

الفصل الحادى عشر
الصحة النفسية والدعم
النفسى الاجتماعى

obeikandi.com

الفصل الحادى عشر

الصحة النفسية والدعم النفسى الاجتماعى

فى حالات الطوارئ:

ما الذى ينبغى أن يعرفه العاملون فى مجال العون الصحى الإنسانى

١,١ الخلفية

تتوجه هذه الوثيقة إلى العاملين فى مجال الإغاثة الإنسانية الذين يعملون على المستوى المحلى وما دون المستوى الوطنى فى البلدان التى تواجه أزمات وحالات طوارئ. وهى تصلح لشركاء "التكتل الصحى العالمى" ومقدمى الخدمات الصحية، الحكومية وغير الحكومية. بُنيت هذه الوثيقة على أساس "إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المعنية للصحة النفسية والدعم النفسى الاجتماعى فى حالات الطوارئ"، (IASC 2007). وهى تلقي نظرة عامة على المعرفة الأساسية التى يجب أن يتمتع بها العاملون فى مجال الإغاثة الإنسانية عن الصحة النفسية والدعم النفسى الاجتماعى (MHPSS) فى حالات الطوارئ الإنسانية. وعلى المديرين أن يتأكدوا من أن فريقهم الصحى قد تلقى الإرشاد اللازم حول أجزاء الوثيقة التى لها صلة بعملهم.

يُشير مصطلح "النفسى الاجتماعى" إلى الترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية وإلى حقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر باستمرار ويؤثر فيه. ويُستخدم مصطلح "الصحة النفسية والدعم النفسى الاجتماعى" فى هذه الوثيقة لوصف أى شكل من أشكال الدعم المحلى أو الخارجى الذى

يهدف إلى حماية الرفاه النفسي الاجتماعي أو تعزيزه، و/أو الوقاية من الاضطرابات النفسية أو معالجتها.

تعتبر أشكال الدعم الاجتماعي المختلفة أساسية في حماية ودعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الطوارئ ويجب تنظيمها في قطاعات متعددة (مثلاً إدارة المخيمات والتعليم والأمن الغذائي والتغذية والصحة والحماية والملجأ والمياه والصرف الصحي). ويُنصح العاملون في مجال الإغاثة الانسانية بنشر الإرشادات والرسائل الأساسية الصادرة عن "اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات" بين الزملاء في الميادين والقطاعات والتكتلات الأخرى وذلك للتأكد من أنه يتم اتخاذ الخطوات المناسبة لمواجهة عوامل الخطر الاجتماعية التي تؤثر في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي.

ينبغي توفير التدخلات النفسية السريرية الأساسية للمشكلات الطارئة المحددة. ويجب ألا تُطبَّق هذه التدخلات إلا بقيادة مهنيين في الصحة النفسية يعملون في قطاع الصحة. إن مراعاة الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الاستجابات الصحية العامة يصون كرامة الناجين ويعزز الاستجابة الصحية العامة عندهم.

١,٢ تأثير حالات الطوارئ

ينجم عن حالات الطوارئ مجموعة واسعة من المشكلات التي يعيشها الأفراد والأسرة والجماعات المحلية والمجتمع. وعلى كل مستوى، تجرف حالات الطوارئ أشكال الدعم الوقائي التي تكون متوافرة في العادة، وتزيد من مخاطر المشكلات المتنوعة، كما تميل إلى تضخيم المشكلات الموجودة أصلاً. وفي حين أن المشكلات الاجتماعية والنفسية تصيب معظم المجموعات، إلا أنه من المهم الإشارة إلى أن كل فرد يختبر الحدث ذاته بشكل مختلف عن الآخر كما تكون له موارده وقدراته المختلفة على التغلب على الحدث.

تتداخل المشكلات النفسية الاجتماعية ومشكلات الصحة النفسية بشكل وثيق في حالات الطوارئ. ومع ذلك فقد تكون في الأغلب إما اجتماعية أو نفسية بطبيعتها. وتشمل المشكلات ذات الطابع الاجتماعي بالدرجة الأولى ما يلي:

- مشكلات اجتماعية موجودة أصلاً، قبل حالة الطوارئ (كالإنتماء إلى مجموعة تعاني من التمييز أو التهميش، القمع السياسي)
- مشكلات اجتماعية ناجمة عن حالات طوارئ (تشتت الأسرة، السلامة، الوصمات، تدمير سبل العيش، وتدمير الشبكات الاجتماعية والهيكلية المجتمعية المحلية، والموارد والثقة، التورط في أعمال جنسية)،
- مشكلات اجتماعية ناجمة عن المساعدات الإنسانية (مثل الاكتظاظ وانعدام الخصوصية في المخيمات، أو تقويض الهياكل المجتمعية أو آليات الدعم التقليدية، التبعية للمساعدات).

وبالمثل، تشمل المشكلات ذات الطابع النفسي بالدرجة الأولى ما يلي:

- مشكلات موجودة أصلاً (مثل اضطراب نفسي حاد، الإكتئاب، الإدمان على الكحول)،
- ومشكلات ناجمة عن حالات طوارئ (مثل الحزن، الضيق غير المرضي، الإدمان على الكحول والمواد الأخرى، الاكتئاب واضطرابات القلق بما في ذلك اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD)،
- ومشكلات ناجمة عن المساعدات الإنسانية (مثل القلق الناتج عن الإفتقار إلى معلومات عن توزيع المساعدات الغذائية).

لذا، فإن المشكلات النفسية الاجتماعية ومشكلات الصحة النفسية في حالات الطوارئ تشمل ما هو أكثر بكثير من اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD) أو الإكتئاب الناجم عن الكوارث. إن التركيز الانتقائي على هاتين المشكلتين فحسب غير مناسب لأنه يتجاهل العديد من مشكلات دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ، كما

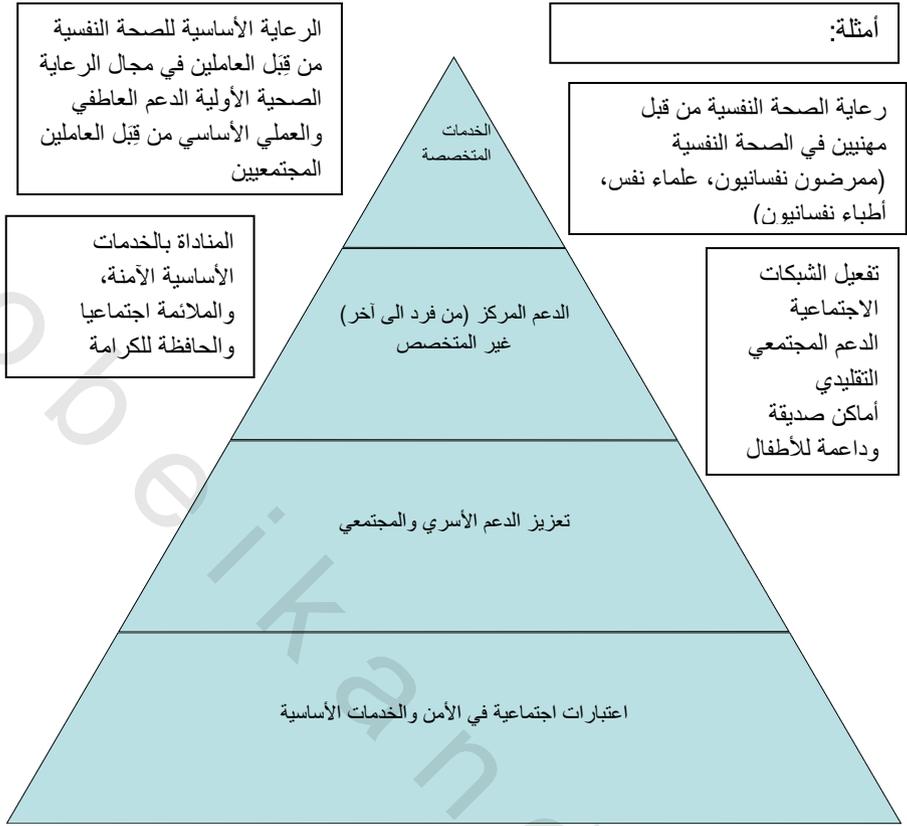
يتجاهل الموارد التي يتمتع بها الناس . فالرجال، والنساء، والفتيان، والفتيات يتمتعون بقدرات أو موارد تدعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. إن تجاهل هذه الموارد والتركيز فقط على نقاط عجز المجموعة المصابة - كالضعف، والمعاناة، والأمراض - لهو خطأ شائع عند العمل على دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. ومن المهم معرفة المشكلات، وفي الوقت ذاته معرفة طبيعة الموارد المحلية وما إذا كانت مفيدة أم مؤذية، ومدى قدرة الأشخاص المتأثرين على الوصول إليها.

