

إعداد سياسة وطنية لصحة الطفل

المرحلة 1: تحليل الوضع

مبادرة سياسة صحة الطفل



منظمة الصحة العالمية
المكتب الاقليمي لشرق المتوسط
وحدة صحة وتنمية الأطفال والمراهقين

إعداد سياسة وطنية لصحة الطفل

المرحلة 1: تحليل الوضع

مبادرة سياسة صحة الطفل



مَنْظَرُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ

المكتب الإقليمي شرق المتوسط

وحدة صحة وتنمية الأطفال والمراهقين

المحتويات

3	تصدير
4	شكر وتقدير
5	الاختصارات
6	مقدمة
7	مبادرة سياسة صحة الطفل
7	ما معني كلمة " سياسة "
9	هل لدي البلدان بالفعل سياسة لصحة الطفل ؟
9	الحاجة إلى وثيقة وطنية عن سياسة صحة الطفل
10	هل تحدث سياسة صحة الطفل أي فرق ؟
11	مبادرة سياسة صحة الطفل
12	المدة المتوقع أن تستغرقها هذه العملية
14	عملية تعتمد علي المعلومات
14	ثلاث مراحل أساسية
15	فريق العمل القائم على مبادرة سياسة صحة الطفل
20	المرحلة 1 : تحليل الوضع
20	المنتج المتوقع
21	الأهداف
21	الأسلوب
23	المنهجية : عشر خطوات
33	التحديات
34	تقرير تحليل الوضع
34	معلومات عامة , النقاط الرئيسية للتحليل
36	تصميم التقرير
62	المراحل التالية
62	المرحلة II : إعداد وثيقة السياسات
68	المرحلة III: الاعتماد الرسمي لوثيقة السياسة
	الملاحق
70	الملحق 1 : تشكيل فريق العمل القائم على مبادرة سياسة صحة الطفل
78	الملحق 2 : أمثلة للوثائق التي روجعت

تصدير

في أيلول/ سبتمبر عام 2000، صدق 189 بلدا بما فيها الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية علي إعلان الأمم المتحدة للألفية مما يعني اعترافهم بأن "عليهم واجبا تجاه جميع شعوب العالم وبخاصة الفئات الأضعف وعلى الأخص أطفال العالم الذين يمتلكون المستقبل". وتعتبر السياسة الوطنية لصحة الطفل أداة هامة لتحديد الاتجاهات الطويلة الأجل بغرض حماية صحة الأطفال والنهوض بها , إذ تجمع في وثيقة واحدة جميع عناصر سياسة النهوض بصحة ونمو الطفل وتحدد الأولويات والاستراتيجيات والتدخلات الهادفة لضمان عدالة إتاحة خدمات الرعاية الصحية للجميع خاصة الأسر الأكثر حرمانا التي غالبا ما يدفع أطفالها الثمن الأفدح من صحتهم ونموهم.

وتبقي مبادئ وقيم الرعاية الصحية الأولية كما وردت عام 1978 في إعلان ألما آتا نبراسا لأعمالنا في مجال الصحة العامة حيث تقع رعاية الأم والطفل في قلب الأولويات التي أقرها الإعلان. كما تمثل لب الحزم الأساسية للخدمات الصحية التي ظهرت لاحقا كجزء من إصلاح القطاع الصحي. ولذا يلزم ضم عناصر وأنشطة رعاية صحة الأم والطفل على جميع المستويات في أنظمة صحية قوية تستطيع تقديم خدمات عالية الجودة لجميع الأطفال في إطار مبادرة إحياء خدمات الرعاية الصحية الأولية للطفل.

ولهذا الغرض يقود المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط مبادرة سياسة صحة الطفل، إذ يوفر وضع هذه السياسة والتصديق عليها من أعلي مستوى وطني ممكن، وسيلة لدعم الجهود الوطنية لتحقيق الأهداف المتعلقة بصحة الطفل الواردة في المرامي الإنمائية للألفية بحلول عام 2015 وبالتالي النهوض بتوعية حياة أطفالنا.

وبما أن جانبا أساسيا من وضع السياسة هو استعراض دقيق للوضع الراهن لرعاية صحة الطفل ، لذا فإن هذه الوثيقة تركز علي المرحلة الأولى من عملية إعداد السياسة ألا وهي تحليل الوضع. ويجدونني الأمل أن تنتفع البلدان بهذه الوثيقة في إعداد سياسات وطنية فعالة لصحة الطفل، إذ أن إقليمنا يزخر بالسكان صغار السن ولذا فإن أطفالنا هم مستقبلنا



الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري
المدير الإقليمي لشرق المتوسط

شكر وتقدير

هذه الوثيقة جزء من سلسلة وثائق تنشرها وحدة صحة وتنمية الأطفال والمراهقين التابعة للمكتب الإقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، بغرض مساعدة البلدان في جهودها للنهوض بنوعية حياة الطفل من خلال أساليب متكاملة. وتمثل خبرات أوائل بلدان الإقليم التي انضمت إلى مبادرة سياسة صحة الطفل التي روج لها المكتب الإقليمي، تمثل موردا ثمينا لإعداد هذه الوثيقة.

وتتقدم وحدة صحة وتنمية الأطفال والمراهقين بعميق العرفان للمساهمة الكريمة من حكومة هولندا والتي أدت إلى طبع هذه الوثيقة فضلا عن فوائدها أجنبية أخرى.

وقد أعد هذه الوثيقة كل من الدكتورة سوزان فرهود والدكتور سيرجيو بيش.

الاختصارات

التهابات الجهاز التنفسي الحادة	ARI
صحة وتنمية الأطفال والمراهقين	CAH
مبادرة سياسة صحة الطفل	CHPI
برنامج مكافحة أمراض الإسهال	CDD
المسح الديموغرافي والصحي	DHS
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية)	EMRO
البرنامج الموسع للتعليمات	EPI
الناتج المحلي الإجمالي	GDP
التدبير المتكامل لصحة الطفل	IMCI
صحة الأم والطفل	MCH
المرامي الإنمائية للألفية	MDGs
أملاح الارواء عن طريق الفم	ORS
العلاج بالارواء عن طريق الفم	ORT
الرعاية الصحية الأولية	PHC
منظمة الصحة العالمية	WHO

"ينبغي لجميع الحكومات إعداد السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية لبدء واستمرار الرعاية الصحية الأولية كجزء من نظام صحي وطني شامل بالتنسيق مع غيره من القطاعات. ولهذا الغاية ينبغي ممارسة الإرادة السياسية لتعبئة موارد القطر وترشيد استخدام الموارد الخارجية المتاحة"

إعلان ألما آتا ، المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية، ألما آتا، الاتحاد السوفيتي،

6-12 أيلول/ سبتمبر 1978 .

مقدمة

يمثل الأطفال أمل كل أمة ومستقبلها، ولذا فهم في قلب برامج التنمية، فالاستثمار في صحة ونمو الأطفال يعني الاستثمار في مستقبل الأمة. كما يعتبر الأطفال مجموعة ضعيفة يجب حماية احتياجاتها وحقوقها بما فيها الحق في الصحة والتنمية. وتعتبر صحة الأطفال قضية هامة تخص الجميع على مستوى الأسرة والمجتمع المحلي والأمة والمجتمع الدولي. وقد أكد المجتمع الدولي ومختلف البلدان مرارا التزامهم بالنهوض بصحة الطفل. ولكن من الضروري ترجمة هذا الالتزام إلى أفعال قوية إذا ما أردنا تلافي هذه المأساة الصامتة من وفيات وأمراض وإعاقات الأطفال وتخلف نموهم النفسي وإذا ما أردنا تحسين نوعية حياة الأطفال. ويتوفى سنويا في إقليم شرق المتوسط حوالي 1.5 مليون طفل دون سن الخامسة أي ما يعادل حالة وفاة كل 20 ثانية والتي يمكن تفادي معظمها.

وعندما تتعهد جميع الدول الأعضاء بتحقيق المرامي الإنمائية للألفية، التي يتعلق العديد منها مباشرة أو بطريق غير مباشر بصحة الطفل والسياسات الوطنية لصحة الطفل، فسيعمل ذلك على تمكين البلدان من ترسيخ هذا التعهد فضلا عن دعم جهودها في السعي نحو هذه الأهداف. وعند تحديد الأولويات ووضع الاستراتيجيات والتدخلات فستساعد السياسات الوطنية في تحقيق تناسق أعمال الشركاء بما فيها مساهمات الجهات المانحة.

مبادرة سياسة صحة الأطفال

ما معنى كلمة سياسة ؟

يستخدم مصطلح "سياسة" غالبا للتعبير عن البيانات والخطب الوزارية والدلائل التقنية - كتلك الواردة في مواد التدريب ووثائق التخطيط والقرارات الرسمية والإرشادات الدورية التي تؤثر في أنشطة الصحة العامة والقطاع الصحي علي مستوى الوحدات الصحية والمجتمع المحلي. كما يمكن استخدام هذا المصطلح ليعبر ببساطة عن الممارسات السائدة المتعارف عليها في منطقة معينة.

ويشير مصطلح "سياسة" في إطار مبادرة سياسة صحة الطفل بالتحديد إلي وثيقة مكتوبة والتي:

- تضع اتجاهات وأولويات طويلة الأجل موجهة لتحقيق النتائج ("ماذا تفعل") لصحة الطفل بما يتواءم مع الموارد التي يمكن للقطر تعبئتها فضلا عن التعرف علي الاستراتيجيات الرئيسية (كيفية القيام بذلك).
 - تعكس وجهات نظر النظام أي تتجاوز الأشخاص.
 - تضمن الالتزام والاستمرارية علي مر الوقت وتشجع توحيد الممارسات.
 - تضفي الصبغة الرسمية علي القرارات المتخذة سابقاً، وتعطي الصبغة الشرعية للإرشادات القائمة فعلاً، وترسخ الاستراتيجيات والتدخلات.
 - تخصص الوارد البشرية والمالية.
 - تساعد علي التفكير والتخطيط الاستراتيجي.
 - تجمع كل عناصر صحة الطفل في وثيقة واحدة لضمان التناسق وتعظيم استخدام الموارد المتاحة.
 - تحصل علي ما يكفي من الأهمية والمصدقية بما يضمن المزيد من الالتزام ويحد من فرص سوء التأويل.
 - توضح أدوار ومسؤوليات العاملين، وتحدد خطوط الاتصال وآليات وهياكل التنسيق.
 - تصبح مرجعا لجميع الشركاء وتضع التوجهات لمشاركتهم.
- وتضمن وثيقة السياسة المكتوبة مزيدا من الاستمرارية لا تحققه البيانات الشفهية. كما تسمح بمرونة تتيح الاستجابة إلي الاحتياجات المتغيرة علي مر الزمن.

هل لدي البلدان بالفعل سياسة لصحة الطفل؟

غالبا ما تملك البلدان سياسات تتعلق بجوانب معينة من رعاية الأطفال. ومثال ذلك، سياسات عن تشجيع الرضاعة المطلقة والتطعيمات، ومكافحة أمراض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، والأدوية

الأساسية، ومكافحة الملاريا، والرعاية الصحية الأولية..... الخ. ولكن معظم البلدان في إقليم شرق المتوسط لا تملك سياسات عن صحة الطفل توفر منظوراً شاملاً وتناولاً موحداً لصحة ونمو الطفل.

الحاجة إلى وثيقة وطنية عن سياسة صحة الطفل

تزايد الإدراك في السنوات الأخيرة للحاجة لوضع سياسات لصحة الطفل في مختلف البلدان بغرض جمع كل العناصر الأساسية في وثيقة واحدة فضلاً عن الأمور المتعلقة برعاية الطفل في المرض والصحة وذلك للعمل على توفير منظور شامل ومتكامل عن صحة الطفل ومع تزايد الأجواء التنافسية ستوفر سياسة وطنية لصحة الطفل اتجاهات والتزامات واضحة على المدى الطويل وذلك بوضع الأولويات للأنظمة الصحية وتوجهات المجتمع لتخصيص الموارد والتعاون مع الشركاء. وبعد اعتماد هذه السياسة رسمياً على أعلى مستوى ممكن في القطر ستعمل على استمرارية الرعاية الصحية الأولية للأطفال كجزء من نظام صحي وطني شامل فضلاً عن ترجمة الالتزام الوطني نحو المرامي الإنمائية للألفية إلى اتجاه واضح وقوة دافعة للعمل على المدى الطويل. وبالإضافة إلى ذلك، يعتبر ترسيخ الإستراتيجيات والتدخلات القائمة من خلال سياسة وطنية لصحة الطفل شرطاً للاستمرارية طويلة الأجل.

هل تحدث سياسة صحة الطفل أي فرق؟

يعتبر وجود وثيقة تحدد اتجاهات السياسة طويلة الأجل والواضحة المعالم في أي قطر والتي تستخدم كذلك كمرجع لجميع العاملين في مجال النهوض بصحة الأطفال، بمن فيهم الشركاء، يعتبر ذلك إنجازاً في حد ذاته. ولكن السياسة لا تحدث أي فرق إلا إذا تم تنفيذها والالتزام بها ومن ثم تحقيقها للأهداف التي وجدت من أجلها في المقام الأول.

وعلى ذلك، ينبغي لوثيقة السياسة أن تتضمن أهدافاً ومؤشرات واضحة فضلاً عن خطة لمتابعة التنفيذ كجزء لا يتجزأ من السياسة. وينبغي لهذه الخطة أن تحدد بوضوح المؤشرات الأساسية للعمليات والنتائج وتحدد مسئولية متابعة كل مؤشر وكيفية تنفيذ ذلك ومتى يمكن قياس النتيجة المتوقعة ونوع الموارد المستخدمة لدعم المتابعة والتقييم. ومن المتوقع أن تكون مؤشرات المخرجات ضمن تلك المؤشرات التي تتابعها برامج ومبادرات محددة، بينما يتم وضع بعض المؤشرات الأخرى تحتص برصد عملية إعداد السياسة وتنفيذها (مؤشرات عملية إعداد السياسة).

