

تفعيل المكوّن الخاص بصحة المراهقين في الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق 2030-2016

ملخص تنفيذي

1. المراهقة هي واحدة من أكثر مراحل نمو الإنسان سرعةً وتكويناً، وتشمل نمواً بدنياً ومعرفياً واجتماعياً وعاطفياً وجنسياً واضحاً. وينبغي أن تُولى اهتماماً خاصاً في سياسات وبرامج وخطط التنمية الوطنية. وصحة المراهقين هي جزء لا يتجزأ من الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق (2030-2016). كما أنها مقوم أساسي من مقومات نجاح أهداف التنمية المستدامة.
2. وكثير من أمراض المراهقين وإصابتهم يمكن الوقاية منها أو علاجها، إلا أن مصير أغلبها الإهمال؛ فهي تتطلب تركيزاً مستمراً وبذل الاستثمارات في سبيل التصدي لها. وتأتي تلك الاستثمارات بعائد من ثلاثة أبعاد، هي: نفع للمراهقين في الوقت الحالي، ونفع لحياتهم بعد البلوغ مستقبلاً، ونفع لأطفالهم. وثمة حاجة مُلحة لزيادة الاستثمار في برامج صحة المراهقين من أجل تحسين صحتهم وبقائهم على قيد الحياة. ولا بد من إعطاء هذه المسألة الأولوية إذا ما أردنا أن نضع حداً لوباء الأمراض غير السارية، وأن نحافظ على المكاسب التي تحققت من ذي قبل في مجال صحة الأطفال الصغار، وأن يكون لدينا، في نهاية المطاف، مجتمعات تعيش في ازدهار وطمأنينة.
3. ويحتاج إقليم شرق المتوسط إلى نهج نظامي متعدد القطاعات لتنفيذ الخطط الاستراتيجية للحدّ من الوفيات والمراضة لدى المراهقين؛ إذ يبلغ معدّل وفيات المراهقين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم 115 وفاة لكل 100 ألف مراهق، وهو ثاني أعلى معدّل في العالم. وتمثّل أهم خمسة أسباب للوفيات بين المراهقين في تلك البلدان فيما يلي: العنف الجماعي والتدخلات القانونية، والإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق، والغرق، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، والعنف بين الأفراد. وأهم خمسة أسباب رئيسية لسنوات العمر المُصحّحة باحتساب مدد العجز للمراهقين هي العنف الجماعي والتدخل القانوني، وفقر الدم الناجم عن نقص الحديد، والإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق، واضطرابات الاكتئاب، والاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة.
4. وتشتد الاحتياجات الصحية للمراهقين في الأوضاع الإنسانية والأوضاع الهشة بسبب تزايد العبء الناجم عن سوء التغذية، والإعاقة، والإصابات غير المتعمدة، والعنف، واحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية، والمياه والصرف الصحي، والصحة النفسية. ومن هنا، فإن تصميم البرامج التي تستهدف الأوضاع الإنسانية والأوضاع الهشة لا بد أن يأخذ في الاعتبار بصفة خاصة المراهقين وحالتهم الصحية.

5. وتحت المنظمة الدول الأعضاء على ترجمة تعهداتها في الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق 2016-2030 إلى أفعال ملموسة بتنفيذ خطط استراتيجية وطنية متعددة القطاعات في مجال صحة المراهقين. ويمكن تحقيق ذلك باستخدام الإرشادات الخاصة بتسريع العمل العالمي في مجال صحة المراهقين لتنفيذ الدعم القطري، والتي تهدف إلى مساعدة الحكومات على تحديد ما تعتمز اتخاذه من خطوات وسبل تنفيذها. والهدف منها أن تكون بمثابة وثيقة مرجعية لراسمي السياسات ومديري البرامج الوطنيين لمساعدتهم على تخطيط البرامج الصحية للمراهقين وتنفيذها ورصدها وتقييمها.

مقدمة

6. المراهقة (ما بين 10 و19 سنة) (1) هي أكثر مراحل نمو الإنسان سرعةً وتكويناً، وتشمل نمواً بدنياً ومعرفياً واجتماعياً وعاطفياً وجنسياً واضحاً. وتكون القدرات المكتسبة خلال فترة المراهقة هي الركيزة التي تعتمد عليها عافية المرء طيلة حياته، بما في ذلك القدرة على الانخراط الفعّال في العمل وأنشطة الترفيه والحياة الأسرية والمجتمع. والإخفاق في اكتساب تلك القدرات في مرحلة المراهقة قد تكون له آثار سلبية طويلة الأجل على الأفراد والأسر والمجتمعات (2). ومن ثمّ، ينبغي أن تُولى صحة المراهقين اهتماماً خاصاً في سياسات وبرامج وخطط التنمية الوطنية.

