

75

يونسف
لكل طفل

حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١

بالي مشغول

تعزير الصحة العقلية
للأطفال وحمايتها ورعايتها



تُصدر اليونيسف تقرير حالة أطفال العالم منذ عام ١٩٨٠ سعياً لتعميق المعرفة والتوعية بشأن قضايا رئيسية تؤثر على الأطفال، وللمطالبة بوضع حلول لتحسين حياة الأطفال.

معلومات الاتصال:

United Nations Children's Fund
Division of Global Communication and Advocacy
Attn: Permissions
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

هاتف: +1 (212) 326-7434

البريد الإلكتروني: nyhqdoc.permit@unicef.org

للاطلاع على أحدث البيانات، يرجى زيارة الموقع <data.unicef.org>.

الاقتباس المقترح: منظمة الأمم المتحدة للطفولة، حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١: بالي مشغول: تعزيز الصحة العقلية للأطفال وحمايتهم ورعايتهم، اليونيسف، نيويورك، كانون الثاني / يناير ٢٠٢٢.

ردمك: 978-92-806-5295-6

© منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)

كانون الثاني / يناير ٢٠٢٢.

صورة الغلاف: فتاة ووالديها في بلموبان ، بليز ، تحضران
فحصاً يشمل تلقي المشورة ضمن برنامج لرعاية تنمية الطفل.

شكر وتقدير

فريق التقرير

بريان كيلى، رئيس التحرير؛ جوليانو دينز دي أوليفيرا، أخصائي أبحاث وسياسات؛ تارا دولي، نائب محرر؛ ناتالي ريكييل، باحثة؛ دينيس غايانيلو، موظف برامج؛ جون مكلوين، كاتب ومحرر صور؛ أماندا مارلين، الرئيسة، وحدة التحرير، مكتب الرؤى والسياسات العالمية.

الصحة، البيانات والتحليلات

ليليانا كارفاهاال، لورين فرانسيس، نيكولاس غاسكويت، جنيفر ريكويهو.

قيادة الصحة العقلية

زينب حجازي، مستشارة فنية متقدمة معنية بالصحة العقلية، مجموعة البرامج.

التحرير والإنتاج

سمانثا واكوب، أخصائية إنتاج؛ أحمد العزي النقشبندي، محرر لغة عربية؛ ماود كومبي-بيرين، محررة لغة فرنسية؛ كارلوس بيرون، محرر لغة إسبانية؛ ياسمين حاجي وبيشالي نايك، التحقق من الحقائق؛ أوباسانا يونغ، موظفة برامج؛ شارولت كو-بينيتز (شركة غرين إنك)، مدققة.

الإعلام والتواصل

كورتيس آلبرت كوبر، هيلين وايلي، تيس إنغرام.

الدعوة

بينجامين بيركس، أيما فيرغوسون.

التصميم

شركة بلوسوم (Blossom)

التصوير الفوتوغرافي والإبلاغ

وكالة (VII) للصور

تقرير حالة أطفال العالم هو من إنتاج مكتب الرؤى والسياسات العالمية؛ لورنس تشادي، المدير.

الأوراق البحثية الأساسية

استفاد هذا التقرير من أوراق بحثية أساسية أعدها كل من:

يورا ل. أغوستينفايشيوس، وويتسي أ. تول؛ بيتر أزوباردي، ونيسا وولان، وجورج باتون؛ ماناسي كومار، وشيخار ساكسينا؛ ديفيد مكديد، وسارا إفانز-لاكو؛ لورين شير، ولوسي كلوفر؛ عائشة ك. يوسفزاي، وماريلين ن. أهون.

كريستيان كيلينغ، وكلوديا بوتشويتز، وآرثر كاي نفذوا دراسة حول العوامل المرتبطة بمشاكل الصحة العقلية في مرحلتها الطفولة والمراهقة في جميع أنحاء العالم.

روبرت بلوم، وشوشانا فاين، وميشيل مارتينيز من جامعة جونز هوبكنز صمموا المنهجية ونسقوا فرق البحث داخل البلدان، ودربوا الأشخاص الذين أجروا المقابلات، وحلّلوا النتائج من مناقشات مجموعات التركيز المعنية بحالة أطفال العالم والتي جرت لغاية إعداد هذا التقرير. وسيصدر تقرير خاص مرافق يعرض نتائج مفصلة من مجموعات التركيز هذه وذلك في عام ٢٠٢٢. تقرر اليونيسف بالدعم الذي قدمته منظمة ويلكوم (Wellcome) مشكورة لهذا التقرير.

أجرى مارك جوردانز، وأنا باريت، وميرث فان دين بروك، وأنا ديفيرو نشاطاً لتحديد الأولويات في مجال رصد الصحة العقلية.

قام كل من آنجي جاكسون-موريس، وإيشو كاتاريا، وأريكا كوتشر، وراشيل نوجينت، وراشيل ستيلماتش، من 'معهد آر تي أي إنترناشونال' بتحليل البيانات لتحديد العائد على الاستثمار لتدخلات الصحة العقلية في المدارس.

هذا التقرير هو نتيجة تعاون بين العديد من الأفراد والمؤسسات. يتقدم فريق التقرير بالشكر إلى جميع من قدموا بسخاء من وقتهم وخبراتهم وطاقاتهم - وخصوصاً:

الفريق الاستشاري الرفيع المستوى

تيريزا س. بيتانكورت، ديفورا كيستيل، كريستيان كيلينغ، ماناسي كومار، بيرناديت ج. مادريد، فيكرام بيتال، جورج باتون، شيخار ساكسينا، مارك توملينسون، فيكتور أوغو، آلبرتو فاسكيز، ميراندا وولبيرت، هيروكازو يوشيكافا.

المجلس الاستشاري لشؤون الشباب

مارغيانا سورايمان جوهاندا دينا، إندونيسيا؛ ديدو مانولوف، بلغاريا؛ ريناتا ساموليز، بيليز؛ علي أميركافي، جمهورية إيران الإسلامية؛ غريس غاتيرا، رواندا؛ محمد أمين زوراك، غانا؛ أمنية العمراني، مصر؛ جوسياه توالماليل، نيوزيلندا؛ أنجالي سينغلا، الهند.

الفريق الاستشاري الداخلي (اليونيسف)

ليليانا كارفالجال، جنيف ريكويو، شعبة البيانات والتحليلات والتخطيط والرصد؛ كورتيس ألبرت كوبر، إيفا فيرغوسون، بينجامين بيركس، هيلين وايلي، شعبة الاتصال والدعوة العالميين؛ لورنس تشاندي، أماندا مارلين، مكتب الرؤى والسياسات العالمية؛ روزانجلا بيرمان بيلير، جمانا حاج أحمد، زينب حجازي، جوانا لاي، مارسي ليفي، آنا نيتو، سارا تومسين، آن ويلهويت، فريق البرامج؛ ديفيد أنتوني، بريسيلا إيدلي، مركز إينوشينتي للأبحاث التابع لليونيسف.

المكاتب القطرية والإقليمية التابعة لليونيسف ولجان اليونيسف الوطنية

إسبانيا: سارا كولانتيس ماتيسوس، كريستيانا جاكيرا أبايتوا؛
آيرلندا: آيدن دونيلي، فيفان باري؛ بنغلاديش: أميا دهارا هالدير، محمد خالد الزمن، أبو سادات محمد صايم، فاري سليم،
نصرت شابنام تورنا؛ بيرو: ألفارو أرويو، ميشيل خيمينز، كارولين مكافري،
ماريلا تافيرا، أليساندرا فيلانويفا، ماريلو ويغولد؛
سري لانكا: ثورابرتنام سارميلي، ناداراجا سوئارمان، بيسمارك سوانغين،
سوزان ووستر-بريماتيلكا؛ سيراليون: موزيز كاوان، كاثرين فايغاو،
محمد جوانا، أمي لومبري كامارا، ديانا مبايندو كوروما، هيليماريا
ليغيسي، هاربيت كريستينا ماسون، تابووا لورين موتسيكوا،
يوكي سويهيرو، رويستون رايت؛ الفلبين: ملالي أحمدزاي،
إمي لي ألبانو-فالدیهويسا، مكس ماريو باليباغو، مارغاريتا فرانسيس، جاك
غيمينو، فيتو ميلانيس، جوليا ريس، ماريا ميلانزا تان،
نيكو مانوس ويلاند؛ كازاخستان: تاتيانا أديرخينا، أيغول كاديروفا،
فيرونكا فاشينكو، إلفيرا يوشيفا، زهانار زوماييكوفا، سالتانات زومانباييفا؛

كينيا: أندرو براون، روز فولي، كاثرين كيموثو، يوكو كوباياشي، دانييل أولو،
مونيكا ساندفيك-نيلوند؛ لبنان: رلا أبي سعد، بلانتش باز،
جوانا إيركسون تاكيو، راكيل فيرنانديز، ستيفاني شانلير؛
المكسيك: أندريا آرقي كارمونا؛ أيون بارافال، سورايا بيرميو،
آنا سيسيليا كارفال كالكانيو، دورا غيستي، بريندا هيرنانديز،
آندريس راميريز؛ المملكة المتحدة: سيري هاوتاما، إد كينغ،
كلير أوميارا، كلير كواريل.

وحدة التحليل والتخطيط والرصد

فيدهيا جانيش، المديرية؛ مارك هيروارد، مدير معاون؛ جان بيسي،
فيكربولد بيتو، سافي برار، كلوديا كابا، صامويل شاوكيرا، آسنيث تشيبوي،
أنريكي ديلمونيكا، مامدو ديالو، آيكا دومينز، مونيكا جيوفريدا، تشيكا
هاياشاي، جيايان هي، لوسيا هوغ، يفيس جاكيس، مونكهبادار جوغدير،
جوليا كراسيفتش، ريتشارد كومايلي، يانغ ليو، تشيبو لومبا، فريندا ميهر،
سوغورو ميزونويا، بادرايك مورفي، كولين موراي، محمد عبدي، دانييل
وليفوتي، كين ويتي أو، لورين باندوليفيلي، يوكون بي، نيكول بيتروسي،
ديفيد شارو، توم سلايمكر، سامين جيد، شينهو وانغ، يشين وانغ، دانزين
يو، يانهونغ زانغ.

شعبة الاتصال والدعوة العالميين

شارلوت بيتري غورنيتزكا، نائبة المديرية التنفيذية؛ بالوما إسكوديرو،
المديرة؛ جيرمين آكي، ماريسا بوكانوف، ماتياس ديلفينو، إغناسيو دي لوس
رييس، ليلي جوهاري، نيكول فوستر، جيهي كانغ، دوبرا توسكوفيتش
كافانا، كارولينا لاهود دوميت، ماري لين لالوندي، ميلا ليناريس، سوبريت
ماهانتني، لورا جين مورثشي، لايتيتيا باكتات، كافيرفير سيدهو، بريان
سوكول، هيلين وايلي، روثيا بي، إيريك زويهلر.

مكتب الرؤى والسياسات العالمية

فاياز كينغ، نائب المديرية التنفيذية؛ ستيفان بوك، جاسمين بايرن،
ماريانا دا كونها بينتو أمارال، كاثلين أماندا إديسون، داويت
غيريميشيل، ناتالي غوسينز، موريا هيربست، تريسي فان، كامبلا
تيكسيرا، ستيفين فوسلو.

جمع الأموال من القطاع الخاص وإقامة الشراكات معه

كارلا حداد مارديني، المديرية؛ سيلاجا بيركس، جيمس بوني، هيوغو
تشاربيت، بيرناديت غوقمان، إيليزابيث وابوغي.

فريق البرامج

عمر عبدي، نائب المديرية التنفيذية؛ سانجاي ويجيسيكيرا، المدير؛ هنرييت آهرينز؛ نائب مدير؛ هيلين بيلاتشو، كريستوفر بورجي، إيرينا ديا، مايا إيليو، تانفي جين، أبو بكر كامبو، نيفين كنيذيفتيش، باتريشا لاندينز، رادىكا ميتير، فيجايا راتنام رامن، ساره تومسون، مارييل إي أولمان، داميلولا ووكر، آن ويلهويت، كورنيوس ويليامز، إيريكا وونغ.

مركز إينوشينتي للأبحاث التابع لليونيسف

غونيلأ أولسون، المديرية؛ فلوريزا جيناري، تيسي ماريا غريفيتس، أليساندرا غويديس، جوزياه كابلان، سيلين ليتل، فرانك أوتشير، غويثر ريس، ماناسي شارما، راميا سيراهمانيان، دانييل كارديفيلت وينثير.

شكر خاص إلى:

إيا سوزان أكاشا، ماري جو باك، مارغاريت م. باري، مارون بيلفير، فرقة بي تي أس الغنائية وشرطة 'بيغ-هيت' الموسيقية، مينيليك ديستا، جايا ج. داولينغ، آن ف. غارلاند، بيترا سي. غرونهولم، جازوانت غوزدير، لورنس جيه. كيرماير، براندون أ. كوهرت، فيبها كريشنامورثي، كريك لوند، سونيا س. لوثر، ريكي مارتين، أليسا ميلانو، كانديس أوغريس، آرلو باركس، ستيفان سوارتلينغ بيتيرسون، كريتي شارما، بيك سميث، غراهام ثورنيكروفت، مايكل أونغار، أثيندار س. فينكاتاراماني، ويليبالد زيك.

من منظمة الصحة العالمية:

خورخي كاسترو، تارون دوا، ميشيل فونك، تشيارا سيرفيلي، كيت سترونغ، مارك همفري فان أوميرين، ماريكي فان ريختيرين ألتينا.

من معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي:

أليزي فيراري، داميان سيانتوماورو.

من معهد كارولينسكا:

جيل دبليو. آهس.

ستصدر المقالات المعنونة بـ 'منظورات' المصاحبة لهذا التقرير على منصة أصوات الشباب التابعة لليونيسف (voicesofyouth.org). وتمثل هذه المقالات الآراء الشخصية لمؤلفيها ولا تعكس بالضرورة موقف منظمة الأمم المتحدة للطفولة.

حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١

بالي مشغول

تعزيز الصحة العقلية
للأطفال وحمايتهم ورعايتهم

جدول المحتويات

٨

تهيد

١٠

الرسائل الرئيسية

١٥

مقدمة: هذا أوان القيادة بشأن الصحة العقلية

١٦

تحد تم إهماله

١٨

دعوات غير مُلبّاة

٢٢

هذا أوان القيادة

٢٢

هذا أوان العمل

٢٣

عن هذا التقرير

٢٦

حملة #أحبُّ نفسي لفرقة BTS

٢٩

الفصل ١: الصحة العقلية

٣٠

الصحة العقلية: ما هي

٣٥

تقديرات البيانات

٤٢

قسم خاص: الوصم

٤٤

التكاليف

٥١

الفصل ٢: الأساس

٥٣

الإطار

٥٦

نماء الطفل

٦٠

الصدمة والإجهاد

٦٥

الفصل ٣: الخطر والحماية

٦٦

العوامل المساعدة والعوامل الضارة

٨٥

الفصل ٤: العالم عموماً

٨٦

الفقر

٨٩

التمييز

٩٦

الأزمات الإنسانية

١٠٠

جائحة كوفيد-١٩ والصحة العقلية

١٠٨

فقرة خاصة: التكنولوجيا الرقمية والصحة العقلية

١١٣

المرونة

١١٦

فقرة خاصة: أوجه سوء المعاملة

١١٩

الفصل ٥: العمل الجاري حالياً

١٢٠

المبادرات العالمية والوطنية

١٢٤

صنع الفارق

١٤٠

البيانات والبحوث

١٤٣

الفصل ٦: إطار للعمل

١٤٥

الالتزام، والتوعية، والعمل من أجل الصحة العقلية

١٧٤

الجداول الإحصائية

تهديد

استطاعتهم. وعندما نتجاهل قضايا الصحة العقلية في مجتمعاتنا، فإننا نقفل الحوار، ونعزز الوصم، ونمنع الأطفال ومقدمي الرعاية من التماس المساعدة التي يحتاجونها.

وفي مواجهة هذا الواقع، فإننا كثيراً ما نلتزم الصمت، وكثيراً ما نقصّر عن استيعاب التعقيد الكامل لمعنى أن يكون المرء إنساناً. أو أننا نفشل في إقرار أن "الإجهاد النفسي لا يمثل سلوكاً شاذاً يتعين كبحه وإخفاؤه بعيداً، وإنما هو جانب طبيعي من التجربة الإنسانية"، على حد تعبير ليا لبكي، وهي مناصرة لحقوق الإنسان ومن المساهمين في هذا المشروع.

يجب أن نكف عن هذا الصمت.

ويجب أن نستمع إلى اليافعين في جميع أنحاء العالم الذين يرفعون أصواتهم بأطردا ويطالبون بإجراءات حيال هذه القضية. ويجب أن نتصرف حيالها.

ومع هذا الإصدار من تقرير حالة أطفال العالم، وهو أول تقرير يركز على الصحة العقلية، تعلن اليونيسف عن عزمها على الاستماع والعمل.

لقد عملنا في السنوات الأخيرة للمساعدة في ضمان الصحة العقلية والعافية النفسية الاجتماعية للأطفال والمراهقين والوالدين ومقدمي الرعاية في بعض من الأوضاع الأشد صعوبة في العالم. كما عملنا على التصدي للتأثير الهائل للجائحة على الصحة العقلية. ففي عام ٢٠٢٠، وصلنا إلى ٤٧,٢ مليون طفل ومراهق ومقدم رعاية بدعم قائم على المجتمع المحلي للصحة العقلية والعافية النفسية الاجتماعية، بما في ذلك حملات توعية مجتمعية موجهة في ١١٦ بلداً - أو زهاء ضعفي عدد البلدان التي غطيناها في عام ٢٠١٩.

ظل الأطفال من جميع أنحاء العالم ممنوعين عن التوجه إلى صفوفهم المدرسية، ومعزولين في منازلهم، ومحرومين من الفرح اليومي المتأتي عن اللعب مع أصدقائهم - وكل ذلك نتيجة لجائحة كوفيد-١٩. ودُفعت ملايين أخرى من الأسر إلى رتبة الفقر، وباتت غير قادرة على إعالة نفسها. وأخذت ظواهر عمالة الأطفال، والإساءات، والعنف الجنساني تتصاعد.

وسادت مشاعر الحزن والألم والقلق بين العديد من الأطفال، ويتساءل بعضهم إلى أين يتوجه العالم وأين مكانهم فيه.

وفي الواقع هذه أوقات صعبة على الأطفال واليافعين، وهذه هي حالة أطفال العالم في عام ٢٠٢١.

ولكن حتى من دون الجائحة، فإن الإجهاد النفسي-الاجتماعي وضعف الصحة العقلية يتلي عدداً كبيراً من الأطفال، بما في ذلك ملايين الأطفال الذين يُجبرون على مغادرة بيوتهم في كل سنة، يحملون ندوب النزاعات والمحن الخطيرة، ويُحرمون من إمكانية الوصول إلى المدارس والحماية والدعم.

وفي الواقع، لا تمثل جائحة كوفيد-١٩ سوى غيض من فيض عندما يأتي الأمر إلى ضعف نتائج الصحة العقلية.

وهو فيضٌ بقينا نتجاهله لمدة طويلة، وإذا لم نتصرف حياله فسيواصل التسبب بنتائج كارثية للأطفال والمجتمعات وحتى مدة طويلة بعد انتهاء الجائحة.

وعندما نتجاهل الصحة العقلية للأطفال، فإننا نقوّض قدرتهم على التعلّم والعمل وبناء علاقات ذات معنى والمساهمة في العالم. وعندما نتجاهل الصحة العقلية للوالدين ومقدمي الرعاية، فإننا نقصّر في تقديم الدعم لهم لتنشئة أطفالهم ورعايتهم بقدر

والثقافات المتنوعة قادرة على تقديمه للأطفال والأسر.

إن التحدي المائل أمامنا هو تحدٍ هائل، ورغم أن جهات عديدة بذلت أفضل ما لديها من جهود، لا سيما اليافعون الذين شاطروا قصصهم وأفكارهم وحماسهم من أجل التغيير، لكن بالكاد بدأ مجتمعنا الدولي في التصدي لهذا التحدي. وعندما يتعلق الأمر بالصحة العقلية، فإن جميع البلدان هي بلدان نامية.

ولكن إذا كان التحدي عظيماً، فإن العوائد المتأتية عن التصدي له هي عوائد أعظم - لكل طفل، ولكل أسرة، ولكل مجتمع محلي.

ولا يمكننا الانتظار أكثر. وليس بوسعنا أن نخيب جيلاً آخر. الآن هو أوان العمل.



هانرييتا هـ. فور

المديرة التنفيذية لليونيسف



وسيتزايد هذه الانهماك في السنوات المقبلة، كما ستزيد جهودنا لتأمين استثمارات للصحة العقلية ومعالجة بلاء الإهمال والإساءات وخدمات الطفولة التي تقوض الصحة العقلية لعدد كبير جداً من الأطفال.

وذلك لأننا نعلم أنه يتوجب علينا جميعاً أن نقوم بمزيد من العمل.

والآن، وبالتعاون مع شركاء رئيسيين من قبيل منظمة الصحة العالمية والحكومات وأكاديميين وجهات أخرى عديدة، يجب علينا جميعاً أن نُظهر التزاماً بالقيادة والاستثمار من أجل تقديم دعم أفضل للصحة العقلية.

يجب علينا جميعاً أن نساعد في كسر الصمت المحيط بالصحة العقلية - والتصدي للوصم، وزيادة الوعي بالصحة العقلية، وضمان الاستماع إلى أصوات اليافعين، وخصوصاً أولئك الذين عانوا من اعتلالات في الصحة العقلية.

ويجب علينا جميعاً أن نلتزم بالعمل في مجالات رئيسية، من قبيل تقديم دعم أفضل للوالدين، وضمان أن تكون المدارس أماكن أكثر رفقاً وأماناً للأطفال، وكذلك - من خلال الاستثمار في تطوير قوى العمل - تلبية الاحتياجات في مجال الصحة العقلية للأسر من خلال مجالات من قبيل الحماية الاجتماعية والرعاية المجتمعية.

وثمة أمر حاسم أيضاً، وهو أن علينا جميعاً أن نعمل على تحسين جمع البيانات، والرصد الروتيني، والأبحاث - وهذا تحدٍ رئيسي لجميع العاملين في منظومة الأمم المتحدة. إن الصورة التي لدينا حول الصحة العقلية للأطفال هي صورة جزئية، وهي تميل بشدة نحو البلدان الأكثر ثراءً في العالم. وهذا يعني أننا نعلم القليل جداً حول الكيفية التي يتعاطى فيها الأطفال واليافعون في معظم أنحاء العالم مع الصحة العقلية. كما يعني أننا نعلم القليل جداً عن مكامن القوة المحتملة والدعم الذي قد تكون المجتمعات المحلية

الرسائل الرئيسية

تشكل اضطرابات الصحة العقلية في جميع أنحاء العالم سبباً كبيراً، وغالباً ما يكون مهملاً لمعاناة تؤثر على صحة الأطفال واليافعين وتعليمهم وقدرتهم على تحقيق إمكاناتهم الكاملة.

- يُقدَّر أن أكثر من ١٣ بالمائة من المراهقين من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة مصابون باضطرابات عقلية تم تشخيصها حسب تعريفات منظمة الصحة العالمية.
- وهذا يمثل ٨٦ مليون مراهق من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة و٨٠ مليون مراهق من الفئة العمرية ١٠-١٤ سنة.
- ثمة ٨٩ مليون ولد مراهق من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة و٧٧ مليون بنت مراهقة من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة مصابون باضطرابات عقلية.
- تصل معدلات انتشار الاضطرابات التي تم تشخيصها إلى أعلى مستوى لها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ومنطقة أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية.
- تشكل اضطرابات القلق والاكتئاب حوالي ٤٠ بالمائة من الاضطرابات العقلية التي تم تشخيصها؛ أما الاضطرابات الأخرى فتتضمن اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، والاضطرابات السلوكية، والإعاقات

الذهنية، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وطيف التوحد، والفصام، ومجموعة من اضطرابات الشخصية.

- أبلغ الأطفال واليافعون أيضاً عن معاناتهم من إجهاد نفسي-اجتماعي لا يرتقي إلى مستوى الاضطراب المرضي، إلا أنه يكدّر حياتهم وصحتهم وآفاقهم المستقبلية.
- وفقاً لبحث أجراه معهد غالوب الدولي في إطار إعداد تقرير 'الطفولة المتغيرة' الذي استصدره اليونسيف قريباً، أفاد ما معدله ١٩ بالمائة من اليافعين من الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة في ٢١ بلداً في النصف الأول من سنة ٢٠٢١ بأنهم عادة ما يشعرون بالاكتئاب أو بأن لديهم اهتماماً قليلاً بالقيام بأنشطة.

ثمة كلفة كبيرة لعدم القيام بعمل - فيما يتعلق بالخسائر في الأرواح والأضرار المالية التي تتكبدها الأسر والمجتمعات المحلية.

- يُقدَّر أن ٤٥,٨٠٠ مراهق يتوفون من جراء الانتحار سنوياً، أو أكثر من شخص واحد كل ١١ دقيقة.
- يشكّل الانتحار خامس أكبر سبب للوفيات بين المراهقين من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة؛ ورابع أكبر سبب للوفيات بين المراهقين من الفئة

العمرية ١٥-١٩ سنة أولاداً وبناتاً، ويأتي بعد إصابات الطرق، والسل، والعنف بين الأشخاص. كما أنه ثالث أكبر سبب للوفيات بين البنات من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، ورابع أكبر سبب للوفيات بين الأولاد من الفئة العمرية نفسها.

- تشير تحليلات جديدة أجريت لغرض إعداد هذا التقرير أن الخسارة السنوية التي تلحق برأس المال الإنساني بسبب اعتلالات الصحة العقلية بين الأطفال من الفئة العمرية ٠-١٩ سنة تبلغ ٣٨٧,٢ بليون دولار (بالدولارات المعادلة للقوة الشرائية الحالية). وينشأ ٣٤٠,٢ بليون دولار من هذه الكلفة عن اضطرابات تتضمن القلق والاكتئاب، فيما ينشأ ٤٧ بليون دولار منها عن خسائر الناجمة عن الانتحار.
- ومن ضمن الكلفة البالغة ٣٤٠,٢ بليون دولار، يبلغ نصيب الكلفة الناشئة عن اضطرابات القلق ٢٦,٩٣ بالمائة؛ والاضطرابات السلوكية ٢٢,٦٣ بالمائة؛ والاكتئاب ٢١,٨٧ بالمائة.

رغم المطالب الواسعة النطاق بتنفيذ استجابات تعزز الصحة العقلية للأطفال وتحميها وترعاها، يظل الاستثمار في هذا المجال ضئيلاً.

- يشير بحث أجراه معهد غالوب الدولي في إطار إعداد تقرير 'الطفولة المتغيرة' الذي ستصدره اليونسيف قريباً إلى وجود طلب قوي. وقد أعرب ما معدله ٨٣ بالمئة من اليافعين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة من ٢١ بلداً عن اعتقادهم بأنه من الأفضل معالجة قضايا الصحة العقلية من خلال مشاطرة التجارب مع أشخاص آخرين والتماس الدعم بدلاً من التعامل معها بصفة منفردة.
- ويعني نقص التمويل أن قوة العمل - ويشمل ذلك العاملين المجتمعيين - غير مزودين بما يلزم للتصدي لقضايا الصحة العقلية على امتداد قطاعات متعددة، بما في ذلك الرعاية الصحية الأساسية، والتعليم، والحماية الاجتماعية، وقطاعات أخرى.

تؤثر عوامل الخطر وعوامل الحماية على

الصحة العقلية في اللحظات الحرجة من النماء.

- في اللحظات الحرجة من النماء، بوسع العوامل القائمة على التجارب والبيئة المحيطة أن تمثل خطراً على الصحة العقلية أو أن تساعد في حمايتها. ويجب على نُهج السياسات أن تهدف إلى تقليص عوامل الخطر إلى الحد الأدنى وزيادة عوامل الحماية إلى الحد الأقصى.
- يمكن تنظيم عوامل الخطر وعوامل الحماية في ثلاثة مجالات تأثير: عالم الطفل يركز على المنزل وظروف تقديم الرعاية؛ والعالم المحيط بالطفل، ويتضمن الأمان والأمن والارتباطات الصحية في فترة ما قبل المدرسة، وفي المدارس والمجتمعات المحلية؛ والعالم العام، وهو يتضمن المحددات الاجتماعية الكبيرة المقياس - من قبيل الفقر، والكوارث، والنزاعات، والتمييز.

ثمة وصم وسوء فهم واسع النطاق إزاء الصحة

العقلية: لكن في الواقع، تمثل الصحة العقلية حالة إيجابية للعافية ووظيفة تتيح للأطفال

واليافعين بناء مستقبلهم.

- رغم الإدراك المتنامي لتأثير اعتلالات الصحة العقلية، يظل الوصم قوة مؤثرة. ويؤدي الوصم - سواءً أكان مقصوداً أم لا - إلى إعاقة الأطفال واليافعين عن التماس العلاج ويقيد فرصهم بالنماء والتعلم والازدهار.
- يجب التفكير في الصحة العقلية بأنها أمر إيجابي، حالها كحال الصحة البدنية؛ فهي أساس قدرة الإنسان على التفكير، والشعور، والعمل، وبناء علاقات ذات معنى، والمساهمة في المجتمعات المحلية والعالم. وهي جزء جوهري من صحة الفرد، وأساس للمجتمعات المحلية والأمم التي تنعم بالصحة.
- توجد الصحة العقلية ضمن طيف متصل يمكن أن يتضمن فترات من

- ورغم الطلب على الدعم، يبلغ معدل الإنفاق الحكومي على الصحة العقلية في العالم ٢,١ بالمئة فقط من معدل الإنفاق الحكومي على الصحة عموماً.
- وفي بعض البلدان الأشد فقراً في العالم، تنفق الحكومات أقل من دولار واحد على الشخص لمعالجة اضطرابات الصحة العقلية.
- بلغ عدد الأطباء النفسيين المتخصصين بمعالجة الأطفال واليافعين أقل من ٠,١ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة في جميع البلدان ما عدا البلدان المرتفعة الدخل، حيث يبلغ عددهم ٥,٥ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة.
- إن الاستثمار في تعزيز الصحة العقلية وحمايتها - بوصفها شكلاً مميزاً من الرعاية للأطفال الذين يواجهون أعظم الصعوبات - هو استثمار ضئيل بشدة.

- ترتبط الصحة العقلية بلحظات حرجة في نماء الدماغ، والتي قد تتأثر بعوامل من قبيل الإجهاد المُضِر الناشئ عن التجارب السلبية في الطفولة، من قبيل الإساءات البدنية والعاطفية، والإهمال والعنف المزمين.
- لقد أظهرت الأبحاث أن التعرض لما لا يقل عن أربع تجارب سلبية في الطفولة يرتبط بقوة بالسلوك الجنسي الخطر، واعتلالات الصحة العقلية، وتعاطي الكحول؛ كما يرتبط بقوة أكبر بتعاطي المخدرات، والعنف بين الأشخاص، والعنف الموجه إلى النفس.
- تُعد تنشئة الأطفال أمراً حاسماً لإرساء أسس قوية للصحة العقلية للطفل، بيد أن العديد من الوالدين يحتاجون إلى مزيد من الدعم.
- تُعد تنشئة الأطفال أساساً للصحة العقلية للطفل. مع ذلك، يتطلب أداء هذا الدور بالنسبة للعديد من مقدمي الرعاية الحصول على دعم من برامج تنشئة الأطفال التي قد تتضمن توفير معلومات، وتوجيهات، ودعم مالي ونفسي-اجتماعي.
- يحتاج العديد من مقدمي الرعاية أيضاً لدعم لصحتهم العقلية هم أنفسهم.
- تتضمن عوامل الخطر للصحة العقلية للطفل، قبل الحمل به، انخفاض الوزن عند الولادة، وسوء تغذية الأم، والصحة العقلية للأم، وحمل
- المراهقات. وعلى صعيد العالم، يولد ١٥ بالمئة من الأطفال ويكون وزنهم منخفضاً عند الولادة، بينما تصبح ١٥ بالمئة من البنات أمهات قبل بلوغهن سن ١٨ سنة.
- وفي مرحلة الطفولة، تتضمن عوامل الخطر سوء نوعية التغذية والتأديب العنيف. وعلى صعيد العالم، لا يحصل حوالي ٢٩ بالمئة من الأطفال على الحد الأدنى للتنوع الغذائي.
- وفي أقل البلدان نمواً في العالم، يتعرض ٨٣ بالمئة من الأطفال للتأديب العنيف من مقدمي الرعاية، ويشارك ٢٢ بالمئة من الأطفال في شكل من أشكال عمالة الأطفال.
- وفي مرحلة المراهقة، تظل تنشئة الأطفال الحانية والداعمة إحدى أقوى عوامل الحماية للصحة العقلية.
- ونماء الطفل، لا يلتحق حوالي ٨١ بالمئة من الأطفال في أقل البلدان نمواً بالتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة.
- وضمن الأطفال الأكبر سناً، يرتبط التغيب عن المدرسة أو الانقطاع عنها قبل إتمام الدراسة بالانعزال الاجتماعي، والذي قد يؤدي بدوره إلى اعتلالات في الصحة العقلية، بما في ذلك إيذاء النفس، والتفكير في الانتحار، والاكتئاب، والقلق، وتعاطي المواد المخدرة.
- يشير تحليل أجراه معهد آر تي أي إنترناشونال لهذا التقرير بأن التدخلات المدرسية التي تعالج القلق والاكتئاب والانتحار توفر عائداً على الاستثمار يبلغ ٢١,٥ دولاراً مقابل كل دولار يُستثمر، وذلك على امتداد ٨٠ سنة.

يمكن للعوامل الاجتماعية-الاقتصادية والثقافية في العالم العام، وكذلك الأحداث والأزمات الإنسانية من قبيل جائحة كوفيد-١٩، أن تعود بالضرر على الصحة العقلية.

- تسير العلاقة بين الفقر والصحة العقلية باتجاهين. إذ يمكن أن يؤدي الفقر إلى اعتلالات في الصحة العقلية، ويمكن لاعتلالات الصحة العقلية أن تؤدي إلى الفقر. وعلى صعيد العالم، يعيش حوالي ٢٠ بالمئة من الأطفال دون سن الخامسة في فقر مدقع.
- يمكن للأعراف المتعلقة بالنوع

بوسع المدارس وبيئات التعلّم أن توفر فرصاً لدعم الصحة العقلية، ولكن بوسعها أيضاً أن تعرّض الأطفال إلى أخطار، بما في ذلك التنمر والضغط المفرط للنجاح في الامتحانات.

- يمكن أن تكون المدارس بيئات صحية وشاملة للجميع حيث يتعلم الأطفال المهارات المهمة لتعزيز عافيتهم، ولكنها يمكن أن تكون مكاناً يتعرض فيه الأطفال للتنمر، والعنصرية، والتمييز، وضغط الأقران، والإجهاد بشأن الأداء الأكاديمي.
- رغم الروابط بين فرص التعلّم المبكر

ينتهي تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١ بتوجيه دعوة من أجل الالتزام، والتوعية، والعمل من أجل تعزيز الصحة العقلية الجيدة لكل طفل، وحماية الأطفال المستضعفين، ورعاية الأطفال الذين يواجهون أعظم التحديات.

يعني الالتزام تعزيز القيادة لتركيز اهتمام طيف متنوع من الشركاء وأصحاب المصلحة على أهداف واضحة، وضمان الاستثمار في الحلول وفي الناس على امتداد مجموعة من القطاعات.

وتعني التوعية كسر الصمت المحيط بالصحة العقلية، والتصدي للوصم، وتحسين معرفة الجمهور بالصحة العقلية، وضمان إيصال صوت الأطفال واليافعين والأفراد الذين عانوا من اعتلالات في الصحة العقلية.

ويعني القيام بعمل السعي لتقليل عوامل الخطر إلى الحد الأدنى وزيادة عوامل الحماية إلى الحد الأقصى للصحة العقلية في المجالات الرئيسية من حياة الأطفال، إضافة إلى الاستثمار في تطوير قوة العمل من أجل:

- دعم الأسر والوالدين ومقدمي الرعاية
- ضمان أن المدارس تدعم الصحة العقلية
- تعزيز أنظمة متعددة وقوى العمل فيها وتزويدها بما يلزم للتصدي للتحديات المعقدة
- تحسين البيانات والأبحاث والأدلة

بشأن الصحة العقلية لمقدمي الرعاية، خصوصاً الأمهات اليافعات.

بوسع التدخلات التي تشمل مجموعة من الأنظمة والقطاعات - بما في ذلك الأسر، والمجتمعات المحلية والمدارس، ومن خلال الحماية الاجتماعية - أن تعزز الصحة العقلية وأن تحميها.

- تشير تقييمات برامج تنشئة الأطفال إلى أنها تساعد في تعميق الارتباط بين مقدم الرعاية والطفل، وتقلص الممارسات القاسية في تنشئة الأطفال، وتحسن النمو الإدراكي للطفل.
- وفي المدارس، تثبتت فاعلية نهج التعليم الاجتماعي والعاطفي التي تتضمن تدخلات تشمل المدرسة بأكملها، وتدخلات محددة تستهدف الأطفال واليافعين المعرضين للخطر.
- يمكن لبرامج التحويلات النقدية أن تؤثر تأثيراً غير مباشر على الصحة العقلية للأطفال والمراهقين من خلال زيادة المشاركة في المدرسة، والأمن الغذائي، وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية.
- وفي الأوضاع الإنسانية، بوسع التنفيذ الحريص لتدخلات موجزة ومنظمة توفر استجابات فورية لمعالجة الاكتئاب والقلق واضطراب إجهاد ما بعد الصدمة أن يعزز الصحة العقلية للأطفال واليافعين.

الجنساني أن تؤثر على الصحة العقلية للبنات والأولاد على حدٍ سواء. فقد تُواجه الفتيات صوراً نمطية تقييدية حول العمل والتعليم والأسرة إضافة إلى خطر التعرض لعنف العشير؛ بينما قد يتعرض الأولاد للضغط لكبت مشاعرهم ولتجريب استخدام المواد المخدرة.

- كثيراً جداً ما يكون الأطفال موجودين في الخطوط الأمامية للأزمات الإنسانية - ٤١٥ مليون طفل في عام ٢٠١٨، وكلهم معرضون للإجهاد والصدمات. ويمكن أن يختلف تأثير مثل هذه الأزمات بين طفل وآخر، إذ يُظهر بعضهم قدرة على الصمود بينما يعاني غيرهم من إجهاد شديد ومستمر.
- ثمة تقارير عديدة تحدثت عن تعرض الأطفال للإساءات في مؤسسات الرعاية، ومن بينهم نسبة كبيرة من الأطفال ذوي الإعاقات، بما في ذلك إعاقات النمو وإعاقات الصحة العقلية. كما توجد أدلة كثيرة عن استمرار استخدام تكبير الأطفال واليافعين المصابين باعتلالات خطيرة في الصحة العقلية، إضافة إلى استخدام القسر والتقييد في خدمات الصحة العقلية.
- ثمة شاغل واسع النطاق بشأن تأثير جائحة كوفيد-١٩ على الصحة العقلية. وتشير الأبحاث إلى حدوث بعض الزيادات في الإجهاد والقلق بين الأطفال والمراهقين. وثمة شاغل آخر



مقدمة

هذا أوان القيادة بشأن الصحة العقلية

لقد قلبتْ جائحة كوفيد-١٩ عالمنا رأساً على عقب، وتسببتْ في أزمة عالمية غير مسبوقة في حياتنا، وأثارتْ شواغل خطيرة بشأن الصحة العقلية للأطفال وأسرهم، وأظهرتْ على نحو صارخ كيف يمكن للأحداث في العالم الأوسع أن تؤثر على العالم في داخل رؤوسنا. إلا أن الجائحة توفر أيضاً فرصة لبناء واقع أفضل. ولدينا فرصة تاريخية لتحديد التزامات وبذل جهود توعية والقيام بعمل من أجل تعزيز الصحة العقلية وحمايتها ورعايتها لجيل بأكمله.

غموض. وحدة. حزن.

لقد شملت هذه المشاعر القوية حياة ملايين عديدة من الأطفال والياfeين والأسر عند حلول جائحة فيروس الكورونا على العالم في عام ٢٠١٩. وفي الفترة المبكرة من الجائحة بصفة خاصة، أعرب خبراء عديدون عن خشيتهم من أن هذه المشاعر ستستمر وستسبب ضرراً على الصحة العقلية لجيل بأكمله.^١

وفي الحقيقة، سيتطلب الأمر انقضاء سنوات قبل أن نتمكن فعلاً من تقييم تأثير كوفيد-١٩ على صحتنا العقلية.

فحتى لو تضاءلت قوة مفعول الفيروس، ستظل التأثيرات الاقتصادية والاجتماعية للجائحة ماثلة: على الآباء والأمهات الذين اعتقدوا بأنهم تخطوا أسوأ مرحلة، لكنهم يكافحون من جديد لإطعام أطفالهم؛ وعلى الطفل الذي تراجع أدائه في المدرسة بعد أشهر من تعطّل التعليم؛ والبنات

التي انقطعت عن الدراسة كي تعمل في مزرعة أو مصنع. وسوف يظل تأثير الجائحة مخيماً فوق طموحات جيل بأكمله وسيؤثر على الدخل الذي سيكسبه أفراد هذا الجيل في المستقبل بسبب تعطّل تعليمهم.^٢

وفي الواقع يتمثل الخطر في أن الصدمات اللاحقة لهذه الجائحة ستفتت في سعادة الأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية وعافيتهم لسنوات عديدة مقبلة - وأنها ستشكل خطراً على أسس الصحة العقلية.

وإذا كنا قد تعلمنا شيئاً من الجائحة، فهو أن صحتنا العقلية تتأثر بشدة بالعالم المحيط بنا. إن وضع الصحة العقلية لأي طفل أو مراهق هو أبعد ما يكون عن مجرد ما يدور في ذهنه، إذ يتأثر هذا الوضع تأثراً شديداً بظروف حياته - تجاربه مع الوالدين ومقدمي الرعاية، والروابط التي يقيمها مع الأصدقاء، وفرصة في اللعب والتعلم والنماء. كما تعكس الصحة

العقلية الطرق التي تتأثر بها حياة الطفل بالفقر والنزاعات والأمراض وإمكانيته في الوصول إلى الفرص الموجودة في عالمه.

وإذا كنا قد تعلمنا شيئاً من الجائحة، فهو أن صحتنا العقلية تتأثر بشدة بالعالم المحيط بنا.

وإذا كانت هذه الروابط غير واضحة قبل الجائحة، فما من شك أنها باتت واضحة تماماً الآن.

وهذا هو الواقع الذي يكمن في صميم تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١.

تحديهم إهماله

إن ما تعلمناه، في الواقع، هو أن الصحة العقلية هي أمر إيجابي - ميزة: إذ تتعلق ببنت صغيرة تتمكن من الازدهار وسط الحنو والدعم الذي تقدمه أسرته، إذ تشاطرها الحياة اليومية، حلوها ومرها. وهي تتعلق بولد مراهق يتمكن من التحدث والضحك مع أصدقائه، ويدعمهم عندما يعانون ويأزرونه عندما يعاني هو. وهي تتعلق بامرأة شابة تتمتع بالدافعية في حياتها وثقة بالنفس تمكّنها من مواجهة التحديات. وتتعلق بأب أو أم يتمكن من دعم الصحة والعافية العاطفيتين لطفله، وإقامة ارتباط حميم معه.

ثمّة إدراك متنامٍ للروابط بين الصحة والعافية العقليتين والبدنيتين، ولأهمية الصحة العقلية في تشكل نتائج الحياة. وتنعكس هذه الروابط في الربط بين الصحة العقلية وبين أسس إقامة عالم ينعم بالصحة والازدهار، وهو ربط أقرت به أهداف التنمية المستدامة. وفي الواقع، حدّدت الاتفاقية المتعلقة بأهداف التنمية المستدامة تعزيز الصحة والعافية العقليتين وحمائتهما بأنهما أمر أساسي لجدول أعمال التنمية العالمي. ورغم كل ذلك، تستثمر الحكومات والمجتمعات القليل جداً جداً في تعزيز الصحة العقلية للأطفال والياfeين ومقدمي الرعاية وحمائتها ورعايتها.

وفي بعض البلدان الأشد فقراً في العالم، تُنفق الحكومات سنوياً أقل من دولار لكل شخص سنوياً على معالجة الصحة العقلية. وحتى في البلدان المتوسطة الدخل من الشريحة العليا، ما زال الإنفاق السنوي في هذا المجال أقل من ثلاثة دولارات لكل شخص.^٣ وكل هذه الأرقام تقل كثيراً عما هو مطلوب لمعالجة اعتلالات الصحة العقلية بين الأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية، خصوصاً أولئك الذين يواجهون الصعوبات الأكبر في الصحة العقلية. وهذا يعني أنه لا يتبقى أي إنفاق تقريباً لتعزيز الصحة العقلية الإيجابية للأطفال ومقدمي الرعاية لهم.



الدرشة في النيجر: من شأن التواصل مع الأصدقاء أن يدعم الصحة العقلية.
© UNICEF/UN0439614/Dejongh

اعتقادها بأن كل شخص يمر في حالة اكتئاب منخفضة المستوى تنشأ عن التحدي الناجم عن محاولته معرفة "كينونته كشخص". وقالت إن المشكلة تنشأ لأن هذه المشاعر يمكن أن "تتعزز أو تتعاطف" بفعل التجارب الشخصية في العالم. وقالت، "أعتقد أن الأمر يبدأ هنا، وأرى أن الأمر يصبح خطيراً عندما تُهمل هذه المشاعر أو العواطف".

وعبرت بنت شاركت في مجموعة نقاش في مصر من الفئة العمرية نفسها عن الكيفية التي يؤثر فيها إهمال الصحة العقلية - أو على حد تعبيرها، إهمال أن يكون المرء "تعباناً نفسياً" - على مستقبل اليافعين.

وقالت، "هذا يعني أنك لا تشعر بأنك تعيش حياتك وأنت غير قادر على القيام بأي شيء. وحتى لو كنت طموحاً، فلن تتمكن من تحقيق طموحاتك لأنك مهزوم نفسياً تماماً".

وهي ماثلة في التحديات اليومية التي يواجهها المراهقون الذين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية وتبلغ نسبتهم ١٣ بالمئة من المجموع. وبالنسبة لليافعين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة بصفة خاصة، يمكن أن نلمس هذه الكلفة إذ تبدأ اعتلالات الصحة العقلية بالنشوء وتساهم في خسارة سنوات من الحياة وخسارة الحياة الصحية.^٦

وهي ماثلة في أصوات اليافعين إذ يتحدثون عن تجاربهم مع الاكتئاب والقلق وعن إجهادهم العام الكبير، والذي قد لا يرتقي إلى مستوى الاضطراب. ولغرض إعداد تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١، تعاونت اليونيسف مع باحثين شاركوا في الدراسة العالمية للمراهقة المبكرة التي أجرتها كلية بلومبرغ للصحة العامة التابعة لجامعة جونز هوبكنز، وذلك للاستماع إلى بعض أصوات اليافعين (انظر الإطار ١: التعرّف على آراء المراهقين).

وأعربت بنت شاركت في مجموعة نقاش لمراهقين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة عن

ونحن نتكبد كلفة اقتصادية عالية بسبب هذا الإهمال - حوالي ٣٨٧,٢ بليون دولار سنوياً، وفقاً لحسابات أعدها لهذا التقرير الباحثان ديفيد مكديد وسارا إيفانز-لاكو من قسم السياسات الصحية في كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية. وهذا الرقم يمثل ٣٨٧,٢ بليون دولار من الإمكانيات الإنسانية المهدورة التي كان يمكن أن تساهم في الاقتصادات الوطنية.

بيد أن كلفة هذا الإهمال عصيّة على الحساب من حيث تأثيره على الحياة الحقيقية للناس.

فهذه الكلفة ماثلة في الأسر والمدارس والمجتمعات المحلية التي عانت من الانتحار - الذي يشكل رابع أكبر سبب للوفيات بين اليافعين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة. ففي كل سنة، يُنهي زهاء ٤٦,٠٠٠ طفل ويافع بين سن ١٠ سنوات و١٩ سنة حياتهم - أي حوالي طفل واحد كل إحدى عشر دقيقة.^٥

الإطار ١.

التعرّف على آراء المراهقين

عندما يتعلق الأمر بالصحة العقلية، يتعين علينا أن نستمع إلى أفكار الأطفال والمراهقين وأن نتعرّف على شواغلهم وتجاربهم.

ولهذا السبب تعاونت اليونيسف مع باحثين من الدراسة العالمية للمرافقة المبكرة التي أجرتها كلية بلومبرغ للصحة العامة التابعة لجامعة جونز هوبكنز وذلك لاستضافة مناقشات مجموعات تركيز حول الصحة والعافية العقليتين. وقد تم هذا المشروع بدعم من 'صندوق ويلكوم الاستئماني'.

وقد نظم شركاء محليون مناقشات مجموعات تركيز لمراهقين من الفئتين العمريتين ١٠-١٤ سنة و١٥-١٩ سنة في كل من بلجيكا، وشيلي، والصين، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، ومصر، وإندونيسيا، وجامايكا، والأردن، وكينيا، وملاوي، والسويد، وسويسرا، والولايات المتحدة، وذلك خلال الفترة من شباط / فبراير إلى حزيران / يونيو ٢٠٢١. والتزمت هذه المناقشات بدليل توجيهي من إعداد اليونيسف وجامعة جونز هوبكنز والشركاء المحليين.

وجرى ترميز البيانات النوعية التي نتجت عن هذه المناقشات باستخدام نهج التحليل

المواضيعي الاستقرائي، كما ظلت البيانات تخضع لعملية صقل وتشذيب على امتداد عملية تحليل البيانات. وتتوفر هذه البيانات في حالة طلبها. وقد حصلت جميع مواقع مناقشات مجموعات التركيز على موافقة مجلس الاستعراض المؤسسي المحلي المعني.

يتضمن تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١ بيانات نوعية من هذه المناقشات، واقتباسات من أقوال بعض المراهقين الذين شاركوا في مجموعات التركيز. وسيصدر في المستقبل تقرير مرافق أكثر شمولاً حول هذه المناقشات.

دعوات غير مُلبّاة

ولم يكونوا وحدهم في مطالباتهم هذه. فعلى صعيد العالم، يُظهر استقصاء أجرته اليونيسف ومعهد غالوب الدولي أن غالبية كبيرة من الشباب والراشدين الأكبر سناً في معظم البلدان - وغالباً ما تصل النسبة إلى أربعة من كل خمسة أشخاص - يعتقدون بأنه لا يجب أن يتعامل أي أحد مع صعوبات الصحة العقلية لوحده. ويعتقدون أن الحل الأفضل هو مشاطرة التجارب والتماس الدعم.

لقد ظل مناصرو الصحة العقلية الشباب، بمن فيهم مستشارون ومساهمون في هذا التقرير، يدعون بشجاعة لتناول موضوع الصحة العقلية في أوضاع مختلفة في العالم. وتحدّث بعضهم عن تجاربهم في المعاناة من اعتلالات في الصحة العقلية، والتحديات التي واجهها أصدقاؤهم وأقرانهم، ووجوب أن يتمكن الأطفال واليافعون من التماس المساعدة والحصول عليها.

إن غالبية كبيرة من الشباب والراشدين الأكبر سناً في معظم البلدان - وغالباً ما تصل النسبة إلى ٤ من كل ٥ أشخاص - يعتقدون بأنه لا يجب أن يتعامل أي أحد مع صعوبات الصحة العقلية لوحده.



طلب الدعم: تعتقد الأجيال الشابة والأكثر سناً أيضاً أن الأفضل هو طلب المساعدة فيما يتعلق بقضايا الصحة العقلية.

© UNICEF/UNI389214/Wilande

الإطار ٢.

مستعدون للتماس المساعدة؟

متوسط نسب الأشخاص من ٢١ بلداً الذين يعتقدون بأن أفضل طريقة للتصدي لمشاكل الصحة العقلية هي مشاركة التجارب مع الآخرين والتماس الدعم:

راشدون أكبر سناً (٤٠ سنة +)	الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة	
٨٢	٨٣	أفضل طريقة للتعامل مع مشاكل الصحة العقلية هي مشاركة التجارب مع الآخرين والتماس الدعم
١٧	١٥	الصحة العقلية هي مسألة شخصية ويجب على المرء حلها لوحده

المصدر: تقرير الطفولة المتغيرة [سيصدر قريباً].

تعتقد الغالبية العظمى من اليافعين أنه من الأفضل التماس المساعدة من الآخرين بخصوص مشاكل الصحة العقلية بدلاً من محاولة التعامل معها لوحدهم، وذلك وفقاً لاستقصاء أجرته اليونيسف ومعهد غالوب الدولي في ٢١ بلداً في النصف الأول من عام ٢٠٢١.

وأعرب ما معدله ٨٣ بالمئة من اليافعين (١٥-٢٤ سنة) عن اتفاقهم مع الرأي بأنه من الأفضل التعامل مع مشاكل الصحة العقلية من خلال مشاركة تجاربهم مع الآخرين والتماس الدعم؛ وفي المقابل، قال ١٥ بالمئة منهم إنهم يعتقدون بأنه هذه المشاكل هي مسائل شخصية ويجب على المرء التعامل معها لوحده.

ومن بين البلدان الـ ٢١، كانت الهند هي الاستثناء الوحيد، إذ يدعم ٤١ بالمئة من اليافعين خيار مشاركة التجارب.

قدرها ١٤ نقطة بين المجموعتين. وهذا يثير أسئلة مثيرة بشأن كيف تختلف المواقف أيضاً إزاء الصحة العقلية بين الأجيال، وكيف تتطور مع مرور الوقت في أجزاء مختلفة من العالم.

سُنِّتِ النتائج الكاملة من مشروع الطفولة المتغيرة في تقرير ستصدره اليونيسف في تشرين الثاني / نوفمبر ٢٠٢١.

وعموماً، اختلفت المواقف اختلافاً قليلاً نسبياً بين الأجيال: ففي البلدان الـ ٢١، أيد حوالي أربعة من كل خمسة أشخاص (ممن تبلغ أعمارهم ٤٠ سنة أو أكثر) خيار مشاركة التجارب. مع ذلك، كانت الاختلافات أكثر بروزاً في بعض البلدان: فرغم أن أغلبية اليافعين والراشدين دعموا خيار مشاركة التجارب في اليابان وألمانيا وأوكرانيا، كانت توجد فجوة

في إطار مشروع الطفولة المتغيرة، أجرى معهد غالوب الدولي مقابلات عبر الهاتف مع أكثر من ٢٠,٠٠٠ شخص في ٢١ بلداً خلال الفترة ما بين شباط/ فبراير إلى حزيران/ يونيو ٢٠٢١، وذلك ضمن فئتين سكانييتين مميزتين - أفراد من الفئة العمرية ١٥-٢٤ وأفراد بسن ٤٠ سنة أو أكثر. وحُسِبَ معدل هامش الخطأ بأنه ٦,٧ بالمئة للمجموعة الأصغر سناً و ٦,٤ بالمئة للمجموعة الأكبر سناً. سترد التفاصيل الكاملة للمنهجية وأساليب البحث ضمن تقرير الطفولة المتغيرة الذي ستنشره اليونيسف قريباً.



العلاقات الوثيقة: برنامج لمنع الانتحار في كازاخستان يوثق العلاقة بين الأم وابنتها.
© UNICEF/UN0474761/Babajanyan/VII Photo

الإطار ٣.

الشعور بهبوط الهمة

نسبة الأشخاص من الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة الذين أفادوا بأنهم يشعرون بالاكئاب أو بأن لديهم اهتماماً قليلاً بالقيام بأنشطة

٣٢	الكاميرون
٣١	مالي
٢٩	إندونيسيا
٢٧	زيمبابوي
٢٤	فرنسا
٢٤	ألمانيا
٢٤	الولايات المتحدة
٢٢	البرازيل
٢١	لبنان
٢٠	المملكة المتحدة
١٩	الأرجنتين
١٩	كينيا
١٦	بيرو
١٤	بنغلاديش
١٤	الهند
١٤	المغرب
١٤	نيجيريا
١٢	أوكرانيا
١١	إسبانيا
١٠	إثيوبيا
١٠	اليابان
١٩	متوسط البلدان الـ ٢١

المصدر: تقرير الطفولة المتغيرة [سيصدر قريباً].

وتستند الأرقام أيضاً إلى سؤال واحد فقط، وليس إلى عدة أسئلة استُخدمت في إطار بحث معني بالصحة العقلية، لذا لا يمكن لهذه الأرقام أن توفر تقديرات مقبولة حول مدى انتشار اعتلالات الصحة العقلية. وختاماً، لا توجد تقديرات قابلة للمقارنة من فترة ما قبل الجائحة، مما يعني أنه لا يمكن فهم الأرقام بأنها تعكس تأثير الجائحة على الصحة العقلية لليافعين.

ونظراً لنقص جمع البيانات والرصد الروتيني، يظل تكوين صورة عن وضع الصحة العقلية لليافعين واحتياجاتهم أمراً محدوداً بشدة في معظم البلدان. وكما أشرنا في الفصل ٦ من هذا التقرير، يؤدي هذا الأمر إلى إعاقة شديدة أمام إيلاء الأولوية لرعاية الصحة العقلية وتطوير سياسات بهذا الشأن.

أفاد ما معدله شخص واحد من كل خمسة أشخاص (١٩ بالمئة) في ٢١ بلداً في النصف الأول من عام ٢٠٢١ أنهم يشعرون بالاكئاب أو أن لديهم اهتماماً قليلاً بالقيام بأنشطة، وفقاً لاستقصاء أجرته اليونيسف ومعهد غالوب الدولي. وقد تراوحت النسبة ما بين زهاء واحد من كل ثلاثة أشخاص في الكاميرون إلى واحد من كل عشرة أشخاص في إثيوبيا واليابان.

في الوقت الذي تبرز فيه شواغل كبيرة بشأن الصحة العقلية لليافعين أثناء جائحة كوفيد-١٩، توفر نتائج الاستقصاء رؤى مثيرة حول المشاعر التي يشعر بها اليافعون أنفسهم. ولكن تجدر الإشارة إلى أن هذه الأرقام لا تمثل سوى تصورات اليافعين أنفسهم، وليس تشخيصاً للاكتئاب من قبل مهنيين صحيين.

في إطار مشروع الطفولة المتغيرة، أجرى معهد غالوب الدولي مقابلات عبر الهاتف مع أكثر من ٢٠,٠٠٠ شخص في ٢١ بلداً خلال الفترة ما بين شباط/فبراير إلى حزيران/يونيو ٢٠٢١، وذلك ضمن فئتين سكانييتين مميزتين - أفراد من الفئة العمرية ١٥-٢٤ وأفراد بسن ٤٠ سنة أو أكثر. وحسب معدل هامش الخطأ بأنه ٦,٧ بالمئة للمجموعة الأصغر سناً و ٦,٤ بالمئة للمجموعة الأكبر سناً. سترد التفاصيل الكاملة للمنهجية وأساليب البحث ضمن تقرير الطفولة المتغيرة الذي سُنّده اليونيسف قريباً.



طلب المساعدة: قَدِّم خط مساعدة في أوكرانيا لغالبا، ١٥ عاماً، طريقة للوصول إلى الحماية والدعم.
© UNICEF/UN0399561/Filippov

مع ذلك، تُعتبر الصحة العقلية بالنسبة لبعض الناس ترفاً أو قضية تخص الناس الآخرين - فهي لا تُعتبر مشكلة لي أو لمجتمع المحلي. وما من شك أن الثقافة والسياق يشكّلان الكيفية التي يعاني فيها الشخص الاضطرابات العقلية وكيفية فهمها ومعالجتها. ولا يجب أبداً تجاهل هذه المنظورات المختلفة وفهمها - كما يجري عادة - بل يجب أن تُستخدم لتوجيه الاستجابات للتحديات في مجال الصحة العقلية. وعندما يتحقق ذلك، فقد يؤدي إلى استجابات أكثر تحقّق فائدة أكبر للمجتمعات المحلية وتحظى بقبول أكبر منها، وتستند إلى مواطن القوة التي تتمتع بها تلك المجتمعات. ومع ذلك ثمة جوانب مشتركة وعالمية في التجارب المتعلقة بالصحة العقلية: وكما أشارت لجنة لانسييت المعنية بالصحة العقلية العالمية والتنمية المستدامة، في عام ٢٠٠٨، "إن الألم العاطفي هو ألم أساسي للتجربة الإنسانية تماماً مثل الألم البدني".^٦

تعني القدرة على الصمود، ويمكن أن تعني السعادة، أو الشجاعة".^٧

وعادة ما يكون الإخفاق في اعتبار الصحة العقلية كأمر إيجابي نابعاً من تأثير التفكير البيولوجي-الطبي، حيث ينصب التركيز على تشخيص الاعتلالات ومعالجتها بالأدوية. وبدلاً من ذلك، يتوجب فهم الصحة العقلية على أنها طيف متصل. ففي أي مرحلة من حياتنا، قد يجد المرء نفسه على نقاط مختلفة من هذا الطيف المتصل. فسوف نمر في صحة عقلية إيجابية - القدرة على التمتع بالحياة وعلى التعامل مع الأيام الجيدة وتلك السيئة. ولكننا قد نواجه فترات نتعرض فيها لكرب كبير. وقد يعاني البعض من اعتلالات طويلة الأجل ومُعطّلة في الصحة العقلية.

وبالتالي، ومن ناحية واقعية، نحن جميعاً نمر في حالة ما من الصحة العقلية.

مع ذلك، لا يجد ملايين الناس في جميع أنحاء العالم أحداً ليتحدثوا إليه أو مكاناً ليتمسوا فيه المساعدة.

لماذا؟

ثمة عوائق عديدة تقف في طريق تعزيز الصحة العقلية للأطفال والمراهقين وحمايتهم ورعايتهم. وبعض هذه العوائق هيكلية على شكل عقبات نشأت عن نقص التمويل والقيادة والتنسيق بين القطاعات، ونقص العاملين المدربين.

وفي كثير من الحالات، تُعاق قدرتنا على التعامل مع الصحة العقلية من جراء عجزنا عن التحدث عنها. وقد يجد الأطفال والمراهقون ومقدمو الرعاية صعوبة في العثور على اللغة التي يحتاجونها للتحدث عن طبيعة مشاعرهم. وقد يخشون من التعرض لكلمات قاسية أو للسخرية أو الإساءات التي تنشأ عن الوصم وسوء الفهم المحيط بالصحة العقلية.

ومن أهم جوانب سوء الفهم هو الإخفاق في فهم أن الصحة العقلية - حالها كحال الصحة البدنية - هي حالة إيجابية. ويقول أليكس جورج، وهو طبيب ومقدم برنامج تلفزيوني شهير في المملكة المتحدة، إنه يعرف جيداً المعاناة المرتبطة بالصحة العقلية، فقد انتحرت شقيقه في سن ١٩ سنة. ويعبّر أليكس عن الموضوع كالتالي: عندما يصف الناس الصحة البدنية، فإنهم يتحدثون عن التمرينات الرياضية والأغذية الصحية. وعندما يتحدثون عن الصحة العقلية، فهم يعنون الاكتئاب والقلق والحزن.

وقال لصحيفة بريطانية في شباط / فبراير ٢٠٢١، "يمكن للصحة العقلية، في الواقع، أن

هذا أوان القيادة

يكنم غياب القيادة والالتزام في صميم إخفاق مجتمعاتنا في الاستجابة لاحتياجات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية. نحن بحاجة إلى التزام، خصوصاً التزام مالي، من القادة العالميين والوطنيين ومن مجموعة واسعة من الجهات صاحبة المصلحة، يعكس أهمية دور المحددات الاجتماعية وغيرها من المحددات في المساعدة على تشكيل نتائج الصحة العقلية. وثمة مضامين هائلة لهذا النهج، فهو يتطلب أن نضع نصب أعيننا هدفاً مشتركاً واضحاً بأن ندعم الأطفال والمراهقين في اللحظات الحرجة من ثنائهم للحد من عوامل الخطر إلى الحد

الأدنى وزيادة عوامل الحماية إلى الحد الأقصى. وبقدر حاجتنا إلى الالتزام، فإننا بحاجة إلى التوعية: فعلى إنهاء الوصم، وكسر الصمت المحيط بالصحة العقلية، وضمان الاستماع إلى اليافعين، خصوصاً الذين عانوا من اعتلالات في الصحة العقلية. فمن دون إيصال أصواتهم ومن دون مشاركتهم الفاعلة وانهمالكهم، لن نتمكن من التصدي لتحدي تطوير مبادرات وبرامج وثيقة الصلة في مجال الصحة العقلية. ونحن بحاجة إلى العمل: علينا أن نوفر دعماً أفضل للوالدين كي يتمكنوا من تقديم دعم

أفضل لأطفالهم؛ ونحن بحاجة إلى مدارس تلبى الاحتياجات الاجتماعية والعاطفية للأطفال؛ ونحن بحاجة إلى إخراج الصحة العقلية من 'قوقعتها' في النظام الصحي وتلبية احتياجات الأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية على امتداد طيف من الأنظمة، بما في ذلك تنشئة الأطفال، والتعليم، والرعاية الصحية الأساسية، والحماية الاجتماعية، والاستجابات الإنسانية؛ ونحن بحاجة إلى تحسين البيانات والأبحاث والأدلة لتحقيق فهم أفضل لانتشار اعتلالات الصحة العقلية ولتحسين الاستجابات.

هذا أوان العمل

لقد قلبت جائحة كوفيد-١٩ عالمنا رأساً على عقب، وخلقت أزمة عالمية غير مسبوقه في حياتنا، وأثارت شواغل خطيرة بشأن الصحة العقلية للأطفال وأسرههم أثناء الإغلاقات العامة، وأظهرت بوضوح ساطع كيف يمكن للأحداث في العالم الواسع أن تؤثر على العالم في داخل رؤوسنا. كما أبرزت هشاشة أنظمة الدعم للصحة العقلية في العديد من البلدان، وأكدت - من جديد - على كيفية وقوع هذه المشقات على نحو غير متناسب على المجتمعات المحلية الأشد ضعفاً.

والمراهقين إلى إقامة ارتباطات؛ وندرك التأثير الفظيع الذي يمكن أن يتركه الفقر والتمييز والتهميش على الصحة العقلية. وبينما لا يزال هناك الكثير مما يجب القيام به لتطوير استجابات، إلا أننا ندرك أهمية التدخلات الرئيسية، من قبيل التصدي للوصم، ودعم الوالدين، وإقامة مدارس راعية، والعمل على امتداد القطاعات، وبناء قوة عمل قوية في مجال الصحة العقلية، ووضع سياسات تشجع الاستثمار وترسي أساساً متيناً للصحة والعافية العقليتين.

إلا أن الجائحة توفر أيضاً فرصة للبناء من جديد على نحو أفضل من ذي قبل. وكما يوضح هذا التقرير، نحن ندرك الدور الرئيسي الذي يؤديه الوالدون ومقدمو الرعاية في تشكيل الصحة العقلية في مرحلة الطفولة المبكرة؛ كما ندرك حاجة الأطفال

أمامنا فرصة تاريخية لتكريس الالتزام والتوعية والعمل لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها ورعايتها لجيل بأكمله. ويمكننا توفير الدعم لإرساء أساس لجيل مزود بما يلزم ليسعى إلى تحقيق أحلامه وإمكاناته، والمساهمة في العالم.

أمامنا فرصة تاريخية

لتكريس الالتزام

والتوعية والعمل

لتعزيز الصحة

العقلية وحمايتها

ورعايتها لجيل

بأكمله. ويمكننا توفير

الدعم لإرساء أساس

لجيل مزود بما يلزم

ليسعى إلى تحقيق

أحلامه وإمكاناته،

والمساهمة في العالم.



هذا أوان العمل: لدى العالم فرصة تاريخية لدعم أسس الصحة العقلية للأطفال في كل مكان.

© UNICEF/UN0231458/Nazer

عن هذا التقرير

يقيّم الفصل ٥ الوضع الحالي للاستجابات المعنية بالصحة العقلية للأطفال واليافعين، ويتفحص الاستجابات العالمية إلى جانب البرامج التي تتناول تنشئة الأطفال، والتعليم، والحماية الاجتماعية، وأنظمة الرعاية الصحية الأساسية، والأوضاع الإنسانية. إضافة إلى ذلك، يتناول هذا الفصل مشكلة الانتحار، وأهمية البيانات والأبحاث.

يقدم الفصل ٦ توصيات لتعزيز الصحة العقلية الجيدة لكل طفل، وحماية الأطفال المستضعفين، ورعاية الأطفال الذين يواجهون أعظم التحديات. وتستند هذه التوصيات إلى ثلاثة مبادئ: التوعية، والالتزام، والعمل.

يطرح الفصل ٢ إطاراً لفهم الصحة والعافية العقليتين في حياة الأطفال، ويركز على عالم الطفل، والعالم المحيط بالطفل، والعالم العام. ويوضح دور نماء الطفل في فهم عوامل الخطر وعوامل الحماية على الصحة العقلية، وفي بناء أسس متينة لها.

يتفحص الفصل ٣ عوامل خطر وعوامل حماية محددة للصحة العقلية على امتداد الحياة - منذ فترة ما قبل الحمل وحتى العقد الثاني من العمر، ويركز على أهمية التنشئة الحانية للأطفال، والتغذية، وبيئات التعلم، والعلاقات مع الأقران.

ينصب اهتمام الفصل ٤ على العالم العام، ويركز على تأثير الفقر والتمييز والأزمات الإنسانية وجائحة كوفيد-١٩ على الصحة العقلية. كما يستعرض هذا الفصل فهمنا الناشئ لمفهوم القدرة على الصمود.

يتناول تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١ الصحة العقلية للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية. ويركز على عوامل الخطر وعوامل الحماية للصحة والعافية العقليتين في لحظات حرجة من مسيرة الحياة. ويهدف إلى زيادة الفهم بشأن الاحتياجات المحددة للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية، وتحري قضايا في مجال الصحة العقلية من منظور اليافعين أنفسهم. وفي نهاية المطاف، يتمثل هدف التقرير في تسليط الضوء على نهج شامل يعزز الصحة العقلية الجيدة لكل طفل، ويحمي الأطفال المستضعفين، ويرعى الأطفال الذين يواجهون أعظم التحديات.

يُعرّف الفصل ١ الصحة العقلية الإيجابية بأنها طيف متصل ويصف التأثيرات الضارة الناشئة عن الوصم. ويستعرض الفصل مدى انتشار اعتلالات الصحة العقلية ويبحث في كلفتها الاقتصادية.

دراسة حالة

لبنان

تحت الاختبار: تفعيل برنامج وطني للصحة النفسية

في عام ٢٠٢٠، وضعت لبنان خطة جديدة لتقديم خدمات الصحة النفسية تحت الاختبار.

أعقاب الانفجار.

معنية بحماية الأطفال، تعهدت بزيارة الأسر في

الاجتماعي في المنصات المجتمعية في جميع أنحاء البلاد.

ففي ٤ آب / أغسطس، حدث تفجير مروع دمر منطقة مرفأ بيروت. في هذا الوقت، كان جاد، الذي يبلغ من العمر تسعة أعوام، بالمنزل مع أمه* كان والده أحد العاملين بالمرفأ، ومن ثم عاد إلى البيت وهو فاقد حاسة السمع، ويعاني من إصابة خطيرة في ظهره.

رغم أن جاد نجا دون أي إصابة جسمية، فإن التجربة خلّفت له شعوراً بالقلق وخوفاً لا يمكن السيطرة عليه من حدوث أي انفجارات أخرى. امتنع عن تناول الطعام، ورفض مغادرة بيته الجديد، وأضحى منطوياً انطواءً مفرطاً.

”قال جاد: “أصيب أبي، وحرزنت أمي، ودُمر بيتي. لم أكن أدري ماذا عساي أن أفعل لتقديم المساعدة”.

وصلت المساعدة لجاد عندما طرقت "حماية" باب منزله المؤقت، وهي منظمة غير حكومية،

وكان العمل الذي اضطلعت به "حماية" جزءاً من تفعيل الاستجابة لكارثة انفجار بيروت، بتقديم الدعم النفسي الاجتماعي، وهي الاستجابة التي أُطلقت مباشرة بعد الانفجار. جرى تنفيذ خطة الاستجابة ضمن إطار عمل البرنامج الوطني للصحة النفسية، الذي يُعد أول برنامج يطلقه لبنان لتقديم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في جميع أرجاء البلاد.

أسست وزارة الصحة العامة بلبنان البرنامج الوطني للصحة النفسية في عام ٢٠١٤، بدعم من شركائها، ومنهم اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، ووحدة الخدمات الطبية الدولية. في البداية، كان الهدف يتمثل في الاستجابة لاحتياجات الصحة النفسية من جراء الأزمات السورية ووصول اللاجئين إلى لبنان. بيد أن البرنامج الوطني للصحة النفسية ركز، أيضاً، على توحيد خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي

”يقول الدكتور ربيع الشماعي، وهو طبيب نفسي ومدير البرنامج الوطني للصحة النفسية: إنه “لفترة طويلة، تم تهميش مجال الرفاه هذا وكأنه ليس سوى إضافة لغيره من مجالات الرعاية الصحية. يركز البرنامج الوطني للصحة النفسية على تعميم الوعي بالصحة النفسية، وهو ما يحد من الوصمة التي تلاحقها، ويجعلها جزءاً من إستراتيجية وطنية شاملة للرعاية الصحية”.

يُشرف البرنامج الوطني للصحة النفسية على فرقة العمل المعنية بالصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي، التي تشارك في رئاستها منظمة الصحة العالمية واليونيسف، والتي تنسق عمل أكثر من ٦٠ منظمة. وكذا يعمل البرنامج عن كثب مع الفريق العامل المعني بحماية الأطفال في حالات الطوارئ ولجنة الدعم النفسي الاجتماعي، والتي تعمل



انفجار: دمر انفجار ميناء بيروت منزل جاد البالغ من العمر ٩ سنوات.
© UNICEF/UN0475286/UNICEF Lebanon

الإلكترونية والرقمية، وخطوط الدعم الوجداني المباشرة، والحملات التليفزيونية الوطنية، والدورات الإلكترونية التفاعلية.

خدمة أساسية مقبولة قائمة على حقوق الإنسان متوافرة لكل أفراد المجتمع وقرية من موقع سكنهم".

مع الفرقة العاملة لتوفير أدوات وإرشادات موحدة تهدف إلى مواصلة برامج الدعم النفسي الاجتماعي المعنية بالأطفال، ومقدمي الرعاية، والمجتمعات المحلية.

وأما عن جاد، فيعني اتباع لبنان هذا النهج الجديد الخاص بالصحة النفسية أنه وأسرته أصبحوا يتمتعون بفرصة الوصول الياسير إلى الدعم النفسي، وهي خدمة لم تكن متوافرة لهم في الماضي. استقبل جاد زيارات قام بها مرشد اجتماعي بين الفينة والأخرى. وبسبب القيود التي فرضتها جائحة الكورونا، قدمت له ماريا سفير، طبيبة نفسية لدى منظمة حماية جلسات علاجية نفسية كلامية عبر الإنترنت.

لم يكن انفجار مرفأ بيروت هو الحادث الوحيد في عام ٢٠٢٠ الذي وضع النهج الجديد الذي يتبعه البرنامج الوطني للصحة النفسية تحت الاختبار. بالطبع، فاقم الانفجار من ظروف كانت متوترة بالفعل في لبنان، منها انهيار الاقتصاد، وتنامي الفقر، وتزايد القلاقل الاجتماعية والسياسية. ففي عام ٢٠٢٠، واجه لبنان، مثل بقية العالم، تبعات جائحة الكورونا على الصحة النفسية.

وفضلاً على ذلك، يركز البرنامج على المراكز الصحية الأساسية، ويقدم تدريباً في مجال الصحة النفسية للممرضين والممرضات، والأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات، والممارسين العموميين والممارسات العموميات في القطاع الصحي في المستشفيات، لضمان تمتعهم بالمستوى الأساسي من المعرفة.

قالت سفير بأنه مع مرور الوقت، أصبح جاد قادراً على المغامرة بالخروج من المنزل رغم مخاوفه المتكررة، كما أحرز "تقدماً شجاعاً".

واستجابةً للجائحة، عملت حكومة لبنان وشركاؤها في خدمات الصحة النفسية معاً، لإعداد خطة مجتمعية ترمي إلى تعزيز الصحة النفسية، والوقاية من الضغوطات، وتوفير دعم الصحة النفسية لدى الأفراد. وأدرجت الخطة قطاعات متعددة، ومنها حماية الأطفال، والصحة، والتعليم، والتواصل من أجل التنمية. وتضمنت الجهود المبذولة إذكاء الوعي لدى المراهقين والمراهقات والشباب عبر المنصات

وأخيراً، فالبرنامج الوطني للصحة النفسية هو بداية عهد جديد خاص بالصحة النفسية في لبنان؛ عهد يركز على المجتمعات المحلية والرفاه، عوضاً عن مجرد توفير علاج طبي في المستشفيات.

"ويرد الشماخي قائلاً: "نحن بحاجة

إلى ترقية موضوع رعاية الصحة النفسية، فبدلاً من أن يكون ترفاً يتمتع به الأغنياء، يجب أن يصبح

*تم حجب اسم عائلة جاد لصون هويتها. وأجريت المقابلة معه في بيروت في ٩ نيسان / أبريل ٢٠٢١.

الإطار ٤.

حملة #أحب نفسي (#BTSLoveMyself) إنهاء العنف وتحسين تقدير الذات والعافية بين الأطفال واليافعين

أنفسنا" نحن أيضاً، وقد شعرنا بأننا ننمو كفرقة وكأفراد. ونحن نأمل بأن العديد من الناس شعروا كيف يمكن أن تصبح المحبة التي يتلقونها من الآخرين قوة تتيح لهم أن يحبوا أنفسهم. كما نأمل بأن تستمر رسالة 'أحب نفسي' في العمل على إطلاق الحيوية في حياة الجميع. وسيكون تشريفاً لنا نحن السبعة أعضاء الفرقة إذا تمكنا من مواصلة هذه الحملة وإعادة إطلاق المحبة المدهشة التي تلقيناها ومنح الناس القدرة على الاقتراب من هدف محبة النفس. ونحن نأمل بمواصلة عملنا هذا ومواصلة التعبير عما نعبّر عنه كي نتمكن من مساعدة الناس في العثور على المساعدة والمحبة".

"شكراً لكم جميعاً" فاليوم أنقذتم حياة".

وأثناء جائزة كوفيد-١٩، شكّلت التأمّلات الشخصية التي عبّر عنها أعضاء الفرقة مساعدة للأطفال واليافعين الذين شعروا بالعزلة والانقطاع والوهن. وقال "جوهارا" البالغ من العمر ٢٣ سنة من الفلبين: (@paralumanssi)

وفي آذار / مارس ٢٠٢١، جدّدت فرقة بي تي أس وشركة بيغ هيت ميوزيك التزامهما بحملة 'أحب نفسي'، وتعهدا بتقديم أكثر من مليون دولار لليونسيف، وهذا المبلغ هو الأرباح الناتجة عن بيع مواد حملة 'أحب نفسي'، وجزء مبيعات ألبوم 'أحب نفسك' الغنائي.

حملة اليونسيف والتشجيع على المحبة واللفظ؛ وأقامت أكشاكاً في أماكن انعقاد عروضها الموسيقية في جميع أنحاء العالم لتوزيع معلومات حول هذه الحملة.

وجمعت الفرقة ٣,٦ ملايين دولار لعمل اليونسيف لإنهاء العنف، ووصلت إلى ملايين اليافعين برسائل إيجابية عن تقدير النفس والرعاية الذاتية. واجتذبت الموسم #أحب نفسي (#BTSLoveMyself) حوالي ٥ ملايين تغريدة، وفقاً لموقع تويتر، وأكثر من ٥٠ مليون مشاركة - من قبيل الإعجابات، وإعادة التغريد، والردود، والتعليقات - شملت جميع بلدان العالم تقريباً، وفقاً لموقع (Talkwalker).

من فرقة 'بي تي أس':

"لقد بدأنا حملة 'أحب نفسي' كوسيلة للوصول إلى اليافعين والمساعدة في تحسين حياتهم وحقوقهم. وأثناء هذه العملية، سعينا أن نحب

تأسست فرقة 'بي تي أس' (BTS) الغنائية الجماهيرية في عام ٢٠١٣ في جمهورية كوريا، وأصبحت من أكثر الفرق الغنائية نجاحاً في عصرنا، إذ احتلت خمس من أغانيها المرتبة الأولى بين الأغاني الأكثر رواجاً في أقل من سنة، ولها ٣٨ مليون متابع على موقع تويتر، وتتمتع بجمهور واسع في جميع أنحاء العالم يُطلق عليه لقب 'الجيش'.

وفي عام ٢٠١٧، ضمت فرقة 'بي تي أس' والشركة التي تنتج أغانيها، 'بيغ هيت ميوزيك' (BIGHIT MUSIC)، جهودهما إلى جهود اليونسيف لتسخير تأثير الفرقة للمساعدة في إنهاء العنف والإساءات والتنمر ولتعزيز الثقة بالنفس والعافية بين اليافعين في العالم. وقد تحدث أعضاء الفرقة، من موقعهم كمؤيدين لليونسيف، أمام قادة العالم في الاجتماع السنوي للجمعية العامة للأمم المتحدة في نيويورك؛ وأطلقت الفرقة مقطعاً موسيقياً حصرياً لدعم



أصوات إيجابية: فرقة البوب الشهيرة BTS تتحدث إلى عشاق الموسيقى والأمم المتحدة.
© UNICEF/UN0238385/Garten, UN Photo



الرعاية الرؤوم: من المهم جداً للصحة العقلية أن يتم دعم الوالدين، مثل هذه الأم في الهند، ليتمكنوا من دعم أطفالهم بشكل أفضل.



الفصل ١

الصحة العقلية

الصحة العقلية هي حق يتطلب رعاية؛ وهي حالة إيجابية للعافية واستثمار أساسي في الأطفال والعالم. مع ذلك، كثيراً ما تكون الصحة العقلية أمراً هامشياً لصانعي القرار والقادة والأسر - هذا إذا تم التفكير فيها أصلاً. ونتيجة لذلك، يعاني ملايين الأطفال واليافعين بصمت، وتكبحهم مظاهر الوصم وسوء الفهم. وتتكدس المجتمعات عدة ملايين من الدولارات سنوياً بسبب هذا الصمت. أما كلفته على الأطفال والأسر، فهي عصية على الحساب.

ويمكن حساب كلفة هذا الصمت بالأيام والأشهر والسنوات التي تُهدر من حياة الناس. أما بالنسبة للأطفال واليافعين تحديداً، فتُحسب هذه الكلفة بالأحلام المهذورة.

وإضافة إلى ما تتسبب فيه اعتلالات الصحة العقلية من أضرار على الأطفال واليافعين، فإنها تسلب المجتمعات من إمكاناتها البشرية. ويمكن حساب هذه الكلفة بالقدرات البشرية المهذورة، والتي تقوض ونام الأسر والمجتمعات المحلية والأمم وازدهارها.

الحياتية.^{١٨} وبالنسبة للأطفال واليافعين، ترتبط الصحة والعافية العقلية بالوالدين ومقدمي الرعاية المنهمكين انهماكاً وثيقاً في تشكيل حياتهم.

وثمة إطار أعد مؤخراً بشأن المراهقين تحديداً، وقد حدّد خمسة مجالات للعافية: الصحة الجيدة مع تغذية مثلى؛ والقيم الإيجابية المتراصة والمساهمة في المجتمع؛ والبيئات الآمنة والداعمة؛ والتعلّم والكفاءة والمهارات والتعليم وقابلية العثور على عمل؛ والفاعلية والقدرة على الصمود.^{١٩}

الصحة العقلية ليست اضطراباً أو حتى غياباً للاضطرابات. بل هي أمر إيجابي، وهي حالة من أحوال الصحة.

ومن جوانب عديدة، تتلاقى جميع هذه الأطر لتصف الصحة والعافية العقلية الإيجابيتين. لكن، وبصفة عامة، يمكن فهم الصحة والعافية العقلية ضمن ثلاث فئات:^{٢٠}

السلوك وفي القدرة على الانتباه. وبالنسبة للأطفال والمراهقين الذين عانوا من اعتلالات في الصحة العقلية، تشكل هذه الاعتلالات جزءاً من حياتهم، ويُعد تقديم الرعاية لهم وتزويدهم بفرصة لعيش حياة صحية حقاً أساسياً.

مع ذلك، ثمة عدد كبير من الأطفال والمراهقين يعانون بصمت، ويثبطهم سوء الفهم والوصم ونقص المبادرات الشاملة التي تعزز وتحمي الصحة العقلية والرعاية لمن يحتاجونها.

وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.^{٢١}

وقد وُصفت الصحة العقلية، بوصفها أمراً إيجابياً، بأنها "حالة دينامية من التوازن الداخلي" تتضمن القدرة على تطبيق مهارات اجتماعية وعاطفية وإدراكية أساسية للخوض بفاعلية في الحياة والعالم.^{٢٢} وثمة تعريفات أخرى تربط الصحة العقلية الإيجابية بالقدرة على "التمتع بالحياة والتعامل مع التحديات التي نواجهها".^{٢٣} وعموماً، تتطرق معظم التعريفات إلى القدرات العاطفية، والإدراكية، والوظيفية، والاجتماعية، والبدنية، والروحية.^{٢٤}

وغالباً ما يتم ربط الصحة العقلية بالعافية والرفاه - وهو مفهوم واسع قد يتضمن الصحة، والحالة الاقتصادية، والتغذية، والوضع النفسي.^{٢٥} وفي التقرير الذي أصدره مركز إينوشينتي للأبحاث التابع لليونسيف، وعنوانه 'عوامل من التأثير: فهم ما يُشكّل عافية الطفل في البلدان الغنية'، أشار المركز إلى ثلاث فئات تشكل مكونات العافية: العافية العقلية الجيدة، والصحة الجسدية الجيدة، والمهارات

تُعد الصحة العقلية أساس قدرة الإنسان على التفكير، والشعور، والتعلّم، والعمل، وبناء علاقات ذات معنى، والمساهمة في المجتمعات المحلية والعالم. وهي جزء أصيل من صحة الفرد وأساس لصحة المجتمعات المحلية.

وتمثل الصحة العقلية حقاً يجب تعزيزه وحمايته. وعلى صعيد العالم، ثمة عدد كبير من الأطفال والمراهقين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية، بما في ذلك الاكتئاب، والقلق، واضطرابات في

الصحة العقلية: ما هي

تستحضر كلمة الصحة صورة التمرينات الرياضية، والأغذية المغذية، والتوازن بين حياة العمل وبين الأسرة والرفاهية. وإذا أضفنا كلمة 'العقلية' بعد كلمة الصحة - الصحة العقلية - تتحول الصور في أذهاننا إلى صور قائمة. ففي خلفية تصوراتنا يمكن مفاهيم خاطئة عديدة وتعابير تتضمن كلمات من قبيل خطير، ومجنون، وممسوس، ومخبول. وتُعتبر الصحة العقلية بأنها مشكلة تتعلق بالإفراط في التفكير، كما تُنبذ رعاية الصحة العقلية على أنها ترف يلجأ إليه أولئك الذين يتمتعون بوقت وموارد تزيد عن حاجتهم. وفي أجزاء عديدة من العالم، تُعالج الصحة العقلية بوصفها مشكلة بيولوجية أو طبية فقط (انظر الإطار x - التعامل مع الطفولة بالأدوية).

مع ذلك فإن الصحة العقلية ليست اضطراباً أو حتى غياباً للاضطرابات. فهي أمر إيجابي، وهي حالة للصحة.

وفي الواقع، ضمنت منظمة الصحة العالمية في وثيقتها التأسيسية الصحة العقلية في تعريفها للصحة: "حالة من اكتمال السلامة بدنياً

الإطار ٥.

الصحة العقلية: حقٌّ وهدفٌ

ترتبط الصحة العقلية ارتباطاً وثيقاً بالوضع الصحي العام - للأفراد، والمجتمعات المحلية، والأمم، والاقتصادات.

وقد أقرت منظمة الصحة العالمية بهذا الارتباط في دستورها من خلال تعريف الصحة بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز". وقد أكدت هذه الوثيقة التأسيسية أيضاً على أن أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان هو تحقيق "أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه"، والذي يشكل أيضاً أمراً أساسياً لبلوغ السلم والأمن.^١

ومنذ عام ١٩٤٨، عندما دخل دستور منظمة الصحة العالمية حيز النفاذ، أكدت عدة آليات دولية على الحق بالصحة العقلية ووفرت هياكل لحمايتها.^٢ وفي عام ١٩٩١، أكدت الجمعية العامة للأمم المتحدة على الحق برعاية الصحة العقلية وشددت على الحقوق الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقات النفسية-الاجتماعية.^٣

وفيما يخص الأطفال، أسست اتفاقية حقوق الطفل التي صدرت عن الأمم المتحدة في عام ١٩٨٩ إطاراً لفهم أهمية خدمات الصحة العقلية التي يقودها الأطفال والشباب.^٤ وتدعو اتفاقية حقوق الطفل الدول الأعضاء أن تحمي المصالح الفضلى للأطفال واليا فعيين ومعالجة الأخطار العديدة على الصحة العقلية، بما في ذلك التمييز، والعنف، والحرمان من الحرية. وتحديداً، تؤكد اتفاقية حقوق الطفل

على مسؤولية الدول الأعضاء عن توفير أفضل الفرص لبقاء الأطفال واليا فعيين ومماهم، بما في ذلك توفير الرعاية الصحية. وتدعو الاتفاقية الدول الأعضاء إلى تعزيز التعافي البدني والنفسي والاجتماعي للأطفال واليا فعيين الذين يعانون من الإهمال، أو الإساءات، أو المعاملة أو العقوبة المهينة، أو النزاعات المسلحة. كما تسلط الضوء على حق الأطفال واليا فعيين ذوي الإعاقات بالحصول على رعاية للصحة العقلية وعلى نمط حياة صحي.

إضافة إلى ذلك، دلّ إقرار اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وبروتوكولها الاختياري في عام ٢٠٠٦ على التزام عالمي بحقوق الإنسان والحريات الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة.^٥ وتدعو هذه الاتفاقية إلى نبذ نهج إضفاء الصفة الطبية على الإعاقات بصفة عامة وعلى اعتلالات الصحة العقلية بصفة خاصة.^٦ كما تسلط الضوء على الطرق العديدة التي تؤدي فيها العوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية إلى زيادة التفاوت للأشخاص ذوي الإعاقات النفسية-الاجتماعية.

وقد بذلت الأمم المتحدة أيضاً جهوداً محدّدة لمعالجة إعاقات النمو. ففي عام ٢٠١٢، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة قراراً دعا الحكومات إلى حماية حقوق الأطفال والأسر المتأثرين باضطرابات طيف التوحد، واضطرابات النمو، وما يتصل بها من أشكال الإعاقة.^٧ وفي عام ٢٠١٤، دعت جمعية الصحة العالمية إلى القيام بمزيد من الاستجابات المتعددة القطاعات دعماً للجهود الشاملة والمنسقة

لإدارة اضطرابات طيف التوحد.^٨

ومع إقرار أهداف التنمية المستدامة في عام ٢٠١٥، أقرت الدول الأعضاء بالأمم المتحدة بالصحة العقلية كمصلحة عامة عالمية وكحق يتعين على البلدان حمايته.^٩

ويدعو قرار أهداف التنمية المستدامة - والذي يمثل مخططاً لتحقيق السلام والازدهار والاستدامة عالمياً - إلى تبني نهج لتعزيز الصحة والعافية العقليتين والوقاية من اعتلالات الصحة العقلية ومعالجتها. ويضع القرار تصورات بشأن "عالم تتاح فيه للجميع سبل متكافئة للحصول على التعليم الجيد على جميع المستويات، وعلى الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية، وتكفل فيه السلامة البدنية والعقلية والرفاه الاجتماعي".^{١٠}

ويؤدي تعزيز الصحة العقلية للأطفال واليا فعيين وحمايتها ورعايتها دوراً في تحقيق معظم الأهداف الإنمائية ال-١٧. فإضافة إلى الهدف ٣ الذي يدعو الدول الأعضاء إلى "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار"،^{١١} تتصدى أهداف التنمية المستدامة إلى العديد من عوامل الخطر التي تهدد الصحة العقلية للأطفال واليا فعيين. بل أن الأهداف الرامية إلى معالجة الفقر، وانعدام المساواة، والتغذية، والتعليم، والمساواة بين الجنسين، والمجتمعات المحلية المستدامة، والعدالة الاجتماعية، تؤدي دوراً حيوياً أيضاً في الصحة العقلية للأطفال واليا فعيين. وبالتالي، فإن معالجة الصحة العقلية سيساعد الدول الأعضاء في تحقيق تلك الأهداف.^{١٢}

- العافية العاطفية: الحياة الإيجابية، والسعيدة، والهادئة، والمسالمية، التي تتضمن اهتماماً وانهماكاً
- العافية الاجتماعية: القدرة على التعامل مع مجريات الحياة مترافقة مع الشعور الشخصي بالقيمة والانتماء
- العافية العملية: القدرة على تطوير المهارات والمعارف التي تساعد المرء على اتخاذ قرارات إيجابية والاستجابة إلى تحديات الحياة

طيف متصل

من المرجح أن يمر الأطفال واليافعون على امتداد حياتهم بتدرجات من الصحة والعافية العقليتين الإيجابيتين. كما سيواجه العديد منهم تدرجات من اعتلالات الصحة العقلية.

وأحياناً، قد توجد الصحة العقلية الإيجابية واعتلالات الصحة العقلية لدى الفرد في وقت واحد. فمثلاً، بوسع شخص يعاني من اعتلال تم تشخيصه في الصحة العقلية أن يحقق حساً بالعافية الإيجابية - حساً بالصحة العقلية - على الرغم من وجود أعراض مزعجة أو منهكة.^{٢١}

وبالمقابل، قد يمر شخص ليس لديه اعتلال تم تشخيصه في الصحة العقلية في مستويات مختلفة من الصحة العقلية على امتداد حياته.

ونتيجة لذلك، فإن التركيز على اعتلالات الصحة العقلية لوحدها - والاعتماد على التدخلات الطبية فقط - لا يصف تنوع التجارب الإنسانية في مجال الصحة العقلية، ويمكن أن يقيد الجهود الرامية إلى تعزيز الصحة العقلية وحمايتها أثناء تقديم الرعاية إلى المحتاجين إليها.

الصحة العقلية الإيجابية

لقد أرسى الباحثون مقاييس مصممة لقياس

الصحة العقلية الإيجابية. ومن بين المؤشرات التي يتم قياسها القبول بالذات، والتفاؤل، والقدرة على الصمود، والعلاقات الإيجابية مع الوالدين أو الأقران، والشعور بالهدف في الحياة، ومشاعر النمو أو الإنجاز.^{٢٢} وثمة مقاييس أخرى لقياس الصحة العقلية الإيجابية تركز على الكيفية التي ينظر فيها الناس إلى أنفسهم في حياتهم العامة، بما في ذلك شعورهم بالقبول الاجتماعي والاندماج في مجتمعاتهم المحلية.

ومع التركيز على الصحة العقلية الإيجابية، يصبح من الواضح أن غياب اعتلالات الصحة العقلية لا يعني التمتع بالصحة العقلية.^{٢٣} فالأطفال واليافعون الذين لا يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية قد يمرون - ومن المحتمل أن يمروا - بعدة درجات من الصحة العقلية الإيجابية على امتداد حياتهم. واستناداً إلى هذا النموذج، استنتج الباحثون أن معظم السكان ربما يتمتعون بصحة عقلية متوسطة، وبعض السكان ربما في حالة عقلية مزدهرة، بينما يمر البعض الآخر بحالة واهنة من الصحة العقلية. وإضافة إلى ذلك هناك جزء من السكان يعانون من اعتلالات قابلة للتشخيص في مجال الصحة العقلية.

اعتلالات الصحة العقلية

يمكن لاعتلالات الصحة العقلية أن تحدث ضمن طيف متصل. ويحتوي هذا الطيف على تدرجات تتضمن الكرب البسيط والمؤقت، واعتلالات يمكن إدارتها قد تصبح مزمنة أو لا تصبح مزمنة، واعتلالات متنامية وحادة في الصحة العقلية. ويمكن للطفل أن يعاني خلال حياته من وضع عقلي يقع على مكان ما من هذا الطيف المتصل.

ويتضمن هذا الطيف المتصل اعتلالات واسعة الانتشار في الصحة العقلية من قبيل القلق، والاكتئاب، والذهان، واضطرابات الاعتماد على تعاطي الكحول والمخدرات. وتُحسب

التقديرات العالمية لانتشار الاضطرابات العقلية والخسائر في الأرواح وخسارة الحياة الصحية بناء على بيانات بشأن الاضطرابات،

إن فهم الصحة العقلية، وخصوصاً فيما يتعلق بالأطفال واليافعين، يعني إدراك أن الفكرة نفسها منضفرة مع القيم الاجتماعية والأسرية، والمعايير الثقافية، والتوقعات الاجتماعية، والقدرات المتعلقة بالنماء.

بما في ذلك: الاكتئاب، والقلق، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وطيف التوحد، واضطرابات السلوك، وتعاطي المخدرات، والإعاقات الذهنية المجهولة السبب، واضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، ومجموعات اضطرابات الشخصية.^{٢٤}

ولكن من المهم ملاحظة أن معظم اعتلالات الصحة العقلية تظل من مستوى أقل كثيراً من عتبة التشخيص.^{٢٥} وعلى سبيل المثال، قد يصف شخص يافع شعوره 'بالاكتئاب' أو 'القلق' في وضع معين، ولكن أحياناً فقط تتطور هذه المشاعر إلى مستوى يجعلها تؤثر على الحياة اليومية لهذا الشخص أو إلى مستوى يستدعي إجراء تشخيص وتقديم علاج.

السياق ذو أهمية رئيسية

إن فهم الصحة العقلية، وخصوصاً فيما يتعلق بالأطفال واليافعين، يعني إدراك أن الفكرة نفسها منضفرة مع القيم الاجتماعية والأسرية، والمعايير

وهي تختلف من بلد إلى آخر، ومن مجتمع محلي إلى آخر، وأحياناً من أسرة إلى أخرى. ونتيجة لذلك، يتعين على أساليب تقييم الصحة العقلية أن تأخذ بالاعتبار السياقات الثقافية والاجتماعية والسياسية والبيئية.

إضافة إلى ذلك، تُفهم تجارب المحن والصدمات فهماً مختلفاً في السياقات الثقافية المختلفة، مما يؤثر على أشكال فهم الصحة العقلية.^{٣٦} وبالمثل، تتطور التوقعات المتعلقة بالسعادة والنمو الشخصي ومستوى الرضا مع تقدم الطفل بالعمر،

الثقافية، والتوقعات الاجتماعية، والقدرات المتعلقة بالنماء. فعلى سبيل المثال، ثمة تنوع في التصورات بشأن السلوك المقبول والنشاط الاجتماعي الملائم، وهي تعتمد على الوضع، والعمر، والثقافة.

الإطار ٦.

المصطلحات الرئيسية

يستخدم تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١ مصطلح 'اعتلال الصحة العقلية' لوصف طائفة واسعة من الاعتلالات التي قد تتفاوت في شدتها من الحالة البسيطة والمؤقتة إلى الحالة الشديدة والممتدة مدى الحياة. ويُعتبر العديد من هذه المصطلحات بأنه ينطوي على وصم، وبالتالي يتم تجنبها واستبدالها بعبارات تعريفية من قبيل 'طفل عانى من اعتلال في الصحة العقلية'، أو 'مستهلك لخدمات الصحة العقلية'، أو 'مراجع سابق لخدمات الطب النفسي'.^{٣٧} واستخدمت منظمة الصحة العالمية أيضاً عبارة 'اعتلال الصحة العقلية' في بعض المواد للإشارة إلى "الاضطرابات العقلية والعصبية وتلك المتعلقة بتعاطي المخدرات، ومخاطر الانتحار، وما يرتبط بذلك من إعاقات نفسية-اجتماعية، وإدراكية، وذهنية".^{٣٨} مع ذلك، ثمة مصطلحات عديدة مستخدمة في ميدان الصحة العقلية، وبعضها ينطوي على معانٍ أكثر تحديداً. ومن بين هذه المصطلحات:

للصحة العقلية، وبصرف النظر عن الكيفية التي يحددونها بها هويتهم الذاتية وعن تشخيصهم".^{٣٤} ويُستخدم مصطلح 'الاضطراب العقلي والإعاقة النفسية-الاجتماعية' على امتداد خطة العمل للصحة العقلية للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠ لمنظمة الصحة العالمية.^{٣٥} وتُفضل آليات حقوق الإنسان الدولية والوكالات التي تمثل الأشخاص ذوي الإعاقات استخدام مصطلح 'الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية-الاجتماعية'.^{٣٦}

العافية: مفهوم واسع يرتبط بعدة مجالات من قبيل الصحة، والاقتصاد، والتغذية، والحالة النفسية.^{٣٧} وعموماً، تتضمن العافية عناصر عاطفية ونفسية واجتماعية.

النموذج البيولوجي-النفسي-الاجتماعي: نهج شامل للصحة العقلية يأخذ بالاعتبار المُحددات البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية.

العلامات الخاصة بالعمر ودورة الحياة، ويتضمن الشعور الإيجابي بالهوية، والقدرة على إدارة الأفكار والعواطف، والقدرة على بناء العلاقات، والقدرة على التعلّم واكتساب التعليم.

الصحة العقلية والدعم النفسي-الاجتماعي: عبارة مركبة متفق عليها من قبل اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات "لوصف أي نوع من الدعم المحلي أو الخارجي الهادف إلى حماية أو تعزيز العافية النفسية-الاجتماعية و / أو منع الاضطرابات العقلية أو معالجتها".^{٣٢}

نفسي-اجتماعي: يصف هذا المصطلح تأثير العوامل الاجتماعية على العقل والسلوك والعلاقة المتبادلة بين العقل والمجتمع في نمو الإنسان.^{٣٣}

الإعاقة النفسية-الاجتماعية: مصطلح يُستخدم للإشارة إلى "جميع الأشخاص الذين يعانون من التمييز والعوائق الاجتماعية أو من كرب ذاتي، بناء على تشخيص فعلي أو متصور

تصنيفات الصحة العقلية: تصنيفات رسمية للاضطرابات العقلية مستمدة من منشورات من قبيل التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة الذي تُصدره منظمة الصحة العالمية، ودليل الاضطرابات العقلية التشخيصي والإحصائي الذي تُصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي.

الاضطراب العقلي: يتألف من طائفة من الاعتلالات بأعراض مختلفة. وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية الاضطراب العقلي بأنه يتضمن:^{٣٩}

"القلق، والاكتئاب، والفصام، والاعتماد على الكحول والمخدرات".^{٤٠}

الصحة العقلية: تعرّفها منظمة الصحة العالمية بأنها "حالة من العافية يتمكن من خلالها الفرد من تحقيق قدراته، والتعامل مع الضغوط العادية للحياة، والعمل على نحو منتج، وتقديم إسهامات لمجتمعه المحلي".^{٤١} وبالنسبة للأطفال، يأخذ التعريف، وبحكم الضرورة، بالاعتبار



دعم الأم: في هندوراس، تقوم لورديس بمساعدة خوسيه، ١٤ عاماً، على التعامل مع تأثير التنمر، وهو عامل خطورة معروف يضر بالصحة العقلية.
© UNICEF/UN0231740/Zehbrauskas

تقديرات البيانات

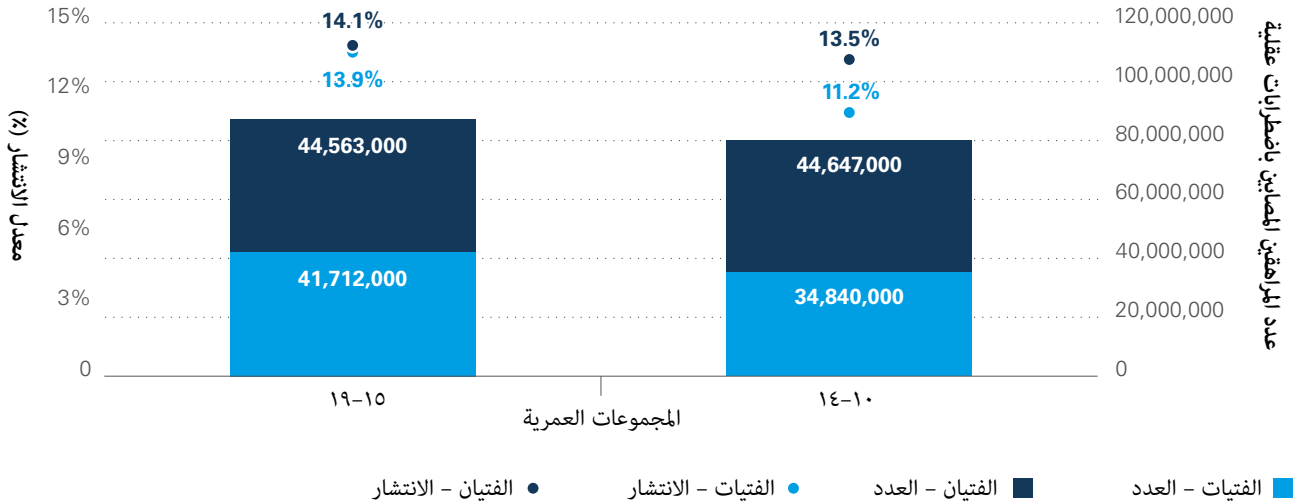
الأرجحية قليلاً أن يعاني الأولاد المراهقون من اضطرابات عقلية مقارنة بالبنات، وذلك في كلا الفئتين العمريتين المذكورتين. مع ذلك، تزيد الأرجحية بأن تعاني البنات من اعتلالات في الصحة العقلية عندما تُعرّف هذه الاعتلالات بأنها كرب نفسي، أو نقص في الرضا عن الحياة أو الشعور بالازدهار والسعادة، وذلك وفقاً لدراسة حول المراهقين جرت في ٧٣ بلداً في عام ٢٠٢١.^{٤٠}

بلغ عدد المراهقين من الفئة العمرية ١٠ إلى ١٩ سنة أكثر من ١,٢ بليون في العالم في عام ٢٠٢٠،^{٣٨} وتشير التقديرات أن أكثر من ١٣ بالمئة منهم يعانون من اضطرابات عقلية.^{٣٩} وهذا يعني أن ما يُقدر بـ ٨٦ مليون مراهق من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، و٨٠ مليون مراهق من الفئة العمرية ١٠-١٤ سنة، مصابون باضطرابات عقلية (انظر الشكل ١-١). إضافة إلى ذلك، تزيد

تظل اعتلالات الصحة العقلية ونقص استجابات الرعاية في كافة أنحاء العالم، في البلدان الغنية والفقيرة على حد سواء، سبباً في قدر كبير من المعاناة بين الأطفال واليافعين، كما أنها من بين الأسباب الرئيسية للوفيات والأمراض والإعاقات، لا سيما بين المراهقين الأكبر سناً. ومن بين الطرق لقياس هذه الكلفة الإنسانية هي قياس انتشار الاضطرابات العقلية.



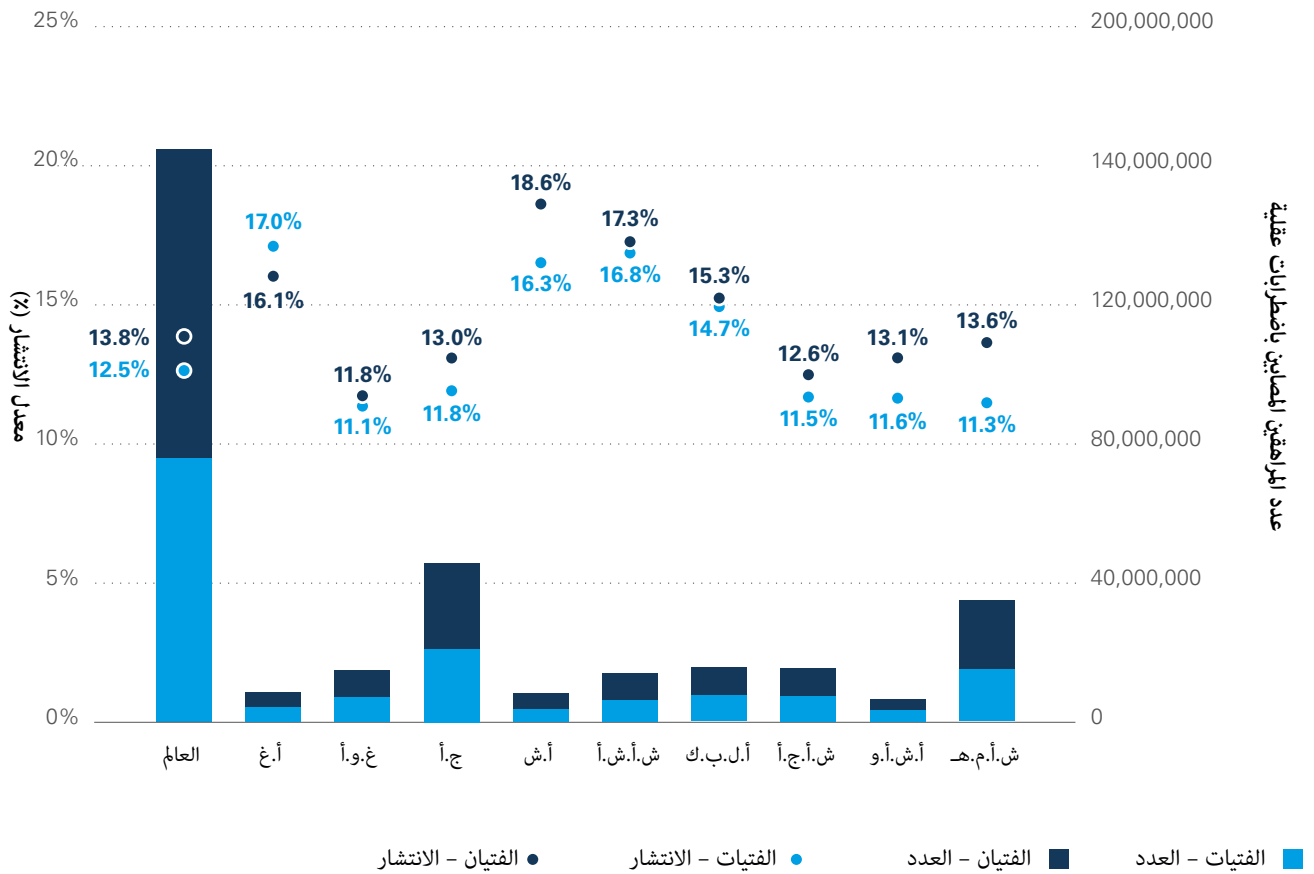
الشكل ١-١ - تقديرات انتشار الاضطرابات العقلية على الصعيد العالمي للبنات والأولاد للفئتين العمريتين ١٠-١٤ سنة و١٥-١٩



ملاحظة: تم تقريب عدد المراهقين المصابين باضطرابات عقلية إلى أقرب ١,٠٠٠؛ تستند الحسابات إلى الاضطرابات التالية: الاكتئاب، والقلق، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وطيف التوحد، واضطرابات السلوك، والفصام، والإعاقات الذهنية المجهولة السبب، واضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، ومجموعة من اضطرابات الشخصية. المصدر: تحليلات اليونيسف استناداً إلى تقديرات من معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي، دراسة العبء العالمي للمرض، ٢٠١٩.

وتزيد معدلات انتشار الاضطرابات العقلية بين الأولاد المراهقين من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة (١٣,٨٪) وعددها مقارنة مع البنات من الفئة العمرية نفسها (١٢,٥٪). وتوجد في منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ ومنطقة جنوب آسيا أعلى أعداد المراهقين الذين يعانون من اضطرابات عقلية. أما منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ومنطقة أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية فيوجد فيهما أعلى معدلات انتشار (انظر الشكل ٢-١). وقد برزت هذا الأنماط ذاتها للفئتين العمريتين ١٠-١٤ سنة و١٥-١٩ سنة.

الشكل ٢-١- تقديرات أعداد ونسبة انتشار اضطرابات الصحة العقلية بين المراهقين من الأولاد والبنات حسب العمر وحسب مناطق العالم ومناطق اليونسف، ٢٠١٩



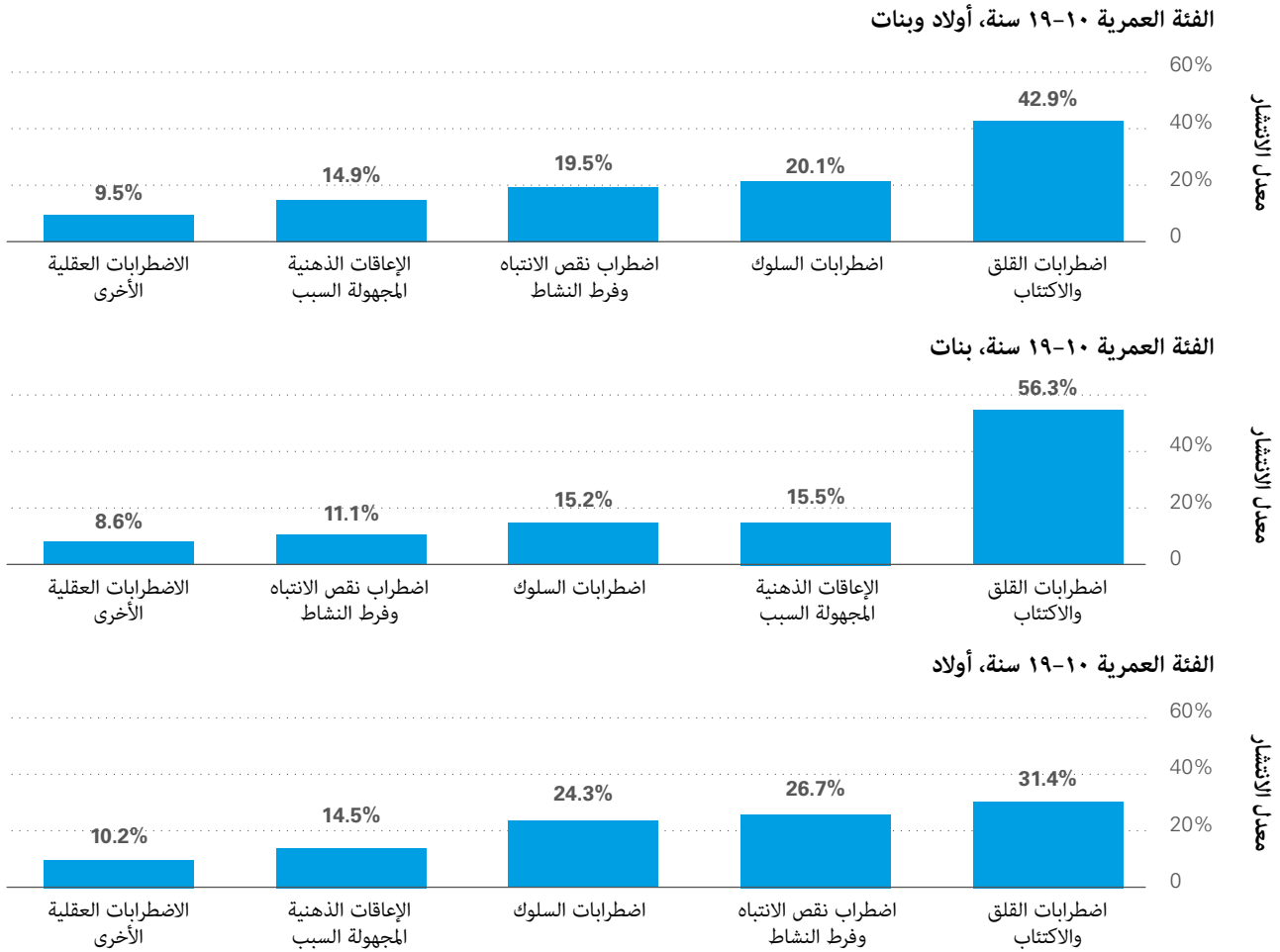
ملاحظة: ش.أ.م.ه. شرق آسيا والمحيط الهادئ؛ أ.ش.أ.و. أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى؛ ش.أ.ج.أ. شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي؛ أ.ل.ب.ك. أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ ش.أ.ش.أ. الشرق الأوسط وشمال أفريقيا؛ أ.ش. أمريكا الشمالية؛ ج.أ. جنوب آسيا؛ غ.و.أ. غرب ووسط أفريقيا؛ أ.غ. أوروبا الغربية. وتستند الحسابات إلى الاضطرابات التالية: الاكتئاب، والقلق، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وطيف التوحد، واضطرابات السلوك، والفصام، والإعاقات الذهنية المجهولة السبب، واضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، ومجموعة من اضطرابات الشخصية. المصدر: تحليلات اليونسف استناداً إلى تقديرات من معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي، دراسة العبء العالمي للمرض، ٢٠١٩.

الاكتئاب، والإعاقات الذهنية، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وطيف التوحد، والفصام، ومجموعة اضطرابات الشخصية.

في دراسة العبء العالمي للمرض التي أجراها معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي^{٤١}. وتشمل هذه الاعتلالات اضطرابات القلق، ونقص الانتباه / فرط النشاط، واضطرابات

القلق والاكتئاب والاضطرابات الأخرى تشكل اضطرابات القلق والاكتئاب بين المراهقين من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة ٤٠ بالمئة من اضطرابات الصحة العقلية المشمولة

الشكل ٣-١- انتشار القلق، والاكتئاب، واضطرابات معينة أخرى، ضمن البنات والأولاد من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة الذين يعانون من اضطرابات عقلية، ٢٠١٩



ملاحظة: يزيد مجموع معدلات انتشار الاضطرابات المنفردة عن ١٠٠ بالمئة نظراً لمعاناة بعض الأفراد بأكثر من اضطراب واحد في الوقت نفسه. وتستند الحسابات إلى الاضطرابات التالية: الاكتئاب، والقلق، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وطيف التوحد، واضطرابات السلوك، والفصام، والإعاقات الذهنية المجهولة السبب، واضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، ومجموعة من اضطرابات الشخصية.

المصدر: تحليلات اليونيسف استناداً إلى تقديرات من معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي، دراسة العبء العالمي للمرض، ٢٠١٩.

الانتحار

كل ١١ دقيقة، وفقاً لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية التي كانت متوفرة عند إعداد هذا التقرير. ويزداد خطر هذه المأساة مع ازدياد عمر المراهقين (انظر الشكل ٤-١).

وعلى صعيد العالم، يمثل الانتحار خامس أكبر سبب للوفاة بين المراهقين من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة.^{٤٢} وبالنسبة للمراهقين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، يشكل الانتحار رابع أكبر سبب للوفاة (انظر الشكل ٥-١)؛ وحتى بين المراهقين الأصغر سناً، يظل الانتحار بين أكبر ١٠ أسباب للوفاة. وبالنسبة للأولاد من

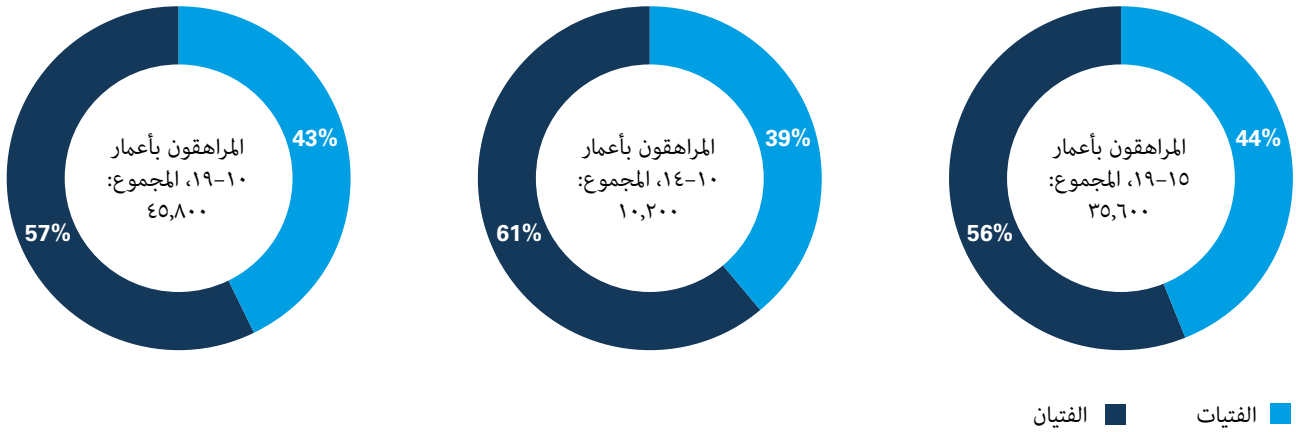
الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، يمثل الانتحار رابع أكبر سبب للوفاة، وذلك بعد إصابات الطرق، والعنف بين الأشخاص، والسل (انظر الشكل ٦-١). أما للبنات من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، يمثل الانتحار ثالث أكبر سبب للوفاة بعد السل والاعتلالات المرتبطة بالحمل والولادة. مع ذلك، يظل عدد البنات اللاتي يتوفين من جراء الانتحار - ويبلغ ٥ سنوياً من كل ١٠٠,٠٠٠ - أقل مقارنة مع الأولاد - ويبلغ ٦ سنوياً من كل ١٠٠,٠٠٠.

ويمثل الانتحار أكبر سبب للوفيات بين المراهقين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة في منطقة أوروبا

الشرقية وآسيا الوسطى؛ وثاني أكبر سبب للوفاة في أمريكا الشمالية، وأوروبا الغربية، وجنوب آسيا، وغرب ووسط أفريقيا؛ وثالث أكبر سبب للوفاة في أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (انظر الشكل ٥-١).

يمثل الانتحار خامس أكبر سبب للوفاة بين المراهقين من الفئة العمرية ١٩-١٠ سنة.

الشكل ٤-١- التقديرات الخاصة بالانتحار كسبب للوفاة على صعيد العالم، بحسب العمر والجنس، ٢٠١٩



ملاحظة: النتائج مقرّبة إلى أقرب ١٠٠؛ حدود الثقة بخصوص المراهقين من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة هي ٣٢,٦٤١ - ٣٣,٠٦٨؛ ١٠-١٤ سنة هي ٦,٥١٧ - ١٥,٤٩٠؛ ١٥-١٩ سنة هي ٢٦,١٢٤ - ٤٧,٥٧٨. المصدر: تحليلات اليونيسف استناداً إلى التقديرات الصحية العالمية التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩؛ حُسبت التقديرات العالمية باستخدام البيانات السكانية من التوقعات السكانية في العالم لعام ٢٠١٩ والصادرة عن شعبة السكان بالأمم المتحدة.



الشكل ١-٥- أكبر خمسة أسباب للوفاة بين المراهقين الأولاد والبنات من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة بحسب مناطق اليونسيف، ٢٠١٩

المنطقة	المرتبة	السبب
العالم	١	الإصابات على الطرق
	٢	السل
	٣	العنف بين الأشخاص
	٤	الانتحار
	٥	أمراض الإسهال
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	١	الانتحار
	٢	الإصابات على الطرق
	٣	العنف بين الأشخاص
	٤	الغرق
	٥	التهابات الجهاز التنفسي السفلي
أمريكا الشمالية	١	الإصابات على الطرق
	٢	الانتحار
	٣	العنف بين الأشخاص
	٤	اضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات
	٥	الغرق
أوروبا الغربية	١	الإصابات على الطرق
	٢	الانتحار
	٣	تشوهات خلقية
	٤	اضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات
	٥	اللوكيميا
شرق آسيا والمحيط الهادئ	١	الإصابات على الطرق
	٢	السل
	٣	الغرق
	٤	الانتحار
	٥	العنف بين الأشخاص
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	١	الإصابات على الطرق
	٢	فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
	٣	السل
	٤	العنف بين الأشخاص
	٥	الاعتلالات المرتبطة بالحمل والولادة
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	١	العنف بين الأشخاص
	٢	الإصابات على الطرق
	٣	الانتحار
	٤	الغرق
	٥	اللوكيميا
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	١	الإصابات على الطرق
	٢	العنف الجماعي وتدخّل القانون
	٣	العنف بين الأشخاص
	٤	أمراض القلب الإقفارية
	٥	الانتحار
جنوب آسيا	١	السل
	٢	الانتحار
	٣	أمراض الإسهال
	٤	الإصابات على الطرق
	٥	العنف بين الأشخاص
غرب ووسط أفريقيا	١	السل
	٢	الإصابات على الطرق
	٣	الاعتلالات المرتبطة بالحمل والولادة
	٤	العنف بين الأشخاص
	٥	فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

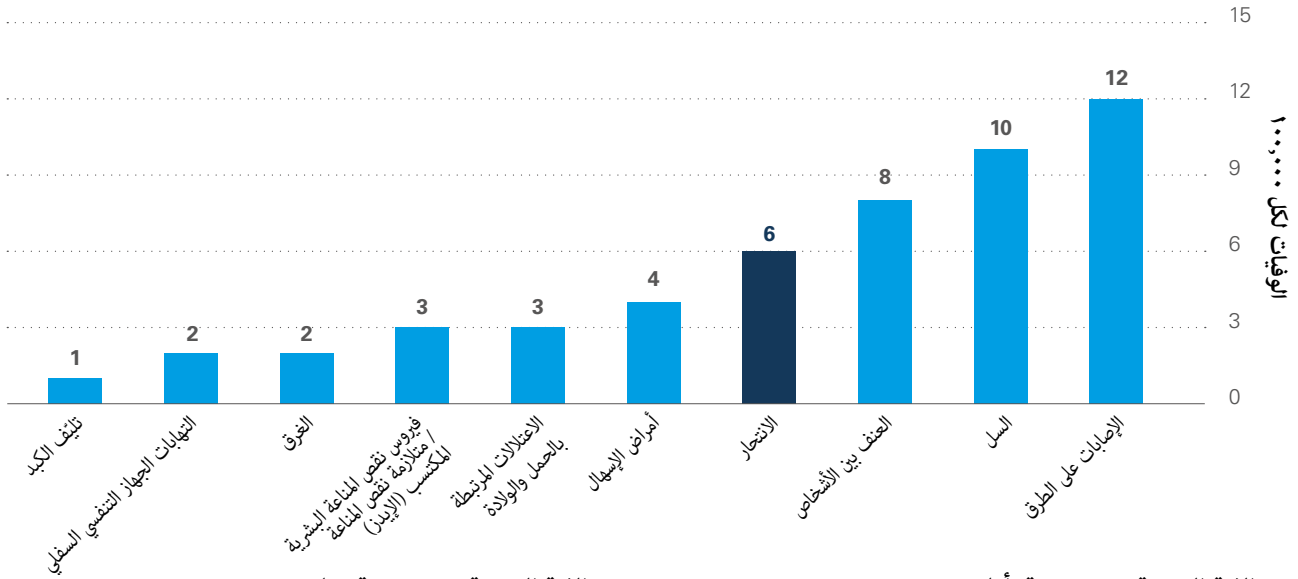
ملاحظة: حدود الثقة لهذه التقديرات متوفرة على الموقع <<https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>>.

المصدر: تحليلات اليونسيف استناداً إلى التقديرات الصحية العالمية التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩؛ حُسبت التقديرات العالمية والإقليمية باستخدام البيانات السكانية من التوقعات السكانية في العالم لعام ٢٠١٩ والصادرة عن شعبة السكان بالأمم المتحدة.

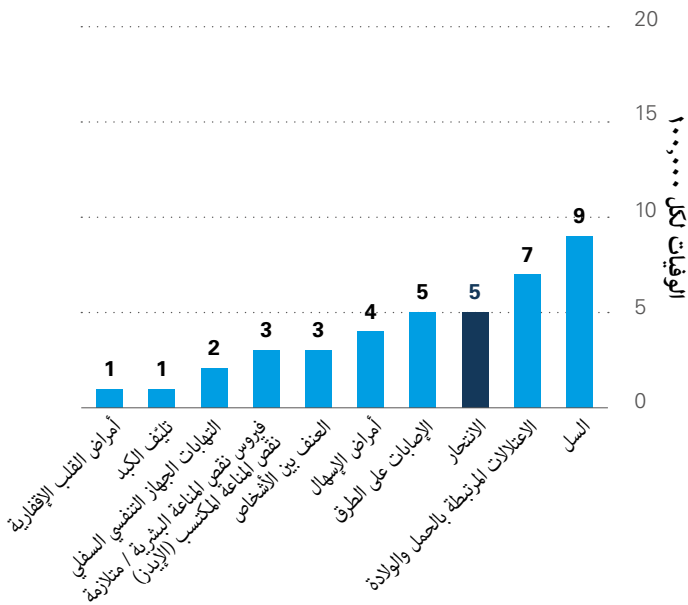


الشكل ١-٦- أكبر ١٠ أسباب للوفاة بين المراهقين الأولاد والبنات من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، ٢٠١٩
الأولاد والبنات بسن ١٥-١٩ سنة

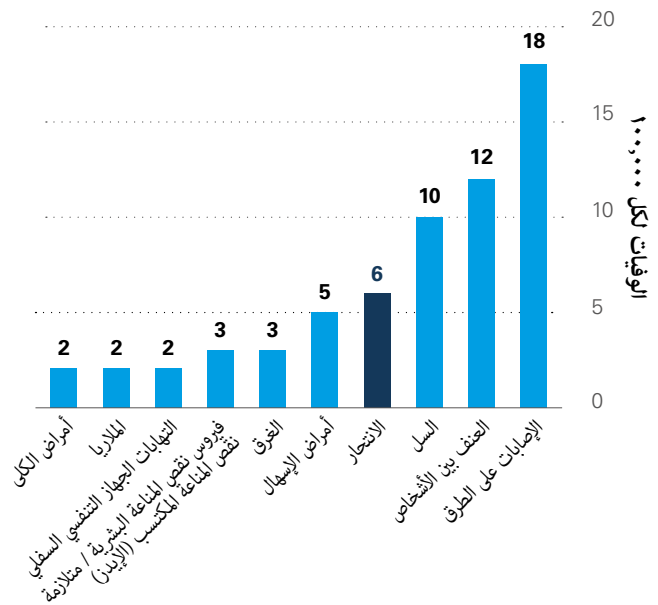
الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، أولاد وبنات



الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، بنات



الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، أولاد



ملاحظة: تحليلات اليونيسف استناداً إلى التقديرات الصحية العالمية التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩؛ حُسبت التقديرات العالمية باستخدام البيانات السكانية من التوقعات السكانية في العالم لعام ٢٠١٩ والصادرة عن شعبة السكان بالأمم المتحدة.

الإطار ٧.

تنبيه بشأن البيانات

ثمة أسباب عديدة تدعو للحفاظ بشأن تقديرات البيانات الخاصة بالصحة العقلية، وخصوصاً ما تقوله هذه البيانات حول الانتحار وإيذاء النفس. وتاريخياً، ظل يُعتبر أن ثمة نقصاً في الإبلاغ بشأن الانتحار.^{٤٣} ونتيجة لذلك، ظلت نوعية البيانات حول الانتحار وجودتها تُعتبر ضعيفة. فمثلاً، وضمن التقديرات الخاصة بالانتحار التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية، توقّرت بيانات سجلات حيوية جيدة النوعية في ٨٠ دولة عضو فقط لاستخدامها في تقدير معدلات الانتحار.^{٤٤}

إضافة إلى ذلك، يمكن أن يكون موضوع الانتحار موضوعاً حساساً. وفي الواقع من المرجح أن تكون أسباب نقص الإبلاغ مرتبطة بالوصم المحيط بالانتحار في العديد من الثقافات والأسر. ففي بعض البلدان، يُعتبر السلوك المرتبط بالانتحار منافياً للقانون، مما قد يقود أيضاً إلى نقص في الإبلاغ وسوء في التصنيف. كما يمكن أن تشترك السلطات الطبية والسلطات القانونية في تسجيل حالات الانتحار في السجلات الوطنية، لذا قد تختلف الإجراءات بهذا الشأن بين السلطات المختلفة. وغالباً ما يُساء تصنيف حالات الانتحار بوصفها وفيات بدوافع غير محددة، أو أسباب مجهولة، أو حوادث. وبالنسبة للأطفال والياقنين بصفة خاصة، تزيد أرجحية تسجيل حالات الانتحار بوصفها وفيات ناجمة عن أسباب غير محددة أو عن حوادث، ليس فقط بسبب الافتراضات بشأن مرحلة النمو للفرد المعني، ولكن أيضاً لتجنب الوصم الذي قد يتعرض له أسر الأطفال المتوفين.^{٤٥}

ويمكن أن يكون تقييم البيانات حول أي اعتلال في الصحة العقلية أمراً معقداً. ففي معظم أنحاء العالم، لا تتوفر أي بيانات؛ إذ لا يتم جمعها أو تحليلها؛ كما أنها لا تُستخدم لتطوير سياسات وبرامج فعالة أو لتخصيص الموارد.^{٤٦} وفي البلدان والمناطق المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، تغطي بيانات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين حوالي ٢ بالمئة من السكان.^{٤٧} وهذا يجعل من حساب العبء العالمي للأمراض الناجمة عن الاضطرابات العقلية أمراً صعباً إذ أن حوالي ٩٠ بالمئة من المراهقين في العالم الذين يبلغ عددهم ١,٢ بليون يعيشون في بلدان منخفضة الدخل وبلدان متوسطة الدخل.

وفي البلدان التي تجمع بيانات، تختلف أساليب جمع البيانات مما يحول غالباً دون قابليتها للمقارنة. ونتيجة لذلك، فإن معظم الإبلاغ عن انتشار الاضطرابات العقلية، خصوصاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، مستمد من تقديرات منمذجة تستند إلى قدر ضئيل من البيانات الفعلية.

إن وجود البيانات الجيدة حول انتشار اعتلالات الصحة العقلية - وعوامل الخطر والحماية - هو أمر حاسم الأهمية لتصميم وتنفيذ سياسات وبرامج ملائمة لحماية الأطفال. كما تلزم هذه البيانات للتخصيص الدقيق للموارد لمساعدة المراهقين المحتاجين للدعم.^{٤٨}

ولا يمكن توليد بيانات جيدة دون تخصيص استثمار في ذلك.^{٤٩} ورغم أنه من المتوقع أن الكلفة العالمية للتعامل مع اعتلالات الصحة العقلية فاقت ٦ تريليونات دولار في عام ٢٠٢٠، ظل الاستثمار في الأبحاث عالقاً عند رقم ٣,٧ بلايين دولار سنوياً، استناداً إلى حسابات للاستثمارات بين عامي ٢٠١٥ و٢٠١٩. وهذا يعني تخصيص حوالي نصف سنت أمريكي للشخص سنوياً. ويُنفق ٣٣ بالمئة فقط من هذا المبلغ على الأبحاث حول الصحة العقلية والأطفال والياقنين.

علاوة على ذلك، يُنفق ٢,٤٪ فقط من هذا التمويل على الأبحاث في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث يعيش ٨٤ بالمئة من سكان العالم.

إن معظم الإبلاغ عنانتشار الاضطراباتالعقلية، خصوصاً فيالبلدان المنخفضةالدخل والمتوسطةالدخل، مستمد منتقديرات منمذجةتستند إلى قدر ضئيلمن البيانات الفعلية.

قسم خاص

الوصم

رغم الإدراك المتزايد لتأثير اعتلالات الصحة العقلية على حياة الأفراد وعلى المجتمعات المحلية، تظل ظواهر الوصم المرتبطة بالصحة العقلية قوة مؤثرة تعيق الجهود الرامية لتعزيز الصحة العقلية وحماية الأطفال واليافعين المستضعفين.^{٥٠}

وقد أدت التأثيرات التمييزية الناشئة عن الوصم - سواءً المقصود أم غير المقصود - إلى تثبيط الأطفال واليافعين عن السعي للحصول على علاج كما قيّدت فرصهم بالنماء والتعلم والازدهار.^{٥١} وفي الواقع، عندما يتحدث الأطفال واليافعون الذين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية يقولون إن الرفض وسوء الفهم والتمييز المرتبط بالوصم المتعلق بالصحة العقلية قد يتسبب بأضرار تفوق تلك الناجمة عن الاعتلال نفسه.

وخلال مناقشات مجموعة تركيز عُقدت بالتعاون مع الدراسة العالمية للمراهقة المبكرة التي أجرتها جامعة جونز هوبكنز، ومع ١٣ منظمة شريكة من جميع أنحاء العالم، أكد المراهقون المشاركون على أن الوصم المرتبط بالصحة العقلية قد يعيقهم عن طلب المساعدة. وقد تحدثوا عن شواغلهم بأنهم قد يواجهون أحكاماً قاسية من الأسرة أو الأصدقاء أو المسؤولين المدرسين أو مجتمعاتهم المحلية إذا كشفوا عن معاناتهم من اعتلال في الصحة العقلية. وقد كان هذا الشاغل قوياً بين الأولاد بصفة خاصة، والذين شعروا بتردد كبير إزاء مشاطرة

مشاعرهم حول الصحة العقلية بسبب أعراف النوع الجنساني الذكورية.

وكانت نتيجة هذه المخاوف التزام الصمت إزاء اعتلالات الصحة العقلية.

وعلى حد تعبير فتاة مراهقة من السويد أثناء مناقشة ليافين بسن ١٥-١٩ سنة: "بخصوص الإجهاد والأمراض العقلية، يرتبط هذا الموضوع بقلق كبير لدى العديدين. وليس حرياً بك أن تتحدث بشأنه ... فالمجتمع جعل الموضوع إمرأً مبالغاً به، وبات يُفترض أنه يتعلق بشيء سلبي".

وفي كينيا، قال ولد شارك في المجموعة نفسها: "عندما يعلم المرء بأن لديه اعتلال، ويكون غير مستعد لمشاطرة الموضوع مع أي شخص ... فسيتسبب له ذلك بكثير من الكدر".

وقالت فتاة من مصر شاركت في نقاش لمجموعة يافعين بسن ١٠-١٤ سنة: "ثمّة أناس إذا رأوا شخصاً يتوجه إلى الطبيب النفسي يقولون عنه مجنوناً".

ينشأ الوصم المرتبط بالصحة العقلية من مزيج من العوامل من قبيل الجهل والتحيز والتمييز.^{٥٢} وعلى حد تعبير السير غراهام ثورنيكروفت، وهو رئيس مشارك للجنة لانسيث المعنية بالوصم والتمييز، وهي لجنة حديثة التأسيس، فإن الوصم هو مشكلة تتعلق بالمعرفة والمواقف والسلوكيات.

