

المعايير التقنية الدُّنيا والتوصيات بشأن إعادة التأهيل

فرق الطوارئ الطبية



فِرَق الطوارئ الطبية: المعايير التقنية الدُّنيا والتوصيات بشأن إعادة التأهيل
[Emergency medical teams: minimum technical standards and recommendations for rehabilitation]

ISBN 978-92-4-654964-1

© منظمة الصحة العالمية 2018

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"
(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تسخو المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم كما هو مبين أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذٍ أن تحصلوا على ترخيص لمصنّفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي ((Creative Commons licence أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية".

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية
(<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

الاقتباس المقترح فِرَق الطوارئ الطبية: المعايير التقنية الدُّنيا والتوصيات بشأن إعادة التأهيل
[Emergency medical teams: minimum technical standards and recommendations for rehabilitation]
جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2018. الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة في الرابط <http://apps.who.int/iris/>.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

Printed in Geneva, Switzerland

طُبِعَ بواسطة خدمات إنتاج الوثائق التابعة لمنظمة الصحة العالمية في جنيف بسويسرا

المعايير التقنية الدُّنيا والتوصيات بشأن إعادة التأهيل

فِرَق الطوارئ الطبية



المحتويات

iv	تصدير
1	شكر وتقدير
3	الملخص التنفيذي
6	1- المعلومات الأساسية والنطاق
9	2- إعادة التأهيل في الاستجابة لحالات الطوارئ
10	3- المعايير التقنية والتوصيات
10	1-3 القوى العاملة في مجال إعادة التأهيل
14	2-3 فرق الرعاية المتخصصة لإعادة التأهيل
15	3-3 مرافق الرعاية الانتقالية وإعادة التأهيل
16	4-3 المعدات والمواد الاستهلاكية اللازمة لإعادة التأهيل
22	5-3 إمكانية الوصول إلى المستشفيات الميدانية والمساحة المخصصة لإعادة التأهيل
24	6-3 اعتبارات إدارة شؤون المرضى
29	7-3 بناء قدرات إعادة التأهيل
29	8-3 إدارة المعلومات
30	9-3 البحث في مجال الاستجابة لحالات الطوارئ
31	4- إعادة التأهيل في الاستجابة للفاشيات
32	5- إجراءات وأساليب إعداد هذه الوثيقة
33	مسرد المصطلحات
36	المراجع
39	الملحق 1: الأبعاد والتدرجات اللازمة للوصول في المستشفيات الميدانية
40	الملحق 2. لمحة عامة عن مدخلات إعادة التأهيل حسب درجة فريق الطوارئ الطبي، واعتبارات الخروج المحددة
42	الملحق 3. مثال على استمارة الإحالة لإعادة التأهيل الخاصة بفرق الطوارئ الطبية
43	الملحق 4. المصادر
44	الملحق 5. الخبراء الخارجيون وموظفو منظمة الصحة العالمية المعينون بإعداد هذه الوثيقة

الجدول

- الجدول 1. ملخص المعايير التقنية لإعادة التأهيل واستعراض قدرات فرق الطوارئ الطبية لأغراض التحقُّق 4
- الجدول 2. ملخص المعايير التقنية لفرق الرعاية المتخصصة لإعادة التأهيل واستعراض قدراتها لأغراض التحقُّق 5
- الجدول 3. تصنيف منظمة الصحة العالمية لفرق الطوارئ الطبية 7
- الجدول 4. الحد الأدنى من معدات إعادة التأهيل والمواد الاستهلاكية لأغراض التحقُّق بشأن فرق الطوارئ الطبية من الدرجتين 2 و3 17
- الجدول 5. معدات إعادة التأهيل والمواد الاستهلاكية الموصى بها لفرق الطوارئ الطبية من الدرجتين 2 و3. 18
- الجدول 6. معدات إعادة التأهيل والمواد الاستهلاكية الموصى بها لفرق الطوارئ الطبية من الدرجة 1 20
- الجدول 7. الحد الأدنى من المعدات اللازمة للتحقق من فرق الرعاية المتخصصة في مجال إعادة التأهيل 20
- الجدول 8. المعدات والمواد الاستهلاكية الإضافية لفرق الطوارئ الطبية التي تُوفَّرُ الرعاية للمرضى الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي 21
- الجدول 9. اعتبارات إعادة التأهيل في أعقاب الإصابات الرضحية الحادة الشائعة والإعاقة المسبقة في حالات الطوارئ 25

الأشكال

- الشكل 1. اتجاهات عبء إعادة التأهيل في حالات الكوارث المفاجئة بمرور الوقت (20). 13
- الشكل 2. مسار الإحالة لإعادة التأهيل فيما يتعلق بفرق الطوارئ الطبية. 27

تصدير

يمكن أن تسفر حالات الطوارئ، ولا سيَّما الكوارث المفاجئة، عن وقوع موجة من الإصابات الرضحية التي تجهد النظم الصحية وتخلّف إرثاً من الإعاقة في أعقاب وقوعها. ويمكن أن تمثل تلبية احتياجات السكان المتضرّرين تحدياً في الأوساط التي تعاني من محدودية بنيتها التحتية الخاصة بالصحة وإعادة التأهيل والتي تقع فيها العديد من حالات الطوارئ. وتوفّر مبادرة منظمة الصحة العالمية (المنظمة) المعنية بفرق الطوارئ الطبية الدعم للسكان المتضررين بهذه الحالات من خلال ضمان استجابة الفرق الوطنية والدولية على حدّ سواء استجابةً طبية سريعة ومهنية ومنسّقة في هذا المضمار.

ويُسلّم على نحو مُطرد الزيادة بأن إعادة التأهيل ناحية ضرورية من نواحي الاستجابة الطبية والرعاية التي تركّز على المريض، ويتبين ذلك من خلال إدراجها ضمن وثيقة التصنيف والمعايير الدُّنيا للفرق الطبية الأجنبية في حالات الكوارث المفاجئة (1). وتحدّد هذه الوثيقة، وهي الأولى من نوعها، بشكل واضح معايير إعادة التأهيل وتقدّم إرشادات بشأن بناء قدرات فرق الطوارئ الطبية أو تعزيزها في هذا المجال.

ومن المعروف جيداً أن لإعادة التأهيل المبكر أهمية كبيرة في الحصول على نتائج فعّالة. ويمكن أن تدوم احتياجات إعادة التأهيل لفترات كبيرة بعد مغادرة فرق الطوارئ الطبية؛ ولذلك، يجب إقامة تعاون داعم ووثيق العرى مع الخدمات المحلية. وتتيح الاستجابة لحالات الطوارئ فرصة لإعادة بناء النظم الصحية المدمّرة وبناء القدرات المحلية في مجال إعادة التأهيل. وتؤكد هذه الوثيقة على أهمية مواءمة الممارسات مع السياق المحلي وزيادة فرص التدريب والإرشاد إلى أقصى حد. وسوف تساعد المعايير الدُّنيا والتوصيات المبيّنة ههنا في إتاحة خدمات ومعدات إعادة التأهيل أمام المرضى بشكل أسرع وفي تحسين مراحل الانتقال بين فرق الطوارئ الطبية والمرافق الصحية المحلية.

وانطوت عملية إعداد هذه الوثيقة على التشاور بشكل كبير، وجاءت نتاجاً للتعاون بين المنظمة وخبراء دوليين في مجال إعادة التأهيل. ومع ذلك، ينبغي أن يُنظر إلى هذه الوثيقة، مثلها مثل المعايير الدُّنيا كافة، على أنها وثيقة "حية" تتطور مع مرور الوقت عقب ظهور رؤى وبيّنات جديدة يكشف النقاب عنها كل من المستخدمين والمستفيدين من الخدمات الطبية وخدمات إعادة التأهيل في حالات الطوارئ والممارسين.

وأودُّ أن أعرب عن خالص تقديري لجميع المساهمين في إعداد هذه الوثيقة، سواء الذين شاركوا في أفرقة العمل الرسمية، أو الذين قدّموا مدخلاتهم من خلال قنوات غير رسمية. وأودُّ أخيراً أن أشكر السيدة جودي - آن ميلز على رعايتها لهذه الوثيقة انطلاقاً من مرحلة بدئها وحتى نشرها بشكل نهائي؛ وهو حقاً إنجاز كبير.

إيان نورتن

مدير فرّق الطوارئ الطبية

إدارة الطوارئ والعمليات

منظمة الصحة العالمية، جنيف

شكر وتقدير

تودُّ منظمة الصحة العالمية أن تعرب عن امتنانها لجميع الأفراد، والمنظمات، والهيئات المهنية الذين ساهموا في وضع هذه الوثيقة. وتقدم شكراً خاصاً للفريق العامل، الذي تمكَّن من استكمال هذا المشروع.

الفريق العامل

البعثة المسيحية للمكفوفين

فاليري شيرر

اللجنة الدولية للصليب الأحمر

باربارا راو

ميشائيل ريختشتاير

الاتحاد الدولي للإعاقة

بيتر سكيلتن

منظمة الصحة العالمية

جودي آن ميلز

مشاركون مستقلون

جوليان كلاوس

جيمز غوسيني ج. ر

جيرالدين جاكويمين

فيونا ستيفنسن

مراجعو منظمة الصحة العالمية

ألاركوس سيزا، روبرت هولدن، إيان نورتن، برونتي مارتن، فلافيو ساليو

المراجعون الخارجيون

عيشة تابة ضنعانا، فيليبيناس غ. غانتشوب، أوليفير هاغن، دايانا هيسكوك، فاري خان، إلهان كيلمان، كارن ليفينغستون، نيلسن أوليم، ستيف مانين، آنغل فيكاريو ميرنيو، كولين أوكونيل، نيلسن أوليم، أ. د. ريدموند، عليمه شيفجي، ميشيل .ستينبيك، هارالد فين، جوان ويلسن

المنظمات المراجعة

- الجمعية الدولية للطب الفيزيائي وإعادة التأهيل (ISPRM)
- الجمعية الدولية للأطراف الاصطناعية وتقويم العظام (ISPO)
- الجمعية الدولية للحبل الشوكي (ISCOs)
- منظمة التأهيل الدولي (RI)
- الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي (WCPT)
- الاتحاد العالمي للمعالجين الوظيفيين (WFOT)

الدعم الإداري

ريتا آبياه

التمويل

تسَّى وضع هذه الوثيقة ونشرها بفضل الدعم المالي من وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الأسبانية.

الملخص التنفيذي

جاءت هذه الوثيقة نتاجاً للتعاون بين أعضاء الفريق العامل من خبراء إعادة التأهيل الذي دعت منظمة الصحة العالمية إلى تشكيله والمشاورات الخارجية، وبالتالي فإنها مبنية على الخبرة الجماعية في مجال إعادة التأهيل التي تم اكتسابها من خلال الاستجابة لحالات الطوارئ الناشئة على نطاق واسع في الآونة الأخيرة، وكذلك على البيانات المنشورة. وفي الوقت المناسب، ستكون المعايير الدُّنيا لإعادة التأهيل في حالات الطوارئ جزءاً من سلسلة مطبوعات أوسع نطاقاً تستند إلى وثيقة التصنيف والمعايير الدُّنيا للفرق الطبية الأجنبية في حالات الكوارث المفاجئة (1). والغرض من هذه الوثيقة هو بناء قدرات فرق الطوارئ الطبية (المعروفة سابقاً باسم "الفرق الطبية الأجنبية") أو تعزيز قدراتها، والعمل في مجال إعادة التأهيل في إطار آليات تسيق محددة. وسوف تضمن المعايير والتوصيات الواردة في هذه الوثيقة أن تعمل فرق الطوارئ الطبية، سواء على الصعيد الوطني أو الدولي، بشكل أفضل لمنع حدوث مضاعفات للمريض والإعاقة المترتبة على ذلك، وأن تضمن تقديم سلسلة متصلة من خدمات الرعاية بعد مغادرة الفرق للمنطقة المتضررة.

وتبيّن هذه الوثيقة المعايير الدُّنيا لفرق الطوارئ الطبية المُحدّدة فيما يتعلق بالقوى العاملة، وبيئة المستشفيات الميدانية، ومعدات إعادة التأهيل، والمواد الاستهلاكية، وإدارة المعلومات. وتجدر الإشارة إلى أن المعايير تدعو إلى ما يلي:

- توظيف مهني واحد على الأقل معني بإعادة التأهيل لكل 20 سريرًا في وقت نشر المهنيين من الناحية المبدئية، بالاقتران مع توظيف المزيد من المهنيين تبعاً لعدد الحالات وقدرات إعادة التأهيل المحلية؛
- وتخصيص مساحة محددة الغرض لإعادة التأهيل قدرها 12 مترًا مربعاً على الأقل لجميع فرق الطوارئ الطبية من الصنف 3؛
- ونشر فرق الطوارئ الطبية المُجهّزة على الأقل بمعدات إعادة التأهيل الأساسية والمواد الاستهلاكية وفقاً للنوع.

وتُشجّع فرق الطوارئ الطبية على تجاوز المعايير الدُّنيا المبيّنة في هذه الوثيقة؛ والتي تُردّ فيها توصيات تكميلية. ويتعين على جميع الفرق المدرجة في قائمة التصنيف العالمية للفرق المضمونة الجودة استخدام المعايير التقنية الدُّنيا لإعادة التأهيل، وسيكون إثبات الالتزام بالمعايير ضرورياً لأغراض التحقق. وسوف يُتاح الدعم اللازم لتطبيق المعايير الدُّنيا بفضل إرشاد فرق الطوارئ الطبية، إذا لزم الأمر.

الجدول 1: ملخص المعايير التقنية لإعادة التأهيل وإيضاح قدرات فرق الطوارئ الطبية اللازمة لأغراض التحقق

الصفحة	الصف 3	الصف 2	الصف 1	
12 ص	المعيار التقني الأدنى يُنبغي نشر فرقة الطوارئ الطبية في إطار توظيف مهني واحد على الأقل معني بإعادة التأهيل لكل 20 سريراً، وينبغي زيادة هذا العدد تبعاً للحاجة.	المعيار التقني الأدنى يُنبغي نشر فرقة الطوارئ الطبية قائمة بأسماء المهنيين المعيّنين بإعادة التأهيل للمصابين للنشر مع الفريق، على أن يكون عددهم كافياً بمعدل مهني واحد على الأقل لكل 20 سريراً (ينبغي أن يعطى الفريق عن عدد الأسرة التي في وسعه أن يُوَدِّعها بالخدمات) خلال الفترة التي يتولى الفريق البقاء خلالها.	يوصى بتطوير القدرة على إتاحة خدمات إعادة التأهيل الأساسية على الأقل في العيادات الخارجية لفرق الطوارئ الطبية الثابتة والمتنقلة من الصف 1.	تكوين الفريق
ص 16-22	المعيار التقني الأدنى يُنبغي نشر فريق الطوارئ الطبي باستخدام الحد الأدنى من معدات إعادة التأهيل والمواد الاستهلاكية المُدرجة في الجدول 4، مع توفير كمية كافية من تلك المعدات والمواد لتحقيق الاكتفاء الذاتي لمدة أسبوعين على الأقل. ويمكن بدلاً من ذلك أن يُبرر الفريق اتفاقاً مؤقتاً مع فريق آخر أو منظمة أخرى لتوفير احتياجاته في حالة النشر.	المعيار التقني الأدنى يُنبغي نشر فريق الطوارئ الطبي باستخدام الحد الأدنى من معدات إعادة التأهيل والمواد الاستهلاكية المُدرجة في الجدول 4، مع توفير كمية كافية من تلك المعدات والمواد لتحقيق الاكتفاء الذاتي لمدة أسبوعين على الأقل. ويمكن بدلاً من ذلك أن يُبرر الفريق اتفاقاً مؤقتاً مع فريق آخر أو منظمة أخرى لتوفير احتياجاته في حالة النشر.	تُشجع فرق الطوارئ الطبية من الصف 1 على الانتشار في إطار الاستعانة بقائمة معدات إعادة التأهيل الموصى بها لفرق الطوارئ الطبية من الصف 1.	المعدات والمواد الاستهلاكية
ص 22	المعيار التقني الأدنى يُنبغي أن يخصص فريق الطوارئ الطبي مساحة لإعادة التأهيل لا تقل عن 12 متراً مربعاً داخل المرفق الصحي، إيضاح قدرات فرق الطوارئ الطبية اللازمة لأغراض التحقق بإمكان فريق الطوارئ الطبي أن يوفر خيمة لا تقل مساحتها عن 12 متراً مربعاً، وأن يوضح إقامته في هذه المساحة على المخطط الأولي للمستشفى الميداني.	يوصى بتخصيص مساحة لإعادة التأهيل، وخاصة لفرق الطوارئ الطبية من الصف 2 التي تنوي البقاء لمدة ثلاثة أسابيع أو أكثر. لا ينطبق.	لا ينطبق.	المساحة المخصصة لإعادة التأهيل في المستشفيات الميدانية
ص 30	المعيار التقني الأدنى يُنبغي أن يخصص فريق الطوارئ الطبي أن يوفر خيمة لا تقل مساحتها عن 12 متراً مربعاً، وأن يوضح إقامته في هذه المساحة على المخطط الأولي للمستشفى الميداني.	المعيار التقني الأدنى يُنبغي في حالة إجراء البحث أثناء النشر أن يكون فريق الطوارئ الطبي قادراً على توفير استمارات الموافقة والقبول الأخلاقي المشفوعة	لا ينطبق هذا الإيضاح على هذا المعيار التقني، وينبغي في حالة إجراء البحث أثناء النشر أن يكون فريق الطوارئ الطبي قادراً على توفير استمارات الموافقة والقبول الأخلاقي المشفوعة	بحوث إعادة التأهيل أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ

الجدول 2: ملخص المعايير التقنية المُحددة لفرق الرعاية المتخصصة لإعادة التأهيل وإيضاح قدراتها اللازمة لأغراض التحقق

فرق الرعاية المتخصصة لإعادة التأهيل		
المصفحة		تكوين الفريق
ص 14	<p>المعيار التقني الأدنى</p> <p>ينبغي أن يتألف فريق الرعاية المتخصصة لإعادة التأهيل من ثلاثة مهنيين على الأقل من المهنيين المعيّنين بإعادة التأهيل. وينبغي أن يكون الفريق متعدد التخصصات ويضمّ في عضويته أخصائياً واحداً على الأقل من الأخصائيين في العلاج الطبيعي، بالإضافة إلى تخصص آخر (تخصصات أخرى) في إعادة التأهيل (العلاج الوظيفي، و/أو الطب الفيزيائي، و/أو التمريض في مجال إعادة التأهيل).</p> <p>إيضاح قدرات الفريق اللازمة لأغراض التحقق</p> <p>بإمكان الفريق أن يعيد قائمة بأسماء ثلاثة مهنيين أو أكثر يمثلوا اثنين على الأقل من تخصصات إعادة التأهيل (يتخصص أحدهما في العلاج الطبيعي) ومتاحين للنشر السريع.</p>	
ص 14	<p>المعيار التقني الأدنى</p> <p>ينبغي أن يكون مهنيو التأهيل في فريق الرعاية المتخصصة لإعادة التأهيل حاصلين على شهادة البكالوريوس أو ما يعادلها في تخصص كل واحد منهما، وأن يتمتعوا بخبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في مجال إعادة تأهيل الإصابات الرضحية. وينبغي أن يتمتع أحد أعضاء الفريق (رئيس الفريق من باب التفصيل) بالخبرة في مجال الاستجابة لحالات الطوارئ، كما ينبغي أن يكون جميع أعضاء الفريق من الحاصلين على التدريب للعمل في بيئات قاسية.</p> <p>إيضاح قدرات الفريق اللازمة لأغراض التحقق</p> <p>بإمكان الفريق تقديم نسخ من المؤهلات المهنية وشهادات الخبرة السريرية التي لا تقل عن ثلاث سنوات في مجال إعادة تأهيل الإصابات الرضحية.</p>	المؤهلات والخبرة
ص 15	<p>المعيار التقني الأدنى</p> <p>ينبغي أن تتمتع فرق الرعاية المتخصصة في إعادة التأهيل بالقدرة على الإمراع في توفير المعدات الواردة في الجدول 7.</p> <p>إيضاح قدرات الفريق اللازمة لأغراض التحقق</p> <p>بإمكان الفريق أن يوفر مخزوناً من معدات إعادة التأهيل الواردة في الجدول 7، أو يُعَدّ وثيقة تبيّن الترتيبات اللازمة لتوفير المعدات بسرعة (بما فيها القدرات المالية والوجيستية) في حالة نشر الفريق.</p>	معدات إعادة التأهيل
ص 15	<p>المعيار التقني الأدنى</p> <p>ينبغي أن يملك الفريق المُدرج ضمن أحد فرق الطوارئ الطبية لمدة تشمل الحد الأدنى من مدة إقامة فريق الطوارئ الطبي هذا (ثلاثة أسابيع للمنتصف 2، 4 أسابيع للمنتصف 3). وينبغي أن يخطط الفريق الذي يُدرج ضمن موقع محلي للبقاء لمدة شهر واحد على الأقل.</p> <p>إيضاح قدرات الفريق اللازمة لأغراض التحقق</p> <p>ينبغي أن يعلن الفريق عن مدة الإقامة التي يتوي البقاء خلالها التي لا تقل عن ثلاثة أسابيع، لتيسير إدارته كما ينبغي ضمن أحد فرق الطوارئ الطبية أو المرافق المحلية في حالة النشر.</p>	مدة الإقامة