7. ولن تتحقق أهداف التنمية المستدامة، التي تسعى إلى إدراك التنمية المستدامة للعالم اقتصادياً واجتماعياً وبيئياً بحلول عام 2030، من دون الاستثمار في صحة المراهقين وعافيتهم. كما أن صحة المراهقين وتطورهم جزء لا يتجزأ من الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق 2016-2030. ويمثّل إدراج صحة المراهقين في الاستراتيجية العالمية فرصة غير مسبوقه لبذل المزيد من الجهود لضمان تمتّع كل مراهق بالمعرفة والمهارات والفرص التي تجعله ينعم بحياة صحية ومُنتجة. وعلى حد قول الأمين العام للأمم المتحدة: "الاستراتيجية العالمية المُحدّثة تشمل المراهقين نظراً لدورهم المحوري في بلوغ كل ما نصبو إليه، وفي النجاح الكلي لخطة 2030". وتعكس هذه المقولة وعياً واسع النطاق بأن صحة المراهقين تستحق قدراً أكبر من الاهتمام (3).

8. وهناك أسباب وجيهة تتعلق بالصحة العامة وتسوّغ هذا الاهتمام المتزايد بالمراهقين؛ فبين عامي 2000 و2012، انخفض معدّل وفيات المراهقين بمقدار 12% فقط، وهو انخفاض طفيف نسبياً مقارنةً بالحدّ من وفيات الأمهات والأطفال. وشهدت الفترة ذاتها انخفاض معدّل سنوات العمر المُصحّحة باحتساب مدد العجز للمراهقين لكل 100 ألف نسمة بمقدار 8% فقط، أي أقل من نصف الانخفاض في جميع الفئات العمرية مجتمعة والبالغ 17%. وفي الوقت نفسه، ارتفع معدل الاكتئاب أحادي القطب، الذي يُعدُّ أهم أسباب سنوات العمر المُصحّحة باحتساب مدد العجز لدى المراهقين في عام 2012، بمقدار 1%. وعلاوة على ذلك، فإن تواتر السلوكيات المرتبطة بالصحة التي تبدأ أو تستفحل في مرحلة المراهقة، مثل تعاطي التبغ وتناول الوجبات الغذائية الفقيرة وتناول الكحول والخمول البدني وتعاطي المخدرات، التي يكون لها أثر في مراحل لاحقة من حياة الإنسان، قد انخفض انخفاضاً محدوداً للغاية أو حتى زادت معدلاته (4).

9. وكثير من أمراض المراهقين وإصاباتهم يمكن الوقاية منها أو علاجها، إلا أن مصير أغلبها الإهمال، وتتطلب تركيزاً مستمراً وبذل الاستثمارات في سبيل التصدي لها. وتأتي تلك الاستثمارات بعائد من ثلاثة أبعاد، هي: نفع للمراهقين في الوقت الحالي، ونفع لحياتهم بعد البلوغ مستقبلاً، ونفع لأطفالهم. وثمة حاجة مُلحة لزيادة الاستثمار في برامج صحة المراهقين من أجل تحسين صحتهم وبقائهم على قيد الحياة. ولا بد أن تُعطى هذه

المسألة الأولوية إذا ما أردنا أن نضع حداً لوباء الأمراض غير السارية، وأن نحافظ على المكاسب التي تحققت من ذي قبل في مجال صحة الأطفال الصغار، وأن يكون لدينا، في نهاية المطاف، مجتمعات أفضل صحة.

10. وعلاوة على ذلك، هناك أسباب اقتصادية مُقنعة تسوّغ الاستثمار في مجال صحة المراهقين؛ فإتاحة الفرص للمراهقين لصقل مهاراتهم والاستفادة منها على نحو مُثمر سوف يضمن تحوّلهم إلى ثروة ذات قيمة مع إمكانية مساهمتهم في أسرهم ومجتمعاتهم. والاستثمار الجيد في التدخلات التي تستهدف الصحة البدنية والنفسية والجنسية للمراهقين، وكذلك التعليم والسلامة على الطرق، كل ذلك من شأنه أن يكون له فوائد اقتصادية واجتماعية كبيرة (5).

11. وتستعرض هذه الورقة العبء العالمي والإقليمي لصحة المراهقين، بما في ذلك الأسباب الرئيسية للوفاة وسنوات العمر المُصحّحة باحتساب مدد العجز للمراهقين في إقليم شرق المتوسط، وتسَلط الضوء على التركيز المتزايد على صحة المراهقين، وما أُتخذ من إجراءات في سبيل معالجة صحة المراهقين، والبلدان التي عليها أن تعي الاحتياجات الصحية للمراهقين وتمنحها الأولوية في ضوء السياق المُطري لكل منها وما يُتاح لها من أدوات لمساعدتهم.

