

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
Regional Office for the Eastern Mediterranean  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مَنْظَرُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ  
اِكْتَبُ الْاِتِّمِي لَشَرْقِ الْمَتَوَسِّطِ

EM/RC43/7  
ش م / ل ٤٣١ / ٧  
تموز / يوليو ١٩٩٦  
الأصل بالعربية

اللجنة الإقليمية  
لشرق المتوسط

الدورة الثالثة والأربعون

البند ١١ (أ) من جدول الأعمال

التثقيف الصحي للمراهقين

## المحتوى

### الصفحة

١

الموجز

٣

المقدمة

٤

الباب الأول: معلومات أساسية حول المراهقين

٤

١-١ المنظور الوبائي للمراهقين والشباب، في إقليم شرق المتوسط

٧

٢-١ التطور التاريخي لصحة المراهقة

٩

الباب الثاني: المحاور الأساسية للتثقيف الصحي للمراهقين

٩

١-٢ التغذية والعادات الغذائية

١١

٢-٢ الصحة الشخصية والنظافة

١١

٣-٢ اتباع نمط حياتي صحي لتعزيز الصحة والوقاية من المرض

١٢

٤-٢ الصحة النفسية للمراهقين

١٤

٥-٢ الصحة الإنجابية، والجنسانية

٢٠

٦-٢ ترسيخ نظام الزواج والإعفاف عن السلوك الجنسي المنحرف

٢٤

الباب الثالث: المراهقون والمعلومات البيولوجية الجنسية

٢٤

١-٣ الاحتياجات

٢٤

٢-٣ تزويد المراهقين بالمعارف البيولوجية والجنسية

٢٧

٣-٣ مصادر التأثير على المراهقين

٢٩

٤-٣ المشاركة في تحمل مسؤولية تثقيف المراهقين صحياً وجنسياً

٣١

الباب الرابع: الاستنتاجات والتوصيات

٣٥

المراجع

## التثقيف الصحي للمراهقين

(البند ١١ (أ) من جدول الأعمال)

### الموجز

لا يخفى أن مرحلة المراهقة التي تشغل العقد الثاني من حياة الإنسان، هي مرحلة حيوية من مراحل نمو الإنسان، إلا أنها تكاد تكون مهملة تماماً من جانب مقدمي الرعاية الصحية، والمجتمع عموماً، بل من جانب معظم الآباء. فالمراهقون لا يُعنى بهم طب الأطفال ولا طب البالغين.

وتعد المراهقة فترة من فترات الاضطراب والتخبط، إذ تجتاحها تغيرات جسدية، وبيولوجية وجنسية، ونفسية، واجتماعية. كما تزيد فيها الاحتياجات التغذوية للمراهقين، ويتشكل فيها نمط حياتهم مما يمكن أن يؤثر على حالتهم الصحية ومراضتهم في الحاضر والمستقبل. وقد تبدأ أثناء هذه الفترة حياتهم الإيجابية قبل أوانها المعتاد، على حين تكون قدراتهم الذهنية والمعرفية والوجدانية لاتزال في مرحلة التشكل. وقد تظهر مشاكل صحية نفسية بعيدة المدى، تشمل، في ما تشمل، الاكتئاب، والسلوك المعادي للمجتمع، وتدنى التحصيل الدراسي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المراهقين والمراهقات تضعف مقاومتهم لإغراء التدخين ومعاقره المخدرات والمسكرات، والعنف، بما ينطوي عليه ذلك من مخاطر. كذلك تزداد في هذه الفترة مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها الإيدز. علماً بأن هذه التغيرات جميعاً هي من الحدّة بحيث يتعذر على المراهقين فهمها ومواجهتها وحدهم مواجهة سليمة، من دون إعداد وقائي كافٍ.

ولا يخفى أن النضج الجنسي هو أصعب هذه التغيرات، لا بالنسبة للمراهقين وحدهم، بل كذلك بالنسبة للآباء، والمعلمين، والمهنيين الصحيين، والمجتمع عموماً. وإنه لمن المؤسف حقاً أن معظم الآباء يتهربون من مسؤوليتهم عن إدارة حوار صحي مع أبنائهم، بحجة الحرج. والحق أن تهربهم هذا مرده إلى جهلهم بالموضوع، أو إلى انشغالهم بشؤون حياتهم. وهم لا يدركون معاناة النمو التي يقاسيها أبنائهم، بل إنهم قد يؤثرون راحة أنفسهم، فيلقون بعبء المسؤولية على المدرسة، التي ترى من جانبها أنها مسؤولة أولى بالأسرة أن تتحملها. وفي خضم هذا التشوش والتخبط، تجد مصادر أخرى للمعلومات طريقها إلى المراهق، منها الزملاء، والإخوة الأكبر سناً، ووسائل الإعلام.

ومن ثم برزت الحاجة إلى برنامج شامل لصحة المراهقة، يُعنى في المقام الأول بالصحة الإيجابية والصحة النفسية - الجنسية، لمواجهة هذه المشكلات، في إقليم شرق المتوسط، حيث تقل أعمار نصف السكان عن عشرين سنة، وحيث بلغ عدد المراهقين ٨٥ مليوناً في عام ١٩٩٠، ويتوقع أن يرتفع عددهم إلى ١٢٠ مليوناً في سنة ألفين. ولا بد لهذا البرنامج من أن يقوم على خمس ركائز أساسية، هي: التغذية، والعادات الغذائية؛ والصحة الشخصية، ونمط الحياة الصحي اللازم لتعزيز الصحة والوقاية من المرض؛ والصحة النفسية؛ والصحة الإيجابية، والجنسانية. وهناك ركيزتان أخريان، أولاهما ضرورة الزواج وتكوين الأسرة باعتبارهما أفضل الطرق وأصوبها لإشباع الغريزة الجنسية، وتلبية الدافع إلى الإنجاب، وثانيتهما هي القيم الدينية والثقافية للإقليم، التي ينبغي أن تدور كل الأنشطة المذكورة آنفاً في إطارها.

وينبغي تزويد المراهقين بالمعارف الصحية، ولاسيما المعارف الجنسية، في إطار هذه القيم. وتقع هذه المسؤولية على عاتق الآباء، والمعلمين، وسائر المهنيين العاملين بالصحة المدرسية، وجماعات الشباب، والمنظمات اللاحكومية، والإعلاميين، ورجال الدين المستنيرين.

وأخيراً، فهناك عشر أولويات أساسية للثقيف الصحي للمراهقين، في ما يلي بيانها:

(١) اتخاذ نمط حياتي صحي يهدف إلى تعزيز الصحة والوقاية من المرض، بما في ذلك العادات الغذائية الحميدة، والصحة الشخصية الجيدة والرياضة البدنية.

(٢) إجراء حوار يتميز بالتعاطف والصدق مع المراهقين حول التغيرات الجسدية والبيولوجية والجنسية والنفسية والاجتماعية التي يتعرضون لها أثناء نموهم. على أن يُجرى هذا الحوار في الأوقات المناسبة، وبحيث لا يتأخر عن سن البلوغ.

(٣) التأكيد على ضرورة وجود نظام الأسرة، وكون الزواج هو الطريق الصحيح لتكوين الأسرة.

(٤) تلبية الاحتياجات الصحية والنفسية للمراهق الذي يمرُّ بتغيرات جوهرية قد تشكّل شخصيته ونفسيته في المستقبل. ولا يخفى ما لمنع التمييز الجنسي بين المراهقين والمراهقات من أهمية بالغة للصحة النفسية للمراهقين.

(٥) توعية المراهقين والمراهقات الأكبر سناً، الذين عُقد قرانهم، بأمور تنظيم الأسرة، وذلك بموافقة الوالدين.

(٦) تأجيل الحمل الأول إلى أن تصبح الأنثى ناضجة بيولوجياً، وعاطفياً، واجتماعياً، مع مراعاة المبادأة بعد ذلك بين الأحمال، وتوقيتها توقيتاً سليماً.

(٧) وقاية المراهقين من التدخين ومعاقرة المخدرات والمسكرات.

(٨) الوقاية من الحوادث وأعمال العنف التي يرتكبها المراهقون أو التي تُرتكب ضدهم.

(٩) تدريب المسؤولين عن تثقيف المراهقين صحياً، أي الآباء والمعلمين ومقدمي خدمات الصحة المدرسية، والقيادات الشبابية (مثل الكشافة)، ورجال الدين، والإعلاميين، والمنظمات اللاحكومية. وتسهيلاً لمهمة التثقيف هذه، ينبغي إعداد دلائل إرشادية.

(١٠) تقوية الأنشطة الوطنية المعنية بصحة المراهقين، وإدماج صحة المراهقة في النظام الصحي الوطني، وذلك في أقرب فرصة ممكنة.

## المقدمة

تعتبر المراهقة مرحلة حيوية في نمو الإنسان، إذ إنها تشغل جل العقد الثاني من حياته. فمنظمة الصحة العالمية ترى أن مرحلة «المراهقة» تمتد ما بين العاشرة والتاسعة عشر من العمر، على حين تمتد مرحلة «الشباب» ما بين الخامسة عشر والرابعة والعشرين، أي أن المرحلتين تشتركان في خمس سنوات. وخلال مرحلة المراهقة تتشكل صحة الفرد المستقبلية، وبيروفيته الثقافي، كما يتم نضجه البيولوجي والجنسي، وتطوره النفسي والاجتماعي، وتتنشط قدراته الذهنية، وتنتعش ملكاته المعرفية والوجدانية.

ويتعرض المراهقون في سني التكوين هذه، إلى مؤثرات كثيرة، منها الآباء، والمعلمون، والأتراب، ومقدمو الرعاية الصحية. كذلك يتأثر المراهقون بقيم المجتمع الدينية والثقافية. وقد انضم حديثاً إلى هذه المؤثرات مؤثر آخر ليس محدود الأثر دائماً، ألا وهو وسائل الإعلام، التي أصبح تأثيرها طاعياً على المراهقين، شاءوا أم أبوا.

وفي ضوء هذه المؤثرات العديدة التي يتعرض لها المراهقون، لا يملك المرء إلا أن يبدي الملاحظة التالية: المراهقة فترة يشعر فيها الفتيان والفتيات بالتشوش، وتضعف مقاومتهن أثناءها لما يتعرضون له من مؤثرات. ولعل أكثر ما يبعث على الإزعاج في ما يتعلق بانتهاك حقوق المراهقين والمراهقات، أن يلاحظ آباؤهم ما يعانونه في هذه المرحلة الحوية من حياتهم من تشوش من دون أن يمدوا لهم يد الهداية. وقد يدعى الآباء أن الحرج أو الجهل يصدانهم عن ذلك؛ أو هم قد يستسهلون التهرب من مسؤولياتهم في هذا الصدد، وإلقاءها على عاتق المدرسة أو أي طرف ثالث آخر.

وتهدف هذه الورقة إلى ما يلي:

- زيادة الوعي في بلدان إقليم شرق المتوسط بالاحتياجات الصحية للمراهقين واحتياجاتهم الخاصة، سعياً إلى إدماج «صحة المراهقة»، بوصفها أحد التخصصات، في النظم الصحية السريرية (الإكلينيكية) والعمومية بالإقليم.

- وضع أسس تكنولوجية لإعداد دلائل إرشادية للتثقيف الصحي للمراهقين عن طريق الآباء، والمعلمين، ومهنيي الصحة المدرسية، ورجال الإعلام، وقادة الشباب والكشافة، حتى يتمكنوا من تحمل مسؤولية إرشاد من يكونون في رعايتهم من المراهقين، في ما يتعلق بشتى ما يرون به من تغيرات بدنية، وعاطفية، وبيولوجية - جنسية، ونفسية - اجتماعية.

- تحديد وتوضيح المحاور الرئيسية للتثقيف الصحي للمراهقين، ألا وهي:

- التغذية والممارسات الغذائية؛

- الصحة الشخصية والنظافة؛

- أنماط الحياة الصحية اللازمة لتعزيز الصحة والوقاية من المرض؛

- الصحة النفسية؛

- الصحة الإنجابية والنضج الجنسي؛

- الزواج وتكوين الأسرة.

