هل فاتتك أي معلومات؟

استعراض للقدرات الإنسانية في مجال مكافحة الكوليرا

United Kingdom
Humanitarian
Innovation Hub

Humanitarian Outcomes

هل فاتتك أي معلومات؟
استعراض للقدرات الإنسانية في مجال مكافحة الكوليرا

فبراير/شباط 2023

هذا التقرير هو الثالث من نوعه في سلسلة من الاستعراضات السريعة التي أجرتها منظمة النتائج الإنسانية (Humanitarian Outcomes) في إطار مبادرة البحوث الإنسانية السريعة (HRRI) بتكليف ودعم من
مركز الابتكار الإنساني (Humanitarian Innovation Hub) بالمملكة المتحدة بمساعدة من المملكة المتحدة قدمها مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية.
أُجري الاستعراض السريع في ديسمبر/كانون الأول 2022 ويناير/كانون الثاني 2023. وشمل البحث
مقابلات مع 64 من المخبرين من كيانات الصحة العامة والكيانات الإنسانية على الصعيدين القُطري والعالمي والحكومات المانحة، واستعراض تلوي منهجي لعدد 121 مقالة صحفية تتعلق بالكوليرا في الأوضاع الإنسانية، وتحليل للبيانات ذات الصلة والأدبيات العامة.

الباحثون
آبي ستودارد (قائد الفريق)
ماريا-جو بريكنريدج
بول هارفي
غلين تايلور
نايجل تيمينز
مانيشا توماس

المساهمون الخبراء/المراجعون
بول شبيغل، طبيب، ماجستير في الصحة العامة
رونالد والدمان، طبيب، ماجستير في الصحة العامة

المساهمون
ماريانا دوكي-دييز
كاران باريك

قدم الرعاة والفريق في مركز الابتكار الإنساني بالمملكة المتحدة التوجيه البحثي، وضمان الجودة، والدعم الإداري.

بيانات حالة الكوليرا والوفيات المستخدمة في هذا التقرير مأخوذة من مجموعة البيانات المتاحة للجمهور والتي تعكس الحالات التي أبلغت بها الدول الأعضاء منظمة الصحة العالمية (WHO) في الفترة من عام 2000 حتى 2021.
وبالنسبة لبيانات الحالة ابتداءً من عام 2022، فهي غير متضمنة بعد في مجموعة البيانات المتاحة للجمهور، وقد حصلنا عليها من التقرير العالمي بشأن وضع الكوليرا الذي نشرته منظمة الصحة العالمية في 16 ديسمبر/كانون الأول 2022. ولم يتسن لنا التأكد من تفاصيل المنهجية التي اتبعتها منظمة الصحة العالمية في جمع البيانات حول حالة الإصابة بالكوليرا.

يمثل التقرير وجهات نظر المؤلفين، استناداً إلى الأدلة المجمعة. للمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل معنا من خلال info@humanitarianoutcomes.org أو info@ukhih.org. هذا المنشور مرخص بموجب الترخيص CC BY-NC-ND 4.0.

الاختصارات

CATI	تدخلات مستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات
CCA	تقييم قُطري مشترك
CEPI	تحالف ابتكارات التأهب الوبائي
CERF	الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ
DRC	جمهورية الكونغو الديمقراطية
FTS	خدمة التتبع المالي
GOARN	الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض ومكافحتها
GTFCC	فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا
HNO	استعراض للاحتياجات الإنسانية
HRP	خطة استجابة إنسانية
IFRC	الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
IMS	نظام إدارة الحوادث
MSF	منظمة أطباء بلا حدود
OCHA	مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية
OCV	لقاح فموي ضد الكوليرا
ORS	محلول الإماهة الفموية
ORT	العلاج بالإماهة الفموية
RCCE	التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية
UNHCR	المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
UNICEF	اليونيسيف
WASH	المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية
WHO	منظمة الصحة العالمية

Humanitarian Outcomes
www.humanitarianoutcomes.org
www.aidworkersecurity.org

United Kingdom Humanitarian Innovation Hub
info@ukhih.org

ملخص

شهد العامان الماضيان ارتفاعاً ملحوظاً في تفشي الكوليرا ومعدل الوفيات. وقد أثار ازدياد عدد البلدان التي لديها حالات إصابة، فضلاً عن التوزيع الجغرافي غير العادي لتفشي المرض والارتفاع غير المقبول لمعدلات وفيات الحالات، المخاوف بشأن القدرة العالمية على الاستجابة للكوليرا ومكافحتها، وما إذا كنا قد فقدنا شيئاً من التقدم المحرز في الماضي.

لطالما اعتبرت الكوليرا، وهي مرض خطير ولكن تسهل معالجته نسبياً إذا ما تم اكتشافه في الوقت المناسب – وغالباً ما يحدث في سياقحالات الطوارئ الأوسع نطاقاً – عنصراً أساسياً في العمل الإنساني الأساسي. كان الأداء الكارثي للاستجابة لانتشار الكوليرا بين اللاجئين الراوندين في غوما عام 1994 هو الذي هز نظام العمل الإنساني الحديث وأعاد تشكيله على نحو أدى إلى وضع المعايير، والتوجيهات التنفيذية، وهياكل التنسيق التي تهدف إلى تمكين أفضل لاستجابة منقذة للحياة سريعة وفعالة. وبعد ثلاثة عقود من ذلك، أين يكمن الخطأ؟

في حين أن هناك عدة عوامل تساهم في تفشي الكوليرا – بما في ذلك النزاع المسلح، وفشل الحوكمة والتنمية، وتبعات تغير المناخ – فإن هذه العوامل تقع إلى حد بعيد خارج نطاق تأثيرالجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني. وبينما لا يستبعد هذا الاستعراض السريع القضايا الأوسع نطاقاً، مثل نقص الاستثمار في البنية التحتية للمياه والصرف الصحي وغير ذلك من حلول أكثر استدامة، فإنه يركز على عنصر الاستجابة – القدرات الإنسانية، والكفاءات، والتنسيق.

الوضع الحالي: ليس ارتفاعاً "غير مسبوق" بل إشارة تحذير بشأن قدرات الاستجابة

على الرغم من أن البيانات العالمية أبعد ما تكون عن الكمال، إلا أن البيانات الموجودة تظهر زيادة متوسطة في حالات تفشي المرض وأعداد الحالات مقارنة بالسنوات الأخيرة. وبينما يتطلب الأمر تحسين معايير وأساليب جمع البيانات، إلا أن الأعداد ليست غير مسبوقة أو حتى عند المستوى الذي كانت عليه قبل عقد مضى. ما يقلق أكثر هو الارتفاع الملحوظ في معدلات وفيات الحالات خلال السنوات الأربع الماضية، إذ أبلغت بعض المناطق عن ارتفاع يصل إلى أربعة أضعاف الحد الأقصى المقبول على نطاق واسع وهو 1%. ويثير ارتفاع معدلات الوفاة الناتجة عن مرض يتفق الخبراء على أنه "لا ينبغي لأحد أن يموت بسببه" التساؤلات حول جودة الاستجابة. ويشير ارتفاع معدلات وفيات الحالات في السياقات الهشة التي تستضيف استجابات إنسانية بالفعل إلى وجود ثغرات كبيرة في القدرة على العمل السريع، أو الكفاءات اللازمة للعلاج الفعال، أو كلا الأمرين.

تنسيق استراتيجية عالمية:
كلام رائع على الورق وتباطؤ في التنفيذ

خطت الكيانات الرائدة في الاستجابة للكوليرا، لا سيما فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا (GTFCC) خطوات واسعة بكل المقاييس في حشد توافق الآراء وقدرات الجهات الفاعلة الوطنية والدولية نحو وضع مجموعة مشتركة من الأهداف. وقد حظيت الاستراتيجية العالمية، بخططها الوطنية المتداخلة لمكافحة الكوليرا، بتأييد ومشاركة واسعين من أوساط المعونة الإنسانية والصحة العامة ومن الحكومات الوطنية أيضاً. ومع هذا لم ينفذ الخطط إلا بلدان حتى الآن، ومن غير المحتمل إلى حد بعيد أن تتحقق الأهداف المحددة لاستراتيجية خارطة طريق عام 2030 للقضاء على الكوليرا.

يتطلب تحقيق الأهداف المعلنة تمويلاً لتنفيذ الخطة الوطنية لمكافحة الكوليرا وقدرة احتياطية من الخبراء للتنسيق بشأن حالات التفشي والاستجابة لها، وكلاهما غير موجود. ففي المقام الأول، كافحت الجهات الفاعلة العالمية في مجال الصحة العامة التي تعمل على مكافحة الكوليرا من أجل زيادة وضوح المرض بين حالات الطوارئ المتعددة المتنافسة المتعددة، بما في ذلك حالات تفشي الأمراض الأخرى التي تحتاج إلى الاهتمام، وفي أعقاب تجربة مضنية مع جائحة كوفيد-19 لا تزال توابعها تؤثر على الاقتصادات والمجتمعات. وفيما يتعلق بالتنسيق التنفيذي الفني، تكمن المشكلة في الافتقار إلى القدرات الفنية المناسبة لدى منظمة الصحة العالمية وشركائها، والعوائق المستمرة التي تحول دون التنسيق الفعال بين عملها في مجال الصحة وعمل نظيرها، صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، وشركائها المعنيين في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية.

العوائق الهيكلية والأولويات المتضاربة

يتطلب القضاء على تفشي الكوليرا التحديد والمعالجة السريعين للحالات (تدخلات صحية) مع القضاء على مصادر العدوى في الوقت نفسه (تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية). ومن المفهوم جيداً الآن أن مكافحة الكوليرا والاستجابة لها يقومان على تكامل الأنشطة في قطاعي الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، فضلاً عن الأنشطة الإضافية المهمة، مثل تثقيف الناس بشأن المرض وكيفية التخفيف منه نظراً لأن معظم حالات انتقال العدوى تحدث في المنزل. ورغم ذلك ومن الناحية العملية، لا تزال هناك تحديات "انعزال البيانات" والتنسيق، ليس بين قطاعات العمل الإنساني فحسب، بل بين الجهات الفاعلة في مجالي الإغاثة والتنمية، والكيانات الوطنية والدولية، والجهات المانحة، وحتى بين الوزارات المختلفة في الحكومات الوطنية.

تنبع بعض الصعوبات التي تواجه التنسيق الاستراتيجي من اختلاف أولويات الجهات الفاعلة الرئيسية ونُهُجها. يؤكد معظم العمل في مجال الصحة العامة على مكافحة الكوليرا، على سبيل المثال، على التدخلات قصيرة الأجل للتحكم في حالات التفشي، بينما تتجه الجهود العالمية لقطاع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أكثر نحو القضاء عليها على مدى أبعد، وذلك استناداً إلى المنطق المقنع القائل بأن استثمارات البنية التحتية في أنظمة المياه والصرف الصحي تحقق عوائد أعلى كثيراً على نحو لا يمكن نكرانه من حيث الأموال والأرواح المنقذة، مقارنةً بالتدخلات قصيرة الأجل وغير المستدامة والمكلفة مثل نقل المياه بالشاحنات. هذا وتعزز طرائق التمويل التي تتبعها الجهات المانحة الرئيسية الفجوات وتديم فخ التفاعلية. كما تتجاوز الفوائد التي تحققها أنظمة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المناسبة حدود الكوليرا بل وتتجاوز أمراض الإسهال الحادة ككل.

العمليات على المستوى القُطري: ثغرات القدرات وفقدان الأساسيات

بغض النظر عن العوائق التي تحول دون التنسيق، يشير المراقبون أيضاً إلى انخفاض ملحوظ في القدرات الفنية التنظيمية في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية بين الوكالات الإنسانية، وكذلك إحساس بتفويت مستمر لفرص الاستثمار في حلول المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الأكثر ديمومة بسبب طرائق التمويل قصير الأجل وكذلك حسابات التكلفة قصيرة النظر.

توجد بعض الأدلة في قطاع الصحة أيضاً على انخفاض تقديم التدخلات الأساسية، مثل نقاط العلاج بالإماهة الفموية البسيطة والعلاج المنزلي. وقد يساهم إبعاد التركيز عن الكوليرا في أنظمة الصحة العامة، وكذلك تفضيلات المرضى المتزايدة للتدخلات الطبية المفرطة – مثل الاستخدام غير الضروري للإماهة الوريدية – في فقدان الكفاءات الأساسية. اكتسب نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات في التعامل مع الكوليرا، عند تنفيذه تنفيذاً جيداً وعند النقطة الصحيحة من منحنى الجائحة، قبولاً واسعاً باعتباره فعالاً، لكن هناك حاجة إلى بيانات أكثر وإلى وضع إجراءات تنفيذية موحدة أوضح مصممة حسب السياقات المختلفة، ولا يزال هذا النهج بعيداً عن التنفيذ على نطاق واسع. وأخيراً، يفتقر مسؤولو الصحة في البلدان الضعيفة – الذين يشعرون بالإرهاق وانخفاض المعنويات في الكثير من الحالات – إلى الدعم الفني السريع على مستوى الميدان من علماء الأوبئة وأخصائيي الاستجابة للكوليرا الذين يعملون كأفرقة متنقلة للمساعدة في توجيه الاستجابة. ويصبح هذا أكثر إلحاحاً عندما يعيق انعدام الأمن والقيود المفروضة الوصول إلى الاستجابة. فقد أدّى نقص حاد في اللقاح الفموي ضد الكوليرا، بسبب قرار مورد رئيسي بإيقاف الإنتاج في عام 2023، إلى إضعاف قدرات الوقاية والاستجابة.

تحديات البيانات

تعاني الاستجابة للكوليرا من ندرة البيانات الموثوقة على الصعيدين الوطني والعالمي. وقد أدى اختلال المحفزات إلى الإفراط في الإبلاغ عن حالات الإصابة بالكوليرا ونقص الإبلاغ عنها على حد سواء، وهو ما أدى إلى تشويش الصورة العالمية. تختلف جودة المراقبة والإبلاغ كثيراً حسب البلد، لكن تظهر مشكلات أيضاً عندما تكون البيانات متاحة لكن الوكالات لا تشاركها فيما بينها. والحصول على البيانات في الوقت المناسب ضرورة مع مرض يقتل بسرعة شديدة دون رادع إذا ما سُمح له بالانتشار. وبما أن تجربة وباء إيبولا قد أثبتت أن المراقبة والإبلاغ الجيدين ممكنان عند إعطاء الأولوية لهما، فإن الوضع الحالي للبيانات في وباء الكوليرا العالمي غير مقبول.

مجالات العمل

العودة إلى الأساسيات: يتعين على المستجيبين، على مستوى التفشي، ضمان وجود مهارات وقدرات كافية لتقديم العلاج بالإماهة الفموية على مستوى المجتمع المحلي؛ فمعظم مرضى الكوليرا لا يحتاجون إلى تدخل أكثر طبية. هذا يتضمن التدريب المستمر؛ إذ يمكن فقد المعرفة والمهارات بسهولة إذا لم يتعرض بلد ما للكوليرا لسنوات. ويجب أن تؤكد جهود التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية (RCCE) على تفضيل العلاج البسيط في المنزل أو بالقرب منه، ويجب إتاحة عبوات أملاح الإماهة الفموية (ORS) بسهولة على كل مستوى من مستويات النظام وتشجيع استخدامها.

تعزيز التنسيق من أجل استجابة فعالة: يجب أن تتخذ منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، بوصفهما قائدتين رئيسيتين للمجموعة العالمية، خطوات لتوضيح دور التنسيق المشترك الذي تضطلعان به في الاستجابة للكوليرا واستبعاد التضارب منه وتعزيزه. ويتطلب هذا قدرة العاملين على أن يكون لديهم موظفي تنسيق متفرغين موزعين في بلدان التفشي لتنفيذ الإطار التنفيذي المشترك وضمان التكامل الفعال للبرنامج.

التفكير في بناء القدرات على المستوى الإقليمي: يمكن للجهات المانحة والدول الأعضاء بالمنظمات الإقليمية، عن طريق الإقرار بمشكلة الضغط المفرط ومحدودية الموارد التي تواجهها الوكالات العالمية، النظر في تطوير قدرات احتياطية خاصة بالكوليرا على المستوى الإقليمي، ربما داخل المراكز الصحية في المنظمات الإقليمية مثل المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) التابعة للاتحاد الأفريقي.

تحسين البيانات: يلزم بذل جهد هائل لتحسين جمع البيانات ومشاركتها من أجل تحسين مراقبة الكوليرا وزيادة فعالية الاستجابة لها. وتواجه أنظمة جمع البيانات تحديات متأصلة في السياقات الهشة، لا سيما تلك التي تمر بنزاعات، لكن لا يوجد عذر لعدم نقل البيانات بين وكالات التنسيق والوكالات المنفذة وعبر القطاعات. وفي غضون ذلك، ينبغي ألا يؤخر المستجيبون العمل في الاستجابة لتفشي الكوليرا المشتبه به حتى وصول البيانات المثالية، لكن يجب عليهم وضع نهج قائم على المخاطر لتفسير الإشارات المستمدة من هذه البيانات المتاحة.

جعل التمويل أكثر مرونة واستجابة للمخاطر: يجب على الجهات المانحة زيادة الوصول إلى التمويل السريع اللازم للاستجابة السريعة لحالات التفشي، بالإضافة إلى الاستثمار في برامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والصحة طويلة الأجل. يشمل هذا تمويلاً أكثر مرونة مع "معدلات الأزمات"، مما يسمح بإعادة برمجة تدفقات التمويل التي ليست إنسانية بحتة على الفور من أجل التدخلات في حالات الطوارئ، وبرمجة مبالغ أكبر عبر آليات التمويل المجمع الإنسانية التي تسمح باتخاذ القرارات وعمل المخصصات بسرعة. وإذا ظلت جهود الإجراءات الاستباقية التي يتخذها الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ (CERF) تبدو واعدة، فينبغي توسيع نطاقها أكثر لتمكين استجابات أسرع عند الاشتباه في تفشي الكوليرا.

زيادة إتاحة اللقاحات: اللقاح الفموي ضد الكوليرا أداة تكميلية فعالة في مكافحة الكوليرا، وهناك حاجة ماسة إلى إنتاج كميات أكبر منه. وهناك حاجة إلى المناصرة المنسقة بين التحالف العالمي للقاحات والتحصين (غافي)، والحكومات الوطنية، والجهات المانحة، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية للعمل مع شركات الأدوية للعثور على حل لزيادة إنتاج اللقاحات بسرعة حتى مستوى كافٍ لإتاحتها، متى كانت هناك حاجة إليها، في نظام التطعيم على جرعتين.

عدم فقد التركيز: على الرغم من أن الكوليرا مجرد مرض واحد من بين الأمراض الخطيرة العديدة التي تواجهها أنظمة الصحة العامة والمستجيبون في مجال العمل الإنساني، إلا أن لها سمات فريدة تستحق انتباهاً ويقظة خاصين. وتتطلب قدرتها على القتل والانتشار بسرعة مستوى من التأهب والقدرة على الاستجابة السريعة، وكذلك مجموعة مهارات أساسية لا يمكن السماح لها بالضمور. وقد كانت فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا تقوم بعمل جيد في إثارة هذه القضية في العديد من المنتديات، وبالمثل يمكن لكيانات الصحة العامة الاستفادة من الحفاظ على قدرة مميزة والتركيز على الكوليرا.

1 الوضع الحالي في سياق تاريخي

الكوليرا عدوى معوية حادة ناجمة عن تناول الماء أو الطعام الملوث بالبراز البشري الذي يحتوي على أحد أنواع البكتيريا المسمى ضمات الكوليرا "O1". ويزدهر العامل الممرض في ظروف ندرة المياه، والظروف المعيشية المزدحمة، وسوء الصرف الصحي. وتتوطن الكوليرا في العديد من مناطق العالم، وتميل حالات تفشي المرض الجديدة إلى أن تصاحب الصدمات المفاجئة، مثل النزاعات أو الكوارث الطبيعية، إذ ينزح الناس أو يفقدون إمكانية الحصول إلى المياه النظيفة، والمرافق الصحية الجيدة، ووسائل ممارسة النظافة الصحية الجيدة. كما تظهر عند تدهور الخدمات العامة بسبب الضغوط الاقتصادية أو الإهمال السياسي وعدم صيانة شبكات المياه والصرف الصحي. ولهذا، يمكن أن تكون الكوليرا مؤشراً على الاضطراب والتدهور.

يصاب ما يقرب من 10% من المصابين بالكوليرا بالإسهال المائي الحاد، وإذا لم يتم علاجهم بسرعة لتعويض السوائل والشوارد، فإنهم قد يموتون في غضون أيام أو حتى ساعات. ويمكن أن تنتشر حالات التفشي بسرعة عبر المياه غير المعالجة، والطعام الملوث، والأيدي غير المغسولة، ويمكنها أن تهلك السكان قبل انتهائها. ومع هذا، فإن العلاج بالإماهة السهل نسبياً ومنخفض التكلفة فعال للغاية عند تنفيذه على نحو صحيح حيث يقترب عدد الأشخاص الذين يموتون بسبب الكوليرا من الصفر.

بعد أن دخل وباء الكوليرا العالمي عقده السابع مؤخراً، فقد شهد ثلاثة تطورات ملحوظة.[1] أولاً، يبدو أن حالات تفشي الكوليرا وأعداد الحالات – على الرغم من أنها أقل مما كانت عليه قبل عقود – قد ارتفعت الآن، بينما انخفضت الوفيات الناجمة عن الأشكال الأخرى لأمراض الإسهال بدرجة كبيرة. ثانياً، توجد حالات تفشي في المواقع التي لم يسبق للكوليرا التواجد فيها، أو حيث كانت غائبة عنها لفترة طويلة. وأخيراً، والأهم من ذلك، تبلغ بعض المناطق عن معدلات وفيات للحالات تتراوح من ضعفين إلى أربعة أضعاف الحد المقبول تقليدياً البالغ 1%.