1- المعلومات الأساسية والنطاق

يعكس العدد المتزايد من الفرق الطبية التي تستجيب لحالات الطوارئ النوايا الحسنة للمجتمع الإنساني العالمي (1) على أن تدفق فرق الطوارئ الطبية؛ يطرح تحديات هائلة فيما يتعلق بالتنسيق، وتوضيح الاستجابة لحالات الطوارئ، مثل الاستجابة للزلازل الذي ضرب هايتي، ضرورة رفع مستوى التأهيل المهني وتوحيد الاستجابة لحالات الطوارئ. أما وثيقة التصنيف والمعايير الدُّنيا للفرق الطبية الأجنبية في حالات الكوارث المفاجئة (1)، المشار إليها فيما يلي باسم وثيقة التصنيف والمعايير الدُّنيا للفرق الطبية، ففيها جزء لا يتجزأ من هذه الجهود بفضل توفيرها للمتطلبات المعيارية للفرق الطبية التي تسعى إلى الاستجابة لحالات الطوارئ وتنسيق نشرها من خلال تصنيف الفرق وفقاً لقدراتها على النحو التالي: فرق الصنف 1 أو 2 أو 3 أو فرق الرعاية المتخصصة (الجدول 2).¹

وإن حجم الإصابات الرضحية وتفاقم الحالات المرضية المزمنة التي يمكن أن تنشأ في حالات الطوارئ تلقي مطالب كبيرة على عاتق وزارة الصحة والبنية التحتية للصحة وإعادة التأهيل في البلدان المتضررة، ويمكن أن تخلّف إرثاً من الإعاقة لسنوات قادمة (2، 3). وتسلم وثيقة التصنيف والمعايير الدُّنيا لفرق الطوارئ الطبية بأن "إعادة التأهيل هي واحدة من الوظائف الأساسية لنظم الرعاية المعنية بحالات الرضوح ضمن نطاق الرعاية الصحية الاعتيادية، وعليه، ينبغي أن يكون لدى فرق الطوارئ الطبية خططاً محددة لتقديم خدمات إعادة التأهيل لمرضاها في أعقاب وقوع حالات الكوارث المفاجئة". وفي الحقيقة، فقد وُثقت جيداً أهمية إعادة التأهيل باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الفعالة المقدمة في الحالات الشديدة، بما في ذلك تحسين حواصل المرضى الجراحية والنتائج على المدى الطويل ونوعية حياتهم لاحقاً (4-7). وُنُعدُّ المردودية السريعة والاجتماعية لإعادة التأهيل، من حيث التعجيل بالشفاء وتعزيز العودة إلى العمل والحياة، من الاعتبارات الأخرى الأساسية في مجال الاستجابة لحالات الطوارئ، حيث يعتبر الاستخدام الفعال للموارد أمراً بالغ الأهمية (6، 8-10). ورغم ذلك، كانت الاستجابات السابقة لحالات الطوارئ تفتقر بوضوح إلى قدرات إعادة التأهيل الكافية، وتخلّف عواقب مدمرة في كثير من الأحيان على الأفراد والأسر والمجتمعات المتضررة (5، 7، 11). وتعد معايير إعادة التأهيل الدُّنيا لفرق الطوارئ الطبية ضرورية لمعالجة هذه القضية ودعم السياسات الدولية المبتكرة المتعلقة بالعجز؛ حيث تتماشى هذه المعايير مع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (12) التي تنص على أن الأشخاص ذوي الإعاقة لهم الحق في الحصول على الخدمات الصحية وخدمات إعادة التأهيل الصحي. وعلاوة على ذلك، فإن المعايير سوف تُسهم في تيسير تنفيذ أهداف خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العجز 2014-2021 (13) لإزالة الحواجز وتحسين فرص الحصول على الخدمات والبرامج الصحية.

ونظراً إلى أن الاحتياجات من إعادة التأهيل تستمر في كثير من الأحيان إلى مرحلة ما بعد مغادرة فرق الطوارئ الطبية، فإن المعايير والتوصيات الواردة في هذه الوثيقة تؤكد على أهمية تعزيز قدرات مقدمي الخدمات المحليين واستخدامها لاستدامة الرعاية (بوسائل منها توفير الأجهزة المساعدة) والدعم الاجتماعي للمرضى ذوي الإعاقة طويلة المدى أو الدائمة. وعادةً ما تكون المنظمات الراسخة الحضور صاحبة الخبرة في مجال بناء القدرات في المنطقة المتضررة هي في أفضل وضع يمكنها من دعم الخدمات التي تعرضت للإرباك في مرحلتها الاستجابة والتنمية عقب وقوع إحدى حالات الطوارئ. ويلزم بناء القدرات المحلية لوقف دورة الإعاقة والفقر اللانهائية التي تشهدها البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل على وجه الخصوص (14، 15).

¹ تم استبدال الاسم السابق "الفرق الطبية الأجنبية" رسمياً بالاسم "فرق الطوارئ الطبية" في عام 2015 لتجسيد الحقيقة القائلة إن فرق الاستجابة لحالات الطوارئ يمكن أن تكون وطنية أو دولية.

وتهدف المعايير التقنية الدُّنيا والتوصيات الواردة في هذه الوثيقة إلى تحسين القدرة على التنبؤ بالاحتياجات في مجال إعادة التأهيل، وتوحيد ما تقدّمه فرق الطوارئ الطبية من خدمات فعالة في ميدان إعادة التأهيل عند الاستجابة لحالات الطوارئ. وينبغي الحرص في موازنة أنشطة النشر والاستجابة مع احتياجات المنطقة المتضررة، وإشراك مقدمي الخدمات المحليين أو المرافق الحالية ودعمها، وتجسيد البيانات الوبائية للطوارئ (1، 16). وعلى الرغم من أن الحاجة إلى الفرق الطبية الدولية وإعادة التأهيل تختلف بشكل كبير باختلاف سيناريوهات الاستجابة، فإن إعادة التأهيل لاتزال عنصراً أساسياً، وخصوصاً في الحالات التي قد تحدث فيها الإعاقة في أعقاب موجة من الإصابات الرضحية أو الأمراض المستشرية على نطاق واسع (2).

الجدول 3: تصنيف منظمة الصحة العالمية لفرق الطوارئ الطبية

الحد الأدنى لمدة إقامة	القدرات	الوصف	الصف
أسبوعان	أكثر من 50 مريضاً خارجياً يومياً	فرق عيادات خارجية متنقلة: فرق تصل إلى المجتمعات المحلية الصغرى في المناطق النائية.	1 متنقلة
أسبوعان	أكثر من 100 مريضاً خارجياً يومياً	مرافق عيادات خارجية مقامة في خيم أو بدون خيم.	1 ثابتة
3 أسابيع	أكثر من 100 مريضاً خارجياً و20 مريضاً داخلياً 7 عمليات كبرى أو 15 عملية صغرى يومياً	مرافق عيادات داخلية قادرة على إجراء عمليات جراحية.	2
4-6 أسابيع	أكثر من 100 مريضاً خارجياً و40 مريضاً داخلياً، بما في ذلك 4-6 أسرة بالرعاية المركزة 15 عملية كبرى و30 عملية صغرى يومياً	رعاية حالات الإحالة، مرافق المرضى الداخليين، والجراحات، ووحدات العناية الخاصة.	3
متغيّرة	متغيّرة	الفرق القادرة على الانضمام إلى المرافق المحلية أو فرق الطوارئ الطبية لتوفير الرعاية المتخصصة التكميلية.	فرق الرعاية المتخصصة

النطاق

تعرض هذه الوثيقة الإرشادية بالتفصيل المعايير الدُّنيا لإعادة التأهيل في حالات الطوارئ المقترحة في وثيقة التصنيف والمعايير الدُّنيا لفرق الطوارئ الطبية. وتُستخدم هذه المعايير في سياق الكوارث المفاجئة، مثل الزلازل، التي تتميز بوجود إصابات رضحية حادة وكبيرة وموجة مفاجئة من الاحتياجات الصحية المترتبة عليها. كما تنطبق هذه المعايير على الاستجابة لحالات الطوارئ المعقدة أو المتلازمة، على الرغم من أن أنماط الإصابة، والمرض، والاحتياجات في مجال إعادة التأهيل أثناء تلك الحالات قد تكون مختلفة. ويختلف دور إعادة التأهيل في الاستجابة للفاشيات، ويتم تناوله على وجه التحديد في ختام الجزء الخاص بالمعايير التقنية (ص. 32).

ونظراً إلى الحاجة الشديدة إلى خدمات الصحة النفسية والتأثير الكبير للصحة النفسية الاجتماعية على معافاة الفرد والمجتمع في حالات الطوارئ، سيُخصَّص لهذا الموضوع وثيقة إرشادية مستقلة عن فرق الطوارئ الطبية. وتتناول هذه المعايير مسألة دمج الإعاقة من حيث الإتاحة الفعلية للخدمات واعتبارات إخراج المريض من المرفق. أما موضوع الإعاقة في حالات الطوارئ، فإن المذكرة الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإعاقة وإدارة المخاطر في حالات الطوارئ بقطاع الصحة (7) وغيرها من المطبوعات تتناوله بمزيد من التفصيل. ولا تنطبق بالضرورة إجراءات التنسيق والوصول الخاصة بفرق الطوارئ الطبية على المنظمات التي تقدم الرعاية بالفعل في إطار الاتفاقات القائمة مع الدول المضيفة، والتي تعكف على زيادة أعداد موظفيها لمواكبة الزيادة المفاجئة الطارئة على الطلب أثناء حالات الطوارئ.

ويتمثل الهدف الرئيسي من هذه الوثيقة الإرشادية في توفير المعلومات لفرق الطوارئ الطبية الدولية والوطنية الحالية والمستقبلية. كما أنها تتصل بالموضوعات التالية:

- المرافق الصحية المحلية ومقدمو الخدمات الصحية المحليون، بما في ذلك المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية؛
- ومنسقو فرق الطوارئ الطبية، بما في ذلك القطاعات ذات الصلة في وزارة الصحة في البلد المتضرر؛
- وهيئات وجمعيات التسجيل المهنية التي تمثل العاملين في مجال إعادة التأهيل، والجهات المانحة، ومجتمع إعادة التأهيل العالمي.

2- إعادة التأهيل في الاستجابة لحالات الطوارئ

يُعرّف التقرير العالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإعاقة (17) إعادة التأهيل على أنها "مجموعة من التدابير التي تساعد الأفراد الذين يعانون من الإعاقة، أو يحتمل أن يعانون منه، على تحقيق مستوى أمثل من الأداء في إطار التفاعل مع البيئة المحيطة بهم والحفاظ على هذا المستوى" (ص. 96). وتمثل الغايات المنشودة من إعادة التأهيل في صون وظائف جسم الشخص وبنية والأنشطة التي يضطلع بها ومستويات مشاركته والعوامل البيئية والشخصية المتعلقة به. ويتواءم هذا التعريف مع التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة (18)، والذي يعرض إطار مفاهيمي بشأن أداء الوظائف والإعاقة، يُفهم منه أن الإعاقة تأتي نتيجة تفاعل الإعاقة مع العوامل البيئية. ومن الضروري لجميع المعنيين برعاية المرضى - وليس فقط موظفي إعادة التأهيل - استيعاب مفاهيم إعادة التأهيل والعجز بشكل سليم؛ فهي تشير إلى ضرورة تقديم المساعدة للمرضى لتحقيق الأداء الأمثل والاستقلال والمحافظة عليهما، وهو ما قد ينطوي في الحالات الحرجة على آليات علاجية مثل التحريك والمشاركة الفعالة في الرعاية الذاتية في أقرب وقت يُرى أنه آمن، وحماية هياكل الجسم للوقاية من المضاعفات، وتعليم مهارات الإدارة الذاتية واتخاذ القرارات (17). وتتطلب هذه الأنشطة مشاركة جميع أعضاء الفريق المتعدّد التخصصات.

وغالباً ما تسفر حالات الطوارئ عن تدمير البنية التحتية وتعطيل النظم الصحية، وعادةً ما تحدث في المناطق النائية المنقوصة الخدمات. ويتعرّض السكان في العديد من الحالات للتشريد أو العيش في أماكن لإيوائهم مؤقتاً تعاني من محدودية الخدمات المقدمة لأولئك الذين يعانون من إصابات تسبب لهم الإعاقة، وخاصةً في الحالات التي يعانون فيها من قصور الحركة. ويمكن أن تزيد الحواجز الاجتماعية والثقافية من مدى تعقيد حالات الإعاقة. ويمكن أن يكون الحصول على ما يلزم من رعاية في مجال المتابعة والاندماج مجدداً في المجتمع بعد الإخراج من المرفق أمراً معقداً، ولاسيما في حالات الطوارئ (11، 19). ويتمتع المهنيون المعنيون بإعادة التأهيل بوضع يؤهلهم لمواجهة هذه التحديات، ويمكنهم من إضافة قيمة كبيرة في مجال رعاية المرضى. وعلاوة على ذلك، فإن بإمكان أولئك المهنيين من خلال المساعدة في تخطيط شؤون الإخراج من المرفق وتحديد مقدمي الخدمات المحليين للحصول على الرعاية المستمرة، مد يد العون في ضمان توافد المرضى بشكل مناسب وفعال على فرق الطوارئ الطبية.

3- المعايير التقنية والتوصيات

تعكس المعايير التقنية أولوية فرق الطوارئ الطبية في ميدان إنقاذ الأرواح والوقاية من الاعتلالات والإعاقة المرتبط بها، فهي تقر أهمية استمرار الرعاية المستدامة في تحقيق حصائل المرضى، والإحالة إلى الخدمات المحلية وتعزيزها. وترد أدناه المعايير التقنية الدُّنيا والتوصيات المُحدّدة بشأن إعادة التأهيل فيما يخص فرق الطوارئ الطبية، بالاقتران مع تقديم اقتراحات للتنفيذ والأساس المنطقي الذي يُستند إليه. والمعايير التقنية الدُّنيا هي معايير يتم التحقق منها خلال إجراء عملية استعراض النظراء، أما التوصيات فهي عبارة عن اقتراحات لمواصلة تحسين أداء فرق الطوارئ الطبية في مجال تلبية احتياجات المرضى أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ.

3-1 القوى العاملة في مجال إعادة التأهيل

من الأمور المثيرة للقلق التي أحاطت بالاستجابة لحالات الطوارئ في السابق عدم دمج المهنيين المعنّين بإعادة التأهيل في فرق الطوارئ الطبية، وعدم التنسيق مع أعضاء فرق الطوارئ الطبية المتخصصين في مجالي الجراحة والفحص الطبي، الأمر الذي حوّل الرعاية التي تركز على المريض عن مسارها الصحيح. وتؤكد هذه المعايير على أهمية إدراج المهنيين المعنّين بإعادة التأهيل في رعاية المرضى في أبكر مرحلة من الاستجابة (7، 22، 23)، والتعاون مع الخدمات الموجودة لأجل طويل في المنطقة المتضررة (21).

ومن المرجح أن يقابل المهنيون المعنّون بإعادة التأهيل الذين يُدمجون في فرق الطوارئ الطبية في المرحلة الحرجة من الاستجابة أفراداً يعانون من مجموعة واسعة من الإصابات والحالات المرضية، وعليه ينبغي أن يتمتعوا بالخبرة الكافية في مجال علاج الرضوح وإعادة التأهيل الطبي. وتتزايد بإطراد أهمية مهارات إعادة التأهيل المتخصصة مع تطور حالات المرضى الذين يعانون من بتر الأطراف وإصابات الحبل الشوكي أو مع تحديد الفجوات التي تتخلل التخصص السريري؛ ولذلك، ينبغي أن يخطط فريق الطوارئ الطبي لإدراج المهنيين المؤهلين كما ينبغي في عضويته لتلبية هذه الحاجة بعد المرحلة الحرجة من الرعاية.

وينبغي أن يحصل المهنيون المعنّون بإعادة التأهيل قبل نشرهم على التدريب الكافي في مجال كيفية ممارسة مهاراتهم وتكييفها مع البيئات القاسية في إطار التخطيط وضمان الجودة لذا، ينبغي دمجهم في برامج تدريبية متعددة التخصصات حسب الحاجة (21)، 22، 24-26).

