

الاستثمار في الأدلة لتحقيق العدالة الصحية للأطفال اللاجئين

- ◀ قد تعكس جائحة فيروس كورونا المستجد مجرى التقدم الذ
- ◀ أحرز على مدى سنوات في مجال صحة الأطفال اللاجئين. الأمراض
- ◀ غير المعدية، التي غالباً ما تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة، تأخذ في الارتفاع. ثمة حاجة إلى إقامة شراكات بحثية بين البلدان على طول طريق الهجرة

تالا الروسان، أستاذة مساعدة في
الطب والصحة العامة

تشيريل أندرسون، العميد المؤسس
والأستاذة في كلية هيربرت ويرثيم للصحة
العامة وحياة الإنسان

جامعة كاليفورنيا، سان دييغو، الولايات
المتحدة الأمريكية

الأميرة الأردنية دينا مرعد
رئيسة الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان
والمديرة العامة السابقة لمؤسسة
الحسين للسرطان،
٢٠١٦-٢٠٢٢
عمان، الأردن

يعيش حول العالم ما يقدر بنحو ٨٠٠ مليون طفل في المناطق الهشة والمتأثرة بالصراعات، تعرض نحو ٣٠-٣٤ مليوناً منهم للنزوح القسري وفقاً لتقرير الاتجاهات العالمية: النزوح القسري في عام ٢٠١٩ الذي أصدرته مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (المفوضية، ٢٠٢٠). وبينما تستمر أعقاب أزمة كوفيد-١٩ في فرض الضغوط على المجتمعات والنظم الاقتصادية، يتوقع لهذه الأرقام أن تنمو وتتمو معها الأزمات الصحية المرتبطة بالأطفال اللاجئين، بما في ذلك الولادة المبكرة والأمراض البدنية والتهديدات التي تحيق بصحتهم وسلامتهم مثل اكتئاب الأشخاص الذين يعتنون بهم والإهمال والجوع والصدمات النفسية والعزلة والتسرب من المدارس والزواج المبكر والاعتداء وعمالة الأطفال القسرية.

تضاف إلى ما سبق المخاطر المتعلقة بانعدام الأمن الغذائي وتراجع تمويل الرعاية الصحية والتعليم والصحة التي يتعرضون لها والضغط والتوترات مع المجتمعات المضيفة على الصعيد العالمي. وبذلك، يمكن لهذه الجائحة أن تعكس مجرى سنوات من التقدم الذي أحرز من خلال المساعدات الإنسانية ما لم نخط خطوة إلى الوراء ونفهم على نحو أعمق ما يعنيه أن يكون المرء طفلاً لاجئاً سعياً لتحقيق العدالة الصحية.

تعد مجتمعات اللاجئين من بين أكثر المجتمعات تعرضاً للتمييز في العالم، ولطالما كانت صحتهم موضوعاً للسجال السياسي. وفي وقت يتسم بغياب القيادة الموحدة، يمكن للشراكات الشعبية الإبداعية أن تخرج من هذه الجائحة باستخدام العلم وتستعد لما بعدها من خلال توفير المعلومات للأنظمة وصناع القرار الذين سمحوا بظهور نقاط الضعف والفوارق هذه في المقام الأول.

يشكل العبء المتزايد للأمراض غير المعدية لدى الأطفال اللاجئين وعدم وجود نظم صحية قائمة لتلبية هذه الاحتياجات في البلدان المضيفة لهم مصدر قلق بالغ خلال فترة الجائحة وما بعدها. فعلى سبيل المثال، من بين ٥٧٪ من اللاجئين الذين أتون من ثلاثة بلدان في الشرق الأوسط - هي سوريا وأفغانستان وجنوب السودان - يصاب أكثر من ٢٠٠٠ طفل منهم بالسرطان نتيجة لانتهاء أنظمة الرعاية الصحية التي كانت تكفي لعلاجهم فيما سبق وفقاً لما تشير إليه التقديرات (فؤاد وآخرون، ٢٠١٧). فعلاج سرطان الأطفال - أحد أكثر أسباب الوفاة التي يمكن الوقاية منها بين الأطفال اللاجئين - مكلف وغير متاح للعديد من الأطفال اللاجئين نتيجة لنقص التمويل وتحديد الأولويات بحسب ما أشار إليه البروفيسور ريتشارد سوليفان وزملاؤه (الصغير وآخرون، ٢٠١٨؛ عبد الخالق وآخرون، ٢٠٢٠) في مجلة لانسييت ومواضع أخرى.

على الرغم من أن معظم الأمراض غير المعدية تميل إلى الظهور في مرحلة البلوغ، فهي غالباً ما تنشأ بناء على مجموعة من العوامل والسلوكيات ذات الصلة خلال الطفولة المبكرة وحتى المراهقة. فصحة الأم والنظام الغذائي غير الصحي - بما في ذلك الممارسات المتعلقة بتغذية الرضع وصغار الأطفال - وتلوث الهواء وتدهور جودة المياه وسوء الصحة النفسية واستخدام التبغ، تشكل جميعها مخاوف متنامية في حالات الأزمات الإنسانية تسهم في ضعف تطور الأطفال وصحتهم.

تتمتع البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط التي تستضيف غالبية اللاجئين في العالم بموارد محدودة، بينما يتوقع لها أن تتحمل معظم العبء المالي المتمثل في التعامل مع الأمراض غير المعدية المتنامية لدى الأطفال اللاجئين. سيكون للتخفيف المستمر في التمويل من أكبر الجهات المانحة للأمم المتحدة، مثل الولايات المتحدة الأمريكية، آثار وخيمة على اللاجئين في جميع أنحاء العالم. حيث سيكون لقرار الولايات المتحدة الأخير بوقف تمويل منظمة الصحة العالمية عواقب كارثية، ولا سيما في التعامل مع جائحة فيروس كورونا المستجد على مستوى العالم والصحة العامة للاجئين.

ضعف الأبحاث يعيق التقدم

يجب أن يشمل التقدم المحرز في علوم صحة السكان البحث في صحة اللاجئين، وهو مجال لم يجر فيه سوى القليل من البحوث على الصعيد العالمي. فالبيانات المتعلقة بالأطفال اللاجئين تتسم بطابع متغير نظراً لكونها جمعت أساساً

في دراسات مقطعية تسجل حال الوضع في نقطة محددة من الزمان والمكان ولا تسمح بإجراء المقارنات داخل مجموعات اللاجئين وفيما بينها أو بين مواقع جغرافية متعددة. كما أن معظم البحوث لا تنظر في العوامل التي تؤثر على صحة الأطفال قبل الهجرة وفي أثنائها وبعدها.

ما زال هذا النقص في الأدلة مستمرًا نظرًا لاستمرار التعامل مع صحة اللاجئين على أنها مشكلة «حادة» في سياق الأزمة الإنسانية، بحيث يقتصر التركيز على علاج الأعراض بدلًا من النظر في الإجابة عن أسئلة أكبر من خلال الدراسات الوبائية المصممة بعناية لتتبع حال اللاجئين مع مرور الوقت. تشمل الأسئلة التي يمكن أن تجيب هذه الدراسات عنها كلاً مما يلي:

- ما أنواع التعرض أو الصدمات الناجمة عن الحرب في الحياة المبكرة التي تزيد من احتمالية الإصابة بأنواع محددة من سرطانات الأطفال أو البالغين وغيرها من الأمراض غير المعدية في المراحل اللاحقة من الحياة؟
- هل يشكل سوء التغذية مشكلة للاجئين، وإن كان الأمر كذلك، فمتى يؤثر على نمو الأطفال وتطورهم خلال عملية الهجرة؟
- كيف يمكننا الوقاية من هذه النتائج السلبية؟
- متى يمكننا التدخل وعلى أي مستوى لتجنب أسوأ النتائج المرتبطة بسوء التغذية؟

يعيق غياب الإجابات عن هذه الأسئلة التقدم في تعزيز صحة الأطفال اللاجئين.

لطالما اقتصرت البحوث الصحية المتعلقة بالأطفال اللاجئين على المخاوف الصحية الحادة أو الطارئة (مثل التغذية أو العدوى) وأهملت الأمراض غير المعدية، بما فيها السرطان. وقد خصصت الموارد وفقًا لذلك، ما أثر سلبيًا على ملايين الأطفال الذين يعانون من الأمراض غير المعدية. بدأت قضية الأمراض غير المعدية لدى اللاجئين في الآونة الأخيرة في اكتساب المزيد من الاهتمام على الصعيد العالمي، إلا أن الكثير منها ركز على أمراض القلب والأوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم أو الأمراض التي تؤدي إلى عواقب حادة وواضحة وفورية عند انقطاع العلاج، مثل توفر الأنسولين لمرضى السكري من النوع الأول أو غسيل الكلى لمرضى الكلى. أما بالنسبة للأمراض غير المعدية الأخرى ذات العواقب الكامنة وعمليات العلاج الطويلة، مثل الصحة النفسية والسرطان، فلا تتوفر لها سوى موارد شحيحة، ما يفضي إلى خسارة العديد من الأرواح نتيجة لذلك.

