

كيف نساعد الأطفال وأهاليهم في حالات الكوارث الإنسانية



ترجمة:

د. صالح الصالحي
د. فواز العنزي
د. حبيب التكروني

تأليف:

د. كيرن اولنس
د. اناماندلاكس
د. كرستين تورجيسن

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كيف نساعد الأطفال وأهاليهم في حالات الكوارث الإنسانية

تأليف:

د. كيرن اولنس

د. انا ماندلاكس

د. كرستين تورجيسن

ترجمة:

د. صالح الصالحي

د. فواز العنزي

د. حبيب التكروني

تمهيد

يتعرض ملايين الاطفال لأنواع متعددة من الكوارث الانسانية سواءً طبيعية أو بفعل الإنسان. و يوجد ما يقارب ١٣,٥ مليون طفلاً نازحاً نزوحاً داخلياً في ظروف قاسية تحرمهم من أبسط حقوقهم في مقومات الحياة الطبيعية. و إذ هم أمل الأمم ومستقبلها الآتي، فإنه لا شك في أن رعايتهم تعدُّ واجباً إنسانياً أساسياً واستثماراً حقيقياً، ولا بد للجهات الحكومية وغير الحكومية ذات العلاقة من أن تعمل على أدائه، وأن تتظافر الجهود لتعزيز صحتهم ونموهم نفسياً وبدنياً.

ولعل الطفل في العالم اليوم، سواء كان موجوداً في مواقع الكوارث الإنسانية المتزايدة أم مشاهداً لها عن بُعد من خلال وسائل الإعلام المختلفة، هو في أمس الحاجة إلى العناية النفسية أو الجسدية؛ حيث يعاني الكثير منهم من أضرار جسدية، وفقدان لوسائل الحياة الضرورية، ومعرضين للصدمات النفسية، ولتختلف أنواعها شدة وقوة. ومن المهم أيضاً الاهتمام بالأسر وبالأهالي المتضررين من الكوارث الإنسانية؛ حيث أن رعايتهم تؤثر إيجاباً على الحالة الصحية لأطفالهم والأطفال الآخرين ممن هم في رعايتهم.

ومن المهم أن يتم تدريب المختصين برعاية الأطفال بشكل عام، والمهنيين منهم بشكل خاص، حيث أنهم المعنيون برعايتهم في أوقات الكوارث، على أفضل السبل والوسائل التي تعين على تحسين أوضاعهم وتخفيف معاناتهم وضمان أفضل الممارسات نحو تعزيز صحتهم الجسدية والنفسية؛ ومن هنا تأتي أهمية هذا الدليل الإرشادي لمساعدة الأطفال وعائلاتهم في أوقات الكوارث الإنسانية، حيث نوصي جميع الذين لهم علاقة بهذا الموضوع أن يقوموا بالاطلاع عليه، وقراءة محتواه، فضلاً عن دعوتنا لهم إلى حضور الدورات المتخصصة في هذا المجال والاستعداد الدائم للتعامل مع الكوارث الإنسانية.

ويسعدنا أن نقوم بترجمة هذه النسخة الرابعة من هذا الدليل إلى اللغة العربية، حيث تم إضافة فصل كامل حول تحصينات الاطفال، إضافة الى فصول أخرى وتم تحديث الكثير من المعلومات والبيانات.

شاكرين للمؤلف والناشر الرئيسي (جمعية الرواد الصحية) الموافقة على ذلك من أجل أطفالنا الذين هم أمل الأمة وعدة المستقبل.

د. صالح محمد الصالحي
٢٠١٦م - الرياض

Arabic Version for the 4th Edition Published August 2016
By King Abdullah bin Abdul Aziz University Hospital,
Riyadh Saudi Arabia
P.O. Box 47330 Riyadh 11552, Saudi Arabia
Phone 00966118203071 – 0096611 8203340 – 00966 118203071
E-mail: Salsalhi@pnu.edu.sa

English Edition co-published September 1999
By Health Frontiers and the Johnson and Johnson
Pediatric Institute.
As» Helping the Children. a practical Handbook for
Complex Humanitarian Emergencies.
ISBN 05-7-9602790-
Later published in Spanish and other editions.

Preliminary English Edition published 1998
By Health Frontiers
As» How to Help the Children in Complex
Humanitarian Emergencies

Printed in Riyadh, Saudi Arabia 2007
By King Fahd Medical City.
All Rights Reserved.

المحررون

كيرن أولنس (Karen Olness.MD)

دكتوراه في الطب، بروفييسور طب الأطفال وطب الأسرة والصحة الدولية والأمراض في جامعة Case Western Reserve . لديها خمسة وأربعون عاماً من الخبرة في مساعدة الأطفال حول العالم في أثناء الكوارث الإنسانية. وقد طوّرت دورة علمية حول مساعدة الأطفال والعائلات في الكوارث الإنسانية عام ١٩٩٥م، وتقام هذه الدورة بشكل دوري سنوي في جامعة Case Western Reserve ، كما أقيمت أكثر من عشرين مرة في أنحاء مختلفة من العالم.

انا ماندلاكس (AnnaMaria Mandalakas MD, MS?)

دكتوراه في الطب، بروفييسور مشارك في طب الأطفال والصحة العالمية في جامعة Reserve Case Western، ومديرة البرنامج العالمي لمكافحة مرض السل في مرحلة الطفولة، في كلية الطب جامعة بايلور، هيوستن، تكساس. وأبحاثها العلمية والسريرية تشتمل على رعاية الأطفال الضعفاء، بمن فيهم اللاجئين، والمهاجرون، والمتبنون، مع التركيز على مكافحة انتشار الأمراض المعدية، ودرن الأطفال، وإيدز الأطفال، وعلم الأوبئة. وبناء على تجاربها السابقة في عدة قارات من العالم، فإن عملها الحالي يركز على تحسين نتائج صحة الأطفال المصابين بمرض السل والإيدز وعائلاتهم في مناطق جنوب الصحراء الكبرى، في أفريقيا.

كريستين تورجيسن (Krisrine Torjesen, MD, MPH?)

دكتوراه في الطب والصحة العامة، المدير المشارك بمركز تيسير العلوم، ومركز صحة العائلة العالمي ٣٦٠ درجة في درهام، شمال كارولينا، ويتركز عملها الحالي حول أبحاث مكافحة مرض الإيدز والعلوم التطبيقية، كما قضت ثلاث سنوات في مالاي لتقديم الرعاية الطبية وعمل أبحاث عن مرض الإيدز، وأمضت سنة في لاوس ممثلاً ميدانياً عن جمعية الرواد الطبية، وبعدها أمضت خمس سنوات مديرة من الولايات المتحدة لبرامج تدريب أطباء الزمالة في لاوس، وعايشت ثقافات عدة حول العالم، ومنها ستة أشهر في أعمال الإغاثة في مخيم للاجئين في تايلند.

شكر وعرfan

الطبعة الرابعة

نتقدم ببالغ الشكر للدكتورة كاثلين كليج لتقديمها الفصل الجديد عن العناية الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية.

الطبعات السابقة

كل الشكر للدكتور باريان وات، لتصويره وإعداده غلاف الكتاب وإخراجه وتحميله للكتاب.

كما نشكر ثلاثة أطباء مقيمين من مستشفى قوس قزح للأطفال: د. جوردانا هيكري، د. روز لي، د. دينيس لوبيز دوموفيتش، على إسهاماتهم في فصول التغذية، وأمراض النساء، والإرهاق البيوكيميائي، والمناعة، ومختلف المواضيع الطبية الأخرى.

نشكر د. ماريسا هيرين على الفصل الجديد: الفرز.

نشكر د. ايلي أبو جودة على الفصلين الجديدين: عدوى الأطفال حديثي الولادة، وزيادة نسبة البليروبين في الدم.

نشكر د. صالح الصالحي على ترجمته هذا الدليل إلى اللغة العربية، د/ حسين إسماعيلي على ترجمته الدليل إلى اللغة الفارسية، ود/ ماريسا هيرين على ترجمتها هذا الدليل إلى اللغة الإسبانية.

إن كثيراً من المتحدثين والمشاركين في دورات التدريب المتعلقة بالأطفال والكوارث اقترحوا مراجعة هذا الدليل وتوسيعه، ونحن نقدم شكراً خاصاً للدكتورة جون برادي على اقتراحاتها المفيدة، والدكتورة ماري هيليرستين لتحريرها الدليل، والدكتورة ماريسا هيرين للبحث العلمي والترجمة إلى الإسبانية، والدكتورة إيفا هولسينجر لتقديمها فصل عن العنف الجنسي والجسدي.

إن هذا الدليل يظهر عمل وإرشادات العديد من المساهمين، ونحن نود أن نشكر الدكتور فرانك كلاميت على توجيهاته وخبراته القيمة التي أوردتها في فصل (الولادة)، والدكتورة ايديث جروتبيرج لإسهاماتها بخبرتها في (المرونة لدى الأطفال)، والدكتور أرنولد أندرسون على مراجعته مسودة الكتاب، والسيدة كاري سشوارتز على مساعدتها في التحرير، كما نتقدم بَعْظِيم الشكر للأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، ولجمعية طب الأطفال العالمية، مقدرين لهم تشجيعهم على إكمال هذا الدليل والانتفاع به.

الترجمة

د. صالح محمد الصالحي الحربي:

استاذ مساعد اكلينيكي بطب الاطفال، رئيس مركز نمو الطفل و رئيس قسم الاطفال بمستشفى الملك عبدالله ابن عبدالعزيز الجامعي بجامعة الأميرة نورة، ورئيس المركز الوطني لاضطرابات النمو بالمجلس الصحي السعودي، ورئيس الفريق الاستشاري الفني للكوارث الانسانية بالجمعية العالمية لطب الاطفال.

د. فواز بن عبدا لرزاق العنزي:

استشاري نمو وسلوك الأطفال، وعضو البرنامج الوطني الطبي للتوحد، وعضو برنامج حماية الطفل من الإيذاء بمدينة الملك فهد الطبية.

د. حبيب بن سعيد التكروني:

استشاري مشارك في الطب النفسي للأطفال والمراهقين بمستشفى الملك عبدالله الجامعي، بجامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن، مركز نمو الطفل وعضو الجمعية السعودية للطب النفسي.

(١) المقدمة

هذا الدليل موجه إلى الأشخاص الذين يعملون في حالات الكوارث، وإلى الخبراء في مناطقهم الخاصة، وإلى الذين قد لا يكونون مختصين في مجال صحة الطفل، وهذه الطبعة هي طبعة محدثة لهذا الدليل الذي نشر أول مرة في عام 1998م.

إن عدد الكوارث المؤثرة على الأطفال في العالم قد ازداد بشكل تصاعدي في العقد الأخير من القرن العشرين، وهناك كوارث كبرى وقعت في عامي (2004-2005)، ومنها الكوارث التي حدثت في السودان، وجمهورية الكونغو، وكانتا من صنع البشر، كما حدثت كوارث طبيعية مثل تسونامي الآسيوي، وإعصار كاترينا. وقد حظيت هذه الكوارث باهتمام إعلامي وتقديم مساعدات عاجلة، والكارثة التي حصلت مؤخراً في سوريا، وماتزال قائمة، وهي من صنع البشر، وتسببت في نزوح مليوني طفل سوري، إما إلى الداخل السوري أو إلى مخيمات اللاجئين في دول أخرى. وعلى العموم فإن احتياجات الأطفال ومشاكلهم الناجمة عن هذه الكوارث قد تستمر لسنوات عديدة، أو قد تستمر مدى حياة هؤلاء الأطفال.

إن نصف عدد الأفراد الذين يعيشون ويعانون في مناطق الكوارث هم دون السنة الخامسة عشرة من العمر، وإن نسبة الإصابات والوفيات في تلك الكوارث أكثر ارتفاعاً بين الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر، ومن الضروري للعاملين في الحقل الإنساني أن يكونوا على استعداد لمواجهة الموضوعات المتعلقة بصحة الطفل في أوقات الكوارث وأحداثها.

لقد عملت طبيبة أطفال متطوعة، ضمن عدة وكالات، في الحالات الطارئة الإنسانية، لأكثر من أربعين عاماً، وقد لاحظت أن الأطفال يعانون كثيراً في هذه الحالات، فهم يعانون من مشاكل قصيرة الأمد، ومن مشاكل قد تمتد طيلة فترة حياتهم؛ حيث إن التعرض لتجارب الكوارث في سن مبكرة قد يقود إلى مشكلات جسدية وعقلية مزمنة.

إن معظم العاملين في مجال الإغاثة يدركون أن للأطفال احتياجات خاصة، ولكن نادراً ما تكون لديهم الخبرة أو المعرفة الضرورية لتلبية تلك الاحتياجات؛ لذا فقد حرصنا على تطوير هذا الدليل للاستخدام الميداني، وأن يكون مختصراً وعملياً وسهل القراءة.

وإنه من غير الواضح دائماً، لماذا تكون برامج الأطفال في حالات الطوارئ الإنسانية هي الأقل أولوية؛ فبعض التفسيرات المتوقعة لهذا السؤال تقول: إن الأطفال ليس لديهم القوة والقدرة، ولا يمكنهم الدفاع عن احتياجاتهم ولا عن أنفسهم، ونادراً ما تُسمع أصواتهم في المجالس أو في المناقشات السياسية، ولهذا الأسباب مجتمعة تُهمل احتياجات الأطفال في

كثير من البرامج العامة في العالم كله. ومن المعروف أن العاملين الصحيين في أثناء الكوارث غالباً ما يفتقدون الخبرة الكافية في مجال صحة الطفل، أو في مجال نمو الطفل، وقد لا يدركون أن الأطفال ليسوا شكلاً مصغراً عن الكبار، وقد لا يعون بشكل جيد أن الأطفال ينتقلون عبر مراحل تطور أو نمو مختلفة؛ لذلك فإن احتياجاتهم سريعة التغير، كما أن العاملين ببساطة منشغلون بتحقيق متطلبات السكان البالغين الذين هم الأعلى صوتاً على الدوام.

ويؤكد الناس في كل أنحاء العالم أن «الأطفال هم المستقبل»، ولكن في الوقت نفسه فإن واضعي القوانين لا يعرفون أن أدمغة الصغار تتطور بسرعة في السنة الأولى من حياتهم، وأن معظم تسارع تطور تكوين الدماغ إنما يكتمل في السنة الثالثة من العمر، وأن هؤلاء الأطفال الصغار هم الأقل مساعدة، والأكثر ضعفاً، والأقل قدرةً على التعبير للآخرين عما يريدون، وبالتالي فهم الأكثر عرضة لخطر الإصابات الدماغية غير القابلة للشفاء في حالات الكوارث؛ لذلك فإن برامج الأطفال يجب أن تكون لها الأولوية الكبرى في حالات الكوارث الإنسانية.

إن كل شخص يعمل في حالات الكوارث، بغض النظر عما إذا كانت لديه خلفية في صحة الطفل أم لا، يدرك أهمية الماء والغذاء والمأوى وتصريف الملوثات، وجميعهم يجب أن يعرفوا كيف يمكنهم أن يقدموا هذه الاحتياجات وغيرها من المتطلبات الأخرى للأطفال بشكل متطور، ومناسب، وبطريقة محايدة.

إننا نأمل لهذا الدليل أن يقدم المعلومات المفيدة والأساسية حول كيفية مساعدة الأطفال في حالات الكوارث الإنسانية والطبيعية.

كيرن أولنس، دكتوراه في الطب
مارس 2014م

(٢) التحضير الشخصي

إن العمل في حالات الكوارث هو تجربة ثرية، ويمكن أن يكون هذا العمل مشجعاً ومؤملاً في ذات الوقت، ولا يمكنك إطلاقاً أن تكون متأكداً مما يمكن أن يواجهك في هذا العمل، ولكن قبل المغادرة حاول أن تسأل نفسك الأسئلة التالية التي يمكن أن توضح لك بعض التوقعات، وتحدد لك بعض معالم هذا العمل الذي قد يكون مجهولاً لديك.

لماذا تقوم أنت بهذا العمل؟

الأسباب المحتملة قد تشمل الإيثار، واهتمامات مهنية، وتاريخ عائلي، والاستمتاع بالسفر، أو الهروب. وتذكر أن متعة السفر يمكن أن تتعارض مع الالتزام المطلوب لتعمل بفاعلية في حالات الكوارث، وربما تكون أكثر نفعاً حينما تقدم مساعدة لزملائك العاملين في منطقة الكارثة وأنت في مكان عملك؛ إذ تستطيع أن تساعدك من خلال المعلومات الإلكترونية، وتزويدهم بحقائق الرعاية الطبية، وإرسال الإمدادات والمساعدات المالية.

● من هم اللاعبون أو المهتمون بهذا الشأن؟ كم هو عدد الوكالات المشاركة في هذا العمل؟ من هو المسئول الرئيسي عنه؟

● ما هو تاريخ الحوادث التي أدت إلى وقوع الكارثة؟

● ما هي العوامل السياسية والعرقية والاقتصادية والثقافية المحيطة بظروف الكارثة؟

● هل الحالة حادة وحديثة العهد، أم أن مخيم اللاجئين أو النازحين موجوداً منذ فترة طويلة؟

● ما هي واجباتك؟

● ما هي المخاطر الأمنية والصحية التي ستواجهك؟

● من هم زملاؤك الذين سيشاركونك في العمل اليومي؟

● ما هي الظروف اللوجستية؟ وكيف ستصل إلى هناك؟

● كيف ستكون إقامتك؟ ما هي إمكانية توافر الماء والغذاء؟ هل سيكون هناك مجال للاستحمام؟

● كيف ستتصل بعائلتك، وبأصدقائك، وبزملائك في الوطن؟

● ما هي المشاكل المتوقعة للأطفال؟ وما هي الأمراض الشائعة في المنطقة؟

● هل هناك أمراض متفشية أو هي في طور الانتشار؟

● ما هو الوضع الغذائي للأطفال؟

● ما أرجحية أن يكون الأطفال قد تلقوا التطعيمات اللازمة؟

● هل هناك قاصرون لا يرافقهم أحد، وهم الأطفال الذين فصلوا عن ذويهم؟

ونصح بالحصول على أكبر قدر من المعلومات المتعلقة بالأسئلة التي تم طرحها أعلاه، وفي ذات الوقت كن مستعداً لأن تتحمل أي شيء في سبيل تحقيق هدفك؛ ذلك لأن الكثير من

تلك المعلومات قد لا تكون متوافرة في ظروف الكوارث.

أما فيما يتعلق بقائمة حَزْم الأمتعة الخاصة، فمن المستحسن استشارة الأشخاص الذين سافروا قبلك للعمل في تلك المنطقة؛ لأن الحاجيات تختلف باختلاف المكان المقصود السفر إليه، وباختلاف الظروف المحيطة به. وهناك مصادر على الشبكة العالمية، فضلاً عن بعض المطبوعات، التي يمكن أن تزودك بقائمة تتضمن جميع الأشياء والمواد التي يجب أن يصطحبها المتطوعون الصحيون العالميون. ويمكن في هذا الشأن الرجوع إلى الفصل الأخير من هذا الدليل.

وفيما يأتي قائمة تشتمل على طرق إضافية للاستعدادات الذاتية من أجل العمل في حالات الكوارث، وهي مبنية على خبرات الآخرين الذين نجحوا فيه:

- أفعال ما بوسعك لمنع المرض عن نفسك أولاً، وعن العاملين معك أيضاً، واحصل على اللقاحات المطلوبة، وجَهِّز حقيبة إسعاف طبية مناسبة.
- ناقش خططك مع الأسرة ومع الأصدقاء، ورتب أمر تواصلك المنتظم بهم.
- احزم حاجاتك الشخصية باهتمام، واصطحب معك بعض الأشياء المناسبة للأطفال الذين ستلتقيهم، من مثل: ألعاب صغيرة، كرات طرية، علقة (لبان)، أقلام تلوين أو أقلام شمعية مع بعض الأوراق، فهي من الأشياء المحببة جداً للأطفال.
- أحضر كمبيوتراً محمولاً أو قارئاً إلكترونياً يحوي بعض الكتيبات والكتب والمراجع، ويوجد ملخص مختصر بقائمة بعض المصادر في نهاية هذا الدليل. وفي حالة أن كانت الكهرباء غير مضمونة لإعادة شحن أجهزتك الإلكترونية فإن بإمكانك أن تصطحب معك نسخاً ورقية من المراجع، بما فيها هذا الدليل.
- خذ بعين الاعتبار جلب بعض معدات التخميم، معتمداً في ذلك على الوضع المعيشي المتوقع لعمال الإغاثة.
- ركز على منع المشاكل الطارئة التي يمكن أن تواجهك، أو على ما يمكن فعله للتخلص من تلك المشاكل حال وقوعها.
- خذ بعين الاعتبار ما يمكن فعله في الوقت الحاضر للتقليل من الإصابات الصحية العقلية، وما يترتب عليها في الأمد البعيد، والتي قد تكون منتشرة بين الأطفال المتأثرين بالحالات الإنسانية الطارئة.
- احتفظ بدفتر مذكرات تسجل فيه الملاحظات اليومية فيما يتعلق بهذه التجربة، وما تعلمته منها، فضلاً عن الأفكار التي قد تساعد من سيخلفك في مثل هذه المهمة.

(٣) العناية الشخصية لعمال الإغاثة

ليس هناك من أحد يرى كارثة ثم لا تتأثر مشاعره بها. وعمال الإغاثة منجرون للعمل لعدة أسباب، لكن العمل في الكارثة مفعم بالضغط التي يمكن أن تقع على كل من له علاقة بها؛ وبناء عليه فإنه لا بد من وجود خطة شاملة للحماية من الضغوط ومعالجتها، وتكون تلك الخطة مدرجة ضمن خطط الاستجابة للكوارث؛ إذ من غير المناسب أن تكون أمراً مستدرِكاً يقوم به فريق الاستجابة للكوارث عندما تطفو تلك المشاكل على السطح.

الضغط هو شيء طبيعي وضروري، وهو دائماً يكون سبباً في الإنتاج، فهو يعطينا الحافز للعمل وإحداث التغيير عندما لا تكون الأمور على ما يرام، لكن الضغط في نفس الوقت يمكن أن يكون مدمراً، وتأثير الضغط يمكن أن يكون تراكمياً، وبالتالي فإن طول أمد الضغوط يقوم بدور هام في الآثار المترتبة عليه عامةً، وهناك مصادر عديدة للضغط، بعضها معروف لنا، وبعضها قابل للمنع، وفي هذا الفصل سنسلط الضوء على بعض مصادر تلك الضغوط. إضافة إلى المحافظة على الصحة العقلية والسلامة العامة لعمال الاستجابة، فإن عمال الاستجابة لا يستطيعون الاعتناء بالآخرين ما لم يستطيعوا الاعتناء بأنفسهم.

هناك العديد من ردات الفعل تجاه الكوارث يمكن تصنيفها على أنها (ردات فعل طبيعية لحدث غير طبيعي)، ويمكن أن تكون على شكل أعراض جسدية، أو عاطفية، أو فكرية، أو سلوكية. فالأعراض الجسدية للضغط تشمل زيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس، واضطرابات القناة الهضمية وما يمكن أن يصاحبها من أعراض من مثل: الغثيان، والتقيؤ، والإسهال؛ الأمر الذي ينتج عنه فقدان الوزن، ومن الممكن أن تحدث زيادة في الوزن أيضاً، وهناك أعراض جسدية أخرى، ومنها: الرعشة، والتعرق، والصداع، وآلام الظهر، ونقص مقاومة العدوى.

الأعراض العاطفية المصاحبة للضغط تشمل: الشعور بالضعف، ولاسيما إذا ترافق العمل مع تهديد مباشر لعمال الإغاثة. وعلى الجانب الآخر، فإن عمال الإغاثة يمكن أن يشعروا بأنهم أبطال، أو أقوياء، وهذا الشعور قد يؤدي إلى ضبابية في حكمهم على الأشياء، وفي اتخاذهم القرارات في أثناء الكارثة؛ فالقلق، والخوف، والغضب، والحزن، كلها مشاعر استجابة طبيعية يمكن مواجهتها في حالات الكوارث، وهي تشمل خسائر فادحة في الأرواح، وإصابات خطيرة، وفقدان أو انفصال عن العائلات، ودمار شامل لكافة المناطق. ويكون التعاطف مبنياً على قدرة العاملين على التضامن مع الضحايا، لكن لو تعدى ذلك حدود التضامن المعقول، فيمكن أن يكون عائقاً. والأعراض الفكرية يمكن أن تشمل: الضعف في الذاكرة، أو التشتت والارتباك أو التشوش، أو الصعوبة في القدرة على التركيز، أو فقدان الموضوعية، أو صعوبة اتخاذ القرارات. وردات الفعل السلوكية للضغط يمكن أن تشمل على تغييرات في نمط الأكل والنوم، وفي استخدام الكحول والمخدرات الأخرى، وعدم الرغبة في مغادرة المكان حتى نهاية

العمل، ونوبات الغضب، والجدال المستمر، والعزلة الاجتماعية، وقد يتبلور ذلك في الهروب نحو استخدام الفكاهة والنكتة والطرفة.

وتحت تأثير الصدمة من الكارثة فإن المستجيبين للعمل في الكوارث يمكن أن يصابوا بحالات من الإنهاك، أو الإرهاق العاطفي، أو بردات فعل ثانوية، وهي ما يعرف أحياناً بـ (الضحية الثانوية) أو (الضحية بالإنابة) أو (الإصابة بالإنابة). والإنهاك هو مجموعة من الأعراض المتزامنة مع الإرهاق الجسدي والعاطفي، وتكون دائماً مصاحبة لتغيير يحدث في المواقف تجاه العمل. ويتكون الإنهاك بشكل تدريجي، ويمكن أن يحدث في أية وضعية من أوضاع العمل، لكن من المعتقد أنه يحدث بسبب المطالب الوظيفية التي لا هواده فيها. وأمر المساعدة في ذلك بسيط جداً، وهو يتمثل في أخذ وقت للراحة من العمل، أو في تلقي المزيد من الدعم في مكان العمل.

وعلى خلاف الإنهاك، فإن الإرهاق العاطفي وضغط الصدمة الثانوي، يحدث دائماً بشكل فجائي ومن دون سابق إنذار. والإرهاق العاطفي يمكن أن يشتمل على أعراض اللامبالاة، وتدني احترام الذات، وانشغال الفكر بالصدمة، والقلق، والشعور بالذنب، والذهول، والغضب، والحزن، وزيادة حساسية المشاعر، وفقدان الصبر، والهيجان، واليقظة المفرطة، والغضب من الرب. والضحية الثانوية أو الضحية بالإنابة تضم كتلة من الأعراض، وتكون مشابهة لتلك التي يعاني منها المصابون الأولون بالصدمة، وهم الذين واجهوا الصدمة بشكل مباشر. وردات الفعل هذه يمكن أن تظهر فجأة، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فقد تكون نتيجة الاستجابة لتجارب الناجين من الصدمة. وعلى خلاف الإنهاك، فإن الصدمة الثانوية أو بالإنابة يمكن أن تحدث تغييراً في أمور أساسية من مثل: الإحساس بالثقة، والإحساس بالتحكم، واحترام الذات، والقدرة الحميمية، وبشكل كبير، كما يمكنها أن تحدث كثيراً من ردات الفعل في أثناء الصدمة، أو بعدها، لدى ضحايا الصدمة الأساسيين.

الوقاية من الضغوط وعلاجها:

يمكن أن يتم ذلك على المستوى الشخصي، وعلى مستوى المنظمة ككل. أما النهج على المستوى الشخصي فيمكن أن يتضمن إدارة ضغط العمل ترتيب الأولويات، والتأكد من أن الخطط واقعية، والمحافظة على مستوى متوازن في أسلوب الحياة قدر الإمكان؛ وهذا الأمر يتضمن التمرين المنتظم، ووجبات الغذاء المتوازنة، والقدر الكافي من النوم، ومع ذلك، فإن التمارين والوجبات والنوم نادراً ما تكون منتظمة في حالة الفوضى أثناء الكارثة. لا بد من أن يستمر الاتصال مع العائلة ومع الأصدقاء في الوطن، ومن الممكن للأشخاص العاملين في الكوارث أن يتعرف بعضهم على بعض، ويقوموا بأعمال وأساليب مناسبة تؤدي إلى خفض مستوى التوتر لديهم، ومن ذلك مثلاً: ممارسة التأمل، أو الكتابة، أو ممارسة تمارين الاسترخاء، وهي أمور يمكن القيام بها في أي مكان. وأما المساعدة التي يتلقاها الفرد على مستوى المنظمة، فمن المهم جداً أن يكون لدى الإدارة أو لدى قيادة منظمة عمال الإغاثة تسلسل

قيادي واضح، ويجب أن يكون الهدف من الاستجابة للكارثة مكتوباً بوضوح، مع تحديد واضح المعالم لدور كل واحد من الأفراد المشاركين في الاستجابة للكارثة.

كما يجب أن يتم توجيه عمال الاستجابة وتدريبهم بواسطة العمال الآخرين الذين يعملون مسبقاً في ذات العمل، ويجب أن تُحدّد مسؤوليات العمل بشكل منتظم، وتحديد نوبات العمل، ويتم تسجيل ذلك في تقارير مختصرة تعلن عند بداية النوبات وحين انتهائها، ويمكن تدعيم التواصل وفرض أوقات للراحة من العمل. ومن الضروري أن يتمّ أحياناً تبديل المهام، والانتقال من مهمة شاقة إلى مهمة خفيفة أو إلى مهمة تكون أقل ضغطاً من سابقتها.

إن «نظام الأصدقاء» في مراقبة الضغوط، وفي تحقيق الدعم المتبادل، يعدُّ أمراً نافعاً ومفيداً، وهو أحد الأساليب التي تعين على تقييم أداء العاملين بشكل منتظم. كما أن خطة الخروج من منطقة الاستجابة والعودة إلى الوطن بعد العمل في الكارثة يمكن أن تشكل دعماً للعاملين؛ إذ تسمح لهم بفرصة معالجة آثار التجربة.

ويجب على عمال الاستجابة أن يقدموا معلومات عن ردات الفعل الشائعة في أثناء العمل، كما أن عليهم أن يعطوا الفرصة لتقديم انطباعاتهم وانتقاداتهم البناءة عن جهودهم في التدخل.

وأخيراً، فإن من الأهمية بمكان أن يتم تسليم عمال الاستجابة شهادة رسمية تؤثّق خدماتهم وإسهاماتهم التي قدموها خلال تلك الفترة.

وفي الخلاصة، فإن التدخلات على مستوى الأفراد، وعلى مستوى المنظمات، تهدف إلى الوقاية من الصدمة بالإنابة أو الصدمة الثانوية، ويمكن أن تسمح للأفراد بالمشاركة في الاستجابة للكوارث، والاهتمام بأنفسهم، الأمر الذي يجعلهم قادرين على الاهتمام بأنفسهم، والعناية بالعاملين الذين تأثروا بالكارثة.

المراجع

- 1– Hartsough, DM and Myers, DG. Disaster Work and Mental health: prevention and Control of Stress Among Workers. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health, 1985.
- 2– Merlino, JP: Rescuing Ourselves, in Disaster Psychiatry: Readiness, Evaluation and Treatment, Edited by Stoddard FJ, Pandya, A and Katz, C. Arlington, Virginia, American Psychiatric Publishing 2011.
- 3– Center for Disease Control and Prevention: Emergency Preparedness and the Response: Coping with a Disaster or Traumatic Event: Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2010a.
- 4– Figley, CR (ed): Treating Compassion Fatigue (Routledge Psychosocial Stress Series). New York, Routeledge, 2002.
- 5 – Quitangan, G and Evces, M (ed): Vicarious Trauma and Disaster Mental Health: Understanding Risks and Promoting Resilience, new York, Routledge, 2015.

(٤) ماذا، لماذا، أين، ومن؟

يمكن أن تعرف الكوارث بعدة طرق، والتعريف العام لها هو أن: الكوارث هي كل ما يمكن أن يؤدي إلى تدمير الممتلكات، والتسبب في الإصابات وفقدان الحياة، ويؤثر على عدد كبير من السكان. وهناك تعريف للكوارث أكثر خصوصية وهو أن: الكوارث هي كل ما يقلل من فاعلية المجتمع، ويضعف من عمله الاعتيادي، ويوجد الحاجة إلى المساعدات الخارجية.

وتاريخياً فإن الكوارث تصنّف إلى قسمين واضحين: كوارث طبيعية، وكوارث من صنع الإنسان. والكوارث التي هي من صنع الإنسان إما أن تكون ذات طابع تقني، أو أن تكون على شكل نكبات إنسانية طارئة. ويمكن إيضاح الأمر أكثر في الآتي:

- الكوارث الطبيعية: الفيضانات، الأعاصير الاستوائية، تسونامي، الهزات الأرضية...إلخ.
- الكوارث التكنولوجية: صناعية، كيميائية، إشعاعية...إلخ.
- الحالات الإنسانية الطارئة: الحروب الأهلية، الانهيارات الاقتصادية، والنزوح السكاني.... إلخ.

وهناك رؤية حديثة للكوارث، فهي تعترف بالتداخل بين مختلف هذه الأنواع من الكوارث؛ فنحن ندرك الآن أن المشاكل العامة هي السبب وراء تطور حادثة ما حتى تقود في النهاية إلى كارثة. وفي أثناء أوقات الضغط الشديد تظهر فجوات حادة في البنية التحتية لبلد ما، وغالبا ما تكون الصحة العامة هي الحلقة الأضعف بين حلقات تلك البنية التحتية؛ إذ إنه ما أن تحدث حادثة لا يستطيع البلد الذي وقعت فيه الحادثة أن يتعامل معها بشكل فعّال، حتى يتطور الأمر ويتسبب في وقوع الكارثة.

إن الوضع الاجتماعي السياسي والتغيُّر الاقتصادي كان السبب في وقوع العديد من الكوارث في فترة ما بعد الحرب الباردة. فالدول الأقل تطورا صناعياً، تنفق نسبياً ضخمة من دخلها القومي على الاستجابة المباشرة لهذه الكوارث، وتترك نسبياً قليلة جداً من المصادر لمعالجة إعادة التكيّف والشفاء من نتائجها؛ وبالتالي، فإن هذه الدول تصبح عاجزة عن الاستجابة لحالات الكوارث في المستقبل. ومثال ذلك: القحط الطبيعي الذي سبق الحرب الأهلية في الصومال عام 1980م؛ إذ إنه عندما أدركت المنظمات الدولية الحاجة إلى مساعدات إنسانية مكثفة لهذا البلد كان الأوان قد فات.

إن الحالات الإنسانية الطارئة والمعقدة، هي كوارث تشمل عدداً لا يُحصى من النكبات السياسية، والعسكرية، والاقتصادية، أو حتى الطبيعية التي يجب الحد منها أو كبحها. وعادة فإن هذه الحالات تترافق مع النزاعات الداخلية ومع عدد كبير من النزوح البشري، ومن عدم

الاستقرار الاقتصادي، والاجتماعي، والعسكري، والسياسي. وبما أن العدد الإجمالي للكوارث قد ارتفع كثيراً خلال السنوات العشرين الأخيرة، فإن نسبة الحالات الإنسانية الطارئة قد ازدادت بشكل تصاعدي؛ فخلال الثمانينات كان هناك حوالي (4-6) حالات إنسانية طارئة ومعقدة تحدث كل عام، ومنذ عام 1990م أصبح هناك ما يقارب من (20-30) حالة إنسانية طارئة ومعقدة تحدث كل عام، وخلال الفترة نفسها حدث أيضاً ما يقرب من (30-50) كارثة طبيعية كبرى سنوياً، وكل أسبوع يحدث على الأقل كارثة طبيعية أو كارثة من صنع البشر، وهي كلها من النوع الذي يحتاج إلى مساعدات خارجية وجوهرية.

السكان المتأثرون بالكوارث

إن ضحايا الكوارث هم غالباً أعداداً كبيرة من الناس، وأمن المجموعات الضعيفة في المجتمع، وأمن الأقليات العرقية، أو من أصحاب الثقافات التي هي على حافة الانهيار. أما المجموعات الضعيفة فهم السكان المدنيون، وهم تحديداً أكثر من غيرهم عرضة للأمراض وسوء التغذية، من مثل: الأطفال الرضع، والحوامل، والنساء المرضعات، وكبار السن، والمعاقين. وهناك تعابير شائعة تُستخدم لوصف المجموعات السكانية المختلفة المتضررة من الكارثة، من مثل: اللاجئين، والنازحين نزوحاً داخلياً، والمهجرين، والقاصرين، والمشردين، وغيرهم.

اللاجئون: هم أشخاص أُجبروا على ترك ديارهم.

النازحون: هم أشخاص أُلزموا بترك بيوتهم ولكنهم باقون في أوطانهم.

القاصرون المشردون: هم الأطفال الذين فُصلوا عن آبائهم وأهليهم، أو عمّن يرعاهم من الكبار.

ويقدر عدد الأشخاص الذين تأثروا بالكوارث في العقدين الأخيرين بـ (800) مليون شخص، نصفهم من الأطفال، وتزايدت الأضرار في الممتلكات حتى بلغت أكثر من (50) مليار دولار، وأكثر من (18) مليون طفل تأثروا بالكوارث خلال السنوات الخمس الأخيرة فقط، ولسوء الحظ فإننا لا نجد أي مؤشر يدل على احتمالية تناقص هذه الأعداد.

إن التأثير الشديد للكوارث على الإنسانية أصبح أكثر وضوحاً عندما ازداد عدد هذه الحالات؛ ففي الماضي كان تأثير الحروب والنزاعات يقاس بعدد الضحايا من العسكريين، إلا أن هذا المقياس لم يعد كافياً الآن؛ حيث إن نسبة الضحايا في الكوارث هي واحدٌ من العسكريين إلى خمسة من المدنيين الذين معظمهم من النساء والأطفال وكبار السن. وفي عام 2013م، وأثناء مراجعة هذا الدليل، كان هناك (2.2) مليون لاجئ سوري منتشرين في عدة دول، و (1.6) مليون لاجئ أفغاني في باكستان، و (565) ألف لاجئ صومالي في كينيا، وأكثر

من (29) مليون شخص أُجبروا على النزوح داخل بلدانهم بسبب الكوارث الطبيعية أو بسبب تلك الكوارث التي هي من صنع الإنسان. وعلى الأقل فإن هناك أزمة كبرى تحدث أسبوعياً في مكان ما من العالم، والتي تحتاج عادة إلى الكثير من المساعدات الخارجية.

جدول بعدد الوفيات المصاحبة لبعض الكوارث

البوسنة	٢٥٠ ألف شخص
السودان	٦٠٠ ألف شخص
رواندا	مليون شخص
تسونامي	٢٨٠ ألف شخص
زلزال هايتي	١٥٩ ألف شخص

المراحل الأولية واللاحقة

إن العمل الإنساني يتطلب رؤية شاملة لكي يتم التعامل مع كوارثه ونتائجه بشكل فعّال، ويمكن أن تقسّم الكوارث إلى عدة مراحل، وكثيراً ما يشار بذلك إلى المرحلة الطارئة والمرحلة اللاحقة.

- المرحلة الأولى / الحادة/ الطارئة: من صفر- إلى شهر واحد.
- المرحلة اللاحقة / مرحلة الشفاء: من 1- 6 أشهر.
- مرحلة التأهيل / مرحلة التطوير: 6 أشهر فما فوق.

خلال المرحلة الطارئة للكارثة فإنه يجب أن تلبى الاحتياجات الملحة والعاجلة للنازحين، وفي بعض الأحيان يتأخر التنبّه إلى تلك الاحتياجات الملحة لأسباب أمنية، ويتم تلبيتها بعد استيفاء المتطلبات الأمنية مباشرة. وأكثر الاحتياجات الملحة التي يجب أن تلبى عاجلاً تتضمن: الغذاء، والماء، وتصريف الفضلات، والمأوى العاجل، والعناية الصحية، وخطوات أولية باتجاه إعادة لَمّ الشمل. ومن المهم، أنه يجب على عمال الإغاثة أن يتأكدوا من أن تلك الخدمات تُقدّم وتوزّع بشكل عادل. ومن أكثر الجهود أهمية في المراحل الطارئة: البدء بإنشاء سجلات للحفظ، ووضع سوارات تعريفية ولاسيما للأطفال؛ إذ إنه من المسلمات في المرحلة الطارئة أن يحدث انفصال كثير من الأطفال عن عائلاتهم الأصلية.

الإجراءات الإغاثية في المرحلة الطارئة:

- **الفرز:** يجب إجراء فرز سريع للحالات: طبياً ونفسياً، وتحديد أيها أكثر حاجة إلى المساعدة.
 - **وجود سجل فوري:** ويتضمن هذا السجل: الاسم، والعمر، والجنس. ويشمل اللاجئين القادمين أو النازحين كافة، مع سوار تعريفى لكل طفل دون العاشرة من العمر.
 - **تقييم سريع للحالة الطارئة، وللسكان المتأثرين بالكارثة:** وذلك بتقدير حجم الكارثة، والظروف البيئية، والاحتياجات الغذائية، ومعرفة قدرة الاستجابة المحلية.
 - **تأمين المأوى والملبس المناسب:** حيث إن التعرض للعوامل الخارجية قد يؤدي إلى الوفاة، كما يؤدي إلى زيادة الحاجة إلى الطاقة وزيادة استهلاك السرعات الحرارية.
 - **تأمين الطعام الكافي:** ويتضمن التأكد من وجود الوجبات المتعددة، والسرعات الحرارية الكافية للأطفال، ودعم الرضاعة الطبيعية.
 - **تعزيز الصحة العامة وتأمين الماء النظيف:** ويكون على الأقل من (3-6) لترات من الماء النظيف للشخص الواحد يومياً.
 - **برنامج السيطرة على الإسهال:** وذلك بتنظيف المجتمع، وتعزيز مبادئ الصحة العامة، والحرص على تأمين مصادر للمياه النظيفة.
 - **التلقيح ضد مرض الحصبة وتأمين فيتامين (أ):** حيث إن وجود فيتامين (أ) يقلل من عدد الوفيات الناجم عن مرض الحصبة.
 - **تأسيس مركز رعاية صحية أولية:** ويكون مناسباً لمنع الأمراض الموجودة، وتوفير العلاج اللازم للسكان المحليين.
 - **تأسيس مركز مراقبة الأمراض ونظام المعلومات الصحية:** ومراقبة تأثير العلاج على الأمراض، وعلى الأولويات المحلية.
 - **تنظيم الموارد البشرية:** وذلك بتعيين مشرفين قياديين لتوزيع الماء والغذاء، وتأمين عاملين في الخدمات الطبية، وتعيين آخرين يكونون بمنزلة الوالدين للأطفال المشردين القاصرين.
 - **تنسيق الأنشطة:** ويتم ذلك مع السلطات المحلية، ومع مؤسسات الإغاثة، ومع العناصر العسكرية والأمنية.
- عندما تبدأ المرحلة الأخيرة من الكارثة، فمن المناسب أن تكون الرعاية شاملة لكل المجالات التي تكون موضع اهتمام. ويجب أن تتوسع الأهداف وتتعدى المرحلة الطارئة لتغطي الاحتياجات البعيدة المدى. وعلى سبيل المثال فإن المرحلة اللاحقة يجب أن تشمل تأسيس برنامج تطعيمات واسع، ووضع برامج شاملة لصحة الطفل والأمومة، وبرنامج تعليمي للأطفال وللبالغين على حدٍ سواء، وبرنامج يهتم بالمشاكل النفسية. وخلال الكارثة يجب أن تكون القرارات معبرة عن المرحلة وعن الاحتياجات التي يتطلبها كل موقف.

التأثيرات الفورية والبعيدة المدى

إذا كان من الشائع أن نصف أثر الكوارث بتمحور حول عدد الوفيات فإن حالات انتشار الإصابات والأمراض المصاحبة تكون أكثر سوءاً. وإن إحصاء الإصابات يشكل تحدياً أكبر، ولاسيما تلك التي من الممكن أن تكون على شكل أمراض وإصابات طارئة، أو تتبلور على صورة مشاكل متعددة ومزمنة. وإن شعور الأطفال والمجتمعات الدولية بالنتائج المزمنة يستمر لعدة عقود بعد وقوع الكارثة، كما أن التأثير العميق والبعيد المدى للكارثة يقدر غالباً دون المستوى الحقيقي له.

الوفيات: هو عدد الأموات الناجم عن الكوارث.

الإصابات المرضية: وهي عدد الحالات المرضية والإصابات.

إن الأسباب الحادة للإصابات المرضية المصاحبة للكوارث تشمل العديد من الحالات الطبية، وإن من أكثرها انتشاراً أمراض: الإسهال، الجفاف، الأمراض التنفسية، الملاريا، الحروق، الصدمات، الإعياء أو ضربات الشمس، وطوارئ الولادة والمواليد. وعلى الرغم من أن هذه الأمراض تبدو مشابهة لتلك التي تصيب الكبار، إلا أنها تتطلب بعض الاعتبارات الخاصة والضرورية في مجال رعاية الأطفال. وقد أظهرت الدراسات أن كلا من الأطفال والكبار يتعرضون لتثبيط في القدرات المناعية أثناء الكوارث؛ الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة للأمراض المعدية.

وعلى سبيل المثال، فإن تغذية الأطفال عادةً تُعدُّ أزمةً حادةً، غير أنها في ذات الوقت قد تؤدي إلى نتائج طويلة الأمد تؤثر على صحة هؤلاء الأطفال. كما أن تعرض الطفل لسوء التغذية الحاد ولو لمرة واحدة خلال السنة الأولى من عمره، يترافق مع إصابة دماغية لا يمكن التخلص منها. وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين سوء التغذية وبين التطور السلوكي للطفل. ولا نعرف بالضبط إلى أي حد يمكن لنتائج التعرض المبكر لسوء التغذية أن يكون قد أثر سلباً على الملايين من البالغين من الأحياء، وعلى المجتمعات التي يعيشون فيها.

إن الصدمة النفسية التي يتأثر بها الأطفال نتيجة للكوارث، هي إحدى أصعب المشاكل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، ولاسيما في المراحل الأولى للكارثة. وإن العديد من الدراسات قد بينت أن الحالات الكارثية تسبب كثيراً من الصدمات النفسية لدى الأطفال. ومن المعروف جيداً أن الكوارث التي هي من صنع الإنسان تترافق عادةً مع نسبة عالية من الإصابات النفسية بعيدة المدى، وتكون كثيراً تلك الإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية.

إن تجربة الصدمات النفسية تختلف باختلاف العمر، ومرحلة النمو، وشخصية الطفل. فبينما تبدأ المؤشرات الأولى للصدمة بالظهور خلال الكارثة أو بعدها مباشرة، نجد بعض مؤشرات المشاكل النفسية للأطفال قد تتأخر لسنوات عدة من تاريخ حدوث الكارثة، وفي بعض الحالات قد لا يُشفى الأطفال منها نهائياً.

(٥) الأطفال في الكوارث الطبيعية

تشتمل الكوارث الطبيعية على الزلازل، والأعاصير المدارية والحلزونية، والفيضانات، والتسونامي (الموجات العاتية)، والأعاصير الدوامية، وثوران البراكين، والانزلاقات الطينية، والحرائق. أما الزلازل فهي الأقل توقعا، ولكن في ضوء قراءات جوية جيدة ووسائل إعلام فعّالة، فإن العائلات الواقعة في نطاق كارثة طبيعية مثل الأعاصير أو الفيضانات يمكنهم أن يجدوا وقتاً مناسباً للهروب. وربما في حالات الزوابع الإعصارية تنجو العائلات من الإصابة أو الموت حينما تلجأ إلى الأقبية، غير أنها في ذات الوقت تتقبل مواجهة خسارة منازلها وممتلكاتها. ويبقى الأطفال في المراحل الطارئة والمراحل اللاحقة يعانون مدة طويلة الأمد جراء هذه الكوارث.

الأعاصير:

هي عواصف مدارية تكون سرعة الرياح فيها على الأقل في حدود (74) ميلاً في الساعة، مع توقف في ثوران العاصفة لمدة دقيقة على الأقل. وتعصف الرياح على شكل حلزوني ضخم يدور حول مركز هادئ نسبياً ويعرف بـ «العين»، والذي يمكن أن يكون في حدود (20-30) ميلاً، وربما يمتد الإعصار إلى مسافة تبعد (400) ميل عن العين. والسيكلون أو التايفون المداري العنيف، هي أسماء للأعاصير في النصف الجنوبي من الكرة الأرضية. وفيما يأتي تصنيف لدرجات الأعاصير ومدى سرعتها:

إعصار الدرجة الأولى = سرعة رياح حتى 90 ميلاً/ساعة.

إعصار الدرجة الثانية = سرعة رياح حتى 110 أميال/ساعة.

إعصار الدرجة الثالثة = سرعة رياح حتى 110-130 ميلاً/ساعة، ويسبب خسائر فادحة.

إعصار الدرجة الرابعة = سرعة رياح حتى 131-155 ميلاً/ساعة ويحدث دماراً شاملاً.

إعصار الدرجة الخامسة = سرعة رياح أكثر من 155 ميلاً/ساعة ويسبب كارثة.

وثوران العاصفة هو اندفاع الماء على شواطئ المحيطات أو البحيرات، ويعود سببه إلى موجة من الرياح العالية. فعندما يضرب الإعصار الأرض يكون مد الإعصار هو مدى ثوران العاصفة، فضلاً عن المد البحري المعتاد، حيث يكون المد نتيجة مشتركة بينهما.

الفيضانات:

هي أكثر الكوارث الطبيعية شيوعاً، والفيضان المفاجئ يحدث عند هطول الأمطار بغزارة شديدة، أو عندما تتهاوى السدود والخزانات، وهي تمثل الخطورة الأكبر. وإن ارتفاع قدمين من الماء المندفَع قد يحمل السيارات. وتكون مياه الفيضانات عادة ملوثة بمياه الصرف الصحي أو ممزوجة بالكيمائيات. والمناطق الملوثة بمياه الفيضانات تبقى خطيرة لمدة طويلة حتى بعد انحسار الماء عن اليابسة. والفيضانات قد تجرف الحيوانات المفترسة، وحتى الثعابين، وتلقي بها في مناطق لا تكون عادة موجودة فيها، كواجهات المنازل مثلاً.

التسونامي:

ويحدث بعد حدوث زلزال تحت الماء مكوناً موجات عملاقة قد تصل قممها إلى (100) قدم، وتتخطى آلاف الأميال في المحيطات بسرعة قد تصل إلى (500) ميل/ساعة، وقد يصل تدميرها إلى العديد من الأميال في بعض الجزر المطلة على تلك المحيطات.

الزلازل:

إنها خطر محتمل في العديد من مناطق العالم، وتقدر قوة الزلازل على مقياس «ريختر»، وكل زيادة في مقياس ريختر تعني زيادة في الطاقة، إلى أن تصل للحد الأعلى عند مستوى (8) درجات. وفي المتوسط فإن الزلازل التي تصل قوتها إلى (8) درجات إنما تحدث مرة كل عام، ويحدث في العالم ما يقرب من (20) زلزالاً بقوة (7) درجات كل عام.

الحرائق:

وهي تشمل الحرائق التي تحدث في المدن أو الغابات، وتسبب الموت، ودمار الممتلكات، ونزوح العائلات.

الزوابع الإعصارية:

هي كميات من الهواء الملتهب في دائرة محيطها يصل إلى عدة مئات من الأمتار، وتتحرك عادة مسافة عدد قليل من الأميال على وجه الأرض. وقد تصل سرعة الرياح فيها حتى (200) ميل/ساعة. وربما تستطيع أن تدمر مدينة صغيرة بالكامل، أو تدمر أجزاء واسعة من المدن الكبيرة.

إنزلاقات التربة وثور البراكين:

قد تحدث دماراً عظيماً بالمجتمعات على الرغم من كونها متوقّعة، وإن العائلات في هذا الظرف تتمكن من الهرب عادةً، ولكن مأساة الدمار التام ستكون من نصيب المنازل والممتلكات والنزوح الطويل الأمد للأسر مع أطفالهم.

كل هذه الأنواع من الكوارث الطبيعية قادرة على أن تتسبب في نزوح الأطفال وارتحال ذويهم، تاركة وراءها مختلف أنواع المشاكل التي تحدث عادة في الكوارث التي يسببها البشر، وربما يتعرض الأطفال فيها إلى فقدان أحد الوالدين أو كليهما، أو فقدان بعض أفراد العائلة.

وربما يفصل الأطفال عن ذويهم في لحظة الاندفاع بحثاً عن السلامة، كما حدث في التسونامي الآسيوي في ديسمبر 2004م، وفي إعصار كاترينا، وما تبعه من فيضانات عام 2005م. وربما عايشوا الخوف الشديد لمجرد سماعهم صوت الإعصار، أو الزوينة الإعصارية، أو منظر تطاير الحطام، أو سماعهم صوت اندفاع الماء جراء الفيضانات الكبيرة.

لقد عانى الأطفال من اختلال كبير في حياتهم الاعتيادية، فهم في مثل هذه الحالات يفقدون ذويهم ومنازلهم، وربما يصابون بالمرض بسبب تعرضهم لبعض الأشياء الملوثة، كالدمى التي يجدونها بقربهم عندما يفزعون من الفيضانات، أو ربما يصابون بضربات الحطام المتطاير، أو التلوث بالمواد الكيميائية التي تكتشف أثناء البحث في آثار الكارثة. وهناك العديد من الدراسات التي تثبت أن العديد من الأطفال ممن عانوا تجربة الكارثة الطبيعية يكونون مصابين بالقلق والخوف، ويبقى هذا الأمر ملازماً لهم عدة سنوات بعد حدوث الكارثة الطبيعية.

