

التصدي لعبء الرضوح المتزايد في الأوضاع الإنسانية بإقليم شرق المتوسط

ملخص تنفيذي

يتعرض إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط لبعض أشد حالات الطوارئ حدةً وتعقيداً واتساعاً في النطاق على مستوى العالم. ويُصنّف البنك الدولي تسعاً من الدول الأعضاء بالإقليم على أنها هشّة أو متأثرة بالنزاعات، فضلاً عن تعرّض الإقليم إلى خمس كوارث من أصل 10 كوارث طبيعية هي الأكثر فتكاً في العالم بين عامي 2022 و2023. وقد أفرزت كل أزمة من تلك الأزمات عبئاً ثقيلاً من المراضة والوفيات الناجمة عن الرضوح انطوى على وقوع إصابات معقدة وحوادث لإصابات جماعية. ومع طول أمد هذه الأزمات الإنسانية التي تعصف بالإقليم، قد يظل هذا العبء ثابتاً عند مستويات مرتفعة لسنوات طوال.

ويتطلب التدبير العلاجي الفعّال للرضوح توفير مسار رعاية نشط ومندمج في النظام الشامل لخدمات رعاية الحالات الطارئة والجرحة والجراحية. ولكن في ظل الأوضاع الإنسانية التي يشهدها الإقليم، ازدادت النُظم الصحية الهشة ضعفاً على ضعفها وتعرضت لأضرار شديدة، مما يحد من قدرة العاملين الصحيين على تقديم الخدمات الصحية الأساسية، ومنها رعاية المصابين بالرضوح. وقد تؤدي العقبات التشغيلية المترتبة على انعدام الأمن، والقيود المفروضة على إمكانية الوصول، والعوائق البيروقراطية، إلى فرض مزيد من القيود على تقديم الرعاية الصحية الأساسية ورعاية المصابين بالرضوح. علاوة على ذلك، فإن عدد الوكالات التي تتمتع بالولاية أو القدرة على توفير رعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية محدود، لا سيما في أوضاع النزاعات الممتدة.

واستناداً إلى التجارب الناجحة في كل من العراق وفلسطين، أطلقت منظمة الصحة العالمية المبادرة الإقليمية للرضوح في الإقليم في عام 2020 للمساعدة على سدّ الفجوات في رعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية. ومن خلال توفير المساعدة التقنية والتنفيذية وبناء القدرات، دعمت المبادرة الاستجابة لأكثر من 200 حادث من حوادث الإصابات الجماعية في خمسة أماكن متضررة بالنزاع يقدر عدد المصابين فيها بنحو 800000 مريض.

ولمواصلة توسيع نطاق رعاية المصابين بالرضوح وتحسينها في الأوضاع الإنسانية في جميع أنحاء الإقليم، وضعت المنظمة إطاراً تنفيذياً يتلاءم مع خصوصية هذه الأوضاع وما يكتنفها من تحديات. ويسترشد الإطار بالقرار ج ص ع76.2 الذي اعتمده الدورة السادسة والسبعون لجمعية الصحة العالمية في عام 2023، ويتمحور حول سلسلة خدمات الرعاية الطارئة والجرحة والجراحية. وتشمل تلك الخدمات المجتمع المحلي، ومرافق الرعاية الأولية، والرعاية السابقة لدخول المستشفى، ورعاية الحالات الحادة في المستشفيات، والتدبير العلاجي للألم والرعاية الملطفة، وإعادة التأهيل. ويضمن هذا النهج اغتنام جميع الفرص المتاحة للحد من المراضة والوفيات في صفوف المرضى المصابين بالرضوح، وأن يكون انتقال المريض بين مختلف الخدمات سلساً قدر الإمكان.

ويستند الإطار التنفيذي إلى مبدأ سويفت (SWIFT)، الذي يعني ضرورة أن تكون التدخلات في مجال الرضوح مأمونة وعملية وبديهية وعادلة ومناسبة التوقيت. وينبغي مواءمة الإرشادات والدعم التقنيين مع قدرات وبيئة عمل النظام الصحي المحلي، نظراً إلى القيود الكبرى المفروضة على الموارد في أكثر الأوضاع هشاشة أو تأثراً بالنزاع.

وتتمثل أهداف الإطار التنفيذي فيما يلي: تعزيز استجابة المجتمع المحلي للرضوح؛ وبناء القدرات على مستوى الرعاية الصحية الأولية من أجل التدبير العلاجي الأولي للرضوح؛ وتحسين توقيت وجودة الرعاية أثناء نقل المرضى؛ وتعزيز

خدمات الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية؛ ووضع بروتوكولات ونُظْم للإدماج المبكر لخدمات إعادة التأهيل في التدبير العلاجي للرضوح؛ ووضع بروتوكولات ونُظْم للتدبير العلاجي للألم والرعاية الملطفة على امتداد مسار الرعاية؛ وتطوير وتعزيز القدرات الوطنية على الاستجابة السريعة وتلبية الاحتياجات المفاجئة، بما يشمل تشكيل الفرق الطبية الطارئة؛ وتعزيز نُظْم معلومات الرعاية الطارئة ورعاية المصابين بالرضوح؛ وإعداد برنامج للارتقاء بجودة رعاية المصابين بالرضوح.

مقدمة

1. تُمثّل الرضوح شاغلاً عالمياً رئيسياً من شواغل الصحة العامة. ففي كل عام، يقع ما يقرب من 5 ملايين وفاة نتيجة الإصابات، فضلاً عن معاناة 45 مليون شخص آخر من إعاقة لاحقة (1، 2). ويتجاوز ذلك عدد الوفيات الناجمة عن الملاريا والسل وفيروس العوز المناعي البشري مجتمعةً. ويُلاحظ العبء الأكبر في البلدان ذات الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط التي يواجه الكثير منها آثاراً تراكمية ومتقاربة للنزاعات، وفاشيات متكررة للأمراض، وكوارث طبيعية، واقتصادات هشة. ويتطلب التدبير العلاجي الفعال للرضوح اتباع نهج شامل ومنسق للنُّظُم على امتداد سلسلة الرعاية، يبدأ من الوقاية من الإصابات وينتهي بإعادة التأهيل.

2. وينوء إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بعبء ثقيل وخاص للغاية من الرضوح، نظراً إلى ما يشهده من صراعات متعددة ممتدة وكوارث طبيعية متكررة. ويُصنّف البنك الدولي تسعة بلدان في الإقليم على أنها تعاني من أوضاع هشة ومُتأثرة بالنزاعات (3). وبلغ عدد سكان الإقليم 745 مليون نسمة، أي ما يوازي 9% من سكان العالم، منهم 107 ملايين في حاجة إلى مساعدات إنسانية، وهو ما يُمثّل 36% من العبء الإنساني العالمي (4). وفي نيسان/ أبريل 2024، استجابت المنظمة لما مجموعه 19 طارئة كبرى في جميع أنحاء الإقليم. وقد أدت الآثار المباشرة وغير المباشرة الناجمة عن كثير من تلك الطوارئ إلى ارتفاع معدل انتشار الإصابات الرضحية، وهو ما أثقل كاهل النُّظُم الصحية الضعيفة بالفعل جرّاء استمرار هذا العبء.

3. وتفرض الاستجابة للإصابات الرضحية وغيرها من الاحتياجات الطبية العاجلة في الأوضاع الإنسانية تحديات عديدة، إذ غالباً ما تتدهور النُّظُم الصحية تدريجياً أثناء النزاعات، وقد تتعرض لأضرار ودمار بالغين في أعقاب الكوارث الطبيعية. ومن بين العوامل التي تعوق تقديم الخدمات الصحية في الأوضاع الإنسانية، انعدام الأمن، وضعف فرص الحصول على الرعاية الصحية، وفقدان الطواقم الطبية، وتعطل خطوط الإمداد، والنزوح القسري، والفجوات التمويلية، والهجمات على مرافق الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك، فإن الإصابات المعقدة وحوادث الإصابات الجماعية المرتبطة بالنزاعات والكوارث الطبيعية تضغط بشكل خاص على النُّظُم الصحية، مما يتطلب توفير موارد وقدرات كثيراً ما تكون منعدمةً في مثل هذه السياقات.

4. ولسد تلك الثغرات في الإقليم، وضعت منظمة الصحة العالمية إطاراً تنفيذياً للتصدي لعبء الرضوح بمزيد من الفعالية والقدرة على التنبؤ في الأوضاع الإنسانية. وتلخص هذه الورقة عبء الرضوح الناجم عن النزاعات والكوارث الطبيعية في الإقليم، وتستعرض السياق التنفيذي والتحديات، وتقرّح نهجاً استراتيجياً للحد من المراضة والوفيات المرتبطة بالرضوح في الأوضاع الإنسانية.

عبء الرضوح في الأوضاع الإنسانية في جميع أنحاء الإقليم

5. بالرغم من صعوبة تقدير معدلات الوفيات والمراضة الناجمة عن الرضوح كميّاً في أوضاع النزاع نظراً إلى القيود التشغيلية وضعف النُّظُم والموارد في الإقليم، فإن ثمة بيانات حالية تشير إلى ارتفاع العبء الناجم عن الرضوح في جميع أنحاء الإقليم. ففي عام 2023، كانت هناك ثماني دول أعضاء سجلت كل منها أكثر من 1000 وفاة مرتبطة بالنزاعات (تراوح النطاق بين 1038-14248)، منها سبع دول أعضاء مُصنّفة على أنها تعاني من أوضاع هشة ومُتأثرة بالنزاع (5). ويعني طول أمد العديد من النزاعات أن هذا العبء قد يمتد سنوات عديدة. وفي أفغانستان، وثّقت الأمم المتحدة أكثر من 1000 وفاة ناجمة عن الرضوح في صفوف المدنيين (تراوح النطاق بين 1052-1686) وأكثر من 1000 إصابة في صفوف المدنيين (تراوح النطاق بين 1440-3600) في كل عام بين عامي 2009 و2021 (6).

6. وبوجه خاص، أسفرت النزاعات المحتملة التي تصاعدت وتيرتها في عام 2023 في السودان وفي إسرائيل وفلسطين عن وقوع خسائر فادحة. ففي السودان، أُبلغ عن 12270 حالة وفاة نتيجة النزاعات في الفترة من 15 نيسان/ أبريل 2023 إلى 26 نيسان/ أبريل 2024، بالرغم من الإقرار عامةً بأن هذه الأرقام لا تعبر عن الحقيقة نتيجة تعدُّر

الوصول إلى مناطق النزاع (5). وبحسب وزارة الصحة الفلسطينية، أسفرت الحرب في قطاع غزة في الفترة بين 27 تشرين الأول/ أكتوبر 2023 و20 نيسان/ أبريل 2024 عن مقتل 34049 شخصًا وإصابة 76901 آخرين؛ وكان 72% من الوفيات من النساء والأطفال (7).