مبادرة سياسة صحة الطفل

تساعد وحدة صحة وتنمية الأطفال والمراهقين التابعة للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، مختلف البلدان في وضع وثائق عن السياسة الوطنية لصحة الطفل من خلال مبادرة سياسة صحة الطفل التي بدأت في تشرين الأول/أكتوبر 2000. وحتى تاريخه انضمت خمسة بلدان رسمياً إلى المبادرة وهي تونس والجمهورية العربية السورية والسودان ومصر والمغرب.

والغرض النهائي طويل الأجل من هذه المبادرة أن تعد هذه البلدان سياسات عن صحة ونمو الأطفال حتى عمر 18 عاماً. ومن المستحسن تنفيذ ذلك في خطوات تتبع أسلوب دورة الحياة وتبدأ بالفئة العمرية المسلم بأولويتها باعتبار توفر معلومات سهلة المنال عنها وتراكم مزيد من الخبرة لديها عبر السنين فضلاً عن توقع تأثير هائل منها عند وضع سياسة محددة تتناول بعض الأمور ذات التأثير علي صحة هذه الفئة. والسبب في ذلك أن عملية وضع سياسات سليمة مستندة إلي البيانات تحتاج إلي بعض الوقت. ولذلك فإن إعداد الوثيقة الأولى مقتصرة علي فئة عمرية مختارة في فترة زمنية معقولة يساعد علي مواصلة الاهتمام والالتزام بالمبادرة ويخلق دعماً إضافياً لتوسيع التغطية إلي فئات عمرية أخرى قد يمثل جمع المعلومات عنها ووضع سياسات يصدها مزيداً من التحدي. وبالإضافة إلي ذلك، فإن بعض المعلومات التي جمعت عن فئة عمرية واحدة ضمن نشاط آخر، مثال: دعم أو إصلاح النظم الصحية والتدخلات المجتمعية قد يمثل خلفية مناسبة عند استعراض القضايا والسياسات المتعلقة بفئات عمرية أخرى.

وتركز المبادرة في المرحلة الحالية علي سياسات للأطفال دون سن الخامسة علي مستوي الرعاية الصحية الأولية، ولكن العملية المقترحة لإعداد السياسة قد تصلح لأي فئة عمرية أخرى. وهذه الفئة العمرية المستهدفة هي الأضعف وتستدعي تدخلات سريعة وفعالة بما يشمل أعلي مستويات الالتزام في القطر لتحقيق الأهداف المتعلقة بصحة الطفل ضمن المرامي الإنمائية للألفية.

المدة المتوقعة أن تستغرقها العملية

تعتمد المدة اللازمة لإنتاج وثيقة سياسات نهائية علي عدة عوامل من بينها ما وضعته الحكومة والشركاء لهذه العملية من أولوية وموارد. ومن المفضل وضع سياسة تتناول مبدئياً بعض الأمور ذات الأولوية التي يمكن تناولها عملياً علي المدى المتوسط بدلا من وضع وثيقة شاملة تخاطب جميع الأمور فذلك يتطلب وقتاً طويلاً ويمتص موارد كثيرة ويعترضه الكثير من العقبات، ولذا فمن المستبعد أن تكون واقعية أو أن ترى النور في المدى المتوسط. إن صنع السياسات عملية نشطة يقصد منها الاستجابة للقضايا الراهنة والمستقبلية في ضوء الموارد المتوفرة حالياً والمتوقعة في المستقبل القريب. كما يجب أن تكون هذه العملية قادرة علي التغيير فكلما ازدادت الخبرة من خلال التنفيذ أمكن تحديد قضايا جديدة وتغيرت بيئة السياسات. وبالرغم من أن عملية إعداد السياسات التي تناولتها هذه الوثيقة قد تبدو مثبطة للهمة فإن معظم البلدان لديها بالفعل ثروة متوفرة من المعلومات التي غالباً ما تكون علي شكل استعراضات وتقييمات ودراسات تم فيها تحليل جوانب معينة من النظام الصحي وتنفيذ البرامج. ومن المتوقع أن تكون المدة المعقولة اللازمة لإنتاج أول وثيقة سياسية عن صحة الطفل، بشرط توفر بيئة داعمة، حوالي 18 إلى 24 شهراً. وأي فترة أطول من ذلك قد تقلل مستوي الحماس والدعم للمبادرة نظراً لغياب أي منتج واضح، وبذا تتعرض المبادرة إلى المنافسة مع أولويات جديدة وتحديات التنقل السريع للعاملين والمسؤولين الأساسيين.

عملية تعتمد علي المعلومات

ثلاث مراحل أساسية

تتكون عملية وضع سياسة وطنية لصحة الطفل من ثلاث مراحل أساسية (أنظر الشكل 1)

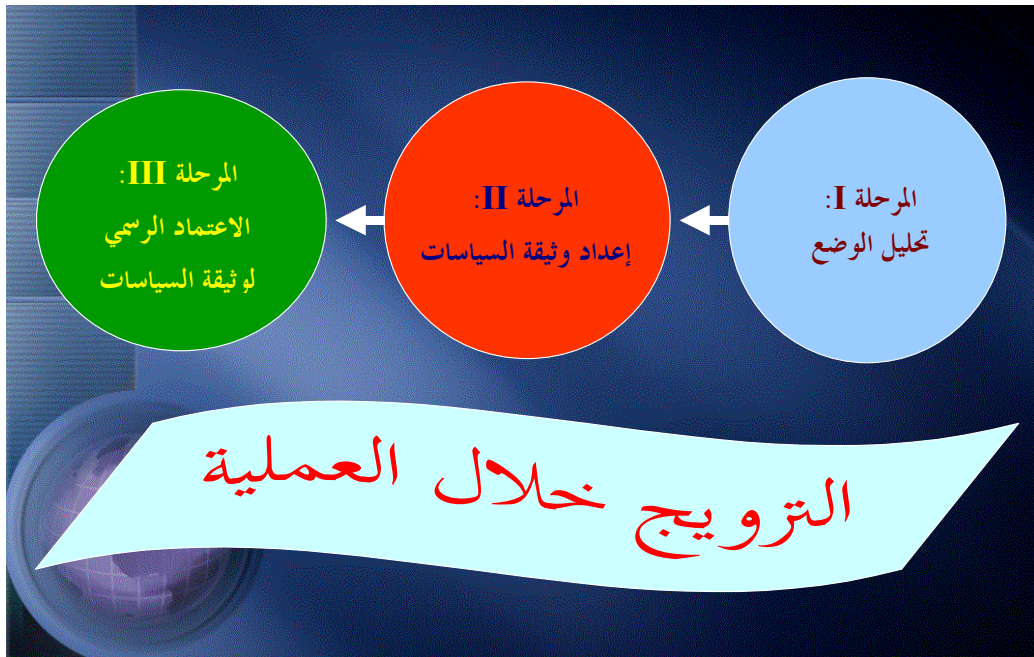
المرحلة I: تحليل الوضع

المرحلة II: إعداد وثيقة السياسات

المرحلة III: الاعتماد الرسمي لوثيقة السياسات

يركز الدليل الذي بين يدينا علي المرحلة الأولى ألا وهي تحليل الوضع الذي يمثل تنوير عملية وضع السياسة، بينما تلعب الدعاية دورا رئيسيا خلال العملية برمتها.

وبمجرد اتخاذ أي قطر قرار بإعداد سياسة لصحة الطفل، ينبغي تشكيل هيكل إداري خاص بهذا الغرض يكون مسئولاً عن جميع الأنشطة المتعلقة بذلك ويسمي هذا الهيكل "فريق العمل القائم علي مبادرة سياسة صحة الطفل".



الشكل 1: ثلاث مراحل لوضع سياسة وطنية لصحة الطفل

فريق العمل القائم علي مبادرة سياسة صحة الطفل

مجال العمل

يتطلب وضع سياسة وطنية دعماً سياسياً علي مستوى عال من داخل النظام الصحي لتيسير العملية. بما يشمل إدارة وتنسيق وأداء جميع المهام المطلوبة. و توضح التجربة أن تشكيل فريق عمل علي المستوى الوطني ضروري لهذا الغرض ولذا يجب تشكيل هذا الفريق رسمياً، وعلي سبيل المثال بإصدار مرسوم أو منشور دوري أو توجيه وزاري بما يوفر له الدعم اللازم والوضع الواضح.

وتشمل مهام فريق العمل ما يلي:

فيما يتعلق بتحليل الوضع

- تحديد الأشخاص المرجعيين والشركاء الأساسيين الذين سيشاركون في العملية.
- جمع كل الوثائق والمعلومات المتعلقة بهذا الموضوع.
- مراجعة جميع المعلومات بدقة وتلخيص الاستنتاجات والأمور التي ستتناولها السياسة.
- إعداد تقرير تحليل الوضع.

فيما يتعلق بإعداد وثيقة السياسات

- تحديد المكونات الأساسية لوثيقة السياسات اعتماداً علي تحليل الوضع.
- تحديد أعضاء اللجان الفنية المزمع تشكيلها لإعداد وثيقة السياسات.

فيما يتعلق بالعملية برمتها

- تنسيق جميع الأنشطة.
- القيام بالترويج لسياسة صحة الطفل.

تشكيل فريق العمل

ينبغي لفريق العمل، حتى يصبح فاعلاً ويؤدي مهامه بنجاح، أن يكون صغير الحجم ويرأسه مسئول عالي الدرجة من وزارة الصحة يملك صلاحيات اتخاذ القرار وتنسيق العمل بين مختلف إدارات وبرامج وزارة الصحة والاتصال بالشركاء خارجها. وأوضحت تجارب الدول المتكررة أن اللجان الصغيرة تعمل أسرع وبكفاءة أعلى من اللجان الكبيرة حيث أنه من الأسهل علي عدد قليل من الأعضاء إيجاد الوقت للاجتماعات والاتفاق علي مواعيد تناسب الجميع. وينبغي لأعضاء فريق العمل حضور الاجتماعات

بأنفسهم وعدم تفويض غيرهم لتمثيلهم وذلك لضمان استمرارية العمل وتقليص أي تعطيل لتقدمه. ويوفر هذا الأسلوب مزيداً من المرونة لفريق العمل. وينبغي أن يضم فريق العمل أعضاء ذوي خبرة عريضة في مختلف المجالات المتعلقة بكل من صحة الطفل والنظم الصحية علي حد سواء.

وينبغي أن تكون مواصفات فريق العمل كما يلي:

- مجموعة صغيرة من الأعضاء الدائمين (5-7 أعضاء)
- رئيس للفريق ذو خبرة طويلة.
- ضابط اتصال يقوم أيضاً بأمانة الفريق.
- يعين الأعضاء رسمياً حسب وظائفهم (مثلاً: مدير كذا).
- يجب أن يشتمل فريق العمل علي ممثلين للإدارات والبرامج الصحية الرئيسية والشركاء مثل إدارة الرعاية الصحية الأولية بما فيها صحة الطفل والبرنامج الموسع للتطعيمات وبرنامج التغذية وبرنامج رعاية ما حول الولادة وإدارة التخطيط وأسائذة الجامعات.....الخ.

ويشتمل الملحق (1) علي أمثلة لتشكيل فرق عمل في بلدان طبقت بالفعل هذه الأنشطة. وعند اتخاذ قرار تشكيل فريق العمل ينبغي الأخذ في الحسبان عدة عوامل لها اعتبارات عملية مثل التزام الأعضاء المختارين بالمهام الإضافية الملقاة علي عاتقهم والتي تتطلب المزيد من الجهد والوقت إلي جانب الالتزامات والمسئوليات الأخرى الممنوعة بهم فضلاً عن كيفية التنسيق بينهم ومهاراتهم في التواصل الشخصي والفهم الدقيق للنظام الصحي وقدراتهم التحليلية. وينبغي أن يكون ضابط الاتصال شخصاً نشطاً يتميز بمستوي عالٍ من مهارات التواصل الشخصي والقدرة علي الوصول إلي غيره من الأعضاء والشركاء فضلاً عن التفهم الجيد للأمور المتعلقة بصحة الطفل. ويعتبر هذا الشخص مسؤولاً أو مسؤولة عما يلي:

- تنسيق أعمال مختلف أعضاء فريق العمل واللجان الفنية المشكلة للإعداد لوثيقة السياسة.
- الاتصال بالبرامج والإدارات داخل وزارة الصحة والشركاء خارجها.
- التأكد من تسجيل وفهرسة جميع الوثائق التي جمعت.
- اتخاذ الترتيبات اللازمة لعقد اجتماعات فريق العمل والشركاء قبل الموعد بفترة كافية.
- جمع التقارير المتعددة عن مختلف أقسام تحليل الوضع في تقرير موحد وبالمثل جمع أقسام وثيقة السياسة في وثيقة واحدة فضلاً عن إدخال التغييرات في النسخ التي تمت مراجعتها.
- تعميم تقرير تحليل الوضع ووثيقة السياسة بغرض جمع التعليقات.

الأشخاص المرجعون

كما ينبغي لفريق العمل تحديد عدد من الأشخاص المرجعيين الذين يمكن استشارتهم عند اللزوم أثناء سير العملية. ويعتبر هؤلاء الأشخاص المرجعيون كامتداد لفريق العمل ولكن يجري الاتصال بهم فقط عند الحاجة إليهم في أمور محددة ، وهكذا يمكن لفريق العمل اللجوء إلي جميع الأشخاص المرجعيين المتوفرين في

القطر بدون الحاجة إلى زياد عدد أعضاء المجموعة الأصلية. وقد يكون الأشخاص المرجعيون في الإدارات الأخرى بوزارة الصحة والتأمين الصحي والمؤسسات التعليمية و الاتحادات المهنية و نقابة الأطباء والمجلس القومي للطفولة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص والمنظمات الدولية.....الخ.

