

بناء المجتمعات الصحية

إطار عمل لدمج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في
المنظومة التعليمية

ديدي تومسون

ميلاني ليس

نيكوليت ديفيس

راسل فينر

المرجع المقترح لهذا التقرير:
Thompson D, Leis M, Davies N, Viner R
.بناء مجتمعات صحية: إطار عمل لدمج الصحة وتعزيز الصحة
في التعليم، الدوحة، قطر: القمة العالمية للابتكار في الصحة
.٢٠٢٠.
رقم ال ISBN: 978-1-913991-01-2

بناء المجتمعات الصحية: إطار عمل لدمج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في المنظومة التعليمية

تقرير منتدى دور المدارس في تعزيز صحة الأطفال
والمراهقين التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠٢٠

03	تمهيد
05	الملخص التنفيذي
08	القسم الأول: المعلومات الأساسية والنطاق
11	القسم الثاني: الدعوة للعمل من أجل تحسين الاستثمار في الرعاية الصحية
18	القسم الثالث: الفرص القائمة لدمج الرعاية الصحية في التعليم
26	القسم الرابع: أدوات النجاح
29	القسم الخامس: الخاتمة والتوصيات المتعلقة بالسياسات
32	شكر وتقدير
34	المراجع

لم يشهد التاريخ الحديث على مرّ مراحل هذا القدر من تسليط الضوء على الدور المحوري الذي تؤديه النظم المدرسية في الوقت الراهن؛ فقد دفعت جائحة فيروس كورونا المستجد في أوجها ما يربو على ٩٠ في المائة من الطلاب في شتى أرجاء العالم – أكثر من مليار ونصف طالب وطالبة – إلى ترك مدارسهم، وذلك نتيجة إقدام ١٨٨ دولة على تطبيق إجراءات الإغلاق الكامل في كافة مؤسساتها التعليمية؛ صحيح أن هذا الإغلاق واسع النطاق قد أسهم في الحد من انتشار الفيروس، إلا أن الحكومات قد باتت مطالبة بالموازنة بين حالة الغموض والمخاطر المترتبة على إعادة فتح المدارس وبين الأضرار الجسيمة الناجمة عن طول فترة الإغلاق. وأسفر هذا التعطّل بطبيعة الحال عن جملة من الآثار السلبية التي أُلقت بظلالها على استمرارية تقديم الخدمات التعليمية، كما أظهر مدى إسهام النظام المدرسي في النهوض بصحة الأطفال والشباب وتعزيز رفاههم.

ولا شك أن هناك ترابط وثيق لا تنفصم غراه بين الصحة والتعليم؛ فالتعليم من المجالات المسلّم بأنه أحد العوامل الاجتماعية الأساسية المؤثرة في جودة الصحة، وتقترن الصحة السليمة بارتفاع مستويات التحصيل التعليمي وزيادة فرص العمل والإنتاجية. وتعتمد الحكومات والقطاعات الصحية على الصعيد العالمي إلى زيادة الاستثمار في التعليم في ضوء انتشار الأدلة القاطعة على أن هذا الاستثمار يسهم إسهامًا واسعًا في تعزيز صحة الأفراد والمجتمعات من خلال رعاية العمالة المنتجة. كما أن توسيع رفعة التعليم، لا سيّما بالنسبة للفئات، يعد أحد أنجح الطرق التي تتيح للدول الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية المقدمة للأطفال والشباب ودعمهم في مراحل حياتهم.

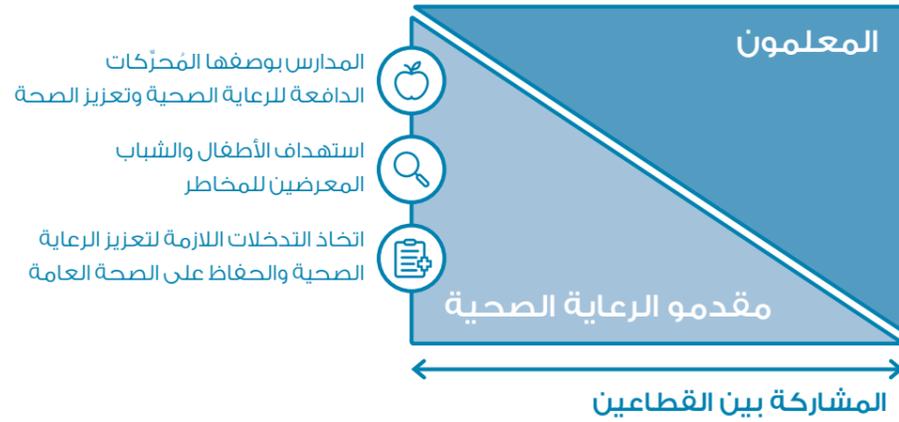
ورغم ذلك، فإننا نادرًا ما نشهد دمج الرعاية الصحية في النظم التعليمية بطريقة ناجعة أو موضوعية، أو العكس. وكثيرًا ما تسير الجهود الرامية إلى تضمين الرعاية الصحية بوتيرة تدريجية أو يجري إضافتها تبعًا إلى المناهج المدرسية القائمة. جدير بالذكر أن التعليم يشكّل محورًا أساسيًا في أطر رفاه الطلاب، ولكن لا يُلتفت إلى أهميته كثيرًا في النظم الصحية. كذلك يُقاس النجاح التعليمي في المقام الأول بمدى جودة أداء الطلاب في الاختبارات المعيارية، عوض القياس اعتمادًا على الإجراءات الأكثر شمولية أو تكاملًا – وذلك على الرغم من أن البرنامج الدولي لتقييم الطلاب (بيزا) التابع لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية أصبح ينطوي الآن على الاهتمام برفاه الطلاب. وهذا النهج القاصر غير المترابط ينذر بفوات الفرص السانحة لتحقيق المنفعة المتبادلة لكل من قطاعي التعليم والصحة.

الملخص التنفيذي

يتحتم علينا في إطار دورنا المجتمعي العمل على حماية صحة أطفالنا وشبابنا وتعزيز رفاههم. ولما كانت العوامل المؤثرة في الصحة يشوبها التعقيد وتتخلل العديد من القطاعات، فقد بات واضحاً أن التعليم أحد العوامل الاجتماعية الأساسية المؤثرة في جودة الرعاية الصحية؛ فالأطفال والمراهقين الأصحاء يحققون قدراً أكبر من التحصيل التعليمي، يستتبعه زيادة إنتاجيتهم عند انخراطهم في المجتمع وسوق العمل عقب التخرج. إلا أن الواقع يشير إلى عمل قطاعي الصحة والتعليم بمعزل عن بعضهما إلى حد كبير، وغالباً ما يُنظر إلى جهود الرعاية الصحية وتعزيز الصحة على أنها إضافات تتأتى تدريجياً بدلاً من كونها محوراً رئيساً في صلب مهمة التعليم.

يتناول هذا التقرير أهمية دمج أنشطة الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في النظم التعليمية، ويرسم إطار عمل لتحقيق هذا الهدف على مستوى ثلاثة محاور على النحو التالي:

الشكل 1: الفرص القائمة لاتخاذ الإجراءات اللازمة على مستوى البيئات المدرسية



المصدر: تقرير لمنظمة الصحة العالمية (يصدر قريباً)

المدارس بوصفها المحرك الدافعة للرعاية الصحية وتعزيز الصحة

يُشار إلى التعليم في الغالب على أنه «تحصين اجتماعي» يرمي إلى الوقاية من طائفة من المشكلات الصحية. فالمدارس تسهم في تزويد الأطفال بالمهارات الاجتماعية والنفسية ومهارات التفكير العليا، وجميعها مرتبطة بتحسين مستوى الصحة، علاوة على إمام الأطفال بالسلوكيات الصحية بصورة مباشرة. كما أن الطريقة التي تُدار بها المدارس، وكذا أسلوب تفاعلها مع طلابها – أو ما يُعرف باسم «البيئة المدرسية» أو «الثقافة المدرسية» – لها أثر مباشر على النهوض بصحة الطلاب ورفاههم.

يضع هذا التقرير تصوراً لإطار عمل يتيح دمج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في النظم التعليمية، ويخلص إلى طائفة من التوصيات – تشمل النظم المدرسية على المستوى الدولي والوطني والمحلي – بغية تعظيم أثر المدارس في النهوض بصحة الأطفال والشباب وتعزيز رفاههم. ونأمل أن يؤدي العمل بهذه الإرشادات في تحقيق المنفعة المباشرة لأطفالنا، علاوة على الإسهام في بناء مجتمع يتمتع أفرادُه بأعلى مستويات الصحة والإنتاجية.



Rashed Al-Fayez

البروفيسور راسل فينر

أستاذ صحة المراهقين
معهد جريت أوموند ستريت لصحة الأطفال،
كلية لندن الجامعية
رئيس الكلية الملكية لطب الأطفال وصحة
الأطفال



Al-Waleed Khalid

البروفيسور اللورد دارزي

رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر «ويش»،
مؤسسة قطر
المدير المشارك لمعهد الابتكار في مجال الصحة
العالمية
إمبريال كوليدج لندن

استهداف الأطفال والشباب المعرضين للمخاطر

يمكن إدارة العديد من المشكلات الصحية أو الوقاية منها بصورة أفضل إذا ما جرى الكشف عنها في مرحلة مبكرة. وفي هذا الإطار، تعدّ المدارس بيئة مواتية للوقوف على المشكلات التي يعاني منها الأطفال في سن الدراسة، إذ إن البيئة المدرسية تفسح المجال أمام اتخاذ التدخلات اللازمة التي تستهدف التعامل مع طائفة من المشكلات الصحية، منها التوحد والسكري والسمنة واعتلال الصحة النفسية.

اتخاذ التدخلات اللازمة لتحسين الرعاية الصحية والحفاظ على الصحة العامة

تهيئ المدارس الفرص المواتية لإجراء الأنشطة المباشرة الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية وتعزيز الصحة، ومن الأمثلة على ذلك المبادرات التعليمية المتعلقة بالمياه والمرافق الصحية والنظافة العامة، وتوفير اللقاحات والأدوار المنوطة بفريق التمريض والطبيب المدرسي.

يعرض التقرير دراسات حالات دولية توضح عددًا من الحلول المبتكرة المُطبّقة حاليًا في هذا السياق.

وفيما يلي استعراض لأربع أدوات أساسية يمكن لصانعي السياسات الاستعانة بها في تنفيذ إطار العمل المقترح لدمج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في النُظم المدرسية على نطاق واسع:

١. التوافق بشأن هدف التعليم

٢. التأييد من جانب قادة القطاعات والإدارات

٣. التدريب

٤. التعاون والتفاهم بين القطاعات المعنية

ومن خلال الاستعانة بهذه الأدوات الأساسية، نخلُص في هذا التقرير إلى مجموعة من التوصيات بشأن السياسات والإجراءات التي يمكن لصانعي السياسات والأطراف المعنية تطبيقها، بدءًا من المؤسسات الدولية ووصولًا إلى هياكل حوكمة المدارس المحلية:

١. الإجراءات الدولية:

- الإسهام في وضع إطار «لغة مشتركة» لتيسير التعاون والتفاهم على مستوى مختلف مجالات السياسات.
- دعم مهن التمريض المدرسي وأخصائيي الصحة المدرسية.
- إنشاء منصة لتبادل وتنسيق المعلومات بشأن التدخلات والممارسات الصحية الناجعة على مستوى المدارس.

٢. الإجراءات الوطنية:

- إعداد «استراتيجية وطنية للأطفال» تتضمن أولويات مشتركة لتعزيز الصحة والرفاه.
- إعداد دراسة استقصائية حول الصحة وعوامل المخاطر وتعميم إجراءاتها على مستوى المدارس سنويًا أو في الفترة الانتقالية لكل مدرسة.

- إدراج المقاييس الصحية ضمن مؤشرات أداء المدارس.
- دعم التدريب المتبادل متعدد التخصصات للمعلمين ومقدمي الرعاية الصحية.
- تنفيذ المعايير العالمية الرامية إلى تعزيز الصحة في المدارس.

٣. إجراءات حوكمة المدارس المحلية:

- تعزيز الوعي بالصحة أو إبراز مكانتها ضمن هياكل حوكمة المدارس.
- التواصل والتفاعل مع أولياء الأمور ومقدمي الرعاية بهدف كسب الدعم اللازم للمبادرات الصحية.
- دعم تنفيذ الاستراتيجيات والمبادرات الوطنية.

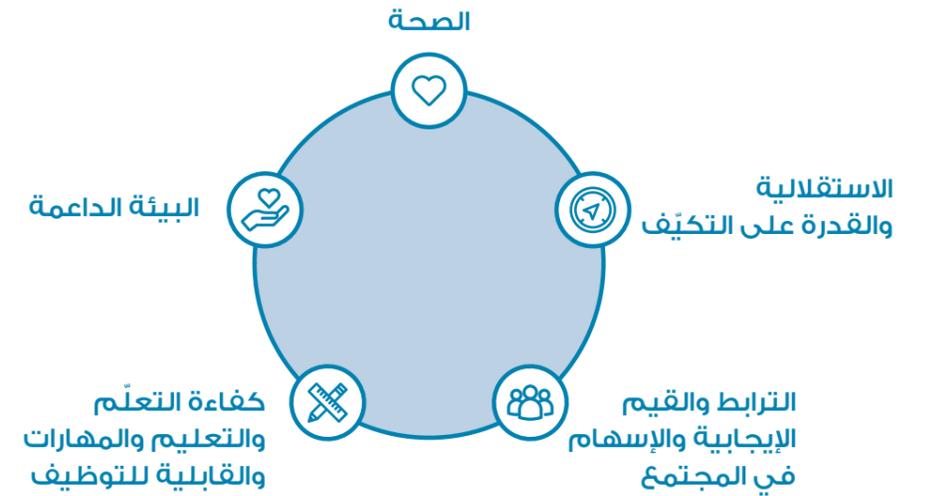
القسم الأول: المعلومات الأساسية والنطاق

تعريف الصحة والرفاه

تُعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: «حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انعدام المرض أو غياب العجز»^٢.