7. وتزيد الكوارث الطبيعية أيضًا من العبء الثقيل للرضوح في الإقليم. ففي الفترة بين عامي 2022 و2023، شهد الإقليم خمس كوارث طبيعية من بين أكثر 10 كوارث طبيعية فتكًا على مستوى العالم، منها الزلازل (في أفغانستان، والمغرب، والجمهورية العربية السورية)، والفيضانات التي أعقبت هبوب عاصفة مدارية تسببت في تفجّر السدود (في ليبيا)، والفيضانات الناجمة عن الرياح الموسمية (في باكستان). وأسفرت كل أزمة عن وفاة أكثر من 1000 شخص (تراوح النطاق بين 12352-1739)، وتضرّر المرافق الصحية أو تدمرها، وتعطلت النظم الصحية، مما يقلل من إمكانية الحصول على الرعاية الصحية في الوقت الذي تشتد فيه الحاجة إليها (8). وقد تكون الكوارث التكنولوجية، مثل انفجار مرفأ بيروت في عام 2020، آثار مدمرة أيضًا؛ فقد دمّر هذا الحدث وحده العديد من مرافق الرعاية الصحية (9)، وأصاب أكثر من 6500 شخص (10).

8. وعلى الصعيد العالمي، تزيد الوفيات الناجمة عن الرضوح بثلاثة أضعاف تقريبًا في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط مقارنة بالبلدان المرتفعة الدخل (1)، وهذه الشريحة تضم بلدانًا هشة ومتأثرة بالنزاع تكون هي الأشد تضررًا على الإطلاق. ويُعزى ذلك إلى عوامل متعارضة ومعقدة، مثل العبء غير المتناسب من الإصابات وتعذر الحصول على خدمات الرعاية الصحية (9).

9. ويُتملّ نقص الرعاية السابقة لدخول المستشفى شاغلًا خاصًا في الإقليم. إذ كشف تحليل سابق أجرته منظمة الصحة العالمية عن أن ما يتراوح بين 60% و80% من جميع الوفيات الناجمة عن الرضوح في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في جميع أنحاء الإقليم يقع قبل الوصول إلى المستشفى، وهذه حالة كثيرًا ما يُشار إليها بوصف «ميت عند الوصول» (1).¹ وفي أفغانستان، وصلت نسبة هذه الوفيات إلى 86%. وبالرغم من ندرة البيانات المؤثرة الواردة من جميع أنحاء الإقليم عن الرضوح (11)، فقد كشفت المسوحات والمناقشات الجماعية المركزة التي أجرتها المنظمة عن افتقار المتطوعين المجتمعيين وغيرهم من العاملين في الخطوط الأمامية إلى التدريب والإمدادات اللازمة لتنفيذ التدخلات الأساسية المنقذة للحياة، مثل مكافحة النزف وتدير مجرى الهواء. وفي حال تطبيق بعض التقنيات البسيطة الفورية المنقذة للحياة، يمكن تجنب 27% على الأقل من الوفيات الناجمة عن الرضوح (9).

10. وعلاوة على ذلك، فقد أظهرت البينات تأثر الأطفال، وهم مستقبل أي مجتمع، والشباب، وهم أكثر الفئات السكانية إنتاجًا من الناحية الاقتصادية، بالرضوح على نحو غير متناسب. فعلى وجه التحديد، كشفت البيانات الواردة من منظمة الصحة العالمية عن أن الأطفال دون سن 15 عامًا يمثلون 40% من ضحايا الرضوح في صفوف المدنيين، وغالبًا ما يتعرضون للوفاة مبكرًا أو يُصابون بإعاقة طويلة الأمد.² وتؤدي الإصابات الرضحية في صفوف الأطفال إلى عواقب أطول أمدًا تشمل الإعاقة، والركود الاقتصادي، ومشكلات صحية بدنية ونفسية مزمنة.³

نُظُم الرعاية الطارئة

11. يمكن النظر إلى نُظُم الرعاية الطارئة التي تُقدّم من خلالها الرعاية للمصابين بالرضوح بوصفها أطرًا دائرية تربط بين مختلف جوانب مسار الرعاية وتحسينها، بدءًا من بروتوكولات الفرز السابق لدخول المستشفى وروابط النقل المحددة سلفًا إلى مرافق الرعاية الحاسمة وخدمات إعادة التأهيل وحتى إعادة الإدماج في المجتمع، وتهدف عامةً إلى تحسين حصائل المرضى. وفي الوضع المثالي، يُخطّط عادةً لإقامة شبكات شاملة ومنسقة على مستوى الإقليم أو البلد

¹ المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ بيانات مسح غير منشورة، 2022.

² منظمة الصحة العالمية، بيانات مسح غير منشورة، 2022.

³ منظمة الصحة العالمية، بيانات مسح غير منشورة، 2022.

تشمل جميع المرافق والقطاعات التي لديها القدرة على تقديم الرعاية للمصابين، وإدماجها في نظام الرعاية الصحية العامة (12، 13).

12. وقد سبق أن قامت كلية الجراحين الأمريكية بتصنيف المكونات الرئيسية للنظام المثالي لرعاية المصابين بالرضوح ضمن خمسة مجالات، هي: إتاحة الخدمات للمصابين بالرضوح والرعاية السابقة لدخول المستشفى والنقل؛ ورعاية الحالات الحادة في المستشفيات؛ وإعادة التأهيل؛ والتنقيف الوقائي؛ والأنشطة البحثية (13)، مع توسُّع منظمات أخرى في التصنيف ليشمل أيضاً التخطيط الطبي للاستجابة للكوارث، وتقييم رعاية المصابين بالرضوح وتحسينها (12). وما فتئت هذه المكونات الرئيسية تؤدي دوراً حاسماً في النُظُم الصحية المضطربة الأداء، غير أنها قد تتبع استراتيجيات تنفيذية تختلف عن تلك التي تتبعها النُظُم المستقرة.

13. وقد استند معظم التحسُّن الذي شهدته نُظُم الرعاية الطارئة في الأماكن المرتفعة الدخل إلى الدروس المستخلصة من حقبة النزاعات العسكرية، كتلك التي شهدتها أفغانستان والعراق، حيث جرت مواءمة التدخلات التي أثبتت جدواها في سياق النزاع العسكري وأدمجت في نظام الرعاية الصحية المدنية (14).

14. من الناحية التاريخية، كان هناك عزوف عن الاستثمار في نُظُم الرعاية الطارئة لعوامل عديدة، منها الاعتقاد بارتفاع تكاليف عمليات الرعاية وتعقيدها، فضلاً عن صعوبة إثبات الحصائل المتعلقة بالمرضاة والوفيات مقارنة بالتدخلات في حالة الأمراض الفردية، مثل الملاريا أو فيروس العوز المناعي البشري. يُضاف إلى ذلك أنه بالرغم من الفوائد الكبيرة المتحققة من التدخلات الرامية إلى خفض نسبة الوفيات في صفوف رعاية المصابين بالرضوح، فقد تنطوي تلك التدخلات على خطر زيادة عبء المرض لدى الناجين؛ وقد تواجه النُظُم الصحية الهشة صعوبة في توفير التدبير العلاجي لهذا المستوى من المرضة (15). ومع ذلك، وكما بيّنت لجنة لانسييت المعنية بالجراحة في العالم، فإن الفائدة الصحية العامة من الاستثمار في الخدمات الجراحية قد ترقى إلى مستوى الفائدة التي تحققها البرامج الرأسية المستقلة التقليدية (16).

15. علاوة على ذلك، فقد ثبت أن موارد المنظمة، مثل التدريب على القواعد الأساسية للرعاية الطارئة المقترن بأدوات عملية بسيطة، تحدُّ كثيراً من الوفيات، وتُسهم في تحقيق وفورات كبيرة في التكاليف في كثير من الحالات الطارئة، ومنها الإصابات (17). وبالطريقة ذاتها، سيكفل تعدد جوانب التدخلات الطبية اللازمة لتدبير أمر الرضوح علاجياً تحقيق مكاسب من شأنها أن تتقاطع مع الأوضاع الطارئة الأخرى الخالية من الرضوح.

16. ومؤخراً، توسَّعت المنظمة في بيان مفهوم خدمات الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية على النحو الوارد في القرار ج ص ع 2-76 (18) الذي اعتمده الدورة السادسة والسبعون لجمعية الصحة العالمية في عام 2023، حيث تُمثّل تلك الخدمات سلسلةً متصلةً من الرعاية تشمل المجتمع المحلي، ومرافق الرعاية الأولية، والرعاية السابقة لدخول المستشفى، ورعاية الحالات الحادة في المستشفيات، والتدبير العلاجي للألم والرعاية اللطيفة، وإعادة التأهيل.

17. ويسترشد نهج الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية بالقرارات والمقررات الإجرائية الأخرى لجمعية الصحة العالمية التي تسلط الضوء على تقديم الخدمات المتكاملة وعلى الأهمية المحورية لخدمات الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية في الحدِّ من المرضة والوفيات الناجمة عن الرضوح وغيرها من الحالات الحادة.

تحديات بيئة العمل التي تواجه تقديم الرعاية للمصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية في الإقليم

18. تحول عوامل عديدة دون تقديم رعاية فعّالة للمصابين بالرضوح، بل تحول دون تقديم الرعاية الصحية عامةً في الأوضاع الإنسانية (11). ويؤدي غياب الأمن ووجود تحديات لوجستية إلى الحدِّ من قدرة الأفراد على الحصول على خدمات الرعاية الصحية وقدرة العاملين الصحيين المحليين والوكالات الإنسانية والفِرَق الطبية الوطنية الطارئة على

الوصول إلى الأشخاص المحتاجين. وغالبًا ما يُعزّل السكان النازحون قسرًا داخل بلدانهم أو العابرون للحدود عن الخدمات الأساسية نظرًا إلى كونهم لاجئين، ويشمل ذلك خدمات الرعاية الصحية.

19. وهناك العديد من الدول الأعضاء في الإقليم التي تخضع بعض مناطقها لسيطرة كيانات مستقلة أو شبه مستقلة ذاتيًا أو جماعات من المتمردين. وفي بلدان مثل العراق وليبيا والصومال والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن، لا تسيطر الحكومة المعترف بها دوليًا على جميع أنحاء البلاد. ويفرض هذا الوضع تحديات أمام توفير خدمات صحية متماسكة، بما في ذلك رعاية المصابين بالرضوح، وقد يؤدي إلى ظهور نُظُم صحية موازية وغير متسقة.

