نصائح بشأن استخدام الأطفال للكمامات في المجتمع المحلي في سياق جائحة كوفيد-19

ملحق الوثيقة المعنونة: نصائح بشأن استخدام الكمامات في سياق جائحة كوفيد-19

21 آب/ أغسطس 2020

منظمة الصحة العالمية

يونيسف لكل طفل

الغرض من الوثيقة

تقدم هذه الوثيقة إرشادات لصُنّاع القرار والمهنيين في مجال الصحة العمومية وصحة الأطفال، من أجل توجيه السياسات المتعلقة باستخدام الأطفال للكمامات في سياق جائحة كوفيد-19. ولا تتناول هذه الوثيقة استخدام الكمامات من قِبل البالغين الذين يعملون مع الأطفال أو الآباء والأمهات/ الأوصياء أو استخدام الأطفال للكمامات في أماكن الرعاية الصحية. وسوف تُنقّح هذه الإرشادات المبدئية وتُحدّث كلما ظهرت بيّنات جديدة.

المعلومات الأساسية

تنصح منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) باستخدام الكمامات وفقاً لنهج قائم على المخاطر في إطار حزمة شاملة من التدخلات الصحية العمومية التي يمكنها منع انتقال بعض أمراض الجهاز التنفسي الفيروسية ومكافحتها، بما في ذلك كوفيد-19. ويُعد الالتزام بالتدابير الأخرى، بما في ذلك التباعد البدني ونظافة اليدين وآداب التنفس والتهوية الكافية في الأماكن المغلقة ضرورياً للحد من انتشار فيروس كورونا-سارس-2، الفيروس الذي يسبب كوفيد-19.

وتعرض هذه الوثيقة الاعتبارات المحددة التي ينبغي مراعاتها عند استخدام الأطفال للكمامات غير الطبية، التي تُعرف أيضاً باسم الكمامات القماشية، كوسيلة لمكافحة مصدر العدوى في سياق جائحة كوفيد-19 الحالية. وهذه الوثيقة ملحقة بالوثيقة الخاصة بنصائح المنظمة بشأن استخدام الكمامات في سياق جائحة كوفيد-19 [1] التي يمكن الاطلاع فيها على المزيد من التفاصيل عن الكمامات القماشية. وتقدم هذه الوثيقة أيضاً النصائح بشأن استخدام الأطفال للكمامات الطبية في ظل ظروف معينة. ولأغراض هذه الإرشادات، يُعرَّف الطفل بأنه أي شخص دون الثامنة عشرة من العمر.[2]

المنهجية المتّبعة في وضع هذه الإرشادات

أجرى الفريق التابع لمنظمة الصحة العالمية والمعني بوضع الإرشادات الخاصة بالوقاية من العدوى ومكافحتها وخبراء اليونيسف والرابطة الدولية لطب الأطفال استعراضاً مشتركاً للبيّنات المتاحة من أجل وضع الإرشادات بشأن استخدام الأطفال للكمامات في سياق الجائحة الحالية. وقد عُقدت خمسة اجتماعات دولية للخبراء في الفترة القائمة بين حزيران/ يونيه وآب/ أغسطس 2020. وفي غياب البيّنات العلمية الوثيقة، يُشكل توافق الآراء بين هذه المجموعات الأساس الرئيسي الذي تستند إليه هذه الإرشادات. وفضلاً عن ذلك، فقد تولى فريق متعدد التخصّصات من الخبراء الخارجيين الآخرين استعراض مسوّدة الإرشادات قبل وضعها في صيغتها النهائية.

البيّنات المتاحة

انتقال كوفيد-19 في الأطفال

في الوقت الراهن، ليس من المفهوم تماماً مدى إسهام الأطفال في انتقال فيروس كورونا- سارس-2. ووفقاً لقاعدة بيانات المنظمة الخاصة بالترصد العالمي للحالات المؤكدة مختبرياً والتي أُعدت بالاستناد إلى استمارات الإبلاغ عن الحالات التي قدمتها الدول الأعضاء[3] إلى المنظمة وغيرها من الدراسات، يقع 1-7% من حالات كوفيد-19 المُبلّغ عنها بين الأطفال، ويقل معدل الوفيات نسبياً بينهم مقارنة بالفئات العمرية الأخرى.[4-8] وقد أبلغ المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها مؤخراً عن التوزيع العمري

لحالات كوفيد-19 بين الأطفال في الاتحاد الأوروبي والمنطقة الاقتصادية الأوروبية والمملكة المتحدة؛ وأفاد بأنه في 26 تموز/ يوليو 2020، كان 4٪ من جميع الحالات في الاتحاد الأوروبي/ المنطقة الاقتصادية الأوروبية والمملكة المتحدة من الأطفال.[6]

وتشير الأدلة المتاحة حتى يومنا هذا إلى أن معظم الحالات المبلغ عنها بين الأطفال نتجت عن انتقال العدوى داخل الأسر المعيشية، ومع ذلك فقد تكون هذه الملاحظة قد تأثرت بإغلاق المدارس وغير ذلك من التدابير الخاصة بالبقاء في المنزل المُنفذة في بعض البلدان.[7,9] وعلى الرغم من عزل الفيروس الصالح للزراعة من الأطفال المصابين بأعراض واكتشاف أن مستويات الحمل الفيروسي مماثلة لمستوياته لدى البالغين،[10] فإن البيّنات المُستمدة من الدراسات المتاحة التي تتناول مخالطي حالات كوفيد-19 ومن عمليات تقصي مجموعات الحالات، تشير إلى أنه من غير المرجّح أن يكون الأطفال المُحرّك الرئيسي لانتقال كوفيد-19. [7,9] [11-14] وحتى يومنا هذا، مازالت الحالات الموثّقة لانتقال العدوى بين الأطفال والموظفين في البيئات التعليمية محدودة.[15-20] كما تقل البيّنات الدالة على انتشار عدوى فيروس كورونا- سارس-2 بين الأطفال، وفقاً لقياسات الدراسات الوبائية السيرولوجية. ومع ذلك، فإن البيّنات المتاحة تشير إلى أن الانتشار المصلي يبدو أقل في الأطفال الأصغر سناً مقارنة بالأطفال الأكبر سناً والبالغين.[17، 21-25]

كما أن الدراسات التي تتناول الحمل الفيروسي ومدة طرح الفيروس المُعدي في الأطفال مقارنة بالبالغين، محدودة أيضاً. وتشير إحدى الدراسات المنشورة إلى أن الحِمل الفيروسي في المرضى المصابين قد يختلف باختلاف العمر، وأن الأطفال المصابين بأعراض تطول لديهم مدة الطرح الفيروسي مقارنة بالأطفال العديمي الأعراض.[25] وذكرت بعض الدراسات أنه قد أُفيد بأن الأطفال دون سن الخامسة تقل لديهم كميات الحمض النووي الريبي للفيروس في إفرازات الجهاز التنفسي والبراز مقارنة بأطفال المدارس والمراهقين والبالغين.[26,27] ومع ذلك، فإن دراسة واحدة من الولايات المتحدة الأمريكية وجدت أن الأطفال دون سن الخامسة المصابين بمرض كوفيد-19 الخفيف أو المتوسط لديهم كميات أكبر من الحمض النووي الريبي للفيروس في العينات المأخوذة من الجهاز التنفسي العلوي مقارنة بالأطفال الأكبر سناً والبالغين،[28] في حين أن دراسة أخرى مازالت في مرحلة ما قبل النشر (لم تخضع بعد لاستعراض الأقران) أُجريت في ألمانيا لم تفد بوجود أي فروق في كمية الحمض النووي الريبي للفيروس بين البالغين والأطفال.[29]

وباختصار، فإن مدى تأثير العمر وحده بغض النظر عن الأعراض، على الحمل الفيروسي وانتقال العدوى لم يُفهم جيداً.

