



EM/RC52/Tech.Disc.1

ش م/ل إ52/م ت/1

تموز/يوليو 2005

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية  
لشرق المتوسط

الدورة الثانية والخمسون

البند 6 (أ) من جدول الأعمال

## المناقشات التقنية:

## الإطار الاستراتيجي الإقليمي لتعزيز الصحة

## المحتوى

الصفحة	الموجز
أ	.....
1	1. المقدمة
1	2. تحليل الوضع الراهن
1	1.2 مؤشرات الصحة والحالة الاجتماعية – الاقتصادية في إقليم شرق المتوسط
3	2.2 التحديات التي تواجه الصحة وتعزيز الصحة في الإقليم
4	3.2 أمثلة على مبادرات تعزيز الصحة في الإقليم
6	3. أساليب نظرية لتعزيز الصحة
7	4. الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز الصحة
7	1.4 معلومات أساسية
7	2.4 المبادئ التوجيهية
7	3.4 الرؤية
8	4.4 المرمى والغاية
8	5.4 التوجُّهات الاستراتيجية
9	5. جعل إصلاحات القطاع الصحي متجاوبة مع أنشطة تعزيز الصحة
9	6. التمويل
11	7. الخاتمة
11	8. التوصيات
13	المراجع

## الموجز

تُجمل هذه الوثيقة استراتيجية إقليم شرق المتوسط المقترحة لتعزيز الصحة. وقد وضعت هذه الاستراتيجية بناءً على المعرفة المتوافرة حالياً في مجال تعزيز الصحة. وهي تشمل على أربعة أساليب معاصرة لتعزيز الصحة، وهي: الأسلوب المعني بصحة السكان، والأسلوب المعني بالأماكن، والأسلوب المعني بتوالي مراحل الحياة، والأسلوب المعني بالممارسات المُثلى. كما تأثر إعداد الاستراتيجية تأثراً قوياً بالسياق الإقليمي للصحة وتعزيزها.

وتتمثل الرؤية التي تقوم عليها الاستراتيجية الإقليمية، في غرس مفهوم الصحة في الأذهان والقلوب، وفي الأعمال اليومية للأفراد والعائلات والمجتمعات والحكومات. وترمي الاستراتيجية إلى مساعدة بلدان الإقليم على أن تهيئ من البيئات والأحوال ما يؤدي إلى تحسين الوضع الصحي وجودة الحياة التي يعيشها سكان إقليم شرق المتوسط، والحفاظ على هذه البيئات والأحوال، مع التركيز في الوقت نفسه على ما ينفرد به الإقليم من مواطن القوة وما ينعم به من الفرص، والتغلب على الأخطار. وتنطوي ثقافة الإقليم على العديد من الجوانب التي يُعتقد أنها تقي من اعتلال الصحة أو من السلوكيات الخطرة على الصحة. وتشمل هذه الجوانب، في ما تشمل، تماسك المجتمع، وقوة الشبكات العائلية، والقيم التقليدية والدينية. غير أن هذه الركائز تُهدد بتقويضها التغيرات السريعة المترتبة على التوسع الحضري، والعولمة، وتفاهم الفقر.

وتقترح الاستراتيجية أربعة توجّهات استراتيجية لتعزيز الصحة في الإقليم، وهي: التعاون بين القطاعات؛ وتطوير البرامج؛ وتقديم الدعم لتعزيز الصحة؛ وإجراء البحوث المتعلقة بتعزيز الصحة. كما تُناقش الفرص المتاحة لزيادة الأموال المخصصة لتعزيز الصحة، تلك الفرص الكامنة في جهود إصلاح القطاع الصحي المبذولة في عدد من بلدان الإقليم. وختاماً، توصي هذه الوثيقة باتخاذ إجراءات معيّنة لابد منها لتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية.

## 1. المقدمة

ترتكز الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز الصحة على نظرة شاملة للصحة، تشمل، في ما تشمل، « المعافاة البدنية، والنفسية، والاجتماعية، والروحية، لا مجرد انعدام المرض أو العجز » [1]، وتعتبر الصحة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان [2]. كما تركز الاستراتيجية على رصد المعرفة الراهنة في ما يتعلق بالأساليب الفعّالة لتعزيز الصحة، وفي ما يتعلق بالتركيز مؤخراً على المحدّثات الاجتماعية للصحة.

وفي عام 1986، قام ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة بتعريف تعزيز الصحة بأنه « عملية تمكين الناس من زيادة تحكّمهم في صحتهم » [3]. علماً بأن تعزيز الصحة يتجاوز الحفاظ على الصحة إلى تحسين الحالة الصحية، ومن ثمّ فهو يُعنى بالمكاسب الصحية. وهو يسعى إلى تنمية الرصيد الصحي health potential للفرد. وقد يتّخذ الرصيد الصحي شكل التغذية السليمة، أو المناعة الجيدة، أو اللياقة البدنية التي تمكّن الإنسان من مغالبة ما قد يلقاه الجسم من إجهاد. كما أن الرصيد الصحي قد يتّخذ شكل الأمن والاستقرار النفسي والشخصي، اللذين يمكّنان الناس من التعامل مع الكرب النفسي الذي قد ينتابهم. والحقّ، أن الرصيد الصحي يمثل كل هذه الجوانب مجتمعة [1]. وتعزيز الصحة، إضافة إلى تحسينه الحالة الصحية وإطالته للعمر، يؤثّر تأثيراً إيجابياً على التنمية الاقتصادية من خلال كسب سنوات من العمر الصحي، وزيادة الإنتاجية، وانخفاض العبء الاقتصادي للمرض.

وتهدف الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز الصحة إلى تعزيز صحة سكان الإقليم، بتمكينهم من زيادة التحكّم في صحتهم وتحسينها. والقصد من الاستراتيجية هو أن يتبادلها وينتفع بها الأفراد والمنظمات اللاحكومية والوزارات والمدارس والمراكز الصحية، وغيرها من الجهات الموجهة مهمتها إلى الصحة (وتحسين الصحة على وجه التحديد) أو التي لمهمتها علاقة بالصحة (مستهدفة محدّثات الصحة) [4]. علماً بأن الإجراءات المقترحة المبيّنة في الاستراتيجية هي موجهة بصورة رئيسية إلى البلدان. ولو أنه يُتوقع أن تتولّى الخطط القطرية تحديد الإجراءات التي ينبغي اتّخاذها من قِبَل مجموعة مختلفة من القطاعات والأطراف المعنية. وقد أعدت الاستراتيجية كدليل يمكن تكييفه من قِبَل جميع الأطراف المعنية بالصحة، تكييفاً يلائم الاحتياجات الوطنية، من أجل تحسين نوعية الحياة وتحسين الحالة الصحية في الإقليم.

