

الوقاية
التي
تحمي

التقريرُ العالميُّ
حولَ
العنفِ والصحةِ

مُلخَصٌ

مَنْظَرُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ



المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

التقريرُ العالميُّ
حولَ العُنْفِ والصِّحَّةِ
مُلخَصٌ

منظمة الصحة العالمية



المكتب الاقليمي لشرق المتوسط

٢٠٠٨

المعطيات المفهرسة لمطبوعات مكتبة منظمة الصحة العالمية

التقرير العالمي حول العنف والصحة / حرره إيتين ج. كروغ ورفاقه

1.العنف 2.العنف المنزلي 3.الانتحار 4.جرائم الجنس 5.الحرب

6.الصحة العمومية 7.عوامل الخطر 8.الصحة العالمية

ISBN 92 9021 302 7

(NLM classification : HV 6625)

ترحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئياً أو كلياً. وتوجه الطلبات والاستفسارات في هذا الصدد إلى مكتب المطبوعات بمنظمة الصحة العالمية، إقليم شرق المتوسط، القاهرة، الذي يسره أن يقدم أحدث المعلومات عن أي تغييرات تطرأ على النصوص، وعن الخطط الخاصة بالطبعات الجديدة، وعن الترجمات والطبعات المكررة المتوافرة.

© منظمة الصحة العالمية 2008

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكّل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

ولا تضمن منظمة الصحة العالمية كمال أو صحة المعلومات الواردة في هذه المنشورة، كما أنها غير مسؤولة عن أية أضرار قد تنشأ عن استخدام هذه المعلومات.

يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: DSA@emro.who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري إلى منسق إدارة المعرفيات وتبادلها، على العنوان المذكور أعلاه؛ عنوان البريد الإلكتروني: HIT@emro.who.int.

التصميم وطباعة النسخة العربية: شركة YAT للدعاية والإعلان

المحتويات

تصدير

المقدمة

العنف – تحذّر عالمي

1

3

أساليب الصحة العمومية لمواجهة العنف

4

تعريف العنف

5

تتميط (تحديد أنماط) العنف

6

قياس العنف

7

أثر العنف – فقدان الحياة واعلال الصحة

10

جذور العنف – النموذج البيئي (الإيكولوجي)

10

من التحليل إلى العمل

13

أشكال العنف والسياق الذي يكتنفه

13

العنف بين الأشخاص

13

الفتيان والعنف

15

العنف ضد القرناء الوثيقي الصلة بالضحية

16

انتهاك الأطفال وإهمال آبائهم ومقدمي الرعاية الآخرين لهم

17

انتهاك المسنين

19

العنف الجنسي

20

ديناميكيات العنف بين الأشخاص

21

العنف الموجه للذات

21

حجم المشكلة

22

ديناميكيات الانتحار

23

العنف الجماعي

23

حجم المشكلة

24

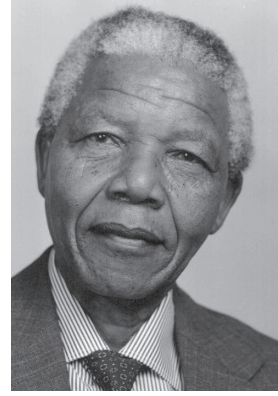
عواقب العنف الجماعي

25

ديناميكا الصراعات العنيفة

27	ما الذي يمكن عمله لاتقاء العنف ؟
27	الأساليب الفردية
28	أساليب العلاقات
29	الجهود المركزة على المجتمع
30	الأساليب الاجتماعية
31	بعض الثغرات الهامة
33	توصيات
37	خاتمة
39	المراجع

تصدير



سُيذَكَرُ القرنَ العَشرَونَ بأنَّهُ القرنَ الموسومُ بالعَنفِ، إنَّهُ يُحَمَلُنا موروثاً هائلاً منَ الدمارِ والخرابِ والتدميرِ الشاملِ الذي لم يُشاهدَ من قَبْلِ ولم يَكُن مِمكِنًا في تاريخِ البشرِ. ولم يَكُن هذا الموروثُ - الناجمُ عن تَسخِيرِ التكنولوجِيا الحَدِيثِةِ في خِدمةِ إيديولوجِياتِ الكَراهِيةِ - بالعَيبِ الوَحيدِ الذي نَحْمِلُهُ ولا الوَحيدِ الذي عَلِمنا مواجَهَتَهُ.

وهناكَ موروثُ آخرٍ أَقلَّ وضوحاً ولكنَّهُ الأَكثَرُ انتِشاراً، إنَّهُ موروثُ المَعاناةِ الفَردِيةِ التي تَزدادُ يوماً بَعْدَ يَومٍ. إنَّها ألامُ الأَطفالِ الذينَ يَنتَهَكونَ من قَبْلِ مَن يَجِبُ عَلَیهِمُ حَمايَهِمُ، والِيسُوةِ اللاتِبيِ يُوذِنُ ويَمتَهِنُ بعَنفِ قَرنائِهِنَّ أو أزواجِهِنَّ. والشِيوخُ الذينَ يَنتَهَكونَ أو يُعقَونَ من قَبْلِ أولادِهِمُ، والفَتِيانِ الذينَ يُستَقوى عَلَیهِمُ فِذلِهمُ فِتيانِ أمثالِهِمُ ويسومونِهِمُ سِوهُ الأَذَى والمُضايقةِ، والذينَ يوقَعونَ عَنفَهُمُ على أنفُسِهِمُ من جَمِيعِ الأَعمارِ. إنَّ هَذِهِ المَعاناةِ - وهناكَ المَزيدُ من الأمثِلةِ يَمكِنُني ضَربُها عَلَیها - موروثٌ يَجِدُّ نَهسَهُ، حيثُ تَتَعلَّمُ الأَجيالُ اللاحقةُ من عَنفِ الأَجيالِ السابِقةِ، وحيثُ تَتَعلَّمُ الضَحايَا من الجِناةِ، وحيثُ تَحْتَضِنُ الظُروفُ الاجتماعِيةِ العَنفَ وتَسمحُ باستِمرارِهِ. ولا تَوجدُ دولةٌ ولا مَدِينَةٌ