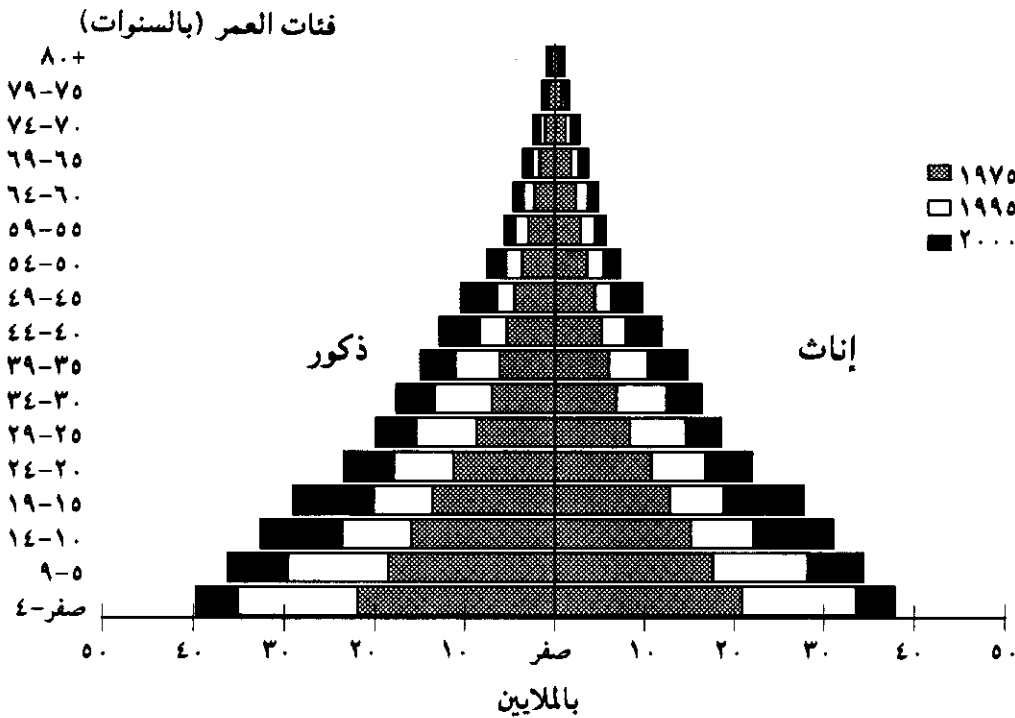
## الباب الأول: معلومات أساسية حول المراهقين

### ١-١ المنظور الوبائي للمراهقين والشباب، في إقليم شرق المتوسط

#### ١-١-١ ديمغرافية المراهقين بالإقليم

يتميز التوزيع العمري في بلدان إقليم شرق المتوسط بارتفاع معدلات الأعمار الصغيرة، إذ إن ما يزيد على ٦٠٪ من السكان فيها هم دون الخامسة والعشرين، وإن أكثر من ٥٠٪ من السكان هم دون العشرين. ويتضح هذا التوزيع العمري لسكان الإقليم في الشكل ١، الذي يتخذ شكل هرم قاعدته عريضة جداً وقمته ضيقة، في السنوات ١٩٧٥، و١٩٩٠، و٢٠٠٠.

الشكل ١: الهرم السكاني لإقليم شرق المتوسط



ففي عام ١٩٧٥، كان عدد المراهقين بالإقليم ٥٧٥ مليون مراهق (المجدول ١) فارتفع إلى ٨٤٧ مليوناً في عام ١٩٩٠، ويتوقع أن يبلغ ١٢٠٣ مليوناً في عام ألفين. وكان عدد المراهقين والشبان معاً (أي مجموع السكان الذين

تتراوح أعمارهم بين عشر سنوات وخمس وعشرين سنة) ٧٩٦ مليوناً في عام ١٩٧٥، فارتفع إلى ١١٩٤ مليوناً عام ١٩٩٠، ومن المتوقع أن يبلغ ١٧٧ مليوناً بحلول سنة ألفين [1]. وما يسترعي الانتباه أن ثلث السكان لا يلتفت إليهم منذ مدة طويلة، أو تتناسى السلطات الصحية والاجتماعية، بل حتى الآباء أنفسهم، احتياجاتهم الصحية والاجتماعية.

الجدول ١: توزع الأعمار دون الخامسة والعشرين في إقليم شرق المتوسط  
في السنوات ١٩٧٥، و١٩٩٠، و٢٠٠٠ (بالآلاف)

٢٠٠٠		١٩٩٠		١٩٧٥		الفئة العمرية (السنوات)
النسبة المئوية من مجموع السكان	العدد	النسبة المئوية من مجموع السكان	العدد	النسبة المئوية من مجموع السكان	العدد	
٢٨,٨	١٤٨ ١٣٨	٣١,٦	١٢٦ ٤٣٨	٣٢,٤	٧٨ ٨٦٨	صفر - ١٠
٢٣,٤	١٢٠ ٣٢٧	٢١,٧	٨٤ ٧١٦	٢٣,٣	٥٧ ٥١٩	١٠ - ١٩ (مراهقون)
١٩,٨	١٠٢ ١٣٧	١٨,٩	٧٣ ٦٤٥	١٩,٦	٤٨ ٤٨٣	١٥ - ٢٤ (شبان)
٣٤,٤	١٧٧ ٠٤٦	٢٩,٣	١١٩ ٤١٠	٣٢,٢	٧٩ ٥٩٥	١٠ - ٢٥ (كلا الفئتين)
٦١,٠	٣١٣ ٨٨٤	٦٢,٢	٢٤٥ ٨٤٨	٦٣,١	١٥٨ ٤٦٣	صفر - ٢٥
٥٢,٢	٢٦٨ ٤٨٥	٥٣,٣	٢١١ ١٥٤	٥٦,٢	١٣٦ ٣٨٨	صفر - ٢٠

المصدر: قاعدة معطيات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ١٩٩٥.

#### ٢-١-١ تعرض المراهقين للمخاطر الصحية

يتعرض المراهقون إلى مخاطر صحية متعددة قد تؤثر عليهم تأثيراً عاجلاً (مثل الأمراض المعدية، وسوء التغذية، والحوادث، والأمراض المنقولة جنسياً)، أو تأثيراً أجلاً (مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطان). وقد تكون هذه المخاطر ناجمة عن نمط الحياة الذي يتخذه المراهقون ووضعهم الصحي خلال تلك الفترة. وهناك أيضاً تلك المخاطر التي تتعرض لها ذرية المراهقات في حالة حملهن.

### ١-١-٣ المشكلات الصحية التي تواجه المراهقين

#### (أ) المشكلات التي تخص المراهقين

- مشكلات الصحة النفسية المرتبطة بتطورهم النفسي - الاجتماعي؛
- مشكلات النمو الجنسي؛
- حمل المراهقات.

#### (ب) المشكلات التي تواجه الشباب بمعدلات مرتفعة نسبياً

- مشكلات الصحة الإنجابية، بما في ذلك مراضة الأمومة ووفياتها؛
- الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك الإصابة بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه؛
- الحوادث والإصابات؛
- إدمان المخدرات والتدخين ومعاقرة المُسكِّرات؛
- مشكلات الصحة السِّنِّية؛
- المشكلات التغذوية؛
- بعض الأمراض السارية، كالتدرن، والطفيليات المعوية، وداء البلهارسيات، والحمى الروماتزمية (الرثوية) التي تحدث في الطفولة من العدوى بالمكورات العقدية.

#### (ج) أتباع نمط حياتي قد يؤثر في مستقبل الصحة

- نمط الحياة غير المناسب القائم على الاستهلاك المفرط أو غير المتوازن للأغذية، وقلة النشاط البدني، والتدخين. وكلها عوامل يتفاعل بعضها مع بعض، فتؤدي إلى السمنة، والإصابة بالاضطرابات القلبية الوعائية، والسكري.

#### (د) الأمور التي قد تؤثر على ذرية المراهقات .

- نقص الوزن عند الميلاد وارتفاع معدل الوفيات حول الولادة؛
- نقص معدل الذكاء؛
- انتقال العدوى بفيروس الإيدز من الأم المصابة.



## ٢-١ التطور التاريخي لصحة المراهقة

ظل المراهقون إلى عهد قريب جداً شريحة سكانية مُهملة. فالمراهق أكبر سناً من أن يشملته طب الأطفال، وأصغر سناً من أن يشملته طب البالغين، وحتى في برامج رعاية صحة الأمومة والطفولة، فإنهم لا يُدرجون لا في قطاع الطفولة، ولا في قطاع الأمومة، اللهم إلا إذا حملت المراهقة.

وقد بدأ الاهتمام بصحة المراهقة ببطء، ولكن بثبات، في النصف الثاني من القرن العشرين، ولاسيما بعد الحرب العالمية الثانية. فقد قام تانر Tanner وزملاؤه في الخمسينات والستينات بنشر بحوثهم حول نمو المراهقين [1]. وبدأ الأطباء السريريون (الإكلينيكيون) إقامة عيادات ومراكز خاصة لطب المراهقين. وقد أقيم أول برنامج لطب المراهقين في بوسطن، عاصمة ولاية ماساشوسيتس الأمريكية، على يد روسيل غاليفر Rosell Gallagher، الذي نشر خبراته في كتاب بعنوان «الرعاية الصحية للمراهقين» [2]. وقد أدت إقامة عيادات أخرى في الولايات المتحدة وأمريكا اللاتينية إلى تكوين جمعية طب المراهقين في عام ١٩٦٨، والتي تنشر مجلة علمية دورية هي «مجلة الرعاية الصحية للمراهقين» [3]. وأنشئت في المملكة المتحدة جمعية مماثلة، هي جمعية المهنيين لخدمة المراهقين، والتي تنشر مجلة خاصة هي «مجلة المراهقة». كما أنشئ قسم خاص لصحة المراهقة في الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال [3].

وقد حدثت هذه الجهود الجمعية الطبية الأمريكية في عام ١٩٧٧، على أن تعلن أن مجال طب المراهقين قد استوفي كل متطلبات جعله تخصصاً طبياً [3]. وقد نُشرت خلال العقود الثلاثة الماضية كتبٌ دراسية عديدة حول طب المراهقين.

ثم جاءت منظمة الصحة العالمية بمفهوم أوسع لصحة المراهقة يشمل كلاً من التدابير الوقائية والعلاجية. ففي عام ١٩٦٥ عقدت المنظمة اجتماعاً للجنة تقنية من الخبراء لمناقشة المشكلات الصحية للمراهقين [4]. ثم عقدت اجتماعاً للجنة تقنية ثانية عام ١٩٧٧ لمناقشة الاحتياجات الصحية للمراهقين [5]. وأنشأت المنظمة في عام ١٩٩٠ بمقرها الرئيسي، بجنيف، برنامجاً لصحة المراهقة. وقد واكب ذلك زيادة في اهتمام المنظمات اللاحكومية بصحة المراهقة، ومن هذه المنظمات: «اللجنة العالمية المعنية بصحة المرأة»، والتي أبدت اهتماماً ملحوظاً بصحة المراهقات.

وقد أبدى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط اهتماماً متزايداً بصحة المراهقة، ونادى بإدماج صحة المراهقة في نُظم الصحة الوطنية. وعقد المكتب مشاورتين إقليميتين، إحداهما في عام ١٩٩٣ والأخرى في عام ١٩٩٥، حدد المشاركون فيهما تلك الجوانب من صحة المراهقة التي لا تكاد تتوافر حولها معلومات موثوقة من بلدان الإقليم، وأوصوا باتخاذ خطوات لسدّ هذه الفجوة. كما أوصوا باتخاذ تدابير للاستجابة للاحتياجات الخاصة للمراهقين، وذلك عن طريق برامج رعاية صحة الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية (6 و7).

ويجدر بالذكر في هذا الصدد أن الإسلام، الذي هو الدين السائد في الإقليم، يولي عناية عظيمة لتنشئة الأطفال وتربيتهم ويدعو إلى معاملتهم معاملة قوامها الرحمة والعطف. ثم إن الإسلام ينذر الآباء وغيرهم من المعنيين أن الطفل

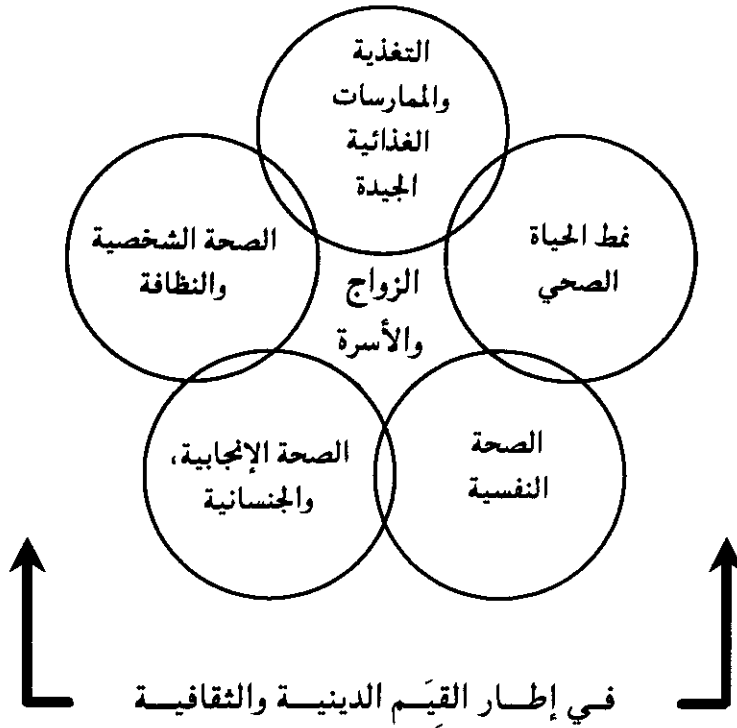
إذا ما بلغ العاشرة دخل مرحلة جديدة من مراحل حياته، يحتاج فيها إلى رعاية أبوية تقوم على شعور بمزيد من المسؤولية. ووفقاً لحديث للرسول محمد، صلى الله عليه وسلم، يُؤمر الأولاد وهم أبناء عشر بإقامة الصلاة، ويُؤمر الآباء بالتفريق بين الأولاد في المضاجع، تشجيعاً لأن تكون لكل منهم شخصيته المتفردة عن الآخر. ويُؤمر المراهقون والشبان بالعفاف وبالزواج عندما يصبحون قادرين على تحمل أعباء الزواج بدنياً واجتماعياً ومالياً. كما يتم نصحهم بالابتعاد عن رفقاء السوء الذين قد يغرونهم بالابتعاد عن أصولهم الثقافية.