## 2. تحليل الوضع الراهن

### 1.2 مؤشّرات الصحة والحالة الاجتماعية – الاقتصادية في إقليم شرق المتوسط

يتألّف إقليم شرق المتوسط من اثنيّ وعشرين بلداً تتباين مُرْتَسَماتها profiles السكانية والديمغرافية، ويبلغ إجماليّ تعداد سكانه حوالي 500 مليون نسمة. وفي عام 2002، كان تعداد سكان بلدان الإقليم يتراوح بين قرابة 150 مليون في باكستان، وأقل من مليون في كلّ من البحرين وجيبوتي وقطر. والإقليم هو إقليم فتيّ، إنّ 40% من سكانه هم في الخامسة عشرة من العمر أو

هم دون ذلك. وفي عام 2002، كانت نسبة السكان الذين تزيد أعمارهم على 60 سنة تتراوح بين 3% في الإمارات العربية المتحدة والكويت، وأكثر من 8% في تونس ولبنان [5]. ويتراوح نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي، مقدراً بالدولارات الدولية\*، بين ما يزيد على 28 دولار

\* الدولار الدولي هو وحدة نقدية افتراضية لها نفس القيمة الشرائية التي هي للدولار الأمريكي في الولايات المتحدة في وقت معيّن. وهي تبين قيمة العملة المحلية داخل حدود البلد المعني.

أمريكي في قطر و 160 دولاراً أمريكياً في أفغانستان [6]. وكان المعدّل السنوي للنموّ السكاني (في الفترة 1992 – 2002) في بلدان الإقليم يتراوح بين 1.3% في تونس و 3.9% في الأردن واليمن. وكان معدّل الخصوبة الإجمالي في عام 2002 أقل من 2.5 طفلاً للمرأة الواحدة في تونس وجمهورية إيران الإسلامية ولبنان، و 7 أطفال أو أكثر في الصومال. وكان مأمول العمر عند الميلاد في عام 2002 يتراوح بين 76.2 سنة في الكويت و 42.6 سنة في أفغانستان. وفي نفس السنة كانت معدلات وفيات الأطفال تتراوح بين 258 و 256 وفاة في كل ألف مولود حي من الذكور والإناث على التوالي، في أفغانستان، وبين 10 وفيات في كل ألف مولود حي من كلا الجنسين في الإمارات العربية المتحدة [5]. ولا تزال وفيات الأمومة مرتفعة في بعض بلدان الإقليم.

وتواجه بلدان الإقليم مشكلات كبرى ناجمة عن الزيادة في الأمراض غير السارية والإخفاق في تعزيز أنماط الحياة الصحية. تتسبب الأمراض غير السارية والإصابات في 57.6% من إجمالي الوفيات في الإقليم [7]. ولا يزال التدخين والسمنة منتشرين.

وفي ما يتعلق بالإنفاق على الصحة، كان إجمالي الإنفاق على الصحة، كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، في عام 2001، يتراوح بين 2.6% في الصومال، و 12.2% في لبنان [8]. ويشير الاتجاه العام في مجال تمويل الرعاية الصحية إلى تحوّل واضح في العبء، انتقل هذا العبء من الحكومة إلى الأسر، حتى في البلدان المنتجة للنفط والبلدان المسماة ببلدان الرفاهية أو بلدان الرعاية الاجتماعية في الإقليم [8]. ويضيف ذلك أعباءً مالية أخرى على الأسر الفقيرة بالفعل، ويفضي على الأرجح إلى التأخر في التماس الرعاية الصحية، مما يزيد في نهاية المطاف من تكاليف الرعاية الصحية.

وأمام الإقليم شوط طويل عليه أن يقطعه لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية [9]. فوفقاً لإحصاءات البنك الدولي، لا يزال 30% من سكان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يعيشون على أقل من دولارين أمريكيين في اليوم [10]. هذا، وفي عام 2001 كان يعيش في 17 بلداً من بلدان الإقليم 78.3 مليون نسمة يعانون من نقص التغذية [10]. وفي ما يتعلق بالمساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، وبالرغم من تزايد معدل تعليم البنين والبنات في الإقليم، فلا تزال الفروق بين الجنسين واسعة في بعض بلدان الإقليم. ولم يتحقق سوى تقدّم ضئيل في ما يتعلق بالمرمى المتمثل في ضمان الاستدامة البيئية، ويتزايد معدل البطالة بين الشباب. وعلى الرغم من أن معدل وفيات الأمومة يتناقص، فإنه يتعيّن بذل جهود مكثفة في بعض بلدان الإقليم لبلوغ المرمى ذي العلاقة. ويجري تحقيق تقدّم جيد في الإقليم نحو تعميم التعليم الابتدائي، وتحقيق تقدّم متوسط في تقليص

وفيات الطفولة. فقد تناقصت معدلات وفيات الطفولة بسبب الحصبة بنسبة 13% منذ عام 1999، وتم التخلّص من كزاز الوليد في 16 بلداً من بلدان الإقليم. ومعظم بلدان الإقليم منخفضة الاخطار at low risk في ما يتعلق بالمalaria، وتنخفض فيها معدلات انتشار السلّ وتتناقص باطراد.

وتبعث القضايا البيئية على القلق في العديد من بلدان الإقليم، ولاسيّما التوسّع الحضري السريع، وشحّ الموارد المائية. وعلى الرغم من عدم توافر معطيات (بيانات) حول حجم المخاطر البيئية، تتوافر بيانات على كَوْن التغطية بالماء والإصحاح في الأرياف تقل عن 50% في العديد من البلدان المنخفضة الدخل، وبعض البلدان المتوسطة الدخل [8].

ومن العوامل الأخرى التي تؤدي إلى اعتلال الصحة في الإقليم، الكوارث والطوارئ المعقّدة. علماً بأن خمسة من بلدان الإقليم، تضم 19% من سكان الإقليم، تجتاز في الوقت الحاضر أوضاعاً طارئة معقّدة. وعلماً بأن هذه الأوضاع تقضي إلى تدمير البنية الأساسية، وتفاقم الفقر، والارتفاع النسبي لمعدل انتشار اعتلالات الصحة النفسية.