نظرة عامة عالمية وإقليمية على صحة المراهقين وعافيتهم

معدّل الوفيات العالمي بين المراهقين

12. يوجد اليوم 2.1 مليار مراهق حول العالم. وهم بذلك يمثلون أكثر من ربع سكان الأرض ومن المرتقب أن يزيد عددهم إلى 2 مليار نسمة بحلول عام 2032 (6). وعلى الصعيد العالمي، توفي نحو 1.2 مليون مراهق تتراوح أعمارهم بين 10 و19 سنة في عام 2015، أي بمعدل 101 وفاة لكل 100 000 مراهق. وفي عام 2015، وفي البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل عبر أقاليم منظمة الصحة العالمية، كان أعلى معدل لوفيات المراهقين في الإقليم الأفريقي (243 وفاة لكل 100 ألف مراهق). وتشير تقديرات المنظمة إلى انخفاض معدلات وفاة المراهقين على مستوى العالم بمقدار 17% في الفترة من عام 2000 إلى عام 2015 (7).

13. وتمثّلت الأسباب الرئيسية لوفيات المراهقين في الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق وعدوى الجهاز التنفسي السفلي وإيذاء النفس وأمراض الإسهال والغرق. وكانت الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية السبب الرئيسي للوفاة لدى جميع المراهقين الذكور، أما بالنسبة للإناث فكانت أمراض الجهاز التنفسي السفلي هي السبب الرئيسي للوفاة لدى المراهقات الأصغر سناً (10 إلى 14 سنة) واعتلالات الأمهات لدى المراهقات الأكبر سناً (15 إلى 19 سنة) (8).

صحة المراهقين في إقليم شرق المتوسط

14. يشكّل المراهقون نحو خمس سكان إقليم شرق المتوسط (129 مليون نسمة) (9). وفي عام 2015، بلغ معدل وفيات المراهقين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم 115 وفاة لكل 100 000 مراهق، وهو ثاني أعلى معدل بين جميع أقاليم المنظمة. وبالإضافة إلى ذلك، شهدت البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم أقل انخفاض في معدلات الوفيات (2%) بين عامي 2000 و2015 (7). وتمثّل أهم خمسة أسباب للوفيات بين المراهقين فيما يلي: العنف الجماعي والتدخلات القانونية، والإصابات الناجمة عن

التصادمات المرورية على الطرق، والغرق، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، والعنف بين الأفراد (الجدول 1) (8، 10).

الجدول 1. الأسباب الرئيسية للوفاة بين المراهقين (10-19 سنة) في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في أقاليم منظمة الصحة العالمية والبلدان المرتفعة الدخل في أقاليم المنظمة (معدل الوفيات لكل 100 ألف نسمة)

المرتبة	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في أفريقيا	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في أمريكا اللاتينية والكاريبي	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في أوروبا	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في شرق آسيا	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في غرب المحيط الهادئ	البلدان المرتفعة الدخل عبر أقاليم المنظمة
1	عدوى الجهاز التنفسي السفلي (21.8)	العنف بين الأفراد (22.6)	إيذاء الذات (7.6)	العنف الجماعي والتدخل القانوني (23.2)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (10.5)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (4.6)
2	أمراض الإسهال (19.8)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (10.9)	إيذاء الذات (8.7)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (9.8)	الغرق (4.3)	إيذاء الذات (4.1)
3	التهاب السحايا (18.3)	إيذاء الذات (4.8)	الغرق (4.0)	الغرق (5.4)	سرطان الدم (2.4)	العنف بين الأفراد (8.1)
4	الإيدز ⁽¹⁾ (17.2)	الغرق (3.3)	أمراض الإسهال (3.8)	عدوى الجهاز التنفسي السفلي (4.4)	إيذاء الذات (2.2)	التشوهات الخلقية (1.2)
5	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (12.9)	عدوى الجهاز التنفسي السفلي (2.5)	التشوهات الخلقية (2.1)	العنف بين الأفراد (4.0)	التشوهات الخلقية (1.6)	سرطان الدم (8.0)

¹ تذهب تقديرات عام 2015 إلى وضع الإيدز في مرتبة أدنى من التقديرات السابقة بسبب إعادة تقييم برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز للمعلومات المقدمة إلى نموذج SPECTRUM المستخدم في إعداد التقديرات. وأشارت إعادة تحليل التقديرات الخاصة بعام 2012 إلى أن المرتبة العالية للإيدز كثنائي أهم أسباب لوفيات المراهقين عالمياً كانت مبالغاً فيها. ومع ذلك، لا يزال الإيدز أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في سن المراهقة، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم الأفريقي.

المصدر: (10).

15. وفي عام 2015، كانت الأسباب الخمس الرئيسية لسنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدد العجز للمراهقين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم هي العنف الجماعي والتدخل القانوني، وفقير الدم الناجم عن نقص الحديد، وإصابات الطرق، واضطرابات الاكتئاب، والاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة (الجدول 2). وشكّل العنف الجماعي والتدخل القانوني السبب الرئيسي للوفاة في سن المراهقة وسنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدد العجز بين جميع الفئات الأربعة للمراهقين في الإقليم. وكانت بعض الأسباب في سنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدد العجز تحتفظ بترتيب مرتفع جداً فقط بين الذكور (مثل الإصابات على الطرق والغرق) أو بين الإناث (مثل القلق وأمراض الأمومة) أو بين المراهقين الأكبر سناً (مثل اضطرابات الاكتئاب) (7).

