الاعتبارات الرئيسية: مشاركة الأطفال في سياق تفشي الأمراض في شرق وجنوب أفريقيا

SSHAP
Social Science in Humanitarian Action Platform

تعتبر الاستراتيجيات الفعالة لمشاركة الأطفال ضرورية لتحسين الاستجابة لتفشي الأمراض، وتقليل آثارها، بالإضافة إلى ضمان حماية الأطفال، ورفاههم، وصمودهم. فعندما يفهم الأطفال تفشي الأمراض، فإنهم سيكونون أكثر قدرة على المواجهة والمشاركة والتعافي. وهذا يزيد من درجة الرفاه، كما يحمي الأطفال ويعترف بقوتهم. إن منطقة شرق وجنوب أفريقيا معرضة لتفشي الأمراض مثل الإيبولا، والحمى النزفية، ومرض الحصبة، والكوليرا، والجمرة الخبيثة، والتهاب السحايا، والتي هي جميعها قد تؤثر على الأطفال بشكل غير متناسب. ويدرس هذا الملخص لماذا وأين وكيف يمكن إشراك الأطفال في مراحل الوقاية، والاستجابة، والتعافي. وبالاعتماد على الأدبيات المنشورة والرمادية، بما يشمل تقارير المشاريع، والخبرات الواسعة للمؤلفين، فإن هذا الملخص يوفر توجيهاً لدعم تصميم وتطوير التواصل المناسب للأطفال واستراتيجيات المشاركة المرتبطة بتفشي الأمراض. ويغطي الملخص الجهود الخاصة بالأطفال والمراهقين ما دون سن 18 سنة، ويوصي بثلاثة مستويات من المشاركة. وتستطيع المنظمات والممارسون الاختيار من بين المستويات بناءً على الأهداف التنظيمية، والموارد، والاستعداد للتعامل مع الأطفال.

الاعتبارات الرئيسية

- **لدى سكان شرق وجنوب أفريقيا زيادة في القابلية للتأثر بتفشي الأمراض، ويعتبر الأطفال في هذه المنطقة أكثر عرضة للأمراض.** ولهذا السبب، فإن التركيز على التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية في شرق وجنوب أفريقيا يعتبر أمراً هاماً، وخصوصاً فيما يتعلق بحماية وإشراك الأطفال.
- **إن إشراك الأطفال في جهود الاستجابة، وخصوصاً التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، يمكنه التخفيف من المخاطر والآثار السلبية التي يواجهها الأطفال أثناء تفشي الأمراض.** النهج التي تتمحور حول الأطفال تعطي أولوية لحاجات وحقوق الأطفال، وتساعد الأشخاص الذين يصممون وينفذون البرامج على أخذ تجارب الأطفال بعين الاعتبار.
- **التعامل والتواصل مع الأطفال ما قبل وأثناء وبعد تفشي الأمراض يحسن من قدرات الأطفال، ويعزز رفاههم، ويحميهم.** عندما يفهم الأطفال طبيعة الأمراض ويستعدون لتفشيها، فإنهم يكونون أكثر صموداً وأكثر قدرةً على التصدي لتفشي الأمراض.
- **يمكن للأطفال العمل كعوامل تغيير ضمن عائلاتهم ومجتمعاتهم.** التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية المتمحورة حول الطفل تعزز الإجراءات التي قد يتخذها الأطفال والعائلات والمجتمعات للوقاية من تفشي الأمراض، والاستجابة لها، والتعافي منها. ويمكن للأطفال مشاركة رسائل صحية رئيسية، وتعزيز سلوكيات صحية بين أقرانهم وأقاربهم.
- **التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية المتمحورة حول الطفل تستجيب لحاجات الأطفال وعائلاتهم وتبني الثقة فيما بين أفراد العائلة والمجتمع.** فعندما يتم بناء الثقة، فعلى الأرجح بأن التغير نحو السلوك الإيجابي سيحدث ويستمر.
- **استراتيجيات مشاركة الأطفال عادةً ما تجعل التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية أكثر شمولا.** فسرد القصص، ورسم الخرائط، والاستراتيجيات القائمة على الأقران، والتعليم والترفيه (وهي وسائط مصممة للتعليم عن طريق الترفيه)، والتقنيات البصرية أو التشاركية الأخرى، يمكنها جذب الأطفال، بالإضافة إلى البالغين، وبإمكانها أن تشمل أصحاب الإعاقات أو الأشخاص الذين لديهم معرفة منخفضة بالقراءة والكتابة.
- **ينبغي على التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية أن تكمل جهود الصحة، والتعليم، والحماية، والاستعداد للكوارث، وجهود الحد من المخاطر.** فيمكن للتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية المتمحورة حول الطفل أن تبني على التثقيف الصحي القائم على المدرسة. ويمكن لنوادي الأطفال، والمراكز المجتمعية، والمنظمات التي تركز على الطفل، أن تجعل التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية في وضع متقدم داخل مؤسساتها وشبكاتها.
- **تعتبر المزيد من الأبحاث حول استراتيجيات مشاركة الأطفال ضرورية وسط تحول المشاهد البيئية، والسياسية، والاقتصادية، والرقمية.** فإجراء المزيد من الأبحاث، والتي تشمل البحوث التي يقودها الأطفال، حول أفضل الممارسات في مشاركة الأطفال، يجب منحها الأولوية لكي نضمن تلبية الاستراتيجيات للاحتياجات المتطورة للمجتمعات.

الاعتبارات الرئيسية: مشاركة الأطفال في سياق تفشي الأمراض في شرق وجنوب أفريقيا، إبريل 2024،
www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.017
منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني

المربع رقم 1. تعريفات

التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية هي مجموعة من النهج التي تركز على مشاركة المخاطر. ففي سياق تفشي المرض، فإن التواصل بشأن المخاطر يهدف لأن يضمن بأن الأشخاص يملكون المعلومات التي يحتاجونها لحماية أنفسهم من المرض. ويشمل ذلك تبادل المعلومات بين الخبراء، والمسؤولين، والأشخاص المعرضين للإصابة بالمرض. فالمشاركة المجتمعية هي مجموعة من النهج التي تستخدمها الحكومات، والشركاء، لضمان عمل المجتمعات معاً من أجل الوقاية من تفشي الأمراض، أو الكشف عنها، أو التعامل معها.[1]

مشاركة الأطفال هو مصطلح جامع للنهج التي تشرك الأطفال والمراهقين (في سن 18 سنة أو أقل) في القرارات والإجراءات التي تؤثر على حياتهم ومجتمعاتهم. ويشمل ذلك الوقاية من تفشي الأمراض، والكشف عنها، والتعامل معها. **فالحد من مخاطر الكوارث المتمحور حول الطفل** يشمل الاعتراف والاعتماد على حقوق الأطفال وحاجاتهم وقدراتهم من أجل الحد من المخاطر وتعزيز صمود المجتمعات والشعوب. كما أنه يعمل على الحد من المخاطر التي تواجه الأطفال أثناء التعاون معهم.[2]

التغيير السلوكي والاجتماعي هو مجموعة من الأدوات والنهج المستخدمة بشكل منهجي لإحداث التغيير من خلال التعامل مع التحديات التي تبدو مستعصية على الحل. ويمكن لهذه التغييرات أن تحدث على مستوى الفرد، أو العائلة، أو المجتمع، وداخل وفيما بين المنظمات، وعلى المستوى الوطني.[3] **فالتغيير السلوكي والاجتماعي والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية يعملان بشكل أفضل معاً** من أجل ضمان وضع جميع نواحي السلوك الإنساني في الاعتبار أثناء تطوير النظم التي تعمل على الوقاية من انتشار الأمراض، وإدارتها، والاستجابة لها.

تأثير تفشي الأمراض على الأطفال

يشكل الأطفال والمراهقون الذين تتراوح أعمارهم ما بين 10 و18 عاماً أكثر من 50% من عدد سكان الكثير من الدول في شرق وجنوب أفريقيا. ويعيش حوالي 215 مليون طفلاً في سن المدرسة تتراوح أعمارهم بين 5 و18 عاماً في منطقة شرق وجنوب افريقيا.[4] كذلك، فإن هذه المنطقة هي موطن لأكثر من ثلثي الأطفال والمراهقين في العالم الذين يعانون من مرض نقص المناعة المكتسبة.[4] ففي عام 2022، مثل الأطفال ما دون سن خمس سنوات 80% من جميع الوفيات الناتجة عن الملاريا في المنطقة الأفريقية التابعة لمنظمة الصحة العالمية.[5]

استراتيجيات مشاركة الأطفال ضرورية للوصول الفعال لعدد أكبر من سكان المنطقة. ويعتبر ذلك ضرورياً بسبب الزيادة المتوقعة لتفشي الأمراض نتيجة التغير المناخي، وعدم الاستقرار السياسي، والتفاعل المتزايد بين الإنسان والحيوان، والنزوح. إلا أنه على الرغم من الحاجة الملحة، فإن العديد من جهود التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، تركز على البالغين.[6] فإن إمكانات الأطفال لتسريع التغيير داخل أسرهم، والتأثير على المدارس، وتعبئة المجتمعات من أجل الوقاية من تفشي الأمراض، والاستجابة لها، والتعافي منها، يبقى غير مستغل في كثير من الأحيان.