## 2.2 التحديات التي تواجه الصحة وتعزيز الصحة في الإقليم

تواجه الحالة الصحية في الإقليم تحديات عديدة. فقد وقعت في العقود القليلة الماضية تغييرات اجتماعية سريعة ترافق معها توسّع حضري سريع. فالأماكن أصبحت شحيحة، والفقر يتفاقم، والسكان يتزايدون، وحلّت الأسرة النووية\* محلّ الأسرة الممتدّة\*\*. وتؤثر العولمة في الإقليم، وتمثّل الكوارث والطوارئ والصراعات تحدياً مستمراً في مواجهة الصحة.

وبفعل هذه التحديات، تتآكل السمات التي تميّز ثقافة إقليم شرق المتوسط والتي كان يسود الاعتقاد بأنها بقي من اعتلال الصحة أو من السلوكيات التي تهدّد الصحة بالخطر. ومن هذه السمات تماسك المجتمع، وقوة الشبكة العائلية، والتقاليد الدينية والثقافية. وفي ما يتعلق بتماسك المجتمع، تقوم في الإقليم، عموماً، روابط عشائرية وتماتلية متينة ينتج عنها رأسمال اجتماعي قوي، ولاسيّما في الأرياف. كما أن الأسرة لاتزال ذات تأثير قوي، ولاتزال مصدراً مهماً للدعم الأدبي والعاطفي والاجتماعي. ثم إن القيم الدينية المنبثقة عن جميع الأديان التي تؤمن بها شعوب الإقليم، تهدي إلى اتّباع حياة صحية. وقد أفاد ذلك في العديد من المبادرات الإقليمية لتعزيز الصحة، كاستثمار أحكام الدين في مكافحة التدخين، مثلاً.

وتسترشد أنشطة تعزيز الصحة في الإقليم بمبادئ، منها المبادئ التي ينص عليها إعلان عمّان لتعزيز الصحة، والقرارات ذات العلاقة التي اتخذتها اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط (ش م/ل 50/ق - 6 وش م/ل 48/ق - 5 حول تعزيز أنماط الحياة الصحية). علماً بأن تعزيز الصحة يشكّل الأساس الذي تقوم عليه سلسلة المنشورات الإقليمية للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين، التي يصدرها المكتب الإقليمي تحت عنوان «الهدى الصحي»، فضلاً عن بعض الأساليب الإقليمية الناجحة، من قبيل المدن الصحية، والقرى الصحية، والمدارس المعزّزة للصحة، وتلبية

الاحتياجات التنموية الأساسية، وغيرها من المبادرات المجتمعية التي تستهدف المحددات الاجتماعية للصحة، من خلال أسلوب يقوم على مشاركة المجتمع.

وهناك أيضاً عدد من التحديات التي تجابه تعزيز الصحة على وجه التحديد. وتشمل هذه التحديات، في ما تشمل، شح المعطيات (البيانات) التي يُستند إليها لتحديد المشكلات التي هي أجدر بأولوية التدخل لحلها، وشح المعلومات حول المبادرات التي يجري تنفيذها في مجال تعزيز الصحة، وعدم تقييم تلك المبادرات؛ ونقص التخطيط الاستراتيجي لتعزيز الصحة؛ وتدني الأولوية التي يعطيها أصحاب القرار وغيرهم من أصحاب الشأن لوقاية الصحة وتعزيزها؛ ونقص التشريعات المؤيدة لتعزيز الصحة؛ وقلة التعاون والتنسيق بين القطاعات؛ ونقص الموارد البشرية اللازمة لتنفيذ أنشطة تعزيز الصحة؛ ونقص هياكل تمويل هذه الأنشطة.

ولابد للجهود المبذولة لتعزيز الصحة في الإقليم من أن تأخذ في الحسبان هذه التحديات، هي والسياق الوطني، سعياً إلى فهم القضايا الصحية، وإعداد مداخلات أكثر فعالية. كما يتعين النظر في السياق الوطني والمحلي لدى اختيار السكان المستهدفين الذين هم أحق بأولوية التدخل لصالحهم.

\* الأسرة النووية أو النووية أو البيولوجية هي الأسرة المؤلفة من الأب والأم وأولادهما فقط.  
\*\* الأسرة الممتدة أو المركبة، هي الأسرة المؤلفة من الأب والأم وأولادهما ومعهم أقارب آخرون يعيشون

### 3.2 أمثلة على مبادرات تعزيز الصحة في الإقليم

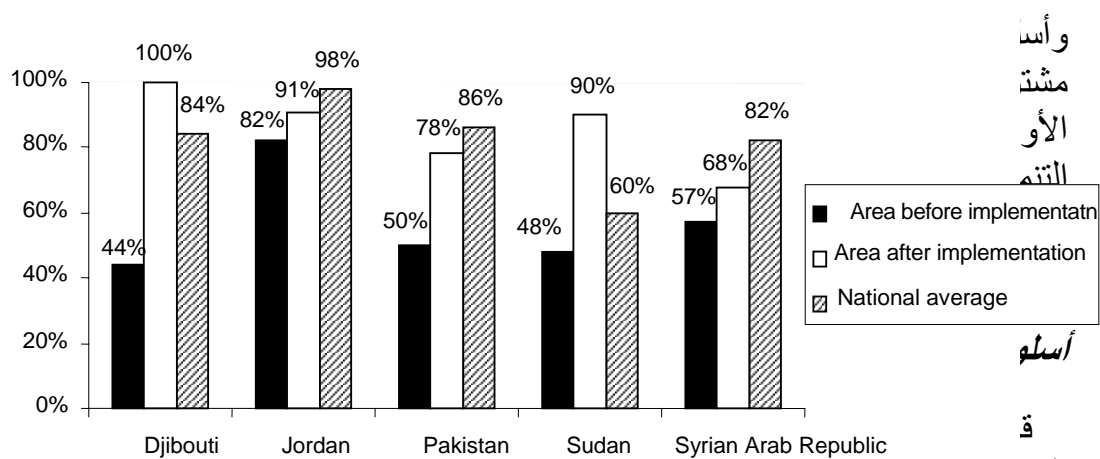
#### تعزيز الصحة من خلال تحسين موارد المعلمين ومهاراتهم