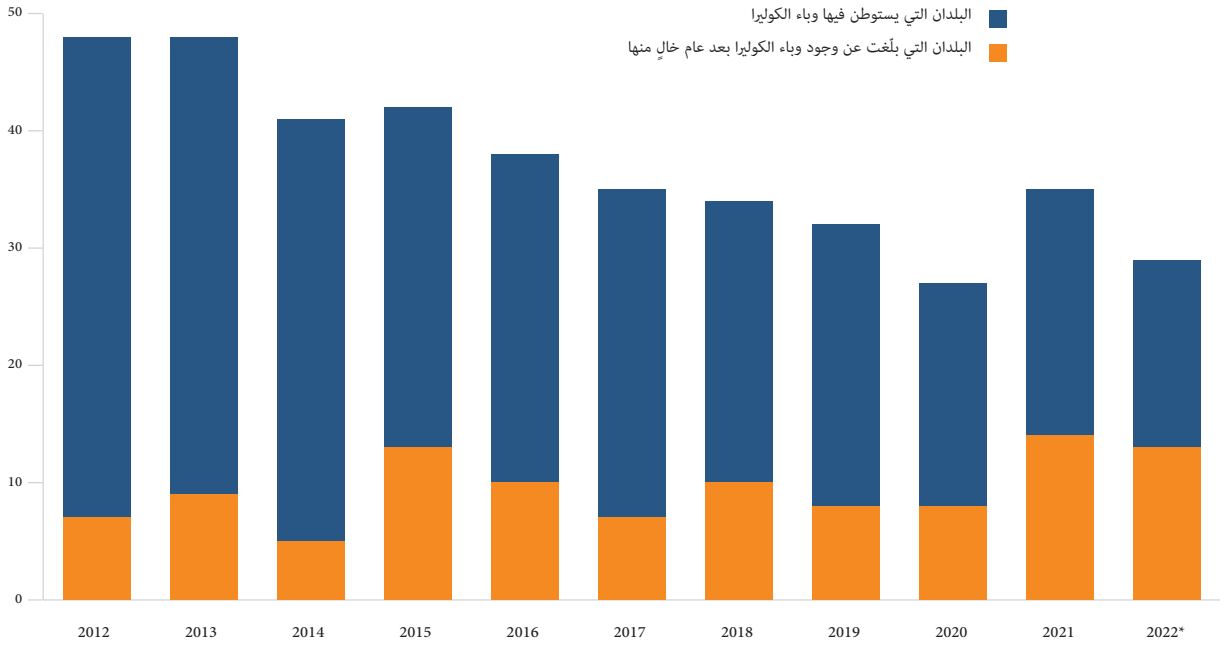
1.1 اتجاهات حالات التفشي والوفيات

ارتفع عدد البلدان التي ظهرت فيها حالات إصابة بالكوليرا في عام 2021 بنسبة 77%، من 27 في عام 2020 إلى 35 في عام 2021، بزيادة بمقدار الضعفين تقريباً في البلدان التي كانت خالية من الكوليرا في العام الماضي (الشكل 1).[2] شمل هذا حالات تفشي جديدة في البلدان التي كانت تتوطن فيها الكوليرا (تشاد والصومال)، والمناطق التي ظهرت فيها مجدداً (هايتي)، والمناطق التي عاودت الظهور فيها بعد توقف طويل (لبنان).

على الرغم من بعض المبالغة في اتصالات الوكالات والتقارير الصحفية باستخدام كلمات مثل "غير مسبوق" لوصف الانتشار الحالي، تظهر نظرة بعيدة المدى لوباء الكوليرا اتجاه هبوطياً في الغالب، مع انخفاض متوسط عدد البلدان التي تشهد حالات تفشي كل عام على مدار العام الماضي بنسبة 25% عن العقد الماضي (الشكل 2).

لهذا، في حين أن مستويات الكوليرا الحالية بالكاد "غير مسبوقة"، فقد أكد خبراء الصحة العامة العالميون الذين أُجريت معهم مقابلات من أجل هذا الاستعراض (انظر الملحق أ) على أن الحجم والنمط الجغرافي لحالات التفشي التي تحدث في الوقت ذاته "غير عاديين بالتأكيد" و"اتجاههما مقلق". وسواء بسبب تغير المناخ، أو تبعات جائحة كوفيد-19، أو عوامل أخرى مجتمعة، كان الاتجاه مقلقاً بما فيه الكفاية للبعض في كيانات الصحة العالمية لتحويل تركيزها في عملها الحالي من استراتيجية طويلة الأجل للقضاء على الكوليرا إلى نشاط استجابة لتفشيها.

الشكل 1: عدد البلدان المبلغة عن حالات تفشي الكوليرا، 2012–2022



المصدر: منظمة الصحة العالمية (*2021*)؛ منظمة الصحة العالمية (*2022*، *16* ديسمبر/كانون الأول).

*يرجى ملاحظة أنّ البيانات العالمية الكاملة من الدول الأعضاء لعام *2022* كانت غير متاحة وقت كتابة هذا التقرير.

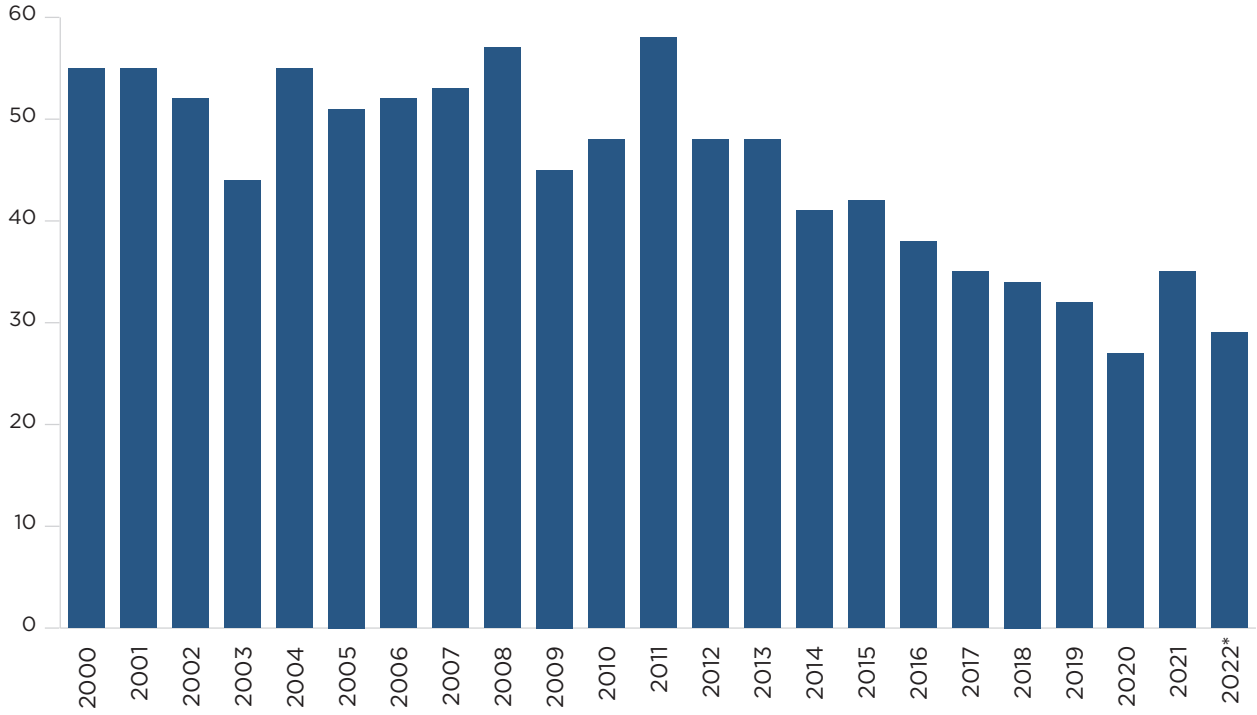
[1] كان هناك ستة وباءات كوليرا بين عامي 1817 و1923. وبدأ الوباء السابع في عام 1961 بعد توقف لمدة 38 عاماً.

[2] منظمة الصحة العالمية (2021) .(WHO). حالات الإصابة بالكوليرا المبلغ عنها رسمياً إلى منظمة الصحة العالمية من الدول الأعضاء من عام *2000* حتى عام *2021*. https://worldhealthorg.shinyapps.io/page10cholera_data/; WHO. (16 ديسمبر/كانون الأول 2022). الكوليرا – الوضع العالمي. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON426. يرجى ملاحظة أنّ البيانات العالمية الكاملة من الدول الأعضاء لعام 2022 كانت غير متاحة وقت كتابة هذا التقرير.

تصبح البيانات أقل موثوقية على مستوى عدد الحالات والوفيات بسبب التفاوت في التشخيص والإبلاغ، لكن يبدو أن عام 2021 يظهر ارتفاعاً في معدلات وفيات الحالات وإجمالي الوفيات حول العالم. وكما تذكر إحدى المقالات، "أفادت منظمة الصحة العالمية بأن بؤر الاحتدام أصبحت أكبر وأشد فتكاً وسط مخاوف من أن الزيادة المفاجئة مدفوعة بظواهر مناخية متطرفة ونزوح الأشخاص بسبب الحرب".[3]

تعدّ أي زيادة في معدلات وفيات الحالات أمراً مقلقاً، لا سيما نظراً للتقدم المحرز في العقود الأخيرة ضد أمراض الإسهال بوجه عام وفي علاج الكوليرا بوجه

الشكل 2: عدد البلدان المبلغة عن حالات تفشي الكوليرا، 2000–2022



المصدر: منظمة الصحة العالمية (*2021*)؛ منظمة الصحة العالمية (*2022*، *16* ديسمبر/كانون الأول).

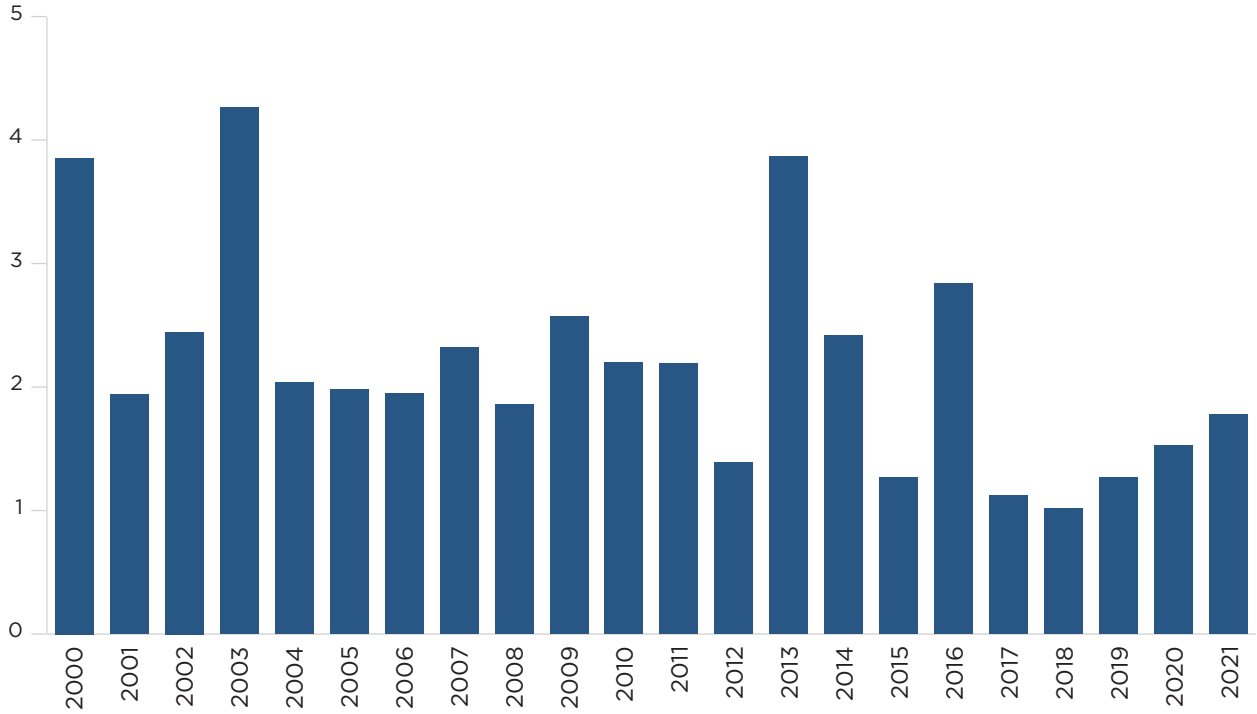
*يرجى ملاحظة أنّ البيانات العالمية الكاملة من الدول الأعضاء لعام *2022* كانت غير متاحة وقت كتابة هذا التقرير.

خاص، مع استحداث لقاح فموي في التسعينيات. وبغض النظر عن عدد حالات التفشي، إذا كان الناس يموتون بسبب الكوليرا بمعدلات أعلى، فإن هذا يشير إلى أن ثمة خطب أو عيب في الاستجابة.

أخيراً، يتزايد وجود الكوليرا في الحالات الإنسانية. فمنذ عام 2019، كانت هناك حالات تفشي للكوليرا في أكثر من نصف البلدان التي تعاني من حالات طوارئ إنسانية (تُعرّف بأنها البلدان التي بها خطة استجابة إنسانية أو نداءات عاجلة)، وبحلول عام 2022، كان أكثر من ثلثي البلدان التي حدثت فيها حالة طوارئ إنسانية تعاني من حالات تفشي (الشكل 4أ). وبالإضافة إلى ذلك، بمقارنة البلدان التي تعاني من حالات طوارئ بالبلدان الأخرى التي فيها حالات تفشي بين عامي 2019 و2021، كان متوسط معدلات وفيات الحالات أعلى بمقدار الضعف في البلدان التي بها حالة طوارئ إنسانية (الشكل 4ب).

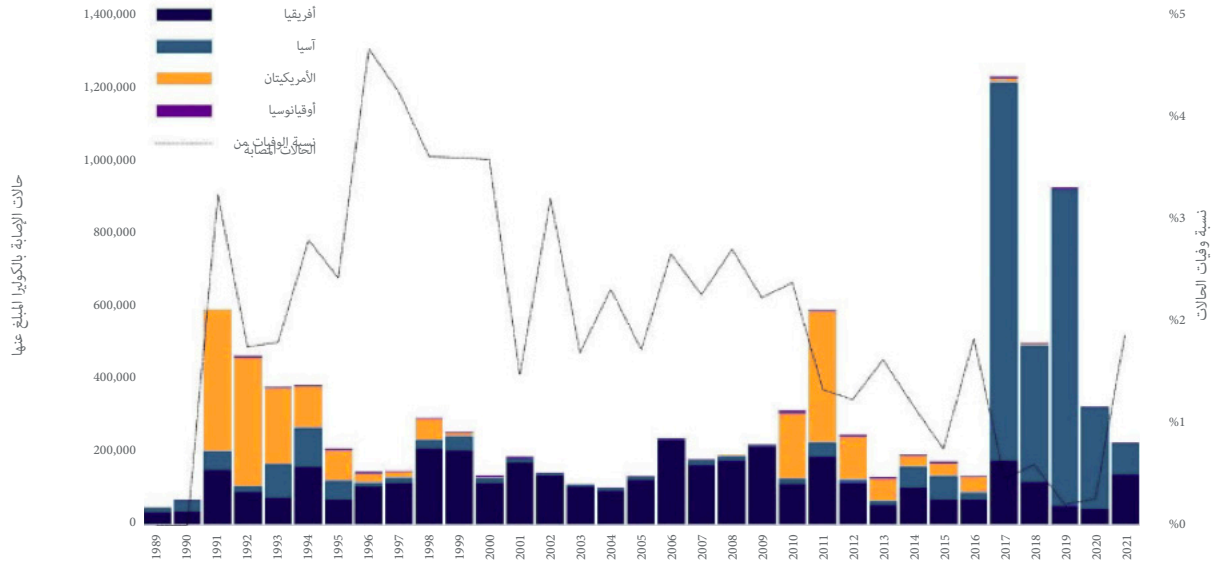
[3] Feinmann, J. (2023). *The BMJ Appeal 2022: Cholera on the rise and how IFRC is working to fight it*. BMJ :23. https://doi.org/10.1136/bmj.o3007

الشكل 3(أ): متوسط معدل وفيات الحالات، 2000–2022



المصدر: منظمة الصحة العالمية (*2021*)

الشكل 3(ب): المعدل العالمي لوفيات الحالات مقابل عدد الحالات، 1980–2021



المصدر: (*16* ديسمبر/كانون الأول *2022*)

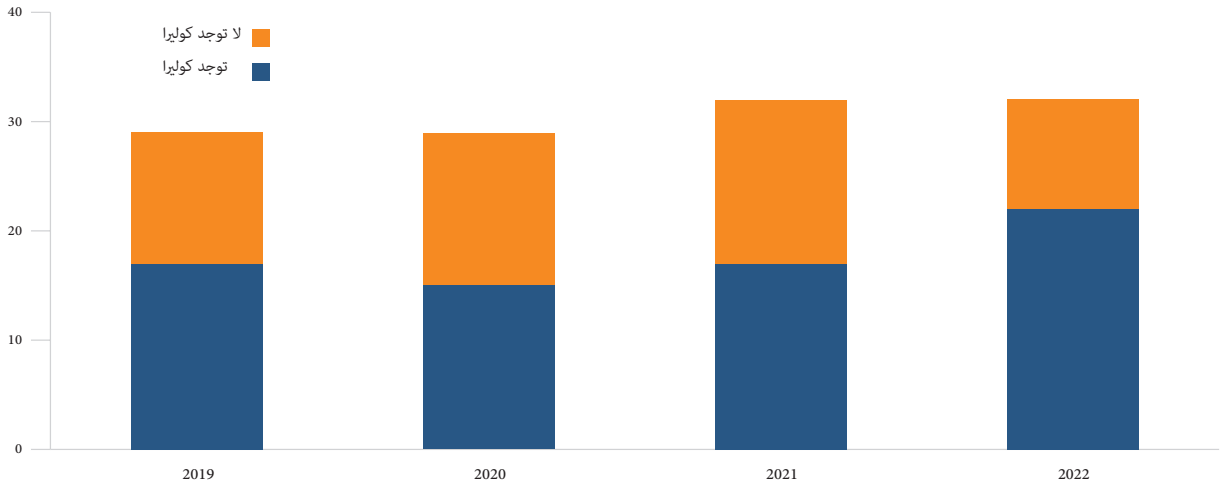
ملاحظة: تُعرّف الأوضاع الإنسانية في هذه الحالة بأنها أوضاع تتضمن خطة استجابة إنسانية أو نداء عاجل.

في البلدان التي تمر بظروف أزمة مزمنة، تمثل الكوليرا عاملاً مساهماً رئيسياً في الاعتلال والوفيات، وغالباً ما ترتبط بسوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي والمجاعة، وتترتب عليها تكاليف اقتصادية هائلة.

2.1 أسباب حالات التفشي الحالية والعامل المساهمة فيها

ساهمت النزاعات، والهشاشة، والضغوطات المناخية المستمرة في زيادة في عدد حالات تفشي الكوليرا ومواقعها منذ عام 2021. يمكن للنزاعات، مثلها مثل الكوارث الطبيعية، أن تعطل شبكات المياه والصرف الصحي، مما يؤدي إلى تلوث موارد المياه وحدوث الإصابة بالكوليرا في حال وجود ضمات الكوليرا "O1" في البيئة أو ظهورها فيها. ويمكن أن يؤدي النزوح الناتج عن النزاعات إلى اكتظاظ الأماكن ذات إمدادات المياه المحدودة، مما يسهل انتشار المرض إذا لم تُتخذ احتياطات كافية. في الواقع، يمكن للنزاعات أن تقوض أيضاً قدرة أنظمة الصحة العامة على الاستجابة بفعالية لحالات تفشي الكوليرا، مما يسمح للمرض بالانتشار.

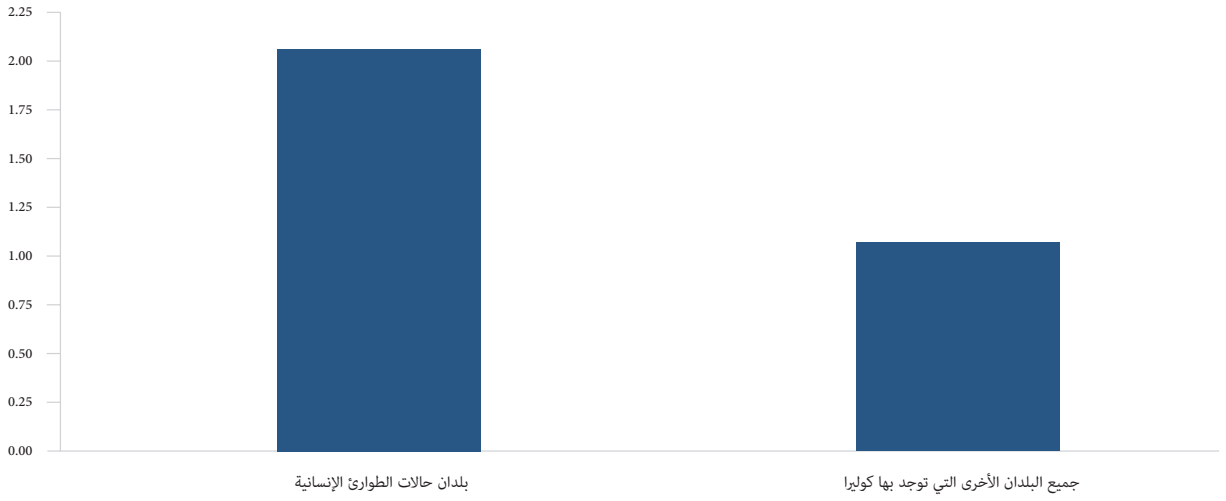
الشكل 4(أ): عدد الأوضاع الإنسانية التي توجد فيها كوليرا وتلك الخالية منها



المصدر: خدمة التتبع المالي (FTS) (2023)[4]

الكوليرا، كما يصفها متحدث إقليمي باسم منظمة الصحة العالمية، "تزداد في الفقر والنزاعات لكنها تتفاقم الآن بفعل تغير المناخ".[5] ولأن ضمات الكوليرا تعيش في مياه مالحة قليلاً مثل المستنقعات، ويمكنها أن تبقى خاملة لسنوات عدة، فمن المنطقي افتراض أن عوامل الكوليرا الممرضة ستزيد مع ارتفاع درجة حرارة

الشكل 4(ب): متوسط معدل وفيات الحالات في الأوضاع الإنسانية وغير الإنسانية، 2019–2021



المصدر: منظمة الصحة العالمية (2021)؛ خدمة التتبع المالي (2023). ملاحظة: تُعرّف الأوضاع الإنسانية في هذه الحالة بأنها أوضاع تتضمن خطة استجابة إنسانية أو نداءً عاجلاً.

الكوكب وبحاره وبحيراته. ويمكن لزيادة المياه الراكدة، وتعطل أنظمة المياه الصالحة للشرب، والأمطار الغزيرة كتلك التي غمرت ثلث باكستان في عام 2022 أن تؤدي أيضاً إلى التفشي.