وتبدأ قوة الوصم المرتبط بالصحة العقلية في مرحلة مبكرة من حياة الطفل. فعندما يبلغ الطفل سن السادسة، يتمكن من إدراك المصطلحات اليومية المهينة المرتبطة بالاعتلالات العقلية، من قبيل مجنون أو مخبول.^{٥٣} وفي سن العاشرة، يدرك الصور النمطية الثقافية التي تهين الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية. وقد أظهرت الدراسات أنه رغم ازدياد معارف الأفراد بشأن اعتلالات الصحة العقلية مع تقدمهم في السن، إلا أن هذه المعرفة لا تعني دائماً تقبلهم لهذه الاعتلالات.

ويؤدي النوع الجنساني أيضاً دوراً في فهم الأطفال للصحة العقلية. فقد أظهرت الدراسات أن الأرجحية أكبر بأن يتعرض الذكور للوصم وأن يقوموا بإدامته، مقارنة مع الإناث.^{٥٤} وعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة لمراهقين صغار السن من فئات إثنية متنوعة في الولايات المتحدة الأمريكية أن الأرجحية أكبر أن يقوم الأولاد بوصم شخص ما يعاني من اعتلال عقلي والابتعاد عنه اجتماعياً، مقارنة بالبنات.^{٥٥}

لا يتعلم الأطفال وصم اعتلالات الصحة العقلية من تلقاء ذاتهم؛ فالعديد منهم يقلدون السلوك الذي يرونه في العالم المحيط بهم. فمثلاً، جرت دراسة ممثلة لجميع الفئات الاجتماعية في جنوب الهند شملت ٥٦٦ معلماً في مدارس ثانوية ووجدت أن حوالي ٧٠ بالمئة منهم يعتقدون أن الاكتئاب هو ضعف وليس مرضاً، وأنه حالة غير قابلة للتوقع ولكنها ليست خطيرة.^{٥٦}



مسكتون: وصمة العار — سواء كانت مقصودة أم لا — قد تمنع الأطفال من طلب المساعدة.

© UNICEF/UN0423115/Grigoryan

إلى مجتمعاتهم المحلية، مما يؤدي عادة إلى مفاقمة وضع الصحة العقلية بينهم، والذي يكون هشاً أصلاً.^{٦٣} وبالمقابل، يرتبط الإجهاد والوصم الاجتماعي المزمن - من قبيل التمر أو الرفض المنتصر من الوالدين - بمعدلات انتشار أكبر لاعتلالات الصحة العقلية بين الأطفال واليافعين المنتمين إلى مجتمع الميم.^{٦٤}

ويمكن للوصم أن يكون هيكلياً أيضاً إذ يؤثر على القوانين، والسياسات، والمواقف، والأعراف الاجتماعية، ويمكن أن يؤدي إلى انتهاكات لحقوق الإنسان.^{٦٥} ومن بين الأمثلة على ذلك القوانين والسياسات التي تقيد حرية الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية، وطريقة العرض التي تعتمد على وسائل الإعلام والتي تديم الصور النمطية. ومن بين التبعات غير المقصودة النقص الشديد في المساعدات الإنمائية للتدخلات المعنية بالصحة العقلية، ومحدودية الأبحاث بشأن الصحة العقلية، وتقييد دفعات مستحقات التأمين لعلاج اعتلالات الصحة العقلية.

على الاندماج في المجتمع. كما يمكن أن يؤثر على شعورهم بالهوية، وتترتب على ذلك مضامين على نجاحهم في المدرسة وفي الحياة.^{٦٦} إن أحد أشد تأثيرات الوصم ضرراً هو أن بوسعه تثبيط رغبة المرء في السعي للحصول على مساعدة.^{٦٧} ويمكن للوصم حتى أن يمنع الطفل واليافع من الكشف عن الأعراض التي يعاني منها لأقرب الأشخاص إليه. وبدلاً من ذلك يقرر العديد من اليافعين التعامل لوحدهم مع الصعوبات التي يعانون منها في الصحة العقلية.^{٦٨}

يمكن للوصم أن يعمل باتجاهين: فبوسعه أن يثير اعتلالات الصحة العقلية كما يمكنه أن يفاقمها. ويمكن أن يتوافق الوصم مع جوانب إجهاد أخرى، من قبيل التمييز القائم على العرق أو النوع الجنساني أو الإعاقة أو الميل الجنسي أو التاريخ الشخصي، مما يدفع إلى ضعف الصحة العقلية. فعلى سبيل المثال، غالباً ما يواجه الأطفال والمراهقون المرتبطون بجماعات مسلحة وصماً عندما يحاولون العودة

وقد عمل مجال الصحة العقلية نفسه على إدامة الوصم. وفي الواقع، يتضمن تاريخ الطب النفسي أمثلة لمهنيين أضفوا صفة مرضية على السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً أو سياسياً، وأودعوا أفراداً ضد إرادتهم في مصحات عقلية أو في مستشفيات تشبه السجن.^{٦٩}

الأخطار: الفردية والهيكلية

يمكن أن يكون تأثير الوصم على الصحة العقلية معقداً. لكن بصفة عامة، يمكن للوصم أن يؤثر على الأفراد وعلى الهياكل الاجتماعية.^{٧٠} وفي كلا هاتين الفئتين، يمكن للوصم - الفردي أو الاجتماعي - أن يكون متعمداً أو غير متعمد.

فبالنسبة للأفراد، يمكن للوصم عندما يترسخ في النفس أن يشكل تقدير الذات لدى الطفل وأفعاله ومشاعره وأساليبه في التعامل مع الصعوبات. وبالنسبة للمراهقين بصفة خاصة، يمكن للوصم أن يتسبب أيضاً بمشاعر الخزي والرفض الاجتماعي والخشية من عدم القدرة

التكاليف

يمكن أن تكون التكاليف الإنسانية لتجاهل الصحة العقلية تكاليف مدمرة للأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. مع ذلك، فإن التكاليف المالية للإحجام عن معالجة اعتلالات الصحة العقلية - كلفة عدم القيام بعمل - هي تكاليف مدمرة أيضاً.



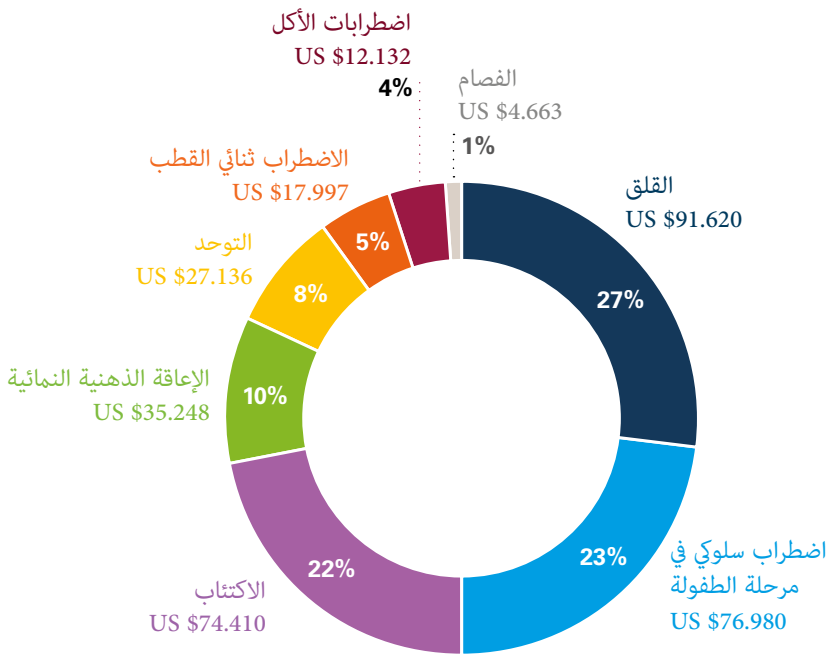
إن رعاية الصحة العقلية تندرج ضمن الرعاية الصحية المعتادة. وبوصفي امرأة عانيت من اضطراب قلق عام ودخلت المستشفى لتلقي العلاج، فإنني أعرف المدى الذي بوسع الرعاية الجيدة للصحة العقلية أن تغيّر فيه الحياة. كما اختبرْتُ مباشرة مدى ضرر وخطورة الوصم المحيط بالصحة العقلية. ويجب لذلك أن ينتهي. لقد آن الأوان لأن نحتشد معاً لكسر هذا الوصم ليتمكن كل شخص - بصرف النظر عن الثروة أو النوع الجنساني أو العرق أو المكان الذي يعيش فيه - أن يسعى بأمان للرعاية الطبية التي يحتاجها لصحته العقلية وأن يحصل عليها.

أليسا ميلانو هي ممثلة ومؤلفة ومنتجة ومقدمة برامج وناشطة أمريكية. وعُيّنَت سفيرة للنوايا الحسنة لليونيسف في عام ٢٠٠٣.

في تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١، عمل الباحثان ديفيد مكديد وسارا إيفانز-لاكو من قسم السياسات الصحية في كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية على تقدير التكاليف العالمية لاعتلالات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين بسن ١٩-٠ سنة. ويستند التقدير إلى القيمة المهذورة لرأس المال العقلي - أو الموارد الإدراكية والعاطفية - التي يساهم فيها الأطفال واليافعون في الاقتصادات إذا لم يتم تثبيطهم من جراء اعتلالات الصحة العقلية.

وبدأ الباحثان بتقديرات لعبء الأمراض المرتبطة بالصحة العقلية معبراً عنه بسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة. وتمثل سنة واحدة معدلة، خسارة سنة واحدة من حياة صحية بسبب الإعاقة أو الوفاة المبكرة.^{٦٥} ثم حدد الباحثان قيمة مالية لكل سنة خالية من الإعاقة استناداً إلى معدل مخرجات كل شخص يساهم في الاقتصاد. لذا فإن سنة واحدة معدلة تكافئ حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي معبراً عنها بتعادل القوة الشرائية. وتتيح هذه الصيغة إجراء مقارنات على صعيد العالم.

الشكل ٧-١ - كلفة الاضطرابات العقلية استناداً إلى حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي لبلدان محددة ومعدّلة حسب تعادل القوة الشرائية، بملايين الدولارات



المصدر: مكديد، ديفيد وسارا إيفانز-لاكو، 'حجة للاستثمار في الصحة والعافية العقليتين للأطفال'، ورقة معلومات أساسية لتقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، أيار / مايو ٢٠٢١.

الحالية).^{٦٦} وتتضمن الاعتلالات التي تسببت معظم هذه الكلفة (انظر الشكل ٧-١):

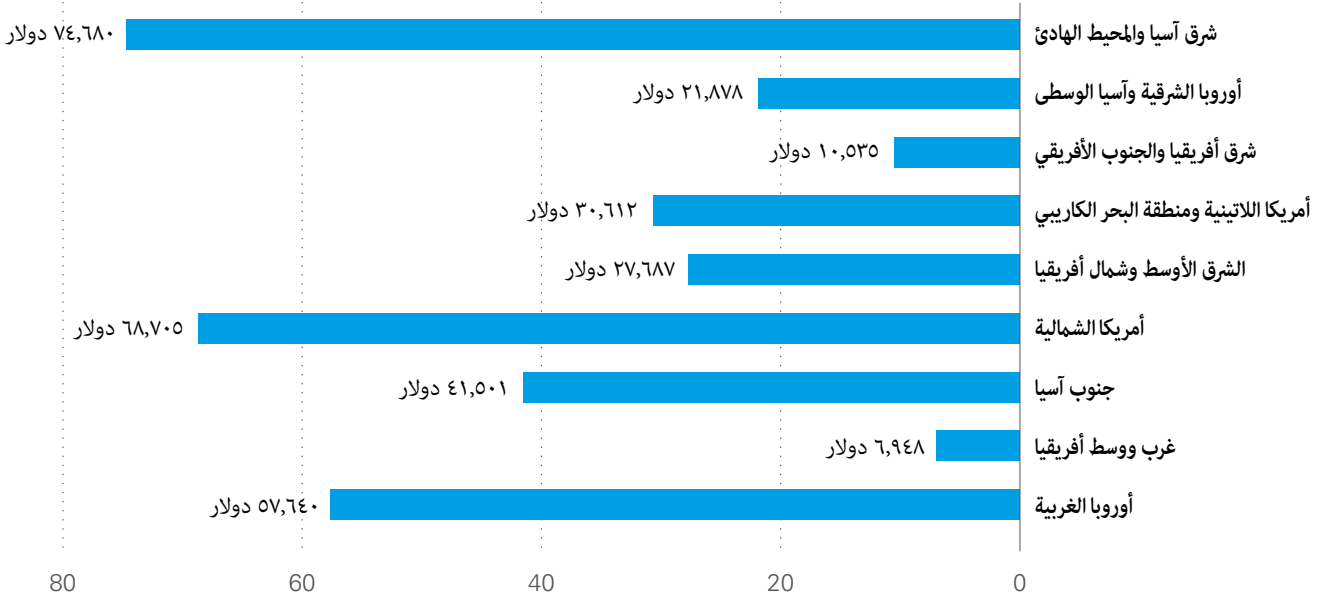
- اضطرابات القلق: ٢٦,٩٣ بالمئة
- اضطرابات السلوك: ٢٢,٦٣ بالمئة
- الاكتئاب: ٢١,٨٧ بالمئة

إضافة إلى ذلك، بلغت الخسارة الناجمة عن الإيذاء المتعمد للنفس ٤٧ بليون دولار. وعند جمعها معاً تبلغ قيمة خسارة رأس المال الإنساني ٣٨٧,٢ بليون دولار (انظر الشكل ٧-١).

وباستخدام هذه المنهجية، قدّر الباحثان مكديد وإيفانز-لاكو أن الخسارة السنوية في رأس المال الإنساني الناتجة عن اعتلالات الصحة العقلية تبلغ ٣٤٠,٢ بليون دولار (بالدولارات المعادلة للقوة الشرائية



الشكل ٨-١- رأس المال الإنساني المهودور من جراء الاضطرابات العقلية بحسب مناطق اليونسف واستناداً إلى قيمة محددة للبلدان للسنوات المعدلة حسب الإعاقة، بملايين الدولارات (حسب تعادل القوة الشرائية)^{٦٧}



المصدر: مكديد، ديفيد وسارا إيفانز-لاكو، 'حجة للاستثمار في الصحة والعافية العقلية للأطفال'، ورقة معلومات أساسية لتقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، أيار / مايو ٢٠٢١.

تُخصّص هذه التقديرات كلفة اقتصادية أكبر للصحة العقلية السيئة في الاقتصادات الأكثر إنتاجية. مع ذلك، من المهم أن نتذكر بأن العبء الوبائي لاعتلالات الصحة العقلية بين الأطفال والمراهقين يوجد على نحو غير متناسب في أقل البلدان نمواً. وهذه مسألة تنتج عن السمات الديمغرافية إذ يشكل الأطفال واليا فعون في البلدان الفقيرة حصة أكبر من السكان مقارنة مع البلدان الغنية.^{٦٨}

لذا يقدّم الباحثان مكديد وإيفانز-لاكو نهجاً بديلاً لتقدير الكلفة العالمية لاعتلالات الصحة العقلية للأطفال يُخصّص القيمة نفسها للإعاقة في كل مكان في العالم. وحسب هذه الصياغة، تُخصّص قيمة ١٦,٩٥١ دولاراً لكل سنة معدلة حسب الإعاقة - أي معدل الدخل لكل شخص في العالم معبراً عنه بتعادل القوة الشرائية.

واعتماداً على هذا النهج، تُقدّر الكلفة العالمية لرأس المال الإنساني المهودور بـ ٣٩٣,٢ بليون دولار (وفقاً لتعادل القوة الشرائية)، في حين تبلغ الخسارة الناجمة عن إيذاء النفس ٥٧,٧ بليون دولار، وبهذا يصل مجموع الإمكانيات الإنسانية المهودورة سنوياً ٤٥١ بليون دولار.

ومما يزيد من سوء الوضع أنه من المتوقع أن تزداد كلفة اعتلالات الصحة العقلية، فيما عدا إيذاء النفس. وإذا لم يتغير معدل الانتشار، ستقفز الكلفة العالمية للإمكانيات البشرية المهودورة (استناداً إلى الكلفة العالمية للسنوات المعدلة حسب الإعاقة) إلى ٤٢٠ بليون دولار بحلول عام ٢٠٤٠.

ورغم ضخامة هذه الأرقام، لكن من المرجح أن هذه التقديرات لا تعكس الأضرار الاقتصادية

الكاملة لاعتلالات الصحة العقلية. فيما أن الحسابات تستند إلى سنوات الحياة المهودورة بسبب الإعاقة أو الوفاة، فإنها لا تمثل تماماً الأعباء الاقتصادية والمالية التي تتسبب بها اعتلالات الصحة العقلية بين الأطفال والمراهقين، مثلاً، على أنظمة الصحة والتعليم والرفاه والعدالة الجنائية.

ويمكن أن تكون هذه الضغوطات كبيرة. ففي البرازيل، على سبيل المثال، قدّرت دراسة حول الأطفال بسن ٦-١٤ سنة في ساو باولو وفي بورتو أليغري أن التكاليف التي يتكبدها الوالدون وتتكبدها الخدمات الصحية والاجتماعية تزيد بمقدار ٢,٢ ضعفاً للطفل الذي يعاني من اعتلال في الصحة العقلية مقارنة مع الطفل الذي لا يعاني من اعتلال. وأظهرت دراسة جرت في المملكة المتحدة أن الكلفة الإجمالية على



الدروس المستفادة: يمكن للمدارس، مثل هذه في إندونيسيا، أن تساعد في دعم الصحة العقلية.
© UNICEF/UN0473685/ljazah

يوفر تعزيز الصحة العقلية ومنع الاعتلالات وتقديم الرعاية عوائد على الاستثمار للأفراد تظهر على شكل تحقيق الإمكانات - زيادة في المشاركة في المجتمعات المحلية، والمدارس، وأماكن العمل، والأسر.

الخدمات العامة المقدمة للأطفال واليا فعيين الذين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية تزيد بمقدار ١٥ ضعفاً عنها للأطفال الذين لا يعانون من اعتلالات.

ويظهر تأثير كلفة الصحة العقلية ليس فقط على الاقتصادات، بل أيضاً على الأفراد وأسرهم. وثمة مضامين مالية أيضاً لاعتلالات الصحة العقلية أثناء الطفولة على الأفراد المتأثرين - تستمر عادة إلى منتصف العمر.

وفي السويد، على سبيل المثال، يزيد معدل البطالة بين الملتحقين الذكور بالتجنيد الإيجابي الذين يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية في سن التاسعة عشرة، وذلك في السنوات العشرين التي تلي إتمامهم للخدمة العسكرية. ووجدت دراسة بريطانية وطنية حول نماء الأطفال أن الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٥٠ سنة وعانوا من اعتلالات في الصحة العقلية في طفولتهم يحصلون على دخل أسري أقل من أقرانهم الذين لم يعانون من اعتلالات، وبنسبة تبلغ ٢٨ بالمائة.

ولا تقتصر التكاليف على الجانب المالي. ففي نيوزيلندا على سبيل المثال، جرت دراسة تابعت مجموعة من الأطفال بسن ٧ سنوات ووجدت أن الأطفال الذين يعانون من أشد الاعتلالات السلوكية حققوا أسوأ مستوى من نواتج الحياة بعد ١٨ سنة. وتتضمن هذه النواتج السلبية: زيادة احتمالية الاعتقال أو الإدانة بجرime بمقدار ١١ ضعفاً؛ واحتمالية أكبر بالحمل أثناء المراهقة؛ واحتمالية أكبر بالاعتماد على أنظمة المساعدات الحكومية؛ وخطر البطالة لمدة تزيد عن ١٢ شهراً؛ وزيادة حالات محاولة الانتحار.

وفي البرازيل، أظهرت البيانات بخصوص أكثر من ٥,٠٠٠ طفل في مدينة بيلوتاس أن الأطفال الذين أظهروا اعتلالات سلوكية في سن ١١ سنة

التي تستثمر في الصحة العقلية للموظفين بأربعة أضعاف بالمعدل، وتحقق عائداً يبلغ ٥ دولارات عن كل دولار يُستثمر في عافية الموظفين.

ولا تقتصر الفوائد على الجانب المالي، إذ يوفر تعزيز الصحة العقلية ومنع الاعتلالات وتقديم الرعاية عوائد على الاستثمار للأفراد تظهر على شكل تحقيق الإمكانات - زيادة في المشاركة في المجتمعات المحلية، والمدارس، وأماكن العمل، والأسر.

وبالنسبة للمراهقين من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة، تشير الأدلة إلى أن الاستثمار في التدخلات القائمة على المدارس يمكن أن تكون فعالة وكفؤة من حيث الكلفة. ولغرض إعداد تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١، استعرض باحثون من 'معهد آر تي أي إنترناشونال' الأدلة الخاصة بحُزم التدخلات الشاملة في نطاقها - الموجهة إلى جميع الطلاب في المدارس - وكذلك حُزم التدخلات الموجهة لتلبية احتياجات الطلاب المعرضين للخطر. وكانت البرامج تعالج الوقاية الشاملة من القلق والاكتئاب، والوقاية الشاملة من الانتحار، وتدخلات موجهة لمنع الاكتئاب بين المراهقين المعرضين لمستوى عالٍ من الخطر.

واجهوا زيادة تبلغ ٣٨ بالمائة في احتمال أن يكونوا خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب عند بلوغهم سن ٢٢ سنة على الأقل.^{٦٩} كما يزيد احتمال ارتكابهم لسلوك إجرامي بنسبة ٩٢ بالمائة، ويزيد احتمال الاستخدام الخطير للكحول بنسبة ٣٩ بالمائة، ويزيد احتمال الاستخدام الضار للمخدرات المحظورة بنسبة ٣٢ بالمائة.

عائد الاستثمار

تعرض الأبحاث حول كلفة الامتناع عن العمل الخسائر في رأس المال الإنساني الناجمة عن اعتلالات الصحة العقلية. مع ذلك، ثمة فوائد مالية للقيام بعمل لمواجهةها - الاستثمار في الجهود لتعزيز الصحة العقلية للأطفال واليا فعيين وحمايتهم.

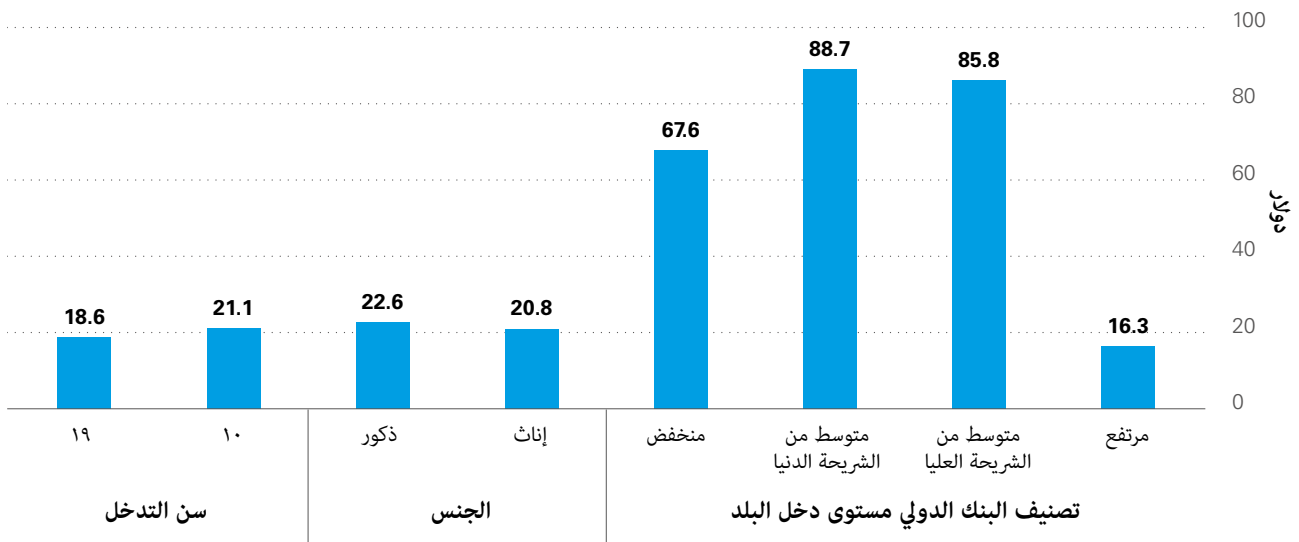
تُقدّر منظمة 'متحدون من أجل الصحة العقلية العالمية' بأن اعتلالات الاكتئاب والقلق في جميع الفئات السكانية تكلف العالم حوالي ٢,٥ تريليون دولار سنوياً على شكل إنتاجية اقتصادية مهدورة، ومن المتوقع أن تزداد هذه الكلفة.^{٧٠} ويزيد معدل الاحتفاظ بالموظفين لدى الشركات

وأظهرت البلدان المتوسطة الدخل من الشريحة العليا عائداً يبلغ ٨٥,٨ دولاراً؛ والبلدان المنخفضة الدخل، ٦٧,٦ دولاراً؛ والبلدان المرتفعة الدخل، ١٦,٣ دولاراً. ولم تظهر اختلافات جديّة في النتائج استناداً إلى عمر المراهقين أو نوعهم الجنساني (انظر الشكل ٩-١).

التي تتناول القلق والاكتئاب والانتحار توفر عائداً على الاستثمار يبلغ ٢١,٥ دولاراً عن كل دولار يُستثمر وذلك على امتداد ٨٠ سنة.^{٧١} وكان أكبر عائداً على الاستثمار في البلدان المتوسطة الدخل من الشريحة الدنيا، التي أظهرت عائداً يبلغ ٨٨,٧ دولاراً عن كل دولار يُستثمر.

واستخدم الباحثون في تحليلهم نموذج ماركوف الذي يتضمن بيانات من ٣٦ بلداً تمثل ٨٠ بالمئة من العبء العالمي للاضطرابات العقلية لهذه الفئة من المراهقين في عام ٢٠١٧. وتشير نتائج التحليل إلى أن التدخلات المدرسية

الشكل ٩-١- العائد على الاستثمار للتدخلات المدرسية المعنية بالصحة العقلية للمراهقين، بالدولار



المصدر: معهد آر تي آي إنترناشونال، 'العائد على الاستثمار للتدخلات المدرسية لمنع اضطرابات الصحة العقلية'، ورقة معلومات أساسية لتقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، أيار / مايو ٢٠٢١.

ويقفز العائد الطويل الأجل للاستثمار ليصل إلى ٧,٥٢ دولارات لكل دولار يُستثمر. ورغم الحاجة إلى إجراء المزيد من الأبحاث، خصوصاً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، تشير هذه الأنواع من نماذج الأبحاث إلى أن الاستثمار في جهود تعزيز الصحة العقلية وحمايتهم يمكن أن يكون فعالاً من حيث الكلفة. والأهم من ذلك، يمكن للاستثمار في الجهود الرامية لتعزيز الصحة العقلية وحمايتهم أن ينقذ الأطفال واليافعين من المعاناة القصيرة الأجل للاعتلالات في الصحة العقلية والتبعات السلبية التي تمتد مدى الحياة.

في فنلندا.^{٧٢} وكان هدف البرنامج منع التنمر، وهو خطر معروف يتسبب باعتلالات في الصحة العقلية. ويستند برنامج 'كيفاً' إلى نموذج قائم على المنع، والتدخل، والرصد، وهو يركز على تعزيز تعاطف الطلاب وكفاءتهم الذاتية وتشجيع المواقف المناهضة للتنمر داخل الغرف الصفية. وفي بريطانيا، قام معلمون بتقديم البرنامج لأطفال بسن ٧-١١ سنة. واستناداً إلى النجاح السابق الذي حققه برنامج 'كيفاً' وإلى تقديرات التكاليف الطويلة الأجل للتنمر، قدّر الباحثون أن تنفيذ البرنامج في المملكة المتحدة قد يوفر عائداً قصير الأجل بقيمة ١,٥٨ دولار عن كل دولار يُستثمر.

ورغم وجود عدد قليل فقط من الدراسات حول هذا الجانب في البلدان المنخفضة الدخل، ثمة تقييمات اقتصادية متفرقة حول عائد الاستثمار تشير إلى فوائد محتملة للاستثمار في منع اعتلالات الصحة العقلية وإيذاء النفس والانتحار. ويمكن للأبحاث الجديدة حول البرامج التي تعمل بفاعلية على تقليص انتشار اعتلالات الصحة العقلية أن توفر نموذجاً لحساب العائد على الاستثمار الرامي إلى تعزيز الصحة العقلية وحمايتهم. ومن بين هذه الدراسات دراسة بحثت في العائد على الاستثمار لبرنامج 'كيفاً' (KiVA)، وهو برنامج بحثي قائم على الأدلة طورته جامعة

دراسة حالة

بيرو

رعاية الصحة العقلية المجتمعية

يرى أندريه*، الذي يبلغ من العمر ١٤ عاماً، نفسه منفتحاً وقادراً على التكيف مع الظروف الجديدة. ولكن، منذ عامين تقريباً، تلقت والدته، روكسانا، مكالمة هاتفية مقلقة من مدرسته.

تروي روكسانا: "كان تحت أحد المكاتب يبكي ويقول: لا أريد البقاء على قيد الحياة".

عرفت روكسانا أن ابنها بحاجة إلى المساعدة. ولكنها تعيش وأندريه في الضواحي الشمالية للعاصمة ليما، وفيها يتشاركان غرفة في منزل إحدى الخالات. كانت المستشفيات والعيادات الخاصة بعيدة بُعداً شاسعاً عنهما، أو باهظة التكلفة. ولكن، وفّرت لهما زيارة أحد المراكز الصحية المحلية التأمين الصحي العام والإحالة إلى مركز الصحة العقلية المجتمعي في كارابايو، والذي كان على بُعد عشر دقائق بالحافلة عن منزلها.

يقع مركز الصحة العقلية المجتمعي في ملعب محلي أعيد استخدامه لأغراض ذات صلة، ويضم فريقاً متعدد التخصصات، يشمل أطباء وطبيبات نفسيين، وعلماء نفس، وعاملات نفس،

وممرضين وممرضات، وأخصائياً اجتماعياً، وعاملين وعاملات في الصيدلة. يقدم المركز خدمات تهدف إلى الوقاية من مشكلات الصحة العقلية، كما يوفر الرعاية المتخصصة للأشخاص ذوي حالات الصحة العقلية المتوسطة إلى الشديدة، ومنهم الأطفال والمراهقون والمراهقات.

شَخَّص الأخصائيون والأخصائيات، في المركز المجتمعي، أندريه بأنه يعاني قلقاً واكتئاباً، يُعزّيان، جزئياً، إلى انفصال والديه. وصَفوا له مضاد اكتئاب، وأحالوه إلى عالمة نفس، وطبيب نفسي، وأخصائي اجتماعي، لاستكمال العلاج.

تقول عالمة النفس يزيكا تشامبيلا: "أعدنا خطة متكاملة لمساعدته في فهم ما يمر به وإدارته. وزودناه بالأدوات اللازمة لإجراء تغييراته الخاصة".

وفضلاً على ذلك، قدّم مركز الصحة العقلية إرشادات لروكسانا، التي تضطلع بدور فعال في حياة ابنها.

تُعد هذه الخطة المتكاملة جزءاً من نموذج رعاية الصحة العقلية المجتمعي في بيرو. يُركز هذا النموذج على تقديم الخدمات على مستوى الرعاية الصحية الأولية، بالقرب من المكان الذي يعيش فيه الناس، حيث يمكنهم الوصول إلى شبكة الدعم التي توفرها لهم مجتمعاتهم المحلية.

أعدَّ النموذج المجتمعي استجابة للفقوة بين الحاجة إلى خدمات الصحة العقلية وتوافرها في بيرو. في عام ٢٠١٣، قدّرت وزارة الصحة في بيرو أن واحداً من بين كل خمسة أشخاص يعاني مشكلات ذات صلة بالصحة العقلية. كما قدّرت الوزارة أن واحداً فقط من بين هؤلاء الخمسة يحصل على الرعاية المطلوبة. وفي ذلك الحين، تركّز رعاية الصحة العقلية في بيرو في ثلاثة مستشفيات في ليما.

أدخلت حكومة بيرو سلسلة من الإصلاحات، التي استوتحتها من الحاجة، ودعماً مكتب أمين المظالم — وهو هيئة رقابية تحمي حقوق الأشخاص، وترصد توصيل الخدمات العامة، بُغية توسيع نطاق الرعاية المجتمعية، التي تتضمن إضافة تغطية رعاية الصحة العقلية إلى خطة التأمين الصحي، وكذا وضع برنامج



التحسن: تلقى أندريه المساعدة من مركز صحي مجتمعي فيما يخص الصحة العقلية: ويقول "أشعر بتحسن كبير ولا أريد الاستسلام".
© UNICEF/UN0476518/Mandros

جزءاً من نهج متعدد القطاعات".

يرى أندريه أن الإغلاق كان موتراً للأعصاب، ولكنه استطاع أن يتحدث إلى عالمة النفس الخاصة به عبر الهاتف. فضلاً على ذلك، قضى وقتاً أطول مع والدته، التي لم يكن يراها عادةً سوى في وقت متأخر من الليل، بعد أن تعود إلى المنزل من وظيفتها في الجانب الآخر من ليما.

تقول روكسانا: "عوّضت

الوقت الضائع مع ابني".

وبعد مُضي أكثر من عام على أول زيارة له في المركز، ينتهي أندريه من فترة علاجه ويشعر بتغيرات إيجابية.

يروى أندريه: "قبل أن آتي،

كانت الأمور مُزرية. كنت

أشعر بالمرض وأُعرّف عن تناول

الطعام. أما الآن، فأشعر بتحسن

كبير، ولا أريد أن أستسلم".

*أندريه وروكسانا أسماء مستعارة استُخدمت لصون هويتهما. أُجريت معهما المقابلة في ليما.

استجابة لهذا، أصدرت وزارة الصحة، بدعم من اليونيسف، إرشادات محددة ذات صلة بالرعاية الصحية للمراهقين والمراهقات في سياق جائحة كورونا في عام ٢٠٢٠، كما أصدرت إرشادات فنية ذات صلة بالرعاية الصحية العقلية الشاملة للمراهقين والمراهقات في عام ٢٠٢١. وبدعم من منظمتي اليونيسف وسيداب، وهي منظمة غير حكومية تقدم خدمات نفسية اجتماعية، قامت وزارة الصحة في بيرو بتجربة خط ساخن مجاني خاص بالصحة العقلية متاح للمراهقين والمراهقات وأسرهم. ومنذ ديسمبر / كانون الأول ٢٠٢٠ وحتى أبريل / نيسان ٢٠٢١، وصل الخط الساخن إلى ٨٢١ فرداً يُعانون قلقاً، واكتئاباً، ومشكلات أسرية؛ و٤٨٪ من هذا الرقم كانوا مراهقين ومراهقات.

يصرح د. يوري كوتيبه، المدير

التنفيذي لخدمات الصحة العقلية

في وزارة الصحة، قائلاً: "باستشراف

المستقبل، هناك تحديان مهمّان.

أولهما مواصلة توسيع نطاق الخدمات

المجتمعية مع ضمان تقديمها

بالجودة نفسها في جميع أرجاء البلاد،

والآخر تطوير برنامج محدد للفئات

السكانية المستضعفة، بوصف هذا

ميزانية على أساس نتائج الصحة العقلية، التي ساعدت في تعزيز الإنفاق العام. وفي عام ٢٠١٩، سنّت بيرو قانوناً وطنياً جديداً للصحة العقلية.

ونتيجة لهذه الإجراءات، زاد عدد شبكات مراكز رعاية الصحة العقلية المجتمعية في البلاد من ٢٢ في عام ٢٠١٥ إلى ٢٠٣ في عام ٢٠٢١. واستكمالاً لعمل المراكز، توجد ٣٠ وحدة متخصصة في المستشفيات العامة و٤٨ دار إعادة تأهيل. ووضعت جائحة كورونا (كوفيد-١٩) هذه التطورات على المحك.

وفقاً لاستقصاء إلكتروني أجرته وزارة الصحة

ومنظمة اليونيسف في ٢٠٢٠، واجه ثلث

الأطفال، والمراهقين والمراهقات صعوبات

اجتماعية وجدانية إبان فترة الجائحة. وترك

الإغلاق الوطني الذي استمر لمدة ١٠٦ أيام،

بدءاً من ١٦ مارس/ آذار إلى ٣٠ يونيو/ حزيران

٢٠٢٠، كثيراً من البالغين، بمن فيهم روكسانا،

عاطلين عن العمل بشكل مؤقت. أما الأطفال

والمراهقون والمراهقات، ومنهم أندريه، فقد

حُبسوا بالمنزل. ومن ثمّ، زاد الطلب على

خدمات الصحة العقلية.



الفصل ٢

الأساس

تشكل الصحة العقلية للأطفال واليافعين بفعل التجارب والبيئات المحيطة، وتُسببُ في عوالم الوالدين ومقدمي الرعاية، والمجتمعات المحلية والمدارس، وبفعل ظروف الفقر، والنزاعات، والأمراض. وفي لحظات حاسمة من نماء الطفل، بوسع هذه التجارب والبيئات أن تضر الصحة العقلية، أو يمكن تشكيلها كي تعمل على تعزيز الصحة العقلية وحمايتها.

مجالات التأثير

تتشكل الصحة العقلية للأطفال والشباب من خلال التفاعل بين البيولوجيا والتجارب والبيئات، في ثلاثة مجالات نفوذ:

يعكس العالم العام المحددات الاجتماعية الواسعة النطاق، كالفقر والكوارث والصراع والتمييز والهجرة والجائحات

يعكس العالم المحيط بالطفل السلامة والأمن — شخصياً وعلى الإنترنت — والتعلق الصحي في المدارس والمجتمعات المحلية

أما عالم الطفل فهو عالم الأمهات والآباء والقائمين على الرعاية. فالتغذية الكافية، والمنازل الآمنة، وانخراط القائمين على الرعاية هي المفاتيح

وتساعد مجالات التأثير هذه، بطرق ديناميكية ومتغيرة، على تشكيل نتائج الصحة العقلية في كل مرحلة من مراحل الحياة — من الفترة المحيطة بالولادة، ومروراً بالطفولة والمراهقة، وحتى مرحلة البلوغ.

والسلوكي الذي يبني عليه الأطفال واليافعون صحتهم العقلية وحياتهم.

ونتيجة لذلك، توفر لحظات النماء الحاسمة التي تحدث في الطفولة والمراهقة فرصاً فريدة لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها.

العوامل البيولوجية والتجارب الشخصية والبيئة المحيطة يعمل على تشكيل نماء الأطفال واليافعين وصحتهم العقلية. وعلى امتداد مرحلتي الطفولة والمراهقة، تعمل هذه الدينامية المعقدة على تشكيل الأساس النفسي والعاطفي والاجتماعي والإدراكي

يترسخ خلال اللحظات المبكرة من حياة الطفل أساس الصحة العقلية على امتداد الحياة.

فبدءاً من قبل الحمل ووصولاً إلى المرحلة المبكرة من سن الرشد، ثمة تفاعل معقد من

الإطار

الفقر، والكوارث، والنزاعات، والتمييز، والهجرة، والجوائح - والتي تقتحم حياة الأطفال واليافعين. ويؤدي العالم العام دوراً في حياة الأمهات والآباء ومقدمي الرعاية، ومع تقدم الأطفال في السن ليصبحوا مراهقين وراشدين، يبدأ العالم العام بترك تأثير مباشر على صحتهم العقلية وعلى مستقبلهم.

لقد تم تنظيم إطار التقرير وفقاً لثلاثة مجالات تأثير: **عالم الطفل، والعالم المحيط بالطفل، والعالم العام.**

فمنذ بداية الحياة وحتى المراهقة، توجد التأثيرات الرئيسية على الصحة العقلية في **عالم الطفل** - عالم الأمهات والآباء ومقدمي الرعاية. وفي عالم الطفل هذا، تُعتبر التغذية الكافية، والمنزل المستقر والآمن، ومقدمي الرعاية العارفين والمنهمكين، والبيئة الراعية والحافلة، أموراً رئيسية.

ثمة عوامل متعددة تشكّل الصحة العقلية للأطفال واليافعين. وثمة أطر متعددة تشرح الكيفية التي تتفاعل فيها هذه التأثيرات لتكريس الصحة العقلية.

يؤكد إطار تقرير 'حالة أطفال العالم' على أهمية التأثيرات الاجتماعية-الإيكولوجية على الصحة العقلية، وعلى الأهمية الحاسمة للتجارب التي يمر بها الطفل والبيئة المحيطة به إذ تؤثر على مراحل حاسمة من نمائه، وهي: البداية، والفترة المحيطة بالولادة، والطفولة المبكرة، والطفولة المتوسطة، والمراهقة.

توفر لحظات النماء الحاسمة التي تحدث في الطفولة والمراهقة فرصاً فريدة لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها.

ومع توسّع عالم الطفل، تتوسع مجالات التأثير لتتضمن العالم المحيط بالطفل. وإضافة إلى المكونات اللازمة للصحة العقلية التي تتكسر في عالم الطفل، يجب أن يتضمن **العالم المحيط بالطفل** الأمن والسلامة - على الصعيد الشخصي وعلى شبكة الإنترنت - وعلاقات صحية في مرحلة التعليم ما قبل المدرسي، وفي المدرسة، وفي المجتمعات المحلية.

أما مجال التأثير الأساسي الثالث، وهو **العالم العام**، فيؤدي دوراً حاسماً في تشكيل الصحة العقلية. ويتضمن 'العالم العام' المحددات الاجتماعية ذات المقياس الكبير - من قبيل

التأثيرات الاجتماعية-الإيكولوجية

يستند إطار فهم الصحة العقلية للأطفال واليافعين في تقرير حالة أطفال العالم لعام ٢٠٢١ إلى أطر قائمة، وهو يعتمد تحديداً على: نظرية النظام الإيكولوجي التي وضعها الباحث يوري برونفنبرينز^١ والإطار المعروض في تقرير إينوشينتي رقم ١٦ لتقييم الأداء: عوامل من التأثير - فهم ما يُشكّل عافية الطفل في البلدان الغنية؛^٢ والنهج الممتد مدى الحياة بشأن المحددات الاجتماعية للصحة العقلية الذي طورته منظمة الصحة العالمية.^٣

دراسة حالة

سيراليون

الاعتناء بالقائمين والقائمات على الرعاية

بعد أسابيع من التقاء السيدتين بعضهما ببعض، اعتادت مبالاو زيارة كانكاي وأسرتهما يومياً. أرشدت كانكاي، واستمعت إلى شواغلها، وعززت ثققتها، وقدمت لها نصائح عملية بشأن إدارة التوتر.

”تقول مبالاو:“ في مجتمعنا، حين ترتسم علامات الحزن على وجوه أي شخص، قد يعاقبه الآخرون على فعلته هذه“. وأضافت قائلة:“ ولكن، بفضل برنامج الرعاية للقائمين على الرعاية، يدرك [كثير منا] الآن أنه من الأفضل التعامل برفق وإبداء التعاطف مع هؤلاء الذين يشعرون باكتئاب“.

برنامج "الرعاية للقائمين والقائمات على الرعاية (CFC)" هو برنامج يزود العاملين

الأمهات وحديثي الولادة، ويعاني من نظام صحي هش وقليل الموظفين.

من الناحية الشخصية، عانت كانكاي من مشيها لمدة ثلاثين دقيقة لاستقاء الماء من إحدى الآبار، ومن القيام بمهمة جمع الحطب من الأدغال. كانت معزولة عن جيرانها. وعانت من مضاعفات في حملها.

اكتسبت مبالاو، باستخدام الخبرات التي استقتها من تدريب الرعاية للقائمين على الرعاية، ثقة كانكاي، واستطاعت أن تقدم لها الدعم الوجداني. وفضلاً على ذلك، تعرّفت كانكاي إلى أحد مشرفي الصحة المجتمعية، الذي وصلها بالأمكان التي قدمت لها الخدمات الصحية والمجتمعية الأساسية.

أدركت مبالاو توراي فوراً أن "كانكاي سوما" تقع تحت وطأة ضغط هائل.

بوصفها مستشارة مدربة، ومرشدة بالصحة المجتمعية، ومُيسرة في مجموعة دعم الأمهات المحلية، قرأت مبالاو العلامات حاملما قابلت الأم الحامل التي لديها ثلاثة أطفال.

”تقول مبالاو:“ يمكنني أن أنظر إلى الأمهات في لقاءات مجموعة دعم الأمهات لأدرك فوراً أن إحداهن تمر بوقت عصيب“.

كانت كانكاي، بالفعل، "تمر بوقت عصيب". تعيش كانكاي خارج المدينة في جزء قروي تابع لمنطقة كامبيا بسيراليون، وهو بلد يرتفع فيه معدل وفيات



دعم الأم: عاملة صحية مجتمعية في سيراليون تحتضن أمًا ومولوداً.

© UNICEF/UN0475700/Duff/VII Photo

كانت هذه هي المهارات التي حددتها مبالاو عندما قابلت كانكاي أول مرة. وحتى بعد أن أنجبت كانكاي ابنها مارك، واصلت مبالاو زيارة الأسرة، مقدمة الدعم للأم، والأب، والطفل وأشقائه.

تقول كانكاي: "احتضنتني مبالاو وأخذتني لزيارة مستشفى لأول مرة في حياتي؛ عرفتني معنى أن أعني بنفسي وأسرتي".

وأضافت قائلة: "أنا ممتنة إلى مبالاو للخدمتين اللتين قدمتهما لنا؛ فإحداهما ساعدتنا في البقاء أحياء، والأخرى ذكرتنا أننا نستحق البقاء سعداء".

المقابل، تبني رعاية تنشئة الأطفال هذه صحة عقلية سليمة لهم طوال حياتهم.

يبني تدريب الاعتناء بالقائمين على الرعاية المهارات بين الأشخاص العاملين في الخطوط الأمامية ومهارات الإرشاد لديهم، كما يقدم حزمة من المواد والأنشطة، التي يمكن أن تُستخدم لتقوية ثقة القائمين على الرعاية، ورفاههم الوجداني، وقدرتهم على التواصل، ودعم أطفالهم الصغار. ويدرب البرنامج العاملين في مجال الصحة المجتمعية والمهنيين؛ ومن ثمَّ يمكنهم مساعدة القائمين على الرعاية في تطوير إستراتيجيات التكيف مع التحديات، والتوتر الذي يظهر في حياتهم كل يوم. وبالإضافة إلى ذلك، يُدرَّب العاملون على مساعدة القائمين على الرعاية في إيجاد الدعم والخدمات إذا احتاجوا إليها.

في الخطوط الأمامية، بمن فيهم العاملين في المجال الصحي مثل مبالاو، بالمعرفة والمهارات التي يحتاجون إليها، بُغية دعم الرفاه الوجداني للقائمين والقائمات على الرعاية، ألا وهم الأمهات والآباء، وغيرهم ممن يقدم رعاية أساسية لحديثي الولادة والأطفال الصغار.

يقوم التدريب على مفهوم يبدو بسيطاً: لتوفير أفضل الطرق من أجل بدء الحياة، يلزم الاعتناء بالقائمين على الرعاية الذين يعتنون بالأطفال. ومن المهم التركيز على القائمين على الرعاية الضعفاء، بمن فيهم الوالدون من المراهقين والمراهقات. يركز التدريب، في جوهره، على فكرة أن الصحة العقلية والرفاه الوجداني هما الأساس الذي يسمح لهم بتنشئة الأطفال ورعايتهم. وفي

نماء الطفل

توفر مجالات التأثير الثلاثة هذه إطاراً لفهم سياق حياة الأطفال واليافعين، كما تسهم في تشكيل الصحة النفسية للأفراد على امتداد المرحلة المبكرة من حياتهم. لكن، وضمن هذه السياقات، ترتبط عملية تكريس الصحة العقلية بلحظات حاسمة في نماء الطفل - لحظات حاسمة في البداية، وأثناء الفترة المحيطة بالولادة، وفي الطفولة المبكرة، والطفولة والمراهقة. وفي هذه اللحظات الحاسمة، تتطور أدمغة الأطفال والمراهقين كجزء من تفاعل دينامي بين جيناتهم، وتجاربهم، والبيئات التي يعيشون فيها؛ ويجري مماؤهم استجابة إلى مزيج من المحددات البيولوجية والنفسية-الاجتماعية.

في البداية

يبدأ هذا التفاعل قبل تشكّل الجنين ويؤثر على العمليات الجينية والبيولوجية وعمليات النماء.^٥ فمثلاً، تشير الأدلة إلى أن الخلايا المتخصصة بالإنباج يمكن أن تتحور من خلال عملية تخلق متوالٍ (epigenetic) تتأثر بالكرب النفسي-الاجتماعي، والتعرض للمواد السمية والعقاقير.^٦ ويمكن لهذه الخلايا المتحورة أن تؤثر على الكيفية التي يظهر فيها التعبير الجيني لدى الأم، كما يمكن تمرير التحورات إلى الطفل.

وفي الرحم، تبدأ عملية النمو العصبي ويتشكل النظام العصبي. ومع اكتمال الجنين، تصبح أجزاء الدماغ التي تعالج المعلومات المعقدة مترابطة ويصبح المخطط الخلوي جاهزاً.

وبعد ولادة الطفل، يتواصل نمو الدماغ بسرعة مذهشة، ويشكل أكثر من مليون رابطة عصبية في الثانية.^٧ وفي هذا الوقت، تكون قدرة الدماغ

على التغيّر في أعلى مستوى لها؛ ويكون الأوان قد آن لزيادة في المطاوعة العصبية، حيث تستمر الروابط في الدماغ في التشابك وإعادة التشابك وتزداد قوة. ومع نمو دماغ الطفل، تنبني الروابط العصبية بعضها على بعض، ويزداد تعقيدها باطراد من حيث هياكلها ووظائفها إذ تحدد نمط السلوك المستقبلي، والقدرة على التعلم، والصحة العقلية.

وأثناء اللحظات الحاسمة المحيطة بالولادة وبعد الولادة، يمكن أن يتغير النمو العصبي وأن تتغير معه مطاوعة الدماغ.^٨ ويمكن للتجارب التي يمر بها الفرد والبيئات الإيجابية المحيطة به أن تعزز نمو الدماغ؛ أما التجارب والبيئات السلبية فتصبح عوامل خطر.^٩

وفي الفترة المحيطة بالولادة وفترة الطفولة المبكرة، تكون التجارب والبيئات التي تؤثر على نمو الدماغ مرتبطة غالباً بعالم منزل الطفل ومقدمي الرعاية له. لذا ثمة جزء كبير من الأبحاث المعنية بنمو الطفل والصحة العقلية يركز على تأثيرات الأمومة.^{١٠} مع ذلك، وإذ أخذ الآباء في أجزاء من عديدة من العالم ينهضون بمسؤوليات أكبر في تقديم الرعاية، فقد بدأت الأبحاث بدراسة تأثير الأبوة وبدأت تؤسس روابط بينها وبين الصحة العقلية للأطفال واليافعين.

العقد الأول

في اللحظات المبكرة من العقد الأول، تكون المطاوعة الدماغية قوية والتطور العصبي سريعاً. وفي الطفولة المبكرة، يتعلم الأطفال المهارات الحسية، والحركية، والإدراكية، واللغوية، والاجتماعية-العاطفية التي

ستساعدهم على التفكير، وحل المشاكل، والتواصل، والتعبير عن المشاعر وإدراكها، وتشكيل العلاقات. ومنذ الولادة وحتى سن الثالثة، يتعلم الأطفال أن يُظهروا العاطفة وأن يعبروا عن الفرح، والانزعاج، والكرب إزاء الغرباء. وهم يستجيبون للكرب، ويسعون للحصول على الاهتمام، ويحتجون عندما يشعرون بالإحباط. وعلى سبيل المثال، يبدأ الأطفال من سن الرابعة وحتى الثامنة بتعلم كيفية اللعب مع الآخرين، وتشكيل الصداقات، وإدراك المشاعر والتعبير عنها والسيطرة عليها.

وعلى امتداد العقد الأول، تظل الأمهات والآباء ومقدمو الرعاية يشكلون تأثيراً حاسماً. مع ذلك، يتوسع عالم الأطفال في طفولتهم المتوسطة، إذ تبدأ بيئات التعلم بدفع الأطفال على تطوير مهارات قابلة للنقل، وتؤثر على صحتهم البدنية والعقلية.

العقد الثاني

كانت ثمة نزعة سابقاً لتجاهل مرحلة المراهقة بوصفها مرحلة يتعين على المرء أن يعاني على امتدادها ليصل إلى سن الرشد، ولكن ثمة إقرار حالياً بفترة المراهقة بوصفها فترة تشهد تحولات بيولوجية وعصبية واجتماعية هائلة. كما يتم الإقرار بها وعلى نحو متزايد بأنها لحظة حاسمة لإطلاق الإمكانيات الإنسانية وضمان الصحة العقلية مدى الحياة.^{١١}

تحدث أثناء فترة المراهقة تحولات عصبية دينامية في أجزاء الدماغ التي تؤثر على الإحساس والإدراك.^{١٢} وتبدأ الخلايا العصبية بنقل المعلومات على نحو أسرع وأكثر كفاءة بين أجزاء الدماغ، مما يتيح إجراء عمليات

وتعني هذه التحولات نشوء علاقات جديدة مع الأسرة والمجتمع المحلي، وزيادة التعرّض المباشر للمحددات الاجتماعية التي يمكن أن تؤثر على الصحة العقلية، والتعلّم، واكتساب المهارات القابلة للنقل. وفي مرحلة المراهقة، يظل مقدمو الرعاية سندا حاسماً للصحة العقلية. مع ذلك، لا تظل التأثيرات على الصحة العقلية تتركز فقط على الوالدين ومقدمي الرعاية والمنازل؛ إذ يحتل الأقران والمدارس والمجتمع المحلي أدواراً أكبر في حياة اليافعين والأطفال.^{١٧} ونتيجة لذلك، يكون للمحددات الاجتماعية من قبيل الفقر، والنزاعات، والأعراف الاجتماعية، والتقنيات الحديثة، والعمل تأثير أكبر على الطريقة التي يتعلم فيها اليافعون ويعملون، وعلى تحديد المكان الذي يعيشون فيه، وعلى علاقاتهم مع أسرهم وأصدقائهم ومجتمعاتهم المحلية. ورغم أن المحددات الاجتماعية للصحة العقلية تؤدي دوراً على امتداد الحياة، إلا أنها قد تتحول أثناء مرحلة المراهقة لأخطار مباشرة وأن تؤدي إلى تضاؤل الفرص للتعليم والتدريب والعمل.

بالنشاط الجنسي، والجنوح، وتعاطي المخدرات والكحول. وفي حالة البنات، يرتبط البلوغ المبكر باضطرابات القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل.^{١٥} يتزامن البلوغ أيضاً مع بدء اعتلالات الصحة العقلية، لكن الارتباط بين الأمرين غير مفهوم جيداً لغاية الآن.^{١٦} مع ذلك، من الممكن أن ثمة دور في ذلك لتوقيت البلوغ.

وأثناء مرحلة المراهقة، تشهد الأدوار الاجتماعية تحولاً أيضاً. ففي سن العاشرة، غالباً ما يعيش الأطفال مع والديهم أو مقدمي الرعاية لهم، ويلتحق معظمهم بالمدارس وعادة ما ينهضون بعدد قليل من الالتزامات التي يقوم بها الراشدون، أو أنهم لا ينهضون بأي التزامات من هذا القبيل. وبحلول سن التاسعة عشرة، يظل بعضهم في مؤسسات التعليم أو التدريب، في حين يعيش آخرون لوحدهم ويكونون ملتحقين بالعمل في القطاع الرسمي أو غير الرسمي. ويكون بعضهم قد أصبحوا هم أنفسهم والدين. وبحلول سن الرابعة والعشرين، يكون قسم كبير من اليافعين قد انتقلوا إلى حياة العمل، وإقامة شراكات حياتية، وإنجاب الأطفال.

عقلية معقدة. إضافة إلى ذلك، تحدت تغييرات هيكلية في أجزاء الدماغ التي تؤثر على الذاكرة، والقدرة الاجتماعية-العاطفية، والوظائف التنفيذية، من قبيل السيطرة على الاندفاعات اللحظية، والمرونة الإدراكية. وغالباً ما تستمر هذه التحولات العصبية حتى السنوات المبكرة بعد سن العشرين.

إضافة إلى التغييرات العصبية، تشكل عملية البلوغ مرحلة انتقالية حاسمة في المراهقة. تحدث عملية البلوغ عادة بين سن ٨ و ١٢ سنة للبنات، وسن ٩ و ١٤ سنة للأولاد.^{١٧} وتشير الأدلة، رغم محدوديتها، إلى أن النضوج الجنسي، وتقلبات المزاج المرتبطة بالهرمونات، والتغييرات في تشكيل الجسم والمظهر، يمكن أن تؤثر بشدة على الصحة العقلية للمراهقين.

تنطوي الفترة المبكرة لمرحلة البلوغ على أخطار محددة للصحة العقلية. وفيما تتداخل الأخطار، فإنها في حالة الأولاد ترتبط بسلوكيات مؤذية ومناوئة للمجتمع.^{١٨} وبالنسبة للأولاد والبنات، يرتبط النضوج البدني المبكر بالشروع المبكر



الإطار ٨.

ربط اللحظات الحاسمة

لا تحدث اللحظات الحاسمة في النماء في معزل عن بعضها البعض؛ فهي ترتبط بقضايا حاسمة في نماء الطفل، بما في ذلك الارتباط الحميم [مقدم الرعاية]، والسلاسل التعاقبية للنماء، والأخطار التراكمية، والتضمين البيولوجي لأحداث الحياة (biological embedding).

الارتباط الحميم

يشير الارتباط الحميم إلى مبدأ نفسي-بيولوجي يدفع إلى تشكيل علاقة مودة مع الأم أو الأب أو مقدم الرعاية الذي يوسع أن يوفر للطفل شعوراً بالأمان والحماية.^{١٨} وينشأ الارتباط الحميم عندما يشعر الطفل بأمن وأمان كافيين ليتمكن من الخروج من محيطه المباشر واستكشاف العالم من حوله.^{١٩}

وعندما يكون الارتباط الحميم إيجابياً ومتجاوباً وراعياً، يطور الطفل نموذجاً يستخدمه ليكون فهماً عن ذاته وهويته وخط أساس للعلاقات الأخرى.^{٢٠} وتعمل الأصرة التي تأتي مع الارتباط الحميم على تعزيز قدرة الطفل على تطوير مهارات من قبيل الفضول، وتنظيم العواطف، والتعاطف، والمشاعر التبادلية في العلاقات.^{٢١}

ورغم أن الارتباط الحميم يوجد على امتداد مسيرة نماء الطفل، إلا أنه يتغير مع مرور الوقت. ففي سن ٦ إلى ٩ أشهر، يضع الطفل الشكل النهائي لارتباطه الحميم بمقدم الرعاية الرئيسي.^{٢٢} وفي مرحلة الطفولة المتوسطة، تتوقف الحاجة لأن يكون الارتباط الحميم بمقدم الرعاية مباشراً أو جسدياً. فعند هذه النقطة، يصبح بوسع الطفل أن يمضي وقتاً أطول

بعيداً عن مقدم الرعاية، بيد أن العلاقة تظل مركزية، خصوصاً في أوقات الكرب.^{٢٣}

وفي مرحلة المراهقة، يُعيد الطفل تشكيل ارتباطات حميمة آمنة مع أقرانه، ولكن ارتباطات الطفل مع الوالدين ومقدمي الرعاية تظل أساسية، رغم أنها كثيراً ما تشهد تحولات استجابة للحاجة المتنامية للاستقلال والسيطرة على الشؤون الشخصية.^{٢٤}

ومن الممكن أن تكون إقامة الارتباط الحميم بين مقدمي الرعاية والمواليد الجدد عسيراً على الوالدين المراهقين بصفة خاصة. ويمكن للحمل أثناء مرحلة المراهقة أن يؤثر سلباً على تطوير القدرات العاطفية والإدراكية اللازمة لتكريس ارتباط حميم صحي مع المولود الجديد.^{٢٥}

إضافة إلى ذلك، يمكن لاحتياجات المواليد الجدد للارتباط الحميم أن يتعارض مع الاحتياجات المستمرة للتطور للوالدين المراهقين لتحقيق الاستقلال الذاتي.^{٢٦} ومن الشائع أن تتزامن الوالدية في سن المراهقة مع أخطار معينة، بما في ذلك الفقر ونقص الرعاية الوالدية ونقص الدعم الاجتماعي، وكل ذلك يفاقم صعوبة إرساء ارتباط حميم ثابت بين الوالدين والطفل.

السلاسل التعاقبية للنماء

يمكن أن تترك التجارب والبيئات الإيجابية وتلك السلبية التي تحدث منذ الولادة وحتى مرحلة المراهقة تأثيرات تعاقبية على نماء الطفل أو اليافع.^{٢٧}

ففي المراحل المبكرة من النماء، تُطلق التجارب

الإيجابية من قبيل تقديم الرعاية الحانية أو التغذية المثلى سلسلة تعاقبية من النماء الإيجابي. وفي المقابل، تزيد التجارب السلبية - الإهمال، والإساءات، والإجهاد الشديد المستمر - تعرّض الطفل لأخطار أخرى.

ويمكن أن يبرز تأثير التعرض للأخطار في الطفولة المبكرة، من قبيل الإهمال والعنف، في مرحلة لاحقة من الحياة على شكل صعوبات في المدرسة، ومشاكل مع الأقران، وتعاطي الكحول.^{٢٨} ويمكن أن يؤدي التعرض لقدر كبير من التجارب السيئة إلى تبعات تؤثر على النماء الإدراكي، والصحة البدنية والعقلية، والإنجازات التعليمية، والنجاحات المهنية.

الخطر التراكمي

تتسم تبعات التجارب والبيئات السلبية وتلك الإيجابية بأنها تراكمية أيضاً. وتُظهر الأبحاث أنه كلما زادت عوامل الخطر المختلفة التي يواجهها الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة وكلما زاد تواتر تعرض الطفل لها، كلما زادت فرصة حدوث الاعتلالات الإدراكية والاجتماعية والعاطفية في مرحلة لاحقة من الحياة.

وقد توصلت دراسة شهيرة جرت في عام ١٩٧٩ إلى أن الطفل الذي يتعرض لما بين صفر إلى واحد من عوامل الخطر يواجه احتمالاً بنسبة ٢ بالمائة بأن يتعرض لاعتلال في الصحة العقلية في مرحلة لاحقة من الحياة. وتزداد احتمالية التعرض لاعتلالات في الصحة العقلية مع زيادة عوامل الخطر، وتصل إلى ٢٠ بالمائة في حالة الطفل الذي يتعرض لأربعة أخطار في مرحلة الطفولة المبكرة.^{٢٩}

من تبني هؤلاء الأطفال وخروجهم من دور الأيتام، ظل لديهم مستويات عالية من هرمون الكورتيزول (وهو هرمون يطلقه الجسم استجابة إلى الإجهاد) مقارنة مع غيرهم من الأطفال.

أوجه الحرمان المبكر: تأثير يمتد مدى الحياة
عمل باحثون عديدون في العقود الأخيرة على متابعة نماء الأطفال الذين تعرّضوا لأوجه حرمان شديدة في المؤسسات الرومانية. كما تابعت الدراسات الأطفال الذين تبنتهم أسر في المملكة المتحدة.^{٣٥} وقد أبرزت النتائج وجود تأثير هائل ومستمر لأوجه الحرمان المبكر على الصحة العقلية، وذلك رغم السنوات اللاحقة من وجود الأطفال في أسر داعمة تتمتع بموارد جيدة.

وقد أظهرت الدراسات وجود رابطة قوية بين طول المدة التي يمضيها الطفل في المؤسسات (دور الأيتام) وبين أعراض اعتلالات الصحة العقلية في سن السادسة؛ ومن بين هذه الاعتلالات نقص الانتباه وفرط النشاط، واعتلالات طيف التوحد، والرعونة في الانهماك الاجتماعي - وهو اضطراب يتعلق بالارتباط الحميم. وفي مرحلة المراهقة وبداية مرحلة سن الرشد، ثمة خطر أكبر على الأطفال الذين عانوا من أوجه حرمان لفترة أطول أن يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية من قبيل القلق والاكتئاب. ويواجه الأطفال الذين عانوا من أكبر مستوى من أوجه الحرمان احتمالية أكبر بتحقيق معدلات منخفضة من النجاح في المدرسة والعمل.

وإضافة إلى التأثير التراكمي لعوامل الخطر، فإنها تنزع لأن تتجمع معاً أيضاً، مما يدل على أن بعض التجارب السلبية قد تشير أيضاً إلى وجود تجارب سلبية أخرى. فمثلاً، من الممكن أن الطفل الذي يواجه صعوبات في المنزل يواجه أيضاً مشاكل في المدرسة.^{٣٦} وتبرز مجموعات الخطر بصفة خاصة في حالة الأطفال الذين يعيشون في الفقر أو الذين ينحدرون من أقليات إثنية أو مجتمعات محلية من المهاجرين.^{٣٦}

التضمن البيولوجي لأحداث الحياة
تشير الأبحاث أيضاً إلى أن التعرض لعوامل الخطر أثناء الفترات المبكرة للنماء السريع للدماغ يمكن أن يغيّر الوضع النفسي للطفل والتعبير الجيني لديه - إذ تصبح عوامل الخطر متضمنةً بيولوجياً.^{٣٣} ويمكن لهذه التغييرات إما أن تعزز القدرة على الصمود أو أن تعيقها أون تزيد نقاط الضعف، في مواجهة الصدمات.^{٣٣} ويمكن للتجارب والبيئات السلبية التي تغيّر التشكيل البيولوجي أو نماء الدماغ - من قبيل الإهمال والإجهاد والعنف والفقر - أن تُضعف القدرة على الصمود وأن تزيد مستوى الضعف. وبالمقابل، يمكن للتجارب الإيجابية أن تعزز القدرة على الصمود.

وقد أجريت دراسة ريادية في عام ٢٠٠١ حول الأطفال الذين عاشوا في دور الأيتام في رومانيا لمدة تزيد عن ثمانية أشهر في السنة الأولى من حياتهم، وقد أظهرت الدراسة كيف يعمل التعرض للمشقات على تغيير دماغ الطفل كيميائياً.^{٣٤} وبيّنت الدراسة أنه بعد ست سنوات

الصدمة والإجهاد

يشكل الإجهاد والصدمة، منذ بداية الحياة وعلى امتداد العقدين الأول والثاني منها، محدّدات حاسمة أيضاً لنماء الأطفال والياfeعين وصحتهم العقلية. ويمثل الإجهاد والصدمة أخطاراً للصحة العقلية وفي أي وقت يحدثان فيها. مع ذلك، بوسعهما عندما يحدثان في مرحلة مبكرة من الحياة أن ينشّطا استجابات لها تبعات بيولوجية وتبعات على الصحة العقلية يمكن أن تمتد مدى الحياة.

الإجهاد المضرّ

يحدث الإجهاد بدرجات مختلفة على امتداد حياة الطفل، من الرحم وحتى مرحلة المراهقة. ويُعدّ الإجهاد ذو المقادير المحدودة أساسياً للنماء الصحي للدماغ وللصحة العقلية؛ إلا أنه يكون مضرّاً عندما يحدث بمقادير شديدة.^{٣٦}

لقد حدد المجلس الوطني العلمي لنماء الطفل، وهو مجلس في الولايات المتحدة، إطاراً مقبولاً على نطاق واسع يتضمن ثلاثة مستويات للإجهاد: إجهاد إيجابي، وإجهاد يمكن تحمّله، وإجهاد مضر.^{٣٧} فالإجهاد الإيجابي هو إجهاد قصير الأجل ويُعدّ جزءاً من الحياة اليومية، ويتم تفعيله عندما يتلقى الطفل لقاهاً أو عندما يقابل مقدم رعاية جديد. أما الإجهاد الذي يمكن تحمّله فهو أكثر شدة، ولكنه قصير الأجل، ويتيح وقتاً للدماغ ليتعافى.

ومن الناحية البيولوجية، يعمل الإجهاد على زيادة معدل نبضات القلب وضغط الدم ويسبب إطلاق هرمونات، بما فيها الكورتيزول.^{٣٨} وفي حالة الإجهاد الإيجابي والإجهاد الذي يمكن تحمّله، يتم تخفيف التأثير على الدماغ من

خلال الاهتمام الذي يوليه مقدمو الرعاية المحبّون الذين يمكنهم تهدئة الطفل وطمأنته، وهم الراشدون الذين يمكنهم توفير بيئات آمنة على الرغم من التهديدات الخارجية، ويساعدون الطفل على التعافي من التجارب الصعبة.

وفي المقابل، يمكن للضرر الناجم عن الإجهاد المضر أن يستمر مدى الحياة.

الإجهاد المضر هو تنشيط قوي ومتواتر أو طويل الأمد لأنظمة إدارة الإجهاد لدى المرء، وهو يحدث في الطفولة عند غياب الراشدين المحبّين الذين بوسعهم توفير الأمان والاطمئنان.^{٣٩} ويمكن للإجهاد المضر في الفترتين السابقة للولادة واللاحقة لها، وهما فترتان حاسمتان، أن يتدخل في نماء الدماغ. ويمكنه أن يقيّد تشكيل الروابط العصبية في أقسام الدماغ التي تؤدي دوراً في عمليات التفكير والتعلم والذاكرة وصنع القرارات وتنظيم السلوك والسيطرة على الاندفاعات اللحظية. كما يعمل أيضاً على زيادة إنتاج الروابط العصبية في أقسام الدماغ التي تؤدي دوراً في الاستجابات للخوف، والقلق، والسيطرة على الاندفاعات اللحظية، مما قد يقود إلى الاستجابات المبالغ فيها وعدم القدرة على تفسير التهديدات بدقة.^{٤٠} كما يمكن للإجهاد المضر أن يؤدي إلى إضعاف إطلاق هرمون الكورتيزول وتنظيمه، مما يقود إلى ضعف في وظائف الدماغ المرتبطة بالذاكرة والمزاج.

وتشير الأدلة إلى أنه حتى في مرحلة ما قبل الولادة، يؤدي شعور الجنين بإجهاد الأم إلى التأثير على استجابة الطفل للإجهاد لاحقاً.

ويمثل الإجهاد والصدمة أخطاراً للصحة العقلية وفي أي وقت يحدثان فيها. مع ذلك، بوسعهما عندما يحدثان في مرحلة مبكرة من الحياة أن ينشّطا استجابات لها تبعات بيولوجية وتبعات على الصحة العقلية يمكن أن تمتد مدى الحياة.

التجارب السلبية في الطفولة

من بين التجارب التي تؤدي إلى الإجهاد المضر في الطفولة الإساءات البدنية والعاطفية، والإهمال المستمر، والعنف. وعادة ما توضع هذه الأخطار ضمن فئة واحدة وتُصنّف بأنها تجارب سلبية في الطفولة.

وعموماً، تُعرّف التجارب السلبية في الطفولة بأنها "مصادر إجهاد" مستمرة ومتواتر وشديدة "يمكن أن يعاني منها الأطفال في مرحلة مبكرة من حياتهم".^{٤١} وعادة ما يُستخدم مصطلح 'التجارب السلبية في الطفولة' لوصف الأحداث السلبية في الطفولة المبكرة، ولكن يمكن أن يتسع النطاق العمري ليشمل المواليد الجدد وحتى المراهقين في سن ١٧ سنة.

ورغم أن تعريف التجارب السلبية في الطفولة شهد تحولات مع مرور الزمن،^{٤٢} فإنه يتضمن



الصدمة: إن الإجهاد السام الناجم عن التجارب السلبية في الطفولة يؤثر بشكل كبير على الصحة العقلية.
© UNICEF/UNI318250/Ryeng

حالياً الإساءات، والإهمال، واختلال الأسرة المعيشية بما في ذلك معاناة مقدم الرعاية من مرض عقلي، وتعاطي المخدرات والعنف بين الأشخاص.^{٤٢} كما تتضمن عبارة التجارب السلبية في الطفولة التجارب التي تحدث خارج حدود المنزل والأسرة. وهذه يمكن أن تتضمن العنف في المجتمع المحلي المحيط، وتجربة العيش في أحياء غير آمنة، والعيش دون مأوى، والتنمر، والتمييز القائم على العرق أو الإثنية، وعدم ثبات الدخل.^{٤٤}

ويُبرز تعريف منظمة الصحة العالمية هذا النهج الأوسع، فهو يشير إلى التجارب السلبية في الطفولة بأنها "أنواع متعددة من الإساءات؛ والإهمال؛ والعنف بين الوالدين أو مقدمي الرعاية؛ وأنواع أخرى من الاختلالات الخطيرة في الأسرة المعيشية من قبيل إدمان الكحول والمخدرات؛ وعنف الأقران والعنف في المجتمع المحلي والعنف الجماعي".^{٤٥}

الرعاية في منازلهم، وأن هذه التجربة زادت خطر الإجهاد العقلي بين عديدين من هؤلاء الأطفال.^{٤٩}

ويمكن أن تخلق النزاعات وعدم الاستقرار الاجتماعي والسياسي تجارب صادمة للأطفال واليافعين.^{٥٠} وينشأ بعض هذه الصدمات من التجربة المباشرة للحرب أو العنف؛ وثمة مخاطر أخرى على الصحة العقلية تنشأ عن تدمير الأسر والمجتمعات المحلية، بما في ذلك خسارة الأبناء وانهايار الخدمات من قبيل المدارس ومرافق الرعاية الصحية.

وفي مرحلة المراهقة، وإذ تتغير الأدوار في الأسر والمجتمعات، ثمة أنواع أخرى من الصدمات قد تدخل في حياة اليافعين، بما في ذلك زواج الأطفال، والعنف بين الأشخاص، والعنف الجنساني، وعنف العشير.

وأفاد ربعهم بأنهم تعرضوا لثلاث منها أو أكثر.^{٤٧} وأشارت دراسة تجميعية لأبحاث جرت في ١٧ بلداً من بينها كندا ولافتيا والجبل الأسود ونيوزيلندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة إلى أن ثمة ترابط قوي بين التعرض إلى أربعة أنواع على الأقل من التجارب السلبية في الطفولة وبين ممارسات من قبيل القيام بمخاطرات جنسية، والمعاناة من اعتلالات في الصحة العقلية، والإدمان على الكحول؛ وثمة ترابط أقوى أيضاً بينها وبين تعاطي المخدرات والعنف بين الأشخاص والعنف الموجه إلى الذات.^{٤٨}

ويمكن أن يمثل حدوث عنف العشير في المنزل خطراً على الصحة العقلية للأطفال واليافعين. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة حول استجابات الأطفال إزاء عنف العشير جرت في كولومبيا وملايو ونيجيريا أن ما بين ربع إلى ثلث الأطفال شهدوا عنف العشير بين مقدمي

ويمكن للإجهاد المُضّر المرتبط بالتجارب السلبية في الطفولة أن يؤدي إلى إعاقات في الصحة البدنية والعقلية، وفي النماء الاجتماعي والتحصيل التعليمي.^{٤٦} وعلى امتداد مسيرة الحياة، ثمة ترابط بين التجارب السلبية في الطفولة وبين معدلات أمراض القلب، والسكري، والسمنة، والاكنتاب، وتعاطي المخدرات، والتدخين، وضعف الإنجازات الأكاديمية، وفترات البطالة، والوفاة المبكرة.

إن التجارب السلبية في الطفولة شائعة إلى درجة تبعث على الأسى، ومع تزايدها يتزايد ضررها.

وعلى سبيل المثال، أفاد أكثر من ثلثي السكان في الولايات المتحدة أنهم تعرضوا لما لا يقل عن تجربة واحدة من التجارب السلبية في الطفولة،

دراسة حالة

كينيا

دعوة للمساعدة: خط مفتوح لحماية الأطفال

ضيقت جائحة كورونا الخناق على الأطفال في كينيا. فكثير منهم عانوا من أجل التكيف مع القيود على الحركة التي فُرضت للمساعدة في كبح انتشار فيروس كورونا. ونتيجة لذلك، واجه بعضهم أخطاراً متزايدة، ولا سيما في أثناء فترة إغلاق المدارس. تركت القيود التي فرضتها الجائحة، وإغلاق المدارس، وتفاقم المخاطر كثيراً من الأطفال بحاجة إلى شخص ما يستمع إليهم.

تقول سيلينجي: "يتعرض الأطفال لضغوطات كثيرة، وفي الأغلب لا يفهم الآباء ذلك".

طوال فترة الجائحة، قدمت باربرا سيلينجي الاستشارة لكل من اتصل بها، وأحالت بعض الحالات إلى السلطات المحلية لكي تتدخل لمساعدتها.

منذ شهر آذار / مارس ٢٠٢٠، عندما تم تأكيد ظهور أول حالة مصابة بفيروس الكورونا رسمياً، اضطرت سيلينجي إلى أن تضاعف جهدها، إذ زاد عدد المكالمات الأسبوعية على الضعف. وفي شهر أيار / مايو ٢٠٢٠، استجاب خط تشايلداين كينيا إلى أكثر من ١,٣٠٠ مكالمة، وذلك بعد أن كان عدد المكالمات أقل من ٥٠٠ في أيار / مايو ٢٠١٩.

تقول بياتريس ميوما، رئيسة عمليات خطوط المساعدة في تشايلداين كينيا: "قد تُعزى الزيادة في عدد المكالمات إلى حقيقة أن الأطفال قضا وقتاً طويلاً بالمنزل إبان فترة جائحة كورونا، ولم يداوموا على المدرسة. ولهذا السبب، زاد عدد الأطفال المعرضين للاعتداء الجنسي، والإهمال، والإيذاء البدني".

من داخل مقصورة محصنة، تفصلها عن زملائها في العمل، تُصغي باربرا سيلينجي قبل أن تتحدث بهدوء على الهاتف باستخدام سماعة الرأس.

بوصفها مستشارة في مكاتب نيروبي التابعة لمنظمة تشايلداين كينيا (Childline Kenya)، التي تدير خطوطاً هاتفية مخصصة لمساعدة الأطفال في مسائل الصحة العقلية والعنف ضد الأطفال، يمثل "الاستماع إليهم" مهمتها وشغفها.

تقول سيلينجي: "حين يأتي إليك طفل ويخبرك بشيء ما، يجدر بك ألا تغض الطرف عنه، علينا أن نستمع إلى أصواتهم، وأن نستمع إلى ما يقولونه، فلديهم مشاعر مثلنا. بل ويحتاجون إلى أن يحظوا بالحب".



خط مفتوح: المستشارة باربرا سيلينجي، وهي ترد على مكالمات خط المساعدة من الأطفال في كينيا.
© UNICEF/UN0489179/Orina

فضلاً على ذلك، ساعدت تشايلدلاين كينيا في تيسير العمل عن بُعد، وهو ما أتاح للمستشارين تلقي المكالمات من بيوتهم على نحو آمن. أعلنت اليونيسف عن الخدمات عبر إطلاق حملات توعية عامة، تحت شعار "اكشفه وأوقفه"، وهو ما ساعد الأطفال المحتاجين في الاتصال بخط المساعدة المجاني ١١٦.

يضيف كيورا: "منذ تفشي جائحة كورونا، بات الأشخاص هنا في كينيا أكثر انفتاحاً من حيث مناقشة مسائل صحتهم العقلية: بدءاً من الحكومة، وصولاً إلى مقدمي الخدمات، والمجتمعات المحلية، والأطفال؛ ومن ثمّ زادت قدرتنا على التحدث عن مثل هذه الأمور".

الأطفال الخطر، ونقلهم للعيش مع أفراد أسرة آخرين، متى أمكن ذلك.

تقدم اليونيسف التمويل للمستشارين، كما توفر المعدات والتدريب اللازمين للموظفين. وإبان جائحة الكورونا، مؤلت المنظمة زيادة عدد المستشارين بمقدار الثلث، بُغية تلبية الطلب المتزايد.

يقول برنارد نجو كيورا، خبير حماية الأطفال في كينيا لدى منظمة اليونيسف: "في الوقت الذي فُرضت فيه قيود على الحركة، ولم يداوم الأطفال في المدرسة، كانت هذه إحدى القنوات الوحيدة المتاحة للأطفال والبالغين للإبلاغ عن حوادث الاعتداء، بل وللعبير عن أنفسهم أيضاً".

وتردف قائلة: "أحب وظيفتي. فهي شغفي الذي يراودني دائماً".

أنشئ خط تشايلدلاين كينيا في عام ٢٠٠٦ بدعم من حكومة كينيا، ومنظمة اليونيسف، وغيرهما من الشركاء. وتسمح خدمة الطوارئ المجانية التي تعمل على مدار الساعة لأي شخص في البلاد أن يُبلغ، دون الكشف عن هويته، عن أي اعتداء يلحق بالأطفال، أو مشاغل تتعلق بحمايتهم، وذلك عبر الاتصال برقم خط المساعدة المجاني ١١٦ أو زيارة موقع Childlinekenya.co.ke. كما تقدم خدمة الإرشاد الفردي، وتوصل الأطفال بخدمات الدعم في مجتمعاتهم المحلية.

يعمل خط تشايلدلاين كينيا، كذلك، مع إدارة خدمات الأطفال للتدخل عند تعرض



الفصل ٣

الخطر والحماية

بما أن العديد من العوامل التي تؤثر على الصحة العقلية - سلباً أو إيجاباً - ليست عوامل بيولوجية، فبالتالي يمكن تغييرها. وللقيام بذلك، من الضروري تحديد تلك العوامل وفهمها. وبالنسبة للأطفال، تمثل الرعاية الحانية من الوالدين وللوالدين أمراً مهماً جداً. ومن المهم أيضاً توفير بيئات تعلم آمنة وقائمة على الانهماك، حيث يتمكن الأطفال من تطوير المهارات الشخصية والقدرة على الصمود. وعندما يدخل الأطفال في سنوات المراهقة، بوسع العلاقات مع الأقران أن تشكل الأعراف والمواقف التي تمتد مدى الحياة.

بما أن العديد من العوامل التي تساهم في اعتلالات الصحة العقلية قابلة للتعديل، فمن الضروري أن نفهم توزيع الأخطار الشائعة كي نتمكن من تطوير وتنفيذ تدخلات تعزز الصحة العقلية وتحميها على نحو أفضل.

ويمكن أن تحدث هذه الأخطار في **عالم الطفل،
والعالم المحيط بالطفل،
والعالم العام**. وبما أن
هذه العوامل ليست بيولوجية، وإمّا قائمة على
التجارب والبيئة، فثمة إمكانية لتعديل العديد
منها. وبالتالي من شأن تحديد بعض عوامل
الخطر الأكثر شيوعاً أن يساعد في صياغة برامج
وسياسات تعزز الصحة العقلية وتحميها.

ثمة عوامل قائمة على التجارب الشخصية والبيئة
المحيطة تمثل أخطاراً محتملة على الصحة
العقلية في لحظات حاسمة من نماء الطفل.
وعندما تحدث الأخطار في مرحلة مبكرة
وتكون شديدة جداً، فإن تبعاتها السلبية تؤثر
على التطور العصبي للطفل، وصحته العقلية،
وعافيته، وتعلّمه، ومستقبله.

العوامل المساعدة والعوامل الضارة

ومما يزيد في تعقيد الأمر أن عوامل خطر
وعوامل حماية قد تنشأ في بعض البيئات
بحسب الظروف السائدة فيها. فمثلاً، بوسع
المدارس أن تدعم الصحة العقلية من خلال
توفير فرص تعليم تمكينية ومنصات لخدمات
الصحة العقلية الحاسمة. مع ذلك، يمكن أن
تشكل المدرسة عامل خطر أيضاً - مكاناً يواجه
فيه الأطفال واليافعون العنف والتنمر والإجهاد
وبيئات تعليمية تنطوي على إساءات.

رغم أن الباحثين كَوّنوا معارف كثيرة في
السنوات الأخيرة، إلا أن الأساليب المنهجية
لتحديد الأخطار الشائعة للصحة العقلية ما
زالت محدودة. وتظل البيانات محدودة على
الصعيد العالمي، ومن الممكن أن يزداد تعقيد
عمليات تحديد المعلومات وجمعها وتتبعها من
جاء التنوع الثقافي للخبرات وتنوع طرق فهم
الصحة العقلية.

ورغم التعقيدات، ثمة عوامل حاسمة تترك
تأثيرات كبيرة على الصحة العقلية على امتداد
مسيرة الحياة. يركز هذا الفصل من تقرير حالة
أطفال العالم لعام ٢٠٢١ على ثلاثة أبعاد ذات
أهمية خاصة في **عالم الطفل،
والعالم المحيط
بالطفل**: تنشئة الأطفال، والبيئات التعليمية،
والعلاقات مع الأقران.

مع ذلك، من الواضح أن عوامل الخطر - والتي
تُعرف أيضاً بعلامات الخطر - لا تؤذّن بوجد
ضعف في الصحة العقلية. وفي الواقع نادراً ما
يوجد خط سببي مباشر بين عامل خطر معيّن
وبين اعتلال ما في الصحة العقلية. وبدلاً من
ذلك، تعمل هذه العوامل عبر سلسلة احتمالات
لزيادة إمكانية وقوع الخطر - وهي سلسلة
تتأثر بطول مدة التعرض لعوامل الخطر
وبالسياق والتوقيت^١.

سيتمحور هذا الفصل البيانات والأبحاث في
هذا المجال، كما سيعرض أفكار المراهقين الذين
ناقشوا الصحة العقلية في مجموعات النقاش
التي أدارتها جامعة جونز هوبكنز.

إضافة إلى ذلك، تتنوع تأثيرات الخطر وعوامل
الحماية اعتماداً على الطفل وظروفه الاجتماعية
والاقتصادية والبيئية^٢. فعلى سبيل المثال، إذا
كانت تجربة أو حدث أو بيئة معينة تعود
بالضرر على الصحة العقلية على طفل ما فهذا
لا يعني أنها تؤدي إلى التأثير نفسه على طفل
آخر.

الإطار ٩.

نهج يشمل جميع مراحل الحياة بشأن الأخطار الشائعة للصحة العقلية

الشكل ٣,١: عوامل تؤثر على الصحة العقلية على امتداد الحياة

١. عمر الأم أقل من ١٨ سنة في وقت ولادة الطفل	الفترة المحيطة بالولادة
٢. انخفاض الوزن عند الولادة	
٣. نقص الحد الأدنى المقبول للنظام الغذائي المؤلف من خمسة أو أكثر من المجموعات الغذائية الثماني	الطفولة المبكرة
٤. نقص الالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي	
٥. نقص الأشياء التي يلعب بها الطفل، بما في ذلك الألعاب والحاجيات المنزلية أو المصنوعة في المنزل	
٦. نقص الالتحاق بالتعليم الابتدائي	الطفولة
٧. التأديب العنيف	
٨. عمالة الأطفال	
٩. اليتم	
١٠. عدم وجود أصدقاء أحماء	المراهقة
١١. التنمر	
١٢. نقص الأنشطة البدنية	
١٣. السلوك الخامل	
١٤. زيادة الوزن	
١٥. نقص الوزن	
١٦. كثرة تعاطي الكحول	
١٧. استخدام الماريوانا (نبته مخدرة)	
١٨. نقص الالتحاق بالتعليم الثانوي	
١٩. خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب	
٢٠. زواج الأطفال	
٢١. عنف العشير - جنسي	
٢٢. عنف العشير - بدني	
٢٣. عنف العشير نفسي	

بما أن العديد من العوامل التي تساهم في اعتلالات الصحة العقلية قابلة للتعديل، فمن الضروري أن نفهم توزيع الأخطار الشائعة كي نتمكن من تطوير وتنفيذ تدخلات تعزز الصحة العقلية وتحميها على نحو أفضل. وللأسف، يمكن أن يكون تحديد انتشار عوامل الخطر بين السكان على الصعيد العالمي والإقليمي والمحلي صعباً لأن المعلومات الموحدة ليست متوفرة دائماً على امتداد السياقات المختلفة.

وبغية ملء هذه الفجوة في الأبحاث، درس فريق من الباحثين من الجامعة الفيدرالية في ريو غراندي دو سول^٢ في البرازيل بيانات من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، ومن المسوح العنقودية متعددة المؤشرات لتقدير انتشار العوامل المرتبطة بنتائج الصحة العقلية في البلدان التي تغطيها الاستقصاءات^٢. واستخلص الفريق أكثر من ٥٠ عاملاً محتملاً تتوفر عنها بيانات في بلدان يتراوح عددها ما بين ٤٧ إلى ١٤٦ بلداً، وذلك بحسب كل عامل. ومن بين المؤشرات التي تناولتها هذه الاستقصاءات الثلاثة، حدّد الباحثون ٢٣ عاملاً في المرحلة المحيطة بالولادة، والطفولة المبكرة، والطفولة، والمراهقة من أول عقدين من حياة الطفل. واستند الاختيار في البداية إلى وجود استعراضات منتظمة أو تحليلات تجميعية تصف ارتباطاً بين التعرض لعامل محدد والظهور اللاحق لأي نتيجة محددة

في مجال الصحة العقلية. وخضعت هذه العوامل أيضاً لاستعراض أجراه خبراء في المجال. ورغم أن هذه العوامل الـ ٢٣ ليست سببية وليست شاملة - وتقتصر على المؤشرات المتوفرة في الاستقصاءات الثلاثة التي تم البحث عن معلومات فيها - إلا أن البحث يوفر رؤى حول بعض عوامل الخطر الأكثر انتشاراً، وتوجيهات بشأن الخطوات الأولى التي يجب اتخاذها لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها.

عوامل الخطورة وعوامل الحماية

عبر الحياة، يستمر ظهور مخاطر مضرّة بالصحة العقلية. وكذلك عوامل حماية مهمة. ويعقد الأمور أن بعض العوامل يمكن أن تكون عوامل خطورة أو حماية.



عوامل الحماية

عوامل الخطورة

بيئات مدرسية آمنة، والدون، قائمون على الرعاية، الانضباط، التغذية، المنزل، المجتمع المحلي.

بيئات مدرسية غير آمنة، العنف، الفقر، الحرب، المرض، كوفيد-19.

يُعتبر دور تنشئة الأطفال
دوراً تأسيسياً للصحة
العقلية للأطفال، وهو
مرتبط بالأمهات والآباء
ومقدمي الرعاية الذين
بوسعهم توفير التغذية
والأمان والتحفيز
والحماية لأبنائهم
الأطفال والمراهقين.

عالم يشجّع الارتباط الحميم ويوفر التغذية
والحماية والتحفيز القائم على الانهماك
وفرص التعلّم المبكر.

وفي الطفولة، حتى عندما تزداد أهمية
العالم المحيط بالطفل، يظل الآباء والأمهات
ومقدمو الرعاية يمثلون تأثيراً حاسماً.
وتتضمن أساسيات تنشئة الأطفال القائمة
على الانهماك، إضافة إلى التغذية والحماية،
توفير اللعب وإمكانية الحصول على فرص
التعليم بما في ذلك التعليم قبل الابتدائي
والتعليم الابتدائي.

تنشئة الأطفال

يُعتبر دور تنشئة الأطفال دوراً تأسيسياً
للصحة العقلية للأطفال، وهو مرتبط
بالأمهات والآباء ومقدمي الرعاية الذين
بوسعهم توفير التغذية والأمان والتحفيز
والحماية لأبنائهم الأطفال والمراهقين.

ويبدأ دور تنشئة الأطفال قبل الحمل،
وذلك عبر صحة الأم والتغذية والظروف
الاجتماعية والاقتصادية للأمهات والآباء
ومقدمي الرعاية. ففي الطفولة المبكرة،
يشكل الوالدون ومقدمو الرعاية التأثير
المباشر على عالم الطفل. وبوسعهم إقامة

على سبيل المثال، البيئات المدرسية الآمنة الخالية من التنمر أو العنف هي عوامل حماية. ولكن إذا كانت المدارس غير آمنة، فهي عوامل خطورة.

العقلية، والدعم من سياسات ملائمة للأسرة.° وتزود هذه الأدوات الأساسية الوالدين ومقدمي الرعاية بالموارد التي يحتاجونها لتعزيز صحتهم العقلية. وعندما تتوفر لهم هذه الأدوات، يصبحون قادرين على توفير الرعاية الحانية وإقامة أساس متين للصحة العقلية لأطفالهم.

وعندما يفتقر الآباء والأمهات ومقدمو الرعاية للأدوات التي يحتاجونها لتوفير الصحة والتغذية والأمان والمنازل الراحية، يمكن أن تزداد الأخطار على الصحة العقلية.

أقوى أساليب الحماية من اعتلالات الصحة العقلية في هذه المرحلة.

الأخطار

لا تحدث تنشئة الأطفال القائمة على الانهماك من تلقاء ذاتها. ويمكن للبيئات المضرة في تقديم الرعاية - مثلاً، التي تتضمن عنف العشير - أن تشكل خطراً على الصحة العقلية.° وفي الواقع يتطلب بناء أسس الصحة العقلية على امتداد الحياة وجود أمهات وآباء ومقدمي رعاية تتوفر لهم منازل آمنة، وأغذية مغذية، وفرص تعلم، ورعاية صحية شاملة ورعاية للصحة

وفي مرحلة المراهقة، يتوسّع العالم للعديد من الأطفال، مما ينطوي على عوامل خطر وحماية جديدة للصحة العقلية. وتوجد بعض هذه الأخطار في العالم العام وتنشأ عن محددات اجتماعية من مقياس كبير من قبيل الفقر والنزاعات والجوائح (انظر الفصل ٤). مع ذلك، يظل عالم الطفل والعالم المحيط بالطفل قوتي حماية حاسمتين في حياة المراهقين. ورغم أن مرحلة المراهقة التي ينطلق فيها اليافعون خارج منازلهم ويسعون لإيجاد معنى وإقامة مجتمع محلي لأنفسهم، تظل التنشئة الحانية والداعمة إحدى

الإطار ١٠.

التغييرات الكبيرة تبدأ صغيرة

لا شك أن تكبد كلفة تبلغ ١٦,١٣ بليون جنيه إسترليني سنوياً هو أمر مثير للقلق - وهذا المبلغ يعادل حوالي ٢٢ بليون دولار سنوياً^٦.

هذا المبلغ هو كلفة عدم الاستثمار في الصحة العقلية والعافية والنماء الصحي للأطفال دون سن الخامسة في إنجلترا. وهو المبلغ الذي يُنفق على المشاكل التي كان يمكن تجنبها من خلال اتخاذ إجراءات في مرحلة الطفولة المبكرة - مشاكل تنشأ عن السلوك المعادي للمجتمع، والاعتلالات الصحية العقلية والبدنية الطويلة الأجل، والسلوك الإجرامي.

وهو كلفة الفرص المهدورة للأمة وأطفالها.

وكي نضع هذا الرقم في سياق مفهوم، فإن مبلغ ١٦,١٣ بليون جنيه يساوي حوالي خمسة أضعاف القيمة التي تنفقها إنجلترا على التعليم المبكر وعلى استحقاقات رعاية الأطفال.

وقد حَسَبَت كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية هذا الرقم في إطار تقرير 'التغييرات الكبيرة تبدأ صغيرة' الذي صدر في حزيران / يونيو ٢٠٢١ عن مركز الطفولة المبكرة التابع للمؤسسة الملكية.

ورغم أن مبلغ ١٦,١٣ بليون جنيه سنوياً هو مبلغ كبير، إلا أن التقرير يقيم الحجة بأنه يشكل جزءاً يسيراً فقط مما يُهدر عندما لا نستثمر في الأطفال الصغار وأسرهم ومقدمي

الرعاية لهم. فمثلاً، لا يتضمن الرقم الخسائر في الإنتاجية وفي الدخول الفردية التي تحدث من جراء عدم بلوغ الطفل المستوى الأمثل من النمو.

ووفقاً لتقرير المؤسسة الملكية، لا يتمكن حوالي ثلث الأطفال دون سن الخامسة من بلوغ مستوى جيد من النمو. إضافة إلى ذلك، يتخلف الأطفال الذين يعيشون في أوضاع ضعف بمدة ٤,٦ أشهر عن أقرانهم عندما يحين موعد التحاقهم بالمدارس.

وقد طرحت المؤسسة الملكية ست توصيات رئيسية للحد من هذه الخسائر السنوية التي تبلغ قيمتها ١٦,١٣ بليون جنيه:

- التوعية بتأثير السنوات المبكرة على حياة الأفراد والأمم
- إقامة مجتمع أكثر تمتعاً بالصحة العقلية وأكثر رعاية لها
- إقامة مجتمعات محلية معنية بتقديم الدعم
- تعزيز قوة العمل التي تدعم الأسر والأطفال الصغار
- جمع بيانات أكثر واستخدامها لتقديم رعاية أفضل للأطفال والأسر ومقدمي الرعاية
- دعم التغييرات الطويلة الأجل التي تدفع الدعم الشامل والوقائي للطفولة المبكرة

كما بيّن تقرير المؤسسة الملكية الرابطة الواضحة بين هذا العمل الأساسي وبين فاعليته للصحة العقلية. وفي تمهيد التقرير، كتبت الأميرة كاثرين، دوقة كامبريدج، أن اهتمامها بالطفولة المبكرة بدأ مع الراشدين. فأثناء حواراتها مع الأشخاص الذين كانوا يعيدون بناء حياتهم من التحديات التي غالباً ما تنشأ عن اعتلالات الصحة العقلية، اندهشت من كثرة ما تحدثوا عن العلاقة بين صحتهم العقلية وبين تجاربهم في الطفولة المبكرة.

وبالنسبة لها، ثمة رابطة واضحة بين سنواتنا المبكرة كأطفال وبين مستقبلنا كراشدين. ويدعو التقرير إلى عدم التركيز فقط على الاحتياجات المادية للأطفال، بل على احتياجاتهم العاطفية والاجتماعية أيضاً.

وأضافت الأميرة كاثرين بأن تحقيق هذا التركيز قد يكون صعباً، إلا أن التغييرات الكبيرة تبدأ صغيرة..

في البداية

ثمة أخطار عديدة تنشأ قبل الحمل والفترة المحيطة بالولادة، ويمكن أن تؤثر على الصحة العقلية.

ويتضمن بعض هذه الأخطار المرتبطة بدور تنشئة الأطفال انخفاض الوزن عند الولادة، وتغذية الأم، والصحة العقلية للأم، والولادة في سن المراهقة.

وعلى صعيد العالم، يولد ١٥ بالمئة من الأطفال ويكون وزنهم منخفضاً عند الولادة،^٧ مما يمثل خطراً حدوث اعتلالات سلوكية واجتماعية وفي القدرة على الانتباه.^٨ كما يمكن أن تمتد تأثيرات انخفاض الوزن عند الولادة إلى مرحلة الرشد، إذ يرتبط بمستويات أعلى من القلق والاكتئاب والشعور بالخجل، ومستوى أدنى في الأداء الاجتماعي. إضافة إلى ذلك، ثمة أخطار متعددة

تواجهها الأمهات المراهقات وأطفالهن.^٩ وثمة حوالي ١٥ بالمئة من الفتيات يصبحن أمهات قبل سن ١٨.

يتوقف فهم أسباب حدوث هذه العوامل وكيف ترتبط بالصحة العقلية على الدور الحاسم الذي يؤديه الوالدون ومقدمو الرعاية.^{١٠} فعلى سبيل المثال، ثمة أسباب عديدة لانخفاض الوزن عند الولادة، ولكنه قد يرتبط أيضاً باستخدام الأم للكحول والنيكوتين والمخدرات أثناء الحمل. وقد أدت البرامج التي تساعد النساء الحوامل على التوقف عن التدخين وتقليل استخدام الكحول إلى حالات أقل من انخفاض الوزن عند الولادة ومن أخطار الصحة العقلية.^{١١}

فقبل الحمل وأثنائه، يمكن أن يؤدي سوء التغذية عند الأم إلى نشوء أخطار على الصحة العقلية للطفل. وعلى صعيد العالم، تعاني ٩ بالمئة من النساء من نقص الوزن، في حين ينتشر فقر الدم بين ٣٠ بالمئة من النساء.^{١٢} وأثناء الحمل، يمكن أن يعمل سوء التغذية – والذي يشمل نقص التغذية وزيادة التغذية والسمنة – على إعاقة النقل المشيمي للمغذيات من الأم للجنين.^{١٣}

إضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤثر سوء التغذية على الصحة العقلية للأم أثناء الحمل، مما قد يؤثر على الصحة العقلية للطفل.

وتمثل اعتلالات الصحة العقلية خطراً على عدد كبير جداً من النساء أثناء الحمل، وهي تؤدي إلى تأثيرات محتملة على صحة الأم والطفل وعافيتهما. وترتكز معظم الدراسات التي تربط بين صحة الأم وصحة الطفل على الاكتئاب والقلق – وهما اعتلالان يؤثران على ملايين النساء في العالم. فمثلاً، استنتجت دراسة جرت في عام ٢٠٢٠ أن الاكتئاب قبل الولادة كان شائعاً في جميع أنحاء العالم، ولكن لم يحظ هذا الاعتلال بدراسة كافية ولم يُعالج علاجاً شاملاً.^{١٤}

ويمكن أن تتضمن التأثيرات البدنية الناشئة عن اكتئاب الأم قبل الولادة نقص وزن الطفل عند الولادة، والولادة قبل الأوان، وتعقيدات الحمل. كما يرتبط اكتئاب المرأة قبل الولادة بظهور مشاكل صحية لدى الطفل في النمو وفي إقامة ارتباط حميم مع الأم ومشاكل عاطفية،^{١٥} إضافة إلى تأثيرات محتملة طويلة الأجل.^{١٦} فعلى سبيل المثال، يمكن أن تشكل أعراض الاكتئاب أو القلق أو الإجهاد لدى الأم عاملاً لتوقع حدوث صعوبات في الصحة العقلية للطفل منذ الطفولة وحتى مرحلة المراهقة.

وثمة قسم كبير من الأبحاث المعنية باعتلالات الصحة العقلية بين الأطفال يركّز على النساء. مع ذلك، بدأت تظهر أدلة حول وجود علاقة بين الصحة العقلية للأب والصحة العقلية لطفله. ووفقاً لدراسة جرت في عام ٢٠١٦، يعاني حوالي ٨ بالمئة من الآباء من الاكتئاب في الفترة السابقة للولادة.^{١٧} وقد سُجِّلَت حالات اكتئاب بين الآباء قبل الولادة وبعدها، وعادة ما تكون مرتبطة بالإجهاد والضعف الصحي. ورغم أن التفاعل بين الصحة العقلية للطفل وبين الحالة المزاجية

للأمهات والآباء يظل غير واضح، إلا أن الأبحاث أظهرت بصفة مستمرة وجود تأثير ذات نطاق صغير إلى متوسط لاكتئاب الآباء على الأطفال، وذلك بصفة مستقلة عن تعرّضهم لاكتئاب الأم.

وبالنسبة للوالدين المراهقين، ثمة نقاط ضعف متعددة يمكن أن تترك تأثيرات مستمرة على الصحة العقلية لأطفالهم. وتتضمن الأمومة في مرحلة المراهقة، بصفة خاصة، أخطاراً على المواليد الجدد من قبيل الولادة قبل الأوان ونقص الوزن عند الولادة – وكلاهما مرتبطان باعتلالات في الصحة العقلية في مرحلة لاحقة من الحياة.^{١٨} إضافة إلى ذلك، ثمة مضامين للحمل أثناء المراهقة على تغذية الأم وصحتها العقلية واحتمالية نجاحها في التعليم وفي قوة العمل.^{١٩}

إن تعزيز الصحة والعافية لليافعين المستضعفين وحمايتهم – سواء أكانوا والدين أم لم لا – يبنى أساساً للصحة قبل الحمل وأساساً للنمو الصحي للجيل المقبل. وبالنسبة للوالدين المراهقين، يعمل الدعم المبكر على تعزيز النمو الصحي للطفل

يتطلب بناء أسس الصحة

العقلية على امتداد

الحياة وجود أمهات

وآباء ومقدمي رعاية

تتوفر لهم منازل آمنة،

وأغذية مغذية، وفرص

تعلم، ورعاية صحية

شاملة ورعاية للصحة

العقلية، والدعم من

سياسات ملائمة للأسرة.

قبل الولادة وفي مرحلة الطفولة المبكرة، مما يؤثر في نهاية المطاف على مسار حياة الطفل.

العقد الأول

رغم أن التنشئة يمكن أن تساعد في بناء القواعد الأساسية حتى قبل الولادة، يوفر العقد الأول من العمر فرصاً عديدة لبناء الصحة العقلية للطفل. مع ذلك، يتواصل نشوء مخاطر حاسمة تتصل بدور التنشئة وهي تتضمن نقص الأغذية الكاملة وعدم وجود الألعاب والفرص للعب والتعلم.

وليست هذه الأخطار نادرة الحدوث. فعلى صعيد العالم، لا يتلقى عدد كبير جداً من الأطفال المتطلبات الغذائية المعيارية المحددة للطفل في السنوات المبكرة من النمو: أغذية من خمس من المجموعات الغذائية الثماني. ويشير الانتشار الكبير للأطفال بسن ٦-٢٣ شهراً الذين لا يحصلون على الحد الأدنى للتنوع الغذائي - ٢٩ بالمئة على الصعيد العالمي - إلى النطاق المحتمل للتحديات التي يمثلها نقص التغذية على الصحة العقلية.^{٢٠}

وبالنسبة للمواليد الجدد، يتصل انعدام الأمن الغذائي بالقدرة على إقامة ارتباط حميم وبعائلات عقلية وإدراكية. فمن سن حوالي ٣ سنوات إلى سن حوالي ٥ سنوات يرتبط نقص التغذية الكاملة بحالات السلوك العدواني والمزاج القلق والمكتئب، واعتلال نقص الانتباه وفرط النشاط.^{٢١}

وإضافة إلى المخاطر المتصلة بالتغذية، يمكن أن تنشأ المخاطر في العقد الأول عن الافتقار للكتب ومواد اللعب في حياة الطفل، بما في ذلك الحاجيات المنزلية أو الأشياء التي توجد خارج المنزل من قبيل العصي أو الحجارة. ومن جديد، فإن هذه المخاطر واسعة الانتشار. وفي

أقل البلدان نمواً في العالم، لا يتوفر لـ ٥٠ بالمئة من الأطفال دون سن الخامسة أشياء للعب في المنزل، كما لا يتوفر لـ ٩٨ بالمئة منهم كتب.^{٢٢}

رغم أن الألعاب ومواد اللعب تُعتبر من علامات تقييم نمو الطفل، إلا أنها لا تشكل بحد ذاتها العامل الأساسي، بل تُعد مؤشراً على الرعاية في منزل الطفل، وعلى أهمية التفاعل المنهكم مع الوالدين ومقدمي الرعاية، وعلى دور اللعب كجزء حاسم من التعلم المبكر.^{٢٣}

ومن بين المخاطر الأخرى للصحة العقلية والمرتبطة بتنشئة الأطفال، التأديب العنيف وعمالة الأطفال، وهنا أيضاً نجد أن انتشارهما كبير. ففي أقل البلدان نمواً في العالم، يواجه ٨٣ بالمئة من الأطفال تأديباً عنيفاً من مقدمي الرعاية.^{٢٤} إضافة إلى ذلك، ينخرط حوالي ٢٢ بالمئة من الأطفال في هذه البلدان في شكل من أشكال عمالة الأطفال.

العقد الثاني

تظل العلاقات مع الوالدين ومقدمي الرعاية أمراً مركزياً للنماء والصحة العقلية للمراهقين. وقد توصل الباحثون إلى أن العيش من دون مقدم رعاية منهمك في التنشئة يشكل عامل خطر شائعاً يرتبط باعتلالات الصحة العقلية لدى المراهقين. وثمة أسباب متعددة تؤدي إلى نقص تقديم الرعاية في مرحلة المراهقة، بما في ذلك وفاة مقدم الرعاية أو هجرته. وعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة حول الأطفال في الصين الذين هاجر والديهم بعيداً عن المنزل من أجل العمل ازدياداً في خطر الاكتئاب والقلق والتفكير في الانتحار والاضطراب السلوكي وتعاطي المخدرات لدى هؤلاء الأطفال.^{٢٥} وبالنسبة للأطفال والمراهقين الذين يواجهون وفاة أحد مقدمي الرعاية، فإن بوسع حتى تدخل قصير للمواساة أن يمنع حدوث الحزن

الذي يمثل صدمة وأن يحد من خطر اعتلالات الصحة العقلية.^{٢٦}

وعلى امتداد مرحلة المراهقة، تظل التنشئة الحانية والداعمة إحدى أقوى وسائل الحماية للصحة العقلية. وتشير الأبحاث من الولايات المتحدة إلى أن الرعاية التي تقدمها الأم في مرحلة المراهقة ترتبط بانخفاض احتمال حدوث اضطرابات الاكتئاب والأكل والسلوك، كما ترتبط بمستويات أقل من الرهاب الاجتماعي وتعاطي الكحول؛ ويعمل تواصل الوالدين مع أطفالهم المراهقين ومتابعتهم لأنشطتهم على حماية صحتهم العقلية أيضاً.

مع ذلك، من الممكن أن تنشأ حاجة لأن يتطور أسلوب تنشئة الأطفال مع نمو الأطفال ودخولهم مرحلة المراهقة. فالنشئة التي تنطوي على تدخل مفرط في شؤون المراهق قد تسبب مشاكل. فعلى سبيل المثال، ترتبط السيطرة على قدرة المراهق على اتخاذ القرارات في عالمه بزيادة في القلق الاجتماعي وتعاطي الكحول، ولكنها ترتبط بمستوى أقل من نقص الانتباه والنشاط المفرط. وبالمقابل، فإن التأني بالنفس مبكراً عن الوالدين ومقدمي الرعاية، أو الاستقلال الذاتي قبل الأوان، يرتبط بمستويات أعلى من المخاطر السلوكية المتصلة بسوء العافية.^{٢٧}

ومع أن تركيز الدراسات ينصب عادةً على أسلوب تنشئة الأطفال أو على الترابط بين الأشخاص، إلا أن العادات الأسرية توفر فرصاً أيضاً لحماية الصحة العقلية للمراهقين. وتحديداً، غالباً ما تتأثر ممارسات المراهقين المتعلقة بالأنشطة البدنية والنمط الغذائي واستخدام المخدرات والكحول بالممارسات التي يظهرها الوالدون وبتوقعاتهم. ونتيجة لذلك، يعمل تقديم الرعاية الداعمة التي تعالج هذه الأخطار في حياة المراهقين على تعزيز التزامهم بعادات صحية في مجال الصحة العقلية.

التغذية، والأنشطة البدنية، ووزن الجسم

تشكل التغذية أساساً للصحة العقلية على امتداد الحياة؛ مع ذلك، من الممكن أن يصبح سوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي مصدرًا للمخاطر. ورغم أن الأخطار المرتبطة بالتغذية على الصحة العقلية عادة ما تركز على الفترة المحيطة بالولادة، إلا أن التغذية تظل تشكل عامل خطر وحماية حتى فترة متقدمة من مرحلة المراهقة.

ويرتبط نقص التغذية الكاملة بأخطار على الصحة العقلية من قبيل نقص الوزن عند الولادة؛ وبالمقابل، يمكن أن تكون التغذية عامل حماية قوي. فعلى سبيل المثال، أدت تدخلات التغذية التي تزود الأمهات بمكملات غذائية يمكن تناولها بالفم - بما في ذلك فيتامين ألف، والكالسيوم، والزنك، إلى جانب التثقيف الغذائي وتقديم العقارات المضادة للملاريا - إلى تقليص في خطر انخفاض الوزن عند الولادة.^{٣٨}

وبعد ولادة الطفل، تُعتبر الرضاعة الطبيعية عامل حماية حاسم الأهمية، وتعود بفوائد بدنية ونفسية على الطفل والأم. وقد ثبت أن ثمة فوائد للبدء في الرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة، بما في ذلك تقليص الوفيات والاعتلال من الأمراض السارية، وحتى تحسين مستوى الذكاء.^{٣٩} كما تُعد الرضاعة الطبيعية جزءاً مهماً من الرعاية الحانية وفرصة لإقامة رابطة حميمة بين الأم والطفل، مما يكرس شعور الارتباط والاطمئنان لدى المولود الجديد.^{٤٠}

وعلى الرغم من هذه الفوائد، يحدث البدء في الرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة بعد الولادة في ٤٨ بالمئة

فقط من الولادات، ويحصل ٤٤ بالمئة فقط من الأطفال دون سن ٦ أشهر على رضاعة طبيعية خالصة.^{٣١} وفي مرحلة المراهقة، يرتبط انعدام الأمن الغذائي باعتلالات الصحة العقلية التي تتضمن القلق والاكتئاب ومحاولة الانتحار وتعاطي المخدرات.^{٣٢} كما ربطت الدراسات بين انعدام الأمن الغذائي وبين الاعتلالات الخطيرة في الصحة العقلية في سن الرشد.^{٣٣}

ويظل تحدي سوء التغذية في العالم كبيراً إلى درجة تثير القلق. فمن بين الأطفال دون سن الخامسة، يعاني ٢٢ بالمئة منهم من التقرم، أو أنهم قصار جداً بالنسبة لأعمارهم؛ ويعاني ٧ بالمئة منهم من الهزال المتوسط أو الشديد - أي أنهم نحاف جداً بالنسبة لأطوالهم؛ ويعاني ٦ بالمئة منهم من زيادة متوسطة أو شديدة في الوزن.^{٣٤} أما الأطفال من الفئة العمرية ٥-١٩ سنة، فيعاني ١١ بالمئة منهم من النحافة أو النحافة الشديدة، ويعاني ١٨ بالمئة منهم من زيادة الوزن أو السمنة.^{٣٥}

وفي مرحلة المراهقة، يمكن لزيادة الوزن والسمنة أن يشكلا مخاطر متصلة بالقلق والاكتئاب. إضافة إلى ذلك، يصبح نقص الأنشطة البدنية علامة على خطر اعتلالات الصحة العقلية. وقد يزيد انتشار هذه الأخطار مع ازدياد نسبة الأطفال والطلاب الذين يعانون من السمنة والذين لا يقومون بأنشطة بدنية كافية.^{٣٦} وفي الواقع، تشير البيانات المتوفرة إلى أن ٧٨ بالمئة من الذكور و٨٥ بالمئة من الإناث من الفئة العمرية ١١-١٧ سنة لا يقومون بأنشطة بدنية كافية.^{٣٧}

وترتبط السلوكيات الخاملة والوقت الذي يمضيه الأطفال أمام الشاشات بنقص النوم - وهو خطر آخر يرتبط بالصحة العقلية.^{٣٨} وفي حين يُقدَّر أن المراهقين يحتاجون إلى تسع ساعات من النوم ليلاً، إلا أن العديدين منهم يحصلون على ساعات نوم أقل بكثير.^{٣٩} وتبدو هذه المشكلة بأنها مشكلة مزمنة في جميع أنحاء العالم. فالشعور بالنعاس في ساعات النهار هو النتيجة الأكثر وضوحاً للحرمان من النوم. ولكن ثمة تبعات طويلة الأجل للحرمان من النوم على الصحة البدنية وعلى النمو الصحي للدماغ.^{٤٠} فعلى سبيل المثال، ربطت الأدلة في السنوات الأخيرة بين عدم كفاية النوم أو سوء نوعيته وبين نشوء مجموعة من اعتلالات الصحة العقلية، بما في ذلك الاكتئاب، والقلق، والتفكير بالانتحار، وضعف القدرة على الحكم على مجريات الحياة.^{٤١} وأظهرت دراسة جرت في الولايات المتحدة للمراهقين من الفئة العمرية ١٤-١٨ سنة أنه مقابل كل ساعة نوم يخسرها المراهق يزداد احتمال شعوره بالحزن واليأس بنسبة ٣٨ بالمئة.^{٤٢}





العثور على الصداقة: بديعة، ١٥ عاماً، كونت صداقات في مركز للدعم النفسي-الاجتماعي في الجمهورية العربية السورية.

© UNICEF/UN0410508/Chnkdji

مثل سائر الوالدين، جعلتني الجائحة أشعر بالقلق. وقد بقيت قلقاً بشأن وضع أطفالي، وبشأن صحة أسرتي، وكيف ستتغلب على هذا الوضع. ولكنني، لحسن الحظ، قادر على حماية أطفالي من معظم ما يقلقني. لكن لا تتمكن أسر عديدة من تحقيق ذلك. فثمة أطفال عديدون يعانون لأن والديهم يعانون، ويتساءلون كيف سيتمكنون من الصمود ليوم آخر. ومن أجل تحقيق وضع أفضل للأطفال، علينا أن نوفر وضعاً أفضل للصحة العقلية للوالدين. فعندما ندعم الوالدين ومقدمي الرعاية، فإننا ندعم الأطفال والياfeين.



وُلد ريكي مارتين في بورتوريكو، وهو مغني وكاتب أغاني حائز على عدة جوائز 'غرامي' الغنائية وجوائز 'غرامي' للأغاني اللاتينية، وممثل رُشح لنيل جائزة 'إيمي' للتمثيل، وكاتب ظهرت أعماله في قائمة الكتب الأكثر مبيعاً في صحيفة 'نيويورك تايمز'، ومنتج، وناشط إنساني. وقد عُيّن سفيراً للنوايا الحسنة لليونسيف في عام ٢٠٠٣.

لي بأبني ابنتهما، وأنهما والداي، لذا يجب علي أن أفهم بوصفي طفليهما بأن علي أن أتصرف حسبما ينبغي علي الطفل أن يتصرف، وهو أن ألتزم بطاعة الوالدين".

وفي كينيا، أشار يافع أثناء مناقشات للفئة العمرية ١٥-١٩ سنة إلى وجود رابطة بين الفقر والضغط من الأسرة والتعليم: "قد يرى البعض أنهم إذا وصلوا الذهاب إلى المدرسة فسيحملون والديهم أعباء تفوق طاقتهم. وقد ينهمكون في مرحلة ما بسلوك إجرامي من قبيل السرقة كما قد يبدوون بتعاطي المخدرات للحد من الإجهاد".

وثمة بعض الأخطار الشائعة تبرز في بلدان محددة. فمثلاً، تحدّث مراهقون من بلجيكا والصين وسويسرا عن الضغط الذين يواجهونه من والديهم ومقدمي الرعاية لهم بخصوص تحقيق النجاح الأكاديمي. وفي شيلي وجامايكا، أشار اليافعون إلى الانتقادات من أفراد الأسرة، خصوصاً الموجهة إلى البنات، بوصفها ضارة بالصحة العقلية. وفي كينيا وملاوي، ركّز المشاركون على أخطار الصحة العقلية المتصلة بعدم الاستقرار المالي، والإساءات اللفظية والبدنية والجنسية. وفي مصر والأردن، ناقش المراهقون المشاركون الإساءات اللفظية والبدنية وأكدوا على مسألة السيطرة التي تفرضها أسرهم عليهم. وبالنسبة للبنات، يمتد نطاق هذه السيطرة ليمارسها الأصدقاء الذكور.

وفي بعض البلدان، تحدّث المراهقون عن الكيفية التي قد ينشأ فيها خطر من جراء الوصم ضمن المجتمعات والأسر - ويكون هذه الخطر مهدداً للحياة أحياناً. وأشار المشاركون في النقاش إلى ممارسات الوصم بشأن السلوك الجنسي، والحمل غير المرغوب فيه، وتعاطي المخدرات، وهيئة الجسد، والفقر، بوصفها

ما يقوله اليافعون

أعرب المراهقون الذين شاركوا في مناقشات مجموعة تركيز نظمتها جامعة جونز هوبكنز عن موافقتهم على وجود تأثير كبير للأسرة على صحتهم وعافيتهم العقلية. واتفق هؤلاء اليافعون المنحدرون من ١٣ بلداً من جميع أنحاء العالم على مجموعة مشتركة من الأخطار التي يتعاملون معها في حياتهم اليومية: نقص الدعم أو التفهم؛ والشجار أو النزاعات داخل أسرهم؛ والصعوبات في التواصل مع والديهم ومقدمي الرعاية لهم؛ ونقص اهتمام الوالدين والتعرض للإهمال.

وعلى سبيل المثال، قالت فتاة من الأردن في إطار المناقشات لمجموعة من الفئة العمرية ١٠-١٤ سنة: "ثمة والدون عديدون لا يهتمون ببناتهم، فهم يقولون للابنة، 'لقد وُلدت من جراء غلطة، ونحن لا نريدك، وأنت لستِ ابنتنا'. بالتالي تبدأ البنت بكره نفسها والتحسّر من أنها أتت إلى هذا العالم".

وقد برزت عوامل خطر أخرى أقل شيوعاً في العديد من المناقشات، من بينها السيطرة التي يفرضها الوالدون، والضغط من الوالدين، وعدم الاستقرار المالي، والتفكير التقليدي بشأن أدوار الجنسين، وقيمة التعليم، والصحة العقلية.

وحسبما قالت فتاة من بلجيكا في المناقشات لمجموعة من الفئة العمرية ١٠-١٤ سنة: "إنهم يخبرونك بما عليك فعله وما عليك قوله، وما عليك ألا تقوله، وما عليك أن ترتديه. أو أنهم يجبرونك أن تصبح محامياً، وهو أمر لا تريده أنت، وذلك لأنك ربما تريد أن تكون شيئاً آخر، مثلاً تريد أن تعمل مصفف شعر".

وفي مجموعة النقاش للفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، قالت فتاة من إندونيسيا: "هما يقولان



**تُرَكِّز الإجراءات الرامية
لتعزيز الصحة العقلية
وحماية الفئات الأشد
ضعفاً، من مرحلة ما قبل
الحمل وحتى المراهقة،
على توفير الرعاية
لمقدمي الرعاية وتشجيع
تنشئة الأطفال القائمة
على الانهماك معهم.**

أبرز الأخطار. وبرزت ممارسات الوصم المتصل بال العنف الجنسي كموضوع ذي أهمية خاصة في الحوارات بين الفتيات في مصر والأردن، إذ قلن إن التعرض لمثل هذا العنف يعرضهن للرفض من أسرهن ومجتمعاتهن المحلية.

وأوضحت فتاة من الأردن في مجموعة نقاش للفئة العمرية ١٠-١٤ سنة بأنه "في حالة تعرضها لاعتداء جنسي] من المحتمل أن تتعرض للضرب من قبل أسرتها وأنها ستخاف منهم [ثم تنتحر] كي يتوقفوا عن معاقبتها ... لأنها ستشعر بأنها جلبت العار على أسرتها".

عوامل حماية

تُرَكِّز الإجراءات الرامية لتعزيز الصحة العقلية وحماية الفئات الأشد ضعفاً، من مرحلة ما قبل الحمل وحتى المراهقة، على توفير الرعاية لمقدمي الرعاية وتشجيع تنشئة الأطفال القائمة على الانهماك معهم.

يُعد 'إطار الرعاية الحانية' من الأدوات التي حظيت بأوسع إقرار من أجل تشجيع تنشئة الأطفال القائمة على الانهماك معهم في السنوات المبكرة من حياتهم.^{٤٢} تأسس هذا الإطار من قبل اليونيسف، ومجموعة البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية، وشبكة العمل من أجل النماء في مرحلة الطفولة المبكرة، والشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل، وهو يحدد خمس فئات أساسية للرعاية الحانية والنماء الصحي: الصحة الجيدة، والتغذية الملائمة، وتقديم الرعاية المستجيبة، والأمن والأمان، وفرص التعلم المبكر.^{٤٤} وقد توسع فهم الإطار مؤخراً ليتناول الفترة من قبل الحمل وحتى نهاية المراهقة.^{٤٥} ويركز الإطار الموسع على تعزيز القدرة على الصمود وضمان النماء الصحي على امتداد الحياة، والحد من تبعات الأخطار، وزيادة رأس المال الإنساني.

ويتطلب تزويد الوالدين ومقدمي الرعاية بما يلزمهم أن تتم أيضاً معالجة متطلباتهم في مجال صحتهم العقلي. فعلى سبيل المثال، بوسع تقديم الدعم للصحة العقلية كجزء من الرعاية السابقة للولادة أن يحد من اعتلالات الصحة العقلية بين الأمهات. وأظهر استعراض لـ ١٣ تجربة علمية أن التدخلات النفسية- الاجتماعية التي قَدَّمها العاملون الصحيون المجتمعيون في البلدان المتوسطة الدخل من الشريحة الدنيا قلصت الاكتئاب بين الأمهات قبل الولادة. وتتضمن الفوائد التي تعود على الأطفال تفاعلاً أفضل مع الأمهات وموياً وتطوراً إدراكياً أفضل.^{٤٦}

وتحديداً، أدت التدخلات التي تمزج بين التغذية وتقديم الرعاية التفاعلية إلى زيادة النماء الإدراكي للأطفال. ففي جامايكا على سبيل المثال، قام عاملون صحيون مجتمعيون بزيارة أطفال يعانون من توقف النمو وذلك في إطار برنامج تغذية. وقد شجَّع العاملون الصحيون الأمهات ومقدمي الرعاية على الانهماك التفاعلي مع أطفالهم - للعب معهم. وكانت النتيجة تأثيراً كبيراً على النمو الإدراكي، مع تأثيرات مضاعفة على انخراط هؤلاء الأطفال بالعمل بعد ٢٠ سنة من التدخل.^{٤٧}

إن الاهتمام المستمر ببلينات البناء الأساسية للصحة العقلية على امتداد الحياة هو أمر أساسي على امتداد العقد الأول من حياة الطفل، خصوصاً الأطفال المعرضين للخطر، كما تظل الرعاية الحانية أمراً حاسماً للصحة العقلية للطفل.

وتظل تنشئة الأطفال القائمة على الانهماك معهم عامل حماية حاسم الأهمية للصحة العقلية للمراهقين. وبوسع التنشئة الإيجابية في هذه المرحلة من النماء التي تشهد تحولات

عديدة أن تعزز قدرة المراهق على الصمود في مواجهة الشدائد، ولها تأثيرات طويلة الأجل على الصحة والتعليم.^{٤٨} وضمن السياقات الثقافية المتنوعة، يمكن للعلاقات الدافئة بين مقدمي الرعاية والأطفال أن تقود إلى نتائج إيجابية، بما في ذلك مستوى مرتفع من تقدير الذات، وتقليل الإجهاد، وتحقيق صحة عقلية أفضل، والحد من المشاكل النفسية والسلوكية.^{٤٩}

وتشير الأدلة إلى أن البرامج التي توفر معلومات ودعمًا لوالدي المراهقين ومقدمي الرعاية لهم يمكن أن تحسّن النتائج التي يحققها المراهقون. وتحديداً، تعمل البرامج الفعالة على زيادة فهم الوالدين ومقدمي الرعاية للنماء في المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، وللتطور الجنسي؛ وتحسين المواقف إزاء تنشئة الأطفال؛ وتوفير فرص لاكتساب مهارات واستراتيجيات جديدة في مجال تنشئة الأطفال.^{٥٠}

وتشير التوجيهات الحديثة من اليونيسف إلى أن البرامج الفعالة المعنية بالوالدين ومقدمي الرعاية تتسم بالخصائص التالية: أنها تستند إلى مكامن القوة لدى المراهقين؛ ومتجاوبة من الناحية الجنسانية؛ وتتضمن مشاركة المراهقين؛ وتأخذ بالاعتبار الفرَق في القدرات؛ وتستند إلى الأدلة.^{٥١} ويركز محتوى البرامج الناجحة على ما يلي:

- دفع العواطف، والمحبة، والحنان
- نماء المراهقين
- التواصل القائم على الاحترام
- التأديب الإيجابي
- البيئات الآمنة
- توفير الاحتياجات الأساسية
- الصحة العقلية لمقدمي الرعاية والوالدين

الإطار ١٢.

الأدوية والأطفال

الحاجة إلى أن تستند رعاية الصحة العقلية على طرق فهم الثقافات المختلفة للإجهاد العقلي، والشفاء، والتعافي.

ومن منظور طبي أيضاً، ثمة انتقادات بشأن ما يعتبره البعض أفرطاً في توسيع فئات التشخيص مع غياب الأسس العلمية السليمة لهذا التوسيع.^{١١} وثمة شواغل أيضاً بأن زيادة الاعتماد على الأدوية قد يحجب مزايا النهج غير الطبية، بما في ذلك النهج التي تركز على تعزيز الصحة العقلية وحمايتهم، بدلاً من معالجة الاعتلالات.

في أماكن عديدة من العالم، ثمة نقص في وسائل العلاج الضرورية وفي العاملين الماهرين، مما يعني أن الأطفال الذين قد يستفيدون من الأدوية لا يحصلون عليها.

وقد تناولت لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة هذه الشواغل بشأن الأدوية. ففي عام ٢٠١٥، حذرت اللجنة من الاستخدام المفرط لأدوية علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط "رغم تزايد الأدلة على وجود آثار ضارة لهذه الأدوية".^{١٢} وقد أقامت اللجنة رابطة واضحة بين الاستخدام المفرط لهذه الأدوية وبين الإفراط في تشخيص هذا الاضطراب.^{١٣}

لقد حظي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط باهتمام خاص. وثمة أدلة ناشئة على وجود إفراط في تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بين الأطفال والمراهقين في بعض البلدان؛ وفي المقابل، يظل التشخيص أقل شيوعاً في البلدان التي لا يوجد فيها سوى عدد محدود من أدوات الفحص المكيفة ثقافياً والتي تم التحقق من فاعليتها.^{١٤} وثمة عوامل عديدة تؤثر على الإفراط في التشخيص، من قبيل اعتماد المختصين النفسيين على الأحكام الذاتية بدلاً من معايير التشخيص. ويمكن أن تكون النتيجة بروز معدلات أعلى من التشخيص بين الأولاد مقارنة مع البنات، وبين الأطفال الأصغر سناً قياساً بمعدل السن في غرفة الصف أو ضمن مجموعة الأقران.^{١٥}

مع ذلك، ثمة قضية أكبر تبرز في هذا الإطار: فالنهج ذات النزعة الطبية-البيولوجية في تدخلات الصحة العقلية يمكن أن تفشل في معالجة المحدّات الاجتماعية التي تؤثر على الصحة العقلية للعديد من الأطفال، من قبيل الفقر، وانعدام المساواة، والعنف، والتجارب السلبية في الطفولة،^{١٦} كما قد تفشل في إبراز

تستخدم الأدوية النفسية استخداماً متزايداً لمعالجة اعتلالات من قبيل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، والاكتئاب.^{١٧} وثمة بيانات قليلة ولا تغطي سوى البلدان المرتفعة الدخل، إلا أنها تشير إلى تنامي كبير في استخدام الأدوية.

وعلى سبيل المثال، يُقدّر أن معدلات الوصفات الطبية للأدوية المضادة للاكتئاب للأطفال دون سن ١٩ سنة قد ازدادت خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٢ بنسبة ٦٠,٥ بالمئة في الداهمرك، و٤٩,٢ بالمئة في ألمانيا، و١٧,٦ بالمئة في هولندا، و٥٤,٤ بالمئة في المملكة المتحدة، و٢٦,١ بالمئة في الولايات المتحدة. وارتفع المعدل بين عامي ٢٠٠٨ و٢٠١٦ بنسبة ٧٨,٣ بالمئة في نيوزيلندا.^{١٨} مع ذلك، ثمة أدلة بأن بعض هذه الارتفاعات أخذت تتباطأ حالياً.^{١٩}

وتعكس هذه الزيادات، إلى حد ما، واقع أن خدمات الصحة العقلية باتت أكثر توافراً في العديد من البلدان، وأن عدداً أكبر من الأطفال والبالغين يستخدمونها.^{٢٠} بيد أن ذلك لا يفسر سوى جزء من الصورة ولا يتناول عدداً من الجدالات التي صاحبت استخدام مثل هذه الأدوية في مرحلة الطفولة.

ومن بين هذه الجدالات ما يتعلق بالانشغال من الإفراط في وصفات الأدوية - مع أن ذلك لا يحدث في كل مكان. ففي أماكن عديدة من العالم، ثمة نقص في وسائل العلاج الضرورية وفي العاملين الماهرين، مما يعني أن الأطفال الذين قد يستفيدون من الأدوية لا يحصلون عليها.

يمكن أن تؤدي الأدوية دوراً مهماً في معالجة اعتلالات الصحة العقلية. ولكن ثمة حاجة لإجراء مزيد من الأبحاث من أجل فهم تأثيراتها الفريدة على الأطفال والمراهقين الذين يهرون بنمو إدراكي واجتماعي وعصبي سريع؛ كما قد تكون تأثيرات الأدوية على اليافعين مختلفة كثيراً عنها بين الراشدين.^{٦٢} ويتعين أيضاً فهم استخدام الأدوية في سياق نهج بيولوجي-نفسى-اجتماعي واسع للصحة العقلية التي تعالج احتياجات كل طفل معالجة شاملة. ويجب أن تتوفر للأطفال والمراهقين وأسرها إمكانية الحصول على طائفة من التدخلات الطبية والعلاجية وغيرها من التدخلات، ويتعين أن يحصلوا على الدعم لاتخاذ قرارات مستنيرة تستند إلى المصلحة الفضلى للطفل.

التعلم

تعد فرص التعلم في الطفولة المبكرة أحد المبادئ الرئيسية لإطار الرعاية الحانية،^{٦٣} إلا أن أهمية التعليم الشامل للجميع وبيئات التعلم تستمر فيما يتجاوز الطفولة وتصل إلى مرحلة المراهقة.

الأخطار

يمكن أن يدل نقص الالتحاق بالتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة على وجود خطر على نتائج الصحة العقلية. وبما أن الالتحاق بالتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة يُعد علامة على الصحة العقلية، فيمكن ربط أهميته بأهمية التعلم المبكر والتفاعل المتجاوب بين الطفل ومقدم الرعاية. وفي مرحلة الطفولة المبكرة، يؤدي التفاعل المتجاوب الذي يتحقق من خلال اللعب والغناء والتحدث وقراءة الكتب وظيفةً عصبية حيوية - إذ أنه يحفز الروابط العصبية في الدماغ في وقت حاسم في نمو الدماغ في الطفولة المبكرة. وقد أظهرت الأبحاث أن التحفيز التفاعلي من شخص راشد حانٍ يمكن

أن يزيد النمو الاجتماعي والعاطفي للطفل.

ورغم وجود روابط بين فرص التعلم المبكر وبين نمو الطفل، إلا أن حوالي ٨١ بالمائة من الأطفال في أقل البلدان نمواً لا يلتحقون بمؤسسات التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة.^{٦٤}

وتستمر هذه الأخطار في مرحلة المراهقة إذ يسعى اليافعون للانتقال من المدارس إلى التدريب وإلى عالم العمل.

وفي عام ٢٠١٩، كان ثمة حوالي ٢٠٠ مليون مراهق ويافع في سن الدراسة الثانوية غير ملتحقين بالمدارس.^{٦٥} ووفقاً لأرقام أصدرها معهد اليونسيف للإحصاء، بلغ معدل الأطفال في سن الدراسة الابتدائية من غير الملتحقين بالمدارس ٩ بالمائة بين البنات و٧ بالمائة بين الأولاد؛ أما في مرحلة الدراسة الثانوية الدنيا، فقد بلغ المعدل ١٥ بالمائة للأولاد والبنات؛ وبلغ في مرحلة الدراسة الثانوية العليا ٣٥ بالمائة للأولاد والبنات.^{٦٦}

إضافة إلى ذلك، كان ١٢ بالمائة من الأولاد و٢٢ بالمائة من البنات من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة هم خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب.^{٦٧} وعلى صعيد العالم، تزيد أرجحية وجود النساء خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب بضعفين عنها بين الرجال، وثمة بعض المناطق أبلغت عن تفاوت أكبر.^{٦٨} أما أولئك الملتحقون بالعمل، فغالباً ما يعملون في وظائف غير مستقرة أو غير رسمية ودون ضمانات للاستقرار الاقتصادي. ومن بين العاملين الشباب الذين يبلغ عددهم ٤٢٩ مليوناً في العالم، يعيش ١٣ بالمائة منهم في فقر مدقع، والذي يُعرّف بأنه العيش على أقل من ١,٩٠ دولار يومياً؛ ويعيش ١٧ بالمائة منهم في فقر متوسط، أو على أقل من ٣,٢٠ دولارات يومياً.^{٦٩}

ويرتبط التغيب عن الدراسة أو الانقطاع عنها بالانعزال الاجتماعي، والذي قد يؤدي بدوره إلى اعتلالات في الصحة العقلية، بما في ذلك إيذاء النفس، والتفكير بالانتحار، والاكتئاب، والقلق، وتعاطي المخدرات.^{٧٠} ويحدث هذا التأثير باتجاهين، فعلى سبيل المثال، أظهرت بعض الدراسات أن تعاطي المخدرات واضطرابات السلوك العدواني يمكن أن تكون خطراً مرتبطاً بمعدلات التغيب عن الدراسة أو الانقطاع عنها.^{٧١}

تؤدي العوائق أمام العمل والاستقرار الاقتصادي إلى تغيير الانتقالات التاريخية نحو الأدوار التي يؤديها المرء في سن الرشد، وهي ترتبط بأخطار اعتلالات الصحة العقلية.^{٧٢} فعلى سبيل المثال، تشير دراسة جرت في مدينة مكسيكو سيتي بالمكسيك في عام ٢٠١٢ إلى أن الأرجحية أكبر بأن يعاني اليافعون الذين لا يعملون أو غير الملتحقين في شكل من أشكال التعليم أو التدريب من اعتلالات في الصحة العقلية. إضافة إلى ذلك، تزيد الأرجحية بأن يتعاطوا المخدرات والكحول، ويزيد خطر الانتحار في صفوفهم.^{٧٣}

ومن المأساوي أن الأخطار المرتبطة بالتعلم تأتي أحياناً من البيئة. وقد برز هذا الموضوع في مجموعات النقاش التي أدارتها جامعة جونز هوبكنز. ففي بعض النقاشات، ربط المشاركون المدارس بالعنف الجنسي والعنف الجنساني.

وحسبما قالت فتاة من مصر شاركت في مجموعة نقاش ليافعين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، "يتحرش المعلمون بالبنات حتى في المدارس الابتدائية أو الإعدادية. إذ يقوم بعضهم بلمس الفتيات بطرق مريبة، ولا يمكنهن التحدث عن ذلك، إذ لو تحدثن فسيعرضن للرسوب في الدراسة، وإذا أُخبرن

أسرهن، فسيقول أفراد الأسرة أنها هي مخطئة، فما من معلم يقوم بذلك.

