الرعاية في مرحلة التنشئة

من أجل تنمية الطفولة المبكرة

إطار لمساعدة الأطفال على **البقاء** و **النماء** يهدف إلى
إحداث **تحوُّل** في الصحة والإمكانات البشرية

منظمة الصحة العالمية

مجموعة البنك الدولي

يونيسف لكل طفل

PMNCH for

ECDAN

IN SUPPORT OF EVERY WOMAN EVERY CHILD
FOR HEALTHY AND EMPOWERED WOMEN, CHILDREN AND ADOLESCENTS

الرعاية في مرحلة التنشئة

من أجل تنمية الطفولة المبكرة

إطار لمساعدة الأطفال على **البقاء** و **النماء** يهدف إلى
إحداث **تحوُّل** في الصحة والإمكانات البشرية

منظمة الصحة العالمية

مجموعة البنك الدولي

يونيسف لكل طفل

PMNCH for

ECDAN

IN SUPPORT OF EVERY WOMAN EVERY CHILD
FOR HEALTHY AND EMPOWERED WOMEN, CHILDREN AND ADOLESCENTS

الرعاية في مرحلة التنشئة من من أجل تنمية الطفولة المبكرة: إطار لمساعدة الأطفال على البقاء والنماء يهدف إلى إحداث تحوُّل في الصحة والإمكانات البشرية
[Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential]

ISBN 978-92-4-001988-1 (نسخة الإلكترونية)
ISBN 978-92-4-001989-8 (نسخة مطبوعة)

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٢١

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف – غير تجاري – المشاركة بالمثل ٣,٠ لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"
(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ar).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز لكم نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتحويره للأغراض غير التجارية، شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، كما هو مبيّن أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتحوير هذا المصنف، فيجب عندئذٍ الحصول على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ما يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف، فينبغي إدراج بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. والإصدار الأصلي بالإنكليزية هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

الاقتباس المقترح. الرعاية في مرحلة التنشئة من من أجل تنمية الطفولة المبكرة: إطار لمساعدة الأطفال على البقاء والنماء يهدف إلى إحداث تحوُّل في الصحة والإمكانات البشرية
[Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential]

جنيف: منظمة الصحة العالمية: ٢٠٢١. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة على الرابط http://apps.who.int/iris/.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط http://apps.who.int/bookorders. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات بشأن الحقوق والترخيص، انظر الرابط http://www.who.int/about/licensing.

مواد الطرف الثالث. إذا رغبتم في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فعليكم مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام، والحصول على إذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده مخاطر أي مطالبات تنشأ نتيجة انتهاك أي عنصر في المصنف تعود ملكيته لطرف ثالث.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المطبوع وطريقة عرض المواد الواردة فيه، على أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة والخطوط المتقطعة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تُميّز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلالية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك، فإن المواد المنشورة تُوزع دون تقديم أي نوع من أنواع الضمانات، صريحةً كانت أم ضمنية. ويتحمّل القارئ وحده المسؤولية عن تفسير هذه المواد واستعمالها. ولا تتحمل المنظمة (WHO) بأي حال من الأحوال المسؤولية عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

جدول المحتويات

١ **تمهيد**

٠١ مقدمة

٢ إطار للرعاية في مرحلة التنشئة
٤ ما الحاجة لهذا الإطار الآن؟
٤ ماهي المساهمة التي يمكن أن يقدِّمها هذا الإطار؟
٤ الجمهور

٠٢ جدوى الرعاية في مرحلة التنشئة

٥ نحن نعلم لِمَا تعد تنمية الطفولة المبكرة مهمة
٩ نحن نعلم ما يهدد تنمية الطفولة المبكرة
١٠ نحن نعلم أن هناك أعداداً كبيرة من الأطفال تتعرض لخطر ضعف النمو
١٢ نحن نعلم حاجة الأطفال الصغار إلى الرعاية في مرحلة التنشئة لكي ينموا نمواً كاملاً
١٧ نحن نعلم كيف ندعم الأسر والقائمين بالرعاية في ما يبذلونه من جهود لتقديم الرعاية في مرحلة التنشئة
٢٢ الوصول إلى جميع القائمين بالرعاية والأطفال لتلبية احتياجاتهم

٠٣ حان الآن وقت العمل

٢٤ الرؤية
٢٥ الغايات
٢٦ المبادئ التوجيهية

٠٤ الإجراءات الاستراتيجية الخمسة

٢٨ الإجراء الاستراتيجي ١ القيادة والاستثمار
٢٩ الإجراء الاستراتيجي ٢ التركيز على الأسر ومجتمعاتها

٣٠ الإجراء الاستراتيجي ٣ تعزيز الخدمات
٣١ الإجراء الاستراتيجي ٤ رصد التقدم المحرز
٣٢ الإجراء الاستراتيجي ٥ استخدام البيانات والابتكار

٠٥ تحقيق الرعاية في مرحلة التنشئة

٣٦ الأدوار والمسؤوليات
٣٧ قطاع الصحة والتغذية
٣٨ قطاع التعليم
٤٠ قطاعا الحماية الاجتماعية وحماية الطفل
٤٢ الالتزام بالعمل والمعالم الرئيسية
٤٤ الموارد الإضافية

الملاحق

٤٧ الملحق ١: المسرد
٤٨ الملحق ٢: المؤشرات المقترحة

٥٠ **المراجع**

٥٤ **شكر وتقدير**

تمهيد

ما هي أنجع الوسائل التي تمكِّن البلدان من دعم الازدهار وضمان تقاسمه بين الجميع، وتعزيز النمو الاقتصادي الشامل، وتوسيع الفرص المتكافئة، والقضاء على الفقر المدقع؟ إن الإجابة عن هذا السؤال هي ببساطة: الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة.

إن الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة يعود بالنفع على الجميع – الحكومات، والأعمال التجارية، والمجتمعات المحلية، والآباء والأمهات ومن يتولون تقديم الرعاية، والأهم المواليد والأطفال الصغار. وتجدر أيضاً مساعدة كل طفل على التمتع بحقه في البقاء والنماء. إن الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة فعّال من حيث التكلفة: فالعائد من استثمار دولار أمريكي واحد في التدخلات المتعلقة بتنمية الطفولة المبكرة قد يصل إلى ١٣ دولاراً أمريكياً. كما أن تنمية الطفولة المبكرة تعد عاملاً أساسياً في صون حق كل طفل في البقاء والنماء.

وقد بات من المفهوم أن المرحلة من الحمل إلى سن الثالثة تمثل المرحلة الأكثر حساسية، حيث ينمو الدماغ أسرع بالمقارنة مع المراحل الأخرى؛ ففي هذه المرحلة يتكون ٨٠٪ من دماغ الطفل. وحتى تنمو أدمغة الأطفال نمواً سليماً في هذه الأعوام، هم بحاجة إلى بيئة آمنة تحيطهم بالطمأنينة والحب، وتتيح لهم التغذية السليمة، وإلى التحفيز من آبائهم وأمهاتهم أو من يتولون رعايتهم. وتعد هذه المرحلة سانحة لوضع اللبنة الأولى للصحة والعافية، التي ستنشأ عنها منافع تدوم طول العمر وتمتد إلى الجيل التالي.

وفي حالة التقاعس عن القيام بما يجب فإن التكلفة باهظة. فمن الأرجح أن يواجه الأطفال الذين لا حَظَّ لهم في الحصول على الرعاية في مرحلة التنشئة في سنوات عمرهم المبكرة صعوبات في التعلُّم في المدرسة وبالتالي انخفاض مداخيلهم في المستقبل والمساس برفاه ورخاء أسرهم ومجتمعاتهم. وتشير التقديرات الحالية أن زهاء ٢٥٠ مليون طفل دون سن الخامسة في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل – أو ما يزيد عن أربعة أطفال بين كل عشرة أطفال – مهددون بضياع مراحل حساسة من مراحل النمو بسبب الفقر أو التقزُّم.

إن الإطار الجديد للرعاية في مرحلة التنشئة يستند إلى أحدث ما تم التوصل إليه من بيّنات تشير إلى أن تنمية الطفولة المبكرة تتطور حيث باتت تحدد السياسات والخدمات الأكثر فعالية التي ستساعد الآباء والأمهاء ومن يتولون تقديم الرعاية للمواليد في مرحلة التنشئة. وهو مصمم ليكون خارطة طريق للتدابير اللازم اتخاذها، تساعد على تكاتف الآباء والأمهات ومن يتولون تقديم الرعاية والحكومات الوطنية ومجموعات المجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والأمم المتحدة والقطاع الخاص والمؤسسات الأكاديمية ومقدمي الخدمات حرصاً على أن يبدأ كل مولود حياته الأولى على النحو الأمثل.

وتمثل التغطية الصحية الشاملة، والرعاية الأولية التي تقع في صميمها، الركيزة التي يستند إليها الإطار لما لها من أهمية بالغة لكل نمو وتطور مستدام. ويحدِّد الإطار الدور المهم الذي ينبغي لجميع القطاعات، بما فيها القطاع الصحي، أن تؤديه لدعم نمو جميع الأطفال نمواً سليماً من أجل تطورهم الأمثل واستفادتهم القصوى من التعليم قبل المدرسي والنظامي.

وإذ نعمل سوياً لبلوغ رؤية أهداف عام ٢٠٣٠ المتمثلة في ضمان عدم تخلف أحد عن الركب، ينبغي لنا أن نتحرك فوراً حتى نجعل الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة أولويةً في كل بلد، وكل مجتمع محلي، وكل أسرة. وباسم منظماتنا، نعرب عن التزامنا بأن نكون جزءاً من الجهود المبذولة لصنع عالم مستدام يشمل الجميع، منطلقين من الاستثمار في مراحل العمر الأولى وفاءً بحق كل طفل في البقاء والنماء، وبناء مستقبل أكثر استدامة للجميع.

هنريتا هـ. فور
المديرة التنفيذية
لليونيسف

تيدروس أدحانوم غيبريسوس
المدير العام
لمنظمة الصحة العالمية

أنيت ديكسون
نائبة الرئيس، التنمية البشرية
مجموعة البنك الدولي

ميشيل باشليت
الرئيسة
الشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل

أولاً مقدمة

إذا غيّرنا بداية القصة، سنغير القصة بأكملها.[1]

تتخذ الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦–٢٠٣٠)[2] مكاناً لها في صميم أهداف التنمية المستدامة.[3] وتتمثل الرؤية التي تصبو الاستراتيجية إلى تحقيقها في بلوغ عالم يحترم حقوق جميع النساء والأطفال والمراهقين في التمتع بالصحة والعافية بدنياً ونفسياً، حيث ينعمون بالفرص الاجتماعية والاقتصادية والقدرة على المشاركة الكاملة في تشكيل مجتمعات مزدهرة ومستدامة. وتتضمن هذه الرؤية جزءاً أساسياً يتمثل في ضمان احترام حقوق الإنسان للأطفال الصغار بما يهيئ لهم الظروف التي تساعدهم على البقاء والنماء.[4]

نحن نعلم لِمَا هذا الأمر مهم. إن الفترة من الحمل إلى سن الثالثة هي الفترة التي يكون فيها الأطفال أكثر عرضة للتأثيرات المحيطة.[5] وفي هذه الفترة توضع اللبنة الأولى لصحة الفرد وعافيته وقدرته على التعلّم والإنتاج على مدى عمره كله، ويمتد تأثيرها على الصحة والعافية إلى الجيل التالي.[6،7]

نحن نعلم ما يهدد تنمية الطفولة المبكرة. تتمثل أكبر التهديدات في الفقر المدقع، وانعدام الأمن، وانعدام المساواة بين الجنسين، والعنف، والسموم البيئية، وضعف الصحة النفسية.[8] ويتأثر بكل تلك التهديدات القائمون على الرعاية – ونعني بهم الآباء والأمهات والأسر وغيرهم ممن يعتنون بالطفل. إن هذه التهديدات تحدّ من قدرة القائمين على الرعاية فتحول دون حماية الأطفال الصغار ودعمهم وتعزيز نموهم.

نحن نعلم ما يحتاجه الأطفال لكي ينموا نمواً كاملاً. هم بحاجة إلى الرعاية في مرحلة التنشئة، أي تهيئة الظروف التي تضمن تعزيز الصحة، والتغذية، والأمن، والسلامة، وتقديم الرعاية المتجاوبة، وفرص التعلّم المبكر. والرعاية في مرحلة التنشئة هي مسألة تخص الأطفال وأسرهم وغيرهم من القائمين بالرعاية والأماكن التي يتفاعلون فيها.

نحن نعلم ما يعزز قدرة الأسر والقائمين بالرعاية حتى يتمكنوا من دعم نمو الأطفال الصغار. ينبغي تهيئة بيئة مساعدة من خلال السياسات والبرامج والخدمات التي تتيح المعارف والموارد للأسر والآباء والأمهات والقائمين بالرعاية لتمكينهم من تقديم الرعاية إلى الأطفال الصغار في مرحلة التنشئة. وتعد مشاركة المجتمع المحلي مكوناً أساسياً من مكونات هذه البيئة التي ينبغي أيضاً أن تراعي التنوع بين الأطفال والأسر.

إطار للرعاية في مرحلة التنشئة

يتيح الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة خارطة طريق للتدابير اللازم اتخاذها. وهو يستند إلى أحدث البيّنات بشأن تطور تنمية الطفولة المبكرة ووسيلة تحسينه من خلال السياسات والتدخلات.[8] ويبيّن الإطار:

- الأسباب التي تجعل من الضروري بدء جهود تحسين الصحة والعافية ورأس المال البشري منذ السنوات الأولى من العمر، في الفترة من الحمل إلى سن الثالثة؛
- المهددات الكبيرة التي تتعرض لها تنمية الطفولة المبكرة؛

يُقصد **بالرعاية في مرحلة التنشئة** تهيئة الظروف من خلال السياسات العامة والبرامج والخدمات. وتمكن هذه الظروف المجتمعات المحلية والقائمين بالرعاية من ضمان الصحة والتغذية السليمتين للأطفال وحمايتهم من أي تهديدات. كما تعني الرعاية في مرحلة التنشئة إتاحة الفرص للأطفال الصغار للتعلّم المبكر من خلال التفاعل المتجاوب وتقديم السند العاطفي.

- الآلية التي تحمي من خلالها الرعايةُ في مرحلة التنشئة الأطفال الصغار من أشد تأثيرات ما يواجهونه من عُسر وتعزز النمو البدني والعاطفي والاجتماعي والمعرفي؛

- ما يحتاجه القائمون بالرعاية لتقديم الرعاية في مرحلة التنشئة إلى الأطفال الصغار.

يبيّن الإطار أن اتباع نهج يشمل الحكومة كلها والمجتمع كله من شأنه أن يعزز رعاية الأطفال الصغار في مرحلة التنشئة. وهو يحدِّد مبادئ توجيهية وتدابير استراتيجية ووسائل لرصد ما يحرز من تقدم.

ويتأثر نمو الأطفال تأثيراً قوياً بالتجارب التي يتعرضون لها في المراحل المبكرة من عمرهم. فتؤثر هذه التجارب في قدرتهم على التعلُّم، وصحتهم، وسلوكهم، وفي نهاية المطاف في علاقاتهم الاجتماعية في سن الرشد وفي رفاههم ومداخيلهم.[٩،١٠] ويكون الأطفال في الفترة من الحمل إلى سن الثالثة أكثر عرضة للتأثيرات المحيطة. ويعد الاستثمار في هذه المرحلة أكثر الوسائل فعالية ونجاعة في القضاء على الفقر المدقع وانعدام المساواة وفي تعزيز الازدهار وضمان تقاسمه بين الجميع وإيجاد رأس المال البشري اللازم لضمان تنوع الاقتصادات ونموها.[١١] وما فتئ العالم يتحول نحو الرقمنة، ما يعني إيلاء أهمية أكبر من أي وقت مضى للقدرات المرتبطة بالتفكير بشكل منطقي والتعلم باستمرار والتواصل بشكل فعال مع الآخرين والتعاون معهم – وجميعها تنشأ منذ الطفولة المبكرة.[١٢] ونحن نعرف أن ملايين الأطفال الصغار لا ينمون نمواً كاملاً بسبب ضعف صحتهم وعدم كفاية تغذيتهم وتعرضهم للضغط وافتقادهم الحب والتحفيز في أول سنين عمرهم، وضيق فرص التعلُّم المبكر. ومن حسن الحظ أن هذا الوضع يتغير بفضل المعارف العلمية والعملية وزيادة الالتزام على الصعيدين العالمي والقُطري.

تشمل **تنمية الطفولة المبكرة** الأطفال منذ الولادة حتى سن الثامنة (انظر الملحق ١). ويركز هذا الإطار على الفترة من الحمل إلى سن الثالثة لأن من المثبت علمياً أن هذه الفترة حساسة جداً لنمو الدماغ. بيد أنه في كثير من البلدان، لا تُضمَّن هذه الفترة في العادة في البرامج المتعلقة بتنمية الطفولة المبكرة. وفي هذه السنين المبكرة، يكتسب القطاع الصحي أهمية متفردة في دعم الرعاية في مرحلة التنشئة. وابتداءً من سن الثالثة يبدأ الأطفال في الالتحاق بالتعليم الرسمي قبل المدرسي حيث يكون لقطاع التعليم دور محوري. ويدرك الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة أن النمو المثالي يتأتى بفضل التدخلات التي تُتخذ في مراحل عدة من مراحل الحياة. وهو يركز على الفترة من الحمل إلى سن الثالثة للفت الانتباه إلى الارتباط الشديد بالقطاع الصحي والاستفادة من ذلك.

ما الحاجة لهذا الإطار الآن؟

اشتملت أهداف التنمية المستدامة على نمو الأطفال الصغار بوصفه السبيل إلى إحداث التحوُّل الذي يصبو العالم إلى تحقيقه حتى عام ٢٠٣٠.[٣] وتنطوي أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالجوع والصحة والتعليم والإنصاف على غايات تتعلق بسوء التغذية ووفاة الأطفال والتعلُّم المبكر والعنف – وهي غايات مضمَّنة، إلى جانب غايات أخرى، في خطةٍ لتحسين تنمية الطفولة المبكرة. وقد صاغت الاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق للفترة ٢٠١٦–٢٠٣٠ الرؤية الجديدة ضمن أهداف البقاء والنماء والتحوُّل.[٢] ولم يحدث أن كانت الفرصة سانحة كما هي الآن لتحفيز الاستثمار في تنمية الطفولة المبكرة. وقد منحت مؤسسات عالمية مثل اليونيسف، ومجموعة البنك الدولي، واليونيسكو، ومنظمة الصحة العالمية، الأولوية لتنمية الطفولة المبكرة ضمن برامج عملها.[١٣] وقد بات من الملّح أكثر من أي وقت مضى أن نعمل سوياً متوحدين لبلوغ الأهداف المشتركة. وسيساعد هذا الإطار على توجيه التدابير التي سيتعين علينا اتخاذها من أجل تحقيق النتائج المرجوة.

ماهي المساهمة التي يمكن أن يقدِّمها هذا الإطار؟

يتضمن هذا الإطار الاتجاهات الاستراتيجية لدعم النمو الشامل للأطفال من الحمل إلى سن الثالثة. وهو يهدف إلى تحفيز قطاعات متعددة منها الصحة والتغذية والتعليم والعمل والشؤون المالية والمياه والصرف الصحي والحماية الاجتماعية وحماية الطفل من أجل العمل بطرق جديدة لتلبية حاجات الأطفال الأصغر عمراً. وهو يبيّن أهمية تقديم الرعاية المتجاوبة والتعلُّم المبكر بوصفهما مكونين أساسيين من مكونات الرعاية الجيدة النوعية المقدمة إلى الأطفال الصغار. كما يبيّن وسائل تحسين ما هو قائم من برامج حتى تكون أكثر شمولية في تلبية احتياجات الأطفال الصغار. ويشجع الإطار استخدام الأصول المحلية، وهو يفترض المواءمة مع السياق المحلي، ويعزز الشعور بالمسؤولية على مستوى المجتمع المحلي. ويصف الأسس والتدابير والقيادة الحكومية التي يتعيَّن توفرها حتى ينمو جميع الأطفال نمواً كاملاً.

الجمهور

يُشرك هذا الإطار مجموعة كبيرة من الجهات صاحبة المصلحة منها أولاً الجهات المعنية بوضع السياسات ومديرو البرامج في وزارات الصحة والتغذية والتعليم وحماية الطفل والحماية الاجتماعية وغير ذلك من القطاعات على الصعيدين الوطني والمحلي. ويُشرك أيضاً مجموعات المجتمع المدني، والجهات الشريكة في التنمية، والجمعيات المهنية، والمؤسسات الأكاديمية، والمبادرات التمويلية، على الصعيدين العالمي والوطني. ويشمل فضلاً عن ذلك البرلمانيين ومقدمي الخدمات والمؤسسات الأكاديمية والقطاع الخاص ووسائل الإعلام حيث يُقصد منه أن يكون مصدراً لاستلهام الأفكار بشأن السبل التي تمكّنهم من ضمان نمو جميع الأطفال نمواً كاملاً. وأخيراً وليس آخراً، يخاطب هذا الإطار، عبر الجهات صاحبة المصلحة، القائمين على رعاية أطفالهم الصغار في مرحلة التنشئة في ما يقومون به يوماً بعد يوم.

ويناشد هذا الإطار الحكومة بجميع مستوياتها وجميع القطاعات، ولاسيما قطاع الصحة انطلاقاً من ارتباطه الوثيق بالحوامل والأسر والأطفال الصغار. وهو يلتمس منها ما يلي:

- سد الفجوات في جهود دعم الأطفال الأصغر سناً من أجل استكمال ما يقوم به القطاع التعليمي من عمل يرمي إلى تحسين التعليم قبل المدرسي؛
- العمل المشترك مع قطاعي الحماية الاجتماعية وحماية الطفل لضمان الأمن المادي والاجتماعي للأسر والمجتمعات المحلية، وحماية الأطفال الصغار من الإهمال والعنف والاستغلال؛
- المساعدة على الوفاء بحقوق جميع الأطفال، ولاسيما أشدهم ضعفاً، وضمان عدم استبعاد أي طفل.

ثانياً
جدوى الرعاية في مرحلة التنشئة

نحن نعلم لِمَا تعد تنمية الطفولة المبكرة مهمة

الجانب العلمي المتصل بتنمية الطفولة المبكرة

اتفقت النتائج العلمية التي تم التوصل إليها خلال العقود الثلاثة الأخيرة من مختلف التخصصات على أننا نكوّن العناصر الأساسية لصحتنا وعافيتنا وقدرتنا على الإنتاج خلال فترة الحمل والسنوات الثلاث الأولى بعد مولدنا، وتدوم هذه العناصر طيلة مراحل الطفولة والمراهقة والرشد. ويحتوي دماغ الطفل حديث الولادة تقريباً على جميع الخلايا العصبية التي سيحتوي عليها الدماغ طيلة العمر. وبحلول العام الثاني من العمر تكون قد تكونت أعداد هائلة من الموصلات العصبية استجابة للتفاعلات مع البيئة، ولاسيما التفاعلات مع القائمين بالرعاية.[١٤]

ويتحكم في هذا النمو السريع للدماغ النمطُ الجيني الذي يتشكل عبر مئات الآلاف من السنين، لكن توجّه مساره التجارب التي يعيشها الطفل في صغره. فالجنين يبدأ بالتعرُّف على العالم من خلال اللمس،[١٥] ولاحقاً خلال فترة الحمل يأتي التذوق والسمع والشم والبصر. وهذه الحواس هي ما تمكِّن الطفل بعد مولده وأثناء نموه من التعلُّم من البيئة المحيطة والتكيُّف فسيولوجياً ونفسياً.[١٥] إن عملية التعلُّم المبكرة هذه القابلة للتكيُّف هي التي تجعل من فترة الحمل حتى سن الثالثة مهمة للغاية وهي تعدِّل الطريقة التي يعبَّر بها عن الجينات.[١٦] وتحدث عمليات التخلُّق هذه طوال العمر، بيد أنها تُصمِّم في هذه الفترة مخططات عمليات التكيُّف مع البيئة في المستقبل.

وبسبب عمليات النمو المبكرة هذه، تؤثر التجارب في مرحلة الحمل حتى سن الثالثة تأثيراً كبيراً في الصحة والتعلُّم والقدرة على الإنتاج فضلاً عن السلامة الاجتماعية والعاطفية. وتدوم هذه التأثيرات طيلة مرحلة الطفولة وتمتد إلى مرحلتي المراهقة والرشد. فعلى سبيل المثال، تبيَّن أن التدخلات المبكرة تحسِّن تحسناً كبيراً صحة القلب والأوعية الدموية لدى البالغين.[١٧] كما أن مهارات التواصل مع الآخرين – والتي تعزِّزها العلاقات القائمة على الحب والشعور بالأمان مع القائمين بالرعاية – تولِّد القدرة على التواصل الوجداني وضبط النفس، وبالتالي منع الجريمة والعنف.[١٨] لذا، فإن القدرات التي تتكون في مرحلة الطفولة المبكرة لا تدوم طوال حياة الفرد فحسب، بل إن تأثيرها يمس نمو الفرد في الجيل التالي.