[4] خدمة التتبع المالي (2023) .(FTS). لمحة عامة عن النداءات. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا). تم الاطلاع بتاريخ 2 فبراير/شباط 2023 من https://fts.unocha.org/

وقد شهدت البلدان منخفضة الدخل التي توجد بها شبكات مياه وصرف صحي تالفة أو لا تتلقى قدراً كافياً من التمويل مشكلاتٍ في المياه تفاقمت بفعل اتجاهات التوسع الحضري، والهجرة الاقتصادية، وزيادة الكثافة السكانية. وفي الوقت ذاته، عانت المجتمعات المحلية الريفية من نقص مزمن في الوصول إلى موارد المياه الصالحة للشرب. وأشار خبراء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الذين أُجريت مقابلات معهم من أجل هذا الاستعراض إلى "تراجع" العديد من البلدان من حيث الأنظمة والسلطات المختصة بالمياه الريفية. وبالإضافة إلى ذلك، قد يعني الفقر نقصاً في الوصول إلى مواد النظافة الصحية أو الوسائل اللازمة لتخزين المياه بأمان في المنزل.

تعاني الأنظمة الصحية الوطنية المنهكة بالفعل في أعقاب جائحة كوفيد-19 من إجهاد في الاستجابة للتفشي وشعور العاملين بالإحباط. وفي البلدان التي تتوطن فيها الكوليرا، هناك ميلٌ ملحوظ إلى التقليل من شأن المرض وعدم إعطاء الأولوية له في ضوء الشواغل الأخرى التي تُعتبر أكثر إلحاحاً.

سوريا ولبنان

في أواخر عام 2021، انتشر تفشي الكوليرا الذي بدأ في مخيمات النازحين داخلياً في شمالي سوريا بسرعة في المنطقة وفي لبنان المجاورة. واستناداً إلى البيانات المتاحة حالياً، كان من المستحيل تحديد مسار حالات التفشي بوضوح، لكن نُظر إليها على أنها استقرت نسبياً بعد الازدياد السريع الأولي في أعداد الحالات.[6]

في البلدين، يُنظر إلى وجود الكوليرا على أنه أحد أعراض الانخفاض الواسع والكبير في تقديم الخدمات الأساسية خلال العقد الماضي بسبب النزاع المستمر وعواقبه: النزوح الجماعي، وتدهور الظروف الاقتصادية، وعدم الاهتمام بالبنية التحتية، وتسييس (وأحياناً تسليح) إمدادات المياه. كل هذا بالإضافة إلى الصدمات الناجمة عن المناخ، التي أثرت على مستويات المياه، بما في ذلك في نهر الفرات. ومن الواضح أن العديد من التحديات الكامنة في الاستجابة في سوريا ترجع إلى تنوع نطاق السياقات التنفيذية، بما في ذلك مناطق عدة لا تخضع لسيطرة الحكومة، وتحديات العمل عبرها.

في لبنان، وصف الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات التفشي الحالي بأنه متوقع ويمكن تجنبه بالقدر ذاته، مما يمثل "فشلاً كاملاً وتاماً للدولة" في إدارتها لإمدادات المياه الصالحة للشرب والحفاظ عليها.

في سوريا ولبنان، رأى الأشخاص الذي أُجريت معهم مقابلات حالات تفشي الكوليرا كجزء من أزمة عالمية، لكنها متجذرة في الوقت نفسه في سياق الأزمة الخاص بكل بلد.[7]

هايتي

أعلنت هايتي في أكتوبر/تشرين الأول 2022 عن التفشي الثاني للكوليرا منذ زلزال عام 2010.
ولم تصل شحنة لقاحاتٍ إلا بعد شهرين من ذلك، أي في ديسمبر/كانون الأول.[8] وكانت الجهات الفاعلة في الميدان بطيئة في الاستجابة بالمثل، إذ أفادت التقارير أن مجرد إنشاء مرافق العلاج استغرق ما يقرب من ثلاثة إلى أربعة أشهر في بعض الحالات. والبيئة التنفيذية في هايتي صعبة وخطيرة، ويرجع ذلك إلى الانهيار السياسي وتصاعد العنف بين العصابات. وعلى الرغم من أنها كبحت انتشار المرض في البداية عن طريق الحد من حركة الأشخاص، إلا أن نقصاً حاداً في الوقود، اندلعت شرارته عندما سيطرت إحدى العصابات على محطة الوقود الرئيسية في البلاد لمدة شهر، قد فاقم التحديات اللوجستية التي واجهت الاستجابة، كما تحد القيود المفروضة على الحركة والطاقة بطبيعة الحال من المراقبة الوبائية، مما يعني أن شدة التفشي لم تكن معروفة بالكامل.[9] وتأسف الجهات المانحة، مع إقرارها بالصعوبات، لما يبدو أنه عجز وكالات تقديم المعونة على التحول بسرعة أكبر إلى أسلوب الاستجابة للكوارث. ومن ناحيتها، كانت الوكالات محبطة من الاستجابة أيضاً، لكن كما أشار شخص من الأمم المتحدة أُجريت معه مقابلة "يكاد يكون من المستحيل فعل شيء أفضل؛ نظراً لتعقيد الوضع في هايتي".
وفي غضون ذلك، توفي المئات من سكان هايتي بسبب الكوليرا منذ بدء التفشي، العديد منهم من الأطفال.[10]

[5] Inas Hamam quoted in Chehayeb, K. (2022, 4 November). *Conflict, crisis fuel cholera surge across Mideast hot spots*. Associated Press. https://apnews.com/article/health-business-syria-lebanon-iraq-6c46c5bd5e2ea62f582c5f871f68135d

[6] أشار أحد الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات إلى أن الحالات في لبنان تُسجّل عندما يدخل الناس المستشفيات والمراكز الصحية وهم يعانون من أعراض في الجهاز الهضمي/الغثيان ولا توجد متابعة منهجية لتسجيل الحالات المؤكدة مقابل التقارير الأولية. وقدّر هذا الشخص نفسه أن 20% إلى 30% من الحالات المبلغ عنها في لبنان هم أشخاص يكذبون للدخول إلى المستشفى لأسباب أخرى ولأنهم يريدون تجنب أي متطلبات مالية.

مالاوي

حظي تفشي الكوليرا في مالاوي بانتباه عالمي مؤخراً باعتباره خطيراً بصفة خاصة.[11] وبحلول نهاية شهر ديسمبر/كانون الأول 2022، كان هناك ما يقدّر بنحو 10,000 حالة نشطة إجمالاً في 27 من أصل 31 مقاطعة، ولا يزال الانتشار مستمراً إذ يتم الإبلاغ عن 1,000 حالة جديدة يومياً. وبعد شهر، توفي ما يقرب من 900 شخص بسبب المرض. وكان متوسط معدل وفيات الحالات في البلاد 3.3%، مع إبلاغ بعض المواقع عن معدلات لوفيات الحالات بلغت 4% – أعلى بمقدار أربعة أضعاف من الحد المقبول تقليدياً.

والكوليرا ليست غريبة على مالاوي، فهي واحدة من بين البلدان الأشد فقراً في العالم. وقد فاقم تساقط الأمطار الغزيرة في موسم الأمطار الأخير أوجه الضعف الموجودة سابقاً: موارد المياه غير الصالحة للشرب في المناطق الريفية، والتلوث الموجود في الأسواق، والازدحام، والافتقار إلى النظافة الصحية اللائقة. وحسب الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات في السياق، فاجأت الزيادة الحالية السكان والسلطات الصحية، فقد حدثت في وقت غير معتاد من العام، وكان هناك خلط بين أعراض الكوليرا وغيرها من أشكال الإسهال المائي الحاد. ودون اتخاذ إجراءات سريعة لوقف تفشي المرض في الأيام الأولى، انتشرت الكوليرا بسرعة في جميع أنحاء البلاد.

من الصعب أكثر تحديد معدلات الوفيات، بيد أن المقابلات والتقارير الصحفية تؤكد على بُعد المجتمعات المحلية التي يشكل الريفيون أكثر من 80% سكانها واحتياج الناس إلى السفر لمسافات طويلة للوصول إلى الرعاية. والأعداد غير مؤكدة إلى حد بعيد، لكن سواء تم احتساب معدلات وفيات الحالات على أنها جميع الحالات (الأشخاص الذين يتوفون في المنزل، أو على الطريق، أو في المستشفى) أو مجرد حالات المستشفى، فإن المعنى الضمني يبقى ذاته: لم يتلق المرضى علاج الإماهة الأساسي الذي كان لينقذ حياتهم والذي لا يتطلب، في الغالبية العظمى من الحالات، منشآت طبية رسمية أو عاملين متخصصين.

[7] في لبنان، يرتبط هذا أيضا بالإحساس بأنه يمكن تحديد السلالة على أنها من آسيا (مقابلة) وأنه من شبه المؤكد أن الحالات قادمة من سوريا.

[8] Taylor, L. (2022, 22 December). *Haiti receives its first batch of cholera vaccines to tackle deadly outbreak*. The Guardian. https://www.theguardian.com/global-development/2022/dec/22/haiti-receives-its-first-batch-of-cholera-vaccines-to-tackle-deadly-outbreak

[9] رسالة إلكترونية من منظمة الصحة العالمية/منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (PAHO) (8 يناير/كانون الثاني 2023). بروميد/كشف نقطة النهاية والاستجابة> تحديث عن الكوليرا والإسهال والزحار (02): الأمريكيتان (هايتي، جمهورية الدومينيكان).

[10] يُعزى ارتفاع نسبة الأطفال بين ضحايا الكوليرا في هايتي إلى المناعة الجزئية بين باقي السكان بسبب حالات التفشي واسعة النطاق في العقد الأول من القرن الحالي، بالإضافة إلى حملات التطعيم واسعة النطاق التي أعقبت ذلك.

[11] Matonga, G. and Eligon, J. (2023, 22 January). *In a nation that nearly wiped out cholera, the disease is surging back*. New York Times. https://www.nytimes.world/africa/malawi-cholera-outbreak.html?searchResultPosition=1/22/01/com/2023

2 التنسيق الاستراتيجي العالمي

تقع فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا (GTFCC) في قلب الهياكل الدولية للتنسيق بشأن الكوليرا. وتعدّ هذه الفرقة شراكةً متعددة الشركاء من القطاعين العام والخاص تضم أكثر من 30 مؤسسة أكاديمية، ومنظمة غير حكومية، ووكالات تابعة للأمم المتحدة، وتوجد الأمانة الخاصة بها في منظمة الصحة العالمية.[12] وقد تأسست في الأصل في عام 1992 في أعقاب تفشي الكوليرا في بيرو وأُعيد تنشيطها في عام 2014 بعد دعوة أطلقتها جمعية الصحة العالمية في عام 2011، وفرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا تعمل بمثابة مرجع للبروتوكولات وأفضل الممارسات، وتقدم التوجيه الفني والتوجيه بشأن السياسات، وتنسق التخطيط الاستراتيجي، وتحشد الاهتمام والموارد اللازمة لجهود مكافحة الكوليرا.

أطلقت فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا في عام 2017، مبادرة "القضاء على الكوليرا: خارطة طريق عالمية حتى عام 2030"،[13] وهي استراتيجية طموحة تهدف إلى إيقاف انتشار الكوليرا والحد من الوفيات الناتجة عنها بنسبة 90% بحلول عام 2030. تتضمن خارطة الطريق ثلاثة مجالات تركيز استراتيجية: 1) الكشف المبكر والاستجابة السريعة لاحتواء التفشي، و2) نهج متعدد القطاعات للوقاية في النقاط الساخنة للكوليرا، و3) تنسيق الدعم الفني، والموارد المالية، والشراكة محلياً وعالمياً. وتتصور خارطة الطريق أن البلدان ستضع خططاً وطنية لمكافحة الكوليرا وتنفذها. وفي عام 2018، التزمت جمعية الصحة العالمية بخارطة الطريق، كما فعلت اللجنة الإقليمية لأفريقيا التابعة لمنظمة الصحة العالمية، إذ تبنت 47 دولة من الدول الأعضاء استراتيجية إقليمية توافقت مع خارطة الطريق.[14]

بينما تشارك فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا في التنسيق التنفيذي وتوفر ملتقى له، إلا أن الهدف منها ليس العمل بوصفها هيئة تنسيقية تنفيذية هي نفسها، مع التركيز على القضاء على التفشي على المدى الطويل بدلاً من الاستجابة له. وبدلاً من ذلك، ينقسم دور التنسيق التنفيذي بين منظمة الصحة العالمية من أجل الصحة وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) من أجل المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، مع المجموعتين العالميتين المعنيتين بالصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وعبرهما على التوالي. ومع هذا، عندما لا تكون المجموعات مفعلة، فإن هذا قد يعقد دور الدعم الذي يمكن للمجموعتين العالميتين المعنيتين بالصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية تقديمه للاستجابات القُطرية. وبالإضافة إلى ذلك، تضطلع الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض ومكافحتها بدور في تقديم الدعم الفني وموارد الصحة العامة الدولية للسيطرة على التفشي.[15]

على الرغم من وجود تحسينات في التنسيق العالمي من خلال فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا، فإن هذا لم يُترجم باتساق بعد إلى عمل أقوى على المستوى الوطني. وهناك بَلَدان (إثيوبيا وكينيا)، حسب الموقع الإلكتروني لفرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا، خضعت خططهما الوطنية لمراجعة لجنتها المستقلة، ولا تزال خطط ثلاثة بلدان في انتظار المراجعة. ويعمل الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الآن لدعم البلدان لتفعيل خططها الوطنية لمكافحة الكوليرا. وبينما شعر الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات بأن هناك تقدماً محرزاً حالياً، إلا أنه لا يزال في مراحله الأولى.

لن تكون الخطط على المستوى الوطني مفيدة إلا إذا تم تمويلها. وأشار الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات إلى قيام بعض البلدان بوضع ميزانية لخططها الوطنية لمكافحة الكوليرا، إلا أن نقص التمويل يعني أن هذه الخطط قد "وُضعت على الرف" وتم تبني خطط سنوية أصغر بدلاً منها.

[12] للاطلاع على قائمة الشركاء في فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا، انظر: https://www.gtfcc.org/partners-in-action/

[13] فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا (GTFCC). (دون تاريخ-أ). القضاء على الكوليرا. خارطة طريق عالمية حتى عام *2030*. https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-ending-cholera-a-global-roadmap-to-2030.pdf

[14] اللجنة الإقليمية لأفريقيا. (2018). الإطار الإقليمي لتنفيذ الاستراتيجية العالمية للوقاية من الكوليرا والسيطرة عليها، *2018–2030*: تقرير الأمانة العامة. منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لأفريقيا، 68. https://apps.who.int/iris/handle/10665/275121

[15] انظر: https://goarn.who.int/

1.2 حواجز على الطريق: ندرة الموارد وتحول الاهتمام

تقدم خارطة طريق عام 2030 توجيهاً واضحاً للتصدي للكوليرا، بيد أن التنفيذ يواجه عقبات عدة.

ويوجد لدى فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا موارد محدودة تحت تصرفها لدعم تنفيذ خارطة الطريق. ومن المأمول أن دعم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر للتنفيذ عن طريق المشاركة المجتمعية المحسّنة، بما في ذلك عن طريق جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، سيساعد على دفع التقدم باتجاه تحقيق أهداف خارطة الطريق. ومع هذا، فالعديد من طموحات خارطة الطريق طويلة الأجل. على سبيل المثال، تتطلب "حلول المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية المستدامة طويلة الأجل" و"تعزيز أنظمة الرعاية الصحية لتوقع حالات تفشي الكوليرا" استثمارات كبيرة ومشاركة العديد من الجهات الفاعلة. وفي ظل كوفيد-19، كان هناك أمل في إعطاء الأولوية لأهمية الاستثمار في المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، نظراً لدورها الحيوي في حالات طوارئ الصحة العامة وكونها وسيلة لتحقيق الهدف السادس من أهداف التنمية المستدامة (SDG 6)، وهو "ضمان توافر المياه والصرف الصحي للجميع والإدارة المستدامة لهما"، لكن يبدو أن هذا لم يُترجم إلى حقيقة واقعة بعد. ولا يزال هناك نقص في الاستثمار بوجه عام في المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الضروريين للوقاية من الكوليرا وغيرها من أمراض الإسهال.

يجب أيضاً موازنة النُهُج طويلة الأجل في خارطة الطريق مع أهداف الاستجابة لحالات التفشي من خلال تدخلات متعددة القطاعات. ولا يزال من الصعب وضع الكوليرا في موقع مرتفع بما فيه الكفاية على قائمة أولويات الجهات الفاعلة اللازمة لتمكين الاستجابات الفعالة لحالات التفشي. وقد كانت الكوليرا تتنافس مع جائحة كوفيد-19 وغيرها من حالات تفشي الأمراض (مثل جدري القرود والإيبولا) في الحصول على اهتمام السلطات الصحية الوطنية والجهات الفاعلة الأخرى التي تستجيب للأمراض المختلفة. وفي ظل غياب تفشٍ هائل، كالذي حدث في اليمن في عامي 2016 و2017، عانت حالات تفشي الكوليرا الصغيرة والمتوسطة الحجم عبر بلدان عدة لكسب الاهتمام من حيث توفير الموارد والاهتمام. ونظراً لندرة التمويل والتحديات المرتبطة بتحديد الأفراد المؤهلين، لا سيما في الأزمات الممتدة، فإن العدد الهائل للاستجابات الإنسانية عالمياً ينهك قدرة المنظمات على الاستجابة. وهناك أيضاً إحساس بالضغط ومحدودية الخبرة فيما يتعلق بالوقاية من الكوليرا والاستجابة لها ضمن الوزارات الوطنية.

2.2 إطارات التنسيق: التداخل وعدم القدرة على التنفيذ المتبادل دائماً

على الرغم من أنه كانت هناك محاولات لضمان وجود تقارب أكبر بين الاستجابات الصحية واستجابات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية من جانب المجموعتين العالميتين المعنيتين بالصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، لا سيما من خلال إطارها التنفيذي المشترك لعام 2020، فإن هذا الجهود لا تُترجم دائماً إلى ممارسة على المستوى القُطري.[16] وفي الأوضاع غير الإنسانية التي لا تعمل بها المجموعات، تتم هيكلة التنسيق بطريقة مختلفة، من خلال نظام إدارة الحوادث (IMS) التابع لمنظمة الصحة العالمية، الذي يتبع طريقة عمل أكثر توجيهاً وقيادة وسيطرة، على العكس من مجموعات العمل الإنساني القائمة على توافق الآراء.[17] ولأن الأوضاع غير الإنسانية قد تتحول فجأة إلى أوضاع إنسانية، وقد تجد الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني نفسها مطلوبة للمشاركة في الاستجابة لحالات تفشي كبرى، فستكون هناك حاجة إلى قواعد وإجراءات تنفيذية واضحة لدمج الأطر المختلفة.

في الأوضاع الإنسانية، قد يستلزم الأمر دفع المجموعات الفردية إلى تفعيل السياسات، أو قد تحتاج إلى دعم لترجمة الإرشادات والبحوث القائمة إلى ممارسة. كما أكدت المقابلات التي أُجريت من أجل هذا التقرير على الحاجة إلى إشراك المجموعات الأخرى على نحو أكمل في الاستجابات للكوليرا – على سبيل المثال، مجموعة الحماية، نظراً للوصم المحيط بالكوليرا، ومجموعة التعليم لدعم التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية (RCCE). وتحتاج الوكالات إلى نية استراتيجية وسياسية أكبر لتعمل معاً بفعالية على المستوى القُطري للاستجابة للكوليرا، لا سيما منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، ومنظمة إنقاذ الطفولة باعتبارها وكالات قائدة للمجموعات المعنية بالصحة العالمية، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والحماية (بقيادة المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)، ومجموعات التعليم (بقيادة اليونيسيف ومنظمة إنقاذ الطفولة). وفي الوقت الحالي، لا يُنظر بوضوح كاف إلى هذا الالتزام من الوكالات، مما يؤدي إلى التنافس والمشاركة غير الكافية للبيانات والمعلومات في العديد من الحالات. ومع هذا، عندما يكون هناك تاريخ من العمل في نهج متعدد القطاعات لإعطاء الأولوية لتنفيذ تدخلات تكنولوجية فعالة وقائمة على الأدلة، فإن الاستجابات للكوليرا (والأمراض الأخرى مثل كوفيد-19) يمكن أن تكون أكثر سلاسة كثيراً. وقد ساهم التعاون بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف إلى حد بعيد في الحد من وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة أعوام نتيجة للإسهال المائي الحاد من 4.6 مليون طفل سنوياً في عام 1980 إلى 1.5 مليون طفل في عام 2000.[18] [19]

[16] المجموعة العالمية المعنية بالصحة والمجموعة العالمية المعنية بالمياه والنظافة الصحية والصرف الصحي. (2020). تحسين التأهب متعدد القطاعات المنسق والمتكامل للكوليرا والاستجابة في الأزمات الإنسانية. https://healthcluster.who.int/publications/m/item/joint-operational-framework-improving-coordinated-and-integrated-multi-sector-cholera-preparedness-and-response-within-humanitarian-crises

يضيف العدد الكبير لإطارات التنسيق مزيداً من التعقيد في منع الكوليرا والاستجابة لها بفعالية. ولم تعثر إطارات التنسيق المتعلقة بالتنمية، والصحة العامة، والجوانب الإنسانية بعد على طرق مناسبة للمشاركة مع منصات عدة والتنسيق عبرها. وفي حين أن هناك محاولات تقوم بها جهات مختلفة، إلا أنه كما يقول أحد المستجيبين "نحن في بيئة غنية بالتنسيق للغاية من حيث الهياكل وكيفية تعاملها مع بعضها ومن لديه التفويض. وإذا ما تم رسمها جميعها، فستبدو وكأنها مجموعة من خطوط الأنابيب غير القانونية". فعلى سبيل المثال، على الرغم من أنّ فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا تضم جهات فاعلة في المجال الإنساني، فإن العلاقة والصلة بين خارطة الطريق 2030 وهيئات أو منتجات التنسيق الإنساني، مثل الأفرقة أو المجموعات/القطاعات القُطرية للعمل الإنساني، أو خطط الاستجابة الإنسانية (HRPs)/استعراضات الاحتياجات الإنسانية (HNOs) لا تزال غير واضحة. تشير إرشادات فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا المؤقتة لعام 2020 التي تقدم الدعم للبلدان في وضع خطط وطنية لمكافحة الكوليرا، إشارة واحدة فحسب إلى المجموعات المعنية بالصحة والمياه والنظافة الصحية والصرف الصحي عند النظر في هيئات وآليات التنسيق القائمة، على الرغم من أنها تذكر أنه يجب ربط الخطة بخطط وإطارات التنمية وحالات الطوارئ ذات الصلة.[20]

يتمثل أحد الشواغل التي أُثيرت بشأن نهج الخطة الوطنية لمكافحة الكوليرا في أنه من الخطر الابتعاد عن وضع خطط مشتركة أكثر بين الوكالات حول التقييم القُطري المشترك (CCA) التابع للأمم المتحدة تعكس أهداف التنمية المستدامة أو خطط الاستجابة الإنسانية. ويبدو أن الخطط المتعلقة بالكوليرا غالباً ما تكون مفككة أو منفصلة تماماً عن الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني، واستعراضات للاحتياجات الإنسانية، وخطط الاستجابة الإنسانية. كما أنه وعند وضع هذه الخطط، لا يتم إشراك المجموعات على نحو مناسب بالضرورة في العملية. وفي بعض الحالات، عندما تحدد بعض الجهات الفاعلة أن هناك تفشياً للكوليرا، ستنتظر جهات فاعلة أخرى إعلاناً حكومياً قبل بذل جهود التأهب للاستجابة في الوقت المناسب.

