اعتبارات أساسية لدمج خدمات التلقيح ضد كوفيد-19: رؤى من العراق وسوريا لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

SSHAP
Social Science in Humanitarian Action Platform

بينما تمر جائحة كوفيد-19 في عامها الثالث، أصبحت الحكومات وشركاء الاستجابة أكثر إدراكًا بأنه لا جدوى من بقاء خدمات الكوفيد-19 في عزلة عن خدمات أخرى ، بما في ذلك التطعيم. وأصبح هناك فهمًا متزايدًا لإمكانية الدمج مع خدمات أخرى كمسار للمضي قدما في التلقيح ضد كوفيد-19. [1-8]وقد بدأ ظهور ذلك مؤخرًا في بعض الدول[5،9]، ولكن حتى الآن، توجد أدلة قليلة متوفرة حول نجاح هذه المبادرات.

يحدث تكامل تقديم الخدمات عندما تؤدي التغييرات الإدارية أو التشغيلية في النظم الصحية إلى التقريب فيما بين المدخلات، والتسليم، والإدارة، والتنظيم، الخاصة ببعض جوانب الخدمة وبطرق تعتبر مناسبة حسب السياق، وتركز على الشخص بهدف تحسين التغطية والوصول والجودة والمقبولية والفعالية وفعالية التكلفة.[10]

يعتمد هذا الموجز على أدلة مستوحاة من الأدبيات الأكاديمية والرمادية، وعلى الاستشارات مع الشركاء العاملين في الاستجابة لكوفيد-19 فيما يتعلق بمراجعة جهود الدمج الحالية (اعتبارًا من أغسطس، 2022)، فيما يتعلق بالنظر في أساليب فعالة محتملة لدمج التلقيح ضد كوفيد-19 مع خدمات أخرى يتم تقديمها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتم الرجوع إلى توجيهات مؤخرة صادرة عن منظمة الصحة العالمية حول الدمج كمرجعية حيثما كان ذلك مناسبًا. وتم النظر إلى العراق كدراسة حالة مفصلة نظرًا للجهود التي تم بذلها هناك حول دمج التلقيح ضد كوفيد-19 وخدمات التطعيم الروتينية. كما تم تضمين تجارب الدمج العالمية ومناقشة موجزة لجهود الدمج الخاصة بسوريا. ويعتبر هذا الموجز جزءًا من سلسلة منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني حول اعتبارات علم الاجتماع الخاصة بلقاحات الكوفيد-19. وتم كتابة هذا الموجز لمنصة العلوم الاجتماعي في العمل الإنساني من قبل ناديا بتلر، وبدعم من سهى كرم (أنثرولوجيكا). وتم توفير الاستشارات الشفهية ومراجعات المسودة من قبل شركاء الاستجابة في العراق وأماكن أخرى في المنطقة (المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، ووزارة الصحة العراقية، ويونيسيف العراق، والمكتب الإقليمي لليونيسيف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ويونيسيف سوريا، والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في منطقة شرق البحر المتوسط). وقد تم طلب هذا الموجز من قبل المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا التابع لليونيسيف ويقع تحت مسئولية منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني.

اعتبارات أساسية للدمج في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

تصميم نماذج دمج مناسبة للسياق

- هناك العديد من المؤثرين المترابطين الذين يؤثرون على قرارات الأشخاص وقدراتهم على تلقي اللقاح ضد كوفيد-19. قد يساعد دمج التلقيح ضد كوفيد-19 مع خدمات أخرى في معالجة الحواجز مثل الوصول المادي والإزعاج وتكاليف التوصيل. مع ذلك، يجب أن تكون جهود الدمج شاملة بحيث تتصدى للحواجز والمستويات المتعددة بصورة متزامنة. ويشمل ذلك الحواجز النفسية (الفردية) مثل التردد في أخذ اللقاح، والحواجز الاجتماعية (المنزلية والمجتمعية) مثل العادات الاجتماعية، والحواجز البيئية (البنيوية) مثل الوصول المادي، والموارد، والاعتبارات اللوجستية، والثقة بالسلطات.[11،12]
- وينبغي أن تستند جهود الدمج إلى أدلة بشأن الخدمات الخاصة التي تحتاج المجموعات المستهدفة الوصول إليها، وحول الطرق التي يفضلونها للوصول إليها، وحول الحواجز التي يلزم تجاوزها للتسهيل من أو التشجيع على القبول، والوصول، والأخذ، والتوصيل. وحيثما أمكن ، يجب جمع الأدلة من خلال المراجعات الأدبية، والاستشارات مع المرضى، وأنشطة الاستماع الاجتماعي، والتغذية الراجعة من المجتمع، التي يتم توفيرها عبر آليات منتظمة، وأنشطة توليد الطلب، بالإضافة إلى البحث الكمي والنوعي الأولي و/أو الثانوي إن كان ذلك ممكنًا.
- يمكن استخدام الأدلة التي تم جمعها لتصميم التدخلات بطريقة تتمحور حول الناس، ومصممة لسياقات معينة ولأماكن ومجموعات سكانية معينة. ويمكن أن تعمل البرامج الإبداعية وذات المستويات المتعددة والمشتركة بين القطاعات على التعامل مع العديد من القضايا في حياة الناس مثل المخاوف الخاصة بالحماية وانعدام الأمن الغذائي والتعليم والصحة والرفاهية.
- قد يكون من المفيد تجاوز النظر حول الخدمات الصحية، من أجل الجمع بين التلقيح ضد كوفيد-19 وخدمات أخرى تشتد الحاجة إليها ، أو يتم التردد إليها، أو تثق بها مجموعات معينة. وقد يكون هذا صحيحًا في المناطق التي يندر التردد على الخدمات الصحية فيها بسبب قضايا مثل الوصول، والثقة، والعادات الاجتماعية، والدين، أو أية اعتبارات أخرى. لذلك، من المنطقي دمج التلقيح ضد كوفيد-19 مع خدمات أو منصات تعمل بشكل جيد ولديها مستوى عال من الثقة.
- يمكن لخدمات التوعية المتنقلة أن تكون ناجحة جدًا لأنها تأخذ اللقاحات إلى حيث يتواجد الناس وذلك في الأسواق، والمساجد، والمنازل، وبالتالي تساعد على تقليل الجهد والطاقة والإزعاج الذي قد يمنع الناس من أخذ اللقاح.
- البرامج المدمجة (سواء المتنقلة أو التي توجد في مواقع ثابتة) يجب أن يصحبها نشاطات توليد الطلب والتوعية باستخدام استراتيجيات الاتصالات متعددة الجوانب. وذلك من أجل تخفيض التردد والتعامل مع الشواغل والمخاوف. وبطريقة مماثلة، فإن أنشطة توليد الطلب والمشاركة المجتمعية الخاصة بالتلقيح ضد كوفيد-19 يجب أن يصحبها توصيل اللقاحات ليتمكن الناس من التصرف فور أخذهم للقرار.

جهة اتصال منصة العلوم الاجتماعية في العمل الانساني - أوليفيا تولوك: oliviatulloch@anthrologica.com
www.socialscienceinaction.org

- تشير الأدبيات العالمية بأنه في حال تم تصميمه وتوصيله بفاعلية، فإن الدمج يمكن أن يخفض التكاليف عن طريق توحيد الجهود، ويقوم بتوفير السهولة والراحة ويعزز التجربة الناتجة عن الخدمة، وبالتالي، يزيد من الأخذ لدى المجموعة المستهدفة. وفي حال تم التعامل معه بصورة شاملة، قد يؤدي الدمج أيضًا إلى تعزيز الأنظمة.

تحديد نقاط الدخول لمجموعات سكانية محددة

- تم إيلاء القليل من الاهتمام لتصميم برامج مدمجة للفئات المعرضة للخطر الشديد مثل كبار السن، والأشخاص المعرضين للخطر سريريًا، والأشخاص ذوي الإعاقة. ويمكن الوصول لكبار السن عبر الزيارات المنزلية والحوارات المجتمعية، أو عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية، أو مرافق رعاية المسنين. أما الأشخاص المعرضين للخطر سريريًا، فيمكن الوصول إليهم عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية، والصيدليات، وعيادات الأمراض غير المعدية، وعيادات مرض نقص المناعة المكتسبة ومرض السل. أما الأشخاص ذوي الإعاقة، فيمكن الوصول إليهم عبر الرعاية طويلة الأمد، وعبر الزيارات المنزلية.[13]

- اللاجئون والنازحون داخليًا والعائدون هم أيضًا بحاجة لخدمات مشابهة، سواء كانوا يسكنون في المخيمات أو خارجها. ويجب تحديد الأولويات الإنسانية الأساسية للمجموعات السكانية المختلفة والتي قد تشمل الخدمات الصحية، أو خدمات إنسانية أخرى مثل التغذية والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، والحماية الاجتماعية، والتوزيع النقدي، والدعم النفسي والاجتماعي. وقد يكون الارتباط بالخدمات، وشبكات الشركاء، والمجموعات المجتمعية أسهل في داخل المخيمات لأن الخدمات والشبكات تعتبر راسخة. أما خارج المخيمات، فقد تكون هناك حاجة لرسم الخرائط للاستفادة من الخدمات الموجودة ونقاط الدخول.

- أبدت بعض النساء تفضيلاً لتلقيحهن داخل مجتمعاتهن أو بيوتهن، مع مراعاة الخصوصية، وأن يتم التلقيح من قبل إناث. ويمكن العمل على انخراط الشبكات النسائية واستهداف الخدمات التي يتردد عليها النساء مثل الرعاية الصحية للأم والطفل والرعاية ما قبل الولادة وما بعدها والتنظيم الأسري، بالإضافة إلى خدمات مثل التوزيع النقدي.

- يمكن الوصول إلى الرجال عبر خدمات يترددون عليها غالبًا مثل الفحوصات الطبية لأمراض شائعة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم، بالإضافة إلى بعض الأماكن مثل المساجد وأماكن العمل.

مناقشة التحديات وعوامل التمكين التي تواجه الدمج الناجح

- عوامل تمكين الدمج الناجح تشمل القدرات المرتفعة للعاملين في المجال الصحي، وثقة الجمهور بالعاملين في الصحة أو المتطوعين، وقبول اللقاح والثقة به من قبل العاملين في الصحة، ووجود منصة لتقديم الخدمات تتردد عليها المجموعة المستهدفة وتراها مناسبة، وتمكين المعايير الاجتماعية والجنسانية، وتهيئة بيئة سياسات ممكنة، وبنية تحتية مناسبة، ووجود تمويل كافي للتنقل والمصاريف الأخرى، ووجود إجراءات قوية وحفظ للسجلات، وسلاسل توريد موثوقة، وتنسيق قوي بين الشركاء والقطاعات، ونظام صحي قوي، وبنية وآليات قوية للمشاركة المجتمعية، والالتزام بالرصد والتقييم.

- الحواجز التي تواجه الدمج الناجح تشمل عدم القدرة على جذب العاملين الصحيين والمحافظة عليهم، ومحدودية قدرة العاملين الصحيين على القيام بخدمات متعددة، وغياب الثقة تجاه مقدمي الخدمة، والمعايير الاجتماعية التقييدية، وصعوبة الوصول إلى مواقع الخدمات، وتحديات لوجستية وأمنية تواجه التوعية، وتحديات تواجه التوريد، وبنية تحتية وتمويل غير مناسبين، وسياسات تقييدية.

- هناك نقص في البيانات حول جهود الدمج، وخاصة فيما يتعلق بالتحديات والنجاحات أو عدمها المرتبطة بالبرامج المدمجة. لذلك، يتوجب توثيق جهود الدمج بطريقة أفضل، بما يشمل التحديات والنجاحات والدروس المستفادة، من أجل تصميم برامج أفضل.

جهود دمج التلقيح ضد كوفيد-19 في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تحتوي على أزمات متعددة وطويلة الأمد وذات نطاق واسع. ففي نهاية عام 2021، كانت المنطقة موطنًا ل 16 مليون شخص نازح قسرياً وعديم الجنسية يعيش الكثير منهم في مواقع معرضة للخطر ولا يمكن الوصول إليها بسهولة.[15] وتتعرض الكثير من الدول للعنف المستمر والحكم الهشة، وتعاني من نقص في المعدات الطبية، والأطباء، وخدمات المياه والصرف الصحي والنظافة، والبنية التحتية الصحية. والناس يصارعون الجوع والبطالة والفقر وغيرها من المخاطر المباشرة بشكل يومي، مما يعني أن كوفيد-19 والتلقيح ضده ليست على رأس سلم أولوياتهم أو مخاوفهم. لهذا السبب، إذا كانت نسب التلقيح ضد كوفيد-19 ستزيد، فإن هناك حاجة لجلب لقاحات كوفيد-19 إلى الناس في أماكن تواجدهم، وذلك لجعل العملية تتم بأقل جهد ممكن.

