحتفظ المستودعات الإقليمية لليونيسف بموارد قائمة إمدادات الطوارئ في كل الأوقات.

  تتوافر حاسبة الإمدادات أيضاً لتقدير كميات الطلب وتكاليف الإمدادات الرئيسية اللازمة، بما فيها تلك الموجودة في قائمة إمدادات الطوارئ. وهي تتضمن حسابات داخلية تولد توصيات الطلبات اعتماداً على حجم التجمع السكاني المتضرر، إضافة لتقدير تكاليف الشحنات للطلبات الدولية التي تصدرها شعبة الإمدادات في اليونيسف.

  لاحظ أن عمليات الشراء الخارجية من خلال شعبة الإمدادات في اليونيسف متوافرة أيضاً لكافة المكاتب القطرية عند الطلب. حيث تمتلك شعبة الإمدادات القدرة على تسليم المواد الموجودة في قائمة إمدادات الطوارئ خلال 72 ساعة لمنفذ الدخول الخاص بمكتب اليونيسف القطري المتضرر. على كل الأحوال، يعتبر هذا الخيار الأكثر كلفة ويجب استخدامه كآخر الخيارات المتاحة. وتتوافر معلومات تفصيلية حول البدء وتقديم الطلبات ضمن صفحة الانترانت لشعبة الإمدادات في اليونيسف.

  للدخول إلى حاسبة الإمدادات وتقديم طلبات من خلال شعبة الإمدادات، يجب الحصول على اسم مستخدم وكلمة سر للانترانت الخاص باليونيسف.

- **الاتفاقيات طويلة الأجل – يوفر القسم 10.3** لمحة عامة مختصرة عن الاتفاقيات طويلة الأجل. وبعد إبرام هذه الاتفاقيات، يجب أن تكون أنشطة مراقبة جودة المنتجات وجهوزية الموردين لكافة الاتفاقيات طويلة الأجل بما فيها تسليم الإمدادات، جزءاً من نشاطات التأهب.

- **المساعدات العينية / التبرعات العينية / المساهمات العينية** – بشكل عام لا يُشجع على هذه التدابير بسبب التحديات التي تفرضها فيما يخص التنفيذ (خاصة عندما لا تكون المواد جزءاً من التدخل منذ البداية)، والمسؤولية (معفاة من الرسوم الجمركية، السلامة)، والتحكم بالجودة (تتجاوز المساعدات العينية/التبرعات العينية التفتيش المعتاد قبل التسليم)، والتخزين، والنفقات اللوجستية وتكاليف التوزيع، والمراقبة وإعداد التقارير بعد ذلك.

  ينبغي النظر في تأمين تدابير المساعدات العينية / التبرعات العينية / المساهمات العينية **فقط** للمواد الموجودة أساساً في خطة شراء اليونيسف والتي ستحتاج بخلاف ذلك إلى طلب شرائها من السوق وتكون الحاجة لها محددة باستخدام نفس المواصفات. هذا وتجب إحالة أية خيارات متعلقة بالمساعدات العينية / التبرعات العينية/المساهمات العينية إلى مكتب تحالفات القطاع العام وتعبئة الموارد (الذي يدير العلاقات مع الجهات

المانحة الحكومية) أو شعبة جمع التبرعات والشراكات الخاصة (التي تدير العلاقات مع المساهمين من القطاع الخاص) **قبل** الدخول في أية مناقشات أو التزامات.

- **الشراء من خلال اتفاق التعاون البرنامجي مع الشركاء**– من الممكن إبرام اتفاق التعاون البرنامجي مع الشركاء والذي يتضمن الوصول المشترك إلى مخازن الطوارئ (لكلتا المنظمتين) أو نقل الإمدادات من قبل اليونيسف إلى الشركاء وذلك بهدف تخزينها وإدارتها من قبلهم. زيمكن أيضاً السماح للشركاء بالشراء المباشر باستخدام تمويل اليونيسف، وذلك يخفف العبء على اليونيسف كمنظمة مسؤولة عن الشراء، ويسرّع عملية الشراء خلال حالات الطوارئ (خاصة بالنسبة للمواد التي يمكن شراؤها محلياً والتي يمكن للشريك معالجتها داخلياً). بشكل مثالي، يجب إنجاز عملية الموافقات الأساسية كجزء من تدابير التأهب. بالنسبة لعمليات/إمدادات المكتب القطري، يتحمل المكتب القطري مسؤولية الترخيص للشركاء التنفيذيين من أجل تنفيذ عمليات الشراء داخل القطر، والتي تتضمن عادة مراجعة/تدقيق عمليات الشراء والإجراءات اللوجستية والقدرات الخاصة بهم. وبخلاف ذلك، يجب أن توافق شعبة الإمدادات في كوبنهاغن على ترتيبات المشتريات الخارجية. راجع **نموذج طلب الشراء الدولي من خلال اتفاق التعاون البرنامجي الخاص باليونيسف.** 📖

  تجب ملاحظة أن لدى مكتب الوكالة الأمريكية للتنمية لمساعدات الكوارث الخارجية، وقسم المساعدات الإنسانية التابع للمفوضية الأوروبية، بالإضافة إلى مانحين آخرين، عملية ترخيص مشابهة وهذا يفيد كمؤشر على قدرات الشريك لتولي عملية شراء الإمدادات.

- **مخازن الطوارئ لدى اليونيسف**– قد تحتفظ مكاتب اليونيسف بمخازن للطوارئ تتضمن المواد الأساسية، خاصة تلك التي يتم شراؤها من الخارج ولا تتوافر في الأسواق. مع ذلك، وبسبب الالتزامات بالمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام، فإن التمويل المستخدم لشراء الإمدادات لا يعتبر إنفاقاً – وبالتالي لا يمكن إدراج استخدامه ضمن التقارير– إلى أن يتم تسليم هذه الإمدادات إلى المستفيدين/المستخدمين النهائيين، مما يقلل من قدرة اليونيسف على الاحتفاظ بإمدادات الطوارئ. ويتمثل أحد الخيارات بالتنازل عن هذه الإمدادات إلى الحكومة أو الشركاء التنفيذيين، مما يعني تنازل اليونيسف عن ملكية وإدارة هذه المواد كي يتم تحريرها من متطلبات المحاسبة. ولاستخدام هذه الخاصية بالشكل الملائم، يتوجب على اليونيسف أن تقيّم بكل حذر قدرة الشريك على تخزين وإدارة المخزون وبناء الثقة الضرورية لضمان استخدام هذه المواد على الشكل المخطط لها أساساً. يجب الاضطلاع بكل عمليات نقل المواد إلى الحكومة والشركاء وإعداد التقارير الخاصة بها بشكل جيد وواف من خلال أنظمة اليونيسف الداخلية. في حالة الشركاء التنفيذيين، يجب نقل المواد بموجب اتفاق التعاون البرنامجي وإعداد التقارير وفقاً لذلك.

يرجى مراجعة الملحق **10B** للحصول على تفاصيل إضافية حول شراء الإمدادات. تم في القسم 6.5 من مجموعة الأدوات هذه مناقشة الاعتبارات العامة الخاصة بالإمدادات المطلوبة لإجراءات التأهب والاستجابة للكوليرا وذلك فيما يخص توافرها (تحديدها، وتعيينها، وشراؤها وتخزينها). إضافة لذلك، يوضح ملحق (يجري تطويره) قائمة بالإمدادات الأساسية واعتبارات تحديد الإمدادات ذات الأولوية.

المصادر الرئيسية

اليونيسف، كتالوج إمدادات اليونيسف، قائمة الإمدادات وحاسبة الإمدادات في حالات الطوارئ *(من الضروري وجود اسم مستخدم وكلمة سر لشبكة الانترانت الخاصة باليونيسف)*. يرجى مراجعة النسخة القائمة بذاتها.

اليونيسف، الاتفاقيات طويلة الأجل (كتيب الإمدادات، الفصل 6، القسم 8).

اليونيسف، اعتبارات إضافية للموافقة على المساعدات العينية

اليونيسف، إدارة الشؤون المالية والإدارية في حالات الطوارئ. دليل توجيهي لموظفي اليونيسف

10.5 تعبئة الموارد

تعتبر اليونيسف بشكل رسمي "صندوق تمويل" وبالتالي فهي لا تستقبل أية موارد رئيسية من الأمم المتحدة. ويتوجب عليها بالتالي أن تطلب التمويل من مصادر خارجية بهدف التنمية والمساعدة الإنسانية على حد سواء، إضافة إلى قدرتها على الاستجابة للالتزامات الأساسية تجاه الطفل ضمن العمل الإنساني، بما فيه حالات تفشي الكوليرا. حيث تنشأ جميع أموال اليونيسف من: 1) الجهات المانحة الحكومية، 2) اللجان الوطنية أو 3) التبرعات الخاصة.

وفيما يلي الخيارات المتنوعة المفتوحة أمام اليونيسف للتمويل بهدف العمل الإنساني، بما فيه حالات تفشي الكوليرا:

الجدول رقم 13 | خيارات التمويل للأعمال الإنسانية الخاصة باليونيسف

إعادة برمجة موارد المكتب القطري الحالية (RR/OR/ORE)	يمكن تحويل الموارد العادية بشكل مباشر عن طريق ممثل المكتب القطري، بحسب الحدود القصوى المسموح بها[28]. ويمكن أن يتم تحويل الموارد الأخرى فقط بموافقة الجهة المانحة.
صندوق برامج الطوارئ في اليونيسف (EPF)	يهدف صندوق برامج الطوارئ إلى دعم إمكانية المكتب القطري في تلبية الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني، في انتظار مساهمات الجهات المانحة. وتتم الموافقة عليه خلال 24–48 ساعة ويعتبر قرضاً *لليونيسف* (من حساب يدار من قبل مكتب برامج الطوارئ). يجب سداد القرض حالما تتوافر المساهمات من الجهات المانحة.
الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ (CERF)	الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ هو صندوق احتياطي تم تأسيسه وإدارته من قبل الأمم المتحدة (حيث تقع أمانة الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ ضمن مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية الاوتشا). وتكون الأمم المتحدة والمنظمة الدولية للهجرة هما فقط الجهتان اللتان يحق لهما تقديم المقترحات التي يجب أن تعتمد على الأولويات والمشروعات القطاعية.
نداءات جمع التبرعات	تضم طلبات التمويل هذه أي من خيارات النداءات الأخرى لدعم العمل الإنساني، بما فيها: • وثيقة الاحتياجات الفورية • نداء الأزمة القائم بحد ذاته • النداء العاجل • عمليات النداء الموحد • النداءات الانتقالية والإنعاش المبكر الأخرى

28 وفقاً لـ CF/EXD/2004-15، يمكن للممثلين الموافقة على مبلغ يصل حتى 200.000$ إذا كانت ميزانية الموارد العادية في المكتب القطري أكبر من 2 مليون دولار أمريكي (وفي حال كانت الموارد العادية أقل من 2 مليون دولار فإن الحد الأقصى هو 150.000$). وتتطلب أية مبالغ تتجاوز هذه الحدود المسموح بها إلى موافقة المكتب الإقليمي/المقر الرئيسي.

يمكن أن تتوافر أموال أخرى عن طريق تحويل الموارد من وكالات أخرى تابعة للأمم المتحدة. يرجى مراجعة **الملحق 10C** للحصول على معلومات محددة حول ذلك إضافة لآليات أخرى لتعبئة الموارد.

المصادر الرئيسية

تعبئة الموارد خلال العمل الإنساني (صفحة ويب الانترانت)

مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، صفحة ويب عملية النداء الموحد

مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، صفحة ويب صندوق الإغاثة المركزي في حالات الطوارئ

حقوق الصور

الغلاف:	© UNICEF/UNI200040/Khuzaie
صفحة رقم: 6	© UNICEF/Syria/2016/KhuderAl-Issa
صفحة رقم: 12	© UNICEF/UN06839/Sanadiki
صفحة رقم: 18	© UNICEF/UN07742/Kljajo
صفحة رقم: 20	© UNICEF/UNI169164/Khuzaie
صفحة رقم: 24	© UNICEF/UNI200030/Mackenzie
صفحة رقم: 40	© UNICEF/UNI200029/Niles
صفحة رقم: 49	© UNICEF/UNI199362/Khuzaie
صفحة رقم: 52	© UNICEF/UN017024/Anmar
صفحة رقم: 62	© UNICEF/AFGA2012-00223/Froutan
صفحة رقم: 72	© UNICEF/UNI159531/Diffidenti
صفحة رقم: 74 (الصورة العلوية)	© UNICEF/UNI187622/Khuzaie
صفحة رقم: 74 (الصورة السفلية)	© UNICEF/UNI187637/Hussein
صفحة رقم: 86	© UNICEF/UNI159461/Diffidenti
صفحة رقم: 90	© UNICEF/UNI199361/Khuzaie
صفحة رقم: 104	©UNICEF/Syria/2016/DirarHasan
صفحة رقم: 110 (الصورة العلوية)	© UNICEF/UNI174966/Rashidi
صفحة رقم: 110 (الصورة السفلية)	© UNICEF/UNI200024/Niles
صفحة رقم: 113	© UNICEF/NYHQ2012-0520/Asselin
صفحة رقم: 116	© UNICEF/NYHQ2012-0343/Asselin
صفحة رقم: 138	© UNICEF/UNI200034/Mackenzie
صفحة رقم: 155	© UNICEF/UNI201454/Khuzaie
صفحة رقم: 161	© UNICEF/UNI168525/Khuzaie
صفحة رقم: 162	© UNICEF/UNI195843/Mackenzie

مرفق بهذه الوثيقة جهاز يو إس بي USB يحتوي على العناصر الثلاثة لمجموعة أدوات الكوليرا التي وضعتها اليونيسف، وهي: المستند الأساسي، والملاحق، والمصادر الإضافية. وتهدف هذه المكونات للعمل معاً لتحقيق أفضل استخدام لمجموعة الأدوات هذه.

© صندوق الأمم المتحدة للطفولة، حزيران 2016

يدعم صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ويحمي النساء والأطفال من خلال البرامج التي تركّز على قطاعات الحماية والصحة والتعليم والتغذية والاتصالات من أجل التنمية والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، إضافة إلى قسم التوريد ومكتب برامج الطوارئ ومكتب اتفاقيات القطاع العام وتعبئة الموارد وشعبة الاتصالات.

تتضمن البروتوكولات التوجيهية ونهج المنظمة الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني (2010) وسياسة العمل الإنساني المشترك لليونيسف وذلك لدعم حقوق الأطفال المتضررين من الكوارث الإنسانية، والتي توجز المتطلبات الدنيا لتصميم وتسليم برامج اليونيسف في حالات الطوارئ بهدف ضمان توفير الحماية والبقاء الملائمين للأطفال.

إن عمل اليونيسف يدعم اتفاقية حقوق الطفل (1990) ويستخدم **نهجاً قائماً على حقوق الإنسان** ضمن برامجه، حيث تنفّذ إجراءات لدعم النساء والأطفال، بوصفهم أصحاب الحقوق، بهدف حصولهم على حقوق الإنسان الخاصة بهم.[1]

في منتصف العام 2010، كثّفت اليونيسف تركيزها على القضايا المتعلقة بالمساواة، واضعة نصب أعينها استهداف التجمعات السكانية الأكثر فقراً بشكل أفضل.

كما أن عمل اليونيسف يسترشد بـ:

- **الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل (2006-2013)**، والتي توثق المبادئ التوجيهية لليونيسف، إضافة إلى مجموعة من مجالات النتائج الرئيسية، والتي يجب دعمها من قبل كافة إجراءات هذه المنظمة.
- **الاستراتيجيات القطاعية**، مثل استراتيجية اليونيسف للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (2006-2015)، واستراتيجية اليونيسف المشتركة للصحة والتغذية (2006-2015).
- **وثيقة البرنامج القطري**، والتي توثّق الغايات، والأهداف، والإجراءات، والنتائج، والموارد المطلوبة لبرنامج اليونيسف الممتد على خمس سنوات في كل بلد بعينه.

تركّز الأمم المتحدة وبشكل متزايد على ترابط عملها، مع تطبيق عدد من البلدان التجريبية نهج الأداء الموحّد، والذي تبذل بواسطته كافة مكاتب الأمم المتحدة جهوداً لتحسين التخطيط وإعداد التقارير والتسليم ككيان واحد. عند تطبيق نهج الأداء الموحّد، تتحول **وثيقة البرنامج القطري** إلى وثيقة برنامج قطري مشتركة تدعمها **خطة إدارة برنامج الأمم المتحدة القطري**.

وضمن سياق حالات الطوارئ، يمكن ملاحظة الجهود المبذولة لتحسين ترابط عمل الأمم المتحدة من خلال عملية الإصلاح في المجال الإنساني والتي بدأت في العام 2005. وتتضمن مسؤوليات اليونيسف في قيادة المجموعات العالمية والتنسيق ضمن نهج المجموعات كلاً من: **التغذية** (قيادة)، **المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية** (قيادة)، **التعليم** (قيادة مشتركة بالتحالف مع منظمة أنقذوا الأطفال)، **الحماية** (قيادة مجالات المسؤولية فيما يخص حماية الطفل، وقيادة مشتركة للمجموعة الفرعية الخاصة بالعنف المرتكز على النوع الاجتماعي). تترأس اليونيسف أيضاً بشكل مشترك مجموعة العمل الفرعية الخاصة باللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات فيما يتعلق بالتأهب، وتلعب دوراً هاماً كشريك لمنظمة الصحة العالمية والتي تقود قطاع الصحة.

1 يونيسف: النهج المعتمد على حقوق الإنسان، بيان التفاهم المشترك، الملحق ب، حالة الأطفال حول العالم، (2004) ومفوضية حقوق الإنسان: الأسئلة الأكثر طرحاً حول النهج المعتمد على حقوق الإنسان لتحقيق التعاون بخصوص التنمية (2006).

تم هنا تحديد المراجع المستخدمة لكتيب الملحق هذا.

مدة البقاء على قيد الحياة *للضمة الكوليرية*:

- بحالة مياه الآبار، لمدة 7.5 +/-1.9 يوماً، ويمكن لطور النمط الحيوي أن يعيش لمدة 19.3 +/- 5.1 يوماً (فليسنفيلد)
- ضمن مجموعة كبيرة متنوعة من المواد الغذائية والمشروبات – لمدة 1-14 يوماً بدرجة حرارة الغرفة ولمدة 1-35 يوماً في صندوق من الثلج (يرجى مراجعة الجدول أدناه، والذي يعطي عدداً أكبر من الأيام بالنسبة للسمك المثلج)
- ضمن مكعبات الثلج – لمدة 28-35 يوماً داخل صندوق من الجليد
- ضمن الأجسام الصلبة (أدوات انتقال العدوى) – لمدة 1-7 أيام، بما فيها أدوات المائدة المعدنية والأواني لمدة 1-2 يوم (فليسنفيلد)

حدود النمو (اللجنة الدولية للمواصفات الميكروبيولوجية للأغذية، وليب، وآخرون.)

	الحالة المثلى	المجال
درجة الحرارة اللازمة للنمو (بالسيليزيوس)	37	43 - 10
درجة الحموضة	7.6	9.6 – 5.0
الحرارة القاتلة	د 60 ° C *2.7 دقيقة (سيتم قتل 90% من الضمة الكوليرية)	48°C <
درجة الملوحة اللازمة للنمو	5-25% ملوحة	يمكن لها على كل الأحوال أن تصمد بدرجة ملوحة 0 بفرض وجود أيون الصوديوم، كما يمكنها أن تنمو بشكل جيد بدرجة ملوحة قريبة من 45%

الفاصل الزمني لبدء عملية النمو

- إن الفاصل الزمني لبدء عملية النمو ضمن أطعمة مناسبة هو > ساعة واحدة وبدرجة حرارة < 30°C ولمدة أطول قليلاً بدرجة حرارة 22°C. زمن المضاعفة هو > ساعة واحدة وبدرجة حرارة < 22°C.

تأثير الحرارة والبرودة على مدة البقاء:

- في الحليب والمثلجات – يمكن أن تعيش لمدة 5-21 يوماً (بدرجة حرارة الغرفة)، 14-28 يوماً (في الثلاجة)
- في الحليب المجمد الملوث منزوع الدسم بدرجة حرارة 20°C – يمكن أن تعيش لمدة 30 يوماً
- هناك أدلة متناقضة على قدرة الضمة الكوليرية على البقاء في الأطعمة المجمدة، إلا أن بعض الأدلة تشير لقدرتها على الحياة في المنتجات البحرية المثلجة لأكثر من ستة أشهر
- الضمة الكوليرية حساسة للحرارة (< 45°C) وذلك بحسب الوسط المعلق ودرجة الحموضة. كما أن الضمة الكوليرية حساسة للحمض والظروف الجافة. تموت معظم الضمات الكوليرية بدرجة حرارة 65°C بعد 12 ثانية
- تزيد مدة حياة الضمة الكوليرية عندما يتم طبخ الأطعمة قبل تلوثها، وذلك لأن طبخ الأطعمة يلغي وجود الكائنات الحية المتنافسة، ويدمر بعض مثبطات النمو القابلة للتسخين، ويُنتج بروتينات معطّلة والتي تستخدمها الضمة الكوليرية من النوع O1 للنمو (مينتز وآخرون)

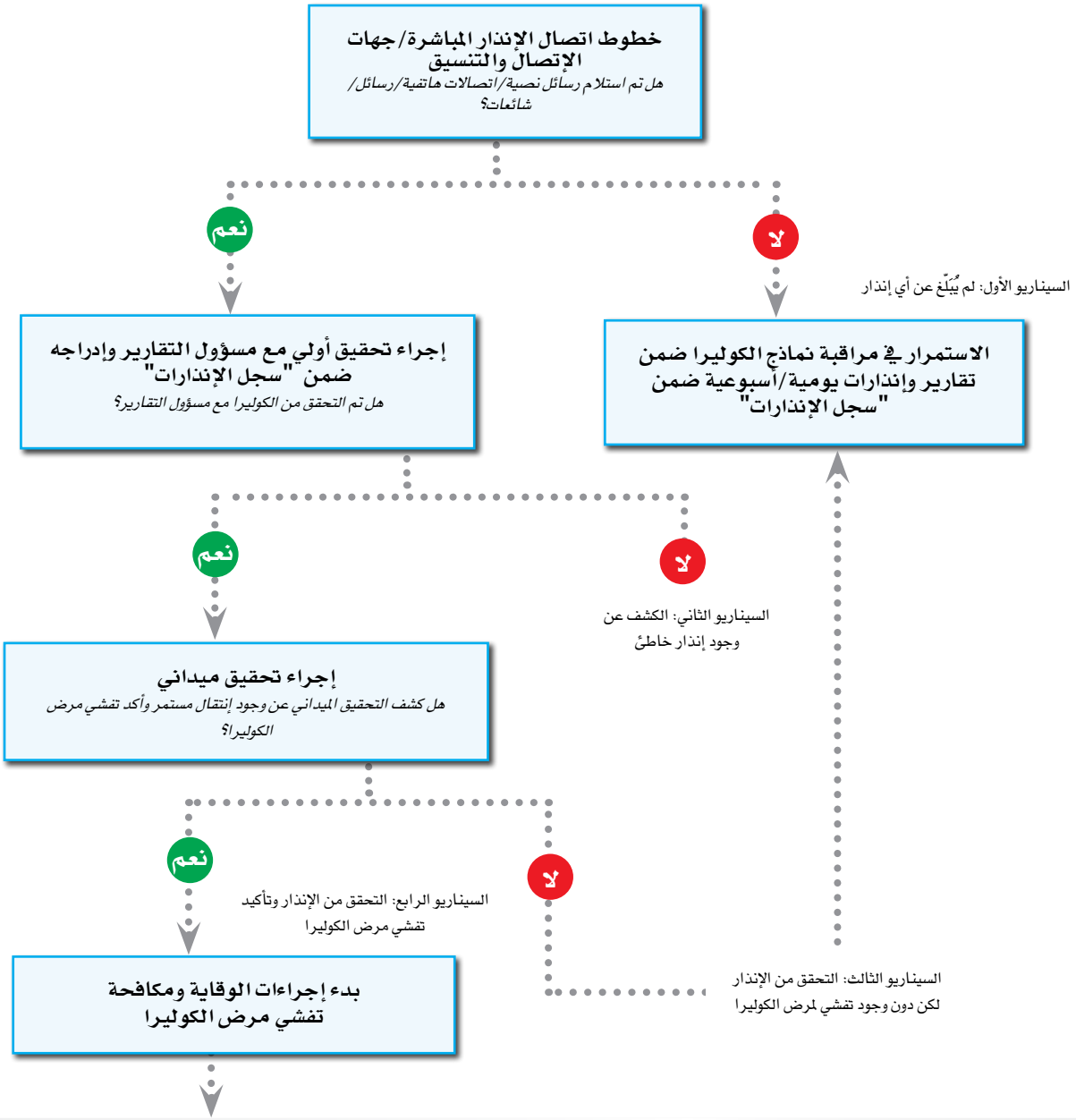
مخاطر متعلقة بأنواع مختلفة من الأطعمة والمشروبات

- في الأطعمة والمشروبات الحمضية (درجة الحموضة > 4.5) وفي الأطعمة الجافة والسمك المملح وعصير الفواكه، فإن مدة البقاء بشكل عام > 12 ساعة ضمن درجة حرارة الغرفة 25-30 °C
- تعدّ الأطعمة البحرية الخام وغير المطبوخة جيداً وبقايا الأرز المطبوخ من أكثر الأطعمة المساهمة في تفشي الكوليرا
- تسمح الحليب ومنتجات الحليب، والحلويات الناعمة، والحلويات التي تحتوي على البيض والسكر والمعكرونة المطبوخة بمدة حياة طويلة للضمة الكوليرية. كما أظهرت البكتيريا الكوليرية قدرة نمو جيدة في صلصة الفول السوداني (درجة حموضة 6-7)
- بعض الأطعمة الحمضية مثل صلصة الطماطم (درجة حموضة 4.5-5)، والعصيدة المخمرة، وشراب التورونخا (عصير الغريفون في البيرو)، والحليب الرائب (والذي تبلغ درجة حموضته 3.2) وعصير الليمون الحامض هي أطعمة تحمي من الكوليرا (للحمضيات درجة حموضة <4.5)
- تشير إحدى الدراسات (رودريغيز وآخرون) إلى أن إضافة عصير ليمونتين حامضتين لصلصة تكفي لـ 8-10 أشخاص لها تأثير قوي. ورغم وجود أدلة علمية محدودة للجرعات المطلوبة لإلغاء تنشيط الضمة الكوليرية، أو للمدة اللازمة لموتها جميعاً، إلا أن الحموضة المرتفعة / درجة الحموضة المنخفضة

تم الحصول على المعلومات الموجودة في هذا الملحق من المنشورات التالية 1:

- وكالة الصحة العامة في كندا (2012) *الضمة الكوليرية، ورقة بيانات السلامة الخاصة بمسببات المرض – المواد المعدية*، www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/vibrio-cholerae-eng.php، اطلاع بتاريخ 7 أيار 2012.
- اللجنة الدولية للمواصفات الميكروبيولوجية للأغذية (1996) *الكائنات الدقيقة في الأغذية 5: خصائص مسببات الأمراض الميكروبية*، الصفحات 416-422
- فليسنفيلد. (من دون تاريخ محدد)، *ملاحظات حول الأطعمة والمشروبات والأدوات الملوثة بالضمة الكوليرية*، الصفحات 725-734. الكاتب: رئيس شعبة الأمراض المعدية، ومركز بحوث جامعة تولين، كوفينغتون، لوس أنجلوس، الولايات المتحدة الأمريكية
- استرادا غارسيا، ت. & مينتز، إ. 1996، الكوليرا، انتقال الأمراض عن طريق الغذاء وطرق الوقاية منها، *المجلة الأوربية لعلم الأوبئة*، 12(5)، الصفحات 461-469.
- ليب، هاك، كويل. (2002)، آثار المناخ العالمي على الأمراض المعدية: نموذج الكوليرا، *النشرة الدورية لعلم الأحياء الدقيقة السريري*، تشرين الأول 2002، العدد 15 (4) الصفحات 757-770.
- رودريغز ، ساندستروم، كا، ستنسلاند، جنسن، آبي (2000)، الحماية من الكوليرا بإضافة عصير الليمون الحامض للطعام – نتائج من الدراسات المجتمعية والمخبرية في غينيا-بيساو، غرب أفريقيا، الطب الاستوائي والصحة الدولية، 5(6)، 418-422
- مينتز، بابوفيك، تي&بلاك، (1994) الفصل 22، انتقال الضمة الكوليرية من النوع O1، الصفحات 345-356، *الضمة الكوليرية والكوليرا: من الجزيئات للآفاق العالمية*، إد، واشموث، بلاك، وأولسفيك، الجمعية الأمريكية لعلم الأحياء الدقيقة، واشنطن العاصمة 20005

أمثلة عن المفاهيم الخاطئة	تعليق / توضيح
يتفشى مرض الكوليرا في مخيمات اللاجئين، والدول الفقيرة، والمناطق التي دمرتها المجاعات والحروب أو الكوارث الطبيعية	تتزايد احتمالات انتشار الكوليرا **فقط** في حالات **وجود الضمة الكوليرية المولدة للمواد السامة من النوع O1 أو O139 ضمن الوسط المحيط** أو في حال **وجود دليل على حدوثها**. ولا تسبب مخيمات اللجوء، والفقر، والحرب والكوارث الطبيعية بحد ذاتها مرض الكوليرا. مع ذلك، وفي حال حدوث كوارث ضمن مناطق توطّن الكوليرا، فقد يصبح انتقال المرض أسهل عن طريق الشروط المتدهورة أو المدمرة للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وكذلك الخدمات الصحية، والبيئات المزدحمة والتحركات السكنية. كما يمكن للانتشار أن يتفاقم بسبب الفيضانات.
يكتسب الأطفال الرضع مناعة من مرضعاتهم اللواتي أصبن بالمرض سابقاً وبالتالي لا يصابون به	الأطفال الرضع الذين يتغذون فقط على حليب الأم هم أقل عرضة للإصابة بالكوليرا لأن حليب الأم لا يحتوي على الضمة الكوليرية. في حال اعتمادهم على غذاء بديل، فإنهم يصبحون عرضة لالتقاط المرض عن طريق المياه الملوثة المستخدمة لإعداد الغذاء البديل. يمكن للأطفال أيضاً التقاط الكوليرا من الزحف على الأرض ووضع أدوات ملوثة داخل أفواههم. في حال إصابة الأم بالكوليرا مؤخراً، يمكن أن تنتقل بعض المناعة أيضاً للطفل عن طريق حليب الأم.
أصحاب زمرة الدم O أكثر عرضة للعدوى والإصابة بالكوليرا	لأسباب غير معروفة، هناك خطر أكبر للإصابة بأمراض خطيرة لدى أصحاب زمرة الدم O. على كل الأحوال، فإن جميع الأشخاص معرضون للإصابة بالكوليرا في حال تناولهم طعاماً يحتوي على الضمة الكوليرية، بمن فيهم أصحاب زمرة الدم O.
بتقليص عدد الإصابات بالكوليرا في المكان ذاته عبر الوقت، تكون جهود مكافحة انتشار هذا المرض ناجحة	في البلدان التي يتوطن فيها المرض، اتصال الضمة الكوليرية انتشارها وتبقى متواجدة في الوسط المحيط حتى خلال فترات عدم تفشي المرض. عندما تكون الشروط البيئية ملائمة، تبدأ الضمة الكوليرية بالتكاثر في المسطحات المائية، وبالتالي يصبح احتمال تناول المزيد من الناس طعاماً ملوثاً بالضمة الكوليرية أكبر، مما يؤدي لتفشي المرض. في حال لم تكن الظروف البيئية في مكان معين مساعدة على انتشار الضمة الكوليرية بشكل خاص لعدة سنوات، فقد يعني ذلك عدم حدوث تفشي للمرض. ولذلك، فإن عدم تفشي الكوليرا في سنة معينة قد لا يكون مرتبطاً بشكل مباشر بإجراءات الوقاية أو التأهب. هناك أيضاً مستوى من المناعة والذي يمكنه حماية أولئك الذين أصيبوا خلال حالة تفشي للمرض حدثت مؤخراً. **مع ذلك**، لا يجب استخدام ذلك كسبب لعدم القيام بإجراءات الوقاية أو التأهب.
يمكن للجليد/درجات الحرارة المنخفضة القضاء على الضمة الكوليرية	**لا يقلل الماء أو الأطعمة المجمدة من الخطر**. يمكن للضمة الكوليرية أن تبقى حية لمدة 35-28 يوماً ضمن صندوق يحتوي على مكعبات الثلج، ويُعتقد بأنها قادرة على البقاء في الأطعمة البحرية المجمدة لمدة تزيد عن الستة أشهر. يرجى مراجعة **الملحق 2A** للمزيد من التفاصيل والمراجع.
إن تناول بعض المشروبات الغازية التي تحتوي على الكربون أو إضافة بعض الليمون أو الليمون الحامض للمياه يمكنه قتل الضمة الكوليرية	إن المشروبات الغازية التي تحتوي على الكربون والليمون أو الليمون الحامض هي مشروبات حمضية للغاية (أي أن درجة حموضتها أقل من 5). تعيش الكوليرا بشكل أفضل في البيئة الأقل حموضة (حيث تكون درجة الحموضة من 5 إلى 9.6)، كما أنها تموت بشكل أسرع خارج هذه البيئة. وأُثبت أن إضافة عصير الفواكه الحمضية للصلصات والمشروبات له مفعول وقائي. لكن لا يوجد سوى دليل علمي محدود حول الكمية المطلوبة أو الزمن الذي تستغرقه الضمة الكوليرية في الوسط الحمضي قبل أن تموت. وبالتالي لا يُنصح بذلك كإجراء وقائي. يرجى مراجعة **الملحق 2A** للمزيد من التفاصيل والمراجع. **ملاحظة هامة:** لا تساعد المشروبات الغازية كالصودا على إعادة إماهة من أصيب بالمرض ولا يجب استخدامها لهذا الغرض.



مكونات الاستجابة لتفشي المرض:

- ***تحديد الخصائص الوبائية:*** قوائم المرضى، الوبائيات الوصفية، منحنى الوباء، معدل الوفيات، الفرضيات الخاصة بانتقال المرض
- ***التأكيد المخبري:*** لا ينبغي لتدابير المكافحة أن تنتظر النتائج المخبرية. يجب أن تدعم الحساسية المضادة للميكروبات إدارة الحالة
- ***الوقاية:*** أي الرسائل الوقائية المجتمعية، والتحصين، والوقاية من الاتصالات، والتعبئة المجتمعية
- ***المكافحة:*** مقاطعة انتقال العدوى، عزل/إدارة الحالات

التحقق من الإنذار:

البداية عن طريق الهاتف، ومعرفة المزيد حول:

- من أبلغ عن الإنذار/الشائعة (ومعلومات الاتصال الخاصة به)
- الشخص/المكان/الزمان
  - عدد الحالات/الوفيات
  - العمر، النوع، أصل الحالات/الوفيات
  - تاريخ بداية المرض/الاستشارة
- العلاج والنتائج
- التحقق من تعريف الحالة المستخدم والأعراض/العلامات الظاهرة
- إصابة أي من موظفي الرعاية الصحية
- إصابة أية مجموعة (بحسب العائلة أو المخالطين، جغرافياً)
- التدابير المتخذة حتى الآن
- ردود فعل المجتمع

ملاحظة: *قد لا يتمكن الشخص المسؤول عن الإبلاغ عن الإنذار من معرفة كل ما سبق، إلا أن ذلك قد يساعد في تحديد صحة أو خطأ الإنذار، كما يساعد في توجيه التحقيق الميداني عند الحاجة.*

التحقيق الميداني:

- زيارة الموقع، يُفضل خلال 24 ساعة
- استعراض الحالات مع الأطباء
- تقييم تجمّع الحالات بحسب التوقيت والمكان
- الزيارات المنزلية
- التحقق من الحالات، مقابلة مخالطي الحالة
- إجراء مقابلة لتحديد التاريخ الطبي، ومراجعة سجل اللقاحات
- إجراء الاختبارات السريعة على النحو المنصوص عليه
- جمع عينات من وسائل الإعلام ذات الصلة
- إعداد قوائم المرضى بالحالات
- توسيع نطاق تغطية المراقبة وتحسين عملية إعداد التقارير بحسب المطلوب

نموذج التقييم السريع لتفشي مرض الكوليرا

(مقتبس من: كتيّب الوقاية من الكوليرا ومكافحتها الذي وضعته الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومن وزارة الصحة في أثيوبيا، ومنظمة أطباء بلا حدود، والمراقبة والاستجابة المتكاملة للأمراض في المكتب الإقليمي الأفريقي)

إذهب إلى جدول المحتويات

3 فهم ورصد الحالة

معلومات عامة

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج، انقر هنا

تاريخ الزيارة:

الموقع:

المحافظة	القسم	البلدة	القرية/المنطقة	منشأة/منشآت العلاج

الأشخاص الرئيسيين الذين تمت مقابلتهم (محليين وشركاء)

الاسم	الوظيفة	المنظمة	رقم الهاتف

أعضاء فريق التقييم

الاسم	الوظيفة	المنظمة	رقم الهاتف

نطاق التفشي والتقدم المحرز في تقييم الموقع

المساحة التقديرية للمنطقة المتأثرة حتى تاريخه (عدد البلدات/الأقسام)	
التعداد السكاني التقريبي للمنطقة المتأثرة	
الكثافة السكانية التقديرية للمنطقة المتأثرة	
العدد الكلي للحالات المبلغ عنها في المنطقة المتأثرة على مستوى المنشأة والمجتمع (تسجيل العمر والجنس)، تسجيل ملاحظة في حال العدد هو صفر	
العدد الكلي للوفيات المبلغ عنها في المنطقة المتأثرة على مستوى المنشأة والمجتمع (تسجيل العمر والجنس)، تسجيل ملاحظة في حال العدد هو صفر	
مناطق حدوث الحالات بشكل أساسي (أسماء الأماكن)	
معلومات عن الاتجاه السائد بخصوص الحالات والوفيات (خلال الأسابيع والأشهر الأخيرة)	
عدد المنشآت الصحية أو مراكز العلاج والتي تستقبل وتعالج المرضى المشتبه بإصابتهم بالكوليرا في المنطقة	
هل لوحظ تأثر أماكن محددة بالمرض (مدارس، سجون، مخيمات النازحين، تجمعات) أو حدوث تغيرات كبيرة في السياق مثل تحركات سكانية أو تجمعات جماهيرية أو فيضانات أو حوادث أمنية	
هل توجد طرق تجارية محددة في هذه المنطقة (تحديد نوعها مثل طرق الصيد) وحركة مرور مرتبطة بها	
الأسباب المشتبه بها لحدوث التفشي	

تقييم سريع للمنشأة

التعداد السكاني الكلي في التجمعات الصحية	
متوسط المسافة سيراً على الأقدام إلى المنشأة (5> ساعات، 5< ساعات)، هل يمكن الوصول إلى منشأة العلاج من قبل أفراد المجتمع، إذا كان الجواب كلا يرجى توضيح السبب	
ساعات الخدمة العملية	
هل تُقدم الخدمات الخاصة بالكوليرا مجاناً؟ إذا كان الجواب كلا يرجى ذكر الكلفة	
عدد الغرف والأسرّة ضمن المنشأة وإمكانية توسعها	
أعداد ومناصب أفراد فريق العمل ضمن المنشأة وهل تلقوا تدريباً حول مكافحة الكوليرا (يرجى مراجعة الملحق 8G الخاص بالتوظيف)	
هل تتوافر لعاملي الرعاية الصحية المبادئ التوجيهية/المخططات الانسيابية والتي توضح الإدارة الملائمة لحالات الكوليرا وهل يتم استخدامها	
كميات محلول الإماهة الفموية، السوائل الوريدية، المضادات الحيوية، الزنك واللوازم الطبية، الكلور، الأوعية، الأسرّة النقالة المستخدمة خلال الأيام الثلاثة الأخيرة، وهل يتوافر احتياطي منها (يرجى ذكر الكمية)	
هل جرت أي عملية فرز/تصنيف قبل دخول منشأة العلاج أم سُمح للجميع بالدخول	
هل يُعزل مرضى الكوليرا عن بقية المرضى، إذا كان الجواب نعم كيف يتم ذلك	
عدد المراحيض الصالحة للعمل ضمن المنشأة وما هي آليات التخلص الآمن من الفضلات والقيء، هل المراحيض نظيفة	
هل يدرك عاملو الرعاية الصحية ويتبعون إجراءات صحيحة لمكافحة العدوى لتجنب التلوث؟ (غسل اليدين، الخ...)	
إذا كانت المنشأة مركز علاج الكوليرا/وحدة علاج الكوليرا، فهل هي مسيّجة	
هل تتوافر مرافق لغسل اليدين مع مياه مكلورة (0.05%) وصابون ضمن المنشأة وعند نقاط الدخول والمغادرة؟ (يرجى ذكر الفراغات)	
هل يتوافر حوض لغسل الأقدام عند نقاط الدخول والمغادرة مع مياه مكلورة 0.2%	
ما هو عدد مرات تغيير المياه ضمن حوض غسل الأقدام	
كيف تعالج المياه؟ وما هي نسب ونظام المعالجة بالكلور	
كيف تزود المنشأة بالمياه، كم هي المسافة التي تفصل مصدر المياه عن المنشأة، ما هي أساليب المعالجة وهل هناك أي تخزين للمياه؟	
كم ليتر من المياه يتوافر لكل مريض في المركز؟	
هل تعقم الملابس وأغطية الأسرّة؟ إذا كان الجواب نعم، ما هي المادة المستخدمة	
كيف يتم التخلص من مياه الصرف الصحي أو معالجتها؟	
هل يوجد نظام لإدارة مياه الصرف الصحي (حفرة، محرقة)	

3. التقييم السريع خارج المنشآت الصحية

إمدادات المياه

ما هي مصادر المياه المتوافرة والمستخدمة (آبار؛ آبار ارتوازية، برك ماء أو مستنقعات، أنهار مفتوحة، حصاد مياه الأمطار) • كيف تغير ذلك مؤخراً (توقف إمدادات المياه، جفاف، فيضان، تدفق سكاني)	
هل يوجد نظام لقياس المخلفات الحرة؟ **هل يوجد هدف محدد كنسبة مئوية؟**	
هل يوجد نظام لقياس التكرر؟ القولونيات؟ **كم عدد مرات قياس هذه المتغيرات؟**	
يرجى مراقبة مصادر المياه وإجراء مسح صحي سريع لتحديد مصادر التلوث الأساسية • هل هناك أي انقطاع في إمدادات المياه؟ • هل هناك أي مصادر مياه مقطوعة في المنطقة وذلك لمياه الشرب أو عدم الشرب • هل يستخدم المجتمع نفس مصادر المياه التي يُحتمل تلوثها، في حال كانت الإجابة نعم ما هي هذه المصادر (أنهار، آبار ارتوازية) • هل هناك أعطال أو تغيرات في نظام الصرف الصحي أو البنية التحتية والتي يمكن أن تؤدي للتلوث؟	
ما هي التدابير المتخذة لمعالجة إمدادات مياه الشرب الجماعية أو مصادر المياه على مستوى المجتمع؟ • هل يوجد نظام لمراقبة مستويات الكلور ومن هو المسؤول عنه؟ • هل تعمل هذه التدابير بشكل صحيح أو هل تغيرت مؤخراً؟	
يرجى مراقبة أنواع مصادر المياه المستخدمة أو السؤال عنها (نبع، بئر، صنبور، بائعو المياه، جدول، بحيرة، نهر) وما هي استخداماتها (الشرب، الطبخ، الاستحمام)، كيف تغير ذلك؟	
ما هي التدابير المتخذة على المستوى المنزلي لمعالجة/تأمين مياه الشرب؟ (الغلي، التعقيم بالكلور، الترشيح بقطعة قماشية، مرشح من الخزف، طرق أخرى، لا يوجد) • هل تعمل هذه الطرق بشكل جيد أم أن ذلك تغير مؤخراً؟ • هل تتوافر مواد التعقيم بالكلور لتعقيم المياه المنزلية وهل يملك المجتمع قابلية الوصول إليها؟	
كيف تُخزّن المياه في المنازل؟ • هل تغير ذلك مؤخراً؟	
ما هو متوسط كمية مياه الشرب في اليوم؟ • هل تغير ذلك؟ لماذا؟	
ما هو متوسط كمية الاستخدامات الأخرى بما فيها التبريد خلال اليوم؟	
هل يوجد مبادئ توجيهية موحدة لتعقيم مصادر المياه في المجتمع بواسطة الكلور وهل هي على مستوى المجتمع/المنازل؟	

3B نموذج التقييم السريع لتفشي مرض الكوليرا

(مقتبس من: كتيّب الوقاية من الكوليرا ومكافحتها الذي وضعته الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومن وزارة الصحة في أثيوبيا، ومنظمة أطباء بلا حدود، والمراقبة والاستجابة المتكاملة للأمراض في المكتب الإقليمي الأفريقي)

ممارسات تعزيز الصحة والنظافة الصحية المنزلية والمجتمعية

هل يعرف الناس عن طبيعة مرض الكوليرا وكيفية انتقاله، واكتشافه ومعالجته وما يجب فعله؟ • كيف يحمون أنفسهم • ما الذي يجب فعله إذا مرض شخص ما • ما هي محلول الإماهة الفموية وكيف تستخدم • هل تملك الأسر محلول الإماهة الفموية ومن أين يمكن الحصول عليها • متى وكيف يجب غسل اليدين • كيف يمكن التخلص من البراز بشكل آمن	
هل تتوافر معلومات حول ممارسات غسل اليدين والتغوط والتخلص من الفضلات وتعقيم المياه المنزلية؟	
ما هي الممارسات التي يمكن أن تؤدي لانتشار الكوليرا وزيادة حالات المرض والموت؟ وما هي أسباب مشاركة الناس أو عدم مشاركتهم بها؟	
هل لدى الأسر إمكانية الحصول على الصابون والكلور؟ بأي صيغة؟ هل لديها معرفة بكيفية استخدام الكلور؟	
في المدارس • هل توجد مياه معالَجة داخل المدارس؟ • هل توجد مراحيض داخل المدارس؟ وفي حال وجودها، هل هي نظيفة ومجهزة بمرافق لغسل اليدين؟ • هل يُحضر الطعام باستخدام تدابير نظافة صحية؟ • هل يعرف الكادر التدريسي ما الذي يجب فعله في حال الإصابة بالكوليرا؟	
في الجنازات والتجمعات (يرجى التحديد) • هل يُقدم الطعام ضمن التجمعات؟ • هل هناك احتياطات متخذة لمنع انتقال الكوليرا خلال مراسم الدفن والتجمعات؟ ما هي هذه الاحتياطات؟ • هل حدثت أي مراسم دفن في المجتمع؟ متى وأين؟	
في المطاعم والأسواق • هل يُقدم الطعام ساخناً، مطبوخاً بشكل طازج ومخزناً بطريقة صحية؟ • هل يغسل مقدمو الطعام أيديهم؟ • هل توجد إجراءات للنظافة الصحية والتحكم بالجودة فيما يخص بائعي الطعام في المجتمع وهل تغيرت هذه الإجراءات؟	
كيف يتم التخلص من الجثث • هل يحدث أي تلامس بين أفراد الأسرة والجثة خلال مراسم الدفن • هل تُنقل الجثث	

الموارد والإمدادات

هل يوجد مخزون كافٍ من الكلور، الدلاء مع الأغطية أو صفائح الماء، الصابون، مواد المعلومات والتعليم والاتصال، التجهيزات الطبية؟ هل حدث أي نقص خلال الشهر الماضي؟	
هل طُلبت أي لوازم؟ ممن ومتى؟	
كم عدد مرات نفاذ المخزون التي حدثت خلال الشهر الماضي؟	
هل يوجد فريق عمل كافٍ (متعهدو النظافة الصحية، مهندسو الصرف الصحي)	
ما هي الموارد الناقصة والمطلوبة على وجه السرعة؟	
ما هي الموارد الناقصة على المدى المتوسط؟	

عينات البراز

يمكن تأكيد تفشي الكوليرا فقط عن طريق استخدام زرع البراز. يوفر زرع البراز أيضاً معلومات حول حساسية مضادات الميكروبات للبكتيريا. يجب جمع عينات البراز لأجل أول 5-10 مرضى وإرسالها للاختبار البكتريولوجي في أقرب مختبر مختص (قد يكون في دولة أخرى).

التقنيات المستخدمة لجمع عينات البراز ونقلها غير معقدة، كما أن إجراءات عزل وتحديد الضمة الكوليرية في المختبر وتحديد قابلية مضادات الميكروبات واضحة نسبياً.

يمكن لعينات البراز التي تجمع وتنقل بواسطة ناقل كاري بلير Cary Blair وتحفظ ضمن درجة الحرارة المحيطة وتصل للمختبر بعد عدة أيام أن تدل على وجود ضمن كوليرية قابلة للحياة. يجب الحصول على النتائج خلال 24-48 ساعة. يمكن للمختبرات في كافة البلدان ولمعظم مختبرات المناطق في البلدان التي يتوطن فيها المرض عادة جمع ونقل وزرع البراز. يرجى مراجعة البروتوكولات المخبرية لمراكز مكافحة الأمراض (متوافرة أيضاً باللغة الفرنسية).

اختبارات التشخيص السريع

يقدم اختبار التشخيص السريع معلومات تكميلية هامة والتي يمكن، بدمجها مع المعلومات السريرية والوبائية، أن تدعم أكثر أو تنفي الشكوك حول تفشي الكوليرا، خاصة عند انتظار التأكيد من زرعات البراز. لا تتطلب اختبارات التشخيص السريع الخاصة بالكوليرا مختبرات مجهزة ويمكن إجراؤها في ظروف ميدانية أو في أي عيادة. غير أنها ليست دقيقة 100% ولا توفر عزل لاختبار الحساسية لمضادات الميكروبات أو التنميط المصلي أو اختبار السمية أو التصنيف الفرعي الجزيئي.

يمكن لاختبار التشخيص السريع الكريستالي *للضمة الكوليرية* من النوع O1 و O139 أن يعطي النتائج خلال 10 دقائق تقريباً. ويمكن استخدامه للكشف عن حدوث تفشي بشكل مبكر إذا تم شراؤه وتوزيعه على جميع مستويات النظام الصحي الوطني. ويعد اختباراً غير مكلف (حوالي 2$ للاختبار الواحد) وسهل الاستخدام (حتى من قبل ذوي الخبرة التقنية المحدودة) مع وجود التعليمات اللازمة.

إلا أن اختبارات التشخيص السريع غير مفيدة بشكل خاص لتشخيص الكوليرا لدى مريض واحد. وكلما اختبر عدد أكبر من المرضى، كلما كانت الثقة بنتائج اختبارات التشخيص السريع أكبر، والتي ستظهر إما أغلبية إيجابية أو سلبية لوجود المرض.

على سبيل المثال، استخدام اختبار التشخيص السريع الكريستالي للضمة الكوليرية لمجموعة من الحالات:

- إذا كان سبب المرض هو الكوليرا، سيكون الاختبار إيجابياً في حوالي 8 أو 9 من الاختبارات العشرة (الحساسية = 80-90%)
- إذا كانت الحالات بسبب مرض آخر، سيكون اختبار التشخيص السريع سلبياً في معظم الحالات (على الأقل 6 من أصل 10، وربما أكثر) (الحساسية < 60%)

وبسبب فائدتها المحتملة، فإن اختبارات التشخيص السريع الكريستالية للضمة الكوليرية وتعليمات أو إرشادات استخدامها والمكيّفة محلياً يجب أن تكون جزءاً من حزمة الإمدادات بشكل مسبق لحدوث التفشي في المناطق التي يمكن التنبؤ بحدوث حالات تفشي ضمنها.

التأكيد المخبري - من المستودعات البيئية

من الممكن عزل الضمة الكوليرية عن عينات المواد الغذائية والبيئية والتي تتضمن مياه الصرف الصحي. الطرق واردة بالتفصيل في "*مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها وطرق الوقاية المختبرية لتشخيص الضمة الكوليرية: فحص عينات المواد الغذائية والمختبرية*". مع ذلك، لا ينصح باتباع هذه الطرق بشكل دوري بسبب:

- استهلاكها الكبير للوقت والموارد

إذهب إلى جدول المحتويات

٣ فهم ورصد الحالة

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج، انقر هنا

الإنذار المسجل	تاريخ الإبلاغ والشخص المسؤول	تفاصيل الإنذار: • من تأثر بالحالة؟ • أين تقع المنطقة المتضررة؟ • متى حدثت الإصابة الأولية؟ • كم عدد الأشخاص المتضررين؟ • هل سجلت حالات وفاة؟	تحديث حالة الإنذار اعتباراً من (تاريخ وتوقيت)	الإجراءات المتخذة بما فيها اسم الشخص متخذ الإجراء، التوقيت، التاريخ، إضافة لتحديد الإجراء المتخذ	ملاحظات	حالة الإنذار • جاري • منتهي

المبررات:

سيساعد نظام الإنذار ويدعم وزارة الصحة في جمع والتحقق من والاستجابة بشكل عاجل للإنذارات الخاصة بمرض الكوليرا وذلك لتحقيق استجابة سريعة من كافة الشركاء والقطاعات ذات الصلة.