وثمة توافق كبير في الآراء على أن غياب المؤشرات على اعتلال الصحة البدنية لا يعني بالضرورة التمتع «بصحة جيدة»، ولا ينبغي النظر إلى الصحة، في حالة الأطفال والمراهقين على وجه الخصوص، بمعزل عن المحاور الأخرى، بل يجب أن تشكّل عنصرًا أساسيًا في تحقيق الرفاه بوجه عام. كذلك يُعد التعليم محورًا رئيسًا في أطر الرفاه الأشمل. وقد اقترحت منظمة الصحة العالمية مؤخرًا خمسة محاور لرفاه المراهقين (كما هو مبين في الشكل ٢).

الشكل ٢: محاور الرفاه للمراهقين



المصدر: روس وآخرون (٢٠٢٠) ^٣

يتمحور هذا التقرير حول دور المدارس في التأثير على الصحة البدنية والنفسية للأطفال والمراهقين؛ غير أن محاور رفاه المراهقين – المبينة في الشكل ٢ أعلاه – ترتبط ارتباطًا وثيقًا فيما بينها، وعلى ذلك ينبغي أخذها في الاعتبار عند وضع حلول السياسات المطلوبة.

ويمثل كل محور من المحاور المذكورة فرصة لإجراء التحسينات والتدخلات اللازمة.

العوامل المؤثرة في الصحة

من الثابت أن توفير الرعاية الصحية عالية الجودة بمعزل عن العوامل الأخرى لا يضمن بناء مجتمع صحي. من هنا تؤدي العوامل الاجتماعية الأخرى المؤثرة في الصحة – ومن بينها الاستقرار الاقتصادي والتعليم والسياق الاجتماعي والمجتمعي والبيئة العمرانية المحيطة – دورًا رئيسًا في التأثير على نتائج الصحة والرفاه^٤. وقد تكون هذه العوامل أشدّ تأثيرًا عند مراعاة الصحة العامة للأطفال والشباب، نظرًا لمرورهم بتغيرات بدنية ونفسية هائلة عند انتقالهم من مرحلة الطفولة إلى المراهقة ثم البلوغ^{٥،٦}.

والعوامل المؤثرة في الصحة معقدة ومتشابكة فيما بينها في كثير من الأحيان؛ وليست هناك حلول استراتيجية سهلة أو بسيطة لمعالجتها جميعًا على نحو شامل^٧، إذ تتأثر الصحة والرفاه بالعوامل المختلفة طوال حياة الطفل، وتجدر الإشارة بالتالي إلى أن التعلّم يحدث أيضًا في البيئات غير المدرسية. غير أننا نشهد إقرارًا كبيرًا بالدور الذي تؤديه المدارس في تعزيز صحة الطلاب ورفاههم، علاوةً على وجود إجماع متزايد بضرورة إدراج مفهوم صحة الطفل ضمن الرسالة الأساسية للتعليم.

وعلى ذلك، يتناول هذا التقرير بشكل تفصيلي أدناه كيف يمكن للنظم المدرسية التأثير على الصحة النفسية والبدنية للأطفال والمراهقين والنهوض بها.

نطاق التقرير

اتباع نهج مدرسي شامل

يعتمد هذا التقرير نهجًا شاملاً على مستوى المدرسة بالكامل عند مناقشة دور المدارس في تعزيز الصحة، بدلاً من قصر التركيز على المنهج الدراسي فحسب؛ ويتميز هذا النهج بأنه يشمل كافة الجوانب في البيئة المدرسية، بما في ذلك التعاون والتفاعل مع أولياء الأمور ومقدمي الرعاية وأفراد المجتمع بصورة عامة من أجل تعزيز رفاه الطلاب، استنادًا إلى الأدلة التي تبرهن على نجاعة هذا النهج.^{٨،٩،١٠}

المراحل التعليمية المستهدفة

على الرغم من أهمية الدور الذي تؤديه كافة مستويات التعليم في التأثير على الصحة، يركز هذا التقرير بوجه خاص على المراحل الابتدائية والمتوسطة والثانوية – على النحو المحدد في التصنيف الدولي المعياري للتعليم لعام ٢٠١١ الصادر عن منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) – والذي يشمل بصورة أساسية الأطفال والمراهقين ممن تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٩ عامًا^{١١}.

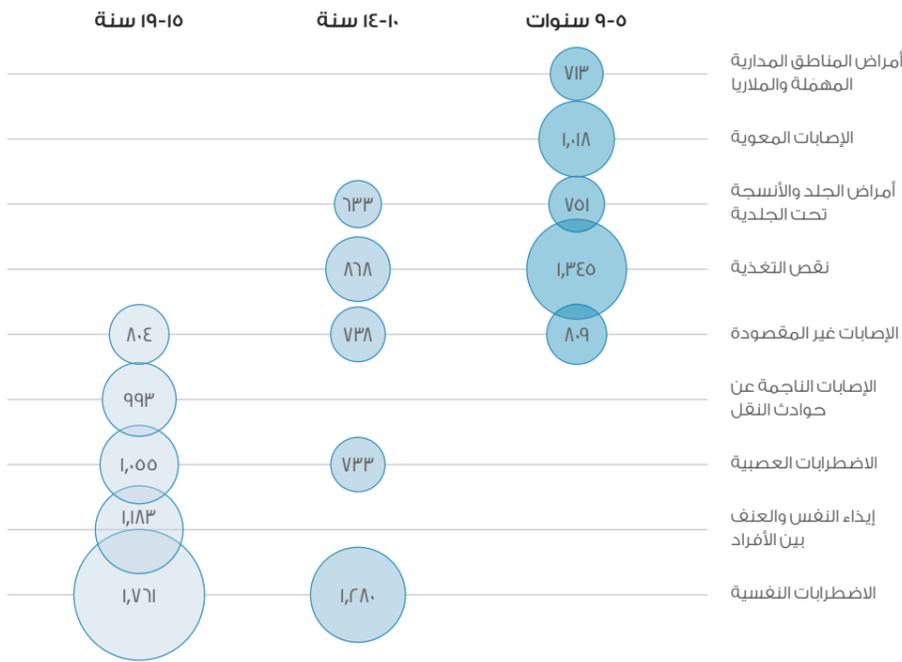
تجدر الإشارة إلى أن معظم الدول تقدم تعليمًا مجانيًا عامًا – إلزاميًا في الغالب – في المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية التي تخضع عادةً لإشراف وتوجيه السياسات الوطنية، ما يجعل التوصيات المتعلقة بالسياسات المنبثقة عن هذا التقرير قابلة للتطبيق على نطاق واسع في معظم البلدان. وبنسج الطلاب في المراحل العمرية، فإن هذه المراحل التعليمية تتضمن كذلك عددًا من مراحل التطور والفترات الانتقالية التي تتيح بدورها فرصًا مهمة لإجراء التدخلات اللازمة.

القسم الثاني: الدعوة للعمل على تحسين الاستثمار في الرعاية الصحية

بالنظر إلى أن كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية تميل لمصلحة الكبار والمسنين، فإن قطاع التعليم هو المكان الأساسي للاستثمار في الأطفال والمراهقين على مستوى معظم دول العالم؛ فالتعليم هو المعوّل عليه في تحسين صحة الأفراد والمجتمع بوجه عام. وستؤدي زيادة الاستثمار الحكومي في هذا الجانب إلى تحسين صحة الأطفال واليافعين في مرحلة البلوغ وما بعدها.

وتشير البيانات إلى أننا ننفق ما يعادل ٧,٨ تريليون دولار أمريكي على الصحة سنويًا، على الرغم من أن أوجه الإنفاق الصحي تميل لمصلحة الكبار والمسنين^{١٦}. وقد بلغ الإنفاق على الأطفال والمراهقين مَن تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٩ عامًا ما نسبته ٦,٧ إلى ٨,١ من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة في عدد من الدول مثل كوريا وهولندا وجمهورية التشيك، على الرغم من أن هذه الفئة العمرية قوامها ١٥ إلى ١٩,١ من إجمالي عدد السكان^{١٧}.

الشكل ٣: الأسباب الرئيسية لعبء المرض العالمي حسب الفئة العمرية، لعام ٢٠١٧ (معياري سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة لكل ١٠٠ ألف نسمة)



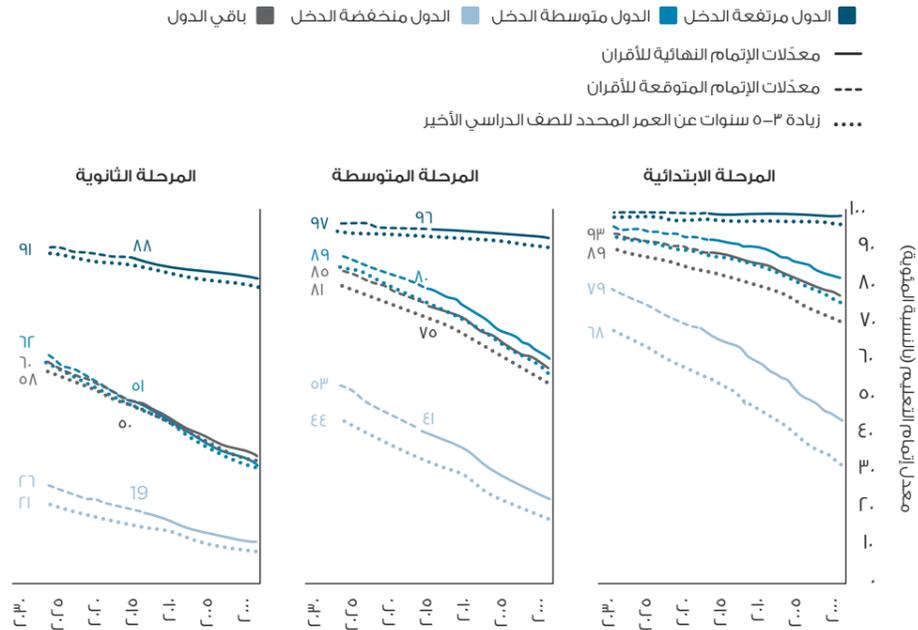
تؤدي قلة الاستثمار في الرعاية الصحية للأطفال والمراهقين إلى زيادة التكلفة التي يتكبدها المجتمع. وفي هذا السياق، تُعد أداة «سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة» من المعايير الشائعة لقياس عبء المرض ومقارنته، إذ تحتسب سنوات العمر المفقودة بفعل الوفيات المبكرة، وكذلك السنوات الصحية الضائعة بسبب اعتلال الصحة أو الإعاقة^{١٨}. ويوضح الشكل ٣ الأسباب الرئيسية لعبء المرض العالمي بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٩ عامًا.

ولا ينبغي أن يقلل ما سبق من أثر مستويات التعليم الأخرى على تعزيز الصحة؛ فالتعليم ما قبل الابتدائي دائمًا ما يحقق معدلات عالية من العوائد المتصلة بالتحصيل التعليمي علاوةً على إحرازه طائفة متنوعة من النتائج الاجتماعية^{١٩,٢٠}. وبالمثل، فهناك أدلة كثيرة يُعتد بها تربط بين إتمام التعليم الجامعي وطول العمر المصحوب بالصحة^{٢١}.

نتائج تحسين الصحة

يركز هذا التقرير في المقام الأول على دور المدارس في تحسين الرفاه والصحة البدنية والنفسية للأطفال والشباب – وفق تعريف منظمة الصحة العالمية الوارد آنفًا – أثناء دراستهم في المراحل الابتدائية والثانوية. وعلى الرغم من أهمية النظر في النهج الشامل لكافة المراحل الحياتية، لا سيّما عند دراسة المبررات الاقتصادية للاستثمار، فإن هذا النهج ليس محور تركيزنا في هذا التقرير، كما أن نطاق التقرير لا يشمل صحة المعلمين وغيرهم من الأطراف الفاعلة في البيئات المدرسية.