بدأت الدول في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في دمج التلقيح ضد كوفيد-19 مع خدمات أخرى. وفي المرحلة الراهنة، يحدث ذلك بدرجة أكبر مع التطعيم الروتيني للأطفال. وهناك أمثلة محددة وموثقة للدمج مع خدمات أخرى. ففي بعض الدول (مثل اليمن وأفغانستان والسودان) يتم دمج الدعم والتمويل المقدم لتوصيل لقاح كوفيد-19 مع توصيل خدمات الرعاية الصحية الأولية ومع المساعدات الإنسانية القائمة.[5] ففي مصر، تقوم وزارة الصحة والسكان بتطوير خدمة تفاعلية عبر الهاتف المحمول لتوفير التوجيه والمشورة حول الوقاية من كوفيد-19 وحول التلقيح، بالإضافة إلى صحة وتغذية الأطفال دون الخمسة أعوام، مع التركيز على استهداف مجتمعات اللاجئين والمهاجرين.[16] وفي دول أخرى (مثل لبنان)، هناك دعوة قوية لدمج التلقيح ضد كوفيد-19 مع الشبكة الوطنية للرعاية الصحية الأولية، إلا أنه ليس من الواضح إلى أي درجة تم ذلك بالفعل.[7] ونظرًا إلى حداثة هذا النوع من الدمج، فإن التوثيق حوله ليس متوفراً بوفرة، ومعظم المعلومات المستخدمة في هذا الجزء من الموجز تم توفيرها من قبل شركاء عمل في المنطقة.

الجدول (1) يوفر معلومات حول جهود دمج يتم تنفيذها حالياً من قبل دول معينة في المنطقة:

الجدول (1): جهود دمج تلقيح كوفيد-19 في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الدولة	الخدمات الدامجة لتلقيح كوفيد-19	النموذج/النهج	الجهود على مستوى الدولة
العراق	التطعيم الروتيني للأطفال	التوعية المتنقلة من قبل مراكز الرعاية الصحية الأولية مع الاستمرار في التطعيم الروتيني والتلقيح ضد كوفيد-19 في المواقع الثابتة والبرامج المجتمعية والمدارس ومجموعات الشباب ومجتمعات النازحين داخليًا و مخيمات اللاجئين والمجتمعات المستضيفة والتجمعات الدينية	تكثيف الدمج بين التطعيمات الروتينية والتلقيح ضد كوفيد-19 (3iS) من خلال التوعية عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية تم دعمه منذ فبراير، 2022. واختلف هذا النهج بحسب الوصول الجغرافي والاختلافات الثقافية والاجتماعية واللغوية. وتم تكييف المعلومات حول الصحة العامة والاتصال الخاص حول التطعيم الروتيني والتلقيح ضد كوفيد-19 لتصل إلى جماهير وبرامج محددة بناءً على الأدلة حول التلقيح وخدمات أخرى.
سوريا	برنامج وزارة الصحة للتطعيم الروتيني والصحة المدرسية. حملة الرجوع إلى المدرسة، وبرنامج الأطفال ذوي الإعاقة	الخدمات الصحية والتوعية المتنقلة وفرق تعزيز الصحة	تم الاقتران بين فرق التلقيح المتنقلة والفرق الموفرة للتوعية حول التلقيح ضد كوفيد-19 والتطعيم الروتيني. واستطاع الأشخاص الحصول على اللقاح مباشرة بعد المشاركة في المناقشات المجتمعية، وتم استهداف فئات محددة مثل النساء. وتباينت الأساليب على حسب المحافظات .
جيبوتي	تطعيمات الأطفال الروتينية، وتوزيع الأطعمة العلاجية الجاهزة للاستخدام	التوعية المتنقلة: استخدام الجمال للمناطق الريفية والسيارات داخل المدن	إستخدام حافلات مليئة بمتطوعين شباب في مدينة جيبوتي، والجمال في المناطق التي يصعب الوصول إليها لتوفير خدمة كاملة من الأنشطة التي شملت الاستشارات الطبية، وفحص سوء التغذية الحاد، مع توزيع الأطعمة العلاجية الجاهزة للاستخدام والتطعيم الروتيني المستهدف.
اليمن	خدمات التطعيم في المرافق الصحية الثابتة، وبرامج صحة الأم والوليد والطفل.	التوعية المتنقلة والتي تشمل مخيمات الأشخاص النازحين داخليًا، والمرافق الصحية الثابتة	التوعية المتنقلة في اليمن ساعدت على تجاوز عقبات الوصول. وتم القيام بتعبئة اجتماعية مكثفة لزيادة الطلب ولضمان معرفة الناس بأن التلقيح ضد كوفيد-19 متوفر إلى جانب خدمات التوعية العادية المستهدفة للأطفال. ولكن في بعض المناطق، أدى دمج التطعيمات الروتينية مع تلقيح كوفيد-19 إلى انخفاض مستوى التطعيمات الروتينية بالمقارنة مع السنوات السابقة.[17] ومع ذلك، فإن دمج لقاح كوفيد-19 مع خدمات أخرى توفرها المرافق لم يستطع تجاوز تحديات الوصول التي يواجهها الأشخاص الذين اضطروا إلى السفر لمسافات طويلة وتحمل مصاريف جيب مرتفعة للحصول على اللقاح .
السودان	التوزيع النقدي (برنامج التحويل النقدي للأم والطفل)، وتوزيع الناموسيات ، وخدمات مؤسسة الرعاية الصحية الأولية	التوعية المتنقلة عبر نقاط التوزيع النقدي، ونشر الملقحين والمحفزين الاجتماعيين في نفس الوقت	في بعض الولايات، يعتقد بأن أنشطة التوعية أدت إلى تغطية أوسع. كما تم استعمال أنشطة التعزيز الصحي مثل السينما المتنقلة والمسرح التفاعلي في مواقع التوزيع النقدي للأمهات والأطفال لتشجيع عملية التلقيح. مع ذلك، لا توجد حتى الآن أدلة كافية لمعرفة مدى فعالية هذه البرامج.

* تم توفير المعلومات الواردة في الجدول (1) من قبل موظفي المكتب القطري لليونيسيف خلال مسح داخلي صغير حول أنشطة دمج لقاحات الكوفيد-19 في المنطقة .

معظم الأمثلة المذكورة أعلاه استعملت مزيجًا من مواقع التوزيع الثابتة والتوعية المتنقلة. ووفقًا للشركاء التنفيذيين، فإن ذلك ينجح عند الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات المتباينة للوصول من قبل الفئات السكانية المختلفة. كما أنه يساعد في التعامل مع التردد في أخذ اللقاح عند نقطة التوزيع، باستخدام المزيد من الاتصالات بين الأشخاص عند الحاجة لبناء الثقة.

أشار الشركاء إلى أن الموارد غير الكافية، والتخطيط والتنفيذ غير المناسبين، كانت من ضمن العقبات الرئيسية أمام الدمج الفعال. كما أشاروا إلى غياب العاملين الصحيين المتمتعين بالكفاءات الكافية. وتستهلك التوعية المتنقلة موارد مكثفة بشكل خاص حيث تحتاج إلى التمويل من أجل المركبات والسفر وقد تؤدي إلى غياب الموظفين عن المواقع الثابتة. كما أن الطلب المنخفض يشكل عقبة أمام أخذ اللقاح، مدفوعًا بانخفاض الإدراك لمخاطر كوفيد-19 واستمرار المعلومات المضللة، والمعلومات الزائدة، وانعدام الثقة في اللقاحات والملقحين. كما يؤدي التشكك بين العمال الصحيين في مواقف معينة إلى تفاقم المشكلة، وذلك لكونهم مؤثرين مهمين للسكان بصورة واسعة.[18] كما تمت الإشارة إلى تحدي في التنسيق مع شركاء متعددين لدمج الخدمات، ومن ضمنهم المؤسسات الحكومية، وشركاء الأمم المتحدة، والشركاء من المنظمات غير الحكومية.

وطرح شركاء في المنطقة نقاط دخول أخرى محتملة لدمج تلقيح الكوفيد-19، والتي يعتقدون بأنها قد تنجح في سياقات محددة. وتشمل هذه النقاط خدمات صحية وغير صحية: تنمية الطفولة المبكرة، والمدارس (العراق)، وخدمات تسجيل الولادة والحملات الصحية لفحص الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم (جيبوتي)، ومؤسسات التعليم العالي (اليمن)، والاستجابة الطارئة وتشمل توزيع معدات الصدمات ومعدات النظافة الصحية والناموسيات الخاصة بالملاريا وتدريبات المهارات الحياتية (الصمود والتماسك الاجتماعي)، ومبادرات أخرى لبناء القدرات (السودان)، والصيدليات والعيادات المتنقلة (ليبيا)، والتخطيط الأسري للنساء وخدمات السكري وارتفاع ضغط الدم للرجال (إقليمي). كما سلط الشركاء الضوء على الأهمية الاستراتيجية للعمل مع العاملين الصحيين المجتمعيين، والقيادات الدينية، والشباب ، وغيرهم من المؤثرين ، من أجل الدعوة إلى مزايا التلقيح. وهناك مخاوف بأن دمج التلقيح ضد كوفيد-19 مع خدمات أخرى، وخاصة التطعيم الروتيني، قد يكون له أثر في تلويث تلك الخدمات بشكوك مرتبطة بكوفيد-19 (مثل انعدام الثقة ومخاوف متعلقة بالسلامة، والتصور بأن التلقيح هو أجندة خارجية). وتم طرح هذه المخاوف من قبل زملاء صحيين، وهي أيضًا مخاوف تواجهها فرق مكافحة شلل الأطفال التي تتخوف بأن التردد المرتبط بالتلقيح ضد كوفيد-19 قد يؤثر سلبًا على جهود مكافحة شلل الأطفال.[19] بالإضافة إلى ذلك، فإن الاعتماد على خدمات التوعية قد يؤدي إلى تضاؤل المشاركة في خدمات صحية أخرى توفرها مؤسسات الرعاية الصحية الأولية.

دراسة حالة: حملة 3iS العراقية

يشرح القسم التالي تجربة العراق في دمج خدمات التلقيح ضد كوفيد-19 مع جهود التطعيم الروتينية للأطفال من خلال نهج التعبئة المجتمعية التوعوي. وتسمى هذه الحملة بحملة تكثيف التلقيح المدمج. والمعلومات المتوفرة مستمدة من الاستشارات مع الشركاء العاملين في الحملة، ما لم يذكر خلاف ذلك.

الأساس المنطقي

في سبتمبر، 2021، تم تحقيق الهدف الأول الذي وضعته منظمة الصحة العالمية للتلقيح ضد كوفيد-19 في العراق، وهو ان تصل التغطية إلى 10% من السكان. وكان الطلب في أعلى مستوياته في نوفمبر، 2021، ولكنه بدأ في الهبوط بعد ذلك. كما هبط مستوى الإدراك لمخاطر كوفيد-19 واستمرت المعلومات المضللة في الانتشار مما أدى إلى تخفيض الطلب. وبحلول أواخر 2021، كان التلقيح ضد كوفيد-19 متوفراً بصورة أساسية في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، ولم تكن نتائج تدخلات التلقيح الجماعية واعدة. وفي نفس الوقت، حدث تأخر في تغطية التطعيم الروتيني للأطفال ويرجع ذلك إلى أسباب مستمرة مثل التشكك وتحديات الوصول، والتي تفاقمت بسبب الضغوط التي سببتها الجائحة على النظام الصحي. كما أدت الجائحة إلى تحويل الموارد نحو كوفيد-19 على حساب التطعيم الروتيني، مما أدى إلى خطر تجدد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات. وتفتقر مديريات الصحة والمكاتب الميدانية إلى الموارد اللازمة للحفاظ على خدمات التطعيم الروتيني، وفي الجانب الانساني على وجه الخصوص. وفي عام 2022، أصبح التمويل الوفير متاحاً من قبل المانحين لدعم تلقيح كوفيد-19. وبالتالي، عزم قسم برنامج التحصين الموسع في وزارة الصحة، وبالشراكة مع اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، على دمج التطعيم الروتيني مع التلقيح ضد كوفيد-19 عبر حملة توعية وطنية من شأنها أن تعزز كلتا الخدمتين بشكل متزامن.

كان لحملة خدمات تكثيف التلقيح المدمج والتي تم اطلاقها في فبراير، 2022 خمسة أهداف هي: 1) تسريع السيطرة على كوفيد-19 عن طريق تحسن نسب أخذ اللقاح ضد كوفيد-19، وخاصة من قبل الفئات التي يصعب الوصول إليها؛ 2) تخفيض احتمالية عودة الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات؛ 3) سد فجوات التغطية والوصول للأطفال الذين لم يحصلوا على جرعة واحدة من التطعيمات الروتينية ؛ 4) رفع مستوى الوعي المجتمعي حول مخاطر كوفيد-19 وأمراض أخرى؛ و5) تعزيز العلاقات بين الأنظمة الصحية والمجتمعات المحلية.[20،21] الحملة مستمرة إلى زمن كتابة هذا التقرير، ولدى هذا الحملة تركيز خاص على المناطق النائية والتي يصعب الوصول إليها والتي تعاني من نقص الخدمات . وبالتفكير على المدى البعيد، فقد رأى الشركاء فرصة لإنشاء نهج شمولي يمكن بناؤه حول التعبئة المجتمعية والانخراط المجتمعي، ليس فقط لتحسين مستويات تغطية التطعيم الروتيني واللقاح ضد كوفيد-19، ولكن أيضا لتحسين الوصول إلى والحصول على خدمات صحية ضرورية أخرى ولتعزيز الأنظمة الصحية.

