



## Assessment and Planning for Immediate Healthcare Necessities of War Refugees

Kazem Nadafi<sup>1</sup>, Alireza Mesdaghinia<sup>1\*</sup>, Hassan Araghizadeh<sup>2</sup>, Mohammad Hadi Ayazi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Professor, Department of Environmental Health Engineering, Faculty of Health and Environmental Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of General Anesthesia, Baqiyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Islamic Azad University, Shahr-e-Rey, Ph.D. in Defense and National Security, Imam Hossein University, Tehran, Iran

Received: 21 March 2018 Accepted: 29 March 2018

### Abstract

**Background and Aim:** Rapid health assessment of war refugees is mandatory for optimal planning and effective delivery of public health services. Data collection is essential.

**Methods:** We sought to assess:

A: Information on demography, mortality, nutritional status, provision of drinking water, environmental conditions, hand washing facilities, immunization status, special needs of vulnerable groups such as children, patients, pregnant women and the elderly.

B: Information on shelter site planning, weather forecast, energy resources, threatening incidents, and seasonal epidemics.

C: Health Information System (HIS) designed to plan for control of diarrhea and epidemics, assess the required human resources, mobilize the Volunteer health personnel and train them before providing service, and Coordination of operations in different sectors.

**Results:** The most effective measures to prevent mortality and reduce morbidity were: Protection from violence, mass vaccination against measles, ample food supplies; special nutritional rehabilitation programs, safe water supply and sanitation; prevention and control of diarrhea, communicable diseases and potential epidemics, and provision of maternal and child healthcare programs.

**Conclusion:** Rapid health assessment of war refugees is necessary for optimal planning and effective delivery of public health services.

**Keywords:** Public Health, War refugees, Disaster, Refugee camp, Rapid health assessment.

---

\* Corresponding Author: Alireza Mesdaghinia

Address: Department of Environmental Health Engineering, Faculty of Health and Environmental Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: -

E-mail: mesdaghinia@tums.ac.ir



## ارزیابی و برنامه ریزی نیازهای بهداشتی فوری پناهجویان جنگی درس‌هایی از اردوگاه آوارگان روهینگیا

کاظم ندافی<sup>۱</sup>، علیرضا مصداقی نیا<sup>۱\*</sup>، حسن عراقی زاده<sup>۲</sup>، محمدهادی ایازی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>استاد، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت و پژوهشکده محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup>استاد، گروه بیهوشی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

<sup>۳</sup>استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی شهرری، دانشجوی علوم دفاعی و امنیت ملی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۰۹

### چکیده

ارزیابی سریع وضعیت بهداشتی (Rapid Health Assessment) پناهجویان جهت برنامه‌ریزی بهینه و ارائه مؤثر خدمات بهداشتی عمومی فوری در شرایط اضطراری جنگی اجتناب‌ناپذیر است. بر همین اساس جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات در سه سطح زیر ضروری است:

الف: داده‌های جمعیت‌شناختی آوارگان، بیماری‌های رایج در شرایط جاری آوارگی، مرگ و میر، وضعیت جاری تغذیه‌ای، آب آشامیدنی، بهسازی محیط، امکانات شستشوی دست، وضعیت ایمن‌سازی، نیازهای ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، بیماران، زنان باردار و سالمندان.

ب: اطلاعات و ویژگی‌های محل‌های اسکان، پیش‌بینی وضعیت آب و هوا، منابع انرژی مورد نیاز، بیماری‌های فراگیر تهدیدکننده، همه‌گیری‌های فصلی.

ج: به‌کارگیری سیستم مناسب از قبل طراحی شده اطلاعات سلامت (HIS Health Information System)، برای برنامه‌ریزی کنترل بیماری‌های اسهالی و همه‌گیری‌ها، ارزیابی منابع انسانی مورد نیاز، بسیج نیروهای سلامت داوطلب خدمت در اردوگاه‌ها و آموزش آنها قبل از شروع خدمت، و هماهنگی عملیات در بخش‌های مختلف.

