

الحالة الصحيّة والوصولُ على خدماتٍ صحيّة

الفصل 5

يُضْمَنُ الوضْعُ الأُمْتَلُ للصحة والرفاه للشباب نُموهم وازدهارهم. وينبع عدم المساواة في الرعاية الصحيّة من محدداتٍ اجتماعية تُكوّنها الثروة، والموارد، والسلطة. لكنّ في بعض الأماكن، وحتى حيث يكون الحصولُ على الخدمات متوفرًا كليًا، توجد فجواتٌ في مدى جودة الخدمات، تعود غالبًا لأسبابٍ اجتماعية واقتصادية.

لذا فإن أكبر التحديات في الرعاية الصحيّة قد يكمن خارج مجال الصحة، في السياق الاجتماعي-الاقتصادي الأوسع. مع ذلك، ولأنّ السلوك الفردي يُؤثّر في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض إذا كانت البيئة غير داعمة، يتعين على الحكومات تحسين بيئة الرعاية الصحيّة.¹ ومع إعطاء الشباب كلّ الحقائق عن كيفية تأثير قراراتهم الشخصية في صحتهم ورفاههم، ينبغي للحكومات تشجيع الشباب على اتّخاذ الخيار الصحي، الخيار الأسهل، بحيث يُعيش الشباب حياةً أطول وأفضل صحّة.²

1.5

حالة الشباب الصحية

” الصحة الجيدة دافع للنمو والتنمية
الاقتصاديين ومستفيد منهما على حد سواء.
والصحة العليلة نتيجة للفقر وسبب له على
السواء.”

مليون صوت: العالم الذي نريد (UN 2013b)

يمكن للشباب أن يكونوا عوامل حافزة قوية لتنمية أنفسهم ومجتمعاتهم.¹² وتساعد مشاركة الشباب في جهود تعزيز الصحة على تمكينهم من المشاركة في تهميتهم هم أنفسهم.¹³ ويمكن بناء مثل هذه الجهود من خلال برامج تشمل فرصاً لعمل البالغين والشباب معاً على قدم المساواة، وعلى نحو ذي مغزى، لتعزيز تنمية الشباب؛ كما يمكن لهذه العلاقات أن تكون تحت سيطرة البالغين أو الشباب، أو أن تكون السيطرة مشتركة. وتشير أبحاث أجريت في لبنان إلى أن الشباب العرب يقدرّون العلاقات مع البالغين ومزيداً من المشاركة النشطة، وأنّ لمثل هذه المشاركة تأثيراً في رفاههم.¹⁴ وقد استخدم الشباب في جميع أنحاء العالم العربي صوتهم ليصبحوا عوامل تغيير في الرعاية الصحية. على سبيل المثال، وُضع في المنطقة العربية عددٌ من المبادرات التي قادها الشباب؛ مثل شبكة تنقيف الأقران (Y-Peer)، والشبكة العربية للصحة الجنسية والتناسلية، وشبكة شباب الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التابعة للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر.

ونظّم فريق التقرير منتدبين مع شباب عرب في الفئة العمرية 18-29 عاماً. وقد أثار هؤلاء الشباب ثلاثة شواغل رئيسية بشأن الحالة الصحية في بلدانهم، هي: الحالة الصحية المتدهورة بين النساء، وعدم الوعي بالمخاطر الصحية، والفارق في توفير الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص (جدول الملحق 2 أ.14).

الأسباب الرئيسية لوفاة الشباب واعتلالهم

نجحت جميع البلدان العربية، باستثناء اثنتين، في خفض وفيات الشباب خلال العقود الماضية (الشكل 1.5). ففي العراق، ارتفع المعدل بنحو 6 لكل 1,000 من السكان، بينما قفز في سورية بنسبة أربعة أضعاف تقريباً. وفي الحالتين كلتيهما، يمكن عزو هذين الارتفاعين إلى النزاعين المستمرين في البلدين. في بلدان المشرق العربي الأخرى، هبطت المعدلات لا سيما في لبنان، حيث انخفض المعدل عام 2012 إلى نحو ثلث ما كان عليه عام 1990. وشهدت جميع بلدان المغرب العربي انخفاضاً في معدل الوفيات يتراوح بين 4 للأنف في تونس ونحو 13 للأنف في المغرب. أما المعدلات في البحرين وقطر والكويت فهي الأدنى في المنطقة، وتقرب من المعدلات السائدة في البلدان المتقدمة ذات الدخل المرتفع. ومع أن معدلات وفيات الشباب تتحسن في أقلّ البلدان نمواً، فإنّ التقدّم بطيء والمعدلات ما زالت مرتفعة على نحو غير مقبول.

في جميع بلدان المشرق، وبلدان المغرب (باستثناء تونس)، وقطر، وأقلّ البلدان نمواً، تواجه الفئة العمرية 25-29 عاماً عبئاً أعلى للوفيات؛ يصل إلى نحو 40 في المئة من كل الوفيات بين وفيات الشباب (الشكل 2.5). في المقابل، تحدث في الإمارات العربية المتحدة والكويت وفيات أكثر بين المراهقين (15-19

نادراً ما تكون الصحة هدفاً أساسياً لأي شخص، وإنما هي مورد للحياة اليومية. والصحة باعتبارها مورداً توجي بأنّ للمفهوم منفعة في عقول العاديين والمهنيين أبعَد من نفسها.³ فعندما يُطلب من أناس تعريف الصحة، يستخدمون عادةً مصطلحات مثل الطاقة والقدرة على المشاركة في أنشطة مختلفة، والوفاء بالأدوار، وتلبية مطالب الحياة اليومية.⁴ فالتفاعلات بين الصحة والظروف الاجتماعية متلازمة يتعدّر فصلها.

إن رفاه الشباب على العموم مؤسّر إلى رفاه البالغين في المستقبل، إذ تتأثر صحة الشباب بعوامل تبدأ بالحمل؛ كما تتأثر صحة البالغين تالياً بصحة الشباب.⁵ فقد شهدت العقود الماضية مكاسب مثيرة للإعجاب في صحة الأطفال مع هبوط حاد في وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة؛ لكن ينبغي لهذه المكاسب أن تقابلها استثمارات مماثلة في العقدين الثاني والثالث من العمر.⁶

تحديات تحسين الصحة بين الشباب في المنطقة العربية

يتوقّف فهم صحة الشباب والتخطيط للتدخلات على بيانات حديثة ودقيقة من أجل الرصد والتقييم. مع ذلك، فإن البيانات التي يمكن مقارنتها عالمياً لقياس وضع الصحة، والمخاطر الصحية، والعوامل الوقائية للمجموعة العمرية 15-29 عاماً غير كافية.⁷ فثلاثة مسوح عالمية على الأقل تُوفّر بيانات محدّدة عن أصغر المراهقين سنّاً في المجموعة العمرية 13-15 عاماً، لكن نادراً ما تُنتج مُسوحات بياناتٍ صحيّة عن المجموعة العمرية 16-18 عاماً، ولا يشمل أيّ منها المجموعة العمرية 15-29 عاماً (جدول الملحق 2 أ.13)؛⁸

ويجب ملء هذه الفجوة.

تعاني الأنظمة الصحية في البلدان العربية كذلك من عدم كفاية القدرة على التعامل مع الاحتياجات الصحية للشباب التي هي نمط عالمي الانتشار.⁹ وأشارت مراجعة أجريت عام 2012 لتاريخ الخدمات الصحية للسكان، ولم تكن مقتصرة على الشباب أو مخصّصة لهم بالضرورة، إلى أن الوصول إلى الخدمات الصحية والانتفاع بها لا يزالان من بواعث القلق الكبير، وبخاصة لدى الفئات الضعيفة (الإطار 1.5).¹⁰ فثمة عوائق محدّدة تتعلق، على سبيل المثال، باستثناء خدمات (الرعاية الصحية البيئية والعقلية مستنتاة من السلة الصحية)، وإمكان الوصول (قضايا المواصلات والبُعد)، والثقافة والمجتمع (النوع الاجتماعي، والجنسية، والدين، والإثنية، والمعرفة الصحية)، والوظائف (عقبات إدارية)، وجانب العرض (تقنية المعلومات)، والتمويل (إنفاق من الجيب). وهذه هي الصورة الكئيبة لعامة الناس، ومن المرجح أن الوضع بين الشباب أسوأ. لذلك، مثلاً، خلص تحليل للأوضاع أجرته منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) عام 2009، إلى أن الخدمات الصحية والوعي العام والحملات الإعلامية بشأن الصحة الجنسية والتناسلية تستهدف الشباب المتزوجين فحسب ولا تعالج احتياجات الغالبية العظمى من الشباب في المنطقة العربية.¹¹

البطار 1.5 هديل أبو صوفة: الإعاقة وإمكان الوصول إلى الخدمات والحقوق الأساسية

- تواجه الأردننية هديل، التي نجت في الحادية عشرة من عمرها من حادث سيارة ألزمها الكرسي المتحرك، عقاب يومية تحد من تنقلاتها وخياراتها. وتعرض نماذج قليلة من هذه المشاكل، التي يتشاركها العديد من الأشخاص الآخرين في جميع أنحاء المنطقة.
- الافتقار إلى البنية التحتية المادية التي تستوعب كرسيها المتحرك، مع غياب المنحدرات، والمصاعد، والمراحيض المجهزة لهذه الحالات.
- القوالب النمطية والأحكام التي يكون المعوق بحسبها عاجزاً عن القيام بأي شيء من دون مساعدة.
- نظرات الاستعلاء، أو العجرفة، أو الشفقة.
- الافتقار إلى تسهيلات النقل المتخصصة لمن يعانون قيوداً بدنية.
- الافتقار إلى أماكن لوقوف سيارات مستخدمي الكرسي المتحرك؛ وإذا وجدت، الافتقار إلى فرضها على مستعمليها ممن لا حاجة لهم بها.
- إجماع مؤسسات خاصة أو عامة عن توظيف أناس في كراسٍ متحركة، بسبب تحيزات بشأن قدراتهم.
- المشكلة الرئيسية في الأردن هي الإخفاق في تنفيذ قانون حقوق الأشخاص المعوقين، الصادر بمرسوم ملكي في سنة 2007، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
- تشمل بعض السياسات التي يمكن أن تساعد في حل هذه المشاكل:
- ضمان إدماج حقيقي باعتماد كل مادة من مواد الاتفاقية وإنفاذها.
- وضع موازنة سنوية ضمن البرامج والمشاريع الحكومية وتخصيص ترتيبات بيئية لاستيعاب ذوي الإعاقات.
- بناء وسائل نقل مجهزة في خطة خاصة لوزارة المواصلات، وصيانتها.
- إطلاق برامج توعية في المدارس، والجامعات، ووسائل الإعلام عن حقوق ذوي الإعاقة.

ملحوظة: كانت هديل أبو صوفة مشاركة في اجتماع فريق الشباب الاستشاري للتقرير.