البيّنات المتاحة بشأن استخدام الأطفال للكمامات للوقاية من كوفيد-19 وغيره من أمراض الجهاز التنفسي

تقل البيّنات الدالة على الفوائد والأضرار الناجمة عن لبس الأطفال للكمامات من أجل الحد من انتقال فيروس كوفيد-19 وسائر فيروسات كورونا. ومع ذلك، فقد ومع ذلك، فقد تناولت بعض الدراسات تقييم مدى فعّالية استخدام الأطفال للكمامة للوقاية من فيروسات الأنفلونزا وسائر فيروسات الجهاز التنفسي.[30-34] وأشارت دراسة تناولت لبس الكمامة أثناء تفشي الأنفلونزا الموسمية في اليابان إلى أن استخدام الكمامة كان أشد فعّالية في الصفوف المدرسية الأعلى (الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 9 سنوات و12 سنة، في الصف من الرابع إلى السادس الابتدائي) مقارنة بالصفوف الأدنى (الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و9 سنوات، في الصف من الأول إلى الثالث الابتدائي).[34] وأشارت دراسة أجريت في ظروف مختبرية باستخدام فيروسات غير فيروسات كورونا بيتا، إلى أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين خمس سنوات و11 سنة حصلوا على قدر أقل بكثير من الحماية بلبس الكمامة مقارنة بالبالغين، وقد يكون ذلك مرتبطاً بتدني درجة إحكام الكمامة.[35] ووجدت دراسات أخرى بيّنات دالة على وجود بعض التأثير الوقائي من الأنفلونزا في كل من مكافحة مصدر العدوى[30] وحماية الأطفال،[34] على الرغم من ضعف الامتثال العام للبس الكمامة باستمرار، وخاصة بين الأطفال دون سن الخامسة عشرة.

ووجدت بعض الدراسات، بما في ذلك الدراسات التي أجريت في سياق الأنفلونزا وتلوث الهواء، أن لبس الكمامة ومدى قبوله يختلفان بقدر كبير بين الأطفال، ويتراوحان بين مستويات شديدة الانخفاض ومستويات مقبولة، مع تراجع هذه المستويات مع استطالة فترة لبس الكمامات. [30-38،31،33،36] وأجريت دراسة واحدة بين أطفال المدارس الابتدائية خلال جائحة كوفيد-19، وأفادت بأن نسبة الامتثال بلغت 51.6%.[31]

ووجدت العديد من الدراسات أن العوامل التي بلّغ عنها الأطفال بشأن استخدام الكمامة تتمثل في الشعور بالحرارة، والتهيّج، وصعوبة التنفس، والانزعاج، والشرود، وتدني مستوى القبول الاجتماعي وضعف إحكام الكمامة.[30،33،36،37] وحتى الآن، لم يُدرس مدى فعالية الكمامات وأثرها على الأطفال أثناء اللعب أو ممارسة النشاط البدني؛ ومع ذلك، فقد وجدت إحدى الدراسات التي أُجريت على البالغين أن أقنعة التنفس N95 والكمامات الطبية أدت إلى انخفاض القدرات القلبية والرئوية عند بذل مجهود كبير.[39]

الاستنتاجات الرئيسية

وفقاً للبيّنات المحدودة المتاحة، قد يكون صغار الأطفال أقل قابلية للإصابة بالعدوى مقارنة بالبالغين،[11،14] غير أن البيانات المتاحة تشير إلى أن هذا قد يختلف بين الأطفال حسب العمر.[17، 21-25] وتشير البيانات المُستمدة من الدراسات الوبائية السيرولوجية والدراسات التي تتناول انتقال العدوى، إلى أن الأطفال الأكبر سناً (مثل المراهقين) قد يلعبون دوراً أكثر نشاطاً في انتقال العدوى مقارنة بالأطفال الأصغر سناً.[11،14،17، 21-25]

وتنبغي الموازنة بين فوائد لبس الأطفال للكمامات لمكافحة كوفيد-19 والضرر المحتمل الناجم عنه، بما في ذلك إمكانية التنفيذ والشعور بالانزعاج، فضلاً عن مصادر القلق الاجتماعية وتلك التي تتعلق بالتواصل. كما تشمل العوامل التي تلزم مراعاتها أيضاً الفئات العمرية، والاعتبارات الاجتماعية الثقافية والسياقية، ومدى توافر إشراف البالغين والموارد الأخرى الخاصة بمنع انتقال العدوى.

وثمة حاجة إلى البيانات المُستمدة من الدراسات الاستطلاعية العالية الجودة التي تُجرى في بيئات مختلفة وتتناول دور الأطفال والمراهقين في نقل فيروس كورونا-سارس-2، [40] وسبل تحسين قبول استخدام الكمامات والامتثال له، ومدى فعّالية استخدام الأطفال للكمامات. ويجب أن تُعطى الأولوية لهذه الدراسات وأن تشمل دراسات استطلاعية لمدى انتقال العدوى في البيئات التعليمية والأسر مصنّفاً حسب الفئات العمرية (ويُفضل أن تُقسّم الفئات على النحو التالي: أكثر من سنتين، ومن سنتين إلى 4 سنوات، ومن 5 سنوات إلى 11 سنة، وأكثر من 12 سنة) في ظل أنماط الانتشار والانتقال المختلفة. ويجب التركيز بصفة خاصة على الدراسات التي تُجرى في المدارس في البيئات المنخفضة والمتوسطة الدخل.

النصائح الموجّهة إلى صنّاع القرار بشأن استخدام الأطفال للكمامات في المجتمع المحلي

المبادئ التوجيهية الجامعة

نظراً إلى قلة البيّنات الخاصة باستخدام الأطفال للكمامات للوقاية من كوفيد-19 أو أمراض الجهاز التنفسي الأخرى، بما في ذلك البيّنات الخاصة بانتقال فيروس كورونا-سارس-2 بين الأطفال من أعمار محددة، ينبغي أن تسترشد السلطات الوطنية في صياغة السياسات بمبادئ الصحة العمومية والمبادئ الاجتماعية الجامعة التالية:

- عدم الإضرار: ينبغي إعطاء الأولوية لمصلحة الطفل وصحته وعافيته.
- ينبغي ألا تؤثر الإرشادات سلباً على حصائل النماء والتعلم.
- ينبغي أن تنظر الإرشادات في مدى إمكانية تنفيذ التوصيات في مختلف السياقات الاجتماعية والثقافية والجغرافية، بما في ذلك البيئات المحدودة الموارد، والأوضاع الإنسانية، وبين الأطفال ذوي الإعاقة أو الظروف الصحية المعينة.