مؤثرترین اقدامات برای جلوگیری از مرگ و میر و کاهش بیماری‌ها عبارتند از: محافظت از خشونت، جیره غذایی کافی، آب آشامیدنی بهداشتی، کنترل بیماری‌های اسهالی، واکسیناسیون بر علیه سرخک، تأمین بهداشت مادران و کودکان.

**کلیدواژه‌ها:** بهداشت عمومی، پناهجویان، بلایا، اردوگاه آوارگان جنگی، ارزیابی سریع بهداشتی.

\* نویسنده مسئول: علیرضا مصداقی نیا

آدرس: دانشکده بهداشت و پژوهشکده محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

ایمیل: mesdaghinia@tums.ac.ir

تلفن: -

## مقدمه

امداد رسانی به جمعیت‌های انسانی بی‌پناه رانده شده از اوطان مألوف، از ارزشمندترین وظایف انسان دوستانه نظام‌های سلامت و عموم پرسنل سلامت می‌باشد. این سطح از وظایف نظام‌های سلامت تابع مرزهای جغرافیایی و ملاحظات سیاسی نیست و در همه شرایط بایستی انجام گردد. تلاش برای خنثی‌سازی موانع ارتش‌ها و نظام‌های متعددی و متجاوز به حقوق بشر، نیز در زمره همین وظایف است.

جمعیت‌های انسانی در منازعات نظامی به علت جابجایی‌های سریع در شرایط وخیم، کمبود مواد غذایی، فقدان آب آشامیدنی سالم و فروپاشی خدمات پایه سلامت (basic health services) (Collapse of) تحت تأثیر پیامدهای شدید بهداشتی عمومی قرار می‌گیرند. این عوامل موجب بروز فاجعه انسانی شده و خدمات بشردوستانه فوری را ایجاب می‌نماید. این پیامدهای فاجعه‌بار بهداشتی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین بیشتر است. آخرین تجربه غم‌انگیز این نوع فجایع انسانی در روئینگیا مشاهده شده است. در اثنای مهاجرت بیشترین موارد مرگ و میر پناهجویان اتفاق می‌افتد. در آفریقا میزان مرگ و میر خام (Crude mortality rates) ۸۰ برابر میزان‌های پایه (Baseline rates) است (۱،۲). شایع‌ترین علت مرگ، بیماری‌های اسهالی، سرخک، عفونت‌های حاد تنفسی و مالاریا بوده است. شیوع بالای سوء تغذیه با میزان مرگ و میر بالا مرتبط بوده است. در پناهجویان حوادث جنگی کشورهای اروپائی نظیر یوگسلاوی سابق، گرجستان، چین و آذربایجان زخم‌های جنگی (War-related injuries) رایج‌ترین علت مرگ غیرنظامیان بوده است، اگرچه شواهد سوء تغذیه حاد، افزایش شیوع بیماری‌های واگیردار و کمبودهای تغذیه‌ای (بویژه بین افراد سالمند) نیز مستندسازی شده است. مؤثرترین اقدامات برای پیشگیری از مرگ و میر و بیماری در فوریت‌های پیچیده عبارتند از: حفاظت در برابر خشونت، جیره کافی غذائی، بهداشت، آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فاضلاب، کنترل بیماری‌های اسهالی، ایمن‌سازی و مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک (۲،۱).

هرگونه مداخله بهداشتی در شرایط اضطراری باید بر پایه شواهد، نیازسنجی و متناسب با شرایط و موقعیت باشد. ارزیابی نیازهای پناهجویان به منظور تولید شواهد لازم باید با همکاری نزدیک کارشناسان با تجربه و آموزش دیده در زمینه مدیریت بیماری‌ها، تغذیه و بهداشت محیط صورت گیرد و بر اساس آن مشکلات و نیازهای فوری جمعیت پناهجو مانند شیوع بیماری‌ها، سوء تغذیه، آب آشامیدنی سالم، بهسازی محیط و امکانات شستشوی دست با آب و صابون تعیین گردد. این موضوعات کاملاً به هم مرتبط هستند و باید به صورت یک مجموعه مورد توجه قرار گیرند به همین دلیل ماهیت چند بخشی ارزیابی اولیه نباید هیچگاه از نظر دور بماند. در این مرحله اولویت‌های جمعیت پناهجو با توجه

به ارزیابی نظام‌مند، شرایط، وسعت، دامنه خطرات، ظرفیت و توانایی جمعیت بلا دیده و آمادگی لازم برای اقدام، تعیین می‌شود. پس از اینکه نیازها ارزیابی گردید، آنگاه با توجه به منابع موجود نیاز به کمک از سایر منابع مورد توجه قرار می‌گیرد.