اللجنة التوجيهية

وقد أسست أيضا بعض البلدان لجانا توجيهية عالية المستوى لدعم فريق العمل وإثراء عملية وضع السياسة الصحية للطفل والمساعدة علي التوصل إلى إجماع الآراء علي السياسة المقترحة فضلاً عن الترويج لها علي أعلى مستويات النظام الصحي. ويتوقع من هذه اللجنة نظرا لتكوينها من أعضاء رفيعي المستوى وكذلك الوظائف المنوطة بها أن تجتمع علي فترات متباعدة مقارنة بفريق العمل. ويعتمد قرار تشكيل مثل هذه اللجنة علي الأوضاع الخاصة بكل قطر وعلي قدر الصلاحيات المخولة لفريق العمل. وعموما، كلما ارتفع مستوى اللجنة كلما قلت اجتماعاتها وكلما زادت أهمية وتأثير قراراتها. أما لغرض الترويج فقد تساعد لجنة مشكلة بين الوزارات في توفير دعم هائل وخاصة خلال المرحلتين الثانية والثالثة أي عندما توشك السياسات في اتخاذ الشكل النهائي وتبدأ مرحلة التصديق عليها من أعلى مستويات الدولة.

المرحلة 1 : تحليل الوضع

المنتج المتوقع

يعتبر التحليل الدقيق لوضع صحة الطفل في القطر متضمناً المعلومات الكمية والكيفية عن السياسات والبرامج والخدمات الصحية ورعاية الأطفال، خطوة رئيسية في عملية إعداد السياسات. وقد يكتشف خلال هذه العملية، نقص في المعلومات بما يتطلب إجراء دراسات للحصول علي بعض منها. وبينما ينبغي الإقرار بوجود هذه الثغرات في التقرير فإنه لا بد من مواصلة عملية إعداد السياسة اعتماداً علي المعلومات المتوفرة في ذلك الوقت وذلك لتلافي مخاطر تأخير هذه العملية لمدة طويلة. وعندما تكتمل هذه الدراسات فإن نتائجها سوف تثري العملية إذ يمكن استخدامها لتحديث مكونات السياسة التي أعدت بالفعل. وينبغي تخصيص ما يكفي من الموارد البشرية وساعات العمل رسمياً، كما ينبغي مواصلة عملية الترويج لمبادرة وضع سياسة لصحة الطفل طوال فترة العمل. وعلي الرغم من أن هذه العملية تتطلب أساساً موارد بشرية فمن المفضل تخصيص ميزانية صغيرة الحجم لدعمها منذ البداية وخاصة لنفقات الاجتماعات وإعداد وطبع التقرير عن تحليل الوضع الصحي للأطفال الذي هو المنتج المتوقع لهذه المرحلة.

الأهداف

أهداف تحليل الوضع الصحي للأطفال هي:

- وصف الوضع الراهن للرعاية الصحية للطفل من خلال الإطار السياسي والديموغرافي والاجتماعي-الاقتصادي والتعليمي والنظام الصحي للقطر.
 - تحليل الوضع بدقة ليتسني التعرف علي مواطن القوة والضعف ولاسيما الأمور والنقاط التي سوف تتناولها وثيقة السياسة.
 - اختيار أمور محددة ذات أولوية يمكن تناولها واقعياً علي المدى المتوسط.
- ومن خلال هذه الأهداف يمكن تحليل الوضع وإعداد سياسة لصحة الطفل تناسب تماماً احتياجات القطر وتركز علي أمور محددة ذات أولوية يمكن اقتراح حلول مناسبة لها علي المدى المتوسط.

الأسلوب

يتطلب تحليل الوضع جمع ومراجعة الوثائق والمعلومات المتعلقة بالأمور التي قد تؤثر علي صحة ونمو الطفل إما حالياً أو في المستقبل، وهذه عملية تتطلب التنسيق الجيد والتخطيط الدقيق والموارد البشرية أو إتاحة ساعات العمل اللازمة. وقد إتبع بلدان الإقليم حتى الآن أسلوبين مختلفين لتنفيذ عملية تحليل الوضع ألا وهما العمل كمجموعة واحدة أو في مجموعات فرعية صغيرة.

وفي الحالة الثانية - العمل في مجموعات فرعية صغيرة تشتمل كل مجموعة فرعية علي بضعة أشخاص مرجعيين وتكون مسئولة عن جمع ومراجعة المعلومات عن جانب محدد من وضع صحة الطفل في القطر وكتابة مسودة تقرير مبدئي عنه. ولكل من الأسلوبين مزاياه وعيوبه: فالعمل كمجموعة واحدة يساعد أعضاء وفريق العمل علي معالجة المعلومات والتقدم معا في إعداد ومراجعة أقسام التقرير كلما تقدم سير العمل وكلما تم جمع المزيد من المعلومات. ولكن هذا الأسلوب يتطلب في المقابل مزيدا من الوقت نظرا لاضطرار جميع الأعضاء للتواجد أثناء تنفيذ العمل. أما العمل في مجموعات فرعية فيخلق المزيد من الاستقلالية يؤدي إلي سرعة إنجاز العمل ولكنه يتطلب مراجعة دقيقة لمختلف أجزاء العمل التي تعدها مختلف المجموعات الفرعية، كما يتطلب جهودا مضمينة من فريق العمل لجمع القطع المبعثرة في تقرير واحد.

ومهما كان الأسلوب المتبع، ينبغي أن تكون النتيجة النهائية تقريراً متين البنيان مفصلاً ومتسقاً، يحلل مختلف الجوانب الأساسية من وضع صحة الطفل في القطر مما يؤدي إلي تحديد الأقسام الرئيسية من وثيقة السياسة اعتماداً علي الأمور التي تم تحديدها فضلاً عن تشكيل اللجان الفنية لإعداد هذه الأقسام.

المنهجية: عشر خطوات

يوصى بعشر خطوات (مبينة في الشكل رقم 2) لإعداد تحليل دقيق لوضع صحة الطفل يحظى بإجماع واسع من جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين.

وتختلف المدة المطلوبة للعملية اختلافاً بيناً وفقاً للموارد المخصصة والأولوية التي يوليها القطر لهذه المبادرة. وفي بعض البلدان التي حظت فيها العملية بدعم عالي المستوى وأدت أنشطة الترويج إلي خلق اهتمام كبير، أمكن تنفيذ الخطوات الست الأولى في حوالي 4-6 شهور.

ومن المهم ألا تحدث توقفات طويلة في العملية لأن ذلك قد يؤدي إلي تقليص الاهتمام والدعم للمبادرة. وتعتمد الخطوات المتبقية من تحليل الوضع علي استجابة الشركاء والوقت الذي يخصصه فريق العمل لإعداد ومراجعة مختلف نسخ التقرير. والوضع الأمثل، هو اكتمال جميع خطوات تحليل الوضع خلال عام واحد من تشكيل فريق العمل. ويفضل وضع خطة رسمية للعمل عند بدء العملية توضح بالتفصيل جميع الخطوات الهامة والمسئوليات والإطار الزمني والموارد المطلوبة والمخصصة مما يسهل مهمة التقرير ويعطي مصداقية للعملية ويوفر حافزاً إضافياً لفريق العمل للتقدم طبقاً للسرعة المخططة.

الخطوة الأولى تحديد الأشخاص المرجعيين والشركاء الرئيسيين اللازمين لعملية إعداد السياسة

ينبغي لفريق العمل تحديد جميع الأشخاص والإدارات، داخل وخارج وزارة الصحة، والشركاء الرئيسيين الذين ينبغي لهم المشاركة في العملية ويمكنهم توفير معلومات ومدخلات مجدية. وأثناء عملية تجميع الوثائق والمقابلات مع الأشخاص الرئيسيين والمراجعات الدقيقة للمعلومات والتي تجرى في الخطوتين التاليتين يمكن تحديد المزيد من الأشخاص المرجعيين والشركاء الذين ينبغي ضمهم إلي العملية.

الخطوة الثانية جمع الوثائق والمعلومات

ينبغي أن تكون الوثائق والمعلومات التي تم جمعها متعلقة بجميع الأمور الأساسية التي قد تمس صحة وتنمية الطفل في القطر مثل الدستور، والتشريعات والسياسات والإستراتيجيات الصحية القائمة¹، وخطط التنمية القومية، وتصديقات جمعية الصحة العالمية، وقرارات اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، والوضع الاجتماعي-الاقتصادي، والوضع الديموغرافي، والبرامج المتعاونة، والهياكل الإدارية علي مختلف مستويات النظام الصحي، والأنظمة الصحية والموارد البشرية، ومشاكل الطفل الصحية ذات التأثير علي الصحة العامة والبرامج والتدخلات القائمة والدراسات والتقييمات لمؤشرات مخرجات برامج صحة الطفل، ودور المجتمع وممارسات رعاية الأطفال. ويبين الملحق (2) أمثلة للوثائق التي تم جمعها ومراجعتها في البلدان التي قامت فعلا بهذه الخطوة.

وهذه الخطوة بالغة الأهمية لأن جميع السياسات يجب أن تستند إلي المعلومات وأن تكون مبنية علي البيانات مما يستلزم الدعم الكامل من وزارة الصحة لتلافي بعض المصاعب التي واجهتها معظم فرق العمل حتى الآن للوصول إلي بعض المعلومات حتى داخل الوزارة نفسها، ولذلك يوصى بإبلاغ جميع مديري البرامج والإدارات المعنية سواء داخل أو خارج وزارة الصحة، بما يشمل الشركاء، مقدما وكتابة من خلال خطابات أو منشورات دورية موقعة من مسئول عالي الدرجة. من وزارة الصحة مثل وكيل أول الوزارة، تطلب منهم التوفير العاجل للمعلومات اللازمة لفريق العمل. ومن المجدي، قبل بدء جمع المعلومات والوثائق، تجهيز قائمة مفصلة بالوثائق والمعلومات اللازمة، والإدارات والشخصيات الرئيسية التي ينبغي الاتصال بها (أنظر الخطوة الأولى، صفحة 24). ثم يعقد وكيل الوزارة اجتماعاً قصيرا برئاسته يدعو إليه المديرين المعنيين لتعريفهم بالمبادرة وتعيين ضابط الاتصال بكل إدارة والاتفاق علي جدول زمني للاجتماع بفريق العمل والحصول علي نسخ من الوثائق فضلا عن مناقشة أي معلومات إضافية تتعلق بالموضوع. ولذا ينبغي لضابط الاتصال أن يحولوا رسميا للإطلاع علي المعلومات ومناقشة الأمور المتعلقة بهذه الموضوعات بالنيابة عن إداراتهم أو مؤسساتهم، وأن يتواجدوا لحضور الاجتماعات مع فريق العمل وفقاً للخطة الموضوعية.

¹ أنظر أيضا "International digest of health legislation" المصنف حسب القطر، وذلك تحت "Health legislation", at <http://www.who.int/idhl/>



الخطوة الثالثة المراجعة الدقيقة للمعلومات التي تم جمعها

لا تكتسب المعلومات التي تم جمعها أي مغزى إلا إذا روجعت بدقة وإمعان لتحديد نقاط القوة وتلك التي تحتاج إلى مزيد من التأكيد والدعم والتطوير. وهذه هي أهم خطوة في عملية إعداد السياسة برمتها لأنها تساعد على التشكيل المبدئي لوثيقة السياسات ذاتها (انظر أيضا تقرير تحليل الوضع، معلومات عامة، ونقاط التحليل الرئيسية، صفحة 34). والمهمة الرئيسية في هذه الخطوة هي تحديد جوانب الرعاية التي تتناولها السياسات الحالية، وكذلك الجوانب التي تمثل المواضيع التي يمكن أن تستفيد من سياسات جديدة.

الخطوة الرابعة تحضير مسودة تقرير عن التحليل المبدئي للوضع

تم تنفيذ هذه المهمة باستخدام طرق مختلفة في بعض البلدان. ففي بعض الحالات، تم تكليف شخص واحد بمسؤولية تحرير مسودة التقرير برمتها اعتماداً على استنتاجات التحليل التي خرج بها فريق العمل في اجتماعاته. وفي حالات أخرى، شكل فريق العمل مجموعات عمل صغيرة لكتابة مختلف أجزاء التقرير مصنفة حسب الموضوعات الرئيسية. ويفضل الأسلوب الثاني لأنه يولد مدخلات من مزيد من الأشخاص المرجعيين، بالرغم من أن الأسلوب الأول يوفر وقت أعضاء فريق العمل وذلك بتركيز المهمة بين يدي المقرر. ويظهر تصميم الأقسام الرئيسية للتقرير في فصل "تقرير تحليل الوضع" (قسم "تصميم التقرير"). وقد قامت وحدة صحة الأطفال والمراهقين التابعة للمكتب الإقليمي، بناء على طلب البلدان التي انضمت لهذه المبادرة، بالمشاركة عن كثب في هذه الخطوة بتقديم الاقتراحات والتعليقات بخصوص مسودة التقرير. ومن المعروف أن منظمة الصحة العالمية تلعب دوراً أساسياً في عملية المراجعة.

الخطوة الخامسة عقد اجتماع توجيهي بخصوص نتائج التحليل المبدئي للوضع

ليس الغرض من هذا الاجتماع التوجيهي هو فقط إعطاء المعلومات لأصحاب المصلحة الأساسيين عن العملية والنتائج، وإنما أيضاً الحث على تأييد مبادرة إعداد سياسة وطنية لصحة الطفل. وبناء عليه، تنحصر أهداف الاجتماع تحديداً فيما يلي:

- توجيه الشركاء الرئيسيين داخل وخارج وزارة الصحة لطبيعة مبادرة صحة الطفل.
- تقديم ومناقشة نتائج تحليل الوضع المبدئي والحصول على مدخلات محددة من المشاركين.
- تحديد أدوار ومسؤوليات الشركاء في هذه المبادرة.
- الاتفاق على آليات لتنسيق مساهمات الشركاء في العملية وينبغي أن يرأس هذا الاجتماع مسئول رفيع الدرجة من وزارة الصحة (وزير الصحة، علي سبيل المثال).
- وينبغي أن يكون المشاركون مسئولين على مستوى عال من وزارة الصحة وممثلين للشركاء من خارج الوزارة بما يشمل مختلف الوزارات المعنية والمجتمع العلمي والمنظمات

الدولية....الخ، أي جميع الشركاء الرئيسيين في العملية المعروفين سلفاً.