وبالنسبة ليافعين آخرين، تسلط بيئات المدارس الضوء على عوامل الضعف الناشئة عن الفقر وتتيح فرصاً للتنمر. وأوضح يافع من ملاوي من مجموعة نقاش للمراهقين الأكبر سناً قائلاً:

"ثمة قواعد في المدرسة تقضي بأن على الجميع ارتداء زي مدرسي كامل ... فأنت بحاجة إلى حذاء جيد. وأنت تجد أن أسرتك لا تتمكن من توفير ذلك لك، فتضطر إلى ارتداء 'شيشب'. ويقوم طلاب آخرون ... بانتزاع الشيشب ويتلاقفونه فيما بينهم ويقولون 'انظر إلى هذا'، ويبدأ جميع طلاب الصف بالضحك. وهذا مؤلم جداً لنا ... إنه أمر فظيح".

عوامل حماية

رغم الأخطار التي تنشأ عن بيئات التعليم أحياناً، إلا أن بوسع المدارس أن تعمل، وهي تعمل فعلاً، كمنصات للصحة البدنية والصحة العقلية المتعددة الأوجه في البلدان في جميع أنحاء العالم. إضافة إلى ذلك، تُعتبر المدارس من أهم الأماكن لتعزيز المهارات العاطفية والاجتماعية، ومكاناً للوصول إلى عدد كبير من المراهقين الذين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية.^{٧٤}

وفي الطفولة المبكرة، حققت برامج الرعاية النهارية والتعليم قبل الابتدائي نجاحات كبيرة وأظهرت روابط إيجابية مع تطوير المهارات الإدراكية والاجتماعية-العاطفية.^{٧٥} وبوسع التعليم قبل الابتدائي أن يزيد التعاون مع الوالدين وأن يعزز التطور الذهني والاجتماعي-العاطفي وأن يرسي السلوكيات الصحية.^{٧٦} ويستمر العديد من هذه الفوائد حتى مرحلة سن الرشد.^{٧٧} مع ذلك، تظل جودة البرامج أمراً

حاسم الأهمية لنجاحها. وتتضمن التدخلات التي حققت أكبر نجاح إيلاء اهتمام فردي، وتوفير مواد لعب متنوعة، وأنشطة قراءة تفاعلية، وغرفاً صافية حسنة التنظيم.

وفي مرحلة المراهقة، يمكن لبيئات التعليم الآمنة والقابلة للتوقع والداعمة أن تعزز القدرة على الصمود.^{٧٨} ويمكن لفرص التعليم التي توفر مهارات قابلة للنقل - والمعروفة أيضاً بالمهارات الشخصية أو المهارات الاجتماعية-العاطفية - أن تساعد اليافعين لأن يصبحوا متعلمين مرنين وقادرين على التكيف، ومواطنين مزودين بما يلزم للتصدي للتحديات الشخصية والأكاديمية والاجتماعية والاقتصادية.^{٧٩}

وإضافة إلى الفوائد التي يوفرها التعليم للصحة العقلية، توفر المدارس منصة حاسمة الأهمية لتعزيز الصحة العقلية للأطفال واليافعين وحمايتهم والوصول إلى الأطفال المحتاجين للرعاية. وتُظهر الأدلة أن التدخلات القائمة على المدارس، وفي البلدان من جميع فئات الدخل، ترتبط بفوائد للصحة العقلية.^{٨٠} ففي البلدان المتوسطة الدخل من الشريحة الدنيا، ثمة ارتباط بين تدخلات الصحة العقلية في المدارس وبين تحسّن مستوى تقدير الذات وتنظيم المشاعر، وتقليل القلق والاكتئاب، وعافية عامة أفضل. وثمة العديد من التدخلات تدمج تعزيز الصحة العقلية مع أنواع أخرى من الدعم، بما في

ذلك التعليم الجنسي واللياقة البدنية. ويركز بعضها على تطوير مهارات اجتماعية وعاطفية ومهارات حل المشاكل والتعامل مع التحديات؛ فيما يستهدف غيرها فئات سكانية مستضعفة محددة، بما في ذلك الأطفال المتأثرون بفيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، أو المتأثرون بالحرب.^{٨١} لقد وفّرت النهج الشاملة للمدرسة بأكملها

المعنية بالتعلم الاجتماعي والعاطفي^{٨٢} للطلاب المعارف والمواقف والمهارات التي يحتاجونها لفهم العواطف وإدارتها، وتحديد أهداف وتحقيقها، وإظهار التعاطف، والمحافظة على علاقات إيجابية، واتخاذ قرارات مسؤولة.^{٨٣} وتُظهر أدلة عالمية بأن التعلّم الاجتماعي والعاطفي والنهج الشاملة للمدرسة بأكملها تعمل على تحسين العافية العاطفية للطلاب وأدائهم الاجتماعي والأكاديمي،^{٨٤} كما أنها ترتبط بتقليل خطر الاكتئاب والقلق والإجهاد، وقد ثبت أنها فعالة في الحد من تعاطي المخدرات، والسلوك المعادي للمجتمع، والممارسات الصحية والجنسية الخطيرة.

وضمن النهج الشامل للمدرسة بأكملها، أثبتت التدخلات المتعددة العناصر أنها فعالة بصفة خاصة.^{٨٥} وقد جرى تقييم مبادرات الصحة العقلية القائمة على المدارس نُشرت نتائجه في عام ٢٠٢٠ وأشار إلى أن التدخلات التي ركزت على شاغل وحيد كانت فعالة بصفة هامشية فقط.^{٨٦} مع ذلك، أظهر النهج المتعدد الطبقات نتائج أفضل عندما وفّر: تدخلات شاملة للمدرسة بأكملها تهدف إلى منع الاضطرابات العاطفية والسلوكية؛ وتدخلات مختارة لمجموعة صغيرة من الطلاب المعرضين للخطر؛ وتدخلات فردية موجهة للطلاب الذين يواجهون صعوبات من جراء الاضطرابات العاطفية والسلوكية.

ورغم أن الأدلة تُظهر أن تدخلات التعلم العاطفي والاجتماعي يمكن أن تحقق نجاحاً، لكن ثمة تحديات عديدة تحول دون تقديمها بفاعلية في المدارس في جميع أنحاء العالم. ويتطلب التنفيذ الناجح لهذه النهج فهماً للسياق المحدد الذي سيستخدم فيه التدخل، ويتعين التصدي لأسئلة من قبيل: ما هي الشواغل القائمة في المدرسة؟ وما هو السياق الثقافي؟

دراسة حالة

أيرلندا

برنامج مايند آوت: فائدة التعلم الاجتماعي والوجداني لرفاه المراهقين والمراهقات

يقدم برنامج مايند آوت، وهو أحد برامج التعلم الاجتماعي والوجداني الشامل المستند إلى أدلة، فرصة لمعالجة الشواغل الخاصة بالصحة العقلية والرفاه، والتي تحظى بأهمية كبيرة لدى الشباب في أيرلندا.

يتم تقديم مايند آوت، بوصفه برنامجاً تابعاً للهيئة التنفيذية للخدمات الصحية بأيرلندا، إلى الشباب البالغين من العمر ١٥ - ١٨ عاماً في المدارس وغيرها من أوساط الشباب. وكذا، يُدمج هذا البرنامج في منهج التعليم الاجتماعي والشخصي والصحي، والذي يُعد جزءاً إلزامياً من المناهج المدرسية.

يقدم مايند آوت ١٣ حصة تستند إلى دليل منظم متاح للمعلمين والمعلمات. تستخدم أساليب البرنامج التدخلية إستراتيجيات تدريس تفاعلية، وهو ما يساعد الطلاب والطالبات في

مثل معظم زملائه في كلية غونزاغا، وهي مدرسة ثانوية تقع في دبلن، يريد جود* أن يحقق التفوق في مدرسته. لكن قد يتعرض المرء لضغوطات هائلة أحياناً.

يقول جود، الذي يبلغ من العمر ١٧ عاماً: "يحتاج بعض منا إلى تغيير منظوره في الحياة. لقد رأيت بعض الأشخاص يعانون نوبات هلع قبل الامتحانات؛ بالتأكيد، هناك ضغط علينا".

لكن الضغط ليس أكاديمياً وحسب. في كثير من الأحيان، يواجه المراهقون والمراهقات ضغوطاً من الأقران، ويعانون الوصم الاجتماعي والتنميط، وكل هذا يؤثر سلباً في صحتهم العقلية. ومع شروع أيرلندا بالفعل في وضع الإستراتيجية الوطنية للشباب عام ٢٠١٥، وَصَّعَ الشباب الصحة العقلية ضمن أهم ثلاث مسائل تركز عليها الإستراتيجية.

تحت الضغط: يقول جود، ١٧ عاماً، وهو طالب في دبلن: "رأيت البعض يصابون بنوبات ذعر قبل الامتحانات".
© UNICEF/UN0505797/UNICEF Ireland

الانخراط، وكذا تركز على مساعدة المشاركين والمشاركات في شحذ المهارات الاجتماعية والوجدانية لديهم، والتي تشمل الوعي الذاتي، والإدارة الذاتية، والوعي الاجتماعي، وإدارة العلاقات، والاضطلاع بمسؤولية اتخاذ القرارات. وأشار تقييم أُجري على استخدام برنامج مايند آوت في ٣٢ مدرسة محرومة من الخدمات الكافية، إلى أنه عندما تم تنفيذ هذا البرنامج تنفيذاً فعالاً، نجح في شحذ المهارات الاجتماعية والوجدانية لدى المشاركين والمشاركات، وقلل من معدلات التوتر والاكتئاب لديهم.

في كلية غونزاغا، وهي مدرسة جود، تُدرّس أربعين بين مناهج التعليم الاجتماعي والشخصي والصحي، وقد تدرّبت في برنامج مايند آوت. وعلى حد قولها، ترى أن هذا البرنامج ساعدها في إبداء تعاطف أكثر عند التعامل مع المعاناة التي

يمر بها الطلاب والطالبات

وتردّف بين قائلة: "أتاح لي بالفعل أن أرى تجربة التعليم المدرسي بعين تركز على الرفاه، بدلاً من أن نضع نصب أعيننا تحقيق الإنجازات كما نفعل عادة".

علم برنامج مايند آوت الطلاب والطالبات بعض المهارات البسيطة، ومنها كيف يمكنهم أن يصبحوا مستمعين ماهرين، كما عرفهم كيف يبلغون أفضل الطرق للحصول على الدعم وللوصول إلى أقرانهم المحتاجين للمساعدة.

وتضيف بين "كلما لمسّت القيمة التي يحصل عليها الطلاب والطالبات من هذا البرنامج، استطعت أن أتأمل تجربتي بوصفي معلمة، وأن

أعيد صياغتها بما يساعد الشباب في هذه الفترة الحرجة التي يعيشونها، بدلاً من مجرد التركيز على إعطائهم تكاليفات وإعداد امتحانات لهم".

أما جود فيقول إن برنامج مايند آوت ساعده في شحذ مهارات التواصل، وتنمية فكرة قبول الذات، واكتساب إستراتيجيات التكيف.

ويضيف: "أعتقد أن هذا المسار يؤتي ثماره بالفعل. فقد تجد أن ثمة أموراً تُسلم بصحتها، ولكن اكتشفنا أن التأكد من صحتها أمر ناجح. وتدرك أنك حين تقع تحت ضغط، يجدر بك أن تستخدم هذه الأساليب".

* تم حجب اسم عائلة جود لصون هويته. وأُجريت المقابلة معه في دبلن.

العلاقات مع الأقران

تحدث في مرحلة المراهقة عدة تحولات في حياة الأطفال وينشأ عنها مخاطر جديدة وتؤدي أحياناً إلى زيادة التعرض لمخاطر مستمرة. وتحديدًا، يتنامى دور الأقران في حياة المراهقين، ويجلب معه عوامل خطر وعوامل حماية في آن معاً.

يبدأ الأقران في مرحلة المراهقة بتوفير شعور بالهوية يتجاوز حدود حياتهم الأسرية. ويستفيد المراهقون من الأقران في إيجاد طريقهم في الشبكات الاجتماعية وفهم دورهم فيما يتعلق بمجتمعاتهم المحلية. وفي السنوات المبكرة من مرحلة المراهقة، يتطلع الأطفال إلى أقرانهم لإيجاد أدلة سلوكية واجتماعية وتحقق القبول بين الأقران. وفي نهاية المطاف، يُسبغ الارتباط مع مجموعة من الأقران وضعية محددة في الوقت الذي يكون فيه المراهقون حساسين إزاء الإقصاء الاجتماعي. ومع مرور الوقت، يصبح بوسع المراهقين أن يمتثلوا للأعراف التي تمارسها مجموعة أقرانهم.

الأخطار

ينشأ عن الأهمية المتنامية للعلاقات مع الأقران عاملاً خطراً رئيسياً أيضاً للصحة العقلية: التنمر ونقص الصداقات.^{٨٧}

يصبح التنمر - عبر الإنترنت أو الشخصي - وإساءات الأقران أكثر شيوعاً في مرحلة المراهقة، وينتج عن ذلك تأثيرات على الصحة العقلية.^{٨٨} وقد ربط الباحثون بين هذه العلاقات المضرة وبين تعاطي التبغ والكحول والمخدرات. كما ترتبط بانخفاض الأداء الأكاديمي، والشعور بالوحدة، والسمنة وزيادة الوزن. وقد وجدت دراسة تجميعية واحدة على الأقل أدلة مقنعة بشأن وجود علاقة سببية بين التعرض للتنمر وبين المعاناة من القلق، والاكتئاب، وسوء الصحة العقلية بصفة عامة، وإيذاء النفس غير الرامي إلى

الانتحار، ومحاولات الانتحار، والتفكير بالانتحار.^{٨٩} يمكن أن يواجه الأطفال واليافعون ذوو الإعاقات 'استضعافاً مزدوجاً' عند تعرضهم للتنمر، خصوصاً في أوضاع المدارس.^{٩٠} وتشير الأبحاث المستندة إلى بيانات طولية من 'دراسة فوج الألفية' و'الدراسة الطولية لليافعين في إنجلترا' أن الأطفال واليافعين ذوي الإعاقات يواجهون خطراً أكبر بالتعرض للتنمر في البيئات التعليمية، وأن التنمر مرتبط مباشرة بالإعاقة وليس بعوامل وصم أخرى. ونتيجة لزيادة خطر التنمر، يمكن أن تزداد التبعات السلبية على الصحة العقلية التي ترافق التنمر.

ما يقوله اليافعون

كان التنمر - سواء أكان بشكله التقليدي أم عبر شبكة الإنترنت - شاغلاً مهيمناً للمراهقين الذين شاركوا في مجموعات النقاش التي نظمتها جامعة جونز هوبكنز.

فمثلاً، تحدثت فتاة من إندونيسيا شاركت في مجموعة نقاش عن تعرضها للسخرية لأنها "قصيرة جداً ونحيفة".

وقالت، "كنت أتعرض للتنمر من قبل أصدقائي". وقد تسببت هذه التجربة بالأذى لها ولصداقاتها.

وقالت، "في إحدى المرات شعرتُ بالألم وخيبة الأمل، وهذا جعلني أشعر بعدم الاهتمام إزاء أصدقائي".

وأشار العديد من المشاركين في مجموعات التركيز إلى نقص الثقة ضمن العلاقات بين الأقران. فنتيجة لهذا النقص في الثقة، امتنع عديدون منهم عن الاعتماد على أصدقائهم عندما واجهوا اعتلالات في الصحة العقلية. وحسبما قالت فتاة شاركت في مجموعة نقاش لمراهقين من الفئة

العمرية ١٥-١٩ سنة: "لا أحب أن أُسرَّ بشواغلي لأصدقائي إذ يمكن أن يفشوا الأسرار، لذا فأنا أحتفظ بشواغلي لنفسي، وهذا يزيد من معاناتي".

وتحدث المشاركون أيضاً عن التأثير السلبي للأصدقاء 'السيئين' وقوة ضغط الأقران عندما يتعلق الأمر بالمشاركة في استخدام المخدرات والكحول، والأنشطة الجنسية، والعنف، والتنمر، والسرقة. وقدم يافع شارك في مجموعة نقاش للمراهقين الأكبر سناً في ملاوي المثال التالي: "مثلاً، قد يكون أفراد المجموعة التي تُدرّش معها يدخنون الماريوانا ولكنك أنت لا تدخن. وفي النهاية ستبدأ بالتدخين كي تندمج مع طريقة عيش المجموعة ... وإذا لم تشارك فلن تتمكن من الانتماء لتلك المجموعة. لذا فإنك تجر نفسك وتجد أنه يتعين عليك البدء في القيام بسلوك سيء".

مع ذلك، تحدث المراهقون - أولاداً وبناتاً - في مجموعات النقاش عن أهمية العلاقات القوية في حياتهم والطرق التي يتسبب فيها الانعزال الاجتماعي بالكرب. وقال عديدون منهم إن أقرانهم يشكلون مصدراً مؤثراً للحماية لصحتهم العقلية. واعتبر عديدون أن الأقران يمثلون مصدر دعم.

وقالت فتاة من السويد من مجموعة النقاش للمراهقين الأكبر سناً، "إذا لم تكن علاقة المرء جيدة بوالديه، فيمكنه حينها التوجه إلى الأصدقاء، أو ربما الأصدقاء الذين يقاربونه سناً، إذ ربما يمكنهم فهم ما يجول بخاطرهم على نحو أفضل".

استخدام المخدرات والكحول

يُعتبر استخدام المواد المخدرة - خصوصاً الكحول والماريوانا - من بين الأخطار الأكثر شيوعاً على الصحة العقلية للمراهقين. وتشير آخر البيانات

إيجابية من قبيل العمل التطوعي إذا شجعه أقرانه على ذلك.^{٩٢}

وبصفة عامة، أبلغ المراهقون الذين أقاموا صداقات حميمة عن تمتعهم بمستويات أعلى من السعادة.^{٩٣} كما أبلغوا عن وجود حس أقوى بقيمة الذات وقالوا إنهم قادرين على الحصول على الدعم في أوقات الكرب.^{٩٤} ومع انتقال المراهقين إلى المدرسة الثانوية، فإن المحافظة على صداقات قوية تساعد في التكيف ويمكن أن تحمى من الصعوبات السلوكية والأكاديمية.^{٩٥}

أيضاً. ولكن في نهاية المطاف، تؤدي أعراف الأسرة والمجتمع المحلي دوراً رئيسياً فيما إذا كان الشخص المراهق سيستخدم الكحول والماريوانا.

عوامل حماية

رغم أن الأقران قد يكونون مصدراً للعلاقات المضرة والتنمر، يمكنهم أن يكونوا أيضاً عوامل إيجابية تدعم الصحة العقلية.

فعلى سبيل المثال، تقل أرجحية انخراط المراهقين بسلوكيات خطيرة - من قبيل استخدام المخدرات أو الكحول أو السجائر - إذا شجعهم أقرانهم على الامتناع عن ذلك. وفي الوقت نفسه، تزيد أرجحية انخراط الشخص المراهق بأنشطة

المتوفرة إلى أن ٣٦ بالمئة من الأولاد و١٧ بالمئة من البنات من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة تناولوا مشروباً كحولياً واحداً على الأقل خلال السنة الماضية.^{٩٦} ويرتبط الخطر جزئياً بتأثير استخدام المواد المخدرة على تطور دماغ الشخص المراهق. وفي الواقع، يمكن أن يؤثر استخدام المواد المخدرة على أممات التطور العصبي في الوقت الذي تنمو فيه مناطق الدماغ التي تشترك في عمليات فهم العواطف، والمكافأة، والتخطيط، والعواقب.

وثمة عوامل عديدة تؤثر على استخدام المراهقين للمواد المخدرة. وقد يكون الأقران مصدراً رئيسياً لجذب الشخص المراهق لاستخدام المواد المخدرة، ويمكن لهم أن يكونوا مصدر ردع عن استخدامها

الإطار ١٣.

العنف والصحة العقلية

المبكرة وأن تمنع العنف ضد الأطفال والنساء.^{٩٧}

كما توفر الخدمات الصحية نقطة دخول حاسمة لتحديد الأطفال ومقدمي الرعاية الذين يتعرضون للعنف أو يرتكبونه.^{٩٨} بل أن منظمة الصحة العالمية توصي بقوة أن ينظر مقدمو الرعاية الصحية في احتمالية التعرض للعنف عندما يقيمون صحة الطفل، خصوصاً عندما يلاحظون اعتلالات قد تكون ناجمة عن سوء المعاملة أو تتفاقم بسببها. ومن خلال التدخل، يمكن تقديم الرعاية الملائمة وإجراء الإحالة إلى خدمات الدعم - مما قد يمنع حدوث الضرر مستقبلاً.

لذا يُعد منع التعرض للعنف في الطفولة أساسياً لتعزيز الصحة العقلية. إلا أن قول هذا الأمر أسهل من تنفيذه. مع ذلك، تشير الأدلة إلى نقاط دخول حاسمة للتدخلات في هذا المجال.

فمثلاً، أدى تحديد النساء الحوامل المعرضات لخطر عنف العشير، بما في ذلك المراهقات، كما أدت فحوصات الكشف عن اكتئاب ما بعد الولادة، إلى تحديد الأمهات والأطفال المعرضين للخطر.^{٩٩} وبوسع الاستجابة القائمة على الدعم المراعي للنوع الجنساني لمقدمي الرعاية وللوالدين الشباب والجدد أن تعزز النماء في مرحلة الطفولة

يُقدَّر أن بليون طفل من الفئة العمرية ١٢-١٧ سنة يتعرضون للعنف بين الأشخاص سنوياً، مما يؤدي إلى تبعات على الصحة العقلية من بينها الاكتئاب، والقلق، والانتحار، ومشاكل سلوكية واجتماعية، وهذا يمثل وضعاً مأساوياً.^{٩٦}

وعادة ما تحدث عدة أشكال من العنف في الأسرة نفسها، ويؤدي تعرض الأطفال إلى التأديب العنيف ومشاهدة العنف ضد الأم إلى زيادة خطر حدوث العنف في سن الرشد، سواءً كضحايا للعنف أو كمرتكبين له.^{٩٧}



الفصل ٤

العالم عموماً

يترك العالم العام تأثيرات بارزة على الصحة العقلية. فالفقر يوهن الصحة البدنية والعقلية ويمكن أن يُعرض الأطفال للعنف والصدمة؛ كما يمكن للتمييز أن يعرض الأطفال للضرر والتحيّز والإقصاء الاجتماعي؛ ويمكن أن تتسبب الأزمات الإنسانية والجوائح - من قبيل كوفيد-١٩ - بكرب شديد ومستمر. وتساعد القدرة على الصمود الأطفال على التعامل تعاملاً أفضل مع الإجهاد. وعلى العكس مما يعتقد الكثيرون، يمكن غرس القدرة على الصمود في نفوس الأفراد.

بالإضافة إلى **عالم الأطفال والعالم المحيط بالأطفال**، فإن **العالم عموماً** له تأثير حاسم على الصحة العقلية للأطفال واليافعين - نحو الأفضل أو نحو الأسوأ.

يتضمن العالم عموماً، بوصفه أحد مجالات التأثير على الصحة العقلية، أنواعاً متعددة من الأحداث والمحددات الاجتماعية التي تشكل حياة الأطفال. فالأحداث الكارثية كالكوارث والنزاعات أو حالات الطوارئ الصحية العالمية يمكن أن تقع في أي وقت.

الفقر

الفقر عامل اجتماعي بالغ الأهمية للصحة العقلية، ويحدد مسار حياة عدد كبير جداً من الأطفال والقائمين على رعايتهم.

وبحسب تقرير عام ٢٠٢٠، يعيش ٣٥٦ مليون طفل (١٧,٥٪) في فقر مدقع، أي بأقل من ١,٩٠ دولار أمريكي في اليوم.^١ ويعيش قرابة ٢٠٪ من جميع أطفال العالم دون سن الخامسة في فقر مدقع.^٢

والفقر لا يعني فقط نقص المال - فهو متعدد الأبعاد، ويشمل الحرمان من التعليم والصحة والغذاء والمياه والصرف الصحي.^٢ وتطبيق هذا المقياس، هناك ٦٤٤ مليون طفل يعيشون في فقر متعدد الأبعاد.^٢

تأثير الفقر

العلاقة بين الفقر والصحة العقلية علاقة مؤكدة ومعقدة في آن معاً.^٥

وسطياً، يواجه أطفال الأسر الفقيرة نتائج

وتتدخل المحددات الاجتماعية، كالفقر والتمييز، أيضاً في نمو الأطفال، ولها غالباً تأثير مباشر على الأطفال واليافعين، وكذلك على القائمين على الرعاية والمجتمعات والمدارس. ويختلف تأثير العالم عموماً على الصحة العقلية للأطفال واليافعين بين طفل وآخر. والحقيقة أن الأطفال واليافعين المختلفين ربما يتعرضون لعوامل الخطر والحماية بطرق عدة مختلفة تبعاً لظروفهم وتجاربهم الشخصية والثقافة التي ينتمون إليها. ولذلك، من الضروري اعتماد حلول

مختلفة تعترف بأهمية الثقافة والظروف لحماية الأطفال الضعفاء وتعزيز صحتهم العقلية والرعاية المقدمة لهم.

يركز هذا الفصل على المحددين الاجتماعيين الرئيسيين للصحة العقلية: الفقر والتمييز. كما يبحث في تأثير الأزمات الإنسانية، مثل كوفيد-١٩، على الأطفال واليافعين. أخيراً، يتناول الفصل المرونة وكيف يمكنها توفير طريقاً لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها.

والوصمة التي تحرمهم من المشاركة في العلاج وفي المجتمع.^{١٠}

الأثر المتضاعف

للفقر أيضاً آثار عديدة تتفاقم مع استمراره وتختلف موجات ضرر تستمر طوال حياة الطفل أو اليافع.

في بداية الحياة، يتجلى أحد آثار الفقر الأساسية على الصحة العقلية للأطفال في تأثيره على القائمين على الرعاية.^{١١} فضغط الفقر تؤثر على قدرة هؤلاء على توفير التنشئة الإيجابية باستمرار، وهي عنصر أساسي لنمو الدماغ والصحة العقلية.

على سبيل المثال، أظهرت الأبحاث وجود رابط بين الضغوط اليومية للفقر وحدوث اكتئاب الأمهات، والذي بدوره يعيق التفاعل بين الأم والوليد.^{١٢} وضغط الفقر أيضاً من مسببات السلوك العقابي أو الإهمال في التنشئة. وفي السنوات الأولى من الحياة، قد يسبب هذا النوع من التنشئة القلق

حياتية أسوأ من أطفال الأسر الأكثر ثراء - مثل ضعف الصحة الجسدية والعقلية، ونجاح أقل في التعليم والعمل، وسلوكيات محفوفة بالمخاطر والانحراف.^{١٣} كما يزيد الفقر احتمالات تعرض الأطفال واليافعين للمخاطر، كالعنف والصدمات والإقصاء الاجتماعي والمرض وانعدام الأمن الغذائي والمائي.^{١٤}

يركز معظم أبحاث الفقر والصحة العقلية على روابط العلاقات الداخلية والروابط السببية.^{١٥} ولكن العلاقة يمكن أيضاً أن تكون طريقاً باتجاهين: فالفقر يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات الصحة العقلية؛ واضطرابات الصحة العقلية يمكن أن تؤدي إلى الفقر.^{١٦} على سبيل المثال، قد يلحق الفقر ضرراً بالصحة العقلية للأطفال واليافعين عبر تعريضهم لمخاطر كالإجهاد الشديد والعنف والصدمات. وبالمقابل، تُظهر الأبحاث أيضاً أن الأطفال واليافعين الذين يعانون من اضطرابات الصحة العقلية قد يقعون فريسة الفقر بسبب زيادة تكاليف الرعاية الصحية، وانخفاض الإنتاجية، ونقص فرص العمل،

الفقر عامل اجتماعي بالغ الأهمية للصحة العقلية، ويحدد مسار حياة عدد كبير جداً من الأطفال والقائمين على رعايتهم.

الآمال والأحلام

قد يخلف الفقر أيضاً آثاراً نفسية عميقة على قدرة الأطفال والمراهقين على البحث عن الفرص وتحقيق أحلامهم.^{١٩}

في نقاشات جماعية نظمتها جامعة جونز هوبكنز، وصف مراهقون ببلاغة كيف يؤثر الفقر على حياتهم وعلى صحتهم العقلية. قالوا إن الفقر أجبرهم على ترك المدرسة، وقادهم إلى الجريمة والدعارة، وزاد من تعاطيهم للمخدرات والكحول، وساهم في زواج الأطفال والحمل المبكر. وقالوا إنه، في المحصلة، ساهم في التوتر والكآبة واليأس والانتحار.

وأظهرت الأبحاث أن الأطفال واليافعين يصوغون نظرتهم إلى العالم بناء على تجارب الضغط والحرمان التي يعيشونها.^{٢٠} وهذه النظرة بالنسبة للأطفال الفقراء يمكن أن تنحصر ضمن أحلام محدودة وأهداف قليلة — وتقود في نهاية المطاف إلى فقدان الأمل.^{٢١}

يؤثر الفقر — والتخلص من الفقر — على توقعات الأطفال لأنفسهم وتطلعات والديهم لمستقبلهم. في إثيوبيا، أظهرت



مدعومون: تقترن التحويلات النقدية بالدعم النفسي-الاجتماعي في إطار تدخل يختص بالرعاية البديلة لهذه الفتاة في الهند.

© UNICEF/UN0378229/Panjwani

كما أفادت أمهاتهم بتعرضهن لمزيد من الضغوط النفسية التي كانت تزداد مع تقدم أطفالهن في العمر. وبالمثل، ربطت دراسة دتماركية بين حالة الفقر المتقطع في مرحلة مبكرة من حياة الأسرة وبين حدوث مشاكل سلوكية ومشاكل وتوتر نفسي اجتماعي لدى أطفالها في مرحلة المراهقة المبكرة.^{١٧}

عندما تتراكم الضغوط الناجمة عن الفقر لدى الطفل دون حماية شخص بالغ يعتني به، فقد يضعف نموه المعرفي. لذلك، يواجه أطفال الأسر المحرومة مخاطر على الذاكرة، والوظائف التنفيذية، والقدرة على ضبط إشباع الرغبات — وكلها وظائف إذا ضعفت تضر بالصحة العقلية.^{١٨}

والاكتئاب والاضطرابات السلوكية.^{١٣} والفقر — وما ينجم عنه من ضيق وتوتر لدى الوالدين — هو أيضاً أحد مسببات التجارب السلبية للطفولة (ACEs)، مثل إساءة معاملة الأطفال والاعتداء الجنسي عليهم.^{١٤} وطول فترة الفقر عامل مؤثر أيضاً. وبالفعل، كلما طالت المدة التي يعيشها الطفل في فقر، كلما زادت مخاطره على الصحة العقلية.^{١٥} في دراسة "فريق الألفية" في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، أظهر الباحثون أن الأطفال الذين عاشوا في فقر في وقت مبكر من حياتهم، تزداد لديهم مخاطر اضطرابات الصحة العقلية مع تقدمهم في العمر من ٣ سنوات إلى ١١ سنة.^{١٦}



مفادها أن اللامساواة في الدخل تقوض الثقة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، وتفاقم العزلة والغربة والوحدة.^{٢٦} ورغم أن معظم الدراسات عن اللامساواة في الدخل والصحة العقلية شملت بالغين، فقد ركز بعضها على المخاطر في مرحلة المراهقة، وهي لحظة حرجة من التطور عندما تكون الثقة وعضوية المجموعة عناصر أساسية في الهوية الذاتية (انظر الفصل ٢).

الحلول

تتطلب العلاقة المعقدة بين الفقر واعتلال الصحة العقلية حلولاً معقدة ومتعددة القطاعات تحمي الصحة العقلية وتعزز جودتها.

على سبيل المثال، أظهرت برامج الإعانات النقدية نتائج واعدة في التحصيل العلمي، واستخدام خدمات الرعاية الصحية، والأمن الغذائي، وعمل الأطفال.^{٢٧} فمثلاً، أدى برنامج الإعانات النقدية غير المشروطة في كينيا إلى الحد من أعراض الاكتئاب لدى اليافعين بعمر ١٥-٢٤ عاماً، وسجل أكبر انخفاض لدى الفئة العمرية ٢٠-٢٤ عاماً.^{٢٨}

في رواندا، أظهر برنامج Sugira Muryango (تعزيز الأسرة) نجاحاً بتطبيق نهج متعدد القطاعات يجمع بين برنامج تنمية الطفولة المبكرة وبرنامج الحماية الاجتماعية القائم.^{٢٩} وكان بين أهدافه الحد من العنف في المنزل وزيادة مشاركة الآباء في اللعب وتقديم الرعاية.

في إطار البرنامج، قام عمال عاديون مدربون من السكان المحليين بزيارة المنازل الفقيرة جداً لتدريب الوالدين والقائمين على الرعاية

دراسة Young Lives — وهي دراسة دولية عن الفقر والأطفال — أن تطلعات الأطفال — التي يشاركون فيها آبائهم — مرتبطة بالفقر.^{٣٢} وبينت الدراسة أن ٨٤٪ من الأطفال في شرائح الدخل الأعلى يهدفون إلى دخول الجامعة، بينما فقط ٦٧٪ من الأطفال في شرائح الدخل الأدنى لديهم هذا الطموح. ووجدت الدراسة أيضاً أن الطموحات كانت مؤشراً موثقاً على التحصيل العلمي.

يؤثر العيش في فقر أيضاً على اتخاذ القرارات بعيدة المدى. فقد أثبتت الدراسات أن الحرمان يركز انتباه الأطفال واليافعين على احتياجاتهم الآنية، مما ينجم عنه قرارات قصيرة النظر ونفاد صبر وتجنب للمخاطرة.

والوصول إلى الفرص له أيضاً تأثير على الصحة العقلية للأطفال واليافعين وعلى سلوكهم. فعلى سبيل المثال، ارتفع استخدام السجائر والكحول في صفوف المراهقين من الأقليات ضعيفة التمثيل في الولايات المتحدة إثر إلغاء سياسة اجتماعية كانت تمنح العديد منهم فرصاً لدخول الجامعة.^{٣٣} وبالمثل، أسفر برنامج في الولايات المتحدة يقدم مزايا هجرة للبالغين غير المسجلين من أصل إسباني غير مسجلين تتراوح أعمارهم بين ١٩ و٥٠ عاماً عن انخفاض الشدة النفسية بينهم.^{٣٤}

ولعدم المساواة في الدخل أيضاً علاقة بنفسية الأفراد ويخلف آثاراً ضارة على الصحة العقلية. والعلاقة الأكثر شيوعاً هو ارتباط الاكتئاب بوجود اللامساواة في الدخل.^{٣٥} ورغم أن النتائج مختلطة، فإن الارتباط يتعزز بالقلق بشأن الحالة، أو الشعور بالهزيمة والعار عند المقارنة بين الفئات الاجتماعية. وثمة نظرية أخرى

— ذكوراً وإناثاً — على الرعاية الرؤوم والتحكم بالمشاعر وحل المشكلات.^{٣٠} وكانت النتيجة تحسين ممارسات تقديم الرعاية، مثل التفاعل بين الوالدين والطفل، والرعاية الملمية للحاجات، وتحسين التغذية. بالإضافة إلى ذلك، انخفض عنف الشريك الحميم والعقوبات القاسية، وتراجعت حالات القلق والاكتئاب لدى القائمين على الرعاية.



كسر القوالب في طاجيكستان: ترتبط القوالب النمطية الجنسانية بضعف الصحة العقلية.
© UNICEF/UN0433581/Fazylova

التمييز

يُعد التمييز أيضاً وعلى نطاق واسع خطراً على الصحة العقلية، رغم أن الارتباط بينهما قد يكون معقداً. وفهم هذا الارتباط صعب بسبب التقاطع والتداخل بين الأنواع المختلفة من التمييز التي يتعرض لها الأطفال واليافعون — فقد تحدث على أساس النوع الاجتماعي أو العرق أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو التوجه الجنسي أو الإعاقة.

على سبيل المثال، قد يتداخل النوع الاجتماعي مع العرق أو الإثنية أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو الهوية الجنسية بطريقة تفاقم حالات التعرض للوصم والتمييز.^{٣١} ويمكن أيضاً أن تختلف تجارب

التمييز العنصري بين الرجال والنساء.^{٣٢} وعلى الرغم من أن البحث مختلط ويعتمد على الظروف، تشير الدلائل إلى أن عوامل الخطر هذه تتراffic غالباً مع آثار مشددة على الصحة العقلية والعافية.^{٣٣} إن معرفة التقاطع والتداخل بين أنواع التمييز المختلفة تساعد في إبراز العيوب المتشابكة التي تؤثر على حوادث التمييز وعلى الصحة العقلية.^{٣٤}

النوع الاجتماعي

على الرغم من أن أشكال التمييز تتقاطع في كثير من الأحيان، فإن الباحثين تعمقوا أيضاً في طرق تأثير كل من تلك الأشكال على الصحة العقلية. على سبيل المثال، يمكن لعدم المساواة بين الجنسين والأعراف

الاجتماعية الضارة في هذا المضمار تحديد أدوار ومسؤوليات تقلل الفرص، وتقيد السلوك، وتحد من التوقعات والتعبير عن الذات — وكلها عوامل تؤثر على الصحة العقلية.^{٣٥} واللامساواة بين الجنسين، في معظم المجتمعات، تضع الفتيات في وضع غير موات.^{٣٦} ولكن معايير النوع الاجتماعي تؤثر على الصحة العقلية لجميع البشر. فهي معتقدات أو تصورات راسخة عن السلوك أو التعبير الفردي في المجتمع.^{٣٧} وهي تختلف بين مجتمع وآخر، وبين فئة وأخرى ضمن المجتمع نفسه، وأحياناً حتى بين أسرة وأخرى. ويمكنها تحديد كيفية معاملة الأفراد والسلطات والفرص والموارد التي يستطيع أو لا يستطيع الفرد امتلاكها.^{٣٨}

والعوائق الأخرى أثناء سعيهن إلى الإنجاز في المجالات المفتوحة حديثاً لهن.^{٤٥}

قال صبي في مجموعة الفئة

العمرية ١٥ - ١٩

عاماً في جامايكا:

”تتاح للفتيات

فرصة التحدث إلى

أقرانهن وأولياء

أمورهن والتعبير عن

مشاعرهن الداخلية،

بينما يجب على

الفتيان كتبها.”

بين الأشخاص غالباً بسبب التصورات الجندرية النمطية والمعايير الثقافية — وهي محددات اجتماعية قوية للصحة العقلية — ولكنهما أيضاً مرتبطان بسلوكات وتوقعات الأسرة والمجتمع.^{٤١}

تبدأ الفروق بين الجنسين في الصحة العقلية بالظهور أيضاً في مرحلة المراهقة، وتظهر الفروق بين الجنسين في تشخيص حالات الصحة العقلية، فالاضطرابات الداخلية كالقلق والاكتئاب أكثر شيوعاً عند الفتيات، بينما يكون الأولاد أكثر عرضة لتعاطي المخدرات وممارسة العنف.^{٤٢} ورغم أن علائم الكرب النفسي تظهر غالباً بشكل مختلف بين الفتيات والفتيان،^{٤٣} فإن خطر الإصابة بالاكتئاب، رغم ضعفه، يكون متساوياً قبل البلوغ. واعتباراً من سن ١٢ عاماً تقريباً، يُرجح أن تُصاب الفتيات بالاكتئاب أكثر من الفتيان.^{٤٤}

قد يكون من الصعب تفسير الفرق بين الجنسين في الحالات الموثقة للشدة النفسية والرضا عن الحياة — وفي حالات الاكتئاب واضطرابات القلق. فقد وجدت دراسة أجريت عام ٢٠٢١ عن الصحة العقلية والعافية بين المراهقين أن الفتيات يبلغن عن مستويات أقل من الرضا عن الحياة وعن حالات شدة نفسية أكثر من الفتيان في جميع بلدان العالم. مع ذلك، فإن الفجوة بين الفتيان والفتيات وفقاً لهذه المقاييس في البلدان مرتفعة الدخل كفنلندا والسويد أكبر منها في بعض البلدان منخفضة الدخل. ويقول واضعو الدراسة إن اتساع الفجوة قد يكون نتيجة الضغط النفسي الناجم عن التوقعات الجندرية الجديدة والمتضاربة والإحباط الذي تواجهه الفتيات عند التعرض للتمييز

على الرغم من أن تأثير معايير النوع الاجتماعي على نمو الأطفال يمكن أن تبدأ حتى قبل الولادة، فإنها فعلياً تصبح أكثر تقييداً وأكثر رسوخاً مع نموهم في سن المراهقة والبلوغ.

وهي، بالنسبة للفتيات خصوصاً، تصبح أكثر تقييداً في فترة المراهقة، مما يعوق الاستقلال والحركة والتعليم. ويمكن لزواج الأطفال والعنف القائم على النوع الاجتماعي والتوقعات الأسرية والثقافية أن تحد بشكل كبير من الفرص وتقرير المصير. في مرحلة المراهقة اللاحقة، يمكن للصور النمطية التقييدية حول العمل والتعليم والأسرة أن تعترض طموحات الشابة واكتمال آفاقها الوليدة. كما أن العنف ضد النساء، بما فيه عنف الشريك الحميم، يضر بالصحة العامة والصحة العقلية.

على سبيل المثال، هناك ٥٪ من فتيات العالم يتزوجن قبل سن ١٥ عاماً و١٩٪ يتزوجن قبل سن ١٩ عاماً.^{٣٩} وبحسب بيانات عام ٢٠١٨، فإن ١٦٪ من الفتيات يتعرضن لعنف الشريك الحميم.^{٤٠}

والفتيان أيضاً تفرض عليهم أدوار بسبب النوع الاجتماعي. فالمفاهيم الضارة عن الذكورة تعيق قدرتهم على التعبير عن المشاعر أو طلب الدعم. وتمارس هذه البنى الذكورية أيضاً ضغوطاً على الفتيان كي يتحملوا المخاطر ويجربوا تعاطي المخدرات ويمارسوا العنف.

وهذه المخاطر تخترق غالباً دوائر التأثير الاجتماعي والاقتصادي لتصل عالم الأطفال والعالم المحيط بهم والعالم عموماً. فعلى سبيل المثال، ينشأ زواج الأطفال والعنف



كسر وصمة العار: كريستيان، ١٨ عاماً، من رواندا يتحدث عن قدراته العديدة.

© UNICEF/UN0375722/Rudakubana

الإطار ١٤.

ماذا يقول الأطفال واليافعون

في جميع البلدان الثلاثة عشر، ناقش الفتيان والفتيات تأثير الأعراف الجندرية الضارة المتعلقة بالذكورة. وقالوا إن الأولاد يتعرضون لضغوط كي يصبحوا أقوياء وغير عاطفيين وغير ضعفاء وقادرين على حل المشاكل بأنفسهم. وانعكست نتائج هذا الضغط بدرجة أقل على الصعوبات العاطفية وبدرجة أكبر على السلوك، كالعنف والعدوانية وتعاطي المخدرات والنشاط الجنسي غير الآمن. وتحدث بعض الفتيان أيضاً عن الضغط لإعالة أسرهم وعن إغراء ارتكاب الجريمة للوفاء بهذا الالتزام المطلوب منهم.

وقال صبي في مجموعة الفئة العمرية ١٥-١٩ عاماً في جامايكا: "تتاح للفتيات فرصة التحدث إلى أقرانهن وأولياء أمورهن والتعبير عن مشاعرهن الداخلية، بينما يجب على الفتيان كبتها".

الخاصة بالفئة العمرية ١٥-١٩ عاماً في الأردن إنها تشعر "بالاكتئاب لأنني أرى أصدقائي في المدرسة الثانوية وأنا في شيء آخر". بالنسبة لها، الأسرة هي أصل المشكلة لأنها "لا تمنحنا الحرية لفعل ما نريد، ويقولون لا لأي شيء نطلبه. يقولون، 'لأنكن فتيات، فهذا لا يناسبكن'".

وقالت فتاة في مجموعة نقاش للفئة العمرية ١٥-١٩ عاماً في ملاوي إن العائلات غالباً ما تطالب الفتيات بتأدية معظم الأعمال المنزلية، وهذا يجبرهن غالباً على ترك المدرسة. وأردفت: "يقولون 'هناك ولد، وبالتالي لن تنال البنت أي منافع في المستقبل'. لذا يجبرون الفتاة على القيام بجميع أعمال المنزل بينما الأولاد لا يفعلون شيئاً".

لكن هذه الأعراف الاجتماعية تعني بالمقابل أنه من المقبول أن تطلب الفتيات المساعدة أكثر من الفتيان في اضطرابات الصحة العقلية.

في البلدان الثلاثة عشر التي نظمت فيها جامعة جونز هوبكنز مجموعات نقاش، تحدث المراهقون كيف تؤثر معايير النوع الاجتماعي على صحتهم العقلية. وأثار الفتيان قضايا مختلفة عن الفتيات.

ناقشت الفتيات بشكل متكرر تأثير المعايير التقييدية على عافيتهن. ومن المواضيع البارزة دور ضغوط المجتمع بشأن شكل الجسد. واختلفت معايير التقييد هذه بين بلد وآخر.

ففي مصر والأردن مثلاً، تحدثت الفتيات عن عائلات تقدر الأبناء وتثق بهم أكثر من البنات. وتحدثن عن القيود على الحركة والحرية، وعن الأحكام التي تطلق على الفتيات لدى أدنى تفاعل مع الفتيان. كما أعربن عن مخاوفهن بشأن الزواج المبكر والحمل المبكر.

وقالت فتاة شاركت في مجموعة النقاش

دراسة حالة

بنغلاديش

تمكين واستقلال: سعياً وراء صحة عقلية مواتية للمراهقين والمراهقات

By age ١٧, عندما بلغت عليها سبعة عشر عاماً، كانت قد قاست بالفعل من فقدان أحبائها وعدم الاستقرار الذي تكسب به حياتها. عندما كانت في التاسعة من عمرها، فارقت أمها الحياة، وتزوج أبوها مجدداً. وحينما كانت في السادسة عشرة، فارق أبوها الحياة، تاركاً عليها لترعى أختها الصغيرة. وإذ صممت على استكمال دراستها، اشتغلت عليها لحساب إحدى الأسر. استرشدت عليها وحصلت على المعلومات من أحد المراكز المحلية لتقديم الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات في حي ميربور، في دكا. كان حلمها، وحلم والدتها التي وافتها المنية، أن تعيش حياة مستقلة.

قالت عليها: "علمني برنامج الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات كيف أتحدث، وأواجه معارفي، وأبني علاقات". وأضافت قائلة: "مهما بدت الأزمة جسيمة، بالمشاركة يمكن أن

نسويها إذا أوليناها الاهتمام المناسب". برنامج الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات (AFHS) أسسته المديرية العامة لتنظيم الأسرة وصندوق اليونيسف، وذلك بدعم من جمعية بنغلاديش لمنع الإجهاض الإبتائي (BAPSA)، في بنغلاديش. يؤدي هذا البرنامج وظيفته على أعلى مستوى، في جميع أرجاء بنغلاديش، بدعم من وزارة الصحة ورعاية الأسرة في البلاد، وذلك إلى جانب تطبيق نحو ١٢٤٠ برنامجاً في المرافق الصحية. في دكا، تقدم اليونيسف وجمعية بنغلاديش لمنع الإجهاض الإبتائي الدعم لستة برامج تتعلق بتوفير الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات، بينما تتلقى برامج أخرى الدعم من جانب منظمات غير حكومية في دكا وفي عموم بنغلاديش.

يتميز برنامج الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات بأنه واسع النطاق ومتعدد المحاور. يقدم هذا البرنامج، للمراهقين والمراهقات البالغين من العمر من ١٠ سنوات

إلى ١٩ سنة معلومات بشأن الطمث، والصحة الإنجابية، والبلوغ. وبالإضافة إلى ذلك، يقدم دعماً نفسياً اجتماعياً واستشارات فردية وجماعية. ويوفر البرنامج، أيضاً، أنشطة ترفيهية وثقافية وتدريباً مهنيّاً في مجالات، من قبيل الحاسوب والتصوير الفوتوغرافي. عادة يصل برنامج الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات إلى نحو ٢ - ٣ آلاف مراهق في الشهر، في عموم بنغلاديش.

صرح محمد الحسن، أحد مستشاري مركز الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات في دكا، قائلاً: "نود أن نطمئن المراهقين والمراهقات. هذا مكان آمن يمكنكم فيه التحدث بسهولة ويسر". وأضاف قائلاً: "سنجيب عن كل استفساراتكم، مراعين السرية التامة".

إبان جائحة كورونا (كوفيد-١٩)، تمكن برنامج الخدمات الصحية المواتية للمراهقين



بمفردها: وجدت علياء، ١٧ عاماً، الدعم وهي تحقق حلمها بحياة مستقلة.

© UNICEF/UN0470727/Akhter VII Photo

العمر ١٨ عاماً معلم أقران ومن ثم ساعده هذا في اكتساب ثقة أفراد أسرته، وهو يمددهم بالمعلومات والإرشادات والدعم.

ويقول محمد: "ساعدنا برنامج الخدمات المواتية للمراهقين والمراهقات في كسر حاجز المحظورات الاجتماعية ... تلك التي تصمّم فضاء المراهقين والمراهقات وقد ولّد هذا ثقة داخلي ... وألهمني الثقة لأنحدث عن موضوعات كهذه."

والآن، بعد أن اجتازت علياء امتحان شهادة الدراسة الثانوية، تطوعت لتصبح معلمة أقران.

وحققت بالفعل هدفاً مهماً: باتت هي وأختها شيماء، البالغة من العمر ١٥ عاماً، تعيشان مستقلتين، بمفردهما معاً.

* تم حجب اسم عائلة علياء لصون هويتها. وأجريت المقابلة معها في دكا في شهر أبريل / نيسان ٢٠٢١.

تقول مينو علام، عن ابنتها شارمين أخطر البالغة من العمر ١٩ عاماً، والتي تُعد معلمة أقران لدى مركز الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات في منطقة أزيمبور في دكا، إنه "بفضل الاستشارة التي يقدمها البرنامج، اكتسبت ابنتي المهارات المطلوبة للتصدي للمساءل التي تُحوّل دون التمتع بالعافية النفسية".

وأضافت قائلة: "باتت قادرة على تقديم المشورة وتوضيح كثير من الالتباسات والمعلومات المضللة الخاصة لدي ولدي كثيرين من أمثالي".

مما لا شك فيه: يظطلع المعلمون من الأقران، سواء الذكور منهم أو الإناث، بدور محوري في برامج الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات، إذ إنهم يحاولون الوصول إلى غيرهم من المراهقين والمراهقات في المراكز ويتفاعلون مع أفراد أسرهم ومجتمعاتهم المحلية. أصبح محمد شوهان البالغ من

والمراهقات من التكيف مع المبادئ التوجيهية الخاصة بالتباعد الاجتماعي، وذلك عبر تقديم دورات على الأسطح، وفي الحقول، وفي الساحات الخارجية، وعبر مكالمات الهاتف والفيديو.

تقول مو جولبيت، وهي إحدى مستشاري الخدمات الصحية للمراهقين والمراهقات: "نظراً للعزلة طويلة المدى، وتوقف الممارسات الاجتماعية مع الأصدقاء والمجتمع، عانى المراهقون الاكتئاب والإعياء. وقد ساعدتهم المشورة على التكيف والتعامل مع أسرهم على نحو أفضل، كما حفزتهم في خلال هذه الأوقات العصيبة".

يصل برنامج الخدمات الصحية المواتية للمراهقين والمراهقات، أيضاً، إلى الآباء، بُغية إدكاء الوعي لديهم بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والصحة العقلية لدى المراهقين والمراهقات، كاسراً بذلك حاجزي الصمت والمعلومات المضللة.

العرق

تأثير العنصرية على الصحة العقلية للأطفال واليا فعين عميق ومتجذر وواسع الانتشار. ويمكن تفسير الارتباط بينهما في كثير من الأحيان من خلال زيادة الضغوط والوصم والتمييز التي يواجهها الأطفال واليا فعون في حياتهم اليومية.

وبشكل عام، تعرض العنصرية الأطفال واليا فعين للتمييز، والحرمان، والتحيز، والقوالب النمطية، والاعتداءات اليومية الصغيرة، والإقصاء الاجتماعي على أساس العرق أو الإثنية.^{٤٦} إن العنصرية تجرد الآخرين من القيم، وتضعفهم، وقد تتحول إلى قوة كبيرة لحرمانهم من الموارد أو الفرص.^{٤٧} وسواء مورست العنصرية بشكل مباشر أم غير مباشر، فإنها تلحق ضرراً كبيراً بصحة الأطفال العقلية وعافيتهم.^{٤٨}

الخلاصة هي:

بالنسبة لكثير من

الأطفال واليا فعين،

معالجة العنصرية

وجذور التمييز أمر

ضروري لحماية

الصحة العقلية.

تبين الدراسات أن العنصرية تؤثر على الصحة العقلية بطرق عديدة: فهي تعيق الأداء المدرسي للأطفال والمراهقين، وتضر بالأداء المعرفي، وتحد من الوصول إلى الرعاية الصحية، وتقوض احترام الذات. ويمكن أن

تسبب أعراض قلة النوم، والشعور بالوحدة، والاكتئاب، والقلق أو الشدة النفسية، وزيادة معدلات تعاطي المخدرات أو الانحراف.^{٤٩} وقد يسبب التعرض للعنصرية آثاراً مضاعفة من خلال الأسر والمجتمعات، حيث تنقل الصدمة من القائم على الرعاية إلى الطفل، على سبيل المثال.^{٥٠} وقد يؤدي التمييز العنصري إلى زيادة الوصم بالمرض العقلي.^{٥١}

ومع أن درجة التعرض للعنصرية قد تتغير في مجرى حياة الشخص، فإن للعنصرية تأثير أكبر على صحة الطفل العقلية خلال فترات النمو الحساسة،^{٥٢} حيث يكون الأطفال الأصغر سناً أكثر عرضة لخطرهم من غيرهم.^{٥٣} وبمرور الوقت، قد يؤدي الضغط النفسي المزمن بسبب استمرار العنصرية إلى زيادة مخاطر الإصابة بأمراض الصحة العقلية في المستقبل.^{٥٤}

تؤثر العنصرية أيضاً على تشخيص اضطرابات الصحة العقلية. ففي الولايات المتحدة مثلاً، يرجح أن يتلقى الأطفال البيض تشخيص اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، بينما يُرجح أن يُشخص الأطفال من أصول إسبانية بأن لديهم اضطراب سلوكي تخريبي، وهذا يؤدي إلى مسارات رعاية مختلفة تماماً.^{٥٥}

الخلاصة هي: بالنسبة لكثير من الأطفال واليا فعين، معالجة العنصرية وجذور التمييز أمر ضروري لحماية الصحة العقلية.^{٥٦}

الإعاقة

لدى الأطفال واليا فعين ذوي الإعاقة، وهم فئة غير متجانسة أبداً، مجموعة واسعة من

الهويات المتقاطعة التي تستند إلى العرق أو الهوية الجنسية أو اللغة أو الدين أو الإثنية أو الوضع الاجتماعي والاقتصادي، وغيرها.^{٥٧}

وهم، في أحيان كثيرة، يواجهون التمييز على أساس هذه الهويات المتعددة والمتقاطعة.

وبالنسبة للأطفال واليا فعين ذوي الإعاقات النفسية الاجتماعية، قد يأتي التمييز من دوائر متعددة ذات تأثير. فهم يواجهون التمييز من أقرانهم ومن العالم المحيط بهم. كما يقعون غالباً ضحايا ممارسات واسعة الانتشار كالفصل عن الأطفال واليا فعين الآخرين، والإفراط في العلاج الطبي، وإياداعهم في مؤسسات الرعاية. وقد تنطوي هذه المؤسسات أيضاً على مخاطر العنف وسوء المعاملة.

وتتطلب معالجة هذه الأشكال من التمييز نموذجاً لحقوق الإنسان يقر بتعقيد الأشكال المتداخلة للتمييز ويعالج الأوضاع الفردية كل على حدة، مع مراعاة المصلحة الفضلى للطفل وآرائه.

مجتمع الميم الموسّع

يواجه الأطفال واليا فعون من مختلف الميول والهويات الجنسية أشكالاً كبيرة ومتداخلة من التمييز التي تعرقل فرصهم وتعرضهم للعنف.^{٥٨}

والنتيجة هي زيادة المخاطر على صحتهم العقلية.

فمثلاً، أظهرت دراسة صدرت عام ٢٠٢٠ واستندت إلى دراسة "فريق الألفية" في المملكة المتحدة أن أفراد مجتمع الميم

الجنديرية.^{٧٠} وهذه البرامج العشرة تشترك في أربعة عوامل: التعاون بين القطاعات؛ والتعاون مع جهات معنية عديدة؛ والتنوع في التنفيذ؛ والتركيز على المشاركة الاجتماعية والتمكين.

يمكن أيضاً معالجة تحديات الصحة العقلية عن طريق زيادة إحساس الأطفال واليافعين بالانتماء إلى مجموعات الأقلية وتقديرها. على سبيل المثال، تُظهر الدراسات أن السكان الأصليين في كندا يمكنهم بناء مرونتهم عن طريق تنشيط ارتباطهم باللغة والثقافة والحكايا التقليدية، والمشاركة في النشاط العام لدعم قضايا السكان الأصليين.^{٧١}

بالنسبة للأطفال واليافعين الذين يعانون من إعاقات نفسية اجتماعية، ساهمت الجهود التي ركزت على احترام الذات ووصمة العار أيضاً في معالجة التمييز. فمن خلال هذه الجهود، كان تفاؤل القائمين على الرعاية وإيمانهم بقدرات الطفل بمثابة إجراء وقائي ضد الشعور بالعار.^{٧٢}

يجب أن تدرك أنظمة رعاية الصحة العقلية التراكب والتداخل بين التمييز وبين آثاره المحتملة على الأفراد.^{٧٣} على سبيل المثال، تدعو مبادئ توجيهية حديثة عن توفير رعاية مناهضة للعنصرية للصحة العقلية للأخصائيين إلى: زيادة معارفهم عن التمييز والاعتداءات الصغيرة والنظرة العنصرية في تقييم الآخرين وأثرها المحتمل على الصحة العقلية؛ وإجراء تقييمات معقدة ثقافياً لاحتياجات الأفراد؛ وعدم وصف الأدوية إلا كحل أخير؛ ووضع نهج ملائم ثقافياً ويلبي الاحتياجات الفردية في العلاج ويواجه المشاكل المتعلقة بالعنصرية.

تميز عنصر بحق الأطفال واليافعين من الماوري^{٧٤} وفي أستراليا، أظهر أطفال السكان الأصليين الذين عانوا من العنصرية في المدرسة خطراً متزايداً للإصابة باضطرابات عاطفية وسلوكية.^{٧٥} وفي السويد، كشفت دراسة استقصائية لأطفال السكان الأصليين (السامي) عن تراجع الإحساس بالعافية مع تقدم العمر.^{٧٦}

وبشكل أعم، وجدت مراجعة منهجية لدراسات من ٣٠ دولة وإقليمياً في عام ٢٠١٨ أن معدلات الانتحار بين السكان البالغين للعديد من الشعوب الأصلية أعلى منها بين السكان غير الأصليين. وفي تايوان وألاسكا، سجل بعض مجموعات السكان الأصليين معدلات انتحار وصلت إلى سبعة أضعاف المعدلات بين السكان غير الأصليين، في حين شوهدت أعلى التفاوتات في البرازيل وكندا، حيث بلغت المعدلات بين السكان الأصليين ٢٠ ضعفاً مقارنة بالسكان غير الأصليين.^{٧٧}

الحلول

تبدأ معالجة اضطرابات الصحة العقلية التي تسببها الأشكال المتداخلة من التمييز غالباً بفهم تعقيد المشاكل ومعالجتها بطريقة تساعد في إزالة التمييز.

على سبيل المثال، يمكن أن تكون معالجة معايير النوع الاجتماعي مصدر مشاركة وتمكين للمراهقين واليافعين، وأداة قوية لتعزيز الصحة العقلية. فقد أشارت دراسة في عام ٢٠١٩ تناولت جهود تقليل اللامساواة بين الجنسين إلى وجود صلة بين برامج وتحسينات صحة الأطفال واليافعين حتى سن ٢٤ عاماً. وربطت الدراسة بين عشرة من البرامج وإمكانية تغيير الأعراف

بعمر ١٤ عاماً كانوا أكثر عرضة خمسة أضعاف للإصابة بأعراض الاكتئاب ومحاولة إيذاء النفس مقارنة بأقرانهم من متبايني الجنس.^{٥٩} كما كان التنمر والإيذاء والخمول البدني وتقييد الطعام وضعف شكل الجسد وتعاطي المخدرات كانت أكثر شيوعاً. إضافة لذلك، أعرب هؤلاء الأطفال بعمر ١٤ عاماً عن تدني مستوى رضاهم عن الحياة وضعف احترام الذات وقالوا إن ارتباطهم بالقائمين على الرعاية أضعف.

والمخاطر ليست موجودة في المملكة المتحدة فقط. أظهر تحليل إحصائي لبيانات دراسات عديدة عن الصحة العقلية ليافين من مجتمع الميم معدلات مرتفعة من محاولات الانتحار والقلق والاكتئاب.^{٦٠} وفي حالات الاكتئاب خصوصاً كانت الأسباب متعلقة بالتنمر، ونبد الأسرة للفرد، وجرائم الكراهية،^{٦١} والقمع الداخلي، والضغط النفسي الناجم عن إخفاء الهوية الموصومة ومعالجة الوصمة ذاتياً، وضعف القدرة على التكيف.^{٦٢} بالإضافة إلى ذلك، فإن أطفال ويافعي مجتمع الميم، وخاصة الذكور، هم أيضاً أكثر عرضة للإيذاء في المدرسة، مما يؤثر على الدراسة والصحة والتطور.^{٦٣} يمكن للشباب المعروفين بأنهم غير ثنائيي الجنس (non-binary) أن يواجهوا نتائج أسوأ على الصحة العقلية، وهم يتلقون دعماً اجتماعياً أقل ويكونون أكثر عرضة لسوء المعاملة والإيذاء.^{٦٤}

السكان الأصليون

يواجه السكان الأصليون في مختلف أنحاء العالم مخاطر تأثير التمييز على الصحة العقلية.^{٦٥} في نيوزيلندا، على سبيل المثال، وجد أن للانتحار والاكتئاب علاقة بحالات

الأزمات الإنسانية

في عام ٢٠٢١، احتاج قرابة ٢٣٥ مليون شخص في العالم إلى مساعدات إنسانية بسبب أزمات مثل الحروب والكوارث والنزوح والمرض.^{٧٤} وكان الأطفال في أحيان كثيرة جداً يؤدون أكثر الأعمال مشقة — ٤١٥ مليوناً في عام ٢٠١٨، وجميعهم تعرضوا للتوتر النفسي والصدمات.^{٧٥}

ينطوي تأثير الأزمات الإنسانية على الصحة العقلية للأطفال واليافعين على مزيج معقد من المخاطر، وآثار هذه المخاطر تختلف من طفل إلى آخر. فمثلاً، سيبدى بعض الأطفال ردات فعل تؤثر على صحتهم العقلية وأدائهم العملي بطرق معيارية، رغم التعرض الكبير للعنف،^{٧٦} بينما قد يعاني آخرون من كرب شديد ودائم.

الاضطرابات المعقدة

عندما يقع الأطفال والأسر في أزمات إنسانية، فإنهم يحملون معهم قصصاً وتجارب عن الرعاية والحماية وانعدام الأمن والصدمات. ولذلك، فإن التركيز على حدث صادم واحد — حرب أو نزوح أو كارثة — يمكن أن يخفي عدداً من التجارب التي تحدد مسار صحتهم العقلية.

فالفقر مثلاً، تجربة شائعة لدى الأطفال واليافعين في الأزمات الإنسانية. بل إن بعضهم يُبتلى بالفقر معظم حياته. وهناك آخرون أوقع النزوح والأزمات أسرهم في تجارب جديدة من الحرمان.

والأزمات قد تعني إغلاق المدارس، وانفصال أفراد الأسرة عن بعضهم، وانتقال البعض

الآخر، وتيتم الأطفال أو انفصالهم عن القائمين الأساسيين على رعايتهم. وكل هذه التغييرات تسبب ضغوطاً نفسية جديدة وتفاقم الضغوط القائمة كالعنف الأسري والصعوبات الاقتصادية. في البيئات المجهزة لمعالجة الأزمات الإنسانية كمخيمات اللاجئين وأحياء إعادة التوطين، تتراكم الاضطرابات في الحياة اليومية بسرعة، مما يضيف ضغطاً نفسياً ومصاعب إلى الظروف الصعبة بالأساس.

كما أن عمر الطفل أو اليافع ومرحلة تطوره يمكن أيضاً أن تغير طريقة تعاطيه مع حالات التوتر النفسي. على سبيل المثال، اكتشفت دراسة منهجية لأطفال بين سن الولادة وعمر ست سنوات تعرضوا لظروف الحرب وجود أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، ومشاكل النوم، والانزعاج أثناء اللعب، والأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي مثل آلام المعدة. وبالنسبة للمراهقين، كان اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق واضطرابات النوم من الأعراض السائدة.^{٧٧}

وقد تترك الخصائص المحددة لتجارب الطفل أو المراهق أثناء الأزمات عواقب مختلفة.^{٧٨} ففقدان شخص عزيز أو التعرض لإصابة أو مشاهدة حدث مؤلم أو التعرض المباشر لصدمة يخلف نتائج مختلفة. كما أن التجارب قد تتراكم وتفاقم آثار الأعراض على الصحة العقلية.^{٧٩} والنتيجة تشبه تأثير الجرعة الدوائية: كلما زادت مدة التعرض أو شدته، كلما زاد الخطر على الصحة العقلية. وبالفعل، سبب التعرض المزمن لظروف النزاع مستويات أعلى من اضطرابات الصحة العقلية والاضطرابات النفسية الاجتماعية.^{٨٠}

ينطوي تأثير الأزمات

الإنسانية على

الصحة العقلية

للأطفال واليافعين

على مزيج معقد من

المخاطر، وآثار هذه

المخاطر تختلف

من طفل إلى آخر.

بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يتعرض الأطفال الذين لديهم تاريخ من اضطرابات الصحة العقلية والاضطرابات النفسية الاجتماعية إلى تفاقم الأعراض عند مواجهة أزمات أو العيش في أوضاع هشة. على سبيل المثال، وُجد أن التعرض للكوارث يفاقم اضطرابات القلق ويسبب حالات الرهاب، واضطراب الهلع، والخوف من الانفصال، والقلق العام.

تلحق الآثار المباشرة للنزاعات ضرراً بالصحة العقلية للأطفال واليافعين وعافيتهم. ولكن للنزاعات أيضاً آثار غير مباشرة، مثل انهيار الخدمات والأنظمة كالرعاية الصحية والتعليم والمياه والصرف الصحي.^{٨١} والعديد من هذه الآثار يبقى لأجيال ويترك آثاراً طويلة المدى على الصحة العقلية. لذلك من الضروري أيضاً التركيز على برامج الصحة العقلية في جهود إعادة البناء بشكل أفضل في أعقاب النزاعات أو الأزمات.



متنقلون: أطفال لاجئون ومهاجرون في مأوى مؤقت في اليونان.
© UNICEF/UNI375433/Canaj/Magnum Photos

الإطار ١٥.

الصحة العقلية والأطفال المهاجرون

وأظهر الأطفال واليافعون المهاجرون الذين تمت مقابلتهم في الدراسة مشاعر قوية من القلق والعزلة والخوف من الاستغلال وسوء المعاملة. ووصفوا تفكك شبكات دعم المجتمع والأسرة خلال المرحلة الانتقالية، واضطراب تعليمهم، والشعور المستمر بضعف الاستقلالية وقلة خيارات الحياة المهنية في المستقبل. كما عانوا من الوصم والتهميش والإهمال — وهي عوامل لم تدفعهم فقط إلى اتخاذ قرار مغادرة البلد بالأساس، بل استمرت أيضاً عوائق أمام الاندماج في المجتمعات المضيفة التي استقروا فيها.

ولكن قصص هؤلاء الأطفال واليافعين تظهر بالمقابل مرونتهم في أوضاع عدم اليقين وامتلاكهم حساً عملياً بالهدف عند السعي لتحقيق تطلعاتهم نحو مستقبل أفضل من خلال الهجرة.

عافيتهم، كما هو موضح في فقرة "إعادة النظر في استجابات الهجرة" في تقرير التعلم من الاطفال والشباب المتنقلين في القرن الأفريقي، الصادر عام ٢٠٢١ من مكتب اليونيسف للبحوث.

استند التقرير إلى دراسات استقصائية عن الأطفال واليافعين بعمر ١٤-٢٤ عاماً في مخيمات النازحين ومخيمات اللاجئين والمناطق الحدودية والحضرية. وأبرز أن هذه التجربة تسبب، لكثير من الأطفال واليافعين المهاجرين، توتراً وقلقاً وصدماً في لحظات مصيرية من تطورهم.

فبالإضافة إلى صعوبات الرحلة، أفاد هؤلاء بتعرضهم المنتظم لضغوط شديدة في مجتمعاتهم الأصلية ووجهاتهم، بما في ذلك استمرار الحرمان القانوني والمادي والإقصاء الاجتماعي والمالي.

بالنسبة لشباب إثيوبي عمره ١٨ عاماً، لا تزال ذكريات رحلة الهجرة مؤلمة.^{٨٣} يقول: "لن أنسى أبداً ما قاسيته في رحلتي. الكلمات غير كافية لوصف كم كنت حزيناً ووحيداً".

عالمياً، هناك قرابة ٤١ مليون مهاجر تقل أعمارهم عن ٢٠ عاماً.^{٨٤} وهم يهاجرون لأسباب متعددة: بعضهم يهاجر بحثاً عن فرص، والبعض الآخر يريد لم شمل أفراد الأسرة، وآخرون يهربون من العنف والاضطهاد. ومهما كانت أسباب مغادرة البلد، يجد كثيرون أن التجربة تضر كثيراً بصحتهم العقلية وعافيتهم.

في القرن الأفريقي، الذي ينتمي إليه الشاب صاحب المقابلة في عام ٢٠١٩، يبقى معظم الأطفال واليافعين الذين يهاجرون في المنطقة نفسها.^{٨٤} والتجارب التي يخوضونها معقدة وتتضمن آثاراً إيجابية وسلبية على

دراسة حالة

المكسيك

ما وراء الحزن: حماية الصحة العقلية الخاصة بالأطفال المهاجرين غير المصحوبين بذويهم

عند العبور، أي عند هجرتهم من بلد إلى آخر. تُؤدّد هذه المواقف الضغط والقلق، وقد تفرض تحديات على صحتهم العقلية".

وتذكر مونتسيرات غراسيا لوزانو، مديرة المأوى، أنه إلى جانب التحديات التي تواجهها الفتيات في طريقهن، يكون السبب الأساسي وراء هروبهن من ديارهن هو المخاطر المحدقة بهن هناك. بعضهن عانين الإيذاء، وعنف العصابات، والإتجار بالبشر. وهاجرت بعض الفتيات بمفردهن، مثل ماريا، مجبرات على ترك ديارهن بسبب الكوارث الطبيعية وأثار تغير المناخ. كثير منهن يأتين إلى المأوى، دون مساندة أي شخص بالغ يراعهن، محملات بخبرات قد تفرض توتراً صارماً عليهن، وهو خطر جسيم يهدد نماءهن وصحتهن العقلية.

تُمول حكومة المكسيك هذا المأوى الذي يقع في تاباتشولا، وفيه ٢٩ سريراً. ويعمل هذا المأوى بدعم من اليونيسف، وتحت إدارة البلدية المحلية. يوفر المأوى الضروريات، مثل الغذاء، والسلامة، والمبيت، ويوفر الدعم النفسي والاجتماعي حيث يقوم مسؤولو المأوى بتقييم ما إذا كان من الممكن لَمُ شمل الفتيات بأقاربهن أم لا. وفي أثناء فترة إقامتهن، التي من الممكن أن تستمر رسمياً لمدة ٤٥ يوماً، يُطلب من الفتيات البقاء في المأوى.

تقول أدريانا أرسى، مديرة المكتب الميداني لليونيسف في تاباتشولا: "أظهرت الأبحاث أن الأطفال يشعرون بالضغط حين تُقيد حركتهم في مكان واحد، أي حين يُحسبون. وكذلك يشعر الأطفال بالضغط

عندما وصلت ماريا إلى المأوى، كان أول شعور يراودها هو الحزن.* لم يكن المأوى وجهتها المنشودة. والطريق الذي أودى بها إليه كان مليئاً بالمآسي.

في تشرين الثاني / نوفمبر ٢٠٢٠، اجتاحت إعصار إيتا دولة هندوراس، موطنها الأصلي، وفتك بوالديها. والآن، بعد أن أصبحت يتيمة، قررت ماريا، التي تبلغ من العمر ١٦ عاماً، أن تترك ديارها، بحثاً عن أقاربها في الولايات المتحدة الأمريكية.

ولكن، ضاعت آمال ماريا عندما احتجزها موظفو الهجرة بالقرب من الحدود بين غواتيمالا والمكسيك. ومن هناك، تم نقلها إلى مأوى Albergue المؤقت، وهو مأوى مؤقت للفتيات والمراهقات المهاجرات غير المصحوبات بذويهن، أو المنفصلات عنهن.



صنع القناع: مواد لنشاط الدعم النفسي-الاجتماعي في ملجأ للفتيات المهاجرات غير المصحوبات في المكسيك.
© UNICEF/UN0436866/Guerrero VII Photo

والتحكم في مشاعرها. أصبحت حقوقها تحظى بالتقدير. روت ماريا أنها رُغم الحزن الذي عانته، ساعدها إيمانها في التمسك بالأمل والتركيز على مستقبلها.

وقالت: "قد تتعلم أحياناً كثيراً، حتى وإن كنت لا تُدرك لماذا جاء بك الله إلى مكان معين".

*ماريا هو اسم مستعار استُخدم لصون هويتها. أُجريت المقابلة معها في آذار / مارس ٢٠٢١ في المأوى المؤقت للفتيات والفتيان والمراهقين والمهاجرين غير المصحوبين بذويهم، أو المنفصلين عن ذويهم.

حجرات النوم والحجرات الدراسية في الطابق العلوي. ويتكون الطابق الأول من مكاتب الموظفين وحجرات للرضع. في شهر آذار / مارس ٢٠٢١، عندما كانت ماريا بالمأوى، كان هناك ١٨ فتاة أخرى وأربعة أطفال رُضع يمكثون هناك، أيضاً. وبينما كانت تجلس في حجرة الدراسة، وأشعة الشمس تتدفق من النافذة، روت ماريا قصتها وشاركت تجاربها في المأوى المؤقت للفتيات والفتيان والمراهقين والمراهقات المهاجرين غير المصحوبين بذويهم، أو المنفصلين عن ذويهم. عندما تتحدث، تكون نبرتها واثقة، وعيناها تنظر مباشرة إلى أعين البالغين والبالغات والأقران الذين تتحدث إليهم.

وعَلّقت ماريا بأنها في أثناء فترة إقامتها في المأوى، جعلت ماريا أولويتها حضور الحصص، وتعلمت كيفية إدارة توترها

تقدم اليونيسف دعماً لمأوى Albergue لتعزيز برنامجها الذي يقدم رعاية شاملة واهتماماً يركز على الأطفال. وتتضمن الجهود التدخلية للبرنامج بناء القدرة على الصمود، وتنمية المهارات الحياتية، وتنفيذ الأنشطة النفسية الاجتماعية عبر الترفيه والرياضة.

تقول أنا سيسيليا كارجافال، التي ترصد الدعم النفسي الاجتماعي لشركاء اليونيسف في هذا المجال: "تسافر حقوقهن، وصمودهن، وتقديرهن لذاتهن، وقدرتهن على قيادة حياتهن معهن. نريد أن نقدم لهن الدعم، لنذكرهن بقيمتهن ولنساعدهن في تبني تفكير إيجابي".

يتكون المأوى المؤقت من طابقين ومساحة خارجية صغيرة لتناول الطعام، وحديقة. وتقع



مساعدة إضافية: في الإكوادور، المعلم لويس كارلوس أنشيكو يساعد بريثاني، ١١ عاماً، على مواكبة دروسها أثناء الإغلاق.

© UNICEF/UN0490148/Kingman

جائحة كوفيد-١٩ والصحة العقلية

استطاعوا الاعتماد على الأسرة لتعويض بعض خسائرهم في التعليم والتعلم، فإن إغلاق المدارس فرض ضغوطاً شديدة على القائمين على الرعاية، مما أثر بدوره على صحتهم العقلية وعافيتهم.

لقد وجه الوباء ضربة إضافية للأطفال الذين اعتمدوا على الدعم لمعالجة صعوبات معينة تتعلق بالصحة العقلية. وبحسب منظمة الصحة العالمية، تعطلت خدمات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين في أكثر من ثلثي الدول الـ ١٣٠ التي شملتها الدراسة، بينما تعطلت خدمات الصحة العقلية المدرسية في نحو أربعة من أصل كل خمسة بلدان.^{٨٨}

وهناك أيضاً الآثار بعيدة المدى. فبعد سنوات من التقدم، تسبب الوباء في ارتفاع حاد في عدد الأطفال الذين يعيشون في

والرياضة والترفيه والأصدقاء وفرص النمو الاجتماعي والعاطفي.

قالت فتاة في سويسرا شاركت في مجموعة النقاش التي نظمتها جامعة جونز هوبكنز للفترة العمرية ١٥-١٩ عاماً: "قد لا ندرك

ذلك ولكن البقاء خلف أبواب مغلقة في المنزل مختلف تماماً عن الذهاب إلى المدرسة. حتى لو قلت لنفسك إنك ستدرس، فإن الجانب الاجتماعي له تأثير كبير علينا، وقد وجدت أنه يغير حالتنا النفسية كثيراً".

وكرر فتى في الولايات المتحدة ما ذكرته عن تجربتها فقال: "لا أشعر أنني أستفيد من هذا [التعليم عبر الإنترنت] على الإطلاق. إنه مجرد صراع بل رغبة في فعل شيء ما".

ومع أن العديد من الأطفال والمراهقين

ربما يكون الأطفال قد نجوا إلى حد كبير من أسوأ الآثار الجسدية لجائحة كوفيد-١٩، لكنها مع ذلك قلبت حياتهم رأساً على عقب، وأثارت قلقاً حقيقياً بشأن صحتهم العقلية وعافيتهم.

فعلى الصعيد العالمي، تضرر واحد على الأقل من كل سبعة أطفال بشكل مباشر بعمليات الإغلاق.^{٨٥} وتعرض أكثر من ١,٦ مليار طفل لبعض الخسائر في التعليم، حيث يوجد ٤٦٣ مليون طفل على الأقل لا يستطيعون الوصول إلى التعلم عن بعد.^{٨٦} وفي تموز / يوليو ٢٠٢١ — بعد مرور أكثر من ١٨ شهراً على الأزمة — قدرت اليونسيف أن اثنين من كل خمسة أطفال في شرق وجنوب إفريقيا كانوا خارج المدرسة بسبب الوباء.^{٨٧} وبالنسبة للأطفال، أسفرت عمليات الإغلاق عن فقدان النظام اليومي المريح للمدرسة

مخاوف متعلقة بالصحة العقلية

تستغرق هذه المخاطر سنوات عديدة حتى تتجسد على صعيد الصحة العقلية للأطفال والمراهقين والقائمين على الرعاية. وسيكون تقييم حجم الأثر صعباً للغاية.

وهذا صحيح حتى عندما يتعلق الأمر بالسؤال قصير المدى عن حدود تأثير الوباء بشكل مباشر على الصحة العقلية. لقد أثار هذا السؤال قدرًا هائلاً من التكهّنات وتطلب الكثير من التغطية الإعلامية والدراسات الأكاديمية.^{٩٦} ولكن، كما يبين هذا التقرير مراراً، فإن جمع البيانات عن الصحة العقلية للأطفال والمراهقين ورصدها بانتظام أقل بكثير مما هو مطلوب. ولذلك من الصعب جداً مقارنة نتائج الصحة العقلية للأطفال والمراهقين قبل بدء الجائحة وبعد انتهائها. تميل الدراسات أيضاً إلى الاعتماد على الإبلاغ الذاتي، إما من قبل الأطفال أنفسهم أو والديهم، وليس على التقييمات التشخيصية لأخصائيين مؤهلين.

يجب الاعتراف بهذه الصعوبات صراحة.

ومع أخذ ذلك بعين الاعتبار، ماذا تقول الدراسات عن تأثير الوباء على الصحة العقلية للأطفال والمراهقين؟ أجرى مكتب أبحاث اليونيسف (إينوشنتي) مراجعة سريعة للأوراق البحثية التي جاء معظمها من عدد قليل من البلدان، وخاصة الولايات المتحدة والصين وإيطاليا، وركزت بشكل أساسي على المراهقين. من المتوقع أن ينشر تقرير "الحياة أثناء الإغلاق: الصحة العقلية للأطفال والمراهقين وعافيتهم في ظروف كوفيد-١٩" في عام ٢٠٢١.

الفقر.^{٩٩} وبحسب توقعات اليونيسف ومنظمة إنقاذ الطفولة، ارتفع عدد الأطفال تحت خط الفقر الوطني لبلادهم إلى ١٤٢ مليوناً في عام ٢٠٢٠، مما يعني أن اثنين من كل خمسة أطفال تقريباً في أنحاء العالم فقراء.^{٩٠}

سيؤدي عدم اليقين الاقتصادي وفقدان التعلم على الأرجح إلى زيادة الزواج المبكر، حيث يُتوقع أن تتعرض قرابة ١٠ ملايين فتاة أخرى لمخاطره خلال العقد المقبل.^{٩١} كما تفاقم سوء التغذية، وهناك تحذيرات من أن ٩,٣ مليون طفل إضافي سيعانون من الهزال بحلول نهاية عام ٢٠٢٢.^{٩٢} وتشير التقديرات إلى أن قرابة ١,٥ مليون طفل فقدوا والديهم أو أجدادهم الذين يعيشون معهم، مما جعلهم أكثر عرضة لسوء المعاملة والإيذاء في المؤسسات.^{٩٣}

إضافة لما سبق، أثار الوباء مخاوف كبيرة تتعلق بالصحة العقلية لبعض الفئات الضعيفة في البلدان التي لها تاريخ من النزاعات والنزوح القسري.

ففي كولومبيا، مثلاً، أظهرت إحدى الدراسات أنه، في وقت مبكر من الوباء، حصل تراجع كبير في الصحة العقلية للأهتات النازحات، وهو ما يعكس زيادة القلق والاكتئاب وضغوط تنشئة الأطفال.^{٩٤} وفي ستة بلدان متضررة من النزاعات، أظهرت المقابلات التي أجرتها منظمة World Vision و War Child Holland أن ٥٧٪ من الأطفال يعتقدون أنهم بحاجة إلى دعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي بسبب الوباء وعمليات الإغلاق.^{٩٥} ووصل هذا الرقم إلى ٧٠٪ بين الأطفال اللاجئين والنازحين.

ومع أن العديد من الأطفال والمراهقين استطاعوا الاعتماد على الأسرة لتعويض بعض خسائرهم في التعليم والتعلم، فإن إغلاق المدارس فرض ضغوطاً شديدة على القائمين على الرعاية، مما أثر بدوره على صحتهم العقلية وعافيتهم.



بشكل عام، تظهر الدراسة أن الجائحة سببت بعض الزيادات في الاكتئاب، رغم أن أعراضه في معظم الدراسات بين خفيفة ومتوسطة فقط. وحصلت زيادات أيضاً في حالات الهياج والغضب بين الأطفال وكذلك القلق. على سبيل المثال، في دراسة أجريت مطلع عام ٢٠٢٠، أبلغ أكثر من ثلث المراهقين الصينيين عن أعراض القلق، وهذا أعلى بكثير من المتوقع لدى هذه الفئة العمرية.^{٩٧}

وتكرر الإعراب عن مشاعر القلق والاكتئاب هذه في مجموعات النقاش.

قال صبي في مجموعة نقاش خاصة بالفئة العمرية ١٠-١٤ عاماً في جمهورية الكونغو الديمقراطية: "عندما أفكر في كل شخص مات بسبب المرض، أشعر بالحزن وعندما أسمع أن عدد الإصابات في تزايد أشعر بالكرب". في مصر، قالت فتاة من الفئة العمرية نفسها: "لقد جعلنا ذلك نخاف على أصدقائنا. لست خائفة على نفسي فقط، بل أخاف أيضاً على كل من حولي".

لم يتأثر جميع الأطفال بالتساوي.

فالأطفال والمراهقون الذين واجهوا أكبر مخاطر على الصحة العقلية ينتمون إلى أسر محرومة، أو كانت لديهم سابقاً اضطرابات صحة عقلية أو تاريخ من التجارب السلبية للطفولة. وكان هناك اختلاف في الاستجابة أيضاً بين الأولاد والبنات؛ فالفتيات كن أكثر عرضة للإصابة بأعراض الاكتئاب والقلق ومشاكل السلوك، وكان الأولاد أكثر عرضة لتعاطي المخدرات.^{٩٨}

في ملاوي، قال صبي شارك في مجموعة نقاش نظمتها جامعة جونز هوبكنز للفئة

العمرية ١٦-١٩ عاماً إن "الأطفال والياfecين فقدوا صوابهم وصاروا يشربون الجعة بسبب التغييرات المتكررة في مواعيد فتح المدارس". وقالت فتاة في مجموعة المراهقين الأصغر سناً إن "الكثير من الفتيات حملن و... الكثير من الطلاب تركوا المدرسة".

من الأمور الأقل ملاحظة، ولكنها جديرة بالذكر، أن الوباء ربما أدى إلى تحسين رضا بعض الأطفال والأسر عن حياتهم جراء تخفيف ضغوط المدرسة عليهم أو السماح لهم بقضاء مزيد من الوقت معاً. فقد بينت دراسة في الصين، على سبيل المثال، أن خمس الطلاب تقريباً أفادوا بأنهم أكثر رضا عن الحياة أثناء إغلاق المدارس.^{٩٩} وفي إيطاليا، ذكر قرابة نصف الآباء حدوث تغييرات إيجابية في علاقتهم بأطفالهم.^{١٠٠}

وبالفعل، كانت الأسرة — بما في ذلك التنشئة الإيجابية والقدرة على التحدث إلى الأبوبين وأفراد الأسرة الآخرين — عامل حماية رئيسي لكثير من الأطفال، حيث قدمت دعماً تمس الحاجة إليه وعززت المرونة. ومن العوامل الأخرى النشاط البدني، وشعور الارتباط بالأصدقاء، والحفاظ على نظام الحياة اليومية، و— بالنسبة لبعض الأطفال والياfecين — المشاركة المدنية (انظر الإطار آثار كوفيد).^{١٠١}

بناء المرونة

بالإضافة إلى تقرير "الحياة أثناء الإغلاق"، أجرى عدد من الدراسات الأخرى استعراضاً للأبحاث والدراسات من جميع أنحاء العالم. ومن أكثر الدراسات التي ذُكرت على نطاق واسع دراسة صدرت في مجلة JAMA Pediatrics في آب / أغسطس ٢٠٢١،

وتضمنت نتائج ٢٩ دراسة من مختلف أرجاء العالم، غطت قرابة ٨٠,٠٠٠ طفل ومراهق دون سن ١٨ عاماً.^{١٠٢} وبحسب الدراسة، تضاعفت معدلات الاكتئاب والقلق المعتمدين المهمة سريراً في فترة الوباء، حيث يعاني واحد من كل أربعة شباب من الاكتئاب وواحد من كل خمسة من القلق. وأظهرت الدراسة ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب بين الفتيات والياfecات والاكتئاب (ولكن ليس القلق) بين الفئات الأكبر سناً. ومن بين عوامل أخرى، قد يكون هذا الاكتشاف الأخير هو تأثير العزلة الاجتماعية على فئة عمرية تعتمد بشكل كبير على التواصل الاجتماعي مع الأقران.

ركزت دراسات أخرى على الصحة العقلية لعموم السكان ولكنها قدمت بعض الأفكار المفيدة عن الصحة العقلية للأطفال والمراهقين والقائمين على الرعاية، ومنها مثلاً مراجعة تصدر قريباً لدراسات عالية الجودة أجراها فريق عمل الصحة العقلية في لجنة كوفيد-١٩ في مجلة لانسيت. تثير هذه الدراسة مخاوف مهمة حول الصحة العقلية للقائمين على الرعاية، مع ملاحظة أن الشباب، بمن فيهن شبانات الفئة العمرية ١٨-٢٤، والأمهات والشباب اللائي لديهن أطفال دون الخامسة، عانين من أكبر تراجع في الصحة العقلية.

لكن الدراسة بشكل عام تبدو متفائلة نسبياً، حيث خلصت إلى أن الشدة النفسية بشكل عام زادت في الأشهر الأولى للوباء ولكنها عادت في الغالب إلى مستويات قبل الجائحة بحلول منتصف عام ٢٠٢٠. وقال مؤلفوها: "لقد فوجئنا بمدى نجاح العديد من الأشخاص في التغلب على التحديات النفسية للوباء. لقد كان الناس أكثر مرونة مما يعتقدون أنفسهم."^{١٠٣}

الإطار ١٦. آثار كوفيد؟

الرياضة، وزيادة زمن الجلوس أمام الشاشات والنوم المتقطع — وكلها مرتبطة إلى حد ما بانخفاض جودة الحياة وزيادة الضغوط النفسية.

الصحة العقلية الإيجابية: هناك أدلة على تحسن رضا بعض الأطفال عن الحياة خلال فترات الإغلاق بسبب الوفاء لأنهم تمكنوا من قضاء المزيد من الوقت الجيد مع أفراد الأسرة والاستمتاع بإجازة من المدرسة والامتحانات.

مقتبسة بتصريف عن دراسة أعدها مكتب أبحاث اليونيسف (إينوشنتي) - *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, ستصدر في 2021.

في معدلات الغضب، والسلبية، والاهتياج، وضعف الانتباه، خاصة بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (ADHD) والتوحد. أفاد الآباء أيضاً أن الأطفال الصغار أصبحوا أكثر تعلقاً وأن المراهقين واجهوا زيادة في مشاكل السلوك والتصرفات المزعجة.

تعاطي الكحول والمخدرات: تظهر دراسات محدودة أن المراهقين، وخاصة الفتيان والشبان، زادوا من تناول المشروبات وتعاطي المخدرات بوصفها آلية تكيف للتعامل مع مشاكل الوفاء ومشاكل الصحة العقلية الأخرى.

تغييرات نمط الحياة: أدت عمليات إغلاق الأعمال والمدارس إلى انخفاض ممارسة

حتى الآن، تظهر الدراسات أن المجالات الرئيسية التي أثر فيها الوفاء على الصحة العقلية للأطفال والمراهقين هي:

التوتر والقلق: وقد زاد كلاهما، مما يعكس الخوف من العدوى، وعدم اليقين بشأن عمليات إغلاق الأعمال والمدارس، وصعوبات التأقلم مع الوضع الجديد. ولا توجد أدلة قوية على زيادات في اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

الاكتئاب والسلوك الانتحاري: سُجلت زيادات معتدلة في أعراض الاكتئاب والحزن، خاصة بين المراهقين الأكبر سناً. والأدلة حتى الآن لا تشير إلى ارتفاع معدلات الانتحار.

المشاكل السلوكية: سبب الإغلاق زيادة

مركز حماية الطفل: وجد رامجان، ١٢ عاماً، مأوى من شوارع بنغلاديش خلال جائحة كوفيد-١٩.

© UNICEF/UN0392114/Satu



مقالة مصورة

الصين

الحياة أثناء الإغلاق: الحفاظ على الانشغال في أوقات عصيبة

في شباط / فبراير ٢٠٢٠، وفي إطار جهود السيطرة على انتشار كوفيد-١٩، طلبت المدارس الصينية من المراهقين البقاء في المنزل.

لم يكن هناك أي دوام في المدارس وأي فعاليات اجتماعية ولا أي شيء. وتم تأجيل بدء الفصل الدراسي الثاني. بالنسبة إلى شياويو، التي كانت في الصف الحادي عشر لحظة الإغلاق، لم يكن تأجيل المدرسة سيئاً بالكامل — في البداية.

قالت شياويو آنذاك: "عندما سمعت أول مرة بخر تأجيل الفصل الثاني، فرحت بالعطلة الطويلة. أما الآن فلا أريد سوى العودة إلى المدرسة".

حافظت شياويو على انشغالها من خلال حضور دروس مراجعة عبر الإنترنت،

والمشاركة في الأسئلة والأجوبة مع المعلمين، ولعب الألعاب عبر الإنترنت مع الأصدقاء، ومتابعة أخبار الوباء. كما كانت تمضي بعض الوقت في إرسال رسائل نصية إلى أصدقائها.

تقول: "أفتقد أصدقائي. نتحدث أحياناً عن الجائحة ومتى ستستأنف الدراسة. البقاء في المنزل لفترة طويلة ممل جداً".

وقد بُدلت جهود لإبقاء المراهقين مشغولين ونشطين رغم الإغلاق. على سبيل المثال، أعدت اليونيسف ورابطة الشبيبة الشيوعية الصينية، التي تضم قرابة ٨١ مليون عضو، نصائح بشأن معالجة التوتر والقلق أثناء الوباء. ونشرت هذه النصائح عبر القنوات الرقمية الرسمية. وتم إطلاق حملة توعية بالفيديو لتشجيع ممارسة الرياضة أثناء الإغلاق، وهو مشروع يدعمه شركاء وسائل التواصل الاجتماعي واليونيسف.

بالنسبة لبعض المراهقين في الصين، لم يكن الملل هو المشكلة الوحيدة. فقد أظهر استطلاع وطني عبر الإنترنت في شباط / فبراير ٢٠٢٠، بدعم من اليونيسف، أن ٨٥٪ من المشاركين أفادوا بأنهم قلقون بشأن الفيروس وتأثيره على أسرهم ومجتمعاتهم. وقال نحو ٢١٪ إنهم يخشون الموت وتحدث ٢٢٪ عن شعورهم بالوحدة.

في أيار / مايو ٢٠٢٠، مع انتهاء حالة الإغلاق في الصين، أظهر مسح متابعة انخفاضاً في عدد المراهقين الذين تحدثوا عن مشاعر الخوف والقلق. مع ذلك، قال ١١٪ من المشاركين إنهم بحاجة إلى خدمات استشارية للصحة العقلية. ومع استمرار الوباء في الصين — والعالم عموماً — تمثل هذه الدعوة لتقديم الخدمات تذكيراً بأهمية حماية الصحة العقلية للمراهقين في الأوقات العصيبة.



الإغلاق ممل، على أقل تقدير، رغم محاولات شياويو لجعل البقاء في المنزل مثمراً. بالنسبة لمراهقين آخرين، أثار الإغلاق مشاعر الخوف والقلق
All photos ©UNICEF/China/2020/Ma Yuyuan



شياويو تأخذ دروساً عبر الإنترنت بينما تعمل والدتها عن بُعد في الخلفية.



أثناء الاستراحة من الحصص الدراسية، شياويو تلعب لعبة فيديو مع إحدى صديقاتها.



تم تشجيع ممارسة الرياضة وشياويو تستجيب عبر التمرين في المنزل.

دراسة حالة

الفلبين

أبطال وبطلات في ريعان الشباب:
بناء عالم أفضل خطوة بخطوة

مشمئزاً من معظم المحتوى الذي تعرضه. ضايقه السيل المنهمر من المنشورات الغاضبة الخاصة بأصدقائه وصدقائه، هؤلاء الذين ينعنون الحكومة بأبغض الأسماء ويقذفونها بالشتائم.

وفي وقت متأخر ذات ليلة، عندما نفذ احتمال له للسلبية، قرر أن يعطل حسابه على مواقع التواصل الاجتماعي. ولكن قبل أن يضغط على خيار التعطيل، جذبت انتباهه دعوة للتطوع في برنامج مبادرة أبطال وبطلات المنازل اليافعين. وكان أول سؤال جال بخاطره هو: "هل هناك أي خدمة ناجعة أقدمها لبلادي؟". وقبل أن يجيب عن سؤاله هذا، سجل دانيال نفسه كمتطوع في المبادرة.

وقال: "هذه أول مرة لي أشارك فيها في برنامج تطوعي كهذا".

قديماً كان دانيال دلفين يعتقد أنه ما من أحد قادر على تغيير العالم سوى الأبطال الخارقين والبطلات الخارقات. إذ ينظر دانيال إلى نفسه، وهو طالب خجول وجاد يدرس الهندسة في مدينة سيبو، ويبلغ من العمر ٢١ عاماً، على أنه مشاهد في الحياة، ويقضي كل وقته في الدراسة، والتواصل الاجتماعي، والاعتناء بأرنبه الأليف.

اعتاد دانيال أن يقول: "لا أوّمن بانخراط الشباب ومشاركتهم".

ثم جاءت جائحة الكورونا لتكسر روتين حياته المريح.

وإذ اضطر إلى البقاء بالمنزل بسبب الحجر الصحي الذي فرضه مجتمعه، لجأ دانيال إلى وسائل التواصل الاجتماعي، ليجد نفسه



قوة عظمى: استخدم دانيال، ١٩ عاماً، مهاراته لمساعدة الآخرين في الفلبين خلال فترة الإغلاق.

© UNICEF/UN0507843/Bael

إليه بوصفه أفضل متطوع في المبادرة، بل وحتى سجل للتطوع في كثير من المبادرات الأخرى: إذ سجل ليصبح مُيسراً في المبادرة، وتطوع ليعد محتوى مواقع التواصل الاجتماعي بوصفه مناصراً للبرنامج.

يوصل دانيال تشجيعه للشباب على اتخاذ موقف، والقيام بما يحبونه، والسعي وراء تحقيق أحلامهم، ومساعدة مجتمعاتهم.

يقول دانيال: "شجعتني المبادرة على تحسين شخصيتي، بما فاق توقعاتي؛ والآن، وأؤمن بأن الشباب قادرون على الإسهام في بناء الفلبين، لتصبح أفضل مما هي عليه، إذا اتخذوا خطوات الآن". "وأؤمن بأننا، نحن الشباب، قادرون على مساعدة بعضنا بعضاً ومجتمعاتنا في الخروج من هذه الأزمة".

الأشخاص المحتاجين إلى مقدمي الخدمات. بوصفه متطوعاً، يتواصل دانيال مع غرباء للاستفسار منهم عن كيفية تفهيمهم في أثناء الجائحة. ويقدم لهم الدعم الوجداني عبر الاستماع إلى قصصهم والانخراط معهم. ومنذ أن تطوع في هذه المبادرة، قدم دانيال الدعم إلى ٥٥ شاباً وشابة. ولكن، بقدر ما أثر دانيال في حياة هؤلاء الأشخاص، بقدر ما تأثر بالأمل الذي أسبغوه على مستقبله.

يقول دانيال: "كنت خائفاً في البداية، ولكنني تعلمت أن أحب المشروع بسبب الفرصة التي قدمها لي لمساعدة زملائي وزميلاتي الشباب؛ وقد اكتسبت ثقة بعد أن اجتزت امتحانات وتقييمات صعبة".

نظراً لاجتهاد دانيال، وإخلاصه في العمل، وتعاطفه، وشخصيته الودودة، أصبح يُنظر

تحت قيادة مجلس رعاية الطفولة، ومنظمة اليونيسف بالفلبين، وشبكة التنمية الإيجابية للشباب، قدمت المبادرة مساحة للشباب للتعبير عن شواغلهم إبان فترة جائحة كورونا. تتطرق المبادرة إلى مسائل مهمة ذات صلة بجائحة كورونا، تلك التي تطال هؤلاء الأبطال والبطلات، وتشمل هذه المسائل المشاركة، والانخراط، والصحة العقلية. وكذلك، يوفر البرنامج معلومات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات، ويبحث مسألة حماية الأطفال. وجوهر البرنامج يتمثل في توفيره خط دردشة لتقديم معلومات عن الحفاظ على الصحة بقيادة شبابية.

يعد دانيال أحد المتطوعين والمتطوعات الشباب البالغ عددهم ٢٤١، هؤلاء الذين يطلقون على أنفسهم اسم أبطال وبطالات، والذين تدرّبهم المبادرة لإجراء مكالمات، لتقييم الصحة العقلية وإحالة

فقرة خاصة

التكنولوجيا الرقمية والصحة العقلية

جلبت جائحة كوفيد-١٩ إلى المنزل، بدرجة غير مسبوقة إطلاقاً، طرقاً باتت معها التكنولوجيات الرقمية الآن جزءاً لا يتجزأ من حياة الكثير من الأطفال. فبالنسبة لأسر كثيرة في جميع أنحاء العالم، توفر الهواتف الذكية والأجهزة اللوحية والحاسب المحمول للأطفال واليافعين صلة حيوية بالمدرسة والأصدقاء والعائلة خلال أسابيع الإغلاق الطويلة، فضلاً عن وسائل التسلية والترفيه التي تشتد الحاجة إليها.

وبالنسبة لأسر كثيرة أخرى، لم يكن الشعور بغياب الوصول الرقمي أكثر حدة في أي وقت مضى. فمع إغلاق المدارس في جميع أنحاء العالم، طبق أكثر من ٩٠٪ من وزارات التعليم طريقة التعلم عن بعد. لكن نقص أجهزة التلفزيون والأدوات الرقمية يعني أن واحداً من كل ثلاثة تلاميذ لم يتمكن من الوصول إلى هذا التعلم.

وتتنمي الأغلبية الساحقة من هؤلاء الأطفال إلى الأسر الأشد فقراً.^{١٠٤} هناك أيضاً أدلة على وجود فجوة بين الجنسين في المهارات الرقمية، حيث تتخلف الفتيات في بعض البلدان عن الفتيان في مهارات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.^{١٠٥}

لقد أبرز الوباء الدور الإيجابي الذي يمكن أن تلعبه التكنولوجيات الرقمية في حياة الأطفال — والثمن المرتفع المدفوع على شكل ضياع الفرص التعليمية والاقتصادية لنحو ٢,٢ مليار طفل وشاب دون سن ٢٥ عاماً بسبب

محدودية أو انعدام وصولهم إلى الإنترنت.^{١٠٦} ورغم هذا الجانب الإيجابي للتكنولوجيا الرقمية، لا يزال العديد من الآباء والمعلمين، وحتى الأطفال واليافعين أنفسهم، قلقين بشأن تأثيرها على عقول الأطفال واليافعين.

إلى أي مدى هذه المخاوف مبررة؟ ثمة قضيتان رئيسيتان تساعدان في توضيح بعض الموضوعات العامة في هذا البحث، وهما وسائل التواصل الاجتماعي والوقت المنفق أمام الشاشات.

على الرغم من تصوير وسائل التواصل الاجتماعي على أنها سبب رئيسي للقلق والاكنتاب بين الأطفال واليافعين، فإن هذا البحث يرسم صورة أكثر تنوعاً وغنى. بشكل عام، هناك مجموعة كبيرة من الأبحاث تشير فقط إلى ارتباط صغير جداً — قد يكون إيجابياً أو سلبياً — بين استخدام وسائل التواصل الاجتماعي والصحة العقلية، بما في ذلك الاكتئاب والقلق والعافية.^{١٠٧} وقلة جوانب الترابط جعلت من الصعب فصل السبب عن النتيجة — بمعنى آخر، هل تجعل وسائل التواصل الاجتماعي الأطفال واليافعين المكتئبين أكثر استخداماً لوسائل التواصل الاجتماعي أم أن هذه الفئة أكثر استعداداً لاستخدام تلك الوسائل؟^{١٠٨} بالإضافة إلى ذلك، قد يلجأ بعض الأطفال واليافعين الذين يعانون من الوحدة والعزلة أو يشعرون بالاكتئاب والقلق إلى وسائل التواصل الاجتماعي والإنترنت للعثور على أصدقاء ودعم أو على مجتمعات تساعد في

تلبية احتياجاتهم.^{١٠٩}

بالنسبة للوقت أمام الشاشات، لا يوجد سوى أدلة محدودة على أنه يؤثر سلباً على نتائج الصحة العقلية. على سبيل المثال، وجدت مراجعة رئيسية للدراسات في المملكة المتحدة "أدلة قوية إلى حد ما" على وجود ارتباط بين زيادة الوقت أمام الشاشات (بما فيها التلفزيون) وبين "زيادة الأعراض الاكتئابية"، ولكن لم يوجد أدلة أو كانت الأدلة ضعيفة على مشاكل القلق والسلوك.^{١١٠}

وعلى أية حال، يعتقد العديد من الباحثين، في عصر أصبحت فيه التكنولوجيات الرقمية مكوناً صميمياً في حياة الكثير من الشباب — في كيفية التواصل والتعلم والتواصل الاجتماعي واللعب، وفي بعض الحالات، كسب المال — أن التركيز بشكل ضيق على الوقت أمام الشاشات يحرف الانتباه عن قضايا أكبر بكثير. ويصبح من الصعب بشكل متزايد فصل التجارب خارج الإنترنت عن التجارب أثناء الاتصال بالإنترنت.^{١١١} ولأن أغلبية العالم ستصبح مرتبطة رقمياً في السنوات المقبلة، فمن المرجح أن تنمو هذه الظاهرة فحسب. ولذلك، علينا التفكير في التكنولوجيات الرقمية في سياقات أوسع بكثير من حياة الطفل وأوضاعه العامة.

في موضوع الوقت أمام الشاشات، على سبيل المثال، من المفيد أكثر للآباء التفكير فيما يفعله الأطفال أمام الشاشات — وليس في المدة



العالم الرقمي: أصدقاء في فيتنام يقضون بعض الوقت معاً وعلى هواتفهم.

© UNICEF/UNI1358808/Duong

ومن المثير للاهتمام وجود اختلافات كبيرة بين منطقة وأخرى في مقدار النقاش الذي يركز على التكنولوجيا الرقمية: في البلدان منخفضة الدخل، كان بروز الموضوع أقل بكثير من البلدان ذات الدخل المتوسط والمرتفع.

وأحد الاهتمامات المشتركة للمشاركين الكثر الذين ناقشوا التكنولوجيا الرقمية كان تأثير وسائل التواصل الاجتماعي على تقدير الذات. فقد كان كثيرون يقارنون أنفسهم باستمرار مع الصور "المثالية" المنشورة على الإنترنت. ومن المواضيع الأخرى عدم القدرة على التحكم بمقدار الوقت الذي يقضونه على وسائل التواصل الاجتماعي أو الألعاب عبر الإنترنت. وناقش العديد من المراهقين أيضاً حاجتهم الماسة أحياناً للتحقق من أنفسهم عبر الإنترنت.

مجرد مرآة تكشف المشاكل التي سيواجهها الطفل حتى بدون هاتف.^{١١٤}

ماذا يقول الأطفال واليافعون

لدى المراهقين آراء كثيرة بشأن التكنولوجيا الرقمية والصحة العقلية. أثناء مجموعات النقاش التي نظمتها جامعة جونز هوبكنز، وصف المشاركون كيف كانت التكنولوجيا الرقمية مفيدة وضارة بالعافية في الوقت نفسه. وكما قال صبي في مجموعة مخصصة للفئة العمرية ١٥-١٩ عاماً في سويسرا: "أعتبرها بمثابة أداة، سكين مثلاً؛ أثرها يتوقف على ما تفعله بها".^{١١٥}

التي يقضونها أمامها — والتفكير في مدى تناسب وقت الشاشات مع استخدام الوقت الإجمالي للأطفال. وبحسب سونيا ليفينغستون من كلية لندن للاقتصاد، "ما يهم ليس عدد الساعات التي يقضيها الأطفال أمام الشاشات بل في الزمن الذي تأخذه من الوقت اللازم للنوم واللعب والتحدث مع الآخرين والنشاط البدني".^{١١٦}

وكما أشار تقرير "وضع الأطفال في العالم لعام ٢٠١٧: الأطفال في عالم رقمي"، من الضروري أيضاً مراعاة الظروف العامة لحياة الطفل: فلأن عالم الأطفال أثناء الاتصال بالإنترنت وعالمهم خارج الإنترنت باتا اليوم مترابطين بشكل لا ينفصم، فإن الشاشة في أحدهما توازي عادة الشاشة في الآخر.^{١١٧} أو كما لخص صحفي نيويورك تايمز ناثنال بوبر بدقة: "الهاتف



التعلم الرقمي: آلان، ١٤ عاماً، يدخل على الإنترنت في مركز للاجئين في رواندا. التقنيات الرقمية تتشابه بشكل متزايد في حياة الأطفال.
© UNICEF/UNI245119/Kanobana

تحدث العديد من المراهقين في مجموعات النقاش أيضاً عن العنف السيبراني ومضار تلقي التعليقات المؤذية عبر الإنترنت. وكما قالت فتاة في مجموعة مخصصة للفئة العمرية ١٥-١٩ عاماً في الصين: "لا يوجد سوى قليل جداً من الأشخاص الذين يشجعونك ... أما محاربي الكيبورد الذين يتحدثون بدون تفكير، فإن كلمة واحدة فقط منهم قد تؤذي الآخرين".

بالمقابل، وصف المشاركون أيضاً كيف ساعدت التكنولوجيا الرقمية صحتهم العقلية. وقال مراهقون من جميع أنحاء العالم إن الإنترنت يسهل التعرف على أفكار جديدة وأنواع مختلفة من الأصدقاء — لمساعدتهم في الخروج من "عزلتهم".

وقال العديد من المراهقين أيضاً إن التعبير عن مشاعرهم دون الكشف عن هويتهم كانت استراتيجية قوية للتكيف، خاصة في البلدان التي تكون فيها وصمة العار قوية. وكانت الفتيات أكثر استخداماً لهذه الاستراتيجية من الفتيان الذين كانوا يلجؤون أكثر لمعالجة الضيق النفسي عبر ألعاب الإنترنت.

وكما قالت فتاة في مجموعة نقاش للفئة العمرية ١٥-١٩ عاماً في الأردن عن إظهار المشاعر عبر الإنترنت: "عندما لا تثق في أحد، تجد شخصاً ما".

التكنولوجيا الرقمية في الصحة العقلية

تحول التكنولوجيا الرقمية إلى عنصر مهم في خدمات دعم الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي. فيمكن أن تكون: وسيلة للتثقيف ونشر المعلومات؛ وأداة مساعدة في الفحص والتشخيص؛ ومساراً للعلاج والرعاية؛ وأداة

لتدريب العاملين في الصحة العقلية والإشراف عليهم.^{١١٥} والتكنولوجيا الرقمية مفيدة أيضاً في رصد اتجاهات سلوك البشر، وهو ما يساعد في صياغة التدخلات بدقة. كما تمتلك القدرة على تعزيز القوى العاملة العالمية في مجال رعاية الصحة العقلية والمساعدة في توفير خدماتها بشكل منصف في الأماكن التي تندر فيها حالياً.^{١١٦}

تُستخدم التدخلات الرقمية في استجابات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي بطرق متعددة، مثل المواقع الإلكترونية والألعاب والتطبيقات والروبوتات والواقع الافتراضي ورسائل الهاتف المحمول. وتظهر مراجعة منهجية لهذه التدخلات أن الأطفال واليافعين يستجيبون أكثر عندما تكون الخدمة مريحة وذاتية ولا تتطلب تحديد الهوية، وعندما تحتوي على نص قليل وتوفر فرصاً للتواصل مع أقرانهم.^{١١٧}

ومن التدخلات الرقمية الواعدة المستخدمة EMPOWER وهي منصة تدريب رقمية يقودها المختبر العالمي للصحة العقلية في جامعة هارفارد.^{١١٨} وهدف هذا البرنامج هو بناء قوة عاملة عالمية في مجال الصحة العقلية وسد الفجوة بين الحاجة وبين نقص الخدمات عالية الجودة المدعومة بالأدلة في أجزاء كثيرة من العالم.

تستخدم منصة EMPOWER التكنولوجيا الرقمية لتدريب العاملين الصحيين المجتمعيين وتوفيرهم فوراً، كالممرضات والأخصائيين الاجتماعيين والقابلات. كما تستخدم المنصات الرقمية لتتبع آثار تدخلات رعاية الصحة العقلية عن بُعد. تم تجريب المنصة في الهند بالاشتراك مع

مؤسسة معروفة لرعاية الصحة العقلية، وفي عام ٢٠٢١، يجري العمل على إطلاق البرنامج في الولايات المتحدة. تقوم المنصة أيضاً بإعداد محتوى عن التنشئة، وهو نهج رئيسي لبناء أسس الصحة العقلية لدى الأطفال واليافعين.

بالإضافة إلى بناء القدرات، تُستخدم التكنولوجيا الرقمية أيضاً لتوفير العلاج. على سبيل المثال، يمكن أن يكون العلاج السلوكي المعرفي المحوسب (c-CBT) متوسط الفعالية في علاج الاكتئاب والقلق لدى الأطفال واليافعين بعمر ١٠-٢٤ عاماً، خاصة عندما يترافق مع عناصر شخصية لتشجيع الالتزام.^{١١٩}

أحد الأساليب المبتكرة لهذا العلاج هو SPARX وتعني الأفكار الذكية والإيجابية والفعالة والواقعية والمؤثرة، وهي لعبة على الحاسب تم تطويرها في نيوزيلندا لليافعين.^{١٢٠} والهدف من اللعبة هو إعادة التوازن إلى عالم تستهلكه الأفكار التشاؤمية والسلبية والمعلبة. وفيها يتبع اللاعبون صورة رمزية عبر عالم خيالي من المهام يتضمن مهارات العلاج السلوكي المعرفي المحوسب، كالاسترخاء وتنظيم المشاعر وإعادة الهيكلة العقلية للأفكار والافتراضات.^{١٢١} وأظهرت دراسة أجريت عام ٢٠١٧ لاختبار نسخة من البرنامج ونفذت قبل الامتحانات النهائية للمدارس الثانوية إلى أن لعبة SPARX قللت أعراض الاكتئاب على المدى القصير. ولكن بعد مرور ١٨ شهراً على بدء الدراسة، لم يكن هناك تأثير مستمر.^{١٢٢} مولت اللعبة من قبل وزارة الصحة النيوزيلندية وهي متوفرة مجاناً في جميع أنحاء نيوزيلندا.

في عام ٢٠٢٠، استخدمت SPARX في إطار دراسة هدفت إلى تحديد إن كانت تطبيقات الهواتف الذكية وسيلة فعالة لمعالجة اكتئاب الطلاب.^{١٢٣}

الإطار ١٧.

تغير المناخ والصحة العقلية

لقد احتل الشباب موقع الصدارة في الدعوة إلى اتخاذ تدابير عاجلة بشأن تغير المناخ. على حد تعبير الناشطة السويدية الشابة غريتا ثونبرغ — التي تصف متلازمة أسبرجر لديها بأنها قوة عظمى — "نحن نستحق مستقبلاً آمناً. ونطالب بمستقبل آمن. هل هذا فعلاً مطلب صعب؟"^{١٤٤}

سيترك تغير المناخ، والتدهور البيئي بشكل أعم، آثاراً عميقة على مستقبل الأطفال واليافعين. ولكن هناك أيضاً مخاوف من تضرر صحتهم العقلية وعافيتهم العاطفية أيضاً.

ففي مستوى معين، تنشأ المخاوف بشأن أثر تغير المناخ على الصحة العقلية من أدلة

تشير إلى أن الأطفال واليافعين يشعرون بالضيق حيال احتمالات العيش في عالم ترتفع فيه درجات الحرارة ويصعب فيه التنبؤ بالمناخ.^{١٢٥} لكن الأخطار التي تهدد الصحة العقلية والعافية تنبع أيضاً من عواقب تغير المناخ، مثل الظواهر المناخية الشديدة كالفيضانات، وموجات الحر، وتزايد انعدام الأمن الغذائي، وانعدام الأمن المائي، والنزاعات. من حيث الجوهر، تعرض هذه الأخطار الأطفال واليافعين لتجارب مرهقة جداً، وتضر بشكل غير مباشر بصحتهم الجسدية وعافيتهم المجتمعية. هناك روابط أخرى بين الظروف البيئية والصحة العقلية. على سبيل المثال، تشير

أدلة متزايدة إلى أن تلوث الهواء يضر بأدمغة الأطفال في مرحلة نموها، وأن التعرض أثناء الطفولة والمراهقة لملوثات مثل أكاسيد النيتروجين — غالباً ما توجد في شوارع المدن — قد يسبب اضطرابات عقلية في الفترة المتأخرة من مرحلة المراهقة.^{١٢٦}

قد تؤدي الحياة الحضرية المجردة من الخضرة إلى تبعات أخرى على الصحة العقلية أيضاً، لأن توفر مساحات خضراء يفيد صحة الأطفال العقلية ويقلل من التوتر، خاصة لدى أطفال الأسر ذات الدخل المنخفض.^{١٢٧}

فيضان في موزمبيق: سيؤثر تغير المناخ تأثيراً عميقاً على مستقبل الشباب، بما في ذلك جانبي الصحة البدنية والعقلية.

© UNICEF/UN0403971/Franco



المرونة

- منذ الحرب العالمية الثانية على الأقل، والباحثون يدرسون طرق تأثير المحن على قدرة الإنسان على التكيف والتعافي.^{١٣٨} فقد سألوا: لماذا يستطيع طفل ما أن يتغلب بنجاح على مصاعب رهيبية بينما يواصل طفل آخر المعاناة؟ ما الذي يساعد الطفل أو اليافع على مقاومة الظروف الصعبة والتأقلم معها؟
- في الآونة الأخيرة، تتطور الإجابة على هذا السؤال بسرعة كبيرة، وتترك آثاراً كبيرة على كيفية حماية وتعزيز الصحة العقلية للأطفال واليافعين.
- فبينما كان الباحثون — وأخصائيو الصحة العقلية — يركزون في السابق على الخصائص الفردية، فإنهم يرون اليوم مجموعة معقدة من الأنظمة التي تتجمع معاً لتعزيز مرونة الطفل أو اليافع.^{١٣٩} وتختلف النظريات حول العملية، ولا تزال طرق تعزيز المرونة قيد الإنشاء. ولكن الأدلة تظهر أن المرونة أمر أساسي للصحة العقلية؛ إنها ليست الهدف، بل وسيلة لتعزيز الصحة العقلية.^{١٤٠}
- ### تعريف
- في الماضي، كانت أبحاث المرونة تركز على هذه القدرة لدى الأفراد، مما يعني أن التغلب على الشدائد مسؤولية شخصية.^{١٤١} وكان تعريف المرونة يعطي الأفضلية للفردية والقدرة على المقاومة.
- في السنوات الأخيرة، تسعى موجة جديدة من الأبحاث إلى فهم المرونة بوصفها عملية تنتج عن تقاطع أنظمة متعددة ومعقدة
- تتغير بتغير الظروف.^{١٣٢} توجد بعض هذه الأنظمة في عالم الطفل وترتبط بالوظائف البيولوجية مثل تنظيم الجهد البيولوجي العصبي للأطفال أو أنظمة المناعة أو العلاقات الأسرية؛^{١٣٣} فيما يوجد بعضها الآخر في العالم المحيط بالطفل، مثل المدارس والموارد المجتمعية؛ أو في العالم بأسره — عالم المحددات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية.^{١٣٤}
- ولكن في النهاية، تحولت تعاريف المرونة من التركيز على الخصائص الفردية إلى نهج يدرس تأثير الثقافة والظروف والموارد.
- في دراسة متعددة الثقافات نُشرت في عام ٢٠٠٧ عن المرونة، أجرى مايكل أنغار وزملاؤه مقابلات مع ٨٩ يافعاً في ١٤ موقعاً في ١١ دولة. أظهر تحليل المقابلات أن نتائج الصحة العقلية المرتبطة بالمرونة تعتمد على عوامل فردية وعلائقية ومجتمعية وثقافية ووظيفية. وخلص المؤلفون إلى أن المرونة تتطلب القدرة على تجاوز سبعة مصادر للضغط:^{١٣٥}
١. الوصول إلى الموارد المادية: المالية، والتعليم، والرعاية الصحية، وفرص العمل، وأساسيات المأكل والملبس والمأوى
 ٢. العلاقات: تفاعلات صحية مع الأقران وأفراد الأسرة والبالغين في المجتمع
 ٣. الهوية: إحساس شخصي وجماعي بالهدف؛ التقييم الذاتي لنقاط القوة
- والضعف؛ التطلعات؛ المعتقدات، بما فيها المعتقدات الدينية والقيم
٤. السلطة والتحكم: المرور بتجربة رعاية الذات والآخرين وقدرة المرء على إحداث التغيير في البيئة الاجتماعية والمادية
٥. الانتماء الثقافي: التمسك بالممارسات والقيم والمعتقدات المحلية أو العالمية أو الخاصة بثقافة معينة
٦. العدالة الاجتماعية: إيجاد دور هادف في المجتمع والمساواة الاجتماعية
٧. التماسك: الموازنة بين المصالح الشخصية والشعور بالمسؤولية تجاه الصالح العام
- أظهرت البيانات أن هذه الضغوط كانت عالمية، لكن الأفراد واجهوها بشكل مختلف بين بلد وآخر وبين ثقافة وأخرى.^{١٣٦} وليس هناك طريقة واحدة أكثر فعالية من غيرها.
- في دراسة عام ٢٠٠٨، أكد أنغر أن المرونة تحدث في غمار تعرض كبير للشدائد وهي:
- ” قدرة الأفراد على إيجاد الموارد النفسية والاجتماعية والثقافية والمادية التي تحافظ على عافيتهم، وقدرتهم الفردية والجماعية على التفاوض من أجل توفير هذه الموارد وتجربتها بطرق هادفة بالنسبة للثقافة المعنية”^{١٣٧}

عوامل الحماية وعوامل التعزيز

يتطلب تحديث فهم المرونة فهماً محدثاً لما يحمي الأطفال والشباب من المخاطر التي تهدد الصحة العقلية. يتطلب فهماً متعدد الأبعاد للعوامل والعمليات المعززة والوقائية التي تبني هذه القدرة.^{١٣٨}

أظهرت الأدلة أن عوامل متعددة تتضافر لتعزز المرونة والصحة العقلية.^{١٣٩} على سبيل المثال، وجدت مراجعة للدراسات مع أطفال ويافعي السكان الأصليين في ألاسكا وكندا وغرينلاند والنرويج أن المشاركة في مزيج من الأنشطة الاجتماعية والمجتمعية - خاصة تلك التي تنمي ارتباطاً بالثقافة - عززت الصحة العقلية.^{١٤٠} وأدت هذه الأنشطة إلى زيادة احترام الذات والثقة بالنفس، وكان لها أيضاً آثار حمائية على الصحة العقلية.

حتى في حالة الأطفال الذين يواجهون في حياتهم العديد من المحن والصدمات، يمكن أن تكون هذه العوامل قوة للصمود. فمثلاً، أظهرت دراسة أجريت على أطفال الشوارع في هاييتي أنه رغم المحن الكبيرة، استطاع الأطفال إيجاد استراتيجيات للصمود.^{١٤١} ومن هذه الاستراتيجيات معرفة كيفية الحصول على الدعم الاجتماعي القليل المتاح لهم من المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الأخرى، مما يعزز إحساسهم بأهمية دورهم وبالأمل. بالإضافة إلى ذلك، قاموا ببناء شبكة اجتماعية لأطفال الشوارع الآخرين، قدمت مجتمعاً وهوية لبناء المرونة.

في باكستان، سلطت دراسة أجريت على الأطفال واليافعيين في مجتمع كالاها - وهم

أقلية دينية وعرقية ولغوية - الضوء على أهمية الممارسات الثقافية كمصدر للصمود أمام الضغوط، بما فيها التغيرات الاجتماعية في المجتمع.^{١٤٢}

تعزير المرونة

لسوء الحظ، تظهر الدراسات جلياً أنه لا توجد صيغة سحرية لتعزير المرونة - لا يوجد تدخل واحد يناسب الجميع. فهذا يتم بمرور الوقت وطوال مراحل الحياة. ومع ذلك، تشير بعض الموضوعات إلى عناصر أساسية للعمل. ومنها:

أهمية دعم احتياجات وعافية الوالدين والقائمين على الرعاية

على الرغم من الجهود المتعددة لتعزير التنشئة الجيدة، فإنه من الضروري أيضاً دعم الوالدين واحتياجاتهم وعافيتهم.^{١٤٣} أو كما تقول خبيرة المرونة سونيا لوثر: "إذا أردنا أن يصبح أداء الطفل جيداً، علينا الاهتمام بالشخص الذي يتولى رعايته".^{١٤٤}

دعم المدارس بوصفها بيئات حامية

وتشاركية لتعلم الطفل وتطوره

المدارس مؤسسات للأطفال. وعندما تكون آمنة وتتبع التحفيز والتنشئة السليمة، فإنها توفر بيئات تعليم وفرصاً أساسية لبناء المرونة لدى الأطفال واليافعيين. وكما هو الحال مع الوالدين، إذا أردنا أن تقوم المدارس بوظيفة نفسية اجتماعية مهمة، فمن الضروري أيضاً الاهتمام بالمعلمين الذين يهتمون بالأطفال.

اعتماد نهج متعدد الأنظمة والتخصصات في

تقديم خدمات تعزز المرونة بشكل منصف

يتطلب تعزير المرونة لدى الأطفال واليافعيين

تدخلات توفر التعلم والترفيه وفرص العمل والفرص الاجتماعية التي تعالج التهميش الاجتماعي والتمييز العنصري والفقر - وتقلل المخاطر وتعزز عوامل الحماية في البيئات اليومية.

فهم الظروف المتنوعة والمتعددة للبلدان

وتصميم التدخلات لها

إن فهم المسارات التي تؤدي إلى بناء المرونة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل يتأخر مقارنة بالمعلومات المتوفرة عن البلدان ذات الدخل المرتفع. والتدخلات وتقييم أثرها في هذه البيئات ضروري لمعرفة الصفات الخاصة المطلوبة لكل بيئة من البيئات الثقافية المتنوعة ذات القيم والمفاهيم المحددة لاحتياجات وموارد الصحة العقلية.



فقرة خاصة

أوجه سوء المعاملة

فتاة تقيدها أسرتها بالسلاسل وتعطيها الأدوية بالقوة؛ صبي يهرب من دار للأيتام ليَجبر على العودة إليها ويقيدها إلى هيكل سرير بلا فراش ويتم حقنه بالمهدئات؛ شاب مقيد اليدين في محكمة الأحداث بطريقة تشعره "وكأنه كلب مقيد بسلاسل".^{١٤٥}

هذه ليست سوى قلة من الوجوه العديدة لسوء المعاملة التي يتعرض لها الأطفال واليافعون. البيانات عن مستويات سوء المعاملة شحيحة، لكن الأدلة تظهر أنها منتشرة على نطاق واسع. فهي موجودة في أنظمة العدالة الجنائية، وخدمات الصحة العقلية، ومؤسسات الرعاية الصحية، والمنازل الخاصة، ودور الأيتام والمؤسسات الدينية، وأماكن أخرى. وفي البلدان الغنية والفقيرة على السواء، يُحرم الأطفال واليافعون من حقوق الإنسان ويتعرضون للاحتجاز والمعاملة يمكن، في كثير من الحالات، أن تقوض صحتهم العقلية أو تؤدي إلى تفاقم حالة قائمة.

ويمكن تفسير الشدة النفسية في مثل هذه الظروف بأنها انعكاس لمشاكل الصحة العقلية الأساسية، على الرغم من أنها يمكن أن تكون في كثير من الأحيان رد فعل على سوء المعاملة بحد ذاتها.^{١٤٦} على سبيل المثال، قد لا يتمكن الأطفال في مؤسسات الرعاية من بناء الروابط الضرورية أو إقامة علاقة آمنة مع القائمين على الرعاية، وهذا الإهمال قد يؤدي إلى سلوكيات مثل الحركات

العنيفة بالرأس، والتي يمكن أن تقود بدورها إلى استخدام القيود.^{١٤٧} في مرافق احتجاز الأحداث، قد يحدث العزل والتقييد صدمات لدى أطفال ويافعين هم بالأساس ضعفاء.^{١٤٨} وقد تُنسب هذه الصدمة بدورها إلى اعتلال الصحة العقلية.^{١٤٩} والتقييد، تحت أي ظرف كان، يمكن أن يُفاقم الأذى النفسي ويعرض الطفل لزيادة مخاطر الانتحار وإيذاء النفس والأمراض العقلية وتأخر النمو.^{١٥٠}

الرعاية المؤسسية

غالباً ما يتم تعريف المؤسسات بشكل فضفاض، لكن العديد منها يرتبط بالانفصال عن أحد الوالدين أو عن القائم على الرعاية، والإهمال المنهجي، وغياب بيئة رؤوم ومحفزة. هذه المؤسسات ذات أهمية خاصة للصحة العقلية.^{١٥١} وتختلف التقديرات كثيراً، ولكن ٢,٧ مليون طفل على الأقل — وربما يصل العدد إلى ٥,٤ مليون — يعيشون في أشكال مختلفة من الرعاية المؤسسية. وهناك أدلة من جميع أنحاء العالم على أن نسبة عالية منهم يعانون من إعاقات، وضمنها إعاقات النمو وإعاقات الصحة العقلية.^{١٥٢}

هناك تقارير كثيرة عن إساءة معاملة الأطفال في المؤسسات.

في صربيا، أفاد مقرر خاص للأمم المتحدة "بوجود ضعف في الرقابة وضعف اللوائح القابلة للتنفيذ بشأن استخدام التقييد الجسدي".^{١٥٣} وفي دار أيتام أوكرانية، أجرت المنظمة الدولية لحقوق الإعاقة، وهي منظمة غير حكومية، مقابلة مع صبي قال: "بعد أن هربت وأعادوني، خلعوا ملابسني ووضعوني على سرير فولاذي بدون فراش، وقيّدوني في السرير وأعطوني حقنة من الأدوية المؤثرة على الحالة العقلية".^{١٥٤} في غواتيمالا، ذكرت المنظمة نفسها أنه في إحدى المؤسسات الخاصة، "تم ربط جميع الأطفال ذوي الإعاقة بالكراسي، بغض النظر عن إعاقتهم أو درجة حركتهم". وفي حالة أخرى، استلقى أربعة مراقبين على حصائر وأيديهم مقيدة خلفهم.^{١٥٥}

هناك صورة مقلقة مماثلة عندما يُحرم الأطفال واليافعون من حريتهم، سواء بسبب وضعية الهجرة أو في إطار إجراءات العدالة الجنائية أو بسبب أوضاع صحية أو عائلية.^{١٥٦} والحرمان من الحرية يؤدي أيضاً إلى حدوث اضطرابات صحية عقلية أو تفاقمها.^{١٥٧}

والتركيز على المؤسسات لا يروي سوى جانب من القصة. فهناك أيضاً أدلة كثيرة على سوء المعاملة في المنازل وفي المصحات والمؤسسات الدينية. في إندونيسيا، مثلاً، تظهر التقديرات أن قرابة ١٤٪ من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية خطيرة مقيدون

بالأغلال.^{١٥٨} وغالباً ما يُترك هؤلاء دون مأوى مناسب أو طعام أو ماء كافيين أو مراعاة لنظافتهم الشخصية أو سلامتهم.^{١٥٩}

في البلدان التي لديها خيارات قليلة جداً لرعاية الأطفال الذين يواجهون أكبر تحديات الصحة العقلية، قد تلجأ الأسر إلى مجموعة من المؤسسات الدينية، والتي غالباً ما تمثل المعتقدات المحلية وينتشر فيها الوصم والخرافات. مرة أخرى، سوء المعاملة ليس أمراً نادر الحدوث. في المصحات الدينية في غانا، رأى المقرر الخاص السابق للأمم المتحدة المعني بالتعذيب، خوان منديز، أطفالاً وبالغين يعانون من إعاقات عقلية أو عصبية مقيدتين بالأرض أو الجدران أو الأشجار، ويُجبرون على الصوم فترات طويلة، لردع الهروب أو السلوك العدواني، حسبما أفادت التقارير.^{١٦٠}

ومثل هذه المعاملة السيئة جذور معقدة. فهي تعكس التأثير القوي لوصمة العار والواقع القاسي المتمثل في أن معظم العائلات في معظم البلدان لا يمكنها الوصول إلى خدمات الصحة العقلية.

خدمات الصحة العقلية

حتى في البلدان التي لديها خدمات راسخة للصحة العقلية، ثمة أسباب حقيقية للقلق بشأن علاج الأطفال واليافعين. فهناك أدلة

كثيرة على استمرار استخدام الإكراه والتقييد في مرافق الصحة العقلية.^{١٦١} وقد تطبق هذه المرافق طريقة المبالغة في العلاج الدوائي لاضطرابات الصحة العقلية، واعتماد طريقة العلاج من فوق وعدم احترام دور الأفراد في تعافيتهم. وهي، في أحيان كثيرة، تساهم في إدامة الصور النمطية التي تظهر ذوي الاضطرابات العقلية كأشخاص خطرين. ولكن، كما لاحظ المدافعان عن حقوق الإنسان دايينوس بوراس وجوليا هانا، "الأشخاص الذين يعانون من إعاقات نفسية اجتماعية هم أكثر عرضة من الجناة لأن يكونوا ضحايا للعنف".

ما العمل

على الصعيد العالمي، تتطلب معالجة الأطفال واليافعين المصابين باضطرابات عقلية تغييراً ثقافياً عميقاً. فهؤلاء ينبغي ألا يُعاملوا كمرضى فحسب، بل أيضاً كأفراد لهم حقوق — أفراد يمكنهم، وفقاً لقدراتهم المتطورة، أن يلعبوا دوراً نشطاً في رعايتهم من خلال اتخاذ قرارات مباشرة أو بدعم من آخرين. وتشريعات الصحة العقلية القائمة على حقوق الأفراد المصابين باضطرابات عقلية أمر ضروري. كما أن التواصل مع قادة المجتمع، بمن فيهم المعالجون الدينيون، وتوعيتهم والتعاون معهم كلها عوامل ضرورية.^{١٦٢}

لسوء الحظ، حتى الآن، لا يوجد سوى عدد قليل من البلدان لديه أطر لتحقيق هذه الأهداف والأهداف التي حددتها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.^{١٦٣}

التغيير ممكن

يحرز العديد من البلدان تقدماً في معالجة التمييز وانتهاك الحقوق الأساسية التي تحدث كثيراً في مرافق الصحة العقلية. توجد ممارسات جيدة في جميع أنحاء العالم في مراكز الصحة العقلية المجتمعية، وخدمات مواجهة الأزمات، والمستشفيات وغيرها.

على سبيل المثال، يقدم مركز Atenção Psicossocial في ساو باولو، البرازيل مراكز صحة عقلية مجتمعية تعمل بديلاً عن المستشفيات النفسية. تم تصميم بعض هذه المرافق وفق احتياجات الأطفال والمراهقين وهي تقدم للصحة العقلية رعاية ودعم مجتمعيين مستمرين، بما في ذلك التدخل أثناء الأزمات. يعتمد نهج هذا المركز على مبادئ الحرية أولاً وعدم إضفاء الطابع المؤسسي.

ولسوء الحظ، لم يستمر النجاح دائماً. ويتطلب تنفيذ التدخلات المجتمعية تحولاً كبيراً في المواقف والممارسات. وستكون هذه التغييرات صعبة في الأماكن والبلدان ذات الموارد القليلة.



الفصل ٥

العمل الجاري حالياً

يتمثل الجانب المشرق في أن هناك جهوداً جارية وتستند إلى الأدلة ترمي إلى تعزيز الصحة العقلية وحمايتها ورعايتها للأطفال واليافعين الأشد حاجة للرعاية. وثمة مبادرات ناشئة تهدف إلى جمع البيانات وإجراء الأبحاث لتحقيق فاعلية وكفاءة متزايدتين في هذا العمل. أما الجانب القاتم فهو أنه ما زال يتوجب القيام بالكثير جداً جداً من العمل.



زوجان حنونان: الرعاية الرؤوم من هذا الأب في الجمهورية الدومينيكية ستدعم الصحة العقلية لابنه.
© UNICEF/UN0505385/Cury

يواجه الأطفال واليافعون في جميع دول العالم مخاطر على صحتهم العقلية. يرى البعض أن هذه المخاطر تكمن في عالم الطفل والعالم المحيط به، أي في البيوت والعلاقات والمدارس والمجتمعات المحلية. ويرى آخرون أن أشد هذه المخاطر يكمن في العالم عموماً، أي المحددات الاجتماعية كالفقر والنزاعات والكوارث.

وعلى الرغم من الجهود الكبيرة لتحسين واقع الصحة العقلية لدى الأطفال واليافعين، هناك حاجة إلى مزيد من الجهود. يركز بعض الجهود الناجحة على المخاطر الناشئة في عالم الطفل عبر دعم الوالدين والقائمين على الرعاية لأنهم يعتبرون الأساس في دعم الأطفال واليافعين. وترتكز جهود أخرى على العالم المحيط بالطفل كتنفيذ برامج في المدارس.

قضايا محددة كالفقر والتمييز والإقصاء والنزاعات.

معالجة هذه القضايا تغييرات مهمة في القطاعات الاجتماعية، ومعالجة

ولكن العالم عموماً يؤثر على الصحة العقلية للأطفال واليافعين. لذا، تتطلب

المبادرات العالمية والوطنية

والأدلة والبحوث.^٢ وفي عام ٢٠١٩، مُدّدت الخطة إلى عام ٢٠٣٠ لمواءمتها مع الجدول الزمني لأهداف التنمية المستدامة.^٣

وأصدرت منظمة الصحة العالمية دليلاً بشأن مبادرات الوقاية وإدارة الاضطرابات ذات الأولوية في الصحة العقلية والاضطرابات العصبية وتعاطي المخدرات كالاكتئاب والانتحار والاضطرابات السلوكية.^٤ يهدف برنامج راب الفجوة في الصحة العقلية إلى زيادة الموارد المالية

المبادرات العالمية

قدمت منظمة الصحة العالمية إسهامات كبيرة في العقود الماضية، كخطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة العقلية للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠. تتضمن الخطة أربعة أهداف مع غايات ومؤشرات لإرشاد الدول، وهي: تعزيز فعالية القيادة وتصريف الشؤون، وتقديم خدمات شاملة ومتكاملة في المرافق الصحية المجتمعية، وتنفيذ استراتيجيات للدعم والوقاية، وتعزيز نظم المعلومات

تداعى مناصرو الصحة العقلية في العالم في العقد الأخير لتشجيع المبادرات المعنية بالتوعية ومعالجة الصحة العقلية للأطفال واليافعين. وقد تولى باحثون ومختصون إعداد بعض هذه المبادرات،^١ فيما تولت منظمات دولية قيادة بعضها الآخر. وقادت المجتمعات المحلية والأسر واليافعون مبادرات أخرى.