بينما يحظى العمل الذي يقوم به الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر من حيث التأهب والعمل مع الحكومات الأخرى لوضع منصات تنسيق وطنية للكوليرا بما يتماشى خارطة الطريق 2030، فقد أُثيرت مخاوف في المقابلات بشأن الكيفية التي ستنسق بها الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني والتنمية في حالة حدوث تفشٍ وما إذا يتم أخذ هياكل التنسيق، مثل المجموعات، في الاعتبار. ويمكن أن تضطلع الوكالات التي تشغل مكاناً في منصات التنسيق المختلفة التي تستخدمها الجهات الفاعلة في مجالي التنمية والإغاثة، مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، بدور أقوى لضمان وجود روابط أفضل بين مجالات التنمية/الصحة العامة والمجالات الإنسانية عندما يتعلق الأمر بالكوليرا. فبصفتهما الوكالتين القائدين للمجموعتين العالميتين المعنيتين بالصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، فإنهما في وضع يسمح لهما بضمان تمثيل المجموعتين في منتديات الصحة العامة والتنمية.

يمكن أن يكون لصك الجائحة الذي تتفاوض عليه الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية تبعات إضافية بالنسبة لإطارات التنسيق المتعلقة بالاستجابة للكوليرا في المستقبل، لا سيما نظراً لأنه سيكون معاهدة ملزمة لجميع الموقعين عليه.[21] وسيكون من الضروري ضمان أن تكون آليات التنسيق تكميلية ولا تؤدي إلى نتائج عكسية أو تستغرق الكثير من الوقت.

3.2 القيادة التنفيذية وثغرات دعم التنسيق

تعاني الاستجابة للكوليرا على مستوى تنفيذي، من نقص القيادة وضعف التنسيق. وفي البلدان التي لها أنظمة للصحة العامة تعاني من نقص في القدرات أو التي ليست على دراية بالكوليرا، غالباً ما يتطلب هذا التنسيق قدرة احتياطية، مما يعني أن هناك فريقاً من خبراء التنسيق الوبائي والتنفيذي سيحضر لدعم تنسيق الجهود الوطنية وجهود المجتمع المدني. ويعتقد البعض خطئاً أن هذا هو دور فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا، التي "يُطلب منها على نحو غير عادل الاضطلاع بدور هائل في تنسيق" الاستجابة للكوليرا على مستوى العالم. يشير آخرون إلى الشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض ومكافحتها، لكنها هيئة فنية عوضاً عن كونها هيئة تنفيذية. وعلى الرغم من أن بإمكانها نشر موظفين من الوكالات الشريكة لدعم جهود منظمة الصحة العالمية حسب الطلب، فإنها مصممة بالأساس لتقييم المخاطر وتقديم المشورة حول انتشار المرض. وبدلاً من ذلك تقع المسؤولية عن القدرات والتنسيق التنفيذيين على عاتق الوكالات التنفيذية المحلية، والإقليمية، والدولية. كما ذكر ممثل إحدى الجهات المانحة، فإنه "يتعين على منظمة الصحة العالمية واليونيسيف إيجاد الحل" بصفتهما قائدتين للمجموعتين العالميتين المعنيتين بالصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. وعلى الرغم من سنوات من المناقشة والتوثيق حول مدى أهمية ضمان التنسيق في الاستجابة لحالات الطوارئ، فإن توافق الآراء يبدو أنه "لا يزال غير موجود، فهما تزيحان المسؤولية عن ظهرهما".

17 كان هناك استثناء لذلك أثناء الاستجابة لوباء الإيبولا في غرب أفريقيا، عندما كان يعمل نظام المجموعتين ونظام إدارة الحوادث بالتوازي، مع تركيز المجموعتين على الاستجابة الإنسانية الأوسع نطاقاً وتركيز نظام إدارة الحوادث على استجابة الصحة العامة تحديداً. وأدى هذا في حد ذاته إلى ارتباك ومشكلات.

18 تختلف الكوليرا عن غيرها من أشكال الإسهال المائي الحاد بسبب مسبباتها المحددة وشدة أعراضها. ويمكن لأشكال الإسهال المائي الحاد الأخرى أن تنتج عن مجموعة من العوامل الممرضة، بما في ذلك البكتيريا، والفيروسات، والطفيليات، والتي عادةً لا تتطور بسرعة أو بشدة مثل الكوليرا.

19 Victora, C.G., Bryce, J., Fontaine, O. and Monasch, R. (2000). Reducing deaths from diarrhea through oral rehydration therapy. *Bulletin of the World Health Organization* 78, pp. 1246–1255. https://apps.who.int/iris/handle/10665/268000

20 GTFCC. (n.d.-b). *Interim guiding document to support countries for the development of their national cholera plan*. https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2020/11/gtfcc-interim-guiding-document-to-support-countries-for-the-development-of-their-national-cholera-plan.pdf

حسب الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات من أجل هذا التقرير، تؤدي معظم الطرق مرة أخرى إلى منظمة الصحة العالمية وواقع أن المنظمة "لا تقوم بالتنسيق أو القيادة بما فيه الكفاية. ولا تزال قدرتها على الانتقال إلى وضع العمل ضعيفة للغاية". ويبدو أن السبب الجذري للإحباط هو مسألة الموارد البشرية. فعلى الرغم مما هو منصوص عليه في إطار الاستجابة لحالات الطوارئ (ERF)، لا يبدو أن منظمة الصحة العالمية لديها مجموعة واسعة من الخبراء بما فيه الكفاية لتتمكن من نشر الأفراد حسب الحاجة في البلدان المتضررة، آخرها فيما يتعلق بالكوليرا في مالاوي ولبنان. وقال أحدهم، "يجب أن تعمل المنظمة بشكلٍ أفضل فحسب. فهناك الكثير من الاستثمار في الهياكل التي يمكن أن تتيح لها نشر الأفراد على الفور. وأتفهم أننا جميعاً نشعر بالضغط، لكن كان الهدف من الاستثمار في منظمة الصحة العالمية هو أن يكون لديها هذه القدرة الاحتياطية"؟.

قد يبدو أن وضع القدرة الاحتياطية على المستوى العالمي ليس التخصيص الأكثر منطقية أو ملائمة للموارد. وفي معظم العمل الإنساني، تحدث الاستثمارات في القدرات على الصعيدين الوطني والعالمي، مما يؤدي إلى استبعاد الهياكل الإقليمية مثل الاتحاد الأفريقي ورابطة أمم جنوب شرق آسيا والتي لديها كيانات للصحة العامة قد تكون في وضع أفضل للاضطلاع بهذا الدور. وقد أكد ممثل إحدى الوكالات على قيمة التنسيق على المستوى الإقليمي، مشيراً إلى التحدي الكامن في محاولة متابعة 30 دولة من المقر الرئيسي.

[21] WHO. (2022). *Pandemic instrument should be legally binding, INB meeting concludes*. https://www.who.int/news/item/21-07--2022-pandemic-instrument-should-be-legally-binding--inb-meeting-concludes

تتطلب الاستجابات الفعالة للكوليرا بيانات وبائية جيدة، وإجراءات سريعة من جانب قطاعي الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والتنسيق بين الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني والتنمية، وموازنة الأولويات للحصول على مزيج مناسب من الاستثمارات في مجالي الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. ولهذا يتطلب الأمر الأشياء التي لطالما واجهها العاملون في المجال الإنساني والمساعدة الدولية: العمل بفعالية عبر القطاعات وتحويل الالتزامات حول الترابط، أو ربط الإغاثة والتنمية، إلى عمل ملموس.

إلى جانب تحدي التنسيق الدائم، تشير الأدلة المستمدة من المقابلات والاستعراض التلوي للأدبيات (انظر الملحق ب) إلى وجود عجز في الكفاءات الأساسية في برامج الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية التي قد تفسر جزئياً المعدلات المقلقة لوفيات الحالات، على الرغم من عقود من الخبرة في التعامل مع الكوليرا وإضافة لقاح فموي فعال إلى مجموعة أدوات الكوليرا.

1.3 السهولة لا تعني البساطة: الاستجابات الصحية للكوليرا وخطر انخفاض الكفاءات

اقترح البعض (خطئاً) أن اسم الكوليرا في اللغة الإنكليزية مشتق من كلمة في اللغة اليونانية القديمة تعني "مزراب السقف"، وهذا أمر ملفق لكنه تصوير حي لمرض يسبب فقدان كميات من المياه من جسم الشخص المصاب بالعدوى.[22] وإذا ما تم ابتلاع ما يكفي من ضمات الكوليرا "O1"، ونجت من المرور عبر البيئة الحمضية للمعدة، فإنها تتكاثر بسرعة في الأمعاء، وتستعمر جدار الأمعاء وتطلق سماً يسبب الإطراح السريع للبراز المائي، وبالتالي تنتشر مسببات الأمراض في البيئة حيث يمكنها العثور على مضيفين جدد. وفي حالة المريض الفردي، لا يتم علاج مرض الكوليرا، بل تدبيره في مرحلته الحادة (على مدار عدة أيام) عن طريق تعويض الحجم المكافئ من السوائل بسرعة كافية لمنع الموت الناتج عن الجفاف قبل أن يواصل المرض دورة حياته الطبيعية. وبعبارة أخرى، عندما يموت الناس بسبب الكوليرا، فإن هذا يرجع إلى أحد سببين: تأخر الوصول إلى علاج الإماهة أو تنفيذ علاج الإماهة بصورة سيئة.

يتطلب العلاج بالإماهة الفموية (ORT)، وهو علاج لا يتطلب الكثير من الإعدادات التقنية ومنخفض التكلفة، أن يحدد المستجيبون الحالات بسرعة ويقدموا للمرضى محلولاً صالحاً للشرب من الماء والملح والغلوكوز والشوارد الأخرى المعطاة بكميات كافية فحسب. ويجب أن تبدأ الإماهة في وقتٍ مبكرٍ قدر الإمكان من دورة المرض، مع إعطاء السوائل والشوارد بكمية كافية للمرضى لتحل محل الفقد السابق والمستمر. وفي الحالات الأكثر حدة، عندما يكون فقد السوائل والشوارد أكبر مما يمكن تعويضه فموياً، قد تكون هناك حاجة للإماهة الوريدية (للمرضى الذين يعانون من الصدمة، و/أو القيء، و/أو غير القادرين على شرب كميات بديلة كافية من محلول الإماهة الفموية) و/أو المضادات الحيوية، لكن هذا سيكون في عدد قليل من الحالات فحسب. ويُفضّل أن يكون المرضى الذين يتم إحضارهم إلى المنشآت الصحية أو المستشفيات قد تلقوا بعض العلاج بالفعل.

تميل معدلات وفيات الحالات، وفقاً لبعض الخبراء، إلى الارتفاع في المناطق التي تفتقر إلى دراية بالمرض وبروتوكولات الاستجابة، أو التي نسيت كيف تتعامل مع الحالات على نحو مناسب. وعلى الرغم من أنّ العلاج بالإماهة الفموية لا يحتاج إلى أطباء أو عاملين في مجال الرعاية الصحية متخصصين لتنفيذه، إلا أنه ليس بديهياً، ويتطلب معرفة أساسية وحداً أدنى من التدريب لضمان تنفيذه بالطريقة الصحيحة. وعلى وجه الخصوص، يميل الناس إلى تقليل تقدير كمية السوائل اللازمة ويخفقون في متابعة الكميات التي يحتاج المريض إلى شربها. كما يتم أحياناً الاستعاضة عن عبوات محاليل الإماهة الفموية بالمحاليل المائية الملحية السكرية، لكنها ليست خياراً مثالياً، والعبوات المخلوطة مسبقاً أكثر أمناً وفعالية.

بالإضافة إلى العلاج بالإماهة الفموية، يجب الحفاظ على الكفاءات في بعض المسائل مثل إجراءات الفرز والإحالات، ووضع قوائم الحالات، وتتبع المخالطة.[23] وهناك خوف من أن تتضاءل المعرفة بهذه البروتوكولات إذا لم يتم التأكيد عليها باستمرار في التدريبات ورسائل الصحة العامة باعتبارها الطريقة الأفضل والافتراضية لعلاج الكوليرا. وعبّر أكثر من خبير عن قلقهم من أنه يبدو أن العلاج بالإماهة الفموية لا يحظى بالاهتمام والتأكيد اللذين كان يحظى بهما من قبل، ربما بسبب توافر لقاح الآن أو لأن الكوليرا تُجمَع على نحو متزايد مع تدبير أمراض الطفولة أو أمراض الإسهال الأخرى التي لا تتطلب هذا العلاج المكثف.

[22] يبدو أن أول ذكر لمصطلح "الكوليرا" كان مشتقاً من كلمة يونانية قديمة تعني "المزاريب" في قاموس إيميلي ليتر *Emile Littre* للطب والجراحة والصيدلة والعلوم (1884). لكن هذا الادعاء غير مذكور، ولا يظهر في التاريخ الاشتقاقي لشانترين (Chantraine) أو في المعجم اليوناني القديم الأكثر شمولاً لليديل سكوت جونز (Liddell-Scott-Jones)؛ ولا يظهر في أي مكان في قاموس اللغات اليونانية (Thesaurus Linguae Graecae)، والذي يعدّ قاعدة بيانات رقمية لكل كلمة يونانية قديمة منشورة. وفقاً للكلاسيكيين، فمن الأرجح أنها مشتقة من كلمة "chole"، والتي تعني "عصارة صفراء".

وهناك عامل آخر غالباً ما تم الحديث عنه في المقابلات، وهو واقع أن الناس يفضلون على نحوٍ متزايدٍ تدخلاتٍ طبية أكثر رسمية، إذ يطلبون العلاج في المستشفيات والمنشآت الصحية، على سبيل المثال، ويفضلون الإماهة الوريدية والمضادات الحيوية على شرب محلول الإماهة الفموية. وقد يعكس هذا أيضاً فقدان المعرفة والفهم العامين للمرض والحاجة إلى المزيد من الرسائل النشطة والتثقيف العام، حيث يمكن لمقدمي المعونة المساعدة في الاضطلاع بدور ما.

الكفاءات غير منفصلة عن القدرات والموارد بالطبع. ومع انتشار التفشي، تكون هناك حاجة إلى المزيد من الأفراد في الميدان لتحديد المرضى وعلاجهم أو نقلهم، لكن الوكالات والمنظمات غير الحكومية تفيد بأنه، في معظم الحالات، لا يوجد لديها أو لدى نظام الصحة العامة الوطني قدرات كافية للتعامل مع الموقف. وقد ذكر أكثر من شخص من الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات أن الضعف الرئيسي في معظم السياقات يتمثل في نقص العاملين المهرة والخبراء. وقال شخص آخر "شركاؤنا المنفذون غير قادرين على التأقلم؛ فليس لديهم الوسائل والمهارات ولا يتلقون الدعم لتنفيذ مهمتهم". يشمل هذا المنظمات غير الحكومية الدولية التي ليس لديها دائماً التدريب اللازم لتدريب النظراء المحليين. وتفيد التقارير بأن الوكالات الدولية، مثلها مثل وزارات الصحة الوطنية، أصبحت منهكة بسبب الأوبئة السابقة والحالية التي شكلت عبئاً ثقيلاً عليها. وهناك نقص تم الاستشهاد به مراراً وتكراراً، ألا وهو نقص الحوافز للعاملين في مجال الرعاية الصحية الوطنية، وكثير منهم لا يتقاضون رواتب جيدة أو مستمرة – وهي مشكلة لا يمكن للمنظمات الإنسانية التي تحضر "أفقياً" لتقديم ورش عمل وتدريب أن تحلّها.

ذكر ممثل إحدى المنظمات غير الحكومية المحلية في مالاوي أن معظم حالات الكوليرا موجودة في بين الفقراء الريفيين في المناطق النائية والتي يصعب الوصول إليها حيث يتعين على المنظمات غير الحكومية التوعية بالعلاج، مشيراً إلى أن "بعض العاملين الصحيين غير مدربين تدريباً جيداً على هذا التفشي الجديد". وتحدث مقال كتبه ماتونغا وإليغون (Matonga and Eligon) مؤخراً لمجلة "نيويورك تايمز" عن سفر الأشخاص لمسافات طويلة للحصول على الرعاية الطبية في مالاوي، وعن أن "المستشفيات تفتقر إلى الإمدادات الأساسية ولا يطلب الناس المساعدة إلا بعد أن يصبحوا مرضى للغاية".[24] لكن هذا يثير التساؤل عن الأسباب التي تدفع الناس إلى التنقل لمسافات طويلة للذهاب إلى المستشفى للحصول على العلاج بينما يمكن لنقاط العلاج بالإماهة الفموية معالجة الناس بفعالية في مجتمعاتهم المحلية. ويفتقر العديد من المستشفيات ومنشآت الصحة العامة نفسها إلى المياه النظيفة والمرافق الصحية المناسبة، وقد تقدم علاجاً سيئاً. وفي هذه الحالات، يمكن أن يكون تفسير "تأخر الوصول إلى الرعاية الصحية" وسيلة لإلقاء اللوم على المجتمعات المحلية المتضررة.

وجد الاستعراض التلوي للمقالات والمؤلفات التقييمية الذي أُجري من أجل هذا الاستعراض أن الاستجابة الإنسانية للكوليرا قد حصلت على درجات منخفضة بشكل عام في المتوسط (معظمها يقع بين "سيء/سلبي" و"حيادي/مختلط")، ومن حيث الفئات المحددة لتقييم الأداء، حصلت "كفاءات" العاملين المشاركين في أنشطة مكافحة الكوليرا على أقل الدرجات.[25] وأشار العديد منها إلى انخفاض مستوى مهارات الموظفين الصحيين أو العاملين في مجال التوعية الذين لم يتلقوا تدريباً مناسباً بسبب القيود المفروضة على الوقت والموارد. كما تم الاستشهاد مراراً وتكراراً بقلة الخبرة، وضعف التدريب، و"عدم الكفاءة" في الاستعراضات التي امتدت على مدار 26 عاماً، مع عدم وجود نقص في الأمثلة الحالية.

> "يطور غالبية موظفي الترويج للنظافة حالياً مهاراتهم في العمل. ومع هذا، أفاد العديد من المنظمات بأن الأزمات الإنسانية ليست بيئة مثالية للتعلم، وأن بناء القدرات المفيدة غير ممكن بسبب قصر مدة البرامج".
>
> (White et al. 2022)[26]

> "كان من بين الشواغل الملحة عبر دراسات الحالة قلة خبرة الموظفين المبلغ عنها فيما يتعلق ببروتوكولات إدارة حالات الإصابة بالكوليرا و/أو نقص التدريب الذي تلقوه إذا كان لديهم خبرة قليلة أو معدومة في إدارة حالات الإصابة بالكوليرا. ومن المحتمل أيضاً أنه تم تقديم رعاية غير ملائمة للحالات التي دخلت المستشفيات، ولن يؤثر هذا على نسبة الوفيات من الحالات المصابة [معدل وفيات الحالات] بين السكان فحسب، بل من المرجح أن يؤثر أيضاً على تصور السكان واستيعابهم للتدخل".
>
> (D'Mello-Guyett et al. 2022)[27]

[23] تعدّ القائمة الخطية أداة لحفظ السجلات لتتبع حالات الكوليرا، وتحديد المخالطين القريبين، ورصد منحنى الوباء. وعادة ما تتضمن اسم كل مريض وعمره وجنسه وعنوانه وتاريخ ظهور الأعراض وأي علاج تم تلقيه.

[24] Matonga, G and Eligon, J. (2023, 25 January).

[25] وجد البحث المنهجي في العديد من المكتبات على الإنترنت 121 مقالاً في المجلات تتعلق بالكوليرا في الأوضاع الإنسانية. ووجد منها 94 مقالاً ذات صلة بشكل جزئي أو كامل. صُنفت بعد ذلك هذه المجموعة من المقالات بحسب المعايير التالية: التقييم العام، وفعالية الاستجابة، والقدرات، والكفاءات، والتنسيق. قيّم المراجعون كل مقال بدرجاتٍ من 1 إلى 5 (1 سلبي جداً/ضعيف و5 إيجابي جداً/جيد) لكل فئة من هذه الفئات.

2.3 عدم كفاية المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

هناك توافق في الآراء بين الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات من أجل هذه الدراسة على أن قدرة استجابة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية غير كافية في الأوضاع الإنسانية، وهذا تصور تدعمه بقوة النتائج المستمدة من التقارير الصادرة في الفترة بين عامي 2019 و2021.[28] كما زاد الوقت الذي يستغرقه إطلاق استجابة، حيث يصل إلى 20 يوماً، حتى بالنسبة لأسرع المستجيبين في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وهو ما يؤدي إلى انتشار أكبر للمرض والخطر.

أشار العديد من الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلات، تفسيراً لهذا الانخفاض الواضح في الاستجابة الإنسانية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، إلى ابتعاد بعض الوكالات عن الاستجابات الكبيرة لحالات الطوارئ وتوجههم إلى البرامج الأكثر استدامة. ومع هذا، حتى عندما تكون هناك استجابات إنسانية، فقد نُظر إلى "الأساسيات" – مثل التنفيذ والصيانة الجيدين – على أنها قد سقطت من الاعتبار. وعلى الرغم من أن فرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا قد وضعت بعض البروتوكولات الأساسية من أجل المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في حالات تفشي الكوليرا، فإن العديد من المؤسسات تعتمد على مبادئها التوجيهية وإجراءاتها التنفيذية الخاصة بها، التي لم يجرِ تحديثها منذ فترة في العديد من الحالات. وأشارت المنشورات أيضاً إلى أن موارد التدريب لم تُستكمَل بأحدث البحوث المتعلقة بالكوليرا والابتكارات الفنية. ووجدت دراسة أجراها دي ميلو غويت وآخرون (D'Mello-Guyett et al.) في عام 2020 اختلافاً كبيراً في المعايير عبر المبادئ التوجيهية الفنية الرئيسية الثمانية.[29]

شعر العديد من المستجيبين، كما في قطاع الصحة، بوجود "نسيان" كبير لكيفية إدارة حالات تفشي الكوليرا. هذا يزيد من التأخير في إنشاء استجابة فعالة، مما يزيد من التأخير الناجم عن انتظار تحديد الحالة وتأكيد أنها كوليرا (على عكس الإسهال العام). وحيث إنه يمكن أن يتوفى المرضى خلال ساعات من الإصابة بالمرض، فإن أي تأخر له أثره البالغ.

