

اعتبارات أساسية:

أدلة ناشئة بشأن الحماية الوقائية للفئات المستضعفة أثناء جائحة كورونا

الحماية الوقائية مصطلح يُستخدم لوصف حماية الأفراد المعرضين لمخاطر عالية للإصابة بمرض فيروس كورونا الوخيم عن طريق فصلهم عن عامة السكان. وقد ورد تحليل أولي للاعتبارات الرئيسية المتعلقة بالحماية الوقائية في منشور منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني عن الحماية الوقائية¹ وينبغي قراءة هذا التحليل الجديد بالاقتران مع ذلك الموجز، الذي يحدد المصطلحات ويوجز المبادئ العامة اللازمة لاستيعاب المفهوم، بما في ذلك: ما المقصود بالحماية الوقائية، ولماذا نحمي، ومن ينبغي لنا حمايته، وكيف يمكن للأفراد المعرضين لمخاطر عالية حماية أنفسهم، والتدابير الرئيسية للوقاية من العدوى ومكافحتها، وعملية التنفيذ، والتحديات المتأصلة في توفير الحماية، وكيف يمكن التخفيف من حدتها. ولن يعاد ذكر هذه المبادئ هنا. فبدلاً من ذلك، يركز هذا الموجز على الأدلة الناشئة ذات الصلة بالحماية، بما في ذلك البحوث المتعلقة بالمقبولية الاجتماعية للحماية وتنفيذها. وهذه الأدلة مستمدة في المقام الأول من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

مع توفر المزيد من الأدلة، سنصدر تحديثات أخرى. اتصل بمنصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني لطرح الملاحظات والأدلة الجديدة والمشاركة. قام على إعداد هذا الموجز لصالح منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني كل من معهد دراسات التنمية (بقيادة ميجان شميت-ساني) بالاشتراك مع منظمة أنثروولوجيا البحثية (ليزلي جونز وأوليفيا تولوك). والجهة المسؤولة عن هذا الموجز هي منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني.

اعتبارات موجزة لاعتماد الحماية الوقائية

عند النظر في إجراء الحماية الوقائية، من المهم التخطيط للتأثيرات الاجتماعية الاقتصادية على المحميين، بما في ذلك الرفاه النفسي الاجتماعي، وإنتاج الدخل، والقدرة على الحصول على الغذاء والخدمات الصحية. وهذه مقابضات يتعين على المجتمعات والأفراد موازنتها في مقابل التأثيرات الإيجابية المترتبة على إجراء الحماية الوقائية في السياق الأوسع لتدابير الاحتواء المرتبطة بجائحة كورونا.

■ **يجب تكييف الحماية الوقائية** استنادًا إلى قدرات الجهات التي تتبع الدولة، وتلك التي لا تتبعها، على توفير الدعم الاجتماعي والاقتصادي للأفراد المحميين وأسرهم، ولا بد من تصميمها بالتعاون مع المجتمعات المستهدفة. وتتمثل المخاوف الرئيسية المتعلقة بالحماية الوقائية في **فقدان سبل كسب الرزق** للمحميين، وربما الرعاية غير المدفوعة التي كانوا يحصلون عليها من أفراد الأسرة، والأثر الاقتصادي العام على الأسرة المعيشية. **ومن الضروري تقديم الدعم الاجتماعي، والطبي، والعملية** لإنجاح الحماية الوقائية، ولكنه قد لا يكون واقعيًا في العديد من البيئات التي من المرجح أن يلعب فيها أفراد المجتمع أو العاملون في المجال الإنساني دورًا كبيرًا. ومن المهم أيضًا إدراك أن التأثير الاقتصادي الناجم عن الحماية الوقائية سيكون أقل كثيرًا من التأثير المترتب على فرض قيود صارمة على مستوى السكان بالكامل.⁴⁶

■ **ينبغي توضيح المصطلحات والمعنى.** فثمة خلط بشأن الاختلاف بين الحماية الوقائية، والحجر الصحي، والعزل. و يجب أن يتم التمييز بين هذه بشكل واضح من قبل المناصرين لإجراءات الحماية الوقائية.

■ **من المستبعد أن تضمن سياسات الحماية الوقائية الإلزامية الامتثال.** فالأفراد أكثر ميلًا إلى الامتثال للسياسات التي تتيح لهم أخذ قراراتهم بأنفسهم فيما يتعلق بإجراء الحماية الوقائية بناءً على تقييمهم الخاص للمخاطر والأوضاع الشخصية. **ويجب أن يكون قرار الحماية الوقائية من عدمه نابغًا بالكامل من الأسرة وأفرادها الأكثر عرضة للمخاطر.** وينبغي توفير المعلومات والدعم، ولكن هذا القرار يجب أن يتخذ دون إكراه من القادة المحليين، أو السلطات المحلية، أو المنظمات الإنسانية.

■ **تتطلب الحماية الوقائية إدارة متعددة القطاعات** ومشاركة من الحكومة والجهات الداعمة في المجتمع المدني والمجتمعات المحلية. فربما كان الاتصال بين الأنظمة الحكومية والإنسانية قائمًا على نحو غير كافٍ، ولكن توفير الحماية الوقائية يتطلب التنسيق بين مجموعة متنوعة من القطاعات (مثل قطاعات الصحة، والمياه، والصرف الصحي، والنظافة الصحية، والقطاعات الاجتماعية، والاقتصادية). ويمكن أن يكون فريق العمل المعني بجائحة كورونا الذي يضم هذه الأطراف والقطاعات المختلفة، منبرًا مشجعًا لإدارة الحماية الوقائية، وتنسيقها، وتنفيذها، فيما بين القطاعات المختلفة.

■ **ينبغي للمنظمات الإنسانية التي تيسر الحماية الوقائية أن تفعل ذلك كجزء من استجابة أوسع لتعزيز الصحة، والمياه، والصرف الصحي، والنظافة الصحية (على سبيل المثال، توفير إمدادات المياه، والصابون، والتوعية بفيروس كورونا، والروابط مع المساعدات).** وتشكل هذه الأنشطة الأخرى نقاط دخول مهمة من شأنها أن تعزز مشاركة المجتمع المحلي وبناء الثقة في المنظمات الإنسانية. وفي حال تعذرت الحماية الوقائية، أو كانت تسهم في زيادة مستوى المخاطر، فينبغي أن تركز المؤسسات على تدابير استجابة لا تنطوي على الحماية الوقائية.

■ **يجب دمج التحليل المستمر للمخاطر في أي تدخل ينطوي على الحماية الوقائية.** على سبيل المثال، إذا كان الفرد المعرض لمخاطر عالية سيفقد القدرة على الحصول على العلاج الصحي الحرج بسبب إجراءات الحماية الوقائية، فعندئذٍ تصبح مخاطره أعلى من نفعه. وينبغي أن يستند القرار بشأن تطبيق الحماية الوقائية أو التركيز على تدابير وقائية أخرى إلى الاحتياجات والظروف الفريدة الخاصة بكل أسرة وأفرادها.