كيف يمكن للأسر وعمال الإغاثة التقليل من احتمالية حدوث إصابات جسدية أو عقلية بعد الكوارث الطبيعية:

إن الأمر الأكثر أهمية في هذا الصدد هو تأهب العائلات لاحتمالية حدوث كوارث، ما أمكن ذلك، ووضع خطة إخلاء، والحصول على الإمدادات اللازمة. وتشمل هذه الإمدادات مايلي: مصابيح يدوية تعمل بالبطاريات مع بطاريات احتياطية، وأجهزة راديو تعمل على البطارية، وصندوق للإسعافات الأولية، والأدوية الأساسية، وماء وغذاء ومال وأحذية قوية، مع وضع خطة تواصل بين أفراد العائلة والأصدقاء حين حدوث كارثة طبيعية. والحقيقة أنه في حال وجود خطة مسبقة للعائلات، وفي حال إبدائهم المقدرة على التأقلم مع الكارثة حين حدوثها، فإن ذلك يمنح الأطفال شعوراً بالارتياح والاطمئنان.

يجب توفير الماء والمأوى والغذاء والرعاية الطبية للأطفال الذين ينجون من كارثة طبيعية وينزحون. كما يجب أن تبذل جهود لإعادة الحياة الطبيعية للأطفال حين انتهاء الكارثة. وينبغي تنظيم أنشطة المدارس بأسرع ما يمكن. ومن المفترض أن يقوم عمال الإغاثة بمساعدة الآباء والمهتمين بالأطفال، ومعرفة ظواهر القلق والاكئاب لديهم. ويجب توفير فرصة لهم كي يتمكنوا من السؤال أو الحديث عن الكارثة التي عايشوها أو يعايشونها عندما يرغبون في ذلك. ومن الضروري تزويد الأطفال بالأوراق والأقلام الملونة وطين الصلصال؛ الأمر الذي يساعدهم عن طريق الرسم أو عمل المجسمات على التعبير عما استوعبوه من الكارثة، وتنظيم البرامج،

ومن هنا برنامج اليونيسيف «العودة إلى السعادة» (انظر الفصل 16 في نمو الأطفال)، الذي قد يساعد الأطفال ممن عايشوا كارثة كبرى في حياتهم. وإن جُلّ المساعدات يجب أن تقدم إلى الآباء كي يتعرفوا على كيفية إعادة بناء منازلهم، والعودة إلى حياتهم الاعتيادية. ومن المؤكد أن هذا الأمر يعود بالفائدة على راحة الأطفال وعلى استقرارهم.

(٦) اللاعبون الأساسيون في إدارة الكوارث

من المعلوم عبر التاريخ أن الدول القيادية المقتردة قد استجابت في تقديم المساعدة أثناء الكوارث من مواردها الخاصة، وهو نوع من إظهار حسن الجوار والتعاضد بين الشعوب والأمم. وبما أن عدد الكوارث قد ارتفع في العقود الثلاثة المنصرمة فإن الحاجة الماسة إلى المساعدات الخارجية قد تنامت وازدادت.

ففي عام 1985م، نزع (22) مليون إنسان أو أصبحوا لاجئين، وفي عام 2012م ازداد هذا الرقم إلى (45.2) مليون إنسان، ويشتمل هذا الرقم على (15.4) مليون لاجئ، و(28.8) مليون نازح، و(937.000) طالب لجوء. وعبر هذه السنوات تطور نظام المنظمات الدولية الإنسانية ليشمل منظمات حكومية وغير حكومية. والعاملون الأساسيون في هذا النظام هم على النحو الآتي:

الأمم المتحدة (UN):

- مكتب تنسيق العلاقات الإنسانية التابع للأمم المتحدة (OCHA).
- مكتب المفوضية العليا للاجئين التابع للأمم المتحدة (UNHCR).
- برنامج الغذاء العالمي (WFP).
- منظمة الصحة العالمية (WHO).
- مكتب الاعتماد المالي الخاص بالأطفال في الأمم المتحدة (UNICEF).
- قسم العلاقات الإنسانية (DHA).
- برنامج التنمية في الأمم المتحدة (UNDP)
- اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC).

منظمة الصليب الأحمر الدولية ومنظمة الهلال الأحمر الدولية:

- المنظمة الدولية للصليب الأحمر (ICRC).
- الفيدرالية الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر.
- الجمعية الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، مكتب الولايات المتحدة للمساعدة في الكوارث الخارجية.

التحالف العسكري:

- مركز العمليات المدنية - العسكرية (CMOC).

- حماية السلام وقوات حفظ السلام.

منظمات حكومية محلية:

- وزارة الصحة.
- مديرو الصحة في المنطقة.

المنظمات غير الحكومية (NGOs)، أمثلة مختارة منها هي:

- الهيئة الأمريكية للاجئين (ARC).
- التعاونية الأمريكية للإعانة في كل مكان (CARE).
- مكتب الإغاثة الكاثوليكي (CRS).
- لجنة الإنقاذ العالمية (IRC).
- طب بلا حدود/أطباء بلا حدود (MSF).
- لجنة أوكسفورد للإعانة أثناء المجاعات (OXFAM).
- صندوق مساعدة الأطفال.
- الرؤية الدولية.

المشاريع الميدانية

وكالات هيئة الأمم المتحدة:

تأسست الأمم المتحدة عام 1945م فكانت بمنزلة الهيئة الإدارية لمعاهدات متعددة، وتدعمها المجموعات الدولية بشكل طوعي. واستناداً إلى دستورها لعام 1948م فإن الأمم المتحدة مسؤولة عن حماية حقوق الإنسان والحقوق المتساوية بين الأمم والشعوب. وإن تدخل الأمم المتحدة في الشؤون الدولية محدود بشروط معاهداتها المتعددة، وبالتحديد، فإنه لا يمكن للأمم المتحدة أن تفرض أو «تهدد باستخدام القوة ضد أية دولة ذات سيادة أو مستقلة»، فضلاً عن أنها لا تستطيع أن تقدم المساعدة إلى أية دولة ما لم تطلب تلك الدولة المساعدة، إلا أن أمراً كهذا، يمكن أن يُتخذ بقرار من مجلس الأمن الذي هو عبارة عن حكومة مصغرة لقيادة الأمم ضمن الأمم المتحدة. ولكن إذا ما تعرض الأمن الدولي إلى تهديد فإن مجلس الأمن يستطيع أن يلغي دور سياسة الحكومات الوطنية، غير أن القيود المفروضة على هذه العملية قد تؤدي إلى تأخير واضح في استجابة الأمم المتحدة لتلبية احتياجات كثير من الكوارث.

مكتب تنسيق العلاقات الإنسانية (OCHA):

إن مكتب تنسيق العلاقات الإنسانية هو منسق المساعدات الإنسانية في الأمم المتحدة، وهو الموجه للسكترارية العامة للأمم المتحدة في حالات الطوارئ، ويقوم بتنظيم عمل وكالات الأمم المتحدة في مجال الكوارث، وهو المحرك للمنظمات الدولية. وفي حالات الطوارئ فإن هذا المكتب يعمل على توحيد جهود هيئات الإغاثة التابعة للأمم المتحدة وتنظيمها، بما فيها الهيئات غير التابعة للأمم المتحدة، ولإسما المنظمات غير الحكومية. ومن الناحية النظرية فإن باستطاعة هذا المكتب تحريك المساعدات وإيصالها إلى مناطق الكوارث بسرعة؛ حيث إنه يستطيع توجيه المساعدات إلى منظمات غير تابعة للأمم المتحدة، والتي هي بدورها تكون أكثر سرعة في الاستجابة لمختلف الحالات الطارئة.

مكتب المفوضية العليا للاجئين التابع للأمم المتحدة (UNHCR):

تأسس مكتب المفوضية العليا للاجئين من قِبَل الجمعية العمومية لهيئة الأمم المتحدة في عام 1951م. واستمر في عمله حتى عام 1990م بموجب التفويض الممنوح له، والمتمثل في ضمان الحماية لتجمعات اللاجئين، وإيجاد حلول دائمة لحالاتهم. وبدءاً من ذلك التاريخ عام 1990م توسّع عمل المكتب ليشمل التصرف حيال منع أي نزوح للاجئين. وبناءً على هذا التوسع في الصلاحيات استطاع هذا المكتب تقديم المساعدة إلى المدنيين من ضحايا التفرقة العنصرية، بغض النظر عن ظروف لجوئهم، كما استطاع تقديم مساعدات إلى التجمعات السكانية غير النازحة خارجياً.

اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC):

إن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات التي تم تأسيسها في عام 1992م هي المنسق المبدئي بين الوكالات في مجال المساعدات الإنسانية، وهي أشبه ما تكون بمنندى يجمع بين الوكالات الإنسانية التابعة للأمم المتحدة والوكالات غير التابعة لها.

برنامج الغذاء العالمي (WFP):

لقد أوجد برنامج الغذاء العالمي عام 1961م بهدف تقديم المساعدات الغذائية للدول غير الصناعية، وتكون هذه المساعدة على شكل برامج تنمية اقتصادية وإغاثية طارئة. وتركز مهام هذا البرنامج على تقديم الغذاء لشرائح خاصة من المجتمع، بمن فيهم الأطفال، والنساء المرضعات والمسنين. كما ينسق البرنامج الجهود مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى والوكالات المحلية غير الحكومية. وعلى سبيل المثال فإن برنامج الغذاء العالمي يمكنه أن ينسق مع مجموعة الصليب الأحمر المحلية، وبالتالي فإن هذه المجموعة تأخذ مهمة توزيع الغذاء على عاتقها.

منظمة الصحة العالمية (WHO):

منذ بداية تأسيس هيئة الأمم المتحدة أدركت الحاجة الملحة لتحسين الصحة الإنسانية، وهذا أمر ثابت بموجب الوثائق التي تمت مناقشتها في عام 1945م تحت عنوان «الدواء هو أحد أعمدة السلام»، وهذه العبارة هي من أقوال سيلمان وهو كاردينال سابق في الولايات المتحدة. ونتيجة لذلك، فقد تشكلت منظمة الصحة العالمية في عام 1946م لتكون الجهة المسؤولة والمنسقة لأعمال الصحة العالمية. وتقوم هذه المنظمة بتقديم المساعدات إلى الحكومات بناءً على طلبها.

وفي يونيو من عام 1948م عقدت جمعية الصحة العالمية أول اجتماع لها، وعمدت إلى تحديد أولويات عمل هذه المنظمة. وعلى الرغم من أن تركيزها الأساسي كان متوجهاً إلى الحد من انتشار الأمراض، إلا أنها أكدت أيضاً على الجانب الاجتماعي الاقتصادي، وعلى الأبعاد الثقافية والسياسية للصحة العالمية، ولاسيما في العقدين الأولين من عمر المنظمة. وبعدها

أقيمت حملة واسعة النطاق ضد الملاريا، والدرن، والجديري، والزهري، والجذام، والكثير من الأمراض الأخرى.

صندوق مساعدة الأطفال (unicef):

تأسس صندوق مساعدة الأطفال (اليونيسيف) عام 1946م، وتم تفويضه ليقوم بحماية الأطفال، والتأكد من تطبيق قوانين الميثاق الدولي لتأمين حقوق الطفل في العالم، وبنص الميثاق فإن للأطفال حق التمتع بأفضل صحة ممكنة. وتتنوع أنشطة اليونيسيف، فتشتمل على: تقديم الغذاء، وإمدادات المياه، والتطعيمات، والتعليم، وتقديم المساعدات المادية، والإدارية، والمساندة اللوجستية، وتقنية البرامج الاجتماعية.

لقد أوجدت الجمعية العمومية منظمة اليونيسيف لتقوم بتقديم المساعدة إلى كل الدول في العالم. وعلى الرغم من أن أنشطة اليونيسيف تشمل برامج مجال التطوير إلا أنها أيضاً تتدخل في الحالات الطارئة. وعلى خلاف الوكالات الأخرى التابعة لهيئة الأمم المتحدة، فإن لليونيسيف الحق في تقديم المساعدة من دون إذن الحكومة الموجودة في ذلك البلد، كما يمكنها أيضاً الحصول على المساعدات من مصادر خاصة مثل التبرعات، وبذلك فهي لا تشبه الوكالات الأخرى التابعة لهيئة الأمم المتحدة التي تعتمد في مصادرها المالية على الأعضاء في هيئة الأمم المتحدة.

منظمة الصليب الأحمر والهلال الأحمر الدولية:

إن منظمة الصليب الأحمر والهلال الأحمر الدوليتين تضمّان كلاً من: الجمعية العالمية للصليب الأحمر، والفدرالية الدولية للصليب الأحمر، وكل جمعيات الصليب والهلال الأحمر المعترف بها. وإن الفيدرالية الدولية تقوم مقام أمانة السر المركزية لكل من جمعيات الصليب والهلال الأحمر الوطنيتين. وفي عام 1989م عُقد اتفاق بين منظمة الصليب الأحمر الدولية والفيدرالية الدولية يرسم بوضوح دور ومسئوليات كل منظمة منهما على حدة. وجاء في الاتفاق أن تتولى منظمة الصليب الأحمر مختلف الأنشطة في النزاعات المسلحة وفي أية حالات كارثية أخرى، بوصفها منظمة محايدة مستقلة. أما الفيدرالية الدولية فتقوم بتنسيق الجهود بين المجتمعات أو المنظمات الوطنية في أوقات السلم، وفي حالات الكوارث.

أما القيادات العليا لهذه المنظمة، فهي المؤتمر الدولي للصليب والهلال الأحمر، وتقوم هذه القيادة بإجراء الحوار بين الدول الموقعة على الميثاق في جنيف، وتقيم المنتديات في الدول التي يجب أن تواجه مسؤولياتها التي يفرضها عليها هذا القانون. ويستطيع المؤتمر العالمي أن يقدم الحلول، والنصائح، ويشكل مسودة مقترحات تخصّ الميثاق الدولي الإنساني. كما أن المؤتمر يستطيع تعيين مفوضين للصليب الأحمر الدولي والفيدرالية الدولية أيضاً.

المنظمة الدولية للصليب الأحمر (ICRC):

تُعدُّ منظمة الصليب الأحمر الدولية أقدم وأضخم منظمة إغاثة، فقد تأسست عام 1863م باعتبارها لجنة دولية لإغاثة الجنود، متخذةً من الصليب الأحمر على خلفية بيضاء رمزاً لها. وفي العام التالي من تأسيسها نظم الاتحاد السويسري مؤتمراً دولياً تم فيه توقيع ميثاق جنيف لتحسين ظروف الجنود الجرحى في المعركة. وفي عام 1880م سميت اللجنة الدولية لإغاثة الجنود رسمياً باسم (اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

ومن خلال ميثاق جنيف وملحقاته قامت اللجنة الدولية بتعيين مفوضية لمنظمة الصليب الأحمر. وفي عام 1977م أضيفت ملحقات للميثاق تتعامل بموجبها المنظمة مع النزاعات الداخلية والدولية، من مثل: الاضطرابات المدنية، والكوارث، والحالات الإنسانية الطارئة والمعقدة. وجاء في البند التاسع من ميثاق جنيف: يحق للصليب الأحمر، بل يجب عليه، أن يتدخل ويتوسط في النزاعات الدولية وغير الدولية، وهذا التفويض يبطل عمل أية حكومة قائمة وذلك بتفويضه بحق التدخل عندما لا تكون هناك قوة حقيقية تحمي المواطنين، كما هو الحال في الحالات الإنسانية الطارئة. وفي عام 1990م منحت الجمعية العمومية للأمم المتحدة منظمة الصليب الأحمر عضوية مراقب فيها.

ويتضمن دور منظمة الصليب الأحمر تحقيق المبادئ الأساسية للمنظمة ونشرها، ولاسيماً في المجال الإنساني، على أن يتم ذلك بشكل نزيه ومحايِد ومستقل، وبخدمات طوعية، محلياً وعالمياً (البند الرابع). وبعملها بشكل محايد ومستقل فإن منظمة الصليب الأحمر استطاعت أن تقدم مساعدات إغاثة وحماية شرعية للضحايا في مختلف دول العالم.

إن حياد منظمة الصليب الأحمر أمرٌ أساسي للقيام بدورها في أية عملية إغاثة. ويمكن لمنظمة الصليب الأحمر في حالات الكوارث أن تكون موجودة إذا وافقت الأطراف المتنازعة ودعت حياديتها. وتقدم منظمة الصليب الأحمر المساعدات لكل الناس بغض النظر عن القومية، أو اللون، أو الدين، أو الانتماء الاجتماعي أو السياسي. وإن خدمات الإغاثة التي تقدمها المنظمة يجب أن تشمل الأطراف المتنازعة كافة، وبذلك تؤكد المنظمة على حياديتها.

الفيدرالية الدولية للصليب الأحمر وجمعية الهلال الأحمر:

تأسست هذه الفيدرالية عام 1919م إثر أحداث الحرب العالمية الأولى. وتتمثل أهدافها العامة في: «تشجيع وتفعيل وتعزيز كل الأنشطة الإنسانية، في كل الأزمنة والأمكنة، من خلال المنظمات الوطنية، من منظور منع أو تخفيف المعاناة الإنسانية، وبذلك تسهم في تحقيق وتعزيز السلام العالمي». كما يقوم هذا الاتحاد الفيدرالي بتنظيم أعمال الإعانات الدولية وتنسيقها وتوجيهها، وينوب الاتحاد عن المنظمة المدنية المحلية في المحافل الدولية.

في عام 1994م انضمت حركتا الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى ست منظمات تُعدُّ من أقدم المنظمات غير الحكومية وأكبرها. وتم وضع خطوط عريضة، أو برامج عمل لتفعيل دور هذه المنظمات، ولتنظيم المقاييس العالمية الأساسية التي يجب أن تعمل بموجبها هذه المنظمات مجتمعة في مجال تقديم المساعدات أثناء الكوارث. وأن تلتزم بالمبادئ العشرة الأساسية التي وافق عليها الموقعون طوعاً، والواجب العمل بها، وهي:

القضايا الإنسانية الأساسية تأتي أولاً.

- تقدم المساعدة بغض النظر عن العرق، العقيدة، الجنس، ودون أي تمييز من أي نوع كان، وأن يتم تقديم هذه المساعدات حسب أولويات الحاجة إليها فحسب.
- لا يمكن استخدام هذه المساعدات لتحقيق أغراض سياسية أو دينية.
- يجب ألا تتصرف كأداة أو جزء من السياسة الخارجية لحكومة ما.
- احترام الثقافات والعادات.
- يجب الاستفادة من الإمكانيات المحلية المقدمة في حالة الكوارث.
- يجب إيجاد طرق لإشراك المستفيدين من الإعانة في إدارة أعمال الإغاثة.
- يجب توجيه هذه المساعدات للتقليل من الأضرار الكارثية المستقبلية، بالإضافة إلى تلبية الحاجات الأساسية الآنية.
- نعتبر أنفسنا مسؤولين أمام أولئك الذين يطلبون المساعدة، والذين يقدمون هذه المساعدة، أو الذين نقبل منهم هذه المساعدة.
- في أنشطتنا العامة ونشراتنا الإعلامية، سوف نعتبر ضحايا الكارثة بشراً لهم كرامتهم، وليسوا كأشخاص لا أمل لهم في الحياة، أو أنهم يائسون منها.

منظمات الصليب والهلال الأحمر المحلية:

للمنظمات المحلية دور في حالتنا السلم والنزاع المسلح؛ حيث إن أنشطة المنظمات المحلية في حالات السلم تركز عملها عادة في المناطق المنكوبة صحياً وتعليمياً، وتعمل على تقديم المساعدة في مناطق الكوارث الطبيعية. وبدعم من الفيدرالية الدولية فإنها تعمل مع المنظمات المحلية بأشكال متعددة من مثل: تأمين متبرعين بالدم، منع انتشار الأوبئة، تقديم مساعدات أولية وخدمات اجتماعية، ومعالجة ومنع حالات نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، وإقامة برامج اتصالات، والاستعداد للكوارث. وعندما يتم الاتصال بهذه المنظمات المحلية من قبل هيئة الصليب الأحمر الدولية فإنها بدورها تعمل على تقديم الإغاثة والمساعدة لضحايا النزاع المسلح. وقد تطلب هيئة الصليب الأحمر الدولية الرعاية الصحية من دول ليس لها علاقة بمثل هذا النزاع.

المكتب الأمريكي للمساعدات الخارجية للكوارث (OFDA).

هذا المكتب هو جزء من الوكالة الأمريكية العالمية للتنمية (USAID)، وهو ينقسم إلى ثلاثة أقسام:

- قسم الاستجابة للكوارث والتخفيف من أثارها:** وهو مسئول عن التنسيق مع المنظمات الأخرى، وعن تقديم المواد الإغاثية والمساعدات الإنسانية.
- قسم التشغيل:** وهو مسئول عن التطوير والخدمات اللوجستية، والتشغيل والدعم الفني حين الاستجابة للكوارث؛ وهذا القسم يضمن استمرار جاهزية الاستجابة للكوارث عبر عدة طرق، منها: إدارة فرق البحث المتعدد، وعمليات الإنقاذ، وفرق الخدمات الأرضية، وفرق المساعدة الميدانية في الكوارث، وفرق إدارة الاستجابة في واشنطن.
- قسم دعم البرامج:** وهو مسئول عن تقديم الدعم البرنامجي والإداري.

المنظمات غير الحكومية (NGOs):

على الرغم من أن عدد المنظمات غير الحكومية قد تجاوز العشرين ألفاً في العالم، إلا أن نسبة قليلة منها مرتبط أو مهتم بالكوارث وبالإعانات الإنسانية، وهناك حوالي (30) منظمة من هذه المنظمات تقدم 95% من المساعدات في مجال الكوارث. ومعظم هذه المنظمات هي منظمات صغيرة، ويتركز وجودها أصلاً في البلدان الصناعية، وتعمل على تطوير المشاريع، وبما أن منظور هذه المنظمات ينطبع بتأثير بعض الأفراد فإنها تجد عادةً المكان الملائم لتحقيق أهدافها.

وتعتمد هذه المنظمات في عملها على مبدأ «أن حقوق الناس المتأثرين بالمعاناة تتجاوز قوانين السلطات التي تفضل عدم تدخلها»، فهي بذلك لا تشبه الهلال الأحمر. وقد ارتبط عملها بحالات تتجاوز الحدود، وتتدخل دون موافقة الحكومة المضيفة لها. بالإضافة إلى ذلك، فليست كل المنظمات تحافظ على منطلق الحياد؛ إذ إن بعضها تكلم بوضوح ضد الأعمال الوحشية وضد الفظائع التي تقوم بها حكومات معينة.

وفي حالة النكبات الإنسانية الطارئة فإن المنظمات غير الحكومية تشارك في معالجة البؤس الناتج عن الأمراض والمجاعات، ولكونها نظام إغاثة فإنها تميل إلى العمل في إطار حر وغير مقيد. وهي تختلف في حجمها، وتكوينها، وأهدافها، فمنها ما هو ديني الانتماء، ومنها ما هو غير ديني. إن قدرة هذه المنظمات على النجاح في مهماتها يعتمد بشكل كبير على قدرتها في تحريك مواردها المالية. وبناءً على ذلك فإن كل المنظمات غير الحكومية تتنافس فيما بينها على تخصيص موارد محدودة. وفي حالات عدة فإن هذه المنظمات تحصل على التمويل من منظمات الأمم المتحدة، ثم تعمل بالتنسيق مع وكالات الأمم المتحدة على أنها جهات مشاركة.

ويمكن لهذه المنظمات غير الحكومية أن تتلقى منحاً من الحكومات. فهناك مثلاً وكالة الولايات المتحدة الأمريكية للتطوير الدولي (USAID) التي تُعدُّ مصدر التمويل لدى المكتب الأمريكي للمساعدات الخارجية. أما في الحالات الطارئة فإن مكتب مساعدات الكوارث الخارجية (OFDA) وفريق تقييم الكوارث (DART) ينسق احتياجات الكوارث ميدانياً، ونظرياً، وإن مثل هذا الترتيب يعطي حركة أسرع للإنفاق. وكما هو منصوص في القانون، فإن مكتب مساعدات الكوارث الخارجية يمكن أن يساعد في تقديم الاحتياجات الأساسية من (طعام ، وماء، ومأوى، وفي منع تفشي الأمراض، وفي الرعاية الصحية والتدفئة). كما أن مكتب مساعدات الكوارث الخارجية غير معني بتأمين الأموال للتنمية أو إعادة البناء.

خلال الثلاثين عاماً المنصرمة انبثقت المنظمات غير الحكومية باعتبارها جهة مسؤولة بشكل أساسي عن تقديم المساعدات لأولئك المحتاجين أثناء الكوارث، وفي السنوات الأخيرة أصبحت بيئة العمل في الكوارث أكثر غموضاً ضمن أوضاع أمنية سيئة. وعلى الرغم من الأخطار المتزايدة فقد واصلت المنظمات غير الحكومية جهودها في تقديم المساعدات الإنسانية، وازداد التأكيد على تدريب أكبر عدد ممكن من العاملين في المنظمات غير الحكومية وتأهيلهم. ومن المهم جداً أن يكون هؤلاء العاملون في هذه المنظمات محترفين في المحافظة على سلامتهم، والاهتمام بالجانب الأمني، وعليهم أن يكونوا حذرين من أماكن الألغام الأرضية، وعلى دراية بالرموز المستخدمة في الصحة العامة.

وأخيراً فإن على العاملين في المنظمات غير الحكومية أن يدركوا العلاقات السرية القائمة بين القبائل والعشائر من جهة، والفصائل المتحاربة من جهة ثانية. والتعرف على من سيعملون وسيتعاونون معهم من القادة المحليين من دون أن يسبب ذلك لهم أية إساءة أو إزعاج.

القوى العسكرية المتحالفة:

أثناء الحالات الطارئة يتم تأمين الأمن من قبل الأمم المتحدة على شكل قوة حفظ السلام. وقد تمت الموافقة من قبل مجلس الأمن على إلزام كافة أعضاء هيئة الأمم المتحدة بالإسهام والتعاون مع قوات حفظ السلام الدولية. وقد تأسست قوى التحالف المقررة من مجلس الأمن في أثناء أزمة اللاجئين الأكراد عام 1991م. وبسبب الضرورة الملحة لوجود الأمن أثناء عمليات الإغاثة، فإن هذا التحالف العسكري ووكالات هيئة الأمم المتحدة الإنسانية، هما المسئولان عملياً عن هذه القوى العسكرية.

إن محنة اللاجئين الأكراد تتميز بأنها أول مناسبة أو فرصة تتمكن فيها المنظمات غير الحكومية والقوة العسكرية من إيجاد أرضية للتعاون وإقامة علاقة مؤثرة ومنتمرة. وبعد إدراك أن هذه القوة العسكرية هي تحالف، تمكنت المنظمات غير الحكومية من إتمام الأنشطة

الإنسانية؛ وذلك باستخدام هذا التحالف لحماية وسائط النقل والاتصالات والمخيمات. وإن النجاح في محنة الأكراد إنما يعود الفضل فيه إلى العدد الكبير من الموظفين العاملين في الحقل المدني، والحماية العسكرية الميدانية. وإن هؤلاء الموظفين من ذوي الكفاءة العالية في الإدارات المدنية والطب، والهندسة، وقد أكملوا عمل المنظمات غير الحكومية بشكل جيد. وإن قوات حفظ السلام بمصادرها العسكرية كانت موجودة لتوفير الخدمات للمنظمات غير الحكومية حتى تتمكن من تقديم خدماتها الإنسانية في كارثة راواندا عام 1994م. كما أنه كانت هناك مجموعات عسكرية من دول مختلفة أسهمت في إنشاء قواعد لها في غوما، وأخذت على عاتقها مسئولية تنقية المياه، والتطعيمات الوقائية، وإقامة المستشفيات المتنقلة.

إن دور القوة العسكرية محدود فقط في الحالة الطارئة من الكوارث. وعلى جميع الوحدات العسكرية واجبات تتضمن تقديم الخدمات الإنسانية. وفي الفصل السادس من كتاب الأمم المتحدة جاء فيه: «إن أعمال قوات السلام تشمل عمليات دفاعية عسكرية، للإشراف والسيطرة على اتفاقية معقدة بين الأطراف المتحاربة، والتي حدثت بالموافقة بين أطراف النزاع فقط». وهذه القوات مزودة بمعدات أولية للقيام بدور التدخل في النزاعات غير العنيفة، كما ورد في الفصل السابع منه: «إن أعمال قوة حفظ السلام تتضمن إخضاع الأطراف المتنازعة لقرارات مجلس الأمن، وذلك باستخدام كافة الإجراءات الضرورية، بما فيها القوة العسكرية المسلحة».

المنظمات الحكومية المحلية:

إن العمل بالتعاون مع المنظمات الحكومية المحلية أمر أساسي لنجاح أي مسعى في حالات الكوارث، صغيراً كان أم كبيراً. وفي بعض الحالات السيئة قد لا يكون هناك حكومة فاعلة ومؤثرة قابلة للاستمرار والبقاء. أما في كل الحالات الأخرى فإنه يجب أن تُزجَّ المنظمات الحكومية المحلية منذ اللحظة الأولى للمشكلة. وفي الغالب فإن الحكومة المحلية تبرهن على أنها مصدر هام لرؤية فريدة للحالات الواقعة. وإن إشراك الحكومة المحلية في التقييم الأولي وتخطيط الجهود يمكن أن يسرّع في مجريات العملية، ويوجد إحساساً لدى ذلك المجتمع بأنه صاحب المشكلة.

المشروع الميداني إسفير:

بدأ العمل بالمشروع الميداني إسفير عام 1997م، وهو عبارة عن مشروع مبادرة تطوعية تهدف إلى جمع شريحة واسعة من المنظمات الإنسانية حول هدف مشترك، بغية تحسين جودة المساعدات الإنسانية ومحاسبة العامل الإنساني للشعوب المتأثرة، ومقوماته، والجهات المانحة. ويتم قيادة هذا المشروع من قبل (18) شخصاً يمثلون شبكة دولية من المنظمات الإنسانية. وقد تمت استضافة مكتب هذا المشروع من قبل الفيدرالية الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر

في جنيف بسويسرا، ولديهم كتاب عنوانه (الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة للكوارث)، وهو منتشر بشكل واسع، وتم تحديثه في عام 2011م.

التدخل بنظام التكتلات

بدأ التدخل بنظام التكتلات على أنه جزء من عملية إصلاح المنظمات الإنسانية في الأمم المتحدة. وكانت أول مرة تتم تجربته فيها عام 2005م بعد زلزال باكستان، حيث تم إنشاء (9) تكتلات خلال (24) ساعة. وكان الغرض من نظام التكتلات هو تحفيز الشراكة والتكامل بين الأمم المتحدة والصليب الأحمر والمنظمات غير الحكومية، واستخدام المصادر الموجودة بشكل فعال.

وعلى مستوى الدول، فإنه يمكن تشكيل التكتلات بكشل طبيعي لمواجهة أية حالة طارئة رئيسية، وفي أي مجال من مجالات الصحة، والمياه، وتصريف الفضلات، ومنع تفشي الأمراض، والحماية، وتأمين المأوى، وتوفير الطعام، والتعليم، وغيرها. ويكون تأسيس التكتلات بناءً على الحاجات المختلفة لكل حالة من حالات الكوارث، وعبر مهام تتعلق بوجود منظمات الإغاثة في أية كارثة من الكوارث. ويتم تعيينهم من خلال اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IACS). كما أن مكتب تنسيق العلاقات التابع للأمم المتحدة (OCHA) قد أسس نظاماً لدعم وتنسيق الشؤون الإنسانية (HCSS) الذي أنشئ في جنيف لدعم منسقي الشؤون الإنسانية في مناطق الكوارث، وليكون شريكاً للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (IASC).

الخلاصة:

على الرغم من أن نظام الاستجابة أو التلبية قد أنشئ لتقديم أفضل الخدمات وحماية معظم الأشخاص غير المحصنين في الحالات الطارئة، إلا أنه نظام معقد جداً، ويصعب فهمه، كما يصعب العمل به. ويجب على العاملين في مجال الإغاثة أن يعيروا انتباههم إلى أية منظمة عاملة في كل حالة من حالات الكوارث، والتأكد من مصادر مواردها، ومعرفة المسئول عنها، والتأكد من المهام التي هم مسئولون عنها؛ حتى لا يصبح الأطفال منسيين في خضم زخم صانعي السياسة والمفوضين. وإنه لمن المهم جداً أن تكون الخطط مشتملة على احتياجات الأطفال، ومع كل قرار يُتخذ يجب طرح السؤال التالي: كيف يؤثر هذا القرار على الأطفال وعلى مستقبلهم؟ وما هو الأفضل لهم؟!!!

(٧) أولويات الأطفال

إن حاجات الأطفال خلال حالات الكوارث تتطلب انتباهاً خاصاً، ومنذ البدء يمكن أن تحقق الطريقة الصحيحة فاعلية دقيقة في النتائج بالنسبة للأطفال المتأثرين بتلك الكوارث؛ إذ ليس الأطفال نسخاً مصغرة عن الكبار، بل هم أطفال لديهم متطلبات مميزة تجعلهم أكثر عرضة للخطر، ولاسيما في أثناء الكوارث. ويفتقر الأطفال إلى الاحتياطات المطلوبة للتخفيف من الإجهاد الشديد خلافاً للكبار. ونظراً لحجمهم الصغير، ونسبة عمليات الاستقلاب العالية لديهم، فإن الأطفال معرضون للجفاف، وسوء التغذية، والإعياء، بشكل أسرع من غيرهم من الكبار. لذلك يجب تقديم الحاجات الأساسية، من ماء وغذاء مناسب، وإعداد مكان للراحة، وتأمين بيئة نظيفة لهم، وأن يتم ذلك بشكل أسرع مما يتم مثله للكبار.

ويختلف الأطفال أيضاً في قابليتهم للإصابة بالمرض والضغط النفسي. وعلى سبيل المثال فإن لديهم أجهزة مناعة غير ناضجة، وبالتالي فهم معرضون للأمراض المعدية أكثر من الكبار. كما تؤثر هذه الأمراض تأثيراً شديداً على الأطفال، وإن حالات الكوارث تسبب اختلالاً في المراحل الحاسمة من نمو الطفل. وبما أن كثيراً من الأطفال يتعرضون للانفصال عن إشراف الكبار، فإن الفصل عن مصادر الرعاية، كما هو معروف، يتزامن مع أوضاع صحية رديئة عند كل الناس، وهذا الأمر حاصل كثيراً، ولاسيما بالنسبة للقاصرين، الذين فقدوا حمايتهم الأبوية. وإن القدرة على معالجة الصدمة والفقدان تكون أكثر صعوبة عند الأطفال؛ لأنهم لا يستطيعون التفكير بشكل مجرد حتى سن السادسة عشرة أو أكثر، وهذا أمر عام في التعامل مع حاجات الصحة العقلية لدى الأطفال في حالات الكوارث.

وتشتمل حاجات الأطفال الأساسية الهامة في الحالات الكارثية على الطعام، والملبس، والمأوى، والعناية الصحية، والنظافة. وعلى الرغم من أن هذه الاحتياجات لا تبدو مختلفة عن تلك الاحتياجات اللازمة للكبار إلا أن تأمينها الناجح لدى الأطفال يتطلب اعتبارات مختلفة، وإن القيام بالتوزيع العادل والفعال للمؤن على الأطفال يعدُّ واحداً من أهم التحديات التي تواجه العامل في مجال الخدمات الإنسانية.

الطعام:

بالنسبة للأطفال في مراحل النمو الأولى فإن طعامهم يتمُّ عن طريق الرضاعة الطبيعية، ولا تُعدُّ البدائل مقبولة إلا في الحالات الخاصة. ويتأثر حليب الأم بعوامل كثيرة، منها: الضغط النفسي، والجفاف، والوضع الوظيفي للجسم، والتغذية، وفترات ما بين الولادات. وبناء عليه فإن من المهم أن تعطى المرضعات تغذية إضافية ودعمًا نفسيًا. وإذا كانت الأمهات لا يمكن الحليب فإن الجهود يجب أن تبذل لإيجاد مرضعات بديلات، أو العمل على إعداد المرضعات الصناعية، على أن تتمُّ بطريقة سليمة ونظيفة.

وبالنسبة للأطفال، فإن الحقيقة التي مفادها أنهم يحتاجون إلى سرعات حرارية أقل من الكبار لا ييسّط المشكلة؛ وذلك لأن الأطفال يحتاجون إلى وجبات من الطعام أصغر، ولكنها أكثر عدداً. وإذا أعطي الأطفال الصغار نصيبهم الكامل من الطعام في جلسة واحدة (وجبة واحدة) فإن الكبار، أو الأطفال الأكبر سناً، الذين يستطيعون أن يتقبلوا حصصاً أكبر، سوف يأكلون الطعام كله، وهذا يؤدي إلى حرمان الأطفال الصغار من الطاقة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأطفال معرّضون لخطر الإصابة بحالات نقص المغذيات الدقيقة أكثر من الكبار، وإن أخذ الحيلة في اعتبارات مصادر الطاقة هام جداً، وتظهر نتائجه على الصحة بشكل عام.

إن التوزيع العادل لإمدادات الطعام يملك أهمية خاصة، والأطفال يعتمدون عادة على الكبار في إمدادهم بالموارد، وفي الحالات التي لا يكون فيها الكبار موجودين، أو لا يمكن الاعتماد عليهم، فإن العمال الإنسانيين يجب أن يقوموا بدور المؤمّن أو الحامي. وعلى سبيل المثال فإن إحدى الطرق لضمان التوزيع العادل لإمدادات الطعام تعتمد على إيجاد أماكن مستقلة ومنفصلة لتأمين الوجبات اللازمة للأطفال.

الملبس:

إن مسألة ملابس الأطفال مهملة بصورة دائمة على الرغم من أنها حاجة أساسية. ففي البلدان ذات الطقس الدافئ وذات الموارد المحدودة فإن الأطفال بإمكانهم أن يلعبوا وهم حفاة مع قليل من الملابس، غير أن هذا الأمر غير مقبول في الحالات غير الطبيعية كالكوارث مثلاً. وإن كونهم حفاة أو عراة في تلك الظروف القاسية والصعبة يقود إلى معاناة غير مبررة للأطفال، ويضعهم في خطر متزايد أمام الأمراض المعدية وأمام الإصابات. وإن تأمين ملابس مناسبة للأطفال حسب أحجامهم يساعد في تخفيف احتمال الاستيلاء على ملابسهم من قبل الأطفال الأكبر سناً أو من قبل الكبار أيضاً.

المأوى والحماية:

بالنسبة للأطفال، فإن المأوى لا يعني حمايتهم من العوامل والقوى الجوية فحسب، بل حمايتهم أيضاً من الاستغلال، ومن الشدائد، ومن تأثيرات الكبار السلبية. ولسوء الحظ، فإن الأطفال يصبحون في حالات الكوارث هدفاً سهلاً وضحية ميسرة للفاستدين من الكبار. وعندما يتعرض الأطفال للتأثيرات السلبية، وتكون القدوة من الكبار سيئة، حينها تصبح الآثار دائمة.

فكثير من الأطفال المتأثرين بالحالات الكارثية هم في خضم مراحل النمو الحاسمة المتعلقة بالأخلاق والمبادئ. وعلى سبيل المثال فإن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سبعة أعوام إلى اثني عشر عاماً يكونون في طور صياغة مفاهيم «الصح والخطأ» (عملية تفكير عيني)، وأثناء

سن البلوغ يبدأ الأطفال بتشكيل عمليات فكرية مجردة (عملية تفكير منهجي)، وهي تتضمن اكتشافاً للقضايا الأخلاقية ومعرفة القيم والمبادئ.

عندما يفقد الأطفال القدوة الحسنة المناسبة خلال مراحل النمو فإن النتيجة النهائية يمكن أن تكون مدمرة. ويمكن للأطفال أن ينجرفوا بصورة دائمة بسبب هذا الإحساس الأخلاقي المشوّه، وإن هذه النتيجة وحدها يمكن أن يكون لها تأثير مدمر على المجتمع عندما يصبح هؤلاء الأطفال كباراً. وهناك أمثلة متعددة تؤكد ذلك، ومنها أن يُجبر الأطفال على أن يصبحوا جنوداً في المعارك، وأن يقوموا بأعمال عنف وقتل وتشويه، حتى ضد أفراد أسرهم الخاصة، أو أن يكونوا عرضة للشذوذ الجنسي أو الاغتصاب.

وفي كثير من حالات الكوارث، يمكن أن يكون الحل الأكثر ضماناً هو إيجاد تسهيلات منفصلة للأطفال، ومن الضروري أن يتمّ خلال فترة الطوارئ إسكان كل القاصرين من دون أهل أو من دون مرافقين إسكاناً جماعياً، مع مراعاة الفرق بين الجنسين أثناء تأمين مأوى للأطفال الأكبر سناً. أما في الفترات الأخيرة للكارثة فإن من الأهمية بمكان إيجاد أماكن للأنشطة اليومية والجماعية للأطفال، على أن يتمّ ذلك تحت إشراف مسئولين كبار.

إن تأمين مسكن للأطفال يجب أن يراعى فيه المداخل الآمنة لدورات المياه والمراحيض. وينبغي أن يرافق الكبار الصغار عند ذهابهم إلى دورات المياه والمراحيض، أما الأطفال الكبار فلا ينبغي ذهابهم لوحدهم إلى دورات المياه في الأوقات المعتمدة.

إصحاح البيئة (الرعاية البيئية):

يشكل الأطفال تحدياً صعباً في مناطق الخدمات العامة، وفي تهيئة المجاري الصحية؛ إذ إنهم يتغوطون ويتبولون بشكل عشوائي. ولهذا السبب فإنها من أصعب الفئات التي نتعامل معها من أجل المحافظة على النظافة العامة في مكان الإقامة، وفي دورات المياه والمراحيض. وليس الخوف من إصابة الأطفال بالأمراض المعدية فحسب، بل أن يصبحوا وسيلة لانتشار الأمراض المعدية، وأن يكونوا ناقلين لها؛ وبناء عليه فمن الضرورة بمكان أن يتمّ بذل الجهود من أجل تعليم الأطفال، وتقديم القدوة الحسنة لهم في دورات المياه؛ الأمر الذي سيكون له الأثر الكبير في تخفيف نسبة انتشار الأمراض فيما بينهم، ولاسيما تلك الأمراض التي تنتقل عن طريق الفم والشرح.

أهمية تأمين الروتين للأطفال:

إن إيجاد الروتين اليومي قد يخفف من معاناة الأطفال في الكوارث، وهذا الأمر قد يخلق جواً من النظام والارتياح لدى الأطفال. والروتين قد يشمل الأوقات المنتظمة لتناول الوجبات،

وإعداد أماكن خاصة للنوم، وتحديد أوقات معينة للعب، ووجود ذات الأشخاص الذين يقومون بتقديم الرعاية لهم، وإعادة تأسيس المدارس.

الرعاية الصحية:

من المفترض أن يتناسب تأمين الرعاية الطبية المتعلقة بالأطفال مع أعمارهم، وأن تتناسب تلك الرعاية مع مرحلة النمو عند الأطفال المرضى. ويجب على الأطباء السريريين أن يقتربوا من الأطفال بطريقة ودية ولطيفة. وبما أن الأطفال الصغار لا يستطيعون دوماً التعبير عن أنفسهم وعن احتياجاتهم، أو أن يصفوا أعراضهم، لذلك فإن على العاملين في المجال الصحي أن يكونوا حساسين للغة الجسمية، وأن يلاحظوا العلامات الجسدية، وجمع كل المعلومات بنجاح. كما يجب أن يبذلوا جهوداً خاصة لخلق جو مريح وآمن أثناء إجراء الفحوصات الطبية اللازمة.

والطريقة الناجحة بالنسبة للأطفال الصغار، هي أن تطلب من الأم أن تخلع ملابس طفلها، وأن يبقي الطفل جالساً على حجرها، كما يمكن استخدام بعض اللعب النظيفة لتشتيت انتباه الطفل في العيادة، وعندئذٍ يمكن للطبيب أن يكمل أخذ التاريخ المرضي، مع ملاحظة أن يبقي الطفل في حالته الطبيعية. وبإمكان الطبيب الخبير في الرعاية الصحية للأطفال أن يجمع أغلب المعلومات التشخيصية قبل أن يلمس الطفل من أجل الفحص السريري. وعلى سبيل المثال: يستطيع الطبيب أحياناً تحديد المشكلة التنفسية عند الطفل من خلال النظر إليه فحسب، بعد أن يكون الطفل قد خلع ملابسه وجلس بارتياح في حضن أمه؛ حيث إنه من الصعب جمع معلومات تشخيصية فيما لو شعر الطفل بعدم الاطمئنان وشرع في البكاء.

ولدى الأطفال مشاكل صحية كثيرة، قد تكون خاصة بهم، أو أنها تظهر بطريقة مختلفة عن وجودها لدى الكبار. وسوف تتم مناقشة تلك المشاكل بتفصيل أكثر في فصول لاحقة، وفيما يلي هناك مثالان فقط عن ذلك:

الجفاف:

إن عواقب الجفاف تكون غالباً شديدة عند الأطفال. وعلى سبيل المثال فإن الكبار المصابين بفيروس الروتا (Rotavirus) سيتعرضون لعدة أيام للحمى والإسهال والشعور بعدم الارتياح، أما بالنسبة للأطفال فإن هذا المرض يمكن أن يكون مميتاً. إن الأطفال والرضع عرضة للجفاف بشكل سريع أكثر من الكبار، ومن بعض العوامل التي تسهم في هذا الأمر هو نقص السوائل الجسمية المخزنة. وإن فقد المتزايد للسوائل الجسمية الذي يتعرض له الأطفال يكون نتيجة زيادة نسبة مساحة الجسم قياساً بحجمه. وفضلاً عن ذلك، فإن الأطفال الذين هم دون سن (7) أشهر معرضون لخطر حالات اختلال تركيز الأملاح بسبب ضعف قدرة الكلى لديهم على

تركيز السوائل. وهذا الاختلال في تركيز الأملاح يمكن أن يؤدي إلى المضاعفات الشديدة للجفاف، ومن ذلك نوبات التشنج، واضطرابات ضربات القلب، والسكتات، وفقدان الأطراف.

الأدوية:

يحتاج الأطفال إلى اهتمام خاص عند استخدام الأدوية، فجرعات الأدوية يجب أن تحسب على أساس الوزن لديهم، والتي يمكن أن يتم امتصاصها واستقلابها بشكل مختلف عن الأطفال المصابين بنقص في التغذية، أو الذين يتناولون أدوية أخرى عن طريق الفم، مثل الأعشاب. وقد يتعرض الأطفال إلى آثار جانبية للأدوية بشكل أكبر من البالغين، وذلك بسبب اختلاف القدرة على البلع مثلاً، وإن التزامهم بالنصائح الطبية إنما يعتمد عادة على الكبار.

وتوضح هذه الأمثلة كم يكون الأمر مساعداً فيما إذا كان هناك متخصصون في صحة الأطفال موجودين في حالات الكوارث. وعلى أية حال فإن كل العاملين في مجال الإغاثة ينبغي أن يكون لديهم فهمٌ أساسيٌّ لحاجات الأطفال الخاصة؛ الأمر الذي يعين على تأمين الخدمات لهم في هذه الحالات بشكل فعال.

(٨) أطفال بلا أسر

إن فصل الأطفال عن والديهم له عواقب خطيرة وبعيدة المدى، فالوالدان هما الرعاية الأساسيون لكل الأطفال، ومن دونهم يعاني الأطفال صعوبة في الوصول إلى الموارد وعدم الاستقرار العاطفي. وإن الأطفال المفصولين عن والديهم أو عن المشرفين الكبار في حالات الكوارث يُطلق عليهم اسم (القاصرون من غير أهل). وربما كانوا قد انفصلوا عن أهليهم خلال الرحيل الأول من بيئتهم العائلي، وربما يكونون قد فقدوا في الجمهرة، وربما قد هُجروا، وربما أن أفراد أسرهم قد ماتوا. وإنه لمن المريع حقاً والمؤذي لهم أن يفقدوا والديهم في أي وقت كان، ولاسيما في أثناء الكوارث.

وخلال فترة الانفصال الأولى يعاني القاصرون من فقد كل الحاجات الأساسية، ويكونون عرضة لأخطار كبيرة مثل: سوء التغذية، والأمراض المعدية، والاستغلال. ونظراً لضعف تجربتهم في الحياة، وعدم قدرتهم على التفكير بشكل مجرد، فإن هؤلاء الأطفال يبقون في خطر من دون توجيه الكبار. ومن الضروري المؤكد أهمية تزويد الأطفال ببيئة مستقرة وأمنة، وإن غياب مثل هذه البيئة في أثناء الطفولة يمكن أن يسبب أذىً نفسياً خطيراً، أو تأخراً في النمو، الأمر الذي قد يؤثر على الأطفال طيلة حياتهم جسدياً ونفسياً.

فترة الطوارئ:

يجب على العاملين الإنسانيين أن يتخذوا طريقة فعّالة لحل قضية القاصرين من غير الأهل. ويتضح من الحالات الطارئة السابقة أن الأطفال يقعون في خطر كبير جراء انفصالهم عن والديهم أو عن المشرفين الكبار في أثناء التنقلات السكانية. وعلى الرغم من صعوبة الحصول على النموذج الإحصائي، إلا أن أعداد الأطفال المتأثرين بذلك الانفصال كبيرة جداً. وإن العديد من هذه الانفصالات يمكن أن يتم تجنبه فيما إذا كان هناك نظاماً لحفظ السجلات أو حفظ هويات الأطفال والعائلات على أن يكون مُعدّاً حين دخولهم إلى المخيمات. وعند حصول الانفصال فإن مبادئ أساسية قليلة يمكن أن توجه إلى العاملين الإنسانيين وتخفف أثر الإيذاء الذي من الممكن أن يتعرض له الأطفال، ومنها ما يأتي:

- **تبين إعداد خطة مرسومة**، وحضر نفسك وزملاءك العاملين، وحدد البيئة والموارد، وارسم خطة للقاصرين من غير الأهل.
- **تبين طريقة فعّالة تؤدي إلى منع فصل الأطفال عن المشرفين الكبار**، وأعط الكبار آليات عمل تساعد في متابعة أطفالهم؛ فهناك على سبيل المثال بطاقات الهويات العائلية التي يمكن أن تثبت على قمصان الأطفال، أو يمكن أن تلبس على شكل بطاقات أو سوارات معاصم تحمل أسماء الأطفال وعناوينهم.

- **حاول إعادة التوحيد الفوري:** عندما يُعرف قاصر من غير أهل اسع فوراً إلى أن تجد ذلك الكبير، أو تجد أيّ قريبٍ يعرف الطفل، وهذا الأمر يعطي الطفل فرصة أفضل كي يعود إلى عائلته.

- **وثق المعلومات فوراً:** سجّل معلومات عن الطفل مع أكبر كمية ممكنة من التفاصيل، ودون كل شيء يخبرك به الطفل أو الشهود الآخرون، وخذ صوراً للأطفال قبل الاستحمام أو تغيير الملابس، فهذا شيءٌ مهم جداً بالنسبة للأطفال الصغار الذين لا يستطيعون التعريف بأنفسهم.

أوجد بيوتاً للتبني والرعاية، وأعدّ مشرفين بدلاء: من المؤكد أن الأطفال يفضلون العيش في بيوت بديلة أكثر من استمرار عيشهم في دور الأيتام التي هي ليست بديلاً جيداً عن حياة الأسرة وعن حياة المجتمع. وهناك استثناءات لبرامج مساعدة الأيتام ورعايتهم، وهي موجودة ومعمول بها في كثير من الدول، وتتضمن توفير أكبر قدر من الدعم والمحبة لهؤلاء الأيتام، ويتم ذلك عبر تعليمهم بشكل راق، وتربيتهم في بيئة لطيفة تضم (7) إلى (8) أطفال آخرين. وإنه لمن المهم أن تعير انتباهك إلى معايير وتوقعات مختلفة، وهي جميعاً متعلقة بالرعاية التعزيزية والتبني في أوساط ثقافية مختلفة.

لا تشجع المفهوم الخاطئ الذي مفاده (من الأفضل للأطفال أن يرافقوا موظفي الإغاثة)؛ فلقد عُرف أن الأمهات يدّعين بأن أطفالهن قاصرون بلا أهل، وذلك من أجل وضعهم تحت رعاية العاملين الإنسانيين، أملاً بأن يحصل هؤلاء الأطفال على الموارد والمساعدات بشكل أفضل.

المرحلة الأخيرة:

وخلال المراحل الأخيرة للكارثة فإن حاجات الأطفال الخاصة تكون مختلفة عن تلك حاجات الكبار؛ وهناك فكرة أساسية تقول: إن الأطفال في حاجة إلى بيئة آمنة مستقرة لنموهم، بيئة تعطيهم حالة من الضمان الجسماني والعاطفي، وإن إيجاد إحساسٍ بالمجتمع مع تأمين الأهل البدلاء للأطفال القاصرين يُعدُّ أمراً أساسياً للنمو والتطور، فضلاً عن أنه يجب أن تقدم للأطفال الحماية من دون تعريضهم لتجارب مؤذية. والأطفال القاصرون من غير أهل لا بد من أن يكونوا قد تعرضوا لتجارب قاسية بما يكفي، ولذلك فإنه يجب تقديم الرعاية الخاصة لهم، وحمايتهم من أية إيذات إضافية أخرى.