أهمية الرعاية في مرحلة التنشئة بالنسبة إلى الأطفال حديثي الولادة والمواليد الذي يولدون قبل الموعد

تبدأ الرعاية في مرحلة التنشئة قبل الولادة، حين تبدأ الأمهات وغيرهن ممن يقُمن بالرعاية في التحدث مع الجنين والغناء له.[١٩] وبحلول الثلاثة أشهر الثانية من الحمل، يستطيع الجنين أثناء نموه أن يسمع الأصوات. وابتداءً من مولد الطفل يتمكن من التعرُّف على صوت أمه.[١٩] وينشأ هذا الرباط المبكر من التلامس والرضاعة الطبيعية ووجود رفيق يساند الأم. ويرسي كل ذلك أسس التغذية المثالية والتواصل والرعاية السليمَيْن. ويبدأ المولود بعد فترة وجيزة من الميلاد الاستجابة إلى الوجوه واللمسات الحانية والحمل، وتوجيه الحديث له بصوت حنون. وسريعاً ما سيتعلم القائمون بالرعاية ما يجعل المولود يستجيب إليهم، وهو أمر ضروري للنمو الأمثل لدماغه الذي يتطور سريعاً.[١٤،١٩]

وتبيّن النتائج العلمية التي تم التوصل إليها في علم الأعصاب وعلم النفس التنموي أن علاقات التفاعل بين القائمين بالرعاية والطفل مفيدة للغاية لنمو الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ولها تأثيرات تدوم طويلاً.[٢٠] وابتداءً من الشهور الأولى تنبني الموصلات العصبية التي تقوي دماغ الطفل بفضل تمضية وقت غني معه يتضمّن الابتسام واللمس والكلام ورواية القصص والاستماع إلى الموسيقى ومشاركته في قراءة الكتب واللعب معه.[١٤،٢١]

إن من الضروري تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة إلى جميع المواليد، ولاسيما المواليد الذين يولدون قبل الموعد والذين يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة (والمواليد الذين يعانون من عيوب خلقية). لكن للأسف عادة ما يحصلون على رعاية أقل. ويحتاج القائمون بالرعاية إلى التوجيه في ما يخص تفاعلهم مع تلك الفئة الضعيفة من المواليد، نظراً لأن سلوكياتهم واستجاباتهم عادة ما يصعب التنبؤ بها مقارنة بغيرهم. ومن دون الحصول على تلك الرعاية، يتعرض هؤلاء المواليد إلى صعوبات في نموهم. وتشكِل هذه الصعوبات تحدياً للقائمين بالرعاية المعرضين أصلاً لضغوط بسبب ولادة ما يُطلق عليهم المواليد صغار الحجم.[٢٢] وبالتالي، ربما يحصل المواليد قبل الموعد وذوو الوزن المنخفض اهتماماً أقل وفي بعض الأحيان يتعرضون للإهمال أو سوء المعاملة، ما يجعلهم أكثر عرضة لضعف النمو.[٢٣] وتقع على عاتق المعنيين بتقديم الخدمات الصحية والمهنيين مسؤولية تهيئة بيئة مساندة – قبل الميلاد وفي الشهور الأولى التي تليه. فينبغي لهم تزويد القائمين بالرعاية بالمعلومات والمشورة ومساندة الأسر، ولاسيما تلك الأسر التي يعاني مواليدها من مشكلات محيطة بالولادة.

وتحسن التدخلات خلال فترة ما بعد الولادة – مثل الرعاية اللصيقة "رعاية أم الكنغر" – نتائج ما بعد الولادة لدى المواليد صغار الحجم ولها تأثيرات مفيدة تمتد أمداً طويلاً طوال العمر.[٢٤] لكن لتحقيق أقصى المنافع، لا بد أن تصاحب الرعاية اللصيقة رعاية محدَّدة ومحسَّنة في مرحلة التنشئة بالمنزل. وبالمثل، ينبغي تقديم أقصى دعم إلى أمهات المواليد الذين يولدون قبل الموعد والمواليد ذوي الوزن المنخفض حتى يتمكّن من إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية خالصة منذ الولادة – حيث إن لبن الأم يعدّ أفضل غذاء لجميع المواليد تقريباً.[٢٥] بل إن هناك منافع أكبر ستستفيد منها أيضاً الأمهات والمواليد إذا ما زود المعنيون بتقديم الخدمات الصحية الوالدين بمعلومات عن أهمية لبن الأم لتغذية المولود وللعلاقة بينه وبين والديه.

اقتصادات تنمية الطفولة المبكرة

نحن نكتسب مهارات التعلُّم والمهارات الاجتماعية الأساسية في سن صغير، وتُبنى القدرات التي نكتسبها لاحقاً على هذه المهارات الأساسية. وتسهل القدرات المكتسبة مبكراً تعلُّم مهارات جديدة وبناء الثقة والرغبة في مواصلة التعلُّم. وتتسم التدخلات المبكرة بفعاليتها، وهي بدورها تزيد من فعالية التدخلات اللاحقة مقارنة بتكلفتها وتزيد من احتمال نجاحها.[١١،٢٦]

وتتعدد التدخلات، الوقائية والتعزيزية على حد سواء، التي تحسِّن الرعاية في مرحلة التنشئة منذ الحمل إلى سن الثالثة. وهذه التدخلات تحرز نتائج أكبر وتحتاج تكلفة أقل مقارنة بمحاولات تعويض القصور الذي يحدث في عمر مبكر بالتدخلات العلاجية في أعمار لاحقة. وأُجريت دراسات على مدى طويل في بلدان تقع في طيف اجتماعي اقتصادي واسع لبحث البرامج التغذوية والنفسية الاجتماعية التي نُفذت في الفترة من الحمل إلى سن الثالثة. وبيّنت هذه الدراسات ما لهذه البرامج من منافع كبيرة طويلة الأمد لصحة البالغين وعافيتهم وتعليمهم ومداخيلهم وعلاقاتهم الشخصية وحياتهم الاجتماعية.[٧،٨]

وفي غياب التدخلات، يُقدر متوسط الدخل السنوي الذي يكسبه البالغون الذين تعرضوا لصعوبات في مرحلة الطفولة المبكرة بأقل مما يكسبه أقرانهم بمقدار الثلث تقريباً.[٩] وبالتالي يصعب عليهم وعلى أسرهم تحسين حياتهم، ما يعني أن من غير المحتمل أن يتمكن أطفالهم من النجاة من الفقر. وهذه التكاليف الفردية مجتمعةً تعوق تكوين الثروة والأرباح الوطنية. وتبيّن التقديرات أن بعض البلدان التي تنفق أقل على الصحة في الحاضر تخسر أكثر لاحقاً بسبب ضعف النمو والتطور في مرحلة الطفولة المبكرة.[٧]

وهناك الآن بيّنات كافية تشير إلى أن الأطفال يستفيدون من الزيارات المنزلية لتقديم الإرشاد التغذوي وما يلزم من مكملات والتحفيز المعرفي.[٢٧،٢٨] ومن المنافع التي تتأتى من ذلك تحسين التطور المعرفي في مرحلة الطفولة المبكرة وزيادة مداخيل البالغين.[١٠] وعندما كبر المشاركون في الدراسة وأنجبوا أنفسهم أطفالاً، تطور هؤلاء الأطفال على نحو أفضل مقارنة بالأطفال في المجموعة المرجعية – ما يدل على تحقيق منافع كبيرة يتوارثها الأجيال.[١٠]

الرعاية قبل الحمل

إن من الضروري لحماية صحة الطفل ونموه حصول والديه على الرعاية للتأكد من سلامة صحتهم قبل الحمل به.[٢٩،٣٠]

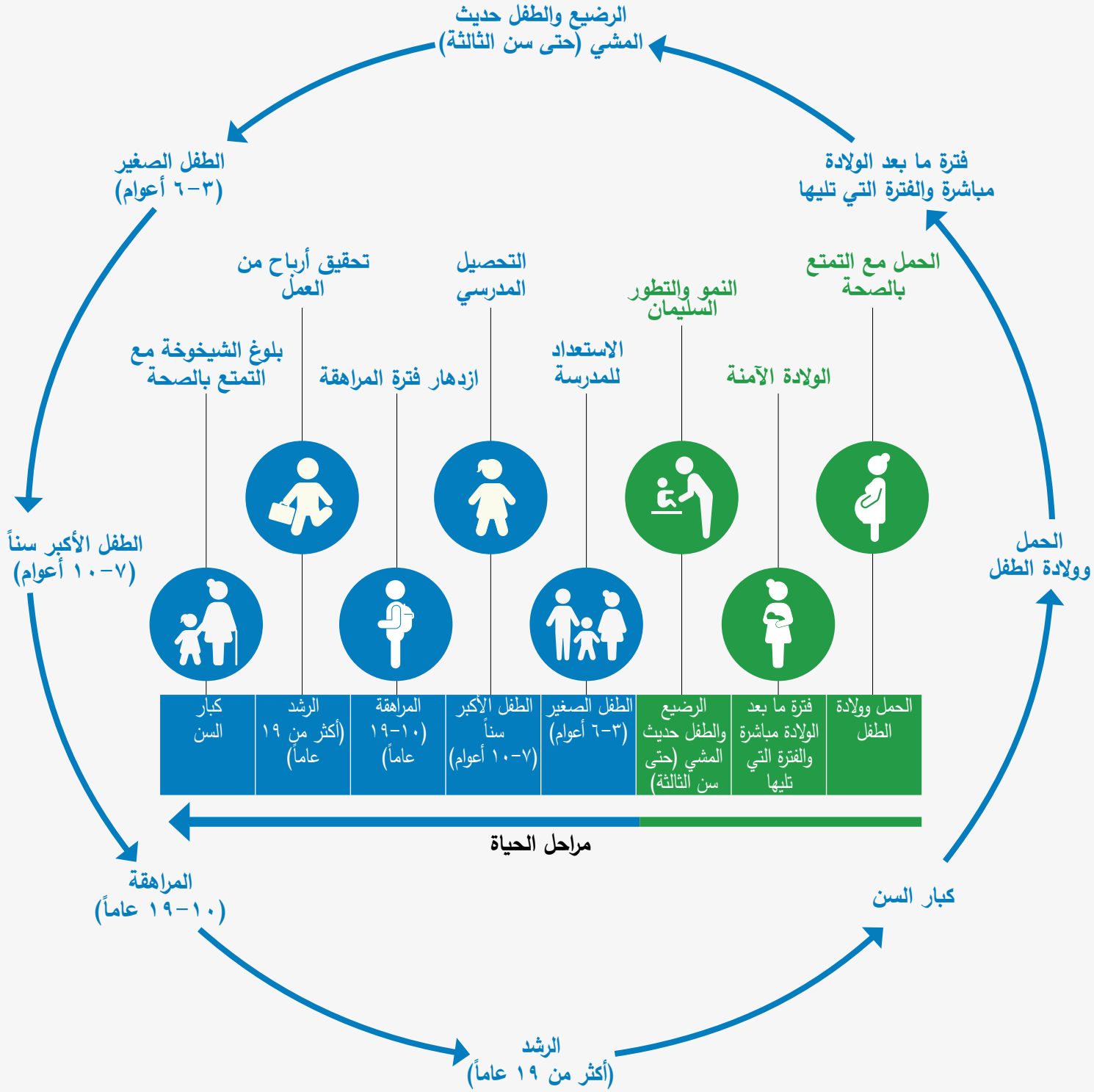
فالرعاية قبل الحمل تُحسّن الصحة البدنية والنفسية للرجال والنساء. وهي تقلل أيضاً من احتمالات ولادة أطفالهم قبل الموعد أو بوزن منخفض أو بعيوب عند الميلاد أو أي اعتلالات تتعلق بالميلاد يمكن أن تعوق نموهم بالشكل الأمثل.

وحددت الدراسات الآليات التي يمكن من خلالها لنقص الأيض والصحة النفسية لدى الوالدين قبل الحمل أن يؤثرا على نمو طفلهما في فترة الرضاعة وما بعدها.[٣١،٣٢] وأهم من ذلك، تبيّن الدراسات أيضاً أن هذه الآثار التي تنتقل من جيل إلى آخر يمكن التخفيف منها بتنفيذ تدخلات تحسّن صحة الوالدين قبل الحمل وتدعم صحة الرضّع في الفترة التي تلي الولادة.

وتأخذ التدخلات بعين الاعتبار السلوك وعوامل الخطر الفردية والبيئية التي تؤدي إلى عواقب سيئة بالنسبة إلى الأم والطفل. وتشمل عوامل الخطر هذه التغذية (نقص المغذيات التي يحتاجها الجسم بمقدار ضئيل، أو فرط الوزن، أو السمنة)، والصحة النفسية للوالدين، والإدمان (مثل الكحول والتبغ)، والتمنيع، والسموم البيئية، والاعتلالات الجينية، والعدوى (مثل فيروس العوز المناعي البشري والأمراض المعدية المنقولة جنسياً)، والعقم، وقصر الفترات الزمنية الفاصلة بين كل مولود وأخيه، والعنف (سواء أكان في المنزل أم خارجه).[٣٣]

وتعد فترة المراهقة فرصة ممتازة لتعزيز الرعاية قبل الحمل ودعمها. ويمكن للتدخلات المثلى أن تؤخر الحمل لضمان الاستعداد له. وهذه التدخلات يمكنها مساعدة الأمهات من خلال تمكينهن من استكمال دراستهن ومساعدة الأطفال بتقليص احتمال ولادتهم بوزن منخفض أو إصابتهم بالتقزم.[٣٣]

الرعاية في مرحلة التنشئة ومنافعها مدى الحياة



نحن نعلم ما يهدد تنمية الطفولة المبكرة

إن وجود بيئة مثالية منذ فترة الحمل حتى سن الثالثة يدعم النمو البدني والعاطفي والاجتماعي والمعرفي للطفل. وتضر البيئة غير المواتية بالنمو – ليس على المدى القصير فحسب بل أهم من ذلك على المدى الطويل. وتؤثر الظروف القاسية – عندما تشدد وطأتها في غياب الدعم وفرص التعويض أو التعافي – تأثيراً سلبياً على النمو النفسي والعصبي للأطفال الصغار.[٥]

وثمة مهددات تعترض نمو الطفل خلال فترة الحمل وأثناء ولادته وعندما يكون حديث الولادة وعندما يكون رضيعاً وعندما يبدأ خطواته الأولى. وعندما تكتنف فترة الحمل مشكلات تؤدي إلى انخفاض وزن المولود أو ولادته قبل الموعد، فإن ذلك يزيد من احتمال عرقلة النمو والإصابة بالأمراض المزمنة لدى البالغين.[٦،١٧] ومن العوامل الأخرى التي تهدد النمو في فترة الطفولة المبكرة تغذية الأم تغذية غير كافية، والتعرض للملوثات البيئية والمواد الكيميائية السامة، والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري، وضعف الصحة النفسية لدى القائمين بالرعاية، ونقص الرضاعة الطبيعية المثلى، وسوء التغذية، والإصابة بالأمراض، والآلام، وضعف التحفيز، والإهمال، وسوء المعاملة، والإعاقة، والعنف في المنزل وفي المجتمع المحلي.[٦] كما أن التمييز بين الأولاد والبنات – والاندماج في المجتمع بحسب الأدوار المنوطة بهما منذ الطفولة بحسب نوع الجنس – يمكن أن يؤثر سلباً على نمو الطفل في هذه المرحلة المبكرة من عمره.[٣٤]

ويتعذز على الأسر أن تقدم الرعاية لأطفالها الصغار إذا كانت ترزح تحت وطأة الفقر أو تكابد الأمرين للبقاء وسط الكوارث الطبيعية والنزوح والحروب والنزاعات.[٣٥] ويتفاقم هذا الوضع بسبب عوامل منها الإنجاب في سن صغيرة، والإعاقة، والعنف الأسري، والتمييز على أساس العرق أو الإثنية، والإدمان، واكتئاب الأم. ومن المعهود أن تجتمع مهددات النمو في فترة الطفولة المبكرة وأن يقترن وجودها بنقص الخدمات والإقصاء الاجتماعي، ما يعني أن التعرض لخطر ما يعني في العادة التعرض لأخطار عديدة أخرى.[٣٦] إن هذه المشكلة مصحوبة بنقص الدعم يمكن أن تضعف قدرة الأسر على تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة إلى أطفالها الصغار. وتتوقف حماية الأسر والقائمين بالرعاية ودعمهم – وتعزيز الرعاية في مرحلة التنشئة – على قدرة المجتمعات المحلية والنظم على الصمود. وتنشأ تلك القدرة على الصمود من العمل المنسق بين الجهات العديدة صاحبة المصلحة على مستوى القطاعات ومختلف المستويات الحكومية على الصعيدين الوطني والمحلي.

نحن نعلم أن هناك أعداداً كبيرة من الأطفال تتعرض لخطر ضعف النمو

يتسبب الفقر المدقع في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل في خطر تعرض ما يقدر بـ ٢٥٠ مليون طفل دون سن الخامسة (٤٣٪ من جميع الأطفال دون سن الخامسة في هذه البلدان) للنمو دون المستوى الأمثل والتقزُّم.[٦] وفي ٧٦ بلداً يتعرض ٣٠٪ تقريباً أو أكثر من الأطفال الصغار لخطر ضعف القدرة على التعلُّم، وعدم كفاية التعليم، وانخفاض مداخيل البالغين. وتعيش أعداد غير مسبوقة من الأطفال في أوضاع هشة وسط العنف والحروب والكوارث والنزوح.[٣٧،٣٨] وبينما تصل نسبة الأطفال المعرضين للخطر أعلى مستوى لها في البلدان ذات الموارد المحدودة، يتعرض الأطفال في جميع أنحاء العالم لشدائد تعوق نموهم نمواً مثالياً. لذا، فإن هذه الخطة تستهدف حقاً العالم أجمع.

الأوضاع الإنسانية والرعاية في مرحلة التنشئة

تكثر الشدائد حول الأطفال الذين يعيشون في ظروف الحرب والكوارث والنزوح فيتعرضون لمخاطر أكبر تعوق نموهم وتحد من فرصهم طوال حياتهم. ويعيش زهاء ٢٥٠ مليون طفل في بلدان متضررة من النزاعات المسلحة، وعلى الأرجح أن هناك ١٦٠ مليون يواجهون المجاعة وانعدام الأمن الغذائي.[٣٩] وعلى الرغم من وجود حاجة ملحّة لمواجهة هذا الوضع، هناك شحاً كبيراً في الخدمات المرتبطة بتنمية الطفولة المبكرة في الأوضاع الإنسانية. وينفق زهاء ٢٪ من التمويل العالمي للأنشطة الإنسانية على التعليم، لكن لا يخصص سوى كسر ضئيل من تلك النسبة لتنمية الطفولة المبكرة.[٣٩]

ومن المهم النهوض بقدرة القائمين بالرعاية في ما يخص الرعاية في مرحلة التنشئة. لكن تهدد تلك القدرة الأزمات والنزوح، نظراً للمخاطر التي يواجهها الأطفال والأسر. وحتى قبل فرار القائمين بالرعاية أو نزوحهم، يتعرضون لضغوط متزايدة وانعدام الأمن الاقتصادي وفقر المستوى المعيشي. ويعزى ذلك للكوارث والنزاعات والعنف وفقد أفراد أسرهم. ويضعف الفرار في حد ذاته قدرة الأسر على تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة، والاهتمام بأطفالها – بسبب انعدام الاستقرار وانعدام المأوى والخدمات الأساسية وكثرة التعرض للعنف. وأخيراً، عندما تفر الأسر أو تنزح، تكون عرضة لعدم الاستقرار والعنف والتمييز والإقصاء في المجتمعات المضيفة.[٣٩] وهذا الوضع يحد أيضاً من حصولها على خدمات الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية وحماية الطفل. وحتى إن ظلت الأسر في موطنها (أو عادت إليه)، فيلزمها سنين طويلة حتى تنعم مرة أخرى بالاستقرار والأمن والسلامة. إن ظروف الطوارئ تدوم عقوداً طويلة تمتد لأجيال عديدة.

ويعني ذلك أن ثمة حاجة ماسة لإدراج الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة في السياسات والبرامج والخدمات الإنسانية – وزيادة الاستثمار. وهناك أربعة مبادئ مهمة في هذه البيئات التي عادة ما تكون مضطربة وسريعة التغيُّر[٣٧،٣٨]:

١– اتباع نهج شامل في ما يخص رفاه الأسر والأطفال. ولا يعني ذلك الاهتمام بحمايتهم لضمان بقائهم فحسب بل أيضاً الاهتمام بصحتهم النفسية وتغذيتهم وإتاحة فرص التعلّم لهم. وتحتاج الأسر والأطفال الذين يكابدون مرارة العيش والضغوط المزيد من الخدمات الفعالة.

٢– استعادة الأمن والحياة الطبيعية بأسرع ما يمكن، بوصفهما مبعثاً للشعور بالاطمئنان، وذلك عن طريق تنفيذ برامج التعلُّم المبكر وشبكات دعم الأسر وتقديم خدمات أخرى.

٣– إعادة تكوين رأس المال الاجتماعي للمجتمعات المحلية، مع الاهتمام بالتماسك الاجتماعي وتشجيع العلاقات الإيجابية بين أفراد مجتمعات النازحين والمجتمعات المضيفة.

٤– إجراء بحوث عن الرعاية في مرحلة التنشئة – بما في ذلك القياس والتطبيق والتقييم – تراعي الثقافات والسياقات المختلفة. ويعد ذلك عنصراً ضرورياً تسترشد به السياسات والممارسات في الأوضاع الإنسانية.

نحن نعلم حاجة الأطفال الصغار إلى الرعاية في مرحلة التنشئة لكي ينموا نمواً كاملاً

يُقصد بالرعاية في مرحلة التنشئة تهيئة مجموعة الظروف التي تضمن للطفل التمتع بالصحة والحصول على التغذية والأمن والسلامة والرعاية المتجاوبة وفرص التعلُّم المبكر. وهي تعني الحرص على سلامتهم وصحتهم وتغذيتهم التغذية السليمة والاهتمام باحتياجاتهم واهتماماتهم والاستجابة لها وتشجيعهم على اكتشاف بيئتهم والتفاعل مع من يرعونهم ومع الآخرين.

ولا تقتصر أهمية الرعاية في مرحلة التنشئة على تعزيز نمو الأطفال الصغار، لكنها تحميهم من الآثار الوخيمة التي تنشأ من تعرضهم للشدائد بالحد من الضغوط التي يتعرضون لها وتشجيع الآليات التي تتيح لهم التكيف العاطفي والمعرفي. والرعاية في مرحلة التنشئة مهمة بوجه خاص للأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو ومن الإعاقة، ولمنع إساءة معاملتهم.

وأقرب أشخاص للأطفال الصغار في الفترة من الحمل إلى سن الثالثة هم من يتكفلونهم بالرعاية، وبالتالي هم أفضل من يتولى الرعاية في فترة التنشئة.

وأكثر ما يكون القائمون بالرعاية قدرةً على تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة عندما يشعرون بالأمان العاطفي والمالي والاجتماعي. وينبغي أن يكونوا أيضاً قادرين على المشاركة في الشبكات الاجتماعية، وقادرين على اتخاذ القرارات التي تراعي مصلحة الطفل الفضلى ومؤمنين بأهمية الدور الذي يؤدونه في حياة الأطفال تحت رعايتهم.

ولا تنتهي الرعاية الخاصة بفترة التنشئة ببلوغ الطفل سن الثالثة، بل يجب أن تمتد إلى مرحلة الطفولة الوسيطة ثم مرحلة المراهقة مع تكيُّفها مع الاحتياجات التنموية للطفل، للمساعدة على مضاعفة المكاسب المتأتية من كل مرحلة ومواجهة التحديات المرتبطة بكل منها.

وحتى يتمكن الأطفال من النمو نمواً كاملاً، يحتاجون إلى المكوّنات الخمسة التي تتألف منها الرعاية في مرحلة التنشئة.

مكوّنات الرعاية في مرحلة التنشئة

المكوّن الأول: الصحة الجيدة

تتوقف الصحة الجيدة للأطفال الصغار على الأنشطة التالية للقائمين بالرعاية[٦،٧]:

- رصد حالة الأطفال البدنية والعاطفية؛
- التجاوب الودود والملائم مع احتياجات الأطفال اليومية؛
- حماية الأطفال الصغار من المخاطر التي يتعرضون لها في المنزل وفي محيطهم؛
- الحرص على الممارسات المرتبطة بالنظافة الشخصية للحد من الإصابة بالعدوى؛
- الاستفادة من الخدمات التعزيزية والوقائية؛
- طلب الرعاية والعلاج المناسب للأطفال المرضى.