نصائح بشأن استخدام الأطفال للكمامات

تنصح منظمة الصحة العالمية واليونيسف صنّاع القرار بتطبيق المعايير التالية لاستخدام الأطفال للكمامات عند رسم السياسات الوطنية في البلدان أو المناطق التي تشهد الانتقال المجتمعي المعروف أو المشتبه فيه لفيروس كورونا-سارس-2 [أ] وفي البيئات التي يتعذر فيها تنفيذ التباعد البدني.

[أ] تُعرّفها المنظمة بأنها تلك "التي تشهد فاشيات كبيرة للانتقال المحلي يُعرّف من خلال تقييم العوامل التي تتضمن ما يلي على سبيل المثال لا الحصر: عدد كبير من الحالات يتعذر ربطها بسلاسل الانتقال؛ و/ أو عدد كبير من الحالات التي تُكتشف عن طريق الترصد المخفري؛ و/ أو مجموعات الحالات المتعددة وغير المرتبطة ببعضها البعض في عدة مناطق من البلد/ الإقليم/ المنطقة" (https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance)

1- استناداً إلى آراء الخبراء التي جُمعت عن طريق الاجتماعات والعمليات الاستشارية التي أُجريت عبر شبكة الإنترنت، ينبغي ألا يلبس الأطفال البالغون خمس سنوات أو أقل من العمر الكمامات لمكافحة مصدر العدوى. وتستند هذه النصيحة إلى نهج "عدم الإضرار" وتراعي ما يلي:

- الأهداف المرحلية لنماء الأطفال[ب]41
- والتحديات المتعلقة بالامتثال
- والاستقلالية اللازمة لاستخدام الكمامة استخداماً صحيحاً.

وأقر الخبراء (باتباع الطرق المذكورة أعلاه) بأن البيّنات الداعمة لاختيار السن القصوى محدودة (انظر أعلاه الفرع المتعلق بانتقال عدوى كوفيد-19 عن طريق الأطفال)، وقد توصلوا إلى هذا القرار عن في المقام الأول طريق توافق الآراء. وقد تضمن الأساس المنطقي الذي استندوا إليه مراعاة أن الطفل بوصوله إلى سن الخامسة، عادة ما يكون قد حقق أهدافاً مرحلية إنمائية مهمة، بما في ذلك المهارة اليدوية والتنسيق الحركي الدقيق اللازمان لاستخدام الكمامة استخداماً صحيحاً بقدر قليل من المساعدة.

وفي بعض البلدان، تختلف السن الدنيا لاستخدام الكمامة التي توصي بها الإرشادات والسياسات وتقل عن ذلك.[42-45] ومن المسلّم به أن الأطفال قد يبلغون أهداف النماء المرحلية في أعمار مختلفة، وأن الأطفال في سن خمس سنوات أو أقل قد يتمتعون بالبراعة اللازمة لاستخدام الكمامة. واستناداً إلى نهج عدم الإضرار، وفي حال التوصية بأن يكون السن الأدنى لاستخدام الأطفال للكمامة سنتين أو ثلاث سنوات، فسينبغي ضمان الإشراف المناسب والمستمر، بما في ذلك المراقبة المباشرة من قبل أحد البالغين المؤهلين، وضمان الامتثال، وخاصة إذا كان من المتوقع لبس الكمامة لفترة طويلة من الزمن. ويهدف ذلك إلى ضمان الاستخدام الصحيح للكمامة ومنع أي ضرر محتمل ينتج عن لبس الطفل للكمامة، سواءً بسواء.

وينبغي ألا يُطلب تحت أي ظرف من الظروف، من الأطفال الذين يعانون من إعاقة إدراكية أو تنفسية شديدة، الذين يجدون صعوبة في تحمل الكمامة، أن يلبسوا الكمامات.

وينبغي إعطاء الأولوية لتدابير أخرى من بين تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها وتدابير الصحة العمومية والتدابير الاجتماعية للتقليل إلى أدنى حد من مخاطر انتقال فيروس كورونا- سارس -2 إلى الأطفال البالغين خمس سنوات أو أقل من العمر؛ وتتمثل هذه التدابير تحديداً في الحفاظ على التباعد البدني بمسافة متر واحد على الأقل حيثما أمكن، وتعليم الأطفال تنظيف اليدين مراراً وتكراراً والحد من حجم الفصول المدرسية. وتجدر الإشارة أيضاً إلى احتمال وجود اعتبارات أخرى محددة، مثل وجود أشخاص ضعفاء أو نصائح طبية وصحية عمومية محلية أخرى ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار عند تحديد مدى حاجة الأطفال البالغين خمسة سنوات أو أقل من العمر إلى لبس الكمامة.

2- وبالنسبة إلى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ست سنوات و11 سنة، ينبغي اتّباع نهج قائم على المخاطر إزاء القرار الخاص باستخدام الكمامة. وينبغي أن يأخذ هذا النهج ما يلي في الاعتبار:

- مدى انتقال العدوى في المنطقة التي يوجد فيها الطفل والبيانات المحدّثة/ البيّنات المتاحة بشأن مخاطر العدوى وانتقالها في هذه الفئة العمرية؛
- والبيئة الاجتماعية والثقافية مثل المعتقدات أو العادات أو السلوك أو الأعراف الاجتماعية التي تؤثر على التفاعلات الاجتماعية للمجتمع المحلي والسكان، ولاسيما مع الأطفال وفيما بينهم؛
- وقدرة الطفل على الامتثال للاستخدام الصحيح للكمامات وتوافر الإشراف الملائم من قِبل البالغين؛
- والتأثير المحتمل للبس الكمامة على التعلم والنماء النفسي الاجتماعي؛
- والاعتبارات المحددة الأخرى وطرق تكييفها لملاءمة الأوضاع المعينة مثل الأسر المعيشية التي تضم أقارب مسنين، أو المدارس، أو أثناء ممارسة الأنشطة الرياضية، أو في حال الأطفال ذوي الإعاقة أو المصابين بأمراض أساسية.

[ب] يمكن الاطلاع على مثال على مراعاة الأهداف المرحلية لنماء الطفل على النحو المحدد من قِبل مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها على الرابط التالي: https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf

3- وينبغي أن تتّبع المشورة بشأن استخدام الكمامات من قِبل الأطفال والمراهقين البالغين من العمر 12 سنة أو أكثر الإرشادات الصادرة عن المنظمة بشأن استخدام البالغين للكمامات[1] و/ أو المبادئ التوجيهية الوطنية الخاصة باستخدام البالغين للكمامات.

وحتى في الحالات التي تنطبق عليها المبادئ التوجيهية الوطنية، سيلزم تحديد الاعتبارات المعينة الأخرى (انظر أدناه) وطرق تكييفها لمواءمة الأوضاع الخاصة مثل في المدارس أو وقت ممارسة الرياضة أو من قِبل الأطفال ذوي الإعاقة أو المصابين بأمراض أساسية.