صاحبة السمو الملكي الأميرة الأردنية دينا مرعد متحدثة باسم المجتمع المدني باعتبارها «رائدة» في قضايا الأمراض غير المعدية في الاجتماع الثالث رفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الأمراض غير المعدية في نيويورك عام ٢٠١٨



الصورة: سينا باك، رئيسة المكتب، سكان نيوز، الأمم المتحدة، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.

قبل بضعة أشهر فقط، أظهرت دراسة نموذجاً قائماً على السكان - هي الأولى من نوعها من حيث تركيزها على اللاجئين - ما يمثله السرطان بين اللاجئين السوريين من عبء مالي كبير على البلدان المضيفة، بما في ذلك الأردن ولبنان، فضلاً عن الوكالات الإنسانية مثل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. وقد دعت الدراسة إلى إيجاد سبل جديدة لتقديم المساعدة المالية على أن تقتصر بمسارات ونماذج واضحة وذات أولوية لرعاية اللاجئين المصابين بالسرطان ودراسة هذه المسارات والنماذج واستخدام الأدلة التي تنتج عنها لدفع عجلة التغيير والتقدم.

يمكن استخدام البحوث الوبائية في مجتمعات اللاجئين لاكتشاف ومنع ومعالجة التفاوتات الصحية التي تستمر على مدى الأجيال حتى بعد إعادة توطين الناس في البلدان ذات الدخل المرتفع مثل الولايات المتحدة الأمريكية. فقد تبين من التحليلات التي أجراها معهد سياسات الهجرة أن أكثر من نصف اللاجئين من الصومال والعراق وبورما وبوتان وليبيريا ممن يعيشون في الولايات المتحدة الأمريكية يحصلون على دخل أسري يقل عن نصف المستوى الذي يشكل خط الفقر الاتحادي. لا يمكن كسر حلقة الحرمان التي تستمر من جيل إلى آخر للقضاء على هذه الفوارق الصحية إلا بالاعتماد على المؤلفات الموجودة وتجربة التدخلات التي تعتمد على الفهم العميق للصراعات الخاصة التي يواجهها اللاجئون على طول طريق الهجرة وخلال مراحل حياتهم.

أثبتت المنهجيات على مدى جيلين وثلاثة أجيال - المنهجيات الأسرية الكاملة التي تدرك دور الأسرة الخاص في تحديد النتائج الصحية والتنموية للأطفال بدءاً من الرحم والسنوات الأولى من الحياة - فعاليتها في كسر حلقة الفقر (تشيونغ وآخرون، ٢٠١٦، الجمعية الوطنية للخدمات الإنسانية، على الإنترنت) ويمكن البحث في استراتيجيات العلوم التنفيذية للاسترشاد بها في التدخلات التي تهدف إلى تحقيق نتائج مماثلة

على الأطفال اللاجئين، الأمر الذي سيكون له كبير الأثر على صحتهم ونموهم .

درس فريقنا مجموعة صغيرة من اللاجئين السوريين الذين يعيشون في مخيم الزعتري وحصلوا على فرص للوصول إلى التعليم العالي. وقد خلصت دراستنا إلى تحسين الصحة العقلية لهذه المجموعة ومشاعرها تجاه السلام والأمن بشكل كبير بعد عام من الدراسة وكانت أعلى بكثير بالمقارنة مع اللاجئين الشباب الآخرين في مخيم الزعتري الذين لم يستطيعوا متابعة تعليمهم العالي

(الروسان وآخرون، ٢٠١٨). لا بد من إجراء أبحاث طويلة لتقييم الطريقة التي يمكن بها لمؤشرات مثل المؤشرات الحيوية للإجهاد أن تتنبأ بالصحة على المدى الطويل. ربط الأبحاث بين الدول على طول طريق الهجرة

لحشد الموارد والسياسات التي يمكن أن تحقق تغييرات منهجية طويلة الأجل وتفضي إلى تأثير مستدام، لا بد من بناء قاعدة أدلة تركز بدقة على تجربة اللاجئين. ينبغي أولاً إعطاء الأولوية لصحة جميع اللاجئين في سياق جائحة فيروس كورونا المستجد، ولا سيما في الأوساط الأكاديمية. فعلى الرغم من أن مبادئ أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة المتمثل في «عدم التخلي عن أحد» يشمل المهاجرين واللاجئين، خلص اجتماع لفريق خبراء عقد في مؤتمر القمة العالمي للصحة أواخر عام ٢٠١٧ إلى أن تحقيق الرعاية الصحية الشاملة للاجئين يتطلب سياسات شاملة قائمة على الأدلة توازن بين تكاليف وفوائد «الصحة للجميع» من منظور الصحة العامة والتنمية. وبين الفريق:

ثمة في الوقت الحاضر نقص في الإدارة العالمية الفعالة للصحة العامة يتطلب هياكل إدارية جديدة تتجاوز القدرات الحالية لمنظمة الصحة العالمية وقد تطور من أماكن أخرى، مثل القواعد الشعبية. (ماتلين وآخرون، ٢٠١٨)

لا بد لهذه القواعد الشعبية من أن تكون منظمات قادرة على إنتاج علوم قوية، مثل المؤسسات الأكاديمية، وأن تتوسع بقوة في هذا المجال.

ثانيًا، أمام الجهات الخيرية فرصة للاستثمار في تطوير علم الصحة العامة وصولاً إلى عالم أفضل وأفضل جاهزية. فبما يخص الضغط والصدمات والصمود، يمكن لمجتمعات اللاجئين تعليم العالم الكثير عن التعافي من أسوأ الصعوبات، وتستطيع الاستثمارات اليوم أن تقودنا في مرحلة ما بعد الجائحة لتحقيق المساواة الصحية لملايين الأطفال النازحين.

«لا يمكن كسر حلقة
الحرمان التي تستمر من
جيل إلى آخر للقضاء
على هذه الفوارق
الصحية إلا بالاعتماد
على المؤلفات الموجودة
وتجربة التدخلات التي
تعتمد على الفهم
العميق للصراعات
الخاصة التي يواجهها
اللاجئون على طول
طريق الهجرة وخلال
مراحل حياتهم.»

لا يمكن اكتساب هذه المعارف ما لم يجر تعزيز إنتاجية البحوث في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل من خلال الشراكات مع المؤسسات البحثية والأكاديمية في أنحاء أخرى من العالم. ففي أكتوبر ٢٠١٩، قام فريق بحثي من جامعة كاليفورنيا في سان دييغو من خلال هدية من الجمعية الخيرية الأطلسية بزيارة جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية في إربد للتعرف على الجهود البحثية التي تقوم بها في مجال صحة اللاجئين.

تعد مدينة سان دييغو على حدود المكسيك ثاني أكبر مدينة أُعيد فيها توظيف اللاجئين في الولايات المتحدة الأمريكية (موريسي، ٢٠١٧) ويشكل السوريون أسرع مجموعاتها السكانية نموًا من المولودين في الخارج (وونغ وسانشيز، ٢٠٢٠). أما مدينة إربد على الحدود السورية فتستضيف ثاني أكبر عدد من اللاجئين السوريين في الأردن - البلد الذي يستضيف ثاني أكبر عدد من اللاجئين في العالم لكل فرد (صندوق الأمم المتحدة للسكان، على الإنترنت). وبذلك، يمكن للروابط البحثية على طول طريق الهجرة بين الأردن، الذي عادة ما يكون أول محطة للاجئين السوريين، وسان دييغو

وقد مكنت هذه الرحلة مؤسستين بحثيتين مميزتين على الصعيد الإقليمي تتمتعان بخبرات حية وجذور عميقة في مجتمعات اللاجئين والمجتمعات المضيفة، ما كان لهما لولا ذلك أن يلتقيا، من التلاقي والتعلم من بعضهما البعض. يتجسد الهدف الآن في تعزيز الشراكات المتنامية لتدريب علماء المستقبل على منح صحة اللاجئين الاهتمام الذي تستحقه وإنتاج علوم رائدة وقادرة على تشجيع الحوار المنظم بشأن تمويل النظام الصحي للاجئين من خلال الاستفادة من البيانات والشراكات البحثية والموارد كاستراتيجية رئيسية لتحقيق نتائج أفضل للأطفال اللاجئين.

يمكنك قراءة المقالة كاملة عبر النقر على earlychildhoodmatters.online/2020-3

عناوين

Abdul-Khalek, R.A., Guo, P., Sharp, F., Gheorghe, A., Shamieh, O., Kutluk, T. et al. (2020). The economic burden of cancer care for Syrian refugees: a population-based modelling study. *The Lancet Oncology* 21(5): 637-44.

Al-Rousan, T., Fredricks, K., Chaudhury, S., Albezreh, S., Alhokair, A. and Nelson, B.D. (2018). Improving peace and well-being among Syrian refugee youth through a higher education initiative in Jordan. *Medicine, Conflict and Survival* 34: 185-200.

Cheng, T.L., Johnson, S.B. and Goodman E. (2016). Breaking the intergenerational cycle of disadvantage: the three generation approach. *Pediatrics* 137: e20152467.

El Saghir, N.S., Soto Pérez de Celis, E., Fares, J.E. and Sullivan, R. (2018). Cancer care for refugees and displaced populations: Middle East conflicts and global natural disasters. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* 38: 433-40.