وتتوقف هذه التدابير على صحة القائمين بالرعاية بدنياً ونفسياً. فعلى سبيل المثال، يتسبب فقر الدم لدى الأمهات بشعورهن بالفتور مما يجعلهن غير قادرات على التجاوب مع أطفالهن. وقد يسوء هذا الوضع إذا أصبح الطفل أيضاً غير مبالٍ وخاملاً بسبب نقص التغذية أو المرض المتكرر.[٤٠] لذا تستلزم الرعاية في مرحلة التنشئة الاهتمام بصحة وعافية القائمين بالرعاية والأطفال على حدٍ سواء.

المكوِّن الثاني: التغذية الكافية

تؤثر تغذية الأمهات خلال الحمل في صحتهن وعافيتهن، وفي تغذية الطفل ونموه في مرحلة تكونه.[٤١] فعندما لا تتناول الحوامل ما يكفي من المغذيات التي يحتاجها الجسم بمقدار ضئيل، ينبغي لهن تناول المكملات بما فيها الحديد. ويترعرع الأطفال الصغار باعتمادهم على الرضاعة الطبيعية حصرياً من فترة ما بعد الولادة مباشرة إلى سن ٦ شهور وبفضل الملامسة الجسدية.[٢٤،٤٢] وابتداءً من سن ٦ شهور يحتاج الأطفال الصغار غذاء مكملاً ومتنوعاً تنوعاً كافياً عدة مرات يحتوي على المغذيات التي يحتاجها جسمهم بمقدار ضئيل لنموه ونمو الدماغ سريعاً.[٤٠] هذا بالإضافة إلى لبن الأم والاحتياجات التي ينبغي إتاحتها لهم بطريقة تراعي التواصل الاجتماعي والعاطفي المطلوب عند إطعام الطفل الصغير. وعندما لا يضمن النظام الغذائي اليومي الخاص بالطفل نموه نمواً صحياً، فينبغي إعطاؤه مكملات غذائية أو علاجاً لسوء التغذية (بما في ذلك السمنة).[٤٠] وحتى تكون التغذية تغذية ملائمة لا بد من ضمان سلامة الغذاء والأمن الغذائي للأسرة.

يتهيأ دماغ الطفل لتلقي الرعاية في مرحلة التنشئة ويعتمد عليها في نموه نمواً معافى.

المكوّن الثالث: تقديم الرعاية المتجاوبة

تشمل الرعاية المتجاوبة ملاحظة حركات الطفل، وما يصدره من أصوات وإيماءات، وطلباته الشفوية، والاستجابة لها. وهي أساس:

- حماية الطفل من الشعور بالألم والآثار السلبية الناجمة عن الشدائد؛
- اكتشاف مرضه والتصرف حياله؛
- إثراء تعلمه؛
- بناء ثقته وعلاقاته الاجتماعية.

وتشمل الرعاية المتجاوبة أيضاً التغذية المتجاوبة التي تعد مهمة بصفة خاصة للرضّع ذوي الوزن المنخفض والرضّع المرضى.[٤٣] وقبل أن يتعلم الأطفال الصغار الكلام، يتحقق التواصل بينهم وبين القائمين برعايتهم من خلال الاحتضان وتبادل النظرات والابتسامات والألفاظ والإيماءات. وينشأ من هذه التفاعلات اللطيفة رابط عاطفي يساعد الأطفال الصغار على فهم العالم حولهم والتعرُّف على الناس والعلاقات واللغة.[١٩] وتحفز هذه التفاعلات الاجتماعية أيضاً الموصلات في الدماغ.

التدخلات التي تهدف إلى دعم الرعاية المتجاوبة وإتاحة فرص التعلُّم المبكر

يعوِّل الرضّع والأطفال الصغار تعويلاً كاملاً على القائمين برعايتهم في التعرُّف على احتياجاتهم وتلبيتها. ولا تقتصر هذه الاحتياجات على التغذية وتوفير الأمان، لكن تشمل أيضاً التواصل الاجتماعي والتحفيز المعرفي وضبط عواطفهم وتهدئة خاطرهم. ويلاحظ الحصيفون من القائمين بالرعاية ما يصدره طفلهم من إشارة، ويفسرون رغباته واحتياجاته، ويستجيبون لها على نحو متسق وملائم.[١٩] ويضع القائمون بالرعاية اللبنة الأولى للتعلُّم المبكر من خلال التواصل بالعين مع طفلهم الصغير، ومتابعة تحديق عينيه، وتوجيه الكلام إليه، وتبادل الكلام معه. وعندما يكون القائمون بالرعاية فطنين ومتجاوبين وذوي حدس عالٍ وحنونين، يكون نمو الطفل الاجتماعي والعاطفي المبكر سهلاً، ويتعزز الارتباط العاطفي المُطمْئِن بين الرضيع ووالديه مما يساعده على التعلُّم.[٤٤]

وفي سبيل تعزيز الرعاية المتجاوبة وإتاحة فرص التعلُّم المبكر، يتدرب القائمون بالرعاية في إطار التدخلات المنفذة على ما يلي:

- تعلُّم كيفية توفير الراحة للطفل والاستجابة له وإظهار المحبة له وتشجيع حب الاستطلاع لديه؛
- استخدام تلك المعلومات في الثناء على القائم بالرعاية وبناء ثقته وتشجيعه على كثرة الكلام مع الطفل وتمييز الأنشطة المسلية التي يمكن أن يؤديها مقدم الرعاية والطفل معاً في المنزل– واستخدام أشياء منزلية ولعب مصنوعة منزلياً والتحدث معه والغناء له وقراءة الكتب معه؛
- تعزيز جودة التفاعلات بين الوالدين والطفل باستخدام مجموعة من التوصيات الخاصة بكل عمر والمرتبطة باللعب والتواصل؛
- زيادة مقدار الزمن الذي يمضيه الوالدين مع طفلهم.

ويمكن أن تكيَّف الحزم العامة المتعلقة بالإرشاد على حسب القطاع، بما فيها الصحة والتعليم والتغذية ورعاية الطفل والطوارئ وحماية الطفل والحماية الاجتماعية والخدمات الأسرية الأخرى.[٤٥] ويمكن لهذه التدخلات أن تزود مقدمي الخدمات بالمعرفة والمهارات لدعم قدرتهم على تقديم الرعاية المتجاوبة وفرص التعلُّم المبكر. ويمكن أن تكون جزءاً من الاتصالات الروتينية لمقدمي الخدمة إلى جانب الاتصالات المخطط لها المحددة الغرض.

المكوّن الرابع: فرص التعلُّم المبكر

لا يبدأ الأطفال التعلُّم عند التحاقهم بالحضانة أو فصول التعليم ما قبل المدرسي في سن الثالثة أو الرابعة عندما يتعلمون الألوان والأشكال والحروف. وإنما التعلُّم هو آلية متأصلة في الإنسان تضمن له نجاحه في التكيُّف مع الظروف المتغيّرة. وهو يبدأ في فترة الحمل أولاً في هيئة آلية بيولوجية يُطلق عليها التخلُّق المتوالي.[٤٦،١٦] ونحن نكتسب في السنين الأولى من العمر المهارات والقدرات من خلال علاقاتنا مع الآخرين بتبادل الابتسامات والتواصل بالعين والكلام والغناء وتكوين القدوة والتقليد والألعاب البسيطة مثل "التلويح بالعين". ويمكن للّعب بالأشياء المنزلية المعتادة مثل الأكواب والأواني الفارغة وقدور الطبخ أن تساعد الطفل على تعلُّم ملمس الأشياء ونوعيتها ووظيفتها. وحتى المشغولين من القائمين بالرعاية يمكن تشجيعهم وطمأنتهم حتى يتحدثوا إلى الطفل أثناء إطعامه وغسله والقيام بالمهام الروتينية المنزلية الأخرى. وتساعد هذه التفاعلات الطفل على التعرُّف على الآخرين. ويحتاج الطفل إلى الرعاية الحنونة المطْمَئِنة من البالغين وسط بيئة أسرية مع توجيهه أثناء الأنشطة اليومية وفي علاقاته مع الآخرين. ويستفيد الأطفال من ذلك في تكوين ما هو مهم لهم من تجارب مبكرة ومعرفة اجتماعية.

المكوِّن الخامس: الأمن والسلامة

لا يمكن للأطفال الصغار حماية أنفسهم وهم معرضون لمخاطر غير متوقعة وآلام بدنية وضغوط عاطفية. وتنشأ من الفقر المدقع وانخفاض الدخل مخاطر كبيرة ينبغي تخفيفها من خلال تقديم المساعدة الاجتماعية التي تشمل الإعانات النقدية.[٤٧] ومن أكثر الفئات عرضة أيضاً للمخاطر البيئية، بما فيها تلوث الهواء والتعرض للمواد الكيميائية، الحوامل والأطفال الصغار، فالأطفال عندما يبدأون في الحركة يمكن أن يلمسوا أو يبتلعوا أجساماً يمكن أن تؤذيهم، كما أن البيئة غير النظيفة وغير الآمنة مليئة بمخاطر جمّة. ويمكن أن يتعرض الأطفال الصغار للارتياع عندما يتركهم الناس أو يهددونهم بتركهم أو معاقبتهم. وأكثر الأطفال الذين يتعرضون في العادة للعقاب القاسي في كل العالم هم الأطفال الصغار في مرحلة تعلُّم المشي فيتعرضون للضرب المبرح بالعصا والحزام وغير ذلك من الأدوات. وتتسبب هذه التجارب في شعورهم بالخوف والتوتر وعدم قدرتهم على التحكم فيه، الأمر الذي يؤثر في نظم الاستجابة لدى الطفل الصغير على النحو الذي يؤدي إلى اضطرابات عاطفية ونفسية واجتماعية. فيدفع ذلك الأطفال إلى الانعزال من المجتمع أو فقدان الثقة في الكبار أو التنفيس عن خوفهم بانتهاج سلوك عدائي إزاء الأطفال الآخرين. بالتالي ينبغي الحرص على الصحة النفسية للقائمين بالرعاية والعمل معهم من أجل منع إساءة المعاملة. وتشمل الرعاية في مرحلة التنشئة التأكد من أن الأطفال الصغار يشعرون بالأمان والطمأنينة لأن ليس بمقدورهم الدفاع عن أنفسهم.

الرعاية في مرحلة التنشئة بالنسبة إلى الأطفال ذوي الإعاقة

يحتاج المواليد والأطفال الصغار الذين يعانون من الإعاقة وصعوبات في النمو إلى الرعاية في مرحلة التنشئة بنفس القدر الذي يحتاجه الأطفال الآخرون، بل أكثر. وتتسبب الإعاقة في مرحلة الطفولة في وضع عبء عاطفي واقتصادي هائل على المتضررين من الأسر والأطفال.[٤٨] وتستلزم رعاية الأطفال ذوي الإعاقة جهداً كبيراً، ولاسيما في الأماكن التي تعوزها البنية التحتية وإمكانية الوصول إلى الخدمات والدعم. وللأسف، تواجه الأسر في العادة تحديات ومصاعب عديدة تشمل العيش في بيئات لا تتاح فيها على نحو كافٍ إمكانية اكتشاف الإعاقة جيداً ومبكراً، والإحالة للحصول على الخدمات المرتبطة بالتدخلات في مرحلة الطفولة المبكرة والدعم للقائمين بالرعاية والأسرة. وربما تعوز الأسر أيضاً الموارد المالية، وقد تكون عرضة للعوائق البيئية، والتمييز، والإقصاء الاجتماعي، والشعور بالوصمة وسط المجتمع ومقدمي الرعاية.[٤٩]

وهناك أطر لتصميم التدخلات الشاملة وتنفيذها في البيئات المحلية. ويتيح هذه الأطر البرنامج العالمي لتصنيف القدرة على تأدية الوظائف والإعاقة والصحة، والبرنامج المجتمعي لإعادة التأهيل.[٥٠] وتنظر هذه الأطرُ إلى الأطفال الصغار ذوي الإعاقة بوصفهم أصحاب حق في الحصول على جميع الخدمات الأساسية، وأيضاً تلقي ما يُوصَى به من تدخلات ودعم بحسب احتياجاتهم الفردية. وتستخدم هذه الأطر استراتيجيات لمواجهة عدم المساواة في الصحة والعافية في ما يخص الأطفال الذين يعانون من الإعاقة أو صعوبات في النمو، وفي ما يخص أسرهم.[٥١] وتركز هذه الاستراتيجيات على ما يلي:

- تعزيز ما يقدم من خدمات ودعم على المستوى الرسمي، ولاسيما الخدمات المقدَّمة في المجتمع المحلي أو ضمن رعاية الصحة الأولية؛
- زيادة الوعي في المجتمع المحلي ابتغاء تقليل الشعور بالوصمة وتحسين الحصول على الرعاية؛
- تلقي الدعم الاجتماعي من مجموعات وجمعيات الآباء والأمهات؛
- تمكين القائمين بالرعاية والأسر.[٥٢]

وتُنظّم أيضاً برامج تدريبية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة، وللنهوض بمهارات القائمين بالرعاية. وتهدف هذه البرامج إلى تحسين تفاعل القائمين برعايتهم مع الأطفال من خلال اللعب، وقيامهم بالأنشطة المنزلية المعتادة، وقدرتهم على التواصل مع الأطفال.[٥٣] وتحاول هذه البرامج أيضاً تحسين ثقة القائمين بالرعاية في ما يخص إدارة السلوكيات الصعبة، وتعزيز معرفتهم بحالة الطفل، وتحسين قدرتهم على حل المشكلات واستراتيجيات التكيُّف لديهم. ويمكن إضافة عناصر أخرى إلى البرامج بحسب احتياجات الأسر والصعوبات التي يواجهها الأطفال.

نحن نعلم كيف ندعم الأسر والقائمين بالرعاية في ما يبذلونه من جهود لتقديم الرعاية في مرحلة التنشئة

يحتاج الأطفال كي ينموا على النحو الأمثل الذي ينفعهم في حياتهم كلها أن يكرس القائمون بالرعاية الوقت والموارد لتقديم الرعاية في مرحلة التنشئة. ويسهل ذلك وجود بيئات مساعدة تهيئها السياسات والخدمات والمجتمع والأسرة.

ونحن نعلم كيف يمكن تهيئة هذه البيئات المساعدة. فالتدخلات الدولية تهتم بالسلام والأمن وحقوق الإنسان. والسياسات العالمية تشجع على تهيئة بيئات صحية وضمان التغطية الشاملة. ونظم الحماية الاجتماعية الخاصة بكل بلد تحمي الأسر والأفراد عندما يواجهون ضائقة اقتصادية واجتماعية. وتسمح السياسات المطبقة في أماكن العمل بأن تمضي الأسر وقتاً بعيداً عن العمل أو أماكن العمل لإطعام أطفالها الصغار ورعايتهم. وتتيح الخدمات الصحية والتعليمية والرعاية الاجتماعية للقائمين بالرعاية ما يلزمهم من معلومات ودعم، بما في ذلك الخدمات المتخصصة اللازمة للأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو. وتقدم مجموعات المجتمع المحلي والجماعات الدينية أيضاً الدعم إلى القائمين بالرعاية. وتُجرى زيارات منزلية للأسر الضعيفة لتقديم الدعم والمعلومات والمساعدة ولربطها بالأسر والأطفال الذين لهم نفس الاحتياجات. ويراعي من يتكفلون بكل ذلك التوجهات والمعتقدات والأعراف المحلية للاستفادة من الممارسات الإيجابية والحد من تلك الممارسات التي تضر بنمو الأطفال الصغار. وفي كل مستوى من المستويات، تمكن البيئات المواتية الأسر والقائمين بالرعاية من تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة للأطفال الصغار.

ويبيّن الجدول ١ الخدمات والتدخلات التي تشمل المكوّنات الخمسة للرعاية في فترة التنشئة. ويبيّن أيضاً مجموعة مختارة من الأهداف العالمية إلى جانب القوانين والسياسات. ويوضح كل ذلك أن تفاعل هذه العوامل المختلفة يهيئ البيئات المساعدة.

المكوِّنات التي تساعد على الرعاية في مرحلة التنشئة

الجدول ١
القوانين والسياسات والتدخلات التي تساعد على تهيئة بيئة مساعدة

	القوانين والسياسات	الخدمات والتدخلات
المكوّن الأول: الصحة الجيدة	**التغطية الصحية الشاملة** يُقصد بها أن يحصل الجميع على الخدمات الصحية الجيدة النوعية التي يحتاجونها من دون تكبد عناء مالي. ومن المهم أهمية خاصة أن يتمكن القائمون بالرعاية والأسر من الحصول على المجموعة الكاملة لهذه الخدمات من المرافق الصحية القائمة وفي مجتمعاتهم المحلية. وتشمل هذه الخدمات الخدمات التعزيزية الوقائية، فضلاً عن العلاج وإعادة التأهيل والرعاية التلطيفية.	• تنظيم الأسرة • تمنيع الأمهات والأطفال • منع التدخين وتعاطي الكحول والإدمان، والتوقف عنهم • منع انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل • دعم الصحة النفسية للقائمين بالرعاية • الرعاية قبل الولادة وبعدها • منع حدوث ولادات قبل الأوان • توفير الرعاية الضرورية للأطفال حديثي الولادة، مع تقديم جرعة زائدة من الرعاية للمواليد ذوي الوزن المنخفض والمواليد المرضى • الحرص على توفير الرعاية اللصيقة للمواليد الذين يولدون بوزن منخفض • تقديم الدعم من أجل تقديم الرعاية الملائمة في الوقت المناسب للأطفال المرضى • علاج أمراض الطفولة علاجاً متكاملاً • الكشف المبكر عن حالات الإعاقة (مثل مشكلات الإبصار والسمع) • تقديم الرعاية للأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو ومن الإعاقة
المكوّن الثاني: التغذية الكافية	**المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والإرشادات المصاحبة لها** يعدّ تسويق المنتجات الغذائية على نحو غير ملائم من العوامل المهمة التي تؤثر سلباً في اتخاذ الأمهات خيارهن بشأن إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية مثلى. وهناك مدونة وإرشادات بشأن وضع نهاية للترويج غير الملائم للمواد الغذائية الخاصة بالرضّع والأطفال الصغار. وهذه المدونة والإرشادات أدوات مهمة لتهيئة بيئة تساعد الأمهات على اتخاذ أفضل خيار ممكن لإرضاع أطفالهن، بالاستناد إلى معلومات متجردة وخالية من التأثيرات التجارية. وتساعد هذه المدونة على مساندة الأمهات مساندة تامة عند اتخاذهن ذلك الخيار. **مبادرة المستشفيات الصديقة للرضع** تؤدي خدمات الأمومة دوراً مهماً إذ إنها تدعم الأمهات في رباطهن بأطفالهن من خلال التلامس البدني والرضاعة الطبيعية المُثلى. وتدعم هذه الخدمات الأم في ضم مولودها إلى صدرها فوراً بعد ولادته وعدم إعطائه ماء وعدم السماح بتوزيع بدائل لبن الأم. وتشمل المبادرة عشر خطوات تحدد الظروف الضرورية لحماية الرضاعة الطبيعية وتشجيعها ودعمها. وتوسع "مبادرة المجتمع الصديق للمواليد" دعم الرضاعة الطبيعية فتمتد به إلى خارج المرافق الصحية.	• تغذية الأمهات • دعم التبكير بالإرضاع الطبيعي والاقتصار عليه ومواصلة الرضاعة الطبيعية بعد ٦ شهور • دعم الرضاعة التكميلية الملائمة والتحول إلى نظام غذائي صحي أسري • إعطاء الأم والطفل عند الاقتضاء المغذيات التي يحتاجها الجسم بمقدار ضئيل • إغناء الأغذية الأساسية • رصد النمو وتعزيزه، بما في ذلك تنفيذ التدخلات والإحالة عندما يوصى بها • التخلص من الديدان • دعم التغذية الملائمة للرضيع خلال مرضه • علاج سوء التغذية المتوسط والشديد وكذا فرط الوزن أو السمنة

	القوانين والسياسات	الخدمات والتدخلات
المكوّن الثالث: تقديم الرعاية المتجاوبة	**عطلة الوالدين المدفوعة الأجر** تعود عطلة الوالدين بمنافع عديدة على صحة الطفل تشمل دعم الرابط بين الأم وطفلها، وزيادة الرضاعة الطبيعية ومدتها، وزيادة احتمال تحصين المواليد وتلقيهم الرعاية الوقائية. وعندما يأخذ الآباء الجدد عطلة من العمل، يكون بمستطاعهم زيادة مشاركتهم في رعاية أطفالهم الصغار وتحمل المزيد من المسؤوليات المتعلقة برعايتهم. **خدمات رعاية الطفل الميسورة التكلفة** حدثت زيادة في عدد النساء العاملات، ولذا هن بحاجة إلى تقديم الرعاية اليومية لأطفالهن بتكلفة ميسورة ونوعية جيدة. ويعد ذلك مهماً أيضاً للأمهات العازبات الذي شهد عددهن زيادة كبيرة وكذا للقائمين بالرعاية أو الأطفال ذوي الإعاقة. **التصميم الحضري** يشمل التصميم الحضري المساحات الخضراء الصديقة للطفل التي تشجع لعب القائمين بالرعاية مع الأطفال، وكذا التعلُّم.	• التلامس البدني مباشرة بعد الميلاد • تقديم الرعاية اللصيقة للمواليد ذوي الوزن المنخفض • وضع الرضيع في غرفة واحدة مع الأم وإطعامه كلما طلب • إطعام الطفل كلما عبّر عن رغبته في ذلك • تنفيذ التدخلات التي تشجع اللعب وأنشطة التواصل بين القائمين بالرعاية والطفل • تنفيذ التدخلات الرامية إلى زيادة حساسية القائمين بالرعاية إزاء الإشارات التي يصدرها الطفل والاستجابة لها • دعم الصحة النفسية للقائمين بالرعاية • إشراك الآباء والأسرة الممتدة والشركاء الآخرين • تقديم الأسر ومجموعات المجتمع المحلي والجماعات الدينية الدعم الاجتماعي
المكوّن الرابع: فرص التعلّم المبكر	**حصول جميع الأطفال على الرعاية اليومية الجيدة النوعية، وكذا التعليم قبل المدرسي والتعليم الابتدائي** من المهم أهمية بالغة أن يحصل الأطفال على التعليم المبكر المناسب لنموهم من أجل تطورهم المعرفي والاجتماعي، ومن أجل إعدادهم للتعليم المدرسي الرسمي. ومن المهم للأطفال في كل الفئات السكانية أن يحصلوا على التعليم ما قبل المدرسي والتعليم الابتدائي مجاناً. وهذا الأمر مهم على وجه الخصوص للأطفال من المجموعات السكانية الضعيفة، حيث إن الضغوط تؤثر تأثيراً سلبياً على قدرة الأطفال على التعلُّم.	• تقديم المعلومات والدعم والإرشاد بشأن فرص التعلُّم المبكر، بما في ذلك استخدام الأشياء المنزلية العادية واللعب المصنوعة في المنزل • تكوين مجموعات للعب والقراءة ورواية القصص من أجل القائمين بالرعاية والأطفال • تبادل الكتب • اللعب المتنقلة والمكتبات • تقديم الرعاية اليومية الجيدة النوعية للأطفال وإتاحة التعليم قبل المدرسي • قراءة كبارُ السن القصصَ للأطفال • استخدام اللغة المحلية في رعاية الطفل اليومية
المكوّن الخامس: الأمن والسلامة	**الحماية الاجتماعية والخدمات الاجتماعية** تشمل الحماية الاجتماعية التأمين وإعانة الدخل (مثل المنح الاجتماعية والمعاشات)، وهي تتيح دخلاً مباشراً ومنتظماً ومتوقعاً للأسر الفقيرة والضعيفة. وباتت المساعدة الاجتماعية تشكل جزءاً مهماً من الرعاية الاجتماعية وما فتئت تزداد باطراد في العديد من البلدان وتتيح دخلاً آمناً يخفض مستوى الفقر في الأسر، ويحد من الصدمات، ويحسن الحصول على الخدمات الصحية والخدمات الأخرى، ويمكن للمساعدة الاجتماعية أن تزيد من التغطية بالتمنيع، وتحسن صحة وتغذية الأمهات والأطفال وتشجع الذهاب إلى المدرسة والتحصيل الأكاديمي. **الحد الأدنى للأجور** عندما يكون من المتعذر تلبية احتياجات الطفل الأساسية بما فيها الرعاية الصحية والتعليم يصعب على القائمين بالرعاية تحقيق دخل كافٍ، الأمر الذي يعوق النمو في الطفولة المبكرة. ومن الممكن في حالة الحصول على الحد الأدنى للأجور أن تتحسن معيشة الملايين من الأطفال، بصرف النظر عما إذا كان القائمون بالرعاية يعملون في الاقتصاد الرسمي أو غير الرسمي.	• تسجيل المواليد • إتاحة الماء الآمن والصرف الصحي • اتباع الممارسات السليمة الخاصة بالنظافة الشخصية في المنزل والعمل والمجتمع المحلي • منع حدوث تلوث الهواء والحد منه داخل المباني وخارجها • الحرص على نظافة البيئة وخلوها من المواد الكيميائية الخطرة • إتاحة مساحات آمنة للأسر وملاعب في الريف والمدن • منع التعرض للعنف من جانب العشير وكذا العنف المنزلي، وإتاحة الخدمات التي تتصدى له • إتاحة خدمات الرعاية الاجتماعية • تقديم الإعانات النقدية والعينية وإتاحة التأمين الاجتماعي • دعم الرعاية الأسرية والتبني عوضاً عن الرعاية في مؤسسات