20. وقد تسفر القيود البيروقراطية التي يفرضها المسؤولون الحكوميون على الصعيدين الوطني ودون الوطني إلى الحدّ من إمكانية وصول الوكالات الإنسانية إلى المحتاجين إلى الخدمات. وكثيرًا ما تواجه البلدان المتأثرة بالنزاعات حالات رفض أو تأخير في إصدار التأشيرات وتصاريح السفر وخطابات التيسير وتصاريح الهبوط وأذون الاستيراد. وقد أُضِرَّ استبعاد المواد الجراحية وما يُعرف بالمعدات الطبية ذات الاستخدام المزدوج من شحنات المساعدات إضرارًا خاصًا بتقديم الرعاية للمصابين بالرضوح. كما أثرت العقوبات التي فرضتها دول أخرى على الدول الأعضاء في الإقليم على قدرة الأخيرة على استيراد المعدات والمستلزمات الضرورية للتدبير العلاجي الشامل للرضوح.

21. وعادةً ما يكون الدعم المقدّم من الجهات المانحة لرعاية المصابين بالرضوح محدودًا، ويتمشى ذلك مع انخفاض التمويل الإنساني عامةً. وغالبًا ما يُنظر إلى رعاية المصابين بالرضوح على أنها مُكلفة ومعقدة، وتتطلب مستويات من الاهتمام أكثر تطورًا من تلك التي تتطلبها الرعاية الأولية وتدخلات الصحة العامة الأكثر تفضيلًا. ويتضح ذلك، على سبيل المثال، من مشروع الاستجابة للطوارئ الصحية الذي يدعمه البنك الدولي في أفغانستان ويشمل أكثر من 2000 مرفق صحي، ولكنه لا يتضمن رعاية المصابين بالرضوح (19). وينبغي للوكالات الصحية العاملة في الأوضاع الإنسانية أن تعطي أولوية متزايدة للخدمات في الوقت الذي يتناقص فيه تمويل الجهات المانحة تدريجيًا، وهو الوضع الذي يتعذر معه مواصلة تقديم الرعاية للمصابين بالرضوح. ففي عام 2023، مُوّل 43% فقط من خطط الاستجابة الإنسانية إجمالاً، وهي أدنى نسبة مئوية للتمويل الإنساني خلال سبع سنوات (20).

مشكلات تواجه نُظُم تقديم الرعاية للمصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية في الإقليم

22. تعاني معظم الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات من ضعفٍ في القدرات في مجالي الرعاية الطارئة ورعاية المصابين بالرضوح. وقد أظهر تحليل المنظمة مواطن ضعفٍ شديدة على امتداد سلسلة رعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية. يُضاف إلى ذلك الانخفاض الشديد في عدد المنظمات الدولية التي تمتلك الولاية والقدرات التي تمكنها من توفير الرعاية للمصابين بالرضوح في أوضاع النزاع.

23. وكما ذُكر آنفًا، فإن ما يتراوح بين 60% و80% من جميع الوفيات المرتبطة بالرضوح في البلدان ذات الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط في الإقليم تحدث قبل الوصول إلى المستشفى.1 ويُعزى ذلك إلى انتماء المستجيبين الأوائل في هذه الأوضاع إلى مجموعة واسعة من المنظمات؛ وتقديم المارة غير المدربين لنسبة لا بأس بها من الإسعافات الأولية للمصابين. وفي كثير من الأوضاع الإنسانية في جميع أنحاء الإقليم، ولا سيّما في البلدان المتضررة من النزاعات الممتدة، مثل أفغانستان والصومال، يُنقل معظم المرضى الذين يعانون من إصابات رضحية إلى المستشفى على يد عمال إنقاذ غير مدربين. وقد يؤدي ذلك إلى حدوث تأخير يمكن تلافيه في حصول المريض على العلاج الحاسم، فضلًا عن كونه يُمثّل عائقًا أمام الحصول على الرعاية الفعالة السابقة لدخول المستشفى (21، 22).

24. تُعدّ الإسعافات الأولية للمصابين بالرضوح أداةً تعليميةً مهمةً، ولكن ينبغي استخدامها في السياق المناسب. ففي حين تُظهر الممارسات العسكرية فائدةً كبرى لاستخدام عاصبات النزف للوقاية من الوفاة في حالات النزف المهدّد

المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ بيانات مسح غير منشورة، 2022.

للحياة في صفوف السكان المدنيين (23، 24)، قد تتفاوت معرفة المارة العاديين بهذا الأمر تفاوتًا كبيرًا. وتشير الخبرة العملية إلى أن الاستعانة بأفراد المجتمع المحلي للاستجابة للرضوح من شأنها أن تساعد على تحسين أداء النظام الصحي أثناء الأزمات الحادة وأن ترفع مستوى الثقة في النظام في حالات الطوارئ الممتدة أو المتوقعة في المستقبل.

25. والعديد من المجتمعات المحلية في كل أنحاء الإقليم، لا سيما المجتمعات في البلدان ذات الدخل المنخفض وبلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، لا تحظى بأي نظام رسمي للرعاية السابقة لدخول المستشفى. وقد أظهرت الدراسات في الإقليم ما يحققه توفير رعاية منخفضة التكاليف قبل دخول المستشفى من فوائد في خفض معدل الوفيات (25)، في حين انخفضت مخاطر الوفاة الناجمة عن الرضوح في النظم الصحية التي لديها نظام لرعاية المصابين بالرضوح قبل دخول المستشفى بنسبة 25% (26). وأظهرت البيانات الواردة من جميع أنحاء العالم أن تخصيص رقم طوارئ موحد سهل التذكُّر يُحسِّن من إتاحة خدمات الطوارئ ومن سرعة الاستجابة للحالات الطارئة على حد سواء (27، 28)؛ بيد أن التحديات التي تواجه تخصيص هذه الأرقام لا تزال قائمة، وهي تتعلق في الأساس بالتكلفة، والتوقعات المجتمعية، والدعم على مستوى وزارة الصحة.

26. ويؤدي تضرُّر المرافق الصحية وتعطلُّ النظم الصحية أثناء الأزمات -ومنها ما تعطلُّ بسبب نقص الموظفين- إلى الحدِّ من قدرة القطاع الصحي على تلبية الاحتياجات الصحية في الوقت الذي تتزايد فيه تلك الاحتياجات. وفي الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاع، كثيرًا ما يتدهور أداء المستشفيات والعيادات تدهورًا خطيرًا. وقد أظهرت الدراسات التي أُجريت باستخدام نظام رصد توافر الموارد والخدمات الصحية أن 49% فقط من المستشفيات العامة في الجمهورية العربية السورية، و55% فقط من المرافق الصحية في اليمن تعمل بكامل طاقتها (29، 30). وفي قطاع غزة، حتى 20 نيسان/ أبريل 2024 لم يكن أي من المستشفيات العامة البالغ عددها 36 مستشفى يعمل بكامل فعاليته، وعمِلت 31% منها فقط عملاً جزئيًا وكافحت من أجل تلبية الاحتياجات، حتى بلغ متوسط معدلات إشغال الأسرة 254% (7). وفي السودان، أُبلغ في أوائل عام 2024 عن توقف 70% من المستشفيات في المناطق المتضررة بالنزاع عن العمل (31).

27. وتأتي الهجمات على النظم الصحية من بين أكثر جوانب النزاعات الدائرة اليوم إثارةً للقلق، إذ إنها تزيد القيود المفروضة على إتاحة الرعاية الصحية ورعاية المصابين بالرضوح. وخلال عامي 2022 و2023، وتُقت المنظمة 1190 هجومًا على مرافق الرعاية الصحية في جميع أنحاء الإقليم، مما أسفر عن وفاة 754 وإصابة 1200 (32). ويتسبب تدمير نظام الرعاية الصحية أيضًا في زيادة نزوح القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية، لا سيَّما مع طول أمد النزاعات، وهذا الأمر جعل الإقليم يُمثِّل نحو 20% من النقص العالمي في القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية (33).

28. وقد يكون للكوارث الطبيعية أيضًا أثر مدمر لسلامة المرافق الصحية بنائها وأدائها، مما يعطلُّ إتاحة الخدمات الصحية الأساسية، ومنها رعاية المصابين بالرضوح. فقد ألحقت الفيضانات التي حدثت في باكستان في عام 2002 أضرارًا بما قدره 13% من جميع المرافق الصحية في شتى أنحاء البلاد، في حين تعرض خمس المرافق المتضررة لدمار تام (34). وفي ليبيا، ألحقت العاصفة دانيال ضررًا بما قدره 17% من المرافق الصحية في المنطقة المتضررة في عام 2023 (35)؛ وفي أعقاب الزلازل التي ضربت أفغانستان في عام 2023، تضرَّر 86 مرفقًا صحيًا، وأتى الدمار على ستة مرافق منها بالكامل (36).

29. وكما اتضح آنفًا، تُمثِّل هجرة العاملين المهرة تحديًا مستمرًا في الأوضاع الإنسانية والهشة، وإن كان يمكن القول إن هناك نقصًا في البيانات الواردة من مناطق النزاع بهذا الخصوص (37). وقد يترك العاملون في مجال الرعاية الصحية عملهم إمَّا لعوامل دفع، مثل الهجمات المباشرة أو العجز عن أداء أدوارهم في موقع الخدمة، وإمَّا لعوامل جذب، مثل الوعد بتحسين الاستقرار المالي والوضع الأمني لأسرهم. وتتطلب الرعاية السريرية لمرضى الرضوح اتباع نهج متعدد التخصصات، يشمل المُسعِّفين وطواقم التمريض وأطباء الطوارئ والجراحين وأطباء التخدير وأطباء العناية المركزة واختصاصيي إعادة التأهيل. ورغم أن نشر الفرق الطبية الدولية الطارئة قد ساعد على توفير القدرة

على تلبية الاحتياجات المفاجئة في العديد من البلدان من خلال نموذج راسخ، فإن إدخال تحسينات مستدامة على رعاية المصابين بالرضوح يتطلب تدريب القوى العاملة الوطنية الماهرة واستبقاءها.

30. وعبر مختلف البلدان، يُقدّم رعاية المصابين بالرضوح مجموعةً متنوعةً من الكوادر العاملة في الخطوط الأمامية. ومع ذلك، غالبًا ما يوجد نقص في التدريب والتعليم المتخصص في التدبير العلاجي للإصابات الرضحية، ولا سيّما للعاملين في المرحلة السابقة لدخول المستشفى. ومن شأن تحسين توافر القوى العاملة المُدرّبة تدريبًا عاليًا على جميع جوانب رعاية المصابين بالرضوح، لا سيّما في المرحلة السابقة لدخول المستشفى، أن يزيد فرص بقاء المرضى على قيد الحياة حتى وصولهم إلى المستشفى لتلقي الرعاية الحاسمة التي يحتاجون إليها.