تحديد الأهداف:

العامة:
تجهيز نظام إنذار للكشف المبكر عن الحالات والوفيات التي تسببها الكوليرا، وذلك بهدف تطبيق إجراءات استجابة سريعة والحد من التأثير على معدلات الاعتلال والوفيات.

الخاصة:

- تقييم وتحديد الإنذارات/ النقاط الساخنة وتنظيم الاستجابة العاجلة مع الشركاء وفقاً للاحتياجات (الموارد، التدريب، التعبئة المجتمعية، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية)
- إنشاء نظام إنذار روتيني يساهم فيه مختلف الشركاء لتجهيز تقارير يومية وأسبوعية

تحديد أنواع الإنذارات:

- حالات ووفيات جديدة في المناطق التي لم يبلغ عنها بعد
- الارتفاعات المفاجئة في الحالات والوفيات في المناطق التي أبلغ عنها من قبل

هناك بعض الإجراءات الأخرى التي يجب إدراجها في تعريف الإنذار خلال تفشي المرض:

- نقص قدرات مراكز العلاج
- النقص في إمكانية الوصول لمواد وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية
- النقص في الشركاء ضمن المناطق المحددة
- نقص الأدوية والتجهيزات
- عدم القدرة على الوصول للخدمات

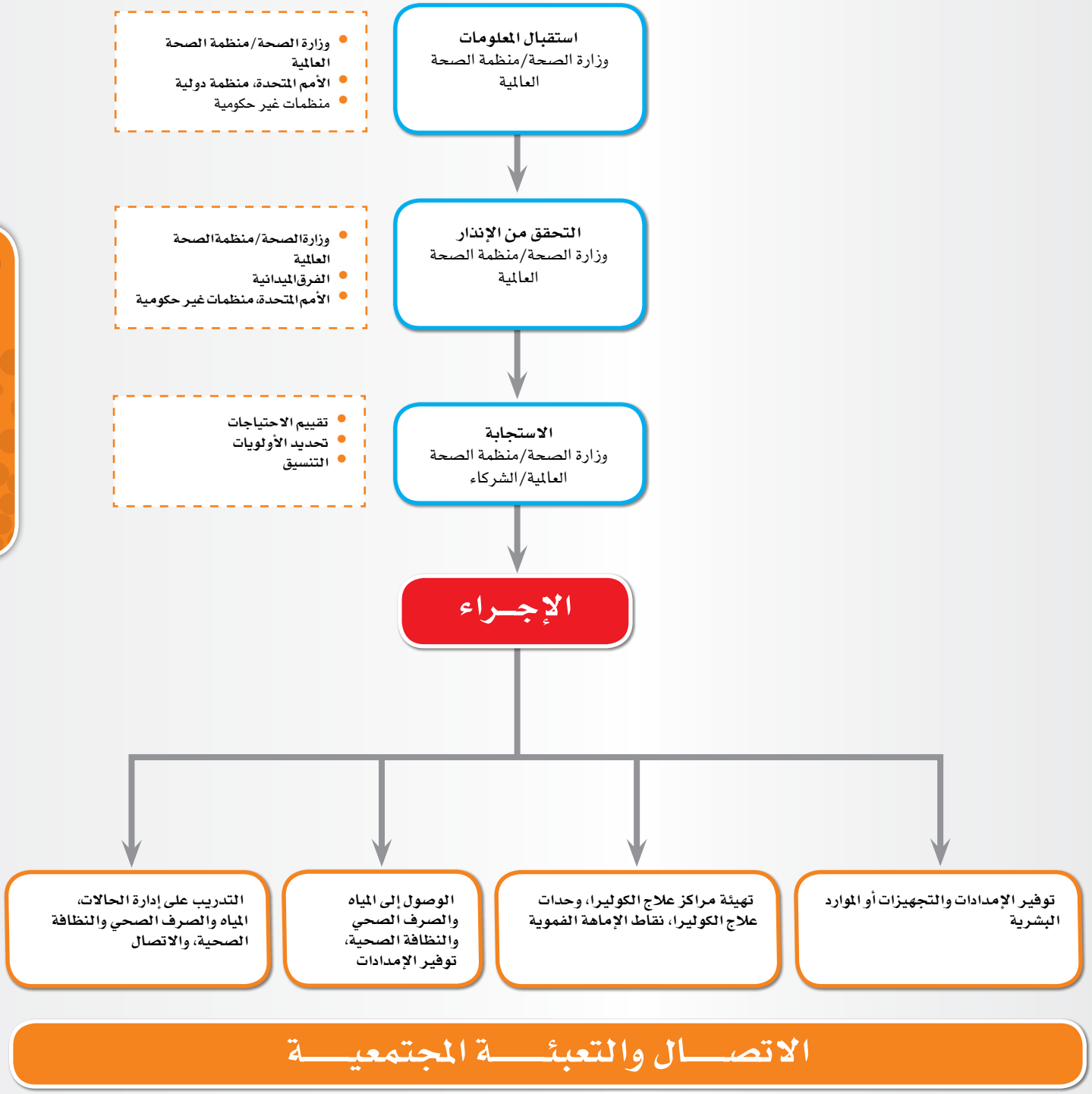
تعريف الحالة

إضافة تعريف الحالة المتفق عليه هنا

مصادر الإنذارات:

- وزارة الصحة، بما فيها الهيئات الصحية المحلية على مستوى المناطق
- منظمة الصحة العالمية
- المنظمات غير الحكومية
- المنظمات الدولية: وكالات الأمم المتحدة الصليب الأحمر/الهلال الأحمر
- شركاء آخرون ذوي صلة بالقطاع الصحي بمن فيهم منظمات القطاع الخاص والمجتمع المدني
- مصادر أخرى تتضمن الشائعات المجتمعية، وسائل الإعلام، المدونات، الخ...

مخطط الإنذار – استجابة وزارة الصحة / منظمة الصحة العالمية / الشركاء



إذهب إلى جدول المحتويات

نموذج استمارة قوائم المرضى لمراقبة تفشي المرض ضمن المنشأة

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج، انقر هنا

رقم الحالة	الاسم	العمر	العنوان	الجنس (ذكر/أنثى)	تاريخ بداية الحالة (يوم/شهر/سنة)	تاريخ إدحال الحالة إلى المنشأة (يوم/شهر/سنة)	العينات المخبرية[1] ورقم التسجيل المخبري	النتائج[2] التشخيص النهائي	النتائج[2]	التشخيص النهائي

[1] العينات المخبرية: S= زرع براز أو اختبارات تشخيص سريع
[2] النتائج: I مريض حالياً، R في طور الشفاء أو شفي تماماً، D وفاة

	لماذا يجب جمع المعلومات
تاريخ إدحال الحالة إلى المنشأة/أول زيارة	يوفر تسجيل تاريخ أول زيارة للمنشأة معلومات حول الوصول والاستفادة من الخدمات الصحية المتوافرة. وبالنسبة لمرض الكوليرا، فإن تأخير الفترة الفاصلة بين ظهور المرض وطلب العلاج يعد أمراً هاماً للغاية. كما وُضح أعلاه، يمكن للكوليرا أن تقتل خلال ساعات. يمكن لمعرفة حالات تأخر الأفراد في الوصول للعناية السريرية والتحقق من أسباب التأخر الكبير أن ينقذ حياتهم في حال تفادي المشاكل.
درجة الجفاف (عند دخول المنشأة)	يمكن عند معرفة نسبة الحالات التي تزور المنشأة وغير المصابة بالجفاف أو المصابة بجفاف خفيف أو متوسط أو شديد، أن نعرف وجود تأخر في طلب العلاج، وفي حال حدوثه، يجب التحقق بسرعة من أسباب التأخير في الوصول إلى المنشأة. ويمكن لهذه المعلومات أن تساعد في التنبؤ بالاحتياجات من الموارد والإمدادات.
العلاج	من المهم للغاية تسجيل العلاج الموصوف والمعطى لكل مريض في المنشأة وذلك لتحديد أدائه. إن التأكد من التقييم الصحيح للمرضى ودرجة الجفاف لديهم، إضافة لوصف العلاج الملائم بشكل صحيح هو أمر حساس للغاية ويجب مراقبته بشكل دوري من قبل الهيئات الصحية. وليس من الضروري تسجيل هذه المعلومات في قوائم المرضى، لكن يجب تسجيلها في مخططات العلاج والتي يُحتفظ بها لكل مريض. في حال توافر إحصائي أو مسجل، يمكن نسخ المعلومات للسجل لدى مغادرة المريض للمنشأة.
النتائج	يجب تسجيل نتائج كل مريض في قوائم المرضى. حيث أن المدخلات التالية هي الأكثر شيوعاً: "تم تخريجه إلى المنزل"، "وفاة"، "تغيب" (غادر المنشأة رغم المشورة الطبية بعدم المغادرة).

رغم عدم تسجيلها على الأغلب في سجل المريض، قد يكون من المفيد طرح أسئلة إضافية محددة حول ظروف الحياة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في منزل المريض وذلك لدى وصول المرضى إلى منشأة العلاج. ويمكن لهذه المعلومات أن تتيح إجراء تحليلات للمخاطر الأساسية المحتملة لبعض أعضاء المجتمع (النساء، الرجال، الفتيات، الصبية، كبار السن، الخ) والذي يمكن له بدوره أن يكون مفيداً في تطوير الاستجابات الملائمة.

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج، انقر هنا

تجدون أدناه مقترحاً لجدول جمع ومتابعة المعلومات عن حالات الكوليرا المبلغ عنها عن طريق مراكز علاج الكوليرا مختلفة في منطقة جغرافية محددة. صُمم ملف الإكسل المرفق لإدارة المعلومات من 10 مراكز علاج الكوليرا على الأكثر لمدة تصل حتى 26 أسبوعاً (تقريباً 6 أشهر)، مع وجود ورقة عمل خاصة بكل مركز لعلاج الكوليرا.

لتقليل مخاطر تغيير الصيغ المستخدمة عن غير قصد، جُمّد جدول البيانات وسُمح للمستخدمين فقط بإدخال المعلومات في الخلايا المشار إليها أعلاه. في حال رغب المستخدمون بإلغاء التجميد بهدف تعديل وتخصيص الملف وفقاً لاحتياجاتهم يمكنهن ذلك. كلمة السر هي ***cholera***.

يتضمن جدول الإكسل أوراق العمل التالية:

- ورقة عمل تمهيدية ***للشرح***، تحتوي معلومات عن كيفية تعبئة واستخدام أوراق العمل الأخرى.
- عشر أوراق عمل خاصة بكافة ***مراكز علاج الكوليرا*** (مركز 1 حتى مركز 10): يمكن تغيير اسم /عنوان ورقة العمل لإدخال اسم أو تسمية معينة.

تجدون أدناه تفاصيل من الميدان والمعلومات المطلوب إدخالها في أوراق العمل المذكورة.

اسم/فئة مركز علاج الكوليرا

التعداد السكاني لمنطقة التجمع الخاصة بالمركز

Cholera case record | General Hospital | Population : | 50,000

Week	Days	New cases			Deaths			CFR %	Weekly Incidence /100	AR (%)	Moderate case (ORS only)	Severe case (IV +/- ORS)	CONSUMPTION	
		< 5 years	> 5 years	Total	< 5 years	> 5 years	Total						RINGER	ORS
2013														
Mo	11-03-13	0	6	6	0	0	0	0.0			2	4	48	240
Tu	12-03-13	1	8	9	0	0	0	0.0			6	3	36	180
Wd	13-03-13	2	9	11	1	0	1	9.1			5	6	72	360
Th	14-03-13	0	12	12	0	0	0	0.0			10	2	24	120
Fr	15-03-13	3	3	6	0	0	0	0.0			1	5	60	300
Sat	16-03-13	1	9	10	0	0	0	0.0			7	3	36	180
Sun	17-03-13	1	10	11	0	1	1	9.1			8	4	48	240
Total	Week 11	8	57	65	1	1	2	3.1	0.13	0.13	39	27	324	1620
Mo	18-03-13	3	13	16	1	0	1	6.3			6	10	120	600
Tu	19-03-13	4	6	10	0	0	0	0.0			8	2	24	120
Wd	20-03-13	1	7	8	0	0	0	0.0			6	4	48	240
Th	21-03-13	1	9	10	0	1	1	10.0			8	2	24	120
Fr	22-03-13	2	5	7	0	0	0	0.0			4	3	36	180
Sat	23-03-13	3	6	9	0	0	0	0.0			6	3	36	180
Sun	24-03-13	2	12	14	0	0	0	0.0			12	2	48	240
Total	Week 12	16	58	74	1	1	2	2.7	0.15	0.28	50	50	336	1680
Mo	25-03-13	3	10	13	1	0	1	7.7			10	3	36	180
Tu	26-03-13	4	12	16	0	0	0	0.0			11	5	60	300
Wd	27-03-13	1	18	19	0	0	0	0.0			12	7	84	420
Th	28-03-13	1	23	24	0	2	2	8.3			13	11	132	660
Fr	29-03-13	2	25	27	0	1	1	3.7			14	13	156	780
Sat	30-03-13	3			0	1	1	2.6			15	19	228	1140

قم بإدخال التاريخ

قم بإدخال الأسبوع[1]

يمكن إعادة تسمية هذه الأوراق كي تتضمن اسم/فئة مركز علاج الكوليرا

(1) ملاحظة هامة: في حال بدأت عملية جمع المعلومات من الأسبوع الثالث في مركز علاج الكوليرا رقم 1، وصّرح عن الحالات بعد أسبوعين في مركز العلاج رقم 2، يجب تدوين الحالات في ورقة عمل مركز العلاج رقم 3 بدءاً من الأسبوع دون حذف الأسابيع السابقة لكن مع إدخال ٠ في الحقل المخصص لها.

المؤشر	التوصيف
الحالات	تحدد وفقاً لتعريف الحالات: **الحالة المشتبه بها:** • **خارج إطار تفشي الكوليرا** ▪ في منطقة لا ينتشر المرض فيها (منطقة لا يتوطن فيها المرض)، حالة فرد بسن الخامسة أو أكثر أصيب بجفاف شديد أو توفي بسبب الإسهال المائي الحاد؛ أو ▪ في منطقة يتوطن فيها المرض، إصابة شخص بإسهال مائي حاد مع أو بدون إقياء • **خلال تفشي الكوليرا (وباء):** إصابة فرد بسن الخامسة (أحياناً الثانية) أو أكثر بإسهال مائي حاد مع أو بدون إقياء (منظمة الصحة العالمية 2012)، أو أي شخص يعاني من 3 مرات أو أكثر من البراز السائل مع أو بدون إقياء خلال 24 ساعة (أطباء بلا حدود 2004) **الحالات المؤكدة:** حالة مشتبه بها عزلت ضمة كوليرية من النوع O1 أو O139 في البراز
	التحليل: جمع وإبلاغ يومي عن الحالات لتحديد النقاط الساخنة للاستجابة الفورية وموقع المنطقة المصابة على المنحنى الوبائي. سيستخدم عدد الحالات لحساب معدلات الإصابة، معدلات حالات الوفيات، معدلات الاستشفاء، ومعدلات الهجوم. عدم الكشف عن حالات يعد أيضاً مؤشراً يستدعي الاستجابة. عدم إبلاغ المجتمعات أو المنشآت عن الحالات (وهو أمر ممكن الحدوث خلال العطل)، عدم سعي المرضى للحصول على علاج، أو عدم إصابة المنطقة حتى الآن وإنما تعرضها لخطر وشيك.
معدل الإصابات	**التعريف:** يحدد حجم أو مدى تفشي الكوليرا بالشكل الأفضل عن طريق حساب معدل الإصابات. ومعدل الإصابات لمرض معين هو معدل الحالات الجديدة ضمن تجمع سكاني ما خلال فترة محددة من الزمن. لمراقبة تفشي مرض الكوليرا، يستخدم معدل الإصابات اليومي بشكل مبدئي، متبوعاً بمعدل إصابات أسبوعي عند استقرار تفشي المرض.
	$\text{معدل الإصابات الأسبوعي (لكل 1000 شخص)} = \frac{\text{عدد حالات الكوليرا الجديدة خلال الأسبوع} \times 1000}{\text{عدد السكان الذين تجري عليهم الدراسة (مثل المجتمع، تجمع للنازحين)}}$
معدل الإصابات	**كيفية الحساب:** • **عدد الحالات** – يمكن تحديدها من القوائم الخطية • **السكان المهددين بخطر التعرض للمرض** – لتحديد معدل الإصابة، يجب معرفة عدد السكان المهددين بالتعرض للعامل المسبب للمرض. ذلك ممكن بسهولة في الحالات المستقرة مثل مخيمات اللاجئين. إلا أنه وفي حال الهجرة المتزايدة – كما في حالات الطوارئ المعقدة، حالات الخوف الكبير من الكوليرا أو ظروف أخرى– يمكن أن يتغير عدد السكان بشكل واضح من أسبوع لآخر. لذلك، من الأفضل غالباً حساب عدد الإصابات لكل "منطقة تجمع" أو في كل منشأة تخدم تجمعاً سكانياً محدداً ومعروفاً. يمكن معرفة التجمع السكاني الذي تخدمه منشأة معينة – في حال كان مستقراً– من خلال معلومات التعداد السكاني أو أي معلومات أخرى مرتبطة بالشؤون الصحية مثل التخطيط الجزئي للقضاء على شلل الأطفال أو الأنشطة الأخرى ذات الصلة بالتطعيم. عند تعثر حساب عدد الإصابات المتعلقة بالمنشأة بسبب عدم اليقين فيما يتعلق بعدد السكان الذين تخدمهم، يمكن تقدير عدد الإصابات ضمن وحدات إدارية كبيرة مثل المناطق، عن طريق جمع عدد الحالات المبلغ عنها من كل المنشآت التي تخدم سكان المنطقة خلال فترة من الزمن والتقسيم على العدد التقديري للسكان المتوافر من تعداد تقديرية سابقة أو مصادر أخرى. عند بداية ظهور التفشي، وعندما يكون عدد المرضى في ذروته، يمكن جمع عدد الإصابات بشكل يومي؛ عادة، مع ذلك، يكون عدد الإصابات الأسبوعي كافياً. و يُضرب حاصل القسمة بـ 1000 (كما هو موضح أعلاه) لجعل المقارنة بين المنشآت متسقة. على سبيل المثال، تسجل الإصابات الأسبوعية على الشكل 190/1000 شخص، مما يعني أن أقل من شخص واحد من كل 5 أشخاص يعيشون في التجمع السكاني قيد الدراسة، تمت معاينتهم في الموقع ووافقوا تعريف الحالة الخاص بالكوليرا.
	التحليل – مقارنة حجم الحالات: يمكن مقارنة عدد الإصابات، سواء كان يومياً أم أسبوعياً أم شهرياً عن طريق الهيئات الصحية وذلك لتحديد المناطق التي تعاني من التفشي الأسوأ. لكي نكون قادرين على مقارنة حجم التفشي بين منطقة وأخرى، يجب معرفة تعداد السكان الذين تخدمهم كل منشأة. وجود مئة حالة في عيادة تخدم عشرة آلاف شخص يدل على وجود مشكلة أصغر من خمسين حالة في تجمع سكاني يبلغ عدده ألف شخص. يمكن استهداف جهود مكافحة المرض بشكل أكثر ملاءمة بناء على ذلك. الحالات عديمة الأعراض: من المهم، عند مناقشة وباء الكوليرا، ملاحظة أن **عدداً كبيراً من المصابين *بالضمة الكوليرية* O1 أو O139 لا تظهر لديهم الأعراض على الإطلاق.** نسبة هذه الحالات عديمة الأعراض تكون عادة 80% أو أكثر. تكون هذه النسبة أكبر في المناطق التي يتوطن فيها المرض وأقل في المناطق غير التي يتوطن فيها المرض حيث توجد نسبة قليلة أو معدومة من التعرض المسبق والحصانة. معدل الإصابات لا يتضمن العدوى بالضمة الكوليرية، وإنما فقط معدل الأشخاص الذين يطورون أعراض المرض، وبالطبع، عدد السكان المصابين بالأعراض والذين يحضرون للمنشأة حيث تتم معاينتهم وتسجيلهم.

إذهب إلى جدول المحتويات

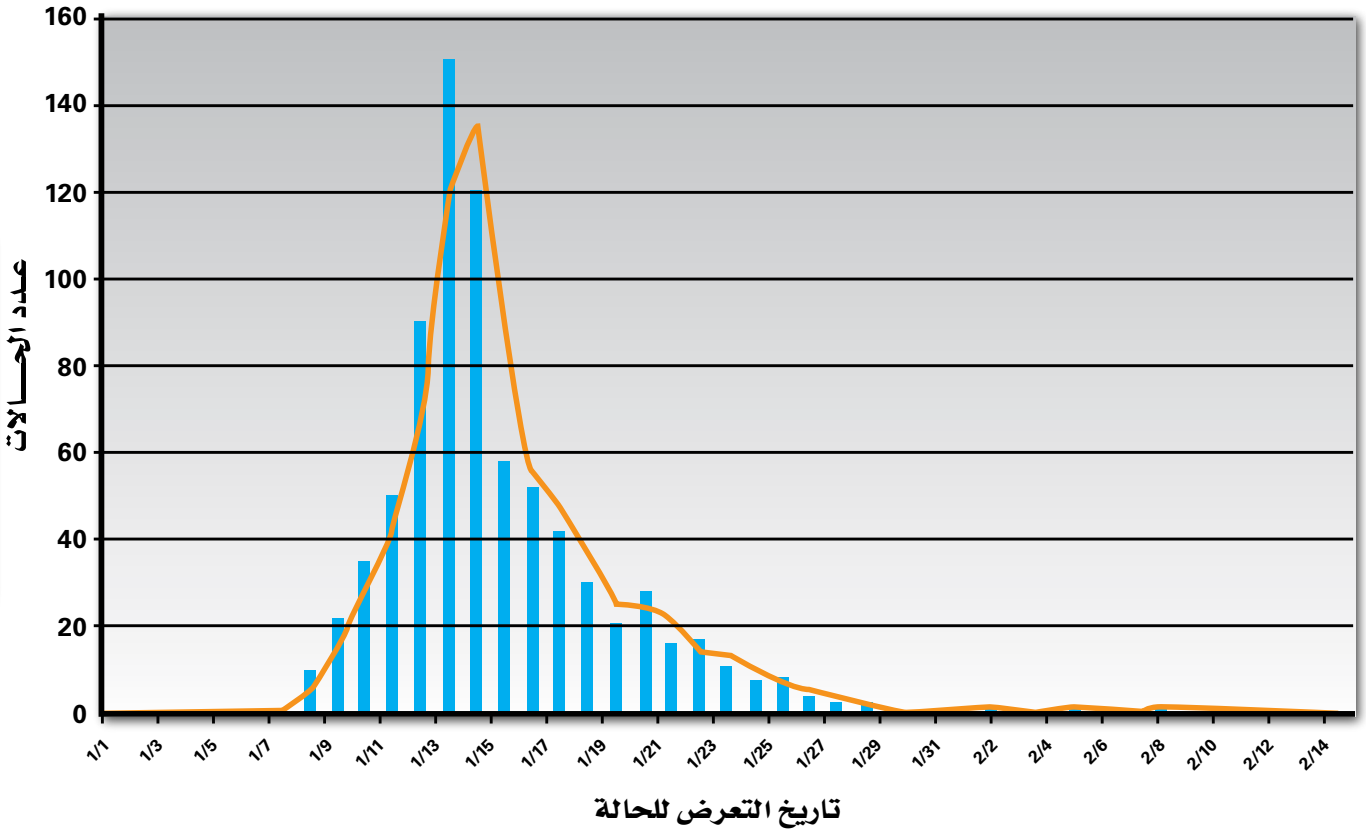
المؤشر	التوصيف
نسبة الاستشفاء	**التعريف:** كل الحالات المصابة بالإسهال المائي الحاد والشديد، مع أو بدون إقياء، والتي تمضي على الأقل ليلة واحدة في منشأة صحية ضمن قسم المصابين بالكوليرا، بغض النظر عن مستوى الجفاف أو العلاج المعطى. يجب التوافق على تعريف الاستشفاء وتوضيحه لكافة الشركاء كي يكون متسقاً بينهم.
	نسبة الاستشفاء = (عدد حالات الاستشفاء×100) / (عدد الحالات التي زارت المنشأة خلال الأسبوع)
	التحليل: يمكن ان تكون نسبة الاستشفاء مرتفعة عند بداية التفشي حيث يلاحظ اكتشاف عدد قليل من الحالات (وبالتالي تبدو نسبة الاستشفاء مرتفعة)، إضافة لوجود حالات غير مبلغ عنها ضمن المجتمع، ونقص في العلاج المبكر واستخدام خاطئ لتعريف الحالات. أي بمعنى أن كل الأشخاص المعاينين ضمن المنشأة اعتبر بأنهم حصلوا على الاستشفاء. يجب أن تكون الاستجابة تالية وفقاً لذلك إما عن طريق تقييم منهجية جمع البيانات أو المعرفة المجتمعية وطلب الحصول على العلاج والإحالة. يقدر متوسط المرجعية بقيمة 34% اعتماداً على البيانات في البيرو للعام 1991.
نسبة الهجوم أو معدل الإصابات التراكمي	**التعريف:** يطلق على نسبة الهجوم أحياناً "معدل الإصابات التراكمي" وتشير إلى نسبة السكان المصابين بالكوليرا خلال فترة زمنية معينة (أسبوع – شهر – كامل فترة التفشي).
	نسبة الهجوم (معدل الإصابات التراكمي) = (نسبة الهجوم (معدل الإصابات التراكمي)) / (عدد الأشخاص المعرضين للخطر خلال بداية نفس الفترة)
نسبة الهجوم أو معدل الإصابات التراكمي	**التحليل:** يعبر عن معدل الإصابات التراكمي كنسبة خلال فترة زمنية محددة، مثلاً: المعدل = 0.15% في الأسبوع. **وهذا هو المعيار المفضل لمراقبة الإصابات الأسبوعية.** يحسب معدل الإصابات التراكمي في المناطق التي يتوطن فيها المرض خلال فترة سنة، وعادة يكون بين 0.2-0.5% في السنة في غياب أي تفشي للمرض. في التجمعات السكانية الأصغر والتي تعاني من شروط بيئية أسوأ يمكن للنسبة أن تكون أعلى، وفي المناطق المحدودة كمخيمات اللاجئين، تكون عادة نسب الهجوم بين 5-8%. يمكن لتفشي الكوليرا أن يسبب نسب هجوم أعلى. على سبيل المثال خلال التفشي الذي حدث بين اللاجئين الروانديين في المخيمات قرب غوما، زائير في العام 1994، قدرت إصابة 100% من السكان. معرفة نسبة الهجوم كما هي معرفة هنا لا تفيد جهود المكافحة خلال فترة التفشي، لكن بإمكانها أن تسلط الضوء على حجم التفشي وكيفية وضع إجراءات المكافحة الفعالة عند مراجعتها بشكل رجعي.
نسبة الانتشار	يشير انتشار حالة معينة لنسبة السكان المصابين بمرض معين في توقيت معين أو خلال فترة معينة من الزمن. ولأن انتشار الكوليرا يحدث خلال فترة قصيرة من الزمن، قد تمتد على أيام معدودة فقط، ولأن الكثير من مصابي الكوليرا إما يتعافون أو يتوفون، ففي فترة قصيرة كتلك لا تعد نسبة انتشار الكوليرا مؤشراً مفيداً لوصف التفشي.

نقص بالترجمة

i For the determination of background cholera incidence rates in endemic areas, monthly or even annual incidence rates are usually calculated and should be available from the Ministry of Health

يرسم المنحنى الوبائي عدد الحالات بحسب تاريخ الحدوث. وفي حالة الكوليرا، يمكن لشكل المنحنى الوبائي أن يعطي معلومات هامة. تجدون أدناه مجموعة من المنحنيات الوبائية مع تفسيراتها المحتملة.

المثال 1 – التفشي عند نقطة المصدر



يعتبر هذا نموذجاً تقليدياً لما ندعوه **التفشي عند نقطة المصدر**. في هذا المخطط، تعرضت كل الحالات لمصدر العدوى في نفس الوقت كما يمكن أن يحدث، على سبيل المثال، لدى مجموعة من الأشخاص الذين يحضرون عشاء فيه واحد أو أكثر من مكونات الطعام ملوث. يمكن لهذا المنحنى أن يصف ما تعرضت له مجموعة من الأشخاص أثناء مراسم دفن شخص توفي جراء الكوليرا، وتناولوا جميعهم طعاماً محضراً من دون احتياطات نظافة صحية، من قبل أشخاص شاركوا أيضاً بتهيئة الجثة للدفن.

يتميز مخطط التفشي عند نقطة المصدر بوجود عدد قليل من الحالات المبكرة، ارتفاع سريع نحو الذروة، وينحدر ببطء أقل (من أجل أولئك الذين يفكرون بطريقة رياضية، فإن لهذا المخطط شكل التوزع اللوغاريتمي الطبيعي التقليدي). يمثل توزع الحالات عبر الزمن تباين فترة الحضانة، وهي ربما تعتمد على الجرعة المعدية. تحدث كافة الحالات خلال فترة حضانة واحدة (وهي في حالة الكوليرا يمكن أن تتراوح بين ساعات قليلة حتى خمسة أيام؛ في الواقع، وفي حالة تفشي الكوليرا، يكون من المنطقي تماماً رسم المحور x، أو عنصر الزمن للمنحني الوبائي على فترات 6 أو 12 ساعة، عوضاً عن الأيام).

رغم أن المنحنى الوبائي هذا يصور فعلياً تفشي الكوليرا، إلا أن معظم حالات تفشي الكوليرا لا تتبع هذا النموذج. هنا لا نلاحظ وجود انتقال ثانوي – كل الحالات تعرضت للمرض في الوقت عينه.

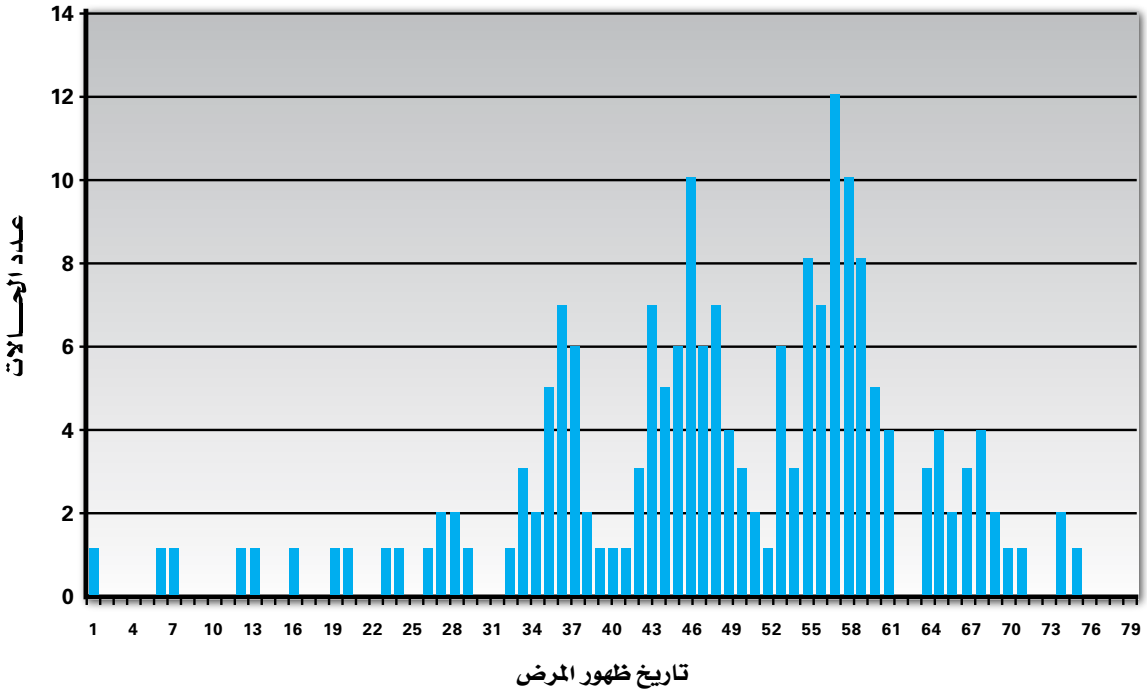
المثال 4 – تفشي من شخص لشخص (برازي-فموي)

بينت المنحنيات الوبائية جميعها حتى الآن حالات تفشي من مصدر واحد من دون وجود انتقال ثانوي. لكن علينا التفكير بالحالة الاعتيادية للكوليرا، حيث تنتشر العدوى من شخص لآخر. هنا يمكن لكل حالة أن تسبب ارتفاعاً بعدد الحالات الأخرى. ويطلق على تواتر الحدوث هذا العدد التكاثري. عند تفشي الكوليرا في زمبابوي في الفترة 2008-2009، أشارت النماذج الرياضية إلى أن كل حالة أنتجت حالة3- حالات إضافية (موكاندافير وآخرون، 2011، وقائع الأكاديمية الوطنية للعلوم، 72-108:8767). يأخذ لمنحنى البقاء للتفشي المنتشر من شخص لشخص الشكل التالي:

هنا، نلاحظ وجود عدد من "حالات التفشي الصغرى"، كما في المثال السابق، لكن لكل واحدة منها ذروة أعلى من السابقة، مما يشير لعدد تكاثري أكبر من 1. نظرياً، فإن ذرى "الأجيال" المختلفة من العدوى تعبر كل منها عن فترة حضانة واحدة على حدة، لكن الأمور في الواقع ليست منتظمة لهذا الحد. عند نهاية التفشي، وعندما يتناقص عدد الأفراد المعرضين للإصابة وذلك بسبب تعرض نسبة كبيرة من المجتمع السكاني لها، وهجرة عدد كبير من الأفراد المعرضين للإصابة من المنطقة، والعدد الكبير للوفيات والتي تنقص عدد الأفراد المصابين ضمن التجمع السكاني، أو لأسباب غير معروفة، فإن الوباء يتلاشى.

ملخص

كملخص، يمكن للمنحني الوبائي أن يعطي معلومات وأفكاراً عن حجم التفشي، نمط الانتشار، الفترة الزمنية لاستمرار التفشي، وفترة حضانة المرض، وجميعها تساعد في تحديد المصدر ومعرفة كيفية وتوقيت الاستجابة.



في كافة الحالات، فإن هدف مكافحة التفشي هو تخفيض الذروة (الذرى)، تقليل الزمن الذي تظهر خلاله الحالات، وتقليل أجيال الانتشار من شخص لشخص للحد الأدنى.

يسمح لمنحنى البقاء، بدمجه مع خرائط مواقع ظهور الحالات إضافة لمعلومات أخرى من القوائم الخطية كالعمر والجنس، بتوصيف مفصل إلى حد ما للتفشي وذلك من حيث الأشخاص والأماكن والتوقيت.

تنـــويـــه

قد يحدث تفشي الكوليرا على أرض الواقع بسبب حالات تعرض متعددة لمصادر متعددة خلال فترة طويلة من الزمن، مع حدوث حالات تعرض لمصادر عامة وانتقال من شخص لشخص بشكل متزامن. عند حدوث ذلك، سيكون من الصعب تحليل المنحنى الوبائي وأية محاولة لتفسير هذا المنحنى ستكون غير مثمرة.

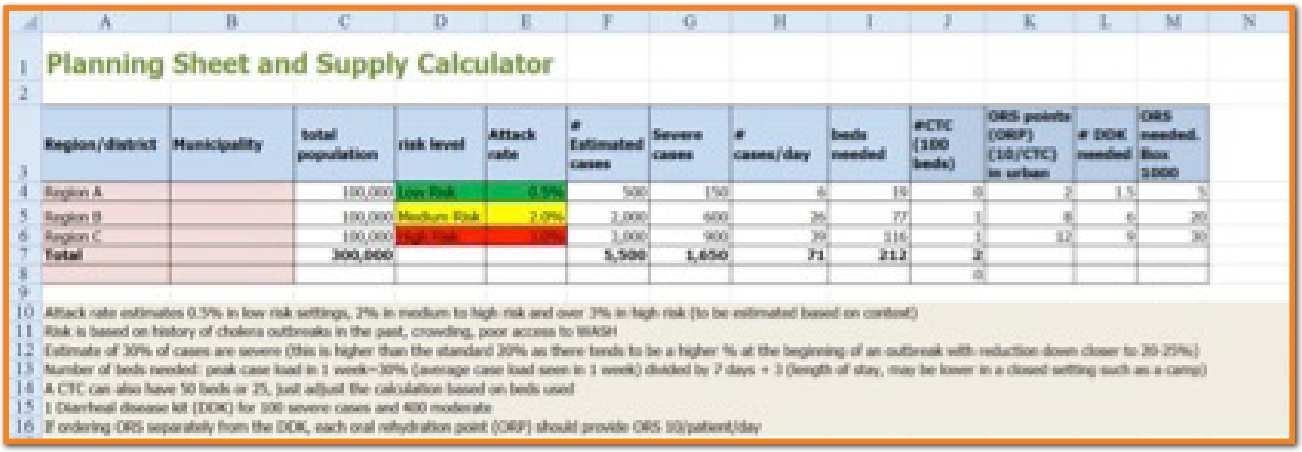
ملاحظة مرجعية:

الرسوم البيانية في هذا القسم مقتبس من الموقع الالكتروني: cphp.sph.unc.edu/focus/vol1/issue5/1-5EpiCurves_slides.ppt *(بتاريخ 24 حزيران 2012)* والموقع الالكتروني:
epiville.ccnmtl.columbia.edu/sars_outbreak_study_2/data_analysis.html
(بتاريخ 24 حزيران 2012). التسميات على المحور X لا تعود بالضرورة لحالات تفشي الكوليرا.

إذهب إلى جدول المحتويات

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج، انقر هنا

هذه ورقة عمل مقترحة للتخطيط لمراكز مكافحة الكوليرا ونقاط الإماهة الفموية للاستجابة للكوليرا. صُمم ملف الإكسل من عدة أوراق تخطيط وقوائم لوازم موصى بها ومستخدمة في حالات تفشي سابقة. وهو يتألف من 5 أوراق مختلفة للتخطيط للمنشآت الصحية، تفاصيل الشركاء، لوازم مراكز/وحدات مكافحة الكوليرا، لوازم نقاط الإماهة الفموية ومحتويات تفصيلية لمجموعات مرض الإسهال المتوافرة.

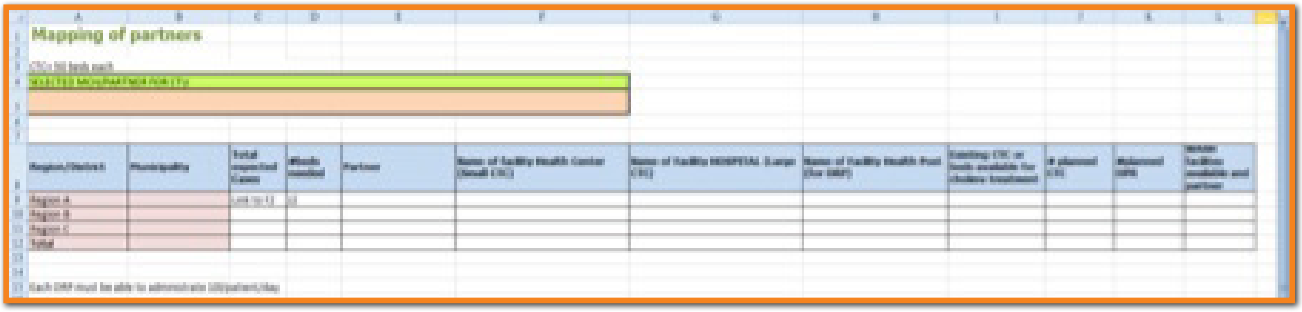


Planning Sheet and Supply Calculator

Region/district	Municipality	total population	risk level	Attack rate	# Estimated cases	Severe cases	# cases/day	beds needed	#CTC (100 beds)	ORS points (ORP) (10/CTC) in urban	# DDK needed	ORS needed. Box 1000
Region A		100,000	Low Risk	0.5%	500	150	6	16	0	2	15	5
Region B		100,000	Medium Risk	2.0%	2,000	600	26	77	1	8	6	20
Region C		100,000	High Risk	3.0%	3,000	900	39	116	1	12	9	30
Total		300,000			5,500	1,650	71	212	2			
									0			

Attack rate estimates 0.5% in low risk settings, 2% in medium to high risk and over 3% in high risk (to be estimated based on context)
Risk is based on history of cholera outbreaks in the past, crowding, poor access to WASH
Estimate of 30% of cases are severe (this is higher than the standard 20% as there tends to be a higher % at the beginning of an outbreak with reduction down closer to 20-25%)
Number of beds needed: peak case load in 1 week÷30% (average case load seen in 1 week) divided by 7 days + 3 (length of stay, may be lower in a closed setting such as a camp)
A CTC can also have 50 beds or 25, just adjust the calculation based on beds used
1 Diarrheal disease kit (DDK) for 100 severe cases and 400 moderate
If ordering ORS separately from the DDK, each oral rehydration point (ORP) should provide ORS 10/patient/day

ورقة العمل الخاصة بالعدد التقديري للحالات ومركز مكافحة الكوليرا، لتقدير عدد الحالات والأسرّة ومراكز مكافحة الكوليرا اللازمة اعتماداً على مستوى الخطر في منطقة ما.

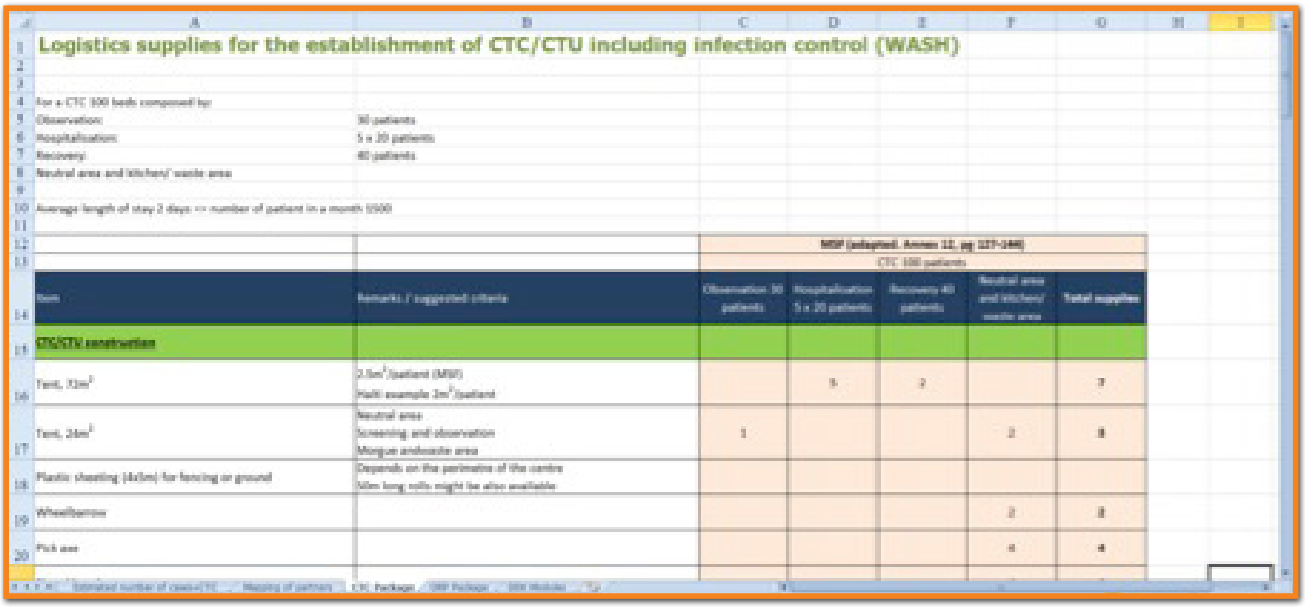


Mapping of partners

Region/District	Municipality	Total reported Cases	#Beds needed	Partner	Name of Facility Health Center (Small CTC)	Name of Facility HOSPITAL (Large CTC)	Name of Facility Health Post (For ORP)	Existing CTC or beds available for cholera treatment	# planned (CTC)	#planned (ORP)	Which facilities available and partner
Region A											
Region B											
Region C											
Total											

Each ORP must be able to administer 10/patient/day

ورقة العمل الخاصة بتفاصيل الشركاء، لتسجيل الشركاء الملائمين وقدرتهم على تشغيل مراكز مكافحة الكوليرا ومحلول الإماهة الفموية في منطقة ما، اعتماداً على الاحتياجات المقدرة أعلاه.



Logistics supplies for the establishment of CTC/CTU including infection control (WASH)

For a CTC 100 beds composed by:
Observation: 30 patients
Hospitalisation: 5 x 20 patients
Recovery: 40 patients
Neutral area and kitchen/ waste area

Average length of stay 2 days => number of patient in a month 1000

Item	Remarks / suggested criteria	MSF (adapted, Annex 12, pg 127-144) CTC 100 patients: Observation 30 patients	Hospitalisation 5 x 20 patients	Recovery 40 patients	Neutral area and kitchen/ waste area	Total supplies
CTC/CTU construction						
Tent, X[m²]	2.5m²/patient (MSF) Haiti example 3m²/patient		5	2		7
Tent, 24m²	Neutral area Screening and observation Morgue and waste area	1			2	3
Plastic sheeting (4x5m) for fencing or ground	Depends on the perimeter of the centre 50m long rolls might be also available					
Wheelbarrow					2	2
Pick axe					4	4

ورقة العمل الخاصة بمجموعات مراكز/وحدات مكافحة الكوليرا، مع قائمة من اللوازم الموصى بها لتأسيس مركز/وحدة مكافحة الكوليرا. تم تطويرها بناء على منشأة تحتوي على 100 سرير لكن يمكن تخصيصها بحسب المطلوب. تتضمن مواد وتجهيزات لتأسيس وتشغيل وصيانة المركز/الوحدة (بما فيها وحدات مكافحة العدوى/وحدات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية).

إذهب إلى جدول المحتويات

فهم ورصد الحالة 3

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

A. الأحداث الأساسية خلال اليوم

- عدد الحالات وعدد الوفيات المضافة اليوم (مقارنة بعدد الحالات وعدد الوفيات أمس)
- نسبة مئوية من المناطق المتضررة المبلغ عنها اليوم (**X/X** مناطق متضررة)
- نسبة مئوية من المناطق المتضررة المبلغ عنها (**X/X** متضررة)
- معدل وفيات الحالات التراكمي في المؤسسات **كنسبة مئوية**
- معدل وفيات الحالات اليومي في المؤسسات **كنسبة مئوية**
- لا يوجد تقارير من **X** أو من المنطقة **X**

البريد الالكتروني: cholera_taskforce@who.int

أرقام هواتف مجانية **لإنذارات الكوليرا**:
XXXXXX أو XXXXXX

رقم هاتف خليوي **لإنذارات الكوليرا** و**الرسائل النصية**: XXX-XXX-XXX

أرقام هواتف الإنذارات الخاصة **بالمياه والصرف الصحي**:
XXX-XXX-XXX (خلال أوقات العمل)
XXX-XXX-XXX (خارج أوقات العمل)

التحديثات والإنذارات اليومية الخاصة بالكوليرا:
التاريخ: / /

* يرجى ملاحظة أن عملية جمع المعلومات اليومية هي صعبة بسبب التحديات التي تواجه دقة التقارير والتي قد ينتج عنها زيادة أو نقصان في الأرقام.

** المعلومات اليومية حول الوفيات الجديدة لا تعني بالضرورة أن هذه الوفيات حدثت لحالات أبلغ عنها في نفس اليوم. لذلك فإن معدل وفيات يومي < 1% قد يحدث بالصدفة.

B. المناطق ذات الأولوية المرتفعة والتي يجب التحقق منها اليوم

(مع قيام مجموعات الكوليرا بتحديد المناطق ذات الأولوية المرتفعة خلال تطور الوباء)

المناطق ذات العدد المرتفع من الحالات المبلغ عنها (عدد الحالات المضافة اليوم > X)	المناطق ذات معدل وفيات يومي > X%	المناطق التي تشهد عدداً كبيراً من الوفيات خارج المنشآت الصحية/مراكز مكافحة الكوليرا (تحديد العدد)	المناطق التي تشهد عودة الحالات بعد X من الأيام	المناطق التي لم تبلغ عن أي حالة خلال X يوماً

4A المذكرة التوجيهية الخاصة باليونيسف حول استخدام لقاحات الكوليرا عن طريق الفم (2012) (مقتبس من المذكرة التوجيهية الأصلية المنشورة في تموز 2012)

الهدف

توفر هذه المذكرة إرشادات توجيهية لليونيسف لاستخدام لقاحات الكوليرا عن طريق الفم لتطبيق توصيات منظمة الصحة العالمية للعام 2010 فيما يخص استخدامات الصحة العامة للقاحات الكوليرا الفموية[1]. هذه المذكرة لا تستبدل الإرشادات التوجيهية وتوصيات منظمة الصحة العالمية لكنها تلخص المعلومات المتوافرة حول لقاحات الكوليرا الفموية وتعطي خيارات لليونيسف لإشراك الحكومات ومنظمة الصحة العالمية والشركاء. بناء على ذلك ستحدّث هذه المذكرة وفق التوصيات الجديدة لمنظمة الصحة العالمية.

ملخص

تُعد لقاحات الكوليرا الفموية آمنة وفعالة ومقبولة (يرجى مراجعة الملحق A لتفاصيل حول لقاحات الكوليرا الفموية). وهي تمثل أداة إضافية في مكافحة الكوليرا وذلك بهدف تكملة، وليس استبدال، تدابير مكافحة الكوليرا الحالية ذات الاولوية. مع إثبات الأهلية المسبق لمنظمة الصحة العالمية للعام 2011 للقاحات الكوليرا الجديدة الأرخص سعراً بكثير (50%) والأسهل من اللقاحات الأخرى –لا تحتاج لتخزين مؤقت بسبب حجمها الأصغر كما أنها مزودة بجهاز رصد حيوي للقاح – هناك فرصة متزايدة لاستخدام لقاحات الكوليرا الفموية إما بشكل استباقي أو كرد فعل. إضافة إلى ذلك، فإن مجموعة التنسيق الدولية المؤلفة من أطباء بلا حدود، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، منظمة الصحة العالمية، يفكر في تأسيس مخزون احتياطي من لقاحات الكوليرا الفموية للاستجابة لحالات الوباء.

تشجع اليونيسف المشاركة مع الحكومات ومنظمة الصحة العالمية والشركاء لإقرار استخدام لقاحات الكوليرا الفموية بشكل استباقي للوباء، ضمن البيئات الإنسانية وحالات الخطر وكرد فعل لدى حدوث التفشي. في كافة السياقات، يجب أن تعتمد عملية اتخاذ القرار على تقييم سليم للمخاطر.

معلومات أساسية

يزداد عدد الإصابات بالكوليرا مع مرور الوقت، حيث سجلت أكثر من 500.000 حالة و 7000 وفاة حول العالم خلال العام 2011.[2] ومع ذلك، تعد هذه البيانات أقل من التقديرات بكثير، حيث يقدر العدد الفعلي للإصابات بالكوليرا بين 1.4 مليون و 4.3 مليون حالة حول العالم، مما يؤدي إلى 28.000 حتى 142.000 حالة وفاة سنوياً حول العالم، لدى 1.4 مليار شخص مهددين بخطر الإصابة في البلدان التي يتوطن فيها المرض[3]. تنذر اتجاهات الكوليرا العالمية بالخطر، حيث يزداد عدد وتكرار حالات تفشي الكوليرا طويلة المدى مع نسبة وفيات كبيرة، مما يعكس ضعف الآليات الحالة الخاصة بالمكافحة والكشف المبكر ومكافحة الانتشار والحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب. أصبحت الكوليرا راسخة في المزيد من البلدان في أفريقيا، كما عادت للظهور مؤخراً في الأمريكيتين مع انتشار مستمر في هايتي وجمهورية الدومينيك. ظهرت سلالات جديدة من الضمة الكوليرية في العام 1992، وهي سلالات أكثر ضراوة وتسبب في أمراض سريرية أشد، وانتشرت هذه السلالات حول العالم[4]. إضافة لذلك، تسببت التغيرات المناخية والتمدن السريع وغير المخطط له في زيادة التجمعات السكانية المهمشة والمعرضة للخطر[5]. ويتحمل الأطفال تحت سن الخامسة الوطأة الأشد للكوليرا في المناطق التي يتوطن فيها المرض، وهي مسؤولة عن حوالي نصف وفيات الكوليرا التقديرية[6]. وكعلامة على عدم المساواة، تستهدف الكوليرا المجتمعات الأكثر ضعفاً وعرضة للخطر. وهذه المجتمعات تملك الحالة الصحية الأسوأ والقدرة الأقل على الوصول للخدمات الصحية مثل المياه النظيفة والصرف الصحي والنظافة الصحية والخدمات الصحية والتعليمية، كما تعيش هذه المجتمعات في البيئات الأكثر ضعفاً وعرضة للأزمات وتقلبات الاجتماعية والاقتصادية العالمية.

