

ماهي الرعاية الطبية؟

تشكل الرعاية الطبية احدى عناصر الخدمات الصحية و تتمثل في الوقاية من، و تحديد، و تقييم، و معالجة الاوضاع الصحية و العجز⁽¹⁾. ركزت الخدمات الصحية على الرعاية الطبية الطارئة و المستمرة في المناطق العسكرية الحساسة. الهدف من الرعاية الطبية الطارئة هو توفير رعاية للخدمات الحادة من قبيل الاسعافات الاولية، نقل الدم، و تدابير فورية اخرى من شأنها منع وقوع وفيات و العجز دائمة في حال نجاة الشخص من الحادث. الهدف من الرعاية الطبية المستمرة هو تعزيز الشفاء التام للاشخاص عن طريق تدابير مثل معالجة الالام.

تمثل الرعاية الطبية خطوة اولى للتأكد من نجاة الشخص من حادثة ما و تقليل خطر و حدة العجز الدائمة. مع ذلك، الرعاية الطبية المستجيبة لاصابة ما ليست سوى جزء من خدمات صحية اشمل. يحتاج الناجون الى النفاذ لرعاية طبية ملائمة و التي هي من حقهم حتى بعد شفائهم من الصدمة الاولية.

تتضمن الخدمات الصحية العناصر التالية:⁽²⁾

- ◀ تعزيز الصحة: تعزيز مهارات الافراد من اجل تغيير الاوضاع الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية لتخفيف تاثير الاصابة على الصحة.
- ◀ الوقاية: تدبير وقائي اولى (تجنب الامراض) و ثانوية (التشخيص المبكر و المعالجة) و ثالث (اعادة التأهيل).
- ◀ الرعاية الطبية (تشمل الرعاية الطبية الطارئة و المستمرة): تحديد الظروف الصحية و العجز و تقييمها و القيام بالجراحة و العلاج.

حقائق سريعة

★ الاف الاشخاص يموتون او يصابون باعاقات سنويا جراء الحوادث المرطبة بالالغام و المتفجرات من مخلفات الحرب و ذلك، جزئيا، بسبب صعوبة النفاذ الفوري الى اسعافات اولية مناسبة.

★ الاشخاص ذوي الاعاقة، بما فيهم الناجون، غالبا ما يعيشون مستويات ادنى من الصحة و يواجهون صعوبات في الوصول الى الخدمات الصحية اكثر من غيرهم من السكان.

★ النساء و الفتيات ذوات الاعاقة، بما فيهن الناجيات، تعانين من معدلات اساءة جنسية اعلى من باقي النسوة و لديهن نفاذ اقل للمعلومات حول الصحة الانجابية. كذلك فان مخاطر اصابتهم بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة و الحمل غير المرغوب فيه و وفيات الامومة اكبر.

من هي الجهات المعنية الرئيسية؟

منظمات الناجين و الاشخاص ذوي الاعاقة | مقدمي الخدمات: المستشفيات، بما في ذلك خدمات النقل الطبية الطارئة، ومركز الصحة المجتمعي.
الوزارات: الصحة. | المنظمات العالمية: منظمة الصحة العالمية.

الاطارات السياسية و القانونية

اتفاقية بشأن النخائر العنقودية: البند 15 | خطة عمل فينتيان: الاجراء 25# & 28#
خطة عمل كارتاخينا: قسم 5، الفقرة 12، اجراء 31#.
اتفاقية حقوق الاشخاص ذوي الاعاقة: اجراء 25 & 26.
الاهداف الانمائية لللفية: الاهداف 4، 5، و 6.