كما تولي المسيحية اهتماماً كبيراً لرعاية الأطفال والمراهقين، بل إن الكنيسة تعتبر نفسها مسؤولة عن التنشئة الدينية للأطفال، وتسدي إليهم المشورة في الوقت المناسب حول أمور الجنس. كذلك تحذر المسيحية من رفقة السوء، وتأمّر بالعتاف والزواج.

## الباب الثاني: المحاور الأساسية للتثقيف الصحي للمراهقين

ينبغي النظر إلى صحة المراهقة باعتبارها وسيقة package من عدة مقومات، يُكمل بعضها بعضاً في إطار القيم الدينية والثقافية لإقليم شرق المتوسط. ويبيّن الشكل ٢ هذه المحاور، التي سوف تُناقش في ما يلي:

الشكل ٢: مقومات برامج صحة المراهقة في إقليم شرق المتوسط



### ١-٢ التغذية والعادات الغذائية

#### ١-١-٢ المشكلات التغذوية

المراهقة هي مرحلة نموّ بدني سريع، تقابله زيادة في المتطلبات التغذوية اللازمة لسد حاجة الزيادة في كتلة الجسم، وتعزيز المخزون من المغذيات. وتحتاج المراهقة عند بدء الحيض إلى كمية من الحديد تزيد بنسبة ١٠ بالمئة على الكمية التي يحتاج إليها المراهق، وذلك بسبب ما تفقده من دم في الحيض، علماً بأن فتيات الأسر الفقيرة تضاف إليهن أعباء منزلية ثقيلة. ثم إن هنالك إمكانية أن تمارس بعض الأسر التفرقة الجنسية في توزيع الغذاء على أفرادها من ذكور وإناث. وتزداد المتطلبات التغذوية للفتيات بدرجة كبيرة في حالة الحمل المبكر (قبل أن يبلغن الثامنة عشرة من العمر).

وتشمل المشكلات التغذوية للمراهقين بالإقليم ما يلي:

- **نقص التغذية**، الناجم عن تناول كميات غير كافية من المواد الغذائية (أي أقل من المتطلبات اليومية)، لمدة طويلة. ويسود ذلك في الأسر الفقيرة، وكذلك في حالات العدوى المزمنة، كالتدرن.
- **العوز النوعي**، الذي يحدث نتيجةً للنقص النسبي أو الكلي لأحد المغذيات، مثل فقر الدم الناجم عن عوز الحديد وهو منتشر في الإقليم. ففي كثير من بلدان الإقليم يعاني أكثر من ثلث المراهقات من فقر الدم التغذوي [8]. كما ينتشر عوز الفيتامين «أ» واليود في كثير من بلدان الإقليم [9].
- **التغذية المفرطة** (سوء التغذية الناجم عن الرخاء)، والتي تنجم عن تناول كميات مفرطة وغير متوازنة من الأغذية، ولاسيما المشروبات والسكريات والدهنيات لفترات طويلة. وأكثر مظاهر التغذية المفرطة شيوعاً هي السمنة المنتشرة بين المراهقات، ولاسيما في البلدان الغنية في الإقليم [7].
- **تسوس الأسنان**، الذي يمثل مشكلة صحية أخرى ناجمة عن كثرة تناول الحلوى، والشوكولاتة، والآيس كريم، والكعك، والمشروبات الغازية، ولاسيما إذا أخذت هذه المواد بين الوجبات. وينتشر ذلك في البلدان الغنية، ولاسيما في المدن. ومن العوامل التي تؤدي إلى تسوس الأسنان أن يجري بانتظام شرب المياه المعبأة في قوارير أو المياه المحلاة، والتي تحتوي على نسبٍ منخفضة من الفلوريد [10].

## ٢-١-٢ تحسين تغذية المراهقين

يمكن تحسين تغذية المراهقين في الإقليم من خلال عدة تدابير، منها [11]:

- إدراك زيادة متطلبات المراهقين التغذوية؛
- التثقيف التغذوي الرامي إلى تعزيز العادات الغذائية الصحية، ومنها:
  - الحصول على قوت كافٍ ومناسب؛
  - عدم الإسراف في تناول الأغذية، ولاسيما تلك الغنية بالسكريات والدهنيات؛
  - الحد من تناول الحلوى والوجبات الخفيفة بين الوجبات الرئيسية؛
  - ممارسة الرياضة البدنية بانتظام.
- الالتزام بمبدأ الاعتدال في تناول الطعام، على أن يبدأ في مرحلة المراهقة تعليم الممارسات الغذائية السليمة؛

- تناول قوتٍ متوازنٍ يحتوي على كميات مناسبة من مختلف المجموعات الغذائية، مثل الأغذية التي تعطي الطاقة، والتي تبني الجسم، والتي تحميه. وبوجه عام، فإنه ينبغي أن يحتوي القوت اليومي على حبوب غذائية، وبقول، ولبن (حليب)، ولحم، وخضراوات، وفواكه؛
- مكافحة العدوى بالطفيليات؛
- مكافحة ضروب العوز البيئية (مثل عوز اليود والفلوريد)؛
- التأكيد على ضرورة نظافة المياه، والإصحاح، وصحة الغذاء، التي ينبغي اعتبارها من المتطلبات الأساسية لتعزيز الصحة. ولا بد في التثقيف الصحي من التأكيد على مخاطر الماء الملوث، الموجود عادة في البيئات الفقيرة؛
- تداول الطعام تداولاً مأموناً وصحياً.

## ٢-٢ الصحة الشخصية والنظافة

- ينبغي تشجيع المراهقين على اتباع نظام جيد للصحة الشخصية والنظافة، يشمل في ما يشمل، ما يلي:
- الصحة والنظافة الشخصية عموماً؛
  - العناية بالأسنان بتنظيفها بالفرشاة أو السواك؛
  - ممارسة الرياضة البدنية على انفراد أو في مجموعات؛
  - لياقة ونظافة الملابس وكذلك نظافة البيئة المحيطة؛
  - الرعاية الطبية الروتينية.

## ٢-٣ اتباع نمط حياتي صحي لتعزيز الصحة والوقاية من المرض

على الرغم من أن نمط الحياة كان دائماً عاملاً ذا أهمية في حدوث الأمراض، إلا أن أهميته لتعزيز الصحة والوقاية من المرض لم تبرز إلا مؤخراً. ومن الأمثلة البارزة على ذلك ما حدث مؤخراً من تناقص في معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية في البلدان المتقدمة، من خلال التغيير العمدي لنمط الحياة ككل. فقد حلَّ القوت المنخفض الدهون والكولستيرول محل القوت الغني بهما؛ وازداد استهلاك السمك؛ وحل السمن النباتي محل السمن الحيواني؛ وأوليت أولوية عليا لتنظيم التغذية ومكافحة السمنة؛ ويمارس الملايين الرياضة البدنية بانتظام؛ وتم التحكم في ارتفاع ضغط الدم، والسكري، باعتبارهما من عوامل الاختطار؛ وأخيراً وليس آخراً، فقد نجحت حملات مكافحة التدخين نجاحاً هائلاً. أما بلدان أوروبا الشرقية وما كان يعرف بالاتحاد السوفياتي، والتي لم تغير نمط الحياة فيها، فلاتزال تعاني من ارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية [12]. وقد ثبت أن هذه التغييرات في نمط الحياة، والتي

تؤدي إلى التقليل من مخاطر الإصابة بالأمراض، يكون تأثيرها أعظم إذا بدأ الأخذ بها في مرحلة المراهقة، أو حتى في مرحلة الطفولة.

## أساسيات نمط الحياة الصحي

- الوقاية من الأمراض عن طريق حفظ الصحة الشخصية، والإصحاح، والتطعيم، والوقاية الكيميائية، والتبكير في تشخيص المرض ومعالجته فوراً، وذلك عن طريق الرعاية الصحية النظامية؛
- عدم التدخين والإقلاع عنه. فقد ثبت بشكل قاطع أن التدخين من عوامل الاختطار التي تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات القلبية والاضطرابات المخية الوعائية، والسرطان، وغير ذلك من الاضطرابات السريرية (الإكلينيكية)؛
- الوقاية من معاورة المسكرات والمخدرات؛
- ممارسة الأنشطة والرياضة البدنية؛
- تنظيم ساعات النوم؛
- اتباع عادات غذائية جيدة؛
- الاهتمام بالصحة الشخصية؛
- اعتبار الزواج أفضل أنماط الحياة.

والقرآن الكريم والحديث الشريف غنيان جداً بالتعاليم المعززة لأنماط الحياة الصحية.

## ٢-٤ الصحة النفسية للمراهقين

إذا كانت صحة المراهقين البدنية مهمة في النظام الصحي عموماً، فإن صحتهم النفسية نادراً ما يهتم بها الآباء أو برامج الصحة المدرسية. مع أنه من المتوقع حدوث مشكلات نفسية للمراهقين مصاحبة لما يحدث في مرحلة المراهقة من تغيرات بدنية وبيولوجية وجنسية ونفسية واجتماعية.

## ٢-٤-١ الحالات السريرية (الإكلينيكية)

لا يخفى أن الصحة النفسية للمراهقين مهمة جداً، إذ إنها تؤثر إلى حد بعيد في أنماط سلوكهم عند البلوغ. غير أن هذه الحقيقة الهامة لم تسترغ انتباه المسؤولين عن صحة المراهقة. ومن الأحوال السريرية (الإكلينيكية) الشائعة بين

المراهقين: اضطراب نقص الانتباه؛ واضطراب الشخصية؛ واضطراب المعارضة؛ واضطراب السلوك؛ والاضطرابات الوجدانية: تقلب المزاج، والقلق والاكتئاب؛ والاضطراب المعرفي؛ والخلط؛ والاضطرابات الجسدية؛ والمُراق (توهُم المرض)؛ واضطرابات النوم؛ وفقد الشهية العصبي (القَهْمُ العُصابي)؛ والنُّهام bulimia؛ وانفصام الشخصية؛ والأفكار والاتجاهات الانتحارية [13].

ولا يكاد يعرف بالضبط مدى انتشار هذه الاضطرابات النفسية وغيرها في إقليم شرق المتوسط، مما يستلزم إجراء استقصاءات علمية مكثفة وواسعة.

## ٢-٤-٢ قلق المراهقين من البلوغ

قد يشعر المراهقون بكثير من القلق، قد يبلغ حد الاكتئاب، أحياناً، عندما تطرأ على أجسامهم تغيرات لا تُشرح لهم على النحو الصحيح. ومن الأمثلة على ذلك، ما يلي:

- يلاحظ المراهق أن إحدى خصتيه متدلية أكثر من الأخرى، وهو أمر طبيعي، ولكنه يقلق، إذ يظن أن ذلك أمر غير طبيعي؛
- تلاحظ المراهقة بعد البلوغ وجود شعيرات دقيقة حول حلمتي الثديها، وذلك أمر طبيعي، ولكنها تخشى أن يعني ذلك تحولها إلى رجل؛
- تنتشر في بعض أنحاء الإقليم خرافات حول ليلة الزفاف مع جهل بها. وقد تشعر الفتيات بالرعب من الجماع الأول. وقد لا يعرف الشاب أن بالإمكان أن يتم الجماع الأول مع بكر من دون حدوث نزيف.

ولا يخفى أن التوعية المناسبة في جميع هذه الحالات من شأنها التغلب على الآثار الضارة لمثل هذا القلق.

## ٢-٤-٣ التفرقة في المعاملة بين الذكور والإناث من الأبناء

إن تفضيل جنس على آخر هو من السمات الشائعة في كثير من البلدان النامية. ويلاحظ أن التمييز المكشوف أو المستتر ضد البنات لا يزال موجوداً في بعض بلدان هذا الإقليم. ويشجب القرآن الكريم الشعور بالجزبي والعار وخيبة الأمل الذي قد ينتاب أي الأبوين إذا ما علم بأنه أنجب أنثى. وقد يتخذ هذا الشعور في ما بعد شكل تمييز فعلي ضد البنات من حيث المعاملة، والوضع الاجتماعي، بل من حيث توزيع الطعام في الأسرة. وتدرك الفتاة المراهقة هذه التفرقة الدائمة إدراكاً مضمناً. وقد تتقبل بعض الثقافات هذه التفرقة بين الأولاد والبنات، غير أن الشعور بالمرارة الممضة لدى الأنثى والذي يبدأ في الطفولة يبقى معها وهي فتاة مراهقة ثم وهي شابة يافعة. ويسفر تحييص هذه القضية عن أن هذه التفرقة تركز على عوامل قَبَلِيَّة، وأن الدين منها براء.