ولا جَماعَةٌ مَنبِعةٌ على العَنفِ أو بِنائِ عَنهُ. ولَكِنَّا جَمِيعاً لا نَعُدُّ الحِيلةَ لَمَنعِهِ وإيقافِهِ. يَنمو العَنفُ ويَتَعرَّعُ في غِيابِ الديموقَراطِيةِ وإِحترامِ حُقوقِ الإنسانِ وانعِدامِ الحُكوماتِ الجِيدةِ. وإنَّا كَثِيراً ما نناقِشُ كيفَ يَمكِنُ "لثقافةِ العَنفِ" وبيئَتُهُ أن تَنشِئَ جُذورَهُ وتَنمِیها. وهَذِهِ حَقیقةٌ صَریحةٌ - حيثُ عاشَ سَكانُ جَنُوبِ أفَریقِيا ضمنَ سِياسَةِ التَمييزِ العَنصرِیِ ومن خلالِ آثارِهِ الكارِثِيةِ - ولَقَدْ شاهَدتُ هَذِهِ الحَقیقةَ وعَشتُ تجَربَتَها. إنَّها حَقیقةٌ لأنَّ نماذجَ العَنفِ أَكثَرُ ترسِخاً وانتِشاراً في المَجمَعاتِ التي تَعطِی السُلطاتِ فیها للعَنفِ صَفةَ الشَریعَةِ من خلالِ مَمارِساتِها وأفعالِها الخاصَةِ. وفي كَثِیرٍ من المَجمَعاتِ یسودُ العَنفُ إلى درَجةٍ تَحبو الأَمالَ مَعها في تَحقیقِ التَنمِيةِ الاقتمصادِيةِ والاجتماعِيةِ. ولا یَمكِنُنا أن نَقفَ مَكتوفِی الأَیدیِ وندعُ ذَلكَ یستَمرُ.

إنَّ الكَثِیرینَ مَن یَعیشونَ مَع العَنفِ یَوماً بَعْدَ یَومٍ یفترضونَ بأنَّهُ یَمثِلُ جِزءاً مَهْماً لا یَجْزأُ منَ الحَالةِ الإنسانیةِ وظَروفِها، ولكنَ الأمرُ لیسَ كَذلكَ. فالعَنفُ یَمكِنُ أن یَمنعَ أو یَتَقى، كما یَمكِنُ تَغییرَ الثقافاتِ التي تَدعِمُ العَنفَ وبيئَتَهُ، ففي بَلَدِی وكَثِیرٍ من البَلدانِ في أنحاءِ العالَمِ أبرَزنا أمثِلةً كَثِیرَةً حولَ كَیفِيةِ إمکانِ السِيطرةِ على العَنفِ، كما یَمكِنُ للحُكوماتِ والمَجمَعاتِ والأَفرادِ أن یَحقِّقوا کَثِیرَ من الإنجازاتِ.

إنَّی أرحبُ بِهَذَا "التَقريرِ العالَمِیِ حولَ العَنفِ والصَحةِ" وهو الأَولُ من نَوعِهِ، وإنَّهُ لیساهمُ بِشَكلٍ بارِزٍ في فَهْمِنا للعَنفِ وأثرِهِ على المَجمَعاتِ، ویسلطُ الضُوءَ على وجوهَ مُختَلِفةٍ للعَنفِ ابتداءً منَ المَعاناةِ الخَفيَّةِ لأَفرادِ المَجمَعاتِ الأَكثَرِ عَرضَةً واستعداداً له وحتى الحَالاتِ التَراجِیدِيةِ (المَساوِيةِ) الصارِخةِ في المَجمَعاتِ وبشَكلِ صَراعاتِ متداخِلةٍ. إنَّهُ یأخُذُ بِأَیْدِنا في جَهودِنا لِتحليلِ العَواملِ المُؤدِيةِ للعَنفِ والكِیفِیاتِ المُحتمِلةِ لِتَصَدِیِ القِطاعاتِ المُختَلِفةِ من المَجمَعِ لهُ. ویذَكرُنا فَعَلَ ذَلكَ بأنَّ السَلامَةَ والأَمْنَ لا یَمكِنُهما أن یَحلُا من تلقاءِ نَفْسِیهِما، وأنَّهُما نَیْجةُ اتِّفاقِ جَماعِیِ واستِثمارِ عَمومِیِ.

یَصِفُ التَقريرُ النِصائِحَ والإرشاداتِ التي یَمكِنُ أن نَقومَ بِها عَملياً على المَستَویاتِ المَحَلِّيةِ والوَطَنِيةِ والدَولِيةِ. وبذَلكَ یَمكِنُ أن یَكونَ أداةً نَفیسةً في یَدِ أَصحابِ القَرارِ السِیاسِیِ وصانِعیهِ والباحِثِینَ والمَمارِسیِ والإعلامِیِینَ والمتَظوِعیِینَ المَعنیِینَ بِمُکافَحةِ العَنفِ. وفي حَینِ یقعُ العَنفُ، كما هو متعارَفٌ عَلَیهِ تَقْلِیدِياً ضمنَ اختِصاصِ جَماعَةِ القانُونِ المُتَخَصِّصِینَ بِالجَرمِیةِ، فإنَّ التَقريرَ یَدْفَعُ بِالعَنفِ لِیَصِبحَ من ضمنِ اهِتماماتِ ومَسْؤُولِیاتِ جَمِيعِ قِطاعاتِ المَجمَعِ التي یَنبَغِی عَلَیها بِذلِ الجَهودِ لَمَنعِ العَنفِ واتِّقائِهِ.

نَحْنُ نَریدُ لِأَطفالِنا - وهُمُ الأَكثَرُ استعداداً والأَسهلُ تأثراً بِالعَنفِ في أیِ مَجمَعٍ - حَیاةً خالیةً منَ العَنفِ والخُوفِ. ولتَحقیقِ ذَلكَ یَجِبُ عَلَینا أن نَبذلَ جَهوداً متواصِلةً لِبلوغِ وتَحقیقِ السَلامِ والعدالةِ والازدهارِ الاقتمصادِیِ لِلدولِ وللمَجمَعاتِ والأَفرادِ في الأَسرَةِ ذاتِها. یَجِبُ عَلَینا أن نَحددَ جُذورَ العَنفِ ونَتَصَدى لَها، عَندئذٍ فَمِکِنُنا أن نَحولَ عَيبَ القَرنِ المَاضِیِ من میراثٍ مَدْمَرٍ إلى دَرسٍ فیهِ عَبرةٌ وعَظَةٌ.

نیلسون مانديلا

المقدمة

يهدد العنف حياة الكثير من الناس في شتى أنحاء العالم، كما يؤثر فينا جميعاً بطريقة ما. ولذلك يحتاط كثير من الناس من الوقوع في الأذى بإغلاق الأبواب والنوافذ وتجنب الأماكن الخطرة. وأما بالنسبة لآخرين فإن الإفلات من العنف أمر بعيد المنال ويصعب تحقيقه، وتهديد العنف كامن خلف تلك الأبواب دون أن يراه الناس. وأما بالنسبة لأولئك الذين يعيشون في خضم المعركة والصراع فإن العنف يؤثر في جميع جوانب حياتهم.