في الاجتماع الرابع والستين لجمعية الصحة العالمية سلط الضوء على هذه الحالة الملحة بشكل متزايد، ووجهت الدعوات لتجديد الجهود لمكافحة الكوليرا ومكافحة انتشارها. وحثت جمعية الصحة العالمية البلدان على "إجراء التخطيط والنظر في إدارة اللقاحات، حسب الاقتضاء، جنباً إلى جنب مع وسائل المكافحة والسيطرة الأخرى الموصى بها، دون أن تكون بديلاً لتلك الطرق"[7].

1 الورقة الخاصة بوضع لقاحات الكوليرا في منظمة الصحة العالمية السجل الوبائي الأسبوعي، رقم 128-117 .85 ,2010 ,13

2 السجل الوبائي الأسبوعي للكوليرا 2011، رقم304-289 ,87 ,2012 ,32-31

3 آلي، لوبيز، يو، كيم، ساه، ماسكيري، كليمينس، العبء العالمي للكوليرا، نشرة منظمة الصحة العالمية 2012, 1;90(3):209-218A

4 صديق، نير، آلام، ساك، هاك، نيزام، لونجيني، قادري، فاروق، كولويل، أحمد، إقبال، بويان، ساك. كوليرا إل تور مع أمراض حادة، تهديد جديد لآسيا وما ورائها. العدوى الوبائية، آذار 52-347:(3)138; 2012,

5 ورقة بحث حول دمج لقاحات الكوليرا الفموية ضمن البرامج العالمية لمكافحة الكوليرا

6 دين جي أل وآخرون، العبء الكبير لإصابة الأطفال بالكوليرا: مقارنة حالات المناطق التي يتوطن فيها المرض في آسيا وأفريقيا، المناطق الوبائية المهملة 2008, 2(2):e173

7 الكوليرا: آليات المكافحة ومكافحة المرض

إذهب إلى جدول المحتويات

يتألف تفشي الكوليرا على المستوى الوطني عادة من تتابع عدة حالات تفشي مع انتشاره في أنحاء البلاد أو عبر الحدود. يمكن أن يكون لتلقيح المجتمعات في المناطق الواقعة تحت الخطر الوشيك خلال تتابع كالذي ذكر أثر كبير أكثر من المناطق التي بدأ بالفعل فيها انتقال المرض منذ عدة أسابيع أو أشهر. من المحتمل إصابة العديد من الأفراد بالكوليرا ضمن المجتمعات التي يحدث فيها انتقال فعال للمرض حتى من دون ظهور أعراض. في الواقع، تقدر نسبة الأفراد المصابين دون ظهور أعراض بـ 80% من الأشخاص المصابين، لكنه يحملون البكتيريا. هذه الاستراتيجية العلاجية مهمة بشكل خاص في المناطق التي تعجز ضمنها آليات الاستجابة عن ترسيخ إجراءات مكافحة كوليرا تقليدية[9] [10].

يجب وبكل عناية تحليل الإجراءات الوبائية والسياقية لاستخدام محلول الإماهة الفموية ضمن البيئات الوبائية، ولك كجزء من عملية اتخاذ القرار. سيكون من الهام توثيق وتقييم أثر الاستخدام المستقبلي لمحلول الإماهة الفموية ضمن سياقات مختلفة وذلك من أجل تنقيح أكثر لعملية اتخاذ القرار المعتمدة على الأدلة.

كيف يمكن إرسال محلول الإماهة الفموية

من المتوقع أن يُرسل محلول الإماهة الفموية إلى مناطق ذات خطورة عالية من خلال حملات تلقيح جماهيرية، مع الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

1- **إلى أين يجب توجيه الحملات الجماهيرية:** اعتماداً على تقييم مخاطر ظرفي شامل، يجب أن تستهدف اللقاحات مناطق جغرافية ومجتمعات ضعيفة على وجه الخصوص، خاصة التجمعات السكانية المهمشة والمزدحمة وغير المجهزة بإجراءات النظافة الصحية، العشوائيات الحضرية، مراكز اللاجئين والنازحين، والمجتمعات التي تفتقد القدرة على الوصول للمياه النظيفة والصرف الصحي والنظافة الصحية والخدمات الصحية.

2- **من يجب أن يتم استهدافه بالحملات الجماهيرية:** كل الأفراد الذين يتجاوز عمرهم العام الواحد في المجتمعات الواقعة تحت الخطر يمكن أن يستفيدوا من الحصول على محلول الإماهة الفموية. عند وجود خطر وشيك للإصابة، فإن البالغين هم بمنأى عنها على الأغلب، فلن يكون من المهم إدراجهم ضمن السكان المستهدفين. في معظم السياقات تنطبق الإرشادات التوجيهية التالية:

- ***توصي منظمة الصحة العالمية بإعطاء أولوية للأطفال باعتبارهم أكثر عرضة لخطر الوفاة،*** *خاصة في حال كانت الموارد محدودة.* يمكن أن يكون لإعطاء الأولوية هذه أثراً كبيراً على منع انتقال المرض ضمن المجتمع.
- ***استهداف جماعات أخرى واقعة تحت خطر وفاة متزايد***، مثل النساء الحوامل، المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسب، المصابين بسوء تغذية متوسط أو حاد وكبار السن، إذا سمحت الموارد بذلك.

تتطلب حملات التلقيح الجماهيرية دعم المجتمع، خاصة في اختيار المجموعات المستهدفة. وتتطلب هذه العملية حوارات مع قادة المجتمع إضافة إلى عناصر اتصال قوية ومصممة بعناية والتي عليها أن تعالج الأمور التالية: استمرار سلوكيات النظافة الصحية ومكافحة المرض، إدراك السكان لخطر الكوليرا، تقديم محلول الإماهة الفموية على أنها لقاح جديد، الخلط المحتمل مع حملات تلقيح جماهيرية أخرى مثل شلل الأطفال، عدم الفعالية فيما يخص أمراض إسهالية أخرى، أي لا يزال المرضى الحاصلون على اللقاح عرضة للإصابة بالإسهال الحاد.

3- **اعتبارات جدوى إضافية خلال الأزمات الوبائية والإنسانية الكبيرة**[11]: خلال اندلاع أزمات إنسانية حادة أو حالات تفشي كوليرا كبرى، يجب ألا تصرف **اعتبارات استخدام محلول الإماهة الفموية الاهتمام عن الأولوية الفورية لتطبيق تدخلات لإنقاذ الأرواح** وذلك للإنقاص السريع من معدل الوفيات الزائد والمرتبط بالأزمة وتوفير خدمات إنقاذ الأرواح الأساسية والمرتبطة بالصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والطعام والملجأ والحماية. سلط اجتماع لمنظمة الصحة العالمية في العام 2005 حول استخدام محلول الإماهة الفموية في الكوارث الإنسانية الضوءَ على الاعتبارات التالية التي تتضمن اهتماماً خاصاً في تخطيط وتنفيذ حملات تلقيح بجرعتين:

- التوافر، زمن وصول وتوزيع اللقاحات؛
- الوصول المستمر إلى المجتمعات الواقعة تحت الخطر لتحديد المجموعات الأكثر ضعفاً، إجراء تقييم للمخاطر وتنفيذ الحملة مع تغطية جيدة؛
- انتقال المجموعات السكنية (خاصة فيما يخص الجرعة الثانية)؛
- قيود التوريد والخدمات اللوجستية المحلية (بما فيها التخزين وسلسلة التبريد)؛
- القيود على الموارد البشرية والوصول لفريق عمل مدرّب؛
- الظروف الأمنية السائدة؛

تطور المجموعة الاستراتيجية من الخبراء والتابعة لمنظمة الصحة العالمية ومجموعة العمل في الطوارئ الإنسانية إطار عمل محدّث لاستخدام محلول الإماهة الفموية في الأوضاع الإنسانية وسيطلق في 2012-2013.

9 استخدام لقاحات الكوليرا الفموية في حالات الطوارئ المعقدة: ما هي الخطوة التالية؟ تقرير اجتماع منظمة الصحة العالمية 2005

10 اجتماع مخصص من الخبراء عقدته منظمة الصحة العالمية لمكافحة الكوليرا خلال الطوارئ الإنسانية 2010

11 استخدام لقاحات الكوليرا الفموية في حالات الطوارئ المعقدة: ما هي الخطوة التالية؟ تقرير اجتماع منظمة الصحة العالمية 2005

المصادر الرئيسية

منشورات منظمة الصحة العالمية: "لقاحات الكوليرا الفموية خلال حملات التحصين الجماهيرية: إرشادات توجيهية للتخطيط والاستخدام"

whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500432_eng.pdf

أداة اتخاذ قرار على ثلاثة مراحل للاستخدام العلاجي لمحلول الإماهة الفموية (لتحليل المخاطر والقدرة على احتواء التفشي وجدوى إجراء الحملة) موصفة في الملحق 1، الصفحات 54-47 من منشور منظمة الصحة العالمية المذكور أعلاه whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500432_eng.pdf

ندوة عبر الانترنت: الكوليرا ولقاحات الكوليرا: تحديث لليونيسف

intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/Site%20Pages/Page0201 (انترانت) و vimeo.com/45662328 (خارجي) *كلمة السر هي response2012*.

شكر وتقدير

وضعت هذه المذكرة التوجيهية من قبل فريق اليونيسف للصحة في حالات الطوارئ قسم البرامج/الصحة. تمت المراجعة وتوفير المدخلات من قبل وحدة التحصين قسم البرامج/الصحة، شعبة الإمدادات، فريق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في حالات الطوارئ قسم البرامج/المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية ومكاتب اليونيسف الإقليمية. شكر خاص لوحدة مكافحة الأمراض الوبائية/لقاحات ومخزون الطوارئ في منظمة الصحة العالمية لمراجعتها ومساهمتها القيّمة.

الملحق A: مواصفات لقاح الكوليرا

معلومات أساسية: تعتبر لقاحات الكوليرا الفموية آمنة وفعالة وذات جدوى ومقبولة وفقاً لدراسات مختلفة حول استخدامها. يوجد حالياً نوعان من محلول الإماهة الفموية الحاصلة على الأهلية من منظمة الصحة العالمية: دوكورال[12] وشانشول[13] والتي توفر فعالية وقائية أكبر من 60% خلال العامين الأخيرين (يرجى مراجعة الجدول لمعرفة جدول الجرعات). ينصح المصنع بجرعة منشطة من كلا اللقاحين كل عامين (كل ستة أشهر لدى الأطفال بعمر 2-5 سنوات لدوكورال). قد تتغير هذه الفترة المنصوح بها حيث أظهرت دراسة منشورة حديثاً فعالية وقائية للشانشول بنسبة 65% لدى البالغين خلال السنة الثالثة من المتابعة[14]. أظهرت إعادة التحليل لبيانات تجربة بنغلاديش والتي جرت في الثمانينات بعض الدلائل حول تمديد الحماية للأشخاص الذين لم يحصلوا على الجرعات، مما يسمح بفائدة إضافية من حملات التلقيح على النطاق الواسع في التجمعات السكانية المعرضة للخطر[15]. كلا اللقاحين يتطلب سلسلة تبريد، كما أن دوكورال يتطلب تخفيف مع محلول عازل. ليس لدوكورال قارورة لمراقبة اللقاح، لكن التحاليل المخبرية تشير لاستقرار حرارة جيد. تجري حالياً أبحاث لاستخدام جرعة وحيدة من شانشول في الاختبارات السريرية في الهند وكذلك للقاحات أخرى فعالة أكثر للاستخدام الميداني.

فعالية التكلفة: أجرى معهد اللقاحات العالمي تحقيقاً عالمياً لتوفير دليل حول استثمار إنتاج واستخدام محلول الإماهة الفموية كجزء من استراتيجية صحة عامة أوسع لمكافحة الكوليرا. استنتجت الدراسة أنه وخلال 15 عاماً يمكن للقاحات الكوليرا مكافحة حتى 18 مليون حالة و 600.000 حالة وفيات ويمكن أن تكون برامج خاصة "فعالة جداً من حيث التكلفة" (باستخدام تعريف منظمة الصحة العالمية للتكلفة/سنوات العمر المصححة باحتساب العجز ≥ الناتج القومي الإجمالي لكل فرد) تستهدف الأطفال[16]. استخدمت دراسة أجريت من قبل برنامج أمراض الناس الأكثر فقراً بيانات حول الإصابات وكلفة المرض والطلب الخاص على محلول الإماهة الفموية في بيرا وموزامبيق وماتلاب وبنغلاديش وكالكوتا والهند وجاكرتا الشمالية. يمكن للقاحات في كافة المواقع أن تكون فعالة من حيث التكلفة، ويمكن لبرامج الأطفال (1-14 سنة و 5-14 سنة) في كل من بيرا وكالكوتا بالأخذ بالحسبان حماية المجموعات[17].

توافر لقاحات الكوليرا/المخزون العالمي: تبلغ قدرة الإنتاج السنوية حالياً 2 مليون جرعة لكل لقاح مع إمكانية زيادة بحسب الطلب[18]. نُصح في العام 2011 بإنشاء مخزون استراتيجي من 2 مليون جرعة على الأقل من محلول الإماهة الفموية لمكافحة التفشي خلال مؤتمر منظمة الصحة العالمية حول مخزون محلول الإماهة الفموية وتم إقرار ذلك في مؤتمر منظمة الصحة العالمية للعام 2012. يمكن للمخزون العالمي أن يمثل "بوابة" لضمان توافر اللقاحات بسهولة للاستخدام الميداني، زيادة الجهود تجاه المراقبة، زيادة العرض والطلب، تحفيز المصنعين وتوفير الخبرة لنشر اللقاحات وتقييم أثر اللقاحات لمكافحة حالات التفشي. اليونيسف هي عضو في مجموعة التنسيق العالمية لإدارة المخزون.

12 جيرتبورن أم، سفينيرهولم أ أم، هولمغرين جي، تقييم جداول التحصين المختلفة للقاحات الكوليرا الفموية من النوع B الخلية الفرعية الكاملة لدى المتبرعين السويديين للقاحات، 1012–1007:11 ,1993.

13 تراش دي دي وآخرون، تحقيقات في سلامة ومناعية لقاح الكوليرا الفموي المطور في نشرة منظمة الصحة العالمية في فيينتام 8–2:(1)80 ,2002.

14 سور دي، كانونغو أس، ساه بي، مانا بي، آلي أم، وآخرون، فعالية لقاح كوليرا عن طريق الفم منخفض التكلفة معطل كامل الخلية: نتائج من متابعة لمدة ثلاث سنوات لتجربة عشوائية متحكم بها، بلوسنيغل تروب ديس :(10)5 ,2011 .e1289

15 آلي أم وآخرون: مناعة المجموعة التي تمنحها لقاحات الكوليرا الفموية المعطلة في بنغلاديش: إعادة تحليل: لانسيت، 49–366:44 ,2005.

16 www.who.int/immunization/sage/SAGE_April_2011_cholera_investment_case.pdf

17 جولاند أم، كوك جي، بولوس سي، كليمينس جي، ويتينغتون دي، دومي مجموعات دراسة الكوليرا الاقتصادية. الفعالية من حيث الكلفة للجيل الجديد من لقاحات الكوليرا الفموية: تحليل متعدد الجوانب. القيمة في الصحة، 2009. 12(6):899-908.

18 مؤتمر منظمة الصحة العالمية حول إطار عمل المخزون الاستراتيجي لمحلول الإماهة الفموية: تقرير اجتماع الأهداف المحتملة وخيارات السياسة المحتملة. 7-6 أيلول 2011، جنيف، سويسرا.

شانشول في غينيا كوناكري في منطقة بوفا (عدد السكان الكلي 162.190 منذ منتصف نيسان وحتى منصف أيار 2012. نُظمت الحملة من قبل وزارة الصحة ومنظمة أطباء بلا حدود، بدعم من وكالة الأدوية الوقائية. تم تأكيد ظهور أول حالات من الكوليرا في المنطقة في أوائل شباط 2012 قبل شهرين من بداية موسم المطر، وتزايدت هذه الحالات في آذار بالتزامن مع اتخاذ قرار التلقيح، استهدفت الحملة كامل السكان بعمر سنة وما فوق. بلغت تغطية اللقاح بالجرعتين 77 بالمئة من السكان المستهدفين (90 بالمئة في الجولة الأولى. تم الإبلاغ عن آخر حالة للكوليرا في بوفا في أوائل أيار 2012 [26].

كانت تكلفة تأمين اللقاحات في البلد (دون كلفة اللقاح بحد ذاته) تتراوح بين 0.50 وحتى 0.70$ لكل شخص محصن تماماً ضمن البيئات المختلفة، مع ملاحظة الاستثناء الكبير بحالة آيتشه (8.15$ للشخص المحصن تماماً).

اللقاحات الحاصلة على الأهلية من منظمة الصحة العالمية	دوكورال	شانشول
نوع اللقاح	خلية كاملة معطلة ضمة كوليرية O1 بالإضافة إلى وحدات فرعية مهجنة B من سم الكوليرا (WC/ rBS)	لقاح خلية كاملة معطلة ثنائي التكافؤ (O1 و O139)، لا يوجد وحدات فرعية B
العمر	منذ سن الثانية، لا يوجد حدود عليا للعمر	منذ عمر السنة، لا يوجد حدود عليا للعمر
الجرعة	جرعتان فمويتان بفاصل 1-6 أسابيع 3 جرعات للأطفال من 2-6 سنوات جرعة منشطة بعد عامين	جرعتان فمويتان بفارق أسبوعين جرعة منشطة بعد عامين
التغليف	قوارير لجرعة واحدة 3 مم مع كيس من بيكربونات الصوديوم العازلة	قوارير لجرعة واحدة 1.5 مم
العازل	تخفيف بـ 150 مل من المياه (75 مل للأطفال من 2-5 سنوات) ممزوجة مع العازل	لا يوجد حاجة لعازل
الحماية/الفعالية	مدة الحماية هي أسبوع واحد بعد الجرعة الثانية. حماية بنسبة 85-90% بعد ستة أشهر لكل المجموعات العمرية وبنسبة 62% لسنة واحدة لدى البالغين	أقرب بداية لحدوث الحماية 7-10 أيام بعد الجرعة الثانية يوفر حماية 67% خلال ثلاث سنوات
الأثار السلبية	لم يبلغ عن أي آثار جانبية هامة	لم يبلغ عن أي آثار جانبية هامة
التخزين وسلسلة التبريد	مدة صلاحية 3 سنوات بدرجة حرارة 2-8 C ومستقر لشهر واحد بدرجة حرارة 37C. لا يوجد قارورة لمراقبة اللقاح حجم الحزمة للجرعة: 136 سم مكعب (حزمة تضم جرعتين، يوجد أيضاً حزمة تضم 20 جرعة)	مدة صلاحية 3 سنوات بدرجة حرارة 2-8 C قارورة لمراقبة اللقاح 14 حجم الحزمة للجرعة: 16.8 سم مكعب (حزمة تضم 35 جرعة)
المصنّع	كروسل	شانتا، شركة من سانفوي
قدرة الإنتاج	2 مليون جرعة في السنة	2 مليون جرعة في السنة مع التخطيط لإنتاج 10 مليون جرعة مع منشآت إضافية
البلدان المرخصة	مرخص ضمن 60 دولة	الهند
السعر التقديري لكل جرعة*	كروسل 3.6 حتى 7.2 يورو	شانتا 1.85 دولار أمريكي

* أسعار اللقاحات التقديرية فقط للقطاع العام، ستلزم عملية عطاء لتثبيت الأسعار

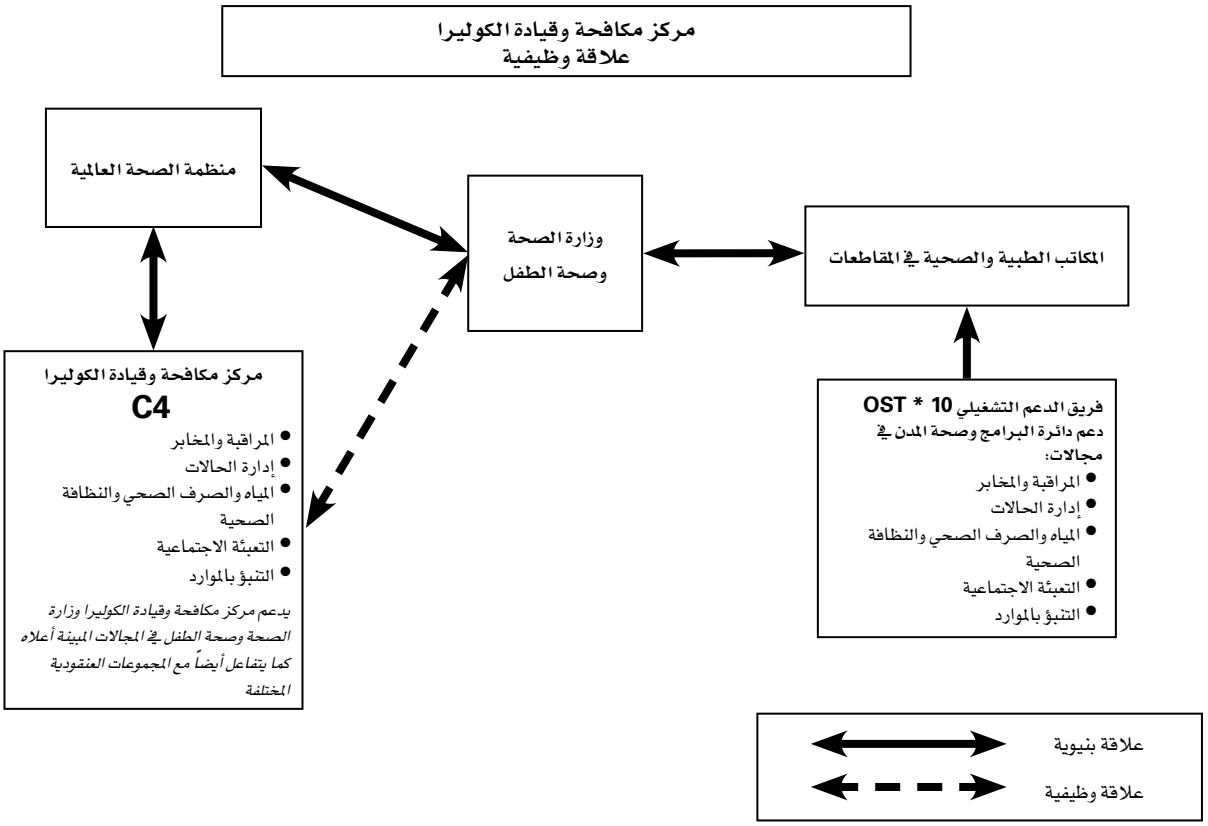
	البنية الهيكلية للتنسيق للإسهال المائي الحاد في أثيوبيا – 2006-2007 [1]	البنية الهيكلية للتنسيق للكوليرا في زمبابوي – 2008-2009 [2]
الكوليرا – الإسهال المائي الحاد	لم تصرح الحكومة الفيدرالية في أثيوبيا بشكل رسمي عن الكوليرا وأشارت للتفشي الحاصل في البلاد على أنه إسهال مائي حاد	صرح عن مرض الكوليرا رغم وجود بعض التأخر في طلب الدعم من الأمم المتحدة والمنظمات الدولية
فيديرالي/قطري	أثيوبيا بلد فيدرالي	زمبابوي بلد قومي
حجم التفشي	78.191 إصابة (874 حالة وفاة) 2007 & 2006 – بحسب التقارير الأسبوعية الوبائية لمنظمة الصحة العالمية عدد السكان: 85 مليون (2010، تقرير التنمية البشرية من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي)	128.208 إصابة (5634 حالة وفاة) 2009 & 2008 – بحسب التقارير الأسبوعية الوبائية لمنظمة الصحة العالمية عدد السكان: 12.6 مليون (2010، تقرير التنمية البشرية من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي)
البنى الهيكلية على مستوى القطاع أو العنقود والمستخدمة للكوليرا	**تنسيق تقوده الحكومة عبر القطاعات.** بشكل مبدئي كانت فرق الطوارئ الموجودة ضمن القطاعات تستجيب للتفشي مع حالات طوارئ أخرى مثل الفيضانات والانهيارات الأرضية والجفاف. ومع ازدياد حجم تفشي الإسهال المائي الحاد، أنشئت بنية منفصلة أدارتها وزارة الصحة تحت مظلة لجنة التنسيق القطرية لمكافحة ومنع الإسهال المائي الحاد الوبائي.	**نظام عنقودي وتأسيس مركز تنسيق، C4.** بشكل مبدئي شاركت منظمة الصحة العالمية مع الأمم المتحدة وشركاء غير حكوميين آخرين من خلال النظام العنقودي في مجالات الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية واللوجستيات مع الدعم المقدم من وزارة الصحة وصحة الطفل. بعد ذلك أنشئ مركز لمكافحة وقيادة الكوليرا من قبل منظمة الصحة العالمية ضمن وزارة الصحة وصحة الطفل لدعم التنسيق في حالات التفشي.
نقاط القوة الملاحظة في نظام التنسيق	مقاد من قبل الحكومة، بتعليمات من وزير الصحة الذي يترأس الاجتماعات في المناسبات. توفر الفرصة لكافة اللاعبين القطريين كي يكونوا فاعلين في الاستجابة للتحديات والعقبات التي تتم مناقشتها بشكل مفتوح والتي تتقاطع ضمن الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتغذية واللوجستيات. المراجعة الممكنة مع معلومات من طيف واسع من المصادر ومشاركة البيانات الخاصة بالكوليرا من قبل وزارة الصحة مفيدة لوضع أولويات للإجراءات. التعاون كان ممكناً في تطوير رسائل وخطط الاتصال البيئية المرتبطة بالصحة، بما في ذلك الحكومة والمنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة.	ساهم المركز في تقوية فريق منظمة الصحة العالمية في البلاد وبالتالي قدرته على دعم وزارة الصحة وصحة الطفل. استكملت البنية على المستوى القطري بتأسيس فرق الدعم التشغيلية في مكاتب المدير الطبي للمقاطعة وقسم الصحة في المدينة. بسبب التحديات السياسية في البلاد (حدث التفشي قبل تأسيس حكومة ائتلافية)، رغبت العديد من المنظمات بدعم التفشي من دون دعم الحكومة، وعرض مركز C4 وفريق عمله من منظمة الصحة العالمية قناة اتصال لتوفير هذا النوع من الدعم.
نقاط الضعف أو التحديات التي تواجه نظام التنسيق	لم يصرح عن الكوليرا، مما ساهم في تأخر تأسيس البنية الهيكلية للتنسيق فيما يخص الإسهال المائي الحاد، فالتفشي انتشر لعدد من ولايات البلد الإقليمية. لم تكن كافة اللجان الفرعية لنظام التنسيق فاعلة. تمت مواجهة تحديات في إعداد التقارير المتزامنة بين الولايات المختلفة وعلى المستوى الفيدرالي. لم تكن الخطوط الواصلة بين لجنة التنسيق للإسهال المائي الحاد وفرق العمل التقنية رسمية واعتمدت على ممثلين يحضرون كل الاجتماعات.	قاد تأسيس مركز C4 لبعض الارتباك فيما يخص دور العنقود الصحي مقابل دور هذا المركز. تبين لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية بأن هذا المركز لم يكن تأثير كبير، وتابع القطاع المذكور تنسيق استجابات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية خلال تفشي الوباء.

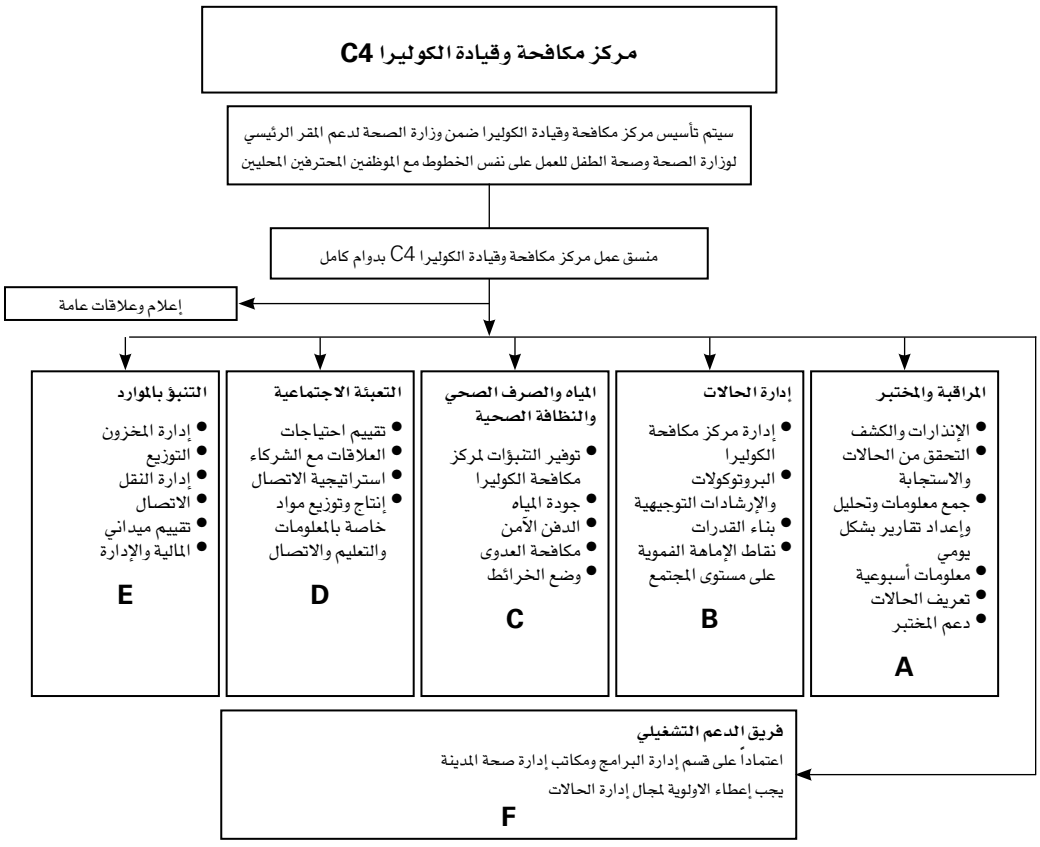
1 هذه البنية هي التي كانت موجودة قبل شباط 2007، وبعد ذلك وافقت الحكومة الفيدرالية لأثيوبيا على استخدام النهج العنقودي لتجربة التنسيق العام في حالات الطوارئ

2 وزارة الصحة وصحة الطفل، زمبابوي ومنظمة الصحة العالمية (2008) تأسيس مركز قيادة الكوليرا (C4) في زمبابوي

إذهب إلى جدول المحتويات

البنية الهيكلية للتنسيق للكوليرا، زمبابوي، 2008-2009





A = المراقبة والمختبر ستعمل بشكل قريب مع مدير مركز تطوير التعليم (EDC)، المختبر الوطني المرجعي لعلم الأحياء الدقيقة (NMRL)، نظام التأمين الصحي الوطني(NHIS)

B = ستعمل إدارة الحالات بشكل قريب مع قسم مركز تطوير التعليم

C = ستعمل المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية بشكل قريب مع قسم الصحة البيئية واليونيسف

D = ستعمل التعبئة المجتمعية بشكل قريب مع وحدة تعزيز الصحة واليونيسف

E = ستعمل اللوجستيات بشكل قريب مع ناتفارم، وقسم الأدوية ووحدة البرامج المرتبطة بفيروس نقص المناعة المكتسب

F = ستتم إعارة فريق الدعم التشغيلي لإدارات صحة المدينة والمقاطعات

قائمة مرجعية

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

الإجراءات		الشخص المسؤول/ تعليقات
التنسيق، إطار العمل المؤسسي، إدارة المعلومات		
توضيح البنى الهيكلية للتنسيق فيما يخص التأهب لمرض الكوليرا والاستجابة له، على المستويات الوطنية والوطنية الفرعية (الأقاليم، الأحياء، المجتمعات)، ومن هي الأطراف المشاركة في كل مستوى (بما فيها الهيئات الحكومية مع ممثلي القطاعات المختلفة، مجتمعات الصليب الأحمر/الهلال الأحمر المحلية، المجتمع المدني، المؤسسات البحثية، ممثلو المجتمع، الخ...)	☐	
توضيح المسؤوليات المؤسسية فيما يخص عملية التنسيق	☐	
وضع آليات التنسيق والاتصال عبر الحدود	☐	
تحديد متطلبات إدارة المعلومات (ما هي المعلومات اللازمة، من سيقوم بإدارتها وكيف ستتم مشاركتها، متى ومع من سيتم ذلك)	☐	
إعداد محاكاة لسيناريوهات تفشي وباء الكوليرا في حالات الطوارئ	☐	
تقييم المخاطر الخاصة بالكوليرا		
جمع وتحليل واستخدام المعلومات الأساسية حول مخاطر الكوليرا في عملية التخطيط، بما فيها: اتجاهات وخرائط انتشار الكوليرا خلال السنوات الخمس الأخيرة (ومن ضمنها الانتشار عبر الحدود)، تحديد المناطق والتجمعات السكانية المعرضة لخطر الإصابة بالكوليرا، مؤشرات الصحة الأساسية ومدى تغطية المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والمعلومات الأساسية حول قدرة نظم الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المناطق ذات الخطورة العالية. يجب تنفيذ ذلك من قبل كافة القطاعات وأصحاب المصالح الرئيسيين وكذلك عبر الحدود عندما يكون ذلك ملائمًا.	☐	
خطة التأهب والاستجابة للكوليرا		
طورت خطة متكاملة للاستعداد واستجابة للكوليرا عبر القطاعات (بما فيها الجدول الزمني والميزانية وتحديد المسؤوليات) وذلك بالتعاون مع كافة أصحاب المصالح الرئيسيين	☐	
السياسات والاستراتيجيات والمبادئ التوجيهية والمعايير وإجراءات التشغيل القياسية		
تحديد السياسات والاستراتيجيات الوطنية التي يجب دمج الكوليرا ضمنها، وتحديد وإعلام الأشخاص المسؤولين عن عملية الدمج	☐	
تأسيس إجراء إعادة الزيارة، وتطوير أو تحديث الإرشادات التوجيهية الوطنية بخصوص الكوليرا وإصدار قوانين بشأنها. الإرشادات التوجيهية والأدوات والإجراءات المحدّثة متوافرة في كافة المواقع الرئيسية (المنشآت الصحية، المجتمعات، مؤسسات المياه والصرف الصحي، المدارس، الخ)	☐	
تطوير الإجراءات التشغيلية المعيارية لاستراتيجيات وأنشطة محددة	☐	
استراتيجية وخطة الاتصال		
تطوير خطة واستراتيجية للاتصال (لكل من الإعلام والاتصال على مستوى المجتمع)	☐	
إنتاج وتبني مواد المعلومات والتعليم والاتصال للاستخدام السريع – يرجى مراجعة كتيب الملحق 7C للحصول على قائمة مرجعية مفصلة للاتصال	☐	

إذهب إلى جدول المحتويات

قائمة مرجعية

الإجراءات		الشخص المسؤول / تعليقات
التحقق من حالة التفشي وتأكيدها		
التحقق من الحالات المشتبه بإصابتها بالكوليرا لإطلاق الإنذار	☐	
تحقيق/تقييم سريع بين القطاعات وبين الوكالات للمناطق المشتبه بإصابتها بتفشي الكوليرا	☐	
تأكيدات المختبر بخصوص الحالات الأولية	☐	
إجراءات الاستجابة الفورية		
التصريح عن تفشي مرض الكوليرا وإعلام السلطات على المستوى المركزي والسلطات في المناطق المحيطة وعبر الحدود	☐	
عقد اجتماع فوري لفرق العمل الخاصة بالكوليرا/اجتماعات بين القطاعات لأصحاب المصالح الرئيسيين ذوي الخبرة في الاستجابة للكوليرا – مراجعة خطة الاستعداد ووضع أولوية للاحتياجات والإجراءات. تحديد الأشخاص المسؤولين عن كل إجراء ومتى وأين	☐	
تقدير أعداد السكان المعرضين للخطر والأعداد المتوقع أن تتعرض للخطر وذلك لتقدير الموارد واللوازم اللازمة	☐	
تهيئة شبكة تحذير وإنذار مبكر واستجابة ونظام لإعداد سريع للتقارير والاستجابة للحالات والمراقبة الدائمة	☐	
إجراء تقييم احتياجات لتحديد اللازم من الموارد (الإمدادات، الموارد البشرية، التمويل)	☐	
استخدام خطة التأهب الخاصة بالاتصال ومواد المعلومات والتعليم والاتصال المحضرة مسبقاً الإعداد ملخص عن الإعلام والاتصال مع الجمهور العام حول المكافحة والإدارة	☐	
تعبئة الشركاء للمنطقة التي انطلق منها التفشي لإدارة الحالات والاتصال وتدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وإجراء اتصال فوري لمكافحة الكوليرا والتأهب لها لإدارة الحالات في المجتمعات المحيطة	☐	
تحديد سريع للفجوات في الموارد البشرية والشركاء، نقل فريق العمل داخلياً ضمن البلاد للاستجابة المبدئية وطلب تدفق للموارد البشرية أو بدء طلبات لسجلات الطوارئ	☐	
تحرير مخزون الموارد من المستودعات والبدء بطلبات للموارد بحسب تقديرات الاحتياجات	☐	
تحضير مقترح للتمويل للحصول على تمويل لحالات الطوارئ. تحديد مانحين ثنائيين داخل البلاد وعقد اجتماع للمانحين	☐	
إجراءات الاستجابة – التركيز على المجتمع		
زيادة مراقبة نقاط المياه، تعقيم مصادر المياه بالكلور وزيادة المخلفات الكلورية في المناطق المدنية	☐	
تكثيف مراقبة منافذ بيع الأغذية وبدء دورات تدريبية تنشيطية فيما يخص سلامة الأغذية والنظافة الصحية، مع تركيز خاص على الأسواق	☐	
تأسيس وإطلاق طرق الاتصال والتعبئة المجتمعية وقنوات الوصول للمنازل والمجموع المستضعفة، باستخدام مواد معلومات وتعليم واتصال محضر بشكل مسبق	☐	
جلسات تدريبية لقادة المجتمع، القادة الدينيين، مدرسي المدارس... الخ	☐	

يحدد الجدول التالي عدداً من الأنواع المختلفة للإرشادات التوجيهية الخاصة بالكوليرا، وتم اختيارها لأنها تسلط الضوء على عدد من عناصر الأمثلة الجيدة

أمثلة عن الإرشادات التوجيهية الخاصة بالكوليرا مع عناصر من أمثلة جيدة عنها

الأمثلة	محضرة من قبل	توصيف وتعليقات حول عناصر الأمثلة الجيدة
أمثلة عن الإرشادات التوجيهية القطرية للكوليرا		
إرشادات حول مكافحة الكوليرا، كينيا (2001)	قسم الأمراض المعدية والمنتقلة بواسطة الناقلات، وحدة إدارة تفشي الأمراض، وزارة الصحة، كينيا	الإرشادات التوجيهية القطرية للكوليرا مع قسمين أساسيين – الإرشادات السريرية لإدارة الكوليرا (معلومات أساسية عن الكوليرا، إدارة المصابين بالكوليرا، إدارة مركز علاج الكوليرا، وتعليم المرضى وأقربائهم)، ومراقبة الكوليرا ومكافحة التفشي (أهداف مراقبة الكوليرا، إجراء مراقبة الكوليرا، الاستجابة للتفشي وتدخلات الصحة البيئية في مكافحة الكوليرا والسيطرة عليها).
إرشادات زمبابوي لمكافحة الكوليرا، النسخة الثالثة (2009)	وزارة الصحة وصحة الطفل ومنظمة الصحة العالمية	الإرشادات القطرية للكوليرا والتي وضعت خلال وباء كبير للكوليرا حدث في زمبابوي. تغطي معلومات أساسية عن الكوليرا ومكافحة الكوليرا، ومحضرة لحالات تفشي الكوليرا، والاستجابة المبكرة لتهديد تفشي الكوليرا، إدارة المصابين بالكوليرا، منع انتشار التفشي، دور المختبرات والتقارير/المراقبة. ولهذا الموضوع ملحقات عملية مفيدة.
أضف مثالك هنا		
أمثلة عن إرشادات توجيهية تم تطويرها من خلال التعاون بين القطاعات		
الإرشادات التوجيهية للكوليرا (على هيئة ورقة مختصرة)	مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال	مجموعة من الإرشادات التوجيهية بصيغة ورقة تلخيصية بسيطة للاستخدام الميداني السهل. هذه الإرشادات تتضمن: • توصيات المطبخ والطبخ للمدارس ومراكز الأطفال للاستجابة للكوليرا • التأهب للكوليرا والإسهال المائي والاستجابة في المدارس ومراكز الرعاية اليومية والمراكز صديقة الطفل • التأهب للكوليرا والاستجابة لها في المنشآت الصحية ومراكز الاطعام • توصيات أثناء الوفيات ومراسم الدفن وذلك للوفيات التي يسببها الإسهال المائي الحاد أو الكوليرا • إرشادات توجيهية بشأن المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مراكز العلاج • استخدام جهاز اختبار للتجمعات وبرك السباحة • إجراء استبيانات صحية للآبار والحفر المائية
الإرشادات التوجيهية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية فيما يخص الكوليرا، التأهب ومكافحة الكوليرا، مجموعة الأدوات F 2010، مسودة متأخرة	مجموعة عمل حالات الطوارئ ضمن قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، جمهورية تنزانيا الاتحادية (تغطي كلاً من الأرض الاساسية وزانزيبار، وشارك فيها كل من وزارة الصحة ومجموعات مختلفة من المجتمع المدني إضافة لليونيسف)	البناء على أفضل الممارسات من عدد البلدان لدعم تطوير القدرات لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في تنزانيا خلال مكافحة الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. طورت لدعم الإرشادات التوجيهية الحكومية للكوليرا والتي يجب تحديثها، وأيضاً لتستخدم كمصدر لتقوية عناصر المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وقدرة القطاع. تغطي لمحة عن الكوليرا ومكافحتها والتأهب في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، استجابات مجتمعية تركّز على المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية ضمن المراكز الصحية أو مراكز مكافحة الكوليرا خلال تفشي المرض، وإشراف داعم ومتابعة العائلات المتضررة. تتضمن إطار عمل للاتصال وملحقات عملية أخرى. تم تطويره كجزء من مجموعة لأدوات الطوارئ للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. توجد مجموعة أخرى من الأدوات الملائمة للكوليرا وهي مجموعة الأدوات E – والتي تركّز على الاتصال بشان النظافة الصحية خلال حالات الطوارئ

6c تقييم المخاطر والقدرات

(مقتبس من وزارة الصحة وأطباء بلا حدود والمكتب الإقليمي الافريقي لمراقبة الأمراض والاستجابة المتكاملة في أثيوبيا)

1. معلومات عامة

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

تاريخ الزيارة

الموقع:

المحافظة	المنطقة	البلدة	القرية	اسم/أسماء منشآت العلاج

الأشخاص الرئيسيين الذين تمت مقابلتهم (محليين وشركاء)

الاسم	الوظيفة	المنظمة	رقم الهاتف

أعضاء فريق التقييم

الاسم	الوظيفة	المنظمة	رقم الهاتف

المراقبة والإنذار والتحذير المبكر

هل تمتلك المنشأة تعريفاً معيارياً للكوليرا؟ يرجى ذكره هنا	
هل تمتلك الكوليرا دفتراً خاصاً لتسجيل حالات الكوليرا/قوائم المرضى؟ (يرجى إرفاق نسخة أو صورة عنها)	
هل تمتلك المنشأة القدرة على تحليل البيانات المجمعة (أرقام، رسوم خطية)	
هل يوجد نظام لتدوين الحالات بسرعة وذلك للتحقق الفوري خلال 24 ساعة؟ ما هي الصعوبات	
ما هي طرق الاتصال المستخدمة أو المتوافرة للإبلاغ عن الحالات والوفيات؟ (أرقام هواتف أرضية، أرقام هواتف محمولة، راديو، طرق أخرى أو لا يوجد). هل يتم الإبلاغ للمنشأة عن البيانات المعتمدة على المجتمع؟	
ما هو تواتر الإبلاغ عن الحالات للمستوى المركزي، ما هي الصعوبات؟	
هل تمتلك المنشأة القدرة على جمع عينات مخبرية؟ (مجموعات اختبار، وسيلة النقل كاري بلير)؟ • إلى أين ترسل العينات المخبرية؟ • ما هي التحديات؟	

مكافحة العدوى

عدد ونوع المراحيض التي تعمل داخل المنشأة وآليات التخلص الآمن من البراز والقيء، هل المراحيض نظيفة	
هل يملك عمال الصحة الوعي ويملكون إجراءات المكافحة المناسبة لتجنب التلوث (غسيل أيدي، الخ)	
كيف يتم تزويد المنشأة بالمياه، ما هي المسافة التي تفصل مصدر المياه عن المنشأة، ما هي وسائل معالجة المياه وهل هناك أي تخزين للمياه؟	
كم عدد ليترات المياه المتوفرة لكل مريض في المركز؟ كم عدد ليترات مياه الشرب؟ والمياه الخاصة بالاستخدامات الأخرى؟	
هل هناك نظام لتعقيم الثياب وأغطية الأسرّة؟ إذا كان الجواب نعم ما هي المواد المستخدمة	
هل هناك نظام لإدارة النفايات؟ (حفرة، محرقة)	
كيف يتم التخلص من أو معالجة مياه الصرف الصحي؟	
هل تملك المنشأة نظاماً لإدارة الجثث العائدة لمرضى الكوليرا؟ هل يعلم فريق العمل الإجراءات الموافقة؟	

اللوازم

هل هناك كمية ملائمة من اللوازم ضمن المنشأة وأي مخزون من محلول الإماهة الفموية، السوائل الوريدية والأنابيب والإبر، المضادات الحيوية، الزنك، الأسرة الخاصة بالكوليرا، الكلور، الصابون، القفازات، اختبارات التشخيص السريع	
كيف تتم إدارة سلسلة التوريد ومن أين تجلب اللوازم للبرامج الدورية وللحالات الطارئة. ما هي التحديات؟	

جمع الفضلات والتخلص منها

هل تُستخدم المراحيض وهل تُستخدم بالشكل الصحيح؟	
هل توجد المراحيض في موقع يسمح بتجنب تلوث مصادر المياه؟	
هل تستخدم خزانات الصرف الصحي وهل تفرغ محتوياتها؟	
هل تعتبر طرق التخلص من محتويات خزانات الصرف الصحي ملائمة لمنع انتقال الأمراض؟	
هل تستخدم البالوعات؟ أين تذهب مياه الصرف الصحي؟ هل تعالج؟	
في المناطق الخالية من المراحيض أو المراحيض الدافقة، أين يقضي الناس حاجاتهم؟ هل يوجد دليل على التبرز في العراء؟	
هل يوجد دليل على حدوث طفح في المراحيض أو خزانات الصرف الصحي، أو أعطال في أنابيب الصرف الصحي؟	
هل تقع المراحيض وخزانات الصرف الصحي والمجارير قرب نظم المياه؟ يرجى تحديد المسافة بينها .هل تحتوي المراحيض على إنارة جيدة؟ وهل فصلت مراحيض الرجال عن مراحيض النساء؟	

التخلص من الفضلات

هل يوجد خدمة مركزية لجمع النفايات؟ • هل حدثت أي تغيرات أو أعطال	
هل يتم التخلص من الفضلات قريباً من المناطق السكنية؟	

ممارسات تعزيز الصحة والنظافة الصحية المنزلية والمجتمعية

هل توجد شبكة من عمال الصحة على مستوى المجتمع وهل تم تدريبهم على كشف حالات الكوليرا وإدارتها؟	
هل يتم تزويد الأسر بالمعلومات الأساسية بشكل دوري؟ (يرجى ذكر تواتر ذكر ومتى حدث آخر اتصال) بما فيها: • كيف يحمون أنفسهم • ما الذي يجب فعله لدى مرض شخص ما • ما هي محلول الإماهة الفموية وكيف تستخدم • هل تملك الأسر محلول الإماهة الفموية ومن أين يمكن الحصول عليها • متى وكيف يجب غسل اليدين • كيف يمكن التخلص من البراز بشكل آمن • كيف يجب إدارة التجمعات والجنازات	
هل تم تحديد مواد التعليم والمعلومات والاتصال وقنوات الاتصال (راديو، مدارس، تلفاز، مراكز دينية، أوراق)	

5. عوامل الخطر الأساسية (بما فيها مستوى القدرات)

ضمن مواقع التقييم مع كافة الشركاء ضمن فريق العمل، تحديد عوامل الخطر الأساسية (على سبيل المثال الكثافة السكانية المرتفعة، خطر الفيضانات، الفورات الموسمية المعلقة بالانتظار، الأعطال المحتملة بنظم المياه والصرف الصحي، التنبؤات بخصوص التحركات السكانية، يرجى مراجعة القسم 2.3.3 بخصوص عوامل الخطر) ووضع تقديرات لأعداد السكان في المناطق المعرضة للخطر والحالات المتوقعة في حال حدوث تفشي في الموقع

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

الإجراءات الواجب اتخاذها

على المدى القصير وبشكل عاجل

على المدى المتوسط والطويل

الجزء ب – دراسة جدوى مركز علاج الكوليرا

يمكن استخدام نموذج الاستبيان هذا لتقييم جدوى المنشأة الصحية كي تتحول لمركز علاج الكوليرا خلال حالة التفشي (يرجى مراجعة الملحق **8E** للمواصفات التفصيلية)

- ما هي التجمعات السكانية التابعة للمنشأة الصحية؟
- هل هناك منشآت رعاية أخرى أولية أو ثانوية والتي توفر الرعاية الخاصة بالكوليرا/الإسهال المائي الحاد والتي تخدم أيضاً تلك التجمعات السكانية؟
- أين يجب إقامة وإعداد مركز علاج الكوليرا ضمن الأراضي الخاصة بالمشفى؟ لماذا يعتبر هذا الموقع الأكثر ملاءمة؟
- كم هي مساحة الأرض (الأبعاد بالقدم أو المتر)؟

إذهب إلى جدول المحتويات

أ. محتويات خطة التأهب والاستجابة

يحدد الجدولان التاليان العناصر الأساسية ضمن خطط التأهب والاستجابة

الأقسام التي يجب تضمينها بحسب نوع الخطة

نوع الخطة	الأقسام التي يجب تضمينها في الخطة
خطة التأهب (بخلاف خطة الطوارئ)	1-3 و 5-14
خطة الطوارئ (كنوع خاص من خطة التأهب)	1-14
خطة الاستجابة	1-3 و 6-14

	القسم	الأقسام الفرعية
1	تحديد المشكلة (موجز)	لمحة تعريفية عن الكوليرا – ما هي، الأعراض، التأثيرات بيانات وبائية خاصة بالسياق من سنوات سابقة – حالات، وفيات، بحسب الفصل، السنة والموقع
2	معلومات سياقية	• البيانات الجغرافية • البيانات الديمغرافية • العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية – خاصة تلك التي تؤثر على المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والسلوكيات التي تسعى للحفاظ على الصحة • تحديد المناطق الأكثر عرضة للكوليرا بحسب حوادث التفشي السابقة • القيود والدروس المقتبس من حوادث التفشي السابقة • تحديد المخاطر (حالات تفشي مرض الكوليرا) وعوامل الخطر الرئيسية
3	الأهداف الاستراتيجية والنتائج	• تأسيس إطار عمل متماسك لإجراءات التأهب والتي يمكن أن تساهم بها كافة الأطراف • توفير لمحة عامة عن توفر الشركاء المحددين مع خبرتهم ومهاراتهم بمجال الكوليرا • توفير المعلومات التي يمكن في ضوئها تعبئة الموارد • توفير إطار عمل لمراقبة وتقييم الاستجابة والتعلم منها • الإجابة عن الأسئلة: – ما هي الأهداف الاستراتيجية للخطة؟ – ما هي النتائج المتوقعة للخطة؟
4	وضع السيناريوهات (لخطة الطوارئ فقط)	• تحديد السيناريوهات المحددة التي ستستجيب لها الخطة • تحديد الآثار المحتملة لهذه السيناريوهات • استخدام الأقسام أدناه لتحديد إجراءات التأهب الرئيسية والاستجابات اللازمة لكل سيناريو
5	استراتيجيات وإجراءات التأهب	*تحديد استراتيجيات وإجراءات التأهب لتغطية كافة المجالات المحددة أدناه* *ضمان الاستجابة للاعتبارات الشاملة بشكل فعال مثل الحماية والنوع ودرجة الضعف والبيئة*
	إطار العمل المؤسسي والتنسيق	• توضيح بنية التنسيق فيما يخص التأهب والاستجابة للكوليرا على المستوى الوطني ودون الوطني (الإقليم، المنطقة، المجتمع) ومن سيكون مشاركاً في كل مستوى • تحديد المسؤوليات المؤسسية للتنسيق وتنفيذ العناصر المختلفة من الخطة • تحديد آليات التنسيق والاتصال عبر الحدود (عندما يكون ذلك ملائماً)
	السياسات والاستراتيجيات والإرشادات التوجيهية والمعايير وإجراءات التشغيل المعيارية	• تحديد السياسات والاستراتيجيات الوطنية والتي يجب دمج الكوليرا ضمنها • تحديد إجراء إعادة الزيارة، تطوير أو تحديث الإجراءات التوجيهية الوطنية للكوليرا • تطوير الإجراءات التشغيلية المعيارية لاستراتيجيات وإجراءات محددة

إذهب إلى جدول المحتويات

	القسم	الأقسام الفرعية
	إنتاج الخدمة المطلوبة: التدخلات التي تركّز على المجتمع	• تعبئة الإجراءات المجتمعية – العائلات والمجتمعات والمراكز (مدارس، مراكز دينية، سجون، أماكن عمل، الخ) • استخدام محلول الإماهة الفموية والإرضاع الطبيعي وتشجيع سلوكيات طلب الرعاية الصحية • تحسين الوصول لكميات ونوعيات ملائمة من موارد المياه النظيفة • تحسين سلامة الغذاء والنظافة الصحية • تحسين الوصول واستخدام التخلص من الفضلات • تحسين ممارسات غسيل الأيدي • تعقيم القيء والبراز في المنازل • تعزيز الرعاية الآمنة للجثث • توفير الإمدادات / المواد غير الغذائية • نظافة صحية بيئية جيدة في الأسواق والاماكن العامة الأخرى
	في حال لم تكن خطة التأهب محضرة من قبل، يمكن عندها أيضا إضافة التالي لخطة الاستجابة (يرجى استخدام الخطوط العريضة لخطة التأهب أعلاه للحصول على المزيد من التفاصيل والروابط)	• مسؤوليات تنسيقية ومؤسسية • تطوير الإرشادات التوجيهية والمعايير وإجراءات التشغيل المعيارية • إجراءات التأهب ضمن المجتمع • إجراءات المراقبة والإنذار المبكر • الموارد البشرية – موارد فريق العمل، التدريب • اللوازم – المخزون المطلوب • مطابقة الموارد • إدارة المعلومات
7	*المراقبة وإعداد التقارير*	• ما الذي يحتاج للمراقبة • تحديد المؤشرات • من سيراقب • من سيعد التقارير ولمن ستسلم • تحديد الجدول المقترح للمراقبة والتقييم
8	إجراءات التنفيذ العملي والمراقبة ومراجعة الخطة	• إجراء الموافقة وتفعيل الخطة • تلخيص المسؤوليات لكل مؤسسة أو وكالة وذلك لتنفيذ عناصر خطة التأهب والاستجابة للكوليرا • تحديد جدول المراقبة والتقييم للخطة والمسؤوليات • إجراءات الاتصال للتعميم الرسمي للخطة من خلال البنى الحكومية، وكيف ستوضع التوجيهات الخاصة بالتنفيذ
9	ملخص تقديرات الكلفة لتطبيق كل عنصر من الخطة	يجب أن يتضمن ذلك تكاليف: المواد، التجهيزات، الأمور اللوجستية، تكاليف الموارد البشرية (بدل العمل في الميدان، الخ)

i يعتمد مخطط هذه الخطة على مجموعة أدوات اليونيسف الخاصة بالكوليرا، واستخدم عناصر من زمبابوي (وزارة الصحة وصحة الطفل ومنظمة الصحة العالمية 2009، الإرشادات التوجيهية لمكافحة الكوليرا في زمبابوي، النسخة الثالثة)، التوصيات المشتركة من منظمة الصحة العالمية واليونيسف (لا يوجد تاريخ) للتأهب لوباء الكوليرا (مرتبطة بغرب ووسط أفريقيا)، ووزارة الصحة العامة والصرف الصحي، الحكومة الجمهورية في كينيا (2011، مسودة)، خطة مكافحة والسيطرة على الكوليرا متعددة القطاعات، 2012-2011 إضافة إلى مصفوفة مجالات التركيز المرتبطة بالمناطق.