١,٣ المبادئ

الشكل ١. هرم التدخلات اللازمة لدعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ.

(لشرح عن المستويات المختلفة في الهرم، راجعوا الصفحتين ١٢ - ١٣ من إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات).

هرم التدخلات



١. يتأثر الناس في حالات الطوارئ بطرق مختلفة ويحتاجون بالتالي إلى أشكال مختلفة من الدعم. ومن المبادئ الضرورية عند تنظيم دعم والصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي تطوير نظام مكوّن من عدد من المستويات المكملة لبعضها البعض والتي تلبّي احتياجات المجموعات المختلفة (أنظروا الشكل ١). وتعتبر جميع المستويات أو الطبقات الموجودة في الهرم ضرورية ويجب، مثالياً، أن يتم تنفيذها بشكل متزامن.

ومن المبادئ الرئيسية الأخرى التي يجب أخذها في الاعتبار ضرورة

بناء قدرات محلية، ودعم المساعدة الذاتية، وتعزيز الموارد الموجودة أصلاً، حتى في المراحل المبكرة من حالات الطوارئ. وبالتالي، لا بد للعاملين في مجال الإغاثة الإنسانية من بناء قدرات الحكومة والمجتمع المدني في هذا المجال حيثما أمكن. وعند كل مستوى من المستويات، فإن المهام المفتاحية تشمل تحديد وتجنيد وتقوية المهارات والقدرات عند الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والمجتمع ككل.

يجب دمج النشاطات والبرمجة في أنظمة أوسع (مثل آليات الدعم المجتمعي الموجودة، الأنظمة المدرسية الرسمية وغير الرسمية، خدمات الصحة العامة، خدمات الصحة النفسية العامة، الخدمات الاجتماعية إلخ...). إن توفير خدمات متخصصة منفصلة تتعامل فقط مع مجموعة مستهدفة واحدة، كضحايا الاغتصاب أو الأشخاص الذين يجمعهم تشخيص معين، هي مسألة إشكالية، إذ من شأنها أن تؤدي إلى تشتيت أنظمة الدعم القائمة. فالنشاطات المدمجة في أنظمة أوسع تصل إلى عدد أكبر من الأشخاص، وهي عادة ما تكون أكثر استدامة وتحمل وصمات أقل.

٢. جدول دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي: نظرة عامة على الحد الأدنى من الاستجابات في حالات الطوارئ من الضروري تنفيذ جملة من استجابات الحد الأدنى. هذه التدخلات يلخصها الجدول ١. إن النشاطات الأساسية، أو النواتية، في مجال القطاع الصحي يشار إليها في الجمل المطبوعة بالحرف الأزرق المائل. وحيث أمكن، يمكن أن يشارك القطاع الصحي في أعمال أخرى لا سيما في مجالات الحشد والدعم على الصعيد المحلي. وتوفر إرشادات "اللجنة المشتركة الدائمة بين الوكالات" توجيهاً حول كيفية تنفيذ كل استجابة من استجابات الحد الأدنى.

(إرشادات اللجنة المشتركة الدائمة بين الوكالات، صفحة الجدول ١: إرشادات "اللجنة المشتركة الدائمة بين الوكالات" في مجال الحد الأدنى من الاستجابات في حالات الطوارئ ٢٠ - ٢٩)

أ. الوظائف المشتركة	المجال
<p>١.١ تنسيق جهود دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي عبر مختلف القطاعات</p> <p>٢.١ إجراء تقديرات للقضايا المتعلقة بدعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي</p> <p>٢.٢ إطلاق أنظمة تشاركية للرصد والتقييم</p> <p>٣.١ تطبيق إطار لحقوق الإنسان من خلال دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي</p> <p>٣.٢ تحديد ورصد التهديدات والإخفاقات المتعلقة بحماية الحماية الاجتماعية لها من خلال الحماية الاجتماعية</p> <p>٣.٣ تحديد ورصد تهديدات الحماية والإساءات والاعتداءات المتعلقة بها، والحد منها، والتصدي لها من خلال الحماية القانونية</p>	<p>١. التنسيق</p> <p>٢. التقدير الأولي والمتابعة والتقييم</p> <p>٣. معايير الحماية وحقوق الإنسان</p>
<p>٤.١ تحديد وتوظيف العاملين وإشراك المتطوعين الذين يفهمون الثقافة المحلية</p> <p>٤.٢ تطبيق مبادئ السلوك والإرشادات الأخلاقية للعاملين</p> <p>٤.٣ تنظيم تعريف وتدريب للعاملين في مجال الإغاثة في مجال دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي</p> <p>٤.٤ الوقاية من المشكلات المتعلقة بدعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للعاملين والمتطوعين وإدارتها</p>	<p>٤. الموارد البشرية</p>
<p>ب. الجهود الأساسية، أو النواتية، في مجال دعم الصحة النفسية والدعم</p>	

النفسي الاجتماعي	
<p>٥.١ تيسير الظروف الملائمة لحشد المجتمع المحلي وتملكه الاستجابة لحالات الطوارئ في جميع القطاعات، وتحكمه بها</p> <p>٥.٢ تيسير المساعدة الذاتية في المجتمع المحلي والدعم الاجتماعي</p> <p>٥.٣ تيسير الظروف الملائمة لأداء ممارسات الشفاء الثقافية والروحية والدينية المحلية</p> <p>٥.٤ تيسير الدعم للأطفال الصغار (٠ - ٨ سنوات) والقائمين على رعايتهم</p>	<p>٥. الحشد والدعم في المجتمع المحلي</p>
<p>٦.١ تضمين اعتبارات نفسانية واجتماعية واجتماعية محددة في توفير الرعاية الصحية العامة</p> <p>٦.٢ توفير القدرة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة على الوصول إلى الرعاية</p> <p>٦.٣ حماية ورعاية الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة وإعاقات عقلية وعصبية أخرى الذين يعيشون في مؤسسات إيواء</p> <p>٦.٤ التعلم عن الأنظمة الصحية المحلية والتقليدية والتنسيق معها حيث يكون ذلك ملائماً</p> <p>٦.٥ الحد من الأذى المرتبط بالإدمان على الكحول والمواد الأخرى</p>	<p>٦. الخدمات الصحية</p>
<p>٧.١ تعزيز القدرة على الوصول إلى تعليم آمن وداعم</p>	<p>٧. التعليم</p>
<p>٨.١ توفير المعلومات للمجموعات السكانية المتأثرة بحالات الطوارئ، إضافة إلى المعلومات عن جهود</p>	<p>٨. نشر المعلومات</p>

<p>الإغاثة والحقوق القانونية ٨.٢ توفير القدرة على الوصول إلى المعلومات عن أساليب التكيف الإيجابية</p>	
<p>ج. الاعتبارات الثقافية في القطاعات</p>	
<p>٩.١ إدخال اعتبارات اجتماعية ونفسية اجتماعية محددة في توفير الغذاء والدعم الغذائي (تقديم المساعدة للجميع بشكل يحفظ الكرامة ويأخذ في الاعتبار الممارسات الثقافية والأدوار بين سكان البيت الواحد)</p>	<p>٩. الأمن الغذائي والتغذية</p>
<p>١٠.١ إدخال اعتبارات اجتماعية محددة (مساعدة آمنة، تحفظ الكرامة وملائمة ثقافياً واجتماعياً) في مجال التخطيط للموقع وتوفير الملجأ بطريقة منسقة</p>	<p>١٠. تخطيط الملاجئ والمواقع</p>
<p>١١.١ إدخال اعتبارات اجتماعية محددة في مجال توفير المياه وخدمات الصرف الصحي (الوصول الآمن والملائم ثقافياً للجميع والمحافظة على كرامتهم)</p>	<p>١١. المياه والصرف الصحي</p>

٣. التنسيق والتقييم

٣.١ التنسيق (إرشادات) اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات"، ورقة

العمل (١.١)

ينبغي أن يجري التنسيق بين جميع القطاعات والتكتلات في ما يتعلق بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. وعلى آلية التنسيق أن تكون ملائمة للسياق. يجب إنشاء آلية للعاملين من مختلف القطاعات والتكتلات ليجتمعوا دورياً لتنسيق خطط وأنشطة الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي.