■ **ازداد خطر العنف المنزلي وإساءة معاملة النساء، والفتيات، وكبار السن بين صفوف بعض السكان خلال فترة الإغلاق المرتبطة بجائحة كورونا.** وينبغي تزويد الأفراد المحميين وقائياً بالمعلومات عن السبل الملائمة محلياً للإبلاغ عن تلك الحالات، وتلقي الدعم الطارئ في أعقاب وقوع حادث.

الحماية الوقائية هي ممارسة تنطوي على الحد من الاتصال بين الأفراد المعرضين لخطر الإصابة بأمراض خطيرة والأشخاص الأقل خطورة القادرين على نقل الفيروس. ومع بدء البلدان في تخفيف سياسات الإغلاق، تم اقتراح الحماية الوقائية للفئات الضعيفة لحماية الفئات الأكثر عُرضة لمخاطر النتائج الوخيمة لجائحة كورونا، مع السماح لبقية المجتمع والاقتصاد بإعادة فتح أبوابه.² يمكن استخدام مصطلحات أخرى بدلاً من الحماية الوقائية في سياقات مختلفة، وربما اتخذت ممارسات الحماية الوقائية صورًا مختلفة، مثل التقسيم الطبقي والدرع، والعزل، والحجز الوقائي، والحجر الصحي للأشخاص المعرضين لمخاطر عالية، أو الحجر الصحي العكسي. كما يمكن إجراء الحماية الوقائية دون تحديدها بشكل منفصل، كأن تكون جزءًا من مجموعة أوسع من التدابير الرامية لحماية المستضعفين.

ويمكن أن تتم الحماية الوقائية على أي مستوى تقريبًا داخل المجتمع، ولكن هذا الموجز يركز بشكل أساسي على نهج الحماية الوقائية المنزلية بحيث يعيش الأفراد المعرضون لمخاطر عالية (وحاملو الفيروس المحتملون) بشكل منفصل عن أفراد الأسرة الآخرين في "منطقة خضراء" أو غرفة داخل المنزل، مع تطبيق تدابير محددة للوقاية من العدوى ومكافحتها، للحد من خطر إصابتهم بالمرض، كما هو موضح في الإرشادات التي وضعتها كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري^{3,4}. ويتم توفير الغذاء، والرعاية الطبية، وخدمات المياه والصرف الصحي، وغيرها من الخدمات ذات الصلة (تبعًا للاحتياجات المحلية) للأفراد المحميين أثناء فترة الحماية الوقائية، من خلال آليات الحكم المجتمعية.⁴

الأدلة الناشئة من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط

على الرغم من أن معظم إجراءات الحماية الوقائية حدثت - وقت كتابة هذا التقرير - في البلدان ذات الدخل المرتفع،⁵⁻⁷ فقد بدأت تظهر أدلة مبكرة من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وفيما يلي عرض لحالات، تستند إلى دراسات المقبولية التي أجريت في كل من السودان، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وشمال غرب سوريا، فضلاً عن أدلة التنفيذ من أجزاء من الهند، واليمن، وإثيوبيا. وهناك عقبات عملية كبيرة تحول دون توفير الحماية الوقائية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، حيث قد يكون الدعم المادي والاجتماعي مفقودًا، أو حيث تكون الأسر المعيشية كبيرة ولكن المساحة السكنية محدودة. ونحن نستعرض الأدلة الناشئة حديثًا لفهم تجارب المنخرطين في إجراءات الحماية الوقائية، والآثار المترتبة على هذه التجارب في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، بشكل أعم.

مواقف المجتمع والتصورات بشأن الحماية الوقائية: السودان

قام السودان مؤخرًا بتخفيف قيود جائحة كورونا الصارمة في محاولة لتخفيف تأثيره على الأزمة الاقتصادية الحالية في البلاد.⁸ وقبل إجراء هذا التغيير، أجريت دراسة بحثية نوعية لاستكشاف مدى مقبولية الحماية الوقائية وجدواها. وتعرض هنا النتائج الأولية.⁹ وكان المشاركون مؤهلين للدراسة إذا كان هناك فرد واحد على الأقل في الأسرة معرض بدرجة عالية لمخاطر لنتائج جائحة كورونا الوخيمة. وقد وجد الباحثون أن التصورات بشأن المخاطر والتصديق بمرض فيروس كورونا كانت متفاوتة المجموعة، حيث كان أغلبهم يعتقدون أنه موجود وأنه يشكل تهديدًا. ورأى آخرون أن مرض فيروس كورونا غير موجود أو أنه لا ينظرون إليه على أنه خطر مباشر على صحتهم. وعلى الرغم من وجود مفاهيم خاطئة حول ما يترتب على الحماية الوقائية، فقد اعتُبرت هذه الممارسة مقبولة إلى حد كبير، نظرًا لتوافقها مع التزام ثقافي بحماية كبار السن والمستضعفين.⁹ فالحماية الوقائية على مستوى المنزل، بحيث يحجب الأفراد المعرضون لمخاطر عالية في غرفة مخصصة، في حين ينتقل أفراد الأسرة الآخرون بحرية، على سبيل المثال، يعتبر أمرًا مقبولاً وقابلًا للتنفيذ إلى حد كبير، في حين أن نقل الأفراد المعرضين للخطر إلى منازل أخرى أو مرافق مجتمعية لا يحظى بقبول واسع النطاق. وكبديل عن ذلك، كان من المقبول أيضًا تفويض شخص واحد بمغادرة المنزل وأن يكون مسؤولاً عن جميع الأنشطة خارجه. وسيعيش ذلك الشخص المعين بشكل منفصل في المنزل، مما يسمح للأشخاص الآخرين المعرضين للخطر وأفراد أسرهم بالانتقال بحرية داخل المنزل. وتتضمن التوصيات الرئيسية للدراسة بشأن الحماية الوقائية ما يلي:

■ إشراك المجتمع قدر الإمكان، عبر جميع مراحل الحماية الوقائية.

- وضع استراتيجيات للإعلام بالمخاطر المرتبطة بفيروس كورونا لا تتسبب في الخوف، وتضمن رسائل موجهة خصيصاً لمن ينكرون وجود المرض.
 - الترويج للطرق الملموسة والعملية للحماية الوقائية، مع التأكيد على الإعلام بوضوح عن الفرق بين الحماية الوقائية والحجر الصحي.
 - تقديم خيارات بديلة لتوفير الحماية الوقائية عندما تعتبر الحماية الوقائية على مستوى المنزل أمراً مقبولاً ولكنه غير ممكن نظراً للمساحة المادية أو القيود الاقتصادية. على سبيل المثال، من الممكن إجراء الحماية الوقائية في بيت العائلة الأكبر إذا كانت المساحة محدودة بمنزل الأسرة المباشرة.
 - تقديم الدعم المالي والاجتماعي للأفراد المحميين وأسرهم المعيشية. وكذلك ضمان القدرة على الاستمرار في تقديم الخدمات، بما في ذلك الحصول على الرعاية الصحية، واستشارة العاملين في مجال الصحة عن بُعد، والحصول على الاحتياجات الغذائية والتغذوية، وما إلى ذلك، بغرض "عدم إلحاق الأذى" من خلال الحماية الوقائية.
 - إنشاء آليات إحالة ومساءلة لتبنيه الأنظمة الصحية المحلية إلى أنظمة فيروس كورونا وربط الفرد الذي يعاني من الأعراض بالرعاية.
- مواقف المجتمع والتصورات بشأن الحماية الوقائية: جمهورية الكونغو الديمقراطية**