## ٢-٤-٤ العوامل الإيجابية للصحة النفسية في إقليم شرق المتوسط

يوجد في بلدان إقليم شرق المتوسط عقائد متأصلة يمكنها أن تقي، جزئياً على أقل تقدير، من الاضطرابات النفسية، نورد بعضها في ما يلي:

- الإيمان بالقضاء والقدر، مما يخفف من الشعور بالكرب، ويمنح السكينة؛
- حل ما ينشأ بين الناس من شقاق ونزاعات قد تنجم عنها ضغوط نفسية؛
- القناعة بأنه «لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا» وأنه لا اعتراض على ما كتب الله؛
- قلة انتشار المُسكِّرات والمخدرات في الإقليم.

## ٢-٥ الصحة الإيجابية، والجنسانية

الصحة الإيجابية، كما عرّفتها منظمة الصحة العالمية، هي حالة من المعافاة الكاملة للإنسان بديناً ونفسياً واجتماعياً، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز، في كل ما يتعلق بالجهاز الإيجابي ووظائفه وعملياته [13].

أما الجنسانية، فهو اصطلاح يشير عموماً إلى جميع الجوانب الجنسية لحياة الإنسان.

## ٢-٥-١ مراحل النمو في المراهقة

بالرغم من أن التغيّرات البدنية والنفسية التي تصاحب المراهقة، لا تحدث بالضرورة في وقت واحد لدى جميع المراهقين، فإنه يمكن تقسيم طور المراهقة إلى ثلاث مراحل، تتداخل بدرجات متفاوتة:

- المراهقة المبكرة : ١٠-١٤ سنة من العمر
- المراهقة المتوسطة : ١٤-١٧ سنة من العمر
- المراهقة المتأخرة : ١٨-١٩ سنة من العمر

وبين الجدول ٢ المراحل الرئيسية الثلاث وفقاً لنوع التغيّر الذي يحدث في مختلف المراحل.

يوضح الجدول ثلاثة أنواع من التغيّر هي:



الجدول ٢: النمو والنضج أثناء مراحل المراهقة الثلاث

المراهقة المتأخرة (١٨-١٩)	المراهقة المتوسطة (١٥-١٧)	المراهقة المبكرة (١٠-١٤)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يوشك النمو أن يكون تاماً.</li> <li>- لا يكتمل النمو الخطّي، ولا سيّما نموّ العظام الطويلة إلا في سن ١٨ (في البنات)؛ ولا تبلغ كتلة العظام ذروتها إلا بعد ذلك بعامين أو أكثر.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يتباطأ معدل النمو قليلاً ولكن المراهق يصل إلى ما يزيد على ٩٠٪ من قامة البالغ.</li> <li>- يستمر نموّ العضلات في الأولاد على حين يتوزّع الدهن في البنات على نحو يجعلهن يتخذن شكل النساء المعهود.</li> <li>- يتسع الحوض في البنات.</li> <li>- يعتبر الزواج في هذه السن سابقاً لأوانه ويصنّف الحمل في هذه السن عالمياً، بأنه شديد الخطر.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يتسارع معدل النمو ويشمل طفرة البلوغ.</li> <li>- يزيد الطول والوزن</li> <li>- تنمو العضلات ويزيد عرض الكتفين في الأولاد عن البنات.</li> <li>- قد يبدأ نموّ البنات قبل الأولاد بعام.</li> </ul>	النمو البدني
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يتم النضج الجنسي.</li> <li>- هذه سن مناسبة للزواج.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ينبت الشعر على الوجه (الأولاد).</li> <li>- ويتغير الصوت (الأولاد).</li> <li>- الإحساس باللذّة عند مسح الأعضاء التناسلية أو مداعبتها، وهكذا يكتشف المراهقون والمراهقات «العادة السرية» (الاستمناء).</li> <li>- يزداد الفضول حول كيفية الحمل والولادة.</li> <li>- قد يصبح العُدّ (حب الشباب) مشكلة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تظهر الخصائص الجنسية الثانوية.</li> <li>- ينمو الشعر في الإبطن وعلى العانة وحول الأعضاء التناسلية.</li> <li>- يبدأ نموّ الثديين في البنات.</li> <li>- يبدأ الاحتلام (الأولاد) والأحلام الجنسية (البنات).</li> <li>- يبدأ الحيض في سن ١٣ سنة في المتوسط في بلدان شرق المتوسط</li> </ul>	النضج البيولوجي أو الجنسي
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يقل تأثير الأتراب وتتحول العلاقات إلى صداقات فردية.</li> <li>- يزيد التفكير في المستقبل.</li> <li>- تتشكل الشخصية الفكرية.</li> <li>- تتحول العلاقة بين الأبناء والآباء إلى علاقة بالغ ببالغ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحدد جماعات الأتراب قواعد سلوك أفرادها.</li> <li>- يزداد الفضول حول أعضاء الجنس الآخر.</li> <li>- يصبح التفكير أكثر تجريداً.</li> <li>- تزداد أحلام اليقظة والاهتمام بالرومانسية.</li> <li>- يزيد إغراء التدخين والمخاطرة والعنف ومعاورة المخدرات، والتعرض للأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك العدوى بفيروس الإيدز، والحوادث، والسلوك الانتحاري.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يبدأ الانضمام إلى جماعات الأتراب.</li> <li>- تصاحب التغيرات المورفولوجية تغيرات نفسية، وتزيد أحلام اليقظة، والتخوّف من المجهول.</li> <li>- قد يقارن الطفل أعضاءه التناسلية بأعضاء أشقائه أو أنداده الأكبر سنّاً وقد يصيبه الاكتئاب أو الفضول.</li> </ul>	التغيّر النفسي - الاجتماعي

- النمو البدني؛
- النضج البيولوجي الجنسي؛
- التغيير النفسي - الاجتماعي.

ويبلغ النمو البدني معدلاً عالياً في المرحلتين المبكرة والمتوسطة من المراهقة، (ولا يفوقه في معدل النمو إلا النمو في الطفولة)؛ ويشمل ذلك ما يسمى بطفرة البلوغ. وتحدث زيادات إضافية في الطول والوزن ونمو العضلات (ولاسيما في الأولاد)، إذ تصبح أكتافهم أعرض من أكتاف البنات. على حين يتسع الحوض بالتدرج في البنات عنه في الأولاد. ويكاد يتم النمو البدني للبنات في سن الثامنة عشرة من عمرهن، بما في ذلك النمو الخطي للعظام الطويلة. بيد أن كتلة العظام لا تبلغ ذروتها إلا بعد ذلك ببضع سنوات (في سن العشرين عادة).

ويبدأ النضج البيولوجي أو الجنسي أثناء المرحلة المبكرة للمراهقة. ومن التغييرات الواضحة ظهور الخصائص الجنسية الثانوية، وتشمل نمو شعر الإبطن والعانة. وابتداء من المرحلة المبكرة للمراهقة، يبدأ حجم الأعضاء التناسلية، والثديين في البنات، في التزايد. ويبدأ الاحتلام لدى المراهقين والأحلام الجنسية لدى المراهقات. ويبدأ الحيض لدى البنات بين سن التاسعة والثمانية عشرة (بمتوسط حوالي ١٣ سنة في الإقليم). وقد يتأخر الحيض في حالات نقص التغذية الشديد. ويبدأ الشعر ينبت في وجوه المراهقين وتغلظ أصواتهم. ويشعر الأطفال والمراهقون باللذة عند ملامسة أعضاء التناسل أو مداعبتها، وقد يؤدي ذلك إلى اكتشافهم «العادة السرية» أي ممارسة الاستمناء، مصادفةً، أو بإيحاء من أندادهم الأكبر منهم سناً. ويصبح لدى المراهقين فضول أكبر حول كيفية تكوّن الوليد، وكيفية خروجه إلى الوجود.

وتتحكم الهرمونات الجنسية وغيرها من الهرمونات في هذه التغييرات البيولوجية والجنسية، وقد ينتج عن ذلك مشاكل تقلق المراهقين والمراهقات، مثل مشكلة العُدّة، أي «حب الشباب».

ويكتمل النضج الجنسي في المرحلة المتأخرة من المراهقة، أي الثامنة عشرة إلى العشرين، حين يفترض أن يكون المراهقون والمراهقات من النضج بدنياً واجتماعياً بحيث يمكنهم تحمل مسؤوليات الزواج. ويعتبر الزواج في هذه السن مبكراً إذ يعقب النضج مباشرة. لذلك فمن الحكمة تأجيل الزوجين مجيء الطفل الأول إلى ما بعد بلوغهم سن العشرين. لذلك ينبغي تثقيف أمثال هذين الزوجين حول وسائل منع الحمل، مع موافقة والديهما بطبيعة الحال.

ويصاحب النمو البدني والبيولوجي والجنسي تغييرات نفسية واجتماعية بعيدة المدى، إذا لم تُعالج معالجة مناسبة فقد تترتب عليها آثار سيئة في المستقبل. وعادةً ما يبحث المراهقون عن جماعات من أندادهم ينضمون إليهم، والمعهود أنه بحلول مرحلة المراهقة المتوسطة تحدد جماعات الأنداد قواعد سلوك أفرادها. وأثناء هذه المرحلة الحرجة قد يُغرى المراهقون بالتدخين؛ والمخاطرة، معرضين أنفسهم للحوادث والعنف؛ والتمرد على السلطة؛ ومعاقرة المخدرات والمسكرات؛ وإقامة علاقات جنسية قبل الزواج (بما يترتب على ذلك من مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً).

أما في مرحلة المراهقة المتأخرة، فتتشكل في العادة الشخصية الفكرية للمراهق، وتتحول العلاقة بينه وبين والديه من علاقة بين طفل ووالد إلى علاقة بين بالغ وبالغ. وينحسر جزئياً أو كلياً تأثير جماعات الأنداد وتتحول العلاقة بين أفرادها إلى علاقات صداقة فردية. وقد تنشأ مشاكل جنسية للراغبين في الزواج، فمن الشواغل التقليدية في هذا الصدد بكارة الفتاة والتماس الدليل على كونها عذراء.

### ملاحظة ثقافية مثيرة حول مراحل نموّ الإنسان

من المثير أن نجد إشارة من القرن الرابع عشر إلى مراحل نموّ الإنسان، مع ذكر أسماء معينة بالعربية. فهذا هو الإمام ابن القيم الجوزية، أحد كبار فقهاء القرن الرابع عشر، والمتوفي عام ١٣٥٠، يذكر في كتابه «تحفة المودود بأحكام المولود»، مراحل النموّ على النحو التالي [14].

الرضيع، أي من كان في سن الرضاعة  
القطين، أي المفطوم  
الدارج، أي الذي يدب ويدرج على الأرض مستقلاً  
المميز، إذا بلغ السابعة، والمترعع إذا بلغ العاشرة  
البالغ إذا بلغ الحلم، والباقل إذا طرّ شاربه (الفتى)  
الشاب بين سن ٢٠-٤٠  
الكاهل بين سن ٤٠-٦٠  
الشيخ، إذا زاد عن الستين  
الهرم، إذا زادت شيخوخته واشتعل رأسه شيباً وانحطت قواه قليلاً.  
أرذل العمر، إذا انحطت قواه وتغيّرت أحواله وظهر نقصه.

ويجدر بالتنويه أن هذه المراحل التي وصفها ابن القيم ما هي إلا انعكاس لآيات قرآنية تتناول المراحل المتعاقبة للخلق والنمو:

«اللّٰهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ، ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً، ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً...»  
(سورة الروم: الآية ٥٤)

## ٢-٥-٢ سن بدء الحيض والزواج

اعتادت الفتيات في العهود السالفة في هذا الإقليم، أن يتزوجن بمجرد بدء الحيض. وكان الحيض آنذاك لا يبدأ عادةً إلا في السابعة عشرة أو الثامنة عشرة\*. غير أن سن بدء الحيض قد تدنّت في الآونة الأخيرة إلى ١٣ سنة بالمتوسط في هذا الإقليم، وهي سن من غير الواقعي جعلها سن بدء الزواج. ففي هذه السن لا تصلح الفتاة للزواج لعدم اكتمال نضجها بدنياً أو اجتماعياً أو نفسياً.

وقد كشفت الدراسات التي أجريت بهذا الصدد في الإقليم أن نسبة كبيرة من المراهقات تتزوجن قبل بلوغهن العشرين من عمرهن. ففي البحرين، مثلاً، تحمل ١٨٪ من الأمهات أول ما يحملن في سن تتراوح بين الحادية عشرة والخامسة عشرة، على حين تحمل ٤٣٪ منهن في سن تتراوح بين السادسة عشرة والتاسعة عشرة [16]. أما في عُمان، فنجد أن ٨٥٪ من النساء قد تزوجن قبل سن العشرين. وأما في المملكة العربية السعودية، فإن ٤٥٪ من النساء يتم حملهن الأوّل قبل سن العشرين [17]. غير أن سن الزواج قد بدأت ترتفع في كثير من البلدان لسببين، أحدهما حصول مزيد من النساء على مدة أطول من التعليم، ومن ثم فإنهن يؤجلن زواجهن حتى تنتهي دراساتهم، والسبب الثاني عدم قدرة الشبان على أعباء الزواج المالية. غير أن تأجيل الزواج هذا يثير مشكلة أخرى، ألا وهي سلوك الشبان الجنسي في ما بين البلوغ والزواج. ومن العادات الأخرى السائدة في الإقليم، عادةً تتطلب أن يتم الحمل الأول في أسرع وقت ممكن بعد الزواج، تأكيداً لخصوبة الزوجة وفحولة الزوج. والمعروف أن حمل المراهقات ينطوي على مخاطر عظيمة لصحة الأم والطفل [18].