ماهي التحديات المشتركة بين البلدان منخفضة الدخل؟

- ◀ انعدام الامن في المناطق المتأثرة بالنزاعات يجعل من الصعب، ان لم يكن من المستحيل، تواجدهم الخدمات الصحية. غالبا الفرق و الخدمات المتنقلة تكون ضئيلة او (منعدمة).
- ◀ نقص مقدمي الخدمات الصحية النسائية مما يجعل من الصعب على الناجيات النفاذ الى الخدمات في سياقات معينة.
- ◀ نقص الطاقم الطبي المتلقي لتدريب بشأن حقوق الاشخاص ذوي الاعاقة او بشأن التأكد من نفاذ الاشخاص ذوي العاهات المختلفة الى معلومات حول الوقاية و التعزيز و الرعاية و الخدمات الطبية بما ان معلومات مماثلة نادرا ما تصل الناجين.

- ◀ موارد الرعاية الصحية البشرية و المادية المتوفرة بالمناطق الريفية حيث تعيش اغلبية الضحايا محدودة او منعدمة (بما في ذلك المستجيبين الأوائل و مصدر دم امن).
- ◀ عملية التنقل الى مراكز الرعاية الصحية تكون في الغالب طويلة و مكلفة: عوائق من قبيل المسافة و التكلفة تجعل من الصعب على الاشخاص النفاذ الى الخدمات الصحية بانتظام، خاصة بالنسبة للاطفال الذين هم بحاجة اليها و هم في طور النمو.
- ◀ قلة الجراحين المتدربين على تقنيات البتر و تدابير انقاذ البصر التي غالبا ما تكون ضرورية اثر الاصابة الناجمة عن الالغام او المتفجرات من مخلفات الحرب.
- ◀ تتطلب الخدمات الصحية غالبا دفعات لا يمكن على الفقراء الذين يمثلون اغلبية الناجين تسديدها.

مشاريع ناجحة في مجال النفاذ للصحة

في تايلندا، نظام الخدمات الطبية الطارئة امتد الى جميع الاقاليم و الجماعات المحلية بما في ذلك 27 اقليم متأثر بالالغام و المتفجرات من مخلفات الحرب. في حالات الطوارئ يمكن استخدام خط الطوارئ الساخن للوصول الى شبكة من فرق الاستجابة للطوارئ. هذه الفرق متوفرة في كافة انحاء البلاد باستثناء المناطق الحدودية النائية⁽⁴⁾.

في كولومبيا، وزارة الحماية الاجتماعية، وبدعم من اللجنة الوطنية للصليب الاحمر، اوجدت دليلا تقنيا بخص الرعاية الطبية الطارئة و الجراحين المدربين من المستشفيات المحلية في مناطق تواجد الالغام المتفجرات من مخلفات الحرب. للجنة الوطنية للصليب الاحمر و الصليب الاحمر الكولومبي وفرا تدريبا مجتمعيا حول الاسعافات الاولية في 12 من المناطق المتأثرة⁽⁴⁾.

في افغانستان، منظمة الصحة العالمية تعاونت مع وزارة الصحة العمومية من اجل تطوير قدرات في اجراءات الطوارئ و اجراءات الجراحة و التخدير الاساسية في المستشفيات الجهوية و الاقليمية عبر برنامج الادارة المتكاملة للطوارئ و الرعاية الجراحية الاساسية⁽³⁾.

ماذا يمكن للدول أن تفعل؟

لتحسين نوعية الحياة:

- تدريب السكان المحليين داخل المناطق المتأثرة بالألغام ومخلفات الحروب القابلة للانفجار على الإسعافات الأولية.
- ضمان حصول الناجين والأشخاص المصابين الآخرين على المتابعة الصحية من طواقم الجراحين والمرضين ومن أخصائيي إعادة التأهيل.
- ضمان حسن إعلام ذوي الإعاقات، ما في ذلك الناجين، وعائلاتهم بمخاطر وفوائد العمليات الجراحية و اطلاعهم على كلفة العلاج ومدته.
- تطوير مهارات الأفراد عبر تقديم التوعية الصحية ومعلومات أخرى لتمكينهم من مزيد الحفاظ على صحتهم.
- وبشكل أخص، ضمان وصول النساء والبنات ذوات الإعاقات، بما في ذلك الناجيات، إلى خدمات الصحة الإنجابية والجنسية مثل بقية النساء والبنات دون إعاقات.