Fouad, F.M., Sparrow, A., Tarakji, A., Alameddine, M., El-Jardali, F., Coutts, A.P. et al. (2017). Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for *The Lancet*—American University of Beirut Commission on Syria. *The Lancet* 390 (10111): 2516-26.

Matlin, S.A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A. and Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews* 39: 27.

Morrissey, K. (2017). San Diego still top county for refugee arrivals despite reductions. *San Diego Union-Tribune*, 6 October. Available at <https://www.sandiegouniontribune.com/news/immigration/sd-me-refugee-arrivals-20171006-story.html> (accessed July 2020).

National Human Services Assembly. (Online). Building stronger families and communities with a two-gen approach. Available at: <https://www.nationalassembly.org/initiatives/two-generation/> (accessed July 2020).

United Nations High Commissioner for Refugees. (2020). *Global Trends: Forced displacement in 2019*. Copenhagen: UNHCR Global Data Service. Available at: <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> (accessed July 2020).

United Nations Population Fund. (Online). Jordan humanitarian emergency. Available at: <https://www.unfpa.org/data/emergencies/jordan-humanitarian-emergency#:~:text=Jordan%20hosts%20one%20of%20the,is%20a%20refugee%20in%20Jordan> (accessed July 2020).

Wong, T.K. and Sanchez, M. (2020). *Immigrant Integration in the City of San Diego*. San Diego: US Immigration Policy Center. Available at: <https://usipc.ucsd.edu/publications/usipc-immigrant-integration-san-diego-final.pdf> (accessed July 2020).

تقديم مدينة مناسبة لاحتياجات الأطفال من جديد

- ◀ عندما تم انتخابه عمدة للعاصمة الألبانية «تيرانا» في عام ٢٠١٥، اكتشف إيريون فيليج أن المدينة غير مناسبة لاحتياجات الأطفال
- ◀ تم تحويل مدينة تيرانا عن طريق إنشاء ساحات لعب جديدة وإطلاق مبادرة «أيام خالية من السيارات» وتحسين خصائص رياض الأطفال
- ◀ تستغل المدينة فترات الحظر الشامل بسبب جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) لتوفير مساحات أكبر للمشبي وركوب الدراجات

إيريون فيليج
عمدة
تيرانا، ألبانيا

احتفلت مدينة تيرانا هذا العام بالذكرى المئوية لاختيارها عاصمة لجمهورية ألبانيا. وتشتهر هذه المدينة بألوانها الزاهية وأنماطها المتباينة والمتنوعة وثقافتها المختلفة، كما لديها تاريخ حافل يجسد التأثيرات العثمانية والإيطالية والسوفياتية.

كانت المدينة تشبه عاصمة كوريا الشمالية بعد انهيار النظام الشيوعي الأشد قسوة في أوروبا الشرقية، إذ بلغ عدد سكانها ١٧٠ ألف نسمة وعدد السيارات ١٧٠ سيارة مخصصة فقط لكبار الشخصيات وقيادات الحزب. أما بالنسبة إلى باقي السكان، كانوا يتنقلون مشيًا على الأقدام أو باستخدام الدراجات، ليس بسبب رغبتهم بذلك وإنما بسبب الفقر.

كان لانهايار الشيوعية أثرًا كبيرًا على البنية التحتية للمدينة والحياة الاجتماعية فيها، الأمر الذي أثر كثيرًا على طريقة تفكير سكانها ونمط حياتهم. شهدت مدينة تيرانا عملية انتقالية صعبة وتحول حضري وعمراني فوضوي، إذ انتقل العديد من الأفراد إلى العاصمة من جميع أنحاء البلاد، بحثًا عن فرص جديدة وحياة جديدة. وبعد ٣٠ عامًا من انهيار الشيوعية، أصبح عدد سكان مدينة تيرانا مليون نسمة وعدد السيارات ١٧٠ ألف سيارة.

عندما توليتُ المنصب قبل خمس سنوات، كانت المدينة مليئة بالسيارات وكانت حركة المرور غير منظمة، بالإضافة إلى انتشار التلوث والمرافق العامة المستخدمة بشكل غير قانوني، والأهم من ذلك كله، عدم وجود أي مساحات مخصصة للأطفال. وطوال ٢٥ عامًا من الديمقراطية، كانت فئة الأطفال مُهملة وغير مشمولة في أي خطة أو سياسة للنمو الحضري. لقد كانت فكرة إنشاء بنية تحتية مناسبة للأطفال في مدينة تشهد نموًا حضريًا سريعًا وزيادة كبيرة في عدد السكان مع فرض قيود صارمة على الميزانية خطوة جنونية، حيث كانت تتطلب أفكارًا مبتكرة وإبداعية للتشجيع على تنفيذها.

وكانت الخيارات محدودة في ظل تلك الظروف. بدأنا العمل على إنشاء بنية تحتية مناسبة للأطفال باتباع نهج إحدات «التدخلات العمرانية» الدقيقة، الأمر الذي أتاح لنا فرصة إحدات تغييرات صغيرة يمكن أن تحفز التأثيرات الاجتماعية الكبيرة. وكان ربط حس الملكية بعملية تحول المدينة خطوة محورية للتصدي للسلوك اللامبالي الذي كان شائعًا بين سكان مدينة تيرانا.

لقد أدركنا منذ اليوم الأول من تولي المنصب أنّ مستوى البنية التحتية المناسبة للأطفال سيء، لكننا لم نتمكن من تقدير الوضع الفعلي إلا بعد تجربة ظروف رياض الأطفال في المدينة شخصيًا. لقد كان الوضع سيئًا للغاية، إذ كانت رياض الأطفال تشبه زنايات السجون، وهذا سبب انتشار أعمال العنف والتصرفات السيئة وإلقاء القمامة في الشوارع. لقد اكتشفنا عن غير قصد أننا نعيش في مدينة لا تهتم بالأطفال ولا تمنحهم القدر الكافي من الحب والعطف.

من حملة تهدف إلى «تحسين خصائص رياض الأطفال» إلى مبادرة «أيام خالية من السيارات»

بعد فترة قصيرة من ذلك الاكتشاف، نظمنا حملة واسعة النطاق تهدف إلى «تحسين خصائص رياض الأطفال» في مدينتنا، ودعونا الشركات والمصممين والممارسين والطلاب وجميع الجهات التي لديها القدرة والرغبة في تقديم المساعدة. وخلال وقت قصير، نجحنا في تحويل رياض الأطفال في مدينتنا إلى مساحات مفتوحة مفعمة بالألوان والديكورات الزاهية وجميع وسائل الراحة المطلوبة. ولأن مستويات التجاوب معنا كان مذهلة، قررنا اتخاذ المزيد من الإجراءات لاستغلال جميع المساحات في رياض الأطفال والمدارس، والتي كانت مُستخدمة كمواقف للسيارات.

لمزيد من المعلومات حول «التدخلات العمرانية»، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: www.arup.com/perspectives/urban-acupuncture

ومع إدراكنا بأن نمو الأطفال وتطورهم المعرفي والسلوكي مرتبط بالأنشطة الخارجية، قررنا التركيز على الملاعب والحدائق وإمكانية الذهاب إلى تلك الأماكن. وكانت هذه فرصة لتحسين مستوى رفاة الأطفال عن طريق السماح لهم بتجربة أنشطة متعددة في المدينة والتواصل مع العالم من حولهم.

وقد دفعنا ذلك النجاح إلى بناء المزيد من الملاعب في جميع أنحاء المدينة وفي كل مساحة كانت تُستخدم كمواقف للسيارات، كما بنينا ٦٠ ملعبًا جديدًا، ليصبح كل حي من أحياء المدينة يحتوي على منطقة مخصصة للأطفال.

والأمر الذي يثير الدهشة، أنّ هذه الملاعب أصبحت ملاذًا لكبار السن والآباء والأمهات الشباب إلى جانب الأطفال. حيث يستخدمها كبار السن كأماكن ترفيهية، ويستغل الآباء والأمهات الشباب هذه الفرصة للشعور بالمزيد من الاسترخاء وإنجاز أعمالهم في الوقت الذي يلعب به أطفالهم في الهواء الطلق. وحرصًا منا على تنفيذ المزيد من التغييرات في هذا الصدد، أطلقنا مبادرتين بعنوان «أيام خالية من السيارات» و«تنظيف تيرانا في يوم واحد». اعترض العديد من الأفراد على هذه المبادرات مرة أخرى، لكننا كنا مستعدين لذلك هذه المرة، فقد حصلنا على دعم أفضل حلفائنا: الأطفال. وبالفعل، لم يخذلونا. فقد شاركوا كالمعتاد بكامل طاقتهم في هذه المبادرات للاستمتاع بيوم بدون سيارات

والمساعدة في تنظيف المدينة. ونتيجة لتأثيرهم الكبير على عملية التغيير، أصبح الأطفال أكبر جهة داعمة لنا في تحويل تيرانا إلى مدينة مناسبة للأطفال.