نشرت دراستان عن الحماية الوقائية في جمهورية الكونغو. 10-14 حيث جرى تقييم الحجب الوقائي في إطار دراسة أوسع لفهم التصورات المرتبطة بفيروس كورونا، والعقبات التي تعترض تدابير الوقاية والمكافحة في غوما، بجمهورية الكونغو الديمقراطية. 12 فكثيراً ما كان المشاركون يخلطون بين الحماية الوقائية (الحجر الصحي للأشخاص المعرضين لمخاطر عالية) والحجر الصحي أو العزل، ولزم توفير المزيد من المعلومات للتمييز بين هذه التدابير. واعتقد نصف المشاركين أنهم قادرون على حماية (حجب) أحد أفراد الأسرة المستضعفين، ورأى 22% منهم أن الحماية الوقائية إجراء وقائي أساسي. وأثار المشاركون مخاوف عملية بشأن الحماية الوقائية، بسبب الافتقار إلى مساحة كافية في المنازل 12 والحاجة إلى توفير مواد أساسية مثل المواد الغذائية، والماء، ومواد الوقاية من العدوى ومكافحتها. وكانت المخاطر المتصورة لجائحة كورونا منخفضة، باستثناء أولئك الذين يعانون من حالة طبية أساسية. وبالإضافة إلى ذلك، أعرب المشاركون في الدراسة عن حاجتهم إلى مزيد من المعلومات حول مخاطر فيروس كورونا والحماية الوقائية. وكانت مقبولة فكرة الحماية الوقائية للأفراد المستضعفين خارج منزل الأسرة (أي في مرفق جماعي) منخفضة (34%)؛ وذكر الأفراد عدم القبول الاجتماعي وارتفاع خطر الإصابة بفيروس كورونا بالنسبة للمحميين وقائياً. 12

وشملت دراسة حول التصورات بشأن الحماية الوقائية 10، 11، 13، 14 أجريت على مستوى خمس مناطق في جمهورية الكونغو الديمقراطية، دراسة حالة عن الأشخاص النازحين داخلياً في بونيا بمقاطعة إينثوري. وقد أبلغ جميع المشاركين تقريباً (96%) عن صعوبات كبيرة في العثور على مكان للحماية الوقائية، بسبب ظروف الاكتظاظ، وعدم إمكانية الوصول إلى مرافق المياه، والصرف الصحي، والنظافة الصحية. 13 ويمكن أن تكون الحماية الوقائية ("الحجز الوقائي") مقبولاً إذا تمت تلبية الاحتياجات الأساسية وتوافرت مساحات خاصة وأمنة. كما سلط المشاركون الضوء على الحاجة إلى التواصل مع أحبائهم أثناء الحماية الوقائية. وحدد أفراد المجتمع المحلي عدة استراتيجيات لحماية الفئات الأشد ضعفاً، بما في ذلك توفير مستلزمات النظافة الصحية وإمكانية الحصول على مأوى إضافي لكل أسرة معيشية. وتشير الأدلة الواردة من جمهورية الكونغو الديمقراطية إلى ما يلي:

- يمكن الاستعانة بالرسائل الإعلامية المناسبة عن المخاطر في تحسين فهم الجمهور لمخاطر فيروس كورونا والمخاطر المحددة التي تهدد الأشخاص الضعفاء سريرياً.
- تعتبر الحماية الوقائية أمراً مقبولاً إذا ظلت مقصورة في وحدة المنزل أو الأسرة؛ ومن المستبعد قبول الحماية الوقائية في المرافق الجماعية.
- لا بد من التصدي للتحديات العملية التي تواجه الحماية الوقائية. فمن الممكن إشراك الشركاء في المجتمع المحلي في تصميم الاستراتيجيات المناسبة محلياً، وإيجاد مساحات مقبولة، والاستفادة من أنظمة الدعم الاجتماعية الاقتصادية غير الرسمية أو الرسمية القائمة لضمان تلبية الاحتياجات الأساسية.

شملت الردود الأولية على أبحاث فيروس كورونا في شمال غرب سوريا (مقاطعة إدلب) استكشاف العوامل المتعلقة بمقبولية الحماية الوقائية. وقدمت الشواهد المستمدة من ذلك البحث اعتبارات أساسية للحماية الوقائية في سياق مخيمات النازحين داخليًا.

وقد أشار البحث إلى أن الأمر قد يتطلب استراتيجيات مختلفة للحماية الوقائية في مخيمات النازحين داخليًا الرسمية وغير الرسمية. وكانت معظم المخيمات في منطقة الدراسة غير رسمية، وتفتقر إلى أماكن إيواء مناسبة أو خدمات مياه، وصرف صحي، ونظافة صحية. ويتألف المأوى من خيام، ذات أحجام كبيرة وصغيرة، وكانت المساحة غير كافية للحماية الوقائية داخل المأوى، الأمر الذي شكل مصدر قلق كبير. ومن شأن توفير الحماية الوقائية داخل المخيمات غير الرسمية أن يكون محفوفًا بالتحديات اللوجستية. حيث أشار أخصائيو الرعاية الصحية إلى أن أحد السبل المحتملة للحماية الوقائية إنشاء مخيم عزل منفصل للأفراد المحميين وقائيًا. غير أنه من المرجح أن تكون مقبولية المجتمع لهذا النهج منخفضة. وكذلك، فمن الممكن تنفيذ ذلك في المخيمات الرسمية في الغالب، ولكنه سيكون محفوفًا بالتحديات في المخيمات المشتتة غير الرسمية التي لا يتوافر فيها إلا قدر ضئيل من التحكم بمن يدخلها أو يخرج منها. كما أشار الباحثون إلى أن النازحين داخليًا قد تعرضوا لعمليات نزوح قسري متعددة بسبب النزاع. ومن شأن تطبيق بعض تدابير الوقاية من فيروس كورونا، مثل القيود المفروضة على الحركة، أن يؤدي إلى عدم قدرتهم على السيطرة على سبل كسب أرزاقهم، وزيادة مشاعرهم القائمة بالتهميش والافتقار إلى القدرة على الاختيار. وفي هذا السياق، فقد يُنظر إلى محاولات الحماية الوقائية بشكل سلبي أيضًا.