النهج

لدى حملة 3iS هيكلية وطنية وجدول زمني وقنوات إبلاغ، بحيث يمكن قياس الأثر حول النظام الصحي بأكمله، ولكن بنهج تخطيط جزئي تصاعدي. ويتم تنفيذ الحملة في جميع مديريات الصحة في العراق حالياً، وفي 94% من الأقاليم حول الدولة. فهي تغطي 1320 موقعاً في 1064 مؤسسة رعاية صحية أولية، بما يشمل حوالي 7000 زيارة شهرية على نطاق الوطن.[20،21] وقد استمرت الحملة لمدة سبعة أشهر إلى زمن كتابة هذا الموجز ، ومن المقرر أن تستمر حتى نهاية عام 2022 على أقل تقدير.

تم تشكيل فريق توعية واحد لكل مؤسسة رعاية صحية أولية من المؤسسات التي تم اختيارها. ويحتوي كل فريق على ستة أعضاء بما يشمل ملقح تطعيم روتيني واحد ، وملقح كوفيد-19 واحد، ومسجلين اثنين لدفتر السجل، ومسؤول تقنية معلومات واحد، بالإضافة إلى مروج صحي أو محفز مجتمعي واحد.[21] ويحمل الفريق جميع المستضادات الروتينية بالإضافة إلى ثلاثة أنواع من لقاح كوفيد-19، وهو مدرب على استعمالها. وفي كثير من الأحيان، تستعين هذه الفرق بأشخاص لديهم خبرة في العمل على حملات شلل الأطفال الوطنية وحملات الحصبة، وتقوم هذه الفرق بزيارة مجتمعات محددة باستعمال عيادة متنقلة أويقيمون نقطة تلقيح في القرية "منزل صحي"، أو في المقام أو المزار، أو في الحديقة العامة. ويقوم المحفز المجتمعي بالمشي حول المنطقة والتحدث إلى العائلات عن التلقيح والإجابة على تساؤلاتهم في محاولة لبناء الثقة ولتشجيعهم على زيارة العيادة المتنقلة. وتقوم الفرق بزيارة المدارس والجامعات ومراكز التسوق و مواقع محلية أساسية أخرى. وفي بعض الأحيان يتنقل المحفز المجتمعي من بيت إلى بيت لتحديد الأشخاص غير الملقحين للحديث معهم حول التطعيم الروتيني والتلقيح ضد كوفيد-19 قبل أن يقوم فريق التلقيح بزيارة المنزل.

المحفزون المجتمعيون وأعضاء الفريق الآخرين هم على دراية بسياق المنطقة المحلية وعلى معرفة بالقيادات المجتمعية والمؤثرين الآخرين. لذلك، يقومون بإشراك القيادات المجتمعية من كلا الجنسين، والقيادات الدينية، والعاملين الصحيين، في جلسات توعوية ويشجعونهم على التحدث

مع جيرانهم حول التلقيح. كما ان المحفزين المجتمعيين مدربون على التواصل بين الأشخاص وعلى الرسائل الأساسية والتي يقدمونها باستخدام مساعدات وظيفية محددة ثقافيًا (الفيديوهات واللوح الورقي القلاب والمواد التفاعلية).

وزارة الصحة ومديريات الصحة تقوم بالمراقبة والإشراف على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات والمقاطعات والمناطق المحلية، حيث تكون مصحوبة أحيانًا بموظفي اليونيسف و منظمة الصحة العالمية. ولدى الحملة قناة تقديم البيانات الخاصة بها، بحيث يمكن في نهاية كل شهر رؤية العدد الدقيق للأشخاص الملقحين عبر الحملة وعدد الملقحين عبر توصيل الخدمة في المراكز الصحية.

المرونة في التكيف مع السياق المحلي

بالرغم من كون الحملة وطنية، فقد وصف الشركاء العاملون في الحملة بأن المنهج المتبع فيها هو تصاعدي ومرن، حيث يتم تقديم المدخلات من نقاط الخدمة التي يتمتع موظفوها بدراية بحاجات السكان المحليين. ولدى مدراء مديريات الصحة القدرة على اتخاذ القرارات حول الأساليب المتبعة في محافظاتهم، مما يسمح لهم باستعمال إحصائيات وزارة الصحة ومديرية الصحة لاتخاذ قرار حول المناطق أو الفئات السكانية التي سيتم استهدافها، وكيفية تنفيذ ذلك الاستهداف. قد تنخرط الفرق مع مجموعات نسوية أو قيادات دينية أو مجموعات طلبة الطب أو مجموعات شبابية، كنقاط دخول، حسب التركيبة السكانية وحاجات كل منطقة.

في المجمل يتم قيادة الفرق من خلال أحد الاستراتيجيات الثلاثة التالية :

- مدفوعة بالتطعيم الروتيني، وذلك عندما يتم التعرف على الأطفال غير الملقحين من خلال سجلات المرفق، حيث يقوم الفريق بالانتشار في المناطق التي تحتوي على أكبر عدد من الأطفال الذين في حاجة للتطعيم الروتيني. وأثناء وجودهم هناك، يقومون بتحديد الأشخاص الذين هم في حاجة للتلقيح ضد كوفيد-19.
- مدفوعة بكوفيد-19، حيث يقوم الفريق بزيارة منطقة يعرف بأن لديها مستوى منخفض من التلقيح ضد كوفيد-19، وأثناء وجودهم هناك، يقومون بفحص بطاقات التطعيم الروتيني للأطفال وتحديد الأطفال الذين هم في حاجة للتلقيحات.
- مختلطة، عندما يكون الفريق على علم بمنطقة لديها مستوى تلقيح منخفض ضد كوفيد-19، ولكن مستوى مرتفع من التطعيم الروتيني. في هذه الحالة، قد ينقسم الفريق، بحيث يبقى نصفه في الموقع ويقوم بإعطاء التلقيحات ضد كوفيد-19، بينما يقوم النصف الآخر بالزيارات لمنطقة مجاورة لديها مستويات منخفضة من التطعيم الروتيني.

"في إحدى مديريات الصحة، قرروا عدم إرسال الفرق إلى جميع المناطق، وعوضًا عن ذلك، قاموا باستخدام بعض الموارد للتواصل مع المجتمعات وتشجيعهم على القدوم إلى المرافق الصحية لتلقي اللقاح. ثم يقوم الفريق فقط بزيارة الأشخاص الذين لم يأتوا. وفائدة هذا الأسلوب كان بالسماح للفرق بزيارة المجتمعات الأكثر تردداً والتي كانت تحتوي على العديد من الأطفال الذين لم يتلقوا أية جرعة سابقا. كما سمح لهم بفتح نقاش مع هؤلاء الناس" (مكتب اليونيسف القطري بالعراق)

ويجري استخدام نُهج مختلفة لمختلف البيئات والفئات السكانية.

عادة ما يكون لدى **الأشخاص النازحين داخليًا ومخيمات اللاجئين** عيادات معترف بها وذات ترددات جيدة، حيث يقوم بإدارتها عاملون صحيون مجتمعيون، وتقوم بتوفير خدمات التغذية والأمومة وصحة الأطفال حديثي الولادة، بالإضافة إلى خدمات التلقيح. ثم يتم إضافة فريق تلقيح ضد كوفيد-19 إلى العيادة ويقوم المحفز المجتمعي بالتنقل من خيمة إلى خيمة لتوعية الناس حول خدمات التلقيح ضد كوفيد-19 المتوفرة في العيادة.

بالنسبة للأشخاص النازحين داخليًا والعائدين الذين يعيشون في مستوطنات عشوائية، فإن التطعيم الروتيني والتلقيح ضد كوفيد-19 يتم تقديمهما من قبل العاملين الصحيين الذين يقدمون الخدمات الصحية الروتينية لتلك المجتمعات عن طريق التوعية. وعادة ما تعمل هذه الخدمات فوق طاقتها وبالكاد تشمل جميع العائدين.

بالنسبة للأشخاص النازحين داخليًا والعائدين الذين يعيشون وسط المجتمعات المحلية المضيفة، فإن فرق التوعية تنتشر بنفس طريقة انتشارها في المجتمعات المحرومة الأخرى.

في بعض الأوقات يتم الوصول إلى **النساء** عبر الزيارات المنزلية، نظرًا لقلة احتمالية وجودهن خارج البيت مقارنة بالرجال. وتقوم الفرق بالاتصال بالأشخاص المحليين لمعرفة كيفية الوصول إلى النساء اللواتي ليس لديهن أطفال، ولدى معظم الفرق ملقحة أنثى واحدة على الأقل وهي مخصصة للعمل مع النساء.

في المناطق النائية والتي يصعب الوصول إليها، يتواصل الفريق مع السكان المحليين قبل الزيارة، ويحدد زمان ومكان وصوله، أو يقوم بإشعار مقدمي الرعاية المدرجين في قاعدة البيانات الخاصة به عن طريق الرسائل النصية أو عن طريق الهاتف. ولدى بعض القرى بيوت صحية ثابتة يتمركز فيها عاملان صحيان. ويقوم العاملون الصحيون بإبلاغ السكان بقدوم فريق التلقيح، ويقوم فريق التوعية بإقامة العيادة في المركز الصحي فور وصوله.

يعتبر الوصول تحديًا في **المناطق الضعيفة أمنيًا، والتي تشمل في العادة تلك المناطق التي كان يسيطر عليها تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام**. حيث تقوم وزارة الصحة بالتنسيق مع قوات الأمن في هذه المناطق من أجل توفير طرق مناسبة للوصول إلى الناس، وتقوم قوات الأمن بإصدار بطاقات تعريفية خاصة للفرق للسماح لها بالوصول إلى هذه الأماكن.

الفرق لا يمكنها أحيانًا الوصول إلى بعض **المناطق المتنازع عليها**. فعوضًا عن ذلك، يقود الحملات في هذه المناطق عاملون صحيون محليون ينتمون إلى مجتمعات قبلية من هذه المناطق، ولديهم خبرة في العمل ضمن الحملات الوطنية لشلل الأطفال والحصبة. النهج المتبع لشمل هذه المناطق في الحملة يتم إدارته على أساس كل حالة على حدة من قبل مديرية الصحة.

ليس هناك نهج خاص باستهداف **كبار السن أو الفئات السكانية الضعيفة سريريًا** من خلال حملة 3iS، بالرغم من أن هذه الفئات المعرضة للخطر تم استهدافها عن طريق رسائل محددة. الأشخاص المسافرون إلى مكة لأداء فريضة الحج يجب أن يكونوا ملقحين، لذلك، تم الاستفادة من ذلك في الوصول إلى السكان كبار السن. ولكن تم تخفيض الحد الأقصى للسن إلى 55 عاماً، مما أدى إلى إزالة الزخم في تلقيح هذه المجموعة الأكبر سنًا. وعلى العموم، فرغم أن الفئة المستهدفة للتلقيح ضد كوفيد-19 في العراق تشمل السكان الذين تزيد أعمارهم عن 12 سنة، فإنه ليست هناك سعة كافية للبرامج لاستهداف **الأشخاص صغار السن** بشكل خاص والذين تقل أعمارهم عن 18 سنة عبر حملة 3iS.

محاولات الدمج مع خدمات أخرى غير التطعيم الروتيني

إن التركيز على دور المحفز المجتمعي يسمح للنهج أن يكون متعدد الجوانب والاستعمالات. ويمكن تدريب المحفز المجتمعي على إشراك المجتمعات في الخدمات والمواضيع المختلفة، وليس فقط في التلقيح. فعلى سبيل المثال، استخدمت بعض مديريات الصحة هذا النهج لدمج أنشطة الوقاية من الكوليرا في حملة 3iS.

" عندما كان لدينا تجدد للكوليرا، لجأنا إلى المحفزين الصحيين المجتمعيين، وقمنا بتوفير الأقراص الفوارة لتنقية المياه وإرسال الرسائل. وقلنا: بما أنهم ذاهبون إلى مجتمعات محرومة لاستهداف الكوليرا، فيمكننا الاندماج معهم."(المكتب القطري لليونيسف في العراق).

تم دمج رسائل الصحة العامة حول ممارسات النظافة مع التلقيح ضد كوفيد-19 في المدارس في بغداد. وقبيل حملة 3iS، حاولت اليونيسف أيضًا دمج التوعية حول التلقيح ضد كوفيد-19 مع حملة الشتاء في بغداد.