الجدول 2. الأسباب الرئيسية لسنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدد العجز للمراهقين (10-19 سنة) في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في أقاليم منظمة الصحة العالمية والبلدان المرتفعة الدخل عبر أقاليم المنظمة (سنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدد العجز لكل 100 ألف نسمة)

المرتبة	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في أفريقيا	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الأمريكتين	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في شرق المتوسط	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في أوروبا	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في جنوب شرق آسيا	البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في غرب المحيط الهادئ	البلدان المرتفعة الدخل عبر أقاليم المنظمة
1	عدوى الجهاز التنفسي السفلي (1693)	العنف بين الأفراد (1698)	العنف الجماعي والتدخل القانوني (1981)	فقر الدم الناجم عن نقص الحديد (786)	فقر الدم الناجم عن نقص الحديد (1179)	فقر الدم الناجم عن نقص الحديد (692)	فقر الدم الناجم عن نقص الحديد (645)
2	أمراض الإسهال (1648)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (836)	فقر الدم الناجم عن نقص الحديد (1024)	إيذاء الذات (578)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (810)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (637)	اضطرابات الاكتئاب (633)
3	التهاب السحايا (1462)	فقر الدم الناجم عن نقص الحديد (809)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (757)	اضطرابات الاكتئاب (468)	إيذاء الذات (659)	أمراض جلدية (498)	اضطرابات مرتبطة بالقلق (479)
4	فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (1421)	اضطرابات الاكتئاب (543)	اضطرابات الاكتئاب (487)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (445)	اضطرابات الاكتئاب (437)	اضطرابات مرتبطة بالقلق (377)	الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة (443)
5	فقر الدم الناجم عن نقص الحديد (1098)	الربو (538)	الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة (449)	الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة (434)	أمراض جلدية (419)	الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة (347)	الإصابات الناجمة عن التصادمات على الطرق (382)

المصدر: (10).

16. ويشير العنف الجماعي إلى استخدام العنف لتحقيق هدف ما من قبل أفراد في مجموعة ضد مجموعة أخرى لتحقيق أغراض سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية، ويشمل الانقلابات، وأعمال التمرد، والثورات، والإرهاب والحروب. ويشير التدخل القانوني إلى وقوع إصابات من قبل موظفي إنفاذ القانون أثناء اعتقال متهمي القانون، وقمع أعمال الشغب، وحفظ النظام، واتخاذ الإجراءات القانونية الأخرى. ويشهد الإقليم نزاعات مسلحة أو أوضاع ما بعد الصراع، ومجاعات، وعدم استقرار طال أمده على الأبعدة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. وتتفاقم الأعباء الصحية في مثل هذه السياقات نظراً لانحياز الحوكمة والبنى التحتية لقطاع الصحة، وتعدُّ الوصول إلى الخدمات الوقائية الاجتماعية والصحية (11). وغالباً ما يواجه المراهقون مخاطر هائلة في أوضاع الطوارئ والأوضاع المشقة، بما في ذلك مخاطر تردّي الصحة البدنية والنفسية. وشكّل العنف الجماعي والتدخل القانوني مصدراً قلق رئيسيين في الإقليم عام 2015، إذ كانا هما السبب الرئيسي للوفاة في سن المراهقة (حوالي 27 ألف وفاة) (الجدول 1)، بمعدل وفاة إجمالي بلغ 23 وفاة لكل 100 ألف مراهق مقارنةً بالمعدل العالمي البالغ 3 لكل 100 ألف مراهق (8، 10). وكانا أيضاً هما السبب الرئيسي في سنوات العمر المُصحَّحة باحتساب مدد العجز لجميع المجموعات الفرعية للمراهقين (الجدول 2).

17. والعنف بين الأفراد هو الاستخدام المتعمد للقوة البدنية أو السلطة ضد شخص آخر، مع وجود احتمال كبير لأن يتسبب في حدوث إصابة أو وفاة أو ضرر نفسي أو سوء النمو أو الحرمان، ويشمل سوء معاملة الأطفال والعنف بين الشباب، والعنف القائم على نوع الجنس (12). ويستخدم العنف بين الشباب عادةً لوصف العنف بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 10 سنوات و29 سنة، وهو ما شكّل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم (الرابع عموماً والعاشر للذكور الأكبر سنًا) (10).

18. وهناك، إلى جانب الأسباب الرئيسية المبينة في الجدولين، أسباب أخرى للوفاة والعجز في سن المراهقة تشير القلق في الإقليم.