1-1-3 المتطلبات من المهارات

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. ينبغي أن يتمتع المهنيون المعنيون بإعادة التأهيل والمُدْرَجون ضمن إحدى الفرق الوافدة بالخبرة في مجال علاج الرضوح والتأهيل الطبي، و/ أو في مجال التدريب على العمل في البيئات القاسية.
 2. وينبغي أن يمثل المهنيون المعنيون بإعادة التأهيل لمتطلبات الممارسة المعمول بها نفسها في بلدهم (مثل التسجيل والترخيص المهنيين)، كما ينبغي أن يعملوا ضمن نطاق ممارستهم. ويجوز للمهنيين العاملين في بلدان لا تتوفر فيها شهادات مهنية أن يزاولوا الممارسة تحت إشراف وسلطة رئيس الشؤون السريرية في فريق الطوارئ الطبي الذي ينتمون إليه وموافقة وزارة الصحة في البلد المضيفⁱⁱⁱ.
- الصفحة 1: ينبغي أن تكون فرق الطوارئ الطبية من الصف 1 قادرة على توفير الرعاية الأساسية في مجال إعادة التأهيل أو إحالة المرضى إلى فريق طوارئ طبي مناسب أو مرفق محلي قائم.
- الصفحة 2 و3: ينبغي أن تكون فرق الطوارئ الطبية من الصفين 2 و3، التي تضم مهنيًا واحدًا أو أكثر من المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل، قادرة على أن تقدم بشكل مستقل خدمات إعادة التأهيل للمرضى (بما فيهم الأطفال والمسنون) الذين يعانون مما يلي:
- الكسور، بما في ذلك التثبيت الخارجي أو السحب؛
 - وحالات البتر؛
 - وإصابات الأعصاب الطرفية؛
 - والحروق أو عمليات الترقيع أو السدائل.
- وينبغي أن تكون فرق الطوارئ الطبية من الصفين 2 و3 قادرة على تقديم خدمات إعادة التأهيل المبكرة للمرضى الذين يعانون من إصابات الدماغ المكتسبة وإصابات الحبل الشوكي أثناء انتظارهم الحصول على خدمات إعادة التأهيل المتخصصة.
- وفيما يلي مهارات إعادة التأهيل السريرية الأساسية التي يتعين أن يتمتع بها فريق الطوارئ الطبي:
- أساسيات التجبير؛
 - وصف الأجهزة المساعدة وتركيبها والتدريب على استخدامها؛
 - تثبيت الوضعيات وتحريك المرضى، بما في ذلك التحريك المبكر؛
 - تقفيف المرضى ومقدمي الرعاية وإعادة تدريبهم في سياق اضطلاعهم بالأنشطة اليومية؛
 - تقديم الدعم النفسي الاجتماعي، مثل الإسعافات الأولية اللازمة للحالات النفسية (17)؛
 - الرعاية التنفسية^{iv}، بما في ذلك تقنيات التخلّص من البلغم.
3. وينبغي نشر المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل بصفة مبدئية على أساس ما يظهروه من مهارات أساسية؛ ولكن ينبغي أن يتمتع المهنيون الذين يتم نشرهم خلال أول أسبوعين من الاستجابة بخبرة سريرية لا تقل عن عامين أو أكثر إذا كانوا يعملون في أحد التخصصات.
 4. وتُسجَع فرق الطوارئ الطبية على إعداد اختصاصات المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل، وتحديد أدوار أعضاء الفريق قبل نشرهم.
 5. ويقرر فريق الطوارئ الطبي بشأن تناوب الموظفين المعنيين بإعادة التأهيل؛ على أنه يُوصى بالإقامة لمدة 3 أسابيع على الأقل لأغراض استمرارية الرعاية، بالتلازم مع تخطيط الوقت الكافي لتسليم المسؤوليات.
 6. وينبغي بذل الجهود من خلال الحفاظ على اتساق الأساليب العلاجية لمختلف المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل عن طريق استخدام المبادئ التوجيهية والبروتوكولات والتدريب المشترك قبل النشر.

iii يُدرج هذا الشرط ضمن الإقرار بعدم وجود إجراءات رسمية لمنح الشهادات المهنية المعتمدة في بعض البلدان، والذي لا يعكس دائماً عدم وجود موظفين من ذوي الخبرة والمهارة في مجال إعادة التأهيل. وينبغي في الحالات التي لا تقبل فيها وزارة الصحة المضيفة الموظفين المعنيين بإعادة تأهيل غير الحاصلين على شهادات معتمدة، أو في الحالات التي لا تتوفر فيها مهارات إعادة التأهيل على نحو كاف في البلد الأصلي، أن تقيم تلك الفرق علاقات مع منظمات دولية أو منظمات غير حكومية من أجل إبرام اتفاق بشأن توظيف المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل لديهم بشكل مؤقت.

iv يشر تحبير الرعاية التنفسية في سياق هذه الوثيقة إلى تنفيذ تدخلات إعادة التأهيل الراهية إلى تسهيل أداء الرئة لوظيفتها صحياً وتطبيق آلية التنفس. ويمكن أن يشمل ذلك تدابير للمساعدة في تنظيف مجرى الهواء، أو تحسين التهوية، أو التدبير العلاجي لضيق التنفس، أو تحسين أداء وظيفة القلب والتنفس واللياقة البدنية. وينبغي تنفيذ هذه التدخلات وفقاً للممارسات المتبعة في البلد الذي ينتمي إليه المهني.

2-1-3 تكوين الفريق

المعيار التقني الأدنى اللازم لأغراض التحقق

1. ينبغي نشر فرق الطوارئ الطبية من الصنفين 2 و3 بواقع مهني واحد معني بإعادة التأهيل على الأقل لكل 20 سريراً.

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

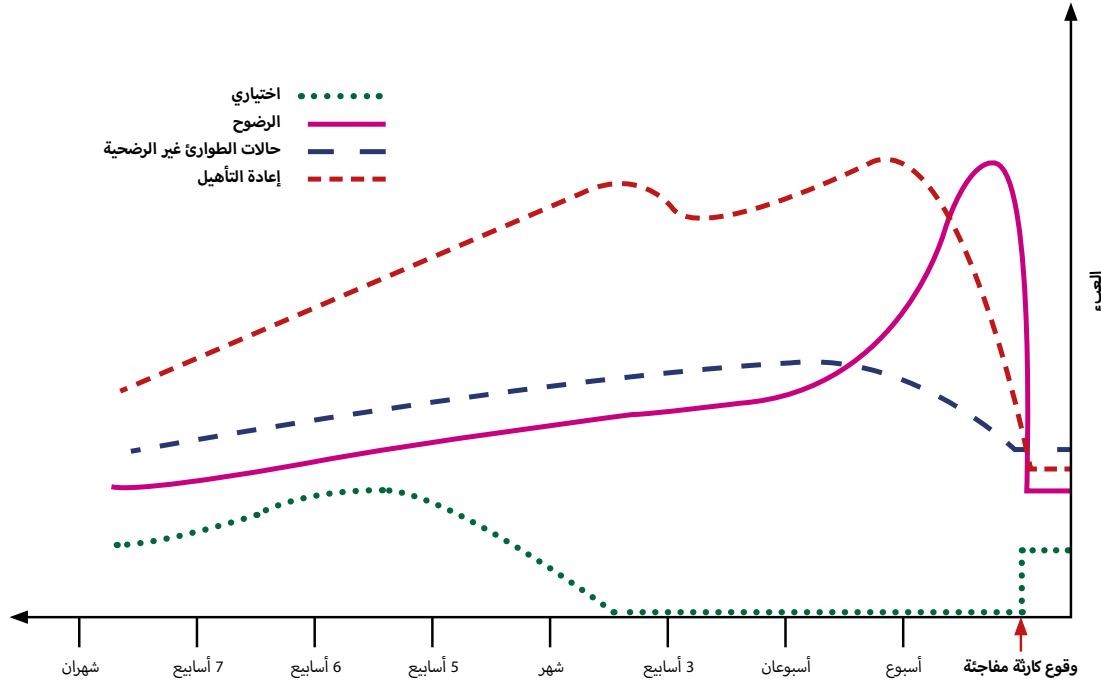
1. تُشجع فرق الطوارئ الطبية من الصنفين 2 و3 على زيادة تعزيز قدراتها في مجال إعادة التأهيل، وذلك إما من خلال نشر مهنيين إضافيين معنيين بإعادة التأهيل أو عن طريق تعيين موظفين محليين، حسب الاقتضاء (انظر الاعتبارات الواردة أدناه).
2. تُشجع فرق الطوارئ الطبية من الصنف 1 على النظر في إدراج المُعزِّز من القدرات في مجال إعادة التأهيل.
3. ينبغي الاستفادة من طاقم موظفي التمريض من ذوي الخبرة في مجال إعادة تأهيل الرضوح لأغراض تعزيز قدرات فرق الطوارئ الطبية في ميدان إعادة التأهيل.

الاعتبارات المتعلقة بنشر موظفين إضافيين معنيين بإعادة التأهيل

مرحلة الاستجابة: تتزايد أعداد المرضى مع مرور الوقت، ويمكن أن يستغرق التخطيط لإخراجهم من المرفق وقتاً طويلاً، وخصوصاً في المناطق التي يلحق بنيتها التحتية دمار كبير أو المناطق المعزولة جغرافياً. ولا يمكن بالضرورة إخراج المرضى عندما تصبح حالتهم مستقرة طبياً، لأنهم قد يحتاجون إلى المزيد من خدمات إعادة التأهيل كمرضى داخليين. ومن المرجح أن يزداد طلب المرضى الخارجيين على خدمات إعادة التأهيل بمرور الوقت، مما يوجد المزيد من الاحتياجات الخدمية الناشئة. وينبغي دمج المهنيين ذوي الخبرة خلال المرحلة الحرجة من الاستجابة؛ ويأمن طاقم الموظفين الأقل خبرة مرافقة الزملاء من ذوي الخبرة لأغراض تقديم الدعم الإضافي، أو نشر الموظفين خلال المراحل اللاحقة من الاستجابة.

عدد الحالات وطبيعة حالة الطوارئ: ينبغي أن يُسترد في تحديد أعداد المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل في فرق الطوارئ الطبية وتخصصاتهم بالاحتياجات المتوقعة في جميع مراحل الاستجابة. ويختلف نمط تدفق الحالات و"موجات" الاحتياجات من إعادة التأهيل باختلاف حالات الطوارئ، كما قد تختلف متطلبات إعادة التأهيل مع مرور الوقت، وينبغي مراعاة ذلك عند نشر الموظفين. ويشير النموذج المفاهيمي المبين في الشكل 1 إلى اتجاهات عبء إعادة التأهيل في حالات الكوارث المفاجئة. ويطلق الارتفاع الأولي في حالات الطوارئ الرضحية وغير الرضحية الزيادة الطارئة على عبء إعادة التأهيل، والتي تصل ذروتها مرة أخرى في الفترة اللاحقة للمرحلة الحرجة إبان نشوء المضاعفات ونهية المرضى لإخراجهم من المرفق.

الشكل 1: اتجاهات عبء إعادة التأهيل في حالات الكوارث المفاجئة بمرور الوقت (20)



قدرات إعادة التأهيل الحالية: من الضروري ألا تركز فرق الطوارئ الطبية تقديم خدمات إعادة التأهيل الحالية، بل ينبغي أن تدمجها في أنشطة الإحالة إلى مقدمي الخدمات المحليين، إن وجدوا. وينبغي مراعاة مستويات مهارات الموظفين المحليين وخبراتهم والبنية التحتية والمعدات. ويجوز في حال كانت القدرات المحلية محدودة أن تقترح فرق الطوارئ الطبية استكمال الخدمات في إطار التركيز على بناء القدرات المحلية، وهو أمر يُسهم في تقديم دعم قيّم في مجال رعاية المرضى وتعزيز تقديم خدمات إعادة التأهيل على نحو مستدام للمرضى من ذوي الاحتياجات الطويلة الأجل بعد مغادرة فريق الطوارئ الطبي (16، 21).

3-1-3 ممارسة التخصصات المتعددة

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. تُشجع فرق الطوارئ الطبية على دمج الموظفين المعنيين بإعادة التأهيل بشكل كامل في الفريق المتعدد التخصصات، وضمان مشاركتهم يومياً في جولات زيارة ردهات المرضى وغيرها من الاستشارات.
2. ينبغي أن يشارك الموظفون المعنيون بإعادة التأهيل في اتخاذ القرارات المتعلقة بإحالة أي مريض أو إخراجه مع بيان القيود الوظيفية الهامة وبمتطلبات المتابعة.
3. ينبغي أن يشدد التدريب السابق للنشر على ممارسة التخصصات المتعددة والرعاية التي تركز على المريض.

2-3 فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل

فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل هي عبارة عن فرق وطنية أو دولية تُشر بناءً على طلب وزارة الصحة/خلية التنسيق في البلد المضيف من أجل دمجها في فريق طوارئ طبي أو مرفق محلي لزيادة قدراته وتقديم رعاية متخصصة في مجال إعادة التأهيل. وينبغي أن ترجع فرق الرعاية المتخصصة الأخرى، مثل الفرق المتخصصة في إصابات الحبل الشوكي والحروق والجراحات التجميلية، التي تعدّ إعادة التأهيل مهمة بالنسبة إليها بوجه خاص، إلى المعايير التقنية الدُّنيا لتخصص كل واحدة منها للتعرف على قدرات إعادة التأهيل اللازمة لأغراض التحقق. ووفقاً لما يرد في وثيقة التصنيف والمعايير الدُّنيا لفرق الطوارئ الطبية (1)، ينبغي أن تمثل فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل للمبادئ الإرشادية والمعايير الأساسية نفسها التي تمثل لها فرق الطوارئ الطبية.

وترد أدناه تفاصيل المعايير التقنية الدُّنيا المتعلقة بتكوين الفريق ومؤهلاته وخبراته والمعدات اللازمة ومدة الإقامة. ومع أن تخصصات إعادة التأهيل الممثلة في الفريق واختصاصات أعضائه قد تختلف، فإنه ينبغي أن تمثل الفرق، كحد أدنى، للمتطلبات من المهارات اللازمة في مجال إعادة التأهيل والمبينة بالتفصيل في الفرع 1-1-3 المعنون "المتطلبات من المهارات".

وينبغي قبل البدء في نشر الفرق أن تسعى الفرق إلى التواصل مع فريق الطوارئ الطبي أو المرفق المحلي الذي سُدّمج فيه من أجل تحديد المعدات والمواد الاستهلاكية اللازمة لإعادة التأهيل والمتاحة على الفور وبيان الاحتياجات الضرورية. وبالإضافة إلى المعدات الواردة في الجدول 7، ينبغي أن تُشرف فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة تأهيل في ظل توفير معدات التقييم والرصد الواردة بالجدول 5، وأية معدات أو مواد استهلاكية ذات صلة بتخصص (تخصصات) تلك الفرق تحديداً (مثل معدات التجبير، أو الضمادات اللازمة لرعاية الأطراف المبتورة).

وينبغي أن تعلن فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل لخلية تنسيق فرق الطوارئ الطبية/وزارة الصحة عن مدة الإقامة التي تنوي البقاء خلالها (على ألا تقل عن ثلاثة أسابيع)، وذلك لتيسير نشرها ضمن فريق طوارئ طبي أو مرفق محلي مناسب. ويجب على فرق الرعاية المتخصصة أن تغادر مع فريق الطوارئ الطبي الذي تُدمج فيه، أو تحرض على اتخاذ ترتيبات بديلة مع فريق طوارئ طبي أو مرفق محلي آخر (1).

1-2-3 تكوين فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل

المعيار التقني الأدنى اللازم لأغراض التحقق

1. ينبغي أن يتألف الفريق من ثلاثة مهنيين على الأقل من المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل.
2. ينبغي أن يكون الفريق متعدد التخصصات وأن يضم في عضويته أخصائي علاج طبيعي واحد على الأقل، بالإضافة إلى تخصص آخر (تخصصات أخرى) في ميدان إعادة التأهيل (العلاج الوظيفي، وأو الطب الفيزيائي، وأو التمريض في مجال إعادة التأهيل).

2-2-3 المؤهلات والخبرة

المعيار التقني الأدنى اللازم لأغراض التحقق

1. ينبغي أن يكون المهنيون المعنيون بإعادة التأهيل في فريق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل من الحاصلين على شهادة البكالوريوس أو ما يعادلها في تخصص كل واحد منهم، وأن يتمتعوا بخبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في مجال إعادة تأهيل الإصابات الرضحية. وينبغي أن يتمتع أحد أعضاء الفريق (رئيس الفريق من باب التفضيل) بالخبرة في مجال الاستجابة لحالات الطوارئ، كما ينبغي أن يكون جميع أعضاء الفريق من الحاصلين على التدريب للعمل في بيئات قاسية.

3-2-3 معدات إعادة التأهيل

المعيار التقني الأدنى اللازم لأغراض التحقق

1. ينبغي أن تتمتع فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل بالقدرة على توفير المعدات الواردة بالجدول 7 بشكل سريع.

4-2-3 مدة الإقامة

المعيار التقني الأدنى لأغراض التحقق

1. ينبغي أن يمكث الفريق المُدرج ضمن أحد فرق الطوارئ الطبية لمدة تمثل الحد الأدنى من مدة إقامة فريق الطوارئ الطبي هذا (ثلاثة أسابيع للصنف 2، 4-6 أسابيع للصنف 3). وينبغي أن يخطط الفريق الذي يُدرج ضمن مرفق محلي للبقاء لمدة شهر واحد على الأقل.

3-3 مرافق الرعاية الانتقالية وإعادة التأهيل

يشير مفهوم "مرفق الرعاية الانتقالية" في سياق الاستجابة لحالات الطوارئ إلى وحدة معنية بالمرضى الداخليين قادرة على توفير الرعاية الانتقالية للمرضى المستقرين طبياً والعمل في الوقت نفسه على تهيئتهم لإخراجهم من المرفق إلى المجتمع، وعموماً، فإن الطلب على الخدمات الطبية والجراحية الحرجة التي ترتبط مباشرةً بالحدث ينخفض بمرور الوقت عقب حالات الطوارئ؛ الأمر الذي قد يسمح لبعض فرق الطوارئ الطبية بتحويل مستشفياتها الميدانية إلى مرافق رعاية انتقالية لضمان استخدام الموارد بفعالية. وينبغي نشر الفرق التي تتحول إلى مرافق رعاية انتقالية تحقيقاً لهذا الغرض على وجه التحديد في سياق التشاور مع وزارة الصحة/خليفة التنسيق، وأن تخطط للبقاء في الميدان لمدة أطول، مما يتيح الوقت الكافي أمام المرافق المحلية للاستعداد لمواصلة تقديم الرعاية اللازمة.

وينبغي أن تكون مرافق الرعاية الانتقالية قادرة على تقديم خدمات الدعم الطبي والتمريض وكذلك إعادة التأهيل، مع التركيز على إعداد المرضى الذين يعانون من إعاقات طويلة الأجل ومقدمي الرعاية الذين يزودونهم بالخدمات والموظفين المحليين المعنيين بإعادة التأهيل بغرض التعامل كما ينبغي مع الاحتياجات الجارية في مرحلة ما بعد مغادرة فرق الطوارئ الطبية. ومن شأن ذلك بطبيعة الحال أن ينطوي على زيادة المساحة المخصصة والقوى العاملة في مجال إعادة التأهيل التي يلزم مراعاتها بعناية. وجرى أثناء ضرب نيبال بزلزال في عام 2015 استخدام أربعة مرافق للرعاية الانتقالية شكلتها المستشفيات الميدانية والمرافق المحلية وحصلت على دعم من الشركاء الدوليين في أغلب الأحيان، وذلك لأغراض تقديم خدمات الرعاية الداعمة وإعادة التأهيل على المدى الطويل. وظلت تلك المرافق تعمل لعدة أشهر (لايزال استخدام العديد من المرافق المحلية مستمراً لأكثر من عام بوصفها مرافق رعاية انتقالية)، وزُوِّدت أساساً بموظفين نيباليين من الأخصائيين في العلاج الطبيعي والمرضات من القادرين على المساعدة في توصيل من يحتاجون إلى الدعم الصحي والاجتماعي المستمر بالخدمات المحلية المناسبة عند الحاجة.

4-3 المعدات والمواد الاستهلاكية اللازمة لإعادة التأهيل

يبيّن الجدول 4 قوائم الحد الأدنى من المعدات والمواد الاستهلاكية اللازمة لإعادة التأهيل فيما يخص فرق الطوارئ الطبية من الصنفين 2 و3 لأغراض التحقق، فيما يبيّن الجدولان 5 و6 قوائم المعدات والمواد الاستهلاكية اللازمة لإعادة التأهيل الموصى بها لتزويد المرضى برعاية مثلى، علماً بأن قوائم المعدات والمواد الاستهلاكية الواردة في الجدول من 4 إلى 6 هي ليست شاملة أو تُعنى بالضرورة بإعادة التأهيل؛ لقد جرى إدراج العديد من البنود بسبب أهميتها في رعاية المرضى، ولكن فرق الطوارئ الطبية لا توفرها في بعض الأحيان. ولذلك، ينبغي أن تتحقق الفرق من صحة أية قوائم أخرى للمعدات والمواد الاستهلاكية تجنباً لتكرارها على نحو غير ضروري. ولا تتضمن الجدول من 4 إلى 6 المعدات الأساسية اللازمة لأغراض الطب والتمريض، مثل القفازات والمسابير؛ لأن من المُفترض أن توفر فرق الطوارئ الطبية هذه البنود. ويُناقش موضوع أجهزة التنقل الطويلة الأجل في نهاية هذا الفرع، لأن توفيرها يستلزم الإيكار والتأني في الاهتمام والإحالة إلى الخدمات المحلية.