"حاولنا دمج كوفيد-19 في بعض أنشطتنا، وخاصة حملة الشتاء، والتي كانت تتعلق أساسًا بإيصال إمدادات الطقس البارد للأطفال النازحين داخليًا العائدين إلى صفوف الدراسة. لذلك، قمنا بتدريب المتطوعين الشباب على رفع مستوى الوعي ومن ثم الحديث إليهم عن أهمية التلقيح، وقد قاموا بعمل رائع في إقناع الناس بتلقي اللقاح. إلا إنه في تلك اللحظة لم يتواجد مركز للتلقيح ضد كوفيد-19 بالقرب من المخيم. وبالتالي، حاولنا إيجاد حل آخر لتلقيحهم في وقت لاحق".(مكتب اليونيسف الميداني في بغداد)

النتيجة

في فبراير,2022 تم اعطاء 207.267 لقاح ضد كوفيد-19 و 381.585 لقاح روتيني عبر حملة 3iS في العراق.[20] وبين شهري فبراير ومايو، 2022 كان المتوسط الشهري لنسبة اللقاحات ضد كوفيد-19 المعطاة عبر حملة 3iS 20,5% من جميع الجرعات المعطاة في الدولة. ويشير ذلك بأن الحملة لم تكن غير ذات جدوى على المستوى الوطني.[20] كما ساهمت حملة 3iS في تحسين تغطية التطعيم الروتيني. ونسبة الأطفال الملقحين عن طريق الحملة بالمقارنة مع الأطفال الملقحين عن طريق استراتيجيات أخرى في فبراير، 2022 كانت 27% للقاح شلل الأطفال الفموي OPV3 و 20% للقاح خماسي التكافؤ Penta 1، 30% ل Penta 3 و 37% للقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR1.[20] ارتفعت نسب التغطية ل Penta 3 و MMR1 بنسبة 17% و 27% على التوالي بالمقارنة بين مارس 2021 ومارس 2022، حيث وصلت إلى نسب تغطية بلغت 98% و 99% في مارس, 2022. [20] ويعزو الشركاء هذا الارتفاع إلى حملة 3iS بدرجة كبيرة.

إن نجاح الحملة يرجع إلى تركيزها على التوعية والمشاركة المجتمعية. ومن المهم أن الفرق كانت لديها القدرة على تلقيح الناس على الفور أو في عيادة متنقلة قريبة في حال اتخذت القرار بالتلقيح. وقد وجدت مديرية الصحة في بغداد بأن تقديم محفزات صغيرة مثل البسكويت ساهم أيضًا في تحسين تناول اللقاح، كما أن نتيجة ايجابية أخرى للحملة كان الوصول إلى عدد أكبر من النساء مقارنة بالرجال من خلال هذا النهج ،خاصة في أوساط اللاجئين والنازحين داخليًا. بينما العكس صحيحاً فيما يتعلق بالتلقيح في المرافق الصحية. كل فريق تعزيز صحي في البصرة يضم امرأة واحدة على الأقل. كما أنه يبدو أن القدرة على ارسال أعضاء من الفريق مناسبين للنوع الاجتماعي للحديث مع الناس كان له إسهام في نجاح الحملة وموافقة الجمهور. كما أن النساء اللواتي تم زيارتهن في بيوتهن لم يستطعن في جميع الحالات اتخاذ قرار فوري بأخذ اللقاح، حيث أحتجن إلى مناقشة الأمر مع أزواجهن وعائلاتهن.

"في ذلك اليوم ، رأيت فريقاً صحياً سافر براً لمدة ثلاث ساعات للوصول إلى قرية نائية جدًا تضم خمس أو ست عائلات فقط. ووجدوا أن 95% من الأطفال لم يتلقوا أي جرعة مسبقاً. وهذا هو الجمال في الأمر- حيث يمكنك الوصول إلى مناطق نائية جدًا لا تجد فيها الكثير من الأشخاص، ولكن تجد أطفال لم يتلقوا أي جرعات. وهذا خطير جدًا، أن يوجد طفل واحد لم يتلق أي جرعة, لذلك يعتبر هذا نشاطا ثمينًا للوصول إلى تلك المجتمعات" . (المكتب القطري لليونيسف في العراق)

بالرغم من النجاح الإجمالي الظاهر لحملة 3iS، لاحظ الشركاء بأنها كانت أقل نجاحًا نوعًا ما فيما يتعلق بالتلقيح ضد كوفيد-19 بالمقارنة مع التطعيم الروتيني. وبالمقارنة مع الزيادات الكبيرة في نسب التطعيم الروتيني، فإن نسبة السكان العراقيين الملقحين بالكامل هي 18,5% على المستوى الوطني في سبتمبر، 2022. وهو ارتفاع من 10% في سبتمبر، 2021. [22] في بعض الحالات، وافق السكان على تطعيم أبنائهم بالتطعيمات الروتينية، لكن رفضوا لقاح كوفيد-19. ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ بأن المستطلعين في دراسة لليونيسف أشاروا إلى أفضلية كبيرة لتلقي اللقاحات في المستشفيات أو مؤسسات الرعاية الصحية الأولية عوضاً عن تلقيها في عيادات ثانوية أصغر حجماً، أو منازل صحية، أو مواقع أخرى مثل مواقع العمل، والمراكز المجتمعية، والصيدليات. [23،24] كما أن المزيد من التحقيق مطلوب لفهم مدى انتشار هذا الشعور.

التحديات وعوامل التمكين

"التخطيط والتدريب من البداية ضروريان للتكامل الناجح، والتواصل والمشاركة أيضًا مهمان ".(برنامج التحصين الموسع، وزارة الصحة العراقية)

التحديات الخاصة بحملة 3iS تتعلق بصورة أساسية بالتمويل والموارد، واللوجستيات، والتنسيق. فمعظم التحديات المالية واللوجستية من المرجح أنها تنطبق على أي أنشطة توعية بغض النظر عن مسألة الدمج. أما القضايا الخاصة بالتنسيق والقبول السياسي، فتنطبق على أية أنشطة دمج بغض النظر عن الطريقة التي تتبعها. الجدول (2) يدرج التحديات وعوامل التمكين الخاص بالحملة. فبالإضافة إلى عوامل التمكين المالية واللوجستية، وتلك الخاصة بالتنسيق، والتي تعوض التحديات، فإن عامل تمكين هام هو مسألة الانخراط المجتمعي والثقة المبنية بين فرق التوعية والمجتمعات. وأشار الشركاء بأن الاستمرار في العمل وفق نهج منعزل لا يمكن أن يكون مستدامًا على المدى البعيد، بغض النظر عن التحديات المحيطة بعملية الدمج.

جدول2: التحديات وعوامل التمكين المنبثقة عن حملة 3iS

التحديات	عوامل التمكين
التمويل / الموارد	
غياب الاستقرار المالي من أجل الاستمرار في توفير خدمات التلقيح المدمجة. التكاليف المرتفعة للتنقل إلى المجتمعات المحلية. إرهاق الفريق وعدم سداد تكاليف العاملين. و دوران الموظفين المؤهلين نتيجة لأعباء العمل، خاصة في المناطق الريفية.[25] الموارد غير كافية للوصول إلى الدولة بأكملها. يتم استهداف مناطق معينة فقط. نقص في معدات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والوصول إلى الانترنت من أجل إدخال ومشاركة البيانات في الوقت المناسب.	قد يزيد الدمج من فرص التمويل. موظفو التطعيم الروتيني لديهم الخبرة من حملات شلل الأطفال وحملات أخرى ولديهم آليات صلبة في كيفية استهداف المواقع الجغرافية وتعقب السكان غير الملقحين.
اللوجستيات	
النقص في الوقود على مستوى المحافظة/ الرعاية الصحية الأولية. تحديات متعلقة بحمل جميع المستضادات الروتينية الستة، بالإضافة إلى ثلاثة أنواع من لقاح كوفيد-19 . الوصول إلى المناطق والمجموعات التي يصعب الوصول إليها مثل الصحاري والأهوار والمناطق النائية والسكان المتنقلين.	لا توجد مشاكل مع سلاسل التبريد في جميع أنحاء البلاد.
التنسيق / الارادة السياسية	
التعاون المخصص ما بين أصحاب المصلحة الرئيسيين. تحديات مختلف القطاعات في الوزارات العاملة معا. الأقسام المختلفة في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية (مثل:كوفيد-19، و التطعيم الروتيني، وتعزيز الصحة) لديها خطط ومناهج واستراتيجيات مختلفة يجب التوفيق بينها	وزارة الصحة تتفهم الحاجة إلى الدمج والسير قدماً بحزمة موجهة برامجيا بالكامل وموجهة لتعزيز النظم الصحية.
الثقة والانخراط المجتمعي	
حملات التوعية يمكن أن يكون لها تأثير سلبي من خلال جعل الناس يعتمدون على التوعية ويعتادون على تلقي الخدمات بأقل جهد. وفي حال توقف نشاط التوعية، فمن المحتمل أن لا يبذل الناس جهدا في البحث عن الخدمة.	المبادرات المجتمعية ساعدت في تيسير جلسات توعية، إلخ. الفرق تعرف المناطق المحلية والقادة المجتمعيين ولديهم خبرة سابقة في العمل في تلك المناطق. معظم المجتمعات والفرق تقبلت حملة 3iS ولقاح كوفيد-19بسبب ثقتهم في التطعيم الروتيني . العراق لديها استراتيجية متطورة للتواصل بشان المخاطر والمشاركة المجتمعية. كما أن أعضاء مجموعة العمل الفنية لاستراتيجية التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية يوجهون وينفذون التعبئة المجتمعية على الأرض.
التقارير والبيانات	
عبء تسجيل اتصالات الخدمة الفردية، وجرعات اللقاح المعطاة وبيانات الأداء في كل نقطة توعية، ودمج تلك البيانات في سجلات مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، والتي تعتمد جميعها حاليًا على الورق. التسجيل والتبليغ حول محتوى وحجم وجودة الاتصالات التي أجريت مع المجتمعات.	الآن، لدى كل مؤسسة رعاية صحية أولية امكانية الوصول للإنترنت اللاسلكي ولديها أجهزة كمبيوتر محمولة من أجل التسجيل والتبليغ الشهري عن البيانات. الدمج على مستوى المقاطعة لبيانات مؤسسة الرعاية الصحية الأولية والتبليغ لمديرية الصحة وعلى المستوى الوطني. هناك عمل ناشئ على رسم خرائط المستوطنات السكانية والتغطية، وتسهيل التخطيط الجزئي حسب الحاجة والأرقام.

	تسجيل المواليد الرقمي لضمان أن جميع المستفيدين مسجلين وبأن القواسم دقيقة.

معالجة حواجز متعددة

تسلط الأدلة المتوفرة الضوء على دوافع عدة مستمرة للتعاطي المنخفض للقاح كوفيد-19 والتطعيم الروتيني في العراق، كما هو الحال أيضاً في دول أخرى في المنطقة. وهذا يشمل:

- الحواجز النفسية مثل التصور المنخفض لمخاطر كوفيد-19، خاصة بين الأشخاص صغار السن، وذلك بسبب عدد الحالات ونسب الوفاة المنخفضة،[24] بالإضافة للمخاوف حول فعالية وسلامة اللقاح، [21،23]والإشاعات بأن كوفيد-19 ليس له وجود، وتفضيل العلامة التجارية لصالح فايزر.[26]
- الحواجز الاجتماعية مثل الأعراف الجنسانية، والاعتقاد فيما بين النساء بأنهن في أمان لأنهن يقضين معظم أوقاتهن في المنزل، بينما الرجال يحتاجون إلى شهادات التلقيح من أجل شؤون العمل أو السفر. ومع المخاوف بأن لقاح كوفيد-19 قد يؤثر على خصوبة النساء، أدى ذلك إلى انخفاض نسبة النساء الملقحات مقارنة بالرجال بنسبة (60/40%)، وخاصة في المناطق الريفية.
- الحواجز البيئية مثل الصعوبات في الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية وتكاليف النقل الباهظة، وخاصة في المناطق الريفية والنائية، وللأشخاص النازحين داخلياً واللاجئين،[26] وصعوبات في الحصول على اللقاح نتيجة فترات الانتظار الطويلة، وساعات العمل غير المناسبة، والصعوبة في تحديد المواعيد رغم توفر اللقاح في المراكز المجاورة،[23،24] وانخفاض جودة الخدمات، وانعدام الثقة في الحكومة وخدماتها، والذي قد يطال أحياناً فرق التلقيح,[23] وعدم انفاذ التفويضات الحكومية والقيود المتعلقة باللقاح في الدخول والحركة.[21] ومن المثير ملاحظة بأن لدى العاملين الصحيين وممثلي القطاع الصحي تصور أكثر ايجابية، في العادة، تجاه امكانية الوصول إلى الخدمات الصحية، بالمقارنة مع عامة السكان حسب نتائج دراسة حول المعرفة والمواقف والممارسات والسلوكيات تم اجراؤها في فبراير،2022 وحسب الاستشارات التي أجريت لصالح لهذا الموجز.[24]

الشيء الملفت للانتباه حول حملة 3iS هو أنها عملت على معالجة الحواجز على جميع مستوياتها الثلاثة. فقد هدفت إلى تقليل التردد، وتعديل الأعراف الاجتماعية، وبناء الثقة عبر التعبئة المجتمعية والانخراط المجتمعي. وفي ذات الوقت، عملت على تخفيف الحواجز المتعلقة بالوصول إلى والراحة عن طريق جلب اللقاحات إلى الأماكن التي يحتاجها الناس.