تطوي الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي على نشاطات تحتاج إلى مناقشة ودمج في خطط عمل مختلف القطاعات أو التكتلات المعنية، إذ أن هذه النشاطات هي من المكونات النواتية في القطاعات أو التكتلات الأساسية (مثلاً، في الصحة والحماية والتعليم). وتقع المسؤولية عن نشاطات معينة على عاتق التكتل المعني. ومن الضروري أن يجري تضمين مشاريع الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الفصول ذات الصلة (كالصحة والحماية والتعليم) من وثائق النداء العاجل (Flash Appeal) ووثائق عملية النداء الموحد (GAP). ويجب ألا يكون هناك فصل منفصل عن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في هذه الوثائق، كما يجب ألا يتم إنشاء الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي كتكتل منفصل. كما توصي "إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات" بإنشاء مجموعة تنسيق واحدة للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي بين القطاعات. ويعتبر من المناسب إنشاء هكذا مجموعة في حال وجود حضور كثير من العاملين في هذا المجال. ويجب أن تحظى مجموعة التنسيق بشروط مرجعية. كما يجب على مجموعة التنسيق المشتركة بين التكتلات تلبية المسائل العملية الأساسية بين التكتلات أينما وجدت. وفي حضور عدد قليل من العاملين في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي يصبح من غير الملائم وجود مجموعة تنسيق مشتركة بين القطاعات.. في هذه الحالة من المهم تنظيم اجتماعات دورية بين الفاعلين في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي من مختلف القطاعات أو إنشاء نظام من مراكز التنسيق في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي من مختلف التكتلات/القطاعات التي تلتقي بانتظام.

والجدير ملاحظته أنه من الناحية السياسية والعملية من الأفضل أن يتشارك رئاسة مجموعة التنسيق كل من منظمة صحة ومنظمة حماية (أو كل من منظمة صحة ومنظمة خدمات مجتمعية في حالة مخيمات اللاجئين).

ويجب أن تكون المنظمات القيادية على دراية تامة بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وتملك المهارات في التنسيق الجامع (مثلاً، تفادي هيمنة قطاع أو نهج معين).

ينبغي على مجموعة التنسيق العمل مع مختلف القطاعات/التكتلات للتأكد من أن نشاطاتها تُطبَّق بطريقة تعزز الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي.

٢,٢ التقدير (إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة العمل (٢,١)

التقدير السريع المشترك بين الوكالات: نموذج التقدير الميداني (IRA) الصادر عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات هو أداة معيارية تستخدمها التكتلات، عبر القطاعات، لتقدير الوضع الإنساني في الأسابيع الأولى من حدوث أزمة كبرى مفاجئة. وفي ما يخص الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في قطاع الصحة، فإن السؤال الملح الذي يتطلب إجابة هو عما إذا ما جرى نسيان الأشخاص في المستشفيات النفسية أو المؤسسات الأخرى (دور رعاية المسنين أو دور الأيتام)، أو التخلي عنهم، أو لم تؤمّن لهم المياه النظيفة والغذاء والرعاية الصحية البدنية أو الحماية من العنف والإساءة.

من الضروري أن يقوم الذين يجرون التقدير الميداني بزيارة هذه المؤسسات عند إجراء التقدير السريع المشترك.

ويعتبر "نظام خارطة توافر الموارد الصحية" (HerAMS)، التابع لتكتل الصحة العالمي، أداة لدعم جمع وتحليل البيانات بهدف تعزيز ودعم الممارسة الجيدة في وضع خارطة الموارد والخدمات الصحية. ويوفر نظام الخارطة هذا قائمة تستخدم في الخدمات الصحية لتفقد التدخلات في المراكز الصحية / المستوصفات المتقلة / التدخلات المرتكزة إلى مشاركة الناس، عند كل نقطة من نقاط توصيل الخدمات، وذلك بحسب مستوى

الرعاية وكذلك بحسب قطاع الصحة الفرعي. وتوجد في قائمة التفقد بنود محددة تتعلق بالصحة النفسية تحت عناوين الرعاية المجتمعية ومستويات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية.

علاوة على ذلك، توجد نسخة اختبارية تجريبية في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لتحديد "من يفعل ماذا وأين وحتى متى". وتعتبر هذه الأداة مفيدة لجمع مزيد من التفاصيل حول جميع نشاطات "الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي" بما فيها تلك التي تقوم بها القطاعات الأخرى. يمكن ربط الأداة - المتاحة عند الطلب من اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات- مع "نظام خارطة توافر الموارد الصحية".

يجري تنفيذ معظم عمليات التقدير في "الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي" في فترة أسابيع أو أشهر قليلة بعد حدوث الأزمة المفاجئة. ويجب أن تقوم التكتلات بدمج الأسئلة في التقديرات حيثما أمكن. وكما في مناطق تقديم الإغاثة الأخرى، يجب تنسيق عمليات التقدير. ويجب أن تحدّد المنظمات عمليات التقدير التي نُفذت ومن ثم تقوم بتصميم المزيد من تقديرات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، إذا دعت الحاجة لذلك فقط. وفي معظم حالات الطوارئ، تقوم فرق مختلفة (دوائر حكومية ومنظمات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية الخ...) من مختلف القطاعات بجمع معلومات عن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في طيف من المناطق الجغرافية، لذا تدعو الحاجة إلى التنسيق لتحديد أين ونوع المعلومات التي يجب على كل فريق جمعها. ويكون على المسؤولين عن التنسيق التأكد قدر الإمكان من أن جميع المعلومات المخصصة في الجدول رقم ٢ أدناه متوافرة بالنسبة للمنطقة المتأثرة.

الجدول ٢: ملخص معلومات أساسية لعمليات التقدير

نوع المعلومات	بما في ذلك:
معلومات ديمغرافية	• حجم السكان (أو مجموعة السكان الفرعية)

<ul style="list-style-type: none"> • الوفيات وتهديدات الوفاة • الوصول إلى الحاجات الجسدية الأساسية (مثلاً، الغذاء والملجأ والمياه والصرف الصحي والرعاية الصحية) والتعليم • انتهاك حقوق الانسان وأطر الحماية • البنى والديناميات الاجتماعية والسياسية والدينية والاقتصادية • التغييرات في نشاطات المعيشة والحياة الاجتماعية اليومية • معلومات إثنوغرافية أساسية عن الموارد الثقافية والمعايير والقواعد والمواقف. 	<p>عن السياق^١</p>
<ul style="list-style-type: none"> • خبرات السكان المحليين عن حالة الطوارئ (تصوراتهم عن الأحداث وأهميتها والأسباب المفهومة والنتائج المتوقعة) 	<p>عيش الأزمة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • علامات الضيق النفسي والاجتماعي، وتشمل المشكلات العاطفية والسلوكية • علامات على عجز في الوظائف الحياتية اليومية • تقطع التضامن الاجتماعي وآليات الدعم • معلومات عن الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية حادة 	<p>مشكلات الصحة النفسية والنفس اجتماعية</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الطرق التي تكمن الأشخاص من مساعدة أنفسهم والآخرين من خلالها • الطرق التي يمكن أن يكون الأشخاص قد استخدموها سابقاً للتعامل مع الصعوبات • أنواع الدعم الاجتماعي ومصادر التضامن الاجتماعي 	<p>مصادر الرفاه النفسي الاجتماعي والصحة النفسية الموجودة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • البنية والمواقع وفرق العمل والموارد الخاصة بالصحة النفسية في قطاع الصحة (أنظروا أطلس الصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية Mental Health (WHO Atlas) وتأثير الأزمة على الخدمات 	<p>القدرات والنشاطات التنظيمية</p>

^١ عادة ما تكون هذه المعلومات متوفرة في تقارير سابقة

<ul style="list-style-type: none"> • البنية والمواقع وفرق العمل والموارد الخاصة ببرامج الدعم النفسي الاجتماعي في التعليم والخدمات الاجتماعية وتأثير الطوارئ على الخدمات • رسم خارطة بالمهارات النفسية الاجتماعية للعاملين في المجتمع المحلي • رسم خارطة بالشركاء المحتملين وبمدى وجوده/محتوى التدريب السابق على الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي • تحديد برامج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ 	
<ul style="list-style-type: none"> • توصيات من المعنيين • مدى تطبيق الأعمال الأساسية المذكورة في إرشادات "اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات" • مدى نجاح أنظمة الإحالة في ما بين قطاع الصحة وقطاعات اجتماعية وتعليمية ومجتمعية ودينية أخرى في أداء وظيفتها 	<p>حاجات البرمجة وفرصها</p>

تطبَّق المبادئ العامة للتقدير التشاركي السريع عند جمع المعلومات التي يلخصها الجدول ٢. وتشمل الطرق النوعية المناسبة لجمع المعلومات المراجعات في الأدبيات والنشاطات الجماعية (مثلاً النقاشات في المجموعات المركزة، أو البؤرية) والمقابلات مع فاعلين أساسيين، والمشاهدات، وزيارات المواقع. ويمكن أيضاً أن تكون الطرق الكمية مفيدة، وهي تشمل الاستبيان والبيانات في النظم الصحية. وعلى الرغم من شعبية المسوح التي تهدف إلى قياس معدل انتشار الاضطرابات النفسية الناجمة عن الطوارئ، إلا أنها تشكل تحدياً كبيراً وتستهلك الموارد وغالباً ما تثير الجدل. وقد أظهرت الخبرة أن القيام بمسح الاضطرابات النفسية بطريقة سليمة وسريعة نسبياً يتطلب خبرات معينة إذا كان لها أن تؤثر بطريقة ملحوظة وجوهرية في البرامج

في خضم حالات الطوارئ. وعلى الرغم من أن المسح الجيد في مجال الصحة النفسية يشكل جزءاً من استجابة شاملة فإن مسحاً كهذا، بحسب إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، يتخطى الاستجابة الدنيا التي تُعرّف على أنها ضرورية وذات أولوية كبيرة ويجب تطبيقها سريعاً في حالات الطوارئ. للمزيد من النقاش المفصل حول مسألة المسح والصعوبات في التمييز بين الاضطراب والألم انظروا الصفحة ٤٥ من إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات.