الهدف: تقليل الانتشار والحد من الوفيات بسبب الكوليرا من خلال نهج متكامل

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

التنسيق، إطار العمل المؤسسي، إدارة المعلومات

الهدف: تحسين القيادة والتنسيق فيما يخص التأهب والاستجابة للكوليرا، ضمان التركيز على الحد من مخاطر الكوليرا، وتضمين كافة القطاعات والمستويات وأصحاب المصالح/الشركاء ذوي الصلة.

النتائج المتوقعة: وضع آليات تنسيق فعالة وتوفير إرشادات توجيهية لكافة القطاعات وأصحاب المصالح/الشركاء بخصوص المنهجيات والإجراءات المشتركة للتأهب والاستجابة للكوليرا، ضمان تغطية كافة الفجوات ونقاط الضعف من دون حدوث تكرار.

النتائج	المؤشرات المقترحة	الإجراءات المقترحة	المراجع (ضمن مجموعة الأدوات)
تأسيس وتشغيل إطار عمل تنسيق متعدد القطاعات للتأهب والاستعداد للكوليرا (بما فيها القوى ومجموعات العمل الفنية، بنى التنسيق الوطنية الفرعية)	• اختصاصات مجموعات العمل للكوليرا مع تحديد اتفاقيات التنسيق والبنى التي تتضمن مجموعات العمل التقنية والفرعية ومنصات عمل التنسيق على المستوى دون الوطني مع وظائف وأدوار ومسؤوليات واضحة • العدد والنسب المئوية للاجتماعات[1] التي تقعدها مجموعات العمل الوطنية متعددة القطاعات ضمن كل فترة زمنية محددة (يومياً أو أسبوعياً خلال فترة التفشي، كل ربع ساعة بين فترات التفشي • أعداد والنسب المئوية للاجتماعات التي تقعدها مجموعات العمل على المستوى دون الوطني (يومياً أو أسبوعياً خلال فترة التفشي، كل ربع ساعة بين فترات التفشي • العدد والنسب المئوية لاجتماعات التنسيق التي تقعد عبر الحدود (يومياً أو أسبوعياً خلال فترة التفشي، كل ربع ساعة بين فترات التفشي • وثيقة لمصفوفة من يقوم بماذا ومتى	• تأسيس فريق عمل للكوليرا (أو آلية تنسيق كلية مشابهة) على المستوى الوطني، دمج كافة القطاعات وأصحاب المصالح ذوي الصلة • دعم وظائف التنسيق والاجتماعات الدورية (لتحليل البيانات الوبائية، إجراء تقييمات للمخاطر، التخطيط للتأهب والاستجابة، إعداد التقارير، إدارة المعلومات، تعريف الإجراءات الفنية، تحليل فجوات الموارد والتعبئة...الخ) • تحديد وعريف مجموعات العمل الفنية (الفرعية) (أي المراقبة، إدارة الحالات، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، تعبئة المجتمع) كإجراء ضروري للتنسيق لإجراءات التأهب والاستجابة للكوليرا • تحديد وتعريف بنى التنسيق والقيادات على المستوى دون الوطني، وتعزيز مشاركتها في الإجراءات الوطنية. • تهيئة آليات تنسيق عبر الحدود بين وزارة الصحة و/أو الهيئات المسؤولة/أصحاب المصالح على المستوى المحلي • تطوير وثيقة من يقوم بماذا ومتى وأين وتحديثها بشكل دوري	الفصل 5 الملحق 5A
تطوير خطط تأهب واستجابة مع كافة القطاعات وأصحاب المصالح الرئيسيين	• وثيقة خطة التأهب • وثيقة خطة الاستجابة • قائمة مرجعية للتأهب والاستجابة يتم ملؤها من قبل المسؤولين الأساسيين • العدد والنسب المئوية للمناطق/المحافظات المعرضة للخطر والتي تمتلك خطة تأهب واستجابة • عدد تجارب المحاكاة التي أجريت على خطة التأهب والاستجابة	• إجراء ورشة عمل وطنية مع كافة القطاعات واصحاب المصالح الرئيسيين لمراجعة الحالة الوبائية وتقييم المخاطر وإنتاج خطة تأهب واستجابة مع طيف واسع من المدخلات • إنتاج خطة تأهب مع كافة القطاعات الرئيسية ومستويات تسليم الخدمة • إنتاج خطة استجابة مع كافة القطاعات الرئيسية ومستويات تسليم الخدمة • إجراء تمارين محاكاة لاختبار الخطط على المستوى الوطني ودون الوطني	الفصل 6 الملحق 6A و 6D
القطاعات واللاعبين المرتبطين بالكوليرا يحصلون على إرشادات توجيهية من مجموعات عمل الكوليرا/مجموعات العمل الفنية (الفرعية)	• العدد والنسب المئوية للمنشآت الصحية أو فريق عمل إرشادي يمتلك إجراءات فنية وإرشادات توجيهية متوافرة له • العدد والنسب المئوية للشركاء المشاركين في مكافحة الكوليرا والذين يمتلكون إجراءات فنية وإرشادات توجيهية يستخدمونها ضمن إجراءات المكافحة	• تحديد والتوافق على الإجراءات الفنية، الإجراءات التشغيلية المعيارية، وأي إرشادات توجيهية فنية أخرى ضمن كافة القطاعات والمستويات ذات الصلة • توزيع الإرشادات التوجيهية والإجراءات والأدوات الأساسية على كافة الشركاء ومزودي الخدمات المباشرة بمن فيهم عمال الصحة ضمن المجتمع	الفصل 6 الملحق 6B

المراقبة والإنذار المبكر ومراقبة اتجاهات الأمراض

الهدف: تحسين الكشف المبكر والمراقبة المتسقة لاتجاهات الأمراض

النتائج المتوقعة: الكشف المبكر عن الكوليرا والمراقبة بشكل دوري للإبلاغ عن الإجراءات وتعديل البرامج وفقاً لذلك

النتائج	المؤشرات المقترحة	الإجراءات المقترحة	المراجع (ضمن مجموعة الأدوات)
تهيئة الإنذار المبكر، شبكة الإنذار والاستجابة (الإنذار المبكر) في المناطق المتضررة وتلك المعرضة لخطر كبير بما فيها المناطق عبر الحدود	• العدد والنسب المئوية للإنذارات المتحقق منها خلال الساعات الـ 24 الأولى • العدد والنسب المئوية للإنذارات التي استجاب لها الشركاء خلال 48 ساعة	• تهيئة نظام إنذار مبكر باستخدام تعريف الحالات المعياري مع روابط مباشرة للاستجابة من قطاعات الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (يومياً أو أسبوعياً)، بما فيه التحقق من الشائعات • تدريب الفريق الصحي وفرق الاستجابة السريعة على كل المستويات بما فيها المستوى المجتمعي على نظام الإنذار المبكر • توفير الموارد واللوازم لإدارة نظام الإنذار المبكر • تطبيق التحقيق الميداني السريع والاستجابة للحالات المبلغ عنها أو الإنذارات	الفصل 3 الملحق 3A, 3E, 3D
مراقبة معتمدة على الحالة للكوليرا فعالة في المناطق المتضررة وتلك المعرضة لخطر كبير للإصابة بالكوليرا	• العدد والنسب المئوية للمنشآت الصحية التي تلتزم بالمواعيد النهائية للتقارير (الهدف 85%) • العدد والنسب المئوية للمختبرات التي ليس لديها مخزون من المواد الكاشفة • العدد والنسب المئوية للتحاليل الوبائية الأسبوعية (اليومية) المكتملة • العدد والنسب المئوية للتقارير التلخيصية الشهرية	• تهيئة أو تقوية نظام مراقبة يعتمد على الحالات في كافة المنشآت الصحية، مراكز/وحدات مكافحة الكوليرا والمجتمعات في المناطق المتضررة أو في مناطق الخطر وتوفير تعريف معياري للحالات • تدريب الفريق الصحي لاستخدام تعريف موحد للحالات وذلك للإبلاغ عن كافة الحالات المشتبه بها، وكيفية التسجيل باستخدام قوائم المرضى تتوافق مع تعريف الحالات • جمع عينات البراز من 10-20 حالة مشتبه بها وذلك لغرض التأكد المخبري في بداية التفشي، والتحقق الدوري وتحديد نهاية التفشي • تحسين قدرات المخبر عند اللزوم من خلال التدريب وتوفير الموارد اللازمة والتحقق الدوري من الجودة • مطابقة لحالات التحديد المناطق التي تتركّز ضمنها وذلك لاستهداف أفضل للمناطق من قبل إجراءات مكافحة الكوليرا • تحليل ونشر بيانات مراقبة أسبوعية (يومية) • تحليل ونشر تقارير تلخيصية شهرية • تحليل البيانات لتحديد وفهم طرق انتقال المرض والاتجاهات الوبائية	الفصل 3 الملحق 3C, 3F, 3G، 3H, 3I

إذهب إلى جدول المحتويات

النتائج	المؤشرات المقترحة	الإجراءات المقترحة	المراجع (ضمن مجموعة الأدوات)
يغسل الناس أيديهم بالمياه والصابون (أو الرماد) في الأوقات الحساسة	• نسبة مئوية من الأشخاص الذين يغسلون أيديهم بالصابون (أو الرماد) في الاوقات الحساسة[3] • نسبة مئوية من المنازل التي يتوافر فيها الصابون (أو الرماد) بشكل خاص لغسل اليدين • نسبة مئوية من منشآت الصرف الصحي العامة التي تتوافر فيها محطات لغسل اليدين بالصابون (أو الرماد)	• تنفيذ إجراءات الاتصال والتعبئة المجتمعية لتعزيز ممارسات غسل اليدين بالصابون أو الرماد (خلال الانتشار الوبائي للكوليرا، لا ينصح باستخدام الرمل بسبب خطر تلوثه) • توفير محطات لغسل اليدين وصيانتها (وضمان توفر الصابون بشكل دائم) كمكمل لمرافق الصرف الصحي الجماعية/العامة (في الأسواق والمدارس والمؤسسات الأخرى) وقرب مناطق تحضير وتقديم وتناول الطعام • توزيع الصابون على مستوى المنازل (استهداف المجموعات المستضعفة، مثل عوائل مرضى الكوليرا على مستوى مركز علاج الكوليرا) وذلك كجزء من مجموعة العناصر غير الغذائية	الفصل 7
يتم الالتزام بالنظافة الصحية البيئية في الأسواق والاماكن العامة الأخرى	• نسبة مئوية من المواقع الجماعية/العامة والتي تستخدم للتخلص من الفضلات الصلبة • يتم احتواء المخاطر الصحية الناجمة عن الفضلات الصلبة، خاصة عند تلوثها مع فضلات الإنسان	• عدم إجراءات إدارة الفضلات الصلبة وجمعها والتخلص منها، مع اهتمام خاص بالأسواق والأماكن العامة الاخرى • تأسيس نظام لإدارة الفضلات الصلبة والتخلص منها، مع تركيز خاص على إدارة البراز والتخلص منه في أكياس بلاستيكية (المراحيض الطائرة)، وجمعه كجزء من النظام الاعتيادي • تنفيذ إجراءات الاتصال والتعبئة المجتمعية لتعزيز التخلص السليم من الفضلات الصلبة وإدارتها على مستوى المجتمع	الفصل 9, 7
تتخذ الاحتياطات لمنع انتقال الكوليرا أثناء التجمعات، مع تركيز خاص على الجنازات وعند التعامل مع الجثث	• نسبة مئوية من التجمعات[4] حيث يروج لممارسات الطعام الآمن والنظافة الصحية الشخصية ويسهل لها	• تدريب قادة المجتمع والقادة الدينيين على كيفية المحافظة على الناس بشكل آمن خلال التجمعات (ممارسات الأطعمة الآمنة والنظافة الصحية الشخصية، مع تركيز خاص على التعامل الآمن مع الجثث • توفير/تسهيل المعلومات ووسائل معالجة المياه للشرب ومحطات غسل اليدين والتعامل مع الجثث وتعقيمها • تنفيذ إجراءات الاتصال والتعبئة المجتمعية لتعزيز الإجراءات السليمة للنظافة الصحية أثناء التجمعات • (مع تركيز خاص على الجنازات) تحديد الممارسات الخطرة المؤدية لانتقال الكوليرا ضمن التجمعات وأي ممارسات اجتماعية أخرى واستخدامها لتخصيص إجراءات الاتصال/التعبئة المجتمعية	الفصل 9
(بشكل خاص في المناطق ذات الخطورة المرتفعة) يحدد الأشخاص مخاطر الكوليرا (وطرق انتقالها) ويعلمون كيف يكافحونها	• نسبة مئوية من الأشخاص الذين يعرفون طرق انتقال الكوليرا ويشيرون لإجراءات مكافحتها خلال مقابلات منزلية/مجموعات نقاش مركز وملاحظات • نسبة مئوية من محركي المجتمعات المدربين لكل 1000 شخص مصاب	• تحديد السلوكيات الشخصية والمجتمعية المرتبطة بالكوليرا (كلاً منهما يمكن أن يزيد خطر الانتقال أو يوفر عامل حماية) واستخدامها لتطوير مواد معلومات وتعليم واتصال (مطبوعة، مرئية سمعية، الخ) • تدريب محركي المجتمع على تقنيات الاتصال واستخدام مواد المعلومات والتعليم والاتصال. يجب أن يتضمن التدريب معلومات حول تحديد الحالات والمرجعيات • نشر الرسائل الخاصة بمكافحة الكوليرا والاستجابة لها من خلال قنوات اتصال مختلفة (الإعلام الجماهيري، الاتصال الشخصي، من خلال المدارس، الخ) (لكل قناة اتصال ونوع رسالة ميزات وسيئات. يجب تطوير مزيج متكامل من كل منها واستخدامه) • (ملاحظة: يجب ربط ذلك مع كافة أنواع الإجراءات الاخرى الخاصة بالتدريب والاتصال والتعبئة المجتمعية المشار إليها مسبقا ويجب أن تكون جزءاً من نفس استراتيجية الاتصال)	الفصل 9, 7
تقليل انتقال الكوليرا من مراكز/وحدات علاج الكوليرا ومراكز معالجة أخرى للكوليرا وذلك من خلال إجراءات ملائمة للتحكم بانتقال المرض	• نسبة مئوية من الأشخاص الذين يعرفون طرق انتقال الكوليرا ويشيرون لإجراءات مكافحتها خلال مقابلات منزلية/مجموعات نقاش مركز وملاحظات • نسبة مئوية من محركي المجتمعات المدربين لكل 1000 شخص مصاب	• تحديد السلوكيات الشخصية والمجتمعية المرتبطة بالكوليرا (كلاً منهما يمكن أن يزيد خطر الانتقال أو يوفر عامل حماية) واستخدامها لتطوير مواد معلومات وتعليم واتصال (مطبوعة، مرئية سمعية، الخ) • تدريب محركي المجتمع على تقنيات الاتصال واستخدام مواد المعلومات والتعليم والاتصال. يجب أن يتضمن التدريب معلومات حول تحديد الحالات والمرجعيات • نشر الرسائل الخاصة بمكافحة الكوليرا والاستجابة لها من خلال قنوات اتصال مختلفة (الإعلام الجماهيري، الاتصال الشخصي، من خلال المدارس، الخ) (لكل قناة اتصال ونوع رسالة ميزات وسيئات. يجب تطوير مزيج متكامل من كل منها واستخدامه) • (ملاحظة: يجب ربط ذلك مع كافة أنواع الإجراءات الاخرى الخاصة بالتدريب والاتصال والتعبئة المجتمعية المشار إليها مسبقا ويجب أن تكون جزءاً من نفس استراتيجية الاتصال)	الفصل 9, 7

النتائج	المؤشرات المقترحة	الإجراءات المقترحة	المراجع (ضمن مجموعة الأدوات)
تلقيح التجمعات السكانية المعرضة للخطر بشكل فعال ضد الكوليرا	• النسبة المئوية لتغطية التجمعات السكانية المستهدفة مع جرعتين من لقاح الكوليرا الفموي	• إجراء تقييم للمخاطر لمعرفة المناطق والتجمعات السكانية المعرضة للخطر والمستهدفة بالتلقيح • تحضير استراتيجية لاستخدام لقاحات الكوليرا الفموية للتجمعات السكانية المستهدفة مع كافة أصحاب المصالح • شراء لقاحات الكوليرا الفموية من قسم التوريد في اليونيسف • إجراء حملة اتصال خاصة بلقاحات الكوليرا الفموية مع رسائل هامة أخرى مثل الصحة، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والصرف الصحي • تطوير وتنفيذ حملة تلقيح • تقييم وتوثيق نتائج الحملة بما فيها التغطية والقبول والأثر	الفصل 4، الملحق 4A

1. سيعتمد المقام في الحساب على الإطار الزمني، إذا كان أسبوعياً، أو يومياً، أو خلال عدد معين من الأشهر.
2. يعرض الجدول المؤشرات المقترحة لمراقبة الإنجازات الخاصة بالنتائج المشار إليها. تهدف قائمة الإجراءات لأن تكون شاملة قدر الإمكان ويجب أن يتم اختيارها اعتماداً على السياق المحدد الذي تطبق ضمنه.
3. الأوقات الحساسة: قبل معالجة وتحضير الطعام، الاكل أو التغذية؛ بعد التغوط أو تنظيف الأطفال أو الاهتمام بشخص مصاب بالكوليرا؛ بعد ملامسة الجثث أثناء الجنازات.
4. يتضمن ذلك الأعراس والحفلات والجنازات والتجمعات الدينية والرياضية والسياسية وأي تجمع آخر للأشخاص والذي قد تباع/توزع الأطعمة ضمنه حيث تتواجد ممارسات نظافة صحية "خطيرة" أخرى خلاله (خاصة خلال الجنازات) مما قد يشكل خطراً خاصاً بانتقال الكوليرا.
5. يعرض الجدول المؤشرات المقترحة لمراقبة الإنجازات الخاصة بالنتائج المشار إليها. تهدف قائمة الإجراءات لأن تكون شاملة قدر الإمكان ويجب أن يتم اختيارها اعتماداً على السياق المحدد الذي تطبق ضمنه.
6. قد تكون هذه حلولاً سكرية/ملحية، محلول الإماهة الفموية تعتمد على الارز من ضمن أنواع أخرى، ويجب أن توافق السلطات الصحية على استخدامها وأن تؤيد ذلك.
7. يجب أن تتضمن الرسائل الرئيسية أن العلاج المعتمد على الأسر هو عبارة عن معيار فوري فقط، ويجب أن تتبعه عناية من فريق صحي مدرب.

إذهب إلى جدول المحتويات

يوفر الجدول التالي لمحة عامة عن المهارات الأساسية والتدريب المطلوب للأشخاص العاملين على مكافحة تفشي الكوليرا، والتأهب والاستجابة له.

المهارات الأساسية والتدريب المطلوب للأشخاص العاملين في مجال الكوليرا

فريق العمل	المهارات الأساسية	المواضيع الأساسية المطلوبة خلال التدريب	الموارد المتاحة
الفريق المرتبط بالشؤون الصحية			
الطبيب	• خبرة سريرية • إدارة المرضى، خاصة مع مراقبة السوائل الوريدية ومحلول الإماهة الفموية • التنسيق والقيادة • بناء الفريق • مهارات الاتصال	معرفة عميقة بالكوليرا، خاصة ما يخص إدارة الحالات	إرشادات توجيهية مختلفة من منظمة الصحة العالمية، مراكز مكافحة الأمراض، المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال بنغلاديش، أطباء بلا حدود، والعديد من النصوص الطبية
الممرض	• خبرة سريرية • تحديد مستوى ومراقبة خطوط السوائل الوريدية • الاتصال مع المريض والعائلة • يملك روح العمل الجماعي	• معرفة بالكوليرا • مراقبة رعاية المريض	يرجى مراجعة الموارد أعلاه
عالم الأوبئة	• التحقق من التفشي • جمع وتحليل البيانات • صياغة توصيات الصحة العامة • القيادة والتنسيق • عرض المعلومات	معرفة عميقة بالكوليرا: الأسباب، طرق الانتقال، تدخلات المكافحة	يرجى مراجعة الموارد أعلاه
الفريق المرتبط بالمياه والصرف الصحي والصحة البيئية			
مهندسو المياه والصرف والصحة العامة	• التسهيل والتنسيق • تطوير استراتيجيات وخطط الاتصال • مهارات المراقبة وبناء القدرات • المراقبة	• مبادئ الكوليرا الأساسية • إجراءات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والصحة المرتبطة بالتأهب والاستجابة للكوليرا • استجابات مرتبطة بالسياق	• تدريب الكوليرا الخاص بقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية • تدريب الكوليرا الخاص بقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية من منظمة أوكسفام في المملكة المتحدة وشرق وجنوب أفريقيا
مسؤولو الصحة البيئية	• مهارات الاستماع والملاحظة والتفاوض • التسهيل كيفية القيام بـ: • – التعقيم الجماعي بالكلور • – قياس مستوى بقايا الكلور • – استبيانات متعلقة بالصرف الصحي • – معالجة فعالة للمياه المنزلية وتخزينها بشكل آمن	• مبادئ الكوليرا الأساسية • أولويات التأهب والاستجابة للكوليرا • مهارات الاتصال • تقييم العوائق التي تحول دون التغيير • إجراءات عملية لدعم غسل اليدين أو معالجة المياه المنزلية وتخزينها بشكل آمن • كيفية العمل مع الأسواق ومزودي الأطعمة • نظم إدارة للمراحيض العامة • إرشادات توجيهية للجنازات	• مساق تدريبي على خمسة مواضيع رئيسية – معدل • تدريب الكوليرا الخاص بقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

إذهب إلى جدول المحتويات

فريق العمل	المهارات الأساسية	المواضيع الأساسية المطلوبة خلال التدريب	الموارد المتاحة
المدرسون الأساسيون والمدرسون	• تعبئة فريق العمل ضمن المدارس وأعضاء المجتمع • دعم تعليم الأطفال والإجراءات المرتبطة به • حل النزاعات/ تقليل الوصم الخاص بمرضى الكوليرا	• مبادئ الكوليرا الأساسية • أولويات التأهب والاستجابة للكوليرا • إجراءات عملية لدعم غسل اليدين أو معالجة المياه المنزلية وتخزينها بشكل آمن • استخدام محلول الإماهة الفموية وطلب العلاج بشكل مبكر • إرشادات توجيهية خاصة بالجنازات • الصرف الصحي ضمن المدارس	• المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لأطفال المدارس في حالات الطوارئ
حراس السجن	• إجراءات التعبئة بين السجناء • حل النزاعات/ تقليل الوصم الخاص بمرضى الكوليرا	• مبادئ الكوليرا الأساسية • أولويات التأهب والاستجابة للكوليرا • إنشاء محطات لغسل اليدين • استخدام محلول الإماهة الفموية وطلب العلاج بشكل مبكر • إرشادات توجيهية خاصة بالجنازات	• قادة المجتمع في أثيوبيا/تدريب للعاملين الميدانيين الرئيسيين • مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها – تدريب للعاملين في مجال الصحة ضمن المجتمع (معدل) (الانكليزية – الفرنسية – الكريولية) • مكافحة الأمراض للمتطوعين من الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، دليل تدريبي
فريق العمل ضمن المنشآت الصحية (مركز/وحدة معالجة الكوليرا)			
منسق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والأمور اللوجستية	• المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية • الأمور اللوجستية • الاتصال • إدارة الفريق • المراقبة	• مبادئ الكوليرا الأساسية • أولويات التأهب والاستجابة للكوليرا • مكافحة العدوى ولوازم المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مركز/وحدة معالجة الكوليرا	الإرشادات التوجيهية (2004) من منظمة أطباء بلا حدود بخصوص الكوليرا (وتتضمن معلومات إضافية حول التوصيفات الوظيفية، الصفحات 115-126) برنامج التدريب على تفشي الكوليرا وداء الشيغلات، بطاقات الجيب المذكرة الموجزة من الصومال حول المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مراكز علاج الكوليرا الأدوات المستخدمة في أثيوبيا للتحكم بالعدوى والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مراكز علاج الكوليرا مع مجموعة من الصور مقطع فيديو عن عناصر المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لمركز علاج الكوليرا في هايتي – منظمة فيوستر/ميدير الدليل التدريبي للكوليرا في هايتي: مساق كامل لمزودي الرعاية الصحية (باللغتين الانكليزية والفرنسية)، وزارة الصحة في هايتي ومركز السيطرة على الأمراض
مصنّع الكلور	• القراءة والكتابة والحساب • الموثوقية	• مبادئ الكوليرا الأساسية • مكافحة العدوى ولوازم المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مركز/وحدة معالجة الكوليرا • مزيج الكلور المطلوب لمركز/وحدة معالجة الكوليرا	
المنظف/عامل الغسيل	• مهارات تنظيف عملية • القدرة على اتباع التعليمات • الموثوقية	• مبادئ الكوليرا الأساسية • مكافحة العدوى ولوازم المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مركز/وحدة معالجة الكوليرا • إجراءات التنظيف والغسيل	
الحارس	• القدرة على اتباع التعليمات • الموثوقية	• مبادئ الكوليرا الأساسية • مكافحة العدوى ولوازم المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مركز/وحدة معالجة الكوليرا • التحكم بحركة الأشخاص في مركز/وحدة معالجة الكوليرا • أهمية غسل اليدين وتعقيم القدمين في مركز/وحدة معالجة الكوليرا	
الطباخ	• مهارات طبخ • ممارسات جيدة فيما يخص النظافة الصحية للطعام والمياه • القدرة على اتباع التعليمات • الموثوقية	– مبادئ الكوليرا الأساسية – مكافحة العدوى ولوازم المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مركز/وحدة معالجة الكوليرا – النظافة الصحية للأغذية والمياه في مركز/وحدة معالجة الكوليرا	

أ. طرق بناء القدرات الملائمة للكوليرا

يحدد الجدول التالي خيارات بناء القدرات للشركاء وأعضاء المجتمع فيما يخص مكافحة الكوليرا والتأهب والاستجابة لها.

أطرق بناء القدرات الملائمة للكوليرا

الطريقة	توصيف ومواءمة الطريقة مع الكوليرا	معلومات إضافية
التدريب	بشكل اعتيادي يجب التخطيط للتدريب كمقياس للتأهب لكنه سيلزم أيضاً خلال الاستجابة. ويجب أن تأخذ الجلسات التدريبية بعين الاعتبار التوصيفات الوظيفية ويجب أن تعتمد على المهارات العملية المطلوبة للوظيفة. قد يلزم أيضاً التدريب الإنعاشي لتحفيز العاملين. على سبيل المثال، قد تضعف الروح المعنوية لدى العاملين في مجال التوعية في المجتمع في حال عدم حصولهم على الكثير من الدعم في الماضي، وقد يحتاجون لإعادة توجيههم للتركيز على الإجراءات الرئيسية الهامة في معالجة الكوليرا. يتعلم البالغون بشكل أفضل عندما يتمكنون من التأمل في الموضوع ومناقشته، ولذلك يجب أن يكون التدريب تفاعلياً قدر الإمكان ويجب أن يستفيد من تدريبات حل المشاكل. يجب دمج مكافحة الكوليرا والتأهب والاستجابة ضمن مساقات التدريب المهني للصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتغذية وقطاعات أخرى ضمن العمل الإنساني والتنمية.	الملحق **6F** – بخصوص الاحتياجات المحتملة للتدريب لأصحاب المصالح المختلفين (يرجى أيضاً مراجعة الجدول أدناه لأمثلة عن مساقات ومواد التدريب)
تأسيس فرق استجابة سريعة عبر القطاعات	يمكن تطوير مذكرة تفاهم بين المنظمات القطاعية لتأسيس فرق استجابة سريعة أو للتوافق على الإجراءات المشتركة للتأهب والاستجابة للكوليرا. وهي توضّح الاستراتيجيات الشائعة لاتباعها كما تنشئ إجراءات محددة بشكل مسبق. ولا تحتوي عادة نقلاً رسمياً للمصادر أو التمويل (رغم أن بعض أطراف مذكرة التفاهم يمكن أن تتعهد بالمساهمة بتمويل إجراءات مشتركة)، وهي غير ملزمة بشكل قانوني كما هو الحال في العقد الرسمي.	القسم 10.1 – عن الموارد البشرية مسودة مذكرة تفاهم لفريق موارد وطني لحالات الطوارئ للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية
التوجيه/التدريب الانتداب تعلم المهنة من شخص آخر دعم الأقران المراقبة الداعمة	تتضمن جميع هذه الطرق التعلم من الآخرين ضمن بيئة عمل. وبالعلاقة مع الكوليرا تكون هذه الطرق مفيدة أكثر أثناء تفشي الكوليرا، ويمكن أن تكون مفيدة بشكل خاص للفترات الأولى بعد مجيء أعضاء جدد لفريق العمل ليس لديهم خبرة سابقة أو يملكون خبرة محدودة بخصوص الكوليرا. **التوجيه/التدريب** – يتضمن أعضاء فريق عمل رئيسيين أكثر يوفرون نصائح وإرشادات تحفيزية للأعضاء الأكثر حداثة ضمن الفريق **الانتداب** – يتضمن عضواً جديداً في الفريق ينضم لمنظمة أو قسم آخر لكسب الخبرة في مجال جديد من العمل. **تعلم المهنة من شخص آخر** – يتضمن عضواً جديداً في الفريق يرافق عضواً آخر أكثر خبرة ضمن الفعاليات اليومية كي يتمكن من مراقبة العمل واكتساب الخبرة **دعم الأقران** – يتضمن عضوين من فريق العمل من نفس المستوى لكن بخبرة ومهارات مختلفة حيث يتشاركون المهارات والمعرفة مع الشخص الآخر **المراقبة الداعمة** – تتضمن مدير لفريق العمل أو أعضاء رئيسيين آخرين يدعمون تعليم وتطوير الفريق من خلال استخدام المنهجيات التحفيزية وتوفير الإرشادات التوجيهية في الاستجابة لحاجات تعليمية محددة.	
تطوير الإرشادات التوجيهية وإجراءات التشغيل المعيارية	ينتج عن تطوير الإرشادات التوجيهية وإجراءات التشغيل المعيارية أدوات هامة لتطوير القدرات. وهي توفر مرجعاً سهلاً لما يجب إنجازه والطرق والإجراءات الواجب استخدامها. يمكن استدامها كجزء من مساقات التدريب، وللتوجيه والتدريب وأيضاً للتعليم الذاتي وكمرجع قبل وأثناء حدوث التفشي.	الملحق **6B** – أمثلة عن الإرشادات التوجيهية الخاصة بالكوليرا
توثيق ومشاركة الممارسات الجيدة	يعتبر توثيق ومشاركة الممارسات الجيدة أمراً مفيداً في بناء القدرات لمكافحة الكوليرا والتأهب والاستجابة. وإذا كان التعليم مرتبطاً بمجالات محددة تثير الالتباس أو مجالات عمل مليئة بالتحديات، فإن التعليم يمكن أن يكون مفيداً بشكل خاص.	

إذهب إلى جدول المحتويات

المجموعة المستهدفة بالتدريب	البلد (التاريخ)	المنظمات الداعمة	ملاحظات
الفاعلون في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية	إقليمي (2009)	أوكسفام المملكة المتحدة واليونيسف في شرق وجنوب أفريقيا	• مجموعة شاملة من الأدوات لإجراء مساق تدريبي عن الكوليرا (4 أيام) للفاعلين في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. يتضمن كل المواد اللازمة للمساق التدريبي، بما فيها العروض التقديمية، خطط الجلسات، المعلومات الداعمة، وكل الوثائق المرتبطة بالإدارة واللازمة لتهيئة وإدارة المساق. مصمم لتدريب مدربي المدربين وبنفس الوقت إدارة المساق للمشاركين.
العاملون الصحيون	عالمي	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية والمركز الدولي لأبحاث الأمراض الإسهالية ومكافحتها، بنغلاديش	تدريب عن تفشي الكوليرا وداء الشيغيلات، كتاب الكتروني يستهدف العمال الصحيين، ممول من وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية. مصمم لمشاركة الخبرة السريرية والعلمية والخاصة بالصحة العامة عن الكوليرا وداء الشيغيلات من المركز الدولي لأبحاث الأمراض الإسهالية ومكافحتها، بنغلاديش مع عاملين آخرين في مجال مكافحة الكوليرا. للمزيد من التفاصيل يرجى زيارة www.cotsprogram.com
النساء (يمكن الحصول على ذلك من تدريبات أخرى)	عالمي (2004)	منظمة الصحة العالمية	رسالة "المفاتيح الخمسة لطعام أكثر أمناً" والمواد التدريبية المرتبطة بها تشرح المبادئ الأساسية الضرورية لضمان ممارسات التعامل بشكل آمن مع الطعام ومكافحة أمراض الأطعمة. المواد طورت من قبل منظمة الصحة العالمية التي زودت البلدان بمواد سهلة الاستخدام وإعادة الإنتاج والتكييف مع جماهير مستهدفة مختلفة.

إذهب إلى جدول المحتويات

نمط الاتصال	الوصف/ الأهداف	ما يجب مراعاته لدى الاستجابة للكوليرا
المناصرة	تهدف إلى إشراك دعم المنظمات النافذة والأفراد للمساعدة في الإقرار بوجود المشكلة و/أو معالجتها، مثلاً من خلال توفير التمويل أو استخدام صوت فاعل.	غالبًا ما تستهدف من هم في مراكز السلطة أو المسؤولية، أو أولئك المسيطرين على الموارد المالية أو غيرها. قد يكون ضرورياً عند تردد الحكومة أو الجهات المانحة أو الوكالات الأخرى بالاعتراف بتفشي المرض.
التعبئة المجتمعية	تهدف إلى حشد جميع الشركاء المحتملين، على سبيل المثال الإدارة الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة، وقطاع الأعمال الخاص، ووسائل الإعلام والمجتمع المدني، والأوساط الأكاديمية، وبرامج التنمية القائمة والمجتمعات المحلية، الخ)، للتركيز على مشكلة معينة، والمساهمة في الاستجابة. تشمل لكنها لا تقتصر على تعبئة المجتمع.	ينبغي أن تكون التعبئة (والتنسيق) بين الشركاء، وخاصة تعبئة المجتمعات المحلية المتضررة، جانباً رئيسياً من جوانب الاستجابة
الاتصال بشأن التفشي والمعلومات العامة	توفير المعلومات للسكان المعرضين للخطر، وأصحاب المصالح (مثل القطاعات ذات الصلة، الإعلام، الخ) لضمان أن يتمكنوا من اتخاذ قرارات واضحة، واتخاذ إجراءات التنسيق للتقليل من آثار التفشي. إضافة إلى هدف آخر هو بناء وحفظ الثقة بالسلطات الصحية العامة.	يهدف الاتصال بشأن التفشي إلى تبديد الشائعات والمعلومات الخاطئة حول الكوليرا. وينبغي وضع سياسات حول سياسات الإفصاح عن الوباء واتفاقات الاستعداد كمعيار تأهبي. للتدريب وتقديم الأوراق الموجزة للإعلام الجماهيري أهمية كبيرة.
الاتصال بشأن تغيير السلوكيات، المعلومات والتعليم والاتصال	الاتصال بشأن تغيير السلوكيات هو الاستخدام الاستراتيجي للاتصال لتعزيز نتائج صحية إيجابية، استناداً إلى نظريات مثبتة ونماذج من تغيير السلوك. وتمثل تطوراً استراتيجياً قائماً على أدلة من مفاهيم المعلومات والتعليم والاتصال والتربية الصحية. وغالبًا ما يستخدم مصطلح المعلومات والتعليم والاتصال للدلالة على المواد فقط (مثل الوسائل البصرية، البرامج الإذاعية، الخ).	إن التقييم التكويني، وتخطيط الاتصال، وشرائح المشاهدين، والاختبار المسبق للعينات كلها خطوات حيوية، وتحتاج إلى القيام بها كجزء من تدابير التأهب. يجب أن يستفيد الاتصال بشأن تغيير السلوكيات خلال تفشي الكوليرا من الإعلام الجماهيري وقنوات الاتصال مع الآخرين.
التسويق الاجتماعي	أخذ مبادئ التسويق بعين الاعتبار مثل "المنتج، والتسعير والموقع والترويج" لتشجيع استخدام أو تجربة المنتج ذي القيمة الاجتماعية. مثلاً غسل اليدين بالصابون واستخدام منتجات معالجة المياه. يتطلب مدة كافية من البحث التكويني (عدة أشهر عادة) لمعرفة كيف ينظر الناس إلى منتج ما وأفضل السبل لتشجيع استخدامه وتحفيز إجراء التغيير في سلوك المستهلك. عادة ما تستخدم مجموعة متنوعة من قنوات الاتصال. الاتصال الجماهيري هدفٌ أساسي.	استخدام التسويق الاجتماعي للتحكم بالكوليرا يحتاج إلى تطوير كجزء من خطة التأهب، لكن البحث المتوافر حول غسل اليدين أو استخدام معالجة المياه منزلياً يمكن استخدامه خلال تفشي الكوليرا. إذا استخدمت المنظمات بالفعل التسويق الاجتماعي لتوفير منتجات (محلول الإماهة الفموية، نقطة استخدام معالجة المياه والتخزين الآمن)، يجب حينها دمج عملهم والبناء عليه خلال الاستجابة للكوليرا.
تعزيز النظافة الصحية	يهدف إلى ضمان الاستخدام الفعال والمستدام لمنشآت المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والعمل الفردي والمجتمعي للحد من مخاطر قلة النظافة الصحية من خلال **توظيف كافة استراتيجيات الاتصال المذكورة أعلاه**. استخدام الحوار والمناقشة لتحفيز العمل المجتمعي.	الاستشارة والتعبئة المجتمعية للتأكد من أن مرافق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية مقبولة ومستخدمة. إنشاء نظم لتنظيف وصيانة المنشآت العامة. تحفيز الناس على اتخاذ إجراءات لتحسين النظافة الصحية وطلب العلاج. تقديم المعلومات حول استخدام المواد غير الغذائية غير المألوفة مثل منتجات معالجة المياه في المنازل.

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

الخطوة 1: تقييم الاتصال حول النظافة- استجابة الكوليرا

أسئلة رئيسية	ملخص الوضع حتى الآن
ما الذي يفعله الناس (تقييم مختلف الفئات المستهدفة) والذي يمثل خطراً على النظافة الصحية والصحة العامة؟	• تغطية عالية نسبياً للمراحيض (تقريباً 70%) • تغطية واستخدام قليل للمراحيض المحسّنة، الأغلبية لا تملك مرافق لغسل اليدين • قلة انتشار غسل اليدين بالصابون بين البالغين والأطفال • مصادر مياه الشرب غير محمية • المياه التي يبيعها بائعو المياه غير نظيفة • لا يتم استجرار وتخزين المياه بشكل آمن في المنزل • لا ينظُر إلى براز الطفل على أنه خطر • بقايا الطعام لا تسخن بشكل جيد، ولا تغسل الفواكه قبل الأكل • عصائر الفواكه وأعواد البوظة تستخدم فيها مياه ملوثة • قلة النظافة الصحية لدى باعة الطعام والطباخين • لا يتم إعداد الطعام بشكل صحي للتجمعات العامة • عدم غسل اليدين بالماء والصابون بعد تحضير جثث ضحايا الكوليرا يؤدي إلى انتشار أوسع • عدم كشف الناس عن المرض أو الوفاة خوفاً من وصمة العار المرتبطة بها • التخلص العشوائي من النفايات سخلق أرضاً خصبة للذباب • التأخر في طلب العلاج لمرض الكوليرا لأسباب شتى
ما هي الإجراءات ذات الأولوية المجدية أو الممارسات المطلوبة للحفاظ على صحتهم؟	• غسل اليدين بالماء والصابون في الأوقات الحرجة • معالجة مياه الشرب بالغلي، استخدام الكلور، حفظ الماء أو استخدام طرق معالجة أخرى • المعالجة بالإماهة الفموية (سوائل الإماهة الفموية إن وجدت، الزنك، سوائل وأغذية أخرى) خاصة بالنسبة للأطفال • استخدام وحفر المراحيض أو تحسينها بإضافة مرافق غسل اليدين واستخدام هذه المرافق • التخلص الآمن من براز الأطفال • تسخين الطعام حتى يصبح حاراً • تغطية الطعام لمنع تلوثه عن طريق الذباب • تلقي العلاج في وقت مبكر، شرب السوائل (محاليل الإماهة الفموية إن وجدت) طوال الوقت • الإعلام عن الحالات وعن الوفيات والحصول على مساعدة احترافية في دفنها
ماهي العقبات الرئيسية التي تمنع الناس أو تجعل من الصعب عليهم تطبيق هذه الإجراءات؟ (منظور المجتمع)	• يعتقدون بأن السحر هو الذي يسبب الكوليرا (لذا لا يمكن تجنبها عن طريق شرب المياه النقية وغسل اليدين، وغيرها) • لا يجدون بأن الحلول المقترحة يمكن لها أن تشكل أي فرق • يعتقدون أنه لا ضرر من براز الأطفال • لا يحبون طعم الماء المغلي أو المعالج بالكلور • يخشون ألا يتمكنوا من دفن أحبائهم كما يجب
ما الذي يحفز الناس الذين ينفذون مسبقاً السلوك المطلوب؟ (الفاعلين وغير الفاعلين)	(يجب إجراء تقييم)
ماهي الأهداف الأولية المختلفة أو مجموعات الجمهور؟	الأمهات مع الأطفال الصغار، والنساء المسنات، والأزواج، وأطفال المدارس، والشباب، وباعة المياه وباعة الأغذية
من الذي يمكن له التأثير على المجموعات الأولية المستهدفة؟ (أعضاء العائلة، الأصدقاء أو العوامل المؤثرة مثل المشاهير، الشخصيات الرياضية، المدرسون، الخ)	الزعماء التقليديون، المعالجون الشعبيون، القابلات التقليديات، الزعماء الدينيون، المدرسون
ماهي العواطف التي يمكن أن تؤثر في مختلف المجموعات المستهدفة؟ (مثلا التربية، الاشمئزاز، الانتماء، القبول، الخ)	• تحب الأمهات أن يشعرن بأنهن يفعلن الأفضل لأطفالهن • يحب الآباء أن يشعروا بأنهم يحمون لعائلاتهم • لا أحد يود أن يتناول شيئاً يعتقد أنه ملوث بمياه المجاري

الخطوة 2 – مخطط الاتصال - الاستجابة للكوليرا

الهدف: ضمان حصول الرجال والنساء والأطفال على معلومات حول كيفية حماية أنفسهم من الكوليرا وتعبئتهم لاتخاذ إجراءات لتقليل خطر الكوليرا.

الهدف: تحديد الأهداف لكل من المجموعات المستهدفة

النتائج المحددة: *اختيار 3 مؤشرات فقط اعتماداً على أولوية الإجراءات المبينة هنا. على سبيل المثال:*

- زيادة 30% على الأقل في عملية غسل اليدين بعد التغوط وقبل إعداد أو تناول الطعام، خلال ستة أشهر (ضمن مجموعة مستهدفة)
- زيادة 30% على الأقل في استخدام نقاط استخدام معالجة المياه والتخزين الآمن) خلال ستة أشهر (عند تعزيز ذلك)
- زيادة 30% على الأقل في معرفة الإجراءات الثلاثة الرئيسية لمكافحة الكوليرا، خلال ستة أشهر (ضمن مجموعة مستهدفة)

الجمهور المستهدف الأساسي[1]: يتواجد الجمهور المستهدف الأساسي في صميم جهود الاتصال الخاصة بكم. بشكل أساسي سيتم قياس جهود الاتصال الخاصة بالنظافة الصحية بتغيير أو إجراء ما ضمن هذه المجموعة.

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	المجتمع العام
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة[2]	***المعلومات العامة (ضمن بيان الحقائق)*** *تنتشر الكوليرا بتناول الأطعمة أو المياه الملوثة/المتسخة بجراثيم الكوليرا الموجودة في البراز – كل الأشخاص معرضون للخطر* *عادة ينتشر المرض بسبب عدم مراقبة الصرف الصحي والنظافة الصحية بشكل جيد* *أي شخص مصاب بالإسهال المائي الحاد يجب أن يراجع مركزاً صحياً بشكل مباشر للحصول على العلاج* 1. أعراض وإشارات الكوليرا 2. طريقة الانتقال 3. مواقع مراكز العلاج 4. إجراءات المكافحة والسيطرة: يرجى النظر أدناه (النظافة الصحية الشخصية، الطعام، المياه، الصرف الصحي والنظافة الصحية البيئية، الرعاية المنزلية باستخدام محلول الإماهة الفموية/السوائل/حراس الجنازات a. عدم شرب الخمور المحلية أثناء الجنازات b. عدم إخفاء شخص يعاني من أعراض الكوليرا – يجب أخذه/ا فوراً لمركز العلاج ***صحتك بيدك – اغسل يديك بالصابون والمياه الجارية*** 1. بعد مساعدة شخص مريض 2. بعد زيارة/استخدام المرحاض 3. بعد ملامسة براز الأطفال (بعد تنظيف مؤخرة الطفل) 4. قبل تناول الطعام وإطعام الأطفال 5. قبل تحضير/طبخ الطعام 6. قبل إرضاع الأطفال ***تساهم التجمعات في انتشار الكوليرا*** 1. تجنب التجمعات خلال تفشي الكوليرا 2. لا تتناول أي طعام أو شراب خلال التجمعات – مثل الجنازات أو الاحتفالات، الأعراس، الأسواق المفتوحة، الخ... خلال تفشي الكوليرا 3. إن جثث الأشخاص المتوفين بسبب الكوليرا مسبب كبير للعدوى
قنوات الاتصال الموثوقة/المفضلة	• الإعلام الجماهيري • الإعلام صغير المستوى • الإعلام التقليدي أو المحلي • مجتمع المشاركين • الاتصال بين الأشخاص

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	أمهات (الأطفال الصغار)
قنوات الاتصال الموثوقة/المفضلة	• الإعلام الجماهيري • الإعلام صغير المستوى • الإعلام التقليدي أو المحلي • مجتمع المشاركين • الاتصال بين الأشخاص
طرق ومواقع الاتصال	• زيارات منزلية • معلومات يقدمها عمال التوعية والمتطوعين خلال اجتماعات مع مجموعات النساء • المعلومات والمنشورات المقدمة في العيادات
الأشخاص المسؤولين عن الاتصال	• المتطوعون في الصليب الأحمر التنزاني، عمال الصحة المجتمعية، القابلات التقليديات • المنظمات غير الحكومية، العاملين في مجال الإرشاد • الممرضات والأطباء • القادة الدينيون
الموارد المطلوبة	• التدريب • المواد التدريبية • التجهيزات • الموارد البشرية

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	أطفال المدارس الابتدائية
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة	1. إذا رأيت طفلاً يتقيأ ومصاباً بالإسهال، يجب إعطاؤه محلول الإماهة الفموية على الفور (مزيج من الملح والسكر)، واصطحابه إلى أقرب مركز للمعالجة 2. نعم □ كإجراء وقائي علينا دوماً شرب المياه النظيفة المغلية أو المعالجة 3. الانتباه إلى الطعام □ لا تتناول طعاماً بارداً أو مفتوحاً من دون إعادة تسخينه 4. من الضروري استعمال المرحاض أثناء تواجدك في المدرسة والمنزل. يجب المحافظة على نظافة المراحيض لمنع انتشار الكوليرا من الذباب في المراحيض 5. يجب غسل اليدين بالمياه النظيفة والصابون بعد زيارة المرحاض أو بعد اللعب وقبل تناول الطعام 6. يجب عدم تناول الفواكه غير المغسولة جيداً 7. يجب عدم ملامسة القيء. يجب سكب الكلور فوقه لمنع انتشار البكتيريا، كما يجب اصطحاب المريض لمركز العلاج مع إعطائه محلول الإماهة الفموية (أو مزيج من الملح والسكر) أو مياه نظيفة أثناء الذهاب للمركز 8. يجب إعلام أحد المدرسين بالسرعة القصوى
قنوات الاتصال الموثوقة/ المفضلة	• الإعلام الجماهيري • الإعلام صغير المستوى • الإعلام التقليدي أو المحلي • مجتمع المشاركين • الاتصال بين الأشخاص
طرق ومواقع الاتصال	• إدراج ضمن الدروس المدرسية والتجمعات • المعلومات: ملصقات / منشورات على لوحات الإعلانات في المدارس والأماكن البارزة الأخرى • المسرحيات • المسابقات، الألعاب • الموسيقا • مجالس الأطفال • التعلم عن طريق الأقران • المعلومات المقدمة ضمن مجموعات الأهالي • المدارس الدينية ومدارس الأحد

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	بائعو الأطعمة والفواكه
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة	***لا تساهم في نشر الكوليرا*** ***إذا مات زبونك من الكوليرا، فمن سيشتري منك غداً؟*** ***حافظ على الصحة الجيدة لزبائنك*** 1. نظّف الأواني التي تستخدمها بالماء الساخن والصابون 2. حافظ على نظافة الأواني 3. قدّم الماء المغلي أو المعالج فقط للشرب أو لصنع العصائر 4. قدّم الأطعمة الساخنة 5. احتفظ بمرفق خاص لغسل اليدين مع الصابون من أجل زبائنك 6. اغسل يديك بالصابون بعد استخدام المرحاض وقبل تحضير الطعام 7. حضر الطعام ضمن بيئة نظيفة 8. اغسل الفواكه والخضراوات التي تؤكل نيئة باستخدام مياه نظيفة 9. قم فقط ببيع الفواكه غير المقشرة وغير المقطعة
قنوات الاتصال الموثوقة/ المفضلة	• الإعلام الجماهيري • الإعلام صغير المستوى • الإعلام التقليدي أو المحلي • مجتمع المشاركين • الاتصال بين الأشخاص
طرق ومواقع الاتصال	• بيانات حقائق • التوجيه السريع / التدريب ونظام إصدار الشهادات
الأشخاص المسؤولين عن الاتصال	• عاملو الصحة البيئيون • مفتشو الأسواق • المتطوعون ضمن المجتمع
الموارد المطلوبة	• التدريب • المواد التدريبية • التجهيزات • الموارد البشرية

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	بائعو المياه
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة	**قم ببيع المياه النظيفة والآمنة (البائع الذي يهتم بزبائنه يبيعهم مياهاً نظيفة، ويبيع المياه من مصادر آمنة)** 1. اجمع المياه من مصادر آمنة، أو عالج المياه باستخدام الكلور أو عن طريق الغلي 2. خزن المياه بشكل آمن ضمن حاويات مغلقة يمكن سكب المياه منها، لا تضع الأيدي أو أي غرض داخل المياه 3. حافظ على البيئة المحيطة بالمياه ضمن شروط صحية نظيفة. تجنب الإراقة العشوائية للمياه 4. لا تسمح بتلوث الدلاء أو الحاويات من خلال نظام تصريف سيء أو بوضع الدلاء داخل بعضها البعض 5. اغسل يديك بالصابون قبل جلب أو جمع المياه 6. استخدم تخزيناً ملائماً للمياه ونظف الحاويات بشكل دوري باستخدام المياه والصابون 7. قدم نصائح لزبائنك بشأن غلي المياه أو معالجتها بالكلور أثناء تفشي الكوليرا، إذ أن المياه دوماً معرضة للتلوث حتى لو بدت أنها نظيفة

الجمهور المستهدف الثانوي[3]: إن الجمهور المستهدف الثانوي في موقع يسمح له بالتأثير على الجمهور المستهدف الأساسي. إن الرسائل والإجراءات والمفاهيم أعلاه ستعطى كذلك إلى الجمهور المستهدف الثانوي، لكن قد تكون هنالك رسائل أخرى هامة.