الشكل ٥: معدلات إتمام التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي حسب فئات دخل البلدان، من عام ٢٠٠٠ حتى ٢٠١٨، والتوقعات حتى عام ٢٠٣٠



المصدر: منظمة اليونسكو (٢٠١٩)

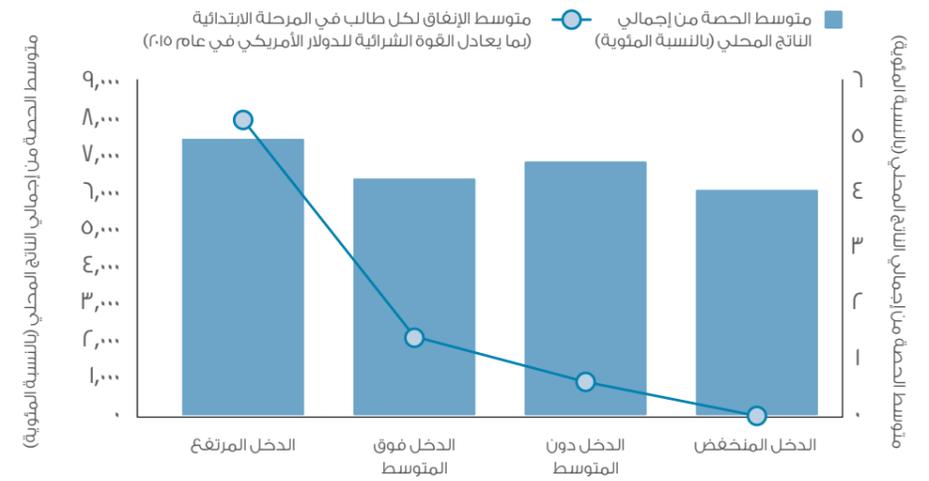
علاوة على ذلك، يقضي الأطفال كثيرًا من ساعات يقظتهم داخل المدارس؛ ففي الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية على سبيل المثال، يقضي الطلاب ما متوسطه ٧٥٩ ساعة داخل قاعات الدراسة على مدار ٨ إلى ١٠ سنوات خلال المرحلتين الابتدائية والمتوسطة. وتتراوح هذه المدة من أدنى مستوى لها في دولة المجر بواقع ٥٩٧٢ ساعة إلى أعلى مستوى بواقع ١١ ألف ساعة في أستراليا؛ على الرغم من انعدام وجود علاقة قوية فيما يبدو بين الساعات المستغرقة داخل قاعات الدراسة والمؤشرات الاقتصادية على مستوى الدولة ككل، مثل إجمالي الناتج المحلي للفرد^{٢٣،٢٢}. وهذا التواصل المطول يمنح المدارس فرصة استثنائية ومسؤولية كبيرة لتعليم أطفالنا، لكنّه في الوقت ذاته يسهم في إعدادهم ليكونوا أفرادًا منتجين في مجتمعاتهم.

يوضح الإطار (١) أدناه أهمية تحسين الروابط بين الصحة والتعليم أثناء جائحة كورونا الراهنة (كوفيد-١٩).

يبين الشكل أن أكثر الأسباب المؤدية إلى زيادة عبء المرض تتغير مع بلوغ الأطفال مرحلة المراهقة، كما أن البيئة المدرسية تتيح فرصة الكشف المبكر عن طائفة من هذه الحالات الصحية ومن ثم اتخاذ الإجراءات الملائمة لمعالجتها، لا سيّما تلك الحالات المتعلقة بالتغذية والنظافة العامة والصحة النفسية.

أما على الصعيد العالمي، فإننا ننفق قرابة ٤,٧ تريليون دولار أمريكي سنويًا على التعليم، في حين تتكفل الحكومات بنسبة ٧٩ في المائة من إجمالي الإنفاق. وعلى الرغم من أن نسبة الإنفاق العام على التعليم من إجمالي الناتج المحلي تتسق نسبيًا على مستوى فئات الدخل (بين ٤ و٥ في المائة)، فإن الإنفاق الفعلي لكل طالب في مرحلة التعليم الابتدائي يختلف اختلافًا جذريًا، إذ تنفق الدول مرتفعة الدخل ما يزيد عن ٤٠ ضعفًا مما تنفقه الدول منخفضة الدخل (انظر الشكل ٤ أدناه)^{٢٤}.

الشكل ٤: الإنفاق العام على التعليم حسب فئات دخل البلدان



اليونسكو (٢٠١٩)

ملاحظة: البيانات تعود إلى عام ٢٠١٧ أو السنة الأحدث في حالة عدم توافر الأرقام لعام ٢٠١٧.

كما ينعكس التفاوت في التمويل في معدلات إتمام التعليم، ويوضح الشكل ٥ زيادة الاختلاف بين الشرائح الاقتصادية الخمسية على جميع المستويات، مع وجود نسبة تقارب ٣٠ في المائة من الأطفال الفقراء ممن تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٤ عامًا لم يلتحقوا بالتعليم المدرسي على الإطلاق^{٢٥}.

الإطار (1): جائحة كورونا الراهنة وتأثير إغلاق المدارس على صحة الأطفال

أجبرت جائحة كورونا الراهنة في أوجها ما يربو على مليار ونصف طالب وطالبة من الأطفال والمراهقين على ترك مدارسهم، ما شكّل بدوره أزمة عامة غير مسبوقه. صحيح أن هناك جدل كبير حول مدى فعالية إغلاق المدارس في مواجهة هذه الجائحة العالمية – معظمه يستند إلى أدلة محدودة – وكذلك حول أفضل السبل لإعادة فتح المدارس أمام الطلاب، إلا أن هذا الإغلاق يضر يقيناً بصحة الشباب الصغار ورفاههم

وعلى الرغم من استمرار ورود الأدلة حتى لحظة طباعة هذا التقرير، فإن إغلاق المدارس يؤثر على صحة الأطفال بطرق شتى، من بينها:

- **القلق والاكتئاب وضغوط الصحة النفسية:** رغم قلة الأدلة المتاحة على الآثار المحتملة لإغلاق المدارس على الصحة النفسية على المدى البعيد، فثمة أدلة على وجود ضائقة نفسية تلمّ بالطلاب على المدى القصير، لا سيّما عند المراهقين ممن يمرون بمراحل انتقالية مختلفة في حياتهم. وقد تسبب إلغاء الامتحانات النهائية وحفلات التخرج والتدريب العملي لطلاب المرحلة الثانوية في زيادة حدة القلق بين هذه الفئة العمرية. كما أن التباعد الاجتماعي يؤدي أيضاً إلى الشعور بالغزلة الاجتماعية بين الأطفال من جميع الأعمار، وخاصةً على مستوى الأسر التي يعمل معيّلها بدوام كامل.
- **الخدمات الصحية المقدمة في المدارس:** من المحتمل ألا يكون هناك مزود خدمات بديل للأطفال الذين يتلقون الخدمات الصحية في المدارس؛ علمًا بأن بعض خدمات الصحة النفسية – بما في ذلك جلسات إسداء المشورة المباشرة وعلى مستوى مجموعات الأقران – قد تم إلغاؤها، إضافة إلى عدم إمكانية عقد هذه الجلسات بصورة دائمة عبر الإنترنت أو من خلال الهاتف.
- **التغذية المقدمة من المدارس:** يعتمد ملايين الأطفال على الوجبات المدرسية المجانية أو المدعومة في الحصول على التغذية الكافية، وبدون هذه الوجبات سيتعرض الكثيرون لخطر الجوع، وقد يتعذر على بعض الأطفال الحصول على الأطعمة المغذية. وإذا أضفنا إلى ذلك تدني مستويات النشاط البدني أثناء مرحلة الإغلاق، فإن هذا قد يؤدي إلى تزايد خطر الإصابة بالسمنة.
- **الخدمات المقدمة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة:** قد يؤدي إيقاف جلسات علاج التخاطب، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وغيرها من الأنشطة التعليمية المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، إلى تفاقم المشكلات السلوكية وزيادة التوتر وعرقلة التقدم المحرز في تطوير المهارات الأساسية لهؤلاء الأطفال.
- **خدمات المياه والمرافق الصحية والنظافة العامة:** يتعرض الأطفال المحرومين في منازلهم من خدمات الصرف الصحي لقدر أكبر من مخاطر الإصابة بالأمراض المعدية واعتلال الصحة، لا سيما الأطفال الذين يقطنون مساكن مزدحمة أو عديمي المأوى.

- **سوء المعاملة:** يؤدي إغلاق المدارس والحظر المطبق إلى زيادة مخاطر إساءة معاملة الأطفال. ومن الممكن أن تؤدي الضغوط النفسية الهائلة إلى ارتفاع مستويات تعاطي المواد المخدرة والعنف المنزلي. وكذلك تقل فرص الأطفال في التواصل مع البالغين الداعمين لهم خارج منازلهم، أو الأشخاص القادرين على رصد مؤشرات الخطر. ففي العديد من الدول، تؤدي المدارس دوراً هاماً في حماية الأطفال. وخلال الإغلاق الذي صاحب جائحة كورونا، كافحت العديد من جهات تقديم خدمات حماية الأطفال للحفاظ على مستويات الخدمة التي تقدمها.

- **مخاطر البيئة الرقمية:** بعد أن لجأت مدارس كثيرة للتعليم عبر الإنترنت، ولو بصورة جزئية على الأقل، صار الأطفال يقضون وقتاً أطول على الإنترنت، وربما كان ذلك دون إشراف ولي الأمر، ما يعرضهم بدوره للتنمر الإلكتروني على يد غيرهم من الأطفال، بل وربما تعرضوا لسلوكيات مسيئة من البالغين.

وهنا نشير إلى أننا سنستغرق بعض الوقت للإحاطة بالآثار الكلية التي خلفها الإغلاق الشامل للمدارس بفعل جائحة كورونا الراهنة.

المصادر: OECD، ٢٠٢٠؛ UNESCO، ٢٠٢٠؛ Lee، ٢٠٢٠؛ Viner et al، ٢٠٢٠؛ مايو، ٢٠٢٠؛ ٢٧؛ Ghosh et al، ٢٠٢٠؛ Viner et al، ٢٠٢٠؛ ٣ أغسطس ٢٠٢٠

مبررات الاستثمار في الصحة والتعليم

الجدول ١: المراحل الأساسية في نمو الأطفال والمراهقين

المرحلة (الفترة)	الأهمية الإنمائية	أمثلة لإجراءات التدخل
النمو والتكامل في مرحلة الطفولة المتوسطة (من ٥ إلى ٩ سنوات)	النمو الثابت للجسم مع تطور وظائف الدماغ الحسية والحركية؛ خطر الوفاة غير هيئ؛ يمكن حدوث النمو التعويضي	مكافحة العدوى، والحفاظ على جودة النظام الغذائي، وتعزيز الرفاه والسلوكيات الصحية
المراهقة المبكرة (من ١٠ إلى ١٤ سنة)	النمو البدني السريع، وسرعة النمو بمعذلات لم تحدث منذ عمر سنتين، والنمو السريع لمراكز التطور العاطفي؛ وهذه هي المرحلة الرئيسة للنمو التعويضي العلاجي	أمثلة التدخلات أعلاه بدرجات متفاوتة حسب العمر، إضافة إلى التطعيم، وممارسة التمارين البدنية المنظمة، وتعزيز التطور الوجداني الصحي
المراهقة المتأخرة (من ١٥ إلى ١٩ سنة)	تكامل النمو البدني والروابط الدماغية؛ وتعزيز سلوك المخاطرة المرتبط بالتطور الاجتماعي الوجداني؛ كما تُعد هذه المرحلة الأخيرة للنمو العلاجي المتعلقة بزيادة الطول	زيادة التركيز على الصحة الإنجابية، وتقديم الحوافز للبقاء في المدرسة، والحماية من المجازفة المفرطة، والكشف المبكر عن مشكلات الصحة النفسية

المصدر: مقتبس من بوندي وآخرون (٢٠١٨) *

ثمة التزام كبير على مستوى الدول بالاستثمار في صحة وتعليم أطفالنا وشبابنا، بل وهناك إقرار متزايد بأهمية الثمانية آلاف يوم التي تعقب الولادة والتي يكبر خلالها الأطفال ليصيروا أفرادًا منتجين وآباء وأمهات المستقبل. وقد شهدت الآونة الأخيرة تركيزًا قويًا على الألف يوم الأولى عقب ولادة الطفل باعتبارها فرصة أساسية لإجراء التدخلات اللازمة والاستثمار الصحيح^{٢٩}. وعلى الرغم من أهمية هذه الفترة في نمو الأطفال، فلا بد لصانعي السياسات والحكومات المبادرة إلى الاستثمار في إجراء التدخلات الضرورية في السبعة آلاف يوم المتبقية لمواصلة الزخم الإنمائي خلال أول عقدين في الحياة^{٣٢، ٣٣} (انظر تقرير الاستثمار في الصحة «ويش»^{٢٠١٦} لمزيد من المعلومات). ويوضح الجدول ١ مراحل النمو الأساسية خلال تلك المراحل العمرية، بالإضافة إلى عرض أمثلة على التدخلات المدرسية المتخذة لتحسين صحة الأطفال والمراهقين في كل مرحلة.

العوائد على المدى القصير

يمرّ الأطفال والمراهقون خلال المراحل الابتدائية والثانوية بطائفة من تطورات النمو وتغييراته بحيث يمكن للتعليم خلالها تحقيق أعظم الأثر في تعزيز صحتهم، وذلك على المدى القصير في مرحلة الطفولة والمراهقة، والمدى الطويل متمثلًا في صحتهم المستقبلية أثناء مرحلة البلوغ.

كما أن التعليم يعين الطلاب على تطوير مهاراتهم الإدراكية واكتساب الأدوات التي تمكّنهم من اتخاذ القرارات المدروسة^{٣٤، ٣٥}. وتبادر المدارس إلى تقديم المعرفة الصحية بصورة مباشرة وتعمل على زيادة تعزيز السلوكيات الصحية وتجنب السلوكيات المحفوفة بالمخاطر أو غير الصحية^{٣٦، ٣٧} (انظر تقرير «ويش» حول الصحة النفسية الرقمية للاطلاع على مزيد من دراسات الحالات). وبمقدور المدارس أيضًا التدخل لمعالجة مشكلات المخاطر الأساسية، كتعاطي المواد المخدرة والاكْتئاب والصحة الجنسية والإنجابية^{٣٨، ٣٩}. ويرتبط الانتظام في الدراسة بتحسين الصحة خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة في البلدان ذات الدخل المرتفع والمنخفض على حدٍ سواء، وخاصةً الجوانب المتعلقة بالصحة النفسية وتعاطي الكحول والصحة الجنسية؛ وتتعاظم هذه الميزة إذا أضفنا إليها المرحلة الثانوية بدلًا من الاقتصار على المرحلة الابتدائية فحسب^{٤٠}.