(١) تكون هذه المعلومات في العادة جاهزة في التقارير الموجودة)

٤. معلومات أساسية عن الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي المرتبطة بقطاع الصحة

٤.١ الحشد والدعم في المجتمع المحلي (إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقتنا العمل ٥.١ - ٥.٤)

تتشارك جميع القطاعات، بما فيها قطاع الصحة، مسؤولية تسهيل الحشد والدعم في المجتمع المحلي. ويشير مصطلح "الحشد المجتمعي" في هذه الوثيقة، كما في إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، إلى الجهود الذي يهدف إلى انخراط أفراد المجتمع المحلي (مجموعات من الناس والعائلات والأقارب والأتراب والجيران أو آخرين ذوي اهتمامات مشتركة) في النقاشات والقرارات والأعمال التي تؤثر فيهم وفي مستقبلهم. وتميل المجتمعات إلى ضم مجموعات فرعية متعددة ذات حاجات مختلفة والتي غالباً ما تتنافس على النفوذ والسلطة. ويتطلب تسهيل مشاركة الناس الحقيقية فهم بنية السلطة وأنماط الصراعات المحلية بالإضافة إلى العمل مع مختلف المجموعات الفرعية وتفادي تفضيل مجموعات معينة على غيرها. (انظروا ورقة العمل ٥.١ من إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات).

وينطوي تسهيل المساعدة الذاتية والدعم الاجتماعي في المجتمع المحلي على تحديد أنواع الدعم النفسي الاجتماعي التي تحدث بشكل طبيعي،

ومصادر التكيف والمرونة الذاتية وذلك باستخدام طرق التقدير الريفي
الشاركي وطرق تشاركية أخرى. وهذا ينطوي، حيث يكون ذلك ملائماً،
على دعم المبادرات المجتمعية القائمة وخصوصاً تعزيز تلك المبادرات التي
تعزز الدعم العائلي والمجتمعي لجميع أفراد المجتمع المحلي المتأثرين بحالة
الطوارئ بمن في ذلك الأشخاص الذين يواجهون مخاطر المشكلات النابعة من
الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي. وبالإضافة إلى دعم المبادرات
المحلية العفوية يجب التفكير في مبادرات إضافية مناسبة لجميع أفراد المجتمع
المحلي المتأثرين بالأزمة وخصوصاً الأشخاص الأكثر تعرضاً للمخاطر
مشكلات. (أنظروا أوراق العمل ٥،٢ و ٥،٣ و ٥،٤ من "إرشادات اللجنة الدائمة
المشتركة بين الوكالات" للحصول على إرشاد مفصل وأمثلة عديدة بما فيها
تيسير المعافاة المجتمعية والدعم للأطفال الصغار). عموماً، يعتبر نهج المساعدة
الذاتية حيويًا لأن تمتع الأشخاص الذين مرّوا بتجارب غامرة بقدرٍ من التحكم
ببعض نواحي حياتهم إنما يعزز الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي.

٤،٢ اعتبارات نفسية في الرعاية الصحية العامة (إرشادات اللجنة
الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة العمل ٦،١)

يجب أخذ الأفعال التالية بعين الاعتبار عند تقديم خدمات الرعاية
الصحية العامة:

■ التواصل مع المريض وإعطاؤه معلومات واضحة ودقيقة عن وضعه الصحي
وعن الخدمات ذات الصلة في القطاع الصحي وخارجه. ويمكن لتثقيف
التواصل أن يتضمن معرفة أساسية حول كيفية إيصال خبر سيء بطريقة
داعمة وكيفية التعامل مع المرضى الغاضبين أو القلقين أو ذوي الميول
الإنتهارية أو مرضى الذهان والانسحاب، كما يمكن أن يشمل التواصل
كيفية الاستجابة لتشارك أحداث بالغة الخصوصية والعاطفية.

■ دعم القدرة على إدارة المشكلات والتمكين من خلال مساعدة الأشخاص
على توضيح مشكلاتهم والتفاكر معاً (العصف الذهني) لإيجاد طرقٍ للتغلب

على المشكلات وتحديد الخيارات وتقييم قيمة الخيارات وعواقبها

- الإحالة إلى الخدمات الاجتماعية والقانونية وخدمات اقتناء آثار المفقودين
- إحالة الأطفال المصابين بقلّة التغذية إلى برامج التحفيز للحد من فرص إصابتهم بإعاقات النمو وتحسين نموهم

■ احتواء الشكاوى الجسدية التي ليس لها تفسير طبي غالباً بطرق لا يستخدم الدواء فيها (أنظروا الصفحات ٨٥ - ١٠١ من "كتاب الصحة النفسية للجميع: حيث لا يوجد طبيب نفسي"، Where There is No Psychiatrist. أنظروا قائمة الموارد).

■ الإسعافات الأولية النفسية التي تتطوي على الدعم النفسي الأساسي العملي الذي لا يقحم نفسه، مع التركيز على الاستماع من دون إجبار الشخص على الكلام، وتقدير الحاجات والحرص على تلبيةها، والتشجيع على مجالسة آخرين من دون ضغط، وتأمين الحماية من الأذى. بذلك، تشمل الإسعافات الأولية النفسية إستجابةً إنسانيةً وغير سريرية داعمةً لإنسان زميل يعاني وقد يحتاج إلى الدعم فور التعرض لحدث شديد الوطأة للغاية. ويختلف هذا الأمر اختلافاً كبيراً عن التفريغ النفسي من حيث أنه لا يتضمن بالضرورة مناقشة الحدث الذي سبب الشدة. التفريغ النفسي هي تقنية شائعة ولكنها مثيرة للجدل (وتكون في أحسن الأحوال غير فعالة) ويجب عدم تطبيقها. ينبغي أن يتمتع مقدّمو الإغاثة كافةً، وخصوصاً العاملون الصحيون منهم، بالقدرة على تقديم الإسعافات الأولية النفسية الأساسية.

■ في حالات قليلة، عندما يتسبب الكرب الحاد الذي تسببه حالات الطوارئ بتعطيل وظائف أساسية، أو عندما لا يمكن احتمالها، فالأرجح أن تقوم الحاجة إلى التدابير السريرية (للمزيد، انظروا "كتاب الصحة النفسية للجميع").

■ عند معالجة الكرب الحاد معالجةً سريريةً يبالغ الأطباء في وصف أدوية البينزوديازيبين في معظم حالات الطوارئ. غير أن هذا الدواء يمكن وصفه

بشكل ملائم ولفترة زمنية قصيرة جداً لمشكلات سريرية معينة (كالأرق الحاد). وينبغي توخي الحذر إذ أن استخدام أدوية البنزوديازيبين يؤدي إلى الاعتماد بشكل سريع.

■ وفي حالات قليلة قد تتطور لدى الفرد حالة مزاج مزمنة أو اضطراب مزمن من القلق (بما في ذلك ظهور اضطراب ما بعد الصدمة بشكل حاد). إذا كان الاضطراب حاداً فيجب أن تتم المعالجة من قبل طبيب مدرّب كجزء من الحد الأدنى للاستجابة (الوصف في ورقة العمل ٦.٢). أما إن لم يكن الاضطراب حاداً (أي أن الشخص يستطيع تأدية وظائفه ويتحمل المعاناة)، فيجب تقديم الرعاية المناسبة له كجزء من استجابة دعمٍ أشمل. وحيث من الملائم، يقدم الدعم عاملون صحيون محليون مدربون وملحقون بالخدمات الصحية (مثلاً، كالعاملين الاجتماعيين والمستشارين النفسيين) تحت إشرافٍ عيادي.