هدف ارزیابی سریع اولیه بدست آوردن یک نمای کلی از موقعیت، شرایط و تعیین سطح شرایط اضطراری، تعیین نیازها و کمبودها و تعیین اقدامات دارای اولویت است. اولویت‌های بهداشت همگانی نیز تعیین علل اصلی مرگ و میر، تعیین میزان دسترسی به خدمات بهداشتی در شرایط اضطراری و ارزیابی سطح خطر شیوع بیماری‌های خاص می‌باشد. رویکرد مطلوب در این شرایط در شکل-۱ آمده است (۱۰). روش شناسی ارزیابی اولیه بهداشتی و مراحل ارزیابی نیز بسیار حایز اهمیت است که در شکل-۲ به ترتیب مراحل ارزیابی آمده است (۱۰).



شکل-۱. رویکرد ارزیابی سریع در شرایط اضطراری



شکل-۲. مراحل ارزیابی و تعیین اولویت

## مراحل یک موقعیت اضطراری

ج: مرحله بلند مدت: هدف حمایت از بهداشت و افزایش رفاه جمعیت حادثه دیده و افزایش خوداتکایی است و ممکن است تا چند سال طول بکشد.

ابتدا باید برای هر یک از مراحل، اهدافی با معیارهای کمی، کیفی و کاربردی در نظر گرفت. به این ترتیب ماتریسی شکل می‌گیرد که نمونه‌ای از آن در جدول ۱- آمده است.

بعضی از این اهداف کاملاً به شرایط محلی بستگی دارد. تعیین این اهداف از وظایف تیم بهداشتی هماهنگ و منسجم است که باید با بررسی‌های کامل محلی و بررسی امکانات موجود آن‌ها را تعیین کنند ولی الگوهای جالب توجهی نیز وجود دارد که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

یکی از نیازهای اساسی بهداشتی جمعیت پناهجو دفع بهداشتی مدفوع است که حداقل اهداف تعیین شده برای آن در جدول ۱- آمده است.

یک موقعیت اضطراری ممکن است هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها ادامه داشته باشد و می‌توان آن را به مراحل جداگانه‌ای تقسیم نمود (مراحل فوری، کوتاه مدت و بلندمدت).

الف: مرحله فوری، مرحله اصلی و بسیار مهمی است که بلافاصله بعد از وقوع فاجعه آغاز می‌شود که با ناپایداری و مرگ‌ومیر بالا مشخص می‌شود. هدف برنامه که معمولاً یک تا دو ماه طول می‌کشد، محدود کردن منابع بیماری و به حداقل رساندن شیوع بیماری است.

ب: مرحله کوتاه مدت، دوره‌ای از تثبیت است که ممکن است تا شش ماه طول بکشد و به دنبال مرحله فوری آغاز می‌شود. هدف برنامه کاهش مرگ و جلوگیری از شیوع بیماری است.