الخطوة السادسة مراجعة مسودة تقرير تحليل الوضع

ينبغي لفريق العمل مراجعة مسودة تقرير تحليل الوضع مع مراعاة الأخذ بالاعتراحات والتعليقات المقدمة خلال الاجتماع التوجيهي وأي مساهمات أخرى يكون قد تسلمها فريق العمل. وكثيراً ما أرسلت النسخة المعدلة من مسودة التقرير في هذه المرحلة للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للإطلاع قبل تعميمها علي جمهور أوسع (أنظر الخطوة التالية). وينبغي لفريق العمل اعتبار النسخة المعممة كأنها نهائية تقريباً وذلك بعرضها علي وكيل أول وزارة الصحة أو من يمثله في الدرجة العالية للإطلاع والموافقة.

الخطوة السابعة تعميم مسودة التقرير بعد مراجعتها علي الشركاء للإطلاع والتعليق بمزيد من المدخلات

وهنا ينبغي تعميم النسخة الثانية (الأخيرة) من مسودة التقرير ليطلع عليها جميع الشركاء. من فيهم من حضروا الاجتماع التوجيهي. وتعتبر هذه خطوة رسمية ينبغي لفريق العمل تنسيقها بعناية لتلافي استغراقها وقت أكثر من اللازم، كما ينبغي إتاحة فترة كافية- لا تقل عن أربعة أسابيع- للشركاء للتعليق. ويفضل أن يواصل فريق العمل اتصالاته الشخصية بالشركاء، بعد الاتفاق علي موعد نهائي، لمتابعة مدي تقدم إطلاعهم علي التقرير. ومن المتوقع أن يكون عدد الشركاء الضالعين كبيراً مما يستلزم المتابعة عن كثب.

الخطوة الثامنة. مراجعة مسودة التقرير الثاني لتحليل الوضع

ومع تتابع وصول تعليقات الشركاء، ينبغي لفريق العمل مراجعة التقرير ليعكس اهتمامات واقتراحات الشركاء حسب الاقتضاء، ثم عرضه علي مسئول عالي المستوى بوزارة الصحة مثل وكيل أول الوزارة للإطلاع والموافقة ثم يعاد إرسال التقرير إلي الشركاء قبل دعوتهم إلي اجتماع بغرض إجماع الآراء. وينبغي أن يصلهم التقرير والدعوة قبل موعد الاجتماع بأسبوعين إلي أربعة أسابيع لضمان مشاركتهم. ويفضل الاتصال بالشركاء شخصياً قبل الاجتماع لتوضيح أي قضايا متبقية بصدد المعلومات الواردة في التقرير وجوانب السياسة المزمع تناولها.

الخطوة التاسعة عقد اجتماع للحصول علي إجماع الآراء حول تحليل الوضع وعرض الأقسام الرئيسية لوثيقة السياسات

الهدف الرئيسي من هذا الاجتماع هو التوصل إلي إجماع حول التقرير ونتائجه واستنتاجاته وتوصياته السياسية. كما يوفر الاجتماع فرصة سانحة لتقديم الخطوط العريضة لوثيقة السياسات.

الخطوة العاشرة وضع تقرير تحليل الوضع في صورته النهائية

ينبغي أن تؤدي هذه الخطوة إلى الانتهاء من تقرير تحليل الوضع عن صحة ونمو الطفل في القطر وإصداره، ثم ينبغي تعميم التقرير على أوسع نطاق من الشركاء المعنيين.

ثم ينبغي لفريق العمل تشكيل عدد من اللجان أو مجموعات العمل الفنية تضطلع بمسؤولية إعداد مختلف أقسام وثيقة السياسات (أنظر الخطوة التاسعة بعالية).

التحديات

تم التعرف حتى الآن على ثلاث تحديات رئيسية تواجه عملية وضع تقرير تحليل الوضع على مستوى القطر، وهي كما يلي:

- قصور مستوى التعاون مع فريق العمل من جانب بعض الشركاء مما يعكس الحاجة إلى تقوية عملية الترويج على أعلى مستوى من متخذي القرار ليتسنى تحقيق مزيد من التزام جميع المشاركين.
- عدم توفر معلومات معينة أو بيانات يعول عليها والصعوبة البالغة في الحصول على معلومات متوفرة فعلاً.
- الأسلوب التقليدي لمديري البرامج في كتابة التقارير فهو أكثر توجها لوصف الأنشطة والعمليات بدلا من تحليل المعلومات بدقة لاستخراج الأمور التي يمكن أن تتناولها السياسة مما يخلق الحاجة إلى إعادة توجيه مديري البرامج لهذه المهمة.

تقرير تحليل الوضع

النقاط الرئيسية للتحليل

هناك عدد من النقاط في عرض وتحليل المعلومات الواردة في التقرير يجب وضعها في الاعتبار عند تناول كل فصل وقسم، وذلك كما يلي:

- **البيئة:** ينبغي بذل جميع الجهود لتقديم المعلومات في صورة بيانات ومؤشرات يعول عليها والإشارة إلى مصادرها وتفسير دلالاتها وبيان أهميتها لصحة الطفل.
- **السياسات القائمة:** ينبغي التنويه عن وجود سياسات لكل جانب رئيسي من عدمه، وإذا وجدت فما هي صلتها بصحة الطفل وكيفية أدائها علي مر الوقت وهل توجد ثغرات ينبغي مواجهتها في المستقبل.
- **الانسياب المنطقي للمعلومات:**
 - أولاً: وصف الوضع؛
 - ثانياً: تحليل الوضع وتقديم نتائج التحليل في صورة مواطن القوة والعوامل المساندة ومواطن الضعف ومعوقات التغيير؛
 - ثالثاً: تحديد جميع الأمور الرئيسية التي ينبغي أن تتناولها السياسة ثم تلخيصها مصنفة حسب تخصصها (مثلاً: الموارد البشرية، التمويل، الخدمات الصحية وتقديم الرعاية الصحية، أساليب برامج الصحة العامة)؛
 - ورابعاً: تلخيص النتائج الرئيسية في استنتاجات موجزة، كما ينبغي اقتراح "قائمة أفعال" تتعلق بجوانب محددة من السياسة تصلح لتناولها عملياً علي المدى القصير والمدى المتوسط فضلاً عن تضمينها في وثيقة السياسات. وبذلك نصل إلى المخرج النهائي لتحليل الوضع ولب وثيقة السياسات.
- **أوجه التفاوت:** من المهم، وصف وتحليل أوجه التفاوت الموجودة بكل قطر، لكل موضوع كلما أمكن، وذلك للمؤشرات الرئيسة مثل التفاوت بين الريف والحضر، وبين المناطق الجغرافية (مثلاً: الشمال - الجنوب، الغرب - الشرق، وبين الأقاليم)، وبين المجموعات الخاصة (مثلاً: المجموعات الإثنية، الرحل، النازحين، الأطفال المعاقين والذين يعانون من ظروف صعبة)، التفاوت الاقتصادي حسب اختلاف اللون والنوع. وكما تهتم المؤشرات بمستوي الدخل ومعدلات الوفاة، تهتم أيضاً بتوفر الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها، ونوعية الخدمات المقدمة، والقدرة علي إدارة العاملين والتخطيط، وتوزيع الموارد البشرية، وتوفير الموارد المالية... الخ (أنظر القسم التالي عن تصميم تقرير تحليل الوضع).

- **الروابط مع رعاية الأم:** لاشك أن رعاية الأطفال تعتمد علي رعاية الأمهات. فكلما أمكن ينبغي إبراز الروابط بين رعاية الأطفال ورعاية الأمهات مع ملاحظة أن التحليل الدقيق لرعاية الأم لا يشكل جزءا من هذه الوثيقة إلا عند قيام قطر معين بدمج رعاية الأم والطفل علي جميع المستويات بما فيها المستوي المركزي.
- **الشركاء:** ينبغي إعداد قوائم بالشركاء الرئيسيين الضالعين في نشاط بعينه مع تسجيل مساهماتهم.
- **الموارد:** ينبغي الإشارة إلي الموارد المالية المخصصة والمتوفرة.
- **المراجع:** ينبغي توثيق جميع المعلومات والأرقام الواردة بدقة وذلك بإدراج قائمة بالمصادر والمراجع ذات الصلة في نهاية الوثيقة بما يشمل المؤلف والعنوان والسنة ومصدرها.

تصميم التقرير

يمكن لتقرير تحليل الوضع تقديم معلومات ونتائج التحليل بطرق مختلفة. وبما أن الجوانب المعتمد استعراضها ستعكس في الغالب في وثيقة السياسات، لذا فمن المهم اختيار تصميم عملي متوجه نحو المواضيع التي تتناولها السياسة. وينبغي دائما الوضع في الاعتبار عند وصف المعلومات في التقرير بكل أقسامه أن الهدف من هذه الوثيقة هو على وجه التحديد إعداد تحليل للوضع لتحديد الأمور ذات التأثير علي صحة الطفل والتي تحتاج إلي وضع سياسة لها. وعلي ذلك، ينبغي تلخيص المعلومات المفصلة في جداول أو ملاحق بينما يفضل أن يركز نص التقرير علي تحليل هذه المعلومات واستنتاجاتها.

وينبغي إدراج الأقسام الثمانية التالية في تقرير تحليل الوضع مع ملاحظة أن قائمة المعلومات الواردة في كل من هذه الأقسام في هذه الوثيقة هي مجرد مثال لما يمكن وصفه ولا يقصد بها أن تكون شاملة. وينبغي أن تتعلق هذه المعلومات علي قدر الإمكان بصحة الطفل. فينبغي مثلا أن يتناول القسم السابع المخصص للبرامج المتعلقة بالصحة العامة للطفل مجموع المعلومات التي سبق ذكرها في إطار استجابة النظام الصحي لقضايا بعينها تتعلق بأوجه محددة للصحة العامة للطفل مع تجميع الأمور الأولوية التي في حاجة لوضع سياسة لها بغرض إدراجها في وثيقة السياسة بعد تمحيصها.

1- مقدمة. ينبغي لهذا القسم تلخيص المعلومات التالية في بضعة فقرات:

- مدى اهتمام الحكومة بالأطفال عامة وصحتهم علي وجه الخصوص مع إشارات موجزة إلي الدستور والتشريعات وخطة التنمية الوطنية، ومدى تأثيرها علي صحة الطفل، وكذلك الالتزامات الدولية مثل اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل، والقمة العالمية المعنية بالأطفال، والمرامي الإنمائية للألفية، وقرارات جمعية الصحة العالمية واللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية فضلا عن السياسات والخطط المستقبلية.

- الأمور المتعلقة بالسياسات والأساليب الحالية المتعلقة بصحة الطفل مثل الافتقار إلى التنسيق ما بين البرامج والمشاريع الرأسية، وبين الشركاء ومعهم، وازدواج الجهود وما يتبع ذلك من الاستخدام دون الأمثل للموارد المتوفرة، والتضارب، بين الدلائل الفنية لمختلف البرامج.
- المبررات لإعداد وثيقة سياسة وطنية لصحة الطفل وأهدافها الرئيسية، بناء على كل ما تقدم من أسباب
- القرار حول التركيز المبدئي على فئة معينة: مثلاً الأطفال دون الخامسة من العمر على مستوى الرعاية الصحية الأولية.

2- الإطار العام. يتعلق هذا القسم أساساً بالجوانب التالية.

- **الوضع الجغرافي والسياسي والإداري:** ينبغي تقديم وصف موجز جداً للسمات الجغرافية الرئيسية للقطر فيما يتعلق بقضايا الرعاية الصحية للأطفال، مثال: المسافات ووسائل المواصلات، وطبيعة التضاريس، والتغيرات الموسمية والمناخية التي تؤدي إلى حدوث المرض. وسيسهل ذكر موجز للتقسيم الإداري إلى مناطق ومحافظات وأقاليم ومراكز ومحليات، فهم هياكل النظام الصحي (انظر الفقرة المتعلقة بهذا الموضوع تحت القسم الثالث "الأنظمة الصحية، صفحة 18) كما ينبغي التنويه عن اضطراب الوضع الأمني في بعض المناطق (إن وجد).
- **الوضع الديموغرافي والاجتماعي - الاقتصادي:** يساعد وصف هيكل وتوزيع ونمو السكان إلى جانب سياسات التنمية والسكان على فهم أفضل للإطار الذي يتعين أن تعمل فيه السياسة. إذ تلعب العوامل الاقتصادية والاجتماعية دوراً هاماً في التأثير على صحة السكان بما يشمل نوعية الرعاية الموجهة للأطفال ومؤشرات مثل معدل التعلم ومعدل الفقر، الناتج القومي الإجمالي ونصيب الفرد منه، والإسكان والتحضر، ووفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة ومعلومات عن أنظمة الرعاية الاجتماعية. وينبغي عرض هذه المعلومات الثمينة مشفوعة بتحليل موجز ووصف لأوجه التفاوت المحتملة (انظر "أوجه التفاوت" تحت "نقاط التحليل الرئيسية"، صفحة 34). أما المؤشرات المتعلقة بالصحة فيمكن وصفها منفصلة في الأقسام التالية من التقرير.

3- النظام الصحي. من أهم الجوانب التي ينبغي استعراضها في تحليل الوضع، إدارة هيكل النظام

الصحي بما يشمل القطاعات الحكومية وشبه الحكومية² والخاصة مما قد يساعد على تحديد أمور هامة يجب أن تتناولها سياسة صحة الطفل وقد يتناول هذا القسم من التقرير ما يلي:

- هيكل وإدارة النظام الصحي

ويفرض هذا القسم لما يلي:

² بما يشمل المؤسسات المرتبطة بالدولة و تحت سيطرتها غير المباشرة.