٤.٣ رعاية الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية حادة في الرعاية الصحية الأولية (إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة العمل ٦.٢)

الاضطرابات النفسية قد تسبق الحادة وقوع حالة طوارئ، إلا أنها قد تتجم أيضاً عن حالات الطوارئ. غالباً ما يكون المصابون بهذه الاضطرابات معرّضين للأذى وكثيراً ما يجري التخلي عنهم في حالات الطوارئ. تصف ورقة العمل ٦.٢ كيفية تنظيم تقديم الرعاية للمصابين بمشكلات نفسية (مثلاً من خلال مسائل التقدير والتدريب والإشراف والإعلان عن الخدمات وإعلام السكان بالخدمات المتاحة). وتتضمن نماذج الخدمات لتنظيم الرعاية الصحية النفسية في الرعاية الصحية الأولية ما يلي:

■ ربط المهنيين في الصحة النفسية بفرق الرعاية الصحية الأولية الحكومية وغير الحكومية.

■ تدريب العاملين المحليين في مجال الرعاية الصحية الأولية والإشراف عليهم لدمج الرعاية الصحية النفسية في الممارسة العادية وإيلائها الوقت الكافي.

■ تدريب عضو واحد من فريق الرعاية الصحية الأولية (طبيب/ة أو ممرضة) والإشراف عليه لتقديم الرعاية الصحية النفسية بدوام كامل إلى جانب خدمات الرعاية الصحية الأولية.

٤,٤ الأدوية النفسية

يجب الحرص على تأمين كميات كافية من الأدوية النفسية الأساسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات الصحية الأخرى (إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة العمل ٦,٢). وعلى العاملين في مجال الإغاثة الإنسانية أن يكونوا على علم بما يلي:

- عموماً، يُنصح باستخدام الأدوية الجنيصة (الجينيريك) غير المسجلة بأسماء تجارية، إذ تكون في معظم البلدان أقل ثمناً من تلك المسجلة تجارياً فيما تتمتع بنفس الفعالية. وعلى الرغم من أن الأدوية الجديدة تميل إلى أن تمتلك صورة أفضل من ناحية الآثار الجانبية إلا أنها ليست أفضل إلا بقدر هامشي.
- الحد الأدنى من هذه الأدوية الذي يجب توفيره للمركز يتضمن دواءً واحداً مضاداً للذهان (anti-psychotic)، وواحداً مضاداً لمرض الباركينسون (لاحتواء آثار جانبية إضافية خارج الهرم)، وواحداً مضاداً للاختلاج/الصرع، وواحداً مضاداً للاكتئاب، وواحداً مضاداً للقلق (anxiolytic) (للاستخدام في الحالات الحادة من تعاطي المواد المخدرة والاختلاجات)، وجميعها على شكل أقراص من قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (أنظروا الملحق أ). تتوافر هذه الأدوية في "الحقيبة الصحية لحالات الطوارئ بين الوكالات ٢٠١٠".

٤,٥ أنظمة المعلومات الصحية في الرعاية الصحية الأولية (إرشادات

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة العمل ٦,٢)

توفر الرعاية الصحية الأولية في حالات الطوارئ فرصة هامة لدعم الأشخاص الذين يعانون مشكلات في الصحة النفسية. ويجب تدريب الموظفين على توثيق مشكلات الصحة النفسية من خلال استخدام فئات أو

تصنيفات بسيطة. ويتطلب العامل العادي في الرعاية الصحية الأولية إرشاداً بسيطاً في استخدام الفئات السبع (إنظر الملحق ب في تعريف الحالات بحسب مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين):

- النوبات/الصرع
- اضطراب استخدام الكحول أو المواد المخدرة الأخرى
- التأخر العقلي/ الإعاقة الذهنية
- اضطرابات الذهان (psychotic)
- الاضطرابات العاطفية الحادة
- شكاوى نفسية أخرى
- شكاوى جسدية ليس لها تفسير طبي

٤,٦ الأشخاص الموجودون في مراكز العلاج (إرشادات للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة العمل ٦,٣)

كثيراً ما جرى نسيان الأشخاص الموجودين في مستشفيات الصحة النفسية والمؤسسات الأخرى أو التخلي عنهم في حالات الطوارئ المختلفة ما جعلهم ضحايا العنف والإهمال وانتهاك حقوقهم الإنسانية. يجب على القادة في المجال الصحي أن يتفقدوا هؤلاء الناس في المؤسسات طوال فترة الأزمة، وأن يسعوا إلى تلبية حاجاتهم الطارئة وتوفير الحماية والرعاية لهم.

٤,٧ الكحول والمواد الأخرى (إرشادات للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة عمل ٦,٥)

قد يكون على العاملين في قطاع الصحة وبالتعاون مع القطاعات الأخرى العمل على تخفيف الأذى المرتبط بتعاطي الكحول والمواد الأخرى في حالات الطوارئ حيث يؤدي استخدامها إلى مشكلات في الحماية أو مشكلات طبية أو اجتماعية - اقتصادية. توجز إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات خطوات أساسية لتخفيف الأذى المتعلق باستخدام الكحول والمواد الأخرى في حالات الطوارئ. وتتضمن هذه الخطوات أعمالاً

لتقدير الوضع (أنظر مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨) والتدخلات المجتمعية، وذلك لمنع الاستخدام المؤذي والاعتماد وخفض الأذى وتدبر الانسحاب.

٤,٨ الربط بأنظمة الشفاء الأخرى (إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ورقة العمل ٦,٤)

كثيراً ما يكون من المهم تعلّم طرق الشفاء الطبيعية التي يستخدمها السكان المحليون والتعاون، حيث يكون الأمر مناسباً، مع أنظمة الشفاء التقليدية. وسواء كانت طرق الشفاء التقليدية فعالة أم مؤذية (وهي تتفاوت في ذلك) فالحوار مع المعالجين التقليديين يمكن أن يؤدي إلى طيفٍ من النتائج الإيجابية تشمل، في ما تشمل، زيادةً في فهم العالم الروحي والنفسي والاجتماعي للأشخاص المصابين وتحسين أنظمة الإحالة. وقد يتفادى بعض المعالجين التقليديين التعاون. وفي الوقت ذاته قد يكون العاملون الصحيون غير متعاطفين أو حتى عدائيين بالنسبة للممارسات التقليدية أو ربما كانوا يجهلونّها. وعلى الرغم من إن إبقاء بعض المسافة قد يكون الخيار الأفضل، إلا أن الأفعال الموجزة في ورقة العمل ٦,٤ يمكن أن تمهّد لبناء جسر بين أنظمة الرعاية المختلفة.

٥. تحديات العمل: "نفعل" و"لا نفعل"

تشير الخبرة في حالات الطوارئ المختلفة إلى أن هنالك بعض الأعمال التي يُنصح بها فيما يجب تجنب غيرها في العادة (وا الجدول ٣). وعلى مدير برنامج الصحة أن يكون على دراية بما يجب القيام بها (نفعل) وما يجب الامتناع عنه (لا نفعل)، ويمكنه أيضاً استخدامه قائمة للمراجعة في تطوير البرنامج، وتنفيذه، ورصده.

جدول ٣: "نفعل" و"لا نفعل"

لا نفعل	نفعل
---------	------

<p>لا ننشئ مجموعات منفصلة للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لا تتواصل في ما بينها ولا تتسق.</p>	<p>نؤسس آلية أو مجموعة تنسيق واحدة وعامة للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي</p>
<p>لا نعمل بمعزل عن الآخرين أو دون التفكير في كيف يتناسب عملنا مع عملهم.</p>	<p>ندعم استجابة منسقة ونشارك في اجتماعات التنسيق ونضيف قيمة من خلال التكامل مع عمل الآخرين.</p>
<p>لا نقوم بإجراء تقديرات مزدوجة ولا نقبل البيانات الأولية بدون تمحيص.</p>	<p>نجمع ونحلل المعلومات لنقرر ما إذا كانت هناك حاجة للاستجابة أم لا، وما الاستجابة اللازمة في حال وجود تلك الحاجة.</p>
<p>لا نقوم باستخدام أدوات تقدير لم يتم التحقق منها في السياق المحلي المتأثر بالطوارئ.</p>	<p>نفضّل أدوات تقدير تتناسب مع السياق المحلي.</p>
<p>لا نفترض أن الجميع يعاني من الصدمة في حال الطوارئ ، أو أن الأشخاص الذين يُظهرون ومرونةً داخلية لا يحتاجون إلى دعم.</p>	<p>علينا أن ندرك أن الناس يتأثرون بالطوارئ بأشكال مختلفة. وقد يتمكن الأشخاص الذين يتمتعون بصلاية ومرونة داخلية من أداء وظائفهم بشكل جيد ، فيما يتأثر الآخرون بشكل حاد ويحتاجون بالتالي إلى دعم متخصص.</p>
<p>لا نقوم بتكرار التقدير، ولا نطرح أسئلة مؤلة دون توفير الدعم اللازم.</p>	<p>نطرح الأسئلة باللغة المحلية وبطريقة آمنة تضمن الخصوصية والكرامات.</p>
<p>لا نفترض أن الطوارئ تؤثر على النساء والرجال (أو الفتيان والفتيات) بالطريقة ذاتها، أو أن البرامج المصممة خصيصاً للرجال، مثلاً، يمكن أن تساعد النساء</p>	<p>نتنبه إلى الفروقات بين الجنسين</p>