يكتسب الطلاب أيضًا مجموعة من المهارات الاجتماعية الوجدانية، من بينها التنظيم الذاتي والقدرة على التكيف والمهارات المدنية والمهارات الاجتماعية بوجه عام؛ وهذه المهارات تعين الشباب بدورها على اتخاذ القرارات الصحية واتباع أساليب حياة صحية^{٤١، ٤٢}. كما تتيح البيئة المدرسية للطلاب الوصول إلى مختلف شبكات الدعم الاجتماعي، بل والأهم بالنسبة للفتيات والشابات الصغيرات أنها تقلل من ظاهرة الزواج المبكر والحمل في سن المراهقة^{٤٣، ٤٤}. وقد وردت أدلة على أن البقاء في المدارس يسهم في الحد من التواصل الاجتماعي مع دائرة المعارف الأكبر سنًا، ويرتبط ذلك بدوره بالمساعدة في تقليل مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية^{٤٥}.

أما على الصعيد العالمي – وبخاصةً في البلدان منخفضة الدخل – فغالبًا ما يُستعان بالمدارس بوصفها بيئات مواتية لإجراء التدخلات الصحية، كتقديم التغذية المدرسية وتنفيذ برامج التخلص من الديدان، بما يحقق العديد من الفوائد الصحية المباشرة والدائمة^{٤٦، ٤٧}.

كذلك ترتبط الصحة الجيدة بتحسين أداء الطلاب وتحصيلهم على مستوى المدارس؛ ذلك أن اعتلال الصحة البدنية يمكن أن يؤدي مباشرةً إلى انخفاض معدلات الحضور أو التسرّب من الدراسة، في حين يحقق الطلاب الأصح بدنيًا معدلات تحصيل أعلى^{٤٨، ٤٩}. وبوجه أعمّ، هناك أدلة على أن رفاه الطلاب وتمتعهم بالصحة الاجتماعية والوجدانية يسهمان في تعزيز تحصيلهم الدراسي؛ إذ يرتبط تعلم المهارات الاجتماعية والوجدانية وتعزيز الصحة النفسية في المدارس بتحسين الصحة والأداء التعليمي^{٥٠}.

العوائد على المدى البعيد

يؤدي الاستثمار في مرحلتي الطفولة والمراهقة إلى تعزيز الصحة وزيادة رأس المال البشري وتحقيق المكاسب الاجتماعية والاقتصادية على مدار الحياة بطرق شتى، من بينها تحسين القدرات الإدراكية واتخاذ الخيارات الصحية وزيادة معدلات العمر وتعميم إنتاجية القوى العاملة^{٥١}.

وتبعًا لذلك، يعيش الأفراد المتعلمون حياةً أطول ويجرزون نتائج صحية أفضل في المجمل، لا سيّما ما يتعلق منها بتقليل معدّل الوفيات وتحسين الصحة النفسية والصحة المقدرة ذاتيًا والحدّ من السمّة^{٥٢، ٥٣}. وقد أشارت مجموعة من الدراسات في هولندا أن المكاسب المالية التي يحققها الأفراد من التعليم تصل إلى نحو ١،٣ إلى ٥،٨ في المائة سنويًا^{٥٤}، بل إن الفوائد أكثر بكثير بالنسبة للمرأة؛ إذ تشير التقديرات إلى أن زيادة مشاركة المرأة في التعليم قد أدت إلى تقليل معدّل وفيات الأطفال عالميًا بنحو ٥٠ في المائة منذ عام ١٩٧٠^{٥٥}. وعلى النقيض من ذلك، يرتبط تدني التحصيل التعليمي ارتباطًا مباشرًا باعتلال الصحة؛ إذ تُقدّر إحدى الدراسات أن غياب التعليم يسهم مباشرةً في نسبة ٩ في المائة من الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية^{٥٦}.

كما يضطلع التعليم بدورٍ مهم في التقدم الاجتماعي والاقتصادي، وتؤثر صحة المراهقين – مقترنةً بالتحصيل التعليمي – في مدى نجاح الأفراد في الالتحاق بسوق العمل عقب مغادرتهم المدارس^{٥٥}، فيما تسهم الصحة النفسية وأدوات الرفاه المكتسبة في البيئة المدرسية – كالمرونة والعمل الجماعي – في المشاركة الفاعلة في القوة العاملة، ذلك أن العمال الأصحاء يحققون قدرًا أكبر من الإنتاجية بطبيعة الحال^{٥٦، ٥٧}.

ويحقق التعليم أيضًا منفعة عظيمة للمجتمع من خلال زيادة احترام الأفراد لذاتهم وتعزيز المهارات الاجتماعية والمشاركة المدنية وتقليل احتمالية ارتكاب الجرائم^{٦١، ٦٢}. ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، يفضي إتمام المرحلة الثانوية إلى تحقيق وفورات تُقدّر بنحو ١٦٣٨ إلى ٢٩٦٧ دولارًا أمريكيًا لكل طالب سنويًا من الوفورات المرتبطة بانخفاض معدّل الجريمة^{٦٣}. وخلصت دراسة أخرى أجريت في إنجلترا وويلز إلى أن الزيادة لمدة عام واحد في متوسط مستويات التعليم قد ساعد في تقليل جرائم التعدي على الممتلكات بواقع ٢٠ إلى ٣٠ في المائة، وتقليل جرائم العنف بنسبة تصل إلى ٥٠ في المائة^{٦٤}. وبوجه أعمّ، ثبت أن الارتقاء بالسلوكيات المدنية في المدارس قد أسهم في رفع مستويات الثقة داخل المجتمع والتي ارتبطت بدورها بزيادة معدلات النمو الاقتصادي واستقرار الاقتصاد الكلي^{٦٤}.

التحديات القائمة

على الرغم من أوجه التكامل المبيّنة أعلاه بين التعليم والصحة، لم تبادر معظم الحكومات إلى دمج أنشطة الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في النظم المدرسية بصورة ناجحة؛ بل وتواصل هذه الحكومات إدارة ميزانيات وسياسات الصحة والتعليم بمعزلٍ عن بعضها، وغالبًا ما تخشى أن يؤدي إثقال كاهل المدارس بمسؤولية الرعاية الصحية إلى تقويض مهمة التعليم الأساسية، وذلك على خلاف بعض القرائن الواضحة^{٦٥}. ومع ما سبق، نفتقر إلى الأدلة التي تبرهن على نجاعة ومردودية هذه التدخلات المتكاملة التي تستهدف الأطفال والمراهقين. وثمة أسباب عدّة لذلك، منها تنوع البرامج والسياقات المختلفة لكل بلد على حدة وصعوبة مراقبة التدخلات المتصلة بتغيير السلوك (وهو أمر جوهري لهذه الفئة العمرية) إلى جانب محدودية المتابعة على المدى البعيد^{٦٦}.

راجع تقرير الاستثمار في الصحة WISH ٢٠١٦، الصفحة ١٠.

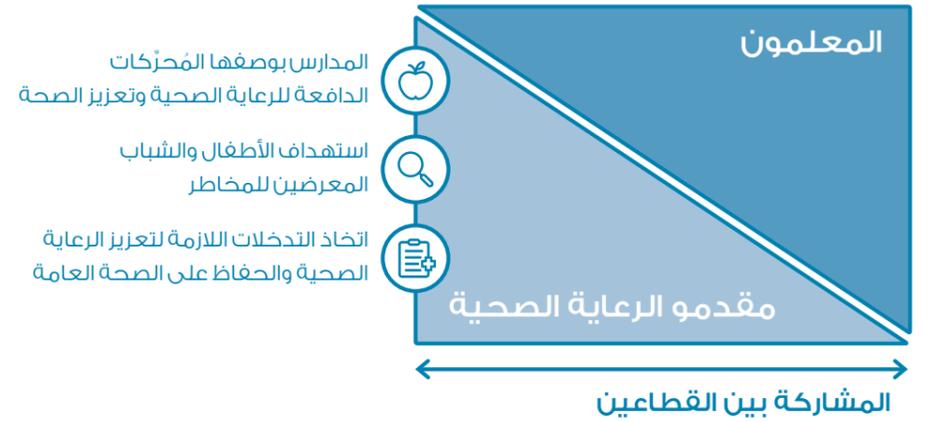
انظر WISH ٢٠٢٠ Mental Health and Digital Technologies Report، صفحة ٢١.

انظر WISH ٢٠٢٠ Mental Health and Digital Technologies Report، صفحة ٢١.

القسم الثالث: الفرص القائمة لدمج الرعاية الصحية في التعليم

يتزايد الإقرار العالمي بالدور البارز الذي تستطيع المدارس بذله في تعزيز صحة ورفاه الأطفال والشباب، وهذا بدوره سيسهم في تحسين النتائج الصحية، كما سيزيد من النتائج التعليمية والفوائد الاجتماعية والاقتصادية في نهاية المطاف. واستناداً إلى الأدلة المتاحة، نرى وجود فرص ثلاث لدمج أنشطة الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في النظم التعليمية في المرحلتين الابتدائية والثانوية، وذلك على النحو المبين في الشكل ٦ أدناه.

الشكل ٦: الفرص القائمة لاتخاذ الإجراءات اللازمة على



لا بد إذن من التنسيق الوثيق بين قطاعي الصحة والتعليم لضمان نجاعة تنفيذ هذه الإجراءات، بصرف النظر عن تفاوت مستوى المشاركة المباشرة للمعلمين ومقدمي الرعاية الصحية. وستتناول في هذا القسم الفرص القائمة لإحداث التأثير المنشود في كل مجال من هذه المجالات، وسنسلط الضوء على الحلول الممكنة وأفضل الممارسات لتعزيز الفوائد الصحية المقدمة للأطفال والشباب، ويعرض التقرير دراسات حالات مبتكرة.

المستوى الأول: المدارس بوصفها المُحرِّكات الدافعة للرعاية الصحية وتعزيز الصحة

يُشار إلى التعليم في الغالب على أنه «تحصين اجتماعي» يرمي إلى الوقاية من طائفة من المشكلات الصحية. وعلى ذلك، تسهم المدارس في تزويد الأطفال بالمهارات الاجتماعية والنفسية ومهارات التفكير العليا، وكلها مرتبطة بتحسين مستوى الصحة،^{٦٧، ٦٨} علاوةً على إمام الأطفال بالسلوكيات الصحية بصورة مباشرة؛ رغم أن الأدلة توحي بأن الآثار الصحية الناجمة عن هذا التعليم تنحصر في كونها قليلة إلى متوسطة^{٦٩}.

وفي إطار السعي الجاد لإدماج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في النظم التعليمية، يتعين على تلك النظم اتباع النهج الشامل على مستوى المدرسة بأكملها. وقد دعمت منظمات الصحة العالمية واليونسكو هذا النهج على مدار عقود، وحددتا ست ركائز أساسية للمدارس المعززة للصحة^{٧٠}:

- سياسات الصحة المدرسية
- المحيط المادي للمدارس الصحية
- المحيط الاجتماعي للمدارس الصحية
- المهارات الصحية والتعليمية (المناهج الرسمية وغير الرسمية)
- العلاقات القائمة مع أولياء الأمور والمجتمع المدرسي
- الحصول على الخدمات الصحية (المدرسية).

وقد أحرزت دول كثيرة تقدماً في دعم المدارس المعززة للصحة؛ ففي اليابان على سبيل المثال، تتبنى وزارة التعليم والثقافة والرياضة والعلوم والتكنولوجيا نهجاً شاملاً للتعليم يعزز ثلاث ركائز من «القدرات الحياتية» ممثلة في: القدرات الأكاديمية القوية، والعقل الثري بالمعرفة، والجسم السليم^{٧١}. أما تايوان فلديها سياسة وطنية تلزم جميع المدارس بالعمل على تعزيز الصحة^{٧٢}. وفي هونغ كونج، يمنح مركز جامعة هونغ كونج الصينية للتحقيق الصحي وتعزيز الصحة «جائزة المدارس الصحية» على مستوى المدينة للمدارس التي تلتزم بمجموعة من المؤشرات الواردة في الركائز الست للمدارس المعززة للصحة^{٧٣}. أما القانون السويدي فينص على ضرورة قيام المدارس بدمج برامج الرعاية الصحية ضمن نضجها التعليمية، غير أنه لم يورد معايير أو إرشادات محددة لهذا الدمج^{٧٤}.

ومع ذلك، لم تنجح دول كثيرة في التنفيذ المنهجي لهذه المبادئ على المستوى الوطني أو دون الوطني^{٧٥}. ولمعالجة هذه المشكلة، تعتزم منظمات الصحة العالمية واليونسكو نشر المعايير العالمية للمدارس المعززة للصحة في مطلع عام ٢٠٢١، إذ تقوم هذه المعايير على أعمال سابقة تتناول اعتماد نهج المدارس المعززة للصحة ومبادرة تركيز الموارد على الصحة المدرسية الفعالة لرفع مستوى الجودة والمساواة في التعليم. وستوفر المعايير إطاراً واضحاً لقطاعي الصحة والتعليم حتى يتمكن من تنفيذ نهج المدارس المعززة للصحة بصورة ناجحة. وستطرح المنظمتان إرشادتهما على مستوى السياسات الوطنية والإقليمية، بالإضافة إلى دعم تنفيذ سياسات الصحة والسلامة على مستوى المدارس، من خلال كل من السمات الرئيسية الست للمدارس المعززة للصحة.