4- ويوصى عادة باستخدام الأطفال المنقوصي المناعة أو الأطفال المصابين بالتليّف الكيسي أو بعض الأمراض الأخرى (مثل السرطان) للكمامة الطبية، ولكن ينبغي تقييم ذلك بالتشاور مع مقدم الرعاية الطبية للطفل.[46،47]

وبالنسبة إلى الأطفال من جميع الأعمار الذين يعانون من اضطرابات النماء، أو الإعاقة أو الحالات الصحية المحددة الأخرى التي قد تتعارض مع لبس الكمامة، ينبغي ألا يكون استخدام الكمامة إلزامياً وينبغي تقييمه على أساس كل حالة على حدة من قبل معلم الطفل و/ أو مقدم الرعاية الطبية.

الاعتبارات الخاصة بالتنفيذ

ينبغي النظر في المسائل الوبائية والسياقية المحلية، مثل مدى انتقال العدوى، والقدرة على الحفاظ على التباعد البدني أو تنفيذ تدابير التهوية الملائمة في الأماكن المغلقة، والاختلاط بين الأشخاص من أعمار مختلفة، ومخالطة الأشخاص الضعفاء الآخرين، عند اعتماد المشورة بشأن لبس الكمامات في الفئات العمرية المختلفة، فضلاً عن الأضرار المحتملة والآثار السلبية للبس الكمامات.

وينبغي أن يقدم الآباء/ الأوصياء والمعلمون والمربون وأعضاء المجتمع المحلي الموثوق بهم، الرسائل الملائمة للعمر التي تستهدف تحسين فهم الغرض من لبس الكمامة ولبسها على نحو مأمون وصحيح وصيانتها، عن طريق القدوة الحسنة. وينبغي أن تظل المواد والرسائل وآليات الاتصال بشأن استخدام الأطفال للكمامات مرنة وقابلة للتكييف وأن تُستعرض وتُستكمل بانتظام بالاستناد إلى التغيّرات التي تطرأ على البيّنات وإلى احتياجات المجتمع المحلي واستفساراته.[48،49] وينبغي أيضاً الاستماع إلى الأطفال فيما يتعلق بتصوراتهم وبأي مصادر للقلق قد ترتبط بلبس الكمامة. وينبغي أن تتاح الرسائل المكيفة لملاءمة مختلف البيئات الاجتماعية والثقافية واللغوية، مع وجود آليات لاستقاء الآراء للرد على أسئلة الأطفال وتوقعاتهم.

وينبغي إعداد رسائل محددة للتوعية والتواصل لضمان ألا يؤدي استخدام الكمامات إلى شعور زائف بالأمن أو إلى تجاهل الأطفال لتدابير الصحة العمومية الأخرى. ومن الأهمية بمكان تأكيد أن استخدام الكمامات ما هو إلا أداة واحدة، وأن الأطفال ينبغي لهم أن يلتزموا أيضا بالمباعدة البدنية ونظافة اليدين وآداب التنفس. وللآباء وأفراد الأسرة والمعلمين والمربين دور حاسم في ضمان نقل هذه الرسائل باستمرار إلى الأطفال.

وينبغي أن تُدرج استراتيجيات لمساعدة الأطفال ولاسيما في الفئات العمرية الأصغر سناً، على تنفيذ هذه المشورة، من أجل الإدارة المأمونة والفعّالة للبس الكمامة. وقد يشمل ذلك عمليات التخزين المأمون للكمامات المستعملة لإعادة استعمالها من قبل الطفل ذاته بعد تناول الطعام أو ممارسة الرياضة، وتخزين الكمامات المتسخة (في أكياس أو حاويات مخصّصة مثلاً) قبل أن تُغسل، وتخزين كمامات أخرى نظيفة وتوفيرها إذا اتسخت كمامة الطفل أو ابتلّت أو فقدت.

وينبغي إتاحة الكمامات مجاناً للأطفال الذين يعيشون في أسر معيشية أو مناطق جغرافية تعاني من أوجه الضعف الاجتماعي وقلة الموارد لضمان الإتاحة المنصفة لجميع الأطفال. وينبغي أيضاً النظر في توفير الكمامات لاستخدامها في الطريق من المدرسة وإليها.

وينبغي أن يُراعى في تصميم كمامات الوجه للأطفال أن تكون مصنوعة من نسيج جيد في العموم، وإمكانية التنفس على نحو ملائم من خلالها والشعور بالراحة[1] وملاءمتها للأطفال (الحجم المناسب والألوان والتصميم، وما إلى ذلك) للمساعدة على تحسين قبول الأطفال واستخدامهم لها. وينبغي إيلاء اهتمام خاص للحفاظ على الكمامات ولضرورة تغييرها عندما تصبح مبتلة أو متسخة. وينبغي اتخاذ تدابير محددة للأطفال دون الثانية عشرة في المواقف التي تتطلب منهم لبس الكمامات.

وينبغي تكييف السن الدنيا للبس الكمامات وفقاً للظروف الاجتماعية أو المدرسية لتجنب وصم الأطفال وإقصائهم في المجموعات المختلطة الأعمار التي قد يكون فيها الأفراد على طرفي النقيض من الحد الفاصل للسن الذي يوصى به. ففي الحالات مثلاً التي

يكون فيها الأطفال الأكبر سناً الذين يُنصح باستخدامهم للكمامة في الصف نفسه الذي يوجد فيه أطفال أصغر سناً تقل أعمارهم عن السن الدنيا للبس الكمامة، يمكن إعفاء التلاميذ الأكبر سناً من لبسها.

اعتبارات محددة أخرى للأطفال ذوي الإعاقة

قد يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النماء أو من الإعاقة المزيد من العقبات وأوجه القصور والمخاطر، ولذا ينبغي أن تتاح لهم خيارات بديلة للكمامات، مثل دروع الوجه (انظر أدناه). وينبغي تكييف السياسات الخاصة بالكمامات بحيث تلاءم الأطفال ذوي الإعاقة بالاستناد إلى الاعتبارات الاجتماعية والثقافية والبيئية.

ويحتاج بعض الأطفال ذوي الإعاقة إلى الاتصال الجسدي الوثيق مع المعالجين أو المعلمين أو الأخصائيين الاجتماعيين. وفي هذا السياق، من الأهمية الحاسمة بمكان أن يعتمد جميع مقدمي الرعاية التدابير الأساسية للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما في ذلك لبس الكمامات، وأن يجري تكييف الأوضاع لتعزيز الوقاية من العدوى ومكافحتها.

وقد يطرح لبس الأطفال الذين يعانون من فقدان السمع أو مشكلات السمع للكمامات عقبات أمام التعلم ومزيداً من التحديات، وقد يتفاقم الأمر بسبب ضرورة الامتثال للتباعد البدني الموصى به.[50] وقد تفوت هؤلاء الأطفال فرص التعلم بسبب تردي لغة الإشارة الناتج عن لبس الكمامة، وغياب قراءة الشفاه والتعبير على وجه المتكلم، والتباعد البدني. ويمكن استكشاف إمكانية استخدام كمامات مكيفة للسماح بقراءة الشفاه (كمامات شفافة مثلاً) أو استخدام دروع الوجه (انظر أدناه) كبديل للكمامات القماشية.[51]

اعتبارات محددة أخرى للبيئات المدرسية

تيسيراً لوضع هذه الإرشادات موضع التنفيذ في البيئات المدرسية (وفقاً للمعايير الوطنية)، يُنصح بأن يُكيّف تقسيم الفئات العمرية مع الهيكل الوطني/ المحلي للمستوى التعليمي.