أو تكون في متناولهن بالطريقة نفسها.	
لا نستخدم أساليب توظيف تضعف البنى المحلية القائمة بشكل كبير.	نتأكد من المراجع عند تعيين الموظفين والمتطوعين ونعمل على بناء قدرات الموظفين الجدد من المجتمعات المحلية أو المتأثرة.
لا نستخدم البرامج التدريبية التي تنفذ لمرة واحدة وبشكل منفصل عن البرامج الأخرى، أو تدريباً قصيراً جداً دون توفير برامج للمتابعة عند تحضير الناس لأداء تدخلات نفسية معقدة.	بعد أعمال التدريب على الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، نوفر المتابعة بالإشراف والرصد لنضمن التطبيق الصحيح للتدخلات المعنية.
لا نستخدم النموذج الخيري الذي يعامل أفراد المجتمع على أنهم مجرد منتفعين من الخدمات.	نقوم بتيسير تطور البرامج التي يمتلكها المجتمع المحلي والتي يقوم بإدائها وتشغيلها.
لا ننظم برامج دعم تقوُّص أو تتجاهل المسؤوليات والقدرات المحلية.	نبني القدرات المحلية ونقدم المساعدة الذاتية ونعزز الموارد الموجودة فعلاً عند المجموعات المتأثرة.
لا نفترض أن جميع الممارسات الثقافية المحلية مفيدة، أو أن جميع السكان المحليين يدعمون ممارسات محددة.	نتعرف على الممارسات الثقافية المحلية ونستخدمها حيث أمكن لدعم السكان المحليين.
لا نفترض أن الطرق الآتية من الخارج هي بالضرورة الأفضل، ولا نحاول فرض الأساليب المستوردة على المجموعات المتأثرة بطريقة تهتمش المعتقدات والممارسات المحلية الداعمة.	نستخدم أساليب من خارج الثقافة المحلية إذا كان ذلك مناسباً.
لا ننشئ خدمات صحة نفسية موازية مخصصة بالتحديد لمجموعات سكانية	نبني القدرات الحكومية ونحاول دمج الرعاية الصحية النفسية للناجين من

حالات الطوارئ في الخدمات الصحية العامة وفي خدمات الصحة النفسية المتوافرة في المجتمع، إن وُجدت. فرعية.	
لا نمارس تفريراً نفسياً في جلسة واحدة منفردة لأشخاص من عموم السكان كأحد أشكال التدخل المبكر بعد التعرض لنزاع أو كارثة طبيعية.	ننظم عملية الوصول إلى طيفٍ من أشكال الدعم، للأشخاص الذين يعانون من ضيق شديد نتيجة التعرّض لأحد مسببات الضيق الشديد، بما في ذلك الإسهاف النفسي الأولي.
لا نوفر أدوية المؤثرات النفسية أو الدعم النفسي الاجتماعي من دون تدريب أو إشراف.	ندرب العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة على الممارسات الجيدة في صرف الدواء وتقديم الدعم النفسي الأساسي ونشرف على ذلك.
لا نقوم بإدخال عقاقير جديدة بعلامات تجارية معيّنة (branded) في بيئة لا ينتشر فيها استخدام تلك العقاقير.	نستخدم العقاقير الجنيصة (generic) الموجودة على قائمة العقاقير الأساسية في البلد المعني.
لا ندخل فحوصات لتحديد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية من دون أن تتوافر لدينا خدمات رعاية ملائمة لهم يمكنهم الوصول إليها.	نؤسس أنظمة إحالة فعالة ونوفر الدعم للأشخاص المتأثرين بحدّة.
لا ندخل الأشخاص إلى مؤسسات إيوائية (ما لم يكن ذلك هو الملاذ المؤقت الأخير، والذي لا خلاف حوله، للحصول على رعاية وحماية أساسيتين).	نطوّر حلولاً ملائمة محلياً لرعاية الأشخاص المعرضين لخطر الإيداع في مؤسسات الإيواء.
لا نستخدم مسؤولي الاتصال في الوكالة للتواصل مع العالم الخارجي فقط.	نستخدم مسؤولي الاتصال في المنظمة لتعزيز التواصل باتجاهين مع

المجموعات السكانية المتأثرة والعالم الخارجي.	
لا نخلق ولا نعرض صوراً إعلامية تبين معاناة الناس بغرض الإثارة أو تعرض الناس للخطر.	نستخدم القنوات المختلفة كالإعلام لتوفير معلومات دقيقة تقلل من التوتر وتمكّن الناس من الوصول إلى الخدمات الإنسانية.
لا نركز فقط على التدخلات السريرية في غياب استجابة متعددة القطاعات.	نسعى إلى دمج الاعتبارات النفسية الاجتماعية في جميع قطاعات المساعدة الإنسانية.

٦. نشاطات قطاع الصحة الخاصة بالتعافي بعد حالات الطوارئ

الهرم المؤلف من أربعة مستويات (أنظروا الشكل ١) وإطار العمل متعدد القطاعات، الواردان في هذه الوثيقة، هما أيضاً أساس العمل في مجال دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للتعافي ما بعد حالات الطوارئ. إن نشاطات التعافي للقطاعات المختلفة واردة في العمود الشامل في الجدول الموجود في الصفحات ٢٢ - ٢٩ من إرشادات اللجنة المشتركة الدائمة بين الوكالات. أدناه شرح لبعض النشاطات المحددة التي يقوم بها قطاع الصحة.

في ما يلي أهمّ نشاطات قطاع الصحة الخاصة بالتعافي ما بعد حالات الطوارئ:

- البدء بتحديث التشريعات والسياسة الوطنية المتعلقة بالصحة العقلية، بحسب ما هو ملائم.
- توفير الرعاية الصحية النفسية لطيفٍ عريض من من الاضطرابات النفسية الناجمة عن حالات الطوارئ وتلك الموجودة من قبل من خلال الرعاية الصحية العامة وخدمات الصحة النفسية المتوافرة في المجتمع المحلية.
- العمل على ضمان استمرارية أي خدمات صحية نفسية جرى إقامتها حديثاً.
- تسهيل خدمات الرعاية المجتمعية والترتيبات المعيشية البديلة المناسبة

للأشخاص الذين يعيشون في مؤسسات العلاج النفسي.

تجدر الإشارة إلى أن حالات الطوارئ الإنسانية لا تشكل مأساة فحسب، ولكنها كذلك فرصة هائلة لبناء نظام خاص بالصحة النفسية من أجل دعم الناس. وبغض النظر عن كيفية قراءة الأدبيات الوبائية المتوافرة، فإن معدل الإصابة بمجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية (اضطرابات المزاج والقلق، بما في ذلك اضطرابات ما بعد الصدمة PTSD وإساءة استخدام المواد المخدرة) ترتفع فعلياً نتيجة لحالات الطوارئ، وبالتالي، هنالك سبب وجيه لإنشاء خدمات مجتمعية أساسية طويلة الأمد ومستدامة متعلقة بالصحة النفسية في المناطق المتأثرة بحالات الطوارئ. وينبغي أن تتوافر خدمات كهذه في جميع المجتمعات المحلية في العالم، لا سيما إذا كانت قد شهدت وقوع كوارث فيها. وتبيّن التقارير الواردة من ألبانيا، والصين، وإندونيسيا، والأردن، والعراق، وكوسوفو، ومقدونيا، والأراضي الفلسطينية المحتلة، والبيرو، وسريلانكا، وتيمور الشرقية كيف يمكن أن تؤدي حال الطوارئ إلى تنمية طويلة الأمد لرعاية مستدامة في الصحة النفسية. وعلى الرغم من ضرورة توافر معظم الرعاية داخل المجتمع المحلي، فالمفارقة هي أن أحد الأركان الأساسية لمعظم أنظمة الصحة النفسية المستدامة على مستوى المناطق هي وحدة رعاية للصحة النفسية للمرضى الداخليين أصحاب الحالات الحادة، المزودة بطاقم عمل.. وغالباً ما تشكل هذه الوحدة مركزاً للنشاطات من أجل (أ) تنظيم رعاية مجتمعية متاحة للمرضى الخارجيين في جميع أرجاء المنطقة، و(ب) دعم النشاطات الأساسية المتعلقة بالصحة النفسية في عيادات الرعاية الصحية الأولية والإشراف عليها. لذا، ففي المناطق التي لا تتوافر فيها الرعاية النفسية للمرضى الداخليين، فإن خطط بناء مستشفيات عامة جديدة، كجزء من الاستثمار في مجال الإنعاش الصحي، يجب أن تتضمن التخطيط لإنشاء وحدة رعاية وجيزة للصحة النفسية للمرضى الداخليين في الحالات الحادة، مزودة بطاقم عمل. وفي بعض

الأحيان، تتضمن خطط (إعادة) الإعمار ما بعد حالات الطوارئ بناء مستشفيات جديدة للرعاية الثالثة للأمراض النفسية. ولسوء الحظ، عادةً ما تفتقر خطط كهذه إلى المشورة الصحيحة. وتشكل اللامركزية في موارد الصحة النفسية، (فريق العمل، والميزانيات، والأسرة) من الرعاية الثالثة إلى الرعاية الصحية الثانوية والأولية، استراتيجية أساسية عند تنظيم وتعزيز تغطية علاجية فعالة للأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية في المجتمع المحلي. إن الموارد البشرية هي أساس التنمية المستدامة في مجال الرعاية الصحية النفسية. وينبغي على أي استثمار طويل الأمد في مجال تدريب الموظفين المحليين (أطباء، وممرضات، وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية) أن يتضمن الصحة النفسية في برنامجه.