صحة البيئة

من الضروري لحماية صحة الأطفال ودعم بيئتهم أن يحصلوا على الماء النظيف وخدمات الصرف الصحي، ويتبعوا الممارسات السليمة في النظافة الشخصية، وأن يعيشوا في هواء نظيف وبيئة آمنة. غير أن زيادة التوسع الحضري والصناعي وتغير المناخ عوامل تؤثر في البيئات التي ينمو فيها الأطفال ويلعبون ويتعلمون.[٥٤]

فمن أمثلة العوامل التي تقف عائقاً أمام نمو الأطفال تعذر الحصول على الماء وخدمات الصرف الصحي والنظافة الشخصية وسوء الممارسات حولهم. وكل هذه العوامل تؤدي إلى تكرار حدوث حالات الإسهال والعدوى بالديدان المعوية المعدية والملاريا والعدوى نتيجة تناول أشياء ملوثة بالبراز.[٥٥] وتركز معظم التدخلات ذات الصلة بالحصول على الماء وخدمات الصرف الصحي والنظافة الشخصية على تحسين الصرف الصحي ومعالجة الماء في نقطة التوصيل لاستخامها، والحرص على أن تغسل الأمهات أيديهن. وفي العديد من الأماكن، يحبو الأطفال الصغار ويلعبون في بيئات ملوثة بالميكروبات بما في ذلك فضلات الإنسان والحيوان. ويعني ذلك أننا بحاجة إلى تحسين صحة البيئة التي يعيش فيها الرضع والأطفال الصغار من خلال تشجيع نظافة وحماية أماكن اللعب.[٥٦]

ونحن نحتاج تهيئة بيئات مستدامة والحد من تعرض الأطفال للمخاطر البيئية المتغيرة. وتعد هذه البيئات عناصر بالغة الأهمية لبرنامج الرعاية في مرحلة التنشئة، وهي ضرورية لمساعدة الأطفال على النماء. وهناك بينة قوية تشير إلى أن التعرض لتلوث الهواء – داخل المباني وخارجها على حد سواء – يمكن أن يؤدي إلى مجموعة كبيرة من الأمراض وسط الأطفال والبالغين.[٥٧] وتشمل هذه الأمراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة والمزمنة (مثل الالتهاب الرئوي والانسداد الرئوي المزمن)، وكذا سرطان الرئة، ومرض القلب الإقفاري، والسكتة الدماغية.[٥٧]

وحتى التعرض بقدر منخفض للسُميّات في البيئة يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بإعاقة كبيرة وإن كانت غير مرئية. وتلحق السميات مثل الزئبق الأذى بالجميع لكن الأكثر تضرراً منها هم الأطفال الصغار. وتمتص أجهزتهم العصبية في مرحلة تطورها الرصاص أكثر من أجهزة البالغين بأربع أو خمس مرات، ويمكن للزئبق أن يؤثر في نمو دماغ الطفل وهو لا يزال جنيناً.[٥٤،٥٧] وتضر هذه السميات والملوثات بالدماغ وتؤثر في القدرة المعرفية، والأداء المدرسي، والسلوك الاجتماعي والعاطفي، ويمكن أن تؤدي إلى الإعاقة العقلية. لذا فإن تهيئة بيئات صحية وغير ضارة وخالية من الملوثات سيضمن نماء الأطفال الصغار وأسرهم.[٥٤]

فيروس العوز المناعي البشري وتنمية الطفولة المبكرة

يتزايد عدد النساء في سن الحمل المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري. ويُعزى ذلك إلى التوسع في إتاحة العلاج المنقذ للحياة كما يُعزى للأسف إلى بقاء مستويات الإصابة بالعدوى بين الفتيات كما هي. وفي بعض البلدان التي تعاني من ارتفاع عبء فيروس العوز المناعي البشري في الجزء الجنوبي من أفريقيا، يولد عدد كبير من الأطفال يصل إلى الثلث من أمهات يتعايشن مع فيروس العوز المناعي البشري. [٥٨] وتواجه الأسر المصابة بفيروس العوز المناعي البشري على الرغم من إتاحة العلاج المنقذ للحياة تحديات تتمثل في الوصمة، والضائقة المالية الناشئة عن تكبد تكاليف العلاج من المال الخاص.[٥٩] وعلى الأرجح أن تعاني النساء المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري من الاكتئاب خلال الحمل وبعد مولد الطفل، ولو كان المولود غير مصاب بفيروس العوز المناعي البشري.[٦٠]

وفضلاً عن هذه المخاطر الاجتماعية والشخصية، هناك قلق على الجنين خلال فترة الحمل. فربما يتضرر من التعرض لفيروس العوز المناعي البشري والأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وعلى الأرجح أن يولد الأطفال غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري لكن المعرضين له ميتين أو بوزن منخفض أو أن يولدوا قبل الموعد. ويعاني من يظل منهم على قيد الحياة على الأرجح من بطء وصعوبات في النمو.[٦١] وتحتاج النساء المتعايشات مع فيروس العوز المناعي البشري وكذا أطفالهن الصغار إلى المزيد من الدعم.

ويشهد التوسع في البرامج الرامية إلى منع انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل نجاحاً [٦٢] مما يتيح فرصة فريدة لإدماج دعم الرعاية في مرحلة التنشئة. وتجري حالياً العديدُ من البرامج في الجزء الجنوبي من أفريقيا اختبارات بشأن المنافع المكتسبة. ويمكن أن تشمل هذه المنافع بالنسبة إلى الأطفال الصغار الرعاية المتجاوبة من خلال اللعب والتواصل. أما بالنسبة إلى الأمهات فتشمل المنافع تحسن الصحة النفسية وتحسن التقيد بالعلاج ومواصلتهن فيه فضلاً عن زيادة استخدام الخدمات الصحية بما فيها تنظيم الأسرة.

الصحة النفسية للقائمين بالرعاية

من المهم أن يتمتع القائمون بالرعاية بصحة نفسية جيدة وحماس كبير. فهما يمكنان القائمين بالرعاية من معرفة احتياجات الطفل وتلبيتها على نحو ملائم والتعاطف مع ما يشعر به الطفل الصغير وضبط مشاعرهم وانفعلاتهم إزاء اعتماد الطفل عليهم. ومن أكثر الأسباب الشائعة التي تؤدي إلى حالات الوفاة المرتبطة بالحمل مشكلات الصحة النفسية بين النساء في مرحلتي الحمل والنفاس. وتنتشر الاضطرابات النفسية المألوفة التي تصاحب فترة قبل الولادة أو بعدها، بما فيها الاكتئاب والقلق والاضطرابات المتعلقة بالتكيف في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل المحدودة الموارد بمستوى أعلى بكثير مقارنة بالبلدان المرتفعة الدخل.[٦٣،٦٤] ويعزى ذلك إلى عوامل الخطر مثل الضغوط الاجتماعية الاقتصادية، والحمل غير المخطط له، والحمل في عمر صغير أو من دون زواج، ونقص التعاطف والمساندة من العشير، والتعرض للعنف، والعدائية من الأصهار.[٣٧] وتشمل العوامل الوقائية زيادة المستوى التعليمي والعمل الذي يدر دخلاً مضموناً، وشريك كريم الأخلاق ومؤتمن. ويضر الاكتئاب أيضاً بالآباء.[٦٥] فالصحة النفسية تؤثر في العواطف والتركيز وحسن التقدير والتفكير. ومن المرجح أن يؤدي الاكتئاب لدى الأمهات إلى تعكير المزاج وسرعة الانفعال والتشاؤم، وكذلك صعوبة في التعبير عن مشاعر الدفء والحب والسعادة.[٦٦] ومن المرجح أيضاً أن تستبد بهن الهواجس والقلق، بما في ذلك القلق بشأن رعاية أطفالهن.[٦٧] ويؤثر هذا في تفاعلهن مع المجتمع، بما فيه تفاعلهن مع طفلهم. ويرتبط الاكتئاب وسط الأمهات ارتباطاً مباشراً بما يلي:[٦٦،٦٨]

- زيادة معدلات أمراض الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي والتقزم وسط الأطفال ودخولهم المستشفيات؛
- انخفاض حالات إكمال جداول التمنيع الموصى بها؛
- الصعوبات الاجتماعية والعاطفية وسط الأطفال الصغار.

وثمة تدخلات فعالة تساهم في خفض الاكتئاب وتحسين الصحة النفسية للأمهات. وقد سبق اختبارها في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل حيث يوجد عدد قليل جداً من المختصين في الصحة النفسية. وينفذ هذه التدخلات عموماً عاملون مدربون في مجال الصحة المجتمعية تحت إشراف مهنيين.[٦٩،٧٠]

وتؤثر التدخلات المصممة من أجل تحسين الصحة النفسية للأمهات تأثيراً إيجابياً في صحة الأطفال ونموهم.[٧١] كما أن التدخلات المتعلقة بتحسين صحة الأطفال ونموهم تؤثر تأثيراً إيجابياً في نفسية الأمهات. ويبدو أن الآثار على صحة الطفل ونموه تكون أقوى عندما تُنفَّذ تدخلات تستهدف الأمهات والأطفال معاً.[٧٠]

منع إساءة معاملة الأطفال

تشمل إساءة معاملة الأطفال الاعتداء عليهم بدنياً وجنسياً وعاطفياً وإهمالهم. وفي الأغلب يتعرض الأطفال لسوء المعاملة من جانب الوالدين والقائمين بالرعاية وآخرين غيرهم. ويتأذى من الاعتداء البدني على الصعيد العالمي ما يقدر بنسبة ٢٣٪ من الأطفال، ومن الاعتداء العاطفي ٣٦٪ ومن الإهمال ١٦٪، بينما تتأذى من الاعتداء الجنسي الفتيات بنسبة ١٨٪ تقريباً والصبيان بنسبة ٨٪ تقريباً.[٧٢]

ويمكن لإساءة المعاملة – وغيرها من التجارب المريرة التي يعيشها الطفل في طفولته – أن تكون لها آثار قوية طويلة الأمد على تركيبة الدماغ والأداء النفسي والصحة النفسية والسلوكيات التي تضر بالصحة (مثل التدخين، والكحول، وتعاطي المخدرات، وممارسة الجنس بطريقة غير آمنة، والعنف)، والأمراض غير السارية (مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطانات) والأمراض السارية (مثل فيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة جنسياً).[٧٣] ويرتبط العنف ضد النساء – بما فيه عنف العشير – ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب لدى الأمهات وبإساءة معاملة الأطفال.[٧٤]

ومن المهم أهمية بالغة منع إساءة معاملة الأطفال من أجل حماية أدمغتهم وتحسين نموهم في مرحلة الطفولة المبكرة ووضع اللبنات الأولى للتمتع بالصحة والعافية مدى العمر. وثمة استراتيجيات مرتكزة على بيّنات تتناول السياق الواسع الذي يسيء فيه الناس معاملة الأطفال. وهي تشمل الاهتمام بتقديم الرعاية المتجاوبة والتأديب غير العنيف، حتى يمكن تهيئة تفاعل إيجابي بين القائمين بالرعاية والأطفال.[٧٥] وعلى الرغم من ذلك، لا تُبذل جهود كافية في معظم البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل من أجل تطوير النهج المرتكزة على البيّنات والتي تتناول إساءة معاملة الأطفال.[٧٦] ومع ذلك فقد بذلت جهود أكبر لتدارك هذا الأمر حيث إن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ تضمنت الغاية ١٦-٢ المتمثل في "إنهاء ممارسة جميع أشكال العنف ضد الأطفال".

الوصول إلى جميع القائمين بالرعاية والأطفال لتلبية احتياجاتهم

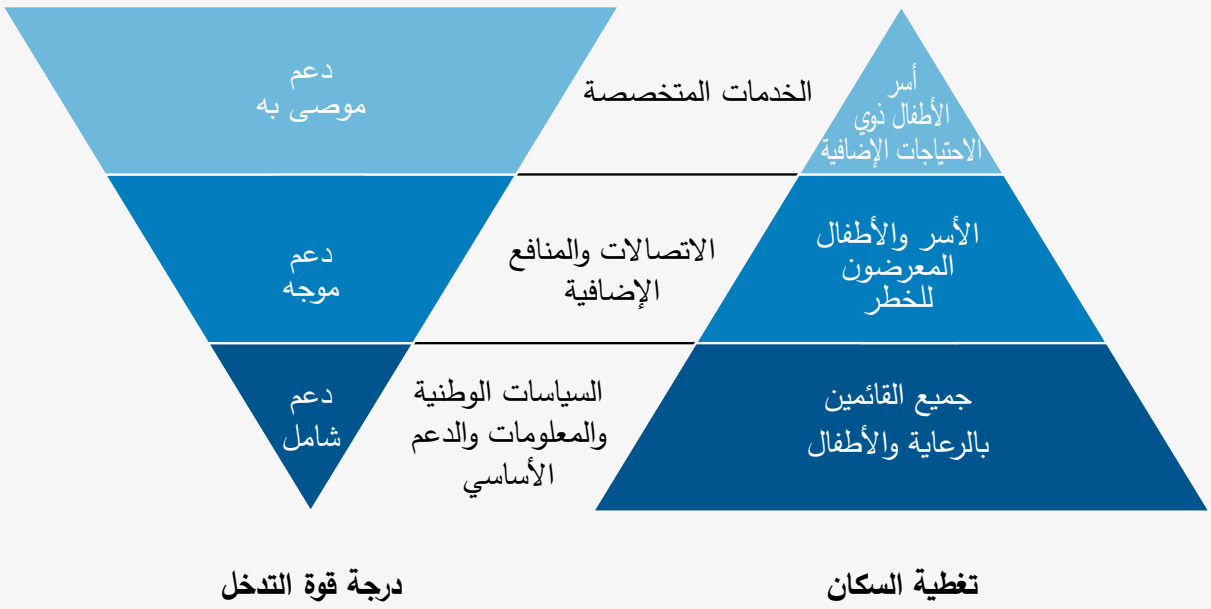
تحتاج كل الأسر إلى بعض الدعم، بينما تحتاج بعض الأسر إلى كل الدعم الذي بمستطاعها الحصول عليه.

لتقديم الرعاية في مرحلة التنشئة إلى الأطفال الصغار، يُراعى أن ليس جميع الأطفال والأسر يحتاجون إلى نفس مجموعة التدخلات والخدمات وبنفس القوة. وتحتاج جميع الأسر إلى المعلومات والدعم والتشجيع. وفي بعض الأوقات، تحتاج بعض الأسر إلى دعم أكثر عبر إحالتهم إلى الخدمات المعنية وتزويدهم بالموارد اللازمة والخدمات المكيفة بحسب احتياجاتهم. وينطبق ذلك بصفة خاصة على الأسر المنخفضة الدخل التي تتحمل عبء الشدائد على نحو غير متناسب. وتحتاج نسبة ضئيلة من الأسر دعماً مكثفاً أطول أمداً – مثل الحالة التي يواجه فيها القائمون بالرعاية أو الأطفال صعوبات على مدى زمن طويل. وفي الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة نلاحظ ثلاثة مستويات من الدعم: الشامل، والموجه، والموصى به. ويتعين أن تعمل الخدمات في جميع هذه المستويات الثلاثة معاً مكونةً سلسلة متصلة للرعاية. وذلك لأن الأسر ربما تحتاج إلى أن تتحرك بين هذه المستويات رهناً بالتحديات التي تواجهها في مختلف مراحل حياتها.

الدعم الشامل

يُقصد به الدعم المقدم إلى الرعاية في مرحلة التنشئة الذي يستفيد منه الجميع من خلال تحسين الصحة والوقاية الأولية. ويهدف إلى تقليل احتمال حدوث المشكلات. ويعمل عند حدوثها على تمييزها مبكراً وإحالة القائمين بالرعاية والأطفال إلى الخدمة الصحيحة. وهو يركز على تقديم المعلومات والموارد من أجل دعم الرعاية وتقديم الإرشاد بما يناسب عمر الطفل وظروف الأسرة. كما أنه يقدم الإرشاد أيضاً في مراحل الانتقال مثلاً عند عودة الأمهات إلى العمل، أو عندما يستلزم الأمر تقديم الرعاية اليومية. ويُصمم الدعم الشامل لكي يستفيد منه جميع الأسر والقائمون بالرعاية والأطفال في البلد أو المحافظة. وهو يقوم على المبدأ الأساسي المتمثل في استفادة الجميع بصرف النظر عن المخاطر التي يواجهونها أو مواردهم المالية.

تلبية احتياجات الأسر والأطفال



من أمثلة الدعم الشامل:

- القوانين والسياسات مثل تسجيل المواليد، عطلة الوالدين المدفوعة الأجر بعد مولد الطفل، والخدمات الصديقة للمواليد بالمستشفيات؛

- نشر المعلومات المتعلقة بالخدمات العامة بشأن نمو الأطفال عبر وسائل الإعلام والقطاعات المعنية بخدمات الصحة والتعليم والتنمية الاجتماعية والإرشاد الزراعي وغير ذلك من الوسائل التي تصل أعداداً كبيرة من الأسر؛

- الاستعانة بالاتصالات الروتينية للقائمين بالرعاية والأطفال الصغار مع القطاعات الخدمية في تقديم المشورة الأساسية والإرشاد بشأن الرعاية في مرحلة التنشئة.

ويشمل المثال الأخير الاتصالات الروتينية مع قطاعات الخدمات الصحية (مثل الرعاية قبل الولادة وبعدها وحملات التمنيع والزيارات المنزلية)، والتعليم (بما فيه تعليم البالغين)، والخدمات الاجتماعية (بما فيها الأماكن التي تمنح إعانات نقدية ومعاشات) والقطاع الديني، وكذا المجموعات والخدمات المجتمعية. وتعرض العيادات الخاصة بالرعاية قبل الولادة وبعدها فيديوهات تخاطب الحوامل بشأن قدرات مواليدهن وسبل تعزيز نموهم. وتعد الخدمات الأخرى مواد تشجع على احترام قيم ولغات وعادات مجموعات الشعوب الأصلية وتشجع الآباء وغيرهم من القائمين بالرعاية الذكور على المشاركة في رعاية الطفل.

الدعم الموجَّه

يركز هذا النوع من الدعم على الأفراد أو المجتمعات المعرضين لحدوث مشكلات في المستقبل بسبب عوامل مثل الفقر وقلة التغذية والحمل في مرحلة المراهقة والإصابة بفيروس العوز المناعي البشري والعنف والنزوح والطوارئ الإنسانية. ويهدف إلى التخفيف من الآثار الضارة لضيق العيش والحرمان بغية تعزيز قدرة الأفراد على التكيُّف وتقديم المزيد من المساعدة. وتظل الأسر والقائمون بالرعاية المعرضون للخطر بحاجة إلى الدعم الشامل. لكنهم يحتاجون أيضاً إلى المزيد من التواصل مع القائمين بالرعاية المدربين (سواء أكانوا مهنيين أم غير مهنيين)، سواء أكان ذلك بالمرافق، أم في مجتمعاتهم المحلية، أم بالمنزل. وربما يحتاجون أيضاً موارد إضافية مثل المنافع المالية. ويحتاجون إلى تقييم متواصل لتحديد الوقت الذين يكونون فيه على استعداد للتوقف عن الحصول على الدعم الموجه – أو تحويلهم إلى الدعم المتخصص الموصى به.

ومن أمثل الدعم الموجه ما يلي:

- تنفيذ برامج للزيارات المنزلية التي تستهدف الأمهات صغيرات السن وأطفالهن، على أن يكون القائمون بالزيارة إما مهنيين أو عاملين معنيين بالخدمات المجتمعية مدربين وأكفاء، مع إتاحة ما يكفي من حوافز ودعم؛

- المجموعات التشاركية القائمة بالمجتمع المحلي مع ضمان إدماج القائمين بالرعاية المهمشين الذين يقل احتمال حضورهم.

- إتاحة الرعاية اليومية للأطفال بتكلفة ميسورة أو مجاناً للأسر ذات الدخل المنخفض وبنوعية جيدة، بمراكز الرعاية اليومية المجتمعية أو من خلال الأشكال الأخرى للرعاية المنظمة المقدمة للأطفال الصغار.

الدعم الموصى به

يقدم هذا النوع من الدعم إلى كل أسرة أو طفل على حدة ممن لهم احتياجات إضافية. ويشمل هذا الدعم الأطفال الصغار الذين ليس لهم من يقومون برعايتهم أو تعاني أمهاتهم من الاكتئاب أو الذين يتعرضون للعنف المنزلي، وكذا الأطفال الذين وُلدوا بوزن منخفض جداً أو المصابين بإعاقة ويعانون من صعوبات في النمو أو سوء التغذية الشديد. ويحتاج هؤلاء الأطفال والأسر خدمات ومساعدات إضافية بحسب احتياجاتهم المحدَّدة.

ومن أمثلة الدعم الموصى به:

- علاج الاكتئاب قبل الولادة أو بعدها وتقديم المساعدة للخروج منه، إما من خلال مجموعات الأمهات أو الزيارات المنزلية التي يقوم بها عاملون في مجال الخدمات المجتمعية سواء أكانوا مهنيين أو غير مهنيين لكنهم مدربون، وتستفيد من ذلك كله النساء اللاتي خضعن لفحص اكتئاب الأمهات وكانت نتيجة الفحص إيجابية؛

- تقديم الرعاية الجيدة النوعية للخُدج منذ مولدهم من خلال التواصل المباشر مع القائمين برعايتهم والتفاعل معهم، ومتابعتهم ورصد حالتهم على نحو كافٍ في الشهور أو السنوات الأولى؛

- تنفيذ تدخلات منها إعادة التأهيل الذي يرتكز على الأسرة وتقديم الدعم المجتمعي من أجل الأطفال الذين يعانون من بطء في النمو وإعاقات.

ثالثاً
حان الآن وقت العمل

الرؤية: نحو عالمٍ يستطيع فيه جميع الأطفال أن يطوّروا كل إمكانياتهم دون استبعاد أي منهم.

الرؤية

من الضروري منح كل طفل الفرصة لأن تكون بدايته الأولى في الحياة بداية سليمة. وتضمن هذه الرؤية أن يتمكن الجميع على نحو متساوٍ من تطوير إمكانياتهم مع صون كرامتهم. وتتيح أهداف التنمية المستدامة الفرصة للربط بين تنمية الطفولة المبكرة والجهود الرامية إلى تحقيق الإنصاف والنماء والنمو المستدام. فهي تسعى ابتداءً من الآن إلى تحقيق مستقبل أكثر استقراراً يتقاسمه الجميع وحماية البيئة التي يعيش فيها الأطفال. وتتلخص رؤية الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة في "نحو عالمٍ يستطيع فيه جميع الأطفال أن يطوّروا كل إمكانياتهم دون استبعاد أي منهم".

الرعاية في مرحلة التنشئة في صميم الاستراتيجية العالمية وأهداف التنمية المستدامة

الغايات

إن أهداف التنمية المستدامة هي بمثابة خطة تمكّن العالم من إحراز تقدم في حل أكبر مشكلاته.[٣] ومن الطبيعي أن يتأثر الأطفال الصغار بعدد من هذه المشكلات، أو ربما يتأثروا بها في مرحلة الطفولة المبكرة. وبناءً على ذلك، تؤثر أهداف وغايات التنمية المستدامة تأثيراً مباشراً في البيئات والخدمات المساندة التي يحتاجها الطفل في نموه. وفي الوقت ذاته، فإن تنمية الطفولة المبكرة ضرورية لتحقيق العديد من الأهداف الطموحة للتنمية المستدامة. ولذا، فإن الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة يمثل عنصراً ضرورياً من عناصر أهداف التنمية المستدامة.

وتختصر الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق جميع غايات أهداف التنمية المستدامة (١٧ هدف) في ثلاثة محاور: البقاء والنماء والتحوُّل.[٢] وترتبط هذه المجموعة الفرعية من الغايات بالتدابير اللازمة لوضع الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة موضع التنفيذ.

ويركز الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة على خمس غايات مدرجة في أهداف التنمية المستدامة كأمثلة لكيفية توجيه البرامج الوطنية والاستثمار لدعم الرعاية الخاصة بمرحلة التنشئة.