ومرة أخرى فإنه يجب أن يقدم العمال الإنسانيون الحاجات الأساسية بطريقة ودية للطفل، فضلاً عن أهمية تبني مسؤولية حراسة حصص الأطفال من الطعام، والمأوى، والملبس. وإن الرعاية الطبية الأساسية المخصصة للأطفال ضرورية جداً، بدءاً من عمل تقييم كامل لأحوال الأطفال الطبية، وتغطية اللقاحات، وتقييم دقيق للحالة الغذائية، وانتهاءً بأن تشمل البرامج الطبية على خطط مناسبة للتطعيمات، ومتابعة دقيقة لمراحل النمو، وحالة التغذية، وتقديم برامج غذائية، وتقييم الحالة النفسية مرة بعد مرة.

يعاني الأطفال من عواقب الصدمات النفسية لأمد طويل، وأحياناً يُظهرون أعراضاً لهذه الصدمات بطرق ليست واضحة للكبار. وعلى سبيل المثال، فإنه يمكن أن يتراجع نمو الأطفال، ويمكن أن يعانون من كوابيس منامية متكررة، ويمكن أن يكون لديهم فرط نشاط وحركة أو عدم انتباه، ويمكن أن يكونوا عدوانيين أو منطوين على أنفسهم، كما يمكنهم أن يعانون من تصرفات قصرية متكررة، ومن الضروري إجراء الرقابة المستمرة لهذه الأعراض وغيرها. وإن تقديم الأوراق والأقلام والصلصال يحفز الأطفال ويدفعهم إلى الرسم والتعبير عن دواخل نفوسهم ومعاناتهم، كما أن رسوم الأطفال تكشف عن مخاوفهم واهتماماتهم بشكل كبير.

ومن الناحية المثالية فإنه ينبغي على المختصين بصحة الأطفال أن يكونوا موجودين في كل حالات الكوارث لتقديم النصح الوقائي والعلاجي لهم. وفي الحد الأدنى، فإنه يتوجب على العمال الإنسانيين أن يقدموا للأطفال مسالك صالحة ثقافياً حتى يعبروا من خلالها عن أنفسهم في حياتهم اليومية، وهذه الخطوة هي الخطوة الأولى من أجل شفاء سليم.

ومن المهم أن يغرس العمال الإنسانيون لدى الأطفال المتأثرين بالكوارث شعوراً بالأمل في المستقبل. وتشير الدراسات العلمية إلى أن اليأس يؤدي إلى زيادة في المخاطر التي قد تؤدي ربما إلى الوفاة في نهاية المطاف. والطريقة المفيدة والعملية لغرس الأمل تكون من خلال التعليم؛ إذ إنه عندما يبدأ الناس بالتعلم فإنهم يبدأون في العيش من أجل المستقبل. أما بالنسبة للأطفال الصغار فالمدرسة تقدم لهم عملاً يومياً منظماً وطبيعياً، وهم في حاجة شديدة إلى ذلك. ويستفيد البالغون كذلك من المدرسة بطرق شتى: فهي تعطيهم إحساساً بالأمل، وتمدهم بمعرفة النفس، والثقة بالذات، فضلاً عن أن القائمين على الرعاية يمكن أن يشاركوا بالعملية التعليمية، وهذه المشاركة تُعدُّ فرصة ممتازة للتأثير في صحة الطفل وسلوكه.

(٩) أولويات النساء

نانسي هازلتون

تمثل النساء والأطفال ما يزيد على 80% من التعداد السكاني في حالات الكوارث الإنسانية الطارئة، وهذا يظهر في نشرات المفوضية العليا للاجئين الإرشادية للنساء اللاجئات. وأخيراً أصبحت هذه الحاجات الخاصة أمراً معروفاً ومنسقاً في سياسات موثقة، ومع ذلك، فإن هذه الخطة هي مجرد خطوة أولى فحسب. ولكي تصبح هذه الإرشادات أو الدلائل حقيقة فإنه لا بد من أن يأخذ تطبيقها درجة من الأهمية القصوى. ونظراً إلى أن النساء يتولين رعاية الأطفال في كثير من الحالات، ويصبحن ربات العائلات، إلا أن أدوارهن تتغير باستمرار. وهنا لا بد من الإشارة إلى عوامل هامة لتأمين العيش الآمن والمستقر لهن، ومنها ما يأتي:

السلامة الجسدية:

ينبغي أن يكون للسلامة الجسدية للنساء أولوية في أذهان مصممي وإداريي المخيمات. وهناك العديد من التقارير التي تشير إلى حال النسوة من الناحية الجسدية حيث يكنّ في خطر عند انخراطهن في فعاليات الحياة اليومية من مثل الغسيل، والبحث عن الحطب. ويجب أن ننتبه إلى كيفية إزالة خطر العنف الجسدي الذي يهدد النساء بشكل متكرر.

النظافة والصحة العامة:

بما أن النساء هن المشرفات الأساسيات على وحدة الأسرة فإن وجود الماء والمحيط النظيفين لن يساعد في تأمين صحة الأطفال تحت إشراف النساء فحسب، بل سيساعد أيضاً في الحفاظ على صحة الأمهات. وإن تأمين شروط الصحة العامة من نظافة عامة وإمدادات للمياه النظيفة والتخلص من النفايات تُعدُّ عوامل أساسية في هذا الصدد. ويقدر بالإمكان فإنه يجب الاهتمام بالصحة العامة للأسرة بكاملها؛ الأمر الذي يعني حماية صحة كل عضو فيها. وعندما تكون الأم مريضة فلن يكون هناك من يهتم بأطفالها غالباً؛ وهذا الوضع يجعلها عازفة أو غير قادرة على أن تغادر منطقة عيشها لتلقي العناية الطبية.

إن احتياجات النظافة الشخصية للنساء تشتمل على الاحتياجات الخاصة بالحيض. ومن دون وجود هذه الأشياء الأساسية للنساء البالغات وتقديمها لهن فإنهن حقيقة لن يستطعن مغادرة محيطهن المعيشي، ولن يتمكنّ من تلقي الرعاية الصحية اللازمة، ولن يستطعن الطبخ أو استقبال المياه الموزعة. وفي هذه الحالة فإن الملابس القطنية يمكن استخدامها، كما يمكن إعادة استخدامها لمثل هذا الغرض، وفي هذه الحالة فإنه لا بد من تأمين أماكن خاصة لغسل هذه الملابس ونشرها، والمشكلة أن هذه المواضيع يتم تجاهلها في حالات الكوارث غالباً.

إن المراحيض وأماكن الاستحمام الخاصة بالنساء يجب أن تكون مفصولة عن المراحيض الخاصة بالرجال، ويجب أن تشتمل على مساحة تكون مخصصة للغسيل والتجفيف. وإن احترام الخصوصية والكرامة يُعدُّ من الأشياء المطمئنة للنساء، ولاسيما ما كان منها في حالات الكوارث والنكبات الإنسانية الطارئة وما يصاحبها من دمار وضياع للممتلكات الخاصة.

توزيع الطعام:

ونظراً إلى أن الكثير من النساء والأطفال مفصولون عن الأزواج والآباء في الكوارث، فإن الطعام يجب ألا يعطى للرجال فحسب، بل يجب أن تبذل جهود لحمل الطعام حيثما تكون النساء موجودات فيه، أو ترتيب برنامج لتوزيع الطعام على النساء بشكل مستقل. وقبل الشروع بنقل أية إمدادات غذائية فإنه لا بدُّ من دراسة الرغبات الغذائية بعناية، ومن ثمَّ يرسل الطعام المؤلف إلى مجموعات اللاجئين بعد ذلك. وبناء عليه فإنه لا بدُّ من الاهتمام بكيفية حصول النساء على وقودٍ للطبخ واللوازم الأخرى، ومعرفة كيفية تقديم تسهيلات الطبخ لهنَّ.

المأوى (السكن):

إن الغاية من المأوى هي تأمين الحماية من العوامل الجوية والحرارية، وتأمين الخصوصية، وهناك مواد مستوردة يمكن استخدامها، غير أنه من المفضل استخدام عناصر البناء المحلية المناسبة في حال توافرها. وإن تأمين هذه المواد للنساء يزيد من شعورهنَّ أو إحساسهنَّ بفضيلة الاعتماد على الذات من خلال بناء بيئتهنَّ الخاص بهنَّ. وإذا كانت مواد البناء المحلية غير متوفرة فمن الأفضل حينذاك أن تكون أبنية السكن على شكل مجمعات صغيرة، وتكون مزودة بدورات مياه، وتشتمل على مراكز لتوزيع الطعام، وعلى تسهيلات العناية الصحية والغسيل في ذات المنطقة؛ الأمر الذي بدوره يعمل على تجنب المشاكل الأمنية التي تهدد سلامة المرأة، والتي يتكرر حدوثها عادة في «المخيمات» الكبيرة.

الرعاية الصحية:

على الرغم من أن هناك نطاقاً واسعاً من خدمات الرعاية الصحية لكل المجموعات من مثل اللقاحات والإسعافات العامة. فإن لوائح الرعاية الصحية عند النساء يجب أن تحدد ويخطط لها بطريقة أكثر دقة وأكثر فاعلية. وإن رعاية الصحة الإنجابية (بما فيها الرعاية الصحية خلال فترة الحمل، وفترة المخاض والولادة، وفترة النفاس) يُعدُّ أمراً أساسياً، ويكون في غاية الأهمية حين مواجهة أية عملية صحية في حالات الكوارث؛ حيث يزيد عدد البالغات من النساء على عدد الرجال، وتشتدُّ أهمية الرعاية النسائية في تقديم عناية خاصة لهؤلاء النسوة اللاتي تعرضن لأضرار جنسية وما تلاها من مشكلات صحية. ويجب أن تكون مقرات تلك الرعاية متوافرة في أماكن منعزلة، وأن تكون مزودة بكادر لديه القدرة على تفهّم وإدراك ثقافة ذلك المجتمع؛ حيث إن الكثير من النسوة يشعرن بالارتياح عندما تُقدّم لهنَّ الرعاية الصحية

نساءً مثلهن، وهذا التفضيل يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار فيما لو أمكن توافره.

والزيارات الصحية إلى البيوت نافعة للأمهات والأطفال، ويمكن أن تنجز من قِبَلِ أناسٍ يعرفون اللغة والعادات والتقاليد الصحية الخاصة بالنساء.

ويمكن تكليف القابلات القانونيات، ومرافقات الولادة، بتقديم خدمات الولادة والمتابعة والرعاية خلال فترة النفاس. كما أن كتيبات منظمة الصحة العالمية للتدريب على المخاض الطبيعي والولادة متوافرة للقابلات وللعاملين في المجال الصحي.

والنساء اللواتي تعرضن لاعتداء جنسي يجب أن يزودن بخدمات صحية نفسية وجسدية مناسبة.

إن مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) هو أحد أهم الأمراض المتوقع وجودها في حالات الكوارث. ولا بد من بذل كل الجهود لمنع انتقال عدوى الإيدز والأمراض الجنسية الأخرى. ويتمُّ ذلك عن طريق تثقيف الناس، وتوزيع واقيات للأجهزة التناسلية الذكرية، وتقديم خدمات تخطيط الأسرة، والتعاون مع الوكالات المحلية المهتمة بموضوع منع انتشار الإيدز وعلاجه، ولاسيما برنامج مكافحة انتقال الإيدز من الأم الحامل إلى وليدها.

يجب أن يعرف الدواء التقليدي المستخدم محلياً، وأن يتمَّ تحديده بدقة؛ ذلك لأن كل ثقافة لديها اقتناعات وتقاليد علاجية ودوائية خاصة بها، وتكون مألوفة لدى شعوبها. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن أكثر من 60% من سكان العالم يتعاطون الأنواع التقليدية المحلية في العلاج. ولذلك فإن هذه المعلومات بشكل عام تكون في صالح العائلة والمجتمع، ولاسيما إذا ما أخذت بعين الاعتبار في حالات الإسعافات الإنسانية عامة. كما يجب أن يُعرف المعالجون المحليون، ويجب التفاهم والتعاون معهم، وطلب مساعدتهم في منع الاستخدام المضر لبعض الأدوية التي قد تكون مجحفة اقتصادياً في حق ضحايا الكوارث.

وضع السياسات:

إن الطريقة الهامة للتأكد من حاجات النساء المتعلقة بالسلامة الجسدية، والصحة، وتوزيع الطعام، والمأوى، والرعاية الصحية، في حالات الكوارث، هي إيجاد نساء متمرسات بأمر التخطيط والتنفيذ. وإن الخبرة العامة للنساء بوصفهنَّ منجبات، ومشرفات، وربات منازل، ومحضرات للطعام، تعطينهن الفهم الكافي الذي يتخطى الحدود الثقافية والجغرافية. وإن التعاطي الحساس والمرهف مع حاجات النساء الخاصة يمكن أن تكون سبباً في انخفاض عدد الوفيات والمرضى بين النساء والأطفال. وهناك حاجة ماسة إلى إيجاد مزيد من النساء ليعملن

في وضع منهج للوكالة الدولية التي تتبنى جهود الإغاثة، وذلك فضلاً عن متطلبات العمل الميداني في حالات الكوارث. كما يجب أن تشارك الضحايا من الإنانث في حالات الكوارث في وضع خطط متعلقة بالخدمات الصحية والاجتماعية، ودراسة الشؤون الإدارية التي تؤثر عليهن وعلى عائلاتهم.

(١٠) فرز الأطفال

مبدأ الفرز هو مبدأ مهم للعمال الإنسانيين عندما يتلقون تدريباتهم للعمل في مجال الكوارث، وإن كلمة «triage» جاءت من الكلمة الفرنسية (trier) التي تعني الفرز، والفرز يتضمن فرز الحالات حسب أفضلية فرص البقاء على قيد الحياة بناءً على المصادر والبيانات المتوافرة.

ويتمُّ في حالات الطوارئ الكبرى استبدال نهج النفعية بنهج المساواة الذي يستخدم يومياً من قبل المهنيين الصحيين؛ ذلك لأن نهج المساواة يمكن تعريفه بأنه الاعتقاد بتساوي الحقوق السياسية والاقتصادية والاجتماعية والمدنية لكل الناس، فيما تعريف نهج النفعية بأنه تحقيق الصالح العام لأكبر عدد من الناس. ونهج النفعية يتمُّ العمل به عندما تكون الاحتياجات أكبر من المصادر المتوافرة، وعلى سبيل المثال فإنه في حالات الكوارث، وفي حالة عدم توافر طبيب جراح، فإن المريض الذي يحتاج إلى عملية جراحية يتمُّ استبعاد معالجته. ولكن لتحقيق فرص أفضل للنجاة حسب الظروف، فإن من الضروري معالجة المريض الذي لا يحتاج إلى عملية جراحية.

في أثناء عملية الفرز، هناك شخص واحد فقط يكون هو المسئول عن عملية الفرز، ويجب أن يكون هو ذاته مسئولاً عن اتخاذ القرار، وفي حالات الطوارئ فإن من الواجب أن يكون القرار يسيراً وواضحاً حتى يتمُّ تفادي الارتباك والتشويش، ومن المهم أيضاً احترام قرارات الفرز.

هناك العديد من الأنظمة والمواد التي يمكن استخدامها لتنفيذ الفرز في حالات الحوادث الكبرى، وهناك نظام يدعى (START (Simple Triage and Rapid Triage 1983)، كما أن هناك نظاماً آخر يدعى (Jump START (Romig 1995)، وهذان النظامان هما الأكثر شيوعاً في هذا المجال، وكلا النظامين يصنف المرضى إلى فئات حسب احتياجاتهم للعلاج، مع استخدام لون محدد لكل صنف. وكلا النظامين يصنف الفئات المختلفة على النحو الآتي: من يحتاج إلى رعاية مستعجلة (الأحمر)، ومن يحتاج إلى رعاية يمكن تأجيلها (الأصفر)، ومن يحتاج إلى رعاية بسيطة أو لا يحتاج (الأخضر)، والمرضى الذين لا يتوقع بقاؤهم على قيد الحياة أو من المتوقع وفاتهم (الأسود). وإن Jump STAR هو نظام لفرز الأطفال باستخدام قرار بالنقاط يكون مناسباً لأداء وظائف الأعضاء، كما يظهر الاختلافات الحاصلة لدى الأطفال الطبيعيين.

كلا النظامين STAR و Jump STAR تمَّ استخدامهما لسنوات عديدة، ولكن لم يتم التحقق من مصداقيتهما حتى الآن. وهناك بعض البراهين المتزايدة بشأن مصداقية نظام (ThikSharp's Sacco Triage Method) (STM)، وهي طريقة تسجيل نقاط بحيث تعطي كل ضحية رقماً وعلامة، ومن ثمَّ تقسيم الضحايا في الميدان إلى (3) فئات، بالتسجيل وليس بالألوان. وإن دقة التسجيل تسمح لجميع عمال الإغاثة «باستخدام ذات اللغة». ويكون تسجيل الأداء الوظيفي مبنياً على سرعة التنفس، وسرعة نبضات القلب، والاستجابة الحركية، مع التعديل بالنسبة للعمر، ويمكن إدخالها في الكمبيوتر خلال (40) ثانية. والنموذج التحليلي لهذا النظام (STM) يدمج نتائج المعلومات المسجلة عن آلاف مرضى إصابات الأطفال؛ الأمر الذي يجعله أداة الفرز الوحيدة للأطفال، وهي تبنى على معلومات مصدقة إكلينيكيًا (سريريًا)، وبواسطة طرق موضوعية، ويمكن تطبيق هذا النظام على جميع فئات الأعمار، إلا أنه ينبغي أخذ احتياجات الأطفال الخاصة بعين الاعتبار.

ومن الضروري جداً تقييم الأطفال في حالات الكوارث، ليس من ناحية الإصابات الجسدية فحسب، بل من نواحي الصدمات النفسية والعاطفية التي يعانون منها. وهناك نظام يدعى (PsychSTART) (Schiriber 2005)، وهو يعمل على تقييم الحالات ذات الخطورة العالية، ويربطها ببراهين العلاج قصيرة المدى. والبراهين المستجدة تقترح أن تتمَّ بعض التدخلات العلاجية التي من الممكن أن تغير أو تمنع خطورة الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، وباستطاعة عمال الاستجابة الأولى معرفة الأطفال الذين تعرضوا لتجارب بالغة في الإصابة وتحديدهم، ومن ثمَّ يقوم ممارسو الصحة النفسية بالتحدث مع أولئك الأطفال حول ما تعرضوا له من تهديدات، وعن تجاربهم الشخصية عن الخوف.

إن الفرز الصحي للأشخاص بهدف زيادة أعداد الأرواح التي يتم إنقاذها يختلف عن فرز الصحة العامة. ويمكن تعريف فرز الصحة العامة بأنه فرز السكان أو معرفتهم حسب أولويات التدخل الطبي، ومثال ذلك هو مدى الاحتياج لتنفيذ فرز الصحة العامة خلال الحاجة إلى إجراء تطعيمات شاملة بعد الإصابة بالتهاب السحايا عندما لا تتوفر جرعات كافية تغطي احتياجات الجميع.

وبغض النظر عن مجال خبرات العمال الإنسانيين في مجال تخصصاتهم، سواءً أكان تخصصهم طبيًا، أم نفسيًا، أم في مجال الصحة العامة، فإنهم يحتاجون إلى أن يُعَوِّدوا أنفسهم على المعاني الأخلاقية الإضافية للفرز تحت الظروف القصوى التي تتغير خلالها معايير الخدمة المعروفة.

(١١) تقييم الحالة الصحية للطفل

من المهم في المرحلة الطارئة للكوارث القيام بالتقييمات الآتية للتعرف على صحة الطفل:

أولاً: النظر إلى الأطفال أثناء تجوالهم في معسكرات اللاجئين، أو عندما يمشون بالجوار، والانتباه إلى طريقة اللباس، ووجود الأحذية من عدمها، ومدى تفشي حالات الجفاف، وملاحظة الحالة الغذائية لديهم بشكل عام، ووجود علامات إصابات أو جروح، أو علامات قلق أو خوف، ومدى وجود أطفال من دون أهل معهم، وهل الأمهات قادرات على إرضاع أطفالهن؟

ثانياً: إجراء مسح للأطفال الذين يزورون عيادات الرعاية الطارئة، أو المخيمات المخصصة لذلك، وما هي التشخيصات والمشاكل الأكثر شيوعاً؟ وهل هناك أدلة على وجود مرض الحصبة، أو الملاريا، أو التهاب السحايا، أو الزحار، أو الجفاف، أو سوء التغذية؟ ويجب الاحتفاظ بهذه المعلومات وغيرها عن أول (200 - 300) طفل نقيّمهم؛ ذلك لأن هذه المعلومات ستكون في المستقبل مفيدة لبرامج الوقاية، ولتقدير احتياجات الدعم من الأدوية والأجهزة، ولأجل تقديم تقارير إلى السلطات المحلية.

ثالثاً: إذا كان بالإمكان أخذ صورة عن شهادة التطعيمات، أو الحصول على تقارير شفهية عن تاريخ التطعيمات لعينة من الأطفال، فإن هذه المعلومات تساعد في برامج التطعيم، كما تساعد العاملين في المجال الصحي على تقدير الأمراض المعدية التي من الممكن أن يتعرض لها هؤلاء الأطفال.

رابعاً: تقييم عدد الوفيات، ويتم ذلك من خلال إحصاء الجثث، أو من خلال إجراء مقابلات مع عدد من الأهالي.

خامساً: تقييم حالة الوضع الغذائي بأسرع وقت ممكن.

سادساً: وضع خطط لعمل مسح للآثار النفسية التي قد تنتج عن هذه الكوارث، وعمل الترتيبات اللازمة لإجراء مقابلات مع عينة من الأهالي من أجل التعرف على الضغوطات الشائعة التي يتعرض لها الأطفال، والتي قد تشمل موت الأهل، ومشاهدة أعمال عنف، والمجاعة، والعنف الشخصي، وفقدان المأوى، والتعرض للبرد الشديد والأمراض الحادة.

سابعاً: العينة من الأهالي أعلاه يجب أن تستخدم لدراسة وملاحظة وضع الوالدين ومدى قدراتهم، من مثل: ما هي الضغوطات والعوامل التي قد تؤثر سلباً عليهم؟ هل هم مرضى أم مصابون؟ هل يعانون من سوء التغذية؟ وكذلك ما هو وضع النساء، هل لديهن حمل؟ وكم عدد

المرضعات؟ هل الآباء موجودون؟

ومن المفضل عادة، استخدام الوسائل المعتمدة في الدراسات الوبائية الدقيقة عند إجراء مثل هذا المسح، وليس في صالح الأطفال أبداً تأخير إجراء هذه التقييمات والمسوحات لعدم توافر الوضع المثالي للدراسة من مثل: نقص لوحات القياسات، أو نقل المخيمات باستمرار، وزيادة على ذلك فإن من المهم أخذ نتائج هذه الدراسات والمسوحات بعين الاعتبار والعمل بها مباشرة حال اكتمالها وتكامل معرفتها.

تقييم الوضع الغذائي:

إن إجراء دراسات عن التغذية لتقييم حالة الطفل الغذائية مهم جداً، ولاسيما إذا غطى معظم اللاجئين من الأطفال، وتشمل هذه المعلومات ما يأتي:

- الوزن
- الطول
- العمر
- الجنس
- لون الشعر
- وجود انتفاخات

يجب الاتفاق مع قادة المعسكرات على إجراءات المسح الغذائي؛ إذ من الممكن أن يساعدوا في انتقاء الأشخاص للمساعدة في هذه التقييمات وفي جمع المعلومات، فعادة يكفي أن يكون كل فريق مكوناً من مشرف ومساعدين، حيث يقوم بتدريبهما بشكل جيد على كيفية إجراء التقييمات والقياسات قبل الشروع فيها.

الوزن:

في الحالات الحادة، يكون الميزان المستخدم عادة في وزن الأطفال الصغار هو الميزان ذو (25) كيلو جرام الزنبركي المعلق والمجزأ إلى (0.1) كغم؛ حيث يعلق بشجرة أو عصا يحملها شخصان، ففي أفريقيا عادة يستخدم البنطلون المعلق، لكن أغلب القرى الآسيوية تفضل استخدام سلال الخيزران التي تكون مقبولة أكثر لدى الأطفال. وفي البلدان الباردة ولدى بعض الثقافات فإنه من غير الممكن تجريد الطفل من ملابسه لأجل وزنه، وفي هذه الحالة يمكن تقدير وزن الملابس وطرحه من الوزن الكامل، ويسجل الوزن بالتقريب لأقرب (100) جرام. وفي كل صباح يتم التأكد من دقة الميزان باستخدام وزن معروف مسبقاً كوحدة الـ (10) كيلو جرام، وفي حال عدم مطابقة الوزن يمكن تغيير الزنبرك أو استبدال الميزان.

الطول:

إن قياس طول الأطفال الصغار الذين هم أكبر من سنتين يؤخذ في وضع الوقوف، وما دون السنتين يقاس طوله وهو متمد على السرير. أما إذا كان العمر غير معروف، كما هو الحال في عدم وجود الأهل، فإن الأطفال الذين طولهم أكثر من (85) سم يُقاس طولهم وهم واقفون، والأطفال الذين طولهم أقل من (85) سم فيقاسون وهم مستلقون.

ويمكن صنع لوح القياس لاستخدامه أو قياس الأطفال على طاولة محدّد عليها مكان الرأس، ويقوم الشخص المساعد بتثبيت الرأس في الجهة المخصصة لذلك، بحيث يكون بشكل متعامد مع الطاولة، وتوضع الأقدام في الجهة المخصصة، ومن ثمّ تتم قراءة القياس. أما الأطفال الذين هم فوق سن السنتين فيشجعون على الوقوف بشكل مستقيم في وسط لوح القياس العمودي، مع إصاق كواحلهم وركبهم باللوح، وأخذ القياس من مكان الرأس، كما يجب أن تكون كواحلهم وركبهم وأوراكهم وأكتافهم ورؤوسهم ملامسة للوح. ويجب أن تقرب القياسات لأقرب (0.1) سم. ويقوم المساعد بتدوين القياسات مع إعادة قراءتها ليتأكد منّ قام بالقياس أنّ المسجّل قد سمعها ودونها بشكل صحيح.

الانتفاخات:

هي عبارة عن تجمعات غير طبيعية من السوائل تكون خارج خلايا بعض أجزاء الجسم، وهي إحدى علامات سوء التغذية، ويمكننا التعرف على وجودها وقياسها بواسطة الضغط بشكل طبيعي بإصبع الإبهام على القدم أو الساق لمدة ثلاث ثوان، وإذا ما وُجد انطباع بعد رفع الإصبع فإن ذلك يدل على وجود الانتفاخ. فإذا كانت الانتفاخات ناجمة عن سوء التغذية فإنها تكون موجودة لدى الطفل في كلا القدمين أو في كلا الساقين.

قياس محيط القسم المتوسط من الذراع:

يمكننا استخدام هذا القياس لفحص أعداد كبيرة من الأطفال ليكون بمنزلة مؤشر سريع يدل على وجود سوء التغذية بينهم من عدمها. وإن قياس منتصف الذراع بمقدار أقل من (12.5) سم يدل على سوء شديد في التغذية. ويمكن استخدام هذه الطريقة للأطفال بين (1-5) سنوات من العمر، حيث يستخدم شريط قياس محيط متوسط الذراع، ويتم إدخال نهاية الطرف الأصغر خلال الطرف الأكبر، ويلف الشريط حول القسم المتوسط من الذراع، وعادة يقاس الذراع الأيسر في النقطة المتوسطة بين الكتف والمرفق، ويتم تقريب النتيجة لأقرب (0.1) سم. ويبدو أن هذا القياس أسهل من طريقة قياس الوزن والطول، إلا أنه أكثر عرضة للخطأ، ولا يُنصح باتباع هذا القياس في حال وجود إمكانية لقياس الوزن والطول، وذلك للاختلافات الكبيرة في هذا القياس، وللأخطاء الشائعة عند استخدامه، غير أنه لا بأس به عند الحاجة.

كيف تترجم هذه القياسات؟

يتم حساب مؤشر قياس الوزن للعمر (الوزن/العمر)، ومؤشر الوزن للطول (الوزن/الطول)، ومؤشر الطول للعمر (الطول/العمر)، وتقارن هذه القيم بمعايير ثابتة للسكان، وهذه المعايير الثابتة تجمع عادة بواسطة المركز الوطني للإحصاءات الصحية بالولايات المتحدة. وفي الأوضاع الطارئة عندما يكون سوء التغذية الحاد شائعاً، فإن مؤشر الوزن للطول يكون أكثر

ملاءمة في تحديد مستويات سوء التغذية الحاد، وهذا المؤشر لا يحتاج إلى تحديد العمر الذي عادة يصعب تحديده في حالات الكوارث.

لقد قام مركز الحد من انتشار الأمراض الموجود في أتلانتا، جورجيا، بإنتاج برامج كمبيوتر يمكن استخدامها بسهولة للقيام بهذه الحسابات والمؤشرات، وهو مفيد جداً لمن يعتمد على استخدام الكمبيوتر. ونتائج هذه المؤشرات يمكن تسجيلها على شكل نسب مئوية للمتوسط، ونسب لمقياس Z. ومقياس Z يترجم وزن الطفل أو طوله كمتوسطات انحراف متعددة حول المعايير الثابتة للسكان، وهي تعرف بالانحراف المعياري. ومقياس Z أكثر دقة من الناحية الإحصائية بناءً على النسبة المئوية لمتوسط المجموعة المرجعية.

تقدير حجم العينة:

عادة يتم اختيار الأطفال الذين تكون أعمارهم بين (6 - 59) شهراً لإجراء المسح الخاص بالحالة الغذائية؛ حيث إنهم في هذا العمر ينمون بسرعة، ولأن نقص التغذية في هذه الفترة سيؤثر عليهم أولاً، ويكون حجم العينة المعتمد في تقدير نسبة انتشار سوء التغذية عادةً بين (5 - 20%)، وهناك معادلة يمكن استخدامها لتحديد حجم العينة:

$$n = t^2 (pq) / d$$

وللإيضاح فإن:

n = حجم العينة.

t = قيمة تتعلق باحتمال الخطأ تعادل (1.96) أو (2) لاحتمال خطأ قدره 5 %.

P = نسبة انتشار سوء التغذية لدى السكان، ويعبر عنها بأجزاء من واحد.

q = 1 - p، الجزء المتوقع من الأطفال الذين ليس لديهم سوء تغذية، ويعبر عنه بالجزء من الواحد.

q = تعبر عن النسبة المتوقعة من الأطفال الذين هم من دون سوء تغذية، ويعبر عنها بأجزاء من واحد.

d = القيمة القطعية، ويعبر عنها بجزء من واحد.

وعادة تكون قيمة t ثابتة (1.96)، ويمكن تقريبها إلى (2)، ونختار قيمة انتشار المرض المتوقعة بأن تكون عادةً قريبة من (50%) من الانتشار الحقيقي حتى يكون حجم العينة كبيراً وملائماً، أما القيمة القطعية فهي عشوائية ويمكن تعديلها.

مثلاً إذا كانت نسبة سوء التغذية المتوقعة 20%، وكانت نسبة الدقة 3%، عندها يكون حجم العينة المطلوبة:

$$n = 1.962 (0.20 \times 0.80) / 0.03 = 683$$

وسائل أخذ العينات:

- 1- عينات عشوائية.
- 2- عينات نظامية.
- 3- عينات على شكل تجمعات.

تؤخذ العينات بشكل نظامي في حال كانت مخيمات اللاجئين منظمة بشكل جيد، أو في الأحياء حيث المنازل تكون مرتبة على شكل خطوط، أو أن تكون على شكل خطوط أو مجموعات، حيث يمكن أخذ عينة من كل منزل.

أما العينات العشوائية فيمكن أخذها إذا كانت هناك لوائح بكل أسماء الموجودين في المعسكر، والتي عادة تكون غير متوافرة في المراحل الأولى من الكارثة، وهنا يتم اختيار الاسم من القائمة بطريقة عشوائية.

أما الطريقة الثالثة فتشمل مرحلتين: الأولى اختيار عشوائي لعدد من التجمعات، والثانية أخذ عدد من الأطفال من كل تجمع ونجري البحث عليهم. ويجب ملاحظة أن داخل كل تجمع يمكن أن يكون هناك ميلان؛ ذلك لأن الأطفال يشبه بعضهم بعضاً من ناحية حالتهم الغذائية، ولذلك يجب أن يكون حجم العينة في حالة التجمعات ضعف حالة العينات العشوائية أو النظامية.

وفي الغالب فإننا نستخدم العينات بشكل تجمعات في المراحل المبكرة للكوارث الإنسانية، وهذه التجمعات أو الوحدات قد تكون قري أو مخيمات أو مناطق جغرافية محددة. ويمكن حساب عدد الأطفال اللازم اختيارهم من كل تجمع بواسطة تقسيم حجم العينة على عدد التجمعات.

وإذا رجعنا إلى المثال السابق، فإن حجم العينة المطلوب هو (683)، وعندما يضاعف هذا الرقم يصبح (1366) ويُقسَّم على (30) وهو (عدد التجمعات)، فيعطي رقماً تقريبياً هو (45) طفلاً من كل تجمع.

وبعد أن يتم تحديد التجمعات يذهب الذين سيجمعون المعلومات إلى مركز كل تجمع، ويختارون الاتجاه بطريقة عشوائية، ويتم ذلك من خلال تدوير زجاجة على الأرض، حيث يذهبون بالاتجاه المحدد بالزجاجة، ويتحركون من الوسط إلى حدود التجمع، ويقومون بعدد المنازل في طريقهم، ثم يتم اختيار المنزل الذي سيُدرس بشكل عشوائي، ثم المنزل الأقرب، وهكذا، حتى يتم تجميع العدد المطلوب من الأطفال لكل تجمع.

وعندما تشير معلومات المسح إلى وجود مشكلة صحية خطيرة، فإنه من الضروري أن يقوم عمال الإغاثة بنقل هذه المعلومات إلى المسؤولين، ويشجعونها بتوصيات تعين على الحد من هذه المشكلة الصحية، ويكونون في الوقت نفسه مدافعين عن هؤلاء الأطفال.

(١٢) العنف الجنسي والعنف على أساس نوع الجنس

العنف الجنسي هو أفظع مخالفات حقوق الإنسان، ويستعمل سلاحاً في مجال التطهير العرقي للقضاء على عرق أو نسل معين، أو تمزيق مجتمع محلي وإشاعة الرعب فيه، أو يكون إجراءً تعذيبياً أو عقابياً.

أنواع العنف تشتمل على ما يأتي:

- الاغتصاب.
- ممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج.
- الزواج بالإكراه.
- قتل الأطفال الرضع.
- منع الحمل أو العقم بالقوة.
- العنف الأسري.
- الإجبار على البغاء.
- تشويه الأعضاء التناسلية للمرأة.
- القتل باسم الشرف.

وإن مثل هذه الأعمال الوحشية والعنيفة تحدث عادة عقب الكوارث الطبيعية أو عقب الكوارث التي هي من صنع البشر.

إن الفئة الأكثر عرضة للتحرش الجنسي تكون من النساء والأطفال، ولاسيما المرأة الوحيدة، والأطفال القاصرون دون أهل (سواء كانوا أولاداً أم بنات)، ويكون التعرض من قبل رجال الميليشيات، وقطاع الطرق، والحرس أو الأمن، أو اللاجئتين الأخريين، ويمكن أن يتعرضوا للأسر واستغلالهم جنسياً، ويصبحون (عبداً من أجل الجنس). وإن الأمن الذي من المفترض أن يكون موجوداً داخل معسكر اللاجئيين يُعدُّ من أهم المتطلبات؛ إذ تتم مهاجمة الضحايا غالباً في الأماكن النائية (مثلاً: عند جمع الحطب أو عند الذهاب إلى المراحيض)، ويتم ذلك كذلك في مرحلة إعادة التوطين؛ حيث يجبر الضحايا على ممارسة الجنس مقابل إمدادات المواد، أو مقابل بطاقات الهوية، أو يتم ذلك بهدف تغيير الثقافات المتبعة، ومنها مثلاً الإجبار على الزواج، أو تشويه الأعضاء التناسلية، أو الختان.

وإن شح التقارير أو نقص المعلومة حول هذا الشأن يُعدُّ مشكلة أساسية؛ حيث إن من كتبت له النجاة أو الحياة من هؤلاء الضحايا، فإنهم في معظم المجتمعات يوصمون بالعار، هم أو ذوهم، ويعاملون على أنهم مجرمون، وربما يعاقبون بالسجن والتعذيب أو القتل، بينما يذهب

المعتدون ويتوارون عن الأنظار من دون أي عقاب، وغالباً ما يكون هناك تخوف من ثأر المعتدين وانتقامهم في حال التبليغ عن الحادثة. وعلاوة على ذلك، فإن هناك زيادة في عدد التقارير التي تشير إلى اشتراك بعض العاملين في قوات حفظ السلام، والعاملين في وكالات الإغاثة، في عمليات العنف الجنسي ضد اللاجئين أو النازحين.

والتأثيرات الجسدية تشمل الأمراض الجنسية (مرض نقص المناعة الإيدز)، وتشويه الأعضاء التناسلية، والحمل، والإجهاض، والعمم المستقبلي. أما التأثيرات النفسية فتشمل: الاكتئاب، والقلق، والإحساس بالتفاهة وعدم الأهمية، ونكران الذات. والأطفال هم الأكثر احتمالية للمضاعفات النفسية نتيجة للصدمة الجنسية الناتجة عن التحرش أو العنف الجنسي. والأطفال المولودون سفاحاً ربما يكونون منبوذين أو ربما يقتلون.

يجب اتباع أقصى درجات العناية للتأكد من سلامة الضحايا جسدياً، ومنع أي اعتداء مستقبلي، ويجب احترام رغبات الضحايا في كل الظروف، كما أن السرية التامة أمر جوهري في هذا الموضوع. وإن تقديم الرعاية الطبية والنفسية يجب أن تتم من قِبَل عاملين من نفس نوع الجنس. ويجب أن يفحص الضحايا فحصاً كاملاً بما في ذلك الملابس والأجسام الغريبة. ويجب إعطاء المضادات الحيوية للأمراض الجنسية أو التناسلية. ويجب مراعاة خطورة حالات الحمل أو الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب، واتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل سلامة الأطفال وضمان عدم تكرار الإصابة.

وإن الوقاية من التحرش الجنسي تبدأ بتوفير أماكن إقامة خاصة للنساء والأطفال، وتحسين الوضع الأمني في المعسكر، ونشر الوعي بين المسؤولين واللاجئين. كما أن الحكومات المضيفة يمكنها وضع سياسات صارمة ضد الاعتداء الجنسي، وملاحقه المجرمين ومرتكبي هذه الفضائح، ومعاقبتهم.

الاتجار الجنسي بالأطفال:

إن هناك ما يفوق المليون طفل يتم بيعهم سنوياً على نطاق العالم من خلال شبكات سرية مختلفة تعمل في مجال الاتجار بالجنس. وفي مناطق عديدة من العالم يمثل الأطفال 50% من العاملين في البغاء، وأحياناً يكون الأطفال بعمر (4) سنوات. وترتفع درجة الخطورة في حالات الفقر، والكوارث الطبيعية أو التي هي من صنع البشر، والعنف الأسري، أو كونهم أيتاماً نتيجة للإيدز. وإن العديد من الأطفال يتم بيعهم لبيوت الدعارة بواسطة الآباء أو بواسطة أفراد آخرين من العائلة. والأطراف الأخرى المشاركة في هذا الفعل وأعضاء الجريمة المنظمة قد يكونون قادة في المجتمع، كما قد يكون وسطاء الدعارة هم من السيدات.

وعادةً فإن تأثيرات هذه الجرائم على الأطفال قد تمتد على مدى الحياة، وعلى المستويين الجسدي والنفسي، وهي تتمثل في عدم احترام الذات، والإحساس بالذنب، والعار، والحرمان، ونكران الذات، والاكْتئاب، والخوف من الرجال عموماً، كما يمكن أن تتم معاناة هذه المشاهد كثيراً حين إنقاذ الضحايا.

وهناك العديد من المنظمات التي توفر الرعاية الطبية والتدريب الوظيفي، كما أن هناك العديد من منظمات حقوق الإنسان التي تعمل على إثبات النواحي القانونية لهذه الحالات، ورفع مستوى الاهتمام بها في العديد من الدول والثقافات. ومن المهم في هذا الصدد أن يكون العاملون في مجال الإغاثة على علم تامّ باحتمال حدوث العنف أو التحرش الجنسي، والمتاجرة بالجنس في حالات الكوارث، وعليهم اتخاذ الإجراءات اللازمة للتدخل السريع عند حدوثها.

(١٣) علم الأوبئة

علم الأوبئة هو دراسة توزيع تكرار المرض في المجموعات البشرية وتحديدِها، وهو عنصر أساسي في طبيعة عمل الإغاثة، ومع أنه يعتقد أحياناً أنه علمٌ لدراسة الأوبئة، إلا أنه يشمل على الآتي:

- تجميع المعلومات حول المشكلات الصحية.
- تحديد مصادر المعلومات.
- تجميع البيانات والقيام بالمسح الميداني.
- التقديم والعرض، والتحليل الإحصائي، وتركيب البيانات التي تم جمعها.
- صنع القرار المستند على نتائج البيانات.

يمكن للبرامج المتعلقة بعلم الأوبئة أن تنقسم بشكل تقريبي إلى مجموعتين: هي المراقبة والتقصيات أو التحقيقات الخاصة. المراقبة المتعلقة بعلم الأوبئة تعني المراقبة المعتادة للمشكلات الصحية التي تستخدم بوصفها نظام إنذار مبكر للعاملين في مجال الرعاية الصحية. أما التقصيات الخاصة فتشمل التقييم أو المسح المبدئي للوضع الصحي؛ إذ إنه قبل الشروع أو المباشرة بالمسح يجب أن توضع الأهداف ومحدودية التحقيقات بوضوح. وبصورة دائمة فإن المسح يُعدُّ من الضروريات اللازمة حين الاستجابة الأولية لحالات الكوارث. وعلى أي حال فإن إجراء مسح غير متبوع بقرارات وسياسات إنما هو مجرد هدر للموارد، فضلاً عن أنه يطرح آمالاً مزيفة يتم إلقاؤها أمام المشاركين. والاعتبار الأول في تنفيذ معظم المسوحات الميدانية يعتمد على الشخص الذي يقوم بالدراسة، وهل هو مؤهل لذلك العمل أم لا؟، وهل لديه الصلاحيات للتصرف بناءً على النتائج التي سيتوصل إليها؟!

مؤشرات صحية:

نظراً إلى قيود الزمن وصعوبة توفير المال والعامل البشري فمن غير الواقعي تجميع كل البيانات التي يمكن أن تستخدم في متابعة سير تطور أية حالة طارئة، وبدلاً من ذلك، فيمكن أن تستخدم مؤشرات صحية خاصة يتم اختيارها لكونها ذات علاقة بوصف أية حالة أو بوصف تطورها عبر الزمن. وبصورة عامة، فإنه يمكن استخدام المؤشرات التي تتعلق بشكل مباشر بالصحة من حيث: (عدد المرضى، وعدد الوفيات، والتقييم الغذائي)، أو بالنظر إلى الظروف البيئية (طبيعية، اقتصادية، اجتماعية، سياسية، أو بيئة الخدمات والرعاية الصحية).

وهناك عدد من المعايير المفيدة في اختيار مؤشرات صحية مناسبة، وهي تتمثل في الآتي:

- صلة المؤشر بما يفترض قياسه من الدراسة.
- المقدرة على تحديد المؤشر وتعريفه بشكل دقيق.
- المقدرة على تحليل المؤشر بالنظر إلى المعالم الأخرى.
- وجود اختبارات لقياس فاعلية هذا المؤشر.

مصادر المعلومات:

بعد تحديد نوع المؤشرات المطلوبة وعددها فإن على المختص بعلم الأوبئة أن يقرر أين يمكن أن تجمع المعلومات الضرورية؟ كما أن مصدر البيانات يعتمد على نوع المعلومات المطلوبة، والتفاصيل المحددة للحالة الطارئة، والمصادر الممكنة تشمل ما يأتي:

- السكان المتضررون الذين تتم خدمتهم.
- الخدمات الإدارية.
- الخدمات الصحية للمجتمع.
- تسهيلات الرعاية الصحية.
- الوكالات الإنسانية.

طرق تجميع البيانات:

بعدها يكون علماء الأوبئة قد قرروا «ماذا سيجمعون؟» و«أين سيجمعون؟» فيجب أن يقرروا أيضاً كيف سيجمعون البيانات؟ وبشكل عام فإن هناك خيارين: إما أن تخرج وتبحث عن البيانات أو تنتظرها حتى تأتي إليك. وهناك عدد من العوامل التي تؤثر في الاختيار بين هذين الخيارين، وهي تشمل على ما يأتي:

- الوقت المتاح لجمع البيانات.
- كيفية الوصول البدني إلى مصادر المعلومات.
- درجة الثقة المطلوبة.
- درجة الاستمرارية المطلوبة.
- وجود أو وضع نظام للمعلومات الصحية المحلية العملية.

فاعلية المؤشر:

عند الحديث عن فاعلية المؤشر فإن هناك عدة خصائص يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، نذكر منها الآتي:

التمثيلية: هل يقيس المؤشر فعلاً ما أنت تبحث عنه؟ على سبيل المثال، إن كان المؤشر يهتم بقياس نقص التغذية الشديد الحاد فستكون قياسات الوزن للطول مؤشراً مناسباً، وبالمقارنة ستظهر قياسات الوزن بالنسبة إلى السن كلاً من نقص التغذية الحاد والنقص المزمن.

المعايرة: هل يستخدم أسلوب القياس للمؤشر المعطى نفسه باستمرار؟ إن المعايرة تسمح للمرء بأن يقارن بين البيانات المأخوذة من مصادر مختلفة، وفي أزمنة مختلفة.

الموثوقية: هل القياس قابل للتكرار؟ حيث إن الموثوقية تعتمد على التنوع الموجود في الأداة والمادة المقاسة حالياً، وتتأثر الموثوقية بالتنوع ضمن القياس نفسه (الموثوقية داخل المشاهد)، وبالتنوع بين مقياسين مختلفين (الموثوقية بين المشاهد). وفي حالات الكوارث هناك عدد من العوامل المنفردة التي يمكن أن تؤثر في موثوقية مؤشر ما، ومنها مثلاً: التغيرات المتكررة بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، والتدريب السريع للموظفين المحليين، والوقت المحدد لتنفيذ الأنشطة القياسية وتخطيطها.

إمكانية التطبيق: هل يمكن لطريقة قياس المؤشر أن تستخدم بشكل حقيقي في الميدان خلال الكوارث؟

إمكانية القبول: هل القياس مقبول بالنسبة للناس الذين يتم قياسهم، وكذلك لدى السلطات المحلية؟

الفاعلية: هل يعمل المؤشر بشكل جيد؟ وكل هذا يظهر عموماً من خلال التعابير الآتية:

- **الحساسية** = إيجابيات صحيحة ÷ (إيجابيات صحيحة + سلبيات خاطئة).
- **التحديدية (التخصيصة)** = سلبيات صحيحة ÷ (سلبيات صحيحة + إيجابيات خاطئة).
- القيمة التنبؤية الإيجابية** = إيجابيات صحيحة ÷ (إيجابيات صحيحة + إيجابيات خاطئة).

السمات المرغوب فيها في القياس تشمل التمثيلية والموثوقية، أما الجودة التي هي ذات صلة بشكل خاص بحالات الكوارث فتشمل إمكانية التطبيق وإمكانية القبول على حد سواء.

عرض البيانات:

يجب أن تحوّل البيانات المجمّعة إلى أشكال قابلة للاستعمال، من مثل: النسب، والنسب المئوية، والجدول، والأشكال البيانية، وإن معظم البيانات يجب أن يتمّ التعبير عنها على شكل نسب مئوية؛ حيث يمثل البسط عدد الأفراد المتأثرين (أو عدد الأحداث التي حدثت)، والمقام يمثل عدد السكان المعنيين الكامل، وإن النسبة المئوية تسمح لعمال الرعاية الصحية باتباع التطور والمقارنة بين المجموعات السكانية والقيام بمراقبة مستمرة. والنسب المئوية هي الأكثر شيوعاً والأكثر استخداماً في حالات الكوارث، وهي نسب الوفيات، ونسب سوء التغذية، ونسب حدوث الأمراض الأكثر انتشاراً. ويجب أن يألف العمال الإنسانيون هذه النسب، وأن يعرفوا كيف يمكنهم أن يتعاملوا مع معطياتها.

نسبة الوفيات الإجمالية (CMR)، المؤشر الأكثر خصوصية للصحة السكانية:

- خط الانطلاق: 0.5 وفاة لكل 10.000 شخص يومياً.
- الإغاثة الفعالة: أقل من حالة وفاة واحدة لكل 10.000 شخص يومياً.
- الحالات الجدية: من 1 إلى 2 وفاة لكل 10.000 شخص يومياً.
- حالة الأزمات الشديدة: أكثر من 2 وفيات لكل 10.000 شخص يومياً.

نسبة الوفيات لمن هم دون سن (5) سنوات:

- نقطة الانطلاق: 0,8 – 1,2 وفيات لكل 10,000 شخص يومياً.
- الحالات الجدية: أكثر من (4) حالات وفاة لكل 10.000 يومياً.

نسبة وفيات ذات سبب خاص، نسبة الوفيات نتيجة مرض معين:

- تستخدم لقياس أثر أو نتيجة التدخلات.

● نسبة حالات الوفاة المتعلقة بمرض محدد: نسبة الأفراد الذين تعرضوا لمرض معين وتوفوا.

نسبة الوفيات الخاصة بالعمر والجنس:

- محسوبة على اعتبار أنها مقياس ثانوي.
- تحدد المناطق السكانية الواقعة في خطر متزايد.

نسبة سوء التغذية الشديد، بحسب لدى الأطفال الذين يقل عمرهم عن (5) سنوات:

- يُعدُّ ثاني مؤشر من حيث الخصوصية لصحة السكان.
- يجب أن يشتمل على انتشار كل من نقص البروتين والطاقة الحادين، وحالات نقص العناصر الغذائية الدقيقة.

الحدوث والانتشار:

يجب أن تتخذ الحيلة لتحديد النسب بوضوح، سواء أكانت نسب حدوث أم نسب انتشار، وذلك حسب التعريفات الآتية:

الحدوث: عدد الحالات الجديدة التي تحصل خلال فترة معينة من الزمن، وهذا يزوّد العاملين بمعلومات عن توسع المرض، ويعطي اهتماماً خاصاً في حالات الكوارث.

الانتشار: عدد الحالات الموجودة في لحظة معينة، وهو مفيد لتقييم الأمراض المزمنة كالدرن مثلاً.

التحليل الإحصائي ووسائله:

- يتمثل التحليل الإحصائي أساساً بثلاثة مفاهيم:
- توزيع المعلومات: وتشير إلى القابلية للتباين والنزعات المركزية للنتائج المستقاة.
 - العينات: ونعني بها الطريقة التي تم بموجبها انتقاء أفراد العينات، والتي بموجبها نحدد درجة تمثيل الدراسة للسكان.
 - المقارنات الإحصائية: وتعنى بالبحث عن الفروق والاختلافات في نتائج الإحصاء التي تم الحصول عليها من مجموعات سكانية مختلفة.

تركز التحليلات الأولية للبيانات على النزعات المركزية، والتي تشتمل على الوسط والمتوسط والأسلوب، وعادة يشيع استخدام الوسط، وتركز النقطة الثانية من التحليلات الأولية على مقاييس العوامل المتغيرة، وهي تتضمن الآتي:

متوسط الانحراف: ونحصل عليه من خلال تقسيم عدد الانحرافات على عدد الملاحظات والمشاهدات.

التباين: وهو عدد مربعات الانحرافات الفردية وتُقسَم على عدد المشاهدات.

الانحراف المعياري: يُحسب على أساس الجذر التربيعي للتباين.

والانحراف المعياري يستخدم لإنشاء منحنى التوزيع، وأكثر مؤشرات الصحة ستحصل على توزيع طبيعي، والذي يُدعى أيضاً بالخط البياني الذي يشبه شكل منحنى الجرس الذي

يحيط بنقطة المركز. وتعتبر المنطقة تحت القوس بحدود $1 \pm 2 \pm 3$ ، انحرافات معيارية، وتمثل 68% و96% و99% تتابعاً، من عدد الناس المشاركين في الإحصاء.

ولكي نحصل على شريحة عادلة من التمثيل السكاني علينا أن نمنح فرصاً عادلة لكل من يشارك في الدراسة بأن يقع الاختيار عليهم، وهذا الأمر يخفض الانحياز إلى فئة دون أخرى إلى حد كبير. وندرج على سبيل العرض بعض الطرق المقبولة في اختيار الفئة المطلوبة:

- اختيار العينة العشوائية البسيطة.
- اختيار العينة العشوائية الطبيعية.
- العينة النظامية.
- عينة التجمعات.

يجب أن يكون حجم العينة كبيراً بما يكفي لتخفيف خطأ اختيار العينة بمستوى مقبول، ويكون صغيراً بما يجعل نسبه التكلفة مقابل الفائدة مقبولاً. إن حساب حجم العينة يعتمد على نوع اختيار العينة المستخدم، وإن حجم العينة وطرق اختيارها نوقش بتفصيل أكثر في فصل تقييم صحة الطفل، وإن العديد من تلك المصادر متوفرة على شبكة المعلوماتية، وهي تدعم تقدير حجم العينات.