لمنظمة الصحة العالمية؛ حيث لا تسبقها إلا أفريقيا. على الصعيد العالمي، تقوق معدلات الوفيات الناجمة عن حوادث المرور في بلدان الدخل المنخفض ضعفي المعدلات في بلدان الدخل المرتفع؛ لكن الاتجاه معكوس في إقليم شرق البحر المتوسط: المعدل 21.7 وفاة لكل 100 ألف نسمة في بلدان الدخل المرتفع في المنطقة مقابل 8.7 وفاة لكل 100 ألف نسمة في البلدان المرتفعة الدخل عالمياً.¹⁸ ويُظهر توزيع الوفيات بحسب نوع مستخدمي الطرق في إقليم شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية أن مستخدمي الطرق المعرضين للخطر يُشكلون 45 في المئة من الوفيات (شكل الملحق 2 أ.9)؛ لكن في بلدان الدخل المرتفع تحدث 63 في المئة من الوفيات بين راكبي السيارات.¹⁹ ويمثل الذكور نحو 75 في المئة من الوفيات الناجمة عن حوادث المرور في إقليم منظمة الصحة عينة، وتقع 63 في المئة من الوفيات بين المنتمين للفئة العمرية 15-44 عاماً.²⁰

لا يروي هذا الأمر القصة بأكملها، إذ هناك ما لا يقل عن 20 إصابة غير قاتلة في حوادث المرور مقابل كل وفاة ناجمة عنها.²¹ ففي دراسة تستند إلى المستشفيات في ليبيا عن حوادث المرور البري في السنوات 2001-2010، شكّل المنتمون إلى الفئة العمرية 20-29 عاماً النسبة المئوية الأعلى للخاضعين لعلاج طبي بسبب حوادث الطرق؛ واستأثر الذكور بنسبة 81 في المئة من مثل هؤلاء المُعالجين.²² وفي قطر، وجدت دراسة تستند إلى المستشفيات أن حوادث المرور البري في السنوات 2006-2010 كوّنت 42.1 في المئة من جميع الإصابات؛ ينتمي نصف هذه الإصابات تقريباً (49.4 في المئة) إلى الفئة العمرية 15-29 سنة، و87.7 في المئة منها بين الذكور.²³ وأشارت دراسة وطنية في البحرين للفترة 2003-2010 أن من تقل أعمارهم عن 25 سنة يُكوّنون 40 في المئة من الوفيات الناجمة عن حوادث المرور. وفي هذا المدى العمري، كانت معدلات الوفاة عموماً بين من هم في عمر 15-19 عاماً و20-24 عاماً أعلى من معدلات الوفاة في الفئات العمرية الأخرى.²⁴

يجب أن تشمل قواعد سلامة المرور خمسة مجالات رئيسية هي: أحزمة الأمان، ومقاعد الأطفال، والقيادة تحت تأثير الكحول،

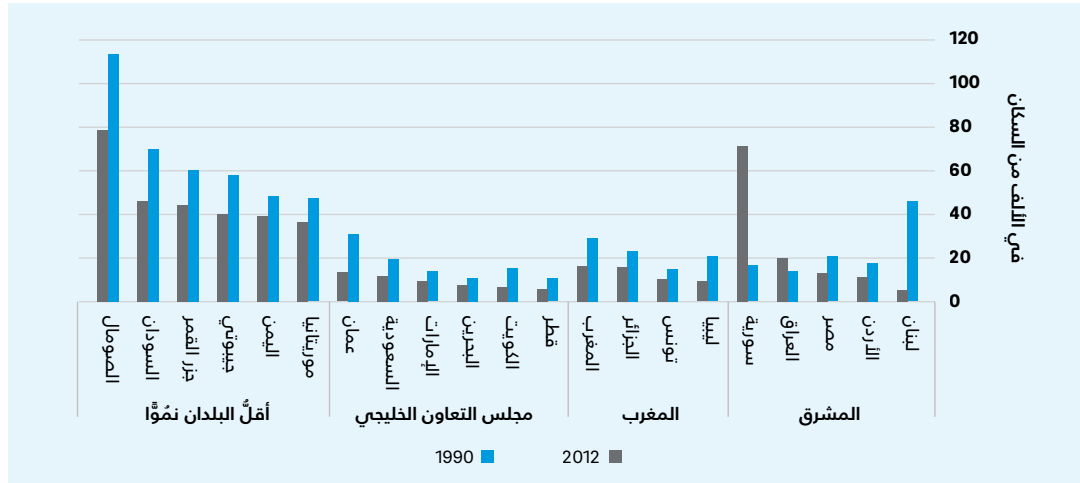
سنة)؛ فيما الوفيات في البحرين، وتونس، والسعودية وعمان تكون في الفئة العمرية 20-24 عاماً أكثر من الفئات العمرية الأخرى. تنقسم الأسباب الرئيسية لوفاة المنتمين إلى الفئة العمرية 15-29 عاماً في البلدان العربية انقساماً متساوياً تقريباً بين أمراض الإسهال، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي وأمراض معدية أخرى؛ والأمراض القلبية الوعائية؛ وإصابات حوادث المرور؛ والإصابات غير المقصودة (جدول الملحق 2 أ.1).¹⁵ والأسباب الرئيسية لسنوات العمر المعدلة بحسب الإعاقة لهذه الفئة العمرية هي أمراض الإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي السفلي، والأمراض المعدية الأخرى؛ والأمراض القلبية الوعائية والدورانية؛ والاضطرابات العقلية والسلوكية؛ والاضطرابات العضلية الهيكلية؛ والإصابات غير المقصودة؛ وإصابات حوادث المرور؛ والأمراض غير السارية الأخرى؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب؛ والسيل.

إصابات ووفيات ناجمة عن حوادث مرور - وباء بين أكثر الشباب ثراءً في المنطقة العربية

الإصابات الناجمة عن حوادث المرور هي السبب الأبرز للوفاة في الفئة العمرية 15-29 عاماً في العالم، ونحو 75 في المئة من الوفيات ذات الصلة بحوادث المرور تحدث بين الشباب.¹⁶ فيجد إجراء مقارنة بين 193 بلداً، كانت 5 بلدان عربية بين البلدان الـ 25 الأولى في معدل الوفيات المرتبطة بحوادث الطرق لكل 100 ألف نسمة، و10 بين البلدان الـ 25 الأولى في الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق كحصة من الوفيات لكل الأسباب. وتتصدر أربعة بلدان عربية العالم في هذا المؤشر - الإمارات، والبحرين، وقطر، والكويت.¹⁷

يشير العبء العالمي لمعدلي حدوث المرض/الاعتلال والوفيات المرتبطتين بحوادث المرور بين الشباب بأن للأخيرة عواقب على هذه الفئة العمرية في البلدان العربية. فإقليم شرق البحر المتوسط، وفقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية، يُسجل ثاني أعلى معدل وفيات بسبب حوادث المرور لكل 100 ألف نسمة في إقليم العالم

الشكل 1.5 اتجاه معدّل الوفاة في الألف، الفئة العمريّة 15-19، البلدان العربية



المصدر: WHO 2012a.

الصحة الجنسية والتناسلية - قضية بالغة الدقة

غالبًا ما تكون الصحة الجنسية والتناسلية والتناشلية بين الشباب في البلدان العربية موضوعًا حساسًا، تُحيط به عوائق سياسية وثقافية: ما زالت توجد في بعض البلدان نسب كبيرة ممن يتزوجون في الفئة العمرية 15-19 سنة؛ ولا يزال تشويه الأعضاء التناسلية للإناث مشكلة كبيرة في بعض البلدان، وينخرط الشباب في علاقات جنسية خارج إطار الزوجية أو بترتيبات بديلة للزواج خصوصًا في بلدان ذات متوسيط أعلى للزيجات.³² وقد شهدت البلدان العربية اتجاهًا عامًا نحو تأخر الزواج؛ لكن مع ذلك تُوجد جيوب سكانية فرعية لا يزال فيها الزواج والحمل المبكر شائعًا. وفي البلدان العربية إجمالًا، ثمة 15 في المئة من نساء الفئة العمرية 20-24 عامًا تزوجن قبل سن الثامنة عشرة.³³ ووفقًا للبيانات المتاحة، تتزوج 14-0 في المئة من فتيات البلدان العربية بحلول الخامسة عشرة من العمر، وتتزوج ما بين 2 إلى 34 في المئة بحلول الثامنة عشرة. وتوجد أعلى معدلات الزواج المبكر في أقل البلدان تنمية: جزر القمر، والسودان، وموريتانيا، واليمن. ويُشير تقرير صدر عن صندوق الأمم المتحدة للسكان (2012 أ) إلى أن بلدين عربيين (السودان واليمن) أظهرتا معدلات 30 في المئة أو أكثر من النساء البالغات حاليًا سن 20-24 سنة ممن تزوجن قبل الثامنة عشرة. وتُظهر بلدان الأردن وتونس والجزائر ولبنان أدنى معدلات الزواج المبكر للفتيات في البلدان العربية التي تتوفر فيها البيانات (الشكل 3.5).

وتُشجع القيم الثقافية والتقليدية في بلدان عربية الأسر على تزويج بناتها قبل الثامنة عشرة. وتتعرض المتروجات باكراً للضغط من أسرهن للإجابة بسرعة، ومن الأرجح أن تكون معرفتهن بتخطيط الأسرة والصحة الجنسية والتناسلية أقل من نظيراتهن الأكبر سنًا؛ وبالتالي يتعرضن لمخاطر أعظم على أنفسهن وعلى نسلهن. ويوفر تقرير حديث العهد لليونيسف (2014 أ) بعض الأمل، إذ يُشير إلى أن من بين جميع مناطق العالم حققت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، «أسرع تقدّم في خفض زواج الأطفال» بين سنتي 1985 و2010، الأمر الذي حفّض إلى النصف نسبة زواج الإناث دون الثامنة عشرة من 34 إلى 18 في المئة.

ثمة تباينات كبيرة في الزواج المبكر بحسب التحصيل العلمي والسكن الريفي أو الحضري.³⁴ ففي مختلف أنحاء المنطقة، كانت نسبة المتروجات باكراً 12 في المئة في مناطق حضرية

والسرعة المفرطة، وحُذّرت الدراجات النارية.²⁵ لكن خمسة بلدان عربية فقط (السعودية، والعراق، وفلسطين، ولبنان، والمغرب) تتطلب وضع السائق وجميع الركاب أحزمة الأمان؛ ولدى بلدين قوانين شاملة للسرعة وأنظمة مقاعد الأطفال (تونس والسودان للأولى، والسعودية وفلسطين للأخيرة)؛ وتُوجد في سبعة بلدان قوانين شاملة للقيادة تحت تأثير الكحول (الإمارات، تونس، سورية، فلسطين، قطر، لبنان، المغرب)؛ ولدى ثلاثة بلدان (تونس، لبنان، المغرب) قوانين شاملة لحُذّات الدراجات النارية. غير أن المشكلة تكمن في إنفاذ القانون؛ حيث 37 في المئة فقط من بلدان إقليم شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية صنّفت تنفيذها أياً من هذه القوانين "جيدًا".²⁶ ولن تزداد هذه المشكلة إلا تفاقمًا، لأن وتيرة استخدام السيارات تتسارع في البلدان العربية؛ حيث أُضفيت 8 ملايين سيارة إلى الطرق في إقليم منظمة الصحة نفسه بين سنتي 2009 و2013. وقد حاولت بعض المنظمات غير الحكومية إكفاء الوعي، لا سيما بين الشباب، والدعوة إلى تغيير السياسات وإلى إنفاذ قانوني أقوى.

الأمراض غير السارية (غير المعدية) - عبء متزايد

الأمراض غير السارية هي السبب الرئيسي للوفاة في العالم، وقد نجم عنها ثلثا الوفيات العالمية في سنتي 2008 و2010؛ وحدثت 80 في المئة من تلك الوفيات في بلدان الدّخل المنخفض إلى المتوسط.²⁷ ففي منطقة شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، نجم 50 في المئة من جميع الوفيات عام 2005 عن الأمراض غير السارية؛ كما أن عبء هذه الأمراض في المنطقة أخذ في الإزدياد.²⁸ وفي المنطقة العربية، تُشكّل الأمراض غير السارية، ذات الصلة بالتغذية، السبب الرئيسي للوفيات الناجمة عن هذه الأمراض.²⁹ وتوجد ستة بلدان عربية بين البلدان العشرة الأولى من حيث انتشار السكري، مع أن البيانات عن المرض بين الشباب في العالم العربي كثيرة الثغرات؛³⁰ كما أن فرط الوزن والسمنة من شواغل الصحة العامة المهمة في المنطقة العربية. فالبيانات تُشير إلى أن 20-40 في المئة ممن هم دون الثامنة عشرة في الإمارات والبحرين والسعودية وقطر والكويت مصابون بفرط الوزن أو السمنة (شكل الملحق 2 أ، 10).³¹

رغم وجود جيوبٍ من الانتشار المرتفع في جميع البلدان تقريباً بين فئاتٍ سكانيةٍ رئيسيةٍ معرّضةٍ لمخاطرٍ مرتفعةٍ للإصابة بهذا الفيروس؛ مثل متعاطي مخدّراتٍ البهّن، ورجالٍ يُمارسون الجنس مع رجال، والعاملات في مجال الجنس. فوفقاً لتقاريرٍ وطنيةٍ صادرةٍ عن الجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة عام 2014، هناك 290 ألف إصابةٍ بهذا الفيروس في البلدان العربية حتى آخر كانون الأول/ديسمبر 2013.³⁵ ويُصيب الوباء الرجال والنساء بنسبٍ متفاوتة، من الغلبة بين الذكور في جميع البلدان تقريباً التي تتوقّر عنها بيانات؛ باستثناء قطر حيث يُصيب الوباء الجنسين بالتساوي، إضافةً إلى جيبوتي والسودان حيث يزداد تركُّز العدوى بين النساء.