وينبغي ألا يُنظر في استخدام الأطفال والمراهقين للكمامات في المدارس إلا في إطار استراتيجية شاملة للحد من انتشار كوفيد-19. ويمكن استخدام الوثائق الإرشادية التالية في توجيه عملية وضع السياسات والبرامج لإعداد استراتيجية شاملة لسلامة المدرسة عند إعادة فتحها أو لتشغيلها في سياق كوفيد-19:

- اعتبارات منظمة الصحة العالمية بشأن تدابير الصحة العمومية الخاصة بالمدارس في سياق جائحة كوفيد-19
- الإطار الخاص بإعادة فتح المدارس الصادر عن البنك الدولي وبرنامج الأغذية العالمي واليونسكو واليونيسف (باللغة الإنكليزية)
- التوجيهات المؤقتة المتعلقة بمنع كوفيد-19 والسيطرة عليه في المدارس الصادرة عن منظمة الصحة العالمية واليونيسف والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

وفي إطار استراتيجية السلامة المدرسية الشاملة لإعادة الفتح، ينبغي لآراء المعلمين والمربين حول تصور المخاطر والعبء الزمني اللازم لضمان الامتثال للسياسات الخاصة بكوفيد-19 في المدارس والفصول الدراسية – بما في ذلك استخدام الأطفال للكمامات – أن تؤخذ في الاعتبار. وينبغي أن تُراعى بصفة خاصة الحالات التي يمكن أن يتعارض فيها لبس الكمامة إلى درجة كبيرة مع عملية التعلم وأن يؤثر سلباً على الأنشطة المدرسية الحاسمة الأهمية مثل التربية البدنية وبرامج الوجبات ووقت اللعب والرياضة – فضلاً عن التعلم.

ففي حال التوصية بلبس الكمامات القماشية في المدارس، ينبغي إعطاء تعليمات محددة لتخزينها ومناولتها وتوفير إمداداتها على نحو مأمون (انظر أعلاه). وينبغي تأمين إمدادات كافية من الكمامات المناسبة لجميع أطفال المدارس. وينبغي الوفاء بالمتطلبات الأساسية من المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية في مبنى المدرسة حتى يتسنى تنفيذ التدابير الشاملة للوقاية من العدوى ومكافحتها، وربطها بأنشطة تعليمية محددة تناسب العمر.

وفي حال استخدام الكمامات الطبية أو الكمامات التي تُستعمل مرة واحدة في حالات محددة، فسيلزم إنشاء نظام لإدارة النفايات يشمل التخلص من الكمامات المستعملة للحد من مخاطر التخلص من الكمامات الملوثة في الفصول الدراسية والملاعب.

وينبغي عدم حرمان أي طفل من الحصول على التعليم بسبب لبس الكمامة أو عدم لبسها بسبب قلة الموارد أو عدم توافرها.

بديل الكمامات القماشية للأطفال

دروع الوجه

صُممت دروع الوجه لاستخدامها[52] من أجل توفير الحماية من وصول رذاذ السوائل البيولوجية (ولاسيما إفرازات الجهاز التنفسي)، والعوامل الكيميائية والفتات[53،54] إلى العينين، وفي سياق الحماية من انتقال فيروس كورونا-سارس -2 عن طريق القُطيرات الصادرة عن الجهاز التنفسي، يستخدمها العاملون الصحيون مع الكمامة الطبية أو جهاز التنفس كمعدات للحماية الشخصية لحماية العينين.[55،56] وفي سياق كوفيد-19 في البيئات المجتمعية، قد يكون بعض الأطفال غير قادرين على لبس الكمامة لمختلف الأسباب (مثل المشكلات الصحية، والخوف من الكمامة)، ولذا يمكن اعتبار درع الوجه بديل الكمامة للحماية من القُطيرات الصادرة عن الجهاز التنفسي أو لمكافحة مصدر العدوى، وفقاً لمدى توافره وزيادة إمكانية استخدامه والقدرة على تحمله.[57،58] وتوصي بعض البلدان، مثل أستراليا[59] بدرع الوجه كبديل للكمامة. وتوصي بلدان أخرى، مثل سنغافورة،[60] بإمكانية لبس الكمامة ودرع الوجه معاً، ولكنها تقر بأن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة قد يلزم إعفاؤهم من لبس أي منهما.

وقد استعرضت المنظمة واليونيسف البيّنات المتاحة حالياً بشأن استخدام دروع الوجه للحماية من القُطيرات التنفسية و/ أو مكافحة مصدر العدوى في سياق جائحة كوفيد-19. وفي حين أن درع الوجه قد يمنح حماية جزئية[52] من قُطيرات الجهاز التنفسي لمنطقة الوجه إلى جانب ميزته الإضافية المتمثلة في سهولة الاستخدام، فإن فعّالية درع الوجه في مكافحة مصدر العدوى لم تخضع بعد للدراسة الكافية. فالقُطيرات يمكن أن تخرج مع الزفير أو تدخل مع الشهيق من الفجوات المفتوحة بين القناع والوجه،[52] وهو عيب متأصل في تصميمه.[53] وتشمل عيوب التصميم الأخرى انعكاس الضوء، والتغبّش، والرؤية دون المثالية، وزيادة حجمه على حجم النظارات الواقية ونظارات الأمان.[61] وهناك العديد من التصاميم الجديدة لدرع الوجه التي تحاول التغلب على أوجه القصور هذه، ولكن معايير الفحص المختبري الحالية لا تقيّم دروع الوجه إلا من حيث قدرتها على توفير حماية العينين من رذاذ المواد الكيميائية.[61،62] وثمة حاجة ملحة إلى المزيد من البحوث ومعايير الفحص المختبري لتحري فعّالية دروع الوجه في الحماية من القُطيرات الصادرة عن الجهاز التنفسي و/ أو مكافحة مصدر العدوى.[56] وفي الوقت الحاضر، يُنظر في استخدام درع الوجه لتوفير حماية العينين فقط وينبغي ألا يُعد مكافئاً للكمامة فيما يتعلق بالحماية من القُطيرات الصادرة عن الجهاز التنفسي و/ أو مكافحة مصدر العدوى.