ولا تمثل الكميات الواردة في الجدولين 4 و5 إلا إرشادات وهي تستند إلى الحد الأدنى من سعة الأسرة فيما يتعلق بفرق الطوارئ الطبية من الصنفين 2 و3، على النحو الذي تنص عليه وثيقة التصنيف والمعايير الدنيا لفرق الطوارئ الطبية (1)، وذلك كما يلي: 20 سريراً للصنف 2، و40 سريراً للصنف 3، زائداً المرضى الخارجيين. وينبغي أن تتيح الكميات، حال توفيرها، المجال أمام الفريق لأن يصبح مكتفياً ذاتياً لمدة أسبوعين تقريباً. وإذا كان الفريق ينوي تجاوز الحد الأدنى من سعة الأسرة و/أو البقاء في الميدان لفترة أطول، فينبغي زيادة كميات المعدات والمواد الاستهلاكية مقابل ذلك. ولا تتوفر تقديرات بشأن كمية معدات إعادة التأهيل والمواد الاستهلاكية اللازمة لفرق الطوارئ الطبية من الصنف 1 نظراً لأنها تختلف باختلاف حجم الفريق وقدرته على تقديم الخدمات في مجال إعادة التأهيل ووضعه من حيث كونه فريقاً ثابتاً أو متنقلاً.

ومن المُستصوب في الحالات التي تقوم فيها فرق الطوارئ الطبية بتوفير الأجهزة المساعدة، مثل العكازات أو الكراسي المتحركة للمرضى لاستخدامها مؤقتاً عند إخراجهم من المرفق، أن تُرتّب تلك الفرق لوضع سياسة بشأن استرجاع الأجهزة؛ حيث يساعد ذلك على تجنب "التخلص منها" عندما تنتفي الحاجة إليها.

المعيار التقني الأدنى اللازم لأغراض التحقق

1. ينبغي أن تجلب فرق الطوارئ الطبية المعدات والمواد الاستهلاكية الأساسية المناسبة لصنفها (الجدول 4) في حالة نشرها، حتى يتسنى لها أن تصبح مكتفية ذاتياً خلال أول أسبوعين من الاستجابة على الأقل. وينبغي بدلاً من ذلك أن تبرم اتفاقاً مؤقتاً مع إحدى المنظمات بشأن توفير هذه المعدات على وجه السرعة في حالة نشرها.

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. تُشجع فرق الطوارئ الطبية على ألا تتوقع من فريق طوارئ طبي آخر أن يزودها بما يلزمها من معدات (ما لم تكن قد أبرمت اتفاقاً مؤقتاً معه) أو تتوقع ذلك من البلد المضيف.
2. ينبغي اختيار مواد إعادة التأهيل بعناية وفقاً للحاجة المتوقعة، وقدرات الفريق، والاحتياجات المحلية، والعدد المتوقع من الحالات.
3. ينبغي الحصول من المورد المحلي، في حال توفره، على الكراسي المتحركة ومستلزمات تقويم العظام والأطراف الصناعية لأغراض الاستخدام الطويل المدى؛ وبخلاف ذلك، ينبغي أن يسعى فريق الطوارئ الطبي إلى الحصول على التوجيه اللازم من وزارة الصحة المضيفة/خلية التنسيق.
4. ينبغي أن تحتفظ فرق الطوارئ الطبية بجرد لمخزونها من المعدات والمواد الاستهلاكية، وأن تخطط لتجديده بناءً على عدد الحالات وطول مدة الإقامة.

الجدول 4: الحد الأدنى من معدات إعادة التأهيل والمواد الاستهلاكية اللازمة لأغراض التحقق بشأن فرق الطوارئ الطبية من الصنفين 2 و3

ملاحظات	الكمية		البند
	الصنف 3 (كل 40 سريرًا إلى جانب المرضى الخارجيين)	الصنف 2 (كل 20 سريرًا إلى جانب المرضى الخارجيين)	
يلزم ضبطها لكل مريض، وينبغي استخدامها للتقليل داخل المرفق فقط.	4	2	الكراسي المتحركة للمرضى الداخليين
(يُستصوب) أن يُحسب حساب توفير المزيد من النهايات المطاطية والعكازات المزودة بمساند السواعد وأن تكفل إمكانية ضبطها أو توفير مجموعة منها مختلفة الأحجام، ومنها اللازمة للمرضى من الأطفال.	60 بالغًا 30 طفلًا	20 بالغًا 10 أطفال	أزواج العكازات
يلزم توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها اللازم منها للمرضى من الأطفال.	8	4	المشايات
ينبغي أن تكون مراتب الأسرة مصنوعة من مادة زغوية عالية الموصفات. ولا تعتبر المستنومات العاملة بضغط الهواء والمزودة بمضخات (مثل المراتب الهوائية ذات الطبقات المتبادلة) مناسبة لفرق الطوارئ الطبية بسبب خطورة ملئها بالهواء على نحو مفرط أو دون المستوى المطلوب، وعدم موثوقية مصادر الطاقة وعمليات الصيانة أو مطابقتها لمواصفات تلك المستنومات. ولا تحل مراتب الأسرة المستعملة في تخفيف الضغط محل ممارسات تخفيفه يدويًا وممارسات تصحيح الوضع.	8	4	من المقرر أن تبقى مراتب الأرتة اللازمة لتخفيف الضغط في المستشفى
يلزم توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها اللازم منها للمرضى من الأطفال.	10 للقدم اليمنى و10 للقدم اليسرى لمفاصات الأخدعية 38-45 10 للقدم اليمنى و10 للقدم اليسرى لمفاصات الأخدعية 35-40	5 للقدم اليمنى و5 للقدم اليسرى لمفاصات الأخدعية 38-45 5 للقدم اليمنى و5 للقدم اليسرى لمفاصات الأخدعية 35-40	الكواحل ومستلزمات تقويم أخمص القدم المصنّعة مسبقًا
يلزم توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها اللازم منها للمرضى من الأطفال.	10	5	الجناح العتيقة الصلبة القابلة للطي
يلزم توفير مجموعة من القياسات؛ عادةً ما تستخدم ضمامات يتراوح قياسها بين 10 سنتيمترات و15 سنتيمترًا، وتوفر كمية كافية من الجناح والجبس على حد سواء.	200	100	ضمامات باريس اللاصقة للتجسيس
	1	1	أدوات قطع الجبس
مناسبة للعمر المؤقت ورفع الطرف العلوي.	1	1	أدوات فرش الجبس
مناسبة لكل من الأطراف العلوية والسفلية المبتورة.	20	10	علاقات الأطراف
يلزم توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها اللازم منها للمرضى من الأطفال.			ضمامات ضاغطة للأطراف المبتورة
يلزم توفير مجموعة من الأحجام المناسبة لكل من الأطراف العلوية والسفلية.			ضمامات ضاغطة
	1 مسمر طبي متنقل واحدًا آخر يستخدمه المريض مرة واحدة	مُستصوب	مقياس التنفس الحافز

الجدول 5: المعدات والموارد الاستهلاكية اللازمة لإعادة التأهيل والموصى بها لفرق الطوارئ الطبية من الصنفين 2 و 3

ملاحظات	الكمية		البند
	الصنف 3 (لكل 40 سريراً إلى جانب المرضى الخارجيين)	الصنف 2 (لكل 20 سريراً إلى جانب المرضى الخارجيين)	
يمكن صناعة الأرواح أو شراؤها في البلد المضيف، ويمكن أن يكون توفير نموذج مصنوع منها مسبقاً مفيداً في ضمان تصميمها كما ينبغي في حال صانعها.	6	3	أرواح دعم الأطراف المبنوية
تُوفر لكل من الطرفين السفليين الأيسر والأيمن، ودراسي توفيرها بأحجام مختلفة للكراسي المتحركة.	2	1	ألواح نقل المرضى من الكرسي إلى السرير ومن السرير/العربة إلى السرير
كرسي مقاوم للماء مُزوّد بفتحة في المقعد يمكن استخدامه للتغوط والاستحمام على حد سواء.	2	1	رافعات القدم في الكرسي المتحركة
ينبغي أن تستوفي معايير المنظمة الدولية لتوحيد المقاييس 7176، وأن تكون مناسبة للمريض على الأوتوصى بتفصيلها، وينبغي أن تكون جميع الكراسي المتحركة مزوّدة بوسادة واحدة على الأقل، ويُفضل أن تكون وسادة لتخفيف الضغط (مصنوعة من مادة رغوية أو مادة الجل عالية المرواسمات)، وذلك رهناً بخاطر تعرض المريض للألام الناتجة عن الضغط.	8	4	المقاعد المحمولة لكراسي الاستحمام/التغوط) الكراسي المتحركة لإخراج المرضى
عددها وجميعها موهوبتان بعدد الكراسي المتحركة، ضمان توفير وسائد معينة لتخفيف الضغط الكبير (مصنوعة من مادة رغوية و/أو مادة الجل العالية المرواسمات) للمرضى المعرضين لخطر المعاناة من الألام الناتجة عن الضغط. ولا يصبح باستخدام الوسائد الهوائية بسبب خطورة ملئها بالهواء على نحو مفرط أو دون المستوى المطلوب وصعوبة صيانتها. تُوصف الوسائد في إطار تدريب مستخدميها على تقنيات تخفيف الضغط.	مواصفة كميتها مع عدد الكراسي المتحركة	مواصفة كميتها مع عدد الكراسي المتحركة	وسائد تخفيف الضغط في الكراسي المتحركة
يمكن استكمالها بقوالب كتلية وأوتاد رغوية القوام. يُرعى السعي إلى الحصول على وسائد إضافية من البلد المضيف بمجرد الوصول إلى الميدان.			وسائد التثبيت الإضافية من المقرر أن تبقى في المستشفى
ينبغي ألا يتشارك عدة مرضى في ملامة الأثرلقية واحدة.	20	10	الملامات الأثرلقية من المقرر أن تبقى في المستشفى

ملاحظات	الكمية		البند
	الصفحة 3 (كل 40 سريراً إلى جانب الموصى الخارجيين)	الصفحة 2 (كل 20 سريراً إلى جانب الموصى الخارجيين)	
يراعى توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها اللازم منها للمرضى من الأطفال.	20	10	الجباث الريفية وجباث التثبيت المصنوعة مسبقاً (مستلزمات تقييم راحة اليد)
يراعى توفير مجموعة من اللدائن الحرارية، والتأكد من أن تيار المسدس الحراري متوافق مع مصدر تزويده بالطاقة الكهربائية.	مجموعة واحدة	مجموعة واحدة	مجموعة أدوات التخثير أوراق البلاستيك الحراري مسدس حراري سخان مياه متبثقل (حوض) لاصق فيلكرو (خفاف لاصق وعروة غير لاصقة) مفصلات الجباث غراء النيوبرين البطانات
يُحسب حساب وضع المواد اللازمة لتحضير الجباث الديقيميكية في حال توفر مهني مؤهل لتحضيرها، من قبيل الخطافات والأرططة المطاطية وجيوب النايلون.			

بالإضافة إلى المواد المذكورة أعلاه، ينبغي أن يُتاح أمام المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل سبل الحصول على معدات التقييم والرصد التالية:

- سماعة الطبيب
 - جهاز قياس ضغط الدم
 - مطرقة للنقر/ لبيان ردات الفعل العصبية
 - مقياس زوايا (مناسب لقياس زوايا المفاصل الكبيرة؛ يراعى توفير مقاييس إضافية لأخذ قياسات اليد والرسغ)
 - شريط قياس (مناسب لقياس الأجزاء والأعراض العامة).
- الجدول 6: المعدات والمواد الاستهلاكية اللازمة لإعادة التأهيل والموصى بها لفرق الطوارئ الطبية من الصنف 1**

البند	ملاحظات
أزواج العكازات	يُحسب حساب توفير المزيد من النهايات المطاطية والعكازات المزودة بمساند السواعد، ويُنظر في إمكانية توفير عكازات قابلة للضبط بعدة أحجام، ومنها اللازمة للمرضى من الأطفال.
المشايات القابلة للضبط	يُراعى توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها اللازم منها للمرضى من الأطفال.
ضمامات باريس اللاصقة للتجيبس	يراعى توفير مجموعة من القياسات؛ عادةً ما تستخدم ضمامات يتراوح قياسها بين 10 سنتيمترات و15 سنتيمتراً.
الكراسي المتحركة	ينبغي أن تكون مناسبة للاستخدام المؤقت في المجتمع المحلي. يُرجى السعي إلى الترتيب لوضع سياسة بشأن استرجاعها من المرضى.
عصي المشي	يُحسب حساب توفير المزيد من النهايات المطاطية، وضمان توفير مجموعة من القياسات، بما فيها قياسات الأطفال. إذا كانت غير قابلة للضبط، استخدم منشاراً لقطعها بالطول المناسب.
أدوات قطع الجبس وفرشه	
الضمامات الضاغطة الأنبوية	يراعى توفير مجموعة من القياسات، بما فيها القياسات المناسبة للمرضى من الأطفال.
الجباثر الرسغية المصنوعة مسبقاً	يراعى توفير مجموعة من القياسات، بما فيها القياسات المناسبة للمرضى من الأطفال.
الكواحل ومستلزمات تقويم أخمص القدم المصنوعة مسبقاً	يراعى توفير مجموعة من القياسات، بما فيها القياسات المناسبة للمرضى من الأطفال.
الجباثر العنقية القابلة للضبط	يراعى توفير مجموعة من القياسات، بما فيها القياسات المناسبة للمرضى من الأطفال.
الضمامات الضاغطة	يراعى توفير مجموعة من القياسات المناسبة للطرفين العلوي والسفلي.
العصابات المرنة لمزاولة التمارين	يراعى توفير مجموعة منها بقوى مختلفة وبكمية كافية لتوزيعها على فرادى المرضى.

الجدول 7: الحد الأدنى من المعدات اللازمة للتحقق من فرق الرعاية المتخصصة المعنية بإعادة التأهيل

البند	الكمية	ملاحظات
أزواج العكازات	30	يراعى توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها الأحجام المناسبة للأطفال. ويراعى توفير أزواج من العكازات المزودة بمساند السواعد. وقد يلزم السعي إلى الحصول محلياً على أزواج إضافية من العكازات أو من مخزون الفريق.
الكراسي المتحركة المناسبة لإخراج المرضى	10	ينبغي أن تستوفي الكراسي المتحركة المخصصة لإخراج المرضى لمعايير جودة المنظمة الدولية لتوحيد المقاييس 7. ويراعى توفير كراسي متحركة ذات خصائص قابلة للضبط. وقد يلزم الحصول على كراسي متحركة إضافية محلياً أو من مخزون الفريق ISO.
مراتب الأسرة اللازمة لتخفيف الضغط	4	انظر الملاحظة الخاصة بالمراتب اللازمة لتخفيف الضغط الواردة في الجدول 4. وقد يلزم الحصول على مراتب إضافية محلياً أو من مخزون الفريق.
المشايات القابلة للضبط	4	يراعى توفير مجموعة من الأحجام، بما فيها الأحجام المناسبة للأطفال. وقد يلزم الحصول على مشايات إضافية محلياً أو من مخزون الفريق.

الجدول 8: المعدات والمواد الاستهلاكية الإضافية لفرق الطوارئ الطبية التي تقدم الرعاية للمرضى الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي

البند	الكمية اللازمة لكل مريض يعاني من إصابة في الحبل الشوكي (لمدة شهرين)	ملاحظات
أحزمة البطن	1 لكل مريض	مجموعة من القياسات القابلة للتغيير محلياً إذا لزم الأمر.
الجوارب المضادة لانسداد الشرايين والأوردة	3 أزواج لكل مريض	مجموعة من القياسات المناسبة من حيث الضغط للمرضى الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي.
المسابير	4 مسابير مستقرة لكل مريض على فترات متقطعة: بواقع 24-60 مسباراً لكل مريض	قياس 12 للنساء قياس 14 للرجال قياس 8 للأطفال
أكياس تجميع البول	أكياس قياس كثافة البول: كيس 1 لكل مريض أكياس تجميع البول: 10 أكياس لكل مريض (تُغَيَّر أسبوعياً) الأكياس المعلقة على الساق: 10 أكياس لكل مريض	
زيوت التزليق	لرعاية الأمعاء وإدخال المسبار: 250 وحدة لكل مريض معبأة في عبوات تستخدم لمرة واحدة، أو أنبوبتان أسبوعياً لكل مريض.	
تحاميل الغليسرين	120 تحميلة لكل مريض	
المرآة المحمولة باليد	1 لكل مريض	لاستخدامها في الوقاية من الألام الناجمة عن الضغط ورصد تلك الألام، ولأغراض القسطرة لدى الإناث على فترات متقطعة.
معدات التقييم الحسي والحركي	1 لكل فريق	

يمكن توفير التدبير العلاجي لحالات المرضى الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي على مدى فترات زمنية متفاوتة من جانب فرق الطوارئ الطبية من الصنفين 2 أو 3 أو فرق الرعاية المتخصصة المدمجة ضمن فريق طوارئ طبي أو مرفق صحي محلي آخر. ونظراً إلى اختلاف القدرات الاستيعابية لكل صنف من أصناف هذه الفرق، ترد الكميات التي يلزم توفيرها لكل مريض في الجدول 8.

الاعتبارات المتعلقة بتوفير أجهزة التنقل

يحتاج الكثير من المرضى طيلة حياتهم إلى أجهزة تقويمية أو أخرى اصطناعية أو كراسي متحركة (يشار إليها مجتمعة ههنا باسم "أجهزة التنقل")، لذا ينبغي أن تفي هذه الأجهزة بمتطلبات المستخدم وتوائم بيئته، وأن تكون مناسبة تماماً وتؤمن انسجاماً ودعمًا يفيان بالمبادئ البيوميكانيكية السليمة، وأن تكون آمنة ومتينة وميسورة التكلفة وقابلة للصيانة في بلد الاستخدام (27-29). وينبغي دائماً توفير أجهزة التنقل إلى جانب إعادة التأهيل البدني والتدريب بشكل ملائم. وبالتالي، يُفضّل توفير أجهزة التنقل لاستخدامها لأجل طويل من خلال الخدمات المحلية القادرة على تكييفها وفقاً للسياق المحلي، وأن تظل تلك الخدمات متاحة لمتابعتها، بوسائل منها صيانتها و/أو استبدالها. وإذا احتاج المريض إلى جهاز تنقل على المدى الطويل، ينبغي أن يقوم المهني المعني بإعادة التأهيل بإحالة المريض إلى مقدم خدمات محلي (وفقاً للممارسات المتبعة في البلد المضيف) والتخطيط لتقييم حالة المريض ووصف العلاج له في أقرب وقت ممكن (الشكل 2). وفي حال كانت تلك الخدمات المحلية غير موجودة، ينبغي أن يطلب فريق الطوارئ الطبي التوجيه من وزارة الصحة المضيفة/ خلية التنسيق.

وتكون أجهزة التنقل المؤقتة ضرورية أحياناً لأغراض مثل تسهيل الإخراج من المرفق بشكل سلس ومناسب التوقيت، وهي حالات ينبغي فيها إعداد الأجهزة وفقاً لاحتياجات المستخدم قدر المُستطاع، ويعني ذلك أن تكون مناسبة لهم، وأن تكون ذاتية الدفع (إذا كان الشخص قادراً) ويمكن استخدامها في المناطق المحلية الوعرة. وينبغي الإبرار في تخطيط ما يلزم توفيره لاحقاً من أجهزة ملائمة تُستخدم لأجل طويل.

5-3 إمكانية الوصول إلى المستشفيات الميدانية والمساحة المخصصة لإعادة التأهيل

تعتبر المستشفيات أو المرافق الميدانية المعدلة وفقاً لاحتياجات الناس المحدودي الحركة ناجعة بالنسبة للمرضى، ومقدمي الرعاية لهم، والعاملين الصحيين. وتعزز البيئات الخالية من العوائق استعادة الاستقلالية والحد من الطلب على طاقم التمريض ومقدمي الرعاية. كما تنطبق عموماً على المرافق المؤقتة الأبعاد اللازمة للتنقل المستقل ومرونة الحركة في الهياكل الثابتة. وللحصول على إرشادات أكثر تفصيلاً بشأن إمكانية الوصول إلى البيئة المادية، انظر المراجع 30-32.

ويمكن تنفيذ قدر معين من تدخلات إعادة التأهيل ضمن المساحة المحيطة بأسرة المرضى، ولكن عندما تكون هذه المساحة محدودة ويبقى المريض راقداً في المستشفى الميداني لعدة أيام أو أسابيع، يصبح من المهم على نحو متزايد تخصيص مساحة إضافية للمهنيين المعنيين بإعادة التأهيل للعمل مع المرضى وإتاحة مساحة كافية للحركة.