يمكن تصنيفُ البلدان العربية وفقاً لوباء فيروس العوز المناعي البشري إلى:

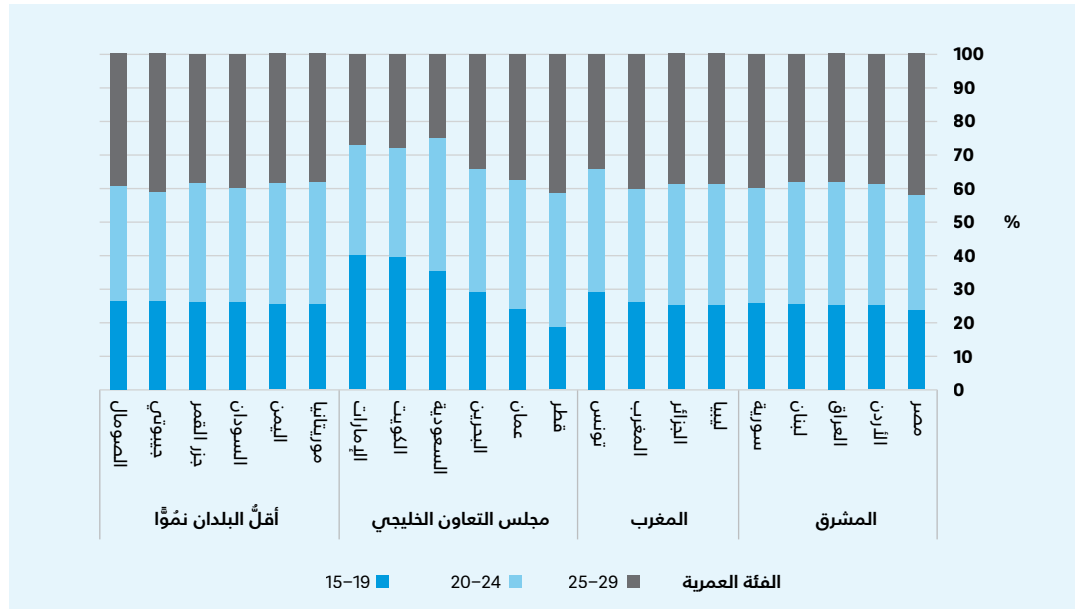
- بلدان ذات وباءٍ معمّمٍ: (يزيد الانتشارُ على 1 في المئة لدى عموم السكان): جيبوتي والسودان.
 - بلدان ذات وباءٍ مركّز: (يزيد الانتشارُ على 5 في المئة لدى مجموعةٍ واحدةٍ على الأقلٍ معرّضةٍ لمخاطرٍ مرتفعة، ويقفّ عن 1 في المئة لدى عموم السكان): تونس، ليبيا، مصر، المغرب، اليمن.
 - بلدان ذات وباءٍ منخفض: (يقفّ الانتشارُ عن 5 في المئة لدى مجموعات المخاطر المرتفعة، ويقفّ عن 1 في المئة لدى عموم السكان): الأردن، الإمارات، البحرين، السعودية، سورية، عُمان، الكويت، لبنان.
 - بلدان لا يمكن تحديدُ حجم الوباء فيها بسبب نقص البيانات: الجزائر، جُزر القمر، موريتانيا.
- يُمثّل الشبابُ حصةً سريعةً للنموّ للمصابين بمتلازمة نقص المناعة المكتسب في العالم؛ حيث في سنة 2013 وحدها، أُصيب بهذا الوباء 670 ألف شابٍ جديد في المجموعة العمرية 15-24 عاماً، بينهم 250 ألف مراهق في سنّ 15-19 سنة. وفي البلدان العربية، يتّضح من الحالات المبلّغ عنها أن ثمة توسّعاً سنوياً لهذا الوباء. ويُقدّر برنامجُ الأمم المتحدة المشترك

لكنها بلغت 20 في المئة في المناطق الريفية؛ وكانت 17 في المئة للحاصلات على بعض التعليم الثانوي، لكنها بلغت 54 في المئة لغير المتعلّقات، و7 في المئة بين اللواتي يُعشن في أسر الخمس الأغنى مقابل 25 في المئة للواتي في الخمس الأفقر. وتُرَكز التوصياتُ الداعية إلى خفض الزواج المبكر على تغيير المعايير الاجتماعية والمجتمعية، ابتداءً باعتماد سياساتٍ تُعزّز تمكين النساء والفرص أمامهن. ويتراوح معدّل خصوبة المراهقات - وهو عدد الولادات لكل 1,000 امرأة في سنّ 15-19 عاماً - في البلدان العربية بين 2.5 في ليبيا و110 في الصومال (الشكل 4.5)؛ وكثيرٌ من هذه الولادات ناجمٌ عن زواج مبكر.

يتركّز تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سبعة بلدان هي جيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر، وموريتانيا، واليمن؛ لكن يمكن وجوده في جيوبٍ في بلدانٍ قليلةٍ أخرى. وفي أقلّ البلدان تقدّمًا، يتراوح هذا التشويه لمن تزوجن مرةً واحدةً على الأقل في حياتهن بين 23 في المئة في اليمن و98 في المئة في الصومال. وقد أجريت هذه العمليات في سنّ مبكرةٍ لنحو 91 في المئة من هؤلاء الإناث في مصر و8 في المئة في العراق (شكل الملحق 2 أ.11). ويحدث معظمُ القطع بين الخامسة والرابعة عشرة من العمر، فيما تُقطع الأعضاء التناسلية ويُزال بعضُ اللحم لمعظم الفتيات. وفي كل البلدان تقريباً، يُجري تشويه الأعضاء التناسلية ممارسو الطب التقليدي. ومع أنّ هذا التشويه يجد تأييداً دينياً وتقليدياً، ومقبولاً اجتماعياً، لكن غالبية الفتيات والنساء العائشات في مناطق تُجرى فيها هذه الأمور يُعتقدن بوجود إنهائه؛ مع أنّ نسبتهن في هذا المجال أقلّ في الصومال ومصر.

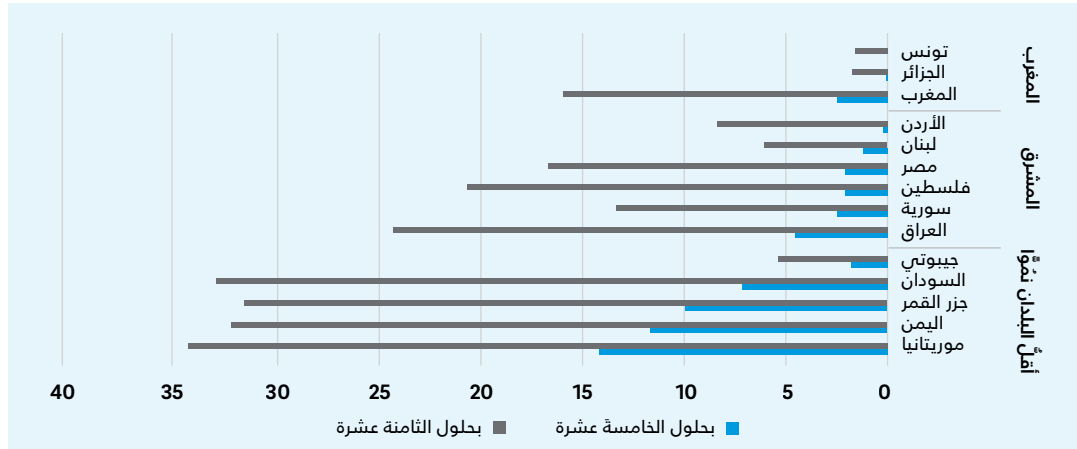
في البلدان العربية، لا يُعرف إلا القليل عن القوى المحركة لوباء متلازمة نقص المناعة المكتسب نظراً إلى الاعتقاد العام بأن المنطقة حصينة من الوباء؛ وحساسية الموضوع المؤدبية إلى إنكاره في جميع البلدان العربية تقريباً. ويُصنّف انتشارُ فيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة حالياً بأنه منخفضٌ،

الشكل 2.5 توزيع الوفيات وفقاً لتصنيف العمر، الفئة العمرية 15-29 عاماً، البلدان العربية



المصدر: WHO 2012a.

الشكل 3.5 نسبة الفتيات اللواتي تزوجن بحلول الـ15 والـ18، البلدان العربية



المصدر: UNICEF 2014b.

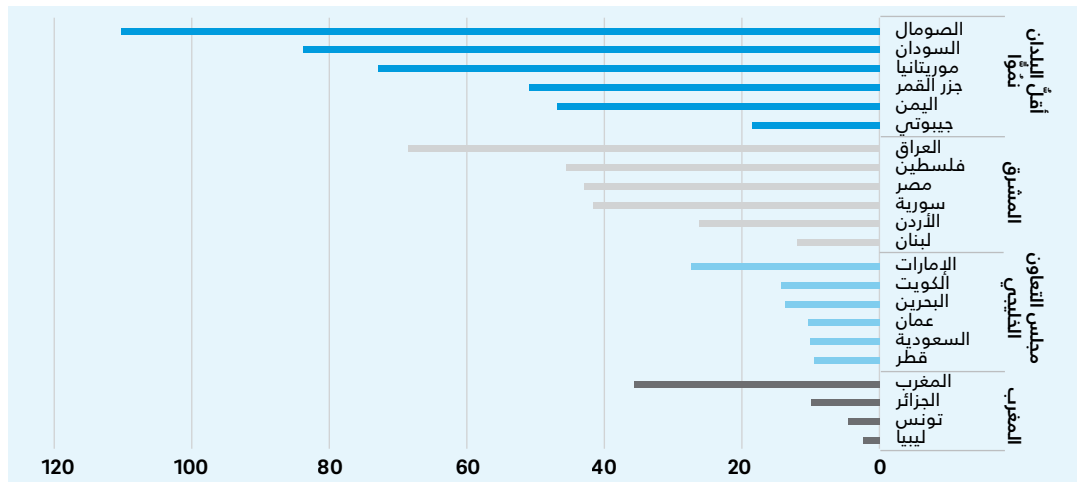
أصدرت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) تقارير عن معرفة المراهقين الأكبر سنًا (15-19) في جميع مناطق العالم بفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز؛ وكان للشابات في المنطقة العربية أدنى معدل للمعرفة بين جميع الشبان والشابات على مستوى العالم.³⁹ وتؤكد الأبحاث في البلدان العربية هذه المعرفة الضئيلة.⁴⁰ على سبيل المثال، لم يعرف سوى 51 في المئة من الشباب في أعمار 15-20 عامًا في المملكة العربية السعودية أن الواقيات الذكرية يمكن أن تمنع العدوى المنقولة جنسيًا.

ويبدو أن الوصول إلى المعلومات والخدمات بشأن قضايا الصحة الجنسية والتناشلية يجري في الغالب وفقًا للنوع الاجتماعي بدلًا من أي خاصية أخرى؛ والشابات أكثر عرضة للخطر، لأن الأعراف الاجتماعية تتحيز ضدّهن.⁴¹ فالشابات في المنطقة أقل ترجيحًا من الشبان لإمكان الحصول على معلومات بشأن الجنس، وأقل قدرة على التحدث عنه أو حماية أنفسهن، وأقل فرصًا للحصول على خدمات طارئة حيثما، وعندما، تدعو الحاجة إليها.

المعني بمتلازمة نقص المناعة المكتسب أن عدد المتعاشين مع هذا الوباء في البلدان العربية ضعفاً أو ثلاثة أضعاف الأرقام المبلغ عنها.³⁶ وفي البلدان العربية التي تتوفر عنها بيانات، يُعَدُّ أن حصة المراهقين (الفئة العمرية 10-19) بين المتعاشين مع هذا الوباء تتراوح بين 6 في المئة في تونس والجزائر و8 في المئة في السودان.

إن إمكان الوصول إلى المعلومات والخدمات بشأن الصحة الجنسية والتناشلية محدود؛ وغالبًا ما تحول المحرمات بشأن مناقشة النشاط الجنسي والجنس، باستثناء الزواج الرسمي، دون حصول الشباب على المعلومات وخدمات أخرى.³⁷ وقد استكشف مسح أجري عام 2010 بين شباب في أعمار 10-29 عامًا في مصر عددًا من قضايا الشباب المختلفة، بما في ذلك الصحة التناشلية؛³⁸ فوجد أن 24 في المئة فقط من المستطلعة آراؤهم تحدثوا مع والديهم بشأن تغيرات البلوغ، لكن الشابات (42 في المئة) فعلن ذلك أكثر من الذكور (7 في المئة). وشعر نحو نصف المستطلعة آراؤهم (43 في المئة) بأنهم لم يحصلوا على ما يكفي من المعلومات عن البلوغ.