يتأثر الأطفال سلبياً وبشكل غير متناسب في كثير من الأحيان بتفشي الأمراض. فأنظمتهم المناعية غير الناضجة تجعلهم معرضين للإصابة بالمرض.[7] وتتأثر جميع الجوانب المرتبطة بصحة الأطفال وتطورهم، وقد يواجهون تأخراً في الإدراك، وتعلم اللغة، والتطور الاجتماعي، عندما تتعطل تفاعلاتهم مع عائلاتهم ومجتمعاتهم بسبب تفشي الأمراض.[8] فقد يصبح الأطفال أكثر عرضة نتيجة الرقابة المحدودة من قبل البالغين، بالإضافة إلى قلة فهمهم وقدرتهم على الالتزام بالسلوكيات الآمنة. كما أنهم قد لا يكشفون للبالغين عن الأعراض التي تحتاج الى اتخاذ إجراءات معينة.

تؤثر الاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بتفشي الأمراض على استقرار العائلات والمجتمعات، مما يؤثر سلبياً على هذه التفاعلات وعلى تطور الأطفال. كما أنه عادةً ما يتعطل التعليم. فقد تم إغلاق المدارس في هذه المنطقة بمعدل 22 أسبوعاً بسبب جائحة فيروس كورونا، وتعرض الأطفال في اوغندا، وزيمبابوي، وموزمبيق لإغلاقات للمدارس تجاوزت 40 أسبوعاً.[9] وتستمر إغلاقات المدارس في سياق تفشي أمراض أخرى مثل تفشي مرض الكوليرا في زامبيا ومالاوي خلال شهر يناير، 2024.[9-11] ففي بعض الأماكن، تعتبر المدارس أماكن أكثر أماناً من الناحية البيئية، حيث أنها توفر وصولاً أفضل لموارد وقاية من الأمراض مثل المياه النظيفة، وذلك بالمقارنة مع الظروف المجتمعية التي قد يتعرض فيها الأطفال للمخاطر بشكل أكبر. لذلك، فإن تعطيل التعليم قد يعرض الأطفال لتأثيرات جسدية، ونفسية، واجتماعية، ناتجة عن المرض، مثل سوء التغذية وانحدار الصحة النفسية.

بعض الأطفال معرضون للمرض أكثر من غيرهم. فان التعرض للتغذية السيئة خلال مرحلة الطفولة المبكرة يزيد من مخاطر الإصابة بالأمراض غير المعدية مثل مرض السكري خلال سنوات البلوغ.[12] فسوء التغذية ومعدلات التحصين المنخفضة تزيد من التعرض لتفشي الأمراض. والمجموعات السكانية التي تعاني من انخفاض الحالة الصحية العامة تعتبر أكثر عرضة لآثار صحية متعددة، تشمل ارتفاع خطر العدوى في حال تفشي الأمراض.

في شرق أفريقيا، فإن 32.6% من الأطفال ما دون سن الخمس سنوات يعانون من التقزم (الطول المنخفض بالمقارنة مع العمر)، كما أن 5.2% يعانون من الهزال (الوزن المنخفض بالمقارنة مع الطول).[13،14] وهؤلاء الأطفال معرضون لخطر كبير من الإصابة بالعدوى نتيجة عوامل ممرضة قد يتعرضون لها. فمرحلة النمو التي يتعرض أثناءها الطفل لتفشي الأمراض لها أيضاً تأثير كبير على الآثار بعيدة المدى التي يواجهها الطفل.[15] فالأمراض المصاحبة (التعايش بين مرضين أو حالتين أو إجراءين أو أكثر داخل نفس الشخص)، مثل مرض نقص المناعة المكتسبة وفيروس كورونا ، بالإضافة إلى نقاط ضعف أخرى مرتبطة بالنزوح، أو الجنس، أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي قد تفاقم تأثير تفشي الأمراض على الأطفال والعائلات معاً. فالأمراض المصاحبة تزيد من الإنفاق على الصحة من قبل النظام الصحي والأسر معاً، وقد تدفع العائلات نحو المزيد من الفقر.[16]

يعطل تفشي الأمراض تقديم الرعاية الصحية عالية الجودة (وخاصة خدمات التوعية التي تركز على المجموعات التي يصعب الوصول اليها). كما أنها تفاقم من التحديات الصحية بين الأطفال ولدى السكان بوجه عام. فبعض الدول تقوم بتخفيض نسب تطعيمات الأطفال الروتينية أثناء تفشي الأمراض، وذلك بسبب القيود المالية المرتبطة بالموارد، وأيضاً بسبب تقليص الرعاية الصحية الروتينية من أجل الحد من انتشار المرض خلال الإغلاقات أو القيود الأخرى.[17] وقد يؤدي ذلك إلى إعادة ظهور الأمراض مثل شلل الأطفال، والحصبة. وكان لفيروس كورونا تأثير كبير على معدلات التطعيم الروتينية في المنطقة، حيث أشارت إحدى المراجعات إلى انخفاض للمستويات تراوحت بين 10% و38%.[18] فعدد إجمالي قدر ب

12.7 مليون طفل في أفريقيا فاتهم تطعيم واحد أو أكثر بين عامي 2019 و2021, بما يشمل 8.7 مليون طفلاً لم يتلقوا أي جرعة من أي لقاح.[19] وقد زاد ذلك من تفشي الأمراض التي يمكن الوقاية منها: فما بين شهري يناير ومارس، 2022 حدث ارتفاع بمعدل 400% في الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، وذلك بالمقارنة مع نفس الفترة لعام 2021. [20]

لماذا ينبغي التعامل مع الأطفال؟

إشراك الأطفال وتبني النهج المتمحورة حول الطفل ضروري من أجل تحسين فرص نجاح الاستجابة لتفشي الأمراض. فالنهج المتمحورة حول الطفل تمنح الأولوية لحاجات الأطفال وحقوقهم، مما يضمن بأن مخططي البرامج ومنفذيها يسمعون لأصوات الأطفال ويأخذون وجهات نظرهم بعين الاعتبار.[21]

فأكثر من كونهم مجرد متلقين سلبيين للمعلومات، فإن الأطفال يمكنهم المشاركة في الجهود الصحية داخل العائلات والمجتمعات وقيادة تلك الجهود. إن إطار سنداي للفترة ما بين عامي 2015 و2030، وهو إطار عالمي للحد من مخاطر الكوارث، يؤكد على أن الأطفال يشكلون "عوامل تغيير" للوقاية من الكوارث، والاستجابة لها، والتعافي منها، وذلك مثل الأوبئة.[22] هناك استراتيجيات متعددة، بما يشمل تلك المستخدمة في الصحة، والتعليم، والحماية، والحد من مخاطر الكوارث، توفر مخططاً مفيداً لجهود تفشي الأمراض في المنطقة. وهذه الاستراتيجيات تعترف بالدور الذي يلعبه الأطفال في العديد من الممارسات المرتبطة بالمرض، مثل جمع المياه، وإعداد الطعام، والتفاعل مع الحيوانات، والعناية بالأشقاء.

يستطيع الأطفال أن يكونوا عوامل تغيير مؤثرة بتأثيرهم على أقرانهم، وعائلاتهم، وحثهم على تبني السلوكيات الصحية مثل غسل اليدين، والتباعد الاجتماعي، وارتداء الكمامات.[23] وقد علق أب تنزاني ظهر في دراسة عام 2008 على تعزيز الأطفال للممارسات الصحية بقوله:

> *اتفقنا جميعا على أنه يمكننا التعلم من أطفالنا. ففي الفترات السابقة، لم نكن لنقبل ذلك، ولكن حالياً نحن أكثر تقدمية. حيث أننا ندرك أهمية النظافة، وباستطاعتنا إيجاد الوقت للتعلم من أطفالنا، أو أطفال جيراننا.*[24]

الجهود المتمحورة حول الطفل في التعزيز الصحي، مثل تلك الموجودة في المدراس، عادةً ما يكون لها تأثير مضاعف حيث ينقل الأطفال المعلومات التي يتعلمونها إلى عائلاتهم. فقد وجد تقييم نوعي لتدخل مدرسي حول المياه والصرف الصحي والنظافة في شرق زامبيا بأن الأمهات أبلغن عن مستويات أعلى من الثقة في المعلومات الصحية التي يشاركها الطلاب معهن.[25] فالبرامج المدرسية التي تهدف لتعزيز الصحة عادةً ما تجمع بين التثقيف الصحي، وعنصر عملي مثل غسل اليدين أو استعمال الناموسية، والتي يستطيع الأطفال نمذجتها في منازلهم أمام آباءهم وأشقاءهم.[18،26]

النهج الصديقة للطفل قد تدمج التقنيات التي تجعل التغيير السلوكي والاجتماعي والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية أكثر شمولية وتأثيراً على أفراد المجتمع الآخرين على نطاق واسع من السكان. وتعتمد النهج المتمحورة حول الطفل والمراهق عادةً على نهج بصرية أو فنية، وسرد القصص، والمسرح، وتقنيات تشاركية أخرى. وقد تستعمل هذه النهج رسائل مبسطة، والتكرار، والحد الأدنى من النص، والعواطف من أجل جذب الأطفال والبالغين على حد سواء، بما يشمل الأفراد ذوي المعرفة المنخفضة للقراءة والكتابة، والأشخاص الذين يعانون من ضعف البصر أو الاعاقات المرتبطة بالنمو.