31. وغالبًا ما تُصمم معايير الرعاية الصحية لتطبيقها في البلدان المتقدمة، لكنها ربما لا تكون عملية أو مفيدة في الأوضاع الهشة أو المتأثرة بالنزاع، حيث يكون الناس في أمسّ الحاجة إلى رعاية مأمونة وفعّالة ومناسبة التوقيت لعلاجهم من الرضوح. لذا، ينبغي تصميم التدريب بحيث يمكن تكييفه ومواءمته مع السياق، دون الإخلال بمعايير الرعاية المنشودة. وينبغي أن يشمل التدريب التدبير العلاجي اللازم للإصابات الشائعة التي تشهدها النزاعات، مثل الجروح الناجمة عن طلقات نارية، والإصابات النافذة، والإصابات الانفجارية، والإصابات الهرسية، والحروق، ومبادئ الجراحة للحد من الضرر.

32. وتدل البيّنات الحاليّة على أهمية إعادة التأهيل المبكرة من الإصابات الرضحية لتحسين حصائل الأداء (38)، (39). ومع ذلك، لا يحصل 182 مليون شخص في الإقليم على خدمات إعادة التأهيل التي يحتاجون إليها، ولمثل هذه الثغرات أهمية خاصة في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاع (40). ومع تحسُّن معدلات النجاة من الإصابات الرضحية، ستزداد الحاجة إلى خدمات إعادة التأهيل الشاملة لتمكين المصابين من العودة إلى أدايتهم وإنتاجيتهم الاقتصادية (41).

33. وأحد أبرز التحديات في هذا السياق هو القوى العاملة المعنية بإعادة التأهيل التي تواجه تحديات في البلدان حتى المرتفعة الدخل التي لديها نُظُم راسخة لرعاية المصابين بالرضوح. وفي كثير من الأحيان، تُقدّم خدمات إعادة التأهيل مجموعةً من الجهات الفاعلة التي تشمل قطاع العمل الطوعي، دون وجود تعريف دقيق للقوى العاملة في مجال إعادة التأهيل، والتي يمكن أن تشمل الأطباء والمعالجين المهنيين والمعالجين الطبيعيين واختصاصيي معالجة الكلام واللغة (42). وتشهد القوى العاملة نقصًا في الأعداد أيضًا؛ فالإقليم به أقل من 30 معالجًا طبيعيًا لكل مليون نسمة، وأقل من طبيب واحد في مجال إعادة التأهيل لكل مليون نسمة (41).

34. وقد تسبب أحداث الإصابات الجماعية، مثل تلك التي تسببها النزاعات والهجمات الإرهابية والكوارث الطبيعية، في إرباك قدرة النظام الصحي على تقديم الرعاية بسبب عدد المرضى وكثافتهم. وفي عام 2022، وُثِّق أكثر من 400 حادث من حوادث الإصابات الجماعية في الإقليم، وقُدِّر عددها الحقيقي بضعف ذلك (9). ونادرًا ما تكون المستشفيات مستعدة لاستقبال أعداد كبيرة من الإصابات، وهو ما قد يستنزف قدراتها سريعًا. وأول من يتأثر بذلك من يلتمسون الرعاية الصحية الطارئة المرتبطة بهذا الحدث المباشر، وكذلك من يعانون من حالات صحية طارئة أو حالات صحية ممتدة وتزامن وجودهم في المستشفى أثناء وقوع الحدث.

35. وربما لا يتوافر لدى المستشفيات خططُ تأهّبٍ للإصابات الجماعية، أو قد تكون خططها الحالية غير مدمجة في النظام الصحي أو لا تُنقذ في تدريبها الروتيني. ويتطلب اتباع نهج موحد للتدبير العلاجي للإصابات الجماعية في وحدة الطوارئ الدعم على مستوى الوزارة، وينبغي أن تكون التدريبات العملية جزءًا لا يتجزأ من التأهب الروتيني للمستشفيات في جميع أنحاء الإقليم. ومن الضروري توفير مجموعات الأدوات السابقة التجهيز لدعم تفعيل خطط التدبير العلاجي للإصابات الجماعية وضمان تأهّب وحدات الطوارئ، وتشمل تلك المجموعات معدات غير سريرية مثل السترات العاكسة للضوء، وسجلات المرضى، واستمارات التتبع، وأجهزة الاتصال اللاسلكي.

36. وينبغي جمع بيانات دقيقة لمواصلة تحسين حصائل المرضى ودعم تغيير السياسات المسند بالبيانات. ويشكّل نقص البيانات الدقيقة تحديًا مهمًا أمام تطوير نُظُم الرعاية الطارئة ورعاية المصابين بالرضوح، ولا سيّما في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاع. والأسباب التي تقف وراء ذلك متعددة العوامل، لكنها تشمل الأعباء المالية والإدارية، فضلاً عن عدم كفاية الموارد البشرية (43). وفي واقع الأمر، فإن البلدان حتى التي تمتلك نُظُمًا قوية وراسخة لجمع البيانات وتحليلها قد تستمر في التأثر بالأزمات الإنسانية، حيث يصبح جمع البيانات حينئذٍ أمرًا ثانويًا مقارنةً بالطلبات الأخرى التي يتعين على نظام الرعاية الصحية تلبيةها.

37. وتوضح المفارقة في كون الأشخاص الأشد احتياجًا لخدمات الرعاية جرّاء إصابتهم بالرضوح الأقلّ قدرة على الحصول على تلك الخدمات في أغلب الأحيان. وهناك عدد محدود للغاية من الوكالات الإنسانية التي تمكنت من تطوير قدرتها على توفير الرعاية للمصابين بالرضوح في حالات النزاع على النحو الذي يدعم النظام الصحي الوطني والمحليّ المثقل بالأعباء في الأساس. ومعظم الوكالات الصحية الإنسانية لم تُعطِ الأولوية لرعاية المصابين في حالات النزاع لأسباب تتعلق بولايتها ووجود شواغل أمنية وثغرات في القدرات والموارد؛ وإذا أُتيحت الفرصة لمشاركة الوكالات غير المتخصصة، فإنها غالبًا ما تكون غير منسّقة وغير متسقة مع المعايير الدولية. ولكن العبء المتزايد للرضوح في حالات الطوارئ الإنسانية الحاليّة لم يعد خافيًا على أحد. لذلك، فقد تدخلت المنظمة في العديد من العمليات الإنسانية الكبرى الأخيرة لقيادة وتنسيق الاستجابة لرعاية المصابين بالرضوح في الإقليم.

التصديّ لتحديّات رعاية المصابين بالرضوح في الإقليم

38. تضطلع المنظمة بدور قيادي في توفير الرعاية للمصابين بالرضوح (44). وقد اتسم عملها الرامي إلى تحسين رعاية المصابين بالرضوح في الإقليم بالتعقيد، لكنه كان ممكنًا بفضل الخبرات المكتسبة من النزاعات العسكرية الدائرة هناك. وفي أول استجابة من نوعها للرضوح في صفوف المدنيين، أظهر نهج متعدد المنظمات نسقته المنظمة في الموصل بالعراق في عام 2017 أن التنسيق وتوفير الرعاية للمدنيين المصابين بالرضوح في الخطوط الأمامية خلال النزاع يمكنهما تحسين حصائل المرضى، حيث أُبلغ بأن مسار رعاية المصابين بالرضوح نجح في إنقاذ حياة ما تراوح بين 1500 و1800 شخص (45). وعلى النحو ذاته، اعتمدت استجابة المنظمة في قطاع غزة في عام 2018 على البنية الأساسية والموظفين المتاحين لتوسيع نطاق مسار رعاية المصابين بالرضوح. وتشير التقديرات إلى أن تلك الاستجابة أنقذت حياة ما يتراوح بين 435 و1227 شخصًا على مدار عام واحد، وحققت إسهامات مستدامة في النظام الصحي المحلي (46).

39. وبناء على الدروس المستخلصة من تلك التجارب، تأسست المبادرة الإقليمية للرضوح في الإقليم في عام 2020 لتقديم الدعم المباشر إلى البلدان للحدّ من الوفيات والإعاقات الناجمة عن الإصابات الرضحية في الأوضاع الإنسانية، والجمع بين المشورة التقنية والتشغيلية إلى جانب البحوث وبناء القدرات. وفي أوائل عام 2024، دعمت المبادرة الاستجابة لأكثر من 200 حادث من حوادث الإصابات الجماعية في خمسة أماكن متضررة بالنزاع يقدر عدد المصابين فيها بنحو 800000 مريض.

40. وترتكز هذه المبادرة على توظيف فريق ميداني استشاري محدود مختص بالرضوح، وهو ما يشير إلى اتباع المنظمة لنهج جديد للعمل في ظل حالات الطوارئ الإنسانية. ويتألف الفريق المتنقل من خبراء يعملون في مختلف بلدان الإقليم، وقد كان له دور أساسي في تقديم الدعم التشغيلي للمكاتب القطرية لمنظمة الصحة العالمية. ويوفر الفريق فرص التعليم والتدريب لدعم بناء القدرات والتوجيه التقني، إلى جانب الدعم العملي. وقد تعاون الفريق والمنظمات غير الحكومية والشركاء الأكاديميون وغيرهم من المؤسسات في الإقليم لتبادل الدروس المستفادة، ونشر النتائج، وتوجيه السياسات المتعلقة بالرضوح والرعاية في حالات الطوارئ.

41. وأطلقت مبادرة الفرق الطبية في حالات الطوارئ في عام 2013 لتعزيز النظم الصحية في أوقات الطوارئ أو الكوارث من خلال نشر فرق متعددة التخصصات ومدربة تدريباً عالياً في المناطق التي تحتاج إليها (47). وفي الآونة الأخيرة، قدمت الفرق الطبية الطارئة، التي تركز بشكل تقليدي على التدبير العلاجي للإصابات الرضحية والجراحية في حالات الكوارث الطبيعية، الدعم للاستجابة للنزاعات وفاشيات الأمراض السارية، مثل مرض فيروس الإيبولا والكوليرا ومرض فيروس كورونا (كوفيد-19). وفي الإقليم، قدمت الفرق الطبية الدولية الطارئة الدعم في الاستجابة لجائحة كوفيد-19، وانفجار مرفأ بيروت في لبنان، والزلازل في المغرب والجمهورية العربية السورية، والفيضانات في ليبيا، وانفجار سيارتين مفخختين في الصومال، والنزاع في إسرائيل وفلسطين. وبالرغم من تزايد نشر الفرق الطبية الطارئة خلال أشد مراحل النزاعات احتداماً، فهي لا تنشط عادة في حالات النزاع الممتدة. ويقدم الكتاب الأحمر الخاص بالفرق الطبية الطارئة إرشادات للعمل في مناطق النزاع وغيرها من الأوضاع غير الآمنة (48).

42. وتدعم الفرق الطبية الوطنية والدولية الطارئة الاستجابات للطوارئ على المستويات دون الوطنية والوطنية والدولية، وتُشكّل عنصراً رئيساً لبناء القدرات والتأهب للطوارئ (49). وتضطلع المنظمة بدور تنسيقي بناءً على طلب البلدان المتضررة لدعم حشد الفرق أثناء الاستجابة لحالات الطوارئ، على الصعيدين الوطني والدولي. وإلى جانب دورها التنسيقي، ترصد المنظمة بصورة مركزية معايير الفرق الطبية الطارئة وتُنظّمها، حتى يتسنى للقائمين على نشر هذه الفرق تقديم الحد الأدنى من معايير الرعاية المطلوبة.