٧. الموارد البشرية ٧,١ التوظيف

يمكن أن يوظف العاملون في مجال الصحة الإنساني مديراً لبرنامج الصحة النفسية من أجل قيادة استجابة المنظمة في مجال الصحة النفسية. وهنا اقتراح عن مواصفات الشخص المناسب:

درجة متقدمة في مجال الصحة العامة/أو الطب/أو التمريض أو العلوم السلوكية أو الاجتماعية.

خبرة ميدانية في إدارة البرامج وفي مجال دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في الحالات الإنسانية.

خبرة ميدانية في العمل في القطاع الصحي في البلدان ذات الدخل المتدني أو المتوسط.

إلمام باللغة ذات الصلة.

معرفة جيدة عن الاستجابات الطارئة لدعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (على النحو المبين في إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات).

معرفة جيدة عن الإتجاهات والممارسات الثقافية المختلفة وأنظمة الدعم الاجتماعي.

معرفة جيدة عن المجتمع الإنساني المتمثل بالأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية. تقدير للتعاون المشترك بين الوكالات وبين القطاعات. الحساسية الثقافية.

تعطي ورقة العمل ٤.١ من إرشادات اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات نصائح مسهبة حول تحديد وتعيين الموظفين أو المتطوعين. وينبغي أن يسعى مديرو البرامج الصحية إلى توظيف مقدّمي دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي من ذوي الاطلاع على الثقافة المحلية وطرق التصرف المناسبة، والمعرفة عنها. كما أن مهام الدعم السريري أو أي شكل من أشكال الدعم النفسي الاجتماعي المباشر على مستوى فرد إلى فرد، ينبغي أن يقوم بها فريق العمل المحلي بشكل رئيسي. ويتوجّب على مدير البرنامج الصحي استخدام المعايير المتوافرة لإجراء تقييم دقيق لأي محاولة قد يقوم بها مهنيون أجانِب في مجال الصحة النفسية ممن يسعون إلى "الهبوط بالمظلة" وتقديم خدماته!. (أنظر إرشادات اللجنة المشتركة الدائمة بين الوكالات، صفحة 72-73).

٧.٢ توجيه وتدريب العاملين في مجال الإغاثة على دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي

يمكن أن يكون العاملون الذين يفتقرون إلى التدريب والتوجيه الملائمين، وإلى السلوكيات والدوافع المناسبة، مصدرَ ضررٍ بالسكان الذين يسعون إلى مساعدتهم. تميّز ورقة العمل ٤.٣ بين ندوات التوجيه الموجزة والتدريب. فندوات التوجيه (دورات لنصف يوم أو يوم كامل) ينبغي أن توفر فوراً المستوى الأساسي والضروري والعملي من المعرفة والمهارات المرتبطة

بالاحتياجات النفسية الاجتماعية والمشكلات والموارد المتاحة لكل شخص يعمل على كل مستوى من مستويات الاستجابة. من الممكن أن يشارك في هذه الدورات العاملون في مجال العون الإنساني من جميع القطاعات (خصوصاً من الخدمات الاجتماعية، والصحة، والتعليم، والحماية، وأقسام الاستجابة الطارئة). أما الندوات التدريبية - التي تتطوي على اكتساب المزيد من المعارف والمهارات الأوسع - فيوصى بها للأشخاص العاملين في أنشطة مركزة ومتخصصة في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (أنظروا أول طبقتين من أعلى الهرم في الشكل ١). ويجب أن لا تتدخل مواعيد الدورات في تنفيذ الاستجابة الطارئة.

يوصى باستخدام وحدات تدريبية قصيرة ومتتالية لضمان تراكم التعلّم لأن ذلك (أ) يحدّ من الحاجة إلى إبعاد العاملين عن واجباتهم لفترات طويلة من الوقت، و(ب) يتيح للعاملين تطبيق المهارات بين الجلسات التدريبية. يجب ألا يزيد طول الوحدة التدريبية عن عدة ساعات أو أيام (بحسب الوضع)، ويجب أن يليها تطبيق ميداني في ظل دعم وإشراف متواصلين قبل تقديم الوحدة التالية بعد عدة أيام أو أسابيع. ويجب أن يتبع الدورات التدريبية دائماً دعمٌ و/أو إشرافٌ ميداني. وهذا قد يشمل، على سبيل المثال، تدريباً/إشرافاً أثناء الخدمة أو اجتماعات إشرافية منتظمة تتضمن إعادة تمثيل التحديات السريرية الأخيرة التي واجهت العاملين. إن التدريب على المهارات المتقدمة في مجال الصحة النفسية من دون وضع نظام للمتابعة هو عمل غير مسؤول. وتوفر ورقة العمل ٤،٣ إرشادات أساسية إلى كيفية تنظيم منهجيات توجيهية وتدريبية في التعلّم (مثلاً، في اختيار المدربين، ومنهجيات التعلّم، ومضمون الدورات، والتحديات في تنظيم برامج لتدريب المدربين).

٧،٣ صحة الموظفين والمتطوعين

يميل الموظفون العاملون في حالات الطوارئ إلى العمل ساعات طويلة في ظل ضغوط كبيرة وتضحيات أمنية شديدة. والكثير منهم لا يحظى بما

يكفي من الدعم التنظيمي والإداري. ويُذكر أن الكثيرين منهم يعتبرون هذا النوع من الصعوبات هو أكثر ما يسبب التوتر لهم. بالإضافة إلى ذلك، فإن مواجهة الرعب والخطر والبؤس الإنساني متعبة عاطفياً ويمكنها أن تؤثر على الرفاه والصحة النفسية للعاملين. وتصف ورقة العمل ٤.٤ (النقاط ٢ - ٤) أعمالاً أساسية لتوفير بيئة عمل صحية ومعالجة الضغوطات المحتملة المرتبطة بالعمل اليومي.

لم يُعدَّ يوصَى بالتفريغ النفسي، إذ أن العاملين الذين اختبروا أو شهدوا أحداثاً خطيرة (أحداثاً عنيفة أو أحداثاً قد تسبب الصدمة) يحتاجون إلى الوصول إلى دعم نفسي أساسي (الإسعاف النفسي الأولي PFA - أنظر الفقرة ٤.٢ أعلاه). وعندما يكون الضيق الذي يعاني منه الناجون حاداً إلى درجة أنه يحدّ من قدرتهم على أداء وظائفهم الحياتية الأساسية (أو يجعلهم يُعتبرون خطراً على أنفسهم أو على الآخرين)، فعليهم التوقف عن العمل والحصول على رعاية فورية من قبل مهني في الصحة النفسية مدرب على معالجة التوتر الحاد المصاحب للصدمة، المستندة إلى أدلة. وقد يكون من الضروري أن يرافق ذلك إخلاء طبي.

ومن المهم التأكد من قيام شخص مختص بالصحة النفسية بالاتصال بجميع العاملين الذين نجوا من حدثٍ خطيرٍ بعد شهر إلى ثلاثة أشهر على وقوعه. وعلى المهني في الصحة النفسية أن يقيّم قدرة الناجين على أداء وظائفهم وإجراء الإحالات إلى المعالجة السريرية للذين يعانون من مشكلات بالغة ولم يتعافوا مع الوقت (أنظر ورقة العمل ٤.٤، النقطتان ٦ و٧).