اشتكى المستجيبون من عدم وجود استراتيجية استجابة شاملة للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية تربط التأهب، والتدريب، والمراقبة، والاستثمار في العلاقات. ومع هذا، تتباين الآراء داخل مجتمع مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية حول أفضل نهج. ويتفقون جميعهم على أن الوصول إلى المياه النظيفة والصرف الصحي المدار جيداً عنصران أساسيان في الوقاية من تفشي الكوليرا وأن افتقار الوصول إليها يدفع الناس إلى المصادر الملوثة. فكما أشار أحد المستجيبين بشأن وضع المخيمات في لبنان، فإنه "عندما يتوقف نقل المياه بالشاحنات، فيمكننا القول بأن الكوليرا ستظهر قريباً". لكن هذا الرأي يمس جوهر الاختلاف في الآراء. يقر الجميع بأن نقل المياه بالشاحنات أمر غير مستدام، لكن إنشاء بنية تحتية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أكثر فعالية واقتصادية واستدامة يتطلب مستوى من استثمار رأس المال والوقت الذي غالباً ما يكون غير متاح، وغير مقبول سياسياً، وغير سريع بما فيه الكفاية للتعامل مع تفشي المرض. وربما ساهم النجاح النسبي في مكافحة الكوليرا بين عامي 2014 و2019 في تقليل الاستثمار، مثل إتاحة الموارد الاحتياطية (تأثرت أيضاً بالتحول أكثر نحو الشراء النقدي والمحلي)، في الحفاظ على التأهب في مواجهة الطلبات الأخرى للحصول على التمويل.

نُظِر إلى التمويل باعتباره قيداً رئيسياً، وأشار المستجيبون إلى أنه كان من الأسهل بيان تكاليف وقيمة الاستجابة القائمة على قطاع الصحة لتفشي المرض مقارنةً بالمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية. ولا يزال يُنظر إلى المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية على أنها استثمار أطول أجلاً، ويفتقر إلى "أداة" واضحة لتوفر لها الجهات المانحة التمويل، مثل برنامج اللقاح وإنشاء مراكز لعلاج الكوليرا. اعتبر بعض المجيبين أنّ التمويل المخصص لتمكين الاستجابة السريعة للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية يمكن أن يحدث فرقاً كبيراً، سواءً بالنسبة لاحتياجات التمويل الفورية أو في تحفيز الوكالات على تطوير قدراتها على الاستجابة والحفاظ عليها. بالنظر إلى تحليل التكلفة والعائدات المفضَّل والموثق جيداً لتدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وعوائد الاستثمار، فإنّ الحجّة الداعية إلى مصدرٍ جديدٍ للتّمويل المخصّص مقنعة.[30]

[26] White, S., Heath, T., Mutula, A.C., Dreibelbis, R. and Palmer, J. (2022). How are hygiene programmes designed in crises? Qualitative interviews with 8-00476-022-humanitarians in the Democratic Republic of the Congo and Iraq. *Conflict and Health*, 16, 45. https://doi.org/10.1186/s13031

[27] D'Mello-Guyett, L., Cumming, O., Rogers, E., D'hondt, R., Mengitsu, E., Mashako, M., Van den Bergh, R., Okitayemba Welo, P., Maes, P. and Checchi, F. (2022). Identifying transferable lessons from cholera epidemic responses by Médecins Sans Frontières in Mozambique, Malawi and the Democratic Republic 1-00445-022-of Congo, 2015–2018: a scoping review. *Conflict and Health,* 16. http://dx.doi.org/10.1186/s13031

[28] Grünewald F., Luff R., de Hove E. and Brangeon S. (2019). *The capacity of the wash sector to respond to difficult humanitarian situations: an analysis*. Groupe WASHCapacity Study_GroupeURD_2019.pdf; Lantagne, D., Yates, T., Ngasala, T., Hutchings, P.,/11/URD. https://www.urd.org/wp-content/uploads/2019 Bastable, A., Allen, J., Hestbæk, C. and Ramos, M. (2021). *Gaps in WASH in humanitarian response: 2021 update*. Elrha. https://www.elrha.org/wp-content/ Elrha_Gaps-in-WASH-in-Humanitarian-Response_2021-Update.pdf/10/uploads/2021

[29] D'Mello-Guyett L., Gallandat K., Van den Bergh R., Taylor D., Bulit G., Legros D., Maes, P., Checchi, F. and Cumming, O. (2020). Prevention and control of cholera with household and community water, sanitation and hygiene (WASH) interventions: A scoping review of current international guidelines. *PLoS ONE,* 15(1). https://doi.org/10.1371/journal. pone.0226549

3.3 "نحن دائماً متأخرون": تنسيق العمليات والقدرة على الاستجابة السريعة

غالباً ما تكون قضايا التنسيق والقدرة على الاستجابة مرتبطةً ببعضها. فيما يتعلق بالقدرات، فقد أكّد الأشخاص الذين أجريت معه مقابلة أنّ الواقع في معظم حالات الأزمات هو أنّ مستوى القدرة الإنسانية بشكلٍ عام منخفض جداً بالنسبة للاحتياجات، ومنخفض جداً لملء الفجوات في القدرات الوطنية الموجودة. سيكون هذا صحيحاً في أي حالة تفشي لمرض. عندما يتعلق الأمر بالتنسيق، فإنّ الوكالات التي تفتقر إلى القدرة الممولة بالكامل ووجود برامج على أرض الواقع ليست في وضعٍ ملائمٍ لتنسيق جهود الآخرين. على حد تعبير شخص أجريت معه مقابلة في الاستجابة للكوليرا في سوريا: "لا توجد ثقة كافية. في نهاية المطاف، تحتاج اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية إلى العمل معاً وتكوين حزمةٍ أقوى لأجل الاستجابة، وأن تكونا أكثر إقناعاً بأن لديهما المعلومات عن الأوبئة لدعم الرّسالة."

شدّد الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة على أهميّة وضع نماذج للمشاركة متعددة القطاعات في أماكن أخرى، مستشهدين بأمثلةٍ من شمال شرق نيجيريا وجمهورية الكونغو الديمقراطية. من وجهة نظر الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة، كانت القدرة على الاستجابة مرتبطة أيضاً بالمكان، إذ يُنظر إلى البيئات الحضرية المكتظة بالسكان على أنها أكثر إشكالية. ومع ذلك في النهاية، فقد أشار أحد المجيبين إلى النجاح في سوريا نتيجة المداولات في نظام الكتلة المشترك في البلاد، "لا يمكننا الوصول إلى 17 مليون شخص بأنفسنا. لكننا نعمل مع سائقي شاحنات المياه لوضع الكلور في شاحنات المخصصة لنقل المياه. نعمل مع 100 شخص، لنصل إلى 100000 شخص. نحتاج للعمل من خلال أنظمة أخرى للاستفادة من الاستجابة للكوليرا."

القدرة على التنسيق والتأهب هما شرطان ضروريان للاستجابة السريعة. أشار الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة من عدة سياقات مختلفة إلى التحديات التي تواجه إطلاق الاستجابة السريعة، لا سيما في البلدان غير المهيأة للتعامل مع الكوليرا. "إذا احتجنا إلى أربعة أسابيع لبدء الاستجابة وتم اكتشاف الحالة الأولى قبل شهر من ذلك، فإننا متأخرون كثيراً. الاستجابة السريعة فعالة، لكننا نتأخر دائماً." وأشار آخر إلى احتمال وجود "نقص في الذاكرة".

واعتُبر الوقت اللازم لبدء الاستجابة طويلاً "حتى 20 يوماً، حتى بالنسبة لمنظمة أطباء بلا حدود"، مما أدّى إلى انتشارٍ أكبر. أخيراً، بالعودة إلى الكفاءات، من الواضح أن النقص العام في الموظفين ذوي الخبرة في التعامل مع الكوليرا يؤدي حتماً إلى إبطاء الاستجابة أثناء تلقي الإرشادات وتعلم البروتوكولات أو إعادة تعلمها.

نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات

يتضمن نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها حالات الكوليرا توجيه الجهود إلى حالات تفشي جديدة أو مناطق ساخنة ذات معدل مرتفع لحالات الإصابة بالكوليرا، بدلاً من تنفيذ استجابة شاملة في المنطقة المتضررة بأكملها. بتسخير فرقٍ مشتركة من مقدمي خدمات الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، يتم إيصال الخدمات والمواد والمعلومات إلى الأسر التي لديها حالات إصابة بالكوليرا والأشخاص الذين يعيشون في المنطقة المجاورة مباشرة. يسمح ذلك باستخدام أكثر تركيزاً وفعالية للموارد، مما يؤدي إلى مزيد من السيطرة السريعة والفعالة على تفشي المرض. في حين يسارع الخبراء إلى الإشارة إلى استمرار وجود حاجة لمزيد من الأدلة للتأكد من فعاليتها، فقد أظهرت الدراسات حتى الآن نتائج إيجابية، واكتسب النهج قبولاً متزايداً في مجال الصحة العامة الإنسانية.[31]

من الأفضل استخدام نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها حالات إصابة بالكوليرا في المراحل المبكرة من تفشي المرض، أي عندما تستمر حالات الإصابة بالكوليرا في ارتفاع دون احتواء مصدر التفشي بالكامل بعد. نظراً لأن الهدف هو السيطرة على انتشار المرض واحتوائه بسرعة، فكلما طُبّق نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات مبكراً، كانت النتائج أكثر فاعلية. قد يكون استخدامه خلال المراحل اللاحقة من انتشار المرض مفيداً، ولكن سيكون له عوائد متناقصة بشكل كبير. ويعد الأمر مهماً لأن طول المنحنى الوبائي للكوليرا قصيرٌ عادةً، وغالباً ما يكون بضعة أسابيع فقط. ولذلك يتطلب استخدام نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات القدرة على النشر السريع للفرق. يشمل نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات ويعتمد على تدابير أخرى أيضاً، مثل المراقبة المعززة، وتحسين أنظمة المياه والصرف الصحي، وزيادة الوصول إلى اللقاح الفموي ضد الكوليرا، ما يجعله تدخلاً كثيف الموارد ومحدود الوقت في آنٍ واحد.

كما هو الحال بالنسبة للقاح، فإن نهج التّدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات ليس حلاً سحرياً، وقد تمنع فجوات القدرات الأساسية استخدامه في أي مكان قريب من النطاق. على الرغم من هذه التحذيرات، يمكن أن يساعد استخدام نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات في سد جزء من فجوة التنسيق والتمويل بين الصحة قصيرة الأمد والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية طويلة الأمد، وإعطاء المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية "هدف التمويل" المحدد الذي تفتقر إليه حالياً للمانحين.

[30] Varley, R.C., Tarvid, J. and Chao, D.N. (1998). A reassessment of the cost-effectiveness of water and sanitation interventions in programmes for controlling childhood diarrhoea. *Bulletin of the World Health Organization,* 76(6), pp. 617–31. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2312499/ ; Haller, L., Hutton, G. and Bartram, J. (2007). Estimating the costs and health benefits of water and sanitation improvements at global level. *Journal of Water and Health,* Dec;5(4), pp. 467–80. https://doi.org/10.2166/wh.2007.008

افتراضات حول السلوك: الحاجة إلى تحليلٍ مفصَّلٍ ودقيقٍ لتشكيل التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية

من المعروف أن السلوك الشخصي له أثر كبير على مخاطر التعرض للكوليرا. ومع ذلك، لا يزال هناك تركيز مفرط على المدخلات، أي محطات المياه والمراحيض، دون فهم أكثر دقة لطرق انتقال المرض، أو المعتقدات والسلوكيات التي تمكن من هذا الانتقال. في كثير من الأحيان، يُلقى اللوم على النّاس في سلوكياتهم دون فهم جيد للسياق الثقافي أو القيود المفروضة على الأشخاص والتي تحول دون اتباع سلوكيات أكثر ملاءمة. مثلاً يكون غسل اليدين بالصابون أكثر سهولة عندما يكون لدى الناس وصول سهل وبأسعار معقولة إلى الصابون.

كما شهدنا جميعاً خلال كوفيد-19، يمثل تغيير السلوك تحدياً. يمكن أن يكون هناك العديد من المفاهيم الخاطئة المتداولة حول كيفية الإصابة بالكوليرا (وهناك طريقة واحدة فقط، عن طريق تناول جزيئات من البراز البشري التي تحتوي على العامل الممرض)، والوقاية منها، وأفضل علاج لها. يتطلب الانخراط الفعال في التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية معرفة ثقافية مفصلة وفهماً للمواقف والممارسات، ومع ذلك فغالباً لا تُكتسَب هذه المعرفة على النحو المطلوب.

لا يزال التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية يعاني من نقص التمويل، ولكن مع الاستثمار يمكن أن يكون له أثر كبير على فعالية التدخلات الأخرى، وبالتالي القيمة مقابل المال. على سبيل المثال، بعد كوفيد-19، لا يزال التردد بأخذ اللقاح مرتفعاً في بعض الأماكن، مما يهدّد بتقويض أي حملة لقاح ضد الكوليرا، لذلك يجب دمج ذلك في استراتيجية التوزيع.

3.4 الأولويات المتضاربة: الرابطة صعبة الوصول في برامج الكوليرا

بوجود أسبابها الجذرية في التنمية والمحفزات في حالات الطوارئ، قد تبدو الكوليرا بمثابة المحفز الأساسي لوضع برنامج "يربط" بين أهداف الإغاثة والتنمية. ومع ذلك، وكما هو موضح في الأقسام السابقة، تمثل التقسيمات المتداخلة بين الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، التي شوهدت في الحكومات والوكالات على حد سواء وكذلك على جانبي قسمي الإغاثة/التنمية، عقبات أمام التنسيق العملي.

أشار الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة على نطاقٍ واسعٍ إلى تحدٍ مشترك عبر استجابات الكوليرا، لا سيما في تلك التي لديها إطار إنمائي قوي. كان هناك ميل لمنظمة الصحة العالمية لتأدية دور قوي نسبياً في دعم كل وزارة صحة معنية، ما يؤدي إلى استجابة موجهة نحو الصحة. بشكل عام، أشار الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة إلى أدوار أقوى لوزارات الصحة في معالجة الكوليرا مع خطوط استجابة واضحة نسبياً، بينما كان يُنظر إلى الوزارات التي تعنى بشؤون المياه والموارد الأخرى على أنها أقل قوة في التسلسل الهرمي للحكومة وأقل احتمالاً أن تكون موجهة نحو الطوارئ. ولوحظ تحدٍّ مماثل في استجابة الأمم المتحدة. مثلاً في اليونيسيف، تمثّل الهيكلية مشكلة. عادةً ما يكون الشخص الرئيسي في المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية أحد العاملين في مجال التنمية، ولا يحصل العاملون في مجال الإغاثة على الاعتراف الكافي."

في حين تقع مسؤولية الصحة عموماً على عاتق وزارة الصحة، يتمثل تحدٍ آخر للجهات الفاعلة في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة العامة في أن المياه والصرف الصحي قد يكونان ضمن مؤسسات متعددة مثل التخطيط والشؤون الريفية وبلديات المدينة، وقد لا ترى هذه المؤسسات بالضرورة تفشي المرض كمشكلة تكون معنية بها، وبالتالي لن تعمل على حلها. على سبيل المثال، أشار أحد الفاعلين في لبنان إلى أن "الحكومة ليس لديها القدرة أو الرغبة في معالجة الأزمة. لدى مجتمع الإغاثة في البلد القدرة على دعم الحكومة، لكن تكمن المشكلة الأكبر في أن هذه الاستجابة ليست إنسانية بحتة. وتعد طريقة معالجتها بالعمل ضمن الحكومة لتوفير الخدمات الأساسية. ببساطة ليس لدينا نظراء في مجال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، ولا يوجد أشخاص لنعمل معهم في أقسام إدارة المياه لمعالجة المشكلة بكفاءة وفعالية." وبالتالي، فإن إقامة علاقات وبروتوكولات مؤسسية لتوجيه القدرات الاحتياطية إلى المناطق التي ينتشر فيها الوباء مسبقاً هو أمرٌ أكثر أهمية، لكنه غالباً ما يكون أقل تطوراً عما هو عليه بالنسبة للقطاع الصحي.

يرفض الخبراء العالميون في مجال الكوليرا مسألة التأكيد على البرامج الموجهة للاستجابة لحالات الطوارئ مقابل البرامج الموجهة نحو التنمية ويعدّونها خياراً خاطئاً، فكلاهما مطلوب. لإعادة صياغة حديث شخص أجريت معه مقابلة، من الضروري الحفاظ على مهارات الاستجابة، لكن في نفس الوقت يجب العمل على تجنب التفشي المتكرر للمرض. فيما يتعلق بأدوات التخطيط الاستراتيجي على سبيل المثال، أشار الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة أنه لا ينبغي وجود عذر لخطط الاستجابة الإنسانية واستعراض الاحتياجات الإنسانية لعدم تماشيها بشكل كامل مع التقييمات القطرية المشتركة (CCAs) من ناحية التنمية. وكما لوحظ مراراً وتكراراً على مدى سنوات عديدة، تدعم وتعزز طرائق تمويل المانحين الانقسامات الهيكلية في هيكل الإغاثة الدولية على النحو المبين أدناه.

[31] Spiegel, P.B., Sikder, M., Altare, C., Doocy, S., Trowbridge, D., Azman, A. and Lantagne, D. (2022). *Retrospective case studies on case area targeted interventions for cholera epidemics*. Johns Hopkins Center for Humanitarian Health. http://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/RRT_CaseStudy_Report_2021_final.pdf

4.1 التمويل التفاعلي وغير المرن

يمكن أن تكون الاستثمارات في مكافحة الكوليرا طويلة الأمد (الاستئصال والبنية التحتية الآمنة للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية) أو قصيرة الأمد (بناء قدرات التأهب والاستجابة السريعة للسيطرة)، ويجب أن تشمل حقائب تمويل الإغاثة كليهما بشكل مثالي. لكن في معظم حالات الإغاثة لا يجري أي نوع من الاستثمار، ويكون تمويل الكوليرا تفاعلياً إلى حد كبير بحيث ينفذّ بناءً على طلبات حالات الطوارئ أو مقترحات تعديل المنح من قبل وكالات الإغاثة بعد تفشي المرض.

تعد طريقة تحويل جزء أكبر من الموارد إلى أنشطة الوقاية والتأهب أو الأزمات المتكررة المتوقعة (مثل الكوليرا) مشكلة قديمة فيمجال العمل الإنساني، وتكمن الحقيقة في أن الوكالات لديها وصول أكبر بكثير إلى التمويل للاستجابة مقارنة بالتأهب، ناهيك عن أنشطة الوقاية طويلة الأمد. لا تؤدي معظم تدفقات التمويل كمنح ثنائية إلى تحسين النتائج الصحية. بل تحفز المنافسة غير المنتِجة بين الوكالات وتعمل ضد التنسيق الضروري للاستجابة الفعالة.

فيما يتعلق بتمويل التنمية، انخفضت أولويات الكوليرا إلى حد ما، وهو اتجاه لاحظه شخص أجريت معه مقابلة "حتى قبل كوفيد"، وتعاني جهود مكافحة الكوليرا في البيئات النامية من الافتقار إلى المرونة في تمويل التنمية. نظراً لتكون الجهات المانحة الدولية الرئيسية تخصص تمويلها الإنمائي بشكل متزايد مقابل نتائج محددة، يصبح من الصعب للغاية إعادة تخصيص المِنَح للتصدي لحالات تفشي الكوليرا عند حدوثها. تحدث العديد من الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة عن نقص الموارد الكافية للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في التنمية، كجزء من إهمال التمويل العام للهدف 6 من أهداف التنمية المستدامة. تستكشف اليونيسيف وجهات أخرى أدوات تمويل مبتكرة ومدمجة لبرامج المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية على المدى الطويل، على غرار السندات التي يدفع فيها المستثمرون من القطاع الخاص مقابل تحسينات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، لكن لا تزال الأدوات في مرحلة تطوير مبكرة.

للتفاعل في تمويل مكافحة الكوليرا نتائج ضارة، كما لاحظ عدد من الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة. وكما وضّح أحدهم، "عادة ما تتوفر موارد لتفشي المرض على نطاق واسع، ولكن هناك العديد من حالات التفشي الصغيرة التي لا تحصل على الموارد اللازمة. لم ننجح في إدارة الحالات الأصغر حجماً بشكل جيد، فلن يجتذبوا الموارد التي يحتاجون إليها إلى أن تخرج عن السيطرة."

يُنظر إلى حلول التمويل المبتكرة الأخرى، مثل آليات التمويل الاستباقي القائمة على التنبه، على أنها حل محتمل. تُختَبر إحدى هذه الآليات للكشف عن الكوليرا في جمهورية الكونغو الديمقراطية وموزمبيق، بتمويل من الصندوق المركزي لمواجهة للطوارئ (CERF)، مع الإنفاق من هذا التمويل بمجرد اكتشاف تفشٍ للمرض أو وصول الحالات إلى عتبة معينة. بينما كانت لا تزال في الأيام الأولى من التجربة، كان هناك شعور من المشاركين بأن مثل هذه الآلية يمكن أن تثبت أنها "مثالية للكوليرا"، ما يوفر بالطبع القدرات والكفاءات اللازمة للتنفيذ.

الآلية الاستباقية الحقيقية هي الآلية التي تبدأ قبل حدوث أي تفشٍ، وذلك على أساس الاحتمالية. يجب ربط المنبهات في هذه الحالة بالتغييرات في البيئة، وقبل اكتشاف أي حالات. يمكن أن يكون أحد الأمثلة هو آلية التنبؤ المناخية باستخدام تكنولوجيا ناسا الفضائية التي أدخلت في اليمن في عام 2018 "للتنبؤ بدقة بالمناطق عالية الخطورة بناءً على الظروف البيئية المُلاحَظَة من الفضاء".[32] وكآلية أخرى أخرى نذكر أنظمة مراقبة مياه الصرف الصحي التي يمكن أن تكتشف حالات تفشي المرض قبل حدوثها من خلال مراقبة تركيز ضمات الكوليرا O1. إذا تجاوز التركيز عتبة معينة، فقد يشير ذلك إلى تفشٍ وشيك للكوليرا. تحتاج هذه الأدوات لإمكانياتٍ أعلى من جعل استخدامها ممكناً للاستجابات الإنسانية، ولم يُظهر المانحون بعد رغبة في الاستثمار في تنميتهم بطريقة رئيسية.