الطفولة المبكرة" (انظر الفصل ٢) لمواجهة تحديات التنمية المبكرة.^{١٠} وقد لعب دوراً توجيهياً في تعزيز مبادرات الصحة العقلية للوالدين والقائمين على الرعاية والأطفال. وقدمت اليونيسف إرشادات بشأن التنشئة تستهدف والدي اليافعين ومبادرات تدعم القائمين على الرعاية.

المبادرات الوطنية

على الرغم من كثير من الجهود العالمية الواعدة، لا تزال المبادرات الوطنية لمواجهة تحديات الصحة العقلية لدى الأطفال واليافعين متفاوتة وغير عادلة. ففي البلدان الغنية، تعتبر فرص تلقي الأطفال واليافعين علاجاً للأمراض العقلية مرتفعة بالمقارنة مع البلدان الفقيرة حيث يعيش العدد الأكبر منهم. وحتى في البلدان التي تطبق سياسات وبرامج، يكون تنفيذها عشوائياً أحياناً، وتكون البرامج، إن توفرت، غير عادلة، ونطاقها ضيق، وغير فعالة، وغير مدعومة بأدلة. وثمة فجوات كبيرة ليس في السياسات والبرامج فحسب، بل أيضاً في البيانات والبحوث اللازمة لتصميم برامج شاملة وفعالة.

أظهرت مراجعة نفذتها اليونيسف لبيانات مأخوذة من مشروع "تحسين الصحة العقلية لدعم تنمية البلدان" الذي تنفذه منظمة الصحة العالمية، وهو قاعدة بيانات على الإنترنت للموارد الوطنية والدولية، أن معظم الدول لا تمتلك سياسات صحة عقلية خاصة بالأطفال واليافعين، وتطبق إرشادات عامة في أحسن الأحوال. ويصعب أيضاً، من خلال المعلومات المتوفرة في قاعدة البيانات، تحديد برامج المعالجة والوقاية والتعزيز المنفذة بفعالية،

تنفق الحكومات في أفقر بلدان العالم أقل من دولار أمريكي واحد لكل نسمة لمعالجة مشكلات الصحة العقلية.

كما ركزت المبادرات العالمية أيضاً على الصحة العقلية لليافعين. ففي عام ٢٠١٦، نشرت منظمة الصحة العالمية تسريع العمل العالمي من أجل صحة المراهقين: إرشادات لدعم التنفيذ في البلدان لتزويد الحكومات بنهج محدد لمعالجة المخاطر الصحية لدى اليافعين بما فيها مخاطر الصحة العقلية.^٦ وفي عام ٢٠٢٠، أعدت منظمة الصحة العالمية أول دليل لمساعدة المراهقين على الازدهار، وهي مبادرة تهدف إلى تقديم برامج لدعم الصحة العقلية للمراهقين.^٧ وفي عام ٢٠٢١، أعدت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية "دليل مساعدة المراهقين على الازدهار" الذي يقدم إرشادات بشأن معالجة الصحة العقلية في قطاعات الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليم والقضاء.^٨ وأطلقتنا كتاب قصص مصورة للمدرسين الذين يعملون مع اليافعين بعمر ١٠-١٤ عاماً.^٩ وتبذل جهود لمعالجة مخاطر الصحة العقلية خارج القطاع الصحي أيضاً. فمثلاً، قامت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي بإعداد "إطار الرعاية الحانية من أجل تنمية

والقوى العاملة المخصصة للصحة العقلية، وتقديم إرشادات بشأن المبادرات التي تستطيع الوصول إلى عدد أكبر من الناس. ويقدم مبادرات يمكن تعديلها لتناسب الظروف المحلية والوطنية، ولا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

وركزت منظمة الصحة العالمية أيضاً على معالجة المحددات الاجتماعية المهمة للصحة العقلية ومظالم حقوق الإنسان المرتبطة بخدمات الصحة العقلية. وفي عام ٢٠٢١، أصدرت منظمة الصحة العالمية سلسلة مواد للدول بشأن تقديم خدمات صحة عقلية محلية تركز على الأشخاص، وتعالج قضايا حقوق الإنسان والمحددات الاجتماعية المهمة للصحة العقلية كالعنف والتمييز والفقير والإقصاء.^٥

والناجحة في تلبية احتياجات الأطفال والياfeين.

وبحسب أطلس الصحة العقلية لعام ٢٠٢٠ الذي تعده منظمة الصحة العالمية، أفاد ٦٨٪ من الدول الأعضاء في المنظمة بتخصيص برنامجين وطنيين على الأقل للوقاية وتعزيز الصحة العقلية في قطاعات متعددة^{١١} ومن أصل ٤٢٠ برنامج وقاية وتعزيز في ١٤٨ بلداً، ركز ١٨٪ على التوعية بالصحة العقلية وتقليل الوصم، و١٧٪ على المدارس، و١٥٪ على قضية الانتحار. وشملت الفئات الأخرى تنمية الطفولة المبكرة، والصحة العقلية لدى الآباء والأمهات، والصحة العقلية في العمل، والصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي بوصفها جزءاً من جهود الاستعداد للكوارث والحد من مخاطرها.

وثمة نقص كبير في جمع البيانات. فقد جمعت ٣١٪ فقط من الدول الأعضاء بيانات عن الصحة العقلية في القطاع العام، و٤٠٪ جمعتها في إطار إحصاءات الصحة العامة.

ولم يركز أطلس الصحة العقلية لعام ٢٠٢٠ على الأطفال والياfeين بالتحديد، وفي الأماكن التي ركز عليهم فيها، كانت الصورة العامة قاتمة. وأظهر الأطلس أن ٥٣٪ فقط من أصل ٩٠ بلداً أجابت على أسئلة منظمة الصحة العالمية كان لديها خطة أو استراتيجية مخصصة للصحة العقلية لدى الأطفال أو الياfeين. وكان متوسط عدد المرافق الصحية الداخلية المخصصة للأطفال والياfeين في تلك البلدان أقل من ٠,٥ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة، وأقل من مرفقين للمرضى الخارجيين لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة.

وبلغ عدد الأطباء النفسيين المختصين في معالجة الأطفال والياfeين أقل من ٠,١ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة في جميع الدول ما عدا ذات الدخل المرتفع حيث بلغ الرقم ٥,٥ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة.

الاستثمار

لا تزال هناك فجوات واسعة بين احتياجات الصحة العقلية وتمويلها. على الرغم من أن الاستجابة المحدودة في كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض أعاقت العملية الأخيرة لجمع البيانات، تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن الحكومات في أفقر بلدان العالم تنفق أقل من دولار أمريكي واحد على كل شخص لمعالجة مشكلات الصحة العقلية. ويصل هذا الرقم إلى نحو ٣ دولار أمريكي لكل شخص في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط.

بحسب أطلس الصحة العقلية لعام ٢٠٢٠، يبلغ متوسط الإنفاق الحكومي على الصحة العقلية عالمياً ٢,١ في المئة من متوسط الإنفاق الحكومي على الصحة. ويستند هذا الرقم على بيانات عام ٢٠١٨. وعلى الرغم من أن استجابة البلدان ذات الدخل المنخفض والشريحة الدنيا من الدخل المتوسط لطلبات جمع البيانات كانت محدودة، فإن التفاوت كان كبيراً. فقد بلغ متوسط الإنفاق الحكومي على الصحة العقلية ٠,٠٨ دولار لكل فرد في البلدان ذات الدخل المنخفض، و٠,٣٧ دولار في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، و٣,٢٩ دولار في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، و٥٢,٧٣ دولار في البلدان ذات الدخل المرتفع.

وأشار الأطلس أيضاً إلى أن الأفراد والأسر،

ولا سيما في البلدان الفقيرة، تتحمل غالباً الأعباء المالية لرعاية الصحة العقلية. وهناك ٨٥٪ من الأفراد في العالم إما مشمولين بتأمين صحي كامل أو يدفعون ٢٠٪ من تكاليف خدمات الصحة العقلية. ولكن نفقات الأفراد على أنفسهم كانت أكبر في أفريقيا، حيث يدفع ٤١٪ منهم كامل نفقات خدمات الصحة العقلية أو معظمها. وبالعكس، في أوروبا، حيث ٩٨٪ من الأفراد مشمولون بالتأمين على جميع التكاليف، ولا تتعدى ما يدفعه الأفراد على الصحة العقلية ٢٠٪. وذُهب أكثر من ٧٠٪ من النفقات العامة على الصحة العقلية إلى مستشفيات الأمراض العقلية في البلدان متوسطة الدخل مقابل أقل من ٤٠٪ في البلدان مرتفعة الدخل.

وتعتبر المساعدات الإنمائية الدولية المخصصة للصحة العقلية قليلة أيضاً. ففي الفترة ٢٠٠٦-٢٠١٦، كانت نسبتها أقل من ١٪ من المساعدات الإنمائية المقدمة للصحة بشكل عام^{١٢}. كما أن المساعدات الإنمائية المقدمة للأطفال والمراهقين في البلدان النامية أقل بكثير. وأظهرت دراسة أجريت في عام ٢٠١٨ تخصيص مبلغ ١٩٠,٣ مليون دولار كمساعدات إنمائية للصحة العقلية للأطفال والمراهقين في الفترة ٢٠٠٧-٢٠١٥ أي نحو ٠,١٪ من المساعدات المقدمة للصحة بشكل عام^{١٣}. ورغم تغيّر النسب مع الوقت، شكلت مساعدات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين نحو ١٠٪ من إجمالي المساعدات المقدمة للصحة العقلية في عام ٢٠٠٧، ولكن هذه النسبة ارتفعت إلى ١٤٪ في عام ٢٠١٥. وركزت معظم المساعدات الإنمائية الدولية على الوصول إلى الأطفال والمراهقين في الحالات الإنسانية.

الإطار ١٨.

العوائق

بحسب مراجعة اليونيسف، لم تتمكن المعاهدات والأجندات الإنمائية والمبادرات الدولية من تبني منهج عالمي شامل لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها، ورعاية الأطفال واليافعين الذين يعانون من أمراض عقلية. وجزئياً، حالت عقبات كبيرة دون إحراز تقدم في هذا المجال. وفيما يلي خمسة من أبرز العوائق المدمرة:

الوصم: تعتبر الوصمة المرتبطة بالأمراض العقلية أحد أكثر العوائق شيوعاً أمام تعزيز الصحة العقلية وحمايتها ومعالجة اعتلالاتها. فالوصم والتمييز المرافق له تمنع الأطفال واليافعين والقائمين على الرعاية من البحث عن علاج والمشاركة الكاملة في أسرهم ومدارسهم ومجتمعاتهم، وتمنعهم من عيش الحياة بشكل كامل. ويعزز الوصم، سواء كان مقصوداً أم لا، التصورات الخاطئة عن الصحة العقلية، ويعيق البحوث والتمويل والالتزام بتلبية احتياجات الصحة العقلية للأطفال واليافعين. كما يحد من الجهود الرامية إلى فهم العوالم العاطفية والنفسية للأطفال واليافعين بشكل كامل. وفي بعض الحالات، يمكن أن يؤدي الوصم إلى انتهاكات جسيمة لحقوق الأطفال واليافعين من ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية.

غياب التنسيق بين القطاعات: التركيز على اضطرابات الصحة العقلية بغرض علاجها في قطاع واحد يضع عوائق كبيرة. فالتنسيق بين قطاعات متعددة كالصحة، وتنمية

الطفولة المبكرة، وحماية الأطفال، والحماية الاجتماعية ضروري لتلبية الاحتياجات المعقدة التي تظهر خلال مراحل الصحة العقلية ومسيرة الحياة.

قلة الموارد المالية: تُخصص نسبة ضئيلة من الإنفاق الحكومي وإنفاق التنمية الدولية لتلبية احتياجات الصحة العقلية. وهذا الوضع يجب أن يتغير. فمعظم الأطفال واليافعين يواجهون مشكلات عقلية خلال مرحلة معينة من مراحل حياتهم، وهذا يتطلب خدمات التعزيز والحماية. وبعضهم سيحتاج علاجاً لاضطرابات الصحة العقلية.

قلة الموارد البشرية: تعتبر الموارد البشرية المخصصة للصحة العقلية غير كافية في معظم الأحيان. وحتى عند توفرها، تركز على علاج اضطرابات الصحة العقلية، وتتجاهل تعزيز الصحة العقلية وحمايتها. لذا فإن زيادة عدد أخصائيي الصحة العقلية أمر جوهري، وكذلك زيادة المعلومات العامة عن الصحة العقلية في جميع المجالات المهنية لتقديم خدمات التعزيز والحماية الضرورية.

انتهاكات حقوق الإنسان: الأطفال واليافعون الذين يستخدمون خدمات الصحة العقلية أكثر عرضة للتمييز والتعامل والاعتداءات والإقصاء والفصل الاجتماعي. وفي بعض الحالات، يتم إدخال الأطفال بشكل غير قانوني أو تعسفي إلى مرافق الرعاية الصحية وإعطائهم كميات كبيرة

من الأدوية، ويحرمون من استقلاليتهم وإرادتهم وتفضيلاتهم.^{١٤} إن مواجهة المواقف والممارسات التي تهمش الصحة العقلية ومن يعانون من إعاقات نفسية واجتماعية ضروري لتطوير خدمات الصحة العقلية التي يوصي بها مجلس حقوق الإنسان، وتطوير خدمات محلية تركز على الناس، ولا تشمل إعطاء كميات كبيرة من الأدوية وتقديم علاجات غير مناسبة.

صنع الفارق

على الرغم من وجود فجوات كبيرة، تم تنفيذ واختبار برامج وسياسات مدعمة بالأدلة لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها، ورعاية الأطفال والياافعين الأكثر ضعفاً. تُدمج العديد من هذه الجهود في برامج حالية في مجالات التنشئة والتعليم والحماية الاجتماعية والرعاية الصحية والإغاثة الإنسانية. ويمكن لكثير منها تخطي الحدود التقليدية لإشراك قطاعات متعددة.

التنشئة

يشكل القائمون على الرعاية عالم الطفل خلال أول عقدين من حياته، ويعتبرون مصدر ارتباط صحي، ويقومون بدور العازل ضد الصدمات النفسية التي تؤدي إلى ضغوط مزرية.^{١٩} ولكن كثيراً من هؤلاء يحتاج دعم برامج التنشئة لتأدية هذا الدور الحاسم.

بحسب توصيات إطار الرعاية الحانية، توجه كثير من برامج التنشئة القائمين على الرعاية بشأن سبل تقديم تغذية متكاملة، والتفاعل الإيجابي مع الطفل، والمشاركة في التحفيز التفاعلي ونشاطات التعلم في البيت. وقد بدأت هذه البرامج تزيد من تركيزها على تزويد القائمين على الرعاية بالدعم المطلوب لرعاية الأطفال والياافعين.

تشير تقييمات برامج التنشئة إلى إسهامها في تعميق الروابط بين القائمين على الرعاية والأطفال، وتقليل ممارسات التنشئة القاسية، وتحسن التنمية الإدراكية للأطفال.^{١٦} مثلاً، أظهرت إحدى الدراسات

أن ٨٨٪ من البرامج في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط حققت نتائج إيجابية مثل تحسين سلوكيات التنشئة وعمل الأسرة والصحة العقلية لدى الأطفال والياافعين.^{١٧} وأسهمت هذه البرامج في المشاركة الفعالة للعمال العاديين والأخصائيين المدربين في مجالات تكميلية، وهو مكون حاسم لتوسيع هذه البرامج في البلدان منخفضة الدخل.^{١٨}

تنشئة لصحة مدى الحياة

على الرغم من أن معظم برامج التنشئة المدعمة بالأدلة تنفذ في بلدان مرتفعة الدخل، هناك جهود بارزة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{١٩} مثلاً، يقدم برنامج "تنشئة من أجل صحة مدى الحياة" (PLH) حزمة برامج تنشئة مدعمة بالأدلة ومنخفضة التكلفة وبرامج تنشئة منزلية تعتمد على عاملين محليين غير مختصين.^{٢٠}

يضم البرنامج، الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية واليونيسف وشركاء آخرون في عام ٢٠١٣، أربعة حزم تفاعلية حسب العمر مدعمة بأدلة عن قضايا تنمية الأطفال كالارتباط الحميم، والتنمية الإدراكية، وإدارة السلوك، والتعلم الاجتماعي، وحل المشكلات.^{٢١}

اختبرت فعالية البرنامج لدى أربع فئات عمرية، وحققت نتائج ناجحة في الانتباه والتنمية الاجتماعية والعاطفية، وحساسية القائمين على الرعاية.^{٢٢} وأسهمت البرامج أيضاً في تقليل مشكلات السلوك والتربية القاسية. وأسهم بعضها في تقليل اضطرابات الصحة العقلية لدى القائمين على الرعاية.

بالنسبة للمراهقين، لم تحسن هذه البرامج نتائج الصحة العقلية تحديداً، لكنها قللت العنف الأسري واكتئاب القائمين على الرعاية وتعاطي الكحول والأدوية. وأدت أيضاً إلى تحسينات في الشؤون المالية للأسرة.^{٢٣}

انطلق برنامج "تنشئة من أجل صحة مدى الحياة" في جنوب أفريقيا، ولكن ثمة خطط للوصول إلى أكثر من ٥٠٠,٠٠٠ أسرة بحلول عام ٢٠٢٤. وينفذ البرنامج حالياً في أكثر من ٢٥ بلداً ذا دخل منخفض أو متوسط في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وأوروبا الشرقية، وجنوب وجنوب شرق آسيا، والكاريببي.

العناية بنماء الطفل

شكل برنامج العناية بنماء الطفل (CCD) محطة بارزة في مجال تنمية الطفولة المبكرة، ومهد الطريق لبرامج تنشئة أخرى مدعمة بالأدلة. انطلق البرنامج في تسعينات القرن الماضي لتعزيز التعلم المبكر والرعاية المستجيبة للذات يشكلان ركيزتا إطار الرعاية الحانية.^{٢٥}

بشكل عام، يتم إدراج تدخلات هذا البرنامج في خدمات التعليم والصحة والحماية الاجتماعية، ويتولى تقديمها، في معظم الحالات، أخصائيوون صحيون مدربون في المنازل أو العيادات المحلية.^{٢٦} وهي تشجع القائمين على الرعاية على استخدام الأدوات المنزلية والألعاب المصنوعة في المنزل لتحفيز مهارات الأطفال الحركية والاجتماعية والإدراكية واللغوية، واستخدام اللعب بفعالية لتعزيز مهارات التنشئة.^{٢٧}

نُفذ هذا البرنامج، مع بعض التعديلات، في ٢٣ بلداً على الأقل. وتشير التقييمات إلى تحسن ممارسات التنشئة والتفاعل بين القائمين على الرعاية والأطفال. وأسهم في تحسين تنمية الأطفال الإدراكية واللغوية والحركية.^{٢٨} ففي باكستان، أظهر تقييم عشوائي، بعد أربع سنوات من تنفيذ البرنامج، بأن الأطفال المشاركين فيه امتلكوا مهارات إدراكية ولغوية وحركية واجتماعية وعاطفية أفضل من الأطفال الآخرين.^{٢٩}

وقد بدأت هذه البرامج تزيد من تركيزها على

تزويد القائمين على الرعاية بالدعم المطلوب لرعاية الأطفال واليا فعيين.

التعليم

مع نمو الأطفال، تتوسع بيئتهم لتشمل العالم المحيط بهم. وبالتزامن مع ذلك، تصبح المدرسة والمدرسون والأقران مصادر رئيسية للتعليم والتواصل الاجتماعي، ويؤثرون على تنميتهم العاطفية والسلوكية والأخلاقية.

تشكل المدارس بيئات صحية وشاملة للجميع حيث يتعلم الأطفال مهارات مهمة تعزز عافيتهم، وتعددهم للمستقبل.^{٣٠} ولكن في المدارس أيضاً، يواجه الأطفال التنمر والعنصرية والتمييز وضغط الأقران والتوتر بسبب الأداء الأكاديمي. ولذلك، تعد بيئات



ناصر من الأقران: في بنغلاديش، تقوم شارمين، ١٨ عاماً يسار الصورة، بمشاركة المعرفة المستقاة من الخدمات الصحية الصديقة للمراهقين مع والدتها مينو علم.

في عام ١٩٧٧، وتنفذ في أكثر من ١٦,٠٠٠ مدرسة، بشكل رئيسي في الولايات المتحدة. وقد أثبتت فعاليتها وجدوى تكلفتها.^{٤٥}

تشجع مبادرة العمل الإيجابي، التي تستند إلى علم النفس الإيجابي، الأطفال والمراهقين على تبني أفكار إيجابية تقود إلى سلوكيات إيجابية ومشاعر تقدير الذات. المبادرة مصممة للأطفال واليا فعين من فئات عمرية محددة ابتداءً من خمس سنوات حتى ١٨ سنة.^{٤٦}

تعد بيئات التعلم

منصات حاسمة

حيث تشجع برامج

منخفضة التكلفة

ومقبولة ثقافياً

إشراك الجميع،

وتعزيز الصحة

العقلية وحمائتها.

أظهرت تقييمات برامج العمل الإيجابي تحسناً في سلوك الطلاب وتحصيلهم الأكاديمي.^{٤٧} مثلاً، أظهرت دراسة شملت ١,١٧٠ طالباً بعمر ٨-١٤ عاماً في ١٤ مدرسة قليلة الدخل في شيكاغو انخفاضاً طفيفاً، ولكنه مهم، في السلوكيات التخريبية والعنف والتنمر والاكنتاب والقلق خلال فترة ست سنوات. وأشارت الدراسة أيضاً إلى شعور الطلاب برضا أكبر عن حياتهم، وتحسن تحصيلهم الأكاديمي، وانخفاض تعاطيهم للمخدرات.^{٤٨} وأظهرت الدراسات أيضاً تحسن نتائج الطلاب مع ازدياد وصولهم إلى برامج العمل الإيجابي.^{٤٩}

أن النجاح، بغض النظر عن النهج المتبع، يتطلب تنفيذاً جيداً، وموارد كافية، ودعم المدرسين والأسر والمدارس والمجتمعات المحلية.^{٤٠}

تعزيز قاعدة الأدلة عن البرامج المدرسية لتعزيز صحة المراهقين

يعتبر برنامج تعزيز قاعدة الأدلة عن البرامج المدرسية لتعزيز صحة المراهقين (SEHER) في ولاية بهار في الهند مثلاً على برامج تعزيز الصحة العقلية التي تشرك المدرسة بأكملها وتضم مكونات عديدة ويتم تطبيقها وتجريبها على نطاق واسع. يتضمن البرنامج نشاطات لجميع الطلاب، ويقدم استشارات فردية للطلاب المحتاجين لها. ويعمل بالتعاون مع برنامج تدريب على مهارات الحياة مدمج في الحصص الدراسية.^{٤١}

أظهرت التقييمات نجاح البرنامج في خلق بيئة مدرسية إيجابية تضم علاقات قوية وحانية بين المدرسين والطلاب، وتعزيز شعور الانتماء بين الطلاب.^{٤٢} وكانت النتيجة انخفاض معدلات الاكنتاب والتنمر والعنف. ومن المثير للاهتمام أن البرنامج كان ينجح في تحسين مواقف الطلاب تجاه المساواة بين الجنسين والاكنتاب والتنمر والعنف عندما كان القائمون عليه استشاريون. وبالعكس، كان يحقق أثراً ضعيفاً عندما يتولى المدرسون تقديمه.^{٤٣}

مبادرة العمل الإيجابي

مثل برنامج "تعزيز قاعدة الأدلة عن البرامج المدرسية لتعزيز صحة المراهقين"، تعد مبادرة العمل الإيجابي نموذجاً لبرامج الصحة العقلية التي تشرك المدرسة بأكملها وتستند إلى بحوث قوية.^{٤٤} بدأ تطبيق هذه المبادرة

التعلم منصات حاسمة حيث تشجع برامج منخفضة التكلفة ومقبولة ثقافياً إشراك الجميع، وتعزيز الصحة العقلية وحمائتها.^{٣١} ويمكن للبرامج المدرسية الوصول إلى الأطفال واليا فعين الذين هم بأمس الحاجة إلى الرعاية، ولا يستطيعون الحصول على خدمات الصحة العقلية.^{٣٢}

شكلت إطارات التعلم الاجتماعي والعاطفي في العقود الأخيرة العمود الفقري للكثير من المبادرات المدرسية،^{٣٣} فقد قدمت نهجاً فعالاً لتعزيز الصحة العقلية وحمائتها.^{٣٤} تشمل الأساليب المنهجية للتعلم الاجتماعي والعاطفي مبادرات تلبى الاحتياجات التنموية والثقافية للأطفال واليا فعين وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية.^{٣٥} ويمكن أن تسهم هذه المبادرات العالمية، إن نفذت بشكل جيد، في تزويد الأطفال واليا فعين بالقدرة الإدراكية والسلوكية والعاطفية الضرورية لمساعدتهم في النجاح الأكاديمي، ومواجهة تحديات الحياة، والتفاعل الإيجابي مع الآخرين.^{٣٦}

أظهرت تقييمات برامج التعلم الاجتماعي والعاطفي تحقيق نتائج أكاديمية واجتماعية وسلوكية إيجابية.^{٣٧} وأثبتت فعالية أساليب التعلم الاجتماعي والعاطفي التي تضم برامج تشمل المدرسة بأكملها (-whole school approach) وبرامج محددة تستهدف الأطفال واليا فعين المعرضين للخطر.^{٣٨} مثلاً، قد تتضمن الأساليب التي تشمل المدرسة بأكملها أنديّة مخصصة للفتيات، ومساحات خضراء، ومنتديات لمناقشة قضايا النوع الاجتماعي والميول الجنسية مترافقة مع برامج محددة لمعالجة مخاطر الصحة العقلية كالتدخين والتنمر وحمل المراهقات.^{٣٩} ولكن الدراسات أظهرت

ورغم أن برامج الحماية الاجتماعية لا تستهدف الصحة العقلية بالضرورة، فإنها توفر مسارات حاسمة لمعالجة عوامل الخطورة المرتبطة بالفقر.

الشباب الآمن

باتت برامج الحماية الاجتماعية بشكل متزايد تقدم بالاقتران مع الخدمات الاجتماعية.^{٥٦} ففي تنزانيا، تضمن برنامج الشباب الآمن (Ujana Salama) برنامجاً للإعانات النقدية للمراهقين بعمر ١٤-١٩ عاماً مع تدريب عملي وتوجيه ومنح وخدمات صحية. وأظهر تقييم البرنامج إسهامه في انخفاض أعراض الاكتئاب.^{٥٧} وبعد عام، تحسنت الصحة العقلية وتقدير الذات لدى المراهقين والمراهقات، وتحسنت معارفهم عن الصحة الجنسية والإنجابية وعن فيروس الإيدز، وأظهرت دراسات عن البرنامج انخفاض العنف الجنسي، وارتفاع حضور الفتيات في المدارس.

الجسور والجسور بلس

في أوغندا، أدت البرامج الاقتصادية التي تضمنت تدريباً على مهارات الحياة المالية إلى تحسين الصحة الجسدية والعقلية، والاستقرار المالي، والأمن الغذائي للمراهقين الذي أصبحوا يتأمن بسبب فيروس الإيدز.^{٥٨} قدمت برامج جسور وجسور بلس حوافز ادخار يمكن استخدامها للتعليم، وورشات لمحو الأمية المالية، وتوجيه الأقران. وقُدمت البرامج للمراهقين في الصنفين الخامس والسادس، واستمرت نحو عامين.

وأشارت دراسة شملت ١,٣٨٣ مراهقاً إلى نجاح البرنامجين في تحسين الصحة العقلية المقيّمة ذاتياً. وبعد انتهاء البرنامجين مباشرة، انخفضت أعراض الاكتئاب واليأس. وظهر أن المراهقين في برنامج جسور بلس الذين حصلوا على حوافز ادخار أكبر انخفضت لديهم مستويات اليأس لفترة أطول.

الحماية الاجتماعية

يتطلب تأثير العالم عموماً على الصحة العقلية برامج تعالج بعض المحددات الاجتماعية التي تؤثر على حياة الأطفال واليافعين. ورغم أن برامج الحماية الاجتماعية لا تستهدف الصحة العقلية بالضرورة، فإنها توفر مسارات حاسمة لمعالجة عوامل الخطورة المرتبطة بالفقر.^{٥٩}

بشكل عام، تهدف برامج الحماية الاجتماعية إلى منع فقر الأطفال، وحمايتهم من آثاره، وتعزيز الفرص الاقتصادية القادرة على مواجهة اختلال توازن القوى الذي يديم الفقر والضعف.^{٥١} وتدمج هذه البرامج غالباً في قطاعي التعليم والصحة، وتشمل أساليب كالإعانات النقدية، والإعفاءات الضريبية، والضمان الاجتماعي، والخدمات الاجتماعية، ودعم فرص العمل.

تؤثر برامج الإعانات النقدية على الصحة العقلية للأطفال والمراهقين من خلال زيادة الحضور في المدارس، والأمن الغذائي، والحصول على الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية. وأسهمت الإعانات النقدية في خفض المخاطر الشائعة للصحة العقلية كتهور الصحة الجسدية، وعنف الشريك الحميم.^{٥٢} وكان للإعانات النقدية المقدمة لليافعين أثر إيجابي في تطويرهم الإدراكي والسلوكي.^{٥٣}

ويمكن تحقيق تأثيرات مباشرة أيضاً. مثلاً، أظهرت دراسات حديثة أن برامج الإعانات النقدية المشروطة أسهمت في تقليل الانتحار بنسبة ١٨٪ في إندونيسيا، و٣,٤-٩,٧٪ في البرازيل.^{٥٤} وكان الأثر أكبر على النساء. وفي مالawi، أسهمت تلك الإعانات في تقليل أعراض الاكتئاب بنسبة ١٥٪ لدى اليافعين بعمر ١٥-٢٢ عاماً، وتحقيق نتائج أوضح لدى الإناث.^{٥٥}

دراسة حالة

إسبانيا

رحلة من أجل سبر أغوار الصحة العقلية: نهج مراعي للاعتبارات الثقافية في مجال رعاية الصحة العقلية لدى الشباب المهاجرين

يرى د. فرانسيسكو كولازوس أن المهاجرين والمهاجرات، والأطفال المهاجرين غير المصحوبين بذويهم، والشباب الذين يعمل معهم بوصفه طبيباً يتجاوز مجرد التشخيص. وهم بحاجة إلى أكثر من مجرد استجابة عادية يقدمها لهم الطبيب النفسي؛ لتعزيز صحتهم العقلية وحمايتهم.

يقول كولازوس، وهو طبيب نفسي ومؤسس برنامج الصحة العقلية العابر للثقافات للأطفال المهاجرين غير المصحوبين بذويهم والمهاجرين والمهاجرات الشباب في مستشفى فال دي هيرون برشلونة: "يفرض علينا التزامنا أن نبحث عن البدائل المنصفة، وذات الكفاءة الثقافية، والمتكيفة مع الاحتياجات الخاصة بكل مجموعة

سكانية نقدم لها خدمات؛ فالالتزام بالكفاءة الثقافية هو ما يحكمنا".

تمثل الكفاءة الثقافية المبدأ التوجيهي لبرنامج الصحة العقلية العابر للثقافات، والذي يصل إلى الأطفال والشباب المدرج بعضهم في نظام حماية الأطفال في إسبانيا، وغيرهم من الذين يعيشون في الشوارع. فكثيرون يعتقدون أن ظروفهم وتجارب حياتهم معقدة وعصيبة.

ووفقاً للدكتور كولازوس، واجه كثير منهم تحديات حتى قبل أن ينطلقوا في رحلات هجرتهم، وتشمل هذه التحديات التهميش في بلدهم الأصلي، والعنف في بيوتهم، من قبيل العنف الجسدي، والإيذاء، والإهمال. وكثير منهم واجهوا أيضاً عنفاً ومِحناً في أثناء عبورهم.

ومتى وصلوا إلى مقصدهم، يخبر كثيرون عن قلق وإحباط بسبب وضعهم بوصفهم لاجئين في إسبانيا. ويعاني بعضهم أيضاً الضغط الذي تفرضه عليهم توقعات أسرهم، وصعوبة إيجاد عمل، وإرسال التحويلات إلى بلدهم الأصلي. ويعاني بعضهم من تعاطي المخدرات.

إلى جانب ما سبق، يضطر الأطفال المهاجرون والشباب، في معظم الأحيان، إلى مواجهة الإقصاء الاجتماعي، وتحدي التعامل بلغة جديدة وفي ثقافة جديدة.

يتناول برنامج الصحة العقلية العابر للقارات، الذي أُسس عام ٢٠٠١ في مستشفى فال دي هيرون، التفاعل المعقد للمخاطر المحدقة بالصحة العقلية الخاصة بالأطفال المهاجرين والشباب، من أجل الاستجابة لها بفعالية. يدرج البرنامج مختصين من



عبور الثقافات: يقول الدكتور فرانسيسكو كولازوس، إلى اليسار: "كل شخص فريد من نوعه ويجب أن يعامل على هذا النحو".
© UNICEF/UN0489155/Erasmus Fenoy

يرى كولازوس أن نجاح البرنامج يظهر في الشباب الكثيرين، الذين عمل معهم لأعوام. ويتذكر، على نحو خاص، شاباً مغربياً مهاجراً عانى من تعاطي المخدرات، والتشرد، واعتقالات رجال الشرطة وسلطات الهجرة قبل أن يجد سبيله في سوبراكسيو.

لا يزال هذا الرجل اليافع متطوعاً نشطاً في سوبراكسيو، حتى في أثناء بحثه عن عمل وتلبية متطلبات والدته في المغرب التي تحتاج إلى مساعدة مالية منه.

واجه كولازوس مفاجآت، أيضاً. فيقول: "يقبّلني الأطفال والمهاجرون والمهاجرات الشباب رغم الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالصحة العقلية والأطباء النفسيين؛ أشعر بأنني أصبحت جزءاً أساسياً من توازن حياتهم".

وبدعم من اللجنة الوطنية الإسبانية لليونيسف والسلطات المحلية والإقليمية، من المتوقع أن يتوسع برنامج الصحة العقلية العابر للثقافات والذي تُنفّذه مستشفى فال دي هيررون ليُدمج في نظام حماية الأطفال في كتالونيا.

يقول عبدالله ديناييل قنديل، أحد وكلاء صحة المجتمع المحلي الذي يعمل مع كولازوس في برنامج الصحة العقلية العابر للثقافات: "نُعد الثقافة عامل خطر وعاملاً وقائياً". وأضاف قائلاً: "قبل هذا البرنامج، لم يكن يُقدم سوى خدمات الترجمة الشفهية. أما النهج العابر للثقافات فهو أكثر من ذلك بكثير، هو نموذج متكامل للعمل وتحصيل نتائج هائلة".

منظمات غير حكومية، ويدرب وكلاء الصحة العقلية بالمجتمع المحلي، ومختصي الصحة النفسية باستخدام مسار مصمم خصيصاً لإعداد تقييمات مراعية للاعتبارات الثقافية وتقديم المساعدة متعددة الاختصاصات.

شراكتنا مع سوبراكسيو، وهي منظمة غير حكومية تصل إلى الشباب المهاجرين الذين يعيشون في الشوارع، مثال على ذلك. وعلى نحو خاص، يقدم مشروعها سباني نهجاً متعدد الاختصاصات، يهدف إلى التصدي لتحديات اللاجئين واللاجئات والأطفال المهاجرين، باستخدام إجراءات تدخلية تشمل التعليم، والرياضة، والإدماج الاجتماعي، ودعم الصحة العقلية. وفي صميم إجراءات الصحة العقلية التدخلية يكمن الإدراك بأن الخلفية الثقافية الخاصة بالشباب تُعد جزءاً لا يتجزأ من صحتهم العقلية.

أنظمة الرعاية الصحية الأولية

لا يزال عدد كبير من الأطفال والياfeعين غير قادرين على الحصول على خدمات الوقاية وتعزيز الصحة العقلية ورعايتها. فنقص الخدمات وأخصائيي الصحة العقلية يؤدي إلى حرمان الأطفال والياfeعين من الدعم الذي يحتاجونه. وحتى عند توفر الخدمات، يؤدي انخفاض جودتها والوصمة المرتبطة برعاية الصحة العقلية إلى إبعادهم عنها.^{٥٩}

تتطلب زيادة الوصول إلى خدمات الصحة العقلية لقاء الأطفال والياfeعين في أماكن وجودهم كالمنازل والمدارس. ويمكن لمقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية، ولا سيما على المستوى المحلي، توفير منصة حاسمة لتعزيز الصحة العقلية وحمايتها، وتقديم الرعاية للأطفال والياfeعين المعرضين للخطر.

تقر خطة العمل الخاصة بالصحة العقلية التي أعدتها منظمة الصحة العالمية بالدور المهم للرعاية الأولية في الصحة العقلية، وتوصي بإدماج رعاية الصحة العقلية ومعالجتها في الرعاية الصحية الأولية كطريقة للابتعاد عن المواقف التي تربط الصحة العقلية مع أساليب اختصاصية وطبية.^{٦٠} وتشمل الجهود الأخرى برنامج تحسين رعاية الصحة العقلية ومراكز التوسع التابعة للمعهد الوطني للصحة العقلية.^{٦١} يركز البرنامجان على دراسة الظروف المحلية، وإشراك أخصائيين صحيين محليين مدربين، وتأسيس خدمات تلبي احتياجات محلية محددة. ولكن جهود دمج الصحة العقلية في مراكز الرعاية الأولية لا تركز للأسف على الاحتياجات الخاصة للأطفال والياfeعين.

برنامج التفكير الصحي

يتواصل برنامج التفكير الصحي مع الأمهات لمعالجة اكتئاب الفترة المحيطة بالولادة في باكستان منذ عام ٢٠٠٧.^{٦٢} يدمج البرنامج الصحة العقلية في منصة الرعاية الصحية الأولية. في البداية، تولى تقديمه مؤسسة معروفة تسمى ليدي للعاملين الصحيين (Lady Health Workers) تضم أخصائيي رعاية صحية أولية محليين، ولكن البرنامج حالياً يضم أفراداً مدربين من السكان المحليين.^{٦٣}

يستند البرنامج إلى العلاج الإدراكي والسلوكي، ويتضمن أربع جلسات أسبوعية للحوامل في شهرهم الأخير، وثلاث جلسات في الشهر التالي للولادة، وجلسات شهرية في الأشهر التسعة التالية.^{٦٤}

أظهرت التقييمات الأولية للبرنامج مساهمته في تقليل حالات الاكتئاب إلى النصف. وأفادت الأمهات المشاركات بارتفاع التفاعل مع أطفالهن، وزيادة استخدام حبوب منع الحمل. وانخفضت نسبة إصابة المواليد المشاركين في الدراسة بالإسهال، وارتفعت نسبة تلقيهم للقاحات.^{٦٥} وأظهرت دراسة متابعة أجريت بعد سبع سنوات انخفاض الاكتئاب بنسبة ١٧٪ لدى الأمهات المشاركات في البرنامج. وأظهرت أيضاً استثمار الأمهات مزيداً من الوقت والمال في رعاية أطفالهن.^{٦٦}

وبعد نجاحه، دُمج برنامج التفكير الصحي في البرنامج الوطني للأمراض غير المعدية والصحة العقلية في باكستان، وأدرج في حزمة الرعاية الصحية الشاملة في البلد، وفي خطة الرئيس لتعزيز الصحة العقلية

تتطلب زيادة

الوصول إلى

خدمات الصحة

العقلية لقاء

الأطفال والياfeعين

في أماكن وجودهم.

للباكستانيين. وأدرج أيضاً في دليل برنامج رأب الفجوة في الصحة العقلية التابع لمنظمة الصحة العالمية، وطُبق في دول أخرى كبنغلادش وبوليفيا والهند ونيجريا وبيرو^{٦٧} وفيتنام^{٦٨}. وتنفذ حالياً مشاريع



دعم الأبوّة والأمومة: تتلقى أم المشورة في فحص صحي روتيني في السلفادور.
© UNICEF/UN0499578/Segovia Prado

منذ قيام المؤسسة الوطنية للصحة العقلية للشباب واليافعين في أستراليا بإطلاق المبادرة، نمت من ١٠ مراكز إلى شبكة وطنية تضم ١١٠ مراكز. وأبرزت التقييمات النتائج الإيجابية على الصحة العقلية لدى الأطفال واليافعين. ولكن هناك تحديات مثل طول فترة الانتظار للحصول على الخدمات ونقص الكوادر العاملة.^{٧٢} وتؤدي أساليب التمويل إلى الضغط على بعض الخدمات التي تهدف إلى تقديم حلول شاملة.

من اضطرابات صحة عقلية. وتقدم بعض المراكز خدمات صحة عقلية اختصاصية لرعاية الأطفال واليافعين ممن يعانون من اضطرابات معقدة بما في ذلك الذهان. تعتبر مشاركة المراهقين واليافعين مكوناً حاسماً من المبادرة، فهم يشاركون في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتهم، ويعملون كمستشارين لتطوير المبادرة ووضع استراتيجيتها وخطط عملها. وتستهدف المبادرة فئات معروفة تاريخياً بأنها أقل طلباً لخدمات الصحة العقلية كأطفال ويافعي السكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس ومجتمع الميم عموماً.

تجريبية في الصين، وعبر تطبيق على الهواتف الذكية في كينيا.^{٧٩}

مبادرة Headspace (الحالة الذهنية) هي إحدى أقدم المبادرات التي تستهدف اليافعين، وتشمل نظاماً لمراكز الرعاية الصحية الأولية لليافعين والشباب بعمر ١٢-٢٥ عاماً في أستراليا.^{٧٠} تدمج المبادرة الصحة العقلية في البرامج المعنية بتقديم الدعم المهني، والصحة الجسدية والجنسية، وتعاطي الكحول والمخدرات.^{٧١} وهي تقدم خدمات عبر الإنترنت والهاتف والرسائل النصية. كما تقدم للمدارس الابتدائية والثانوية أدوات تساعد المدرسين والوالدين في دعم الطلاب الذين يعانون

دراسة حالة

سري لانكا

المصاحبة: استجابة مجتمعية لاحتياجات الصحة العقلية في أعقاب النزاعات

عندما وصلت سوجارنا كاناجراتنام إلى تيليبالي بدراجتها النارية الصغيرة، استقبلها الأطفال في هذه المدينة الصغيرة التي تقع في شمال سري لانكا بالأحضان.

وثق هؤلاء الأطفال فيها، واستمتعوا بالفن، والدراما، ورواية القصص التي أدخلتها إلى حياتهم، وهي أنشطة تهدف إلى مساعدتهم في البوح بما يُسرُّونه في أنفسهم، ومواجهة مخاوفهم ومصادر قلقهم.

تقول كاناجراتنام، مستشارة في الصحة العقلية: "هذا مكان تاريخه مليء بالاضطرابات، ولكنني سعيدة لأنني أعمل مع الأطفال هنا".

تعمل كاناجراتنام لدى شانثيهام، وهي منظمة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي التي تركز على حالة المناطق الخارجة من النزاعات

في الأجزاء الشمالية والشرقية من سري لانكا. منذ عشرة أعوام، ولمدة ثلاثة عقود تقريباً، كانت المنطقة تشكل بؤرة النزاع المسلح الذي تسبب في قتل الأطفال والأسر، وإصابتهم، ونزوحهم الذي طال أمده في المخيمات.

في أعقاب النزاع، كافحت الأسر والأطفال من أجل البدء في تبني نمط جديد من العيش. وقد ألحق النزوح السابق، والعودة، وإعادة التوطين، عند البعض، خسائر لدى الأسر والهياكل المجتمعية، فأصبح الأطفال والشباب معرضين لخطر العنف والإهمال.

وعلى رأس ضروب الكفاح هذه، تواجه الأسر التي سبق أن نزحت الوصمة المرتبطة بكونهم "سكان المخيمات"، وذلك عند محاولتهم بناء بيوت وحياة جديدة.

يشكل العمل الذي تضطلع به كاناجراتنام في

تيليبالي جزءاً من مبادرة شانثيهام المجتمعية للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في إقليم جافنا شمال سريلانكا، وكانت هذه المبادرة مفعلة في الفترة من ٢٠١٧ إلى ٢٠١٩.

كجزء من المبادرة، أجرت كاناجراتنام وغيرها من المستشارين تقييمات تخص مطالب الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي في المدن والقرى، وتوصلوا مع القادة المحليين بشأن أهمية الصحة العقلية، ووضعوا آليات إحالة، ووفروا برامج توعية مجتمعية عن مواضيع تشمل التربية وقيادة الشباب. وحتى الآن، خدم البرنامج ٨ آلاف مستفيد، وتناول ١٨٠ حالة من حالات تقديم الاستشارة. وفضلاً على ذلك، ساعدت المنظمة في تأسيس الفرق الأساسية لرفاه الأطفال المكونة من أعضاء المجتمع المحلي، والذين استفادوا من علاقاتهم المحلية في تحديد الأطفال والمراهقين والمراهقات المحتاجين لخدمات المبادرة.



الرعاية المجتمعية: شوغنا كانغراتنام، في الوسط، تتحدث مع الأطفال وأهاليهم عن الصحة العقلية في شمال سري لانكا.
© UNICEF/UN0505807/UNICEF Sri Lanka

بعد انتهاء البرنامج، ظل المتصاحبون والمتصاحبات محل ثقة وشخصيات مؤثرة في مجتمعاتهم. وبوجه عام، ظل برنامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي جسراً يربط بين حاضر في أعقاب النزاع، ومستقبل أكثر إشراقاً.

ذكرت باهيراثي جيجائيسواران، الرئيسة السابقة لقرية بالاي فيمانكامام، بوصفها عضوة في إحدى الفرق الأساسية لرفاه الأطفال، أنها تعترم مواصلة جهودها الجارية، بُغية تحسين الصحة العقلية لدى أعضاء المجتمع ورفاههم.

وتردق قائلة: "تعلمت فائدة وجود فريق أساسي في القرى، وفهمت كم يساعد هذا المجتمع المحلي؛ سأنقل هذه التجربة أينما ذهبت، وسأحاول أن أكوّن مزيداً من الفرق الأساسية".

• الوصول إلى الأطفال والشباب المنقطعين عن المدرسة، أو المعرضين لخطر التسرب، وتشجيعهم على مواصلة تعليمهم.

سمح النهج المجتمعي الخاص بالصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي للمستشارين والمستشارات، والمتصاحبين والمتصاحبات، وأعضاء الفرق الأساسية لرفاه الأطفال بكسب ثقة المجتمع. فعبّر إدماج أعضاء المجتمع، استطاعت المدن والقرى زيادة فرصة الحصول على الخدمات، وأثارت اهتمام السلطات المحلية.

وصنع المتصاحبون والمتصاحبات، خاصة، شعوراً قوياً بالانتماء للمجتمعات المحلية، ما سمح بتطور البرنامج تبعاً لاحتياجات القرى المختلفة وسياقها العام. وكذلك، أسهموا في القضاء على الوصمة الاجتماعية المرتبطة بطلب الدعم النفسي الاجتماعي.

ويُعدّ "المتصاحبون والمتصاحبات" محور هذه الأنشطة، وهم متطوعون ومتطوعات تتراوح أعمارهم بين ١٩ و٢٦ عاماً، استطاعوا تحديد الاحتياجات النفسية الاجتماعية، والمسائل ذات الصلة بأحيائهم، وقدموا الدعم لها. رشّح قادة محليون هؤلاء المتطوعين والمتطوعات، ثم تلقوا تدريباً واكتسبوا خبرات ميدانية. عندما أصبح المتطوعون والمتطوعات جاهزين، تحملوا مسؤولية:

- مساعدة الأشخاص المحتاجين للدعم الاستشاري، وذلك عبر ترتيب لقاءات بين المجموعات لمناقشة المسائل المهمة.
- الاستفادة من انخراطهم في المجتمع، للتعرف على الأفراد والأسر المحتاجة للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي، وإحالتهم إلى مقدمي خدمات محترفين.

الحالات الإنسانية

نتيجة كثير من العوامل المعقدة التي تظهر خلال الأزمات الإنسانية، تتطلب الاستجابات الفعالة فهماً دقيقاً للوضع، وتدابير على مستويات متعددة. وتتزايد باستمرار إمكانيات الباحثين لوضع منهجيات مدعمة بالأدلة، وتقييم فعاليتها رغم تعقيد الأزمات. تشمل المبادرات الفعالة والقائمة على الدراسات تقديم دعم نفسي واجتماعي يركز على الحالات الإنسانية، وبرامج أسرية ومحلية، ونماذج تركز على التعليم والتدريب.

تشكل خدمات

الصحة العقلية جزءاً

حاسماً من جهود

الإغاثة الإنسانية.

ولكن بات واضحاً

أيضاً أنها يجب أن

تؤدي دوراً محورياً

في جهود التعافي

بعد الأزمات وتقليل

مخاطر الكوارث.

وهذه المبادرات لا تركز على الأزمات المباشرة فحسب، بل تعزز الصحة العقلية لدى الأطفال واليافعين مدى الحياة، وتبني أنظمة قادرة على الاستمرار بتلبية الاحتياجات.

البرامج المركزة: تحسين وضع المراهقين تقدم البرامج القصيرة والمنظمة، إذا نفذت

بدقة، حلولاً فورية للاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة قادرة على تعزيز الصحة العقلية لدى الأطفال واليافعين.^{٧٣} أحد الأمثلة هو برنامج تحسين وضع المراهقين، الذي يعتبر جزءاً من برنامج مساعدة إنسانية للنزاع في الشرق الأوسط تقودها اليونيسف ومنظمات ميرسي كوريس وأنقذوا الأطفال والرؤية العالمية.^{٧٤} أطلق في عام ٢٠١٤، وكان جزءاً من مبادرة "لا لضياع جيل" في المنطقة.^{٧٥}

في الأردن، نفذ البرنامج نشاطات جماعية للمراهقين بعمر ١٢-١٨ عاماً من اللاجئين السوريين والمجتمعات المضيفة، اعتمدت نهج الرعاية النفسية والاجتماعية الذي يؤكد على التفاعل الاجتماعي ويشجع المشاركة. تولى تنفيذ النشاطات ميسرون مدربون، وشملت دروس لياقة وفنون وتدريب مهارات.^{٧٦}

وشملت تقييمات البرنامج تقارير ذاتية عن اضطرابات الصحة العقلية، والمقاييس البيولوجية لمستويات الكورتيزول، وهو أحد المؤشرات على التوتر.^{٧٧} وأظهرت النتائج نجاح البرنامج في تخفيف التوتر ومشاعر عدم الأمن والحزن ولا سيما لدى المراهقين الذي عانوا من صدمات شديدة.

لا تزال نشاطات تعزيز الصحة العقلية لدى المراهقين مستمرة في الأردن بفضل دعم اليونيسف. ساعدت هذه النشاطات، التي تطبق نهجاً في الرعاية النفسية والاجتماعية يؤكد على التفاعل الاجتماعي، المراهقين في اكتساب مهارات قابلة للنقل كالقدرة على العمل الجماعي، وصنع القرار، والتأقلم مع الضغوط ومواجهتها.

الدعم الاجتماعي والمجتمعي: برنامج

جاهزية الشباب

ركزت برامج أخرى على دعم إعادة الدمج بعد الأزمات. فمثلاً، استمرت آثار الصدمة لدى مجموعة من الجنود الأطفال السابقين في سيراليون لمدة ١٥ عاماً بعد نهاية القتال. ولا يزال نصف الجنود الأطفال السابقين المشاركين في دراسة طويلة الأجل يعانون من القلق والاكئاب فوق عتبة قد تعيق قدرتهم الكاملة على أداء مهامهم في العالم.^{٧٨} وعانى ٢٨٪ من أفراد المجموعة من اضطراب ما بعد الصدمة بمستوى يتجاوز هذه العتبة.

وكان الأفضل حالاً هم من لديهم روابط قوية مع أسرهم ومجتمعاتهم المحلية، حيث واجهوا وصماً أقل بسبب كونهم جنوداً سابقين. والأطفال واليافعون الذين واجهوا أكبر الصعوبات هم من عانوا أعنف الصدمات أثناء مشاركتهم في القتال، ولم يدمجوا في أسرهم أو مجموعات الأقران. وارتفع خطر تعرضهم للقلق والاكئاب واضطراب ما بعد الصدمة ومحاولة الانتحار ومخالفة القانون.

التعليم والتدريب

أظهرت الدراسة طويلة الأجل للجنود الأطفال في سيراليون أن المشاركة في التعليم والتدريب شكلت عامل حماية مستمرة للصحة العقلية.^{٧٩} ولكن المشاركة في فرص التعلم قد تكون صعبة لأن اضطرابات الصحة العقلية تصعب التفاعل مع الأقران والمدرسين والاستشاريين.^{٨٠} ولمواجهة هذه التحديات، أعد الباحثون المشاركون في دراسة سيراليون برنامجاً مدعماً بالأدلة لمعالجة اضطرابات الصحة العقلية التي تعيق النجاح وأداء مهام الحياة. شمل برنامج جاهزية الشباب عناصر من العلاج



الاحتياجات الطارئة: الدعم النفسي-الاجتماعي هو جزء حاسم من الاستجابات الإنسانية..
© UNICEF/UN0518510/Haro

تقليل مخاطر الكوارث يسهم في تحسين قدرة المجتمعات المحلية وجهود الإغاثة الإنسانية على مواجهة الأزمات، ويجعلهم أكثر استعداداً وقدرة على تلبية احتياجات الصحة العقلية.

تتاح فرصة المشاركة في جهود قابلة للاستمرار لسنوات مقبلة. وقد توفر هذه الخطط فرصة المطالبة بموارد صحة عقلية أفضل عندما يعير القادة المحليون والدوليون الانتباه لهذه القضية.

وثمة أيضاً دعوات متنامية لدمج خدمات الصحة العقلية في جهود تقليل مخاطر الكوارث، وتشير الأبحاث إلى ضرورة بذل جهود إضافية لدمج هذه الخدمات بفعالية.^{٨٤} فربط الصحة العقلية بجهود

السلوكي المعرفي والتركيز الذهني والعلاج الجماعي القائم على التفاعل بين الأشخاص لتحسين العلاقات الشخصية بين الأطفال واليافعين، والتحكم بالمشاعر ومستويات التوتر. وبعد إجراء ١٠-١٢ جلسة، شارك الأطفال واليافعون بتجربة تعلم مدعمة في مدرسة بديلة خاصة بالفقراء.

وأظهر تقييم للبرنامج أن فرص استمرار المشاركين في المدرسة كانت أكثر بست مرات من الطلاب الذين لم يشاركوا في البرنامج. وبالفعل، أسهم البرنامج في تعزيز المشاركة في التعليم والحضور والسلوك.

وفي خطوة لاحقة، سيتم دمج البرنامج في أحد برامج تدريب ريادة الأعمال للشباب في سيراليون، ودراسته لتحديد إمكانية تحقيق نجاحات مشابهة.^{٨١} وتشير النتائج الأولية إلى تحقيق تحسن في مستويات القلق والاكتئاب وفي عائدات سوق العمل قد تسهم مع مرور الوقت إلى زيادة الاكتفاء الذاتي الاقتصادي للشباب المتضررين من الحرب.

لقد فقدت أصدقاء لي بسبب الأمراض العقلية وشاهدتهم يغرقون في غياهب الظلام. ورأيت أيضاً أصدقاء يزدهرون ويخرجون من الظلمات إلى النور بمساعدة المختصين ووجود منظومة داعمة تحتضنهم وتعنتني بهم. لا يمكن أن ينمو العقل إذا كان غارقاً في فكرة العار، ولهذا أعتقد أن من الضروري تفكيك وصمة العار، وتوفير دعم الصحة العقلية وبناء هياكل دعم، ولا سيما للفئات الضعيفة والمهمشة. التوجهات الجنسية على وجه الخصوص لا ينبغي أن تعني الشعور بالذنب، أو الاختلاف. يجب أن نتفقد بعضنا البعض، وندافع عن بعضنا البعض ونبعد العار من مفرداتنا.



إن أرلو باركس مغنية وكاتبة أغاني وشاعرة حائزة على جائزة BRIT، وهي من لندن. في عالمها، الكلمات مفيدة مثل الصور. في أغانيها الكثير من المقاطع الرائعة والمعبرة. وحيها مستلهم من من مزيج مختار من الفنانين من Radiohead إلى Portishead، ومن Sufjan Stevens إلى Solange.

إعادة البناء بشكل أفضل من السابق تشكل خدمات الصحة العقلية جزءاً حاسماً من جهود الإغاثة الإنسانية. ولكن بات واضحاً أيضاً أنها يجب أن تؤدي دوراً محورياً في جهود التعافي بعد الأزمات وتقليل مخاطر الكوارث.^{٨٢}

دعت منظمة الصحة العالمية لبذل جهود لبناء أنظمة صحة عقلية أقوى في أعقاب حالات الطوارئ كالنزاعات والكوارث.^{٨٣} فعندما تشمل خطط مواجهة الطوارئ رعاية الصحة العقلية للسكان المتضررين،

الإطار ١٩. منع الانتحار

الانتحار يدمر الحياة، والصدمة التي يسببها تتجاوز أسرة الضحية لتؤثر على الأصدقاء وزملاء المدرسة والمجتمع المحلي. وقد تؤدي هذه الآثار المضاعفة، بدورها، إلى فقدان حياة مزيد من الأطفال واليافعين. والانتحار والسلوك الانتحاري أكثر شيوعاً بين الأطفال واليافعين مقارنة بالبالغين.^{٨٥} في الماضي، كانت هذه الحالات تحدث عموماً في المدارس والجامعات ومراكز الاعتقال. ولكن ثمة مخاوف متزايدة أن تؤدي مناقشة الانتحار على وسائل التواصل الاجتماعي إلى إضافة ضحايا لا تجمعهم سوى روابطهم الرقمية.

يرتبط الانتحار غالباً بإيذاء النفس عندما يعتمد الأشخاص إيذاء أنفسهم، مثلاً، عبر تناول جرعات زائدة من الباراسيتامول أو السم أو جرح أنفسهم أو القفز من مبانٍ مرتفعة. ويصعب غالباً تحديد معنى هذه الأفعال. مثلاً، هل الطفل أو اليافع يعتمد فعلاً لإنهاء حياته أم يحاول فقط الهروب مؤقتاً من شعور أو وضع لا يطاق؟^{٨٦}

بعض الأطفال واليافعين أكثر عرضة للخطر من غيرهم. صحيح أن نسب الانتحار أعلى بين الفتيان واليافعين والمراهقين (انظر

الفصل ١)، إلا أن نسبة إيذاء النفس بين الفتيات أكبر منها بين الفتيان، وهذا يشكل عامل خطورة للانتحار.^{٨٧} وكذلك المراهقون في مجتمع الميم عموماً هم من الفئات المعرضة لخطر الانتحار أكثر من غيرهم. مثلاً، تشير بيانات من الولايات المتحدة إلى أن نسبة الأشخاص من مجتمع الميم بعمر ١٢-١٤ عاماً الذين توفوا بالانتحار كانت أكبر بثلاث أضعاف من الأشخاص بعمر ٢٥-٢٩ عاماً.^{٨٨} وأظهرت دراسة أجريت عام ٢٠١٦ شملت طلاباً في الولايات المتحدة بأن نسبة المثليين والمثليات وثنائيي الجنس بعمر ١٤-١٨ عاماً الذين فكروا جدياً بالانتحار كانت أكبر بثلاثة أضعاف من نظرائهم ذوي الميول العادية.^{٨٩} وعلى الرغم من تزايد التقبل الاجتماعي في معظم أنحاء العالم، ثمة أدلة على أن احتمال محاولة الانتحار لدى الأطفال واليافعين في مجتمع الميم اليوم أكبر من نظرائهم في الأجيال السابقة.^{٩٠}

إن ارتفاع خطر وجود بؤر انتحار بين الأطفال واليافعين وحقيقة أن كثيراً من حالات الانتحار يمكن منعها يبرز أهمية منع الانتحار. لا يوجد حل واحد، ولا يمكن إنهاء

المخاطر تماماً بل يمكن تقليلها، ولكن ثمة أدلة من أنحاء العالم أنه يمكن اتخاذ كثير من التدابير لإنقاذ حياة الأطفال واليافعين.

يشكل إعداد استراتيجية وطنية لمنع الانتحار خطوة أولى مهمة في هذا الصدد. وحتى عام ٢٠١٨، تبنت ٤٠ دولة مثل هذه الاستراتيجيات التي تتضمن تدابير في مجموعة واسعة من القطاعات كالصحة والتعليم والحماية الاجتماعية والقانون.^{٩١} ويمكن أن تشمل هذه الأساليب إجراء بحوث وجمع بيانات لتحديد حجم المشكلة، وتحسين فهم عوامل الخطر والحماية، وتحديد المجموعات المعرضة لمخاطر مرتفعة، وفرض قيود على وسائل الانتحار، وتبني إرشادات توجيهية لوسائل الإعلام التي تغطي حالات الانتحار، وبناء المهارات الاجتماعية والعاطفية للمراهقين، وتقليل الوصم، وتقديم تدريب اختصاصي للعاملين الصحيين والمدرسين وعناصر الشرطة وآخرين.^{٩٢}

تشير الدراسات إلى أن هذه الاستراتيجيات تسهم في تقليل نسب الانتحار، وأن أثرها كبير على الأطفال واليافعين.^{٩٣} يقدم

دليل "عش الحياة" الصادر عن منظمة الصحة العالمية في حزيران / يونيو ٢٠٢١ استراتيجيات وأمتلة وموارد للدول لتنفيذ برامج مدعمة بالأدلة لمعالجة مشكلة الانتحار.^{٩٤}

يشكل تقييد الوصول إلى الأساليب المميته خطوة مهمة في جميع استراتيجيات منع الانتحار، ولا سيما بين اليافعين الذين يتصرفون بتهور غالباً.^{٩٥} ثمة مفهوم خاطئ شائع أن الذين يسعون إلى إنهاء حياتهم بالانتحار سيجدون طريقة لفعل ذلك مهما بلغت الصعوبات التي تواجههم. ولكن هذا تصور خاطئ تماماً عن المسار الذي يمر به اليافعون ابتداءً من الأفكار الانتحارية إلى التخطيط والتنفيذ. فقد تكون الأزمة التي تقود إلى فعل الانتحار نتيجة مشاعر ألم أو يأس كبيرين، ولكن هذه المشاعر يمكن أن تختفي، على الأقل لمدة معينة. لذا، إن أمكن منع اليافعين من قتل أنفسهم أثناء هذه الأزمات، ثمة احتمال كبير أنهم لن يحاولوا الانتحار مرة أخرى.^{٩٦}

وتلعب وسائل التواصل الاجتماعي ووسائل الإعلام التقليدية دوراً مهماً

بالنسبة للمراهقين أثناء هذه الأزمات. فهي تقوم أحياناً بدور الحماية وأحياناً أخرى يكون دورها مؤذياً.^{٩٧} لذلك، من المهم جداً تقديم موارد محلية على الإنترنت وتطبيق بروتوكولات لمراقبة المواد المؤذية على الإنترنت.^{٩٨} وأحد أمثلة هذا النوع من الجهود هو برنامج مراقبة الوصم، وهو برنامج يشجع الإبلاغ المسؤول عن اضطرابات الصحة العقلية وحالات الانتحار في أستراليا.^{٩٩} بالطبع، ثمة حدود على إمكانية تقييد الوسائل، ولا سيما في الدول التي يعتبر فيها الشنق أو القفز من أماكن مرتفعة أساليب شائعة للانتحار.^{١٠٠} ومع ذلك، ثمة تدابير كثيرة ممكنة. فمثلاً، أسهم تقييد الوصول إلى الأسلحة النارية في تقليل نسب الانتحار في أستراليا وكندا ونيوزيلندا، وساهمت القيود على بيع المبيدات الحشرية عالية السمية في خفض عدد حالات الانتحار بشكل كبير أواخر القرن الماضي.^{١٠١}

يجب إشراك المدارس في هذه الجهود. فالأساليب التي تشرك المدرسة بأكملها تسهم في جعل الطلاب يتقبلون فكرة طلب المساعدة بوصفها أمراً طبيعياً. وثمة دور 'لمراقبي' التدريب وهم البالغون واليافعون

الذين يمتلكون المهارات لتحديد إشارات التحذير كتغييرات المزاج والسلوك واليأس والانطواء، ويمكنهم تقديم إرشادات بشأن سبل طلب المساعدة.^{١٠٢} ويمكن أن تلعب المدارس دوراً في بناء المهارات الاجتماعية والعاطفية كحل المشكلات وإدارة التوتر.^{١٠٣} وتصميم البرنامج مهم أيضاً. فمثلاً، تشير الدراسات في أوروبا إلى نجاح برنامج توعية الشباب بالصحة العقلية في خفض نسب أفكار ومحاولات الانتحار.^{١٠٤}

مازلنا نجهل الكثير عن دوافع اليافعين لقتل أنفسهم أو إيذائها. وهناك مشكلات عديدة تعيق البحوث منها عدم وضوح المصطلحات واختلافها، وغياب الإجراءات الشائعة والموحدة،^{١٠٥} والوصم، وقلة الإبلاغ عن وفيات الانتحار وسوء تصنيفها، ولا سيما في حالات انتحار اليافعين عندما يحاول المسؤولون والأطباء حماية الأسرة التي فقدت ولدها بسبب الانتحار.^{١٠٦} وينبغي بذل جهود أكبر بكثير لتحديد الأطفال الأكثر عرضة للخطر، وفهم العوامل المحددة التي تميز بين الذين لديهم أفكار انتحارية فقط والذين يحاولون الانتحار فعلاً، وفعالية استراتيجيات المنع.^{١٠٧}

دراسة حالة

كازاخستان

بلوغ آفاق جديدة: نهج استباقي لمنع الانتحار

المدينة التي تعيش وتدرس فيها دينا، انخفاض معدلات الأفكار الانتحارية لدى الشباب بنسبة ٣٦,١٪، والقلق بنسبة ٨٠,٦٪، والاكتئاب بنسبة ٥٦,١٪، والتوتر بنسبة ٦٥٪.

إلى جانب توفيره مساعدات جوهرية للطلاب والطالبات، مُمى البرنامج الوعي بأهمية الصحة العقلية الخاصة بموظفي المدارس. إذ غيّر البرنامج لدى زهانبا بيسينوفا، وهي أخصائية نفسية تربوية ذات خبرة تصل إلى ١٥ عاماً، طريقة رؤيتها لعملها في المدارس الـ ٢٠٤ الموجودة في كازالي، وهي بلدة تقع في منطقة كيزيلوردا.

وتُصرح بيسينوفا قائلة:
"أدركت أن الأطفال المحتاجين يرسلون إلينا إشارات".

وتُردف: "أصبحت أتحدى بثقة أكبر بوصفي أخصائية؛ لست خائفة، بل أتصرف بحزم أكبر".

بعد تقييم أجراه برنامج النهوض بالصحة العقلية ومنع الانتحار، وهو برنامج محوري للتوعية بالصحة العقلية والوقاية من الانتحار للمراهقين والمراهقات، قائم على الرعاية الصحية والمدرسية في كازاخستان.

وتقول سيتخانوفا، التي تعمل في مدرسة دينا: "كانت كتومة للغاية. فهي تواجه مشكلات أسرية. عملت معها مرة أو مرتين في الأسبوع لمدة شهرين. والآن، أتابع العمل معها مرتين في الشهر".

تم تأسيس برنامج النهوض بالصحة العقلية ومنع الانتحار في عام ٢٠١٥، استجابة للشاغل الخطير المتعلق بالصحة العامة في كازاخستان، ألا وهو حالات الانتحار بين الشباب. منذ ذلك الوقت، حقق البرنامج نتائج ملموسة.

أظهر تقييم أجراه برنامج النهوض بالصحة العقلية ومنع الانتحار في كيزيلوردا، وهي

في المنزل، تشغل دينا* نفسها باهتمامات كثيرة. فهذه الفتاة التي تبلغ من العمر ١٤ عاماً تزرع أشجاراً، وتعتني بالحديقة، وترقص على مقاطع فيديو الموسيقى الكورية الشعبية (الكيه بوب) في غرفة معيشتها.

أما في المدرسة، فتزداد الأمور صعوبة، ويصبح التفاعل مع الأقران عملية موترة للأعصاب.

تقول دينا: "لا يشبهونني؛ فنحن لا نتشارك الاهتمامات نفسها".

ولكن، واجهت دينا مؤخراً التوتر والقلق الذي تعانينهما، بمساعدة باختيار سيتخانوفا، أخصائية نفسية تربوية.

تقول دينا: "علمتني سيتخانوفا أن أعبر عما بداخلي بصراحة". "الآن أشعر بأنه ليس عليّ أن أستسلم أبداً".

أقرنت دينا مع سيتخانوفا في عام ٢٠٢٠،

إرسال الإشارات: عالمة النفس التربوية زانيا بيسينوفا، إلى اليمين، تراقب علامات الانتحار لدى طلابها في كازاخستان.

© UNICEF/UN0474199/Babajanyan/VII Photo

تم تأسيس برنامج النهوض بالصحة العقلية ومنع الانتحار بالاستعانة بشركاء، من ضمنهم اليونيسف، بوصفه تدخلاً لمختصي الصحة في المدارس ومختصي الصحة العامة. يهدف البرنامج إلى التعرف على المراهقين والمراهقات المعرضين لخطر الإصابة بأزمات الصحة العقلية، كالانتحار، وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي لهم.

فضلاً على ذلك، ركّز البرنامج على الحد من الوصم المرتبط بالصحة العقلية، الذي قد يثني الشباب عن طلب المساعدة. وتتمثل إحدى أهم الوسائل التي اتبعتها البرنامج للتصدي للوصم في الوصول إلى الأهالي.

على سبيل المثال: لم يكن مسموحاً للمراهقين والمراهقات، في منطقة كيزيلوردا، بالمشاركة في فحوصات الصحة العقلية دون موافقة الآباء أو مقدمي الرعاية. وعليه، ركّز البرنامج، أيضاً، على مساعدة العاملين في المدارس والصحة العامة في توصيل المعلومات للآباء. وبفضل

هذا البرنامج، انخفض معدل الآباء الراضين لمنح الإذن لأبنائهم لإجراء فحوصات الصحة العقلية إلى ٥٪ في الفترة من ٢٠١٥ إلى ٢٠١٦، وإلى ١٪ بحلول عام ٢٠١٧. ويتمثل الدليل على الدعم القوي المقدم من أعلى المستويات الحكومية في إبراز رئيس وزراء كازاخستان برنامج النهوض بالصحة العقلية ومنع الانتحار في خطة العمل الوطنية في البلاد للفترة من ٢٠١٥-٢٠٢٠، وفي عام ٢٠١٥، عند البدء في تنفيذ برنامج النهوض بالصحة العقلية ومنع الانتحار في منطقة كيزيلوردا، بدعم من المركز الوطني للصحة العقلية بكازاخستان، ووزراء الصحة، والتعليم، والعلوم، والشؤون الداخلية (الشرطة)، والإدارات الصحية والتعليمية الإقليمية. في عام ٢٠١٦، بدأ تنفيذ البرنامج في منطقة مانجهيستاو.

بوجه عام، تعمل كازاخستان على جعل الصحة العقلية، لا سيما الخاصة بالأطفال والشباب، من الشواغل الوطنية الأساسية. وتبني حكومة كازاخستان برنامج النهوض بالصحة العقلية

ومنع الانتحار بوصفه محور خدمات الصحة العقلية التي توفرها، وقد زادت الحكومة من تمويل هذه الخدمات بنسبة ٢٥٪.

ومع ذلك، سيُقاس نجاح هذه الجهود في النهاية بالتحسينات التي ستُدخل على حياة الأطفال والشباب.

أما دينا فتتابع طريقها.

وتعلّق دينا: "مهّما كانت الصعوبات، عليك أن تمضي قدماً في طريقك. وبالتغلب على هذه الصعوبات، ستبلغ آفاقاً جديدة".

* تم حجب اسم عائلة دينا، بناءً على طلبها، لصون هويتها. وأُجريت المقابلة معها في شهر أيار / مايو ٢٠٢١، وهي تتجول بين أشجار التوت في الشارع الرئيسي في كيزيلوردا، كازاخستان.



التعلم في وقت الإغلاقات: ميلا، ١١ عاماً، من بنما، تقرأ أثناء فترة الحجر.
© UNICEF/UNI322367/Schverdfinger

البيانات والبحوث

قد يؤدي غياب
البيانات والبحوث
الوطنية إلى إخفاء
تحديات الصحة
العقلية لدى الأطفال
واليافعين، ويصعب
دعم الخدمات
والاستجابة بفعالية.

البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط حيث يعيش ٩٠٪ من مراهقي العالم وعددهم ١,٢ مليار^{١٠} في هذه البلدان، لا تغطي البيانات المتوفرة عن الصحة العقلية للمراهقين سوى ٢٪ من السكان^{١١} وحتى في البلدان التي يتم فيها جمع البيانات، تختلف أساليب جمعها، وغالباً لا يمكن مقارنتها. بالنتيجة، معظم البيانات بشأن انتشار اضطرابات الصحة العقلية وعوامل الخطورة المرتبطة بها، ولا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط هي مجرد تقديرات تستند إلى نماذج معينة.

على الرغم من الأساليب الواعدة، تتطلب مواجهة تحديات الصحة العقلية بفعالية بيانات دقيقة وبحوثاً رصينة. ففي معظم أنحاء العالم، لا تتوفر بيانات، ولا يتم جمعها أو تحليلها أو استخدامها لإعداد سياسات وبرامج فعالة أو تخصيص موارد كافية. وفي الواقع، قد يؤدي غياب البيانات والبحوث الوطنية إلى إخفاء تحديات الصحة العقلية لدى الأطفال واليافعين، ويصعب دعم الخدمات والاستجابة بفعالية^{١٠,٨} والبيانات والبحوث شحيحة، ولا سيما في

لدى المراهقين على مستوى السكان لتعديل هذه التدابير المشتركة وتقييمها بغرض استخدامها في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{١١٤}

تبذل جهود بحثية لتحديد الروابط الحاسمة بين الصحة العقلية وبعض المحددات الاجتماعية التي تجعل الأطفال والياfecين عرضة للخطر. مثلاً، شارك مشروع تغييرات-٦، الذي ينفذه مركز سياسة الرعاية وتقييمها في كلية لندن للاقتصاد، في برنامج بحثي كبير لدراسة الروابط بين الفقر والصحة العقلية وفرص الحياة لليافعين من خلفيات فقيرة.^{١١٥} نفذ البرنامج بين عامي ٢٠١٨ و٢٠٢١ في البرازيل وكولومبيا وليبيريا ومالوي والمكسيك وجنوب أفريقيا. ركزت أساليبه على أثر برامج الإعانات النقدية على الصحة العقلية وأثر برامج الصحة العقلية على الفقر.

وأطلق مكتب بحوث اليونيسف - إينوشينتي دراسات لتحديد النقص في الأدلة، وإجراء مراجعة منهجية للأدلة المتوفرة وتجميعها عن الصحة العقلية لدى الأطفال والياfecين في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{١١٦} ويشمل العمل أيضاً جهوداً لتوضيح المفاهيم والتعاريف وأساليب القياس المهمة للصحة العقلية لدى الأطفال والياfecين بوصفها خطوة أولى لإعداد مؤشرات صحة عقلية قابلة للقياس والرصد.

للتشخيص، ولكنها تشير إلى وجود قلق أو اكتئاب مثلاً.

وفي السنوات الأخيرة، أصبحت مواجهة هذه التحديات وتحسين جمع بيانات الصحة العقلية وإدارتها أولويات رئيسية لمؤسسات البحوث والتنمية. مثلاً، أطلقت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية وشركاء رئيسيون آخرون مشروع قياس الصحة العقلية لدى المراهقين على مستوى السكان، وهو نهج قوي ومنهجي لجمع بيانات الصحة العقلية لدى المراهقين في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط وإدارتها.^{١١٢}

عند إنجازه، سيقدم هذا المشروع مجموعة أدوات تراعي الاختلافات الثقافية لجمع البيانات المتعلقة بأعراض القلق والاكتئاب والاضطراب الوظيفي والأفكار والسلوكيات الانتحارية والتحقق منها، والدعم النفسي. وسيوفر للباحثين أداة لاكتشاف اضطرابات الصحة العقلية قبل حدوثها، وتمكين العاملين المحليين العاديين من إحالة المراهقين إلى نوع الدعم الذي يحتاجونه.

يشكل مجلس إدارة التدابير المشتركة علم الصحة العقلية إحدى المبادرات التعاونية الأخرى. فقد حدد المجلس، الذي أسسه المعهد الوطني للصحة العقلية ومؤسسة ويلكوم ترست في عام ٢٠١٩، قائمة أساسية من الاستبيانات التي تهدف إلى تحسين جمع البيانات وبحوث الصحة العقلية.^{١١٣} وبالتعاون مع شركاء أكاديميين ومؤسسين كمنظمة الصحة العالمية، تستخدم اليونيسف مشروع قياس الصحة العقلية

ولكن استخدام هذه التقديرات يعطي لمحة عن مدى انتشار وعبء اضطرابات الصحة العقلية في حياة الأطفال والياfecين. ويتيح إعطاء الأهمية المطلوبة لاضطرابات الصحة العقلية لدى الأطفال والياfecين في الأماكن التي قد تمر فيها دون ملاحظة. ولكنها تقتصر على تقديم فهم عام للوضع. وقد يتم تضخيم نقاط الضعف وأوجه القصور في هذه البيانات المنمذجة عند استخدامها على نطاق واسع.

يكمن جزء من مشكلة البيانات والبحوث في نقص التمويل. ففي عام ٢٠١٩، بلغ الاستثمار في بحوث الصحة العقلية نحو ٥٠ سنتاً لكل شخص في السنة. إن عدد سكان العالم البالغ ٧,٧ مليار نسمة، وأوجه اللامساواة الصارخة تعني أن ٢,٤٪ فقط من هذا التمويل يتفق في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{١١٧} و فقط ٣٣٪ من إجمالي المبلغ المنفق على بحوث الصحة العقلية يشمل المراهقين.

التحسينات

تبذل جهود حول العالم لتحسين فهم مشكلات الصحة العقلية وبرامجها المدعومة بالأدلة. ولكن، ثمة تحديات. فجمع البيانات يتطلب وضع تعاريف للصحة العقلية يمكن تطبيقها في مختلف الدول والثقافات. في الواقع، يحدد السياق كيفية عرض اضطرابات الصحة العقلية وتفسير أعراضها. ولكن من المهم تسجيل معلومات الحالات التي لا تحقق بالضرورة تعاريف الاضطرابات القابلة



الفصل ٦

إطار للعمل

ربما أننا لا نملك جميع الإجابات حالياً، لكن تتوفر لدينا معرفة كافية كي نبدأ بالعمل. فلنعمل على تعزيز الصحة العقلية ونحميها لكل طفل ونرعى الأطفال الذين يواجهون أعظم التحديات، نحن بحاجة إلى التزام مدعوم باستثمارات؛ وجهود توعية تعمل على كسر الصمت وتحطيم الوصم والعوائق أمام التغيير؛ وعملٍ يحدّ من عوامل الخطر إلى الحد الأدنى ويزيد من عوامل الحماية إلى الحد الأقصى في مجالات رئيسية من حياة الأطفال والمراهقين، خصوصاً الأسرة والمدرسة.

لتعزيز وحماية ورعاية الصحة العقلية للأطفال، نحن بحاجة إلى...

الفعال



تقليل عوامل الخطورة
وتعظيم عوامل الحماية
للصحة العقلية، عبر ٤
طرق رئيسية:

التواصل



التصدي لوصمة العار والشروع في
المحادثات والانخراط مع الشباب

الالتزام



تعزيز القيادة والشراكات
وزيادة الاستثمار

دعم الأسر
والوالدين
والقائمين على
الرعاية



ضمان أن المدارس
تدعم الصحة
العقلية



تعزيز النظم
والقوى العاملة



تحسين البيانات
والبحوث



الدولي، والحكومات، والمدارس، والجهات الأخرى صاحبة المصلحة للقيام بما هو مطلوب، استناداً إلى ثلاثة مبادئ أساسية: الالتزام من القادة والمدعوم بالاستثمار؛ والتوعية لكسر مظاهر الوصم وفتح حوارات حول الصحة العقلية؛ والعمل على تعزيز قدرات قوى العمل في قطاعات الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية وغيرها من القطاعات من أجل دعم الأسر والمدارس والمجتمعات المحلية، وتحقيق تحسين كبير في البيانات والأبحاث.

هذا الوضع ليس أمراً محتوماً، ولا يجب أن يكون على ما هو عليه.

إن أولوياتنا واضحة - أو يجب أن تكون واضحة. وقد لا تتوفر لنا جميع الإجابات، ولكن تتوفر لنا معارف كافية كي نعمل الآن على تعزيز الصحة العقلية الجيدة لكل طفل، وحماية الأطفال المستضعفين، ورعاية الأطفال الذين يواجهون أعظم الصعوبات. يطرح هذا التقرير إطاراً لمساعدة المجتمع

لقد عرض هذا التقرير تحديات الصحة العقلية التي تواجه الأطفال والمراهقين وأسرههم. وأظهر أن هذه التحديات عالمية - فمن أفقر القرى إلى أغنى المدن، ثمة أطفال وأسرة يعانون من الألم والإجهاد. وفي المراحل العمرية التي ينبغي أن يرسى فيها الأطفال واليافعون أسساً قوية لصحة عقلية تمتد مدى الحياة، نجدهم بدلاً من ذلك يواجهون صعوبات وتجارب تقوض هذه الأسس، ونحن نتكبد جميعاً من جراء ذلك كلفة عسيرة على الحساب.

الالتزام، والتوعية، والعمل من أجل الصحة العقلية

التمويل العالمي لهذه الخدمات لتصل إلى بليون دولار بحلول عام ٢٠٢٣^٢، ويتسم هذا التمويل الإضافي بأهمية حاسمة إذا أردنا زيادة إمكانية الحصول على الرعاية الجيدة للصحة العقلية.

يبد أن الاستثمار مطلوب في جميع القطاعات، وليس في قطاع الصحة فقط، لدعم التركيز القوي على تطوير قوى العمل في أنظمة الصحة، والتعليم، والحماية الاجتماعية. ويتوجب وضع أهداف واضحة، وتحديد موارد جديدة ومبتكرة للتمويل والاستثمار لتحقيق هذه الأهداف. ولا يقتصر ذلك على المستوى الوطني: إذ يجب أن يستهدف التمويل المقدم من الوكالات الدولية والمانحين الدوليين احتياجات الصحة العقلية، وليس فقط من خلال الإنفاق على الأنظمة والخدمات الصحية، بل أيضاً في مجالات من قبيل التعليم والحماية الاجتماعية، حيث من الممكن تحقيق تقدم مهم في تعزيز الصحة العقلية وحمايتها.

وثمة مبدأ هادٍ لجميع الاستثمارات - الدولية والإقليمية والوطنية - وهو وجوب أن تتماشى

خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي- الاجتماعي في أوضاع الأزمات والطوارئ؛ والأمر المهم أيضاً، رصد التقدم وتقييمه.

الاستثمار في دعم الصحة العقلية. ثمة نقص شديد في تمويل الصحة العقلية: فالعديد من الحكومات لا تنفق سوى سنتات قليلة لكل شخص إنفاقاً مباشراً في مجال الصحة العقلية، كما تتسم المخصصات من المساعدات الإنمائية الدولية في هذا المجال بضآلتها. وتُصرف معظم المخصصات على خدمات الطب النفسي، بالتالي لا تبقى أموال تقريباً لتمويل إجراءات الوقاية للصحة العقلية أو تعزيزها.

وفي السنوات الأخيرة برز تركيز كبير ودعم لوضع أهداف محددة للصحة العقلية في الميزانيات الصحية - وعادة ما تكون على شكل ٥ بالمئة من الميزانية في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، وما لا يقل عن ١٠ بالمئة في البلدان المرتفعة الدخل.^١ ويبلغ متوسط الإنفاق الحكومي على العلاج ٢,١ بالمئة فقط.^٢ وقد برز دعم مماثل لزيادة

◀ **يعني الالتزام** تعزيز القيادة لتركيز اهتمام مجموعة متنوعة من الشركاء وأصحاب المصلحة على أهداف واضحة، وضمان الاستثمار في الحلول وفي الناس على امتداد طيف من القطاعات.

تعزيز القيادة العالمية والشراكات. يمثل دعم الصحة العقلية للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية تحدياً عالمياً - وفرصة عالمية أيضاً: فمن شأن إرساء أسس قوية للصحة العقلية في الطفولة أن يوفر إمكانيات فريدة لتحقيق عوائد تمتد مدى الحياة ولمنع نشوء اعتلالات الصحة العقلية. ولهذا السبب تتطلب الصحة العقلية استجابة عالمية. ومن اللازم البناء على الجهود الحالية، وإقامة قيادة عالمية أقوى لحشد الجهات صاحبة المصلحة حول أهداف واضحة وتحديد الأولويات؛ ولتطوير نماذج تمويل يمكنها المساعدة في تجسير فجوة الاستثمار؛ وتطوير شراكات لمشاطرة المعارف والخبرات - على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني - بشأن تقديم الخدمات، وبناء القدرات، وجمع البيانات والأدلة، وتوفير



إشارات قوية: التواصل والمحادثة ضروريان لكسر وصمة العار التي تكتنف قضايا الصحة العقلية..

© UNICEF/UN0419392/Dejongh

ضمان وجود صوت لليافعين. أخذ اليافعون يُعلون أصواتهم تدريجياً ويعبرون عن شواغلهم بشأن الصحة والعافية العقليتين. وثمة حاجة إلى دعم مستمر لتزويد اليافعين، خصوصاً الذين عانوا من اعتلالات في الصحة العقلية، بالوسائل اللازمة للمشاركة الفاعلة والجدية. ويمكن تحقيق ذلك، مثلاً، من خلال الاستثمار في الجماعات الشبابية المجتمعية، والمشاركة في إقامة مبادرات وبرامج تدريب مشتركة بين الأقران. ومن شأن ضمان وجود صوت للأطفال واليافعين أن يساعد خدمات الصحة العقلية - وكذلك جهود تعزيز الصحة العقلية وحمايتها - في أن تعكس على نحو أفضل الاحتياجات والشواغل المتنوعة والدائمة التطور للأطفال واليافعين ومقدمي الرعاية على امتداد حياتهم.

الدعم ومن المشاركة الكاملة في أسرهم ومدارسهم ومجتمعاتهم المحلية. وثمة رسالة بسيطة: ليس التحدث عن الصحة العقلية أمراً مقبولاً فحسب - بل هو أمر ضروري. ويجب على الحكومات وغيرها من الجهات صاحبة المصلحة، بما فيها وسائل الإعلام، العمل على كسر أوجه الوصم المحيطة بالصحة العقلية وتشجيع رسالة تشجع شمول الجميع: نحن جميعاً موجودون ضمن طيف متصل من حيث الصحة العقلية، لذا لا يجب أن تشكل الإصابة باعتلال في الصحة العقلية أو بإعاقة نفسية اجتماعية عقبة أمام عيش حياة سعيدة وصحية - طالما توفر دعم كافٍ وفرص كافية. كما يعني التصدي للوصم تعزيز معرفة الجمهور بالصحة العقلية - دعم الأطفال واليافعين ومقدمي الرعاية ليشكلوا فهماً أفضل حول كيفية تعزيز الصحة العقلية الإيجابية، وكيفية تمييز علامات الإجهاد لديهم أنفسهم ولدى الآخرين، وكيفية التماس المساعدة عندما يحتاجونها أشد الحاجة.

جميعاً مع النهج القائمة على الحقوق والتي تأخذ بالاعتبار احتياجات الناس الذين عانوا من اعتلالات في الصحة عقلية وتمتثل بالوصم الدولي لحقوق الإنسان.

◀ **وتعني التوعية التصدي للوصم المحيط بالصحة**

العقلية، وفتح حوارات، وتحسين معرفة الجمهور بالصحة العقلية. كما تعني توسيع الحوار العالمي حول الصحة العقلية وتوعية جميع الجهات صاحبة المصلحة وتعبئتها لاتخاذ إجراءات وتيسير التعلم. ويعني ذلك أيضاً ضمان أن يكون الأطفال واليافعون والأفراد الذين عانوا من اعتلالات في الصحة العقلية جزءاً من الحوار، وأن يكون لهم صوت وأن يتمكنوا من الانهماك الجدي في تطوير الاستجابات المعنية بالصحة العقلية.

كسر الصمت، وإنهاء الوصم. تؤدي المفاهيم الخاطئة حول الصحة العقلية إلى إذكاء الوصم والتمييز وتمنع الأطفال واليافعين من التماس

الإطار ٢٠.

رصد الصحة العقلية

ثمة نقص كبير في الرصد الروتيني للصحة العقلية وتقديم الرعاية للصحة العقلية في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، خصوصاً للصحة العقلية للأطفال واليافعين. ونتيجة لذلك، ثمة نقص حقيقي في المعلومات ذات الجودة العالية واللازمة لقياس احتياجات الرعاية والخدمات للصحة العقلية وتقديم هذه الخدمات. وهذا يعيق إيلاء الأولوية لرعاية الصحة العقلية وتطوير سياسات على جميع المستويات، كما يقوض الجهود الرامية إلى زيادة الاستثمار والتمويل لخدمات الصحة العقلية.

وتحتاج الحكومات والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية والوكالات المتعددة الأطراف إلى مجموعة من المؤشرات القائمة على توافق الآراء لإجراء رصد روتيني للصحة العقلية على امتداد القطاعات. ولكن بينما يسهل وصف هذه الحاجة، يظل تحديد هذه المؤشرات أمراً أكثر تعقيداً. فعلى سبيل المثال، ما هي طبيعة مثل هذه المجموعة من المؤشرات - وما هي المؤشرات التي تُعتبر ضرورية لرصدها بصفة روتينية وما هي المؤشرات الأقل أهمية؟ وما هو التوازن الأفضل الذي يمكن تحقيقه بين المؤشرات المهمة (أي، تلك التي يجب فعلاً جمعها على امتداد السنوات العشر المقبلة والتي من المرجح أن تؤثر على السياسات والممارسات) في مقابل المؤشرات التي يمكن فعلاً جمعها (أي، المؤشرات التي يمكننا التوقع على نحو معقول بأن البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل ستبدأ في رصدها على امتداد السنوات العشر المقبلة)؟ وهل بوسع المؤشرات التي تلبي احتياجات الرصد العالمي أن تلبي أيضاً الاحتياجات المتصورة على

المستوى الإقليمي والوطني والمحلي؟

يمثل تطوير مثل هذه المجموعة من المؤشرات تحدياً يتطلب مشاورات وأبحاثاً مكثفة.

وقد جرت خطوة أولى في هذه العملية من قبل فريق من الباحثين برئاسة الباحث مارك جوردانز (Mark Jordans)، مدير الأبحاث والتطوير في منظمة أطفال الحرب، وقد أخذ الفريق بالاعتبار آراء حوالي ٥٠ خبيراً دولياً معنياً، وذلك في إطار عملية سريعة لوضع الأولويات بغية استحداث مؤشرات أساسية وترتيب أولوياتها (وتضمنت العملية جولتين من تحديد درجة الأهمية بناء على معايير محددة مسبقاً، ونتج عنها متوسط لدرجات لأولوية لكل من المؤشرات الـ ٣٨ المُستحدثة).

وكانت المؤشرات التي حققت أعلى الدرجات هي مؤشرات متنوعة ومتعددة القطاعات، وقد أبرزت الحاجة إلى التصدي لتحديات الصحة العقلية بناء على نهج واسع. وبصفة عامة، تركزت المؤشرات حول ثلاثة مجالات. ويتعلق أولها بتوافر خدمات الصحة العقلية، وتراوحت بين تحديد عدد الأسرة للمرضى الداخليين، وخدمات التعزيز والعلاج في المدارس ومرافق الرعاية الصحية. أما المجال الثاني فيضم المؤشرات المتعلقة بتواتر حدوث اعتلالات الصحة العقلية ومدى انتشارها، بما في ذلك معدلات انتشار الاضطرابات، ولا سيما الانتحار. ويشمل المجال الثالث المؤشرات المتعلقة بالتغطية، من قبيل درجة حصول الأطفال والمراهقين على الخدمات في المدارس ومرافق الرعاية الأساسية أو من خلال الإحالة إلى مؤسسات الرفاه الاجتماعي وحماية الطفل.

وحدد الخبراء أيضاً أولويات لفئات تصنيف البيانات. وكانت الفئات التي حظيت بأعلى الدرجات تعكس مزيجاً من الأولويات بين الجماعات الاجتماعية-الديمقراطية (مثلاً، النوع الجنساني، العمر، سكان المناطق الحضرية / الريفية) وجماعات محددة من الأطفال والمراهقين ممن يتوجب تمثيلهم بوضوح في عمليات جمع البيانات بغية تسليط الضوء على مواطن ضعف محددة. ومن أبرز هذه الجماعات، الأطفال والمراهقون المحتجزون أو السجناء؛ واللاجئون والمهجرون داخلياً؛ وذوو الإعاقات؛ والأطفال والمراهقون الذين يفتقرون للمأوى.

وقد ساهمت عملية تحديد الأولويات هذه في تطوير إطار يساعد في سد فجوات البيانات المتعلقة بالصحة العقلية للأطفال والمراهقين وعلى امتداد القطاعات ذات الصلة. وقد برز أمران مُحدّدان يجدر الإشارة إليهما: أولاً، استندت هذه العملية استناداً كبيراً إلى العمليات المماثلة السابقة لتحديد الأولويات والتي لم تركز تحديداً على الصحة العقلية للأطفال والمراهقين،^٦ وثانياً لم يكن نطاق الخبراء الذين شاركوا في المشاورات ممثلاً تمثيلاً كافياً لجميع القطاعات المنهمكة في رعاية الصحة العقلية للأطفال والمراهقين. ومع ذلك، يؤمل بأن هذه العملية ستساعد في توجيه عمل مجموعة من الشركاء وأصحاب المصلحة الرئيسيين، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، واليونسيف، وجهات أخرى عديدة، وذلك في الوقت الذي نعمل فيه معاً على تطوير مؤشرات ذات صلة وتحديد أولوياتها في السنوات المقبلة.

الأسرة، بما في ذلك تلك المصممة ليقدمها غير الأخصائيين. ويمكن لهذه النهج أن تؤدي دوراً حيوياً في تحسين التواصل، والانهماك، ومهارات الحياة اليومية، واستراتيجيات التعامل مع الصعوبات لمقدمي الرعاية.

ضمان أن المدارس تدعم الصحة العقلية. تؤدي المدارس دوراً فريداً وحيوياً في حياة الأطفال والمراهقين. وقد يؤدي العنف والتنمر - من قبل المعلمين والطلاب الآخرين على حدٍ سواء - إضافة إلى الضغط الشديد للنجاح في المدرسة، أن يؤدي إلى إضعاف الصحة العقلية للأطفال؛ ومن ناحية أخرى، من شأن البيئة المدرسية الحانية والعلاقات الإيجابية بين الطلاب أنفسهم وبين الطلاب والمعلمين أن تعزز الصحة العقلية.

• **الاستثمار في النهج الشامل للمدرسة بأكملها فيما يتعلق بالصحة العقلية.** ويعني النهج الشامل التحول عن التركيز فقط على المناهج، ونحو التفكير في جميع الطرق التي تؤثر فيها المدرسة على نماء الأطفال وعافيتهم. وينبغي أن يسعى هذا النهج إلى تشجيع المناخ الإيجابي والحاني في المدرسة والذي يجعل الأطفال يشعرون بالأمان والترابط، ويمكنهم من التعبير عن آرائهم ودعم الطلاب الآخرين، والتماس المساعدة عندما يحتاجونها. ويجب أن يتضمن هذا النهج توفير تدريبات منتظمة حول الصحة العقلية والعافية النفسية-الاجتماعية للمعلمين والموظفين الآخرين وللأطفال والمراهقين وأسرهم. ويجب أن يكون مكيفاً ليعكس الاحتياجات والقدرات الدائمة التطور لجميع الأطفال والمراهقين، وأن يعكس الاحتياجات الخاصة للأطفال المنحدرين من جماعات مستضعفة ومن خلفيات اجتماعية-ثقافية مختلفة.

• **مساعدة الوالدين على دعم صحة أطفالهم وعافيتهم.** لا تتعلق الصحة والعافية العقلية بغياب الاضطرابات في الصحة العقلية؛ بل هما حالة إيجابية تتيح للأطفال خوض الحياة بفاعلية. ويحتاج الوالدون ومقدمو الرعاية دعماً للانهماك مع أطفالهم على امتداد حياة الأطفال والمراهقين لتعزيز نمائهم الاجتماعي والعاطفي والبدني والإدراكي. ويتعين على برامج التدريب وعلى خدمات الإرشاد أن تنشر المعارف حول الصحة والتغذية ونماء الطفل وأن تحفز التعلم داخل المنزل. كما يجب أن يتضمن الدعم المقدم إلى الوالدين سياسات صديقة للأسرة، من قبيل الإجازة الوالدية المدفوعة الأجر؛ ودعماً لتقديم الرضاعة الطبيعية؛ وتوفير خدمات الرعاية النهارية الجيدة واستحقاقات الأطفال وإتاحة الحصول عليها.

• **رعاية الصحة العقلية لمقدمي الرعاية.** يكافح العديد من الوالدين للتعامل مع عوامل إجهاد متعددة، مما قد يؤدي إلى تبعات خطيرة على صحتهم وعافيتهم وعلى صحة أطفالهم وعافيتهم. يجب على البرامج المعنية بالصحة العقلية أن تولي الأولوية لمقدمي الرعاية، وأن توفر الدعم لإدارة الإجهاد المزمن والنزاعات، وأن تحسّن استراتيجيات التعامل مع الصعوبات.

• **توفير التدريب للوالدين للاستجابة إلى الصعوبات التي يواجهها الأطفال في مجال الصحة العقلية.** بوسع تدريب الوالدين على المهارات أن يحسّن النتائج المتعلقة بالنماء والسلوك والأسرة للأطفال والمراهقين الذين يواجهون صعوبات في مجال الصحة العقلية. يجب تخصيص استثمارات لتوسيع النهج التي محورها

◀ **يعني القيام بعمل السعي لتقليص عوامل الخطر إلى الحد الأدنى وزيادة عوامل الحماية إلى الحد الأقصى للصحة العقلية في المجالات الرئيسية من حياة الأطفال والمراهقين، خصوصاً ضمن الأسرة والمدرسة.** وبصفة أعم، يعني ذلك أيضاً الاستثمار في تطوير قوة العمل على امتداد بعض القطاعات والأنظمة الرئيسية، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية والحماية الاجتماعية، وتطوير آليات قوية لجمع البيانات وإجراء الأبحاث.

• **دعم الأسر والوالدين ومقدمي الرعاية.** تحتل الأسرة مكانة مركزية في حياة الطفل، كما أن الوالدين ومقدمي الرعاية هم الأفراد الذين يقيم معهم الطفل أولى الروابط الحميمة، ويؤدون دوراً حاسماً في تشكيل بيئة المنزل والنماء الاجتماعي-العاطفي للطفل. ويُعد تقديم الدعم للوالدين ومقدمي الرعاية أمراً حاسماً للأهمية لبناء عافية الأطفال والمراهقين والحد من العنف ضد الأطفال وإنهائه. وبوسع العلاقات المستقرة في المنزل أن تساعد في حماية الأطفال من الإجهاد المُضّر وأن تعزز القدرة على الصمود والعافية بصفة عامة.

• **تعزيز الرعاية المستجيبة والروابط الحانية.** يجب توسيع برامج تنشئة الأطفال، مع التركيز على التعلم الاجتماعي والعاطفي لدعم الأسر والأطفال في تطوير روابط إيجابية ولخلق بيئة منزلية إيجابية يتمكن الأطفال من الازدهار فيها. ويجب أن توجد خدمات الرعاية المستجيبة للأسرة على مستوى المجتمع المحلي، وتوسيع إمكانية الوصول إليها ومعايير القبول فيها. ويجب تصميم الدعم المستهدف لتلبية احتياجات الأسر والأطفال الذين يواجهون أخطاراً محددة، من قبيل أولئك المعرضين للعنف والإجهاد المُضّر في المنزل.

وبالنسبة إلى النساء والبنات، بمن فيهن الناجيات من العنف الجنساني، يُعتبر مزودو الخدمات من قبيل المنظمات النسائية المحلية مورداً ضرورياً للدعم النفسي-الاجتماعي. ويمكن إدماج خدمات الصحة العقلية أيضاً في الرعاية المجتمعية، ويجب أن يوجد تركيز قوي على مشاطرة المهتمات، وخصوصاً في الأوضاع التي تتسم بانخفاض الدخل.

وكي تتجح هذه الجهود، يحتاج العاملون الاجتماعيون إلى تدريبات ودعم مستمر وإشراف لبناء معارفهم ومهاراتهم. ويتعين على التدخلات المجتمعية أيضاً أن تخلق فرصاً جماعية للتعافي بعد الأزمات.

• توفير تدخلات في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي-الاجتماعي في الأوضاع الإنسانية والأوضاع الهشة. يكون الأطفال واليافعون من بين الفئات الأشد ضعفاً في الأوضاع الإنسانية. ويجب على الاستجابات في هذه الأوضاع أن تكون ملائمة للسياق ومتعددة الطبقات. ويجب توسيع التدخلات في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي-الاجتماعي لتزويد الأطفال بالوسائل والموارد الضرورية للتعامل مع القلق والأشكال الشديدة من الإجهاد. ويجب تقديم رعاية متخصصة للسكان الأشد ضعفاً، مع إيلاء مزيد من التركيز الموجّه للأمهات الشابات، وضحايا العنف الجنساني، والأطفال المرتبطين بالجماعات المسلحة. وثمة حاجة إلى الدعم أيضاً لإدماج الأطفال في الحياة اليومية في أعقاب حالات الإجهاد الشديدة أو التجارب الصادمة.

• احترام حقوق الطفل في تقديم خدمات الصحة العقلية. يتعرض أطفال عديدون لانتهاكات لحقوقهم الإنسانية في

تعزيز وتزويد أنظمة متعددة وقوى العمل

فيها للتصدي إلى التحديات المعقدة. يجب توسيع تركيز الخدمات والبرمجة المعنية بالصحة العقلية لاستغلال الفرص لتعزيز الصحة العقلية وحمايتهم ورعايتهم، ليس فقط ضمن الخدمات الصحية، بل أيضاً في مجالات من قبيل الحماية الاجتماعية والرعاية المجتمعية. ولكن كي يتحقق ذلك بفاعلية واستدامة، يتعين تعزيز قوى العمل والأنظمة المعنية التي تركز على الأسرة والطفل وذلك لتتمكن من تقديم الخدمات في مختلف الأنظمة والترتيبات، ولضمان تلبية احتياجات كل طفل وإعمال حقوقه الإنسانية.

• إدماج خدمات الصحة العقلية في أنظمة الحماية الاجتماعية والرعاية الاجتماعية.

ويتعين توفير الخدمات ليس فقط عبر الأنظمة الصحية بل من خلال نطاق واسع من القطاعات ومن منصات تقديم الخدمات، بما في ذلك التعليم والحماية الاجتماعية والرعاية المجتمعية، وذلك لتتمكن الأنظمة التي تقدم الخدمات من الوصول إلى الأطفال واليافعين الذين لا تتوفر لهم إمكانية الوصول إليها.

ويحتاج الأطفال واليافعون الذين يعانون من مواطن ضعف وأخطار بسبب عيشهم في سياقات أسرية مختلفة، ويعانون من العنف والإهمال والإساءات، إلى اهتمام مكرّس لهم وبرامج متاحة ومكيفة لتلبية احتياجاتهم.

وتتسم التدخلات القائمة على المجتمع المحلي بإمكانيتها في تحديد الأطفال المعرضين للخطر الذين يحتاجون رعاية متخصصة وتقديم الدعم لهم. وتتضمن هذه التدخلات حماية الطفل، وإدارة الحالات المتصلة بالعنف الجنساني -

وهي خدمات تعمل على التوعية بالاحتياجات والموارد المتعلقة بالصحة العقلية، وتعزيز شمول الجميع ومشاركة الأطفال والأسر المستضعفين ضمن حياة المجتمع المحلي.

• تعزيز معارف المعلمين وكفاءاتهم الاجتماعية-العاطفية. يؤدي المعلمون دوراً مركزياً في ضمان أن يتعلم الأطفال والمراهقون في المدرسة وأن يزددهروا. ويحتاج المعلمون وغيرهم من موظفي المدارس إلى الدعم لبناء قدرات تتيح لهم مساعدة الأطفال والمراهقين على التعلّم عن الصحة العقلية وعلى تطوير عادات صحية، وكي يتمكن المعلمون من تمييز الطلاب المحتاجين إلى دعم إضافي. وهذه المهارات ضرورية للمعلمين ليس فقط لتعزيز عافيتهم الشخصية بل أيضاً لتحسين تعلّم الطلاب. ومن الممكن أن يكون التدريس مهنة تنطوي على إجهاد شديد، خصوصاً في السياقات ذات الموارد القليلة أو المتأثرة بالأزمات والنزاعات. ولا يقتصر الأمر على أن إجهاد المعلمين يؤثر سلباً على المعلمين أنفسهم، بل يؤدي أيضاً إلى انحدر أداء الطلاب، وزيادة تكاليف التعليم.

• منع الانتحار. يجب أن تكون المدارس

شريكاً أساسياً في الجهود الرامية إلى منع الانتحار - والذي يمثل سبباً رئيسياً للوفيات بين المراهقين. وبوسع التدريبات المتخصصة للمعلمين والأقران (وكذلك للوالدين، والمرشدين الأكاديميين، والعاملين الاجتماعيين والصحيين) أن تساعد على ضمان تحديد الأطفال المعرضين للخطر وتزويدهم بالدعم. ولكن لا يمكن ترك هذه المهمة للمدارس لوحدها، إذ يمكن أن تؤدي البرامج الوطنية لمنع الانتحار دوراً مهماً في دعم هذه الجهود، مثلاً عبر تقييد إمكانية الحصول على وسائل الانتحار، وتشجيع التغطية الإعلامية المسؤولة، وتحديد المحتوى الضار على وسائل التواصل الاجتماعي وإزالته.

مرافق تقديم خدمات الصحة العقلية، ويواجهون ممارسات قسرية من قبيل الإيداع في مؤسسات، والعلاج القسري، وتقييد الحركة، مما قد يؤدي إلى تأثير سلبي دائم. يجب احترام حقوق الطفل في تصميم خدمات الصحة العقلية وتقديمها، ويجب عدم التعامل مع مستخدمي الخدمات كمرضى، بل كأفراد لهم حقوق. ويجب أن تكون الرعاية متمحورة على الشخص وموجهة نحو التعافي ومستندة إلى احترام حقوق الإنسان. وثمة حاجة إلى التزامات واضحة لتقديم خدمات خالية من ممارسات القسر وتحترم اتخاذ القرارات من قبل المستفيدين، ويجب أن يركز ذلك على استراتيجيات طويلة الأجل، منها على سبيل المثال توفير خدمات كافية قائمة على المجتمع المحلي وتستجيب إلى الأزمات، والتطوير المكثف لقوة العمل.

• **معالجة انعدام المساواة بين الجنسين في البرمجة المعنية بالصحة العقلية.** يجب أن تسعى البرمجة المعنية بالصحة العقلية سعياً فاعلاً إلى معالجة انعدام المساواة بين الجنسين من خلال تقييم احتياجات النساء والبنات والأولاد والرجال والأشخاص غير الداخلين ضمن التصنيف الثنائي الجنسي وتلبية هذه الاحتياجات، وذلك من خلال جمع البيانات، والمشاورات والمشاركة الواسعة النطاق، والرصد. ويجب إزالة العوائق القائمة على نوع الجنس أمام الحصول على رعاية الصحة العقلية. وثمة حاجة إلى الاستثمار في جهود التصدي للعنف الجنسي، والصورة النمطية لأدوار الجنسين، والتمييز ضد النساء والبنات. ويجب توسيع البرامج التي تركز على الدعم النفسي-الاجتماعي

للبنات المراهقات، خصوصاً للأمهات المراهقات.

• **تحسين البيانات والأبحاث والأدلة.** ثمة نقص كبير في البيانات بشأن الصحة العقلية للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية، خصوصاً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث يعيش معظم المراهقين في العالم. وهذا النقص في البيانات والأدلة يجعل الأطفال الذين يعانون من اعتلالات في الصحة العقلية مخفيين عن الأعين، ويمثل عقبة رئيسية لتطوير السياسات والتخطيط. كما يُعاق التقدم في مجال الصحة العقلية من جراء نقص الأبحاث وعدم كفاية الاستثمارات في تنفيذ الأبحاث.

• **تعزيز الأبحاث.** إن غالبية الأبحاث المعنية بالصحة العقلية تجري في البلدان المرتفعة الدخل وتركز بصفة أساسية على الراشدين وليس على المراهقين، رغم أن مرحلة المراهقة هي المرحلة الرئيسية التي تبدأ فيها معظم اعتلالات الصحة العقلية. وثمة حاجة إلى استثمارات أكبر في الأبحاث المعنية بالأطفال والمراهقين، والتي يجب أن تكون قابلة للتنفيذ على امتداد الثقافات، وقابلة للتكيف مع الواقع المحلي، وقادرة على التقاط الخبرات والأوضاع المتنوعة. وبوسع الأبحاث النوعية أن تساعد على سد الفجوات الحرجة في استحداث الأدلة وأن توفر وصفاً سليماً لوضع عافية الأطفال والمراهقين.

• **الرصد الروتيني للصحة العقلية.** ثمة نقص خطير في الرصد الروتيني للقضايا المتصلة بالصحة العقلية في معظم البلدان، وخصوصاً في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.

ويجب بذل جهود حازمة لتطوير مجموعة من المؤشرات الأساسية القائمة على توافق الآراء بشأن الصحة العقلية للأطفال والمراهقين ومقدمي الرعاية، ويجب أن تغطي مدى انتشار اعتلالات الصحة العقلية، ومدى تقديم الرعاية للصحة العقلية، ومدى الجهود المبذولة لتعزيز الصحة العقلية وحماية الأطفال والمراهقين المعرضين للخطر (انظر الإطار ٢٠ عن- رصد الصحة العقلية).

• **دعم الأبحاث والعلوم التطبيقية.** عادة ما يُعاق التنفيذ الناجح للسياسات والتدخلات الصحية، خصوصاً في مجال الأمراض غير السارية، من جراء نقص الفهم للاعتلالات على أرض الواقع. واستجابة إلى ذلك، ثمة حاجة إلى زيادة الاستثمار في العلوم التطبيقية، والتي تبحث في الكيفية التي تعمل فيها مجموعة من العوامل على إعاقة تنفيذ السياسات أو التدخلات أو تعجيله. وتُعتبر الرؤى التي تنبثق من مثل هذه الأبحاث حاسمة الأهمية لتحويل الأفكار إلى إجراءات.

**ربما لا نملك جميع
الإجابات حالياً، لكن
تتوفر لدينا معرفة
كافية كي نبدأ بالعمل
لكي نعرز الصحة
العقلية ونحميها لكل
طفل ونرعى الأطفال
الذين يواجهون
أعظم التحديات.**

الحواشي

المقدمة

- 8 Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development', *Lancet*, vol. 392, no. 10157, 27 October 2018, pp. 1553–1598.

الفصل 1

- 1 دستور منظمة الصحة العالمية.
- 2 Galderisi, Silvana, et al., 'Toward a New Definition of Mental Health', *World Psychiatry*, vol. 14, no. 2, June 2015, pp. 231–233.
- 3 Orpana, Heather, et al., 'Monitoring Positive Mental Health and Its Determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework', *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, vol. 36, no. 1, January 2016, pp. 1–10.
- 4 Barry, Margaret M., 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, evidence and practice', *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11, no. 3, August 2009, pp. 4–17; p. 6.
- 5 Lippman, Laura H., Kristin Anderson Moore and Hugh McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-Being: A conceptual framework, measures and methodological issues', Innocenti Working Paper 2009–2021, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2009.
- 6 UNICEF Innocenti, 'Worlds of Influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries', *Innocenti Report Card 16*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2020, p. 9.
- 7 Ross, David A., et al., 'Adolescent Well-Being: A definition and conceptual framework', *Journal of Adolescent Health*, vol. 67, no. 4, 1 October 2020, pp. 472–476.
- 8 Keyes, Corey L. M., 'Mental Health as a Complete State: How the salutogenic perspective completes the picture', ch. 11 in *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*, edited by Georg F. Bauer and Oliver Hämming, Springer Science and Business Media, Dordrecht, 2014, pp. 179–192; United Nations Children's Fund, *Mental Health and Psychosocial Technical Note*, UNICEF, New York, September 2019, p. 4.

- 1 Akin, Lara, Jamil Zaki and Elizabeth Dunn, 'The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected', *The Atlantic*, 4 July 2021, <www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/>, accessed 13 August 2021.
- 2 United Nations Children's Fund Regional Office for Europe and Central Asia, *All Children Returning to School and Learning: Considerations for monitoring access and learning participation during and beyond the COVID-19 pandemic*, UNICEF Europe and Central Asia, Geneva, 2020; United Nations Children's Fund Brazil, *Cenário da exclusão escolar no Brasil: Um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação*, UNICEF Brazil, Brasília, April 2021; United Nations Children's Fund, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, New York, 2021; International Labour Organization and United Nations Children's Fund, *COVID-19 and Child Labour: A time of crisis, a time to act*, ILO and UNICEF, New York, 2020; Azevedo, Joao Pedro, et al., 'Learning Losses due to COVID19 Could Add Up to \$10 Trillion', World Bank Blogs, 10 September 2020, <<https://blogs.worldbank.org/education/learning-losses-due-covid19-could-add-10-trillion>>, accessed 13 August 2021.
- 3 World Health Organization, *Mental Health Atlas 2017*, WHO, Geneva, 2018, p. 26.
- 4 UNICEF analysis based on WHO Global Health Estimates, 2020.
- 5 المصدر السابق: 525,600 دقيقة في السنة.
- 6 UNICEF analysis based on WHO Global Health Estimates, 2019? Note: One DALY represents the loss of a year of healthy living caused by disability or premature death.
- 7 Cocozza, Paula, 'Love Island's Dr Alex George: "If my brother had asked for help, would he still be alive?"', *The Guardian*, 18 February 2021, <www.theguardian.com/society/2021/feb/18/love-islands-dr-alex-george-if-my-brother-had-asked-for-help-would-he-still-be-alive>, accessed 13 August 2021.

- 27 United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, *Good Health and Well-being: Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals*, OCHA, Geneva, 2020, p. 35.
- 28 World Health Organization, *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019–2023): Universal health coverage for mental health*, WHO, Geneva, 2019, p. 2.
- 29 World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, WHO, Geneva, 2013, p. 38.
- 30 WHO, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
- 31 WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, p. 6.
- 32 Inter-agency Standing Committee, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, IASC, Geneva, 2007, pp. 1–2.
- 33 Loughry, Maryanne, and Carola Eyber, *Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A review of the concepts and related literature*, National Research Council and the National Academies Press, Washington, D.C., 2003, p. 1.
- 34 OCHA, *Good Health and Well-Being*, p. 35.
- 35 WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
- 36 Vásquez, Alberto, 'A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health', a discussion paper for the United Nations Children's Fund, UNICEF, New York, August 2020.
- 37 Lippman, Moore and McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-Being'; UNICEF Innocenti, 'Worlds of Influence'.
- 38 United Nations Department of Economic and Social Affairs, 'World Population Prospects 2019'; UNDESA, New York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, accessed 31 May 2021.
- 39 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 'Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, no. 10258, 17 October 2020, pp. 1129–1306.
- 40 Campbell, Olympia L. K., David Bann and Praveetha Patalay, 'The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries', *SSM – Population Health*, vol. 13, no. 100742, March 2021.
- 41 UNICEF analysis based on estimates from the IHME Global Burden of Disease Study, 2019.
- 42 UNICEF analysis based on WHO Global Health Estimates, 2020.
- 43 Hawton, Keith, Kate E. A. Saunders and Rory C O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents', *Lancet*, vol. 379, 23 June 2012, pp. 2373–2382.
- 44 World Health Organization, 'Suicide', WHO, Geneva, <www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, accessed 30 July 2021.
- 45 Kölves, Kairi, and Diego de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents', *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, 2017, pp. 155–164.
- 9 منظمة الصحة العالمية، دستور منظمة الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 22 تموز/ يوليو 1946.
- 10 World Health Organization, 'Milestones for Health Over 70 Years', WHO, Geneva, <www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years>, accessed 30 July 2021.
- 11 الجمعية العامة للأمم المتحدة، مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية، A/RES/46/119، الأمم المتحدة، نيويورك، 17 كانون الأول/ ديسمبر 1991.
- 12 قرار اتخذته الجمعية العامة للأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الطفل، A/RES/71/117، 20 تشرين الثاني/ نوفمبر 1989، بما في ذلك المواد 2، 3، 6، 23، 24، 37، 39.
- 13 قرار اتخذته الجمعية العامة للأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، A/RES/61/106، 13 ديسمبر/ كانون الأول 2006؛ الأمم المتحدة، البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الأمم المتحدة، نيويورك، 2006.
- 14 Puras, Dainius, and Piers Gooding, 'Mental Health and Human Rights in the 21st Century', *World Psychiatry*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 42–43.
- 15 قرار اتخذته الجمعية العامة للأمم المتحدة، 'معالجة الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد والأسر والمجتمعات المتأثرين باضطرابات طيف التوحد واضطرابات النمو وما يتصل بها من أشكال الإعاقة'، A/RES/67/82، 12 كانون الأول/ ديسمبر 2012.
- 16 World Health Organization Executive Board, Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders: A report by the Secretariat, EB 133/4, WHO, Geneva, 8 April 2013.
- 17 قرار اتخذته الجمعية العامة للأمم المتحدة، 'تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030'، A/RES/70/1، 25 أيلول/ سبتمبر، 2015، الصفحات 3، 16.
- 18 المصدر السابق، الصفحة 3.
- 19 المصدر السابق، الصفحة 16.
- 20 Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
- 21 World Health Organization, *Social Determinants of Mental Health*, WHO, Geneva, 2014, p. 12.
- 22 Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'.
- 23 Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'; Keyes, Corey L.M., 'Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 3, 2005, pp. 539–548.
- 24 World Health Organization, *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000–2019*, WHO, Geneva, December 2020, p. 25.
- 25 WHO, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
- 26 Gureje, Oye, and Dan J. Stein, 'Classification of Mental Disorders: The importance of inclusive decision-making', *International Review of Psychiatry*, vol. 24, no. 6, 2012, pp. 606–612; Kohrt, Brandon A., et al., 'Cultural Concepts of Distress and Psychiatric Disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology', *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, no. 2, 1 April 2014, pp. 365–406.

- quantitative and qualitative studies', *Psychological Medicine*, vol. 45, no. 1, 2015, pp. 11–27; Aguirre Velasco, Antonia, et al., 'What are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 20, no. 293, 2020.
- 61 Gulliver, Amelia, Kathleen M. Griffiths and Helen Christensen, 'Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 10, 30 December 2010, p. 113.
- 62 Betancourt, Theresa S., et al., 'Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – A systematic review of the literature and recommendations for future research', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 54, no. 1, 2013, pp. 17–36.
- 63 Meyer, Ilan H., 'Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual issues and research evidence', *Psychological Bulletin*, vol. 129, no. 5, 2003, pp. 674–697; Hatzenbuehler, Mark L., and John E. Pachankis, 'Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research evidence and clinical implications', *Pediatric Clinics of North America*, vol. 63, no. 6, December 2016, pp. 985–997; Kiekens, Wouter, et al., 'Explaining Health Disparities between Heterosexual and LGB Adolescents by Integrating the Minority Stress and Psychological Mediation Frameworks: Findings from the TRAILS Study', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 49, 2020, pp. 1767–1782.
- 64 Corrigan, Markowitz and Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination'; Hatzenbuehler, Mark L., 'Structural Stigma: Research evidence and implications for psychological science', *American Psychologist*, vol. 71, no. 8, November 2016, pp. 742–751.
- 65 GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 'Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, no. 10258, October 2020, pp. 1204–1222.
- 66 قام الباحثان ديفيد مكيد وسارا إيفانز-لاكو بحساب هذا الرقم لليونسيف، 'حجة للاستثمار في الصحة والعافية العقلية للأطفال'، ورقة معلومات أساسية لتقرير حالة أطفال العالم لعام 2021، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، تشرين الثاني/نوفمبر 2020، ص. 3. وقد تم احتساب الرقم باستخدام تقديرات الاضطرابات العقلية الواردة في دراسة العبء العالمي للمرض لعام 2019 لتقدير القيمة الاقتصادية المحتملة للتأثيرات الضارة الناشئة عن الصحة العقلية السيئة على صعيد العالم. وافترض مؤلفا ورقة المعلومات الأساسية أنه يمكن تحديد قيمة مالية لعبء السنوات المعدلة حسب الإعاقة المرتبط بالصحة العقلية السيئة على امتداد عام واحد. وقد حُصِّصت أوزان لأجزاء من السنة المعدلة بحسب الإعاقة للاعتلالات المختلفة وبناء على الشدة النسبية للاضطرابات المختلفة والكلفة المباشرة للوفاة المبكرة المرتبطة ببعض الاعتلالات من قبيل اضطرابات الأكل وإيذاء النفس. ولعقد المقارنة، تم احتساب كل سنة خالية من الإعاقة كمكافئ لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي معبراً عنها بالدولارات المعادلة للقوة الشرائية الحالية. وتم تحديد قيمة للسنة المعدلة حسب الإعاقة والمرتبطة باعتلالات الصحة العقلية، بطريقتين: 1- حُدِّدَت قيمة السنة المعدلة حسب الإعاقة بسبب اعتلالات الصحة العقلية للأفراد بسن 0-19 سنة في جميع البلدان بقيمة ثابتة معبراً عنها بالدولارات المعادلة للقوة الشرائية الحالية وبسعر صرف عالمي، وقد اعتمد لذلك تقدير البنك الدولي لحصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في العالم في سنة 2019 وبلغ 16,951 دولاراً؛ 2- قُدِّرَت التكاليف العالمية باستخدام حصة الفرد من الدخل المحلي
- 46 Erskine, Holly E., et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, 2017, pp. 395–402; Woelbert, Eva, et al., *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montreal, November 2020.
- 47 Erskine et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents.'
- 48 Carvajal-Velez, Liliana, et al., 'Increasing Data and Understanding of Adolescent Mental Health Worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative', *Journal of Adolescent Health*, corrected proof, 2021, pp. 1–3.
- 49 Hayes, Joseph, et al., 'You Can't Manage What You Can't Measure: Why adolescent mental health monitoring matters', *Journal of Adolescent Health*, corrected proof, 2021, pp. 1–2.
- 50 Corrigan, Patrick, et al., 'Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A meta-analysis of outcome studies', *Psychiatric Services*, vol. 63, no. 10, October 2012, pp. 963–937.
- 51 Thornicroft, Graham, et al., 'Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination?', *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, 2007, pp. 192–193.
- 52 المصدر السابق.
- 53 Kaushik, Anya, et al., 'The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review', *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, pp. 469–294.
- 54 المصدر السابق.
- 55 DuPont-Reyes, Melissa J., et al., 'Adolescent Views of Mental Illness Stigma: An intersectional lens', *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 90, no. 2, 2020, pp. 201–211.
- 56 Venkataraman, Surendran, Rajkumar Patil and Sivaprakash Balasundaram, 'Stigma Toward Mental Illness Among Higher Secondary School Teachers in Puducherry, South India', *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, no. 4, 2019, pp. 1401–1407.
- 57 Van Voren, Robert, 'Political Abuse of Psychiatry: An historical overview', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, no. 1, January 2010, pp. 33–35.
- 58 Corrigan, Patrick W., Fred E. Markowitz and Amy C. Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, no. 3, 2004, pp. 481–491.
- 59 Hinshaw, Stephen P., 'The Stigmatization of Mental Illness in Children and Parents: Developmental issues, family concerns, and research needs', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, no. 7, 2005, pp. 714–734.
- 60 Corrigan, Patrick W., Benjamin G. Druss and Deborah A. Perlick, 'The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care', *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 15, no. 2, 2014, pp. 37–70; Clement, S., et al., 'What is the Impact of Mental Health-Related Stigma on Help-Seeking? A systematic review of

71 معهد آر تي آي إنترناشونال، 'العائد على الاستثمار للتدخلات المدرسية لمنع اضطرابات الصحة العقلية'، ورقة معلومات أساسية لتقرير حالة أطفال العالم لعام 2021، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، أيار/ مايو 2021. لحساب العائد على الاستثمار، طُوّر معهد آر تي آي إنترناشونال نموذج ماركوف الذي يستند إلى أدلة من برامج مدرسية لمنع القلق، والانتحار، والانتحار، من أجل حساب التكاليف والفوائد الناتجة عن تقديم تدخلات معنية بالصحة العقلية وعلاجها، وذلك لمجموعة تمثيلية من المراهقين بسن 10-19 سنة. ويُقدّر نموذج ماركوف أن احتمال أن يعاني فرد ما من حالات مختلفة في الصحة العقلية (المعاناة من اضطراب عقلي أو لا) استناداً إلى وضعه الصحي الحالي وإلى فاعلية أي تدخلات ذات صلة. ويتبع النموذج عدد الأفراد الذين يهرون بأي حالة من الحالتين لمدة 80 سنة. وبما أن البيانات من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل كانت محدودة، أتت تقديرات فاعلية البرامج من استعراضات منهجية وتجارب أجريت في بلدان مرتفعة الدخل. وهذه التقديرات قد لا تعكس الفاعلية بين السكان المهمشين، من قبيل المراهقين الذين يعانون من العنف أو الفقر الشديد.

72 KiVA, 'What is KiVA, <https://uk.kivaprogram.net/what-is-kiva/>, accessed 31 March 2021.

الفصل 2

- 1 Bronfenbrenner, Urie, *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, 1979.
- 2 UNICEF Innocenti, 'Worlds of Influence'.
- 3 WHO, *Social Determinants of Mental Health*.
- 4 Shonkoff, Jack P., et al., 'The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress', *Pediatrics*, vol. 129, no. 1, January 2012, pp. e232–e246; Center on the Developing Child, Harvard University, 'In Brief: The science of early childhood development', <http://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-science-of-eecd/>, accessed 31 July 2021.
- 5 Masten, Ann S., and Dante Cicchetti, 'Developmental Cascades', *Development and Psychopathology*, vol. 22, no. 3, Cambridge University Press, 2010, pp. 491–495.
- 6 Chan, Jennifer C., Bridget M. Nugent and Tracy L. Bale, 'Parental Advisory: Maternal and paternal stress can impact offspring neurodevelopment', *Biological Psychiatry*, vol. 83, no. 10, 2018, pp. 886–894; Monk, Catherine, Claudia Lugo-Candelas and Caroline Trunpf, 'Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and pathways', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 15, 2019, pp. 317–344.
- 7 Center on the Developing Child, Harvard University, 'Key Concepts: Brain Architecture', <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>, accessed 8 August 2021.
- 8 Kolb, Bryan, Allonna Harker and Robbin Gibb, 'Principles of Plasticity in the Developing Brain', *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 59, no. 2, December 2017, pp. 1218–1223.
- 9 Center on the Developing Child, 'Key Concepts: Brain Architecture'.
- 10 O'Donnell, Kieran J., and Michael J. Meaney, 'Fetal Origins of Mental Health: The developmental origins of health and disease hypothesis', *American Journal of Psychiatry*, vol. 174, no.4, 1 April 2017, pp. 319–328;

الإجمالي لكل بلد على حدة لسنة 2019 حسب أرقام البنك الدولي. وقد استُمدت بيانات انتشار اعتلالات الصحة العقلية وبيانات السنوات المعدلة بحسب الإعاقة لكل بلد من دراسة العيب العالمي للأمراض لعام 2019، وهي تغطي جميع اعتلالات الصحة العقلية ما عدا فقدان الذاكرة، واضطرابات الإدمان على الكحول والمخدرات. إضافة إلى ذلك، تم أيضاً احتساب كلفة السنوات المعدلة بحسب الإعاقة بسبب إيذاء النفس المعتمد بين الأطفال واليافعين حتى عمر 19 سنة.

67 ملاحظة: مناطق اليونسف موزعة على النحو التالي: شرق آسيا والمحيط الهادئ: أستراليا، إندونيسيا، بابوا غينيا الجديدة، بالاو، بروني دار السلام، تايلاند، توفالو، توكيلاو، تونغا، تيمور-ليشتي، جزر سليمان، جزر كوك، جزر مارشال، جمهورية كوريا، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ساموا، سنغافورة، الصين، فانواتو، الفلبين، فيجي، فييت نام، كمبوديا، كيريباس، ماليزيا، منغوليا، ميانمار، ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)، ناورو، نيوزيلندا، نيوي، اليابان؛ أوروبا وآسيا الوسطى: أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، أوروبا الغربية؛ أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى: الاتحاد الروسي، أذربيجان، أرمينيا، ألبانيا، أوزبكستان، أوكرانيا، بلغاريا، البوسنة والهرسك، بيلاروس، تركمانستان، تركيا، الجبل الأسود، جمهورية مولدوفا، جورجيا، رومانيا، صربيا، طاجيكستان، قيرغيزستان، كازاخستان، كرواتيا، مقدونيا الشمالية؛ أوروبا الغربية: إسبانيا، إستونيا، ألمانيا، أندورا، آيرلندا، آيسلندا، إيطاليا، البرتغال، بلجيكا، بولندا، الجمهورية التشيكية، الدانمرك، سان مارينو، سلوفاكيا، سلوفينيا، السويد، سويسرا، فرنسا، فنلندا، قبرص، الكرسي الرسولي، لاتفيا، لكسمبرغ، ليتوانيا، ليختنشتاين، مالطة، المملكة المتحدة، موناكو، النرويج، النمسا، هنغاريا، هولندا، اليونان؛ أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي: الأرجنتين، إكوادور، أنتيغوا وبربودا، أنغويلا، أوروغواي، باراغواي، البرازيل، بربادوس، بليز، بنما، بوليفيا (دولة - متعددة القوميات)، بيرو، ترينيداد وتوباغو، جامايكا، جزر البهاما، جزر تركس وكايكوس، جزر فرجن البريطانية، الجمهورية الدومينيكية، دومينيكا، سانت فنسنت وجزر غرينادين، سانت كيتس ونيفس، سانت لوسيا، السلفادور، سورينام، شيلي، غرينادا، غواتيمالا، غيانا، فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)، كوبا، كوستاريكا، كولومبيا، المكسيك، مونتسرات، نيكاراغوا، هايتي، هندوراس؛ الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: الأردن، إسرائيل، الإمارات العربية المتحدة، إيران (جمهورية - إسلامية)، البحرين، تونس، الجزائر، الجمهورية العربية السورية، دولة فلسطين، العراق، عُمان، قطر، الكويت، لبنان، ليبيا، مصر، المغرب، المملكة العربية السعودية، اليمن؛ أمريكا الشمالية: كندا، الولايات المتحدة الأمريكية؛ جنوب آسيا: أفغانستان، باكستان، بنغلاديش، بوتان، سري لانكا، ملديف، نيبال، الهند؛ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى: شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي، غرب ووسط أفريقيا؛ شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي: إثيوبيا، إريتريا، إيسواتيني، أنغولا، أوغندا، بوتسوانا، بوروندي، جزر القمر، جمهورية تنزانيا المتحدة، جنوب أفريقيا، جنوب السودان، جيبوتي، رواندا، زامبيا، زيمبابوي، سوازيلند، السودان، شيشيل، الصومال، كينيا، ليسوتو، مدغشقر، ملاوي، موريشيوس، موزامبيق، ناميبيا؛ غرب ووسط أفريقيا: بنن، بوركينا فاسو، تشاد، توغو، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية الكونغو الديمقراطية، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، سيراليون، غابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا الاستوائية، غينيا-بيساو، كابو فريدي، الكاميرون، كوت ديفوار، الكونغو، ليبيريا، مالي، موريتانيا، النيجر، نيجيريا.

68 United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics, 'World Population Prospects 2019: Data query', <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>, accessed 28 July 2021.

69 Hamerton, Gemma, et al., 'Childhood Behavioural Problems and Adverse Outcomes in Early Adulthood: A comparison of Brazilian and British Birth Cohorts', *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, vol.5, 2019, pp. 517–535.

70 Gorrington, Josh, et al., *The Return on the Individual: Time to invest in mental health*, United for Global Mental Health, London, 2019, pp. 5–14.

- 20 Cassidy, Jude, Jason D. Jones and Phillip R. Shaver, 'Contributions of Attachment Theory and Research: A framework for future research, translation, and policy', *Development and Psychopathology*, vol. 25, no. 4, part 2, 2013, pp. 1415–1434.
- 21 Sroufe, Alan L., 'The Place of Attachment in Development', ch. 43 in *Handbook of Attachment*, pp. 997–1011.
- 22 Benoit, Diane, 'Infant-Parent Attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome', *Paediatrics & Child Health*, vol. 9, no. 8, 2004, pp. 541–545; Marvin, Britner and Russell, 'Normative Development: The ontogeny of attachment in childhood'.
- 23 Kerns, Kathryn A, and Laure E. Brumariu, 'Attachment in Middle Childhood', ch. 17 in *Handbook of Attachment*, pp. 349–365.
- 24 Allen, Joseph P., and Joseph S. Tan, 'The Multiple Facets of Attachment in Adolescents', ch. 19 in *Handbook of Attachment*, pp. 399–415.
- 25 Flaherty, Serena Cherry, and Lois S. Sadler, 'A Review of Attachment Theory in the Context of Adolescent Parenting', *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 25, no. 2, March 2011, pp. 114–121.
- 26 Crugnola, Cristina Riva, et al., 'Motherhood in Adolescent Mothers: Maternal attachment, mother–infant styles of interaction and emotion regulation at three months', *Infant Behavior and Development*, vol. 37, no. 1, 2014, p. 4456.
- 27 Masten and Cicchetti, 'Developmental Cascades'; Wolchik, Sharlene A., et al., 'Developmental Cascade Effects of a Parenting-Focused Program for Divorced Families on Competence in Emerging Adulthood', *Development and Psychopathology*, vol. 33, no. 1, 2021, pp. 201–215; Otten, Roy, et al., 'A Developmental Cascade Model for Early Adolescent Onset Substance Use: The role of early childhood stress', *Addiction*, vol. 114, no. 2, February 2019, pp. 326–334.
- 28 Bornstein, Marc H., Chun-Shin Hahn and O. Maurice Haynes, 'Social Competence, Externalizing, and Internalizing Behavioral Adjustment from Early Childhood through Early Adolescence: Developmental cascades', *Developmental Pathology*, vol. 22, no. 4, November 2010, pp. 717–735; Masten, Ann S., et al., 'Developmental Cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years', *Developmental Psychology*, vol. 41, no. 5, 2005, pp. 733–746; Appleyard, Karen, et al., 'When More is Not Better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, no. 3, March 2005, pp. 235–245; Evans, Gary W., Dongping Li and Sara Sepanski Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development', *Psychological Bulletin*, vol. 139, no. 6, 2013, pp. 1342–1396.
- 29 Rutter, Michael, 'Protective Factors in Children's Responses to Stress and Disadvantage', in *Primary Prevention in Psychopathology: Volume 8 – Social competence in children*, edited by Martha Whalen Kend and Jon E. Rolf, University Press of New England, Hanover, 1979, pp. 49–74.
- 30 Evans, Li and Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development'. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids: Aligning science, practice and policy to advance health equity*, National Academies Press, Washington, D.C., 2019, p. 95.
- 11 Patton, George C., et al., 'Our Future: A Lancet Commission on adolescent health and well-being', *Lancet*, vol. 387, no. 10036, 11 June 2016, pp. 2423–2478.
- 12 Nikki C., Miriam Hollarek and Lydia Krabbendam, 'Neurocognitive Development during Adolescence', ch. 3 in *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*, edited by Jennifer E. Lansford and Prerna Banati, Oxford University Press, Oxford, 2018, pp. 46–67; Orben, Amy, Livia Tomova and Sarah-Jayne Blakemore, 'The Effects of Social Deprivation on Adolescent Development and Mental Health', *Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 4, no. 8, 2020, pp. 634–640.
- 13 Abreu, Ana Paula, and Ursula B. Kaiser, 'Pubertal Development and Regulation', *Lancet Diabetes & Endocrinology*, vol. 4, no. 3, March 2016, pp. 254–264.
- 14 Hoyt, Lindsay T., et al., 'Timing of Puberty in Boys and Girls: Implications for population health', *SSM – Population Health*, vol. 10, 2020; Mendle, Jane, 'Why Puberty Matters for Psychopathology', *Child Development Perspectives*, vol. 8, no. 4, 2014, pp. 218–222; Mrug, Sylvie, et al., 'Early Puberty, Negative Peer Influence, and Problem Behaviors in Adolescent Girls', *Pediatrics*, vol. 133, no. 1, 2014, pp. 7–14.
- 15 Mendle, Jane, Rebecca M. Ryan and Kirsten M. P. McKone, 'Age at Menarche, Depression, and Antisocial Behavior in Adulthood', *Pediatrics*, vol. 141, no. 1, January 2018.
- 16 Barendse, Marjolein E. A., et al., 'Study Protocol: Transitions in Adolescent Girls (TAG)', *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, 4 February 2020; Pfeifer, Jennifer H. and Nicholas B. Allen, 'Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence', *Biological Psychiatry*, vol. 89, 15 January 2021, pp. 99–108.
- 17 Patton et al., 'Our Future'.
- 18 Lahousen, Theresa, Human Friedrich Unterrainer and Hans-Peter Kapfhammer, 'Psychobiology of Attachment and Trauma: Some general remarks from a clinical perspective', *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, no. 914, 12 December 2019; Waters, Everett, and E. Mark Cummings, 'A Secure Base From Which to Explore Close Relationships', *Child Development*, vol. 71, no. 1, 2000, pp. 164–172.
- 19 Ainsworth, Mary D. Salter, et al., *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*, classic ed., Psychology Press, New York, 2015; Bowlby, John, *Attachment and Loss: Volume 1 – attachment*, 2nd ed., Basic Books, New York, 1982; Marvin, Robert S., Preston A. Britner and Beth S. Russell, 'Normative Development: The ontogeny of attachment in childhood', ch. 13 in *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3rd ed., edited by Jude Cassidy and Phillip R. Shaver, Guilford Press, New York, 2016, pp. 273–290.