عمدة مدينة تيرانا، إيريون فيليج، في أحد الملاعب الجديدة في المدينة



وفي يومنا هذا، أصبحت مدينة تيرانا تقدم الكثير من الخدمات للأطفال. فقد حوّلنا ميدان إسكندر بيك إلى ميدان مخصص للمشاة فقط. إذ تحوّل ميدان مخصص للسيارات بمساحة تصل إلى ٤٠,٠٠٠ متر مربع إلى أكبر ساحة لعب في مدينة تيرانا، حيث يمكن للأطفال الاستمتاع بيوم خالٍ من السيارات في أي وقت وضمن بيئة أقل تلوثًا. كما نعمل حاليًا على إحاطة مدينة تيرانا بحزام أخضر مكون من مليوني شجرة، وسيكون له دورًا كبيرًا في معالجة المشاكل البيئية للمدينة.

تاريخ إنشاء مدينة مرنة

انضمنا قبل أربع سنوات إلى إطار عمل مشروع المدن الخضراء، ووضعتنا خطة عمل المدينة الخضراء لمدينة تيرانا بالتعاون مع البنك الأوروبي لإعادة الإعمار والتنمية، وبناء على قياساتنا، يبلغ عدد رحلات السيارات في تيرانا ٨٠٠,٠٠٠ رحلة يوميًا، منها ٤٠٠,٠٠٠ رحلة ضمن مسافة ٥٠٠ متر. وقد زادت هذه الأرقام الكبيرة من تصميمنا على حل مشكلة استخدام السيارات بشكل كبير، واستغلال المساحات العامة لبناء المزيد من الملاعب وحدائق الصغيرة، وتوسيع الأرصفة وتخصيص مسارات للدراجات وابتكار «الأيام الخالية من السيارات».

وقد شكلت هذه الخطة أساس تحسين نوعية البيئة المحيطة والصحة ومستوى رفاهية أطفالنا وعائلاتهم. لقد أدرك الناس أثناء جائحة كورونا أنّ تلوث الهواء في المدينة أصبح أقل، وأصبحت المدينة أكثر هدوءًا وأمانًا دون السيارات. كما أدركوا أنّ السيارات هي من أهم عوامل التلوث في أي مدينة لا تحتوي على الصناعات الثقيلة،

وهي العدو الحقيقي ليس لهم فحسب، بل لأطفالهم أيضًا. كما أدركوا أنه بإمكانهم الذهاب إلى الأماكن التي تبعد عنهم مسافة كيلومتر واحد تقريبًا بطريقة صحية عن طريق المشي أو ركوب الدراجات مع أطفالهم. لقد تعلم الناس درسًا مهمًا آخر من جائحة كورونا. إنّ ما يجعل المدن قادرة على الصمود في مواجهة الأزمات ليس الثروة والسلطة، إنما المعرفة والوحدة. ومن خلال استثماراتنا السابقة في تحسين رياض الأطفال وبناء الملاعب

وتوسيع الأرصفة وتخصيص مسارات للدراجات بالتعاون مع المواطنين، فقد بدأت مدينة تيرانا بالفعل رحلتها الاستثنائية نحو تحويل البنية التحتية التعليمية للأطفال وطريقة تفكيرهم. وتحولنا من اتباع نهج إحدث «التدخلات العمرانية» الدقيقة إلى إعداد خارطة الطريق التي تحدد مستقبل المدينة. وتغيرت مهمتنا فجأة من جعل المدينة مناسبة للأفراد بشكل عام إلى جعلها مناسبة للأطفال بشكل خاص.

على الرغم من عدم انتهاء هذه الجائحة حتى الآن وما زالت الشوارع خالية من السيارات، إلا أننا نعمل بجد لاستغلال هذه الفترة من أجل توسيع الأرصفة وتخصيص مسارات للدراجات. كما تقوم مدينة تيرانا بتطوير تسعة مناطق جديدة متعددة المراكز لإعادة التوازن إلى الكثافة السكانية في المدينة وتزويد كل منطقة بمدارس جديدة ورياض أطفال وحدائق وملاعب. والهدف من ذلك هو تجميع الخدمات الأساسية ضمن مسافة كيلومتر واحد لتتمكن الأفراد من الوصول إليها مشيًا على الأقدام. والأمر المثير للاهتمام أنّ كافة المشاريع الحضرية في تيرانا تبنى مفاهيم «Urban90» و«8٠ to ٨٠»^١ لتصميم البنية التحتية بما يتناسب مع احتياجات الأطفال.

إذا لم يكن الأطفال قادرين على الذهاب إلى الأماكن المفضلة لديهم مشيًا على الأقدام أو بركوب الدراجات مع الحفاظ على سلامتهم، فهذا يعني أنّ البنية التحتية غير مناسبة لهم. ونتيجة لذلك، فإننا نعمل مع الرابطة الوطنية لمسؤولي النقل في المدن في الولايات المتحدة (NACTO) ضمن مبادرة تصميم المدن العالمية لتنفيذ برنامج مخصص لتصميم وبناء شوارع آمنة للأطفال. وبالتعاون مع مؤسسة التنمية الألبانية الأمريكية، تم تحويل هرير تيرانا- رمز الشيوعية- إلى «كاندراثية تعليمية»، لتكون من أحدث مواقع مركز تومو للتقنيات الإبداعية. سيوفر هذا المركز الجديد مساحة عامة أكبر للأطفال لإتاحة الفرصة للتواصل الاجتماعي والحصول على تعليم جيد من خلال مجموعة من البرامج التي تشمل تدريس أساسيات تقنية المعلومات والترميز.

نطمح دائمًا إلى إنشاء مدينة مناسبة لأطفالنا، حيث يمكنهم اعتماد نمط حياة صحي وحيوي، وإتاحة الفرصة لهم للازدهار والنمو ليصبحوا أفرادًا بالغين قادرين على مواصلة مسيرة التحول في مدينة تيرانا على مدار ١٠٠ سنة قادمة. إننا ندرک تمامًا عدم قدرتنا على تحقيق هذا الطموح بأنفسنا دون مساعدة الوالدين. وفي هذا العالم الذي يشهد أحداثًا حافلة، من المهم أن يركز الوالدان على أولوياتهم وموازنة مسؤولياتهم وتحديد الاحتياجات الفعلية لأطفالهم- ونحن نعمل على تحقيق ذلك أيضًا. إذ صمّمنا مبادرات فعالة لتحويل الوالدين إلى «زملاء صف» يساعدون أطفالهم في إتمام واجباتهم المنزلية المطلوبة منهم. كما تعمل البلدية على إعداد دليل «التربية الجيدة» لمساعدة الآباء والأمهات الشباب في تعليم وتربية أطفالهم الصغار بطريقة مسؤولة.

«لقد أدرك الناس أثناء
جائحة كورونا أنّ تلوث
الهواء في المدينة أصبح
أقل، وأصبحت المدينة
أكثر هدوءًا وأمانًا دون
السيارات.»

في عام ٢٠٥٠، سيصبح عمر الأطفال الذين يولدون اليوم ٣٠ عامًا- وسيكونون مستعدين لإدارة مدننا. وستؤثر طريقة تربيتنا لهم وتعليمهم على قدرة مدينة نيرانا على التكيف على مدار ١٠٠ سنة قادمة. يُعدّ بناء وتصميم مدينتنا بحيث تكون مناسبة للأطفال مخطّطًا يحدد مستقبلنا. كثيرًا ما أقول أنّ أهم مشروع للبنية التحتية للتغيير في أي مدينة ليس بناء جادة أو مبنى كبير، فنحن نعرف كيفية القيام بذلك، ولكن، تكمن الصعوبة في تغيير طريقة تفكيرنا وعقلياتنا، فالمستقبل مُلْكٌ لأطفالنا.

يمكنك قراءة المقالة كاملة عبر النقر على earlychildhoodmatters.online/2020-4 ←

أهمية الأعمال التجارية: إشراك القطاع الخاص في منح الأطفال فرصة لبدء حياة صحية

- ◀ لا تستطيع الأسر منخفضة الدخل في الدول الفقيرة عادةً تحمل تكلفة الأغذية الجيدة التي يحتاجها الأطفال الصغار. لذا تعتبر العصيدة المُدعّمة أحد الحلول الممكنة إلا أنه من الصعب إنتاجها بأمان وبتكلفة منخفضة
- ◀ يعمل التحالف العالمي لتحسين التغذية مع الشركاء لمساعدة المصنعين على إنتاج مثل هذه الأنواع من العصيدة على نطاق واسع

يمكن أن يترتب على الحصول على التغذية السليمة في السنوات الأولى من عمر الأطفال نتائج طويلة الأمد. خلال العامين الأولين من حياتهم، تشكل أساسيات النمو الجسدي والعقلي للأطفال والتي تبقى معهم طوال حياتهم. وللمساعدة في تسريع نموهم، يحتاج الأطفال إلى نظام غذائي غني بالعناصر الغذائية، وخاصة بالنظر إلى الكميات الصغيرة من الغذاء التي يتناولونها. يُوصى بالاقتران حصراً على الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال الأشهر الست الأولى من عمر الطفل، وبعد بلوغ الطفل هذا السن يتم إعطاء الرضع الأطعمة التكميلية أو «الصلبة» إلى جانب الرضاعة الطبيعية. تساهم أولى الأغذية التي تتناولها في نمونا العقلي والبدني. لذا، يعتبر إعطاء الأطعمة التكميلية مرحلة هامة للغاية لنمو الطفل لا تخلو من المرح والمتعة.