- وتشمل اعتلالات الأمهات النزيف، والإنتان، وارتفاع ضغط الدم، والولادات المتعسرة، ومضاعفات الإجهاض، ووفيات الأمهات غير المباشرة والمتأخرة. وكان معدل وفيات الأمهات بين الفتيات البالغ أعمارهن 15-19 سنة مرتفعاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم، بمقدار 9 وفيات لكل 100 نسمة (13)، وهو بذلك ثاني أعلى المعدلات بعد البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم الأفريقي.
- ولا يتوافر سوى قدر ضئيل من المعلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب، وبخاصة المراهقون منهم، في الإقليم. وتشير التقديرات إلى أنه في عام 2015، وقع ربع الإصابات الجديدة (9 600 من أصل 39 000) في الإقليم في الفئة العمرية 15-24 سنة، إلى جانب 8% أخرى (3000 من أصل 39 000) وقعت في الفئة العمرية دون 15 عاماً (14). وبنهاية عام 2016، تم الإبلاغ عن تشخيص إصابة 2389 مراهقاً (15-24 سنة) بفيروس نقص المناعة البشرية في 16 بلداً في الإقليم، ما يمثل 18% من جميع الأشخاص المتعايشين مع الفيروس المبلغ عنه إصابتهم في تلك الفترة. وتشكّل الإناث 40% من المراهقين الذين شُخصت إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية في الإقليم. واعتبرت أمراض الإسهال أحد أهم خمسة أسباب للوفاة بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين 10 و14 عاماً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم (10).
- كان مصير الاحتياجات الغذائية للمراهقين الإهمال إلى حدّ كبير، خاصةً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث مُنحت الأولوية لفئات سكانية أخرى مثل الأطفال دون سن الخامسة، أو النساء الحوامل والمرضعات. وكان ذلك هو الوضع السائد إلى حدّ كبير في جميع أنحاء الإقليم. وعلى مستوى أقاليم المنظمة، سجّل الإقليم ثاني أعلى معدلات الوفيات الناجمة عن التشوهات الخلقية في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (4 وفيات لكل 100 ألف نسمة). وبالنسبة للوفيات الناجمة عن السكتة، فقد سجّلت أعلى معدلات لها بين المراهقين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط في عام 2015، بنحو 4 وفيات لكل 100 ألف نسمة في كلا الإقليمين. وجاءت السكتة في المرتبة الثالثة بين الأسباب الرئيسية للوفاة بين المراهقات الأكبر سناً (15-19) في الإقليم (12). وبلغت نسبة الأطفال والمراهقين المصابين بمشكلات الصحة النفسية حول العالم بحسب التقديرات نحو 10-20%، 90% منهم من سكان البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وقد أثبتت دراسات أجريت في أفغانستان والعراق وفلسطين أن الأطفال المعرّضين للصراع والكوارث الإنسانية الطبيعية يعانون من مشكلات الصحة النفسية بمعدلات أعلى. ويأتي إيذاء الذات في المرتبة الخامسة بين الأسباب الرئيسية للوفاة بين المراهقين الذكور الأكبر سناً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في الإقليم، ويشمل ذلك كل من الانتحار، والوفاة العرضية الناجمة عن إيذاء الذات دون قصد الانتحار (12).
- تبدأ فترة المراهقة عادةً السلوكيات المرتبطة بالصحة التي تُمهّد الطريق للإصابة بالأمراض غير السارية الرئيسية، مثل: تعاطي التبغ والكحول، وأنماط الأنظمة الغذائية، وممارسة الرياضة، وفرط الوزن والسمنة. وقد تؤثر تلك العادات على معدلات المراضة والوفيات المتوقعة للمراهقين في مراحل عمرية لاحقة من حياتهم كبالغين. وتشير البيانات المتوافرة من الإقليم إلى أن أقل من شخص واحد من بين كل أربعة مراهقين يلجئ الإرشادات الموصى بها فيما يتعلق بالنشاط البدني، أي ممارسة النشاط البدني المعتدل أو القوي لمدة 60 دقيقة يومياً، علاوة على تزايد أعداد المراهقين الذين يعانون من الوزن الزائد أو السمنة. وفي كثير من بلدان الإقليم، يعاني أكثر من نصف المراهقين (13-18 سنة) من فرط الوزن.

19. وعلى الصعيد العالمي، تأتي المياه غير المأمونة وخدمات الصرف الصحي غير المأمونة وعدم غسل اليدين بصورة كافية من بين عوامل الخطر الرئيسية المرتبطة بالصحة بالنسبة للمراهقين الأصغر سناً (10 - 14 عاماً). أما في الفئات العمرية الأكبر سناً، فتمثل عوامل الخطر الرئيسية في بعض السلوكيات الخطرة مثل تعاطي التبغ والكحول والعقاقير غير المشروعة.

20. ويعاني الإقليم من بعض المشكلات، من بينها نقص البيانات الموثوقة، وندرة الموارد المالية، وانخفاض كفاءة القوى العاملة الصحية في مجال صحة المراهقين، وضعف التنسيق والمواءمة فيما بين أصحاب المصلحة المعنيين. وعدم التصدي لتلك المشكلات سيعيق التدخلات الخاصة بصحة المراهقين.