- 43 National Conference of State Legislatures, 'Adverse Childhood Experiences', <www.ncsl.org/research/health/adverse-childhood-experiences-aces.aspx>, accessed 31 July 2021; Felitti, Vincent J., et al., 'Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences study', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, no. 4, 1 May 1998, pp. 245–258.
- 44 Sacks, Vanessa, and David Murphy, 'The Prevalence of Adverse Childhood Experiences, Nationally, by State, and by Race or Ethnicity', *Child Trends*, 12 February 2018.
- 45 WHO, 'Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)'.
46 Center on the Developing Child, 'ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions'.
المصدر السابق. 47
- 48 Hughes, Karen, et al., 'The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis', *Lancet Public Health*, vol. 2, no. 8, August 2017, e356–e366.
- 49 Kieselbach, Berit, et al., 'Prevalence of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence and Associations with Mental Distress in Cambodia, Malawi and Nigeria: A cross-sectional study', *Child Abuse & Neglect*, vol. 111, 2021, p. 104807.
- 50 Save the Children, *Stop the War on Children: Protecting children in 21st century conflict*, Save the Children, London, 2019.

الفصل 3

- 1 National Academies of Sciences Engineering and Medicine, *Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A national agenda*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2019.
- 2 Ungar, Michael, 'Designing Resilience Research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promote and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth', *Child Abuse & Neglect*, vol. 96, 2019.
- 3 في إطار إعداد تقرير حالة أطفال العالم لعام 2021، درس الباحثون كلوديا بوتشويتز (Claudia Buchweitz)، وآرثر كاي (Arthur Caye)، وكريستيان كيلينغ (Christian Kieling) من الجامعة الفيدرالية في ريو غراندي دو سول في البرازيل (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) عوامل الخطر المتعلقة بالصحة العقلية على امتداد مراحل الحياة. وقد درسوا بيانات من ثلاث مصادر رئيسية: الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والتي تدعمها وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة؛ والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات من اليونيسف؛ والاستقصاء العالمي لصحة الطلاب في المدارس، والذي يتألف من بيانات يُبلغ عنها ذاتياً من المدارس حول الطلاب بسن 13-17 سنة. وتدعم الاستقصاء منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع اليونيسف، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة؛ وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ وبمساعدة فنية من مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة. وبما أن هذه الاستقصاءات لا تجمع بيانات محددة حول الصحة العقلية، فقد درس الباحثون الاستبيانات وقواعد البيانات والتعريفات المتنوعة المرتبطة بالاستقصاءات المذكورة
- 31 Gutman, Leslie Morrison, Heather Joshi and Ingrid Schoon, 'Developmental Trajectories of Conduct Problems and Cumulative Risk from Early Childhood to Adolescence', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 48, no. 2, 2019, pp. 181–198; Evans, Li and Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development'.
- 32 Berens, Anne E., Sarah K. G. Jensen and Charles A. Nelson III, 'Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications', *BMC Medicine*, vol. 15, no. 135, 2017; Hertzman, Clyde, and Tom Boyce, 'How Experience Gets Under the Skin to Create Gradients in Developmental Health', *Annual Review of Public Health*, vol. 31, 2010, pp. 329–347.
- 33 Hertzman, Clyde, 'Putting the Concept of Biological Embedding in Historical Perspective', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 109, no. 2, 16 October 2012, pp. 17160–17167; Evans, Li and Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development'.
- 34 Gunnar, Megan R., et al., 'Salivary Cortisol Levels in Children Adopted from Romanian Orphanages', *Development and Psychopathology*, vol. 13, no. 3, 2001, pp. 611–628.
- 35 Golm, Dennis, et al., 'Why Does Early Childhood Deprivation Increase the Risk for Depression and Anxiety in Adulthood? A developmental cascade model', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, no. 9, 2020, pp. 1043–1053; Sonuga-Barke, Edmund J. S., et al., 'Child-to-Adult Neurodevelopmental and Mental Health Trajectories After Early Life Deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study', *Lancet*, vol. 389, no. 10078, pp. 1539–1548.
- 36 National Scientific Council on the Developing Child, 'Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain', Working Paper 3, Center on the Developing Child, Harvard University, Cambridge, 2014.
- 37 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids*, p. 81.
- 38 National Scientific Council on the Developing Child, 'Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain'.
- 39 Shonkoff et al., 'The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress'.
- 40 McEwen, Bruce S., 'Central Effects of Stress Hormones in Health and Disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators', *European Journal of Pharmacology*, vol. 583, 2008, pp. 174–185.
- 41 World Health Organization, 'Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)', 28 January 2020, WHO, Geneva, 2020, <www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)>, accessed 12 August 2021.
- 42 Center on the Developing Child, Harvard University, 'ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions', <https://developingchild.harvard.edu/resources/aces-and-toxic-stress-frequently-asked-questions/>, accessed 31 July 2021.

- المصدر السابق. 15
- 16 Dadi et al., 'Global Burden of Antenatal Depression'; Stein, Alan, et al., 'Effects of Perinatal Mental Disorders on the Fetus and Child', *Lancet*, vol. 384, no. 9956, 2014, pp. 1800–1819.
- 17 Cameron, Emily E., Ivan D. Sedov and Lianne M. Tomfohr-Madsen, 'Prevalence of Paternal Depression in Pregnancy and the Postpartum: An updated meta-analysis', *Journal of Affective Disorders*, vol. 206, 2016, pp. 189–203.
- 18 Gibbs, Cassandra M., et al., 'The Impact of Early Age at First Childbirth on Maternal and Infant Health', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, no. 1, 2012, pp. 259–284; Karataşlı, Volkan, et al., 'Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy', *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, vol. 48, no. 5, May 2019, pp. 347–350.
- 19 Patton, George C., et al., 'Adolescence and the Next Generation', *Nature*, vol. 554, no. 7693, 22 February 2018, pp. 458–466.
- 20 UNICEF global databases, 2021.
- 21 Shankar, Priya, Rainjade Chung and Deborah A. Frank, 'Association of Food Insecurity with Children's Behavioral, Emotional, and Academic Outcomes: A systematic review', *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 38, no. 2, 2017, pp. 135–150.
- 22 UNICEF global databases, 2021.
- 23 Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', p. 94; World Health Organization, *The Nurturing Care Handbook*, vol. 5, <<https://nurturing-care.org/nurturing-care-handbook-monitor-progress>>, accessed 4 August 2021.
- 24 UNICEF global databases, 2021.
- 25 Fellmeth, Gracia, et al., 'Health Impacts of Parental Migration on Left-Behind Children and Adolescents: A systematic review and meta-analysis', *Lancet*, vol. 392, no. 10164, 2018, pp. 2567–2582.
- 26 Bergman, Ann-Sophie, Ulf Axberg and Elizabeth Hanson, 'When a Parent Dies: A systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers', *BMC Palliative Care*, vol. 16, no. 39, 2017.
- 27 Patton et al., 'Our Future'.
- 28 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids*, p. 165.
- 29 Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', p. 95; World Health Organization, 'Support for Mothers to Initiate and Establish Breastfeeding after Childbirth', <www.who.int/elena/titles/breastfeeding_support/en/>, accessed 4 August 2021.
- 30 Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', pp. 91–102.
- 31 UNICEF global databases, 2021.
- أعلاه واستخدموا ذلك في جمع قائمة من العوامل المحددة على مدى الحياة التي يمكن أن تكون مرتبطة بالصحة العقلية في الطفولة والمراهقة. وقد جرت دراسة البيانات والمعلومات لتحديد إمكانية إجراء تحليلات، وتم تضمين العوامل إذا كانت البيانات تتوفر لما لا يقل عن 10 بلدان. وكانت النتيجة مجموعة مختارة تتألف من أكثر من 50 عاملاً مقسمة إلى فترات ما قبل الولادة، والطفولة المبكرة، والطفولة والمراهقة. وبعد ذلك جرى استعراض سريع للمؤلفات العلمية التي تربط التعرض لكل من هذه العوامل بنتائج الصحة العقلية. واستخدمت طريقة بيكو (PICO scheme) في الاستعراض السريع، وركزت على التعرض لعوامل الخطر قبل بدء الاعتلال في الصحة العقلية. كما استخدم تقييم بطريقة (AMSTAR2) لتقييم جودة المؤلفات العلمية التي تم استعراضها. إضافة إلى ذلك، جرت مشاورات مع مجموعة خبراء لتضييق قائمة العوامل وتحديد أهميتها بأكثر أساسية للصحة العقلية، وذلك استناداً إلى منظور يشمل جميع مراحل الحياة. وبالمجمل، جمع الاستعراض السريع 2,237 عرضاً عاماً لأوراق علمية لفرزها؛ وجرى تقييم منهجي لـ 805 ورقة علمية بنصها الكامل، وتم تضمين 140 منها في النتائج النهائية. وتوفرت بيانات حول المؤشرات من 47 بلداً على الأقل (عنف العشير ضد النساء) و 147 بلداً كحد أقصى (انخفاض الوزن عند الولادة). وبلغ المتوسط 69 بلداً. تم جمع البيانات لنصف المؤشرات بعد عام 2015، وكان سنة 2014 هي السنة المتوسطة للمجموعة.
- 4 Kieselbach et al., 'Prevalence of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence'.
- 5 World Health Organization, United Nations Children's Fund and World Bank, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human capital*, WHO, Geneva, 2018, p. 12.
- 6 The Royal Foundation Centre for Early Childhood, *Big Changes Start Small*, The Royal Foundation, London, June 2021.
- 7 UNICEF global databases, 2021.
- 8 Mathewson, Karen J., et al., 'Mental Health of Extremely Low Birth Weight Survivors: A systematic review and meta-analysis', *Psychological Bulletin*, vol. 143, no. 4, 2017, pp. 347–383; Franz, Adelar Pedro, et al., 'Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis', *Pediatrics*, vol. 141, no. 1, January 2018, e20171645.
- 9 Orri, Massimiliano, et al., 'In-utero and Perinatal Influences on Suicide Risk: A systematic review and meta-analysis', *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no. 6, June 2019, pp. 477–492.
- 10 WHO, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
- 11 Britto, Pia R., et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', *Lancet*, vol. 389, no. 10064, January 2017, pp. 91–102; Patel et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
- 12 UNICEF global databases, 2021.
- 13 Wu, Guoyao, Beth Imhoff-Kunsch and Amy Webb Girard, 'Biological Mechanisms for Nutritional Regulation of Maternal Health and Fetal Development', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, no. 1, 2012, pp. 4–26.
- 14 Dadi, Abel Fekadu, et al., 'Global Burden of Antenatal Depression and Its Association with Adverse Birth Outcomes: An umbrella review', *BMC Public Health*, vol. 20, no. 173, 2020.

- المصدر السابق. 49
- المصدر السابق. 50
- المصدر السابق، صفحة 19. 51
- 52 Steinhäusen, Hans-Christoph, 'Recent International Trends in Psychotropic Medication Prescriptions for Children and Adolescents', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 24, no. 6, 2015, pp. 635–640.
- 53 Bachmann, Christian J., et al., 'Trends and Patterns of Antidepressant Use in Children and Adolescents from Five Western Countries, 2005–2012', *European Neuropsychopharmacology*, vol. 26, no. 3, March 2016, pp. 411–419; Barczyk, Zoe A., et al., 'Psychotropic Medication Prescription Rates and Trends for New Zealand Children and Adolescents 2008–2016', *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 30, no. 3, 2020, pp. 87–96.
- 54 Lopez-Leon, Sandra, et al., 'Psychotropic Medication in Children and Adolescents in the United States in the Year 2004 vs 2014', *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 26, no. 1, 2018, pp. 5–10.
- 55 Steinhäusen, 'Recent International Trends in Psychotropic Medication Prescriptions for Children and Adolescents'.
- 56 United Nations Committee on the Rights of the Child, Concluding Observations on the Combined Second to Fourth Periodic Reports of Switzerland, CRC/C/CHE/CO/2-4, United Nations, New York, 26 February 2015, p. 14.
- 57 Rapoport, Judith L., 'Pediatric Psychopharmacology: Too much or too little?', *World Psychiatry*, vol. 12, no. 2, June 2013, pp. 118–123;
- 58 Merten, Eva Charlotte, et al., 'Overdiagnosis of Mental Disorders in Children and Adolescents (in Developed Countries)', *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 11, no. 5, January 2017; Nezafat Maldonado, Behrouz, et al., 'A systematic review of tools used to screen and assess for externalising behaviour symptoms in low and middle income settings', *Global Mental Health*, vol. 6, no. 13, July 2019.
- 59 Ibid.; Ford-Jones, Polly Christine, 'Misdiagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 'Normal behaviour' and relative maturity', *Paediatrics & Child Health*, vol. 20, no. 4, May 2015, pp. 200–202.
- 60 WHO, *Social Determinants of Mental Health*, p. 8; Vásquez, Alberto, 'A Rights-based Approach to Disability in the Context of Mental Health', a discussion paper for the United Nations Children's Fund, UNICEF, New York, August 2020.
- 61 Frances, Allen, *Saving Normal*; United Nations Committee on the Rights of the Child, 'Concluding Observations on the Combined Second to Fourth Periodic Reports of Switzerland'.
- 62 Murphy, Susannah E., et al., 'The knowns and unknowns of SSRI treatment in young people with depression and anxiety: efficacy, predictors, and mechanisms of action', *Lancet Psychiatry*, vol. 8, no. 9, September 2021, pp. 824–835.
- 32 Shankar et al., 'Association of Food Insecurity with Children's Behavioral, Emotional, and Academic Outcomes'.
- 33 Li, Chihua, and LH Lumey, 'Exposure to the Chinese Famine of 1959-61 in Early Life and Long-Term Health Conditions: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Epidemiology*, vol. 46, no. 4, 2017, pp. 1157–1170.
- 34 UNICEF global databases, 2021; for definitions see: United Nations Children's Fund, 'Malnutrition', <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>>, accessed 20 August 2021.
- 35 UNICEF global databases, 2021.
- 36 Guthold, Regina, et al., 'Global Trends in Insufficient Physical Activity Among Adolescents: A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 1, 2020, pp. 23–25; UNICEF, 'Malnutrition'.
- 37 UNICEF global databases, 2021.
- 38 Orchard, Faith, et al., 'Self-reported Sleep Patterns and Quality amongst Adolescents: Cross-sectional and prospective associations with anxiety and depression', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, no. 10, October 2020, pp. 1126–1137.
- 39 Owens, Judith, Adolescent Sleep Working Group Committee on Adolescence, 'Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An update on causes and consequences', *Pediatrics*, vol. 134, no. 3, 2014, e921–e932.
- 40 Galván, Adriana, 'The Need for Sleep in the Adolescent Brain', *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 24, no. 1, January 2020, pp. 79–89.
- 41 Short, Michelle A., et al., 'The Relationship between Sleep Duration and Mood in Adolescents: A systematic review and meta-analysis', *Sleep Medicine Reviews*, vol. 52, August 2020.
- 42 Winsler, Adam, et al., 'Sleepless in Fairfax: The difference one more hour of sleep can make for teen hopelessness, suicidal ideation, and substance use', *Journal of Youth Adolescence*, vol. 44, no. 2, 2015, pp. 362–378.
- 43 Nurturing Care for Early Childhood Development, 'What is the Nurturing Care Framework for ECD?', <<https://nurturing-care.org/about/what-is-the-nurturing-care-framework/>>, accessed 4 August 2021.
- 44 WHO, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
- 45 Black, Maureen M., et al., 'The Principles of Nurturing Care Promote Human Capital and Mitigate Adversities from Preconception through Adolescence', *BMJ Global Health*, vol. 6, no. 5, April 2021, e004436.
- 46 Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development'.
- 47 Gertler, Paul, et al., 'Labor Market Returns to an Early Childhood Stimulation Intervention in Jamaica', *Science*, vol. 344, no. 6187, 30 May 2014, pp. 998–1001.
- 48 United Nations Children's Fund, *Programming Guidance for Parenting of Adolescents*, UNICEF, New York, February 2021, p. 12.

- 83 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant Health Kids*, p. 498.
- 84 Barry, et al., 'Promoting Social and Emotional Well-being in Schools'. المصدر السابق. 85
- 86 Williams, Ian, et al., 'The Effectiveness, Feasibility and Scalability of the School Platform in Adolescent Mental Healthcare', *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 33, no. 4, July 2020, pp. 391-396.
- 87 Yule, Kristen, Jessica Houston and John Grynch, 'Resilience in Children Exposed to Violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts', *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 22, no. 3, 2019, pp. 406-431.
- 88 Sawyer, Susan M., and George C. Patton, 'Health and Well-being in Adolescence: A dynamic profile', ch. 2 in *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*, pp. 27-45.
- 89 Moore, Sophie E., et al., 'Consequences of Bullying Victimization in Childhood and Adolescence: A systematic review and meta-analysis', *World Journal of Psychiatry*, vol. 7, no. 1, 22 March 2017.
- 90 Chatzitheochari, Stella, Samantha Parsons and Lucinda Platt, 'Doubly Disadvantaged? Bullying experiences among disabled children and young people in England', *Sociology*, vol. 50, no. 4, 2016, pp. 695-713.
- 91 UNICEF global databases, 2021.
- 92 Andrews, Jack L., Luc Foulkes and Sarah-Jayne Blakemore, 'Peer Influence in Adolescence: Public health implications for COVID-19', *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 24, no. 8, August 2020, pp. 585-597.
- 93 Narr, Rachel K., et al., 'Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability as Differential Predictors of Adult Mental Health', *Child Development*, vol. 90, no. 1, January 2019, pp. 298-313; Van Harmelen, Anne-Laura, et al., 'Adolescent Friendships Predict Later Resilient Functioning across Psychosocial Domains in a Healthy Community Cohort', *Psychological Medicine*, vol. 47, no. 13, 2017, pp. 2312-2322.
- 94 Narr et al., 'Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability'.
- 95 Van Harmelen et al, 'Adolescent Friendships Predict Later Resilient Functioning'.
- 96 Hillis, Susan, et al., 'Global Prevalence of Past-Year Violence against Children: A systematic review and minimum estimates', *Pediatrics*, vol 137, no. 3, 2016, E2015407; Kim, Jungmeen and Dante Chicchetti, 'Longitudinal Pathways Linking Child Maltreatment, Emotion Regulation, Peer Relations, and Psychopathology', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 51, no. 6, 2010, pp. 706-716.
- 97 Guedes, Alessandra, et al., 'Bridging the Gaps: A global review of intersections of violence against women and violence against children', *Global Health Action*, vol. 9, no. 1, 2016.
- 63 WHO, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
- 64 UNICEF global databases, 2021.
- 65 UNESCO Institute for Statistics, 'Number of Out-of-School Adolescents and Youth of Secondary School Age', <<http://data.uis.unesco.org/#>>, accessed 4 August 2021.
- 66 UNICEF global databases, 2021.
- 67 International Labour Organization, *Global Employment Trends for Youth 2020: Technology and the future of jobs*, ILO, Geneva, 2020, p. 13.
- 68 المصدر السابق.
- 69 المصدر السابق، ص. 13-14.
- 70 Epstein, Sophie, et al., 'School Absenteeism as a Risk Factor for Self-harm and Suicidal Ideation in Children and Adolescents: A systematic review and meta-analysis', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, no. 9, 2020, pp. 1175-1194; Esch, Pascale, et al., 'The Downward Spiral of Mental Disorders and Educational Attainment: A systematic review on early school leaving', *BMC Psychiatry*, vol. 14, no. 37, 2014, p. 237; Townsend, Loraine, Alan J. Flisher, and Gary King, 'A Systematic Review of the Relationship between High School Dropout and Substance Use', *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 10, no. 4, December 2007, pp. 295-317.
- 71 Esch, et al., 'The Downward Spiral of Mental Disorders and Educational Attainment'.
- 72 Patton, et al., 'Our Future'.
- 73 Benjet, Corina, et al., 'Youth who Neither Study nor Work: Mental health, education and employment', *Salud Publica Mexico*, vol. 34, no. 4, 2012, pp. 410-417; Baggio, Stephanie, et al., 'Not in Education, Employment, or Training Status among Young Swiss Men: Longitudinal associations with mental health and substance use', *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, no. 2, February 2015, pp. 238-243.
- 74 Barry, Margaret M., Aleisha Mary Clarke and Katherine Dowling, 'Promoting Social and Emotional Well-Being in Schools', *Health Education*, vol. 117; no. 5, 2017, pp. 434-451.
- 75 Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development'.
- 76 United Nations Children's Fund, *A World Ready to Learn: Prioritizing quality early childhood education*, UNICEF, New York, April 2019.
- 77 Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development'.
- 78 United Nations Children's Fund, *Global Framework on Transferable Skills*, UNICEF, New York, November 2019, p. 6.
- 79 المصدر السابق.
- 80 Barry, Clarke and Dowling, 'Promoting Social and Emotional Well-being in Schools'. المصدر السابق. 81
- 82 المصدر السابق.

- 11 Jensen, Sarah K.G., Anne E Berens and Charles A. Nelson 3rd, 'Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 1, no. 3, 2017, pp. 225–239.
- 12 المصدر السابق.
- 13 Bagner, Daniel M., et al., 'The Effect of Parenting Stress on Child Behavior Problems in High-Risk Children with Prenatal Drug Exposure', *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 40, no. 1, March 2009, pp. 73–84.
- 14 MacMillan, Harriet L., et al., 'Child Physical and Sexual Abuse in a Community Sample of Young Adults: نتائج من Ontario Child Health Study', *Child Abuse & Neglect*, vol. 37, no. 1, January 2013, pp. 14–21;
- Walsh, David, et al., 'Relationship Between Childhood Socioeconomic Position and Adverse Childhood Experiences (ACEs): A systematic review', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 73, no. 12, 2019, pp. 1087–1093.
- 15 Evans, Gary W., and Pilyoung Kim, 'Childhood Poverty and Young Adults' Allostatic Load: The mediating role of childhood cumulative risk exposure', *Psychological Science*, vol. 39, no. 9, 2012, pp. 979–983.
- 16 Wickham, Sophie, et al., 'The Effect of a Transition into Poverty on Child and Maternal Mental Health: A longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study', *Lancet Public Health*, vol. 2, no. 3, March 2017, e141–e148.
- 17 Pryor, Laura, et al., 'Trajectories of Family Poverty and Children's Mental Health: Results from the Danish National Birth Cohort', *Social Science & Medicine*, vol. 220, January 2019, pp. 371–378..
- 18 McEwen, Craig A., and Bruce S. McEwen, 'Social Structure, Adversity, Toxic Stress, and Intergenerational Poverty: An early childhood model', *Annual Review of Sociology*, vol. 43, 2017, pp. 445–472; Palacios-Barrios, Ester E., and Jamie L. Hanson, 'Poverty and Self-regulation: Connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risk for psychopathology', *Comprehensive Psychiatry*, vol. 90, 2019, pp. 52–64; Haft, Stephanie L., and Fumiko Hoeft, 'Poverty's Impact on Children's Executive Functions: Global considerations', *New Directions for Child and Adolescent Development*, vol. 158, 2017, pp. 69–79.
- 19 Haushofer, Johannes, and Ernst Fehr, 'On the Psychology of Poverty', *Science*, vol. 344, no. 6186, 23 May 2014, pp. 862–867.
- 20 Ray, Debraj, 'Aspirations, Poverty, and Economic Change', ch. 28 in *Understanding Poverty*, edited by Abhijit Vinayak Banerjee, Roland Bénabou and Dilip Mookherjee, Oxford University Press, Oxford, 2006; Dalton, Patricio S., Sayantan Ghosal and Anandi Mani, 'Poverty and Aspirations Failure', *Economic Journal*, vol. 126, no. 590, February 2016, pp. 165–188.
- 21 Gardiner, Drew, and Micheline Goedhuys, 'Youth Aspirations and the Future of Work: A Review of the literature and evidence', Working Paper 8, International Labour Organization, Geneva, 14 September 2020.
- 22 Young Lives, 'About Us', <www.younglives.org.uk/content/about-us>, accessed 5 August 2021; Favara, Marta, 'Do Dreams Come True? Aspirations and educational attainments of Ethiopian boys and girls', 98 Ayers, Susan, et al., 'Perinatal Mental Health and Risk of Child Maltreatment: A systematic review and meta-analysis', *Child Abuse & Neglect*, vol. 98, 104172.
- 99 Bacchus, Loraine J., et al., 'Exploring Opportunities for Coordinated Responses to Intimate Partner Violence and Child Maltreatment in Low and Middle Income Countries: A scoping review', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 135–165.
- 100 World Health Organization, *Technical Report: WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment*, WHO, Geneva, 16 September 2019; World Health Organization, *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual violence: A manual for health managers*, WHO, Geneva, 2017.

الفصل 4

- 1 Silwal, Ani Rudra, et al., *Global Estimate of Children in Monetary Poverty: An update*, Poverty and Equity discussion paper, World Bank Group, Washington, D.C., October 2020.
- 2 المصدر السابق. ملاحظة: تقديرات الفقر تعود إلى عام 2017.
- 3 International Labour Organization, and United Nations Children's Fund, *Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3 – ILO-UNICEF Joint Report on Social Protection for Children*, ILO and UNICEF, Geneva and New York, 2019, p. 7.
- 4 Oxford Poverty and Human Development Initiative, and United Nations Development Programme, *Global Multidimensional Poverty Index 2020: Charting pathways out of multidimensional poverty – Achieving the SDGs*, OPHI and UNDP, Oxford and New York, 2020, p. 3.
- 5 Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals', *Lancet Psychiatry*, vol. 5, no. 4, April 2018, pp. 357–369; Ridley, Matthew, et al., 'Poverty, Depression, and Anxiety: Causal evidence and mechanisms', *Science*, vol. 370, no. 6522, December 2020.
- 6 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2019, p. 67.
- 7 Lund, Crick, et al., 'Poverty and Mental Disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries', *Lancet*, vol. 378, no. 9801, 2011, pp. 1502–1514.
- 8 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*.
- 9 Patel, 'Mental Health: In the spotlight but a long way to go'; Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals'.
- 10 Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals'; CHANCES-6, 'Research activities: Where, why, and how', London School of Economics and Political Science, <www.lse.ac.uk/cpec/chances-6/research>, accessed 5 August 2021.

- between immigration background, socioeconomic status and gender', *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, no. 6, 2020, S12–S20; Trygg, Nadja Fagrell, Per E. Gustafsson and Anna Månsdotter, 'Languishing in the Crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health,' *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 1–13.
- 34 Hawkes et al., 'The Lancet Commission on Gender and Global Health.'
- 35 Heise et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'; Levy, Jessica K., et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms for the Health and Wellbeing of Children, Adolescents, and Young Adults: A systematic review,' *Lancet Global Health*, vol. 8, no. 2, 2020, e225–e236.
- 36 Levy et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms.'
- 37 Darmstadt, Gary L., et al., 'Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health?,' *Lancet*, vol. 393, no. 10189, 2019, pp. 2374–2377.
- 38 Darmstadt et al., 'Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health?,' United Nations Children's Fund, *Technical Note on Gender Norms*, UNICEF, New York, 2020; Heise et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms.'
- 39 UNICEF global databases, 2021.
- 40 UNICEF global databases, 2021.
- 41 Sawyer, Susan M., et al., 'Adolescence: A foundation for future health,' *Lancet*, vol. 379, no. 9826, 28 April 2012, pp. 1630–1640.
- 42 United Nations Children's Fund, 'Adolescent Health: A focus on non-communicable diseases,' <<https://data.unicef.org/resources/adolescent-health-dashboard-regional-profiles/>>, accessed 5 August 2021.
- 43 Kempker, Samantha M., Adam T. Schmidt and Erin M. Espinosa, 'Understanding the Influence of Mental Health Diagnosis and Gender on Placement Decisions for Justice-involved Youth,' *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, no. 7, 2017, pp. 1562–1581.
- 44 Patel, Vikram, 'Reducing the Burden of Depression in Youth: What are the implications of neuroscience and genetics on policies and programs?,' *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, no. 2, supplement 2, 1 February 2013, S36–S38.
- 45 Campbell, Olympia L.K., David Bann and Praveetha Patalay, 'The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries,' *SSM – Population Health*, vol. 13, no. 100742, March 2021.
- 46 Sue, Derald Wing, et al., 'Racial Microaggressions in Everyday life: Implications for clinical practice,' *American Psychologist*, vol. 62, no. 4, 2007, pp. 271–286; Paradies, Yin, 'Racism and Indigenous Health,' in *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, September 2018, <<https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-86>>, accessed 5 August 2021.
- Journal of African Economies*, vol. 26, no. 5, November 2017, pp. 561–583.
- 23 Venkataramani, Atheendar S., et al., 'College Affirmative Action Bans and Smoking and Alcohol Use among Underrepresented Minority Adolescents in the United States: A difference-in-differences study,' *PLOS Medicine*, vol. 16, no. 6, 2019, e1002821.
- 24 Venkataramani, Atheendar S., et al., 'Health Consequences of the US Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA) Immigration Programme: A quasi-experimental study,' *Lancet Public Health*, vol. 2, no. 4, 1 April 2017, E175–E181.
- 25 Patel, Vikram, et al., 'Income Inequality and Depression: A systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms,' *World Psychiatry*, vol. 17, no. 1, February 2018, pp. 76–89; Ribeiro, Wagner Silva, et al., 'Income Inequality and Mental Illness-Related Morbidity and Resilience: A systematic review and meta-analysis,' *Lancet Psychiatry*, vol. 4, no. 7, July 2014, pp. 554–562.
- 26 Patel et al., 'Income Inequality and Depression.'
- 27 Haushofer, Johannes, and Jeremy Shapiro, 'The Short-Term Impact of Unconditional Cash Transfers to the Poor: Experimental evidence from Kenya,' *Quarterly Journal of Economics*, vol. 131, no. 4, November 2016, pp. 1973–2042; The Lancet Child & Adolescent Health, 'Tackling the Multidimensionality of Child Poverty,' *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 3, no. 4, April 2019, p. 199; Millán, Teresa Molina, et al., 'Long-Term Impacts of Conditional Cash Transfers: Review of the evidence,' *World Bank Research Observer*, vol. 34, no. 1, February 2019, pp. 119–159; Owusu-Addo, Ebenezer, Andre M.N. Renzaho and Ben J. Smith, 'The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health and Health Inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review,' *Health Policy and Planning*, vol. 33, no. 5, 2018, pp. 675–696.
- 28 Pereira, Audrey, 'Cash Transfers Improve the Mental Health and Well-Being of Youth: Evidence from the Kenyan cash transfer for orphans and vulnerable children,' Innocenti Research Brief, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2016.
- 29 Betancourt, Theresa S., et al., 'Promoting Parent-Child Relationships and Preventing Violence via Home-Visiting: A pre-post cluster randomised trial among Rwandan families linked to social protection programmes,' *BMC Public Health*, vol. 20, no. 621, May 2020.
- 30 المصدر السابق.
- 31 Hawkes, Sarah, et al., 'The Lancet Commission on Gender and Global Health,' *Lancet*, vol. 396, no. 10250, 2020, pp. 521–522; Heise, Lori, et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the challenges to health,' *Lancet*, vol. 393, no. 10189, 2019, pp. 2440–2454.
- 32 Assari, Shervin, et al., 'Racial Discrimination during Adolescence Predicts Mental Health Deterioration in Adulthood: Gender differences among Blacks,' *Frontiers in Public Health*, vol. 5, 29 May 2017.
- 33 Kern, Matthias Robert, et al., 'Intersectionality and Adolescent Mental Well-Being: A cross-nationally comparative analysis of the interplay

- 57 Vásquez, 'A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health'.
- 58 Kennedy, Elissa, et al., 'Gender Inequalities in Health and Wellbeing Across the First Two Decades of Life: An analysis of 40 low-income and middle-income countries in the Asia-Pacific region', *Lancet Global Health*, vol. 8, no. 12, 2020, e1473–e1488; Greene, Margaret E., and George Patton, 'Adolescence and Gender Equality in Health', *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, no. 1, 2020, S1–S2.
- 59 Amos, Rebekah, et al., 'Mental Health, Social Adversity, and Health-related Outcomes in Sexual Minority Adolescents: A contemporary national cohort study', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 1, 2020, pp. 36–45.
- 60 Plöderl, Martin, and Pierre Tremblay, 'Mental Health of Sexual Minorities. A systematic review', *International Review of Psychiatry*, vol. 27, no. 5, 2015, pp. 367–385.
- 61 Russell, Stephen T., and Jessica N. Fish, 'Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) youth', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, 2016, pp. 465–487.
- 62 Hall, William J., 'Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A systematic review', *Journal of Homosexuality*, vol. 65, no. 3, 2018, pp. 263–316.
- 63 Toomey, Russell B., and Stephen T. Russell, 'The Role of Sexual Orientation in School-Based Victimization: A meta-analysis', *Youth & Society*, vol. 48, no. 2, 2016, pp. 176–201.
- 64 Chew, Denise, et al., 'Youths with a Non-binary Gender Identity: A review of their sociodemographic and clinical profile', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 4, 2020, pp. 322–330.
- 65 Paradies, Yin, 'Racism and Indigenous Health'.
- 66 Williams, Ashlea D., Terryann C. Clark and Sonia Lewycka, 'The Associations Between Cultural Identity and Mental Health Outcomes for Indigenous Māori Youth in New Zealand', *Frontiers in Public Health*, vol. 6, no. 6, 2018.
- 67 Macedo, David M., et al., 'Effects of Racism on the Socio-emotional Wellbeing of Aboriginal Australian Children', *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 1–10.
- 68 Omma, Lotta, and Solveig Petersen, 'Health-Related Quality of Life in Indigenous Sami Schoolchildren in Sweden', *Acta Paediatrica*, vol. 104, no. 1, 2015, pp. 75–83.
- 69 Pollock, Nathaniel J., et al., 'Global Incidence of Suicide among Indigenous Peoples: A systematic review', *BMC Medicine*, vol. 16, no. 1, 2018, pp. 1–17.
- 70 Levy et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'.
- 71 Kirmayer, Laurence J., et al., 'Toward an Ecology of Stories: Indigenous perspectives on resilience', ch. 31 in *The Social Ecology of Resilience*, edited by Michael Ungar, Springer, New York, 2012, pp. 399–414;
- 47 Williams, David R., Jourdyn A. Lawrence and Brigette A. Davis, 'Racism and Health: Evidence and Needed Research', *Annual Review of Public Health*, vol. 40, no. 1, April 2019, pp. 105–125.
- 48 Trent, Maria, Danielle G. Dooley and Jacqueline Dougé, 'The Impact of Racism on Child and Adolescent Health', *Pediatrics*, vol. 144, no. 2, August 2019, e20191765; Heard-Garris, Nia J., et al., 'Transmitting Trauma: A systematic review of vicarious racism and child health', *Social Science & Medicine*, vol. 199, 2018, pp. 230–240; Priest, Naomi, et al., 'A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People', *Social Science & Medicine*, vol. 95, 2013, pp. 115–127.
- 49 Priest et al., 'A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People'; Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'; Cave, Leah, et al., 'Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies: A systematic review', *Social Science & Medicine*, vol. 250, April 2020, 112864; Levy, Dorainne J., et al., 'Psychological and Biological Responses to Race-Based Social Stress as Pathways to Disparities in Educational Outcomes', *American Psychologist*, vol. 71, no. 6, 2016, pp. 455–473; Priest, Naomi, 'Racial Discrimination and Socioemotional and Sleep Problems in a Cross-Sectional Survey of Australian School Students', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 105, no. 11, 2020, pp. 1079–1085.
- 50 Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'.
- 51 Krill Williston, Sarah, Jennifer H. Martinez and Tahira Abdullah, 'Mental Health Stigma among People of Color: An examination of the impact of racial discrimination', *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 65, no. 6, September 2019, pp. 458–467.
- 52 Gee, Gilbert C., Katrina M. Walsemann and Elizabeth Brondolo, 'A Life Course Perspective on How Racism May Be Related to Health Inequities', *American Journal of Public Health*, vol. 102, no. 5, 2012, pp. 967–974; Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'.
- 53 Cave et al., 'Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies'.
- 54 Trent, Dooley and Dougé, 'The Impact of Racism on Child and Adolescent Health'; Berger, Maximus, and Zoltán Sarnyai, '“More than Skin Deep”: Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination', *Stress*, vol. 18, no. 1, 2015, pp. 1–10.
- 55 Fadus, Matthew C, et al., 'Unconscious Bias and the Diagnosis of Disruptive Behavior Disorders and ADHD in African American and Hispanic Youth', *Academic Psychiatry*, vol. 44, no.1, 2020, pp. 95–102; Baglivio, Michael T., et al., 'Racial/Ethnic Disproportionality in Psychiatric Diagnoses and Treatment in a Sample of Serious Juvenile Offenders', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, no. 7, 2017, pp. 1424–1451.
- 56 The Lancet Child & Adolescent Health, 'Action Against Racism: The path to better child health outcomes', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 8, 3 July 2020.

- New York, 3 March 2021, <www.unicef.org/press-releases/least-1-7-children-and-young-people-has-lived-under-stay-home-policies-most-last>, accessed 6 August 2021.
- 86 United Nations Children's Fund, 'COVID-19 and Children: UNICEF data hub', UNICEF, New York, March 2020, <<https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>>, accessed 6 August 2021.
- 87 United Nations Children's Fund, '40 per cent of Children in Eastern and Southern Africa are Not in School', Press release, UNICEF, New York, 27 July 2021, <<https://www.unicef.org/press-releases/40-cent-children-eastern-and-southern-africa-are-not-school>>, accessed 22 August 2021.
- 88 World Health Organization, 'COVID-19 Disrupting Mental Health in Most Countries, WHO Survey', Press release, WHO, Geneva, 5 October 2020, <www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>, accessed 6 August 2021.
- 89 Fenz, Katharina, and Kristopher Hamel, 'Future Development: More than half of the world's poor are children', Brookings, Washington, D.C., 20 June 2019, <www.brookings.edu/blog/future-development/2019/06/20/more-than-half-of-the-worlds-poor-are-children/#:~:text=However%2C%20the%20good%20news%20is,today%20to%20some%20233%20million>, accessed 6 August 2021; Silwal et al., *Global Estimate of Children in Monetary Poverty*.
- 90 United Nations Children's Fund, 'Children in Monetary Poor Households and COVID-19: Technical note', UNICEF, New York, November 2020, <<https://data.unicef.org/resources/children-in-monetary-poor-households-and-covid-19/>>, accessed 6 August 2021.
- 91 United Nations Children's Fund, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, New York, March 2021.
- 92 Osendarp, Saskia, et al., 'The Potential Impacts of the COVID-19 Crisis on Maternal and Child Undernutrition in Low and Middle Income Countries', *Research Square*, in review, 11 December 2020.
- 93 Hillis, Susan D., et al., 'Global Minimum Estimates of Children Affected by COVID-19-associated Orphanhood and Deaths of Caregivers: A modelling study', *The Lancet*, vol. 398, no. 10298, pp. 391–402.
- 94 Moyas, Andrés, et al., 'The COVID-19 Pandemic and Maternal Mental Health in a Fragile and Conflict-affected Setting in Tumaco, Colombia: a cohort study', *The Lancet Global Health*, vol. 9, , August 2021, e1,068–1,076.
- 95 Haddad, Nadine and Eamonn Hanson and Phiona Naserian Koyiet, *The Silent Pandemic: The Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and psychosocial wellbeing of children in conflict-affected countries*, War Child Holland and World Vision, Amsterdam and London, April 2021.
- 96 Else, Holly, 'COVID in Papers: A torrent of science', *Nature*, vol. 588, December 2020, p. 533.
- 97 Zhou, Shuang-Jiang, et al. 'Prevalence and Socio-Demographic Correlates of Psychological Health Problems in Chinese Adolescents during the Outbreak of COVID-19', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol 29, no.6, 2020, pp. 749–758.
- Chandler, Michael J., and Christopher Lalonde, 'Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk among Canada's First Nations', ch. 10 in *Healing Traditions: The mental health of aboriginal peoples in Canada*, edited by Laurence J. Kirmayer and Gail Guthrie Valaskakis, University of British Columbia Press, Vancouver, 2008, pp. 221–248.
- 72 Kaushik, Anya, et al., 'The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review', *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, pp. 469–294.
- 73 Cénat, Jude Mary, 'How to Provide Anti-Racist Mental Health Care', *Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 11, 2020, pp. 929–931.
- 74 United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Global Humanitarian Overview 2021*, OCHA, Geneva, 4 December 2020, p. 8.
- 75 Save the Children, *Stop the War on Children: 2020 – Gender matters*, Save the Children, London, 2019.
- 76 Betancourt, Theresa S., 'The International Effect of War', *JAMA Psychiatry*, vol. 72, no.3, March 2015, pp. 199–200.
- 77 Vossoughi, Nadia, et al., 'Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A review', *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 19, no. 4, 2018, pp. 528–542, in Augustinavicius and Tol, 'Mental Health and Well-being in Humanitarian and Fragile Settings', p. 11.
- 78 Furr, Jamie M., et al., 'Disasters and Youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 78, no. 6, December 2010, pp. 765–780; Masten, Ann S., and Narayan Angela J., 'Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism: Pathways of risk and resilience', *Annual Review of Psychology*, vol. 64, 2012, pp. 227–257.
- 79 Masten and Narayan, 'Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism'.
- 80 Slone, Michelle, and Shiri Mann, 'Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A systematic review', *Child Psychiatry and Humanitarian Development*, vol. 47, no. 6, December 2016, pp. 950–965.
- 81 Save the Children, *Stop the War on Children: Protecting children in 21st century conflict*.
- 82 جرت مقابلة الشاب في آب/أغسطس 2019 في بلدة أوصنا في إقليم القوميات والشعوب الجنوبية في إثيوبيا. Hovil, Lucy, et al., *Reimagining Migration Responses: Learning from children and young people who move in the Horn of Africa*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2021, p. 37.
- 83 United Nations Population Division, 'International Migrant Stock', <<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>>, accessed 6 July 2021.
- 84 Hovil et al., *Reimagining Migration Responses*, p. 5.
- 85 United Nations Children's Fund, 'At Least 1 in 7 Children and Young People has Lived under Stay-at-Home Policies for Most of the Last Year, Putting Mental Health and Well-Being at Risk', Press release, UNICEF,

- and *Social Networking*, vol. 19, no. 11, November 2021, pp. 638–648;
- Huang, Chiungjung, 'Time Spent on Social Network Sites and Psychological Well-being: A meta-analysis', *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 20, no. 6, June 2017, pp. 346–354; Keles, Betul, Niall McCrae and Annmarie Grealish, 'A Systematic Review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents', *International Journal of Adolescence and Youth*, vol. 25, no. 1, 2020, pp. 79–83; McCrae, Niall, Sheryl Gettings and Edward Purssell, 'Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A systematic review', *Adolescent Research Review*, vol. 2, no. 4, March 2017, pp. 315–330; Seabrook, Elizabeth M., Margaret L. Kern and Kikki S. Rickard, 'Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A systematic review', *JMIR Mental Health*, vol. 3, no. 4, 2016.
- 108 Odgers and Jensen, 'Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age'.
- 109 Jenzen, Olu, and Irmi Karl, 'Make, Share, Care: Social media and LGBTQ youth engagement', *Ada: A Journal of Gender, New Media & Technology*, no. 5, 2014, p. 4; Seabrook, Kern and Rickard, 'Social Networking Sites, Depression, and Anxiety'.
- 110 Stiglic, Neza, and Russell M. Viner, 'Effects of Screen time on the Health and Well-Being of Children and Adolescents: A systematic review of reviews', *BMJ Open*, vol. 9, no. 1, 2 January 2019, e023191.
- 111 Livingstone, Sonia, and Monica Bulger, 'A Global Agenda for Children's Rights in the Digital Age: Recommendations for developing UNICEF's research strategy', London School of Economics and Political Science and UNICEF Office of Research – Innocenti, London and Florence, 2013, p. 4.
- 112 Livingstone, Sonia, 'New 'screen time' rules from the American Academy of Pediatrics', London School of Economics, London, 21 October 2016, <<https://blogs.lse.ac.uk/parenting4digitalfuture/2016/10/21/new-screen-time-rules-from-the-american-academy-of-pediatrics/>>, accessed 6 August 2021.
- 113 United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*, UNICEF, New York, 2017.
- 114 Popper, Nathaniel, 'Panicking About Your Kids' Phones? New research says don't', *New York Times*, New York, 17 January 2020, <www.nytimes.com/2020/01/17/technology/kids-smartphones-depression.html>, accessed 6 August 2021.
- 115 Naslund, John A., et al., 'Digital Innovations for Global Mental Health: Opportunities for data science, task sharing, and early intervention', *Current Treatment Options in Psychiatry*, vol. 6, no. 4, 2019, pp. 337–351.
- 116 Naslund, John A., et al., 'Digital Technology for Treating and Preventing Mental Disorders in Low-Income and Middle-Income Countries: A narrative review of the literature', *Lancet Psychiatry*, vol. 4, no. 6, 2017, pp. 486–500; Patel et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
- 98 UNICEF Office of Research – Innocenti, *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, UNICEF Office of Research, Florence, forthcoming 2021.
- 99 Tang, Suqin, et al., 'Mental Health and its Correlates among Children and Adolescents during COVID-19 School Closure: The importance of parent-child discussion', *Journal of Affective Disorders*, vol. 279, 2021, pp. 353–360.
- 100 Cusinato, Maria, et al., 'Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 8297, 2020.
- 101 Office of Research – Innocenti, *Life in Lockdown*.
- 102 Racine, Nadine, et al., 'Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis', *JAMA Pediatrics*, 9 August 2021, <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796>>, accessed 22 August 2021.
- 103 Aknin, Lara, Jamil Zaki and Elizabeth Dunn, 'The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected', *The Atlantic*, 4 July 2021, <www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/>, accessed 22 August 2021.
- 104 United Nations Children's Fund, *COVID-19: Are children able to continue learning during school closures? A global analysis of the potential reach of remote learning policies using data from 100 countries*, UNICEF, New York, 2020, <<https://data.unicef.org/resources/remote-learning-reachability-factsheet/>>, accessed 6 August 2021.
- 105 Amaro, Diogo, et al., 'COVID-19 and Education: The digital gender divide among adolescents in sub-Saharan Africa', UNICEF Connect: Evidence for action, New York, 4 August 2020, <<https://blogs.unicef.org/evidence-for-action/covid-19-and-education-the-digital-gender-divide-among-adolescents-in-sub-saharan-africa/>>, accessed 6 August 2021.
- 106 United Nations Children's Fund and International Telecommunication Union, 'How Many Children and Young People have Internet Access at Home?: Estimating digital connectivity during the COVID-19 pandemic', UNICEF, New York, 2020.
- 107 Orben, Amy, Tobias Dienlin and Andrew K. Przybylski, 'Social Media's Enduring Effect on Adolescent Life Satisfaction', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 116, no. 21, 21 May 2019, pp. 10226–10228; Kreski, Noah, et al., 'Social Media Use and Depressive Symptoms Among United States Adolescents', *Journal of Adolescent Health*, vol. 68, no. 3, March 2021, pp. 572–579; Odgers, Candice L., and Michaeline R. Jensen, 'Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, no. 3, 2020, pp. 336–348; Baker, David A., and Guillermo Pareez Algorta, 'The Relationship between Online Social Networking and Depression: A systematic review of quantitative studies', *Cyberpsychology, Behavior,*

- Adolescence with Psychopathology at the Transition to Adulthood', *JAMA Network Open*, vol. 4, no. 4, April 2021, e217508.
- 127 United Nations Children's Fund, 'The Necessity of Urban Green Space for Children's Optimal Development', Discussion Paper, UNICEF, New York, 2021.
- 128 Masten, Ann S., 'Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, present, and promise', *Journal of Family Theory & Review*, vol. 10, March 2018, pp. 12–31.
- المصدر السابق. 129
- 130 Ungar, Michael, and Linda Theron, 'Resilience and Mental Health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes', *Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 5, May 2020, pp. 441–448.
- 131 Garrett, Paul Michael, 'Questioning Tales of 'Ordinary Magic': 'Resilience' and neo-liberal reasoning', *British Journal of Social Work*, vol. 46, no. 7, 2016, pp. 1909–1925; Harrison, Elizabeth, 'Bouncing back? Recession, resilience and everyday lives', *Critical Social Policy*, vol. 33, no. 1, 21 March, 2013, pp. 97–113.
- 132 Ungar, Michael, 'Designing Resilience Research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promote and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth', *Child Abuse & Neglect*, vol. 96, 2019, 104098s.
- 133 Marsten, Ann S., 'Resilience From a Developmental Systems Perspective', *World Psychiatry*, vol. 18, no. 1, February 2019, pp. 101–102.
- المصدر السابق. 134
- 135 Ungar, Michael, et al., 'Unique Pathways to Resilience across Cultures', *Adolescence*, vol. 42, no. 166, 2007, pp. 287–310.
- المصدر السابق. 136
- 137 Ungar and Theron, 'Resilience and Mental Health'.
- 138 Fritz, Jessica, et al., 'Systematic Review of Amenable Resilience Factors that Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People', *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, no. 230, June 2018; Gartland, Deirdre, et al., 'What Factors are Associated with Resilient Outcomes in Children Exposed to Social Adversity?: A systematic review', *BMJ Open*, vol. 9, no. 4, April 2019, e024870.
- 139 MacDonald, Joanna Petrusek, et al., 'A Review of Protective Factors and Causal Mechanisms that Enhance the Mental Health of Indigenous Circumpolar Youth', *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 72, no. 1, 2013.
- 140 Cénat, Jude Mary, 'Multiple Traumas and Resilience among Street Children in Haiti: Psychopathology of survival', *Child Abuse & Neglect*, vol. 79, 2018, pp. 85–97. ""
- 141 Choudhry, Fahad R., et al., 'Mental Health Conceptualization and Resilience Factors in the Kalasha Youth: An indigenous ethnic and religious minority community in Pakistan', *Frontiers in Public Health*, vol. 6, July 2018, pp. 1–13.
- 117 Liverpool, Shaun, et al., 'Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic review of modes of delivery, facilitators, and barriers', *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, no. 6, 2020, e16317.
- 118 Mental Health For All Lab, 'Empower: Building the World's Mental Health Workforce', Harvard Medical School, Department of Global Health and Social Medicine, <<https://mentalhealthforalllab.hms.harvard.edu/empower>>; additional information available at: <https://docs.google.com/presentation/d/e/2PACX-1vQm596PXtNhLGfu5f2Fk9Vcx9WesYwFPReJHm5tkFqlr0iE9BQ22ezLK45xSD3sODZp0xb-xtYuWY-Z/pub?start=false&loop=false&delayms=10000&slide=id.g50dd5fc02a_0_6>, accessed 6 August 2021.
- 119 Lehtimäki, Susanna, et al., 'Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic overview', *JMIR Mental Health*, vol. 8, no. 4, 2021, e25847; Das, Jai K., et al., 'Interventions for Adolescent Mental Health: An overview of systematic reviews', *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, no. 4, 2016, S49–S60.
- 120 Merry, Sally N., et al., 'The Effectiveness of SPARX, a Computerised Self Help Intervention for Adolescents Seeking Help for Depression: Randomised controlled non-inferiority trial', *BMJ*, vol. 344, 2012.
- 121 Fleming, Theresa, Mathijs F.G. Lucassen and Tuuli Kuosmanen, 'Case Study: Implementation of SPARX Computerized Cognitive-Behavioral Therapy Programme for Adolescents in New Zealand', in *Implementing Mental Health Promotion*, edited by Margaret M. Barry, et al., Springer Nature, Basingstoke, 2019, pp. 370–374; Lucassen, Mathijs FG, et al., 'Computerized Cognitive Behavioural Therapy for Gender Minority Adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand', *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 8 December 2020, 4867420976846.
- 122 Perry, Yael, et al., 'Preventing Depression in Final Year Secondary Students: School-based randomized controlled trial', *Journal of Medical Internet Research*, vol. 19, no. 11, 2017, e369.
- 123 Werner-Seidler, Aliza, et al, 'A trial protocol for the effectiveness of digital interventions for preventing depression in adolescents: The Future Proofing Study', *Trials* 21, no. 1, 2020, pp. 1–21.
- 124 BBC Newsround, 'Greta Thunberg quotes: 10 famous lines from teen activist', BBC, London, 25 September 2019, <www.bbc.co.uk/newsround/49812183>, accessed 12 August 2021.
- 125 Laurence, Emma, et al., 'The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: Current evidence and implications for policy and practice', Grantham Institute Briefing Paper 36, Grantham Institute, Imperial College London, Institute of Global Health Innovation, London, May 2021.
- 126 United Nations Children's Fund Division of Data Research and Policy, *Danger in the Air: How air pollution can affect brain development in young children*, UNICEF, New York, December 2017; Reuben, Aaron, et al., 'Association of Air Pollution Exposure in Childhood and

- 149 Manfred, Nowak, *Interim report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: Note / by the Secretary General*, A/63/175, United Nations Human Rights Council, New York, 28 July 2008; United Nations Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur*.
- 150 Van IJzendoorn et al., 'Children in Institutional Care'.
- 151 Petrowski, Nicole, Claudia Cappa and Peter Gross, 'Estimating the Number of Children in Formal Alternative Care: Challenges and results', *Child Abuse & Neglect*, vol. 70, 2017, pp. 388–398; Desmond, Chris et al., 'Prevalence and Number of Children Living in Institutional Care: Global, regional, and country estimates', *Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 4, no. 5, 1 May 2020. pp. 370–377; Nowak, Manfred, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva, November 2019, pp. 500–502; United Nations Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities*, A/HRC/40/54, United Nations, New York, 11 January 2019; United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Concluding Observations on the Initial Report of Serbia*, CRPD/C/SRB/CO/1, United Nations, New York, 23 May 2016, p. 3.
- 152 United Nations Human Rights Council, *Visit to Serbia and Kosovo: Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, A/HRC/40/59/Add.1, United Nations, New York, 25 January 2019, p. 8.
- 153 Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015.
- 154 Rodriguez et al., *Still in Harm's Way*.
- 155 Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, pp. 87, 117.
- 156 Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, pp. 119–122.
- 157 Human Rights Watch, *Living in Chains: Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide*, Human Rights Watch, New York, October 2020, p. 59.
- 158 Human Rights Watch, *Living in Hell: Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*, Human Rights Watch, New York, 20 March 2016.
- 159 United Nations Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, Juan E. Méndez: *Addendum: Mission to Ghana*, United Nations, A/HRC/25/60/Add.1, United Nations, New York, 5 March 2014.
- 160 Nytingnes O, et al., 'A Cross-Sectional Study of Experienced Coercion in Adolescent Mental Health Inpatients', *BMC Health Services Research*, vol. 18, no. 1, 30 May 2018, p. 389; De Hert, Marc, et al., 'Prevalence and Correlates of Seclusion and Restraint Use in Children and Adolescents: A systematic review', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 20, no.
- 142 Luthar, Suniya S, Elizabeth J. Crossman and Phillip J. Small, 'Resilience and Adversity', in *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, 7th edition, edited by Richard M. Lerner, Wiley, New York, 2015, pp. 247–286.
- 143 Luthar, Suniya S., and Nancy Eisenberg, 'Resilient Adaptation Among At-Risk Children: Harnessing science toward maximizing salutary environments', *Child Development*, vol. 88, no. 2, March 2017, pp. 337–349.
- 144 Asher, Laura, et al., "I Cry Every Day and Night, I Have My Son Tied in Chains": Physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia', *Globalization and Health*, vol. 13, no. 1, 2017, pp. 1–14; including physical restraint in community settings. The voices of those with intimate experiences of restraint, in particular people with mental illness and their families, are rarely heard. The aim of this study was to understand the experiences of, and reasons for, restraint of people with schizophrenia in community settings in rural Ethiopia in order to develop constructive and scalable interventions. Methods: A qualitative study was conducted, involving 15 in-depth interviews and 5 focus group discussions (n = 35) Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015; Child Welfare League of America, 'CWLA Policy Statement: Juvenile shackling', Child Welfare League of America, Washington, D.C., January 2015, <www.cwla.org/cwla-policy-statement-juvenile-shackling/>, accessed 13 August 2021.
- 145 Szeli, Éva, 'Mental Disability, Trauma, and Human Rights', in *Trauma and Human Rights: Integrating approaches to address human suffering*, edited by Lisa D. Butler, Filomena M. Critelli and Janice Carello, Palgrave Macmillan, Cham, 2019, pp. 207–220.
- 146 Van IJzendoorn, Marinus H., et al., 'Children in Institutional Care: Delayed development and resilience', *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 76, no. 4, December 2011, pp. 8–30; United Nations, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, Juan E. Méndez, A/HRC/28/68, United Nations Human Rights Council, New York, 5 March 2015; Rodriguez, Priscila, et al., *Still in Harm's Way: International voluntourism, segregation and abuse of children in Guatemala*, Disability Rights International, Colectivo Vida Independiente de Guatemala, Washington, D.C., 16 July 2018, p. 22; Rosenthal, Eric, 'A Mandate to End Placement of Children in Institutions and Orphanages: The duty of governments and donors to prevent segregation and torture', in *Protecting Children Against Torture in Detention: Global solutions for a global problem*, edited by the Anti-Torture Initiative at the Center for Human Rights and Humanitarian Law, American University College of Law, Washington, D.C., 2017, p. 341.
- 147 Listenbee, Robert, et al., *Report of the Attorney General's National Task Force on Children Exposed to Violence*, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice, Washington, D.C., December 2012, p. 175.
- 148 Szeli, 'Mental Disability, Trauma, and Human Rights'.

- 10 World Health Organization, United Nations Children's Fund and World Bank, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human capital*, WHO, Geneva, 2018.
- 11 World Health Organization, updates for the 2020 World Mental Health Atlas, forthcoming.
- 12 Liese, Bernhard H., Rebecca S.F. Gribble and Marisha N. Wickremsinhe, 'International Funding for Mental Health: A review of the last decade', *International Health*, vol. 11, no. 5, September 2019, pp. 361–369.
- 13 Lu, Chungling, Zhihui Li and Vikram Patel, 'Global Child and Adolescent Mental Health: The orphan of development assistance for health', *PLOS Medicine*, vol. 15, no. 3, 2018, e1002524.
- 14 Resolution adopted by the United Nations Human Rights Council, A/HRC/RES/36/13, 28 September 2017.
- 15 Black, Maureen M., et al, 'Early Childhood Development Coming of Age: Science through the life course', *Lancet*, vol. 389, no. 10064, 2017, pp. 77–90; Groh, Ashley M., et al., 'Attachment in the Early Life Course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development', *Child Development Perspectives*, vol. 11, no. 1, 2017, pp. 70–76; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant and Healthy Kids*, p. 248.
- 16 Britto, Pia Rebello, et al., *Systematic Review of Parenting Programmes for Young Children in Low and Middle Income Countries*, United Nations Children's Fund, New York, 2015; Jeong, Joshua, Emily Franchett and Aisha K. Yousafzai, 'World Health Organization Recommendations on Caregiving Interventions to Support Early Child Development in the First Three Years of Life: Report of the systematic review of evidence', WHO, Geneva, 2018; Knerr, Wendy, Frances Gardner and Lucie Cluver, 'Improving Positive Parenting Skills and Reducing Harsh and Abusive Parenting in Low-and Middle-income Countries: A systematic review', *Prevention Science*, vol. 14, no. 4, 2013, pp. 352–363; Mountain, Gary, Jane Cahill and Helen Thorpe, 'Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood: A systematic review and meta-analysis', *Infant Behavior and Development*, vol. 46, 2017, pp. 14–32.
- 17 Jeong, Franchett and Yousafzai, *World Health Organization Recommendations on Caregiving Interventions*; Pedersen, Gloria A., et al., 'A Systematic Review of the Evidence for Family and Parenting Interventions in Low- and Middle-Income Countries: Child and youth mental health outcomes', *Journal of Child and Family Studies*, vol. 28, no. 8, 2019, pp. 2036–2055.
- 18 Healy, Elsa A., Bonnie N. Kaiser and Eve S. Puffer, 'Family-based Youth Mental Health Interventions Delivered by Non-specialist Providers in Low- and Middle-income Countries: A systematic review', *Families, Systems, & Health*, vol. 36, no. 2, 2018, pp. 182–197.
- 19 Furlong, Mairead, et al., 'Cochrane Review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years', *Evidence-Based Child Health*, vol. 8, no. 2, 2013, pp. 318–692; Kitzman, Harriet, et al., 'Prenatal and
- 5, May 2011, pp. 221–230; Sugiura, Kanna, et al., 'An End to Coercion: Rights and decision-making in mental health care', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 98, no. 1, 1 January 2020, pp. 52–58.
- 161 Davidson, Laura, 'A Key, Not a Straitjacket: The case for interim mental health legislation pending complete prohibition of psychiatric coercion in accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities', *Health and Human Rights*, vol. 22, no. 1, June 2020, pp. 163–178; Arias, Daniel, et al., 'Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is collaboration in mental health care possible?', *PLOS ONE*, vol. 11, no. 9, 12 September 2016, e0162305; Read, Ursula M., 'Rights as Relationships: Collaborating with faith healers in community mental health in Ghana', *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, no. 4, November 2019, pp. 613–635; Green, Bethany, and Erminia Colucci, 'Traditional Healers' and Biomedical Practitioners' Perceptions of Collaborative Mental Healthcare in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review', *Transcultural Psychiatry*, vol. 57, no. 1, February 2020, pp. 94–107.
- 162 World Health Organization, 'Executive Summary' in *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, WHO, Geneva, 2021.

الفصل 5

- 1 National Institute of Mental Health, 'Grand Challenges in Global Mental Health', NIMH, Bethesda, <www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/grandchallenges/>, accessed 10 August 2021.
- 2 World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, p. 10.
- 3 World Health Organization, 'Comprehensive Mental Health Action Plan', WHO, Geneva, <www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>, accessed 10 August 2021.
- 4 World Health Organization, *mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme, Version 2.0*, WHO, Geneva, 2016.
- 5 World Health Organization, 'Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches', WHO, Geneva, 2021.
- 6 World Health Organization, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation*, WHO, Geneva, 2017.
- 7 World Health Organization, *Helping Adolescents Thrive (HAT): Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*, WHO, Geneva, 2020.
- 8 World Health Organization and UNICEF, *Helping Adolescents Thrive Toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*, WHO and UNICEF, Geneva and New York, 2021.
- 9 United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Magnificent Me and Friends*, UNICEF and WHO, New York and Geneva, 2021.

- 26 United Nations Children's Fund, *Promoting Care for Child Development in Community Health Services: A summary of the Pakistan Early Child Development Scale-up (PEDS) Trial*, UNICEF, New York, September 2013; Lucas, Jane E., L.M. Richter and B. Daelmans, 'Care for Child Development: An intervention in support of responsive caregiving and early child development', *Child Care, Health and Development*, vol. 44, no. 1, 2018, pp. 41–49.
- 27 Yousafzai, Aisha K., et al., 'Effects of Responsive Stimulation and Nutrition Interventions on Children's Development and Growth at Age 4 Years in a Disadvantaged Population in Pakistan: A longitudinal follow-up of a cluster-randomised factorial effectiveness trial', *Lancet Global Health*, vol. 4, no. 8, 21 June 2016, e548–e558; Lucas, Richter and Daelmans, 'Care for Child Development: An intervention'.
- 28 Philbrick William C, Priya Patel and Aisha Yousafzai, 'Care for Child Development: An Approach to Enhance Nurturing Care in the 21st Century', white paper, Harvard University, UNICEF, RTI International, Dar es Salaam, 2017.
- 29 Yousafzai et al., 'Effects of Responsive Stimulation and Nutrition Interventions on Children's Development and Growth'.
- 30 For definition of 'inclusive' see: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Global Education Monitoring Report 2020: Inclusion and education – All means all*, UNESCO, Paris, 2020, p. 11.
- 31 Scott, James G, et al., 'Childhood Mental and Developmental Disorders', ch. 8 in *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease control priorities, Third edition, Volume 4*, edited by Vikram Patel et al., World Bank, Washington, D.C., 2016, pp. 145–162; Petersen, Inge, et al., 'Population and Community Platform Interventions', ch. 10 in *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, pp. 183–200; Fazel, Mina, et al., 'Mental Health Interventions in Schools in Low-income and Middle-income Countries', *Lancet Psychiatry*, vol. 1, no. 5, 1 October 2014, pp. 388–398.
- 32 Scott et al., 'Childhood Mental and Developmental Disorders'.
- 33 Clarke, Aleisha M, 'Promoting Children's and Young People's Mental Health in Schools'.
- 34 Petersen et al., 'Population and Community Platform Interventions'; Barry, Margaret M., 'Advancing Evidence-Based Action for Mental Health Promotion' in *Implementing Mental Health Promotion*, pp. 59–64.
- 35 Meyer, Luanna H., and Ian M. Evans, 'Restorative School Discipline', ch. 1 in *The School Leader's Guide to Restorative School Discipline*, edited by Luanna H. Meyer and Ian M. Evans, Corwin, Thousand Oaks, 2012, pp. 5–19; Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 'Indicators of Schoolwide SEL', CASEL, Chicago, <https://schoolguide.casel.org/uploads/sites/2/2019/05/Indicators-of-Schoolwide-SEL_2_o.pdf>, accessed 10 August 2021. For more details see 'The CASEL Guide to Schoolwide Social and Emotional Learning', <<https://schoolguide.casel.org/>>, accessed 10 August 2021.
- 36 Mahoney, Joseph L., et al. 'Systemic Social and Emotional Learning: Promoting educational success for all preschool to high school students', *American Psychologist*, 8 October 2020.
- Infancy Nurse Home Visiting and 18-year Outcomes of a Randomized Trial', *Pediatrics*, vol. 144, no. 6, 2019, e20183876.
- 20 World Health Organization, 'Parenting for Lifelong Health: A suite of parenting programmes to prevent violence', WHO, Geneva, <www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health>, accessed 10 August 2021; University of Oxford Department of Social Policy and Intervention, 'Parenting for Lifelong Health: A suite of parenting programmes to prevent violence', University of Oxford, Oxford, <www.spi.ox.ac.uk/parenting-lifelong-health-suite-parenting-programmes-prevent-violence#tab-822121>, accessed 10 August 2021.
- 21 Cooper, Peter J., et al., 'Improving Quality of Mother-Infant Relationship and Infant Attachment in Socioeconomically Deprived Community in South Africa: Randomised controlled trial', *BMJ*, vol. 338, 2009; Wessels, Inge, et al., 'Case Study: Parenting for Lifelong Health Programmes: Implementing the Parenting for Lifelong Health programmes – Lessons learned from low-resource settings', case study in *Implementing Mental Health Promotion*, 2nd ed., edited by Margaret M. Barry et al., Springer Nature, Cham, 2019, pp. 278–284; Lachman, Jamie M., et al., 'Randomized Controlled Trial of a Parenting Program to Reduce the Risk of Child Maltreatment in South Africa', *Child Abuse & Neglect*, vol. 72, 2017, pp. 338–351; Ward, Catherine L., et al., 'Parenting for Lifelong Health for Young Children: A randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, no. 4, 2020, pp. 503–512; Cluver, Lucie D., et al., 'Parenting for Lifelong Health: A pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa', *BMJ Global Health*, vol. 3, no. 1, 2018, e000539.
- 22 Vally, Zahir, et al., 'The impact of Dialogic Book-Sharing Training on Infant Language and Attention: A randomized controlled trial in a deprived South African community', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 56, no. 8, 2015, pp. 865–873; Murray, Lynne, et al., 'Randomized Controlled Trial of a Book-Sharing Intervention in a Deprived South African Community: Effects on carer-infant interactions, and their relation to infant cognitive and socioemotional outcome', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 57, no. 12, 2016, pp. 1370–1379.
- 23 Cluver, Lucie D., et al., 'Parenting, Mental Health and Economic Pathways to Prevention of Violence against Children in South Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 262, 2020, 113194.
- 24 Shenderovich, Yulia, et al., 'The Science of Scale for Violence Prevention: A new agenda for family strengthening in low-and middle-income countries', *Frontiers in Public Health*, vol. 9, 2021, 581440.
- 25 Black, Maureen M., Amber Gove and Katherine A. Merseth, 'Platforms to Reach Children in Early Childhood', ch. 19 in *Disease Control Priorities: Volume 8 – Child and Adolescent Health and Development*, 3rd ed., edited by Donald A. Bundy et al., World Bank, Washington, D.C., 2017, pp. 253–268.

- of a school-wide intervention', *Journal of Adolescent Health*, vol. 69, no. 1, 1 July 2021, pp. 90–99.
- 43 Shinde, Sachin, et al., 'Promoting School Climate and Health Outcomes with the SEHER Multi-component Secondary School Intervention in Bihar, India: A cluster-randomised controlled trial', *Lancet*, vol. 392, no. 10163, 2018, pp. 2465–2477; Shinde et al., 'A Multicomponent Secondary School Health Promotion Intervention'.
- 44 Allred, Carol G., *Guide to Succeeding with Positive Action*, Positive Action, Inc., Twin Falls, published 2017, revised 2018, 2019; Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning, 2013 *CASEL Guide: Effective social and emotional learning programs – Preschool and elementary school edition*, CASEL, Chicago, 2012; Clarke, Aleisha M., et al., *What Works in Enhancing Social and Emotional Skills Development During Childhood and Adolescence: A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK*, World Health Organization Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland, Galway, Galway, February 2015.
- 45 Washington State Institute for Public Policy, 'Positive Action', WSIPP, Olympia, <www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/538>, accessed 10 August 2021; Allred, *Guide to Succeeding with Positive Action*.
- 46 Flay, Brian R., and Carol G. Allred, 'The Positive Action Program: Improving academics, behavior, and character by teaching comprehensive skills for successful learning and living', in *International Research Handbook on Values Education and Student Wellbeing*, edited by Terence Lovat, Ron Toomey and Neville Clement, Springer, Dordrecht, 2010, pp. 471–501; Clarke, 'Promoting Children's and Young People's Mental Health in Schools'; Allred, *Guide to Succeeding with Positive Action*.
- 47 Flay and Allred, 'The Positive Action Program'; Washburn, Isaac J., et al., 'Effects of a Social-Emotional and Character Development Program on the Trajectory of Behaviors Associated with Social-Emotional and Character Development: Findings from three randomized trials', *Prevention Science*, vol. 12, no. 314, 2011, pp. 314–323.
- 48 Silverthorn, Naida, et al., 'Effects of a School-Based Social-Emotional and Character Development Program on Self-Esteem Levels and Processes: A cluster-randomized controlled trial', *Sage Open*, 7 July 2017; Lewis, Kendra M., et al., 'Effects of Positive Action on the Emotional Health of Urban Youth: A cluster-randomized trial', *Journal of Adolescent Health*, vol. 53, no. 6, 2013, pp. 706–711.
- 49 Smokowski, Paul R., et al., 'Evaluating Dosage Effects for the Positive Action Program: How implementation impacts internalizing symptoms, aggression, school hassles, and self-esteem', *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 86, no. 3, 2016, pp. 310–322.
- 50 Angeles, Gustavo, et al., 'Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer Improves Youth Mental Health', *Social Science & Medicine*, vol. 225, 2019, pp. 108–119; Owusu-Addo, Ebenezer, Andre M. N. Renzaho and Ben J. Smith, 'The Impact of Cash Transfers on Social Determinants
- 37 Durlak, Joseph A., et al., 'The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A meta-analysis of school-based universal interventions', *Child Development*, vol. 82, no. 1, 2011, pp. 405–432; Weare, Katherine, and Melanie Nind, 'Mental Health Promotion and Problem Prevention in Schools: What does the evidence say?', *Health Promotion International*, vol. 26, no. 1, 2011, i29–i69; Fazel et al., 'Mental Health Interventions in Schools in Low-income and Middle-income Countries'; Barry, Margaret M., et al., 'A Systematic Review of the Effectiveness of Mental Health Promotion Interventions for Young People in Low and Middle Income Countries', *BMC Public Health*, vol. 13, no. 1, 2013, pp. 1–19; Taylor, Rebecca D., et al., 'Promoting Positive Youth Development through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A meta-analysis of follow-up effects', *Child Development*, vol. 88, no. 4, 2017, pp. 1156–1171.
- 38 MacArthur, Georgina, et al., 'Individual-, Family-, and School-level Interventions Targeting Multiple Risk Behaviours in Young People', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10, 2018, CD009927; Shackleton, Nichola, et al., 'School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic review of reviews', *Journal of Adolescent Health*, vol. 58, no. 4, 2016, pp. 382–396; Barry, Margaret M., Aleisha Mary Clarke and Katherine Dowling, 'Promoting Social and Emotional Well-being in Schools', *Health Education*, vol. 117; no. 5, 2017, pp. 434–451.
- 39 Zhang, Yijun, et al., 'The Association between Green Space and Adolescents' Mental Well-Being: A systematic review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 18, 2020, p. 6640; Baams, Laura, and Stephen T. Russell, 'Gay-Straight Alliances, School Functioning, and Mental Health: Associations for students of color and LGBTQ students', *Youth & Society*, vol. 53, no. 2, 2021, pp. 211–229; Day, Jack K., et al., 'Gay-Straight Alliances, Inclusive Policy, and School Climate: LGBTQ youths' experiences of social support and bullying', *Journal of Research on Adolescence*, vol. 30, no. 2, February 2020, pp. 418–430.
- 40 Durlak et al., 'The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning'; Domitrovich, Celene E., et al., 'Social-Emotional Competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children', *Child Development*, vol. 88, no. 2, 2017, pp. 408–416; Barry, Margaret M., 'Implementation Processes and Strategies for Mental Health Promotion', in *Implementing Mental Health Promotion*, pp. 101–129.
- 41 Shinde, Sachin, et al., 'The Development and Pilot Testing of a Multicomponent Health Promotion Intervention (SEHER) for Secondary Schools in Bihar, India', *Global Health Action*, vol. 10, no. 1, 2017, 1385284; Shinde, Sachin, et al., 'A Multicomponent Secondary School Health Promotion Intervention and Adolescent Health: An extension of the SEHER cluster randomised controlled trial in Bihar, India', *PLOS Medicine*, vol. 17, no. 2, 2020, e1003021.
- 42 Singla, Daisy R., et al., 'The Mediating Effect of School Climate on Adolescent Mental Health: Findings from a randomized controlled trial

- Partnerships for Scaling up Mental Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries', NIMH, Bethesda, <www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/scaleupubs/>, accessed 10 August 2021.
- 62 Rahman, Atif, et al., 'Interventions for Common Perinatal Mental Disorders in Women in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review and meta-analysis', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, no. 8, 1 August 2013, pp. 593–601; Rahman, Atif, 'Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention for Perinatal Depression in Rural Pakistan – A multi-method study', *Archives of Women's Mental Health*, vol. 10, no. 5, 2007, pp. 211–219.
- 63 Rahman, 'Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention'; Sikander, Siham, et al., 'Delivering the Thinking Healthy Programme for Perinatal Depression through Volunteer Peers: A cluster randomised controlled trial in Pakistan', *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no. 2, 1 February 2019, pp. 128–139; Fuhr, Daniela C., et al., 'Delivering the Thinking Healthy Programme for Perinatal Depression through Peers: An individually randomised controlled trial in India', *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no. 2, 1 February 2019, pp. 115–127; Turner, Elizabeth L., et al., 'The Effectiveness of the Peer Delivered Thinking Healthy Plus (THPP+) Programme for Maternal Depression and Child Socio-Emotional Development in Pakistan: Study protocol for a three-year cluster randomized controlled trial', *Trials*, vol. 17, no. 1, 8 September 2016, p. 442; Rahman, Atif, et al., 'Improving Access to Psychosocial Interventions for Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries: Lessons from the field', *International Review of Psychiatry*, vol. 33, no. 1-2, Feb–Mar 2021, pp. 198–201.
- 64 Rahman, 'Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention'.
- 65 Rahman, Atif, et al., 'Cognitive Behaviour Therapy-Based Intervention by Community Health Workers for Mothers with Depression and their Infants in Rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial', *Lancet*, vol. 372, no. 9642, 13 September 2008, pp. 902–909.
- 66 Baranov, Victoria, et al., 'Maternal Depression, Women's Empowerment, and Parental Investment: Evidence from a randomized controlled trial', *American Economic Review*, vol. 110, no. 3, 2020, pp. 824–859.
- 67 Eappen, Sunil, et al., 'Preparing to Launch the "Thinking Healthy Programme" Perinatal Depression Intervention in Urban Lima, Peru: Experiences from the field', *Global Mental Health*, vol. 5, 2018, e41.
- 68 Fisher, Jane, et al., 'Translation, Cultural Adaptation and Field-testing of the Thinking Healthy Program for Vietnam', *Globalization and Health*, vol. 10, no. 37, 15 May 2014; Mental Health Innovation Network, 'Thinking Healthy Programme', MHN, Geneva, <www.mhinnovation.net/innovations/thinking-healthy-programme?qt-content_innovation=1#qt-content_innovation>, accessed 10 August 2021.
- 69 Nisar, Anum, et al., 'Making Therapies Culturally Relevant: Translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression in China', *BMC of Health and Health Inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review*, *Health Policy and Planning*, vol. 33, no. 5, 2018, pp. 675–696.
- 51 United Nations Children's Fund, *UNICEF's Global Social Protection Programme Framework*, UNICEF, New York, 2019.
- 52 Angeles et al., 'Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer'; Owusu-Addo, Renzaho and Smith, 'The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health'; Haushofer, Johannes, et al., 'Income Changes and Intimate Partner Violence: Evidence from unconditional cash transfers in Kenya, NBER Working Paper 25627, National Bureau of Economic Research, Cambridge, March 2019; Suarez, Diana Contreras, and Pushkar Maitra, 'Health Spillover Effects of a Conditional Cash Transfer Program', *Journal of Population Economics*, vol. 34, 2021, pp. 893–928.
- 53 de Walque, Damien, et al., 'Cash Transfers and Child and Adolescent Development', ch. 23 in *Disease Control Priorities: Volume 8 – Child and Adolescent Health and Development*, 3rd ed., edited by Donald A. Bundy et al., World Bank, Washington, D.C., 2017, pp. 325–342.
- 54 Christian, Cornelius, Lukas Hensel, and Christopher Roth, 'Income Shocks and Suicides: Causal evidence from Indonesia', *Review of Economics and Statistics*, vol. 101, no. 5, 2019, pp. 905–920; Alves, Flávia Jôse Oliveira, Daiane Borges Machado and Maurício L. Barreto, 'Effect of the Brazilian Cash Transfer Programme on Suicide Rates: A longitudinal analysis of the Brazilian municipalities', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 54, no. 5, 19 November 2019, pp. 599–606; Hensel, Lukas, 'The Role of Cash Transfers in Preventing Suicides in Low- and Middle-Income Countries', Mind and Behavior Research Group, University of Oxford, Oxford, May 2020.
- 55 Angeles et al., 'Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer'.
- 56 Banerjee, Abhijit, et al., 'A Multifaceted Program Causes Lasting Progress for the Very Poor: Evidence from six countries', *Science*, vol. 348, no. 6236, 2015, 1260799.
- 57 Tanzania Adolescent Cash Plus Evaluation Team, *A Cash Plus Model for Safe Transitions to a Healthy and Productive Adulthood: Round 3 report*, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2020.
- 58 Ssewamala, Fred M., et al., 'Impact of a Family Economic Intervention (Bridges) on Health Functioning of Adolescents Orphaned by HIV/AIDS: A 5-year (2012–2017) cluster randomized controlled trial in Uganda', *American Journal of Public Health*, vol. 111, no. 3, March 2021, pp. 504–513.
- 59 Wainberg, Milton L., et al., 'Challenges and Opportunities in Global Mental Health: A research-to-practice perspective', *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, no. 5, 2017, 28.
- 60 WHO, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
- 61 Lund, Crick, Mark Tomlinson and Vikram Patel, 'Integration of Mental Health into Primary Care in Low-and Middle-Income Countries: The PRIME mental healthcare plans', *British Journal of Psychiatry*, vol. 208, no. 56, 2016, s1–s3; National Institute of Mental Health, 'Research

- 80 Betancourt, Theresa S., et al., 'A Behavioral Intervention for War-affected Youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 53, no. 12, December 2014, pp. 1288–1297.
- 81 Betancourt, Theresa S., et al., 'Youth Functioning and Organizational Success for West African Regional Development (Youth FORWARD): Study protocol', *Psychiatric Services*, vol. 72, no. 5, May 2021, pp. 563–570; see also: Betancourt, Theresa S., 'Youth FORWARD: Scaling up an evidence-based mental health intervention in Sierra Leone', Humanitarian Practice Network, July 2018, <<https://odihpn.org/magazine/youth-forward-scaling-up-an-evidence-based-mental-health-intervention-in-sierra-leone/>>, accessed 10 August 2021.
- 82 World Health Organization, *Building Back Better: Sustainable mental health care after emergencies – Overview*, WHO, Geneva, 2013; Inter-Agency Standing Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, *Linking Disaster Risk Reduction (DRR) and Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS): Technical Note – Practical tools, approaches and case studies*, IASC, New York, March 2021; Gray, Brandon, Fahmy Hanna and Lennart Reifels, 'The Integration of Mental Health and Psychosocial Support and Disaster Risk Reduction: A mapping and review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 6, March 2020.
- 83 World Health Organization, *Building Back Better*.
- 84 Gray, Hanna and Reifels, 'The Integration of Mental Health and Psychosocial Support and Disaster Risk Reduction.'
- 85 Hawton, Keith, et al., 'Clustering of Suicides in Children and Adolescents: A review', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol.4, no. 1, January 2020, pp. 58–67.
- 86 Hawton, Saunders and O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents',
- المصدر السابق. 87
- 88 Ream, Geoffrey L., 'What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings from the National Violent Death Reporting System', *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, no.5, May 2019, pp. 602–607.
- 89 Kann, Laura, et al., 'Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9-12: United States and Selected Sites', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 65, no. 9, 2016, pp. 1–202.
- 90 Meyer, Ilan H., et al., 'Minority Stress, Distress, and Suicide Attempts in Three Cohorts of Sexual Minority Adults: A U.S. probability sample', *PLOS ONE*, vol. 16, no. 3, e0246827.
- 91 World Health Organization, *National Suicide Prevention Strategies: Progress, examples and indicators*, WHO, Geneva, 2018, p. 2.
- 92 World Health Organization, *Preventing Suicide: A global imperative*, WHO, Geneva, 2014, p. 8.
- Pregnancy and Childbirth, vol. 20, no. 368, 22 June 2020; Green, Eric P., et al., 'Expanding Access to Depression Treatment in Kenya through Automated Psychological Support: Protocol for a single-case experimental design pilot study', *JMIR Research Protocols*, vol. 8, no. 4, April 2019, e11800; Mental health Innovation Network, 'Thinking Healthy Programme'.
- 70 Rickwood, Debra, et al., 'Australia's Innovation in Youth Mental Health Care: The headspace centre model', *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 13, no. 1, 2019, pp. 159–166; Headspace, 'Who we are', <<https://headspace.org.au/about-us/who-we-are/>>, accessed 10 August 2021.
- 71 McGorry, Patrick, Jason Trethowan and Debra Rickwood, 'Creating Headspace for Integrated Youth Mental Health Care', *World Psychiatry*, vol. 18, no. 2, June 2019, pp. 140–141.
- 72 Hilferty, Fiona., et al., *Is Headspace Making a Difference to Young People's Lives?: Final report of the independent evaluation of the headspace program*, Social Policy Research Centre, University of New South Wales, Sydney, August 2015; Bradford, Sally, and Debra Rickwood, 'Electronic Psychosocial Assessment Tool: Concept development and identification of barriers to successful implementation', *Journal of Technology in Human Services*, vol. 32, no. 4, 2014, pp. 275–296; Rickwood, Debra J, 'Case Study: Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation', case study in *Implementing Mental Health Promotion*, pp. 548–562.
- 73 Panter-Brick, Catherine, et al., 'Insecurity, Distress and Mental Health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 59, no. 5, 2018, pp. 523–541.
- 74 Panter-Brick, Catherine, et al., 'Measuring the Psychosocial, Biological, and Cognitive Signatures of Profound Stress in Humanitarian Settings: Impacts, challenges, and strategies in the field', *Conflict and Health*, vol. 14, no. 40, 23 June 2020.
- 75 Mercy Corps, *Advancing Adolescents: Evidence on the impact of psychosocial support for Syrian refugee and Jordanian adolescents*, Mercy Corps, Portland, November 2016, <www.mercycorps.org/sites/default/files/2019-11/Advancing_Adolescents%20Report_FINAL_ONLINE.pdf>, accessed 10 August 2021.
- 76 Panter-Brick et al., 'Insecurity, Distress and Mental Health'
- 77 Panter-Brick et al., 'Measuring the Psychosocial, Biological, and Cognitive Signatures of Profound Stress.'
- 78 Betancourt, Theresa S., et al., 'Stigma and Acceptance of Sierra Leone's Child Soldiers: A prospective longitudinal study of adult mental health and social functioning', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 59, no. 6, June 2020, pp. 715–726.
- 79 Betancourt, Theresa S., et al., 'Sierra Leone's Former Child Soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors, and mental health', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, no. 6, June 2010, pp. 606–615.

- Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, 2017, pp. 395–402; Woelbert, Eva, et al., *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montreal, November 2020.
- 109 United Nations Department of Economic and Social Affairs, 'World Population Prospects 2019', UN DESA, New York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, accessed 10 August 2021.
- 110 Erskine et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents'.
- 111 Woelbert et al., *The Inequities of Mental Health Research*.
- 112 United Nations Children's Fund, 'Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level (MMAP) – Overview', UNICEF, New York, August 2019.
- 113 National Institute of Mental Health, the Wellcome Trust and the International Alliance Mental Health Research Funders, *Common Measures for Mental Health Science Laying the Foundations*, NIMH, Wellcome Trust, Washington and London, June 2020.
- 114 United Nations Children's Fund, 'Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level (MMAP)'.
- 115 Care Policy and Evaluation Centre at the London School of Economics and Political Science, 'CHANCES-6: Improving the life chances of young people in poverty', LSE, London, <<https://www.lse.ac.uk/cpec/chances-6>>, accessed 10 August 2021.
- 116 See UNICEF Office Of Research – Innocenti, Draft Note on Mental Health & Psychosocial Wellbeing Research Priorities, 2021 & Beyond.
- ## 6 الفصل
- 1 Mental Health Innovation Network, *The Global Ministerial Mental Health Summit: Recommendations to ministers achieving equality for mental health in the 21st century*, World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine, Geneva and London, October 2018, p. 2; Global Mental Health Action Network, 'Global Mental Health Advocacy: Roadmap 2020–2021', Global Mental Health Action Network, p. 3.
- 2 United Nations, *Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health*, United Nations, New York, 13 May 2020, p. 16.
- 3 Global Mental Health Action Network, 'Global Mental Health Advocacy', p. 3.
- 4 Upadhaya, Nawaraj, et al., 'Information Systems for Mental Health in Six Low and Middle Income Countries: Cross country situation analysis', *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 10, 26 September 2016, p. 60. Note: Routine monitoring is the periodic collection of data on indicators of ongoing need, provision, uptake, cost, quality and outcomes of mental health services at community, primary, secondary and tertiary health system levels using data such as routine service and facility records.
- 93 Lewitzka, Ute, et al., 'Are National Suicide Prevention Programs Effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years', *BMC Psychiatry*, vol. 19, no. 1, 23 May 2019, p. 158; Matsubayashi, Tetsuya, and Michiko Ueda, 'The Effect of National Suicide Prevention Programs on Suicide Rates in 21 OECD Nations', *Social Science & Medicine*, vol. 73, no. 9, 2011, pp. 1395–1400.
- 94 World Health Organization, *Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries*, WHO, Geneva, June 2021.
- 95 Hawton, Saunders and O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents'.
- 96 Klonsky, David E., Alexis M. May and Boaz Y. Saffer, 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, no. 1, 2016, pp. 307–330.
- 97 Hawton et al., 'Clustering of Suicides in Children and Adolescents'.
- 98 World Health Organization, *Live Life*, pp. 64–70.
- 99 SANE Australia, 'StigmaWatch', SANE Australia, South Melbourne, <www.sane.org/advocacy/stigmawatch>, accessed 10 August 2021.
- 100 Kølves and de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents'.
- 101 Yip, Paul S. F., et al., 'Means Restriction for Suicide Prevention', *Lancet*, vol. 379, no. 9834, 23 June 2012, pp. 2393–2399; Gunnell, David, et al., 'The Impact of Pesticide Regulations on Suicide in Sri Lanka', *International Journal of Epidemiology*, vol. 36, no. 6, December 2007, pp. 1235–1242.
- 102 Hawton, Saunders and O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents'; World Health Organization, 'Preventing Suicide: A resource for teachers and other school staff', WHO, Geneva, March 2021.
- 103 WHO, *Live Life*; WHO, *Helping Adolescents Thrive*; Kutcher, Stan, Yifeng Wei and Pegah Behzadi, 'School- and Community-Based Youth Suicide Prevention Interventions: Hot idea, hot air, or sham?', *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62, no. 6, June 2017, pp. 381–387.
- 104 Kahn, Jean-Pierre, et al., 'Influence of Coping Strategies on the Efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): A universal school-based suicide preventive program', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, no. 12, December 2020, pp. 1671–1681; Wasserman, Danuta, et al., 'School-Based Suicide Prevention Programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial', *Lancet*, vol. 385, no. 9977, 18 April 2015, pp. 1536–1544.
- 105 Klonsky, May and Saffer, 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation'.
- 106 Kølves and de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents'.
- 107 Hawton, Saunders and O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents'; Klonsky, May and Saffer, 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation'.
- 108 Erskine, Holly E., et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and*

- 5 Jordans, Mark J. D., et al. 'Indicators for Routine Monitoring of Effective Mental Healthcare Coverage in Low-and Middle-Income Settings: A Delphi study', *Health Policy and Planning*, vol. 31, no. 8, 2016, pp. 1100-1106.
- 6 Rudan, Igor, et al., 'Setting Priorities in Global Child Health Research Investments: Guidelines for implementation of CHNRI method', *Croatian Medical Journal*, vol. 49, no. 6, 2008, pp. 720-733.

الجدول الإحصائية

تعرض الجداول الإحصائية في هذا التقرير أحدث الإحصاءات الأساسية عن بقاء الطفل على قيد الحياة ونمائه وحمائته في بلدان العالم وأقاليمه ومناطقه.

ملاحظة عامة بشأن البيانات

مصادر البيانات

البيانات المعروضة في الجداول الإحصائية التالية مستخلصة من قواعد البيانات العالمية التابعة لليونسيف، وهي مصحوبة بتعريفات ومصادر، إضافة إلى حواشٍ عندما تقتضي الضرورة. وتستند بيانات المؤشرات إلى التقديرات المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة واستقصاءات تمثيلية للأسر على الصعيد الوطني من قبيل المسوح العنقودية متعددة المؤشرات والاستقصاءات الديمغرافية والصحية. إضافة إلى ذلك، استُخدمت في الجداول بيانات مستقاة من مصادر إدارية ومن منظمات أخرى تابعة للأمم المتحدة. وثمة معلومات مفصلة إضافية حول مصادر البيانات في آخر كل جدول.

استندت المؤشرات الديمغرافية والعديد من المؤشرات المرتبطة بالسكان في هذه الجداول إلى آخر التقديرات والإسقاطات السكانية الواردة في تقرير 'التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٩' وتقرير 'توقعات التوسع الحضري في العالم: تنقيح عام ٢٠١٨' (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، شعبة السكان). ومن المحتمل أن تتأثر جودة البيانات سلباً في حالة البلدان التي عانت في الآونة الأخيرة من كوارث أو نزاعات، خصوصاً البلدان التي تعرضت فيها بنيتها التحتية الأساسية للتجزئة والتفكك، أو شهدت تحركات سكانية واسعة النطاق.

تدعم اليونسيف البلدان في جمع البيانات وتحليلها من أجل رصد وضع الأطفال والنساء، وذلك من خلال برنامجها العالمي لاستقصاءات الأسر المعيشية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات. وقد أُنجز منذ عام ١٩٩٥ حوالي ٣٤٦ مسحاً واستقصاءً في ١١٨ بلداً ومنطقة. وتمثل المسوح العنقودية متعددة المؤشرات مصدراً رئيسياً لبيانات خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ لقياس مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، وتشكيل السياسات الحكومية والبرامج في جميع أنحاء العالم. ويتوفر المزيد من المعلومات على الموقع mics.unicef.org.

المجاميع للمناطق والعالم

تم حساب مجاميع المؤشرات للمناطق والعالم كمتوسطات مرجحة لأعداد السكان باستخدام بيانات من تقرير 'التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٩'؛ إلا إذا ذكرنا أسلوباً آخر للحساب. وتنسجم هذه المجاميع مع الفئة العمرية أو فئة الجنس لكل مؤشر (مثلاً، مجموع الولادات الحية من الولادات دون استخدام أوزان مرجحة، وعدد الإناث من الفئة العمرية ١٥-٤٩ بخصوص فقر الدم لدى الأمهات). ومن جديد، وما لم يُشر إلى غير ذلك، فقد أوردنا فقط تقديرات المؤشرات للمناطق والعالم التي يتوفر لها تغطية بيانات على مستوى السكان تبلغ ما لا يقل عن ٥٠ في المئة.

تصنيف البيانات

لقد أكدت أزمة كوفيد-١٩ على أهمية البيانات المصنفة من أجل فهم التأثيرات الصحية والاجتماعية-الاقتصادية المختلفة للجائحة على النساء والأطفال، والتي فاقمت أوجه التمييز وانعدام المساواة الهيكلية القائمة منذ مدة طويلة. وفيما يتجاوز الأزمة، تُعتبر البيانات المصنفة العالية النوعية والقابلة للمقارنة والحسنة التوقيت، والبيانات المصنفة آتياً بحسب أكثر من بعد واحد، ذات أهمية أساسية لتحديد الجماعات التي ينبغي أن تحظى بالأولوية في أنواع مختلفة من التدخلات بغية تحقيق هدف خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ بألا يتخلف أحد عن الركب.

وتُستخدم مصادر مختلفة للبيانات، بما في ذلك استقصاءات الأسر المعيشية، والسجلات الحيوية والإدارية، لتجميع البيانات المصنفة وتحليلها. وبينما لا يتيح ضيق المجال تقديم عرض كامل لهذه البيانات في الجداول الإحصائية التالية، إلا أننا بذلنا جهوداً لعرض بيانات مصنفة بخصوص أبعاد رئيسية، بما في ذلك الجنس، والعمر، ومكان السكن، والوضع الصحي. ونظراً لالتزام اليونسيف الأساسي بالمساواة بين الجنسين وتمكين النساء والبنات، تولى الأولوية لعرض البيانات المصنفة بحسب الجنس، عند توافرها، في الجداول الإحصائية، إلا في الحالات التي لا يلاحظ فيها فروقات إحصائية مهمة بين الأولاد والبنات في غالبية البلدان بخصوص مؤشر محدد. وفي هذه الحالات، تتوفر البيانات المصنفة بحسب الجنس على شبكة الإنترنت على العنوان www.data.unicef.org. لمزيد من المعلومات حول تفصيل البيانات لمؤشرات محددة، يرجى الرجوع إلى الهوامش في أسفل الجداول الإحصائية.

قابلية البيانات للمقارنة

بُذلت جهود لرفع قابلية الإحصاءات للمقارنة عبر البلدان والأوقات المختلفة، إلى أقصى حد ممكن. ومع ذلك، قد تختلف البيانات المُستخدمة على مستوى البلدان من حيث الأساليب المتبعة في جمع البيانات أو التوصل إلى وضع التقديرات، وكذلك من حيث الفئات السكانية المشمولة فيها. علاوة على ذلك، تخضع البيانات المعروضة هنا إلى منهجيات دائمة التطور، وإلى التنقيحات المُدخلة على بيانات السلاسل الزمنية (مثلاً، التحصين من الأمراض، ونسب الوفيات النفاسية)، وإلى التصنيفات المتغيرة على مستوى المناطق. وكذلك لا تتوفر بيانات قابلة للمقارنة من سنة إلى أخرى لبعض المؤشرات، لذا لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير 'حالة أطفال العالم'.

معلومات إضافية حول المنهجية

ونشجع القراء المهتمين بزيارة الموقع الإلكتروني data.unicef.org للتعرف على تفاصيل منهجية بشأن المؤشرات والإحصائيات.

تتوفر البيانات المعروضة في الجدول على شبكة الإنترنت، على الموقع الإلكتروني www.unicef.org/sowc وعبر الموقع الإلكتروني www.data.unicef.org. يُرجى الرجوع إلى هذين الموقعين الإلكترونيين للاطلاع على أحدث البيانات وعلى أية تحديثات أو تصويبات لاحقة لطباعة التقرير.

تعكس البيانات المعروضة في الجداول الإحصائية التالية، وبصفة عامة، معلومات تم جمعها وتحديثها من كانون الثاني/يناير وحتى تموز/يوليو ٢٠٢١، مع مواقيت نهائية محددة مرتبطة بالمؤشرات المنفردة الموصوفة في قسم 'المصادر الأساسية للبيانات' والواردة تحت كل جدول. يعكس ختم توقيت 'آخر تحديث' الوقت الذي جُمعت فيه البيانات وحُدثت، وذلك في إطار المشاورات القطرية أو العمليات المشتركة بين الوكالات المرتبطة تحديداً بالموضوع المعني.

تقديرات معدل وفيات الأطفال

يُستخدم معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بوصفه المؤشر الرئيسي للتقدم في رفاة الأطفال. www.childmortality.org

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (معبّرًا عنها لكل ١٠٠٠ ولادة حية)

أقاليم اليونسف	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
شرق آسيا والمحيط الهادئ	73	61	57	49	39	29	22	17	14
أوروبا وآسيا الوسطى	44	37	31	27	21	16	12	10	8
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	66	54	46	44	35	25	18	14	11
أوروبا الغربية	16	13	11	8	6	5	4	4	4
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	84	67	55	43	33	26	25	18	16
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	123	86	65	53	42	33	27	24	22
أمريكا الشمالية	15	12	11	9	8	8	7	7	6
جنوب آسيا	171	150	130	112	93	77	62	49	40
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	200	187	178	170	151	124	101	86	76
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	185	171	162	154	133	106	81	64	55
غرب ووسط أفريقيا	216	204	196	187	168	142	121	106	95
أقل البلدان نمواً	210	192	175	158	135	109	89	72	63
العالم	117	102	93	86	76	63	51	43	38

وفيات الأطفال دون سن الخامسة (بالآلاف)

أقاليم اليونسف	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
شرق آسيا والمحيط الهادئ	2,613	2,413	2,301	1,705	1,257	908	695	539	435
أوروبا وآسيا الوسطى	570	483	386	304	217	162	132	108	88
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	474	409	328	262	187	136	110	88	70
أوروبا الغربية	97	74	58	41	30	26	23	20	19
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	944	785	641	503	381	288	265	192	169
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	902	707	545	419	324	270	246	239	219
أمريكا الشمالية	55	50	47	40	35	35	32	29	27
جنوب آسيا	5,577	5,257	4,748	4,185	3,548	2,912	2,276	1,719	1,406
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	3,393	3,598	3,826	4,044	3,987	3,659	3,303	3,037	2,844
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	1,633	1,719	1,806	1,883	1,796	1,567	1,314	1,111	1,009
غرب ووسط أفريقيا	1,759	1,879	2,020	2,161	2,190	2,092	1,989	1,926	1,836
أقل البلدان نمواً	3,579	3,611	3,589	3,538	3,299	2,868	2,499	2,152	1,968
العالم	14,055	13,294	12,494	11,200	9,749	8,234	6,950	5,862	5,189

تصنيفات المناطق

تُحسب المتوسطات المعروضة في نهاية كل جدول من الجداول الإحصائية الـ ١٨ باستخدام بيانات من البلدان والمناطق حسب تصنيفها أدناه.

شرق آسيا والمحيط الهادئ

أستراليا؛ إندونيسيا؛ بابوا غينيا الجديدة؛ بالاو؛ بروني دار السلام؛ تايلاند؛ توفالو؛ توكيلاو؛ تونغتا؛ تيمور-ليشتي؛ جزر سليمان؛ جزر كوك؛ جزر مارشال؛ جمهورية كوريا؛ جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ساموا؛ سنغافورة؛ الصين؛ فانواتو؛ الفلبين؛ فيجي؛ فييت نام؛ كمبوديا؛ كيريباس؛ ماليزيا؛ منغوليا؛ ميانمار؛ ميكرونيزيا (ولايات - الموحدية)؛ ناورو؛ نيوزيلندا؛ نيوي؛ اليابان.

أوروبا وآسيا الوسطى

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى؛ أوروبا الغربية

أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

الاتحاد الروسي؛ أذربيجان؛ أرمينيا؛ ألبانيا؛ أوزبكستان؛ أوكرانيا؛ بلغاريا؛ البوسنة والهرسك؛ بيلاروس؛ تركمانستان؛ تركيا؛ الجبل الأسود؛ جمهورية مولدوفا؛ جورجيا؛ رومانيا؛ صربيا؛ طاجيكستان؛ قيرغيزستان؛ كازاخستان؛ كرواتيا؛ مقدونيا الشمالية

أوروبا الغربية

إسبانيا؛ إستونيا؛ ألمانيا؛ أندورا؛ أيرلندا؛ آيسلندا؛ إيطاليا؛ البرتغال؛ بلجيكا؛ بولندا؛ الجمهورية التشيكية؛ الدانمرك؛ سان مارينو؛ سلوفاكيا؛ سلوفينيا؛ السويد؛ سويسرا؛ فرنسا؛ فنلندا؛ قبرص؛ الكرسي الرسولي؛ لاتفيا؛ لكسمبرغ؛ ليتوانيا؛ ليختنشتاين؛ مالطة؛ المملكة المتحدة؛ موناكو؛ النرويج؛ النمسا؛ هنغاريا؛ هولندا؛ اليونان

أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

الأرجنتين؛ إكوادور؛ أنتيغوا وبربودا؛ أنغويلا؛ أوروغواي؛ باراغواي؛ البرازيل؛ بربادوس؛ بليز؛ بنما؛ بوليفيا (دولة - متعددة القوميات)؛ بيرو؛ ترينيداد وتوباغو؛ جامايكا؛ جزر البهاما؛ جزر تركس وكايكوس؛ جزر فرجن البريطانية؛ الجمهورية الدومينيكية؛ دومينيكا؛ سانت فنسنت وجزر غرينادين؛ سانت كيتس ونيفيس؛ سانت لوسيا؛ السلفادور؛ سورينام؛ شيلي؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)؛ كوبا؛ كوستاريكا؛ كولومبيا؛ المكسيك؛ مونتسرات؛ نيكاراغوا؛ هايتي؛ هندوراس

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الأردن؛ إسرائيل؛ الإمارات العربية المتحدة؛ إيران (جمهورية - إسلامية)؛ البحرين؛ تونس؛ الجزائر؛ الجمهورية العربية السورية؛ دولة فلسطين؛ العراق؛ عُمان؛ قطر؛ الكويت؛ لبنان؛ ليبيا؛ مصر؛ المغرب؛ المملكة العربية السعودية؛ اليمن

أمريكا الشمالية

كندا؛ الولايات المتحدة الأمريكية

جنوب آسيا

أفغانستان؛ باكستان؛ بنغلاديش؛ بوتان؛ سري لانكا؛ ملديف؛ نيبال؛ الهند

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي؛ غرب ووسط أفريقيا

شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي

إثيوبيا؛ إريتريا؛ إيسواتيني؛ أنغولا؛ بوتسوانا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ جيبوتي؛ رواندا؛ زامبيا؛ زيمبابوي؛ سوازيلند؛ السودان؛ سيشيل؛ الصومال؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريشيوس؛ موزامبيق؛ ناميبيا

غرب ووسط أفريقيا

بنن؛ بوركينا فاسو؛ تشاد؛ توغو؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سيراليون؛ غابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا الاستوائية؛ غينيا-بيساو؛ كابو فيردي؛ الكاميرون؛ كوت ديفوار؛ الكونغو؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا

أقل البلدان/ المناطق نمواً

إمصنفة على هذا النحو من قبل مكتب الممثل السامي لأقل البلدان نمواً والبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية؛ إثيوبيا؛ إريتريا؛ أفغانستان؛ أنغولا؛ أوغندا؛ بنغلاديش؛ بنن؛ بوتان؛ بوركينا فاسو؛ بوروندي؛ تشاد؛ توغو؛ توفالو؛ تيمور-ليشتي؛ جزر سليمان؛ جزر القمر؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ جنوب السودان؛ جيبوتي؛ رواندا؛ زامبيا؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ السودان؛ سيراليون؛ الصومال؛ غامبيا؛ غينيا؛ غينيا-بيساو؛ كمبوديا؛ كيريباس؛ ليبيريا؛ ليسوتو؛ مالي؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريتانيا؛ موزامبيق؛ ميانمار؛ نيبال؛ النيجر؛ هايتي؛ اليمن

ملاحظات حول جداول محددة

الجدول ١. الخصائص الديمغرافية

الأطفال التابع للأمم المتحدة ("فريق تقدير وفيات الأطفال")، والذي يضم اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة. ويجري تحديث سنوي لتقديرات الوفيات التي يصدرها فريق تقدير وفيات الأطفال، وذلك من خلال استعراض مفصل لجميع البيانات التي تتوفر تبعاً، مما قد يؤدي إلى تنقيحات لتقديرات معلن عنها سابقاً. ونتيجة لذلك، لا ينبغي استخدام الإصدارات المتتالية من تقرير 'حالة أطفال العالم' لتحليل توجهات الوفيات مع مرور الوقت. ونعرض أدناه تقديرات عالمية وإقليمية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة للفترة ١٩٩٠-٢٠١٩، وهي تقديرات قابلة للمقارنة. ونعرض في الجدول ٢ مؤشرات وفيات الأطفال الخاصة ببلدان محددة، وهي تستند إلى أحدث تقديرات فريق تقدير وفيات الأطفال، كما أنها متوفرة على الموقع الإلكتروني data.unicef.org/child-mortality/under-five والموقع www.childmortality.org، إلى جانب ملاحظات منهجية.

الجدول ٣. صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

يتضمن الجدول الخاص بصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة مزيجاً من المؤشرات السكانية ومؤشرات تغطية التدخلات. وتشمل المؤشرات السكانية العمر المتوقع للإناث، ومعدل الولادات بين المراهقات، ومعدلات الوفيات النفاسية بما في ذلك عدد الوفيات النفاسية ونسبة الوفيات النفاسية وخطر الوفيات النفاسية على مدى الحياة.

مؤشرات العمر المتوقع ومعدل الولادات بين المراهقات مستقاة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. أما بيانات الوفيات النفاسية فهي تقديرات أعدها الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، والذي يضم منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجموعة البنك الدولي، وشعبة السكان بالأمم المتحدة. ويجري تحديث منتظم لتقديرات الوفيات التي يصدرها الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، وذلك من خلال استعراض مفصل لجميع نقاط البيانات التي تتوفر تبعاً. وغالباً ما تؤدي هذه العملية إلى تنقيحات على التقديرات المعلن عنها سابقاً. ونتيجة لذلك، لا ينبغي استخدام الإصدارات المتتالية من تقرير 'حالة أطفال العالم' لتحليل توجهات الوفيات النفاسية مع مرور الوقت.

تشمل مؤشرات تغطية التدخلات المؤشرات الخاصة بتنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة والرعاية عند الولادة والرعاية ما بعد الولادة للأم والطفل. البيانات الخاصة بهذه المؤشرات مستمدة من برامج استقصاءات الأسر المعيشية الوطنية من قبيل الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات وغيرها من الاستقصاءات المعنية بالصحة الإنجابية. وقد تم احتساب تقديرات المناطق والعالم باستخدام أسلوب المتوسطات المرجحة. أما المتغيرات المستخدمة في معادلة الترتيب فهي خاصة بكل مؤشر وتطبق على كل بلد، وهي تتوافق مع الفئة السكانية الملائمة المستهدفة في كل مؤشر (القاسم)، ومستمدة من الإصدار الأخير من تقرير

يتضمن جدول الخصائص الديمغرافية مؤشرات مختارة بشأن بعض أهم المعلومات الديمغرافية لكل مجموعة سكانية، بما فيها تعداد السكان الإجمالي، وعدد السكان مصنفاً حسب العمر، إضافة إلى معدلات النمو السكاني السنوية. ويرتبط معدل الولادات السنوية بالتعداد السكاني ومعدل الخصوبة الحالي. وتتبع المعدلات الإجمالية للخصوبة إجراء مقارنات بشأن مستويات الخصوبة على المستوى الدولي. ويُدعى مستوى الخصوبة الإجمالي الذي يبلغ ٢,١ 'معدل التعويض'، ويمثل المستوى الذي يظل فيه التعداد السكاني ثابتاً على المدى الطويل. أما العمر المتوقع عند الولادة فهو قياس للوضع الصحي والتطور السكاني وهو يواصل الازدياد في جميع بلدان العالم تقريباً. ويمثل معدل الإعالة نسبة السكان في غير سن العمل (أي السكان المعتمدين على غيرهم اقتصادياً) إلى السكان في سن العمل (١٥-٦٤ سنة)، ويمكن تقسيمه إلى معدل إعالة الأطفال (نسبة الأطفال دون سن الخامسة عشرة إلى السكان في سن العمل) ومعدل إعالة المسنين (نسبة السكان في سن الخامسة والستين أو أكثر إلى السكان في سن العمل). ويكون معدل الإعالة الإجمالي مع مرور الوقت، عادة على شكل حرف (U) بالإنجليزية، ويعكس التغير في هيكل الأعمار نتيجة للتحويلات الديمغرافية. ويمكن فهم ذلك كمزيج من توجهات متعارضة في معدل إعالة الأطفال ومعدل إعالة المسنين. فعلى سبيل المثال، يؤدي تناقص الخصوبة إلى تناقص نسبة الأطفال في السكان مما يقلص معدل إعالة الأطفال، كما أن زيادة العمر المتوقع (الناجم عن تناقص معدل الوفيات) يؤدي إلى نسبة أكبر من السكان المسنين وبالتالي زيادة معدل إعالة المسنين.

وتصف نسبة السكان في المناطق الحضرية، ومعدل النمو السنوي لسكان المناطق الحضرية، وضع عملية التوسع الحضري ودينامياتها. ويشير صافي معدل الهجرة إلى الفارق بين عدد المهاجرين المغادرين وعدد المهاجرين الوافدين؛ ويُظهر البلد المنطقية الذي يزيد فيه عدد المهاجرين المغادرين عن عدد المهاجرين الوافدين قيمةً إيجابية، في حين يُظهر البلد الذي يزيد عدد المهاجرين الوافدين فيه عدد المغادرين قيمةً سلبية. وتستند جميع المؤشرات الديمغرافية إلى تقرير 'التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٩'. وفيما عدا عدد السكان الإجمالي، تقتصر المؤشرات الديمغرافية المنشورة على البلدان/ المناطق التي يزيد عدد السكان فيها عن ٩٠,٠٠٠ فرد. وتستند مجاميع الأقاليم إلى جميع البلدان والمناطق المرتبطة بالإقليم المعني، حتى لو كانت غير مدرجة بين البلدان الـ ٢٠٢ التي أُبلغت عن بيانات و/أو كان عدد سكانها يبلغ ٩٠,٠٠٠ فرد أو أقل (ولهذا السبب فإن عدد سكان العالم دون سن الثامنة عشرة الذي يرد في الجداول، على سبيل المثال، يزيد عن مجموع القيم المحددة للبلدان).

الجدول ٢. وفيات الأطفال

تعرض اليونيسف سنوياً، في تقرير 'حالة أطفال العالم'، سلسلة من تقديرات وفيات الأطفال. وتمثل هذه الأرقام أفضل التقديرات المتوفرة في وقت طباعة التقرير، وهي تستند إلى الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات

التحصين ضد الأمراض

يعرض الجدول الخاص بصحة الأطفال تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية التحصينية من الأمراض على المستوى الوطني. ومنذ عام ٢٠٠٠، يجري تحديث هذه التقديرات مرة واحدة سنوياً في شهر تموز/ يوليو، وذلك بعد عملية تشاورية يجري في إطارها تزويد البلدان بمسودات تقارير لمراجعتها والتعليق عليها. وبما أن النظام يدمج بيانات عملية جديدة لإعداد التقديرات، فإن كل تنقيح سنوي ينسخ إصدارات البيانات التي تسبقه، ولا تكون مستويات التغطية المأخوذة من تنقيحات سابقة قابلة للمقارنة. ويمكن الاطلاع على شرح تفصيلي للعملية على الموقع الإلكتروني data.unicef.org/child-health/immunization. تُحسب متوسطات المناطق للمستضدات على النحو التالي: بالنسبة إلى اللقاح ضد السل، تقتصر متوسطات المناطق على البلدان التي يشتمل برنامج التحصين الوطني الاعتيادي فيها على اللقاح ضد السل. بالنسبة إلى لقاحات المطعوم الثلاثي (الغناق والشاهوق والكزاز)، وشلل الأطفال، والحصبة، والتهاب الكبد B، والنزلة التيفية من نوع باء، وروتافيروس، تشمل متوسطات البلدان جميع البلدان، إذ أصدرت منظمة الصحة العالمية توصية شاملة بشأنها. بالنسبة إلى الحماية عند الولادة من الكزاز، تقتصر متوسطات المناطق على البلدان التي يكون فيها كزاز الأمهات والمواليد مستوطنًا.

الجدول ٥. صحة المراهقين

يتضمن هذا الجدول مجموعة من المؤشرات الرئيسية المتعلقة بصحة المراهقين ورفاههم ومعدل الوفيات بينهم. وتتضمن مؤشرات الوفيات معدل الوفيات بين المراهقين للفئة العمرية ١٠-١٩ سنة، وعدد الوفيات بين المراهقين إضافة إلى المعدل السنوي لتناقص معدل الوفيات بين المراهقين للفترة ٢٠٠٠-٢٠١٩. وتتضمن مؤشرات الصحة الإنجابية المعروضة في هذا الجدول معدل الولادات بين المراهقات، والحمل المبكر (والذي يشير إلى النساء من الفئة العمرية ٢٠-٢٤ سنة اللاتي يلدن قبل بلوغهن سن الثامنة عشرة)، والطلب على وسائل تنظيم الأسرة المُلَبى بوسائل حديثة بين المراهقين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة. ويعرض الجدول مؤشرات صحة الأمهات التالية للمراهقات من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة: الرعاية السابقة للولادة بما لا يقل عن أربع زيارات للمراكز الصحية ووجود مسؤول صحي ماهر عند الولادة. كما يعرض عوامل الخطورة التالية للأمراض غير السارية: استخدام المشروبات الكحولية بين المراهقين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، واستخدام التبغ بين المراهقين من الفئة العمرية ١٣-١٥ سنة، وعدم كفاية الأنشطة البدنية بين المراهقين الملتحقين بالمدارس من الفئة العمرية ١١-١٧ سنة. ويعرض الجدول البيانات الخاصة بالتحصين ضد فيروس الورم الحليمي البشري للمراهقين الذين تلقوا جرعة واحدة على الأقل من اللقاح المضاد لفيروس الورم الحليمي البشري بموجب متطلبات جدول التحصين الوطني. وتنتج منظمة الصحة العالمية/ اليونيسف مؤشرين رئيسيين حول تغطية التحصين ضد فيروس الورم الحليمي البشري، أحدهما أداء برنامج التحصين من حيث التغطية والذي يصف تغطية التحصين وفقاً لجدول التحصين الوطني، ومعايير الأهلية التي يعتمدها البرنامج لكل سنة

التوقعات السكانية في العالم. ولم تُستخدم سوى أحدث نقاط البيانات من الفترة ٢٠١٥-٢٠٢٠ لكل بلد لحساب مجاميع المناطق والعالم. وتم تضمين الهند والصين في حساب التقديرات الإقليمية والعالمية لكل مؤشر باستخدام البيانات المتوفرة.

يشمل الجدول الخاص بصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة أيضاً بعض البيانات المصنفة حسب العمر لتوفير معلومات حول الصحة الإنجابية وصحة الأمهات من المراهقات. وتحديداً، تم تصنيف البيانات للفئة العمرية ١٥-١٩ سنة لمؤشرات الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المُلَبى بوسائل حديثة، ورعاية الأطفال حديثي الولادة بما لا يقل عن أربع زيارات للمراكز الصحية، ووجود مسؤول صحي ماهر عند الولادة. وقد أتت البيانات المفصلة بشأن الرعاية السابقة للولادة بما لا يقل عن أربع زيارات للمراكز الصحية، ووجود مسؤول صحي ماهر عند الولادة، من المركز الدولي للمساواة في الصحة التابع لجامعة بيلوتاس الاتحادية بالبرازيل. وأتت البيانات الإجمالية والمصنفة بشأن الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المُلَبى بوسائل حديثة من شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة. وتم حساب تقديرات المناطق والعالم بالأسلوب نفسه الموصوف أعلاه بشأن مؤشرات تغطية التدخلات. أما البيانات الخاصة بالطلب على وسائل تنظيم الأسرة المُلَبى بوسائل حديثة، ومعدل الولادات بين المراهقات، فقد حسبها ووفرتها شعبة السكان بالأمم المتحدة.

الجدول ٤. صحة الطفل

يتضمن الجدول الخاص بصحة الطفل مجموعة من المؤشرات التي تلتقط معلومات حول تغطية التدخلات الفعالة المقدمة للأطفال دون سن الخامسة على مستوى الأسرة المعيشية. وتشمل طائفة من المؤشرات الخاصة بتحسين الطفل ضد الأمراض (موصوفة أدناه)، ومؤشرات حول التدخلات لمنع الإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا ومعالجتها (وهي الأمراض التي تتسبب بأكبر عدد من وفيات الأطفال). المصادر الرئيسية لبيانات المؤشرات الخاصة بمنع أمراض الطفولة ومعالجتها مستمدة من استقصاءات تمثيلية للأسر على الصعيد الوطني من قبيل الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات. وقد تم احتساب تقديرات المناطق والعالم باستخدام أسلوب المتوسطات المرجحة. أما المتغيرات المستخدمة في معادلة الترتيب فهي خاصة بكل مؤشر وتُطبق على كل بلد، وهي تتوافق مع الفئة السكانية الملائمة المستهدفة في كل مؤشر (القاسم)، ومستمدة من الإصدار الأخير من تقرير 'التوقعات السكانية في العالم'. ولم تُستخدم سوى أحدث نقاط البيانات من الفترة ٢٠١٥-٢٠٢٠ لكل بلد لحساب مجاميع المناطق والعالم. وقد استُخدم تعداد السكان الإجمالي للمؤشرات التي تلتقط معلومات حول الأسر المعيشية. وتم تضمين الهند والصين في حساب تقديرات المناطق والعالم لكل مؤشر باستخدام البيانات المتوفرة.

المؤشرات الأساسية بخصوص الاستجابة لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الأطفال مقسمة إلى جدولين: الجدول ٦- التطورات الوبائية لفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والجدول ٧- التدخلات في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

الجدول ٦. فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): التطورات الوبائية

يتضمن الجدول ٦ المؤشرات الأساسية المستخدمة لقياس التوجهات في وباء فيروس نقص المناعة البشرية. وقد تم تصنيف البيانات استناداً إلى مجموعات عمرية لكل عشر سنوات، إذ يُفترض أن جميع الأطفال دون سن العاشرة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية قد أصيبوا من خلال انتقال الفيروس من الأم للطفل. أما الأطفال من الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية فيشملون إضافة إلى ذلك الإصابات الجديدة بالفيروس من جراء الاتصال الجنسي أو استخدام المخدرات بالحقن، وذلك اعتماداً على سياق البلد. ونظراً للفرق الكبير بين المراهقين والواضح في توجهات وباء فيروس نقص المناعة البشرية وفي الاستجابات البرمجية، باتت البيانات حالياً مفصلة بحسب الجنس لجميع مؤشرات وباء فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). وإتاحة عقد مقارنات أفضل بين البلدان والمناطق، استُبدل المؤشر المعني بعدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بمؤشر يتناول حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ١,٠٠٠ فرد من السكان غير المصابين. وبالمثل، استُبدل المؤشر المعني بالوفيات المرتبطة بالإيدز بمؤشر يتناول الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان. ويوفر هذان المؤشران قياسات نسبية للإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية والوفيات المرتبطة بالإيدز، كما يوضحان على نحو أدق تأثير الاستجابة لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية.

الجدول ٧. فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): التدخلات

يتضمن الجدول ٧ مؤشرات حول التدخلات الأساسية في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية من أجل الأطفال. وقد تم تعديل مؤشرات التغطية هذه من الإصدارات السابقة لتقرير 'حالة أطفال العالم' كي تعكس على نحو أفضل التقدم في البرامج والسياسات الحالية لمواجهة فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). فعلى سبيل المثال، يلتقط المؤشر الخاص بالتشخيص المبكر لإصابة الرضع بفيروس نقص المناعة البشرية معلومات لتحديد نسبة الرضع المعرضين للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يحصلون على تشخيص للكشف عن الفيروس خلال شهرين من الولادة. وتُحسب جميع مؤشرات التغطية اعتماداً على أحدث البيانات الموثوقة والمتوفرة من الاستقصاءات السكانية وإحصاءات خدمات البرامج.

وتُحسب مجاميع كل مؤشرات التغطية للمناطق أو للعالم باستخدام متوسطات مرجحة للسكان. ونظراً لنقص البيانات في بعض الحالات، لا تُحسب مجاميع

تقويمية (الفئة السكانية المستهدفة للبرنامج هي المراهقون حتى سنة الرابعة عشرة). أما المؤشر الثاني فيصنف تغطية التحصين لغاية سن الخامسة عشرة، ويمثل نسبة الفئة السكانية من المراهقين الذين يدخلون سن الخامسة عشرة في سنة الإبلاغ عن البيانات والذين تلقوا لقاحاً ضد فيروس الورم الحليمي البشري في أي وقت بين سن ٩ إلى ١٤ سنة، وذلك لغاية السنة التقويمية المعنية. وترد البيانات دائماً على المستوى القطري وليس بالضرورة أن تُظهر الاختلافات على المستوى دون الوطني. ويُحسب كلا المؤشرين للجرعة الأولى من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري وكامل جدول التحصين الموصى به، وتكون البيانات مصنفة بحسب الجنس. وبالنسبة للقاحات المتوفرة في السوق حالياً، يعتمد جدول التحصين على العمر. وتتطلب التوصية العامة تقديم جرعتين من اللقاح، بحيث تكون الفترة بينهما ٦ أشهر للأفراد دون سن ١٥ سنة عند تلقي الجرعة الأولى. أما جدول التحصين القائم على تقديم ٣ جرعات (٠، شهر، إلى شهرين، ٦ أشهر) فيوصى به للأفراد الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة أو أكثر، أو الذين يعانون من ضعف نظام المناعة أو المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ولتحديد القواسم، تُستخدم المنهجية التقديرية القطرية التي تعدها شعبة السكان بالأمم المتحدة بوصفها بيانات محددة مسبقاً. وللتعامل مع اختلاف الطرق التي تحدد البلدان من خلالها معايير الأهلية على امتداد الوقت وتغيرها، تُستخدم عملية مواءمة لترجمة معايير الأهلية إلى قواسم مشتركة. وهذا يشمل ترجمة الأهلية لدخول الصفوف الدراسية ضمن فئة عمرية محددة، والتعامل مع معايير الأهلية المختلفة للفئات المتعددة (التغييرات) مع مر الوقت. للاطلاع على مزيد من التفاصيل، انظر: لايا بروني وآخرون (Laia Bruni et al.)، الطب الوقائي، doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.106399.

فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): الجدولان ٦ و ٧

أصدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز ("البرنامج المشترك للإيدز") في عام ٢٠٢١ تقديرات جديدة لمعدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز على المستوى العالمي والدول والمناطق لعام ٢٠٢٠، وهي تعكس أحدث التقديرات الوبائية، كما أنها تُظهر بيانات تغطية العلاجات المضادة للفيروسات العكوسة، ومنع انتقال الإصابة بالفيروس من الأم للطفل، والتشخيص المبكر لإصابة الرضع بفيروس نقص المناعة البشرية. وتستند التقديرات إلى أحدث الاكتشافات العلمية المتوفرة وإلى المبادئ التوجيهية لبرامج منظمة الصحة العالمية. وقد أدت هذه المبادئ التوجيهية إلى تحسينات بشأن افتراضات احتمالية انتقال الإصابة من الأم للطفل، وتحسينات في معدل الخصوبة بين النساء بحسب العمر، وفي الحالة المصليّة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، وفي صافي معدلات بقاء الطفل على قيد الحياة بالنسبة للأطفال المصابين بالفيروس، وجوانب أخرى. واستناداً إلى هذه المنهجية المحسنة، أعد البرنامج المشترك للإيدز وبأثر رجعي تقديرات جديدة لمدى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، وعدد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وتحديد الأفراد الذين يحتاجون إلى العلاج، وحالات الوفاة المرتبطة بمرض الإيدز، وللإصابات الجديدة بالفيروس، وتوجهات أخرى مهمة في وباء فيروس نقص المناعة البشرية.

"منهجية تقدير اتجاهات المناطق والاتجاهات العالمية لسوء التغذية عند الأطفال" (المجلة الدولية لعلم الأوبئة، المجلد ٣٣، ٢٠٠٤، الصفحات ١٢٦٠-١٢٧٠). وتصدر سنوياً تقديرات جديدة للمناطق والعالم بخصوص التقزم وزيادة الوزن والهزال والهزال الحاد، وهي تنسخ جميع التقديرات السابقة ولا ينبغي مقارنتها معها.

الجرعة المُكمّلة من فيتامين ألف: تأكيداً على أهمية تناول الأطفال جرعتين عاليتين من مكملات فيتامين ألف سنوياً (تفصل بينهما مدة ٤-٦ أشهر)، سيقصر هذا التقرير على عرض تقديرات التغطية الكاملة من التغذية التكميلية بفيتامين ألف. وفي ظل غياب طريقة مباشرة لقياس هذا المؤشر، سيُبلّغ عن هذه التغطية الكاملة باعتبارها التقدير الأدنى للتغطية من الجولة ١ (كانون الثاني/يناير - حزيران/يونيو) والجولة ٢ (تموز/يوليو - كانون الأول/ديسمبر) في أي سنة من السنوات. ويمكن الاطلاع على التقديرات الخاصة بكل جولة على الرابط <https://data.unicef.org/topic/nutrition/vita-min-a-deficiency/>. وتتألف مجاميع المناطق والعالم من البلدان الـ ٦٤ التي أُشير إليها بأنها بلدان ذات أولوية بالنسبة للبرنامج على المستوى القطري. وبالتالي، تُنشر المجاميع في الحالات التي يتحقق فيها ٥٠ في المئة من التغطية السكانية للبلدان ذات الأولوية في كل منطقة من المناطق، وعندما يوجد ما لا يقل عن ٥ بلدان ذات أولوية في المنطقة. ومعنى آخر، لا تظهر تقديرات منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي أو منطقة شرق ووسط أوروبا لأن كل من هاتين المنطقتين لا تحتويان سوى على بلدين ذات أولوية

سوء التغذية بين الأطفال في سن الدراسة: تعكس المؤشرات الواردة تحت هذا العنوان أهمية إنهاء سوء التغذية بين الأطفال من كل الأعمار. وتستند تقديرات البلدان لسوء التغذية بين الأطفال في سن الدراسة إلى المقال الذي نشرته 'شبكة التعاون المعنية بعامل الخطورة للأمراض غير السارية' (٢٠١٧). بعنوان 'التوجهات العالمية في مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض الوزن، وزيادة الوزن، والسمنة من عام ١٩٧٥ إلى عام ٢٠١٦: تحليل تجميعي لـ ٢,٤١٦ دراسة قياس سكانية تشمل ١٢٨,٩ مليون طفل، ومراهق، وبالغ'، مجلة لانسينت *The Lancet*, 390(10113) الصفحات ٢٦٢٧-٢٦٤٢.

نقص الوزن بين النساء من سن ١٨ سنة فأكثر: يعكس هذا المؤشر أهمية معالجة سوء التغذية بين الأمهات إذا ما أردنا القضاء على سوء التغذية بين الأطفال. وتستند تقديرات البلدان لنقص الوزن بين النساء إلى المقال الذي نشرته 'شبكة التعاون المعنية بعامل الخطورة للأمراض غير السارية' (٢٠١٧)، بعنوان 'التوجهات العالمية في مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض الوزن، وزيادة الوزن، والسمنة من عام ١٩٧٥ إلى عام ٢٠١٦: تحليل تجميعي لـ ٢,٤١٦ دراسة قياس سكانية تشمل ١٢٨,٩ مليون طفل، ومراهق، وبالغ'، مجلة لانسينت *The Lancet*, 390(10113) الصفحات ٢٦٢٧-٢٦٤٢.

فقر الدم بين النساء من الفئة العمرية ١٥-٤٩ سنة: يعكس هذا المؤشر أهمية معالجة سوء التغذية بين الأمهات إذا ما أردنا القضاء على سوء التغذية بين الأطفال. وتستند تقديرات البلدان لفقر الدم بين النساء إلى منظمة الصحة العالمية (٢٠٢١)، وتقديرات فقر الدم العالمية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، وانتشار فقر الدم بين النساء غير الحوامل (%). بيانات المرصد الصحي العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية (<https://www.who.int/data/gho>)

المؤشرات القائمة على الاستقصاءات السكانية إلا إذا كانت البيانات في المنطقة المعنية تمثل ما لا يقل عن ٥٠ في المئة من السكان المراهقين.

التغذية: الجدولان ٨ و ٩

يشمل الجدول ٨ تقديرات سوء التغذية عند الولادة بين الأطفال قبل سن الدراسة، والأطفال في سن الدراسة، والنساء في سن الإنجاب، إضافة إلى تغطية البرامج المعنية بوزن الطفل عند الولادة وتوفير المغذيات الدقيقة. ويشمل الجدول ٩ ممارسات التغذية للرّضع وصغار الأطفال.

التقديرات الخاصة بانخفاض الوزن عند الولادة، والتقزم وزيادة الوزن بين الأطفال قبل سن الدراسة، والنحافة وزيادة الوزن بين الأطفال في سن الدراسة، ونقص الوزن وفقر الدم بين الأمهات، مستمدة من نماذج قطرية. ولهذا السبب، من الممكن أن تختلف عن التقديرات الواردة في الاستقصاءات. وبالنسبة لجميع المؤشرات الأخرى، فقد جرى إعادة تحليل التقديرات على المستوى القطري، عند توفر البيانات الأولية، لتتماشى مع أساليب التحليل المعيارية، لذا فقد تختلف عن القيم الواردة في الاستقصاءات.

انخفاض الوزن عند الولادة: تستند التقديرات إلى أساليب تم تحديثها في عام ٢٠١٩، لذا قد لا تكون التقديرات للبلدان والمناطق والعالم قابلة للمقارنة مع التقديرات الواردة في إصدارات تقرير 'حالة أطفال العالم' قبل عام ٢٠١٩. عدم تسجيل الوزن عند الولادة: وهذا مؤشر يمثل نسبة الولادات التي حدثت دون تسجيل الوزن عند الولادة في مصدر البيانات.

التقزم وزيادة الوزن: واصلت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي العملية الرامية إلى إضفاء الانسجام على مجموعات البيانات المتعلقة بتقديرات التقزم وزيادة الوزن من استقصاءات الأسر المعيشية. وابتداءً من عام ٢٠٢١، استُخدمت هذه البيانات للخروج بتقديرات قطرية منمذجة. وتحولت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي من استخدام تقديرات الاستقصاءات لتمثيل انتشار التقزم وزيادة الوزن نحو استخدام تقديرات منمذجة على المستوى القطري. وتستند المنهجية الجديدة إلى نهج محدث يرد وصفه في المرجع 'اليونيسف - منظمة الصحة العالمية - البنك الدولي ٢٠٢١'. ويمكن الاطلاع على ملاحظات فنية من الوثائق الأساسية للمشاورات القطرية بشأن النسخة ٢٠٢١ لتقديرات المشتركة لسوء التغذية الصادرة عن 'اليونيسف - منظمة الصحة العالمية - البنك الدولي، على هذا الرابط: <https://data.unicef.org/resources/jme-2021-country-consultations/>. الأرقام الخاصة بالعالم والمناطق بخصوص التقزم وزيادة الوزن هي معدلات مرجحة للتقديرات المنمذجة للبلدان.

الهزال والهزال الحاد: تُستخدم التقديرات المستندة إلى استقصاءات الأسر المعيشية للإبلاغ عن انتشار الهزال والهزال الحاد في البلدان. وقد واصلت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي إضفاء الانسجام على مجموعات البيانات القطرية المتعلقة بتقديرات الهزال والهزال الحاد من استقصاءات الأسر المعيشية، والتي تُستخدم لحساب متوسطات حساسية للمناطق والعالم، باستخدام النموذج الموصوف في الورقة العلمية التي أعدها م. دي أونيس وآخرون (M. de Onis et al) بعنوان

التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من جانب الكبار الراشدين: أُعيد حساب البيانات الخاصة بهذا المؤشر والمستمدة من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، وذلك وفقاً لمنهجية المسوح العنقودية متعددة المؤشرات لإتاحة إمكانية المقارنة. لذا، ستختلف البيانات المعاد حسابها المعروضة هنا عن التقديرات الواردة في التقارير الوطنية للاستقصاءات الديمغرافية والصحية.

التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من جانب الآباء: تشير البيانات من الجولتين الثالثة والرابعة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات إلى انهماك الآباء في نشاط واحد أو أكثر لتعزيز التعلم والاستعداد للمدرسة، في حين جرى تغيير التعريف في الجولة الخامسة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات ليعكس انهماك الآباء في أربعة أنشطة أو أكثر. وبالتالي، فإن التقديرات حول التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من جانب الآباء ضمن الجولتين الثالثة والرابعة تختلف عن التقديرات المستندة إلى نتائج الجولة الخامسة. وقد أُعيد حساب البيانات الخاصة بهذا المؤشر والمستمدة من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، وذلك وفقاً لمنهجية المسوح العنقودية متعددة المؤشرات لإتاحة إمكانية المقارنة. لذا، ستختلف البيانات المعاد حسابها المعروضة هنا عن التقديرات الواردة في التقارير الوطنية للاستقصاءات الديمغرافية والصحية.

مواد التعلم المتوفرة في البيت: أشياء يلعب بها الطفل: جرت تغييرات على تعريف هذا المؤشر بين الجولتين الثالثة والرابعة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات. ولإتاحة المقارنة مع الجولة الرابعة والجولات اللاحقة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، أُعيد احتساب البيانات من الجولة الثالثة وفقاً لتعريف المؤشر الذي اعتمد في الجولة الرابعة. وبالتالي، ستختلف البيانات المعاد احتسابها المعروضة هنا عن التقديرات الواردة في التقارير الوطنية للجولة الثالثة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كافٍ: كُن يُشار إلى هذا المؤشر سابقاً باسم "الأطفال المتروكون تحت رعاية غير كافية"، ولكن أُعيدت تسميته كي يعكس على نحو أدق طبيعة عوامل البنية الكامنة لهذا الإشراف.

الجدول ١١. التعليم

يحتوي هذا الجدول على مجموعة من المؤشرات معنية بجوانب من تعليم الأطفال: إمكانية الوصول الملائمة، إتمام الدراسة، ونتائج التعليم.

يوفر هذا الجدول أولاً معلومات حول إمكانية الوصول المتساوية، حسب قياس معدل الأطفال غير الملتحقين بالمدارس (الغاية ٤-١-٤ من أهداف التنمية المستدامة). وتم احتساب التقديرات الواردة في هذا الجدول باستخدام قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء. ويحدّد معدل الأطفال غير الملتحقين بالمدارس قسم السكان من نطاق العمر الرسمي لمستوى تعليمي محدد من غير الملتحقين بالمدارس، وذلك لسن سياسات موجهة يمكن تنفيذها لضمان إمكانية الوصول المتساوية للتعليم.

وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١٩، غيّر معهد اليونسكو للإحصاء منهجية جمع البيانات الخاصة بالأطفال غير الملتحقين بالمدارس في مستوى التعليم الابتدائي. وحالياً،

الملح المدعوم باليود: تغيّر تعريف المؤشر المعروض في هذا التقرير في عام ٢٠١٦. وكان يتعلق سابقاً باستهلاك الأسر المعيشية على نحو كافٍ للملح المدعوم باليود. ومنذ عام ٢٠١٦، بات التعريف المعروض في هذا التقرير يتعلق بالملح الذي يحتوي على أيّ من مركبات اليود، وبالتالي فإن تقديرات متوسطات الانتشار للمناطق وللعالَم غير قابلة للمقارنة مع المتوسطات المنشورة في الإصدارات السابقة من تقرير 'حالة أطفال العالم'.

تغذية الرضع والأطفال الصغار: يعرض الجدول ثمانية مؤشرات، بما فيها المؤشرات التالية التي تتضمن تغييرات حديثة في التعريفات أو أنها مؤشرات جديدة، وحسبها هو موصوف في الدليل المحدث للمؤشرات، والمتوفر على الموقع <https://data.unicef.org/resources/indicators-for-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/>

(أولاً) حلّ مؤشر الاستمرار في الرضاعة الطبيعية (١٢-٢٣ شهراً) محل مؤشرين سابقين حول الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى سن سنة واحدة (١٢-١٥ شهراً) وحتى سن سنتين (٢٠-٢٣ شهراً)؛

(ثانياً) يُعرّف الحد الأدنى للتنوع الغذائي (٦-٢٣ شهراً) حالياً بأنه نسبة الأطفال من الفئة العمرية ٦-٢٣ شهراً الذين يحصلون على أغذية مستمدة مما لا يقل عن خمس من مجموع ثماني مجموعات أغذية محددة، خلال اليوم السابق للقياس (تعكس النسخة الأقدم من هذا المؤشر استهلاك ما لا يقل عن أربع من مجموع سبع مجموعات أغذية محددة أثناء اليوم السابق للقياس)؛

(ثالثاً) تم تعديل تعريف مؤشر الحد الأدنى لتواتر الوجبات (٦-٢٣ شهراً) للأطفال الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية.

(رابعاً) تم تعديل مؤشر الحد الأدنى المقبول للنظام الغذائي (٦-٢٣ شهراً) ليتماشى مع التغيير في تعريف الحد الأدنى للتنوع الغذائي والحد الأدنى لتواتر الوجبات؛

(خامساً) ثمة مؤشر جديد هو عدم استهلاك أي خضروات أو فواكه (٦-٢٣ شهراً).