النظر إلى الأمام

بدعم من اليونيسف، تعتزم وزارة الصحة العراقية اصدار استراتيجية جديدة متعددة السنوات في سبتمبر، 2022 تركز على استراتيجيات للدمج الأوسع نطاقاً. وسيتم تنفيذ هذه الاستراتيجية خلال عام 2023 وستكون موجهة تجاه الدمج الكامل وطويل الأمد للبرامج، ونحو تعزيز الأنظمة الصحية. وبالإضافة إلى شمل لقاح كوفيد-19 سنوياً في خطة التطعيمات الروتينية ضمن برنامج التحصين الموسع، تهدف الاستراتيجية إلى تخطي التطعيم لدمج تدخلات أخرى تشمل الرعاية الصحية الأولية، مثل رعاية ما قبل الولادة، ورعاية ما بعد الولادة، ومكافحة الأمراض غير المعدية، والتغذية.

وبالمضي قدماً، فسوف تشكل التعبئة المجتمعية حجر أساس لجهود الدمج في العراق، باستعمال دور المحفز المجتمعي لخلق روابط بين المجتمعات والخدمات المختلفة المتوفرة لها، وفي نفس الوقت، بناء الثقة وتجميع الأدلة اللازمة لخلق تدخلات أفضل في المستقبل. وستكون الرقمنة جانباً هاماً ضمن هذا النهج، وذلك باستعمال التبليغ الالكتروني للجرعات المقدمة، إلى أن يتم بناء سجلات صحية الكترونية فردية. وستؤدي الأساليب الرقمية الناشئة التي تم ادخالها إلى اتصال وتواصل رقمي مع أعضاء المجتمع باستعمال رسائل الهاتف المحمول والتطبيقات المختلفة.

وألقت الاستشارات مع الشركاء ومراجعة الأدبيات المتوفرة الضوء على نقاط دخول عديدة محتملة لدمج لقاح كوفيد-19 مع خدمات أخرى مقدمة لفئات سكانية مختلفة مستهدفة في العراق (انظر إلى الجدول 3).

الجدول 3: نقاط الدخول المحتملة ودمج الخدمات حسب الفئات السكانية في العراق

الفئة السكانية	نقاط الدخول المحتملة	الخدمات المحتمل دمجها
المجتمعات	مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الأسواق، الزيارات المنزلية، الأماكن العامة، أماكن التجمع، المراكز النسائية، المراكز الشبابية، إشراك الشرطة، المزارات والمساجد (وخاصة خلال المناسبات الخاصة مثل رمضان و شعائر الأربعين)، القيادات الدينية.[27]	المياه و الصرف الصحي و النظافة الصحية (تعزيز النظافة، منع عدوى كوفيد-19و مكافحتها، الكوليرا، إدارة نظافة الدورة الشهرية، نظافة الأسنان)[28]، إدارة سوء التغذية، مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، رعاية ما قبل الولادة، رعاية الولادة، رعاية ما بعد الولادة[29]، فحص نمو الطفولة المبكرة.
النساء والأطفال المعرضين للخطر	العاملين في الخدمة الاجتماعية (وزارة العمل والشؤون الاجتماعية)، المنظمات غير الحكومية، تعاون الحكومات المحلية.[29]	الحماية الاجتماعية (العنف الأسري، العنف القائم على النوع الاجتماعي، العنف الجنسي، الدعم النفسي و الاجتماعي، الخدمات القانونية، البحث عن الأسرة و لم شملها، الرعاية البديلة الطارئة، الإفراج، إعادة التأهيل والاندماج)، تسجيل الولادة، التحفيز المبكر، المياه

		الصالحة للشرب، التغذية، سلوكيات الأبوة و الأمومة الجيدة[28،30]
الأطفال، والمراهقون، والأشخاص صغار السن	قطاع الصحة و التعليم (المرافق الصحية، المدارس، الجامعات)	برنامج الصحة المدرسي، خدمات نمو الطفولة المبكرة، المياه و الصرف الصحي و النظافة الصحية (تعزيز النظافة، منع عدوى كوفيد-19 ومكافحتها، الكوليرا، إدارة نظافة الدورة الشهرية)[28]
المراهقون المعرضون للخطر	مديريات الشباب و الرياضة	التدريب على المهارات الحياتية (تكوين الفرق، الاتصال و التواصل، القيادة، مهارات الإبداع، المهارات الرقمية، قابلية التوظيف)[31]
المراهقون المتسربون من المدارس (في حالات النزاع ، والمناطق الريفية، وأصحاب الدخل المنخفض، والفتيات)	منظمات المجتمع المدني، المنظمات غير الحكومية، المجموعات الداعمة للمراهقين المتسربين من المدرسة، وزارة الشباب في إقليم كردستان والعراق الفيدرالية	التغذية، برامج التعليم غير الرسمية، التدريب على المهارات الحياتية (التنمية الشخصية، المواطنة النشطة، ريادة الأعمال للشباب، المهارات الرقمية، القيادة)[28،29]
السجناء	مراكز الاعتقال، مراكز اعتقال الأحداث	المياه و الصرف الصحي و النظافة الصحية، الحماية الاجتماعية، التدريب على المهارات الحياتية، التعليم
الأوضاع الانسانية (النساء، والأطفال، والمراهقون)	مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، الزيارات خيمة إلى خيمة / منزل إلى منزل، التجمعات المجتمعية، العاملين الصحيين المجتمعيين[31]، المحفزين المجتمعيين، نقاط العبور[13]	التغذية، الرعاية الصحية للأم و الطفل، التطعيم الروتيني، الرضاعة وتغذية الرضع والأطفال الصغار، مراقبة النمو، التغذية، المغذيات الدقيقة، المياه والصرف الصحي و النظافة الصحية، (تعزيز النظافة، منع عدوى كوفيد-19 ومكافحتها، الكوليرا، إدارة نظافة الدورة الشهرية، توزيع منتجات النظافة)[28،29،31]
العائدون	حملات التعبئة الاجتماعية من الباب إلى الباب، نقاط العبور[13]	المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، الرعاية الصحية للأم والطفل، التغذية، التطعيم الروتيني[32]
اللاجئون السوريون في المخيمات	زيارات من الباب إلى الباب / من الخيمة إلى الخيمة من قبل محفزين مجتمعيين يعملون على حماية الأطفال ومن قبل الشركاء[33]	تغذية الرضع والأطفال الصغار، الصحة و التغذية، حماية الطفل، تعزيز النظافة
الأشخاص النازحون داخلياً (الأطفال)	حملة الشتاء من خلال المتطوعين الشباب	الاستجابة الشتوية (توفير الملابس للأطفال)

ينبغي أن يأخذ تصميم البرامج بعين الاعتبار السياق الخاص بكل موقع وفئة سكانية مع مراعاة الاحتياجات، والتفضيلات، والحواجز. فعلى سبيل المثال، خدمات الرعاية الصحية الأولية مثل رعاية ما قبل الولادة ورعاية الولادة، ورعاية ما بعد الولادة يتم حضورها بشكلٍ أفضل في إقليم كردستان في العراق مقارنة بجنوب وسط العراق.[34] ففي إحدى الدراسات التي أجريت في الموصل في نينوا، وجد أن الطلاب يفضلون تلقي التوعية من خلال المدرسين والحملات التي تنظمها المدرسة.[32]

دمج سوريا للتلقيح ضد كوفيد-19 مع أنشطة توليد الطلب

في سوريا، رغم أن التلقيح ضد كوفيد-19 لم يتم دمجه بعد بشكل منهجي في التطعيمات الروتينية أو الخدمات الأخرى، إلا أن الدمج قد حصل مع تدخلات الاتصال بشأن المخاطر والاشراك المجتمعي، وذلك فيما يخص التلقيح ضد كوفيد-19 والتطعيم الروتيني. فرق التلقيح المتنقلة تعاونت مع الفرق الشريكة المنفذة لتعزيز الصحة (مثل الهلال الأحمر العربي السوري) وفرق الاتصال في مديرية الصحة من أجل توصيل الأنشطة التوعوية واللقاحات إلى الناس الذين يحتاجون إليها. و قد نجح هذا في بعض المحافظات (مثل دير الزور) حيث اختار معظم الناس المنخرطين في أنشطة التوعية بأن يتلقحوا بعد ذلك. و قامت الفرق بزيارات منزلية وأنشأت حوارات مجتمعية ضمت متخصصي الرعاية الصحية وأشخاص مؤثرين، وكان للناس الخيار بأن يتم تلقيحهم فور إنتهاء الحوارات.[35]

الأدلة المجمعة من خلال الدراسات عن المعارف والمواقف والممارسات، وتمارين الاستماع الاجتماعية، وتمارين تخطيط المشاركة المجتمعية تم استعمالها لتكييف التدخلات لمختلف المواقع والفئات السكانية بناء على أوضاعها و حاجاتها.[35،36] فعلى سبيل المثال، في حمص، شاركت مجموعة من طلاب الجامعة من تخصص الطب والعلوم والمعروفين باسم فرق "الحكيم" في حوارات علمية حول أهمية كوفيد-19 والتطعيم الروتيني، وحول العمل على بناء الثقة بين المجموعات مرتفعة الخطورة وتشمل العاملين الصحيين، وكبار السن، واللاجئين، والأشخاص ذوي الأمراض المصاحبة. و قد وجد أن الجمع بين التطعيم الروتيني والتلقيح ضد كوفيد-19 زاد من الثقة في لقاحات كوفيد-19، حيث أن الناس كانوا على دراية ولديهم ثقة عالية بالتطعيم الروتيني بسبب تجربتهم معه منذ طفولتهم. وفي شمال شرق سوريا، تم استخدام استراتيجيات توليد الطلب الخاصة بالمحافظة في مكافحة المعلومات المضللة والإرشاد الصحي المربك. واشتمل ذلك على انخراط القيادات الدينية من المساجد والكنائس، والعمل مع النساء، وخاصة في المخيمات التي يسكنها سكان من جنسيات متعددة، كما اشتمل على إظهار المؤثرين المجتمعيين في

فيديوهات وحملات على وسائل التواصل الاجتماعي. وفي دير الزور، كان هناك تركيز على تحسين جودة خدمة الخط الأمامي، و خاصة في المناطق التي يصعب الوصول إليها. وقد عمل الهلال الأحمر العربي السوري مع الأشخاص الأكثر عرضة للمخاطر وتم إشراك الشبكات النسائية، و ذلك لأن النساء كن أكثر ترددا من الرجال.[35]

يبدو أن دمج فرق تدخلات الاتصال بشأن المخاطر والإشراك المجتمعي مع فرق التلقيح أدى إلى زيادة في الطلب على لقاحات الكوفيد-19، و خاصة في محافظة الحسكة. و تم تسهيل العملية من خلال التنسيق القوي بين منظمات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية، وإدارات المخيمات، و مديريات الصحة.[35] ومن بين التحديات التي واجهت الدمج كان تفضيل السكان لبعض أنواع اللقاحات، مثل أسترا زينيكا والتي لم تكن متاحة دائماً، وإعطاء أولوية منخفضة للتلقيح ضد كوفيد-19 من قبل المجتمعات، والموارد المحدودة، بما فيها العاملين الصحيين والبنية التحتية الصحية والكهرباء والماء والتحديات اللوجستية مثل ضمان توفير وتوصيل وتخزين كلا من لقاحات الكوفيد-19 و تطعيمات الأطفال الروتينية، حيث لا يمكنها استخدام نفس سلسلة التبريد. ويعتبر قلة استخدام لقاحات كوفيد-19 من قبل العاملين الصحيين تحدياً إضافياً، حيث أنهم يؤثرون بشدة على السكان.[18] واختلفت التحديات بحسب سياق كل محافظة. فعلى سبيل المثال، في حمص هناك حركة مستمرة للأشخاص في المناطق الحدودية، بينما في شمال شرق سوريا ينتشر الناس في قرى صغيرة ومتفرقة، وفي دير الزور أدت العواصف الرملية إلى عرقلة الخدمات خلال أيام الحملة.[35]

في مشروع مستقبلي، ستقوم الفرق المتنقلة بالعمل على رفع التوعية، ليس فقط حول التلقيح ولكن أيضا حول التغذية، والتعليم، والمياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وحماية الطفل.[37] وتم التخطيط لحملة الحصبة والحصبة الألمانية لشهر أكتوبر، 2022 و يتم الآن تطوير نهج مدمج لزيادة أخذ لقاح كوفيد-19 من قبل الآباء والأمهات. وبالإضافة إلى ذلك، يتم التخطيط لدمج التلقيح ضد كوفيد-19 مع التطعيم الروتيني والتطعيم ضد شلل الأطفال من خلال تدخلات توليد الطلب المدمجة.