تسلط **دراسات الحالات ١ و ٢** الضوء على نهجين لتعزيز الصحة والرفاه على مستوى المدارس في كل من الهند^{٧٦، ٧٧} والأردن^{٧٨}.



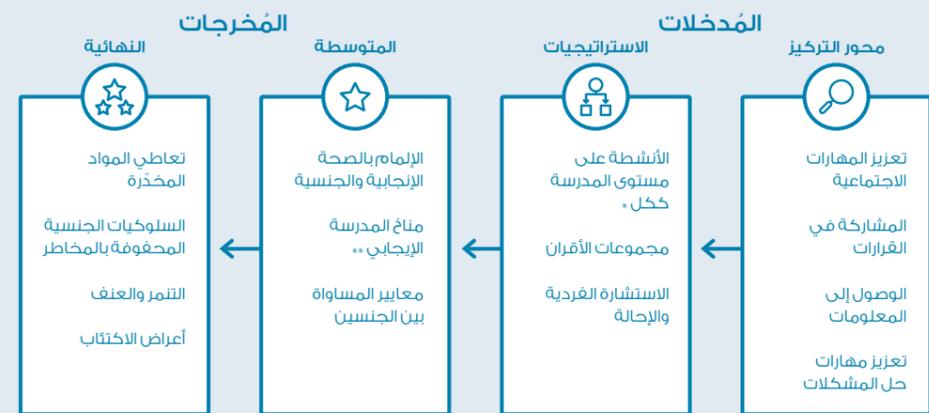
دراسة الحالة ٢: تعزيز قاعدة الأدلة بشأن التدخلات المدرسية لتعزيز صحة المراهقين (برنامج SEHER) (الهند)

يتسم برنامج SEHER (وتعني «الفجر» في اللغة الهندية) لتعزيز الصحة المدرسية بتعدد عناصره واستهدافه طلاب المدارس الثانوية بولاية بهار في شمال الهند، وجاء وضع هذا البرنامج وتنفيذه بالتعاون بين مكتب وزارة التعليم بالولاية، وكلية لندن لعلوم الصحة والطب الاستوائي، ومنظمة سانجاث الأهلية.

طُرح هذا البرنامج في إطار تجربة موجهة باستخدام عينات عشوائية شملت ثلاث مجموعات، وهي: مجموعة مرجعية لا تخضع لأي تدخلات، ومجموعة قُدِّم فيها البرنامج على يد استشاري محلي، ثم مجموعة قُدِّم فيها البرنامج على يد معلم داخل البيئة المدرسية. وبعد مرور عامين، أبدى الطلاب الذين شاركوا في البرنامج الذي قدمه الاستشاري المحلي تحسناً إيجابياً على مستوى البيئة المدرسية والتغلب على الاكتئاب والتنمر والسلوكيات تجاه المساواة بين الجنسين والوقوع ضحية للعنف وممارسة العنف. ولم تتحقق هذه النتائج عندما تولى البرنامج معلمون فاعليون، وهذا يُعد مؤشراً على ضرورة الالتفات لهذا الأمر عند مواءمة البرنامج أو توسيع نطاقه (انظر تقرير «ويش» ٢٠١٩ حول تعزيز رفاه الشباب عبر الصحة والتعليم لمزيد من المعلومات عن دراسة الحالة هذه).

يقدم الشكل ٧ نظرة عامة على إطار عمل برنامج SEHER، تتضمن محاوره الأساسية، واستراتيجيات تقديم المحتوى، وأهداف البرنامج النهائية.

الشكل ٨: إطار عمل برنامج SEHER



* أنشطة بناء الوعي وإعداد مجالات الحائط وتنظيم المسابقات وصناديق الاقتراحات وتشكيل لجنة تعزيز الصحة المدرسية وصوغ السياسات الصحية

** يتضمن تحسين المناخ المدرسي تعزيز العلاقات بين المجتمع المدرسي، وزيادة الشعور بالانتماء إلى المدرسة، والالتزام بالقيم التربوية الإيجابية، وتعزيز المشاركة في الأنشطة المدرسية.

در: شيندي وآخرون (٢٠١٧) ٧٩



دراسة الحالة ٣: برنامج نشاطاتي (الأردن)

أطلقت وزارة التربية والتعليم الأردنية في عام ٢٠١٧، بالشراكة مع منظمة اليونيسف وهيئة أجيال السلام، برنامج نشاطاتي الذي يستهدف مشاركة الطلاب في أنشطة ما بعد انتهاء اليوم المدرسي بغية تحسين النتائج التعليمية والصحية عبر بناء الكفاءة وبنث الثقة وتكوين الشخصية المستقلة عند الشباب. ويستهدف البرنامج الشرائح الضعيفة من الطلاب ويعتمد منهجاً مرناً يتضمن مجموعة من الأنشطة، تتنوع ما بين الألعاب الرياضية وحتى كتابة القصص والألعاب، ويستهدف تحسين أربعة مجالات من مجالات المهارات (كما هو موضح في الشكل ٨ أدناه).

وكشف الإطلاق التجريبي للبرنامج - الذي شارك فيه ١٠ آلاف طالب وطالبة من ١٠٠ مدرسة - عن تحسن أداء المشاركين في التدابير الخاصة بتعزيز الثقة وحل النزاعات. ونتيجة لذلك، تضاعفت المشاركة في السنة الثانية للبرنامج، فعزمت جميع مدارس المملكة البالغ عددها ٣٥٠٠ مدرسة حكومية على تطبيق البرنامج في العام الدراسي ٢٠١٩-٢٠٢٠. وكذلك تنطوي الخطة الاستراتيجية الحكومية للتعليم على تخصيص ٢٠ في المائة من أوقات دراسة الطلاب للأنشطة اللامنهجية وأنشطة ما بعد الدوام الرسمي، هذا بالإضافة إلى تقديم الدعم في مجال السياسات لبرنامج نشاطاتي وما يشابهه من برامج. (راجع تقرير WISE لعام ٢٠١٩ بعنوان تعزيز رفاهية الشباب من خلال الصحة والتعليم لمزيد من المعلومات حول دراسة الحالة هذه).

الشكل ٨: مجالات المهارات الأربعة المستهدفة في برنامج نشاطاتي



المصدر: مكتب اليونيسف في الأردن (٢٠١٩) ٨٠

المستوى الثاني: استهداف الأطفال والشباب المعرضين للمخاطر

يقضي الأطفال قرابة ثلث ساعات يقضتهم في المدارس، وهذا يمنح المعلمين فرصة فريدة للتعرف على الأطفال الذين قد يحتاجون إلى خدمات إضافية بسبب حالتهم الصحية، أو بفعل العوامل التي تعرضهم لمخاطر اعتلال الصحة أو اكتساب سلوكيات غير مرغوب فيها في المستقبل، وينطبق هذا الأمر بوجه خاص على الفئات الضعيفة من الأطفال أو المحرومين اقتصاديًا ممن قد لا تتسنى لهم فرص الحصول على الخدمات الصحية بانتظام^{٨١}. وهناك حالات صحية كثيرة يمكن معالجتها أو الوقاية منها على نحو أفضل حال الكشف المبكر عنها، منها على سبيل المثال مرض السكري واضطراب التناسق النمائي وغمس القراءة والسمنة. كما تشير البيانات إلى أنه من بين كل خمسة أطفال يلتحقون بالمدارس الابتدائية، هناك طفل منهم يعاني من ضعف النمو. وبعيدًا عن توفير الخدمات الصحية، يستطيع المعلمون إرشاد هؤلاء الطلاب إلى المصادر المناسبة؛ فعلى سبيل المثال، يمكن تحويل الطلاب الذين يصعب عليهم رؤية لوحة الدروس لإجراء اختبارات النظر. وفي تشيلي، تدير وزارة التعليم برنامج خدمات طبية في المدارس لعلاج مشكلات البصر والسمع والعمود الفقري التي قد تعيق قدرة الطلاب على التعلم، فيحيل المعلمون الطلاب إلى برامج الفحص الأولي، ثم يُحال الطلاب بدورهم إلى متخصصين للعلاج إذا لزم الأمر^{٨٢}.

كذلك تتوافر للمعلمين فرصة تحديد الطلاب المعرضين لمخاطر الاعتلال النفسي أو الذين يعانون منه فعليًا؛ فعلى سبيل المثال، قد تُمثل إثارة المشكلات أو إساءة السلوك داخل قاعات الدراسة أو التغيب عن المدرسة مؤشرات على اعتلال الصحة النفسية، ويسهل على المعلمين التعرف على هؤلاء الطلاب والتوصية بحاجتهم لمزيد من الفحص^{٨٣}.

وهناك أكثر من ٣٨٦ مليون طالب وطالبة يتلقون وجبات مدرسية يوميًا في جميع الدول تقريبًا، ويلزم أن تستوفي هذه الوجبات الحد الأدنى من المعايير الغذائية. وفي حين تلتزم بعض الدول بتقديم هذه الوجبات لجميع الطلاب، تنتقي بعض الدول من تقدم لهم هذه الوجبات اعتمادًا على الوضع المالي للأسرة. تجدر الإشارة إلى أن هذه البرامج توفر التغذية الأساسية تحديدًا للشرائح الضعيفة من الأطفال والشباب^{٨٤}.

تصف **دراسة الحالة ٣** برنامجًا أستراليًا يحدد بصورة ناجحة الطلاب الذين يحتاجون إلى دعم إضافي ويحيلهم إلى الخدمات المخصصة^{٨٥، ٨٦}.



دراسة الحالة ٤: الاستبيان الصحي للطلاب الجُدد (SEHQ) – (أستراليا)

طُرِح هذا الاستبيان في عام ١٩٩٧ في إطار برنامج الرعاية الصحية لطلاب المدارس الابتدائية في ولاية فيكتوريا بأستراليا، وكان يتولى استيفاء هذا الاستبيان أولياء الأمور أو مقدمو الرعاية سنويًا عند إلحاق أطفالهم بالمرحلة الابتدائية (عند بلوغهم ٥ إلى ٦ سنوات تقريبًا). ويتيح هذا الاستبيان لأولياء الأمور تسجيل المعلومات والمخاوف التي تساورهم إزاء صحة أطفالهم ورفاههم في ضوء مجموعة من النقاط، منها:

- الصحة العامة
- التخاطب واللغة
- الاستفادة من الخدمات
- مشكلات النمو والسلوك
- الصحة النفسية والرفاه
- الضغوط الأسرية.

وعقب ذلك يتولى فريق التمريض المدرسي مراجعة هذه المعلومات لتحديد الأطفال الذين هم بحاجة إلى تقديم الخدمات في المجالات المذكورة أعلاه؛ فعلى سبيل المثال، يخضع الأطفال المعرضون للمخاطر لمزيد من فحوصات تشخيص مشكلات النمو. ونظرًا لتوزيع هذا الاستبيان على مستوى الولاية، فقد أنشأ المسؤولون قاعدة بيانات شاملة عن الحالة الصحية للأطفال ورفاههم. وفي عام ٢٠١٨، على سبيل المثال، شارك في هذا الاستبيان ٦٣ ألف شخص، يمثلون ٨٧ في المائة من الأطفال الملتحقين بالصف الأول الابتدائي.

دراسة الحالة ٤: خدمات الإرشاد النفسي والصحة النفسية المقدمة من مؤسسة Place2Be (المملكة المتحدة)



تُعد Place2Be مؤسسة خيرية مسجلة رسميًا بالمملكة المتحدة، وتُعنى بتقديم خدمات الإرشاد النفسي والصحة النفسية في أكثر من ٦٠٠ مدرسة منتشرة في جميع أنحاء المملكة. وتلجأ المؤسسة إلى إجراءات التدخل المبكر للوقوف على مشكلات الصحة النفسية قبل تفاقمها، كما توفر لكل مدرسة مشاركة أخصائي صحة نفسية من فريق Place2Be، حيث يستخدم أعضاء الفريق أساليب علاجية قائمة على الأدلة لتزويد الأطفال بالمهارات اللازمة للتغلب على التحديات التي يواجهونها في حياتهم اليومية، ومن الخدمات الأخرى التي تقدمها مؤسسة Place2Be عقد جلسات استشارية فردية وجلسات جماعية وتدريب العاملين بالمدارس وإسداء المشورة لأولياء الأمور.

وفي عام ٢٠١٩، استفاد أكثر من ٣٠٠٠ طالب وطالبة من خدمات الاستشارات الفردية التي تقدمها المؤسسة، وأكثر هؤلاء المستفيدين من أبناء الفئات المحرومة؛ فعلى سبيل المثال، يتلقى ٤٥ في المائة منهم وجبات مدرسية مجانية، فيما يعاني ٢٨ في المائة منهم من احتياجات خاصة.