الشكل 4.5 معدل خصوبة المراهقات لكل 1,000 فتاة في سن 15-19 سنة، 2010-2015



المصدر: UN DESA 2013c.

الصحة العقلية بين الشباب في المنطقة العربية - مرحلة عمرية خطيرة

80 في المئة من هذه الوفيات في بلدان الدخل المنخفض والدخل المتوسط.⁴⁹

أجرى المسح العالمي لاستهلاك التبغ بين الشباب في جميع البلدان العربية؛⁵⁰ وأشارت نتائجها إلى أن انتشار تدخين السجائر بين الفئة العمرية 13-15 سنة يتراوح بين 7.4 في المئة في العراق و35.4 في المئة في الضفة الغربية. وهذه المعدلات تعتبر مفرجة في هذا العمر المبكر؛ لكن في معظم البلدان العربية التي أُجرى فيها المسح العالمي للشباب واستهلاك التبغ أكثر من مرة واحدة وُجد تراجع في معدلات الانتشار، ما يوحي بنجاح التدخّلات المضادة لاستهلاك السجائر.

على نحو مماثل، قِيم مسح الطلاب في المهنة الصحية العالمي لاستهلاك التبغ بين طلاب الجامعات الذين يدرسون التمريض، أو الطب، أو الصيدلة، أو طب الأسنان؛ وأشارت البيانات المستمدة من طلاب الطب في السنة الثالثة في 48 بلداً (بينها ثمانية بلدان عربية) خلال أعوام 2005-2008 ارتفاعاً نسبياً لاستهلاك⁵¹ فقد تراوح التدخين حالياً بين الطلاب من 12.9 في المئة بين الذكور في مصر و39.1 في المئة بين الذكور في فلسطين؛ وكانت معدلات الانتشار أقل بين الإناث، من 1.2 في المئة في مصر إلى 16 في المئة في لبنان. وتُشير مسوحات أخرى لطلاب الجامعات عبر العالم العربي إلى أن معدلات الانتشار الحالي لتدخين السجائر يبلغ 29 في المئة في إربد، الأردن؛ و14.5 في المئة في الرياض و11.7 في المئة في منطقة جازان، المملكة العربية السعودية؛ و21 في المئة بين طلبة الطب في بغداد، العراق؛ و9.4 في المئة في الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.⁵² وتُشبهه محدّثات استهلاك السجائر بين العرب تلك المحدّثات العالمية وتشمل النوع الاجتماعي (الذكور أكثر احتمالاً للتدخين)؛ ممّن لدى أفرادهم أصدقاء أو آباء أو إخوة مدخّنون، وقلة المعلومات عن مخاطر التدخين.

في المنطقة العربية، صار تدخين تبغ النارجيلة سلوكاً شائعاً سائداً آخر؛ حيث تزيد معدلات استهلاك الشباب لتبغ النارجيلة معدلات البالغين في كل دراسة مُجرّاة تقريباً.⁵³ وتكشف الإحصاءات العالمية عن تدخين طلاب المدارس الثانوية والجامعات تبغ النارجيلة حالياً أو في أي وقت سابق عن مستويات مخيفة، غالباً ما تتجاوز استهلاك السجائر.⁵⁴ وتدخين تبغ النارجيلة ليس بديلاً مأموناً للسجائر، إذ حصيلته المواد السامة والآثار الصحية مساوية لتلك المتعلقة بالسجائر أو أسوأ.⁵⁵ والمحدّثات مماثلة لمحدّثات استهلاك السجائر، بما في ذلك البيئة الاجتماعية والسياسات ذات الصلة.⁵⁶

تُشارك معظم البلدان العربية في الجهود العالمية لمكافحة استهلاك التبغ، لكنها تتسم بالتراخي في إنفاذ القوانين. ومع أن الأردن وقطر يحظران التدخين في جميع الأماكن العامة، لكن استخدام التبغ في الأماكن العامة لا يزال شائعاً.⁵⁷ ففي سنة 2003، صدرت أول معاهدة صحية عالمية نافذة بتوقيع 168 بلداً عليها. وتُحدّد الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ استراتيجيات قائمة على الأدلة لمكافحة استهلاك التبغ ومنعه.⁵⁸ وعلى الرغم من أن هذه الاستراتيجيات ليست خاصة بالشباب، لكن لها وقعاً على تدخينهم.⁵⁹ وتشمل الاتفاقية تدابير السعر والضريبة لخفض الطلب على التبغ، بالإضافة إلى تدابير لا تتعلق بالأسعار لتخفيض الطلب والوقاية من أضرار التبغ؛ مثل حماية الآخرين من التعرّض لدخان التبغ؛ وتنظيم محتويات منتجات التبغ والكشف عن هذه المنتجات؛ وجعل تغليفها التبغ ووضع العلامات عليها غير جذابين، فضلاً عن الإشارة إلى مخاطر استهلاك التبغ، وتقييد إعلانات التبغ. وهناك 20 من 22 بلداً عضواً في الجامعة العربية أطرافاً في هذه الاتفاقية (الصومال والمغرب ليسا طرفين فيها).⁶⁰ يمثل تعاطي الكحول ثالث أكبر عامل خطر بعد المرض والإعاقة، إذ يُسهم بما يزيد على 60 نوعاً من الأمراض غير السارية وأمراض أخرى؛⁶¹ كما أنه من بواعث القلق بين الشباب بالنظر إلى ارتفاع الانتشار وتدني الأعمار للبدء باستخدام الكحول

تنتشر قضايا الصحة العقلية بين نحو 20-25 في المئة من الشباب في جميع أنحاء العالم.⁴² وقد ازداد هذا الانتشار في البلدان المتقدمة على نحو جذري في العقود الماضية: سجّل خمسة أضعاف طلبة الجامعات نتائج مرتفعة في لائحة جرد مينيسوتا للشخصية المتعددة المراحل بالقدر الذي يوحي بأن لديهم مشاكل في الصحة العقلية سنة 2007 أعلى مما كانت عليه في سنة 1938؛ وكانت المعدلات بين الشباب أعلى مما هي عليه في أي من الفئات العمرية الأخرى.⁴³ في عُمان، وجدت عفيفي (2006) أن معدلات أعراض الاكتئاب بين طلاب المدارس في سن 14-20 عاماً أعلى عند الفتيات (19.4 في المئة) مما هي عند الفتيان (14.7 في المئة) وتتراوح بين 7 و19 في المئة. وفي إطار المسح العالمي للصحة النفسية، أُجريت عُمان مسحاً في المدارس الثانوية عام 2005؛⁴⁴ وشملت العوامل الوقائية كونه المرء ذكراً، وأصغر سناً، له علاقة جيدة مع صلات اجتماعية، وبنام 7-8 ساعات كل ليلة. وشملت عوامل الخطر إساءة المعاملة من الوالدين، وتقدّم السن، وكونها أنثى، والرسوب في إحدى سنوات الدراسة، وسجلاً من الاعتلال العضوي، وسجلاً من الاعتلال العقلي. بناءً على بيانات عبء المرض لسنة 2000، أوحى تحليل لأنماط الانتحار بين من هم في سن 15 سنة أو ما فوق في بلدان إقليم شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية أن ذروة السن للانتحار بين النساء كانت 15-29 عاماً (8.6 لكل 100 ألف)، وأن الانتحار شكّل 20 في المئة من جميع الوفيات الناجمة عن إصابات بين النساء في هذه الفئة العمرية.⁴⁵ وكانت أدنى معدلات الانتحار بين النساء والرجال في بلدان الدخل المرتفع (الإمارات، البحرين، السعودية، عُمان، قطر، الكويت). ومن المرجح أن تقل الإحصاءات الرسمية من الإبلاغ عن معدلات فعلية، نظراً إلى محظورات ثقافية-اجتماعية ودينية بشأن الانتحار. وعلى نحو ذلك، يقل الإبلاغ عن حالات عقلية بسبب الوصمة المرتبطة بها.⁴⁶

2.5

المخاطر والعوامل الوقائية

المخاطر: التبغ وتعاطي مواد الإدمان⁴⁷

في العالم العربي، يتميز وباء التدخين بارتفاع استهلاك السجائر بين الرجال؛ وعودة بروز استعمال النارجيلة/الشيشة، ولا سيما في أوساط الشباب والنساء، وضعف القدرة على تنفيذ السياسات.⁴⁸ ويُقدّر أن استهلاك التبغ يتسبب في قتل 6 ملايين نسمة سنوياً في جميع أنحاء العالم، وهو رقم عالمي يُتوقع أن يرتفع إلى 8 ملايين بحلول سنة 2030 (وإنّ ليس في العالم العربي)؛ وستقع

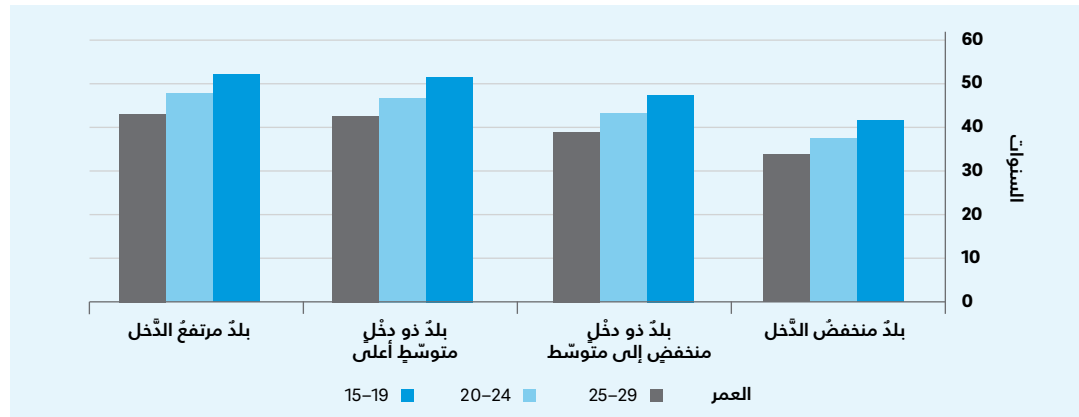
في بعض البلدان.⁶² وتحول الوصمة الدينية المعارضة للكحول دون توافر البيانات في معظم البلدان العربية، على الرغم من أقوال متداولة عن معدلات الانتشار وبيانات عن الاستهلاك الفردي.⁶³ ومع أنّ المسح الصحي العالمي لطلبة المدارس أُجري في 16 من بلدان إقليم شرق البحر المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، لم تشمل إلاّ المسوحات في ثلاثة بلدان فقط (سورية، ولبنان، والمغرب)، أسئلة عن تعاطي الكحول.⁶⁴ وأشارت مراجعة حديثة العهد عن خفض مضارّ الكحول وسياسات الحد منها في البلدان العربية إلى أن السياسات الشاملة شبه غائبة كلياً، لأسباب ثقافية ودينية إلى حد كبير.⁶⁵ تتسم المعلومات عن الاستعمال غير المشروع للمخدرات بين الشباب في المنطقة بأنها محدودة؛ والاتجاهات الوبائية توجي بأن سنّ الاستخدام الأول آخذة في التراجع، وأنّ القنّب أكثر المواد استخداماً بين شباب المنطقة في سنّ 15-25.⁶⁶