وهنا ندرج بعض القياسات العامة الشائعة الاستخدام في المقارنة بين الاختبارات الإحصائية:

الخطر النسبي: وهو نسبة اختلاف المعدل لمقياس محدد بين مجموعتين من السكان. **نسبة الأرجحية:** وهي نسبة احتمال بين أن يكون الشخص المصاب قد تعرض لأحد عوامل الخطورة، وبين أن يكون الشخص في المقارنة قد تعرض أيضاً لأحد عوامل الخطورة. **اختبار Chi المربع:** يقارن عدد الأشخاص من منطقتين سكانييتين أو أكثر، وهم يملكون أو لا يملكون خصائص مشتركة معتمدة في الدراسة الحالية.

اختبار الطلب: يقارن بين متوسطي عينتين مأخوذتين من منطقتين سكانييتين مختلفتين. معامل الارتباط: يصف أو يشرح الترابط بين متحولين في حال توافقهما في نفس الاتجاه (ارتباط إيجابي) أو تطورهما في اتجاه معاكس (ارتباط سلبي).

تحليل التباين ANOVA: يقارن نتائج عدة مجموعات من البيانات عن طريق فحص أو اختبار قابلية التباين أو الاختلاف بين مجموعات القياسات وكذلك فحص التباين ضمن كل مجموعة.

وكما تُستعمل عينة لوصف السكان، هناك خطر معين للخطأ، والنتائج التي يتم الحصول عليها تتنوع أو تختلف عن الحقيقة بمقدار ما. ومقدار خطر الخطأ المقبول مقرر سابقاً. وبصورة عامة يسمح علماء الأوبئة بـ 5% من الخطر لقبول النتائج التي تظهر فرقا بين منطقتين سكانيتين، عندما لا يوجد ثمة فرق بينهما في الحقيقة (النوع الأول للأخطاء). وهذا الخطر يعبر عن الاحتمالية (قيمة-P). ويكون الفرق بين نوعين من السكان ذا قيمة إذا كانت احتمالية الوقوع في الخطأ أقل من 5% ($P > 0.05$)، ويكون الفارق أكبر أهمية عندما تكون احتمالية الوقوع في الخطأ أقل من 1% ($P > 0.01$).

تحليل النتائج:

عندما يكون تحليل البيانات كاملاً فينبغي على علماء الأوبئة أن يبينوا مدلولات نتائجهم، وهذا يبدأ بقياس ما إذا كانت النتائج جيدة، وفيما إذا كانت قد تمّ تحليلها بشكل صحيح. والعوامل المأخوذة بعين الاعتبار في البحث النقدي لطرق تجميع البيانات تتضمن صلة المؤشرات الوثيقة، وكفاية حجم العينة، ودقة التسجيل، كما أن العوامل التي سيؤخذ بها في البحث النقدي للطرق الإحصائية تتضمن فترات فواصل الثقة، ومدى ملاءمة الاختبار الإحصائي المستخدم، وعلى علماء الأوبئة أن يأخذوا النتائج في سياق أوسع:

- هل تتطابق المعلومات الواردة مع الفترة الحالية للكارثة؟
- هل تصف البيانات الموقف أو الحالة بشكل دقيق؟ وهل هي ممثلة لكل المجموعات؟ وهل يمكن الاعتماد عليها؟
- في أي سياق أو محيط جُمعت البيانات؟ وإلى أي مدى يمكن للبيانات أن تكون قد تأثرت بالمناخ المحلي وبالبيئة الاجتماعية الثقافية للسكان؟

صنع القرار:

في حالات الكوارث يكون الهدف الأساسي لعلم الأوبئة هو تسهيل القرارات السريعة، ومن ثمّ يستطيع علماء الأوبئة أن يتبنوا أحد الخيارات الآتية بناءً على نتائج المسح:

- عدم القيام بأي شيء.
- القيام بتنفيذ استقصاءات أكثر تحديداً.
- القيام بتكرار الدراسة نفسها خلال فترة معينة من الزمن.
- القيام بتدخل فوري.

(١٤) الماء والحفاظ على الصحة العامة

إن برامج تصفية المياه والحفاظ على الصحة العامة تُعدُّ من العناصر الأساسية البارزة في أية عملية إغاثة في حالات الكوارث، وإن العلاقات بين البيئة وتأمين المياه والأمراض متعارف عليها تماماً، وإن كثيراً من الأمراض ترتبط بنقص المياه وتلوثها وسوء تصريفات المجاري العامة للتخلص من الفضلات، وفي حالات الكوارث يؤدي تأمين المياه الصالحة، وبرامج الحفاظ على الصحة العامة، إلى تقليل معدل الوفيات الإجمالي أكثر من أية تدخلات أخرى؛ وفي مراجعة لـ (٦٧) دراسة أجريت في (٢٦) بلداً عام ١٩٨٥م أدى ناتج تأمين المياه الجيدة وتصريف الفضلات إلى انخفاض واضح في معدل الإصابة بأمراض الإسهال ووصوله إلى ٢٢٪، وانخفاض في معدل الوفيات الإجمالي بمقدار ٢١٪.

يجب أن يكون جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية قادرين على ملاحظة تأثيرات برامج المياه والحفاظ على الصحة العامة في حالات الكوارث وفهمها، كما يجب على مقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا قادرين على تحديد المشكلات الصحية المتعلقة ببرامج المياه والتصريف غير الفعالة، وأن يكونوا على دراية بالعناصر الأساسية في برامج المياه والحفاظ على سلامتها وطرق تصريف الفضلات، وأن يكونوا قادرين على تحديد وقت الحاجة إلى وجود خبير متخصص في المسائل المتعلقة بالمياه.

ويجب أن تقام البرامج المائية، وبرامج السلامة الصحية، خلال المراحل الأولى من الأزمة، ويجب دعمها طوال فترة الأزمة، وللتأكد من إمكانية الاستمرار فإنه يجب أن تكون البرامج متضمنة في الخطط الأولية، كما أن إشراك المجتمع في هذه البرامج خلال جميع المراحل يُعدُّ أمراً أساسياً لضمان استمراريتها.

وخلال المراحل الأولى للتخطيط فإن إشراك المجتمع يعني الوصول إلى أكثر البرامج التي تراعي الثقافة الحساسة، وإلى أكثرها قبولا. كما أن البرامج الفاشلة في تلبية الاحتياجات الثقافية للمجتمع لن تستخدم، فمثلاً، يجب ألا يكون مصدر مياه الشرب مطابقاً للمعايير البيولوجية فحسب، بل يجب أيضاً أن يكون مقبولاً فعلياً من قبل أولئك الذين يشربون تلك المياه. وفي المراحل اللاحقة فإن برامج المياه الصالحة والتصريف الصحي يتطلب صيانة ومراقبة باستمرار، وإذا تبنى المجتمع هذه البرامج فإنها غالباً ستحظى بشروط بقائها.

ويجب أن يُؤخذ في الحسبان احتياجات الأطفال وتأثيراتهم حين القيام بتنفيذ برامج المياه والتصريف الصحي، فالأطفال هم السبب الأول وراء انتشار الأمراض المنتقلة عبر الطريق الشرجي الفموي. كما أن الأطفال ليسوا عرضة للإصابة بهذه الأمراض فحسب، بل لديهم

كذلك قابلية شديدة للإصابة بالبكتيريا والطفيليات بأعداد كبيرة. والأطفال عادة يكونون غير مهتمين بالكيفية التي يتخلصون بها من بولهم وغائطهم، بل هم يفضلون قضاء حاجتهم في الأماكن العامة المفتوحة بدلاً من الذهاب إلى الأماكن المخصصة لذلك الغرض، وذلك بسبب خوفهم أو بسبب بعدها عنهم. كما أن الأطفال لا يدركون أهمية غسل اليدين بشكل جيد. ولذلك فمن المهم جداً أن تكون المراحيض متوفرة سلفاً ومقبولة من قِبَل الأطفال، وأن تكون قريبة من مصدر مائي سهل المنال يعينهم على غسل الأيدي ببسر وسهولة. والأمر الأكثر أهمية في هذا الشأن هو أن الأطفال في حاجة إلى نماذج من البالغين يقتدون بهم ويقلدونهم، وبناءً عليه فإن من الضرورة بمكان إيجاد ثقافة صحيحة بأهمية النظافة، وبكيفيةها، على أن تستهدف هذه الثقافة جميع الأعمار.

برامج تصفية المياه:

إن الأهداف الأساسية لتصفية المياه بشكل صحيح ودقيق تتمثل في تأمين كمية كافية من المياه السليمة، والتأكد من التوزيع العادل لها. ويتم تحديد كمية الماء المثلى التي يمكن تأمينها خلال حالات الطوارئ الإنسانية وفقاً للمرحلة التي تمر بها الكارثة، وإن مدة الاحتياج المتوقعة خلال مرحلة الطوارئ تجعل مسألة تأمين الاحتياجات المائية قضية واجبة التحقيق ولو بكميات قليلة. وإن المعدلات الفيزيولوجية الدنيا التي يُحتاج إليها تبلغ ثلاثة لترات للشخص في اليوم الواحد، وفي المناخات المعتدلة، ومن (٦-١٠) لترات للشخص في اليوم الواحد في المناخات الحارة.

ويجب أن يرتفع الإمداد المائي عن هذه المعدلات الفيزيولوجية الدنيا بأسرع وقت ممكن، ومثلاً، فإن أقل كمية لازمة من الماء للمحافظة على النظافة الشخصية تبلغ (٢٠-٢٥) لتراً، ويجب الوصول إلى هذا المعدل المطلوب من أجل تحقيق حالة صحية جيدة. ولتزويد مستشفى ميداني فإنه يجب تأمين (٣٥-٤٠) لتراً للشخص الواحد في اليوم. وفي حال تفاقم الكارثة فإن هناك عوامل أخرى يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، وتؤدي الاختلافات الثقافية في النواحي الصحية، وفي ممارسات الطهي إلى اختلافات في الاحتياجات المائية. كما يمكن أن يكون للتجمعات البشرية احتياجات مائية مرتفعة جداً تبعاً لوجود حيوانات تتم رعايتها، فالبقرة تشرب حوالي ثلاثين لتراً من الماء في اليوم! ولذلك فإن من المهم أيضاً استخدام خبراء محليين لتحديد كمية الاحتياجات المائية الحالية والمستقبلية.

إن الخطوة الأولى لتأمين المياه السليمة هي تحديد المصادر المائية المتوفرة وحمايتها؛ حيث إنه يجب تمييز المصادر المائية المستخدمة حالياً، وتحديد مصادر مائية جديدة. كما يجب أن يؤخذ في الحسبان جميع مصادر المياه الممكنة، بما فيها مياه الأمطار، والمياه السطحية، ومياه الينابيع، والمياه الباطنية. ومن جديد فإن إسهام الخبراء المحليين في هذه المهمة يعد جانباً مهماً

جداً لا يمكن التغافل عنه أو تجاهله. ومن المهم أيضاً أن تتم حماية المصادر المائية المحتملة والموجودة فعلاً من التلوث؛ ذلك لأن منع تلوث المصادر المائية هو أمر بالغ الأهمية، وهو أكثر فائدة من تصفية تلك المصادر ذاتها.

نظرياً، يتم تعريف الماء الآمن بحسب الاستخدام المتوقع لتلك المياه؛ إذ يجب أن تكون مياه الشرب أكثر نقاءً من المياه المستخدمة في الاستحمام والغسيل. ومن المعروف أن تأمين كمية كافية من المياه غير النقية له تأثير على الصحة أكثر من تأمين كمية قليلة من المياه النقية. ولسوء الحظ فإنه من غير الواقعي إقامة مصدرين منفصلين للماء في معظم حالات الكوارث؛ لذا، فإنه من الأفضل جعل مصدر المياه بأكمله صالحاً للشرب. وإضافةً إلى ذلك، يجب أن تكون هناك حاويات مناسبة لنقل هذه المياه. وتعدُّ نوعية الماء الذي يتم التزود به غير ذات قيمة فيما لو استخدم السكان دلاءً ملوثة.

إن تعريف المياه الصالحة للشرب هو تلك المياه التي تحتوي على أقل من عشر عضويات كوليفورمية عالقة في كل (١٠٠) مل، ويجب أن تكون مياه الشرب مقبولة بيولوجياً واجتماعياً، وإذا كان الماء نقياً ولكنه كان عكراً فهل سيشره الناس؟ إن المبادئ الأساسية الثلاثة لتصفية المياه هي: التخزين، والتصفية، والتعقيم. وبشكل عام فإن جميع هذه المبادئ الأساسية تؤدي إلى أفضل نتيجة. وإن تصفية المياه عن طريق الغلي ليست طريقة عملية في حال المجتمعات الكبيرة؛ ذلك لأن غلي لتر واحد من الماء يتطلب نصف كيلو من الخشب.

إن الهدف الأساسي من التخزين هو إزالة المواد العضوية، ويمكن القيام بهذه العملية عن طريق استخدام أملاح الألومنيوم التي ترتبط المواد العضوية بها وتسرع عملية الترسيب، وعندما تُزال المواد العضوية في هذه المرحلة يصبح التعقيم مطلوباً بشكل أقل. كما أن بعض العضويات يمكن أن تزول بمجرد مرور الوقت، فمثلاً جرثومة (سيركاريا) (cercariae) والتي تنتقل (شيسيتوسوميا) (schistosomiasis) تموت خلال (٤٨) ساعة.

وعلى الرغم من أن هناك أنواعاً عديدة من طرائق التصفية، إلا أن التصفية بالرمل هي المفهوم الأكثر شيوعاً، وإن التصفية البطيئة بالرمل تعتمد على مبدأ التصفية الطبيعية من خلال التربة، بحيث تتم تصفية المياه عندما تمر خلال طبقات مرصوفة من الرمل والحصى والفحم.

وتشير عملية التعقيم إلى إضافة مواد كيميائية إلى الماء من أجل التخلص من المواد العضوية، ولا شك بأن الضبط الدقيق لهذه العملية هو أمرٌ أساسي جداً. والمعقم الأكثر استخداماً حتى الآن هو الكلور، وحين استخدام الكلور فإنه يجب تذكر مبادئ أساسية عديدة،

منها: إن خمسة مليلترات من الكلور بتركيز ١٪ يمكنها أن تعالج (٢٠) لتراً من الماء، وإن خمسة مليلترات تساوي تقريباً ملعقة شاي واحدة، وتشير هذه الجرعة إلى كمية الكلور الحر الذي يمكن أن يتم إضافته؛ وبهذا تكون الجرعة الفعّالة من الكلور الحر (٠,٥) ملغم/لتر، وتعمل خلال فترة نصف ساعة، كما أن كمية الكلور الزائدة تؤدي إلى السمية.

إن العنصر الأصعب في تكوين برنامج التصفية المائية هو التوزيع العادل، ولا يمكن تحقيق النجاح في هذا المجال من دون دعم قادة المجتمع في استخدام الماء بشكل متساوٍ. وفي الحالات غير الناجحة يكون الأعضاء الأضعف في المجتمع محرومين من الوصول إلى الماء. وفي بعض الحالات يكون من اللازم إقامة نظام حماية للماء من أفراد المجتمع ذاته. ويجب الانتباه إلى المناطق التي تتطلب كميات غير محددة من الماء من مثل: المستشفيات، والمراكز الصحية، وقوى الإطفاء. ويجب أن يوجد دوماً مخزون من الماء كي يُستخدم في حال انقطاع الإمداد المائي المتوافر حالياً.

الحفاظ على الصحة العامة:

إن مقياس الضبط الوحيد الأكثر فاعلية بشأن انتشار الأمراض المعدية هو استخدام وسائل السلامة الصحية بالشكل المناسب. وبشكل عام فإن هناك طريقتين لنقل المرض المعدي هما: الاتصال المباشر، والاتصال البيئي. ويمكن تقليل الانتقال عن طريق الاتصال المباشر بشكل فعّال جداً من خلال تأمين كميات مائية كافية، وتوفير شروط صحية جيدة، فمثلاً، تحتوي السطوح على عضويات مسببة للمرض مثل الصحون والسماعات والألعاب والأقلام. والانتقال عن طريق البيئة يكون بواسطة الماء أو الغذاء أو التربة أو الحشرات أو الهواء؛ وجميع هذه العناصر يجب أن ينظر إليها عند تطوير برامج السلامة الصحية.

تتأثر نسبة انتقال الأمراض المعدية عن طريق الغائط بكمية المفرزات المنتجة ونوعيتها، ونظراً إلى أنه من غير الممكن التحكم بكمية فضلات الجسم المطروحة، إلا أنه من الممكن التحكم في نوعية هذه المفرزات. وقد يكون من المناسب أن نعالج الأفراد المصابين بعلاجاً كيميائياً، وبذلك نقلل من فرص انتشار المرض. وفي حالات معينة يكون الأمر مناسباً لتنفيذ المعالجة الوقتية لتخفيف نسبة حاملي العدوى. ويجب أن يُحدد العلاج حسب الحالة، وعلى سبيل المثال فإن معالجة الأمراض الدودية المعوية الشديدة المتطورة يمكن أن تؤدي إلى انسداد الأمعاء وثقبها، وهذا يشكل خطراً خاصاً بالنسبة إلى الأطفال؛ ولهذا فإنه في مجتمع سكاني متحرك ومؤقت وغير قادر على الوصول إلى تسهيلات طبية كافية قد يكون من غير المناسب معالجة الأمراض الدودية المعوية من دون خضوع المصابين بها إلى الفحص الطبي أولاً.

وعند تصميم برامج الحفاظ على الصحة العامة فإن الاعتبارات الرئيسية تتشابه مع تلك الاعتبارات المتعلقة بتطوير برامج المياه، ومن ذلك الحساسية الثقافية، والتوعية الاجتماعية، والتعليم الصحي.

كما أن هناك عوامل كثيرة مرتبطة بالقبول الثقافي لتسهيلات الوقاية الصحية بغض النظر عن النوع. وهناك حوالي ٢٠٪ فقط من السكان الريفيين في البلدان النامية يستطيعون الوصول إلى التسهيلات الصحية. وبهذه المعطيات فإننا لا نستغرب صعوبة أن يجد المرء مكاناً نظيفاً لم يستخدمه شخص آخر قبله للفصالات. وعادة ما ينزح الناس للبحث عن مناطق تؤمن مستوى ما من الخصوصية. كما أنه من المعلوم إن إبقاء المراحيض معرضة لضوء الشمس يجعلها أكثر جاذبية لاستخدام البشر، إلا أن ذلك أيضاً يزيد من الغزو المعدي للذباب. والأطفال بشكل خاص يخافون من استخدام المراحيض خشية أن يسقطوا في الوعاء المفتوح. وبعض الاعتبارات اليسيرة يمكن أن تخفف من قسم هام من هذه المسائل، ومنها تخصيص مناطق للذكور وأخرى للإناث، واستخدام شكل من أشكال الحواجز، وإيجاد سطوح ثابتة حول المراحيض.

إن الوعي الاجتماعي يكون أكثر أهمية في برامج الحفاظ على الصحة العامة منه في برامج المياه. وبصورة عامة، فإن برامج الحفاظ على الصحة العامة تتطلب تقنيات أقل من تلك التي تتطلبها تصفية الماء؛ ولذلك فإنه يمكن للمجتمع أن يكون منخرطاً في كل مستويات البرنامج بما في ذلك التصميم والبناء والصيانة. وفي الواقع فإن هناك حاجة كبرى إلى صيانة واسعة ومديدة في برامج الحفاظ على الصحة العامة أكثر منه في برامج المياه. ولأن الصيانة المرتبطة ببرامج الحفاظ على الصحة العامة ليست المهمة التي تسر كثيراً فإن المجتمع سوف يكون أكثر استجابة لتحقيق هذه الحاجة إذا كانت له ملكية في هذا المشروع.

إن نجاح برامج الحفاظ على الصحة العامة يتوقف برمته على البرامج التعليمية الفعّالة، وفي كثير من الحالات فإن برامج الحفاظ على الصحة العامة لا تتوازي مع المعايير الاجتماعية؛ حيث يرى الناس دائماً أن استخدام إجراءات الحفاظ على الصحة العامة أمراً مزعجاً وغير نظيف، بل وغير ضروري. وإذا كان من المتوقع أن يحقق الناس تغيرات سلوكية هامة فإنه لا بد لهم من أن يشاهدوا عرضاً مقنعاً بالحاجة إلى ذلك. ومن دون أساس تعليمي قوي فإن جميع برامج الحفاظ على الصحة العامة سوف تفشل، ويمكن أن تخطط البرامج التعليمية لترمم فجوة القبول الثقافي؛ وعلى سبيل المثال فإن المواضيع التقليدية التي تُعدُّ أموراً غير قابلة للنقاش على الملأ فإنه يمكن عرضها بشكل فعّال من خلال تلاميذ المدرسة، والدمى، والإيماء، والعروض المسرحية.

وهناك عدة طرق لتطوير برامج الحفاظ على الصحة العامة، وإن اختيار أية تقنية للاستخدام يجب أن تكون معتمدة على ظروف المرحلة الطارئة، وعلى مدى الحاجة المتوقعة، وعلى مدى إمكانية القبول الثقافي والبيئي لها. كما أن التحذيرات الحالية يجب أن تركز على الفصل والاحتواء، والفصل يعني إبقاء الفضلات مفصولة عن مصادر المياه من مثل: ضفاف الأنهار والجداول والبرك التي تتخذ عادة أماكن مثالية للتغوط وحتى لو لم يكن ثمة حاجة إلى ذلك حالياً إلا أنها ستصبح مطلوبة حين ازدياد حاجة الناس إلى الماء. وينظر إلى الحقول أيضاً على أنها مناطق مثالية ليريح الإنسان فيها نفسه، الأمر الذي يؤدي أيضاً إلى زيادة نسبة احتمالية انتقال الأمراض.

وبدلاً من تحديد مناطق تكون غير مناسبة للاستخدام فإن الأسهل من ذلك تحديد مناطق تكون مناسبة للتغوط والتبول، وهذه هي قاعدة الاحتواء أو الفصل بالحواجز، والتطبيق الأبسط لهذه النظرية هو إيجاد أماكن للتغوط. وإذا كان الأمر ممكناً فينبغي أن يوجد مكان في المناطق التي تعج بحركة المرور وفيها إمدادات الطعام والمياه يكون مخصصاً للخولة. ومن المهم جداً أن تكون حقول التغوط موجودة في أسفل التلال من المعسكرات حتى لا يتلوث جدول الماء الموجود فيها.

إن الوصف الكامل للتدابير الطويلة المدى من أجل الحفاظ على الصحة هو خارج حدود هذا الكتيب، وتتكون التدابير الانتقالية من أشكال مختلفة من المراحيض، بما فيها مراحيض تكون مخصصة للعائلة، ومراحيض خنادق، ومراحيض للعامة، وربما تكون مراحيض العائلة هي الأفضل بسبب استخدامها من قبل مجموعة صغيرة من الأفراد؛ الأمر الذي يعني خفض نسبة انتقال الأمراض المعدية. وهذا الشكل من المراحيض يفرض على تعزيز الملكية، ويعين على تحقيق صيانة أفضل. وحينما نتطلع إلى الحاجة الطويلة لبرامج الحفاظ على الصحة فإن المراحيض ذات الحفرة تصبح الحل المثالي على المدى البعيد، وهذا النموذج من المراحيض يفوق غيره في إمكانية إفراغ البراز منه بسهولة، وهو مقبول اجتماعياً، إلا أنه أكثر كلفة، ويتطلب مستوى أعلى من المهارة الفنية.

الكتاب اليدوي إفسير: المجال: الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في مجال الاستجابة الإنسانية، متوفر باللغة الإنجليزية، وكذلك بعدة لغات، وهو يشتمل على المعايير الدنيا لكمية وجودة المياه، وإزالة الفضلات، والتحكم في الحشرات الناقلة للأمراض، ومعالجة الفضلات الصلبة وتصريفها.

(١٥) الدفاء، الملابس، المسكن

ترتفع أرقام الوفيات والإصابات المرضية بين الأطفال في حال فقدان الدفاء والمسكن والملابس اللائمه لهم، ولاسيما في حالات الكوارث، والأطفال الذين هم بلا أهل أكثر عرضة لهذه المشكلات؛ إذ إنه في حالة عدم وجود أفراد من العائلة يدافعون عنهم فمن المتوقع أن يُطرد هؤلاء الأولاد من المخيمات الجيدة، ومن المتوقع أيضاً أن تتعرض حاجياتهم الخاصة من أغطية وملابس للسرقه، كما أنهم لن يستطيعوا الوصول إلى النار والتدفئة. أما الخطر الجسيم فيرافق الأولاد الذين يعانون من نقص في التغذية بسبب عدم توافر الفائض من الدهون في أجسامهم لتعويض الطاقة المفقودة.

وفي حال اللاجئين في غوما عام ١٩٩٤م كان هناك نقص في الملابس والأغطية، وترافق ذلك مع طقس بارد وممطر، فحدثت وفيات كثيرة جداً بين الأولاد والأطفال بسبب الانخفاض الشديد في درجات الحرارة الذي تعرضت له أجسامهم النحيلة. أما في شهر ديسمبر من عام ١٩٩٦م في أثناء عودة النازحين من رواندا إلى بلدانهم فقد بلغ عدد الأطفال الحفاة حوالي (٤٠٠,٠٠٠) طفل، وهذا يشكل نسبة مقدارها ٩٠٪ من العدد الكامل للأطفال، بينما كانت نسبة الحفاة من الذكور البالغين ٧٥٪ من عددهم الكامل، ومن الإناث البالغات ٦٠٪، ونجم عن ذلك ظهور أمراض جلدية ونسجية خطيرة في أقدام الأولاد مع التهابات عميقة بالعظام في منطقة القدمين.

وجدير بالذكر أن الخوف والقلق هو أحد العوامل التي تسهم في خفض حرارة الجسم لدى الأطفال. وهناك دراسة وضعتها المركز الوطني للصحة تظهر أن حرارة الجسم لدى الأطفال المنومين لأول مرة في المستشفى تنخفض درجتين مئويتين في أول يومين من التنويم. ويعتقد أن السبب في ذلك إنما يعود إلى مشاهدة أناس غرباء، وعمل الفحوصات المخبرية، ووجودهم في بيئة غريبة. وكذلك فإن الأطفال المهجرين سيعانون من الخوف والقلق؛ الأمر الذي يجعلهم في دائرة خطر نقص درجة حرارة الجسم.

وفي حالة تحركات اللاجئين فإنه قد لا يوجد بديل آخر عن النوم في العراء، وأفضل طريقة لإمدادهم بالدفاء تتمثل في نوم الأطفال قرب أهلهم وذويهم، أو قرب أطفال آخرين، وأن يكونوا في منطقة بعيدة عن جريان الرياح. وحين توزيع الملابس والأغطية تعطى الأولوية للأطفال الذين هم أقل سناً والذين يعانون من سوء التغذية. ويمكن استعمال العشب والتبن لتوفير شيء من الدفاء فيما لو كان توفير ذلك متيسراً. كما يمكن استعمال الأكياس البلاستيكية التي يمكن تشكيلها لتكون غطاء أو ملابس يمكن أن تحفظ درجة حرارة الجسم.

وقد أظهرت الدراسات أن طريقة حمل الأطفال بطريقة الكنغر؛ حيث يلامس جلدُ الطفلِ جلدَ أمه، هو أفضل طريقة فعّالة لتأمين الدفء لهم حتى في حالات الأطفال الخُدج.

ويمكن أن تصنع أحذيةً للأولاد من مطاط الدواليب أو الخشب فيما لو توافرت هذه المواد. وعلى الرغم من الفوائد الصحية للاستحمام إلا أننا ننصح بعدم استحمام الأولاد إذا كان الطقس بارداً مع عدم توافر الملجأ والملبس. أما إذا كان الاستحمام لا بد منه فيفضل أن يتم في أكثر أوقات النهار دفئاً.

وفي حال توفر الخيام أو المأوى المؤقت فيجب حين نصبها أن يؤخذ بعين الاعتبار ملاحظة تيارات الثلج واتجاهات المطر؛ بحيث يكون انسياب ماء المطر وهطول الثلج بعيداً عن المأوى. والخيام الصحراوية يمكن أن تحوّر حين استخدامها في الأجواء الممطرة. والمأوى المصنوع من البلاستيك يمكن أن يكون حلاً مفيداً مؤقتاً. وعلينا إعطاء الأمهات المرضعات والأطفال الصغار، ولاسيما الذين هم بلا أهل الأولوية في النوم داخل المأوى إن أمكن ذلك.

(١٦) التغذية

في عام ٢٠٠٨ قررت منظمة الصحة العالمية أن هناك (٥) ملايين طفل حول العالم يموتون من سوء التغذية كل عام، وأن أكثر من نصف عدد وفيات الأطفال لها علاقة بسوء التغذية، والأطفال دون الخامسة هم من بين أكثر المتأثرين بشكل حاد من سوء التغذية. إن تطور أمر سوء التغذية معقد ومرتبب بشكل قوي بعوامل سياسية واجتماعية كثيرة تفجرها عادة كوارث طبيعية بصورة دائمة. والمجاعة تعرف بأنها نقص شديد في استهلاك الطعام يؤدي إلى سوء تغذية حاد وإلى زيادة في حالات الوفاة.

وحالات الطوارئ الغذائية تعرف بأنها تعني وجود خطورة، أو أن هناك زيادة فعلية في حالات الوفاة بسبب سوء التغذية. وخلال العقود القليلة المنصرمة أصبحت النزاعات المسلحة بشكل تصاعدي هي السبب الرئيسي في حالات طوارئ الغذاء أكثر من الكوارث الطبيعية. والأطفال المتأثرون بحالات الكوارث هم بصفة خاصة عرضة للتأثر بكل أشكال سوء التغذية، بما في ذلك سوء التغذية المتعلق بطاقة البروتين (PEM) وحالات نقص المغذيات الدقيقة.

سوء التغذية

إن سوء التغذية لدى الأطفال يظهر على شكل توقف في النمو، وقلة تناول الطعام، وربما تكون قلة التغذية بسبب التقزم (قصر القامة بالنسبة للعمر)، والهزال (نقص الوزن بالنسبة للعمر) أو لكليهما معاً. والتقزم هو خاصية تنتج عن سوء التغذية لزمان طويل، وهناك العديد من الأطفال يكونون ناقصي الوزن ويعانون من التقزم، ولكن التركيز في الحالات الطارئة يجب أن يكون فقط على نقص التغذية الحاد (الهزال) بسبب ارتباطها القوي بإحداث وفاة فورية. ونقص التغذية الحاد ينقسم إلى فئتين: النقص الحاد الشديد، والنقص الحاد المتوسط. أما النقص الحاد المتوسط فيعرف بأنه نقص في الوزن بالنسبة للطول ويقع بين الانحراف المعياري الثاني والثالث تحت حد الوسيط المرجعي للسكان، ومن دون انتفاخات. بينما النقص الحاد الشديد فيعرف بأنه نقص في الوزن بالنسبة إلى لطول بما يزيد عن الانحراف المعياري الثالث تحت حد الوسيط المرجعي للسكان، وعلامته الهزال الشديد، أو وجود انتفاخات، أو كلاهما معاً.

إن سوء تغذية طاقة البروتين (PME) يمكن أن يدل إما على سوء تغذية حاد أو مزمن، ويتضمن كلا من مرض الطفل الثاني ((Kwashiorkor) والهزال (marasmus). إن حدوث سوء تغذية طاقة البروتين (PME) بين المتأثرين بالكوارث معروف تماماً. وعادة فإن مناطق الطوارئ الإنسانية ينتشر فيها الكثير من إصابات سوء التغذية المزمن. كما أن الانتشار الكبير لمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) يؤدي إلى كثير من حالات طوارئ التغذية الشديدة. ومرض الهزال يعرف بأنه نقص الوزن بالنسبة إلى الطول فيكون أقل من ثلاثة انحرافات

معيارية عن الوسيط المرجعي للسكان، ومرض الطفل الثاني يعرف بوجود انتفاخات مزدوجة في منطقة القدمين، والأطفال ربما لا يظهرون ناقصي الوزن في بداية الأمر وذلك بسبب الانتفاخات.

إن كلمة (kwashiorkor) ترجع الى لغة أفريقية، وتعني «مرض الطفل المعزول أو المبعد»، وهذا الـ (kwashiorkor) يحدث خلال الشهور الأولى من عمر الطفل (فترة تعلم المشي عند الطفل) عندما يكون الطفل قد عُزل عن صدر الأم من قبل شقيق جديد أو شقيقة جديدة وهو ما يسمى (الطمام). وتكون أطوال وأوزان الأطفال المصابين بمرض سوء تغذية الطفل الثاني (kwashiorkor) أقل مما هو متوقع بالنسبة لأعمارهم، كما يبدو عليهم عدم التركيز وقله الحركة، وتجد وجوههم غير مبتسمة وفيها وجنات متورمة، وتكون عضلاتهم ولاسيما الأذرع العلوية والأرداف (العجز) نحيلة وضعيفة وضامرة، ويبدو الجلد جافاً وخشناً، وهناك مناطق تبدو وكأنها محروقة، ويلاحظ التورم على الأطراف السفلية، والشعر يكون جافاً وخفيفاً، ويكون أحياناً أشقر أو أحمر مع أنهم في الأصل هم من ذوي الشعر الأسود العادي. ومرض سوء تغذية الطفل الثاني (Kwashiorkor) المستفحل يسهل تشخيصه، ولكن على الطبيب أن يلاحظ العلامات المبكرة لسوء التغذية، من مثل: ضعف جذور الشعر، ونقص مرونة الأذن الخارجية، والفتور.

والأطفال المصابون بالهزال (marasmus) يكونون عادة هزيلين جداً وضامرين، ولديهم ضمور شديد في العضلات، وتكون تغيرات الشعر والجلد لديهم بصورة أقل تكراراً من الأطفال المصابين بمرض سوء تغذية الطفل الثاني (kwashiorkor)، وعادة ما يُظهرون جوعاً وفتوراً أيضاً. ومن الناحية السريرية فإنه من الممكن أن تظهر على الأطفال أعراض كلا المرضين معاً: مرض سوء تغذية الطفل الثاني (kwashiorkor) والهزال (marasmus).

وعند اكتشاف حالات سوء تغذية البروتين (PME) تكون الإصابة بنقص المغذيات الدقيقة محتملة أيضاً، وربما يكون لدى الأطفال المصابين بنقص المغذيات الدقيقة وزن مناسب قياساً بطولهم، إلا أنه تظهر لديهم انتفاخات وبعض التغيرات على الشعر والجلد. وإن نقص المغذيات الدقيقة له دور في الأمراض والوفيات التي لها علاقة بالتغذية، وهي تظهر على شكل أمراض مثل داء الأسقربوط أو أنيميا نقص الحديد، وتسجل دائماً بين السكان اللاجئيين.

الرضاعة الطبيعية:

تعدُّ الرضاعة الطبيعية مقياساً أساسياً لحفظ الأرواح، ولاسيما في حالات طوارئ التغذية. ويترافق انتشار الأوبئة عادة مع سوء في تصريف الفضلات وصعوبات في الوصول إلى الماء النقي؛ الأمر الذي يجعل الرضاعة الطبيعية هي المصدر الأهم والعملية لتغذية الرضع والأطفال

الصغار. والرضاعة الطبيعية الخالصة هي ما يُنصح به خلال الشهور الستة الأولى من العمر، ويمكن إعطاء الأطعمة الكاملة بعد ذلك. وهذه التوصيات تشمل أيضاً الأمهات المصابات بمرض الإيدز، والأمهات اللواتي لم تعرّف إصابتهن بعد. ومع ذلك، فلو كان الغذاء المتوافر للطفل مقبولاً، وملائماً، ومستمراً، وأمناً (AFASS)، تكون له الأفضلية في تقليل فرص انتقال عدوى الإيدز إليه، ومع هذا، فإن من غير المحتمل أن تتوافر كل هذه المتطلبات.

وقد أشارت الدراسات إلى ازدياد حالات الوفاة لدى الأطفال الرضع الذين تمّ التخلي عن رضاعتهم الطبيعية في الوقت الذي لا تتوافر فيه المياه النقية، وفي حالات التحيز المجتمعي، وغيرها. ويحصل في حالات الأزمات أن يكون هناك بعض الأطفال الرضع قد فقدوا أمهاتهم، أو أن لديهم أمهات قد جفّ حليبهنّ بسبب التوتر. وفي حال عدم توافر الأم البديلة لتأمين الحليب للطفل الرضيع فلا بدّ حينها من إعطاء هؤلاء الأطفال الحليب الصناعي، ويتمّ إعطاؤهم هذا الحليب الصناعي بواسطة كأس وملعقة، وليس عن طريق قنينة الرضاعة.

إن الخطوة الأهم في منع سوء تغذية طاقة البروتين (PEM) وحالات نقص المغذيات الدقيقة هي تعزيز الرضاعة الطبيعية خلال السنتين الأولى من العمر، وفيما يأتي تلخيص لأهم الفوائد المختارة من حليب الرضاعة:

- حليب الرضاعة يحمي صحة الطفل ويعززها، ويقوي جهاز المناعة غير الناضج لديه من الولادة وحتى السنة الثانية من عمره.
- يحتوي حليب الرضاعة على أجسام مضادة موجهة ضد عوامل معدية كثيرة بما فيها شيقبلا، وسالمونيلا، الكوليرا، فيروس الروتا (rotavirus)، الفيروس التنفسي (RSV)، فيروس شلل الأطفال (poliovirus)، الأنفلونزا، غيارديا (giardia)، وكانديدا.
- التركيب البروتيني لحليب الرضاعة يتناسب مع مقدرة القناة الهضمية لدى الطفل على امتصاص بروتينات متنوعة، وعندما تتطور القناة الهضمية لدى الطفل يتغير تركيب حليب الرضاعة ليتوافق مع قدرات الطفل الهضمية.
- حليب الرضاعة يغطّي ١٠٠٪ من حاجيات الطاقة حتى سن (٦) أشهر، وفي سن الثانية عشر شهراً يمكن لحليب الرضاعة أن يلبي حتى ما نسبته ٣٥٪ من مقدار الطاقة الكلية للطفل.
- حليب الرضاعة فيه فوائد نفسية كثيرة، ومن أبرزها تعزيز ارتباط الطفل بأمه وتأكيد مكانة النساء في المجتمع.
- الأطفال الذين يُغذون بالرضاعة الطبيعية يمكن أن ينتقلوا فوراً من صدر الأم إلى الكأس؛ الأمر الذي يجنبهم استخدام قنينات الرضاعة التي يمكن أن تنقل إليهم أمراضاً معدية.
- حليب الرضاعة خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل يزوّده بكل المغذيات الضرورية، وبالماء، ولكن باستثناء:

- فيتامين ك (K): ويعطي بشكل نموذجي كحقنة بعد الولادة.
- فيتامين د (D): ضروري فقط إذا كان تعرض الطفل لضوء الشمس أقل من (٣٠) دقيقة أسبوعياً.
- الفلورايد: مطلوب بعد عمر ستة أشهر في المناطق التي لا يحتوي فيها الماء على الفلور.
- فيتامين ب ١٢ (B١٢): إذا كانت الأمهات نباتيات بشدة.

وفي ضوء الفوائد التي يقدمها حليب الرضاعة الطبيعية يمكن أن تكون الرضاعة الطبيعية الخيار الوحيد في معظم الحالات، وفي ذات الموارد المحدودة صناعياً، وفي كل حالات الكوارث. ويزيد خطر الأمراض المعدية الناتج عن الرضاعة الصناعية على الخطر المتعلق بالرضاعة الطبيعية وإلى حد كبير، حتى مع استخدام مرضعات بديلات.

وهناك عوامل كثيرة تؤثر على نجاح الرضاعة الطبيعية بما فيها إجهاد الأم، والإمالة: وهي نسبة السوائل في جسد الطفل، وحالة التغذية، وتكرار الرضاعة. ولذلك فإن المرضعات والحوامل ينبغي أن ينظر إليهن على أنهن فئة ضعيفة في المجتمع. كما أن الحوامل والمرضعات يحتاجن إلى نسب متزايدة من الطعام والماء، وينبغي أن يأخذن أدوية تكميلية من حمض الفوليك والحديد. وفي المناطق السكانية المستقرة يجب أن يتم تأهيل هؤلاء النسوة للتسجيل في برامج تغذية إضافية. وفي المناطق السكانية الانتقالية ينبغي أن تُنقل الحوامل والمرضعات مع باقي الفئات الضعيفة وتزويدهن بالغذاء المناسب حينما يكون الأمر ممكناً.

الوقاية من سوء التغذية الشديد وعلاجه:

إن الوقاية والعلاج من سوء التغذية في حالات الطوارئ يتم عادة عبر برامج التوزيع العامة للأطعمة (FED) التي تستهدف جميع سكان المنازل بالحصص الغذائية، وبرامج الأطعمة المختارة التي تستهدف فئات محددة. وإن برامج الأطعمة المختارة تنقسم تبعاً إلى: برامج التزويد الغذائي (SFPs) لمعالجة النقص الحاد المتوسط لسوء التغذية، وإلى برامج التغذية العلاجية داخل المجتمع (TFPs) المخصص للمرضى المنومين داخل المستشفيات أو لمرضى العيادات الخارجية، وهي لمعالجة النقص الحاد الشديد بسبب سوء التغذية. وحينما يكون الأمر ممكناً فإن برامج التزويد الغذائي يجب أن ترتبط ببرامج التغذية العلاجية داخل المجتمع، أو ترتبط بأي تركيب صحي أساسي، فضلاً عن برامج دعم سبل العيش من مثل: الدعم بالأوراق النقدية، أو بالكوبونات الشرائية.

ومن المهم التعرف على إمكانية حدوث حالات طوارئ غذائية بشكل مبكر والقيام بالتصرفات المناسبة في الوقت المناسب، والعمل بتعليمات المسح الغذائي التي ورد ذكرها في فصل التقييم الصحي للطفل خلال التقييم المبدي. كما يجب إكمال المسح الغذائي بشكل سريع، وبالتالي

فإن التقييم بشكل مفصل يجب أن يكتمل تزامناً مع برامج التزويد الغذائي. كما أن المؤشرات الجسدية الدالة على وجود حالات سوء التغذية الحادة والشديدة هي مؤشرات متأخرة، ولا ينبغي اتخاذها للتنبؤ بوجود حالات طوارئ غذائية. وبدلاً من ذلك فإن المؤشرات المبكرة على وجود حالة طوارئ غذائية يمكن أن تشمل على: قلة نزول المطر، وفقدان المواشي، وزيادة أسعار الغذاء، وانتشار الأوبئة، وغيرها.

الجدول: ١ من مستشفى جون هوبكنز (IFRC)، يدلنا على ما يجب فعله حسب مستوى سوء التغذية.

التوصيات	الحالة الغذائية
مساعدات طوارئ التغذية: الحصص الغذائية العامة، بطانية التغذية التكميلية، التغذية العلاجية للأشخاص شديدي سوء التغذية.	معدل سوء التغذية الحاد < ١٥ ٪ أو ١٠-١٤ ٪ مع العوامل المشددة
لا يوجد حصص غذائية عامة، التغذية التكميلية المستهدفة، التغذية العلاجية للأشخاص شديدي سوء التغذية.	معدل سوء التغذية ١٠-١٤ ٪ أو ٥-٩ ٪ مع العوامل المشددة
لا يوجد تغذية طارئة أو تدخل غذائي.	معدل سوء التغذية الحاد < ١٠ ٪ من دون العوامل المشددة

● العوامل المشددة تشمل على: انعدام الأمن الغذائي الأسري، وارتفاع معدل انتشار الإصابة بمرض الإيدز، ومعدل كبير جداً للوفيات < ٢ / ١٠,٠٠٠ / يوم، وانتشار وباء الحصبة والسعال الديكي، وارتفاع معدل الأمراض التنفسية وأمراض الأسهال، وارتفاع معدل سوء التغذية عما كان عليه (مثل: التقزم).

● بطانية التغذية التكميلية تزود بالأطعمة التكميلية لكل الأعضاء المنضمين إلى مجموعة خطرة، بغض النظر عما إن كان لديهم سوء تغذية حاد من الدرجة المتوسطة أم لا.

● التغذية التكميلية المستهدفة تقدم الدعم للأفراد الذين لديهم سوء تغذية حاد من الدرجة المتوسطة، وهي بكشل عام تستهدف الأطفال تحت سن الخامسة. كما تستهدف النساء الحوامل والرُّضع الذين يعانون من سوء التغذية. وكذلك كل الآخرين الذين هم في دائرة خطر الوقوع في سوء التغذية.

هناك العديد من الدراسات التي ظهرت في العقد الماضي تطرقت إلى شرح سوء التغذية الحاد المتوسط والشديد التي يمكن معالجتها في المنزل من دون أية مضاعفات طبية؛ ويتم ذلك باستخدام الطعام الجاهز للاستخدام العلاجي (TUTF). ففي المحاولات الأولى لاستخدام الطعام الجاهز تمت إضافة الفول السوداني باعتباره مادة أساسية للتغذية، ولجعل طعم المغذيات الدقيقة أكثر استساغة. وإن الطعام الجاهز للاستخدام العلاجي له نفس مكونات الغذاء (ف ١٠٠) باستثناء الماء والحديد، وهو لا يحتوي على الماء من أجل تقليل فرص نمو البكتيريا، ويمكن استخدامه في المنزل من دون تبريد.

وقد طورت منظمة الصحة العالمية معايير دولية لاستخدامها في تصنيع الغذاء الجاهز، وهي تشتمل على مكونات غذائية ومعايير محددة للسلامة. كما أن منظمة الصحة العالمية طورت أنظمة لمعالجة سوء التغذية من الدرجة الشديدة المبني على الإمكانيات، وذلك باستخدام علاجات تشتمل على الطعام الجاهز للاستخدام العلاجي؛ الأمر الذي أدى إلى تحسين جودة الرعاية في المستشفيات.

وحينما تتم عملية معالجة الأطفال على هذا النحو فإنهم يحتاجون إلى متابعة منتظمة في مجال الرعاية الصحية، كما يجب الاستمرار في إعطائهم الطعام الجاهز للاستخدام العلاجي إلى أن يكتسبوا الوزن المناسب، وربما يكون الطعام الجاهز للاستخدام العلاجي في بعض المجتمعات مجهزاً بالأغذية الغنية المتوفرة محلياً مع إضافة المغذيات الدقيقة إليها.

إن علاج الأطفال الذين يعانون من نقص شديد في التغذية ينقسم إلى أربع مراحل:

● **مرحلة الاستقرار:** وهي تحتاج إلى رعاية مدتها (٢٤) ساعة، وتستمر عادة (١-٧) أيام يتم خلالها معالجة الأطفال من الأمراض الحادة، وتركز الرعاية الطبية فيها على الإماهة وابتداء العلاج الغذائي والعلاج الدوائي. وإن سبب الوفاة الرئيسي في حالة نقص تغذية طاقة البروتين يحصل في المرحلة الأولى من برامج التغذية التكميلية، وهذه الأسباب تشمل: الجفاف، والعدوى، وانخفاض درجات حرارة الجسم، وانخفاض مستوى السكر في الدم، وفشل القلب، وفقر الدم الشديد.

ويبدأ الغذاء العلاجي باستخدام ف (٧٥)، ويجب إعطاء السوائل بحذر شديد، كما يفضل استخدام الإماهة عن طريق الفم بكميات صغيرة باستمرار مادام ذلك ممكناً. ويجب مراقبة وزن المريض، وملاحظة وجود انتفاخات، ومراقبة درجات الحرارة، وكمية البول، والنض، وسرعة التنفس، وإن حدوث انتفاخات في جفن العين أو سماع فرقعات في الرئتين ربما يكون دليلاً على أن الطفل تعرض لكميات زائدة من السوائل. وإن الأطفال المصابين بمرض الطفل الثاني (kwahiorok) يكونون قد تعرضوا عادة لتناول كميات كبيرة من السوائل، ويجب عدم معالجتهم من الجفاف إلا في حالة ثبوت إصابة بإسهال مائي. وإن الانخفاض في درجات الحرارة وفي مستوى السكر في الدم هي أيضاً مضاعفات هامة، وتحديداً في المرحلة الأولى.

وإن معظم الأطفال المصابين بسوء التغذية يكونون متهيّجين ولا يرغبون في تناول الطعام، ولو تطلب الأمر ذلك فيتم إعطاؤهم الطعام عبر الأنبوب عن طريق الأنف.

كل الأطفال الذين يعانون من نقص التغذية الشديد يعانون أيضاً من العدوى. وأكثر العدوى شيوعاً هي عدوى الجهاز التنفسي، وعدوى الجهاز البولي، والحصبة، وعدوى الجهاز الهضمي، والملاريا، وعدوى الجلد، وتسمم الدم أو عدوى الدم. والأطفال المصابون بنقص تغذية البروتين يُعطون عادةً أدوية متعددة لعلاج العدوى المصاحبة لها. وهناك أدلة على اعتلال عمليات الأيض للأدوية لدى الأطفال المصابين بسوء التغذية. وإن بعض المضادات الحيوية تؤثر في قدرة الأمعاء على امتصاص المواد الغذائية. وعلى سبيل المثال فإن المضاد الحيوي أمينوجليكوسيد وثر في امتصاص الأحماض الأمينية، كما أن مضادات السلطا تؤخر حركة الأمعاء. وقبل إعطاء أية أدوية يجب أن يسأل الطبيب نفسه: «كم ستتسبب هذه الأدوية في تأخير إعادة تأهيل الطفل؟».

● **المرحلة الانتقالية:** وهي تبدأ حينما تبدأ شهية الطفل للطعام في العودة إليه، وتقل كمية الانتفاخات، وحينئذ فإن الغذاء العلاجي يتحول من ف (٧٥) إلى ف (١٠٠) بالإضافة إلى الطعام الجاهز للاستخدام العلاجي، كما يتم الاستمرار في إعطاء المضادات الحيوية.

مرحلة التأهيل: وتكون إما في المستشفى أو عن طريق مراجعة العيادات الخارجية. ويتم تعليم مقدم الرعاية للطفل كيفية إكمال الرعاية المنزلية؛ حيث يقدم التحفيز الجسدي والعاطفي للطفل مع استمرار الغذاء العلاجي.

مرحلة المتابعة: وتكون بعد خروج الطفل من المستشفى، ويتم فيها فحص الطفل بانتظام في المنزل أو في العيادة، مع تسجيل تطورات النمو. وإن الدعم المستمر يجب أن يعطى لمقدمي الرعاية للطفل، بما في ذلك تقديم دروس لهم عن الطعام الجيد وكيفية إعداده، وتحفيز الرضاعة الطبيعية، وأنشطة الألعاب، كما يجب تقييم وضع أشقاء الطفل في حالتهم الغذائية.

أثناء مرحلة الاستقرار

معظم الأشخاص الذين عالجوا المصابين بسوء تغذية بالبروتين مبهورون بفاعلية الحليب خلال الأسابيع الأولى من العلاج. وفي حال سوء التغذية الشديد فإن اعتلال وظائف الكلى يجعل حلول معايير الإماهة خطيرة جداً بسبب القابلية للإصابة بارتفاع نسبة أملاح الصوديوم وفشل القلب. وإن مكونات البروتين الأخرى رخيصة لكن جودتها سيئة. وعند الإمكان فإنه يجب استخدام العلاج بالحليب في الشهر الأول من التأهيل، وإن ف (٧٣) وف (١٠٠) هما نوعان من الحليب الأكثر شيوعاً في الاستخدام، ويمكن الحصول عليهما من اليونيسيف؛ حيث يتم إذابة كيس واحد من ف (٧٣) أو ف (١٠٠) في لترين من المياه. وفي الجدول التالي مقترح لنظام التغذية للأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد، وهو متبني من مستشفى جون هوبكنز/IFRC.

نظام الغذاء العلاجي:

التوصيات	المرحلة
<p>الخطوة الأولى: بدء إعادة التغذية</p> <ul style="list-style-type: none"> • ثماني وجبات من ف ٧٥/يوم، والأطفال الرضع يجب إرضاعهم رضاعة طبيعية أولاً. • مجموع كمية ف٧٥ (٧٥ سعرات حرارية/١٠٠مل) للوجبة الواحدة هو (١٠٠) كيلو سعرات/كجم من وزن الجسم/يوم. • يستخدم أنبوب الأنف لإطعام الأطفال شديدي المجاعة والذين لا يستطيعون تناول الطعام عن طريق الفم. • إذا كان الحليب ف٧٥ غير متوافر فيمكن تخفيف ف١٠٠ في (٢,٧) لترات من الماء بدلاً من لترين فقط. <p>الخطوة الثانية: إعطاء الدواء الاعتيادي</p> <ul style="list-style-type: none"> • علاج نقص فيتامين (أ) في مناطق نقص الفيتامين. • علاج الملاريا في مناطق انتشار الوباء. • المضادات الحيوية: الخيار الأول أموكسيسيلين. • حمض الفوليك (٥) ملج في اليوم الأول. • يجب عدم إعطاء الحديد عن طريق الفم لمعالجة فقر الدم الشديد في المرحلة الأولى. 	<p>المرحلة الأولى</p>
<p>إن أهم خصائص الانتقال من المرحلة الأولى إلى المرحلة الانتقالية هي استعادة الشهية للطعام، وتقلص الانتفاخات لدى مرضى الطفل الثاني، والتغيير الوحيد في العلاج هو ف١٠٠ بدلاً عن ف٧٥. كما أن عدد الرضعات، وتوقيتها، وكميتها تبقى كما هي في المرحلة الأولى، ويبقى المريض في المرحلة الثانية لمدة يومين.</p>	<p>المرحلة الانتقالية</p>
<p>والهدف منها هو السماح للطفل بالأكل كما يشتهي، واستعادة الوزن الطبيعي بشكل سريع في المنزل أو في الرعاية اليومية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأطفال الرضع يجب إعطاؤهم الحليب الطبيعي قبل ف١٠٠، وتكون على الأقل (٦) رضعات في اليوم. • مجموع كميات الرضعات (١٥٠-٢٢٠) كيلو سعرات/كجم من وزن الجسم/يوم. • يجب تشجيع الأطفال على الأكل، مع تجنب إكراههم عليه. • يجب إعطاء دواء الحديد، وأدوية التخلص من الديدان، وتطعيم الحصبة. • يمكن إعطاء عصيدة الغذاء التكميلي الجاهز بعد ف١٠٠. 	<p>التأهيل والمتابعة</p>

يكون خروج المريض من المستشفى مناسباً عندما يصل وزن الطفل بالنسبة إلى طوله ٨٠٪ من المتوسط في المعايير الدولية حينما تختفي الانتفاخات تماماً. والخروج يجب أن يكون عندما يصل ٨٥٪ من الوزن بالنسبة إلى الطول في حالة عدم وجود برنامج لتغذيته.