إن هذا التقرير أول ملخص شامل للمشكلة على الصعيد الدولي، ولا يُظهر فقط ثمن العنف الذي تدفعه البشرية حيث يتم فقدان حياة أكثر من 1,6 مليون نسمة سنوياً تقريباً، بالإضافة إلى الأذيات والتلف والخراب اللامحدود والذي يصعب تقديره في كثير من الأحيان، ولكنه يعرض كثيراً من وجوه العنف بين الأشخاص والجماعات والعنف الموجه ضد الذات، بالإضافة إلى المواقع التي يحدث فيها العنف. إنه يظهر جلياً بأن الصحة تُنتَقَص وتُعْتَل بشكل خطير حيث يوجد العنف. يضعنا التقرير في مواجهة كثير من القضايا، إنه يدفعا لتجاوز معتقداتنا الخاصة حول ما هو مقبول أو مريح، لتحدي المعتقدات التي تُعْتَبَر العنف من القضايا البسيطة التي تتعلق بخصوصيات العائلة واختيارات الأفراد أو ما هو من الجوانب الأساسية التي لا تتجزأ عن الحياة.

إن العنف مشكلة معقدة مرتبطة بنماذج من التفكير والسلوك تشكلت بواسطة قوى متعددة الأشكال ضمن أسرتنا ومجتمعاتنا، قوي يمكنها أن تتجاوز الحدود الوطنية أو القومية. ويَحْتَمِلُ التقرير على أن نعمل مع مجموعة من الشركاء وأن نَبْنِي أسلوباً مُسيطرًا على الحوادث وعلمياً وشمولياً.

ولدينا بعض الأدوات والمعرفة التي تمكننا من أن نحقق إنجازاً هاماً - وهي الأدوات ذاتها المستخدمة بنجاح في تقصي ومعالجة المشاكل الصحية الأخرى - وهذا واضح في كامل التقرير. ولدينا قدرة حسية إدراكية توجهنا إلى حيث يجب أن نطبق معرفتنا، وإن العنف غالباً ما يمكن التنبؤ به والوقاية منه، وكباقي المشاكل الصحية فإنه لا ينتشر ولا يتوزع بين المجموعات السكانية ومواقع معيشتها بالتساوي. وإن الكثير من العوامل التي تزيد من احتمال التعرض لخطر العنف متشاركة في أنماطه المختلفة وهي قابلة للتعديل أو التحوير.

إن الفكرة الرئيسية التي ينتشر صداها في التقرير هي أهمية الوقاية الأولية، وحتى الاستثمارات الصغيرة في هذا المجال يمكنها أن تكون ذات منافع كبيرة وأن تدوم لفترات طويلة، ولكن ليس دون ما يقدمه القادة من حلول للمشاكل ودعم جهود الوقاية من المنظومات الواسعة للشركاء في الدوائر أو القطاعات العمومية والخصوصية، وفي كل من الدول الصناعية والنامية على حد سواء.

لقد حققت الصحة العمومية إنجازات هامة في العقود الحديثة، خاصة فيما يتعلق بإنقاص معدل انتشار الكثير من أمراض الأطفال، ولكن الاكتفاء بإنقاذ الأطفال من الأمراض يجعلهم فقط عرضة للسقوط كضحايا للعنف، أو لفقدانهم فيما بعد كنتيجة للعنف بين القرنين الوثيقي الصلة فيما بينهم، أو لسقوطهم كضحايا للحروب والصراعات، ويجر ذلك كله إلى فشل ذريع في الصحة العمومية.

وفي حين لا تقدم الصحة العمومية إجابات على هذه المشكلة المعقدة فقد قررنا أن نؤدي دورنا في الوقاية من العنف في شتى أنحاء العالم، ويساهم التقرير بتحديد شكل الاستجابة العالمية في مواجهة العنف وجعل العالم مكاناً أكثر أمناً وصحة للجميع. وإنني أدعوكم لقراءة التقرير بعناية، ومشاركتي ومشاركة الخبرات الكثيرة المنتشرة في أنحاء العالم والتي تساهم في الوقاية من العنف، لنجعل هذه الدعوة الحيوية موضع التنفيذ العملي.

غرو هارلم برونتلاند

المديرة العامة

لمنظمة الصحة العالمية

العنف - تحدُّ عالمي

إنَّ نسبة كبيرة من تكاليف العنف تنجم عن أثره على صحة الضحايا، والعبء الذي يلقيه على المؤسسات الصحية (2)، ويعطي ذلك للقطاع الصحي أمرين لهما أهمية خاصة في الوقاية من العنف، والدور الأساسي الذي يجب عليه أن يقوم به. وإنَّ كبير أطباء الولايات المتحدة الأمريكية كان أول من نطق بذلك بشكل واضح عام 1979 في تقرير بعنوان "الأصحاء من الناس" (3). لقد أعلن التقرير بأنه لا يمكن تجاهل عواقب السلوك العنيف عندما نريد بذل الجهود لتحسين الصحة الوطنية، وإنَّ معالجة جذور العنف من الأولويات ذات الصدارة من أجل صحة المجتمع.

ومنذ ذلك الحين، أخذ فريق كبير من ممارسي الصحة العمومية والباحثين في الولايات المتحدة الأمريكية وفي شتى أنحاء المعمورة على أنفسهم عهداً وواجباً بأن يتفهموا العنف ويجدوا طرقاً للوقاية منه (4). ولقد أُدرج الموضوع على جدول الأعمال الدولية عندما تبنّت جمعية الصحة العالمية في مؤتمرها الذي انعقد عام 1996 في جنيف إعلاناً يؤكد بأنَّ العنف يقود إلى مشكلة صحية عمومية في شتى أنحاء العالم. (انظر الإطار 1).

إنَّ لفت النظر والانتباه إلى الحقيقة القائلة بإمكانية الوقاية من العنف، هي الخطوة الأولى على أية حال في طريق تحديد شكل الاستجابة له. والعنف موضوع حساس جداً، ويجد كثير من الناس صعوبة في مواجهته من خلال حياتهم المهنية لأنه يطرح أسئلة مزعجة عن حياتهم الخاصة. وإنَّ الخوض في الحديث عن العنف يعني المساس بقضايا معقدة حول معدلات الوفيات والإيديولوجيا والثقافة. ولذلك كثيراً ما نجد مقاومة على المستوى المهني والشخصي لمناقشة الموضوع.