و تخضع منطقة إدلب حاليًا لسيطرة قوات المعارضة بما في ذلك عدة مجموعات مسلحة، ويدير النظام الصحي هيئات مدنية مستقلة (مثل مديرية الصحة بإدلب). وفي ظل هذا الإطار الإداري المرقع، فإن التوجيه الصحي العام يعاني من النقص، والتأخر، وانعدام الشمول في بعض الأحيان. ولا يعد فيروس كورونا الشاغل الرئيسي لدى النازحين داخليًا، بل كيفية إيجاد المأوى الملائم، والغذاء، والماء. وغالبًا ما يُنظر إلى مرض فيروس كورونا على أنه إرادة الله، وقد أعرب البعض عن افتقارهم إلى السيطرة على المخاطر، موقنين بأن الله سيصرف عنهم المزيد من أشكال المعاناة.¹⁵ وتشير الأدلة الواردة من سوريا إلى ما يلي:

- هناك حاجة إلى استراتيجيات مختلفة للمخيمات غير الرسمية والرسمية. فمن المستبعد أن تنجح الحماية الوقائية في بيئة المخيمات غير الرسمية، وبالتالي فلا بد من إنشاء موقع منفصل للخاضعين للحماية الوقائية، إذا كان ذلك مقبولاً من وجهة نظر سكان المخيمات غير الرسمية.
- وينبغي تصميم أي جهود ترمي إلى الحماية الوقائية للسكان النازحين داخليًا على نحو يراعي الحساسية تجاه التجارب التي مروا بها والأثر الإضافي المترتب على عزل هذه الفئة.
- الإعلام بمخاطر فيروس كورونا بوضوح، والغرض من الحماية الوقائية ومبادئ التنفيذ الأساسية.
- يجب أن يشارك المجتمع في تصميم الحماية الوقائية وكذلك في قيادتها، من خلال اتباع عملية يديرها المجتمع المحلي، بحيث يكون لديهم التزام بالنهج، ويتاح لهم تصميم ترتيبات الحماية الوقائية الأنسب للسياق المحلي.

تنفيذ الحماية الوقائية: كيرالا وجوجارات، الهند

نفذت الحماية الوقائية ('الحجر الصحي العكسي') في ولايتين على الأقل في الهند بينما تدرس ولايات أخرى هذه السياسة.¹⁶ وفي الوقت الذي خففت فيه إجراءات الإغلاق على مستوى الهند، استمرت ولاية كيرالا في نصح المسنين (فوق 65 عامًا) بشدة بعزل أنفسهم في منازلهم.¹⁷ وقدمت حكومة الولاية، والمسؤولون المحليون، والمتطوعون الدعم للاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية للأشخاص الخاضعين للحماية الوقائية، على سبيل المثال، توصيل المواد الغذائية، بما يتوافق مع تاريخ ولاية كيرالا في توفير الحماية الاجتماعية للمستضعفين. وعلى الرغم من هذه التدابير، أعرب المسنون المعزولون عن شعورهم بالوحدة والتحديات التي تواجه سلامتهم العقلية. ورداً على ذلك، أطلقت منظمة تمكين المرأة في الولاية كويومباشري برنامجًا للتواصل مع المسنين لتحسين الترابط الاجتماعي.¹⁷ كما قدمت دوائر الشرطة في كيرالا الدعم للمسنين من خلال إيصال الأدوية الأساسية وغيرها من المؤن. وتم تزويد ضباط الشرطة بتدريب إضافي للتعامل مع هذه الطلبات وتوفير خدمات المشورة الأساسية.¹⁷ وبالإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من أن الحماية الوقائية أمر طوعي اسميًا، فقد وردت تقارير عن تنفيذ الشرطة للتوصيات،

وإستخدام التهديد بالاعتقال. وفي ولاية غوجارات، بدأت مدينة أحمد آباد الريفية في تنفيذ الحجر الصحي العكسي في مايو/أيار، حيث نصحت 200 ألف من كبار السن و17 ألف امرأة حامل بالعزل في المنزل.¹⁸ وتم تكليف مجالس الشباب المحلية والعاملين في مجال الرعاية الصحية هناك بتنفيذ العملية ورعاية المعزولين.¹⁹ لا تتوفر أي معلومات أخرى وقت كتابة هذا التقرير.

تنفيذ الحماية الوقائية: اليمن

يعاني اليمن من نظام صحي متداعٍ، وإدارة سريرية ضعيفة لحالات فيروس كورونا، وتحديات اجتماعية واقتصادية متعددة نتيجة للصراع المطول.²⁰،²¹ ويعد إجراء اختبارات فيروس كورونا وتتبع المخالطين أمرًا غير مجدٍ أو قابلٍ للتحقيق على المستوى المطلوب من الفعالية. وفي شمال البلاد، هناك إنكار كامل لوجود جائحة كورونا ورفض للإبلاغ عن الحالات، مدفوعًا جزئيًا بالوضع السياسي المستمر. وقد بدأ العمل بالحماية الوقائية في 17 مديرية، مستهدفًا حوالي 57,000 شخص تحت قيادة مجموعات تنسيق المخيمات وإدارتها، والمياه، والصرف، والنظافة الصحية، وغيرها من المنظمات الإنسانية. وبدأ تنفيذ عمليات الوقاية بالتشاور المجتمعي في مواقع النازحين داخليًا في مديرية عبس شمال اليمن، وفي الساحل الغربي لحديدة الجنوبية. وقام على تيسير الجلسات المنظمات الإنسانية بالتعاون مع القادة المحليين والمجتمعات المحلية الذين اشتركوا في تصميم الاستراتيجية، وأكدوا أن التركيز على الحماية الوقائية على مستوى المنزل أو على مستوى العائلة الأوسع هو المستوى المناسب ثقافيًا الذي تتم به إجراءات الحماية الوقائية.²²⁻²⁶ وكان تجميع الأفراد المعرضين لمخاطر عالية معًا خارج مساكنهم أمرًا غير مقبول على المستوى الاجتماعي، كما يفضل بشدة عدم الاختلاط بالأسر الأخرى نظرًا للأعراف الثقافية بشأن الخصوصية. وفي العائلات الكبيرة التي تعيش في مجتمعات مكونة من عدة منازل، تم اقتراح تخصيص مأوى واحد لتوفير الحماية لأفراد الأسرة المعرضين لمخاطر عالية، وخاصة من نفس النوع.

وتشير الأدلة إلى أن الحماية الوقائية تتوافق مع التقليد المحلي القوي المتمثل في حماية المسنين والمستضعفين. واستجابة لذلك، تدرج المنظمات الإنسانية غير الحكومية المحلية والدولية الحماية الوقائية في سياساتها، ويجري النظر في إدراجها في استراتيجية الاستجابة الوطنية.

واستنادًا إلى التعلم من مواقع مماثلة للمخيمات/مواقع النازحين داخليًا، وضعت الجهات الإنسانية الفاعلة في اليمن استراتيجية تنفيذ للحماية الوقائية للمجتمعات المحلية حيث يتم تحديد الأفراد المعرضين لمخاطر عالية، وانتشار المجتمعات المحلية والأسر المعيشية. واستند تحديد الأولوية الجغرافية إلى معايير محددة، مثل: المناطق ذات الكثافة السكانية العالية، والمراكز الحضرية، والمناطق التي تنخفض فيها القدرة على الحصول على الخدمات الصحية، والمياه، والصرف الصحي، والنظافة الصحية، فضلاً عن مواطن الضعف الشديدة. وأشارت المشاورات الأولية إلى تقبل السلطات والسكان لهذا النهج. وبدأ تسجيل الأفراد المعرضين لمخاطر عالية وتنفيذ الحماية الوقائية المنزلية، مع الرصد والتقييم لفهم مدى الامتثال، والقبول، وجمع الدروس المستفادة. تتضمن الدروس المبكرة من الحماية الوقائية في اليمن ما يلي:

- كان معظم المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز على دراية بمن هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة بفيروس كورونا. وكان الشيوخ، وزعماء المجتمعات المحلية، والمنظمات غير الحكومية من المصادر الموثوق بها للمعلومات، وكانوا يشاركون في أنشطة الإعلام بالمخاطر والمشاركة المجتمعية، الأمر الذي ساعد في صياغة هذه التصورات.
- كانت المشاورات المنهجية بين المجتمعات المحلية فعّالة في إدارة تدابير الحماية الوقائية، وتخطيطها، وتنفيذها في اليمن عند إقرانها بموظفين إنسانيين موثوق بهم ومعروفين محليًا. وأدى الوجود المسبق للجهات الفاعلة الإنسانية في منطقة ما إلى زيادة قبول المجتمع المحلي ومن ثم إمكانية التنفيذ.
- كانت الحماية الوقائية المنزلية هي الأسلوب المفضل، حتى يتسنى الحفاظ على وحدة الأسرة. وقد قوبلت فكرة العمارات "الجماعية" أو المنطقة الخضراء على مستوى المخيم على نطاق واسع بالتردد أو التخوف. وقد يمثل إبعاد أفراد الأسرة تخليًا عن أفراد الأسرة الضعفاء، وهو أمر غير مقبول على المستوى الاجتماعي.
- الأفراد الخاضعون للحماية الوقائية الذين يتلقون بالفعل الدعم الغذائي يجب دعمهم بإيصاله إليهم أو تكييف الآليات التي تتيح لهم تلقي المعونات. وتم تشجيع ممثلي المجتمعات المحلية، والزعماء، والسلطات على دعم الآخرين في الحصول على المواد الغذائية وغيرها من أشكال المساعدة.

تم تكييف رسائل الوقاية من العدوى ومكافحتها وتدريب مراكز التنسيق المجتمعي فيما يخص الحماية الوقائية بما يتناسب مع هذا السياق ، وشملت هذه الرسائل تنظيف المرحاض، وغسل اليدين، وتناول الطعام في أماكن منفصلة، وغيرها من النصائح الأساسية مثل كيفية إعداد محلول التعقيم. كما قدمت الرسائل إرشادات بشأن تغيير السلوك للأفراد المعرضين للمخاطر العالية وحماية الرفاهية.

يوصى باستخدام أطعم أدوات داعمة لزيادة نسبة مشاركة المجتمع والحد من انتشار العدوى. حيث تم تزويد المنازل والأسر المعيشية التي يتم فيها حماية أفراد معرضين لمخاطر عالية، بطم تطهير تضمنت مطهرًا ، وقفازات مطاطية ثقيلة قابلة لإعادة الاستخدام، ودلو تنظيف، وأقمشة تنظيف، وفرشاة تنظيف، وأكياس قمامة، وصابون، ومسحوق غسيل ملابس، وقناع للوجه، وكتيب عن الوقاية من العدوى ومكافحتها.

كانت المتابعة اليومية مع الأسر التي تقوم بالحماية الوقائية مفيدة في التزويد بالمعلومات، وفهم العقبات، ومناقشة المشكلات لمتابعتها. ومن شأن الجهات الفاعلة المعنية بخدمات المياه، والصرف الصحي، والنظافة الصحية، وإدارة المخيمات، والحماية؛ التي لها حضور منظم في مناطق التنفيذ، ومعرفة مسبقة، وعلاقات قائمة مع المجتمع المحلي، أن تكون مفيدة في اكتساب فهم دقيق للدعم والمعلومات اللازمة لحمايتها بفعالية.

الحماية الوقائية غير الرسمية: أدلة من إثيوبيا

بدأت تظهر من إثيوبيا أدلة مبكرة على الحماية الوقائية غير الرسمية، حيث أسهم التركيز الثقافي على تقديم احتياجات المجتمع على الاحتياجات الفردية في صياغة شكل الاستجابة لجائحة كورونا.²⁷ وقامت فكرة الحماية الوقائية على المفاهيم المحلية القائمة المتمثلة في حماية كبار السن وغيرهم من الفئات المستضعفة. وقد حدد الباحثون الفئات الرئيسية التي ينبغي حمايتها وقائيًا، بما في ذلك كبار السن (فوق 60 عامًا) وأولئك الذين يعانون من حالات طبية خطيرة، والذين يقدر عددهم بنحو 10% من سكان إثيوبيا.²⁷ ورغم أن الحكومة الوطنية لم تنفذ حتى الآن الحماية الوقائية رسميًا، فقد أصدرت مكاتب الصحة الإقليمية تعليماتها إلى العاملين في مجال الصحة المجتمعية على المستوى المحلي بإبلاغ الأسر المعيشية عن الحماية الوقائية وتحديد الأفراد المعرضين للإصابة سريريًا. وعندما يتم حماية الأفراد وقائيًا داخل المنزل، تقدم جماعات المجتمع المحلي والمنظمات غير الحكومية مستوى أساسيًا من الدعم في هيئة مواد غذائية، ومستلزمات الوقاية من العدوى، والمساعدة الاقتصادية. ومع ذلك، فإن الحماية الوقائية تمثل تحديًا خاصًا للأسر المعيشية ذات الدخل المنخفض؛ حيث غالبًا يتعين على الأفراد المعرضين لمخاطر عالية مغادرة منازلهم سعيًا لكسب الرزق. كما أن القدرة على توفير الحماية محدودة بعدد الغرف والمساحة المتاحة في المنزل.

اعتبارات عملية للحماية الوقائية

تكشف الأدلة الناشئة حول الحماية الوقائية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط والبيئات المتأثرة بالنزاعات أنها عرضة للعديد من التحديات المماثلة مثل التباعد الجسدي (راجع موجز منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني حول هذا الموضوع).²⁸ ومع ذلك، تمثل الحماية الوقائية تحديات عملية واجتماعية فريدة من نوعها. ويستعرض هذا القسم بعض هذه الاعتبارات ويقترح وسائل لمعالجتها عند صياغة استراتيجيات الحماية الوقائية.

الثقة: لكي يكون لدى الأشخاص المستضعفين الاستعداد للخضوع للحماية الوقائية، فلا بد أن يكون لديهم ولدى المجتمعات المحلية التي يعيشون فيها، ثقة في الاستجابة الصحية العامة والتدابير المتوقعة منها. فمن شأن الثقة في النظام الصحي والسلطات المختصة أن تدفع الناس إلى تبني تدابير الصحة العامة.²⁹ كما أكدت على الحاجة إلى فهم السياق السياسي والاقتصادي الأوسع نطاقًا للثقة على نحو أفضل.³¹ وللتمكن من إجراء الحماية الوقائية بفعالية، ينبغي تحديد الجهات الفاعلة المجتمعية والمؤسسية الموثوق بها ودعمها بشكل كافٍ، وإشراكها في عمليات صنع القرار وفي التنفيذ.¹