43. ونظراً لطبيعة حوادث الإصابات الجماعية وتواتر حدوثها في جميع أنحاء الإقليم، يُعد التأهب بقوة على مستوى المستشفيات أمراً بالغ الأهمية لتحسين فرص البقاء على قيد الحياة بعد هذه الأحداث المدمرة. وهناك العديد من الدول الأعضاء التي توجد في حالة شبه دائمة من الجاهزية القصوى لمثل هذه الأحداث وقد تتعرض لحوادث متعددة في تعاقب قصير. لذلك بُذلت جهود كبيرة لنشر دورة منظمة الصحة العالمية التدريبية بشأن التدبير العلاجي للإصابات الجماعية في جميع أنحاء الإقليم، مع تركيز على البلدان ذات الأولوية التي تعاني من حالات نزاع نشطة. ومن شأن اتباع نموذج تقديم المدربين الخبراء لدورات تدريبية يعقّمها «تدريب المدربين» أن يضمن استدامة النهج من خلال نشر التدريب في البلدان بطريقة فعالة من حيث التكلفة. وقد حصل، حتى الآن، أكثر من 200 مستشفى على هذا التدريب، ويسعى العديد منها إلى تنفيذ التدريب بصورة كاملة على الصعيد الوطني، بما في ذلك في جمهورية إيران الإسلامية ولبنان. وتشير التقديرات إلى أن هذا التدريب قد دعم الاستجابة لأكثر من 400 حادث من حوادث الإصابات الجماعية في جميع أنحاء الإقليم. ويمكن استكمال التدريب بالنهج التدريبي الجديد لوحدات الفرق الطبية الطارئة من أجل دعم توسيع هياكل المستشفيات وخدماتها باستخدام نهج متعدد المستويات.

إطار تنفيذي لرعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية في إقليم شرق المتوسط

44. وضعت المنظمة نهجاً مخصّصاً لرعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية والهشة في جميع أنحاء الإقليم، وركّزت على الاستثمار المستدام في نظام الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية بأكمله، بدءاً من حدوث الإصابة وانتهاءً بإعادة التأهيل. وفي ضوء التحديات التشغيلية القائمة في الأوضاع الإنسانية والهشة، ولا سيّما في الإقليم، يركز نهج المنظمة على عملية الرعاية وليس على تقديم حلول محددة، وذلك مراعاة لاختلاف الأهداف والغايات تبعاً لاختلاف الموارد المتاحة في تلك الأوضاع. وروعي استخدام المبادئ التوجيهية لتصنيف الطبقي حسب الموارد في أوضاع أخرى، مثل إصابات الدماغ الرضحية (50) والرعاية الطارئة والجرجة والجراحية (18، 51). ويهدف التصنيف الطبقي للموارد إلى ضمان عدم الكف عن السعي لتحقيق الأهداف الطموحة المتمثلة في تضيق الفجوة في توفير الرعاية للمصابين بالرضوح الذين هم في أمس الحاجة إليها، مع التحلي بنظرة عملية في تصميم نظم تراعي القيود المفروضة على الموارد والسياق التشغيلي الشائع في الأوضاع الإنسانية.

45. وينبغي أن تلتزم التدخلات الخاصة بالرضوح بمبدأ سويفت (SWIFT)، الذي يعني أن تكون التدخلات مأمونة وعملية وبديهية وعادلة ومناسبة التوقيت:

- مأمونة - ينبغي أن تكون التدخلات مسندة بالبيّنات وأن تُحدّد من زيادة مخاطر المراضة والوفيات إلى أدنى درجة ممكنة
- عملية - ينبغي أن تكون التدخلات ملائمة للسياق وقابلة للتنفيذ بسهولة
- بديهية - ينبغي أن تكون التدخلات منطقية بالنسبة إلى الجهات التي تقدم هذه التدخلات
- عادلة - ينبغي ألا تؤدي التدخلات إلى ترسيخ التحيزات القائمة بالفعل أو استحداث تحيزات جديدة
- مناسبة التوقيت - يجب أن تركز جميع التدخلات على توفير الرعاية للحالات الحرجة في الوقت المناسب.

46. ومن شأن ذلك أن يوجه التركيز نحو العمليات لتحقيق التحسين المنشود، ويسمح بتنوع الأوضاع المحلية والوطنية والإقليمية، وكذلك تنوع مستويات القدرات السريرية والقدرة على المراقبة. وينبغي مراعاة الأهداف النهائية بدلاً من تقديم مقترحات جامدة تستند إلى بيّنات مستمدة من البلدان المرتفعة الدخل، وربما لا يتيسّر تحقيقها أو لا تتناسب مع الأزمات الإنسانية. ويسترشد الإطار التنفيذي باستعراض مستفيض للمؤلفات والدروس الرئيسية المستخلصة من المبادرة الإقليمية للرضوح.

47. وعند تطبيق الإطار على نموذج نقل المرضى إلى المستشفى، ينبغي أن يركّز النهج القائم على تصنيف الموارد والمصمّم خاصة ليتناسب مع السياق على العمليات اللازمة لتحقيق هدف نقل المرضى المصابين بأمان وفي الوقت المناسب إلى المستشفى. وفي بعض الأوضاع، قد يعني ذلك الاتصال برقم طوارئ منسق وطنياً وطلب خدمة إرسال سيارة إسعاف يعمل بها طاقم مُدرّب. وفي أوضاع أخرى، قد يعني ذلك تدخُّلاً من العاملين الصحيّين المحليّين أو المسؤولين أو أفراد المجتمع المحلي الذين ينقلون المريض إلى المستشفى بالوسائل المتاحة محلياً، مثل سيارة الإسعاف أو مركبة خاصة أو عربة تجرها الخيول. وقد تشمل التدخُّلات تدريب عامة الجمهور أو عناصر الشرطة أو رجال الإطفاء وغيرهم من العاملين في خدمات الطوارئ على الإسعافات الأولية للرضوح والنقل الآمن للمرضى، أو نشر رسائل صحية عامة لتعزيز استخدام رقم الطوارئ الصحيح. وبدلاً من التركيز على الجهة التي توفر النقل، ينبغي أن يكون الهدف هو تحسين الوقت اللازم لتقديم الرعاية الحاسمة، ومن ثم الحد من الوفيات التي يمكن الوقاية منها قبل دخول المستشفى بسبب تأخير الحصول على الرعاية.

48. وفي حين يتيح اتباع نهج عالمي لتعزيز الخدمات في جميع المجالات تطوير نُظُم الرعاية اليومية تطويراً مثاليّاً، فإن هذا الأمر يزداد صعوبة وتعقيداً في المناطق التي تعاني من أزمات حادة أو ممتدة. ولذلك، فقد أُعطيت الأولوية للأنشطة التي تركز على تنفيذ الإجراءات الطارئة المنقذة لحياة المرضى المصابين وأطرافهم. ولتحقيق ذلك بصورة فعالة وللحفاظ على الخدمات الأساسية الأخرى المنقذة للأرواح، ينبغي عدم فصل تقديم الخدمات للمصابين بالرضوح عن تقديم الرعاية الطبية أو الجراحية أو التوليدية الطارئة للمرضى غير المصابين بالرضوح. وتتنظم الأهداف الاستراتيجية للإطار التنفيذي حول هذه المبادئ الأساسية المسندة بالبيّنات لرعاية المصابين بالرضوح:

- التعرّف المبكر على الإصابات والمضاعفات المهدّدة للحياة، بما في ذلك أثناء الفرز؛
- ونُظُم الإحالة القوية والأنية للحصول على مستويات أعلى من الرعاية وخدمات أكثر تطوراً؛
- والقدرة على تنفيذ التدخلات المناسبة للإنعاش والإسعاف من خلال توافر طواقم سريرية مُدرّبة ولديها ما يكفي من الإمدادات والبيئة المواتية للعمل؛
- والقدرة على التدبير العلاجي للأمراض الناجمة عن إصابات محددة مرتبطة بالنزاعات، وحالات الطوارئ الرضحية اليومية، مثل حوادث الطرق؛
- ووضع المراضة والوفيات في الاعتبار، ومراعاة الاحتياجات الخاصة من الرعاية المرتبطة بفئات سكانية محددة، مثل الأطفال وكبار السن، وضحايا العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والحوامل.

الأهداف الاستراتيجية للإطار

49. يسعى الإطار إلى تحقيق تسعة أهداف استراتيجية، على النحو المبين أدناه. ويوجز الجدول 1 عددًا من الأهداف الفرعية ضمن تلك الأهداف الاستراتيجية الأشمل وقائمة بالإجراءات أو الأنشطة المقترحة التي يمكن اعتمادها تمهيدًا لتحقيقها.

50. يتمثل الهدف الاستراتيجي الأول من الإطار في تعزيز الاستجابة المجتمعية للرضوح. وينبغي تمكين المجتمعات وتشجيعها على الاستجابة بفعالية للرضوح في حالات الطوارئ من أجل الحد من الوفيات التي يمكن تجنبها بسبب النزف قبل نقلها إلى المستشفى بتقنيات بسيطة مثل الضغط المباشر أو استخدام العاصبات. ويمكن تنظيم حملات تثقيفية من خلال منصات إعلامية متنوعة وبرامج مشاركة مجتمعية وشراكات لتعزيز المعارف والمهارات العامة. وينبغي أن يشمل ذلك التثقيف الصحي العام ورسائل الوقاية الملائمة للسياق المحلي، مثل تثقيف الأطفال بشأن أخطار الذخائر غير المتفجرة، كما حدث في أفغانستان.

51. أما الهدف الاستراتيجي الثاني، فيتمثل في بناء القدرات على مستوى الرعاية الصحية الأولية من أجل التدبير العلاجي للرضوح. وغالبًا ما يكون مُقدِّمو الرعاية الأولية نقطة الاتصال الأولى للمرضى المصابين داخل النظام الصحي الرسمي. لذا، ينبغي تدريبهم على التعرف المبكر على المرضى المصابين بإصابات بالغة وفرزهم وإنعاشهم وإحالتهم بسرعة. وينبغي تدبير الإصابات والجروح البسيطة علاجيًا على مستوى الرعاية الأولية؛ ويركز علاج الجروح الناجمة عن الإصابات الأكثر خطورة على تقليل مخاطر المضاعفات، مثل الألم الشديد، والعدوى، والإعاقة، قبل نقل المرضى سريعًا.