الهدف ١، الغاية ١-٢

تخفيض نسبة الرجال والنساء والأطفال من جميع الأعمار الذين يعانون الفقر بجميع أبعاده وفقاً للتعاريف الوطنية بمقدار النصف على الأقل بحلول عام ٢٠٣٠.

الهدف ٢، الغاية ٢-٢

القضاء على الجوع وضمان حصول الجميع، ولاسيما الفقراء والفئات الضعيفة، بمن فيهم الرضّع، على ما يكفيهم من الغذاء المأمون والمغذّي طوال العام بحلول عام ٢٠٣٠.

الهدف ٣، الغاية ٣-٢

وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام ٢٠٣٠، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى ١٢ حالة وفاة في كل ١٠٠٠ مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى ٢٥ حالة وفاة في كل ١٠٠٠ مولود حي.

الهدف ٤، الغاية ٤-٢

ضمان أن تتاح لجميع البنات والبنين فرص الحصول على نوعية جيدة من النماء والرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم قبل الابتدائي حتى يكونوا جاهزين للتعليم الابتدائي بحلول عام ٢٠٣٠.

الهدف ١٦، الغاية ١٦-٢

إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف ضد الأطفال وتعذيبهم بحلول عام ٢٠٣٠.

وينبغي منح هذه الغايات الأولوية القصوى. ويتعين على الحكومات – بالعمل مع جميع الجهات صاحبة المصلحة المعنية – أن تعدّ خطط عمل تتناول هذه الغايات بطريقة متكاملة. ومن شأن ذلك أن يساعد على إرساء أساس متين يمكّن كل طفل من الحصول على الرعاية الخاصة بمرحلة التنشئة.

المبادئ التوجيهية

حق الطفل في البقاء والنماء

تلتزم الحكومة والمجتمع بضمان حقوق الطفل وحمايتها. ويلتزمان أيضاً بضمان حصول الأسر على ما تحتاجه من حماية ومساعدة للوفاء تماماً بمسؤولياتها في المجتمع. ويأتي الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة من منطلق التسليم العالمي بحقوق الطفل. ويستند إلى الالتزامات التي تعهدت بها الدول عندما صدقت اتفاقية الطفل والتعليق ٧ بشأن تنمية الطفولة المبكرة.[٣٤،٤]

عدم استبعاد أي طفل

إن جوهر حقوق الإنسان هو الإنصاف، بما فيه الإنصاف بين الجنسين. ويتعين على الحكومات أن تكون حريصة على أن تتناول التدخلات الإنصاف بين المجموعات السكانية، ولاسيما المجموعات المستبعدة أو المهمشة أو الضعيفة بطريقة أو بأخرى. وتشمل الفئات المعرضة للخطر أطفال الأقليات واللاجئين والمسجونين والمدمنين والمتاجرين بالجنس. ومن الضروري أن تحرص الحكومات على عدم استبعاد الأطفال ذوي الإعاقة والأطفال الصغار الذين يعيشون في ظروف إنسانية. كما أن التغطية الصحية الشاملة أمر جوهري لبلوغ جميع الأطفال أقصى قدرة لهم على النمو.

الرعاية المعتمدة على الأسرة

تعتمد رعاية الأطفال الصغار في مرحلة التنشئة على الأسر. ففي الفترة من الحمل إلى سن الثالثة أكثر من يوجد بانتظام في حياة الأطفال هم أفراد أسرته المقربون. وعلى هذا النحو يكونون أول من يقدم الرعاية في مرحلة التنشئة. وحتى يتمكنوا من ذلك، تحتاج الأسر – بجميع تنوعاتها وكل أشكالها، من الناحيتين البيولوجية والاجتماعية – إلى المعلومات والموارد والخدمات. وينبغي أن يُدرج جميع الأمهات والآباء والأجداد وغيرهم من القائمين بالرعاية الأساسيين في البرامج المصممة لتثقيف الأسر ودعمها من أجل تقديم الرعاية في فترة التنشئة.

العمل على صعيد الحكومة كلها

تقتضي الرعاية في مرحلة التنشئة أن تقوم الحكومة كلها بجميع قطاعاتها بوضع سياسات تساهم مساهمة منهجية في تحسين رعاية الأطفال الصغار في مرحلة التنشئة. ويمكن أن تيسر الهياكل الحكومية المتعددة القطاعات – بدعم سياسي ومالي – التنسيق، وأن تحدِّد الأهداف المشتركة، وترصد الأنشطة المشتركة، وتوطد التعاون الفعال.

تطبيق نهج يشمل المجتمع كله

يستوجب الطابع الشامل لتنمية الطفولة المبكرة وأهميتها للجميع اتباع نهج شامل يشارك فيه جميع الجهات الفاعلة التي تشمل الحكومات والمجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية والقطاع الخاص والأسر وكل من هو معني بتقديم الرعاية للأطفال الصغار. ويُراعي هذا النهج مراعاة تامة التنوع الإثني والثقافي والإنساني ويعلِّي من قيمته. ويتطلب الانتقال من مرحلة السياسة إلى مرحلة العمل تضافر الجهود بمشاركة جميع قطاعات المجتمع في جميع المستويات المحلية والوطنية والإقليمية والعالمية. وبفضل العمل المخلص المشترك وتشارك المسؤولية ستضمن التدخلات الجيدة التصميم والفعالة من حيث تكلفتها تحقيق الغاية والتأثير المرجوين.

رابعاً الإجراءات الاستراتيجية الخمسة

إذا لم تكن تعمل شيئاً، فاعمل شيئاً.
إذا كنت تعمل قليلاً، فاعمل أكثر.
إذا كنت تعمل كثيراً، فحسِّن عملك.[٧٧]

هناك مجموعة من الممارسات الفضلى احتوت عليها جميع البرامج التي أثبتت فعاليتها في تحسين تنمية الطفولة المبكرة، في البلدان المرتفعة الدخل وتلك المتوسطة والمنخفضة الدخل. وتحتاج البرامج الوطنية الفعالة إلى التزام سياسي دائم من الحكومات وعزم منها على خفض أوجه عدم الإنصاف، والفقر، والظلم الاجتماعي.

ولمساعدة الأسر على تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة، تحتاج إلى مجموعة من السياسات والخدمات فضلاً عن الوعي العام. ويجب الاستفادة من الاستثمار المستند إلى البيّنات في تهيئة بيئات مساعدة وتصميم نظم رصد وآليات مساءلة فعالة.

وفي اتساق مع الممارسات الفضلى هذه، يقترح هذا الإطار خمسة إجراءات استراتيجية:

وينبغي لحكومات البلدان أن تقود وتنسق الأنشطة المتعلقة بكل إجراء استراتيجي.

خمسة إجراءات استراتيجية

١- القيادة والاستثمار

٢- التركيز على الأسر ومجتمعاتها

٣- تعزيز الخدمات

٤- رصد التقدم المحرز

٥- استخدام البيانات والابتكار

الإجراء الاستراتيجي ١
القيادة والاستثمار

تعد الأسر والقائمين بالرعاية الأساس الذي ترتكز عليه تنمية الطفولة المبكرة، ولذا فهم يحتاجون إلى الدعم وما يستلزمه من استثمارات مالية مستمرة، وقوانين وسياسات وخدمات وموارد مجتمعية مساندة. ويستند هذا الدعم إلى استراتيجية تضامنية بقيادة الحكومة منسقة تنسيقاً محكماً بين مختلف القطاعات والمستويات الحكومية. ويتطلب أيضاً تعاون المؤسسات والجهات صاحبة المصلحة المعنية على الصعد المحلية والوطنية والدولية.

وينبغي لمختلف القطاعات أن تنسق – وعند الاقتضاء تدمج – سياساتها وخدماتها والمعلومات الخاصة بها. ومن الضروري للإشراف على هذه الجهود وجود آليات تنسيقية على مستوى البلد والمحافظات والبلديات والمجتمع المحلي. ولا بد أن يستند التخطيط في كل مستوى من المستويات إلى تقييم للوضع المحلي. ويشتمل هذا التقييم على أمورٍ منها معلومات عن الأسر والأطفال المعرضين للخطر، وكذلك المعتقدات والممارسات المحلية التي يمكن تسخيرها، وفرص تعزيز الخدمات، والموارد المجتمعية التي يمكن حشدها.

وحتى يمكن تهيئة بيئات مواتية للرعاية في مرحلة التنشئة، ينبغي إتاحة التمويل اللازم للنظم والقوى العاملة والبنية التحتية. ويجب أن يكون ذلك التمويل تمويلاً مستداماً وفعالاً ومرناً وموزَّعاً توزيعاً منصفاً. ويمكن إتاحته من مصادر مختلطة من القطاعين العام والخاص معاً – بما في ذلك من مساهمات الأسر في كثير من البلدان. ويستلزم اجتماع هذا المزيج والنماذج المتنوعة لتقديم الخدمات إدارة رشيدة من أجل تخصيص الموارد والتنسيق والمساءلة.

التدابير المقترحة على مستوى البلد

١– الدعوة إلى عقد آلية تنسيق رفيعة المستوى ومتعددة القطاعات. وتخصص لهذه الآلية ميزانية وتُخوَّل صلاحية رسمية للتنسيق بين مختلف القطاعات والجهات ذات المصلحة.

٢– تقييم الوضع الحالي وتحديد الفرص المتاحة داخل القطاعات وفي ما بينها التي تمكّن من تعزيز الدعم المقدم إلى الرعاية في مرحلة التنشئة.

٣– بلورة رؤية مشتركة، وتحديد الأهداف والغايات، وإعداد خطة عمل منسقَّة، ودعمها بسياسة وطنية متكاملة بشأن تنمية الطفولة المبكرة.

٤– إسناد أدوار ومسؤوليات واضحة لتنفيذ الخطة الوطنية في جميع المستويات الحكومية، وتزويد السلطات دون الوطنية والمحلية بالوسائل التي تساعدها على اتخاذ التدابير اللازمة.

٥– إعداد استراتيجية تمويلية طويلة الأمد. ويجب أن تستغل هذه الاستراتيجية كل مصادر التمويل المتاحة التي تدعم عناصر الرعاية في مرحلة التنشئة.

الإجراء الاستراتيجي ٢
التركيز على الأسر ومجتمعاتها

يهدف هذا الإجراء إلى إحداث أثر في مرحلة الطفولة المبكرة يدوم مدى العمر، وذلك من خلال الالتزام السياسي، والسياسات والاستثمار. وفي سبيل تحقيق ذلك، لابد أن يكون القائمون بالرعاية على قدر من الوعي، وأن يكونوا قادرين على الفعل، والتقاضي في حالة عدم الوفاء باستحقاقاتهم. لذا، يعتمد تحسين الرعاية في مرحلة التنشئة على تمكين الأسر والمجتمعات مع مراعاة احترام السياق المحلي، وتسخير الأعراف والممارسات الاجتماعية السائدة في المجتمع. وينبغي إظهار المشكلات من قبيل التقزم التي عادة ما تكون غير مرئية حتى يمكن للأسر والمجتمعات اتخاذ ما يلزم من تدابير.

وتزيد المساءلة الاجتماعية من وعي المجتمعات بشأن استحقاقاتهم وتحفّز الطلب على الخدمات. وتشمل الآليات الفعالة لتمكين المجتمعات والأسر التشارك في وضع الميزانية وأنشطة الرصد، وبطاقات تسجيل آراء المواطنين، ومكاتب رفع المظالم المسنودة بالتشريعات. وهي تساعد المجتمعات المحلية والأسر على طلب المزيد من الخدمات ذات النوعية الأفضل والمساهمة في تنفيذها وتحسينها. كما أن هناك تدخلات تمكّن القائمين بالرعاية والمجتمعات المحلية من تعزيز الممارسات المرتبطة بالرعاية في المنزل. ومن هذه التدخلات التشارك في التعلم وتنفيذ الأنشطة عبر المجموعات النسوية أو الأبوية أو المكونات الأخرى للمجتمع المحلي. ويمكن أيضاً تمكين الأسر من خلال الزيارات المنزلية التي تجريها كوادر التمريض أو القابلات أو العاملون في مجال الخدمات المجتمعية أو العاملون في مجال الصحة المجتمعية – ومن خلال الحصول على الإرشاد بمرفق صحي أو عبر الخدمات المجتمعية.

ومن المهم أن تكون هناك استراتيجية تواصل فعالة لتعميم الفهم والوعي بشأن أهمية تمكين الأطفال الصغار من بلوغ كل إمكانياتهم. وهي ستساعد الناس أيضاً على فهم عملية تعلم الأطفال واستفادتهم من جهود القائمين بالرعاية – وكذلك على فهم أن هذه الجهود تأخذ بيدهم إلى أن يصبحوا بالغين متمتعين بصحة أوفر وقادرين على كسب دخل أفضل وعلى التواصل مع الآخرين في المجتمع. ويمكن أن تشجع الأفراد والمجتمعات على قيادة دفة التغيير والخضوع للمساءلة وحمل من هم في السلطة على تقديم بيان بشأن تحقيق النتائج.

التدابير المقترحة على مستوى البلد

١- الاستئناس بالآراء الإيجابية للأسر ومعتقداتها وممارساتها واحتياجاتها وإدراجها في الخطط المحلية والوطنية.

٢- دعم المجتمعات المحلية في تحديد الجهات المناصِرة المحلية التي يمكن أن تتبنى الرعاية في مرحلة التنشئة وتكون أداة للتغيير في مجتمعاتها.

٣- التخطيط لاستراتيجيات الاتصال الوطنية وتنفيذها. وتعمل هذه الاستراتيجيات على توعية المجتمعات المحلية والأسر وتمكينها من تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة.

٤- تعزيز المنصات المجتمعية المعنية بالرعاية في مرحلة التنشئة ودعمها. وتشمل هذه المنصات المجموعات الدينية، والقادة التقليديين والعاملين في مجال الصحة المجتمعية، والمجموعات النسوية، ومنظمات الآباء والأمهات.

٥- إشراك المجموعات والقيادات المجتمعية في أنشطة التخطيط ووضع الميزانية والتنفيذ والرصد والمساءلة بشأن النتائج.

الإجراء الاستراتيجي ٣
تعزيز الخدمات

تحتاج الأسر والقائمون بالرعاية إلى نظم متكاملة لدعم الرعاية في مرحلة التنشئة. ويتواصل النظام الصحي تواصلاً مكثفاً مع القائمين بالرعاية والأطفال الصغار. فلا بد له من أن يعزّز دوره بتعزيز خدماته بحيث تتناول مكوّنات الرعاية في مرحلة التنشئة تناولاً متكاملاً. ويمكن أن يتيح القطاع الصحي منصة للتنسيق مع القطاعات الأخرى. ويمكن أن تسهل مساهمات القطاع الصحي عمل القطاع التعليمي في ما يتيحه من تعليم سابق للتعليم الابتدائي. ويمكنه أيضاً استكمال جهود قطاعيْ الحماية الاجتماعية وحماية الطفل الرامية إلى مساعدة الأسر الضعيفة. وهناك فرص أخرى عديدة لتعزيز الخدمات القائمة منها تلك الخدمات في القطاع الزراعي وخدمات الماء والصرف الصحي والنظافة الشخصية والجهود الإنسانية. فيمكن توسيع نطاق هذه الخدمات من أجل ضمان صحة الطفل ونموه.

ومن الضروري تحسين أدوار الموظفين الحاليين والحفاظ على القوى العاملة المؤهلة. ويجوز للبلدان أن تقرر أيضاً استيعاب موظفين جدد وتأهيلهم لتكملة القوى العاملة القائمة. وحتى يتسنى تعزيز قدرة القوى العاملة على الأمد الطويل، لا بد من إدماج الرعاية الخاصة بمرحلة التنشئة في المناهج التدريبية التي تستهدف المهنيين والعاملين في خط المواجهة والمتطوعين، أثناء التدريب وخلال أدائهم عملهم.

ويشمل تعزيز النظم أيضاً تحديث نظم المعلومات، مع تطبيق المؤشرات المعروفة لرصد جودة تدخلات تعزيز الرعاية في مرحلة التنشئة وتغطيتها. وينبغي أن يكون هناك فهم مشترك بين القطاعات بشأن تعريف الرعاية في مرحلة التنشئة والعناصر المكوّنة لها حرصاً على اتساق المواد والمنهج التدريبي. ويساعد هذا الأمر على تكوين قوى عاملة مؤهلة، واكتساب الكفاءات، وتحسين نوعية الخدمات. وإذا ما تقرر إشراك العاملين في مجال الصحة المجتمعية فينبغي منحهم أجراً كافياً وإتاحة الإشراف المساند لهم وربطهم بقطاع الرعاية الصحية الرسمي والخدمات المتخصصة.

ومن الضروري تكييف النُهُج العامة لتناسب السياقات الوطنية والمحلية. وفضلاً عن ذلك، سيمكِّن البدء بإنشاء النظام بحجم صغير وعلى نحو تدريجي من تحديد أكثر النُهُج الممكنة والمقبولة والفعالة لتنفيذه على نطاق واسع.

التدابير المقترحة على مستوى البلد

١- تحديد فرص تعزيز الخدمات القائمة في مختلف القطاعات مثل الصحة والتعليم وحماية الطفل والحماية الاجتماعية والزراعة والبيئة.

٢- تحديث المعايير الوطنية وحزم الخدمات بحيث تجسِّد المكوِّنات الخمسة للرعاية في مرحلة التنشئة.

٣- تحديث المواصفات المتعلقة بالكفاءة وتعزيز قدرة القوى العاملة. والاستفادة من المهنيين قبل التحاقهم بالخدمة وأثناء الخدمة، والاستفادة من المهنيين من مختلف القطاعات معاً.

٤- إتاحة التوجيه والإشراف للموظفين المدربين، وإنشاء مراكز التميُّز الوطنية، والحرص على جودة الخدمات.

٥- النهوض بالقدرات المتعلقة برصد نمو كل طفل على حدة. وتيسير إحالة الأطفال والأسر الى خدمات الرعاية المتخصصة بالنسبة لمن هم بحاجة لها.

الإجراء الاستراتيجي ٤
رصد التقدم المحرز

إن القياس والمساءلة أمران أساسيان لتنفيذ السياسات والبرامج والخدمات المتعلقة بتنمية الطفولة المبكرة تنفيذاً فعالاً. وينبغي لنظم الرصد الفعالة أن تتبع نموذجاً منطقياً يدعم الرؤية والخطة الوطنية، ويشمل المدخلات والمخرجات والحصائل.

والعديد من المؤشرات ذات الصلة بالرعاية في مرحلة التنشئة – مثل تلك المرتبطة بالصحة والتغذية – هي في الأصل مؤشرات معتادة في نظم المعلومات الصحية. لكن في ما يخص المكوّنات الأخرى للرعاية في مرحلة التنشئة – ولاسيما الرعاية المتجاوبة، وفرص التعلم المبكر، والأمن والسلامة – ينبغي إدراج مؤشرات جديدة في خطط ونظم الرصد الوطنية.

وينبغي للبلدان أن تختار المؤشرات المناسبة لتكملة المؤشرات العامة التي توصي بها أهداف التنمية المستدامة والاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (انظر الملحق ٢). وستتيح أنشطة الرصد المشتركة بين القطاعات صورة أوضح عما إذا كان هناك تقدم يُحرز وفق ما هو مرجو، وستقدم معلومات تمكن من اتخاذ القرارات بصورة مشتركة بين القطاعات.

ومن المهم التخطيط لنظم جمع البيانات ولطريقة استخدامها والإبلاغ عنها. وينبغي إتاحة البيانات المصنَّفة – بحسب نوع الجنس والعمر والدخل والثروة والعرق أو الإثنية والوضع المتعلق بالهجرة، والإعاقة والموقع الجغرافي – لإتاحة معلومات بشأن أوجه عدم الإنصاف وللتركيز على المجموعات السكانية المعرضة للخطر.

وتنشأ من جمع البيانات المعتادة تكلفة تتمثل في الوقت الذي يخصصه الموظفون وغير ذلك من الموارد. لذا، يجب ربط كل نقطة لجمع البيانات بآلية محددة لاتخاذ القرار، ويجب تخصيص أموال كافية لتدابير المتابعة.

وتعد بطاقات التقييم ولوحات المتابعة وسائل مفيدة لعرض البيانات على واضعي السياسات وموظفي البرامج ومقدمي الخدمات، وكذا وسائل الإعلام والمجتمع المدني والبرلمانيين. كما أن عرض البيانات على الأسر والمجتمعات المحلية يعد أيضاً عنصراً أساسياً في أي آلية مساءلة لأنه يحسّن الشفافية والعمل المشترك. ومن المطلوب إجراء البحوث من أجل تطوير الآليات ووسائل القياس حتى يمكن استخدامها في أنشطة رصد نمو الأطفال القائمة على السكان.

التدابير المقترحة على مستوى البلد

١– الموافقة على مؤشرات رصد التقدم المحرز في تنمية الطفولة المبكرة، تماشياً مع الخطة الوطنية والغايات ذات الصلة المدرجة في أهداف التنمية المستدامة.

٢– تحديث نظم المعلومات المعتادة بحيث تشمل المؤشرات التي تتيح التصنيف. والنهوض بالقدرات حتى يتمكن العاملون في خط المواجهة من جمع بيانات ذات نوعية جيدة.

٣– تعميم البيانات على جميع الجهات ذات المصلحة – بما فيها الأسر والمجتمعات المحلية – بأسلوب سهل.

٤– دعم إجراء تقييم دوري يعتمد على السكان لوضع نمو الأطفال والممارسات المتعلقة بالرعاية في المنزل وعوامل الخطر وعوامل الحماية المتعلقة بالرعاية في مرحلة التنشئة.

٥– استخدام البيانات في اتخاذ القرارات بشأن برامج الرعاية في مرحلة التنشئة وضمان المساءلة. ويجب أن يتضمن ذلك استعراضاً سنوياً للتقدم المحرز يشمل جميع القطاعات.

الإجراء الاستراتيجي ٥
استخدام البيانات والابتكار

يستلزم تحقيق الصحة الشاملة للأطفال الصغار المزيد من البيّنات العلمية. فمثلاً ينبغي إجراء بحث في البيئة المحلية بشأن:

- النهج المثلى لتقييم الاحتياجات الشاملة للأطفال والأسر؛
- المكونات الفعالة للتدخلات المتعددة الأوجه المناسبة للمجتمعات المتنوعة؛
- النهج الفعالة الخاصة بالتعزيز والتنفيذ في مختلف البيئات.

وتصمَّم التدخلات في العادة ضمن دراسات معيارية، وينبغي للبلدان أن تكيفها بحسب بيئاتها المحلية. وتتناول البحوث بشأن التنفيذ وسيلة القيام بذلك. ويمكن أيضاً أن تُثري النماذج المستخدمة لتعزيز التدخلات. وفي ما يلي بعض أمثلة الأسئلة المطروحة في سياق البحوث بشأن التنفيذ:

- كيف يمكن إيجاد الطلب على التدخلات ذات النوعية الجيدة الخاصة بالرعاية في مرحلة التنشئة؟
- ما هي التكلفة الإضافية لتنفيذ تدخلات جديدة باستخدام النظم القائمة؟
- ما هي المؤشرات التي يمكن إضافتها إلى نظم المعلومات الصحية القائمة كي يُستفاد منها في إحراز تقدم؟

ومن الضروري إيجاد البيئة المحلية حتى يمكن إدراج الرعاية الخاصة بفترة التنشئة في جميع النظم، ويستلزم ذلك إقامة شراكات بين الجهات المنفِّذة وواضعي السياسات والباحثين. وفي الوقت الراهن، لم تتبلور هذه الشراكات بالقدر الكافي، ولاسيما في البيئات ذات الموارد المنخفضة، التي ربما تكون الدوائر العلمية فيها تعوزها الخبرة الكافية بسبب فقر التمويل والبنية التحتية، مما يصعب عليهم إجراء البحوث وإرساء أساس يرتكز على البيئة المحلية.

ولسد الفجوات في المعرفة، من الضروري أن تتولى البلدان القيادة في ما يخص البحوث التي تعزز القيادة الوطنية وتحدد الأولويات. ومن النهج المهمة دعم استعراض النظراء والتعلم المشترك وإنشاء فرق متعددة التخصصات. وتساعد كل هذه الجوانب على تبادل الممارسات الصالحة والتصدي لمشكلات التنفيذ. ويمكن أن تكون المنصات الوطنية للتعلم والبحث ذات جدوى كبيرة في هذا المضمار.

التدابير المقترحة على مستوى البلد

١- تعزيز التعاون بين الجهات المعنية بتنفيذ البرامج، والباحثين، والعلماء، بغية إيجاد بيّنات محلية ترتكز عليها الرعاية في مرحلة التنشئة.

٢- تولي القيادة في تحديد البحوث ذات الأولوية على المستوى المحلي، وإتاحة الموارد لإجراء البحوث المتعلقة بالتنفيذ.

٣- استخدام البيئة المحلية والعالمية لتشجيع الابتكارات التي يمكن توسيع نطاقها.