- i. مقدمو الخدمة الصحية الرئيسيون ودورهم في صحة الأطفال بما يشمل الفئات الثلاث الأساسية: الحكومية وشبه الحكومية والخاصة مثل الخدمات الطبية لوزارة الصحة أو وزارة الدفاع أو غيرها من الوزارات، والجامعات والتأمين الصحي، وشركات القطاع العام، والخدمات الطبية التي يقدمها القطاع الخاص (مثل العيادات والمستشفيات الخاصة والمنظمات غير الحكومية والخدمات الخيرية).
- ii. الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة علي مختلف المستويات (المركزي والإقليمي والمحلي) مع تحديد كيفية تفويض السلطات والمسئوليات علي هذه المستويات المذكورة مع التركيز علي البرامج المتعلقة بصحة الطفل.
- iii. آليات التنسيق داخل الوزارة، بين مختلف المستويات، ومع الشركاء الخارجيين بما يشمل المجتمعات المحلية مع التركيز الخاص علي صحة الطفل.

• التخطيط

ويتناول هذا القسم ما يلي:

- i. الأهداف والأولويات الرئيسية لخطة التنمية الوطنية أو أي وثيقة مماثلة، والمؤشرات والأهداف الفرعية المطلوب تحقيقها.
- ii. دورات التخطيط، وتوزيع مسئوليات التخطيط بين إدارات وزارة الصحة، والتنسيق مع وزارة المالية، التخطيط السنوي، والقدرة والإجراءات التخطيطية علي مختلف مستويات النظام الصحي، واستخدام بيانات المتابعة وغيرها في التخطيط، والموارد اللازمة لتنفيذ الخطط.

• إتاحة واستخدام نوعية الخدمات الصحية

ويشمل هذا القسم ما يلي:

- تعريف مصطلح "إتاحة" الرعاية الصحية الأولية، وخدمات الإحالة.
- إعداد الوحدات الصحية ومقدمي الخدمة الصحية مصنفة حسب النوع والمنطقة (جغرافيا، حضر، ريف) بالنسبة لتعداد السكان المتاح لهم الخدمة.
- وظائف الوحدات الصحية مصنفة حسب النوع، وتوصيف وظائف أو مهام مقدمي الخدمة مصنفة حسب فئة مقدم الخدمة ونوع الوحدة الصحية؛ الوحدات الصحية التي تعمل لساعات محدودة أو غير كافية.

- السياسات القائمة المتعلقة بالتوزيع الجغرافي، ريف/ حضر، والتنوع للوحدات الصحية ومقدمي الخدمات.
- استخدام الخدمات الصحية وخاصة خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- جودة الخدمات الصحية بناء على التقييمات الفنية وانطباعات ورضاء مستقبلي الخدمة، ومؤشرات وآليات ضمان الجودة و"الرضا الوظيفي" لمقدمي الخدمة.

• **تدبير الأدوية (الشراء، التوريد، التوزيع، التوافر علي مستوى الوحدات الصحية) واستخدامها.**

ويتناول هذا القسم ما يلي:

- i. سياسة الأدوية الأساسية، المتعلقة بما يلي: وجود قائمة بالأدوية الأساسية وما إذا كانت تحتوي علي الأدوية الرئيسية المطلوبة لرعاية الأطفال. فعلي سبيل المثال، هل توجد الدلائل الوطنية المعدلة لاستراتيجية "التدبير المتكامل لصحة الطفل" (IMCI)³ وفي أي مستوى من الوحدات الصحية يتم تطبيقها، وأي من فئات مقدمي الخدمة الصحية تقوم باستخدامها، بما يشمل أدوية الحقن قبل الإحالة.
- ii. التشريعات أو غيرها من اللوائح بخصوص إلغاء بعض الأدوية من الكتيب الوطني لوصف الأدوية وقائمة الأدوية الأساسية أو الأدوية المحظور استيرادها.
- iii. آليات مراقبة الجودة للمستحضرات الصيدلانية المستوردة والمنتجة محليا.
- iv. شراء الأدوية علي المستوى الوطني والإقليمي ونظام الطلبات (هل تحدد الكميات علي المستويات الأعلى أو بمقتضى الاحتياجات الفعلية علي مستوى الوحدات الصحية).
- v. توفر الأدوية علي مستوى الوحدات الصحية: الوضع، التمويل الدوار أو غيرها من الآليات لضمان توفر الأدوية، التكلفة التي يتحملها المنتفع والإعفاءات.
- vi. ترشيد استعمال الأدوية علي مستوى الوحدة الصحية والقطاع الخاص.

• **نظام الإحالة:**

ويتناول ما يلي:

³ أنظر الحاشية (7) صفحة 53

- i. رعاية ما قبل الإحالة⁴
- ii. قنوات الإحالة والتغذية الراجعة للوحدة المحيلة، أنظمة الانتقال وغير ذلك من الصلات بين الوحدة المحيلة والمحال إليها.
- iii. تكلفة الإحالة وقدرة الفقراء وعائلات الأطفال علي تحملها، صناديق التمويل المجتمعي، انطباعات المنتفعين عن جودة خدمات المستشفى.

• أنظمة المعلومات الصحية

وتتناول ما يلي

- i. أنظمة التسجيل والإبلاغ مصنفة حسب المستوى بما يشمل تقدير الوقت اللازم للملء الاستثمارات والإبلاغ في الوقت المناسب.
- ii. نظام المعلومات المتكامل مقابل أنظمة منفصلة تخدم البرامج الرأسية، احتمال ازدواجية المعلومات.
- iii. الموارد البشرية والمالية المتاحة لإدارة النظام علي مختلف المستويات.
- iv. تحليل البيانات التي جمعت، ومدى مصداقيتها واتساقها عبر نظام المعلومات، التقرير السنوي.
- v. التغذية الراجعة إلي الوحدات المبلغة مصنفة حسب المستوى، استخدام البيانات في أغراض التخطيط.
- vi. حيوية ومصدقية النظام الحالي والجواب التي يمكن تحسينها.

• نظام الإشراف

ويتناول ما يلي

- i. نظام الأشرف الحالي علي المستوى المركزي والإقليمي، نظام متكامل للإشراف مقابل الإشراف علي برامج منفصلة، الإشراف الإداري مقابل الإشراف الفني الروتيني.
- ii. مهارات المشرفين وتدريبهم علي الإشراف الإداري والفني.
- iii. أدوات ومنهجية الإشراف.

⁴ قد تتغير مستقبلًا نوعية الرعاية علي مستوى وحدات الإحالة وإجراءات العمل القياسية علي مستوى المستشفيات المركزية، إذا ركز تحليل الموقف الراهن علي رعاية الأطفال في العيادات الخارجية.

iv. تسجيل وإبلاغ نتائج التغذية الراجعة للمشرفين واستخدام النتائج لتحسين تقديم الخدمات، تعظيم استخدام الموارد المتاحة والتخطيط، متابعة الحلول المقترحة للمشاكل التي تم التعرف عليها.

v. توفر وسائل الانتقال والموارد المالية اللازمة للإشراف.

vi. تأثير أسلوب الإشراف الحالي.

• الصلات بين النظام الصحي والمجتمع

ويتناول ما يلي

i. القنوات الرسمية أو المتعارف عليها التي تربط النظام الصحي وبخاصة مستوى الرعاية الصحية الأولية بالمجتمع.

ii. مشاركة المجتمع في تخطيط وتنفيذ ورصد الخدمات الصحية المقدمة، ومدى تقدم سير التدخلات المجتمعية وتقييم المخرجات الصحية في المجتمع، مشاركة المجتمع في مبادرات تعزيز الصحة (المتطوعون من أفراد المجتمع وأعضاء المؤسسات الصحية. بمن فيهم جماعات الدعم المجتمعي، دعم أنظمة التحفيز لمقدمي الخدمة بما يشمل مكافآت و حوافز من المجتمع، المدارس المعززة للصحة، لجان القرى).

iii. متابعة دعم المبادرات المجتمعية من جانب فرق الوحدات الصحية.

iv. رضا المجتمع والصلات مع النظام الصحي.

- تطوير القطاع الصحي: وجود خطة أو مبادرة لتطوير أو إصلاح القطاع الصحي يجرى تنفيذها أو قيد التخطيط، وينبغي إدراج ملامحها الرئيسية في الأقسام المناسبة من تقرير تحليل الوضع ثم تلخيصها في هذا القسم المخصص لتطوير القطاع الصحي.

4- تمويل الرعاية الصحية. لا شك أن هذا الجانب له تأثير بالغ علي رعاية صحة الطفل. وينبغي للتقرير وصف اتجاهات الإنفاق الصحي وخطط تمويل الرعاية الصحية شاملا ما يلي:

• مؤشرات الإنفاق الوطني علي الصحة:

i. حجم الإنفاق الوطني علي الصحة: إجمالي الإنفاق علي الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (GDP)، والإنفاق بالنسبة للفرد؛ نسبة الإسهام الحكومي في الإنفاق الإجمالي علي الصحة (تمثل النسبة المتبقية مشاركة القطاع الخاص).

ii. حجم الإنفاق الحكومي علي الصحة كنسبة من إجمالي الإنفاق الحكومي والإنفاق بالنسبة للفرد، ونسبة إنفاق الضمان الاجتماعي علي الصحة من الإنفاق الحكومي علي الصحة.

- iii. كم تنفق الأسر علي الصحة من مواردها الخاصة: إنفاق الأسرة علي الصحة من مواردها الخاصة كنسبة من الإنفاق الخاص علي الصحة.
- iv. حجم مساهمات الجهات المانحة كنسبة من إجمالي الإنفاق علي الصحة.
- v. ما هي نسبة الإنفاق الصحي الحكومي علي المستوى الثالث للرعاية الصحة مقابل الإنفاق علي الرعاية الصحية الأولية.

• التأمين الصحي والأنظمة المماثلة

ويتناول ما يلي

- i. سياسة التأمين الصحي.
 - ii. تطبيق آليات استرداد نفقات العلاج، أنظمة رسوم الخدمة، المدفوعات غير الرسمية، آليات الحماية مثل التنازل والإعفاءات والرسوم المخفضة وخاصة للفقراء والجموعات الضعيفة بما يشمل الأطفال، حسب مستوى المؤسسة الصحية، والخدمة، والمنطقة الجغرافية أو الحضر/الريف/وفات الدخل.
 - iii. موقف مقدمي الخدمة من هذه المبادرات ووعي الجمهور بها وتقبله لها.
 - iv. تأثير هذه السياسات علي إتاحة واستخدام الخدمات الصحية وعلي جودة هذه الخدمات.
- عمليات التخطيط وإعداد الميزانيات علي مختلف مستويات النظام الصحي.

5- **الموارد البشرية والتعليم قبل الالتحاق بالخدمة.** هذا الجانب حول تنمية الموارد البشرية لرعاية صحة الطفل جدير بمكان خاص في تقرير تحليل الوضع نظرا لأن الموارد البشرية تمثل العمود الفقري لأي نظام صحي ربما يجب أن يعتمد علي مدى كفاءة وحماس وسلوك واستمرار العاملين به في تقديم خدمات عالية الجودة. ويجب إدراج بعض النقاط الرئيسية في التقرير كما يلي:

• إدارة الموارد البشرية

- i. الهيكل الإداري لكل مستويات وزارة الصحة ووزارة التعليم، وآليات التنسيق بين الوزارتين.
- ii. أعداد وتوزيع مقدمي الخدمة حسب فئاتهم المختلفة والمناطق والحضر/الريف، ونسبه مقدمي الخدمة للسكان في كل منطقة.
- iii. خطط التحفيز لاجتذاب مقدمي الخدمة والاحتفاظ بهم، مثل المسار المهني، الشهادات والمكافآت، الحوافز المادية، والمشاركة في المناسبات الوطنية والدولية.

iv. سياسة التنقلات بعد التدريب أثناء الخدمة للحد من معدلات التناقص في أعداد العاملين؛ أولويات التدريب أثناء الخدمة (حسب الاحتياج مقابل رغبة الجهات المانحة).

v. قاعدة بيانات عن العاملين المدربين.

• التأهيل العملي وبناء القدرات

i. تعليم ما قبل الخدمة الإنفاق مع كليات الطب والمعاهد الفنية الصحية في القطر، تخطيط سياسة إنتاج المؤهلات طبقاً للاحتياجات، تضمين عناصر الصحة العامة للطفل في المناهج الدراسية لكليات الطب والمعاهد الفنية الصحية (المعرفة مقابل اكتساب المهارات، الرعاية الصحية الأولية مقابل الرعاية علي مستوى المستشفى)، أنظمة الاعتماد، تدريب المعلمين، تقييم العملية التعليمية ومخرجاتها، الخبرة السابقة في التعاون مع وزارة الصحة.

ii. التدريب أثناء الخدمة: تحديث المعلومات والمهارات أثناء الخدمة، الارتقاء بالشركاء، بما يشمل المنظمات غير الحكومية، التعليم الطبي المستمر، آليات المتابعة بعد التدريب، تخصيص موارد مالية من الحكومة والجهات المانحة للتدريب في الجوانب ذات الأولوية علي المستوى المركزي والإقليمي.

6- البرامج المتعلقة بالصحة العامة للطفل. يمثل ذلك قسماً رئيسياً ينبغي أن يصف بإيجاز وضع صحة وتنمية الطفل في القطر وينوه عن المؤشرات والاتجاهات الصحية الرئيسية⁵ علي مر السنين مع التوقعات حتى عام 2015، بما يشمل وفيات ومراضة الرضع وحديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة، والأسباب الرئيسية والعوامل المساعدة في وفيات ومراضة الأطفال دون سن الخامسة، المشاكل البالغة وتفشي الأمراض. وينبغي لهذا القسم كغيره من أقسام هذا التقرير أن يتجاوز مجرد وصف المؤشرات والوضع الراهن إلي تحليل اتجاهات الماضي واحتمالات المستقبل.