المعيار التقني الأدنى اللازم لأغراض التحقق

1. ينبغي أن تخصص فرق الطوارئ الطبية من الصنف 3 مساحة لإعادة التأهيل في مرافقها لا تقل عن 12 متراً مربعاً.

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. ينبغي لفرق الطوارئ الطبية من الصنف 2 التي تنوي البقاء في الميدان لمدة 3 أسابيع أو أكثر أن تقوم بتخصيص مساحة لإعادة التأهيل في مرافقها لا تقل عن 12 متراً مربعاً إذا كانت مدة إقامتها تزيد عن 3 أسابيع.
2. ينبغي لجميع فرق الطوارئ الطبية أن تسعى إلى تحقيق أقصى قدر ممكن من إمكانية الوصول الفعلي إلى مرافقها من خلال تطبيق التدابير التالية:

الأمر العام

- ينبغي أن تكون الممرات المؤدية إلى الأماكن التي يصل إليها المرضى (مثل المراحيض) بأرضية مستوية أو منحدره حسب الضرورة، وينبغي أن تكون الأرض مرصوفة أو ممهدة لتسهيل الوصول الآمن والمستقل للأشخاص المحدودي الحركة، مثل الأشخاص الذين يستخدمون كراسي متحركة أو عكازات، وكبار السن، والنساء الحوامل.
- ينبغي توفير مرحاض واحد محايد الجنس على أقل تقدير كي يتسنى لمقدمي الرعاية من الجنس الآخر الدخول مع المريض.
- ينبغي أن يتراوح درجة ميل أي منحدر بين 1:20 وأن يكون مجهراً بمتكاً يتراوح ارتفاعه 85 و95 سم (يمكن ضبطه ليتناسب مع أطوال السكان في المتوسط).
- ينبغي أن يبلغ عرض جميع الأبواب 90 سم. وينبغي، إن أمكن، استخدام الأبواب المنزلقة، وبخلافه، ينبغي أن تفتح الأبواب إلى الخارج.

ينبغي أن تبقى جميع مخارج الطوارئ خالية من العوائق

ينبغي أن تساعد مرافق الرعاية الانتقالية في تسير عودة المرضى إلى بيئتهم في المنزل من خلال ضمان تشابه المرافق المقامة، مثل المراحيض والحمامات والمغاسل، قدر المُستطاع، مع تلك الموجودة في البلد المضيف، ولابد من تكييفها على نحو يحقق أقصى قدر ممكن من استقلالية المرضى وسلامتهم. كما ينبغي مراعاة إجراء تعديلات مماثلة في منازلهم، ويفضل إجراؤها من خلال اللجوء إلى منظمة محلية.

المراحيض

- ينبغي أن يتضمن السطح الأدنى للمرحاض حلقة دوارية بقطر 150 سم كي تسمح باستدارة الكرسي المتحرك بشكل كامل (القياسات المُوصى بها في المنظمة الدولية لتوحيد المقاييس هي 80 × 130 سم).
- ينبغي تثبيت مقابض ارتكاز على ارتفاع يتراوح بين 85 و95 سم عن الأرض.
- ينبغي أن يتراوح ارتفاع المراحيض أو المقعدة أو غيرها من سبل تكييف الجلوس بين 45 و50 سم، وأن تكون المراحيض بعيدة عن الجدار المثبت عليه مقبض الارتكاز بما يتراوح بين 45 و50 سم.
- ينبغي أن يتراوح ارتفاع حوض الاغتسال بين 65 و70 سم عن الأرض وأن يمتد بطول يتراوح بين 35 و45 سم عن الجدار.

المداخل

- ينبغي أن يسهل الإمساك بيد واحدة بوسائل التشغيل المثبتة على الأبواب، مثل المقابض أو أذرع السحب.

الحمامات وغرف الاغتسال

- ينبغي أن تحتوي الحمامات أو غرف الاغتسال على مقعد يتراوح ارتفاعه بين 45 و50 سم، ويُثبَّت في مكان يسهل الوصول منه إلى رأس الدوش أو مصدر الماء.
- ينبغي أن يُوضع مقبض ارتكاز على الجدار المقابل للمقعد وحوالي الجدار الخلفي، وأن يُركَّب على ارتفاع يتراوح بين 85 و90 سم.

6-3 الاعتبارات المتعلقة بإدارة شؤون المرضى

يمكن أن يساعد استخدام المسارات التي تتبعها فرق الطوارئ الطبية في إخراج المرضى وإحالتهم على النحو المبين في الشكل 2 في تحسين متابعة المرضى وحصائلهم، ويمكن تسهيل إجراءات إخراجهم في الوقت المناسب بمأمونية أكبر بفضل التخطيط لإخراجهم في مراحل الرعاية المبكرة، بوسائل منها اتخاذ الترتيبات اللازمة مع أسرهم وتحديد احتياجاتهم من الإحالة. وعلاوة على ذلك، سوف يساعد التواصل المنتظم مع وزارة الصحة المضيفة/ خلية التنسيق ومع غيرها من المرافق في الكشف عن الثغرات التي تتخلل الخدمة والتي تحتاج إلى معالجة.

ويساعد استكمال استمارات الإحالة لأغراض إعادة التأهيل، التي تتضمن معلومات عن الأجهزة المساعدة والحالة الوظيفية ومتطلبات المتابعة، في تيسير نقل المعلومات الأساسية المتعلقة بالمرضى واللازمة لاستمرار الرعاية (22، 25، 35). ويوضح الشكل 2 الحالات التي يلزم فيها استخدام استمارات الإحالة لأغراض إعادة التأهيل. ويمكن الاطلاع على نموذج استمارة إحالة لأغراض إعادة التأهيل الخاصة بفرق الطوارئ الطبية في الملحق 3 (يمكن تنزيل نسخة عنها من موقع فرق الطوارئ الطبية وتعديلها حسب الرغبة).

1-6-3 الاعتبارات المتعلقة بإعادة التأهيل حسب نوع الإصابة

يتضمن الجدول 9 الاعتبارات الرئيسية المتعلقة بإعادة تأهيل الأشخاص الذين يعانون من إصابات رضحية شائعة تتولى تديرها علاجياً فرق الطوارئ الطبية، فضلاً عن الأشخاص ذوي الإعاقة المسبقة. ويورد الملحق 2 وصفاً لخدمات إعادة تأهيل الأشخاص المصابين بأنواع معينة من الإصابات وفقاً لسنف فريق الطوارئ الطبي.

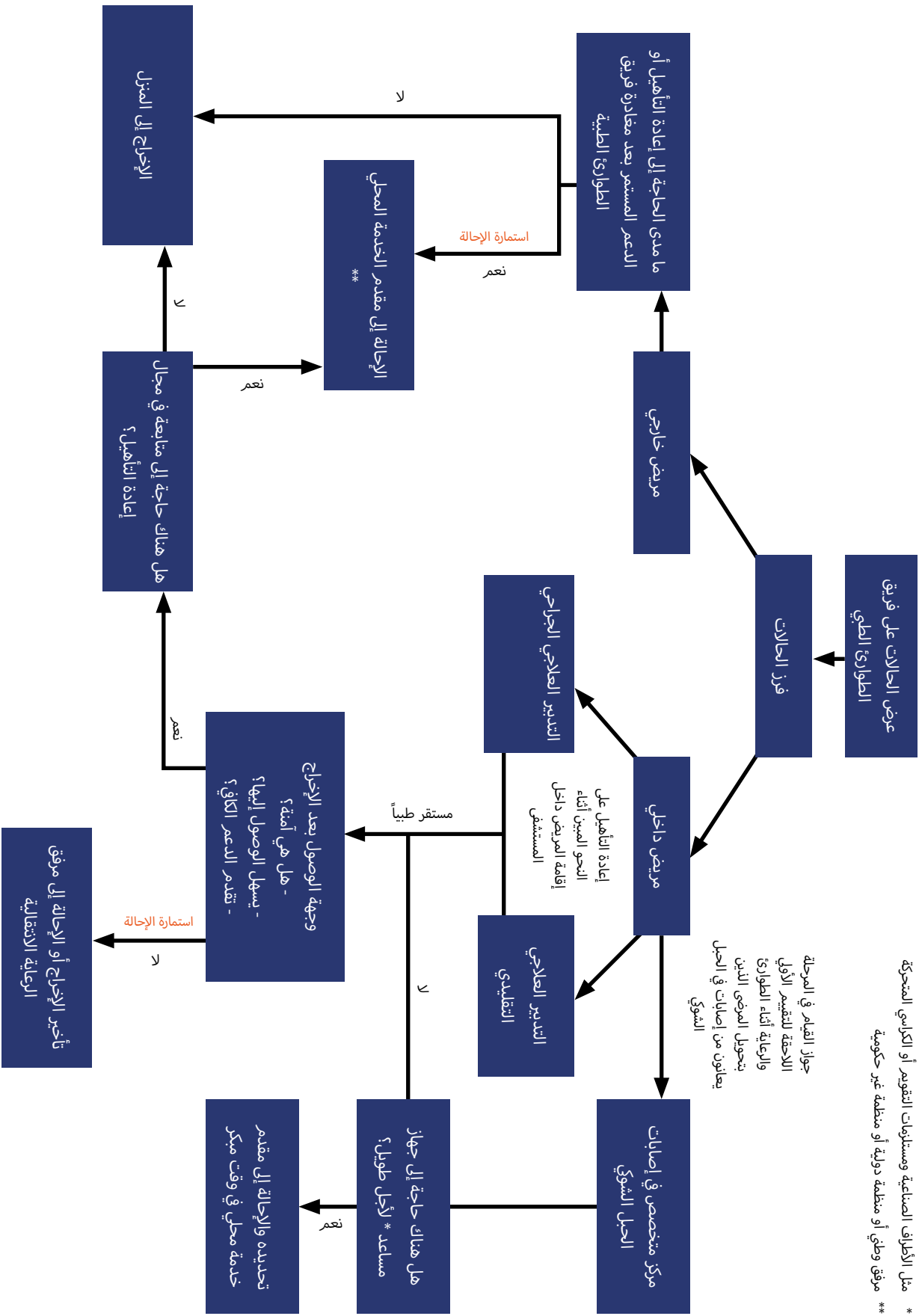
الجدول 9: الاعتبارات المتعلقة بإعادة التأهيل في أعقاب وقوع الإصابات الرضحية الحادة الشائعة والإعاقة المسبقة في حالات الطوارئ

المرضى الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي	
<p>الأساس المنطقي</p> <p>يؤدي التدبير العلاجي لحالات المرضى الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي في مراكز متخصصة إلى تقليل المضاعفات ومدّة الإقامة (4). ويمكن أن تساعد وزارة الصحة المضيئة / خلية التنسيق في تحديد مراكز إصابات الحبل الشوكي أو فرق الرعاية المتخصصة.</p>	<p>1. ينبغي إيلاء وزارة الصحة المضيئة/ خلية التنسيق بجمع المرضى الذين يشبه في معاناتهم من إصابات في الحبل الشوكي عن طريق نظام التبليغ السريع.</p> <p>2. تُشجع فرق الطوارئ الطبية على الإكثار في تحديد خيارات نقل آمنة للمرضى الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي، كما ينبغي تدبير حاللتهم علاجياً في مركز متخصص مرؤد بعاملين من ذوي خبرة في مجال إعادة التأهيل.</p> <p>3. ينبغي إحالة الأشخاص الذين يحتاجون إل كراسي متحركة لأجل طويل إل مقدمي الخدمات المحليين في وقت مبكر.</p> <p>4. يمكن أن يكون الدعم المقدم من الأقران الذين يعانون من إصابات في الحبل الشوكي مفيداً؛ لذا ينبغي إقامة صلات مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة المحلية ومع أية برامج مجتمعية معنية بإعادة التأهيل بعد المرحلة الحرجة.</p>
<p>الأساس المنطقي</p> <p>إن وصف الأجهزة المساعدة المناسبة يعزز استقلالية المريض ويسهم في تسير إخراجهم من المرفق، ويمكن أن يؤدي انعدام خدمات إعادة التأهيل المناسبة في رعاية حالات البرز إلى حدوث تقلصات ومضاعفات أخرى قد تعطل تركيب الأطراف الاصطناعية وتفيد الأداء الوظيفي وتتطلب أحياناً إجراء عملية جراحية أخرى (33).</p>	<p>1. ينبغي، إن أمكن، استهلال الحصول على مدخلات في مجال إعادة التأهيل انطلاقاً من مرحلة الرعاية السابقة للعمليات الجراحية من أجل إسداء المشورة بشأن الآثار المترتبة على مستوى البرز لأغراض تركيب الأطراف الاصطناعية واستخدامها.</p> <p>2. ينبغي إقامة صلات مع مقدمي خدمات الأطراف الاصطناعية المحليين ووصف الأجهزة المساعدة المناسبة في أقرب وقت ممكن.</p> <p>3. يمكن أن يكون الدعم المقدم من الأقران الذين يعانون من برز الأطراف نافعا، لذا ينبغي إقامة صلات مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة المحلية ومع أية برامج مجتمعية معنية بإعادة التأهيل بعد المرحلة الحرجة.</p>
<p>الأساس المنطقي</p> <p>قد تُعطل أثناء حالات الطوارئ الإصابات الدماغيّة الرضحية الطفيفة، حيث يتم إيلاء الاهتمام الإصابات الأكثر وضوحاً. وغالباً ما تكون الإصابات الدماغيّة الحادة نادرة، بسبب انخفاض معدلات النجاة، ولكن قد يتحو الأشخاص الذين يعانون من الإصابات الدماغيّة الحادة في البيئات التي تتوفر فيها معدات التهوية بسهولة، وسوف يكونون بحاجة إل إعادة التأهيل المكثف، طوال فترة استمرار الرعاية، وربما مشهور أو سنوات.</p> <p>لذا يلزم وضع خطة مواصلة الرعاية وإقامة الصلات مع مقدمي الخدمات المحليين.</p>	<p>المرضى الذين يعانون من الإصابات الدماغيّة الرضحية</p> <p>1. ينبغي رصد التغيرات الإدراكية والعصبية من خلال تقييمات منتظمة وموثقة.</p> <p>2. ينبغي بناءً على مدة الإقامة المجموعة واحتياجات المرضى الداخليين من خدمات إعادة التأهيل، الإكثار في وضع معنية بالإحالة إل مرفق الرعاية الانتقالية وتحديد مقدمي خدمات إعادة التأهيل وشبكات الدعم المحليين.</p> <p>3. إذا كان من المتوقع وجود إعاقه حركية على المدى الطويل، ينبغي تحديد مقدم خدمات محلي يقوم بتوفير أجهزة التنقل المناسبة في وقت مبكر.</p>

<p>الأساس المنطقي</p> <p>يمكن أن تتطلب أجهزة التقويم المستمر في صيانتها أو تحديدها خلال حياة المريض، ويتعين في كثير من الحالات تصنيعها بمواصفات خاصة، لذا ينبغي الحصول على الأجهزة من مقدم خدمات محلي (27، 28).</p>	<p>المرضى الذين يعانون من الإصابات الدماغية الرجزية (تابع)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي أن تحدد فرق الطوارئ الطبية المسارات المتبعة في إحالة المرضى لغرض إجراء الجراحات الدقيقة متى بُرئ أنها مفيدة لهم. 2. ينبغي مراعاة توفير الأجهزة التقويمية للمرضى الذين يعانون من إصابات عصبية طويلة الأجل أو دائمة، وينبغي السعي إلى توفيرها من خلال مقامي الخدمات المحليين لتحل محل أي جهاز مؤقت يقوم فريق الطوارئ الطبي بتوفيره.
<p>الأساس المنطقي</p> <p>يمكن أن تتطلب أجهزة التقويم المستمر في صيانتها أو تحديدها خلال حياة المريض، ويتعين في كثير من الحالات تصنيعها بمواصفات خاصة، لذا ينبغي الحصول على الأجهزة من مقدم خدمات محلي (27، 28).</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <p>يمكن أن تحدد فرق الطوارئ الطبية المسارات المتبعة في إحالة المرضى لغرض إجراء الجراحات الدقيقة متى بُرئ أنها مفيدة لهم.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي أن تحدد فرق الطوارئ الطبية المسارات المتبعة في إحالة المرضى لغرض إجراء الجراحات الدقيقة متى بُرئ أنها مفيدة لهم. 2. ينبغي مراعاة توفير الأجهزة التقويمية للمرضى الذين يعانون من إصابات عصبية طويلة الأجل أو دائمة، وينبغي السعي إلى توفيرها من خلال مقامي الخدمات المحليين لتحل محل أي جهاز مؤقت يقوم فريق الطوارئ الطبي بتوفيره.
<p>الأساس المنطقي</p> <p>يمكن أن تحدد فرق الطوارئ الطبية المسارات المتبعة في إحالة المرضى لغرض إجراء الجراحات الدقيقة متى بُرئ أنها مفيدة لهم.</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <p>يمكن أن تحدد فرق الطوارئ الطبية المسارات المتبعة في إحالة المرضى لغرض إجراء الجراحات الدقيقة متى بُرئ أنها مفيدة لهم.</p>
<p>الأساس المنطقي</p> <p>تكسي الرعاية المتخصصة في مجال إعادة التأهيل أهمية خاصة في رعاية المرضى الذين يعانون من حروق شديدة نظراً إلى التأثير الجوهري الذي قد تتركه عملية تثبيت وضعيات الخروج ورباتها على حوامل المرضى في الصالون الوظيفي على المدى الطويل. ويمكن أن تسفر معاناة المرضى من الألم وتقلص الجلد عن اتخاذهم لوضعيات السراجه محببة يمكن أن تقيد نطاق حركتهم مع تقدم الندبات، ويمكن أن تستمر عملية تقادها هذه لمدة تصل إلى سنتين، وبالتالي يلزم مراعاة توفير المتابعة على المدى الطويل (34).</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي أن تبدأ إعادة التأهيل في المرحلة الأكثر حرجاً من الإصابة، أما بالنسبة إلى الحروق الاستثنائية، فإله ينبغي استهلال الرعاية التنفسية، مثل العلاج الطبيعي للصدر، اعتباراً من اليوم الأول لرعاية المريض. 2. عند الاشتباه في وجود آثار وظيفية للتندب على المدى الطويل، ينبغي إحالة المريض إلى الرعاية المتخصصة المناسبة، بما في ذلك إعادة التأهيل. 3. ينبغي أن تستهدف فرق الطوارئ الطبية تحديد الخدمات المتاحة التي يمكن أن توفر المتابعة على المدى الطويل (لمدة أكثر من 18 شهراً أو يساويها) للمرضى الذين يعانون من حروق شديدة من الدرجة الثانية أو الثالثة، خاصة إذا كانت مصحوبة أو لحقت بالوجه أو بأي جزء من اليد. 4. ينبغي أن يقوم أخصائي إعادة التأهيل المختص في التخيير ومعالجة الندبات، بما في ذلك الضمادات الضاغطة، بعلاج المرضى الذين يعانون من حروق شديدة، إن أمكن.
<p>الأساس المنطقي</p> <p>تكسي الرعاية المتخصصة في مجال إعادة التأهيل أهمية خاصة في رعاية المرضى الذين يعانون من حروق شديدة نظراً إلى التأثير الجوهري الذي قد تتركه عملية تثبيت وضعيات الخروج ورباتها على حوامل المرضى في الصالون الوظيفي على المدى الطويل. ويمكن أن تسفر معاناة المرضى من الألم وتقلص الجلد عن اتخاذهم لوضعيات السراجه محببة يمكن أن تقيد نطاق حركتهم مع تقدم الندبات، ويمكن أن تستمر عملية تقادها هذه لمدة تصل إلى سنتين، وبالتالي يلزم مراعاة توفير المتابعة على المدى الطويل (34).</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي أن تبدأ إعادة التأهيل في المرحلة الأكثر حرجاً من الإصابة، أما بالنسبة إلى الحروق الاستثنائية، فإله ينبغي استهلال الرعاية التنفسية، مثل العلاج الطبيعي للصدر، اعتباراً من اليوم الأول لرعاية المريض. 2. عند الاشتباه في وجود آثار وظيفية للتندب على المدى الطويل، ينبغي إحالة المريض إلى الرعاية المتخصصة المناسبة، بما في ذلك إعادة التأهيل. 3. ينبغي أن تستهدف فرق الطوارئ الطبية تحديد الخدمات المتاحة التي يمكن أن توفر المتابعة على المدى الطويل (لمدة أكثر من 18 شهراً أو يساويها) للمرضى الذين يعانون من حروق شديدة من الدرجة الثانية أو الثالثة، خاصة إذا كانت مصحوبة أو لحقت بالوجه أو بأي جزء من اليد. 4. ينبغي أن يقوم أخصائي إعادة التأهيل المختص في التخيير ومعالجة الندبات، بما في ذلك الضمادات الضاغطة، بعلاج المرضى الذين يعانون من حروق شديدة، إن أمكن.
<p>الأساس المنطقي</p> <p>فقد ضاعت أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ السابقة على العديد من المرضى فرصة المتابعة بعد إخراجهم من المرفق إلى المجتمع. ومن الممكن أن يُصاب المرضى غير القادرين على الحركة لفترات طويلة بمضاعفات كبيرة، مثل التقلصات أو تعظم المفاصل لذلك، ينبغي تزويد المرضى بمعلومات واضحة عن خطط المتابعة والآثار المترتبة على عدم تلقي الرعاية في الوقت المناسب (1، 23).</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي في حالة إخراج المرضى الداخليين توثيق القبول المفروضة على المريض، مثل قدرة أطرافه على تحمل وزن جسمه وخطط المتابعة بشأن إزالة الجبس أو المبتدات الخارجية، توثيقاً واضحاً وإبلاغ المريض بذلك، وينبغي الحصول على رقم هاتف المريض من أجل الاستمرار في التواصل.
<p>الأساس المنطقي</p> <p>فقد ضاعت أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ السابقة على العديد من المرضى فرصة المتابعة بعد إخراجهم من المرفق إلى المجتمع. ومن الممكن أن يُصاب المرضى غير القادرين على الحركة لفترات طويلة بمضاعفات كبيرة، مثل التقلصات أو تعظم المفاصل لذلك، ينبغي تزويد المرضى بمعلومات واضحة عن خطط المتابعة والآثار المترتبة على عدم تلقي الرعاية في الوقت المناسب (1، 23).</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي في حالة إخراج المرضى الداخليين توثيق القبول المفروضة على المريض، مثل قدرة أطرافه على تحمل وزن جسمه وخطط المتابعة بشأن إزالة الجبس أو المبتدات الخارجية، توثيقاً واضحاً وإبلاغ المريض بذلك، وينبغي الحصول على رقم هاتف المريض من أجل الاستمرار في التواصل.
<p>الأساس المنطقي</p> <p>فقد ضاعت أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ السابقة على العديد من المرضى فرصة المتابعة بعد إخراجهم من المرفق إلى المجتمع. ومن الممكن أن يُصاب المرضى غير القادرين على الحركة لفترات طويلة بمضاعفات كبيرة، مثل التقلصات أو تعظم المفاصل لذلك، ينبغي تزويد المرضى بمعلومات واضحة عن خطط المتابعة والآثار المترتبة على عدم تلقي الرعاية في الوقت المناسب (1، 23).</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي في حالة إخراج المرضى الداخليين توثيق القبول المفروضة على المريض، مثل قدرة أطرافه على تحمل وزن جسمه وخطط المتابعة بشأن إزالة الجبس أو المبتدات الخارجية، توثيقاً واضحاً وإبلاغ المريض بذلك، وينبغي الحصول على رقم هاتف المريض من أجل الاستمرار في التواصل.
<p>الأساس المنطقي</p> <p>فقد ضاعت أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ السابقة على العديد من المرضى فرصة المتابعة بعد إخراجهم من المرفق إلى المجتمع. ومن الممكن أن يُصاب المرضى غير القادرين على الحركة لفترات طويلة بمضاعفات كبيرة، مثل التقلصات أو تعظم المفاصل لذلك، ينبغي تزويد المرضى بمعلومات واضحة عن خطط المتابعة والآثار المترتبة على عدم تلقي الرعاية في الوقت المناسب (1، 23).</p>	<p>الأساس المنطقي</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ينبغي في حالة إخراج المرضى الداخليين توثيق القبول المفروضة على المريض، مثل قدرة أطرافه على تحمل وزن جسمه وخطط المتابعة بشأن إزالة الجبس أو المبتدات الخارجية، توثيقاً واضحاً وإبلاغ المريض بذلك، وينبغي الحصول على رقم هاتف المريض من أجل الاستمرار في التواصل.