## ٢-٥-٣ حمل المراهقات

تحدث معظم حالات حمل المراهقات في الإقليم داخل إطار الزواج؛ وتحدث بعض حالات الحمل خارج إطار الزواج.

ويجري عالمياً تصنيف الحمل قبل سن العشرين، ولاسيما قبل الثامنة عشرة باعتباره «حماً شديداً خطراً»، إذ إنه ينطوي على مخاطر في ما يتعلق بالمرضاة والوفيات أعلى كثيراً من مخاطر الحمل بعد سن العشرين. ومن أشيع الحالات المرضية التي تصاحب حمل المراهقات: مقدمة الارتجاج (preclampsia)، وعدوى المسالك البولية، وتباطؤ نمو الجنين داخل الرحم، وعسر الولادة بسبب وضع الجنين ومجيئه، وعدم التناسب بين حجم الجنين وسعة الحوض، وقمزق الأغشية المبكر، وتدليّ الحبل السري، وضائقة الجنين، والنزف الغزير، والناسور المثاني المهبلي، وارتفاع معدلات وفيات الأمومة، ووفيات المواليد حوالي الولادة، وانخفاض وزن المواليد الأحياء.

وتنتج هذه المضاعفات عن عدم اكتمال نمو المراهقة وسوء الرعاية الطبية أثناء الحمل، وعدم تيسر مرافق نقل الدم والرعاية التوليدية اللازمة للطوارئ في الأرياف وفي بعض الأحياء الفقيرة في المدن، التي يتزايد سكانها سريعاً.

\* كان الإمام أبو حنيفة ينصح بأن يكون سن بدء الزواج السابعة عشرة أو الثامنة عشرة. وقد أخذت بفقهاء الدولة العثمانية.

ولا يخفى أن حمل المراهقات خارج الإطار الشرعي للزواج يزيد من هذه المخاطر ويسبب الكرب للحامل، والشعور بالعار والخزي، مما قد يصدّها عن التماس الرعاية اللازمة للحوامل. ثم إن هذا الشعور بالخزي قد يؤدي بالأم غير المتزوجة الجديدة إلى نبذ وليدها بوضعه على عتبة أحد المساجد أو إحدى الكنائس، بل إنها قد تقتل وليدها.

## ٢-٥-٤ وسائل الإعلام والجنسانية

لما كان الآباء والأمهات يحجمون عن توعية أولادهم وبناتهم بأمور الجنس، ولما كانت المدارس تتقاعس هي الأخرى عن واجبها في التثقيف الصحي للمراهقين حول الأمور الجنسية، فإن وسائل الإعلام يُنفسح أمامها المجال لتؤثر تأثيراً عميقاً في سلوك المراهقين. ويتعرض المراهقون للتأثير المكثف للبرامج والأفلام التي لا تخلو من إشارات وتلميحات جنسية، سينمائية كانت، أو فيديو أو تليفزيونية أو إذاعية أو صحفية. ويضاف إلى ذلك اتجاه بالغ الخطورة يتمثل في توافر الأغاني الفيديوية الخليعة والأفلام السينمائية الجنسية التي تغزو قنوات التليفزيون عبر الكابل أو الساتل، وعن طريق التجارة التي تتم في الخفاء، أو التداول في ما بين جماعات الأنداد غير المنضبطي السلوك، أو العصابات. والحق أن هذه الوسائل لا تروج للجنس فحسب بل تروج بكل قوة كذلك للعنف، والتدخين، والمسكرات، والمخدرات. والمؤسف أن وسائل الإعلام غالباً ما تنحرف بالمراهق عن القيم الثقافية الأصيلة لمجتمعه. وهذا هو ممكن الخطر الفعلي، وهو خطر لا بد من التصدي له. ولعل من المثير للاهتمام أن السلطات في البلدان المتقدمة نفسها قد بدأت تشعر بالقلق إزاء ذلك الكم المتزايد من الجنس والعنف في ما تبثه وسائل الإعلام. وقد أجريت دراسات لقياس تأثير هذه الوسائل على المراهقين. وقد أوضحت أمثال هذه الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة ما يلي:

- يقضي المراهقون أمام التليفزيون ساعات أطول مما يقضون في استذكار دروسهم ؛
- يؤدي التعرّض لأفلام الجنس والجريمة في وسائل الإعلام إلى زيادة تقبّل المراهقين للعلاقات الجنسية قبل الزواج؛
- يرتبط جنوح الأحداث وسلوكهم المعادي للمجتمع بمدى تعرضهم لما تعرضه وسائل الإعلام من سلوكيات منحرفة [19-21].

## ٢-٥-٥ السلوك الجنسي للمراهقين والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك العدوى بفيروس الإيدز

لا يخفى أن نمط حياة المراهقين والشبان يحدد، إلى مدى بعيد، مدى تعرضهم لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، وبعدي فيروس الإيدز. ويجدر بالذكر أن أصحاب هذه الفئات العمرية معرضون بشدة لأمثال هذه العدوى. فقد أثبتت الدراسات العالمية أن الذين هم في الفئة العمرية ٢٠-٢٤ سنة، ترتفع فيهم معدلات الإصابة بعدوى فيروس الإيدز، يليهم الذين هم في الفئة العمرية ١٥-١٩ [22].

ويمكن تقسيم المراهقين في إقليم شرق المتوسط من حيث السلوك الجنسي إلى فئات ثلاث، أولاها: الفئة التي يلتزم أفرادها بثقافة المجتمع وتوجهات الأسرة، ويتمسكون بالقيم الدينية الداعية إلى العفة حتى الزواج. وهذه الفئة تتوقى بفضل سلوكها هذه الأمراض المنقولة جنسياً. أما الفئة الثانية، فهي فئة أفرادها خارجون على التعاليم الدينية والتقاليد الثقافية لمجتمعهم، ومفتونون بالسلوك الجنسي لمراهقي الغرب، ولا يرفضون العلاقات الجنسية قبل الزواج، إذ لا يتورع ذكورهم ولا إناثهم عن اتخاذ الأخذان. وهذه الفئة هي أكثر الفئات عرضة للأمراض المنقولة جنسياً ومنها الإيدز، والعنف، ومعاقره المخدرات والمسكرات. أما الفئة الثالثة، فهي بين بين، فلا هي محافظة ملتزمة بالكامل ولا هي منحلة انحلالاً كاملاً. وهي أقل تعرضاً للأمراض المنقولة جنسياً مقارنةً بالمجموعة الثانية، وإن لم تكن بمنأى عن الخطر. ومما يؤسف له أن حجم هذه الفئة، في تزايد.

#### ٦-٥-٢ تنظيم الأسرة للمراهقين المتزوجين

ينبغي بمجرد عقد قران المراهقين وقبل الدخلة،، تثقيفهم حول وسائل منع الحمل، مع التماس موافقة الوالدين بطبيعة الحال.

والغرض من منع الحمل هو تأجيل الحمل الأول إلى سن العشرين أو ما بعدها، والمباعدة بين ما يتم بعد ذلك من أحمال.

#### ٧-٥-٢ التخلص من عادة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث باسم الختان

من أقسى وأبشع ما تتعرض له الفتيات في بعض المجتمعات، تشويه أعضائها التناسلية باسم الختان أو الخفاض، وفيه تقطع أجزاء خارجية من الجهاز التناسلي للأنثى بما في ذلك البظر. وتختلف درجة التشويه بحسب الممارسة المحلية، ويمكن أن تؤدي هذه الممارسة إلى إصابة الفتاة بأذى نفسي وبدني، فضلاً عن أنها تقلل من تمتعها الجنسية بعد الزواج. وأعظم هذه الممارسات بشاعة هو ما يسمى بالخفاض الفرعوني الذي جاء من أفريقيا، إذ يؤدي إلى مضاعفات صحية وإنجابية، مسبباً مشكلات توليدية. ولا يوجد نص ديني قطعي يحبذ هذه الممارسة، ومن ثم يعتبر التخلص من هذه الممارسة من أولويات العمل الصحي في هذا الإقليم [23].

#### ٦-٢ ترسيخ نظام الزواج والإعفاف عن السلوك الجنسي المنحرف

تجمع كل ديانات الإقليم وثقافته على أن الأسرة هي اللبنة أو الوحدة الاجتماعية الأساسية، وأن الزواج هو الطريق الوحيد لتكوين الأسرة. والزواج، في نظر الدين، يمنح السكينة لكل من الزوجين، ويُعفهما عن السلوك الجنسي المنحرف. ويعتبر الزواج هو الوسيلة الوحيدة المقبولة لإشباع الاحتياجات الجنسية للشباب، وتوقى الحمل خارج إطار الشرعية الزوجية، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك مرض الإيدز والعدوى بفيروسه.

والزواج سنّة من سنن الله، ويعتبره المولى عز وجل من آياته في الوجود، إذ يقول سبحانه وتعالى:  
«ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجاً لتسكنوا إليها، وجعل بينكم مودةً ورحمةً»

(سورة الروم: الآية ٢١)

ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم:

«الزواج من سنّتي، فمن رغب عن سنّتي فليس مني»

ولاريب أن استمرار نظام الزواج والأسرة، لايد منه لاستمرار ثقافتنا، وحفظ شجرة العائلة، وصون العفة والشرف، وحماية الأجيال القادمة من الفساد والتفكك. ويوفر الزواج بيتاً صالحاً لتنشئة الأطفال في ظلال الحب والرعاية. وقد أثبتت الدراسات التي أجريت في البلدان المتقدمة حضارياً أن الزواج المستقر السعيد يهيئ خيراً محيطاً لتربية الأطفال، وأن أطفال الأسر المفككة هم عموماً تعساء بالمقارنة بأطفال الأسر المترابطة. كما أثبتت هذه الدراسات أن سوء التربية في الطفولة يؤدي إلى مشاكل نفسية للأطفال تؤدي إلى جنوحهم وانحرافهم في ما بعد.

ولكي ينجح الزواج، فلا بد أن تتوافر لكل من الزوجين الاستعداد البيولوجي، والاجتماعي، والمالي، والنفسي. وريثما يتحقق ذلك، يُنصح الشباب بالصبر والاستعفاف. إذ يقول عزّ من قائل:

«وليستعفف الذين لا يجدون نكاحاً حتى يغنيهم الله من فضله»

(سورة النور: الآية ٣٣)

ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم:

«يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج، فإنه أغض للبصر، وأحصن للفرج، فمن لم يستطع فعليه بالصوم، فإنه له وجاء».

(متفق عليه من حديث عبد الله بن مسعود)

والزواج هو القاعدة في اليهودية والمسيحية. ففي العهد القديم يعتبر الزواج طريق آدم:

«وقال الرب الإله ليس جيداً أن يكون آدم وحده، فاصنع له معيناً نظيره»

(سفر التكوين - الإصحاح، ٢: ١٨)

والزواج في المسيحية هو البديل الوحيد للترهّب، إذ يقول بولس الرسول في رسالته الأولى إلى أهل كورنثوس:

«ولكن أقول لغير المتزوجين وللأرامل، إنّه حَسَنُ لهم إذا لبشوا كما أنا (بدون زواج). ولكن إذا لم يضبطوا أنفسهم فليتزوجوا، لأنّ التزوج أصلح من التحرق».

(أهل كورنثوس ٧ : ٨ - ٩)

وتحرم الأديان كلها الزنى، كما أن ثقافة الإقليم لا تتقبله. يقول تعالى:

«ولا تقربوا الزنى، إنه كان فاحشاً وساء سبيلاً»

(سورة الإسراء: الآية ٣٢)

ويقول سبحانه:

«ولا تقربوا الفواحش، ما ظهر منها وما بطن»

(سورة الأنعام: الآية ١٥١)

وفي العهد القديم، تقول الوصية السابعة لموسى:

«لا تَزْنِ»

(سفر الخروج ٢٠ : ١٤)

وفي العهد الجديد، يحرم الزنى تحريماً قاطعاً، بل إن بولس الرسول يحذر حتى من مخالطة الزناة، إذ يقول في رسالته الأولى إلى أهل كورنثوس:

«لا تخالطوا الزناة»

(أهل كورنثوس ٥ : ٩)

ويتبين من ذلك أن الأديان تقيّد الجنس ولا تسمح به إلا في إطار الزواج. وعلى ذلك لا بد لكل من الذكر والأنثى التعفف عن الجنس، ريثما يتزوجان.