٤- دعم إقامة منصة وطنية للتعلم والبحث. وإنشاء مجموعات للممارسات للمساعدة على تعلم النظراء من بعضهم بعضاً.

٥- توثيق نتائج البحوث والدروس المستفادة ونشرها. وإتاحتها للجمهور على الصعيد العالمي.

النموذج المنطقي

التأثير

مساعدة كل طفل على النمو نمواً كاملاً وعدم استبعاد أي منهم
نمو جميع الأطفال نمواً سليماً

الحصائل (مكوِّنات الرعاية في مرحلة التنشئة)

الصحة الجيدة	التغذية الكافية	تقديم الرعاية المتجاوبة	فرص التعلُّم المبكر	الأمن والسلامة
• تمتع القائمين بالرعاية بالصحة النفسية والبدنية • تقديم الرعاية الجيدة النوعية قبل الولادة وأثنائها وبعدها • حصول الأمهات والأطفال على التمنيع • تقديم الرعاية للأطفال المرضى في الوقت المناسب • علاج أمراض الطفولة علاجاً مناسباً	• حصول القائمين بالرعاية على التغذية الكافية • إرضاع الطفل رضاعة طبيعية حصرياً وبدءها مبكراً • حصول الطفل على ما يناسب من مكملات وتغذية • إعطاء الطفل المكملات من المغذيات التي يحتاجها الجسم بمقدار ضئيل، بحسب ما يلزم • علاج سوء التغذية في مرحلة الطفولة	• وجود علاقة وجدانية تشعر الطفل بالأمان بينه وبين من يتولى رعايته • حساسية القائمين بالرعاية إزاء الإشارات التي تصدر من الطفل وتجاوبهم معها • وجود علاقات مسلية ومحفزة بين الطفل ومن يتولى رعايته • التواصل في اتجاهين بين الطفل ومن يتولى رعايته	• التواصل مع استخدام اللغة استخداماً مكثفاً • إتاحة فرص اللعب والتعلُّم بالمنزل وخارجه بحسب ما يناسب كل عمر	• تهيئة بيئات نظيفة وآمنة تعيش فيها الأسر والأطفال • اتباع الأسر والأطفال الممارسات المتعلقة بالنظافة الشخصية • تأديب الطفل تأديباً يخدم مصلحته • عدم تعرض الأطفال للإهمال أو العنف أو ظروف النزوح أو النزاع

المخرجات (الإجراءات الاستراتيجية)

١- القيادة والاستثمار	٢- التركيز على الأسر	٣- تعزيز الخدمات	٤- رصد التقدم المحرز	٥- استخدام البيانات والابتكار
• إنشاء آلية للتنسيق رفيعة المستوى ومتعددة التخصصات • تقييم الحالة الراهنة • إعداد رؤية مشتركة وأهداف وغايات وخطة عمل • إسناد الأدوار والمسؤوليات على الصعد الوطنية ودون الوطنية والمحلية • وضع استراتيجية مستدامة للتمويل موضع التنفيذ	• مراعاة آراء الأسر ومعتقداتها واحتياجاتها عند وضع الخطط • إدارة الجهاتُ المناصرة المحلية دفةَ التغيير المطلوب • تنفيذ استراتيجيات التواصل الوطنية • مساندة الجهات المجتمعية التي تدعم الرعاية في مرحلة التنشئة • مشاركة مجموعات وقادة المجتمع المحلي في أنشطة التخطيط ووضع الميزانية والرصد	• إتاحة فرص تعزيز الخدمات القائمة • تحديث المعايير الوطنية وحزم الخدمات • تحديث الجوانب المتعلقة بكفاءة القوى العاملة وتعزيز قدراتها • توجيه الموظفين المدربين والإشراف عليهم • رصد نمو الأطفال وإحالتهم إلى الخدمات المختصة عندما يلزم الأمر.	• الموافقة على مؤشرات متابعة تنمية الطفولة المبكرة • تحديث نظم المعلومات المعتادة لإصدار البيانات ذات الصلة • إتاحة الوصول إلى البيانات بأسلوب سهل • إجراء تقييم دوري يعتمد على السكان بشأن نمو الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة • استخدام البيانات في اتخاذ القرارات والمساءلة	• التعاون بين الجهات صاحبة المصلحة المتعددة في إجراء البحوث بشأن الرعاية في مرحلة التنشئة • تحديد أولويات البحوث الواجب إجراؤها وإتاحة الموارد لها • تنفيذ الابتكارات استناداً إلى البيّنات الحديثة • إنشاء منصة وطنية للتعلم والبحث • نشر نتائج البحوث والدروس المستفادة

المدخلات

الاضطلاع بدور قيادي والتنسيق والاستثمار	الحرص على تمكين الأسر والمجتمعات المحلية من العمل من أجل تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة الجيدة النوعية	النهوض بالنظم والخدمات القائمة وضمان العمل المشترك النشط بين القطاعات والجهات صاحبة المصلحة	رصد التقدم المحرز باستخدام المؤشرات وإطلاع الناس على النتائج والمساءلة بشأنها	تعزيز البيّنة المحلية والابتكار من أجل تعزيز التدخلات

تهيئة بيئات من أجل الرعاية في مرحلة التنشئة من خلال السياسات والبرامج والخدمات

تمويل الرعاية في مرحلة التنشئة

ينبغي إتاحة التمويل للنظم والقوى العاملة والبنية التحتية من أجل تهيئة بيئات تساعد على الرعاية في مرحلة التنشئة. ويجب أن يكون ذلك التمويل مستداماً وفعالاً ومرناً وموزعاً توزيعاً منصفاً. ويمكن إتاحته من مصادر مختلطة من القطاعين العام والخاص معاً – بما في ذلك من مساهمات الأسر في كثير من البلدان.[٧٨] ويستلزم اجتماع هذا المزيج والنماذج المتنوعة لتقديم الخدمات إدارة رشيدة من أجل تخصيص الموارد والتنسيق والمساءلة.

ولا يزال الاستثمار المخصص لمجموعة المدخلات اللازمة للرعاية في مرحلة التنشئة غير كافٍ. وينبغي إتاحة مزيد من التمويل لجميع المصادر اللازمة لتحسين التغطية بخدمات الرعاية في مرحلة التنشئة، وتحسين النوعية والإنصاف. ومن الضروري زيادة التمويل من القطاع العام. فيتعين على الحكومات أن تزيد الإنفاق من مصادرها المحلية وزيادة نجاعته.[٧٩] وللاضطلاع بذلك، يجب القيام بما يلي:

- إعطاء الأولوية للاستثمارات الضرورية الخاصة بالفترة من الحمل إلى سن الثالثة؛
- إقامة حوارات ترتبط بالسياسة العامة المتعلقة بالموارد الخاصة بالصحة والتغذية والتعليم والحماية الاجتماعية وحماية الطفل؛
- تعزيز الإدارة المالية العامة في هذه المجالات.

ويحتاج المانحون إلى تنسيق ما يقدمونه من تمويل من أجل دعم تنفيذ برامج الرعاية في مرحلة التنشئة التي تتولى الحكومة قيادتها. وينبغي للمانحين الدوليين أن يبادروا بسد الفجوة التمويلية في البلدان المنخفضة الدخل وتلك البلدان المتأثرة بالنزاعات والأزمات الإنسانية. ويمكن أن يؤدي القطاع الخاص دوراً بالغ الأهمية من ناحيتين: يمكن أن تساهم مبادرات المسؤولية الاجتماعية لشركات القطاع الخاص في الميزانيات، ويمكن لمنظمات القطاع الخاص أن تنفذ داخلياً سياسات وخدمات الرعاية في مرحلة التنشئة.

وفي البلدان المنخفضة الدخل، من الشائع الإنفاق من الأموال الخاصة على رعاية الأطفال اليومية وبرامج الطفولة المبكرة. ويؤدي ذلك إلى ارتفاع نفقات الأسرة، مما يثير شواغل بشأن الإنصاف. فقد يُطلب من الأسر بالإضافة إلى ما تدفعه من رسوم أن تساهم بالأموال للمساعدة على تغطية الرواتب، وبالطعام والأيدي العاملة للحفاظ على البنية التحتية. وفي بعض البلدان، يمكن أن تساعد الإعانات والرسوم التنازلية في خفض العبء على عاتق أشد الأسر حاجة. ويمكن لبرامج الإعانات النقدية المشروطة أن تزيد من دخل الأسرة وتحفز الناس على الاستفادة من خدمات الرعاية في مرحلة التنشئة.

ونحن نعمل سعياً لمستقبل تمنح فيه الحكومات الأولوية للبرامج الجيدة النوعية وتقوم بتمويلها التمويل الكافي وتنفذها على نطاق واسع فيستفيد منها جميع الأطفال من الحمل إلى سن الثالثة.[٨٠] وفي غضون ذلك، ثمة فرص عديدة لسد الفجوات في التمويل تشمل:

- التمويل الثنائي والمتعدد الأطراف من خلال العون الإنمائي العالمي؛
- المستثمرون الجدد ومنهم مؤسسة "قوة التغذية" والصندوق الائتماني لمرفق التمويل العالمي لدعم مبادرة "كل امرأة، كل طفل"؛
- المؤسسات التي تسعى إلى دعم تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة إلى الأطفال الصغار في العديد من البلدان الأكثر حرماناً في العالم.

فرص دعم الرعاية في مرحلة التنشئة

تشير البيّنات إلى أهمية تدريب مقدمي الرعاية الذين يعملون مع الأسر حتى تتحقق فعالية أنشطة النهوض بتنمية الطفولة المبكرة ودعمها خلال ما يقدمونه من خدمات، وحتى يمكن النهوض بمهارات الرعاية لديهم. ويشمل مقدمو الرعاية هؤلاء العاملين في مجال الصحة المجتمعية، والعاملين في مجال الخدمات الاجتماعية، والعاملين المعنيين بالرعاية اليومية للأطفال وكذا مقدمي الرعاية الصحية الأولية، وأطباء الأطفال وغيرهم من العاملين المعنيين برعاية الأطفال الذين يعانون من إعاقات في النمو. ويعني ذلك أن الدعم المقدم للرعاية في مرحلة التنشئة يمكن أن يضمَّن في الخدمات القائمة. وكل ما يستلزمه هو النهوض بالمهارات القائمة التي يتمتع بها من يعملون مع الأسر التي لها أطفال صغار. وتشمل الفرص:

- صحة الطفل وتغذيته – الرعاية قبل الحمل، والرعاية قبل الولادة، والرعاية بعد الولادة، والتمنيع ورصد النمو، ورعاية الطفل المريض، وتقديم الإرشاد بشأن التغذية، وعلاج سوء التغذية الحاد وإعادة التأهيل، والخدمات المقدمة إلى الأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو أو إعاقات؛

- التعليم – التعليم الثانوي، وتعليم البالغين، وخدمات ومراكز رعاية الأطفال اليومية، والتعليم قبل المدرسي، والخدمات المقدمة إلى الأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو أو إعاقات؛

- الحماية الاجتماعية – برامج دعم الدخل، ونظم التأمين الصحي، وبرامج رعاية الأطفال في مكان العمل، ورعاية الأطفال خارج الأسرة؛

- حماية الطفل – الخدمات المقدمة إلى الأطفال المعرضين لخطر الإهمال وإساءة المعاملة، والأطفال بمؤسسات الرعاية.

رصد كل طفل وهو ينمو

يهدف رصد النمو (ويجب عدم الخلط بينه وبين رصد التقدم المحرز، موضوع الإجراء الاستراتيجي ٤) إلى متابعة نمو كل طفل ودعمه. وهو يختلف عن الفحص حيث إن الأخير له إطار زمني محدد مسبقاً وهو يهدف إلى اكتشاف أي اضطرابات. ويمكن رصد النمو من خلال تفسير أداء الطفل من خلال دراسة عوامل مثل التواصل التعبيري، ومهارات التلقي، والمهارات الحركية الكبرى والمهارات الحركية الدقيقة، ومهارات الربط، واللعب، والمساعدة الذاتية.[٨١]

وتساعد متابعة الطفل وهو ينمو الأسر على تقديم الرعاية والتحفيز يومياً طول فترة التنشئة. وهي تراعي العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي ربما تكون مؤثرة وتقيم وسيلة تعامل الأسرة مع عوامل الخطر هذه. وهي تثقف مقدمي الرعاية بشأن حقوق الأطفال الذين يواجهون صعوبات في النمو، ووسيلة دعم الأسر باستخدام تدخلات منها الموارد المجتمعية.[٨١]

ويُوصى بنُهُج لرصد نمو كل طفل على حدة لتكون جزءاً من الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة. وتميّز هذه النهج المتابعة الواعية، والاستمتاع برؤية الطفل وهو ينمو ودعمه وسط أسرته. كما تشمل الشراكة مع القائمين بالرعاية لتحسين أوجه القوة والتصدي لعوامل الخطر وإتاحة المزيد من الدعم والخدمات الفردية عندما يلزم الأمر.[٨٢]

خامساً

تحقيق الرعاية في مرحلة التنشئة

حتى يسهل تقديم الرعاية في سلسلة متصلة من الخدمات عبر القطاعات، ينبغي التخطيط سوياً والتنفيذ على مستوى القطاع، والرصد، والتحسين معاً.

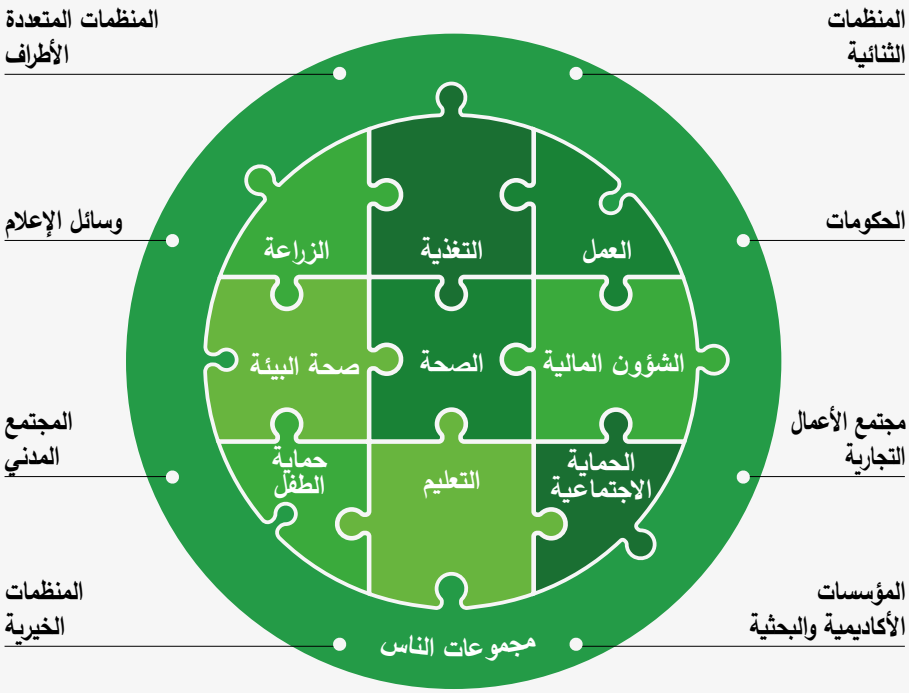
الأدوار والمسؤوليات

إن تنمية الطفولة المبكرة مهمة لنمو الإنسان وهي محل اهتمام الجميع والمجتمع. وحيث إن آثاره بهذا الحجم، فمن المنطقي ألا يكون معني بها قطاع واحد فقط. ويتواصل القطاع الصحي عبر العديد من نقاط الاتصال مع الحوامل، والأسر، ومن يتولون رعاية الأطفال الصغار. غير أنه يحتاج إلى الدعم بتدابير من القطاعات الأخرى – بما في ذلك القطاعات المعنية بالتغذية والتعليم والحماية الاجتماعية ورعاية الطفل والزراعة والعمل والشؤون المالية والماء والصرف الصحي – في إطار نهج يشمل الحكومة كلها.

ومن الضروري أيضاً إشراك جميع الجهات صاحبة المصلحة المعنية، بما فيها القائمون بالرعاية والأسر والمجتمعات المحلية والبلديات ومقدمو الخدمات ومديرو القطاعات والقادة السياسيون والمجتمع المدني والمانحون والقطاع الخاص.

ومن حق الأطفال في جميع أنحاء العالم الاستعجال في تحقيق النتائج. وبغية تحقيق هذه النتائج، يتعين على الجهات صاحبة المصلحة أن تخطط معاً وأن تنفذ على مستوى القطاع ومستوى الحكومة وأن ترصد وتخضع للمساءلة معاً. ومن الضروري أن تكون هناك آلية تنسيق فعالة، وإن كانت البلدان تطبق آليات مختلفة لتحقيق ذلك. وتتمثل القطاعات الأكثر اتصالاً بالأسر والأطفال في: الصحة والتغذية والتعليم والحماية الاجتماعية وحماية الطفل. وتصف الآلية الأدوار المنوطة بكل منها من أجل تسريع التدابير بشأن الرعاية في مرحلة التنشئة.

التزام جميع القطاعات وجميع الجهات صاحبة المصلحة بالعمل



قطاع الصحة والتغذية

لم يكن قطاع الصحة والتغذية من قبل من الجهات الفاعلة المهمة في ما يخص تنمية الطفولة المبكرة. غير أن الخدمات التي يقدمها العاملون الصحيون إلى الأمهات خلال الحمل وإلى الأطفال حتى سن الثالثة مناسبة من حيث توقيتها لتدعم تنمية الطفولة المبكرة. وفي ما يخص الرعاية قبل الولادة، يمكن أن يضمن الاتصالُ بقطاع الخدمات الصحية رعاية الأم، ويتأكد من أن الجنين داخل الرحم يحصل على ما يكفي من المغذيات بالقدر الذي يدعم نمو دماغ المولود ويمنع الولادة غير الآمنة وما تخلفه من آلام عند الولادة ومخاطر على صحة الطفل. ومن شأن تشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية عند الولادة أن يساعدا على تعزيز ارتباط الأم بطفلها. وتحسن مواصلة الرضاعة الطبيعية الحصرية نمو الطفل العقلي والعاطفي. وعندما يأتي الأطفال للحصول على التمنيع، يتيح الاتصال بالقائمين برعايتهم فرصة لتوعيتهم بشأن أهمية الرعاية الحانية والتحفيز. وتتيح الخدمات المقدمة للأطفال المعرضين للخطر – مثل برامج إعادة التأهيل للرضع المصابين بسوء التغذية الحاد أو المولودين بوزن منخفض – فرصاً مهمة أيضاً لتقديم الإرشاد بشأن الرعاية المتجاوبة والتعلُّم المبكر. ويكون العاملون المعنيون بالرعاية الصحية ملمين أيضاً بثقافات الأسر والمجتمعات المحلية وقيمها وعاداتها التي تعزز الرعاية في مرحل التنشئة.

وترد هنا خمس *وسائل يُوصى بأن يطبقها قطاع الصحة من أجل تعزيز الرعاية في مرحلة التنشئة.*

١ – الحرص على حصول النساء والأطفال الصغار على خدمات الصحة والتغذية الجيدة النوعية

من الضروري أن تكون التدخلات العديدة المرتبطة بالصحة والتغذية ذات نوعية جيدة وأن تكون مستويات التغطية بها عالية، ذلك أن لها أثراً مباشراً على نمو الأطفال. ويمثل الزخم الذي تكتسيه التغطية الصحية الشاملة فرصة للتأكد من أن حزم الخدمات المقدمة إلى النساء والأطفال الصغار على امتداد سلسلة الرعاية سهل الحصول عليها ويسيرة التكلفة وفعالة.

٢ – العمل على أن تقدم خدمات الصحة والتغذية مزيداً من الدعم للرعاية في مرحلة التنشئة

ثمة نقاط عديدة تحتك فيها الأسر بالخدمات التي منها الرعاية ما قبل الولادة والرعاية بعد الولادة وزيارات الأطفال المرضى والأصحاء. ويجب أن يُدمج فيها الدعم المقدم للرعاية المتجاوبة، بما فيها فرص التعلم المبكر ودعم الصحة النفسية للقائمين بالرعاية وشعورهم بالأمن والسلامة. ومن شأن ذلك أن يحسّن نوعية الخدمات المعتادة ويساهم في شعور القائمين بالرعاية بالرضا وطلبهم للخدمات.

٣ – زيادة التواصل مع الأسر والأطفال الأكثر عرضة لخطر النمو دون المستوى الأمثل

ستستفيد الأسر والأطفال المعرضين لخطر النمو دون المستوى الأمثل من زيادة الاتصال بهم خارج نطاق الخدمات المعتادة. فقد ثبت أن الزيارات المنزلية ومجموعات القائمين بالرعاية فعالة في مساعدة الأسر والأطفال على التغلب على التحديات التي يواجهونها في ما يخص الرعاية في مرحلة التنشئة. ويمكن أن يؤدي العاملون في مجال الصحة المجتمعية المدربين الأكفاء دوراً مهماً في تقديم الدعم، وتوسيع نطاق الرعاية المقدمة في المرافق الصحية. ويمكن أن تقدم برامج المساعدة الاجتماعية التي تستهدف في العادة الأسر الأشد فقراً وضعفاً الدعم وتشجع على استخدام الخدمات الاجتماعية المتاحة.[٤٧]

٤ – إنشاء خدمات متخصصة للأسر والأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو وإعاقات

تعمل الحكومات على تعزيز الدعم العادي والموجه، كما يتعين عليها فضلاً عن ذلك أن تستثمر في الخبرات والخدمات المحلية التي تلبي احتياجات الأسر والأطفال الذين هم بحاجة إلى دعم أكبر والذين يشملون الأطفال الذين يعانون من صعوبات في النمو وإعاقات وظروف صحية مزمنة والمهددين باحتمال إصابتهم بسوء التغذية، فضلاً عن القائمين بالرعاية الذين يعانون من مشكلات الإدمان والأمراض النفسية. ويمكن أن تشمل هذه الخدمات الرعاية من مقدمي الرعاية غير المختصين الذين ما فتئوا يثبتون فعاليتهم في مساعدة القائمين بالرعاية على تحسين قدرة الأطفال على التواصل واكتساب مهارات التكيُّف، وكذا تعزيز صحة القائمين بالرعاية، وثقتهم ومهاراتهم ومعارفهم المتصلة بتقديم الرعاية.

٥ – التعاون مع القطاعات الأخرى لضمان وجود سلسلة متواصلة للرعاية في مرحلة التنشئة

يتعين على القطاع الصحي ان يتعاون مع القطاعات الأخرى من أجل ضمان دعم الأسر والأطفال، ولاسيما الأكثر ضعفاً، من خلال العمل التكميلي الذي تضطلع به جميع شبكات الأمان. وسيساعد التعاون على تعزيز بيئة مساعدة لا تُستثنى فيها أي أسرة أو طفل. ويمكن لهذا التعاون أن يقدم إلى الأطفال الرعاية اليومية الجيدة النوعية والميسورة التكلفة، والإعانات المالية إلى الأسر الفقيرة، والبيئات النظيفة المأمونة، والدعم الاجتماعي والقانوني إلى حالات العنف الأسري، وظروف عمل مراعية للأطفال.

قطاع التعليم

من المعهود أن يعمل القطاع التعليمي أكثر في خدمة الأطفال الأكبر سناً. ولم يبدأ إلا في الأعوام القليلة الماضية في خدمة الأطفال في سن ما قبل المدرسة. وبات يضطلع بدور مهم في دعم الأطفل في سن الثالثة. وتوضع أعداد كبيرة من الأطفال في رياض الأطفال التي تقدم الرعاية اليومية، وبعض منهم بالكاد في عمر شهرين أو ثلاثة أشهر في الوقت الذي يبحث فيه القائمون برعايتهم على عمل أو يذهبون بالفعل إليه. ويحتاج مقدمو الرعاية اليومية إلى الوقت والموارد والتدريب والإشراف حتى يمكنهم تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة إلى الأطفال الذي يُعهد بهم إليهم. وحيث إن عدد الأطفال الصغار الذين يلتحقون بالتعليم ما قبل المدرسي يزداد باطراد في جميع أنحاء العالم، فيتعين تكييف المناهج والبرامج عامةً حتى تكون مناسبة لنمو الأطفل الصغار. ولا يجوز الاكتفاء بتكييفها من المناهج المصممة للأطفال الأكبر سناً. ويؤدي القطاع التعليمي أيضاً دوراً مهماً في تقديم تدريب مناسب سابق لأداء الخدمة من أجل الأطباء وكوادر التمريض والعاملين الاجتماعيين وغيرهم ممن هو معني بدعم الرعاية في مرحلة التنشئة.