52. والهدف الاستراتيجي الثالث هو تحسين توقيت وجودة الرعاية أثناء نقل المرضى. لذا، ينبغي إنشاء نُظُم نقل لضمان إحالة المرضى في الوقت المناسب وفعاليتها إلى خدمات الرعاية الأولية والرعاية بعد الإحالة. وقد تكون وسائل النقل في حالات الطوارئ ذات مواصفات أولية للغاية لا تتيح متابعة حالة المريض أو لا توفر موظفين مدربين، وربما تكون متطورة على نحو يشمل توفير دعم متقدم للحياة، ورصد العلامات الحيوية، ووجود مسعفين وعاملين مدربين تدريبًا عاليًا في المرحلة السابقة لدخول المستشفى. وقد يلزم وضع ترتيبات خاصة للمجتمعات المحلية، ولا سيما المجتمعات المحلية النائية والريفية. وينبغي تطوير نُظُم الإسعاف وتعزيزها بمرور الوقت لتضم البروتوكولات الموحدة، والتدريب، والمعدات، والتوثيق، ومسارات الإحالة. وحيثما أمكن، ينبغي تخصيص أرقام موحدة للطوارئ أو خطوط ساخنة للحصول على خدمات الطوارئ على وجه السرعة. ويُفضَّل تخصيص رقم طوارئ وطني أو دون وطني وحيد وموحد، مع إمكانية الإرسال المركزي لخدمات الطوارئ. ومع كل ذلك، ينبغي إعطاء الأولوية لإنشاء آلية يمكن من خلالها أن يحصل المدنيون المصابون بإصابات حادة أو المرضى بسرعة على خدمات الطوارئ، أيًا كانت صورتها.

53. ويتمثل الهدف الاستراتيجي الرابع في تعزيز الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية من خلال (أ) تحسين التعليم والتدريب في مجال التدبير العلاجي للرضوح و(ب) وضع بروتوكولات وخطط شاملة للتدبير العلاجي للإصابات الجماعية في المستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية وإضفاء الطابع المؤسسي عليها وتحديثها دوريًا. ويشمل ذلك وضع مناهج دراسية ودورات ومعايير وطنية وإقليمية معتمدة وتنسيقها من أجل تزويد القوى العاملة بالمهارات اللازمة لتقديم رعاية طبية عالية الجودة للمصابين بالرضوح على امتداد مسار الرعاية. ويمكن الاستفادة من الموارد العديدة للمنظمة لتحقيق هذا الغرض (انظر الجدول 1). وعلى البلدان التي ترتفع فيها نسبة الوفيات في المرحلة السابقة لدخول المستشفى أن تدرك أن ثمة حاجة إلى تدريب وتعزيز مهارات الموظفين والمسعفين والعاملين في مجال الرعاية الصحية والمستجيبين الأوائل المتطوعين الذين يتعاملون مع الرضوح قبل دخول المصاب إلى المستشفى. وعلى مستوى المستشفيات، ينبغي إنشاء فرق مختصة ومتعددة التخصصات معنية بالرضوح، لديها مهارات التدبير العلاجي للإصابات المعقدة الشائعة في حالات النزاع -مثل الإصابات النافذة والجروح الناجمة عن الطلقات النارية والحروق- والإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مثل الإصابات الهرسية. ومن خلال استخدام أدوات منظمة الصحة

العالمية والنموذج الذي أعده الفريق التنفيذي والاستشاري المعني بالرضوح لنشر التدريب في جميع البلدان، يمكن الإسراع في توسيع نطاق البروتوكولات وخطط التأهب القوية الخاصة بالإصابات الجماعية على نحو يسهم في تعزيز قدرة النظم الصحية على الصمود. وعلاوة على التدريب ووضع خطط لتعامل المستشفيات مع حوادث الإصابات الجماعية، ينبغي إجراء عمليات المحاكاة والتمارين بانتظام لاختبار تلك الخطط في الأوقات الصعبة وبناء الثقة في تعامل الفريق مع الحوادث الواسعة النطاق. وستنضم دورات «تدريب المدربين» بالقدرة المحلية على تقديم التدريب المدعوم من منظمة الصحة العالمية في المراحل المبكرة من نشره.

54. ويتمثل الهدف الاستراتيجي الخامس في وضع بروتوكولات ونظم للإدماج المبكر لخدمات إعادة التأهيل في التدبير العلاجي للرضوح. ومن شأن وضع بروتوكولات موحدة وتدريب مقدمي الرعاية الصحية على طرق إعادة التأهيل المبكرة أن يساعد في الحد من المراضة على الأجل الطويل. وفي الأوضاع الشحيحة الموارد، قد ينطوي ذلك على تحسين مهارات الموظفين أو المتطوعين الحاليين، لضمان أن تصبح إعادة التأهيل المبكرة جزءاً من رعاية المصابين برضوح شديدة. ومع ذلك، ينبغي أيضاً بذل جهود على المدى الطويل لتطوير كادر من اختصاصي إعادة التأهيل، مثل اختصاصي البدليّات، والمعالجين الطبيعيين، والمعالجين المهنيّين، وضمان توافر المعدات والمرافق اللازمة. وتؤدي الفرق الطبية الطارئة دوراً متزايداً في توفير خدمات إعادة التأهيل، وقد تؤدي أيضاً دوراً في توفير خدمات إعادة التأهيل أثناء نشرها.

55. أما الهدف الاستراتيجي السادس، فيتمثل في وضع بروتوكولات ونظم للتدبير العلاجي للألم والرعاية الملطفة طوال مسار رعاية المصابين بالرضوح. ويفرض التدبير العلاجي الفعال للألم والرعاية الملطفة تحديات كبيرة في الأوضاع الإنسانية والشحيحة الموارد. وينبغي تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على امتداد مسار الرضوح على التدبير العلاجي الأساسي للكسور والجروح والحروق للحماية من الإصابات والحد من الألم والوقاية من العدوى. وغالباً ما تكون إتاحة الخدمات اللازمة للحد من الألم محدودة، ولا سيما الأدوية الخاضعة للمراقبة. لذا، ينبغي تعزيز سلاسل الإمداد لضمان إتاحة المسكنات باستمرار على مستوى الرعاية المناسب، مع الاسترشاد بالقوائم الوطنية للأدوية الأساسية. وينبغي أيضاً تدريب العاملين الصحيين على الرعاية الملطفة، بما في ذلك رعاية المرضى الذين يعانون من إصابات غير قابلة للشفاء؛ وبالإضافة إلى تخفيف الألم، ويشمل ذلك الرعاية البدنية والنفسية والروحية التي تحقق أقصى قدر من الراحة والكرامة للمريض، مع دعم أفراد أسرته في الوقت نفسه.

56. والهدف الاستراتيجي السابع هو تطوير وتعزيز القدرات الوطنية على الاستجابة السريعة وتلبية الاحتياجات المفاجئة، بما في ذلك الفرق الطبية الطارئة. وسيوفر إنشاء فرق الاستجابة السريعة المحلية والفرق الطبية الوطنية الطارئة وتوسيع نطاقها نظاماً مخصصاً لتلبية الاحتياجات المفاجئة لتقديم رعاية طارئة فورية وعالية الجودة أثناء الكوارث والنزاعات. ويهدف تطبيق منهجية الفرق الطبية الطارئة إلى ضمان تدريب الفرق المنتشرة تدريباً عالياً وجاهزتها وعملها وفقاً للمعايير الوطنية أو الدولية. وستسهم المنهجية أيضاً في تحسين استمرارية الرعاية من خلال إدماج الفرق الطبية الطارئة وتنسيقها في إطار النظام الوطني لإدارة الطوارئ الصحية. ومع تحسّن القدرات الوطنية، من المحتمل أن تحصل الفرق الطبية الطارئة على تصنيف منظمة الصحة العالمية الذي قد يسمح بالنشر الدولي لدعم عمليات الطوارئ في بلدان أخرى. وحيثما تنشط المجموعات الصحية الإنسانية، يمكن أيضاً إشراك شركاء المجموعات في دعم الخدمات على امتداد مسار رعاية المصابين بالرضوح.

57. أما الهدف الاستراتيجي الثامن، فيتمثل في تقوية نظم معلومات الرعاية الطارئة ورعاية المصابين بالرضوح. ويلزم بذل جهود مخلصه لجمع وتحليل وتبادل بيانات الرعاية الطارئة ورعاية المصابين بالرضوح لتحسين حصائل المرضى، ودعم وضع سياسات مستندة بالبيّنات، وتعزيز التحسين المستمر لخدمات الرعاية الطارئة والجرحة والجراحية في جميع أنحاء الإقليم. وربما لا توفر التكنولوجيا حلاً فورياً لعملية جمع البيانات في الأوضاع المعقدة إذا لم تتوافر

البنية التحتية الأساسية مثل توافر الطاقة أو الاتصال بالإنترنت. وينبغي أن تركز التطورات على تطبيق حلول عملية مثل مجموعات البيانات الدنيا، والنماذج الأولية الموحدة، وإدخال البيانات من خارج الإنترنت.

58. والهدف الاستراتيجي التاسع هو إعداد برنامج لتعزيز جودة رعاية المصابين بالرضوح. وسيشمل هذا النظام تحديد المعايير الوطنية ورصد الحصائل والتشجيع على أفضل الممارسات. وكثيرًا ما يتعدّر تعزيز الجودة في سياق الأوضاع الإنسانية، ولكن يمكن تطوير البرنامج باستمرار بمرور الوقت، استنادًا إلى كل خطوة من خطوات مسار الرعاية، بدءًا من الرعاية المجتمعية وانتهاءً بخدمات إعادة التأهيل. وسيكون هناك تركيز خاص على جودة الرعاية في المرافق الصحية، بما يشمل الرعاية الطارئة والجرحة والجراحية.