جدول ۱- اهداف حداقل پیشنهادی جهت دفع بهداشتی مدفوع

معیار	فوری	کوتاه مدت	بلندمدت
<b>کیفیت</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>از لحاظ فنی ابتدائی *</li> <li>از لحاظ اجتماعی و فرهنگی، به زحمت قابل پذیرش **</li> <li>اقدامات بهداشتی اساسی در محل</li> <li>فن آوری پایدار برای یک ماه **</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>از لحاظ فنی مناسب *</li> <li>قابل قبول از نظر اجتماعی و فرهنگی **</li> <li>خطرات بهداشتی حداقل *</li> <li>فن آوری پایدار برای ۶ ماه **</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>از لحاظ فنی بسیار مناسب *</li> <li>از نظر اجتماعی و فرهنگی، کاملاً قابل پذیرش **</li> <li>از نظر بهداشتی بی‌خطر *</li> <li>فن آوری پایدار برای ۳ سال **</li> </ul>
<b>کمیت</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نسبت فضا/ اتاقک قابل دسترس برای ۱۰۰ نفر به تمام جمعیت یا فقط برای پاسخگویی فوری *</li> <li>حداکثر مسیر پیاده‌روی ۷۰ متر (فقط مسیر رفت)</li> <li>دسترسی به تعداد کافی تسهیلات در:</li> <li>۱. مراکز درمانی (یک توالت برای ۵۰ تخت یا ۱۰۰ بیمار سرپایی)</li> <li>۲. مدارس (یک توالت برای ۵۰ دانش آموز دختر و یک توالت برای ۱۰۰ دانش آموز پسر)</li> <li>۳. مناطق خرید و فروش (یک توالت برای ۱۰۰ غرفه)</li> <li>۴. مراکز تغذیه (برای ۱۰۰ فرد بالغ یک توالت و برای ۵۰ کودک یک توالت)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نسبت یک فضا یا اتاقک به ۵۰ نفر قابل دسترس برای تمام جمعیت</li> <li>حداکثر مسافت پیاده‌روی ۵۰ متر (فقط مسیر رفت)</li> <li>دسترسی به تعداد کافی تسهیلات در:</li> <li>۱. یک توالت برای ۲۰ تخت یا ۵۰ بیمار سرپایی)</li> <li>۲. مدارس (یک توالت برای ۳۰ دختر و یک توالت برای ۶۰ پسر)</li> <li>۳. مناطق خرید و فروش (یک توالت برای ۵۰ غرفه)</li> <li>۴. مراکز تغذیه (یک توالت برای ۵۰ فرد بالغ و یک توالت برای ۲۰ کودک)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نسبت یک فضا یا اتاقک به ۲۰ نفر قابل دسترس برای تمام جمعیت</li> <li>حداکثر مسافت پیاده‌روی ۲۵ متر (فقط مسیر رفت)</li> <li>دسترسی به تسهیلات در:</li> <li>۱. مراکز درمانی یک توالت برای ۱۰ تخت یا ۲۰ بیمار سرپایی)</li> <li>۲. مدارس (یک توالت برای ۱۵ دختر و یکی برای ۳۰ پسر)</li> <li>۳. مراکز تغذیه (یک توالت برای ۲۰ فرد بالغ و یک توالت برای ۱۰ کودک)</li> <li>۴. مناطق خرید و فروش یک توالت برای ۲۰ غرفه)</li> <li>۵. ادارات (یک توالت برای ۲۰ کارمند)</li> </ul>
<b>کاربرد</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۵۰٪ جمعیت حادثه دیده به تسهیلات خانگی (در مراکز درمانی و اماکن تغذیه ۱۰۰٪ دسترسی دارند)</li> <li>۵۰٪ مردم از تسهیلات بطور صحیح و منظم استفاده می‌کنند.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۷۵٪ جمعیت حادثه دیده به تسهیلات خانگی (در مراکز درمانی و تغذیه ۱۰۰٪ دسترسی دارند)</li> <li>۷۵٪ مردم از تسهیلات بطور صحیح و منظم استفاده می‌کنند.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۹۵٪ جمعیت حادثه دیده به تسهیلات خانگی (در مراکز درمانی و غذایی ۱۰۰٪ دسترسی دارند).</li> <li>۹۵٪ مردم از تسهیلات بطور صحیح و منظم استفاده می‌کنند.</li> </ul>

## روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای کتابخانه‌ای همراه با تجربیات و مشاهدات نویسندگان است.

## نتایج

نتایج این گزارش به صورت آثار مستقیم و غیرمستقیم جنگ، ارزیابی، اقدامات ضروری نیازهای پناهجویان و درس‌هایی از اردوگاه آوارگان مظلوم روهینگیا است که به شرح زیر ارائه می‌شود:

## آثار مخرب مستقیم جنگ‌ها بر سلامت مردم غیر نظامی و آواره

به استناد آیات کلام الله مجید بلایا و مصائب مشروحه زیر از تبعات شوم و مخرب جنگ بر شمرده شده است (۳):

- سلب امنیت، آسایش، آرامش، ابتلا به ترس و وحشت دائمی،
- آوارگی از خانه و دیار مالوف،
- اسارت و بردگی،
- اشغال سرزمین، خانه، کاشانه و از دست دادن زمین‌های کشاورزی و دامی،
- ترس از آینده و سرنوشت خود و دیگران (آثار روحی و روانی)،
- جراحت و معلولیت‌های جنگی و از دست دادن دست و پا و مانند آن‌ها،
- خرابی و ویرانی سرزمین‌های آباد،
- خسارت‌های جانی و از دست دادن اقوام و آشنایان،
- ذلت، خواری، تحقیر شخصیت‌ها و انسان‌های بزرگوار از سوی دشمن،
- افزایش سختی‌ها و دشواری‌ها در تهیه غذا، آب، امنیت و رفاه،
- سلطه بیگانگان، حاکمیت اجانب بر سرنوشت و تقدیر جامعه و مردم،
- کمبود محصولات کشاورزی و دامی به جهت آسیب‌های جدی به زمین‌ها و دام‌ها،
- افزایش گرسنگی و خطر قحطی.

طبق گزارش UNICEF در فاصله سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۴، یک و نیم میلیون کودک در منازعات نظامی جان خود را از دست دادند (۴).

## آثار مخرب غیرمستقیم جنگ‌ها بر سلامت مردم غیر نظامی و آوارگان

اثرات ثانویه منازعات نظامی بر بهداشت عمومی مردم غیر نظامی، آوارگان و پناهجویان عمدتاً به علت کمبودهای غذایی

و فروپاشی خدمات پایه سلامتی است. بعضی از آثار ثانویه جنگ بر سلامت پناهجویان به شرح زیر است (۵):

- کاهش جمعیت و جابه‌جایی آن، سرمایه انسانی را در کشورهای جنگی پایین می‌آورد،
- فقر و فروپاشی زیرساخت‌های اشتغال نیروی انسانی ماهر موجب نقصان جدی سرمایه انسانی می‌شود،
- با فروپاشی زیرساخت‌های آموزشی، سطح سواد و مهارت‌آموزی بین پناهجویان کاهش می‌یابد،
- تخریب ناگهانی یا تدریجی زیرساخت‌های فیزیکی، اعم از صنعتی، تجاری، دامپروری و کشاورزی،
- تضعیف همبستگی اجتماعی و بحران‌های هویت و یکپارچگی ملی.

## ارزیابی و برنامه‌ریزی نیازهای بهداشتی فوری پناهجویان جنگی

### ارزیابی سریع وضعیت بهداشتی آوارگان (۶)

ارزیابی اولیه در آغاز مداخله و هم‌زمان با اجرای کمک‌های اولیه شامل اجزاء زیر شروع می‌شود:

**داده‌های جمعیت‌شناختی**، تعداد کل افراد آواره یا آسیب‌دیده، تعداد جمعیت آسیب پذیر (کودکان زیر ۵ سال، زنان حامله، افراد سالخورده و بیماران).

**داده‌های مرگ و میر**: بهترین شاخصی برای میزان وخامت اوضاع که در مقایسه با شاخص مرجع، تأثیر اقدامات و مداخلات انسان‌دوستانه را مشخص می‌نماید.

**داده‌های ابتلا**: آمار بیماری‌ها (بویژه مالاریا، اسهال، عفونت‌های حاد تنفسی و یا سرخک) و خطرات بروز همه‌گیری‌ها در جمعیت پناهجو.

**وضعیت تغذیه**: سنجش وضعیت تغذیه‌ای و ارزیابی سوءتغذیه (حاد، وخیم و کلی) که بسیار مهم است و مقایسه با شاخص‌های مرجع ارزیابی اثرات مداخلات انجام شده را مشخص می‌نماید.