الجدول ١٠. النماء في مرحلة الطفولة المبكرة

تستمر مرحلة الطفولة المبكرة حتى سن الثامنة، وهي مرحلة حاسمة للنماء الإدراكي والاجتماعي والعاطفي والبدني للطفل. ويتطلب النمو الأمثل للدماغ وجود بيئة محفزة، وتغذية كافية، وتفاعلاً اجتماعياً مع مزودي الرعاية الذين يركزون اهتمامهم على الطفل. يعرض جدول النماء في مرحلة الطفولة المبكرة بيانات حول مؤشرات محددة مع بيانات تمثيلية على الصعيد الوطني وقابلة للمقارنة حول نوعية الرعاية في البيت، وإمكانية الحصول على مواد التعليم في البيت، وإمكانية الحصول على الرعاية والتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة. وأفضل طريقة لفهم المعلومات الواردة في هذا الجدول هي تناولها إلى جانب البيانات الخاصة بمجالات أخرى حاسمة الأهمية للنماء في مرحلة الطفولة المبكرة من قبيل التغذية والحماية.

تسجيل المواليد: جرت تغييرات على تعريف تسجيل المواليد من الجولتين الثانية والثالثة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات إلى الجولة الرابعة من المسح. وبُغية إتاحة المقارنة مع الجولات اللاحقة أُعيد احتساب بيانات تسجيل المواليد من الجولتين الثانية والثالثة وفقاً لتعريف المؤشر المعتمد في الجولة الرابعة. وبالتالي، فإن البيانات المعاد احتسابها والمعروضة هنا قد تختلف عن التقديرات الواردة في التقارير الوطنية للجولتين الثانية والثالثة.

عمالة الأطفال: استُبدل هذا المؤشر بالمؤشر المستخدم في الإبلاغ عن أهداف التنمية المستدامة للمؤشر ٨-٧-١ والذي يعكس نسبة الأطفال المنهمكين في أنشطة اقتصادية و/أو أعمال منزلية ضمن / فوق عتبة محددة لعدد من الساعات يختلف باختلاف الفئات العمرية (على أساس حدود الإنتاج العام). وهذه العتبات تتضمن: عمالة الطفل للنطاق العمري ٥-١١ سنة، حيث يعمل الأطفال ما لا يقل عن ساعة واحدة أسبوعياً في نشاط اقتصادي و/أو ينهمكون في خدمات غير مدفوعة الأجر للأسرة المعيشية لأكثر من ٢١ ساعة أسبوعياً. عمالة الطفل للنطاق العمري ١٢ - ١٤ سنة، حيث يعمل الأطفال ما لا يقل عن ١٤ ساعة أسبوعياً في نشاط اقتصادي و/أو ينهمكون في خدمات غير مدفوعة الأجر للأسرة المعيشية لأكثر من ٢١ ساعة أسبوعياً. عمالة الطفل للنطاق العمري ١٥ إلى ١٧ سنة، حيث يعمل الأطفال ما لا يقل عن ٤٣ ساعة أسبوعياً في نشاط اقتصادي. ولم توضع عتبة لعدد ساعات العمل غير مدفوع الأجر في الخدمات المنزلية للفئة العمرية ١٥-١٧ سنة. تقديرات البلدان المجمععة في قاعدة البيانات العالمية لأهداف التنمية المستدامة والمعروضة فيها، والتي أُعيد نشرها في تقرير 'حالة أطفال العالم'، أُعيد تحليلها من قبل اليونسف ومنظمة العمل الدولية باستخدام التعريفات والمعايير الواردة أعلاه. وهذا يعني أن قيم بيانات البلدان ستختلف عن القيم المنشورة في تقارير الاستقصاء القطرية.

زواج الأطفال: بينما تنتشر ممارسة زواج الأطفال على نحو أكبر بين البنات، إلا أن زواج الأطفال يمثل انتهاكاً لحقوق الأطفال من كلا الجنسين. لذا، يبين الجدول انتشار زواج الأطفال بين الذكور والإناث. وبالنسبة للذكور، يبين الجدول الزيجات قبل سن الثامنة عشرة، إذ أن الزواج قبل سن الخامسة عشرة نادر جداً.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: أُعيد حساب البيانات حول انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بين الفتيات من الفئة العمرية ٠-١٤ سنة، وذلك لأسباب فنية، وقد تختلف عن البيانات المعروضة في الاستقصاء الديمغرافي والصحي الأصلي وفي التقارير القطرية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات. وابتداءً من هذا الإصدار لتقرير 'حالة أطفال العالم' تظهر مواقف الجمهور إزاء هذه الممارسة بوصفها نسبة السكان الذين يعارضونها (بدلاً من الذين يدعمونها). ويظهر هذا القياس حالياً بحسب انتشاره بين الذكور وبين الإناث. تستند تقديرات المناطق لانتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ومواقف الجمهور إزاء هذه الممارسة إلى البيانات المتوفرة من البلدان المشاركة والتي لديها بيانات وطنية تمثيلية. وبما أنه توجد في كل منطقة بعض البلدان التي تخلو من ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، فإن البيانات تعكس الوضع في بلدان محددة تجري فيها هذه الممارسة.

يُعتبر الأطفال في سن الدراسة الملتحقون بالتعليم قبل الابتدائي بأنهم أطفال ملتحقون بالمدارس.

وتقيس المؤشرات الخاصة بإتمام الدراسة (الغاية ٤-١-٢ من أهداف التنمية المستدامة) عدد الأطفال أو اليافعين الذين تزيد أعمارهم بمقدار ٣-٥ سنوات عن العمر المحدد للفصل الأخير في كل مستوى دراسي والذين أمموا ذلك الفصل. والتقديرات مستمدة من قاعدة البيانات العالمية التابعة لليونسف؛ وقد تم حسابها باستخدام المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والاستقصاءات الديمغرافية والصحية، وغيرها من استقصاءات الأسر المعيشية. ومن خلال اختيار فئة عمرية أعلى قليلاً من الفئة العمرية النظرية لإتمام كل مستوى تعليمي، يوفر المؤشر قياساً أكثر سلامة لنسبة الأطفال والمراهقين الذين يتّمون كل مرحلة تعليمية.

يشمل هذا الجدول أيضاً مجموعة مؤشرات لرصد المساواة في نتائج التعليم، بما في ذلك نسبة الأطفال واليافعين الذين يحققون، على الأقل، مستوى الإجابة الأدنى في القراءة والحساب (الغاية ٤-١-١ من أهداف التنمية المستدامة) إضافة إلى معدل معرفة القراءة والكتابة بين الشباب (الغاية ٤-٦-٢ من أهداف التنمية المستدامة). ويُعتبر مستوى الحد الأدنى للإجابة نقطة مرجعية للمعرفة الأساسية في مجال ما (أي الرياضيات والقراءة) مقاساً عبر وسائل تقييم التعليم. ويُظهر المؤشر بيانات نشرتها الحكومات الوطنية إضافة إلى بيانات نشرتها وكالات ومنظمات متخصصة بتقييمات التعليم التي تشمل عدة بلدان. واستندت التقييمات إلى قاعدة البيانات التابعة لشعبة الإحصاء في الأمم المتحدة، وهي مصدر بيانات رسمي لأهداف التنمية المستدامة. أما معدل معرفة القراءة والكتابة الموضح في الجدول فهو مستمد من قاعدة البيانات التابعة لمعهد اليونسكو للإحصاء، وهو يقيس المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والتي ينبغي أن يكتسبها السكان من خلال التعليم الابتدائي، ويُستخدم لتوفير رؤى بشأن نسبة الشباب من الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة الذين يتمتعون بالحد الأدنى من إجابة القراءة والكتابة؛ كما يقيس فاعلية التعليم الابتدائي في كل بلد.

يمكن الاطلاع على معلومات مفصلة حول المؤشرات الواردة في هذا الجدول في إصدار معهد اليونسكو للإحصاء، البيانات الفوقية للمؤشرات العالمية والمواضيعية لمتابعة واستعراض الهدف ٤ من أهداف التنمية المستدامة وجدول أعمال التعليم حتى عام ٢٠٣٠، تموز/ يوليو ٢٠١٧.

الجدول ١٢. حماية الطفل

تشير حماية الطفل إلى منع العنف والاستغلال والإساءات للأطفال في جميع السياقات والاستجابة إليها. هناك العديد من الانتهاكات المختلفة التي يمكن أن يتعرض إليها الأطفال، إلا أن نقص البيانات القابلة للمقارنة يقيد الإبلاغ عن الطيف الكامل لهذه الانتهاكات. وعلى ضوء ذلك، يعرض جدول حماية الطفل بيانات عن قضايا قليلة تتوفر بشأنها بيانات تمثيلية على الصعيد الوطني قابلة للمقارنة، ومن بينها اثنان من تجليات الممارسات التقليدية المؤذية، وبعض أشكال العنف والاستغلال، إلى جانب التسجيل الرسمي للمواليد.

العظمى فيقيس نسبة دخل أول ٨٠ بالمئة (الأغلبية العظمى) على تصنيف الدخل. ويتم نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي هذه المؤشرات إذ يقيس متوسط مستوى المعيشة لكل بلد.

وليس لبيانات مؤشرات الحماية الاجتماعية والمساواة تردد سنوي، وهي تُستخلص من تقرير 'مؤشر التنمية العالمية' وأطلس الحماية الاجتماعية - مؤشرات القدرة على التحمل والمساواة؛ الصادرين عن البنك الدولي، و 'التقرير العالمي للحماية الاجتماعية' الصادر عن منظمة العمل الدولية.

الجدول ١٤. المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

يحتوي هذا الجدول على مجموعة من المؤشرات حول إمكانية الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية الأساسية لدى الأسر المعيشية، والمدارس ومرافق الرعاية الصحية. وتأتي تقديرات مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية في هذا التقرير من برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونسيف لإمدادات المياه والمرافق الصحية. يمكن الاطلاع على تفاصيل كاملة حول تعريفات مؤشرات برنامج الرصد المشترك، ومصادر البيانات، والأساليب المستخدمة لإنتاج التقديرات الوطنية والعالمية وللناطق، على الموقع الإلكتروني www.washdata.org. وتصدر تقديرات جديدة لكل مجموعة من البيانات مرة كل عامين، وهي تنسخ جميع التقديرات السابقة، ولا يجب مقارنتها معها.

الجدول ١٥. المراهقون والمراهقات

يعرض جدول المراهقين والمراهقات مؤشرات مختارة بشأن رفاه المراهقين على امتداد مجالات متنوعة في حياتهم: الحماية، والتعليم، وكذلك الانتقال إلى العمل. يتعلق رفاه المراهقين بمجالات واسعة، ولا يمكن التعبير عنه على نحو شامل عبر مجموعة صغيرة مختارة من المؤشرات. والقصد من القياسات الواردة في الجدول ١٥ هي عرض عينة توضيحية، ولاستكمال المؤشرات ذات الصلة بالمراهقين والتي تظهر على امتداد الجداول الإحصائية الأخرى الواردة في هذا التقرير. المؤشرات مستمدة من نظام تتبع المراهقين على الصعيد القطري، وهو إطار متعدد أصحاب المصلحة يستند إلى أهداف التنمية المستدامة وتم تطويره لتتبع رفاه المراهقين عبر البلدان وعلى امتداد الوقت. وتُعرض مؤشرات صحة المراهقين حالياً في الجدول ٥.

البطالة والمراهقون خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب: البيانات بشأن الدرجة التي يتمكن فيها المراهقون من الانتقال بفاعلية إلى العمل، والموضحة من خلال قياس عدد المراهقين خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب، ومعدل البطالة بين المراهقين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة، مستمدة من منظمة العمل الدولية. تتوفر البيانات الفوقية وملاحظات إضافية حول تفسير هذه المؤشرات في قسم 'البيانات الفوقية' على الموقع الإلكتروني ilo.org.

تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين: ابتداءً من هذا الإصدار لتقرير 'حالة أطفال العالم'، تم تعديل الفئة العمرية المستخدمة للإبلاغ عن هذا المؤشر لتشير إلى المراهقين من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة.

التأديب العنيف: احتُسبت التقديرات المستخدمة في إصدارات اليونسيف وفي التقارير القطرية للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات الصادرة قبل عام ٢٠١٠ باستخدام أوزان ترجيحية للأسر المعيشية، ولم تأخذ هذه الأوزان باعتبارها أسلوب اختيار الأطفال الذي يجري في المرحلة الأخيرة لتطبيق نموذج تأديب الأطفال ضمن المسوح العنقودية متعددة المؤشرات. وقد جرى اختيار عشوائي لطفل واحد من الفئة العمرية المعنية بغية تطبيق نموذج تأديب الأطفال. وفي كانون الثاني/يناير، تقرر أنه يمكن إنتاج تقديرات أدق باستخدام وزن ترجيحي للأسر المعيشية يأخذ بالاعتبار الاختيار الذي يجري في المرحلة الأخيرة. وقد أُعيد حساب بيانات الجولة الثالثة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات باستخدام هذا النهج. إضافة إلى ذلك، تم تعديل الفئة العمرية المرجعية لهذا المؤشر ابتداءً من الجولة الخامسة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات، واستُخدمت الفئة العمرية ١٤-١٠ سنة. لذا، فإن التقديرات من الجولتين الثالثة والرابعة غير قابلة للمقارنة المباشرة إذ تشير إلى الأطفال من الفئة العمرية ١٤-٢.

الجدول ١٣. الحماية الاجتماعية والمساواة

يوفر هذا الجدول معلومات حول تغطية الحماية الاجتماعية وحجم التفاوت بالدخل، ويؤثر هذان الجانبان على السياق الذي يعيش فيه الأطفال. وتتضمن مؤشرات الحماية الاجتماعية عدد أمهات الأطفال الحداثي الولادة اللاتي يحصلن على استحقاقات مالية، ونسبة الأطفال المغطيين بالحماية الاجتماعية، وتوزيع استحقاقات الحماية الاجتماعية (الخمس الأول، والخمس الخامس، وفئة الـ ٤٠ بالمئة الأدنى). وفي حين يلتقط أول مؤشرين تغطية الحماية الاجتماعية، يعكس المؤشر الثالث الحالات والتوزيع عبر الفئات الخُمسية السكانية. ويعرض الجدول لمحة عامة لشبكة الأمان الاجتماعية التي تستفيد منها الأسر المعيشية — لا سيما الأطفال — في كل بلد.

وتتضمن مؤشرات انعدام المساواة الحصة من دخل الأسرة (الخمس الأول، والخمس الخامس، وفئة الـ ٤٠ بالمئة الأدنى)، ومؤشر جيني، ومؤشر بالم، ونسبة دخل الغالبية العظمى، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. ويلتقط المؤشر الأول النصيب من الدخل القومي الذي تكسبه كل فئة خُمسية سكانية ضمن البلد، وهو يوضح هيكل توزيع الدخل لكل بلد، في حين يعبرُ معامل جيني عن مدى انعدام المساواة وكيف ينحرف عن التوزيع المتساوي للدخل تساوياً تاماً. وفي مقابل ذلك، يركز مؤشر بالم على الفرق في الدخل بين نصيب أغنى ١٠ في المئة من السكان من الدخل القومي ونصيب أفقر ٤٠ في المئة من السكان. وهذا المؤشر أكثر حساسية لأطراف منحنى التوزيع وانعدام المساواة الشديد. وبما أن التغييرات في انعدام المساواة في الدخل تنتج بصفة أساسية عن التغييرات في دخل أغنى ١٠ في المئة من السكان ودخل أفقر ٤٠ في المئة من السكان، يوفر مؤشر بالم رؤى بشأن التغييرات التوزيعية في انعدام المساواة في الدخل. أما نسبة دخل الغالبية

الجدول ١٦. المؤشرات الاقتصادية

إزالة القوانين التمييزية وسن أطر قانونية تدفع بالمساواة بين الجنسين في العمل شرطاً مسبقاً لزيادة العمل اللائق والمدفوع الأجر للمرأة، مما يدفع بالتالي بالتمكين الاقتصادي للنساء. وتُعرف عبارة 'الأطر القانونية' بصفة عامة لتشمل القوانين والآليات والسياسات/ الخطط الرامية إلى تعزيز وفرض ورصد المساواة بين الجنسين. البيانات المستخلصة لهذا المؤشر، والمعبر عنه في هدف التنمية المستدامة ٥-١، مستمدة من تقييمات الأطر القانونية للبلدان التي تُعدّها المكاتب الإحصائية الوطنية و/أو الآليات الوطنية للمرأة، والممارسون/ الباحثون القانونيون المعنيون بالمساواة بين الجنسين.

استحقاقات إجازة الأمومة الأبوة: تُعتبر الإجازات الوالدية حاسمة الأهمية لدعم صحة الأطفال ورفاههم والتمكين الاقتصادي للنساء، بما في ذلك بقاء الرضع على قيد الحياة ومأوئهم الصحي وكذلك زيادة مشاركة النساء في سوق العمل وزيادة دخلهن. تنص اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٨٣ على استحقاق بالحصول على إجازة أمومة مدفوعة الأجر لمدة ١٤ أسبوعاً للنساء اللاتي تنطبق عليهن الاتفاقية. وفي حين لا يوجد معيار لدى منظمة العمل الدولية ينص على توفير إجازة أبوة تحديداً، إلا أن استحقاق إجازة الأبوة يتيح للآباء العاملين أن يخرطوا أكثر في رعاية أطفالهم والمشاركة في مسؤوليات الأسرة المعيشية. ولكن من المهم ملاحظة أنه حتى البلدان التي تتضمن حقاً قانونياً بتوفير إجازة أبوة، لا يتمكن جميع العاملين من الاستفادة منها، من قبيل العاملين بدوام جزئي أو العاملين في الاقتصاد غير الرسمي.

التحصيل العلمي: بينما يزود التعليم الابتدائي الأطفال بالأساس اللازم للتعلم مدى الحياة، يسألهم التعليم الثانوي بالمعارف والمهارات التي يحتاجونها لتمكينهم اقتصادياً عندما يصلون مرحلة البلوغ. وعند عقد مقارنة بين الفتيات الحاصلات على تعليم ثانوي والفتيات الحاصلات على تعليم ابتدائي فقط، تقل أرجحية زواج الفتيات الحاصلات على تعليم ثانوي بينما هن في مرحلة الطفولة وأن يحملن أثناء مرحلة المراهقة. وفي حين تكسب النساء الحاصلات على تعليم ابتدائي دخلاً يزيد قليلاً عن الدخل الذي تكسبه النساء غير الحاصلات على تعليم، فإن النساء الحاصلات على تعليم ثانوي يكسبن ما معدله ضعف ما تكسبه النساء غير الحاصلات على تعليم (انظر ودون وآخرون (Wodon et al.)، فُرض مهدورة: الكلفة العالية لعدم تعليم الفتيات، سلسلة مذكرات كلفة عدم تعليم الفتيات. البنك الدولي، واشنطن العاصمة، (٢٠١٨)).

المشاركة في سوق العمل ومعدلات البطالة: إن إمكانية المتساوية في الوصول إلى سوق العمل هي أمر حاسم الأهمية للتمكين الاقتصادي للنساء. ويُحسب معدل المشاركة في سوق العمل بالتعبير عن عدد الأشخاص في سوق العمل خلال فترة مرجعية محددة كنسبة من السكان في سن العمل (عادة من سن ١٥ سنة فأكثر) خلال الفترة المرجعية ذاتها. ويوضح معدل البطالة نسبة الأشخاص (عادة من سن ١٥ سنة فأكثر) الموجودين في سوق العمل ولكنهم عاطلون عن العمل، مما يعكس عدم قدرة الاقتصاد على خلق فرص عمل لهؤلاء الأشخاص الذين يرغبون بالعمل ولكنهم لا يعملون رغم أنهم متوفرون للعمل ويسعون بشكل فاعل للحصول عليه. وتُظهر المعلومات حول البطالة والمصنفة حسب الجنس أن النساء يواجهن صعوبة أكبر في العديد من الحالات

يعرض هذا الجدول لمحة عامة للاقتصاد الكلي للسياق الذي يؤثر على رفاة الأطفال ومآلهم. وثمة غايتان وصفيتان للمؤشرات المشمولة في الجدول، وهما تعكسان المجال المالي لدى الحكومات لتمويل برامج الرفاه - حسب ما يلتقطها مؤشر الإيرادات الحكومية، وتدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية؛ كما تعرض مخصصات الإنفاق الحكومي على قطاعات أساسية من قبيل الصحة، والتعليم، والحماية الاجتماعية، والمساعدات الأجنبية للدول الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية. ويُعرض الإنفاق الحكومي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي للبلد ومن الميزانية العامة الإجمالية. ويُبرز هذا التمييز الأهمية النسبية والحجم النسبي لكل قطاع للسياسة الاجتماعية. وقد اعتُمد تمييز مشابه للمساعدات الإنمائية الرسمية بين المساعدات الواردة/ الصادرة مقاسة بملايين الدولارات، والمساعدات الواردة/ الصادرة كنسبة من الدخل القومي الإجمالي لكل بلد.

تتسم المؤشرات الاقتصادية بتدورها السنوي، وهي تُستخلص من تقرير 'مؤشر التنمية العالمية' الصادر عن البنك الدولي، باستثناء المساعدات الإنمائية الرسمية (الواردة والصادرة). وتأتي البيانات لهذا المؤشر من منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. ونظراً لنقص تغطية البيانات، قام مؤلفو التقرير بحساب مؤشر إنفاق الحكومة على الحماية الاجتماعية كنسبة مئوية من الميزانية الحكومية. ويمثل هذا المؤشر نسبة الإنفاق الحكومية على الحماية الاجتماعية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي مقسوماً على الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.

الجدول ١٧. التمكين الاقتصادي للنساء

أضيف هذا الجدول في عام ٢٠١٩ نظراً للتأثيرات المفيدة للتمكين الاقتصادي للنساء على رفاة الأطفال، وليعكس الأهمية الجوهرية للتمكين الاقتصادي للنساء حسبما حدده الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة: تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات.

مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية: تؤثر القوانين والمواقف والممارسات التي تنطوي على تمييز على مسيرة حياة النساء والبنات، وتقيّد قدرتهن على مراكمة المقدرات الإنسانية والاجتماعية والإنتاجية، وقدرتهن على التأثير وعلى التعبير عن الخيارات التي تؤثر على رفاههن. مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية هو قياس مركب للتمييز بين الجنسين في المؤسسات الاجتماعية أعدته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وهو يضم بيانات كمية ونوعية حول المؤسسات الاجتماعية التمييزية في أربعة مجالات: التمييز في الأسرة، ومحدودية السلامة البدنية، وتقييد إمكانية الحصول على الموارد الإنتاجية والمالية، وتقييد الحريات المدنية.

الأطر القانونية لتعزيز المساواة بين الجنسين في العمل والاستحقاقات الاقتصادية وفرضها ورصدها: إن المساواة وعدم التمييز القائم على الجنس مكرسان في المبادئ الأساسية لأطر السياسة والقانون الدولية، بما في ذلك اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وإعلان ومنهاج عمل بيجين. وتُعتبر

الماضية. وقد بلغ هذا الانتباه ذروته في إبرام الاتفاق العالمي بشأن الهجرة والاتفاق العالمي بشأن اللاجئين، واللذين صادقت عليهما الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ٢٠١٨.

تستند البيانات حول الهجرة الدولية إلى 'أعداد المهاجرين الدوليين' التي تنشرها شعبة السكان بالأمم المتحدة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي). وتوفر البيانات عدد الأشخاص القاطنين خارج البلدان التي وُلدوا فيها (استُخدمت بلدان الجنسية بدلاً من بلدان الولادة لبعض البلدان، وذلك بحسب البيانات المتوفرة)، وذلك في منتصف السنة المعنية. وتشمل هذه الأعداد اللاجئين وطالبي اللجوء. وتُقدر أعداد الأطفال في سن الثامنة عشرة أو أقل بناء على الفئات العمرية الخمس التي تنقسم إليها أعداد المهاجرين التي ينشرها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. للاطلاع على مزيد من التفاصيل حول التعريف ومنهجيات تقدير أعداد المهاجرين الدوليين، انظر الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (شعبة السكان) نشرة أعداد المهاجرين الدوليين ٢٠٢٠.

تستند أعداد اللاجئين (بما في ذلك اللاجئين والأشخاص الذين يعيشون في أوضاع تشبه أوضاع اللاجئين) و طالبي اللجوء إلى جداول مرفق تقرير التوجهات العالمية الذي يصدر سنوياً عن مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين؛ للاطلاع على تفاصيل، انظر: <https://www.unhcr.org/globaltrends2020/>). أما مصطلح 'اللاجئ' فهو معرف في اتفاقية عام ١٩٥١ ومعدل في بروتوكول عام ١٩٦٧. وهذه الأعداد هي أعداد عامة وتشير إلى نهاية السنة المعنية. ولم تُحتسب البيانات الخاصة بالأطفال اللاجئين أو طالبي اللجوء إلا في الحالات التي تبلغ فيها التغطية العمرية في الفئة السكانية المعنية ٥٠ بالمئة أو أكثر. وتم تقدير المجاميع الإقليمية المتعلقة بالأعمار استناداً إلى معدلات مرجحة لحصة الأطفال للبلدان التي تتوفر عنها بيانات (التغطية العمرية ٥٠ بالمئة أو أكثر).

تستند البيانات الخاصة بالمهجرين داخلياً إلى قاعدة البيانات العالمية المعنية بالتهجير الداخلي التي يديرها مركز رصد النزوح الداخلي، وهي تشير إلى عدد الأشخاص المهجرين في نهاية السنة المعنية وعدد المهجرين الجدد أثناء السنة المعنية (انظر: <https://www.internal-displacement.org/database>). وفيما تعبر أعداد المهجرين عن بيانات عامة تتضمن عدد الأشخاص الذين يعيشون في ظروف تهجير، يشير عدد المهجرين الجدد إلى مجاميع ناتجة عن أحداث تهجير مستقلة أثناء السنة، ويمكن أن تتضمن التهجير اللاحق للأشخاص أنفسهم (في إطار حادثة تهجير منفصلة). ولهذا السبب، لا يمكن المساواة بين عدد المهجرين 'الجدد' مع عدد الأشخاص المهجرين. ونظراً لنقص البيانات المصنفة بحسب العمر، تُقدّر أعداد الأطفال المهجرين وحالات التهجير الجديدة المرتبطة بالأطفال باستخدام الهيكل العمري لسكان البلد المعني. وهذا يتضمن افتراضات ضمنية بأن حالات التهجير الداخلي تحدث بصفة عشوائية فيما يتعلق بالفئات العمرية والجنس. وعلى النقيض من ذلك، تُظهر دراسات حالات فردية بأن تمثيل النساء والأطفال ينزع لأن يكون أكبر ضمن السكان المهجرين، وبالتالي من المرجح أن البيانات المعروضة بشأن التهجير الداخلي المتعلقة بالأطفال هي تقديرات تقل عن الواقع الفعلي.

في دخول سوق العمل، وهو أمر قد يكون مرتبطاً على نحو مباشر أو غير مباشر بالأعراف الجنسانية في البلد المعني.

ملكية الهاتف المحمول: تتبع ملكية الهاتف المحمول للأفراد إمكانية الوصول إلى المعلومات، والخدمات المالية، وفرص العمل، والشبكات الاجتماعية، مما يجعلها من الأصول المهمة لتشجيع التمكين الاقتصادي للنساء حسبما يكرسه الهدف الخامس من خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. وحسب أسلوب القياس المعتمد في المؤشر ٥-ب-١ لأهداف التنمية المستدامة، يُعتبر الفرد بأنه يملك هاتفاً محمولاً إذا كان/ كانت يملك جهاز اتصال محمولاً يحتوي على شريحة اشتراك فاعلة واحدة على الأقل للاستخدام الشخصي، وهذا يشمل الهاتف المحمول الذي يوفره صاحب العمل والذي يمكن استخدامه لأغراض شخصية (الإجراء مكالمات خاصة، والوصول إلى شبكة الإنترنت، إلخ). ويستثنى هذا التعريف الأفراد الذين يملكون شريحة اشتراك فاعلة أو أكثر ولكنهم لا يملكون جهاز هاتف محمولاً. ويشمل التعريف الأفراد الذين يملكون هاتفاً محمولاً للاستخدام الشخصي ولكنه غير مسجل باسم الفرد الذي يستخدمه. شريحة الاشتراك الفاعلة هي شريحة الاشتراك التي ظلت قيد الاستخدام خلال الأشهر الثلاثة السابقة.

الشمول المالي: يقيس إمكانية حصول النساء على الخدمات المالية، من قبيل الادخار والتأمين والدفعات والائتمان والتحويلات، وهذه جوانب ضرورية لفهم التمكين الاقتصادي للنساء. وبوسع إمكانية حصول النساء على الخدمات المالية أن يزيد قدرتهن التفاوضية في الأسرة المعيشية، مما يتيح فوائد محتملة لرفاه الأطفال. وحسب أسلوب القياس المعتمد في المؤشر ٨-١-٢ لأهداف التنمية المستدامة، يتضمن احتساب وجود حساب في مؤسسة مالية وجود مجيب على استقصاء يبلغ عن امتلاكه حساباً في بنك، كما يتضمن ذلك امتلاك حساب في مؤسسة مالية من نوع آخر، من قبيل تعاونية ائتمان، أو مؤسسة للتمويل البالغ الصغر، أو تعاونية، أو حساب توفير في مكتب بريد (إذا كان ينطبق)، أو بطاقة سحب باسم الشخص المعني. كما يتضمن المجيبين الذين يبلغون عن استلام أجور، أو تحويلات حكومية، أو دفعات لقاء منتجات زراعية تودع في حساب في مؤسسة مالية خلال الأشهر الاثني عشر السابقة؛ أو دفع فواتير الخدمات أو رسوم المدارس من حساب في مؤسسة مالية خلال الأشهر الاثني عشر السابقة؛ أو استلام أجور أو تحويلات حكومية عبر بطاقة خلال الأشهر الاثني عشر السابقة. ويتطلب احتساب وجود حساب مالي عبر الهاتف المحمول وجود مجيب على استقصاء يبلغ بأنه يملك شخصياً حساباً مالياً عبر الهاتف المحمول للأشخاص الذين لا يملكون حساباً بنكياً، وذلك من خلال الجمعية الدولية لشبكات الهاتف المحمول، وأنه استخدم هذا الحساب خلال الأشهر الاثني عشر السابقة لدفع فواتير أو لإرسال أموال أو استلامها. ويتضمن أيضاً مجيبين يبلغون عن استلام أجور أو تحويلات حكومية، أو دفعات لقاء منتجات زراعية، عبر الهاتف المحمول خلال الأشهر الاثني عشر السابقة.

الجدول ١٨. الهجرة

أضيف هذا الجدول في عام ٢٠٢١ بسبب الأهمية الكبيرة للهجرة والتهجير على رفاه الأطفال، والانتباه الكبير الذي حظي به هذا الموضوع خلال السنوات

أعداد وفيات الأطفال دون الخامسة ومعدلاتها لكل بلد لعام ٢٠١٩

الجدول مرتب حسب العدد غير المقرب لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لعام ٢٠١٩. ويشير مصطلح الحد الأدنى والحد الأعلى إلى الحدين الأدنى والأعلى لمجال ثقة ٩٠٪.

العبء الأعلى للوفيات بين الأطفال دون الخامسة

معدل الوفيات لمن دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) في 2019				البلدان والمناطق	معدل الوفيات لمن دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) في 2019				
الحد الأدنى	الحد الأعلى	الوفيات السنوية لمن دون الخامسة (بالآلاف) 2019	الوسيط		الحد الأدنى	الحد الأعلى	الوفيات السنوية لمن دون الخامسة (بالآلاف) 2019	البلدان والمناطق	
28	16	21	15	المغرب	152	92	117	858	نيجيريا
108	66	85	13	ليبيريا	38	31	34	824	الهند
60	20	34	13	رواندا	78	58	67	399	باكستان
11	9	10	13	تركيا	129	54	85	291	جمهورية الكونغو الديمقراطية
30	20	24	13	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	62	42	51	178	إثيوبيا
21	14	17	12	أوزبكستان	9	7	8	132	الصين
140	38	73	11	موريتانيا	29	20	24	115	إندونيسيا
6	6	6	11	الاتحاد الروسي	69	38	50	103	جمهورية تنزانيا المتحدة
62	32	45	10	بابوا غينيا الجديدة	139	35	75	93	أنغولا
31	19	25	10	غواتيمالا	34	28	31	90	بنغلاديش
19	10	14	10	كولومبيا	125	51	80	82	النيجر
50	14	27	10	كمبوديا	109	52	74	82	موزامبيق
53	22	34	9	طاجيكستان	78	43	58	78	السودان
28	12	22	9	الجمهورية العربية السورية	60	35	46	74	أوغندا
83	28	48	8	الكونغو	117	76	94	74	مالي
16	11	13	8	بيرو	150	86	114	73	تشاد
60	34	46	8	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	75	47	60	72	أفغانستان
10	9	9	7	الأرجنتين	235	60	117	72	الصومال
11	8	9	6	تايلند	100	63	79	70	كوت ديفوار
34	20	26	6	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)	90	62	75	66	الكامeroon
22	14	17	6	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	121	64	88	65	بوركينافاسو
59	30	42	6	تركمانستان	59	32	43	64	كينيا
41	19	28	6	الجمهورية الدومينيكية	36	21	27	60	الفلبين
120	49	78	5	غينيا - بيساو	29	14	20	52	مصر
124	59	86	5	ليسوتو	95	35	58	50	اليمن
15	13	14	5	إكوادور	119	83	99	44	غينيا
9	8	9	5	ماليزيا	64	40	51	43	مدغشقر
61	43	52	5	غامبيا	63	31	45	42	ميانمار
67	24	40	4	إريتريا	39	31	34	41	جنوب أفريقيا
11	10	10	4	كازاخستان	17	12	14	40	البرازيل
9	5	7	4	المملكة العربية السعودية	57	37	46	40	غانا
135	49	82	4	غينيا الاستوائية	78	49	62	38	زامبيا
9	8	8	4	أوكرانيا	105	77	90	37	بنن
25	11	17	3	هندوراس	194	39	96	37	جنوب السودان
18	16	17	3	تونس	25	16	20	32	فلبين نام
32	13	20	3	أذربيجان	16	13	14	31	المكسيك
21	12	16	3	الأردن	33	20	26	29	العراق
4	4	4	3	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	132	91	109	28	سيراليون
5	4	4	3	فرنسا	61	27	42	26	ملاوي
4	4	4	3	ألمانيا	7	6	6	25	الولايات المتحدة الأمريكية
77	25	42	3	ناميبيا	58	35	45	25	السنغال
19	17	18	3	قيرغيزستان	85	37	56	24	بوروندي
68	27	42	3	غابون	72	41	55	24	زيمبابوي
39	10	19	3	باراغواي	24	23	23	24	الجزائر
28	14	19	3	دولة فلسطين	23	9	14	21	إيران (جمهورية - الإسلامية)
9	6	7	2	سري لانكا	189	64	110	18	جمهورية أفريقيا الوسطى
3	2	2	2	اليابان	83	54	67	17	توغو
87	15	42	2	بوتسوانا	41	24	31	17	نيبال
					84	48	63	17	هايتي

أكثر من ١٤,٠٠٠ طفل دون الخامسة لا يزالون يموتون كل عام

العبء الأدنى للوفيات بين الأطفال دون الخامسة

معدل الوفيات لمن دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) في 2019				معدل الوفيات لمن دون الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي) في 2019			الوفيات السنوية لمن دون الخامسة (بالآلاف) 2019	البلدان والمناطق
الوسيط	الحد الأدنى	الحد الأعلى	الوفيات السنوية لمن دون الخامسة (بالآلاف) 2019	الوسيط	الحد الأدنى	الحد الأعلى	البلدان والمناطق	
4	3	4	0	19	15	17	نيكاراغوا	
43	16	26	0	5	5	5	كندا	
18	15	16	0	134	31	63	جزر القمر	
4	3	3	0	74	26	44	تيمور - ليشتي	
49	18	30	0	5	4	4	بولندا	
27	12	18	0	9	5	7	شيلي	
5	4	5	0	21	8	13	السلفادور	
7	6	7	0	74	33	49	إسواتيني	
87	30	51	0	18	7	12	ليبيا	
7	5	6	0	3	3	3	إيطاليا	
18	12	15	0	7	7	7	رومانيا	
9	5	7	0	3	3	3	إسبانيا	
3	2	2	0	3	3	3	جمهورية كوريا	
7	5	6	0	16	15	16	منغوليا	
3	2	3	0	27	8	15	بنما	
3	2	2	0	94	34	57	جيبوتي	
4	3	4	0	4	3	4	أستراليا	
14	11	12	0	13	10	11	عُمان	
72	12	29	0	14	4	7	لبنان	
5	3	4	0	9	6	7	الإمارات العربية المتحدة	
13	10	11	0	4	4	4	هولندا	
22	10	15	0	24	8	14	جامايكا	
16	10	13	0	4	3	4	إسرائيل	
9	7	8	0	9	8	9	كوستاريكا	
26	20	22	0	6	4	5	كوبا	
51	20	32	0	19	11	14	جمهورية مولدوفا	
2	2	2	0	11	8	10	جورجيا	
22	12	17	0	15	9	12	أرمينيا	
18	9	13	0	29	23	26	فيجي	
42	32	35	0	47	18	29	غيانا	
3	2	2	0	9	7	8	الكويت	
20	13	17	0	7	4	5	صربيا	
9	6	7	0	4	3	3	بلجيكا	
3	2	2	0	7	6	7	بلغاريا	
19	11	14	0	29	13	20	جزر سليمان	
18	11	15	0	44	18	28	بوتان	
4	2	3	0	4	3	3	بيلاروس	
3	2	2	0	4	4	4	سويسرا	
22	11	15	0	3	3	3	تشيكيا	
9	5	7	0	8	7	7	أوروغواي	
56	17	31	0	4	3	4	هنغاريا	
3	1	2	0	10	9	10	ألبانيا	
45	13	24	0	6	5	6	سلوفاكيا	
34	9	17	0	41	8	18	ترينيداد وتوباغو	
11	1	3	0	4	3	3	النمسا	
13	4	8	0	3	2	3	السويد	
5	2	3	0	4	3	4	اليونان	
58	10	23	0	4	3	4	البرتغال	
3	1	2	0	5	4	5	نيوزيلندا	

الجدول 1 - البيانات السكانية

البلدان والمناطق	السكان (بالآلاف) 2020			معدل النمو السكاني (%) للسكان			متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			الخصوبة الإجمالية (الولادات الحية لكل امرأة) 2020 أطفال	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) 2020 المجموع	نسبة الإعالة (%) 2020			معدل النمو السكاني (%) لسكان الحضرة	معدل صافي الهجرة (لكل 1,000 نسمة) 2020-2015		
	المجموع	دون 5	دون 18	2020	2000	1970	إجمالي نسبة الإعالة	نسبة إعالة الأطفال	نسبة إعالة المستن			2020	2020	2020			2020	2020
أفغانستان	38,928	19,137	5,673	3.0	1.9	1,216	4.2	2,116	37	56	65	80	75	5	88	3.8	3.1	-1.7
ألبانيا	2,878	611	166	-0.4	-0.3	33	1.6	33	67	74	79	47	25	22	62	1.5	0.7	-4.9
الجزائر	43,851	15,292	5,042	1.6	1.3	995	2.9	995	50	71	77	60	49	11	74	2.6	1.8	-0.2
أندورا	77	13	3	0.8	0.1	-	-	-	-	-	-	42	19	23	88	0.6	0.1	-
أنغولا	32,866	17,457	5,795	3.3	2.8	1,311	5.4	1,311	41	47	61	95	90	4	67	4.7	3.6	0.2
أنغويلا	15	4	<1	1.4	0.5	-	-	-	-	-	-	45	29	16	100	1.4	0.5	-
أنتيغوا وبربودا	98	26	7	1.2	0.6	1	2.0	1	66	74	77	45	32	14	24	-0.1	0.8	0.0
الأرجنتين	45,196	13,176	3,737	1.0	0.7	752	2.2	752	66	74	77	56	38	18	92	1.1	0.9	0.1
أرمينيا	2,963	721	205	-0.2	0.0	39	1.8	39	70	71	75	48	31	18	63	-0.3	0.3	-1.7
أستراليا	25,500	5,833	1,670	1.4	0.9	318	1.8	318	71	80	84	55	30	25	86	1.5	1.1	6.4
النمسا	9,006	1,564	448	0.5	0.2	90	1.6	90	70	78	82	51	22	29	59	0.4	0.6	7.4
أذربيجان	10,139	2,764	825	1.1	0.5	157	2.0	157	63	67	73	43	34	10	56	1.5	1.2	0.1
جزر البهاما	393	104	27	1.3	0.7	5	1.7	5	66	72	74	42	31	11	83	1.4	0.9	2.6
البحرين	1,702	366	108	4.5	1.5	22	1.9	22	63	74	77	26	23	3	90	4.5	1.7	31.1
بنغلاديش	164,689	53,407	14,328	1.2	0.8	2,890	2.0	2,890	47	65	73	47	39	8	38	3.5	2.4	-2.3
بربادوس	287	59	15	0.3	0.1	3	1.6	3	69	77	79	50	25	25	31	-0.1	0.5	-0.3
بيلاروس	9,449	1,902	548	-0.2	-0.2	108	1.7	108	71	67	75	49	26	23	79	0.4	0.2	0.9
بلجيكا	11,590	2,360	634	0.6	0.2	124	1.7	124	71	78	82	57	27	30	98	0.6	0.3	4.2
بليز	398	140	39	2.3	1.5	8	2.2	8	66	69	75	52	44	8	46	2.3	2.0	3.2
بنن	12,123	5,882	1,908	2.7	2.3	430	4.7	430	42	55	62	83	77	6	48	3.8	3.4	-0.2
بوتان	772	233	64	1.3	0.8	13	1.9	13	40	61	72	45	36	9	42	3.7	2.1	0.4
بوليفيا (دولة - المتحدة القوميات)	11,673	4,214	1,185	1.6	1.1	247	2.7	247	46	62	72	60	48	12	70	2.2	1.6	-0.8
البوسنة والهرسك	3,281	572	133	-0.6	-0.4	26	1.2	26	66	74	78	48	21	27	49	0.1	0.4	-6.4
بوتسوانا	2,352	924	272	1.7	1.5	55	2.8	55	54	51	70	61	54	7	71	3.1	2.2	1.3
البرازيل	212,559	53,597	14,475	0.9	0.5	2,859	1.7	2,859	59	70	76	43	30	14	87	1.3	0.7	0.1
جزر فرجن البريطانية	30	6	1	1.9	0.4	-	-	-	-	-	-	35	21	14	49	2.6	1.2	-
بروني دار السلام	437	118	32	1.3	0.7	6	1.8	6	63	73	76	39	31	8	78	1.7	1.0	0.0
بلغاريا	6,948	1,215	313	-0.7	-0.7	61	1.6	61	71	72	75	57	23	34	76	-0.2	-0.3	-0.7
بوركينا فاسو	20,903	10,708	3,472	2.8	2.5	775	5.0	775	39	50	62	88	83	5	31	5.4	4.2	-1.3
بوروندي	11,891	6,139	2,054	3.0	2.6	450	5.2	450	44	49	62	91	86	5	14	5.4	4.8	0.2
كابو فيردي	556	186	52	1.2	0.8	10	2.2	10	53	69	73	49	42	7	67	2.3	1.4	-2.5
كمبوديا	16,719	6,051	1,779	1.5	1.1	360	2.5	360	42	58	70	56	48	8	24	2.8	2.7	-1.9
الكاميرون	26,546	12,936	4,116	2.6	2.2	915	4.4	915	47	51	60	81	76	5	58	3.7	3.0	-0.2
كندا	37,742	7,120	1,993	1.0	0.7	387	1.5	387	73	79	83	51	24	27	82	1.1	0.9	6.6
جمهورية أفريقيا الوسطى	4,830	2,473	738	1.3	1.9	169	4.6	169	42	44	54	86	81	5	42	1.9	3.0	-8.6
تشاد	16,426	8,788	2,930	3.2	2.5	678	5.6	678	41	48	55	96	91	5	24	3.6	3.8	0.1
شيلي	19,116	4,414	1,162	1.0	0.2	227	1.6	227	62	76	80	46	28	18	88	1.1	0.3	6.0
الصين	1,439,324	304,174	83,932	0.5	0.2	16,233	1.7	16,233	59	71	77	42	25	17	61	3.1	1.4	-0.2
كولومبيا	50,883	13,801	3,711	1.2	0.4	727	1.8	727	62	73	77	45	32	13	81	1.6	0.8	4.2
جزر القمر	870	394	124	2.2	1.8	27	4.1	27	46	59	65	73	67	5	29	2.5	2.8	-2.4
الكونغو	5,518	2,634	822	2.7	2.2	177	4.3	177	51	52	65	79	74	5	68	3.4	2.8	-0.8
جزر كوك	18	5	1	-0.1	-0.0	-	-	-	-	-	-	54	35	19	75	0.6	0.3	-
كوستاريكا	5,094	1,276	348	1.2	0.6	68	1.7	68	66	77	80	45	30	15	81	2.7	1.2	0.8
كرواتيا	4,105	713	184	-0.4	-0.5	35	1.4	35	68	75	79	56	23	33	58	-0.0	0.1	-1.9
كوبا	11,327	2,182	571	0.1	-0.1	111	1.6	111	70	77	79	47	23	23	77	0.2	0.0	-1.3
قبرص	1,207	243	65	1.2	0.5	12	1.3	12	73	78	81	45	24	21	67	1.0	0.7	4.2
تشيكيا	10,709	1,989	559	0.2	0.0	108	1.7	108	70	75	80	56	25	31	74	0.2	0.3	2.1
كوت ديفوار	26,378	12,731	4,131	2.2	2.2	929	4.5	929	44	50	58	80	75	5	52	3.1	3.1	-0.3
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	25,779	6,225	1,746	0.6	0.3	355	1.9	355	60	65	72	41	28	13	62	0.8	0.8	-0.2
جمهورية الكونغو الديمقراطية	89,561	46,929	15,827	3.1	2.7	3,598	5.7	3,598	44	50	61	95	89	6	46	4.3	3.8	0.3
الدايمرك	5,792	1,144	309	0.4	0.3	63	1.8	63	73	77	81	57	26	32	88	0.6	0.5	2.6
جيبوتي	988	340	99	1.5	1.1	20	2.6	20	49	57	67	51	44	7	78	1.6	1.3	0.9
دومينيكا	72	16	5	0.2	0.2	-	-	-	-	-	-	40	26	14	71	0.6	0.5	-
الجمهورية الدومينيكية	10,848	3,554	1,003	1.2	0.7	204	2.3	204	58	69	74	54	42	12	83	2.6	1.3	-2.8
إكوادور	17,643	5,767	1,667	1.6	1.1	337	2.4	337	58	73	77	54	42	12	64	1.9	1.4	2.2
مصر	102,334	39,988	12,697	1.9	1.5	2,563	3.2	2,563	52	69	72	65	56	9	43	1.9	1.9	-0.4
السلفادور	6,486	2,072	576	0.5	0.4	116	2.0	116	55	69	74	54	41	13	73	1.5	1.1	-6.3
غينيا الاستوائية	1,403	588	200	4.0	2.6	45	4.3	45	40	53	59	64	60	4	73	5.9	3.1	12.4
إريتريا	3,546	1,697	495	2.1	1.6	104	3.9	104	43	55	67	84	76	8	41	4.2	2.9	-11.6
إستونيا	1,327	258	69	-0.3	-0.3	13	1.6	13	70	70	79	58	26	32	69	-0.3	-0.0	3.0
إسواتيني	1,160	514	144	0.7	1.0	29	2.9	29	48	47	61	71	64	7	24	1.0	1.9	-7.4

الجدول 1 - البيانات السكانية

معدل صافي الهجرة (لكل 1,000 نسمة) 2020-2015	معدل النمو السنوي لسكان الحضرة (%)		نسبة سكان الحضرة (%) 2020	نسبة الإعالة (%) 2020			متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			الخصوبة الإجمالية للولادات الحية لكل امرأة (بالآلاف) 2020	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) 2020	معدل النمو السنوي للسكان (%)		السكان (بالآلاف) 2020			البلدان والمناطق
	-2020	-2000		نسبة إعالة المسنين	نسبة إعالة الأطفال	إجمالي نسبة الإعالة	2020	2000	1970			-2020	-2000	5 دون	18 دون	المجموع	
	2030	2020										2030	2020				
0.3	4.0	4.5	22	6	71	77	67	52	43	4.0	3,619	2.1	2.6	16,791	53,790	114,964	إثيوبيا
-7.0	1.4	1.3	57	9	45	53	68	66	62	2.7	18	0.7	0.5	89	306	896	فيجي
2.5	0.2	0.5	86	37	26	62	82	78	70	1.5	49	0.1	0.3	264	1,057	5,541	فنلندا
0.6	0.5	0.8	81	34	29	62	83	79	72	1.8	719	0.2	0.5	3,620	13,879	65,274	فرنسا
1.6	2.2	3.5	90	6	63	69	67	58	47	3.9	67	1.9	2.8	320	948	2,226	غابون
-1.4	3.3	4.2	63	5	82	87	62	56	38	5.1	91	2.5	2.9	410	1,220	2,417	غامبيا
-2.5	0.3	0.2	59	24	31	55	74	70	67	2.0	51	-0.3	-0.4	268	938	3,989	جورجيا
6.6	0.1	0.3	77	34	22	55	81	78	71	1.6	790	-0.1	0.1	4,059	14,113	83,784	ألمانيا
-0.3	2.7	3.5	57	5	62	67	64	57	49	3.8	889	1.8	2.3	4,169	13,455	31,073	غانا
-1.5	-0.1	0.1	80	35	21	56	82	79	71	1.3	76	-0.5	-0.3	409	1,741	10,423	اليونان
-1.8	0.8	0.5	37	15	36	51	72	73	66	2.0	2	0.3	0.4	9	31	113	غرينادا
-0.5	2.3	2.7	52	8	54	62	75	68	53	2.8	428	1.5	2.0	2,065	7,149	17,916	غواتيمالا
-0.3	3.4	3.1	37	5	80	85	62	51	37	4.6	468	2.4	2.2	2,100	6,583	13,133	غينيا
-0.8	2.9	3.3	44	5	76	81	59	50	41	4.3	67	2.0	2.4	305	953	1,968	غينيا - بيساو
-7.7	1.0	-0.1	27	11	42	53	70	65	62	2.4	15	0.4	0.2	74	262	787	غيانا
-3.2	2.2	3.7	57	8	52	60	64	57	46	2.8	269	1.0	1.4	1,263	4,398	11,403	هايتي
-	-0.1	0.1	100	75	16	92	-	-	-	-	-	-0.1	0.1	<1	<1	<1	الكرسي الرسولي
-0.7	2.2	3.1	58	8	47	55	75	71	53	2.4	209	1.3	2.0	1,017	3,654	9,905	هندوراس
0.6	0.1	0.2	72	31	22	53	77	72	69	1.5	91	-0.3	-0.3	461	1,683	9,660	هنغاريا
1.1	0.5	1.0	94	24	30	54	83	80	74	1.7	4	0.5	0.9	20	79	341	آيسلندا
-0.4	2.0	2.4	35	10	39	49	70	63	48	2.2	24,068	0.8	1.3	116,880	436,943	1,380,004	الهند
-0.4	1.8	2.6	57	9	38	47	72	66	53	2.3	4,771	0.8	1.2	23,658	84,934	273,524	إندونيسيا
-0.7	1.4	2.0	76	10	36	46	77	70	51	2.1	1,503	0.9	1.2	7,638	24,151	83,993	إيران (جمهورية - الإسلامية)
0.2	2.3	2.7	71	6	64	70	71	69	58	3.5	1,136	2.0	2.6	5,380	17,702	40,223	العراق
4.9	1.0	1.6	64	23	32	55	82	77	71	1.8	59	0.6	1.3	314	1,220	4,938	آيرلندا
1.2	1.4	1.9	93	21	47	67	83	79	72	3.0	170	1.3	1.8	848	2,815	8,656	إسرائيل
2.5	0.2	0.6	71	37	20	57	84	80	72	1.3	438	-0.2	0.3	2,325	9,576	60,462	إيطاليا
-3.9	0.9	0.9	56	13	35	48	75	74	68	2.0	46	0.3	0.5	231	833	2,961	جامايكا
0.6	-0.3	0.7	92	48	21	69	85	81	72	1.4	909	-0.4	-0.0	4,778	19,137	126,476	اليابان
1.1	0.6	4.0	91	6	52	58	75	72	60	2.6	214	0.4	3.3	1,058	3,989	10,203	الأردن
-1.0	1.2	1.2	58	13	46	59	74	63	63	2.7	368	0.9	1.1	1,920	6,174	18,777	كازاخستان
-0.2	3.5	4.1	28	4	66	70	67	51	53	3.4	1,506	1.9	2.5	7,044	24,449	53,771	كينيا
-6.9	2.4	2.9	56	7	60	67	69	63	52	3.5	3	1.4	1.7	15	49	119	كيريباس
9.8	1.0	3.6	100	4	28	32	76	73	66	2.1	54	1.0	3.5	290	1,058	4,271	الكويت
-0.6	2.1	1.5	37	8	52	60	72	66	60	2.9	151	1.2	1.3	760	2,434	6,524	قيرغيزستان
-2.1	2.6	3.9	36	7	50	57	68	59	46	2.6	165	1.1	1.5	797	2,753	7,276	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-7.6	-0.6	-1.1	68	33	26	59	75	70	70	1.7	20	-0.8	-1.1	114	365	1,886	لاتفيا
-4.5	-0.7	2.9	89	11	37	48	79	75	66	2.1	116	-0.9	2.7	566	2,054	6,825	لبنان
-4.8	2.2	2.1	29	8	51	59	55	48	51	3.1	56	0.7	0.2	254	821	2,142	ليسوتو
-1.0	3.0	3.5	52	6	72	78	64	52	39	4.2	164	2.1	2.7	740	2,383	5,058	ليبيريا
-0.3	1.2	1.4	81	7	41	48	73	71	56	2.2	122	0.9	1.2	624	2,251	6,871	ليبيا
-	1.0	0.4	14	27	22	49	-	-	-	-	-	0.3	0.7	2	7	38	ليختنشتاين
-11.6	-0.5	-1.1	68	32	24	56	76	71	71	1.7	28	-0.8	-1.2	145	494	2,722	ليتوانيا
16.3	1.1	2.1	91	21	22	43	82	78	70	1.4	6	0.9	1.7	33	117	626	لكسمبرغ
-0.1	3.7	4.4	39	5	70	76	67	58	45	4.0	892	2.3	2.7	4,109	12,939	27,691	مدغشقر
-0.9	4.0	3.4	17	5	79	84	65	45	40	4.1	642	2.4	2.6	2,924	9,575	19,130	ملايو
1.6	1.5	2.6	77	10	34	44	76	73	65	2.0	532	1.0	1.6	2,635	9,162	32,366	ماليزيا
22.8	0.6	5.0	41	5	26	30	79	70	44	1.8	7	-0.4	3.1	36	121	541	مليديف
-2.1	4.0	5.0	44	5	93	98	60	48	32	5.7	823	2.6	2.9	3,606	10,931	20,251	مالي
2.1	0.2	0.7	95	33	22	56	83	79	71	1.5	4	0.2	0.5	22	75	442	مالطة
-	1.2	1.3	78	9	63	72	-	-	-	-	-	0.9	0.7	7	26	59	جزر مارشال
1.2	3.4	4.5	55	6	69	75	65	61	50	4.4	153	2.3	2.7	690	2,134	4,650	موريتانيا
0.0	0.3	0.1	41	18	24	41	75	71	63	1.4	13	0.0	0.3	64	270	1,272	موريشيوس
-0.5	1.1	1.6	81	11	39	50	75	74	61	2.1	2,192	0.8	1.3	10,959	40,052	128,933	المكسيك
-5.4	1.6	0.5	23	7	48	55	68	65	59	3.0	3	0.9	0.3	12	43	115	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)
-	0.6	0.9	100	47	25	72	-	-	-	-	-	0.6	0.9	3	7	39	موناكو
-0.3	1.4	2.4	69	7	48	55	70	63	55	2.8	74	1.1	1.5	375	1,153	3,278	منغوليا
-0.8	0.4	0.8	67	24	27	51	77	73	70	1.7	7	-0.1	0.1	37	137	628	الجيل الأسود
-	0.3	7.1	9	20	25	46	-	-	-	-	-	-0.4	0.1	<1	1	5	مونتسيرات
-1.4	1.6	2.0	64	12	41	52	77	69	53	2.4	668	0.9	1.2	3,325	11,679	36,911	المغرب
-0.2	3.8	3.9	37	5	83	88	61	49	41	4.7	1,153	2.5	2.7	5,157	15,968	31,255	موزامبيق
-3.1	1.7	1.4	31	9	37	46	67	60	49	2.1	939	0.7	0.7	4,509	16,920	54,410	ميانمار

الجدول 1 - البيانات السكانية

البلدان والمناطق	السكان (بالآلاف) 2020			نسبة الإعاقة (%) 2020			متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			الخصوبة الإجمالية (الولادات الكلية لكل امرأة) 2020	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) 2020	معدل النمو السنوي للسكان (%)		معدل الهجرة (لكل 1,000 نسمة) 2020-2015				
	المجموع	دون 18	5 دون	إجمالي نسبة الإعاقة	نسبة إعاقة الأطفال	نسبة إعاقة المسنين	1970	2000	2020			2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020
ناميبيا	2,541	1,085	336	68	62	6	53	52	64	3.3	70	1.5	1.7	3.0	3.9	-2.0		
ناورو	11	4	1	65	58	7	-	-	-	-	-	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1		
نيجال	29,137	10,283	2,707	53	44	9	41	62	71	1.8	562	1.2	0.9	3.0	3.0	3.1		
هولندا	17,135	3,296	859	56	24	31	74	78	82	1.7	173	0.2	0.3	1.2	0.4	0.9		
نيوزيلندا	4,822	1,119	301	56	30	25	71	78	82	1.9	60	0.6	1.1	1.1	0.8	3.2		
نيكاراغوا	6,625	2,319	657	54	46	9	54	70	75	2.3	131	1.0	1.3	1.6	1.5	-3.3		
النيجر	24,207	13,676	4,787	110	104	5	36	50	63	6.7	1,098	3.3	3.6	3.7	4.4	0.2		
نيجيريا	206,140	103,265	33,939	86	81	5	41	46	55	5.2	7,639	2.2	2.5	4.4	4.4	-0.3		
نيوي	2	<1	<1	55	38	17	-	-	-	-	-	0.2	-0.8	0.8	0.8	1.4		
مقدونيا الشمالية	2,083	412	112	44	24	21	66	73	76	1.5	22	-0.1	0.1	0.1	0.1	-0.5		
النرويج	5,421	1,126	302	53	26	27	74	79	83	1.7	60	0.7	0.9	1.3	1.1	5.3		
عمان	5,107	1,279	454	33	30	3	50	72	78	2.8	90	1.4	3.9	4.8	1.9	18.6		
باكستان	220,892	90,247	27,963	64	57	7	53	63	67	3.4	6,046	1.6	2.1	2.7	2.4	-1.1		
بالاو	18	4	1	42	29	13	-	-	-	-	-	0.2	-0.3	0.4	0.4	-0.6		
بنما	4,315	1,358	389	54	41	13	66	75	79	2.4	80	1.2	1.7	2.1	1.7	2.7		
بابوا غينيا الجديدة	8,947	3,708	1,107	63	57	6	46	59	65	3.5	237	1.6	2.0	2.1	2.1	-0.1		
باراغواي	7,133	2,455	701	56	45	11	65	71	74	2.4	143	1.0	1.4	1.9	1.5	-2.4		
بيرو	32,972	9,608	2,833	50	37	13	54	71	77	2.2	575	0.8	1.0	1.4	1.1	3.1		
الفلبين	109,581	39,242	10,616	55	47	9	63	69	71	2.5	2,183	1.1	1.6	1.7	1.8	-0.6		
بولندا	37,847	6,802	1,885	51	23	28	70	74	79	1.4	362	-0.2	-0.1	-0.2	0.0	-0.8		
البرتغال	10,197	1,643	401	56	20	35	67	77	82	1.3	78	-0.3	-0.0	0.9	0.4	-0.6		
قطر	2,881	450	135	18	16	2	68	77	80	1.8	27	1.3	7.5	7.7	1.3	14.7		
جمهورية كوريا	51,269	7,846	1,897	40	18	22	61	76	83	1.1	359	-0.0	0.4	0.5	0.5	0.2		
جمهورية مولدوفا	4,034	761	203	40	22	17	65	72	72	1.3	39	-0.3	-0.2	-0.4	0.2	-0.3		
رومانيا	19,238	3,588	940	53	24	29	68	70	76	1.6	184	-0.5	-0.7	-0.6	-0.1	-3.8		
الاتحاد الروسي	145,934	31,173	9,272	51	28	23	69	73	73	1.8	1,766	-0.2	-0.0	0.1	0.1	1.3		
رواندا	12,952	5,948	1,885	74	69	5	45	49	69	3.9	398	2.1	2.3	3.1	3.1	-0.7		
سانت كيتس ونيفيس	53	13	3	27	12	31	-	-	-	-	-	0.4	0.9	0.6	0.6	-		
سانت لوسيا	184	41	11	39	25	14	64	73	76	1.4	2	0.2	0.8	-1.1	1.0	0.0		
سانت هنتون وجزر غرينادين	111	30	8	47	32	15	64	71	73	1.9	2	0.2	0.1	0.9	0.9	-1.8		
ساموا	198	86	27	73	64	9	60	69	73	3.8	5	1.0	0.6	-0.4	0.6	-14.3		
سان مارينو	34	5	1	51	20	31	-	-	-	-	-	0.1	1.0	1.2	0.2	-		
سان تومي وبرينسيبي	219	107	32	81	76	5	55	61	71	4.2	7	1.8	2.1	3.6	2.5	-8.0		
المملكة العربية السعودية	34,814	9,951	2,978	39	34	5	53	73	75	2.2	585	1.1	2.5	2.7	1.3	4.1		
السنگال	16,744	8,225	2,615	84	78	6	39	58	68	4.5	560	2.3	2.6	3.4	3.2	-1.3		
صربيا	8,737	1,649	419	52	23	29	68	72	76	1.4	81	-0.5	-0.4	-0.1	-0.1	0.5		
سيشيل	98	27	8	47	35	12	66	71	73	2.4	2	0.4	0.9	1.6	1.0	-2.1		
سيراليون	7,977	3,758	1,159	55	39	5	36	39	55	4.1	258	1.7	2.6	3.5	2.7	-0.6		
سنغافورة	5,850	867	258	35	17	18	68	78	84	1.2	50	0.6	1.8	1.8	0.6	4.7		
سلوفاكيا	5,460	1,007	284	48	23	25	70	73	78	1.5	56	-0.1	0.1	-0.2	0.2	0.3		
سلوفينيا	2,079	370	101	56	24	32	69	76	81	1.6	19	-0.1	0.2	0.6	0.5	1.0		
جزر سليمان	687	318	103	78	71	7	56	67	73	4.3	22	2.1	2.4	4.5	3.6	-2.5		
الصومال	15,893	8,460	2,827	96	91	6	41	51	58	5.9	660	2.6	2.8	4.3	3.7	-2.7		
جنوب أفريقيا	59,309	20,064	5,765	52	44	8	53	56	64	2.4	1,172	1.0	1.3	2.1	1.6	2.5		
جنوب السودان	11,194	5,366	1,707	81	75	6	36	49	58	4.5	390	1.9	2.8	3.8	3.5	-15.9		
إسبانيا	46,755	8,092	1,990	52	22	30	72	79	84	1.4	380	-0.1	0.6	0.9	0.2	0.9		
سري لانكا	21,413	6,087	1,660	54	36	17	64	71	77	2.2	326	0.3	0.6	0.7	1.3	-4.6		
دولة فلسطين	5,101	2,272	693	71	66	6	56	71	74	3.5	144	2.0	2.2	2.5	2.3	-2.2		
السودان	43,849	20,403	6,339	77	70	6	52	58	66	4.3	1,383	2.1	2.3	2.6	3.2	-1.2		
سورينام	587	187	52	51	40	11	63	68	72	2.4	11	0.7	1.0	1.0	0.9	-1.7		
السويد	10,099	2,110	601	61	28	33	74	80	83	1.8	120	0.5	0.6	0.8	0.7	4.0		
سويسرا	8,655	1,545	452	52	23	29	73	80	84	1.5	89	0.5	0.9	0.9	0.7	6.1		
الجمهورية العربية السورية	17,501	6,337	1,919	55	48	8	59	73	74	2.7	421	3.8	0.3	0.6	4.8	-24.1		
طاجيكستان	9,538	4,047	1,357	68	63	5	54	62	71	3.5	278	1.7	2.0	2.2	2.8	-2.2		
تايلند	69,800	14,131	3,596	42	23	18	59	71	77	1.5	697	0.1	0.5	2.8	1.2	0.3		
تيمور - ليشتي	1,318	579	178	70	63	7	40	59	70	3.9	38	1.6	1.9	3.1	2.7	-4.3		
توغو	8,279	3,917	1,220	77	72	5	47	53	61	4.2	268	2.1	2.5	3.7	3.2	-0.3		
توكيلاو	1	<1	<1	55	39	16	-	-	-	-	-	0.6	-0.7	-	-	-		
تونغا	106	44	12	71	59	10	64	70	71	3.5	3	0.8	0.4	0.4	1.1	-7.7		
ترينيداد وتوباغو	1,399	335	88	46	29	17	65	69	74	1.7	17	0.1	0.5	0.2	0.4	-0.6		
تونس	11,819	3,344	1,004	50	36	13	51	73	77	2.2	196	0.7	0.9	1.4	1.1	-0.3		
تركيا	84,339	24,281	6,567	49	36	13	52	70	78	2.0	1,301	0.5	1.4	2.1	1.0	3.5		

الجدول 1 - البيانات السكانية

البلدان والمناطق	السكان (بالآلاف) 2020			معدل النمو السنوي للسكان (%)	العدد السنوي للولادات (بالآلاف) 2020	الخصوبة الإجمالية للولادات لكل امرأة (بالآلاف) 2020	متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			نسبة الإعالة (%) 2020					
	المجموع	دون 5	دون 18				2020	2000	1970	إجمالي نسبة الإعالة	نسبة إعالة الأطفال	نسبة إعالة المسنين	معدل النمو السنوي لسكان الحضرة (%)		
													2020	2000	
تركمانستان	6,031	2,152	661	1.4	1.1	135	58	64	68	55	48	7	53	2.0	-0.9
جزر تركس وكايكوس	39	9	2	3.1	1.1	-	-	-	-	-	-	10	27	3.6	-1.2
توفالو	12	5	1	1.1	1.0	-	-	-	-	-	-	11	57	2.7	-1.9
أوغندا	45,741	24,317	7,796	3.1	2.4	1,670	49	46	64	92	88	4	25	5.6	4.4
أوكرانيا	43,734	8,200	2,114	-0.5	-0.6	396	71	67	72	49	24	25	70	-0.4	-0.3
الإمارات العربية المتحدة	9,890	1,685	499	5.5	0.7	100	61	74	78	19	18	2	87	5.9	0.9
الملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	67,886	14,199	3,924	0.7	0.3	771	72	78	81	57	28	29	84	1.0	0.6
جمهورية تنزانيا المتحدة	59,734	30,030	9,739	2.8	2.6	2,153	47	51	66	86	81	5	35	4.9	4.3
الولايات المتحدة الأمريكية	331,003	73,493	19,676	0.8	0.5	3,958	71	77	79	54	28	26	83	1.0	0.7
أوروغواي	3,474	852	237	0.2	0.2	47	69	75	78	55	31	23	96	0.4	0.3
أوزبكستان	33,469	11,165	3,432	1.4	1.0	677	62	67	72	51	43	7	50	1.9	1.3
فانواتو	307	137	42	2.4	2.0	9	54	67	71	72	66	6	26	3.2	2.7
هنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	28,436	9,294	2,363	0.8	1.5	509	65	72	72	52	42	12	88	0.8	1.6
فييت نام	97,339	26,506	7,892	0.9	0.6	1,567	60	73	75	45	34	11	37	3.0	2.2
اليمن	29,826	13,542	4,115	2.6	1.8	875	37	61	66	72	67	5	38	4.3	3.2
زامبيا	18,384	9,408	2,946	2.7	2.5	654	50	44	64	86	82	4	45	3.9	3.7
زيمبابوي	14,863	7,245	2,097	1.1	1.5	432	57	45	62	82	76	5	32	0.8	2.1

ملخص

شرق آسيا والمحيط الهادئ	2,389,387	556,652	153,544	0.7	0.3	30,215	60	71	76	45	28	17	61	2.5	1.3
أوروبا وآسيا الوسطى	924,613	197,854	55,130	0.3	0.1	10,721	69	73	78	54	28	26	73	0.6	0.4
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	426,820	105,609	30,436	0.3	0.1	5,915	66	67	74	51	32	19	67	0.6	0.5
أوروبا الغربية	497,793	92,245	24,694	0.3	0.0	4,806	71	78	82	56	24	32	77	0.6	0.3
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	653,962	188,261	51,690	1.1	0.7	10,384	60	72	76	49	36	13	81	1.4	1.0
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	463,375	160,397	49,430	1.8	1.4	10,012	53	70	74	54	46	8	66	2.4	1.8
أمريكا الشمالية	368,870	80,639	21,676	0.8	0.5	4,344	71	77	79	54	28	26	83	1.0	0.7
جنوب آسيا	1,856,377	616,458	169,310	1.4	0.9	35,127	48	63	70	51	42	9	35	2.5	2.1
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	1,138,215	553,411	177,162	2.5	2.2	39,158	45	50	62	82	76	6	41	3.8	3.4
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	589,625	277,997	86,872	2.5	2.1	18,879	47	52	65	78	72	6	36	3.6	3.3
غرب ووسط أفريقيا	548,590	275,414	90,290	2.6	2.3	20,278	42	49	59	87	81	5	47	4.1	3.4
أقل البلدان نمواً	1,057,438	479,533	149,155	2.3	2.0	32,546	44	55	66	74	67	6	35	3.8	3.4
العالم	7,794,799	2,353,672	677,942	1.1	0.8	139,975	57	66	73	53	39	14	56	2.0	1.5

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وهنأت البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُصحح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تتوفر بيانات مصنفة بحسب الجنس في الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2019). التوقعات السكانية في العالم 2019، التنقيح رقم 1.

تعريفات المؤشرات

السكان (بالآلاف): مجموع السكان

معدل النمو السنوي للسكان: متوسط معدل النمو الأسي للسكان على مدى سنة واحدة. ويتم حسابه بالصيغة $\ln(Pt/PO)/T$ حيث T هو طول المدة الزمنية. ويعبر عنه كنسبة مئوية.

العدد السنوي للولادات: العدد السنوي للولادات للسنة المرجعية. البيانات معروضة بالآلاف.

الخصوبة الإجمالية: متوسط عدد الولادات الحية التي تنتجها مجموعة افتراضية من النساء حتى نهاية فترة خصوبتهن إذا كنّ خاضعات طوال حياتهن لمعدلات الخصوبة السائدة في فترة معيّنة وإذا لم يتعرضن للوفاة وتُعبّر عنها بعدد الولادات الحية لكل امرأة.

نسب الإعالة: النسبة الإجمالية للإعالة هي نسبة مجموع السكان من الفئة العمرية 14-0 سنة إضافة إلى السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة أو أكثر إلى عدد السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة. ونسبة إعالة الأطفال هي نسبة السكان من الفئة العمرية 14-0 سنة إلى عدد السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة. ونسبة إعالة المسنين هي نسبة عدد السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة أو أكثر إلى عدد السكان من الفئة العمرية 15-64 سنة. وجميع النسب معروضة كعدد المعالين لكل 100 شخص في سن العمل (15-64).

المصادر الرئيسية للمعلومات

جميع البيانات الديمغرافية - الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2019). التوقعات السكانية في العالم 2019، نسخة الإنترنت، التنقيح رقم 1. قامت اليونيسف بحساب نسب سكان الحضرة في الأقاليم ومعدلات النمو للسكان بالمجمل ولسكان الحضرة.

العمر المتوقع عند الولادة: عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها المواليد الجدد إذا ما تعرضوا أثناء حياتهم لمخاطر الوفاة السائدة في وقت ولادتهم بالنسبة إلى عينة إحصائية ممثلة للسكان. نسبة سكان الحضرة: تعداد سكان الحضرة كنسبة مئوية من مجموع السكان.

معدل النمو السنوي لسكان الحضرة: متوسط معدل النمو الأسي السنوي لسكان الحضرة خلال مدة محددة، مُعبّر عنه كنسبة مئوية. معدل صافي الهجرة: عدد المهاجرين المغادرين ناقصاً عدد المهاجرين الوافدين على مدار فترة معيّنة، مقسوماً على سنوات العمر التي عاشها سكان البلد المستقبل خلال تلك الفترة. وتُعبّر عنه بالعدد الصافي للمهاجرين لكل 1000 نسمة.

ملاحظات

-البيانات غير متوفرة.

A استناداً إلى إسقاطات المتغير المتوسط للخصوبة.

تستند القيم الإقليمية والعالمية إلى بيانات بلدان ومناطق أكثر من المذكورة هنا. لذا، لن يتطابق مجموع قيم البلدان مع مجموع القيم الإقليمية أو المجموع العالمي.

الجدول 2 - وفيات الأطفال

المواليد الموتي	الوفيات بين الأطفال من الفئة العمرية 5-14 سنة	وفيات حديثي الولادة كتسبة من الوفيات من سن الخامسة	وفيات حديثي الولادة	وفيات الأطفال دون سن الخامسة	المعدل السنوي لتقليص معدل المواليد الموتي	معدل المواليد الموتي		معدل وفيات الأطفال من الفئة العمرية 5-14 سنة					معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة		معدل وفيات الرضع		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 2019		المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات الأطفال من الفئة العمرية 5-14 سنة			معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			البلدان والمناطق
						2019	2000	2019	1990	2019	2000	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	2000	1990	2019	2000	1990	
						2019	2019	2019	2019	2000-2019	2019	2000	2019	1990	2019	1990	2019	1990	الإناث	الذكور	2000-2019	2019	2000	1990	
35,384	4,545	60	43,424	72,186	1.4	28	37	4	18	36	61	74	47	120	57	64	4.0	60	129	178	أفغانستان				
137	66	77	251	327	2.3	4	6	2	6	8	12	13	9	35	9	10	5.4	10	27	41	ألبانيا				
9,674	2,725	70	16,484	23,598	3.1	9	17	3	9	16	21	23	20	42	22	25	2.8	23	40	49	الجزائر				
1	0	50	1	2	2.8	2	4	1	3	1	4	7	3	9	3	3	5.0	3	8	13	أندورا				
25,967	15,544	38	35,358	92,690	2.2	20	30	16	47	28	50	53	50	131	69	80	5.3	75	204	222	أنغولا				
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا			
8	2	50	5	10	2.5	5	9	2	3	4	10	8	6	11	6	7	4.5	7	15	14	أنغيوا وبربودا				
4,042	1,337	66	4,583	6,977	2.0	5	8	2	3	6	11	15	8	25	8	10	4.0	9	20	29	الأرجنتين				
526	79	54	258	482	2.5	13	21	2	3	6	16	22	11	42	11	13	5.0	12	31	49	أرمينيا				
707	253	63	726	1,146	1.9	2	3	1	2	2	4	5	3	8	3	4	2.8	4	6	9	أستراليا				
195	65	60	184	306	1.3	2	3	1	2	2	3	5	3	8	3	4	2.4	3	6	10	النمسا				
1,466	463	52	1,765	3,370	4.0	9	19	3	6	11	33	33	18	76	18	22	6.8	20	75	95	أذربيجان				
63	15	53	36	68	0.4	12	12	3	5	7	8	14	11	20	12	13	1.3	13	16	23	جزر البهاما				
131	35	43	65	151	1.9	6	9	2	4	3	5	15	6	20	7	7	3.1	7	12	23	البحرين				
72,508	20,650	62	55,542	89,796	2.8	24	41	7	24	19	43	64	26	100	29	33	5.4	31	87	144	بنغلاديش				
23	6	67	26	39	0.7	7	8	2	3	8	9	12	12	16	11	14	0.9	13	15	18	بربادوس				
222	131	37	133	360	4.8	2	5	1	4	1	6	8	2	12	3	4	7.2	3	13	15	بيلاروس				
354	107	59	249	424	0.9	3	3	1	2	2	3	5	3	8	3	4	2.8	3	6	10	بلجيكا				
53	21	66	65	98	2.9	7	11	3	5	8	12	18	11	31	11	13	3.4	12	24	38	بليز				
8,795	6,259	35	12,931	37,100	1.5	20	27	20	42	31	40	46	59	106	84	96	2.3	90	139	175	بنن				
127	94	58	215	369	2.8	10	16	7	19	17	32	42	24	89	26	31	5.2	28	77	127	بوتان				
2,219	966	56	3,598	6,399	2.9	9	16	4	12	15	29	41	21	84	23	28	5.6	26	76	122	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)				
73	42	70	111	158	1.9	3	4	1	3	4	7	11	5	16	5	6	2.8	6	10	18	البوسنة والهرسك				
862	298	43	999	2,320	-1.3	15	12	6	19	18	6	17	32	36	38	45	2.7	42	69	48	بوتسوانا				
21,771	7,046	56	22,736	40,429	1.5	7	10	2	4	8	18	25	12	52	12	16	4.8	14	35	63	البرازيل				
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجين البريطانية			
29	16	52	38	73	0.5	5	5	2	5	6	5	6	10	10	10	13	-0.5	11	10	13	بروني دار السلام				
312	121	49	206	422	2.2	5	8	2	4	3	8	8	6	15	6	7	5.0	7	17	18	بلغاريا				
15,141	10,131	31	19,767	64,744	2.2	19	30	17	37	26	41	46	54	99	83	92	3.8	88	179	199	بوركينافاسو				
11,880	7,016	38	9,288	24,412	0.8	26	30	21	58	21	37	40	40	105	52	61	5.3	56	155	174	بوروندي				
116	20	60	94	157	1.9	11	16	2	6	9	18	20	13	47	13	16	5.0	15	38	61	كابو فيردي				
4,573	1,630	55	5,257	9,647	3.8	12	26	5	32	14	35	40	23	85	23	30	7.3	27	106	116	كمبوديا				
17,872	16,065	36	23,557	66,071	1.1	19	24	23	32	26	35	40	50	84	69	81	3.4	75	143	136	الكاميرون				
1,072	355	69	1,285	1,873	0.8	3	3	1	2	3	4	4	4	7	4	5	1.3	5	6	8	كندا				
5,147	1,945	37	6,646	18,095	0.7	30	34	14	30	40	49	52	81	115	104	116	2.3	110	170	177	جمهورية أفريقيا الوسطى				
18,802	12,116	30	22,123	73,024	1.2	27	35	26	49	33	44	52	69	112	107	120	2.6	114	185	212	تشاد				
711	353	65	1,044	1,612	1.6	3	4	1	3	5	6	9	6	16	6	8	2.3	7	11	19	شيلي				
92,170	32,278	48	63,895	132,256	5.3	6	15	2	7	4	21	30	7	42	7	8	8.1	8	37	54	الصين				
5,237	1,907	54	5,482	10,091	1.6	7	10	2	5	7	13	18	12	29	12	15	3.1	14	25	35	كولومبيا				
674	184	48	797	1,656	1.1	25	30	8	17	30	41	50	48	87	58	68	2.5	63	100	124	جزر القمر				
2,664	1,136	41	3,369	8,204	1.6	15	21	8	30	19	31	27	35	59	44	52	4.6	48	114	90	الكونغو				
1	0	50	1	2	3.2	5	10	2	5	4	10	13	7	20	7	8	4.5	8	18	24	جزر كوك				
311	121	71	425	599	0.4	4	5	2	3	6	8	9	8	14	8	9	2.2	9	13	17	كوستاريكا				
109	44	60	105	176	2.9	3	5	1	3	3	6	8	4	11	4	5	2.9	5	8	13	كرواتيا				
784	246	42	246	591	2.4	7	11	2	4	2	4	7	4	11	5	6	2.8	5	9	14	كوبا				
31	12	55	16	29	2.9	3	4	1	2	1	4	6	2	10	2	2	5.5	2	7	11	قبرص				
291	96	51	179	350	0.4	3	3	1	2	2	3	7	3	10	3	4	2.9	3	5	12	تشيكيا				
21,735	16,849	43	30,156	70,330	1.4	23	30	25	28	33	45	49	59	104	71	87	3.1	79	142	152	كوت ديفوار				
3,042	1,330	55	3,376	6,116	2.5	8	14	4	8	10	26	21	13	33	15	19	6.5	17	60	43	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية				
98,871	55,184	33	96,760	290,859	1.1	27	34	22	37	27	39	42	66	119	78	91	3.3	85	160	185	جمهورية الكونغو الديمقراطية				
126	38	81	187	232	2.3	2	3	1	2	3	3	4	3	7	3	4	2.2	4	6	9	الدانمرك				
586	240	53	623	1,173	1.2	28	35	13	26	31	44	49	48	92	52	62	3.0	57	101	118	جيبوتي				
14	3	82	27	33	-0.9	14	12	3	4	28	13	10	31	13	34	39	-3.8	35	17	16	دومينيكا				
2,224	558	69	3,989	5,768	1.6	11	14	3	7	19	23	24	23	46	25	31	2.0	28	41	60	الجمهورية الدومينيكية				
2,966	1,038	51	2,379	4,696	3.1	9	16	3	7	7	14	22	12	42	12	16	3.8	14	29	54	إكوادور				
23,527	9,155	55	28,710	52,291	3.5	9	18	4	11	11	22	33	17	63	19	21	4.4	20	47	86	مصر				
1,189	372	49	765	1,552	3.6	10	20	3	8	7	15	22	11	46	12	15	4.7	13	33	60	السلفادور				
681	510	37	1,289	3,519	0.9	15	18	16	35	29	44	48	60	120	76	88	3.4	82	156	178	غينيا الاستوائية				
1,945	724	44	1,863	4,247	1.3	18	23	7	41	18	27	35	30	94	35	46	3.9	40	85	153	إريتريا				
29	16	42	14	33	4.0	2	5	1	5	1	5	10	2	14	2	3	8.0	2	11	18	إستونيا				
398	393	37	548	1,468	0.9	13	16	13	11	18	22	21	39	51	45	54	4.2	49	110	67	إسواتيني				

الجدول 2 - وفيات الأطفال

المواليد الموتى	الوفيات بين الأطفال من الفئة العمرية 5-14 سنة	وفيات حديثي الولادة كتسبة من الوفيات من سن الخامسة	وفيات حديثي الولادة	وفيات الأطفال دون سن الخامسة	المعدل السنوي لتقليص معدل المواليد الموتى	معدل		معدل وفيات الأطفال من الفئة العمرية 5-14 سنة				معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة				معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 2019		المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			البلدان والمناطق
						2019	2000	2019	1990	2019	2000	1990	2019	1990	الإناث	الذكور	2000-2019	2019	2000	1990				
90,323	30,817	56	98,795	177,849	2.0	25	36	11	79	28	48	59	37	119	45	56	5.4	51	140	200	إثيوبيا			
161	81	42	202	482	0.9	9	10	5	11	11	9	12	22	24	23	28	-0.7	26	23	29	فيجي			
102	44	57	70	122	1.4	2	3	1	2	1	2	4	2	6	2	3	3.1	2	4	7	فنلندا			
3,157	588	59	1,920	3,251	0.7	4	5	1	2	3	3	4	4	7	4	5	1.0	4	5	9	فرنسا			
940	602	48	1,359	2,807	1.3	14	18	12	18	20	28	31	31	60	38	47	3.6	42	84	92	غامبون			
2,001	665	54	2,427	4,504	1.1	22	27	10	33	27	38	46	36	82	47	56	4.1	52	113	167	غامبيا			
304	126	50	258	513	5.1	6	15	2	4	5	22	25	9	41	8	11	7.0	10	37	48	جورجيا			
2,137	601	60	1,788	2,959	0.4	3	3	1	2	2	3	3	3	7	3	4	1.8	4	5	9	ألمانيا			
19,529	7,824	51	20,399	40,168	1.5	22	29	11	25	23	36	42	34	80	41	51	4.0	46	99	127	غانا			
244	91	59	178	302	2.0	3	5	1	2	2	4	6	3	9	3	4	2.8	4	6	10	اليونان			
18	6	67	20	30	0.2	10	10	4	5	11	8	12	15	18	15	18	-0.3	17	15	22	غرينادا			
5,498	1,429	50	5,180	10,364	2.3	13	20	4	13	12	21	28	21	59	22	27	3.9	25	52	80	غواتيمالا			
11,895	6,729	32	13,960	44,114	1.1	25	31	19	44	30	46	61	64	137	93	105	2.7	99	164	231	غينيا			
2,209	826	46	2,329	5,111	1.7	32	45	16	42	35	55	63	52	131	72	85	4.2	78	173	221	غينيا - بيساو			
216	71	63	287	453	1.4	14	18	5	5	19	27	30	24	46	25	33	2.4	29	46	60	غيانا			
5,470	2,665	40	6,827	16,890	1.0	20	24	11	28	25	30	39	48	100	57	68	2.6	63	104	145	هايتي			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي			
1,787	902	55	1,907	3,480	2.6	9	14	4	9	9	17	22	14	45	15	19	4.2	17	37	58	هندوراس			
303	91	54	182	335	1.4	3	4	1	3	2	6	11	3	15	3	4	5.4	4	10	17	هنغاريا			
8	2	50	4	8	1.8	2	3	0	3	1	2	3	2	5	2	2	3.8	2	4	6	آيسلندا			
340,622	135,877	63	522,249	824,448	4.0	14	30	5	21	22	45	57	28	89	35	34	5.2	34	92	126	الهند			
45,857	24,340	52	59,591	114,994	2.5	9	15	5	14	12	23	31	20	62	21	26	4.1	24	52	84	إندونيسيا			
10,367	4,452	62	13,075	21,248	2.7	7	11	3	14	9	19	25	12	44	13	15	4.7	14	34	56	إيران (جمهورية - الإسلامية)			
13,270	3,645	60	17,203	28,801	1.8	12	16	4	10	15	24	26	22	42	23	28	2.8	26	44	53	العراق			
172	44	63	128	203	2.9	3	5	1	2	2	4	5	3	8	3	4	4.1	3	7	9	آيرلندا			
472	132	53	329	624	2.1	3	4	1	2	2	4	6	3	10	3	4	3.3	4	7	12	إسرائيل			
1,070	480	60	858	1,432	0.9	2	3	1	2	2	3	6	3	8	3	3	3.0	3	6	10	إيطاليا			
602	125	71	461	652	2.1	13	19	3	5	10	17	20	12	25	12	15	2.4	14	22	30	جامايكا			
1,407	828	33	782	2,343	2.7	2	3	1	2	1	2	3	2	5	2	3	3.2	2	5	6	اليابان			
1,914	789	59	1,974	3,355	1.7	9	12	3	5	9	16	20	13	30	14	17	2.9	16	27	36	الأردن			
2,040	936	44	1,757	3,976	3.8	5	11	3	6	5	23	23	9	44	9	12	7.3	10	42	52	كازاخستان			
30,030	13,556	49	31,343	63,623	0.7	20	22	10	17	21	29	28	32	65	39	47	4.3	43	99	101	كينيا			
47	26	44	72	164	0.9	14	17	9	15	22	29	35	40	69	46	55	1.8	51	71	95	كيريباس			
325	113	56	251	448	1.0	6	7	2	6	5	7	10	7	15	7	9	2.3	8	12	17	الكويت			
1,051	386	67	1,880	2,824	2.4	7	11	3	6	12	21	24	16	54	16	20	5.3	18	50	65	قيرغيزستان			
2,791	1,243	48	3,637	7,520	2.0	17	24	8	42	22	38	47	36	105	41	50	4.5	46	106	153	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية			
65	28	50	37	74	3.2	3	6	1	6	2	7	8	3	13	3	4	7.2	4	14	17	لاتفيا			
745	216	58	485	839	2.8	6	11	2	10	4	12	20	6	27	7	8	5.3	7	20	32	لبنان			
1,611	380	50	2,401	4,831	1.3	28	36	9	16	43	37	39	68	68	79	93	1.1	86	107	85	ليسوتو			
4,008	2,011	39	5,239	13,365	1.1	24	30	16	39	32	46	59	62	175	78	91	4.2	85	188	263	ليبيريا			
1,094	524	56	803	1,448	2.4	9	14	4	8	6	16	21	10	36	10	13	4.7	12	28	42	ليبيا			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين			
78	37	55	58	106	2.6	3	5	1	4	2	5	8	3	12	3	4	5.7	4	11	15	ليتوانيا			
22	2	50	9	18	0.4	3	4	0	2	1	2	4	2	7	2	3	2.8	3	5	9	لكسمبرغ			
14,671	12,710	41	17,607	43,110	1.1	16	20	18	38	20	31	39	36	96	46	55	3.9	51	107	157	مدغشقر			
10,440	6,394	49	12,469	25,712	1.6	16	22	12	38	20	39	50	31	141	37	46	7.5	42	173	243	ملاوي			
2,921	1,297	54	2,448	4,513	-0.6	5	5	3	5	5	5	8	7	14	8	9	0.9	9	10	17	ماليزيا			
41	13	63	34	54	4.5	6	14	2	9	5	22	39	7	63	7	8	8.6	8	39	86	ملديف			
16,251	13,132	35	25,958	73,632	1.9	20	28	22	40	32	51	67	60	120	88	99	3.6	94	187	230	مالي			
13	3	67	20	30	1.3	3	4	1	1	5	5	8	6	10	6	8	0.4	7	8	11	مالطة			
15	9	48	21	44	0.5	11	12	6	9	15	18	19	26	39	28	35	1.3	32	41	49	جزر مارشال			
3,385	850	45	4,820	10,699	1.6	22	30	7	19	32	43	46	50	71	67	79	2.3	73	113	118	موريتانيا			
133	28	63	130	206	1.0	10	13	2	3	10	12	15	14	20	14	18	0.8	16	19	23	موريشيوس			
15,136	5,662	60	18,906	31,368	1.8	7	10	3	5	9	14	22	12	36	13	15	3.6	14	28	45	المكسيك			
31	14	55	41	75	1.4	12	15	6	10	16	24	25	25	43	26	32	3.1	29	53	55	ميكرونيزيا (ولايات - المتحدة)			
1	0	50	1	2	2.3	1	2	1	2	2	3	4	3	6	3	3	2.7	3	5	8	موناكو			
395	209	52	611	1,183	4.4	5	12	3	12	8	23	30	13	77	14	18	7.5	16	65	108	منغوليا			
26	7	59	10	17	2.0	4	5	1	3	1	9	11	2	15	2	2	9.5	2	14	16	الجبل الأسود			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات			
9,562	1,695	63	9,187	14,511	2.1	14	21	3	10	14	27	36	18	62	19	23	4.4	21	49	79	المغرب			
25,096	12,993	40	32,259	81,507	1.3	22	28	15	58	29	46	62	55	162	70	79	4.4	74	170	243	موزامبيق			

الجدول 2 - وفيات الأطفال

المواليد الموتي	الوفيات بين الأطفال من الفئة العمرية 5-14 سنة				وفيات حديثي الولادة كنسبة من وفيات حديثي الولادة		وفيات الأطفال دون سن الخامسة		المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات الأطفال من سن الخامسة		معدل وفيات الأطفال من الفئة العمرية 5-14 سنة			معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة		معدل وفيات الرضع		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 2019		المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات الأطفال من سن الخامسة			معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			البلدان والمناطق
	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2000-2019	2019	2000	2019	1990	2019	2000	1990	2019	1990	الإناث	الذكور	2000-2019	2019	2000	1990	2019	2000	1990	
13,493	4,506	50	21,134	41,896	1.8	14	20	5	29	22	37	47	36	81	40	49	3.6	45	89	115				ميانمار		
1,050	660	46	1,343	2,954	0.9	15	18	11	15	19	23	28	31	49	39	46	3.0	42	75	72				ناميبيا		
4	2	67	6	9	0.7	13	15	6	11	20	24	29	26	47	28	34	1.6	31	42	60				ناورو		
9,997	3,016	64	11,128	17,296	3.0	17	31	5	27	20	40	58	26	97	28	33	5.1	31	81	140				نيبال		
400	129	64	446	696	4.2	2	5	1	2	3	4	5	3	7	4	4	2.2	4	6	8				هولندا		
160	60	56	157	283	1.6	3	4	1	3	3	4	4	9	4	5	2.3	5	7	11					نيوزيلندا		
1,448	430	61	1,352	2,212	1.8	11	15	3	7	10	16	23	14	51	15	19	4.4	17	38	66				نيكاراغوا		
21,283	21,527	32	25,861	81,635	1.8	20	27	30	64	24	43	55	47	133	76	84	5.4	80	225	329				النيجر		
171,428	119,243	32	269,897	857,899	1.1	22	27	21	38	36	46	50	74	124	110	124	2.3	117	183	210				نيجيريا		
0	0	0	0	1	0.9	9	11	5	3	13	13	7	20	12	21	26	0.1	23	24	13				نيوي		
91	30	64	87	137	5.1	4	11	1	3	4	9	17	5	32	6	7	5.0	6	16	36				مقدونيا الشمالية		
146	42	57	83	145	2.1	2	4	1	2	1	3	4	2	7	2	3	3.6	2	5	9				النرويج		
509	169	46	477	1,034	1.9	6	8	3	6	5	8	17	10	31	10	13	1.9	11	16	39				عُمان		
190,483	40,623	62	248,342	399,418	1.4	31	40	8	14	41	57	64	56	107	63	72	2.5	67	107	139				باكستان		
2	1	50	2	4	1.7	8	11	4	7	9	16	19	16	30	15	19	2.7	17	29	35				بالاو		
617	223	58	680	1,175	2.1	8	11	3	5	9	15	18	13	26	13	16	2.9	15	26	31				بنما		
3,850	1,710	50	5,160	10,393	1.0	16	19	8	14	22	31	34	36	62	41	48	2.4	45	71	85				بابوا غينيا الجديدة		
1,526	381	56	1,555	2,774	2.5	11	17	3	7	11	18	22	17	36	17	21	2.9	19	34	45				باراغواي		
4,080	1,536	48	3,653	7,563	3.5	7	14	3	10	6	16	28	10	57	12	14	5.6	13	38	80				بيرو		
22,966	8,952	49	28,992	59,751	1.6	10	14	4	8	13	16	19	22	40	24	30	1.7	27	38	57				الفلبين		
859	391	61	997	1,624	3.2	2	4	1	3	3	6	11	4	15	4	5	4.0	4	9	17				بولندا		
197	74	53	156	295	2.5	2	4	1	4	2	3	7	3	12	3	4	3.5	4	7	15				البرتغال		
144	34	52	90	172	0.8	5	6	1	4	3	7	11	6	18	6	7	3.4	7	12	21				قطر		
625	355	47	565	1,200	3.1	2	3	1	4	2	3	7	3	13	3	3	4.5	3	8	15				جمهورية كوريا		
278	117	73	428	584	2.8	7	12	3	5	11	21	19	12	27	13	16	4.1	14	31	33				جمهورية مولدوفا		
604	343	49	644	1,317	3.9	3	7	2	5	3	10	16	6	24	6	8	5.9	7	21	31				رومانيا		
6,805	3,291	45	4,751	10,556	3.0	4	7	2	5	3	9	11	5	18	5	6	6.4	6	19	22				الاتحاد الروسي		
6,798	3,031	47	6,261	13,310	2.8	17	29	9	62	16	41	41	26	92	31	37	8.7	34	179	150				رواندا		
5	2	64	7	11	1.9	7	11	3	5	10	17	19	13	25	14	17	2.3	15	24	30				سانت كيتس ونيفس		
24	7	58	28	48	1.0	11	13	3	4	13	12	12	20	18	20	24	-1.0	22	18	22				سانت لوسيا		
19	8	61	14	23	-0.6	12	11	5	4	9	13	13	13	20	13	16	2.2	15	22	24				سانت فنسنت وجزر غرينادين		
42	17	54	39	72	1.1	9	11	4	6	8	11	16	13	25	14	16	1.7	15	21	30				ساموا		
0	0	0	0	0	3.2	2	3	1	3	1	3	7	1	12	2	2	6.7	2	6	14				سان مارينو		
86	36	48	94	198	1.5	13	17	6	21	14	23	26	23	69	27	33	5.4	30	84	108				سان تومي وبرينسيبي		
2,984	963	55	2,170	3,964	3.2	5	9	2	6	4	12	22	6	36	6	7	6.3	7	22	44				المملكة العربية السعودية		
11,157	4,629	49	12,156	24,651	1.3	20	25	10	34	22	38	40	33	71	41	49	5.5	45	129	139				السنگال		
367	113	60	265	441	0.9	4	5	1	3	3	8	17	5	24	5	6	4.6	5	13	28				صربيا		
15	4	61	14	23	-0.3	9	9	3	4	9	9	11	12	14	13	15	-0.2	14	14	16				سيشيل		
6,249	4,485	29	8,013	27,580	1.9	24	34	22	51	31	49	52	81	154	103	115	3.9	109	228	260				سيراليون		
99	32	36	46	128	2.1	2	3	1	2	1	2	4	2	6	2	3	2.2	3	4	8				سنغافورة		
157	71	51	164	325	1.9	3	4	1	3	3	5	9	5	13	5	6	2.8	6	10	15				سلوفاكيا		
50	15	55	23	42	1.8	3	4	1	2	1	3	6	2	9	2	2	5.1	2	6	10				سلوفينيا		
217	73	42	176	416	1.4	10	13	4	7	8	13	15	17	31	18	21	2.3	20	30	38				جزر سليمان		
17,738	11,566	33	23,723	72,126	0.6	27	30	25	38	37	44	45	74	107	111	123	2.0	117	171	178				الصومال		
19,612	6,106	33	13,489	40,631	1.2	16	21	5	8	11	15	20	28	44	31	37	3.8	34	71	57				جنوب أفريقيا		
11,515	6,273	41	14,976	36,916	0.9	29	34	21	53	39	56	64	62	148	91	101	3.3	96	181	250				جنوب السودان		
870	340	57	698	1,221	2.0	2	3	1	2	2	3	5	3	7	3	3	2.9	3	5	9				إسبانيا		
1,943	571	60	1,416	2,378	3.0	6	10	2	8	4	10	13	6	19	6	8	4.4	7	17	22				سري لانكا		
1,499	373	55	1,528	2,771	1.9	10	15	3	6	11	16	22	17	36	18	21	2.3	19	30	44				دولة فلسطين		
31,584	9,105	48	37,126	78,028	1.4	23	30	8	26	27	37	42	41	82	53	63	3.0	58	104	131				السودان		
120	30	62	119	191	1.3	11	14	3	5	11	17	21	16	39	16	20	2.9	18	31	45				سورينام		
293	83	54	165	305	2.2	2	4	1	1	1	2	3	2	6	2	3	2.5	3	4	7				السويد		
197	56	69	244	353	1.1	2	3	1	2	3	3	4	4	7	4	4	1.8	4	6	8				سويسرا		
4,649	3,495	49	4,545	9,195	0.8	11	13	10	10	11	12	16	18	30	19	23	0.4	22	23	37				الجمهورية العربية السورية		
2,542	303	45	4,183	9,377	2.2	9	14	1	7	15	28	31	30	81	30	38	4.8	34	84	102				طاجيكستان		
4,098	3,408	58	3,759	6,444	3.2	6	11	4	6	5	13	20	8	30	8	10	4.7	9	22	37				تايلاند		
498	257	45	742	1,645	2.4	13	21	8	25	20	37	55	38	131	40	48	4.7	44	108	175				تيمور - ليشتي		
6,062	2,744	38	6,563	17,331	1.3	22	28	13	34	25	36	43	46	89	61	72	3.0	67	118	144				توغو		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				توكيلاو		
19	6	45	19	42	0.5	8	8	2	3	7	8	10	14	19	18	15	0.4	17	18	22				تونغا		
161	45	65	202	312	1.4	9	12	2	4	12	19	20	16	27	16	19	2.5	18	28	30				ترينيداد وتوباغو		

الجدول 2 - وفيات الأطفال

المواليد المتوت	الوفيات بين الأطفال من الفئة العمرية 14-5 سنة	وفيات حديثي الولادة كنسبة من الوفيات من سن الخامسة	وفيات حديثي الولادة	وفيات الأطفال دون سن الخامسة	المعدل السنوي لتقليص معدل المواليد المتوت	معدل المواليد المتوت		معدل وفيات الأطفال من الفئة العمرية 14-5 سنة					معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة		معدل وفيات الرضع		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 2019		المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات الأطفال من سن الخامسة	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة			البلدان والمناطق
						2019	2000	2019	1990	2019	2000	1990	2019	1990	الإناث	الذكور	2000-2019	2019		2000	1990		
																						2019	
2,178	587	70	2,381	3,398	2.3	11	17	3	7	12	19	28	14	43	15	18	3.0	17	30	55	تونس		
5,823	2,623	53	6,905	13,149	5.3	4	12	2	9	5	19	33	9	55	9	11	7.1	10	39	74	تركيا		
1,184	426	56	3,233	5,793	0.9	9	10	4	7	24	30	27	36	65	36	48	2.7	42	70	80	تركمانستان		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس	
3	2	71	5	7	1.1	12	15	5	10	16	24	28	20	42	22	26	2.9	24	41	53	توفالو		
29,928	18,308	44	32,914	74,053	1.4	18	23	14	29	20	32	39	33	107	41	51	6.1	46	146	182	أوغندا		
1,853	823	58	2,047	3,514	2.1	5	7	2	4	5	11	12	7	17	8	9	4.1	8	18	19	أوكرانيا		
496	178	53	398	750	2.8	5	8	2	3	4	6	8	6	14	7	8	2.1	7	11	17	الإمارات العربية المتحدة		
2,358	613	65	2,142	3,313	2.0	3	4	1	2	3	4	4	4	8	4	5	2.2	4	7	9	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية		
40,480	18,812	42	42,814	103,222	1.6	19	25	11	28	20	34	40	36	100	47	54	5.0	50	129	165	جمهورية تنزانيا المتحدة		
11,844	5,705	57	14,546	25,352	0.5	3	3	1	2	4	5	6	6	9	6	7	1.4	6	8	11	الولايات المتحدة الأمريكية		
225	77	59	200	337	2.3	5	7	2	3	4	8	12	6	20	6	8	4.6	7	17	23	أوروغواي		
4,535	2,283	57	6,827	12,045	2.8	7	11	4	7	10	28	31	16	59	15	20	6.7	17	62	72	أوزبكستان		
98	41	45	100	224	0.5	11	12	5	7	11	13	16	22	29	24	28	0.5	26	28	35	فانواتو		
4,865	1,862	60	7,520	12,620	0.2	9	10	3	4	15	11	13	21	25	22	26	-0.6	24	22	30	هنزويلا (جمهورية - البوليفارية)		
12,479	3,632	52	16,587	31,689	2.8	8	13	3	11	10	15	23	16	37	17	23	2.1	20	30	51	فييت نام		
21,184	9,287	46	23,220	50,312	0.6	24	27	13	19	27	37	43	44	88	54	62	2.6	58	95	126	اليمن		
9,597	5,648	39	14,902	38,460	1.8	15	21	11	27	23	34	36	42	107	57	66	4.8	62	152	179	زامبيا		
7,113	4,765	47	11,283	24,166	1.9	16	23	12	13	26	26	25	38	50	50	59	2.8	55	93	77	زمبابوي		

ملخص

212,802	86,608	50	218,187	434,762	3.7	7	14	3	9	7	20	28	12	43	13	15	5.4	14	39	57	شرق آسيا والمحيط الهادئ
44,273	16,913	54	47,305	88,075	2.8	4	7	2	4	4	10	14	7	25	7	9	5.1	8	21	31	أوروبا وآسيا الوسطى
30,349	12,753	52	36,104	69,538	3.5	5	10	2	6	6	17	21	10	37	10	13	5.9	11	35	46	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
13,925	4,159	60	11,201	18,537	1.6	3	4	1	2	2	3	6	3	9	3	4	2.6	4	6	11	أوروبا الغربية
83,430	29,452	56	94,324	169,465	1.8	8	11	3	6	9	16	22	14	43	15	18	3.7	16	33	55	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
104,724	38,567	56	123,375	218,910	2.3	10	16	4	11	12	21	28	18	50	20	23	3.5	22	42	65	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
12,916	6,060	58	15,831	27,225	0.5	3	3	1	2	4	5	6	5	9	6	7	1.4	6	8	11	أمريكا الشمالية
651,104	205,389	63	882,350	1,405,945	3.0	18	32	6	20	25	46	59	33	92	39	41	4.4	40	93	130	جنوب آسيا
856,353	491,073	37	1,059,092	2,844,490	1.4	22	28	16	38	27	40	45	52	107	70	81	3.6	76	151	178	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
390,047	185,555	44	443,325	1,008,693	1.5	21	27	12	38	24	37	43	39	99	51	60	4.6	55	133	162	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
466,305	305,518	34	615,767	1,835,797	1.3	23	29	21	37	31	43	48	63	114	88	101	3.0	95	168	196	غرب ووسط أفريقيا
728,564	351,049	42	821,302	1,968,312	1.8	22	31	13	37	26	42	52	45	108	58	67	4.0	63	135	175	أقل البلدان نمواً
1,965,604	874,064	47	2,440,464	5,188,872	2.3	14	21	7	15	17	30	37	28	65	35	40	3.7	38	76	93	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications.

لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: احتمالية الوفاة بين الولادة وسن 5 سنوات بالضبط، معبراً عنها لكل 1000 ولادة حية

المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: النسبة المئوية لتقليص معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (U5MR) معرفاً كمعدل التقليل السنوي $(ARR=100 \times (\ln(U5MR_{t2}/U5MR_{t1}))) / (t2-t1)$ ، حيث $t2=2019$ و $t1=2000$.

معدل وفيات الرضع: احتمال الوفاة بين الولادة وعمام واحد بالضبط، معبراً عنه لكل 1000 ولادة حية

معدل وفيات حديثي الولادة: احتمالية الوفاة خلال أول 28 يوماً من الحياة، معبراً عنها لكل 1000 ولادة حية

معدل وفيات (الأطفال من سن 5 إلى 14 سنة): احتمالية الوفاة من عمر 14-5 سنة معبراً عنها لكل 1000 طفل من سن 5 سنوات.

الوفيات دون سن الخامسة: عدد الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة

المصادر الرئيسية للمعلومات

الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، شعبة السكان بالأمم المتحدة، مجموعة البنك الدولي). آخر تحديث: 2020.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.

وفيات حديثي الولادة: عدد الوفيات التي تحدث خلال الأيام الـ 28 الأولى من الحياة

وفيات حديثي الولادة كنسبة من الوفيات دون سن الخامسة: الوفيات دون سن الخامسة التي تحدث خلال الأيام الـ 28 الأولى من الحياة

الوفيات بين الأطفال من الفئة العمرية 14-5 سنة: عدد الوفيات بين الأطفال من سن 5 إلى 14 سنة

يُعرف معدل المواليد المتوت بأنه عدد الأطفال الذين وُلدوا دون أي علامات على الحياة عند 28 أسبوعاً أو أكثر من الحمل لكل 1000 ولادة

المعدل السنوي لتقليص معدل المواليد المتوت: النسبة المئوية لتقليص معدل المواليد المتوت معرفاً كمعدل التقليل السنوي $(ARR=100 \times (\ln(SBR_{t2}/SBR_{t1}))) / (t2-t1)$ ، حيث $t2=2019$ و $t1=2000$.

الوفيات المتوت: عدد المواليد المتوت

الجدول 3 - صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

البلدان والمناطق	العمر المتوقع للأقوال: 2020	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملمى بوسائل حديثة (٪) 2020-2015	معدل الولادات بين المراهقات -2015-2020	الإنجاب قبل بلوغ سن 18 سنة (٪) -2015-2020	الرعاية قبل الولادة (٪) 2020-2015				الرعاية عند الولادة (٪) 2020-2015				الفحص الصحي بعد الولادة (٪) 2020-2015		وفيات الأمهات 2017					
					أربع زيارات على الأقل		القبالة الماهرة		ولادة قيصرية	ولادة في مؤسسات توليد	عدد وفيات الأمومة	نسبة وفيات الأمومة	خطروفيات الأمومة، على مدى الحياة (1 من كل —)	زارة واحدة على الأقل	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة
					النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة												
					2020	2015	2020	2015	2020	2015	2020	2015	2020	2015	2020	2015	2020	2015	2020	2015
أفغانستان	67	42	62	20	65	21	19	59	58	56	7	19	37	7,700	638	33				
ألبانيا	80	6	14	3	88	78	72	100	100	99	31	86	5	15	3,800					
الجزائر	78	77	12	1	95	70	69	99	97	99	25	92	1,200	112	270					
أندورا	-	-	3	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-				
أنغولا	64	30	163	x	82	61	56	50	50	46	4	21	3,000	241	69					
أنغويلا	-	-	40	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
أنتيغوا وبربودا	78	-	28	-	-	x	100	x	100	-	-	-	1	42	1,200					
الأرجنتين	80	-	50	x	12	x	98	x	85	100	x	29	290	39	1,100					
أرمينيا	79	40	19	1	100	96	100	100	100	99	18	98	11	26	2,000					
أستراليا	86	-	9	-	-	x	92	x	99	-	x	31	20	6	8,200					
النمسا	84	-	6	-	-	-	-	98	-	-	x	24	4	5	13,500					
أذربيجان	76	x	22	x	4	x	92	x	96	x	99	x	83	26	1,700					
جزر البهاما	76	-	48	x	29	x	98	x	85	99	-	-	4	70	820					
البحرين	79	-	13	-	-	x	100	x	100	-	x	98	3	14	3,000					
بنغلاديش	75	77	74	24	75	37	35	62	59	53	36	67	5,100	173	250					
بربادوس	81	x	70	x	74	x	93	x	88	99	x	100	x	27	2,400					
بيلاروس	80	x	73	x	12	x	100	x	95	100	x	100	x	2	23,800					
بلجيكا	84	-	6	-	-	-	-	-	-	-	x	18	6	5	11,200					
بليز	78	65	58	17	97	93	92	94	92	97	34	96	96	36	1,100					
بنين	64	28	108	19	83	52	47	78	78	84	5	64	1,600	397	49					
بوتان	73	x	85	x	59	x	98	x	66	96	x	12	x	24	250					
بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)	75	50	71	20	96	86	86	81	81	80	33	80	380	155	220					
البوسنة والهرسك	80	x	22	x	10	x	84	x	100	x	14	x	3	10	8,200					
بوتسوانا	73	-	52	-	-	x	73	x	100	-	-	-	81	144	220					
البرازيل	80	x	89	x	49	x	92	x	99	x	56	x	1,700	60	940					
جزر فرجن البريطانية	-	-	27	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
بروني دار السلام	77	-	10	-	-	x	93	x	100	x	100	-	2	31	1,700					
بلغاريا	79	-	39	x	5	-	-	-	-	-	47	100	6	10	7,000					
بوركينا فاسو	63	53	132	x	28	93	47	52	80	83	4	33	74	320	57					
بوروندي	64	40	58	13	99	49	52	85	91	84	x	4	2,400	548	33					
كابو فيردي	76	x	73	x	22	86	99	86	97	87	x	11	6	58	670					
كمبوديا	72	x	57	x	7	x	95	x	71	89	x	6	x	160	220					
الكاميرون	61	45	122	28	87	65	58	69	67	67	4	60	4,700	529	40					
كندا	85	-	7	-	-	x	99	x	98	x	26	x	40	10	6,100					
جمهورية أفريقيا الوسطى	56	x	229	x	43	x	41	45	40	43	2	59	1,400	829	25					
تشاد	56	18	179	51	55	31	33	24	27	22	1	5	7,300	1,140	15					
شيلي	83	-	23	-	-	-	-	100	-	100	x	50	29	13	4,600					
الصين	79	x	97	x	9	x	81	x	100	-	x	63	x	2,100	29					
كولومبيا	80	87	58	20	97	86	90	99	99	97	43	97	610	83	630					
جزر القمر	66	x	29	x	17	x	92	x	82	x	10	x	72	273	83					
الكونغو	66	43	111	x	26	x	79	x	92	92	5	86	650	378	58					
جزر كوك	-	-	42	-	-	x	100	-	x	100	-	-	-	-	-	-				
كوستاريكا	83	81	41	13	98	94	92	99	99	98	28	97	92	19	1,900					
كرواتيا	82	-	9	-	-	-	98	-	100	-	24	-	3	8	9,100					
كوبا	81	87	53	10	99	79	76	100	100	100	31	100	100	36	1,800					
قبرص	83	-	8	-	-	x	99	-	99	-	x	97	1	6	11,000					
تشيكيا	82	x	86	x	11	-	-	-	-	-	x	20	4	3	17,900					
كوت ديفوار	60	44	123	25	93	51	47	74	76	70	3	83	5,400	617	34					
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	76	90	1	-	100	-	94	-	100	92	13	99	310	89	620					
جمهورية الكونغو الديمقراطية	63	33	109	25	82	43	46	85	87	82	5	57	16,000	473	34					
الدانمرك	83	-	2	-	-	-	-	95	-	-	x	21	2	4	16,200					
جيبوتي	70	-	21	x	88	-	23	x	87	-	x	11	51	248	140					
دومينيكا	-	-	47	x	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
الجمهورية الدومينيكية	78	x	82	x	21	x	93	x	91	x	98	x	95	200	95	410				
إكوادور	80	x	79	x	64	x	84	-	96	-	x	46	200	59	640					
مصر	75	x	80	x	52	x	83	x	87	x	52	x	82	960	37	730				
السلفادور	78	x	80	x	18	x	96	x	90	x	32	x	94	46	960					
غينيا الاستوائية	60	x	21	x	42	x	91	x	67	x	7	x	130	301	67					
إريتريا	69	x	21	x	19	x	76	x	40	x	3	x	510	480	46					
إستونيا	83	-	10	-	-	x	97	-	100	-	-	-	1	9	6,900					
إسواتيني	65	x	83	x	17	x	99	x	68	x	12	x	88	130	72					
إثيوبيا	69	64	80	x	21	x	74	43	36	55	2	13	14,000	401	55					
فيجي	70	-	23	-	-	x	94	-	100	-	x	99	6	34	1,000					
فنلندا	85	-	4	-	-	-	-	-	100	-	x	16	2	3	20,900					
فرنسا	86	x	96	x	9	x	99	x	99	x	21	x	56	8	7,200					
غابون	69	x	44	x	28	x	91	x	76	x	10	x	60	170	93					
غامبيا	64	40	68	x	19	x	98	x	76	x	4	88	520	597	31					
غامبيا	78	51	29	6	68	81	98	81	100	100	4	88	14	25	1,900					
جورجيا	84	-	7	-	-	x	99	x	99	-	x	29	53	7	9,400					
غانا	66	40	78	18	97	85	78	79	79	75	13	91	2,700	308	82					
اليونان	85	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	26,900					

الجدول 3 - صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

وفيات الأمهات ٢٠١٧			الفحص الصحي بعد الولادة (%) ٢٠١٥-٢٠٢٠*		الرعاية عند الولادة (%) ٢٠١٥-٢٠٢٠*				الرعاية قبل الولادة (%) ٢٠١٥-٢٠٢٠*				معدل الولادات بين المرافعات ٢٠١٥- ٢٠٢٠*		الطلب على وسائل تنظيم الأمومة حديثة (%) ٢٠١٥- ٢٠٢٠*		العمر المتوقع للأنثى ٢٠٢٠	البلدان والمناطق
خطروفيات الأمومة، على مدى الحياة (١ من كل —)	نسبة وفيات الأمومة	عدد وفيات الأمومة	للأمهات	للمواليد الجدد	ولادة قصيرة	ولادة في مؤسسات توليد	القبالة الماهرة	النساء بعمر ١٩-١٥ سنة	النساء بعمر ١٥-١٩ سنة*	النساء بعمر ١٥-١٩ سنة	النساء بعمر ١٥-١٩ سنة	زارة واحدة على الأقل	قبل بلوغ ١٨ سن (%) ٢٠١٥- ٢٠٢٠*	معدل الولادات بين المرافعات ٢٠١٥- ٢٠٢٠*	النساء بعمر ١٥-٤٩ سنة			
1,700	25	0	-	-	-	-	-	100	-	-	x 100	-	x 36	-	75	غرينادا		
330	95	400	78	8	26	65	70	70	85	86	91	20	77	66	77	غواتيمالا		
35	576	2,600	49	64	3	53	59	55	36	35	81	39	120	38	63	غينيا		
32	667	440	53	57	3	50	62	54	81	81	97	27	84	60	61	غينيا - بيساو		
220	169	26	x 93	x 95	x 17	x 93	x 94	96	x 86	x 87	x 91	x 16	x 74	x 52	73	غيانا		
67	480	1,300	31	38	5	39	37	42	55	67	91	14	55	45	67	هايتي		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي		
560	65	130	x 85	x 81	x 19	x 83	x 87	74	x 87	x 89	x 97	x 22	x 89	x 76	78	هندوراس		
6,200	12	11	-	-	x 31	-	-	100	-	-	-	-	22	-	80	هونغ كونغ		
14,400	4	0	-	-	x 17	-	-	98	-	-	-	-	5	-	85	آيسلندا		
290	145	35,000	65	27	17	79	84	81	x 30	51	79	9	12	73	71	الهند		
240	177	8,600	87	76	17	79	87	95	65	77	98	7	36	77	74	إندونيسيا		
2,600	16	250	-	-	x 55	x 95	-	99	-	x 94	x 97	x 5	31	x 69	78	إيران (جمهورية - الإسلامية)		
320	79	870	83	78	33	87	97	96	76	68	88	14	70	54	73	العراق		
11,300	5	3	-	-	x 25	x 100	-	100	-	-	x 100	-	6	-	84	آيرلندا		
10,800	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	85	إسرائيل		
51,300	2	7	-	-	x 40	x 100	-	100	-	x 68	x 99	-	4	-	86	إيطاليا		
600	80	38	-	-	x 21	99	x 97	100	x 85	x 86	x 98	x 15	52	x 83	76	جامايكا		
16,700	5	44	-	-	-	x 100	-	100	-	-	-	-	3	-	88	اليابان		
730	46	100	83	86	26	98	100	100	93	92	98	5	27	57	76	الأردن		
3,500	10	37	98	99	15	99	99	100	98	95	99	2	23	73	78	كازاخستان		
76	342	5,000	x 53	x 36	x 9	x 61	x 65	70	x 49	x 58	94	x 23	x 96	74	69	كينيا		
290	92	3	86	91	9	86	96	92	66	67	89	8	51	53	73	كيريبياس		
4,200	12	7	-	-	-	x 99	-	100	-	-	x 100	-	5	-	77	الكويت		
480	60	95	96	98	8	100	100	100	82	94	100	3	38	65	76	قيرغيزستان		
180	185	310	47	47	6	65	56	64	52	62	78	18	83	72	70	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية		
3,100	19	4	-	-	-	x 98	-	100	-	-	x 92	-	12	-	80	لاتفيا		
1,600	29	34	-	-	-	x 100	-	x 98	-	-	x 96	-	12	-	81	لبنان		
58	544	310	84	82	x 10	89	90	87	71	77	91	x 14	91	83	58	ليسوتو		
32	661	1,000	80	x 35	x 4	80	84	84	86	87	98	34	128	41	66	ليبيريا		
590	72	92	-	-	-	x 100	-	x 100	-	-	x 93	-	x 11	x 24	76	ليبيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	ليختنشتاين		
7,500	8	2	-	-	-	-	-	100	-	-	x 100	-	11	-	82	ليتوانيا		
14,300	5	0	-	-	x 29	x 100	-	x 100	-	x 97	-	-	5	-	85	لكسمبرغ		
66	335	2,800	72	78	2	39	42	46	45	51	85	36	151	66	69	مدغشقر		
60	349	2,100	42	60	6	91	92	90	46	51	98	31	138	74	68	ملاوي		
1,600	29	150	-	-	21	x 99	98	100	94	97	x 97	-	9	-	79	ماليزيا		
840	53	4	80	82	40	95	99	100	87	82	99	1	9	29	81	مليديف		
29	562	4,400	56	54	3	67	71	67	42	43	80	37	164	41	61	مالي		
10,200	6	0	-	-	-	x 100	-	100	-	-	x 100	-	12	-	84	مالطة		
-	-	-	-	-	-	x 85	x 94	92	-	x 77	x 81	x 21	x 85	x 81	-	جزر مارشال		
28	766	1,100	57	58	5	69	67	69	56	63	87	22	x 84	30	67	موريتانيا		
1,200	61	8	-	-	-	x 98	-	100	-	-	-	-	23	x 41	79	موريشيوس		
1,300	33	740	95	95	41	97	99	97	94	94	99	21	62	80	78	المكسيك		
370	88	2	-	-	x 11	x 87	-	x 100	-	-	x 80	-	x 44	-	70	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موناكو		
710	45	35	94	98	26	98	100	99	90	89	99	4	31	64	74	منغوليا		
9,900	6	0	86	96	24	99	-	99	-	94	97	3	10	33	79	الجيل الأسود		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	مونتسيرات		
560	70	480	-	-	21	86	x 70	87	x 30	54	89	x 8	19	72	78	المغرب		
67	289	3,100	-	28	x 4	x 55	75	73	55	51	94	x 40	180	56	64	موزامبيق		
190	250	2,400	71	36	17	37	61	60	47	59	81	5	28	75	70	ميانمار		
140	195	140	x 69	x 20	x 14	x 87	x 88	x 88	x 58	x 63	x 97	x 15	64	x 80	67	ناميبيا		
-	-	-	-	-	-	x 8	x 99	x 91	x 97	-	x 40	x 95	x 22	94	x 43	-	ناورو	
230	186	1,100	68	69	15	78	81	77	80	78	89	14	63	62	73	نيبال		
11,900	5	9	-	-	x 14	-	-	-	-	-	-	-	3	-	84	هولندا		
6,100	9	5	-	-	x 23	x 97	-	96	-	-	-	-	13	-	84	نيوزيلندا		
380	98	130	-	-	x 30	x 71	x 75	96	x 68	x 88	x 95	x 28	103	x 90	78	نيكاراغوا		
27	509	5,100	x 37	x 13	x 1	59	x 36	39	x 32	38	x 83	x 48	154	46	64	النيجر		
21	917	67,000	42	38	3	39	31	43	47	57	67	28	106	36	56	نيجيريا		
-	-	-	-	-	-	-	-	x 100	-	-	x 100	-	x 20	-	-	نيوي		
9,000	7	2	94	99	38	99	x 100	100	-	96	97	4	15	30	78	مقدونيا الشمالية		
25,700	2	1	-	-	x 16	x 99	-	99	-	-	-	-	3	-	85	النرويج		
1,600	19	17	x 95	x 98	x 19	x 99	x 99	99	-	74	x 99	x 2	8	x 40	81	عُمان		
180	140	8,300	62	64	22	66	70	71	44	51	86	7	54	49	69	باكستان		
-	-	-	-	-	-	x 100	-	100	-	x 81	x 90	-	34	-	-	بالاو		
750	52	41	x 92	x 93	32	96	99	93	x 84	x 88	99	-	74	65	82	بنما		
190	145	340	46	45	3	55	61	56	54	49	76	x 14	68	49	66	بابوا غينيا الجديدة		
440	84	120	94	96	46	93	97	98	92	86	99	-	72	79	77	باراغواي		
480	88	500	x 96	x 96	35	93	90	94	93	96	98	16	44	67	80	بيرو		
300	121	2,700	86	86	13	78	86	84	80	87	94	11	36	56	76	الفلبين		

الجدول 3 - صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

البلدان والمناطق	العمر المتوقع للأبني 2020	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المبنى بوسائل بحديثة (٪) 2020-2015	معدل الولادات بين المراهقات -2015 -2015	الإنجاب قبل بلوغ سن 18 (٪) سنة -2015 -2020	الرعاية قبل الولادة (٪) 2020-2015				الرعاية عند الولادة (٪) 2020-2015				الفحص الصحي بعد الولادة (٪) 2020-2015	وفيات الأمهات 2017 ^c		
					أربع زيارات على الأقل		القبالة الماهرة		ولادة قيصرية	ولادة في مؤسسات توليد	عدد وفيات الأمومة	نسبة وفيات الأمومة		خطروفيات الأمومة، على مدى الحياة (1 من كل —)		
					النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة*	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 49-15 سنة*							للأمهات الجدد	للأمهات
بولندا	83	-	10	-	-	-	-	100	-	-	-	-	2	8	30,300	
البرتغال	85	-	7	-	x 100	-	-	100	-	x 31	x 99	-	8	6	10,700	
قطر	82	69	7	-	x 91	-	-	100	-	x 20	x 99	-	9	2	5,000	
جمهورية كوريا	86	-	1	-	-	-	-	100	-	x 32	100	-	11	43	8,300	
جمهورية مولدوفا	76	64	21	4	x 99	x 96	x 95	x 99	x 99	x 16	x 99	x 100	19	8	3,900	
رومانيا	80	47	36	-	x 76	-	-	95	-	x 34	95	-	19	36	3,600	
الاتحاد الروسي	78	72	22	x 72	-	-	-	100	-	x 13	x 99	-	17	320	3,100	
رواندا	72	63	72	63	41	6	47	98	44	93	98	19	248	960	94	
سانت كيتس ونيفس	-	-	x 46	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	
سانت لوسيا	78	72	25	x 72	x 97	x 90	x 97	100	-	x 19	x 100	x 19	3	x 90	580	
سانت فنسنت وجزر غرينادين	75	-	52	-	x 100	x 100	x 100	99	-	-	-	-	68	1	750	
ساموا	76	39	x 39	x 39	x 93	7	x 93	89	87	89	8	85	2	83	590	
سان مارينو	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سان تومي وبرينسيبي	73	58	86	58	84	22	84	98	81	97	98	10	130	9	170	
المملكة العربية السعودية	77	-	x 9	-	-	-	-	99	-	-	-	-	17	100	2,300	
السنغال	70	53	68	53	56	16	98	98	51	77	80	5	315	80	65	
صربيا	79	38	12	38	97	3	97	99	95	98	100	32	12	10	5,800	
سيشيل	78	-	68	-	-	-	-	-	x 99	-	-	-	53	1	790	
سيراليون	56	53	102	53	79	31	98	82	87	90	83	4	2,900	86	20	
سنغافورة	86	-	2	-	-	-	-	100	-	-	-	-	8	4	9,900	
سلوفاكيا	81	-	26	-	x 97	-	-	98	-	-	-	x 24	5	3	12,600	
سلوفينيا	84	-	4	-	-	-	-	x 100	-	-	-	-	7	1	9,300	
جزر سليمان	75	38	x 78	38	89	15	x 78	89	69	88	6	16	22	69	200	
الصومال	59	2	118	2	31	27	31	24	x 4	32	21	2	829	11	20	
جنوب أفريقيا	68	80	41	80	94	x 15	41	94	77	97	96	26	119	1,400	330	
جنوب السودان	60	4	x 158	x 4	x 62	x 28	x 17	x 62	x 21	x 19	x 25	x 12	1,150	4,500	18	
إسبانيا	86	-	6	-	-	-	-	100	-	-	-	-	4	14	21,500	
سري لانكا	80	74	21	74	99	3	93	99	-	-	-	-	36	120	1,300	
دولة فلسطين	76	61	43	61	x 22	x 22	x 22	x 99	x 96	x 99	x 100	x 99	27	x 91	880	
السودان	67	30	x 87	x 30	x 79	x 22	x 87	x 85	x 49	x 77	x 78	x 9	295	x 27	75	
سورينام	75	58	54	58	85	-	-	66	68	99	98	16	120	13	330	
السويد	85	87	4	87	-	-	-	x 100	-	-	-	-	4	5	12,600	
سويسرا	86	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	x 30	5	4	13,900	
الجمهورية العربية السورية	78	53	x 22	x 53	x 88	x 9	x 22	x 88	x 64	x 97	x 96	x 26	31	130	1,000	
طاجيكستان	74	52	1	54	92	1	54	92	64	96	67	5	17	46	1,400	
تاييلند	81	88	9	23	99	9	99	99	81	99	98	35	37	270	1,900	
تيمور - ليشتي	72	46	7	42	84	7	42	84	74	57	58	4	142	52	170	
توغو	62	40	17	79	47	55	78	17	47	69	80	9	396	81	56	
توكيلاو	-	-	x 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تونغا	73	50	30	50	98	3	30	98	90	98	100	14	52	1	540	
ترينيداد وتوباغو	76	58	x 32	x 58	x 95	x 6	x 32	x 95	x 81	x 99	x 99	x 22	67	x 92	840	
تونس	79	63	7	63	95	1	7	95	84	100	100	43	970	90	970	
تركيا	81	60	19	60	96	5	19	96	83	97	99	52	17	220	2,800	
تركمانستان	72	80	22	80	100	1	22	100	96	100	100	8	7	10	4,400	
جزر تركس وكايكوس	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
توفالو	-	41	x 27	x 41	x 97	x 3	27	x 97	x 67	x 100	x 93	x 7	-	-	-	
أوغندا	66	55	111	55	95	28	111	95	59	74	80	6	375	6,000	49	
أوكرانيا	77	68	x 4	68	x 99	x 4	x 99	x 99	x 87	x 99	x 99	x 12	19	x 96	3,700	
الإمارات العربية المتحدة	80	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	17,900	
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	83	87	x 12	x 87	-	-	-	-	-	-	-	x 26	7	52	8,400	
جمهورية تنزانيا المتحدة	68	55	139	55	98	22	139	98	48	62	64	6	524	11,000	36	
الولايات المتحدة الأمريكية	82	78	17	78	-	-	-	-	x 97	-	-	x 31	19	720	3,000	
أوروغواي	82	-	36	-	-	-	-	-	x 77	x 100	x 100	x 30	17	8	2,900	
أوزبكستان	74	19	2	19	-	-	-	-	-	100	100	17	29	200	1,200	
فانواتو	72	51	x 51	x 51	x 76	x 13	x 51	x 76	x 52	x 89	x 93	x 12	72	6	330	
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	76	-	x 95	-	x 98	x 24	x 95	-	x 84	-	-	x 52	125	670	330	
فيت نام	80	70	35	70	x 96	x 5	35	x 96	x 74	x 87	x 94	x 28	43	700	1,100	
اليمن	68	41	x 67	x 41	x 60	x 17	x 67	x 60	x 25	x 30	x 45	x 30	164	x 20	150	
زامبيا	67	66	135	66	97	31	135	97	59	84	80	5	213	1,300	93	
زيمبابوي	63	85	108	85	93	24	108	93	71	72	86	9	458	2,100	55	
شرق آسيا والمحيط الهادئ	79	86	20	86	98	-	-	98	-	-	-	91	69	21,000	790	
أوروبا وآسيا الوسطى	81	77	16	77	-	-	-	-	-	-	-	-	13	1,400	4,300	
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	78	69	25	69	96	-	-	96	-	98	-	31	19	1,200	2,600	
أوروبا الغربية	84	83	8	83	-	-	-	-	-	-	-	-	5	260	11,700	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	79	83	61	83	97	-	-	97	91	95	-	43	74	7,700	630	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	76	69	39	69	-	-	-	-	-	-	-	-	57	5,800	570	
أمريكا الشمالية	82	81	16	81	-	-	-	-	-	-	-	-	18	760	3,100	

ملخص

الجدول 3 - صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة

البلدان والمناطق	العمر المتوقع للأنثى 2020	معدل المراهقات 2015-2020	معدل الإنجاب قبل بلوغ سن 18 سنة (2015-2020)	الرعاية قبل الولادة (%) ^a 2020-2015		الرعاية عند الولادة (%) ^b 2020-2015		الفحص الصحي بعد الولادة (%) ^c 2020-2015		وفيات الأمهات 2017				
				زنازة واحدة على الأقل	زنازة واحدة على الأقل	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة	عدد وفيات الأمومة	نسبة وفيات الأمومة	خطر وفيات على مدى الحياة (1 من كل —)		
													النساء بعمر 19-15 سنة	النساء بعمر 19-15 سنة
جنوب آسيا	71	71	23	11	80	49	-	77	79	64	37	57,000	163	240
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	63	63	99	26	82	53	50	64	62	50	45	200,000	533	38
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	67	67	88	25	87	54	51	63	68	45	35	70,000	384	58
غرب ووسط أفريقيا	60	60	41	110	78	53	49	60	57	53	4	131,000	674	28
أقل البلدان نمواً	67	67	58	91	82	48	46	66	67	50	44	130,000	415	56
العالم	75	75	77	41	87	59	-	83	75	63	48	295,000	211	190

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وهنأت البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُتَّصَح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

ملاحظات	تعريفات المؤشرات
R	الولادة في مؤسسات التوليد: النسبة المئوية من النساء (15-49 سنة) اللواتي وضعن مولودهن في مرفق صحي.
Rs	الولادة القيصرية: النسبة المئوية من الولادات التي جرت بجراحة قيصرية. ملاحظة: من المتوقع إجراء نسبة تتراوح بين 5 إلى 15 بالمئة من الولادات بالجراحة القيصرية عند وجود مستوى ملائم من رعاية التوليد في الحالات الطارئة.
C	الفحص الصحي للطفل بعد الولادة: النسبة من آخر المولودين الأحياء في آخر سنتين ممن تلقوا فحصاً صحيحاً خلال يومين بعد الولادة. ملاحظة: بالنسبة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، يشير الفحص الصحي إلى الفحص أثناء الوجود في المرفق الطبي أو في المنزل بعد الولادة أو زيارة لتلقي الرعاية بعد الولادة.
x	الفحص الصحي للأم بعد الولادة: النسبة المئوية من النساء من الفئة العمرية 15-49 سنة اللاتي تلقين فحصاً صحيحاً خلال يومين بعد آخر ولادة حية خلال آخر سنتين. ملاحظة: بالنسبة إلى المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، يشير الفحص الصحي إلى الفحص أثناء الوجود في المرفق الطبي أو في المنزل بعد الولادة أو زيارة لتلقي الرعاية بعد الولادة.
	عدد وفيات الأمومة: عدد وفيات النساء لأسباب تتعلق بالحمل.
	نسبة وفيات الأمومة: عدد وفيات النساء لأسباب مرتبطة بالحمل لكل 100,000 ولادة حية أثناء الفترة نفسها (تقديرات مُنمَّجة).
	خطر وفيات الأمومة على مدى الحياة: خطر وفيات الأمومة على مدى الحياة مع الأخذ بالاعتبار كلاً من احتمالية أن تحمل المرأة واحتمالية وفاتها نتيجة لذلك الحمل، مع تراكم تلك الاحتمالات على مدى سنوات الإنجاب لديها (تقديرات مُنمَّجة).

المصادر الرئيسية للمعلومات
العمر المتوقع - شعبة السكان بالأمم المتحدة، التوقعات السكانية في العالم 2019. آخر تحديث: تموز / يوليو 2021.
الطلب على وسائل تنظيم الأسرة المئلي بوسائل حديثة - الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناء على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية (DHS)، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، واستقصاءات الصحة الإنجابية، ومسوح وطنية أخرى، ونظم المعلومات الصحية الوطنية. آخر تحديث: أيار / مايو 2021.
معدل الولادات بين المراهقات - شعبة السكان بالأمم المتحدة، 2019. آخر تحديث: كانون الثاني / يناير 2021.
الولادات قبل بلوغ سن 18 - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: كانون الثاني / يناير 2021.
الرعاية قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل) - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: كانون الثاني / يناير 2021.
الرعاية قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل) - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: كانون الثاني / يناير 2021.
القبالة الماهرة - قاعدة البيانات المشتركة لليونسيف ومنظمة الصحة العالمية، بناء على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات إضافة إلى دراسات استقصائية وطنية للأسر المعيشية وبيانات إدارة وطنية. آخر تحديث: كانون الثاني / يناير 2021.
عدد وفيات الأمومة - الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (منظمة الصحة العالمية واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.
نسبة وفيات الأمومة - الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (منظمة الصحة العالمية واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.
خطر وفيات الأمومة على مدى الحياة - الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة (منظمة الصحة العالمية واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة). آخر تحديث: أيلول / سبتمبر 2019.