الأشخاص ذوو الإعاقة المسبقة

1. ينبغي أن تصمم فرق الطوارئ الطبية إلى ضمان فرز حالات الأشخاص ذوي الإعاقة المسبقة وفقاً لاحتياجاتهم الصحية، وإحالتهم إلى الخدمات المناسبة عند استصواب ذلك، مثل الدعم الاجتماعي أو توفير الأجهزة المساعدة.



2-6-3 الإخراج والإحالة

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. ينبغي أن تخطط فرق الطوارئ الطبية جوانب الإخراج والإحالة انطلاقاً من مراحل الرعاية المبكرة من أجل تحديد الثغرات التي تتخلل الخدمة، والتي ينبغي إبلاغ وزارة الصحة المضيفة/ خلية التنسيق بها على الفور.
2. سعياً إلى ضمان فعالية إدارة عمليات الإحالة لأغراض إعادة التأهيل، ينبغي أن يحتفظ كل من المريض وفريق الطوارئ الطبي الذي يتولى إحالته بنسخة من مستند الإحالة، والذي ينبغي أن يتضمن المعلومات التالية كحد أدنى:
 - الأجهزة المساعدة اللازمة التي تم توفيرها؛
 - والحالة الوظيفية، بما في ذلك التنقل والاحتياجات؛
 - ومتطلبات المتابعة مع فريق الإحالة (لأغراض من قبيل استعراض الحالة من الناحية الجراحية، أو إزالة المثبت الخارجي، أو إجراء فحص الأشعة السينية لأغراض المتابعة).
3. ينبغي ألا تسعى فرق الطوارئ الطبية إلى إخراج المرضى سوى في الحالات التي يكونون فيها قادرين على الوصول بشكل آمن إلى وجهتهم بعد إخراجهم (بمساعدة أو بدونها) وعندما يكون لديهم الدعم الكافي للتأقلم مع حالتهم.
4. ينبغي إحالة المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية بعد مغادرة فريق الطوارئ الطبي المعالج إلى فريق طوارئ طبي آخر، أو مرفق رعاية انتقالية، أو مقدّم خدمات محلي. وينبغي أن تحتفظ فرق الطوارئ الطبية بقائمة محدّثة بأسماء جميع المرضى الذين يحتاجون إلى متابعة في مجال إعادة التأهيل بعد الإخراج أو بعد مغادرة فريق الطوارئ الطبي، وإرسال هذه القائمة إلى وزارة الصحة المضيفة/ خلية التنسيق على النحو المطلوب. وينبغي أن تتضمن القائمة، كحد أدنى، اسم المريض، ورقم الهاتف (إن وجد)، والتشخيص، ووجهة الوصول عقب الإخراج، وسبب المتابعة.
5. ينبغي أن يحال المرضى إلى المتابعة في أقرب مكان ممكن إلى منازلهم.
6. ينبغي أن تحرص فرق الطوارئ الطبية على تعظيم فرص تهيئة المرضى وأسرهم ومقدمي خدمات الرعاية إليهم عقب إخراج المرضى من خلال التثقيف وإعادة التدريب الوظيفي.

7-3 بناء قدرات في مجال إعادة التأهيل

يمكن أن يسهم تقديم فرق الطوارئ الطبية لخدمات الرعاية المتخصصة أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ في إنقاذ أرواح المرضى المصابين بحالات مرضية قد تكون قاتلة بخلاف ذلك. وقد تعاني البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل من تدني مستوى تجهيز البنية التحتية للصحة وإعادة التأهيل والموظفين فيها بالمعدات الكافية لتقديم الخدمات اللازمة لهؤلاء المرضى، مثل الذين يعانون من إصابات خطيرة المستوى في الحبل الشوكي أو إصابات رضحية في الدماغ. واستجابةً لهذا الوضع الذي ينطوي على تحديات أخلاقية، ينبغي إرشاد العاملين الصحيين أو المجتمعيين المحليين ومقدمي الرعاية والمرضى أنفسهم وتوجيههم أو تدريبهم لضمان استدامة الرعاية (12، 21، 37). ولعل أفضل سبيل لتحقيق ذلك هو إقامة الشراكات، إن أمكن، مع مقدمي الخدمات المحليين. كما ينبغي أن يعتنم المهنيون المعنيون بإعادة التأهيل الفرص المتاحة لتطبيق المبادرات المحلية الآمنة والمعمول بها في مجال إعادة التأهيل. وينبغي الحرص على التأكد من أن الأشخاص المدربين هم من الأكفاء ولا يواظبون على العمل إلا في نطاق الممارسة التي تم تدريبهم عليها. كما يمكن أن يسهم تدريب مقدمي الرعاية على أداء الأدوار الأساسية في تخفيف الضغط على مقدمي الخدمات المعرضين لضغوط تفوق طاقتهم.

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. ينبغي أن تعتنم فرق الطوارئ الطبية الفرص المتاحة على أفضل وجه لتبادل المعارف والكفاءات في مجال إعادة التأهيل مع الموظفين المحليين من مختلف التخصصات.
2. ينبغي أن يتم تدريب العاملين الصحيين المحليين بما يتفق مع الممارسات المحلية؛ كما ينبغي إقرار معايير إعادة التأهيل المحلية (36).

8-3 إدارة المعلومات

تُعدُّ الوثائق والتقارير ضرورية لأغراض المساءلة والتخطيط والتواصل الفعّال أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ (16، 19، 25).

1-8-3 السجلات الصحية

يمكن أن يمثل الاحتفاظ بوثائق جيدة النوعية في سياق وقوع حالات الطوارئ تحدياً، ولكن من المهم أن تفي مدخلات إعادة التأهيل في السجل الصحي للمريض بالمعايير المهنية الدولية (38-40).

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. ينبغي إدراج الملاحظات المتعلقة بإعادة التأهيل، بما فيها التدخلات والتقييمات والأجهزة المساعدة، في السجل الصحي الرئيسي للمريض، الذي ينبغي أن يبقى مع المريض عند إحالته أو إخراجه (وفقاً للمعايير الدنيا الخاصة بفرق الطوارئ الطبية (1)).

2-8-3 جمع البيانات ورفع التقارير

يمكن في سياق وقوع حالات الطوارئ أن يتعرض الأشخاص المصابون بإعاقات كبيرة للخطر بوجه خاص ويتطلبوا دعماً مستمراً بعد مغادرة فريق الطوارئ الطبي. ولذلك، فإن من المهم إبلاغ وزارة الصحة المضيئة/ خلية التنسيق (بناءً على موافقة الشخص) عند دخول ذاك الشخص المصاب بإعاقة (إعاقات) كبيرة مسبقاً إلى مرافق الرعاية. ويمكن أن يسهم تبادل هذه المعلومات في تيسير إحالته كما ينبغي وتزويده بالدعم عقب إخراجه من المرفق، الأمر الذي يمكن أن يساعد بالاقتران مع تنسيق فريق الطوارئ الطبي في تولى وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية لموضوع التخطيط لذلك وفي تمكين مقدمي الخدمات المحليين، مثل الذين يوفرهم منهم مستلزمات التقويم والأجهزة الاصطناعية، والمنظمات التي تقدم خدمات إعادة التأهيل في المجتمع المحلي، من إتمامه. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام البيانات المتعلقة بالإصابات وحالات الإعاقة المقصورة على الاستجابة لحالات الطوارئ حتى الآن، لأغراض إجراء المزيد من البحوث الطولية الأجل لتوجيه الاستجابة في المستقبل (5، 21، 22).

9-3 البحوث في مجال الاستجابة لحالات الطوارئ

هناك حاجة مُلحة إلى إجراء المزيد من البحوث لأغراض توجيه أنشطة إعادة التأهيل أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ، وهي بحوث يتعرقل إجراؤها بشدة بفعل نقص البيانات المتوفرة عن حالات الإصابة والإعاقة والحصائل الوظيفية على المدى الطويل، واللازمة لضمان توسيع نطاق الاستفادة من الخبرات المكتسبة في مجال إعادة التأهيل وتأثيرها ضمن فرق الطوارئ الطبية وفي الاستجابة لحالات الطوارئ (16، 21). ومن الضروري التوصل إلى إجماع بشأن تصنيف دولي للإصابات فيما يتعلق بالاستجابة لحالات الطوارئ؛ ولكن سُنَّاح فرص لإجراء بحوث عالية الجودة باستخدام أساليب بحثية متعددة بفضل بناء القدرات البحثية في سياق إنجاز فرق الطوارئ الطبية لعملها اليومي بوسائل من قبيل جمع البيانات وإعداد التقارير بصورة منهجية. وينبغي ألا يقتصر هدف الدراسات على تحسين ما تقدمه فرق الطوارئ الطبية من خدمات في مجال إعادة التأهيل، بل أيضاً ما يقدمه منها مقدمو الخدمات الصحية المحليون.

المعيار التقني الأدنى لأغراض التحقق

1. ينبغي مراعاة المعايير الأخلاقية للبحث مع المشاركين من البشر في إطار الاستجابة لحالات الطوارئ، وخاصةً فيما يتعلق بالحصول على موافقتهم والحفاظ على السرية (1، 36، 41).

توصيات بشأن الرعاية المثلى للمرضى

1. ينبغي إعطاء الأولوية للرعاية السريرية على إجراء البحوث، والتي ينبغي أن تركز في حد ذاتها على تحسين إيتاء الخدمات في مجال إعادة التأهيل وتحسين حصائلها.
2. ينبغي أن يتعاون الأشخاص المطلعون بإجراء البحوث مع المؤسسات الأكاديمية المحلية وأن يتعهدوا ببناء القدرات الوطنية.
3. ينبغي أن يحرص الشركاء المحليون عند مشاركتهم في البحث على أن يتبادلوا الأدوار القيادية في المشاريع وملكية البيانات.

4. إعادة التأهيل في إطار الاستجابة للفاشيات

الدور الذي تؤديه إعادة التأهيل في إطار الاستجابة للفاشيات هو دور غير مفهوم أو مرعي كما ينبغي بالنسبة إلى مجتمع الاستجابة الإنسانية على وجه العموم، ومن المُحتمل أن يكون ذلك نتيجةً لاعتقاد خاطئ مؤداه أن إعادة التأهيل تقتصر على إدارة الإصابات الرضحية، مثل التي تحدث أثناء وقوع الزلازل والأعاصير. وفي الواقع، فإن إعادة التأهيل ضرورية في السياقات الأوسع نطاقاً: يؤدي المهنيون المعنيون بإعادة التأهيل دوراً هاماً في استرداد الأنشطة الوظيفية، مثل ما هو الحال في التدبير العلاجي للحالات المرضية التي تصيب القلب والجهاز التنفسي والالام الحادة والمزمنة وحالات عدم التأقلم والإرهاق وحالات ضعف الحواس والإدراك (42). ويعتبر انعدام الاهتمام بالعواقب الطويلة الأجل المترتبة على بعض الفاشيات سبباً آخر يبرر محدودية المشاركة في تقديم خدمات إعادة التأهيل أثناء وقوع تلك الأحداث. وقد أثبتت بوضوح فاشية فيروس الإيبولا العواقب الصحية الطويلة الأجل التي خلفتها الفاشية على الكثير من الأشخاص المتضررين بها، بما فيها الالام المبرحة في العضلات والمفاصل، وكذا حالات ضعف الحواس والإدراك التي قوّضت قدرتهم على العودة إلى مزاولة وظائفهم المعتادة (42).

أما في حالات الطوارئ المنطوية على اندلاع الفاشيات، فإن النظم الصحية المحلية يمكن أن تتعرض للانهايار بشكل كبير، وذلك بسبب تجنب الناس، بمن فيهم المهنيون الصحيون، الذهاب إلى المرافق الصحية خوفاً من التلوث واكتظاظ المرافق الصحية بالمرضى المتضررين بالفاشية. ويمكن أن يؤدي انهيار خدمات إعادة التأهيل في هذا السياق إلى مضاعفات ثانوية، بينما يمكن أن يؤدي قصور التدبير العلاجي للأمراض غير السارية إلى زيادة معدلات المراضة والإعاقة. وينبغي أن تُجرى فرق الطوارئ الطبية المُستجيبة تقييماً للإمكانيات فيما يخص السيناريوهين كليهما، وتُنسق خدمات إعادة التأهيل وفقاً لذلك. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تراعي فرق الطوارئ الطبية دور المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل في التدريب المتعدد التخصصات، مثل التدبير العلاجي لحالات الجهاز التنفسي أثناء اندلاع فاشيات الإنفلونزا، وتثقيف المرضى ومقدمي خدمات الرعاية بشأن التدبير العلاجي الذاتي للحالات المرضية المزمنة (43).

اعتبارات بشأن فرق الطوارئ الطبية المستجيبة للفاشيات

1. ينبغي أن تدرك فرق الطوارئ الطبية احتياجات مرضاها من خدمات إعادة التأهيل في الحالات الحرجة وتلك الطويلة الأجل، وأن تشر الموظفين المعنيين بإعادة التأهيل وفقاً لذلك.
2. ينبغي وضع إجراءات واضحة فيما يتعلق بإحالة الأشخاص ذوي الاحتياجات من إعادة التأهيل إلى مرافق الإقامة لأجل طويل أو إلى مقدمي خدمات آخرين.
3. ينبغي أن تدرك فرق الطوارئ الطبية تزايد معدلات تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة للخطر بسبب وجود صعوبات محتملة ماثلة أمامهم في الوصول إلى الخدمات الصحية والمعلومات.
4. ينبغي أن تتنبأ فرق الطوارئ الطبية بمضاعفات الأمراض التي تظهر لاحقاً أو على المدى البعيد (مثل العواقب المختلفة التي يعانيها الناجون من فاشية الإيبولا، بما فيها آلام المفاصل والعضلات (42)) وأن تثقف المرضى وغيرهم من المعنيين بشكل كاف.
5. ينبغي الحرص في الموازنة بين تقديم خدمات إعادة التأهيل والمخاطر المترتبة على تقديمها والايات الموضوعية موضع التنفيذ لتخفيف وطأتها.

5. إجراءات وأساليب إعداد هذه الوثيقة

وُضعت المعايير التقنية الدُّنيا والتوصيات بشأن إعادة التأهيل فيما يتعلق بفرق الطوارئ الطبية تحت إشراف أمانة فرق الطوارئ الطبية بمنظمة الصحة العالمية، وحظيت بتأييد الفريق الاستشاري الاستراتيجي المعني بفرق الطوارئ الطبية. وقد أُجريت عملية مُسندة بالبيانات وحظيت بإجماع الخبراء، واسترشد المشروع بمستشار يعمل في الأمانة.

1. أُجريت في المرحلة 1 استعراض للمؤلفات في قواعد البيانات PubMed وEMBASE وكذلك "المؤلفات غير الرسمية"، وتم استخراج المراجع ذات الصلة من قوائم مراجع المقالات المختارة. وأُجريت مقارنة معيارية باستخدام المبادئ التوجيهية والمنشورات ذات الصلة. وتم أيضاً توفير المصادر ذات الصلة من قِبَل أعضاء الفريق العامل وتجميعها لأغراض للاستعراض.