7- البرامج المتعلقة بصحة الطفل. يهدف هذا الجزء من التقرير إلي وصف استجابة النظام الصحي بالقطر للجوانب السائدة المتعلقة بالصحة العامة للطفل الواردة في القسم السابق. وعادة ما تدير وزارات الصحة برامج رأسية أو أساليب متكاملة (مثلاً: التدبير المتكامل لصحة الطفل) لمواجهة مثل هذه القضايا، وقد توجد تداخلات بين البرامج الرأسية، لذا ينبغي أن تحتوي الأقسام الخاصة بكل برنامج أو تدخل وصفاً موجزاً لسماته الرئيسية يبرز مواطن القوة والاحتياجات التي يجب التعامل معها. كما ينبغي مراجعة أداء أي برنامج بدقة مقارنة بأهدافه المخططة مع توضيح العوامل التي تسهل أو تعوق تنفيذ البرنامج وتحقيق إنجازاته. وينبغي أن يكون التركيز علي الدروس المستفادة من الخبرة بغرض وضع

⁵ تشمل كلمة "الصحة" في هذه الوثيقة التغذية كعنصر أساسي.

طرق عملية لتحسين كفاءة الأداء. والسؤال الأساسي هو: هل يوجد دليل يبرهن علي أن سياسات واستراتيجيات البرامج القائمة قد ساهمت في تقليل أهمية مشاكل الصحة العامة المتعلقة بصحة الطفل التي صممت البرامج أو التدخلات من أجلها؟ وعند وصف المشاكل يجري تقدير أهمية المشكلة وفقاً للأثر المحتمل لتحقيق الأهداف أو الأهداف الفرعية. وهناك بعض العناصر التي يجب تناولها، كما يلي:

□ الهيكل الإداري علي جميع المستويات: المركزي، والإقليمي أو مستوى المحافظات، والمراكز والمحليات طبقاً للوحدات الإدارية بالقطر مع تحديد من يدير وينسق الأنشطة وما هي مسؤولياته أو مسؤولياتها، ومستوى القرار الذي يمكن اتخاذه علي مختلف مستويات البرنامج.

□ آليات التنسيق مع الوحدات أو البرامج أو التدخلات الأخرى المتعلقة بصحة الطفل.

□ أغراض ومؤشرات وأهداف البرنامج وأهدافه الفرعية⁶ علي المدى المتوسط (وعلي سبيل المثال: سنتان إلي 5 سنوات) وعلي المدى الطويل (علي سبيل المثال 10 سنوات أو أكثر).

□ الاستراتيجية أو الاستراتيجيات الرئيسية المتبناة والأنشطة الرئيسية المنفذة وتأثيرها.

□ عناصر النظام الصحي المذكورة آنفاً (انظر 3، 5 أعلاه تحت قسم "النظام الصحي"، صفحة 39 و صفحة 48 علي التوالي) التي تنطبق علي هذا الجانب من البرنامج.

ومن البرامج التي تستحق الذكر تلك التي تتناول التطعيمات، وأمراض الأطفال، والتغذية، والملاريا (إن وجدت) ومكافحة الإيدز وفيروسه البشري، وصحة الأم وحديثي الولادة، ورعاية ما حول الولادة، وصحة الفم، والأدوية الأساسية، ومكافحة الإصابات والوقاية منها، والثقافة الصحية وتعزيز الصحة. وتوضح الصفحات التالية ثلاثة أمثلة من البرامج المعلقة بالصحة.

• البرنامج الموسع للتطعيمات

ويتناول

■ الهيكل الإداري للبرنامج الموسع للتطعيمات حسب المستوى والموقع في الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة.

⁶ أحياناً ما تستخدم الكلمات "مرمى"، "غرض"، "مؤشر": هدف لطرق مختلفة. وفي هذه الوثيقة تعني كلمة "غرض" المرمى بمعناه الواسع (مثلاً: الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة)، بينما تشير كلمة "هدف" إلي مرمى في صياغة. كمية ولمدة محددة عادة علي المدى المتوسط أو المدى الطويل (مثلاً: خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بحلول عام 2015 بمقدار الثلثين مقارنة بمستوى عام 1990)، أما "الهدف الفرعي" فهو مجموعة المرامي المتوسطة للوصول إلي الهدف عادة علي المدى القصير (مثلاً: تدريب 65% من العاملين الصحيين في وحدات العيادات الخارجة للرعاية الصحية الأولية في التدبير المتكامل لصحة الطفل وتزويدهم بانتظام بالأدوية الرئيسية لرعاية الأطفال وذلك بحلول عام 2007) أو (معالجة 50% من الأطفال دون سن الخامسة والذين يحضرون إلي الوحدات الصحية التي تطبق استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل" طبقاً لدلائل هذه الاستراتيجية وذلك بحلول عام 2007)، وتوضع مؤشرات لقياس الأهداف وهذه المؤشرات عبارة عن معدلات (أعداد أو نسب) تبين إلي أي مدى تم تنفيذ الأنشطة المخططة (العملية) ومدى تحقق إنجازات البرنامج (المخرجات). لمزيد من المعلومات يرجى الرجوع إلي "إطار مكون المجتمع في استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل" (القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2002، وثيقة

- جدول التطعيمات للأطفال دون سن الخامسة بما يشمل الجرعات المنشطة وموانع الاستعمال.
- أهداف التغطية بالتطعيم ومدى تحقيقها، حالات الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم ووفياتها علي مدى سنوات عديدة.
- توفير الطعوم: السياسة بالنسبة للطعوم المستوردة (الإجراءات، الضرائب، التخليص...الخ)، مراقبة جودة الطعوم المنتجة محليا.
- نظام التوزيع، إدارة مخزونات الطعوم، جدول توصيل الطعوم حسب المستوى وأوضاع نفاذ المخزون في نقاط التوزيع.
- معدات سلسلة التبريد والرصد، الأدوات (الحاقن، الإبر، صناديق الأمان).
- أساليب التطعيم: جلسات داخل الوحدات الصحية مقابل خدمات متحركة تصل إلى المنازل، توفر وسائل الانتقال، توافر جلسات التطعيم، سياسة الزجاجات متعددة الجرعات وسياسة لمنع إهدار الطعوم، ممارسة الحقن الآمن، حملات التطعيم.
- الموارد البشرية (فئات مقدمي الخدمة حسب المستوى، المسؤوليات الأخرى، التدريب ومتابعة أداء المتدربين، مبادرات التحفيز، إدخال عناصر البرنامج الموسع للتطعيمات في التعليم قبل الالتحاق بالخدمة).
- نظام الرصد، نظام المعلومات.
- معلومات عن التطعيم للجمهور، الترويج داخل القطر.
- خطط التمويل الحكومي لخدمات التطعيم.

● التدبير المتكامل لصحة الطفل (IMCI)⁷

في الوضع الأمثل ينبغي أن تغطي هذه الاستراتيجية الجوانب الرئيسية للصحة العامة للطفل، كما قد تغطي حسب دلائلها لكل قطر بعض القضايا المختارة لصحة الأم. وفي بعض البلدان تتواجد أيضا برامج رأسية محدودة عادة بالمناطق الجغرافية التي لم ينفذ فيها هذا الأسلوب المتكامل. ويرد أدناه أمثلة لبعض الأمور التي يمكن أن تتناولها السياسة. ولبعض هذه الأمور مثل تلك التي تتعلق بالدلائل السريرية - يمكن الرجوع لدلائل تدبير الحالات أو دلائل التدريب التي تبنتها وزارة الصحة رسميا (مثل كتيب مخطط التدبير المتكامل لصحة الطفل والذي يذكر مصدر الوثيقة وسنة التصديق مما يضيف سنداً قانونياً علي الدلائل بصفتها جزء لا يتجزأ من سياسة صحة الطفل).

⁷ هذه الاستراتيجية المعروفة أصلاً باسم التدبير المتكامل لأمراض الطفولة تغير اسمها إلى التدبير المتكامل لصحة الطفل في إقليم شرق المتوسط لتعكس بطريقة أفضل أهدافها ويبرز تأكيدها علي تدابير الوقاية والتعزيز.

- i. الإدارة والتخطيط: الهيكل الإداري علي مختلف مستويات النظام الصحي وموقع التدبير المتكامل لصحة الطفل داخل الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة، آليات التنسيق مع البرامج الرأسية (مثل: البرنامج الموسع للتطعيمات، التغذية، صحة الأم والطفل) والشركاء، معايير الاختيار للمناطق التي يتم فيها تطبيق استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل أو غير ذلك من التدخلات، القدرة علي التخطيط مصنفة حسب المستويات، تغطية شاملة مقابل تغطية محدودة، تغطية المحافظات والإدارات والوحدات الصحية، والأطفال دون سن الخامسة.
- ii. الأغراض والمؤشرات والأهداف الفرعية، اتجاهات وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال دون سن الخامسة.
- iii. إرشادات التدبير بالعيادات الخارجية للأطفال دون سن الخامسة مصنفة حسب فئات مقدم الخدمة ومستوى الوحدة الصحية، بما يشمل ترشيد استعمال الأدوية والأدوات:
 - علاج ما قبل الإحالة للحالات الشديدة بالأدوية المحقونة في العيادات الخارجية.
 - علاج الخط الأول والخط الثاني للملاريا والالتهاب الرئوي والدوسنتاريا والكوليرا وغيرها من الأمراض السارية التي وردت في استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل.
 - علاج الإسهال الزمن، وعوز المغذيات الدقيقة وسوء التغذية.
 - أملاح الأرواء عن طريق الفم، التركيب (المكونات ومكسبات الطعم)، انتهاء الصلاحية، مواد التغليف وحجم الوحدة، العنونة، عدد العبوات الواجب صرفها من الوحدة الصحية لكل طفل يعاني من الإسهال، الاستيراد والإنتاج المحلي (الممارسات الجيدة لإنتاج المستحضرات الصيدلانية)، مراقبة الجودة (شهادة تحليل لكل تشغيله أنتجت)، تقدير الاحتياجات السنوية للقطر، توفير الأملاح للقطاعات الثلاثة (الحكومي وشبه الحكومي والخاص) التكلفة (بمجانا مقابل تكلفة مخفضة).
 - العلاج بالإرواء عن طريق الفم في الوحدات الصحية: حالات الإسهال التي عولجت بالعيادة الخارجية أو مكثت في ركن الإرواء الفموي، تبعات معدل أشغال الأسرة بالمستشفى المركزي والميزانية).
 - أدوية علاج الإسهال بالتحديد تلك الخاصة بالأطفال وتلك التي علي شكل سائل، أدوية السعال والبرد، الإجراءات المنظمةة لاستيراد الأدوية وإنتاجها محليا وبيعها واستخدام مقدمي الخدمة في القطاع الحكومي والقطاع الخاص لها.
 - الأدوات: اختيارات تشخيصية سريعة (شرائط الكشف) للملاريا أو أدوات التشخيص المجهرية، أدوات علاج الأرواء عن طريق الفم، ساعات مقيائية لعد سرعة التنفس، موازين للحرارة، موازين الأطفال، خوافض اللسان استمارات التسجيل.
 - الرعاية المنزلية: السوائل والأطعمة الموصي بها (سواء مع أملاح الأرواء أو بدونها) أثناء نوبات الإسهال، التغذية. بما يشمل الرضاعة أثناء المرض والنقاهة، البحث عن الرعاية الصحية، مضادات

الملاريا للحمى في المناطق الموبوءة بالملايا، استخدام الناموسيات (شباك قاتل الحشرات طويل الأجل، استراتيجيات التوزيع والتسويق والتكلفة).

iv. تنظيم العمل في الوحدات الصحية بما يشمل مسؤوليات العاملين الصحيين (توصيف الوظائف) مصنفة حسب الفئة ونوع الوحدة الصحية وأعداد المرضى، وفرز المرضى، استعمال الأدوية عن طريق الحقن، وإعطاء المضادات الحيوية، بالعلاج بالأرواء عن طريق الفم، التوعية بخصوص التغذية والرعاية المنزلية.

v. التدريب أثناء الخدمة (الفئات المستهدفة، التغطية، أنواع ومدة الدورات التدريبية حسب نوع مقدم الخدمة، تدريب المديرين، مؤشرات جودة التدريب، المتابعة، دورات التدريب التشغيلية، الموارد المالية للتدريب).

vi. التعليم قبل الالتحاق بالخدمة: اشتراك المجتمع الأكاديمي في تطوير دلائل التدبير المتكامل لصحة الطفل حسب متطلبات القطر وغير ذلك من الأنشطة، التوجيه بخصوص التدبير المتكامل لصحة الطفل في كليات الطب، معايير اختيار كليات الطب للقيام بمبادرة التعليم قبل الالتحاق بالخدمة للتدبير المتكامل لصحة الطفل، التنسيق والدعم لكليات الطب المختارة للأنشطة المتعلقة بذلك، (علي سبيل المثال تأسيس فريق عمل وتحديد منسق في قسم الأطفال بالكلية المعنية)، موافقة رسمية من مجلس الكلية لإدخال عناصر التدبير المتكامل لصحة الطفل في المنهج الدراسي، وضع خطة لإدخال هذه العناصر، تدريب الأساتذة، إعداد مواد التدريس ومراجع الطلبة، تنظيم مواقع للتعليم في العيادة الخارجية، تضمين أسئلة عن التدبير المتكامل لصحة الطفل في الامتحانات، والمتابعة والتقييم.

vii. الترويج لممارسة رعاية الأطفال في المنزل (الأساليب: وجها لوجه جلسات ثقافة صحية، مجموعات في المجتمع وسائل الإعلام الجماهيرية).

viii. مؤشرات المتابعة: الإبلاغ الروتيني (مثلا: التواجد المستمر لأحد مقدمي الخدمة المديرين في التدبير المتكامل لصحة الطفل ومزود بانتظام بالأدوية الرئيسية اللازمة للعلاج والوقاية، معدلات وفيات الحالات للأطفال دون الخامسة الذين يحضرون إلى المستشفيات التي تطبق استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل؛ نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من الجفاف الشديد أو المتوسط كنسبة من المصابين بالإسهال الذين يحضرون للوحدة الصحية؛ نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من الالتهاب الرئوي الشديد كنسبة من نفس الفئة الذين يحضرون إلى الوحدة يعانون من التهابات الجهاز التنفسي الحادة؛ وبالمثل الأطفال الذين يعانون من مرض حمي شديد كنسبة من المرض بالحمي؛ وبالمثل الذين يعانون من سوء التغذية الشديد ونقص شديد في الوزن بالنسبة للعمر بين من يحضرون للوحدة؛ وعن طريق زيارات المتابعة للتدبير المتكامل لصحة الطفل والمسوح الدورية (يمكن معرفة الوحدات الصحية التي تعمل لساعات محدودة أو غير كافية، الأطفال المرضى طبقاً لدلائل التدبير المتكامل لصحة الطفل الذين تلقوا رعاية طبقاً لدلائل هذا البروتوكول، معلومات من يعتنون بالأطفال عن الرعاية المنزلية والبحث عن الرعاية الصحية، رضا من يعتنون بالأطفال عن الخدمات المقدمة في الوحدات التي تطبق استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل).