استعمال الأدلة لبناء برامج مبتكرة تتناول حواجز متعددة

مع الأخذ في الاعتبار بأن كل تدخل يجب أن يكون مصمماً لمجموعة محددة وموقع وسياق محددين، فإن الجدول (4) يعرض بشكل عام بعض نقاط الدخول والخدمات المحتملة لفئات سكانية مختلفة، على النحو المستمد من الأدبيات والمناقشات مع الشركاء العاملين في المنطقة.

الجدول 4: نقاط الدخول المحتملة للدمج حسب الفئات السكانية داخل منطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا

الفئة السكانية	نموذج الدمج / نقطة الدخول المحتملة	الخدمات المحتملة لعملية الدمج
السكان من كبار السن	الدمج في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، التوعية من الباب إلى الباب والتوعية المتنقلة، الحوارات المجتمعية، دور رعاية المسنين	خدمات الرعاية الصحية الأولية، رعاية الأمراض المزمنة، الدعم النفسي والاجتماعي
السكان المعرضين للخطر سريريا	الدمج في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، التوعية من الباب إلى الباب، عيادات الأمراض غير المعدية	خدمات الرعاية الصحية الأولية، رعاية الأمراض المزمنة، الدعم النفسي والاجتماعي
النساء	الدمج في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، التوعية من الباب إلى الباب، المجموعات النسائية	خدمات الرعاية الصحية الأولية، صحة الأم و الطفل، رعاية ما قبل الولادة وما بعد الولادة، تخطيط الأسرة، مواقع التوزيع النقدي، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، برامج الأبوة والأمومة
الرجال	الدمج في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، مواقع العمل، الحوارات المجتمعية، المساجد	خدمات الرعاية الصحية الأولية، خدمات منتظمة لمرض السكري وارتفاع ضغط الدم، برامج الأبوة والأمومة
المجتمعات الريفية	التوعية المتنقلة والمواقع الثابتة للتوعية، المدارس، المجموعات الشبابية، الحوارات المجتمعية، الانخراط مع القيادات الدينية، القيادات العشائرية، العاملون الصحيون المحليون	خدمات الرعاية الصحية الأولية، الصحة والتغذية، التطعيم الروتيني، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، التعليم، حماية الطفل، تنمية الطفولة المبكرة، التوزيع النقدي، توزيع الناموسيات ، تسجيل الولادة، برامج توفير سبل العيش
المجتمعات الحضرية	الدمج في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، المواقع الثابتة، الصيدليات، التوعية من الباب إلى الباب، المدارس، مؤسسات التعليم العالي، المجموعات الشبابية، الانخراط مع القيادات الدينية، الأسواق، مراكز التسوق	خدمات الرعاية الصحية الأولية، الصحة والتغذية، التطعيم الروتيني، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، التعليم، حماية الطفل، تنمية الطفولة المبكرة، التوزيع النقدي، توزيع الناموسيات ، تسجيل الولادة، برامج توفير سبل العيش
الأشخاص النازحين داخليا/	الدمج مع الخدمات الحالية المرافقة للمخيمات والمراكز والتوعية من	الصحة و التغذية، التطعيم الروتيني، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، التعليم، حماية الطفل، تنمية

اللاجئين في المخيمات	الباب إلى الباب / من الخيمة إلى الخيمة، الانخراط مع القيادات الدينية، المساجد، الاستجابة في حالات الطوارئ	الطفولة المبكرة، التوزيع النقدي، توزيع شبكات الأسرة، عدة الصدمات، عدة النظافة، التدريبات على المهارات الحياتية، الدعم النفسي والاجتماعي
الأشخاص النازحين داخليا/ اللاجئين/ العائدين/ المهاجرين الموجودين خارج المخيمات	الدمج مع الخدمات الانسانية الموجودة حالياً والتوعية المتنقلة، الحوارات المجتمعية، الانخراط مع القيادات الدينية، الاستجابة في حالات الطوارئ	الصحة والتغذية، التطعيم الروتيني، المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، التعليم، حماية الطفل، تنمية الطفولة المبكرة، التوزيع النقدي، توزيع الناموسيات ، عدة الصدمات، عدة النظافة، التدريبات على المهارات الحياتية، الدعم النفسي والاجتماعي

جهود الدمج العالمية فيما بعد كوفيد-19

دمج الخدمات ليس مفهوما جديدا. فقد تصور إعلان ألما آتا لعام 1978 العمل المشترك بين القطاعات ودمج الرعاية الصحية الأساسية في الرعاية الصحية الأولية. الصحة المدمجة في جميع السياسات ونهج الصحة الواحدة هدف إلى دمج الصحة مع القطاعات والمجالات الأخرى.[10] وقد نشرت منظمة الصحة العالمية قواعد إرشادية حول دمج خدمات التطعيم[38،39] و الدمج يعتبر ذا أولوية في خطة التمنيع لعام 2030[40،41] .وهناك أمثلة عديدة لمحاولات لدمج الخدمات المختلفة داخل القطاع الصحي، ومن بين أكثر الخدمات دمجاً هي التطعيم، وتخطيط الأسرة والخدمات الخاصة بمرض نقص المناعة المكتسبة.

في عام 2012، قامت نشرة"فاكسين" بتوثيق أمثلة لاستخدام منصة تطعيم الرضع لتقديم فحص السمع، والخدمات الخاصة بمرض نقص المناعة المكتسبة، ومكملات فيتامين أ، والتخلص من الديدان، وعلاج الملاريا، والناموسيات ، وخدمات تنظيم الأسرة، ومراقبة النمو، والتربية الصحية.[42] وهناك أمثلة عديدة حول اقتران تطعيم الرضع مع تعليم تنظيم الأسرة بعد الولادة وتوفير وسائل منع الحمل في أفريقيا خلال العقد المنصرم. وقد وجدت إحدى النشرات أن معظم هذه الأمثلة لاقت نتائج مشجعة فيما يتعلق بالعلم والتوجهات حول تنظيم الأسرة وتناول وسائل منع الحمل، دون أية آثار سلبية على خدمات التطعيم.[40]

ومؤخراً، بدأت فرق مكافحة شلل الأطفال في دول حول أفريقيا، و جنوب شرق آسيا، ومنطقة شرق المتوسط، في توسيع دورها ليتجاوز شلل الأطفال وليضم التلقيح والمراقبة لأمراض أخرى كجزء من برامجها الانتقالية. ففي الهند، تمت إعادة تسمية المشروع الوطني لمراقبة شلل الأطفال ليصبح البرنامج الوطني لدعم الصحة العامة، مع توسيع نطاق اختصاصه ليركز على الصحة الإجمالية للسكان.[43] وفي نيجيريا، تخطط الحكومة لإعادة تموضع فرق مكافحة شلل الأطفال للعمل على ثلاث أولويات صحية أساسية، وهي: التطعيم الأساسي، والاستجابة لتفشي الأمراض ومراقبتها، والرعاية الصحية الأولية.[43] وفي السودان، اجتمع العاملون في أربعة مجالات للرعاية الصحية على مستوى الدولة وهي: القضاء على شلل الأطفال، والتطعيم، والطوارئ الصحية، وتعزيز النظام الصحي، للعمل كفرق صحة عامة مدمجة في جميع الولايات الثمانية عشر.[44]

وأقل شيوعاً هي أمثلة لدمج الخدمات مع قطاعات أخرى غير صحية.[45] و مثال بارز على ذلك هو الرعاية المرتبطة بمرض نقص المناعة المكتسبة، حيث هناك أمثلة مبتكرة للجمع بين خدمات مرض نقص المناعة المكتسبة مع حاجات أخرى للفئات المستهدفة. وبالإضافة إلى الدمج مع الرعاية ما قبل الولادة، و خدمات إساءة استعمال المواد المخدرة، و برامج الصحة العقلية[10،46،47]، فهناك أمثلة للدمج مع خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وبرامج الأبوة والأمومة، وبرامج المدارس الآمنة، والتحويلات النقدية (انظر إلى الجدول 5).[46-49] إن مراجعة الأدبيات حول دمج مرض نقص المناعة المكتسبة وجدت أن الأساليب التقليدية فشلت في مراعاة حقوق الإنسان والعوامل البنيوية التي تحدد المخاطر، والتعرض للخطر، والبحث عن الصحة، والعدالة الصحية، وأن أساليب الدمج المصممة ليكون المستخدم صاحب الأهمية الأولى لديها القدرة على معالجة هذا الأمر.[10] الجدول (5) يوفر بعض الأمثلة على جهود الدمج داخل القطاع الصحي وعبر القطاعات، كما أنه يدرج عوامل تمكينها، والتحديات التي تواجهها، والنتائج، حيث توفرت.

عوامل التمكين المبرزة في هذه الأمثلة تشمل الكفاءات المرتفعة للعاملين الصحيين المتوفرين، والثقة المجتمعية في العاملين الصحيين أو المتطوعين، ومنصة توصيل خدمات يتم التردد إليها من قبل الفئة المستهدفة وتناسبها، وبيئة سياسية تمكينية، والتزام تجاه الرصدوالتقييم.

التحديات تشمل جذب العاملين الصحيين و الحفاظ عليهم، وبناء القدرات، والمعلومات المغلوطة وغياب الثقة، و الأعراف الاجتماعية المقيدة، و الصعوبة في الوصول إلى مواقع تقديم الخدمة، والتحديات اللوجستية والأمنية للتوعية، والتحديات المرتبطة بالتوريد، وبالبنية التحتية والتمويل غير الكافيين، والتمويل الرأسي لبعض الخدمات، والسياسات التقييدية. إن مراجعة تخطيط الأسرة وتجارب دمج التطعيم أوجدت عوامل مؤثرة متشابهة وهي: أعداد العاملين المناسب، والأعراف الاجتماعية و الجنسانية الممكنة، والبنية التحتية المناسبة، وسلاسل التوريد المنسقة والموثوقة.[40]

هناك إمكانية لتطبيق هذه العوامل على أي تدخل، ولكن في حالة الدمج، قد يتم تفاقمها نتيجة تعقيد الخدمات متعددة الجوانب، والبرامج متعددة القطاعات والتي تضم أصحاب المصلحة المتعددين، بالإضافة إلى المتطلبات اللوجستية والتمويلية الإضافية. وقد أوردت المراجعات عوامل خاصة بالدمج مثل توفير العاملين المدربين بدرجة كافية ودعم الخدمات الإضافية والوقت اللازم لأداء مهام إضافية، والتواصل الواضح والمنتظم بين مدراء المشاريع من مناطق أو قطاعات مختلفة.[40] تحديات محتملة أخرى تتعلق بالتنسيق بين عدد كبير من الجهات المتعاونة، ووجود مصادر تمويل مختلفة لتدخلات مختلفة، بالإضافة إلى التعقيدات اللوجستية المصاحبة لنقل مجموعة متنوعة من العناصر إلى مواقع التوعية.[50] يمكن تعلم المزيد من المشاريع التي هي بطبيعتها متعددة القطاعات مثل فحص نمو الطفولة المبكر وفحص رعاية الطفل، حيث قد

تكون قطاعات الصحة، والتعليم، والرعاية الاجتماعية، جميعها مشتركة في توصيل الخدمة. ولكن كل بأولويات وتمويل وقنوات تبليغ ومجموعات مهارات مختلفة للموظفين.