لا يوجد بلد ولا مجتمع لم يتأثر بالعنف، وإنَّ صور العنف ورواياته قد عمّت في مختلف الأوساط، في شوارعنا وبيوتنا ومدارسنا وأماكن عملنا ومعاهدنا وجامعاتنا. لقد أصبح العنف بلاءً عالمياً يمزق سمة المجتمعات ويهدد حياتنا وصحتنا وسعادتنا جميعاً. يُقتل في كل عام أكثر من مليون شخص في مختلف أنحاء العالم من قِبَل أشخاص آخرين. ومقابل كل شخص يموت بسبب العنف هناك أكثر من ذلك بكثير ممن يصابون بالأذيات أو بالعاهات الدائمة. ويعتبر العنف ثالث سبب للوفاة بين الناس الذين تتراوح أعمارهم بين 15-44 سنة في مختلف أنحاء العالم. ويعتبر مسؤولاً عن 14% من وفيات الذكور و7% من وفيات الإناث (1).

وبسبب انتشاره الواسع، كثيراً ما يُنظر للعنف على أنه جزء لا يتجزأ من الحالة الإنسانية - أو أنه حقيقة حياتية يمكن مواجهتها ولا يمكن توقيها. والأكثر من ذلك أن يشيع كموضوع يتعلق بسيادة القانون والنظام. حيث يكون دور المهن الصحية محدوداً في التعامل مع عواقبه. إلا أنَّ هذه الافتراضات في تغير، وقد لاقى ذلك التغيير المزيد من التشجيع نتيجة نجاح أساليب الصحة العمومية في معالجة المشاكل الصحية المتعلقة بالبيئة والسلوك، كأمراض القلب والقيادة تحت تأثير الكحول والتدخين ومتلازمة العوز المناعي المكتسب والعدوى بفيروسه (HIV/AIDS). إنَّ مجال التركيز أخذ في الاتساع مع زيادة التأكيد على الوقاية والتصدي لأسباب العنف وجذوره. وفي الوقت ذاته تزداد جهود الشرطة والمحاكم وعلماء الجريمة نتيجة إسهامات المعاهد الأخرى وجميع النظم الأخرى، من علماء النفس عند الأطفال حتى علماء الوبائيات أو الإيديولوجيا.

الوقاية من العنف: أولوية صحية عمومية (القرار ج ص ع 25/49)

الجمعية الصحة العالمية التاسعة والأربعون

إذ تلاحظ باهتمام بالغ الازدياد الكبير والسريع في العالم في وقوع الإصابات المتعمدة (المقصودة) التي تصيب الناس من جميع الأعمار وفي الجنسين، ولكن بشكل خاص في النساء والأطفال. وتصادق على الدعوة المقررة في "إعلان مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية" لإدخال وتنفيذ سياسات وبرامج نوعية خاصة بالصحة العمومية والخدمات الاجتماعية للوقاية من العنف في المجتمعات وتخفيف آثاره، وتصادق على التوصيات المقررة في "المؤتمر العالمي للسكان والتنمية" (القاهرة، 1994)، والمؤتمر العالمي الرابع للنساء (بكين، 1995) الذي يلح على مناقشة مشكلة العنف ضد النساء والفتيات وفهم عواقبها الصحية. وتعيد التذكير بتفعيل إعلان الأمم المتحدة في إزالة العنف ضد المرأة. وتلاحظ دعوة المجتمع العلمي الواردة في إعلان ملبورن والتي تم تبنيها في المؤتمر الدولي الثالث حول الوقاية من الإصابات ومكافحة حدوثها (1996) لزيادة التعاون الدولي لضمان سلامة المدنيين في العالم.

وتدرك التطبيقات والآثار الخطيرة والمباشرة والمستقبلية الطويلة الأمد على التنمية الصحية والسيكولوجية والاجتماعية التي يمثلها العنف للأفراد والأسر والمجتمعات والدول. وتدرك العواقب المتزايدة للعنف على خدمات الرعاية الصحية في كل مكان وتأثيراتها المقررة على موارد الرعاية الصحية النادرة في الدول والمجتمعات.

وتدرك حالة العاملين الصحيين الذين كثيراً ما يكونون أول من يشاهدون ضحايا العنف، ولديهم السعة التقنية الفريدة مستفيدين من الوضع الخاص في المجتمع لمساعدة أولئك المعرضين لاحتمال الخطر. وتدرك أن منظمة الصحة العالمية، هي الوكالة الرئيسية لتنسيق العمل العالمي في الصحة العمومية، وأنها مسؤولة عن تزويد القادة والمرشدين في الدول الأعضاء بالبرامج الصحية العامة لانتقاء العنف الموجّه للذات والعنف ضد الآخرين:

- 1- تعلن بأن العنف مشكلة صحية عمومية عالمية في الطليعة؛
- 2- تلح على الدول الأعضاء أن تُقيم مشكلة العنف على مستوى إقليمها الخاص وتتصل بمنظمة الصحة العالمية لتبلغها بما توصلت إليه من معلومات حول المشكلة والأساليب التي اتبعتها في ذلك؛
- 3- تطلب من المدير العام إطلاق مبادرة فعاليات الصحة العمومية للتصدي لمشكلة العنف، ضمن الموارد المتاحة، والتي سوف:

- (1) تميز الأنماط المختلفة للعنف، وتحدد حجمها، وتقييم الأسباب والعواقب الصحية العمومية للعنف مستخدمة كذلك في التحليل "المنظور الجنسي الاجتماعي"؛
- (2) تقييم أنماط وفعاليات الإجراءات والبرامج الخاصة بالوقاية من العنف وتخفيف آثاره، مع الانتباه الخاص للمبادرات المرتكزة على المجتمع؛
- (3) تعزيز الفعاليات لمعالجة المشكلة على المستويين العالمي ومستوى الدولة متضمنة الخطوات التالية:

أ) تحسين قدرة التمييز، وتسجيل وتدبير عواقب العنف؛

الإطار 1 (تتمة)

- ب) تعزيز إشراك قطاعات أكبر في الوقاية وتدبير العنف؛
- ج) تعزيز بحوث العنف كأولوية تسبق باقي البحوث الصحية العمومية؛
- د) تحضير وتوزيع التوصيات حول برامج الوقاية من العنف في الأمم والدول والمجتمعات في شتى أنحاء العالم.
- (4) ضمان تهيئة وتحضير البرامج التقنية المناسبة لمنظمة الصحة العالمية المتناسقة والفعالة؛
- (5) تقوية تعاون المنظمات مع الحكومات والسلطات المحلية والمنظمات الأخرى التابعة لأنظمة الأمم المتحدة على مستوى التخطيط والتنفيذ والمراقبة لبرامج الوقاية من العنف وتخفيف آثاره.
- 4- تطالب المدير العام بمطالب إضافية لتحضير تقرير لتقدمه للدورة التاسعة والتسعون للمجلس التنفيذي يصف فيه ما تم إنجازه والتطورات الجارية، وتقديم خطة عمل للتقدم نحو أسلوب الصحة العمومية المرتكز على العلم للوقاية من العنف.