### وضعیت آب آشامیدنی، بهسازی محیط و امکانات

**شستشوی دست**: شامل کمیت و کیفیت آب آشامیدنی، دفع بهداشتی مدفوع و مواد زاید جامد، دفن بهداشتی اجساد، امکانات شستشوی دست با آب و صابون.

### تجربه احداث بیمارستان صحرائی سیار در اردوگاه آوارگان روهینگیا

در اثنای ارزیابی‌های اولیه از شرایط بهداشتی، درمانی اردوگاه‌های آوارگان روهینگیا، یک تیم از مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و ستاد کل نیروهای مسلح به همراه کارشناسان

## بحث

هدف اصلی از امداد رسانی به جمعیت‌های پناهنده، آوارگان حوادث و مناقشات نظامی، پیشگیری از موارد مرگ و میر قابل اجتناب است. بر این اساس ارزیابی شاخص مرگ و میر اولویت اول در برنامه‌ریزی‌های کمک‌رسانی به‌شمار می‌رود. شایعترین علل مرگ و میر عبارتند از: بیماری‌های اسهالی، مالاریا، سرخک، اسهال، عفونت‌های حاد تنفسی، سوء تغذیه و خشونت. در مرحله حاد و بحرانی شاخص مرگ و میر به‌صورت تعداد مرگ در هر ۱۰۰۰۰ نفر در هر روز محاسبه می‌شود. بعد از کنترل مرحله حاد و کاهش مرگ و میر به میزان قابل قبول، تعداد مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در هر ماه محاسبه می‌شود. مرگ و میر در گروه‌های آسیب‌پذیر از اهمیت و حساسیت ویژه برخوردار است. در کودکان زیر ۵ سال آستانه وخامت شاخص مرگ و میر، ۵/۲ مورد در هر ۱۰۰۰۰ کودک در هر روز می‌باشد.

در مورد اندازه‌گیری شاخص پوشش واکسیناسیون از کارت ایمن‌سازی (در صورت دسترسی) و اظهارات مادر استفاده می‌شود. در این مورد سنجش نسبت کودکان ۶ ماهه تا ۱۵ ساله که قبلاً در مقابل سرخک واکسینه شده‌اند ملاک نظر است. هدف دستیابی به پوشش واکسیناسیون ۱۰۰ درصدی در مقابل سرخک می‌باشد. در بدو ورود کودکان به اردوگاه آوارگان واکسیناسیون عمومی باید انجام شود و بعد از آن با بررسی سابقه واکسیناسیون در کودکان ۶ ماهه تا ۱۵ ساله، واکسیناسیون سرخک صورت گیرد. این محدوده سنی مشابه گروه سنی در معرض خطر در موقعیت‌های اضطراری و بحرانی می‌باشد.

اغلب آوارگان مناقشات نظامی از کمبودهای تغذیه‌ای متعدد (از نظر کمی و کیفی) رنج می‌برند. کودکان زیر ۵ سال از عوارض سوء تغذیه به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرند. در گروه سنی کودکان بررسی وضعیت تغذیه‌ای زیر گروه کودکان ۵۹ روزه تا ۶ ماهه یکی از اولویت‌های بررسی می‌باشد. یکی از اولویت‌های رسیدگی بهداشتی در اردوگاه‌های آوارگان جنگی، بررسی کیفیت آب آشامیدنی می‌باشد.

وضعیت زندگی و بهسازی محیط، نسبت جمعیت بهره‌مند از سرپناه محافظت شده، نسبت خانوارهای دارای توالت و تسهیلات دفع مدفوع و فاضلاب، در زمره اولویت‌های دیگر رسیدگی به امور پناهجویان می‌باشند (۷).