في عام 1988، قام المكتب الإقليمي، بالتعاون مع شركائه الإقليميين، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو)، بإعداد وتدشين أنموذج المنهج المدرسي الصحي ذي المردود العملي، باعتباره أداة تربوية لتحقيق هدف توفير الصحة للجميع. ويستهدف هذا المنهج مساعدة المعلمين على إدماج التنقيف الصحي في مواضيع مختلفة، والقيام بأنشطة التنقيف الصحي مع التحوّل عن تلقين الطلبة إلى تزويدهم بفرص وتجارب للتعلّم ذي المردود العملي، مما يعزّز معارفهم ومهاراتهم. وقد تم تحديث المنهج في عام 2004، ووُسّع محتواه ليشمل التنقيف الأساسي؛ وتم في بعض بلدان الإقليم تدشين إخراجة إلكترونية تجريبية متعدّدة الوسائط لهذا المنهج.

#### المبادرات المجتمعية

يجري حالياً تنفيذ مبادرات مجتمعية في معظم بلدان الإقليم. علماً بأن هذه المبادرات، التي تشمل، في ما تشمل، برامج المدن الصحية والقرى الصحية، ودور المرأة في مجال الصحة،

ان  
ان  
ان  
ان  
ان  
ان  
ان



وأسا  
مشنت  
الأو  
التم  
أسلم  
ق  
السا  
وبنا

شبكة «إيمان» على تعزيز العمل المشترك في مواجهة عوامل الاختطار المتعلقة بالامراض غير السارية، باعتباره طريقة فعّالة لتقليص وقوعات الأمراض غير السارية، مع التأكيد على ضرورة إدماج وتقوية الممارسات المجتمعية الوقائية في مختلف مرافق الرعاية الصحية. وتضم الشبكة اثني عشر بلداً من بلدان الإقليم، تعمل على إنشاء نظام لترصد الأمراض غير السارية، وتنفيذ البرامج المجتمعية وتبادل المعلومات المتعلقة بها. كما يجري تنفيذ نظام الترصد المتدرج لعوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية، في أحد عشر بلداً من بلدان الإقليم، وأدمجت الوقاية من السكرى ورعاية المصابين به في خدمات الرعاية الصحية الأولية في أربعة بلدان أعضاء في مجلس التعاون الخليجي.

النسبة المئوية للمجمعات التي  
يُنَسَّرُ لها الحصول على الماء  
الأول

المساحة قبل التنفيذ  
المساحة بعد التنفيذ  
المتوسط الوطني

الأردن      باكستا      الجمهورية العربية السودان  
السورية

البلد



المصدر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

## الشكل 1. التغيير في إمكانية حصول المجتمعات على الماء في المناطق التي تُنفَّذ فيها مبادرات مجتمعية

### إشراك الدين في تعزيز الصحة: شن حملات ضد التبغ

أصدر فضيلة الشيخ نصر فريد واصل، مفتي جمهورية مصر العربية الأسبق، في أيلول/سبتمبر من عام ألفين فتوى بحرمة تعاطي التبغ. وقد رأَت الفتوى أن الإسلام يحرم التدخين، وذلك بناءً على أبحاث قام بها ليف من الفقهاء حول موقف الإسلام من التدخين. وصدر حكم شرعي مماثل عن الكنيسة القبطية المصرية في عام 1999.

وفي عام ألفين، أصدر المكتب الإقليمي طبعة ثانية من منشورة «الحكم الشرعي في التدخين»، تعزيزاً للجهود التي تبذل لكبح جماح تعاطي التبغ، من خلال تعاليم الدين. وشنت حملة وطنية لمكافحة التدخين، استُخدمت فيها معالقات مناهضة للتدخين، ووزعت فيها 80 000 معالقة طبعت عليها فتوى حرمة التدخين، على 53 000 مسجد في شتى أرجاء مصر. وقد قام المكتب الإقليمي في عام 2002 بتقييم أثر هذه الحملة عن طريق مصادر خارجية، في أربع مدن مصرية. وأوضحت نتائج هذا التقييم أن النسبة المئوية للذين اتبعوا الفتوى كانت مستقرة ومتسقة إلى حد معقول في كل الفئات العمرية (77% - 79.9%). وقد ذكر 55% من المدخنين الذين أُجريت معهم مقابلات شخصية أنهم حاولوا الإقلاع عن التدخين بعد صدور الفتوى، في حين قام 49% من المدخنين بتقليل عدد السجائر التي يدخنونها.

### السلامة الغذائية من أجل صحة أفضل

قام عدد متزايد من بلدان الإقليم في السنوات الأخيرة ببذل جهود لتحسين نُظُمها وبيئتها الأساسية للسلامة الغذائية، وتحديثها وتقويتها، واتخذت أسلوباً يقوم على إدارة المخاطر. فقد قام كلٌّ من الأردن والإمارات العربية المتحدة، بإقامة نظام حديث لمراقبة الأغذية يركز على إدارة المخاطر، من أجل رصد ومراقبة سلامة الأغذية المُنتَجة محلياً والأغذية المستوردة. وقام كلٌّ من تونس وسلطنة عُمان بإعداد استراتيجيات وطنية لمراقبة الأغذية. وقام كلٌّ من باكستان والجمهورية العربية السورية والسودان ولبنان ومصر والمغرب بصياغة تشريعات غذائية جديدة. كما قام كلٌّ من السودان ومصر بمواءمة معاييرهما الغذائية الوطنية مع معايير لجنة دستور الأغذية. وقام كلٌّ من الأردن وجمهورية إيران الإسلامية والمملكة العربية السعودية بإنشاء هيئة وطنية للأغذية والأدوية. وأعدت الدول الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي سياسة مشتركة لاستيراد الأغذية تسمح بقيام سياسة ومعايير مشتركة للتفتيش. ولا يخفى أن جميع هذه الحقوق تهدف إلى العمل على توفير تغذية على درجة أكبر من الصحة، وذلك من خلال إجراء تغييرات تنظيمية وتغييرات في السياسة.

### 3. أساليب نظرية لتعزيز الصحة

اقترحت عدة أساليب لتوجيه جهود تعزيز الصحة، منها الأسلوب المعني بصحة السكان، والأسلوب المعني بالأماكن، والأسلوب المعني بتوالي مراحل الحياة، والأسلوب المعني بالممارسات المُثلى لتعزيز الصحة.