إعادة التغذية والآثار الطويلة الأمد:

على كل وحدة معالجة أن تطور خطة عملية لإعادة التغذية المنسجمة مع أنواع الأغذية الموجودة والرعاية التمريضية المتوفرة. والأطفال المصابون بسوء التغذية يُشْفَوْنَ بشكل أفضل مع التغذية التي تكون عن طريق الفم؛ وذلك لأن تجديد خلايا الأمعاء وزيادة سماكة الغشاء المعوي لا تتم مع التغذية التي تكون بالمحاليل الوريدية.

ومن المهم متابعة برامج الإمداد الغذائي ومتابعه فعاليتها باستمرار. وإن نسب الحضور هي المؤشرات التي يمكن بقياسها معرفة فاعلية برنامج التغذية، ومنها كذلك معدل فترة البقاء، ونسب الشفاء، والوفيات، ونسب حالات الإهمال أو انتكاس المرض. ومن الضروري أيضاً المحافظة على مراقبة التغذية المستمرة لعامة السكان، وباستخدام هذه البيانات يصبح من الممكن حساب نسبة تغطية مركز التغذية؛ حيث إن معدل التغطية يقاس بعدد الأطفال المصابين بسوء التغذية الشديد المشاركين في برامج الإمداد الغذائي ونسبتهم إلى كل الأطفال المصابين بسوء التغذية.

إن العواقب الطويلة الأمد لسوء التغذية الشديد مدمرة لكل من الفرد والمجتمع؛ ومعلوم أنه خلال النصف الأول للحمل، وكذلك خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، يحصل النمو العقلي الذي يُعدُّ أمراً هاماً جداً لتركيز الانتباه فيها على تثبيط النمو، وهذه المهارات تتكامل مع القدرة على التخطيط وحل المشكلات والتقييم السديد. وهناك أدلة من دراسات عديدة تشير إلى وجود علاقة سببية بين سوء التغذية والتطور السلوكي. وإن العمل الذي أكملته الدكتورة جانينا غولر يشير إلى أن التعرض لأي حادث من حوادث سوء التغذية الشديد خلال السنة الأولى من العمر سيرتبط بمشكلات لاحقة في التعليم، وفي الانتباه، في سن (٩-١٠) سنوات لدى ٦٥٪ من الأطفال. ويمكن لهذه النتائج الطويلة الأمد لسوء التغذية المبكر أن تؤثر على الملايين الباقية من الأطفال الذين هم على قيد الحياة، وكذلك على الذين تعرضوا لسوء التغذية من المراهقين والبالغين.

إن الكشف المبكر والتدخل السريع لمعالجة سوء التغذية في حالات الكوارث هو أمر هام بشأن الوقاية من مثل هذه الآثار الطويلة الأمد.

المراجع

1–The John Hopkins and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Public Health Guide for Emergencies. 2nd Edition. 2008.

2–Wendy S. Garrett. Kwashiorkor and the Gut Microbiota. N Engl J Med 2013; 368:17461747–.

3–The Harmonised Training Package (HTP): Resource material for Training on Nutrition in Emergencies, Version 2 (2011). Nutrition Works, Emergency Nutrition Network, Global Nutrition Cluster.

4–WHO. Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and child and nutrition, 2013.

5–Save the Children. Food for thought: tackling child malnutrition to unlock potential and boost prosperity. 2013.

6–Galler JR, Ramsey FA. A follow–up study of the influence of early malnutrition on development: behavior at home and at school. J Amer Acad Child Adoles psychiatry 28:2541989 ,261–.

7–Waber DP, Eaglesfield D, Fitzmaurice GM, Bryce C, Harrison RH, and Galler JR, Cognitive impairment as a mediator in the developmental pathway from infant malnutrition and adolescent depressive symptoms in Barbadian youths. J. Devel behave Pediatrics 12:2252011 ,232–.

(١٧) تطور الصحة العقلية ونموها

إن آثار الصدمات النفسية والنمائية التي تسببها الكوارث التي هي من صنع الإنسان أسوأ وأشدّ جسامَةً من الآثار التي تنتج عن الكوارث الطبيعية؛ ففي الحروب يتعرض الأولاد لخسارة منازلهم وممتلكاتهم ومن يحبون، كما يتعرضون إلى توطيئهم في بيئةٍ غير مألوفةٍ لديهم، وهذا الأمر يمكن أن يحدث في الكوارث الطبيعية أيضاً، إلا أنهم يجدون حبا وحنانا عائليا مباشراً يلجأون إليه بعد الكوارث الطبيعية، فيما يفتقدون هذا الحب والحنان في الكوارث التي هي من الإنسان على الأغلب. ومن نتائج الحروب أيضاً أن يشهد العديد من الأطفال عنفا وحشيا يحدث لهم أو لأحد أفراد عائلاتهم. وفي الكوارث الطبيعية والكوارث التي هي من صنع البشر، يتعرض الأطفال لاختلال في النظام الأمني والرعاية الأبوية فيعيشون الفقدان والتوتر والخوف والكرب والحزن، وإن هذه المشاعر التي يعيشها الطفل تجعله يشعر بالضعف أكثر وأكثر.

الاستجابة النمائية للصدمة:

لوحظ أن ردات الفعل الأساسية للكوارث قد تتباين حسب الخلفية الثقافية والظروف الحياتية السابقة.

الأطفال ما دون الثالثة من العمر:

- التفاعل غالباً يكون مثل تفاعل الوالدين.
- تراجع في السلوك (مثلاً: يمكن أن ينسى تدريب التحكم بالتبول).
- نقص في الشهية.
- الأحلام المروعة (الكوابيس).
- الصمت.
- التشبث.
- الهيجان.
- استجابة الإجفال المبالغ فيها.

الأولاد في سن المدرسة:

- استجابات مبالغ فيها تجاه الخوف والقلق.
- عداوة متزايدة مع الأشقاء.
- شكاوى جسدية (مثلاً: ألم المعدة أو البطن).
- اضطرابات في النوم.

- مشاكل مدرسية.
- فقدان الرغبة في تأسيس الصداقات، وفي الهوايات، وفي المدرسة.
- عزلة اجتماعية.
- اللامبالاة.
- استعادة النشاط بواسطة اللعب.
- اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

الأولاد ما قبل سن المراهقة:

- العداوة المتزايدة مع الأشقاء.
- شكاوى جسدية.
- اضطرابات الأكل.
- اضطرابات النوم.
- تناقص الاهتمام بالأقران، وبالهوايات، وبالمدرسة.
- التمرد.
- رفض القيام بالواجبات اليومية أو المساعدة فيها.
- صعوبات في العلاقات الشخصية.
- اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

المراهقون:

- تناقص الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية.
- تناقص الاهتمام بالأقران، وبالهوايات، وبالمدرسة.
- فقدان المتعة في الحياة.
- تراجع في تحمل المسؤولية.
- التمرد ومشكلات السلوك.
- شكاوى جسدية.
- اضطرابات النوم.
- اضطرابات الأكل.
- التغيير في النشاط الجسدي (زيادة أو نقصان).
- الارتباك.
- فقدان التركيز.
- السلوك المحفوف بالمخاطر.
- اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة:

- يتم تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (post traumatic stress disorder) (PTSD) لدى الأطفال واليافعين عندما تستمر الأعراض في المناطق الثلاث الآتية لمدة أكثر من شهر واحد.
- استعادة الحادثة من خلال اللعب أو الكوايبس أو الذكريات.
- الضيق من الحوادث التي تشبه الحادثة أو تنذر بتكرارها.
- التجنب التلقائي لذكرى الحادثة.
- زيادة الانتباه أو اليقظة.

الخوف من الطقس

الخوف من الطقس هو نتاج متكرر لدى الأطفال الذين تعرضوا لكوارث طبيعية؛ حيث يكون الأطفال المصابين بالخوف من الطقس قلقين حينما يُخبرون بإمكانية حدوث عاصفة، فهم يتفاعلون بشدة مع السحب العادية في السماء، فيركضون إلى الداخل ويكونون، وبعضهم يرفض الذهاب إلى المدرسة أو مغادرة المنزل نهائياً، ويعود السبب في ذلك إلى مخاوفهم.

مشكلات الصحة العقلية:

في حالات الكوارث فإن من الضروري مراقبة الأطفال والمراهقين عند ظهور أعراض الصدمة النفسية وسرعة التدخل لحلها، ومثل هذه المراقبة يمكن أن تتم عن طريق المدرسين، والمعالجين المحليين، والعاملين الصحيين في المجتمع، ومقدمي الطعام، وآخرين.

وإنه لأمر هام أن ننبه هؤلاء الناس بشأن أخطار الصحة العقلية الخاصة بالأطفال، وكيفية مساعدتهم للتغلب عليها أو التقليل منها، وإحدى الطرق الفعالة في هذا الصدد هي التحدث مع الأهل ومع المشرفين على الأطفال عملاً إذا كانوا يلاحظون تغيرات هامة في سلوك الأطفال، وعمّا إذا كان هؤلاء الأطفال يبدوون تائهين أو يظهر عليهم الحزن؟ وعمّا إذا كان الأطفال في السنّتين الأولى والثانية من العمر يبكون دائماً أم هم صامتون؟ وعمّا إذا كان لديهم حركة مستمرة في الرؤوس أو أنهم يضربون رؤوسهم، أو يهزون أجسامهم باستمرار؟ أو أن لديهم أية تصرفات تنطلق من محفزات ذاتية؟ وعمّا إذا كانوا لا يستجيبون لأي اتصال جسدي؟ وهل يلاحظ عليهم أي تراجع في نموهم؟

وهناك طريقة أخرى وهي مشاهدة الأطفال في أثناء اللعب، فهل يبدو لعبهم طبيعياً؟ هل يقوم الأطفال بتمثيل أدوار تشابه أحداث الكارثة؟ هل الأطفال يتكلمون؟ وما نوع الرسومات التي يرسمونها؟. كما يجب أن يعير العاملون في حالات الكوارث انتباهاً دقيقاً إلى علامات الاكتئاب الشديد عند الأمهات، بما في ذلك الإعياء المرضي، أو فرط النشاط، أو عدم القدرة على الاهتمام بالأطفال، أو مشاكل في النوم، والبكاء المتكرر، وفقدان الشهية؛ لأن اكتئاب الأمهات يترافق عادة مع أعراض متلازمة لدى أطفالهن.

مشروع التأقلم:

يعرّف الدكتور ايديث غروتبيرغ التأقلم بأنه «قدرة عامة تساعد الشخص أو المجموعة أو المجتمع في التغلب على آثار الشدائد الضارة»، وإن هدف مشروع التأقلم العالمي هو تقوية المرونة لدى الأطفال حول العالم. وبلا شك فإن هناك تفاعلات بين عوامل الثقافة والتأقلم، فبعض الثقافات مهتمة بالتهذيب اهتماماً زائداً، وبعضها مهتم بالعقاب والشعور بالذنب، وبعضها الآخر يتوقع اعتماد الأطفال على الآخرين لمساعدتهم في الشدائد، وآخرون يتوقعون اعتماد الأطفال على أنفسهم في سن مبكرة. ونلاحظ أيضاً في بعض البلدان أن الأهل يحافظون على علاقات حميمة مع أطفالهم في سن المراهقة بشكل جيد، أما في بلدان أخرى فلا يوجد ذلك. وبغض النظر عن هذه الفروقات، فإن هناك ثلاثة مصادر لأفكار التأقلم عند الأطفال في معظم الثقافات الثابتة، وهي: «أنا أملك، أنا أكون، أنا أستطيع».

«أنا أملك»:

- أثق بالناس الذين حولي وأعترف بأنهم يحبونني مهما يكن الأمر.
- الناس قد يضعون قيوداً عليّ، ولذلك فأنا أعرف متى أتوقف قبل أن يكون هناك خطر عليّ.
- أثق بالناس الذين يبيّنون لي كيف أفعل الأشياء على نحو صحيح.
- أثق بالناس الذين يريدونني أن أتعلم القيام بالأشياء بمفردي.
- أثق بالناس الذين يساعدونني عندما أكون مريضاً، أو أكون في خطر، أو في حاجة إلى التعلم.

وفي حالات الكوارث يفقد الأطفال دعم الكبار المذكورين تحت بند «أنا أملك»؛ الأمر الذي يؤدي إلى تعرضهم للشدائد.

«أنا أكون»:

- أنا أكون الشخص الذي يستطيع الناس أن يحبوه.
- أنا أكون سعيداً حينما أقوم بأشياء جيدة للآخرين وأبدي اهتمامي بهم.
- أنا أكون محترماً لنفسي وللآخرين.
- أنا أكون راغباً في أن أكون مسئولاً عما أقوم به.
- أنا أكون متأكداً من أن الأمور ستكون على مايرام.

في حالات الكوارث يفقد الأطفال القدوة في حياتهم، ويضعف عندهم التفكير الإيجابي، وقد يصبحون أعداء للمجتمع في كبرهم.

«أنا أستطيع»:

- أنا أستطيع أن أتكلم مع الآخرين حول أمور تخيفني أو تزعجني.
- أنا أستطيع أن أجد طرقاً لحل المشكلات التي أواجهها.
- أنا أستطيع أن أضبط نفسي عندما أحب القيام بشيء ما ليس صحيحاً أو ربما يكون خطراً.
- أنا أستطيع أن أكتشف متى يكون الوقت مناسباً للتحدث إلى شخص ما أو للقيام بفعل ما.
- أنا أستطيع أن أجد شخصاً ما يساعدني عندما أحتاج إلى المساعدة.

في حالات الكوارث قد لا يجد الأطفال أشخاصاً كباراً محترمين يمكن أن يساعدوهم على القيام بالأشياء، أو تحمل الأمور القائمة، أو أن يشعروهم بالأمان. وإن هؤلاء الأطفال ستكون لديهم مشكلات كثيرة تبقى بلا حلول عندما يكبرون؛ ذلك لأنه لم تتح لهم الفرص لأن يتمروا على حل المشكلات بمساعدة الكبار، أو لم يستطيعوا التحكم أو ضبط النفس، أو لم يتمكنوا من أن يتحدثوا مع أناس موثوقين عن أمور تزعجهم.

وحتى في الكوارث فإنه من الممكن أن يُعزَّز التأقلم عند الأطفال، فأَي شخص أو هيئة موظفين تقدم خدمات (أنا أملك) يمكنها أن تحاول إيجاد صلة وصل بين كل طفل مع شخص كبير عزيز عليه على أن يكون موثقاً به لديه، وأي شخص يعمل مع هؤلاء الأطفال يمكنه أن يمتدح إنجازاتهم، ويبيدي حبا وتجاوبا وجدانياً معهم، ويشجع أملمهم وثقتهم (أنا أكون)، ويمكن لأي شخص في أطر محيطه التربوي أن يساعد الأطفال على امتلاك مهارات (أنا أستطيع).

التدخلات لتحسين الصحة العقلية:

- العوامل التي تحسن الصحة العقلية لدى الأطفال اللاجئين أو المشردين داخلياً تتضمن الآتي:
- العودة إلى الأمن الذي تقدمه العائلة المستقرة.
 - العيش في بيئة مستقرة لا تتغير من يوم إلى يوم.
 - تأمين الحاجات المادية كالطعام والشراب والرعاية الطبية والملبس.
 - برامج تربية منظمة.
 - بعض الفهم لما حدث ولماذا حصل؟، وخصوصاً بالنسبة إلى الأطفال الأكبر سناً.
 - الفرصة لإكمال كل المراحل الطبيعية لنمو الطفل.
 - الإيمان بالمستقبل والقدرة على تغيير ما حدث لهم.
 - الوقت والفرصة للشفاء بعد تجاربهم المريرة والحزن على موتاهم الذين كانوا قريبين منهم.

لقد نشرت منظمة الصحة العالمية (WHO) كتيباً رائعاً حول الصحة العقلية للاجئين (انظر المراجع)، وهو يقدم توجيهاً لغير المختصين بالصحة العقلية حول كيفية مساعدة اللاجئين الذين يعانون عقلياً. إنه يتضمن إرشادات لتعليم تمارين استرخاء وتديك بسيط، وتمرين تنفس عميقة، بالإضافة إلى طرق معرفة المشكلات والاضطرابات الخاصة بالطب النفسي وتحديدها. كما يناقش كيف ينخرط المعالجون التقليديون في معالجة الصحة العقلية، وكيف يساعدون ضحايا الاغتصاب أو التعذيب، وكيف يساعدون الأطفال. إن كتيب منظمة الصحة العالمية (WHO) يؤكد أن سجلات الصحة العقلية تحتاج إلى تفكير دقيق، ويجب أن تُظهر ثقافة الطفل، وألا تتضمن أية معلومات يمكن أن تهدد أو تؤذي الطفل أو تضر بعائلته. وتقتصر المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة (UNHCR) أن تصف السجلات السلوك فقط من دون أن تعطي أسماء أو أحكاماً مرضية، وعلى سبيل المثال: الطفل (ج) يبكي أثناء النهار ويرفض الطعام، أو الطفل (أ) لا يستطيع أن يجلس هادئاً في المدرسة ولا يؤدي أي واجب مدرسي، وهكذا.

رعاية الحب والحنان (TLC):

إن معاشة الأطفال للكوارث تعرضهم لخطر التبعات الجسمية والنفسية، ويمكن أن تؤثر عواقب ذلك على شخصياتهم، وسلوكياتهم، وقدراتهم التعليمية مدى الحياة، إلا أنه من الممكن منع أو تخفيف بعض النتائج النفسية السلبية ببعض التدخلات السريعة المبكرة. والأمر البالغ الأهمية هو أن الأطفال يحتاجون إلى رعاية يكتنفها الحب والحنان، وأن عناصر هذه

الرعاية تشمل العائلة ككل، وكذلك المجتمع، وهي:

● تشجيع الوالدين وتقديم الدعم لهما، ويمكن ترتيب زيارات للبيت من قِبَل اختصاصيين، وتنظيم مجموعات لمناقشة الأمهات والأطفال الصغار حول المشكلات الجديدة التي تعترض الأطفال في حالات الكوارث، وتقديم اقتراحات تتضمن كيفية تحفيز الأطفال في أوضاع الكوارث الصعبة، وكيفية صنع الألعاب من مواد محلية. وأن تستفيد الأمهات من برامج الرعاية اليومية التي تُقدم لبضع ساعات حتى يقمن بدورهنَّ في تقديم العون لأطفالهن قبل سن دخول المدرسة. ويفضل الرعاية اليومية فإن الأطفال بإمكانهم أن يشاركوا في أنشطة اللعب الجماعية بما فيها الغناء والرقص والألعاب التي تستخدم فيها المواد اليسيرة: من مثل: استخدام زجاجات بلاستيكية فارغة، أو العشب والعصي لصنع الدمى إلخ.. ويستحسن توفير مواد أولية مناسبة للثقافات الغنية بالأعمال اليدوية، ومنها صنع السلال والأدوات الموسيقية أو الحياكة، ومن المفيد في هذا الصدد يمكن توفير هذه المواد للأطفال والكبار معاً.

● دعم الأمهات المرضعات بالغذاء والسوائل والدعم النفسي حتى يتمكنَّ من الاستمرار في إرضاع أطفالهن، وقد وجد أن تقليل الضغط النفسي للأمهات المرضعات سوف يحسن من جودة حليبهنَّ.

● البحث عن مشرفين يرافقون الأطفال على مدار (٢٤) ساعة بحيث يُعتمد عليهم في رعاية الأطفال الذين ليس معهم مرافقون وليس لديهم أسر تضمهم، ولاسيما إذا كان أولئك الأطفال دون سن المدرسة. ويفضل أن يكون المشرفون من النساء، ويمكن أن يكون بينهنَّ لاجئات يافعات، ونسوة، ومتطوعات من منظمات غير حكومية (NGOs)، وأشقاء أو شقيقات كبار في العائلات اللاتي فقدت والديها. ويستحسن أن تكون المشرفات من ذات المجموعة العرقية حتى يتكلمن معهم بذات اللغة. وعلى كل حال، فإن لم يكن الأمر ممكناً، فإن وجود محبٍ وعطوفٍ من مجموعة عرقية أُخرى، ويتكلم لغة مختلفة، سيكون أفضل من عدم وجود أي عائلٍ لهؤلاء الأطفال. وإن تأمين المشرفات يجب أن يكون أمراً عاجلاً، ولاسيما للأطفال الذين هم دون السنيتين من العمر، وكذلك الأطفال في المرحلة المبكرة التي تسبق سن المدرسة. ويجب أن يُقدِّم للمشرفات التشجيع والدعم أيضاً. كما يجب أن يراقب المشرفون من العاملين الصحيين المشرفات أيضاً ليتأكدوا من أنهم لا يعاملن الأطفال الذين تحت رعايتهن بأي نوع من أنواع الشدة أو القسوة.

● دعم الصحة العقلية يتضمن التغذية: إذ ينبغي أن تتم تغذية الأطفال بصورة دائمة، حيث يجب أن يتم تقديم الوجبات من (٤) إلى (٥) مرات يومياً للأطفال الصغار؛ فالتربية المدعومة بالتغذية في حالات الكوارث يعدُّ أمراً هاماً للغاية بالنسبة للأطفال الصغار جداً.

● تتضمن رعاية الحب والحنان (TLC) استحمام الأطفال، واللعب معهم، ومحادثتهم، وحمل أولئك الأطفال الذين لا يستطيعون المشي، ومساعدتهم حين الذهاب إلى الحمام بطرق صحية نظيفة، والمحافظة على الأعمال الروتينية اليومية قدر الإمكان.

● الجهود المنظمة لاكتشاف قادة محليين وقادة دينيين ومعالجين هامة جداً، وهم أولئك الأفراد المحترمين الذين يعرفون اللغة والثقافة، وبإمكانهم أن يساعدوا في مخاطبة الأطفال والتخفيف من مشاكلاتهم العاطفية.

● كثير من الأطفال تتم مساعدتهم بإتاحة الفرصة لهم للتحدث حول ما قد شاهدوه، وما تعرضوا له، أو أن يقوموا ببعض الرسوم للتعبير عن تجاربهم. ومن المفترض ألا تتدخل المشرفات بأحاديث الأطفال ولعبهم المتكرر عن الأزمة ما لم يلمس خطر في ذلك الحديث أو تلك اللعب.

● يستفيد المراهقون المتأثرون بحالات الكوارث من الأنشطة الاجتماعية والمدرسية كثيراً، وينمو لديهم الإحساس بالمسئولية والثقة بالنفس والبراعة والأمل.

برنامج العودة إلى السعادة:

هذا البرنامج تم تطويره بواسطة منظمة اليونيسيف في عام ١٩٩٢م، لمساعدة الأطفال الذين عانوا من الطوارئ الإنسانية في موزمبيق، وتم اعتماده من ذلك الوقت، وطبق في كولومبيا، ونيكاراجوا، وفي العديد من البلدان الأخرى؛ ويتضمن هذا البرنامج عملية من خطوات متتابعة تساعد الأطفال على التكيف مع حياتهم بعد الكارثة، ويشترك فيه مساعدون اجتماعيون مؤهلون، بالتعاون مع المدارس المحلية، وتشمل الدعم النفسي والاجتماعي، انطلاقاً من الثقافة المحلية، ويشتمل على اللعب المناسبة، والأدوات الموسيقية، ومواد الرسم، والألعاب. (انظر المراجع).

برنامج من وإلى الطفل:

هذا البرنامج تم تطويره في السبعينيات من القرن الماضي بواسطة البروفيسور ديفيد مورلي، ويعمل على تدريس الأطفال الكبار حول كيفية الاعتناء بأشقائهم الصغار. وتم تطويره في السنوات الماضية إلى مساعدة الأطفال النازحين بسبب الكوارث وتعليمهم كيفية مساعدة الأطفال الأصغر منهم سناً، وكان برنامجاً مفيداً جداً في عدة أماكن من حالات الكوارث، بما فيها مخيمات اللاجئين الأفغان في باكستان.

سلة الراحة:

وهذه السلة تم تطويرها أساساً من قِبَلِ الدكتور تيم كلبرت، وتعمل هذه السلة على مساعدة الأطفال الذين يعانون من الألام المزمنة، وتم تطويرها إلى مساعدة الأطفال الذين عانوا من كارثة تسونامي في جنوب تايلندا، وفي هايبتي، بعد كارثة الزلزال. وتشتمل سلة الراحة على دولاّب هوائي، وكرة طرية، و (٦) أقلام تلوين، وكراصة صغيرة، وقارورة فقاعات، ودمية الإصبع مثل القطة في القبعة، ويكون معها تعليمات تمت ترجمتها إلى اللغة التايلندية ولغة الكريول لشرح التعليمات حول: كيف تلون مشاريعك، وكيف تتنفس مع الفقاعات أو الدولاّب الهوائي للاسترخاء، وكيف تستخدم الدمية لتساعدك على شعور أفضل، وكيف ترخي عضلاتك، وكيف تحسن شعورك عن طريق التخيل. وكانت هذه السلة جذابة جداً للأطفال في تايلند وهايبتي، وتم توزيع الآلاف منها.

(١٨) الروتين بالنسبة للأطفال

يحتاج الأطفال إلى امتلاك بعض اليقين والاطمئنان في حالات الكوارث يخفف عنهم ما تعرضوا له من التجارب المؤلمة، فصار لديهم شعور بالضياع بمجرد مغادرتهم لمحيطهم المألوف وتحولهم إلى لاجئين. إن أولئك الذين انفصلوا عن عائلاتهم يُعانون أشد المعاناة، وتقديم الخدمات الروتينية لهم يشعرهم ببعض الاستقرار، ويقلل من درجة القلق لديهم. وإن تقديم الخدمات الروتينية يجب أن يخطط له بعناية فائقة توازي في أهميتها توزيع الطعام في حالات الكوارث.

يجب أن تركز الخدمات الروتينية للأطفال على التغذية، وهو أمر هام لهم، ولاسيما الصغار منهم. ولا بد من ممارستهم لأنشطة اللعب، والمدرسة، والأنشطة الدينية والثقافية والعمل، ويُنظر إلى الأطفال واليافاعين غالباً على أنهم عثرات في الطريق، أو أنهم متسكعون وغير مساهمين في المجتمع؛ لذا يستحسن أن تطلب منهم المساعدة في عدد من المهام، ومنها مثلاً أن يطلب منهم: الاهتمام بالقاصرين الصغار الذين هم بلا أهل، وتجميع الحطب، وتوزيع المياه، والعمل في الحدائق، وصنع الطعام، والمساعدة في العيادات الصحية، وصنع الملابس. ويمكن أن يطلب من اليافاعين منهم إعداد برامج لتسليّة الأطفال الأصغر سناً. واعتماداً على الثقافة فمن الممكن أن تتضمن هذه الأنشطة برامج من التمثيل الإيمائي، ومسرح الدمى، ورواية القصص، والبرامج الموسيقية.

وغالباً ما يكون هناك مدرسون ومدربون رياضيون وفنانون أو موسيقيون بين اللاجئين الكبار، وهؤلاء إذا عُرفوا، فيمكنهم أن يساعدوا في تقديم برامج منظمة للأطفال. كما أن الكبار يجب يعرفوا أنهم قدوة للأطفال في أي مكان، بما في ذلك حالات الكوارث. كما يمكن للشباب أن يقوموا بدور بديل عن الأهل بالنسبة للأطفال الذين ليس لديهم أهل. ويجب على الكبار أن يتأكدوا من أن العطل العادية محددة، وأن الاحتفالات تشمل الأطفال إذا كان الأمر مناسباً لهم من الناحية الثقافية.

بعد مرور مرحلة الطوارئ يتم استحداث المدارس في معظم مواقع اللاجئين، وعلى الرغم من أن الكتب والسيبورات والورق وأقلام الرصاص يمكن أن تكون غير موجودة، إلا أن التعليم يمكن أن يتم عن طريق الصوت والموسيقا والتمثيل واستخدام الأوراق النباتية والحجارة. كما يمكن استخدام الأغصان لتمثيل الأرقام والمسائل الرياضية، وهناك العديد من الوسائل الأخرى الفعّالة والإبداعية. وفي مناطق ذات المناخات الحارة يمكن أن تكون الفصول الدراسية في الهواء الطلق، وعلى سبيل المثال، ففي أحد مخيمات اللاجئين الأفارقة الواقعة في الصحراء، تم تحديد الفصول الدراسية بخطوط من الحجارة؛ بحيث يجلس الأطفال ضمن تلك الخطوط

المرتبة من تلك الحجرة.

إن الخدمات الروتينية التي تؤخذ بعين الاعتبار وتقدم من قِبَل العاملين في الإغاثة تتضمن الآتي:

- الوجبات الغذائية
- أوقات النوم.
- الحضور إلى المدرسة.
- أوقات اللعب الطبيعي واللعب التخيلي.
- التعليم الديني والمناسبات الثقافية.
- الرياضة.
- الموسيقى.
- الاستحمام.
- العطل والاحتفالات.

الخلاصة: إن تقديم خدمات روتينية تولدُ عند الأطفال شعوراً بالاستقرار والأمان، وهي تُعدُّ من الأولويات في أي مخطط يوضع للأطفال.

(١٩) الكوارث والإعلام

استطاعت جميع حقائق القرن الواحد والعشرين أن تؤكد على أهمية العلاقة بين الكوارث ووسائل الإعلام بأنواعها. وأنواع وسائل الإعلام المختلفة هي مختلف وسائل التواصل، ومنها: التلفاز والمذياع والصحف والمجلات والنشرات والدوريات والتسجيلات السمعية والبصرية والأفلام. وقد شهد القرن الماضي انفجاراً في التواصل العالمي وفي وسائل الإعلام العامة، بدءاً من الأفلام إلى التواصل عبر الأقمار الصناعية، وصولاً إلى الشبكة العنكبوتية المعلوماتية. وفي هذا القرن نشهد العديد من تطوير أشكال جديدة من وسائل الإعلام وتحسينها، ومنها: الهواتف النقالة، والمدونات الصوتية وغيرها من وسائل التواصل بما فيها وسائل التواصل الاجتماعي مثل مواقع بلوغز وتويتير وفيسبوك.

إن التفاعل بين وسائل الإعلام والكوارث يمكن تلخيصه بعبارة نشرت في عام ٢٠٠٥م في ورشة عمل أقامها معهد الطب عن الكوارث، وهي: «وسائل الإعلام هي الأسرع. وفي بعض الحالات تكون الوسيلة الوحيدة لنشر معلومات الصحة العامة المهمة للمجتمع في أثناء الكارثة، ولذلك، يصبح العمل مع الإعلام بالغ الأهمية لتحقيق تواصل ناجح».

إن وسائل الإعلام تقوم بدور هام في تخفيف الكوارث، وفي المساعدات الإنسانية؛ وقد ورد في تعريف آخر للكوارث بأنها: حالة صحية طارئة تظهر على الصفحات الأولى أو في أهم الأنباء في النشرات الإخبارية. وعندما لا تظهر تلك الحالات في الصفحات الأولى أو في نشرات الأخبار، فهذا يعني اختفاء تقديرها من ناحية الجاذبية والشدة والقوة.

إن نجات ملايين الناس الذين يعلّقون في الكوارث يعتمد على معرفة ما يحدث وعلى مقدار توقعهم للمساعدة، وإن توفير المعلومات مهم للغاية، ووسائل الإعلام هي مفتاح نشر هذه المعلومات. فالكوارث التي حصلت في راوندا، وكوسوفو، وتسونامي المحيط الهندي، وزلزال هايتي، وحديثاً الحرب الأهلية في سوريا، وإعصار يولاندا في الفلبين، أثبتت أن وسائل الإعلام تساعد في توجيه الانتباه نحو الكوارث. ولو تم توجيه ذلك الانتباه بشكل لائق لأصبح بالإمكان تسريع استجابة المساعدات الإنسانية وإنقاذ الأرواح بشكل أفضل.

وسائل الإعلام والأطفال في الكوارث

يقوم التلفاز ووسائل الإعلام الأخرى عادةً بنقل مشاهد الخراب والدمار بعد حدوث كارثة كبرى، ومن المستحيل المحافظة على الأطفال بمعزل عما يجري حولهم، فهم يسمعون ويشاهدون الكارثة وربما يكونون خائفين. ومن المهم جداً الإجابة عن جميع تساؤلاتهم، وهنا تكون الأمانة ضرورية. وعلى الكبار أن يقدموا لهم إجابات يسيرة ومباشرة، وليس بالضرورة

تزويدهم بتفاصيل عن أشياء لم يسألوا عنها أصلاً، ويكفي أن تكون الإجابات ملائمة لسنّهم؛ حيث إن الأطفال الصغار تختلط لديهم الحقائق مع تفكيرهم التخيلي ومع مخاوفهم الآنية، وربما يكونون غير مدركين بأن الصورة نفسها تتكرر في العديد من وسائل الإعلام، أو ربما يظنون أن الكارثة تتكرر في كل مرة.

من المهم جداً أن يدرك الكبار احتياجات الصغار بحساسية شديدة، آخذين بعين الاعتبار احتمال إصابة هؤلاء الأطفال بالصدمة والخوف والقلق. والأطفال الذين تعرضوا لتجارب سابقة في الكوارث ربما يتفاعلون بشكل مختلف مع بعض برامج الإعلام، وعلى سبيل المثال فإن الأطفال الناجين من الحروب أو الزلازل قد تحصل لديهم ومضات تذكيرية، كما أن الأطفال المصابين مسبقاً بصعوبات في التعلم أو لديهم مشاكل عاطفية ربما يجدون صعوبات أكثر في التأقلم مع الكارثة. وإن تفاعل الأطفال مع وسائل الإعلام ربما يظهر تفاعل الآباء معها، بما في ذلك الخوف والغضب واليأس والفرح والحزن.

يمكن لمساعدتي الأطفال استخدام وسائل الإعلام لتقديم إرشادات عن كيفية تلبية احتياجات الأطفال في الكوارث، ومساعدة عائلاتهم في التأقلم مع الحزن والأسى والفقْدان، وتجنب استغلال الأطفال، ومناقشة أهمية تلبية احتياجات الأطفال النفسية.

وتُعَدُّ حماية خصوصية الأطفال ذات أهمية شديدة جداً، ولاسيما عندما تقوم وسائل الإعلام بتصويرهم أو بعمل لقاءات معهم، وعلى عمال الإغاثة أن يطلبوا من وسائل الإعلام احترام كرامة الأطفال، وتقدير خصوصياتهم، ومراعاة ما يحقق أمانهم من التغطيات الإعلامية، وعليهم كذلك أن يكونوا جاهزين لمقاضاة الإعلاميين الذين ينتهكون حقوق الأطفال.

(٢٠) الكتب والقراءة للأطفال

ربما يفكر عمال الإغاثة الإنسانية بأن التركيزَ على جلب الكتب والتحفيز على إعطاء الأطفال وقتاً للقراءة في مرحلة ما بعد الكارثة أمرٌ يجب تأخيره حتى يتم إعداد مناطق العلاج الطبي والتسهيلات الطبية بشكل كامل. ولكن كما تعلمنا في العقود الماضية، في أندونيسيا وهايتي وبعد إعصار كاترينا، أنه يجب عدم تأخير الجهود حتى يتمّ تمكين استقرار الحياة العاطفية وتجهيز أماكن الراحة والفهم. فالكتب خيراً ما يمكن أن تساعد على تحقيق ذلك؛ حيث إن القصص الشخصية من عمال الإغاثة في حالات الكوارث أثبتت أن الكتب لها تأثير سحري على المرضى وعلى الجرحى من الأطفال وعلى عائلاتهم أيضاً.

من خلال خبراتنا المتنامية مع برنامج التواصل والقراءة (the Reach out and Read) (ROR) في الولايات المتحدة (www.reachoutandread.org) استطعنا على نطاق واسع زيادة قدراتنا على إعداد كتب مناسبة لكل الأعمار وتأمين لهم، بدءاً من عمر (٤-٦) أشهر. واستطعنا تدريب الآباء، والموظفين والمتطوعين، والأشقاء الكبار، على مساعدة الأطفال الصغار بتفاعلهم مع الكتب، وإن جميع المتخصصين في صحة الطفل، وكذلك الذين تلقوا هذا البرنامج، استطاعوا إيجاد كتب رخيصة ومناسبة لمختلف الأعمار؛ حيث إن التنوع مهم جداً. وقد استطاعوا استخدام القراءة التحوارية، وهي الكلام عن محتوى الكتاب، فضلاً عن مجرد القراءة، واستطاعوا كذلك معرفة كيفية إشاعة تلك الكتب ونشرها لتكون بين أيدي الأطفال الصغار في أعمالهم اليومية.

إن الأطفال الصغار وخلال أوقات الكوارث ربما يجلسون في مجموعات صغيرة تتكون من ثلاثة إلى أربعة أطفال على سرير صغير، ومن دون أغطية، وربما يكونون إلى جانب الوالدين أو إلى جانب أحد الأقارب، وهذا الظرف يُعدُّ الوقت المثالي لتوزيع الكتب وتدريب الآباء والكبار الآخرين على كيفية استخدام الكتب من أجل تحقيق راحة أطفالهم وتشجيعهم على القراءة، وحتى عندما لا يستطيع الآباء القراءة فمن الممكن تدريب الآباء على كيفية استخدام الكتب في تحفيز التفاعل الإيجابي فيما بينهم وبين أطفالهم.

السيدة ايدويج دانتيكات، مؤلفة هايتية أمريكية، ألّفت كتاباً للأطفال عنوانه (الأيام الثمانية)، وعلى الرغم من أن الكتاب يصف الوقت الذي قضاه طفل في السابعة من عمره محتجزاً في منزله بعد الزلزال الذي وقع في عام ٢٠١٠م إلا أن قصصه المسرحية يمكن أن تشد انتباه الأطفال بقوة، وقد ذكرت في مقدمة كتابها ما يأتي: «بالرغم من الحزن البالغ الأسى، إلا أن أطفال هايتي لا يزالون يحلمون، ويضحكون، ويستمتعون بالحياة، ويحبون». وهذا مثال نموذجي لكتاب ملائم ثقافياً، ويساعد في تخفيف جراح الأطفال الصغار الذين يعانون الأمرين من وضعهم أثناء الكارثة وبعدها.

وكتب الدكتور روبرت نيدلمان وسيريفينج بيروجكول كتباً لمئات الأطفال النازحين بعد كارثة تسونامي في جنوب تايلند. إن ذلك الأمر قد دعا إحدى كليات جامعة كون كاين في

شمال تايلندا إلى تأسيس مكتبة متنقلة لتزويد المنازل والمدارس بالكتب لمدة عامين بعد كارثة تسونامي.

إن الرغبة في توفير كتب للأطفال في المناطق الفقيرة والشحيحة بالموارد في العالم قادت إلى دعم المؤلفات المحلية، ودعم الكتب الملائمة لغويًا للأطفال حول العالم. كما أن برنامج التواصل والقراءة وقُر تسجيلات فيديو للمتحدثين باللغة الإنجليزية على موقعهم في الشبكة العنكبوتية. كما وقُر الداعمون لهذا البرنامج كتبًا منشورةً محليًا في هايتي والفلبين وليسوتو، وكانت باللغات المحلية أيضًا.

ماذا يمكن أن يفعل عمال الإغاثة؟

بإمكان عمال الإغاثة أن يجلبوا الكتب الملائمة معهم ويحضروها إلى المناطق المنكوبة، ويشرحوا طريقة الاستفادة منها، وبإمكانهم كذلك إشراك الوالدين والأقارب واليافعين الذين يستفيدون من العمل التطوعي. وبإمكانهم كذلك البحث عن مصادر للكتب في الدول المنكوبة، وإنشاء مكتبة متنقلة للأطفال النازحين، وإن هذه المكتبات المتنقلة لا تحتاج بالضرورة إلى عربة، بل يمكن لأصحاب الدراجات الهوائية أو لحاملي سلال الكتب من المتطوعين القيام بتلك المهمة المفيدة جدًا للأطفال.

الأنواع النموذجية لكتب الأطفال في مختلف الأعمار:

الأطفال القادرون على المشي: هناك كتب المجاسة، وهي سهلة القراءة وسهلة الفهم والاستيعاب، وهي الكتب التي يمكن قراءتها قبل النوم بوصفها وسيلة مفيدة ومريحة، وينصح بأن تشتمل على صور لأوجه الأطفال، ولاسيما الأطفال المحليون، والتي تمكن الطفل من التأشير والعد والتسجيل، ويمكن القراءة منها للأطفال وهم جالسون في حجر الكبار إن أمكن ذلك.

قبل سن المدرسة: يُنصح بكتب القصص، ولاسيما القصص المحلية، مع وجود صور مألوفة لديهم، ومنها قصص العوائل، والمدارس، والأصدقاء، ويمكن سؤال الطفل أسئلة عن القصص، ويمكن جعل الطفل يحكي قصته الخاصة. كما أن الأطفال قبل سن المدرسة يفضلون كتب الشعر الغنائي والقافية الموسيقية السهلة.

أطفال الصفوف الدنيا: الاستمرار في القراءة بصوت عالٍ للأطفال، على الرغم من أن مهارات القراءة لديهم ما تزال في بدايتها، والاستمرار في تعلم الأعداد والحروف، ويمكن ضم الطفل أثناء القراءة إذا كان ذلك ممكنًا، وفي هذا العمر يمكن للطفل أن يبدأ قراءة فصل من كتاب.

ما قبل البلوغ: يفضل الأطفال كتب المغامرات، وقصص الحيوانات الخيالية، وكتب الشعر

البدائي، والكتب التي تشتمل على الفكاهة والخيال، وكثير منهم يجد متعة كبيرة في سلسلة قصص بيت الشجرة السحرية، وسلسلة قصص الساحر الصغير هاري بوتر. وفي هذا العمر وما فوق يستطيع الكبار قراءة الكتب والتكثيف معها بشكل أفضل من الأطفال الصغار. المراهقون: يمكن تحفيز القراء الجيدين لقراءة بعض كتب قصص العلاج والتكثيف التي سنذكر بعضها، إما لأنفسهم أو للأطفال الأصغر منهم سناً، وربما يفضلون كتب الخيال، والقصص، والكتب المصورة، ولاسيما تلك التي تتحدث عن المراهقين. كتب الشفاء: هناك العديد من الكتب المتخصصة التي كتبت لمساعدة الأطفال على التأقلم والتكثيف: أحدها كتب خصيصاً للذين يعتنون بالأطفال في هاييتي تحت عنوان (خمس وثلاثون ثانية) وتم تأليفه بواسطة الدكتورة ميري فونروز (Thirty-five Seconds (Trant Senk (Segond)).

أمثلة أخرى:

كتاب (حدث شيء فظيع) يقدم اقتراحات لمرافقي الأطفال.

Terrible Thing Happened by Holmes (lightweight with suggestions for caregivers).

كتاب (الطفل الذي لا يريد أن يكون حزينا).

The Boy who didn't want to be Sad, Goldblatt

كتاب (101 قصة شفاء للأطفال والمراهقين): باستخدام العلاج المستعار.

Healing Stories for Kids and Teens: Using Metaphores in Therapy, by 101

.George W. Burns

كتاب (هاري ذا هيينو بوتاماس):

Harry, the Hypno-potamus: Metaphorical Tales for the Treatment of Children

.vols 1 and 2 by Linda Thomson

كتاب (كن المتحكم في ألمك، وكن المتحكم في ضغوطاتك، وكن المتحكم في نومك).

Be the Boss of your Pain, Be the Boss of your Stress, and Be the Boss of

.your Sleep, by Rebecca Kajander C.P.N.M.P.H. and Timothy Culbert M. Dr

هذه أمثلة عن بعض الكتب التي تساعد الوالدين والأقارب والمتطوعين المحليين على تقديم الراحة والمتعة للأطفال بعد الكوارث، ومعظم الأمثلة المذكورة تحتاج إلى متحدثين باللغة الإنجليزية. ويجب كذلك استخدام الكتب المتوافرة باللغة المحلية.

المراجع

Treating Traumatized Children, Rebecca Clay, American Psychological Association, July/ August 2010, vol 41, No 7, Pp 3638-.

(٢١) التطعيم

التطعيم يحمي الأطفال من عدة أمراض خطيرة قد تصيبهم في مرحلة الطفولة؛ ففي عام ١٩٧٤م أسست منظمة الصحة العالمية برنامجاً موسعاً في التطعيمات (EPI) للتأكيد على حصول العالم على التطعيمات المنصوح بها في مرحلة الطفولة، وتم استهداف ستة أمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيمات، وهي: الحصبة، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز، وشلل الأطفال، والدرن. وفي عام ١٩٧٤م كان أقل من ٥٪ من أطفال العالم مطعّمين بشكل كامل، بينما في عام ٢٠١٠م وصلت تغطية التطعيمات من الجرعة الثلاثية من: الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز (DPT) وتطعيم الحصبة (MCV) إلى ٨٥٪ من أطفال العالم. وعلى الرغم من ذلك، ففي عام ٢٠٠٨ قدرت منظمة الصحة العالمية أن مليون ونصف المليون من وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات كانت بسبب أمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيمات، وهذا يمثل ١٧٪ من مجموع الوفيات تحت سن خمس سنوات في العالم أجمع. ويتم عبر التطعيم حماية الأطفال من بعض الأمراض النوعية ومضاعفاتها الخطيرة، والطفل الذي لم يأخذ التطعيم هو أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية، أو أنه يصاب بالعجز، وقد يموت.

وفي حالات الطوارئ يجب أن يكون التطعيم من الأولويات، ويكون متزامناً مع الوضع الصحي العام ككل، ويجب على عمال الإغاثة تقييم وضع ما قبل الكارثة من تطعيمات لدى الأطفال النازحين. وفي المرحلة الطارئة التي تُعرف بحدوث ارتفاع وحشي في معدل الوفيات أعلى من ١/١٠,٠٠٠/يوم، تكون العدوى هي أكثر الأسباب شيوعاً لحدوث الأمراض والوفيات، والتي ترتفع هي الأخرى بسبب سوء التغذية. ومعظم هذه الأمراض المبكرة لا يمكن الوقاية منها بالتطعيم، فضلاً عن أن حملات التطعيم تستهلك الشيء الكثير من الموارد المتاحة التي يمكن استغلالها بشكل أفضل في مواقع أخرى في أثناء الكوارث.

في تقرير حديث للمجموعة الاستشارية الإستراتيجية للخبراء بمنظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٢م (SAGE) بشأن التطعيمات، أشارت إلى عدم توافر اتفاق موحد بشأن أسلوب تطعيمات يكون ملائماً أثناء أوقات الكوارث، وأن كل مراجعاتهم للدراسات المنشورة أظهرت استخدام العديد من المنظمات لمواصفات غير معيارية في تخطيط إستراتيجيات التطعيم وإقامتها. وعلى الرغم من ذلك فإن هناك عدد قليل من الأساليب التي تم استخدامها في إستراتيجيات التطعيم في الكوارث الإنسانية تُعدُّ مقبولة نوعاً ما. والتطعيمات الوحيدة التي يوصى بها باستمرار في برامج التطعيمات الفورية خلال مرحلة الطوارئ تشمل: الحصبة، وشلل الأطفال، والكزاز (لن لديهم جروح مفتوحة).

ومن بين الأمراض التي لديها قابلية لتتطور إلى وباء هناك ثلاثة أمراض فقط يُنصح بمتابعتها بعد بداية تفشيها، وهي: التهاب الكبد الوبائي (أ)، والتهاب السحايا (الحمى

الشوكية)، والحمى الصفراء، وعلى العكس من ذلك، فإنه بالنسبة للحصبة وشلل الأطفال ينصح بالوقاية منهما بعد بداية الوباء. ويلاحظ أن الوثائق التي تنصح بالتطعيم ضد شلل الأطفال خلال الحالة الطارئة هي أيضاً تنصدر التهديد المحتمل من البرنامج الحالي للقضاء عليها. ومما يثير الاهتمام أن هناك أيضاً نقاشات حول إدخال تطعيم التهاب السحايا (أ) المقترون (meningococcal A conjugate) في الأزمات التي تحدث في دول الحزام الجنوبي لصحراء أفريقيا عمّا إذا كان ذلك سيكون مفيداً. إن تطعيمات الكزاز، والسعال الديكي، والدفتيريا المعتادة لا ينصح بها بوجه عام في التطعيمات العامة للحالات الطارئة على الرغم من أنه يجب تنفيذها عندما تستقر الأوضاع ويتم إقامة برنامج التطعيمات الشامل. وتطعيمات الأنفلونزا والتيفوئيد في العادة لا يُنصح بها أبداً في الحالات الطارئة.

التطعيم ضد الحصبة هو أكثر التطعيمات المنصوح بها خلال المرحلة الأولى من الحالة الطارئة؛ حيث يمكن أن تكون الحصبة سبباً رئيسياً لموت الأطفال في حالات الطوارئ الإنسانية، وهي تتفاقم بسبب ازدحام المعسكرات، وبسبب سوء التغذية، ونقص فيتامين (أ). وهناك العديد من الوفيات كانت بسبب الإسهال أو التهاب الرئة، وهي مرتبطة بالحصبة. ويقدر ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في حالات الطوارئ الإنسانية من ٢٠-٣٠٪. وكتاب الطوارئ الذي أصدرته المفوضية العليا لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة يشير إلى أن التطعيم ضد الحصبة هو التطعيم الوحيد الضروري في المراحل الأولى من الأزمات.

وبشكل مثالي، فإنه يجب إعطاء تطعيم الحصبة مع فيتامين (أ)؛ وذلك لأن نقص الفيتامين يؤدي إلى تفاقم المرض، كما أن حالات الطوارئ الإنسانية تحدث دائماً في مجتمعات ضعيفة المناعة بسبب انعدام الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي، وبسبب اختلال برامج التطعيمات المعتادة، وضعف البنى التحتية للخدمات الصحية. إن إحداث توازن بين إستراتيجيات التطعيمات العامة في حالة تعدد احتياج الخدمات الطبية العاجلة ضعيف وهش جداً، ويعتمد على عوامل خارجية متعددة، فضلاً عن دعم سلسلة التبريد، ودعم إنتاج اللقاحات، وغيرها.

بعد انتهاء مرحلة الطوارئ، يجب البدء ببرنامج التطعيم ليتكامل مع البرنامج الصحي طويل الأمد. ويجب تقييم كل حالة بمفردها، وتحديد أكثر الأمراض أولوية، ومعرفة حجم المشكلة، وإمكانيات التطعيم، والاعتماد على الموارد الحقيقية المطلوبة، وتوجيه التطعيم ضد الأمراض التي تسبب أعلى معدل إصابة وأعلى معدل في الوفيات. ولأجل تحديد حجم الخطورة في تطور المرض فإن درجة وجود المناعة يجب أن تحدد؛ وذلك لأن المناعة الموجودة قد تكون ثانوية نتيجة للتعرض السابق أو بسبب التطعيم، كما يجب بذل الجهود لتحديد الخطورة العالية للمرض، ومنها: الأطفال سيئي التغذية، والمصابون بنقص المناعة، أو المخاطون للمصابين به.

والجدول التالي تبنته المجموعة الاستشارية الإستراتيجية للخبراء في منظمة الصحة العالمية (SAGE) عام ٢٠١٢م، وهو يشتمل على توصيات بشأن التطعيمات ضد الأمراض الوقائية في حالات الطوارئ، وكذلك المنظمات التي تدعم تلك التوصيات.