2. قام في المرحلة 2 فريق عامل دعت المنظمة إلى تشكيله في مقرها الرئيسي الكائن بجنيف، بإعداد المعايير الدُّنيا والتوصيات بشأن إعادة التأهيل. وتألّف هذا الفريق العامل من مستشارين مستقلين ومشاركين رشحتهم منظمات ممّن يظطلعون بأدوار هامة في ميدان تقديم خدمات إعادة التأهيل أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ، بمن فيهم ممثلون عن التخصصات في مجالات كل من العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي ومستلزمات التقويم والأطراف الصناعية والتمريض وطب إعادة التأهيل. وكان من اللازم أن يتمتع أعضاء الفريق العامل بالخبرة العملية في مجال الاستجابة لحالات الطوارئ، وتحقيق توازن فيما بينهم من الناحية الجغرافية ومن ناحية المساواة بين الجنسين.

واستندت المعايير والتوصيات إلى البيانات المتاحة على أن الوثيقة اعتمدت بشدة على رأي خبراء الفريق العامل، وذلك نظراً إلى محدودية البيانات والمعلومات التقنية المنشورة عن إعادة التأهيل أثناء حالات الطوارئ.

3. تألفت المرحلة 3 من الجولة الأولى لإبداء التعليقات. وأُجريت مشاورات شاملة، تم خلالها إرسال الوثيقة لأغراض استعراضها إلى الهيئات المهنية والمنظمات غير الحكومية والدولية والأفراد ذوي الصلة. وقد أفضى ذلك إلى تحقيق أكبر قدر من الدقة وضمان التوصل إلى توافق في الآراء بشأن النقاط الرئيسية وتعزيز مصداقية المعايير والتوصيات.

4. وتولى الفريق العامل في اجتماع ثان بمقر المنظمة الكائن في جنيف، النظر في مدخلات أصحاب المصلحة الذين تم استشارتهم في الوثيقة، وقام بدمج تلك المدخلات.

5. وشكلت الجولة الثانية من التعليقات المرحلة 5، والتي تم خلالها توزيع الوثيقة المحدّثة على مجموعة أصغر من أصحاب المصلحة، تكونت من أفراد منهم من ذوي الخبرة العملية في إنشاء فرق الطوارئ الطبية أو الممارسة في سياقها أو تنسيقها. واستعرض الفريق العامل تعليقات هؤلاء الخبراء عن طريق البريد الإلكتروني وعقد المؤتمرات عن بعد، وتم تنقيح الوثيقة وفقاً لذلك.

6. شملت المرحلة 6 التطبيق التجريبي للمعايير التقنية الدنيا والتوصيات أثناء عملية التحقق من فرق الطوارئ الطبية الأربعة (جميعها من الصنف 2). وتم إعلام أمانة فرق الطوارئ الطبية بالمنظمة بالدروس المستفادة من هذه العملية، وتم تنقيح العديد من المعايير والتوصيات استجابةً لذلك.

7. وقد أُدخلت تعديلات نهائية على الوثيقة في مرحلة إعدادها النهائية واعتمدها الفريق الاستشاري الاستراتيجي التابع لفرق الطوارئ الطبية.

مسرد المصطلحات

الجهاز المساعد

أي جهاز يتم تصميمه أو تصنيعه أو تعديله لمساعدة الشخص على أداء مهمة معينة، مثل الكراسي المتحركة أو الأطراف الاصطناعية أو الوسائل المعينة على الحركة والتنقل أو الوسائل السمعية أو البصرية. وقد يتم تصنيع المنتجات خصيصاً أو إتاحتها عموماً للأشخاص ذوي الإعاقة (17، ص 301؛ 44).

البيئة القاسية

"البيئة القاسية هي عبارة عن وسط تفرض فيه إمكانية الوصول أو التنقل أو الموارد أو الجوانب الأخرى للبيئات المادية أو الاجتماعية أو الاقتصادية قيوداً شديدة على مدى كفاية الرعاية الفورية للسكان المحتاجين." (45)

إعادة التأهيل المجتمعي

"استراتيجية موضوعية في إطار التنمية المجتمعية العامة لإعادة التأهيل، وتحقيق تكافؤ الفرص، والحد من الفقر، والدمج الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة. ويتم تنفيذ إعادة التأهيل المجتمعي من خلال تضافر جهود الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم وأسرهم والمنظمات المعنية بهم والمجتمعات المحلية والخدمات الصحية والتعليمية والمهنية والاجتماعية الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة وغيرها من الخدمات." (7، ص. 302).

منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة

هي عبارة عن منظمات أو مجموعات تمثل الأشخاص ذوي الإعاقة والأطفال الذين يعانون من الإعاقة الفكرية أو السمعية أو البصرية، وأقاربهم ومقدمي الرعاية لهم. ويتمثل الهدف الأساسي لهذه المنظمات في التمكين والدفاع عن الحقوق (46).

فريق الطوارئ الطبي (EMT)

فرق الطوارئ الطبية هي عبارة عن مجموعات من المهنيين الصحيين والعاملين المساندين خارج منطقة المنشأ (على الصعيد الوطني أو الدولي)، والذين يقدمون الرعاية الصحية على وجه التحديد لفئات السكان المتضررين من حالات الطوارئ، وهي تشمل الفرق الحكومية (المدنية والعسكرية على حدٍ سواء) وغير الحكومية. وتستجيب فرق الطوارئ الطبية للكوارث المفاجئة لعلاج حالات الرضوح والحالات الجراحية. وقد ثبتت في الآونة الأخيرة أهمية هذه الفرق في أنواع أخرى من الطوارئ، مثل فاشيات الأمراض السارية.

خلية تنسيق فرق الطوارئ الطبية

تهدف خلية التنسيق إلى دعم (وليس استبدال) وزارة الصحة المضيفة (أو أي هيئة وطنية تعادلها) في تنسيق شؤون جميع فرق الطوارئ الطبية المشاركة في الاستجابة كي تلبى على أفضل وجه احتياجات الرعاية الصحية الزائدة الناجمة عن الطوارئ أو الناشئة عن الضرر الذي يلحق بالقدرات القائمة. وتعمل خلية التنسيق على التوفيق بين الموارد المتاحة والاحتياجات المحددة، مما يضمن الاستخدام الأمثل للموارد والحصول على أقصى قدر من النتائج الجماعية.

قائمة التصنيف العالمية للفرق المضمونة الجودة

تضم قائمة التصنيف العالمية للفرق المضمونة الجودة جميع فرق الطوارئ الطبية المعروفة التي توافق على الالتزام بالمبادئ والمعايير الدُّنيا التي تم نشرها (1). وتتضمن القائمة جميع فرق الطوارئ الطبية التي يتم التحقق من المعلومات التي أبلغت عنها ذاتياً من خلال استعراض النظراء والمنظمات المعنية كافة بفرق الطوارئ الطبية التي تستقبل بدورها زيارات ميدانية مرضية من المنظمة والنظراء للتحقق من قدرات تلك الفرق في مرحلة ما قبل الانتشار. كما يتم إجراء ضمان الجودة أثناء النشر عن طريق المنظمة ووزارة الصحة بزيارات مشتركة في البلد المسجل لضمان الالتزام بمستوى القدرات المعلن عنها قبل الوصول. ومن أهداف القائمة عدم تشجيع الأفراد على الوصول من دون إعلانهم عن ذلك مسبقاً أثناء وقوع إحدى حالات الطوارئ. وتشجع مبادرة فرق الطوارئ الطبية هؤلاء الأفراد على الانضمام إلى فرق الطوارئ الطبية المعترف بها.

مقدم الخدمات المحلي

لأغراض هذه الوثيقة، مقدم الخدمات المحلي هو أي خدمة وطنية أو مرفق وطني أو منظمة دولية أو غير حكومية تتواجد في المنطقة المتضررة لفترة طويلة ويمكنها أن تقدم الخدمات على نحو مستدام.

ممارسة التخصصات المتعددة

في سياق هذه الوثيقة، تشمل ممارسة التخصصات المتعددة مختلف التخصصات التي تعمل بشكل جماعي في مجال علاج المرضى، حيث يقدم كل تخصص خدمات تكميلية لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة.

الفاشية

في سياق هذه الوثيقة، تشير الفاشيات إلى فاشيات الأمراض السارية، التي تُعرفها المنظمة على أنها "حدوث حالات مرضية تزيد على ما يمكن توقعه في المعتاد ضمن مجتمع محلي أو منطقة جغرافية أو موسم محدد. وقد تدرج فاشية الأمراض السارية في منطقة جغرافية محددة، وقد تمتد إلى عدة بلدان. وقد تستمر لبضعة أيام أو أسابيع، أو لعدة سنوات". (43)، ومن أمثلتها، شلل الأطفال ومرض فيروس الإيبولا والمتلازمة التنفسية الحادة الخيمة.

الموظفون المعنيون بإعادة التأهيل

يشمل الموظفون المعنيون بإعادة التأهيل كلاً من المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل والعاملين الصحيين المدربين بشكل غير رسمي الذين يدعمون أو يقومون بأعمال المهنيين المعنيين بإعادة التأهيل في غيابهم أو بسبب محدودية عددهم.

المهني المعني بإعادة التأهيل

يشمل المهنيون المعنيون بإعادة تأهيل مجموعة واسعة من المهن، بما فيها العلاج الطبيعي والعلاج الفيزيائي والعلاج الوظيفي والأجهزة التكوينية والأطراف الصناعية والتمريض في مجال إعادة التأهيل وطب إعادة التأهيل البدني (الطب الطبيعي) والطب النفسي وعلاج عاهات النطق والكلام والتغذية والعمل الاجتماعي. ويعمل هؤلاء المهنيين بشكل تعاوني مثالي ضمن فريق متعدد التخصصات، ويسهم كل واحد منهم في تحقيق الرعاية الشاملة (4، 7، 19، 46). ويختلف نطاق الممارسة والمؤهلات وتسجيل كل مهنة حسب البلد؛ لذا، توصي هذه الوثيقة بالنشر على أساس المهارات والخبرات اللازمة للعمل بفعالية في بيئات قاسية وتلبية الاحتياجات التي تنشأ في سياق حالات الطوارئ.

فرق الرعاية المتخصصة

فرق الرعاية المتخصصة هي فرق وطنية أو دولية يتم دمجها ضمن فريق الطوارئ الطبي أو مستشفى محلي لتوفير الرعاية المتخصصة. وتلتزم هذه الفرق بالمبادئ التوجيهية والمعايير الأساسية نفسها التي تلتزم بها فرق الطوارئ الطبية (1).

مرافق الرعاية الانتقالية

مرفق الرعاية الانتقالية هو وحدة معنية بالمرضى الداخليين مكلفة بتوفير الرعاية المؤقتة لحالات المرضى المستقرة طبياً في معرض تهيئتهم لأغراض إخراجهم من المرفق إلى المجتمع المحلي.

المراجع

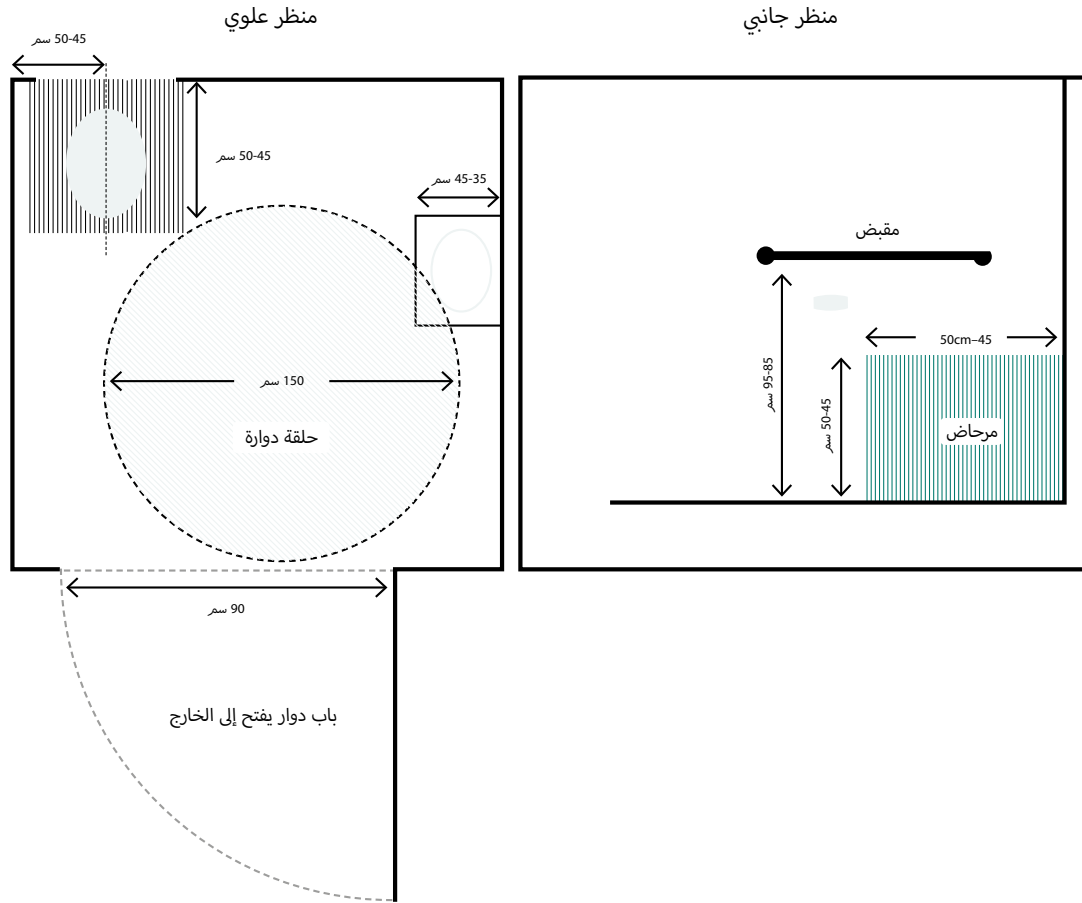
- .1 Norton I, von Schreeb J, Aitken P, Herard P, LaJolo C. Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster. Geneva: WHO; 2013.
- .2 Lezzoni LI, Ronan LJ. Disability legacy of the Haitian earthquake. *Ann Internal Med* 2010; 52:812–814.
- .3 Rathore FA, Gosney JE, Reinhardt JD, Haig AJ, Li J, DeLisa JA. Medical rehabilitation after natural disasters: why, when, and how? *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:1875–1881.
- .4 Rathore FA, Farooq F, Muzammil S, New PW, Ahmad N, Haig AJ. Spinal cord injury management and rehabilitation: highlights and shortcomings from the 2005 earthquake in Pakistan. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:579–585.
- .5 Reinhardt JD, Li J, Gosney J, Rathore FA, Haig AJ, Marx M, et al. Disability and health- related rehabilitation in international disaster relief. *Glob Health Action* 2011;4:7191.
- .6 Li Y, Reinhardt JD, Zhang X, Hu X, Chen S, Li J. Evaluation of functional outcomes of physical rehabilitation and medical complications in spinal cord injury victims of the Sichuan earthquake. *J Rehabil Med* 2012;44:534–540.
- .7 Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: World Health Organization; 2013.
- .8 Kent R, Fyfe N. Effectiveness of rehabilitation following amputation. *Clin Rehabil Med* 1999;13:43–50.
- .9 Turner-Stokes L. The cost effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clin Med* 2004;4:10–12.
- .10 Cardenas DD, Doctor JN. Cost-effectiveness of rehabilitation after spinal cord injury. *Crit Rev Phys Rehabil Med* 2012;24:359–367.
- .11 Mallick M, Aurakzai JK, Bile KM, Ahmed N. Large-scale physical disabilities and their management in the aftermath of the 2005 earthquake in Pakistan. *East Mediterr Health J* 2010;16:98–105.
- .12 Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=15&pid=150>, accessed 5 January 2014).
- .13 WHO global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2014.
- .14 Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. *Eur J Disabil* 2009;3:219–232.
- .15 Mitra S, Posarec A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Dev* 2013;41:1–18.
- .16 Chackungal S, Nickerson JW, Knowlton LM, Black L, Burkle FM, Casey K, et al. Best practice guidelines on surgical response in disasters and humanitarian emergencies: report of the 2011 humanitarian action summit working group on surgical issues within the humanitarian space. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:429–437.
- .17 World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, accessed 7 June 2015).
- .18 WHO (2001) International classification of functional disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
- .19 Knowlton LM, Gosney JE, Chackungal S, Altschuler E, Black L, Burkle FM Jr, et al. Consensus statements regarding the multidisciplinary care of limb amputation patients in disasters or humanitarian emergencies: report of the 2011 humanitarian action summit surgical working group on amputations following disasters or conflict. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:438–448.
- .20 von Schreeb J, Riddez L, Samnegård H, Rosling H. Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan. *Prehosp Disaster Med* 2008;23:144–151.

- Burns AS, O'Connell C, Rathore F. Meeting the challenges of spinal cord injury care following sudden onset disaster: lessons learned. *J. Rehabil Med* 2012;44:414–420. .21
- Redmond AD, Mardel S, Taithe B, Calvot T, Gosney J, Duttine A, et al. A qualitative and quantitative study of the surgical and rehabilitation response to the earthquake in Haiti, January 2010. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:449–456. .22
- Zhang X, Hu X, Reinhardt JD, Zhu H, Gosney JE, Liu S, et al. Functional outcomes and health-related quality of life in fracture victims 27 months after the Sichuan earthquake. *J Rehabil Med* 2012;44:206–209. .23
- Walker P, Russ C. Professionalising the humanitarian sector: A scoping study, Enhancing learning and research for humanitarian assistance. Cardiff: Enhancing Learning and Research for Humanitarian Assistance, Save the Children; 2010. .24
- Burkle FM Jr, Nickerson JW, von Schreeb J, Redmond AD, McQueen KA, Norton I, et al. Emergency surgery data and documentation reporting forms for sudden-onset humanitarian crises, natural disasters and the existing burden of surgical disease. *Prehosp Disaster Med* 2012;27:577–582. .25
- Walsh L, Subbarao I, Gebbie K, Schore KW, Lyznicki J, Strauss-Riggs K, et al. Core competencies for disaster medicine and public health. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2012; 6:44–52. .26
- Prosthetics and orthotics programme guide: implementing P&O services in low-income settings. Brussels: International Society for Orthotics and Prosthetics; 2006. .27
- Prosthetics and orthotics project guide: supporting P&O services in low-income settings. Brussels: International Society for Orthotics and Prosthetics; 2006. .28
- World Health Organization, United States Agency for International Development. Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disability related to personal mobility. Geneva, World Health Organization; 2011. .29
- Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: United Nations, Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2003–2004 (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>, accessed 25 June 2015). .30
- Bonnet S Physical rehabilitation centres: Architectural programming handbook. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2014. .31
- ISO 21542:2011. Building construction – accessibility and usability of the built environment. Geneva: International Standards Organization; 2011 (http://iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=50498, accessed June 2015). .32
- Carroll K, Edelstein JE. Prosthetic and patient management: a comprehensive clinical approach. Thorofare, New Jersey: Slack Inc; 2006. .33
- Edgar D, Brereton M. Rehabilitation after burn injury *BMJ*. 2004;329:343–345. .34
- Sphere Project. The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Rugby: Practical Action Publishing; 2011. .35
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki : Ethical Principles for Medical. Research Involving Human Subjects. *J Am Med Assoc* 2013; 310:2191–2194. .36
- Hu X, Zhang X, Gosney JE, Reinhardt JD, Chen S, Jin H, et al. Analysis of functional status, quality of life and community integration in earthquake survivors with spinal cord injury at hospital discharge and one-year follow-up in the community. *J Rehabil Med* 2012;44:200–205. .37
- WCPT guideline for physical therapy records management: record keeping, storage, retrieval and disposal. London: World Confederation for Physical Therapy; 2011 (<http://www.wcpt.org/guidelines/records-management>, accessed 23 August 2015). .38
- Blanchet K, Sistenich V, Ramesh A, Frison S, Warren E, Hossain M, et al. An evidence review of research on health interventions in humanitarian crises. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2013. .39

- The code: professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. London: Nursing & Midwifery Council; 2015 .40
(<http://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/revised-new-nmc-code.pdf>, accessed 23 August 2015).
- Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization. International ethical guidelines for .41
biomedical research Involving human subjects. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf, accessed 15 August 2015).
- Bausch DG. Sequelae after Ebola virus disease: even when it's over it's not over. *Lancet Infect Dis* 2015;15:865–866. .42
- Disease communicable disease outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/topics/disease_communicable_disease_outbreaks/en/, accessed 23 June 2015). .43
- Assistive devices/technologies. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/disabilities/technology/en/>) .44
- Miller Briggs SM, Lin G. Disaster management. In: Meara JG, McClain CD, Rogers SO Jr, Mooney DP, editors, *Global surgery and anesthesia manual: providing care in resource-limited settings*. Boca Raton, Florida: CRC Press; 2015:443–453. .45
- Scaffa ME, Gerardi S, Herzberg G, McColl MA. The role of occupational therapy in disaster preparedness, response, and recovery. .46
Am J Occup Ther 2006;60:642–649.