في غضون ذلك، توفر أيضاً الصناديق القطرية المجمعة فيالأوضاع الإنسانية، بينما لا تزال تمثل جزءاً صغيراً من التمويل الإنساني الإجمالي في الأزمات، بدائل للتفاعل وعدم المرونة في التمويل. حيث خُصصت الملايين بهذه الطريقة للاستجابة للكوليرا في بلدان مثل سوريا. تشمل أدوات التمويل الإنساني الأخرى الاتفاقيات الاحتياطية المُفاوض عليها بين المانحين والمنفّذين للاستجابة للكوليرا، والتي فعلتها منبهات محددة، وأحكام تعديلات المِنَح (بناء المرونة في الاتفاقيات الموجودة مسبقاً لاستيعاب حدث غير متوقع مثل تفشي الكوليرا)، ومِنَح صندوق البدء، وآليات أخرى للتمويل الإضافي الصغير والسريع للسماح ببدء الاستجابة. تعد المساهمة بشكل أكبر من خلال آليات التمويل المشتركة بديلاً قابلاً للتطبيق بالنسبة للمانحين لتوفير التمويل السريع والمرن بشكل أكبر للاحتياجات الطارئة مثل تفشي الكوليرا.

[32] NASA. (2018, 27 August). *Investment in cholera forecasts helps save lives in Yemen*. https://www.nasa.gov/press-release/nasa-investment-in-cholera-forecasts-helps-save-lives-in-yemen

4.2 انعدام الأمن وعوائق الوصول والآثار اللاحقة لكوفيد-19

من البديهي أنه إذا كان المستجيبون والمرضى غير قادرين على التحرك بحرية بسبب خطر الصراع أو العنف الإجرامي، أو إذا كانوا بحاجة إلى تصريح أو إذن صريح لدخول مناطق معينة، أو إذا كانت مرافقهم ومركباتهم مستهدفة من قبل جهات سيئة، فستتأخر جهود الاستجابة، ما سيسمح لحالات التفشي بالنمو. في هايتي، كان هناك شعور قوي باحتمال أن يؤدي عنف العصابات إلى تعطيل الاستجابة للكوليرا وتفشي الوباء بشكلٍ متفجر لدرجة أنه كان دافعاً رئيسياً للمناقشات حول إمكانية تشكيل قوة تدخل دولية جديدة في مجلس الأمن.

تزامن تفاقم النزاع المسلح في شمال شرق نيجيريا، الذي قيس من خلال زيادة الوفيات المرتبطة بالنزاع المدني، مع ارتفاع معدلات وفيات الحالات الناجمة عن الكوليرا (الشكل 5). على الرغم من وجود الكوليرا في العديد من الولايات، إلا أن حالات تفشي المرض في بورنو ويوبي المتأثرتين بالنزاع كانت شديدة بشكل خاص.

يُنظر إلى جائحة كوفيد-19 على أنّ لها آثار إيجابية وسلبية على القدرات والموارد للاستجابة للكوليرا بشكل فعال. فمن جهة، تركت الأنظمة الصحية والوزارات والمنظمات مرهقة ومنهكة وتكافح للتعامل مع الأولويات الجديدة والإضافية. ومن جهة أخرى، لاحظ الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة أيضاً بعض الآثار الإيجابية من التركيز المتجدد على القدرات للاختبار والتواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية. يمكن إعادة توظيف بعض الهياكل والموظفين المعيّنين من أجل كوفيد-19 لمواجهة الأوبئة الأخرى، بما في ذلك الكوليرا.

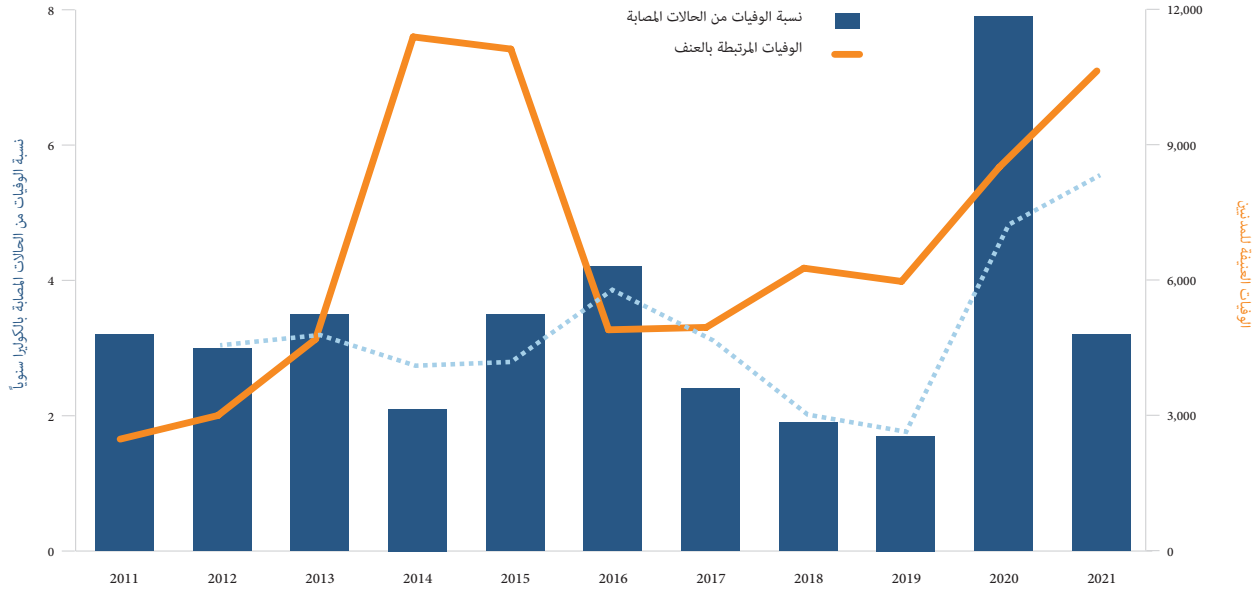
4.3 نقص في اللقاحات

يعدّ اللقاح الفموي ضد الكوليرا أحد عناصر الوقاية والاستجابة متعددة القطاعات على نطاق أوسع لتفشي الكوليرا، مما يساعد على كسب الوقت لمنع المزيد من الانتقال إلى جانب تدخلات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتدخلات السلوكية. ومع ذلك، يوجد حالياً نقص حاد في اللقاحات.

وحتى تحرير هذه الملف، يتوفر اثنان فقط من ثلاثة لقاحات فموية ضد الكوليرا مؤهلة مسبقاً من قبل منظمة الصحة العالمية لحملات التلقيح واسعة النطاق: لقاح شانشول (إنتاج شركة Sanofi في الهند) ويوفيتشول (إنتاج شركة EuBiologics في جمهورية كوريا). قررت شركة Sanofi وقف الإنتاج منذ أكثر من عامين (ويعود السبب ولو بجزءٍ بسيطٍ لعدم تحقيق الربح من تصنيع اللقاح الفموي ضد الكوليرا) مع انتهاء العرض في نهاية عام 2023، على الرغم من أنها عرضت نقل التكنولوجيا إلى المنتجين المهتمين.

كان نقص اللقاحات غير متوقع للكثيرين نظراً لتقرير تشكيل السوق الذي أعده التحالف العالمي للقاحات والتحصين (Gavi) عام 2018 (لم يصدر تحديث

الشكل 5: معدلات الوفيات الناجمة عن حالات العنف والكوليرا في نيجيريا، 2011-2021



المصدر: *WHO (2021); ACLED (2022)*[33]

[33] ACLED. (2022). *Data export tool*. Retrieved February 2, 2023 from https://acleddata.com/data-export-tool/

للتقرير بعد). مع النقص الحالي في اللقاحات، أصبح استخدامها كعنصر وقائي محدوداً نسبياً. حيث ينطوي أيضاً وجود شركة واحدة فقط تنتج اللقاحات على مخاطر متأصلة تتمثل في حدوث نقطة فشل واحدة. تجعل مهمة تحالف ابتكارات التأهب الوبائي (CEPI) في "تسريع تطوير اللقاحات ضد تهديدات الأوبئة والجائحات لتكون متاحة لجميع المحتاجين" [34] التحالف في وضع جيد للعمل مع شركائه لإنتاج المزيد من اللقاحات المؤهلة مسبقاً، وذلك لسد الفجوة والاستثمار في البحث والتطوير للقاحات الكوليرا الأخرى الفعالة.

نظراً لنقص اللقاح، اتخذت مجموعة التنسيق الدولية (ICG) التي تدير إمدادات الطوارئ من اللقاحات المختلفة، القرار في تشرين الأول/أوكتوبر 2022 بالتعليق المؤقت لنظام التلقيح من جرعتين في حالات تفشي الكوليرا والتصريح بجداول الجرعة الواحدة بدلاً من ذلك. [35] كان المقصود من هذه الخطوة أن تكون حلاً قصير المدى إلى حين التمكن من زيادة إنتاج اللقاح. في حين أنّ شركة EuBiologics تزيد من الإنتاج، فسيبقى هناك نقصٌ كبيرٌ في عدد اللقاحات في السنوات القادمة. وقعت شركة Biovac ومقرها جنوب إفريقيا عقداً مع المعهد الدولي للقاحات (IVI) في تشرين الثاني/نوفمبر 2022 لتصنيع لقاح فموي ضد الكوليرا. [36] وسيبدأ نقل التكنولوجيا في كانون الثاني/يناير 2023، لكن الوقت المطلوب للتجارب السريرية والترخيص وشهادة التأهيل المسبق لمنظمة الصحة العالمية يعني أن اللقاحات ستكون متاحة فقط مع حلول عام 2027.

في حين أن النقص في اللقاحات لا يزال مصدر قلق، فهي ليست فعالة بنسبة 100% في الوقاية من الكوليرا. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تكون هناك أيضاً تحديات عملية وتأخيرات في إيصال اللقاحات إلى النقاط الساخنة للكوليرا، كما أدى إدخالها في التسعينيات إلى زيادة خطر إحداث شعور زائف بالأمان بين السكان والمستجيبين على حد سواء.

[34] /See: https://cepi.net/about/whyweexist

[35] WHO. (2022, 19 October). *Shortage of cholera vaccines leads to temporary suspension of two-dose strategy, as cases rise worldwide*. https://www.who.int/news/2022-shortage-of-cholera-vaccines-leads-to-temporary-suspension-of-two-dose-strategy--as-cases-rise-worldwide-10-item/19

[36] Biovac. (2022, 23 November). *Biovac signs deal to develop and manufacture oral cholera vaccine for African and global markets*. https://www.biovac.co.za/wp-Biovac-IVI-OCV-Technology-Transfer-Press-Release-23-Nov-2022.pdf/11/content/uploads/2022

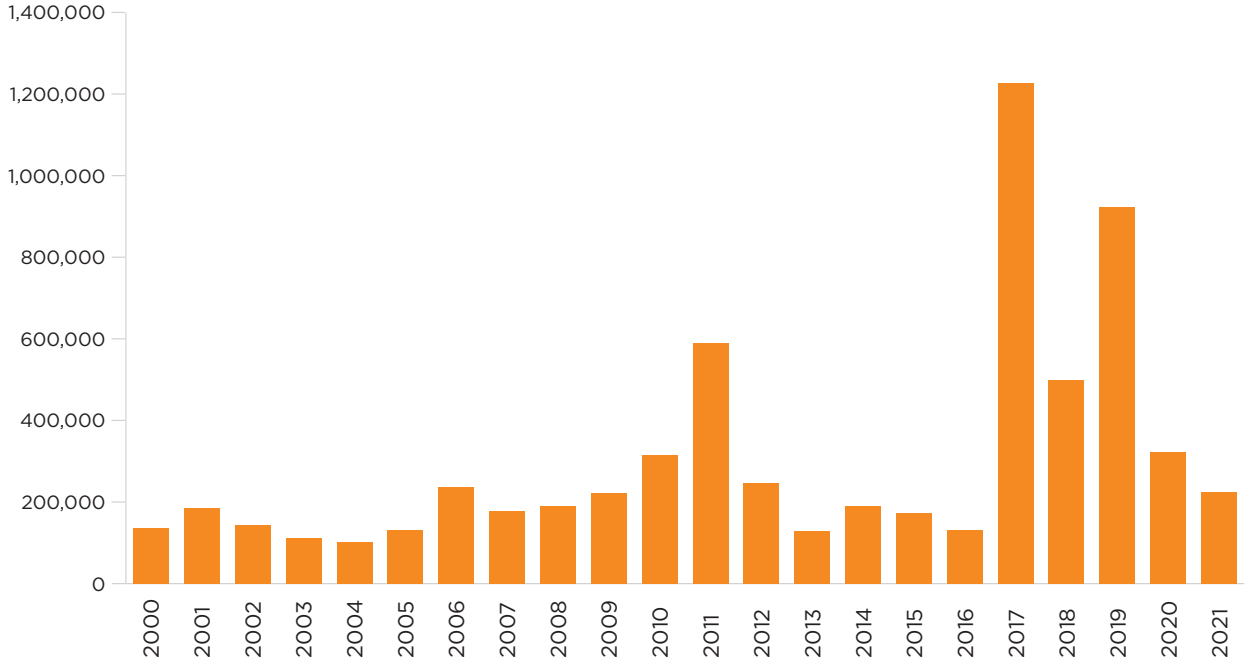
5 الفجوات في البيانات

البيانات النوعية المتوفرة في الوقت المناسب مهمة للجميعالتدخلات الإنسانية - وخاصة للاستجابة للكوليرا. يساعد قياس حجم وتوزّع حالات الكوليرا في اتخاذ القرارات بشأن تخصيص الموارد وجهود الاستجابة، فرصد اتجاهات تفشي المرض وأنماط انتقاله بمرور الوقت يمكّن من تنفيذ تدخلات فعالة. في العديد من السياقات الإنسانية، يمكن أن يكون أيضاً عبئاً ثقيلاً للغاية. أُشير إلى التحديات في جمع البيانات ومشاركتها على أنها عوائق مستمرة في الاستجابة للكوليرا.

على المستوى المركزي، تجمع منظمة الصحة العالمية إحصاءات الكوليرا العالمية من خلال شبكتها العالمية من أنظمة المراقبة الوطنية ودون الوطنية. تبلّغ الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية عن البيانات، ثم تجمع منظمة الصحة العالمية المعلومات وتحللها لإنتاج تقديرات عالمية لعبء الكوليرا. لذلك تعكس البيانات العالمية الجودة المجمّعة للبيانات على المستوى الوطني، والتي يمكن أن تتباين تبايناً واضحاً. في بعض الحالات، يمكن أن يكون هناك دوافع للإفراط في الإبلاغ. كانت أرقام الحالات العالمية المرتفعة بشكل غير عادي والتي أُبلغ عنها عام 2017 (الشكل 6) موجهة من اليمن، ويُشتبه في تضخيمها نتيجة لقرار البنك الدولي بتقديم رواتب للعاملين الصحيين الذين شاركوا في الاستجابة للكوليرا، وبالتالي أدى ذلك لتضمينٍ مضلِّلٍ للعديد من حالات الإسهال غير الناجمة عن الكوليرا. يمكن للتوجيهات التي توصي بمعالجة جميع الحالات المشتبه فيها على أنها كوليرا بمجرد الإعلان عن تفشي المرض عاملاً مساهماً في تضخم الأعداد.

يعد نقص الإبلاغ أيضاً أحد المخاطر الشائعة في بيانات الحالة القطرية، إذ يمكن أن يؤدي تفشي المرض إلى الوصم ويترتب عليه آثار اقتصادية تتعلق بصادرات الأغذية وغير ذلك من العواقب.

الشكل 6: أعداد حالات الكوليرا في العالم، 2001-2021



المصدر: منظمة الصحة العالمية (*2021*)

على المستوى التشغيلي، تتطلب المراقبة قدراً كبيراً من إدخال البيانات يدوياً، والذي يكون مقيداً بنفس القيود على القدرات والتي تؤثر على القطاع ككل. أشار العديد من المخبرين إلى أن عدم الوصول إلى البيانات في الوقت المناسب يؤثر سلباً على الاستجابات الحالية. وقال البعض إن التنبيهات السابقة في ملاوي كان من الممكن أن تسمح بتدخلات مستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات وبشكل سريع لتمنع تفشي المرض في جميع أنحاء البلاد. تحدث المستجيبون في جمهورية الكونغو الديمقراطية بالمثل عن نقص بيانات الحالة المبكرة. بحسب السياق والوكالات، وضح المستجيبون أنه قد تم سحب البيانات من مجموعة متنوعة من مصادر المعلومات، وهي تشمل أنظمة الحكومة الوطنية أو المحلية، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة أطباء بلا حدود، وفي بعض الحالات تم الحصول على تلك البيانات بجهودهم الخاصة. بدت أنظمة مراقبة البيانات المتعددة المتداخلة هي القاعدة في السياقات الإنسانية.

تعد مشاركة البيانات في الوقت الفعلي أمراً بالغ الأهمية في حالة تفشي المرض، لكن شهِد العديد من الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة على حقيقة أن الأمر لا يحدث بشكل منهجي. يمكن أن تتسبب خصوصية البيانات وغيرها من المشكلات في حدوث تأخيرات، ولكن كانت هناك أيضاً تقارير عن حجب غير مبرر وعقبات غير ضرورية لمشاركة البيانات بين الوكالات وعبر القطاعات.

من وجهة نظر أخرى، هناك من يدّعي أنّ التدخل السريع لا ينبغي أن يكون متعلقاً بالبيانات المثالية، وهناك خطر المبالغة في التأكيد على البيانات على حساب الاستجابة الاستباقية. يتوفر نهج بديل تشجعه منصة التحليل المتكامل لتفشي الأمراض الذي تستضيفه اليونيسيف، وهو اتباع نهج "جيد بما فيه الكفاية" للبيانات واتخاذ القرارات على أساس المخاطر. على سبيل المثال، رُصدت في شرق جمهورية الكونغو الديمقراطية زيادة حادة في أمراض الإسهال بعد ثوران بركان نيراجونجو وشهدوا في الوقت نفسه ظروفاً صحية سيئة للغاية. ولم يكن الظهور السريع للكوليرا مثيراً للدهشة. في حال وجود مؤشرات تحفيز واضحة مثل هذه، يدّعي البعض أنه من المرجح أن تنقذ الاستجابة في الوقت المناسب بناءً على عوامل الخطر حياة أشخاص أكثر من تلك التي تنتظر بيانات وبائية أكثر تفصيلاً. يرى هذا المنظور أن الوكالات بحاجة إلى أن تكون أكثر استعداداً لاستخدام مجموعة من مصادر البيانات حتى لو كانت أقل من المعايير التي يرغبون بها، لكن مع الاستفادة من البيانات المتاحة بما في ذلك البيانات القائمة على المجتمع، وذلك لاتخاذ قرارات ذكية ومستنيرة وقائمة على المخاطر.

6 مجالات العمل والاستثمار

توجد أسباب معقدة ومتعددة للمعدل غير المقبول لوفيات الكوليرا في السنوات الأخيرة، بما في ذلك نقاط الضعف في التنسيق الإنساني والكفاءات والقدرات. فيما يلي المجالات التي يمكن للقطاع الإنساني أن يستثمر فيها للمساعدة في تغيير المسار.

تحسين الكفاءات الأساسية: على مستوى تفشي المرض، يحتاج المستجيبون إلى التأكد من وجود المهارات والقدرات لتوفير العلاج بالإماهة الفموية على مستوى المجتمع، وذلك من أجل الاستجابة لغالبية المصابين بالكوليرا الذين لا يحتاجون إلى مزيد من التدخلات الطبية. يستلزم ذلك دعم التدريب والاحتفاظ بالمهارات في العلاج وإدارة الحالات والتعقب، وجهود التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية التي تؤكد على تفضيل العلاج البسيط في المنزل أو بالقرب منه (للتراجع عن تفضيل العلاج الوريدي غير الضروري أو العلاج بالمضادات الحيوية)، وتوفر عبوات أملاح الإماهة الفموية في كل مستوى من مستويات النظام.

التنسيق بشكل أكثر فعالية: يجب بذل المزيد من الجهود المدروسة من قبل جميع الأطراف، لضمان التكامل بين هياكل التنسيق الإنسانية وهياكل التنسيق التي تتم قيادتها على المستوى الوطني لتجنب التداخلات والثغرات في الاستجابة للكوليرا. تقدم الأداة الوبائية القادمة التي تتفاوض عليها الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية فرصة أخرى لضمان أن أي هياكل تنسيق متوقعة ونُهجٍ لمكافحة الكوليرا تنطوي على عمل الجهات الفاعلة في المجال الإنساني وتستند إليه. في الوقت نفسه، تقع على عاتق منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، كونهما القائدين الرئيسيين للمجموعة العالمية، مسؤولية توضيح وحل نزاع وتعزيز دورهما التنسيقي المشترك في الاستجابة للكوليرا. ويتطلب ذلك ضمان قدرة كافية لتعيين موظفي تنسيق مخصصين منتشرين في البلدان التي تفشى فيها المرض من أجل تنفيذ إطار العمل التشغيلي المشترك وضمان التكامل الفعال للبرامج.

بناء القدرات على المستوى الإقليمي: لتفعيل الاستراتيجية العالمية ضمن الخطط الوطنية لمكافحة الكوليرا، تحتاج البلدان التي تعاني من تفشي الكوليرا إلى دعم فني في مجال علم الأوبئة وموارد تنسيق الاستجابة. نظراً للتحديات التي تواجه التنسيق على المستوى المركزي لارتفاع عبء حالات الكوليرا العالمية، قد تنظر الجهات المانحة وكيانات الصحة العامة في تطوير كفاءات غير تابعة للأم المتحدة للتعامل مع الزيادة المفاجئة الخاصة بالكوليرا داخل المراكز الصحية القائمة الموجودة على المستوى الإقليمي، مثل مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها في أفريقيا (CDC)، مع تركيز استراتيجي على الرصد والتأهب لمناطق النقاط الساخنة، حيث تحدث معظم حالات تفشي المرض والوفيات.

الاستثمار في بيانات أفضل وضمان مشاركتها: هناك حاجة إلى بذل جهد كبير لتحسين جمع البيانات ومشاركتها، وذلك من أجل تحسين مراقبة الكوليرا وتوفير استجابة أكثر فعالية. بالإضافة إلى ذلك، سيمكّن الاستثمار في بناء الأدلة لفهم دور تدخل المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في الاستجابة للتفشي، كما هو الحال في نهج التدخلات المستهدفة للمناطق التي تنتشر فيها الحالات، من تطوير مجموعة مشتركة من إجراءات التشغيل والتوجيه. إن استخدام البيانات لتحديد أماكن تفشي المرض والمجموعات السكانية التي تصاب بالمرض وطرق انتقاله في سياقات مختلفة يسمح بتوجيه التدخلات والرسائل لتحقيق أكبر تأثير. عند بدء الاستجابة، يجب أن تكون الدراسات التفصيلية للسلوكيات والمواقف قياسية، وذلك لإجراء التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية بشكل دقيق ومحدد.