تحديد المخاطر والإعلام بها: يرتبط اعتماد السلوكيات الوقائية الصحية بالمخاطر المتصورة عن فيروس كورونا.³² وكما يبرز الدليل أعلاه، فإن التصورات المتعلقة بمخاطر الإصابة بفيروس كورونا متفاوتة للغاية فيما بين المجتمعات وداخلها. ونتيجة لذلك، يجب أن يكون الإعلام بالمخاطر مصممًا خصيصًا وفقًا للسياق المحلي، لتصحيح المفاهيم الخاطئة حول فيروس كورونا.³³ والإعلام بالمخاطر بدقة عبر الوسائط

المفضلة (على سبيل المثال، الراديو والملصقات). وبالإضافة إلى ذلك، فبدلاً من التركيز فقط على المخاطر الطبية الحيوية، قد ترغب المجتمعات في الاستعانة بتقييمات المخاطر المتعددة الأبعاد³⁴ باستخدام أدوات، مثل تلك التي طورتها أكاديمية ريكا الهندية، والتي يمكن تكييفها بما يتناسب مع السياق لتقييم المخاطر وفقاً لعوامل رئيسية مثل الصحة، والسلوك، والتعرض، والسياسة الاجتماعية.³⁵ ويمكن أن تشكل الحماية الوقائية أيضاً مخاطر إضافية، مثل تعرض بعض الفئات المستضعفة لإساءة المعاملة. ففي كولومبيا زادت بلاغات العنف المبني على النوع الاجتماعي بنسبة 175% مقارنة بالعام السابق. وقد وجدت دراسة استقصائية في الهند أن 71% من كبار السن المستجيبين شعروا بأن حالات إساءة المعاملة ضدهم ازدادت أثناء فترة الإغلاق بسبب جائحة كورونا.⁴⁸ وسوف يتطلب إشراك المجتمع المحلي في التصميم والتنفيذ، التخطيط لمواقع الحماية الوقائية، وتصميم ترتيبات الحماية الوقائية، وتمكين الدعم للخاضعين للحماية الوقائية، وما إلى ذلك. واستكمالاً لهذا، يمكن للحكومات، والجهات الفاعلة الإنسانية، وفرق العمل، والسلطات المحلية العمل بمثابة آليات لتنسيق وتقديم الدعم الاجتماعي الاقتصادي للأسر الخاضعة للحماية الوقائية.

الحماية الوقائية المدفوعة باعتبارها المجتمع المحلي: ينبغي أن تكون النهج المتبعة في الحماية الوقائية مدفوعة باعتبارها المجتمعات المحلية ومصممة بشكل مشترك معها، بدلاً من أن تفرض عليها من أعلى،⁴ وأن تعترف بالديناميات المحلية والوقائع العملية. ولا بد أن يكون إشراك المجتمع المحلي مفعلاً منذ المراحل المبكرة من تخطيط الاستجابة؛³⁶⁻³⁹ فبمجرد إشراك المجتمعات المحلية، يصبح من الممكن تحديد الاستراتيجيات المناسبة محلياً للحد من المشكلات مثل إيجاد مساحة مادية للحماية الوقائية، وتحسين اقتناع الجمهور بالحماية الوقائية، والإعلام برسائل المخاطر، ومعالجة التأثيرات الاجتماعية الاقتصادية المترتبة على الحماية الوقائية. ولكن يجب على أي نهج أن يتجنب التأطير التبسيطي "للمجتمع" وأن يعترف بالتباين والتوترات داخل المجتمع أو الأسرة المعيشية.³⁸ وسوف تتطلب المستوطنات غير الرسمية على وجه الخصوص دراسة متأنية؛ فمن المرجح أن يكون السكان متنوعين وأن يحتاجوا إلى موارد إضافية لدعم تنفيذ الحماية الوقائية، وفي هذا المجال تسعى الحكومات المحلية والوطنية لتقديم الدعم. وسيضمن إشراك المجتمع المحلي في التصميم والتنفيذ، التخطيط لمواقع الحماية الوقائية، وتمكين الدعم للخاضعين للحماية الوقائية، وما إلى ذلك. واستكمالاً لهذا، يمكن للحكومات، والجهات الفاعلة الإنسانية، وفرق العمل، والسلطات المحلية العمل بمثابة آليات لتنسيق وتقديم الدعم الاجتماعي الاقتصادي.

المفاهيم المحلية للحماية وتقديم الرعاية: في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط التي اختبرت الحماية الوقائية، بما في ذلك تلك التي سلت عليها الضوء هنا، يظل الدعم المقدم إلى المستضعفين مسؤولية عائلية وأسرية في المقام الأول، تكمله آليات غير رسمية مثل شبكات القرابة الموسعة ومجتمعات المساعدة المتبادلة في المجتمع. وتعمل أنظمة الحماية المحلية هذه على التخفيف من الاقتتار إلى مخططات الرعاية الاجتماعية الرسمية في المناطق التي لا وجود لها فيها في الأساس.⁴⁰ ويجب تعزيز أنظمة الحماية المحلية للحد من تأثير الحماية الوقائية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يعتمد تصميم الحماية الوقائية على المفاهيم المحلية القائمة لحماية المسنين، التي تنطوي على مفاهيم الاحترام والمعاملة بالمثل في الرعاية.⁴¹ ويمكن لواجبي السياسات والمجتمعات المحلية التفكير في تشجيع أسر الخاضعين للحماية على تعيين أحد أفراد الأسرة لتولي دور مقدم الرعاية وتوفير التدريب اللازم للوقاية من العدوى ومكافحتها، والدعم الاجتماعي والاقتصادي.

حماية الصحة العقلية والرفاهية: ينبغي النظر في التأثير النفسي الاجتماعي المحتمل الناجم عن الحماية الوقائية من المراحل الأولى له، من أجل تحديد العوائق التي تحول دون التمكن من الحصول على الاحتياجات، والمخاطر، والاحتياجات الخاصة للحماية الوقائية للأفراد وأسره على المستوى المحلي. وقد أثارت الرابطة الدولية لمساعدة المسنين، وهي منظمة تدافع عن كبار السن على مستوى العالم، مخاوف بشأن استفراد البالغين الأكبر سناً لتوفير الحماية الوقائية لهم، فضلاً عن الحد من قدرة الشخص الخاضع للحماية على الوصول إلى الرعاية الصحية، والأثر النفسي الاجتماعي المحتمل على كبار السن نتيجة للعزلة الطويلة، واحتمال إساءة معاملتهم داخل المنزل من قبل مقدمي الرعاية. وتعكس الأدلة الناشئة مخاوف بشأن التأثير بعيد الأمد للحماية الوقائية على الصحة العقلية، وفكرة أن الأفراد المحجوبين وقائياً قد لا يكون بوسعهم أن يعيشوا حياة اجتماعية واقتصادية قائمة على المشاركة، لفترة زمنية غير محددة.

وقد ظهرت بعض الأدلة من البلدان ذات الدخل المرتفع، التي نفذت أنواعاً أخرى من تدابير الحماية للسكان المسنين، وتتضمن دروساً مناسبة للحماية الوقائية. وفي دراسة شاملة لعدة قطاعات⁴² أجريت بين المقيمين المسنين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل في هولندا، تأثرت رفاهية كبار السن تأثراً شديداً. فبعد ستة إلى عشرة أسابيع من تطبيق الحماية الوقائية من خلال منع الزوار، سجلت مستويات عالية من الوحدة، والاكتئاب، وتفاقم كبير في الحالة المزاجية والمشاكل السلوكية. وكان المقيمون الذي لا يعانون من ضعف إدراكي شديد هم الأكثر تضرراً.