اللواط والسحاق (الشذوذ الجنسي)

يدين الإسلام والمسيحية اللواط إدانة شديدة. فيقول تعالى في قرآنه الكريم:



«إنكم لتأتون الرجال شهوةً من دون النساء بل أنتم قوم مسرفون»

(سورة الأعراف: ٨١)

ويقول صلى الله عليه وسلم:

«إن أخوف ما أخافه على أمتي عمل قوم لوط»

(رواه ابن ماجة والبيهقي عن جابر بن عبد الله)

وفي العهد الجديد، من رسالة بولس إلى تيموثاوس:

«إن الناموس (القانون) لم يوضع للبار، بل للزناة مضاجعي الذكور»

(تيموثاوس ١ : ٩-١٠)

ومن رسالته إلى أهل رومية:

«غضب الله معلن في السماء على جميع فجور الناس وإثمهم...»

لأن إناثمهم استبدلن الاستعمال الطبيعي بالذي على خلاف الطبيعة. وكذلك الذكور أيضاً، تاركين استعمال الأنثى الطبيعي اشتعلوا بشهواتهم بعضهم لبعض، فاعلين الفاحشة ذكوراً بذكور».

(أهل رومية ١ : ١٨-٣٢)

ويتفق ما انتهت إليه المناقشة المتقدمة للزواج مع ما انتهت إليه مناقشات المشاورة الإقليمية التي عقدت عام ١٩٩١، حول دور الدين والأخلاقيات في الوقاية من الإيدز ومكافحته:

«إن الزواج حل رئيسي لمثل هذه المشكلات (مشكلات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً)، ففيه العصمة للشباب، ولكن تقف دونه صعاب هائلة. ولا يكفي أن ننصح الشباب بالامتناع عن النشاط الجنسي، بينما كل الظروف مهيأة أمامه. فعلينا إذن أن نسهل الزواج، ونزيح ما يعوقه من عقبات مالية أو اجتماعية أو تقليدية» [24].

## الباب الثالث: المراهقون والمعلومات البيولوجية الجنسية

### ٣-١ الاحتياجات

من الضروري تزويد المراهقين في الوقت المناسب بمعلومات صحيحة ومحسوبة بعناية حول الجوانب البيولوجية والجنسية لتكون لديهم معرفة أفضل حول أجسامهم، ووظائف جهازهم التناسلي، وذلك في إطار القيم الثقافية والدينية للإقليم؛ مع بيان أن أي خروج على هذه القيم يعتبر إساءة لاستخدام هذا الجهاز. ولما كانت المراهقة تمثل ذلك العقد من الزمان الذي يتم فيه النضج البيولوجي والجنسي، ولما كان المراهقون لا يمكنهم استيعاب ما يطرأ عليهم من تغيرات سريعة أو التعامل معها بأنفسهم، فلا بد من تزويدهم بالمعلومات والإرشادات اللازمة لمراهقة صحية.

ومع ذلك، فإننا نجد أن بعض الآباء يرون أن يُترك المراهقون لأنفسهم، مع حمايتهم من التعرض لأي معلومات حول أمور الجنس يمكن أن تفتح عيونهم على أمور توقظ فيهم ما لا يحسن إيقاظه. وتراهم إذا اتاهم الأطفال بأسئلة حول الجنس يشعرون بالارتباك، ويغيرون بسرعة الموضوع أو يصرفون الطفل لأنه لا يجب أن يسمع عن هذه الأمور. وقد يجدي هذا الأسلوب مع صغار الأطفال، ولكنه لا يجدي مع المراهقين الذين يرون بتغيرات تصل بهم إلى البلوغ والنضج الجنسي، وهي تغيرات تصدم الكثيرين من المراهقين الذين تأخذهم هذه التغيرات على غرة ودون سابق استعداد، فتوقعهم في حيرة. وقد ظهر ذلك واضحاً في دراسة أجريت مؤخراً في تونس [25] بين المراهقين والمراهقات في سن الخامسة عشرة فما فوقها، فقد أوضحت إجاباتهم عن أسئلة طرحت عليهم في مقابلات شخصية معهم، أنهم كانوا يودون لو كانت عندهم معلومات صحيحة عن جنسائيتهم (فيزيولوجية البلوغ، والسلوك الجنسي، والأمراض المنقولة جنسياً، والزواج). واعترف ١٥٪ من الأولاد و١٤٪ من البنات أن بواذر البلوغ كانت مفاجئة لهم (أي أنهم لم يكونوا مُعدّين لها)، على حين شعر ٣٦٪ من البنات، و١١٪ من الأولاد، أن التغيرات التي طرأت عليهم قد صدمتهم وأخافتهم (إذ إنهم لم يُعدّوا لها الإعداد الكافي ولم يتلقوا المساندة اللازمة في وقت هو بالنسبة لهم وقت من أوقات الشدة).

وينبغي للآباء أن يدركوا أن هنالك مصادر أخرى كثيرة لمد المراهقين بمعلومات حول الجنس، يمكن أن تؤثر في المراهقين، وأن الكثير من هذه المعلومات غير مناسب، بل غير صحيح، وقد يغري المراهق باتباع سلوكيات تحفّظها المخاطر.

### ٣-٢ تزويد المراهقين بالمعارف البيولوجية والجنسية

نظراً لتعاقب مراحل مختلفة من النضج الجنسي والنمو النفسي والاجتماعي، أثناء المراهقة، واختلاف نوعية المعلومات اللازمة لإرشاد المراهقين في كلٍّ من هذه المراحل، فإنه يمكن، لهذا الغرض، تقسيم المراحل المعنية إلى أربع مراحل، هي:

- مرحلة ما قبل البلوغ : ١٠ - ١٢ سنة
  - مرحلة البلوغ : ١٣ - ١٤ سنة
  - مرحلة ما بعد البلوغ : ١٥ - ١٧ سنة
  - المرحلة الأخيرة للمراهقة : ١٨ - ١٩ سنة
- مرحلة المراهقة المبكرة {  
مرحلة المراهقة المتوسطة  
مرحلة المراهقة المتأخرة

### ١-٢-٣ مرحلة ما قبل البلوغ (١٠-١٢ سنة)

هذه هي سن المسؤولية. والمعلومات اللازمة لهذه المرحلة بسيطة، إذ يُخبر الطفل بأنه قد بلغ سن التكليف، ومن ثم، فعليه أن يؤدي الصلاة لوقتها كما يفعل الكبار. ويجب في هذه السن أن يفرق بين الأطفال في المضاجع. ويعلم الطفل في هذه السن أن عليه الاستئذان، في أوقات معينة من اليوم قبل الدخول على البالغين وهم في مضاجعهم يستريحون. وتُنْتَهز كل مناسبة سانحة لتعريف الطفل بدور العائلة في لم شمل الأقرباء ومعاونة أفرادها بعضهم لبعض، وأن واجبه أن يحب والديه ويبرهما ويحترمهما، وأن واجب الوالدين حب أبنائهما وإرشادهم ورعايتهم وإعالتهم.

ولعله من الخير أن تنتهز الفرص، من دون تكلف، لتعريف الأطفال بأن الأسرة تتكون من رجل وامرأة متزوجين. وينبغي تهدئة روعهم بشأن ما يظهر مبكراً من خصائص جنسية ثانوية، مثل ظهور شعر العانة لدى الأولاد والبنات، وبدء نمو الثدي لدى البنات.

### ٢-٢-٣ مرحلة البلوغ (١٣-١٤ سنة)

ينبغي عندما يصل المراهقون إلى هذه السن أن يكونوا قد تمت تهيئتهم للبلوغ وعلاماته. ومن المناسب أن يناقش الأب أو الأم مسألة الاحتلام مع الأولاد. ولا يخفى أن الأم أو إحدى سيدات العائلة هما خير من يناقش موضوع بدء الحيض مع البنات، وإعلامهن بأنه يمثل جزءاً من نموهن الطبيعي، وأن كل الإناث البالغات يبدأن بالغيتهن على هذا النحو. ولا بد من توجيه الفتيات بشأن نظافتهن الشخصية في الحيض، وإعلامهن أن الدين قد رفع عنهن الصلاة، والصيام، والذهاب إلى المسجد تخفيفاً عليهن، وأن عليهن عقب انتهاء دورة الحيض، الغسل حتى يطهرن ويستأنفن الصلاة، والصيام، ودخول المسجد. والغسل واجب كذلك على الأولاد والبنات بعد الاحتلام.

ويجب طمأنة البنات في حالة اضطراب مواعيد العادة الشهرية، أو كثرة دم الحيض أو قلته. ويجب استشارة الطبيب إذا تأخر بدء الحيض عن الثامنة عشرة من العمر، ولاسيما إذا لم تكن الفتاة تعاني من نقص واضح في التغذية. وكذلك يستشار الطبيب في حالات المعص cramps الشديد ومتلازمة ما قبل الحيض PMS.

وكما ذكرنا سابقاً، فقد يكتشف المراهقون والمراهقات «العادة السرية» بطريق الصدفة أو عن طريق أندادهم. وهذه العادة وإن كان لا يوجد نص شرعي قاطع بحرمتها، فإنها لا تجد تشجيعاً على ممارستها. وقد يختار بعض الآباء التحدث مع أبنائهم بشأنها، على حين يحجم آباء آخرون عن مناقشتها مع أبنائهم. وتذكر بعض المؤلفات التي تتناول هذه الممارسة آثاراً صحية لها بعضها مبالغ فيه. وعلى أي حال، فالاعتدال آمنٌ. غير أن المشكلة التي قد تؤدي إليها ممارسة هذه العادة، هي أن بعض المراهقين قد يقعون أسرى لها، إذ تستحوذ عليهم، وقد يستمرون في ممارستها حتى بعد الزواج.

وقد لا يلزم في مثل هذه السن مناقشة العلاقات الجنسية مع المراهقين والمراهقات وكيفية حدوث الحمل. والمهم هو أن يعرف أحد الوالدين أو أحد المدرسين المراهق والمراهقة أنه مع البلوغ يصبح الحمل ممكناً. وأن الطبيعي أن تنتظر الفتاة حتى الزواج كي تحمل. وقد يسأل المراهقون أسئلة حول الحيوانات المنوية والبويضات، يتطلب الأمر الجواب عنها.

ولا يخفى أن استمرار المراهقات بالدراسة يمثل إحدى طرق رفع سن الزواج إلى ما بعد النضج الجنسي. ولا ينبغي بعد زواج الفتاة حرمانها من مواصلة تعليمها.

### ٣-٢-٣ ما بعد البلوغ (١٥-١٧ سنة)

هذه سن في منتهى الحرج وتحتاج إلى عناية فائقة. وهي سن الزواج السابق لأوانه، أي قبل تمام النضج، وسن حمل المراهقات، وتعاطي المخدرات في بعض الأحيان، والتعرض لعدوى الأمراض المنقولة جنسياً. ولا بد من التصدي لكل هذه الشرور. ولا بد في هذا الصدد من قيام حوار متواصل مع المراهقين، فيه من التعاطف بقدر ما فيه من الحزم.

وينبغي في هذه السن أن يكون المراهقون ملمين بتشريح الجهاز التناسلي لكل من الذكر والأنثى، وبالكيفية التي تصبح بها المرأة حاملاً. وينبغي التأكيد على أن القطرة الواحدة من المنى كافية لإحداث الحمل حتى من دون جماع، إذا هي وجدت طريقها إلى المهبل. فقطرة المنى الواحدة تحتوي على ملايين النطف (الحيوانات المنوية) التي لا يلزم منها جميعاً غير نطفة واحدة لتخصيب البويضة.

كما ينبغي التأكيد مرة أخرى على أن الزواج هو الطريق الوحيد لإشباع الغريزة الجنسية، وأن على المراهقين، ذكوراً وإناثاً، الاستعفاف حتى يتزوجون، وأن مزايا العذرية أعظم من أن تُضَيِّع. وقد جرى التعبير في ورقة قُدِّمت مؤخراً تعبيراً عصرياً موفقاً عن مفهوم العذرية، على النحو التالي:

«بدلاً من النظر إلى العذرية على أنها شيء «يفقده» البعض و«يحفظه» البعض الآخر، فيمكن النظر إليها على أنها تمثل كمالنا البدني والروحي والعاطفي، وكرامتنا، وسلامتنا البدنية، وحرمتنا في الاختيار. فنحن نختار العذرية من بين الاختيارات الجنسية كنوع من احترام النفس، وبذلك نضع أنفسنا في وضع نرضى عنه ونسعد به.»

وممكن الخطر في الزواج في هذه السن هو الحمل الذي يعتبر في هذه السن سابقاً لأوانه، إذ إنه ينطوي في هذه السن على مخاطر للأم والجنين؛ ومن هذه المخاطر ارتفاع معدلات وفيات الأمومة ومراضة الأمومة الوخيمة.