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	المدرسون
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة	• يمكنك أن تصنع فرقاً خلال تفشي الكوليرا • الإسهال والكوليرا مسؤولان عن فقدان مئات الملايين من الأيام الدراسية كل عام؛ معالجة المياه في البيت والمدرسة قد يمنع انتشار هذه الأمراض؛ غسل اليدين بالصابون يقلل من فرص الإسهال بنسبة النصف. • ما تعلّمه من عادة غسل اليدين في المدرسة سيدوم طوال العمر • يمكنك بسهولة أن تضيف غسل اليدين بالصابون في دروس عدة • تأسيس مرافق لمعالجة المياه وغسل اليدين إجراء جيد بالنسبة لأطفال المدرسة ويمكن له أن يؤثر في عائلاتهم ومجتمعاتهم
طرق ومواقع الاتصال	• تدريب المدرسين والتعليم أثناء الخدمة
الأشخاص المسؤولين عن الاتصال	• وزارة التعليم
الموارد المطلوبة	• التدريب • المواد التدريبية • التجهيزات • الموارد البشرية

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	الزعماء الدينيون
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة	1. يمكنك أن تصنع فرقاً خلال تفشي الكوليرا 2. حماية نفسك وحماية الآخرين بالمساعدة في الحفاظ على مواضع مياه آمنة ونشر رسائل النظافة الصحية 3. الكثير من المعتقدات الدينية تدعو إلى الاغتسال والنظافة قبل الصلاة أو باقي الشعائر الدينية؛ فقط الأيدي التي تغسل بالصابون والمياه الجارية تعتبر نظيفة بحق. 4. إن صحة طائفتك والأطفال منهم خاصة في خطر كونهم لا يغسلون أيديهم بالصابون 5. يمكن إنقاذ مليون شخص سنوياً عبر غسل اليدين بالصابون؟
طرق ومواقع الاتصال	• البيانات/ التوجيهات/ المنشورات ضمن الاتفاقيات الدينية • الاجتماعات المحلية
الأشخاص المسؤولين عن الاتصال	• وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية
الموارد المطلوبة	• التدريب • المواد التدريبية • التجهيزات • الموارد البشرية

الجمهور المستهدف من الدرجة الثالثة: يتضمن الجمهور المستهدف من الدرجة الثالثة صناع القرار والمستثمرين الذين يمكن أن يشاركوا في إنجاح البرامج

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	الصحفيون، ومعدّوا البرامج التلفزيونية والإذاعية
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة	1. الحقائق الرئيسية المتعلقة بمكافحة الكوليرا ومكافحة الخرافات والمعتقدات والممارسات. 2. الإشارات والأعراض 3. أساليب العدوى 4. إجراءات المكافحة والوقاية (غسل اليدين بالصابون، استخدام المراحيض، نظافة الطعام، النظافة الصحية الشخصية، الخ..) 5. مراكز العلاج 6. استخدام محلول الإماهة الفموية المنزلية وإكثار السوائل 7. مكان الحصول على المعلومات -للإنذار المبكر لتفشي الوباء- تقارير وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية حول تفشي الداء كل يوم سبت على الراديو
طرق ومواقع الاتصال	• مؤتمرات صحفية • بيانات إعلامية • بيانات حقائق • مواقع الانترنت
الأشخاص المسؤولين عن الاتصال	• وزارة النقل والاتصالات • وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية • منظمات المجتمع المدني الإعلامية
الموارد المطلوبة	• التدريب • المواد التدريبية • التجهيزات • الموارد البشرية

المجموعة المستهدفة/ المجموعة المشاركة	الوزراء الحكوميون
الرسائل الرئيسية/ المفاهيم/ الإجراءات المرغوبة	1. أثر الكوليرا على مجتمعك 2. ما الذي تخطط لفعله وما الدعم الذي تحتاجه 3. كيف يمكن إشراك المدارس في محاربة الكوليرا 4. الدعوة لتلبية حاجات البنى التحتية طويلة المدى مع ترك الأولوية للمناطق المصابة بالكوليرا لمنع عودتها في السنوات القادمة
طرق ومواقع الاتصال	• بيانات ورقية • عروض
الأشخاص المسؤولين عن الاتصال	• وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية • وزارة التعليم
الموارد المطلوبة	• التدريب • المواد التدريبية • التجهيزات

مؤشرات ناتج الاتصال	نشاطات المراقبة	من قبل مَن؟	لكم مرة؟
• **مؤشرات عملية الاتصال**			
• تم تطوير مواد الاتصال مع الجماهير المستهدفة وهي مثيرة للاهتمام ومقبولة ومرئية	• نقاشات مجموعات التركيز • زيارات ميدانية • تقييم ضمن الزمن الحقيقي	• معززو النظافة الصحية الرئيسيين • فريق التقييم	• خلال شهرين من بدء الاستجابة
• أغلبية المشاركين في نقاشات المجموعات المركزة يشعرون بأنهم زودوا بالمعلومات الكافية حول الاستجابة وبأن العاملين الميدانيين يعملون بشكل متعاون ومحترم معهم	• نقاشات مجموعات التركيز • زيارات ميدانية – مقابلات مع المرشدين الرئيسيين • تقييم ضمن الزمن الحقيقي	• معززو النظافة الصحية الرئيسيين • مراقبو المساءلة • فريق التقييم	• شهرياً
• **مؤشرات مخرجات الاتصال**			
• يتم استخدام خطط الاتصال والمواد المرتبطة بها والخاصة بالنظافة الصحية والتي تستخدم كلاً من منهجيات الإعلام الجماهيري والاتصال الشخصي	• زيارات ميدانية – مقابلات مع المرشدين الرئيسيين • تقييم ضمن الزمن الحقيقي	• مجموعات العمل الخاصة بالاتصال • معززو الصحة الرئيسيين وفريق الاتصال • فريق التقييم	• خلال شهر واحد من بدء الاستجابة
• تم إجراء وتقييم التدريب والتوجيه الخاص بالاتصال للنظافة الصحية لكل المنفذين وللجمهور الثانوي المستهدف	• تقييم ضمن الزمن الحقيقي • زيارات ميدانية – ملاحظات حول التدريب	• مجموعات العمل الخاصة بالاتصال • معززو الصحة الرئيسيين وفريق الاتصال • فريق التقييم	• خلال شهرين من بدء الاستجابة
• يتم وبشكل دوري توفير المعلومات حول الاستجابة للمجتمعات المتضررة كما أن آليات التغذية الراجعة والشكاوى متوافرة	• مقابلات مع العاملين في آليات الشكاوى • مراجعة الشكاوى والاستجابة • تقييم ضمن الزمن الحقيقي	• مجموعات العمل الخاصة بالاتصال • فريق التقييم	• خلال شهر واحد من بدء الاستجابة

الخطوة 4 – خطة التنفيذ (مثال) - الاستجابة للكوليرا

الإجراءات المطلوبة	من الذي يتحمل المسؤولية بشكل رئيسي	من الذي سيدعم الإجراءات؟	موعد الانتهاء من التنفيذ ؟
تنسيق جهود الاتصال	رئيس فريق مجموعة العمل الخاصة بالاتصال والتعبئة	أعضاء مجموعة العمل الخاصة بالاتصال والتعبئة	مستمرة
وضع خطة عمل مشتركة[4]	رئيس مجموعة العمل	أعضاء مجموعة العمل – تدوير المسؤوليات	مستمرة
بحوث الاتصال التكويني	مدير قسم التعليم الصحي	الشركاء المحليون – الصليب الأحمر، أوكسفام، كير، آي سي أف	بحلول 7 آذار
مراجعة سياسات وإرشادات الاتصال التوجيهية	رئيس فريق مجموعة العمل الخاصة بالاتصال والتعبئة	أعضاء مجموعة العمل الخاصة بالاتصال والتعبئة	نهاية كانون الثاني
تحضير خطط الاتصال المحلية	رئيس مجموعات العمل الخاصة بالكوليرا في المناطق	أعضاء مجموعات العمل	منتصف نيسان
تطوير المواد المحلية المرتبطة بالإعلام الجماهيري	وزارة الصحة (مدير برامج الصحة)	قسم الاتصال والمعلومات (قسم الإعلام الجماهيري)	نهاية آذار
تطوير حزم التدريب والتوجيه للمجموعات المستهدفة الرئيسية	اختصاصي تدريب برامج الصحة (مستشار)	مجموعة العمل الخاصة بالاتصال	نهاية نيسان
وضع نظم للاتصال على مستوى المناطق والقرى	قسم تعزيز الصحة على مستوى المناطق	فريق تعزيز الصحة على مستوى المناطق والمنظمات غير الحكومية	نهاية نيسان
تحديد الشركاء على مستوى المجتمع	اليونيسف	مجموعة العمل والشركاء على مستوى المناطق	نهاية آذار

1 جمعت الرسائل الخاصة بالجمهور المستهدف الاساسي من قبل مجموعة عمل مشتركة بين الوكالات للاستجابة لحوادث تفشي الكوليرا في العام 2010
2 اعتماداً على تقييم الاتصال
3 هذه الرسائل هي أمثلة فقط ولم يصادق عليها من قبل مجموعة العمل المشتركة بين الوكالات
4 يجب تسجيل الإجراءات الرئيسية لمجموعة العمل الخاصة بالاتصال ضمن خطة العمل المشتركة، لكن من المفضل وضع التفاصيل والإضافات الخاصة بخطط العمل لتلك الإجراءات والتي تتطلب خطوات معقدة بمشاركة أطراف أخرى

إذهب إلى
جدول
المحتويات

مثال عن نموذج خطة عمل التأهب الخاصة بالاتصال

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

الإجراء	الشخص (الأشخاص) المسؤولين	كانون الثاني				شباط				آذار				نيسان				أيار				حزيران			
اجتماع التنسيق الخاص بالاتصال																		لقاءات أسبوعية أثناء مواسم تفشي الكوليرا							
لقاءات مع أقسام برامج الصحة ضمن المناطق																									
تقييم الاتصال ضمن أربعة مجالات مرتفعة الخطر																									
العمل على تحليل البيانات																									
حزم مسودات المشاريع للصحفيين والإعلام																									
اللقاء مع ممثلي الإعلام للحصول على التغذية الراجعة ومناقشة خطط العمل																									
إنهاء حزم المسودات																									
صياغة منشورات للجمهور العام وقادة المجتمع والمدرسين																									
إنهاء المنشورات																									
تحضير ثلاثة برامج إذاعية بأربعة لغات للجمهور المستهدف الأساسي																									
تنظيم عقود ومذكرات تفاهم للشركاء مع المجموعات المحلية الخاصة بالمسرح ومحطات الراديو والإعلام																									
تصميم تدريب للمدرسين من يوم واحد																									
تنظيم 50 ورشة عمل تدريبية لـ 1000 مدرس																									
تنظيم 3 ورشات عمل على مدى ساعتين لـ 1000 مدرس																									
تنظيم 50 ورشة عمل تدريبية للوزارات الأساسية																									
الزيارات الميدانية والمراقبة																									
التقييم ضمن الزمن الحقيقي																									

إذهب إلى جدول المحتويات

أدناه تجدون بعض الأنواع المختلفة من إجراءات وقنوات الاتصال المستخدمة ضمن جهود الاستجابة للكوليرا.

منهجيات الاتصال للاستجابة للكوليرا

الوسيلة	القناة	التوصيف	التعليقات
الإعلام الجماهيري	المحطات الإذاعية	معلومات مختصرة ومقتضبة حول الكوليرا غالباً باستخدام الموسيقا والمسرحيات والحس الفكاهي لجذب الانتباه وتكرار المعلومات بشكل دوري	يعتبر الإعلام الجماهيري ناجحاً للغاية كأداة مرحلة أولى لإعطاء معلومات لأكبر عدد ممكن من الأشخاص وبأسرع زمن ممكن. يمكن أيضاً وضع كل من المحطات الإذاعية والبرامج الإذاعية والرسائل النصية مع بعضها البعض بسرعة. يجب الأخذ بعين الاعتبار من يتمكن من الوصول لكل محطة وما هو الوقت الأكثر ملاءمة خلال اليوم. على سبيل المثال قد تتضمن بعض المجموعات نساء ليس لديهن القدرة على الوصول للإذاعة أو مجموعات محددة لا تستمع لمحطات معينة عبر الإذاعة.
	البرامج الإذاعية	صيغ مختلفة تستهدف جماهير متنوعة لكن مع التركيز على الكوليرا: برنامج حواري، مكالمات هاتفية، نشرة أخبار	
	بث المعلومات العامة	معلومات محددة حول الكوليرا تستهدف ما يمكن للجماهير القيام به والبث إما عبر الإذاعة أو الهاتف	
	الرسائل النصية	تذكير لتشجيع سلوكيات معينة مثل غسل اليدين بالصابون أو معلومات عن الأماكن الممكنة لتلقي العلاج	
	برامج التلفاز	صيغ مختلفة تستهدف جماهير متنوعة: برنامج حواري، نشرة أخبار، مناقشات، الخ	
	عروض السينما/وحدة أفلام الفيديو عبر الهاتف الخليوي	عرض فيلم جماهيري وتوفير معلومات حول مكافحة الكوليرا ومعالجتها قبل العرض، أو عرض فيلم خاص عن الكوليرا. يمكن أيضاً عرض أفلام الفيديو عبر وحدة الهاتف الخليوي التي تنتقل من قرية لأخرى	
الاتصال الشخصي	الزيارات المنزلية	استخدام عاملي التوعية مثل العاملين الصحيين ضمن المجتمع أو محركي المجتمع، متطوعي الصليب الأحمر أو العاملين في مجال الإرشاد، الخ... لزيارة الأشخاص في منازلهم وتوفير المعلومات والتشجيع.	سيحتاج عمال التوعية للتوجيه كي يركزوا بشكل خاص على الكوليرا. يجب جعل المعلومات عملية أكثر ما يمكن، وتحديد عوائق التنفيذ للإجراءات المقترحة. التدريب يحتاج المتابعة والدعم خاصة في حالة تدريب المدربين. يمكن لزيارات المنازل أن تكون مفيدة بشكل خاص للوصول للأعضاء الأكثر ضعفاً ضمن المجتمع.
	جلسات التدريب/ التعريف	يمكن أن تكون خلال فترات زمنية مختلفة – بضع ساعات أو بضعة أيام، وموجهة لجماهير متنوعة مثل العمال الصحيين، أو قادة المجتمع أو القادة الدينيين، أو الصحفيين، الخ... ويمكن أن يكون تدريباً للمدربين الذين سيدربون بدورهم أشخاصاً آخرين.	
	نقاشات المجموعات	مجموعات نقاش صغيرة (حتى 15 شخص) حيث تتاح فرصة للأشخاص لطرح الأسئلة. يمكن أن تستخدم الطرق التفاعلية مثل "الفرز التراكمي الثلاثي" أو توضيحات لتشجيع الناس على الكلام.	

إذهب إلى جدول المحتويات

الوسيلة	القناة	التوصيف	التعليقات
وسائل الإعلام الصغيرة المصدر: وزارة الصحة، أوغندا	الملصقات	توفير المعلومات حول الكوليرا، تستهدف عادة الأطفال وتهدف لتكون بمثابة تذكير للعمل.	يجب التأكد من أن نسبة كبيرة من المجتمع قادرة على القراءة والكتابة ويمكنها قراءة الكلمات والصور عند استخدام الإعلانات أو المنشورات أو الملصقات التي تستهدف أعضاء المجتمع. الاختبار القبلي مهم للغاية. يمكن للمنشورات أن تكون مفيدة للغاية لمجموعات مستهدفة معينة حيث تمارس دوراً تعليمياً وتعزيزياً مثل المدرسين وقادة المجتمع والعمال الصحيين، الخ. تساعد على ضمان مشاركة معلومات متسقة كجزء من جهود المكافحة والتأهب والاستجابة. لا تحاولوا عرض الكثير من المعلومات ضمن ملصق واحد. غالباً فإن القبعات والقمصان مفيدة فقط لتمييز عمال التوعية ولا يرجح تأثيرها على تغيير السلوك.
	الإعلانات أو البوسترات	توفير المعلومات حول الكوليرا، تهدف عادة لتكون بمثابة تذكير للعمل لكنها يمكن أيضاً أن توفر المعلومات (مثل المكان الذي يمكن الذهاب إليه لطلب العلاج).	
	المنشورات	توفّر المعلومات حول الكوليرا. حيث يمكن للأشخاص أخذها معهم للمنزل كي يراجعوها لاحقاً. ويمكن أيضاً استخدامها لمجال واسع من المجموعات المستهدفة – قادة المجتمع، بائعو الطعام، معلمو المدارس، العاملون الصحيون، الخ	
	القمصان والقبعات	تطبع مع شعارات حول مكافحة الكوليرا.	
	مكبرات الصوت	توفير معلومات عن طريق مكبرات الصوت المستخدمة في الخارج حيث يجتمع الناس بأعداد كبيرة.	

الوقاية من الكوليرا

النتائج الرئيسية	الرسائل الرئيسية	الأفعال / السلوكيات	نماذج عن رسائل التحفيز
لدى الأشخاص القدرة على الوصول واستخدام مصادر مياه نظيفة للشرب	فقط شرب ماء آمن	شرب المياه المغلية فقط (غلياً جيداً) أو المياه المعالجة للشرب، وصنع العصائر والمثلجات	قم بحماية أطفالك: بغلي كل مياه الشرب
		استخدام مصادر المياه المحمية فقط (مثل الأنابيب، الآبار المغطاة، حفر المياه، المضخات اليدوية) لمياه الشرب كلها	
		تخزين المياه المعالجة بشكل آمن في أواني مغلقة بغطاء أو بصنبور تؤخذ منه المياه؛ للوقاية من التلوث لا تعرض المياه المخزنة للمس الأيدي أو الأدوات. ولدى استخراج المياه قم باستخدام أداة خاصة نظيفة مثل المغرفة.	
الأُسَر، المجتمعات، المؤسسات ومنافذ بيع الطعام لديها ممارسات آمنة في مجال النظافة الصحية للطعام	إعداد الطعام بشكل آمن	غسل اليدين بالماء والصابون قبل إعداد الطعام	هل ستتناول الطعام من شخص لا يغسل يديه بعد الذهاب إلى المرحاض؟ أنا لن أفعل![1]
		قدم دائماً الطعام المطبوخ ساخناً بما فيه الطعام المعاد تسخينه	
		اغسل كل الفواكه والخضار التي تؤكل نيئة، مباشرة قبل تناولها: استخدم مياه معالجة آمنة أو استخدم الكلور لمعالجة المياه التي تستخدمها لهذا	
		قم بتغطية الطعام لحمايته من الذباب والحشرات الأخرى	
		نظف كل الأدوات بالماء الساخن والصابون واحفظها في مكان آمن	
		قم بتوفير مرافق غسل اليدين بالصابون في المطاعم والمقاصف وشجع على استخدامها	هل يمكنك أن تأكل براحة إن لم تغسل يديك؟
		قم ببيع الخضار والفواكه غير المقشرة وغير المقطعة	
إعطاء الأطفال سوائل وأطعمة آمنة	احموا أطفالكم بتغذيتهم بشكل آمن	إرضاع الأطفال تحت الستة شهور بحليب الأم حصراً	أفعل ما أجده الأفضل لطفلي – هل تفعلون المثل؟
		متابعة إرضاع الأطفال الأكبر سناً كذلك، مع إضافة متممات غذائية معدة بشكل نظيف صحياً	
		لدى استخدام الحليب الصناعي تأكدي من إعداده باستخدام مياه نظيفة صحياً. (انتبهي إلى درجة الحرارة لتجنب الحروق العرضية)	
		اغسلي اليدين بالماء والصابون قبل إرضاع طفلك	

النتائج الرئيسية	الرسائل الرئيسية	الأفعال / السلوكيات	نماذج عن رسائل التحفيز
		يمكن إيجاد ظروف محلول الإماهة الفموية في معظم المحلات، والمتاجر، والصيدليات	
تعرف الأسر من أين يمكن الحصول على محلول الإماهة الفموية وكيفية تحضيرها واستخدامها	محلول الإماهة الفموية يمكن لها أن تمنع نقص الإماهة والموت	إن كان لديك ظرف من محلول الإماهة الفموية، افعل التالي: 1. اغسل يديك بالماء والصابون (أو الرماد) قبل إعداد المزيج 2. ضع محتويات الظرف في وعاء نظيف ومغطى. أضف ليتراً من الماء النظيف وحرّك. وضع القليل جداً من الماء قد يزيد الإسهال 3. أضف فقط الماء. لا تضف محلول الإماهة الفموية إلى الحليب، الحساء، عصير الفواكه أو المشروبات الخفيفة. لا تضف السكر 4. حرّك جيداً، واشربها أو ناولها للطفل في كأس نظيف. لا تستخدم زجاجة. أعطه كأساً بعد كل دور إسهال 5. احفظ المعد من محلول الإماهة الفموية بشكل آمن، ويمكنك استخدام المزيج حتى 24 ساعة من وقت إعداده. بعد هذا تخلص من كل مزيج تم إعداده[4].	الأهل الصالحون مثلكم يعرفون ماذا عليهم أن يفعلوا عندما يمرض أطفالهم
الأسر لا ترى أن الكوليرا والمرض وصمة عار وتطلب المساعدة على الفور	ليست الكوليرا أمراً مخجلاً	لا تخجل ولا تخف من الكوليرا. يمكن معالجتها بسهولة إن حصلت على المساعدة الطبية بسرعة. اتصل بـ XXX لتعرف أين هو أقرب مركز علاج الكوليرا إليك[5]	يمكن لهذا أن يحدث لك- اذهب لمركز العلاج على وجه السرعة!
يجري تعقيم المواد التي تلوثت بالقيء والبراز بشكل آمن	تعقيم المساحات والمواد التي تلوثت بالقيء والبراز	عقم مساحات الأرض والأثاث الملوث بالقيء والبراز باستخدام الماء والكلور أو بالماء والصابون	يمكنك أن تحدث فرقاً - خذ بنصحية الذين يعلمون
		اغسل ملابس وأغطية سرير المصابين بالإسهال والإقياء بالماء المضاف إليه الكلور وقم بغليها وتجفيفها في الشمس	
		✗ تغسل الملابس وأغطية الأسرّة في مصادر المياه المفتوحة أو بقرب مصادر المياه المحسّنة. إذا تلوثت أداة النقل التي تأخذ المريض إلى المركز الصحي، يجب غسلها بالماء والكلور	
تتخذ الاحتياطات لمنع انتشار الكوليرا في الجنازات ولدى التعامل مع جثث الموتى	حماية أمان الناس في الجنازات	قدر الإمكان، لا تقدم الطعام في الجنازات	
		إن كان لا بد من تقديم الطعام، فعلى الأشخاص الذين يعدّون الجثة ألا يقتربوا من إعداد الطعام	
		على جميع من يحضر جنازة أثناء تغشي الكوليرا أن يغسل يديه بالصابون: • بعد الذهاب إلى المرحاض • بعد ملامسة الجثة إن كان تقليداً مهماً • قبل الأكل أو الشرب	لا تعرض ضيوفك للخطر- زودهم بالماء والصابون وتأكد من استخدامهم لها
		توفير مرافق غسل اليدين مع الصابون وتشجيع الجميع على استخدامها	
تمكين المنازل والمؤسسات من استخدام المواد غير الغذائية لتفعيل ممارسات النظافة الصحية الآمن واستخدام محلول الإماهة الفموية	استخدام المعدات/ المواد غير الغذائية	استخدام المعدات/ المواد غير الغذائية وتوفيرها لتحسين النظافة الصحية. ولدى إضافة منتجات المعالجة المنزلية، يجب تزويد السكان بالمعلومات حول كيفية استخدامها	انظر أعلاه
		استخدم ظروف محلول الإماهة الفموية لدى إصابة أحدهم بالإسهال والإقياء وإعدادها بمياه آمنة	

1 من معلومات غسل اليدين بالصابون من شير: لماذا يعمل ذلك وكيف يمكن جعله متاحاً من www.choosesoap.org
2 من معلومات غسل اليدين بالصابون من شير: لماذا يعمل ذلك وكيف يمكن جعله متاحاً من www.choosesoap.org
3 من مكتبة رسائل INFOASAID: infoasaid.org/message-library
4 المرجع السابق نفسه
5 المرجع السابق نفسه

إن فهم معتقدات مجتمع وتصوراته هو أمر أساسي في الاتصال الفعال، ويمكن أن تجرى مجموعات النقاش واللقاءات للتحقق من المعتقدات، لكن من الضروري أن تكون للميسرين خبرة في كسب ثقة الناس، والاستماع إلى شؤونهم دون أحكام مسبقة.

التأثيرات النفسية لتفشي الكوليرا في هايتي في تشرين الأول 2010 [1]

المعتقدات الشائعة المفسرة من قبل سكان هايتي بعد تفشي الكوليرا:

- إنه سمٌّ أحضره إلينا الأجانب لتفرقتنا.
- إنه مرضٌ أحضره إلينا الأجانب ليسيطروا علينا ويأخذوا أرضنا.
- لا وجود للكوليرا في بلادنا. إن شيئاً آخر هو الذي يقتلنا.
- إنه داء أتت به المنظمات غير الحكومية ليحصلوا على أموال أكثر.
- كلما كانت في بلادنا انتخابات، يتفشى لدينا وباء. إنها السياسة. يفعلون هذا ليشتتوا انتباهنا.
- إنه عقاب من الله.
- إنه إشارة إلهية أخرى (بعد الزلزال) بأن نهاية العالم قد اقتربت.
- "Mikwob pa touye ayisyien" الميكروبات لا تقتل الهايتيين
- بودرة الكوليرا (الاعتقاد بأن معتنقي الفودو قد خلقوا بودرة لتلويث الماء بالكوليرا)

كانت الأمثلة على تأثير هذه المعتقدات هي التالي:

- كان الخوف هو العاطفة الأكثر شيوعاً وانتشاراً للمصابين بالكوليرا.
- العار والوصم للأشخاص المصابين بالكوليرا، إضافة إلى الرفض من قبل مجتمعاتهم، قاد أحياناً إلى هجوم عنيف على الأشخاص المصابين.
- في بعض الأحيان كان هنالك سوء فهم للهدف من استخدام محلول الإماهة الفموية والكلور المنزلي بوصفها أدوية يمكن لها الوقاية من الكوليرا؛ على سبيل المثال، كانت هنالك حالات للشرب المباشر للكلور لمنع الكوليرا
- خوف كبير حول إنشاء مركز علاج الكوليرا بسبب القلق من أنها قد تجلب الكوليرا إلى المنطقة المحلية.
- فهم الناس الخاطئ لبروتوكولات العلاج وفقدان الثقة بالفريق الطبي عندما لا يعطونهم مضادات حيوية
- الخوف المحيط بجثة شخص مات من الكوليرا، مما أثر على موضوع الحزن وقاد في بعض الأحيان إلى التخلي عن جثة الميت.
- بدأ الناس بالاعتقاد بأن كهنة الفودو هم الذين نشروا الداء، وتم اغتيال 45 من أعضاء طائفة الفودو
- تم توجيه العنف للمنظمات غير الحكومية أيضاً ومراكز علاج الكوليرا؛ جرى إحراق خيم إحدى منظمات المجتمع المدني من قبل السكان المحليين لأنهم كانوا سيقومون ببناء مركز علاج الكوليرا في المنطقة

1 غريمو، وليغاغنور (بدون تاريخ) معتقدات ومخاوف المجتمع خلال تفشي وباء الكوليرا في هايتي، التدخل، (1) 9 ص 034-026؛ وبرنامج الدعم النفسي الذي قدمه الصليب الأحمر -هايتي (بدون تاريخ) مواجهة الكوليرا: استجابة الدعم النفسي لتفشي المرض، عرض باوربوينت تقديمي

إن رفض المعتقدات التي يؤمن بها الناس بشدة قد تكون له نتائج عكسية، وسيحذر الناس من مشاركة أفكارهم في المستقبل في حال شعورهم بعدم الاستماع إليهم. من الأفضل الاستماع باهتمام والتأكيد على أي معتقدات أو ممارسات إيجابية. ما أن يشعر الناس بأن بإمكانهم مشاركة ومناقشة أفكارهم، يمكن للميسر ان يبدأ بمشاركة الأفكار البديلة والتوصيات بطريقة غير تصادمية.

بعض الممارسات المرتبطة بالثقافة والتي يحتمل أن تكون مؤذية في ما يتعلق بالكوليرا

- يجب دفن الجثث قرب مصدر مائي
- يجب تنظيف كافة الفتحات في الجثة، بما فيها الفم والحلق وفتحة الشرج
- من المهم ملامسة أو تقبيل جثة الشخص الميت

إلا أن هذه الممارسات مؤذية فقط في حال انتقال الضمة الكوليرية لمياه الشرب أو الطعام ومن ثم تناولها من قبل شخص آخر...

أمثلة عن استراتيجيات الاستجابة للاحتياجات والمعتقدات النفسية الاجتماعية

استخدمت مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات في هايتي من قبل الصليب الأحمر الهايتي للاستجابة للاحتياجات والمعتقدات النفسية الاجتماعية والتحديات الناتجة عنها، كالتالي:

- عقدت حلقات نقاش لمعالجة المعتقدات والتصورات وقام متطوعون مدربون في مجال الدعم النفسي الاجتماعي بتيسيرها حيث لم يتم استبعاد أي معتقد وإنما بنيت على أساس الثقة والألفة.
- أجريت عمليات وساطة في النزاعات مع المجتمعات وأدت إلى قبول مركز علاج الكوليرا الجديد. وتضمن ذلك تأسيس لجنة مجتمعية للمشاركة في إدارة مركز علاج الكوليرا.
- كان المتطوعون متاحون لعملية الوساطة في النزاعات وأيضاً للمساعدة في إعادة دمج مرضى الكوليرا مع عائلاتهم.
- تيسير عقد تدريبات ونقاشات مجموعات مع كهنة الفودو.
- توعية مجموعة من 70 صحفي حول الجوانب النفسية الاجتماعية للكوليرا.
- إضاءات على الجوانب النفسية الاجتماعية للكوليرا خلال برامج إذاعية.
- تقديم الإسعاف الاولي النفسي الاجتماعي الخاص بالكوليرا للمرضى. يمكن تدريب عمال الصحة المجتمعيين ومزودي رعاية آخرين على الإسعاف الاولي النفسي الاجتماعي.
- إعادة تفعيل شبكات اجتماعية خاصة بالأطفال والرجال والنساء.
- تيسير الإحالة للخدمات الاجتماعية وخدمات الحماية.
- اكتشاف إمكانية خلق إحالات للأشخاص المحتاجين لعناية خاصة.
- عقد اجتماعات مع العائلات ضمن مركز علاج الكوليرا.
- نصب خيمة حداد في مركز علاج الكوليرا لإعطاء فرصة لأفراد العائلة كي يقضوا وقتاً مع أحبتهم المتوفين ويقولوا لهم كلماتهم الأخيرة قبل الدفن.

يخدم هذا الملحق كنشرة ويصيف معلومات أخرى للقسم 7.4

أمثلة عن المجموعات الرئيسية المشاركة في الاتصال:

الأطفال بعمر المدرسة

يعد الأطفال مجموعة مستهدفة ذات أهمية بالنسبة للاتصال الخاص بالكوليرا، وقد تؤدي عقولهم الفضولية ومرونتهم إلى سهولة تبنيهم التغييرات في التصرفات أو السلوك. وقد يساعدون أيضاً في التأثير على أهلهم أو أشخاص كبار آخرين، إلا أنه من المهم عدم تحميلهم فوق طاقتهم بطلبات كثيرة ومعرفة نقاط ضعفهم وقدراتهم وحدودهم. يمكن القيام بإجراءات الاتصال الخاصة بالكوليرا إما بشكل مباشر مع الأطفال في المدارس أو ضمن المجتمع. بشكل بديل، يمكن تدريب المدرسين لمناقشة الكوليرا وكيفية مكافحتها مع طلابهم.

سيكون من الضروري إشراك وزارة التعليم والمدرسين الأساسيين في التخطيط لأية استجابة مقترحة. بشكل مثالي، يجب دمج الإجراءات ضمن المنهاج الدراسي خلال مرحلة التأهب للكوليرا. مع ذلك، قد ترغب المدارس أيضاً بتسمية لجان خاصة بالكوليرا وتطوير خطط عمل خلال الاستجابة. حماية الأطفال في المدارس عن طريق توفير إمكانية الوصول لمياه الشرب النظيفة والصرف الصحي الملائم ومرافق غسل اليدين، إضافة إلى أن النظافة الصحية الفائقة أثناء تحضير وتقديم الطعام يجب ان تكون اساسية.

إضافة لذلك، يمكن لطلاب المدارس أن يكونوا مؤثرين بتشجيع أهلهم على تحسين ممارسات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنازل.

المؤسسات الدينية

تولي العديد من الديانات ومنها الإسلامية والمسيحية أهمية كبيرة للتنظيف والنظافة الصحية. حيث تدعو الديانة الإسلامية لغسل اليدين بمياه جارية ولديها قواعد صارمة بخصوص النظافة الصحية والتي يمكن لجهود الاتصال الاستفادة منها. سيحتاج القادة الدينيون للتوجيه والدعم والتدريب مع ذلك، لضمان فهمهم للمعلومات الأساسية التي تحتاجها طائفتهم وذلك لتخفيف الأثر السلبي لتفشي الكوليرا.

آلية تعبئة المجتمع

- زيارة المجتمع وإشراك الأعضاء الأساسيين في التقييم السريع لعوامل مخاطر الكوليرا والعوامل التي تمنع الأشخاص من اتخاذ أي إجراء. إطلاق عملية تقييم المجتمع والمحركات الاجتماعية.
- تحديد القادة الرسميين وغير الرسميين، لكن مع معرفة بأنهم لا يمثلون الجميع بالضرورة. محاولة العثور على قادة آخرين ككبار السن والقادة الدينيين والقادة النساء والقادة الشباب، الخ...
- تذكر مشاركة المدارس الابتدائية والإعدادية والمؤسسات الدينية في جهود التعبئة، وطلب الأخذ بعين الاعتبار لكيفية مساعدتهم في تعبئة المجتمع.
- تنظيم لقاءات مجتمعية من خلال قنوات رسمية لمناقشة المشكلة وطلب اقتراحات لكيفية المتابعة. تجهيز بعض الأفكار والاقتراحات للقاءات من دون فرضها على الناس، يفضل السماح لهم بالتعبير عن أنفسهم.
- تزويد الناس بأمثلة عن مجتمعات نظمت نفسها بشكل ناجح، مثلاً عن طريق إنشاء لجان مجتمعية للكوليرا أو تهيئة فرق عمل متنوعة مع أدوار ومسؤوليات محددة.
- تشجيع الناس كي يكونوا فخورين بخططهم وإنجازاتهم في مجال زيادة الوعي ومكافحة الكوليرا.
- متابعة تقييم المحركات المجتمعية وقنوات الاتصال البديلة والسكان أو الأفراد الذين قد يتم إقصاؤهم من الاجتماعات العامة.
- طلب المساعدة من داخل المجتمع لتحديد العناصر الأكثر ضعفاً ضمن المجتمع بشكل خاص وضمان وصول الجهود الخاصة بالكوليرا إليهم.
- تمكين القادة من تحمل المسؤولية بدلاً من التحكم بكامل سير العملية.
- تقديم التدريب والموارد، على سبيل المثال المواد البصرية أو المنشورات عندما تسمح الوسائل الموجودة بذلك.
- الاستمرار بتوفير أكبر قدر ممكن من الدعم والتيسير الدوري والاستماع لمشاكل واهتمامات المجتمع.
- مشاركة المجتمعات والمجموعات بمراقبة جهودهم الشخصية.

استكشاف الأخطاء وإصلاحها – إدارة التحديات التي تمنع السلوكيات الجيدة بخصوص المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

ما الذي يجب عمله في حال:	المقترح
اشتكى الناس بخصوص طعم الكلور	التحقق من أن كمية الكلور التي يستخدمونها صحيحة بالنسبة لكمية وكدر المياه. اشرحوا لهم بان هذا المعيار مؤقت وناقشوا معهم أهمية مكافحة الإسهال المائي الحاد والكوليرا خاصة بالنسبة للأطفال الصغار والرضع حتى لو رفض البالغون شرب المياه. يجب الأخذ بعين الاعتبار الطرق الأخرى المثبتة لمعالجة المياه، بما فيها تخثير الكلور، المرشحات السيراميكية أو البيولوجية، التعقيم بالشمس، والغلي. يرجى مراجعة الملحقات 9A و 9B حول المواضيع المتعلقة بمعالجة المياه والموارد، بما فيها التوصيات حول التعقيم بالكلور.
لم يرق طعم المياه المغلية للناس	اقترحوا عليهم صب الماء جيئة وذهاباً ضمن وعاءين نظيفين أو خض الماء جيداً داخل زجاجة. يمكن أيضاً استعادة الطعم بإضافة كمية صغيرة من الملح.
تحدث الناس عن عدم توافر الصابون	اقترحوا عليهم الاحتفاظ بكمية صغيرة من الرماد قرب مرافق غسل اليدين واستخدامها عوضاً عن الصابون. هناك احتمالات أخرى لغسل اليدين مثل الرمل، أوراق شجر الليمون، بذور الحارثة (تنزانيا).
اشتكى الناس من روائح المراحيض	اقترحوا عليهم جمع كميات كبيرة من الرماد وصبها فوق البراز. استخدام تقنية تنفيس الأنابيب مع شبكة طائرة للتقليل من الروائح.
ليس لدى أفراد العائلة القدرة على التشارك بنفس المرحاض	ناقشوا الموضوع ضمن مجموعات صغيرة واطلبوا من المشاركين عرض بعض الاقتراحات لمعالجة المشكلة، مثل مشاركة عائلتين بمرحاضين مختلفين كي لا يضطر الأفراد المختلفون التشارك بنفس المرحاض.
اعتقد الناس بأن السحر هو سبب الكوليرا	التركيز على محفزات تغيير السلوك. ليس بالضرورة على الدوام الفهم العلمي للمرض كي يتمكن الأشخاص من التغيير. قد يتحفزوا بدوافع أخرى غير تحسين الصحة مثل الإحساس بالاشمئزاز من "تناول" البراز في حال عدم غسل اليدين (كما في طريقة الصرف الصحي الكامل المقاد من قبل المجتمع).
براز الأطفال نظيف	مرة أخرى، قد يعتقد الناس بأن براز الأطفال لا يسبب الأمراض لكنهم لن يرغبوا بتناوله! اسحبوا شعرة من رؤوسكم (والتي تمثل حجم قدم الذبابة) – امسحوها ببراز طفل ما وضعوا الشعرة ضمن زجاجة من المياه. الآن اسألوا أي شخص إن كان يرغب في شرب هذه المياه!
لا يحب الناس استخدام الصابون لغسل اليدين قبل تناول الطعام لأن ذلك يجعل الطعم مختلفاً	اقترحوا عليهم استخدام نوع من الصابون ذي رائحة خفيفة وأن يشطفوا أيديهم جيداً عند الاغتسال. اشرحوا لهم بأن عدم غسل اليدين بالصابون قد يعني بأنهم يتناولون براز شخص ما مع طعامهم الشهي.

1 مجموعة التنسيق لحالات الطوارئ في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، جمهورية تنزانيا الاتحادية (2011، مسودة ماضية). الإرشادات التوجيهية للاتصال في حالات الطوارئ بشأن المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في تنزانيا – مجموعة الادوات E، جمهورية تنزانيا الاتحادية، مجموعة أدوات التأهب والاستجابة في حالات الطوارئ بشأن المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للاستخدام في مينلاند وفي زنجبار.

إذهب إلى جدول المحتويات

7 الاتصالات من أجل التأهب والاستجابة للكوليرا

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

الإجراء	الوصف	الجمهور المستهدف	الموعد النهائي	الشخص المسؤول	الميزانية $
الإعلام المطبوع					
حزم إعلامية	إنتاج 200 حزمة إعلامية تغطي الحقائق الاساسية حول المكافحة وما الذي يجب عمله لدى الإصابة بالمرض. الاستراتيجيات الحكومية وأمثلة عن الإجراءات داخل المجتمع. أمثلة عن مشاركة الإعلام من بلدان مختلفة	الصحفيون والإعلام	نهاية تموز 2012	الطبيب W – وزارة الصحة	300
منشورات	إنتاج 6000 منشور بثلاث لغات أساسية عما يجب عمله خلال تفشي الكوليرا وطرق المكافحة الشائعة	قادة المجتمع	نهاية آب 2012	السيد P – وزارة الصحة	2000
الإذاعة والأفلام والتلفاز					
النقاط الإذاعية	ثلاث نقاط إذاعية مختلفة بأربع لغات محلية لجماهير مستهدفة مختلفة	الأمهات والأطفال الصغار أرباب الأسر	نهاية أيلول 2012	السيد H – اليونيسف	5000
الإعلام المجتمعي					
مجموعة المسرح "الأيدي النظيفة"	تنظيم عقد ومذكرة تفاهم لمجموعة المسرح ضمن المجتمع للعمل خلال أشهر انتشار الكوليرا	سكان مدينة الصفيح الحضريون	نهاية آب 2012 – العقد	السيد T – اليونيسف	2000
التدريب والتوجيه					
مجموعة من تدريبات اليوم الواحد والتعبئة حول الكوليرا	تحضير المواد التدريبية وتنظيم 50 ورشة عمل في المناطق الأساسية	القادة الدينيون المدرسون الأساسيون محركو المجتمع	نهاية آب 2012 – العقد	السيد T – اليونيسف (أوكسفام، أي سي أف، وزارة الصحة)	2000
التدريبات الإنعاشية	تدريب إنعاشي ليوم واحد لـ 500 موظف	الممرضات العاملون المجتمعيون	نهاية تموز – العقد	سيسيليا أس – اليونيسف	6000
المناصرة					
عرض تقديمي لمدة ساعتين	الأسباب الأساسية للمشاركة في الاستجابة وأمثلة عن إجراءات من سياقات أخرى	الوزارات الأساسية: التعليم، الزراعة، الصحة الاجتماعية	التحضير نهاية أيار 2012 التسليم: نهاية حزيران 2012	السيد S –قسم الصحة العامة	200

إذهب إلى جدول المحتويات

استراتيجيات الاستجابة للكوليرا	المسؤولون عن تنفيذ الإجراءات (قد يختلف هذا حسب السياق)	باقي الفاعلين في دعم التنفيذ	كيف يمكن إشراك المجتمع؟
التقييم السريري (القسم 8,2) • التأكد من أن المريض مصاب بالإسهال • تحديد درجة نقص الإماهة • الحجر الصحي	• المدير الطبي • الأطباء • الممرضون	• وزارة الصحة • الدائرة الصحية المحلية • منظمات المجتمع المدني الطبية المختصة	إحضار المرضى المصابين إلى المركز الطبي بأسرع ما يمكن.
المعالجة (القسم 8,3): • إعادة الإماهة (سوائل وريدية ومحلول الإماهة الفموية) • الاستمرار في الإماهة (محلول الإماهة الفموية والزنك) • إعطاء المضادات الحيوية، عند الحاجة	• الأطباء • الممرضون • مساعدو الممرضين	• وزارة الصحة • الدائرة الصحية المحلية • منظمات المجتمع المدني الطبية المختصة	التقيد بتعليمات استخدام محلول الإماهة الفموية والزنك. على المعتنين بالمرضى أن يشجعوا المصاب على تناول محلول الإماهة الفموية والزنك وفق التعليمات.
تأسيس المرفق الصحي أو مركز علاج الكوليرا، المشتمل على مكافحة العدوى (المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية) (القسم 8,4): • تحديد مكان وتأسيس الموقع عبر الحوار مع السلطات الصحية والمجتمع • تحديد المسؤوليات لمكافحة العدوى (المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية) في المنشأة • سلسلة التوريد اللوجستية والإدارية	• مدير الموقع • المسؤول اللوجستي • اختصاصي المياه، الصرف الصحي، والنظافة الصحية • الأطباء • المرضون، ومساعدو المرضين • المراقبون • عاملو النظافة، الطباخون، عمال المياه	• وزارة الصحة • الدائرة الصحية المحلية • منظمات المجتمع المدني الطبية المختصة • وزارة الصحة • الدائرة الصحية المحلية • منظمات المجتمع المدني • الطبية المختصة • اللجنة الاجتماعية لمعالجة الكوليرا	تأسيس لجنة لمعالجة الكوليرا. المشاركة في المناقشات والموافقة على مكان الموقع والتحاور مع المجتمع الأوسع. يمكن للفريق كذلك أن يشارك ويحدد مواطن قلق المجتمع.
الموارد البشرية (القسم 8,4,4): • تحديد وتوظيف فريق العمل • توفير التدريب المهني للفريق الطبي إلى جانب الإشراف والمراقبة • تقديم تدريب أثناء العمل لفريق الدعم	• وزارة الصحة، السلطة المحلية لدائرة الصحة الطبية • مدير الموقع/ المسؤول اللوجستي/ مختص المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية- في مهمة تدريب فريق الدعم	• معاهد التدريب • منظمات المجتمع المدني الطبية المختصة	توظيف العديد من موظفي فريق الدعم من المجتمع المحلي. عندما يتم تدريب فريق العمل الرئيسي، يمكن لهم أن يدربوا آخرين.
مشاركة المعلومات والحوار مع المرضى والمعتنين بهم (القسم 8,5): • تقديم المعلومات والدخول في حوار لدى وصول المرضى وإقامتهم • مناقشة السياق المنزلي (تحديد الممارسات الرئيسية المسببة للخطر) • تقديم المعلومات ومناقشة خطط التوصية • إعطاء الدعم النفسي	• المرضون • مساعدو الممرضين • متطوعو الصليب والهلال الأحمر • أعضاء فريق الدعم النفسي	• وزارة الصحة • الدائرة الصحية المحلية • منظمات المجتمع المدني الطبية المختصة	جعل اللجنة الاجتماعية لمعالجة الكوليرا تساعد في دعم المرضى عند عودتهم إلى المنزل وبذل الجهد للتقليل من الوصمة والنزاعات.

8B ملخص الإرشادات التوجيهية الخاصة بالمعالجة: المضادات الحيوية واستبدال السوائل

المضادات الحيوية

توصي مختلف المنظمات المشاركة في الاستجابة للكوليرا، باستخدام المضادات الحيوية للمرضى المصابين بالكوليرا ذوي الإعياء المتوسط إلى الشديد، والذين باشروا بالإماهة الوريدية. لا تنصح أيٌّ من الإرشادات التوجيهية بالمضادات الحيوية كوقاء لمنع الإصابة بالكوليرا، وتؤكد جميعها على أن المضادات الحيوية يجب أن تستخدم مقرونةً بإماهة شديدة. إضافة إلى ذلك، توصي الإرشادات التوجيهية بأن اختبار الحساسية الجرثومية هو الذي يحدد الخيارات الموضعية للدواء.

توصيات منظمة الصحة العالمية/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية حول المضادات الحيوية

نمط الحالة	الخيار الأول	الخيار الثاني
البالغون	دوكسيسللين، 300 ملغ، جرعة لمرة واحدة	سيبروفلوكساسين، 1 غ، جرعة لمرة واحدة **أو** أزيترومايسين، 1 غ جرعة لمرة واحدة
الحوامل	أريترومايسين، 500 ملغ/6 ساعات لثلاثة ايام **أو** أزيترومايسين[1]، 1 غ جرعة لمرة واحدة	–
الأطفال فوق الـ 3 سنوات الذين يمكنهم ابتلاع الحبوب	أريترومايسين، 12.5 ملغ/كغ/ 6 ساعات لثلاثة أيام **أو** أزيترومايسين، 20 ملغ/كغ في جرعة لمرة واحدة دون تجاوز الـ 1 غ	سيبروفلوكساسين، معلق أو حبوب، 20 ملغ/كغ في جرعة لمرة واحدة **أو** دوكسيسللين، معلق أو حبوب، 2-4 ملغ/كغ جرعة لمرة واحدة[2]
الأطفال فوق الـ 3 سنوات أو الرضع الذين لا يمكنهم ابتلاع الحبوب	أريترومايسين، معلق، 12.5 ملغ/كغ/ 6 ساعات لثلاثة أيام **أو** أزيترومايسين، معلق، 20 ملغ/كغ في جرعة لمرة واحدة	سيبروفلوكساسين، معلق، 20 ملغ/كغ في جرعة لمرة واحدة **أو** دوكسيسللين، معلق ، 2-4 ملغ/كغ جرعة لمرة واحدة

باقي الإرشادات التوجيهية ملخصة في الجدول التالي:

إرشادات توجيهية لمعالجة الكوليرا بالمضادات الحيوية

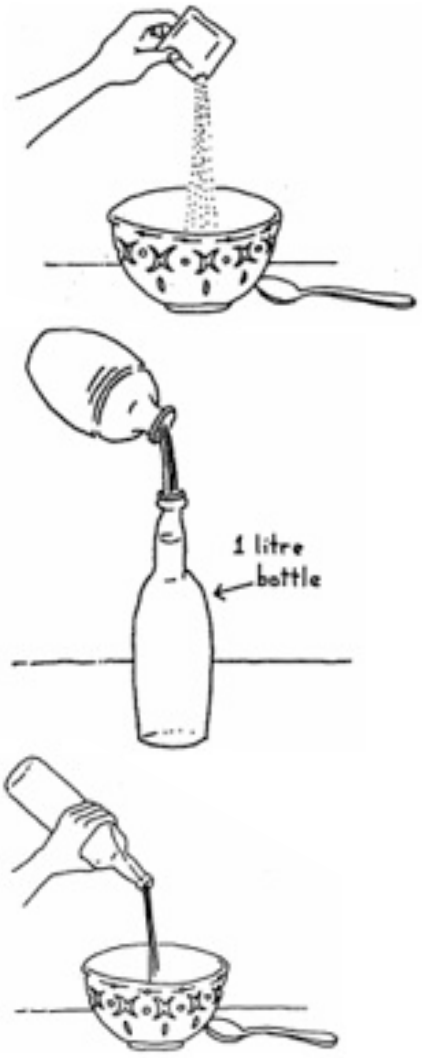
المنظمة (انقر لمعلومات إضافية)	التوصيات	الخيار الدوائي من المرتبة الأولى	الخيارات الدوائية البديلة	الخيارات الدوائية لأشخاص معينين
منظمة الصحة العالمية	المعالجة بالمضادات الحيوية فقط للمرضى المصابين بنقص شديد في الإماهة	دوكسيسللين	تتراسكلين	الأريترومايسين دواء موصى به للأطفال
منظمة الصحة للبلدان الأمريكية	المعالجة بالمضادات الحيوية للمرضى المصابين بنقص شديد أو متوسط في الإماهة	دوكسيسللين	سيبروفلوكساسين أزيترومايسين	الأريترومايسين أو الأزيترومايسين توصف كأدوية من المرتبة الأول للحوامل والأطفال، السيبروفلوكساسين والدوكسيسللين يوصفان كأدوية من المرتبة الثانية بالنسبة للأطفال
المركز الدولي المختص بأبحاث أمراض الإسهال، بنغلاديش	المعالجة بالمضادات الحيوية للمرضى المصابين بنقص قليل أو شديد في الإماهة	أزيترومايسين	دوكسيسللين سيبروفلوكساسين كلوتريمازول	الأريترومايسين يوصف كدواء من المرتبة الأول للحوامل والأطفال
أطباء بلا حدود	المعالجة بالمضادات الحيوية للمرضى المصابين بنقص شديد في الإماهة فقط	دوكسيسللين	أريترومايسين كلوتريمازول كلورامفنكول فورازوليدون	

* يرجى ملاحظة أنه، وبسبب اعتبارات لها علاقة بالمساحة المستخدمة، لم نورد المعلومات المتعلقة بالجرعة ضمن هذا الجدول.