وفي دراسة طولية أخرى لشريحة⁴³ من كبار السن في هولندا الذين يعيشون بمفردهم، ازداد الشعور بالوحدة لديهم، ولكن الصحة العقلية ظلت مستقرة إلى حد كبير. واقتربت مشاكل الصحة العقلية، وخاصة الشعور بالوحدة العاطفية على نحو متزايد بوجود خسائر شخصية، ومخاوف بشأن الوباء، وانحدار الثقة في المؤسسات المجتمعية. ولقد أظهرت الأبحاث الإثنوغرافية⁴⁴ بين نفس المجموعات أن ما يخيف كبار السن حقاً ليس الموت، بل استحالة الاجتماع بالناس في أواخر أعمارهم بسبب تدابير العزل. ومن منظور الفئات الضعيفة ليس فقط من الناحية الجسدية، بل ومن الناحية الاجتماعية كذلك، مثل الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية حادة، وغير ذلك من تحديات الصحة العقلية، والأشخاص المشردين، تبين⁴⁵ أن أكبر تحديات العزلة تشمل فقدان المنظور والمعنى، إلى جانب فقدان الأنشطة والهيكل اليومية. وبوجه عام، أدى تنفيذ تدابير العزل في هولندا إلى الحد من حالات الإصابة بمرض فيروس كورونا وبالتالي عدد الوفيات في مرفق الرعاية طويلة الأجل، غير أنه من الضروري إيجاد توازن أفضل بين السلامة الجسدية والرفاهية، نظراً لما تشكله العزلة الاجتماعية من تهديد خطير للصحة في حد ذاتها. واستناداً إلى هذه الأدلة الناشئة يلزم توفير دعم نفسي إضافي للمحميين وقانونياً، وتكييفه مع السياقات المحلية.

موارد إضافية (توضيحية، غير شاملة):

Butler, N., & Tulloch, O. (2020). Considerations and principles for shielding people at high risk of severe outcomes from COVID-19. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>

Chatterjee, R., Bajwa, S., Dwivedi, D., Kanji, R., Ahammed, M., & Shaw, R. (2020). COVID-19 risk assessment tool: Dual application of risk communication and risk governance. *Progress in Disaster Science*, 100109. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100109>

Health in Humanitarian Crises Centre. (2020). COVID-19 guidance documents for shielding. <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/health-humanitarian-crises-centre/covid-19-response>

شكر وتقدير

نود أن نشكر الزملاء التاليين على ما قدموه من تعليقات ونقد قيمين حول هذا المنشور:

كارولين فافاس (كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري)، ندى عبد المجيد (كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري)، ميرفت الحفار (كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري)، إيما توك (منظمة اليونيسيف)، لورين مكارثي (مجلس اللاجئين الدنماركي)، سيمون كارتر (منظمة اليونيسيف)، دانييل دي فراس (جامعة أمستردام)، فرغاس ماكبين (وزارة الخارجية وشؤون الكومنولث)، رون فالدمان (جامعة جورج واشنطن)، جو تيموثي (كلية لندن للنظافة العامة والطب المداري)، كين بلوستون (مؤسسة إيج الدولية)، بريدجت سليب (الرابطة الدولية لمساعدة المسنين)، باتريشيا كونوي (الرابطة الدولية لمساعدة المسنين)، أيفي كومو (مركز أفريقيا لبحوث السكان والصحة)، داريل ستيلماش (منظمة أطباء بلا حدود)، كيارا سيلكه (وزارة الخارجية وشؤون الكومنولث)، كريس بورتر (وزارة الخارجية وشؤون الكومنولث)، نديم حسن (وزارة الخارجية وشؤون الكومنولث)، ديفيد مكنالوغ (وزارة الخارجية وشؤون الكومنولث).

إذا كان لديك طلب مباشر بشأن الاستجابة لجائحة كورونا، أو فيما يتعلق بأحد الموجزات، أو الأدوات، أو خبرة فنية إضافية، أو تحليل يجري عن بعد، أو إذا رغبت في أن يُنظر في أمر انضمامك لشبكة المستشارين، فيرجى الاتصال بمنصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني عن طريق مراسلة أي لاون لاودن عبر البريد الإلكتروني (a.lowden@ids.ac.uk) أو (oliviattulloch@anthrologica.com). وتشمل نقاط الاتصال الرئيسية بالمنصة ما يلي: اليونسيف (ombretta.baggio@ifrc.org)؛ الاتحاد العالمي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (nnaqvi@unicef.org)؛ وفريق بحوث العلوم الاجتماعية التابع للشبكة العالمية للإنذار بتفشي الأمراض والتصدي لها (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



Anthrologica



يمثل برنامج العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني شراكة بين معهد الدراسات الإنمائية، ومنظمة أنثولوجيا البحثية، وكلية لندن للنظافة العامة والطب المداري. وقد قدم صندوق ويلكم الاستئماني، ووزارة الخارجية، وشؤون الكومنولث التمويل اللازم لدعم استجابة المنصة لجائحة كورونا.

1. Butler, N., & Tulloch, O. (2020). *Considerations and Principles for Shielding People at High Risk of Severe Outcomes from COVID-19*. من مستمدة <https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>
2. Jayaram, K., Leke, A., Ooko-Ombaka, A., & Sun, Y. S. (2020). *COVID-19 in Africa: Save lives and livelihoods*.
3. Favas, C., Abdelmagid, N., Checchi, F., Garry, S., Jarrett, P., Ratnayake, R., & Warsame, A. (2020). *Guidance for the prevention of COVID-19 infections among high-risk individuals in camp and camp-like settings*.
4. Favas, C., Checchi, F., & Waldman, R. J. (2020). *Guidance for the prevention of COVID-19 infections among high-risk individuals in urban settings*.
5. Bennett: Isolating the elderly as nation develops herd immunity is key to defeating virus. (2020, March 20). *i24NEWS*. من مستمدة <https://www.i24news.tv/en/news/israel/1584727140-bennett-isolating-the-elderly-as-nation-develops-herd-immunity-is-key-to-defeating-virus>
6. Israeli soldiers' new frontier: Delivering food to grandma - www.israelhayom.com. (n.d.). Retrieved July 30, 2020, from <https://www.israelhayom.com/2020/03/25/israeli-soldiers-new-frontier-delivering-food-to-grandma/>
7. McKeigue, P. M., & Colhoun, H. M. (2020). Evaluation of "stratify and shield" as a policy option for ending the COVID-19 lockdown in the UK. *medRxiv*, 2020.04.25.20079913. <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20079913>
8. Sudan begins easing coronavirus lockdown measures. (2020, July 8). *Al-Jazeera*. من مستمدة <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/sudan-begins-easing-coronavirus-lockdown-measures-200708151450416.html>
9. *Shielding of high risk groups against COVID-19 infection risk in Sudan - a study of community acceptability and feasibility in Sudan*. (2020).
10. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie de COVID-19: Ville et Commune de Goma, Quartier de Kahembe*. (2020).
11. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Quartier de Mikelenge, Ville de Kindu, Province du Maniema*. (2020).
12. *Perceptions & comportements de mesures de barrières enquète a Goma*. (2020).
13. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Site de déplacé(e)s ISP, Quartier de Muzipela, Ville de Bunia, Province de l'Ituri*. (2020).
14. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Quartier de Ndosho, Ville de Goma, Province du Nord Kivu*. (n.d.).
15. Douedari, Y., Alhaffar, M., Al Twaish, M., Mkhallalati, H., Alwany, R., Bte Mohamed Ibrahim, N., ... Howard, N. (2020). Initial responses to the COVID-19 pandemic in northwest Syrian displacement camps: A qualitative study of perceptions and experiences among displaced Syrians. *In*

preparation.