العوامل الوقائية: السلوكيات الإيجابية، والتجارب، والخصائص

تعمل مجموعة من السلوكيات والأنظمة معاً على حماية الشباب من المخاطر الصحية، لكنّ البيانات في هذا الصدد نادرة. وتتوقّر صياغة مفهومية متعارف عليها لعوامل وقاية الشباب في 40 عنصراً تنموياً للمراهقين، صادراً عن مؤسسة «Search سيرش»،⁷⁰ منها داخلية و20 أخرى خارجية.⁷¹ والعناصر الداخلية تتمثل في «خصائص وسلوكيات تعكس نمواً شخصياً ونفسياً إيجابياً لدى الشباب» وتشمل موضوعات الالتزام بالتعلم، والقيم الإيجابية، والكفاءات الاجتماعية، والهوية الإيجابية. وتشمل العناصر الخارجية «التجارب الإيجابية والعلاقات، والتشجيع والدعم الذي يحصل عليهما الشباب من النظراء، والوالدين، والمعلمين، والجيران، وبالغين آخرين في المجتمع»؛ وتشمل أيضاً الدعم، والتمكين، والحدود والتوقعات، والاستخدام البناء للوقت. تُقدّم البيانات العالمية أدلّة على قوة هذه العناصر في حماية الشباب من مخاطر مثل استهلاك التبغ، والعنف، والسلوك الجنسي المبكر؛ وفي تعزيز الازدهار، مثل النجاح في المدرسة.⁷² ووجدت بحوث في لبنان أنّ العناصر الداخلية والخارجية ترتبط سلبياً باستهلاك التبغ، والمشاركة في العنف، والتعرض للاستقواء؛ وترتبط إيجابياً بالتقييم الذاتي للصحة، والتحصيل المدرسي، والعلاقة مع الأم والأب.⁷³

ويشير أطلس استعمال المواد المخدرة 2012 في المنطقة نفسها لمنظمة الصحة العالمية إلى أن البحرين والسودان وسورية ليست لديها أيّ بيانات عن تعاطي المخدرات غير المشروعة بين الشباب. في العراق عام 2011، كان 322 شاباً و106 شابات دون سنّ 17 بين المرضى المسجلين الذين يعانون مشاكل تعاطي المخدرات أو الكحول. في مصر عام 2009، أبلغ عن أنّ 18.9 في المئة من أعمار الـ15 عاماً استخدموا القنّب. في المغرب عام 2009، قُدّرت حصة ذوي الأعمار 15-17 عاماً الذين استخدموا القنّب في أيّ وقت و6.6 في المئة؛ وفي عام 2010، قُدّرت حصة أفراد الفئة العمرية نفسها الذين استخدموا القنّب مرة واحدة على الأقل خلال العام السابق بـ4.6 في المئة. ومن الذين في أعمار 13-15 سنة في المغرب عام 2010 الذين استخدموا المخدرات في أيّ وقت مضى، كان 84 في المئة منهم قد استخدموها للمرة الأولى قبل سنّ الـ14 سنة. في عُمان، حدث اتجاه تصاعدي في استعمال المواد المخدرة بين الشباب في السنوات الخمس السابقة. في السعودية عام 2010، رأى طلاب الطب أنّ مشاكل الكحول والمخدرات مشتركة بين الرجال البالغين والشباب. في تونس عام 2008، كان 3.8 في المئة من الطلاب في عمر 13-15 عاماً استخدموا المخدرات مرة واحدة على الأقل. تشير دراسات أخرى إلى أن المخدرات التي تكثر إساءة استعمالها في مصر هي الحشيش، والمنشطات، والمهذبات، والمنومات، والأفيون. والأرجح أن يستعمل طلاب الجامعات الذكور هذه

الشكل 5.5 العمر المتوقع الصحي للفئة العمرية 15-29 سنة وفقاً لفئة الدخل، 2010 (متوسط غير مرجح)



المصدر: GBD 2010.

ملحوظة: بناءً على فئات دخل البلدان من البنك الدولي لسنة 2014.

3.5

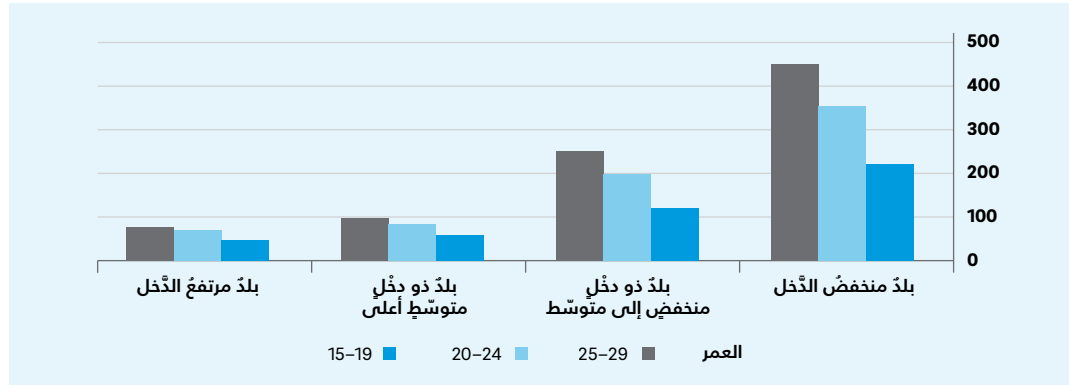
أوجه انعدام المساواة في صحة الشباب

في غضون جيلٍ واحد: العدالةُ والإنصافُ في المجالِ الصحيّ بفضل اتّخاذ إجراءاتٍ حول المحدّدات الاجتماعية للصحة»، تضع المحدّدات الاجتماعية مباشرةً على جدول الأعمال العالمي باعتبارها المحركات الرئيسية لصحة السكان ورفاههم (أنظر أدناه).⁷⁴ وقد عزفت منظمة الصحة العالمية هذه المحدّدات على النحو التالي:

“ الظروف التي ينمو الناس فيها ويعيشون ويعملون ويهرمون. ويكوّن هذه الظروف توزيع المال والسلطة والموارد على المستويات العالمية والوطنية والمحلية.”⁷⁵

غالبًا ما تُظهر الحالة الصحية، وعوامل الخطر، والعوامل الوقائية بين الشباب أوجه عدم المساواة الخطيرة داخل البلد نفسه وبين البلدان؛ وكثيرًا ما تتبثق هذه التباينات الصارخة من الظروف الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية التي تُخلق بيئاتٍ غير صحية. غير أن الوثيقة الصادرة عن اللجنة المعنية بالمحدّدات الاجتماعية للصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية بعنوان «تضييق الفجوة

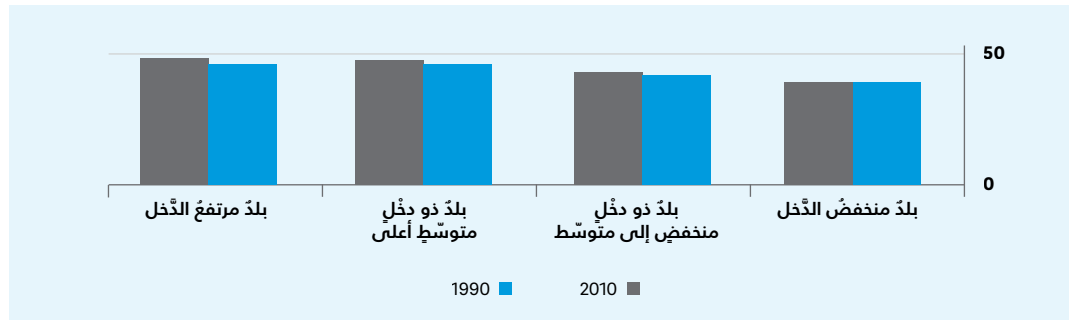
الشكل 6.5 معدل الوفاة لكل 100 ألف نسمة للفئة العمرية 15-29 سنةً وفقًا لفئة الدخل، 1990 و 2010 (متوسّط غير مرجّح)



المصدر: GBD 2010.

ملحوظة: بناءً على فئات دخل البلدان من البنك الدولي لسنة 2014.

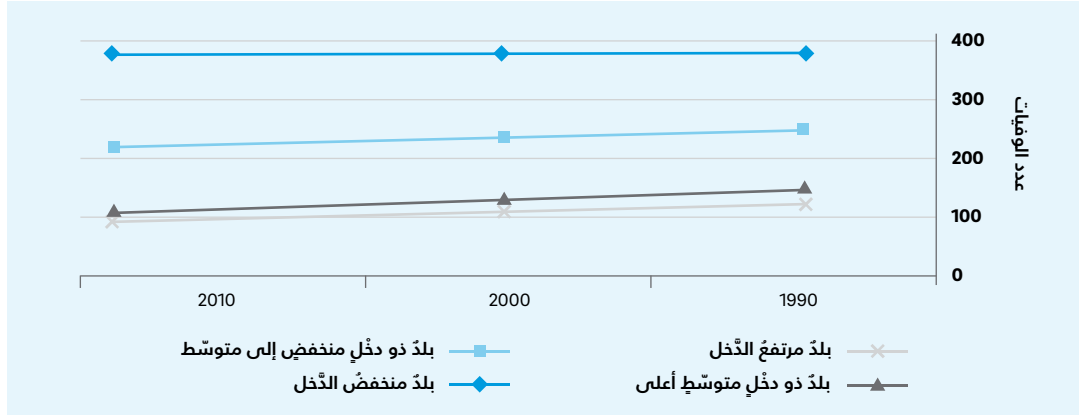
الشكل 7.5 العمر المتوقع المعدّل بحسب الصحة للذكور في سن 20-24 سنةً وفقًا لفئة الدخل، 1990 و 2010 (متوسّط غير مرجّح)



المصدر: GBD 2010.

ملحوظة: بناءً على فئات دخل البلدان من البنك الدولي لسنة 2014.

الشكل 8.5 معدل الوفاة لكل 100 ألف نسمة للذكور في سن 20-24 في المنطقة العربية وفقاً لفئة الدخل، 1990 و 2010



المصدر: GBD 2010.

ملحوظة: بناءً على فئات دخل البلدان من البنك الدولي لسنة 2014.

(15-19، و20-24، و25-29) نتائج المصنّفات الدولية؛ كاشفةً تدريجاً متزايدةً لانعدام العدالة بين أفراد الفئة العمرية 15-29 سنة (الشكلان 5.5 و6.5). وكان النمط متماثلاً على العموم وعبر الجنسين: يُظهر الشباب في بلدان الدخل المنخفض نتائج أسوأ من الشباب في بلدان الدخل المتوسط الأدنى، وهكذا ذواليك في بلدان الدخل المتوسط الأعلى وبلدان الدخل المرتفع. وقد شكّلت هذه التباينات في سنة 2010 اختلافاً مقداره 10 سنواتٍ من العمر المتوقع المعدل بحسب الصحة بين الشباب في الفئات العمرية الثلاث في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المرتفع، وزيادةً مقدارها خمسة أضعاف في معدل الوفيات لبلدان الدخل المنخفض مقارنةً بالمعدلات في بلدان الدخل المرتفع إجمالاً، وفي كل فئة عمرية. ومع الارتقاع في درجات الدخل، ارتفع العمر المتوقع المعدل بحسب الصحة وانخفضت معدلات الوفيات لكل 100 ألف نسمة داخل البلدان في علاقةٍ شبيهة كاملة بين الجرعة والاستجابة. اتسع انعدام العدالة للمنتميين إلى الفئة العمرية 20-24 عاماً خلال سنوات 1990-2010 بين أفقر البلدان العربية وبلدان في كل فئةٍ أخرى من الدخل (الشكلان 7.5 و8.5). ففي حين ارتفع العمر المتوقع المعدل بحسب الصحة، وانخفضت معدلات الوفاة لبلدان الدخل المتوسط الأدنى، وبلدان الدخل المتوسط الأعلى، وبلدان الدخل المرتفع، تراجع العمر المتوقع المعدل بحسب الصحة وارتفعت معدلات الوفاة لبلدان الدخل المنخفض.

تتضح التباينات، داخل معايير النوع الاجتماعي نفسه، وفقاً للدخل ومكان الإقامة (الشكل 9.5). والفجوة في الولادات التي تساعد فيها عاملات ولادة ماهرات بين السكان الأفقر والأغنى هي الأعلى في السودان ومصر واليمن. وتتضح الفجوة أيضاً في نسبة الولادات التي تساعد فيها عاملات ماهرات بين المقيمين في الريف والحضر؛ وتوجد كبرى هذه الفجوات في جيبوتي والسودان. وقد أُفيد عن فجواتٍ مماثلة في رعاية ما قبل الولادة وانتشار موانع الحمل بين الأفقر والأغنى، وبين الأماكن الريفية والحضرية (الشكل 9.5).