إن إشراك الأطفال في المشاركة المجتمعية قد يساعد أيضاً في تحديد الاحتياجات الفريدة للأطفال والتعامل معها من خلال الوصول إلى التعليم، والرعاية الصحية، وخدمات الحماية.[27] فالنهج المتمحورة حول الطفل تساعد على حماية حقوق الأطفال في سياق تفشي المرض. وتشمل هذه الحقوق الوصول إلى التعليم، والرعاية الصحية، والحماية من الأذى، واحترام آراء الطفل، وحرية التعبير، والحصول على المعلومات (المواد 12 و13 و17 من اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عن الأمم المتحدة).[28] فمن خلال إشراك الأطفال في تصميم وتنفيذ الاستجابة لتفشي الأمراض، وبالتالي جعل الأولوية لحاجاتهم وحقوقهم، فإن النهج المتمحورة حول الطفل تساعد على الوقاية من انتشار المرض وتعزز السلوكيات الصحية، بالإضافة إلى تعزيز رفاهية الأطفال وعائلاتهم.[21]

التعامل مع الأطفال أثناء جهود الوقاية والاستجابة والتعافي

التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية المتمحورة حول الطفل ينبغي أن تشكل جزءاً من جهود الوقاية والاستجابة والتعافي. فالتغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، الفعالين يجعلان الأطفال في حالة استعداد قبل تفشي المرض. وقد يحدان من تأثير تفشي المرض، عن طريق تعزيز السلوكيات الصحية السليمة، وتعزيز المعرفة الصحية فيما بين الأطفال وعائلاتهم.

ينبغي لرسائل الوقاية أن تبني على وتكمل أنشطة تعزيز الصحة، أو الاستعداد للكوارث، الموجودة حالياً، والتي يتم تنفيذها داخل المدارس، أو المنظمات المجتمعية، أو المراكز الصحية. فعلى سبيل المثال، فإن برامج المياه والصرف الصحي والنظافة القائمة على المدرسة عادة ما تعزز ممارسات النظافة مثل غسل اليدين، واستعمال المياه النظيفة، واستخدام المراحيض، وإعداد الطعام بطريقة آمنة. وتقي هذه الممارسات من أمراض عديدة. فالاستعداد القائم على المدرسة أو المجتمع، للزلازل، والفيضانات، والجفاف، يوفر للأطفال معلومات قيمة حول الأمور التي يتوقعونها ويفعلونها خلال الأزمات. فبرامج الصحة المدرسية عادة ما تشمل ارتباطات بالنظام الصحي، من أجل تسهيل حملات التطعيم وتعزيز سلوكيات البحث عن الصحة.

التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، يمكنهما تجهيز الأطفال للاستجابة لتفشي الأمراض. فهذه الجهود تجهز الأطفال للتعامل مع التغيير السريع الذي يحدث خلال تفشي الأمراض، أو الكوارث الأخرى. فالمدارس، ومراكز الطفولة المبكرة، ونوادي الأطفال، والمراكز الشبابية، أو المجموعات الأخرى المتمحورة حول الطفل، لديها شبكات مسبقة يمكن تعبئتها ما قبل تفشي الأمراض أو أثناءها. فإن التطعيم أو الخدمات الصحية الروتينية الأخرى المرتبطة بالطفل يمكنها دمج التواصل المتمحور حول الطفل بالوقاية والاستجابة. فالتنسيق مع الخدمات أو المؤسسات التي تركز على الطفل ما قبل تفشي الأمراض يقلل من الازدواجية، والتكلفة، كما يزيد من درجة الوصول. وتوفر هذه المنصات وصولاً سريعاً لجمهور عريض من الأطفال وعائلاتهم.

أثناء تفشي المرض، فإن أهداف التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، عادةً ما تتحول لتستوعب رسائل وأهداف متعددة. وقد يصبح لتغيير السلوكيات إلحاحاً جديداً. وقد تكون هناك حاجة لإجراءات سلامة إضافية تضع في الاعتبار إرشادات الصحة العامة عند تصميم تدخلات التغيير السلوكي والاجتماعي\ التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية. فعلى سبيل المثال، فإن المحاكاة وورشات العمل التفاعلية قد تشكل أساليب فعالة لتجهيز الأطفال لتفشي الأمراض ولإشراكهم في عملية التخطيط. فهذه التدخلات الشخصية أو التجمعات العامة قد لا تكون مناسبة أثناء تفشي المرض. وينبغي أن تركز جهود التواصل على المطبوعات، والإذاعة، والتلفزيون، والمنصات المتنقلة، إلا أنه يجب تكييفها مع الأطفال و\ أو من أجلهم. كما أنه من المهم الأخذ بعين الاعتبار كيفية الوصول إلى الأطفال عندما تكون المدارس (ومساحات الطفل الأخرى) مغلقة أثناء تفشي الأمراض، وكيفية دعم البالغين (مقدمي الرعاية وعمال الخطوط الأمامية) للعمل مع الأطفال بشكل مناسب أثناء تفشي المرض.

قد يواجه الأطفال الفقد والحزن أثناء وبعد تفشي المرض. لذلك، يجب أخذ الصحة النفسية بعين الاعتبار، بجانب الصحة الجسدية. فجهود التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، إلى جانب خدمات دعم الصحة النفسية، يمكنها دعم آليات المواجهة الإيجابية فيما بين الأطفال وعائلاتهم. فقد يسبب تفشي الأمراض اضطرابات طفيفة أو كبيرة، بما يشمل فقد الوالدين أو مقدمي الرعاية. فللأسف، فإن السلوكيات الضرورية للوقاية من المرض قد تتضارب مع ما يحتاجه الأطفال من أجل نموهم السليم مثل التنشئة الاجتماعية، والذهاب الى المدرسة. فجائحة فيروس كورونا كانت بمثابة دراسة حالة على مستوى عالمي في المقايضات الصعبة التي يواجهها الأطفال والمجتمعات أثناء تفشي الأمراض. كما أدى تفشي أمراض أخرى مثل الإيبولا، على نحو مشابه، إلى تعطيل ممارسات عرفية مرتبطة بالرعاية، والحزن، والصحة النفسية. لذلك، يجب على جهود التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، أن توازن بين هذه الخيارات المعقدة، بينما تدعم فهم الأطفال وتعاملهم مع التغيير.

لحظات مهمة لانخراط الأطفال

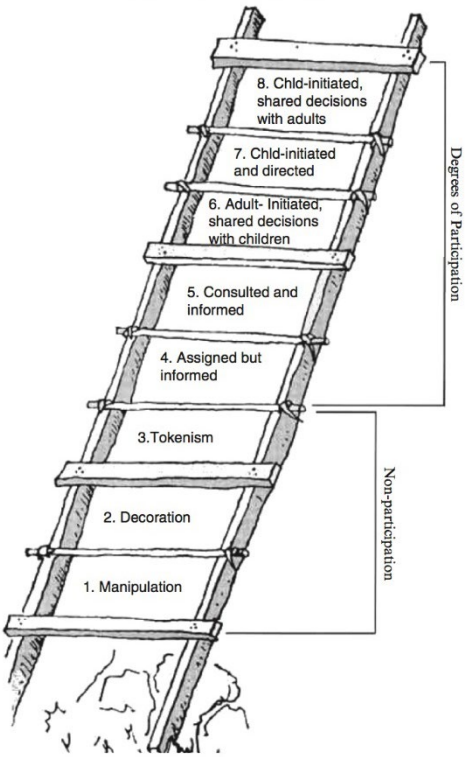
تحالف حماية الطفل في العمل الإنساني يبين اللحظات الرئيسية (أو الفرص) والمواضيع التي ينبغي نقلها للأطفال.[29] فهو يوضح بأن هناك لحظات رئيسية عديدة أثناء وبعد تفشي المرض. كما أن المحتوى والسياق لكل واحدة من هذه اللحظات سيتفاوت بشكل كبير، وقد يمثل تواصلاً بين الأشخاص، وذلك بين شخص بالغ واحد وطفل واحد أو مجموعة صغيرة من الأطفال، أو قد يتم على مستوى مجتمعي أو شعبي أكثر اتساعاً. وقد يشمل التواصل الاحتياطات الواجب اتخاذها، بالإضافة إلى تفاصيل محددة حول طبيعة المرض، وكيف يمكنه التأثير على الأطفال بمفردهم، او على أفراد عائلاتهم. كما أنه يمكن أن يركز على توفير الدعم النفسي والاجتماعي أثناء تفشي المرض أو فيما بعد.