المصدر: www.cdc.gov/cholera/treatment/antibiotic-treatment.html

إذهب إلى جدول المحتويات

تحضير محلول الإماهة الفموية



1. اغسل يديك بالماء والصابون

2. افرغ كامل ظرف واحد من محلول الإماهة الفموية في وعاء نظيف (زبدية خلط أو مرطبان) للقيام بخلط الأملاح. على الوعاء أن يكون كبيراً كفاية ليتسع لليتر واحد على الأقل.

3. قم بقياس ليتر من الماء النظيف (أو كمية صحيحة من الظرف المستخدم). استخدم أنظف ماء متوفر للشرب. ***في مجتمعك، ما هي الأوعية الشائعة التي يستخدمها من يرعى المرضى لقياس ليتر من الماء؟***

4. اسكب الماء في الوعاء. امزج جيداً حتى تنحل الأملاح تماماً

كيفية إعداد محلول الإماهة الفموية

كيف تعطي وتحفظ محلول الإماهة الفموية

1. اشرح للأم أهمية تعويض السوائل في حالة طفل مصاب بالإسهال. واشرح لها أيضاً أن لمحلول الإماهة الفموية طعماً مالحاً. دعها تتذوق المحلول. قد لا يكون طعمه مقبولاً بالنسبة للأم. لكن الطفل المصاب بالإسهال يشربه بلهفة.

2. اطلب من الأم أن تبدأ بإعطاء الطفل محلول الإماهة الفموية أمامك. إعطاء رشفات صغيرة متكررة من كوب أو ملعقة. (استخدم الملعقة لإعطاء محلول الإماهة الفموية لطفل أكبر).

3. إذا كان الطفل يتقيأ، انصح الأم أن تنتظر عشر دقائق قبل إعطائه المزيد من محلول الإماهة الفموية. ثم البدء بإعطائه المحلول ثانيةً، لكن ببطء أكبر. عليها أن تعطي الطفل قدر ما يشاء، أو على الأقل نصف كوب من محلول الإماهة الفموية بعد كل تغوط لين.

4. تأكد من فهم الأم لهذا. على سبيل المثال:
   - راقب إن كانت تعطي رشفات صغيرة من محلول الإماهة الفموية. على الطفل ألا يشرق.
   - اسألها: كم مرة ستقومين بإعطاء محلول الإماهة الفموية؟ وكم ستعطين منه؟

رسائل رئيسية

- لا تنتقل الكوليرا عبر الإرضاع الطبيعي.
- الإرضاع الطبيعي هو دائماً المصدر الأكثر أماناً للتغذية بالنسبة للرضع والأطفال الصغار، خلال تفشي الكوليرا بشكل خاص.
- على الرضع أن يرضعوا من الأم بشكل حصري في الشهور الست الأولى من عمرهم. وبعد الشهور الستة، يحتاج الطفل إلى أنواع مختلفة من الأغذية الإضافية المعدة بشكل نظيف صحياً. على الإرضاع الطبيعي أن يستمر قدر الإمكان، ويفضل أن يستمر حتى بلوغ الطفل سنتين من عمره على الأقل.
- يجب الاستمرار بإرضاع الطفل بشكل طبيعي لدى تلقيه العلاج من الكوليرا.
- على الأم المصابة بالكوليرا أن تستمر في الإرضاع الطبيعي طالما كانت في وعيها، حتى خلال تلقيها السوائل الوريدية. على الأم والطفل أن يبقيا معاً.
- الإعداد الصحي النظيف للمتممات الغذائية بالنسبة للأطفال بعمر ستة شهور فما فوق، هو أمر أساسي للتقليل من خطر الإصابة بالكوليرا.
- الرضع غير القادرون على الرضاعة الطبيعية ضعيفون للغاية ويجب إيلاء الأولوية لهم لعناية ورعاية صحية خاصة لتقليل مخاطر الإرضاع الاصطناعي.

س: *هل تنتقل الكوليرا عبر الإرضاع الطبيعي؟*

ج: لا تنتقل الكوليرا عبر الإرضاع الطبيعي. ترتبط الكوليرا بشرب المياه أو تناول الأطعمة الملوثة. تنتشر الكوليرا كذلك بسبب ضعف ممارسات الصرف الصحي والنظافة الصحية، مثل عدم غسل اليدين بالصابون.

س: *ما هو الماء والطعام الأكثر أماناً بالنسبة للرضع والأطفال الصغار لدى وجود الكوليرا؟*

ج: الإرضاع الطبيعي هو المصدر الأفضل للتغذية (الصلبة والسائلة) بالنسبة للرضع والأطفال الصغار في كل الأوقات، حتى لدى وجود الكوليرا. وعلى الرضع أن يرضعوا من الأم بشكل حصري في الشهور الست الأولى من عمرهم، مما يعني أن نرضعهم من الثدي بدون أي طعام أو سوائل أخرى، حتى الماء. يوفر الإرضاع الطبيعي كل الغذاء والسوائل التي يحتاجها الطفل في الشهور الست الأولى من عمره. حيث أن الإرضاع الطبيعي حصراً هو أفضل طريقة لمنع الرضع الأصغر من ستة أشهر من الإصابة بالكوليرا لأن الإرضاع نظيف ويحمي من العدوى. الأطفال الذين يعطون سوائل وأغذية أخرى قبل بلوغهم الشهر السادس من العمر لا ينمون بشكل جيد غالباً ويمرضون أكثر لأن الطعام والسوائل لا تحتوي على طاقة وتغذية مثل حليب الثدي، وقد تكون حاوية على جراثيم مسببة للكوليرا والإسهال والإقياء.

ابتداءً من عمر الستة شهور، يحتاج الرضع إلى تنويع في الأطعمة المغذية المعدة بشكل نظيف صحياً لتتمم ما يؤخذ عن طريق الإرضاع الطبيعي. وعلى الإرضاع الطبيعي أن يستمر قدر الإمكان، ويفضل أن يستمر حتى بلوغ الطفل سنتين من عمره على الأقل.

س: *إذا كانت الأم مصابة بالكوليرا، فهل عليها أن تستمر في الإرضاع الطبيعي؟*

ج: على الأم المصابة بالكوليرا أن تستمر في الإرضاع الطبيعي طالما كانت في وعيها، حتى خلال تلقيها السوائل الوريدية. من المهم أن تعطى الأم المصابة بنقص في الإماهة سوائل وريدية و/أو محلول الإماهة الفموية. يجب أن تعطى المضادات الحيوية فقط للأم المصابة، وليس لطفلها المعافى.

س: *إذا كان لدى الأم نقص شديد في الإماهة فهل عليها أن تستمر في الإرضاع الطبيعي؟*

ج: إن النقص الشديد في الإماهة قد يقلل من حجم حليب الثدي. إماهة الأم بالسوائل الوريدية و/ أو محلول الإماهة الفموية يمكن أن يصلح هذا الأمر بسرعة (خلال ساعة). إذا كانت الأم تتحسن بإمكانها الاستمرار في الإرضاع الطبيعي، حتى خلال تلقيها السوائل الوريدية.

س: *هل يجب فصل الطفل عن الأم إن كانت الأم مصابة بالكوليرا؟*

ج: على الأم وطفلها أن يبقيا معاً إن كانت الأم مصابة بالكوليرا. ويعني إبقاء الأم والطفل معاً أن بإمكان الأم الاستمرار في الإرضاع الطبيعي لطفلها ويساعد ذلك على إبقاء الرابط العاطفي بين الأم والطفل. من المهم أن تغسل الأم يديها وثديها بالماء والصابون أو الماء المعقم بالكلور. إذا رفض الطفل مص الثدي بسبب طعم الصابون/ الكلور، يجب تنظيف الحلمات والمنطقة المحيطة بكمية من حليب الثدي. عندما يكون ذلك ممكناً، ليقم شخص غير مريض بالعناية بالطفل بين كل رضاعة وأخرى. عند الإمكان، ليلفّ الطفل بقطعة قماش نظيفة لدى كل إرضاع ويجب غسل قطعة القماش كلية بعد كل إرضاع.

س: *ماهي مخاطر عدم الإرضاع الطبيعي؟*

ج: أظهرت الدراسات أن الرضع والأطفال الصغار الذين لم يرضعوا بشكل طبيعي هم أكثر عرضة بـ 6-25 مرة للموت في شروط أقل من النظافة الصحية عن الذين رضعوا بشكل طبيعي. الإرضاع الاصطناعي بالحليب المجفف أو مستحضرات الرضع يُعتبر خطرا في كل الأوقات لكنه أكثر خطورة لدى تفشي

لمعلومات إضافية حول التوظيف في المنشآت الصحية ومواقع العلاج، يرجى مراجعة الملحق **8G**.

أ. تأسيس المنشآت الصحية الخاصة بالكوليرا أو مواقع العلاج بما فيها مكافحة العدوى

تصميم إجراءات تأسيس موقع علاج الكوليرا[1]. (مقتبس بشكل رئيسي من أطباء بلا حدود، 2004، الإرشادات التوجيهية الخاصة بالكوليرا)

العنصر	معايير التصميم	ملاحظات حول إجراءات مكافحة العدوى وحول مختلف أنواع التصميم للمنشآت الصحية الأصغر
الموقع	الأرض المرتفعة مع شبكة صرف صحي جيدة هي الخيار الأفضل. لا تختر الأرض الواطئة أو المنخفضات. التشاور والاتفاق مع الزعماء المحليين حول الموقع الأنسب.	
المسافات	عن السوق= 100 م عن مصدر مياه= 40 م (للأرض الرملية) 15م (الغضارية) عن باقي الأبنية خاصة المساكن= 100م	
الجدران والأرضية	أرضية من الاسمنت المسلح أو، للبناء المؤقت، غلاف بلاستيكي لتغطية الأرض	• يجب أن تكون الأرض قابلة للغسل وجمع مياه الصرف أو التخلص منها في بالوعة أو مرحاض داخل المنشأة. • يجب أن تغسل أرضية الأجنحة حتى أربع مرات يومياً بسائل 0.2% من محلول الكلور. يمكن بخ الجدران بمحلول 0.2% عند عدم وجود المرضى.
المدخل	الطريق الجيدة مهمة لدخول المرضى، المياه، الطعام، الخ..	
المكان والمساحة	يجب أن يكون المكان ملائماً للتوسع المستقبلي عند الحاجة. سعة الجناح= 2.5 م^2 لكل مريض مع مرافق واحد • خيمة 29 م^2 يمكن أن تتسع لعشرة مرضى+ مرافقيهم • خيمة 82 م^2 يمكن أن تتسع لـ 30 مريض+ مرافقيهم	ادرس المكان المطلوب لمختلف مكونات الموقع بما فيه مواقع المراحيض ووحدات الحمام.

العنصر	معايير التصميم	ملاحظات حول إجراءات مكافحة العدوى وحول مختلف أنواع التصميم للمنشآت الصحية الأصغر
المراحيض	• مرحاض لكل عشرين مريضاً أو مرافق في قسم المراقبة/ الفحص وقسم النقاهة (مرحاضان على الأقل، للرجال/ للنساء) • مرحاض لكل خمسين مريضاً في أقسام الاستشفاء (معظمهم لا يستخدمها) (مرحاضان على الأقل للرجال/ للنساء) • مرحاضان على الأقل في المنطقة المحايدة (ر/ن) • مرحاضان للزوار خارج المركز (ر/ن) • على الحمامات أن تكون قابلة للتنظيف بسهولة بحيث يمكن دفع مياه التنظيف نحو حفرة المرحاض أو إلى بلوعة إلى جانب المرحاض. • يجب أن يكون المرحاض في منطقة المرضى كبيراً كفاية بحيث يتسع لدخول المريض مع المرافق (مقاس مضاعف للوحدة)، وله كرسي يمكن تحريكه نوعاً ما وغسله، ومن الناحية المثالية له درابزين ليتثبت عليه المريض لدى استخدام المرحاض. • على المراحيض أن تكون مستقلة لاحتواء الضمة الكوليرية وغير موصولة بالصرف الصحي (قد لا يكون نظام الصرف الصحي ملائماً ويتسرب إلى أنابيب المياه أو يرتشح نحو مصدر مائي مفتوح).	• يجب بذل عناية خاصة بالتنظيف الدوري (عدة مرات في اليوم) لبلاطة المرحاض والجدران حتى ارتفاع متر بمياه معقمة 0.2 %. • قد لا تمتلك المراكز الصحية الصغيرة بـ 1-5 أسرّة الموارد اللازمة لمراحيض متعددة. في هذه الظروف، أقل عدد من المراحيض هو اثنان (للنساء وللرجال)، والتي سيتشاركها المرضى، المرافقون، الموظفون، والزوار. يجب بذل عناية خاصة للتأكد من تنظيف المراحيض بشكل دوري. • يرجى مراجعة الموجز الفني من أوكسفام المملكة المتحدة وخيارات تصميم المراحيض من التأهيل الشامل المعتمد على المجتمع في تنزانيا من أجل تحسين إمكانية الوصول لمرافق الصرف الصحي
الحمامات/وحدات الاستحمام	• حمام خاص لكل 50 مريض أو مرافق- حمامان على الأقل (ر/ن) لكل قسم من المركز • حمامان على الأقل (ر/ن) للموظفين في المنطقة المحايدة • وصل مناطق الاستحمام إلى مخرج لامتصاص الأوساخ موجود داخل مركز علاج الكوليرا • يجب أن تكون وحدات الاستحمام في أقسام المرضى كبيرة بشكل كاف لتسمح بدخول المريض مع مرافقه (مقاس مضاعف للوحدة) وفيه أيضاً كرسي قابل للغسل ومن الناحية المثالية تحتوي على درابزين ليستند إليه المريض عند الاستحمام.	قد لا تمتلك المراكز الصحية الصغيرة بـ 1-5 أسرّة الموارد اللازمة لوحدات استحمام متعددة. في هذه الحالة يكون أقل عدد من وحدات الاستحمام هو 2 (ر/ن).
محطات غسل اليدين	يجب أن تستخدم محطات غسل اليدين محلول كلور 0.05 %, ويجب أن تكون متوضعة: • في مدخل/ مخرج مركز العلاج • في كل المراحيض (بشكل منفصل للرجال والنساء) • في مداخل كافة الخيم (المرضى والإداريون) • في المطبخ • في المشرحة • في منطقة رمي النفايات • في كل قسم/جناح عيادات يجب أن يكون في كل محطات غسل اليدين ضمن المركز تصريف صحي نحو مجارير مغطاة، أو يكون لها وصلات تسريب أو أوعية لتجميع المياه من محطات غسل اليدين ليتم إفراغها فيما بعد في بلوعة أو مرحاض.	غسل اليدين بشكل منتظم هو الإجراء الرئيسي لمكافحة العدوى بالنسبة للمنشأة الصحية أو مركز معالجة للكوليرا. من الضروري تعيين موظف مختص يعمل على ملء عبوات غسل اليدين والتأكد من الصرف الصحي الملائم أو التخلص من مياه الصرف.

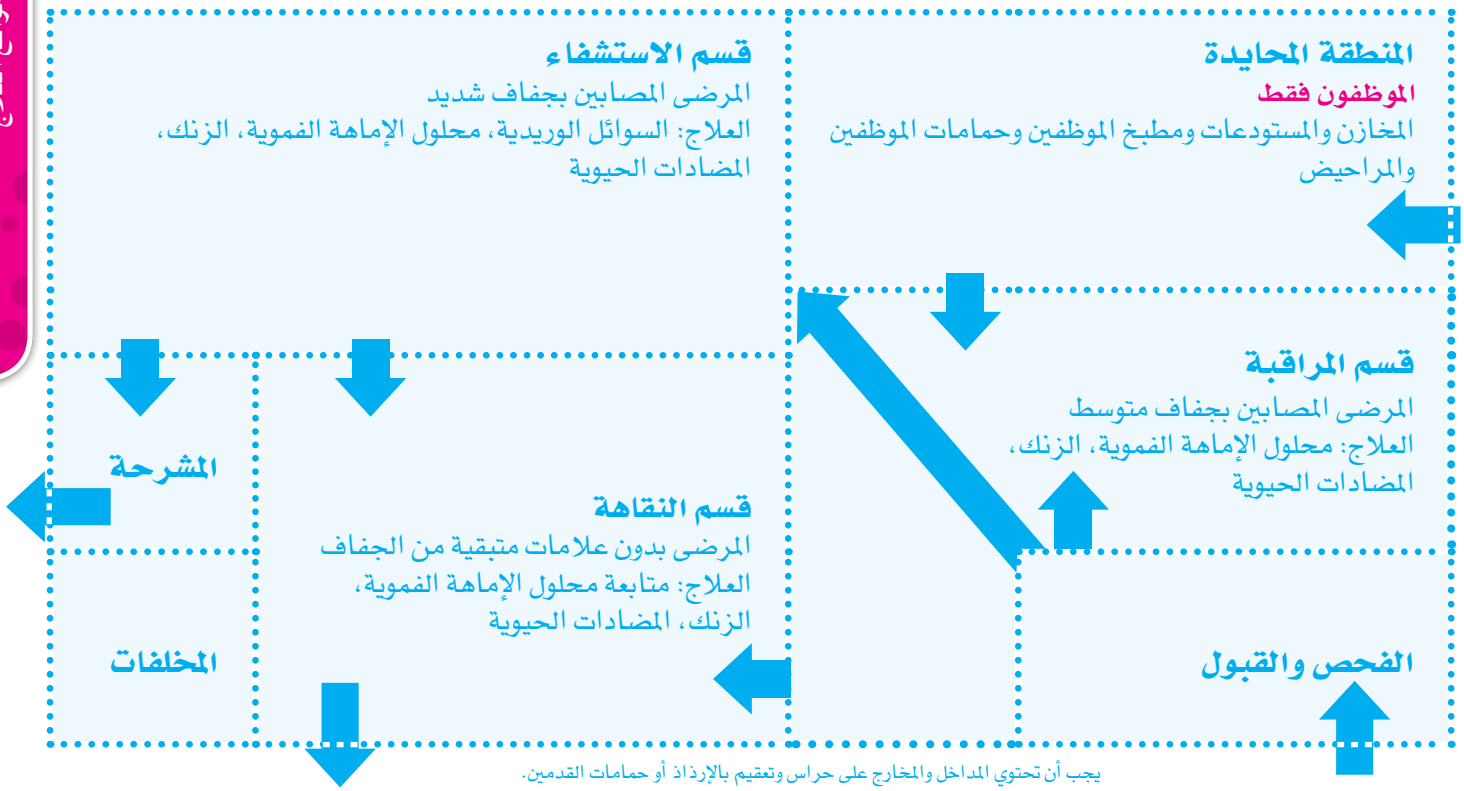
إذهب إلى جدول المحتويات

العنصر	معايير التصميم	ملاحظات حول إجراءات مكافحة العدوى وحول مختلف أنواع التصميم للمنشآت الصحية الأصغر
قسم الغسيل	• يجب أن يوضع قسم الغسيل أقرب إلى المنطقة التي تحتوي على أكثر العناصر تلوثاً. • لدى عدم توفر البلاليع سنحتاج إلى أنابيب بلاستيكية كبيرة مع مجارير للمياه الآسنة. • خطوط التجفيف يجب أن تكون مضمنة قرب قسم الغسيل. • قد يتطلب الأمر مدفأة، وقوداً، وحوضاً معدنياً كبيراً إذا اتخذ القرار بغلي الملابس وأغطية الأسرّة بدلاً من تعقيمها.	• سيستخدم قسم الغسيل لغسل المواد المتسخة (البطانيات، الأردية، الملابس الوقائية، ثياب المرضى الخ..). • على المواد أن تغمر في معقم من الكلور 0.05% لعشرة دقائق ثم تغسل بشكل عادي وتعلق لتجف.[3]
القسم المحايد	• يجب أن تشتمل المنطقة المحايدة على المطبخ، تبديل الموظفين، أقسام الاستراحات واللقاءات والمخازن. • يجب أن يكون للقسم المحايد مدخلاً خاصاً به ومع حارس كذلك واقف على الباب.	
المطبخ	• المطبخ يجب أن يكون في المنطقة المحايدة. • مرافق غسل اليدين يجب أن تتوفر مع محلول كلور 0.05% • يجب أن تتوفر الأدوات المناسبة ووحدات التخزين/ الأوعية لإعداد وتخزين الطعام.	• يسمح فقط لعمال المطبخ بالدخول إلى المطبخ والتعامل مع الطعام. • يجب أن تشطف الصحون في محلول كلور 0.05% ثم تغسل بالطرق العادية. • لدى إحضار الطعام إلى المركز من قبل مقدمي الرعاية، يجب إما نقل الطعام إلى وعاء آخر عند المدخل يمكن غسله وحفظه في المركز، وإما غسل الوعاء بمحلول كلور 0.05% قبل إخراجه من المركز.
قسم إدارة النفايات	• يجب أن تقسم النفايات إلى ثلاث فئات من المصدر بوضعها في حاويات مختلفة الألوان/ مشار إليها: • – الخفيفة (كل ما يمكن أن يحرق) يمكن أن تجمع في حاوية ذات غطاء. • – العضوية (المخلفات التي لا يمكن حرقها) يمكن أن تجمع في حاوية ذات غطاء. • – الحادة (المخلفات التي تؤذي وتنقل الداء إن لم نتعامل معها بشكل مناسب) تجمع في صندوق آمن غير قابل للثقب. • قسم إدارة النفايات يجب أن يحتوي حفرة للمواد الحادة، حراقة أو موقد للحرق وحفرة للمواد العضوية.	مالم يقع مركز علاج الكوليرا على أراض تابعة لبناء طبي يرغب كادره الاستمرار في استخدام منطقة المُخلفات بعد إغلاق بناء مركز علاج الكوليرا، يجب ردم حفرة المخلفات العضوية وملء حفرة المخلفات الحادة بالخرسانة.
الملابس الوقائية	• لا نحتاج بشكل عام إلى الملابس الوقائية مثل الجزم المطاطية، الوزرة، المئزر البلاستيكي، نظارات الحماية إذا كانت إجراءات مكافحة العدوى ملائمة. • يجب أن تستخدم القفازات المطاطية من قبل الكادر الطبي لدى أداء إجراءات الحقن، ومن قبل كل الموظفين لدى التعامل مع الكلور، ومنتجات الكلور، والقيء، والبراز، والملابس المتسخة، والأسرّة، والمخلفات الأخرى، ومن أجل غسل/إعداد جثث الموتى. وقد يحتاج عمال التنظيف إلى مآزر. • الأردية والثياب يجب توفيرها للمرضى في قسم العلاج بعد الاستحمام وكذلك للمرافقين لدى اتساخ ثيابهم.	الملابس المستخدمة في المركز يجب أن تحفظ في المركز.

	الأفعال المطلوبة من المرضى	الأفعال المطلوبة من المرافقين	الأفعال المطلوبة من الموظفين
خلال التواجد ضمن مركز العلاج	• عليهم أن يبقوا في قسم المعالجة في المركز كما هو موضح من قبل الكادر الطبي • سيجمع القيء والبراز الخاص بهم في وعاء متعلق بالسرير أو وعاء منفصل. • عليهم ألا يتقيؤوا على الأرض • يجب أن يترك القيء والبراز الخاص بهم لمدة عشرة دقائق في محلول 2% قبل أن يفرغ في فتحة مرحاض (انظر الجدول أعلاه). • يجب أن تغسل الأيدي بمحلول كلور 0.05% بعد استخدام المرحاض، وقبل الدخول أو الخروج من الجناح وقبل الأكل • إذا اتسخت ثيابهم يجب أن تعقم في ماء مغلي أو تغمر في محلول 0.05% لمدة عشرة دقائق ثم تغسل بشكل عادي، تشطف وتجفف.	• يجب على المرافقين مساعدة المرضى في استخدام المرحاض والحمام عندما يبدؤون بالتحسن • يجب على المرافقين التقليل من ملامسة مخلفات المرضى • يجب أن تغسل الأيدي بمحلول كلور 0.05% بعد استخدام المرحاض، قبل الدخول والخروج من الجناح، بعد مساعدة المريض، وقبل الأكل • إذا اتسخت ثيابهم يجب أن تعقم في ماء مغلي أو تغمر في محلول 0.05% لمدة عشرة دقائق ثم تغسل بشكل عادي، تشطف وتجفف.	• يجب أن يستخدم الموظفون مراحيض ومرافق غسيل منفصلة في المنطقة المحايدة ويجب عليهم غسل اليدين بعد الاستخدام بمحلول كلور 0.05% • يجب أن يتم تناول فقط الطعام المعدّ في المركز. ويجب تناوله في القسم المحايد. • يجب أن تغسل الأيدي قبل الأكل.
عند الخروج	• يجب أن تعقم ثيابهم في ماء مغلي أو تغمر في محلول 0.05% لمدة عشر دقائق ثم تغسل بشكل عادي، تشطف وتجفف. • يجب أن يستحموا بمحلول 0.05% • يجب أن تعقم أقدامهم (أسفل أحذيتهم) بمحلول 0.2% (باستخدام اسفنجة أو بخاخ). • يجب أن تغسل الأيدي بمحلول كلور 0.05%	• في كل مرة يخرجون فيها من المركز عليهم غسل أيديهم بمحلول 0.05% • يجب أن تعقم أقدامهم (أسفل أحذيتهم) بمحلول 0.2% (باستخدام اسفنجة أو بخاخ). • في حال إحضار طعام من الخارج، يجب أن تغسل الصحون والأدوات بمحلول 0.05% قبل السماح بإخراجها من المركز.	• في كل مرة يخرجون فيها من المركز عليهم غسل أيديهم بمحلول 0.05% • يجب أن تعقم أقدامهم (أسفل أحذيتهم) بمحلول 0.2% (باستخدام اسفنجة أو بخاخ).

يرجى أيضاً مراجعة **الفصل 8.5** – معلومات للتداول والحوار بين المرضى ومرافقيهم

ب. المخطط البياني لمركز علاج الكوليرا (معتمد من منظمة أطباء بلا حدود، 2004)



يرجى أيضاً مراجعة المخطط البياني ثلاثي الأبعاد لمركز علاج الكوليرا وفق أطباء بلا حدود: MSF 3-D CTC layout from MSF

مع ذلك، بالمناقشة مع منظمتي أطباء بلا حدود ومنظمة الصحة العالمية، تم التأكيد على أنه يتطلب إضافة الكلور حالياً فقط لتوفير درجة معينة من خفض مخاطر التخلص من سائل البراز في فتحة مرحاض أو مكان آخر بأسرع وقت ممكن، وليس من المعروف فيما إذا كانت درجة الكلور هذه ستقتل كل الضمات الكوليرية[5]. نحتاج إلى أبحاث أكثر لصقل عملية إضافة الكلور إلى البراز أو القيء أو غيرها.

تتحرى منظمة أطباء بلا حدود حالياً إمكانية معالجة سائل البراز بالكلس (أكسيد الكالسيوم أو هيدروكسيد الكالسيوم) لترسيب المواد الصلبة ورفع درجة الحموضة لمستوى كافٍ لقتل كافة الضمات الكوليرية. شاهد الفيديو التالي لمعلومات إضافية. www.youtube.com/watch?v=mdlQ4spFvGU

إعداد محلول 1%

بدلاً من ذلك يمكن إعداد مخزون 1% من محلول الكلور ليتم استخدامه في معالجة مياه الشرب. لمعلومات حول إعداد محلول مخزون من الكلور 1% يرجى مراجعة منظمة الصحة العالمية (2004) الملحق 7، الصفحة 80، وطريقة هوروك المعدلة، WEDC موجز ويل التقني #46، الصفحة 56

التحقق من تراكيز الكلور المتوفرة

يفقد الكلور قدرته مع الوقت. لذلك من الضروري تفقّد فعالية مركب الكلور قبل مزجه. يحدد الجدول التالي:

- كمية الكلور الفعال بالوزن في أحجام محددة لمختلف درجات فعالية محلول الكلور.
- وزن نوعين من مركبات الكلور (HTH وبودرة التبييض) التي سنحتاج إليها من أجل ليتر من الماء إن حافظ كلا مركبي الكلور على فاعليتهما الكاملة.

كميات الكلور في أحجام محددة

	محلول 1%	محلول 2%	محلول 0.5%	محلول 0.2%	محلول 0.05%
غ من الكلور الفعال في **100** مل	1 غ	2 غ	0.5 غ	0.2 غ	0.05 غ
غ من الكلور الفعال في **1000** مل (**1** ليتر)	10 غ	20 غ	5 غ	2 غ	0.5 غ
ملغ من الكلور الفعال في **1000** مل (**1** ليتر)	10.000 ملغ	20.000 ملغ	5.000 ملغ	2.000 ملغ	500 ملغ
ملغ من الكلور الفعال في **1** مل	10 ملغ	20 ملغ	5 ملغ	2 ملغ	0.5 ملغ
نحتاج ملغ **HTH** (يعادل **65%** من الكلور الفعال) في **1000** مل سائل	15.385 ملغ	30.770 ملغ	7.690 ملغ	3.077 ملغ	770 ملغ
نحتاج ملغ من بودرة التبييض (تعادل **30%** كلور فعال) لـ **1000** مل من السائل	33.330 ملغ	66.670 ملغ	16.670 ملغ	6.670 ملغ	1.667 ملغ

من أجل فحص قوة مركب الكلور، استخدم اختبار طريقة هوروك المعدلة

- يجب أن يجرى الاختبار باستخدام المياه المعبأة (والذي فيه مستويات منخفضة جداً من التلوث وبدون كلور مترسب).
- للتأكد من كمية الكلور التي فقدت من المركب، يجب أن يجرى الاختبار بحيث يمكن قياس الكلور الناتج المترسب في الماء باستخدام اختبار تركيب (والذي له عادة مجال لفواصل بين 0-2 ملغ/ ل في 0.2 ملغ/ ل).
- نحتاج إلى موازنة الكترونية حساسة للاختبار، قادرة على أن تزن حتى 0.1 على الأقل.

على سبيل المثال التركيز المطلوب لمحلول الكلور قد يكون 1 ملغ/ل (1 ملغ من الكلور الفعال في الليتر، وذلك في منتصف مجال اختبار التركيب).

- بذلك سيكون هنالك محلول تركيزه 1% (10.000 ملغ/ل) مقسمة على 10.000=0.0001%
- من أجل HTH (محتوياً 65% كلور فعال) الكمية المطلوب إضافتها إلى الماء لإعداد محلول 0.0001% ستكون 15.385/ 10.000= 1.54 ملغ/ الليتر
- من أجل طريقة هوروك المعدلة، استخدم عندها دورق الـ 10 ليتر وأضف:
  - الدورق 1=10 ملغ من HTH
  - الدورق 2=15 ملغ من HTH

نقاط الإماهة الفموية (ORPs): التخطيط والإرشاد

تمهيد: استراتيجيات إماهة المجتمع

لا تتضمن الاستراتيجية الشاملة لمعالجة الكوليرا تأسيس مراكز ووحدات علاج الكوليرا فحسب إنما دعم خدمات المجتمع المحلي لتحقيق إماهة مبكرة وذلك عندما تحد المسافة، والأمان، وباقي العوائق من وصول فوري إلى المستشفى أو منشأة لمعالجة الكوليرا. يمكن لعمال الصحة المجتمعية أو مساعدي المرضين المتدربين حول المظاهر الهامة للتعامل مع الكوليرا أن يلعبوا دوراً هاماً في زيادة الوصول إلى إماهة مبكرة، والتي تعتبر حاسمة في منع التطور نحو جفاف متوسط أو حاد، وبذلك، تنقذ أرواحاً. نشاطات عمال الصحة المجتمعية التالية يجب أن تتطور اعتماداً على توفر الموارد:

1. توزيع البضائع:

يمكن لعمال الصحة المجتمعية توزيع ظروف محلول الإماهة الفموية وتجهيزات معالجة المياه لأفراد المجتمع المحلي من أي نقطة ثابتة في المجتمع.

2. الإماهة والتعليم المتنقلين في المجتمع:

يمكن لعمال الصحة المجتمعية زيارة بيوت أفراد المجتمع المحلي المرضى، والمساعدة في المعالجة الملائمة للمياه وتحضير محلول الإماهة الفموية، وتزويد التعليم حول الصحة، والإماهة، وأهمية الطلب الفوري للعلاج في مرفق للمعالجة.

3. تأسيس نقطة الإماهة الفموية:

يمكن توظيف مساعد ممرض أو اثنين في نقطة ثابتة للإماهة الفموية مؤسسة ومراقبة من قبل مركز علاج الكوليرا التابع أو المنظمة غير الحكومية في المجتمع والتي تدير المركز بالشراكة مع القسم المحلي أو الإداري لوزارة الصحة. يركز عمال الصحة المجتمعية أو المساعدون على الإماهة، والقيام بمكافحة العدوى، إحالة المرضى للعلاج (تأمين تنقلهم إن أمكن)، وتوفير التعليم حول الكوليرا للمرضى وأفراد المجتمع المحلي.

التدريب اللازم لهذه الأنشطة متضمن في مصادر تدريب الكوليرا في *مركز معالجة الأمراض في هايتي: مواد عمال الصحة المجتمعية*.

توفر الوثيقة التالية إرشادات توجيهية إضافية للمنظمات التي تتعامل مع منشآت معالجة الكوليرا لتأسيس نقاط الإماهة الفموية في مناطق العدوى.

مقدمة

نقاط الإماهة الفموية هي مواقع على مستوى المجتمع توفر الوصول السريع لمحاليل محلول الإماهة الفموية في المجتمعات. تزود نقاط الإماهة الفموية عادة بعمال الصحة المجتمعية أو مساعدي المرضين الذين تدربوا حول المظاهر الهامة في إدارة الكوليرا، والوصول إلى مصادر المياه، ويزودون بشكل دوري بتجهيزات لجعل الماء آمناً للشرب، ظروف محلول الإماهة الفموية، وباقي المستلزمات. على نقاط الإماهة الفموية إحالة المرضى لأقرب منشأة لمعالجة الكوليرا: مراكز علاج الكوليرا، وحدات علاج الكوليرا، أو أي منشأة صحية قادرة على إعطاء إماهة وريدية. التدريب، والتنسيق، وإعادة تخزين التجهيزات يجب أن تجري من قبل المرفق الصحي لمعالجة الكوليرا التابع أو المنظمة التنفيذية المشاركة. لتحقيق وصول سريع إلى الإماهة الفموية، يجب أن تؤسس نقاط الإماهة الفموية في مواقع يسهل الوصول إليها من قبل الجميع (خلال ساعة من السير مثلاً). النموذج الناجح في المناطق القروية يمكن أن يتضمن تأسيس مركز علاج الكوليرا في المركز مع نقاط إماهة فموية في كل القرى التابعة للمركز والتي تنتشر فيها العدوى. يجب أن تكون نقاط الإماهة الفموية مفتوحة 12 ساعة في اليوم على الأقل؛ قد تضطر نقاط الإماهة الفموية الريفية التي لا يجاورها مركز علاج الكوليرا أن تبقى مفتوحة طوال الليل. إذا تطلبت الظروف، يمكن لكوادر نقاط الإماهة الفموية أن يحتاجوا لزيارة المرضى في البيت إذا كان السفر إلى مركز علاج الكوليرا بعيد غير ممكن (توقيت ليلي أو قلة أمن) أو مستحيل (مريض معاق، طقس سيء، فيضان).

أ. الأهداف

أهداف نقاط الإماهة الفموية:

1. توزيع ظروف محلول الإماهة الفموية ومنتجات معالجة المياه لجعل المياه آمنة لدى خلطها بمحلول الإماهة الفموية.
2. تعليم المرضى حول الإعداد الأمثل لمحاليل محلول الإماهة الفموية.
3. القيام بإماهة المرضى وتحويلهم إلى أقرب منشأة لمعالجة الكوليرا للحصول على العلاج

إذهب إلى جدول المحتويات

الكادر والموارد

الكادر
1 أو 2 من عمال الصحة المجتمعية أو مساعدي المرضين

الموارد
المياه الآمنة وإعداد محاليل محلول الإماهة الفموية
• ظروف محلول الإماهة الفموية
• أقراص الكلور أو باقي منتجات معالجة المياه
• عبوات بأغطية سعة 20 ليتراً
• عبوات بسعة 1 ليتر للقياس
• أكواب وملاعق
• طاولة
التنظيف والتعقيم
• الصابون
• قفازات استعمال لمرة واحدة غير بلاستيكية وأخرى مطاطية
• الكلور المبيض و/أو حبيبات الكلور
• جزمات مطاطية
• دلو وممسحة
• أحواض منفصلة لغسل اليدين وأخرى للصحون
• قطع قماشية للتنظيف
أدوات العناية بالمريض
• كراسي
• دلاء لجمع البراز والقيء
أدوات أخرى
• قماش القنب، وأعمدة، وحبل (إذا كان الموقع في الخلاء)
• هاتف جوال وبث خاص به
• سجل
• أقلام
• مصادر تدريب الكوليرا من مركز مكافحة الامراض في هايتي: أدوات عمال الصحة المجتمعية
• أدوات تعليمية

لدى وضع مخطط لنقطة إماهة فموية، يجب وجود أقسام منفصلة لمعالجة المياه، إعداد محاليل محلول الإماهة الفموية والإشراف صحياً على المرضى بشكل كاف، الحفاظ على استمرارية النظافة الصحية والتخلص من المخلفات. هنالك مخطط مقترح لنقاط الإماهة الفموية موجود في الملحق.

مكافحة العدوى وإجراءات إدارة المخلفات

مكافحة العدوى
• غسل اليدين بالصابون أو محلول كلور (0.05%) قبل وبعد التعامل مع كل مريض
• ارتداء قفازات مطاطية لدى تحضير محاليل الكلور ولدى التعامل مع البراز والقيء
• ملء الدلاء المستخدمة لجمع البراز والقيء بمحلول كلور 2% حتى عمق 1 سم
• تعقيم الملاجئ والكراسي والأرضية في نقاط الإماهة الفموية مرتين على الأقل يومياً بمحلول كلور 0.5%
إدارة النفايات
• يتم رمي القيء والبراز في مرحاض أو فتحة مخصصة لهذا الغرض
• تعقيم المنطقة المحيطة بالمرحاض أو الفتحة بمحلول كلور 2% مرتين يومياً

حفظ السجلات والتقارير

كل نقطة إماهة فموية تسجل المعلومات التالية (مرتبة حسب الأولوية) عن كل مريض في دفتر السجل:

1. اسم المريض
2. القرية، المركز، الإقليم، الوحدة الإدارية

إذهب إلى جدول المحتويات

تحدد الفصول التالية متطلبات التوظيف للمنشآت الصحية المتعلقة بالكوليرا والأبنية المرفقة.

التوظيف في نقاط الإماهة الفموية في المجتمعات المحلية

يمكن توظيف عمال الصحة المجتمعية في نقاط الإماهة الفموية، أو أي زعيم محلي أو شخص آخر معتبر على مستوى المجتمع المحلي والذي لديه سوية تدريب مناسبة. ومن المفيد تدريب أكثر من شخص لتتوفر التغطية في حال مرض الأشخاص، أو عدم تواجدهم أو حاجتهم إلى إجازة. من المفيد ايضاً تدريب الزعماء المحليين ليضفوا مشروعية للتدخلات المقترحة من قبل الشخص الذي يدير نقطة الإماهة الفموية. يمكن أن تقام نقطة الإماهة الفموية في منزل أحد ما، أو موقع حكومي أو في بناء خاص بها ضمن المجتمع.

التوظيف في المنشآت الصحية الصغيرة المزودة بمراكز إماهة فموية و 1-5 من الأسرّة

يجري تزويد المنشأة الصحية الصغيرة عادةً بواحد أو اثنين من المهنيين الصحيين، وغالباً بممرض أو مساعد ممرض. قد يكون للمنشأة الصحية مسبقاً موظفون مثل عمال التنظيف، الحراس، أو التقنيون المخبريون، وذلك وفق حجم وموقع المنشأة.

تستقبل منشآت مثل هذه على الأرجح فقط المرضى الخارجيين، لكن قد تحتاج لاستضافة مرضى داخليين وتزويدهم بتغطية طبية 24 ساعة خلال تفشي الكوليرا، مما قد يتطلب تخصيص كوادر إضافية للصحة والدعم بحيث يمكن تحقيق هذا الأمر.

إن إعادة تعيين الكوادر الصحية من مناطق أخرى يعني أيضاً أنه يجب توفير استضافة أكبر، على سبيل المثال، بتحويل غرف موجودة مسبقاً أو توفير خيم. كما أننا قد نحتاج إلى معدات الطبخ، وأسرّة المخيمات، والبطانيات، والأواني.

التوظيف في وحدات علاج الكوليرا التي تتسع حتى 20 سريراً ومراكز علاج الكوليرا التي تتسع حتى 200 سرير

يجب أن تتضمن الكوادر المطلوبة لوحدة أو مركز علاج الكوليرا مهنيين صحيين (أطباء، ممرضون، مساعدون في الأجنحة الطبية، صيادلة)، بالإضافة إلى موظفين إداريين وفريق دعم واسع (لوجستيون/ خبير مياه وصرف صحي ونظافة صحية، مدير مستودع، مراقب، عامل تنظيف، مسؤول عن رش الكلور، مدرس للنظافة الصحية، عامل مياه، طباخ، عامل غسيل، مسؤول عن الجثث) يعملون على أساس التناوب للتأكيد على تغطية تدوم 24 ساعة. يجب أن يوظف أكبر عدد من فريق الدعم من المجتمع المحلي المتأثر وأن يكونوا قادرين على إنجاز أدوارهم بعد التدريب الأساسي.

التوظيف في فرق الدعم المتنقلة للإشراف والمتابعة

حيث يكون الكادر غير كافٍ ولكن أفراد الفريق الموجودون يبذلون ما في وسعهم بموارد محدودة، من المفيد تأسيس فريق دعم متنقل للإشراف والمتابعة. يمكن لهذا الفريق أن يتحرك من منشأة صحية إلى أخرى لمراقبة الوضع وتقديم التدريب الوظيفي والإشراف الداعم. إضافة إلى المساعدة في بناء القدرات ورفع معنويات الفريق العامل ضمن سياقات ضئيلة الموارد، يمكن لمنظورهم العام أن يساهم أيضاً في تحديد الفجوات الرئيسية في تخصيص الموارد ولتقديم طلبات لمصادر إضافية تغطي هذه الفجوات.

يحتوي الفريق المتنقل من الناحية المثالية على كل من المهنيين الصحيين ومهنيي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية كجزء من الفريق. يجب أن يكون لكليهما الخبرة والمعرفة في مكافحة الكوليرا، التأهب والاستجابة الخاصة، وأن تتكيف معرفتهم مع السياقات والظروف المختلفة.

عدد الكوادر

يقدم الجدول التالي لمحة عامة حول المستوى المعقول لتعيين الكوادر للمنشآت الصحية المتعلقة بالكوليرا وفق أحجامها المختلفة والتي تأخذ بعين الاعتبار:

- المناوبات وإجازات الموظفين لمنع حدوث الإرهاق خلال فترات التفشي المطولة
- يمكن للموظفين أن يتحركوا ضمن المراكز وفق تغير ديناميكية التفشي وتغيير المواقع، لكن تحركات الكادر يجب أن تتطلب توفير العناية للتأكد من قدرة الفريق على الحصول الملائم على الإقامة ووسائل الراحة وتحضير الطعام خلال فترات التوقف عن العمل.

يرجى مراجعة الإرشادات التوجيهية من منظمة أطباء بلا حدود حول الكوليرا (الصفحات 39-41) لتفاصيل أكبر حول التوظيف في مراكز ووحدات علاج الكوليرا.

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

التاريخ ____ / ____ / _____

معلومات المركز

الاسم_____

العنوان

_____

_____

المستوى الإداري_____

_____

النوع (حكومي، منظمات غير حكومية، مختلط ...)_____

المنظمات غير الحكومية الداعمة_____

سعة المنشأة_____

معلومات التقييم

أسماء القائمين على التقييم

_____

_____

_____

المشاركين في التقييم من المنشأة

_____

ملاحظات

_____

_____

الدخول إلى المنشأة/ نقطة الدخول_____

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
يمكن تحديد مدخل المركز بسهولة				
محطات غسل اليدين متوفرة في نقطة الدخول مع محلول الكلور 0.05%				
حمامات القدمين أو رش الأحذية متوفر في نقطة الدخول مع محلول الكلور 0.2%				
هنالك موظف يقف في المدخل للتأكد من غسل الأيدي ورش الأحذية 24 ساعة في اليوم				

تنظيم المكان_____

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
تصميم المكان والوصول للأقسام المختلفة منظم بطريقة منطقية (يرجى مراجعة الملحق 8E)				
يقسم المرضى بحسب شدة المرض (يرجى مراجعة الملحق 8E)				
يتم الحفاظ على كافة المناطق منظمة ونظيفة ومرتبة				
توجد محطات غسل اليدين مع محلول الكلور 0.05% عند مداخل ومخارج الأجنحة				

أقسام الفحص/ القبول والمراقبة (متوسطة إلى معتدلة)

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
يستقبل المرضى بشكل جيد				
يسجل وقت وصول المرضى بشكل واضح				
المعلومات تسجل بشكل صحيح ويوضع عنوان المريض				
المجال العمري 5> سنوات، > سنتين، 5< سنوات يسجل بشكل واضح				
يتم تقييم المرضى وتقدر شدة المرض وفق البروتوكول المتبع				
تعطى الحالات الشديدة مباشرة سوائل تغذية وريدية وتحوّل إلى قسم الاستشفاء				
تقيّم حالة المرضى كل 30 دقيقة				

إذهب إلى جدول المحتويات

التعقيم

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
تحضر محاليل الكلور 0.2% و 0.05% بشكل يومي				
يضاف إلى حمامات القدمين المحلول المناسب بشكل منتظم				
تنظف أرضية كل خيمة بمحلول الكلور 0.2% ثلاث مرات يومياً وفي كل مرة أخرى ضرورية				
تعقم الأسرّة بعد كل استخدام بمحلول الكلور 0.2% ثم تجفف في الشمس				

المراحيض

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
في المركز مرحاض لكل 20 مريض أو مرافق في قسم الفحص والمراقبة وقسم النقاهة (مرحاضان على الأقل، رجال/ نساء)				
في المركز مرحاض لكل 50 مريض في قسم الاستشفاء (مرحاضان على الأقل، رجال/ نساء)				
في المركز مرحاضان على الأقل (رجال/ نساء) للموظفين في المنطقة المحايدة				
في المركز مرحاضان على الأقل (رجال/ نساء) للزوار من خارج المركز				
المراحيض سهلة التنظيف وتنظف عدة مرات يومياً بمحلول كلور 0.2% (يتضمن هذا المقاعد والجدران حتى ارتفاع 1 متر أو حتى انتهاء البقع).				
تتوافر محطات غسل الأيدي مع محلول كلور 0.05% في كل المراحيض (منفصلة بين الرجال والنساء)				

إدارة النفايات

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
تفرغ وتنظف صناديق القمامة بشكل منتظم				
في المركز منطقة محددة لدفن البراز والقيء الناشئ عن الحالات الشديدة (أو طريقة تخلص أخرى آمنة مثل فتحة المرحاض)				
إدارة النفايات مضمونة بالطريقة المثلى (محرقة/ خزان الصرف الصحي)				
تنظف المجاري في المراحيض بشكل منتظم من قبل مختص وتزال البقايا من المجاري بطريقة آمنة				
يتواجد مكان التخلص من البراز في منطقة معزولة				
تتوافر محطات غسل اليدين مع محلول كلور 0.05%				

إدارة جثث الموتى

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
في المركز منطقة محددة لجثث الموتى				
تتوافر محطات غسل اليدين مع محلول كلور 0.05%				
تدرب كوادر محددة لتحضير وتعقيم جثث الموتى				
تعقم جثث الموتى بمحلول كلور 0.2% (يرجى مراجعة الملحق 9D لتفاصيل حول إدارة جثث الموتى)				
هنالك ما يكفي من أكياس للجثث في المركز				

المواد المخزّنة

	شهر واحد	15 يوم	7 يوم	ملاحظات
هيبوركلوريت الكالسيوم				
قفازات				
محلول الإماهة الفموية				
لاكتات رينغر				
قثاطر وريدية				
كلور				
دوكسيسللين				
أريترومايسين				

إدارة البيانات

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
يسجل عدد الحالات التي يستقبلها المركز بشكل صحيح				
يسجل عدد الحالات المتسربة للمرضى بشكل صحيح				
يسجل عدد الوفيات مع ذكر اليوم والساعة				
ترسل بيانات المركز بشكل دوري إلى وزارة الصحة وإلى مستوى الإقليم/المحافظة				

المعلومات والتعليم والاتصال وخدمات المجتمع

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
يجب إعلام المرضى المغادرين وعائلاتهم بعملية المتابعة والإدارة في المنزل				
يتم تنظيم متابعة المريض في المنزل				
في الحالات الحادة، يمتلك المركز الوسائل لضمان تعقيم منزل المريض				
تتوافر في المركز سيارة إسعاف أو وسائل أخرى لنقل المريض				
يمتلك المركز قائمة محدّثة لمراكز علاج الكوليرا متوافرة في الأقسام للعامة				
للمركز رقم هاتف لخدمات الإسعاف				
للمركز رقم هاتف لخدمات نقل جثث الموتى				

قسم الخروج

	جيد	متوسط	ضعيف	ملاحظات
يوجد في المركز قسم محدد للنقاهة				
نقطة الخروج مختلفة ومنفصلة عن نقطة الدخول				
يوضع موظف في نقطة الخروج 24 ساعة يومياً للتأكد من غسل الأيدي والأحذية				

تقييم معدل وفيات الحالات

	لا يوجد	> أربع ساعات	< أربع ساعات	ملاحظات
تسجيل الوفيات وفيما إذا كانت الوفاة حاصلة قبل أو بعد الأربع ساعات الأولى التي تتلو القبول				

إذهب إلى جدول المحتويات

الموضوع	الرسالة (الرسائل) الرئيسية	تعليقات
عند وصول المريض وخلال إقامته		
غسل الأيدي بمياه معقمة	اغسل يديك دورياً بالمياه المعقمة المتوفرة، خاصة بعد الذهاب إلى المرحاض، بعد ملامسة البراز أو القيء وقبل تحضير الطعام، تناول الطعام، أو إطعام أحد آخر.	• أرشد المريض ومرافقه للمكان الذي يمكنهم فيه غسل أيديهم • ضع لوحات تذكير في كل محطات غسل اليدين
لماذا من المهم شرب محلول الإماهة الفموية	• اشرب محلول الإماهة الفموية المعطاة لك حسب التوجيهات • محلول الإماهة الفموية وسوائل التغذية الوريدية جزء حيوي من علاجك وهي في أهمية أي مضاد حيوي يعطى لك • لن تحتاج دائماً إلى علاج بالمضادات الحيوية	• في المنشأة يجب أن يكون هنالك شخص مسؤول عن إعطاء التوجيهات للمرضى عن الكمية التي يجب شربها. يجب تعزيز استخدام محلول الإماهة الفموية بشدة – يجب ألا نترك الأشخاص يشربون كيفما يشاؤون. فعدم تعويض السوائل بشكل كافٍ أمر شديد الخطورة • توفير كمية محددة كهدف للاستهلاك خلال مدة معينة. • إن لم يكن هنالك إشراف، أو كان في المنزل، يمكن اعتماد قاعدة جيدة بشرب كأس واحد (200 مل) من محلول الإماهة الفموية بعد كل إسهال. على الأطفال شرب أقصى ما يمكنهم، لكن على الأقل 100 مل بعد كل إسهال. • قدم للمريض أو المرافق مخططاً ليضع إشارة عليه.
استخدام المراحيض	• استخدم فقط المراحيض المخصصة لك – سيتم وضع علامة عليها. • اغسل يديك دوماً بمياه معقمة بعد استخدام المرحاض.	• تأكد من وضع الإشارات على كل المراحيض بوضوح للمرضى، المرافقين، والموظفين. • أرشدهم إلى أماكن المراحيض.
الإرضاع الطبيعي للأطفال	استمرار الإرضاع الطبيعي عند الإمكان– لا تنتقل الكوليرا عبر حليب الثدي وقيمته الغذائية عالية للأطفال.	• قم بتشجيع الأم على الاستمرار في الإرضاع الطبيعي. • تأكد من أن الرضع أو الأطفال المقبولين مع أمهاتهم لديهم بطاقة تعريف مع تفاصيل القرابة بشخص إضافي من أهم الأقارب. • لمعلومات إضافية يرجى مراجعة الملحق 8D– تغذية الرضع والأطفال الصغار والكوليرا
الدعم النفسي الاجتماعي	• يمكن معالجة الكوليرا بسهولة وأنت في أفضل مكان لهذه المعالجة • يمكن لأيٍّ كان أن يصاب بالكوليرا وهذا ليس خطؤك • الأطباء والممرضون هنا لدعمك والعناية بك. رجاء اسألهم إن كانت لديك أية أسئلة. • أعلمنا رجاء إن كانت هناك أمور يمكن أن تحسّن العناية التي نقدمها لك.	قد يكون كلٌ من المرضى ومرافقيهم شاعرين بالخوف، الخجل و/أو الغضب. الاستماع بعناية لمخاوفهم ومشاعرهم قد يساعد على تبديد ذلك.