		<p>ربما نفكر في إعطاء الفلاح الكثيراً وقائياً، في بيئة مستقرة داخلياً، ولكن يعطي بشكل محذور عندما يبدأ الرباء بالانتشار. ويتم استهداف السكان ذوي الخطورة العالية في خطوة وقائية.</p>	IFRC	
المرحلة الأولى للزوح		<p>يتصحح به للوقاية من التهابات البكتيريا الشديدة، ولكن هذه اللقاحات لا تتوافر عادة في حالات الطوارئ</p>	<p>المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض</p>	<p>الأطفال ذناً ب والتهاب (bH) الروية (VCP)</p>
يتصحح به بشكل رئيسي في حالات انتشار الرباء	<p>نقص المياه، والتصرف الصحي والنظافة العامة.</p>	<p>في حالة الرباء، يستهدف اللقاح القئات شديدتي الخطورة للإصابة بالمرض، كما يستهدف الحاملين للمصابين. ولا يتصحح به في التجمعات العامة، ويفضل للأشخاص شديدتي الخطورة للإصابة بالمرض، مثل المعتنين بمعالجة مياه الشرب، مياه التصريف، والتصريف الصحي. لا يتصحح بإعطاء اللقاح عادة بعد الكوارث، وفي حالة الإخلاء من كوارث طبيعية وحدها أو من الجفاف والجاعة في القرن الأفريقي.</p>	متنوع	<p>التهاب الكبد الروائي أ</p>

الموقت المنصوح به في التطعيم في حالات الطوارئ	حالات الكوارث لعموم خطورة المرض	ملخص التوصيات	المنظمة الداعمة	لقاح المرض الوبائي/ اللقاح
ليس بالأمير الهام خلال الفترة الحادة.	الاستخدام غير الآمن للحقن، نقل الدم، إبر استخدام المخدرات، حصول إصابات جراحية في البطن المبرومة، العاملون المتعرضون لجثث الوتى.	لا يوجد مؤشرات للتطعيمات العامة في حالات الطوارئ بشكل عام، ومع ذلك هناك بعض المؤشرات للحاجة إلى تطعيم العمال الذين يحملون جثث الوتى لاحتمال إصابتهم بالعدوى التي تنتقل بالدم.		التهاب الكبد الوبائي ب
لم تذكر	حالات ازدياد المجموعات	ينصح به لمن تم إجلاؤهم في حالات ازدياد المجموعات بعد الكوارث الطبيعية (إذا لم يتم التأكد من أخذه حديثاً) لم يثبت جدواه بعد الزلزال، فيما عدا الاستخدام المعتاد الحد.	المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض	الانفلونزا
	تقص الغذاء الشديد، سوء التغذية، انخفاض معدل تغطية لقاح الحصبة، فقدان ضروريات الحياة.	اللقاح الموسمي للانفلونزا لا ينصح به في حالات وباء الانفلونزا الجديد بين السكان النازحين، لأنه لن تكون هناك كميات كافية من اللقاح لتغطية الجميع.	منظمة الصحة العالمية	
قريباً خلال (1-8) أسابيع من الكارثة، أو أقرب من ذلك قدر الإمكان، ويجب عدم انتظار إصابة حالة واحدة.		لقاح الحصبة هو من الأولويات في حالات الطوارئ، وربما يعتبر اللقاح الوحيد في المرحلة الأولى لحالات الطوارئ.	منظمة الصحة العالمية	الحصبة (MCV & MMR)

<p>يجب إعطاءه لجميع الأطفال من ٦ أشهر إلى ١٥ سنة، وعلى الأقل لجميع الأطفال من عمر (٦-٥٩) شهراً. ويجب إعطاء فرصة لجرعة أخرى عند الوصول لعمر ٩ أشهر، بل أخذ اللقاح قبل سن ٩ أشهر، وبراى الفصل بينهما مدة شهر على الأقل. وفي بعض الحالات في المجموعات أكبر من ١٥ يجب مراعاة العمر المستهدف بناءً على تقييم المخورة.</p>	<p>اليونيسيف</p>	
<p>عندما تكون المصادر محدودة، تعطى الأولوية للأطفال الأقل من (٥) سنوات وكذلك ذوى المخورة العالية (مثل سنّي التغذية). الوقاية من الإصابة والوفاة بالحصبة سهلة جدا بالتطعيم.</p>	<p>الفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة</p>	
<p>لا يوجد طريقة محددة، مع متطلب تغطية بنسبة ٩٠٪.</p>	<p>IFRC</p>	
<p>ينصح بدمجها مع فيتامين (أ) للتقليل من مضاعفات الحصبة</p>	<p>المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض</p>	
<p>إن توصيات المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض في حالات تزامن مجموعات النازحين بعد الكارثة، والذين تم إجلائهم يجب إعطائهم إلا إذا تم التأكد من تغطيتهم باللقاح قبل MMR.</p>	<p>اسفير</p>	
<p>تنفذ التدخل بالطريقة المرحلية، بناءً على تقييم الاحتياجات. القيام بحملات تطعيم متزامنة بين السكان اللاجئين والجماعات المستضيفة المحلية.</p>	<p>منظمات متنوعة</p>	

الوقت المنصوح به في التطعيم في حالات الطوارئ	حالات الكوارث لعوامل خطورة المرض	ملخص التوصيات	المنظمة الداعمة	لقاح المرض الوبائي/ اللقاح
الإماكن المزدحمة في مناطق الوباء.	موسم الجفاف المحلي، النمط الرسمي	التهاب السحايا أحد اللقاحات الرئيسية المستخدمة في الطوارئ المعقدة. لقاح التهاب السحايا يوفر سيطرة فعالة على الوباء، ويجب تنفيذه بعد توصية الخبراء فقط، عندما يشير المسح إلى ضرورة ذلك، و فقط في حالات الوباء للأطفال الذين هم أكبر من سنتين.	منظمة الصحة العالمية	الكوربات السحائية (التهاب السحايا)
لا ينطبق	الإرتحاح، سوء التغذية، الالتهاب المصاحب لأمراض أخرى (الإيدز، الملاريا، الدرن، الخ)	يجب تجنب التطعيم ضد السعال الديكي بوجه عام في حالات الوباء بسبب وجود تحفظ نظري بخصوص حصول أحداث عكسية لدى الأطفال المصابين بالتهاب السحايا. DTaP: المصابين عندما يعطون اللقاح الكامل من لقاح	منظمة الصحة العالمية	السعال الديكي
مباشرة بعد وقوع حالة الطوارئ، أو عند بداية الكارثة.	المجاعة، سوء التغذية، ازدهام معسكات الالتهاب، وجود لقاحات رخيصة السعر، الفيضانات.	انتشر شلل الأطفال هو تهديد لبرامج استئصاله، وهو متصل بقلة المياه والتصرف الصحي، وفي دول القرن الأفريقي، خلال القحط والجاعة، كانت التوصيات بإعطاء لقاح شلل الأطفال لجميع الأطفال تحت 5 سنوات بالإضافة إلى الحصبة وفتيامين أ.	منظمة الصحة العالمية	شلل الأطفال

وكما ناقشنا سابقاً، فحينما تستقر حالة الطوارئ يجب إقامة برامج التطعيمات المعتادة مثل البرنامج الموسع للتطعيمات (EPI)، وإن جدول التطعيمات المعتادة في معظم الدول يشتمل على ستة أمراض وقائية هي: الحصبة، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز، وشلل الأطفال، والدرن. والجدول (١) يقدم وصفاً مختصراً عن مفتاح خصائص كل مرض، ومما يجدر الإشارة إليه أن بعض الدول أضافت إلى جدول التطعيمات: الأنفلونزا ب (Heamophilus influenza type B)، والتهاب الكبد الوبائي ب، والحمى الصفراء، كما أن النساء في سن الحمل يجب تطعيمهن بلقاح الكزاز وقايةً لهن من كزاز المواليد. وإن إعطاء فيتامين (أ) عادة يكون مصاحباً ومكماً لبرنامج التطعيم الوطني، ويستهدف الأطفال تحت سن (٥) سنوات، كما يستهدف الأمهات فيما بعد الولادة. والجدول (٢-٤) يوضح الإرشادات العامة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في هذا الشأن.

جدول 1: خصائص الأمراض الرئيسية التي يمكن الوقاية منها باللقاح

<p>هي مرض تنفسي شديد العدوى، وأعراضه: الطفح الجلدي، والحمى، والسعال، وسيلان الأنف، واحمرار العين الرطبة. وتستمر هذه الأعراض حوالي أسبوع، والمضاعفات الشائعة لها: التهاب الأذن، والتهاب ذات الرئة. أما المضاعفات النادرة لها فهي: التهاب الدماغ، الصمم، التخلف العقلي.</p>	<p>الحصبة</p>
<p>هي مرض تنفسي شديد العدوى، يبدأ تدريجياً بألم البلعوم مع حمى خفيفة، وتكوين غشاء في البلعوم يمكن أن يعيق البلع أو التنفس.</p>	<p>الدفتيريا</p>
<p>هو مرض تنفسي شديد العدوى ينتشر من خلال السعال الشديد، وله ثلاث مراحل سريرية:</p> <p>(١) المرحلة النزلية: (١-٢ أسبوع)، وأعراضه: السعال المتزايد تدريجياً، وسيلان الأنف، والحمى، وفقدان الشهية.</p> <p>(٢) المرحلة الاشتدادية (٢-٤ أسابيع) وأعراضها: نوبة من السعال الاشتدادية (مع المعاعة) التي تنهيج بالأكل، والشرب، والتكلم أو البكاء، ويمكن أيضاً أن ترافق مع نوبات من الزرقة والتقيؤ.</p> <p>(٣) مرحلة النقاهة (١-٢ أسبوع) حيث: تتناقص شدة السعال والتقيؤ، وقد يستمر السعال لعدة أشهر. وتتضمن المضاعفات: ذات القصبات والرئة، والتهاب الدماغ، والمضاعفات العصبية وهي غالباً لها علاقة بنوبات نقص الأوكسجين.</p>	<p>السعال الديكي</p>
<p>ينتشر من خلال الانتقال التوطي - الفموي الناتج عن قلة غسل اليدين، أو تلوث المياه، وأعراضه: الحمى، وألم البلعوم، والغثيان، والصداع، وآلام المعدة، وآلام الرقبة والظهر، ويمكن أن يؤدي إلى الشلل والموت.</p>	<p>شل الأطفال</p>
<p>هو مرض عصبي تسببه جراثيم تدخل الجسم من خلال تشققات في الجلد من مثل الجروح، وأعراضه المبكرة: الصداع، والارتباك، وتيبس الفك والرقبة. أما الأعراض المتأخرة فتظهر في: تقلصات عضلية شديدة في الفك، الرقبة، الذراعين، الساقين، الظهر والبطن. ويصيب المواليد بكثرة في البلدان النامية نتيجة نقص في تطعيم الأمهات.</p>	<p>الكزاز</p>
<p>هو مرض تنفسي شديد العدوى، وقد يكون الالتهاب نشطاً أو خاملاً، وأعراض هذا المرض النشط تتضمن: فقدان الوزن، والحمى، والتعرق الليلي، والسعال المنتج للمخاط أو الدم أو كليهما، والألم الصدري، وتضخم العقد اللمفاوية.</p>	<p>الدرن</p>

**جدول ٢: نصائح منظمة الصحة العالمية
لبرنامج التطعيمات الموسع للتطعيمات المعتادة.**

العمر	المرض	الزيارة الجديدة
وقت الولادة	الدرن	BCG
(٦، ١٠، ١٤) أسبوع	الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز	DPT
وقت الولادة، (٦، ١٠، ١٤) أسبوع	شلل الأطفال	OPV
(٩) أشهر	الحصبة	الحصبة

جدول ٣: نصائح منظمة الصحة العالمية لإعطاء لقاح الكزاز

الجرعة	وقت التطعيم	مدة الحماية
TT١	عند التعرض الأول	لا يوجد حماية
TT٢	بعد أربعة أسابيع من TT١	ثلاث سنوات
TT٣	سنة أشهر على الأقل بعد TT٢	خمس سنوات
TT٤	سنة على الأقل بعد TT٣	عشر سنوات
TT٥	سنة على الأقل بعد TT٤	ثلاثون سنة

جدول ٤: نصائح إعطاء فيتامين أ.

العمر	الجرعة	التكرار
> ٦ أشهر	٥٠٠,٠٠٠ وحدة دولية	(٦، ١٠، ١٤) أسبوعاً
٦-١٢ شهراً	١٠٠,٠٠٠ وحدة دولية	كل (٤-٦) أشهر
<= ١٢ شهراً	٢٠٠,٠٠٠ وحدة دولية	كل (٤-٦) أشهر
الأم	٤٠٠,٠٠٠ وحدة دولية	(>=٦-٨) أسابيع بعد الولادة

يوجد هناك القليل جداً من موانع التطعيمات، ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن «التطعيمات المعتادة يجب إعطاؤها باستثناء ما إذا كانت حالة الطفل تستدعي إدخاله إلى المستشفى»، وفي العادة يتم تجنب إعطاء التطعيمات للأطفال قليلي المناعة أو المصابين بأمراض تضعف المناعة. ومع ذلك، ففي الدول التي ترتفع فيها نسبة الإصابة بالحصبة أو بشلل الأطفال فإنه يجب أن يتم قياس خطر التطعيمات بحذر مقابل خطر الإصابة بالمرض. وفي الوقت الحالي فإن تطعيم الدرن ممنوع على الأطفال الذين تظهر عليهم علامات سريرية تدل على الإصابة بالإيدز، ولكن كل التطعيمات الأخرى يُنصح بها. ولا ينبغي أن تحول المخاوف من انقطاع جدول التطعيمات دون البدء بتنفيذ برامج التطعيمات؛ ذلك لأن الانقطاعات لن تؤدي إلى إعادة الجدول بشكل كامل، وكذلك فإن حالة سوء التغذية ليست مانعاً من إجراء التطعيمات اللازمة في وقتها.

يجب تقييم كل برامج التطعيم باستمرار، كما يجب حفظ السجلات بحذر؛ وذلك لتحديد عدد اللقاحات المعطاة، وعدد الأطفال المستفيدين من البرنامج، والمحافظة على سلسلة التبريد؛ حيث إن سلسلة التبريد تتطلب أن يحفظ اللقاح بشكل بارد باستمرار، حتى في أثناء النقل، وذلك للمحافظة على فاعلية اللقاح. ويمكن قياس فاعلية التطعيم من خلال مقارنة حدوث المرض في الأطفال الذين تلقوا التطعيم والذين لم يتلقوه. ولأجل تسهيل التقييم وتقديم خدمة أفضل للأطفال فيجب إعطاء كل طفل من الأطفال سجلاً خاصاً به عن التطعيمات التي تناولها أو أعطيت له.

إن الجهود المبذولة لدعم النساء المرضعات هي المفتاح الرئيسي لأي برنامج تطعيم، ويجب ألا يقلل من شأن المناعة المنوَّحة للطفل من خلال الرضاعة الطبيعية، فالحليب البشري يحمي ويعزز صحة الرُّضع؛ الأمر الذي يتمُّ عن طريق تعزيز تقوية الجهاز المناعي.

تقنية حقن اللقاح:

إن طريقة وموضع حقن اللقاح يؤثران في مدى فاعلية اللقاح؛ إذ يجب إعطاء لقاحات الدفتيريا، والكزاز، والسعال الديكي، عضلياً. وتعطى لقاحات شلل الأطفال المعطل (IPV) والسحائيات، والحصبة، تحت الجلد. وإن تقنية الحقن وطول الإبرة يُعدَّان أمرين مهمين لإيصال اللقاح بشكل ملائم.

يجب إعطاء اللقاحات التي تحقق في مواضع خالية من خطر الأذية العصبية، أو الوعائية، أو النسيجية الموضعية، قدر الإمكان. والأماكن المفضلة للحقن هي الجهة الأمامية الوحشية للقسم العلوي من الفخذ، والمنطقة الدالية للطرف العلوي، فهذه الأماكن جيدة لإعطاء اللقاحات

التي تعطى إما تحت الجلد أو عضلياً. كما أن التقنية المقررة من قبل منظمة الصحة العالمية للحقن العضلية تشتمل على قرص قطعة الجلد بين السبابة والإبهام، وإدخال الإبرة للأسفل بزاوية ٩٠ درجة عبر الجلد، ويجب استخدام هذه التقنية مع إبرة قياس (١٦) ملم (٥/٨ بوصة) ليتحقق الوصول الفعّال إلى داخل العضل.

معاملة اللقاح وحفظه:

يمكن أن تؤدي الظروف غير المناسبة لحفظ اللقاح إلى فشله، وإن العديد من اللقاحات مثل لقاح شلل الأطفال الفموي، والحصبة، حساسة جداً للحرارة المرتفعة، وبعض اللقاحات الأخرى حساسة للتجمد، ومنها: لقاحات الدفتيريا، والكزاز، والسعال الديكي، ولقاح شلل الأطفال المعطل (IPV). وإن توصيات معاملة اللقاح وحفظها تكون عادة ملخصة ومرفقة مع كل لقاح. وكل المتعاملين مع اللقاحات يجب أن يكونوا على دراية تامة بإجراءات الحفظ المعيارية؛ وذلك لتقليل فشل اللقاح قدر الإمكان.

إن منشورات منظمة الصحة العالمية، وأكاديمية طب الأطفال الأمريكية (AAP)، والكتاب الأحمر RED-BOOK، تشتمل على القواعد المفصلة، بما فيها الطاقم والمعدات والإجراءات المطلوبة للقيام ببرنامج التطعيم الفعّال.

(٢٢) مواضيع طبية

د. جوردانا هيكري

إن احتياجات الأطفال الطبية في حالات الكوارث تختلف حسب مكان الموقع من العالم، ومن ذلك: حالة التطعيم، حالة الطقس، والمستوى العام للصحة. وبصفة عامة فإن الأخطار الأولية تكمن في سوء التغذية وفي الأمراض المعدية. وفي العديد من الحالات فإن الخطر على الأطفال إنما يكون جراء الذخائر غير المتفجرة، ومنها: حوادث المرور، عضات الكلاب، الغرق، الاعتداء الجسدي، والأجزاء المتطايرة كما هو الحال في الزلازل والأعاصير. وهناك بعض الكتب التي تُعدُّ مصادر أساسية تعين على توجيه الاحتياجات الطبية للأطفال، وهي واردة في القسم الأخير من هذا الدليل.

تعتمد إمكانية توفير احتياجات الأطفال الطبية بشكل فوري من عدمها على حالة النظام الطبي المحلي قبل الكارثة، وأعلى مدى تأثر النظام الطبي المحلي بالكارثة نفسها، أو عليهما معاً. وعلى سبيل المثال فإن الزلزال المدمر الذي ضرب هايتي عام ٢٠١٠م كان هناك في ذلك الوقت أحد عشر مستشفى في العاصمة بورت أوبرنس، وكان ثمانية منها قد أصيبت أو دمرت بالكامل بسبب الزلزال، تاركة ما تبقى منها في حالة ارتباك. وعلى العكس من ذلك فإنه عندما ضرب زلزال بنفس القوة مدينة طوكيو عام ٢٠٠٩م، وفي تشيلي عام ٢٠١٠م، كان الدمار في النظام الصحي وما نتج عنه من وفيات أقل بكثير، ويعزى ذلك إلى جودة البنى التحتية الطبية، فضلاً عن التأسيس الجيد للنظام الصحي.

إن تركيب الأداء الوظيفي الفريد للأعضاء لدى الأطفال يؤثر على نتائج تعرضهم للكوارث، وعلى سبيل المثال فإن سرعة التنفس لدى الأطفال، وصغر حجمهم، يزيد من تعرضهم لاستنشاق المواد المعدية والكيميائية. وإن سرعة عمليات الأيض لديهم تؤدي إلى تعرضهم بشكل أكبر للإشعاعات والمواد الكيميائية. فضلاً عن ذلك فإن هذه المواد تكون دائماً رابدة على وجه الأرض، وبالتالي فهي تؤثر على الأطفال أكثر من تأثيرها على الكبار. كما أن الأطفال عرضة للجفاف ولنقص درجات الحرارة أو ارتفاعها؛ وذلك لأن سطح الجسم بالنسبة للحجم زائد لديهم؛ الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة لامتنصاص السموم. كما أن الأطفال الصغار الذين لديهم نقص في القدرات العقلية والجسدية هم أيضاً أقل قدرة على حماية أنفسهم من تلك المخاطر، أو حتى من توقعها.

إضافة إلى ذلك، في حالات كوارث عدة، يُترك الأطفال من دون إشراف أو حماية ملائمة من الكبار، وهذه الحقيقة تزيد من مخاطر تعرضهم لمصادر الجروح، بما في ذلك إصابات

الجروح غير الكارثة، مثل: حوادث المرور، عضّات الكلاب، والغرق، وتعرضهم لخطر سقوطهم ضحايا العنف الجسدي والجنسي. وفيما يأتي نظرة عامة على العديد من المواضيع الطبية التي تواجه الأطفال في حالات الكوارث، مع بعض أساسيات التدخلات الطبية لها، والمصادر الإضافية المذكورة في الفصل الأخير من هذا الدليل.

الفرز وتدفق المرضى

في حالات الكوارث، ربما يظهر أنه من غير الممكن القيام برؤية العديد من الأطفال المرضى كل يوم؛ ولذلك، فإن مهارات الفرز تبدو ضرورية للتدريب في مجال الطوارئ الإنسانية. وبموجب نظام الفرز يمكن أن يتم التعرف بسرعة على المرضى الذين يحتاجون إلى عناية سريعة (كما هو متاح، حسب توافر المصادر)، والذين يحتاجون لنقل سريع إلى رعاية صحية متصاعدة، وأولئك الذين يمكنهم الانتظار. ومثل هذا النظام يحتاج إلى تخطيط بعناية، وإلى عمالة مُدرّبة. ومع ذلك يكون من الضروري في «حالة العيادة» توافر شخص خبير للقيام بعملية مسح للأطفال في مكان الانتظار، واختيار أولئك الذين هم أشد مرضاً ليتم فحصهم أولاً. وفي حالة توافر عدد قليل من العمال الصحيين فمن الممكن تدريب أكبر عدد من الناس العاديين للمساعدة في تنفيذ المهام، ومنها: قياس الطول، والوزن، والعلامات الحيوية، وتنظيف منطقة الفحص، وعدّ الحبوب، إلخ..

عندما يكون لديك نظام إدارة للعيادة، وكان هناك عدد كبير من الأطفال ينتظرون القيام بفحصهم، فإن عليك أن تتحرك أقل ما يمكن، واجعل الطفل يُحمَل إليك، ويبقى على حجر أمه أو يوضع على الطاولة التي أمامك، وابدأ مجهوداً لتتعلم القليل من كلمات الترحيب والعبارات الطبية؛ ذلك لأن الحاجة إلى الترجمة الشفوية تبطئ العمل وتؤخره. وتذكر أنه في حالات عديدة يواجه الطبيب ذات الأسئلة ويسمع نفس الأجوبة عدة مرات في اليوم.

الأشياء التي يجب وضعها في الحسبان:

● الماء النظيف للشرب لأبد أن يكون من الأولويات.

مياه الشرب النظيفة تساعد في الوقاية من عدوى الأمراض الوبائية التي عادة تحدث بعد الكوارث، والمثال الواضح على ذلك هو انتشار وباء الكوليرا في هايتي بعد زلزال عام ٢٠١٠م. الطريق الشرجي الفموي ينشر العدوى عادةً عبر الناس المشردين؛ ولهذا فإن توفير المياه النظيفة للشرب والتصريف الصحي المبدئي يُعدُّ واحداً من أهم معايير منظمة الصحة العالمية الضرورية لتخفيف حالة الطوارئ. انظر فصل الماء والصرف الصحي لمعرفة الطرق التي يُنصح بها لتنقية المياه والصرف الصحي.

● **قد لا تتوافر أكياس محاليل الإرواء الجاهزة عن طريق الفم، أو البودرة، أو الخلطات العالية البروتين الجاهزة:**

حاول تحضير هذه المعالجات من خلال المواد المحلية (انظر نهاية هذا الفصل لمعرفة الوصفة الأساسية لمحاليل الإرواء عن طريق الفم)، فمثلاً في باكستان يمكن أن يحضر محلول الإرواء الفموي من دقيق القمح والملح، بينما في الصين فيحضر من الدخن والسكر.

● **وسائل القياس الموثوقة مساعدة جداً:**

إذا لم تكن لديك وسائل القياس الموثوقة حاول أن تطلبها أو استحدث مثلها، ومن الممكن تركيب لوح لقياس الطول أو الارتفاع من الخشب الأملس وبمقياس معروف، وإذا كان الميزان غير متوافر لديك فيمكن أن يساعدك شريط بروسيلو على تقدير الوزن. وهناك دراسات حديثة وجدت أن شريط ميرسي ثنائي الأبعاد وثلاثي الأبعاد أكثر دقة من شريط بروسيلو. ويجب توفير مقاييس على شكل خطاف لوزن (٢٥) كغ إذا كان ذلك ممكناً، فالأطفال الصغار يجب تعليقهم في سلة لوزنهم، وهذا أفضل من تعليقهم في الخطاف أو من خلال البنطلون.

● **مخططات النمو تستخدم في كل مكان من العالم:**

إن من الخطأ اعتبار مخططات نمو الأطفال (الطول، الوزن، ومحيط الرأس) صالحة للدول الغربية فحسب، أو اعتبار القصر أمراً طبيعياً، وإن مثل هذا الاعتقاد عار عن الصحة، وبالفعل فإن هناك بعض الاستثناءات. ولكن بوجه عام فإن كل الأطفال من كل الأعراق يجب أن يكونوا ضمن المعايير الجديدة المطورة بواسطة منظمة الصحة العالمية (إصدار عام ٢٠٠٦).

● **إن أجواء مجتمعات النازحين من الكوارث تجعل الأطفال أكثر قابلية للأمراض:**

فالقلق، والاختئاب، وسوء التغذية، وضعف الوضع الصحي العام، بالإضافة إلى التعرض لميكروبات جديدة، تزيد من احتمال إصابة الأطفال بالأمراض، فبينما الأمراض التي تنتقل عبر الطريق الشرجي- الفموي تذكر دائماً نجد انتشار الأمراض التنفسية يمكن أن يحدث بعد الكارثة، ولاسيما عندما يُجبر الناجون على العيش مع بعضهم في تجمعات مغلقة. وأن مهيئات الجهاز التنفسي تساعد على انتقال العدوى التنفسية، مثل الدخان المتصاعد من النار. وبالإضافة إلى ذلك فإن ناقلات الأمراض المعدية تزداد في حالات الكوارث دائماً، وحينما تكون هناك كميات كبيرة من المياه الراكدة، وهو ما يحدث بعد الفيضانات أو بعد تسونامي.

● **تلازم الوقاية والعلاج الفوري:**

إعادة تأسيس العيادات الأولية، والمسح الميداني للأمراض، هو من أولويات معايير منظمة

الصحة العالمية في تخفيف حالات الطوارئ فيما لو تمت معالجة العديد من الأطفال من ذات المرض المعدى؛ لذا يجب علينا أن نسال عن طرق الوقاية منه لمنع المزيد من الحالات (مثل الصرف الصحي والتطعيم). وللإسهام في المسح الميداني فمن الضروري أن نحفظ سجلاً للمرضى يشتمل في حده الأدنى على: العمر، والجنس، والتشخيص. وتتم مراجعة هذا السجل بانتظام وبمشاركة المعلومات مع أية جهات رسمية للصحة العامة في المنطقة.

● تقديم لقاح الحصبة مع فيتامين (أ):

وهو أحد من معايير منظمة الصحة العالمية الضرورية لتخفيف حالة الطوارئ؛ حيث إن لقاح الحصبة هو الوحيد المعتبر في التدخل الوقائي لما بعد الكارثة؛ لأنه في حالات الإزدحام، وسوء تغذية السكان، تكون الحصبة هي السبب الرئيسي للوفاة، وهنا يجب أن يبدأ التطعيم قبل ظهور أية إصابة من الإصابات. وتذكر أنه بعد (١٠-٢٠) يوماً من الحضنة هناك (٢-٤) أيام لظهور الحمى، والكحة، والزكام، والتهاب الملتحمة، ونقاط كوبليك. وبالتالي فإن العزل يكون فعالاً في هذه المرحلة التي يكون فيها المرض شديد العدوى، وفي الحالة المتأخرة فقط يظهر الطفح الكبير على الجسم (Maculopapular descending rash).

ومضاعفات الحصبة تشمل فقدان الوزن، والتهاب الرئة، والتهاب الأذن الوسطى، والإسهال، وتثبيط المناعة، والعمى. وإن نقص فيتامين (أ) يعدُّ أمراً شائعاً، لكنه يزيد من الوفيات التي لها علاقة بالحصبة؛ ولذلك، يوصى بتزويد السكان المخاطين للمرضى بفيتامين (أ)، والجرعة التي يُنصح بها هي ٥٠,٠٠٠ وحدة دولية للأطفال تحت سن (٦) أشهر، والجرعة ١٠٠,٠٠٠ وحدة دولية للأطفال من (٦-١٢) شهراً، والجرعة ٢٠٠,٠٠٠ وحدة دولية للأطفال أكثر من (١٢) شهراً. وكل هذه الجرعات يجب أن تتبعها جرعة أخرى بعد (٢٤) ساعة، انظر إلى فصل التطعيم للحصول على معلومات أكثر فيما يخص التوزيع الذي ينصح به، والوقت المناسب لإعطاء اللقاح وفيتامين (أ).

● عقود الملاريا (Malaria Pearls)

تتسبب الملاريا في وفاة (١-٢) مليون شخص حول العالم سنوياً، ومعظمهم من الأطفال تحت سن الخامسة، وهو مرض وبائي في معظم مناطق العالم، وفي تلك المناطق فإن أي نوع من ارتفاع درجات الحرارة يُعدُّ إصابةً بالملاريا حتى يثبت العكس. وعند تقديم الرعاية الطبية في حالة الكوارث فإن من المهم جداً فهم النمط المحلي لنوعيات الملاريا ومقاومة العقاقير. وضع في الحسبان أنه مع حالة الناس المشردين فإن الأشخاص الجدد ربما يكونون مصابين بأنواع من صبغات جديدة من الملاريا. وعندما يكون التاريخ المرضي والفحص يوحى بالإصابة بالملاريا ابدأ العلاج فوراً؛ حيث إن بعض المرضى المصابين بملاريا الدماغ يمكن أن يظهروا بداية بصبغات سلبية.

● إن علاج الطفيليات المعوية ليست من الأولويات في الطفل المريض بشكل

حاد:

على الرغم من أهمية السؤال عن أعراض العدوى الطفيلية وعلاماتها إلا أن الفائدة من مضادات الديدان والطفيليات المعوية لا تقلل من مخاطر السمية وانسداد الأمعاء، أو التوائها؛ حيث يمكن استخدام هذه الأدوية بعد أن يكون وضع الطفل العام قد تحسَّن.

● الرضاعة الطبيعية هي الأفضل:

إن الأكاديمية الأمريكية للأطفال توصي الأطباء بتشجيع الرضاعة الطبيعية متى ما كان ذلك ممكناً في حالات الكوارث؛ حيث إن فعل ذلك يزوّد الأطفال الرضّع بالغذاء النموذجي وبالمناعة في آن واحد، ويجنبهم العدوى المصاحبة للغذاء والمياه. ومع ذلك فربما يتطلب الأمر تشجيع الأمهات على الاستمرار (أو ربما إعادة النظر) في الرضاعة الطبيعية. وتجدر الإشارة إلى أنه حتى الأمهات اللاتي يعانين من سوء التغذية يستطعن منح أطفالهنّ الحليب الجيد. إذا كانت الرضاعة الطبيعية غير ممكنة فيمكن حينها الاستعانة بحليب متطوعة على أن تكون نتيجتها خالية من فيروس الإيدز، وإذا كانت تلك المتطوعة غير متوفرة في المكان فيمكن استخدام الحليب الصناعي حينذاك، وحليب البودرة هو آخر الخيارات. أما بالنسبة لخطر انتقال فيروس الإيدز فإن منظمة الصحة العالمية تنصح بعمل تحليل فيروس الإيدز للنساء، ولكنهنّ إذا رفضن إجراء التحليل أو كان التحليل غير متوافر فينصح بالرضاعة الطبيعية. وإذا كانت المرأة إيجابية في تحليل فيروس الإيدز، فهي تحتاج إلى النصيحة بشكل شخصي بخصوص الخيارات المتاحة والأخطار المصاحبة. (ولمزيد من المعلومات انظر فصل التغذية).

الأدوية والدعم:

● العناية الداعمة في مستشفى الأطفال غير مؤكدة:

ربما لا يتوافر وجود العمال المناسبين في المستشفيات لعمل المحاليل الوريدية، وإعطاء الأدوية في أوقاتها، وإطعام الأطفال المرضى، إلخ. وفي حالة عدم وجود الوالدين لتقديم الدعم والرعاية فإن من المناسب وضع اعتبارات خاصة للأطفال المرضى.

● سوء التغذية يؤثر على فاعلية العلاج لدى الأطفال:

إما بتأثيره على الامتصاص، أو على متوسط العمر، أو على عمليات الاستقلاب، وإن نقص تغذية البروتين له تأثير كبير على خصائص بعض الأدوية، ولاسيما تلك التي يتم استقلالها في الكبد. ويجب بذل أفضل الجهود لاختيار الأدوية والجرعات المناسبة، وعلى سبيل المثال: لا يوصى بالأسيتامينوفين في حالة سوء تغذية البروتين لأنه يؤدي إلى زيادة الامتصاص وقلة التخلص منه من الجسم.

● العديد من الأدوية لها آثار جانبية سلبية:

هناك العديد من الأدوية الشائعة المستخدمة لها تأثير سلبي على حالة التغذية لدى الأطفال، وعلى سبيل المثال فإن هناك العديد من الأدوية تسبب فقدان الشهية، والتقيؤ والغثيان، ونقص الامتصاص، والإسهال، واختلال عملية استقلاب الفيتامينات، إلخ. وهذه الآثار الجانبية قد تكون هامة لدى الأطفال الذين يكون وضعهم الغذائي على المحك.

● الأدوية المحفوظة بطرق غير صحيحة قد تفقد فاعليتها:

غالبية الأدوية التي توضع في ظروف الوسط المحيط في المناخات ذات الرطوبة والحرارة المرتفعتين لن تكون فعالة بعد شهرين أو ثلاثة. وضع في ذهنك أن الثلجة ربما لا تكون متوافرة أو نافعة، فعندما لا يستجيب الطفل للعلاج ضع في الاعتبار احتمال أن يكون الدواء قد فقد قوته، أو ربما يكون مزوّراً، أو ربما تكون الميكروبات لديها مقاومة له.

● إن الأغطية والثياب هي جزء من العلاج:

فعندما يكون الطقس بارداً يزداد احتراق السرعات الحرارية لتزويد الجسم بالحرارة المناسبة، وقد يموت الأطفال الصغار من البرد، ومن التعرض للمناخات الباردة.

● المعدات المصممة للاستخدام مرة واحدة قد يعاد استخدامها:

الإبر، والقسطر الوريدية، والقفازات، يعاد استخدامها عادة في ظروف الكوارث، وهذه يمكن أن تزيد من خطر انتقال الأمراض كالإيدز والتهاب الكبد الوبائي (ب)، وعادة فإن تعقيم هذه المعدات قد يكون غير ممكن.

● تعوّد أن تحضر معدتك الخاصة بالفحص:

في ظروف الكوارث يجب على المشارك في رعاية صحة الطفل أن يحضر أدواته الخاصة قدر الإمكان، وبوجه عام فإنه يمكن إحضار سماعة، ومنظار أذن، ومنظار عين على الأقل. ومن الجيد كذلك إحضار مقياس ضغط الدم (حجم أطفال)، ومطرقة صغيرة، وصندوق أدوية الطوارئ، وكمية وافرة جداً من القفازات. وهناك أدوات أخرى يمكن جلبها، ومنها:

● أدوات معالجة مجرى الهواء والتنفس:

موس لسان، أداة شفط (متنقلة وتعمل ببطارية)، وقسطر، وقناع وجه (رضيع، طفل، بالغ) للمساعدة في التنفس، وأكياس نفخ ذاتية (سعة ٢٥٠ مل، ٥٠٠ مل، ١٠٠٠ مل).

● لإدخال الأنابيب:

حامل منظار الحلق، بطاريات طويلة الأمد، ومصباح منظار الحلق، مشرط مساعد وأنبوب

القصبة الهوائية (الرغامى)، وقناع الحلقوم، وقلم دقيق، ومحلل ثاني أكسيد الكربون في القصبة الهوائية، وشريط لاصق لحماية أنبوب القصبة الهوائية.

● الدورة الدموية/ منفذ الأوعية الدموية أو المعالجة بالمحاليل:

مداخل أوعية دموية متنوعة، وإبرة الفراشة، وإبرة بزل العظام، أو جهاز إيزي للدخول إلى العظم (Eazy IO device)، ولوحات، وشريط، وقنطرة أطفال للتقطير والتنبيب (pediatric drip chamber and tubing)، ومحاليل إرواء.

الأدوية: ايبينفرين، اتروبين، بيكربونات صوديوم، كلوريد الكالسيوم، ليدوكين، محلول د٢٥، و محلول (د١٠).

متفرقات:

● شريط بروسيلو ثنائي وثلاثي الأبعاد، شريط ميرسي، أنابيب تغذية أنفية متنوعة، شاش وجبائر، بطانيات، مصدر للمياه الدافئة، رشاش متنقل للتعقيم، مصباح حرارة إشعاعي، عداد غايجر (عند الشك في التلوث الإشعاعي)، أدوات حماية شخصية أخرى، أدوات جراحية لشق الجروح وتصريف محتواها ولعلاج التمزقات، مصباح يدوي مع بطاريات، مقصّ، ضمادات للتجبير (ليست فايبرجلاس، الذي يصعب إزالته).

● أدوية الألم والتخدير: ايبوبروفين، اسيتامينوفين، كيتامين، مورفين، كيفرولاك، كريم للتخدير، أدوات ملهية مثل النحلة الطنانة، الدولاب الهوائي، وألعاب أخرى.
● أدوية تقوية أخرى: الديوتيرول، كيفليكس، انسيف، سيفترايكون، ديازيبام، فيتامينات، حديد.

معدات مراقبة:

مقياس ضغط الدم، كفة قياس ضغط الدم (خارج، رضع، أطفال، كبار)، شاشة متنقلة/جهاز رجفان القلب، مقياس تخطيط القلب للأطفال، قطب كهربائي للجلد (قشر وعصا)، مقياس الأوكسجين، مقياس مستوى السكر في الدم، أشرطة تحليل البول.

اختلاف الثقافات

● العلاج التقليدي:

في الولايات المتحدة حوالي ثلث العائلات يستخدمون العلاج بالطب البديل بشكل منتظم، وفي البلدان الأقل تطوراً يُقدم ٨٠٪ من الخدمات الصحية بالطرق التقليدية كالعلاج الشعبي، وتحضيرات أنواع من التربة، والمشعوذون والذين يستخدمون تدخلات التخاطب

والروحانيات، وكذلك مجبرو العظام، والوخز بالإبر، والكي، وغيرها. والعائلات الهاربة في أثناء حالات الكوارث يصطحبون معهم أدويتهم التقليدية غالباً. والمعالجون التقليديون يكونون مشهورين جداً. وضع في ذهنك أن المعالجين المحليين دائماً يعرفون الكثير عن علاج الأطفال في بيئتهم، فاطلب النصيحة منهم واعمل معهم. وطبعاً فإن هذا الأمر يتطلب ضمناً ضرورة إظهار الاحترام لهم، وإشراكهم في المشاريع الصحية.

إضافة إلى أن إدراك اختلاف الثقافات له تأثير في الرعاية الصحية، فإذا كنت لا تعلم فاسأل أسئلة عن المحظورات الثقافية التي لها علاقة بالفحص، عن الأدوية، والأطعمة... إلخ. إضافة إلى ذلك حاول التعرف على الأعشاب المستعملة: حيث إن بعضها قد يتعارض مع الوصفات الطبية، واسأل دائماً عما إذا كان المريض يستخدم العلاجات التقليدية قبل إعطائه أية أدوية.

● اختلاف إمكانيات المترجمين:

معظم المترجمين الذين يقدمون خدماتهم في هذه المواقف ليس لديهم خلفية طبية، وإذا كان وضعهم الاجتماعي يختلف عن الوضع الاجتماعي للمريض، أو إذا كان المترجم مألوفاً لدرجة كبيرة جداً، فسيكون من الصعب الحصول على معلومات دقيقة منه. وإذا كان بالإمكان درّب المترجمين على بعض المصطلحات الطبية، وعلى بعض مهارات التدخل، والخصوصية، إلخ...

● الأطفال بشكل عام يخافون من الغرباء الذين يقدمون الرعاية الطبية:

إن الأطفال في بعض الأماكن لا يظهرون خوفهم بشكل مباشر كما يفعل العديد من أطفال الغربيين، ويجب على العاملين في مجال صحة الأطفال أن يعرفوا ما إذا كان الخوف موجوداً لديهم؛ لأنه يمكن أن يؤثر سلباً على الأطفال مدى الحياة. وعلى الرغم من الحالة الطارئة والكارثية إلا أنه مازال يجب عليك أن تهدئ من روع الأطفال، فاحمل معك بعض لعب الأطفال، والعب معهم، وأكمل الكشف وهم في أحضان ذويهم. ويجب أن تولي عناية خاصة للسيطرة على الألم، ولا سيما عندما يستدعي الأمر القيام بإجراءات جراحية، فضلاً عن التخدير والتبريد. ولا تهمل الاستفادة من التشتيت مثل النحلة الطنانة والدولاب الهوائي (الذي يساعد على التنفس بتركيز)، والموسيقا الملائمة ثقافياً، وكذلك الألعاب الأخرى.

ضع في الاعتبار العناصر النفسية:

بالإضافة إلى المعلومات العامة حول الأوضاع الحادة قم بمعرفة المدة التي قضاها الطفل منذ أن غادر منزله، وأسأله عما إذا كان قد شاهد الأطفال أو عما إذا كانوا قد تعرضوا للعنف؟ وهل فقدوا فرداً من العائلة؟ وإذا كان الأطفال قادرين على الكلام فهل يتكلمون بشكل طبيعي عن الكارثة منذ بدايتها؟ من هو المشرف على الرعاية عادة (قد يكون أحياناً الأخ الأكبر)؟ هل تلقى الأطفال أي علاج تقليدي أو أدوية؟ هل الوالدان مريضان؟

العلاج المدمج لأمراض الطفولة:

إن برنامج العلاج المدمج لأمراض الطفولة التابع لمنظمة الصحة العالمية يستخدم حالياً للمساعدة في علاج المشاكل الطبية التي ينقصها المتخصصون في صحة الطفل، وكذلك الأدوات التشخيصية المعقدة، ويركز البرنامج على الأسباب الرئيسية المؤدية إلى الوفاة لدى الأطفال، من مثل: الإسهال، والتهابات التنفس الحادة، وسوء التغذية، والملاريا، والحصبة.

ويبدأ البرنامج بالبحث عن علامات خطيرة محددة: كالتشنجات، والإعياء أو فقدان الوعي، وعدم القدرة على الشرب أو الرضاعة، أو التقيؤ المستمر. وإن أي طفل لديه حتى لو علامة خطيرة واحدة فإنه من الواجب أن يرسل إلى المستشفى، وبعد ذلك يتم تقييم الأطفال المرضى في عدد محدد من الأعراض المهمة، ومنها: الكحة أو صعوبة التنفس، والإسهال، والحمى، أو مشاكل الأذن، والتغذية أو وضع التطعيمات، وفقر الدم. كما أن المشاكل الأخرى يجب فحصها أيضاً.

وأخيراً، استخدم سياسة البرنامج؛ وذلك بعمل شفرات ملونة للتقييم، البرتقالي: يستدعي التحويل العاجل للتنويم في منشأة صحية. الأصفر: يستدعي العلاج في العيادات الخارجية للمنشأة الصحية. الأخضر: يمكن معالجة المريض في المنزل. ومن أهم مكونات سياسات البرنامج هو تثقيف الأمهات، والنظرة المستقبلية لاستمرار الرعاية. وتجدر الإشارة إلى أن البرنامج لا يهتم بالفروقات التشخيصية المعقدة، ولا بالأمراض المزمنة، ولا بالأمراض غير الشائعة، ولا بالإصابات.

إن معظم وثائق البرنامج يمكن الوصول إليها بسهولة عبر شبكة المعلوماتية، ومنها دليل معالجة الأطفال ذوي العدوى الخطيرة أو سوء التغذية الخطير. والدليل الإرشادي للرعاية على المستوى الأول من الإحالة في الدول النامية يشتمل على معلومات تفصيلية عن علاج الأطفال المرضى، وهو يتبع إرشادات برنامج العلاج المدمج لأمراض الطفولة. (انظر المراجع).

الأعراض والعلامات:

هذا الفصل يوضح ملاحظات نافعة من واقع سنوات من خبراتنا في الميدان؛ إذ يمكن للأعراض والعلامات الحادة أن توضح أنواع الالتهابات أو الأمراض الطفيلية أو الاستوائية في الأطفال، بينما لا يجد المرء الفحوصات المخبرية أو وسائل التصوير الإشعاعي التي تسهّل الوصول إلى التشخيص الدقيق؛ ولذلك فمن المفيد التفكير بكل من التشخيص المختلفة المعتادة وغير المعتادة التي يمكن أن تفسّر العلامات والأعراض لدى المريض.

العلامة أو العرض	فكر بـ
الديبلات (عقد لمفاوية ضخمة)	الطاعون
القصور القلبي	البري بري، مرض شاغاس، الدفتيريا، حمى لاسا، التهاب العضلة القلبية بالمسودات، الداء الأميبي التاموري، أمراض القلب الخلقية غير المعروفة.
الإغماء، شبه الإغماء	الملاريا الدماغية، التهاب السحايا الدرني، داء النوم (داء المتقيبات).
السعال، وتسارع التنفس	الرّاعوم، الدرن، الكيسة المائية الرئوية، الطور الرئوي من هجرة الديدان المسودة.
الاحتقان الملتهمي	مرض فيروسات إي بولا و ماربورغ، الحصبة.
الإسهال، الجفاف	الملاريا، الراعوم.
الحمى مجهولة السبب	الملاريا، الحمى التيفية، حمى القراد، الكلب، حمى لاسا، داء المتقيبات، حمى الضنك.
الانتفاخات (الجفدين)	مرض شاقاس
الحمامي العقدة	الجدام.
الجلد البني	داء الليشمانيا (الكالا أزار)
الهلوسة	الملاريا، التهاب الدماغ الياباني B، الكلب، حمى لاسا، التهاب الدماغ الفنزويلي الخيلي.

العلامة أو العرض	فكر بـ
الصداع والمذل	التهاب السحايا بالحمضات.
البيلة الدموية	داء المنشقات، الحصاة المثانية، الدرن.
الانسداد المعوي	المسودات، الداء الأميبي.
التهاب القرزية، التهاب القرنية.	داء كلابيات الداء الأميبي.
اليرقان	الملاريا، التيفية، داء المنشقات، الكالا أزار.
سوء التغذية	الدرن، الإيدز، الكالا أزار.
الانسداد الأنفي	النعف.
التناذر النفروزي.	الملاريا ، الجذام
الشلل	شلل الأطفال، داء المنشقات، الكونزو(التسمم بالسليانيد بواسطة الك (cassava)، الدرن.
الحبرات، الفرفريات	تناذر صدمة الضنك، الحمى النزفية الكورية، حمى إيبولا، التيفوس.
ذات الرئة	الراعوم، الدرن.
الطفح الجلدي	الحصبة، حمى الضنك، نقص الفيتامينات، داء الكلب
الضخامة الطحالية	الكالا أزار، الملاريا، الحمى التيفية.
التشنجات	الكرانز، داء الكيسات المذنب، الملاريا، الكلب، التهاب السحايا الدرن، التهاب السحايا والدماغ بالحمضات، التهاب الدماغ الياباني B.
تناذر الصدمة	الضنك، انتقاب الأمعاء المسبب بالحمى التيفية، حمى إيبولا، الملاريا.
عقيدات الجلد/القرحات	داء كلابيات الذيل، الجذام، الجمرة الخبيثة، الراعوم التيفوس، الليشمانيا الجلدية، داء الك (dracontiasis، gnathostomiasis)
السكتة	داء الكيسات المذنب، الأنيميا المنجلية
التورمات العابرة	داء الخيطيات (الفيلاريا)

التشخيص التفريقي:

بغض النظر عن المنطقة من العالم فإن الحالات التالية قد تفسر العلامات والأعراض
المشاهدة:

الإيدز (نقص المناعة المكتسب)
التهاب الزائدة الحاد.
التهاب السحايا الجرثومي.
قصور القلب.
داء خرشمة القطة.
أمراض الغراء الوعائية مثل التهاب المفاصل الرثياني.
التهاب الكبد الوبائي A، B، C، E .
السرطان
الأمراض الاستقلابية مثل قصور الغدة الدرقية أو السكري.
نقص العناصر الغذائية الزهيدة مثل البري بري.
السعال الديكي
الاعتداء الجسدي أو الجنسي.
التسمم.
داء الكلب.
الوردية.
الجرب.
التهاب البلعوم بالعقديات.
السيفلس.
الكزاز.
الارتكاس السمي للأدوية.
الدرن.
التهاب المسالك البولية.
ذات الرئة.

الالتهابات المسببة للإسهال:

أمراض الإسهال والجفاف الناتج عنها هي أسباب رئيسية للمرض والوفاة في حالات الكوارث، وفيما يلي موجز لبعض أهم أسباب عدوى الإسهال، وبعض التوصيات فيما يخص علاجها.

ومن المفيد أن يتم تقسيم الإسهال إلى ثلاثة أصناف: الإسهال المائي الحاد، والإسهال الدموي الحاد والزحار، والإسهال المستمر وهو الذي يدوم أكثر من (١٤) يوماً، وكل تصنيف له أسباب معينة، وتبعات صحية، وتوصيات للعلاج خاصة به.

الإسهال المائي الحاد:

الإسهال المائي الحاد هو الأكثر حدوثاً بواسطة الفيروسات مثل فيروس الروتا وفيروس شبيه نوروك، أو بواسطة البكتيريا مثل الكولونيات المذيفة (ETEC)، والكوليرا، والمكورات العنقودية، وكولستريديوم ديفيسيل، والجيارديا، وكريبيتوسبورديا. وفي العادة يكون الإسهال المائي الحاد حالة ذاتية التوقف، ويكون علاجها تعزيباً فقط. وفي بعض الاستثناءات تكون المضادات الحيوية غير مطلوبة، بل ربما تطيل زمن المرض بسبب تداخلها مع إعادة تكوين البكتيريا الطبيعية في الأمعاء. كما أن الأدوية المضادة للإسهال والأدوية المضادة للتقيؤ تقلل من حركة الأمعاء، وبالتالي فهي تزيد من بقاء الميكروب داخل الجسم؛ ولذلك لا ينصح بها. وبعد تقديم الإماهة (تزويد الجسم بالسوائل) الملائمة، شجع المريض على استعادة غذائه الطبيعي؛ حيث إن الصوم أو الامتناع عن الأطعمة المحتوية على اللاكتوز ليس لها أية فائدة، وتقليل الطعام عن طريق الفم يقلل من حركة الأمعاء؛ وبالتالي تقل إعادة تكوين الخلايا اللازمة للشفاء.

أعراض الكوليرا تتضمن أن يكون البراز غزيراً، وغالباً يكون ذا لون أبيض (ماء الأرز)، ومن دون ألم، وبدون حرارة، ويؤدي بسرعة إلى الجفاف عند الأطفال، وقد يتطور الوضع إلى تناذر الصدمة. تعيش بكتيريا الكوليرا بصفة مستقلة لعدة أيام، وتنتشر بسرعة، وهي حالة طارئة حقيقية للصحة العامة. ففي الحالة الأولى المشتبه في إصابتها بالكوليرا يجب أن تتم زراعة عيناتها للحساسية، ولكن الحالات التي تليها يمكن تشخيصها عيادياً، وعلاجها يتضمن الإماهة، والمضادات الحيوية المناسبة.

الإسهال الدموي الحاد:

الإسهال الدموي الحاد (الزحار) يحدث عادة بواسطة بكتيريا تكون أكثر اختراقاً داخلياً مثل الشيغيلا، الأميبا الهيستوليتيكية، وأصناف الكامبيلوباكتر، والإي كولاي المخترقة، والسالمونيلا، والميكروبات الهوائية أو الكائنات الهوائية، كولستريديوم ديفيسيل، وفصائل

يرسينيا. وهذه العدوى تسبب أمراضاً وتسبب بعد ذلك الوفاة، وتسبب سوء التغذية، وتسبب جفافاً شديداً، وتسبب تسمماً في الدم؛ ولذلك، فإن برنامج معالجة أمراض الأطفال المتكامل (IMCI) ينصح باستخدام المضادات الحيوية مع أي طفل لديه زحار.

إن العلاج بالمضادات الحيوية يهدف إلى تحسين الأعراض المرضية، وتقليل خروج الميكروب في البراز. وبعد الإماهة الملائمة، عالج المريض بمضادات الشيفيغلا لمدة خمسة أيام؛ ذلك لأن معظم إصابات الأطفال بالزحار هي بسبب الشيفيغلا. وإن أنماط مقاومة الشيفيغلا تختلف، فكن منتبهاً إلى الحساسية في المنطقة. وبشكل نموذجي خذ عينة لزراعة البراز قبل بدء العلاج؛ الأمر الذي يساعد على اختيار العلاج المناسب من المضادات الحيوية، وإذا لم يتحسن وضع المريض بعد (٤٨) ساعة من المضاد الحيوي حوّل المريض إلى مركز رعاية متخصص، وكن منتبهاً إلى أن أي إسهال دموي لطفلٍ عمره أقل من سنتين يتطلب كذلك التحويل السريع إلى المستشفى.

بعض المناطق لديها نسبة إصابة عالية من سموم الكولونيات المنزفة (EHEC) التي يمكن أن تسبب التناذر اليوريميائي الانحلالي التقليدي (HUS)، وإن استخدام المضادات الحيوية يمكن أن يتسبب أو يكون أحد عوامل قصور الكلى في هذه الحالة. وعندما تعالج الإسهال الدموي في هذه المنطقة، فيما لو كانت زراعة البراز متوافرة، يُنصح بملاحظة المريض لمدة (٤٨) ساعة؛ الأمر الذي يمنح المعالج فرصة اختيار المضاد الحيوي المناسب، أو تجنب المضادات الحيوية إذا كان المريض يعاني من الكولونيات المنزفة (EHEC).