16. Raveendran, A. V., & Jayadevan, R. (2020). Reverse quarantine and COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 1323–1325. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.07.029>
17. Gulia, K. K., & Kumar, V. M. (2020). Reverse quarantine in Kerala: managing the 2019 novel coronavirus in a state with a relatively large elderly population. *Psychogeriatrics*, psyg.12582. <https://doi.org/10.1111/psyg.12582>
18. COVID-19: In a first, Ahmedabad to implement reverse quarantine for safety of pregnant women, elderly. (2020, June 3). *Financial Express*. مستمدة من <https://www.financialexpress.com/lifestyle/health/covid-19-in-a-first-ahmedabad-to-implement-reverse-quarantine-for-safety-of-pregnant-women-elderly/1980109/>
19. Rural ahmedabad: 'Reverse quarantine' for pregnant women and the elderly, says govt | Cities News, The Indian Express. (n.d.). Retrieved July 30, 2020, from <https://indianexpress.com/article/cities/ahmedabad/rural-ahmedabad-reverse-quarantine-for-pregnant-women-and-the-elderly-says-govt-6439662/>
20. Snyder, S. (2020, June 4). Yemen faces spread of COVID-19 "with no health care system at all." *The World*. مستمدة من <https://www.pri.org/stories/2020-06-04/yemen-faces-spread-covid-19-no-health-care-system-all>
21. Coronavirus COVID-19 has made Yemen's health system collapse complete. (2020). *MSF*. Retrieved July 13, 2020, from <https://www.msf.org/covid-19-has-made-yemen-health-system-collapse-complete>
22. Danish Refugee Council, & Yemen Displacement Response. (2020). *Protecting the high-risk from COVID-19 through community shielding*.
23. Danish Refugee Council, & Yemen Displacement Response. (2020). *Community consultation guide: Community shielding, Phase 1 site level consultation*.
24. CCCM Cluster. (2020). *CCCM cluster guidance on shielding of vulnerable populations in IDP-hosting sites in Yemen*.
25. Danish Refugee Council. (2020). *Yemen displacement response*.
26. CCCM Cluster. (2020). *CCCM Cluster on shielding of vulnerabe populations in IDP-hosting sites in Yemen: Initial lessons learnt*.
27. Seifu Estifanos, A., Alemu, G., Negussie, S., Ero, D., Mengistu, Y., Addissie, A., ... Wondimagegn, D. (2020). 'I exist because of we': shielding as a communal ethic of maintaining social bonds during the COVID-19 response in Ethiopia. *BMJ Global Health*, 5(7), e003204. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003204>
28. Anthrologica. (2020). *Compliance with Physical Distancing Measures for COVID-19 and Implications for RCCE in Eastern and Southern Africa*. مستمدة من <https://www.socialscienceinaction.org/resources/compliance-physical-distancing-measures-covid-19-implications-rcce-eastern-southern-africa-april-2020/>
29. Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public*

- Health*, 27(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>
30. Bargain, O., & Aminjonov, U. (2020). *Trust and Compliance to Public Health Policies in Times of Covid-19*. مستمدة من https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3596671
 31. Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 46(1), 421–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041616>
 32. Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., ... van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
 33. Communicating the risks to health posed by COVID-19 is key to protecting populations and mitigating spread. (2020). *Pan American Health Organization*. Retrieved July 10, 2020, from <https://www.paho.org/en/news/4-3-2020-communicating-risks-health-posed-covid-19-key-protecting-populations-and-mitigating>
 34. Shaw, R., Kim, Y., & Hua, J. (2020). Governance, technology and citizen behavior in pandemic: Lessons from COVID-19 in East Asia. *Progress in Disaster Science*, 6, 100090. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100090>
 35. Chatterjee, R., Bajwa, S., Dwivedi, D., Kanji, R., Ahammed, M., & Shaw, R. (2020). COVID-19 Risk Assessment Tool: Dual application of risk communication and risk governance. *Progress in Disaster Science*, 7, 100109. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100109>
 36. Farrington, M., & Fal Dutra Santos, R. (2020). *Community Engagement During Covid-19: A guide for community facing staff*. مستمدة من <https://oxfam.box.com/s/nds89hah3bsxoml9blmhd41762qirhak>
 37. Pedi, D., Gillespie, A., Bedson, J., Jalloh, M. F., Jalloh, M. B., Kamara, A., ... Conte, L. (2017). The Development of Standard Operating Procedures for Social Mobilization and Community Engagement in Sierra Leone During the West Africa Ebola Outbreak of 2014–2015. *Journal of Health Communication*, 22(sup1), 39–50. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1212130>
 38. Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities': anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1721), 20160305. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0305>
 39. Pass the message: Five steps to kicking out coronavirus. (2020, March 23). *World Health Organization*. مستمدة من <https://www.who.int/news-room/detail/23-03-2020-pass-the-message-five-steps-to-kicking-out-coronavirus>
 40. Cohen, B., & Menken, J. (2006). *Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for Furthering Research*. Washington, DC: National Academies Press (US). مستمدة من <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20296/>
 41. Van Sjaak Geest, D. E. R. (2002). Respect and reciprocity: Care of elderly people in rural Ghana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(1), 3–31. <https://doi.org/10.1023/A:1014843004627>
 42. Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (n.d.). The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Association*. مستمدة من

<https://dare.uva.nl/personal/search?identifier=ddc2d984-dec2-474e-be55-76e7070f1b99>

43. van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2020). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
44. Dekker, N. L., Vermeulen, L., & Pols, J. (2020). In and outside the nursing home: On the (im)possibilities of meaningful contact while being held apart. *Somatosphere*. Retrieved August 27, 2020, from <http://somatosphere.net/2020/in-and-outside-the-nursing-home.html/>
45. Pols, A. J., & de Vries, D. H. (Eds.). (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland*. University of Amsterdam.
46. Butler, N., & Tulloch, O. (2020). *Considerations and Principles for Shielding People at High Risk of Severe Outcomes from COVID-19*. من مستمدة <https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>
47. Cousins, S. (2020). COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. *The Lancet*, 396(10247), 301–302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31679-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31679-2)
48. Pandit, A. (2020, June 15). Abuse has increased during lockdown, say 71% of elderly. *Times of India*. من مستمدة <https://timesofindia.indiatimes.com/india/abuse-has-increased-during-lockdown-say-71-of-elderly/articleshow/76377324.cms>