كيفية انخراط الأطفال: مستويات الانخراط

تشكل أطر عالمية عديدة مفاهيم لانخراط الأطفال ومشاركتهم مثل الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهه، والمتطلبات الأساسية التسعة لمشاركة مجدية وأخلاقية للأطفال، والتي أصدرتها مؤسسة إنقاذ الطفل.[30،31] فالمادة 12 من اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عن الأمم المتحدة تنص على حق الطفل في التعبير عن آراءه بشكل حر "في جميع الأمور التي تؤثر على الطفل".[28] كما ان المواد التالية لاتفاقية حقوق الطفل الصادرة عن الأمم المتحدة تشرح مجموعة من الحقوق المدنية والحريات، بما يشمل حرية التعبير، والتي يعبر عنها بشكل جماعي ب "مشاركة الطفل".[32] فاتفاقية حقوق الطفل الصادرة عن الأمم المتحدة قامت بتحويل الخطاب حول الأطفال بعيداً عن النظرة التقليدية تجاه الأطفال على أنهم ملكاً لآبائهم، أو متلقين سلبيين للمساعدات، نحو التأكيد على أن الأطفال هم أعضاء فاعلين في عائلاتهم ومجتمعاتهم، ولديهم حقوق وواجبات مترابطة.[33] فعلى سبيل المثال، فإن حق الأطفال في معرفة الأمور التي تسبب الأمراض مصحوب بواجبهم في تجنب الأفعال التي قد تؤدي الى نشر المرض، وذلك بالحد الممكن.

عادةً ما يتم تصوير درجات مشاركة الأطفال على شكل سلم.[34] حيث أن الدرجات السفلية للسلم تشمل مبادرات لا يشارك فيها الأطفال بشكل هادف مثل التلاعب والتزيين والرمزية. وكل درجة من السلم تزيد من درجة إشراك الطفل، حيث ان الدرجات العليا تشمل مشاركة الأطفال مع البالغين في صنع القرار.

شكل رقم 1: سلم المشاركة



المصدر: هارت، ر. (1992). *مشاركة الأطفال: من الرمزية إلى المواطنة*. مقالات إنوسينتي لليونيسيف، رقم 4، فلورنسا، إيطاليا: مركز اليونسيف الدولي لنماء الطفل.
[1. التلاعب 2. التزيين 3. الرمزية [عدم المشاركة] 4. مكلف ولكن بموافقة مسبقة 5. يتم التشاور معه بموافقة مسبقة 6. يبدأه الكبار ويشارك الأطفال في القرارات 7. يبدأه ويديره الأطفال 8. يبدأه الأطفال ويشارك الكبار في القرارات [درجات المشاركة]

في هذا الملخص، نقوم بتبسيط سلم هارت لمشاركة الأطفال عن طريق شرح ثلاثة مستويات لمشاركة الطفل:

- **استراتيجيات المستوى الأول** وتشمل التواصل مع الأطفال بطرق مناسبة لأعمارهم. فبالنسبة للتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، فإنه عادةً ما يتم الإشارة إليه بالتواصل الصديق للطفل.
- **استراتيجيات المستوى الثاني** وتشمل الأنشطة التي تشجع الأطفال على اتخاذ إجراء معين، مثل مشاركة وجهات نظرهم، وتجاربهم المرتبطة بالصحة والمرض.
- **استراتيجيات المستوى الثالث** وتشير إلى عمليات أطول أجلاً، حيث يشارك الأطفال أو يقودون عمليات الوقاية من تفشي الأمراض والاستعداد والاستجابة لها.

تعكس هذه المستويات استراتيجيات مشاركة الأطفال، والتي عادةً ما يتم استعمالها في الحد من مخاطر الكوارث وبرامج الاستعداد. والاستراتيجيات في كل مستوى يتم تقديمها في الأقسام التالية.

تعمل هذه المستويات الثلاثة على توجيه صنع القرار حول التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، بالإضافة إلى أنشطة وحملات مشاركة الأطفال عبر مستويات مختلفة. فعمر الأطفال، ودرجة نضجهم، يؤثران على درجة مشاركتهم. فعلى سبيل المثال، فإن مشاركة أحد الوالدين أو مقدم الرعاية يعتبر عاملاً مهماً في إشراك الأطفال ما دون سن الثلاث سنوات. فجميع الأطفال، وخاصة الصغار منهم، يستفيدون من النمذجة والتكرار.

يتم تصميم النهج الديناميكية مثل الترفيه والتعليم لتنال الإعجاب وتولد النقاشات عبر الأسر والمجتمعات. فهذه النهج لديها القدرة على جذب انتباه الجمهور وتعريض الجماهير لرسائل متكررة، مما يخلق استثماراً عاطفياً حول الموضوع.[35] وقد يتم استهداف الأطفال أو الشباب، فعلى سبيل المثال، وجد بأن برامج الترفيه والتعليم المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية مثل أم تي في شوجا، والتي انطلقت أصلاً في كينيا، و انترسيكشنز وسول باديز، في جنوب أفريقيا، لديها وصول واسع، ومشاركة قوية من قبل المشاهدين، وتأثير إيجابي على النتائج الصحية للأشخاص صغار السن.[36،37] كما أن حملات وسائل التواصل الاجتماعي، والمدونات الصوتية، والمنصات الرقمية، يمكن استغلالها أيضاً، وذلك مثل شركة شوجاز في كينيا وتنزانيا.

وقد تؤثر الظروف المحلية وتوفر الموارد على درجة المشاركة. فقد يكون من الصعب تحقيق أعلى مستويات من المشاركة أثناء تفشي الأمراض أو في وجود قيود زمنية. ويؤكد ذلك على أهمية إشراك الأطفال قبل الأزمة، لكي يكون العمل التأسيسي الضروري موجوداً، ولكي يتم بناء الثقة المتبادلة. فالتجارب السابقة، أو الشراكات مع المنظمات التي يقودها الأطفال أو المراهقون تعتبر ضرورية للسير بوتيرة مرتفعة. والقيود على التجمعات الشخصية، مثل تلك الشائعة أثناء جائحة فيروس كورونا، قد تعقد المشاركة الفعالة وخاصة للأطفال الصغار، والأطفال ذوي القراءة والكتابة المنخفضة، والأشخاص الذين يفتقدون الوصول إلى تكنولوجيا الهاتف النقال. كما أن تضمين عملية اتخاذ القرار من قبل الأطفال في البرمجة،

قد يكون له تداعيات على ميزانيات المشاريع ومخرجاتها، ويجب أن يشمل إجراءات الموافقة الأخلاقية المناسبة. فيجب على الكبار التخطيط بشكل مناسب، والتكيف، والاستعداد للتنازل عن السيطرة. وكما في المجتمع الأوسع، فإن الأطفال يحتاجون إلى الموارد، والبيئة التمكينية، لكي يتمكنوا من تنفيذ أعمال وقائية (مثلاً: فهم لا يستطيعون ارتداء الكمامات، وشرب المياه النظيفة، إذا لم يكن لديهم إمكانية الوصول إلى هذه الأشياء). فتعليم الأطفال على اتخاذ الإجراءات، بدون ضمان امتلاكهم للوسائل التي تساعدهم على اتخاذ الإجراءات، تبقى قضية إشكالية.

استراتيجيات المستوى الأول للتواصل الملائمة للأطفال

من الضروري الأخذ بعين الاعتبار حاجات الأطفال ومصالحهم الفريدة عند تطوير تدخلات التغيير السلوكي والاجتماعي، و التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية. فالتغيير السلوكي والاجتماعي الفعال، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية الخاص بالأطفال، بحاجة إلى نهج مخصص يراعي أعمارهم، وجنسهم، وخلفياتهم الثقافية.[38] فمن الضروري استخدام لغة مناسبة لعمر الطفل، وأساليب تواصل في متناوله، بما يشمل الأطفال ذوي الإعاقة، بدون تعزيز الصور النمطية الضارة. وقد يشمل ذلك استخدام السرد القصصي، والألعاب، وأنشطة تفاعلية أخرى تساعد على إشراك الأطفال، وجعل عملية التواصل أكثر فعالية.[5]

استراتيجيات المستوى الأول تضمن معرفة الأطفال للمرض المتفشي وماذا يمكن أن يفعلوا ليبقوا آمنين. فبعض الأمثلة على أنشطة التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، والتي يمكن تصميمها خصيصاً لاحتياجات الأطفال واهتماماتهم تشمل التالي:

- **السرد القصصي**: يعتبر السرد القصصي أسلوباً تقليدياً لإشراك الأطفال وتوصيل الرسائل الهامة، ويستمر في كونه استراتيجية عالية الفعالية. فبإمكانك استعمال القصص لتعليم الأطفال حول مخاطر حالات الطوارئ، وكيفية حماية أنفسهم. فمثلاً، يمكنك انشاء قصة حول عائلة تستعد لحالة طوارئ بإنشاء طقم للكوارث، وبالقيام بتدريبات الإخلاء. كما تعتبر تفضيلات التواصل والوصول لقنوات الاتصال المختلفة أمراً ضرورياً عند اختيار الوسط الذي يتم فيه سرد القصص: الإذاعة، التلفزيون، وسائل التواصل الاجتماعي، كتب الكاريكاتير، كتب التلوين، يمكنها المساعدة في جعل الأطفال مستعدين أو مساعدتهم في فهم تفشي المرض والسلوكيات المصاحبة.
- **الشخصيات**: الشخصيات ذات الصلة أو الملهمة، مثل تلك المستخدمة في الرسوم المتحركة، والكاريكاتير، والأفلام الروائية الطويلة للرسوم المتحركة (مثل سوبر سيما) مصممة لتمثيل وعكس تجارب الأطفال.[39] فهي تستطيع أن توضح كيف يتصرف الأطفال لتعزيز صحتهم. والألوان البراقة، والموسيقى، والحوار ذو الصلة، وعناصر اتصال أخرى تشير للأطفال من جميع الأعمار بأن الشخصية سوف تتحدث إليهم وتعبر عن تجاربهم.
- **الرسائل الواضحة والبسيطة**: ينبغي ألا يكون التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية الفعالة أمراً معقداً. فعادةً ما تعتمد الوقاية من المرض على معلومات واضحة يتم تكرارها من خلال قنوات متعددة في لحظات رئيسية: فيمكن فعل الكثير من الأشياء لمنع انتقال المرض، ولكن هناك أمور ضرورية قليلة يجب فعلها والتشجيع على القيام بها. فيمكن للمعلمين التأكيد على أهمية غسل اليدين، وقد تشمل احداث التطعيم الجماعية وجود "محطة الأطفال" حيث يشرح مقدمو الخدمة الصحية السلوكيات الرئيسية من خلال مظاهرات جذابة ولغة بسيطة. وقد يشمل تقديم اللوازم مثل الناموسيات أو الكمامات، التعليم الأساسي الذي يستهدف الأطفال.[26]