وقد أشار أحد التقييمات المستقلة أن العائد من استثمار جنيه إسترليني واحد في خدمة الإرشاد النفسي يبلغ ٦.٢٠ جنيه إسترليني. وبالإضافة إلى ذلك، كشف الاستقصاء الذي أجري بغرض المتابعة مع المعلمين وأولياء الأمور الذين استفاد طلابهم وأبنائهم من تلك الخدمة، عما يلي:

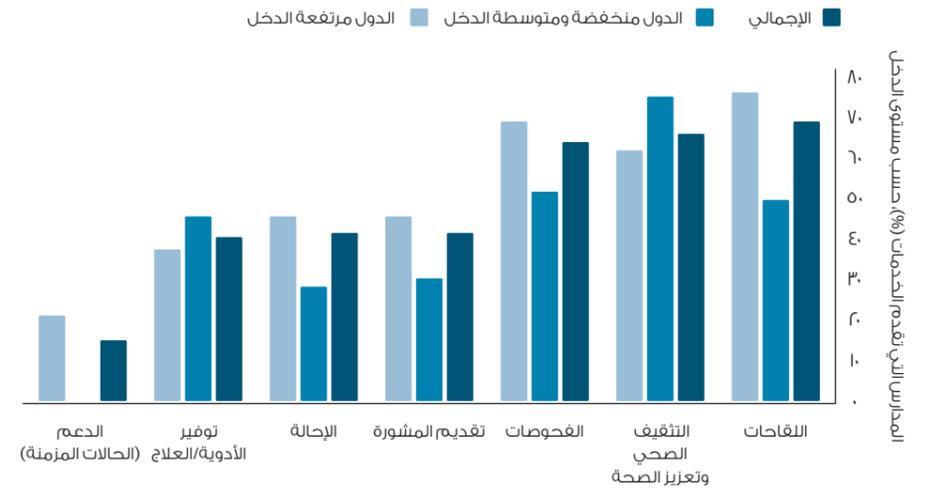
- أبدى ٨٠ في المائة من الأطفال الأكثر احتياجًا تحسنًا في مستوى رفاههم
- أبدى ٧٥ في المائة تحسنًا مع أصدقائهم
- أبدى ٧٤ في المائة تحسنًا في المنزل
- تضاءلت مشكلات ٦٨ في المائة داخل قاعات الدراسة
- وجد ٦٢ في المائة أن الصعوبات التي كانوا يواجهونها أصبح لها تأثير أقل على قدراتهم في التعلّم

راجع تقرير القلق والاكئاب WISH ٢٠١٨، صفحة ١٥.

المستوى الثالث: اتخاذ التدخلات اللازمة لتحسين الرعاية الصحية والحفاظ على الصحة العامة

نظرًا لأن غالبية الأطفال في المرحلتين الابتدائية والثانوية ينتظمون في مدارسهم بالفعل، فإن مثل هذه البيئة المدرسية تتيح الوصول إلى عدد كبير من السكان، لا سيما بين أوساط هؤلاء الأطفال المحرومين من نظام رعاية صحية يشملهم بتقديم الخدمات اللازمة^{٨٧}. وقد خلصت إحدى الدراسات الحديثة إلى أن هناك أكثر من ١٠٢ دولة تقدم خدماتها الصحية للمدارس، ويتفاوت مستوى هذه التدخلات واتساع نطاقها بتفاوت الوضع العام للدولة وكذلك هيكل النظام الصحي والموارد المتاحة^{٨٨}. ويوضح الشكل ٩ أدناه أكثر أنواع الخدمات المدرسية انتشارًا حسب مستوى الدخل.

الشكل ٩: أكثر أنواع خدمات الصحة المدرسية انتشارًا، حسب مستوى دخل الدول



المصدر: بالتاغ وآخرون، ٢٠١٥،^{٨٩}

بناء على ذلك، يتضح لنا وجود تفاوت كبير في الدراسات السابقة التي تطرقت لمردودية تقديم خدمات رعاية صحية محددة على مستوى المدارس. وتعكف منظمة الصحة العالمية حاليًا على وضع إرشادات حول الخدمات الصحية المقدمة في المدارس^{٩٠}؛ وهناك نماذج شتى مثلت فيها المدارس أفضل جهة في تقديم هذه الخدمات. فعلى سبيل المثال، حين طرحت برامج التخلص من الديدان داخل المدارس، كانت تكلفتها أرخص بنحو خمس أو عشر مرات مقارنةً بالفرق الصحية المتنقلة التي كانت تتحرك بتنسيق من قطاع الرعاية الأولية^{٩١}. وكذلك انخفضت تكاليف فحص النظر وتوفير النظارات كثيرًا عند إجرائها في المدارس على يد فرق متنقلة، بعد توصيات المعلمين بإجراء الفحص الأولي للطلاب ضعاف النظر^{٩٢}. والأهم من ذلك، أن المدارس في إطار مسؤوليتها عن الوصول إلى الشرائح الضعيفة من الأطفال، استطاعت توفير منصة معدة مسبقًا لإدارة خدمات الرعاية الأساسية^{٩٣}.

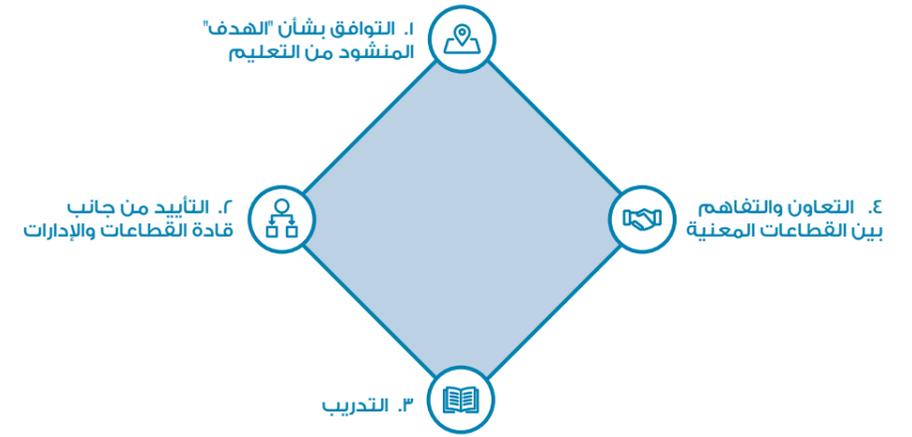
تسلط دراسة الحالة ٥ الضوء على حالة واحدة لتقديم خدمات الصحة النفسية في المدارس في المملكة المتحدة.^{٩٤} (انظر تقرير منتدى «ويش» ٢٠١٨ حول القلق والاكئاب للاطلاع على مزيد من المعلومات ودراسات الحالات).

القسم الرابع: أدوات النجاح

في إطار ما سبق ذكره آنفًا في القسم الثالث من هذا التقرير، نوذ التأكيد بأنه لا غنى عن دمج أنشطة الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في النظام التعليمي للنهوض بصحة الطلاب ورفاههم، ورغم ذلك لم تنجح في تحقيق هذا الدمج الشامل إلا دول قليلة، ولعل هذا بسبب بعض العوائق التي تحول دون سهولة دمج هذه الأنشطة.

وبغية التغلب على هذه المعوقات، حددنا أربعة عناصر أساسية يمكن الاستعانة بها لتنفيذ إطار العمل الرامى إلى دمج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة داخل المدارس على نطاق واسع (على النحو الموضح في الشكل ١٠).

الشكل ١٠: عناصر النجاح في دمج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في المدارس



١. التوافق بشأن «الهدف» المنشود من التعليم

تسعى جميع النظم التعليمية إلى تحقيق هدف أساسي يتمثل في تيسير عملية التعليم والتعلم، إلا أن هناك تفاوت كبير بين الأهداف الأكثر شمولية والمتصلة بالمهارات الصحية أو الاجتماعية. فالدول ذات التصنيف العالي في نتائج اختبارات البرنامج الدولي لتقييم الطلاب «بيزا»، الذي تشرف عليه منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، يبدو أنها تولي اهتمامًا أكبر بالصحة في المدارس لكننا بحاجة إلى إجراء مزيد من البحوث لتأكيد هذا الأمر أو نفيه. وبعض الدول مثل الدنمارك ونيوزيلندا واليابان تدرج عنصر الرفاه أو تعزيز الصحة ضمن سياساتها التعليمية، بينما تعتنى دول أخرى كالولايات المتحدة وإنجلترا بالتحصيل الدراسي وتحقيق أهداف أكاديمية محددة في المقام الأول.

وتتنوع هذه الرؤى ابتداءً من تنفيذ السياسات الوطنية وحتى الاستعانة بمقاييس الأداء. وفي الوقت الذي تشتمل فيه المقارنات المذكورة أعلاه على عنصر الرفاه، فإن العديد من مقاييس الأداء الإقليمية والوطنية تركز على التحصيل الأكاديمي فحسب^{٩٣}. وعندما لا تعتنى المدارس بالقياس الدوري لصحة طلابها ورفاههم، رغم عنايتها بقياس تقدمهم الفكري، فستكون الأولوية دائمًا لقياس مدى التقدم الفكري^{٩٤}. (انظر تقرير منتدى وبيش ٢٠١٥ حول الصحة النفسية للأطفال ورفاههم لمزيد من المعلومات).

٢. التأييد من جانب قادة القطاعات والإدارات

التزام القادة ضرورة لا غنى عنها لتغيير الممارسات الراهنة؛ ونظرًا لأن العادة قد جرت بأن يعمل قطاع التعليم بمعزل عن قطاع الرعاية الصحية، فهناك رفض وجيه السبب من قطاع التعليم لتوسيع نطاق اختصاصه بحيث يشمل المسؤولية عن تعزيز الصحة. وفي المقابل، غالبًا ما يركز قطاع الصحة على الجوانب السريرية وقد يعترض القطاع على توسيع دائرة تركيز الصحة العامة لتشمل التعليم ضمن ما تشمله من محاور أخرى.

لذا، يتعرض قادة المدارس لضغوط أكبر من ذي قبل فيما يخص تلبية مقاييس محددة لتقييم الأداء، وذلك على الرغم من خفض الميزانيات أو ثباتها في معظم الأحيان. ويجب على هؤلاء القادة في دولهم الالتزام بإدراج برامج الرعاية الصحية وتعزيز الصحة في المدارس ووضع خطة محددة لكي تهتدي بها تلك المدارس، كما ينبغي الدعوة لتقبل هذه الإجراءات على مستوى المدارس، حتى يدرك المعلمون أنه لا تعارض بين أهداف الصحة وأهداف التحصيل الدراسي؛ بل إن تعزيز صحة الطلاب سيؤدي أيضًا إلى زيادة تحصيلهم الدراسي.

٣. التدريب

على الرغم من الاهتمام البالغ بتعزيز الصحة في المدارس خلال السنوات الأخيرة، لم يتلق أكثرية المعلمين التدريب الكافي في مجال صحة الطفل ونمائه. وإذا كنا نتوقع أن يتحمل المعلمون مسؤولية تعزيز صحة الطلاب، فعلى أن نعمل على إدراج هذه المهارات ضمن برامج تدريبية مخصصة للمعلمين. صحيح أنه يجب قصر توفير الرعاية الصحية والمعرفة المتخصصة على أخصائيي الرعاية، إلا أن البرامج التدريبية للمعلمين يجب أن تتضمن توفير المعرفة الأساسية بأساليب نماء الأطفال، ويشمل ذلك التربية الاجتماعية والوجدانية والصحة النفسية. وينبغي أن يركز هذا التدريب على كيفية تحديد الطلاب المعرضين لمخاطر التعرض للمشكلات الصحية أو المحتاجين إلى دعم صحي إضافي (وذلك على النحو الموضح في القسم الثالث).

انظر WISH ٢٠١٥
Mental Health
and Wellbeing in
Children Report
صفحة ١٨.

٤. التعاون والتفاهم بين القطاعات المعنية

مما لا شك فيه أن هناك علاقة وثيقة لا تنفك عراها بين قطاعي التعليم والصحة، إلا أن الدوائر الحكومية والوزارات المسؤولة عن هذه المهام تعمل منفردة في جزر منعزلة عن غيرها. وفي أكثر الأحيان لا توجد بين القطاعين أهداف ولا مقاييس مشتركة، ولا ميزاتٍ متكاملة، ومن ثمّ تفتشل المشروعات المشتركة بينهما بسبب غياب التنسيق. وغالبًا ما يكون هناك أيضًا انفصام بين قطاع التعليم الذي يُعنى في الأساس بالأطفال والشباب، والقطاع الصحي الذي يركز بدوره على صحة الصغار وكبار السن. وهكذا نجد أن لكل قطاع من القطاعين لغته ومعطياته الخاصة التي تحول دون إتمام التعاون والتفاهم المشترك بينهما.

القسم الخامس: الخاتمة والتوصيات المتعلقة بالسياسات

تلوح أمام النظام التعليمي فرصة عظيمة ومسؤولية كبيرة للتأثير الإيجابي في صحة الأطفال والشباب ورفاههم، إلا أن هناك مجموعة من العوائق، كما هو مبين في القسم الرابع، التي تحول دون نجاح دمج وتنفيذ أنشطة الرعاية الصحية وتعزيز الصحة على مستوى المدارس.

وبغية التغلب على هذه التحديات، وضعنا عددًا من التوصيات – القابلة للتنفيذ من المستوى الدولي وحتى مستوى حوكمة المدارس – لإرشاد صانعي السياسات في سدّ الفجوة القائمة بين قطاعي الصحة والتعليم من أجل تحسين صحة أطفالنا ورفاههم.