تحسين الوصول للخدمات:

- ضمان امتلاك المرافق الصحية للمعدات والأدوات المناسبة والدم السليم والأدوية.
- ضمان وجود قدرات جراحية وتقليص ألم مناسبة.
- ضمان مجانية أو القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية للناجين وذوي الإعاقة وأفراد ذوي حاجة آخرين.
- تنفيذ نشاطات توعية حول الإعاقات للعاملين في قطاع الصحة.
- ضمان وجود مقدمي الخدمات الصحية النسائية.
- تطوير ودعم منظومات الإحالة لتسهيل ولوج ذوي الإعاقات للخدمات الصحية خاصة النساء والبنات.

تحسين الولوج للتشريعات والسياسات:

يجب أن تتماشى السياسات والتشريعات مع إتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقات ليتم بعد ذلك تطوير الخطط ووضع الميزانيات المناسبة لتمكين التنفيذ على المستوى المحلي.

ضمان أن تشمل السياسات والتشريعات التوعية الصحية والوقاية والرعاية الطبية.

مثال مشروع: تدريب المسعفين شبه الطبيين في شمال العراق

والسلطات الصحية في المحافظة.

المؤشرات الرئيسية: تم تدريب 88 مسعف، وفي المقابل قام هؤلاء بتدريب 6000 مستجيب أولي في قراهم والقرى المحيطة حول إسعاف ضحايا الصدمة. وقد تلقى 2349 مريضاً العلاج خلال هذه الفترة: 919 منهم ضحايا الألغام ومخلفات حروب وإصابات مختربة أخرى و1430 جازء الصدمة أو إصابات طبية استعجالية أخرى. وقد تقلصت نسبة الوفيات من 28.7% إلى 9.4%. كما تقلصت المدة الزمنية من لحظة الإصابة إلى وصول المساعدة الطبية الأولى من 2.4 ساعات إلى 0.6 ساعة. وقد حدثت أغلب الوفيات على عين المكان. كما تحسنت الرعاية الطبية السابقة للمستشفى بشكل كبير.

المدة: سجلت هذه النتائج على الفترة الممتدة من 1999 إلى 2005 والمشروع مازال متوصلاً لحد اللحظة.

نفذ من قبل: مركز تروسمو لموارد ضحايا الألغام بالتعاون مع مؤسسة رعاية ضحايا الصدمة في العراق.

المانح: وزارة الشؤون الخارجية النرويجية.

تحديد المشكل: يعيش أغلب ضحايا الألغام ومخلفات الحروب القابلة للانفجار في المناطق الريفية ولكن يتواجد أغلب الأطباء والمرافق الصحية في المدن. وفي شمال العراق، كانت قدرات توفير رعاية صحية لضحايا الصدمات، قبل الوصول للمستشفى، محدودة.

الهدف: تحسين الوصول للرعاية الصحية السابقة للوصول للمستشفى وذلك عبر تدريب مجموعة من المسعفين شبه الطبيين الذين سيديرون بدورهم المستجيبين الأوائل على المستوى المحلي.

النشاطات: تدريب 6000 شخص ليكونوا مستجيبين أوائل و88 مسعف طبي (1996-2004).

تم تسجيل المرضى حسب الفترات الزمنية لوصول المساعدة والإسعافات المقدمة والرعاية الصحية السابقة للوصول للمستشفى ونسب الوفاة.

الاستدامة: يعيش المسعفون والمستجيبون الأوائل الذين تم تدريبهم في المناطق المتأثرة، مما يعني أن الموارد تبقى في الموقع بعد انتهاء مدة المشروع. وكان للجميع خبرة كبيرة في إسعاف الأشخاص الذين أصيبوا أو قتلوا جراء لغم أو مخلف حرب قابل للانفجار. وكانت نسبة المسعفين الذين بقوا في البرنامج بعد 8 سنوات 72%. وتم تنفيذ المشروع بالتنسيق مع المستشفيات المحلية الموجودة في المنطقة