• يؤكّد الأسلوب المعني بصحة السكان على صحة مختلف الفئات السكانية، وينظر في طائفة واسعة من محدّدات الصحة، ويعتمد على البيّنات في اتّخاذ القرارات، ويقوم بتنفيذ مجموعة مختلفة من الاستراتيجيات، ويؤكّد على أهمية مشاركة جماهير الناس في اتّخاذ القرارات المتعلقة بالأولويات والبرامج الصحية، ويشدّد على التعاون بين العديد من القطاعات [11].

• أما الأسلوب المعني بالأماكن، المنبثق عن ميثاق أوتاوا، فيبرز الحقيقة القائلة بأن الأماكن التي يعيش فيها الناس ويعملون ويلعبون، تؤثر في صحتهم، فضلاً عن تأثيرها في معارفهم ومواقفهم [12]. وتهدف المُداخلات التي تُتخذ في إطار هذا الأسلوب، إلى تغيير جوانب الأماكن الضارة بالصحة، مهينةً بذلك بيّنات داعمة للسلوكيات المعززة للصحة.

• وأما الأسلوب المعني بتوالي مراحل الحياة، فيفترض أن العوامل المادية والاجتماعية التي يُتعرّض لها أثناء الحمل والطفولة والمراهقة والبالغية adulthood في أوائها وأواخرها، تؤثر في الصحة [13]. ويؤكّد هذا الأسلوب على أهمية الوقاية الأولية في أوائل دورة الحياة.

• وأما الأسلوب المعني بالممارسات المُثلى، فيعتبر البيّنات ذات أهمية بالغة في انتقاء المُدخلات الملائمة، مع عنايته دائماً بالسياق. وقد عُرفت الممارسات المُثلى في مجال تعزيز الصحة بأنها « تلك المجموعات من العمليات والأنشطة المتّفقة مع قيم/مرامي/أخلاقيات تعزيز الصحة، ومع النظريات/المعتقدات، والبيّنات، وفهم البيئة، والتي من الأرجح أنها تحقّق مرامي تعزيز الصحة في حالة معيّنة» [14].

وحتى يمكن لهذه الأساليب أن تكون ذات فعالية وكفاءة، يتعيّن مواءمتها مع السياق الوطني، وإقامتها على أساس الاحتياجات المحدّدة من خلال عمليات المشاركة. فمن الأهمية بمكان أن يشارك السكّان المستهدفون في عملية تحديد الأحوال الصحية والأحوال المتصلة بالصحة، وتقرير أولويات تلك القضايا، وابتكار وتنفيذ وتقييم المُدخلات الرامية إلى تغيير الوضع القائم. هذا، وفي ضوء البحوث المتعلقة بالعوامل المؤثّرة في الحالة الصحية، يُولى اهتمام متزايد للمحدّدات الاجتماعية للصحة. وتشمل هذه المحدّدات، في ما تشمل، الجنس، والثقافة، والعوامل الاجتماعية – الاقتصادية، والعوامل البنوية. وقد أنشأت المنظمة لجنة معيّنة بالمحدّدات الاجتماعية للصحة، اعترافاً بالحاجة إلى التصدّي للأسباب الجذرية لاعتلال الصحة.

## 4. الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز الصحة

### 1.4 معلومات أساسية

تتأثر الصحة بطائفة واسعة من العوامل تشمل جميع جوانب الحياة، بما في ذلك المجتمع، والثقافة، والبُعد الروحي، والاقتصاد. فالتحسُّن في الحالة الصحية مرتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الحياة. وسعيًا إلى تحسين الصحة وتحسين نوعية الحياة، تتَّجه البلدان في شتى أرجاء العالم إلى الأخذ على نحو متزايد بمفهوم ومبادئ تعزيز الصحة. ويجري في هذا الصدد، تنفيذ عدد من المبادرات الإقليمية. ولو أن السياسات والممارسات الداعمة لمفهوم تعزيز الصحة تنحو حالياً إلى أن تكون ضمنية لا صريحة، ولا تُنتج على الأغلب عن تخطيط استراتيجي مقصود.

وقد أعدت الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز الصحة من أجل دعم بلدان الإقليم في إعداد سياسات وممارسات سليمة وواضحة لتعزيز الصحة، واضعة في اعتبارها أدوار ومسؤوليات جميع الأطراف المعنية من مختلف القطاعات. وقد تم إعداد الاستراتيجية من خلال عملية تشاركية شملت المنظمة وعدداً من كبار الخبراء من بلدان الإقليم.

### 2.4 المبادئ التوجيهية

يُعتقد أن المبادئ التوجيهية التالية أساسية لتعزيز الصحة في الإقليم:

- الصحة حق من حقوق الإنسان الأساسية.
- الصحة مكوّن أساسي من مكوّنات التنمية.
- الصحة مبدأ أساسي من مبادئ الإيمان، تدعو إليها جميع الأديان.
- تمكين الأفراد والمجتمعات ضروري للمشاركة المثالية في التخطيط للصحة واتخاذ القرارات الخاصة بها.
- الصحة مرتبطة بالخبرات المكتسبة والعوامل التي يتم التعرُّض لها في مختلف مراحل الحياة. وتعزيزاً لرصيد الصحة يجري تشجيع برامج الوقاية الأولية في بواكير دورة الحياة.
- ترتبط أكثر المُداخلات فعالية ببرامج الوقاية التي تستهدف السكان والتي يتم تنفيذها في الأماكن الملائمة.

### 3.4 الرؤية

تتمثل الرؤية التي تتبناها الاستراتيجية من أجل تعزيز الصحة، في غرس مفهوم الصحة في الأذهان، والقلوب، والأعمال اليومية للأفراد والعائلات والمجتمعات والحكومات، بالتركيز على

الوقاية الأولية، وتهيئة أوضاع اجتماعية ومادية ملائمة للسياق الوطني ومواتية للصحة. وتقتصر الاستراتيجية الإقليمية طرُقاً لتحقيق هذه الرؤية.

#### 4.4 المرمى والغاية

ترمي الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز الصحة إلى مساعدة الدول الأعضاء على تهيئة وحفظ بيئات وأحوال تمكّن من تحسين الحالة الصحية لسكان الإقليم وتحسين نوعية حياتهم، مع التركيز على مواطن القوة في الإقليم والفرص المتاحة فيه، فضلاً عن التحديات النوعية التي تواجهه.