يمكن لاستراتيجيات المستوى الأول العمل جنباً إلى جنب مع مستويات أخرى. فعلى سبيل المثال، القصص والشخصيات يمكنها ان تتضمن تفاصيل من حياة الأطفال، والتي يتم اكتسابها بشكل مثالي من خلال التشاور، والبحث، والاختبار، والإنشاء المشترك مع الأطفال والمراهقين.

استراتيجيات المستوى الثاني لإشراك الاطفال

استراتيجيات المستوى الثاني تطلب من الأطفال الفعل. فقد يشمل هذا الفعل سرد تجاربهم والتفكير فيها، مثل عندما يتم الطلب من الأطفال ربط خبراتهم، ومشاركة سلوكياتهم الصحية اليومية، أو إبداء وجهات نظرهم حول الصحة المجتمعية. وقد يتم استخدام استراتيجيات المستوى الثاني في مراحل الاستعداد، والاستجابة، والتعافي. فخلال مرحلة التعافي، يمكن لأنشطة المستوى الثاني خلق فرص آمنة للأطفال لمشاركة تجاربهم الصعبة.

تدعم استراتيجيات المستوى الثاني أيضاً تغيير السلوك من خلال الطلب من الأطفال المشاركة في سلوك مرغوب، إما بشكل مؤقت، أو بشكل متكرر، وقد يشمل ذلك الأفعال التالية:

- **التشاور**: التشاور مع الأطفال يضيف بعداً معرفياً للتواصل الصحي الذي يعزز الذاكرة وتبني السلوك. فالأطفال يمحصون، ويبعدون إلى الخارج، ويفكرون في المعلومات المتعلقة بحياتهم بشكل مثالي. ويمكن للكبار بعد ذلك استعمال هذه المعلومات لتصميم وتحسين الاستراتيجيات والإجراءات.
- **الأنشطة الفنية**: استعمل الأنشطة الفنية لمساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم وأحاسيسهم تجاه الطوارئ. فعلى سبيل المثال، اطلب من الأطفال رسم صور تعكس تصورهم عن حالة الطوارئ، أو شعورهم تجاه الطوارئ. ويمكن أن يساعد ذلك في تصور المعلومات، ومساعدة الأطفال على البناء على المعلومات التي يتلقونها، بالإضافة إلى حل المشكلات.
- **الألعاب**: استعمل الألعاب لتعليم الأطفال حول الاستعداد لحالة الطوارئ، والاستجابة لها. فعلى سبيل المثال، قم بإنشاء لعبة يحدد فيها الأطفال المخاطر في منازلهم ويتخذون خطوات للوقاية من تلك المخاطر.
- **لعب الأدوار**: استعمل لعب الأدوار لفهم السلوكيات المنزلية الحالية، أو اطلب من الأطفال مشاركة كيفية تحسين السلوكيات الحالية (مثلاً، من خلال مسرح الشارع التفاعلي). فهذه الأشكال من الانخراط غالبا ما تخدم غرضين: تقييم السلوكيات الحالية التي قد تساهم في نقل الأمراض، وتحديد كيفية التخفيف منها.
- **التدريبات**: التدريبات والمحاكاة يجعلان الأطفال في حالة استعداد للكوارث مثل تفشي الأمراض. فالتدريبات قد تحد من خوف الأطفال من المجهول عن طريق تجهيزهم لاتخاذ إجراء محدد وموصى به، عادة من خلال مجموعات، أو على مستوى المدرسة أو المنزل أو المجتمع. فنحن بحاجة إلى المزيد من البحث حول التدريبات، وخاصة تلك المرتبطة بالأمراض. (فأحد الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة وجدت بأن تدريبات الإخلاء المدرسي فعالة في زيادة معرفة الأطفال، دون التأثير السلبي على مستويات القلق).

- **محو الأمية الصحية**: يضمن محو الأمية الصحية بأن الأطفال، وخاصة الأطفال الكبار والمراهقين، يملكون المعرفة العلمية الضرورية لفهم الأمراض. ففيما يتعلق بالأطفال الصغار، قد يشمل ذلك فهم المفاهيم الأساسية للتغذية، والصرف الصحي، والنظافة. فمحو الأمية الصحية يقلل من مخاطر المعلومات الخاطئة والمضللة، في المراحل التي تسبق تفشي الأمراض وأثناء تفشيها. فباستطاعة الأطفال تقييم المعرفة بشكل نقدي باستعمال معلوماتهم السابقة.

تشمل هذه الاستراتيجيات التعليم النشط، والذي يحسن من الذاكرة عن طريق توسيط التجربة داخل أجسام الأطفال، وعن طريق إشراك ذاكرة العضلات. فالنمذجة والتكرار يؤديان إلى جعل الأفعال تلقائية. فعلى سبيل المثال، فالجهود المبذولة على مستوى المدرسة لتعزيز غسل اليدين عادة ما تشمل نمذجة غسل اليدين من قبل المعلمين متبوعاً بتوفير لحظات متعددة لغسل اليدين من قبل الأطفال خلال اليوم. تبين أيضاً أن الحوافز السلوكية فعالة جداً في التعريف بالسلوكيات وتعزيزها، بما يشمل غسل اليدين.[40]

يمكن توظيف العديد من استراتيجيات المستوى الثاني من خلال البحوث التي تركز على الطفل. فعلى سبيل المثال، قد تشمل البحوث الأنشطة التي يقوم فيها الأطفال بالرسم، أو التمثيل، أو سرد القصص حول الأماكن التي يجمعون منها المياه والطعام في الوقت الحالي. كما أن أنشطة المتابعة قد تشمل توجيه السؤال إلى الأطفال حول كيفية إيجادهم لمصادر مياه وطعام صحية أكثر. وقد يوفر ذلك معلومات صحية ذات فائدة أثناء إشراك الأطفال في التفكير النقدي حول الأمراض.

استراتيجيات المستوى الثالث لمشاركة الأطفال وقيادتهم

تشرك استراتيجيات المستوى الثالث الأطفال والمراهقين بطرق هادفة بشكل أكبر وأوسع نطاقاً. فقد تختلف عن استراتيجيات المستوى الثاني من حيث الدرجة، والنهج، والأسلوب. فقد تشرك الأطفال على مدى زمني أطول، مما يسمح للأطفال في التقدم نحو أدوار ومسؤوليات أكبر. وقد تشمل أنشطة المستوى الثالث مهمات او مشاريع يقودها الأطفال في المنزل، أو المدرسة، أو داخل المجتمع. وقد تشجع أنشطة المستوى الثالث الأطفال على اختيار أساليبهم في الاستجابة لموضوع معين، أو في حل مشكلة في المجتمع، وقد تشمل الآتي:

- **الإنشاء المشترك**: يعتبر الإنشاء المشترك نهجاً قد يساعد في جعل استراتيجيات التواصل والتدخلات الأخرى مناسبة للمراحل النمائية للأطفال. فيمكن استعمال الإنشاء المشترك في إشراك الأطفال في تصميم مواد التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، أو مواد التغيير السلوكي والاجتماعي. فعلى سبيل المثال، قد يقوم الأطفال بطرح أو إنشاء الرسائل، أو الأعمال الفنية، أو الأنشطة، أو الشعارات، وقد يقوموا باستضافة برامج إذاعية أو المشاركة فيها.
- **ورش العمل التفاعلية، والمحاكاة، ورسم الخرائط، وتخطيط العمل**: المحاكاة ورسم الخرائط في المستوى الثالث تبني على تلك المذكورة في المستوى الثاني. ففي هذه النسخ، يكون للأطفال أدوار قيادية نشطة في تخطيط وتنفيذ المحاكاة وتخطيط العمل. فمن خلال رسم الخرائط في المنزل، أو المدرسة، أو المجتمع، يمكن للأطفال جمع البيانات، وقيادة المسوح، وجمع الخرائط، وتحليل النتائج.
- **الباحثون الأطفال**: يمكن للأطفال العمل كباحثين مشاركين إلى جانب الكبار، أو كباحثين منفردين، مما يزيد من إحساسهم بالقوة، ويضمن بأن وجهات نظرهم يتم استكشافها.[41] فيمكن للباحثين الأطفال تحديد موضوع أو سؤال معين، واختيار طرق البحث، وإجراء الأنشطة البحثية، وتحليل النتائج.
- **النهج القائمة على الاقران**: تعزيز الصحة القائم على الأقران، وعلى وجه الخصوص نهج "من طفل إلى طفل" أو نوادي الأطفال والمراهقين، يتم استعمالها منذ أكثر من 40 عاماً،[42] بينما تشير التقديرات الأخيرة بأن نهج "من طفل إلى طفل" يتم استخدامه في 60 دولة.[43] فالنهج القائمة على الأقران تساعد الأطفال على تعزيز الصحة برفقة أقرانهم، بما يشمل الأطفال الأكبر سناً أو الأصغر سناً. ويمكن لهذا التواصل أن يكمل أنشطة أخرى مثل توزيع المواد. فعلى سبيل المثال، قد يقوم الأطفال بتوزيع مرشحات المياه داخل مجتمعاتهم، ويقوموا بشرح طريقة استعمالها.
- **الحركات التي يقودها الأطفال والمراهقون والشباب، والمناصرة**: قد تظهر الحركات التي يقودها الأطفال بشكل مستقل، أو من خلال نهج قائمة على الأقران، أو من خلال حركات المجتمع المدني. فقد يساعد التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، الأطفال في التعبئة وإعلاء أصواتهم أثناء معالجتهم للأسباب الجذرية لتفشي الأمراض، مثل التغير المناخي، والنزوح، والسكن دون المستوى، والتدهور البيئي.