لورنس حداد

المدير التنفيذي

التحالف العالمي لتحسين التغذية،

جنيف، سويسرا

يريد الآباء الأفضل لأطفالهم، ولكنهم أيضاً بحاجة إلى خيارات يسهل إيجادها وسهلة الإعداد وغنية بالقيمة الغذائية الجيدة والأهم أن يرغب أطفالهم بتناولها. يستطيع الآباء الأكثر ثراءً في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل عادةً تحمل تكلفة الأغذية الأكثر تنوعاً ولذّة والتي تتمتع بالقيمة الغذائية، كما يمكنهم تحمل تكلفة القود اللازم للطهي، ويتمتعون بمتسع من الوقت للطهي أو بإمكانهم الاستعانة بشخص يتولى المهمة عنهم.

في الغالب، لا تكون الأطعمة المغذية خياراً بالنسبة للآباء ذوي الدخل المحدود بسبب سعرها ومدى توفرها ومستوى معرفتهم بها. وقد لا تحتوي الأطعمة الرخيصة المتوفرة محلياً على جميع العناصر الغذائية التي يحتاجها الطفل. ليسهم ذلك في إيجاد فجوات كبيرة في النظم الغذائية للأطفال الصغار (التحالف العالمي لتحسين التغذية ومنظمة اليونيسيف، ٢٠١٩). أما في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، يتناول طفل واحد فقط من كل أربعة أطفال تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى سنتين أغذية متنوعة تحتوي على جميع العناصر الغذائية الضرورية لنموهم وتطورهم (التحالف العالمي لتحسين التغذية ومنظمة اليونيسيف، ٢٠١٩).

وقد استجاب المصنعون في قطاع الغذاء لهذه الحاجة عن طريق إنتاج أطعمة مخصصة للأطفال الصغار، تُسمى «الأطعمة التكميلية والمدعّمة». وتكون هذه الأطعمة عبارة عن عصائد مصنوعة من الحبوب وممزوجة بالفيتامينات والمعادن المعدة لمعالجة بعض الفجوات الغذائية في النظم الغذائية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٦ إلى ٢٣ شهراً. ويستطيع مقدمو الرعاية تحضير هذه العصائد بسهولة عن طريق إضافة الماء عادة، كما يسهل على الطفل الصغير تناولها. ومع ذلك، لا تعتبر العصائد كدواء أو علاج يُحصّر من خلال وضع الفلورايد في الماء لعلاج سوء التغذية في مرحلة الطفولة، كما أنّها لا تعالج جميع الفجوات الغذائية. مع ذلك، يمكنها أن تساعد في معالجة حالات النقص في المغذيات الدقيقة بين الأطفال الصغار وهي طعام متوفر مناسب للآباء.

ولسوء الحظ، غالباً ما تكون هذه العصائد المُدعّمة باهظة الثمن ومتوفرة فقط في المناطق الحضرية. وقد لا تستخدم الأسر منخفضة الدخل العصائد على الإطلاق أو تستخدمها بكميات محددة وفي بعض الأحيان كعلاج عندما يكون الطفل مريضاً. قد لا ترغب الأسر في دفع ثمن أطعمة سيأكلها فرد واحد فقط من أفراد الأسرة بسبب نقص الموارد المالية، وبالتالي يتناول الأطفال الصغار في نهاية المطاف نفس الأطعمة الذي يتناولها باقي أفراد الأسرة.

توسيع نطاق تزويد الأطعمة المدعّمة بواسطة المنشآت الصغيرة والمتوسطة

توجد عدة نماذج لمساعدة الأشخاص الأكثر عرضة لسوء التغذية على الحصول على العصائد المُدعّمة. وخلال عمله جنباً إلى جنب مع الحكومات ومؤسسات القطاع الخاص، كان التحالف العالمي لتحسين التغذية من مؤيدي نماذج التسليم القائمة على السوق. وكان المجلس قد قدم الدعم للمؤسسات المحلية الصغيرة والمتوسطة لتوفير الأغذية الآمنة الغنية بالعناصر الغذائية لكافة الأطفال وخصوصاً الذين يعيشون في أسر منخفضة الدخل. إذ يقيم هذا النهج مدى فعالية القطاع الخاص في

الوصول إلى الفئات منخفضة الدخل، وفيما إذا كانت الأسر ستشتري هذه المنتجات وما إن كانت الأطعمة التكميلية المدعمة خيارًا مستدامًا يمكنهم تأمينه دون الحصول على تمويل خارجي.

وترغب مجموعة كبيرة من المنشآت المحلية الصغيرة والمتوسطة في إنتاج الأطعمة التكميلية المدعمة منخفضة التكلفة، إلا أن العديد منها يواجه تحديات تتعلق ببلوغ المستوى المطلوب لتحقيق الربح التجاري. بينما يعتبر الالتزام بالسلامة أمرًا أساسيًا خاصة فيما يتعلق بالأطعمة المنتجة للأطفال الصغار، ولذلك يجب الالتزام بأعلى المعايير المتعلقة بجودة المنتجات مما يتطلب دفع نفقات إضافية.

تخضع الأطعمة التكميلية لضوابط تنظيمية صارمة، حيث يفرض الالتزام بالمتطلبات التنظيمية العالمية والمحلية أعباءً إضافية على المصنعين. وعليه، يتطلب إبقاء أسعار التجزئة منخفضة بما فيه الكفاية لتناسب الأسر منخفضة الدخل تخفيض الأرباح، وفي ضوء هامشها الربحية الضئيلة لا تستطيع المؤسسات الصغيرة والمتوسطة توفير رأس المال الكافي لتحقيق النمو والاستثمار في الترويج لمنتجاتها.

في عام ٢٠١٥، بدأ التحالف العالمي لتحسين التغذية العمل مع اتحاد الجماعات النسائية للمساعدة الذاتية في ولاية بهار لإنشاء وتشغيل وحدتين إنتاجيتين لإنتاج العصائد المدعمة المؤلفة من «خليط من حبوب القمح Wheatamix». تعتبر ولاية بهار واحدة من أكبر الولايات الهندية من حيث الكثافة السكانية ومن ضمن الولايات ذات المعدلات المرتفعة في سوء التغذية بين الأطفال (حكومة ولاية بهار، لا يوجد تاريخ).



وكان هذا المشروع التجريبي مدعومًا بشكل جزئي من الحكومة، حيث تصدر الحكومة الهندية أوامر لإنتاج خليط من حبوب القمح وتوزيعه على الأطفال والنساء الحوامل والمرضعات كجزء من برنامجها لخدمات النمو المتكامل للأطفال. وتم تمويل رأس المال الأولي لوحدات الإنتاج من خلال منحة وتغطية رأس المال المتداول من خلال قرض بنكي ومساهمات من المالك. كما بدأت الوحدات تحقق أرباحًا خلال شهر واحد من استلام أوامر الإنتاج والتوزيع من برنامج خدمات النمو المتكامل للأطفال. فقد زود المشروع عصائد مُدعّمة لـ ٢٦ ألف شخص من الأطفال والحوامل والمرضعات ممن يعانون من سوء التغذية.

ورغم أنّ الآثار الإيجابية لهذا المشروع التجريبي واضحة، إلاّ أنّه يلزم قطع أشواط هامة للتحوّل من النماذج المدعومة جزئيًا من الحكومة مثل Wheatamix حيث تكون الحكومات العميل الرئيسي، إلى نماذج التسليم القائمة على السوق ليصبح مقدمو الرعاية هم العملاء. ويمكن أن تسهم تدخلات تغيير السلوك التي تشجّع على استخدام العصائد المُدعّمة، مثل خليط حبوب القمح، في تحسين معدلات توزيع العصائد واستهلاكها ويجب توفير الخبرات الفنية في مجال بناء العلامات التجارية لهذه المنتجات وتغليفها ووضع العلامات عليها من أجل زيادة جاذبيتها وسهولة استخدامها.

ويتمثل التحدي الثاني في أنّ العصائد المُدعّمة تتطلب خليط محددًا من الفيتامينات والمعادن، أو خليطًا جاهزًا آمن ومناسب للأطفال - ويعتبر شراء المزيج الجاهز ذو الجودة والتكلفة المنخفضة عبئًا كبيرًا أمام مجموعة كبيرة من المؤسسات الصغيرة والمتوسطة. وللتغلب على هذا التحدي، أسس التحالف العالمي لتحسين التغذية منشأة لإنتاج الخلطات الجاهزة (الموقع الإلكتروني لشركة Protein Kissee-La) تزود المؤسسات الصغيرة والمتوسطة بطريقة أسهل وأقل تكلفة لشراء الخلطات الجاهزة التي تحتوي على الفيتامينات والمعادن عالية الجودة والمناسبة للأطفال الصغار.