جعل التمويل أكثر مرونة واستجابة للمخاطر: والذي يبرر إعادة التأكيد على أن القضاء على الكوليرا سيتطلب استثمارات طويلة الأمد في برامج الصحة والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية لكسر حلقة حالات التفشي المتكررة. يعني ذلك كسر القالب الحالي للتمويل المنقسم للإغاثة/التنمية، ووضع خطط مقابلة للنتائج وتمويلها وفقاً لذلك. في غضون ذلك، هناك حاجة ملحة للتمويل المسبق أو المتاح على الفور لإطلاق استجابات سريعة لتفشي المرض. وعلى المانحين الاستمرار في زيادة التمويل المرن باستخدام "معدّلات الأزمات"، ما يسمح بإعادة برمجة تدفقات التمويل غير المخصصة للأوضاع الإنسانية بشكلٍ خاص من أجل التدخلات في حالات الطوارئ. إذا بدت جهود الإجراء الاستباقي للصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ واعدة، فينبغي توسيعها بشكل أكبر لتمكين الاستجابة السريعة عند الاشتباه في تفشي الكوليرا. كما يمكن أن تساعد زيادة نسبة التمويل من خلال الصناديق الإنسانية القطرية وغيرها من أدوات التمويل المجمعة في إتاحة المزيد من التمويل السريع لمكافحة الكوليرا. يجب على المانحين تحفيز الاستجابة متعددة القطاعات لدعم التنسيق والعمل المشترك. وأخيراً، يجب أيضاً إعطاء الأولوية للتمويل الإضافي لإنتاج اللقاح بشكل عاجل للتغلب على النقص الحاد.

زيادة توفر اللقاح: أثّر النقص في اللقاح الفموي ضد الكوليرا بعد توقف شركة Sanofi عن الإنتاج تأثيراً شديداً على نظام التلقيح على جرعتين الموصى به، وعلى توفر اللقاح للوقاية والاستجابة. تعد اللقاحات أداة فعالة في مكافحة الكوليرا، فهي تعدّ بمثابة تدخّلٍ إضافيٍ مكمّلٍ لأنشطة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية وإدارة حالات الكوليرا (معالجة الجفاف)، ولكن هناك حاجة ماسة إلى زيادة الإنتاج. يمكن أن يؤدي التحالف العالمي للقاحات والتحصين (Gavi) دوراً حاسماً في تركيز الانتباه على هذا النقص من خلال تحديث تقرير تشكيل السوق الخاص به للقاح الفموي ضد الكوليرا. بالإضافة إلى ذلك، يجب على التحالف، بالعمل مع شركات الأدوية والجهات المانحة ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والحكومات الوطنية، إعطاء الأولوية لإيجاد طرق لزيادة إنتاج اللقاحات بشكل سريع، بما في ذلك من خلال تشجيع مشاركة تحالف ابتكارات التأهب الوبائي. بدون زيادة أخرى في إنتاج اللقاح من قبل شركة EuBiologics وغيرها من الشركات التي بدأت بإنتاج لقاحات كافية لنظام تلقيح على جرعتين، سيستمر النقص العام في توافر اللقاحات في التأثير سلباً على جهود المستجيبين المبذولة من أجل الوقاية من الكوليرا والاستجابة لها. هناك حاجة إلى الدعوة المتضافرة لإعطاء الأولوية للزيادة العاجلة في إنتاج اللقاح.

ملاحظة أخيرة: تختلف الكوليرا عن الأمراض المعدية الأخرى باعتبارها مرضاً ينتقل عن طريق المياه، إذ أنها تتطلب سلسلة أوسع من التدخلات لإنشاء أو استعادة المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي لوقف تفشي المرض. ونظراً للظهور السريع للأعراض وشدتها، فهي تختلف عن أمراض الإسهال الأخرى في الضرورة الأساسية للعلاج بالإماهة في الوقت المناسب وبشكل مباشر ومناسب لإنقاذ الأرواح. تستدعي هذه الميزات اتباع نهج محدد وفردي للكوليرا في الأنظمة الصحية وهيئات الإغاثة. ومع الاعتراف بحقيقة أن الكوليرا ليست سوى واحدة من العديد من الأمراض الفتاكة التي يجب إدارتها بموارد محدودة وأولويات متنافسة، فستتطلب مكافحة الكوليرا جهوداً مستدامة للاحتفاظ بالمهارات والتأهب، وليس التفاعل، من أجل أن تكون استجابة فعالة.

المصادر

ACLED. (2022). *Data export tool*. Retrieved February 2, 2023 from https://acleddata.com/data-export-tool/

Biovac. (2022, 23 November). *Biovac signs deal to develop and manufacture oral cholera vaccine for African and global markets*. https://www.biovac.co.za/wp-content/uploads/202211//Biovac-IVI-OCV-Technology-Transfer-Press-Release-23-Nov-2022.pdf

Chehayeb, K. (2022, 4 November). *Conflict, crisis fuel cholera surge across Mideast hot spots*. Associated Press. https://apnews.com/article/health-business-syria-lebanon-iraq-6c46c5bd5e2ea62f582c5f871f68135d

D'Mello-Guyett L., Gallandat K., Van den Bergh R., Taylor D., Bulit G., Legros D., Maes, P., Checchi, F. and Cumming, O. (2020). Prevention and control of cholera with household and community water, sanitation and hygiene (WASH) interventions: A scoping review of current international guidelines. *PLoS ONE,* 15(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226549

D'Mello-Guyett, L., Cumming, O., Rogers, E., D'hondt, R., Mengitsu, E., Mashako, M., Van den Bergh, R., Okitayemba Welo, P., Maes, P. and Checchi, F. (2022). Identifying transferable lessons from cholera epidemic responses by Médecins Sans Frontières in Mozambique, Malawi and the Democratic Republic of Congo, 2015–2018: a scoping review. *Conflict and Health,* 16. http://dx.doi.org/10.1186/s130311-00445-022-

Feinmann, J. (2023). *The BMJ Appeal 202223-: Cholera on the rise and how IFRC is working to fight it*. BMJ. https://doi.org/10.1136/bmj.o3007

Financial Tracking Service (FTS). (2023). Appeal overviews. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Retrieved 2 February 2023 from https://fts.unocha.org/

Global Health Cluster and Global WASH Cluster. (2020). *Improving coordinated and integrated multi-sector cholera preparedness and response within humanitarian crises*. https://healthcluster.who.int/publications/m/item/joint-operational-framework-improving-coordinated-and-integrated-multi-sector-cholera-preparedness-and-response-within-humanitarian-crises

Global Task Force on Cholera Control (GTFCC). (n.d.-a). *Ending cholera. A global roadmap to 2030*. https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/201910//gtfcc-ending-cholera-a-global-roadmap-to-2030.pdf

GTFCC. (n.d.-b). *Interim guiding document to support countries for the development of their national cholera plan*. https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/202011//gtfcc-interim-guiding-document-to-support-countries-for-the-development-of-their-national-cholera-plan.pdf

Grünewald F., Luff R., de Hove E. and Brangeon S. (2019). *The capacity of the wash sector to respond to difficult humanitarian situations: an analysis*. Groupe URD. https://www.urd.org/wp-content/uploads/201911//WASHCapacityStudy_GroupeURD_2019.pdf

Lantagne, D., Yates, T., Ngasala, T., Hutchings, P., Bastable, A., Allen, J., Hestbæk, C. and Ramos, M. (2021). *Gaps in WASH in humanitarian response: 2021 update*. Elrha. https://www.elrha.org/wp-content/uploads/202110//Elrha_Gaps-in-WASH-in-Humanitarian-Response_2021-Update.pdf

Matonga, G. and Eligon, J. (2023, 22 January). *In a nation that nearly wiped out cholera, the disease is surging back*. New York Times. https://www.nytimes.com/202322/01//world/africa/malawi-cholera-outbreak.html?searchResultPosition=1

NASA. (2018, 27 August). *Investment in cholera forecasts helps save lives in Yemen*. https://www.nasa.gov/press-release/nasa-investment-in-cholera-forecasts-helps-save-lives-in-yemen

Taylor, L. (2022, 22 December). *Haiti receives its first batch of cholera vaccines to tackle deadly outbreak*. The Guardian. https://www.theguardian.com/global-development/2022/dec/22/haiti-receives-its-first-batch-of-cholera-vaccines-to-tackle-deadly-outbreak

Regional Committee for Africa. (2018). *Regional framework for the implementation of the global strategy for cholera prevention and control, 2018–2030: Report of the Secretariat*. WHO. Regional Office for Africa, 68. https://apps.who.int/iris/handle/10665275121/

Spiegel, P.B., Sikder, M., Altare, C., Doocy, S., Trowbridge, D., Azman, A. and Lantagne, D. (2022). *Retrospective case studies on case area targeted interventions for cholera epidemics*. Johns Hopkins Center for Humanitarian Health. http://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/RRT_CaseStudy_Report_2021_final.pdf

Victora, C.G., Bryce, J., Fontaine, O. and Monasch, R. (2000). Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bulletin of the World Health Organization 78*, pp. 1246–1255. https://apps.who.int/iris/handle/10665268000/

White, S., Heath, T., Mutula, A.C., Dreibelbis, R. and Palmer, J. (2022). How are hygiene programmes designed in crises? Qualitative interviews with humanitarians in the Democratic Republic of the Congo and Iraq. *Conflict and Health,* 16, 45. https://doi.org/10.1186/s130318-00476-022-

World Health Organization (WHO). (2021). *Cholera cases officially reported to WHO by member states from 2000 to 2021*. https://worldhealthorg.shinyapps.io/page10cholera_data/

WHO. (2022, 19 October). *Shortage of cholera vaccines leads to temporary suspension of two-dose strategy, as cases rise worldwide*. https://www.who.int/news/item/192022--10-shortage-of-cholera-vaccines-leads-to-temporary-suspension-of-two-dose-strategy--as-cases-rise-worldwide

WHO. (2022, 16 December). *Cholera – global situation*. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON426

WHO (2022). *Pandemic instrument should be legally binding, INB meeting concludes*. https://www.who.int/news/item/212022--07-pandemic-instrument-should-be-legally-binding--inb-meeting-concludes

الملحق أ: الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة*

ربا عطاري، مستشار الصحة، مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية (FCDO)

فيليب باربوزا، قائد الفريق، الكوليرا، منظمة الصحة العالمية (WHO)

فرح باشا، المسؤول العالمي للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، المنظمة الدولية للهجرة (IOM)

آندي باستابل، رئيس قسم المياه والصرف الصحي، منظمة أوكسفام

لي بوشر، أستاذ جامعة في إدارة مخاطر الكوارث، مركز المياه والهندسة والتنمية (WEDC)، جامعة لوبورو

نيكولاس بروكس، قائد فريق المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في حالات الطوارئ، منظمة (CARE International)

كيتلين كار، منسق منتدى المنظمات الدولية غير الحكومية الإنسانية في لبنان، منتدى المنظمات الدولية غير الحكومية في لبنان

سيمون كارتر، رئيس، خلية تحليلات التفشي المتكاملة، منظمة اليونيسيف

خوان تشافيس غونزاليس، مستشار برامج تحليل واستراتيجية التمويل الإنساني، مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا)

ستانلي شيتوكوي، الرئيس التنفيذي، منظمة مبادرة التنمية الاجتماعية والاقتصادية المستدامة (OSSEDI) في ملاوي

لورين دميلو جاييت، أستاذ مساعد في الجامعة، كلية لندن للصحة العامة والطب المداري

كريستوف فالينجوت ديلورينتي، مستشار ، المستشار السابق في منظمة اليونيسيف والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC)، مستشار الكوليرا

ماري دينبي، أخصائي الشؤون الإنسانية، مكتب برامج الطوارئ (EMOPS) الأدلة والتعلم، منظمة اليونيسيف

ليندا دول، منسق مجموعة الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية

دانيال إير، نائب رئيس الفريق، الفريق الإنساني، سوريا، مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية

ميشيل فارينجتون، قائد تعزيز الصحة العامة والمشاركة المجتمعية، منظمة أوكسفام

عمار فوزي، مدير المياه والصرف الصحي والنظافة العالمية، المجلس النرويجي للاجئين (NRC)

حناليا فرحان، مدير حالات الطوارئ، منظمة (ACTED)

دوريسموند جوزيف فيلس، منسق العمل الرعوي للتنمية البشرية (Action Pastorale pour le Développement Humain)

دانييلا غاروني، المنسق الطبي الدولي، منظمة أطباء بلا حدود الدولية

فرانسوا جرونوالد، المدير التنفيذي، جمعية إعادة التأهيل والتنمية في حالات الطوارئ (Groupe URD)

جوستين هاج، منسق فرقة العمل العالمية للمعنية بمكافحة الكوليرا (GTFCC)/المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، منظمة الصحة العالمية وفرقة العمل العالمية المعنية بمكافحة الكوليرا

لطيف هامي، مدير المشروع، مؤسسة الرعاية التنموية في اليمن

بول هاندلي، رئيس المكتب الإقليمي للشؤون الإنسانية (OCHA)

توم هاندزل، المنسق العالمي للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، مركز الصحة العالمية (CGH)، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC)

لويز إيفرس، أستاذ جامعة في الصحة العالمية والطب الاجتماعي، جامعة هارفارد، مدير مركز الصحة العالمية في مستشفى ماساتشوستس العام، هارفارد

يوسف جوجيزاي، المدير القطري، منظمة (Concern Worldwide)

راؤول كامادجو، طبيب أخصائي في الصحة، الصحة العامة في حالات الطوارئ، منظمة اليونيسيف

ليليان كيابي، مدير الدعم القطري، الوحدة الصحية، لجنة الإنقاذ الدولية (IRC)

جيني لامب، أخصائي في المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المجال الإنساني وعالم في الأنثروبولوجيا الاجتماعية، كلية لندن للصحة والطب المداري

بيبي لاموند، المستشار الفني للوقاية من العدوى ومكافحتها، منظمة الإنقاذ الدولية

* لا يشمل المشاورات غير الرسمية.

دانييل لانتاني، أستاذ جامعة، جامعة تافتس

سايمون لوسون، مستشار مستقل

فريدي ليسنر، مستشار في المياه والصرف الصحي، قسم الصحة العامة، منظمة أطباء بلا حدود (أمستردام)

ألكسندرا ماتشادو، المسؤول الأول للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والصحة العامة، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

فيرغوس ماكبين، مستشار الشؤون الإنسانية، إثيوبيا، مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية

ليوناردو ميلانو، قائد فريق التحليلات التنبؤية، مركز البيانات الإنسانية، مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية

إيفا نيديربيرغر، باحث أول مشارك، منظمة أنثرولوجيكا والخدمة الجماعية في التواصل المتعلق بالمخاطر والمشاركة المجتمعية

شيموهموي نكوسي، المنسق الوطني، لجنة التنمية الكاثوليكية في ملاوي (CADECOM)

بيير إيف أوجيه، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، منظمة اليونيسيف

ليز بيترز، مستشار الشؤون الإنسانية، مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية

مونيكا راموس، منسق مجموعة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، منظمة اليونيسيف

سيسيل رينودين، رئيس مجموعة العمل في المياه والصرف الصحي، مكتب أطباء بلا حدود الدولي، منظمة أطباء بلا حدود

سيفيرين ري، رئيس مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، لبنان

ليس روبرتس، مستشار مستقل

كريسبن روكاشا، رئيس مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، سوريا

توم راسل، مستشار الشؤون الإنسانية، مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية، لبنان

عبده سيبوشيشي، المستشار الأول، الصحة العالمية والوحدة الفنية، الهيئة الطبية الدولية (IMC)

شارميلا شيتي، مستشار طبي للقاحات، حملة الوصول التابعة لمنظمة أطباء بلا حدود، منظمة أطباء بلا حدود

بول ب. شبيجل، دكتوراه في الطب، مدير مركز الصحة الإنسانية، كلية بلومبيرج للصحة العامة، جامعة جونز هوبكنز

دون تايلور، مستشار المياه والصرف الصحي، منظمة أطباء بلا حدود (أمستردام)

أنطونيو توريس، المنسق العالمي للمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنظمة الدولية للهجرة، المنظمة الدولية للهجرة

رونالد والدمان، دكتوراه في الطب، أستاذ جامعة فخري، معهد ميلكن للصحة العامة، جامعة جورج واشنطن

سونيا واليا، المستشار الأول للصحة، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية/مكتب المساعدة الإنسانية (BHA)

هالي ويست، المسؤول الأول لبرامج الصحة وحالات الطوارئ، المنظمة الدولية للهجرة

لورنس ويست، مستشار الشؤون الإنسانية، مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية

توم وايت، مستشار الشؤون الإنسانية، مكتب الخارجية والكومنولث والتنمية

كايت وايت، مدير برنامج مكتب الطوارئ، مركز العمليات التابع لمنظمة أطباء بلا حدود في جنيف، منظمة أطباء بلا حدود

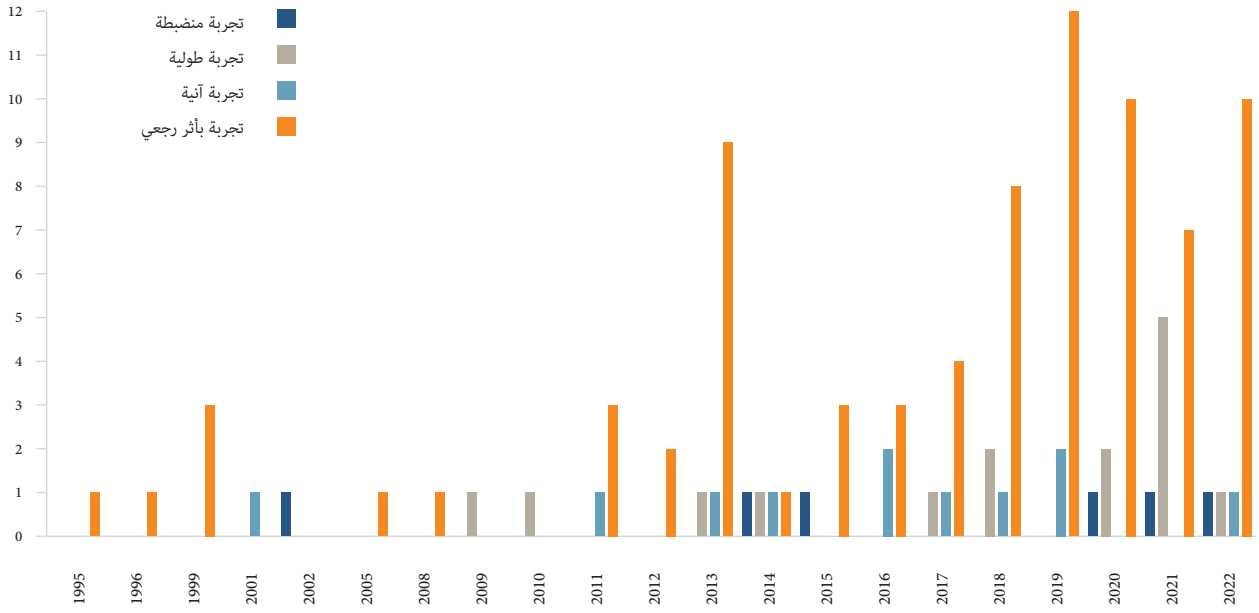
دانيال إدوارد ويليام والي هام، مسؤول الشؤون الإنسانية، الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ (CERF)، مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية

حسام يونس، منسق مشروع المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، جمعية التنمية للناس والطبيعة (DPNA)

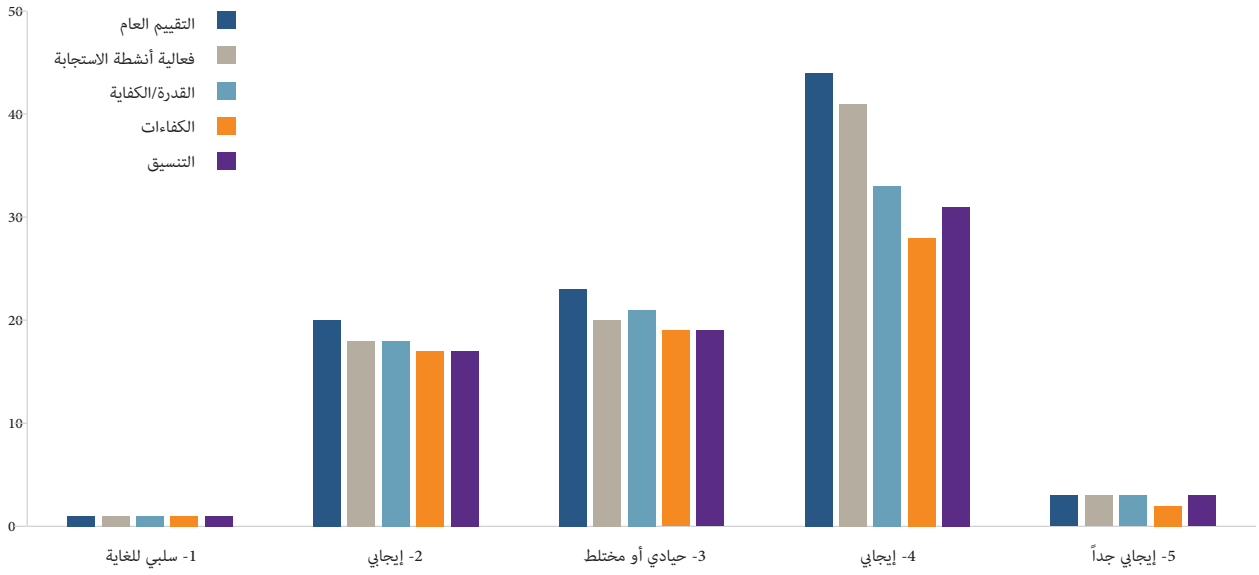
الملحق ب: استعراض تلوي

ب. 1: أشكال ملخص الاستعراض التلوي

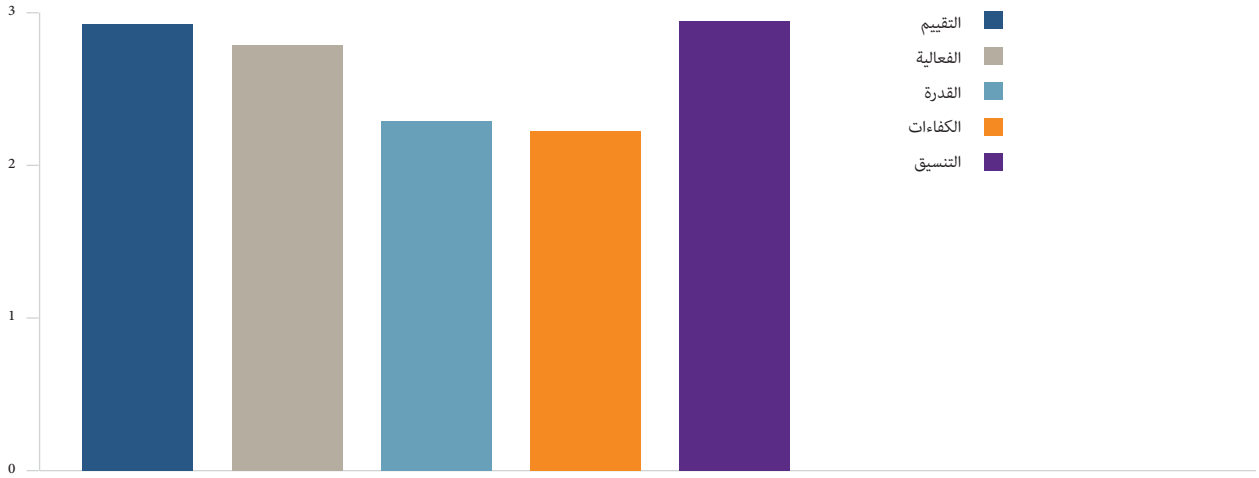
الشكل ب.1.1: تفصيل نوع الدراسة



الشكل ب.1.2: إجمالي الدرجات بحسب الفئات



الشكل ب.1.3: متوسط الدرجات بحسب الفئات



ب.2 قائمة الملف

Abu S. G. Faruque, et al. "Diarrhea treatment center (DTC) based diarrheal disease surveillance in settlements in the wake of the mass influx of forcibly displaced Myanmar national (FDMN) in Cox's Bazar, Bangladesh, 2018". 2021.