جدول 5: أمثلة سابقة على الدمج

دمج الخدمات الصحية				
الدولة	**نموذج الاندماج**	**عوامل التمكين**	**التحديات**	**النتائج الايجابية**
مصر	عيادة ما بعد كوفيد-19 خاصة: توفر رعاية متعددة الاختصاصات تشمل إعادة التأهيل، والعلاج الطبيعي، والخدمات المختبرية والإشعاعية، والرعاية الصحية النفسية الاجتماعية.[51]		عدم القدرة على توفير التطبيب عن بعد للتمكن من المراقبة الأكثر تكراراً للمرضى.	أعداد النساء اللواتي زرن العيادة فاقت أعداد الرجال، وهو ما يتماشى مع دراسات سابقة تبين بأن النساء لديهن عواقب حادة لعدوى SARS-CoC-2.
بابوا غينيا الجديدة	قام موظفو شلل الأطفال بتوفير استجابة كاملة لتفشي مرض شلل الأطفال والحصبة والحصبة الألمانية ووصلوا لمجتمعات نائية عن طريق الطائرة المروحية، والقارب، والمشي على الأقدام.[43]	فرق شلل الأطفال مجهزة تجهيزاً جيداً للتعامل مع التحديات الصحية الجديدة والمعقدة وذلك نتيجة للتجربة السابقة.	التحديات اللوجستية والأمنية.	
باكستان	تعاون وثيق بين برنامجي مكافحة شلل الأطفال والتطعيم من أجل حملة وطنية للحاق باللقاحات ضد بالحصبة والحصبة الألمانية واللقاح الفموي لشلل الأطفال.[43]			ما يزيد عن 93 مليون طفل تم الوصول إليهم باللقاحات.
تنزانيا	التطعيم ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري مع التثقيف الصحي للمراهقين (و تشمل الصحة الإنجابية والجنسية)، والتخلص من الديدان، والتغذية، وفحص النظر في المدارس والمرافق الصحية والمجتمعات.[40،50]		اعتقد أعضاء المجتمع بأن الآثار الجانبية للتخلص من الديدان يمكن إرجاعها للقاحات ضد عدوى فيروس الورم الحليمي البشري مما أثر على تناول اللقاحات. وهناك تحديات في الوصول إلى الفتيات المتسربات من المدارس.	
تنزانيا	التخلص من الديدان والتطعيم ضد مرض الحصبة للأطفال الملتحقين بالمدارس وما قبل سن المدرسة بأعمار 7-14 عاماً.[50]		المعلومات المغلوطة وتوقيت التدخلات خلال الاختبارات المدرسية، ومخاوف تخص استغناء المدرسين عن الأدوية، وكبر حجم الفصول الدراسية والذي يؤدي إلى نفاذ المخزون، وتأخير المخزون عن المناطق النائية، والفشل في توثيق الأمور اللوجستية.	
كينيا، وجنوب أفريقيا، وفيتنام، والولايات المتحدة الأمريكية، وكندا	الرعاية الخاصة بمرض نقص المناعة المكتسبة وخدمات إساءة استعمال المواد المخدرة (نماذج متعددة).[10]	يسمح بتوفير احتياجات الأشخاص الذين يحتاجون هاتين الخدمتين بطريقة أفضل.	تغطية مجزأة للخدمات الصحية، الوصول (المادي والمالي)، إحجام الممول عن الاستثمار في الرعاية الصحية الأفقية، السياسات التقييدية لاستخدام المواد، المحددات الاجتماعية للصحة.	
غانا	حملة الحياة الجيدة هي مظلة مدمجة لنهج تغيير السلوك الاجتماعي الذي يعزز مجموعة من السلوكيات الصحية الايجابية (مثل صحة الأم و الطفل والوقاية من الملاريا وعلاجها) من خلال قنوات الوسائط المتعددة.[45]			الحملة وصلت لقاعدة عريضة وارتفعت مبيعات حبوب الزنك بنسبة 280%، و80% من النساء اللواتي تعرضن للحملة استخدمن الناموسيات .

الاندماج مع القطاعات الأخرى				
الدولة	**نموذج الاندماج**	**عوامل التمكين**	**التحديات**	**النتائج الايجابية**
البيرو	مجموعة تدخلات متعددة القطاعات ومعتمدة على البيانات وتشمل التأمين الصحي المجاني للنساء الحوامل والأطفال، والتحويلات النقدية والتمويل لتحسين تغذية الأمهات، والوصول إلى الرعاية و معدل التقزم.[52]			استخدام الخدمات الصحية تضاعف ومعدلات التقزم انخفضت من 28% إلى 13% بين عامي 2008 و 2016.
بنغلادش	تدخلات متعددة تشمل برامج التمويل الأصغر، تغييرات في سياسات تنظيم الأسرة، محفزات لتعليم الفتيات، ومشاركة أعلى للنساء في القوى العاملة.[52]	مدعوم من قبل قطاع قوي للمنظمات غير الحكومية ومنظمات بحثية محلية قادرة على التأثير على واضعي السياسات.		زيادة تمكين النساء من خلال التحسين في التنقل، والعلاقات الاجتماعية، والقدرة على اتخاذ القرار، مما أدى في النهاية إلى انخفاض معدل وفاة الأطفال بنسبة 61% بين عامي 2000 و2017.
بنغلادش	دمج تعزيز النظافة وتوفير معدات غسيل اليدين في المنازل والمجمعات، مع توفير تطعيم ضد الكوليرا.[53]			45% من المنازل التي تلقت توعية حول النظافة كان لديها محطة غسيل أيدي عاملة بالمقارنة مع 22% من العائلات التي تلقت اللقاح فقط.
نيبال	جلسات التوعية حول النظافة يتم تنفيذها في مراكز التطعيم للقاح فيروس الروتا. تم تكوين حزمة التدخل في مجال النظافة على أساس بيانات البحث التكويني.[53]	آلاف من مقدمي الرعاية يزورون مراكز التطعيم خمسة مرات على الأقل خلال أول سنة من عمر الطفل.		قطاعات النظافة و الصحة العامة عملت جنباً إلى جنب لمنع سوء التواصل حول لقاح فيروس الروتا. وكان البرنامج فاعلاً على نطاق واسع حتى عام 2021.
كينيا	توصيل أطقم النظافة وتعزيز النظافة المقدمة لموفري الرعاية خلال حملات تطعيم الرضع.[53]			حالات غسيل اليدين الصحيحة تضاعفت بالمقارنة مع العائلات التي لم تتلقى أي تدخل.
إثيوبيا	نموذج تعزيز نظم الصحة والرعاية الاجتماعية المجتمعية (نموذج قريب من نموذج المجتمعات التي تعتني بالآخرين) يستخدم لزيادة اختبار مرض نقص المناعة المكتسبة ما بين النساء الحوامل وزيادة خدمة رعاية ما قبل الولادة وتحسين الصرف الصحي.[47]	العاملون في " المجتمعات التي تعتني بالآخرين " يستطيعون توفير دعم بدرجة أعلى من المرافق، مع ربط المجتمعات بالمرافق والخدمات.	الدفع للعاملين المجتمعيين أو جذب المتطوعين، التدريب والإشراف المناسبين، المخزون الطبي والبنية التحتية، النقل، الدعم المجتمعي للبرنامج و العاملين.	أعداد أعلى من النساء قمن بالتسجيل لرعاية ما قبل الولادة وقمن بفحص مرض نقص المناعة المكتسبة. وكانت هناك زيادة في زيارات التوعية في فترة ما بعد الولادة. وعدد أكبر من العوائل كان لديها مراحيض عاملة و مستعملة بطريقة صحيحة. و تم تقوية العلاقات الاجتماعية.
الموزمبيق	لجان تنسيق ما بين القطاعات تتضمن وزارات الصحة والتعليم والشباب، والتي تم إنشاؤها على مستويات الوطن والمحافظات والمقاطعات من أجل دمج أنشطتها المختلفة ككل متماسك. وتم الوصول إلى المراهقين في المدارس، والعيادات، والمجتمعات.[54]	الحكومة الوطنية قامت بتوفير الميزانية والدعم عن طريق السياسات. وتوفر الرصد والتقييم في جميع أنحاء التوسع.	تعقيد النهج متعدد القطاعات. مقاومة نتيجة الأعراف حول الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والأعراف الجنسانية قامت بعرقلة التوسع في بعض المناطق.	تم إدارتها وتوسيعها بطريقة ناجحة. وتم توفير معلومات وخدمات الصحة الجنسية والانجابية للعديد من المراهقين.
أفريقيا جنوب الصحراء	التحويلات النقدية، دعم الأبوة و الأمومة، والمدارس الآمنة للمراهقين المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة.[48،49]			الجمع بين الخدمات الثلاثة كان له تأثير إيجابي وفق سبعة أهداف للتنمية المستدامة. تأثيرات مفيدة في التغذية والتطور المعرفي و التعليم والأمان.

هناك أدلة منشورة محدودة حول كيفية تصميم برامج الدمج، والحواجز والتحديات التي تمر بها، أو الدروس المستفادة، و نتائج تلك البرامج. كما أنه من المحتمل بأن التدخلات التي تصل إلى مرحلة النشر هي الأنجح وبأن التحديات أو الإخفاقات لا يتم توثيقها أو مشاركتها مع الجمهور بشكل كافٍ. وقد دعت المراجعات إلى تقييم أكثر صرامة لبرامج الدمج مع توثيق أفضل للتحديات والعوامل التشغيلية المؤدية للنجاح أو الإخفاق. وثمة حاجة إلى تقارير موضوعية حول التنفيذ والتأثير لإعلام صناع القرار عن نماذج الدمج المناسبة والممكنة والمقبولة وعن منصات توصيل الخدمات حسب السيناريوهات المختلفة.[40،45،50]

وكما ورد في الأمثلة أعلاه، فلا يتم الإبلاغ عن النتائج في جميع الحالات، وهي غير مرتبطة بطريقة جيدة بعوامل معينة، مما يجعل من الصعب ادراك نجاح أنواع مختلفة من التدخلات المدمجة. ومع ذلك، فإن هذه الأمثلة تشير من تلقاء نفسها إلى أن البرامج المتضمنة لخدمات مختلفة جنبا إلى جنب يمكن أن تؤدي إلى نتائج إيجابية عبر مؤشرات مختلفة.

في حال تم تصميمه و إيصاله بطريقة فعالة، فإن الدمج قد يكون طريقة للتوفير وتخفيض التكاليف والجهد عن طريق تجميع الخدمات بعضها ببعض. وقد يعزز السهولة والراحة وتجربة الخدمة، وبالتالي، استيعاب الفئة المستهدفة. كما أن له القدرة على الاستفادة من الاستثمارات في كوفيد-19، والابتكارات، و الدروس المستفادة. وفي حال تمت مقاربته بشكل كلي، فقد يؤدي إلى تقوية الأنظمة. وعلى أي حال، يجب على تصميم التدخل أخذ العوامل السياقية والدوافع المؤثرة العديدة بعين الاعتبار، بما يشمل العوامل الفردية (النفسية)، والعوامل الاجتماعية والبيئية (اللوجستية والسياسية) والتي قد تؤثر على قابلية الفرد وقدرته على الوصول للخدمات.

شكر وتقدير

تم كتابة هذا الموجزمن قبل ناديا بتلر، وبمساعدة من سهى كرم. وأجريت مشاورات مع أمايا غيليسبي (المكتب الاقليمي لليونيسيف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا)، وأرونيما باتناجار وديفيد هيبجرايف وحسام صبري الموسوي وإسراء عبد الرحمن منصور وعلي عبد الحسين صالح ودمشق مشيري وعلاء راهي (يونيسيف العراق)، والنور عليف (يونيسيف سوريا)، وفراس الموسوي (وزارة الصحة العراقية)، وتونيا رفاعي (مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق البحر المتوسط). وتمت مراجعة الموجز خارجياً من قبل أمايا غيليسبي (المكتب الاقليمي لليونيسيف في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا)، وأرونيما باتناجار وديفيد هيبجرايف وثيودروس زيودي شاي (يونيسيف العراق)، والنور عليف (يونيسيف سوريا)، وروز إينسلي (مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق البحر المتوسط)، ومحمد شفيق (المكتب الإقليمي للإتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا). وتمت مراجعته داخلياً من قبل أوليفيا تولوك (أنثرولوجيكا)، وديان دوكلوس وميليسا باركر (مدرسة لندن لحفظ الصحة وطب المناطق الحارة), وتابيثا هرينيك (معهد دراسات التنمية)، وتم تحريره من قبل فيكتوريا هالدين (أنثرولوجيكا). وهذا الموجز يقع تحت مسؤولية منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني.

للاتصال

إذا كان لديك طلبًا مباشرًا بخصوص الموجز ، أو الأدوات، أو خبرة فنية إضافية، أو تحليل عن بعد، أو إذا رغبت في الانضمام إلى شبكة المستشارين ، الرجاء الاتصال بمنصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني عن طريق إرسال رسالة عبر البريد الإلكتروني إلى آني لودين (a.lowden@ids.ac.uk)، أو إلى أوليفيا تولوك (oliviatulloch@anthrologica.com).

منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني هي شراكة بين معهد دراسات التنمية، وأنثرولوجيكا، ومدرسة لندن لحفظ الصحة وطب المناطق الحارة. وتم دعم هذا العمل من قبل مكتب الشؤون الخارجية والكومنولث والتنمية في المملكة المتحدة، ومنحة ويلكوم رقم 225449/Z/22/Z.
الآراء الواردة هي آراء المؤلفين ولا تعكس بالضرورة آراء الممولين أو آراء أو سياسات معهد دراسات التنمية أو أنثرولوجيكا أو مدرسة لندن لحفظ الصحة وطب المناطق الحارة .