الاستجابة الحقيقية بالتصدي له وليس باتقائه. وإنَّ نجاح أساليب الصحة العمومية في مواجهة المشاكل الصحية المتعلقة بالسلوك والبيئة يشجع على تغيير هذه الافتراضات.

- للقطاع الصحي اهتمام خاص ودور رئيسي في منع العنف.
- إنَّ المطلوب الأساسي للتصدي للعنف بشكل شمولي أن يعمل الناس كشركاء بغض النظر عن أشكال العنف وفي جميع المستويات لقيام استجابات فاعلة.

أساليب الصحة العمومية لمواجهة العنف

كمنطق عام، يواجه القطاع الصحي العنف مواجهة علاجية تتسم بالتفاعلية بشكل كبير، وبسبب ميل الاستجابة لأن تكون مجزأة في المجالات التي تتسم بكونها ذات اهتمامات خاصة والتي تتوافر فيها خبرات خاصة فإنَّ الصورة الواسعة والعلاقات بين الأشكال المختلفة من العنف كثيراً ما تكون مهملة أو متجاهلة.

إنَّ هدف هذا التقرير الأول من نوعه "التقرير العالمي حول العنف والصحة"¹ هو مواجهة السريّة والطقوس التي تفرض الحظر والإحساس بحتمية الحدوث التي تحيط بسلوك العنف، وتشجيع الحوار الذي يزيد من فهمنا لهذه الظاهرة الشديدة التعقيد. في حين تقدم كل من المبادرة الفردية والقيادة قيمة لا تُثمن في التغلب على اللامبالاة والمقاومة، فإنَّ المتطلب الرئيسي لمعالجة العنف أن يعمل الناس سوية كشركاء بغض النظر عن أشكال العنف، وعلى جميع المستويات للقيام باستجابات فاعلة.

إنَّ هذا الملخص موجه بشكل أساسي لأولئك المسؤولين عن القرارات الصحية العمومية وسياساتها على المستوى الوطني، ولأولئك الذين يعملون في مجال الصحة العمومية على المستوى المحلي وهم الأكثر قرباً وتماساً مع المشاكل الاجتماعية واحتياجاتها. إنَّ وجهات النظر المعبرة عنها والاستنتاجات المدرجة في الملخص ترتكز على التقرير العالمي حول العنف والصحة وعلى كثير من الدراسات التي كانت مرجعاً للتقرير المذكور.

- كثيراً ما ينظر إلى العنف على أنه جزء لا يمكن تجنبه من الحالة الإنسانية - وعندها تكون

¹ ملخص التقرير العالمي حول العنف والصحة - جنيف - منظمة الصحة العالمية، 2002.

متماً لهذه الفعاليات، وتوفر لها أدوات إضافية ومصادر أخرى للتعاون.

تعريف العنف

هناك سبب واحد يكفي ليفسر لنا التجاهل الكبير للعنف كموضوع من مواضيع الصحة العمومية وهو فقدان التعريف الواضح للمشكلة. فالعنف ظاهرة معقدة ومنتشرة بشكل واسع، وتعريفه ليس أمراً علمياً محضاً بقدر ما هو اجتهادي. وإن المفاهيم الفردية فيما هو مقبول أو غير مقبول عن مصطلحات السلوك، وما يعتبر ضاراً منها يتأثر كثيراً بالوسط المحيط بها، ويخضع للمراجعة وفق القيم والمعايير الاجتماعية السلوكية السائدة. فعصا الخيزران كانت جزءاً أساسياً مألوفاً من وسائل التأديب في مدارس بريطانيا العظمى، وتستخدم لضرب الطلاب على أوراكنهم أو أقدامهم أو أيديهم. أما في الوقت الحاضر فيمكن أن يقاضى المعلم الذي يستخدم وسائل فيزيائية مادية في عقاب الطفل لتأديبه.

إن الاختلاف الواسع بين المعايير التي تعنى بالممارسات السلوكية الأخلاقية في شتى أنحاء العالم جعلت من موضوع العنف أحد أكثر المواضيع تحدياً وحساسية عند التصدي له في المحافل والمنتديات العالمية، إلا أن هناك حاجة ملحة للقيام بذلك. ويجب بذل الجهود للوصول إلى اتفاق إجماعي ووضع معايير عالمية للسلوك من خلال إحكام وتدعيم حقوق الإنسان لحماية حياة البشر وكرامتهم في عالمنا السريع التغيير.

هناك عدة طرق ممكنة لتحديد العنف وتعريفه بالاعتماد على من يُعرّفه وما هدفه من ذلك التعريف. فتعريفه من أجل إلقاء القبض وتوجيه التهم، كمثال، سيختلف عن تعريفه من أجل التداخلات الخدمية الاجتماعية. ومن وجهة نظر الصحة العمومية فإنّ التحدي يكمن في وضع تعريف يعين مجالاً واضحاً لعمل الجناة والضحايا دون أن يصبح من السعة بحيث يفقد معناه، أو أن يكون بسعة شديدة بحيث يصف التقلبات الحياتية اليومية بمصطلحات باثولوجية. والأكثر من ذلك فإننا بحاجة للاتفاق العالمي بحيث

ومن جهة أخرى فإنّ العنف ظاهرة معقدة ويجب التصدي له بطريقة أكثر شمولية واتساعاً.

ولا تُركّز الصحة العمومية بالتعريف على حالات المرضى كأفراد ولكنها تُعنى بصحة المجتمع والجمهير بالإجمال. وتركز على التدخل - حيث يكون ذلك ممكناً - على مجموعات الجماهير المعرضة لاحتمال الخطر العالي للمرض أو الأذى. وإنّ الأهداف الرئيسية للصحة العمومية تكمن في المحافظة على الصحة وتعزيزها وتحسينها. وتؤكد على الوقاية أو منع حدوث الأمراض والأذيات ونكسها أو معاودتها أكثر من معالجة عواقبها الصحية.

تعتمد أساليب الصحة العمومية مدرسياً في التعامل مع التهديدات التي تدهم الصحة العامة باتباع تطبيق أربع خطوات (5):

- تحديد ورصد حجم المشكلة؛
- التعرف على أسباب المشكلة؛
- صياغة واختبار طرق التعامل مع المشكلة؛
- تطبيق الإجراءات التي أثبتت نجاحها على نطاق واسع.

ترتكز أساليب الصحة العمومية على العلوم، ويجب أن يعتمد فيها كل شيء - اعتباراً من التعرف على المشكلة وتحديد أسبابها إلى التخطيط والاختبارات والاستجابات التي تهدف للتقييم - على البحوث الموضوعية السليمة، والمثبتة بالأدلة الواضحة القاطعة. وإنّ هذه الأساليب متعددة الاختصاصات. وتعمل مكاتب الصحة العمومية بالتعاون والتشارك مع نطاق واسع من الناس والمنظمات محققة مجالاً واسعاً من الخبرات المهنية من الطب والإبيديولوجيا وعلم النفس وعلم الاجتماع وعلم الجريمة، والثقافة والتعليم والاقتصاديات.