الجدول 4 - صحة الطفل

تغطية التدخلات																البلدان والمناطق			
* 2020-2015			التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها بالفحاحات (%) ¹ 2020																
الملازما			الإسهال		داء البرية		الحماية عند الولادة ^٢		PCV3	Rota	Hib3	HepB3	MCV2 ^٣	MCV1	Polio3		DTP3	DTP1	BCG
الأسر المعيشية التي تملك على الأقل ناموسية واحدة مُعالَجة بمبيد حشري (%)	الأطفال الذين ينمون تحت ناموسيات مُعالَجة بمبيد حشري (%)	التماس الرعاية للأطفال المصابين بالحصى (%)	علاج الإسهال بأملاح الإمهاء الفموية (ORS) (%)	التماس الرعاية للأطفال الذين يعانون من أعراض التهاب التنفسي الحاد (ARI) (%)	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢		الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢	الحماية عند الولادة ^٢
-	-	86	28	89	95	82	80	79	79	72	80	78	79	84	84	-	-	-	باراغواي
-	-	61	34	61	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بيرو
-	-	55	45	66	91	66	-	71	71	68	72	72	71	74	64	-	-	-	الفلبين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البرتغال
-	-	-	-	-	-	70	83	82	82	90	90	89	82	89	98	-	-	-	قطر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا
-	-	x	42	x	79	72	56	86	87	93	84	87	86	86	95	-	-	-	جمهورية مولدوفا
-	-	-	-	-	-	85	-	87	87	75	87	87	87	95	97	-	-	-	رومانيا
-	-	-	-	-	-	87	-	-	97	96	97	97	97	97	98	-	-	-	الاتحاد الروسي
66	56	62	34	54	97	91	91	91	91	91	94	91	91	91	89	-	-	-	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	99	98	-	-	-	سانت كيتس ونيفس
-	-	-	-	-	-	-	-	86	86	71	89	88	86	90	89	-	-	-	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	99	99	99	97	99	99	-	-	-	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	63	59	72	-	-	-	72	72	44	57	76	79	94	99	-	-	-	ساموا
-	-	-	-	-	-	82	-	88	89	79	90	89	89	92	-	-	-	-	سان مارينو
78	63	62	42	82	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	-	-	95	96	95	95	96	96	95	95	96	95	-	-	-	المملكة العربية السعودية
81	65	50	26	48	95	92	92	92	92	69	88	84	91	93	95	-	-	-	السنگال
-	-	-	x	36	x	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	صربيا
-	-	-	-	-	100	94	98	97	97	99	97	97	97	99	99	-	-	-	سنشيل
68	59	75	85	76	93	91	90	91	91	67	87	90	91	93	72	-	-	-	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنغافورة
-	-	-	-	-	-	96	-	97	97	98	96	97	97	99	-	-	-	-	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	70	-	95	-	91	94	95	95	98	-	-	-	-	سلوفينيا
86	70	62	37	79	87	93	41	94	94	51	81	92	94	98	82	-	-	-	جزر سليمان
x	19	x	11	37	x	13	23	60	-	42	42	-	46	47	37	-	-	-	الصومال
-	-	-	68	51	66	90	83	83	84	84	76	84	84	88	86	-	-	-	جنوب أفريقيا
63	42	x	57	x	39	x	48	65	-	49	49	-	49	50	52	-	-	-	جنوب السودان
-	-	-	-	-	-	88	-	98	98	94	98	98	98	98	-	-	-	-	إسبانيا
6	4	92	52	52	99	-	-	96	96	96	96	96	96	96	99	-	-	-	سري لانكا
-	-	-	x	34	x	77	-	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	دولة فلسطين
x	25	x	30	x	20	x	48	81	90	92	90	90	88	90	92	-	-	-	السودان
x	61	x	43	52	46	89	95	-	-	51	51	50	45	51	60	-	-	-	سورينام
-	-	-	-	-	-	-	-	97	83	97	97	95	97	97	26	-	-	-	السويد
-	-	-	-	-	-	86	-	96	72	93	97	96	96	98	-	-	-	-	سويسرا
-	-	-	x	50	x	77	90	-	-	49	49	53	59	53	74	-	-	-	الجمهورية العربية السورية
x	2	x	1	44	62	69	-	-	95	97	97	97	98	97	98	-	-	-	طاجيكستان
-	-	-	76	73	80	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تاييلند
64	55	58	70	70	83	-	-	86	86	78	79	86	86	87	88	-	-	-	تيمور - ليشتي
71	61	54	14	39	83	82	78	82	82	46	69	80	82	87	96	-	-	-	توغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
-	-	-	82	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	تونغا
-	-	-	x	45	x	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ترينيداد وتوباغو
-	-	74	40	98	97	82	-	92	92	92	93	92	92	92	85	-	-	-	تونس
-	-	-	-	-	x	45	95	95	-	98	98	93	95	98	96	-	-	-	تركيا
-	-	59	47	x	51	23	95	99	99	98	98	98	98	99	98	-	-	-	تركمستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	x	79	x	44	-	-	-	-	93	93	85	93	90	99	-	-	-	توفالو
83	60	87	47	71	83	89	88	89	89	-	87	88	89	94	91	-	-	-	أوغندا
-	-	-	x	59	x	92	-	-	85	81	82	85	84	81	93	-	-	-	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	84	86	90	91	92	99	80	90	90	86	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	91	91	93	93	87	91	93	93	97	-	-	-	-	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
78	55	75	45	55	91	80	82	86	86	67	84	65	86	88	87	-	-	-	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	-	-	-	-	82	75	90	91	95	91	92	93	97	-	-	-	-	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	-	-	-	x	91	-	94	-	92	91	95	91	92	99	-	-	-	أوروغواي
-	-	-	x	28	x	68	-	93	90	95	95	99	97	95	99	-	-	-	أوزبكستان
x	83	x	51	x	57	x	48	x	72	78	-	78	76	84	77	-	-	-	فانواتو
-	-	-	-	x	38	x	72	67	-	54	54	28	76	62	82	-	-	-	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
x	10	x	9	x	51	x	81	96	-	94	94	93	97	80	95	-	-	-	فييت نام
-	-	x	33	x	25	x	34	70	72	73	72	72	46	68	71	-	-	-	اليمن
78	52	77	67	75	85	85	87	84	84	66	96	83	84	88	85	-	-	-	زامبيا
37	15	50	33	48	87	86	88	86	86	74	85	86	86	93	88	-	-	-	زيمبابوي

ملخص

-	-	-	-	-	-	h	89	16	3	36	92	87	92	91	92	94	94	93	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	-	-	-	-	-	-	-	79	29	78	91	91	94	94	97	94	97	94	أوروبا وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	75	20	65	94	93	94	95	96	94	96	97	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	84	41	94	88	88	94	94	98	98	98	68	أوروبا الغربية

البلدان والمناطق		تغطية التدخلات													
		التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹													
		2020*		2015-2020*		2020 ¹		2020 ¹		2020 ¹		2020 ¹		2020 ¹	
الملايا	الإسهال	داء البرنطة	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	التحصين ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (%) ¹	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	-	-	-	93	73	69	77	78	64	83	76	77	85	68	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	-	-	-	87	36	30	88	88	87	88	88	88	93	93	
أمريكا الشمالية	-	-	-	-	-	-	82	76	90	90	94	91	92	93	
جنوب آسيا	2	4	73	50	74	89	40	72	84	80	88	85	84	87	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	68	54	60	37	46	81	67	55	72	35	68	71	72	78	
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	68	51	59	41	51	85	73	75	78	50	75	77	78	83	
غرب ووسط أفريقيا	67	56	61	33	41	77	62	36	66	66	21	62	65	74	
أقل البلدان نمواً	64	50	57	42	49	85	71	56	76	76	47	73	75	82	
العالم	-	-	68	44	62	86	49	46	70	83	70	84	83	87	

الحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. تتوفر بيانات مصنفة بحسب الجنس المؤشرات محددة لصحة الطفل على الموقع <https://data.unicef.org/topic/child-health/> لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات	المصادر الرئيسية للمعلومات
لقاح BCG ضد السل: النسبة المئوية من المواليد الأحياء الذين تلقوا لقاح (بي سي جي) المستخلص من عصيات كالميت-غيران المضاد للسل.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
اللقاح الثلاثي (جرعة واحدة) (DTP1): النسبة المئوية من الرضع الذين يقعون على قيد الحياة، وتلقوا الجرعة الأولى من اللقاح المضاد للخبثاق والشاهوق والكزاز.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
اللقاح الثلاثي (ثلاث جرعات) (DTP3): النسبة المئوية من الرضع الذين يقعون على قيد الحياة، وتلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد للخبثاق والشاهوق والكزاز.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
لقاح شلل الأطفال (ثلاث جرعات) (Polio3): النسبة المئوية من الرضع الذين يقعون على قيد الحياة، وتلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد لشلل الأطفال.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة (جرعة واحدة) (MCV1): النسبة المئوية من الرضع الذين يقعون على قيد الحياة، وتلقوا الجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة (جرعتان) (MCV2): النسبة المئوية من الرضع الذين تلقوا الجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة وفقاً للجدول الوطني.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
لقاح التهاب الكبد B (ثلاث جرعات) (HepB3): النسبة المئوية من الرضع الذين يقعون على قيد الحياة، وتلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد لالتهاب الكبد B.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
لقاح النزلة الربوية من نوع باء (Hib3): النسبة المئوية من الرضع الذين يقعون على قيد الحياة، وتلقوا ثلاث جرعات من اللقاح المضاد للنزلة الربوية من نوع باء.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.
اللقاح المضاد للروتافيروس (Rota): النسبة المئوية من الرضع الذين يقعون على قيد الحياة، وتلقوا الجرعة الأخيرة من اللقاح المضاد للروتافيروس، وبحسب ما هو موصى.	التحصين - تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية للتحصين، تنفيح عام 2020. آخر تحديث: تموز/ يوليو 2021.

ملاحظات
g - لبيانات غير متوفرة.
h - باستثناء الصين.
j - لحسابات التغطية العالمية والإقليمية لللقاحات، تُعتبر التغطية الوطنية 0 بالمئة للبلدان التي لم تقدم لقاحات في برامجها الوطنية أو لم تبلغ عن التغطية، باستثناء لقاح BCG ضد السل، والذي يوصى به فقط في البلدان أو الأوضاع التي تشهد انتشاراً عالمياً لمرض السل أو عيناً كبيراً من مرض الجداس. استُخدمت تقديرات التوقعات السكانية في العالم (نسخة 2019) للفتات السكانية المستهدفة في حساب المجاميع العالمية وللمناطق. نتيجة لتناقض معدلات الاستجابة عن السنوات السابقة بسبب جائحة كوفيد-19، فإن تقديرات التغطية مؤقتة. يرجى زيارة data.unicef.org/topic/child-health/immunization للحصول على أحدث المعلومات المتاحة.
f - عموماً، يوصى بتقديم الجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على فيروس الحصبة أثناء السنة الثانية من الحياة؛ مع ذلك، حددت بلدان عديدة موعد تقديم الجرعة الثانية بعد السنة الثانية من العمر. استُخدمت التوقعات السكانية في العالم (النسخة 2019) للسنة الثانية من الحياة للفتة السكانية المستهدفة لحساب المجاميع العالمية وللمناطق.

تستخدم منظمة الصحة العالمية واليونيسف عملية معقدة تعتمد على بيانات إدارية ومسوحات (روتينية وتكميلية)، ومسوحات مُضَلَّية، ومعلومات عن لقاحات أخرى لحساب نسبة الولادات التي يمكن اعتبارها محمية من الكزاز لأن الأمهات الحوامل حصلن على جرعتين أو أكثر من لقاح ذوفان الكزاز.

تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.

تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. وهذه البيانات غير شاملة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.

الجدول 5 - صحة المراهقين

عوامل الخطر (%)								الفتيات المحصنات ضد فيروس الورم الخبيث (%) 2020	القبالة الماهرة (%) 2015-2020	الرعاية قبل الولادة (%) 2015-2020	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملبى بوسائل حديثة (%) 2020-2015	الإنتاج قبل بلوغ سن 18 سنة (%) 2015-2020	معدل الولادات بين المراهقات 2015-2020	المعدل السنوي لتنقليص معدل وفيات المراهقين 2019-2020	وفيات المراهقين 2019	معدل وفيات المراهقين 2019	البلدان والمناطق						
عدم كفاية الأنشطة البدنية بين المراهقين المتدربين بالمدارس (بمعد 11-17 سنة) 2016	تعاطي التبغ 2015-2019	تعاطي الكحوليات 2016	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	بمعد 15-19 سنة											بمعد 15-19 سنة	بمعد 15-19 سنة	النساء بعمر 20-24 سنة اللاتي أنجن قبل بلوغ سن 18	بمعد 15-19 سنة	بمعد 10-19 سنة	بمعد 10-19 سنة
الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الإناث	الإناث	الإناث	الإناث	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع						
88	88	x	6	x	10	0	1	-	58	19	21	20	62	-0.9	14,329	15	أفغانستان						
81	68	7	15	24	51	-	100	72	6	3	14	3.3	105	3	3	ألبانيا							
91	76	x	3	x	17	1	2	-	97	69	x	68	1	12	2.2	2,751	4	الجزائر					
-	-	-	-	-	51	77	77	-	-	-	-	3	3.4	1	2	2	أندورا						
-	-	-	-	-	21	46	-	50	56	15	38	x	163	3.6	13,944	19	أنغولا						
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	40	-	-	-	أنغويلا						
85	74	7	8	22	48	-	-	-	-	-	-	28	3.0	5	3	3	أنغويلا وبربودا						
90	80	21	19	40	68	45	-	x	85	-	x	12	50	1.1	3,152	4	الأرجنتين						
83	73	x	4	x	11	9	24	-	100	93	x	7	1	19	-0.2	104	3	أرمينيا					
91	87	-	-	-	57	81	66	-	-	-	-	-	9	3.0	576	2	أستراليا						
85	71	-	-	-	56	80	-	-	-	-	-	-	6	3.8	148	2	النمسا						
-	-	3	13	7	18	-	x	99	x	40	x	13	x	4	48	1.9	524	4	أذربيجان				
88	81	x	8	x	16	18	41	-	-	-	-	-	x	29	0.5	40	6	جزر الهامام					
87	75	10	27	2	5	-	-	-	-	-	-	-	13	2.0	49	3	البحرين						
69	63	x	2	x	13	1	2	-	62	35	71	24	74	-0.2	30,330	10	بنغلاديش						
87	77	x	11	x	17	24	50	7	-	-	x	56	x	7	x	50	1.8	13	3	بربادوس			
-	-	10	10	49	66	-	x	100	x	95	x	66	x	3	12	5.1	189	2	بيلاروس				
88	79	-	-	-	53	79	-	-	-	-	-	-	-	6	4.3	188	1	بلجيكا					
84	76	x	8	x	17	16	38	11	97	92	47	17	58	2.2	44	5	بليز						
81	71	2	7	8	22	-	-	78	47	13	19	108	0.6	4,910	18	بنين							
85	83	14	31	9	24	81	x	40	x	66	x	52	x	15	x	59	1.8	142	10	بوتان			
89	82	8	14	19	43	24	90	81	x	34	x	20	71	3.2	1,472	6	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)						
-	-	x	13	x	18	22	47	-	x	100	-	-	-	10	1.1	82	2	البوسنة والهرسك					
89	86	x	21	x	27	11	28	-	-	-	-	-	-	52	4.3	280	6	بوتسوانا					
89	78	7	7	16	37	72	-	-	-	-	-	-	-	49	0.1	23,252	7	البرازيل					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	27	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية			
94	81	x	6	x	16	19	30	86	-	-	-	-	10	4.2	16	2	2	بروني دار السلام					
80	67	30	27	40	68	2	-	-	-	-	x	5	39	1.6	212	3	3	بلغاريا					
-	-	-	-	-	13	35	-	83	52	41	x	28	132	3.2	6,081	12	12	بوركينافاسو					
-	-	x	17	x	21	11	28	-	91	52	55	13	58	5.7	4,796	18	18	بوروندي					
-	-	x	12	x	15	12	30	-	x	87	-	x	68	x	22	12	3.1	33	3	كابو فيردي			
93	90	2	3	11	28	-	x	91	x	71	x	46	x	7	x	30	5.1	1,601	5	كمبوديا			
-	-	x	6	x	14	15	38	-	67	58	24	28	122	0.7	12,302	21	21	الكاميرون					
82	70	8	12	37	65	87	-	-	-	-	-	-	7	2.0	899	2	2	كندا					
-	-	-	-	-	14	35	-	43	45	14	43	x	229	2.4	1,998	16	16	جمهورية أفريقيا الوسطى					
-	-	x	14	x	21	7	19	-	27	33	11	51	x	179	1.3	10,167	26	26	تشاد				
91	84	x	28	x	20	40	68	74	-	-	-	-	23	1.3	725	3	3	شيلي					
89	80	x	2	x	11	28	53	-	-	-	-	-	9	4.1	38,427	2	2	الصين					
87	81	20	21	15	35	34	99	86	72	20	58	3.0	4,937	6	6	6	كولومبيا						
-	-	8	16	1	3	-	x	82	x	38	x	20	x	17	x	70	3.7	109	6	6	جزر القمر		
-	-	x	20	x	28	24	50	-	92	77	28	26	x	111	4.3	1,107	9	9	الكونغو				
88	78	14	30	23	49	-	-	-	-	-	-	-	42	2.2	2	7	7	جزر كوك					
88	76	x	8	x	10	14	33	77	98	92	78	13	41	0.6	284	4	4	كوستاريكا					
84	70	16	19	33	61	-	-	-	-	-	-	-	9	3.3	79	2	2	كرواتيا					
-	-	-	-	-	10	13	20	44	-	100	76	76	10	53	1.8	397	3	3	كوبا				
-	-	x	11	x	29	41	69	-	-	-	-	-	8	5.2	23	2	2	قبرص					
82	73	21	21	51	77	-	-	-	-	-	-	-	11	2.7	197	2	2	تشيكيا					
-	-	x	11	x	26	14	36	13	76	47	18	25	123	0.5	13,003	22	22	كوت ديفوار					
-	-	-	-	-	17	38	-	-	-	-	-	-	1	3.8	2,164	6	6	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية					
-	-	-	-	-	14	34	-	87	46	19	25	109	0.3	55,146	28	28	28	جمهورية الكونغو الديمقراطية					
87	82	-	-	-	51	77	70	-	-	-	-	-	2	4.2	88	1	1	الدانمرك					
89	81	x	11	x	18	6	16	-	-	-	-	-	x	21	2.1	287	16	16	جيبوتي				
86	82	x	20	x	30	19	43	64	-	-	-	-	x	47	1.4	4	4	4	دومينيكا				
-	-	6	8	18	40	7	x	99	x	91	x	67	x	21	54	2.7	1,090	6	6	الجمهورية الدومينيكية			
90	83	11	15	20	44	36	-	-	-	-	-	-	64	1.9	1,771	6	6	6	إكوادور				
93	82	x	8	x	18	1	2	-	x	93	x	87	x	64	x	7	52	1.1	9,937	6	6	مصر	
90	83	11	15	11	27	-	x	99	x	90	x	70	x	18	70	-2.2	1,661	14	14	السلفادور			
-	-	x	17	x	25	46	73	-	x	70	-	x	20	x	42	x	176	2.2	443	17	17	غينيا الاستوائية	
-	-	x	5	x	8	6	17	-	x	30	x	40	x	6	x	19	x	76	3.0	966	12	12	إريتريا
88	81	x	28	x	34	49	75	55	-	-	-	-	-	10	4.2	32	3	3	3	إستونيا			
-	-	x	9	x	16	10	25	-	x	89	x	68	x	34	x	17	x	87	0.5	356	13	13	إسواتيني
-	-	-	-	-	7	20	76	55	36	61	21	x	80	5.4	33,785	13	13	13	إثيوبيا				
86	81	7	12	5	14	-	-	-	-	-	-	-	-	23	2.1	100	6	6	6	فيجي			
82	69	x	18	x	24	48	75	-	-	-	-	-	-	4	1.7	133	2	2	2	فنلندا			
92	82	-	-	-	52	78	-	-	-	-	-	-	-	9	3.7	1,215	2	2	2	فرنسا			
-	-	x	9	x	9	38	66	-	x	91	x	76	x	28	x	91	1.8	576	14	14	غابون		

عوامل الخطر (%)		تعاطي التبغ* 2019-2015		تعاطي الكحوليات 2016		الفتيات المحصنات ضد فيروس الورم الحليمي البشري (%) 2020		القبالة الماهرة (%) 2015-2020*	الرعاية قبل الولادة (%) 2015-2020*	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملبى بوسائل حديثة (%) 2015-2020*	الإنتجاب قبل بلوغ سن 18 سنة (%) 2015-2020*	معدل الولادات بين المراهقات 2015-2020*	المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات المراهقين 2019-2020*	وفيات المراهقين 2019	معدل وفيات المراهقين 2019
الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	بعمر 15-19 سنة	بعمر 15-19 سنة	بعمر 15-19 سنة	بعمر 15-19 سنة	بعمر 15-19 سنة	بعمر 15-19 سنة	بعمر 15-19 سنة	بعمر 15-19 سنة
90	83	x 10	x 24	0	1	-	x 52	x 30	x 23	x 17	x 67	-2.4	11,209	17	البنين
89	89	x 26	x 25	9	24	69	84	59	63	31	135	3.0	5,751	13	زامبيا
89	85	x 16	x 22	5	15	-	89	71	77	24	108	0.3	5,595	16	زمبابوي

البلدان والمناطق

البلد/المناطق	معدل وفيات المراهقين 2019	المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات المراهقين 2019-2020*	معدل الولادات بين المراهقات 2015-2020*	الإنتجاب قبل بلوغ سن 18 سنة (%) 2015-2020*	الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملبى بوسائل حديثة (%) 2015-2020*	الرعاية قبل الولادة (%) 2015-2020*	القبالة الماهرة (%) 2015-2020*	الفتيات المحصنات ضد فيروس الورم الحليمي البشري (%) 2020	تعاطي الكحوليات 2016	تعاطي التبغ* 2019-2015	عدم كفاية الأنشطة البدنية بين المراهقين بالمدارس (بعمر 11-17 سنة) 2016
شرق آسيا والمحيط الهادئ	4	2.7	20	-	62	-	-	44	22	-	-
أوروبا وآسيا الوسطى	3	3.9	16	-	82	-	-	53	34	15	19
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	4	3.8	25	-	68	-	-	31	19	12	19
أوروبا الغربية	2	3.5	8	-	86	-	-	75	49	-	-
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	7	0.7	61	-	72	-	-	41	18	11	12
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	7	0.4	39	-	46	-	-	3	1	-	-
أمريكا الشمالية	3	1.4	16	-	79	-	-	72	45	6	8
جنوب آسيا	8	3.0	23	11	42	79	-	27	11	-	-
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	17	2.2	99	26	44	62	50	29	12	-	-
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	14	3.1	88	25	52	68	51	23	9	-	-
غرب ووسط أفريقيا	19	1.3	110	27	36	57	49	37	15	-	-
أقل البلدان نمواً	15	2.0	91	24	46	67	46	19	7	-	-
العالم	8	1.6	41	15	60	75	-	36	17	-	-

ملخص

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفتات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

معدل وفيات المراهقين: احتمالية الوفاة بين سن 10 سنوات بالضبط و20 سن سنة بالضبط، معترفاً عنها لكل 1,000 طفل بسن 10 سنوات وفيات المراهقين: عدد الوفيات بسن 10 إلى 19 سنة

المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات المراهقين: المعدل السنوي لتقليص معدل وفيات المراهقين (AMR) معرفاً على النحو التالي: $AMR = 100 * (\ln(AMR_{t2}/AMR_{t1}) / (t2 - t1))$ ، حيث $t2 = 2019$ و $t1 = 2000$.

معدل الولادات عند المراهقات: عدد الولادات لكل 1,000 مراهقة من الفئة العمرية 15-19 سنة.

الإنتجاب قبل بلوغ سن 18 سنة: النسبة المئوية من النساء بعمر 20-24 سنة اللواتي أنجن قبل بلوغهن سن 18 سنة. يشير المؤشر إلى النساء اللواتي أنجن مولوداً حياً في فترة زمنية حديثة، هي عموماً عامان في MICS (المسوح العنقودية متعددة المؤشرات) وخمسة أعوام في DHS (الاستقصاءات الديمغرافية والصحية).

الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملبى بوسائل حديثة: النسبة المئوية من النساء (بعمر 15-19 سنة) اللواتي أُتيبت احتياجاتهن من وسائل تنظيم الأسرة بوسائل حديثة.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
 - R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.
 - x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. وهذه البيانات غير مشمولة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.
- معدل وفيات المراهقين - تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، شعبة السكان بالأمم المتحدة، مجموعة البنك الدولي). آخر تحديث: أيلول/سبتمبر 2020.**
- معدل وفيات المراهقين - تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، شعبة السكان بالأمم المتحدة، مجموعة البنك الدولي). آخر تحديث: أيلول/سبتمبر 2020.**
- معدل الولادات عند المراهقات - قاعدة بيانات المؤشرات العالمية لأهداف التنمية المستدامة، 2021. آخر تحديث: كانون الثاني/يناير 2021.**
- الولادات قبل بلوغ سن 18 - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: كانون الثاني/يناير 2021.**
- تعاطي التبغ - المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية، بناءً على مسوحات المدارس، ومسوحات وإحصاءات وطنية أخرى. آخر تحديث: تشرين الثاني/نوفمبر 2021.**
- عدم كفاية الأنشطة البدنية - المصادر الرئيسية للمعلومات تتضمن الاستقصاء العالمي لصحة الطلاب في المدارس، ودراسة السلوك الصحي لدى الأطفال في سن الدراسة، وبعض المسوحات الوطنية الأخرى؛ مكان استضافة البيانات: تقرير منظمة الصحة العالمية عن الحالة العالمية للأمراض غير المعدية. آخر تحديث: تشرين الثاني/نوفمبر 2021.**
- الطلب على وسائل تنظيم الأسرة الملبى بوسائل حديثة (النساء بعمر 15-19) - الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2021). الاستخدام العالمي لوسائل تنظيم الأسرة 2021. نيويورك: الأمم المتحدة؛ بناءً على الاستقصاءات الديمغرافية والصحية (DHS)، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، واستقصاءات الصحة الإيجابية، ومسوح وطنية أخرى، ونظم المعلومات الصحية الوطنية. آخر تحديث: أيار/مايو 2021.**

المصادر الرئيسية للمعلومات

معدل وفيات المراهقين - تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، شعبة السكان بالأمم المتحدة، مجموعة البنك الدولي). آخر تحديث: أيلول/سبتمبر 2020.

معدل وفيات المراهقين - تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال (اليونيسف، منظمة الصحة العالمية، شعبة السكان بالأمم المتحدة، مجموعة البنك الدولي). آخر تحديث: أيلول/سبتمبر 2020.

معدل الولادات عند المراهقات - قاعدة بيانات المؤشرات العالمية لأهداف التنمية المستدامة، 2021. آخر تحديث: كانون الثاني/يناير 2021.

الولادات قبل بلوغ سن 18 - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: كانون الثاني/يناير 2021.

تعاطي التبغ - المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية، بناءً على مسوحات المدارس، ومسوحات وإحصاءات وطنية أخرى. آخر تحديث: تشرين الثاني/نوفمبر 2021.

عدم كفاية الأنشطة البدنية - المصادر الرئيسية للمعلومات تتضمن الاستقصاء العالمي لصحة الطلاب في المدارس، ودراسة السلوك الصحي لدى الأطفال في سن الدراسة، وبعض المسوحات الوطنية الأخرى؛ مكان استضافة البيانات: تقرير منظمة الصحة العالمية عن الحالة العالمية للأمراض غير المعدية. آخر تحديث: تشرين الثاني/نوفمبر 2021.

الجدول 6 - فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): الوضع الوبائي

عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية				الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة				عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين				البلدان والمناطق
الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات والمراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات والمراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات والمراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بابوا غينيا الجديدة
<200	<200	<500	<500	0.29	0.30	0.30	1.02	0.02	0.06	0.04	0.04	باراغواي
<500	<500	900	1,300	0.19	0.19	0.19	0.59	0.03	0.03	0.03	0.04	بيرو
5,900	640	6,600	590	0.15	0.03	0.09	0.19	0.46	0.05	0.26	0.01	الفلبين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولندا
<100	<100	<100	<100	<0.01	<0.01	<0.01	0.07	0.04	0.03	0.04	<0.01	البرتغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطر
<100	<100	<200	<200	<0.01	<0.01	<0.01	2.23	0.12	0.13	0.12	0.13	جمهورية كوريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية مولدوفا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	رومانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الاتحاد الروسي
7,600	9,000	17,000	12,000	9.79	8.83	9.34	7.48	0.09	0.75	0.42	0.30	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت كيتس ونيفيس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ساموا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سان مارينو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سان تومي وبرينسيبي
<100	<100	<200	<200	<0.01	<0.01	0.02	0.24	0.02	0.01	0.02	0.01	المملكة العربية السعودية
1,500	1,600	3,100	3,900	2.75	2.39	2.57	3.65	0.01	0.03	0.02	0.12	السنغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	صربيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سيشيل
3,500	5,200	8,700	11,000	16.20	14.32	15.26	43.46	0.49	1.76	1.12	1.73	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنغافورة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سلوفينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر سليمان
<500	<500	780	1,000	0.90	0.81	0.83	1.10	<0.01	0.01	<0.01	0.03	الصومال
140,000	230,000	370,000	310,000	40.10	45.02	42.55	23.74	2.42	15.08	8.60	2.14	جنوب أفريقيا
4,400	6,300	11,000	16,000	12.20	12.40	12.30	36.38	0.52	1.66	1.08	1.48	جنوب السودان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسبانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سري لانكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دولة فلسطين
1,100	1,300	2,400	4,100	0.83	0.87	0.85	2.63	0.03	0.06	0.05	0.10	السودان
<100	<100	<200	<100	<0.01	<0.01	0.98	1.99	0.04	0.16	0.10	0.10	سورينام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	السويد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سويسرا
<100	<200	<500	1,100	<0.01	<0.01	0.05	3.31	0.03	0.05	0.04	0.12	الجمهورية العربية السورية
4,000	3,200	7,200	2,400	1.27	1.24	1.24	1.01	0.30	0.13	0.22	0.02	طاجيكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تايلند
4,000	4,800	8,700	9,700	13.43	12.36	12.90	24.53	0.08	0.67	0.37	0.99	تيمور - ليشتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تونغا
<100	<100	<100	<100	<0.01	<0.01	0.06	0.34	<0.01	0.02	0.01	0.01	ترينيداد وتوباغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تونس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تركيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تركمانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توفالو
43,000	60,000	100,000	98,000	18.79	20.61	19.69	22.04	0.20	2.27	1.22	0.75	أوغندا
1,300	1,300	2,600	2,900	0.22	0.23	0.22	1.07	0.06	0.08	0.07	0.07	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى
47,000	62,000	110,000	110,000	16.09	16.13	16.11	33.27	0.58	2.26	1.41	1.09	وأيرلندا الشمالية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية تنزانيا المتحدة
<100	<100	<200	<200	<0.01	<0.01	0.22	2.88	0.03	0.10	0.07	0.17	الولايات المتحدة الأمريكية
680	700	1,400	4,100	0.07	0.07	0.07	0.32	0.03	0.04	0.04	0.02	أوروغواي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوزبكستان
1,700	1,800	3,500	3,300	0.95	1.34	1.14	3.76	0.13	0.18	0.15	0.13	فانواتو
1,600	1,500	3,100	4,300	0.03	0.03	0.03	0.27	0.03	0.03	0.03	0.03	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
<200	<200	<500	510	0.06	0.06	0.07	0.46	<0.01	0.01	<0.01	0.02	فيت نام
33,000	57,000	90,000	82,000	29.83	31.97	30.89	57.99	1.38	8.46	4.87	2.50	اليمن
37,000	44,000	81,000	79,000	48.34	46.65	47.50	54.46	0.51	3.56	2.02	2.13	زامبيا
33,000	25,000	58,000	50,000	0.20	0.25	0.22	0.81	0.10	0.06	0.08	0.04	ملخص
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا وآسيا الوسطى

الجدول 6 - فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): الوضع الوبائي

عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية				الوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة				عدد الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين				البلدان والمناطق
الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 0-14	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 0-14	الأولاد المراهقون 19-10	الفتيات المراهقات 19-10	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 0-14	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا الغربية
19,000	21,000	40,000	36,000	0.43	0.46	0.44	1.45	0.08	0.09	0.09	0.07	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
1,100	1,200	2,300	4,000	0.02	0.02	0.03	0.22	<0.01	0.01	0.01	0.01	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أمريكا الشمالية
40,000	37,000	78,000	71,000	0.14	0.14	0.14	0.53	0.03	0.03	0.03	0.04	جنوب آسيا
640,000	900,000	1,540,000	1,530,000	11.66	11.84	11.75	18.39	0.32	1.79	1.05	0.74	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
500,000	720,000	1,220,000	1,120,000	15.36	16.11	15.74	21.14	0.51	2.99	1.74	0.91	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
140,000	180,000	330,000	400,000	8.07	7.60	7.84	15.77	0.13	0.61	0.37	0.59	غرب ووسط أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أقل البلدان نمواً
750,000	1,000,000	1,750,000	1,720,000	2.51	2.68	2.59	5.02	0.11	0.40	0.25	0.23	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين: العدد المقدر من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1,000 من السكان غير المصابين والمعرضين لخطر الإصابة. الوفيات المرتبطة بمتلازمة الإيدز لكل 100,000 نسمة: العدد التقديري للوفيات المرتبطة بالإيدز لكل 100,000 نسمة. عدد الأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية: العدد التقديري للأطفال المصابين بالفيروس.

المصادر الرئيسية للمعلومات

حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لك 1,000 من السكان - تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز للعام 2021. آخر تحديث: تموز/يوليو 2021.

الوفيات المرتبطة بمتلازمة الإيدز لكل 100,000 نسمة - تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز للعام 2021. آخر تحديث: تموز/يوليو 2021.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.

قد لا تتطابق المجاميع الفرعية مع المجموع الكلي، بسبب التقريب.

الجدول 7- فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): تغطية التدخلات

المراهقون بعمر 15-19 سنة الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الأشهر الـ 12 الماضية والذين حصلوا على نتائج الفحص (%) *2020-2012	استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 سنة والمتعددي الشركاء الجنس (%) *2020-2012		المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 سنة (%) *2020-2012		الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (%) *2020-2012		التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع (%) *2020-2012	نسبة النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقين عقاقير فعالة مضادة للفيروسات الرجعية لمكافحة انتقال المرض من الأم إلى الطفل (%) *2020-2012	البلدان والمناطق
	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0			
6.8	1.4	34.8	50.4	14.0	17.0	33.2	41.4	71.6	غانا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	اليونان
-	-	x 92.3	x 80.0	x 58.5	x 66.7	-	-	-	غرينادا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	غواتيمالا
4.7	-	17.9	-	17.3	21.6	24.0	43.2	94.1	غينيا
4.4	0.7	28.7	53.3	11.4	24.5	33.5	17.3	57.2	غينيا - بيساو
15.8	10.1	-	82.6	47.6	33.2	38.3	85.9	84.0	غيانا
-	-	-	-	36.2	33.5	46.0	44.5	70.8	هايتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي
-	-	-	-	-	-	38.1	45.1	36.6	هندوراس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	هنغاريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	آيسلندا
-	-	35.3	29.9	18.5	28.2	-	-	-	الهند
-	-	-	-	12.4	4.0	26.6	3.8	17.1	إندونيسيا
-	-	-	-	-	-	63.7	23.5	52.7	إيران (جمهورية - الإسلامية)
0.7	-	-	-	5.1	-	-	-	-	العراق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	آيرلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسرائيل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	إيطاليا
34.7	20.0	55.9	75.2	39.1	33.7	33.4	21.3	64.2	جامايكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	اليابان
-	-	-	-	1.9	7.7	-	-	-	الأردن
10.9	x 13.8	-	x 93.6	19.6	x 29.5	56.0	-	-	كازاخستان
-	-	-	-	49.0	57.7	84.3	76.0	93.9	كينيا
0.5	4.2	629.1	26.3	31.5	19.2	-	-	-	كيريباس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكويت
10.5	-	-	-	17.0	-	>95	91.0	94.4	قيرغيزستان
1.0	0.5	27.4	57.2	23.3	24.6	56.5	51.9	54.1	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	لاتفيا
-	-	-	-	25.9	21.6	-	-	-	لبنان
53.6	43.9	-	-	27.8	26.0	83.5	71.2	>95	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	30.6	20.1	81.2	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	48.5	53.7	94.0	ليبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليتوانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	لكسمبرغ
2.5	1.5	7.1	1.8	19.8	25.8	7.4	<1	17.2	مدغشقر
47.2	17.1	38.3	49.1	38.9	43.1	73.4	78.6	>95	ملاوي
-	-	-	-	-	-	80.0	>95	>95	ماليزيا
-	-	-	-	26.9	21.3	-	-	-	ملديف
5.0	1.6	25.7	47.0	13.2	14.3	29.2	13.4	28.2	مالي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	مالطة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر مارشال
2.4	1.0	-	-	7.0	7.4	24.5	8.5	19.7	موريتانيا
-	-	-	-	-	-	47.9	63.5	>95	موريشيوس
6.9	-	36.3	-	27.6	-	71.5	-	76.7	المكسيك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	ميكرونيزيا (ولايات - المتحدة)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	موناكو
6.5	4.6	-	77.8	17.5	17.3	-	-	-	منغوليا
0.4	0.0	-	64.4	42.3	35.2	-	-	-	الجيل الأسود
-	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات
-	-	-	-	x 12.2	-	>95	34.9	53.8	المغرب
-	-	-	-	27.7	28.0	64.4	82.9	>95	موزامبيق
-	-	-	-	13.4	14.3	-	-	-	ميانمار
27.6	14.2	-	-	55.9	61.0	74.6	>95	>95	ناميبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	ناورو
2.3	0.8	-	-	26.1	23.0	>95	87.0	39.8	نيبال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوزيلندا
-	-	-	-	11.2	20.3	57.2	54.9	>95	نيكاراغوا
-	-	-	-	-	-	35.3	2.9	36.2	النيجر
7.9	7.3	42.7	62.0	38.1	28.7	45.0	23.4	43.9	نيجيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	مقدونيا الشمالية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	النرويج
-	-	-	-	-	-	-	-	-	عمان
-	-	-	-	1.0	0.2	43.2	4.5	18.5	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	بالاو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	بنما
-	-	-	-	21.3	21.4	-	-	-	بابوا غينيا الجديدة

الجدول 7 - فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): تغطية التدخلات

المراهقون بعمر 15-19 سنة الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الأشهر الـ 12 الماضية والذين حصلوا على نتائج الفحص (٪) ^a 2020-2012		استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 سنة والمتعددي الشركاء الجنسيين (٪) ^b 2020-2012		المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 سنة (٪) ^c 2020-2012		الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (٪) ^d		التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع (٪) ^e	نسبة النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ويتلقين عقاقير فعالة مضادة للفيروسات الرجعية لمكافحة انتقال المرض من الأم إلى الطفل (٪) ^f	البلدان والمناطق
الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	المراهقون والمراهقات 19-10	أطفال 14-0			
9.0	-	61.0	-	24.9	-	-	40.9	69.0	>95	باراغواي
-	-	-	-	x 20.8	-	-	66.1	22.4	88.8	بيرو
-	-	-	-	15.7	x 15.4	-	21.0	6.3	26.2	الفلبين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولندا
-	-	-	-	9.7	22.8	-	>95	>95	>95	البرتغال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا
9.9	6.4	-	-	35.2	25.6	-	86.3	89.9	87.2	جمهورية مولدوفا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	رومانيا
-	-	-	-	61.6	59.5	-	54.4	85.5	>95	رواندا
-	-	x 50.0	x 53.8	x 54.4	x 55.2	-	-	-	-	سانت كيتس ونيفيس
11.9	-	-	-	57.7	-	-	-	-	-	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت هنتسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ساموا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سان مارينو
17.5	9.9	63.0	75.9	32.4	27.6	-	-	-	-	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	20.3	25.7	-	44.7	44.8	36.5	المملكة العربية السعودية
-	-	-	-	x 52.9	x 43.0	-	37.1	34.9	74.0	السنگال
x 1.3	x 1.3	-	x 62.8	-	-	-	-	-	-	صربيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنشيل
7.4	3.0	11.5	8.8	26.5	22.2	-	10.4	2.8	46.3	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سنغافورة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سلوفينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	15.2	-	33.4	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	47.4	86.8	>95	جنوب أفريقيا
x 3.2	-	x 6.1	-	x 8.3	-	-	13.9	11.0	44.1	جنوب السودان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسبانيا
-	-	-	-	2.6	-	-	-	-	-	سري لانكا
-	-	-	-	7.7	x 9.8	-	31.1	-	3.3	دولة فلسطين
0.6	-	-	-	x 40.3	-	-	50.6	48.0	>95	السودان
x 11.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سورينام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	السويد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سويسرا
-	-	-	-	8.5	x 9.4	-	-	-	-	الجمهورية العربية السورية
-	-	-	-	49.2	45.5	-	82.6	27.6	32.7	طاجيكستان
2.5	0.8	-	-	5.9	12.7	-	75.7	>95	>95	تايلند
-	-	-	-	24.7	31.7	-	-	-	-	تيمور - ليشتي
14.9	7.2	48.6	33.9	-	-	-	46.8	33.4	63.7	توغو
-	-	-	-	3.6	7.6	-	-	-	-	توكيلاو
0.6	0.9	0.0	0.0	x 55.3	-	-	-	-	-	تونغا
x 10.0	-	-	-	13.0	12.2	-	56.0	19.6	53.6	ترينيداد وتوباغو
0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تونس
-	-	-	-	18.6	-	-	-	-	-	تركيا
4.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تركمانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توفالو
34.1	18.6	-	-	40.7	40.2	-	62.8	66.2	>95	أوغندا
6.9	9.9	-	89.8	42.6	36.6	-	92.1	72.9	>95	أوكرانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
23.5	10.5	-	-	32.9	32.2	-	54.1	55.0	84.4	جمهورية تنزانيا المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الولايات المتحدة الأمريكية
7.2	-	66.8	-	36.4	-	-	45.9	69.9	91.5	أوروغواي
-	-	-	-	-	-	-	80.0	77.0	89.4	أوزبكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هانواتو
-	-	-	-	-	-	-	39.2	6.0	29.5	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
3.8	-	-	-	50.5	x 48.1	-	>95	54.6	90.5	فييت نام
-	-	-	-	-	-	-	27.4	2.6	3.4	اليمن
28.8	14.9	-	-	40.5	38.6	-	57.6	64.8	80.4	زامبيا
39.0	26.0	-	61.9	41.4	41.4	-	71.8	75.9	87.2	زيمبابوي
-	-	-	-	-	-	-	59.2	43.1	57.5	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا الغربية

ملخص

الجدول 7 - فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز): تغطية التدخلات

البلدان والمناطق	نسبة النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وبتلقين عقاقير فعالة مضادة للفيروسات الرجعية لمكافحة انتقال المرض من الأم إلى الطفل (%)	التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع (%)	الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية وبتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (%)		المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 سنة (%)		استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 سنة والمتعددي الشركاء الجنسيين (%)		المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الأشهر الـ 12 الماضية والذين حصلوا على نتائج الفحص (%)	
			أطفال 14-0	المراهقون والمراهقات 19-10	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	85.1	49.5	50.5	-	-	-	-	-	-	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	41.1	24.1	76.6	-	-	-	-	-	-	
أمريكا الشمالية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
جنوب آسيا	56.4	37.1	>95	-	-	-	-	-	-	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	86.6	63.7	51.2	-	-	-	-	-	-	
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	94.9	73.9	56.9	-	-	-	-	-	-	
غرب ووسط أفريقيا	56.3	26.7	35.6	-	-	-	-	-	-	
أقل البلدان نمواً	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
العالم	84.8	62.6	53.8	-	-	-	-	-	-	

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وبتلقين العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية لمكافحة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل: النسبة المئوية للعدد المقدر من النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية اللاتي تلقين أنظمة علاج فعالة (باستثناء الجرعة الأحادية من النيفيرابين) من الأدوية المضادة للفيروسات الرجعية (ARVs) لمكافحة انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل (PMTCT).

التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع: النسبة المئوية للأطفال المعرضين لفيروس نقص المناعة البشرية الذين خضعوا لاختبار للفيروس خلال شهرين من الولادة.

الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية وبتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية: النسبة المئوية للأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين تلقوا العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (ART).

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 الذين يحددون بالشكل صحيح طريقتي منع الانتقال الجنسي لفيروس نقص المناعة البشرية، والذين يعرفون أن الشخص الذي يبدو بصحة جيدة يمكن أن يكون مصاباً بالفيروس ويزفوضون المفهومين الخاطئين الأكثر شيوعاً حول انتقاله.

المصادر الرئيسية للمعلومات

والصحة، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، واستقصاء مؤشر الإيدز، ومسوح وطنية أخرى 2012:2020. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 متعدددي الشركاء الجنسيين - دراسات استقصائية سكانية مُمثلة على الصعيد الوطني، بما في ذلك لاستقصاءات الديمغرافية والصحة، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، واستقصاء مؤشر الإيدز، ومسوح وطنية أخرى 2012-2020. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً الماضية وتلقوا النتائج - دراسات استقصائية سكانية مُمثلة على الصعيد الوطني، بما في ذلك الاستقصاءات الديمغرافية والصحة، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، واستقصاء مؤشر الإيدز، ومسوح وطنية أخرى 2012:2020. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

النساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وبتلقين العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية لمكافحة انتقال العدوى من الأم إلى الطفل - تقديرات نظام الرصد العالمي للإيدز التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز للعام 2021. آخر تحديث: تموز/يوليو 2021.

التشخيص المبكر لفيروس نقص المناعة البشرية عند الرضع - تقديرات نظام الرصد العالمي للإيدز التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز للعام 2021. آخر تحديث: تموز/يوليو 2021.

الأطفال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية وبتلقون العلاج المضاد للفيروسات الرجعية - تقديرات نظام الرصد العالمي للإيدز التابع لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز للعام 2021. آخر تحديث: تموز/يوليو 2021.

المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين بعمر 15-19 عاماً - دراسات استقصائية سكانية مُمثلة على الصعيد الوطني، بما في ذلك لاستقصاءات الديمغرافية

استخدام الواقي الذكري بين المراهقين بعمر 15-19 متعدددي الشركاء الجنسيين: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 الذين كان لديهم أكثر من شريك جنسي في الـ 12 شهراً السابقة وأبلغوا عن استخدام الواقي الذكري في آخر معايشة جنسية.

المراهقون بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً الماضية وتلقوا النتائج: النسبة المئوية من المراهقين بعمر 15-19 الذين أجروا فحصاً للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الـ 12 شهراً الماضية وتلقوا نتيجة آخر فحص.

ملاحظات

R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.

- البيانات غير متوفرة.
x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. وهذه البيانات غير مشمولة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.

الجدول 8 - التغذية: المواليد الجدد، والأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة، والنساء والأسر المعيشية

النسبة المئوية للأشخاص المعيشية التي تستهلك ملجأ مدعماً باليود 2020-2014 ^a	سوء التغذية بين النساء		سوء التغذية بين الأطفال بعمر المدرسة (5-19 سنة) 2016			التغذية التكميلية بفيتامين الف، التغطية الكاملة ^a (بعمـر 6-59 شهرًا) 2020 ^{a,b}	سوء التغذية بين الأطفال بعمر ما قبل المدرسة (0-4 سنوات)			الوزن عند الولادة		البلدان والمناطق						
	فقر الدم بعمر 15-49 سنة (%) (2019)	نقصان الوزن بعمر 18 سنة وما فوق (%) (2016)	زيادة الوزن (%)	النحافة (%)	زيادة الوزن والبدانة ^c		زيادة الوزن (%) (2020)	الهزال (%) 2020-2014 ^{c,k}		التقدم (%) (2020)	غير موزون عند الولادة (%) 2020-2014 ^m		وزن منخفض عند الولادة (%) 2015 ⁿ					
								المتعدلة والشديدة ^e	متعدلة وشديد ^h					شديد	المتعدلة والشديدة ^e			
57	43	16	9	17	f	0	4	k	5	2	35	86	z	-	أفغانستان			
65	25	2	25	1	-	-	15	2	1	1	10	3	1	5	ألبانيا			
89	33	4	31	6	-	-	13	3	1	9	10	7			الجزائر			
-	12	2	36	1	-	z	-	-	-	z	-	x	14	7	أندورا			
82	45	11	11	8	f	-	3	5	1	38	45	15			أنغولا			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا			
-	17	4	27	3	-	z	-	-	-	z	-	-	-	9	أنغويلا وبربودا			
-	12	1	37	1	-	-	13	2	wx	<1	8	4	7		الأرجنتين			
99	17	4	19	2	-	-	11	4	2	9	0	9		9	أرمينيا			
-	9	2	34	1	-	-	19	mx	<1	x	<1	2	1	7	أستراليا			
-	13	3	26	2	-	z	-	-	-	z	-	0	7		النمسا			
x	93	35	3	19	3	-	9	x	3	x	1	16	x	3	7	أذربيجان		
-	15	3	36	3	-	z	-	-	-	z	-	x	16	13	جزر البهاما			
-	35	4	35	6	-	e	6	-	-	e	5	2	12		البحرين			
76	37	23	9	18	f	97	2	10	2	30	49	28			بنغلاديش			
x	37	17	3	28	4	-	11	x	7	x	2	7	x	2	z	-	بربادوس	
-	21	2	23	2	-	-	7	x	2	x	1	4	0	5		بيلاروس		
-	14	2	24	1	-	-	5	lw	<1	w	<1	2	4	7		بلجيكا		
85	21	3	29	3	-	-	8	2	1	13	2	9			بليز			
85	55	9	11	7	f	7	2	k	5	1	31	40	17		بنن			
xy	98	39	11	10	16	-	5	x	6	x	2	22	x	28	12	بوتان		
86	24	2	28	1	f	31	9	2	1	13	7	7		7	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)			
-	24	3	21	2	-	-	13	x	2	x	2	9	x	2	3	البوسنة والهرسك		
x	83	33	7	18	6	f	-	11	x	7	x	3	23	x	5	16	بوتسوانا	
x	98	16	4	28	3	-	7	x	2	x	<1	6	3	8		البرازيل		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية	
-	17	6	27	6	-	-	9	mx	3	x	<1	13	4	11		بروني دار السلام		
xy	92	24	2	29	2	-	6	mw	6	w	3	6	6	10		بلغاريا		
x	92	53	13	8	8	f	97	3	k	8	1	26	x	36	13	بورкина فاسو		
89	39	11	10	7	f	92	3	k	5	1	58	20	15		بوروندي			
bx	92	24	7	12	7	-	z	-	-	-	e	10	-	z	-	-	كابو فيردى	
68	47	14	11	11	f	-	2	10	2	30	9	12			كمبوديا			
91	41	6	13	6	f	14	10	4	2	27	40	12			الكاميرون			
-	10	2	32	1	-	-	12	-	-	z	-	x	1	6		كندا		
76	47	12	11	8	f	-	3	5	1	40	37	15			جمهورية أفريقيا الوسطى			
65	45	13	9	8	f	0	3	k	14	5	35	88	z	-		تشاد		
-	9	1	35	1	-	-	10	m	<1	-	2	4	6			شيلي		
y	97	16	6	29	3	-	8	m	2	x	1	5	x	0	5		الصين	
-	21	3	24	2	-	-	6	2	<1	11	18	10				كولومبيا		
x	82	34	9	12	7	f	23	10	x	11	x	4	23	x	33	24	جزر القمر	
91	49	11	11	7	f	-	5	8	3	18	10	12				الكونغو		
-	27	<1	63	<1	-	-	z	-	-	-	z	-	-	3		جزر كوك		
-	14	2	32	2	-	-	8	2	<1	9	2	7				كوستاريكا		
80	51	8	13	6	f	89	3	6	1	18	27	15				كوت ديفوار		
-	21	2	28	1	-	-	z	-	-	-	z	-	-	5		كرواتيا		
90	19	5	30	3	-	-	10	2	1	7	5	5				كوبا		
-	14	2	33	1	-	-	z	-	-	z	-	27	z	-		قبرص		
-	21	2	28	2	-	-	7	kx	5	x	1	3	0	8		تشيكيا		
38	34	8	23	5	f	93	2	m	3	1	18	0	z	-		جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية		
85	42	13	10	9	f	60	4	6	2	41	27	11				جمهورية الكونغو الديمقراطية		
-	12	3	25	1	-	-	z	-	-	z	-	4	5			الدانمرك		
x	4	32	7	17	6	f	-	7	x	21	x	9	34	-	z	-	جيبوتي	
-	21	3	33	3	-	-	z	-	-	z	-	-	z	-		دومينيكا		
x	32	26	3	33	3	-	8	x	2	x	1	6	4	11		الجمهورية الدومينيكية		
-	17	1	28	1	-	-	10	4	1	23	19	11				إكوادور		
y	93	28	1	37	3	-	18	9	5	22	39	z	-			مصر		
-	11	2	30	2	-	-	7	2	<1	11	7	10				السلفادور		
x	57	45	10	11	8	f	5	9	mx	3	x	2	20	30	z	-	غينيا الاستوائية	
x	86	37	17	11	8	f,aa	-	2	x	15	x	4	49	x	65	z	-	إريتريا
-	22	2	21	2	-	-	6	2	<1	1	0	4					إستونيا	
90	31	5	17	4	f	-	10	2	<1	23	9	10					إسواتيني	
86	24	15	9	10	f	66	3	k	7	1	35	86	z	-			إثيوبيا	
-	32	2	34	4	-	-	5	mx	6	x	2	7	x	-	z	-	فيجي	
-	11	2	27	1	-	-	z	-	-	-	z	-	6	4			فنلندا	
-	11	3	30	1	-	-	z	-	-	-	z	-	x	0	7		فرنسا	
x	89	52	7	16	6	f	-	7	x	3	x	1	14	x	9	14		غابون
75	50	10	12	7	f	33	2	5	1	16	17	17					غامبيا	
x	98	28	4	20	3	-	8	1	<1	6	0	6					جورجيا	
-	12	2	26	1	-	-	4	mw	<1	x	<1	2	x	2	7		ألمانيا	
69	35	7	11	6	f	31	3	7	1	14	40	14					غانا	
-	15	1	37	1	-	-	14	wx	1	wx	<1	2	4	9			اليونان	
-	19	4	26	4	-	-	z	-	-	-	z	-	-	z	-		غرينادا	
x	88	7	2	29	1	-	5	k	1	<1	43	6	11				غواتيمالا	
53	48	10	10	7	f	97	6	9	4	29	49	z	-				غينيا	

الجدول 8 - التغذية: المواليد الجدد، والأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة، والنساء والأسر المعيشية

النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستهلك ملحاً مدعماً باليود * 2020-2014	سوء التغذية بين النساء		سوء التغذية بين الأطفال بعمر المدرسة (5-19 سنة) 2016		التغذية التكميلية بفيتامين ألف، التغطية الكاملة ^٢ (بعمر 6-59 شهرًا) (%) * 2020	سوء التغذية بين الأطفال بعمر ما قبل المدرسة (0-4 سنوات)			الوزن عند الولادة		البلدان والمناطق					
	نقصان الوزن بعمر 18 سنة وما فوق (%) (2016)	فقر الدم بعمر 49-15 سنة (%) (2019)	زيادة الوزن (%)	النحافة (%)		زيادة الوزن (%)	الهزال (%) (2020-2014) ^٤ *	التقرن (%) (2020)	غير مؤتمنين عند الولادة (%) * 2020-2014	وزن منخفض عند الولادة (%) * 2015						
	مؤشر كتلة الجسم دون 18.5 كجم/م ²	خفيف ومعتدل وشديد	زيادة الوزن والبدانة ^١	النحافة والنحافة الشديدة ^٢		المعتدلة والشديدة ^٣	معتدل وشديد ^٤	المعتدل والشديد ^٥								
33	48	9	11	7	f	0	3	8	2	28	49	21	غينيا - بيساو			
43	32	5	25	5			7	6	2	9	11	16	غيانا			
8	48	5	28	4	f	18	4	4	1	20	67	-	هايتي			
-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	الكركسي الرسولي			
-	18	3	27	2			6	kx	1 x <1	20	x	17	هندوراس			
-	20	3	28	2			z	-	-	z	-	0	هتغاريا			
-	10	2	28	1			z	-	-	z	-	8	آيسلندا			
y	92	53	24	7	f	54	2	m	17	5	31	22	الهند			
bx	92	31	13	15	10	-	11	m	10	4	32	5	إندونيسيا			
bx	94	24	4	26	9	-	e	9	mx	4 x	1	6	إيران (جمهورية - الإسلامية)			
68	29	2	32	5			9	3	1	12	28	z	العراق			
-	12	1	31	<1			z	-	-	z	-	4	آيرلندا			
-	13	2	35	1			z	-	-	z	-	0	إسرائيل			
-	14	2	37	1			z	-	-	z	-	2	إيطاليا			
-	20	3	30	2			7	3	<1	8	3	15	جامايكا			
-	19	10	14	2			2	mx	2 x	<1	5	5	اليابان			
bx	88	38	1	31	4	-	7	x	2 x	1	7	5	الأردن			
94	29	4	20	2			9	3	1	7	1	5	كازاخستان			
95	29	10	11	8	f	82	4	4	1	19	34	11	كينيا			
77	33	1	55	<1	f	-	2	4	1	15	7	z	كيريباس			
-	24	1	42	4			7	m	3	1	6	30	الكويت			
99	36	4	16	3			6	2	1	11	0	6	قيرغيزستان			
94	40	11	14	9	f	54	3	9	3	30	33	17	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية			
-	22	2	22	2			z	-	-	z	-	0	لاتفيا			
x	95	28	3	33	5	-	20	mx	7 x	3	10	0	9	لبنان		
85	28	5	15	5	f	-	7	2	1	32	8	15	ليسوتو			
x	91	43	8	10	7	f	-	5	3	1	28	71	z	-	ليبيريا	
b	70	30	2	33	6	-	25	m	10	5	44	-	z	-	ليبيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين	
-	20	2	21	3			z	-	-	z	-	7	5	ليتوانيا		
-	10	2	26	1			z	-	-	z	-	0	7	لكسمبرغ		
x	68	38	15	11	7	f	26	1	k	6	1	40	x	60	17	مدغشقر
78	31	9	11	6	f	19	5	w	1	w	<1	37	16	14	ملاوي	
xy	28	32	7	26	7	-	6	10	4	21	1	11	11	ماليزيا		
x	97	52	9	17	14	-	5	9	2	14	11	12	11	مليديف		
89	59	10	11	8	f	59	2	kw	9 w	2	26	63	z	-	مالي	
-	14	1	37	1			z	-	-	z	-	0	6	مالطة		
-	31	1	59	<1			4	4	1	32	10	z	-	جزر مارشال		
y	25	43	8	13	8	f	0	3	k	11	2	24	64	z	-	موريتانيا
-	24	7	15	7			e	8	-	e	9	6	17	موريشيوس		
-	15	2	35	2			6	1	<1	12	2	8	8	المكسيك		
-	25	1	51	<1			z	-	-	z	-	-	z	-	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)	
-	12	-	-	-			z	-	-	z	-	0	5	موناكو		
75	15	3	18	2			10	1	<1	7	x	1	5	منغوليا		
-	17	2	25	2			10	2	1	8	2	5	5	النجيل الأسود		
-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات	
x	43	30	3	27	6	-	11	3	1	13	3	17	17	المغرب		
x	42	48	10	13	4	f	59	6	4	2	38	x	49	14	موزامبيق	
y	85	42	14	12	13	f	-	2	w	7 w	1	25	55	12	ميانمار	
x	74	25	9	15	8	f	-	5	kx	7 x	3	18	x	14	16	ناميبيا
-	30	<1	65	<1			4	mx	1 x	<1	15	x	4	z	-	ناورو
94	36	17	8	16	f	85	2	k	12	3	30	23	22	نيبال		
-	13	2	25	1			5	x	1 x	<1	2	6	6	هولندا		
-	10	2	40	<1			z	-	-	z	-	8	6	نيوزيلندا		
-	16	2	29	2			7	x	2 x	1	14	x	8	11	نيكاراغوا	
59	50	13	8	10	f,aa	-	2	10	2	47	x	77	z	-	النيجر	
93	55	10	8	10	f	0	3	k	6	1	35	75	z	-	نيجيريا	
-	27	1	59	<1			z	-	-	z	-	-	z	-	نيوي	
-	19	3	26	2			10	3	1	4	x	4	9	4	مقدونيا الشمالية	
-	12	2	27	1			z	-	-	z	-	3	4	التروبيج		
88	29	5	32	7			5	9	3	12	0	11	11	عمان		
x	69	41	15	10	19	f	0	3	7	2	37	84	z	-	باكستان	
-	29	1	64	<1			z	-	-	z	-	-	z	-	بالاو	
-	21	3	29	2			11	x	1 x	<1	15	x	9	10	بنما	
x	60	34	3	32	1	f	34	9	x	14 x	6	48	49	z	-	بابوا غينيا الجديدة
x	93	23	2	28	2		12	1	<1	5	2	8	8	8	باراغواي	
91	21	2	27	1			8	<1	<1	11	5	9	9	9	بيرو	
y	57	12	14	13	10	f	29	4	m	6	2	29	16	20	الفلبين	
-	z	-	3	26	2		7	wx	1 wx	<1	2	0	6	6	بولندا	
-	13	2	32	1			9	w	1 w	<1	3	0	9	9	البرتغال	
xy	99	28	2	39	5	-	e	14	-	e	5	x	2	7	قطر	
-	14	6	k	27	1		9	mx	1 x	<1	2	2	6	6	جمهورية كوريا	
x	58	26	3	18	3		4	x	2 x	<1	5	x	1	5	جمهورية مولدوفا	
-	23	2	25	3			7	mx	4 x	1	10	2	8	8	رومانيا	

الجدول 8 - التغذية: المواليد الجدد، والأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة، والنساء والأسر المعيشية

النسبة المئوية المنوية للأسر المعيشية التي تستهلك ملحاً مدعماً باليود 2020-2014 ^a	سوء التغذية بين النساء		سوء التغذية بين الأطفال بعمر المدرسة (5-19 سنة) 2016		التغذية التكميلية بفيتامين ألف، التغطية الكاملة ^b (بعمر 6-59 شهرًا) (%) 2020 ^c	سوء التغذية بين الأطفال بعمر ما قبل المدرسة (0-4 سنوات)			الوزن عند الولادة		البلدان والمناطق								
	فقر الدم بعمر 15-49 سنة (%) (2019)	نقصان الوزن بعمر 18 سنة (وما فوق (2016))	زيادة الوزن (%)	النحافة (%)		زيادة الوزن (%)	زيادة الوزن (%) (2020)	الهزال (%) 2020-2014 ^e		التقزم (%) (2020)		غير موزن عند الولادة (%) 2020-2014 ^g	وزن منخفض عند الولادة (%) 2015 ^h						
								المتعدلة والشديدة ^e	معتدل وشديد ^e					شديد	المتعدلة والشديدة ^e				
																خفيف ومعتدل وشديد	مؤشر كتلة الجسم دون 18.5 كجم/م ²	زيادة الوزن والبدانة ^g	النحافة والشديدة ^g
-	21	2	21	2	-	z	-	-	z	-	0	6	الاتحاد الروسي						
90	17	8	11	6	f,aa	-	5	m	1	<1	33	8	رواندا						
-	15	3	28	4	-	z	-	-	-	-	-	z	-	سانت كيتس ونيفس					
x	75	14	4	23	4	-	7	x	4	x	1	3	x	0	z	-	سانت لوسيا		
-	17	4	29	3	-	z	-	-	-	-	-	z	-	-	-	-	سانت فنسنت وجزر غرينادين		
96	27	1	53	<1	-	z	-	7	m	3	1	7	24	z	-	-	ساموا		
-	13	-	-	-	-	z	-	-	-	-	-	z	-	2	-	-	3	سان مارينو	
89	44	8	13	5	f	33	4	k	4	1	12	3	7	-	-	-	7	سان تومي وبرينسيبي	
xy	70	28	2	36	8	-	8	mx	12	x	5	4	-	z	-	-	-	الملكة العربية السعودية	
65	53	11	10	9	f	37	2	k	8	1	17	36	18	-	-	-	-	السنگال	
-	23	3	27	2	-	-	11	3	1	5	0	5	5	-	-	-	-	صربيا	
-	25	5	23	6	-	-	10	mx	4	x	1	7	x	0	12	-	-	سنغافورة	
82	48	10	11	7	f	32	5	5	1	27	41	14	-	-	-	-	-	سيراليون	
-	13	8	22	2	-	-	5	mx	4	x	1	3	17	10	-	-	-	سنغافورة	
-	24	3	23	1	-	-	z	-	-	-	-	z	-	2	8	-	-	سلوفاكيا	
-	22	3	27	1	-	-	z	-	-	-	-	z	-	x	4	6	-	سلوفينيا	
88	38	2	23	1	-	-	4	8	4	29	14	z	-	-	-	-	-	جزر سليمان	
x	7	43	9	13	7	f	28	3	x	14	x	4	27	x	96	z	-	الصومال	
91	31	3	25	5	f	39	13	w	3	w	2	23	12	-	-	-	-	جنوب أفريقيا	
x	60	36	-	-	f	0	6	kx	23	x	10	31	-	z	-	-	-	جنوب السودان	
-	13	2	34	1	-	-	z	-	-	-	-	z	-	4	8	-	-	إسبانيا	
92	35	13	13	15	-	-	1	15	3	16	3	16	3	-	-	-	-	سري لانكا	
96	-	-	-	-	-	-	9	1	1	8	2	8	2	-	-	-	-	دولة فلسطين	
34	37	-	-	f	0	-	3	16	4	34	89	z	-	-	-	-	-	السودان	
-	21	3	31	4	-	-	4	6	1	8	16	15	-	-	-	-	-	سورينام	
-	14	2	24	1	-	-	z	-	-	-	-	z	-	x	5	2	-	السويد	
-	11	4	22	<1	-	-	z	-	-	-	-	z	-	0	6	-	-	سويسرا	
y	72	33	3	28	6	-	18	x	12	x	5	30	x	52	z	-	-	الجمهورية العربية السورية	
91	35	5	15	4	f	99	3	6	2	15	9	6	-	-	-	-	-	طاجيكستان	
84	24	8	22	8	-	-	9	8	3	12	1	11	-	-	-	-	-	تايلند	
83	30	18	13	11	f	65	3	kx	10	x	2	49	47	z	-	-	-	تيمور - ليشتي	
81	46	9	10	6	f	91	2	6	1	24	30	16	-	-	-	-	-	توغو	
-	-	-	-	-	-	-	z	-	-	-	-	z	-	-	-	-	-	توكيلاو	
-	29	<1	58	<1	-	-	13	1	<1	3	x	6	z	-	-	-	-	تونغا	
x	63	18	4	25	6	-	11	x	6	x	2	9	x	19	12	-	-	ترينيداد وتوباغو	
-	32	3	25	7	-	-	17	2	1	9	2	7	-	-	-	-	-	تونس	
x	85	z	2	29	5	-	z	-	2	1	z	-	4	-	-	-	-	تركيا	
>99	27	4	18	3	f	-	4	4	1	8	1	5	-	-	-	-	-	تركمستان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	28	1	58	<1	-	-	6	mx	3	x	1	10	x	3	z	-	-	توفالو	
91	33	10	10	6	f	-	4	3	1	28	33	z	-	-	-	-	-	أوغندا	
x	36	18	2	21	2	-	17	x	8	x	4	16	x	3	6	-	-	أوكرانيا	
-	24	2	36	5	-	-	z	-	-	-	-	z	-	3	13	-	-	الإمارات العربية المتحدة	
-	11	2	31	1	-	-	z	-	-	-	-	z	-	x	4	-	-	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	
76	39	10	12	7	f	1	5	k	4	<1	32	36	10	-	-	-	-	جمهورية ترازيا المتحدة	
-	12	2	42	1	-	-	9	<1	<1	3	2	8	-	-	-	-	-	الولايات المتحدة الأمريكية	
-	15	1	33	2	-	-	10	1	<1	6	x	6	8	-	-	-	-	أوروغواي	
x	82	25	4	17	3	-	5	2	<1	10	4	5	-	-	-	-	-	أوزبكستان	
x	63	29	2	31	2	-	5	x	5	x	1	29	x	13	11	-	-	فانواتو	
-	24	2	34	2	-	-	7	mx	4	-	11	-	9	-	-	-	-	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	
x	61	21	18	10	14	-	6	m	6	1	22	6	8	-	-	-	-	فيت نام	
x	49	62	8	20	14	f	6	3	kx	16	x	5	37	x	92	z	-	اليمن	
x	88	32	9	13	6	f	98	6	4	2	32	20	12	-	-	-	-	زامبيا	
84	29	5	15	6	f	29	4	3	<1	23	12	13	-	-	-	-	-	زيمبابوي	

ملخص

92	19	8	23	6	39	8	4	1	14	v	5	8	-	-	-	-	-	-	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	19	2	26	2	8	8	-	-	6	2	7	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا وآسيا الوسطى
-	25	2	23	3	-	9	q	2	q	1	8	2	7	-	-	-	-	-	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
-	13	2	30	1	-	7	-	-	3	3	7	-	-	-	-	-	-	-	أوروبا الغربية
-	17	3	30	2	-	7	1	<1	11	7	9	-	-	-	-	-	-	-	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
-	30	3	31	6	-	12	6	3	16	23	11	-	-	-	-	-	-	-	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
-	12	2	41	1	-	9	d	<1	d	<1	3	2	8	-	-	-	-	-	أمريكا الشمالية
90	49	23	8	25	47	2	15	5	32	37	27	-	-	-	-	-	-	-	جنوب آسيا
82	41	10	10	7	35	4	6	1	32	51	14	-	-	-	-	-	-	-	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
82	33	9	11	7	42	5	5	1	32	47	14	-	-	-	-	-	-	-	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
83	50	10	10	9	29	3	7	2	32	54	14	-	-	-	-	-	-	-	غرب ووسط أفريقيا
76	39	14	10	10	45	3	7	2	34	50	16	-	-	-	-	-	-	-	أقل البلدان نمواً
89	30	9	18	11	41	6	7	2	22	v	27	15	-	-	-	-	-	-	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفتات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

الجدول 8 - التغذية: المواليد الجدد، والأطفال بعمر ما قبل المدرسة وعمر المدرسة، والنساء والأسر المعيشية

	المصادر الرئيسية للمعلومات		تعريفات المؤشرات
<p>النحافة وزيادة الوزن (الأطفال بعمر المدرسة) ونقص الوزن (النساء بعمر 18 سنة فما فوق) - المقال الذي نشرته "شبكة التعاون المعنية بعامل الخطورة للأمراض غير السارية" بعنوان "التوجهات العالمية في مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض الوزن، وزيادة الوزن، والبدانة من عام 1975 إلى عام 2016: تحليل تجميعي لـ 24161 دراسة قياس سكانية تشمل 128.9 مليون طفل، ومراهق، وبالغ". دورية لانيسيت 2017، 390 (10113): الصفحات 2627-2642. آخر تحديث: آب / أغسطس 2019.</p> <p>فقر الدم (النساء بعمر 15-49 سنة) - المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية. آخر تحديث: نيسان/أبريل 2021.</p> <p>استهلاك الملح المدعم باليود - الاستقصاءات الديموغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: أيار/مايو 2021.</p> <p>التغذية التكميلية بفيتامين ألف - اليونيسيف. آخر تحديث: كانون الأول/ديسمبر 2021.</p>	<p>انخفاض الوزن عند الولادة - تقديرات منمذجة من اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية. آخر تحديث: أيار/مايو 2019.</p> <p>عدم وزن المولود عند الولادة - الاستقصاءات الديموغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى، وبيانات من أنظمة الإبلاغ الروتينية. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.</p> <p>التقزم وزيادة الوزن (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) - تقديرات منمذجة من اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. آخر تحديث: أيار/مايو 2021.</p> <p>الهزال والهزال الحاد (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) - الاستقصاءات الديموغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: أيار/مايو 2021.</p> <p>التغذية التكميلية بفيتامين ألف - اليونيسيف. آخر تحديث: كانون الأول/ديسمبر 2021.</p>	<p>عن متوسط الوزن مقابل الطول حسب معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل.</p> <p>زيادة الوزن (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) - المعتدلة والشديدة: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 0-59 شهراً الذين يتجاوزون انحرافين معياريين عن متوسط الوزن مقابل الطول حسب معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل (شاملاً زيادة الوزن الشديدة).</p> <p>التغذية التكميلية بفيتامين ألف، التغطية الكاملة: النسبة المئوية المقترنة من الأطفال بعمر 5-59 شهراً الذين حصلوا على جرعتين مكملتين من فيتامين ألف، تفصل بينهما 4-6 أشهر تقريباً في أي سنة قومية.</p> <p>النحافة (الأطفال بعمر المدرسة): النسبة المئوية للأطفال بعمر 5-19 سنة الذين ينقص مؤشر كتلة الجسم لديهم عن انحرافين معياريين على الأقل عن الوسيط، وفق مرجع منظمة الصحة العالمية لنمو الأطفال والمراهقين في سن المدرسة.</p> <p>زيادة الوزن (الأطفال بعمر المدرسة): النسبة المئوية للأطفال بعمر 5-19 عاماً الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم يزيد على الأقل بمقدار انحراف معياري 1 عن الوسيط، وفق مرجع منظمة الصحة العالمية لنمو الأطفال والمراهقين في سن المدرسة.</p> <p>نقص الوزن (النساء بعمر 18 سنة فما فوق): نسبة النساء بعمر 18 سنة فأكثر ممن يقل مؤشر كتلة الجسم لديهن عن 18.5 كغ/م².</p> <p>فقر الدم (النساء بعمر 15-49 سنة): النسبة المئوية للنساء بعمر 15-49 سنة ويقل تركيز خضاب الدم لديهن عن 120 غ/لتر لغير الحوامل والنساء المرضعات وعن 110 غ/لتر للحوامل، مع التعديل حسب الارتفاع الجغرافي والتدخين.</p> <p>الأسر المعيشية التي تسهّلك ملحقاً مدعماً باليود: النسبة المئوية من الأسر المعيشية التي تسهّلك ملحقاً مدعماً بأي من مركبات اليود (أكثر من 0 جزء في المليون).</p>	<p>انخفاض الوزن عند الولادة: النسبة المئوية من الرضع الذين يقل وزهم عن 2,500 غرام عند الولادة.</p> <p>عدم وزن المولود عند الولادة: النسبة المئوية للولادات التي لا يتوفر عنها وزن المولود في مصدر البيانات: يرجى ملاحظة أمرين: أولاً، تتضمن التقديرات من مسوحات الأسر المعيشية الولادات الحية للنساء بعمر 15-49 سنة في الفترة المرجعية للدراسة الاستقصائية (مثلاً: السنيتين السابقتين) والتي لم يتوفر عنها وزن المولود عند الولادة من مستند رسمي (مثلاً بطاقة صحية) أو لم يتمكن الشخص المضيف من الاستقصاء من تذكر الوزن في وقت المقابلة، كما قد يكون قد أعيد حسابها لاعتبار أوزان الولادة تحت 250 غراماً أو فوق 5500 غرام بأنها غير متوفرة؛ وثانياً، حُسبت التقديرات من المصادر الإدارية (مثل نظم معلومات الإدارة الصحية) باستخدام بيانات البسطة من المصدر الإداري للبلد حيث كانت بيانات المقام هي عدد المواليد السنوي وفق تقرير التوقعات السكانية في العالم الصادر عن شعبة السكان بالأمم المتحدة، نسخة 2017. وتتضمن هذه التقديرات الولادات التي لم يتم وزن المولود فيها والولادات التي تم وزن المولود فيها ولكن لم يتم تسجيله في النظام.</p> <p>التقزم (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) - المعتدل والشديد: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 0-59 شهراً الذين يقل طولهم عن ناقص اثنين انحراف معياري عن متوسط الطول مقابل العمر حسب معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل.</p> <p>الهزال (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) - المعتدل والشديد: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 0-59 شهراً الذين تقل أوزانهم عن انحرافين معياريين عن متوسط الوزن مقابل الطول حسب معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل.</p> <p>الهزال (الأطفال بعمر ما قبل المدرسة) - الشديد: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 0-59 شهراً الذين تقل أوزانهم عن ثلاثة انحرافات معيارية</p>
			<p>ملاحظات</p>
			<p>البيانات غير متوفرة.</p>
			<p>a يتم الإبلاغ عن التغطية الكاملة لمكملات فيتامين ألف باعتباره أقل نسبة مئوية لتغطية نسويتين (أي، أقل نقطة بين الجولة 1 (كانون الثاني/يناير - حزيران/يونيو) والجولة 2 (تموز/يوليو - كانون الأول/ديسمبر) للعام 2020. تقتصر المعلومات المعروضة على البلدان التي تحظى بالأولوية في مجال مكملات فيتامين ألف؛ وبالتالي تستند المجموع إلى هذه البلدان ذات الأولوية، وتمثلها فقط.</p>
			<p>aa البلدان التي لم تمنح الإذن بمشاركة التقديرات خارجياً، ولذا لا يتم عرض النتائج من هذه البلدان في خطوط البلدان الفردية في هذا الجدول، ولكن يتم تضمينها في التقديرات العالمية والإقليمية.</p>
			<p>b لا يمكن تأكيد ما إذا كانت القيمة المبلغ عنها تشمل الأسر المعيشية بدون ملح أم لا.</p>
			<p>تم تقدير متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية الخاصة بالتقزم (المتوسط والشديد)، وزيادة الوزن (المتوسطة والشديد)، والهزال (المتوسط والشديد) باستخدام النمذجة الإحصائية للبيانات من التقديرات المشتركة لسوء التغذية لدى الأطفال، إصدار أيار/مايو 2021، التي تصدورها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي. للحصول على مزيد من المعلومات انظر data.unicef.org/malnutrition.</p>
			<p>d لتقديرات الهزال، والهزال الشديد، يعتمد المتوسط الإقليمي لأمريكا الشمالية فقط على بيانات الولايات المتحدة؛ إن أحدث نقاط البيانات القطرية المستخدمة (مثلاً، من مسوحات الأسر المعيشية) للخروج بتقديرات مُنمذجة للتقزم وزيادة الوزن تخص سنوات قبل سنة 2000؛ يجب توخي الحذر عند التفسير.</p>
			<p>f تُحدّد البلدان التي تُعتبر "أولوية". وتتحدد البلدان ذات الأولوية فيما يخص البرامج الوطنية للتغذية التكميلية بفيتامين ألف بوصفها البلدان التي يوجد فيها معدل مرتفع لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (أكثر من 40 لكل 1,000 مولود حي)، و/أو يوجد فيها دليل على نقص في فيتامين ألف ضمن هذه الفئة العمرية، و/أو لديها تاريخ من برامج التغذية التكميلية بفيتامين ألف.</p>
			<p>g ظل جمع بيانات مسح الأسر المعيشية بخصوص طول الأطفال ووزهم محدوداً في عام 2020 بسبب إجراءات التباعد الاجتماعي اللازمة لمنع انتشار كوفيد-19. ولم تُقدّم سوى أربع مسوحات وطنية وتم تضمينها في قاعدة البيانات (جزئياً على الأقل) في عام 2020. لذا تستند التقديرات المشتركة بشأن سوء التغذية بأكملها تقريباً إلى بيانات جمعت قبل سنة 2020 وهي لا تأخذ بالاعتبار تأثير جائحة كوفيد-19.</p>
			<p>k (بخصوص المؤشرات التي يمكن تقييم الفروقات الجنسانية بشأنها) لوحظت فروقات جنسانية مهمة إحصائياً لغير مصلحة الولاد.</p>

الجدول 9 - التغذية: الرضاعة الطبيعية والأنماط الغذائية

تغذية الرضع والأطفال الصغار (0-23 شهراً)
*2020-2014

البلدان والمناطق	البداية المبكرة للرضاعة الطبيعية (%)	الرضاعة الطبيعية الحصرية (أقل من 6 أشهر) (%)	البداية المتأخرة أو شبه الصلبة (6-8 أشهر)	متابعة الرضاعة الطبيعية (12-23 شهراً) (%)			التنوع الغذائي الأدنى (6-23 شهراً) (%)			التواتر الأدنى للوجبات (23-6 شهراً) (%)	النمط الغذائي الأدنى المقبول (23-6 شهراً) (%)	انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (23-6 شهراً) (%)
				أغنى 20%	أفقر 20%	كل الأطفال	أغنى 20%	أفقر 20%	كل الأطفال			
أفغانستان	m	58	61	74	80	70	22	18	35	49	15	59
ألبانيا	m	37	89	43	38	37	52	46	48	45	27	26
الجزائر		29	88	37	36	43	39	31	52	46	19	26
أندورا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أنغولا		37	79	67	74	53	29	19	45	31	12	36
أنغويلا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أنغيغوا وبربودا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الأرجنتين	m	32	97	x	39	x	49	x	33	64	x	22
أرمينيا		44	90	29	32	24	36	32	42	62	22	22
أستراليا		-	-	m	20	-	-	-	-	-	-	-
النمسا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أذربيجان	mx	12	77	x	26	x	24	x	15	41	x	38
جزر البهاما		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البحرين		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بنغلاديش		63	75	90	91	86	34	22	48	65	27	45
بربادوس	mx	40	20	90	41	px	-	px	-	58	x	-
بيلاوس	m	24	22	96	m	17	x	26	x	19	x	3
بلجيكا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلنيز	m	68	33	79	47	59	37	50	70	64	x	30
بنن		54	41	56	69	77	26	23	26	44	15	54
بوتان		77	53	93	77	91	16	5	39	63	x	61
بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)	y	63	56	83	61	74	70	46	rx	78	rx	16
البوسنة والهرسك	mx	42	18	76	x	16	x	10	x	71	x	-
بوتسوانا		53	30	73	15	-	-	-	-	-	-	-
البرازيل	mx	43	39	94	mx	-	-	-	-	-	-	-
جزر فرجن البريطانية		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بروني دار السلام		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلغاريا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بوركينافاسو		59	58	61	92	93	77	4	rx	13	rx	26
بوروندي	m	92	72	m	80	92	84	9	39	39	10	9
كابو فيردي	mx	73	60	mx	60	-	-	-	-	-	-	-
كمبوديا		63	65	82	58	65	40	28	56	72	30	35
الكاميرون		48	39	76	43	65	20	9	28	44	10	32
كندا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جمهورية أفريقيا الوسطى		49	36	77	73	74	r	52	r	14	x	22
تشاد		16	16	71	73	73	23	17	30	34	11	48
شيلي		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الصين	mx	29	21	83	mx	-	-	x	37	63	x	29
كولومبيا		69	37	90	42	49	36	48	74	60	42	15
جزر القمر	x	34	11	80	x	68	x	69	x	23	x	52
الكونغو	m	25	33	84	32	54	20	13	16	29	4	51
جزر كوك		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كوستاريكا	m	53	25	99	46	47	40	75	63	76	x	10
كوت ديفوار	m	37	23	65	63	76	36	20	35	48	14	44
كرواتيا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كوبا	m	64	41	94	25	25	35	58	69	50	54	22
قبرص		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تشيكيا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	m	43	71	m	78	-	47	m	-	-	-	-
جمهورية الكونغو الديمقراطية		47	54	82	70	79	50	12	24	34	8	28
الدانمرك		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جيبوتي	mx	52	12	mx	-	-	-	-	-	-	-	-
دومينيكا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الجمهورية الدومينيكية	m	38	5	81	20	27	14	45	61	77	42	35
إكوادور	mx	72	40	63	53	-	-	-	-	48	29	27
مصر		27	40	75	50	58	43	37	36	56	23	45
السلفادور	m	42	47	90	67	71	57	66	82	87	64	16
غينيا الاستوائية		-	7	mx	-	31	mx	47	rx	34	mx	-
إريتريا	mx	93	69	mx	86	mx	-	-	-	-	-	-
إستونيا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إسواتيني	m	48	64	90	28	29	19	36	58	81	37	21
إثيوبيا		72	59	69	81	69	77	6	20	55	11	69
فيجي	mx	57	40	mx	-	-	-	-	-	-	-	-
فنلندا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فرنسا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غابون	x	32	5	82	x	23	x	18	x	22	x	52
غامبيا		35	54	76	74	76	68	17	27	51	15	57
جورجيا	m	33	20	90	25	29	20	43	58	65	28	9
ألمانيا		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غانا		52	43	79	66	79	58	19	48	41	13	43

الجدول 9 - التغذية: الرضاعة الطبيعية والأنماط الغذائية

تغذية الرضع والأطفال الصغار (0-23 شهراً)
2014-2020^a

انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (6-23 شهراً) (%)	النمط الغذائي الأديني المقبول (6-23 شهراً) (%)	التواتر الأديني للوجبات (6-23 شهراً) (%)	التنوع الغذائي الأديني (6-23 شهراً) (%)			متابعة الرضاعة الطبيعية (12-23 شهراً) (%)			البدء المتلقي الأغذية الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر) (%)	الرضاعة الطبيعية الحصرية (أقل من 6 أشهر) (%)	البدء المبكر للرضاعة الطبيعية (%)	البلدان والمناطق
			أغنى 20%	أفقر 20%	كل الأطفال	أغنى 20%	أفقر 20%	كل الأطفال				
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اليونان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غرينادا
27	52	82	72	47	59	48	85	72	80	53	63	غواتيمالا
63	4	22	24	7	14	57	84	78	52	33	43	غينيا
69	3	35	16	5	8	55	80	75	64	59	46	غينيا - بيساو
17	36	61	65	49	52	25	64	46	81	21	49	غيانا
55	11	39	34	12	19	43	59	52	91	40	47	هايتي
x	36	x	85	x	70	x	49	x	61	x	64	الكريسي الرسولي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هندوراس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هنغاريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آيسلندا
55	8	39	25	7	16	69	88	80	m	53	57	الهند
18	40	71	69	39	54	56	74	67	86	51	58	إندونيسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	mx	76	69	إيران (جمهورية - الإسلامية)
25	34	74	49	42	45	32	47	35	85	26	32	العراق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آيرلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إسرائيل
-	-	x	37	-	-	x	29	x	39	x	65	إيطاليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جامايكا
41	20	52	40	30	35	33	28	26	83	25	67	اليابان
21	37	73	55	40	49	45	40	41	l	66	83	الأردن
29	22	50	58	18	36	69	79	75	80	61	62	كازاخستان
51	8	74	13	5	9	53	70	61	90	64	46	كينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كيريباس
14	43	75	66	52	60	36	53	47	91	46	81	الكويت
36	26	69	59	23	36	19	66	43	l	87	50	قيرغيزستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	-	-	mx	14	-	41	لاتفيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لبنان
35	10	68	29	11	17	14	55	34	91	59	56	ليسوتو
56	3	22	16	4	9	52	73	68	45	55	66	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29	ليبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليختنشتاين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ليتوانيا
26	21	79	56	9	25	77	75	77	89	51	45	لكسمبرغ
23	8	29	42	14	23	78	87	84	85	59	76	مدغشقر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	ملايو
15	50	68	71	63	71	p	79	73	97	63	66	ماليزيا
44	8	29	r	42	r	17	22	r	73	r	59	مليديف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	مالي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مالطة
46	15	50	47	25	34	p	25	36	m	64	61	جزر مارشال
51	14	37	45	14	28	61	75	70	m	74	68	موريتانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موريشيوس
18	48	79	68	58	59	r	16	r	52	35	45	المكسيك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	موناكو
45	28	66	r	63	r	13	m	45	51	65	70	منغوليا
11	48	76	82	60	66	20	55	25	87	20	24	الجزيل الأسود
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات
x	36	x	41	x	29	x	31	x	28	x	43	المغرب
56	16	57	35	16	21	66	84	78	75	k	69	موزامبيق
x	52	x	12	x	38	x	53	x	9	x	67	ميانمار
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	ناميبيا
38	30	69	54	35	40	84	94	91	86	67	76	ناورو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	نيبال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوزيلندا
43	15	71	rx	22	rx	4	17	rx	71	rx	54	نيكاراغوا
53	10	41	37	16	23	32	82	61	74	80	60	النيجر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	نيجيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوي
13	43	80	72	36	54	33	37	30	k	96	10	مقدونيا الشمالية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	النرويج
-	-	-	-	-	-	-	-	-	m	95	82	عُمان
61	13	61	25	7	15	60	67	63	65	48	20	باكستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بالاو
-	-	x	60	-	-	x	18	x	57	x	55	بنما
13	18	44	46	27	32	64	79	79	79	60	55	بابوا غينيا الجديدة
16	38	71	65	41	52	43	41	33	87	30	50	باراغواي

الجدول 9 - التغذية: الرضاعة الطبيعية والأنماط الغذائية

تغذية الرضع والأطفال الصغار (0-23 شهراً) 2014-2020 ^٥																														
انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (23-6 شهراً) (%)	النمط الغذائي الأدي المقبول (23-6 شهراً) (%)	التواتر الأدي للوجبات (23-6 شهراً) (%)	التنوع الغذائي الأدي (23-6 شهراً) (%)			متابعة الرضاعة الطبيعية (23-12 شهراً) (%)			البده يتلقى الأغذية الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر) (%)	الرضاعة الطبيعية الحصرية (أقل من 6 أشهر) (%)	البده المبكر للرضاعة الطبيعية (%)	البلدان والمناطق																		
			أغنى 20%	أفقر 20%	كل الأطفال	أغنى 20%	أفقر 20%	كل الأطفال																						
20	q	44	q	71	q	70	q	55	62	q	31	q	55	45	87	37	54	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي												
35		26		59		44		37	39		39		49	42	81	33	34	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	26	-	أمريكا الشمالية												
54	11	45	29	10	19	69	84	78	58	57	50	50	50	78	58	57	50	جنوب آسيا												
44	12	44	36	15	22	53	76	68	75	45	54	54	54	68	75	45	54	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى												
43	14	47	40	14	24	65	72	70	77	55	64	64	64	70	77	55	64	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي												
45	11	41	33	15	21	43	79	66	73	37	46	46	46	66	73	37	46	غرب ووسط أفريقيا												
44	14	48	36	15	23	67	78	75	75	53	57	57	57	75	75	53	57	أقل البلدان نمواً												
v	41	v	18	v	52	v	40	v	19	v	29	v	29	v	56	v	75	v	65	v	73	v	44	v	48	v	48	v	48	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفتات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُصَح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

المصادر الرئيسية للمعلومات

تغذية الرضع وصغار الأطفال (0-23 شهراً) - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: آب/أغسطس 2021.

التواتر الأدي للوجبات (23-6 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 23-6 شهراً الذين تلقوا أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة (بما في ذلك الحليب للأطفال الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية) بالعدد الأدي من المرات على الأقل خلال اليوم السابق.

النمط الغذائي الأدي المقبول (23-6 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 23-6 شهراً الذين تلقوا النمط الغذائي الأدي المقبول خلال اليوم السابق.

انعدام استهلاك الخضروات أو الفاكهة (23-6 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 23-6 شهراً الذين لم يتناولوا أي خضروات أو فواكه خلال اليوم السابق.

تعريفات المؤشرات

بده الرضاعة الطبيعية مبكراً: النسبة المئوية من الرضع المولودين خلال الـ 24 شهراً الماضية الذين أرضعوا لبن الأم خلال ساعة واحدة من الولادة.

الرضاعة الطبيعية الحصرية (دون 6 أشهر): النسبة المئوية للرضع بعمر 5-6 أشهر الذين تلقوا لبن الأم حصراً خلال اليوم السابق.

متابعة الرضاعة الطبيعية (12-23 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 12-23 شهراً الذين تم إرضاعهم من لبن الأم خلال اليوم السابق.

البده يتلقى الأغذية الصلبة أو شبه الصلبة أو اللينة (6-8 أشهر): النسبة المئوية للرضع بعمر 6-8 أشهر الذين تم إرضاعهم أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة خلال اليوم السابق.

التنوع الغذائي الأدي (6-23 شهراً): النسبة المئوية للأطفال بعمر 23-6 شهراً الذين تلقوا أطعمة من 5 على الأقل من المجموعات الغذائية المحددة الـ 8، خلال اليوم السابق.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- k (بخصوص المؤشرات التي يمكن تقييم الفروقات الجنسانية بشأنها) لوحظت فروقات جنسانية مهمة إحصائياً لغير مصلحة الأوالاد.
- l (بخصوص المؤشرات التي يمكن تقييم الفروقات الجنسانية بشأنها) لوحظت فروقات جنسانية مهمة إحصائياً لغير مصلحة البنات.
- m (بخصوص المؤشرات التي يمكن تقييم الفروقات الجنسانية بشأنها) لم يكن تقدير البعد الجنساني ممكناً.
- p استناداً إلى مقامات كسرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين 25-49 من الحالات غير المرجحة)، ولا تُرد أية بيانات تستند إلى أقل من 25 حالة غير مرجحة.
- q تستبعد التقديرات الإقليمية لشرق آسيا والمحيط الهادئ الصين، وتستبعد تلك الخاصة بأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي البرازيل، وتستبعد تلك الخاصة بأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى الاتحاد الروسي.
- r البيانات المصنفة مستقاة من مصادر تختلف عن مصادر البيانات المعروضة لجميع الأطفال بخصوص المؤشر نفسه.
- R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.
- v تتضمن التقديرات المجمعّة لشرق آسيا والمحيط الهادئ وللعالم تقديرات للصين من سنة 2013، وتقع تقديرات هذه السنة خارج نطاق الفترة 2014-2020.
- x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. وهذه البيانات غير مشمولة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية، التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.
- y تختلف البيانات عن التعريف المعياري أو تشير إلى جزء من البلد فقط. وإذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإنها تدخل في حساب متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية.
- ^ في معظم البلدان، لم تُلاحظ فروقات جنسانية مهمة إحصائياً، لذا لم تُعرض بيانات مُصنفة بحسب الجنس. لكنها متاحة على: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

الجدول 10 - النماء في مرحلة الطفولة المبكرة

البلدان والمناطق	الانتظام في التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة * 2020-2012					التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل البالغين ^١ * 2020-2012					التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل الأب ^٢ * 2020-2012			مواد التعلّم المتوفرة في البيت * 2020-2012					الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كاف ^٣ * 2020-2012						
														مواد اللعب ^٤											
	المجموع	الذكور	الإناث	أفقر 20%	أغنى 20%	المجموع	الذكور	الإناث	أفقر 20%	أغنى 20%	المجموع	الذكور	الإناث	أفقر 20%	أغنى 20%	المجموع	الذكور	الإناث	أفقر 20%	أغنى 20%	المجموع	الذكور	الإناث	أفقر 20%	أغنى 20%
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غرب ووسط أفريقيا	24	24	24	7	55	29	29	29	69	8	39	50	50	39	69	0	12	45	36	61	36	35	38	30	30
أقل البلدان نمواً	19	18	19	10	40	2	2	2	7	7	1	49	48	39	64	2	7	50	40	62	32	31	37	22	22
العالم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وضوات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

الانتظام في التعليم بمرحلة الطفولة المبكرة: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 36-59 شهراً المنتظمين في برنامج تعليمي لمرحلة الطفولة المبكرة.

التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل البالغين: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 36-59 شهراً الذين انهمك شخص بالغ معهم في أربع أو أكثر من الأنشطة التالية لتشجيع التعلّم والاستعداد للمدرسة خلال الأيام الثلاثة الماضية: (أ) قراءة الكتب للطفل، (ب) سرد قصص للطفل، (ج) إنشاد الأغاني للطفل، (د) اصطحاب الطفل خارج المنزل، (هـ) اللعب مع الطفل، (و) إمضاء وقت مع الطفل لتسمية الأشياء، وعدها، ورسمها.

التحفيز المبكر والرعاية المستجيبة من قبل الأب: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 36-59 شهراً الذين انهمك أبواهم معهم في أربع أو أكثر من الأنشطة التالية لتشجيع التعلّم والاستعداد للمدرسة خلال الأيام الثلاثة الماضية: (أ) قراءة الكتب للطفل، (ب) سرد قصص للطفل، (ج) إنشاد الأغاني للطفل، (د) اصطحاب الطفل خارج المنزل، (هـ) اللعب مع الطفل، (و) إمضاء وقت مع الطفل لتسمية الأشياء، وعدها، ورسمها.

المصادر الرئيسية للمعلومات

مواد التعلّم المتوفرة في البيت — كتب الأطفال - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

مواد التعلّم المتوفرة في البيت — أشياء يلعب بها الطفل - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كاف - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

مواد التعلّم المتوفرة في البيت — كتب الأطفال: النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 0-59 شهراً الذين تتوفر لهم في البيت ثلاثة كتب أطفال أو أكثر.

مواد التعلّم المتوفرة في البيت — أشياء يلعب بها الطفل: النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 0-59 شهراً الذين تتوفر لهم في البيت اثنين فأكثر من الأشياء التي يلعب بها الطفل في البيت: الحاجيات المنزلية أو الأشياء التي توجد خارج المنزل (العصي، والحجارة، والحيوانات، والأصداف، وأوراق الشجر وغيرها)، والألعاب المصنوعة في المنزل أو الألعاب التي اشتريت من محل الألعاب.

الأطفال المتروكون تحت إشراف غير كاف: النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 0-59 شهراً الذين تركوا وحدهم أو تحت رعاية طفل آخر يقل عمره عن 10 سنوات لأكثر من ساعة واحدة مرة واحدة على الأقل في الأسبوع الماضي.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- y تختلف البيانات عن التعريف المعياري أو تشير إلى جزء من البلد فقط. وإذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإنها تدخل في حساب متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية.
- x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. وهذه البيانات غير مشمولة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.
- p استناداً إلى مقامات كسرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين 25-49 من الحالات غير المرجحة). ولا تُرد أية بيانات تستند إلى أقل من 25 حالة غير مرجحة.
- R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.
- H يمكن الاطلاع على شرح أكثر تفصيلاً للنهج وللتغيرات في حساب هذه التقديرات في القسم المعنون، ملاحظة عامة حول البيانات، صفحة 180.

الجدول 11 - التعليم

التعلم								الإتمام						الوصول المنصف								البلدان والمناطق	
معدل الإتمام بالقراءة والكتابة 2019		نتائج التعلم * 2019-2013						معدل الإتمام * 2019-2010						معدل عدم الالتحاق بالمدارس * 2019-2013									
معدل الإتمام بالقراءة والكتابة عند الشباب (15-24 سنة) (%)	نسبة الأطفال في نهاية التعليم الثانوي الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال في نهاية التعليم الابتدائي الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال في الصفين 2 أو 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	الرياضيات	القراءة	الرياضيات	القراءة	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي الأعلى	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	قبل سنة واحدة من سن الالتحاق بالتعليم الابتدائي		
56	74	-	-	11	13	25	22	14	32	26	49	40	67	69	44	-	-	-	-	-	-	-	أفغانستان
100	99	58	48	-	-	-	-	80	76	97	98	96	94	15	21	1	6	3	6	2	4	ألبانيا	
97	98	19	21	-	-	-	-	37	22	65	49	93	93	-	-	-	-	-	-	-	-	الجزائر	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أندورا	
-	-	-	-	-	-	-	-	15	24	32	42	57	63	-	-	-	-	-	-	-	39	أنغولا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	أنغويلا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	14	2	1	1	4	4	14	أنغيوا وبربودا	
100	99	31	48	56	46	71	76	53	46	79	70	94	91	7	15	0	0	-	-	2	2	الأرجنتين	
-	-	50	-	55	-	-	-	79	69	99	95	99	99	4	16	9	11	9	9	50	52	أرمينيا	
-	-	78	80	64	-	70	94	-	-	-	-	-	-	6	10	3	2	0	0	14	13	أستراليا	
-	-	79	76	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	9	10	0	1	0	0	0	0	النمسا	
-	-	-	-	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	7	10	19	32	أذربيجان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	29	21	23	-	-	-	-	جزر البهاما	
99	100	39	-	-	-	40	69	-	-	-	-	-	-	6	18	0	7	3	2	28	31	البحرين	
96	94	57	54	32	44	34	47	27	32	71	59	89	76	36	41	-	-	-	-	-	-	بنغلاديش	
-	-	-	-	-	-	-	-	97	91	98	98	99	99	3	7	3	7	2	1	10	6	بربادوس	
100	100	71	77	-	-	-	-	94	91	100	100	100	100	4	6	1	1	2	1	4	0	بيلاروس	
-	-	80	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	0	1	2	3	بلجيكا	
-	-	-	-	-	-	-	-	51	48	66	55	96	95	35	38	11	9	1	1	16	18	بليز	
52	70	-	-	11	23	34	9	5	12	13	25	44	51	66	46	43	27	10	3	16	15	بنن	
-	-	-	56	-	-	-	-	18	25	38	41	71	67	22	33	6	18	2	5	59	58	بوتان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	22	14	13	5	5	8	9	بوليفيا (دولة - المتحدة القوميات)	
-	-	42	46	-	-	-	-	92	92	97	97	100	99	19	22	-	-	-	-	73	72	البوسنة والهرسك	
-	-	-	-	16	-	-	-	66	55	92	92	98	95	-	-	-	-	10	12	78	79	بوتسوانا	
99	99	32	50	52	53	71	80	75	65	89	81	97	95	14	16	3	2	1	1	1	0	البرازيل	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	24	7	8	3	4	2	9	جزر فرجن البريطانية	
100	100	52	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	19	-	-	-	-	18	17	بروني دار السلام	
-	-	56	53	75	95	-	-	-	-	-	-	-	-	14	10	13	12	13	13	20	19	بلغاريا	
55	62	-	-	22	21	59	36	2	6	13	29	32	65	67	44	48	22	21	81	81	بوركينافاسو		
-	-	-	-	40	7	97	79	3	4	19	26	54	46	62	67	31	36	6	9	50	52	بوروندي	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	29	13	14	7	6	19	19	كابو فيردي	
-	-	10	8	-	50	-	-	20	20	39	41	79	68	-	-	14	12	9	9	44	48	كمبوديا	
82	88	-	-	12	24	57	30	21	26	43	52	74	75	58	50	40	33	13	4	57	56	الكاميرون	
-	-	84	86	-	69	96	-	-	-	-	-	-	-	6	6	0	0	-	-	-	-	كندا	
29	48	-	-	-	-	-	-	6	8	8	16	33	54	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية أفريقيا الوسطى	
-	-	-	-	3	48	18	6	15	10	18	24	31	85	71	70	55	35	17	87	85	تشاد		
-	-	28	68	75	70	90	94	88	83	97	94	97	96	5	5	6	5	2	1	8	8	شيلي	
100	100	79	80	-	-	85	82	67	63	93	93	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	الصين	
99	99	35	50	48	55	64	79	78	69	81	74	95	91	20	22	5	6	2	3	1	3	كولومبيا	
78	78	-	-	-	-	-	-	32	24	45	47	77	75	48	52	18	20	18	18	70	71	جزر القمر	
79	85	-	-	6	17	72	38	19	28	45	56	82	78	-	-	-	-	16	15	70	71	الكونغو	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	30	6	4	2	2	-	3	جزر كوك	
100	99	40	58	60	68	84	89	60	56	76	70	99	98	5	7	1	3	3	3	4	4	كوستاريكا	
-	-	69	78	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	16	1	3	-	-	5	5	كرواتيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	86	85	98	95	98	100	15	20	10	10	1	1	2	2	كوبا	
-	-	63	56	-	74	-	-	-	-	-	-	-	-	8	6	2	2	1	0	2	1	قبرص	
-	-	80	79	-	78	97	-	-	-	-	-	-	-	3	3	2	1	0	1	10	10	تشيكيا	
53	64	-	-	3	22	33	17	15	17	22	36	53	60	64	52	48	41	8	2	78	78	كوت ديفوار	
-	-	-	-	-	-	-	94	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	
-	-	-	-	-	-	-	-	27	36	52	58	66	67	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية الكونغو الديمقراطية	
-	-	85	84	-	-	80	97	-	-	-	-	-	-	9	11	1	0	0	1	2	2	الدانمرك	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	66	48	48	35	32	88	85	جيبوتي	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	19	1	3	3	4	7	21	دومينيكا	
-	-	9	21	12	21	25	44	66	48	89	76	94	88	21	23	6	6	4	4	6	7	الجمهورية الدومينيكية	
-	-	29	49	48	38	65	74	79	78	92	89	98	98	18	20	3	6	-	-	3	8	إكوادور	
-	-	21	-	-	-	-	-	41	43	81	79	92	91	24	23	2	3	-	-	63	63	مصر	
98	98	-	-	-	-	-	-	36	34	74	73	89	84	35	33	17	17	13	14	17	18	السلفادور	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	56	55	57	غينيا الاستوائية	
93	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	45	40	32	50	45	73	73	إريتريا	
-	-	90	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	0	2	2	2	12	12	إستونيا	
97	94	-	-	-	-	-	-	33	31	54	47	77	64	18	14	3	3	17	15	-	-	إسواتيني	
-	-	-	-	-	-	-	-	14	11	22	19	48	47	75	73	49	45	18	11	64	62	إثيوبيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	فيجي	
-	-	85	86	-	82	98	-	-	-	-	-	-	-	5	3	0	1	1	1	3	2	فنلندا	
-	-	79	79	58	94	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	1	1	0	0	0	0	فرنسا	

الجدول 11 - التعليم

التعلم		الإتمام						الوصول المنصف										البلدان والمناطق								
معدل الإتمام بالقراءة والكتابة 2019	نتائج التعلم * 2019-2013						معدل الإتمام * 2019-2010						معدل عدم الالتحاق بالمدارس * 2019-2013													
	نسبة الأطفال في نهاية التعليم الثانوي الأدنى الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال في نهاية التعليم الابتدائي الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	نسبة الأطفال في الصفين 2 أو 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة	القراءة	الرياضيات	القراءة	الرياضيات	التعليم الثانوي الأعلى	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي الأعلى	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي الأعلى	التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي الأعلى		التعليم الثانوي الأدنى	التعليم الابتدائي	التعليم الثانوي الأعلى	التعليم الثانوي الأدنى				
معدل الإتمام بالقراءة والكتابة عند الشباب (15-24 سنة) (%)	القراءة	الرياضيات	القراءة	الرياضيات	القراءة	الرياضيات	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور		الإناث	الذكور	الإناث	الذكور				
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	13			
-	-	39	45	-	-	-	-	79	86	95	93	100	97	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	51	51	
-	-	81	81	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	8	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
99	98	23	-	-	-	-	-	32	59	-	-	-	-	17	8	-	-	-	-	-	-	-	-	13	16	
-	-	-	-	-	-	-	-	35	23	24	45	55	55	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-
99	99	19	36	23	36	51	65	68	57	81	75	96	95	31	35	12	13	14	13	23	25	-	-	23	25	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51	40	19	10	10	4	29	28	-	-	29	28	
99	98	8	32	23	29	47	61	67	60	79	81	96	93	30	33	-	-	-	30	31	-	-	30	31		
99	99	40	46	53	46	70	80	72	78	83	83	95	95	21	15	3	3	-	1	1	-	-	1	1		
-	-	19	19	-	-	-	-	83	74	88	75	95	89	17	24	7	14	3	3	13	14	-	-	13	14	
-	-	85	85	-	-	80	98	-	-	-	-	-	-	4	4	3	1	2	2	5	4	-	-	5	4	
100	100	77	80	-	-	82	97	-	-	-	-	-	-	4	2	0	0	1	0	6	5	-	-	6	5	
-	-	36	49	-	-	36	66	-	-	-	-	-	-	-	-	9	1	0	3	7	10	-	-	7	10	
-	-	85	85	-	-	97	-	-	-	-	-	-	-	4	4	3	3	1	1	1	1	-	-	1	1	
-	-	50	57	-	-	-	-	71	63	98	95	99	99	35	36	16	15	11	9	5	5	-	-	5	5	
99	99	53	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	21	9	9	13	12	18	18	-	-	18	18	
100	100	78	78	89	99	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	1	2	0	1	10	9	-	-	10	9	
89	84	-	-	-	-	-	-	16	19	30	25	61	48	49	50	2	6	6	6	47	48	-	-	47	48	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	90	70	98	85	99	99	21	20	10	9	0	3	-	-	-	-	-	-	5
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	16	2	1	-	-	3	9	-	-	3	9	
99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	15	-	-	-	-	65	65	-	-	65	65	
100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	51	-	-	-	-	14	12	-	-	14	12	
98	98	-	-	-	-	-	-	8	4	36	32	86	79	16	19	7	12	6	6	46	49	-	-	46	49	
-	-	11	48	-	-	16	63	-	-	-	-	-	-	9	3	3	0	3	1	48	51	-	-	48	51	
-	-	8	9	29	35	63	29	10	11	30	27	50	44	-	-	-	-	21	30	83	85	-	-	83	85	
-	-	60	62	72	-	-	-	81	71	99	99	100	99	11	14	2	2	2	2	10	9	-	-	10	9	
100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	24	-	-	-	-	6	9	-	-	6	9	
63	71	-	-	-	-	6	18	27	42	47	65	63	67	64	49	49	2	2	57	58	-	-	57	58		
100	100	94	89	-	-	93	97	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	
-	-	75	69	65	93	-	-	-	-	-	-	-	-	11	11	5	5	4	5	17	15	-	-	17	15	
-	-	84	82	-	-	75	96	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	0	1	6	5	-	-	6	5	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9	33	36	-	-	33	36	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	13	-	22	52	45	91	85	98	95	20	22	13	16	10	12	27	28	-	-	27	28		
47	48	-	-	-	-	4	12	10	22	18	31	72	57	63	49	67	58	81	78	-	-	-	-	78	78	
100	100	75	84	-	-	67	97	-	-	-	-	-	-	1	2	1	3	3	5	5	-	-	5	5		
99	99	-	-	-	-	-	-	43	32	96	94	99	99	13	18	0	0	3	2	-	-	-	-	-	-	
99	99	-	-	-	-	-	-	73	52	93	80	100	99	18	32	1	4	3	3	34	35	-	-	34	35	
73	73	-	-	-	-	-	-	28	33	52	49	64	66	50	53	35	33	35	31	60	60	-	-	60	60	
98	99	-	-	-	-	30	26	18	58	41	90	80	34	42	11	19	11	14	10	12	-	-	10	12		
-	-	81	82	-	-	75	98	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	0	0	-	-	0	0		
-	-	83	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	16	1	1	-	0	1	-	-	0	1		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66	66	39	37	28	27	61	60	-	-	61	60	
-	-	-	-	-	-	-	-	63	80	93	95	98	99	-	-	-	-	2	1	88	87	-	-	88	87	
99	98	47	40	-	-	-	-	72	59	92	81	99	98	21	21	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1
85	82	-	-	-	-	-	-	55	49	70	63	85	77	22	27	9	12	3	7	48	51	-	-	48	51	
-	-	-	-	20	16	40	19	12	31	39	55	76	83	66	47	28	15	4	2	7	1	-	-	7	1	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	53	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	20
100	99	-	-	-	-	-	-	56	45	76	65	99	98	33	43	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	48	58	-	-	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	25	28	-	-	47	57	40	80	68	97	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	42	74	57	-	-	-	44	51	92	96	98	99	17	17	7	6	5	5	23	23	-	-	23	23	
-	-	-	-	-	-	95	93	100	99	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	29	17	22	-	-	19	-	-	-	-	-	19
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	61	32	27	17	13	9	13	-	-	9	13	
90	89	-	-	-	-	21	33	15	18	23	27	43	39	-	-	-	-	3	6	-	-	-	-	-	-	-
-	-	64	74	-	-	97	97	100	100	99	100	-	-	4	7	3	4	7	9	-	-	-	-	-	-	-
-	-	46	57	-	-	42	68	-	-	-	-	-	-	2	2	3	2	5	8	0	0	-	-	0	0	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	2	2	1	1	0	3	-	-	0	3	
-	-	-	-	-	-	-	-	27	32	27	31	84	75	88	84	-	-	12	15	42	45	-	-	42	45	
-	-	73	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	1	3	1	1	8	12	-	-	8	12	
99	99	49	58	68	59	75	80	29	48	73	66	98	96	9	15	0	1	3	3	1	2	-	-	1	2	
100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	14	2	0	2	0	55	53	-	-	55	53	
97	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	41	4	2	7	8	38	38	-	-	38	38	

الوصول المنصف		الإتمام						التعلم									
معدل عدم الالتحاق بالمدارس * 2019-2013						معدل الإتمام * 2019-2013						نتائج التعلم * 2019-2013					
معدل الالتحاق بالمدارس * 2019-2013		التعليم الابتدائي		التعليم الثانوي الأدنى		التعليم الثانوي الأعلى		نسبة الأطفال في الصفين الـ 2 أو الـ 3 الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة		نسبة الأطفال في نهاية التعليم الثانوي الأدنى الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة		نسبة الأطفال في نهاية التعليم الثانوي الأدنى الذين يحققون الحد الأدنى من مستوى الكفاءة		معدل الإتمام بالقرءة والكتابة عند الشباب (15-24 سنة) (%)			
الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث		
14	14	10	10	13	15	19	28	13	15	10	10	14	14	-	-		
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	98		
96	96	21	10	34	23	68	46	34	23	68	46	34	23	-	-		
-	-	13	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	93		
58	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

البلدان والمناطق

فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	14	14	10	10	13	15	19	28	13	15	10	10	14	14	-	-
فييت نام	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	98	
اليمن	96	96	21	10	34	23	68	46	34	23	68	46	34	-	-	
زامبيا	-	-	13	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	93	
زيمبابوي	58	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

ملخص

شرق آسيا والمحيط الهادئ	13	11	3	4	10	8	13	24	16	16	94	95	83	84	58	61
أوروبا وآسيا الوسطى	14	14	2	2	3	3	9	9	9	9	-	-	-	-	-	-
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	22	23	3	3	3	3	13	13	13	99	99	97	96	65	60	
أوروبا الغربية	4	4	1	1	2	2	6	6	6	-	-	-	-	-	-	-
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	4	4	2	3	7	7	20	22	20	93	94	78	84	59	65	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	52	53	6	4	12	9	34	28	34	86	86	64	67	40	41	
أمريكا الشمالية	9	9	1	0	1	1	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-
جنوب آسيا	-	-	7	8	17	8	45	45	48	85	84	76	76	41	36	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	56	56	21	17	35	38	53	60	60	61	62	40	36	31	25	
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	57	57	18	16	35	38	55	59	59	60	63	33	33	26	23	
غرب ووسط أفريقيا	56	56	24	17	35	38	52	60	60	62	60	47	40	35	25	
أقل البلدان نمواً	50	49	18	15	33	35	53	58	58	59	59	37	37	25	19	
العالم	27	27	9	7	15	15	35	35	35	82	82	70	68	45	42	

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications.

لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم. تُوفّر قاعدة البيانات حول المهارات التعليمية التأسيسية المستندة إلى الجولة 6 من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات تصنيفاً للبيانات بحسب الجنس، ومكان السكن، والثروة، والفئة العمرية. مزيد من المعلومات، يُرجى الضغط على هذا الرابط

المصادر الرئيسية للمعلومات

معدل عدم الالتحاق بالمدارس - معهد اليونسكو للإحصاء. آخر تحديث: آذار/مارس 2021.
معدل الإتمام - قاعدة البيانات العالمية التابعة لليونسكو استناداً إلى الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى للأسر المعيشية. آخر تحديث: نيسان/أبريل 2021.

نسبة الأطفال والشباب (أ) في الصف الـ 2 أو الـ 3: (ب) في نهاية التعليم الابتدائي؛ و(ج) في نهاية التعليم الثانوي الأدنى، ويحققون على الأقل الحد الأدنى من

ملاحظات

R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.
D تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود.
وهذه البيانات غير مشمولة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.

تعريفات المؤشرات

معدل عدم الالتحاق بالمدارس للأطفال الذين تقل أعمارهم بسنة عن السن الرسمي للالتحاق بالمدارس الابتدائية: عدد الأطفال في سن يقل بسنة واحدة عن سن الالتحاق بالتعليم الابتدائي غير الملتحقين بالتعليم قبل الابتدائي أو المدرسة الابتدائية، معبراً عنه كنسبة من عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم بسنة واحدة عن السن الرسمي لدخول التعليم الابتدائي.
معدل عدم الالتحاق بالمدارس للأطفال في سن التعليم الابتدائي: عدد الأطفال في السن الرسمي لدخول التعليم الابتدائي غير الملتحقين في التعليم قبل الابتدائي أو الثانوي، معبراً عنه كنسبة من عدد الأطفال في السن الرسمي لدخول التعليم الابتدائي.
معدل الأطفال غير الملتحقين بالمدارس ممن بلغوا سن الالتحاق بالمدرسة الثانوية الدنيا: عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية الدنيا ولكنهم غير ملتحقين بمدارس ابتدائية أو ثانوية، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية الدنيا.
معدل الأطفال غير الملتحقين بالمدارس ممن بلغوا سن الالتحاق بالمدرسة الثانوية العليا: عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية العليا ولكنهم غير ملتحقين بمدارس ابتدائية أو ثانوية أو بالتعليم العالي، معبراً عنه كنسبة مئوية من مجموع عدد الأطفال الذين بلغوا السن المحددة رسمياً للالتحاق بالمدارس الثانوية العليا.
معدل إتمام التعليم الابتدائي: عدد الأطفال أو الشباب الذين تزيد أعمارهم بمقدار 3-5 سنوات عن السن المستهدف للصف الأخير من التعليم الابتدائي والذين أتموا الصف الأخير من التعليم الثانوي الأعلى.

الجدول 12 - حماية الطفل

العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (%) * 2019-2012	التدابير العنيفة (%) * 2020-2012				تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين (%) * 2020-2014				تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (%) * 2020-2012				تسجيل المواليد (%) * 2020-2011			زواج الأطفال (%) * 2020-2014			عمالة الأطفال (%) * 2019-2012			البلدان والمناطق
	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث			الإناث	الذكور	المجموع				
													المواقف	معدل الانتشار	الزواج قبل بلوغ سن 18				الزواج قبل بلوغ سن 18	الزواج قبل بلوغ سن 15		
y 1	-	x,y 74	x,y 75	x,y 74	y 78	y 71	-	-	-	-	42	43	42	7	28	4	20	23	21	أفغانستان		
-	-	y 45	y 49	y 48	5	11	-	-	-	-	98	99	98	1	12	1	x,y 3	x,y 4	x,y 3	ألبانيا		
-	-	83	85	84	25	-	-	-	-	-	100	100	100	-	4	0	y 4	y 5	y 4	الجزائر		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	أندورا		
5	-	-	-	-	25	24	-	-	-	-	25	25	25	6	30	8	20	17	19	أنغولا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغيوا وبربودا		
-	-	y 71	y 74	y 72	x 2	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	-	الأرجنتين		
-	-	67	71	69	9	25	-	-	-	99	99	99	0	5	0	3	5	4	4	أرمينيا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	أستراليا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	النمسا		
x 0	-	x,y 74	x,y 80	x,y 77	x 24	-	-	-	-	x 94	x 93	x 94	x 0	x 11	x 2	-	-	-	-	أذربيجان		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر البهاما		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	البحرين		
y 3	-	89	89	89	17	-	-	-	-	56	56	56	x 4	51	15	5	9	7	7	بنغلاديش		
-	-	y 72	y 78	y 75	x 5	-	-	-	-	99	99	99	-	x 11	x 1	y 1	y 2	y 1	1	بربادوس		
-	-	55	59	57	1	0	-	-	-	y 100	y 100	y 100	2	5	0	y 1	y 1	y 1	1	بيلاوس		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	بلجيكا		
-	-	63	67	65	6	8	-	-	-	96	95	96	22	34	6	3	4	3	3	بليز		
5	-	91	91	91	29	17	86	89	0	9	86	85	86	5	31	9	26	24	25	بنين		
-	-	-	-	-	x 70	-	-	-	-	x 100	x 100	x 100	-	x 26	x 6	x,y 4	x,y 3	x,y 4	4	بوتان		
-	-	-	-	-	y 34	-	-	-	-	-	-	-	y 92	5	20	3	13	14	14	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)		
-	-	y 50	y 60	y 55	x 1	x 5	-	-	-	x 99	x 100	x 100	x 0	x 3	x 0	-	-	-	-	البوسنة والهرسك		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 88	y 87	y 88	-	-	-	-	-	-	-	بوتسوانا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	x 26	x 6	5	5	5	البرازيل		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر فرجن البريطانية		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بروني دار السلام		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	-	بلغاريا		
-	-	x,y 82	x,y 84	x,y 83	x 39	x 40	x 90	x 87	x 13	x 76	x 77	x 77	x 4	x 52	x 10	x,y 40	x,y 44	x,y 42	42	بوركينافاسو		
4	0	89	91	90	63	48	-	-	-	-	83	84	84	1	19	3	32	30	31	بوروندي		
-	-	-	-	-	x 23	x 24	-	-	-	-	-	-	x 91	x 3	x 18	x 3	-	-	-	-	كابو فيردي	
2	-	-	-	-	y 46	y 26	-	-	-	73	74	73	4	19	2	14	12	13	13	كمبوديا		
7	2	85	85	85	28	34	x 84	x 85	-	x 1	62	62	62	3	30	11	y 38	y 40	y 39	الكاميرون		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	كندا		
-	-	90	90	90	61	38	69	-	1	22	44	46	45	17	61	26	x,y 32	x,y 29	x,y 30	جمهورية أفريقيا الوسطى		
2	-	86	85	85	74	-	53	x 49	7	34	26	26	26	8	61	24	41	37	39	تشاد		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	5	7	6	شيلي		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصين		
2	0	-	-	-	4	5	-	-	-	-	-	-	97	7	23	5	3	4	4	كولومبيا		
3	-	-	-	-	x 43	x 29	-	-	-	-	87	87	87	x 12	x 32	x 10	32	25	28	جزر القمر		
-	-	82	83	83	56	45	-	-	-	-	96	96	96	x 6	27	7	15	13	14	الكونغو		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	-	جزر كوك		
-	-	49	50	49	3	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	17	2	3	4	4	4	كوستاريكا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	-	كرواتيا		
-	-	40	43	42	3	1	-	-	-	100	100	100	6	29	5	-	-	-	-	كوبا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	قبرص		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	تشيكيا		
-	-	85	88	87	43	29	79	82	10	37	71	75	72	4	27	7	23	22	22	كوت ديفوار		
-	-	55	63	59	4	4	-	-	-	-	x 100	x 100	x 100	0	0	0	4	5	4	جمهورية كوريا الشعبية		
13	-	88	90	89	60	52	-	-	-	-	40	40	40	6	29	8	17	13	15	جمهورية الكونغو الديمقراطية		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	الدانمرك		
-	-	x,y 71	x,y 73	x,y 72	-	-	x 51	-	43	94	x 91	x 93	x 92	-	x 5	x 1	-	-	-	جيبوتي		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دومينيكا		
1	-	61	64	63	3	-	-	-	-	-	88	88	88	x 8	36	12	6	8	7	الجمهورية الدومينيكية		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 82	-	22	4	-	-	-	إكوادور		
-	-	93	93	93	y 46	-	38	28	y 14	87	99	100	99	x 0	y 17	y 2	4	6	5	مصر		
-	-	50	55	52	10	-	-	-	-	-	y 90	y 89	y 90	-	26	6	7	6	7	السلفادور		
-	-	-	-	-	x 57	x 56	-	-	-	-	54	53	54	x 4	x 30	x 9	-	-	-	غينيا الاستوائية		
-	-	-	-	-	x 51	x 60	x 82	x 85	x 33	x 83	-	-	-	x 2	x 41	x 13	-	-	-	إريتريا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	إستونيا		
-	-	88	89	88	32	29	-	-	-	-	50	51	54	1	5	1	x,y 7	x,y 8	x,y 8	إسواتيني		
5	-	-	-	-	60	33	79	87	16	65	3	3	3	5	40	14	39	51	45	إثيوبيا		
-	-	-	-	-	x,y 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	فيجي		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	y 0	-	-	-	-	فنلندا		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	فرنسا		
9	-	-	-	-	x 58	x 47	-	-	-	-	88	91	90	x 5	x 22	x 6	y 17	y 19	y 20	غابون		
0	-	88	90	89	57	50	46	42	46	76	56	60	58	0	26	7	17	17	17	غامبيا		
-	-	67	71	69	x 5	-	-	-	-	-	99	99	99	1	14	0	1	2	2	جورجيا		

البلدان والمناطق	عمالة الأطفال (%) ^١ * 2019-2012			زواج الأطفال (%) ^٢ * 2020-2014			تسجيل المواليد (%) ^٣ * 2020-2011			تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (%) ^٤ * 2020-2012			تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين (%) ^٥ * 2020-2014			التدابير العنيف (%) ^٦ * 2020-2012			العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (%) ^٧ * 2019-2012																				
	المجموع	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	النساء (Fa)	الفتيات (Fb)	راغب في وقف الممارسة (Fc)		المجموع	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث																			
														الإناث	الذكور						قبل بلوغ سن 15	قبل بلوغ سن 18																	
ألمانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
غانا	x 10	-	94	94	94	37	22	94	-	0	2	69	72	71	-	-	4	19	5	22	19	20																	
اليونان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																	
غرينادا	y 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																	
غواتيمالا	4	1	-	-	-	14	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	29	6	-	-	-																	
غينيا	-	-	89	90	89	65	57	26	33	39	95	62	62	62	-	-	2	47	17	25	24	24																	
غينيا - بيساو	-	-	76	75	76	34	30	76	-	30	52	45	47	46	-	-	2	26	8	16	18	17																	
غيانا	-	-	65	74	70	10	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	88	89	9	30	4	12	10	11														
هايتي	5	-	82	84	83	23	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	15	2	y 26	y 44	y 36																	
الكرسي الرسولي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-													
هندوراس	5	-	-	-	-	x 15	x 18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	94	94	x 12	x 34	x 8	-	-	-	-													
هنغاريا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-												
آيسلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-												
الهند	1	-	-	-	-	41	35	-	-	-	-	80	79	80	-	-	80	4	27	7	-	-	-	-	-	-													
إندونيسيا	-	-	-	-	-	40	y 32	-	-	-	-	y 49	-	-	-	-	-	y 74	x 5	16	2	-	-	-	-	-	-												
إيران (جمهورية - الإسلامية)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-												
العراق	-	-	80	82	81	31	-	94	-	1	7	xy 99	xy 99	xy 99	-	-	-	-	x 17	x 3	-	-	-	-	-	-	-												
آيرلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-											
إسرائيل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-											
إيطاليا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-										
جامايكا	y 2	-	xy 82	xy 87	xy 85	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	-	x 8	x 1	2	3	3	-	-	-	-	-										
اليابان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
الأردن	-	-	80	83	82	y 63	y 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	98	98	0	10	1	1	2	2	-	-	-	-									
كازاخستان	-	-	50	55	53	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	x 0	7	0	-	-	-	-	-	-	-									
كينيا	4	2	-	-	-	45	37	93	89	3	21	66	67	67	-	-	-	67	3	23	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
كيريباس	6	-	92	92	92	64	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	93	92	9	18	2	15	19	17	-	-	-	-	-								
الكويت	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
قيرغيزستان	-	-	73	76	74	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	100	99	x 0	13	0	19	25	22	-	-	-	-	-	-							
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	-	-	68	70	69	30	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 73	y 73	y 73	11	33	7	29	27	28	-	-	-	-	-	-	-						
لاتفيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
لبنان	-	-	xy 82	xy 82	xy 82	xy 22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 100	x 100	x 100	-	y 6	y 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
ليسوتو	-	-	75	77	76	30	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	46	45	2	16	1	13	15	14	-	-	-	-	-	-	-						
ليبيريا	x 4	-	xy 90	xy 90	xy 90	45	39	64	-	-	-	44	y 24	y 25	y 25	-	-	-	8	x 36	x 9	x 13	x 15	x 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
ليبيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
ليختنشتاين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
ليتوانيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	y 0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
لكسمبرغ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
مدغشقر	-	-	85	87	86	41	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	79	79	12	40	13	35	38	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
ملايو	4	-	72	73	72	21	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 5	y 6	y 6	7	42	9	19	20	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
ماليزيا	-	-	y 67	y 74	y 71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
ملاييف	0	-	-	-	-	-	y 35	y 33	66	-	1	13	99	99	99	-	-	-	2	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
مالي	y 7	-	73	73	73	74	50	y 18	y 13	73	y 89	y 86	y 88	y 87	y 87	-	-	-	y 2	y 54	y 16	12	15	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
مالطة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
جزر مارشال	-	-	-	-	-	x 47	x 71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	85	84	x 12	x 26	x 6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
موريتانيا	-	-	80	80	80	26	18	50	x 19	51	67	y 66	y 66	y 66	-	-	-	-	2	37	18	13	15	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
موريشيوس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
المكسيك	-	-	y 51	y 55	y 53	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	96	95	-	21	4	4	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
موناكو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
منغوليا	-	-	45	53	49	8	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	2	12	1	13	16	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
الجيل الأسود	-	-	66	66	66	2	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	3	6	2	7	9	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
مونتسيرات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 100	y 100	y 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
المغرب	-	-	-	-	-	x 64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 97	y 97	y 97	-	14	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
موزامبيق	2	0	-	-	-	14	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	54	55	10	53	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ميانمار	1	-	y 75	y 80	y 77	53	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	82	81	5	16	2	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ناميبيا	1	-	-	-	-	x 28	x 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	y 78	x 1	x 7	x 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ناورو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	x 12	x 27	x 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيبال	3	-	81	83	82	22	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	76	77	9	33	8	23	20	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
هولندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيوزيلندا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v 100	v 100	v 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
نيكاراغوا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	x 19	x 35	x 10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
النيجر	-	-	y 81	y 82																																			

البلدان والمناطق	عمالة الأطفال (%) ^١ 2019-2012			زواج الأطفال (%) ^٢ 2020-2014			تسجيل المواليد (%) ^٣ 2020-2011			تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (%) ^٤ 2020-2012				تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين (%) ^٥ 2020-2014			التأديب العنيف (%) ^٦ 2020-2012			العنف الجنسي في مرحلة الطفولة (%) ^٧ 2019-2012	
	المجموع	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	معدل الانتشار	مواقف	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	
																					قبل بلوغ 15 سن
شرق آسيا والمحيط الهادئ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أوروبا الغربية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	7	8	6	4	2	15	22	4	92	92	92	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	4	5	4	2	15	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أمريكا الشمالية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جنوب آسيا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	26	27	25	11	25	46	34	11	44	45	46	46	4	34	11	25	27	26	26	26	26
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	26	28	25	9	25	38	31	9	44	35	38	38	5	31	9	25	28	26	26	26	26
غرب ووسط أفريقيا	26	26	26	13	26	53	37	13	44	54	53	4	37	13	26	26	26	26	26	26	26
أقل البلدان نمواً	22	23	21	10	21	44	36	10	44	45	44	6	36	10	21	23	22	22	22	22	22
العالم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ملخص

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُتَّصَح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

عمالة الأطفال: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 5-17 سنة الذين كانوا منخرطين في عمالة الأطفال في وقت إجراء المسح. ويُعتبر الطفل منخرطاً في عمالة الأطفال وفقاً للشروط التالية: (أ) إذا عمل الطفل من الفئة العمرية 5-11 سنة، أثناء الأسبوع المرجعي، ساعة واحدة على الأقل في نشاط اقتصادي و/أو أكثر من 21 ساعة من الأعمال المنزلية غير المأجورة، (ب) إذا عمل الطفل بعمر 12-14 سنة، أثناء الأسبوع المرجعي، 14 ساعة على الأقل في نشاط اقتصادي و/أو أكثر من 21 ساعة في الأعمال المنزلية غير المأجورة، (ج) إذا عمل الطفل بعمر 15-17 سنة، أثناء الأسبوع المرجعي، 43 ساعة على الأقل في نشاط اقتصادي.

زواج الأطفال: النسبة المئوية من النساء من الفئة العمرية 20-24 سنة اللواتي تزوجن أو ارتبطن لأول مرة قبل بلوغهن 15 سنة؛ والنسبة المئوية من النساء من الفئة العمرية 20-24 سنة، اللواتي تزوجن أو ارتبطن لأول مرة، قبل بلوغهن 18 سنة؛ والنسبة المئوية من الرجال من الفئة العمرية 20-24 سنة الذين تزوجوا أو ارتبطوا لأول مرة قبل بلوغهم 18 سنة.

تسجيل المواليد: النسبة المئوية من الأطفال دون سن 5 سنوات الذين كانوا مسجلين عند إجراء المسح. وتشتمل قيمة البسيط في هذا المؤشر على الأطفال الذين ذُكر أن يحوزهم شهادات ميلاد، بصرف النظر عما إذا كان الشخص الذي أجرى المقابلة قد شاهد بنفسه تلك الشهادات أم لا. إضافة إلى الأطفال الذين لا يملكون شهادات ميلاد وتقول أمهاتهم أو من براعهام إنه تم بالفعل تسجيل واقعة ميلادهم.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث: (أ) النساء؛ النسبة المئوية من النساء بعمر 15-49 سنة اللاتي تعرضن لتشويه العضو التناسلي: (ب) البنات؛ النسبة المئوية من البنات بعمر 0-14 سنة اللاتي تعرضن لتشويه العضو التناسلي (طبقاً لأقوال أمهاتهن): (ج) يرغبون بوقف الممارسة؛ النسبة المئوية من النساء والرجال بعمر 15-49 سنة الذين سمعوا عن ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ويعتقدون بوجود وقف هذه الممارسة.

تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين: النسبة المئوية من البنات والأولاد بعمر 15-19 سنة الذين يعتبرون أن لطم أو ضرب الزوج لزوجته هو أمر مبرر إذا وقع لسبب واحد على الأقل من الأسباب المحددة، أي إذا حرقت الزوجة الطعام أثناء طهيها أو جادلته أو خرجت دون أن تخبره أو أهملت الأطفال أو رفضت معاشرته.

التأديب العنيف: النسبة المئوية من الأطفال بعمر 1-14 سنة ممن تعرضوا لأي تأديب عنيف (اعتداء نفسي و/أو عقوبة بدنية) خلال الشهر السابق.

العنف الجنسي في مرحلة الطفولة: النسبة المئوية من النساء والرجال بعمر 18-29 سنة الذين تعرضوا للعنف الجنسي قبل إتمام سن 18 سنة.

المصادر الرئيسية للمعلومات

تبرير ضرب الزوجة بين المراهقين - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

زواج الأطفال - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

التأديب العنيف - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: شباط/فبراير 2021.

العنف الجنسي في مرحلة الطفولة - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS) ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: شباط/فبراير 2021.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والمسوح الوطنية وأنظمة الإحصاء وتسجيل وقائع الحياة. آخر تحديث: شباط/فبراير 2021.

تشويه الأعضاء التناسلية للإناث - الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: شباط/فبراير 2021؛ (ب، ج) حزيران/يونيو 2021.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- v افتراض تقدير يبلغ 100 بالمئة نظراً لأن أنظمة التسجيل المدني في هذه البلدان هي أنظمة مكتملة وأن جميع أحداث الحياة (بما فيها الولادة) تُسجَل. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة الإحصاءات. آخر تحديث: كانون الثاني/يناير 2021.
- p استناداً إلى مقامات كبرى صغيرة (عادة ما تتراوح بين 45-29 من الحالات غير المرجحة) ولا تُرد أية بيانات تستند إلى أقل من 25 حالة غير مرجحة.
- H يمكن الاطلاع على شرح أكثر تفصيلاً للنهج وللتغييرات في حساب هذه التقديرات في القسم المعنون، ملاحظة عامة حول البيانات، صفحة 180.
- x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. وهذه البيانات غير مشمولة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.
- R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.