وستواصل المنظمة واليونيسف رصد ما يستجد من المعلومات عن استخدام درع الوجه للوقاية من انتقال فيروسات الجهاز التنفسي. وتنصح المنظمة واليونيسف في حال عدم إمكانية الحفاظ على التباعد البدني، وفي الحالات الخاصة التي يكون فيها لبس الكمامة غير عملي (في حال الأطفال المصابين مثلاً بضعف السمع أو بأنواع أخرى من الإعاقة أو بحالات صحية تحد من امتثالهم للبس الكمامات القماشية أو الكمامات الطبية وتحد بالتالي من فائدتها)، بإمكانية استخدام درع الوجه مع مراعاة الاعتبارات التالية:

- يشكّل درع الوجه حاجزاً مادياً غير مكتمل ولا يوفر طبقات الترشيح التي توفرها الكمامة.
- ويجب أن يغطي الدرع الوجه بأكمله، وأن يلتف حول جانبي الوجه ويمتد حتى أسفل الذقن.[58]
- ويجب تنظيف دروع الوجه القابلة لإعادة الاستخدام تنظيفاً جيداً (بالماء والصابون أو المنظفات) وتطهيرها (بمحلول يحتوي على الكحول بنسبة 70-90٪) وتخزينها بعد كل استخدام.[44] وينبغي اختيار دروع الوجه التي تتحمل استخدام المطهرات دون أن تتضرر خصائصها البصرية.
- وينبغي الحفاظ على التباعد البدني بمسافة لا تقل عن متر واحد (3.3 قدم) حيثما أمكن، مع استمرار تعزيز تنظيف اليدين المتكرر وآداب التنفس.[56]
- وينبغي توخي الحذر لتجنب الإصابة عندما يلبس الأطفال دروع الوجه أو ينزعوها.

رصد وتقييم أثر استخدام الأطفال للكمامات

إذا قررت السلطات التوصية بلبس الأطفال للكمامات، ينبغي جمع المعلومات الرئيسية بانتظام لتتبع هذا التدخل ورصده. وينبغي إرساء الرصد والتقييم منذ البداية وينبغي أن يشتملا على مؤشرات تقيس الأثر على صحة الطفل، بما في ذلك الصحة النفسية؛ والحد من انتقال فيروس كورونا- سارس-2؛ والعوامل المحفزة للبس الكمامات والعقبات التي تحول دونه؛ والآثار الثانوية على التعلم الإنمائي للطفل، أو انتظامه في المدرسة، أو قدرته على التعبير عن نفسه أو الالتحاق بالمدرسة؛ والأثر على الأطفال الذين يعانون من تأخر في النماء أو من ظروف صحية أو إعاقة أو من أوجه أخرى للضعف.

وينبغي استخدام البيانات في إرشاد استراتيجيات التواصل؛ وتدريب المعلمين والمربين وأولياء الأمور ودعمهم؛ وتنظيم أنشطة إشراك الأطفال؛ وتوزيع المواد التي تمكّن الأطفال من استخدام الكمامات استخداماً صحيحاً.

وينبغي أن يشمل هذا التحليل نوع الجنس والسن والشريحة المادية والاجتماعية والاقتصادية لضمان إسهام السياسات المنفذة في الحد من الإجحافات الصحية والاجتماعية.

وستواصل المنظمة واليونيسف الرصد الوثيق للبيّنات المستجدة في هذا الموضوع والأوضاع القائمة لتحري أي تغيّرات قد تؤثر على هذه الإرشادات المبدئية. وفي حال تغيّر أي عامل من العوامل ذات الصلة، ستصدر المنظمة واليونيسف نسخة أخرى محدثة. وإلا فسوف تنتهي صلاحية وثيقة الإرشادات المبدئية هذه بعد ستة أشهر من تاريخ النشر.

كلمة شكر وتقدير

أُعدت هذه الوثيقة بالتشاور مع أعضاء المؤسسات التالية المذكورة أسماؤهم:

1- الفريق المخصّص التابع لبرنامج منظمة الصحة العالمية للطوارئ الصحية والمعني بوضع الإرشادات بشأن كوفيد-19:
جميلة السلمان، وزارة الصحة، البحرين؛ وأنوتشا أبيسارنثاناراك، مستشفى ثمسات الجامعي، تايلند؛ وبابا آي، المنظمة الدولية للخدمات العامة، فرنسا؛ وروجر تشو، جامعة أوريغون للعلوم الصحية، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وماي تشو، كلية الصحة العمومية في كولورادو، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وجون كونلي، وزارة الخدمات الصحية في ألبرتا، كندا؛ وباري كوكسون، كلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة؛ ونظام دماني، الصندوق الجنوبي للرعاية الصحية والاجتماعية، المملكة المتحدة؛ وديل فيشر، الشبكة العالمية للإنذار بحدوث الفاشيات ومواجهتها، سنغافورة؛ وتيويري بنايسا حننين، مستشفى الرابطة الجامعي، تونس؛ وجوست هوبمان، المركز الطبي لجامعة رادبود، هولندا؛ ومشتاق حسين، معهد مكافحة وبحوث الأوبئة والأمراض، بنغلاديش؛ وكوشلاني جاياتيليكي، مستشفى سري جاييواردينابورا العام، سري لانكا؛ وسيتو وينغ جونغ، كلية الصحة العمومية، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة، الصين؛ وسها كانج، المركز الطبي للجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان؛ ودانييلي لانتين، جامعة تافتس، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وفيرناندا ليسا، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وأنَّا ليفين، جامعة ساو باولو، البرازيل؛ ويوغو لي، جامعة هونغ كونغ، الصين؛ ولينغ موي لين، المجمع الصحي في سينغ، سنغافورة؛ وكالين مطر، التحالف العالمي للمهن الصحية، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وماري لويز ماكلوز، جامعة نيو ساوث ويلز، أستراليا؛ وجيتا ميهتا، مجلة سلامة المرضى ومكافحة العدوى، الهند؛ وشاهين مهتار، الشبكة الأفريقية لمكافحة العدوى، جنوب أفريقيا؛ وزياد مميش، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية؛ وباباكار ندوي، شبكة أفريقيا لمكافحة العدوى، السنغال؛ وفرناندو أوتيزا، وزارة الصحة، شيلي؛ وديامانتيس بلاشوراس، المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها، السويد؛ وماريا كلارا بادوفيزي، كلية التمريض، جامعة ساوباولو، البرازيل؛ وماتياس بليتز، جامعة جينا، ألمانيا؛ ومارينا سلفادوري، وكالة الصحة العمومية في كندا، كندا؛ وإنغريد شومان، منظمة مقاومة السل، جنوب أفريقيا؛ وميتشل شوابر، وزارة الصحة، إسرائيل؛ ونانديني شيتي، وكالة انكلترا للصحة العامة، المملكة المتحدة؛ ومارك سوبسي، جامعة نورث كارولينا، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وبول أنانث تامبياه، المستشفى الوطني الجامعي، سنغافورة؛ وأندرياس فوس، مستشفى كانيسوس-ويلهيلمينا، هولندا؛ ووالتر زينغ، مستشفيات جامعة جنيف، سويسرا.

2- الخبراء من اليونيسف:
مايا أري، وغريغوري بيلت، وسيمون كارتر، وكارلوس نافارو كولورادو، وآن ديتجن، وندى العطار، وماريا أغنيس جوردانو، وغاغان غوبتا، ونجوى حسنين، وليندا جونز، وراؤول كامادجو، وسارة كرمين، وأسماء ملادوالا، وآنا نييتو، ولوي بيرسون، وجيروم بفافمان.