الملحق (أ)

الأدوية ذات الصلة بحسب قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية (٢٠٠٩)

أدوية العلاج النفسي	
كلوربرومازين	حقنة: ٢٥ ملغ (هيدروكلورايد)/ملل في كل أمبولة ٢ ملل،

سائل فموي: ٢٥ ملغ (هيدروكلورايد) / ٥ ملل، قرص: ١٠٠ ملغ (هيدروكلورايد).	
حقنة: ٢٥ ملغ (ديكائوات أو إينأنتيت) في أمبولة ١ ملل.	فلوفينازين
حقنة: ٥ ملغ في أمبولة ١ ملل، قرص: ٢ ملغ، ٥ ملغ	هالوبيريدول
قرص: ٢٥ ملغ (هيدروكلورايد).	أميتريبتيلين
جرعة جامدة عن طريق الفم: ٢٠ ملغ (هيدروكلورايد)	فلوكسيتين
قرص (مقسوم في الوسط): ١٠٠ ملغ، ٢٠٠ ملغ	كربامازيبين
جرعة جامد عن طريق الفم: ٣٠٠ ملغ	كربونات الليثيوم
قرص (غليفة = قرص ملبس معوي): ٢٠٠ ملغ، ٥٠٠ ملغ (فالبروات الصوديوم)	حمض الفالبرويك
قرص (مقسوم في الوسط): ٢ ملغ، ٥ ملغ	ديازيبام
كبسولة: ١٠ ملغ، ٢٥ ملغ (هيدروكلورايد)	كلوميبرامين
أدوية مضادة لداء الباركنسون (لمعالجة الآثار الجانبية المحتملة خارج الهرمية الناجمة عن الأدوية المضادة للذهان)	
حقنة: ٥ ملغ (لاكتات) في أمبولة ١ ملل، قرص: ٢ ملغ (هيدروكلورايد)	بيبيريدين
أدوية مضادة للاختلاج/أدوية مضادة للصرع	
سائل فموي: ١٠٠ ملغ/٥ ملل، قرص (قابل للمضغ): ١٠٠ ملغ، ٢٠٠ ملغ، قرص (مقسوم في الوسط): ١٠٠ ملغ، ٢٠٠ ملغ.	كربامازيبين
هلام أو محلول مستقيمي: ٥ ملغ/ملل في أنابيب ٠,٥ ملل، ٢ ملل، و٤ ملل	ديازيبام
تركيبة للحقن: ٢ ملغ/ملل في أمبولة ١ ملل، ٤ ملغ/ملل في أمبولة ١ ملل.	لورازيبام
حقنة: ٢٠٠ ملغ/ملل (فينوباربيتال الصوديوم)، سائل فموي: ١٥ ملغ/٥ ملل (فينوباربيتال أو فينوباربيتال الصوديوم)، قرص: ١٥ ملغ- ١٠٠ ملغ (فينوباربيتال).	فينوباربيتال
كبسولة: ٢٥ ملغ، ٥٠ ملغ، ١٠٠ ملغ (ملح الصوديوم)، حقنة: ٥٠ ملغ/ملل في قارورة ٥ ملل (ملح الصوديوم)، سائل فموي: ٢٥- ٣٠ ملغ/٥ ملل، قرص: ٢٥ ملغ، ٥٠ ملغ، ١٠٠ ملغ (ملح)	فينوتين

الصيديوم)، قرص (قابل للمضغ): ٥٠ ملغ.	
حمض الفالبرويك سائل فموي: ٢٠٠ ملغ/٥ ملل، قرص (قابل للطحن): ١٠٠ ملغ، قرص (غليفة= قرص ملبس معوي): ٢٠٠ ملغ، ٥٠٠ ملغ (فالبروات الصيديوم).	

= أداء سريري مماثل في كل صنف دوائي

الأدوية المكتوبة بالحرف المائل موجودة ضمن نسخة ٢٠١٠ من مجموعة المعدات الصحية الخاصة بحالات الطوارئ بين الوكالات (Interagency Health Emergency Kit).

الملحق (ب) تعريف الحالات استناداً إلى نظام المعلومات الصحية (HIS) الصادر عن مفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين (UNHCR) (٢٠٠٩)

الإضطرابات العصبية النفسية ١ الصرع/النوبات

يتعرّض الشخص المصاب بالصرع لنوبتين على الأقل من دون وجود أي سبب بيّن لحدوثهما كالحمى، أو العدوى، أو التعرض لأي إصابة، أو الإنسحاب من إدمان الكحول. وعادة ما تكون هذه النوبات مصحوبة بفقدان الوعي وارتعاش الأطراف كما قد تتسبب أحياناً بإصابات جسدية وتبول/تغوط لاإرادي وعض اللسان.

٢ الإضطراب الناتج عن الإدمان على الكحول أو غيرها من المواد

يعمد الشخص المصاب بهذا الإضطراب إلى استهلاك الكحول (أو غيرها من المواد المسببة للإدمان) بشكل يومي ويواجه صعوبة في ضبط استهلاكه، ما يتسبب في الغالب بتدهور في العلاقات الشخصية والأداء المهني والصحة الجسدية. وعلى الرغم من تلك المشكلات، يواصل الشخص استهلاك الكحول (أو غيرها من المواد المسببة للإدمان).

معايير الإستثناء: يجب ألا تُطبّق هذه الفئة على الأشخاص الذي يفرطون في استهلاك الكحول (أو غيرها من المواد) في حال كانوا يستطيعون ضبط

٣ التأخر العقلي/الإعاقة الفكرية

يكون مستوى الذكاء لدى الشخص متدنٍ جداً ما يتسبب بمشكلات في حياته اليومية. ففي مرحلة الطفولة، يعاني هذا الشخص من بطء في تعلم الكلام. وفي مرحلة الرشد، لا يتمكن هذا الشخص من إنجاز عمل بسيط للغاية. ونادراً ما يتمكن هذا الشخص من العيش باستقلالية أو الإعتناء بنفسه و/أو بالأطفال من دون مساعدة من آخرين. وفي الحالات الحادة، قد يعاني الشخص صعوبات في التكلم مع الآخرين أو فهمهم وقد يحتاج إلى مساعدة دائمة.

٤ الإضطراب الذهاني

قد يسمع الشخص أو يرى أشياء ليست موجودة، أو يصدق أموراً بشدة فيما هي غير صحيحة في الواقع. ومن الممكن أن يكلم هذا الشخص نفسه، وأن يكون كلامه مشوشاً أو غير مترابط، كما قد يظهر بمظهر غير اعتيادي أو يهمل نفسه. وفي المقابل، قد يختبر هذا الشخص فترات يكون خلالها سعيداً للغاية، وسريع الإنفعال، ونشيطاً، وثرثاراً، ومتهوراً. ويعتبر سلوك الشخص "مجنوناً"/"غريباً جداً من قبل الأشخاص الآخرين من الثقافة نفسها.

٥ الاضطراب العائلي الحاد هو عندما يضعف نشاط الشخص العادي

اليومي بشكل واضح لأكثر من أسبوعين جراء (أ) حزن شديد/لامبالاة و/أو (ب) قلق/خوف مبالغ فيه يخرج عن السيطرة. وغالباً ما تؤثر هذه الاضطرابات على العلاقات الشخصية، والشهية، والنوم، والتركيز. كما قد يعجز الشخص عن بدء أي محادثة أو الإستمرار بها. إضافةً إلى ذلك، قد يشتكى الشخص من تعب شديد وينعزل إجتماعياً، بحيث يلزم السرير معظم النهار. ويعدّ التفكير في الإنتحار أمراً شائعاً.

معايير الإدراج: يجب ألا تطبق هذه الفئة إلا في حال كان هنالك عجز

واضح في النشاط اليومي.

شكاوى أخرى تستدعي اهتماما سريريا

٦ شكاوى نفسية أخرى تغطي هذه الفئة الشكاوى ذات الصلة بالمشاعر (مثلاً: المزاج الكئيب، القلق)، أو الأفكار (مثلاً: إجترار الأفكار، ضعف التركيز) أو السلوك (مثلاً: الخمول، العدائية). ويميل الشخص إلى أن يكون قادراً على تأدية كل النشاطات العادية أو معظمها يوماً بعد يوم. وقد تكون الشكاوى عبارة عن عرض من أعراض الاضطراب عاطفي أقل حدة أو ربما تكون ضائقة عادية (أي أنها ليست اضطراباً).

معايير الإدراج: يجب ألا تطبق هذه الفئة إلا (أ) في حال طلب الشخص المساعدة بسبب الشكاوى، و(ب) إذا كانت حال الشخص لا تتطبق بشكل قاطع على أي من الفئات الخمس السابقة.

٧ شكاوى جسدية ليس لها أي تفسير طبي تشمل هذه الفئة أي شكاوى جسدية/فيزيائية ليس لها أي سبب عضوي واضح.

معايير الإدراج: يجب ألا تطبق هذه الحالة إلا (أ) بعد إجراء الفحوص الجسدية اللازمة، (ب) إذا كانت حال الشخص لا تتطبق بشكل قاطع على أي من الفئات الستة السابقة، و(ج) في حال طلب الشخص المساعدة بسبب الشكاوى.