الجدول 13 - الحماية الاجتماعية والإنصاف

البلدان والمناطق	الأهميات ذوات المواليد الجدد ممن يتلقون إعانة نقدية (%) * 2019-2010	نسبة الأطفال المشمولين بالحماية الاجتماعية * 2019-2010	توسيع استحقاقات الحماية الاجتماعية (%) * 2019-2010			حصة دخل الأسرة المعيشية (%) * 2019-2010			معامل جيني -2010 * 2019	مؤشر بلما لعدم المساواة في الدخل * 2019-2010	مؤشر الأغلبيّة العظمى للنفقات في الدخل * 2019-2010	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي) * 2019-2010
			أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%	أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%				
هايتي	-	4.1	-	-	-	5.5	47.1	15.8	60.8	6.5	1,272	
الكورسي الرسولي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
هندوراس	-	19.4	54.7	16.1	27.9	-	-	-	49.4	3.1	2,575	
هنغاريا	100.0	100.0	-	-	-	8.2	37.8	21.7	28.0	1.0	16,730	
آيسلندا	-	-	-	-	-	9.7	35.9	23.9	23.2	0.8	67,084	
الهند	41.6	24.1	43.3	17.3	22.9	8.1	44.4	19.8	51.9	3.6	2,100	
إندونيسيا	28.4	25.6	57.7	6.0	30.7	6.9	45.5	17.7	37.8	1.7	4,136	
إيران (جمهورية - الإسلامية)	13.1	16.4	-	-	-	5.8	48.5	15.8	40.8	1.9	5,550	
العراق	-	-	26.8	35.5	12.4	8.8	38.5	21.9	40.9	2.0	5,955	
آيرلندا	100.0	100.0	-	-	-	8.4	40.0	21.4	28.3	1.0	78,779	
إسرائيل	100.0	-	-	-	-	5.1	44.2	15.7	34.8	1.4	43,589	
إيطاليا	100.0	-	-	-	-	6.0	42.1	18.0	32.8	1.3	33,226	
جامايكا	7.0	27.0	52.1	2.0	31.7	6.1	47.9	16.3	37.5	1.7	5,582	
اليابان	85.4	-	-	-	-	7.7	41.1	20.5	33.9	1.3	40,247	
الأردن	4.8	8.8	-	-	-	-	-	-	40.1	1.9	4,405	
كازاخستان	44.2	57.4	39.4	20.1	19.4	9.8	37.9	23.3	27.5	1.0	9,813	
كينيا	30.2	3.6	38.4	24.0	20.0	6.2	47.5	16.5	40.8	1.9	1,817	
كيريباس	-	1.3	-	-	-	-	-	-	37.0	1.6	1,655	
الكويت	-	-	-	-	-	-	-	-	36.0	2.4	32,000	
قيرغيزستان	23.8	16.9	61.8	6.6	35.0	9.6	39.5	22.8	27.7	1.0	1,310	
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	12.7	-	-	-	-	7.0	46.4	17.8	36.4	1.6	2,535	
لاتفيا	100.0	100.0	-	-	-	7.0	42.3	18.9	35.2	1.4	17,819	
لبنان	-	-	-	-	-	7.9	40.0	20.6	31.8	1.2	7,584	
ليسوتو	10.4	10.4	47.6	10.4	23.3	4.6	49.8	13.5	44.9	2.4	1,118	
ليبيريا	-	5.8	40.0	16.5	22.5	7.2	42.8	18.8	35.3	1.4	622	
ليبيا	-	-	-	-	-	-	-	-	30.2	-	7,686	
ليختنشتاين	100.0	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	181,403	
ليتوانيا	100.0	-	-	-	-	6.6	42.8	18.6	35.4	1.5	19,551	
لكسمبرغ	100.0	100.0	-	-	-	6.6	42.2	18.5	32.3	1.2	114,685	
مدغشقر	-	-	-	-	-	5.7	49.4	15.7	42.7	2.1	523	
ملاوي	-	9.8	37.3	17.0	17.9	6.4	51.7	16.2	44.7	2.4	412	
ماليزيا	46.5	2.8	47.8	12.2	24.6	5.8	47.3	15.9	41.0	2.0	11,414	
مليديف	26.2	8.2	34.6	23.2	15.1	8.3	39.8	21.2	31.3	1.2	10,627	
مالي	-	5.4	-	-	-	-	-	-	33.0	1.3	879	
مالطة	100.0	-	-	-	-	8.6	37.5	22.2	28.0	1.0	29,737	
جزر مارشال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,788	
موريتانيا	-	-	-	-	-	7.5	40.2	19.9	32.6	1.3	1,679	
موريشيوس	-	-	28.9	27.2	11.8	7.2	44.6	18.8	36.8	1.6	11,099	
المكسيك	10.5	23.4	51.0	15.6	28.0	5.4	51.7	14.9	46.4	2.6	9,946	
ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)	-	6.8	-	-	-	5.5	46.0	16.2	40.1	1.8	3,568	
موناكو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	185,829	
منغوليا	100.0	85.0	44.7	17.9	23.8	7.9	40.9	20.2	32.7	1.3	4,340	
الجبل الأسود	100.0	-	60.9	10.6	43.1	5.2	43.9	16.4	34.1	1.3	8,910	
مونتسيرات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
المغرب	-	-	-	-	-	6.7	47.0	17.4	39.6	1.8	3,204	
موزامبيق	0.3	0.3	-	-	-	4.2	59.5	11.8	47.0	3.8	504	
ميانمار	1.6	2.1	49.6	13.1	33.4	8.9	40.0	21.9	30.7	1.2	1,408	
ناميبيا	24.8	22.8	34.9	25.6	17.6	2.8	63.7	8.6	56.0	6.2	4,957	
ناورو	-	-	-	-	-	7.5	42.7	19.4	-	1.9	9,397	
نيبال	9.8	22.9	-	-	-	-	-	-	32.8	1.3	1,071	
هولندا	100.0	100.0	-	-	-	8.9	37.2	22.7	27.5	1.0	52,295	
نيوزيلندا	100.0	67.1	-	-	-	-	-	-	34.1	1.4	41,558	
نيكاراغوا	17.8	3.1	-	-	-	5.1	52.0	14.3	46.2	2.6	1,913	
النيجر	4.2	29.4	16.8	13.3	19.6	7.8	42.4	19.6	34.3	1.4	554	
نيجيريا	0.1	12.0	45.4	16.2	21.4	7.1	42.4	18.7	35.1	1.4	2,230	
نيوي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
مقدونيا الشمالية	100.0	-	-	-	-	6.1	38.8	18.5	30.7	1.1	6,022	
النرويج	100.0	100.0	-	-	-	8.9	36.6	23.0	25.4	0.9	75,420	
عثمان	-	-	-	-	-	-	-	-	39.9	-	15,343	
باكستان	-	5.4	60.4	8.3	33.4	9.1	41.1	21.7	33.5	1.4	1,285	
بالاو	60.0	-	-	-	-	-	-	-	51.0	3.8	14,902	
بنما	19.2	21.5	51.5	11.5	24.9	3.6	54.4	11.7	50.6	3.4	15,731	
بابوا غينيا الجديدة	-	-	-	-	-	-	-	-	41.9	2.1	2,829	
باراغواي	8.2	18.6	58.1	3.6	27.7	4.8	51.2	14.0	47.3	2.8	5,415	
بيرو	8.8	16.1	81.2	1.6	51.1	5.2	47.2	15.4	42.9	2.2	6,978	
الفلبين	12.4	31.1	54.7	12.8	28.4	6.2	49.2	16.1	44.4	2.3	3,485	
بولندا	100.0	100.0	62.4	9.4	38.0	8.2	38.6	21.5	28.5	1.0	15,695	
البرتغال	100.0	93.1	-	-	-	31.9	7.4	41.4	31.9	1.2	23,214	
قطر	-	-	-	-	-	-	-	-	40.4	-	62,088	
جمهورية كوريا	-	40.0	-	-	-	7.5	39.1	20.5	34.5	1.4	31,846	
جمهورية مولدوفا	100.0	-	50.6	13.0	30.2	10.2	36.0	24.4	25.7	0.9	4,494	
رومانيا	100.0	100.0	52.2	15.1	32.3	5.4	41.2	17.3	34.8	1.4	12,913	
الاتحاد الروسي	63.0	100.0	33.6	21.7	13.4	7.1	45.1	18.3	34.7	1.4	11,585	
رواندا	1.3	5.2	31.0	33.7	13.7	6.0	50.8	15.8	43.7	2.3	820	
سانت كيتس ونيفيس	78.0	-	-	-	-	-	-	-	40.0	-	19,935	
سانت لوسيا	39.4	-	-	-	-	3.1	55.4	11.0	51.2	3.5	11,611	

الجدول 13 - الحماية الاجتماعية والإنصاف

البلدان والمناطق	الأهميات ذات المواليد الجدد ممن يتلقون إعانة نقدية (%) * 2019-2010	نسبة الأطفال المشمولين بالحماية الاجتماعية * 2019-2010	توسيع استحقاقات الحماية الاجتماعية (%) * 2019-2010			حصة دخل الأسرة المعيشية (%) * 2019-2010			معامل جيني -2010 * 2019	مؤشر بلما لعدم المساواة في الدخل * 2019-2010	مؤشر الأغلبية العظمى للنفقات في الدخل * 2019-2010	التاج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي) * 2019-2010
			أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%	أدنى 20%	أعلى 20%	أدنى 40%				
سانت فنسنت وجزر غرينادين	28.6	-	-	-	-	-	-	40.0	-	-	7,458	
ساموا	28.5	0.0	-	-	-	-	-	38.7	1.8	0.7	4,324	
سان مارينو	100.0	-	-	-	-	-	-	27.7	-	-	48,995	
سان تومي وبرينسيبي	2.0	-	-	-	-	-	-	56.3	4.2	0.8	1,947	
المملكة العربية السعودية	-	3.0	-	-	-	-	-	42.2	-	-	23,140	
السنغال	3.0	1.0	7.4	69.4	3.2	6.1	40.3	1.9	0.7	1,447		
صربيا	-	-	50.7	18.3	34.5	5.2	33.3	1.3	0.7	7,412		
سيشيل	-	-	-	-	-	7.0	46.8	2.6	0.6	17,448		
سيراليون	0.8	-	-	-	-	7.9	35.7	1.5	0.7	528		
سنغافورة	89.3	-	-	-	-	-	47.3	1.9	-	65,233		
سلوفاكيا	100.0	100.0	-	-	-	8.8	22.8	0.7	0.8	19,266		
سلوفينيا	96.0	79.4	-	-	-	10.1	23.9	0.8	0.8	25,941		
جزر سليمان	23.8	-	-	-	-	7.0	37.1	1.6	0.7	2,374		
الصومال	-	-	-	-	-	-	40.5	1.9	-	127		
جنوب أفريقيا	7.6	76.6	50.5	10.5	25.5	2.4	67.0	10.1	0.4	6,001		
جنوب السودان	-	17.7	-	-	-	-	46.3	2.7	0.6	1,120		
إسبانيا	100.0	100.0	-	-	-	6.2	33.0	1.3	0.7	29,565		
سري لانكا	29.4	32.0	59.3	7.3	32.6	7.1	45.0	2.5	0.7	3,853		
دولة فلسطين	7.0	12.1	29.7	29.4	14.8	7.3	44.9	2.5	0.7	3,562		
السودان	-	-	-	-	-	7.8	34.2	1.4	0.7	442		
سورينام	0.0	57.9	-	-	-	-	38.1	5.8	0.5	6,360		
السويد	100.0	100.0	-	-	-	7.7	27.6	1.0	0.8	51,648		
سويسرا	100.0	100.0	-	-	-	7.5	30.6	1.2	0.7	81,989		
الجمهورية العربية السورية	-	-	-	-	-	-	34.2	1.2	0.7	1,178		
طاجيكستان	66.5	14.0	15.0	42.7	7.6	7.4	34.0	1.4	0.7	871		
تايلند	40.0	21.0	51.8	12.0	26.5	7.7	36.4	1.5	0.7	7,807		
تيمور - ليشتي	-	38.2	41.9	24.8	13.9	9.4	28.7	1.1	0.8	1,561		
توغو	-	49.0	-	-	-	5.0	43.1	2.2	0.6	679		
توكيلاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
تونغا	3.3	26.3	-	-	-	6.8	37.6	1.6	0.7	4,903		
ترينيداد وتوباغو	40.4	14.6	-	-	-	-	40.3	1.9	0.7	17,398		
تونس	25.3	28.6	-	-	-	7.8	32.8	1.3	0.7	3,317		
تركيا	-	-	63.7	5.7	37.8	5.4	41.7	2.0	0.6	9,127		
تركمانستان	-	-	-	-	-	-	26.5	2.0	0.7	6,967		
جزر تركس وكايكوس	57.5	-	-	-	-	-	-	-	-	31,353		
توفالو	-	-	-	-	-	-	39.1	1.8	0.7	4,059		
أوغندا	5.3	-	10.0	79.3	3.4	6.1	42.8	2.1	0.6	794		
أوكرانيا	100.0	100.0	45.6	15.8	22.1	9.7	26.1	0.9	0.8	3,659		
الإمارات العربية المتحدة	-	1.0	-	-	-	9.2	32.5	1.2	-	43,103		
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	100.0	65.6	-	-	-	6.8	42.1	1.3	0.7	42,329		
جمهورية تنزانيا المتحدة	0.4	-	53.9	9.2	17.9	6.9	40.5	1.9	0.7	1,122		
الولايات المتحدة الأمريكية	-	-	-	-	-	5.2	41.5	2.0	0.7	65,298		
أوروغواي	100.0	-	59.3	13.4	36.7	5.8	39.2	1.8	0.7	16,190		
أوزبكستان	16.0	29.2	49.3	14.4	29.7	7.1	39.7	1.5	0.7	1,725		
فانواتو	-	12.9	-	-	-	-	37.6	1.6	0.7	3,115		
فانزويلا (جمهورية - البوليفارية)	-	-	-	-	-	-	37.8	1.6	0.6	16,054		
فنييت نام	44.0	1.0	82.8	2.6	63.8	6.7	42.4	1.5	0.7	2,715		
اليمن	-	-	-	-	-	7.3	36.7	1.6	0.7	774		
زامبيا	4.1	21.1	8.9	59.0	1.0	2.9	57.1	5.0	0.5	1,305		
زيمبابوي	-	6.7	61.0	16.2	49.3	6.0	44.3	2.3	0.6	1,464		
ملخص												
شرق آسيا والمحيط الهادئ	56.6	14.2	51.3	14.0	27.4	6.7	43.2	1.7	0.7	11,386		
أوروبا وآسيا الوسطى	85.3	90.8	46.5	16.1	25.0	7.4	32.3	1.3	0.7	24,694		
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	66.3	80.6	45.0	16.8	23.8	7.2	34.4	1.4	0.7	8,437		
أوروبا الغربية	100.0	99.5	-	-	-	7.5	30.5	1.1	0.8	38,421		
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	31.0	44.6	59.2	7.6	33.4	4.3	48.2	3.1	0.6	8,810		
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	48.8	-	-	-	-	7.8	36.3	1.5	0.7	7,756		
أمريكا الشمالية	-	-	-	-	-	5.4	40.4	1.9	0.7	63,369		
جنوب آسيا	37.8	22.0	45.6	16.2	24.4	8.3	48.7	3.2	0.7	1,961		
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	7.5	13.6	34.5	31.3	16.7	6.0	41.8	2.6	0.6	1,604		
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	9.1	18.7	38.8	27.6	18.0	5.8	43.7	3.0	0.6	1,628		
غرب ووسط أفريقيا	6.0	9.5	30.6	34.6	15.4	6.3	39.7	2.0	0.7	1,578		
أقل البلدان نمواً	9.4	11.6	33.0	33.2	16.2	6.9	40.5	2.2	0.7	1,078		
العالم	48.4	27.4	47.5	16.7	25.3	6.9	45.3	2.2	0.7	11,562		

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفتات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُصَحِّح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

الجدول 13 - الحماية الاجتماعية والإنصاف

تعريفات المؤشرات

الأهميات ذوات الموالييد الجدد ممن يتلقين إعانة نقدية (%): نسبة النساء اللاتي يلدن وهن مشمولات بفوائد الأمومة: نسبة النساء اللاتي يتلقين إعانات الأمومة النقدية إلى مجموع النساء اللاتي يلدن في ذات السنة (مقدرة على أساس معدلات الخصوبة الخاصة بالفئة العمرية المنشورة في تقرير التوقعات السكانية في العالم الصادر عن الأمم المتحدة، أو مقدره على أساس عدد الولادات الحية مع التصحيح حسب نسبة ولادات التوائم المزدوجة والثلاثية).

نسبة الأطفال المشمولين بالحماية الاجتماعية: نسبة الأطفال المشمولين باستحقاقات الحماية الاجتماعية: نسبة الأطفال/ الأسر المعيشية الذين يتلقون إعانات نقدية للطفل أو الأسرة إلى إجمالي عدد الأطفال/ الأسر المعيشية التي لديها أطفال.

توزيع استحقاقات الحماية الاجتماعية: النسبة المئوية للاستحقاقات التي توزع إلى الخمس الأول، وإلى أدنى 40%، وإلى الخمس الخامس نسبة إلى إجمالي الاستحقاقات الموزعة على السكان. وتشمل تغطية الحماية الاجتماعية: تقديم المساعدة الاجتماعية من خلال التحويلات النقدية لمن يحتاجون إليها، ولا سيما الأطفال؛ وتقديم الإعانة والدعم للأشخاص في سن العمل لكنهم في حالة الأمومة أو الإعاقة أو إصابة العمل؛ وتغطية المعاش التقاعدي للمسنين.

حصة دخل الأسرة المعيشية: النسبة المئوية من الدخل الذي تلقته الـ 20 بالمئة من الأسر المعيشية ذات الدخل الأعلى، والـ 40 بالمئة من الأسر المعيشية ذات الدخل الأدنى، والـ 20 بالمئة من الأسر المعيشية ذات الدخل الأدنى.

معامل جيني: يقيس مؤشر جيني مدى انحراف توزيع الدخل (أو في بعض الحالات: توزيع الإنفاق الاستهلاكي) فيما بين الأفراد أو الأسر المعيشية داخل اقتصاد ما عن التوزيع كامل التساوي. حيث يرسم منحني لورينز

المصادر الرئيسية للمعلومات

مؤشر بالما لانعدام المساواة في الدخل - قاعدة بيانات التفاوت في الدخل على الصعيد العالمي. آخر تحديث: أيار/ مايو 2020.

الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي) - مؤشرات التنمية العالمية. آخر تحديث: شباط/ فبراير 2021.

مؤشر الأغلبية العظمى للتفاوت في الدخل - تقديرات اليونيسف استناداً إلى مؤشرات التنمية العالمية. آخر تحديث: شباط/ فبراير 2021.

وضع فقر الأطفال - تقديرات اليونيسف استناداً إلى الامتصاصات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

الأهميات ذوات الموالييد الجدد ممن يتلقين إعانة نقدية (%) - تقرير منظمة العمل الدولية عن الحماية الاجتماعية في العالم، 2017 - 2020. آخر تحديث: أيار/ مايو 2021.

نسبة الأطفال المشمولين بالحماية الاجتماعية - تقرير منظمة العمل الدولية عن الحماية الاجتماعية في العالم، 2017 - 2020. آخر تحديث: أيار/ مايو 2021.

توزيع استحقاقات الحماية الاجتماعية - أطلس الحماية الاجتماعية: مؤشرات المرونة والإنصاف. آخر تحديث: أيار/ مايو 2021.

حصة دخل الأسرة المعيشية - مؤشرات التنمية العالمية. آخر تحديث: شباط/ فبراير 2021.

معامل جيني - قاعدة بيانات التفاوت في الدخل على الصعيد العالمي. آخر تحديث: أيار/ مايو 2020.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.

تتوفر بيانات مصنفة بحسب الجنس في مستودع بيانات اليونيسف - https://data.unicef.org/dv_index/

النسب المئوية التراكمية من إجمالي الدخل المطلق إلى العدد التراكمي للمستفيدين، بدءاً من أفقر فرد أو أسرة معيشية. ويقاس مؤشر جيني المنطقة الواقعة بين منحني لورينز والخط الافتراضي للمساواة المطلقة، ويُعبّر عنه كنسبة مئوية من المساحة القصوى أسفل الخط. وبالتالي، إذا كان مؤشر جيني يساوي 0 فهذا يعني المساواة الكاملة، وإن كان 100 فهذا يعني انعدام المساواة بشكل مطلق.

مؤشر بالما لعدم المساواة في الدخل: يُعرّف مؤشر بالما على أنه حاصل قسمة حصة أغنى 10% من السكان من إجمالي الدخل القومي على حصة أفقر 40%.

الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي): الناتج المحلي الإجمالي للفرد هو الناتج المحلي الإجمالي مقسوماً على عدد السكان في منتصف العام. الناتج المحلي الإجمالي هو مجموع القيم الإجمالية التي يضيفها جميع المنتجين المقيمين في الاقتصاد بالإضافة إلى أي ضرائب على المنتج وبعد طرح أي إعانات غير متضمنة في قيمة المنتجات. يتم حسابه دون إجراء استقطاعات تأخذ بعين الاعتبار تدهور قيمة الأصول المصنعة بعد تصنيعها أو استنفاد الموارد الطبيعية وتدهورها. البيانات بالدولار الأمريكي الحالي.

مؤشر الأغلبية العظمى للتفاوت في الدخل: تقيس نسبة دخل الأغلبية العظمى نسبة الدخل لأول 80% (الأغلبية العظمى) ضمن تصنيف الدخل.

وضع فقر الأطفال: يقيس مؤشر وضع فقر الأطفال مدى انتشار الأطفال الفقراء الذين يعانون من جانب، أو اثنين، أو ثلاثة، أو أربعة أو أكثر من جوانب الفقر المتعدد الأبعاد.

الجدول 14 - المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

مرافق الرعاية الصحية 2019				المدارس 2019						الأسر المعيشية 2020												البلدان والمناطق
خدمات إدارة النفقات الأساسية (%)	خدمات النظافة الصحية الأساسية (%)	خدمات الصرف الصحي الأساسية (%)	خدمات المياه الشرب الأساسية (%)	خدمات النظافة الصحية (الأساسية (%))			خدمات الصرف الصحي (الأساسية (%))			خدمات مياه الشرب (الأساسية (%))			مافق النظافة الصحية (الأساسية (%))			خدمات الصرف الصحي على الأقل (%)			خدمات مياه الشرب على الأقل (%)			
				ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	
-	-	-	-	10	3	6	65	26	38	74	58	66	29	64	38	45	67	50	66	100	75	أفغانستان
-	-	-	-	84	71	82	88	83	89	66	56	59	-	-	-	99	99	99	94	96	95	ألبانيا
-	-	-	-	99	98	99	100	98	99	98	85	92	75	88	85	79	88	86	90	96	94	الجزائر
100	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	أندورا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	34	27	24	65	52	28	72	57	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا
-	-	-	-	100	99	100	100	100	100	100	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنتيغوا وبربودا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	100	-	-	الأرجنتين
97	69	41	97	-	-	-	-	-	-	95	-	-	91	97	95	83	100	94	100	100	100	أرمينيا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	أستراليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	النمسا
-	100	48	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	96	-	91	100	96	أذربيجان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر البهاما
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	-	-	-	100	البحرين
11	38	31	64	49	49	51	58	48	56	93	78	82	54	66	58	55	53	54	98	97	98	بنغلاديش
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	98	-	-	99	بربادوس
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	97	98	98	99	96	97	بيلاروس
-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	99	99	99	100	100	100	بلجيكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	92	90	84	94	88	98	99	98	بليز
64	-	-	53	-	-	-	-	-	-	45	45	8	17	12	8	27	17	58	73	65	بنين	
36	73	16	95	-	-	-	93	75	86	63	58	64	93	89	92	76	77	77	97	98	97	بوتان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	29	27	44	75	66	80	99	93	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	97	95	96	البوسنة والهرسك	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52	91	80	79	98	92	بوتسوانا
-	-	45	-	65	61	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	94	90	96	100	99	البرازيل
-	-	-	-	100	91	95	100	100	100	84	100	93	-	-	-	-	-	-	-	-	100	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	بروني دار السلام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	87	86	97	100	99	بلغاريا
25	-	-	76	8	26	25	53	-	70	42	-	53	5	17	9	13	40	22	33	80	47	بوركينافاسو
82	-	48	-	14	18	17	93	35	49	52	45	46	4	19	6	46	41	46	58	91	62	بوروندي
-	-	-	-	100	83	84	85	91	90	-	-	-	-	-	-	72	83	79	80	93	89	كابو فيردي
-	-	-	-	42	55	48	48	40	32	76	80	73	71	83	74	61	93	69	65	90	71	كمبوديا
-	-	-	-	-	-	-	-	39	39	-	34	34	22	47	36	23	61	45	44	82	66	الكاميرون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	كندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	16	12	34	22	6	25	14	28	50	37	جمهورية أفريقيا الوسطى
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	23	22	35	25	4	40	12	38	74	46	تشاد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	شيلي
-	36	-	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	95	92	90	97	94	الصين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	76	68	84	96	94	87	100	97	كولومبيا
-	-	2	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	27	20	46	87	74	الكونغو
-	-	60	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	99	-	-	100	جزر كوك
-	-	-	100	85	75	78	89	71	75	76	86	84	83	87	86	97	98	98	100	100	100	كوستاريكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	98	97	-	100	-	كرواتيا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	86	94	92	86	93	91	94	98	97	كوبا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	100	100	100	قبرص
100	100	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	100	100	100	تشيكيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	31	22	21	48	35	56	85	71	كوت ديفوار
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	92	85	89	97	94	جمهورية كوريا الشعبية
0	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	27	19	11	20	15	22	75	46	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	الدانمرك
35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	79	67	47	84	76	جيبوتي
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	دومينيكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	50	47	77	89	87	90	98	97	الجمهورية الدومينيكية
49	-	-	-	-	-	-	91	80	80	96	87	87	79	92	87	89	93	92	87	100	95	إكوادور
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	-	-	-	88	93	90	96	100	97	99	100	99	مصر
-	-	-	-	-	-	-	92	87	87	84	80	82	-	-	-	70	87	82	93	100	98	السلفادور
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غينيا الاستوائية
-	-	-	-	8	3	5	46	26	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إريتريا
100	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	-	100	100	إستونيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	48	24	68	52	64	62	97	71	إسواتيني
64	-	59	30	8	5	5	61	39	40	22	15	15	5	20	8	5	21	9	40	84	50	إثيوبيا
-	-	-	-	-	-	-	61	-	76	-	-	88	-	-	-	99	99	99	89	98	94	فيجي
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	100	100	100	فنلندا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	99	100	100	100	فرنسا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	51	50	45	90	85	غامبون
-	-	-	-	-	-	-	80	83	63	-	-	-	18	18	18	26	60	47	69	88	81	غامبيا

الجدول 14 - المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

مرافق الرعاية الصحية 2019				المدارس 2019									الأسر المعيشية 2020									البلدان والمناطق
خدمات إدارة التنظف الأساسية (%)	خدمات التنظف الصحية الأساسية (%)	خدمات الصرف الصحي الأساسية (%)	خدمات المياه الشرب الأساسية (%)	خدمات النظافة الصحية الأساسية (%)			خدمات الصرف الصحي الأساسية (%)			خدمات مياه الشرب الأساسية (%)			مرافق النظافة الصحية الأساسية (%)			خدمات الصرف الصحي الأساسية على الأقل (%)			خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل (%)			
				ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	95	92	72	95	86	94	99	97	جورجيا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	99	100	100	100	100	ألمانيا
51	-	-	61	52	52	54	65	62	64	79	76	71	35	47	42	17	28	24	72	96	86	غانا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99	99	100	100	100	اليونان
-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	99	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غرينادا
-	-	-	67	-	-	-	-	76	76	-	-	-	-	-	56	79	68	90	98	94	94	غواتيمالا
61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	13	33	20	21	46	30	51	87	64	64	غينيا
2	47	17	74	-	-	12	-	-	32	-	-	59	14	23	18	5	35	18	50	71	59	غينيا - بيساو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	92	86	94	100	96	96	غيانا
6	-	-	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	28	22	25	46	37	43	85	67	هايتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي
-	-	1	58	21	5	12	-	-	82	52	65	68	-	-	-	80	86	84	90	100	96	هندوراس
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	98	98	100	100	100	هنغاريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	99	100	100	100	100	آيسلندا
-	-	-	-	53	53	53	73	64	64	75	67	67	60	82	68	67	79	71	89	94	90	الهند
66	-	-	80	57	59	59	50	37	40	75	72	73	91	96	94	80	92	86	86	98	92	إندونيسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	93	90	94	99	97	97	إيران (جمهورية - الإسلامية)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	98	97	100	100	100	95	100	98	العراق
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	90	91	98	97	97	97	آيرلندا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	100	100	100	100	100	إسرائيل
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	100	إيطاليا
-	-	-	-	97	96	97	96	94	95	96	94	95	-	-	-	91	83	87	85	95	91	جامايكا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	99	اليابان
-	-	-	-	-	-	-	-	33	-	-	-	93	-	-	-	95	97	97	97	99	99	الأردن
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	98	92	98	95	95	كازاخستان
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	33	27	32	36	33	52	87	62	كينيا
17	-	-	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51	59	56	39	51	46	61	92	78	كيريباس
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	-	-	100	100	الكويت
-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	95	98	87	99	92	قيرغيزستان
-	-	-	-	35	35	-	16	16	-	-	-	-	46	73	56	69	98	79	78	97	85	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
64	-	16	61	46	34	36	95	92	93	61	60	59	-	-	-	84	96	92	99	99	99	لاتفيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	93	لبنان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	10	6	52	47	50	64	93	72	72	ليسوتو
31	-	-	-	75	67	69	35	24	27	65	44	50	-	-	6	29	18	64	86	75	75	ليبيريا
43	-	-	-	-	-	13	-	-	61	-	-	17	-	-	-	-	92	-	-	100	100	ليبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	100	ليختنشتاين
93	99	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86	98	94	94	100	98	ليتوانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	98	99	100	100	100	لكسمبرغ
-	-	-	-	-	-	-	52	62	62	-	-	-	20	38	27	8	19	12	36	80	53	مدغشقر
42	27	3	76	-	28	21	56	75	65	82	87	78	7	14	8	25	34	27	67	86	70	ملاوِي
-	-	-	-	98	97	98	100	100	100	99	97	98	-	-	-	100	-	90	99	97	97	ماليزيا
30	80	15	55	-	-	-	-	96	100	100	100	95	97	96	99	100	99	100	99	100	100	ملديف
52	-	-	-	63	63	20	30	30	-	70	70	9	27	17	37	56	45	72	96	83	83	مالي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	مالطة
-	-	-	-	-	36	36	-	27	27	-	3	3	80	86	85	59	91	84	94	87	89	جزر مارشال
44	-	-	-	-	-	-	32	20	21	-	-	-	-	-	19	75	50	50	89	72	72	موريتانيا
-	-	-	-	84	89	86	100	100	100	100	100	100	-	-	-	96	-	100	100	100	100	موريشيوس
-	-	-	-	82	-	-	80	74	74	49	-	-	-	-	-	86	94	92	98	100	100	المكسيك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	-	100	100	100	موناكو
-	-	-	-	66	44	41	63	70	63	73	73	74	81	89	86	51	76	68	61	97	85	منغوليا
100	100	85	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	94	100	98	99	99	99	الجبيل الأسود
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	89	-	-	-	98	مونتسيرات
-	-	-	-	98	81	89	-	70	70	91	74	84	-	-	-	71	96	87	77	98	90	المغرب
-	-	-	43	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	61	37	49	88	63	63	موزامبيق
-	-	-	-	62	54	59	71	65	68	82	72	75	71	83	75	71	79	74	78	95	84	ميانمار
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	50	35	71	96	84	84	ناميبيا
-	-	-	-	-	-	-	66	100	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	ناورو
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	39	47	59	75	62	77	76	77	90	90	90	نيبال
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	98	98	100	100	100	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	نيوزيلندا
31	-	-	58	-	-	40	-	-	12	-	-	54	-	-	61	81	73	59	97	82	82	نيكاراغوا
36	4	0	25	-	15	15	-	23	25	-	16	16	20	39	23	7	52	15	39	86	47	النيجر
43	66	17	46	24	28	28	46	35	38	53	32	36	25	41	33	33	52	43	62	92	78	نيجيريا
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	96	-	-	-	97	نيوي
100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	97	99	98	97	98	98	مقدونيا الشمالية
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	98	98	98	100	100	100	النرويج
-	-	-	-	100	100	100	-	-	96	-	-	100	-	-	97	99	99	98	76	95	92	عُمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	52	57	74	90	80	60	82	68	89	93	90	باكستان

الجدول 14 - المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

مرافق الرعاية الصحية 2019				المدارس 2019									الأسر المعيشية 2020									البلدان والمناطق	
خدمات إدارة النفايات الأساسية (%)	خدمات النظافة الصحية الأساسية (%)	خدمات الصرف الصحي الأساسية (%)	خدمات مياه الشرب الأساسية (%)	خدمات النظافة الصحية الأساسية (%)			خدمات الصرف الصحي الأساسية (%)			خدمات مياه الشرب الأساسية (%)			مافق النظافة الصحية الأساسية (%)			خدمات الصرف الصحي الأساسية على الأقل (%)			خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل (%)				
				ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	ثانوي	ابتدائي	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	100	100	100	100	بالاتو	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	93	85	86	98	94	بنما	
10	-	-	70	16	11	12	69	46	46	65	46	47	25	62	30	15	49	19	39	86	45	بابوا غينيا الجديدة	
6	-	26	85	-	62	62	-	-	-	-	67	67	72	85	80	88	95	93	99	100	100	باراغواي	
28	-	7	46	-	-	-	67	62	61	76	79	80	55	-	-	60	84	79	81	97	93	بيرو	
-	-	-	-	39	56	54	68	33	39	54	45	47	79	85	82	82	82	82	91	97	94	الفلبين	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	بولندا	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	البرتغال	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قطر	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا	
-	-	-	-	100	100	100	-	81	-	81	-	92	-	-	-	73	87	79	85	97	91	جمهورية مولدوفا	
-	-	-	-	87	64	72	87	64	72	85	64	72	-	-	-	76	97	87	100	100	100	رومانيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	95	89	92	99	97	الاتحاد الروسي	
52	65	6	73	49	50	52	73	61	65	65	53	55	3	13	5	73	50	69	56	83	60	رواندا	
-	-	-	-	100	79	84	-	-	-	100	79	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت كيتس ونيفس	
-	-	-	-	100	99	100	100	99	100	100	99	100	-	-	-	84	79	83	97	97	97	سانت لوسيا	
-	-	-	-	99	100	99	99	100	99	99	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت فنسنت وجزر غرينادين	
-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	79	97	95	97	92	92	92	ساموا	
100	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سان مارينو	
-	-	-	-	-	-	-	-	70	76	-	-	-	44	59	55	39	51	48	74	80	78	سان تومي وبرينسيبي	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	المملكة العربية السعودية	
16	-	-	66	9	25	22	40	9	16	79	42	45	10	35	22	46	68	57	75	95	85	السنغال	
85	86	6	98	91	66	73	92	66	74	91	63	72	-	-	-	96	100	98	96	95	95	صربيا	
80	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سيشيل	
19	-	-	21	-	-	-	25	46	20	71	55	63	19	24	21	10	25	17	53	78	64	سيراليون	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	100	-	100	100	سنغافورة	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	96	99	98	100	100	100	سلوفاكيا	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سلوفينيا	
12	-	-	74	-	-	17	34	22	27	19	20	17	28	-	-	21	78	35	59	91	67	جزر سليمان	
13	-	-	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	32	25	25	56	39	37	79	56	الصومال	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	53	44	81	77	78	83	99	94	جنوب أفريقيا	
-	-	-	-	-	18	18	-	37	37	-	51	51	-	-	-	9	42	16	34	70	41	جنوب السودان	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	إسبانيا	
27	-	-	99	-	-	-	94	93	96	88	84	83	-	-	-	94	93	94	91	100	92	سري لانكا	
-	-	-	-	29	22	21	86	78	81	86	81	78	92	92	-	92	98	99	99	98	98	دولة فلسطين	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	24	60	37	53	74	60	السودان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	75	72	82	94	90	97	99	98	سورينام	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	99	100	100	100	السويد	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	سويسرا	
-	-	-	69	23	22	21	47	51	49	49	49	49	80	85	83	90	90	92	95	94	94	الجمهورية العربية السورية	
-	-	-	-	-	-	26	-	-	47	-	-	79	68	87	73	98	94	97	77	96	82	طاجيكستان	
98	93	61	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	87	85	98	99	99	100	100	100	تايلند	
9	-	-	-	52	61	60	43	37	38	62	69	69	22	43	28	49	74	57	80	96	85	تيمور - ليشتي	
-	-	-	-	-	-	-	68	62	65	-	20	20	10	27	17	8	33	19	52	91	69	توغو	
67	-	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	-	97	100	-	100	توكيلاو	
63	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66	80	70	92	95	93	98	100	99	تونغا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	-	-	-	99	ترينيداد وتوباغو
-	-	-	-	-	38	38	-	63	63	-	70	70	67	91	84	97	98	97	94	99	98	تونس	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	100	99	96	97	97	تركيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	99	99	100	100	100	تركمانستان	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توفالو	
48	-	-	44	56	31	30	-	80	80	-	70	68	18	36	23	17	28	20	48	79	56	أوغندا	
-	-	-	-	93	74	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	98	98	100	91	94	أوكرانيا	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	الإمارات العربية المتحدة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	100	100	100	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	وآيرلندا الشمالية	
28	-	-	56	-	21	21	-	-	-	-	-	-	40	63	48	23	47	32	45	89	61	جمهورية تنزانيا المتحدة	
-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	99	100	100	100	100	100	الولايات المتحدة الأمريكية	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	98	98	95	100	99	أوروغواي	
-	-	-	-	89	90	89	91	93	92	89	90	90	-	-	-	100	100	100	96	100	98	أوزبكستان	
-	-	-	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49	65	53	88	100	91	فانواتو	
-	-	-	-	-	-	-	-	90	90	-	97	97	-	-	-	-	-	96	-	-	-	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	93	86	85	96	89	96	99	97	فييت نام	
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	39	79	54	51	77	61	اليمن	
40	-	-	-	58	55	57	-	-	66	94	78	79	9	29	18	25	41	32	48	87	65	زامبيا	
78	58	17	81	-	-	-	-	-	-	69	64	66	36	56	42	32	42	35	48	93	63	زيمبابوي	

الجدول 14 - المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية

البلدان والمناطق	الأسر المعيشية 2020												المدارس 2019			مرافق الرعاية الصحية 2019		
	خدمات مياه الشرب الأساسية على الأقل (%)			خدمات الصرف الصحي الأساسية على الأقل (%)			مرافق النظافة الصحية الأساسية (%)			خدمات مياه الشرب الأساسية (%)			خدمات الصرف الصحي الأساسية (%)			خدمات النظافة الصحية الأساسية (%)		
	المجموع	الحضرية	الريفية	المجموع	الحضرية	الريفية	المجموع	الحضرية	الريفية	المجموع	ابتدائي	ثانوي	المجموع	ابتدائي	ثانوي	المجموع	ابتدائي	ثانوي
شرق آسيا والمحيط الهادئ	94	98	89	91	95	85	-	-	-	-	-	-	62	62	60	89	-	38
أوروبا وآسيا الوسطى	98	99	97	97	98	93	-	-	-	-	-	-	96	94	98	-	-	-
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	96	98	94	94	97	88	-	-	-	-	-	-	84	81	92	-	-	-
أوروبا الغربية	100	100	100	100	99	99	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	97	99	90	89	93	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	95	98	89	92	95	84	-	-	-	-	-	-	87	85	90	-	-	-
أمريكا الشمالية	100	100	100	100	100	99	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-
جنوب آسيا	91	89	94	69	77	65	68	81	60	67	65	78	61	63	51	50	52	-
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	64	49	33	47	33	23	23	28	21	39	28	40	43	47	26	26	26	29
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	62	48	33	50	33	48	30	24	22	49	22	43	54	55	20	21	26	44
غرب ووسط أفريقيا	68	87	50	32	44	22	27	36	19	39	27	58	36	40	32	31	26	59
أقل البلدان نمواً	67	85	57	37	48	31	37	47	31	53	31	67	51	51	30	29	34	37
العالم	90	96	82	78	88	71	-	-	-	69	60	74	66	63	57	56	58	76

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

المصادر الرئيسية للمعلومات

خدمات مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية الأساسية في الأسر المعيشية - برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف لإمدادات المياه والمرافق الصحية. آخر تحديث: تموز/يوليو 2021.

خدمات مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية الأساسية في المدارس - برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف لإمدادات المياه والمرافق الصحية. آخر تحديث: آب/أغسطس 2020.

خدمات مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية الأساسية في مرافق الرعاية الصحية - برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف لإمدادات المياه والمرافق الصحية. آخر تحديث: آب/أغسطس 2020.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.

تعريفات المؤشرات

السكان الذين يستخدمون خدمات مياه شرب أساسية على الأقل: النسبة المئوية من السكان الذين يستخدمون مصادر محسنة لمياه الشرب، وحيث لا يزيد الوقت المطلوب لجلب المياه، ذهاباً وإياباً، عن 30 دقيقة بما في ذلك الاضطفاف في طابور الانتظار (المصادر المحسنة تتضمن: المياه المنقولة بالأنابيب، والآبار العادية أو الآبار الأنبوبية؛ والآبار المحفورة يدوياً والمحمية؛ والينابيع المحمية؛ ومياه الأمطار، والمياه المعبأة في عبوات، والمياه التي يتم توصيلها بعبوات النقل).

السكان الذين يستخدمون خدمات صرف صحي أساسية على الأقل: النسبة المئوية من السكان الذين يستخدمون مرافق صرف صحي محسنة غير مشتركة مع أسر معيشية أخرى. والمرافق المحسنة تتضمن: مرحاضاً يعمل بالدق أو الانصباب المائي ومربوط بشبكة مجاري، أو خزان تعفين أو مرحاضاً ذا حفرة؛ أو مرحاضاً مهوى ومحسناً ذا حفرة؛ أو مرحاضاً سمدياً، أو مرحاضاً مزوداً بحفرة مع بلاطة.

السكان الذين تتوفر لديهم مرافق النظافة الصحية الأساسية: النسبة المئوية للسكان الذين لديهم مرافق لغسل اليدين بالماء والصابون في المكان.

نسبة المدارس التي تتوفر فيها خدمات مياه أساسية: النسبة المئوية للمدارس التي كانت تتوفر فيها وقت إجراء المسح مياه الشرب من مصدر محسن لمياه الشرب.

نسبة المدارس التي تتوفر فيها خدمات صرف صحي أساسية: النسبة المئوية للمدارس التي تتوفر فيها مرافق صرف صحي محسنة، مخصصة لكل جنس على حدة، وصالحة للاستخدام.

نسبة المدارس التي تتوفر فيها خدمات النظافة الصحية الأساسية: النسبة المئوية للمدارس التي تتوفر فيها مرافق لغسل اليدين بالماء والصابون.

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها خدمات المياه الأساسية: النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها في المكان من مصدر محسن.

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها خدمات الصرف الصحي الأساسية: النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها مرافق صرف صحي محسنة وصالحة للاستخدام وفيها مرحاض واحد على الأقل مخصص للموظفين، ومرحاض واحد منفصل على الأقل مخصص للإناث مزود بمرافق للنظافة الصحية الطمئية، ومرحاض واحد على الأقل يسهل الوصول إليه للأشخاص الذين يعانون من محدودية الحركة.

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها خدمات النظافة الصحية الأساسية: النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها مرافق صالحة للاستخدام مخصصة للنظافة الصحية لليدين (مزودة بماء وصابون و/أو مطهر يدين يحتوي على الكحول) وتكون متاحة في نقاط الرعاية وفي مجال 5 أمتار عن المراحيض.

نسبة مرافق الرعاية الصحية التي تتوفر فيها خدمات أساسية لإدارة النفايات: النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية التي يتم فيها فصل النفايات بأمان في ثلاثة صناديق على الأقل، وتتم معالجة الأدوات الحادة والنفايات المعدية والتخلص منها بشكل آمن.

الجدول 15 - المراهقون والمراهقات

المشاركة في الأعمال المنزلية	الانتقال إلى العمل* 2020-2012				التعليم والتعلم				الحماية		التغذية		السكان المراهقون 2020		البلدان والمناطق						
	البطالة		خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التميز* 2018-2011	عنف الشريك الجسيم -2012* 2020	زيادة الوزن 2016	التحافة 2016	النسبة من مجموع السكان (%)	بعموم 19- سنة (بالآلاف)							
	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع							
	22	9	y	22	y	15	69	31	-	-	45	42	29	9	17	25	9,822	أفغانستان			
	x	3	x	1	19	34	17	21	58	38	59	56	18	17	-	24	13	362	ألبانيا		
	1	1	38	32	-	-	-	28	15	21	18	55	48	-	29	6	15	6,732	الجزائر		
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34	1	10	8	أندورا		
	19	15	15	17	24	15	-	-	-	-	-	-	-	24	11	8	24	7,882	أنغولا		
	-	-	x	25	x	17	-	-	-	-	-	-	30	22	-	-	13	2	أنغويلا		
	-	-	x	36	x	30	-	-	-	-	-	x	27	x	24	-	25	3	14	أنغيوا وبيبودا	
	-	-	42	32	y	14	y	13	51	45	27	35	24	25	-	34	1	16	7,137	الأرجنتين	
	1	0	33	40	12	21	-	-	52	48	15	19	p	0	18	2	12	369	أرمينيا		
	-	-	17	21	-	-	-	-	85	76	77	78	-	-	-	33	1	12	3,130	أستراليا	
	-	-	12	10	5	10	82	71	78	79	21	20	-	26	2	10	876	النمسا			
	-	-	15	13	-	-	-	-	-	-	-	26	25	x	12	18	3	13	1,335	أذربيجان	
	-	-	46	38	-	-	-	-	-	-	-	22	25	-	34	3	16	64	جزر البهاما		
	-	-	21	10	-	-	-	-	-	43	36	23	36	-	34	6	11	182	البحرين		
	4	0	18	12	30	10	54	55	52	62	17	27	y	28	8	18	19	30,674	بنغلاديش		
	0	0	29	50	-	-	-	-	-	-	-	11	15	-	26	4	13	37	بيرادوس		
	0	0	18	17	-	-	-	82	72	70	71	-	-	-	22	2	10	929	بيلاروس		
	-	-	20	20	4	4	82	75	79	82	18	16	-	23	1	11	1,312	بلجيكا			
	3	1	y	34	y	15	34	17	-	-	-	31	30	-	27	4	20	78	بليز		
	26	15	x	5	x	3	x	20	x	10	-	-	-	52	47	14	11	7	23	2,779	بنن
	x	5	x	2	7	5	-	-	-	-	-	29	31	-	9	15	18	136	بوتان		
	-	-	12	16	9	7	-	-	-	-	-	28	32	-	27	1	20	2,298	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)		
	-	-	57	39	13	14	55	38	43	42	-	-	-	-	21	2	11	346	البوسنة والهرسك		
	-	-	y	48	y	52	24	23	-	-	-	x	52	x	53	-	16	6	20	472	بوتسوانا
	-	-	49	37	20	16	56	44	30	34	-	-	-	-	26	3	15	31,160	البرازيل		
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	17	x	18	-	-	14	4	جزر فرجن البريطانية	
	-	-	33	29	17	14	55	42	54	50	22	25	-	25	6	15	65	بروني دار السلام			
	-	-	-	29	15	12	62	45	56	55	33	35	-	27	2	10	686	بلغاريا			
	x	29	x	9	8	9	44	31	-	-	-	-	x	5	8	8	24	5,030	بوركينافاسو		
	30	21	1	3	3	4	-	-	-	-	-	-	-	38	10	7	23	2,725	بوروندي		
	-	-	47	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	7	18	100	كابو فيردي		
	6	2	1	-	7	4	9	6	9	11	22	23	7	10	11	19	3,100	كمبوديا			
	22	8	5	3	18	9	-	-	-	-	-	-	20	12	6	23	6,176	الكاميرون			
	-	-	23	24	15	17	90	82	84	84	40	36	-	31	1	11	3,971	كندا			
	23	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	32	10	8	26	1,265	جمهورية أفريقيا الوسطى		
	40	20	1	3	44	27	-	-	-	-	-	-	15	8	9	25	4,039	تشاد			
	10	8	40	28	12	11	73	64	24	32	14	16	-	34	1	13	2,494	شيلي			
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	4	12	166,605	الصين			
	3	1	36	21	26	16	52	48	30	40	-	-	-	24	2	16	8,120	كولومبيا			
	28	15	23	22	24	18	-	-	-	-	-	-	4	12	7	22	191	جزر القمر			
	9	8	x	12	x	17	xy	15	xy	11	-	-	-	11	8	23	1,258	الكونغو			
	-	-	5	2	14	7	-	-	-	-	-	32	29	y	6	62	<1	15	3	جزر كوك	
	0	1	65	47	14	12	61	55	35	45	x	20	x	18	-	30	2	14	719	كوستاريكا	
	-	-	60	44	12	16	85	72	68	70	21	23	-	26	2	10	408	كرواتيا			
	-	-	x	13	x	5	-	-	-	-	-	-	-	28	4	11	1,247	كوبا			
	-	-	-	-	28	9	6	67	46	66	60	-	-	-	32	1	12	142	قبرص		
	-	-	22	21	3	2	85	74	80	79	19	17	-	26	2	10	1,061	تشيكيا			
	22	11	4	-	38	23	-	-	-	-	-	-	y	20	12	6	23	6,105	كويت ديفوار		
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	5	14	3,561	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية			
	17	7	5	8	21	12	-	-	-	-	-	-	-	36	10	10	23	21,000	جمهورية الكونغو الديمقراطية		
	-	-	14	16	2	3	89	79	86	85	15	12	-	24	1	12	676	الدانمرك			
	-	-	85	88	19	13	-	-	-	-	-	x	36	x	44	-	16	6	18	179	جيبوتي
	-	-	x	40	x	37	-	-	-	-	-	x	26	x	29	-	31	3	13	9	دومينيكا
	4	2	28	14	30	23	26	16	9	10	22	26	22	31	3	18	1,936	الجمهورية الدومينيكية			
	-	-	y	16	y	7	20	10	52	47	24	34	-	-	1	18	3,116	إكوادور			
	5	1	34	10	20	6	-	-	23	20	70	70	17	35	3	18	18,385	مصر			
	20	7	16	10	33	15	-	-	-	-	24	21	y	7	29	2	18	1,166	السلفادور		
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	p	56	10	8	19	265	غينيا الاستوائية	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	8	24	861	إريتريا		
	-	-	-	37	5	3	92	86	90	90	30	30	-	19	2	10	137	إستونيا			
	x	3	x	2	43	37	25	17	-	-	-	31	33	-	16	4	24	277	إسواتيني		
	x	58	x	49	3	1	11	5	-	-	-	-	-	24	8	10	23	26,829	إثيوبيا		
	-	-	32	16	13	8	-	-	-	-	-	26	33	xy	47	33	4	18	158	فيجي	
	-	-	27	32	6	5	93	80	87	83	24	27	-	25	1	11	607	فنلندا			
	-	-	29	24	6	8	84	75	79	79	16	13	-	29	1	12	7,883	فرنسا			
	7	6	x	38	x	27	-	-	-	-	-	-	-	40	15	6	19	423	غابون		
	17	3	36	23	39	41	-	-	-	-	-	-	-	14	11	7	23	557	غامبيا		
	0	0	45	43	15	19	44	28	40	38	20	17	-	19	3	12	471	جورجيا			

الجدول 15 - المراهقون والمراهقات

الانتقال إلى العمل *2020-2012						التعليم والتعلم				الحماية		التغذية		السكان المراهقون 2020		البلدان والمناطق							
المشاركة في الأعمال المتألية		البطالة		خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التنمر *2018-2011		عنف الشركاء الجميم -2012 *2020	زيادة الوزن 2016	النحافة 2016	النسبة من مجموع السكان (%)		بمصر 10-19 سنة (بالآلاف)						
الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	المجموع	المجموع	المجموع		المجموع						
-	-	10	9	-	-	84	76	79	79	21	21	-	25	1	9	7,931							
19	13	7	5	26	23	-	-	-	-	-	-	xy	23	10	6	21	6,617						
-	-	50	31	10	10	78	61	65	63	21	18	-	35	1	10	1,069							
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	26	x	29	-	25	4	14	16					
-	-	4	4	41	10	33	28	10	12	20	26	9	27	1	22	3,872							
18	11	9	4	14	6	-	-	-	-	-	-	-	9	7	24	3,199							
9	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	7	23	450							
3	2	51	29	43	28	-	-	-	-	x	37	x	40	-	24	6	18	145					
13	19	10	7	13	6	-	-	-	-	-	-	-	28	4	21	2,347							
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	<1		الكركسي الرسولي					
-	-	62	49	40	13	31	28	12	19	y	12	y	13	16	26	2	21	2,065					
-	-	27	24	6	6	79	70	65	69	28	27	-	27	2	10	969							
-	-	12	16	-	4	81	66	82	77	11	12	-	27	1	13	45		آيسلندا					
-	-	14	28	27	10	-	-	-	-	-	-	-	18	6	27	18	252,202	الهند					
-	-	18	17	x	28	x	19	36	24	30	26	19	24	-	14	10	17	46,303	إندونيسيا				
-	-	27	19	26	12	-	-	34	34	-	-	-	25	9	14	11,748		إيران (جمهورية - الإسلامية)					
6	1	7	19	56	17	-	-	-	-	22	32	-	30	5	22	8,711		العراق					
-	-	22	23	9	10	91	85	84	84	32	32	-	29	<1	14	669		آيرلندا					
-	-	7	7	-	-	77	60	69	63	18	29	-	34	1	16	1,405		إسرائيل					
-	-	y	51	y	46	14	14	81	72	61	64	12	11	-	9	5,733		إيطاليا					
0	1	x	58	-	-	-	-	-	-	25	26	y	11	28	2	16	467		جامايكا				
-	-	4	6	-	-	87	79	89	89	-	-	-	13	2	9	11,267		اليابان					
2	0	34	48	27	25	71	46	41	40	x	37	x	46	15	30	4	21	2,180	الأردن				
-	-	3	2	-	-	43	29	51	51	16	15	-	19	2	14	2,721		كازاخستان					
-	-	7	8	12	7	-	-	-	-	x	57	x	57	23	11	8	24	12,747	كينيا				
19	17	35	30	26	40	-	-	-	-	32	42	p	67	54	<1	20	24	24	كيريباس				
-	-	x	41	x	39	-	-	-	16	20	28	36	-	43	4	12	533		الكويت				
11	5	12	9	13	10	-	-	-	-	-	-	-	3	15	3	17	1,101		قيرغيزستان				
11	5	16	18	35	31	-	-	-	-	11	15	y	14	13	9	20	1,466		جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية				
-	-	17	29	2	3	84	71	83	83	49	44	-	20	2	10	189		لاتفيا					
-	-	29	28	20	16	36	28	34	36	12	24	-	31	5	17	1,135		لبنان					
16	11	42	22	10	6	-	-	-	-	-	-	-	15	6	20	429		ليسوتو					
21	18	-	-	11	7	-	-	-	-	51	43	58	10	7	23	1,175		ليبيريا					
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	31	x	40	-	31	6	17	1,186		ليبيا			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	4			ليختنشتاين				
-	-	21	26	2	3	83	68	76	73	51	51	-	19	3	9	243		ليتوانيا					
-	-	37	29	-	3	76	66	72	74	23	21	-	25	1	11	66		لكسمبرغ					
26	17	2	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	19	10	7	23	6,343		مدغشقر				
11	5	8	7	28	17	-	-	-	-	x	47	x	43	28	10	6	25	4,738		ملاوي			
-	-	15	14	-	-	61	47	60	56	y	14	y	19	-	25	8	16	5,116		ماليزيا			
-	-	33	19	26	31	-	-	-	-	30	30	4	16	14	11	59			مليديف				
24	13	1	1	32	16	-	-	-	-	-	-	y	21	10	8	25	5,009		مالي				
-	-	-	21	11	8	74	55	63	61	21	29	-	35	1	9	41			مالطة				
-	-	-	28	21	30	-	-	-	-	-	-	y	27	58	<1	25	15		جزر مارشال				
23	13	23	19	35	22	-	-	-	-	x	46	x	48	-	13	8	22	1,008		موريتانيا			
-	-	47	27	15	16	-	-	-	-	22	29	-	14	7	14	175			موريشيوس				
2	2	9	7	21	10	58	52	41	47	-	-	-	34	2	17	22,350			المكسيك				
-	-	29	-	19	14	-	-	-	-	-	-	y	35	50	<1	20	23			ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)			
-	-	42	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<1	<1	8	3				موناكو			
14	18	25	16	11	9	-	-	-	-	25	36	y	8	17	2	15	500			منغوليا			
0	0	-	44	-	-	63	48	52	55	-	-	-	24	2	13	79				الجبيل الأسود			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	25	x	32	-	-	12	<1				مونتسيرات		
-	-	11	17	-	-	32	22	15	14	32	44	-	26	6	17	6,097				المغرب			
-	-	5	7	-	-	-	-	-	-	46	45	y	10	12	4	24	7,595				موزامبيق		
-	-	1	3	15	8	-	-	-	-	49	51	22	11	13	18	9,917				ميانمار			
-	-	39	37	20	17	-	-	-	-	45	48	p	52	14	8	21	526				ناميبيا		
-	-	61	33	39	22	-	-	-	-	38	40	-	64	<1	20	2					ناورو		
17	7	26	23	31	16	-	-	-	-	45	56	17	7	16	21	6,120					نيبال		
-	-	11	11	2	2	81	71	85	84	12	12	-	24	1	11	1,954					هولندا		
-	-	19	18	-	-	86	77	78	79	-	-	-	38	<1	13	625					نيوزيلندا		
-	-	11	6	3	2	-	-	-	-	-	-	-	28	2	19	1,240					نيكاراغوا		
25	18	17	19	71	57	-	-	-	-	-	-	-	8	10	24	5,901					النيجر		
9	7	20	-	33	20	-	-	-	-	-	-	-	13	8	10	23	47,703					نيجيريا	
-	-	x	14	x	16	-	-	-	-	-	x	38	-	58	<1	16	<1					نيوي	
1	1	49	47	10	10	57	34	41	37	18	18	-	25	2	11	233					مقدونيا الشمالية		
-	-	16	16	2	3	88	74	83	79	14	16	-	27	1	12	643					النرويج		
-	-	51	39	-	-	-	-	-	27	20	39	45	30	7	10	530						عمان	
-	-	6	9	43	7	-	-	-	-	x	35	x	45	y	17	9	19	21	45,427				باكستان
-	-	-	-	5	5	-	-	-	-	-	-	y	8	62	<1	13	2					بالاو	

الجدول 15 - المراهقون والمراهقات

الانتقال إلى العمل *2020-2012						التعليم والتعلم				الحماية			التغذية		السكان المراهقون 2020		البلدان والمناطق
المشاركة في الأعمال المنزلية		البطالة		خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التنمر *2018-2011		عنف الشريك الحميم -2012 *2020	زيادة الوزن 2016	التحافة 2016	النسبة من مجموع السكان (%)	بعمرو 19-10 سنة (بالآلاف)	
الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	
-	-	38	25	10	10	39	33	17	21	-	-	-	28	2	17	727	بنما
-	-	x 2	x 3	x 21	x 21	-	-	-	-	-	-	60	31	1	21	1,918	بابوا غينيا الجديدة
9	4	27	13	23	10	34	30	6	11	15	19	-	27	2	19	1,336	باراغواي
5	3	y 8	y 8	26	23	49	43	36	43	x 48	x 47	18	26	1	16	5,135	بيرو
-	-	6	4	11	10	23	15	20	18	49	53	11	12	10	20	21,370	الفلبين
-	-	17	18	2	4	90	80	86	85	18	23	-	24	2	10	3,709	بولندا
-	-	36	29	4	5	84	76	77	77	19	17	-	30	1	10	1,015	البرتغال
-	-	0	0	-	-	62	36	37	36	35	49	-	37	5	8	228	قطر
-	-	8	10	-	-	89	81	86	84	-	-	-	25	2	9	4,753	جمهورية كوريا
-	-	16	13	8	15	66	49	50	49	44	43	x 15	17	3	10	419	جمهورية مولدوفا
-	-	32	30	12	11	67	52	53	54	30	31	-	23	3	11	2,075	رومانيا
-	-	26	22	-	-	83	73	78	78	35	31	-	19	2	10	15,256	الاتحاد الروسي
31	22	21	18	31	25	-	-	-	-	-	-	-	11	6	22	2,906	رواندا
-	-	x 18	x 18	-	-	-	-	-	-	20	25	-	27	4	14	7	سانت كيتس ونيفيس
1	3	52	60	23	25	-	-	-	-	29	24	-	22	4	13	24	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 29	x 31	-	28	4	16	17	سانت هنتسنت وجزر غرينادين
-	-	64	34	21	27	-	-	-	-	34	43	-	51	<1	21	42	ساموا
-	-	y 42	y 27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<1	<1	9	3	سان مارينو
11	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x 28	13	6	25	54	سان تومي وبرينسيبي
-	-	65	37	-	-	62	34	11	12	-	-	-	35	8	14	4,860	المملكة العربية السعودية
23	6	2	3	34	22	9	8	7	8	-	-	3	9	10	23	3,864	السنغال
2	1	42	40	8	11	70	55	61	60	19	17	-	26	2	11	1,000	صربيا
-	-	17	19	20	21	-	-	-	-	50	45	-	21	6	14	14	سيشيل
20	12	7	13	9	7	-	-	-	-	57	60	43	10	7	23	1,867	سيراليون
-	-	15	3	-	-	92	86	95	92	-	-	-	21	2	9	506	سنغافورة
-	-	-	45	6	7	75	62	75	75	19	20	-	22	1	10	545	سلوفاكيا
-	-	26	-	3	4	89	75	84	83	23	26	-	25	1	9	196	سلوفينيا
9	6	1	1	6	5	-	-	-	-	68	64	-	24	1	22	149	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	7	25	3,938	الصومال
2	1	75	71	12	13	-	-	-	-	-	-	-	26	4	18	10,409	جنوب أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<1	<1	23	2,582	جنوب السودان
-	-	61	50	10	11	87	80	75	75	9	10	-	32	1	10	4,736	إسبانيا
-	-	32	24	16	14	-	-	-	-	29	50	-	12	15	16	3,386	سري لانكا
2	1	41	39	16	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1,109	دولة فلسطين
8	4	x 33	x 29	x 33	x 17	-	-	-	-	-	-	-	<1	<1	23	10,124	السودان
2	1	62	23	9	8	-	-	-	-	25	25	-	30	4	17	102	سورينام
-	-	35	40	3	3	86	77	82	81	19	18	-	23	2	11	1,127	السويد
-	-	9	9	5	5	82	72	83	84	18	14	-	21	<1	10	835	سويسرا
-	-	x 27	x 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	6	19	3,325	الجمهورية العربية السورية
-	-	7	12	x 38	x 20	-	-	-	-	x 7	x 7	6	14	4	19	1,788	طاجيكستان
-	-	7	5	10	9	49	31	51	43	28	38	-	20	8	12	8,492	تايلند
-	-	13	-	15	11	-	-	-	-	25	39	38	11	11	23	307	تيمور - ليشتي
31	19	2	11	25	15	-	-	-	-	-	-	13	10	7	23	1,915	توغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	39	-	-	-	17	<1	توكيلاو
0	3	19	5	17	23	-	-	-	-	31	46	-	57	<1	22	24	تونغا
x 0	x 0	y 10	11	-	-	67	48	52	43	18	13	-	23	6	13	186	ترينيداد وتوباغو
1	1	26	33	x 20	x 15	33	23	24	27	x 24	x 37	-	24	7	14	1,640	تونس
-	-	23	20	25	14	79	68	43	41	33	39	y 18	28	5	16	13,595	تركيا
0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	3	17	1,009	تركمناستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	6	جزر تركس وكايكوس
-	-	61	11	23	15	-	-	-	-	15	40	-	57	<1	20	2	توفالو
18	7	14	16	26	19	-	-	-	-	x 41	x 50	31	10	6	25	11,449	أوغندا
2	2	27	29	-	-	81	68	63	65	41	40	x 2	20	2	10	4,384	أوكرانيا
-	-	25	28	9	8	68	46	48	45	22	33	-	34	5	9	843	الإمارات العربية المتحدة
-	-	13	19	8	9	86	79	80	82	37	38	-	30	1	11	7,642	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
7	4	4	3	16	11	-	-	-	-	y 28	y 25	30	11	7	24	14,089	جمهورية ترازانيا المتحدة
-	-	17	18	8	9	85	77	72	74	x 25	x 26	-	41	1	13	42,332	الولايات المتحدة الأمريكية
x 2	x 1	53	41	14	14	63	53	48	51	20	18	-	32	2	14	479	أوروغواي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	3	16	5,461	أوزبكستان
0	1	23	26	36	35	-	-	-	-	46	60	-	29	2	22	67	فانواتو
-	-	y 16	y 13	25	16	-	-	-	-	-	-	-	33	2	18	5,159	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
4	2	8	7	15	14	91	81	83	79	26	26	x y 16	9	14	14	13,599	فييت نام
-	-	29	25	58	18	-	-	-	-	33	47	-	18	14	23	6,750	اليمن
9	8	30	32	35	25	6	4	3	2	x 67	x 63	27	12	6	25	4,550	زامبيا
10	4	29	25	41	30	-	-	-	-	-	-	-	31	6	24	3,560	زيمبابوي

ملخص

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	6	13	306,037	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	-	25	23	11	10	-	-	-	-	-	-	26	26	-	11	106,137	أوروبا وآسيا الوسطى

الجدول 15 - المراهقون والمراهقات

الانتقال إلى العمل *2020-2012		التعليم والتعلم				الحماية		التغذية		السكان المراهقون 2020		البلدان والمناطق		
المشاركة في الأعمال المنزلية		البطالة		إجادة القراءة		إجادة الرياضيات		التنمر *2018-2011	عنف الشريك الجميم -2012 *2020	زيادة الوزن 2016	النحافة 2016		النسبة من مجموع السكان (%)	بعمر 10-19 سنة (بالآلاف)
الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	المجموع	المجموع	المجموع	المجموع	
-	-	24	22	-	-	-	-	32	33	-	21	3	13	54,027
-	-	26	25	7	8	-	-	20	20	-	28	1	10	52,110
-	-	30	22	21	13	-	-	-	-	-	29	2	16	105,911
4	1	29	21	33	12	-	-	46	51	-	29	6	17	77,679
-	-	18	19	8	10	-	-	-	-	-	40	1	13	46,319
-	-	14	24	30	10	-	-	-	-	19	7	24	19	347,827
15	9	13	12	24	16	-	-	-	-	23	10	8	23	263,554
13	8	15	15	17	11	-	-	-	-	25	11	7	23	135,794
17	10	12	8	31	20	-	-	-	-	20	9	9	23	127,760
16	8	11	10	27	15	-	-	-	-	26	9	10	22	237,402
-	-	17	17	22	12	-	-	-	-	17	11	16	16	1,253,463

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وهئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

المصادر الرئيسية للمعلومات

التنمر - دراسة السلوك الصحي عند الأطفال في سن المدرسة (HBSC) والمسوح العالمية المدرسية لصحة الطلاب (GSHS). آخر تحديث: آب/أغسطس 2021.

إجادة الرياضيات وإجادة القراءة - شعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة. آخر تحديث: نيسان/أبريل 2019.

خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب - منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: شباط/فبراير 2021.

البطالة - منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: آب/أغسطس 2021.

المشاركة في الأعمال المنزلية - الاستقصاءات الديموغرافية والصحية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: آذار/مارس 2021.

السكان المراهقون - الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2019). التوقعات السكانية في العالم 2019، نسخة الإنترنت.

التحافة وزيادة الوزن - المقال الذي نشرته "شبكة التعاون المعنية بمعامل الخطورة للأمراض غير السارية" بعنوان "التوجهات العالمية في مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض الوزن، وزيادة الوزن، والبدانة من عام 1975 إلى عام 2016: تحليل تجميعي لـ 2416 دراسة قياس سكانية تشمل 128.9 مليون طفل، ومراهق، وبالغ". دورية لانيسيت 2017، 390 (10113): الصفحات 2627-2642. آخر تحديث: آب/أغسطس 2019.

عنف الشريك الجميم - الاستقصاءات الديموغرافية والصحية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، ومسوح وطنية أخرى. آخر تحديث: آذار/مارس 2021.

تعريفات المؤشرات

إجادة القراءة: النسبة المئوية للأطفال والشباب في نهاية المرحلة الثانوية الدنيا الذين يحققون على الأقل المستوى الأدنى للكفاءة في القراءة.

خارج دائرة العمالة والتعليم والتدريب: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 سنة وليسوا منخرطين في التعليم أو العمل أو التدريب.

البطالة: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 15-19 سنة المنخرطين في سوق العمل لكنهم عاطلون عن العمل.

المشاركة في الأعمال المنزلية: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 10-14 سنة والذين قضوا 21 ساعة على الأقل في الأسبوع المرجعي في أعمال غير مأجورة للأسرة العيشية.

التحافة: النسبة المئوية للمراهقين بعمر 10-19 سنة الذين ينقص لديهم مؤشر كتلة الجسم على الأقل انحرافين معيارين 2 عن الوسيط، وفق مرجع منظمة الصحة العالمية لنمو للأطفال والمراهقين في سن المدرسة.

زيادة الوزن: النسبة المئوية للأطفال بعمر 10-19 عاماً الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم يزيد على الأقل بمقدار انحراف معياري 1 عن الوسيط، وفق مرجع منظمة الصحة العالمية لنمو للأطفال والمراهقين في سن المدرسة.

عنف الشريك الجميم: النسبة المئوية للفتيات التي لديهن أو كان لديهن شريك حميم وتتراوح أعمارهن بين 15-19 سنة وتعرضن للعنف البدني و/أو الجنسي على يد شريك حميم حالي أو سابق خلال الـ 12 شهراً الماضية.

التنمر: النسبة المئوية للطلاب بعمر 13-15 سنة الذين أبلغوا عن تعرضهم للتنمر في يوم أو أكثر خلال الـ 30 يوماً الماضية.

إجادة الرياضيات: النسبة المئوية للأطفال والشباب في نهاية المرحلة الثانوية الدنيا الذين يحققون على الأقل المستوى الأدنى للكفاءة في الرياضيات.

ملاحظات

p استناداً إلى مقامات كسرية صغيرة (عادة ما تتراوح بين 25-49 من الحالات غير المرجحة). ولا تُرد أية بيانات تستند إلى أقل من 25 حالة غير مرجحة.

x تشير البيانات إلى سنوات أو فترات غير تلك المحددة في عنوان العمود. وهذه البيانات غير مشمولة في حساب المعدلات الإقليمية والعالمية. التقديرات من سنوات البيانات قبل عام 2000 غير معروضة.

- البيانات غير متوفرة.

R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.

y تختلف البيانات عن التعريف المعياري أو تشير إلى جزء من البلد فقط. وإذا اندرجت هذه البيانات ضمن الفترة المرجعية المذكورة، فإنها تدخل في حساب متوسطات الأقاليم والمتوسطات العالمية.

الجدول 16 - المؤشرات الاقتصادية

المساعدة الإنمائية الرسمية * 2019-2010			الاتفاق الحكومي * 2019-2010									الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي -2010 * 2019	البلدان والمناطق
			كنسبة مئوية من موازنة الحكومة			كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي							
التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمانح	التدفق الخارج بملين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقين	التدفق الوارد بملين الدولارات	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	المجموع			
-	-	21.9	4,284	4.1	15.7	1.8	1.8	4.1	0.5	-	13.0	أفغانستان	
-	-	0.2	28	32.5	12.4	9.7	9.5	3.6	2.8	11.5	25.3	ألبانيا	
-	-	0.1	176	-	-	10.7	-	-	4.1	16.9	-	الجزائر	
-	-	-	-	-	19.3	18.6	-	3.2	4.6	-	-	أندورا	
-	-	0.1	50	-	-	5.4	-	-	1.1	10.3	16.4	أنغولا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أنغويلا	
-	-	1.7	27	-	-	11.7	-	-	2.9	16.4	-	أنتيغوا وبربودا	
-	-	0.0	18	-	13.3	15.2	-	5.5	5.9	15.8	18.8	الأرجنتين	
-	-	3.0	420	26.1	10.4	5.3	6.7	2.7	1.2	12.5	23.8	أرمينيا	
0.3	3,278	-	-	26.4	13.6	17.9	9.5	5.1	6.4	19.0	26.0	أستراليا	
0.4	1,635	-	-	41.6	11.0	15.5	20.1	5.4	7.5	19.4	44.0	النمسا	
-	-	0.3	121	19.9	7.4	2.8	6.4	2.5	0.9	10.8	42.8	أذربيجان	
-	-	-	-	-	-	15.9	-	-	3.1	14.2	17.9	جزر البهاما	
-	-	-	-	-	7.2	7.2	-	2.3	2.4	16.3	-	البحرين	
-	-	1.4	4,483	-	9.3	3.0	-	1.3	0.4	6.3	10.2	بنغلاديش	
-	-	-	-	-	12.9	9.9	-	4.4	2.9	11.3	29.6	بربادوس	
-	-	0.3	214	33.8	12.3	10.6	14.1	4.8	4.0	15.9	30.2	بيلاروس	
0.5	2,300	-	-	37.2	12.5	15.0	19.5	6.4	7.8	23.0	37.9	بلجيكا	
-	-	2.2	38	-	21.4	12.5	-	7.6	3.9	17.5	29.4	بليز	
-	-	4.2	602	-	17.7	3.0	-	2.9	0.5	10.3	-	بنن	
-	-	7.9	181	-	22.8	7.6	-	6.9	2.4	18.3	22.2	بوتان	
-	-	1.8	716	-	-	12.1	-	-	4.5	18.1	-	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)	
-	-	2.3	465	-	-	15.1	-	-	6.2	19.5	38.2	البوسنة والهرسك	
-	-	0.4	69	-	-	14.3	-	-	4.5	18.4	27.5	بوتسوانا	
-	-	0.0	290	-	16.5	10.3	-	6.3	4.0	20.3	29.7	البرازيل	
-	-	-	-	-	-	-	-	2.5	-	-	-	جزر فرجن البريطانية	
-	-	-	-	-	11.4	7.1	-	4.4	2.3	25.0	-	بروني دار السلام	
-	-	-	-	31.8	12.7	11.6	11.6	4.1	4.2	16.8	34.7	بلغاريا	
-	-	7.5	1,149	-	22.7	8.8	-	5.4	2.4	19.0	18.7	بوركينافاسو	
-	-	19.5	589	-	19.9	8.5	-	5.1	1.9	27.6	-	بوروندي	
-	-	7.9	153	-	16.4	10.4	-	5.2	3.2	17.6	28.8	كابو فيردي	
-	-	3.9	984	-	8.8	5.2	-	2.2	1.3	4.8	22.8	كمبوديا	
-	-	3.5	1,335	-	16.9	1.1	-	3.1	0.2	10.9	15.7	الكاميرون	
0.3	3,930	-	-	29.8	12.2	19.5	11.2	5.3	7.9	21.2	18.8	كندا	
-	-	31.6	754	-	7.8	4.2	-	1.1	0.7	15.0	8.8	جمهورية أفريقيا الوسطى	
-	-	6.3	707	-	16.4	5.2	-	2.5	0.7	3.6	-	تشاد	
-	-	0.0	70	-	21.3	18.3	-	5.4	4.6	14.6	21.4	شيلي	
-	-	0.0	-590	26.2	-	8.9	8.1	-	3.0	16.8	16.5	الصين	
-	-	0.3	903	-	16.0	19.6	-	4.5	5.5	15.4	24.2	كولومبيا	
-	-	6.7	78	-	13.3	2.6	-	2.5	0.4	10.3	-	جزر القمر	
-	-	2.0	187	-	15.6	3.5	-	3.5	0.8	12.2	25.8	الكونغو	
-	-	-	-	10.8	-	-	-	-	-	-	-	جزر كوك	
-	-	0.1	60	31.3	26.1	27.8	10.4	7.0	5.5	17.4	25.2	كوستاريكا	
-	-	-	-	31.0	8.7	12.3	14.6	3.9	5.7	19.7	40.3	كرواتيا	
-	-	3.0	500	-	-	15.2	-	-	9.9	30.1	-	كوبا	
-	-	-	-	31.0	15.9	6.6	12.6	5.8	2.9	16.6	40.2	قبرص	
0.1	260	-	-	30.5	9.9	15.5	12.6	3.9	6.3	19.7	32.2	تشيكيا	
-	-	2.1	1,201	-	18.3	5.1	-	3.3	1.2	10.1	12.3	كوت ديفوار	
-	-	-	151	-	-	-	-	-	-	-	-	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	
-	-	6.2	3,026	-	14.0	4.5	-	1.5	0.5	6.5	-	جمهورية الكونغو الديمقراطية	
0.8	2,369	-	-	43.5	15.3	16.6	21.6	7.8	8.4	23.8	39.7	الدانمرك	
-	-	8.4	272	-	14.0	4.3	-	3.6	1.2	20.6	-	جيبوتي	
-	-	9.0	51	-	9.4	7.0	-	5.6	4.3	-	-	دومينيكا	
-	-	0.2	134	-	-	15.4	-	-	2.5	11.1	15.5	الجمهورية الدومينيكية	
-	-	0.5	525	-	12.6	11.4	-	5.0	4.2	14.5	-	إكوادور	
-	-	0.6	1,741	29.0	-	4.7	9.5	-	1.4	7.7	21.0	مصر	
-	-	1.2	306	16.8	14.9	18.8	4.4	3.6	4.5	16.0	24.0	السلفادور	
-	-	0.8	64	-	-	3.2	-	-	0.6	26.0	19.2	غينيا الاستوائية	
-	-	6.5	277	-	-	2.4	-	-	0.6	26.6	-	إريتريا	
-	-	-	-	33.9	12.8	12.5	13.2	5.0	4.9	19.9	35.2	إستونيا	
-	-	1.8	73	-	24.8	6.0	-	7.1	2.1	20.7	-	إسواتيني	
-	-	5.0	4,810	-	27.1	4.8	-	4.7	0.8	9.2	7.8	إثيوبيا	
-	-	2.8	139	-	14.3	7.2	-	3.9	2.3	19.8	24.9	فيجي	
0.4	1,060	-	-	45.1	11.9	13.3	24.0	6.4	7.1	23.0	36.6	فنلندا	
0.4	9,622	-	-	42.9	9.7	14.8	23.9	5.5	8.3	23.1	43.5	فرنسا	
-	-	0.8	117	-	11.2	9.4	-	2.7	1.6	11.0	19.4	غابون	

الجدول 16 - المؤشرات الاقتصادية

المساعدة الإنمائية الرسمية * 2019-2010				الإنفاق الحكومي * 2019-2010								الإيرادات الحكومية كنسبة منوية من النتائج المحلي الإجمالي -2010 * 2019	البلدان والمناطق
				كنسبة مئوية من موازنة الحكومة			كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي						
التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمانح	التدفق الخارج بملايين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقي	التدفق الوارد بملايين الدولارات	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	المجموع			
-	-	10.8	194	-	11.2	4.4	-	2.4	0.9	8.2	-	غامبيا	
-	-	2.9	497	23.4	13.0	10.3	6.7	3.5	2.8	13.0	20.8	جورجيا	
0.7	24,736	-	-	43.7	11.0	20.0	19.7	4.9	8.9	20.4	29.4	ألمانيا	
-	-	1.4	936	-	18.6	6.4	-	4.0	1.4	8.9	15.0	غانا	
0.2	369	-	-	41.8	-	8.5	19.3	-	4.0	19.5	45.8	اليونان	
-	-	1.3	15	-	14.0	7.7	-	3.2	1.7	-	-	غرينادا	
-	-	0.5	394	-	24.2	16.7	-	3.2	2.1	11.1	11.2	غواتيمالا	
-	-	4.8	581	-	14.9	4.1	-	2.3	0.6	14.8	-	غينيا	
-	-	8.4	121	-	16.2	3.0	-	2.1	0.6	9.7	13.3	غينيا - بيساو	
-	-	2.2	113	-	16.0	10.7	-	5.5	3.7	-	-	غيانا	
-	-	5.1	726	-	14.4	4.8	-	2.8	0.9	7.5	-	هايتي	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الكرسي الرسولي	
-	-	2.0	458	-	23.0	10.7	-	6.1	2.8	13.5	23.4	هندوراس	
0.2	199	-	-	28.5	10.1	9.9	13.3	4.7	4.6	19.6	37.6	هنغاريا	
0.3	59	-	-	25.5	17.7	16.6	10.8	7.7	7.0	24.3	28.9	آيسلندا	
-	-	0.1	2,611	-	14.1	3.4	-	3.8	1.0	12.0	13.1	الهند	
-	-	-0.1	-630	8.0	20.5	8.5	1.3	3.6	1.4	8.8	12.3	إندونيسيا	
-	-	0.0	210	-	21.1	21.8	-	4.0	4.0	11.6	-	إيران (جمهورية - الإسلامية)	
-	-	0.9	2,212	-	-	6.2	-	-	2.0	23.6	38.5	العراق	
0.3	803	-	-	36.3	13.5	20.2	8.9	3.5	5.1	12.0	24.4	آيرلندا	
-	-	-	-	28.4	15.7	12.1	11.1	6.1	4.9	22.6	31.2	إسرائيل	
0.3	5,087	-	-	43.5	8.3	13.2	21.2	4.0	6.4	18.7	40.2	إيطاليا	
-	-	0.8	127	-	17.3	13.0	-	5.2	3.9	13.5	29.6	جامايكا	
0.2	10,417	-	-	41.8	8.4	23.6	16.2	3.2	9.2	19.8	-	اليابان	
-	-	6.3	2,797	-	10.0	12.4	-	3.1	3.8	15.0	22.0	الأردن	
-	-	0.0	54	30.2	13.9	9.1	5.9	2.6	1.8	9.1	14.9	كازاخستان	
-	-	3.5	3,251	-	19.1	8.5	-	5.3	2.2	13.1	20.1	كينيا	
-	-	14.8	57	2.2	-	6.0	2.2	-	9.3	73.9	114.8	كيريباس	
-	-	-	-	-	-	8.9	-	-	4.4	22.7	-	الكويت	
-	-	5.7	449	31.0	15.7	8.4	10.4	6.0	2.8	16.8	28.6	قيرغيزستان	
-	-	3.6	632	-	11.8	4.4	-	2.9	0.9	14.0	-	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	
-	-	-	-	31.5	12.0	9.6	12.1	4.4	3.7	19.1	40.4	لاتفيا	
-	-	3.0	1,525	-	8.6	13.3	-	2.4	4.2	15.9	19.2	لبنان	
-	-	5.2	146	-	13.9	11.6	-	7.0	5.4	39.6	37.0	ليسوتو	
-	-	22.0	597	-	8.1	5.2	-	2.6	1.7	19.7	-	ليبيريا	
-	-	0.6	316	-	-	6.4	-	-	3.8	-	-	ليبيا	
-	-	-	-	-	-	-	-	2.6	-	-	-	ليختنشتاين	
-	-	-	-	35.5	11.8	12.7	12.4	3.8	4.3	16.8	31.9	ليتوانيا	
1.0	391	-	-	42.7	8.5	10.7	18.0	3.6	4.5	17.1	41.6	لكسمبرغ	
-	-	5.6	756	-	19.8	10.5	-	2.8	1.7	14.3	11.6	مدغشقر	
-	-	16.1	1,206	-	15.8	9.8	-	4.7	2.7	13.9	17.9	ملاوي	
-	-	0.0	6	-	17.9	8.5	-	4.2	1.9	11.7	17.5	ماليزيا	
-	-	1.4	72	-	11.3	21.4	-	4.1	6.6	15.4	-	مليديف	
-	-	11.1	1,863	-	16.5	5.4	-	3.8	1.1	15.7	15.4	مالي	
-	-	-	-	29.1	13.5	15.6	10.8	4.8	5.7	17.2	37.2	مالطة	
-	-	19.2	66	-	15.0	12.1	-	-	7.6	56.3	32.2	جزر مارشال	
-	-	5.5	412	-	9.5	6.1	-	1.9	1.6	12.8	-	موريتانيا	
-	-	0.1	22	26.5	18.7	10.0	6.8	4.7	2.5	15.3	23.0	موريشيوس	
-	-	0.0	536	-	17.6	10.5	-	4.5	2.7	11.4	18.6	المكسيك	
-	-	24.0	93	-	22.3	4.8	-	12.4	3.3	-	44.7	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)	
-	-	-	-	-	7.0	6.6	-	1.5	1.4	-	-	موناكو	
-	-	2.5	315	21.3	12.6	7.7	6.4	4.1	2.2	12.1	28.7	منغوليا	
-	-	1.7	97	-	-	10.6	-	-	5.1	17.8	-	الجبل الأسود	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مونتسيرات	
-	-	0.6	758	-	-	7.2	-	-	2.1	19.4	25.5	المغرب	
-	-	12.7	1,908	-	17.9	5.6	-	5.5	1.7	21.7	28.9	موزامبيق	
-	-	2.8	2,080	4.6	10.5	3.5	0.9	1.9	0.7	18.3	13.9	ميانمار	
-	-	1.2	148	-	-	10.7	-	-	3.7	25.9	34.1	ناميبيا	
-	-	31.2	54	5.9	-	7.4	6.1	-	7.9	-	108.5	ناورو	
-	-	4.4	1,361	-	14.1	4.6	-	5.1	1.5	11.6	25.0	نيبال	
0.6	4,966	-	-	36.7	12.2	15.4	15.4	5.2	6.5	24.5	39.4	هولندا	
0.3	438	-	-	29.3	16.7	19.3	10.6	6.3	6.9	18.5	33.7	نيوزيلندا	
-	-	3.2	389	-	17.9	18.8	-	4.4	5.1	15.6	19.1	نيكاراغوا	
-	-	11.1	1,490	-	16.8	8.4	-	3.5	2.4	17.2	-	النيجر	
-	-	0.8	3,517	-	-	4.4	-	-	0.6	5.9	-	نيجيريا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نيوي	
-	-	1.2	142	-	-	12.4	-	-	3.8	14.0	28.5	مقدونيا الشمالية	

الجدول 16 - المؤشرات الاقتصادية

المساعدة الإنمائية الرسمية 2019-2020 ^a				الاتفاق الحكومي * 2019-2020							الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من النتائج المحلي الإجمالي -2010 * 2019	البلدان والمناطق
				كنسبة مئوية من موازنة الحكومة			كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي					
التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمانح	التدفق الخارج بملايين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقين	التدفق الوارد بملايين الدولارات	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	المجموع		
1.1	4,380	-	-	38.2	16.0	17.4	19.8	7.9	8.6	24.4	47.8	النرويج
-	-	-	-	-	11.1	8.0	-	5.0	3.6	24.6	-	عمان
-	-	0.8	2,171	-	14.5	5.3	-	2.9	1.1	11.7	-	باكستان
-	-	8.7	25	-	-	16.8	-	-	6.4	33.1	28.4	بالاو
-	-	0.1	71	-	13.0	21.4	-	3.2	4.6	11.9	13.6	بنما
-	-	2.8	667	-	8.7	7.4	-	1.9	1.7	-	14.2	بابوا غينيا الجديدة
-	-	0.4	130	-	18.2	15.3	-	3.4	2.9	11.8	17.4	باراغواي
-	-	0.2	476	-	17.5	15.3	-	3.8	3.3	13.3	19.6	بيرو
-	-	0.2	905	-	-	6.6	-	-	1.4	12.5	16.1	الفلبين
0.1	663	-	-	40.0	11.1	10.8	16.8	4.6	4.5	18.0	34.5	بولندا
0.2	343	-	-	39.7	11.1	13.4	17.0	5.0	5.8	16.9	37.4	البرتغال
-	-	-	-	-	8.6	6.3	-	2.7	1.9	18.5	-	قطر
0.2	2,246	-	-	21.9	-	14.0	5.2	4.3	4.4	17.2	28.0	جمهورية كوريا
-	-	2.7	343	35.4	17.5	12.0	11.1	5.4	3.7	14.2	27.1	جمهورية مولدوفا
-	-	-	-	-	10.1	12.7	-	3.1	4.4	17.3	29.7	رومانيا
-	-	-	-	31.6	13.5	9.8	12.0	4.7	3.2	18.3	27.4	الاتحاد الروسي
-	-	11.9	1,191	-	10.8	8.9	-	3.1	2.4	15.8	20.7	رواندا
-	-	3.6	30	-	8.6	7.4	-	2.6	2.5	-	27.9	سانت كيتس ونيفس
-	-	1.6	32	-	14.4	8.2	-	3.3	2.1	-	19.4	سانت لوسيا
-	-	10.3	84	-	18.8	10.1	-	5.7	3.1	-	27.2	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	15.2	124	-	10.5	11.0	-	4.2	3.8	-	29.0	ساموا
-	-	-	-	41.2	14.0	23.4	18.4	3.6	6.0	19.4	41.1	سان مارينو
-	-	12.3	51	-	20.1	10.8	-	5.1	2.8	-	-	سان تومي وبرينسيبي
-	-	-	-	-	-	10.9	-	-	4.0	23.8	31.2	المملكة العربية السعودية
-	-	6.3	1,444	-	21.5	4.3	-	4.8	0.9	13.6	19.7	السنغال
-	-	1.2	571	37.5	8.8	12.4	16.5	3.6	5.1	16.6	41.1	صربيا
-	-	1.1	16	16.9	11.7	10.2	6.4	4.4	3.8	21.4	37.7	سيشيل
-	-	14.6	595	-	33.9	7.2	-	7.7	1.6	8.4	-	سيراليون
-	-	-	-	5.6	28.8	15.3	0.9	2.9	2.2	10.3	21.2	سنغافورة
0.1	106	-	-	33.6	9.8	12.7	14.3	3.9	5.3	19.7	39.0	سلوفاكيا
0.2	81	-	-	38.1	12.0	13.8	16.6	4.8	6.0	18.4	38.8	سلوفينيا
-	-	14.2	224	-	-	7.9	-	-	3.5	-	26.3	جزر سليمان
-	-	-	1,866	0.4	-	-	0.0	-	-	11.9	0.0	الصومال
-	-	0.3	971	13.5	19.5	13.3	6.0	6.5	4.5	21.3	32.4	جنوب أفريقيا
-	-	15.9	1,885	-	0.9	2.1	-	1.5	0.7	7.3	-	جنوب السودان
0.3	4,278	-	-	42.0	10.2	15.2	17.4	4.2	6.3	18.9	28.0	إسبانيا
-	-	0.2	197	-	11.3	8.3	-	2.1	1.5	9.4	12.6	سري لانكا
-	-	12.0	2,234	-	-	-	-	5.3	-	20.2	-	دولة فلسطين
-	-	5.6	1,625	-	-	6.8	-	-	1.0	3.6	9.5	السودان
-	-	0.7	23	-	-	16.8	-	-	5.3	-	-	سورينام
0.9	4,894	-	-	38.7	15.8	18.6	19.1	7.6	9.3	25.9	32.9	السويد
0.5	3,582	-	-	39.4	15.6	11.0	12.9	5.1	3.7	11.9	18.4	سويسرا
-	-	-	10,250	-	-	4.5	-	-	1.6	-	-	الجمهورية العربية السورية
-	-	3.9	367	-	16.4	6.1	-	5.2	2.0	17.8	-	طاجيكستان
0.0	168	-0.1	-338	15.0	19.1	15.0	3.1	4.1	2.9	16.1	19.3	تایلند
-	-	8.7	236	11.0	7.9	5.4	14.0	6.8	2.6	47.4	68.0	تيمور - ليشتي
-	-	7.5	412	-	21.8	4.3	-	5.4	1.1	16.0	19.4	توغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	توكيلاو
-	-	20.1	108	-	-	7.5	-	-	3.2	18.9	-	تونغا
-	-	-	-	-	-	11.0	-	-	3.4	-	29.7	ترينيداد وتوباغو
-	-	2.6	984	-	22.6	13.6	-	6.6	4.2	20.5	31.4	تونس
0.8	6,488	0.1	825	30.6	-	9.3	10.6	-	3.2	15.5	30.6	تركيا
-	-	0.1	25	-	22.8	8.7	-	3.0	1.2	7.8	-	تركمانستان
-	-	-	-	-	12.1	-	-	2.9	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	55.8	36	-	-	13.7	-	-	15.2	-	-	توفالو
-	-	6.1	2,100	1.5	10.9	5.1	0.2	2.1	1.0	8.8	13.2	أوغندا
-	-	0.7	1,148	36.4	13.1	8.9	15.1	5.4	3.7	19.9	31.9	أوكرانيا
-	-	-	-	8.1	-	7.2	2.3	-	2.2	13.3	4.6	الإمارات العربية المتحدة
0.7	18,053	-	-	36.0	14.2	19.2	14.8	5.4	7.9	18.8	35.4	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
-	-	3.5	2,153	-	20.6	9.4	-	3.7	1.6	8.5	13.7	جمهورية تنزانيا المتحدة
0.2	34,412	-	-	19.9	-	22.5	7.5	5.0	8.5	14.0	17.5	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	0.1	42	-	15.2	20.2	-	5.0	6.7	15.0	34.0	أوروغواي
-	-	2.0	1,156	23.7	23.0	7.9	6.5	5.3	2.0	16.4	21.0	أوزبكستان
-	-	13.8	131	-	12.7	7.0	-	4.5	2.1	14.9	31.5	فانواتو
-	-	0.0	284	-	-	3.7	-	-	1.7	14.6	-	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
-	-	0.4	1,095	-	14.5	9.3	-	4.2	2.7	6.5	-	فييت نام

الجدول 16 - المؤشرات الاقتصادية

المساعدة الإنمائية الرسمية * 2019-2010				الإنتفاق الحكومي * 2019-2010								الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي 2010-2019 * 2019	البلدان والمناطق
				كنسبة مئوية من موازنة الحكومة			كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي						
التدفق الخارج كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمانح	التدفق الخارج بملايين الدولارات	التدفق الوارد كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للمتلقي	التدفق الوارد بملايين الدولارات	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	على الحماية الاجتماعية	على التعليم	على الصحة	المجموع			
-	-	19.5	4,397	20.3	-	2.2	7.1	-	0.5	-	-	-	اليمن
-	-	4.3	976	-	17.0	7.0	-	4.6	1.9	17.7	19.6	19.6	زامبيا
-	-	4.9	975	-	19.0	7.6	-	5.9	1.3	25.6	23.2	23.2	زيمبابوي
ملخص													
-	-	0.2	-	23.7	-	9.8	7.3	-	3.1	15.3	16.6	16.6	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-	-	-	-	36.3	12.3	12.8	15.4	4.8	5.3	18.5	32.5	32.5	أوروبا وآسيا الوسطى
-	-	1.0	-	31.0	14.0	9.5	11.2	4.5	3.2	16.7	28.6	28.6	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
0.5	-	-	-	40.4	11.2	15.6	18.5	5.0	7.1	20.0	35.7	35.7	أوروبا الغربية
-	-	0.3	-	-	16.9	12.4	-	5.2	3.9	16.0	23.6	23.6	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
-	-	2.3	-	-	-	10.0	-	-	2.8	15.2	25.8	25.8	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
0.2	-	-	-	20.9	-	22.2	7.9	5.0	8.5	14.7	17.6	17.6	أمريكا الشمالية
-	-	0.8	-	-	13.7	3.6	-	3.5	0.9	11.4	13.0	13.0	جنوب آسيا
-	-	5.0	-	-	18.5	6.3	-	4.0	1.3	11.2	16.3	16.3	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
-	-	5.5	-	-	19.5	7.6	-	4.5	1.8	13.1	16.4	16.4	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
-	-	4.4	-	-	17.0	4.8	-	3.1	0.9	9.1	-	-	غرب ووسط أفريقيا
-	-	6.7	-	-	15.7	5.1	-	3.1	1.0	10.8	13.6	13.6	أقل البلدان نمواً
-	-	1.3	-	26.0	15.0	9.1	9.2	4.1	2.9	14.2	19.0	19.0	العالم

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُصنح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم. رغم أنه يمكن تحليل آثار الإيرادات الحكومية وبيانات الإنفاق على المساواة بين الجنسين، لا توجد نقاط بيانات كافية متاحة لتقديمها.

المصادر الرئيسية للمعلومات

الإحصاءات المالية الحكومية التي يصدرها صندوق النقد الدولي. آخر تحديث: نيسان/أبريل 2021

الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي - مؤشرات التنمية العالمية. آخر تحديث: أيار/مايو 2021.

الإنتفاق الحكومي - مؤشرات التنمية العالمية. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.
- U يشير المتوسط لكل البلدان المتلقية في العالم.

تعريفات المؤشرات

الإيرادات الحكومية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: الإيرادات النقدية من الضرائب والمساهمات الاجتماعية وغيرها من الإيرادات كالغرامات والرسوم والإيجارات والدخل من الممتلكات أو المبيعات. تُعتبر المنح إيرادات أيضاً ولكنها مستثناة هنا.

الإنتفاق الحكومي: يشمل الإنتفاق الحكومي الاستهلاكي النهائي العام (الاستهلاك الحكومي العام سابقاً) جميع النفقات الحكومية الحالية لشراء السلع والخدمات (بما في ذلك تعويضات الموظفين). كما يشمل أيضاً معظم نفقات الدفاع والأمن الوطنيين، ولكنه يستبعد النفقات العسكرية الحكومية التي تسهم في تكوين رأس المال الحكومي.

الإنتفاق الحكومي معبراً عنه كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: إجمالي الإنتفاق الحكومي وكذلك نفقات معينة على الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية.

الإنتفاق الحكومي معبراً عنه كنسبة مئوية من الإنتفاق الحكومي الإجمالي: نفقات معينة على الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية.

المساعدة الإنمائية الرسمية (صافي المساعدة الإنمائية الرسمية): تُعرّف تدفقات المساعدة الإنمائية الرسمية على أنها تلك التدفقات التي ترد إما إلى البلدان والمناطق المدرجة في قائمة متلقي المساعدة الإنمائية

الرسمية التي تصدرها لجنة المساعدة الإنمائية أو ترد إلى مؤسسات التنمية المتعددة الأطراف وتحقق شروط أن تكون: (أ) مقدمة من وكالات رسمية، قد تكون حكومات دول أو حكومات محلية، أو أجهزتها التنفيذية؛ (ب) وأن يكون الهدف الأساسي لكل معاملة من معاملات المساعدة هو تعزيز التنمية الاقتصادية والرفاهية في البلدان النامية؛ و (ج) ذات طابع ميسر.

المساعدة الإنمائية الرسمية (صافي المساعدة الإنمائية الرسمية) للبلدان المانحة: معبراً عنها كتدفق خارج للموارد (بالدولار الأمريكي، وكنسبة مئوية من إجمالي الدخل القومي).

المساعدة الإنمائية الرسمية (صافي المساعدة الإنمائية الرسمية) للبلدان المتلقية: معبراً عنها كتدفق داخل للموارد (بالدولار الأمريكي، وكنسبة مئوية من إجمالي الدخل القومي).

الجدول 17 - التمكين الاقتصادي للنساء

البلدان والمناطق	مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية (SIGI) 2019	الأطر المتعلقة القانونية بالمساواة بين الجنسين في التوظيف 2019	استحقاقات إجازه الأمومة 2021	استحقاقات إجازه الأبوة 2021	التحصيل العلمي *2019-2014						معدل المشاركة في سوق العمل *2020-2010						معدل البطالة *2020-2010						ملكية البوائف المحمولة *2020-2014		الشمول المالي *2020-2014				
					التعليم الثانوي الأعلى			الإناث			الذكور			المجموع			الإناث			الذكور			المجموع			الإناث		الذكور	
					الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور					
بنما	-	80	نعم	نعم	-	-	نعم	-	-	86	88	86	80	78	86	55	56	52	2	5	4	3	7	6	-	-	51	42	
بابوا غينيا الجديدة	-	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	46	46	46	48	54	46	46	50	46	46	3	6	3	1	3	1	-	-	-	-
باراغواي	متوسط	100	نعم	نعم	39	39	نعم	39	39	87	84	87	85	84	87	60	62	55	4	6	4	8	9	8	-	-	51	46	
بيرو	منخفض	100	نعم	نعم	53	63	نعم	63	53	95	83	95	85	83	95	71	66	88	0	4	3	0	4	0	-	-	51	34	
البلين	عالي جداً	100	نعم	نعم	-	-	نعم	-	-	74	72	74	73	72	74	47	49	45	2	3	2	3	3	3	-	-	30	39	
بولندا	منخفض جداً	100	نعم	نعم	83	87	نعم	87	83	66	66	66	66	66	66	49	50	47	3	3	3	4	3	4	-	-	85	88	
البرتغال	منخفض جداً	100	نعم	نعم	39	35	نعم	35	39	63	65	63	65	65	63	55	56	49	5	6	6	7	7	7	-	-	94	91	
قطر	-	-	لا	لا	60	37	لا	37	60	92	96	92	95	96	92	57	58	53	0	0	0	0	0	0	-	-	69	62	
جمهورية كوريا	منخفض	70	نعم	نعم	70	83	نعم	83	70	76	72	76	73	72	76	54	53	56	4	3	4	4	3	4	-	-	95	95	
جمهورية مولدوفا	منخفض	90	نعم	نعم	74	77	نعم	77	74	40	40	40	45	54	40	38	44	34	6	5	6	6	5	6	-	-	43	45	
رومانيا	منخفض جداً	100	نعم	نعم	63	73	نعم	73	63	66	66	66	65	65	66	46	48	42	5	4	4	4	4	4	-	-	62	54	
الاتحاد الروسي	منخفض	-	نعم	لا	-	-	لا	-	-	65	72	65	70	72	65	55	57	48	7	4	7	5	4	7	-	-	75	76	
رواندا	منخفض	90	نعم	لا	12	85	لا	85	8	12	85	8	83	78	85	84	71	87	0	4	0	4	0	1	-	-	56	45	
سانت كيتس ونيفيس	-	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سانت لوسيا	-	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	72	79	72	76	65	79	69	71	65	12	15	12	15	15	14	-	-	-	-	
سانت فنسنت وجزر غرينادين	-	-	لا	لا	44	40	لا	40	44	73	80	73	77	54	77	59	54	77	19	21	19	21	20	17	-	-	-	-	
ساموا	-	-	لا	لا	-	-	نعم	-	-	54	61	54	29	56	61	31	41	29	7	10	7	10	10	7	-	-	-	-	
سان مارينو	-	-	لا	نعم	52	52	لا	52	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سان تومي وبرينسيبي	-	-	لا	نعم	-	-	لا	-	-	78	71	78	74	71	78	42	40	43	7	11	7	11	9	18	-	-	-	-	
المملكة العربية السعودية	-	-	لا	نعم	55	55	نعم	55	55	76	79	76	78	79	76	22	22	22	2	3	2	3	3	3	-	-	81	58	
السفال	متوسط	-	نعم	نعم	5	17	نعم	17	5	17	61	51	57	64	61	35	36	34	9	3	6	9	3	6	-	-	47	38	
صربيا	منخفض جداً	100	نعم	نعم	66	78	نعم	78	66	67	63	67	63	61	67	48	48	48	8	11	8	11	10	11	-	-	73	70	
سيشيل	-	-	نعم	نعم	-	-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
سيراليون	عالي	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	51	63	51	58	63	48	58	63	11	5	3	11	6	5	3	-	-	25	15	
سنغافورة	منخفض	-	نعم	نعم	71	77	نعم	77	71	77	79	76	78	79	76	62	63	60	2	3	2	3	2	3	-	-	100	96	
سلوفاكيا	منخفض جداً	100	نعم	لا	91	87	نعم	87	91	87	68	68	68	68	68	52	53	51	7	5	7	6	5	6	-	-	85	83	
سلوفينيا	منخفض جداً	90	نعم	نعم	87	78	نعم	78	87	63	62	63	63	62	63	53	53	53	4	4	4	4	4	4	-	-	98	97	
جزر سليمان	-	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	90	81	90	86	86	86	82	78	86	0	1	0	1	0	1	-	-	-	-	
الصومال	-	-	لا	نعم	-	-	لا	-	-	79	63	79	74	63	79	22	19	24	9	13	9	13	9	13	-	-	44	34	
جنوب أفريقيا	منخفض	-	نعم	نعم	60	62	نعم	62	60	62	49	63	69	63	69	56	56	37	31	20	31	26	31	26	-	-	68	70	
جنوب السودان	-	-	لا	نعم	-	-	لا	-	-	79	63	79	74	63	79	71	61	75	8	20	8	20	11	9	-	-	13	5	
إسبانيا	منخفض جداً	100	نعم	نعم	50	50	نعم	50	50	59	64	59	64	64	59	52	53	46	12	13	12	13	13	13	-	-	96	92	
سري لانكا	عالي	-	لا	لا	64	62	لا	62	64	74	73	74	74	73	74	34	30	34	3	3	3	3	3	3	-	-	74	73	
دولة فلسطين	-	40	لا	لا	42	42	لا	42	40	42	69	76	69	76	43	42	18	18	18	12	12	12	12	12	-	-	70	16	
السودان	-	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	71	65	71	68	65	71	29	27	31	11	13	11	13	11	13	-	-	20	10	
سورينام	-	60	نعم	نعم	-	-	نعم	-	-	61	66	61	64	66	61	39	41	37	5	3	5	3	5	3	-	-	-	-	
السويد	منخفض جداً	100	نعم	نعم	76	77	نعم	77	76	77	69	66	69	66	69	61	62	59	6	7	6	7	6	7	-	-	99	100	
سويسرا	منخفض جداً	90	نعم	لا	89	83	نعم	83	89	75	73	75	73	75	73	63	62	65	3	4	3	4	4	4	-	-	98	99	
الجمهورية العربية السورية	-	-	لا	نعم	-	-	لا	-	-	78	71	78	74	71	78	15	14	15	4	8	4	15	14	15	-	-	27	20	
طاجيكستان	متوسط	-	نعم	لا	85	76	نعم	76	85	46	52	46	50	52	46	29	30	27	5	9	5	9	8	9	-	-	52	42	
تاييلند	متوسط	60	لا	لا	34	34	لا	34	34	75	75	75	75	75	75	59	60	58	1	1	1	1	1	1	-	-	84	80	
تيمور - ليشتي	-	-	نعم	لا	-	-	نعم	-	-	75	66	75	65	73	66	51	65	73	2	8	2	8	2	3	-	-	-	-	
توغو	عالي	-	نعم	نعم	-	-	نعم	-	-	62	61	62	61	61	62	56	54	58	3	7	3	7	5	7	-	-	53	38	
توكيلاو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
تونغا	-	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	58	52	58	39	39	56	36	39	39	3	3	3	3	3	3	-	-	-	-	
ترينيداد وتوباغو	منخفض	80	نعم	لا	-	-	لا	-	-	68	72	68	71	68	71	50	51	48	3	4	3	4	3	4	-	-	88	74	
تونس	عالي	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	70	69	70	69	69	70	29	29	17	11	11	11	11	11	11	-	-	46	28	
تركيا	منخفض	-	نعم	نعم	46	33	نعم	33	46	68	75	68	72	75	68	34	35	33	10	14	10	14	10	14	-	-	83	54	
تركمانستان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	74	68	42	72	46	46	42	42	3	6	3	6	3	6	-	-	46	36	
جزر تركس وكايكوس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
توفالو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
أوغندا	عالي	80	لا	نعم	-	-	لا	-	-	73	74	73	68	73	74	67	65	68	1	2	1	2	1	2	-	-	66	53	
أوكرانيا	منخفض	50	لا	نعم	-	-	لا	-	-	61	64	61	63	64	61	47	48	45	8	10	8	10	8	10	-	-	65	61	
الإمارات العربية المتحدة	-	60	لا	نعم	70	66	لا	66	70	90	95	90	93	95	90	52	53	51	1	2	1	2	1	2	-	-	93	76	
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	منخفض جداً	90	نعم	نعم	77	78	نعم	78	77	65	69	65	68	69	65	58	59	55	4	4	4	4	4	4	-	-	96	96	
جمهورية تيرانيا المتحدة	عالي	80	لا	نعم	-	-	لا	-	-	90	83	90	87	83	90	80	72	85	1	3	1	3	1	2	-	-	52	42	
الولايات المتحدة الأمريكية	منخفض جداً	-	لا	نعم	89	90	لا	90	89	63	70	63	69	70	63	57	58	53	4	4	4	4	4	4	-	-	-	-	
أوروغواي	منخفض	90	نعم	نعم	27	34	نعم	34	27	77	73	77	73	77	77	56	56	50	2	8	2	8	2	8	-	-	68	61	
أوزبكستان	-	-	لا	نعم	97	95	لا	95	97	74	76	74	76	74	74	49	50	48	4	7	4	7	4	7	-	-	38	36	
فانواتو	-	-	لا	لا	-	-	لا	-	-	83	71	83	79	71	83	61	54	64	1	2	1	2	1	2	-	-	-	-	
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	-	-	نعم	نعم	59	65	نعم	65	59	75	75	75	75	75	75	42	42	42	7	7	7	7	7	7	-	-	77	70	
فيت نام	منخفض	80	نعم	نعم	-	-	نعم	-	-	86																			

الجدول 17 - التمكين الاقتصادي للنساء

البلدان والمناطق	مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية (SIGI) 2019	الأطر القانونية المتعلقة بالمساواة بين الجنسين في التوظيف 2019	استحقاقات إجازة الأمومة 2021	استحقاقات إجازة الأبوة 2021	التحصيل العلمي 2019-2014*		معدل المشاركة في سوق العمل 2020-2010*						معدل البطالة 2020-2010*						ملكية الهواتف المحمولة 2020-2014*		
					التعليم الثانوي الأعلى		الإناث			الذكور			الإناث			الذكور			الإناث	الذكور	
					الإناث	الذكور	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية	المجموع	الريفية	الحضرية
شرق آسيا والمحيط الهادئ	-	-	-	-	-	48	41	83	72	64	55	59	3	3	4	3	4	3	88	75	70
أوروبا وآسيا الوسطى	-	90	-	-	-	72	67	65	67	47	52	50	6	7	7	7	7	89	83	79	
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	-	-	-	-	-	70	66	66	71	45	50	48	7	8	7	8	8	93	68	62	
أوروبا الغربية	-	96	-	-	-	73	69	65	65	50	53	52	5	7	6	7	7	88	95	93	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	-	80	-	-	-	45	47	80	76	45	54	53	4	8	7	7	10	79	58	52	
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	-	-	-	-	-	57	58	75	72	17	21	19	9	7	8	9	22	84	56	41	
أمريكا الشمالية	-	-	-	-	-	89	90	64	70	53	58	57	4	4	4	4	4	-	100	100	
جنوب آسيا	-	36	-	-	-	36	27	78	76	25	20	25	5	6	5	5	10	-	74	63	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	-	52	-	-	-	31	22	76	68	66	55	61	4	11	6	13	7	44	46	34	
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	-	62	-	-	-	38	33	81	73	71	59	67	4	12	7	17	9	49	49	40	
غرب ووسط أفريقيا	-	38	-	-	-	25	10	71	64	58	51	55	4	10	6	9	5	41	43	28	
أقل البلدان نمواً	-	44	-	-	-	29	18	81	72	61	48	57	3	7	4	11	6	41	41	28	
العالم	-	58	-	-	-	58	55	78	72	47	47	47	4	7	5	8	6	75	69	61	

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُتصحح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

المصادر الرئيسية للمعلومات	تعريفات المؤشرات
معدل البطالة - منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.	مؤشر المؤسسات الاجتماعية والجنسانية (SIGI): مستوى التمييز بين الجنسين في المؤسسات الاجتماعية معرقاً على أنه التمييز في الأسرة، وتقييد قوامية الإنسان على جسده، وتقييد الوصول إلى الموارد الإيجابية والمالية، وتقييد الحريات.
ملكية الهواتف المحمولة - الاتحاد الدولي للاتصالات. آخر تحديث: أيار/مايو 2021.	الأطر القانونية التي تعزز وتفرض وترصد المساواة بين الجنسين في التوظيف والاستحقاقات الاقتصادية: قياسات كنسبة مئوية من الإنجاز، من 0 إلى 100 حيث تمثل 100 أفضل الممارسات والجهود الحكومية لإقامة أطر قانونية تعزز وتفرض وترصد المساواة بين الجنسين في التوظيف والاستحقاقات الاقتصادية.
الشمول المالي - البنك الدولي. آخر تحديث: أيار/مايو 2021.	استحقاقات إجازة الأمومة: ما إذا كان القانون ينص على إجازة أمومة مأجورة لمدة 14 أسبوعاً أو أكثر وفق معايير منظمة العمل الدولية.
تشير البيانات الفطرية المتعلقة بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة المدرجة في هذا الجدول (الأطر القانونية المتعلقة بالمساواة بين الجنسين في التوظيف، وملكية الهواتف المحمولة، والشمول المالي) إلى أحدث سنة متاحة كما ورد في قاعدة البيانات العالمية لأهداف التنمية المستدامة نسخة 2021.	استحقاقات إجازة الأبوة: ما إذا كان القانون ينص على إجازة أبوة مأجورة (مهما كانت مدتها).
معدل البطالة - منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.	التحصيل العلمي: النسبة المئوية للسكان بعمر 25 عاماً فما فوق الذين أتموا التعليم الثانوي العالي على الأقل (التصنيف الدولي الموحد للتعليم ISCED3).
معدل المشاركة في سوق العمل - منظمة العمل الدولية. آخر تحديث: حزيران/يونيو 2021.	ملاحظات
	- البيانات غير متوفرة.
	k باستثناء الهند.
	h باستثناء الصين.
	R تشير البيانات إلى أحدث سنة تتوفر عنها بيانات أثناء الفترة المحددة في عنوان العمود.

الجدول 18 - الهجرة

حالات التشرّد الداخلي الجديدة 2020				المشردون داخليا 2020				اللاجئون بحسب البلدان الأصلية 2020		اللاجئون بحسب البلدان المضيفة 2020				أعداد المهاجرين الدوليين 2020			البلدان والمناطق
الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن التزاغات والعنف (%)	دون 18	المجموع ¹	الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن التزاغات والعنف (%)	دون 18	المجموع ¹	دون 18	المجموع	دون 18	المجموع	المجموع من كحصة التعداد السكاني الوطني (%)	دون سن 18 (بالآلاف)	المجموع (بالآلاف)			
10	90	219,777	450,000	24	76	2,277,869	4,664,000	1,118,572	2,594,775	136	2	40,491	72,278	0	54	144	أفغانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,536	0	0	58	115	2	24	49	ألبانيا
100	0	3,363	9,600	100	0	8	23	-	4,698	24	2	-	97,671	1	34	250	الجزائر
-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	59	3	46	أندورا
100	0	7,954	15,000	100	0	419	790	-	8,264	9	1	-	25,806	2	128	656	أنغولا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	0	-	0	38	1	6	أنغويلا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	118	0	0	-	0	30	2	29	أنتيغوا وبربودا
100	0	1,075	3,700	100	0	5	16	-	139	0	0	309	4,045	5	346	2,282	الأرجنتين
0	100	195	800	77	23	853	3,500	-	10,518	23	36	38,708	107,930	6	13	190	أرمينيا
100	0	11,687	51,000	100	0	1,169	5,100	-	35	1	2	-	57,451	30	633	7,686	أستراليا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	3	16	-	141,866	19	139	1,738	النمسا
0	100	22,867	84,000	0	100	200,087	735,000	36,281	101,531	0	0	506	1,582	2	28	252	أذربيجان
-	-	0	0	100	0	66	250	-	544	0	0	0	25	16	7	64	جزر البهاما
-	-	-	-	-	-	-	-	-	554	0	0	59	256	55	59	936	البحرين
100	0	1,428,402	4,443,230	45	55	248,181	772,000	-	18,993	447	5	448,685	866,534	1	589	2,115	بنغلاديش
-	-	-	-	-	-	-	-	-	245	0	0	-	0	12	3	35	بربادوس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,199	0	0	-	2,915	11	46	1,067	بيلاروس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	1	6	-	65,033	17	196	2,005	بلجيكا
100	0	2,198	6,300	-	-	0	0	-	78	0	0	-	29	16	5	62	بليز
100	0	3,389	7,000	42	58	2,905	6,000	-	666	1	0	397	1,401	3	88	394	بنن
100	0	36	120	-	-	0	0	2,056	6,808	-	-	-	-	7	4	54	بوتان
100	0	4,662	13,000	100	0	4,662	13,000	-	580	0	0	-	1,156	1	62	164	بوليفيا (دولة - المتعددة القوميّات)
100	0	158	910	0	100	17,195	99,000	-	15,621	1	2	-	5,257	1	5	36	البوسنة والهرسك
100	0	305	780	100	0	305	780	-	206	0	0	251	637	5	16	110	بوتسوانا
100	0	89,603	358,000	100	0	5,006	20,000	-	1,588	6	0	-	59,147	1	244	1,080	البرازيل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	3	22	جزر فرجن البريطانية
-	-	-	-	-	-	-	-	10	20	0	0	0	0	26	8	112	بروني دار السلام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	525	2	3	-	21,168	3	66	184	بلغاريا
4	96	273,376	535,000	2	98	559,526	1,095,000	8,298	15,768	26	1	11,504	20,252	3	139	724	بوركينافاسو
99	1	26,461	51,310	78	22	50,539	98,000	197,214	373,036	270	6	42,330	75,476	3	102	345	بوروندي
100	0	249	750	-	-	0	0	-	25	0	0	-	0	3	1	16	كابو فيردي
100	0	23,830	66,000	100	0	94	260	-	11,901	0	0	-	0	0	7	79	كمبوديا
49	51	116,156	239,000	3	97	502,046	1,033,000	39,154	78,560	291	16	244,264	436,406	2	207	579	الكاميرون
100	0	4,907	26,000	100	0	3	18	-	85	2	3	-	109,264	21	633	8,049	كندا
5	95	169,643	333,000	1	99	349,576	686,200	361,928	642,442	17	2	5,102	9,083	2	21	89	جمهورية أفريقيا الوسطى
47	53	80,060	150,000	0	100	182,900	342,680	5,116	10,488	684	29	267,127	478,664	3	144	547	تشاد
100	0	781	3,400	100	0	48	210	-	694	0	0	-	2,078	9	201	1,645	شيلي
100	0	1,069,386	5,074,000	100	0	33,300	158,000	-	175,585	29	0	-	303,410	0	210	1,040	الصين
38	62	45,734	170,000	0	100	1,329,769	4,943,000	72,894	189,889	0	0	320	997	4	692	1,905	كولومبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	793	0	0	0	5	1	2	12	جزر القمر
-	-	0	0	44	56	114,750	241,000	-	12,635	16	5	13,542	27,107	7	88	388	الكونغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	1	5	جزر كوك
100	0	1,046	4,200	100	0	132	530	-	233	1	2	-	9,648	10	78	521	كوستاريكا
100	0	7,294	42,000	100	0	903	5,200	-	23,456	0	0	326	966	13	7	528	كرواتيا
100	0	122,297	639,000	100	0	1	3	-	8,980	-	0	31	232	0	<1	3	كوبا
-	-	0	0	0	100	45,696	228,000	-	15	1	12	-	14,037	16	20	190	قبرص
100	0	8	43	-	-	0	0	0	1,127	0	0	-	1,959	5	29	541	تشيكيا
11	89	8,138	16,900	0	100	148,340	308,070	15,531	37,601	1	0	791	2,111	10	276	2,565	كوت ديفوار
100	0	1,274	5,300	100	0	1,274	5,300	-	694	-	-	-	-	0	5	50	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
11	89	1,301,968	2,488,000	1	99	2,790,230	5,332,000	452,523	840,450	925	5	296,743	490,243	1	166	953	جمهورية كوريا الكونغو الديمقراطية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1	6	-	36,718	12	69	718	الدانمرك
100	0	4	11	100	0	4	11	-	2,444	6	21	8,472	21,208	12	22	120	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	0	0	-	0	12	2	8	دومينيكا
100	0	10,105	31,000	100	0	1,206	3,700	-	590	0	0	19	172	6	77	604	الجمهورية الدومينيكية
100	0	390	1,200	100	0	159	490	-	1,699	17	6	12,374	104,652	4	305	785	إكوادور
89	11	3,668	9,400	72	28	4,526	11,600	-	26,604	101	3	107,949	272,856	1	91	544	مصر
13	87	41,607	131,000	100	0	20	62	-	45,640	0	0	5	63	1	6	43	السلفادور
-	-	-	-	-	-	-	-	-	170	-	-	-	-	16	4	231	غينيا الاستوائية
-	-	-	-	-	-	-	-	185,450	521,949	-	0	123	201	0	3	14	إريتريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	277	0	0	-	297	15	8	199	إستونيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	198	0	1	332	970	3	7	33	إسواتيني
28	72	1,096,967	2,356,000	24	76	1,253,876	2,693,000	42,884	151,335	942	7	481,841	800,464	1	465	1,086	إثيوبيا
100	0	12,610	37,000	100	0	4,771	14,000	-	516	0	0	6	14	2	3	14	فيجي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	4	-	23,483	7	45	386	فنلندا
100	0	2,119	10,000	100	0	49	230	-	49	10	7	-	436,100	13	694	8,525	فرنسا
100	0	1	2	100	0	1	2	-	459	0	0	114	482	19	103	417	غانون
100	0	8,575	17,000	100	0	807	1,600	-	10,601	6	2	1,844	4,383	9	47	216	غامبيا
100	0	38	160	0	100	71,717	304,010	-	7,358	0	0	485	1,800	2	15	79	جورجيا

حالات التفرقة الداخلي الجديدة 2020				المشردون داخليا 2020				اللاجئون بحسب البلدان الأصلية 2020		اللاجئون بحسب البلدان المضيفة 2020				أعداد المهاجرين الدوليين 2020			البلدان والمناطق
الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن الزاعات والعنف (%)	دون 18	المجموع	الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن الزاعات والعنف (%)	دون 18	المجموع	دون 18	المجموع	لكل دولار من نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي	لكل 1,000 من السكان	دون 18	المجموع	المجموع من حصص التعداد السكاني الوطني (%)	دون سن 18 (بالآلاف)	المجموع (بالآلاف)	
100	0	0	2	-	-	0	0	-	76	25	14	389,185	1,210,636	19	1,149	15,762	ألمانيا
100	0	863	2,000	100	0	237	550	7,451	13,877	6	0	4,219	12,411	2	95	476	غانا
100	0	2,159	13,000	100	0	797	4,800	-	95	5	10	-	103,136	13	96	1,340	اليونان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	0	0	0	5	6	<1	7	غرينادا
100	0	134,216	339,000	0	100	95,812	242,000	-	24,559	0	0	-	462	0	13	84	غواتيمالا
100	0	1,198	2,400	100	0	1,298	2,600	-	26,836	6	0	2,380	6,034	1	31	121	غينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,643	2	1	856	1,861	1	6	18	غينيا - بيساو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	277	0	0	-	33	4	4	31	غيانا
62	38	8,017	20,900	81	19	16,073	41,900	-	25,659	0	0	0	5	0	5	19	هايتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	100	<1	<1	الكرسي الرسولي
100	0	342,828	937,000	0	100	90,372	247,000	-	34,473	0	0	-	85	0	13	39	هندوراس
100	0	2	14	-	-	0	0	-	4,617	0	1	-	5,898	6	74	585	هنغاريا
100	0	136	590	-	-	0	0	10	10	0	4	-	1,510	19	8	65	آيسلندا
100	0	1,213,894	3,859,900	66	34	440,913	1,402,000	-	12,428	92	0	-	195,403	0	307	4,879	الهند
99	1	218,916	709,600	80	20	62,010	201,000	-	13,039	3	0	2,455	10,134	0	48	356	إندونيسيا
100	0	14,985	52,000	100	0	23	79	-	134,767	-	10	-	800,025	3	1,171	2,797	إيران (جمهورية - الإسلامية)
2	98	29,862	68,200	0	100	535,935	1,224,000	110,346	333,418	47	7	113,786	270,392	1	104	366	العراق
100	0	13	51	-	-	0	0	-	5	0	2	1,856	9,070	18	153	871	آيرلندا
77	23	4,223	13,000	100	0	23	70	-	398	0	0	-	1,898	23	83	1,954	إسرائيل
100	0	315	2,000	100	0	3	22	-	72	4	2	-	128,033	11	412	6,387	إيطاليا
100	0	1	2	-	-	0	0	-	2,518	0	0	-	32	1	7	24	جامايكا
100	0	28,006	186,000	100	0	9,185	61,000	31	40	0	0	-	1,137	2	271	2,771	اليابان
100	0	54	140	-	-	0	0	-	2,494	159	69	339,438	702,506	34	1,580	3,458	الأردن
100	0	10,575	32,000	100	0	595	1,800	-	2,776	0	0	158	445	20	361	3,732	كازاخستان
99	1	153,116	338,900	52	48	178,011	394,000	3,683	7,452	259	8	248,871	452,941	2	297	1,050	كينيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	3	<1	3	كيريباس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,442	-	0	226	737	73	591	3,110	الكويت
0	100	93	250	0	100	287	770	-	2,896	0	0	117	334	3	11	199	قيرغيزستان
100	0	4,520	12,000	100	0	753	2,000	-	6,681	-	-	-	-	1	6	49	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	153	0	0	-	667	13	10	239	لاتفيا
-	-	0	0	0	100	2,080	7,000	-	5,495	118	128	483,498	870,418	25	515	1,713	لبنان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	0	0	76	281	1	2	12	ليسوتو
100	0	1,737	3,700	100	0	563	1,200	1,704	5,237	14	2	3,891	8,233	2	14	88	ليبيريا
0	100	12,714	39,000	0	100	90,632	278,000	-	17,595	1	1	1,329	4,184	12	161	827	ليبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	4	-	154	68	4	26	ليختنشتاين
-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	0	1	-	1,915	5	17	145	ليتوانيا
100	0	0	2	-	-	0	0	0	5	0	8	-	5,213	48	27	298	لكسمبرغ
100	0	10,713	23,000	6	94	745	1,600	-	283	0	0	38	127	0	6	36	مدغشقر
100	0	14,455	29,000	-	-	0	0	-	524	39	1	7,864	14,897	1	42	191	ملاوي
100	0	6,754	24,000	100	0	2	8	-	1,078	12	4	36,926	129,942	11	426	3,477	ماليزيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	-	-	-	-	13	4	70	مليديف
3	97	153,217	284,400	2	98	179,237	332,700	96,959	164,601	54	2	28,512	47,385	2	87	486	مالي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0	21	-	9,208	26	8	115	مالطة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	6	<1	3	جزر مارشال
100	0	733	1,600	100	0	733	1,600	20,171	37,941	56	20	53,561	93,637	4	73	182	موريتانيا
100	0	23	110	-	-	0	0	-	191	0	0	5	20	2	2	29	موريشيوس
91	9	34,156	110,700	22	78	140,697	456,000	-	15,408	5	0	-	45,469	1	684	1,198	المكسيك
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	<1	3	ميكرونيزيا (ولايات - المتحدة)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	1	-	22	68	2	27	موناكو
100	0	1,483	4,200	100	0	1,236	3,500	-	2,290	0	0	0	10	1	4	21	منغوليا
-	-	-	-	-	-	-	-	105	545	0	0	64	176	11	4	71	الجيل الأسود
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	<1	1	مونتسيرات
100	0	107	340	100	0	107	340	-	4,489	3	0	2,658	8,161	0	20	102	المغرب
4	96	314,324	617,000	12	88	391,759	769,000	-	91	10	0	1,804	4,757	1	81	339	موزامبيق
42	58	37,026	120,000	1	99	157,239	509,600	529,641	1,103,298	0	0	-	0	0	13	76	ميانمار
100	0	85	200	-	-	0	0	-	467	1	1	1,693	3,588	4	12	109	ناميبيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0	100	260	1,084	20	<1	2	ناورو
100	0	16,701	48,000	100	0	9,742	28,000	-	7,497	18	1	-	19,565	2	34	488	نيبال
100	0	765	4,000	-	-	0	0	37	61	1	5	-	78,911	14	190	2,358	هولندا
100	0	1,134	4,900	100	0	86	370	-	35	0	0	-	1,808	29	157	1,382	نيوزيلندا
100	0	80,737	232,000	100	0	3,167	9,100	-	8,711	0	0	27	326	1	9	42	نيكاراغوا
67	33	232,554	412,000	51	49	295,772	524,000	12,758	18,874	389	10	137,864	233,308	1	102	348	النيجر
62	38	224,062	448,000	5	95	1,436,900	2,873,000	208,535	352,948	33	0	33,300	66,081	1	363	1,309	نيجيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	36	<1	<1	نيوي
-	-	0	0	0	100	28	140	457	1,596	0	0	104	314	6	19	131	مقدونيا الشمالية
100	0	207	1,000	100	0	17	84	-	5	1	9	-	49,713	16	97	852	النرويج
100	0	30	120	-	-	0	0	-	52	0	0	98	308	46	279	2,373	عُمان
100	0	337,830	829,390	89	11	370,664	910,000	67,189	133,146	1,021	7	636,297	1,438,955	1	192	3,277	باكستان

الجدول 18 - الهجرة

حالات التفرد الداخلي الجديدة 2020				المشردون داخليا 2020				اللاجئون بحسب البلدان الأصلية 2020		اللاجئون بحسب البلدان المضيفة 2020				أعداد المهاجرين الدوليين 2020			البلدان والمناطق
الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن الزاعات والعنف (%)	دون 18	المجموع ¹	الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن الزاعات والعنف (%)	دون 18	المجموع ¹	دون 18	المجموع	دون 18	المجموع	المجموع من كحصة من التعداد السكاني الوطني (%)	دون سن 18 (بالآلاف)	المجموع (بالآلاف)			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	28	<1	5	يالاو	
100	0	1,160	3,700	-	-	0	0	-	85	0	1	-	2,627	7	75	بنما	
100	0	1,610	3,900	16	84	6,894	16,700	-	515	4	1	-	10,801	0	10	بابوا غينيا الجديدة	
100	0	2	5	100	0	2	5	-	119	0	0	365	1,701	2	27	باراغواي	
100	0	2,333	8,000	10	90	19,483	66,800	-	2,854	1	0	-	4,332	4	405	بيرو	
98	2	1,616,988	4,550,000	49	51	105,904	298,000	-	493	0	0	145	744	0	61	الفلبين	
100	0	76	420	100	0	4	22	17	925	0	0	-	2,811	2	177	بولندا	
100	0	4	28	-	-	0	0	-	32	0	0	-	2,445	10	64	البرتغال	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	0	0	62	201	77	324	قطر	
100	0	2,878	19,000	100	0	45	300	-	156	0	0	-	3,498	3	216	جمهورية كوريا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,221	0	0	46	435	3	14	جمهورية مولدوفا	
100	0	54	290	-	-	0	0	-	1,358	0	0	934	3,631	4	302	رومانيا	
100	0	54	250	11	89	264	1,230	-	52,717	2	0	-	20,325	8	620	الاتحاد الروسي	
100	0	2,749	6,000	100	0	2,107	4,600	-	245,806	168	11	69,313	139,501	4	161	رواندا	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	0	0	-	0	15	2	8	سانت كيتس ونيفس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	731	0	0	-	0	5	2	8	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	742	0	0	-	0	4	1	5	سانت فنسنت وجزر غرينادين
100	0	24	55	-	-	0	0	-	0	0	0	-	0	2	2	4	ساموا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	16	<1	6	سان مارينو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	28	-	-	-	1	<1	2	سان تومي وبرينسيبي
100	0	174	610	-	-	0	0	-	2,030	0	0	106	340	39	2,329	13,455	المملكة العربية السعودية
100	0	1,617	3,300	19	81	5,096	10,400	-	14,004	10	1	6,647	14,366	2	76	275	السنگال
100	0	165	880	-	-	0	0	-	29,995	4	3	-	26,120	9	19	823	صربيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	13	1	13	سيشيل
-	-	0	0	0	100	2,582	5,500	-	5,759	1	0	96	342	1	10	54	سيراليون
-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	0	0	0	5	43	186	2,524	سنغافورة
100	0	11	60	-	-	0	0	-	1,368	0	0	-	1,036	4	31	197	سلوفاكيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	0	0	-	858	13	18	278	سلوفينيا
100	0	148	320	100	0	143	310	-	37	-	-	-	0	<1	3	جزر سليمان	
78	22	706,740	1,330,000	0	100	1,577,146	2,968,000	372,480	814,551	-	1	5,335	11,235	0	20	59	الصومال
7	93	1,813	5,370	0	100	1,693	5,014	-	494	13	1	13,419	76,754	5	275	2,860	جنوب أفريقيا
62	38	341,401	714,000	7	93	737,312	1,542,000	1,313,105	2,189,141	-	28	193,644	314,453	8	272	882	جنوب السودان
100	0	1,347	7,800	-	-	0	0	39	52	3	2	-	103,679	15	547	6,842	إسبانيا
100	0	5,375	19,000	5	95	8,035	28,400	-	142,718	0	0	346	1,013	0	13	40	سري لانكا
10	90	492	1,110	0	100	58,101	131,010	-	100,317	-	-	-	-	5	31	273	دولة فلسطين
85	15	247,017	533,000	17	83	1,265,209	2,730,000	452,081	787,755	1,763	24	508,829	1,040,308	3	600	1,379	السودان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	0	0	-	24	8	12	48	سورينام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	4	25	-	248,425	20	232	2,004	السويد
100	0	2	13	-	-	0	0	-	5	1	13	-	115,868	29	170	2,491	سويسرا
1	99	666,948	1,847,000	0	100	2,371,692	6,568,000	3,081,102	6,689,579	-	1	6,105	15,329	5	151	869	الجمهورية العربية السورية
100	0	638	1,500	-	-	0	0	988	2,224	5	1	-	5,588	3	17	276	طاجيكستان
100	0	2,613	13,000	1	99	8,304	41,320	-	184	13	1	37,082	96,214	5	500	3,632	تايلاند
100	0	481	1,100	100	0	481	1,100	-	11	0	0	-	0	1	2	8	تيمور - ليشتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,136	7,725	16	1	5,653	3	100	280	توغو
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	<1	1	توكيلاو
100	0	1,111	2,700	100	0	38	93	-	36	0	0	-	0	4	1	4	تونغا
100	0	8	33	100	0	1	6	-	297	0	2	-	3,224	6	19	79	ترينيداد وتوباغو
100	0	2,826	10,000	-	-	0	0	-	1,653	1	0	928	2,620	1	11	60	تونس
100	0	11,714	41,000	4	96	326,557	1,143,000	20,155	93,735	377	43	1,666,861	3,652,362	7	1,258	6,053	تركيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	515	-	0	0	20	3	14	195	تركمانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	0	0	8	67	2	26	جزر ترنكس وكايكوس
100	0	159	400	-	-	0	0	-	0	-	-	-	-	2	<1	<1	توفالو
100	0	21,216	40,079	97	3	17,998	34,000	-	7,390	1,822	31	839,974	1,421,133	4	928	1,720	أوغندا
96	4	390	2,074	0	100	137,943	734,240	-	35,180	1	0	-	2,274	11	280	4,997	أوكرانيا
100	0	105	610	-	-	0	0	-	191	0	0	425	1,330	88	1,351	8,716	الإمارات العربية المتحدة
100	0	1,025	4,900	100	0	42	200	-	67	3	2	-	132,349	14	920	9,360	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
100	0	28,591	57,000	100	0	19,060	38,000	-	714	217	4	127,769	234,655	1	91	426	جمهورية ترازانيا المتحدة
100	0	379,543	1,714,000	100	0	27,901	126,000	-	368	5	1	-	340,881	15	3,325	50,633	الولايات المتحدة الأمريكية
100	0	90	370	-	-	0	0	-	20	0	0	170	719	3	29	108	أوروغواي
100	0	23,361	70,000	-	-	0	0	-	3,133	0	0	0	18	3	92	1,162	أوزبكستان
100	0	35,546	80,000	100	0	28,437	64,000	-	0	0	0	-	0	1	<1	3	فانواتو
100	0	776	2,400	100	0	743	2,300	-	171,127	-	2	40,558	68,119	5	160	1,324	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
100	0	345,038	1,267,000	100	0	44,117	162,000	-	316,722	0	0	0	5	0	11	77	فيتنام
61	39	165,359	366,000	6	94	1,743,043	3,858,000	10,252	33,369	-	6	29,387	166,936	1	117	387	اليمن
100	0	3,056	6,000	100	0	509	1,000	-	269	4	31,687	66,075	1	34	188	زامبيا	
100	0	184	380	100	0	10,181	21,000	1,283	8,614	7	1	4,587	9,266	3	53	416	زيمبابوي

الجدول 18 - الهجرة

البلدان والمناطق ملخص	أعداد المهاجرين الدوليين 2020			اللاجئون بحسب البلدان المضيفة 2020				اللاجئون بحسب البلدان الأصلية 2020				المشردون داخليا 2020				حالات التشرد الداخلي الجديدة 2020			
	المجموع (بالآلاف)	دون سن 18 (بالآلاف)	كحصة من التعداد السكاني (%) الوطني	المجموع	دون 18	لكل 1,000 سكان	لكل دولار من نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي	المجموع	دون 18	المجموع ^أ	دون 18	الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن العنف (%)	المجموع ^أ	دون 18	الحصة الناشئة عن الكوارث (%)	الحصة الناشئة عن العنف (%)		
شرق آسيا والمحيط الهادئ	28,972	2,984	1	616,527	198,989	0	53	1,646,024	790,288	1,544,112	465,522	49	51	12,238,523	3,424,439	2	98		
أوروبا وآسيا الوسطى	99,035	8,835	11	6,784,825	2,854,626	7	269	415,850	119,729	3,277,248	808,477	98	2	320,037	85,786	27	73		
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	32,472	3,215	8	3,853,775	1,746,270	9	464	406,635	118,112	3,043,890	761,869	98	2	276,114	77,595	31	69		
أوروبا الغربية	66,563	5,620	13	2,931,050	939,701	6	74	9,215	527	233,358	46,608	98	2	43,923	8,191	0	100		
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	14,795	3,603	2	309,546	92,622	0	28	538,867	206,859	6,054,572	1,709,021	96	4	3,026,050	926,016	8	92		
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	44,421	9,004	10	3,216,168	1,507,800	7	250	7,476,108	3,392,064	12,078,122	4,806,170	98	2	2,417,130	904,912	86	14		
أمريكا الشمالية	58,709	3,961	16	450,145	-	1	7	453	-	126,018	27,904	0	100	1,740,050	384,458	0	100		
جنوب آسيا	11,066	1,197	1	2,593,748	1,227,558	1	1,302	2,916,448	1,266,746	7,804,400	3,355,404	59	41	9,649,640	3,222,016	4	96		
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	23,601	5,919	2	6,679,356	3,721,041	6	4,054	7,421,336	3,983,465	24,116,897	12,089,180	90	10	11,071,892	5,556,887	61	39		
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	12,843	3,676	2	4,714,758	2,602,502	8	2,631	5,121,998	2,710,067	11,319,795	5,515,679	85	15	6,127,840	2,979,353	48	52		
غرب ووسط أفريقيا	10,757	2,242	2	1,964,598	1,118,407	4	1,342	2,299,338	1,272,560	12,797,102	6,573,501	95	5	4,944,052	2,577,535	78	22		
أقل البلدان نمواً	16,185	4,899	2	6,715,900	3,684,732	6	5,673	10,716,448	5,384,753	29,162,651	14,169,966	88	12	15,622,870	6,989,716	45	55		
العالم	280,598	35,503	4	20,650,315	10,041,692	3	1,657	20,415,086	9,837,823	55,001,369	23,261,679	87	13	40,463,322	14,504,514	24	76		

للحصول على قائمة كاملة بالبلدان والمناطق في الأقاليم والمناطق الفرعية وفئات البلدان، يرجى الاطلاع على الصفحة 182 أو زيارة data.unicef.org/regionalclassifications. لا يُنصح بمقارنة البيانات المستقاة من الإصدارات المتتالية لتقرير حالة أطفال العالم.

تعريفات المؤشرات

أعداد المهاجرين الدوليين: عدد الناس الذين ولدوا في بلد غير البلد الذي يعيشون فيه، بمن فيهم اللاجئون.
اللاجئون: الأشخاص الذين أُجبروا على الفرار من أوطانهم للنجاة من القمع أو من تهديدات خطيرة على حياتهم، أو سلامتهم البدنية، أو حريتهم. تشير الأرقام في هذا الجدول إلى اللاجئين الخاضعين لولاية مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين فقط. وثمة لاجئون فلسطينيون (إضافيون مسجلون لدى وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى موجودون في دولة فلسطين، ولبنان، وسوريا، والأردن، ولكنهم غير مدرجين هنا.

المصادر الرئيسية للمعلومات

أعداد المهاجرين الدوليين - الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (2020). أعداد المهاجرين الدوليين 2020.
اللاجئون: مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين، الاتجاهات العالمية- الزواج الفسري في عام 2020، مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2021.
التشرد الداخلي - مركز رصد التشرد الداخلي، قاعدة البيانات العالمية المعنية بالتشرد الداخلي، مركز رصد الزواج الداخلي، 2021.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
T المجاميع هي مجموع الأرقام المقربة المتعلقة بالنزاعات والعنف والكوارث، على التوالي، كما نشرها مركز رصد الزواج الداخلي.
تستند القيم الإقليمية والعالمية إلى بيانات بلدان ومناطق أكثر من المذكورة هنا. لذا، لن يتطابق مجموع قيم البلدان مع مجموع القيم الإقليمية أو المجموع العالمي.
لم يتم احتساب اللاجئين الذين أصولهم "أخرى" أو "غير معروفة" أو "متنوعة" أو هم من "عديبي الجنسية" في المجاميع، وبالتالي فالمجاميع العالمية أصغر من المجاميع المماثلة للاجئين لكل بلد مضيف.

لقد أثارت جائحة كوفيد-١٩ مخاوف كبيرة بشأن الصحة العقلية لجيل كامل من الأطفال والشباب. ولكن الجائحة قد لا تمثل سوى رأس جبل جليدي للصحة العقلية وهو جبل جليدي قد تجاهلناه لفترة طويلة جداً. ولأول مرة، يبحث تقرير حالة أطفال العالم في الصحة العقلية للأطفال والمراهقين. وعلى خلفية الوعي المتزايد بقضايا الصحة العقلية، والطلب المتزايد على العمل بشأنها، يجادل التقرير بأن لدينا الآن فرصة فريدة لتعزيز الصحة العقلية الجيدة لكل طفل، وحماية الأطفال الضعفاء، ورعاية الأطفال الذين يواجهون أكبر التحديات. وسيطلب تحقيق ذلك الاستثمار العاجل في الصحة العقلية للأطفال والمراهقين، في مختلف القطاعات — وليس فقط في مجال الصحة — لدعم التدخلات التي ثبتت فاعليتها. ولا بد أيضاً من دعوة المجتمعات إلى كسر حاجز الصمت المحيط بالصحة العقلية، من خلال التصدي للوصم، وتعزيز التفاهم، وأخذ خبرات الأطفال والشباب على محمل الجد.

 **يونسف**
لكل طفل

ردمك: 978-92-806-5295-6



الحقوق محفوظة © لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)

كانون الثاني / يناير ٢٠٢٢