21. ووفقاً لإحدى الدراسات الحديثة، فإن استثمار ما قيمته 5.2 دولار أمريكي للفرد في العام في 75 بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في البرامج التي تستهدف المراهقين لتحسين صحتهم البدنية والنفسية والجنسية والإنجابية والحد من الإصابات الناجمة من التصادمات المرورية على الطرق سوف يعكس عوائد اقتصادي واجتماعي تفوق تكلفتها بمقدار 10 مرات تقريباً من خلال إنقاذ أرواح 12.5 مليون شخص، والوقاية من حدوث أكثر من 30 مليون حمل غير مخطط له، وتجنب انتشار الإعاقة (2).

استجابة منظمة الصحة العالمية للعبء المتعلق بصحة المراهقين

22. توفر خطة التنمية المستدامة لعام 2030 (15)، واستراتيجية الأمم المتحدة العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق (2016-2030) وما يرتبط بها من قدرة تمويلية على المستوى العالمي فرصة فريدة لتسريع وتيرة العمل من أجل صحة المراهقين. وتسُلط الاستراتيجية العالمية الضوء على التحديات الصحية والاجتماعية أمام المراهقين، كما أنها تعرض قائمة من التدخلات الصحية والاجتماعية المسترشدة بالبيانات واللازمة للتصدي لتلك التحديات على مختلف المستويات وبواسطة مختلف القطاعات، علاوة على أنها تحدد الاحتياجات اللازمة على الصعيدين الوطني والدولي (3).

23. وفي أيار/مايو 2016، أقرت جمعية الصحة العالمية في دورتها التاسعة والستين القرار ج ص ع 69-2، والذي أصبحت الدول الأعضاء بموجبه ملتزمة بتنفيذ الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق وفقاً لخطةها الوطنية وبتعزيز المساءلة والمتابعة. وطلب القرار إلى المدير العام تقديم الدعم التقني اللازم، واستمرار التعاون للدعوة إلى الحصول على مساعدة أصحاب المصلحة والاستفادة من تلك المساعدة في تنفيذ الخطط الوطنية باتساق وفاعلية، وتقديم تقارير منتظمة عن التقدم المُحرز (5).

24. واستجابة للطلب الذي قدّمته الدول الأعضاء إلى جمعية الصحة العالمية في دورتها الثامنة والستين في أيار/مايو 2015، قامت الأمانة، بالتعاون مع شركاء المنظمة الآخرين في الشراكة الصحية السداسية، واليونسكو، والفريق الاستشاري الخارجي، بإعداد الإرشادات الخاصة بتسريع العمل العالمي في مجال صحة المراهقين لتنفيذ الدعم القطري.

25. وتأتي صحة المراهقين والشباب على قائمة الأولويات الاستراتيجية للمدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في الفترة من 2017 إلى 2021. وينصب التركيز على الدور المحوري الرئيسي للمراهقين والشباب في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. وتمثل المتطلبات المواتية في تنفيذ «دمج الصحة في جميع السياسات»، وإقامة الشراكات، وتعزيز دور المجتمع المدني، وتعيين المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة والرصد والتقييم.

26. وفي تشرين الأول/أكتوبر 2015، اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في جلستها الثانية والستين القرار ش م ل أ 62/ق-1، الذي حث الدول الأعضاء على إعداد أو تحديث خطط استراتيجية وطنية للصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال، وفقاً للاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة لصحة المرأة والطفل والمراهق.
27. وفي آذار/مارس 2017، عقد المكتب الإقليمي اجتماعاً إقليمياً مشتركاً بين منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسف، لتحديد الإرشادات الخاصة بتسريع العمل في مجال صحة المراهقين لتنفيذ الدعم القطري. وتمثلت الأهداف الرئيسية من هذا الاجتماع في عرض واستخدام تلك الإرشادات لإعداد وتحديث الاستراتيجيات والخطط الوطنية المعنية بالمراهقين وتحديد مجالات عمل البرامج المعنية بصحة المراهقين في الدول الأعضاء ومنظمات الأمم المتحدة وأصحاب المصلحة المعنيين.
28. ويعكف كثير من الدول الأعضاء في الإقليم على إعداد/تحديث سياساتها الوطنية وخططها الاستراتيجية المعنية بصحة المراهقين، وطلب بعضها بالفعل دعماً تقنياً من المكتب الإقليمي فيما يتعلق باستخدام الإرشادات الخاصة بتسريع العمل في مجال صحة المراهقين لتنفيذ الدعم القطري (وهي: مصر، والمغرب، والسودان، والإمارات العربية المتحدة).
29. وهناك حالياً تعاون وثيق بين المكتب الإقليمي وجامعة الدول العربية بشأن تعزيز المكوّن الخاص بصحة المراهقين في الخطط الاستراتيجية الوطنية للأمهات والأطفال والشباب.
30. وتهدف الإرشادات الخاصة بتسريع العمل في مجال صحة المراهقين لتنفيذ الدعم القطري إلى دعم رسمي السياسات ومديري البرامج في جعل تخطيط الاستجابة للاحتياجات الصحية للمراهقين وتنفيذها ورصدها جزءاً من خططهم الوطنية، بما يتماشى مع أهداف الاستراتيجية العالمية الرئيسية الثلاثة، ألا وهي: البقاء على قيد الحياة، والنماء، والتحول.
31. وتقدّم تلك الإرشادات طريقة منهجية لفهم احتياجات صحة المراهقين وترتيب أولوياتها في سياق كل بلد، والتخطيط لبرامج الصحة المعنية بالمراهقين ورصدها وتقييمها. وتتضمن تلك الإرشادات الخطوات الرئيسية في: فهم المرتسم الوبائي لكل بلد؛ وعمل تحليل شامل لتحديد الإجراءات التي تمت بالفعل والجهات القائمة على تنفيذها؛ وإجراء عملية تشاورية لتحديد الأولويات؛ وتخطيط البرامج الوطنية المعنية بصحة المراهقين وتنفيذها ورصدها وتقييمها. وتنتهي بتحديد أولويات البحث.
32. وتم إعداد وثيقة بتلك الإرشادات، تحت قيادة المنظمة وبالتشاور مع مجموعات من المراهقين، والشباب، والدول الأعضاء، ووكالات الأمم المتحدة، ومنظمات المجتمع المدني، وغير ذلك من الشركاء. وقد أقرّت الإرشادات مبادرة كل امرأة وكل طفل، وشراكة صحة الأم والوليد والطفل، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسف، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، ومنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي.