ويجب أن يتزامن تعزيز الإقبال على العصائد المُدعّمة وإتاحتها بأسعار معتدلة وكميات كافية مع فرض قواعد وأنظمة صارمة. ومن جهة أخرى، يعتبر تسويق أي منتجات للأطفال عملية دقيقة للغاية. ولذلك السبب، يتعاون التحالف العالمي لتحسين التغذية أيضًا مع الحكومات لضمان توفير

البيئات التنظيمية الآمنة للأطفال ولتقليل المخاطر والتكاليف التي تحملها الشركات. كما يحرص التحالف العالمي لتحسين التغذية على تقديم الدعم والمشاركة في التحالفات التي تضم مجموعة من الجهات المعنية من أجل تحويل الأدلة العالمية إلى مبادئ توجيهية تنظيمية متينة (التحالف العالمي لتحسين التغذية، ٢٠١٥) وبناء الثقة وتعزيز شفافية العملية من خلال شبكة الأعمال التجارية لتحسين التغذية.

إنّ نهضة الأسواق لتلائم الأسر منخفضة الدخل هي مهمة صعبة وتستغرق وقتًا. إذ تعتمد معظم العصائد المُدعّمة على الحبوب وهي غير قابلة للتلف. ومع ذلك، ما تزال الفرصة متاحة لتطوير منتجات أكثر ابتكارًا وتجاوز الحبوب وشمول الأطعمة الأخرى المتوفرة محليًا التي يتناولها الأطفال الرضع. يساعد توفير المزيد من الخيارات الغذائية للأسر منخفضة الدخل الآباء على تمكين أطفالهم من بدء حياتهم بشكل أفضل.

وسيمر تلخيص العمل المستمر الذي يقوم به التحالف العالمي لتحسين التغذية في مجال الأطعمة التكميلية والمُدعّمة في جميع دول العالم في ورقة عمل ستتاح على الموقع الإلكتروني للتحالف: <https://www.gainhealth.org>

يمكنك قراءة المقالة كاملة عبر النقر على earlychildhoodmatters.online/2020-12

مراجع

التحالف العالمي لتحسين التغذية (٢٠١٥). تحسين التغذية التكميلية: تقييم نماذج أعمال القطاعين العام والخاص، ورقة حول تغذية الأطفال الرضع والصغار رقم ١، جنيف: التحالف العالمي لتحسين التغذية. متاحة على الرابط: <https://www.gainhealth.org/sites/default/files/publications/documents/infant-and-young-child-nutrition-paper-2015.pdf> (تم الاطلاع عليها في تموز/يوليو ٢٠٢٠)

التحالف العالمي لتحسين التغذية ومنظمة اليونيسيف (٢٠١٩). على الإنترنت. التقييم الشامل للفجوات في المغذيات في شرق أفريقيا وجنوبها. متاح على الرابط: <https://www.gainhealth.org/resources/reports-and-publications/comprehensive-nutrient-gap-assessment-conga-eastern-and-southernafrica> (تم الاطلاع عليه في تموز/يوليو ٢٠٢٠)

حكومة ولاية بهار. (لا يوجد تاريخ) خطة العمل من أجل التغذية لولاية بهار للأعوام من ٢٠١٩ إلى ٢٠٢٤. مدينة باتنا: وزارة الرعاية الاجتماعية. متاح على الرابط: <http://socialwelfare.bih.nic.in/Docs/BiharState-Nutrition-Action-Plan-EN.pdf> (تم الاطلاع عليه في تموز/يوليو ٢٠٢٠).

شركة Protein Kissee-La (الموقع الإلكتروني). شركة Protein Kissee-La (الموقع الإلكتروني). متاح على الرابط: <http://pkk-ci.com> (تم الاطلاع في تموز/يوليو ٢٠٢٠).

شبكة الأعمال التجارية لتحسين التغذية (الموقع الإلكتروني). متاح على الرابط: <https://sunbusinessnetwork.org/> (تم الاطلاع عليه في تموز/يوليو ٢٠٢٠).

منظمة اليونيسيف والتحالف العالمي لتحسين التغذية (٢٠١٩). النظر الغذائية للأطفال والمراهقين. العمل معًا لتأمين الأطعمة المغذية. نيويورك: منظمة اليونيسيف. متاح على الرابط: https://www.unicef.org/nutrition/files/UNICEF_GAIN_Food_Systems_Children_Adolescents.pdf (تم الاطلاع عليه في تموز/يوليو ٢٠٢٠).

تعزيز إمكانيات رعاية الطفولة في مصر من خلال التدريب المدمج وزيادة الوعي المجتمعي

- ◀ تدعو مبادرة «حلمنا» إلى تدريب المستشارين الأسريين وإحداث تغيير في المواقف تجاه رعاية الطفولة على نطاق أوسع.. وتمت إعادة تشكيل نموذج التدريب المدمج ليتناسب مع احتياجات التعلم عبر الإنترنت خلال أزمة جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19). ونعمل على زيادة عدد المراكز المحلية من خلال فرض رسوم خدمة على الأسر ذات الدخل المرتفع لدعم وتمكين الأسر الأقل دخلًا من الاستفادة من خدمات هذه المراكز

الدكتورة عبلة الأفني

المؤسس والمدير

التنفيذي

مبادرة «حلمنا»

القاهرة، مصر

ر بأنها دولة فتيّة، إذ يشكّل من هم دون سن الثامنة عشر ما نسبته ٢٥٪ من السكان وإذ أنها تسجّل ٢٥٥ مليون ولادة سنويًا. ومع ذلك، فإن مصر من بين أعلى الدول في معدلات سوء التغذية، والتقرّم، والسمنة، وحالات الولادة القيصرية غير الضرورية، والولادة المبكرة، ووفيات الأجنة والأطفال حديثي الولادة، والأمراض الوراثية. إلى جانب التحديات الاقتصادية التي يواجهها البلد، فإن الأسباب الرئيسية لهذه المشاكل هي انخفاض مستوى الوعي في المجتمعات المحلية بأهمية الرعاية خلال السنوات الأولى في حياة الأطفال، وافتقار العاملين في مجال الرعاية الصحية للتدريب والتأهيل في مجال تنمية الطفولة المبكرة.

تسعى مبادرة «حلمنا» إلى معالجة كلا المشكلتين، وقد أشرفنا في السنوات الخمس الماضية على تدريب ٢٢٠٠ مستشارًا أسريًا، استطاعوا الوصول إلى أكثر من ٦٠٠٠٠٠ من الأمهات في إحدى عشرة محافظة وتقديم الخدمات لهم. هذا بالإضافة إلى تدريب ٢٥٠ شخصًا من العاملين في مجال الخدمات الصحية في وحدات العناية المركزة لحديثي الولادة، مع التركيز على تشجيع الرضاعة الطبيعية المبكرة والتعريف بأسلوب الرعاية على طريقة «الكنغر» بين الأم ووليدها. وهذا يعني تشجيع الأمهات على احتضان أطفالهن عبر الملامسة المباشرة للبشرة بين الأم ووليدها، وهي طريقة أثبتت فوائدها في النتائج الصحية للأطفال المبتسرين (الخدج).

وأثناء عملنا في هذه الحملة، تمكنا من استكشاف أكثر الطرق فعالية لتغيير الأفكار السائدة سواء بين الممارسين الصحيين، أو في المجتمع ككل. ويشمل ذلك ضرورة التغلب على بعض الحواجز الدينية والثقافية التي باتت متأصلة في المجتمع. فعلى سبيل المثال، أدركنا أن استخدام مصطلح «الكنغر» في أسلوب رعاية الأم لوليدها شكّل أمانًا عاقبة، لأن حيوان الكنغر غير معروف جيدًا في مصر، وأيضًا بسبب عدم تقبل العديد من الأمهات فكرة أن يُطلب منهن محاكاة حيوان في أسلوب الرعاية. لذلك أعدنا تسمية هذا الأسلوب وأطلقنا عليه اسم «الحضن الدافئ»، مما زاد من قبوله في أوساط الأمهات.

وحتى تتمكن الأمهات من الحركة أثناء ممارسة أسلوب رعاية الحضن الدافئ فقد استدعى ذلك وجود نوع معين من اللفائف القماشية التي تتيح حمل الطفل بأمان مع المحافظة على التصاقه بجسد أمه. غير أن هذا النوع من اللفائف لم يكن متاحًا محليًا بسعر معقول، لذلك عملنا مع الموردين على توفيرها وجعلها أيسر. مثالًا، كما أننا بصدد إنتاج دمية للأطفال على شكل طفل يأخذ وضع الحضن الدافئ للمساعدة في تغيير التوقعات الثقافية. فدمى الأطفال في مصر في هذه الأيام تميل في تصميمها إلى إمساك الدمية لزجاجة رضاعة، الأمر الذي يعزز من قاعدة الرضاعة من الزجاجة بدلًا من الرضاعة الطبيعية.