KEEP IN TOUCH

@SSHAP_Action info@socialscience.org www.socialscienceinaction.org SSHAP newsletter

اقتباس مقترح: بتلر، ن و كرم، س (2022) اعتبارات أساسية لدمج خدمات التلقيح ضد كوفيد-19: رؤى من العراق وسوريا لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. منصة العلوم الاجتماعية في العمل الانساني. معرف القرص الرقمي DOI: 10.19088/SSHAP.2022.041

تم النشر في سبتمبر، 2022

© معهد دراسات التنمية 2022

هذه الدراسة مفتوحة الوصول وتم توزيعها تحت شروط رخص المشاع الابداعي 4،0 وتحمل رخصة دولية رقم (CC BY) والتي تسمح بالاستعمال غير المقيد والتوزيع وإعادة الإنتاج باستخدام أي وسط، طالما تم النسب إلى المؤلفين والمصدر وتم ذكر أية تعديلات أو اقتباسات http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode

REFERENCES

1. United Nations. (2022, April 11). COVID-19 vaccine access in conflict areas remains critical. *UN News*مستمدة من. https://news.un.org/en/story/2022/04/1116032
2. UNICEF. (n.d.). *How to improve primary healthcare to prepare for future pandemics*. Retrieved 19 July 2022, from مستمدة منhttps://www.unicef.org/stories/how-to-improve-primary-healthcare-to-prepare-for-pandemics
3. GAVI. (2022, June 24). Gavi board responds to an uncertain world: Fragile and conflict settings, future pandemics and the ongoing fight against COVID-19. *Reliefweb*. مستمدة من https://reliefweb.int/report/world/gavi-board-responds-uncertain-world-fragile-and-conflict-settings-future-pandemics-and-ongoing-fight-against-covid-19
4. USAID & MOMENTUM. (2021, April 27). *Maintaining Focus on Routine Immunization through COVID-19 Vaccination*. مستمدة من https://usaidmomentum.org/wp-content/uploads/2021/05/WIW-Webinar-slide-deck-FINAL-508.pdf
5. WHO, World Bank, GAVI, IMF, WTO, & UNICEF. (2022). *G20 Indonesia: Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment*.
6. WHO. (2022). *Country COVID-19 Intra-Action Review (IAR) Report May 2022* مستمدة من . https://reliefweb.int/report/south-sudan/country-covid-19-intra-action-review-iar-report-may-2022
7. Hilal, N., Shaya, R., Hamadeh, R., Antonio, C., & El-Jardali, F. (2021). *Integrating COVID-19 Vaccination into the Primary Health Care Network in Lebanon*. Knowledge to Policy Centre, American University of Beirut, Republic of Lebanon Ministry of Public Health. مستمدة من https://www.aub.edu.lb/k2p/Documents/Integrating%20COVID-19%20Vaccination%20into%20the%20Primary%20Health%20Care%20Network%20in%20Lebanon_Full%20Version_reduced.pdf
8. Afolabi, A. A., & Ilesanmi, O. S. (2021). Dealing with vaccine hesitancy in Africa: The prospective COVID-19 vaccine context. *The Pan African Medical Journal*, *38*, 3. مستمدة من https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.3.27401
9. UNICEF. (2022, April 13). *We must take the rapid action needed to accelerate vaccination.* https://reliefweb.int/report/world/we-must-take-rapid-action-needed-accelerate-vaccination
10. Haldane, V., Jung, A.-S., Foo, C. D., Shrestha, P., Urdaneta, E., Turk, E., Gaviria, J. I., Boadas, J., Buse, K., Miranda, J. J., Strathdee, S. A., Barratt, A., Kazatchkine, M., McKee, M., & Legido-Quigley, H. (2022). Integrating HIV and substance misuse services: A person-centred approach grounded in human rights. *The Lancet Psychiatry*, *0*(0). مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00159-6
11. Butler, N., Tulloch, O., & Karam, S. (2021). *Norms, beliefs, & practices relevant to the prevention of COVID-19 in the Middle East & North Africa: A literature analysis*. UNICEF Middle East and North Africa Region Office. مستمدة من https://www.unicef.org/mena/media/10821/file/UNICEF%20-%20a%20literature%20analysis%20FINAL.pdf.pdf
12. Petit, V. (2019). *The Behavioural Drivers Model*. UNICEF MENARO. مستمدة من https://www.unicef.org/mena/reports/behavioural-drivers-model
13. WHO & UNICEF. (2022). *Considerations for integrating COVID-19 vaccination into immunization programmes and primary health care for 2022 and beyond (Draft)*. WHO and UNICEF.
14. WHO EMRO. (2022, July 27). *Personal communication* [Personal communication].
15. UNHCR. (2022, June 16). *Middle East and North Africa*. Global Focus. مستمدة من http://reporting.unhcr.org/mena
16. UNICEF Egypt. (2021, October 24). *EU and UNICEF improve access to COVID-19 vaccination and education for refugees and migrants in Egypt*. مستمدة من https://www.unicef.org/egypt/press-releases/eu-and-unicef-improve-access-covid-19-vaccination-and-education-refugees-and
17. WHO EMRO. (2022, September 2). *Personal communication* [Personal communication].
18. Shibani, M., Alzabibi, M. A., Mouhandes, A. E.-F., Alsuliman, T., Mouki, A., Ismail, H., Alhayk, S., Rmman, A. A., Mansour, M., Marrawi, M., Alhalabi, N., Habib, M. B., Albuni, M. K., Al-Moujahed, A., Sawaf, B., Zahrawi, H. W., Bakdounes, A. M. tawfik, Alhouri, A. N., Abdulal, N. Z., … Data Collection Group. (2021). COVID-19 vaccination acceptance among Syrian population: A nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, *21*(1), 2117. مستمدة من https://doi.org/10.1186/s12889-021-12186-6
19. UNICEF MENARO. (2022, July 13). *Personal communication* [Personal communication].
20. Al-Mossawi, F. (2022, June 21). *Best practices on COVID-19 vaccination and strategies with Intensification of Integrated Immunuization Services (IIIS)*.
21. Rahi, A., Hipgrave, D., Al-Mossawi, F., & Kadhim, K. (2022, May 25). *Update on Routine and COVID-19 Immunization in Iraq*.
22. UNICEF Iraq CO. (2022, September 4). *Personal communication* [Personal communication].
23. UNICEF & Stars Orbit. (2021). *Study to understand knowledge, attitudes, belief, behavior (KABP) and practices of communities towards COVID-19 vaccination*.
24. Stars Orbit. (2021). *Study to understand knowledge, attitudes, belief, behaviour and practices (KABP) of communities towards COVID-19 vaccination and education including out of school youth and children, girls' access to education and transition to secondary school and related challenges.*
25. EMPHNET. (2020). *Countries' Strategies to Maintain Immunization Achievements During the Pandemic while Adapting to Post Pandemic*. The Eastern Mediterranean Public Health Network. مستمدة من file:///Users/nadiabutler/Downloads/Webinar%20Brief,%20Countries%20Strategies%20to%20Maintain%20Immunization,%20Polio%20and%20Routine%20Immunization,%20July%202020%20(1).pdf
26. Health Cluster. (2022). *COVID-19 vaccination in humanitarian settings report 14*.
27. UNICEF. (2021). *Erbil Programme Progress Report*. UNICEF.
28. UNICEF. (2020). *The Country Programme Action Plan (CPAP) 2020—2024*. UNICEF.
29. UNICEF. (2021). *Iraq Country Office Humanitarian Situation Report No. 2*. UNICEF.
30. UNICEF. (2019). *Country programme document: Iraq*. United Nations Economic and Social Council.
31. UNICEF. (2021). *Country Office Humanitarian Situation Report No. 1*. UNICEF.
32. UNICEF. (2022). *Iraq Q1 Sitrep: Summary Analysis of Programme Response: Communications for Development (C4D), Risk Communication and Community Engagement (RCCE)*. UNICEF.
33. UNICEF. (2021). *Country Office Humanitarian Situation Report No. 1 (Syrian Refugees)*. UNICEF.
34. Central Statistical Organization Iraq, Kurdistan Region Statistics Office, Iraqi Ministry of Health, & UNICEF. (2018). *2018 Multiple Indicator Cluster Survey (MICS6) Briefing*.
35. Iraqi Ministry of Health, UNICEF, UNHCR, UNFPA Syria, UNDP, & UNRWA. (2022). *Risk Communication and Community Engagement: The need of the hour* مستمدة من . https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/risk-communication-and-community-engagement-need-hour
36. Ministry of Health. (2021). *Community Engagement and Demand Generation Assessment for COVAX roll-out*. مستمدة من https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/community-engagement-and-demand-generation-assessment-covax-roll-out
37. UNICEF. (n.d.). *Integrated Community Engagement Project in Deir ez Zor ICE*[3]. UNICEF.

38. WHO. (2016). *Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes*. World Health Organization. مستمدة من https://apps.who.int/iris/handle/10665/253123
39. WHO. (2018). *Working together: An integration resource guide for immunization services throughout the life course*. WHO. مستمدة من https://apps.who.int/iris/handle/10665/276546
40. Morgan, C., Giattas, M. R., Holroyd, T., Pfitzer, A., Engel, D., Sidibe, A., Holloway, M., Bloem, P., Fields, R., Shimp, L., & Kumar, S. (2022). Integration of other services with human papillomavirus vaccination; lessons from earlier in the life course highlight the need for new policy and implementation evidence. *Vaccine*, *40*, A94–A99. مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.12.066
41. WHO. (2020). *Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind*. مستمدة من https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind
42. Wallace, A. S., Ryman, T. K., & Dietz, V. (2012). Experiences integrating delivery of maternal and child health services with childhood immunization programs: Systematic review update. *The Journal of Infectious Diseases*, *205 Suppl 1*, S6-19. مستمدة من https://doi.org/10.1093/infdis/jir778
43. WHO. (2022). *Role of the polio network in COVID-19 vaccine delivery and essential immunization: Lessons learned for successful transition*. World Health Organization. مستمدة من https://apps.who.int/iris/handle/10665/355292
44. WHO. (2022, March 28). Integrated Public Health Teams: Helping Sudan move forward on polio transition. *World Health Organisation*. مستمدة من https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/integrated-public-health-teams-helping-sudan-move-forward-on-polio-transition
45. Breakthrough RESEARCH. (2019). *Advancing integrated social and behaviour change programming*. Population Council. مستمدة من https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/03/tulonge-afya-rla-integrated-sbc-1-l3.pdf
46. Cluver, L. D., Sherr, L., Toska, E., Zhou, S., Mellins, C.-A., Omigbodun, O., Li, X., Bojo, S., Thurman, T., Ameyan, W., Desmond, C., Willis, N., Laurenzi, C., Nombewu, A., Tomlinson, M., & Myeketsi, N. (2022). From surviving to thriving: Integrating mental health care into HIV, community, and family services for adolescents living with HIV. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *0*(0). مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00101-8
47. Lunsford, S. S., Fatta, K., Stover, K. E., & Shrestha, R. (2015). Supporting close-to-community providers through a community health system approach: Case examples from Ethiopia and Tanzania. *Human Resources for Health*, *13*(1), 12. مستمدة من https://doi.org/10.1186/s12960-015-0006-6
48. Cluver, L. D., Orkin, F. M., Campeau, L., Toska, E., Webb, D., Carlqvist, A., & Sherr, L. (2019). Improving lives by accelerating progress towards the UN Sustainable Development Goals for adolescents living with HIV: A prospective cohort study. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, *3*(4), 245–254. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30033-1
49. Sherr, L., Cluver, L., Desmond, C., Toska, E., Aber, L., Dhaliwal, M., Webb, D., & Dugbazah, J. (2020). A new vehicle to accelerate the UN Sustainable Development Goals. *The Lancet Global Health*, *8*(5), e637–e638. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30103-0
50. Watson-Jones, D., Lees, S., Mwanga, J., Neke, N., Changalucha, J., Broutet, N., Maduhu, I., Kapiga, S., Chandra-Mouli, V., Bloem, P., & Ross, D. A. (2016). Feasibility and acceptability of delivering adolescent health interventions alongside HPV vaccination in Tanzania. *Health Policy and Planning*, *31*(6), 691–699. مستمدة من https://doi.org/10.1093/heapol/czv119
51. Aiash, H., Khodor, M., Shah, J., Ghozy, S., Sheble, A., Hassan, A., Abbadi, S., Sabry, K., Zeid, A. A., & Abdelbary, A. (2021). Integrated multidisciplinary post-COVID-19 care in Egypt. *The Lancet. Global Health*, *9*(7), e908–e909. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00206-0
52. Phillips, D. E., Bhutta, Z. A., Binagwaho, A., Boerma, T., Freeman, M. C., Hirschhorn, L. R., & Panjabi, R. (2020). Learning from Exemplars in Global Health: A road map for mitigating indirect effects of COVID-19 on maternal and child health. *BMJ Global Health*, *5*(7), e003430. مستمدة من https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003430
53. Lamb, J. (2021). *Summary report: Integrating vaccine promotion into COVID-19 prevention work*. مستمدة من http://resources.hygienehub.info/en/articles/5374253-summary-report-integrating-vaccine-promotion-into-covid-19-prevention-work
54. Chandra-Mouli, V., Gibbs, S., Badiani, R., Quinhas, F., & Svanemyr, J. (2015). Programa Geração Biz, Mozambique: How did this adolescent health initiative grow from a pilot to a national programme, and what did it achieve? *Reproductive Health*, *12*(1), 12. مستمدة من https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-12