تستطيع الأميبا الهيستوليتيكية الإصابة بالإسهال الدموي، بالإضافة إلى البكتيريا، وإن العدوى تتطور عادةً تدريجياً (على مدى ٣-٤ أسابيع)، وربما يقل ظهور المرض لدى الأطفال عن أولئك المصابين بزحار البكتيريا. وإن العدوى بالأميبا الهيستوليتيكية تتصاحب أحياناً بارتفاع درجة الحرارة، وآلام البطن، والإسهال المتقطع، أو الإمساك، وتضخم الكبد. ومن المضاعفات المتوقعة: تضخم القولون المتسمم، والتهاب القولون المداهم، وتقيح الأمعاء، وتقيح الكبد. وعندما تشبه في الإصابة بعدوى الأميبا، (إما بسبب تحليل البراز عن طريق المايكروسكوب أو بسبب فشل دورتين من العلاج بالمضادات الحيوية) حينها يمكن المعالجة بالميترونيدازول (٣٠) ملجم/كجم/يوم لمدة (٥-١٠) أيام.

الإسهال المستمر:

الأطفال المصابون بالإسهال المستمر (أكثر من ١٤ يوماً) يكونون على خطورة زائدة من المرض والوفاة، وإذا كان هناك أية علامة للجفاف فيجب أن تتم إماهة الطفل وتحويله إلى المستشفى، وإن أي طفل عمره أقل من شهرين ولديه إسهال مستمر لأكثر من (٧) أيام فإنه لابد من تحويله إلى المستشفى أيضاً.

أما الأطفال الذين يظهر عليهم الإرواء الجيد من خلال الفحص فيكون الهدف الأساسي في علاجهم هو التكميل الغذائي وتقليل تهيج الأمعاء، وذلك لإعطاء فرصة للشفاء؛ لذا يجب على الوالدين تقليل الحليب الحيواني والأطعمة الأخرى المحتوية على اللاكتوز بما لا يزيد على (٥٠) مل/كجم/يوم، والتشجيع على الرضاعة الطبيعية كلما كان ذلك ممكناً. وإذا كان عمر الطفل أكثر من ستة أشهر فاعط كمية صغيرة متكررة من الطعام الملائم، ولا ينصح بإعطاء أي نوع من المضادات الحيوية إلا إذا كانت التحاليل تشير إلى سبب معين.

أحد تلك الأسباب هو طفيل الجيارديا؛ حيث إن الجيارديا تسبب مرضاً خفيفاً، ومن دون ارتفاع درجة الحرارة، ويكون لون البراز أصفر غالباً، ورغويًا، وذات رائحة كريهة، ومن دون دم، ويكون مصاحباً بمغص وآلام في البطن.

الإمهاء:

إن الدعامة الأساسية لعلاج الإسهال هي الإمهاء، والإمهاء عن طريق الفم (ORT) هي الطريقة الأكثر أماناً وفعالية لمنع الوفاة من الجفاف المصاحب للإسهال. وباختصار، فإن الإمهاء عن طريق الفم لها أفضلية الاستفادة من الناقل النشط المزدوج للصدويوم والجلوكوز في خلايا جدار الأمعاء؛ ذلك لأن الإسهال يعطل امتصاص الصوديوم التلقائي، ولأن محاليل الإرواء عن طريق الفم تحتوي على كميات متساوية من الملح والسكر (أو النشا)، ولأن محاليل الإرواء عن طريق الفم تعتمد على الطرق الفيسيولوجية، فهي تعتبر آمنة للاستخدام مع جميع أنواع الجفاف، وبوجه عام فإنها لا تتطلب متابعة مختبرية. إن محاليل الإمهاء عن طريق الفم تجنبك خطر استخدام الإبر في الوريد، وإن جميع هذه المكونات متوافرة بشكل واسع.

عندما تعالج الجفاف، أعط (٥٠-١٠٠) مل/كجم من المحلول خلال الساعة الأولى، حسب درجة الجفاف، وبعد ذلك قيم حالة المريض مرة أخرى وقرر ما إذا كان في حاجة إلى رعاية أخرى أم بإمكانه متابعة العلاج في المنزل. وفضلاً عن محلول الفم، شجّع على الرضاعة الطبيعية إذا كانت ممكنة، وزوّد المريض بطعام برات (الموز والأرز، وعصير التفاح، وخبز التوست أو النشا). ومن موانع العلاج بالمحلول عن طريق الفم: الصدمة، والعمر أقل من شهر، وصعوبة التنفس الشديدة، وتغير الوعي الشديد، وانتفاخ المعدة المؤلم، والتواء الأمعاء (يمكن تحفّص صوت الأمعاء قبل إعطاء المحلول).

قديمًا، كان محلول الفم يُصنّع من مخاليط معدة مسبقاً، أو حسب الوصفة التالية:

- ٣,٥ جم كلوريد الصديوم (يعطي ٩٠ ملم مكافئ/لتر من الصوديوم).
- ١,٥ جم كلوريد البوتاسيوم (يعطي ٢٠ ملم مكافئ/ لتر من البوتاسيوم).
- ٢,٥ جم بيكربونات الصوديوم (تعطي ٣٠ ملم مول/لتر من البيكربونات أو ٢,٩ جم من سترات الصوديوم الثلاثي المجفف) trisodium cetrate dehydrate.

- ٢٠ جم من الجلوكوز (تعطي ١١١ ملم مول/ لتر من الدكستروز).
- ١ لتر من مياه الشرب.

ومع ذلك، فقد أوضحت الدراسات الحديثة أن تقليل الأوزميالية للمحلول إلى (٢٤٥) ملم أوزمول/لتر يستطيع تقليل الإسهال والتقيؤ في معظم الحالات. وحينما لا تتوافر أكياس محلول الإرواء عن طريق الفم يمكن للمصادر المحلية صنع مثل هذه المحاليل، وأحد وصفاتها الأساسية هي:

اطبخ ١٠٠ جرام من الأرز في لتر من مياه الشرب لمدة عشر دقائق، ثم صفّ المياه من الأرز في وعاء، وحاول عصر أكبر كمية ممكنة من المياه من الأرز، ثم أضف كمية من الملح، وكمية من الماء حتى تحصل على لتر واحد. كما أن شوربة الجزر أو شوربة الأرز بالجزر هي طرق تقليدية آسيوية قديمة لعلاج الإسهال لدى الأطفال، وهذه تكون فعّالة ومستساغة جداً.

العناية بمن يقدمون خدمات صحة الطفل:

عندما تعمل مع أطفال يعانون من الإسهال يجب الاهتمام بغسل اليدين مراراً، ومراعاة عدم استعمال المعدات الملوثة بالبراز. ولقد تمت زراعة الشيفغلا بعد مرور أكثر من (١٧) يوماً على وجودها في مقعد المراض وفي الأدوات الطبية. وإذا لم توجد وسائل غسل اليدين يجب عليك حمل مطهر من البوريل، أو غسولات الليزول وذلك لتطهير الأيدي باستمرار.

“1– 1–Infant Nutrition During a Disaster: Breastfeeding and Other Options.” AAP, 2007. Available at: <http://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/InfantNutritionDisater.pdf>

“2–Infant Feeding in emergencies.” Emergency Nutrition Network, 2007. Available at: <http://www.enonline.net/pool/files/ife/module-2-v11—complete-english.pdf>

“3–Tradition Medicine (Fact Sheet No. 134)”. WHO (World Health Organization), 2008. Available at: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html>

4–Debas HT, Laxminarayan R, Straus SE. “Complementary and Alternative Medicine”. In: Jamison DT, breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Washington (DC): World Banl; 2006. Chapter 69. Available from: <http://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11796/>

5–Oshikoya KA, Sammons HM, Choonara I. A systematic review of pharmacokinetics studies in children with protein–energy malnutrition. *Eur J Clin Pharmacol* (2010) 66:10251035–.

6–Gura KM, Chan LN. 2008. Drug Therapy and Role of Nutrition. In: Duggan C, et al. *Nutrition in Pediatrics*. 4th ed. Hamilton, Ontario, Canada: BC Decker Inc. 191208–.

“7–Gate Theory.” Buzzy Personal Pain Control. MMJ Labs. June 9, 2013. Available at: <http://www.buzzy4shots.com/Hospital/gate-theory.html>

“8–Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT): Manual for participants.” WHO. 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/20059241546875/eng.pdg>

“9–Integrated Management of Childhood Illness.” WHO. 2008. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/20059241546875/eng.pdf>

Pediatric Hospital Medicine Manual. WHO.2010.

“10–Enterohaemorrhagic Escherichia coli (EHEC): Fact Sheet No. 125”. WHO (World Health Organization), 2011, Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs125/en/>

(٢٣) الولادة وإنعاش المولود

د. دينيس لوبز دوموفيتش

التخطيط والتحضير

إن وضع السياسات والوسائل للحوامل في حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة يمكن أن تمنع العديد من الحالات المرضية وتقلل من الوفيات بصورة واضحة، وفي كل حالات الطوارئ الإنسانية يجب النظر إلى النساء الحوامل والنساء في فترة النفاس والرُّضَع على أنَّهنَّ مجموعات ضعيفة؛ إذ يجب أن يعطى هؤلاء الحوامل والنفاس، وكذلك الرضع، الأولوية في الرعاية الطبية، وفي المواصلات، وفي الوجبات اليومية، وفي الأمن. كما يجب وضع السياسات لتشجيع الرضاعة الطبيعية؛ إذ يجب أن تحصل المرضعات على وجبات إضافية لسدِّ حاجتهن إلى مزيد من السعرات الحرارية، ويجب إعطاء كل النساء في سن الإنجاب جرعة منشطة من تطعيم الكزاز لحماية الأطفال من كزاز الرضع.

يجب على العاملين في الحقل الصحي أن يكونوا على علم بالموارد المحلية، وبالأعراف والتقاليد الخاصة بالتوليد، وبكيفية العناية بالوليد. وفي أغلب الحالات تكون الجماعات المحلية قادرة على تأمين موارد إضافية للتوليد، ويمكن التعرف على هذه المصادر بشكل أفضل بمساعدة القادة المحليين. كما يجب على عمال الرعاية الصحية أن يتعرفوا على المستشفى والعيادات، وعلى المرضعات وعلى القابلات المحليات، وعلى المعالجين التقليديين؛ فكل هؤلاء يتضمنهم نظام الولادة والتوليد.

يجب أن يتم تحضير أنظمة التوليد مسبقاً بحيث يمكن استخدامها دليلاً في أثناء المخاض، وإن معظم الولادات يمكن أن تتم بنجاح في الميدان بتدخلات بسيطة من قِبَل العاملين الصحيين. ويجب أن يكون عمال الرعاية الصحية قادرين على التعرف على الولادات عالية الخطورة، وتقدير إمكانيات المستشفى الميداني، والمستشفى الذي يتم التحويل إليه، ولديهم وسائل نقل مريحة وآمنة ومجهزة مسبقاً.

علامات الخطورة في الحمل:

يجب مراقبة كل النساء الحوامل تحسباً للمضاعفات، ويمكن استخدام الأعراض التالية لتكون وسائل مسح لتحديد النساء اللواتي هنَّ في حاجة إلى تقييم دقيق أو إلى تدخل محتمل.

- الصداع.
- النزيف المهبلية.
- الحمى.
- تورم الوجه واليدين.
- ضبابية الرؤية.
- ألم البطن.
- فقر الدم الشديد أو الأنيميا.
- الحمل المتكرر.
- ولادة سابقه لجنين ميت أو وفاة رضيع.

التحضيرات للولادة:

يجب على عمال الرعاية الصحية أن يتأكدوا من كل المعدات الأساسية للمساعدة على إنعاش المولود، وفوق كل ذلك، النظافة قبل الولادة.

وفيما يأتي عبارة عن أمثلة للوحة المعدات الأساسية:

- قطعتان من الخيوط (طول الواحدة منهما قدم واحد).
- شفرة أو مقص حاد.
- قطعة من الصابون.
- أربع قطع من القماش (واحدة لمسح عيني الوليد، وواحدة لتجفيف الوليد، وواحدة لمسح الأعضاء التناسلية للأم بعد الولادة، وواحدة للتنظيف بعد الولادة).
- إجازة لمص المفرزات.
- قناع وجهي مناسب لحجم المولود.
- قمع امبو للإنعاش بمقاس المولود.
- صبغة الجنسيان البنفسجية.
- منظار حنجرة وأنايب داخل القصبة لإزالة العقي.
- القفازات.

إن الاتجاه الأكثر أهمية في كل الولادات هو المحافظة على النظافة، ويجب غلي الشفرة والخيطان ومن ثم تبريدهما، وأن تترك الخيوط في الماء حتى وقت استخدامها. ويجب على عمال الرعاية الصحية أن يغسلوا أيديهم وسواعدهم بالماء والصابون، ومسح الأعضاء

التناسلية للأُم ثم غسل اليدين من جديد، ويجب ارتداء القفازات في حال توافرها، ويجب أن يتبع ذلك بالاحتياطات العامة لحماية الوليد والأُم وعامل الرعاية الصحية.

مراحل المخاض

المرحلة الأولى للمخاض:

خلال المرحلة الأولى للمخاض، فإن عضلات الرحم تتقلص وترتخي بهدف دفع الوليد إلى الأسفل وإلى الخارج مسببة انفتاح عنق الرحم (انفتاح الرحم)، خلال هذه المرحلة تعاني الأُم من ألم متزايد في أسفل البطن والظهر، ويكون المخاط الدموي ودفقة الدم أو كلاهما التي تخرج من المهبل طبيعية، وتتكرر الآلام في أوقات منتظمة، وتترافق مع قسوة في البطن، ويجب أن ترتاح الأُم بين نوبات الألم.

الفحوصات المهبلية ليست ضرورية لأنها تزيد من خطر الالتهاب وقد تسبب عدم الارتياح للأُم.

في أثناء المرحلة الأولى للمخاض: إن تدخل القابلات في هذه المرحلة قد يكون غير مجدٍ، والمساعدات التي يمكن أن يقدمها عامل الرعاية الصحية خلال هذه المرحلة هي:

- الاقتراح بأن تغيير الأُم من وضعيتها بشكل متكرر بحيث تكون الوضعية مريحة، (تمشي، تجلس القرفصاء، التقلب من جنب إلى جنب آخر، واستخدام اليدين لشد الركب إلى الأعلى).
- التحدث مع الأُم، والتأكد بأن كل شي على ما يرام.
- التأكد من أن المعدات جاهزة.
- التأكد من أن الأُم تتبول باستمرار لأن المثانة الممتلئة قد تسبب عسر الولادة أو النزيف بعد الولادة.

علامات الخطورة في المخاض:

- النزيف.
- التفاف الحبل السري.
- نزول المولود بوضعية غير طبيعية (الأكتاف، الأذرع، الإلية، الوجه).
- عسر الأكتاف.

المرحلة الثانية من المخاض:

المرحلة الثانية من المخاض هي عندما ينزل الوليد إلى الأسفل عبر قناة الولادة وخارج المهبل. في أثناء هذه المرحلة سوف تتوالى الآلام كل دقيقتين أو أقل، ويجب ألا تغادر المريضة عندما تكون الآلام شديدة ومتوالية وسريعة، ويزداد الضغط المستقيمي والشرجي، بما يشبه ضغط حركة الأمعاء، وتريد الأم أن تدفع. شجّع الأم بأن تقوم بالدفع عندما تشعر بالآلم، وأن ترتاح عندما يتوقف الألم. وعندما تكون الأم قد دفعت لعدة مرات فسوف يبقى رأس الطفل في الفتحة.

ضع يديك على رأس الطفل لتمنعه من التقدم السريع، وفي معظم الحالات، يكون وجه الطفل متجهًا نحو الأسفل في أثناء الولادة، ضع يدك بإزاء القسم الذي سوف يتجه إليه وجه الطفل (تحت المهبل) لتدعم الأنسجة وتدعم نزول الرأس، خذ رأس الطفل بكلتا اليدين، وأنزله بهدوء شديد بحيث تساعد على خروج قمة الكتف أولاً، وإذا لم يخرج الكتفان بسهولة اطلب المساعدة أولاً، ثم بعد ذلك اطلب من الأم فتح ساقها قدر المستطاع، وحاول أن تدير، أو تحرك الطفل بحركة لولبية، وذلك بأن تزلق يديك على طول الكتفين (وليس الرأس). وإذا لم ينجح هذا أجر خزع الفرج، والذي هو عبارة عن شق صغير على الخط المتوسط لأنسجة الأم من الفتحة المهبلية الخلفية باتجاه الشرج. وإذا فشلت المحاولة السابقة حاول الوصول إلى الذراع الخلفي وحاول استخراج المولود؛ ضع يدك على حافة الكتف الأسفل واسحب الذراع عبر صدر الطفل، وأبدأ أبداً لا تسحب رأس الطفل (لا تسحب رأس الطفل أبداً، أبداً، أبداً).

استخدم الخيوط المغلطة لربط الحبل السري في منطقتين: واحدة قريبة من الوليد، والأخرى على بعد حوالي بوصة من الأولى. ثم اقطع الحبل السري بين الربطتين مستخدماً الشفرة (أو المقص). واحم عينيك لأن الدم قد يفر من الحبل السري عندما يُقطع.

المرحلة الثالثة من الولادة

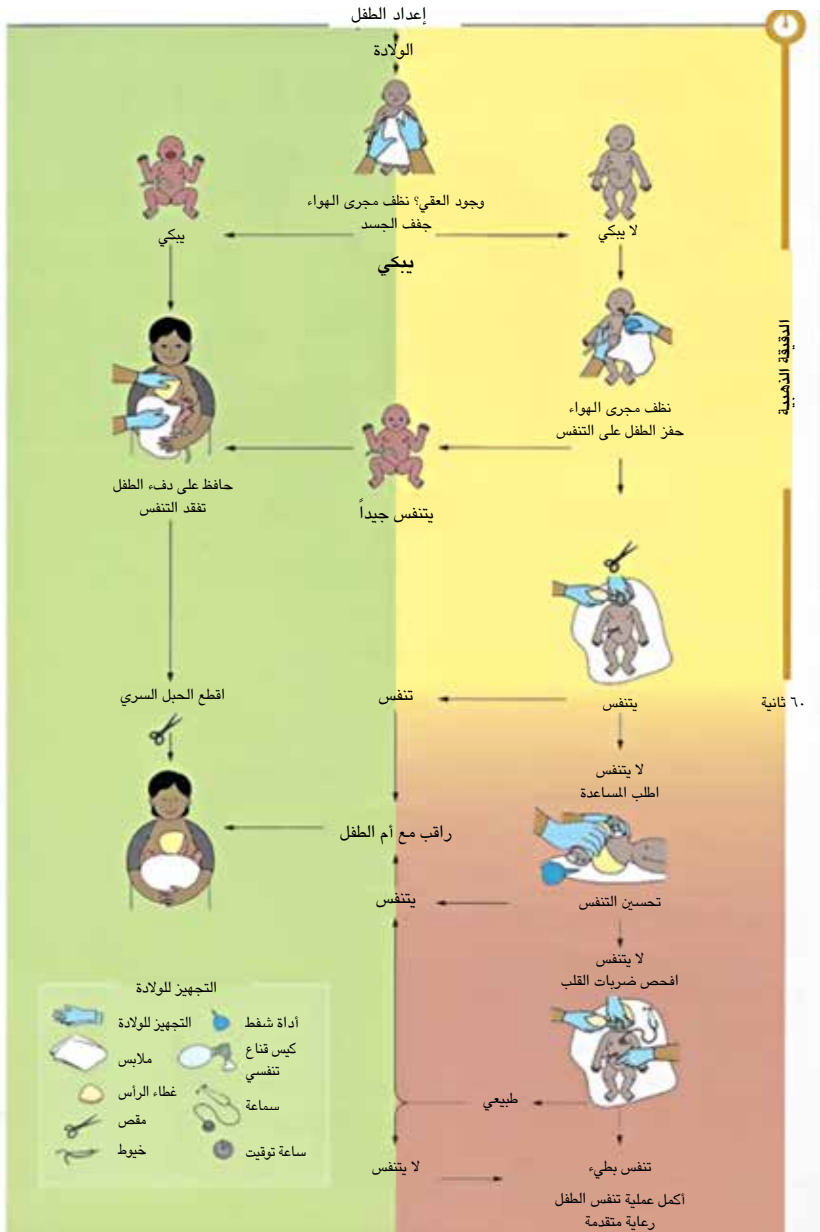
المرحلة الثالثة من الولادة تستلزم استخراج المشيمة؛ وهنا يجب أن تخرج المشيمة بسهولة، فلا تسحب الحبل السري أبداً، بل يتم استخراج المشيمة بسهولة وربما تستغرق ساعة كاملة، وحينما تخرج المشيمة يجب اختبارها وفحصها للتأكد من أنها كاملة. وإذا لم تخرج المشيمة بعد ساعة أو أنها بدت متقطعة أو أن بعض أجزائها ناقصة منها فإن هذا يُعدُّ أمراً غير طبيعي، ويجب عليك حينذاك أن تعمل على نقل المريضة إلى المستشفى في أسرع وقت.

بعض النزيف الذي يكون بعد الولادة هو أمرٌ طبيعي لكنه يكون في حدود كويدين إلى ثلاثة، ومن الطبيعي لعمال الإغاثة أن يتمرسوا على تقدير كمية النزيف وذلك بسكب المياه على الملابس، ومن غير الطبيعي أن تفقد الأم دماً بعد خروج المشيمة. كما يمكن للقائمين على

الرعاية الصحية أن يحاولوا إيقاف النزف باستخدام بعض الطرق الآتية:

- تدليك أعلى الرحم.
- وضع الطفل على ثدي الأم؛ لأن مصَّ الطفل للثدي يحفز إفراز الأوكسيتوسين).
- إعطاء البييتوسين (١٠) ملغ عضلي (ويمكن تكراره ثلاث مرات).
- في حال التوافر، يتبع بالميثرجين (٠.٢) ملغ عضلي.
- خذ بعين الاعتبار إعطاء السوائل الوريدية.
- خطط للنقل السريع إلى المستشفى عند الإمكانية.

خطة العمل
مساعدة الأطفال على التنفس



هذه الصورة مستعارة من الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ٢٠١٠، تعلم طريقة مساعدة الأطفال على التنفس.
ISBN : ٩٧٨-٣٥٤-٥٨١١-٣٥٤

(٢٤) العناية بالوليد

يحتاج الرضع إلى عناية خاصة باعتبارهم ضعفاء بطبيعة حالهم، وهناك ازدياد في عدد البراهين التي تدل على أن العناية الفائقة والمهارة العالية لمقدمي الرعاية الصحية تسهم في تحسين أوضاع المواليد، وهذا الفصل يتحدث عن الآتي:

- أساسيات ومبادئ الإنعاش، وهو يُعنى بتقليل وفيات المواليد والمساعدة في بداية أفضل للأطفال الذين تعرضوا لعسر في التنفس أثناء الولادة.
- المعايير الأساسية للوقاية، ولإدراك عدوى المواليد في حال محدودية المصادر ومعالجتها.
- تقييم زيادة نسبة البيليروبين في الدم لدى حديثي الولادة ومعالجته.

المبادئ الأساسية خلال الولادة:

قامت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بالتعاون مع العديد من المشاركين بإنشاء برنامج مساعدة الأطفال على التنفس (HBB)، ومنهج إنعاش حديثي الولادة في حال محدودية المصادر، وبرنامج مساعدة الأطفال على التنفس يؤكد على مهارة من يشرفون على الولادة، وتقييم حالة كل طفل، ودعم درجات الحرارة، والتحفيز على التنفس، والمساعدة على التنفس وقت الحاجة، وكل ذلك يتم ضمن «الدقيقة الذهبية» بعد الولادة. الرجاء العودة إلى المعلومات المطبوعة عن بيانات برنامج مساعدة الأطفال على التنفس مع إذن مكتوب من الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال.

الأطفال حديثو الولادة لديهم جهاز مناعة غير ناضج، كما أن لديهم قابلية التعرض لخطر العدوى بشكل أكبر. وفيما يلي أساسيات ضرورية للرعاية في أثناء الولادة:

- نظف اليدين جيدا وعقمهما.
- مناشف نظيفة للتجفيف والتقميط.
- مشارط نظيفة لقطع الحبل السري ولتنظيف ربطة الحبل السري.

ويتعرض المواليد كذلك لخطر عدم استقرار درجات الحرارة، وهنا يجب العمل بالمعايير التالية للوقاية من انخفاض درجات الحرارة: نظف المولود بمناشف نظيفة، احمل المولود إلى أمه لتوفير ما يسمى برعاية الأعر (ملامسة الجلد للجلد). أجل الاستحمام لأنه غير ضروري في اليوم الأول من الحياة، وإذا كان الانتقال إلى مكان آخر مهما لتقديم الرعاية فاستعمل ربطة ساخنة لتقليل خطر انخفاض درجات الحرارة. وفي حالة الولادة المبكرة لا بد من عمل الجهود لنقل الأم إلى منشأة صحية، ولاسيما إذا كان عمر الجنين أقل من (٣٢) أسبوعاً من الحمل.

إن المولود الذي يبكي ولديه قوة جيدة لا يحتاج إلى تدخل، بل يجب أن يجف بمشقة نظيفة ويحمل مباشرة إلى أمه قبل ربط الحبل السري، وإن شطف الفم والأنف ليس مطلوباً إذا تنفس المولود بشكل تلقائي بعد ولادته من بين سائل نظيف.

كما أن تأخير ربط الحبل السري إلى ما أكثر من دقيقة بعد الولادة يحسّن من وضع المولود، وإن ربط الحبل السري يجب أن يكون بعد دقيقة من الولادة، ولكن يجب ألا يتأخر عن (٣) دقائق، وإن استخدام ساعة مؤقتة يسمح بربط الحبل في الوقت المناسب، وباستخدام الخيوط المغلقة اربط الحبل السري في مكانين قريبين من المولود بما يقارب البوصة بينهما، واستخدم المقصّ المغلي (أو الشفرة المغلقة) لقصّ الحبل بين العقدتين. واحم عينيك لأن الدم قد يتطاير من الحبل أثناء القصّ.

الطفل منقطع التنفس

هناك ما يقرب من عشرة في المائة من الأطفال يولدون مرتخين أو ضعيفين أو حتى من دون جهد تنفسي، وبالتالي فهم في حاجة إلى التدخل، وإذا لم يبك المولود أو كان مرتخياً فإنه يجب حينذاك البدء بتجفيفه بمشقة نظيفة، ثم حفزه عن طريق فركه بخفة على ظهره مرتين إلى ثلاث مرات. ونظف مجرى التنفس باستخدام أجاصة الشفط، وإذا بدأ بالبكاء أو التنفس خلال أو بعد إجراء هذه المعايير الأساسية ضعّ الطفل على صدر أمه واقطع الحبل (بعد دقيقة)، أما إذا ظل المولود مرتخياً، أو لا يتنفس فاقطع الحبل السري ثم انقل المولود إلى سطح نظيف، وابدأ التنفس بالضغط الإيجابي.

التنفس بالضغط الإيجابي يجب أن يبدأ خلال دقيقة فيما لو استمر انقطاع التنفس بعد التجفيف والتحفيز، وكيس الهواء التلقائي النفخ وقناع الوجه هو الأداة المفضلة والأكثر استخداماً لتوفير التنفس بالضغط الإيجابي. والتنفس بالكيس والقناع هي مهارة تتطور بالتدريب، فحافظ على عدم تسرب الهواء، ولاحظ ارتفاع الصدر خلال عملية التنفس، ولو كان ارتفاع الصدر غير كاف اشفط مجرى النَّفْس من الأنف والبلعوم، ثم عاود التنفس ببطء بحيث تجعل سرعة التنفس (٤٠) نفساً في الدقيقة. وإن التنفس الجيد يُقوّم بشيئين: ارتفاع الصدر بشكل كاف، ومراقبة ضربات القلب كل (٦٠) ثانية.

راقب سرعة ضربات القلب باستخدام السماعة أو بجس الحبل السري، ويجب أن تستمر سرعة ضربات القلب لأكثر من (١٠٠) ضربة في الدقيقة، وإذا كانت السرعة أقل من (١٠٠) ضربة في الدقيقة تأكد من أن التنفس يتم بشكل جيد؛ ذلك لأن سرعة القلب تتحسن بتحسّن التنفس في معظم الحالات. وفي المواليد الذين هم أكثر من (٣٢) أسبوعاً من عمر الحمل يتم تنفسهم بهواء الغرفة، ومعظم المواليد يبدأون بالتنفس والبكاء بعد عدد قليل من أنفاس التنفس

الإيجابي. إذا لم يتنفس المولود أو لم يبك بعد استخدام الكيس والقناع فما عليك حينها إلا أن تطلب المساعدة.

سائل الجنين المصبوع بالعقي

إن وجود العقي في سائل الجنين يتطلب انتبهاً خاصاً ولاسيما عندما لا يبكي المولود أو لم يتنفس بشكل تلقائي، ولا يُنصح بشفط الفم والأنف إذا كان المولود الجديد نشيطاً، ويمكن البدء بالعناية المعتادة بحديثي الولادة السابق ذكرها. أما إذا كان المولود لا يتنفس أو كان مرتخياً فإنه يجب في هذه الحالة البدء بالشفط من القصبة الهوائية (الرغامى)، وهذا يتم فقط إذا كانت الولادة في وجود مقدم رعاية ماهر، وإلا فإن الشفط من الأنف والفم بشكل لطيف يكون قبل بداية التنفس الإيجابي.

متى تتوقف؟

نصحت منظمة الصحة العالمية في إصدار الدليل الإرشادي عام ٢٠١٢م بأن جهود الإنعاش تتوقف بعد عشر دقائق إذا لم يسجل أية ضربة من ضربات القلب بشكل تلقائي. وكذلك إذا كانت سرعة القلب مستمرة لأقل من (٦٠) ضربة في الدقيقة فيمكن حينذاك أن يتوقف التدخل بعد عشرين دقيقة من الولادة.

(٢٥) تسمم المواليد

إن خطورة تعرض المواليد للعدوى في حال محدودية المصادر ربما تكون أعلى بسبب ممارسات الولادة غير الصحية، وإن الوقاية، والوعي المبكر، والعلاج المناسب لعدوى المواليد، هي أمورٌ مهمة للغاية.

ومن أهم مفاتيح عوامل الخطورة لتسمم المواليد ما يأتي: ارتفاع درجة حرارة الأم لأكثر من (٣٨) درجة مئوية، التهاب المشيمة وسائل الجنين، انتقاب الغشاء المطول (أكثر من ١٨-٢٤ ساعة)، رائحة كريهة لسائل الجنين، الولادة المبكرة، التهاب المسالك البولية، استعمار المجموعة (ب) من المكورات العقدية، التاريخ المسبق لإصابة أخ بالتسمم، الخدج، نقصان وزن الولادة، انخفاض مقياس أبقار (٦٢ لأول خمس دقائق من الولادة).

وقد يظهر الأطفال المرضى حديثو الولادة عادة بأعراض وعلامات غير محددة، وربما تكون العلامات السريرية رقيقة من مثل: صعوبة الرضاعة، النوم الزائد، التهيج. أو تكون أكثر ملاحظة، ومنها: الحمى، تهيج التنفس (الفرقعات أو ارتجاع الصدر إلى الداخل)، انقطاع التنفس لمدة تزيد على (١٥-٢٠) ثانية، زيادة سرعة التنفس (أكثر من ٦٠ نَفَس في الدقيقة، ازرقاق، تشنجات، انتفاخ اليافوخ، أو انتفاخ البطن، وهنا يجب ترك منطقة الحبل السري من دون ضمادات. كما يجب فحصها لكونها علامة على الالتهابات، ومنها: الصديد أو الخراج، احمرار المنطقة المحيطة، تورم أو ألم المنطقة.

نقطة اختبار الرعاية، عندما تجتمع مع النظام الحالي والحكم الطبي، يمكن أن تحسّن من قدراتنا على التشخيص، وحتى مع وجود تقنية نقطة اختبار الرعاية منذ زمن بعيد، إلا أن ظهور تحديات التشغيل ما يزال مستمراً في الدول محدودة الدخل: (سلسلة الدعم، التدريب الشخصي، صيانة المعدات، والجودة النوعية)، فضلاً عن عدم وجود توصيات حديثة أو إرشادات من منظمة الصحة العالمية، أو المنظمات الأخرى فيما يتعلق بالخطر مقابل الفائدة والتكلفة الفعّالة لنقطة اختبار الرعاية. ومع ذلك فربما تكون نقطة اختبار الرعاية الموجودة من سنوات قليلة تعين على تطوير قدرتنا على تشخيص المرضى حديثي الولادة في المناطق ذات المصادر الضعيفة وتحسينها.

أسباب المرض

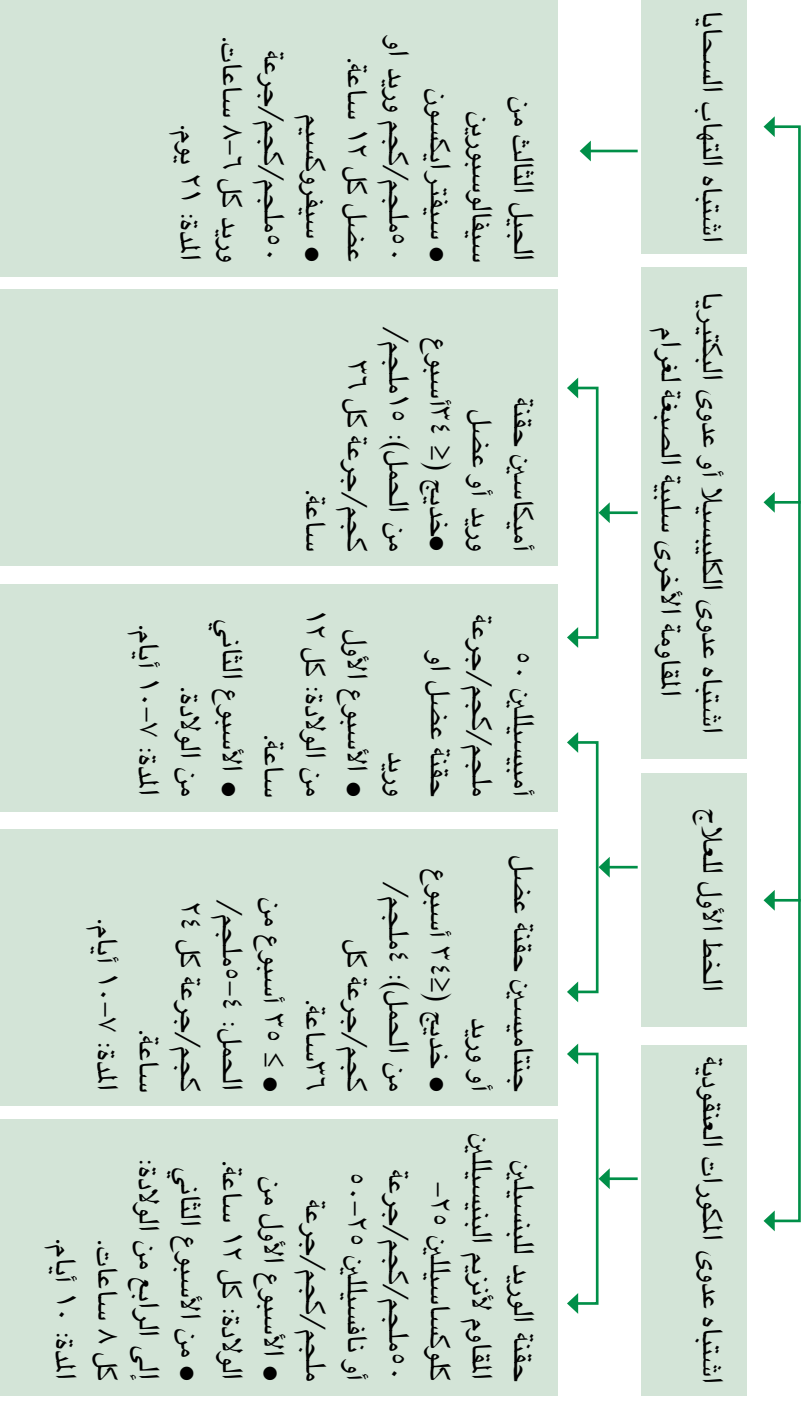
أسباب تسمم المواليد مستمرة في التطور، وتختلف حسب العمر والموقع، ويعرف التسمم المبكر بحدوث عدوى في الأسبوع الأول من الحياة، ويعتقد أن انتقالها كان قبل الولادة أو خلالها، والتسمم المتأخر يحدث بعد الأسبوع الأول من الولادة، ويتم اكتسابه في العادة بعد

الولادة. وإن البكتيريا سلبية الصبغة لغرام (الإي كولاي، أنواع كليبسيلا، وسودوموناس، وأسينوباكتر، وغيرها) هي السبب لثلثي حالات تسمم المواليد، والبكتيريا المكورة موجبة الصبغة (المكورات العقدية أوريوس، المجموعة ب من المكورات وغيرها) هي السبب في الثلث الباقي.

العلاج

لعلاج تسمم المواليد نشرت منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٢ ريجيماً علاجياً يسيراً ضد الميكروبات، وأضافتها مؤخراً في كتيب جيب لمستشفيات الأطفال. وإن البراهين الحديثة قد زادت من المخاوف تجاه نجاعة هذا العلاج. والعلاج العام بالمضادات الحيوية يجب أن يأخذ بعين الاعتبار الانتشار المحلي للعدوى، ومدى قابلية المضادات الحيوية، الصورة (ملف مستقل وذلك لكون الصفحة عرضية) تلخص خيارات المضادات الحيوية للحالات. وتعلق توصيات الأدلة الحديثة المبنية على البراهين الشاملة لعلاج التهابات المواليد في المجتمع، جيتاميسين في العضل مجتمعاً مع الأموكسيسيلين ١٥ ملجم/كجم/جرعة فم كل (١٢) ساعة أو مع بركين بنزول بينيسيلين ٥٠,٠٠٠ وحدة/كجم/جرعة عضل كل (٢٤) ساعة. سيفروكسيم ٥٠ مجم/كجم/جرعة فم (الأسبوع الأول من الولادة: كل (١٢) ساعة: الأسبوع الثاني إلى الرابع من الولادة، كل (٨) ساعات تكون بديلاً معقولاً. انقل المولود مباشرة إلى منشأة صحية عندما تسوء حالته سريرياً أو لا يكون هناك تحسن بعد (٢٤-٤٨) ساعة من بدء العلاج.

التهابات خطيرة لدى المواليد



العلاج التجريبي بالمضادات الحيوية في حالة توافر التسهيلات:

الأمبيسيلين والجنتاميسين مناسبان ليكونا خط العلاج الأول. وإذا كانت عدوى المكورات العنقودية مشتبهاً بها مثل (وجود قيح وصدید، وبثور مكثفة على الجلد) أو كان هناك التهاب في العظام والمفاصل أو التهاب في السرة (التهاب الحبل السري) فاستعص عن التنيسيلين المقاوم لأنزيم البينيسيلين بالأمبيسيلين. وإذا لم يكن هناك تحسن ملاحظ وأخذ الاشتباه يتجه نحو عدوى البكتيريا سلبية الصبغة لغرام استبدل جنتاميسين بأميكاسين. وإذا كان الاشتباه هو الحمى الشوكية فأضف الجيل الثالث سيفالوسبورين (سيفتريكسون، سيفروكسيم) للحصول على اختراق سائل نخاع الشوكي في العمود الفقري، في الوريد، أو في العضل.

(٢٦) فرط البيليروبين في الدم

اليرقان الناتج عن فرط البيليروبين في الدم يُعدُّ السبب الرئيسي للوفاة والإعاقة في العديد من دول العالم، وفي المستشفيات الأفريقية تشكل الوفيات ما يقرب من تسعة في المائة بسبب فرط البيليروبين في الدم، وإن العديد من الأطفال الموليد يستطيعون تجاوز هذا المرض غير أنهم يصابون بالصبم، وباعتلال في الجهازين الحركي والإدراكي. ومن الأسباب الرئيسية في فرط البيليروبين في الدم هو استخدام أدوية أو مراهم للجلد غير ملائمة للأطفال الذين يعانون من نقص في إنزيم G٦PD. وهناك حوالي (٤٠٠) مليون شخص حول العالم مصابون بذلك النقص، منهم ١٠٪ من الأفريقيين، ويصلون إلى ٢٠٪ من الأشخاص الذين ينحدرون من حوض البحر المتوسط. وإن مستحضرات الجلد التي تحتوي على نافتالين أو مينثولاتوم يمكن أن تؤدي إلى تكسير كريات الدم الحمراء، وتؤدي إلى فرط البيليروبين في الدم لدى الموليد المصابين بنقص أنزيم G٦PD.

إن عود ببلي هو أداة رعاية عملية لقياس نسبة البيليروبين في بلازما الدم لدى الموليد، وهو يحتاج فقط إلى (٢٥) ميكرو لتر من الدم ليعطي القراءة خلال (١٠٠) ثانية، ويكلف الجهاز حوالي (٢٠٠) دولار، وتكلف عود القراءة الواحد (١٥) سنتا.

العلاج بالضوء لمستويات البيليروبين يختلف باختلاف عمر الحمل وعمر الولادة، والجدول (١) يلخص العلاج المعتدل بالضوء لمستويات البيليروبين المختلفة، ويجب استمرار العلاج بالضوء حتى يصل مستوى البيليروبين في الدم إلى (١-٢) مجم/دل تحت مستوى البداية، وابدأ العلاج الضوئي عند مستوى البيليروبين المنخفض لدى الموليد المرضى، واطلب استشارة الأخصائي. وضع في الاعتبار خيار نقل الدم إذا وصل مستوى البيليروبين (٨-١٠) مجم/دل فوق مستوى العلاج الضوئي. وإن الاستخدام المناسب لمصباح الضوء الأزرق يتضمن الانتباه لفرش سرير الأطفال بالملابس البيضاء، وملاحظة مدى بعدها عن المصباح، وعدد المصابيح، وعمرها، فالمصابيح الزرقاء المستخدمة لأكثر من (٢,٠٠٠) ساعة لن تكون مناسبة لتقديم أشعة كافية للعلاج الضوئي.

يكون العلاج بأشعة الشمس المرشحة بشكل انتقائي أمناً وناجماً فيما لو استخدم بشكل ملائم؛ حيث كان يُنصح دائماً بالخيام التي تحتوي على فيلم تغطية خاصة بالأيام الغائمة والمشمسة للتزود بشكل رئيسي بالضوء الأزرق النافذ. كما يجب فحص درجات حرارة الأطفال دائماً، وملاحظة مدى تعرضهم لحروق الشمس.

الجدول (١)

مستويات العلاج الضوئي بناءً على عمر الحمل وعمر ما بعد الولادة:

عمر ما بعد الولادة	عمر الحمل ٢٧ أسبوعاً	الفترة	خديج متأخر عمر الحمل ٣٣-٣٤ أسبوعاً	خديج عمر الحمل ٢ أسبوعاً
٢٤- ساعة	أي يرقان يُرى	أي يرقان يُرى	٦ مجم/دل	٥ مجم/دل
٣٦-٢٥ ساعة	١٠ مجم/دل	٨ مجم/دل	٨ مجم/دل	٥ مجم/دل
٤٨-٣٧ ساعة	١٢ مجم/دل	١٠ مجم/دل	٨ مجم/دل	٦ مجم/دل
٧٢-٤٩ ساعة	١٥ مجم/دل	١٢ مجم/دل	١٠ مجم/دل	٨ مجم/دل
٧٢ < ساعة	١٨ مجم/دل	١٥ مجم/دل	١٢ مجم/دل	١٠ مجم/دل

المراجع

1-Helping Babies Breathe; <http://www.helpingbabiesbreathe.org>

2-World Health Organization, Guideline on basic newborn resuscitation, 2012.

3-World Health Organization, Explore simplified antimicrobial regimens for the treatment of neonatal sepsis, Geneva, 30th September-1st October 2002.

4-Jani I, Trevor P. How Point-of-Care Testing Could Drive Innovation in Global Health. NEJM, June 2013.

(٢٧) الإرهاب البيوكيميائي

د. جوردانا هيكري

الإرهاب البيوكيميائي هو ما يشير إلى استعمال متفجرات ذات مواد بيولوجية أو كيميائية أو إشعاعية بهدف امتلاك القوة وبث الرعب في مجتمع مدني. والإرهاب البيولوجي موجود منذ آلاف السنين؛ ففي القرن السادس قبل الميلاد استخدم الآشوريون حبيب الجاودار الشقران لتسميم آبار أعدائهم، وأثناء حصار التتار لمدينة كافا (وتعرف الآن بفيديوسيا، في أوكرانيا) في منتصف القرن الرابع عشر علق التتار جثث الجنود المصابين بالطاعون على أسوار المدينة لنشر وباء الطاعون بين السكان المحاصرين، كما شهدت الحرب العالمية الثانية استخدام المواد الكيميائية ضد ضحايا النازية. وكان هناك الكثير من الأبحاث التي تتحدث عن الإرهاب البيولوجي بين اليابانيين وقوات التحالف. والإرهاب الكيميائي في هذا القرن الحادي والعشرين هو في تزايد بالتأكيد، ويدل على ذلك الرسائل الملوثة بالجمرة الخبيثة التي كانت ترسل في أعقاب الحادي عشر من شهر سبتمبر عام ٢٠٠١م. وفي الآونة الأخيرة تم استخدام الأسلحة الكيميائية في الحرب الأهلية في سوريا؛ الأمر الذي أعاد الحديث عن الإرهاب الكيميائي إلى السطح.

مواضيع تتعلق بالأطفال في الإرهاب البيوكيميائي

إن الوضع المنفرد لوظائف الأعضاء لدى الصغار يزيد من احتمال تعرضهم للآثار السلبية عندما يواجهون الإرهاب البيوكيميائي. كما أن قصر قامة الأطفال مجتمعة مع قابلية العديد من المواد الكيميائية والنوية التي تتركز على سطح الأرض تزيد من احتمالية تعرض الأطفال لهذه المواد، وإن سرعة التنفس الكبيرة لدى الأطفال بحجمهم الصغير يزيد من فرص تعرضهم لاستنشاق المواد المعدية والكيميائية. وإن زيادة مسطح أجسامهم بالنسبة لحجمهم يجعلهم أكثر عرضة لامتناس المواد السامة. وذلك فضلاً عن أن الأطفال الصغار والذين يعانون من إعاقات جسدية وعقلية لديهم قدرة أقل على إبعاد أنفسهم عن الخطر أو التنبؤ بوقوع الخطر.

حتى لو لم يتعرض الأطفال لإصابات جسدية بواسطة هجوم بيوكيميائي فربما يصابون بإصابات نفسية بالغة نتيجة إصابة الآباء، والأساتذة، والجيران، أو الأنداد، إصابات بالغة أو مميتة. أو ربما تتحطم المنازل وتصبح غير مأهولة، وربما ينزح الأطفال إلى مناطق غير مأهولة، وربما يصيبهم الذعر من التغطية التلفزيونية أو الإذاعية، وكل هذا يؤدي إلى اكتئاب أو قلق حاد أو معضلات نفسية طويلة الأمد.

الاستجابة في الإرهاب البيوكيميائي

الخطوة الأولى في الاستجابة للإرهاب البيوكيميائي هي أن تكون مستعداً، وعليك أن تضع خطة، واعمل تدريبات، واعرف كيفية ابتداء سلاسل الاستجابة. وتعرف على الأعراض والعلامات المختلفة الناتجة عن التعرض لبعض السموم، وضع في ذهنك أن التعرض قد يكون متعدداً، ومثال ذلك: «القبلة القذرة» التي يمكن أن تسبب إصابات تقليدية جراء الانفجار، وكذلك أمراض الإشعاعات.

عندما يحدث الهجوم البيوكيميائي يجب أن يكون الهدف الأول هو الحفاظ على سلامة عمال الإغاثة وعلى غير المصابين من المقيمين، وخلال عملية إنقاذ ما يمكن إنقاذه من الأرواح. إلى هنا، يجب أن يضع قادة الحدث حدوداً مختلفة للاستجابة. و«المنطقة الساخنة» هي مكان الإصابة المباشرة للهجوم، والمنطقة الساخنة ربما تحتوي على تهديدات قائمة، وبالتالي يجب أن تُمَيَّز بعدم الدخول إلا للموظفين الضروريين، وبشكل نموذجي فإنه يجب ألا يعالج المرضى في هذه المنطقة (غير الدعم الأولي للإنعاش القلبي الرئوي). لكن يجب نقلهم إلى منقطة قريبة «المنطقة الدافئة»، حيث يتم تعقيمهم إذا لزم الأمر، ويتم استقرار حالتهم تمهيداً لنقلهم. وللمساعدة في التعقيم بأن تكون المنطقة الدافئة عكس الريح أو عكس الصعود إلى المنطقة الساخنة. وأخيراً، فإنه يمكن نقل المرضى إلى «المنطقة الباردة» أو «منطقة الدعم» لاستكمال الرعاية. ومن مصلحة الجميع إخراج وسائل الإعلام والعمال غير الضروريين إلى خارج هذه المناطق.

تذكر مثلث الفرز المقلوب () فهذا الشعار يذكرنا بشكل عام بالناس الأقل مرضاً («الجريح الذي يمشي» «والصحيح المقلوب»): فهؤلاء سيكونون أول الواصلين إلى المستشفى وبأعداد كبيرة، فيما نجد أولئك القريبين من المنطقة الساخنة، والمحتجزين، وأصحاب الإصابات البالغة، يصلون متأخرين وبأعداد صغيرة.

بعض المواد البيولوجية أو الكيميائية:

بينما تكون بعض الهجمات الإرهابية بشكل صارخ يكون بعضها الآخر رقيقاً جداً، أو تكون بعنصر ثانوي مخفي. وإن الأعراض والعلامات الأولية لمختلف المواد البيوكيميائية قد تتشابه مع الأمراض العادية، حتى إن أحداً لا يستطيع إيجاد السبب الرئيسي، لكن تذكر أن بعض التفاصيل مثل زيادة مدة الطفح الجلدي، أو الرائحة المصاحبة للتعرض الكيميائي، قد تكون مهمة للغاية في التعرف على الأسباب.

وفيما يلي موجز لبعض أهم مواد الإرهاب البيوكيميائي، وقد تمت كتابتها بهدف التزود بمقدمة عن كيفية ظهورها ومعالجتها. وهناك العديد من التفاصيل والمعلومات المهمة متوفرة

على موقع المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض، وعلى موقع الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال.

المواد البيولوجية

إن المركز الأمريكي للسيطرة على الأمراض صنّف المواد البيولوجية بناءً على مدى قابليتها للانتشار، وقدرتها على إحداث الوفاة، وإمكانية استخدامها كسلاح، وفيما يلي المواد التي تم تصنيفها في مجموعة (أ) وهي الأعلى خطورة:

الجمرة الخبيثة (Bacillus Anthrax)

هناك ثلاثة أنواع من الجمرة الخبيثة: الجلدية (وتتم الإصابة بها عبر التماسّ المباشر مع الجرثومة) باستنشاقها، وعبر الجهاز الهضمي (أكثرها ندرة الأنواع هو الذي تتم الإصابة به عبر الجهاز الهضمي وذلك بتناول اللحم الملوث أو الحويصلات)، والجمرة الخبيثة لا تنتشر بين الناس، وحتى الآن لا يوجد لقاح ضد الجمرة الخبيثة للمرضى الذين هم أقل من (١٨) سنة، ولكن هناك أدوية يوصى بها للأطفال بعد التعرض (إما سيبروفلوكساسين أو دوكسيسيكلين). وفيما يلي وصف للأعراض التي تظهر على الأطفال الذين هم أكبر من شهرين وللبالغين. (الأعراض التي تظهر على الأطفال أقل من شهرين لم يتم وصفها في الأبحاث).

الجمرة الجلدية: لديها فترة حضانة من (١-١٢) يوماً، وتتطور من بثرة غير مؤلمة إلى آفة في الأوعية الدموية، ثم تكون ندبة سوداء في الوسط، وقد تظهر الحمى والصداع واعتلال العقد اللمفاوية مع الآفة. وعلى الرغم من أن نسبة الوفاة ٢٠٪، إلا أنها تصبح أقل من ١٪ عند استخدام المضاد الحيوي المناسب للعلاج (سيبروفلوكساسين أو دوكسيسيكلين).

الجمرة التنفسية: فترة حضانتها (١-٧) أيام، وأحياناً تصل إلى (٦٠) يوماً في ظروف معينة، ويبدأ المرض بأعراض تشبه أعراض الأنفلونزا، ثم تتطور لتصبح نقصاً في التنفس وصدمة، وتظهر الأشعة ازياداً في السائل البلوري الصدري، ويصاب المريض دائماً بالتهاب السحايا كذلك. وإن استنشاق الجمرة التنفسية يؤدي إلى نسبة وفاة عالية على الرغم من تنوع الأدوية المناسبة له.

الجمرة الهضمية: لها فترة حضانة (١-٧) أيام، وتتميز بألم شديد في البطن، ويتبعه حمى، وتظهر علامات تسمم الدم، وقد تظهر أيضاً آفة في الفم، مع صعوبة في البلع، وغثيان، وتقيؤ الدم أو إسهال دموي. ومن غير الظاهر ما إذا كانت المضادات الحيوية تؤثر على خفض نسبة الوفاة التي تقدر بـ (٢٥-٦٠٪). وعلاج الجمرة الهضمية مثل علاج الجمرة التنفسية.