وغاية الاستراتيجية هي تعزيز صحة سكان الإقليم بتمكينهم من زيادة تحكّمهم في صحتهم ومن تحسينها [3].

#### 5.4 التوجّهات الاستراتيجية

تُردُّ في ما يلي التوجّهات الاستراتيجية لتحقيق المرمى. وتوضّع الأساليب النظرية لكل توجّه استراتيجي بين قوسين، بُعْية إبرازها. أما التوجّه الاستراتيجي الأول، فلا يتعلق بأي أسلوب نظري خاص، بل يتعلق بضمان الضغط من قِبَل بيئة قادرة على القيام بجميع أنشطة تعزيز الصحة على الصعيد القطري. علماً بأن التوجّهات الاستراتيجية توفّر، بوجه عام، التوجيه للمنظمة والدول الأعضاء على السواء.

#### التعاون بين القطاعات

- تشجيع التعاون بين القطاعات ومشاركة المجتمع (الأسلوب المعني بصحة السكان/الأسلوب المعني بالأماكن).

#### إعداد البرامج

- إعداد وتنفيذ وتقييم برامج الوقاية الأولية الهادفة إلى إحداث تغيير في المحدّدات ذات الأولوية والأحوال الصحية، وفي مختلف الأماكن (الأسلوب المعني بالأماكن، والأسلوب المعني بتوالي مراحل الحياة).
- توثيق وإعداد وتحديث التشريعات واللوائح المتعلقة بالصحة (الأسلوب المعني بصحة السكان، والأسلوب المعني بالأماكن، والأسلوب المعني بالممارسات المُتلى).
- تقوية قدرات مختلف الشركاء (الأفراد والمؤسسات) على تعزيز الصحة.

#### دعم العمل المتكامل

- إنشاء بيئة متكاملة لتعزيز الصحة على الصعيد القطري.

#### البحوث

- إنشاء/تعزيز نُظُم ترصدُ عوامل الاختطار والمحدّدات الصحية من أجل توثيق فعالية مبادرات تعزيز الصحة (الأسلوب المعني بصحة السكان، والأسلوب المعني بالممارسات المُثلى).
- دعم البحوث في الأدوار التي تقوم بها أنشطة تعزيز الصحة، وتقييمها وتمويلها (الأسلوب المعني بالممارسات المُثلى).

## 5. جعل إصلاحات القطاع الصحي متجاوبة مع أنشطة تعزيز الصحة

لا يَخْفَى أن مبادرات إصلاح القطاع الصحي، دافعها اعتباراتٌ تتعلق بخفض التكاليف. ولمّا كانت مبادرات الوقاية الأولية أكثر كفاءة من برامج الرعاية الصحية الثانوية أو الثالثة، فإن مبادرات إصلاح القطاع الصحي تتيح الفرصة لإدخال برامج تعزيز الصحة أو تقويتها. ومع تغيّر الأساليب المتّبعة لبلوغ أفضل مستوى صحي، وربط الصحة بالتنمية على النحو الذي تجسّده المرامي الإنمائية للألفية، تجري على نحو متزايد مراجعة النُظُم الصحية لتقييم إمكانية استجابتها بفعالية للتحوّل الاستراتيجي عن التركيز على المرض إلى حفظ الصحة وتعزيزها.

وقد نُفِذت خلال القرن العشرين ثلاثة أجيال متداخلة من إصلاحات النظام الصحي. ولم تكن الإصلاحات ناتجة عن حالات محقّقة من الإخفاق في المجال الصحي، فحسب، بل كانت ناتجة أيضاً عن السعي إلى تحقيق المزيد من الكفاءة، والإنصاف، والتجاوب مع تطلّعات الناس [15]. علماً بأنّ الموجة الثانية من الإصلاحات قد مهّدت الطريق لإجراء تغييرات جذرية تستهدف إقامة نُظُم عالية المردود، وعادلة، ويتيسّر الحصول على خدماتها. وتُعرف هذه الحقبة جيداً بحقبة الرعاية الصحية الأولية، كأسلوب لتحقيق تغطية الجميع بالرعاية الصحية الميسورة الكلفة [15]. ولا يَخْفَى أن إصلاح القطاع الصحي يمثّل استراتيجية رئيسية لتحقيق العدالة والكفاءة والفعالية في بقاع عديدة من العالم. وعلى الرغم من ذلك، فإن تعزيز الصحة هو موضوع قلّما يُذكر في المناقشات التي تدور حول إصلاح القطاع الصحي، بوجه عام، أو حول التمويل المضمون الاستمرار للرعاية الصحية، بوجه خاص.

وتهدف استراتيجيات المنظمة لإصلاح القطاع الصحي، كما هي مبينة في التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ألفين، إلى تقليص العبء الزائد للوفيات والعجز، وإقامة نُظُم صحية الغاية منها تحسين الحصائل الصحية على أساس من المساواة، وتقليص عوامل الاختطار، وإعطاء بُعد صحي فعّال للسياسة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والإنمائية.

## 6. التمويل

من الضروري لضمان استمرار جهود تعزيز الصحة، تحديد الآليات الملائمة لتمويل برامج تعزيز الصحة.

• إن آليات التمويل الفعّالة والمضمونة الاستمرار، تعتمد جزئياً، على الأقل، على مشاركة المجتمع في تعزيز السيطرة الوطنية على البرامج، والشعور بالمسؤولية المشتركة.

• حتى تكون آليات تمويل أنشطة تعزيز الصحة واضحة، لا بد من تحديد مضمومة package معينة من الخدمات المشتملة على تعزيز الصحة. وهذا أمر صعب نسبياً في السياق الراهن لبلدان الإقليم، إنّ من غير الواضح من هم الذين يعملون في مجال تعزيز الصحة وما تشتمل عليه المهام التي يقومون بها. ويمكن القيام في الإقليم بمشروع لتحديد الأدوار، من أجل وضع مواصفات لمضمومة «لتعزيز الصحة» يمكن مناقشة آليات تمويلها.