وترد هنا خمس *وسائل يُوصى بأن يطبقها قطاع التعليم من أجل تعزيز الرعاية في مرحلة التنشئة.*

١ – ترسيخ حقيقة أن التعليم يبدأ منذ الولادة

يختلف التعلُّم عن التعليم المدرسي. فالتعلُّم لا ينتظر الأطفال إلى حين وصولهم المدرسة، بل يبدأ بالمنزل خلال فترة الحمل. ويمكن أن تشكّل برامج رعاية الأطفال المجتمعية ومجموعات القائمين بالرعاية محاور مهمة لتعزيز تجارب التعلُّم المبكر بالمنزل وخارجه. وتضع هذه اللحظات المبكرة اللبنة الأولى للتعلُّم الذي سيستمر مدى العمر، والذي يدعم نمو الطفل العقلي والبدني والاجتماعي والعاطفي. وأفضل بيئة تتاح فيها فرص التعلُّم المبكر هي تلك البيئة التي تعزز الفضول والحماس وفهم الذات وضبط النفس واستحسان اللغة المستخدمة في المنزل وثقافته. ويمكن للشركاء في التعليم من خلال مشاركتهم المبكرة أن يساعدوا على تأكيد استمرارية التوجيه ودعم الرعاية في مرحلة التنشئة بالمنزل وفي إطار برامج رعاية الأطفال وفي مرحلة ما قبل المدرسة وفي المدرسة الابتدائية وبعدها.

٢ – الحرص على إدراج الممارسات الصحية السليمة والنظافة الشخصية والتغذية في برامج الطفولة المبكرة

إن برامج التعليم قبل المدرسي وغيرها من برامج مرحلة الطفولة المبكرة هي أماكن مناسبة لتقديم الوجبات الغذائية والوجبات الخفيفة وإتاحة الفرصة لممارسة الكثير من الأنشطة البدنية. وهي أيضاً مناسبة لتعزيز النظر والسمع والكلام، وتعلم ممارسات النظافة الشخصية، وتحسين النظام الغذائي والعادات الغذائية في المنزل، وتعزيز الاحترام والاندماج بين الأطفال من خلفيات مختلفة. ويمكن أن تكون الشراكات بين الفاعلين في الصحة والنظافة الشخصية والتغذية وحقوق الأطفال مفيدة أيضاً في هذه الأماكن. فهي تيسر رصد وتعزيز نمو الأطفال الصغار وتطورهم البدني وممارساتهم ذات الصلة بالنظافة الشخصية، ونموهم الاجتماعي والعاطفي ورفاههم عموماً.

٣ – وضع مشاركة الأسرة في صميم برامج الطفولة المبكرة

من المعهود أن يركز التعليم على الأطفال، لكن تتزايد البيّنات على أهمية مشاركة الأسر في برامج التعليم قبل المدرسي وبرامج رعاية الطفل. ويمكن للقائمين بالرعاية التطوع ويمكنهم المشاركة في اتخاذ القرار ويمكن إشراكهم في الأحداث التعليمية وأحداث الترابط مع الآخرين. وتنمي كل هذه الأشياء من الشعور بالقدرة والاحتواء، فتشعر الأسر بالثقة في ما تؤديه من دور في حياة أطفالها. وتحد العوائق – المالية أو الاجتماعية أو الثقافية – من مشاركة الأسر والأطفال في البرامج. وعندما تشعر الأسر بقيمتها وعندما تُشرك في تصميم البرامج وتنفيذها، فمن الأرجح أن تكون أكثر توفيقاً وقدرة على استدامة جهودها.

٤ – إدماج الأطفال ذوي الاحتياجات الإضافية والوصول إلى الأطفال الأشد ضعفاً

لجميع الأطفال الحق في المشاركة في برامج مرحلة الطفولة المبكرة. لكن الأسر الأشد ضعفاً مهملة: لا تصلها الخدمات. فمن الضروري تحديد الضعيفين من الأسر والأطفال من خلال تقييم المجتمع والحوارات والتثقيف. وبينما تتوسع رياض الأطفال ورعاية الأطفال المجتمعية، ثمة فرصة جديدة لاستيعاب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ولإعداد المدرسين والمديرين لضمان مشاركتهم المشاركة الكاملة.

٥ – الاستثمار في تعليم المراهقين والبالغين

يرتبط تعليم البالغين بتحسن تنمية الطفولة المبكرة وينطبق الأمر نفسه على ضمان التعليم الثانوي للشباب والشابات بالنظر إلى أن العديد منهم سيصير أمهات وآباء. ويمكن أن يساهم إدراج الرعاية الخاصة بفترة التنشئة في المناهج الدراسية للتعليم الثانوي في إعداد من سيضطلعون في المستقبل بتقديم الرعاية لتعزيز ودعم نمو الجيل القادم من الأطفال.

قطاعا الحماية الاجتماعية وحماية الطفل

في بعض البلدان، يُشار إلى قطاعي الحماية الاجتماعية وحماية الطفل بالرعاية الاجتماعية. وأياً كان المصطلح المستخدم، فللقطاعين دور حيوي في تهيئة بيئة مساعدة على تحقيق الرعاية في مرحلة التنشئة. ويقوم القطاعان بذلك عبر توفير شبكة أمان تعزز قدرة الأسر على تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة والحصول على ما تحتاجه من خدمات. وتشمل التدخلات ذات الصلة ما يلي:

- الدعم المالي والاجتماعي الموجه إلى الأسر الأشد ضعفاً التي لها أطفال صغار؛
- تخطيط المدن والمساحات الخضراء بحيث تُراعى احتياجات الأطفال الصغار؛
- إتاحة مرافق رعاية الطفل المجانية أو الميسورة التكلفة للأطفال دون سن الثالثة؛
- التواصل مع المراكز المجتمعية التي تُعنى بالأطفال؛
- تنفيذ برامج لتقديم الرعاية.

وتساعد البيئة الآمنة المساندة التي تُتاح فيها الرعاية المتجاوبة والحنونة الأطفال على بناء قدرتهم على الصمود في مواجهة الشدائد والصدمات والمخاطر والضغوط الحياتية الشديدة.

وترد هنا خمس *وسائل يُوصى بأن يطبقها قطاعا حماية الطفل والحماية الاجتماعية للمساعدة على الرعاية في مرحلة التنشئة.*

١- ضمان المواطنة والهوية لكل طفل

يُحرم ملايين الأشخاص في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل من الخدمات الأساسية وحماية حقوقهم بسبب ضعف التسجيل المدني. وتشمل الخدمات المحظورة التي لا يمكن لغير المواطنين الحصول عليها التغطية الصحية الشاملة والتعليم والحماية الاجتماعية، فضلاً عن المساعدة الإنسانية أثناء الطوارىء والنزاعات. وحتى يمكن دعم الرعاية في مرحلة التنشئة، ينبغي للبلدان أن تسجل كل طفل يولد وجميع الأحداث الأساسية التي تلي مولده. ويجب أيضاً ربط تسجيل المواليد بالهوية لضمان حصولهم على الخدمات وتمتعهم بحقوقهم.

٢- مساعدة الأسر والأطفال على اتقاء الفقر

من الضروري لتخفيف آثار الفقر، ولاسيما الفقر المدقع، على الأطفال الصغار، تأمين دخل أساسي للأطفال والحوامل والعاملين المتأثرين بإصابات في العمل والأشخاص في سن العمل غير القادرين على كسب دخل كافٍ وكبار السن. ولا يساعد تحديد المجموعات السكانية الضعيفة وإتاحة الأمن الاجتماعي لها على تحسين تقديم الدعم الضروري لتخصيص استثمارات أساسية في رفاهية الأسر فحسب، بل أيضاً على تحسين نوعية الحياة داخل المنزل. وتيسر نوعية الحياة في المنزل أيضاً الحصول على الخدمات الضرورية، ولاسيما في ما يخص الرعاية الصحية.

٣- ربط المنافع بالخدمات التي تدعم الرعاية في مرحلة التنشئة

يستفيد العديد من الأسر الضعيفة من آليات الحماية الاجتماعية، وهي بذلك تتيح فرصاً هائلة لتعزيز الرعاية في مرحلة التنشئة. ويستفيد من هذه الآليات الأطفال الصغار والحوامل وأسرهما، بما يحصلون عليه من معلومات ودعم وحماية وخدمات. وقد ثبت أن للربط بين هذه الآليات والرعاية في مرحلة التنشئة منافع تعود على كليهما، ويمكنه أن يزيد من وقع برامج الحماية الاجتماعية.

٤- ضمان وجود سلسلة متواصلة للرعاية

من الممكن أن يتعرض الأطفال لخطر النمو دون المستوى الأمثل بسبب عوامل بيولوجية مثل الإعاقة أو عوامل بيئية مثل العنف المجتمعي أو المنزلي. وينبغي إحالة هؤلاء الأطفال إلى الخدمات المجتمعية المناسبة التي تقدم رعاية أكثر تخصصاً. ويحتاج الأطفال أيضاً إلى الوسائل التي تعينهم على الوصول إلى هذه الخدمات، بما فيها خدمات النقل، والترجمة. وحتى يمكن خدمة من هم أكثر حاجة، لا بد من وجود موظفين بمؤهلات مناسبة، ومراكز تقدم خدمات متكاملة، ونظم تجمع هذه الخدمات في سلسلة متواصلة للرعاية.

٥- حماية الأطفال من إساءة معاملتهم والتفكك الأسري

ينبغي للمهنيين في جميع القطاعات أن يعوا خطورة إساءة معاملة الأطفال. ويجب على هؤلاء المهنيين أن يكونوا قادرين أيضاً على تمييز الطفل الذي يتعرض لإساءة معاملته وعلى التصرُّف في حالة الاشتباه بتعرضه لسوء المعاملة. وينبغي لهم أيضاً أن يكونوا قادرين على الاستجابة وفقاً للمصالح العليا للطفل وفهم أهمية الحيلولة دون شعور الأطفال الصغار بالمعاناة بسبب الآثار السلبية للانفصال الأسري. وينبغي تحديد الاستراتيجيات التي تحدّ من عنف الأطفال والعنف المنزلي، مثل مجموعات الآباء والحملات الوطنية وبرامج الوالدين والجهات المناصِرة المحلية. وينبغي السعي لإيجاد الحلول التي تحافظ على تماسك الأسر.

الالتزام بالتدابير

إن تنفيذ التدابير الاستراتيجية وتحقيق رؤية الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة يحتاجان إلى التزامات ملموسة وعمل جماعي. وقد أبدت الحكومات والجهات صاحبة المصلحة المعنية التزامها بالاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق. وتمثل هذه الالتزامات الأساس الذي يُستند إليه في التعهد بمزيد من الالتزامات بدعم الرعاية في مرحلة التنشئة.

وهذه مناشدة لإبداء الأفراد والمنظمات في جميع المستويات التزامها بالعمل سوياً من أجل تحقيق الغايات ذات الصلة المدرجة في أهداف التنمية المستدامة وتحقيق ما يُقترح إنجازه على الصعيدين القُطري والعالمي.

الإنجازات التي يتعيَّن تحقيقها في السنوات الخمس القادمة (حتى عام ٢٠٢٣)

الإنجازات على الصعيد الوطني	الإنجازات على الصعيد العالمي
أن تكون كل البلدان قد أنشأت آلية تنسيق وطنية ووضعت خطة لتوفير الرعاية في مرحلة التنشئة على نحو شامل.	أن تكون كل الجهات صاحبة المصلحة العالمية قد أنشأت آليات وظيفية للتنسيق المتعدد القطاعات وقامت بمواءمة العمل دعماً للرعاية في مرحلة التنشئة.
أن تتناول كل البلدان الرعاية في مرحلة التنشئة ضمن استراتيجيات الاتصال الوطنية ومن خلال الهياكل المجتمعية والقادة المحليين.	أن تكون كل الجهات صاحبة المصلحة العالمية قد شرعت في حملة عالمية لمناصرة الرعاية في مرحلة التنشئة وتشجيع تطبيق نهج فعالة لإشراك وتفويض المجتمعات المحلية.
أن تعزز كل البلدان قدرة القوى العاملة فيها حتى تتمكن من دعم الرعاية المتجاوبة والتعلُّم المبكر لكل الأسر والأطفال بمن فيهم ذوي الاحتياجات الإضافية.	أن تكون الجهات صاحبة المصلحة العالمية قد أعدت مبادئ توجيهية حديثة وحزم خدماتية وموجهات تنفيذية تتعلق بالرعاية في مرحلة التنشئة، وشجعت على استخدامها.
أن تجمع كل البلدان بيانات بشأن جودة وتغطية التدخلات المتعلقة بجميع المكوِّنات الخمسة للرعاية في مرحلة التنشئة.	أن تتاح وتُنفَّذ مؤشرات عالمية منسَّقة خاصة بالرعاية في مرحلة التنشئة وإطار لقياسها.
أن تستثمر كل البلدان في البحث على المستوى المحلي بغية تعزيز تنفيذ تدخلات الرعاية في مرحلة التنشئة.	أن تكون الجهات صاحبة المصلحة العالمية قد حددت أولويات البحث في مجال الرعاية في مرحلة التنشئة واستثمرت في الدراسات التي تتناولها.

ستتولى الحكومات والبرلمانيون وواضعو السياسات ما يلي:

- الالتزام برؤية أساسها الإنصاف والتنمية البشرية ومحورها الأطفال الصغار وأسرهم؛
- دعم الرعاية في مرحلة التنشئة من خلال تنسيق السياسات والميزانيات والخطط التشغيلية وتطوير القوى العاملة والحزم التدريبية والأدوات والأنشطة عبر مختلف القطاعات؛
- إتاحة الموارد البشرية والتقنية والمالية من أجل تعزيز السياسات والمعلومات والخدمات على الصعد الوطنية ودون الوطنية والمحلية؛
- العمل من أجل تطبيق نهج على مستوى الحكومة كلها والمجتمع كله لدعم الرعاية في مرحلة التنشئة.

وسيتولى المجتمع المدني ما يلي:

- جهود المناصرة لزيادة الاهتمام بالرعاية في مرحلة التنشئة وزيادة الاستثمار؛
- تعزيز قدرة المجتمعات على دعم الرعاية في مرحلة التنشئة؛
- زيادة تعريف الأسر والجهات صاحبة المصلحة المحلية بحقوق الأطفال الصغار؛
- رصد التقدم المحرز ومحاسبة نفسه والجهات الأخرى صاحبة المصلحة بشأن الالتزامات المتعهد بها.

وستتولى المؤسسات الأكاديمية والبحثية ما يلي:

- التوصل إلى بيّنات جديدة بشأن منافع الرعاية في مرحلة التنشئة، وأثرها على الأجيال الحالية والمقبلة، والنهج الفعالة لتنفيذها، فضلاً عن تكاليفها وفعاليتها من حيث التكلفة؛
- التوصل إلى بيّنات بشأن وسيلة تكييف التدخلات والبرامج المثبتة فعاليتها لخدمة فئات محددة من الأسر والأطفال بما فيها تلك الفئات التي تعيش وسط جماعات الشعوب الأصلية والجماعات التي يتعذر الوصول إليها؛
- إدراج الرعاية الخاصة بفترة التنشئة في تدريب المهنيين العاملين وسط الأطفال الصغار والأسر؛
- تعميم المعلومات بشأن البيّنات والابتكارات على نطاق واسع.

وسيتولى مجتمع الأعمال ما يلي:

- الاستثمار في تهيئة بيئة مساعدة على الرعاية في مرحلة التنشئة في أماكن العمل والمجتمع المحلي وغير المحلي من خلال استثمار الموارد وتطبيق السياسات المؤسسية التي تمنح عطلة كافية للآباء والأمهات وبأجرٍ متساوٍ.

وستتولى وسائل الإعلام ما يلي:

- مخاطبة الفئات الأكثر حرماناً؛
- التوعية بأفضل الممارسات في مجال الرعاية في مرحلة التنشئة وتشجيعها؛
- المساعدة على تغيير الأعراف الاجتماعية بشأن الطفولة المبكرة من خلال الاستعانة بالمعارف العلمية الحالية لإثراء الرسائل التي توجهها.

وستتولى منظمات الأمم المتحدة والمنظمات المتعددة الأطراف والمبادرات الأخرى ما يلي:

- تجميع كل البيّنات في نهج واحد متماسك؛
- إعداد القواعد والإرشادات؛
- تقديم المساعدة التقنية والمالية للبلدان والشركاء؛
- رصد التقدم المحرز في السياسات والتدخلات المتعلقة بالتغطية والنوعية والحصائل؛
- العمل في إطار شراكات من أجل منح الأولوية للرعاية في مرحلة التنشئة في خطة التنمية المستدامة.

وستتولى شراكات التنمية الثنائية والمؤسسات الخيرية ما يلي:

- حشد الموارد المالية والتقنية؛
- تحفيز البحث والابتكار؛
- دعم تنفيذ ورصد السياسات والخطط الوطنية الخاصة بالرعاية في مرحلة التنشئة.

الموارد الإضافية

يتيح الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة خارطة طريق للعمل المطلوب. وسندعمه بموارد على الإنترنت حتى يمكن تكييفه بحيث يُستخدم في مختلف البلدان.

وسنقوم بتطوير الموقع الإلكتروني مع الوقت، بالتعاون مع الجهات صاحبة المصلحة. وستتاح فيه معلومات عما تحرزه البلدان من تقدم، إلى جانب موارد يُسترشَد بها في وضع السياسات والبرامج.

وستشمل هذه الموارد ما يلي:

- إرشادات لإثراء عملية وضع السياسات والتخطيط
- أدوات للمناصرة والاتصال
- أدوات لتعزيز قدرة الخدمات
- إرشادات بشأن الرصد والتقييم
- قصص من البلدان
- أحدث نتائج البحوث.

وللحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة:
www.nurturing-care.org

الملحقان

الملحق ١: المسرد

الملحق ٢: المؤشرات المقترحة

الملحق ١: المسرد

القائم بالرعاية/مقدم الرعاية: كل شخص يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالطفل ويتولى مسؤولية رعايته ودعمه يومياً. ويشمل القائمون بالرعاية الأساسيون الوالدين والأسر وغيرهم من الأشخاص المسؤولين مسؤولية مباشرة عن الطفل في المنزل. ويشملون أيضاً مقدمي الرعاية خارج المنزل، مثل الأشخاص الذين يعملون في رياض الأطفال التي تقدم الرعاية اليومية.

بطء النمو: يُستخدم هذا الوصف عندما يحدث بطء في نمو الطفل الصغير في جانب أو أكثر مقارنة بنمو الأطفال الآخرين. ويشمل ذلك نمو المهارات الحركية الكبرى والدقيقة، والكلام واللغة، والمهارات المعرفية والعقلية والاجتماعية والعاطفية، فضلاً عن الوظائف التنفيذية.

الصعوبة في النمو: أي وضع يُعرّض الطفل لخطر النمو دون المستوى الأمثل، أو يُعرّضه لانحراف أو بطء أو اضطراب أو إعاقة في النمو. ويشمل المصطلح جميع الأطفال الذين يعانون من قصور في أدائهم وفي نموهم نمواً كاملاً. ومن هؤلاء الأطفال ذلكم الذين يكابدون الجوع أو الحرمان الاجتماعي، أو الذين ولدوا بوزن منخفض، أو الذين يعانون من الشلل الدماغي أو التوحد أو مشكلات حسية أو إعاقات عقلية مثل متلازمة داون أو أي إعاقة بدنية أخرى مثل السنسنة المشقوقة.

الإعاقة: أي صعوبة من الصعوبات التالية المرتبط بعضها بعضاً: اعتلالات في وظائف الجسم أو تغيُّرات في هيكله؛ وقصور أو صعوبات في أداء الأنشطة؛ وقيود تعوق من المشاركة في أي مجال من مجالات الحياة. وتنشأ الإعاقة من تفاعل الحالة الصحية مع العوامل الظرفية، بما فيها العوامل البيئية والشخصية.

تنمية الطفولة المبكرة: يُقصد بها نمو الطفل العقلي، والبدني، واللغوي، والحركي، والاجتماعي، والعاطفي في الفترة بين الحمل وسن الثامنة ويركز الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة على الفترة من الحمل إلى سن الثالثة.

التخلُّق المتوالي: يُقصد به التغيرات في الحمض النووي التي لا تحدث تغييراً في تسلسله، لكن يمكنها أن تحدث تغييراً في نشاط الجينات من خلال تنشيطها أو تثبيطها. ويعدّ التغيُّر التخلُّقي أمراً طبيعياً يحدث بانتظام، ويمكن أن يتأثر بعوامل منها العمر والبيئة ونمط الحياة والمرض.

النهج المعتمد على الأسر: يُقصد به السياسات والإجراءات والممارسات المكيَّفة بحيث تركز على احتياجات الأسر والأطفال ومعتقداتهم وقيمهم الثقافية. ويستلزم هذا النهج العمل في شراكة مع الأسر والاعتراف بقدراتها والاستفادة منها.

الرعاية في مرحلة التنشئة: يُقصد بها الظروف المحيطة التي يتولى القائمون بالرعاية تهيئتها. وهي تشمل ضمان سلامة صحة الأطفال وتغذيتهم، وحمايتهم من المخاطر، وإتاحة فرص التعلُّم المبكر لهم، من خلال التفاعلات العاطفية والمساندة والمتجاوبة.

النهج المتبع على مستوى الحكومة كلها: يُقصد به أن تعمل الأجهزة التي تقدم الخدمات العامة على نحو رسمي وغير رسمي عبر الوزارات كلها من أجل تحقيق هدف مشترك. ويعني ذلك استجابة الحكومة استجابةً متكاملة لمواضيع محددة. ويهدف إلى تحقيق اتساق السياسات بغرض تحسين فعالية السياسات والبرامج ونجاعتها.

النهج المتبع على مستوى المجتمع كله: يُقصد به أن تعمل كل الجهات صاحبة المصلحة المعنية من أجل دعم الجهود الوطنية. وتشمل الجهات صاحبة المصلحة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والمنظمات الحكومية الدولية، والمؤسسات الدينية، والمجتمع المدني، والأوساط الأكاديمية، ووسائل الإعلام، والجمعيات الطوعية، وإذا لزم الأمر القطاع الخاص ودوائر الصناعة. ويهدف هذا النهج إلى تعزيز التنسيق بين هذه الجهات صاحبة المصلحة حتى تكون جهودها أكثر فعالية.

الملحق ٢: المؤشرات المقترحة

هناك مؤشرات عالمية قائمة بالفعل لرصد التقدم المحرز في تحقيق الرؤية والغايات المدرجة في الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة. وهذه المؤشرات مستخلصة من أطر رصد أهداف التنمية المستدامة والاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق.[٨٣] ويبين الجدول ٢ بعض المؤشرات لكل مكوّن من مكوّنات الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة – ومع ذلك فهناك مؤشرات عديدة أخرى ذات صلة بهذه المكوّنات.

لكن لا تتاح المؤشرات المعتمدة على السكان للمكوّنات الخمس للرعاية في مرحلة التنشئة على نحو متساوٍ. فمؤشرات الرعاية المتجاوبة والتعلُّم المبكر قليلة جداً. ولا توجد جهة تجمع بيانات قابلة للمقارنة بين البلدان بشأن التغطية بالتدخلات المتعلقة بتقديم الإرشاد لمساعدة مقدمي الرعاية على تقديم الرعاية في مرحلة التنشئة. فهذا المكوّن غير مشمول بالدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية أو الدراسات الاستقصائية التمثيلية للأسر المعيشية على الصعيد الوطني أو الدراسات الاستقصائية الجماعية المتعددة المؤشرات التي تجريها اليونيسف.

وفي جميع أنحاء العالم يمضي العمل على قدم وساق في إعداد مؤشرات جديدة لتقييم نمو الأطفال دون سن الخامسة. والهدف من ذلك التوصل إلى إطار رصد منسق. وثمة حاجة على وجه الخصوص إلى تقييم نمو الأطفال منذ تخلُّقهم حتى سن الثالثة. ويساعد هذا الأمر على رصد التقدم المحرز في تحقيق الغاية ٤-٢-١ المدرج في أهداف التنمية المستدامة والذي يُعنى بالأطفال دون سن الخامسة الذي يسير نموهم سيراً حسناً على صعيد الصحة والتعلم والسلامة النفسية والاجتماعية.