وبقدر ما يكون العنف مثار اهتمام فإنّ ممارسي الصحة العمومية وشركاءهم ينطلقون بالعمل بإيمان قوي راسخ - معتمدين على الأدلة والبيانات - على أن سلوك العنف وعواقبه يمكن الوقاية منه ومنعه.

ولا يُستعاض بأساليب الصحة العمومية عن تصدي العدالة للجريمة، وتصدي حقوق الإنسان للعنف، فهذه الأساليب لا تعدو أكثر من كونها رادفاً

فهناك حاجة إلى شبكة تحليلية أو علم التنميط لفصل خيوط هذا النسيج المتداخلة بحيث تصبح طبيعة هذه المشكلة - والعمل المطلوب للتصدي لها - أكثر وضوحاً. وحتى الآن تمت تجزئة العمل المطلوب لمواجهة العنف إلى مناطق تخصصية من الأبحاث والعمل. وللتغلب على هذا النقص يجب على الشبكة التحليلية التأكيد على الأشكال العامة والروابط بين الأنماط المختلفة للعنف، وهذا ما يؤدي إلى أساليب مواجهة شمولية للوقاية من العنف ومنعه. ولكن مثل هذه الأعمال التنميطية قليلة، وليست شمولية ولا مقبولة عالمياً (6).

إنَّ علم التنميط المستخدم في "التقرير العالمي حول العنف والصحة" يقسم العنف إلى ثلاث فئات واسعة بحسب من يقوم بعملية العنف: العنف الموجه للذات والعنف بين الأشخاص والعنف الجماعي. ويُفرِّق هذا التصنيف المبدئي بين العنف الذي يوقعه الشخص على نفسه، والعنف الذي يوقعه شخص آخر أو مجموعة صغيرة من الأشخاص، والعنف الذي توقعة مجموعات كبيرة كاللدول والمجموعات السياسية المنظمة والمليشيات والمنظمات الإرهابية (انظر الشكل 1).

ويُقسَّم كل من هذه الأصناف الثلاثة الواسعة إلى زمر أصغر لتبَيَّرَ أنماطاً من العنف أكثر نوعية.

يمكن مقارنة المعطيات بين الدول وفق القواعد المعرفية الصريحة التي بُنيَ عليها.

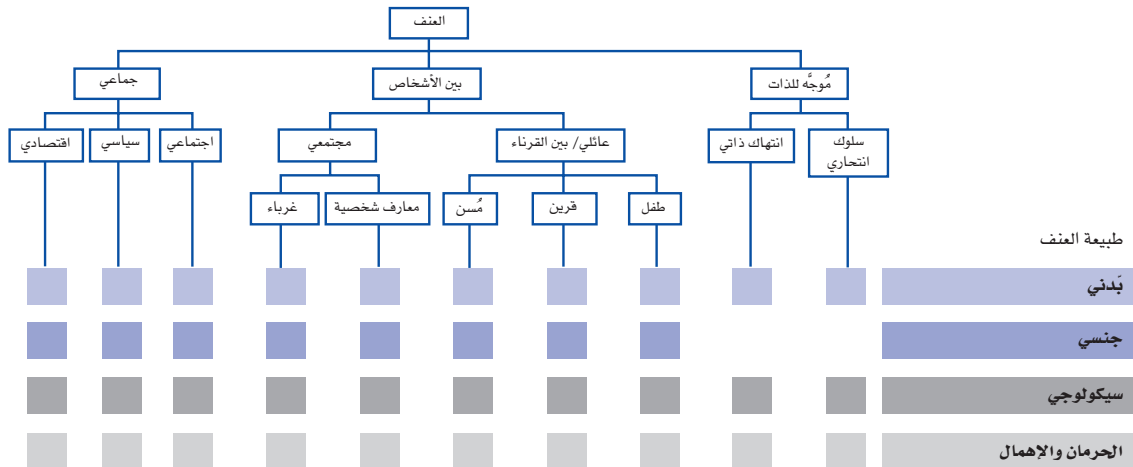
تُعرِّف منظمة الصحة العالمية العُنفَ (4) على أنه: الاستعمال المتعمد للقوة الفيزيائية (المادية) أو القدرة، سواء بالتهديد أو الاستعمال الفعلي لها من قبل الشخص ضد نفسه أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع، بحيث يؤدي إلى حدوث (أو رجحان احتمال حدوث) إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النماء أو الحرمان. يتضمَّن التعريف بشكل واسع العُنفَ بين الأشخاص وكذلك السلوك الانتحاري والصراعات المسلحة، ويغطي مجالاً واسعاً من أعمال العنف (الجرائم) ويذهب إلى ما وراء المعاقرة أو الانتهاك الفيزيائي ليشمل التهديد وبث الرعب. وبالإضافة إلى الموت والإصابات، يشمل هذا التعريف المظاهر العديدة للسلوك العنيف وعدداً لا حصر له من عواقبه التي كثيراً ما تكون أقل وضوحاً كالآذيات النفسية والحرمان وسوء النماء التي تؤثر كلها سلبياً على عافية وصحة الأفراد والأسر والمجتمعات.

تَنمِيطُ (تحديد أنماط) العنف

إنَّ التعقيد وسعة الانتشار والأشكال العديدة لأعمال العنف تحرض مشاعر فتور الهمة واللامبالاة، ولذلك

الشكل 1

تنميط العنف (تحديد أنماط العنف)



الحالة، العلاقة بين الجاني والضحية، والدوافع المحتملة للعنف، في حالة العنف الجماعي.

قياس العنف

إنَّ العمل في الصحة العمومية يتطلب قياس المشكلة الصحية الخاصة التي يتم التصدي لها، وإنَّ مثل هذه المعرفة أمر حيوي لإنشاء سياسة سليمة. ومن المهم جداً وجود المعطيات الموثوقة والمُعول عليها حول العنف، ليس فقط من أجل أهداف التخطيط والمراقبة بل من أجل التبشير بالصحة أيضاً. وبدون المعلومات سيكون الضغط على أي شخص ضعيفاً من أجل معرفة المشكلة أو الاستجابة لها.