• لا بد من تحديد مبلغ الأموال المخصّصة حالياً لوقاية الصحة وتعزيزها في الميزانيات الإنمائية. كما لا بد من إجراء دراسة للكيفية التي يتم بها الآن تمويل أنشطة تعزيز الصحة، ومن المفيد في هذا الصدد إجراء دراسة حالة للتمويل في مختلف الأوضاع الاقتصادية.

وقد افترحت عدة آليات بديلة للتمويل، بناءً على الخبرات المكتسبة في الإقليم وعلى الصعيد الدولي. وتتمثل المصادر المحتملة للأموال اللازمة لتعزيز الصحة، بوجه عام، في الضرائب، بما فيها الضرائب المخصّصة لغرض معين (والتي تُسمّى أحياناً الضرائب على «الإثم»)، مثل الضرائب على الخمر والتبغ؛ ونُظُم التأمين الاجتماعي؛ وصناديق أصحاب العمل للتأمين الصحي الخاص؛ والإنفاق المباشر من جيوب المواطنين؛ والرعاية المؤسسية؛ والجمعيات الأهلية أو المدنية. ولما كانت الصحة تمثل منفعة عامة، فينبغي أن تتولّى الحكومة المسؤولية عنها.

وفي أقاليم المنظمة الأخرى، كأقاليم: أوروبا، وجنوب شرق آسيا، والمحيط الهادي، تقوم المؤسسات الصحية بدور مهم في تحديد توجّهات السياسة الصحية وأولويات التمويل، ووضع المعايير والقواعد الخاصة بالمداخلات، وتنسيق وتقييم نتائج مبادرات تعزيز الصحة التي تقوم بتنفيذها مختلف الهيئات الحكومية والمنظمات اللاهكومية، وحشد وتوجيه الموارد المقدّمة من الحكومات وسائر الجهات المانحة لتوزيعها على مختلف الشركاء القائمين بالتنفيذ. علماً بأن المؤسسات الصحية هي منظمات مستقلة مشكّلة طبقاً لأحكام القانون، ويجري تمويلها بواسطة مجموعة مختلفة من الآليات، مثل الاعتمادات المالية المرصودة في الميزانيات الحكومية، ومجموعة من الضرائب المخصّصة لغرض معين، والمفروضة على منتجات مختلفة، والضريبة على التأمين الصحي، أو ما يتصل بذلك من آليات التأمين. وتستخدم بلدان الإقليم عدداً من آليات تمويل الصحة.

• قرّضُ ضرائب على التبغ من أجل تعزيز الصحة: ففي عام ألفين، اتّخذ مجلس التعاون الخليجي القرار 48/3، الذي دعا جميع البلدان الأعضاء في المجلس إلى تخصيص جزء من الضريبة على التبغ لتمويل أنشطة مكافحة التبغ. وقام كلُّ من سلطنة عُمان وقطر والمملكة العربية السعودية بتنفيذ القرار على الصعيد الوطني. ولم تُخصّص لتمويل أنشطة مكافحة التبغ نسبة مئوية محدّدة من الضريبة على التبغ؛ وإنما حُصّص لوزارات الصحة مبلغ

إجمالي يختلف من سنة إلى أخرى من أجل مكافحة التبغ. وفي ما يتعلق بقطر، فإن النسبة المئوية المحصلة من الضريبة على التبغ تصل إلى حوالي 2%، ويتراوح إجمالي قيمتها بين 80 000 و100 000 دولار أمريكي سنوياً. وتستخدم هذه المبالغ لتمويل أنشطة وحملات مكافحة التبغ والتوعية بأضراره. وفي اليمن، يُخصّص جزء من الضريبة المفروضة على التبغ لتمويل مختلف الأنشطة التي تقوم بها وزارة الشباب والرياضة.

• أموال الزكاة والأوقاف: تُحسم الزكاة من جميع أصحاب الحسابات المصرفية في باكستان وعدد آخر من بلدان الإقليم في أول شهر رمضان الفضيل من كل عام. وإضافةً إلى توزيع أموال الزكاة مباشرةً على الفقراء والمساكين والأرامل واليتامى، تُوجّه بعض أموال الزكاة إلى مستشفيات المستوى الثالثي ومستوى المناطق الصحية لمعالجة تلك الفئات من مستحقي الزكاة. وتُتاح الفرصة للحكومات لتحويل بعض أموال الزكاة المستخدمة للممارسات العلاجية إلى برامج تعزيز الصحة، مثل أنشطة التثقيف الصحي، ومشاريع استدرار الدخل للفقراء، في سياق تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية.

وتستخدم أموال الأوقاف في معظم بلدان مجلس التعاون الخليجي لإعانة المحتاجين على مواجهة التكاليف المتصاعدة للرعاية الصحية. وفي قطر والكويت، يُستخدم جزء من أموال الأوقاف لدعم أنشطة تعزيز الصحة والتثقيف الصحي.

ويمكن الاستعانة بأفكار مبتكرة أخرى لإيجاد موارد إضافية لبرامج تعزيز الصحة. ومن هذه الأفكار، فرض رسم رمزي على تذاكر شركات الخطوط الجوية الوطنية، يمكن استخدامه لتمويل مداخلات تعزيز الصحة.

## 7. الخاتمة

تتحدّد الصحة بواسطة تفاعل معقد بين الأفراد وبين العوامل البيولوجية والاجتماعية والبيئية. ونحن نفكر في الصحة والمخاطر التي تتهدّدها من حيث المحدّدات الصحية، وأنماط الحياة وما يترتب عليها من أنماط التعرّض للمخاطر (المتعدّدة) والنتائج الضائرة، نكتسب فهماً أفضل لكيفية الحفاظ على الصحة، أو كيفية نشوء المرض. ويمكن استخدام هذه المعرفة في إعداد برامج شاملة وأكثر فعالية للعمل المتعدّد القطاعات على مختلف المستويات، والجمع بين المعلومات والسياسات والتسويق الاجتماعي والتنظيم والعمل المجتمعي، للتأثير مع مضي الوقت تأثيراً إيجابياً في الحالة الصحية للسكان.

ويمكن للمبادرات الفعّالة لتعزيز الصحة تناول المحدّدات الاجتماعية والبيئية للصحة بتمكين المجتمع تمكيناً يؤهّله لتولي المسؤولية عن صحته. وها هو القطاع الصحي وأطراف أخرى تشارك، بدرجات متفاوتة، في تشجيع الناس على رعاية أنفسهم، وعلى التآزر، وعلى تغيير

الظروف والملازمات التي تعوق تحقيق الصحة. ولو أن السياسات والممارسات التي تدعم أنشطة تعزيز الصحة لا تكون في الغالب صريحة أو مخططة برؤية.