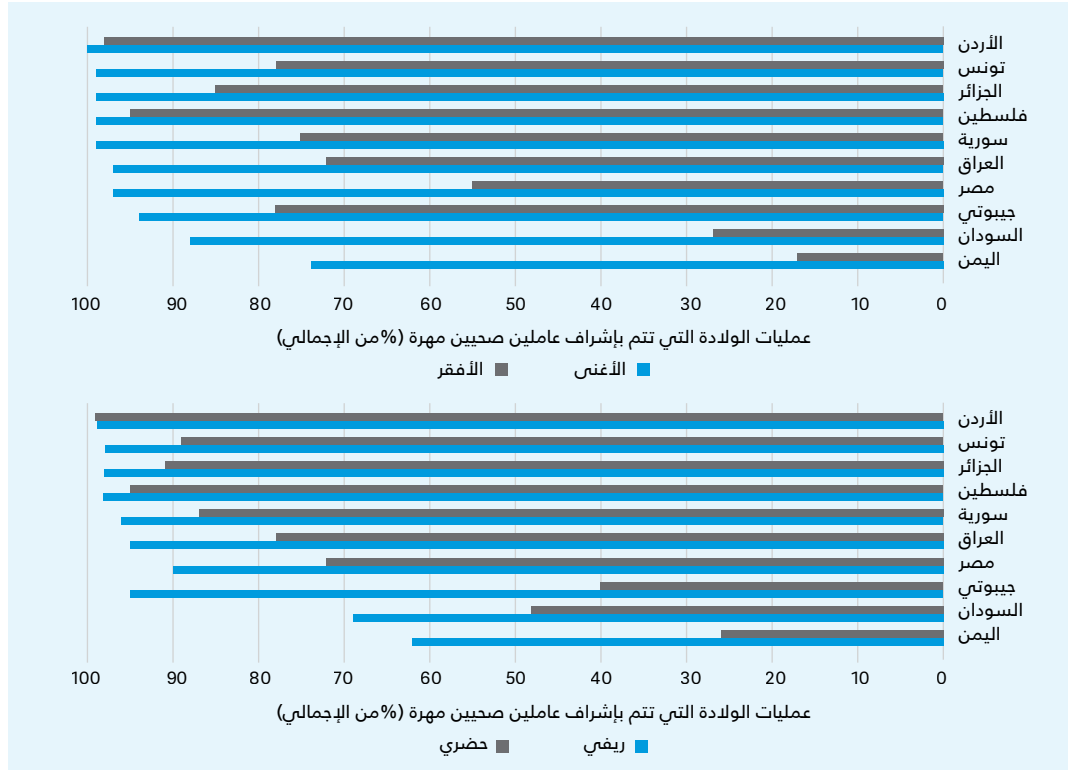
الرُضع، ووفيات الأطفال دون الخامسة، ووفيات الحوامل؛ في حين ترتفع معدلات العمر المتوقع عند الولادة والعمر الصحي المتوقع على المستوى الفردي، تؤكد النتائج في العالم العربي، عموماً، المصنّفات الدولية عن الارتباطات بين محدّدات اجتماعية (مثل الثروة، والتعليم، والإقامة في الريف أو الحضر، والنوع الاجتماعي) والصحة (مثل المواليد الأحياء، وتوقّف النمو، وفقر الدم، والمرض المزمن).⁷⁶ وفي حين أن بعض النتائج الصحية خاصةً بالأطفال وبعضها الآخر بالبالغين (بمن فيهم من تبلغ أعمارهم 15 سنةً فما فوق)، لم تُفسر الروابط خصباً للمراهقين والشباب.

لكن أجريت في مصر بعض التحليلات المثيرة للاهتمام (أعمار المجهين 22 عاماً فما فوق) بشأن الارتباط بين محدّدات هيكلية (متغيّرات مناطق الجوار) والصحة. وتفاوتت مؤشّر كتلة الجسم وفقاً لأحياء القاهرة وارتبط سلباً بالتحصيل العلمي للحي - مقياساً باعتباره حصّة الأسر بمن في ذلك المجهين الذين يزيد تعليمهم على الثانوي - والتحصيل العلمي المدرسي حتى عندما أُخذت في الحسبان عوامل أخرى اجتماعية-ديمغرافية، واقتصادية، وصحية، وبيئية.⁷⁷

يُقدّم تقريرٌ صادرٌ عن مجلة «لائيبت» أدلةً محدّدة على تأثير المحدّدات الاجتماعية في صحة المراهقين (10-24 سنة).⁷⁸ ويُشير التقرير، مستقيماً من العديد من التحليلات، إلى أن الشروط الهيكلية مثل الناتج المحلي الإجمالي وانعدام المساواة في الدخل على مستوى البلد ترتبط بنتائج صحية مثل وفيات الشبان السنوية في الفئة العمرية 15-19 عاماً لكل الأسباب، بالإضافة إلى معدلات المواليد بين الشابات في الفئة العمرية نفسها. وتشمل بيانات معدل المواليد 14 من بلدان الجامعة العربية التي لدى معظمها ناتجٍ محليٍّ إجماليٍّ أعلى.

يُظهر الشباب في البلدان العربية الأفقر نتائج صحيةً أسوأ مما هي عليه في البلدان العربية الأغنى. وتؤكد بياناتٌ جُمعت في جميع بلدان الجامعة العربية للعمر المتوقع المعدل بحسب الصحة ومعدلات الوفاة لكل 100 ألف نسمة لثلاث فئاتٍ عمرية

الشكل 9.5 تباينات في مساعدة عاملاتٍ ماهراتٍ على الولادة في بلدانٍ عربية



المصدر: UNICEF 2011.

الخدمات، لكن لم يجر أي تقييم معروف لمدى تأثيرها.⁸⁰ وتُركّز الخدماتُ في جميع البلدان، باستثناء العراق ولبنان، على الصحة الجنسية والتناسلية للشباب. وتُشير تقديراتٌ مبنيةٌ على بيانات عالمية إلى أن زيادة الخدمات الضرورية في مجموعة الخدمة هذه في 74 بلداً ذا دخل منخفض ومتوسط، بما في ذلك ثمانية بلدانٍ في الجامعة العربية، يستلزم إنفاقاً إضافياً سنوياً للفرد مقداره 82 سنتاً أميركياً بحلول سنة 2015.⁸¹ ويتسم ذلك بكفاءة مالية بالنظر إلى تكلفة العلاج وإعادة التأهيل بين المراهقين الآن، وفي المستقبل، بسبب المشكلات الصحية المجتنبية لأن هؤلاء المراهقين لا يشرعون في سلوكياتٍ خطيرة في أعقاب تجربتهم مع هذا النمط من الخدمات.

في مصر، حققت الخدماتُ نتائجَ متباينة؛ حيث لم تُنفذ بصورةٍ شاملة، مع وجود فجوات. وقد أُجريت في مصر عام 2013 مقابلاتٌ مع أطباء، وممرضين، وعاملين في مجال الصحة في 10 عياداتٍ تابعة لوزارة الصحة والسكان أو تديرها منظماتٌ غير حكومية تُقدّم هذه الخدمات، بالإضافة إلى بعض الزبائن من الشباب (شاب وشابة)، أشارت إلى أن هذين الزبائنين لم يتمكنا من إيجاد العيادات، حتى عندما كانا في مستشفى يضم عيادة كهذه «لعدم وجود لوحات إشارة، وفي بعض الحالات، لم يكن بعض الموظفين في المستشفى على علم بوجود العيادات». ⁸² إضافة إلى ذلك، غالباً ما يكون الأطباء غائبين، ويُضطرّ المرضى إلى العودة عدّة مراتٍ لتلقّي رعاية مهنية.⁸³

لم يحصل معظمُ مقدمي الخدمات في مصر على تدريبٍ بخصوص الصحة الجنسية والتناسلية للشباب؛ ولم تتوفر

4.5 التدخلات الحالية في القطاع الصحي لتعزيز مستوى الرفاه

كانت الخدماتُ الصحية الصديقة للمراهقين والشباب أصلاً تُركّز على الخدمات الصحية المتعلقة بالنواحي الجنسية والتناسلية، لكنّها وُبيعت لتشمل العديد من مجالاتٍ أخرى؛ وذلك إلى حدٍ كبير يفضل ما يقدمه الشباب من إجاباتٍ عما يحتاجون إليه (الإطار 2.5).⁷⁹

وفي المنطقة العربية، تُقدّم خدماتٌ صحيةٌ تستجيب لاحتياجات المراهقين والشباب في الأردن، والعراق، ولبنان، والمغرب، ومصر. وأجري تقييمٌ عن عملية أداء معظم هذه

الإطار 2.5 مجالث تقديم الخدمات الصحية للمراهقين والشباب

تتضمن المجالث الخمسة التي تستهدفها الخدمات الصحية تعزيز إمكان الحصول على رعاية، وتقليل السلوكيات الخطرة للمراهقين والشباب عدالة الرعاية، وفعاليتها، وإمكانية منالها، ومقبوليتها، وملاءمتها، لكن العديد من الحواجز – الاقتصادية، والاجتماعية، والدينية تحول دون استخدام الشباب هذه الخدمات، وفقاً لمراجعة أجريت سنة 2007.¹ وتتباين طرق توفير هذه الخدمات عبر وحدات المرضى الداخليين المخصصة للشباب، أو مراكز الرعاية الصحية الأولية في المجتمع المحلي، أو الخدمات الصحية للمدرسة أو الجامعة، أو المراكز المجتمعية العامة، أو الصيدليات، أو الخدمات الميدانية. وأظهرت مراجعة عام 2007 التي تفتحت دراسات عالمية (بما فيها تلك المتعلقة بالبلدان النامية) لجمع معلومات عن فاعلية هذه الخدمات وبأي طريقة يتم توفيرها أن الخدمات تميل إلى

.1 Ambresin and others 2013; Tylee and others 2007

.2 Tylee and others 2007

.3 Tylee and others 2007

.4 Tylee and others 2007، ص 1572.

ثمة ثلاث استراتيجيات رئيسية في رعاية الصحة الجنسية والتناسلية، يوصى بها لتعزيز النتائج بين الشباب: خدمات العيادات سهلة المنال وعالية الجودة؛ وبرامج تثقيف جنسي ملائمة تنموياً وقائمة على الأدلة، وبرامج بناء مهارات حياتية.⁸⁸

من التدخلات الأولية الأخرى لتعزيز الصحة بين الشباب تغطية صحية شاملة تضمن، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تمكّن كل الناس من الحصول على «خدمات صحية تعزيزية ووقائية وعلاجية وتأهيلية ذات جودة كافية لتكون فعالة، فيما تضمن أيضاً ألا يُعاني الناس مصاعب مالية لدى دفع أجور هذه الخدمات».⁸⁹ والالتزام بالتغطية الشاملة للرعاية الصحية مرتفع في المنطقة العربية، لكن تبقى عقبات في بلدان عدة؛ بما فيها ارتفاع الإنفاق المباشر، ورداءة نوعية الرعاية، وقلّة عدد المهنيين الصحيين المدربين، والافتقار إلى إمكان الحصول على الأدوية والتّقنيات الضرورية، والقصور في أنظمة المعلومات الصحية.

طوّرت منظمة الصحة العالمية استراتيجية رباعية لتقوية استجابة نظم الرعاية الصحية لقضايا في صحة المراهقين ونموهم.⁹⁰ والاستراتيجيات الأربع هي (1) جمع معلومات استراتيجية واستخدامها، و(2) وضع سياسات داعمة قائمة على الأدلة، و(3) زيادة توفير خدمات ومنتجات صحية، و(4) تقوية قطاعات أخرى. ويجب أن تكون عناصر كل الاستراتيجيات الأربع جليّة في الخدمات الصحية الصديقة للمراهقين والشباب، وفي التغطية الصحية الشاملة. وقد لاحظ تقرير صادر في سنة 2009 عن الفرص الضائعة في تزويد الخدمات الصحية للمراهقين هذه الأنواع من العوامل التي يجب النظر فيها عند إجراء التدخلات لتعزيز صحة الشباب ورفاههم:⁹¹

- التوقيت: تبدأ سلوكيات خطيرة كثيرة في فترة المراهقة، وبالتالي فإن هذه المرحلة وقت بالغ الأهمية لتعزيز الصحة.
- الاحتياج: تختلف احتياجات المراهقين عن احتياجات الفئات السكانية الأخرى. فضمن الفئة العمرية للمراهقين، تُظهر

مبادئ توجيهية واضحة بشأن تصنيف الشباب، كما لا توجد مبادئ توجيهية للإحالة. وأشارت المقابلات التي أجريت مع مقدمي الخدمات إلى أن ما يوفره من خدمات قد لا يكون مقبولاً من الشباب لأن قلّة ممن يقدمونها يُؤمنون بأهمية توفيرها للشباب بصرف النظر عن الحالة الزوجية؛ مع أن من الأرجح تقديمهم خدمات في أي حالة للشباب أكثر منها للشابات، ما يُشير إلى أوجه غُبن محتملة.⁸⁴ وردت صدى هذا الانحياز ضد المرأة تجارب الرّبوتيين السالف ذكرهما؛ حيث أمضى مقدمو الخدمات وقتاً أطول بكثير مع الشاب وأجابوا عن أسئلته، في حين ذكرت الشابة أن معاملتهم لها أشعرتها بالإهانة.⁸⁵ وقد انتهكت الخصوصية في عيادات عديدة، وذكر مقدمو الخدمات أن العيادات قليلة الاستخدام جزئياً لأن الأهل يُثنون أفراداً أسرهم الشباب عن الحضور؛ مع أن تجربة إحدى المنظمات غير الحكومية كانت إيجابية بعد مشاركة والدين في جلسات توعية.