إنَّ قياس العنف يستدعي الكثير من التحديات. إذ تختلف الدول في درجة تطور أجهزة معطياتها، ولذلك يوجد اختلاف كبير في كمال وجودة وموثوقية وفائدة المعلومات المتوافرة لديها. وإنَّ كثيراً من أعمال العنف لا تُسجَل لأنها لا تلفت انتباه السلطات، وإذا كانت تلفت انتباه السلطات فإنَّ معلوماتها المسجلة لا تعطي المعلومات الكافية لفهم المشكلة. وحيث أنَّ طريقة جمع المعلومات أو المعطيات تعتمد على الشكل المعرف أو المُحدَّد للانتهاك فإنَّ ذلك يؤثر على نوعية المعطيات المجموعة. فالتعريف غير الكافية في كثير من الأماكن تؤدي إلى إخفاء أشكال مهمة من المشكلة. وأخيراً فإنَّ فقدان اتساق التعاريف مع المعطيات المجموعة يجعل من الصعب إجراء المقارنة بين المعطيات المتصالبة عبر المجتمعات والأمم.

في الوقت الحاضر، نجد أنَّ معطيات معدلات الوفيات هي الأكثر تجميعاً وتوافراً، وتشمل مصادرها شهادات الوفاة وسجلات الأحوال المدنية وتقارير المحقق في أسباب الوفيات المشبه بها، ولا تمثل معطيات الوفيات، على أية حال، سوى ذروة الجبل الجليدي. فمع كل حالة قتل هناك الكثير من الإصابات والحالات النفسية غير المحددة والعاهات الدائمة مدى الحياة. وتدل النتائج على أنَّ الحالات غير المميَّنة أكثر شيوعاً بكثير من الحالات المميَّنة (7-11). وهناك حاجة لأنماط أخرى من المعطيات لتكميل صورة العنف، وتشمل:

فالعنف الموجه للذات يتضمن السلوك الانتحاري، والانتهاك الذاتي كالتشويه والبتير الذاتي. ويتراوح السلوك الانتحاري ما بين مجرد التفكير بالانتحار إلى التخطيط لارتكابه وإيجاد وسائل التنفيذ ثم محاولة الإقدام على الفعل ثم تنفيذ الفعل بالانتحار. وعلى أية حال يجب ألا يُنظر إلى ذلك على أنه نقاط مختلفة في حالة تواصلية مفردة، فكثير من الناس ممن يفكرون بالانتحار لا يقدمون على ذلك، كما أنَّ هناك من يحاولون الانتحار دون أن يكون لديهم قصد الوصول إلى الموت. ويُقسَّم العنف بين الأشخاص إلى مجموعتين فرعيتين:

- العنف العائلي وعنف القرناء الوثيقي الصلة بالضحية: وهنا يكون العنف بين أفراد العائلة والقرناء الوثيقي الصلة ببعضهم، ويحدث العنف في البيت عادة (وليس حصراً).
- العنف المجتمعي: ويكون بين أشخاص لا تجمعهم قرابة سواء كانوا يعرفون بعضهم أو لا يعرفون، ويكون موضع العنف خارج المنزل عموماً.

وتتضمن المجموعة الأولى أشكالاً من العنف كانتهاك الطفل، والعنف من قبل قرين وثيق الصلة وانتهاك المسنين. وتضم المجموعة الثانية عنف العصابات والأعمال المتفرقة من العنف والاعتصاب بوساطة الغرباء والاعتصاب الجنسي والأشكال الأخرى من الانتهاك ضمن المؤسسات كالمدارس ومواطن العمل والسجون وأماكن التمرير.

وأما العنف الجماعي فهو الذي تستخدم فيه الآلات ويتم بفعل الناس الذين يُعرفون أنفسهم كأعضاء ينتمون إلى زمرة معينة ضد زمرة أخرى أو مجموعة من الأشخاص لتحقيق أغراض سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية. ويأخذ أشكالاً مختلفة: كالأعمال العسكرية ضمن الدول أو بينها، والقتل الجماعي والقمع وانتهاكات حقوق الإنسان الأخرى والإرهاب وجرائم العنف المُنظَّم.

ويحدد علم التنميط طبيعة أعمال العنف، حيث يمكن أن تكون فيزيائية أو نفسية أو جنسية أو أن تشمل الإهمال والحرمان. كما يأخذ علم التنميط بعلاقات

• إنَّ المعطيات الموثوقة والمَعَوَّلَ عليها حيوية لفهم مشكلة العنف، وهي هامة لأغراض الإعلام والتبشير، وبدون المعطيات لا يمكن التأثير على أي شخص من أجل المعرفة والاستجابة تجاه المشكلة.

أثر العُنف - فقدان الحياة واعتلال الصحة

في عام 2000 قُدِّرَ بأنَّ 1,6 مليون إنسان قد فقدوا حياتهم بسبب العنف - أي بنسبة 28,7 لكل 100000 تقريباً (انظر الجدول 1). وحوالي نصف هذه الوفيات كانت بسبب الانتحار، وثلاثهم تقريباً بالقتل، وخمسهم بسبب الاشتباكات العسكرية.

وبالطبع ليس جميع الناس معرضين لخطر العنف بالتساوي، وتُظهر النظرة القرية للمشكلة من هم الضحايا الرئيسيون وأين كانوا يعيشون. ويمثل الرجال ثلاثة أرباع ضحايا القتل، ويبلغ معدل قتلهم أكثر من ثلاثة أمثال معدل قتل النساء. وتبلغ أعلى نسبة قتل في العالم 19,4 لكل 100000 - وقد وجدت بين الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15-29 سنة (انظر الجدول 2)، وتميل نسبة قتل الذكور للانخفاض مع تقدم العمر. وأما بالنسبة للنساء فيبلغ معدل قتلهن 4 لكل 100000 وذلك في جميع الفئات العُمريَّة، باستثناء الفئة العمرية 14-5 سنة حيث يبلغ معدلها 2 لكل 100000.

وبالعكس، ترتفع معدلات الانتحار مع تقدم العمر في كلا الجنسين (انظر الجدول 2)، ويبلغ أعلى معدل للانتحار 44,9 لكل 100000، - وقد وجدت بين الرجال الذين بلغوا 60 سنة فما فوق - وهي تتجاوز ضعف معدلات النساء من العمر ذاته (22,1 لكل 100000)، وبالمقابل في الفئة العمرية 15-29 سنة بلغ المعدل بالنسبة للذكور 15,6 لكل 100000، وللإناث 12,2 لكل 100000.