ومن مخاطر هذه السن، أن المراهقين والمراهقات يعتبرون أنفسهم كباراً بحيث يحق لهم مشاهدة الأفلام الجنسية والأغاني الجنسية الفيديوية، ومجلات الدعارة، بل قد يجربون الجنس تحت ضغوط من أندادهم. وهذا مُقلق للغاية لأنه قد يؤدي إلى ثلاثة شُرور، ألا وهي:

• الحمل غير المرغوب الذي ربما يتم إنهاؤه بالإجهاض؛

• التعرض للأمراض المنقولة جنسياً؛

• التعرض للتدخين ومعاقره المُسكرات والمخدرات، والعنف.

ويمكن أن يشتمل الحوار مع المراهقين على نصائحهم بالابتعاد عن قرناء السوء، وتجنب البرامج الإعلامية ذات المحتوى الجنسي.

ولا يخفى أن حصول المراهقات على مزيد من التعليم يمدها بمزيد من القوة والاعتداد بالنفس، كما يمثل وسيلة لرفع سن الزواج إلى ما يزيد على ١٨ سنة وكذلك وسيلة للتسامي. والمعروف أن الأم المثقفة لا غنى عنها لتعليم الأجيال المقبلة.

### ٣-٢-٤ المراهقون الأكبر سنّاً (١٨-١٩ سنة)

كل النصائح والمعلومات التي ذكرناها آنفاً تنطبق أيضاً على هذه السن.

• غير أن الزواج في هذه السن مقبول، وإن كان يعتبر زواجاً مبكراً في إقليم شرق المتوسط؛

• لذلك ينبغي التأكيد على أهمية منع الحمل للمراهقات المتزوجات، وذلك لتأجيل الحمل الأول، وللمساعدة بين الأحمال بعد ذلك.

### ٣-٣ مصادر التأثير على المراهقين

يتعرض المراهقون خلال سنيّ نموهم للعديد من المؤثرات، منها ما هو داخلي (مثل عملية النضج البيولوجي الجنسي والنمو النفسي الاجتماعي)، ومنها ما هو خارجي. وتشمل المصادر العائلية، في ما تشمل، بنية العائلة وتلاحمها، وخصائص الوالدين، والعلاقة بين المراهق والوالدين، وتأثير الأخوة. ووجود الوالدين له أكبر الأثر على المراهقين وغيابهما

أو غياب أحدهما، ولاسيما الأب، وهو أمر أصبح شائعاً في إقليم شرق المتوسط، قد تكون له آثار سلبية على نموّ المراهقين. ثم إن الشقاق العائلي الذي قد يسفر عن الطلاق يؤثر تأثيراً سلبياً في نفوس المراهقين. أضف إلى ذلك المعلومات التي يتلقاها المراهقون من الخدم والمربيات، والتي قد تضللهم.

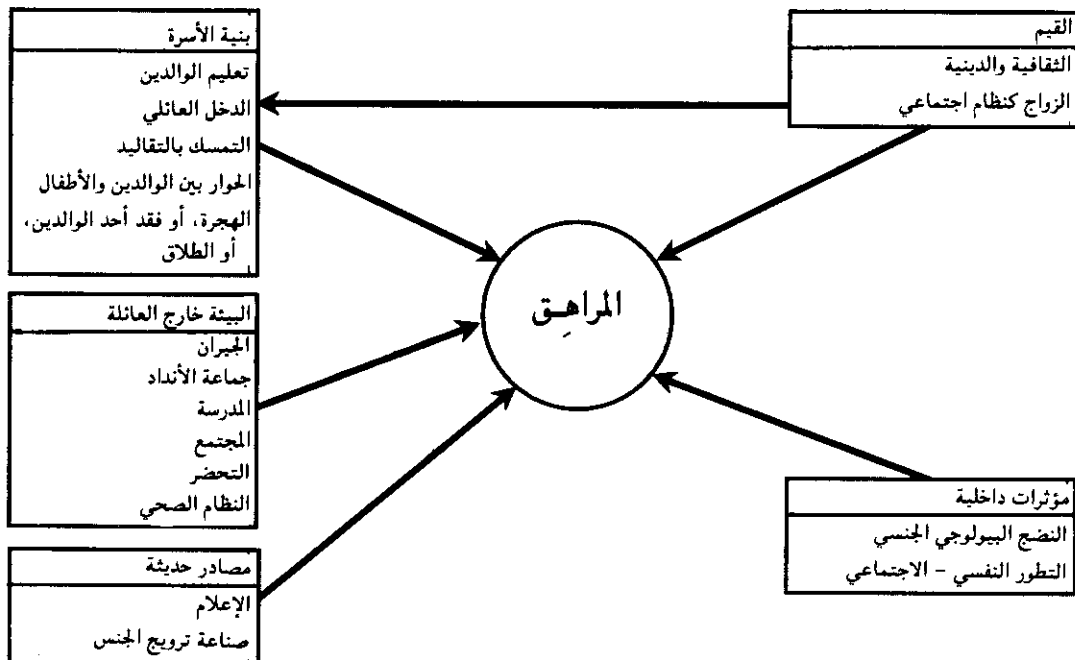
أما البيئة التي خارج نطاق العائلة، والتي تشمل الجيرة، والمدرسة، وجماعة الأنداد، والمجتمع عموماً، والنظم الصحية في المدرسة وخارجها، فلها جميعاً تأثير عظيم على المراهق، ولاسيما إذا أحجم الآباء عن مناقشة الأمور الجنسية مع أبنائهم المراهقين.

ثم إن القيم الثقافية والدينية في الأسرة والمجتمع تؤثر تأثيراً بعيد المدى على تربية المراهقين. ومن المهم للغاية في هذا الإطار التأكيد على أهمية نظام الزواج الذي يمكن الدخول فيه في سن الثامنة عشرة وما فوقها.

وتوجه وسائل الإعلام للمراهقين وإبلاغهم بالمعلومات الجنسية التي غالباً ما تؤدي إلى الانحراف الجنسي الذي تترتب عليه عواقب غير محمودة.

ويوضح الشكل ٣ مختلف مصادر التأثير على المراهقين.

الشكل ٣: مصادر التأثير على المراهقين



### ٣-٤ المشاركة في تحمُّل مسؤولية تثقيف المراهقين صحياً وجنسياً

#### ٣-٤-١ المجموعة ذات المسؤولية الأولى

تشمل هذه المجموعة، التي ينبغي أن تضطلع بمسؤولية تثقيف المراهقين صحياً وجنسياً، الوالدين والأقربين، والمدرسين، ومهنيي الصحة المدرسية، ورجال الدين المستنيرين. وبطبيعة الحال، فإن الوالدين هما أول من يلاحظ بوادر ومراحل النمو البدني والنضج الجنسي في أبنائهم المراهقين. ومن واجبهما بدء توعية أبنائهما، ذكوراً وإناثاً، وإرشادهم حول الأمور التي تهمهم في هذه المرحلة، وقد يحتاجان في ذلك إلى عون من الأقارب والمدرسين، والعاملين الصحيين، ورجال الدين. ولا يخفى أن الوالدين وكل من يقوم بتثقيف المراهقين يحتاجون إلى تدريب على الطريقة المناسبة لإرشاد المراهقين وتوعيتهم [27].

#### ٣-٤-٢ الجمعيات الأهلية المصادقة للشباب

يُحبذ تكوين جمعيات أهلية للاهتمام بأمور المراهقين والشباب والمساعدة في حل مشاكلهم، بالتعاون مع المجموعة الأولى تعاوناً وثيقاً. ومن الجمعيات الهامة الأخرى، جمعيات الشباب للشباب، مثل جمعيات الكشافة (للأولاد والبنات)، التي يمكنها تنظيم دورات لتوجيه المراهقين، مكتملة الدور الذي تقوم به المجموعة الأولى [28].

#### ٣-٤-٣ تشجيع «تشغيل» المراهقين والشباب

يُقترح ما يلي لزيادة فرص المراهقين والشباب في العثور على فرص عمل ينفعهم.

- تحسين معارف ومهارات المراهقين والشباب؛
- استمرار الفتيات في الدراسة حتى بدء الزواج، إذا حدث مبكراً؛
- تعزيز المواهب الخاصة لدى المراهقين والشباب في مجالات: الرياضة، والموسيقى، والأدب، والفن، وغير ذلك من الأنشطة.

#### ٣-٤-٤ استخدام وسائل الإعلام في تثقيف المراهقين

يمكن الاستعانة بوسائل الإعلام، بما لها من تأثير طاغ، في تثقيف وتوجيه المراهقين والشباب في المجالات المتعلقة بالنمو والنضج، على أن يتم ذلك على نحو صحيح ومناسب.

ش م/ل إ ٧/٤٣  
الصفحة ٣٠

### ٣-٤-٥ دليل لإرشاد الآباء والمدرسين

هنالك حاجة ماسة لدليل يساعد الآباء والمدرسين والمهنيين الصحيين وغيرهم من المعنيين بالمراهقين. وينبغي أن يشمل الدليل إجابات بسيطة ومباشرة عما يثيره المراهقون والشباب من أسئلة.



## الباب الرابع: الاستنتاجات والتوصيات

تشمل المراهقة العقد الثاني من حياة الإنسان، وهي تمثل فترة حرجة إذ إنها حلقة الوصل بين الطفولة وبين البالغة. وتتميز هذه الفترة بتغيرات بيولوجية واجتماعية ونفسية عميقة. وبالرغم من أهمية هذه التغيرات، فقد ظلت المراهقة مجالاً مهملاً، بدليل ندرة المعلومات الصحية الموثوقة عنها، وعدم وجود برنامج صحي متخصص يغطي هذه المجموعة.

وقد برزت في الآونة الأخيرة الحاجة الماسة إلى توجيه مزيد من العناية للمراهقات لضمان الأمومة المأمونة لهن. وتزايد إدراك حقيقة كون المراهقين أكثر من غيرهم تعرضاً للأمراض المنقولة جنسياً ومعاقرة مواد الإدمان في بعض البيئات الاجتماعية والثقافية. كما زادت أهمية التثقيف الصحي للمراهقين باعتباره الأساس السليم لتمتعهم بالصحة والعافية وهم بالغين. ويجدر بنظام الرعاية الصحية في كل بلد أن يعنى بتعزيز صحة المراهقة.

وفي ما يلي العناصر الرئيسية للاستراتيجيات الوطنية للتثقيف الصحي للمراهقين.

### ١- تبصير أصحاب القرار السياسي بالاحتياجات الصحية والنفسية والاجتماعية الخاصة للمراهقين

متى تم اتخاذ هذه الخطوة، أمكن تنظيم حملات وطنية لتوعية الجماهير لاستنهاضها اجتماعياً، وإيجاد «مجموعات ضغط» في المجتمع لتعزيز صحة المراهقين. ولا بد من أن تقوم القطاعات الصحية والتعليمية والإعلامية والاجتماعية، بدور ريادي في هذا الصدد، بالتعاون الوثيق مع المنظمات اللاحكومية.

وفي هذا الصدد، يلزم كذلك عقد ندوات وطنية تستهدف تبصير القطاعات الحكومية المعنية، والمنظمات اللاحكومية، والقيادات السياسية والدينية والاجتماعية، بأهمية هذه المرحلة في حياة الإنسان، والحاجة الخاصة لمعاونة المراهقين في اتخاذ أنماط سلوكية صحية تكون ذخراً لهم في بالغيتهم.

### ٢- الحصول على المزيد من المعلومات حول المراهقين

لا تتوافر في هذا الإقليم معلومات عن صحة المراهقين ومواقفهم وسلوكياتهم؛ كما لا تتوافر معلومات كافية عن ردود فعلهم تجاه نموهم البدني والبيولوجي والجنسي. ومن ثم، فمن الضروري إجراء دراسات شاملة لتقييم وضع المراهقين حتى يتسنى التخطيط لتدابير واقعية لتحسين هذا الوضع. ومن الواضح أن الوضع الصحي للمراهقين وسلوكهم الصحي يستحقان اهتماماً خاصاً في هذه الدراسات والتحليلات.

### ٣- التثقيف من خلال المدارس لتعزيز صحة المراهقين

يجدر بالملاحظة أن أسس السلوك الصحي في المراهقة يتم وضعها في الطفولة. ثم إن العادات الغذائية غير المرغوبة، وقلة النشاط البدني، وعدم ممارسة التمارين الرياضية، والتدخين، هي من الأمثلة الشائعة للسلوك الخطر على الصحة في البالغين الذي يعود إلى أيام المراهقة. ومن هنا تبرز أهمية التثقيف الصحي للأطفال والمراهقين من خلال عدة مصادر، منها البيت، والمدرسة، واجتماعات أهالي المجتمع، والاجتماعات الدينية، علماً بأن كلاً من هذه المصادر مكمل للآخر؛ وقد ثبت أن التثقيف الصحي للمراهقين من خلال هذه المصادر مفيد جداً في اتباعهم نمطاً صحياً في بالغيتهم. غير أن المدارس يمكنها القيام بدور فريد مكمل لدور الآباء في مجال التثقيف الصحي.