وعلى صعيد آخر فقد عملنا مع المختصين العاملين في وحدات العناية المركزة لحديثي الولادة، وحددنا العوامل المرتبطة بالولادة المبكرة قبل الأوان، وهو أهم سبب لوفيات المواليد الجدد. ومن أهم الأسباب كذلك إخضاع الأمهات إلى عمليات الولادة القيصرية غير الضرورية، وسوء تغذية الأمهات، وتعاطي المخدرات والتدخين، والاستخدام المفرط لأدوية الإباضة، وزواج القاصرات والحمل المبكر، وحجم الأسر الكبير وعدم المباشرة بين الأحمال. وكنا قد أطلقنا العديد من الحملات المجتمعية لزيادة الوعي بهذه القضايا.

وعلى وجه الخصوص، يشجع نهجنا على بناء الأسر الصغيرة بهدف تمكين تقديم الرعاية الكافية لكل طفل في هذه الأسر. ويتمشى ذلك مع حملة حكومية طويلة الأمد لتشجيع تنظيم الأسرة عبر حملة «اتنين كفاية». ومع ذلك، تكافح الجهات القائمة على هذه الحملة للتغلب على الأعراف الثقافية الراسخة التي تتبعها الأسر الكبيرة والاعتقاد الديني بأن كل طفل هو هبة من الله، لذلك، يتمثل نهجنا في التأكيد على فوائد تخصيص الرعاية خلال الألف يوم الأولى لطفل واحد فقط، ويفضل أن يكون ذلك

مع فترة انتظار لمدة تمتد من ستة إلى اثني عشر شهرًا كي تستعد الأم لطفل ثان.

نهج التدريب المُدمج وَ كوفيد-١٩

عملنا على تطوير نموذج متعدد الوسائط (مدمج) لتدريب المستشارين الأسريين بتكلفة أقل مع ضمان الوفاء بمعايير التأهيل والاعتماد الدولية. ويشتمل هذا النموذج على وحدات تدريبية إلكترونية ذات أثر مماثل لغيرها من الدورات التي تعتمد على التواصل المباشر بين الأفراد. ويغطي التدريب عدة جوانب تتعلق بالتغذية والصحة ونماء الطفل والتربية الإيجابية وعلم النفس والتعليم. والمستشارون المدربون هم في المقام الأول آباء متعلمون ونشطاء في المجتمع المحلي، من خلفيات طبية وغير طبية. وهم من العاملين في المستشفيات والمراكز المجتمعية، وينطوي مجال عملهم كذلك على زيارات منزلية للأمهات الجدد.

وبالنسبة للتدريب في المناطق النائية، قمنا بوضع نموذج «الصحة عن بعد» الذي يربط المراكز الصحية المحلية، حيث يعمل عدد كبير من الأطباء المبتدئين، باستشاريين من أصحاب التخصص يعملون في مراكز رئيسية. واستطعنا من خلال هذا النموذج تقديم خدمات استشارية عبر روابط الفيديو بينما يقوم الطاقم الطبي المحلي بإجراء فحوصات روتينية للأطفال. وقد أثبتت التجارب التي أجريناها في العام ٢٠١٩ في كل من محافظات الوادي الجديد وأسوان ومطروح

نجاحها، مما دفع الحكومة لتبني هذا النموذج والعمل على توسيع نطاقه ونشره في جميع أنحاء البلاد.

صورة لأمهات وهن يمارسن أسلوب رعاية الحضانة الدافئ خلال أسبوع اليوم العالمي للطفل المبتسر ٢٠١٨



وكذلك فقد أثبتت مثل هذه النظم المعتمدة للتدريب والاستشارات عن بعد من خلال الشبكة العنكبوتية قيمتها وأهميتها خلال جائحة فيروس كورونا المستجد، عندما كان لا بد من الحد من التفاعلات الشخصية وتوقفها تمامًا في بعض الحالات. واستطعنا بفضل ذلك الحفاظ على التواصل مع الآباء عبر تقنية «مكالمات الفيديو»، وتكييف نموذج التدريب المدمج لدينا لنقل المزيد من خدمات التدريب لتصبح عبر الإنترنت.

وكنا قبل الوباء قد أنشأنا أربعة «مراكز تميز» حيث يمكن للآباء أن يأتوا مع أطفالهم الصغار للقيام بأنشطة شخصية مع المستشارين الأسريين. ويتم تمويل هذه المراكز المتوزعة في القاهرة والجيزة والدقهلية ودمياط جزئيًا عن طريق تبرعات من القطاع الخاص، والجزء الآخر عن طريق تحميل الأسر ذات الدخل المرتفع رسومًا يدفعونها لقاء الخدمات المقدمة لهم. وبفضل ذلك تمكّننا من تقديم الدعم للخدمات المقدمة للأسر ذات الدخل المنخفض، الأمر الذي عزز من وصول هذه الخدمات لتلك الأسر. كما نعمل على تطوير قاعدة بيانات لتحديد الآباء من ذوي الدخل المنخفض في منطقة التجمع الذين لم تسبق لهم الاستفادة من هذه المراكز والاتصال بهم. وسيمكننا هذا النموذج بمواصلة توسيع نطاق هذه المراكز في المستقبل، لنتمكن من استئناف الأنشطة وجهًا لوجه من جديد عند انحسار الجائحة.

ونحن بصدد تشكيل شبكة مع سبعة بلدان أخرى لتوسيع نطاق مثل هذا المراكز والتمدد إقليميًا.

← يمكنك قراءة المقالة كاملة عبر النقر على earlychildhoodmatters.online/2020-14

تكيف عملية تقديم الخدمات للوصول إلى النساء والأطفال المهمشين في المناطق الحضرية

- ▶ ينتمي العديد من الأطفال الذين لم يحصلوا على اللقاحات إلى عائلات فقيرة ويعيشون في أحياء فقيرة في المدن
- ▶ في هايتي وجمهورية الكونغو الديمقراطية، عزز تقديم الخدمات في عطلة نهاية الأسبوع والتواصل القائم على السوق من تلقي اللقاحات
- ▶ هناك الكثير من الدروس المستفادة من الجهات التي تقدم خدمات أخرى غير صحية للأطفال أو مقدمي خدمات الرعاية الصحية

يعد حصول الأطفال على اللقاحات أمرًا في غاية الأهمية لبقائهم على قيد الحياة. حيث تسبب فيروس كورونا بتعطيل برامج التلقيح حول العالم خلال عام ٢٠٢٠، وحتى قبل الجائحة، لم تتمكن من تلقيح نحو ١٩٠٤ مليون طفل على مستوى العالم خلال عام ٢٠١٨. كما لم يتلقَ نحو ١٣٠٥ مليون شخص اللقاحات الأولية، وفقدوا فرصة الحصول على الخدمات الصحية الأخرى (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩).

فوليك أولانينا
استشاري أول للتحصينات

كلوي مانسستر
مدير البرنامج

ينتمي معظم الذين لم يتم الوصول إليهم إلى عائلات فقيرة، من أمهات تلقين مستوى متدنٍ من التعليم أو لم يتلقوه على الإطلاق. وغالبًا ما يعيشون في مناطق نائية جدًا أو مناطق نزاعات أو أحياء فقيرة. وبحلول عام ٢٠٢٠، سيعيش حوالي ٦٠٪ من سكان العالم في المناطق الحضرية، وأكثر من مليار نسمة يعيشون في مجتمعات فقيرة.

شركة جون سنو، أولينغتون فرجينيا،
الولايات المتحدة الأمريكية

وعلى الرغم من إظهار البيانات الإدارية المجمعة لنتائج صحية أفضل بشكل عام (بما في ذلك معدلات التلقيح) في المناطق الحضرية مقارنةً بالمناطق القروية، إلا أنها تخفي الفجوة الكبيرة في توزيع الثروات في المناطق الحضرية. وغالبًا ما تكون المخارج الصحية للمناطق الفقيرة أسوأ من نظرائها في المناطق القروية (Nandy et al. ٢٠١٨). ويؤثر نقص البيانات المصنفة على إمكانية تقديم خدمات جديدة للوصول إلى الفئات الضعيفة وسد الفجوات في العدالة الصحية.

نتطرق فيما يلي لنموذجين محددين من جمهورية الكونغو الديمقراطية وهايتي، ونقدم أمثلة عملية لنكتسب فهمًا على مستوى الحَيِّ، ونصمم وننفذ خدمات مرنة للأطفال المهمشين. تقدم تلك التجارب دروسًا مشتركة ألا وهي الحاجة إلى فهم متلقي الخدمات وأنشطتهم اليومية، وتحديد الساعات التي يفضلونها والعوائق التي يواجهونها في الحصول على الخدمات واستخدامها. وتشكل تلك المعلومات الأساس لإعادة صياغة الخطط أو تكييف الخدمات الحالية أو تصميم خدمات جديدة لتلبية احتياجات المجتمع المحلي بشكل أفضل.

وجدت دراسة تراجعية شملت أكثر من ٦ مليون شخصًا تلقوا اللقاحات في إحدى المراكز المجتمعية الوطنية في الولايات المتحدة أن ٣٠٥٪ من اللقاحات قُدمت خارج أوقات عمل العيادة، حيث قدمت ١٧،٤٪ منها في عطلة نهاية الأسبوع، و١٠،٢٪ خلال ساعات المساء، و٢٠،٩٪ في العطلات الرسمية. وكان معظم الذين تلقوا اللقاحات خلال الأوقات المذكورة يقيمون في المناطق الحضرية (Goard et al. ٢٠١٣). وينطبق ذلك أيضًا على الخدمات التي تُقدم في مرافق الصحة العامة في زامبيا خلال عطلة نهاية الأسبوع، والتي حققت نتائج إيجابية في تحسين البرامج الاستشارية والفحوصات وبرامج تنظيم الأسرة (Malama et al. ٢٠٢٠).