تُرَدّد نتائج التقرير صدى تقرير سابق أعدته الهيئة الدولية لصحة الأسرة (FHI 360) قبل ذلك بست سنوات.⁸⁶ لكن تقرير مكتب المراجع السكانية لسنة 2014، المستند إلى عدد أكبر بكثير من المقابلات مع شباب زاروا مراكز خدمات صحية لمساعدة المراهقين والشباب في مصر عامي 2010 و2011، أشار إلى رضا عام عن مساعدة العيادات.⁸⁷ فبين الشباب، وصف 74 في المئة مناقشاتهم مع مقدمي الخدمات بأنها جيدة، وقال 80 في المئة إن إجراءات الخصوصية والسرية كانت جيدة؛ كما ذكر أكثر من 90 في المئة أنهم سيعودون إلى العيادات. وحدد التقرير الحواجز نفسها الواردة أعلاه بشأن مواقف مقدمي الخدمات والاختلافات بين الجنسين، ووجد أن الخدمات لم تُلبّ العديد من الاحتياجات التي أعرب عنها الشباب، مثل العيادات المتقلّبة، والبرامج التثقيفية التي تستهدف فئات عمرية محدّدة وفقاً للنوع الاجتماعي، وخدمات ميدانية، ودورات تدريبية بشأن كيفية التعامل مع عوامل الخطر الرئيسية.

5.5 التدخلات الحالية في القطاع غير الصحي: من الصحة للجميع إلى الصحة في جميع السياسات

لن تكون التدخلات المقترحة على نظام الرعاية الصحية كافية بحد ذاتها لتعزيز رفاه الشباب.⁹⁸ فالصحة في جميع نُهج السياسات التي وجدت ملتزمين في العقد الماضي نهج تعاوني لتحسين صحة جميع الأشخاص بإدخال اعتبارات صحية في اتخاذ القرارات عبر القطاعات ومجالات السياسات.⁹⁹ ويتطلب النهج أساساً أن يكون راسم السياسات على معرفة بواقع مختلف خيارات السياسات ووقوعها على الصحة والاستدامة والإنصاف، وينظرون فيه. والسمنة أحد الأمثلة المرتبطة بأحد عوامل الخطر بين الشباب؛ ولسوف تحتاج استراتيجيات السياسات الرامية إلى كبح وباء السمنة إلى إشراك الوزارات والهيئات الأخرى المعنية بالمواسلات، والتخطيط، والزراعة، والاقتصاد، والتعليم؛ وقد بدأت مناقشة النهج في البلدان العربية.¹⁰⁰ ومع أن النهج ليس موجهاً خصيصاً نحو الصحة بين الشباب، لكن يمكن استخدامه لضمان أن يكون للسياسات وقع إيجابي على الصحة بين الشباب.

ويشمل نهج آخر غير موجّه خصيصاً إلى الصحة إعداد سياسات وطنية للشباب. وتُمثّل مثل هذه السياسات إعلاناً عن موقف الحكومة من قضايا الشباب. وقد وضعت عشرة بلدان عربية سياسات للشباب، أو تعمل على صياغتها.¹⁰¹

وتشمل تدخلات رئيسية أخرى برامج تنمية إيجابية للشباب تهدف إلى بناء المهارات وتقوية البيئة الاجتماعية بين الشباب؛ الذين هم، وفقاً للنهج، أصولاً لتنمية أنفسهم ومجتمعهم. وثمة شعار نموذجي للبرامج هو «الخلو من المشاكل لا يعني استعداداً كلياً». وتشترك البرامج الفاعلة في محاور عدّة؛ حيث «تقوي الكفاءات الاجتماعية، و/أو العاطفية، و/أو المعرفية و/أو السلوكية، والفاعلية الذاتية، ومعايير الأسرة والمجتمع للسلوك الاجتماعي والشخصي الصحي؛ وتستهدف الروابط الصحية بين الشباب والبالغين؛ وتزيد فرص مشاركة الشباب في أنشطة اجتماعية إيجابية؛ وتقدّر تلك المشاركة وتُعزّزها».¹⁰²

بعض الشرائح احتياجات صحية تتطلب اهتماماً خاصاً (السكري، السلوك الجنسي، إلخ).
• الطرف: تؤثر الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والجغرافية في إمكان الوصول إلى الخدمات بالإضافة إلى حاجات الرعاية الصحية.
• المشاركة: ينبغي للخدمات الصحية التي تستهدف المراهقين أن تُشركهم بنشاط وأن تُشرك أسرهم أيضاً، إذا أمكن.
• الأسرة: للأسر، وخصوصاً للوالدين، أهمية بالغة بسبب نفوذها/نفوذهم في الرعاية الصحية وإمكان الوصول إلى الخدمات الصحية للشباب.
• المجتمع: للمجتمعات التي يعيش فيها مراهقون وقع على صحتهم لأنها تقدّم الدعم الاجتماعي.
• المهارات: يجب أن يتمتع مقدّمو الرعاية الصحية بالمهارات اللازمة للتعامل مع الشباب.
• المال: تتوقف الخدمات المتاحة للشباب وجودتها على عوامل مالية.
• السياسات: «يمكن أن يكون للسياسات، العامة والخاصة على السواء، تأثير عميق في الخدمات الصحية للمراهقين. والسياسات المعدة بعناية هي أساس لأنظمة رعاية قوية تُلبّي مجموعة واسعة من احتياجات الأفراد والمجتمع».⁹² إن أكثر التدخلات فاعلية هي تلك التي تهدف إلى تعزيز رفاه الشباب وتتصدى للمحددات الاجتماعية والهيكلية للصحة، وتُروج ببيئات اجتماعية ومادية صحية، وتقلل أوجه عدم الإنصاف. فقد وجدت مراجعة منهجية استخدمت عدسة إنصاف للتدخلات الصحية أن التدخلات التحضيرية التي تحاول التقليل من المحددات السياسية والاجتماعية التحضيرية، أو التحكم بها، أو منعها، تقلل على الأرجح أوجه عدم الإنصاف في الصحة؛ في حين أن التدخلات اللاحقة التي تُركّز على الأفراد أكثر ترجيحاً لتعزيز أوجه عدم الإنصاف أو حتى لجعلها أسوأ.⁹³ وغالباً ما تتفاقم العقبات أمام إمكان الحصول على الخدمات الصحية في العالم العربي، كما في مناطق العالم الأخرى، بين الفئات المهمشة أو الضعيفة، بمن فيها المراهقين والشباب.⁹⁴
يستخدم أونيل وآخرون (2014) اللفظة الأوائلية PROGRESS (المرتبطة من الحروف الأولى لكلمات بالإنكليزية معناها: مكان الإقامة؛ والعرق، والإثنية، والثقافة واللغة؛ والمهنة؛ والنوع الاجتماعي والجنس؛ والدين؛ والتعليم والحالة الاجتماعية-الاقتصادية؛ ورأس المال الاجتماعي) لتمثيل تدخلات تُجند عدسة إنصاف في محاولاتهم لتقليل الحواجز إلى الحد الأدنى أمام منافذ الفئات الضعيفة. ويُشيرون إلى أن مجرد توفر تدخل في سياق معين لا يضمن خفض عدم الإنصاف في الرعاية الصحية؛ لا بل ينبغي للتدخلات أن تكون سهلة المنال، ومقبولة، وفاعلة بين أشد الفئات السكانية حرماناً، وتستخدمها هذه الفئات.⁹⁵
هل يُضرب التدخل بسكان الأرياف أو الشباب خارج المدرسة؟ لقد أضيفت تصنيفات عدّة إلى أداة PROGRESS، المسماة عندئذ PROGRESS Plus.⁹⁶ وتشمل هذه الإضافة خصائص شخصية تجعل الناس في وضع غير مُواتٍ (مثل الإعاقة)، وعلاقات (الإبعاد عن المدرسة)، وقضايا تتوقف على الوقت (مثل الرعاية القصيرة الأمد).⁹⁷ ويجب أن تساعد الأداة حكومات وغيرهما على ضمان أن جميع التدخلات في المنطقة العربية تُعزّز صحة الشباب ورفاههم؛ لكونها تُصمّم وتُنفذ وتُقيّم مع تطلع إلى الإنصاف والتغطية حتى بين أكثر من يصعب الوصول إليهم.

خطة عمل تُحدّد إجراءات الأمراض غير السارية التي يجب أن تتخذها الدول الأعضاء، ومنظمة الصحة العالمية، والشريكات الإقليمية والدولية. وتُوفّر الخطة مبادئ توجيهية لخفض انتشار الأمراض غير السارية وحدوثها بين جميع الفئات السكانية. وفي المؤتمر الوزاري العالمي الأول بشأن أنماط الحياة الصحية ومكافحة الأمراض غير السارية، حدّدت منظمة الصحة العالمية كذلك مجموعة من أفضل الصفقات لمكافحة عوامل خطر الأمراض غير السارية والوقاية منها؛ هي: ¹⁰⁵

- استهلاك التبغ
- رفع الضرائب على التبغ.
- حماية الأشخاص من دخان التبغ.
- التحذير من أخطار التبغ.
- إنفاذ الحظر على الإعلان عن التبغ.
- النظام الغذائي غير الصحي وقلّة النشاط الجسماني
- خفض تناول الملح بتخفيض الملح في الغذاء.
- إحلال الدهون العديدة غير المشبعة محلّ الدهون الناقليّة/المُهذّجة.
- رفع الوعي العام بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني (عبر وسائل الإعلام).

تدخلات قائمة على تعزيز دور المدرسة أو الجامعة

ينبغي للتدخلات القائمة على عوامل وأصول وقائية وتشمل تركيزاً على تنمية إيجابية أن تُصمّم وتُدخل في البرامج والسياسات الشبابية للهيئات والوزارات المعنية في المنطقة. وسيُنفذ العديد من هذه التدخلات عبر المدارس، لكن لن يكون لها تأثير كبير إلا إذا ركزت على المهارات ولم تُقرن بتدخلات أخرى. وفي ضوء الافتقار إلى تقييم البرامج في المنطقة العربية، تأتي الأدلة على هذا التأكيد من برامج حول العالم بشأن إساءة استخدام التبغ، والتبغ، والمخدرات، والسمنة. ¹⁰⁶ ونهج المدرسة مناسب للصحة الجنسية والتناسلية، مع أنّ الوصمة والمحرمات الثقافية في هذا المجال عائق تحول دون الوصول إلى المعلومات.