الخلاصة

33. يحتل إقليم شرق المتوسط ثاني أعلى مرتبة على مستوى العالم بعد الإقليم الأفريقي من حيث معدل وفيات المراهقين، كما سجّل أقل مستوى من مستويات التقدم المُحرز بشأن الحد من معدل الوفيات منذ عام 2000

(2% فقط). ونظراً للتباين الشديد في حجم العبء والمخاطر من بلدٍ لآخر، فإنه يجب أن يوضع في الاعتبار خصائص كل بلد لتحسين صحة المراهقين. وعلى الدول الأعضاء أن تجري تقييماً للعوامل المسببة للأمراض والإصابات فيما بين المراهقين لدعم تنفيذ الخطط الاستراتيجية الملائمة لتحسين صحة المراهقين.

34. نظراً لقلّة الأموال المتاحة، يجب على الحكومات أن ترتب أولوياتها وفقاً للعبء الناجم على الصحة وعبء الإصابات وعوامل الخطر بين مواطنيها من المراهقين لتحقيق الغايات التي تنطوي عليها أهداف التنمية المستدامة. وينبغي أن يُدرج قطاع الصحة والقطاعات الأخرى احتياجات المراهقين في جميع جوانب عملها، كما ينبغي تبني نهج «دمج صحة المراهقين في جميع السياسات» في إعداد السياسات، وتنفيذها، ورصدها، وتقييمها.

35. تعود الاستثمارات المنسقة في مجال صحة المراهقين بعائدات اقتصادية واجتماعية كبيرة، وتعتبر من أفضل الاستثمارات التي يمكن أن يقوم بها المجتمع لتحقيق أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة والاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق (2016-2030).

36. للسياسات دور رئيسي في حماية صحة المراهقين، ولا يجب أن تقتصر الجهود التي يبذلها قطاع الصحة على مجرد التدخلات الموجهة للمراهقين. وبينما لا يزال ضمان تمتع المراهقون بالمعارف والمهارات وفرص الحصول على الخدمات الصحية من الأمور الهامة، فمن الضروري أيضاً توفير التدخلات التي تدعم الآباء وتجعل المدارس مُعززة للصحة.

37. وينبغي التعامل مع صحة المراهقين في حالات الطوارئ من خلال سياسات وممارسات تلبي احتياجاتهم وتحترم حقوقهم، ومصالحهم الفضلى، وتضمن سلامتهم، واستقلالهم، وحقهم في تقرير مصيرهم.

38. وقد قام عديد من البلدان في الإقليم باتخاذ خطوات لتنفيذ برامج صحية شاملة للمراهقين، أو تُعدّ حالياً للقيام بذلك، ولكن لا يزال هناك الكثير الذي يتعين إنجازه. فالحكومات الوطنية تمتلك البيئات والأدوات الضرورية للتصدّي للتحديات الماثلة أمام صحة المراهقين بفاعلية، كما هو موضح في الإرشادات الخاصة بتسريع العمل في مجال صحة المراهقين لتنفيذ الدعم القطري. كما تمتلك الحكومات من الحجج القوية في مجالات الاقتصاد، والصحة العامة، وحقوق الإنسان، ما يمكّنها من القيام بذلك. وإذا نجحت في التصدي لتلك التحديات، ستحقق عائداً ذا أبعاد ثلاثة: نفع للمراهقين في الوقت الحالي، ونفع لحياتهم بعد البلوغ مستقبلاً، ونفع للأجيال القادمة.