الموضوع	الرسالة (الرسائل) الرئيسية	تعليقات
عند الخروج		
البقاء بحال جيدة	عد إلى المركز في حال: • كان لديك تغوط لين أكثر من المعتاد • إن فقدت شهيتك • بدأت بالتقيؤ ثانيةً • إن شعرت أنك لست بحال جيدة أو لديك حمى	المعلومات المكتوبة/ المرئية لدى الخروج قد تكون مساعدة

هناك نقطتان رئيسيتان يجب التأكيد عليهما للشركاء المشاركين في التصدي للكوليرا، ترتبطان بالفئات المعرضة للإصابة بشكل خاص والحاجة إلى أنشطة الاستجابة الحساسة للحماية كما يلي:

1. الفئات المعرضة بشكل خاص للإصابة:

يجب أن تأخذ مكافحة العدوى والاستجابة بعين الاعتبار الاحتياجات الخاصة لانخراط المجموعات الضعيفة وتلك التي يصعب الوصول إليها بشكل خاص. وتشمل تلك المجموعات دون أن تقتصر، على: الأطفال، النساء (خاصة النساء ربات البيوت المعيلات لأسرهن)، العجائز، المعاقون، النازحون، وطالبو اللجوء (في المناطق الحضرية)، أشخاص ضمن مؤسسات (بمن فيها السجون). تنطبق هذه النقطة أيضاً على تصميم وتوزيع مواد المعلومات والتعليم والاتصال.

2. الاستجابات الحساسة للحماية:

يجب على الوكالات التأكد من أن فعاليات الاستجابة لديها ستخفف على الأقل من مخاطر الحماية لدى المستفيدين. على سبيل المثال، يمكن لتصميم أو موقع غير ملائم لمرافق المياه والمرافق الصحية أن ينتج عنه مخاطر جدية على حماية النساء والفتيات. هنالك أيضاً خطر فصل العائلة عندما، على سبيل المثال، يؤخذ أحد الوالدين إلى مركز علاج الكوليرا لتلقي العلاج دون أن تكون هنالك عناية كافية بالإشراف على الطفل/ الأطفال المتبقين في المنزل.

إن إجراء تقييم الحماية لخطط الاستجابة للكوليرا الخاصة بوكالتك سيساعد على تحديد الفجوات والمخاطر المحتملة. كما أن تجزئة البيانات بحسب العمر والجنس[1] هو أمر حاسم في المساعدة على تحديد أولئك الأكثر عرضة للخطر .

المزيد من الإرشاد المفصل حول كيفية تقليل مخاطر الحماية بالنسبة للأطفال، النساء، واللاجئين المدنيين والتدخل في حاجاتهم الخاصة، موجود في الفصول التالية.

الأطفال والاستجابة للكوليرا

يجب ألا تهمل حاجات الأطفال الخاصة للنمو في تصميم وتطبيق التداخلات.

تصنيفات العمر والجنس لمرضى الكوليرا

- إن البيانات المجزأة بحسب عمر وجنس الأطفال مطلوبة لنفهم بشكل أفضل من الذي يصاب وكيف يمكننا حمايته بشكل أفضل. في الوقت الراهن لا توجد إحصاءات كهذه. من الناحية المثالية فإن المجموعات العمرية يجب أن تفصّل حسب الفئات من (13-17)، (6-12)، (0-5) سنة، أو على الأقل من (0-5) و(6-17).

الوعي ومنع الانفصال العرضي للعائلة

في حالات الطوارئ الطبية، يمكن للأطفال أن ينفصلوا عن آبائهم وذلك بحسب كيفية تطبيق الاستجابة. يمكن للانفصال أن يكون مدمراً بالنسبة للأطفال وقد يكون دائماً، خاصة إذا كان الطفل صغيراً. لتجنب هذه الحوادث:

- إذا قُبلت أمٌ مريضة في عيادة بمرافقة طفل صغير/ رضيع، خذ بطاقة تعريف ومعلومات النسيب الأقرب، بذلك وفي حال وفاتها، يمكن الاتصال بعائلة الطفل.
- لا تنقل طفلاً مريضاً من مجتمع / عائلة دون توثيق معلومات النسيب الأقرب التالي وحفظها مع الطفل، بحيث يمكن إعادة الطفل لعائلته/ عائلتها عندما يتم تخريجه / ها.
- لا تبعد أماً مريضة عن أطفالها الصغار ما لم يتم التأكد من ترك الأطفال تحت رعاية أقارب بالغين/ جيران. تأكد أن المرافق المؤقت يعرف إلى أين ستأخذ الأم.
- لدى قبول بالغ، تأكد فيما إذا كان قد ترك/ تركت أطفالاً خلفهم دون تمكنهم من القيام بترتيبات ملائمة لتوفير الرعاية لهم. إذا كان الأطفال قد تركوا، اتصل بمنظمة غير حكومية مختصة بالأطفال أو وزارة الصحة الاجتماعية لمتابعة الإشراف عليهم.
- إذا علمت بوجود أي طفل قد انفصل عن أحد والديه أو معيله، قم حالاً بإعلام أي وكالة قادرة على تقديم مساعدة فورية، مثل وزارة الصحة الاجتماعية، أو منظمة غير حكومية مختصة بالأطفال أو اليونيسف. يجب أن يعطى الرضع والأطفال الصغار في هذه الحالة الأولوية القصوى.

1 إن مبدأ التعرض للإصابة هام في تحديد أي المجموعات أكثر تعرضاً للخطر في حالات الأزمة وتشتمل على تقييم قدرة الشخص الداخلية في الاستجابة للحوادث الخارجية. يمكن اعتبار أن لأشخاص أو لمجموعات معينة قابلية للتعرض للإصابة أكثر من سواهم وفق صفاتهم الشخصية أو بسبب الإدراك المجتمعي/ المعالجة المقدمة لهم.

إذهب إلى جدول المحتويات

- هل هنالك ما يعرض الأطفال لخطر وقوع ضرر أو إقصاء في طريقة الوقاية من الكوليرا والاستجابة لها؟ ما الأفكار التي يحملها الأطفال لتحسين الاستجابة للكوليرا لتلبية حاجاتهم الخاصة؟

خذ بعين الاعتبار دعوة فريق عمل/متطوعين من منظمة غير حكومية مختصة بالطفولة لدعم العيادات الصحية في القيام بمهمات مثل فحص الحماية للطفل وتقديم الدعم للأطفال في طور الاستشفاء أو من جهة أخرى المتأثرين بشدة بوباء الكوليرا (موت فرد من العائلة، الانفصال، الخ..)

النساء والاستجابة للكوليرا

النساء أكثر عرضة للإصابة بالكوليرا من الرجال تبعاً للأدوار المتعلقة بالنوع والمنوطة بهن.

- للنساء وصول أقل للمصادر: الشبكات والمنافذ الاجتماعية، التنقل، المصادر الاقتصادية، قابلية التحرك الشخصي، التحكم بصناعة القرار أو الموارد التي لها أهمية كبيرة في القدرة على حماية النفس من المرض والموت بسبب الكوليرا؛
- النساء ضحية لتقسيم العمل القائم على النوع: النساء مسؤولات بالدرجة الأولى عن الأعمال المنزلية مثل إحضار المياه، تحضير الطعام والتعرض للاتصال بالمواد الغذائية الخام، تنظيف المراحيض، والعناية بالمرضى، والمقعدين والعجائز في العائلة. كل أعمالهن الروتينية اليومية تعرضهن لخطر اكتساب الكوليرا؛
- النساء ربات البيوت- المسؤولات عن العائلة تتحملن عبئاً مضاعفاً: باعتبار أن الترمل بسبب فيروس نقص المناعة البشري أو بسبب الهجرة بين الرجال أصبح ظاهرة شائعة في بعض البلدان، هنالك الكثير من النساء ربات البيوت مسؤولات عن عوائلهن في البلاد. تجبر النساء هكذا على لعب دور مضاعف بأن تكنّ منتجات اقتصادياً إضافة لإنجاز الأعمال المنزلية. المسؤوليات الإضافية تقلل من رغبة المرأة وقدرتها على الوصول إلى العناية الطبية. أكثر من هذا، نظراً لعدم وجود أفراد ذكور في العائلة، فالنساء غالباً تجبرن على تولي مسؤوليات الجنائز ويتعرضن بذلك لخطر الإصابة بالكوليرا؛
- النساء بالدرجة الأولى مسؤولات عن الرعاية: إن الأدوار المختلفة بحسب النوع تفرض أن تكون النساء بالدرجة الأولى راعيات للمصابين بالكوليرا في العائلة، وتلك حقيقةٌ ترفع بصورة ملحوظة الضغط العاطفي لديهن وعبء العمل المادي إضافة إلى حساسيتهن؛
- تواجه النساء والفتيات الحوامل تهميشاً أكبر: تبعاً لحالتهن الجسدية والعاطفية، تكون للنساء والفتيات الحوامل قدرة محدودة على الحركة ويعتمدن على أزواجهن وباقي أفراد العائلة. خلال الأزمة، يمكن أن يحصل تمزق في العائلة ويمكن أن تختفي آليات الدعم. تواجه النساء والفتيات الحوامل تهميشاً أعلى عندما يصبح مدخولهن الغذائي ناقصاً وعند عدم تواجد العيادات المختصة بما قبل وما بعد الولادة، وبرامج التغذية المكملة. نتيجةً لهذا ترتفع احتمالية إنجابهن لأطفال متخلفين جسدياً أو عقلياً. للكوليرا كذلك أثر مباشر على تعرض النساء الحوامل إلى موت الجنين والمضاعفات الناجمة عن احتباس المشيمة.

إشراك قضايا النوع الاجتماعي في الاستجابة للكوليرا:

- ضمان تقديم رسائل وقائية حساسة للنوع الاجتماعي إلى المجتمع المحلي، مما قد يساعد النساء على اتخاذ تدابير كافية لمنع أنفسهن من اكتساب الكوليرا؛
- إشراك النساء كشريك كامل ومساوٍ في حملات التعبئة المجتمعية للمجتمع المحلي، ودمج النساء على أعلى المستويات في التخطيط واتخاذ القرار في المجتمع المحلي (بشكل خاص فيما يتعلق بالحاجات الصحية للنساء، بما فيها خدمات الصحة الإنجابية) وتوظيف النساء كموزعات أساسيات لتموين الطوارئ والمعدات الطبية. كما يجب استشارة النساء بشكل فاعل في مواقع الآبار، نقاط توزيع المياه، وتوزيع لوازم النظافة الصحية؛
- منح عناية خاصة للنساء الحوامل والفتيات في مراكز علاج الكوليرا، وتدريب عمال الصحة للتعامل مع حالات الطوارئ التوليدية؛
- الإحاطة بمخاوف تردي الوضع الصحي وتلك المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لدى النساء والفتيات، ودعم برامج الصحة الجنسية والإنجابية لأولئك الأكثر ضعفاً.

النازحون إلى الأماكن الحضرية واستجابة الكوليرا:

يحتاج النازحون إلى الأماكن الحضرية إلى الاعتماد على شبكة الأمان التي توفرها آليات الاستجابة للكوليرا القائمة والمراكز الخاصة بذلك. في هذا الصدد، يجب ألا تغيب النقاط الأساسية التالية عن الذهن:

- قد لا يمتلك النازحون وطالبو اللجوء أوراق تعريف مثل السكان الوطنيين. غير أنهم سيكونون موثقين ببطاقات تعريف تصدرها المفوضية السامية لشؤون اللاجئين بالمشاركة مع الحكومة لتأكيد هويتهم، وحالتهم القانونية، ورقم هويتهم. هذا الفرق في الوثائق التعريفية يجب ألا يعيق النازحين وطالبي اللجوء عن الوصول إلى المساعدة الطبية التي قد تتطلبها حالتهم. تعترف السلطات بصلاحية وثائق الهوية الصادرة للنازحين وطالبي اللجوء؛
- في حين قد يقيم النازحون وطالبو اللجوء في مخيمات، حيث تتم تلبية حاجاتهم الطبية في العيادة الميدانية، فلا يجب أن يحرموا من المعالجة الطبية الإسعافية، وفق المعايير الدولية لحقوق الإنسان، عندما يجدون أنفسهم في أجزاء أخرى من البلاد. يجب أن يحصل النازحون وطالبو اللجوء على الخدمات والمساعدات التي يتلقاها المواطنون استناداً إلى الأساس ذاته.

إن تقديم الحماية والمساعدة للنازحين واللاجئين هو مسؤولية الحكومة المضيفة، حسب القرار 1983 الخاص باللاجئين. عند وجود أية حالة لتشخيص الكوليرا بين اللاجئين، يمكن إعلام إدارة الصحة الاجتماعية، مكتب مفوضية اللاجئين والمفوضية السامية لشؤون اللاجئين من أجل مشاركة المعلومات ومن أجل أية أهداف ترتبط بالمساعدة الخاصة، مثل تحديد حاجات لم الشمل العائلي، توفير المساعدة للأطفال المنفصلين عن آبائهم والذين لا يوجد لديهم مرافق، ربات البيوت المسؤولات عن الأسر، وبقية الحالات المعرضة للخطر.

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذ النموذج انقر هنا

رقم المنشأة:_____ **اسم المنشأة** _____ **النـــوع:** ☐ مشفى ☐ عيادة خارجية ☐ نوع آخر

المحافظة _____ المنطقة _____

☐ يرجى الإشارة هنا في حال إجراء اختبار التشخيص السريع

اسم ومعلومات اتصال مسؤول التقرير _____

تقرير الأسبوع _____ يبدأ (الاثنين) اليوم/_____ الشهر/_____ السنة/_____ وينتهي (الأحد) اليوم/_____ الشهر/_____ السنة/_____

المرض/ الأعراض	الرمز	نوع الإنذار	حالات العمر من 0-4 سنوات	حالات العمر 5 سنوات فما أكثر
الشك في الكوليرا/الإسهال المائي الحاد	**SC**	✆		
الإسهال الدموي	**BD**	✆		
باقي أنواع الإسهال الحاد	AD			
الشك في الحصبة	**MS**	✆		
التهاب السحايا	**MG**	✆		
أعراض يرقان حاد	**AJS**	✆		
شلل رخو حاد	**AFP**	✆		
ملاريا مثبتة	MAL-C			
العدوى التنفسية الحادة السفلى	ARI			
حمى غير مبررة	UF			
مجموع الاستشارات (كل الأسباب)	**TC**			

✆ ***الإعلام بالحالات الطارئة فوراً على الرقم: XXXXXXXXXXX لا تنتظر حتى نهاية الأسبوع.***

- يرجى تضمين الحالات التي شوهدت خلال أسبوع المراقبة فقط. كل حالة يجب أن تحسب لمرة واحدة.
- ضع رقم 0 (الصفر) إن لم تكن لديك أية حالة خلال الأسبوع بواحدة من الأعراض المذكورة في الاستمارة.
- تعريف الحالات الخاصة بالمراقبة موجودة خلف الاستمارة.

نعم	لا	عناوين رئيسية: إن كانت الإجابة نعم، يرجى إعطاء تفاصيل (ماذا/متى/أين/كم) في الفراغ أدناه
		هل شهد هذا المركز بشكل غير متوقع أعداداً كبيرة من الوفيات هذا الأسبوع؟
		هل هنالك أية تقارير أو إشاعات حول مرض غير عادي أو تفش محتمل في منطقتك؟ *إن كانت الإجابة نعم، قم بالإعلام فوراً* ✆
ملاحظات وتفاصيل		

إدارة حالات المرضى المصابين بالإسهال المائي الحاد
(المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش ٢٠١٣)

المرضى المصابون بإسهال مائي حاد

ابحث عن أعراض أخرى مترافقة
مثلاً، تاريخ التبرز الدموي،
علامات سوء التغذية، تورم القدمين/الساقين،
تاريخ من السعال مع تنفس متسارع،
النعاس بشكل غير طبيعي، الشحوب

تقييم طبي كامل

تقييم الجفاف

التقييم	الحالة	طبيعي	سريع الانفعال/ أقل نشاطاً *	نعاس/ سبات *
	العيون	طبيعي	غائرة	غائرة
	اللسان	طبيعي	جاف	جاف
	العطش	طبيعي	عطشان (يشرب بنهم)	غير قادر على الشرب *
	قرصة الجلد	طبيعي	يرتد ببطء *	يرتد ببطء شديد *
	النبض الشعاعي	طبيعي	منخفض *	غير معدود أو غائب *
الأعراض		لا علامات للجفاف	إن كانت هنالك علامتان على الأقل تتضمنان علامة واحدة من المشار إليها بـ*، يشخص بأنه جفاف قليل	إن كان هنالك بعض الجفاف بالإضافة إلى واحدة من العلامات المشار إليها بـ*، يشخص بأنه جفاف حاد
الإدارة		أ	ب	ج

أ- لا علامات للجفاف- محلول الإماهة الفموية

- 50 مل من محلول الإماهة الفموية لكل كغ من وزن الجسم مضافاً إليها السوائل المطروحة
- أرسل المريض إلى المنزل مع 4 ظروف من محلول الإماهة الفموية
- متابعة التغذية بما فيها الإرضاع الطبيعي بالنسبة للرضع والأطفال

ب- جفاف قليل- محلول الإماهة الفموية

- 80 مل من محلول الإماهة الفموية لكل كغ من وزن الجسم على مدى 4-6 ساعات مضافاً إليها السوائل المطروحة
- مراقبة المريض لـ 12-6 ساعة
- متابعة التغذية بما فيها الإرضاع الطبيعي بالنسبة للرضع والأطفال
- إعادة تقييم المريض وحالة الجفاف كل ساعة
- في حال التقيؤ المتكرر (3< مرات في الساعة) يعالج بالسوائل الوريدية

ج- الجفاف الحاد- البدء بالسوائل الوريدية على الفور (100 مل/كغ)

السوائل الوريدية الحاوية على الصوديوم، والبوتاسيوم، والكلورايد، والبيكربونات (مثال لاكتات رينغر)

الأطفال< 1 سنة أو المصابون بسوء التغذية

30 مل/كغ في الساعة الأولى
70 مل/ كغ في الساعات الخمس التالية

البالغون والأطفال > 1 سنة

30 مل/كغ في النصف ساعة الأولى
70 مل/ كغ في الساعتين ونصف التاليين

- تشجيع المريض على تناول محلول الإماهة الفموية حالما يصبح/ تصبح قادراً على الشرب
- المضادات الحيوية عند اللزوم، بعد الإماهة
- 20 ملغ/يوم من الزنك لمدة عشرة أيام للأطفال من عمر 6 أشهر حتى خمس سنوات

مخطط انسيابي معدّل من بروتوكول العلاج الداخلي، المركز الدولي لبحوث أمراض الإسهال، بنغلاديش

يتطلب الأمر استراتيجيات اتصال واضحة وجيدة لتوفير وتحسين الوصول لمصادر المياه الآمنة والكافية والتي تكون مهمة للغاية بالنسبة لاستجابة الكوليرا. لذلك، يجب أن يكون الاستثمار في مصادر المياه قائماً على استمرارية المصادر والتكامل مع البنية التحتية الموجودة ومقدمي الخدمة. يصف الجدول التالي متطلبات الكلور المترسب لمختلف قنوات التوزيع خلال تفشي الكوليرا أو الفترة شديدة خطورة.

ترسبات الكلور الحر المطلوبة في أنظمة التوزيع خلال تفشي الكوليرا أو لدى وجود خطر للتفشي[1]

الموقع في نظام التوزيع	المترسب (بعد 30 دقيقة من وقت الاتصال)
في كل النقاط ضمن نظام الأنابيب	0.5 ملغ/ل
في كل المواسير العامودية ضمن الأنظمة ذات المواسير العامودية	0.1 ملغ/ل
في الصهاريج، بوضعية الملء	2.0 ملغ/ل

ملاحظة:

- خلال تفشي الكوليرا، يجب أن يكون الكلور المترسب من 0.2 إلى 0.5 ملغ/ ل في كل نقاط المصدر المائي، مما يعني أننا ستحتاج حوالي 1 ملغ/ ل من الكلور المترسب عندما يغادر الماء محطة المعالجة.
- بالنسبة للصهاريج يجب فحص مستويات الكلور قرب نقطة التصريف. إذا كانت أقل من 0.2 ملغ/ل، يجب أن نضيف المزيد من الكلور. إن إضافة الكلور لصهريج يساعد على منع بناء مستعمرات عضوية في الصهريج كما يجعل المياه آمنة للشرب.
- يمكن تذوق مستويات الكلور حتى 0.8 ملغ/ ل لذلك، إلا إذا كانت المستويات الأعلى ضرورية لأسباب صحية مثل تفشي الكوليرا (انظر الملاحظة أدناه للمواسير العمودية)، فقد أوصي بأن مستويات عالية كتلك، ورغم كونها آمنة صحياً، إلا أنه يجب تجنبها في نقطة الاستهلاك.
- يجب تضمين المستويات الأعلى للكلور في المواسير العمودية لأنه كلما ارتفعت المخاطرة بالتلوث بين المواسير العامودية، والبيت، ونقطة الاستهلاك، فإن هذا يؤدي إلى تناقص مستوى الكلور مع الوقت الذي يتم شرب الماء فيه.

كلورة الآبار

إن الغاية من إضافة الكلور إلى الآبار هو للاحتفاظ بحد أدنى من الكلور المترسب بنسبة 0.5 ملغ/ ل إلى 1.0 ملغ/ ل في نقطة تجميع المياه خلال تفشي الكوليرا.

تتضمن خيارات إضافة الكلور إلى الآبار:

- وضع أوعية كلورة مع تحرر بطيء لأقراص الكلور.
- إضافة محلول مصنوع من بودرة الكلور بشكل دوري (يرجى مراجعة الملاحظات التقنية 1 و 2 من منظمة الصحة العالمية ضمن **المصادر الرئيسية** أدناه، لتفاصيل أكثر)

يتضمن كلاهما المراقبة المنتظمة لترسبات الكلور الناتجة.

استخدام أوعية الكلورة للآبار

أظهر استخدام أوعية الكلورة (حاويات طافية توضع فيها أقراص كلور بطيئة التحرر) في الآبار نتائج متنوعة[2].

بشكل عام، يوصى بألا تستخدم أوعية الكلورة في الآبار الملبسة وذات الخطورة العالية خلال تفشي الكوليرا. بدلاً من هذا، يمكن كلورة تلك الآبار مباشرة باستخدام الكلور HTH بشكل منتظم. يجب تنفيذ اختبار ترسب الكلور عدة مرات يومياً.

لا يوصى بكلورة الآبار غير الملبسة لأن الكلور سيستنفذ من قبل المواد العضوية التي على جدران البئر، لذلك سيصعب تحقيق أو الإبقاء على المستويات المطلوبة من الكلور المترسب الحر. بدلاً من ذلك عندما يكون البئر غير ملبس، يجب تعزيز معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها.

إذهب إلى جدول المحتويات

تلميح

مصادر المياه الحضرية والريفية

- العمل مع علماء الأوبئة لوضع خريطة وتعيين الأماكن الساخنة التي تحدث فيها حالات التفشي وترتيبها حسب الأولوية، مناطق الجوار وباقي المناطق المعرضة للخطر لضمان مورد مياه كافٍ وما يرتبط به من الصحة والنظافة الصحية.
- إجراء التقييم وعمليات المسح الصحي في المناطق المتأثرة و/ أو أكثر المناطق عرضةً لتفشٍ جديد من أجل تحديد مصدر التفشي أو المصدر المحتمل لحالات التفشي الجديدة (أينما أمكن)؛ التحقق من شروط الصرف الصحي، متضمنة سلامة أنظمة الصرف الصحي؛ تقييم جودة المياه في نقطة المصدر.
- تحديد الفجوات الرئيسية في المورد المائي أو نظام التوزيع، وأية إجراءات قد يكون لها تأثير أكبر على المورد المائي على المدى القصير، مثل:
  - إصلاح التوزيع الاستراتيجي أو مضخات الآبار؛
  - إصلاح التسريبات الرئيسة؛
  - النقل في صهاريج مؤقتة في المناطق عالية الكثافة السكانية والفقيرة بالخدمات؛
  - مساعدة لجان إدارة المجتمع المحلي على إصلاح المضخات المكسورة؛
  - تصليح أنابيب المجاري المكسورة وتقليل الفرص الأخرى لتلوث المصدر (تصليح فتحات الآبار المتصدعة، تحسين الصرف الصحي، الخ..)؛
  - كلورة مصادر المياه المحسنة والتي تم إصلاحها لكن تلوثت مسبقاً
  - استخدام الكلورة بالدلاء في المصدر **كآخر خطوة مؤقتة** يمكن اللجوء إليها خلال فترة التصليحات، عندما لا يمكن تصليح المصادر المحسنة، وعندما لا تتواجد مصادر مياه محسنة، وعند لا يكون من الممكن ضمان معالجة منزلية فاعلة على المدى القصير؛
  - إغلاق نقاط المياه الملوثة أو محتملة الخطورة، توفير بدائل مؤقتة (مثل الشحن بصهاريج لها حوامل صنابير) والتخطيط للإجراءات المستقبلية حول تصليح أو تحسين المصادر المائية المحتملة الخطورة بعد تفشي الداء؛
  - رفع مرات التزود بالمياه في معظم المناطق المعرضة للخطر (الكثافة السكانية العالية، المناطق المزدحمة، أولئك الذين يصلون بدرجة أقل إلى مورد مياه آمن وصحي، أولئك الذين بجوار البحيرات أو طرق النقل)؛
  - التقليل المؤقت أو إزالة الأجور المالية عن المياه في مواقع الصنابير في المناطق الأكثر عرضةً للإصابة؛
- رفع سعة التخزين للمصادر الجماعية للسماح بحصول فجوات في المصدر، وأيضاً تقييم الحاجة لرفع التخزين المنزلي. يرجى مراجعة **الفصل 9.3** و **9.9** حول الموارد/ العناصر غير الغذائية لمناقشة أوسع حول التخزين المنزلي.
- يستهلك حفر الآبار وقتاً لينجز ويكتمل (من تطور سير العقود، المسوحات الهيدروجيولوجية، الحفر، تطوير البئر، بناء المنصة والتسليم). ما لم تكن المسوحات الهيدروجيولوجية جاهزة والعقود منشأة، أو أن هيدروجيولوجية المنطقة تعني أن الحفر في أي مكان أمر ناجح، فإن الحفر **يجب أن يستخدم كخيار أخير** خلال تفشي الكوليرا. إن كان حفر البئر أو بناء نقاط المياه الجديدة الأخرى قد أنجز، يجب أن يقدم دعم مساعد للملكية طويلة الأمد والتشغيل والصيانة.
- زيادة الكوادر لإنجاز أعمال تحسين خدمات الماء في المناطق الأكثر عرضة للخطر.
- ضمان حصول كل أعمال معالجة المياه الحضرية على كميات كافية من المخثرات والكلور (على شكل غاز أو HTH حسب آلية الجرعات).
- رفع جرعة الكلور لضمان زيادة الترسبات.
- زيادة الرقابة على التلوث البرازي وبقايا الكلور في النقاط المجردة في المدن.
- إجراء تعبئة للمجتمع ورفع درجة الوعي حول حماية مصادر المياه وأهمية التخزين الآمن للمياه في البيت؛
- العمل مع البائعين الخاصين للماء ومالكي الصهاريج والسائقين لرفع درجة الوعي حول الكوليرا ودورهم في الوقاية من الكوليرا.
- في حال أعدت سلطات الموارد المائية خططاً لأمن المياه ضمن خدمات المياه في الأماكن الحضرية، فقد تكون هذه أداة نافعة لتحديد المخاطر الرئيسية في النظام مما يسمح باتخاذ الإجراءات للاستجابة للكوليرا.

يُقدم المربع التالي مناقشة حول التحديات، الخلافات، والإمكانات لمعالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها خلال الاستجابة للكوليرا.

معالجة مياه نقطة الاستخدام خلال تفشي الكوليرا- التحديات، الخلافات، الإمكانات

إن معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها قد جذبت الاهتمام مؤخراً، وبشكل ملحوظ في سياق الطوارئ. وتعتبر أقراص الكلور عادةً أول منتج خاص بهذا الموضوع يتم اختياره وتوزيعه في رزم المواد غير الغذائية أو كجزء من حملات التسويق الاجتماعي التي توسعت خارج سياق التنمية. تقوم الافتراضات عادةً وبشكل خاطئ، على أنه ما أن يجري توزيع المنتجات، على سبيل المثال أقراص الكلور، فإن مشكلة جودة المياه قد عولجت بفاعلية، وغالباً ما يكون الوضع غير ذلك.

التحديات والخلافات في معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها في حالات الطوارئ

- كانت هنالك تقييمات محدودة للتدخلات فيما يخص توزيع أقراص الكلور وباقي المنتجات في حالة الطوارئ[1]. أظهرت التقييمات أن الاستخدام الصحيح والفاعل لمختلف المنتجات يتراوح بين 20% إلى أكثر من 30%. على الرغم من ملاحظة وجود فعالية أعلى لاستخدام معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها في حالات الطوارئ، وذلك في الأماكن التي كانت توجد فيها هذه البرامج مسبقاً في البلاد حيث قدمت التدريب، المتابعة، والإشراف على حاوية تخزين آمنة، وبما أن هذه ليست الحالة الافتراضية عادة فمن الأفضل عدم الافتراض بأنها القاعدة[2].
- منتجات معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها توزع عادةً في حالة الطوارئ، دون التفكير فيما ستفعله الأسر عندما تنتهي الكمية أو عندما يحتاجون إلى استبدال بعض الأجزاء. إن الدراسات في سياق التنمية حول زيادة منتجات معالجة وتخزين المياه أظهرت تحديات هامة تعود إلى ضمان الاستخدام الصحيح والمتسق للمنتجات واستمرارية استخدامها على المدى الطويل إضافة إلى تحديات تتعلق بسلسلة التوريد[3].
- إن التوصية الخاصة بتنقية ومضاعفة جرعة الكلور في المياه العكرة لا زال أمراً خلافياً بين أ- أولئك الذين يعتقدون أن الشواهد تشير أنها عملية فعالة، ب- أولئك الذين يعتقدون أن الكلورة فعالة فقط للمياه التي تقل نسبة العكر فيها عن 10 NTU (وحدة عكر نيفلومترية) ولا زال الدليل غير كافٍ لهذه العملية حتى يمكن اعتبارها فعالة، وج- أولئك الذين يتساءلون بشأن ترسبات الكلور الأعلى والتي يمكن أن تنشأ عن بعض المنتجات.

إمكانات معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها في حالات تفشي الكوليرا:

حين النظر في التحديات والخلافات أعلاه، يجب أيضاً ملاحظة أنه:

- في الكثير من السياقات، بما فيها السياقات الريفية المتناثرة؛ لا يزال التزود بالمياه الآمنة محدوداً ومن المرجح أن يبقى كذلك لبعض الوقت. في حين حدوث بعض التقدم بهذا الشأن، لا تزال الموارد البشرية والأمور اللوجستية والاستدامة تشكل مصدر تحدي لمفهوم الوصول العالمي لمصادر المياه الآمنة.
- سيستمر تلوث المياه بين المصدر ونقطة الشرب حتى يطبق الجميع ممارسات التخلص الآمن من الفضلات والنظافة الصحية الجيدة أو حتى يصبح هنالك ترسب كلور فعال في مصادر المياه في نقطة المنبع للتغلب على التلوث الذي يوثق حدوثه بشكل كبير أثناء تحصيل المياه ومعالجتها وتخزينها.
- توفر معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها إمكانية أن تتحكم العائلة بتوفير المياه الآمنة، وتقليل الاعتماد على الآخرين. هذا التحكم ذو قيمة في حالة تفشي الداء حيث يرجح أن يكون توفير المياه الآمنة بعيداً لمسافة معينة.

النظر بعقلانية في خيارات استخدام معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها خلال تفشي الكوليرا:

عند اعتماد استخدام معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها، يجب أن يؤخذ التالي بعين الاعتبار:

- ما هي بدائل التعزيز لمعالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها؟ هل لازالت مجدية أو هي طريقة مرجحة لتحسين نسبة الأشخاص الذين يشربون مياه آمنة أكثر من خيار معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها؟
- إذا كان لجهود تعزيز خيار معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها يعني أن نسبة معقولة من الناس بدأت تستخدم ماء آمناً، فهي إذن قيّمة في الاستجابة لتفشي الكوليرا- إن نسبة معقولة، مثل 30% هي أفضل من لا شيء. يجب أن يوازن هذا مع اعتبارات الوقت، الجهد والموارد اللازمة لوضع معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها قيد التشغيل، وإن كان يمكن لهذا أن يستخدم في أماكن أخرى.
- ما لم يكن في مصادر المياه ترسبات من الكلور، فإن خطر التلوث سيبقى قائماً في المنازل (على الرغم من أنه يمكن أن يخفض بالتعامل والتخزين الآمنين). معظم الخيارات المتبقية لا تستجيب لقضية تلوث ما بعد مصدر المياه.

إذهب إلى جدول المحتويات

	الميزات	العيوب	الملاءمة
التعقيم الشمسي	• تراجع موثق للفيروسات والبكتيريا والطفيليات في المياه • تراجع موثق لأمراض الإسهال بين المستخدمين • مقبولية من قبل العديد من المستخدمين بسبب سهولة الاستخدام • لا توجد كلفة للمستخدمين بعد الحصول على القوارير البلاستيكية • أقل قدر ممكن من تغيير طعم المياه • أقل احتمالية ممكنة لعودة التلوث وذلك بفضل التخزين الآمن	• الحاجة لمعالجة قبلية (ترشيح أو تخثير) للمياه ذات العكارة المرتفعة • مخاوف بشأن قبول المستخدمين بسبب الكمية المحدودة من المياه والتي يمكن معالجتها في المرة الواحدة • الافتقار لوجود التحسين الملاحظ في المياه لتعزيز فوائد العلاج • المدة الزمنية الطويلة اللازمة لمعالجة المياه • الكميات الكبيرة المطلوبة من القوارير البلاستيكية السليمة والنظيفة والمناسبة	ملائم أكثر في المناطق التي تتوافر فيها القوارير والمحفزات الاجتماعية المتكررة وتدريب المستخدمين حول كيفية استخدام التعقيم الشمسي بشكل صحيح ومتسق وذلك لمعالجة مياه الشرب في المنازل. تقل الفعالية في المياه ذات العكارة الشديدة.
المرشحات السيراميكية (الشمعة، الدلو، الخ)	• تراجع موثق للبكتيريا والطفيليات في المياه • مقبولية من قبل العديد من المستخدمين بسبب سهولة الاستخدام والتحسن المشاهد للمياه المعالجة • تراجع موثق لأمراض الإسهال بين المستخدمين • حياة محتملة طويلة في حال لم يُكسر المرشح • تكلفة لمرة واحدة	• فعالية منخفضة تجاه الفيروسات • الافتقار لحماية الترسبات يمكن أن يؤدي لعودة التلوث إذا تم تخزين المياه المعالجة بشكل غير آمن • اختلاف في التحكم بالجودة للمرشحات المنتجة بشكل محلي • انكسار المرشح والحاجة لقطع غيار • تحتاج المرشحات والأوعية للتنظيف بشكل دوري، خاصة لدى استخدام مصادر المياه العكرة • معدل تدفق منخفض 3-1 ليترات في الساعة (أبطأ في حالة المياه العكرة)	ملائم أكثر في المناطق التي تتوافر فيها القدرة على إنتاج مرشحات سيراميكية ذات جودة عالية، وشبكة توزيع لاستبدال القطع المكسورة، وتدريب للمستخدمين حول كيفية صيانة واستخدام المرشح بالشكل الصحيح. وقد لا يكون ذلك ممكناً خلال فترات الطوارئ.
الترشيح الرملي الحيوي	• إزالة موثقة للبكتيريا والطفيليات • مقبولية من قبل العديد من المستخدمين بسبب معدل التدفق المرتفع (~ 20 ليتر في الساعة)، وسهولة الاستخدام، والتحسن المشاهد للمياه المعالجة • إنتاج بواسطة المواد المتوافرة محلياً • تركيب لمرة واحدة مع متطلبات صيانة منخفضة • مدة حياة طويلة	• يستغرق الشريط الرملي الحيوي حيث تحدث العمليات الحيوية بعض الوقت لإعداده، ففي حال لم يكن معداً بشكل مسبق قد لا يكون ملائماً في حالات التفشي. • تثبيط منخفض نسبياً للفيروسات. • غياب تعقيم الرواسب بعد الترشيح، وبالتالي في حال رشحت المياه في دلو مفتوح أو غير نظيف فهناك احتمال لتلوثها. • صعوبة إنتاج ونقل مرشح منزلي يزن 100- 350 باوند والكلفة المبدئية العالية والتي تجعل قابلية التوسع أمراً صعباً. • قد لا تتوفر وسائط الترشيح (الرمل المناسب) ضمن كافة السياقات.	ملائم أكثر في المناطق التي يتوافر فيها تمويل خارجي لتعويض الكلفة المبدئية للمرشح، وتعليم المستخدمين، رمل متوافر بشكل محلي، وشبكة نقل قادرة على تحريك الدلاء والرمل. وقد لا يكون ذلك ممكناً خلال فترات الطوارئ.

للحصول على معلومات حول إزالة السجل للبكتيريا والفيروسات والطفيليات لخيارات مختلفة لمعالجة مياه نقطة الاستخدام، يرجى مراجعة الإرشادات التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية حول جودة المياه، 2011، الصفحات 145-146.

لمزيد من المعلومات والمنظورات حول الخيارات المختلفة بما فيها الآراء البديلة عن الأسعار القابلة للمقارنة، يرجى مراجعة حلول التعقيم الذكية، (الشراكة الهولندية للمياه)، الصفحة 25، ومنشورات الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر حول المعالجة والتخزين الآمنين لمياه الشرب في المنازل.

رغم أن الكوليرا لا تشكل بحد ذاتها حالة إنسانية، إلا أن معايير سفير الدنيا للاستجابة الإنسانية (مشروع سفير، 2011) يمكن أن تخدم كمرجع ونقطة مبدئية للنقاش حيث لا تتوافر معايير أخرى على المستوى الوطني.

معايير إمدادات المياه 2: جودة المياه: "المياه مستساغة ومتوفرة بكمية كافية للشرب أو لاستخدامها في الطبخ واستخدامات النظافة الصحية الشخصية والمنزلية من دون أن تشكل خطراً على الصحة".

للمزيد من المعلومات حول جودة المياه بما فيها معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن، يرجى مراجعة معايير سفير الدنيا، الصفحات 100-103 (الإجراءات والمؤشرات الأساسية، والملاحظات الإرشادية).

المصادر الرئيسية

شجرة اتخاذ القرار لخيارات معالج وتخزين المياه في المنازل في سفير (2011)، *المخطط الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة الإنسانية*، الصفحة 133.

معالجة المياه والتخزين الآمن ضمن المنازل في حالات الطوارئ من **الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر** (2008)

لانتاين، دي كلاسن، تي، معالجة مياه *نقطة الاستخدام خلال الاستجابة لحالات الطوارئ*، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، لندن، المملكة المتحدة، (2009)

كيمكروس، اس، انسينك، جي، كاهاويتا، تي، *تقييم إجراءات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المتخذة لمنع ومكافحة تفشي الكوليرا في غينيا-كوناكري وغينيا-بيساو*، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، منظمة مساعدة الأطفال في حالات الطوارئ، اليونيسف، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (2009) تلخص هذه الورقة أيضاً عدداً من الدراسات الأخرى التي تنظر في أنواع مختلفة من معالجة المياه واستراتيجيات التخزين الآمن إضافة إلى الصرف الصحي والنظافة الصحية في حالات الطوارئ وحالات تفشي الكوليرا.

موقع شبكة نظم معالجة المياه والتخزين الآمن ضمن المنازل، www.who.int/household_water/en/

الشراكة الهولندية للمياه، *حلول التعقيم الذكية، أمثلة عن منتجات تعقيم لمياه الشرب على نطاق ضيق*، منشورات KIT (2010)

وثيقة استعراضية حول رفع مستوى معالجة وتخزين المياه في المنازل لمنظمة الصحة العالمية ووحدة تدريبية من اليونيسف

اليونيسف، مذكرة سياسة حول تعزيز معالجة المياه المنزلية وتخزينها بشكل آمن في برامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية التابعة لليونيسف، (2008)

منظمة الصحة العالمية، *توجيهات حول جودة مياه الشرب*، الطبعة الرابعة، الصفحات 140-147 (2011)، وتتضمن مقارنات مجدولة حول التقليل من مسببات الأمراض المختلفة باستخدام العديد من التقنيات المتنوعة.

منظمة الصحة العالمية، *خيارات تقييم معالجة المياه المنزلية: الأهداف المستندة للصحة ومواصفات الأداء الميكروبيولوجية* (2011)

1 لانتاين، دي كلاسن، تي، معالجة مياه نقطة الاستخدام خلال الاستجابة لحالات الطوارئ، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، لندن، المملكة المتحدة.

2 على سبيل المثال أظهرت دراسة في غينيا-كوناكري (2009) خاصة بالاستجابة لتفشي الكوليرا حيث تم وزعت المنتجات المعالجة بالكلور، بأنه وعلى الرغم من وجود المنتجات المعقمة في 60% من المنازل، فقد عثر على آثار حرة من الكلور في مياه الشرب ضمن أقل من 30% من المنازل، وبينت مراجعة خاصة باستخدام معالجة وتخزين مياه الشرب المنزلية في حالات الطوارئ بأنه "لم تظهر أي دراسة ضمن المراجعات الأدبية استعمالاً لمعالجة المياه ضمن نقطة الاستخدام بنسبة أكثر من 20% خلال حالات الطوارئ الحادة. المراجع: كيمكروس، اس، انسينك، جي، كاهاويتا، تي، تقييم إجراءات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المتخذة لمنع ومكافحة تفشي الكوليرا في غينيا-كوناكري وغينيا-بيساو، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، منظمة مساعدة الأطفال في حالات الطوارئ، اليونيسف، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ولانتاين، دي كلاسن، تي، معالجة مياه نقطة الاستخدام خلال الاستجابة لحالات الطوارئ، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، لندن، المملكة المتحدة.

3 كلاسين، تي، 2009. رفع مستوى معالجة المياه المنزلية ضمن المجتمعات السكانية منخفضة الدخل، منظمة الصحة العالمية.

4 مأخوذة من لانتان دي وكلاسين، تي 2009 معالجة نقطة استخدام المياه في الاستجابة لحالات الطوارئ، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، لندن، المملكة المتحدة، ص 29-31 والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.

5 تنصح منظمة الصحة العالمية (2011) ضمن توجيهات حول جودة مياه الشرب، الطبعة الرابعة (الصفحة 143) بإيصال المياه لدرجة الغليان، حيث أن كافة مسببات الأمراض تقريباً تموت بدرجة حرارة 60 °C خلال 12 ثانية حتى في المياه العكرة (ميتكالف، آر اتش، (2005)، علم الأحياء المجهرية لبسترة المياه بالطاقة الشمسية مع تطبيقات في كينيا وتنزانيا، 2005، المؤتمر العالمي للطاقة الشمسية، أورلاندو، فلوريدا). لم تعد منظمة الصحة العالمية تضع حداً زمنياً أو تعديلاً على الارتفاع ضمن توصياتها بخصوص الغليان (الاتصال الشخصي، ماغي مونتغمري وبروس جوردون، 8 أيار 2012).

6 بالنسبة لفريق اليونيسف، وقبل الدخول في أي شراكة أو نشاط مشترك مع قطاع خاص أو شركات، يفضل مراجعة قسم الاتصال للحصول على معلومات حول كيفية التشارك من دون إساءة استخدام الصورة والعلامة التجارية والشعار الخاص باليونيسف. في حال عرض أي انخراط في تبرعات/مساعدات عينية، يمكن طلب مساعدة من المسؤول عن جمع الأموال والشراكات الخاصة والموارد. يرجى مراجعة القسم **10** للحصول على المزيد من التفاصيل حول التبرعات/المساعدات العينية.

رغم أن الكوليرا لا تشكل بحد ذاتها حالة إنسانية، إلا أن معايير سفير الدنيا للاستجابة الإنسانية (مشروع سفير، 2011) يمكن أن تخدم كمرجع ونقطة مبدئية للنقاش حيث لا تتوافر معايير أخرى على المستوى الوطني. في حال حدوث تفشي للكوليرا خلال أزمة إنسانية، فإن الاستجابة يجب أن تأخذ معايير سفير بعين الاعتبار.

معايير التخلص من الفضلات 1: بيئة خالية من براز الإنسان: "البيئة المعيشية بشكل عام وتحديداً المساكن الطبيعية، مناطق إنتاج الغذاء، المراكز العامة ومصادر مياه الشرب المحيطة بها خالية من التلوث البرازي البشري".

معايير التخلص من الفضلات 2: المراحيض المناسبة والكافية: "يملك الناس مراحيضاً مناسبة وكافية ومقبولة وقريبة بشكل كافٍ لمساكنهم، للسماح بوصول سريع وآمن في كافة الأوقات، ليلاً ونهاراً."

توفر معايير سفير الدنيا، الصفحة 109، قائمة من البدائل للتخلص الآمن من الفضلات:

1. **منطقة مخصصة للتغوط (مع قطاعات مغطاة)** – المرحلة الاولى: أول يومين أو ثلاثة أيام حين يحتاج عدد هائل من الأشخاص لهذه المنشآت بشكل فوري
2. **المراحيض ذات الخندق** – المرحلة الأولى: تصل حتى شهرين
3. **المراحيض البسيطة ذات الحفرة** – تخطيط منذ البداية لاستخدام على المدى الطويل
4. **المراحيض ذات الحفرة المحسنة التهوية** – بحسب السياق، استخدام متوسط لطويل المدى
5. **صرف صحي بيئي (Ecosan) مع تحويل للبول** – بحسب السياق، للاستجابة لحالات ارتفاع منسوب المياه الجوفية والفيضانات، بشكل مباشر من البداية وحتى المدى المتوسط أو الطويل
6. **خزانات الصرف الصحي** – مرحلة المدى المتوسط للطويل

وتشير هذه المعايير أيضاً (في الملاحظة التوجيهية رقم 11) إلى أنه في حالات الفيضانات والكوارث الحضرية، يكون توفير منشآت التخلص الملائمة من الفضلات صعبة بشكل خاص، وفي حالات كهذه، يمكن استخدام آليات بديلة لعزل الفضلات البشرية مثل:

7. المراحيض المرفوعة
8. مراحيض تحويل البول
9. خزانات احتواء الصرف الصحي
10. استخدام الأكياس البلاستيكية التي يمكن التخلص منها مع آليات مناسبة لجمع الفضلات والتخلص منها

للمزيد من المعلومات (الإجراءات الأساسية، والمؤشرات والملاحظات التوجيهية) حول التخلص من الفضلات، يرجى مراجعة معايير سفير الدنيا، الصفحات 105-110.

تلميح

التخلص من الفضلات خلال تفشي الكوليرا

- التركيز على ما يمكن تحقيقه خلال إطار زمني قصير، على سبيل المثال دفن الفضلات مقابل بناء مرحاض جديد في حال لم يكن لدى الأشخاص قدرة على الوصول للمراحيض، وعلى المحافظة على نظافة المراحيض الموجودة مع منشآت تعمل بشكل جيد لغسل اليدين مع الصابون.
- على كل الأحوال يمكن لتفشي الكوليرا أن يكون دافعاً جيداً لبناء المراحيض، لذلك يجب الاستفادة من توافر الموارد البشرية اللازمة لبناء المراحيض واستغلال هذه الفرصة.
- عند الإمكان، تحديد العوائق المشتركة أمام استخدام الناس للمراحيض وما الذي يمكن أن يشجعهم على استخدامها وعلى غسل اليدين بالصابون في الأوقات الحساسة – وذلك سيكون مفيداً في تصميم تدخلات البرامج والتي ستساعد في تخطي العقبات والانتقال للإجراءات.
- عند استخدام الدوافع النفسية الرئيسية بنجاح لتطوير السياق في منطقة ما، يمكن أن تكون العناصر الخاصة بالنهج مفيدة أيضاً خلال الاستجابة لتفشي الكوليرا.

إذهب إلى جدول المحتويات

ممارسات جيدة أثناء جنازات الاشخاص المتوفين بسبب الكوليرا

معلومات بشأن المخاطر المحتملة خلال الجنازات أثناء فترات تفشي الكوليرا:

- العمل مع القادة الدينيين وقادة المجتمع المحلي لفهم المخاطر الصحية خلال الجنازات وما الذي يمكن القيام به لمنع انتقال الكوليرا أثناء هذه المراسم.
- يجب أن يتناقش كل من المهنيون الصحيون والقادة الدينيون وقادة المجتمع المحلي حول مخاطر الكوليرا مع أعضاء المجتمع للمساعدة في تحديد الاستراتيجيات المقبولة لمعالجة تلك المخاطر. يمكن أن يكون لفرض القيود من دون استشارة الأشخاص نتائج عكسية كما قد يؤدي للتردد في الإخطار عن حالات الوفاة.

تحضير الجثة والدفن

- عدم إفراغ أحشاء المريض.
- تعقيم جثة المتوفى بسبب الكوليرا بمحلول كلور 2% وسد جميع الفتحات (الفم والأنف) بقطن منقوع بمحلول الكلور 2%1.
- القيام بإجراءات إعداد الجثة في مكان جيد التهوية.
- ربط الرأس بحيث يبقى الفم مغلقاً (يمكن إبقاء الوجه ظاهراً).
- لف الجثة بقطعة بلاستيكية كي تلتقط أي سوائل خارجة أثناء النقل.
- دفن الجثة بأسرع وقت ممكن، ويفضل خلال 24 ساعة من لحظة الوفاة.
- يجب أن تدفن الجثة بمكان أقرب ما يكون لمكان وفاة المريض، وذلك لتقليل مخاطر النقل.
- تعقيم الثياب وبياضات الأسرّة وكافة الأسطح التي تلامست مع الجثة بمحلول كلور 0.2%. وكحل بديل يمكن غلي الملابس والبياضات وتجفيفها بتعريضها لأشعة الشمس بشكل مباشر.
- يجب على الأشخاص الذين يحضرون أو يحملون الجثة ارتداء قفازات مطاطية، ويجب التخلص من هذه القفازات من خلال الحرق أو الدفن أو الرمي في فتحة المرحاض.
- بعد الانتهاء من العملية يجب غسل اليدين بشكل كامل بمحلول الكلور 0.05% أو بالصابون.
- يجب دفن الجثة على مسافة لا تقل عن 50 متر عن مصدر المياه وبعمق لا يقل عن 1.5 متر.