فيما يخص استراتيجيات المستوى الثالث، فقد تتنوع أدوار الكبار بناءً على سن الطفل، أو طبيعة المجموعة، أو توفرهم للانخراط في الأنشطة المستقلة أو التعاونية. فقد يشارك الكبار في دعوة الأطفال، ودعم تماسك المجموعة، بتوفير التوجيه المبدئي وبالحضور مع الأطفال بشكل دوري. وفي حالات أخرى، مثل تلك المتعلقة بالأطفال الصغار، فقد يحتاج الكبار إلى توفير التوجيه والدعم على مستوى أكبر.

تعتمد قدرة الأطفال على القيادة على عوامل متعددة: العمر، والنضج، ومدى الاهتمام، والتوفر، يمكنها جميعاً تحديد ما هو ممكن. فالأطفال والمراهقون الأكبر سناً قد يكونوا قادرين على قيادة عمليات متعددة الخطوات، ولكنهم عادةً ما يواجهون نقصاً في الوقت بسبب العمل أو التعليم. كما أن المجموعات العمرية المختلطة عادةً ما تعمل بشكل جيد في سياق المجتمعات التي يكون فيها رعاية الأشقاء أمراً مألوفاً.

كيف يتم انخراط الأطفال: المبادئ التوجيهية والعمليات

ينبغي أن تتبع جميع مستويات مشاركة الأطفال مبادئ أخلاقية أساسية. فالعمل بما يحقق المصلحة الفضلى للطفل يشكل أساساً لجميع مشاركات الأطفال. ويعني ذلك بأن المشاركة يجب أن تجعل حاجات وحقوق الأطفال أولوية في جميع الحالات. والاعتبارات التالية مهمة عند إشراك الأطفال في أي مستوى من المشاركة:

- **الممارسات الصحية**: ينبغي ان تحترم أنشطة مشاركة الأطفال اللوائح المحلية حول الصحة، وخاصة أثناء تفشي الأمراض. فإذا كانت هناك قيود على الأنشطة الشخصية، فبإمكانك إجراء الأنشطة عن بعد، أو من خلال سياقات يكون فيها الأطفال مجتمعين أصلاً، مثل المدرسة.
- **السلامة**: يمكن تعزيز السلامة من خلال تدابير الحماية التنظيمية، وبالتوافق مع أنظمة ومنظمات حماية الطفل المحلية. فتعمل تدابير الحماية على الحد من المخاطر، بما يشمل المخاطر الصحية، التي قد يواجهها الأطفال أثناء مشاركتهم في أنشطة التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل

بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية. وينبغي ان تشمل الحماية التخطيط للوقاية من الأذى الجسدي، والاستغلال والاعتداء الجنسي، وصور أخرى من إساءة استخدام السلطة. وتشمل الحماية أيضاً خطة من أجل الاستجابة، تشمل الإحالات للحصول على دعم إضافي.

- **الإدماج وعدم التمييز:** الأطفال هم مجموعة متنوعة. فقدرات الأطفال، ومواطن ضعفهم، متنوعة وقد تتجلى بشكل مختلف حسب السياق. فالجنس، والعمر، والإعاقة، والعرق، واللغة، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، قد تؤثر على درجة مشاركة الأطفال. فاستعمال التواصل بين الأشخاص ومنصات إعلامية متعددة مثل الإذاعة، والمطبوعات، والتلفزيون، قد يسهل عملية الإدماج. فالمكونات البصرية القوية، بالإضافة إلى المكونات السمعية، تعتبر مفيدة للأطفال ذوي الإعاقات البصرية، والأطفال الذين لا يتحدثون اللغة السائدة. فيمكن لتنويع تمثيل الأطفال، وبناء نهج التحول بين الجنسين، وتجنب الصور النمطية الشائعة، أن تدعم عملية الإدماج.
- **الاحترام**: مشاركة الأطفال الفعالة تبدأ من الفهم المشترك الذي يقضي بأن الأطفال لديهم وجهات نظر وقدرات عالية القيمة. فعلى المستوى العملي، فإن الاحترام غالباً ما يتم إيصاله من خلال نبرة الصوت، ولغة الجسد، واستخدام المساحة. فعلى سبيل المثال، فإن استعمال بيئات الصف الدراسي التقليدية، والتي يقف فيها الشخص الكبير في مقدمة الصف ويعطي المعلومات للأطفال، قد تضبط النغمة لنهج تسلطي لا يفضي إلى مشاركة محترمة. فإجراء الأنشطة مع الأطفال والكبار في نفس المستوى المكاني، مثل الجلوس على حصير على الأرض بشكل دائري، يشير للأطفال بأن جميع الأفراد لديهم حق متساوي في المشاركة. فالكبار المنخرطون في نهج مشاركة الأطفال قد يحتاجون للتدريب على هذا الجانب لضمان فهمهم وتقييمهم لأهمية اظاهر الاحترام نحو الأطفال.
- **موافقة العائلة والطفل:** جميع الأنشطة، وخاصة تلك التي تتضمن جمع المعلومات، والصور الفوتوغرافية، والأعمال الفنية، التي يقوم الأطفال بإنتاجها، ينبغي أن تباشر فقط بعد إذن مسبق من الأطفال والآباء، أو مقدمي الرعاية، يفيد بالسماح بمشاركة الأطفال. فالحصول على الموافقة من الأطفال، أو الآباء، أو مقدمي الرعاية، يجب أن يكون مصمماً ليناسب السياق المحلي، ويجب أن يتبع أفضل الممارسات. فينبغي إبلاغ الأطفال ومقدمي الرعاية عن كيفية استعمال المعلومات، أو الصور، أو الأعمال الفنية، كما ينبغي مشاركة المنتجات النهائية مثل الأفلام، أو تقارير الأبحاث، مرة أخرى مع الأطفال، والمجتمع بشكل أوسع.
- **السرية**: قد لا يكون الأطفال مدركين للعواقب المحتملة الناتجة عن مشاركة المعلومات الخاصة بحياتهم، أو بعائلاتهم، أو بمجتمعاتهم. فينبغي إنشاء وإصدار الإجراءات التي تضمن سرية المعلومات، مع الفهم بأنه قد يتم خرق السرية في ظروف استثنائية إذا كان ذلك ضرورياً لحماية شخص ما من الأذى. وينبغي أيضاً أن يوافق الأطفال المشاركون في أنشطة جماعية على احترام السرية.

الخاتمة

يمثل الأطفال نسبة كبيرة من السكان في الدول الأكثر تأثراً بتفشي الأمراض في شرق وجنوب أفريقيا. فهذه المنطقة معرضة لتفشي الأمراض لأسباب عديدة تشمل التحديات الجغرافية، وانعدام الاستقرار السياسي، وعدم كفاية موارد النظام الصحي. ويعني ذلك، إلى جانب احتياجات الأطفال المحددة ونقاط الضعف، بأن الأطفال عادةً ما يعانون من آثار سلبية أكثر من الكبار أثناء تفشي الأمراض. فعندما يحدث هذا التفشي، قد يتأثر نمو الأطفال بشكل سلبي، فهناك مخاطر مرتفعة من فقدهم لعوامل الحماية المرتبطة بالعائلة، والأقران، والمدرسة، وشبكات الدعم الاجتماعي.

لذلك، فإن الاستراتيجيات والنهج المتمحورة حول الطفل ضرورية لضمان حماية الأطفال، ورفاههم، وصمودهم في شرق وجنوب أفريقيا عند حدوث تفشي للمرض. فمثل تلك النهج يمكنها أيضاً أن تخفض من الآثار السلبية لتفشي الأمراض على مستوى المجتمع الأوسع. فنحن نعرف بأن الأطفال يمكنهم ان يكونوا عوامل تغيير عند إشراكهم في تصميم وتنفيذ أنشطة التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، بالإضافة إلى المواد والإجراءات في جميع مراحل تفشي المرض - من الوقاية حتى التعافي. فيجب الاستثمار (في النهج، والموارد، والمهارات) لنضمن كون مشاركة الأطفال هي القاعدة.