١. الإجراءات الدولية:

تضطلع المنظمات غير الحكومية ومعاهد البحوث والمنظمات الدولية بدور مهم في تدوين وتنظيم المعارف وتبادل أفضل الممارسات العالمية. ويتعين السعي على وجه التحديد إلى:

- **الإسهام في وضع إطار «لغة مشتركة» لتيسير التعاون والتفاهم على مستوى مجالات السياسات المختلفة:** غنّي عن القول أن قطاعي الصحة والتعليم مكملان لبعضهما بعضًا، إلا أن الواقع الفعلي يشير إلى عمل كل قطاع بمعزل عن الآخر، وانفراد كل منهما بلغته ومعطياته ومقاييسه الخاصة. ولدى المؤسسات العاملة في قطاعي الصحة والتعليم فرصة سانحة لتجسير الفجوة القائمة بين القطاعين. (العنصران ١ و٤)
- **دعم مهني التمريض المدرسي وأخصائيي الصحة المدرسية:** على الرغم من وجود بعض الاستثناءات القليلة، يفتقر العاملون في تقديم خدمات الصحة المدرسية إلى التدريب في مجال صحة الأطفال والمراهقين^{٩٨، ٩٩}. ويمكن للمؤسسات الدولية دعم هذا التطور من خلال البحوث والنقابات المهنية والتدريب ودعم التخصص. (العنصران ١ و٣)
- **إنشاء منصة لتبادل وتنسيق المعلومات بشأن التدخلات والممارسات الصحية الناجعة على مستوى المدارس:** تحظى المؤسسات الدولية بوضع مناسب يكفل لها تقييم وتصنيف السياسات المثبتة جدواها، مشفوعة بالأدلة على تحقيق التأثير والمردودية المطلوبة. وعلى هذه المؤسسات تحديد أولوية التدخلات والممارسات التي يمكن توسعة نطاقها وتنفيذها في مختلف البيئات التعليمية. ويجب أن تراعي هذه الإرشادات مستوى الموارد المتاحة، باستخدام نهج مرحلي للتنفيذ. ختامًا، ينبغي أن تشمل التدخلات الموصى بها على تطبيق العلوم السلوكية وبحوث التنفيذ، بما يسهم في تقديم خطوات عملية لتجسير الهوة بين المعرفة والتطبيق. (العنصر ٤)

٢. الإجراءات الوطنية:

تتمتع الوزارات المعنية داخل الدول بالقدرة على رسم السياسات الوطنية التي تنهض بالرعاية الصحية بوصفها أولوية في قطاع التعليم، علاوةً على تشجيع اتباع نهج مشترك بين القطاعات المعنية. وتتضمن الإجراءات الموصى بها ما يلي:

- **إعداد «استراتيجية وطنية للأطفال» تتضمن أولويات مشتركة لتعزيز الصحة والرفاه:** سيؤدي تضافر جهود الإدارات الحكومية المتعددة أو الوزارات (كالصحة والتعليم والرفاه وغيرها) في إطار استراتيجية موحدة إلى تيسير التعاون، لا سيما في الدول التي تعمل فيها تلك القطاعات بمعزل عن بعضها. وينبغي أن تتضمن هذه الاستراتيجية تعيين طرف واحد لتولي المسؤولية والمسائلة عن تعزيز الصحة في المدارس (كان يكون مسماه «وزير تعزيز الصحة في المدارس» على سبيل المثال). والأهم من ذلك، ينبغي أن تشمل هذه الاستراتيجية على خطة واضحة يمكن شرحها وتنفيذها على مستوى المدارس. (العناصر ١ و ٢ و ٣)
- **إعداد دراسة استقصائية خاصة بالصحة وعوامل المخاطر وتعميم إجراءاتها على مستوى المدارس سنويًا أو في الفترة الانتقالية لكل مدرسة:** يتيح الكشف المبكر عن الأطفال الذين يعانون من مشكلات صحية وإنمائية إمكانية التدخل السريع وتحسين النتائج على المدى البعيد. كما أن مشاركة هذه الدراسات الاستقصائية على مستوى الدول بهدف عقد المقارنات الدولية ستسهم في تعزيز الرصيد السياسي لهذه الدول. (العناصر ١ و ٣ و ٤)
- **إدراج المقاييس الصحية ضمن مؤشرات أداء المدارس:** لضمان وضع الصحة على رأس أولويات المدارس، يجب إدراج المقاييس الصحية في إطار عمليات التقويم التي تجربها هذه المدارس. وندعو في هذا السياق المؤسسات الدولية المسؤولة عن قياس أداء الطلاب إلى إدراج تدابير صحية أكثر شمولاً. وينبغي أن تراعي تلك المقاييس السياق الداخلي لكل دولة، وأن تتسم بالبساطة وسهولة جمعها دون مشقة. ومن أمثلة هذه المقاييس «مقياس وارويك-إدنبرة للرفاه النفسي، أو حالات التنمر. (المعوقان ١ و ٢)
- **دعم التدريب المتبادل متعدد التخصصات للمعلمين ومقدمي الرعاية الصحية:** إذا تعين على المعلمين تولي مسؤولية تعزيز صحة طلابهم، فينبغي تزويدهم بالمهارات المطلوبة في مجال الرعاية الصحية والرفاه. صحيح أن توفير الرعاية الصحية والمعرفة المتخصصة يجب أن يقتصر على مهنة الرعاية الصحية، إلا أنه من الواجب تزويد المعلمين بالمعرفة العملية فيما يتعلق بنماء الطفل، بما في ذلك التثقيف الاجتماعي والوجداني والنفسي والصحة النفسية. وبالمثل، سيستفيد مقدمو الرعاية الصحية من تلقي تدريب أساسي في مجال التعليم، وخاصة ما يتصل منه بصحة الطفل. (العناصر ٣ و ٤)

- **تنفيذ المعايير العالمية في المدارس المعززة للصحة:** وضعت منظمة الصحة العالمية مؤخرًا قائمة بالمعايير العالمية الموجهة إلى المدارس المعززة للصحة، مشفوعةً بالبحوث الرصينة. ويرسم هذا التوجيه الواضح إطار عمل فَعَال من شأنه تمكين الدول من توسيع نطاق اهتمام المدارس بالرعاية الصحية وإدراج تعزيز الصحة ضمن أولوياتها. (العنصر ١).

(للاطلاع على مزيد من التوصيات بشأن الإجراءات الوطنية، يرجى مطالعة تقرير منتدى وِيش (٢٠١٩ حول تعزيز رفاه الشباب عبر الصحة والتعليم وتوصيات منتدى وِيش ٢٠٢٠ حول الإجهاد الضار واضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال)

٣. إجراءات حوكمة المدارس المحلية:

يتولى القائمون على هياكل حوكمة المدارس تطبيق الإرشادات الوطنية ومواءمتها على المستويين الإقليمي والمحلي، كما يتواصلون مباشرةً مع المعلمين وأولياء الأمور ومقدمي خدمات الصحة المحليين وباقي أفراد المجتمع. ويُعد كسب التأييد والتعاون مع هذه الفئات أمرًا ضروريًا لإجراء أي تغيير جوهري. وعلى ذلك، تتضمن التوصيات ما يلي:

- **تعزيز الوعي بالصحة أو إبراز مكانتها ضمن هياكل حوكمة المدارس:** من الضروري وضع الرعاية الصحية وتعزيز الصحة على رأس أولويات المدارس، وينبغي التعامل مع هذه المسألة على مستوى فريق القيادة العليا، سواء من خلال ضم فريق التمرير أو مسؤولي الرعاية الصحية في المدارس إلى هذه المجموعة أو بإسناد المسؤولية عن الصحة إلى عضو معين من أعضاء الفريق. (العنصران ١ و ٢)
- **التواصل والتفاعل مع أولياء الأمور ومقدمي الرعاية بهدف كسب الدعم اللازم للمبادرات الصحية:** تشكّل التوقعات التي ينشدها أولياء أمور الطلاب وأسرهم من المدارس باعثًا على إجراء التغيير. وتحظى المدارس المحلية بفرص التواصل والتفاعل المباشر مع أولياء الأمور وبناء جسر موصول بين المدرسة والأسرة، والتأكد من أن دور المدارس في تعزيز الصحة يلقي الفهم والدعم الكاملين من هذه المجموعة المعنية. (العنصر ١)
- **دعم تنفيذ الاستراتيجيات والمبادرات الوطنية:** يجب أن يقود القائمون على هياكل حوكمة المدارس جهود التطبيق الإقليمي والمحلي للمعايير العالمية الخاصة بالمدارس المعززة للصحة والاستراتيجية الوطنية للأطفال. وعليهم أيضًا التأكد من مواءمة هذه الاستراتيجية بحيث تتماشى مع السياق المحلي، علاوةً على دعم المعلمين في تحمل المسؤوليات الإضافية. (العناصر من ١ إلى ٤)

تُصنّف التوصيات المذكورة على أنها بعيدة الأثر وتتطلب تعاونًا عالميًا وفيما بين القطاعات المعنية المنعزلة؛ وعلى الرغم من تباين التنفيذ والمبادرات المحددة تبعًا للاختلافات الإقليمية والمحلية، فإننا نأمل أن تسهم خطة العمل المطروحة في مساعدة صانعي السياسات في تحفيز النظم المدرسية على تحسين صحة ورفاه الأطفال في جميع أنحاء العالم.

انظر ٢٠١٩
تقرير WISE: تعزيز
رفاهية الشباب من خلال
تقرير الصحة والتعليم،
صفحة ٨١.

شاهد
٢٠٢٠ WISH PTSD و
تقرير الإجهاد السام عند
الأطفال.

شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري للمنتدى المعني بإعداد هذا التقرير البروفيسور راسل فينر، الأستاذ في تخصص صحة المراهقين بمعهد جريت أورموند ستريت لصحة الأطفال في كلية لندن الجامعية، ورئيس الكلية الملكية لطب الأطفال وصحة الأطفال.

كتب هذا التقرير البروفيسور راسل فينر، بالتعاون مع السيدة ديدي تومسون من معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية بجامعة إمبريال كوليدج لندن، وبدعم من زميلة المنتدى السيدة ميلاني ليس من معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية بجامعة إمبريال كوليدج لندن، والسيدة نيكوليت ديفيس من معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية بجامعة إمبريال كوليدج لندن.

ونودّ أن نعرب عن عميق شكرنا وامتناننا إلى أعضاء المجلس الاستشاري لمنتدى دور المدارس في تعزيز صحة الأطفال والمراهقين التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠٢٠، الذين أسهموا برؤاهم الفريدة في إعداد هذا التقرير:

- الدكتورة أسماء الفضالة، مديرة البحوث وتطوير المحتوى في مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم «وايز»
- الدكتورة فالنتينا بالتاج، مديرة قسم صحة الأمهات والولدان والأطفال والمراهقين بمنظمة الصحة العالمية، ورئيسة وحدة صحة الأطفال والشباب
- السيدة يوري بلفالي، رئيسة شعبة الطفولة المبكرة والمدارس بإدارة التعليم والمهارات التابعة لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية
- البروفيسور كريس بونيل، أستاذ علم اجتماع الصحة العامة بكلية لندن للصحة والطب الاستوائي
- الدكتورة أنيتا شاندر، نائب الرئيس ومديرة قسم الرفاه الاجتماعي والاقتصادي بمؤسسة راند
- الدكتورة ليزلي دريك، المديرة التنفيذية لبرنامج الشراكة من أجل نماء الأطفال بجامعة إمبريال كوليدج لندن
- الدكتورة بريسيلا إيديلي، نائب مدير مكتب إينوتشتتي للبحوث التابع لمنظمة اليونيسف
- البروفيسور جون جيريم، أستاذ التربية والإحصاء الاجتماعي بالمعهد التربوي في جامعة إمبريال كوليدج لندن
- الدكتور باتريك جونستون، مدير التعلم والممارسة بمؤسسة Place2Be الخيرية
- الدكتور ديدير جوردان، أستاذ كرسي اليونسكو للصحة العالمية والتعليم، ورئيس المركز التعاوني للبحوث في التعليم والصحة التابع لمنظمة الصحة العالمية
- السيدة ماتيلدا مادالينو هيريرا، مديرة قسم الصحة العامة بكلية العلوم الطبية، جامعة سانتياغو
- الدكتورة جيني برويموس، طبيبة أطفال بمستشفى الأطفال الملكي في ملبورن، ورئيسة أكاديمية صحة الأطفال والمراهقين
- البروفيسور جوناثان زاف، أستاذ باحث ومدير معهد سيريس (علوم تقييم البحوث المجتمعية) للأطفال والشباب بجامعة بوسطن

تولت السيدة ديدي تومسون إجراء المقابلات التي استرشدنا بها في كتابة التقرير؛ ويتقدم رئيس المنتدى والمؤلفون بوافر الشكر لكل من أسهم في إعدادها، كما يتحمل المؤلفون المسؤولية عن أي سهو أو خطأ ورد فيه.

ونعزّب عن شكرنا إلى فريق عمل مؤتمر «ويش» على ما بذلوه من دعم وإرشاد كريمين في إعداد هذا التقرير، ونخص بالشكر منهم السيدة نيكوليت ديفيس والسيد جيانلوكا فونتانا والسيدة نيكلي أوبراين، من معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية بجامعة إمبريال كوليدج لندن.