سموم البتولينيوم (Clostridium botulinum toxin):

ليس مثل الأشكال التي تحدث بشكل طبيعي في البتولينيوم (من الطعام أو الجروح)؛ فاستنشاق البتولينيوم لا يحدث بشكل طبيعي، ولكنه ينتج عن إخراج سموم البتولينيوم الطيارة، ولسوء الحظ فإنه لا يمكن تفريقها عن تلك التي تحدث بشكل طبيعي. ولاحظ أن فترة الحضانة للبتولينيوم التي تنتقل من الطعام (٦-١٠ أيام) ربما تكون أقل مع سموم التنفس، وتتضمن الأعراض ضعفاً متماثلاً تنازلياً وشللاً رخوياً. كما يظهر اعتلال أعصاب الجمجمة، ولا تظهر الحمى بوجه عام على المرضى، ولا يختلف إحساسهم ولا إدراكهم. ويكون العلاج داعماً فقط، وربما يحتاج إلى دعم التنفس أيضاً، مع أن مضادات السموم ربما تحمي أو تقلل من الأعراض المصاحبة للإصابة.

الطاعون (Yersinia pestis)

ينتقل الطاعون إلى الأطفال عن طريق البراغيث وهي من القوارض، أو عن طريق استنشاق حبيبات عن طريق التنفس (بعد ١-٦ أيام من الحضانة)، وهي التي تسبب الطاعون الرئوي. أما الطاعون الدبلي (أو الدملي) فينتشر عبر عضّة البرغوث. ويمكن انتقال الطاعون الرئوي عن طريق الاحتكاك المباشر مع رذاذ التنفس لشخص مصاب. والأعراض تشمل: الحمى، التهاب رئوي حاد، يصاحبه بلغم دموي أحياناً، أما الدم للمصاب للطاعون الدملي فلا تُرى في الطاعون الرئوي البدائي (على الرغم من أن بعض الحالات غير المعالجة من الطاعون الدملي يمكن أن تتطور إلى طاعون رئوي). وإن عدم علاج الطاعون الرئوي يؤدي إلى فشل في الجهاز التنفسي والصدمة بشكل سريع. هناك بعض المضادات الحيوية المتوافرة لعلاج الطاعون منها تيتراسيكلين، فلوروكوينولونون، ستريبتوميسين وجنتاميسين.

الجدري (Variola major):

على الرغم من أن الجدري المائي قد تمت إزالته حول العالم، إلا أن هناك احتمال ظهور متعمد لفيروس فيريولا وهو رذاذي غالباً، والمرض الناتج تكون نسبة الوفاة بسببه ٣٠٪. وينتشر عادةً عبر الرذاذ التنفسي، وسوائل الجسم، أو أدوات المنزلية الملوثة (مثل الملايات). والعدوى يتبعها (٧-١٧) يوماً (وفي المعدل ١٢ يوماً) فترة حضانته، وفي هذه الحالة تظهر على المريض أعراض، وهو في هذه الحالة ليس معدياً، ثم يظهر طفح منقط مرتفع بداية في الفم ثم الوجه ثم ينتشر تدريجياً إلى الأطراف، وبعد ظهور الطفح مباشرة، يصبح المرض معدياً، ويتحول الطفح تدريجياً إلى بثور قاسية مستديرة. وبعد حوالي خمسة أيام تبدأ في التقشر، وبعد مرور ثلاثة أسابيع على ظهور الطفح تسقط كل القشور، وتنتهي قابلية المرض للعدوى.

ومن المهم التفريق بين الجدري والجدري المائي أو الكاذب، فهما يختلفان في عدة أمور منها: الجدري يكون منغرساً عميقاً في الجلد، ويبدأ بالظهور تدريجياً، بينما الجدري المائي

يكون سطحياً، ويظهر على شكل مجموعة من الحويصلات المتباينة في درجه النمو، ويمكن تفريقها. وأذى الجدري يكون كثيفاً في الوجه والأطراف، أما الجدري المائي فيكون أكثر تركيزاً على الجذع والجسم. وأخيراً، فإنه على الرغم من أن الجدري المائي له لقاح اعتيادي، إلا أن أحداً لم يُعدَّ يأخذ لقاحاً ضد الجدري. وفي حالة حدوث وباء للجدري فإن الطريقة الوحيدة للعلاج هي اللقاح؛ فإما أن يُعطى قبل الإصابة أو خلال ثلاثة أيام من بدء الإصابة. ومع ذلك فإن هناك موانع مهمة جداً لإعطاء اللقاح، وتشمل وجود تاريخ شخصي أو لأحد أفراد المنزل، وهي ما يأتي: التهاب الجلد التأتبي، ونقص في المناعة، والحمل، أو الأطفال الذين عمرهم أقل من سنة. وكل هذه الموانع يجب حسابها بشكل دقيق مقابل حالة الطوارئ الحقيقية للجدري.

حمى الأرانب

وهي توجد عادة في الثدييات ولدى الأرانب، وفرانسيسيللا تولارنيسيس هو واحد من أكثر أنواع البكتيريا المعدية المعروفة التي تنتشر عن طريق عضه الحشرة الحاملة للبكتيريا، عبر حمل الحيوان المعدي لها، وتنتقل عادة بشكل أقل بسبب الطعام أو الماء الملوث، أو عبر الاستنشاق. وغير معروف عن حمى الأرانب أنها تنتشر بين الأشخاص، وبعد (١٤-١) يوماً هي فترة الحضانة تبدأ الأعراض في الظهور، والاتصال الجلدي قد يسبب تقرحاً وتضخماً مؤلماً للغدد اللعابية. وإن استنشاق الرذاذ قد يسبب حمى مفاجئة وأعراضاً تشبه الزكام، مع التهاب الرئة، والبلغم الدموي، وفشل في الجهاز التنفسي. ويمكن أن تكون حمى الأرانب مميتة إذا لم يتم استخدام العلاج المناسب الذي يتضمن التيتراسيكلين والفلوروكوينولونز، واستربتومييسين أو جنتاميسين.

الحمى النزفية الفيروسية

الحمى النزفية الفيروسية يسببها على الأقل أربع عوائل من الفيروسات: فيروسات أرينا (بما فيها فيروس لاسا وماتشوبو)، فيروسات فيلوا (بما فيها إيبولا وماربورغ)، فيروسات بونيا، وفيروسات فلافي. وإن الفيروسات التي تسبب الحمى النزفية لا تحتضن الإنسان بطبيعتها، ومع ذلك فيأمكنها في بعض الحالات أن تنتقل من شخص إلى آخر. وتختلف الأعراض حسب نوع الفيروس، وبوجه عام فهي تشمل الحمى العالية والإعياء، وفي الحالات الشديدة الخطورة يكون النزيف من الجلد، أو يكون داخلياً، أو من الغشاء المبطن، ومع ذلك فإنه نادراً ما يموت المريض بسبب ذلك النزيف. كما أن الحالات الأشد خطورة من الحمى النزفية الفيروسية قد تتطور إلى الصدمة، أو إلى اعتلال وظيفة الجهاز العصبي أو تؤدي إلى الفشل الكلوي، أو إلى جميعها معاً، وفي بعض الاستثناءات لا يوجد علاج أو وقاية من الحمى النزفية الفيروسية؛ ولذلك فإن العلاج هو علاج داعم فقط، والوقاية من العدوى الجديدة تكون بالسيطرة على الحيوانات الناقلة للمرض، وعزل الأشخاص المصابين.

غازات الأعصاب

غازات الأعصاب مثل التابن، والساارين، وسيوما وفي إكس، هي من أكثر المواد الكيميائية سُمِّيَّة، وأكثرها استعمالاً في الإرهاب البيوكيميائي. وفي الأصل فإن هذه المادة كانت صعبة الكشف، وكانت معدة لقتل الحشرات، غير أنه سرعان ما تبنت الجيوش والمنظمات الإرهابية فكرة استخدامها؛ وبالفعل، ففي عام ١٩٩٥م، قامت طائفة دينية بإطلاق غاز السارين في نفق قطار بطوكيو مسببة وفاة (١٣) شخصاً وأكثر من ٥,٥٠٠ مصاب.

وسواء تمت الإصابة بها عن طريق الاستنشاق أو البلع أو الاتصال المباشر بالجلد والغشاء المبطن فإن غازات الأعصاب تستطيع عمل أزمة شديدة لنشاط أنزيم الكولينستيريز في الجسم، والأعراض تشمل: الازدياد في إفرازات الأنف واللعاب والعرق، مع ضيق في بؤبؤ العين، وضيق وصعوبة في التنفس، والقصيبيات الهوائية، والغثيان والتقيؤ والإخراج اللاإرادي، والتشنجات، والشلل، والإغماء وفشل الجهاز التنفسي، وقد يحصل الموت خلال (١-١٠) دقائق فقط. وعلى العكس من ذلك، فإن تأثير الإصابة بالملامسة عبر الجلد يكون أخف بشكل أكبر، ويمكن أن يتأخر إلى (١٨) ساعة، والناجون من المضاعفات العصبية للتعرض الأول من مثل: (العصبية، والإرهاق، وفقدان الذاكرة) ربما تستمر الأعراض لديهم لعدة أشهر.

وبعد إبعاد المريض عن المنطقة الحمراء وإزالة آثار التلوث يجب إعطاء حقنة عضلية للمصل المضاد وهو الأتروبين وكلوريد البراليدوكسيم (٢-PAM)، حسب العمر المناسب لكل جرعة: من ٠,١-٠,٠٠٥ مجم/كجم من الأتروبين (٢-٤ كحد أقصى)، و١٥-٢٥ مجم/كجم. وإذا استمرت الأعراض ف تعطى جرعة إضافية كل ٥-١٠ دقائق إلى أن تخف الأعراض التنفسية. وإذا كانت علبة المصل المضاد علامة I متوفرة من الجيش العسكري فإن كل جرعة تحتوي على (٢) ملجم من الأتروبين والأخرى (٦٠٠) ملجم من كلوريد البراليدوكسيم وهي أكبر بكثير مما يحتاج إليه الأطفال من جرعات.

الإشعاع: Radiation

الأطفال المتعرضون للإشعاعات الضارة يكونون على خطر الإصابة بالتأثيرات السلبية المذكورة سابقاً في هذا الفصل، سواءً كان التعرض حادثاً (مثل كارثة فوكوشيما النووية عام ٢٠١١ في اليابان) أو كان عملاً إرهابياً. وبعد إزالة التلوث يجب إدخال الأطفال إلى المستشفى للمراقبة والمتابعة والعلاج، وأي طفل يتعرض للإشعاعات يجب أن يُقِيم ويُقاس مستوى التعرض لديه بشكل منفرد. والتقييم يكون عن طريق الفحص السريري وقِيم الفحوصات المختبرية، ومنها: وقت حدوث الغثيان والتقيؤ، ومسار نقص الخلايا للمفاوية في الدم عن طريق سلسلة عدد خلايا الدم، ووجود كروموسومات غير طبيعية، وتقييم تعرض الجسم الكلي للإشعاعات بحسب بواسطة غراي (Gy)، حيث إن (١) غراي = ١٠٠ إشعاع.

إن علاج التعرض الإشعاعي يختلف باختلاف المادة، ويمدى خطورة التعرض لها؛ فالتعرض لإشعاع الأيودين على سبيل المثال يحدث غالباً بعد كارثة قنبلة نووية، ومعروف عن هذه النظائر أنها تستهدف الغدة الدرقية وتزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الغدة الدرقية، وأي طفل يتعرض لأكثر من ٠,٠٥ غراي من إشعاع الأيودين يجب أن يعالج بأويودين البوتاسيوم، وعندما يعطى قبل التعرض (أو بعد التعرض مباشرة) يستطيع منع امتصاص المادة المشعة من قِبَل الخلايا، كما يمكن إعطاء جرعتين أو ثلاث جرعات حسب الحاجة كل (٢٤) ساعة. ومن الضروري التنبيه إلى أنه حتى بعد إيقاف التعرض الأولي فإن هناك مصادر أخرى للإصابة، ومنها: حليب الأم، وحليب الحيوان، والمنتجات المحلية، ولذلك فإن من الضروري تجنب هذه المواد قدر الإمكان حتى تثبت سلامتها من قبل السلطات الصحية. وعندما تتم إزالة آثار كل التعرض الإشعاعي فإن وضع الرضّع يتطلب مزيداً من المتابعة لوظائف الغدة الدرقية.

أيودين البوتاسيوم له أعراض جانبية خفيفة، ومنها: الطفح، المغص البطني، وهو متوافر على شكل حبوب جرعة (٦٥) ملجم و (١٣٠) ملجم، والجرعة تكون حسب العمر، ويمكن عمل محلول للأطفال الصغار وفق الآتي:

ضع ٦٥ ملجم من حبوب أيودين البوتاسيوم في طبق واطحنها لتصبح بودرة، ولا تترك أية قطعة كبيرة.

- أضف (٢٠) مل من الماء إلى البودرة واخلطها حتى تذوب.
- أضف (٢٠) مل من العصير، أو الصودا أو أي شراب (لإخفاء الطعم) إلى المحلول واخلطه جيداً.
- ينتج لديك (١٢٥، ٨) ملجم من أيودين البوتاسيوم لكل (٥) مل، ويمكن حفظه في الثلجة لسبعة أيام.

إرشادات الجرعة بناء على العمر

- من الولادة حتى شهر: ١٦ ملجم (تقريباً ١٠ مل).
- من شهر حتى ٣ سنوات ٣٢ ملجم (تقريباً ٢٠ مل).
- من ٤ سنوات حتى ١٧ سنة: ٦٥ ملجم (تقريباً ٤٠ مل، أو حبة ٦٥ ملجم).
- أكبر من ١٧ سنة أو أكثر من ٧٠ كجم: ١٣٠ ملجم (حبي ٦٥ ملجم).

مساعدته الأطفال على التأقلم:

لابد للكبار من مساعدة الصغار في حالات الإرهاب البيوكيميائي ومراعاة حالتهم النفسية؛ ذلك لأن الصغار يقرأون الحالة العاطفية للكبار، ويشعرون بها أكثر من الكلمات، فتحدث إلى الأطفال عن الحدث، وابدأ الجهد لسؤالهم عما يعتقدون أو يسمعون.

شجّع الأطفال ليسألوا أسئلة، والمهتمون بالأطفال يجب أن يسرعوا في إعادة الروتين إلى الحياة اليومية من اللعب أو المدرسة، وبأسرع وقت ممكن. وتذكر أن الاستجابة النفسية للصدمة الناتجة عن أي إرهاب بيوكيميائي تتفاوت حسب العمر، وحسب التجارب السابقة، وحسب مرحلة نمو الطفل، ولا بد من الانتباه إلى أن الخوف والقلق ربما يظهران بطرق مختلفة ويستمران لعدة شهور أو عدة سنوات. ولزيد من الإرشادات بهذا الخصوص راجع فصل النمو والتطور العقلي لدى الأطفال.

المراجع

- 1- “History of Biological Warfare.” NPR. Oct 18, 2001. Available online at: <http://www.npr.org/news/specials/response/anthrax/features/2001/oct/011018.biterrorism.history.html>
- 2- Lehman-huskamp KL, Keenan WJ, Scalzo AJ, Yin S. “Toxic Exposures.” In Pediatric Education in Disaster. APP, 2008:5-
- 3- Wathen J. Cooper I, Crossman K, Acosta Bastidas M. “Pediatric Trauma.” In pediatric Educations in Disasters. APP, 2008:28.
- 4- Children and Anthrax: A Fact Sheet cor Clinicians. “CDC. Nov. 8, 2001. Available online at <http://www.bt.cdc.gov/agent/anthrax/pediatricfactsheet.asp>
- 5- “Botulism facts for Health Care Providers.” CDC. April 19, 2006. Available online at: <http://www.bt.cdc.gov/agent/botulism/hcpfacts.asp>
- 6- Frequently Asked Questions About Plague.” CDC. April 5, 2005. Available online at: <http://www.bt.cdc.gov/agent/plague/faq.asp>
- 7- Smallpox Disease Overview.” CDC. Feb. 6, 2007. Available online at: <http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/overview/disease-facts.asp>
- 8- “What You Should Know About a Smallpox Outbreak.” CDC. Mar. 13, 2009. Available online at: <http://bt.cdc.gov/agent/smallpox/basics/outbreak.asp>
- 9- Smallpox (Vaccinia) Vaccine Contraindications. CDC. Feb. 7, 2007. Available online at: <http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/vaccination/>
- 10- Frequently Asked Question about Tularemia.” CDC. Oct. 8, 2003. Available online at <http://www.bt.cdc.gov/agent/tularemia/faq.asp>
- 11- “Viral Hemorrhagic Fevers.” CDC. June 19, 2013. Available online at: <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/dispages/vhf.htm>
- 12- Medical Management Guidelines for Nerve Agents: Tabun (GA); Sarin (GD); and VX.” Agency for Toxic Substances and Disease Registry. March 3, 2011. Available online at <http://www.atcdr.cdc.gov/MMG/MMG.asp?id-523&tid-93#bookmark03>
- 13- Locker, M. “Tokyo Sarin Gas Attack Suspect Arrested, 17 Years Later.” Time. June 4, 2012.

(٢٨) الألغام الأرضية

تعرف أزمة اللغم الأرضي بأنها كارثة دولية، على الرغم من أن الإحصاءات الدقيقة الحاسمة في مناطق خاصة يُعدُّ أمراً صعباً، إلا أن التقديرات التالية، وهي من إعداد اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)، تبين حجم المشكلة؛ فخلال العشرين سنة الماضية هناك مئات الآلاف من الناس قتلوا أو تشوهوا بالألغام الأرضية، وكل يوم يموت حوالي (٣٠) شخصاً بسبب الألغام الأرضية، فضلاً عن أعداد لا تحصى من التشوهات. وفي كمبوديا وحدها هناك شخص مشوه لكل (٢٣٦) شخصاً، ووفقاً لتقديرات الأمم المتحدة فإنه يلزم (١٠٠، ١) عام لنزع (١١٠) مليون لغم أرضي فعّال موجود حالياً في أراض موزعة على (٦٤) بلداً في العالم، وهناك حوالي مليوني لغم أرضي كانت تزرع سنوياً قبل توقيع اتفاقية أوتاوا لتحريم الألغام الأرضية عام ١٩٩٧م.

الألغام الأرضية ضد الأشخاص:

لقد صُمّمت الألغام الأرضية لتسبب دماراً أكثر من أي سلاح آخر، وهي منشورة في مناطق القتال حماية للتسهيلات العسكرية، ولكي تُحدِّد من حركة العدو، وعلى الرغم من أن بعض الألغام مصممة لتؤدي إلى الوفاة ١٠٠٪ إلا أن بعضها مصمم لإلحاق إصابات بالغة بالجنود؛ فعندما يؤذي جندي بلغم يُطلب من عدة أشخاص أن يحملوه وينقلوه عن المكان ويهتموا به، وبذلك تستنزف الألغام موارد العدو وقوته القتالية، وتدمر روحه المعنوية الحربية؛ حيث إن مشاهدة حادثة لغم واحد تؤدي إلى صدمة نفسية حادة وبعيدة الأمد.

ونظراً إلى الطبيعة غير المميزة للألغام الأرضية ضد الأشخاص فإن المدنيين يعانون من القوة التدميرية للألغام خلال النزاع وبعده؛ حيث تبقى الألغام الأرضية لعقود من الزمن مخربة للأراضي الزراعية ومدمرة للمجتمعات، وتبقى حوادث الألغام معطلة للإنتاجية عبر إصابات المسببة للعمى والصمم وفقدان الأطراف. وعندما يبقى عائل الأسرة على قيد الحياة بعد إصابته بلغم أرضي فإن عائلته كلها تعاني مادياً وعاطفياً جراء ذلك، والأذى النفسي الذي تسببه الألغام الأرضية خطير وبالغ الأهمية، ولا أحد يستطيع قياس الآثار البعيدة الأمد بسبب الرعب واليأس والخوف الذي تخلفه لجميع أفراد العائلة، بمن فيهم الأطفال.

الأطفال والألغام الأرضية:

إن عدد الإصابات المدنية بالألغام الأرضية من غير المقاتلين تتغير حسب المنطقة ونوع الألغام وحسب الحالة السياسية، وتعترف المنظمة الدولية للصليب الأحمر بأن ٢٠٪ على الأقل من ضحايا الألغام الأرضية هم من الأطفال، وهناك أسباب عديدة لوقوع الأطفال ضحايا للألغام. والألغام التي هي ضد الأشخاص بالتحديد تولد الكوارث عادة في المناطق ذات الكثافة

السكانية العالية، وعادة لا يجد الأطفال أماكن آمنة للعب، وفي هذه الحالة يكون حقل الألغام غير المحدد والأراضي المهجورة ملعباً لافتاً للانتباه، أو حقلاً فسيحاً واسعاً للجري فيه، أو يصبح المكان المناسب للعبة الاختباء (اختبئ وابتحث)، وأحياناً يجد الأطفال الألغام الحقيقية على شكل ألعاب جذابة، ولاسيما عندما تصمم الألغام لكي تبدو كالألعاب. وإن عدم التنبؤ بالانفجار يسهم في تفاقم المشكلة؛ ذلك لأن مجموعة الأطفال الذين يلعبون يمسون باللغم مئات المرات قل أن ينفجر.

وحتى يقوم عمال الرعاية الصحية بدورهم في تخفيف خطر الألغام الأرضية على الأطفال فإنه لا بد من أن يتخذوا تحذيرات أساسية لغرسها في سلوك الطفل، ولأن إحدى سمات الطفل الجميلة والخطيرة في آن معا هي قدرته على أن يغمس كلياً في الهزل واللهو، ولذلك فإن الأطفال عندما يلعبون لا يتذكرون دروس المدرسة.

وبناء عليه فإن التعليم حول مخاطر الألغام يجب أن يؤدي إلى تصرفات مدربة يمارسها الأطفال بصورة دائمة، وهذا الأمر يتحقق عبر الألعاب التعليمية المتكررة والمصممة للاستفادة من خيال الأطفال الرائع، وإن إحدى هذه الطرق هي استخدام أفلام كرتونية ذات ألوان جذابة، تصور مكاناً غير آمن بسبب الألغام الأرضية، كما تعرض عليهم الرواية، وبعدئذ يُطلب من الأطفال رواية القصة بصورة صورة.

وبذكاء العاملين في الحقل الصحي فإن هذا التمرين يتم عبر التواصل والتخاطب الجيد، كل على حدة، وهو يهدف إلى توجيه الأطفال حول أهمية الرواية الأخلاقية. إن هذا التداخل يشكل منفذاً للأطفال كي يعبروا عن مخاوفهم أو عن غضبهم حيال بعض تجاربهم مع الألغام الأرضية.

يجب أن يعي عمال الرعاية الصحية مناطق وجود الألغام الأرضية، وكيف تُمَيِّز أو تحدّد، وعلى الرغم من أنه ليس هناك دليل عام عن حقول الألغام إلا أن كل مجتمع له طريقته الخاصة أو نظامه المتبع في تحديد هذه الأماكن. ولا بد من إدخال هذه الدلائل في الألعاب التعليمية حتى يألفها الأطفال. كما يجب أن يتعلم الأطفال أيضاً دلائل أخرى تشير إلى وجود ألغام أرضية، ومنها: السيارات المهجورة أو المتفجرة في الحقول، أو المصروبة بالقنابل، أو المباني المهجورة أو الخالية من السكان، ويمكن أن يتدرب الأطفال على سيناريوهات لما يقومون به في حقل من حقول الألغام الأرضية.

الإسعافات الأولية وتبنيها

الإسعافات الأولية الفورية هي الأكثر فاعلية لرفع مستوى المردود الطبي، وإذا لم يتم الإسعاف بصورة صحيحة فإن ذلك يؤدي بكل تأكيد إلى حدوث مضاعفات طبية، وفي المناطق المعروفة بحقول الألغام فإن عمال الرعاية الصحية يحتاجون إلى تدريب خاص، وإجراءات محددة، ومنها: إيقاف النزف الخارجي الواضح، والاستخدام الأمثل للمضادات الحيوية والسوائل الوريدية، وتثبيت الجروح، وتهدئة الألم. كما ينبغي أيضاً تبني نظام متقدم لتحويل المرضى قدر الإمكان بحيث يتم نقل المريض إلى أقرب مستشفى فور استقرار حالته.

وفي إطار الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة فإن من الواجب أن يحمي العاملون في الحقل الصحي المصابين أو من هم في دائرة خطر الألغام ضد الأشخاص، كما يجب التعريف بحجم المشكلة جيداً. ومن الأهمية بمكان أن يتم تزويد المستشفيات بالمواد اللازمة لذلك، وتدريب العاملين، وتعديل النظام الطبي لتعزيز خدمات إعادة التأهيل، وإعادة دمج الناجين من إصابات الألغام بالمجتمع بفاعلية كافية.

(٢٩) القانون الدولي

«ولد الناس أحراراً ومتساوين في الكرامة والحقوق، وقد وهبوا العقل والضمير ليتصرفوا تجاه بعضهم بعضاً بروح الأخوة»

من البيان العام لحقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة. المادة الأولى

تقوم حقوق الإنسان والقانون الإنساني بدور هام في حالات الكوارث، ونظراً إلى الفوضى والانهدام الذي تخلفه هذه الحالات فمن الممكن أن تكون هذه الحقوق والقوانين الموجة الوحيداً للسلوك الإنساني المتبقي بعد حلول الكارثة. ومع أن هذه الحقوق والقوانين لا تطبق بشكل كامل على المستوى الدولي، إلا أن كل جهد فردي للالتزام بهذه المبادئ، يسهم في تحقيق الاحترام العالمي لحقوق الإنسان.

وهناك فارق هام بين الحقوق الإنسانية وبين القانون الإنساني؛ أما الأول فهو مجموعة كبيرة من المبادئ المتعلقة بالاحترام والكرامة لكل البشر، وفي كل الظروف. أما الثاني فهو مجموعة من القوانين التي تسعى إلى حماية الحقوق الإنسانية وسط النزاع المسلح، من دون أن يتركز الاهتمام على قضية الأطفال في سياق الحقوق الإنسانية إلا منذ عهد قريب جداً.

الحقوق الإنسانية:

الإعلان العام للحقوق الإنسانية المقرر من قبل الأمم المتحدة يمكن أن يُقرأ على الشبكة العنكبوتية المعلوماتية التالية:
www.asociety.com/udhr/html

وفيما يأتي بعض المواد الرئيسية الواردة فيه:

المادة (٢):

يمنح الجميع الحقوق والحريات المنصوص عليها في هذا البيان من دون أي تمييز من أي نوع، مثل العرق، واللون، والجنس، واللغة، والدين، والسياسة، والرأي الآخر، أو أي أصل قومي أو اجتماعي، أو مولد، أو حالة أخرى، وإضافة إلى ذلك فإنه ليس هناك من تمييز على أي أساس من الحالة السياسية أو التشريعية أو الدولية لبلد أو إقليم ينتمي إليه الشخص، وفيما إذا كان مستقلاً أو تحت الوصاية أو تابعاً، أو تحت أية درجة أخرى من السيادة.

المادة (٥):

لا يتعرض أحد للتعذيب، أو لمعاملة أو عقوبة جائرة غير إنسانية أو إذالية.

المادة (١٤):

لجميع الحق في أن يطلبوا أو يتمتعوا في بلدان أخرى باللجوء أو الهروب من الاضطهاد.

وهذا الحق لا يطبق في حالات الاتهامات، أو القضايا الناجمة عن جرائم غير سياسية، أو عن أفعال أو أعمال معاكسة لأهداف الأمم المتحدة ومبادئها.

المادة (٢٥):

لل فرد الحق في مستوى معيشة مناسب لصحته وصحة عائلته، وتشتمل على الطعام واللباس والسكن والرعاية الطبية، والخدمات الاجتماعية الضرورية، والحق في الضمان، حتى في حالة عدم التوظيف، أو المرض، أو العجز، أو الترمُّل، أو الشيخوخة، أو أي نقص في ظروف المعيشة، أو الرزق في شروط لا يمكن التحكم بها.

تمنح الأمومة والطفولة اهتماماً ومساعدة فائقتين، ويتمتع جميع الأطفال سواءً أكانوا مولودين شرعيين أم غير شرعيين بنفس الحماية الاجتماعية.

القانون الدولي الإنساني:

كما هو معروف في اتفاقيات جنيف، وهي عبارة عن سلسلة من التقارير التي تطورت خلال عقود من الزمن بهدف حماية حقوق الإنسان في النزاعات المسلحة، بأنها تقدم قواعد مفصلة يجب على أطراف النزاع التزامها. وهذه القواعد تعمل على الموازنة بين حقوق الإنسان وبين الاحتياجات العسكرية التي هي أفعال ضرورية لقهـر الخصم. وهذه الاتفاقيات تطبق في معالجة الجرحى والمرضى من أعضاء القوى العسكرية بشكل خاص (الاتفاقية الأولى والثانية)، ومعالجة أسرى الحرب (الاتفاقية الثالثة)، وحماية المدنيين في وقت الحرب (الاتفاقية الرابعة، البرتوكول I-II).

لقد نصت اتفاقيات جنيف على أن الجنود المجرّحين أو المرضى يجب أن يعاملوا معاملة جديرة بالاحترام من دون أي تمييز بسبب انتمائهم الوطني أو جنسيتهم، وتُعطى المستشفيات وسيارات الإسعاف وراكبوها الحماية والاحترام، كما تعطى حصانة أمنية مطلقة لسيارات الصليب الأحمر، واللجنة الدولية للصليب الأحمر الدولي، وهي الوكالة المستقلة والمحايدة، وهي المسؤولة عن صيانة هذه المبادئ.

إن هذه القوانين الإنسانية الدولية تطبق على الموظفين الطبيين عندما تكون بلادهم الخاصة منشغلة بالنزاع المسلح، أو عندما تقرر حكومتهم أو وكالات الغوث أن تضعهم تحت تصرف

فريق مسلح، أو تضعهم في خدمة الصليب الأحمر، ومن الممكن أن يكون الموظفون الطبيون عسكريين أو مدنيين، وهم معروفون بشكل واسع، بمن فيهم كل المشاركين في النشاطات التي تخدم الأغراض الطبية، وكذلك الطاقم الذي لا يكون منخرطاً بشكل مباشر في الرعاية الطبية لكنه يقدم خدمات الدعم لأولئك المنخرطين فيها (النقل مثلاً).

ومن واجبات الموظفين الطبيين تقديم المعالجة الإنسانية للمرضى والجرحى، ومنع كل أنواع العداوة، وحمل الأسلحة الخفيفة للاستخدام دفاعاً عن أنفسهم فقط، أو دفاعاً عن المرضى الذين هم مسئولون عنهم، وعرض إشارة الصليب الأحمر على صدورهم وظهورهم، والامتناع عن ارتكاب خروق جسيمة، أو إساءات حين استعمالهم للقانون الإنساني. وإن المهمة الرئيسية للموظفين الطبيين هي التأكيد على حماية الصحة والحياة الإنسانية، ويجب أن تُقدّم الرعاية الطبية المبنية على الضرورة الطبية من دون أي فرق أو تمييز غير المعايير الطبية. وكل الموظفين الطبيين عليهم الالتزام بقسم جنيف الذي هو:

- أن يمارس مهنته بضمير وكرامة.
- أن يهتم بصحة مريضه ويكون هو اهتمامه الرئيسي الأول.
- أن يحترم الأسرار المعهودة له.
- أن يمتنع عن أي تمييز ديني أو قومي أو عنصري أو سياسي أو اجتماعي في أداء واجبه.
- أن يعبر اهتماماً واحتراماً للحياة الإنسانية.
- ألا يستخدم معرفته الطبية ضد قوانين الإنسانية حتى تحت التهديد.

وبدورهم، فإن كل الموظفين الطبيين يُمنَحون كامل الاحترام والحماية تحت القانون، ولديهم الحق في مطالبة السلطات بتأمين الوسائل والتسهيلات المقدّمة لهم من أجل أداء واجباتهم وبلوغ الأماكن التي تحتاج إلى خدماتهم الضرورية، وزيارة سجناء الحرب، وحماية أنفسهم وأهليهم من الانتقام، وبكل صراحة ووضوح، فإنه يجب أن تتم حماية الموظفين الطبيين من أن يجبروا على التصرف عكساً لأخلاقيهم الطبية، أو إعطاء معلومات عن الجرحى والمرضى الذين هم في رعايتهم.

والموظفون الطبيون الذين ليست بلادهم طرفاً في النزاع، أو ممن يعملون لصالح وكالة الغوث، فهم مُعَفَّون من الأسر، ويجب إعادتهم بشكل سريع إلى فريقهم. أما الموظفون الطبيون العسكريون الدائمون، والموظفون الطبيون التابعون لأحد أطراف النزاع، فيمكن أن يُحتجزوا إن كانت خدماتهم مطلوبة للعناية بأسرى الحرب، ولا يمكن أن يُطلب منهم القيام بأي عمل خارج العمل الطبي.

تفرق اتفاقيات جنيف بين الأشخاص العسكريين والمدنيين في وقت النزاع المسلح؛ فالمدنيون هم أولئك الذين لا يشاركون مشاركة فعّالة في العدوان أو الذين لا يشتركون فيه أبداً، ويقدم لهم الاحترام والحماية في ظل القانون، وأنه يجب أن تقدم لهم مناطق آمنة خاصة لا تحتوي على أية أهداف عسكرية، ويمنع أو يحرم تجويعهم، أو تدمير وسائل إبقائهم أحياء بوصفها وسيلة من وسائل الحرب، كما أن العبودية محرمة عليهم. والسكان المدنيون ينزحون غالباً من أماكنهم في وقت النزاع، وأولئك الذين يبقون في بلدانهم، لكن ليس في بيوتهم، فيدعون بالنازحين. أما الذين ينتقلون إلى بلاد أخرى فيدعون باللاجئين، وسواء أكانوا نازحين أم لاجئين فإن الأطفال يشكلون قسماً كبيراً من هذه المجموعات المدنية.

اتفاقية حقوق الطفل:

أقرت معظم البلدان في العالم معاهدة حقوق الطفل، والولايات المتحدة الأمريكية وقّعت على هذه الاتفاقية، ولكنها لم تصدقها من الكونجرس. والمعاهدة أقرت من قبل الأمم المتحدة في عام ١٩٩٠م، وفيها فصل حول النزاعات المسلحة: «وفقاً للالتزامات في ظل القوانين الإنسانية الدولية في النزاعات المسلحة، فإنه من الواجب على الدول أو الأطراف أن تتخذ كل التدابير الممكنة لتأمين الحماية والاهتمام بالأطفال المتأثرين بالنزاع المسلح». (المادة ٣٨، الفصل الرابع).

اعتبارات عملية:

في الواقع هناك استجابة رديئة للقانون الدولي الإنساني ولحقوق الإنسان في معظم حالات الكوارث، ولاسيما ما يتعلق منها بالنساء والأطفال؛ ومعظم النزاعات متعددة الوجوه، ولاسيما ذلك المزيج المتشابك من القوى السياسية والعسكرية والاقتصادية والعرقية والاجتماعية، وفي الواقع فإن الفرق يضيع بين الأشخاص المدنيين والعسكريين. ولأن الحماية التي ينص عليها القانون الإنساني ليست معروفة عالمياً ولا محترمة؛ لذلك يتوجب على العاملين في المساعدة الإنسانية أن يحافظوا على مستوى عالٍ من الحيطة الشخصية، وفي أوقات كثيرة، ولاسيما حينما تتناقض قضايا الأمن الشخصي مع البعثات الإنسانية، عندها تصبح القرارات الجماعية للمحافظة على التوازن بين حقوق الإنسان، والمساعدة الإنسانية، والمسئولية الفردية، والأمان، ضرورة جداً.

(٣٠) مواضيع أخلاقية

الإعلان العام عن حقوق الإنسان موجود، والقانون الإنساني الدولي موجود، ومعظم البلدان أقرت أو صدقت على اتفاقية حقوق الطفل.

ومعظم الناس، بغض النظر عن خلفيتهم الثقافية أو العرقية، متفقون على أن الأطفال بريئون ويجب ألا يعانون، ومع ذلك، فإن الأطفال يعانون كثيراً داخل مجتمعات الكوارث بسبب النزاعات العرقية، فهم يعانون أكبر المعاناة في حالات الكوارث والنزاعات السابقة بسبب الانتهاكات الأخلاقية.

الأطفال المقاتلون:

إن واحداً من أكثر الانتهاكات الأخلاقية حدوثاً على نطاق واسع هو استخدام الأطفال ليكونوا جنوداً ومرتكبي عنف، وعلى سبيل المثال: في سيراليون هناك أطفال في سن الثامنة أُجبروا على ارتكاب جرائم عنف ضد العائلة والأصدقاء، ومثال آخر جدير بالملاحظة هو جيش مقاومة اللورد (LRA) في أوغندا الشمالية الذي اختطف الأطفال الصغار وأجبرهم على الاشتراك في غارات على القرى المحلية، وفي حرق البيوت، وقتل الناس بالمناجل. أما الفتيات الصغيرات فقد استُبعدن من قبل اللورد (LRA) غير أنهنَّ تعرضن للاغتصاب المتكرر.

قد يكون من الصعب على العمال الإنسانيين الاعتقاد بأن الأطفال الذين يلعبون ويُشاهدون في أوساط الكوارث قد مارسوا أو شاركوا في جرائم عنف، وحتى إن مرتكبي العنف من هؤلاء الأطفال هم في الحقيقة ضحايا، ويحتاجون إلى الرحمة والحماية من ضرر أكبر. والمعلومات الواردة من الأطفال بخصوص الأعمال الوحشية التي يمكن أن يكونوا قد ارتكبوها يجب أن تعالج بدقة وسريته تامة، كما أن الشعوب الغربية تعتقل الأطفال المذبذبين غالباً أو تودعهم السجن، إلا أن هذا ليس نهجاً عملياً في أوساط الكوارث. والمطلوب من القادة المحليين أن يتبنوا خطة لتأهيل المقاتلين من الأطفال ومعالجتهم، ويجب أن تُجرى محاولات لمساعدة هؤلاء الأطفال على استئناف متابعة نموهم الطبيعي، وإعادة بناء شخصيتهم الأخلاقية، والاندماج مع مجتمعهم مرة ثانية.

الحماية:

يجب أن يكون العمال الإنسانيون مدركين للتأثير الذي يحدث للأخلاقيات الطبية، والسياسية، والاجتماعية، والشخصية في أثناء الكوارث، وهناك الكثير من العاملين في أوساط الكوارث بمن فيهم رجال الحكومات، والفئات السياسية، والمنظمات والعمال الإنسانيون والضحايا، فإن مبادئ وقيم هذه المجموعات المتباينة تتنوع بشكل كبير جداً؛ والكثير منهم قد

لا يكونون مدركين للحقوق الإنسانية الدولية، ولا للقانون الدولي.

كيف يمكن للعاملين الصحيين التمسك بالمبادئ الأخلاقية للأطفال؟

قد يكون الدفاع هو الأداة الأقوى التي يمكن أن تستخدم في الميدان بالإضافة إلى المجتمعات المحلية؛ فتأمين المعلومات للمنظمات والقادة السياسيين ووسائل الإعلام والزملاء في ميادين صحة الطفل حول الانتهاكات الأخلاقية ضد الأطفال يمكن أن يساعد في ذلك، والأشخاص الذين هم في سدة الحكم يحتاجون إلى أن يعرفوا أن ملايين الأطفال قد قتلوا أو تأدوا بشكل خطير في مجتمعات الكوارث خلال العقود الماضية. وإن إصابات الأطفال تُعالج في أوساط الكوارث من دون مخدر أو مسكنات للألم أو أية تسهيلات جراحية، وهناك عشرات الملايين من الأطفال الذين قد شُرِّدوا، أو يُتِّموا، أو شاهدوا، أو مارسوا العنف، أو تعرضوا لأذية نفسية كبيرة جداً بسبب الكوارث. إنه من غير المقبول إطلاقاً مشاهدة كل هذه المعاناة لدى الأطفال دون أن نحرك ساكناً.

إن بعثة كارينجي والأمم المتحدة نصحوا بأن تُشكل قوة أممية لحماية الأطفال في ظروف الكوارث، وإن هذا الأمر يلقي الترحيب حالياً، إلا أن المديرين المحليين ما يزالون هم الأكثر قدرة على التمسك بمبادئ حماية الأطفال الأخلاقية نيابة عنهم، ويمكنهم القيام بذلك عبر طرح السؤال التالي في كل اجتماع من اجتماعات التخطيط: «ما هو أفضل شيء يمكن أن نقدمه للأطفال؟».

والموجهون يمكن أن يضمّنوا البعثات كوادر تعرف القانون الدولي والأجزاء التي تتعلق بالأطفال خاصة، ويمكن أن ينظموا اجتماعات مع العمال حول أخلاقيات توزيع الطعام، والرعاية الصحية، والسكن، والتعليم. ويجب أن يعرفوا أيضاً متى تنشأ النزاعات المتعلقة بالأخلاق والأطفال، حتى يمكن تأمين عقد اجتماعات بين الأطراف المختلفة. ويجب على العمال الإنسانيين في الميدان أن يخبروا رؤساءهم عن الانتهاكات الأخلاقية التي تؤثر على الأطفال، كما أن التحدث نيابة عن الأطفال ليس خطأ أبداً.

(٣١) أمثلة جيدة وأخرى سيئة

حالة سيئة:

نتيجة لأحد الزلازل كان هناك ما يقرب من (٢٠٠,٠٠٠) عائلة مهجرة، وأكثر من (٦٠٠,٠٠٠) قاصر بلا أهل (يتامى) يُوجَّهون إلى منطقة معسكر للاجئين التي تحوي القليل من النبات، ومصادر المياه غير متوفرة إلا ما يأتي من ماء المطر. في البداية كانت العائلات تنام في العراء (إنه موسم نزول المطر)، وبعد أسبوعين ترسل منظمة اليونيسيف خياماً، لكنها خيام صحراوية يتسرب منها ماء المطر، أما القاصرون من غير أهل فيسكنون في مجموعة من الخيام الكبيرة، وكانوا مقسمين حسب أعمارهم، ابتداءً من الأطفال الذين هم في المراحل الأولى من المشي وحتى الأطفال الذين هم في سن المراهقة. وغالبية اليتامى الصغار عراة ويعانون من الإسهال ومن الأمراض التنفسية. وعلى الرغم من مرور ثلاثة أسابيع من تاريخ بدء استقرارهم في هذه المنطقة إلا أن المراحيض ومصادر المياه لم تكن موجودة.

لقد خُصصت خيمتان كبيرتان لتكونا عيادة سريرية ومستشفى؛ حيث يعمل فيهما الأطباء المتطوعون المغتربون والمرضات، وليس هناك من فحص للكشف عن الموظفين الصحيين من اللاجئين، ويُجلب إلى المعسكر كميات كبيرة من المحاليل الوريدية والمضادات الحيوية التي ترسل من قِبَل وكالات الإغاثة إلا أنه لا توجد علب لمحلول الإرواء من أجل معالجة الجفاف، والكادر الطبي المتطوع مشغول من الصباح وحتى يحل الظلام (ليس هناك كهرباء) في معالجة الأطفال المرضى بدقة، ولا يوجد في المستشفى أية تسهيلات لغسل اليدين أو أية مراحيض.

إمدادات الطعام تنقل وتوزع على أرباب العائلات، ونظراً إلى أنه ليس هناك وقود للطبخ فإن إمدادات الطعام الأولى هي عبارة عن وجبات من الاستهلاك الفردي؛ فالأطفال اليتامى يُطعمون حصص الاستهلاك مرة في اليوم، ويُقدم لهم أيضاً بسكويت وبروتين عال وماء للشرب؛ حيث ينقل إلى منطقة اليتامى في صهاريج ويوزع على العائلات في أوعية يحملها متطوعون مغتربون، وهم يقدمون للأطفال أكواباً من الماء خلال اليوم، ولا يُسمح للمتطوعين البقاء مع اليتامى ليلاً بسبب المشاكل الأمنية، وهناك عدد قليل من البالغين اللاجئين الذين يتطوعون لمساعدة اليتامى ليلاً.

الأطفال اليتامى يبدون فاتري الهممة، وتعلو وجوههم مسحة من الحزن، وهناك التشخيصات السريرية للسُّل الرئوي، ومرض الزحار، والتهاب السحايا المكورة السحالية التي يتم تجهيزها، وبعد أربعة أسابيع مات (١٠٠) يتيم!!.

ما هي الأولويات؟ ماذا يمكن أن يُفعل لتحسين واقع الحاضر والمستقبل بالنسبة إلى القاصرين من غير أهل؟

حالة جيدة:

كان هناك كارثة نتيجة لحرب عرقية، وقد أدت هذه الكارثة إلى أن يصبح (١٠٠,٠٠٠) إنسان لاجئين، نصفهم أطفال دون الخامسة عشرة من العمر، ومعظمهم في حالة بدنية وغذائية رائعة، وحينما غادروا بيوتهم سافروا لمدة بضعة أيام فقط قبل أن يصلوا إلى معسكر اللاجئين، ووكالات الإغاثة الدولية توقعت حركتهم مسبقاً فأعدت نظاماً لسكنائهم، كما وفرت لهم مسبقاً الماء والطعام.

وعند وصول اللاجئين يتم تعريفهم باحترام من ناحية الاسم، والجنس، والعمر، وأسورة الهوية توضع على معاصم الأطفال الذين هم أصغر من (١٠) سنوات، وعند الدخول يُسأل عن مهارات اللاجئين، وعن أصحاب المهارات في التعليم، والعمل الاجتماعي، والصحة، ويتم إشراكهم بسرعة في برامج المعسكر الوقائية. ويُزود اللاجئون بالمعلومات الوقائية المتعلقة باستخدام الغذاء المتوافر، والمراحيض، والماء، ورعاية الأطفال، والسلامة، والصحة العامة. وهناك انتباه خاص موجه إلى المرضعات والحوامل؛ بحيث يقدم لهن مقادير إضافية من الطعام ومن الفيتامينات، وتناقش خطط الولادة وتحضر الصناديق والمعدات اللازمة لها مسبقاً.

يُعطى الأهل معلومات عن الحاجات الخاصة لأطفالهم، وتعرف هويات القاصرين من غير الأهل وتؤخذ صور لهم بسرعة، وتعلق الصور في المعسكر لكي تسهل عملية لِّ الشمل، وفي هذه الأثناء، يُعطى القاصرون من غير أهل إلى بعض العائلات ليصبحوا أهلاً لهم بالتبني. والمعلمون يؤسسون مدارس مؤقتة، وملاعب، خلال أسبوعين من تحرك اللاجئين. وإن قوانين المعسكر ولوائحه تحدد أعمار الأطفال للدخول إلى المدرسة ابتداءً من سن ست سنوات فأكثر. ويقوم المدرسون بامح للتخلص من الجهد والقلق الذي يتعرض له الأطفال، ووكالات الإغاثة تقدم مواد رسم وكرات للعديد من الألعاب، وأدوات موسيقية بسيطة يألفها اللاجئون، وتطبق اليونيسيف برنامج «العودة للسعادة» الذي هو مخصص للأطفال الذين هم في أعمار الدراسة.

تُجرى المسوحات المتعلقة بالأمراض وبالحالة الغذائية عند الكبار وعند الأطفال على حدِّ سواء، كما يُقدِّم استبيان لأفراد الأسر عن مشاهدتهم للعنف أو الاضطهاد أو انفصالهم عن أسرهم. وبرامج إعادة التغذية يُباشَر فيها في الحال بالنسبة للأطفال المصابين بنقص في التغذية، وتوضح خطط إشراك الكبار في أي شكل من أشكال العمل إذا ظهر أن حالة اللجوء سوف تستمر لبضعة أسابيع.

عيادات الأطفال دون الخامسة تُنظَّم مشاركة أكبر قدر ممكن من اللاجئين في العمل الإغاثي، وتُرتب زيارات الأطفال للعيادات بانتظام، كما تقوم بتحديث حالة التطعيم باستمرار. وعندما يُنقل اللاجئون من مخيم إلى مخيم آخر، أو يحين الوقت لإعادة توطينهم في بلد آخر، أو عند رجوعهم إلى أوطانهم، فإنهم يُزودون بوثائق عن الحالة الصحية والتعليمية لأطفالهم.

المراجع

في هذا الفصل نحاول أن نذكر بعض المطبوعات والمواقع الإلكترونية التي قد تساعد في حالات الكوارث، وهي ليست شاملة بقدر ما هي عبارة عن عيّنات وأمثلة ييسيرة لبعض المصادر المتوافرة.

Books and Manuals

1-Control of Communicable Disease Manual: Ed. David F. Heymann, American Public Health Association 2008. (19th Edition).

Declaration on Human Rights. The United Nations.

2-Disabled Village Children: A Guide for Community Health Workers, Rehabilitation Workers and Families, 2nd edition. Werner D. Palo Alto: Hesperian Foundation, 1996.

3-Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young children health and nutrition, WHO, 2012.

4-Facts for Life. UNICEF/WHO/UNESCO, 4TH Edition. www.unicef.org/publications .

5-Food for Thought: tackling child malnutrition to unlock potential and boost prosperity, Save the Children, 2013.

6-Handbook for emergencies. UNHCR/WHO. Geneva: WHO, 3rd edition. www.unhcr.org.

7-Basic Virtual Library of Disaster Risk Management for Ministries of Health. WHO AND PAHO (in CD format), 2013.

8-Mental Health of refugees. UNHCR/WHO. Geneva: WHO, 1996

9-Psychosocial Issues for Children and Families in Disasters. American Academy of Pediatrics Work Group on Disasters. US Department of Health and Human Services, 1995.

10-Red Book. American Academy of Pediatrics (AAP) Infectious Disease Committee. AAP, 2012.

11-Refugee Children: determining the best interests of the child. The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR).

12-The Sphere Project: Humanitarian charter and minimum

standards in disaster response – Sphere Training Package 2015. www.sphereproject.org/news/new-sphere-training-materials .

13-World Disaster Report. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2012.

THE WORLDWIDE WEB Helpful References

1-www.aap.org/new/disasterresources American Academy of Pediatrics.

2-www.aap.org/terrorism/topics/psychosocial_aspects American Academy of Pediatrics

3-www.basics.org

E-mail: Infoctr@basics.org

Provide Basics Publications regarding child survival activities.

4-www.cdc.gov The Centers for Disease Control Provides Traveler's health information, geographic health recommendations and disease information.

5-www.cdmha.org Center for Disaster Management and Humanitarian Assistance

6-www.dwb.org Doctors without Borders (Medecins Sans Frontieres (MSH))

7-www.hvousa.org Health Volunteers Overseas

8-www.imva.org The International Medical Volunteers Association provides preparation resources for medical volunteers.

9-www.info.usaid.gov/hum_response United States Agency for International Development. Contains information from the Office for Foreign Disaster Assistance (OFDA), including the Field Operations Manual.

10-www.ipa-world.org International Pediatrics Association

11-www.oxfam.org

12-www.paho.org Pan-American Health Organization provides information regarding the SUMA program, a system for planning and coordinating refugee needs.

13-www.reliefweb.int provides information on complex humanitarian emergencies, natural disasters and country backgrounds.

14-www.unhcr.ch The United Nations High Commissioner for Refugees

15-www.unicef.org The United Nations Children’s Fund Provides much relevant information, including the “Return to Happiness” program.

16-www.unv.org United Nations Volunteers

17-www.who.int/eha/disasters/ WHO

18-www.who.int/imci WHO program on integrated management of childhood illness.

الفهرس

٥	تمهيد
٨	المحررون
٩	شكر وعرفان.....
١٠	الترجمة
١١	المقدمة
١٢	التحضير الشخصي
١٥	العناية الشخصية لعمال الإغاثة
١٩	ماذا لماذا أين ومن؟
٢٤	الأطفال في الكوارث الطبيعية
٢٨	اللاعبون الأساسيون في إدارة الكوارث
٣٨	أولويات الأطفال
٤٣	أطفال بلا أسر
٤٦	أولويات النساء
٥٠	فرز الأطفال
٥٢	تقييم الحالة الصحية للطفل
٦٠	العنف الجنسي والعنف على أساس نوع الجنس
٦٠	علم الأوبئة
٦٧	الماء والحفاظ على الصحة العامة
٧٣	الدفع ، الملابس ، المسكن
٧٥	التغذية
٨٥	تطور الصحة العقلية ونموها
٩٤	الروتين بالنسبة للأطفال
٩٦	الكوارث والإعلام
٩٨	الكتب والقراءة للأطفال
١٠١	التطعيم
١١٥	مواضيع طبية
١٣٢	الولادة وإنعاش المولود
١٣٨	العناية بالوليد
١٤١	تسمم المواليد
١٤٥	فرط البيليروبين في الدم
١٤٧	الإرهاب البيوكيميائي
١٥٦	الألغام الأرضية
١٥٩	القانون الدولي
١٦٣	مواضيع أخلاقية
١٦٥	أمثلة جيدة وأخرى سيئة
١٦٧	المراجع

A photograph of a destroyed urban area, likely the aftermath of a conflict. The foreground is dominated by a large pile of rubble, including broken concrete blocks, bricks, and twisted metal. In the background, several multi-story buildings are visible, some with significant structural damage and missing windows. The overall scene is one of devastation and the aftermath of a disaster.

كيف نساعد الأطفال وأهاليهم في حالات الكوارث الإنسانية