الجدول ٢

أمثلة على المؤشرات المعتمِدة على السكان التي تدعم الرعاية في مرحلة التنشئة

المكوّن الواجب رصده	المؤشرات القائمة
نسبة الوفيات النفاسية	المؤشر المتعلق بالهدف ٣-١-١
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	المؤشر المتعلق بالهدف ٣-٢-١
معدل وفيات المواليد	المؤشر المتعلق بالهدف ٣-٢-٢
معدل وفيات المراهقين	المؤشر المتعلق بالهدف ٣-٧-٢
الصحة الجيدة	
مؤشر التغطية بالخدمات الصحية الضرورية بما فيها خدمات الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين: تنظيم الأسرة، والرعاية قبل الولادة، والتوليد بأيدي مختصين مهرة، والرضاعة الطبيعية، والتمنيع، وعلاج أمراض الطفولة	المؤشر المتعلق بالأهداف ٣-١-٢، و ٣-٧-١، و ٣-٨-١
نسبة النساء اللاتي في سن ١٥-٤٩ عاماً واللاتي تلقين أربع زيارات أو أكثر لتقديم الرعاية قبل الولادة	الاستراتيجية العالمية

نسبة الأمهات والمواليد الذين يتصلون بمقدم خدمات صحية خلال يومين بعد الولادة	الاستراتيجية العالمية
نسبة الأطفال الذين تلقوا تمنيعاً كاملاً	الاستراتيجية العالمية
نسبة الأطفال المشتبه في إصابتهم بالالتهاب الرئوي الذين أُخذوا إلى مقدم رعاية صحية مناسب	الاستراتيجية العالمية
نسبة الأطفال المصابين بإسهال والذين يتلقون أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم	الاستراتيجية العالمية
التغذية الكافية	
معدل انتشار التقزم (الطول بالنسبة للعمر أقل من −٢ نقطة من الانحراف المعياري عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال دون سن الخامسة	المؤشر المتعلق بالهدف ٢−٢−١
معدل انتشار سوء التغذية (الوزن بالنسبة للطول أكثر من +٢ أو أقل من −٢ نقطة من الانحراف المعياري عن متوسط معايير نمو الطفل لمنظمة الصحة العالمية) بين الأطفال دون سن الخامسة، مصنفين حسب النوع (الهزال وزيادة الوزن)	المؤشر المتعلق بالهدف ٢−٢−٢
معدل انتشار فقر الدم وسط النساء في سن ١٥−٤٩ عاماً، مصنفاً بحسب العمر وحالة الحمل	الاستراتيجية العالمية
نسبة الرضّع دون سن ٦ شهور والذين يعتمدون في تغذيتهم على لبن الأم حصرياً	الاستراتيجية العالمية
نسبة الأطفال من سن ٦ شهور إلى ٢٣ شهراً الذين يحصلون على الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول	الاستراتيجية العالمية
تقديم الرعاية المتجاوبة	
نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين هم ماضون على المسار الصحيح من حيث النمو في مجالات الصحة، والتعليم، والرفاه النفسي والاجتماعي، بحسب الجنس	المؤشر المتعلق بالهدف ٤−٢−١
النسبة المئوية للأطفال في طور التخلُّق حتى سن ٥٩ شهراً الذين تركوا بمفردهم أو في رعاية أطفال يقل عمرهم عن ١٠ سنوات خلال الأسبوع السابق	الدراسات الاستقصائية الجماعية المتعددة المؤشرات
فرص التعلُّم المبكر	
النسبة المئوية للأطفال في طور التخلُّق حتى سن ٥٩ شهراً الذين لهم ثلاثة كتب أو أكثر بالمنزل	الدراسات الاستقصائية الجماعية المتعددة المؤشرات
النسبة المئوية للأطفال في طور التخلُّق حتى سن ٥٩ شهراً الذين لهم لعبتان أو أكثر بالمنزل	الدراسات الاستقصائية الجماعية المتعددة المؤشرات
الأمن والسلامة	
نسبة السكان الذين يعيشون دون خط الفقر الوطني بحسب الجنس والعمر	المؤشر المتعلق بالهدف ١−٢−١
نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة و١٧ سنة والذين تعرضوا لأي نوع من أنواع العقاب البدني و/أو الإيذاء النفسي من جانب مقدمي الرعاية في الشهر السابق	المؤشر المتعلق بالهدف ١٦−٢−١
نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين سُجلت ولاداتهم في قيد السجل المدني	المؤشر المتعلق بالهدف ١٦−٩−١
نسبة السكان الذين يستفيدون من خدمات مياه الشرب التي تدار بطريقة مأمونة	المؤشر المتعلق بالهدف ٦−١−١
نسبة السكان الذين يستفيدون من الإدارة السليمة لخدمات الصرف الصحي، بما فيها مرافق غسل اليدين بالصابون والمياه	المؤشر المتعلق بالهدف ٦−٢−١

المراجع

1. Christakis D. Media and children [video]. City: Publisher; 2011 (https://www.youtube.com/watch?v=BoT7qH_uVNo, accessed 2 May 2018).

2. Survive, Thrive, Transform – The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016 – 2030). New York: United Nations; 2015.

3. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015.

4. The United Nations Convention of the Rights of the Child. New York: United Nations; 1989.

5. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of, Child Family, Health et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232–46.

6. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet. 2017;389(10064):77–90.

7. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. Lancet. 2017;389(10064):103–18.

8. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet. 2017;389(10064):91–102.

9. Gertler P, Heckman J, Pinto R, et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. Science. 2014;344(6187):998–1001.

10. Hoddinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. Lancet. 2008;371(9610):411–6.

11. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. Science. 2006;312(5782):1900–2.

12. The State of the World's Children 2017: Children in a digital world. New York: UNICEF; 2017.

13. Chan M, Lake A, Hansen K. The early years: silent emergency or unique opportunity? Lancet. 2017;389(10064):11–3.

14. Lagercrantz H. Infant brain development: Formation of the mind and the emergence of consciousness. Switzerland: Springer International Publishing; 2016.

15. Hepper P. Behavior during the prenatal period: Adaptive for development and survival. Child Development Perspectives. 2015;9(1):38–43.

16. van IJzendoorn MH, Bakermans?Kranenburg MJ, Ebstein RP. Methylation matters in child development: Toward developmental behavioral epigenetics. Child Development Perspectives. 2011;5(4):305–10.

17. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, et al. Early childhood investments substantially boost adult health. Science. 2014;343(6178):1478–85.

18. Nofziger S, Rosen NL. Building self-control to prevent crime. In: Teasdale B, Bradley M, editors. Preventing crime and violence. Basel, Switzerland: Springer International Publishing; 2017:43–56.

19. Murray L, Andrews E. The social baby. London: The Children's Project; 2002.

20. Tomlinson M, Cooper P, Murray L. The mother-infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. Child Dev. 2005;76(5):1044–54.

21. Vally Z, Murray L, Tomlinson M, Cooper PJ. The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(8):865–73.

22. Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, Borghini A, Ansermet F. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. Early human development. 2004;79(2):145–58.

23. Spittle AJ, Treyvaud K, Doyle LW, et al. Early emergence of behavior and social-emotional problems in very preterm infants. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009;48(9):909–18.

24. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. Pediatrics. 2017;139(1).

25. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016; 387(10017):491–504.

26. Heckman JJ. The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2007;104(33):13250–5.

27. Yousafzai AK, Rasheed MA, Rizvi A, Armstrong R, Bhutta ZA. Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster-randomised factorial effectiveness trial. Lancet. 2014;384(9950):1282–93.

28. Grantham-McGregor SM, Fernald LC, Kagawa RM, Walker S. Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status. Ann N Y Acad Sci. 2014;1308:11–32.

29. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. Lancet. 2018.

30. Fleming TP, Watkins A, Velazquez MA, et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. Lancet. 2018.

31. Chan JC, Nugent BM, Bale TL. Parental advisory: Maternal and paternal stress can impact offspring neurodevelopment. Biol Psychiatry. 2017.

32. Li J, Tsuprykov O, Yang X, Hocher B. Paternal programming of offspring cardiometabolic diseases in later life. J Hypertens. 2016;34(11):2111–26.

33. Barker M, Colbourn T, Dombrowkski SU, et al. Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. Lancet. 2018.

34. Lytton H, Romney DM. Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. Psychological Bulletin. 1991;109(2):267.

35. Jordans MJD, Tol WA. Mental health and psychosocial support for children in areas of armed conflict: call for a systems approach. BJPsych Int. 2015;12(3):72–5.

36. Sameroff A. A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. Child Dev. 2010;81(1):6–22.

37. Murphy KM, Rodrigues K, Costigan J, Annan J. Raising children in conflict: An integrative model of parenting in war. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology. 2017;23:46.

38. Murphy KM, Yoshikawa H, Wuermli A. Implementation research for early childhood development programming in humanitarian contexts. Annals of the New York Academy of Science. 2018; 1419: 218-229

39. Bouchane K, Yoshikawa H, Murphy KM, Lombardi J. Early childhood programs for refugees. Paris: UNESCO. 2018.

40. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet. 2008;371(9608):243–60.

41. Victora CG, Adair L, Fall C, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008;371(9609):340–57.

42. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491–504.

43. Engle PL, Pelto GH. Responsive feeding: implications for policy and program implementation. J Nutr. 2011;141(3):508–11.

44. Tomlinson M, Cooper P, Murray L. The mother-infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. Child Dev. 2005;76(5):1044–54.

45. Lucas JE, Richter LM, Daelmans B. Care for child development: an intervention in support of responsive caregiving and early child development. Child Care Health Dev. 2018;44(1):41–9.

46. Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. Proc Natl Acad Sci U S A. 2012;109 Suppl 2:17302–7.

47. Walque, Damien de, Lia Fernald, Paul Gertler, and Melissa Hidrobo. 2017. "Cash Transfers and Child and Adolescent Development." In *Disease Control Priorities*, Third Edition, 325–41. Washington DC: World Bank. http://dcp-3.org/chapter/2472/cash-transfers-and-child-and-adolescent-development

48. Maulik PK, Darmstadt G. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. Pediatrics. 2007;120(Supplement 1):S1–S55.

49. Green S, Davis C, Karshmer E, Marsh P, Straight B. Living stigma: The impact of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination in the lives of individuals with disabilities and their families. Sociological Inquiry. 2005;75(2):197–215.

50. The International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.

51. Yousafzai AK, Lynch P, Gladstone M. Moving beyond prevalence studies: screening and interventions for children with disabilities in low-income and middle-income countries. Arch Dis Child. 2014;99(9):840–8.

52. Reichow B, Servili C, Yasamy MT, Barbui C, Saxena S. Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review. PLoS Med. 2013;10(12):e1001572;discussion e.

53. Hamdani SU, Akhtar P, Zill EH, et al. WHO Parents Skills Training (PST) programme for children with developmental disorders and delays delivered by Family Volunteers in rural Pakistan: study protocol for effectiveness implementation hybrid cluster randomized controlled trial. Global Mental Health. 2017;4:e11.

54. Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and the environment. Geneva: World Health Organization; 2017.

55. Progress on drinking water, sanitation and hygiene. Geneva: World Health Organization; 2017.

56. Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children. Geneva: World Health Organization; 2016.

57. Don't pollute my future! The impact of the environment on children's health. Geneva: World Health Organization; 2017.

58. National Department of Health. National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Survey Report 2015. Pretoria, South Africa: National Department of Health; 2017.

59. Richter LM, Sherr L, Adato M, et al. Strengthening families to support children affected by HIV and AIDS. AIDS Care. 2009;21 Suppl1:3–12.

60. Sherr L, Cluver L. World Health Day focus on HIV and depression – a comorbidity with specific challenges. J Int AIDS Soc. 2017;20(1):21956.

61. Williams PL, Marino M, Malee K, et al. Neurodevelopment and in utero antiretroviral exposure of HIV-exposed uninfected infants. Pediatrics. 2010;125(2):e250–60.

62. UNAIDS. Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017.

63. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. Br J Psychiatry. 1999;175:554–8.

64. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ. 2012;90(2):139G–49G.

65. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, team As. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. Lancet. 2005;365(9478):2201–5.

66. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet. 2014;384(9956):1775–88.

67. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. J Child Psychol Psychiatry. 1992;33(3):543–61.

68. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(9): 946–52.

69. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;372(9642):902–9.

70. Rahman A, Fisher J, Bower P, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2013;91(8):593–601l.

71. Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. Br J Gen Pract. 2002;52(476):223–33.

72. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(3):345–55.

73. Danese A, Moffitt TE, Harrington H, et al. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(12):1135–43.

74. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.

75. Burrows S, Butchart A, Butler N, Quigg Z, Bellis MA, Mikton C. New WHO Violence Prevention Information System, an interactive knowledge platform of scientific findings on violence. Inj Prev. 2018;24(2):155–6.

76. Butchart A, Mikton C, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. Inj Prev. 2015;21(3):213.

77. Marmot, M. Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region: working together for better health and well-being. High-level Conference. Paris, France. 7–8 December 2016.

78. Financing early childhood development: an analysis of international and domestic sources in low- and middle-income countries vol 1. Washington, DC: Results for Development Institute; 2016.

79. Shekar M, Kakietek J, D'Alimonte M, et al. Investing in nutrition: the foundation for development – an investment framework to reach the global nutrition targets. Washington, DC: World Bank; 2016.

80. Gustafsson-Wright E, Gardiner S, Smith K. Ensuring effective outcome-based financing in early childhood development. Washington, DC: Center for Universal Education at Brookings; 2016.

81. Ertem IO, Dogan DG, Gok CG, et al. A guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. Pediatrics. 2008;121(3):e581–9.

82. Ertem IO, Krishnamurthy V, Mulaudzi MC, et al. Similarities and differences in child development from birth to age 3 years by sex and across four countries: a cross-sectional, observational study. Lancet Glob Health. 2018;6(3):e279–e91.

83. Every Women Every Child. Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016-2030). New York: United Nations; 2016.

شكر وتقدير

أُنشيء الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة استجابةً إلى بيّنة قوية تشير إلى أهمية السنوات الأولى من العمر لنمو الإنسان والاعتراف المطرد بذلك. وتعطي الالتزامات بأهداف التنمية المستدامة والاستراتيجية العالمية دافعاً للبلدان والجهات صاحبة المصلحة حتى تتحرك. وقد أثرى عملية صياغة هذا الإطار ما يزيد عن ١٠٠٠ فرد ومنظمة من ١١١ بلداً. ويمكن الاطلاع على تفاصيل العملية التشاورية والموارد الإضافية على الرابط:
www.nurturing-care.org

وتعرب منظمة الصحة العالمية واليونيسف ومجموعة البنك الدولي المدعومة من الشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل (PMNCH) وشبكة العمل من أجل تنمية الطفولة المبكرة (ECDAN)، عن امتنانها لجميع من ساهم في إعداد هذه الوثيقة.

الفريق الإداري: راؤول برميجو، اليونيسف؛ بيا بريتو (نائبة الرئيس)، اليونيسف؛ أوليف كوكومان (منسق المشاريع بالنيابة)، PMNCH، برناديت ديلمانز، (الرئيسة)، منظمة الصحة العالمية؛ تارون دوا، منظمة الصحة العالمية (نائبة الرئيس)؛ ليزلي إدلر، مرفق التمويل العالمي المدعوم من مجموعة البنك الدولي؛ ماثيو فراي، مؤسسة (PATH)؛ دان إيرفين، منظمة World Vision International؛ شيلا مانجي (منسقة المشاريع)، PMNCH؛ لوري مكدوغال، PMNCH؛ سارة بوليمن، صندوق إنقاذ الطفولة؛ ليندا ريشتر، جامعة ويتواترسترانند – مركز التميز في التنمية البشرية بقسم العلوم والتكنولوجيا بمؤسسة البحوث الوطنية؛ مارتا سيواني اغيلو، منظمة الصحة العالمية؛ مارك تومنسون، جامعة ستيلينبوش، معهد أبحاث صحة الطفل والمراهق؛ شيكوفا زونجي، شبكة العمل من أجل تنمية الطفولة المبكرة؛ مارك يونغ، اليونيسف.

اللجنة الاستشارية: ليزا بوهمر، مؤسسة كونراد هيلتون؛ بيتزاب بورتون ريفيراس، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية؛ آماندا ديفرسلي، مجموعة البنك الدولي؛ سيريل إينغمان، مؤسسة PATH؛ إيلغي أيرتم، جامعة أنقرة؛ جين فيشر، جامعة موناش؛ ليانا غنت، الجمعية العالمية Step by Step؛ إيستر غوه، مؤسسة برنارد فان لير؛ نيلسون غوموندا، مؤسسة إتاحة الماء والصرف الصحي للجميع؛ ديبا غروفر، اليونيسف؛ روب هيو، مؤسسة صندوق الاستثمار لفائدة الطفل؛ غسان عيسى، الشبكة العربية لرعاية وتنمية الطفولة المبكرة؛ باتريشيا جودري، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة؛ روميلا كاناتي، صندوق إنقاذ الطفولة؛ ميليسا كيلي، الشبكة الإقليمية للطفولة المبكرة في آسيا والمحيط الهادي؛ بتي كيركوود، مدرسة لندن للنظافة الشخصية والطب المداري؛ سارة كلاوس، مؤسسات المجتمع المفتوح؛ فيبها كريشنامورتي، مركز أوميد لتنمية الطفل؛ فيسنا كوتليسيتش، معهد يونيس كيندي شيفر الوطني لصحة الطفل والتنمية البشرية؛ جوان لومباردي، مؤسسة برنارد فان لير؛ فلورنسيا لوبيز بو، مصرف التنمية للبلدان الأمريكية؛ جين لوكاس؛ ستيفن لي، التحالف من أجل التنمية البشرية، جامعة تورنتو؛ كوفي مارفو، جامعة أغا خان، معهد التنمية البشرية؛ دومينيك مكماهون ، التحديات العظمى كندا؛ محمد ميقاتي، المركز الطبي بجامعة دوك؛ كيتي مورفي، لجنة الإنقاذ الدولية؛ آصيفا نوراني، شركة Blue Ocean الاستشارية المحدودة؛ فرانك أوبركليد، مستشفى الأطفال الملكي – معهد ملبورن ومردوخ لأبحاث الطفولة؛ لينيت اوكنغو، الشبكة الأفريقية للطفولة المبكرة؛ نوسا اوروباتون، مؤسسة بيل وميليندا غيتس؛ رافاييل بيريز اسكاميا، جامعة ييل؛ مانفريد بريتيس، مدرسة هامبورغ للطب؛ لورا رولنغز، مجموعة البنك الدولي؛ سويتا شاه، مؤسسة أغا خان؛ مانبريت سنغ، مؤسسة بيل وميليندا غيتس؛ كيت سومرز، مؤسسة بيل وميليندا غيتس، جيورجيو تامبورليني، مركز صحة المواليد Centro per la Salute del) Bambino Onlu)؛فاليري يونايت، مبادئ الطفولة والرعاية المبكرة من الوالدين؛ سوزان والكر، جامعة ملبورن؛ دونالد ورتليب، جامعة تفتس؛ هيرو يوشيكاوا، جامعة نيويورك، ستينهاردت؛ عايشة يوسفزاي، مدرسة هارفارد خان للصحة العامة.

المؤلفون المعنيون بالتنسيق: برناديت ديلمانز وليندا ريشتر ومارك تومنسون.

الفريق العامل المعني بالمناصرة والاتصالات: آنا استفاتساتريان، مرفق التمويل العالمي؛ أوليف كوكومان، PMNCH؛ كيت كونسافيج، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة؛ برناديت ديلمانز، منظمة الصحة العالمية؛ ماري دورلنغ، أمانة حركة تعزيز التغذية (SUN)؛ إيرين إيلزو، المكتب التنفيذي للأمين العام؛ عايشة محمود فقير، مجموعة البنك الدولي؛ ناتالي فاوست، منظمة Theirworld؛ إيستر غوه، مؤسسة برنارد فان لير؛ كاتلين غراي، مؤسسة PATH؛ آنا غروندينغ، PMNCH؛ دان إيرفين (الرئيس)، منظمة World Vision International؛ جوانا كوخ،

التحالف من أجل تعزيز الصحة؛ جوان لومباردي، مؤسسة Early Opportunities؛ ثياغو لوتشيسي، صندوق إنقاذ الطفولة؛ شيلا مانجي (المنظِّمة)، PMNCH؛ أماندا ميدلوك، منظمة 1,000 Days؛ كيت موريارتي، منظمة Theirworld؛ سامانثا مورت، اليونيسف؛ يموراي نيوني، مؤسسة صندوق الاستثمار في الأطفال؛ رفيق الورشفاني، الشركة العالمية من أجل القضاء على العنف؛ دانييل بورفيدو، منظمة 1,000 Days؛ كارولين رينولدز، مؤسسة PATH؛ مارتا سيوني اغيلو، منظمة الصحة العالمية؛ كونستانس شومباً، مؤسسة أغا خان؛ ميغن ستانلي، منظمة World Vision International؛ ميلاني سوان، منظمة Plan International؛ فيرونيك فرليك، PMNCH؛ سارة واتسون، منظمة Ready Nation؛ آن ماري ويلكوك، اليونيسف؛ شيكوفه زونجي، شبكة العمل من أجل تنمية الطفولة المبكرة.

الفريق العامل الداخلي لمنظمة الصحة العالمية:
راجيف بال، ومرسيدس بونيت سيميناس، وماري نويل برون دريس، وسيتفاني بوروس، وأليكس بوتشارت، وألاركوس سيزا، وشالييني ديزاي، ولاري غرومر سترون، وسابين كيسلباخ، ومارتينا بينازاتو، وسابين راكوتومالالا، ونايجل رولنز، وشيخار ساكسينا، وشيارا سرفيلي وجوانا ويلومسن.

ونعرب عن تقديرنا وشكرنا لمؤلفي إصدارة سلسلة مجلة ذي لانسيت لعام ٢٠١٦ بعنوان *"تعزيز النماء في مرحلة الطفولة المبكرة: من المنظور العلمي إلى التنفيذ على نطاق واسع"* لتناولهم المحاور الرئيسية التي أثْرت عملية إعداد الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة.

ونعرب عن امتنانا للدول الأعضاء البالغ **عددها ٤٨ دولةً** التي شاركت في العملية التشاورية. ونخص بالشكر الدكتور أوكا رين كوامي والدكتور ريموند غودو كوفي، حكومة كوت ديفوار؛ والدكتور مانوي خالاني والدكتور أجاي خيرا، حكومة الهند؛ والدكتور سيتوارت كاباكا، حكومة كينيا؛ والدكتورة باتريشيا موبيتا بوبو، حكومة زامبيا، لمشاركتهم في اللجنة الاستشارية ولتنظيم المشاورات التي عُقدت في إطار لقاءات شخصية.

ونتوجه بالشكر إلى المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية واليونيسف لعقدهما مشاورات إقليمية لإقليم الأمريكتين وإقليم شرق المتوسط. ونشكر الجمعية الدولية Step by Step، والجمعية الدولية لتطوير طب الأطفال، ومعهد التنمية البشرية في جامعة أغا خان، والشبكة الأفريقية للطفولة المبكرة، والشبكة العربية لتنمية الطفولة المبكرة، لإتاحتها مؤتمراتها أو اجتماعاتها أو التدريب بوصفها منابر لالتماس إسهامات بشأن مشروع الإطار.

ونعرب عن امتنانا للجهات صاحبة المصلحة التي عملت عملاً دؤوباً في بلدانها (١١١ بلداً) فقدمت ألف إسهامٍ متمثل في تعليقات قيّمة بشأن الإطار الخاص بالرعاية في مرحلة التنشئة. ووردت الإسهامات من مختلف القطاعات بما فيها الصحة والتعليم والتغذية والماء وخدمات الصرف الصحي والنظافة الشخصية وصحة البيئة والحماية الاجتماعية وحماية الطفل.

وترد قائمة كاملة بالمنظمات التي شاركت في العملية التشاورية على الرابط:
www.nurturing-care.org

ونعرب عن شكرنا لمؤسسة برنارد فان لير، ومؤسسة بوتنار (Botnar)، ومؤسسة كونارد هيلتون، ومؤسسة الملك بودوين (الولايات المتحدة الأمريكية)، ومؤسسات المجتمع المفتوح، ومؤسسة PATH، وصندوق إنقاذ الطفولة.

الدعم التقني والإداري:
آن-ماري كافيلون؛ سوزان هيلاري؛ جوانا مكمانوس؛ أليكس ريثورت؛ بيتينا سكوثيلم؛ جون واتسون.

دعم المشاورات الإلكترونية بالترجمة:
مؤسسة أغا خان؛ مؤسسة برنارد فان لير؛ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية؛ اليونيسف (الصين)

تحرير: كريستوفر شيفلين من مؤسسة
Robert Taylor Communications

الصور:

الغلاف وصورة العنوان: Flickr Creative Commons License/Harsha
الصفحة (iv): Nyani Quarmyne/Panos Pictures
الصفحة ٣: © UNICEF/UN032020/LeMoyne
الصفحة ٥: Save the Children
الصفحة ٩: Giacomo Pirozzi/Panos
الصفحة ١٠: Mark Henley/Panos Pictures
الصفحة ١٣: © UNICEF/UN046138/Kljajo
الصفحة ١٥: © UNICEF/UN034623/LeMoyne
الصفحة ١٦: © UNICEF/Marco Dormino
الصفحة ٢٥: © UNICEF/UN062342/Zammit
الصفحة ٢٧: © UNICEF/UN064705/Ose
الصفحة ٣٩: Jane Lucas
الصفحة ٤١: Aga Khan Development Network/J-L. Ray
الصفحة ٤٤: Flickr Creative Commons License/White Ribbon Alliance Uganda

الرعاية في مرحلة التنشئة
من أجل تنمية الطفولة المبكرة

9789240019881

للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة:
www.nurturing-care.org