Abubakar, Abdinasir, et al. "The First Use of the Global Oral Cholera Vaccine Emergency Stockpile: Lessons from South Sudan." 2015.

Aibana, O., et al. "Vaccination contributes to improved knowledge regarding cholera and improved practice relevant to water-borne disease in rural Haiti". 2013.

Altmann, Mathias et al. "First Wave of the 201617- Cholera Outbreak in Hodeidah City, Yemen – ACF Experience and Lessons Learned". 2017.

Amani, A., et al. "A reactive vaccination campaign with single dose oral cholera vaccine (OCV) during a cholera outbreak in Cameroon". 2021.

Azman, Andrew S. et al. "Effectiveness of one dose of oral cholera vaccine in response to an outbreak: a case-cohort study". 2016.

Baltazar, C.S., et al. "Conditions to eliminate cholera in Mozambique-the pathway for the development of the national cholera plan". 2022.

Bartels, Susan A. et al. "Cholera in the Time of MINUSTAH: Experiences of Community Members Affected by Cholera in Haiti". 2022.

Bellizzi, Saverio. "Coordination during Cholera Outbreak Response: Critical Insights from Yemen". 2021.

Benito Sánchez, Alicia et al. "Assessment of the humanitarian response to cholera in wash interventions". 2021.

Bompangue, Didier et al. "Description of the targeted water supply and hygiene response strategy implemented during the cholera outbreak of 20172018- in Kinshasa, DRC". 2020.

Buliva, Evans et al. "Emerging and Reemerging Diseases in the World Health Organization (WHO) Eastern Mediterranean Region-Progress, Challenges, and WHO Initiatives". 2017.

Burnett, Eleanor M. et al. "Oral cholera vaccination coverage after the first global stockpile deployment in Haiti, 2014". 2019.

Bwire, Godfrey et al. "Cholera risk in cities in Uganda: understanding cases and contacts centered strategy (3CS) for rapid cholera outbreak control". 2021.

Cambaza, Edgar et al. "Outbreak of Cholera Due to Cyclone Kenneth in Northern Mozambique, 2019". 2019.

Cavallaro, Elizabeth C. et al. "Evaluation of pot-chlorination of wells during a cholera outbreak, Bissau, Guinea-Bissau, 2008". 2011.

Chaignat, Claire-Lise et al. "Cholera in disasters: do vaccines prompt new hopes?". 2008.

Chen, Wilbur H. et al. "Mitigating Cholera in the Aftermath of Cyclone Idai". 2019.

Chi Ngwa, Moise et al. "The multi-sectorial emergency response to a cholera outbreak in Internally Displaced Persons camps in Borno State, Nigeria, 2017". 2020.

Chirisa, Innocent et al. "The 20082009/ cholera outbreak in Harare, Zimbabwe: case of failure in urban environmental health and planning". 2015.

Ciglenecki, Iza et al. "Feasibility of mass vaccination campaign with oral cholera vaccines in response to an outbreak in Guinea". 2013.

Contzen, N. & Mosler, H.-J. "Impact of different promotional channels on handwashing behaviour in an emergency context: Haiti post-earthquake public health promotions and cholera response". 2013.

Cullen, Kimberly A. & Ivers, Louise C. “Human rights assessment in Parc Jean Marie Vincent, Port-au-Prince, Haiti”. 2010.

Czerniewska, Alexandra & White, Sian. “Hygiene programming during outbreaks: a qualitative case study of the humanitarian response during the Ebola outbreak in Liberia”. 2020.

D’Mello-Guyett, Lauren et al. “Distribution of hygiene kits during a cholera outbreak in Kasaï-Oriental, Democratic Republic of Congo: a process evaluation”. 2020.

D’Mello-Guyett, Lauren et al. “Effectiveness of hygiene kit distribution to reduce cholera transmission in Kasaï-Oriental, Democratic Republic of Congo, 2018: a prospective cohort study”. 2021.

D’Mello-Guyett, Lauren et al. “Identifying transferable lessons from cholera epidemic responses by Médecins Sans Frontières in Mozambique, Malawi and the Democratic Republic of Congo, 20152018-: a scoping review”. 2022.

D’Mello-Guyett, Lauren et al. “Prevention and control of cholera with household and community water, sanitation and hygiene (WASH) interventions: A scoping review of current international guidelines”. 2020.

Denue, Ballah Akawu et al. “Low case fatality during 2017 cholera outbreak in Borno State, North Eastern Nigeria”. 2018.

Desai, Sachin N. et al. “Achievements and challenges for the use of killed oral cholera vaccines in the global stockpile era”. 2017.

Dhillon, Paul & Annunziata, Giuseppe. “The Haitian Health Cluster Experience: A comparative evaluation of the professional communication response to the 2010 earthquake and the subsequent cholera outbreak”. 2012.

Dorlencourt, F., et al. “Effectiveness of mass vaccination with WC/rBS cholera vaccine during an epidemic in Adjumani district, Uganda”. 1999.

Dulacha, Diba et al. “Use of mobile medical teams to fill critical gaps in health service delivery in complex humanitarian settings, 20172020-: a case study of South Sudan”. 2022.

Dunston, C. et al. “Collaboration, cholera, and cyclones: A project to improve point-of-use water quality in Madagascar”. 2001.

Dureab, Fekri et al. “Cholera Outbreak in Yemen: Timeliness of Reporting and Response in the National Electronic Disease Early Warning System”. 2019.

Endris, Abduilhafiz A. et al. “Epidemiology of Cholera Outbreak and Summary of the Preparedness and Response Activities in Addis Ababa, Ethiopia, 2016”. 2022.

Ernst, S. et al. “Cholera management and prevention at Hôpital Albert Schweitzer, Haiti”. 2011.

Federspiel, Frederik & Ali, Mohammad. “The cholera outbreak in Yemen: lessons learned and way forward”. 2018.

Ferreras, Eva et al. “Delayed second dose of oral cholera vaccine administered before high-risk period for cholera transmission: Cholera control strategy in Lusaka, 2016”. 2019.

Fitter, David L. et al. “Applying a New Framework for Public Health Systems Recovery following Emergencies and Disasters: The Example of Haiti following a Major Earthquake and Cholera Outbreak”. 2017.

GallandatI, Karin et al. “Household spraying in cholera outbreaks: Insights from three exploratory, mixed methods field effectiveness evaluations”. 2020.

Gartley, M. et al. “Uptake of household disinfection kits as an additional measure in response to a cholera outbreak in urban areas of Haiti”. 2013.

Golicha, Qabale et al. “Cholera Outbreak in Dadaab Refugee Camp, Kenya – November 2015-June 2016”. 2018.

Graveleau, Julien et al. “Influence of Community-Led Total Sanitation and Water Coverages in the Control of Cholera in Madarounfa, Niger (2018)”. 2021.

Guillaume, Y. et al. “Responding to cholera in Haiti: Implications for the national plan to eliminate cholera by 2022”. 2018.

Heylen, C. et al. “Household disinfection interventions to prevent cholera transmission: Facilitators, barriers, training, and evidence needs”. 2021.

Hsiao, Amber et al. “Lessons learnt from 12 oral cholera vaccine campaigns in resource-poor settings”. 2017.

Islam, Md Taufiqul et al. “Acute Watery Diarrhea Surveillance During the Rohingya Crisis 20172019- in Cox’s Bazar, Bangladesh”. 2021.

Ivers, Louise C. et al. “Five complementary interventions to slow cholera: Haiti”. 2010.

Jeffries, Rosanna et al. “The health response to the Rohingya refugee crisis post August 2017: Reflections from two years of health sector coordination in Cox’s Bazar, Bangladesh”. 2021.

Khan, Ashraful Islam et al. “Post-vaccination campaign coverage evaluation of oral cholera vaccine, oral polio vaccine and measles-rubella vaccine among Forcibly Displaced Myanmar Nationals in Bangladesh”. 2019.

Khonje, Amin et al. “Cholera outbreak in districts around Lake Chilwa, Malawi: lessons learned”. 2012.

Kubo, Tatsuhiko et al. “First Activation of the WHO Emergency Medical Team Minimum Data Set in the 2019 Response to Tropical Cyclone Idai in Mozambique”. 2022.

Lam, Eugene et al. “Oral Cholera Vaccine Coverage during an Outbreak and Humanitarian Crisis, Iraq, 2015”. 2017.

Legros, D. et al. “Mass vaccination with a two-dose oral cholera vaccine in a refugee camp”. 1999.

Lequechane, J.D. et al. “Mozambique’s response to cyclone Idai: How collaboration and surveillance with water, sanitation and hygiene (WASH) interventions were used to control a cholera epidemic”. 2020.

Lubogo, Mutaawe et al. “Evaluation of the electronic Early Warning and Response Network (EWARN) system in Somalia, 20172022 .“2020-.

Lubogo, Mutaawe et al. “Oral cholera vaccination coverage in an acute emergency setting in Somalia, 2017”. 2020.

Lucas, M.E.S. et al. “Effectiveness of mass oral cholera vaccination in Beira, Mozambique”. 2005.

Lucien, M.A.B. et al. “Cholera outbreak in Haiti: Epidemiology, control, and prevention”. 2018.

Luquero, Francisco J. et al. “First outbreak response using an oral cholera vaccine in Africa: vaccine coverage, acceptability and surveillance of adverse events, Guinea, 2012”. 2013.

M’bangombe, Maurice et al. “Oral cholera vaccine in cholera prevention and control, Malawi”. 2018.

Mahamud, Abdirahman Sheikh et al. “Epidemic cholera in Kakuma Refugee Camp, Kenya, 2009: the importance of sanitation and soap”. 2012.

Makelele, J P K. et al. “Outcomes of cholera and measles outbreak alerts in the Democratic Republic of Congo”. 2020.

Martinez-Pino, Isabel et al. “Use of a cholera rapid diagnostic test during a mass vaccination campaign in response to an epidemic in Guinea, 2012”. 2013.

Massing, Louis Albert et al. “Highly targeted cholera vaccination campaigns in urban setting are feasible: The experience in Kalemie, Democratic Republic of Congo”. 2018.

Mireku-Gyimah, N. et al. “Cyclical cholera outbreaks in Ghana: Filth, not myth”. 2018.

Mobula, Linda Meta et al. “Community health facility preparedness for a cholera surge in Haiti”. 2013.

Mohamed, Nouh S. et al. “The use of cholera oral vaccine for containment of the 2019 disease outbreak in Sudan”. 2022.

Musoke, Robert et al. “A Public Health Response to a Mudslide in Freetown, Sierra Leone, 2017: Lessons Learnt”. 2020.

New momentum in prevention, control and elimination of cholera in Africa: priority actions identified by affected countries. 2020.

Patrick, Molly et al. “Access to safe water in rural Artibonite, Haiti 16 months after the onset of the cholera epidemic”. 2013.

Paugam, H. “Cholera++ epidemic in Kenya”. 1999.

Peprah, Dorothy et al. “Perceptions of oral cholera vaccine and reasons for full, partial and non-acceptance during a humanitarian crisis in South Sudan”. 2016.

Peter, D.; Stücke, N. & Mattner, F. “Infection prevention and control (IPC) in natural disasters and outbreaks – Experiences from humanitarian response to tropical cyclone (TC) Idai in Mozambique, followed by an outbreak of cholera”. 2019.

Phares, C.R.; et al. “Mass vaccination with a two-dose oral cholera vaccine in a long-standing refugee camp, Thailand”. 2016.

Piarroux, R. “Management of a cholera epidemic by a humanitarian organization”. 2002.

Piarroux, R. et al. “From research to field action: example of the fight against cholera in the Democratic Republic of Congo”. 2009.

Piarroux, R.; Moore, S. & Rebaudet, S. “Cholera in Haiti”. 2022.

Polonsky, Jonathan et al. “Public health surveillance after the 2010 haiti earthquake: the experience of Médecins sans Frontières”. 2013.

Poncin, Marc et al. “Implementation research: reactive mass vaccination with single-dose oral cholera vaccine, Zambia”. 2018.

Porta, M. Ilaria et al. “Feasibility of a preventive mass vaccination campaign with two doses of oral cholera vaccine during a humanitarian emergency in South Sudan”. 2014.

Rajasingham, A. et al. “Cholera prevention training materials for community health workers, Haiti, 20102011 .“2011-.

Rajasingham, Anu et al. “Evaluation of an Emergency Bulk Chlorination Project Targeting Drinking Water Vendors in Cholera-Affected Wards of Dar es Salaam and Morogoro, Tanzania”. 2019.

Ratnayake, Ruwan et al. “Highly targeted spatiotemporal interventions against interventions against cholera epidemics, 200019-: a scoping review”. 2021.

Retrospective Case Studies on Case Area Targeted Interventions for Cholera Epidemics. 2021.

Rebaudet, Stanislas et al. “The case-area targeted rapid response strategy to control cholera in Haiti: a four-year implementation study”. 2019.

Ricau, Marine et al. “Evaluation of monitoring tools for WASH response in a cholera outbreak in northeast Nigeria”. 2021.

Richardson, Sol et al. “Delivering at the country level: the International Coordinating Group on Vaccine Provision and its impact in 2016 and 2017”. 2018.

Rose-Wood, Alyson et al. “Development and use of a master health facility list: Haiti’s experience during the 2010 earthquake response”. 2014.

Rosewell, A. et al. “Human resources for health: lessons from the cholera outbreak in Papua New Guinea”. 2013.

Roskosky, Mellisa et al. “Feasibility of a Comprehensive Targeted Cholera Intervention in The Kathmandu Valley, Nepal”. 2019.

Rumunu, J. et al. “Evaluation of integrated disease surveillance and response (IDSR) and early warning and response network (EWARN) in South Sudan 2021”. 2022.

Sacchetto, Daniela et al. “Italian Field Hospital Experience in Mozambique: Report of Ordinary Activities in an Extraordinary Context”. 2022.

Santa-Olalla, Patricia et al. “Implementation of an alert and response system in Haiti during the early stage of the response to the cholera epidemic”. 2013.

Schuller, Mark et al. “Kabrit ki gen twòp mèt: understanding gaps in WASH services in Haiti’s IDP camps”. 2014.

Seo, H. “Reactive vaccination in nsanje, Malawi using an oral cholera vaccine”. 2018.

Shannon, Kerry et al. “Cholera prevention and control in refugee settings: Successes and continued challenges”. 2019.

Sharp, Ashley et al. “High cholera vaccination coverage following emergency campaign in Haiti: Results from a cluster survey in three rural Communes in the South Department, 2017”. 2020.

Siddique, A. K. et al. “Why treatment centres failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire”. 1995.

Sikder, Mustafa et al. “Case-area targeted preventive interventions to interrupt cholera transmission: Current implementation practices and lessons learned”. 2021.

Sinyange, Nyambe et al. “Cholera Epidemic – Lusaka, Zambia, October 2017-May 2018”. 2018.

Sozzi, Emanuele et al. “Minimizing the Risk of Disease Transmission in Emergency Settings: Novel In Situ Physico-Chemical Disinfection of Pathogen-Laden Hospital Wastewaters”. 2015.

Sparrow, Annie et al. “Cholera in the time of war: implications of weak surveillance in Syria for the WHO’s preparedness-a comparison of two monitoring systems”. 2016.

Spiegel, P. (2019). “Responding to epidemics in large-scale humanitarian crises: a case study of the cholera response in Yemen, 20162019 .“2018-.

Tappero, Jordan W. & Tauxe, Robert V. “Lessons learned during public health response to cholera epidemic in Haiti and the Dominican Republic”. 2011.

Teshome, Samuel et al. “Feasibility and costs of a targeted cholera vaccination campaign in Ethiopia”. 2018.

Tohme, R.A. et al. “Oral cholera vaccine coverage, barriers to vaccination, and adverse events following vaccination, Haiti, 2013”. 2015.

Tull, Kerina. “Humanitarian Interventions in Ethiopia Responding to Acute Watery Diarrhoea”. 2018.

Van Boetzelaer, Elburg et al. “Evaluation of community based surveillance in the Rohingya refugee camps in Cox’s Bazar, Bangladesh, 2019”. 2020.

Wang, Alice et al. “Notes from the Field: Chlorination Strategies for Drinking Water During a Cholera Epidemic – Tanzania, 2016”. 2016.

Warsame, Abdihamid et al. “The practice of evaluating epidemic response in humanitarian and low-income”. 2020.

White, S., Heath, T., Mutula, A.C., Dreibelbis, R. and Palmer, J. (2022). How are hygiene programmes designed in crises? Qualitative interviews with humanitarians in the Democratic Republic of the Congo and Iraq. Conflict and Health, 16, 45. https://doi.org/10.1186/s130318-00476-022-

White, Sian et al. “How does handwashing behaviour change in response to a cholera outbreak? A qualitative case study in the Democratic Republic of the Congo”. 2022.

هل فاتتك أي معلومات؟
استعراض للقدرات الإنسانية في مجال مكافحة الكوليرا

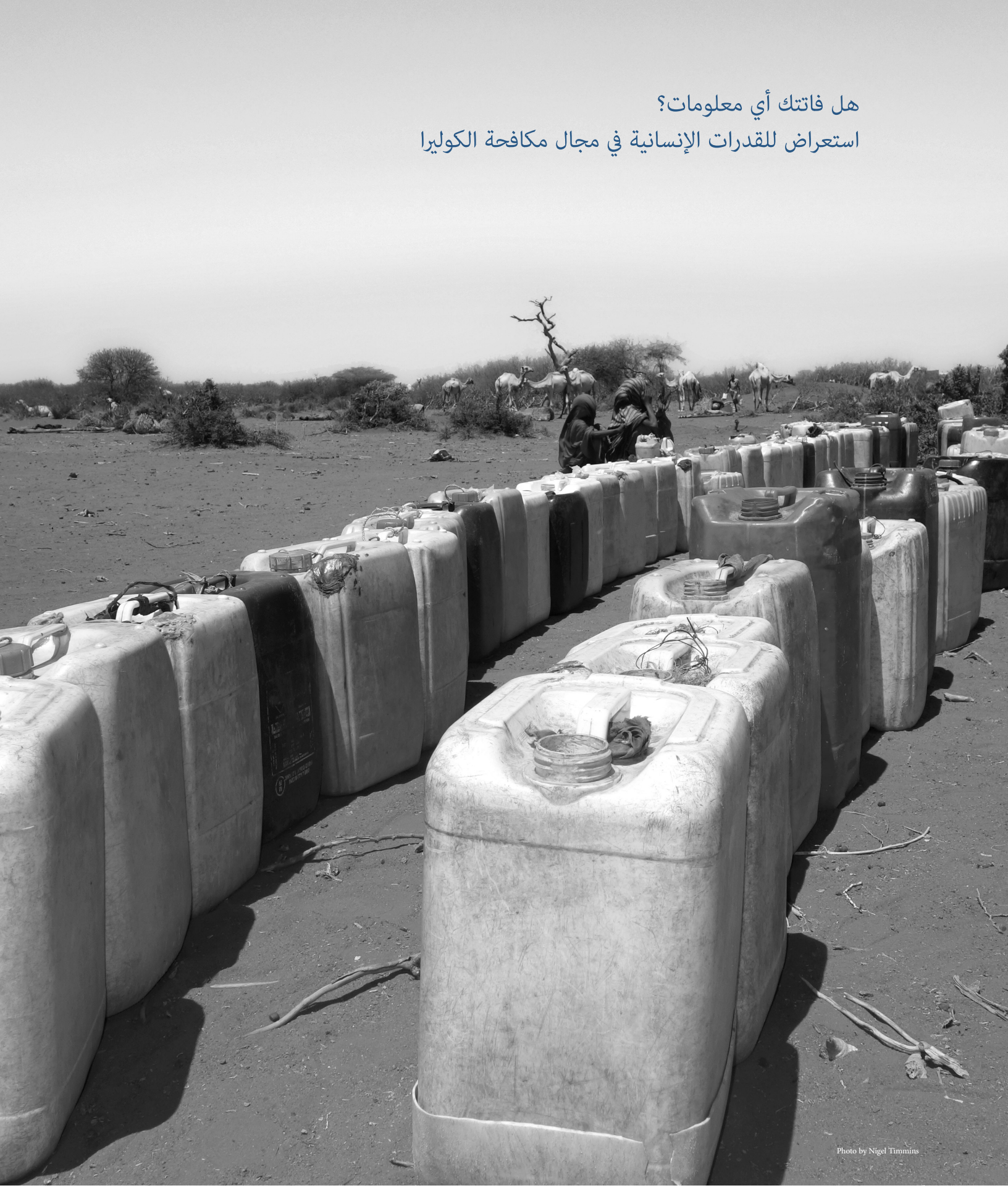


Photo by Nigel Timmins

United Kingdom
Humanitarian
Innovation Hub

UKaid
from the British people

Humanitarian Outcomes