إنّ التعاون الإقليمي بالغ الأهمية لضمان نجاح التدخلات الصحية وغير الصحية. ومع أنّ التحليل في هذا الفصل يُحدّد سياسات يستطيع كل بلد أن يُنفذها، لكنّ النجاح سيتعرّز إذا طبقت البلدان السياسات تطبيقاً شاملاً، وإذا اعتمدت مجموعات بلدان سياسات متماثلة. والتبغ يُبيّن سبب ذلك: فقبل سنة 2006، حُظرت الإعلانات عن منتجات التبغ في الأردن وسورية، مع أنّ لبنان لم يحظرها آنذاك. وبسبب تلقّي البلدين إرسال المحطات المرئية الفضائية من لبنان، تلاشى وقع حظرهما إلى حد كبير. ¹⁰⁷

وجدت أبحاث بشأن وقع البرامج على أفراد، وعلى المدارس والأسر والمنظمات القائمة على المجتمع، المشاركة في البرامج، أن نتائج البرنامج بين الأفراد شملت نتائج الصحة الجنسية والتناسلية الإيجابية التي تمتد إلى مرحلة البلوغ، بالإضافة إلى نتائج اجتماعية وتعليمية مثل تعاطم النجاح في المدارس. ¹⁰³

6.5

التطلّع إلى المستقبل

الأمراض غير السارية (غير المعدية)

تُجمل الاستراتيجية العالمية للأمراض غير السارية تدخلات وقائية رئيسية ذات ستّ غايات، بما فيه التالية: ¹⁰⁴

- رفع الأولوية الممنوحة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في جداول الأعمال العالمية والإقليمية والوطنية، والأهداف المتفق عليها دولياً، عبر تقوية التعاون والمناصرة الدوليين.
- تعزيز القدرة والقيادة والحوكمة والإجراءات والشراكات المتعددة القطاعات على الصعيد الوطني، لتسريع استجابات البلد للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.
- خفض عوامل الخطر القابلة للتعديل الخاصة بالأمراض غير السارية والمحددات الاجتماعية التي تقوم عليها بإنشاء بيئات معززة للصحة.
- تعزيز الأنظمة الصحية وتوجيهها إلى التعامل مع الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وما تقوم عليه من محدّدات اجتماعية، برعاية صحية تركز على الأشخاص وتغطية صحية شاملة.
- تعزيز القدرة الوطنية على البحث والتطوير العالي الجودة ودعّمها للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها.
- مراقبة اتجاهات ومحددات الأمراض غير السارية وتقييم التقدّم المحرّز في الوقاية منها ومكافحتها.
- أعدّ مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق البحر المتوسط

- 1 تُعرّف منظمة الصحة العالمية تعزيز الصحة بأنه "عملية تمكين الناس من زيادة التحكم في صحتهم وتحسين مستواها" بوضع سياسات للصحة العامة، وإعادة توجيه الخدمات الصحية، وإنشاء بيئات داعمة، وتقوية الأعمال المجتمعية، وتطوير المهارات الشخصية. منظمة الصحة العالمية، ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- 2 .WHO 1986
- 3 وُضع العديد من الأطر المفهومية لشرح التأثيرات في صحة الشباب (Sawyer and others, 2012; Blum and others 2014; Afifi and others 2010a; WHO 2012)؛ وتُبرز كلُّها تفاعل عدد من المحدّات على مستويات مختلفة في الصحة (Richard and others, 2011)، من البيولوجي إلى الفردي إلى الاجتماعي إلى السياسي (Halfon and others, 2014). وربما يكون السياسي أقلّ المستويات وضوحًا، لكنه يشمل الصحة العالمية، والتجارة، والسياسات التجارية والاقتصادية (Navarro and others, 2006; Bettcher and others, 2000). على سبيل المثال، "لا يمكن إغفال الترويج والتسويق الموسع للسلع المُضرة (نتيجة حرية التجارة)، وبخاصة التبغ." (Bettcher and others, 2000, p. 522).
- 4 .Williamson and Carr (2009)
- 5 توحى نماذج اتجاهات الحياة أن صحة البالغين "أكثر من مزيج بين هيتهم الوراثية وخيارات أنماط الحياة للبالغين، وأن من الممكن أن تكون للعوامل الاجتماعية، والنفسية، والبيئية العاملة مبركًا في الحياة تأثيرات كبيرة في النتائج على المدى القصير والطويل" (Halfon and others, 2014, p. 345). ومع أن نماذج اتجاهات الحياة المبكرة ركزت بالدرجة الأولى على تأثير التجارب والظروف المبكرة للرّضع والأطفال، فقد ركزت مناقشات أحدثت عهدًا على أربعة مسارات في أثناء المراهقة (الصحة، والسلوك الصحي، والعلاقات الاجتماعية، والمدرسة/التعليم) ذات وقع فريد على صحة البالغين (Due and others, 2011: 65)؛ وبالتالي تُحدّد المراهقة باعتبارها "فترة حساسة وحرّة" (Halfon and others, 2014) بالنسبة إلى صحة البالغين.
- 6 الصحة بين الشباب مدرجة على جدول الأعمال العالمي. أنظر منظمة الصحة العالمية، "صحة مراهقي العالم"، أيار/مايو 2014، <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- 7 .Patton and others 2012
- 8 جمعت وحدة معهد قياسات الصحة وتقييمها في جامعة واشنطن كلّ البيانات المتعلقة بهذه الفئة العمرية من أي نوع من أعمال المسح الوطني أو المجتمعي أو المستندة إلى المنشأة أو المدرسة؛ ولذا فإنها موقع جيد للمعلومات.
- 9 .NAP 2009
- 10 .Kronfol 2012
- 11 UNICEF (من دون تاريخ).
- 12 .Afifi and others 2012
- 13 .Wong, Zimmerman, and Parker 2010
- 14 .Bteddini and others 2012; Makhoul, Alameddine, and Afifi 2012
- 15 حدّدت الأسباب الرئيسية بالتحليل البصري للرسوم البيانية. وتشير البيانات العالمية إلى أن 2.6 مليون وفاة وقعت بين المنتمين للفئة العمرية 10-24 عامًا في سنة 2004، وحدث 97% من هذه الوفيات في بلدان الدخل المتوسط الأدنى (Patton and others, 2009). ويشير التقرير نفسه إلى أنّ في إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية (بما في ذلك 16 بلدًا ذا الدخل المتوسط الأدنى)، تبلغ نسبة المخاطر النسبية لوفاة الشباب (10-24 سنة) 3.7 مقارنة بتلك الموجودة في بلدان العالم ذات الدخل المرتفع (39 بلدًا، خمسة منها في إقليم شرق المتوسط: الإمارات، والبحرين، والسعودية، وقطر، والكويت). ويوجد في بلدان الدخل المتوسط الأدنى في إقليم منظمة الصحة العالمية ثالث أعلى خطر نسبي للوفاة بين جميع بلدان الدخل المنخفض إلى المتوسط بعد أفريقيا وجنوب شرق آسيا. وقد صنّف التقرير أسباب الوفاة بأربعة هي: أسباب أمومية، وأمراض سارية، وأمراض غير سارية، وإصابات. ففي الفئة العمرية 15-19 عامًا في إقليم منظمة الصحة، تُشكّل الإصابات أكثر الأسباب تواترًا لوفاة الذكور تليها الأمراض السارية وغير السارية على نحو متساوٍ تقريبًا. وبين الإناث في هذه الفئة العمرية، تُشكّل الإصابات أكثر الأسباب تواترًا للوفاة، فيما وفاة الحوامل أقلّ الأسباب احتمالًا. في الفئة العمرية 20-24 سنة، تشهد وفيات الرجال ارتفاعًا كبيرًا، والإصابات هي السبب الواضح للارتفاع. وبين النساء، ترتفع أيضًا معدلات الوفاة مع تزايد وفيات الحوامل. وتتوزع أسباب الوفاة الأربعة بالتساوي تقريبًا بين النساء في هذه الفئة العمرية. لكنّ ثمة تحذير مبرر: شمل هذا التحليل بلدانًا من جميع مستويات الدخل. وفي إقليم منظمة الصحة، لم تُكن لدى أيّ من بلدان الدخل المتوسط الأدنى بيانات تسجيل للوفيات تفوق 85 في المئة من التغطية؛ لذا أُجريت نمذجة لسبب الوفاة في 6 من هذه البلدان واستُخلصت التقديرات من دراسات وبائية في 10 من هذه البلدان.
- 16 .WHO 2013a
- 17 .Sivak and Schoettle 2014
- 18 .WHO 2013a
- 19 المرجع السابق.
- 20 المرجع السابق.
- 21 المرجع السابق.
- 22 .Bodalal and others 2012
- 23 .Bener and others 2012
- 24 .Hamadeh & Ali 2013
- 25 .WHO 2013a
- 26 .WHO 2013c
- 27 .Abdul Rahim and others 2014; WHO 2010b

.Abdul Rahim and others 2014; WHO 2011a	28
.Musaiger and Al-Hazzaa 2012	29
.WHO 2011a	30
.Ng and others 2011	31
.Ghandour and others 2014; Roudi-Fahimi and Feki 2011; UNFPA 2012a	32
UNFPA 2012a	33
.UNFPA 2012a; Diers 2013	34
.UNGASS 2014	35
.UNAIDS 2014	36
.De Jong and El-Khoury 2006	37
.Population Council 2010	38
.UNICEF 2012	39
.Alquaiz, Almuneef, and Minhas 2012; BinSaeed, Mahmood, and Raheel 2013	40
.Roudi-Fahimi and El Feki 2011	41
.Patel and others 2007	42
.Eckersley 2011	43
.Jaju and others 2009	44
.Rezaeian 2007	45
.Jaju and others 2009; Rezaeian 2007	46
غالبًا ما يدعى التركيز على عوامل الخطر نهجًا لعلم الوقاية، والاهتمام بالعوامل الوقائية نهجًا إيجابيًا لتنمية الشباب (Catalano and others, 2002). وهذان النهجان متكاملان وليسا متنافسين. وقد حدّدت أطر عدّة عوامل الخطر والوقاية الرئيسية لسلوكيات الشباب الخطيرة، مثل Dickson (1998), Fong and others (2006), McLeroy and others (1988), and Tyas and Pederson (1998).	47
.Maziak and others 2014	48
.Usmanova and Mokdad 2013; WHO 2011a	49
.Usmanova and Mokdad 2013; WHO 2006, 2007a, 2007b	50
.Warren and others 2011	51
Khabour and others 2012; Mahfouz and others 2014 (data for 2011–2012); Mandil and others 2007, 2011 (data for 2008–2009); Yasso and others 2013	52
.Akl and others 2011; Maziak and others 2014b	53
.Barnett and others 2013; Warren and others 2009; Maziak and others 2011	54
.Akl and others 2010; Shihadeh and others 2015	55
.Akl and others 2015	56
.Maziak and others 2014a	57
.WHO 2003	58
.Lantz and others 2000	59
.WHO FCTC 2014	60
.Mathers and Loncar 2006	61
.Johnston and others 2011; Karam and others 2007	62
.Salamoun and others 2008	63
.CDC 2015	64
.Afifi and others 2012	65
.WHO 2012b	66
.Okasha 1999	67
.Okasha 1999	68
.Al-Ansari and others 2001	69
.Karam and others 2000	70
أنظر http://www.search-institute.org/content/40-developmental-assets-adolescents-ages-12-18	71
.Scales 2011	72
.Afifi and others 2015	73
.WHO 2008b	74
أنظر http://www.who.int/social_determinants/en	75
.Khadr and others 2012, p.61–74	76
.Mowafi and others 2011	77
.Viner and others 2012	78

.Andrew, Patel, and Ramakrishna 2003; WHO 1978	79
.Geel 2014; FHI 360 2007; IPPF 2012; Khalaf and others 2010; Population Council 2013	80
.Deogan, Ferguson, and Stenberg 2012	81
.Population Council 2013, p.4	82
.Population Council 2013, p.30	83
.Population Council 2013, p.32	84
.Population Council 2013	85
.FHI 360 2007	86
.Geel 2014	87
.Bearinger and others 2007	88
. http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en أنظر	89
.WHO 2009	90
.NAP 2009	91
.NAP 2009، ص. 27.	92
.Oliver and others 2008	93
.Kronfol 2012	94
.O'Neill and others 2014, p.57	95
.Evans and Brown 2003 ; Kavanagh, Oliver, and Lorenc 2008	96
بالنظر إلى الأدلة بشأن المحدّات الاجتماعية والهيكليّة للصحة، فإن لوزارات الصحة "دورًا مهمًا تقوم به باعتبارها القيّمة الفعّالة فتؤثّر في الخطط التنموية، والسياسات، وأعمال الجهات الفاعلة في قطاعات أخرى" (Oliver and others, 2008).	97
.Viner and others 2012	98
.Rudolph and others 2013	99
.WHO 2012a	100
.ESCWA 2010	101
.Catalano and others 2002, p.6	102
.Gavin and others 2010; Roth and others 1998; Roth and Brooks-Gunn 2003	103
.WHO 2013b	104
.WHO 2011b	105
.Cuijpers 2002; Glantz and Mandel 2005; Gonzalez-Suarez and others 2009; Wiehe and others 2005	106
.Maziak, Nakkash, and Afifi Soweid 2006	107