ويُنْتَظَر من خدمات الصحة المدرسية، سواء أكانت تمثل برنامجاً مستقلاً في قطاع الرعاية الصحية، أم كانت تمثل أحد مقومات برامج صحة الأمومة والطفولة (أم كانت تمثل برنامجاً مستقلاً في قطاع التعليم، كما هو الحال في بعض البلدان) أن تقدّم الرعاية الصحية لجميع تلاميذ المدارس الابتدائية والثانوية. وينبغي لخدمات برامج رعاية صحة الأمومة والطفولة أو برامج الرعاية الصحية الأولية أن تشمل برعايتها المتسريين من المدارس والمراهقين في الأرياف، كما ينبغي توعيتهم بهذه الخدمات وبأهميتها لهم.

### ٤- تعريف المراهقين بشؤون الصحة الإيجابية والقضايا الجنسية

تعتبر الصحة الإيجابية جزءاً لا يتجزأ من التنمية الصحية العامة للأفراد. ولابد للمراهقين، أثناء نموهم، من أن يلموا بالقضايا المتصلة بالإيجاب مثلما لابد لهم من الإلمام بالتغذية الصحية والصحة الشخصية والنشاط البدني. وعلى هذا، فالتثقيف الصحي المدرسي يمثل أسلوباً مثالياً لهذا الغرض، وينبغي الاستفادة منه على خير وجه. ويقع عبء هذا التثقيف على المدرسين ومقدمي خدمات الصحة المدرسية، والآباء، والجمعيات الأهلية.

وينبغي عموماً أن يتم بعناية انتقاء المواضيع لكل مرحلة من المراحل الثلاث: مرحلة ما قبل البلوغ، ومرحلة البلوغ، ومرحلة ما بعد البلوغ، على أن تشمل هذه المواضيع تكوين الجهاز التناسلي ووظيفته، وتغيرات البلوغ والعملية الإيجابية ذاتها.

وينبغي إعداد المناهج الدراسية بما يناسب مختلف أعمار المراهقين. ويحسن أن يهدف تثقيف المراهقين والمراهقات الأكبر سناً إلى ما يلي: تأجيل الحمل الأول إلى أن يتم نضج الفتاة بيولوجياً وعاطفياً، ومنع الحمل غير المرغوب فيه. ولابد من التأكيد لجميع الفئات العمرية، ولاسيما هذه الفئة العمرية، على أهمية الزواج وتكوين الأسرة.

ويحتاج المدرسون إلى دعم مناسب من خلال الأدلة التدريبية والمعينات التعليمية.

كما ينبغي دعم دور الآباء والأسرة، حتى يتسنى للآباء المشاركة في تزويد أبنائهم بالمعارف التي تلزمهم. ومن الأمثلة على ذلك:

- مشاركتهم مشاركة فعلية في تثقيف أبنائهم صحياً وهم في سن المراهقة. وينبغي إقناعهم بالتخلي عن سياسة التعتيم وإبقاء أبنائهم في ظلام الجهل بأمور الجنس. ويتمتع الوالدان بوضع فريد في هذا الصدد ويتحملان مسؤولية خاصة في ما يتعلق بغرس القيم الدينية في أبنائهم وحثهم على الاستعفاف قبل الزواج؛
- ينبغي معاونة الآباء على إعداد أنفسهم للإجابة عن أسئلة أبنائهم حول الأمور الجنسية والبيولوجية، بما في ذلك الإشارات إلى الجنس الواردة في النصوص الدينية أو في البرامج الإعلامية المقروءة والمسموعة وغيرها؛
- عندما يبلغ الأطفال سن البلوغ، ينبغي للوالدين تعريفهم بالشعائر الدينية المتصلة بذلك، كالاغتسال بعد الاحتلام أو الحيض، والتطهر؛
- مع ازدياد الاختلاط بين الجنسين في بعض البلدان (في الدراسة والعمل) فلعله من المفيد أن يُسمح باختلاط محدود في الأسرة تحت إشراف الوالدين؛
- ينبغي أن يمارس الوالدان حقهما في تمحيص البرامج التليفزيونية أو الفيديوية التي يشاهدها أبنائهما، أطفالاً كانوا أو مراهقين، ذكوراً كانوا أو إناثاً. كما ينبغي أن يمنعوهم من مشاهدة الأفلام الجنسية ويحموهم من قرناء السوء؛
- ينبغي أن يسمح الوالدان للمراهقات أن يواصلن الدراسة حتى بعد خطبتهن أو زواجهن؛
- ينبغي التأكيد مرة أخرى على ضرورة تدريب المعلمين وتزويدهم بالدلائل الإرشادية اللازمة حول التثقيف الصحي للمراهقين مع إجابات نموذجية عن الأسئلة المهمة، بما في ذلك الأسئلة المتوقعة أن يسألها المراهقون. ولا يخفى أن استخدام اللغة الوطنية في هذه العملية مفيد جداً.

٥- دعم مصادر المعلومات الأخرى حول الصحة الإنجابية للمراهقات

بالإضافة إلى المدرسة كمصدر للمعلومات حول الصحة الإنجابية والقضايا الجنسية، فهناك مصادر أخرى ينبغي دعمها حتى يتسنى لها القيام بدورها على نحو أكثر فعالية. وتشمل هذه المصادر، في ما تشمل:

• الوالدين؛

• ومقدمي الخدمات الصحية في المدارس وفي المجتمع، والعاملين في الرعاية الصحية الأولية؛

• ومنظمات الشباب، مثل حركة الكشافة؛

• والقيادات الدينية في المجتمع.

ولا بد من دعم قادة المنظمات الشبابية المحلية لتمكينهم من إعطاء معلومات صحيحة حول صحة المراهقة. ولا بد، لهذا الغرض، من إعداد دلائل إرشادية وكتيبات إرشادية بسيطة باللغات الوطنية.

وينبغي تدريب مقدمي الخدمات الصحية، ولاسيما العاملين بالرعاية الصحية الأولية، على تلبية احتياجات المراهقين وتزويدهم بالمعلومات الصحيحة.

#### ٦- تعزيز وإعادة تنظيم برامج رعاية الأمومة والطفولة من أجل تلبية احتياجات المراهقين

من الأهمية بمكان اشتغال برامج رعاية الأمومة والطفولة على رعاية صحة المراهقة، ولاسيما في الأرياف حيث تتسرب معظم المراهقات من المدرسة، فيُحرمن بذلك من خدمات الصحة المدرسية. وللأسف ينتشر في هذه الفئة السكانية حدوث الحمل، مع ما يترافق معه من مخاطر المرض والوفاة.

ولما كانت معظم برامج رعاية صحة الأمومة والطفولة لا تشتمل على نشاط يُعنى خصيصاً بالمراهقات، فإنه ينبغي اتخاذ خطوات نحو عقد جلسات أسبوعية تتخذ شكل «عيادات المراهقات» يمكن فيها، بالإضافة إلى توفير الوقاية الصحية وتعزيز الصحة من خلال التدابير الوقائية والعلاجية المعتادة، ترتيب برامج تثقيفية للتعريف بالصحة الإنجابية، وتزويد المراهقات الأكبر سناً المتزوجات أو المخطوبات، بعد موافقة الوالدين على ذلك موافقة صريحة، بالمعلومات والنصائح المناسبة حول المباشرة بين الولادات، وحول الأمومة المأمونة.

## المراجع

1. Tanner I et al. *Growth at adolescence*, 2nd ed. London, Blackwell Scientific Publications, 1968.
2. Gallagher JR et al. *Medical care of the adolescent*, 3rd ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1977.
3. Cited in Silber JJ. Adolescent medicine, the development of a new discipline. In: *The health of adolescents and youth in the Americas*. Washington, DC, World Health Organization/Pan American Health Organization, 1985.
4. *Health problems of adolescents. Report of a WHO expert committee*. Geneva, World Health Organization, 1965 (Technical Report Series No. 308).
5. *Health needs of adolescents. Report of a WHO expert committee*. Geneva, World Health Organization, 1977 (Technical Report Series No. 609).
6. *Consultation on school mental health programmes, Islamabad, Pakistan*. Alexandria, Egypt, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1993 (WHO-EM/MNH/138).
7. *Intercountry consultation on the promotion of the health of adolescent girls through MCH programmes, Nicosia, Cyprus*. Alexandria, Egypt, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1995 (WHO-EM/ADH/004).
8. Amine EK. *Bahrain Nutritional status survey*. Abu Dhabi, United Arab Emirates, UNICEF, 1980.
9. *Towards a national nutritional policy: guidelines for countries of the Eastern Mediterranean Region*. Alexandria, Egypt, World Health Organization, Regional Office for Eastern Mediterranean, 1990 (WHO EMRO Technical Publication No. 17).
10. Sheer B. Caries in children, the dietary factors. *Middle East dentistry*, 3: 20-22.
11. Nutrition highlights of recent activities. In *World declaration and plan of action for nutrition*. Geneva, World Health Organization, 1995.
12. Omran AR. *The epidemiological transition in the Americas*. Monograph under publication by World Health Organization/Pan American Health Organization and the University of Maryland, USA.
13. Shearin RB. *Handbook of adolescent medicine*. Michigan, Upjohn Co., 1983.
14. *Achieving reproductive health for all. The role of WHO*. Geneva, World Health Organization, 1995.
15. ابن القيم الجوزية، تحفة المودود بأحكام المولود

16. Musaiger AO et al. *Health and nutrition status of mothers and children in Bahrain* (in preparation).
17. Musaiger AO. *Health and nutritional status of Omani families*. Muscat, Oman, UNICEF, 1992.
18. Cited in Musaiger AO. *Some health and nutritional indicators adolescent girls in the Eastern Mediterranean Region*. Paper presented at the intercountry consultation on the promotion of the health of adolescent girls through MCH programmes, Nicosia, Cyprus, 1995.
19. Strasburger VC. Children, adolescents and the media, five crucial issues in adolescent medicine. In: *Adolescents and the media*. Philadelphia, Pennsylvania, Hanley and Belfus, 1993.
20. Bryant J. Effect of massive exposure to sexually oriented prime time television programming on adolescents' moral judgement. In: *Media, children and the family*. Hillsdale, New Jersey, Laurence Erlbaum Associates, 1994.
21. Morgan M. Television and school performance. In: *Adolescents and the media*. Philadelphia, Pennsylvania, Hanley and Belfus, 1993.
22. Wahdan MH. *The epidemiology of HIV/AIDS*. Paper presented to the consultation on the role of religion and ethics in the prevention and control of AIDS, Alexandria, Egypt, 1995.
23. الحكم الشرعي في ختان الذكور والإناث، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، الإسكندرية، ١٩٩٥ (العدد ٨ من سلسلة الهدى الصحي).
24. دور الدين والاخلاقيات في الوقاية من الإيدز ومكافحته، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، الإسكندرية، ١٩٩٢ (العدد ٦ من سلسلة الهدى الصحي).
25. Mzid J, Zarrouk AM. *A study of knowledge, attitudes and perceptions of school adolescents on family health*. Tunis. Tunisia, Ministry of Public Health. Unpublished.
26. Haddad, W. *Adolescent sexuality*. Paper to the intercountry consultation on health of adolescent girls in EMR countries, Beirut, Lebanon, 1993.
27. *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health*. Geneva, World Health Organization, 1993.
28. World Organization of Scout Movements, Arab Region. *Promotion of adolescents' reproductive health through NGOs' collaboration*. Programme report, September 1990 to October 1991.

البند ١١ (أ) من جدول الأعمال

ورقة تقنية

حول

## التثقيف الصحي للمراهقين

موجز التوصيات

- ١- تبصير أصحاب القرار السياسي بالاحتياجات الصحية الجسمية والنفسية والاجتماعية الخاصة للمراهقين.
- ٢- تعاون قطاعات الصحة والتعليم والإعلام والشؤون الاجتماعية مع القيادات السياسية والاجتماعية والدينية على توعية الجماهير بهذه الاحتياجات.
- ٣- إجراء دراسات شاملة لتحليل الوضع الراهن، من أجل جمع مزيد من المعلومات حول الأوضاع الحالية لصحة المراهقين، وأهم محدداتها.
- ٤- إعداد برامج تثقيفية تشتمل على معارف مناسبة ثقافياً حول الصحة الإنجابية والقضايا الجنسية للمراهقين، على أن تكون هذه البرامج مقوماً أساسياً من مقومات مناهج التثقيف الصحي ولاسيما المنهج الصحي المدرسي.
- ٥- تقوية برامج الصحة المدرسية، بما يضمن تلبية الاحتياجات الصحية الخاصة للمراهقين.
- ٦- توفير التثقيف الصحي من خلال مصادر أخرى عديدة، مثل دور العبادة، واللقاءات المجتمعية، وغيرها.
- ٧- إعداد دلائل إرشادية وكُتيبات بسيطة باللغات الوطنية، من أجل تيسير تقديم المعلومات حول قضايا الصحة الإنجابية للمراهقين من قِبَل مجموعات المساندة التالية: الوالدان، مقدمو الرعاية الصحية في المدارس والمجتمع، المنظمات اللاحكومية، الهيئات الدينية في المجتمع.
- ٨- تقوية برامج صحة الأمومة والطفولة، وإعادة تنظيمها بحيث تتمكن من الاضطلاع بدور رئيسي في تعزيز صحة المراهقات.