17. OECD Health Statistics. *Health expenditure and financing: Health expenditure indicators*. stats.oecd.org [accessed 23 July 2020].
18. Global Health Data Exchange. *GBC Results Tool*. ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool [accessed 23 July 2020].
19. World Health Organization. *Health statistics and information systems. Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en [accessed 23 July 2020].
20. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. *2019 Global Education Monitoring Report. Migration, displacement and education: Building bridges not walls*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. gem-report-2019.unesco.org [accessed 23 July 2020].
21. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. *2019 Global Education Monitoring Report. Migration, displacement and education: Building bridges not walls*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. gem-report-2019.unesco.org [accessed 23 July 2020].
22. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Education at a Glance*. read.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2019_f8d7880d-en#page360 [accessed 23 July 2020].
23. World Bank. *GDP per capita*. data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2018&start=2013&view=chart [accessed 23 July 2020].
24. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Combating COVID-19's effect on children*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132643-m91j2scsyh&title=Combating-COVID-19-s-effect-on-children [accessed 8 October 2020].
25. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. *Adverse consequences of school closures*. en.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences [accessed 8 October 2020].
26. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*. 2020; 4(6), P421.
27. Viner R, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *The Lancet Child and Adolescent Health*. 2020; 4(5), P397-404.
28. Ghosh R, et al. Impact of COVID-19 on children: Special focus on psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica*. 2020; 72, P226-235.
29. Viner R, et al. Reopening schools during the COVID-19 pandemic: Governments must balance the uncertainty and risks of reopening schools against the clear harms associated with prolonged closure. *Archives of Disease in Childhood*. Published online first: 03 August 2020. doi: 10.1136/archdischild-2020-319963 [accessed 8 October 2020].
30. Bundy DA, et al. (eds). *Optimizing Education Outcomes: High-return investments in school health for increased participation and learning*. In *Child and Adolescent Health and Development: Disease Control Priorities*. 3rd ed. Vol. 8. Washington, DC: World Bank Group; 2018.

1. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. *COVID-19 Impact on Education*. en.unesco.org/covid19/educationresponse [accessed 5 April 2020].
2. World Health Organization. *Constitution*. www.who.int/about/who-we-are/constitution [accessed 23 July 2020].
3. Ross DA, et al. Adolescent well-being: A definition and conceptual framework. *Journal of Adolescent Health*. 2020; www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7423586.
4. Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Determinants of Health*. www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/determinants-of-health [accessed 23 July 2020].
5. Viner RM, et al. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*. 2012; 379(9826), P1641-1652.
6. World Health Organization. *World Development Report 2007: Development and the next generation*. Geneva: World Health Organization; 2007.
7. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. Young I. *Promoting Health in Schools: From Evidence to Action*. Paris: IUHPE; 2008.
9. Public Health England. *Promoting children and young people's emotional health and wellbeing: A whole school and college approach*. London: Public Health England; 2015.
10. Langford R, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 4.
11. UNESCO Institute for Statistics. *International Standard Classification of Education: ISCED 2011*. Quebec: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation; 2012.
12. United Nations Children's Fund. *A world ready to learn: Prioritizing quality early childhood education*. New York: UNICEF; 2019.
13. Melhuish EC, et al. The early years - preschool influences on mathematics achievement. *Science*. 2008; 321(5893), P1161-1162.
14. Cutler D, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviours by education. *Journal of Health Economics*. 2010; 29(1), P1-28.
15. Meara ER, et al. 2008. The gap gets bigger: Changes in mortality and life expectancy, by education, 1981-2000. *Health Affairs*. 2008; 27(2), P350-360.
16. World Health Organization. *Global spending on health: A world in transition*. Geneva: World Health Organization; 2019.

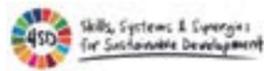
48. Horton S, et al. Identifying an Essential Package for Adolescent Health: Economic Analysis. In Bundy DA, et al. (eds). *Optimizing Education Outcomes: High-return investments in school health for increased participation and learning*. In *Child and Adolescent Health and Development: Disease Control Priorities*. 3rd ed. Vol. 8. Washington, DC: World Bank Group; 2018.
49. Bradley BJ, Greene AC. Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 52, P523-532.
50. Bonell C, et al. Why schools should promote students' health and wellbeing. *BMJ*. 2014; 348.
51. Patton GC, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*. 2016; 387(10036), P2423-2478.
52. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: Insights from international comparisons. *Encyclopedia of Health Economics*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2012.
53. Miyamoto K, Chevalier A. *Improving Health and Social Cohesion through Education*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010.
54. Groot W, Maassen van den Brink H. The health effects of education. *Economics of Education Review*. 2007; 26(2), P186-200.
55. Gakidou E, et al. Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: A systematic analysis. *The Lancet*. 2010; 376, P959-974.
56. Galea S, et al. Estimated deaths attributable to social factors in the United States. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(8), P1456-1465.
57. Hale DR, Viner RM. How adolescent health influences education and employment: Investigating longitudinal associations and mechanisms. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2018; 72, P465-470.
58. Bonell C, et al. Why schools should promote students' health and wellbeing. *BMJ*. 2014; 348.
59. Stewart WF, et al. Lost productive work time costs from health conditions in the United States: Results from the American productivity audit. *Journal of Occupational Environmental Medicine*. 2003; 45, P1234-1246.
60. Hagell A, et al. *The social determinants of young people's health: Identifying the key issues and assessing how young people are doing in the 2010s*. Health Foundation Working Paper. London: Health Foundation; 2018.
61. Heckman J, et al. *The non-market benefits of education and ability*. NBER Working Paper No. 23896. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2017.
62. Heckman J, Masterov D. The Productivity Argument for Investing in Young Children. *American Agricultural Economics Association Review of Agricultural Economics*. 2007; 29(3), P446-493.
31. Cusick S, Georgieff M. *The first 1,000 days of life: The brain's window of opportunity*. New York: UNICEF.
32. Bundy DA, et al. (eds). *Optimizing Education Outcomes: High-return investments in school health for increased participation and learning*. In *Child and Adolescent Health and Development: Disease Control Priorities*. 3rd ed. Vol. 8. Washington, DC: World Bank Group; 2018.
33. Cunha F, Heckman J. *Investing in our young people*. jenni.uchicago.edu/papers/inv-young-rep_all_2007-01-31b_mms.pdf [accessed 23 July 2020].
34. Baker DP, et al. The education effect on population health: A reassessment. *Population and Development Review*. 2011; 37(2), P307-332.
35. Miyamoto K, Chevalier A. *Improving Health and Social Cohesion through Education*. Paris: OECD; 2010.
36. Jukes M, Simmons S, Bundy, D. Education and vulnerability: The role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa. *AIDS*. 2008; 22(Suppl 4), S41-56.
37. Miyamoto K, Chevalier A. *Improving Health and Social Cohesion through Education*. Paris: OECD; 2010.
38. Patton GC, et al. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*. 2016; 387(10036), P2423-2478.
39. Viner R, et al. The health benefits of secondary education in adolescents and young adults: An international analysis in 186 low-, middle- and high-income countries from 1990 to 2013. *SSM - Population Health*. 2017; 3, P162-171.
40. Patton GC, et al. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*. 2016; 387(10036), P2423-2478.
41. Baker DP, et al. The education effect on population health: A reassessment. *Population and Development Review*. 2011; 37(2), P307-332.
42. Hagell A, et al. *The social determinants of young people's health: Identifying the key issues and assessing how young people are doing in the 2010s*. Health Foundation Working Paper. London: Health Foundation; 2018.
43. Patton GC, et al. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*. 2016; 387(10036), P2423-2478.
44. Miyamoto K, Chevalier A. *Improving Health and Social Cohesion through Education*. Paris: OECD; 2010.
45. Hargreaves JR, et al. Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2008; 22(3), P403-414.
46. Young I. *Promoting Health in Schools: From evidence to action*. Paris: IUHPE; 2008.
47. Bundy DA, et al. (eds). *Optimizing Education Outcomes: High-return investments in school health for increased participation and learning*. In *Child and Adolescent Health and Development: Disease Control Priorities*. 3rd ed. Vol. 8. Washington, DC: World Bank Group; 2018.

78. Chan WY, Sloan J, Chandra A. *Promoting youth well-being through health and education: Insights and opportunities*. Doha: World Innovation Summit for Education (WISE); 2019.
79. Shinde S, et al. The development and pilot testing of a multi-component health promotion intervention (SEHER) for secondary schools in Bihar, India. *Global Health Action*. 2017; 10.
80. UNICEF Jordan. *Every Child Learns: UNICEF Strategy 2019–2030*. www.unicef.org/media/63031/file/EdStrategy-2019-2030-CountrySolution-Jordan.pdf [accessed 23 July 2020].
81. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global Overview of School Health Services: Data from 102 Countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2015; 2.
82. Ministry of Education, Chile (JUNAEB). *Medical Services Program*. www.junaeb.cl/servicios-medicos?lang=en [accessed 23 July 2020].
83. Hale DR, Viner RM. How adolescent health influences education and employment: Investigating longitudinal associations and mechanisms. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2018; 72, P465–470.
84. Drake L, et al. School Feeding Programs in Middle Childhood and Adolescence. In Bundy DA, et al. (eds). *Optimizing Education Outcomes: High-return investments in school health for increased participation and learning*. In *Child and Adolescent Health and Development: Disease Control Priorities*. 3rd ed. Vol. 8. Washington, DC: World Bank Group; 2018.
85. Avant KC, et al. Development of the school entrant health questionnaire for assessing primary school children aged 5–7. *Contemporary Nurse*. 2005; 18(1–2), P177–187.
86. Victoria State Government. *School health entrant questionnaire 2018: Snapshot*. www.education.vic.gov.au/Documents/about/research/2018-SEHQ-Summary-Snapshot.pdf [accessed 23 July 2020].
87. Levinson J, et al. Investigating the effectiveness of school health services delivered by a health provider: A systematic review of systematic reviews. *PLoS ONE*. 2019; 14(6).
88. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global Overview of School Health Services: Data from 102 Countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2015; 2.
89. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global Overview of School Health Services: Data from 102 Countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2015; 2.
90. World Health Organization. *School Health Services Guideline: Guideline on school-based or school-linked health services provided by a health worker*. www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/development/school-interventions-child-adolescent-health/en [accessed 23 July 2020].
91. Guyatt HL. The cost of delivering and sustaining a control programme for schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. *Acta Tropica*. 2003; 86, 267–274.
63. Lochner L. Nonproduction Benefits of Education: Crime, Health, and Good Citizenship. In Hanushek EA, et al. (eds). *Handbook of the Economics of Education*. Vol. 4. Amsterdam: Elsevier; 2011.
64. Psacharopoulos G. *Education for a better citizen: An assessment*. European Expert Network on Economics of Education. EENEE Analytical Report No. 35. Luxembourg: European Union; 2018.
65. Bonell C, et al. Why schools should promote students' health and wellbeing. *BMJ*. 2014; 348.
66. Bundy DA, et al. (eds). *Optimizing Education Outcomes: High-return investments in school health for increased participation and learning*. In *Child and Adolescent Health and Development: Disease Control Priorities*. 3rd ed. Vol. 8. Washington, DC: World Bank Group; 2018.
67. Baker DP, et al. The education effect on population health: A reassessment. *Population and Development Review*. 2011; 37(2), P307–332.
68. Miyamoto K, Chevalier A. *Improving Health and Social Cohesion through Education*. Paris: OECD; 2010.
69. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; 5.
70. International Union for Health Promotion and Education. *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines to Promote Health in Schools*. Paris: International Union for Health Promotion and Education; 2009.
71. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan. *Basic Education in Japan*. www.mext.go.jp/en/policy/education/brochure/title01/detail/01/___icsFiles/afieldfile/2018/10/09/1409899-01.pdf [accessed 23 July 2020].
72. Chen FL, Lee A. Health-promoting educational settings in Taiwan: Development and evaluation of the Health-Promoting School Accreditation System. *Global Health Promotion*. 2016; 23(1 Suppl), P18–25.
73. Lee A, et al. Achieving good standards in health promoting schools: Preliminary analysis one year after the implementation of the Hong Kong Healthy Schools Award scheme. *Public Health*. 2007; 121(10), P752–760.
74. Persson L, Haraldsson K. Health promotion in Swedish schools: School managers' views. *Health Promotion International*. 2017; 32(2), P231–240.
75. Bennett K, et al. *A global review of policy, standards and guideline documentation for Health Promoting Schools*. Melbourne: Centre for Adolescent Health, Murdoch Children's Research Institute; 2020.
76. Shinde S, et al. A multicomponent secondary school health promotion intervention and adolescent health: An extension of the SEHER cluster randomised controlled trial in Bihar, India. *PLoS Med*. 2020; 17(2).
77. Shinde S, et al. The development and pilot testing of a multi-component health promotion intervention (SEHER) for secondary schools in Bihar, India. *Global Health Action*. 2017; 10.

شركاء أبحاث «ويش»



يعرب "ويش" عن امتنانه للدعم الذي قدمته وزارة الصحة العامة



92. Baltussen R, Naus J, Limburg H. Cost-effectiveness of screening and correcting refractive errors in school children in Africa, Asia, America and Europe. *Health Policy*. 2009; 89, P201-215.
93. Levinson J, et al. Investigating the effectiveness of school health services delivered by a health provider: A systematic review of systematic reviews. *PLoS ONE*. 2019; 14(6).
94. Place2Be. *About Us*. www.place2be.org.uk [accessed 23 July 2020].
95. Little A. *Economic evaluation of Place2Be's Counselling Service in Primary Schools*. London: ProBono Economics; 2018.
96. Bonell C, et al. Why schools should promote students' health and wellbeing. *BMJ*. 2014; 348.
97. Layard R, Hagell A. *Healthy Young Minds: Transforming the Mental Health of Children*. Doha: World Innovation Summit for Health (WISH); 2015.
98. Baltag V, Saewyc E. Pairing children with health services: The changing role of school health services in the twenty-first century. In Cherry A, et al. (eds). *International handbook on adolescent health and development: The public health response*. Cham: Springer International Publishing AG; 2017.
99. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: Data from 102 countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2015; 2(4), P268-283.



ISBN 978-1-9139910-1-2



9 781913 991012 >

www.wish.org.qa