الجدول 1. رعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية: الأهداف الاستراتيجية والإجراءات المقترحة

| الإجراءات أو الأنشطة المقترحة | الأهداف الاستراتيجية |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● تصميم رسائل إسعافية أولية بسيطة عبر وسائط متعددة ونشرها في المجتمع بشأن مواضيع تشمل الوقاية من الإصابات، والإسعافات الأولية الأساسية، والتوعية بمسارات الإحالة، وضمان مراعاتها ثقافياً وملاءمتها لغوياً - وإعطاء الأولوية للمجتمعات التي تشهد ارتفاعاً في معدلات الإصابات بالرضوح. ● دعم التدريب على الإسعافات الأولية الأساسية للمستجيبين الأوائل من المجتمع، وربطه بنظام الطوارئ بالتعاون مع الشركاء، مثل وزارة الصحة، والهلال الأحمر/ الصليب الأحمر، والمنظمات غير الحكومية. ● مساعدة المجتمعات المحلية على إنشاء آلية لإحالة المصابين ونقلهم في حالة عدم وجود نظام رسمي للرعاية السابقة لدخول المستشفى أو رقم وصول لخدمات الطوارئ في الوقت الحالي (انظر الهدف الاستراتيجي الثالث بشأن الرعاية أثناء النقل أدناه). | <p>1 المجتمع</p> <p>1.1 تعزيز وعي عامة الناس وقدرتهم على تطبيق التدخلات المناسبة للإسعافات الأولية.</p> <p>2.1 تحسين فعالية النظام المحلي في مرحلة ما قبل الدخول إلى المستشفى، وإتاحته.</p> <p>3.1 تحسين مهارات التعرف المبكر، وتقديم الإسعافات الأولية، وإحالة المرضى المصابين في الوقت المناسب من خلال المشاركة والتنظيم المجتمعيين.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● إدراج التدريب على القواعد الأساسية للرعاية الطارئة ضمن التدريب الذي يتلقاه مقدمو الرعاية الأولية، مع التركيز على الكشف المبكر عن المصابين بإصابات بالغة وإنعاشهم. ● تحديد مسارات واضحة للإحالة والإحالة العكسية بين الرعاية الأولية والمستشفيات. ● إدراج التدبير العلاجي للجروح البسيطة والإصابات الطفيفة في المواد التدريبية للرعاية الأولية. | <p>2 الرعاية الأولية</p> <p>1.2 تحسين مهارات التعرف المبكر على المصابين وإنعاشهم وإحالتهم في الوقت المناسب من مواقع الاتصال الأولى.</p> <p>2.2 تيسير التدبير العلاجي للجروح أو الإصابات البسيطة على مستوى المجتمع المحلي حسب الاقتضاء.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● تخصيص رقم وصول شامل لخدمات الطوارئ ونظام للإرسال لإتاحة تلك الخدمات فوراً. ● استحداث وثائق موحدة للإحالة، وقوائم المعدات، وبروتوكولات خدمات الإسعاف من أجل تقديم الرعاية الأساسية والمتقدمة. ● إدراج التركيز على التعرف المبكر على المصابين بإصابات بالغة وإنعاشهم ضمن التدريب الذي يتلقاه مقدمو خدمات الإسعاف. ● تحديد مسارات واضحة للإحالة على المستويات المحلية والوطنية والدولية، حسب الاقتضاء. | <p>3 الرعاية أثناء النقل</p> <p>1.3 تطوير نُظُم الرعاية الطارئة قبل الدخول إلى المستشفى بقيادة وزارة الصحة، وتعزيز تلك النُظُم ودمجها.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● تحسين فرص تعليم وتدريب القوى العاملة لتأهيلها بالمهارات اللازمة لتقديم الرعاية الطارئة والجرجة والعناية الجراحية العالية الجودة للمصابين بالرضوح على امتداد مسار الرعاية. ● الاستفادة من الأدوات القائمة ونشرها ودعم صياغة مواد جديدة حسب الاقتضاء، مثل مجموعة أدوات منظمة الصحة العالمية للرعاية الطارئة التي تشمل القائمة المرجعية لمنظمة الصحة العالمية لرعاية المصابين بالرضوح، والمواد التعليمية بشأن التدبير العلاجي للإصابات الجماعية، والوحدات التدريبية التي تضمنتها الدورتان التدريبيتان على القواعد الأساسية للرعاية السريرية الطارئة للتعامل مع ذوي الأمراض الحادة والإصابات والإصابات المرتبطة بالزلازل - وهاتان الدورتان قد أعدتهما منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر- والوحدات التدريبية على بعض المهارات الجراحية المحددة، والوحدات التدريبية على المهارات المتقدمة لرعاية المصابين بالرضوح، والدورة التدريبية على الرعاية الجراحية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية. ● بناء القدرات في مجال الجُزْم الأساسية للرعاية الجراحية ورعاية المصابين بالرضوح، بما يشمل اكتساب كفاءات إجرائية محددة. ● تعزيز إدارة سلسلة الإمداد لضمان توافر الأدوية والإمدادات والمعدات المناسبة في كل خطوة من خطوات مسار رعاية المصابين بالرضوح. ● إنشاء مجتمعات من أفضل الممارسين للرعاية الطارئة والجرجة والجراحية على الصعيدين الوطني والإقليمي. | <p>4 الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية</p> <p>1.4 تعزيز خدمات الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية للمرضى من ذوي الرضوح الفردية أو المتعددة مع توفير مسارات متكاملة للرعاية وبروتوكولات ومبادئ توجيهية مسندة بالبيّنات.</p> <p>2.4 تعزيز سلسلة الإمداد دعمًا لخدمات الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية والخدمات في مجال الرضوح.</p> |

| الأهداف الاستراتيجية | الإجراءات أو الأنشطة المقترحة |
|--|--|
| 5 تاهيل 1.5 إدماج خدمات إعادة التأهيل في مسار رعاية المصابين بالرضوح. | <ul style="list-style-type: none"> • وضع بروتوكولات لإدماج خدمات إعادة التأهيل المبكرة في الرعاية الموحدة للمصابين بالرضوح. • دعم مسارات التعرّف على الحالات وتدريب اختصاصيي إعادة التأهيل والفريق المتعددة التخصصات. |
| 6 التدبير العلاجي للألم والرعاية الملطفة 1.6 إتاحة الخدمات الكافية للتدبير العلاجي للألم والرعاية الملطفة لجميع المرضى الذين يحتاجون إليها، في كل مرحلة من مراحل مسار الرضوح. | <ul style="list-style-type: none"> • وضع ونشر بروتوكولات للرعاية الملطفة، حسب الاقتضاء، بما في ذلك تخفيف الألم والأعراض المزعجة الأخرى. • تقوية سلاسل الإمداد لضمان توافر مسكنات الألم في مستوى الرعاية المناسب، مع الاسترشاد بالقوائم الوطنية للأدوية الأساسية. • الدعوة إلى توفير أدوية الرعاية الملطفة. |
| 7 الاستجابة السريعة والقدرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة 1.7 دعم تطوير قدرات الاستجابة السريعة وتلبية الاحتياجات المفاجئة داخل البلد، بالتعاون مع مبادرة الفريق الطبية في حالات الطوارئ. | <ul style="list-style-type: none"> • وضع بروتوكولات وخطط شاملة للتدبير العلاجي للإصابات الجماعية في المستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية، وإضفاء الطابع المؤسسي عليها، وتحديثها دورياً. • إنشاء وتطوير وتعزيز قدرات الفريق الطبية الوطنية في حالات الطوارئ والقدرات الفطرية على تلبية الاحتياجات المفاجئة، بالتعاون مع مبادرة المنظمة للفريق الطبية في حالات الطوارئ. • إنشاء فريق استجابة سريعة قادرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة لرعاية المصابين بالرضوح على المستوى دون الوطني. • دمج مبادئ رعاية المصابين بالرضوح -بما يشمل التدبير العلاجي للإصابات الجماعية- في التأهب الوطني لحالات الطوارئ. |
| 8 نُظُم المعلومات 1.8 إنشاء نُظُم قوية لجمع البيانات وتحليلها. | <ul style="list-style-type: none"> • تنسيق وتوحيد ممارسات جمع البيانات وتحليلها ورصدها وتقييمها على الصعيدين المحلي والوطني، بما في ذلك سجلات الرضوح حيثما أمكن. • الاستخدام الأمثل لتكنولوجيا المعلومات المناسبة بغرض تحسين جودة البيانات وتحليلها وتبادل المعلومات. |
| 9 تحسين الجودة 1.9 إعداد برامج لتحسين جودة رعاية المصابين بالرضوح. | <ul style="list-style-type: none"> • إعداد وتطوير وتعزيز برامج تحسين جودة رعاية المصابين بالرضوح في المرافق الصحية، بما يشمل الرعاية الطارئة والجرحة والجراحية. • إتاحة الفرص لتبادل أفضل الممارسات في مجال تطوير نُظُم رعاية المصابين بالرضوح ونشرها في جميع أنحاء الإقليم، من خلال المنصات الإلكترونية والمباشرة والمكتوبة. • دعم بحوث الرضوح الإقليمية في السياقات الإنسانية. |

سُبُلُ الْمُضِي قُدَمًا

59. بالنظر إلى العبء الثقيل والمتزايد للرضوح في الأوضاع الإنسانية في جميع أنحاء الإقليم، يلزم اتباع نهج مخصص للوقاية من الوفيات والإعاقات المرتبطة بالرضوح في تلك السياقات المعقدة. وغالبًا ما تحدُّ القيود التشغيلية وضعف التَّظْمِ الصحية من القدرات على توفير رعاية فعالة للمصابين بالرضوح في حالات النزاع والكوارث الطبيعية؛ ومع ذلك، فقد أثبتت منظمة الصحة العالمية أنه مع إتاحة الرعاية لمن يحتاجون إليها وتوافر الموارد اللازمة، يمكن إنشاء نُظْمٍ فعالة لرعاية المصابين بالرضوح وتكييفها حسب السياق، مما يؤدي إلى تحسين الحصائل.

60. ولذلك، تُحثُّ الدول الأعضاء -لا سيما تلك التي تستجيب لحالات طوارئ إنسانية أو معرضة لخطر حدوثها- على تعزيز القدرات وتكييفها على امتداد مسار رعاية المصابين بالرضوح، بدءًا من الرعاية السابقة لدخول المستشفى، والرعاية في المستشفى، وانتهاءً بالرعاية فيما بعد المستشفى؛ وينبغي دمج تلك القدرات في خدمات الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية الأوسع نطاقًا. ويوضح الجدول 1 التفاصيل المتعلقة بالإجراءات ذات الأولوية والمنجزات المستهدفة، ولكنها تشمل ما يلي:

- تعزيز الاستجابة المجتمعية للرضوح، بوسائل منها توجيه الرسائل العامة، والحملات التثقيفية والتدريب على الإسعافات الأولية؛
- وتوسيع نطاق القدرات على مستوى الرعاية الأولية من أجل التدبير العلاجي الأولي للرضوح والإحالة السريعة؛
- وتوفير خدمات فعّالة للرعاية السابقة لدخول المستشفى من أجل إسعاف ونقل مرضى الرضوح وغيرهم من مرضى الطوارئ سريعًا، ويشمل ذلك توفير رقم وصول شامل لخدمات الطوارئ وإرسالها حيثما أمكن؛
- وتعزيز خدمات الرعاية الطارئة والجرجة والجراحية؛
- ودمج خدمات إعادة التأهيل في التدبير العلاجي المبكر لمرضى الرضوح؛
- وبروتوكولات ونُظْمٍ قائمة لإتاحة خدمات التدبير العلاجي للألم والرعاية الملطفة على نحو كافٍ طوال مسار رعاية الرضوح؛
- وتعزيز وتوسيع قدرات الاستجابة السريعة وتلبية الاحتياجات المفاجئة، بما في ذلك الفرق الطبية الوطنية الطارئة؛
- وتعزيز نُظْمِ المعلومات الخاصة بالرعاية الطارئة ورعاية المصابين بالرضوح.
- وتحسين جودة الرعاية في كل مرحلة من مراحل مسار رعاية المصابين بالرضوح، ومنها المراحل السابقة لدخول المستشفى وفي المستشفى وما بعد المستشفى.