3- القائمون على الاستعراض الخارجي:
سوزانا إسبوزيتو، الرابطة العالمية للأمراض المعدية والاضطرابات المناعية، جامعة بارما، إيطاليا؛ وأنجيلا دراموفسكي، جامعة ستيلينبوش، جنوب أفريقيا؛ وألفريدو تاغارو، الجامعة الأوروبية في مدريد، إسبانيا.

القائمون على الاستعراض من الرابطة الدولية لطب الأطفال:
ذو الفقار أ. بوتا، مركز صحة الطفل العالمية، مستشفى الأطفال المرضى، كندا؛ ومارغريت فيشر، قسم طب الأطفال، مركز مونموث الطبي، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وجوناثان كلاين، جامعة إلينوي في شيكاغو، اللجنة التنفيذية للرابطة الدولية لطب الأطفال، ومركز تنسيق التعاون مع منظمة الصحة العالمية، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وبيرتولد كوليتزكو،

جامعة لودفيغ ماكسيميليانس بميونخ، ألمانيا؛ وجين إي لوكاس، أخصائية الصحة الدولية ونماء الطفل، الرابطة الدولية لطب الأطفال، الفريق الاستشاري الاستراتيجي المعني بالنماء في الطفولة المبكرة، الولايات المتحدة الأمريكية؛ ومحمد ميقاتي، قسم طب أعصاب الأطفال والطب التنموي، المركز الطبي لجامعة ديوك، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وأمان بولونجان، جامعة إندونيسيا، وجمعية طب الأطفال الإندونيسية وجمعية آسيا والمحيط الهادئ لطب الأطفال؛ وسوزان م سوير، الرابطة الدولية لصحة المراهقين وجامعة ملبورن، أستراليا؛ ومرتضى الشبراوي، جامعة القاهرة، مصر؛ وراسل م فاينر، كلية العلوم الصحية للسكان في كلية لندن الجامعية، والكلية الملكية لطب الأطفال وصحة الطفل، المملكة المتحدة.

4- أمانة منظمة الصحة العالمية:
بينيديتا أليغرانزي، وغيرترود أفورتري، وميكديم أيانا، وحنان بلخي، وأبريل بالر، وإليزابيث باريرا-كانشيدا، وأليساندرو كاسيني، وجورجيو كوميتو، وآنا باولا كوتينيو ريسي، وصوفي هاريت دينيس، وسيرجي إيريمين، ودينيس فالزون، ودينيس ناثان فورد، وجوناس غونسيث-غارسيا، وريبيكا غرانت، وتوم غرين، وإيفان إيفانوف، ولاندري كابيجو، وبيير كلافر كاريو، وبينغ لينغ لين، وأوليفييه لو بولان، وأورنيلا لينشيتو، وعبد الرحمن محمود، وماديسون مون، وتاكيشي نيشيجيما، وبيلار رامون-باردو، وأليس سينيسينو، وفاليسكا ستمبليوك، ومها طلعت إسماعيل، وجواو باولو توليدو، وأنتوني تويوان، وماريا فان كيرخوف، وفيكي ويليت، وماساهيرو زاكوجي، وباسم زايد، وويلسون وير.

المراجع

1. منظمة الصحة العالمية. نصائح بشأن استخدام الكمامات في سياق جائحة كوفيد -19. جنيف: منظمة الصحة العالمية. 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693 تم الاطلاع في 20 آب/ أغسطس 2020.

2. UNICEF. Convention on the Rights of the Child text. 1990 (https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text accessed 20 August 2020).
3. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports.
4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-20. Epub 2020/02/29.
5. Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, et al. Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 - United States, February 12-May 18, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(28):923-9. Epub 2020/07/17.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. 6 August 2020. (https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-August%202020.pdf accessed 20 August 2020).
7. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):422-6. Epub 2020/04/10.
8. Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. Arch Dis Child. 2020:archdischild-2020-320042.
9. Joint IPA-UNICEF COVID-19 Information Brief. Epidemiology, Spectrum, and Impact of COVID-19 on Children, Adolescents, and Pregnant Women. (https://ipa-world.org/society-resources/code/images/HjNYEyfuM250.pdf accessed 20 August 2020).
10. L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. Culture-Competent SARS-CoV-2 in Nasopharynx of Symptomatic Neonates, Children, and Adolescents. Emerg Infect Dis. 2020;26(10). Epub 2020/07/01.
11. Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community. medRxiv. 2020. (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.19.20157362v2 accessed 20 August 2020).
12. Li X, Xu W, Dozier M, et al. The role of children in transmission of SARS-CoV-2: A rapid review. J Glob Health. 2020;10(1):011101. Epub 2020/07/03.
13. Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - A systematic review. Acta Paediatr. 2020;109(8):1525-30. Epub 2020/05/21.
14. Viner M, Mytton O, Bonnell C, et al. Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. medRxiv. 2020. (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108126v1 accessed 20 August 2020).
15. Macartney K, Quinn HE, Pillsbury AJ, Koirala A, Deng L, Winkler N, et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2020. Epub 2020/08/08.
16. Fontanet A, Grant R, Tondeur L, et al. SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. medRxiv. 2020. (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2 accessed 20 August 2020).
17. Fontanet A, Tondeur L, Madec Y et al. Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. medRxiv. 2020. (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.18.20071134v1 accessed 20 August 2020)
18. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. Euro Surveill. 2020;25(29). Epub 2020/07/29.