الملحق 1. الأبعاد ودرجات الميل المُحدّدة بشأن إمكانية الوصول في المستشفيات الميدانية

أبعاد المراحيض التي يمكن الوصول إليها بالكراسي المتحركة



الميل الموصى به بشأن الأرضية المنحدرة

أقصى ارتفاع (م)	أقصى طول (م)	أقصى ميل
-	-	20:1
0.5	8	16:1
0.35	5	14:1
1.15	2	12:1
0.12	1.25	10:1
0.06	0.5	08:1

المرجع

United Nations (2003–2004) Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>, accessed 25 June 2015).

الملحق 2. لمحة عامة عن مدخلات إعادة التأهيل بحسب صنف فريق الطوارئ الطبي، والاعتبارات المحددة بشأن الإخراج من المرفق

اعتبارات الإرجاع والإخراج	الصنف 3	الصنف 2	الصنف 1	الصنف 1	المسور الأناسية (التدبير العلاجي غير الجراحي)
<ul style="list-style-type: none"> متابعة إعادة التأهيل 	<ul style="list-style-type: none"> مطابقة للصنف 1 	<ul style="list-style-type: none"> مطابقة للصنف 1 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم إرشادات واضحة بشأن حالة تحمل الطوي لوزن الجسم توفير الأجهزة المساعدة إسداء المشورة بشأن مجال الحركة والاستخدام الوظيفي 	<ul style="list-style-type: none"> التثبيت والإحالة 	المسور الأناسية (التدبير العلاجي غير الجراحي)
<ul style="list-style-type: none"> توضيح موعد إزالة الميثب الخارجي تطور حالة تحمل الساق لوزن الجسم التتقيف بشأن المضاعفات المحتملة متابعة إعادة التأهيل 	<ul style="list-style-type: none"> توفير الأجهزة المساعدة إسداء المشورة بشأن مجال الحركة والاحتياجات اللازمة إعادة التدريب الوظيفي الرقابة المتعاقبة بالميثب الخارجي التدبير العلاجي للألم تتقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> توفير الأجهزة المساعدة إسداء المشورة بشأن مجال الحركة والاحتياجات اللازمة إعادة التدريب الوظيفي الرقابة المتعاقبة بالميثب الخارجي التدبير العلاجي للألم تتقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم حالة الجهاز العصبي إسداء المشورة بشأن الوقاية والرعاية فيما يخص باحة الانضغاط الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو تعليمات فرق الرعاية المتخصصة 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم حالة الجهاز العصبي إسداء المشورة بشأن الوقاية والرعاية فيما يخص باحة الانضغاط الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو تعليمات فرق الرعاية المتخصصة 	إصابات الجبل الشوكي
<ul style="list-style-type: none"> توفير الأجهزة المساعدة المؤقتة، بما في ذلك معدات تخفيف الضغط التتقيف بشأن الرعاية الذاتية، ومنها إدارة مخلفات الأمعاء والمثانة، واتخاذ الاحتياطات اللازمة الإحالة إل مقدم خدمات محلي لتوفير الأجهزة المساعدة لأجل طول متابعة إعادة التأهيل 	<ul style="list-style-type: none"> تتقيف حالة الجهاز العصبي التدبير العلاجي للألم إعادة التدريب الوظيفي توفير كرسي متحرك مؤقت الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو لتعليمات فرق الرعاية المتخصصة تتقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم حالة الجهاز العصبي التدبير العلاجي للألم إعادة التدريب الوظيفي توفير كرسي متحرك مؤقت الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو لتعليمات فرق الرعاية المتخصصة تتقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم حالة الجهاز العصبي إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة الوقاية والرعاية فيما يخص باحة الانضغاط الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو تعليمات فرق الرعاية المتخصصة 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم حالة الجهاز العصبي إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة الوقاية والرعاية فيما يخص باحة الانضغاط الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو لتعليمات فرق الرعاية المتخصصة 	إصابات الجبل الشوكي
<ul style="list-style-type: none"> تحديد مرفق الرعاية الانتقالية إذا لزم الأمر تحديد مقدمي الرعاية المحليين المعتمدين بعلاج الحروق/جراحات التجميل و/أو فرق الرعاية المتخصصة المعنية بالحروق لعلاج الندبات، بما في ذلك الملابس الضاغطة، متابعة إعادة التأهيل على المدى الطويل لتباعد نضوج الندبات وخط القلقاس. 	<ul style="list-style-type: none"> إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة تتقيف الوضعيات، بما في ذلك التجبير إذا استُصوب ذلك مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في الحروق/تجميلها جراحياً إذا استُصوب ذلك تتقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة تتقيف الوضعيات، بما في ذلك التجبير إذا استُصوب ذلك مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في الحروق/تجميلها جراحياً إذا استُصوب ذلك تتقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم حالة الجهاز العصبي إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة الوقاية والرعاية فيما يخص باحة الانضغاط الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو تعليمات فرق الرعاية المتخصصة 	<ul style="list-style-type: none"> تقديم حالة الجهاز العصبي إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة الوقاية والرعاية فيما يخص باحة الانضغاط الإحالة وفقاً لأحكام البروتوكول الوطني أو تعليمات فرق الرعاية المتخصصة 	الحروق

اعتبارات الإحالة والإرجاع	الصف 3	الصف 2	الصف 1	إصابات الأضواء الطوقية
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد فرق الرعاية المتخصصة في الجراحات الدقيقة والإيكار إذا كان من المتوقع إجراء تدخل جراحي • الإحالة إلى مقدم خدمات محلي لتوفير الأجهزة المساعدة طويلة الأجل (مثل مستلزمات التنويم) • التنقيف بشأن المضاعفات المحتملة، مثل النقص • متابعة إعادة التأهيل 	<ul style="list-style-type: none"> • تثبيت الوضعيات، بما في ذلك التجبير إذا استصوب ذلك • تنقيف المريض ومقدم الرعاية • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • التدبير العلاجي للألم • الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في الجراحات الدقيقة إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • تثبيت الوضعيات، بما في ذلك التجبير إذا استصوب ذلك • تنقيف المريض ومقدم الرعاية • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • التدبير العلاجي للألم • الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في الجراحات الدقيقة إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • تثبيت الوضعيات، بما في ذلك التجبير إذا استصوب ذلك • تنقيف المريض ومقدم الرعاية • الإحالة بحسب الاستصواب 	<p>الإصابات الدماغية الرضية</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد مرافق الرعاية الانتقالية إذا لزم الأمر • تحديد مقدمي الخدمات المحليين فيما يتعلق وإعادة التأهيل العصبي، توفير المتابعة على المدى الطويل • طول فترة العلاج العصبي • الإحالة إلى مقدم خدمات محلي لتوفير الأجهزة المساعدة طويلة الأجل إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • تقييم حالة الجهاز العصبي والإدراكي • تثبيت الوضعيات، بما في ذلك التجبير إذا استصوب ذلك • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • تنقيف المريض ومقدم الرعاية • الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في الأعصاب إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • تقييم حالة الجهاز العصبي والإدراكي • تثبيت الوضعيات، بما في ذلك التجبير إذا استصوب ذلك • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • تنقيف المريض ومقدم الرعاية • الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في الأعصاب إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • تقييم حالة الجهاز العصبي والإدراكي الأساسي • الإحالة بحسب الاستصواب 	<p>الجروح</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد فرق الرعاية المتخصصة في جراحات الإيكار في التجميل • تطور حالة تحمل الطرف لوزن الجسم • التنقيف بشأن المضاعفات المحتملة، مثل عدوى الالتهايات • متابعة إعادة التأهيل إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة • توفير الأجهزة المساعدة • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • تنقيف المريض ومقدم الرعاية • الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في مجال جراحات التجميل إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة • توفير الأجهزة المساعدة • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • تنقيف المريض ومقدم الرعاية • الإحالة إلى فريق رعاية متخصص في مجال جراحات التجميل إذا استصوب ذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • إسداء المشورة بشأن الضمادات المناسبة، والإحالة بحسب الاستصواب 	<p>البر</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الإحالة إلى مقدم خدمات محلي لتوفير الأجهزة المساعدة طويلة الأجل، مثل الأطراف الاصطناعية و/أو الكرسي المتحرك إذا استصوب ذلك • متابعة إعادة التأهيل 	<ul style="list-style-type: none"> • إسداء المشورة قبل إجراء الجراحة بشأن توفير الأطراف الاصطناعية والحصائل الوظيفية • التدبير العلاجي للأطراف المتبورة • توفير أجهزة مساعدة مؤقتة • التدبير العلاجي للألم • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • تنقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> • إسداء المشورة قبل إجراء الجراحة بشأن توفير الأطراف الاصطناعية والحصائل الوظيفية • التدبير العلاجي للأطراف المتبورة • توفير أجهزة مساعدة مؤقتة • التدبير العلاجي للألم • مجال الحركة، والقوة، وإعادة التدريب الوظيفي • تنقيف المريض ومقدم الرعاية 	<ul style="list-style-type: none"> • التدبير العلاجي الأساسي للحروح • الإحالة إلى فريق الطوارئ الطبي من الصف 2 أو 3 أو مؤقت وطني 	<p>البر</p>

الملحق 3. مثال على استمارة الإحالة لإعادة التأهيل الخاصة بفرق الطوارئ الطبية

الإحالة إلى: _____
 الإحالة من: _____
 سبب الإحالة: _____

بيانات مفصلة عن المريض

اللقب (الاسم): _____ العمر: _____ الجنس ذكر أنثى
 رقم الهاتف: _____
 العنوان: _____
 تاريخ الحالة المرضية: _____

العمليات الجراحية السابقة (يرجى بيان التواريخ): _____
 القيود/ الاحتياطات الواجب مراعاتها بعد الإصابة (تحمل الوزن، مجال الحركة): _____

هل تلزم المراجعة؟ نعم لا
 التفاصيل: _____

العلاج الطبي السابق (يرجى بيان أية رموز وأدوية هامة): _____

الجانب الاجتماعي

مقدم الرعاية/الدعم: _____
 هل يصاحبه مقدم رعاية؟ نعم لا
 المستوى التعليمي/ الوظيفي: _____
 وجهة الإخراج/ الإقامة: _____

الحالة الوظيفية

التنقل والحركة: مستقل بحاجة إلى مساعدة أجهزة تنقل
 أنشطة الحياة اليومية: مستقل بحاجة إلى مساعدة أجهزة مساعدة
 الإدراك: سليم معاق التفاصيل
 اسم القائم بالإحالة: _____ رقم الهاتف: _____
 التاريخ: _____ التوقيع: _____

الملحق 4. المصادر

معايير الاستجابة لحالات الطوارئ

- Norton I, von Schreeb J, Aitken P, Herard P, LaJolo C (2013) Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster. Geneva: WHO (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf).
- Sphere Project (2011) The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Rugby: Practical Action Publishing (<http://www.sphereproject.org/resources/download-publications/?search=1&keywords&language=english&category=22>).

إمكانية الوصول المادي

- United Nations (2003–2004) Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>).
- Bonnet S (2014) Physical rehabilitation centres: architectural programming handbook. Geneva: International Committee of the Red Cross (<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4133.pdf>).

الإعاقة أثناء الاستجابة للطوارئ

- WHO (2013) Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf).

الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي

- Inter-Agency Standing Committee (2007) Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: WHO (http://www.who.int/hac/network/interagency/news/iasc_guidelines_mental_health_psychosocial.pdf?ua=1).
- WHO (2011) Psychological first aid: guide for field workers. Geneva (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011_eng.pdf?ua=1_9789241548205).

أجهزة التنقل

- WHO (2008) Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less-resourced settings. Geneva (<http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en>).
- WHO, United States Agency for International Development (2011) Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disability related to personal mobility. Geneva, WHO (http://www.who.int/disabilities/publications/technology/jpp_final.pdf).

إصابات الحبل الشوكي

- WHO, International Spinal Cord Society (2013) International perspectives in spinal cord injury. Geneva: WHO (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/9789241564663/1/94190/am/10665_eng.pdf?ua=1).
- EMT: <https://extranet.who.int/emt/page/home>
- /Disability and rehabilitation: <http://www.who.int/disabilities/en>

الملحق 5: الخبراء الخارجيون وموظفو منظمة الصحة العالمية المعنيون بإعداد هذه الوثيقة

الفريق العامل

السيد جوليان كلاوس

العلاج الطبيعي
أخصائي علاج طبيعي
المركز الطبي الإقليمي الجامعي بمدينة ليل
ليل، فرنسا

الدكتور جيمز غوسيني ج. ر.

الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
رئيس اللجنة المعنية بإعادة التأهيل والإغاثة من الكوارث (CRDR)
الجمعية الدولية للطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
جنيف، سويسرا

الدكتورة جيرالدين جاكوبين

الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
أستاذة مشاركة - الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
جامعة مونتريال، مونتريال، كندا، ومستشفى فاليدا لإعادة التأهيل،
بروكسل، بلجيكا

السيدة جودي آن ميلز

العلاج الوظيفي
استشارية
فرق الطوارئ الطبية
منظمة الصحة العالمية
جنيف، سويسرا

السيدة باربارا راو

العلاج الطبيعي
منسقة تقنية لشؤون العلاج الطبيعي
اللجنة الدولية للصليب الأحمر
جنيف، سويسرا

السيد ميشائيل ريختشتانير

تقويم العظام والأطراف الاصطناعية
مدير مشروع إعادة التأهيل البدني
اللجنة الدولية للصليب الأحمر
جنيف، سويسرا

السيدة فاليري شير

العلاج الوظيفي
مديرة - وحدة الاستجابة للطوارئ
البعثة المسيحية للمكفوفين
بروكسل، بلجيكا

السيدة فيونا ستيفنسن

التمريض في مجال إعادة التأهيل
أخصائية تمريض في مؤسسة واترلو ستيفنسن
المحدودة إصابات الحبل الشوكي
استشارية
سالزبورج، المملكة المتحدة

السيد بيتر سكيلتن

العلاج الطبيعي
مدير مشروع إعادة التأهيل،
المنظمة الدولية للمعوقين
لندن، المملكة المتحدة

السيد كلود تارديف

تقويم العظام والأطراف الاصطناعية
رئيس برنامج إعادة التأهيل البدني
اللجنة الدولية للصليب الأحمر
جنيف، سويسرا

مراجعو منظمة الصحة العالمية (جنيف، سويسرا)

السيدة برونتي مارتن

مستشارة فنية
فرق الطوارئ الطبية
إدارة مخاطر الطوارئ والاستجابة الإنسانية

السيد روبرت هولدر

مستشار تقني
فرق الطوارئ الطبية
إدارة مخاطر الطوارئ والاستجابة الإنسانية

السيد فلافيو ساليو

مستشار تقني
فرق الطوارئ الطبية
إدارة مخاطر الطوارئ والاستجابة الإنسانية

الدكتور إيان نورتن

مستشار تقني ورئيس مشروع
فرق الطوارئ الطبية
إدارة مخاطر الطوارئ والاستجابة الإنسانية

الدكتورة ألكوس سيزا

منسقة
الوقاية من العمى والصمم، الإعاقة وإعادة التأهيل

المراجعون الخارجيون

الدكتور إهان كيلمان

معيد في قسم المخاطر، والقدرة على الصمود،
والصحة العالمية، جامعة كلية لندن
لندن، المملكة المتحدة
المعهد الترويجي للشؤون الدولية
أوسلو، النرويج

السيدة عيشة تابه ضنغانا

المديرة التنفيذية
مركز إعادة تأهيل إصابات الجبل الشوي
كافريالانتشوك، نيبال

الدكتورة فيليبيناس غ. غانتشوب

الأكاديمية الفلبينية لطب إعادة التأهيل
رئيسة لجنة إعادة التأهيل والإغاثة من الكوارث
الفلبين

الدكتورة فاري خان

مديرة قسم إعادة التأهيل
مستشفى ملبورن الملكي
ملبورن، أستراليا

الدكتور أوليفير هاغن

نائب رئيس - شعبة الطب الاستوائي والإنساني
مستشفيات جامعة جنيف
جنيف، سويسرا

السيدة كارين ليفينغستون

استشارية في الشؤون الطبية - ممرضة
هيئة ميد - المملكة المتحدة
مانشستر، المملكة المتحدة

السيد راجيف س. هانسبال

رئيس
الجمعية الدولية لتقويم العظام والأطراف الاصطناعية
بروكسل، بلجيكا

السيد ستيف مائين

استشاري جراحة العظام والرضوح
استشاري جراحة العظام، البعثة المسيحية للمكفوفين
رئيس قسم طب الكوارث والنزاعات، سانت جورج،
جامعة لندن
لندن، المملكة المتحدة

السيدة دايانا هيسكوك

استشارية الإعاقة
الرابطة الدولية لمساعدة المسنين
لندن، المملكة المتحدة

المراجعون الخارجيون (تابع)

السيدة عليمه شيفجي

مديرة
المنظمة الدولية للمعوقين
لندن، المملكة المتحدة

السيد ميشيل ستينبيك

استشاري الإعاقة البدنية وإعادة التأهيل
البعثة المسيحية للمكفوفين
هولندا

Colleen O'Connell / د

أستاذ مساعد - الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
عميد كلية الطب بجامعة دالهوري، الفريق الكندي لشفاء اليبدين،
مؤسسة فريديريكتون، كندا

السيدة كاثرين سايكس

استشارية في السياسات المهنية
الاتحاد العالمي للعلاج الطبيعي
لندن، المملكة المتحدة

الدكتور هارالد فين

رئيس الجراحين
اللجنة الدولية للصليب الأحمر
جنيف، سويسرا

السيدة جوان م. ويلسن

رئيسة وحدة جراحة الطوارئ
منظمة إنقاذ الطفولة (المملكة المتحدة)
لندن، المملكة المتحدة

السيد أنغل فيكاريو ميرنيو

استشاري في شؤون الصحة
المؤسسة الدولية والأيبيرية - الأمريكية للإدارة
والسياسات العامة - مؤسسة أسبانيا
مدريد، أسبانيا

السيد جان مونسباكن

رئيس
المنظمة الدولية لإعادة التأهيل
أوسلو، النرويج

الدكتورة كولين أوكونيل

أستاذة مساعدة - الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
عميد كلية الطب بجامعة دالهوري، الفريق الكندي
المعني بشفاء اليبدين
فريديريكتون، كندا

الدكتور نيلسون أوليمر

كبير الجراحين
اللجنة الدولية للصليب الأحمر
جنيف، سويسرا

السيدة ماريلين باتيسن

رئيس
الاتحاد العالمي لأخصائيي العلاج المهني
أديلايد، أستراليا

الأستاذ أ. د. ريدموند

أستاذ طب الطوارئ الدولي
رئيس هيئة ميد - المملكة المتحدة
نائب المدير
معهد الاستجابة في الحالات الإنسانية والصراعات،
جامعة مانشستر
مانشستر، المملكة المتحدة



إدارة الطوارئ والعمليات
برنامج منظمة الصحة العالمية للطوارئ الصحية
منظمة الصحة العالمية
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
البريد الإلكتروني: emteams@who.int