توصيات إلى الدول الأعضاء

39. تحديد أولويات صحة المراهقين داخل كل بلد نظراً لاختلاف طبيعة احتياجات صحة المراهقين ونطاقها وأثرها من بلدٍ إلى آخر. وضمان تمتع كل مراهق بالفرصة للحصول على التدخلات الصحية المعنيّة بصحة المراهقين، البالغ عددها 27 تدخلاً، والتي أوصت بها الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق، وكذلك التدخلات الإيجابية المعنيّة بنماء المراهقين، خاصة في الأوضاع الإنسانية والأوضاع الهشة.

40. تشكيل قيادة قوية على أعلى مستويات الحكومة لدعم تنفيذ السياسات والبرامج المعنيّة بصحة المراهقين. ومن أجل تسريع وتيرة التقدّم في هذا المضمار، يجب أن يوضع في الاعتبار إضفاء الطابع المؤسسي على البرامج

الصحة الوطنية المعنية بالشباب والتي تهدف إلى تحقيق التعاون بين مختلف قطاعات الحكومة، من خلال العمل عن كثب مع المجتمعات المحلية، والمجتمع المدني، والشباب، والقطاع الخاص.

41. ضمان تمويل أولويات صحة المراهقين في الخطط الصحية الوطنية وتنفيذ القوانين والسياسات المعنية بصحة المراهقين وحمايتهم. وضمان توافر بيانات مصنفة حسب الفئة العمرية، ونوع الجنس، في مجالي إدارة الصحة ونظم المعلومات الصحية.

42. إعداد قوى عاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية مؤهلة للتعامل مع صحة المراهقين من خلال تنفيذ الكفاءات الرئيسية التي حدتها منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بصحة المراهقين في مرحلة ما قبل الالتحاق بالخدمة والتعليم المهني المستمر، لضمان جودة تقديم حزمة الخدمات الصحية الأساسية لكل المراهقين، وتوسيع نطاق منصات تقديم الخدمات، بما في ذلك الصحة المدرسية، مما سيعظم نطاق التغطية.

43. تعزيز تصنيف جمع البيانات على المستوى القطري حسب الفئة العمرية ونوع الجنس باستخدام الأدوات والأنظمة المناسبة لقياس الاحتياجات غير الملباة لضمان تخطيط الخدمات على النحو الذي يسمح بإنشاء نظم صحية تستجيب للمراهقين.

44. إقامة برامج صحية مدرسية أو تحديث البرامج القائمة منها بالفعل للتعامل مع أولويات الصحة المدججة في النهج الكلي لتعزيز الخدمات الصحية للمراهقين (مثل: الإصابات، والعنف، والصحة الإنجابية، والأمراض السارية وغير السارية).

45. ضمان إدراج آليات المساءلة والرصد والتقييم في البرامج الوطنية كجزء لا يتجزأ من تخطيط البرامج، مع وضعها في خطة البرامج المبدئية لضمان تخصيص الميزانية الكافية لها.

المراجع

1. United Nations Youth. Definition of youth
(<http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>, accessed 11 July 2017.)
2. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J, et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *Lancet*. 2017 Apr 19. pii: S0140-6736(17)30872-3. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30872-3.
3. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). New York: Every Woman Every Child; 2015
(http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf, accessed 11 July 2017.)

4. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014
(http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/, accessed 11 July 2017.)
5. Geneva : صحة المراهق تقرير من الأمانة. 2016-2030 الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والمراهق () 2017. أيار/مايو 8 من جدول الأعمال المؤقت، 16.3، البند 70/37-جمعية الصحة العالمية السبعون، ج
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_37-ar.pdf)
6. 2011: اليونيسيف؛ New York. المراهقة - مرحلة الفرص. 2011 وضع الأطفال في العالم
(<https://www.unicef.org/sowc2011/>, accessed 11 July 2017)
7. World Health Organization. Health statistics and information systems. Estimates for 2000-2015. Cause-specific mortality
(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, accessed 11 July 2017.)
8. World Health Organization. Health statistics and information systems. Global Health Estimates (GHE) 2015,
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, accessed 11 July 2017.)
9. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2016.
http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1, accessed 11 July 2017 .)
10. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017

- (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9789241512343-eng.pdf?ua=1>, accessed 11 July 2017 .(
11. World Health Organization. Health statistics and information systems. Estimates for 2010–2015. Disease burden. DALYs by cause, age, sex, by country and by region
(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html ,accessed 11 July 2017 .(
12. منظمة الصحة العالمية، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، برنامج الأمم المتحدة
Geneva: World Health Organization; 2014
عن وضع الوقاية من العنف 2014 الإنمائي التقرير العالمي لعام
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ ,accessed 11 July 2017.(
13. Prevention GAP report 2016. Geneva: UNAIDS; 2016
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf ,accessed 11 July 2017 .(
14. Every Woman Every Child. A global strategy for every woman every child in every setting. EWEC Technical Content Workstream Working Group on Humanitarian Challenges (21/03/2015 ()
(http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2015/02/15__revised_EWEC_Humanitarian150322RKM-T-HD_11__2015-03-24.pdf ,accessed 11 July 2017.(
15. الأمم المتحدة. أهداف التنمية المستدامة
(<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ar/>