- ix. الإحالة، تدبير الأدوية، المعلومات الصحية، الإشراف، الصلات بين النظام الرسمي والمجتمع (انظر قسم النظام الصحي، صفحة 39).
- x. التقييم: النتائج الرئيسية بخصوص التقدم المتوقع نحو الأهداف والأهداف الفرعية، إنجازات البرنامج، المشاكل ذات الأولوية.
- xi. موضوعات البحث ذات الأولوية.
- xii. أنظمة التمويل الحكومي لخدمات صحة الطفل وأنشطة رعاية الأطفال.

• برنامج التغذية

تحدث عدة تداخلات لا مفر منها بين الجوانب التي يغطيها هذا البرنامج واستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل نظرا لأن التغذية تمثل مكونا أساسيا في صحة وتنمية الطفل. وهناك أداة مفيدة لمراجعة جوانب التغذية المتعلقة بالسياسة وهي "تغذية الرضيع والطفل الصغير، أداة لتقييم الممارسات والسياسات والبرامج الوطنية" (جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2003).

i. تشريعات حماية ودعم الرضاعة بين الأمهات العاملات والمبادرات التشريعية وغير التشريعية لتفعيل "المدونة الدولية لتسويق الألبان الاصطناعية"، في القطر، وتنظيم الهبات واستخدام الألبان الاصطناعية في الطوارئ، سياسة تشجيع الرضاعة المطلقة.

ii. الهيكل الإداري علي جميع مستويات النظام الصحي وموقع برنامج التغذية داخل الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة، اللجان النوعية لتشجيع الرضاعة أو بصورة أكثر شمولاً تغذية الرضع وصغار الأطفال، آليات للتنسيق مع البرامج أو الاستراتيجيات المتعلقة بصحة الطفل (علي سبيل المثال: التدبير المتكامل لصحة الطفل، ومكافحة أمراض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة وصحة الأم والطفل) ومع الشركاء بشكل عام.

iii. التخطيط: أغراض البرنامج والمؤشرات والأهداف.

iv. دلائل المغذيات الدقيقة لعلاج اضطرابات العوز، المكملات (فيتامين أ، فيتامين د، الحديد، الزنك، اليود)، تقوية الأطعمة وتأثير ذلك، استمرارية مبادرة المستشفيات صديقة الطفل إذا كانت مطبقة في القطر، وغيرها من المبادرات لتشجيع الرضاعة أو بطريقة أشمل تغذية الرضع وصغار الأطفال، أساليب رعاية التطور النفسي للأطفال.

v. الموارد البشرية: التدريب أثناء الخدمة، التعليم قبل الالتحاق بالخدمة، تشجيع ممارسات التغذية السليمة منزليا، المتابعة والمعلومات الصحية، والإشراف (انظر "المعلومات" المدرجة تحت قسم التدبير المتكامل لصحة الطفل بعالية).

ومن المهم التأكيد علي ضرورة أن يعرض التقرير نتائج تحليل معلومات البرامج كما ذكر آنفا بدلا من مجرد وصفها. والغرض من هذه المرحلة (تحليل الوضع) وبالتالي التقرير برمته هو تحديد مدى ملاءمة

استجابة البرامج للجوانب الرئيسية المتعلقة بصحة الطفل وأي سياسات أخرى يمكنها تنشيط هذه الاستجابة.

وخلال الأقسام المختلفة ثم سرد المعلومات عن العمل مع الشركاء كل قسم فيما يخصه ويمكن هنا تلخيص هذه المعلومات في قسم خاص، وعلي سبيل المثال: آليات التنسيق مع وزارة الصحة والقطاعات الأخرى ذات الصلة، والاتفاقات الرئيسية مع الحكومة (علي سبيل المثال: مذكرات التفاهم؛ والتوجه نحو برامج أو استراتيجيات الصحة العامة والمشاركة فيها؛ والدور الحالي والمحتمل الذي تلعبه في مجال صحة الطفل في القطر؛ الاهتمام والأولويات وأهم برامج التعاون؛ وآليات التمويل والدورات المالية؛ والمتطلبات الخاصة للمشروعات (الإبلاغ، التصفية). مشاركة المجتمع الذي يعد شريكا فاعلاً من ناحية وممتلق للخدمات من الناحية الأخرى في برامج ومبادرات الصحة ومدى ارتباطه بالنظام الصحي (انظر أيضا الصلات بين النظام الصحي والمجتمع صفحة 45) لذا ينبغي أيضا تلخيصها في هذا الفصل.

المراحل التالية

تركز هذه الوثيقة علي المرحلة الأولى من عملية وضع السياسة ألا وهي تحليل الوضع. وترتبط هذه المرحلة ارتباطاً وثيقاً بالمراحل المتبقية من العملية لأن وثيقة السياسة هي المولود الشرعي لتحليل الوضع. وينبغي مواصلة الترويج خلال العملية برمتها وذلك لضمان التصديق علي السياسة من أعلى المستويات. والهدف من القسمين التاليين اللذين يقدمان لمحات موجزة عن المرحلة الثانية والمرحلة الثالثة هو تعزيز تفهم المكانة التي يحتلها "تحليل الوضع" من العملية كلها.

المرحلة II: إعداد وثيقة السياسة

من الأمور المتعلقة بالسياسة إلي صياغة السياسات

ينبغي أن يؤدي تحليل الوضع الذي نفذ بالطريقة المذكورة في الصفحات السابقة، إلي إعداد قائمة بالجوانب التي يجب أن تتناولها السياسة علي المدى المتوسط والمدى الطويل. ولا تحتاج الجوانب التي ستتناولها الوثيقة علي المدى الطويل إلا إلي ذكرها بتعبيرات عامة للغاية بصفتها خطوط عريضة للسياسة وذلك بغرض توفير الإطار الذي تناقش فيه أمور أكثر تحديداً علي المدى المتوسط.

وينبغي اختيار الأمور التي ستتناولها السياسة حسب أهميتها بمعنى ما يحمله التأثير المتوقع لتطبيق سياسة محددة علي الأهداف الرئيسية لسياسة صحة الطفل، واحتمال الموافقة علي هذه السياسة خلال بضعة أشهر، وإمكانية تطبيقها. وعلي ذلك، ينبغي أن يكون الاختيار واقعياً للغاية. وسيكون صانعو السياسة أكثر تقبلاً لمناقشة مجموعة معقولة من مقترحات السياسة تبدو عملية وفي متناول اليد يقدمها فريق العمل والتوصل إلي إجماع الآراء بصدد، وأقل تقبلاً لقائمة شاملة بعيدة عن حقائق بيئة السياسة الحالية. وينبغي للسياسات أن تكون ممكنة التنفيذ وتستطيع علي الأرجح أن تؤثر تأثيراً واضحاً علي صحة الطفل.

جمع السياسات في وثيقة واحدة

تهدف عملية إعداد وثيقة السياسة إلي صياغة سياسات جديدة وجمع السياسات الرئيسية المتعلقة بصحة الطفل - سواء جديدها أو قديمها - في وثيقة واحدة.

- وأول خطوة عبارة عن إعداد قوائم مصنفة حسب الموضوع للسياسات الجيدة القائمة فعلاً مع ذكر مصادرها، مما يعكس الممارسات والدلائل والقرارات السائدة التي اتخذت في الماضي والتي قد تكون مبعثرة في مختلف الوثائق أو لم تذكر إلا شفهيًا. ويتوقع أن تكون هذه الخطوة من العملية مباشرة وتحظى برد فعل إيجابي. ومن أمثلة عناصر سياسة صحة الطفل القائمة: الجدول الوطني للبرنامج الموسع للتطعيمات، وبعض جوانب قائمة الأدوية الأساسية والدلائل السريرية لاستراتيجية التدبير المتكامل

لصحة الطفل. والبدء بهذه الطريقة يعترف بالجهود التي بذلها النظام الصحي لمواجهة اهتمامات سياسة معينة مما يخلق اتجاهًا إيجابيًا نحو الأمور الجديدة ويظهر مزايا جمع السياسات التي تتعلق بصحة الطفل في وثيقة واحدة.

- والخطوة التالية هي إعداد قوائم بمقترحات سياسات للجوانب الجديدة التي تم التعرف عليها ثم ذكر تفاصيل التأثير المتوقع علي صحة الطفل إذا تم تناول هذه الجوانب علي النحو الملائم فضلًا عن التأثير المحتمل للحلول المقترحة.
- وينبغي إعداد تقرير قوي لكل بند من بنود السياسة وإبراز أي تبعات لها بما يشمل التبعات المالية التي يقتضيها أي قرار سياسي.

ومن المرجح أن يخلق هذا الأسلوب الذي يبدأ بالسياسات القائمة ثم ملء الثغرات، بيئة ملائمة لمناقشة أمور أكثر تعقيدًا في المستقبل. وقد تتطلب بعض عناصر السياسة تبادلًا مركزًا للمعلومات وتجاوزًا نشيطًا مع العديد من الشركاء ومثال ذلك إتاحة للخدمات الصحية لجميع الأطفال الصغار بما يشمل الأسر محدودة الموارد وحتى القضايا المعقدة يمكن غالبًا تحليلها تفكيكها إلي عدد من الجوانب الأصغر يمكن تناول بعضها مع توقع النجاح علي المدى المتوسط.

وبالرغم من أن الوثيقة الأولى لسياسة صحة الطفل تتناول بعض التحديات فلا ينبغي لها محاولة تناول جميع الجوانب لأن ذلك غير واقعي وقد يخلق خللاً حاداً يؤدي في النهاية إلي توقف العملية كليةً. ولكن بالمحافظة علي منظور واقعي قد يكون للعملية تأثير مساعد لتنشيط الحوار والأعمال بصدد أمور يمكن تناولها علي المدى الطويل في ضوء تعهدات دولية مثل "المرامي الإنمائية للألفية".

ويمكن لكل قطر وضع تصميم خاص به لوثيقة السياسة. فيمكن تجميع عناصر السياسة وفقاً للمكونات (مثلاً: الإدارة، التخطيط، إتاحة الخدمة) أو وفقاً لموضوعات الصحة العامة (مثل: جوانب معينة من مكافحة الأمراض السارية، الإصابات، الحالة التغذوية، النمو النفسي).

عرض عناصر السياسة

ينبغي لوثيقة السياسة أن تميز بالإيجاز وسهولة الرجوع إليها. وينبغي أن تكون مبررات كل عنصر ورد في وثيقة السياسة انعكاساً لاستنتاجات وثيقة تحليل الوضع التي يمكن الإشارة إلى أرقام المصادر فيها ليتسنى المحافظة على وثيقة السياسة قصيرة وفي متناول اليد.

وينبغي لوثيقة السياسة أن تغطي النقاط الثلاث التالية لكل قضية سياسية تتناولها:

1. التبريرات (فقرة قصيرة جداً تشير إلى وثيقة تحليل الوضع لتفاصيل جميع الجوانب أو موجز للاستنتاجات الرئيسية لتحليل الوضع).

2. الأهداف (ماذا بهدف القرار باتخاذ سياسة معينة إلى تحقيقه).

3. قرار السياسة بالتفصيل وتأثيره المحتمل على صحة الطفل.

وينبغي لوثيقة السياسات الإشارة، لكل عنصر رئيسي من السياسة، إلى كيفية تقييم تنفيذ هذا العنصر وطريقة قياس آثاره على صحة الأطفال. ومن الضروري تضمين عنصر الرصد في وثيقة السياسة لتصبح أداة ملزمة موجهة نحو التنفيذ. كما ينبغي لهذه الوثيقة التنويه عن الاستراتيجيات الرئيسية التي تتخذها وزارة الصحة لتناول قضايا الصحة العامة للطفل في القطر والنهوض بنوعية حياة الأطفال.

المنهجية

يمكن إسناد مسؤولية إعداد مختلف فصول وثيقة السياسة إلى لجان أو مجموعات فنية. ومن المهم إتباع خطة رسمية لمتابعة سير العمل وتلافي فترات انقطاع طويلة. ومن السمات الأساسية عند إعداد الوثيقة، التفاعل المكثف بين جميع مديري البرامج ومتخذي القرار والشركاء الرئيسيين لمواجهة الاهتمامات الفنية والمالية المتعلقة بالسياسات المقترحة، وقد يتطلب ذلك مشاورات ومناقشات مكثفة قد تدور حول عنصر واحد من عناصر السياسة. ومن المعروف أنه كلما اتسع نطاق توافق الآراء تصدد السياسة كلما زادت فرص تقبل وتنفيذ السياسة على نطاق واسع.

وقد يماثل أسلوب إعداد وثيقة السياسة الأسلوب المقترح لوثيقة تحليل الوضع.

- تقوم المجموعات الفنية بإعداد مسودات تقارير مبدئية عن مختلف فصول الوثيقة.
- يراجع فريق العمل تقارير الفصول ويضمها في وثيقة واحدة.
- تراجع المجموعات الفنية الوثيقة بناء على توصيات فريق العمل
- يستعرض فريق العمل الوثيقة كلها.
- اجتماع لإجماع الآراء بخصوص مسودة سياسة صحة الطفل.
- الانتهاء من وثيقة سياسة صحة الطفل.