61. ويُطلَب من المنظمة دعم الدول الأعضاء في هذه المساعي، وسوف تضطلع بما يلي:

- الدعم التقني والتشغيلي لرعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية على امتداد مراحل مسار الرعاية؛
- وتعزيز الشراكات التشغيلية والأكاديمية في جميع أنحاء إقليم شرق المتوسط لتوفير الرعاية للمصابين بالرضوح على نحو أكثر فعالية؛
- ودعم الدول الأعضاء في إجراء بحوث وصفية وتشغيلية وتدخُّلِيَّة بشأن رعاية المصابين بالرضوح في الأوضاع الإنسانية؛
- واستثمار بيانات رعاية المصابين بالرضوح في البلدان المتأثرة بالنزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف من أجل الدعوة إلى حماية المدنيين ومرافق الرعاية الصحية وحشد الموارد.

المراجع¹

1. Injuries and violence: the facts 2014. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/149798>).
2. Sharma BR. Road traffic injuries: a major global public health crisis. *Public Health*. 2008;122 (12):1399–1406. (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.06.009>).
3. FY24 list of fragile and conflict-affected situations [website]. World Bank; 2024 (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/608a53dd83f21ef6712b5dfef050b00b-0090082023/original/FCSListFY24-final.pdf>).
4. Addressing health emergencies in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375639>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. ACLED. Armed conflict location & event data [website]. Armed Conflict Location and Event Data Project; 2024 (<https://acleddata.com/>).
6. Afghanistan. Protection of civilians in armed conflict midyear update: 1 January to 30 June 2021. Kabul: United Nations Assistance Mission in Afghanistan (UNAMA); 2021 (https://unama.unmissions.org/sites/default/files/unama_poc_midyear_report_2021_26_july.pdf).
7. WHO oPT. oPt Emergency Situation Update, Issue 28. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024 (https://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_-_issue_28b.pdf).
8. 2022: Disasters in numbers. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters; 2023 (https://www.cred.be/sites/default/files/2022_EMDAT_report.pdf).
9. Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Seventieth Session, Cairo, 9–12 October 2023: Minimizing morbidity and mortality due to trauma in humanitarian settings. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<https://applications.emro.who.int/docs/Tech-session-Trauma-eng.pdf>).
10. WHO Lebanon. Beirut port blast. Emergency strategic response plan. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<https://www.emro.who.int/images/stories/lebanon/who-lebanon-strategic-response-plan-27.9.20.pdf>).
11. Brennan R, Hajjeh R, Al-Mandhari A. Responding to health emergencies in the Eastern Mediterranean region in times of conflict. *Lancet*. 2022;399:e20–e22. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30069-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30069-6)).
12. Trauma system: Agenda for the future. Washington, DC: U.S. Department of Transport; 2004 (https://www.ems.gov/assets/EMS_Trauma_Agenda.pdf).
13. Resources for the optimal care of the injured patient: 2022 standards. Chicago: American College of Surgeons; 2022 (<https://www.facs.org/quality-programs/trauma/quality/verification-review-and-consultation-program/standards/>).
14. Howard JT, Kotwal RS, Stern CA, Janak JC, Mazuchowski EL, Butler FK et al. Use of combat casualty care data to assess the US military trauma system during the Afghanistan and Iraq conflicts, 2001–2017. *JAMA Surg*. 2019 Jul 1;154(7):600–608. (<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0151>).
15. Bath, MF, Hobbs L, Kohler K, Kuhn I, Nabulyato W, Kwizera A et al. Does the implementation of a trauma system affect injury-related morbidity and economic outcomes? A systematic review. *Emerg Med J*. 2024;41(7):409–414. (<https://doi.org/10.1136/emermed-2023-213782>).
16. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA et al. Global surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569–624 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X)).
17. Werner K, Risko N, Kalanzi J, Wallis LA, Reynolds TA. Cost-effectiveness analysis of the multi-strategy WHO emergency care toolkit in regional referral hospitals in Uganda. *PLoS One*. 2022;17(12):e0279074. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279074>).

¹ تم الاطلاع على جميع المراجع في 7 آب/ أغسطس 2024.

18. جمعية الصحة العالمية السادسة والسبعون، جنيف، 21-30 أيار/ مايو 2023: القرارات والمقررات الإجرائية والملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023 (ج ص ع 2-76/ سجلات/ 2023 :2-: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76-REC1/A76_REC1_Interactive_ar.pdf#page=1).
19. Afghanistan Health Emergency Response (HER) Project [website]. Washington, DC: World Bank; 2024 (<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P178775>).
20. Financial tracking service. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA); 2023 (<https://fts.unocha.org/home/2023/plans/view>).
21. Demirel ME, Ali iH, Boğan M. Emergency service experience following the terrorist attack in Mogadishu, 14 October 2017, a scene of lay rescuer triage. *Am J Emerg Med.* 2021;40:6–10. (<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.12.005>).
22. The Lancet. Out-of-hospital cardiac arrest: a unique medical emergency. *Lancet.* 2018;391(10124):911. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30552-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30552-X)).
23. Eilertsen KA, Winberg M, Jeppesen E, Hval G, Wisborg T. Prehospital tourniquets in civilians: A systematic review. *Prehosp Disaster Med.* 2021;36(1):86–94. (<https://doi.org/doi:10.1017/S1049023X20001284>).
24. Smith, AA, Ochoa JE, Wong S, et al. Prehospital tourniquet use in penetrating extremity trauma: Decreased blood transfusions and limb complications. *J Trauma Acute Care Surg.* 2019;86(1):43–51. (<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002095>).
25. Murad, MK, Issa DB, Mustafa FM, Hassan HO, Husum H. Prehospital trauma system reduces mortality in severe trauma: a controlled study of road traffic casualties in Iraq. *Prehosp Disaster Med.* 2012;27(1):36–41 (<https://doi.org/10.1017/S1049023X11006819>).
26. Henry JA, Reingold AL. Prehospital trauma systems reduce mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(1):261–268 (<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31824bde1e>).
27. Dayharsh TI, Yung TJ, Hunter DK, Ivy SC. Update on the national emergency number 911. *IEEE Trans Veh Technol.* 1979;28(4):292–297 (<https://doi.org/10.1109/T-VT.1979.23804>).
28. Diehl P, Mauer D, Schneider T, Dick W. Der Notruf--eigentliche Schwachstelle innerhalb eines Rettungssystems. Prospektive Untersuchungen anhand beobachteter Kreislaufstillstände [The emergency telephone number--the essential weak link in an emergency system. Prospective studies involving cardiac arrests observed by bystanders]. *Anaesthesist.* 1992;41(6):348–353.
29. HeRAMS Annual report, Public hospitals in the Syrian Arab Republic. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.emro.who.int/images/stories/syria/04-HeRAMS-Annual-Public-Hospitals-Report-2021.pdf>).
30. HeRAMS Yemen baseline report 2023: Operational status of the health system. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/m/item/herams-yemen-baseline-report-2023-operational-status-of-the-health-system>).
31. Sudan and neighbouring countries. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/sudan---who-2024-health-emergency-appeal.pdf>).
32. Surveillance system for attacks on health care (SSA). Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>).
33. القوى العاملة الصحية في إقليم شرق المتوسط: تطبيق الدروس المستفادة من كوفيد-19 [الموقع الإلكتروني]. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2023 (<https://www.emro.who.int/media/news/health-workforce-in-the-eastern-mediterranean-region-from-covid-19-lessons-to-action.html>).
34. Pakistan floods 2022: Post-disaster needs assessment (PDNA). New York: United Nations Development Programme; 2022 (<https://www.undp.org/pakistan/publications/pakistan-floods-2022-post-disaster-needs-assessment-pdna>).
35. Libya storm and flooding 2023: Rapid damage and needs assessment. Washington, DC: World Bank; 2024 (<https://www.gfdr.org/en/publication/libya-storm-and-flooding-2023-rapid-damage-and-needs-assessment>).

36. Herat earthquakes 2023: Post-disaster needs assessment. Kabul: United Nations, World Bank, European Union, Asian Development Bank; 2024 (<https://recovery.preventionweb.net/publication/herat-earthquakes-2023-post-disaster-needs-assessment>).
37. Vlassenroot, K. War and social research: the limits of empirical methodologies in war-torn environments. *Civilisations*. 2006;54:191–198.
38. Reinhardt JD, Li J, Gosney J, et al. Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Glob Health Action*. 2011;4:7191 (<https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.7191>).
39. Amatya B, Khan F. Disaster response and management: The integral role of rehabilitation. *Ann Rehabil Med*. 2023;47(4):237–260 (<https://doi.org/10.5535/arm.23071>).
40. Sivan M, Negrini S. An expanded workforce is needed to strengthen rehabilitation in health systems. *BMJ*. 2024;384:q60 (<https://doi.org/10.1136/bmj.q60>).
41. The need to scale up rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/331210>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
42. Campbell J, Mills J-A. Health systems and policy research needed to strengthen the rehabilitation workforce. *Bull World Health Organ*. 2022;100(11):747–748 (<https://doi.org/10.2471/BLT.22.289032>).
43. Sawe HRSirili N, Weber E, Coats TJ, Wallis LA, Reynolds TA. Barriers and facilitators to implementing trauma registries in low- and middle-income countries: Qualitative experiences from Tanzania. *Afr J Emerg Med*. 2020;10(Suppl 1):S23–S28 (<https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.06.003>).
44. Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization; 2004 (<https://iris.who.int/handle/10665/42565>).
45. Spiegel PB, Garber K, Kushner A, Wise. The Mosul trauma response, A case study. Baltimore: Johns Hopkins; 2018 (<https://fsi.stanford.edu/publication/mosul-trauma-response-case-study>).
46. The Gaza trauma response: WHO conducted a one-year analysis of trauma injuries in Gaza. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019 (<https://www.emro.who.int/opt/news/who-conducted-a-one-year-analysis-of-trauma-injuries-in-gaza.html>).
47. Classification and minimum standards for emergency medical teams. Geneva: World Health Organization, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029330>).
48. A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029354>).
49. Emergency medical teams 2030 strategy. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Rubiano AM, Vera DS, Montenegro JH. Recommendations of the Colombian Consensus Committee for the Management of Traumatic Brain Injury in Prehospital, Emergency Department, Surgery, and Intensive Care (Beyond One Option for Treatment of Traumatic Brain Injury: A Stratified Protocol [BOOTStraP]). *J Neurosci Rural Pract*. 2020;11(1):7–22 (<https://doi.org/10.1055/s-0040-1701370>).
51. Schell, CO, Khalid K, Wharton-Smith A, et al. Essential emergency and critical care: a consensus among global clinical experts. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9):e006585 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006585>).