### ارزیابی سریع وضعیت بهداشتی در جمعیت‌های پناهنده و آوارگان

هدف اصلی خدمات بهداشتی در مرحله حاد یک فاجعه منجر به آوارگی انبوه جمعیت‌های انسانی، مهار و کاهش سریع مرگ و میر و تثبیت وضعیت بهداشتی جمعیت پناهجو است. با در نظر گرفتن عناصر اصلی سلامت افراد، عوامل و بیماری‌های اصلی منتهی به مرگ در شرایط بحرانی آوارگی، اولویت‌های عملیاتی زیر ارائه شده است (۸):

مربوطه عازم اردوگاه‌های آوارگان گردیدند، تا ضمن ارزیابی میدانی وضعیت و مذاکره با مقامات مسئول محلی و دولت بنگلادش، تصمیمات مقتضی را اتخاذ نمایند.

در کنار مشکلات بسیار جدی بهداشتی نظیر آب، فاضلاب، تغذیه ناکافی، تراکم جمعیت، اسکان نامناسب، شیوع بیماری‌های واگیردار و... آنچه که به‌شدت جلب توجه می‌نمود، فقدان و یا کمبود شدید مراکز درمانی و بیمارستان‌های عمومی بود. در نتیجه تیم بازدیدکننده تصمیم به انتقال و راه‌اندازی یک واحد بیمارستان صحرائی مجهز به همراه درمانگاه‌های اقماری از ایران به محل اردوگاه پناهندگان گرفته و ضمن مطرح نمودن موضوع با وزیر بهداشت و درمان بنگلادش و موافقت ایشان، این موضوع در متن توافقنامه فی‌مابین گنجانده شد. سپس بلافاصله پس از بازگشت دستور آماده‌سازی بیمارستان توسط ستاد کل نیروهای مسلح به بهداری نیروی زمینی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی داده شد. به دنبال آن بیمارستان صحرائی شهید صدوقی اصفهان به استعداد ۴ اتاق عمل، آزمایشگاه، رادیولوژی، اورژانس، درمانگاه، نگاهتگاه، بخش‌های بستری و پشتیبانی با کادر مربوطه آماده و مهیای اعزام گردیدند. تیم پیشرو به استعداد ۶ نفر از مهندسين و مسئولین پشتیبانی و راه‌اندازی بیمارستان با مسئولیت رئیس بیمارستان شهید صدوقی، جهت ارزیابی محل استقرار و آماده‌سازی‌های زیرساختی اولیه عازم بنگلادش گردیده و ارزیابی‌های لازم را انجام دادند. در طراحی انجام شده مقرر شده بود که یک بیمارستان مرکزی در نقطه‌ای قابل دسترسی جهت مراکز آوارگان طراحی و ۱۰ درمانگاه اقماری نیز در اطراف آن تعبیه گردد، تا ویزیت‌های اولیه در درمانگاه‌ها و سپس بیمارستان فقط بیماران ارجاعی را پذیرش کند. کادر مدیریتی و پزشکان متخصص در ابتدای کار از ایران و سایر کارکنان از بین اهالی بومی و محلی به‌کارگیری شده و به تدریج طی یک دوره ۶ ماهه بیمارستان به مقامات محلی واگذار گردد. در توافقات به‌عمل آمده اولیه با مقامات اولیه بنگلادش مقرر شده بود، زمین مناسب و کافی جهت استقرار بیمارستان توسط دولت بنگلادش آماده و در اختیار طرف ایران قرار گیرد ولی علی‌رغم آمادگی کامل تیم ایران و پیگیری‌های متعدد توسط دولت جمهوری اسلامی ایران (وزارت امور خارجه، جمعیت هلال احمر و ...) به دلیل عدم آمادگی شرایط جغرافیایی منطقه و سایر علل سیاسی، دولت بنگلادش از انجام این مهم سر باز زد. در نتیجه بیمارستان صحرائی مذکور تا این لحظه ارسال نگردیده است و به‌جای آن یک واحد درمانگاه مجهز با استعداد آزمایشگاه، رادیولوژی، اتاق زایمان، پذیرش، داروخانه و بستری موقت توسط جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران در منطقه مستقر گردید و در هر دوره یک ماهه یک تیم ۳۰ نفره پزشک، پرستار، امدادگر و سایر کادر لازم به منطقه اعزام می‌شوند. روند فوق تاکنون ادامه داشته و ادامه‌ی فعالیت آن در آینده نیز منوط به تصمیم مسئولین ذی‌ربط خواهد بود.