19. Torres JP, Pinera C, De La Maza V, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in blood in a large school community subject to a Covid-19 outbreak: a cross-sectional study. Clin Infect Dis. 2020. Epub 2020/07/11.
20. Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. Euro Surveill. 2020;25(21). Epub 2020/06/04.
21. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. Lancet. 2020;396(10247):313-9. Epub 2020/06/15.
22. Public Health England. Weekly Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Surveillance Report. Summary of COVID-19 surveillance systems. 2020.
23. Streeck H, Schulte B, Kümmerer B, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. medRxiv. 2020 (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2 accessed 20 August 2020).
24. Shakiba M, Nazari S, Mehrabian F, et al. Seroprevalence of COVID-19 virus infection in Guilan province, Iran. medRxiv. 2020 (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20079244v1 accessed 20 August 2020).
25. Lu Y, Li Y, Deng W, et al. Symptomatic Infection is Associated with Prolonged Duration of Viral Shedding in Mild Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Study of 110 Children in Wuhan. Pediatr Infect Dis J. 2020;39(7):e95-e9. Epub 2020/05/08.
26. Danis K, Epaulard O, Benet T, et al. Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the French Alps, February 2020. Clin Infect Dis. 2020;71(15):825-32. Epub 2020/04/12.
27. Xu Y, Li X, Zhu B, , et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. Nat Med. 2020;26(4):502-5. Epub 2020/04/15.
28. Heald-Sargent T, Muller WJ, Zheng X, Rippe J, Patel AB, Kociolek LK. Age-Related Differences in Nasopharyngeal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Levels in Patients With Mild to Moderate Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA Pediatr. 2020. Epub 2020/08/04.
29. Jones TC, Mühlemann B, Veith T, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. medRxiv. 2020 (http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125484 accessed 20 August 2020).
30. Canini L, Andreoletti L, Ferrari P, et al. Surgical mask to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. PLoS One. 2010;5(11):e13998. Epub 2010/11/26.
31. Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Hand Hygiene, Mask-Wearing Behaviors and Its Associated Factors during the COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study among Primary School Students in Wuhan, China. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(8). Epub 2020/04/26.
32. Simmerman JM, Suntarattiwong P, Levy J, et al. Findings from a household randomized controlled trial of hand washing and face masks to reduce influenza transmission in Bangkok, Thailand. Influenza Other Respir Viruses. 2011;5(4):256-67. Epub 2011/06/10.
33. Suess T, Remschmidt C, Schink SB, et al. The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009-2011. BMC Infect Dis. 2012;12:26. Epub 2012/01/28.
34. Uchida M, Kaneko M, Hidaka Y, et al. Effectiveness of vaccination and wearing masks on seasonal influenza in Matsumoto City, Japan, in the 2014/2015 season: An observational study among all elementary schoolchildren. Prev Med Rep. 2017;5:86-91. Epub 2016/12/17.
35. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. PLoS One. 2008;3(7):e2618. Epub 2008/07/10.
36. Allison MA, Guest-Warnick G, Nelson D, et al. Feasibility of elementary school children's use of hand gel and facemasks during influenza season. Influenza Other Respir Viruses. 2010;4(4):223-9. Epub 2010/09/15.
37. Stebbins S, Downs JS, Vukotich CJ, Jr. Using nonpharmaceutical interventions to prevent influenza transmission in elementary school children: parent and teacher perspectives. J Public Health Manag Pract. 2009;15(2):112-7. Epub 2009/02/10.
38. Smart NR, Horwell CJ, Smart TS, Galea KS. Assessment of the Wearability of Facemasks against Air Pollution in Primary School-Aged Children in London. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11). Epub 2020/06/06.
39. Fikenzer S, Uhe T, Lavall D, et al. Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. Clin Res Cardiol. 2020. Epub 2020/07/08.
40. منظمة الصحة العالمية. انتقال فيروس كورونا المسبب للمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة 2: الآثار المترتبة على احتياطات الوقاية من العدوى. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations تم الاطلاع في 20 آب/ أغسطس 2020.
41. Shelov S AT. Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5, Fifth Edition. American Academy of Pediatrics. Elk Grove Village, IL. . 2009.
42. Centers for Disease Control and Prevention. Considerations for Wearing Masks.United States of America;2020 (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html accessed 14 August 2020).
43. Swiss Federal Office for Public Health. New coronavirus: Masks. Koniz;2020 (https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/masken.html accessed 20 August 2020).
44. Department of Health and Social Care. Face coverings: when to wear one and how to make your own. United Kingdom;2020 (https://www.gov.uk/government/publications/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own accessed 20 August 2020).
45. American Academy of Pediatrics. Cloth Face Coverings for Children During COVID-19. 2020 (https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/Cloth-Face-Coverings-for-Children-During-COVID-19.aspx accessed 20 August 2020).
46. Centers for Disease Control and Prevention. If You Are Immunocompromised, Protect Yourself From COVID-19. United States of America;2020 (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/immunocompromised.html accessed 20 August 2020).
47. Cystic Fibrosis Foundation. COVID-19 Community Questions and Answers. 2020 (https://www.cff.org/Life-With-CF/Daily-Life/Germs-and-Staying-Healthy/CF-and-Coronavirus/COVID-19-Community-Questions-and-

Answers/#:~:text=People%20with%20CF%20should%20continue,cross%2Dinfection%20from%20CF%20germs. accessed 20 August 2020).
48. Esposito S, Principi N. To mask or not to mask children to overcome COVID-19. Eur J Pediatr. 2020. Epub 2020/05/11.
49. Del Valle SY, Tellier R, Settles GS, Tang JW. Can we reduce the spread of influenza in schools with face masks? Am J Infect Control. 2010;38(9):676-7. Epub 2010/07/08.
50. American Cochlear Implant Alliance. Consideration of face shields as a return to school option. 2020 (https://www.acialliance.org/page/consideration-of-face-shields-as-return-to-school-option accessed 20 August 2020).
51. United Nations. Transparent masks aid communication for hard of hearing. 2020 (https://www.un.org/en/coronavirus/transparent-masks-aid-communication-hard-hearing accessed 20 August 2020).
52. Lindsley WG, Noti JD, Blachere FM, Szalajda JV, Beezhold DH. Efficacy of face shields against cough aerosol droplets from a cough simulator. J Occup Environ Hyg. 2014;11(8):509-18. Epub 2014/01/29.
53. Hirschmann MT, Hart A, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavirus: recommended personal protective equipment for the orthopaedic and trauma surgeon. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;28(6):1690-8. Epub 2020/04/29.
54. Anon JB, Denne C, Rees D. Patient-Worn Enhanced Protection Face Shield for Flexible Endoscopy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;163(2):280-3. Epub 2020/06/10.
55. Kähler CJ, Hain R. Fundamental protective mechanisms of face masks against droplet infections. Journal of Aerosol Science 148, 105617. (https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2020.105617 accessed 20 August 2020).
56. منظمة الصحة العالمية. الاستخدام الرشيد لمعدات الحماية الشخصية في مكافحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-19). جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 (https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve تم الاطلاع في 20 آب/ أغسطس 2020.
57. Tony Blair Institute for Global Change. The Role of Face Shields in Responding to Covid-19. 2020 (https://institute.global/sites/default/files/articles/The-Role-of-Face-Shields-in-Responding-to-Covid-19.pdf accessed 20 August, 2020).
58. Perencevich EN, Diekema DJ, Edmond MB. Moving Personal Protective Equipment Into the Community: Face Shields and Containment of COVID-19. JAMA. 2020. Epub 2020/04/30.
59. Victoria State Health and Human Services. Face coverings: whole of Victoria. 2020 (https://www.dhhs.vic.gov.au/face-coverings-covid-19#what-does-wearing-a-face-covering-mean accessed 20 August 2020).
60. Ministry of Health. Guidance for use of masks and face shields. Singapore;2020 (https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/guidance-for-use-of-masks-and-face-shields accessed 20 August 2020).
61. Roberge RJ. Face shields for infection control: A review. J Occup Environ Hyg. 2016;13(4):235-42. Epub 2015/11/13.
62. منظمة الصحة العالمية. مجموعات السلع الأساسية لمكافحة الأمراض، النسخة 5. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 (https://www.who.int/emergencies/what-we-do/prevention-readiness/disease-commodity-packages/dcp-ncov.pdf?ua=1 تم الاطلاع في 20 آب/ أغسطس 2020

تواصل منظمة الصحة العالمية رصد الوضع عن كثب لمتابعة أي تغيرات يمكن أن تؤثر على هذه الإرشادات المبدئية. وإذا طرأ تغيير على أي من العوامل ذات الصلة، فسوف تصدر المنظمة إرشادات محدّثة إضافية. وبخلاف ذلك، تبقى وثيقة الإرشادات المبدئية هذه صالحة لمدة عامين من تاريخ إصدارها.

© منظمة الصحة العالمية و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) 2020. بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO reference number: WHO/2019-nCoV/IPC_Masks/Children/2020.1