إن مجتمعات الممارسين في التغيير السلوكي والاجتماعي، والتواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، يستمرون في تطوير طرق جديدة ومبتكرة للاشتراك مع الأطفال، وأنظمة حمايتهم، من أجل تحسين سلوك البحث عن الصحة، والاستجابة لحالات الطوارئ. فمشاركة الأطفال يتم تنفيذها على أفضل مستوى من خلال الشراكات القوية بين الحكومات، والمنظمات غير الحكومية، والمتخصصين في حماية الطفل، والمجتمعات (بما في ذلك المعلمين، ومقدمي الرعاية، والأقران).

تضمن الشراكات الفعالة تنسيقا أفضل وتصميم استجابة مدروس واستراتيجي على مستوى عال. فوسائل الإعلام الرقمية ووسائل التواصل الاجتماعي ستبقى تؤثر في كيفية تواصل الأطفال مع بعضهم البعض ومع الكبار. فكما أن حاجات المجتمعات وأولوياتها تستمر في التحول مع تغير المشاهد الاقتصادية، والسياسية، والبيئية، في منطقة شرق وجنوب أفريقيا، يوجد المزيد لنتعلمه عندما يتعلق الأمر بما يصلح لإشراك الأطفال في جميع مستويات تفشي الأمراض. فالتوثيق الأفضل للممارسات الحالية، بالإضافة إلى المزيد من البحث في هذا المجال، يعتبر امراً ذو أولوية.

الموارد

توفر الموارد التالية توجيهات وأمثلة لمواد تستعمل في تعزيز حماية الأطفال، ومشاركتهم، والتواصل معهم، بالإضافة إلى الاستعداد لتفشي الأمراض وكوارث أخرى المتمحور حول الطفل.

أصدرت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات المبادئ التوجيهية بشأن العمل من أجل الشباب، ومعهم، في البيئات الإنسانية، والذي تم تصميمه ليكون بمثابة دليل للعمل مع الشباب في الأزمات والحالات الإنسانية.[44]

يقوم مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث بمشاركة قائمة موارد حول المشاركة الهادفة للأطفال في الحد من مخاطر الكوارث. وهذه الموارد مفهرسة حسب الموضوع وتتضمن خلفية حول حقوق الطفل، ومجموعات أدوات للتقييم والمشاركة، وأدوات ومناهج صديقة للطفل والشباب، وألعاب وقواعد إرشادية، وموارد حول حماية الطفل، وأخرى خاصة بقطاعات معينة (مثل: المياه والصرف الصحي والنظافة، والصحة، والتغذية، إلخ).

قام تحالف حماية الطفل في العمل الإنساني بإنتاج ستة أدلة مصغرة حول حماية الطفل، والمناصرة، ومشاركة الأطفال عند تفشي الأمراض. وتوفر سلسلة الأدلة المصغرة معلومات قيمة، وقد تجد الأطراف المعنية في القطاع الصحي والتي تصمم نهج التواصل بشأن المخاطر والمشاركة المجتمعية، والتغيير السلوكي والاجتماعي، الأدلة التالية مفيدة للغاية:

- الدليل المصغر رقم 4 التواصل مع الأطفال عند تفشي الأمراض المعدية
- الدليل المصغر رقم 6 إعطاء الأولوية لمشاركة الأطفال عند تفشي الأمراض المعدية

قامت مبادرة ريدي بتمويل ثلاث ندوات عبر الانترنت حول الأطفال وتفشي الأمراض، تضمنت جلسة حول مركزية الأطفال وحمايتهم عند تفشي الأمراض، وحماية الأطفال في مراكز العلاج، والتواصل مع الأطفال عند تفشي الأمراض.

قامت مؤسسة إنقاذ الطفل الدولية بنشر المتطلبات الأساسية التسعة لمشاركة مجدية وأخلاقية للأطفال، والتي أيدتها لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة، وهي متوفرة في عدة لغات.

نشرت اليونيسيف ملخصاً حول التغيير السلوكي والاجتماعي، بالإضافة إلى دراسات حالة حول نهج التغيير السلوكي والاجتماعي تشمل منهجيات قائمة على الأقران.

المراجع

1. WHO. (n.d.). *Risk Communications*. Risk Communications. Retrieved November 25, 2023, مستمدة من https://www.who.int/emergencies/risk-communications
2. Hore, K., Gaillard, J., Johnston, D., & Ronan, K. (2018). *Child-Centred Risk Reduction Research-into- Action Brief: Child-centred disaster risk reduction*. Global Alliance for Disaster Risk Reduction and Resilience in the Education Sector. Retrieved February 15, 2024, from مستمدة من https://www.preventionweb.net/files/61522_childcentreddrrr2abriefeng2018.pdf
3. Bertram, K., Serlemitsos, E., & Clayton, S. (2016). *What is Social and Behavior Change Communication*. Johns Hopkins Center for Communication Programs.مستمدة من https://sbccimplementationkits.org/sbcc-in-emergencies/learn-about-sbcc-and-emergencies/what-is-social-and-behavior-change-communication/
4. UNICEF. (2023). *Regional Office Annual Report 2022: Eastern and Southern Africa*. UNICEF ESARO. مستمدة من https://www.unicef.org/media/140591/file/ESA-2022-ROAR.pdf
5. UNICEF. (2020, April 20). *Malaria data snapshots: Snapshots from sub-Saharan Africa and added impacts of COVID-19*. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Women and Children. مستمدة من https://data.unicef.org/resources/malaria-snapshots-sub-saharan-africa-and-impact-of-covid19/
6. Mora, C., McKenzie, T., Gaw, I. M., Dean, J. M., Von Hammerstein, H., Knudson, T. A., Setter, R. O., Smith, C. Z., Webster, K. M., Patz, J. A., & Franklin, E. C. (2022). Over half of known human pathogenic diseases can be aggravated by climate change. *Nature Climate Change*, *12*(9), 869–875. مستمدة من https://doi.org/10.1038/s41558-022-01426-1
7. Carsetti, R., Quintarelli, C., Quinti, I., Mortari, E. P., Zumla, A., Ippolito, G., & Locatelli, F. (2020). The immune system of children: The key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility? *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(6), 414–416. مستمدة من https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30135-8
8. Alderman, H., Behrman, J. R., Glewwe, P., Fernald, L., & Walker, S. (2017). Evidence of Impact of Interventions on Growth and Development during Early and Middle Childhood. In D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, & G. C. Patton (Eds.), *Child and Adolescent Health and Development* (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. مستمدة من http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525234/
9. UNICEF. (2022, March). *Impact of Education Disruption: Eastern and Southern Africa- March 2022*, Infographic.مستمدة من https://reliefweb.int/report/madagascar/impact-education-disruption-eastern-and-southern-africa-march-2022#:~:text=On%20average%2C%20schools%20in%20the,Global%20Monitoring%20of%20School%20Closures.
10. Lusaka Times. (2024, January 5). *Zambia: Government Postpones School Opening Due to Cholera Surge*. مستمدة من https://www.lusakatimes.com/2024/01/05/government-postpones-school-opening-due-to-cholera-surge/
11. Reuters. (2023, January 3). *Malawi delays reopening schools as cholera cases surge | Reuters*. مستمدة من https://www.reuters.com/world/africa/cholera-deaths-surge-malawi-keeping-schools-closed-2023-01-02/
12. Dabelea, D., Hamman, R. F., & Knowler, W. C. (2018). Diabetes in Youth. In C. C. Cowie, S. S. Casagrande, A. Menke, M. A. Cissell, M. S. Eberhardt, J. B. Meigs, E. W. Gregg, W. C. Knowler, E. Barrett-Connor, D. J. Becker, F. L. Brancati, E. J. Boyko, W. H. Herman, B. V. Howard, K. M. V. Narayan, M. Rewers, & J. E. Fradkin (Eds.), *Diabetes in America* (3rd ed.). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (US). مستمدة من http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567997/
13. Global Nutrition Report. (2022). *Global Nutrition Report | Country Nutrition Profiles*. Retrieved December 19, 2023, from مستمدة من https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/africa/eastern-africa/
14. Quamme, S. H., & Iversen, P. O. (2022). Prevalence of child stunting in Sub-Saharan Africa and its risk factors. , Volume 42, 2022. Pages 49-61, ISSN ,. *Clinical Nutrition Open Science*, *42*, 49–61.مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.01.009
15. Sly, P. D., & Flack, F. (2008). Susceptibility of Children to Environmental Pollutants. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1140*(1), 163–183.مستمدة من https://doi.org/10.1196/annals.1454.017
16. Watts, C., Atieli, H., Alacapa, J., Lee, M.-C., Zhou, G., Githeko, A., Yan, G., & Wiseman, V. (2021). Rethinking the economic costs of hospitalization for malaria: Accounting for the comorbidities of malaria patients in western Kenya. *Malaria Journal*, *20*(1), 429.مستمدة من https://doi.org/10.1186/s12936-021-03958-x
17. Das, U., & Fielding, D. (2024). Higher local Ebola incidence causes lower child vaccination rates. *Scientific Reports*, *14*, 1382.مستمدة من https://doi.org/10.1038/s41598-024-51633-3
18. Dalton, M., Sanderson, B., Robinson, L. J., Homer, C. S. E., Pomat, W., Danchin, M., & Vaccher, S. (2023). Impact of COVID-19 on routine childhood immunisations in low- and middle-income countries: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, *3*(8), e0002268.مستمدة من https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002268
19. United Nations Children's Fund. (2023). *The State of the World's Children 2023: For every child, vaccination*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight.مستمدة من https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023
20. WHO Africa. (2022). Vaccine-preventable disease outbreaks on the rise in Africa. *WHO | Regional Office for Africa*. مستمدة من https://www.afro.who.int/news/vaccine-preventable-disease-outbreaks-rise-africa
21. Save the Children. (2007). *Child Protection in Emergencies Priorities, Principles and Practices*. The International Save the Children Alliance.مستمدة من https://www.savethechildren.org/content/dam/global/reports/education-and-child-protection/CP-in-emerg-07.pdf
22. United Nations. (2015). *The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*.مستمدة من https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030

www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.017
منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني

23. Milakovich, J., Simonds, V., Held, S., Picket, V., LaVeaux, D., Cummins, J., Martin, C., & Kelting-Gibson, L. (2018). Children as Agents of Change: Parent Perceptions of Child-driven Environmental Health Communication in the Crow Community. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, *11*(3), 115–127.
24. Mwanga, J. R., Jensen, B. B., Magnussen, P., & Aagaard-Hansen, J. (2008). School children as health change agents in Magu, Tanzania: A feasibility study. *Health Promotion International*, *23*(1), 16–23.مستمدة من https://doi.org/10.1093/heapro/dam037
25. Bresee, S., Caruso, B. A., Sales, J., Lupele, J., & Freeman, M. C. (2016). 'A child is also a teacher': Exploring the potential for children as change agents in the context of a school-based WASH intervention in rural Eastern Zambia. *Health Education Research*, *31*(4), 521–534.مستمدة من https://doi.org/10.1093/her/cyw022
26. Koenker, H., Worges, M., Kamala, B., Gitanya, P., Chacky, F., Lazaro, S., Mwalimu, C. D., Aaron, S., Mwingizi, D., Dadi, D., Selby, A., Serbantez, N., Msangi, L., Loll, D., & Yukich, J. (2022). Annual distributions of insecticide-treated nets to schoolchildren and other key populations to maintain higher ITN access than with mass campaigns: A modelling study for mainland Tanzania. *Malaria Journal*, *21*(1), 246.مستمدة من https://doi.org/10.1186/s12936-022-04272-w
27. Moore, T., McDonald, M., McHugh-Dillon, H., & West, S. (2016). *Community engagement Practice Guide*. Australian Institute of Family Studies.مستمدة من https://aifs.gov.au/resources/practice-guides/community-engagement
28. United Nations Convention on the Rights of the Child, Pub. L. No. General Assembly Resolution 44/25 (1989).مستمدة من https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child
29. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2022). *Child Protection in Outbreaks: Communicating with children in infectious disease outbreaks* (Mini-Guide: Communicating).مستمدة من https://alliancecpha.org/en/miniguide_4
30. Save the Children. (2021). *The Nine Basic Requirements for Meaningful and Ethical Children's Participation*. Save the Children's Resource Centre.مستمدة من https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/basic_requirements-english-final.pdf/
31. African Union. (1990). *African Charter on the Rights and Welfare of the Child | African Union*.مستمدة من https://au.int/en/treaties/african-charter-rights-and-welfare-child
32. Save the Children. (n.d.). *Child Participation*. Child Rights Resource Centre. Retrieved February 2, 2024, fromمستمدة من https://resourcecentre.savethechildren.net/topics/child-participation/
33. Duramy, B., & Gal, T. (2020). Understanding and implementing child participation: Lessons from the Global South. *Children and Youth Services Review*, *119*.مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105645
34. Hart, R. A. (1992). *Children's Participation: From Tokenism to Citizenship* (No. 4; Innocenti Essay).مستمدة من https://www.unicef-irc.org/publications/100-childrens-participation-from-tokenism-to-citizenship.html
35. Grady, C., Iannantuoni, A., & Winters, M. S. (2021). Influencing the means but not the ends: The role of entertainment-education interventions in development. *World Development*, *138*, 105200.مستمدة من https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105200
36. Kyegombe, N., Zuma, T., Hlongwane, S., Nhlenyama, M., Chimbindi, N., Birdthistle, I., Floyd, S., Seeley, J., & Shahmanesh, M. (2022). A qualitative exploration of the salience of MTV-Shuga, an edutainment programme, and adolescents' engagement with sexual and reproductive health information in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *30*(1), 2083809.مستمدة من https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2083809
37. Letsela, L., Jana, M., Pursell-Gotz, R., Kodisang, P., & Weiner, R. (2021). The role and effectiveness of School-based Extra-Curricular Interventions on children's health and HIV related behaviour: The case study of Soul Buddyz Clubs Programme in South Africa. *BMC Public Health*, *21*(1), 2259.مستمدة من https://doi.org/10.1186/s12889-021-12281-8
38. UN Office for Disaster Risk Reduction. (2019). *Words into Action Guidelines: Engaging Children and Youth in Disaster Risk Reduction and Resilience Building*.مستمدة من https://www.undrr.org/words-into-action/engaging-children-and-youth-disaster-risk-reduction-and-resilience-building
39. *Tai*. (n.d.). Retrieved March 13, 2024, fromمستمدة من https://www.tai.or.tz/about-us
40. USAID, IDInsight, & UNICEF. (2020). *Installation Guide to Handwashing Nudges*.مستمدة من https://www.idinsight.org/wp-content/uploads/2021/05/HandwashingNudgesHowToBookletInternational26.09.2020-2.pdf
41. Kim, C.-Y., Sheehy, K., & Kerawalla, C. (2017). *Developing children as researchers: A practical guide to help children conduct social research*. Routledge.
42. Pridmore, P., & Stephens, D. (2000). *Children as Partners for Health: A Critical review of the child-to-child approach*. Zed Books.
43. Johnsunderraj, S., Francis, F., & Prabhakaran, H. (2023). Child-to-child approach in disseminating the importance of health among children –A modified systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, *12*(1), 116.مستمدة من https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_8_23
44. IASC. (n.d.). *With us & for us: Working with and for Young People in Humanitarian and Protracted Crises, UNICEF and NRC for the Compact for Young People in Humanitarian Action*.

المؤلفون: كتب هذا الملخص كل من إلينا رايلي (أنثرولوجيكا، elenareilly@gmail.com)، وإليزابيث سيرلميتسوس (جامعة جونز هوبكينز، eserlem1@jhu.edu)، وجوليث سيبا بيلاكواتي (كلية كليمنجارو الطبية المسيحية الجامعية، julietsebba@gmail.com).

شكر وتقدير: تم استقبال المساهمات من مجموعة من الخبراء، وقام بمراجعة الملخص كل من ستيفاني براديش (مؤسسة إنقاذ الطفل)، وأليكسس ديكوسيمو (استشاري مستقل)، وهنا روحان (استشاري مستقل)، وراشيل جيمز (منظمة الأمم المتحدة للطفولة)، وكاثرين جرانت (معهد دراسات التنمية)، وجوليت بدفورد (أنثرولوجيكا). وتم تحرير الملخص من قبل جورجينا روشيه (فريق التحرير في منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني).

اقتباس مقترح: رايلي. إ، سيرلميتسوس. إ، وبيلاكواتي. ج. (2024). *الاعتبارات الرئيسية: مشاركة الأطفال في سياق تفشي الأمراض في شرق وجنوب أفريقيا*. منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني.
www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.017

قام بالنشر معهد دراسات التنمية: إبريل 2024.

حقوق النشر: © معهد دراسات التنمية 2024. هذه الدراسة مفتوحة الوصول وتم توزيعها تحت شروط رخص المشاع الابداعي 4،0 وتحمل رخصة دولية رقم (CC BY 4.0)، والذي يسمح بالاستعمال غير المقيد، والتوزيع، وإعادة الإنتاج باستخدام أي وسط، طالما تم النسب إلى المؤلفين والمصدر الأصليين، وتم ذكر أية تعديلات أو اقتباسات.

الاتصال: إذا كان لديك طلبًا مباشرًا بخصوص الملخص، 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 من خلال إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى آني لودين (a.lowden@ids.ac.uk)، أو جولييت بيدفورد (julietbedford@anthrologica.com).

حول منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني: منصة العلوم الاجتماعية في العمل الإنساني تقوم على الشراكة بين كل من معهد دراسات التنمية، وأنثرولوجيكا، وCRCF السينغال، وجامعة غولو، ومجموعة بحث النزاعات والأمن الانساني (GEC-SH)، ومدرسة لندن لحفظ الصحة وطب المناطق الحارة، ومركز سيراليون للدراسات الحضرية، وجامعة إبادان، وجامعة جوبا. وتم دعم هذا العمل من قبل مكتب المملكة المتحدة للشؤون الخارجية والكومنولث والتنمية، ومنحة ويلكوم رقم 225449/Z/22/Z. والآراء الواردة هي آراء المؤلفين ولا تعكس بالضرورة آراء الممولين أو آراء وسياسات الشركاء في المشروع.

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