پناهجویانی است که در معرض کشمکش‌های نظامی و بلایا قرار می‌گیرند. تأمین سرپناه مناسب، آب سالم، تغذیه کافی و سالم، مراقبت‌های اولیه بهداشتی، محافظت خاص از گروه‌های آسیب‌پذیر و کنترل بیماری‌های حاد و رایج، در مراحل اولیه آوارگی در حفظ و نجات جان پناهجویان نقش تعیین‌کننده ایفا می‌نماید. شایسته است برنامه‌های انسان‌دوستانه با تبعیت از الگوهای علمی نظیر دستورالعمل‌های بهداشت جهانی و تجارب معتبر جمهوری اسلامی و نیز تدارک منابع ضروری، خدمات جامع‌تر و مؤثرتری به جمعیت‌های پناهجو در شرایط مختلف ارائه نمایند. درس‌های حاصله از امدادسانی به پناهجویان مظلوم روهینگیا، الگوی مناسبی در این راستا محسوب می‌شود (۹).

**تشکر و قدردانی:** از زحمات آقای سلیمی که نهایت همکاری را داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌کنند که در مطالعه حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## منابع

1. Rapid health assessment in refugee and displaced populations. <http://doc.mui.ac.ir> [Persian]
2. Environmental Research Institute of Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Health and Workplace Center: A guide to environmental health operations in emergencies and disasters. 2011, <http://behdasht.gov.ir> [Persian]
3. Mansouri Kh, causes and effects of war in human life. Research Institute of Quran Culture and Knowledge. <http://samamos.com/Link/ghorani>. [Persian]
4. UN Children's Fund. 1994. The State of the World's Children. New York: UN.
5. IMF Report: 8 Destructive Effects of War on Economy and Society.
6. <http://www.eghtesadonline.com> [Persian]
7. Brown V, Moran A, Pakot C. Rapid Health Assessment of Refugee and Displaced Populations.
8. Dpurtere E, Brown V. Rapid health assessment of refugee or displaced populations. <https://www.unscn.org> 2006

- ارزیابی سریع وضعیت سلامت جمعیت مورد نظر،
- واکسیناسیون وسیع علیه سرخک،
- فراهم‌آوری آب آشامیدنی بهداشتی،
- حمایت‌های تغذیه‌ای و برنامه‌های ویژه جبران کمبودها و احیای تغذیه‌ای (Nutritional rehabilitation)
- سرپناه، مکان‌یابی اردوگاه و اقدامات حفاظتی،
- اقدامات درمانی برای مهار بیماری‌های حاد بر اساس پروتکل‌های استاندارد و با استفاده از داروهای اساسی (Essential drugs)،
- کنترل و پیشگیری از بیماری‌های واگیردار و اپیدمی‌های بالقوه و تهدیدکننده،
- پایش و هشدار (Surveillance and alert)،
- ارزیابی منابع انسانی، آموزش و نظارت بر عملکرد کارکنان سلامت عمومی،
- هماهنگی بین همیاران عملیاتی مختلف.

## نتیجه‌گیری

تأمین حداقل شرایط زندگی ایمن و شرافتمندانه، برخورداری از خدمات پایه بهداشتی از حقوق انسانی و احتیاجات اولیه و اساسی

9. Fallahi A. Architecture and Management of Refugee and Refugee Camps [Book]. Tehran: Iran Crescent Institute of Higher Education; 2009.
10. Boss LP, Toole MJ, Yip R. Assessments of mortality, morbidity, and nutritional status in Somalia during the 1991-1992 famine: recommendations for standardization of methods. JAMA. 1994; 272:371-376. doi:10.1001/jama.1994.03520050051029
11. Harvey P, Ried B. Improving the environment in an emergency.
12. Nadafi K, Younesi B, Taheri T (translation). Improving the environment in an emergency. Tehran: Nas Publications; 2009. [Persian]
13. The sphere project humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response, the sphere project, 2011 edition, doi:10.3362/9781908176202