جمهورية الكونغو الديمقراطية: إتاحة اللقاحات في الأسواق

تُقدم خدمات التحصين الروتينية في المناطق الصحية في مناطق ليمبت وكيمبناسكي في كينشاسا، جمهورية الكونغو الديمقراطية، في مرافق صحية محدودة جدًا بالعدد بما لا يتناسب مع التعداد السكاني الكثيف. وأشار تحليل ظرفي أولي للوضع الراهن إلى أن عقد جلسات لتقديم اللقاحات في الأماكن العامة، مثل الأسواق، قد يكون أكثر ملاءمة ومتاحًا بشكل منتظم من قبل مقدمي الرعاية مما يزيد عدد المستفيدين في المناطق الحضرية الفقيرة (شركة جون سنو، ٢٠٢٠).

وتم التخطيط لعقد جلسات التلقيح من قبل برنامج التحصين الموسع وممثلي على الصحة في المناطق وأجريت من قبل الملقحين من المرافق الصحية المجاورة. كما تلقى جميع اللقاحات الروتينية ٢١٣٩ طفلًا و٧٥ امرأة حامل على مدار ٤٢ جلسة وُزعت على سبعة مواقع تتبع للمنطقتين الصحييتين من أغسطس إلى أكتوبر ٢٠١٩. كما قام رؤساء المناطق ومدراء الأسواق وممثلي تعبئة المجتمع المحلي، بالإضافة إلى مشاركة الإذاعة المحلية التي كانت جزءًا مكملًا لتعزيز الطلب على تلك الخدمات والتنوعية بها.

في كيمبانسي، في الفترة من أغسطس إلى أكتوبر ٢٠١٩، كانت الجرعات التي تقدم في الأسواق تمثل ٢٤.٢٪ من جميع اللقاحات المقدمة في البلدية، و٨٪ من جميع الجرعات في المنطقة ككل. ويعد توفير اللقاحات وبطاقات التلقيح بالمجان من العوامل الرئيسية التي ساهمت في مشاركة مقدمي الرعاية، حيث لا تزال هذه التكلفة تمثل عبءة رئيسية في المرافق الثابتة. ويعد ذلك حاليًا استراتيجية رئيسية في خطة ماشاكو التي تمثل خريطة الطريق التي تتبعها الدولة في مجال التحصين.

هايتي: التلقيح في عطلة نهاية الأسبوع

بقيت تغطية اللقاحات لسنوات عديدة في مدينة سيدي سولاي، الواقعة في ضواحي مدينة بورت أو برنس في هايتي دون نسبة ٣٠٪. وحدد التحليل الظرفي المفصل والتحقق من الأسباب الكامنة وراء انخفاض التغطية المحددة والتي تشمل نقص اللقاحات في المرافق الصحية وأوقات الانتظار الطويلة والتجربة السيئة مع مقدمي الخدمات والخوف من الآثار الجانبية وغياب الأمن (JSI Research & Training Institute, ٢٠١٧).

شكل تقديم الخدمات المترابطة والعوامل الفردية الأساس لإعادة تصميم الخدمات. وتم التخطيط لتقديم خدمات التلقيح في عطلات نهاية الأسبوع بالتعاون مع مقدمي الرعاية والمجتمعات ومقدمي الخدمات ومدراء المناطق، بما يتوافق مع ممارسات التصميم المشترك لزيادة تقديم الخدمات في المدن الداخلية (Davie and Kiran, ٢٠٢٠). ويعمل معظم مقدمي الرعاية في سيدي سولاي في الأسواق أو المصانع أو بمهن حرفية في العاصمة خلال أيام الأسبوع. كما وفرت اللقاحات المقدمة خلال عطلات نهاية الأسبوع أوقات مرنة لمقدمي الرعاية في الحصول على الخدمات والمعلومات الخاصة باللقاحات. وتم اعتماد النظام للتأكد من حصول الأطفال الذين لم يكملوا لقاحاتهم على الخدمات التي تتوافق مع جداول مقدمي الرعاية.

الصباح الباكر في كينشاسا: إحدى العائلات في مجال الصحة تنقل اللقاحات اليومية من مقر المكتب المركزي في المنطقة الصحية إلى المرفق الصحي. لا تمتلك معظم المرافق هنا أماكن تخزين باردة خاصة بها، لذا يتعين على العاملين في مجال الصحة القيام بهذه الرحلة بشكل متكرر.



وأظهرت بيانات المتابعة لمنسقي برنامج اللقاحات الوطنية في هاي تي في الأشهر السبعة الأولى من تنفيذ برنامج اللقاحات خلال عطلة نهاية الأسبوع أن متوسط عدد مرات إعطاء اللقاح خماسي التكافؤ قد ارتفع إلى ٧٤٩ في الشهر مقارنة بـ ٤١٧ في الأشهر السبعة السابقة. وساهمت عملية تقديم اللقاحات خلال عطلة نهاية الأسبوع في زيادة العدد الإجمالي من الأطفال الذين تلقوا اللقاحات بنسبة ٤١٪. كما ساهمت في تقديم ٧١٪ من اللقاحات الجديدة (المواليد الجدد الذين يتلقون أول جرعة من اللقاح خماسي التكافؤ) التي تقدم في سيتي سولاي.

نحو توسيع النطاق

سيكون تكييف الخدمات للوصول إلى السكان المهمشين من الأطفال الذين يعيشون في المناطق الحضرية أمرًا أساسيًا للحد من انعدام المساواة في الخدمات الصحية والحد من تفشي الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتلقيح. ويعد استخدام البيانات على مستوى الحي، وإشراك متلقي الخدمات والمجتمعات ومقدمي الخدمات ومدراء الصحة في التصميم من العناصر الأساسية للنجاح في زيادة معدلات التحصينات واستخدام الخدمات الصحية الأساسية. وتتمثل العوامل الرئيسية لتحقيق ذلك في توفر أدوات بسيطة لجمع البيانات وتدريب الموظفين المحليين على جمع البيانات وإشراكهم في تحليل وتفسير البيانات البسيطة. ويساعد ذلك في حل المشكلات بالتعاون مع الجهات المعنية المجتمعية والسلطات المدنية المحلية من خلال عقد جلسات المراجعة المحددة وتتبع الإجراءات.

وستكون هناك حاجة للاستفادة مستقبلاً من هذا البرنامج لفهم الأثر الطويل الأجل للخدمات المرنة للتحصينات من أجل الاسترشاد بها في توسيع نطاق هذه المنهجيات، ولا سيما من أجل حل مشكلة عدم توفير اللقاحات بسبب تعطل الخدمات الصحية للأطفال بسبب جائحة فيروس كورونا. وللتأكد من الوصول العادل إلى التحصينات وغيرها من الخدمات الأساسية في المناطق الحضرية، سيكون من المهم تأمين مزيد من الاستثمارات في استخدام البيانات المحلية وبناء القدرات بما في ذلك مهارات القضاء على الوصمة الاجتماعي والمشاركة المجتمعية والتخطيط المناسب وإعداد ميزانيات فعلية للقاحات والإمدادات.

يمكنك قراءة المقالة كاملة عبر النقر على earlychildhoodmatters.online/2020-22

مصادر

Davie, S. and Kiran, T. (2020). Partnering with patients to improve access to primary care. *BMJ Open Quality* 9(2): e000777.

Goad, J.A., Taitel, M.S., Fensterheim, L.E. and Cannon, A.E. (2013). Vaccinations administered during off-clinic hours at a national community pharmacy: implications for increasing patient access and convenience. *Annals of Family Medicine* 11(5): 429-36.

John Snow Inc. (2020, online). Strengthening immunization service delivery to urban poor communities in the DRC. Available at: <https://www.jsi.com/project/strengthening-immunization-service-delivery-to-urban-poor-communities-in-the-drc/> (accessed May 2020).

JSI Research & Training Institute. (2017). *Haiti: Strategies for Strengthening Vaccination Programs in Urban Poor Settings*. Arlington VA: John Snow Inc.

Malama, K., Kilembe, W., Inambo, M., Hoagland, A., Sharkey, T., Parker, R. et al. (2020). A couple-focused, integrated unplanned pregnancy and HIV prevention program in urban and rural Zambia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 222(4): S915 e1-e10.

Nandy, R., Rees, H., Bernson, J., Digre, P., Rowley, E. and McIlvaine, B. (2018). *Tackling Inequities in Immunization Outcomes in Urban Contexts*, Equity Reference Group for Immunization Discussion Paper 07. Available at: https://drive.google.com/file/d/1qB_5YAhYQiponTLL50a8y7h5LiTG_Kb/view (accessed May 2020).

World Health Organization. (2019). *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2018 WHO/Unicef estimates of national immunization coverage*. Available at: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/who-immuniz.pdf?ua=1 (accessed May 2020).