وتتطلب مرحلة إعداد وثيقة السياسة تكثيف جهود التأييد لترويج عناصر السياسة المطروحة للتصديق، ولذلك يجب إعداد خطة محدودة للترويج وخاصة الجوانب السياسية الأصعب والأكثر حساسية بغرض استهداف الأشخاص الأكثر نفوذاً وينبغي إعلام المسؤولين الأعلى في وزارة الصحة بانتظام عن تقدم سير العمل طبقاً للخطة الموضوعية وذلك للاحتفاظ باهتمامهم ودعمهم.

المرحلة III : الاعتماد الرسمي لوثيقة السياسات

اجتماعات ترويج للسياسة يحضرها صانعو السياسة والشركاء رفيعوا الدرجة

كلما ارتفع مستوى التصديق على السياسة الوطنية لصحة الطفل، كلما زاد نفوذها في القرارات المستقبلية المتعلقة بصحة الطفل في القطر مما يؤدي في النهاية إلى تحسين صحة الأطفال بوجه عام.

وكما ذكر آنفا لا بد أن يصاحب الترويج لمبادرة السياسة كل العملية منفذ البداية وخلال مراحلها الرئيسية الثلاث. وإذ تبدأ وثيقة السياسة في التشكل وتتصاعد وتيرة المناقشات عن عناصرها، ينبغي أيضا تكثيف مبادرات الترويج. كما تصلح الاجتماعات مع المسؤولين القدامى لاستعراض مقترحات قرارات السياسة، كفرص للترويج للسياسة بأكملها والحصول على الدعم المتواصل، وفي البلدان التي تتبع نظاما لا مركزيا، ينبغي عقد اجتماعات التوجيه والترويج للمسؤولين من الدرجات العالية بالمحافظة أو المقاطعة وإذا أمكن على مستوى المركز أو الحي مع ممثلين من المجتمع المحلي.

الاعتماد الرسمي لوثيقة السياسات

وبمجرد الانتهاء من إعداد وثيقة السياسة وإتمام مناقشة جميع أو ما يقرب من جميع الأمور الجدلية بما يكفي للحصول على إجماع واسع، تأتي الخطوة الأخيرة ألا وهي الاعتماد الرسمي لوثيقة السياسة الوطنية لصحة الطفل من قبل أعلى مستوى سياسي ممكن في القطر مثلا رئيس الدولة. ويجب تخصيص وقت كاف وموارد كافية لهذا الحدث الختامي. وينبغي أن تبدأ الأعمال التمهيدية في وقت مبكر جدا وحي في مرحلة تحليل الوضع وذلك بالترويج عند أصحاب المصلحة الأكثر نفوذا. وينبغي تنظيم عروض خاصة تتعلق بالأطفال بهذه المناسبة، كما ينبغي تأمين تغطية وسائل الإعلام للحدث.

الملحق 1: تشكيل فريق العمل القائم على مبادرة سياسة صحة الطفل

يرد أدناه أمثلة لفرق العمل التي تشكلت في البلدان التي التحقت بالمبادرة. والمقصود من هذه الأمثلة توضيح نطاق تمثيل العضوية. ويلاحظ عموماً أن المجموعة الأصلية لفرق العمل محدودة العدد وفقاً لتوصيات الوثيقة الحالية. كما تم تحديد العديد من الأشخاص المرجعيين من خارج فريق العمل القائم على مبادرة سياسة صحة الطفل لضمان تمثيل واسع للقطاعات والشركاء المعنيين ويلاحظ أن الأشخاص المرجعيين غير مدرجين في الأمثلة الواردة أدناه.

المثال 1: تونس

رئيس فريق العمل

- مدير الرعاية الصحية الأولية.

أعضاء فريق العمل

- ضابط الاتصال
 - المنسق الوطني لبرنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل
- الأعضاء الآخرون
 - ضابط الاتصال الوطني لمكون المجتمع من برنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل وعضو آخر من فريق نفس البرنامج.
 - مدير البرنامج الموسع للتطعيمات
 - مدير برنامج رعاية ما حول الولادة
 - إحصائي وبائيات
 - إحصائي تغذية
 - من الميدان: ضابطا الاتصال من صحة الأم والطفل. والرعاية الصحية الأولية من محافظتين مختلفتين على التوالي.

المنظمات الدولية

- صندوق الأمم المتحدة للطفولة .

المثال 2 : السودان

رئيس فريق العمل

- مدير الرعاية الصحية الأولية

أعضاء فريق العمل

- ضابط الاتصال
 - مدير البرنامج الوطني للتدبير المتكامل لصحة الطفل
- الأعضاء الآخرون
 - مدير إدارة التغذية
 - مدير إدارة الصحة الإنجابية ونائبة
 - مدير مركز المعلومات القومي
 - مدير إدارة التخطيط الصحي
 - مدير البرنامج الموسع للتطعيمات
 - رئيس الرابطة الوطنية لطب الأطفال وطبيب أطفال قديم من وزارة الصحة

المنظمات الدولية

- صندوق الأمم المتحدة للطفولة
- منظمة الصحة العالمية

المثال 3 : مصر

(هذا مثال لقطر أسس لجنة توجيهية وفريق عمل لمبادرة سياسة صحة الطفل).

◀ اللجنة التوجيهية

رئيس اللجنة التوجيهية

- وكيل أول الوزارة لقطاع الرعاية الصحية الأولية والرعاية الوقائية .

أعضاء اللجنة التوجيهية

- رئيس هيئة التأمين الصحي
- الأمين العام لهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية
- وكيل الوزارة للرعاية الصحية الأولية
- وكيل أول الوزارة لقطاع السكان وتنظيم الأسرة
- وكيل الوزارة للشئون الصيدلية
- مدير عام إدارة الأمراض الصدرية

◀ فريق العمل

رئيس فريق العمل

- وكيل الوزارة للرعاية الصحية الأولية

أعضاء فريق العمل

- ضابط الاتصال
- مدير البرنامج الوطني للتدبير المتكامل لصحة الطفل
- الأعضاء الآخرون
- وكيل الوزارة للبحث والتطوير (سابقا مدير برنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل)
- مدير صحة الأم والطفل
- مدير برنامج مكافحة أمراض الجهاز التنفسي الحادة
- مدير برنامج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

المنظمات الدولية

- منظمة الصحة العالمية

المثال 4 : الجمهورية العربية السورية

(يبين هذا المثال تشكيل فريق العمل الذي ضم في البداية العديد من الأعضاء , ولكن بناء على الخبرة المكتسبة وخاصة عن صعوبة اجتماع مجموعة كبيرة على فترات قصيرة , يجري الآن إعادة التفكير في تشكيل فريق عمل أصغر مع إعادة اختيار بعض الأعضاء الأصليين كأشخاص مرجعيين).

رئيس فريق العمل

- نائب وزير الصحة

أعضاء لجنة صحة الطفل

- وزارة الصحة
 - مدير الرعاية الصحية الأولية
 - مدير إدارة صحة الطفل
 - مدير إدارة الصحة الإنجابية
 - مدير إدارة التغذية
 - مدير البرنامج الموسع للتطبيقات
 - مدير برنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل
 - مدير برنامج تعزيز أسلوب الحياة
 - رئيس إدارة صحة الطفل بالعاصمة
- وزارة التعليم
 - رئيس قسم حديثي الولادة لمستشفى الأطفال الجامعي

المنظمات الدولية

- منظمة غير حكومية
- صندوق الأمم المتحدة للطفولة
- منظمة الصحة العالمية

المثال 5 : المغرب

(يخص المثال التالي بلد يستعد لمبادرة هامة تحت التأسيس تتعلق بالأطفال. ولذا أدمجت مبادرة سياسة صحة الطفل في هذه العملية للاستفادة من الهياكل الإدارية المتوفرة والتي خلقت أصلاً من أجل مبادرة الأطفال. ولذا خلق فريق عمل كمجموعة نووية منبثقة من لجنة صحة الطفل التي شكلت لمبادرة الأطفال).

رئيس فريق العمل القائم على مبادرة سياسة صحة الطفل

- مدير إدارة السكان

أعضاء فريق العمل القائم على مبادرة سياسة صحة الطفل

- ضابط الاتصال
- ضابط الاتصال للاستراتيجية الوطنية للتدبير المتكامل لصحة الطفل
- الأعضاء الآخرون
 - رئيس قسم صحة الأم والطفل
 - طبيب أطفال (من أساتذة كلية الطب)
 - مدير البرنامج الوطني لمكافحة عوز المغذيات الدقيقة
 - ضابط اتصال برنامج تشجيع الرضاعة
 - مدير البرنامج الوطني الموسع للتطعيمات

الملحق 2 : أمثلة للوثائق التي تمت مراجعتها

يرد أدناه قائمة بأمثلة لوثائق معينة تمت مراجعتها في بلدان مختارة خلال مرحلة تحليل الوضع كجزء من مبادرة سياسة صحة الطفل. وتجدر ملاحظة أن ما جمع واستعرض من وثائق يفوق كثيرا تلك الواردة في القائمة أدناه. ففي بعض البلدان أنشئت مكتبة من عدة مجلدات من الوثائق يمكن استخدامها مستقبلا كمورد وثائقي مفيد عن صحة الطفل .

التشريعات واللوائح والإعلانات الرئاسية وعالية المستوى

- قانون الطفل
- الإعلان الرئاسي عن حماية ورعاية الأطفال
- قوانين شهادات المقبلين على الزواج، والرضاعة، والأمومة
- المؤتمر القومي عن قوانين الخدمة المدنية (موظفي الدولة)
- الأوامر الإدارية المتعلقة بالتحصين الإجباري
- الإعلان بشأن الإصلاح التعليمي للتمريض والفنيين الصحيين

وثائق السياسات والخطط الاستراتيجية وخطط التنمية

- الخطط الاستراتيجية لوزارة الصحة ووزارة التعليم على مدي 25 عاما
- الخطة الوطنية لتنمية الصحة , الاتجاهات والأهداف الاستراتيجية لخطة التنمية الوطنية
- الاستراتيجيات الوطنية لوزارة الصحة على مدي 20 عاما
- التقرير القطري عن المرامي الإنمائية للألفية
- التدرج المهني للأطباء وسياسات التدريب
- الموارد البشرية من أجل الصحة , الخطة العشرية لتنمية الموارد البشرية.
- الإنجازات والرؤى المستقبلية
- البرنامج القومي للعمل خلال العقد التالي
- دلائل تعليم قبل الالتحاق بالخدمة في التدبير المتكامل لصحة الطفل بكلليات الطب
- خطة بناء القدرات لوزارة الصحة
- مراجعة ومعايرة مستويات ووظائف وحدات الرعاية الصحية الأولية.

المراجعات والبيانات

- وضع الطفولة والأمومة في القطر (المجلس الوطني للطفولة والأمومة)
- التقرير الوطني عن متابعة "القمة العالمية المعنية بالأطفال" للعقد المنصرم
- الإنجازات بخصوص الأطفال في عقد التسعينات .
- تحليل الوضع عن القدرة الصحية لوزارة الصحة
- استعراض متعمق للرعاية الصحية الأولية في القطر
- وضع أطفال القطر
- الوضع الديموغرافي في القطر وتوقعاته
- إسقاطات السكان
- حسابات الصحة الوطنية
- تقرير عن مراجعة برنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل
- التقارير الداخلية لبرامج وزارة الصحة
- مراجعة الشركاء
- التقرير الإحصائي السنوي

المسوح

- دراسة وطنية عن أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- مسوح وفيات ومراضة برنامج مكافحة أمراض الإسهال وبرنامج مكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة
- مسح الوحدات الصحية لبرنامج التدبير المتكامل لصحة الطفل
- المسوح الديموغرافية والصحية (DHS)
- مسوح المشروع العربي لصحة الطفل PAP-CHILD وصحة الأسرة PAP-FAM
- المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)
- مسح تقييم تقديم الخدمات الصحية , دراسات مجتمعية

هذه الوثيقة واحدة من سلسلة وثائق تصدرها وحدة صحة و تنمية الأطفال والمراهقين لمعاونة البلدان في جهودها لتحسين نوعية حياة الأطفال من خلال أساليب متكاملة. وتمثل وثيقة السياسة الوطنية المتعلقة بصحة الطفل أداة أساسية لتحديد الاتجاهات طويلة الأمد بوضوح فضلا عن جمع العناصر الرئيسية المتعلقة بصحة الطفل. وبعد أن تعهدت كافة الدول الأعضاء بتحقيق المرامي التنموية للألفية ستعمل السياسة الصحية الوطنية على تمكين البلدان من تأصيل هذه التعهدات وترجمتها إلى أفعال مؤكدة كما تصبح مرجعا لاغنى عنه لتوافق الجهود بين الشركاء.

وهذه الوثيقة هي أحد مخرجات مبادرة سياسة صحة الطفل التي اضطلع بها مؤخرا المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط لتوجيه البلدان عند وضع سياساتها وللترويج للرعاية الصحية الأولية على أرفع مستوى سياسى ممكن. وبما أن أساس السياسة الوطنية المتعلقة بصحة الطفل يكمن في استعراض متعمق للوضع الحالي لرعاية صحة الطفل، لذا تركز هذه الوثيقة على المرحلة الأولى من عملية إعداد السياسة ألا وهي تحليل الوضع. و تقترح الوثيقة خطوات عملية محددة لتنظيم العمل عند إجراء عملية تحليل الوضع كما تقدم الخطوط العريضة لتقرير تحليل الوضع.



لمزيد من المعلومات يرجى الاتصال بوحدة صحة و تنمية الأطفال والمراهقين
منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص ب 7608 مدينة نصر، القاهرة 11371، جمهورية مصر العربية
ت 20-2-670-2492/4 فاكس +20-2-670-2535
بريد الكتروني CAH@emro.who.int