ولابد للجهود المبذولة حالياً لإصلاح القطاع الصحي، ومختلف وسائل التمويل البديل لخدمات رعاية الصحة، من أن تتجاوب مع الأساليب المتغيرة لبلوغ المستوى الأمثل للصحة. ولابد لإصلاحات القطاع الصحي من التحول عن البرامج المهتمّة بأمراض معيَّنة، لتُصبح أكثر تجاوباً مع برامج ومبادرات تعزيز الصحة. ويتعيَّن في الوقت نفسه أن تقوم القطاعات الأخرى، غير القطاع الصحي، بدور أكبر لتمكين المجتمع من جني ثمار الصحة الجيدة.

ولا يخفى أن تخصيص الموارد في أوقات شحّ الموارد، أو تحويل الموارد إلى برامج أخرى غير البرامج التقليدية للرعاية الصحية، يتطلَّب من راسمي السياسة اتخاذ قرار هو دائماً قرار صعبٌ عليهم اتخاذه. ولا يزال التمويل وترشيد التكاليف من التحديات القائمة. ثم إن الضغوط الناجمة عن تشيخ السكان، وتزايد وقوعات العجز بمختلف أشكاله، سوف تستحوذ على قدر ضخم من الموارد المالية المتاحة. ولو أن التوجُّهات الاستراتيجية لتعزيز الصحة، المحددة في الاستراتيجية الإقليمية، يمكن، على المدى الطويل، أن تبطئ الوتيرة التي تتصاعد بها تكاليف الرعاية الصحية.

## 8. التوصيات

### إلى الدول الأعضاء

1. إنشاء لجنة توجيهية لتعزيز الصحة على المستوى الوطني، تُمثِّل فيها مختلف القطاعات العاملة في مجال تعزيز الصحة.
2. النظر في اقتصار تخصيص الأموال على برامج تعزيز الصحة التي تقوم، ضمن ما تقوم به، بتقييم العملية وتأثيرها.
3. إعداد خطة استراتيجية خمسية لتعزيز الصحة في بلدان الإقليم، بمشورة من المنظمة. وينبغي للخطة الاستراتيجية أن تنظر في المؤشّرات الوطنية للحالة الصحية، وفي المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة، والسلوك، في تقرير أولويات الأنشطة.
4. الاستفادة مما هو متوافر من الدلائل الإرشادية والمواد الإعلامية في تشجيع عملية إشراك المجتمع في برامج ومبادرات تعزيز الصحة، مع الاسترشاد بالمبادرات المجتمعية وأساليب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية.
5. دعم التثقيف المهني للأفراد العاملين في مجال تعزيز الصحة. وينبغي انتقاء الأفراد المستحقين للدعم بناءً على ما لديهم من إمكانيات لأن يصبحوا قادة في مجال تعزيز الصحة، وضمان عودتهم للخدمة في القطاع العام.



## إلى المنظمة

6. تقديم المشورة إلى البلدان في ما يتعلق بوضع مؤشرات الأداء الرئيسية اللازمة لفعالية أنشطة تعزيز الصحة.
7. النظر في عقد مؤتمر كل سنتين للبلدان من أجل تبادل الخبرات في مجال تعزيز الصحة.
8. دعم الدول الأعضاء في إعداد نُظُم لترصد عوامل الاختطار والمحددات الصحية القابلة لإدخال التعديلات عليها (أو تقوية ما هو قائم من هذه النُظُم). وينبغي لهذه النُظُم أن تُسهم في تقدير الاحتياجات، ورسم السياسات، واستقطاب التأييد لبرامج تعزيز الصحة، وتقييم هذه البرامج. وينبغي ربط النُظُم الجديدة بجهود الترصد القائمة.
9. القيام بتقييم مختلف الآليات التي تُستخدم لتمويل أنشطة تعزيز الصحة على الصعيدين الإقليمي والدولي، ودعم بلدان الإقليم في هذا المضمار.
10. دعم بلدان الإقليم للشروع في تنفيذ مشروع لتحديد الأدوار، يحدّد الأنشطة التي يجري حالياً تنفيذها في مجال تعزيز الصحة بالإقليم (أو في نخبة من بلدان الإقليم) من أجل تحديد «مضمومة» "package" من الخدمات المعززة للصحة.

## المراجع

1. Khayat MH. *Health: An Islamic perspective*. Alexandria, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1997.
2. Declaration of Alma-Ata, 1978. Available at [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) (Accessed March 2005).
3. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Available at [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) (Accessed March 2005).
4. Freeman R, Linden G. Health directed and health related dimensions of oral health behavior of periodontal reference. *Community dental health*. 1995, 12(1): 48–51.
5. WHO statistical information system. Available at <http://www3.who.int/whosis/country/indicators> (Accessed 2 December 2004).
6. *Health system priorities in the Eastern Mediterranean Region*. Technical paper presented to the 51st session of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Cairo, October 2004 (unpublished document EM/RC51/5 available from the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo).
7. Modified from Burden of disease database. Geneva, World Health Organization, 2001.
8. *Proposed programme budget for the financial period 2004–2005, Eastern Mediterranean Region*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2002.
9. *Can we achieve MDGs by 2015?* Brief presented to the WHO interregional meeting on the Millennium Development Goals, San Jose, Costa Rica, 11–13 November 2004 (unpublished document available from the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo).
10. Sarbib JL. *The role of the Bank in meeting the public health challenges of the 21st century*. Welcome message to the World Bank Middle East and North Africa Regional Public Health Conference, Beirut, Lebanon, 16 June 2002. Available at [http://lnweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Beirut-June+2002/\\$File/Public+Health+Conference+Beirut-6-6-02.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Beirut-June+2002/$File/Public+Health+Conference+Beirut-6-6-02.pdf)
11. *The population health template: key elements and actions that define a population health approach*. Ottawa, Health Canada, 2001.
12. Polan BD, Green LW, Rootman I, eds. *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks, California, Sage Publications, 2000.
13. *The World health report 2002: Reducing risks promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
14. Kahan B, Goodstadt M. *Manual for using the interactive domain model of best practices in health promotion*. Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 2002.
15. *The World health report 2000: Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.