النظافة الصحية أثناء الجنازات

- رغم أنه لا يجب منع الجنازات، إلا أنه يجب عدم التشجيع على تناول الطعام خلالها، أو يمكن تأجيل وليمة الجنازة لما بعد انتهاء حالة التفشي.
- إذا قدم الطعام أثناء الجنازة، يجب التأكد من:
  - تقديم كل الطعام ساخناً.
  - الأشخاص الذين يحضرون الجثة غير مشاركين في إعداد الطعام.
  - يولي الأشخاص القائمون على تحضير الطعام انتباهاً خاصاً لممارسات النظافة الصحية أثناء التعامل مع الأطعمة ومياه الشرب بشكل آمن.
  - يجب فرض غسل اليدين بالمياه والصابون قبل تناول الطعام.
- مشاركة القادة الدينيين وقادة المجتمع المحلي لتعزيز النظافة الصحية.
- توفير منشآت لغسل اليدين بالصابون كي يستخدمها المشيعون.

9E إجراءات الاستجابة للكوليرا في المؤسسات أو الأماكن العامة

تُقدم الصفحات التالية قائمة مرجعية ومعلومات إضافية حول الإجراءات الرئيسية التي يجب أن تتخذ في التصدي للكوليرا، والتأهب والاستجابة لها والتي يجب تنفيذها في إطار المؤسسات الرئيسية والأماكن العامة.

الإجراءات الرئيسية الخاصة بالاستجابة للكوليرا في إطار المؤسسات الرئيسية والأماكن العامة

الإجراء	الوصف	القائمة المرجعية: المدارس، الكليات وباقي المؤسسات التعليمية	بيوت الرعاية أو مراكز حماية الطفولة	مراكز التغذية	اللاجئون أو مخيمات النازحين داخليا	السجون
الوقاية والتأهب						
خطط التأهب والاستجابة	وجود خطة جاهزة بحيث يعلم الجميع بمن فيهم الموظفون والمراجعون في المؤسسة، بما عليهم فعله للوقاية والتأهب للكوليرا وما عليهم فعله لدى إصابة أحد ما.	☐	☐	☐	☐	☐
التنسيق والمسؤوليات	جعل أحد أعضاء الكادر مسؤولاً عن التنسيق وضمان استعداد المؤسسة لتأكيد التنسيق من أجل استجابة فاعلة.	☐	☐	☐	☐	☐
	التأكد من أن كل الكوادر يدركون مسؤولياتهم المتعلقة بالوقاية والتأهب للكوليرا.	☐	☐	☐	☐	☐
التعليم	قم بتعليم كل المراجعين/ الزوار: • ما هي الكوليرا وما هي الأعراض؟ • كيف يمكن أن تصاب بها؟ • كيف يمكنك الوقاية منها؟ • ماذا يمكن أن تفعل إن أصبت بها؟	☐	☐	☐	☐	☐
مياه الشرب الآمنة	توفير مياه آمنة للشرب من مصدر موثوق أو عن طريق المعالجة في نقطة الاستخدام للموظفين ومراجعي المؤسسة	☐	☐	☐	☐	☐
التخلص الآمن من الفضلات	توفير وصول للكوادر والمراجعين في المؤسسة إلى مراحيض نظيفة، سهلة الاستخدام، منفصلة بين الجنسين	☐	☐	☐	☐	☐
	وضع مسؤوليات للتنظيف. توفير معدات (الدلاء، الخرق، المماسح، القفازات) والإشراف على المباني.	☐	☐	☐	☐	☐
محطات غسل اليدين في المراحيض والمطابخ	توفير منشآت وظيفية لغسل اليدين بالماء والصابون في كل المراحيض والمطابخ وأماكن تناول الطعام.	☐	☐	☐	☐	☐
نظافة صحية آمنة للطعام	تدريب الكوادر على تحضير وتقديم الطعام وفق شروط النظافة الصحية.	☐	☐	☐	☐	☐
	التأكد من النظافة الصحية للمطبخ وقاعة الطعام وسهولة تنظيفها.	☐	☐	☐	☐	☐
	تجنب تقديم الطعام النيء، والحرص على استخدام المياه المعالجة فقط للشرب وأغراض الطبخ	☐	☐	☐	☐	☐

معلومات إضافية خاصة بمختلف البيئات حول الوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها

البيئة	معلومات إضافية	لمعلومات أكثر
المدارس، الكليات، وباقي المؤسسات التعليمية 	• يجب أن تكون المدارس، والكليات، وباقي المؤسسات التعليمية جزءاً من الاتصال الكلي والتدخلات المجتمعية، والاستراتيجيات والخطط. • الاتصال مع أحد أفراد العائلة أو القائم على العناية بالطفل/ الطالب/ الموظف وإعلامهم أن قريبهم قد أخذ لمنشأة صحية وتزويدهم بالمعلومات حول أساسيات الكوليرا والوقاية منها وما يمكن فعله لدى مرض أحدهم. • تشجيع الأطفال على مشاركة المعلومات حول الكوليرا مع عائلاتهم، وأصدقائهم، والجيران وتشجيع الناس الذين يصابون بالمرض على الذهاب لمنشأة صحية. • عندما وحيثما أمكن تعقد جلسات توعية للوالدين وأفراد العائلة حول الوقاية من الكوليرا والتأهب لها وما يجب فعله لدى إصابة أحدهم بالمرض. • إن سمحت الموارد، يوزع الصابون على كل الأطفال لاستخدامه في المنزل.	انظر المثال حول الإرشادات التوجيهية المقدمة بخصوص التأهب في المدارس، ومراكز الرعاية النهارية والأماكن الصديقة للأطفال في الصومال. وحول توصيات الطعام والطبخ للمدارس ومراكز الأطفال انظر مثالاً عن كتيب المعلومات والتعليم والاتصال حول الأطفال من تنزانيا انظر مثالاً عن كتاب الصور الكرتونية للأطفال من زيمبابوي
دور الرعاية أو مراكز حماية الطفل 	• سيحتاج الأطفال الأصغر سناً في دور الرعاية ومراكز الحماية دعماً إضافياً ليصبحوا قادرين على ممارسة عادات النظافة الصحية الجيدة. • التأكد من أن القائمين على العناية بالأطفال الصغار يستوعبون ويمارسون عادات نظافة صحية جيداً ويشجعون الأطفال على غسل أيديهم بالصابون في الأوقات الحرجة. • استخدام (نونية) للأطفال الصغار، وإفراغ البراز في فتحة مرحاض، وغسل النونية بمحلول كلور 0.2% بعد الاستخدام. • إذا قام الطفل بتلويث الأرض بالبراز أو حصل له تبرز عرضي في الليل، تخلص من البراز في المرحاض وقم بتعقيم المكان بمحلول كلور 0.2%. • كن متيقظاً في كل الأوقات وبشكل خاص لدى تفقد الأطفال الذين يشعرون بأنهم ليسوا على ما يرام خلال تفشي الكوليرا. • تأكد من أن الأطفال الواصلين حديثاً إلى المراكز لديهم فرصة التعلم حول ممارسة نظافة صحية جيدة، على سبيل المثال، تقديم دعم خاص لغسل اليدين قبل وبعد استخدام المرحاض، مباشرة بعد وصولهم.	راجع كذلك مجموعة العمل في قطاع الحماية، زيمبابوي، لاحظ الحماية المعممة لاستجابة الكوليرا
مراكز التغذية 	• الطفل المصاب بسوء التغذية أكثر عرضة للكوليرا لأن لديه قدرة أقل على الاستجابة للمرض. • يحتاج الطفل المصاب بسوء التغذية إلى عناية طبية خاصة على خلاف الآخرين ممن أصيبوا بالكوليرا. • تقديم معلومات النظافة الصحية والتوعية بالكوليرا لكل المرضى ومرافقيهم. • حيثما يكون ذلك ممكناً، ينبغي تقديم مجموعة العناية بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية إلى كل الأطفال في مراكز التغذية. يجب أن تتضمن المجموعة الصابون، وتجهيزات أو مستهلكات معالجة المياه منزلياً، ووعاء لتخزين المياه الصالحة للشرب مع غطاء. • استخدام نونية للأطفال الصغار، وإفراغ البراز في فتحة مرحاض، وغسل النونية بمحلول كلور 0.2% بعد الاستخدام. • إذا قام الطفل بتلويث الأرض بالبراز أو حصل له تبرز عرضي في الليل، تخلص من البراز في المرحاض وقم بتعقيم المكان بمحلول كلور 0.2%.	راجع الفصل **8.3.9** حول إرشادات الاعتبارات المتعلقة بالتغذية في معالجة الكوليرا. انظر مثال الصفحات الإرشادية حول التأهب والاستجابة للكوليرا في المنشآت الصحية ومراكز التغذية في الصومال

تلميح

سلامة الطعام والنظافة الصحية في منافذ بيع الطعام، الأسواق والمنازل

منافذ بيع الطعام والأسواق:

- التأكد من أن موردي الطعام وأصحاب المحلات يتلقون المعلومات والتدريب حول الكوليرا، وحول دورهم في الوقاية والتأهب والاستجابة.
- تطوير المعلومات المتوفرة بشكل عام وإضافة الحد الأدنى من المعايير ليؤخذ بها في منافذ بيع الطعام والأسواق وتشجيع الناس على طلب احتياطات كهذه وتجنب البائعين الجوالين والمحلات التي لا تلتزم بهذه المعايير.
- يولى انتباه خاص لضمان توفر مراحيض نظيفة وأن تتم صيانتها بشكل جيد مع مرافق لغسل اليدين يتوفر فيها الماء والصابون وذلك في الأسواق ومنافذ بيع الطعام ومراقبتها بشكل دوري.
- قد يواجه موظفو الصحة البيئية تهديدات لفظية وعنفاً جسدياً خلال تنفيذ التعليمات حول تحسين النظافة الصحية للطعام أثناء تفشي الكوليرا- قد يحتاجون إلى دعم من زعماء المجتمع المحلي والمجتمع العام للمساعدة في تبني إجراءات السلامة.
- قد تخصص لموظفي الصحة البيئية موارد ضئيلة وقد لا يكون لديهم وسيلة نقل للإشراف على النظافة الصحية للطعام وما يتعلق بها من إجراءات. عندها يجب التفكير في دعم عملهم في الوقاية والتأهب والاستجابة.
- على اعتبار منافذ بيع الطعام بما فيها باعة الشارع هي أعمال لتوليد الدخل فإن إغلاق منافذ بيع الطعام قد يقود المالكين إلى العمل غير الشرعي وإيجاد منافذ أخرى لبيع منتجاتهم. من الأفضل العمل مع مالكي منافذ بيع الطعام وباعة الطريق وأصحاب المحلات لتحسين إجراءات النظافة الصحية للطعام متى كان هذا ممكناً.

في المنزل، المؤسسات والتجمعات الاجتماعية:

- دمج المعلومات حول كيفية ممارسة عادات نظافة صحية جيدة للطعام ضمن معلومات الاتصال الخاصة بتغيير السلوك العام وتعزيز النظافة الصحية.
- توجيه عناية خاصة لتثقيف أولئك المسؤولين عن تحضير الطعام في المؤسسات والقادة الدينيين أو قادة المجتمع المحلي والذين قد يكونون مسؤولين عن الإشراف على التجمعات الاجتماعية حول أهمية نشر أمن الغذاء والنظافة الصحية.
- قد تحتاج المؤسسات (مثل المدارس، السجون، مراكز الرعاية، مراكز التغذية، أماكن العمل الخ) إلى الدعم لتحسين إعداد أطعمتها، التخزين أو غسل القدر والأدوات ومنشآت التجفيف.

9 التدخلات المركزة على المجتمع

المصادر الرئيسية

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال، التأهب للكوليرا والاستجابة لها بالنسبة للمرافق الصحية ومراكز التغذية (2011)

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال، التأهب في المدارس، ومراكز العناية النهارية والأماكن الصديقة للطفل (2011)

مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الصومال، توصيات الطعام والطبخ للمدارس ومراكز الأطفال (2011)

اليونيسف، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لأطفال المدارس في حالات الطوارئ. دليل إرشاد المعلمين والبطاقات التعليمية المرفقة في أفريقيا، وأميركا اللاتينية، وأفغانستان والباكستان (2012)

إذهب إلى جدول المحتويات

9F (نموذج المراقبة القائمة على المجتمع (أسبوعياً

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

المحافظة / المنطقة _____ البلدية/ المجتمع المحلي _____ اسم موظف الصحة للمجتمع المحلي _____

اليوم	عدد الحالات الجديدة		مجموع عدد الحالات الجديدة	الوفيات		المجموع الكلي للوفيات	إدارة: محلول الإماهة الفموية، الإحالة	تعليقات على الاحتياجات من المواد
	<5	>=5		<5	>=5			
اليوم 1								
اليوم 2								
اليوم 3								
اليوم 4								
اليوم 5								
اليوم 6								
اليوم 7								
المجموع								

إذهب إلى جدول المحتويات

تلميح

المواد غير الغذائية (NFI)

- ستكون هناك حاجة للاستهداف الاستراتيجي للحصول على أكبر أثر لتوزيع المواد غير الغذائية.
- لا تقلل من أهمية اللوازم اللوجستية المطلوبة للتوزيع، النقل، التسويق والإشراف على المواد غير الغذائية.
- من المهم الأخذ بعين الاعتبار فيما إذا كانت المتاجر المحلية قد تراجعت من خلال توزيعات كهذه، عند الإمكان استخدم المتاجر المحلية لشراء مواد كهذه أو فكر بأشكال توزيع بديلة مثل توفير قسائم يمكن استبدالها بمواد معينة.
- انظر في آلية التوزيع وكيف يمكن التأكد من وصول المواد إلى وجهتها المعنية. قد يكون من المناسب إشراك التجمعات النسائية الموجودة أو باقي مجموعات المجتمع المحلي، لكن سنحتاج إلى تفقد ومراقبة كافة طرائق التوزيع.
- حيثما كان ذلك ممكناً، قم بشراء المواد محلياً لكن تأكد من أن النوعية جيدة وبأن المواد مثل الغالونات والدلاء ستدوم لوقت طويل.
- تأكد من تقديم المعلومات حول سبب توزيع هذه المواد وكيف يمكنها أن تساعد في تخفيف الكوليرا. قدم أيضاً معلومات كذلك حول معايير الاستهداف، الكميات التي يمكن للناس توقعها وحقيقة أنها تقدم مجاناً. كما يجب تهيئة طريقة للتعامل مع الشكاوى أثناء التوزيع وبعده.
- بحسب طول مدة تفشي الكوليرا، قد يكون من الضروري تنظيم تكرار توزيع المواد الاستهلاكية مثل الصابون. ينبغي تحقيق توازن بين توزيع كميات كبيرة قد يقوم الناس على الأرجح ببيعها مقابل مواد أخرى، وبين تنظيم أدوار توزيع متكررة.
- احتفظ بسجلات واضحة لما تم توزيعه، متى ولَمن وقم بتعديل مستويات المخزون بعد كل عملية توزيع. سجل كذلك أي مواد فيها خلل وطبيعة هذا العيب.
- مراقبة استخدام المواد بأسرع ما يمكن بعد التوزيع من خلال القيام باختيار عشوائي لنسبة من الأسر أو تنظيم مناقشات مجموعات مركزة. حدد أي مشكلة في سير عملية التوزيع، البضائع المقدمة أو فيما إذا لم تكن المواد قد استخدمت لتحقيق الهدف المطلوب.
- راجع الفصل **9.2** لمزيد من المعلومات حول معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها إذا أخذ بعين الاعتبار إدراج مواد غير غذائية.

سفير 2011

معيار تعزيز النظافة الصحية 2: تعريف واستعمال مواد النظافة الصحية

"أن يكون لدى التجمعات السكانية المتأثرة بالكوارث إمكانية الوصول إلى وهي مشاركة في تحديد واستخدام مواد النظافة الصحية لضمان النظافة الصحية الشخصية، والصحة، والكرامة، والرفاه."

معيار الموارد المائية 3: منشآت المياه

"أن يمتلك الناس منشآت كافية لجمع، وتخزين، واستخدام كميات كافية من المياه للشرب، والطبخ، والنظافة الصحية الشخصية، ولضمان بقاء مياه الشرب آمنة حتى استهلاكها."

قائمة بمواد النظافة الصحية الأساسية في سياقات الطوارئ كما هو محدد في سفير، الصفحة 95 وتتضمن:

1. وعاء بسعة 10-20 ليتراً للنقل - واحد لكل أسرة
2. وعاء بسعة 10-20 ليتراً للتخزين - واحد لكل أسرة
3. 250 غ صابون للاستحمام - واحدة لكل شخص شهرياً
4. 200 غ صابون للغسيل- واحدة لكل شخص شهرياً
5. مادة مقبولة للنظافة الصحية في حالة الحيض، مثال قطعة قماش قطنية قابلة للغسل

تبقى المواد الأربع الأولى ذات أولوية في الوقاية من الكوليرا، والتأهب والاستجابة، لكن يمكن إضافة مواد أخرى مثل أوعية الغسيل وخيارات معالجة مياه نقطة الاستخدام والتخزين الآمن لها.

لمزيد من المعلومات (الإجراءات الرئيسية، والمؤشرات والإرشادات التوجيهية) حول المواد غير الغذائية الخاصة بالنظافة الصحية يرجى مراجعة سفير **الصفحات 94-96 والصفحات 103-104.**

للحصول على نسخة قابلة للتحرير من هذا النموذج انقر هنا

اختصاصات بعثات الطوارئ (العاجلة)

المسمى الوظيفي: اختصاصي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (استجابة الكوليرا)- التنسيق القطاعي

يعمل تحت إشراف: مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

المدة: توظيف لمدة ثلاثة أشهر مع إمكانية التمديد لستة أشهر

الموقع: _____

معلومات أساسية

في العام 2010 تضمّن تحديث الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني *التزاماً صريحاً بالتوفير والنشر السريع لكادر خبير وفريق عمل حاصل على التدريب الملائم والذي يركز على الإجراءات في الأسابيع الحرجة الثمانية الأولى للاستجابة الإنسانية وتوفير الإرشادات التوجيهية للعمل الذي يليها والتحرك باتجاه معايير مقارنة محددة.*

الهدف

تحت إشراف وتوجيه مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وبالتنسيق مع المنسقين الإقليميين الآخرين وأخصائيي الاتصالات من أجل التنمية، يقود الدعم الحكومي إلى التنسيق ومساعدة شركاء قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، في عملية الدمج، والتنفيذ والإشراف على استراتيجية المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتخطيط للكوليرا، اعتماداً على التقييم الشامل، ورسم الخرائط وتحليل وضع الكوليرا.

المسؤوليات والمهام الرئيسية

- دعم الحكومة يقود إلى التنسيق بين شركاء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الذين يعملون على استجابة الكوليرا.
- دعم التقييم الشامل، ورسم الخرائط وتحليل حاجات الكوليرا النوعية، الأولوية والاستجابة لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- بالتعاون مع الشركاء، تحديد استراتيجيات لضمان وصول المعلومات للناس لحماية الصحة والكرامة والوسائل للحفاظ على المياه آمنة، وممارسات الصرف الصحي والنظافة الصحية، وبأنه تم تحريكهم للقيام بإجراء للتخفيف من مخاطر الكوليرا.
- تقييم قدرة الشركاء الإنسانيين وأصحاب المصالح لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، لتغطية حاجات محددة، تطوير خطط بناء القدرات للتغلب على الفجوات الموجودة ودعم تنفيذ الخطط.
- تقديم تسهيلات للقطاع في تحديد الحاجات، توزيع مواد المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية/ المواد غير الغذائية لدعم ممارسات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الوقائية مثل غسل اليدين بالصابون، تخزين المياه، أو معالجة مياه نقطة الاستخدام ومساعدة الشركاء على تطوير خطط التنفيذ والإشراف على عمليات التوزيع.
- اعتماداً على السياق المحلي، تحفيز ضم إدارة النظافة الصحية في وقت الحيض في التدخلات، والتأكيد على أن احتياجات النساء والفتيات تؤخذ بعين الاعتبار وتنعكس على الاستجابة. دعم الشركاء في تطوير خطط لتحقيق هذا الهدف.
- تسهيل تطوير خطط الإشراف وضمان جمع بيانات دورية مصنفة بحسب الجنس والعمر، وتحليلها واستخدامها لتكييف استجابة الكوليرا، بالتنسيق والتعاون مع باقي ممثلي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- التعاون الوثيق مع باقي منصات التنسيق خاصة الصحة، والتغذية، والتعليم والحماية- دعم الشركاء لتحديد أولويات إجراءات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المجدية لمختلف المجموعات المستهدفة، تأسيس آليات تكامل وتقديم النصح حيثما لزم لتفعيل العمل.
- المشاركة في إعداد التقارير حول نتائج قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية من خلال توفير المعلومات والتقارير الموحدة والمحدثة.
- التنسيق مع مجموعات العمل التقنية الأخرى لضمان تغطية توفير استجابة الكوليرا في المؤسسات بشكل مناسب ، مثلاً في المدارس، المراكز الصحية، السجون، الخ..
- تيسير اعتبارات الشركاء بخصوص النوع والمساواة والتمييز في كل عناصر الوقاية من الكوليرا، والتأهب والاستجابة لها.

إذهب إلى جدول المحتويات

اختصاصات بعثات الطوارئ (العاجلة)

التسمية: اختصاصي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (استجابة الكوليرا) – تعزيز النظافة الصحية

يعمل تحت إشراف: مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية/ نائب الممثل/ رئيس المكتب

المدة: توظيف لمدة ثلاثة أشهر مع إمكانية التمديد لستة أشهر

الموقع: _____

معلومات أساسية

في العام 2010 تضمّن تحديث الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني *التزاماً صريحاً بالتوفير والنشر السريع لكادر خبير وفريق عمل حاصل على التدريب الملائم والذي يركز على الإجراءات في الأسابيع الحرجة الثمانية الأولى للاستجابة الإنسانية وتوفير الإرشادات التوجيهية للعمل الذي يليها والتحرك باتجاه معايير مقارنة محددة.*

الهدف

تحت إشراف وتوجيه مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (أو نائب الممثل / رئيس المكتب) وبالتنسيق مع المنسقين التقنيين الآخرين في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية واختصاصيي الاتصالات من أجل التنمية، دعم شركاء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للاتصال بخصوص النظافة الصحية فيما يتعلق بمكافحة الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. الاضطلاع بمسؤولية تطوير وتخطيط وتنفيذ ومراقبة وتقييم تعزيز النظافة الصحية والاتصال بشأنها فيما يتعلق بمكافحة الكوليرا والاستجابة وتعزيز مفاهيم المياه والصرف الصحي والصحة والنظافة الصحية لكافة التدخلات.

المسؤوليات والمهام الرئيسية

- دعم التحليل الكلي لحاجات القطاع والأولويات وتحديد الاستراتيجيات والمعايير للاستجابة لحاجات وإجراءات الاتصال من أجل النظافة الصحية المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للتقليل من مخاطر انتقال الكوليرا، بالتعاون مع الممثلين الآخرين لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، ضمن الهياكل التنسيقية الوطنية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- تحديد وتوضيح إجراءات التأهب والاستجابة الخاصة باليونيسف في الاتصال بشأن النظافة الصحية كجزء من الاستجابة الوطنية الكلية، بالاعتماد على فهم المعلومات الوبائية والتقييم الرسمي حول الوضع القائم.
- بالتنسيق مع باقي أقسام وشعب اليونيسف (خاصة الصحة والاتصالات من أجل التنمية، إضافة إلى التغذية، والحماية والتعليم) والشركاء المنفذين، تطوير استراتيجيات وخطط وقدرات وبرامج متكاملة بهدف:
  - الاتصال مع التجمعات السكانية المتضررة وتعبئتها بخصوص الإدارة والوقاية من الكوليرا (ويتضمن ذلك طلب العلاج بشكل مبكر، استخدام محلول الإماهة الفموية، أهمية غسل اليدين بالصابون، النظافة الصحية للطعام، الاحتياطات المطلوبة في التجمعات الكبيرة، معالجة المياه المنزلية وتخزينها، الخ..) باستخدام كل من قنوات الاتصال الشخصية والجماهيرية.
  - الاتصال مع مجموعات مستهدفة أخرى وتعبئتها والتي يمكنها التأثير أو دعم الوقاية ومكافحة الكوليرا، مثل الصحفيون، المدرسون، السلطات الحكومية، الخ..
  - دعم التنفيذ الفاعل في التدخلات المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مراكز علاج الكوليرا، والمؤسسات الأخرى (المدارس، السجون الخ) والمجتمعات المحلية بحسب المطلوب.
- بالاعتماد على المعلومات المقدمة من قبل القطاع الصحي في اليونيسف وشركاء الصحة، دعم تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية على مستوى الأسر/ المجتمع المحلي، بما فيها الإشراف على غسل الأيدي بالصابون، التخلص الآمن من الفضلات (مرافق الصرف الصحي) ومعالجة المياه منزلياً وتخزينها بحسب المطلوب.
- بالاعتماد على السياق المحلي، التشجيع على إدراج إدارة النظافة الصحية في حالة الحيض ضمن التدخلات، والتأكيد على الأخذ بعين الاعتبار حصول النساء والفتيات على حاجاتهم الخاصة وانعكاس هذا على الاستجابة. دعم الشركاء لتطوير خطط لتحقيق هذا الهدف.
- التعاون على التصميم والتنفيذ الفعال لخطة مراقبة تدمج فيها التغييرات المطلوبة في الأنشطة المخطط لها مع إيلاء اهتمام خاص للحاجات النوعية للنساء، والأطفال، وأصحاب الاحتياجات الخاصة.

إذهب إلى جدول المحتويات

اختصاصات بعثات الطوارئ (العاجلة)

المسمى الوظيفي: اختصاصي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (استجابة الكوليرا) – الصرف الصحي

يعمل تحت إشراف: مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية / نائب الممثل/ رئيس المكتب

المدة: توظيف لمدة ثلاثة أشهر مع إمكانية التمديد لستة أشهر

الموقع: _____

معلومات أساسية

في العام 2010 تضمّن تحديث الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني *التزاماً صريحاً بالتوفير والنشر السريع لكادر خبير وفريق عمل حاصل على التدريب الملائم والذي يركز على الإجراءات في الأسابيع الحرجة الثمانية الأولى للاستجابة الإنسانية وتوفير الإرشادات التوجيهية للعمل الذي يليها والتحرك باتجاه معايير مقارنة محددة.*

الهدف

تحت إشراف وتوجيه مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (أو نائب الممثل/ رئيس المكتب) وبالتنسيق مع أعضاء الفريق التقني لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، دعم شركاء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لتنفيذ الصرف الصحي المتعلق بالوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. تحمّل مسؤولية التطوير، والتخطيط، والتنفيذ، والمراقبة، والتقييم للصرف الصحي والاتصال المتعلق بمكافحة الكوليرا والاستجابة وتعزيز دمج مفاهيم المياه، والصرف الصحي، والصحة، والنظافة الصحية في كافة التدخلات.

المسؤوليات والمهام الرئيسية

- دعم الحكومة وباقي الشركاء في تنفيذ عناصر الصرف الصحي الفاعلة في استجابة الكوليرا.
- دعم التقييم، والتخطيط، والتحليل لحاجات الكوليرا الخاصة، والأولويات والاستجابات المتعلقة بالصرف الصحي.
- بالتعاون مع الشركاء، القيام بتحديد استراتيجيات لتأكيد حصول الناس على معلومات لحماية صحتهم وكرامتهم، ووسائل المحافظة على الصرف الصحي وممارسات النظافة الصحية، وأنه تمت تعبئتهم للقيام بإجراء للتخفيف من مخاطر الكوليرا.
- التفكير بخيارات تصميم الصرف الصحي المختلفة، وعمليات، وآليات الصيانة الملائمة للسياق المحلي والعادات الثقافية، وضمان قدرة الوصول لمنشآت الصرف الصحي من قبل الناس ذوي القدرة المحدودة على التنقل.
- تقييم قدرات شركاء قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وأصحاب المصالح لتغطية احتياجات الصرف الصحي المحددة، وتطوير خطط بناء القدرات للتغلب على الفجوات الموجودة ودعم تنفيذ الخطط.
- تسهيل عمل القطاع في تحديد الحاجات، وتوزيع المواد المتعلقة بالصرف الصحي لتعزيز التخلص الصحي من الفضلات، ودعم الشركاء في تطوير خطط لتنفيذ ومراقبة هذا التوزيع.
- اعتماداً على السياق المحلي، تحفيز ضم إدارة النظافة الصحية في وقت الحيض في التدخلات، والتأكيد على أن احتياجات النساء والفتيات تؤخذ بعين الاعتبار وتنعكس على الاستجابة. دعم الشركاء في تطوير خطط لتحقيق هذا الهدف.
- تسهيل تطوير خطط الإشراف وضمان جمع بيانات دورية مصنفة بحسب الجنس والعمر، وتحليلها واستخدامها لتكييف استجابة الكوليرا، بالتنسيق والتعاون مع باقي ممثلي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- التعاون الوثيق مع باقي منصات التنسيق خاصة الصحة، والتغذية، والتعليم والحماية– دعم الشركاء لتحديد أولويات إجراءات الصرف الصحي المجدية لمختلف المجموعات المستهدفة، تأسيس آليات تكامل وتقديم النصح حيثما لزم لتفعيل العمل.
- المشاركة في إعداد التقارير حول نتائج قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية من خلال توفير المعلومات والتقارير الموحدة والمحدثة.
- التنسيق مع مجموعات العمل التقنية الأخرى لضمان تغطية توفير استجابة الكوليرا في المؤسسات بشكل مناسب ، مثلاً في المدارس، المراكز الصحية، السجون، الخ..
- تيسير اعتبارات الشركاء بخصوص النوع والمساواة والتمييز في كل عناصر الوقاية من الكوليرا، والتأهب والاستجابة لها.
- حيثما يكن ضرورياً، تسليط الضوء على قضايا المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لدى مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

إذهب إلى جدول المحتويات

اختصاصات بعثات الطوارئ (العاجلة)

المسمى الوظيفي: اختصاصي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (استجابة الكوليرا) – نوعية المياه

يعمل تحت إشراف: مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية/ نائب الممثل/ رئيس المكتب

المدة: توظيف لمدة ثلاثة أشهر مع إمكانية التمديد لستة أشهر

الموقع: _____

معلومات أساسية

في العام 2010 تضمّن تحديث الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني *التزاماً صريحاً بالتوفير والنشر السريع لكادر خبير وفريق عمل حاصل على التدريب الملائم والذي يركز على الإجراءات في الأسابيع الحرجة الثمانية الأولى للاستجابة الإنسانية وتوفير الإرشادات التوجيهية للعمل الذي يليها والتحرك باتجاه معايير مقارنة محددة.*

الهدف

تحت إشراف وتوجيه مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (أو نائب الممثل/ رئيس المكتب) وبالتنسيق مع أعضاء الفريق التقني لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، دعم شركاء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية للقيام بالتدخلات الخاصة بنوعية المياه والمتعلقة بالوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. تحمل مسؤوليات التطوير، والتخطيط، والتنفيذ، والمراقبة، والتقييم للتدخلات المعتمدة على نوعية المياه فيما يتعلق بمكافحة الكوليرا والاستجابة وتعزيز دمج مفاهيم المياه، والصرف الصحي، والصحة، والنظافة الصحية في كافة التدخلات.

المسؤوليات والمهام الرئيسية

- دعم الحكومة وباقي الشركاء لتنفيذ عناصر فاعلة متعلقة بنوعية المياه لاستجابة الكوليرا. العمل عن قرب مع أخصائيي قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لموارد المياه، والصرف الصحي، وتعزيز النظافة الصحية كفريق متكامل.
- دعم التقييم، والتخطيط، والتحليل لحاجات الكوليرا الخاصة، والأولويات والاستجابات المتعلقة بإمدادات المياه مع تركيز خاص على نوعية المياه.
- بالتعاون مع الشركاء، القيام بتحديد استراتيجيات لتأكيد حصول الناس على معلومات لحماية صحتهم وكرامتهم، ووسائل المحافظة على مواردهم المائي، وممارسات الصرف الصحي والنظافة الصحية، وأنه تمت تعبئتهم للقيام بإجراء للتخفيف من مخاطر الكوليرا.
- دعم الشركاء في التفكير في خيارات معالجة المياه المختلفة (كلاً من مصادر المياه الجماعية ونقطة الاستخدام، والتخزين الآمن) وآليات التشغيل والصيانة المناسبة للسياق المحلي والعادات الثقافية.
- تقييم قدرات شركاء قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وأصحاب المصالح لتحقيق حاجات المياه المتعلقة بالمعالجة، وتطوير خطط بناء القدرات للتغلب على الفجوات الموجودة ودعم تنفيذ الخطط.
- تسهيل عمل القطاع في تحديد الحاجات، وتوزيع المواد المتعلقة بمعالجة المياه والتخزين الآمن، لتعزيز الوصول إلى مصادر المياه الآمنة، ودعم الشركاء في تطوير خطط لتنفيذ ومراقبة هذا التوزيع.
- اعتماداً على السياق المحلي، تحفيز ضم إدارة النظافة الصحية في وقت الحيض في التدخلات، والتأكيد على أن احتياجات النساء والفتيات تؤخذ بعين الاعتبار وتنعكس على الاستجابة. دعم الشركاء في تطوير خطط لتحقيق هذا الهدف.
- تسهيل تطوير خطط الإشراف وضمان جمع بيانات دورية مصنفة بحسب الجنس والعمر، وتحليلها واستخدامها لتكييف استجابة الكوليرا، بالتنسيق والتعاون مع باقي ممثلي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- التعاون الوثيق مع باقي منصات التنسيق خاصة الصحة، والتغذية، والتعليم والحماية– دعم الشركاء لتحديد أولويات إجراءات معالجة المياه والتخزين الآمن والمجدية لمختلف المجموعات المستهدفة، وتأسيس آليات تكامل وتقديم النصح حيثما لزم لتفعيل العمل.
- المشاركة في إعداد التقارير حول نتائج قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية من خلال توفير المعلومات والتقارير الموحدة والمحدثة.
- التنسيق مع مجموعات العمل التقنية الأخرى لضمان تغطية توفير استجابة الكوليرا في المؤسسات بشكل مناسب ، مثلاً في المدارس، المراكز الصحية، السجون، الخ..
- تيسير اعتبارات الشركاء بخصوص النوع والمساواة والتمييز في كل عناصر الوقاية من الكوليرا، والتأهب والاستجابة لها.

إذهب إلى جدول المحتويات

اختصاصات بعثات الطوارئ (العاجلة)

المسمى الوظيفي: اختصاصي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (استجابة الكوليرا) – إمدادات المياه

يعمل تحت إشراف: مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

المدة: توظيف لمدة ثلاثة أشهر مع إمكانية التمديد لستة أشهر/ نائب الممثل/ رئيس المكتب

الموقع: _____

معلومات أساسية

في العام 2010 تضمّن تحديث الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني *التزاماً صريحاً بالتوفير والنشر السريع لكادر خبير وفريق عمل حاصل على التدريب الملائم والذي يركز على الإجراءات في الأسابيع الحرجة الثمانية الأولى للاستجابة الإنسانية وتوفير الإرشادات التوجيهية للعمل الذي يليها والتحرك باتجاه معايير مقارنة محددة.*

الهدف

تحت إشراف وتوجيه مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (أو نائب الممثل/ رئيس المكتب) وبالتنسيق مع أعضاء الفريق التقني لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، القيام بدعم شركاء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لتنفيذ استراتيجيات إمدادات المياه المتعلقة بالوقاية من الكوليرا والتأهب والاستجابة لها. تحمل مسؤوليات التطوير، والتخطيط، والتنفيذ، والمراقبة، والتقييم لإمدادات المياه المتعلقة بمكافحة الكوليرا والاستجابة وتعزيز دمج مفاهيم المياه، والصرف الصحي، والصحة، والنظافة الصحية في كافة التدخلات.

المسؤوليات والمهام الرئيسية

- دعم الحكومة وباقي الشركاء لتنفيذ عناصر فاعلة متعلقة بإمدادات المياه لاستجابة الكوليرا. العمل عن قرب مع باقي أخصائيي قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لضمان نوعية المياه، والصرف الصحي، وتعزيز النظافة الصحية كفريق متكامل.
- دعم التقييم، والتخطيط، والتحليل لحاجات الكوليرا الخاصة، والأولويات والاستجابات المتعلقة بإمدادات المياه (نوعية وكمية المياه).
- بالتعاون مع الشركاء، تحديد استراتيجيات لتأكيد حصول الناس على معلومات لحماية صحتهم وكرامتهم، ووسائل المحافظة على موردهم المائي، والصرف الصحي، وممارسات النظافة الصحية، وأنه تمت تعبئتهم للقيام بإجراء للتخفيف من مخاطر الكوليرا.
- دعم الشركاء في التفكير في خيارات موارد المياه المختلفة وآليات التشغيل والصيانة المناسبة للسياق المحلي والعادات الثقافية، وضمان وصول الأشخاص ذوي القدرة المحدودة على التنقل إلى موارد المياه.
- تقييم قدرات شركاء قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وأصحاب المصالح لتحقيق الحاجات المتعلقة بإمدادات المياه، وتطوير خطط بناء القدرات للتغلب على الفجوات الموجودة ودعم تنفيذ الخطط.
- تسهيل عمل القطاع في تحديد الحاجات، وتوزيع المواد المتعلقة بمراقبة إمدادات المياه، لتعزيز التخلص الآمن من الفضلات، ودعم الشركاء في تطوير خطط لتنفيذ ومراقبة هذا التوزيع.
- اعتماداً على السياق المحلي، تحفيز ضم إدارة النظافة الصحية في وقت الحيض في التدخلات، والتأكيد على أن احتياجات النساء والفتيات تؤخذ بعين الاعتبار وتنعكس على الاستجابة. دعم الشركاء في تطوير خطط لتحقيق هذا الهدف.
- تسهيل تطوير خطط الإشراف وضمان جمع بيانات دورية مصنفة بحسب الجنس والعمر، وتحليلها واستخدامها لتكييف استجابة الكوليرا، بالتنسيق والتعاون مع باقي ممثلي المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- التعاون الوثيق مع باقي منصات التنسيق خاصة الصحة، والتغذية، والتعليم والحماية– دعم الشركاء لتحديد أولويات إجراءات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المجدية لمختلف المجموعات المستهدفة، تأسيس آليات تكامل وتقديم النصح حيثما لزم لتفعيل العمل.
- المشاركة في إعداد التقارير حول نتائج قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية من خلال توفير المعلومات والتقارير الموحدة والمحدثة.
- التنسيق مع مجموعات العمل التقنية الأخرى لضمان تغطية توفير استجابة الكوليرا في المؤسسات بشكل مناسب ، مثلاً في المدارس، المراكز الصحية، السجون، الخ..

إذهب إلى جدول المحتويات

اختصاصات بعثات الطوارئ (العاجلة)

المسمى الوظيفي: اختصاصي الكوليرا

يعمل تحت إشراف: مدير الصحة

المدة: توظيف لمدة ثلاثة أشهر مع إمكانية التمديد لستة أشهر

الموقع: _____

معلومات أساسية

في العام 2010 تضمّن تحديث الالتزامات الأساسية تجاه الأطفال في العمل الإنساني *التزاماً صريحاً بالتوفير والنشر السريع لكادر خبير وفريق عمل حاصل على التدريب الملائم والذي يركز على الإجراءات في الأسابيع الحرجة الثمانية الأولى للاستجابة الإنسانية وتوفير الإرشادات التوجيهية للعمل الذي يليها والتحرك باتجاه معايير مقارنة محددة.*

الهدف

تحت إشراف وتوجيه مدير الصحة، الاضطلاع بمسؤولية التخطيط والتنفيذ والمراقبة والتقييم لتأهب اليونيسف والاستجابة للإسهال المائي الحاد/ الكوليرا.

المسؤوليات والمهام الرئيسية

- دعم نشاطات اليونيسف الداخلية في التأهب والاستجابة للكوليرا، ومع قطاع الصحة وباقي القطاعات/ المجموعات المتعلقة، مثل آليات التنسيق في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- المشاركة في تقييم الاحتياجات السريعة للكوليرا مع منظمة الصحة العالمية وباقي الشركاء.
- المساهمة في استراتيجية استجابة الكوليرا لليونيسف وقطاعات/ مجموعات الكوليرا، وعمليات التخطيط للإجراءات بالتعاون مع قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وباقي القطاعات الرئيسية.
- تقديم الدعم التقني لليونيسف والشركاء، متضمناً تطوير/ مشاركة البروتوكولات والإرشادات التوجيهية ومواد التدريب على المراقبة والإنذار المبكر وأنظمة التحذير وإدارة الحالة وتأسيس مراكز علاج الكوليرا، والتدخلات المرتكزة على المجتمع، والاتصال والتعبئة المجتمعية والتنبؤ، والمشتريات وتوزيع الموارد.
- تطوير مواد الاتصال من أجل تغيير السلوك لمكافحة الكوليرا والرعاية مع قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والاتصالات من أجل التنمية وباقي القطاعات ذات الصلة.
- تقديم الدعم التقني لاستخدام لقاحات الكوليرا الفموية – في حال تنفيذ الحكومة حملة كهذه- بالتعاون الوثيق مع منظمة الصحة العالمية ومراكز مكافحة الأمراض وباقي الوكالات التقنية.
- دعم تطوير برنامج مكافحة الكوليرا المستدامة على مستوى المجتمع المحلي والمنشأة الصحية.
- إدارة علاقات اليونيسف مع شركائها، واتخاذ إجراءات إدارية مثل تحديث اتفاقية تعاون البرامج.
- الإشراف على شبكة تزويد المشروع بالتنسيق مع كادر عمليات اليونيسف لتقديم أدوية الإسهال الأساسية والمواد للحكومة والمنظمات غير الحكومية الشريكة.
- مراقبة تغطية تدخلات الكوليرا ضمن المجموعة السكانية المستفيدة ومشاركة المعلومات للاتصال الداخلي والتنسيق الخارجي.
- المساهمة في أنظمة المعلومات والمنتجات المتعلقة باستجابة الكوليرا.
- المساهمة في جهود تعبئة الموارد بما فيها التحضير لنداءات التمويل العاجلة لليونيسف وآليات القطاع/ المجموعة الصحية.

الحد الأدنى من المؤهلات والكفاءات

- درجة جامعية متقدمة في الصحة العامة (الطب، التمريض أو اختصاصات صحية ذات صلة) و/ أو ماجستير أو ماجستير علمي متخصص أو دكتوراه في الصحة العامة أو المجالات ذات الصلة.
- خبرة لخمس – ثماني سنوات في تخطيط وتنفيذ برامج مكافحة الكوليرا.
- إجادة اللغة الإنكليزية (شفوياً وكتابة). تعتبر المهارات الكتابية والكلامية الجيدة بلغة العمليات الإنسانية ومعرفة بلغة أمم متحدة أخرى ميزة إضافية.

إذهب إلى جدول المحتويات

الأداء الإنساني، والسماح بإبداء الإنجازات والاحتياجات النوعية لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

- التفاعل مع الحكومة والشركاء (بمن فيهم الأمم المتحدة والمانحين والمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني، الخ..) في المراحل المختلفة لتنفيذ برنامج الطوارئ، واتباع اتفاقيات التعاون والتوصيات وباقي التزامات اليونيسف ذات العلاقة بالاستجابة للطوارئ، متضمنة تطوير قدرات الشركاء الوطنيين.
- بالتنسيق مع أعضاء فريق قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وباقي القطاعات، دعم تطوير استراتيجيات متوسطة/ طويلة المدى لتحديد مخاطر انتشار الكوليرا كجزء من برنامج اليونيسف الدوري في قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

الحد الأدنى من المؤهلات والكفاءات

- درجة جامعية متقدمة أو خبرة موازية في الصحة البيئية العامة، أو الهندسة المدنية، أو الاتصال الخاص بالبرامج، أو هندسة الصرف الصحي، أو مساقات أخرى ذات صلة بالاتصال الخاص بتغيير السلوك.
- معرفة بالصحة العامة وواحد أو أكثر من المجالات ذات الصلة، على سبيل المثال، تغيير السلوك أو التعزيز الصحي أو تطوير المجتمع أو التعليم الخ..
- خبرة في تنسيق عمل الهيئات الحكومية، والسلطات المحلية، والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية، والمجتمعات المحلية في مجالات المياه والصرف الصحي والمنهجيات التشاركية الخاصة بالصحة وتعزيز النظافة الصحية.
- خبرة من سنتين إلى خمس سنوات كحد أدنى في الأمم المتحدة و/أو المنظمات غير الحكومية.
- إجادة اللغة الإنكليزية (شفوياً وكتابياً). تعتبر المهارات الكتابية والكلامية الجيدة بلغة العمليات الإنسانية ومعرفة بلغة أمم متحدة أخرى ميزة إضافية.

إذهب إلى جدول المحتويات

السجون، الخ..

- حيثما يكن ضرورياً، تسليط الضوء على قضايا الاتصال الخاصة بالنظافة الصحية لدى مدير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أو منسق مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية ليجري التأكيد على الأولويات واتخاذ تدابير تصحيحية.
- دعم شركاء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والسلطات المحلية للتعاون في إجراءات التأهب الخاصة بالكوليرا في برامج التنفيذ على المدى الطويل لديهم.

الحد الأدنى من المؤهلات والكفاءات

- درجة جامعية متقدمة أو خبرة موازية في الصحة العامة، الصحة البيئية العامة، الاتصال الخاص بالبرامج أو مساقات أخرى ذات صلة بتغيير السلوك والاتصال.
- معرفة بالصحة العامة وواحد أو أكثر من المواد المتعلقة على سبيل المثال، تغيير السلوك أو التعزيز الصحي أو تطوير المجتمع أو التعليم الخ..
- خبرة وفهم في تعزيز النظافة الصحية والتعبئة المجتمعية بما يتعلق بنشاطات بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية بما فيها استخدام منهجيات التشاركية.
- خبرة في تنسيق عمل الهيئات الحكومية، والسلطات المحلية، والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية.
- خبرة من سنتين إلى خمس سنوات كحد أدنى مع الأمم المتحدة و/أو منظمة غير حكومية دولية.
- إجادة اللغة الإنكليزية/ الفرنسية/ الإسبانية/ العربية[6] (شفوياً وكتابياً). تعتبر المهارات الكتابية والكلامية الجيدة بلغة العمليات الإنسانية ومعرفة بلغة أمم متحدة UN أخرى ميزة إضافية.
- تعتبر خبرة العمل في برامج الكوليرا ميزة إضافية.

10 إجراءات اليونيسف للتأهب والاستجابة في حالة الطوارئ

6 وفق اللغة الدولية التي يتم التحدث بها في مكان العمل

إذهب إلى جدول المحتويات

الحد الأدنى من المؤهلات والكفاءات

- معرفة بواحد أو أكثر من المجالات التالية: الصحة العامة، تعزيز الصحة أو النظافة الصحية، تطوير المجتمع، التعليم أو موارد المياه في المجتمع والصرف الصحي.
- خبرة عملية سنتين على الأقل في البلد المتضرر، التنمية الاجتماعية ذات الصلة، الصحة، قطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أو برامج أخرى مشابهة.
- معرفة عملية وخبرة مع الوكالات المحلية الشريكة.
- خبرة وفهم في تعزيز النظافة الصحية والتعبئة المجتمعية بما يتعلق بنشاطات بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- إدراك احتياجات وأولويات مختلف قطاعات المجتمع.
- التآلف مع ثقافة المجموعة السكانية المتضررة، والقدرة على تطوير كسب احترام شريحة واسعة من الناس وقدرة عالية على الاتصال الفعال في شؤون النظافة الصحية.
- إجادة لغة المجموعة السكانية المتضررة واللغة العالمية المستخدمة في العمليات الإنسانية.
- مهارات التقييم والتحليل والتخطيط.
- مهارات جيدة في إعداد التقارير شفوياً وكتابياً.
- الدبلوماسية واللباقة ومهارات التفاوض.
- مهارات التدريب/ التطوير الموازية.
- مهارات الإدارة الشخصية.
- القدرة على العمل مع الفريق جيداً ضمن ظروف صعبة.

إذهب إلى جدول المحتويات

المؤهلات والكفاءات

- درجة جامعية أو خبرة موازية من المستوى نفسه في مجال متعلق بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (الصحة العامة، تعزيز النظافة الصحية، تطوير المجتمع، هندسة الصحة العامة، الخ..).
- معرفة وخبرة مميزة في توفير تدريب وتعليم البالغين لجماهير مستهدفة متنوعة.
- خبرة وفهم في تعزيز النظافة الصحية والتعبئة المجتمعية المحلي فيما يتعلق بنشاطات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية (يعتبر استخدام منهج التشاركية ميزة إضافية).
- معرفة وخبرة بالعمل مع الهيئات المحلية الشريكة والإشراف على التدريب الرسمي وغير الرسمي.
- تعتبر خبرة العمل في استجابة الكوليرا ميزة إضافية.
- خبرة ظاهرة في دمج تشاركية المجتمع المحلي وقضايا الجنس والنوع مع الإشراف التدريبي.
- فهم راسخ للمسؤولية عن المجموعات السكانية المتضررة.
- مهارات التقييم والتحليل والتخطيط.
- مهارات اتصال جيدة وقدرة جيدة على العمل ضمن فريق.
- القدرة الجيدة على العمل تحت الضغط والاستجابة للحاجات المتبدلة بسرعة.
- قابلية السفر خلال زمن قصير والعمل ضمن ظروف صعبة.
- خبرة من سنتين إلى خمس سنوات كحد أدنى في الأمم المتحدة أو المنظمات غير الحكومية.
- تعتبر المهارات الكتابية والكلامية الجيدة بلغة العمليات الإنسانية ومعرفة بلغة أمم متحدة أخرى ميزة إضافية.

إذهب إلى جدول المحتويات

الحد الأدنى من المؤهلات والكفاءات

- درجة جامعية في واحد أو أكثر مما يلي: هندسة الصحة العامة، أو الهندسة المدنية، أو موارد المياه في المجتمع المحلي والصرف الصحي أو ما يوازيها.
- خبرة عملية لمدة سنتين كحد أدنى في حالات الطوارئ المتعلقة بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، أو برامج أخرى مشابهة.
- خبرة العمل في استجابة الكوليرا تعتبر ميزة إضافية.
- معرفة وخبرة في العمل مع الهيئات المحلية الشريكة.
- خبرة وفهم للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- إدراك احتياجات وأولويات مختلف قطاعات المجتمع.
- التآلف مع ثقافة المجموعة السكانية المتضررة، والقدرة على تطوير كسب احترام شريحة واسعة من الناس وقدرة عالية على الاتصال الفعال في شؤون المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.
- إجادة لغة المجموعة السكانية المتضررة واللغة العالمية المستخدمة في العمليات الإنسانية.
- مهارات التقييم والتحليل والتخطيط.
- مهارات جيدة في إعداد التقارير شفوياً وكتابياً.
- الدبلوماسية واللباقة والبراعة في التفاوض.
- مهارات التدريب/التطوير الموازية.
- مهارات الإدارة الشخصية.
- القدرة على العمل مع الفريق جيداً ضمن ظروف صعبة.

إذهب إلى جدول المحتويات

توصيف الأعمال البسيطة- عامل تنظيف لمنشأة صحية متعلقة بالكوليرا - (مركز علاج الكوليرا، وحدة معالجة كوليرا)

عامل التنظيف هو شخص مسؤول عن التنظيف، وتحضير محاليل الكلور وتولي مسؤوليات الغسيل في منشأة صحية خاصة بالكوليرا، يجب أن يكون قادراً على القيام بالواجبات التالية:

Responsible actions	Remarks
تنظيف أوعية التبول بالفراش كل ساعة	اقع في محلول كلور 2% لمدة عشرة دقائق، ثم إفراغها في فتحة مرحاض مغطاة
تنظيف المراحيض والحمامات 2-4 مرات يومياً	استخدام محلول 0.2%
تنظيف الأسرّة والأرضيات مرتين يومياً أو عندما تتسخ	التنظيف أو الرش بمحلول 0.2%
إعداد نوعين من محاليل التعقيم (0.2% و 0.05%) يومياً	اتباع تعليمات جدول المحاليل
يمكن أن يقوم بهذه المهمة مساعد طبي في حال وجوده	Follow solution table
تحضير محلول 2% أسبوعياً	اتباع تعليمات جدول المحاليل
غسل وتنظيف الأغطية عندما يغادر الأشخاص (المرضى والمرافقون والموظفون)	القيام بغليها أو نقعها في محلول 0.2% لمدة عشرة دقائق ثم شطفها بمياه نظيفة
إعادة ملء عبوات غسل اليدين عندما تفرغ	استخدم محلول 0.05%
إعادة ملء عبوات مياه الشرب	استخدم البور أو مياه حضّرها المرضون
إعادة ملء البخاخات وحمامات القدمين	استخدم محلول 0.2%
جمع الفضلات في حاويات ذات أغطية	حرقها في حفرة مفتوحة
تفريغ دلاء الفضلات	وضع نصف كوب من محلول كلور 0.2% في الدلاء الفارغة

المهارات الرئيسية :

- شعور عالٍ بالمسؤولية
- القدرة على العمل التعاوني ضمن فريق
- الموثوقية
- معرفة القراءة والكتابة