وتختلف معدلات الوفيات بسبب العنف بحسب مستويات المدخول في الدولة، حيث تبلغ هذه المعدلات في الدول ذات المدخول المنخفض والمتوسط (32,1 لكل 100000) وهي ضعف المعدلات في الدول ذات المدخول المرتفع (14,4 لكل 100000). ويخفي مجمل

- معطيات صحية حول الأمراض والإصابات والأذيات وحالات صحية أخرى؛
- معطيات الإبلاغ الذاتي حول المواقف والمعتقدات والسلوكيات والممارسات البيئية، والوقوع كضحايا للغير والتعرض للعنف؛

- معطيات مجتمعية: حول الخصائص السكانية ومستوى المدخول والثقافة والتوظيف أو العمل؛

- معطيات الشرطة حول أحداث العنف وملاسات ظروفه وخصائصه وجرائم العنف؛

- معطيات اقتصادية تتعلق بتكاليف المعالجة والخدمات الاجتماعية وفعاليات الوقاية؛

- معطيات صادرة عن الهيئات التشريعية والسياسية.

ويمكن أن تأتي هذه المعطيات من مصادر مختلفة بما فيها الأشخاص وسجلات المؤسسات والوكالات والبرامج المحلية والسجلات الحكومية والمجتمع والمسوح المرتكزة على السكان وغير ذلك، وكذلك الدراسات الخاصة. وإنَّ جميع هذه المصادر يمكن أن تكون مفيدة في فهم المشكلة، والأكثر من ذلك توضيح السبب الذي يجعل الشركاء من القطاعات المختلفة عناصر أساسية في أساليب الصحة العمومية

• تهتم الصحة العمومية بالمجتمعات والسكان بشكل إجمالي. وتُرَكِّزُ على المجموعات الأكثر تعرضاً لخطر الأمراض والإصابات. وإنَّ أساليب وفعاليات الصحة العمومية تركز على العلوم ويجب أن تكون السياسات والفعاليات معتمدة أساساً على البحوث السليمة. وهي سياسات وفعاليات متعددة الاختصاصات.

• إنَّ العمل في الصحة العمومية يتطلب تعريفاً واضحاً للعنف، وشبكة واسعة لفهم أشكاله الكثيرة ومواضيعه.

الجدول 1

الوفيات المُقدَّرة عالمياً والمرتبطة بالعنف في عام 2000

نمط العنف	الرقم ^أ	المعدل لكل 100000 من السكان ^ب	النسبة الإجمالية (%)
القتل	520 000	8,8	31,3
انتحار	815 000	14,5	49,1
مرتبطة بالحرب	310 000	5,2	18,6
الإجمالي (المجموع) ^ج	00091 65	28,8	100,0
الدول ذات المدخول المنخفض والمتوسط	1 510 000	32,1	91,9
الدول ذات المدخول المرتفع	000914	14,4	8,9

المصدر: مشروع منظمة الصحة العالمية حول العبء العالمي للأمراض المقدر لعام 2000

أ: مُقَرَّبَةٌ إلى الألف.

ب: مقيسٌ بالنسبة للعمر

ج: تتضمن 14000 من وفيات الإصابات المتعمدة الناجمة عن مداخلات قانونية.

الجدول 2

المُعدَّلات العالمية المقدرة للقتل والانتحار بحسب الفئة العمرية في عام 2000

الفئة العمرية (بالسنوات)	معدل القتل لكل 100 000 من السكان		معدل الانتحار لكل 100 000 من السكان	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
4-0	5,8	4,8	0,0	0,0
14-5	2,1	2,0	1,7	2,0
29-15	19,4	4,4	15,6	12,2
44-30	18,7	4,3	21,5	12,4
59-45	14,8	4,5	28,4	12,6
60≤	13,0	4,5	44,9	22,1
المجموع ^أ	13,6	4,0	18,9	10,6

المصدر: مشروع منظمة الصحة العالمية حول العبء العالمي للأمراض المقدر لعام 2000

أ: مقيسٌ بالنسبة للعمر

إنَّ الأرقام التي تصف الموت الناجم عن العنف لا يخبرنا إلاَّ جزءاً من مجمل المشكلة، فالانتهاكات البدنية والجنسية والنفسية تحدث في كل بلد كل يوم وتؤدي إلى سلب الصحة والعافية من ملايين البشر، وإلى إرهاب الدول بتكاليف هائلة سنوياً تنفق على الرعاية الصحية والفواتير القانونية وفقدان الإنتاجية (14-21) (انظر الإطار 2). والأكثر من ذلك، إنَّ الصحة المتأثرة بالعنف يمكن أن تنتهي بعد عدة سنوات من الانتهاك بعاهة ما قد تكون دائمة كإصابات النخاع وتخرب الدماغ وفقدان الأطراف.

وبالإضافة للإصابة الفيزيائية المباشرة، يقع ضحايا العنف تحت خطر التعرض المتزايد لمجال واسع من المشاكل النفسية والسلوكية مثل الاكتئاب والإدمان على الكحول والقلق واليأس الذي يفضي إلى الانتحار، بالإضافة إلى المشاكل الصحية التناسلية كالحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسياً وعسر الوظيفة الجنسية (22-25).

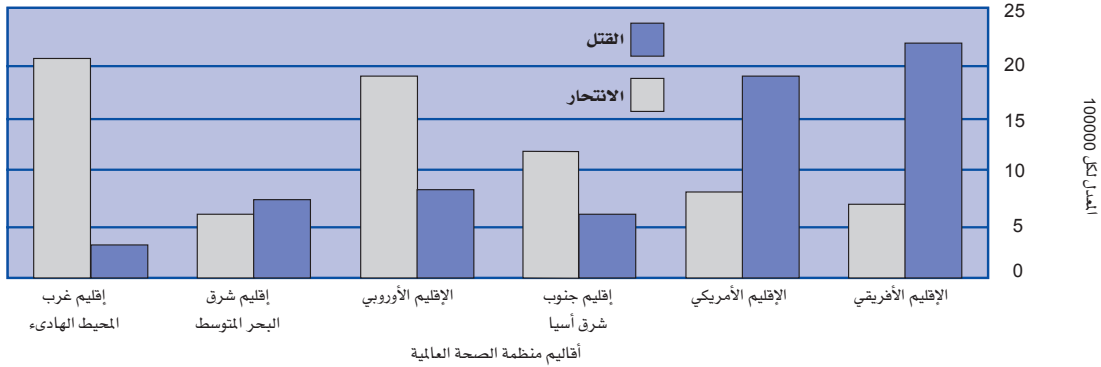
وعلى أية حال، من المهم أن نلاحظ بأنه نادراً ما تكون العلاقة بين فعل العنف وأثره علاقة سببية بسيطة. خاصة عندما يتعلق الأمر بالانتهاك النفسي. وحتى في الحالات التي تبلغ الغاية في التطرف فإنَّ

هذه المعدلات اختلافات واسعة، فضمن الأقاليم نجد اختلافات كبيرة في نسبة المعدلات، وتبدو هذه الاختلافات واضحة - كمثال - ضمن أقاليم منظمة الصحة العالمية (انظر الشكل 2)، ففي الإقليم الأفريقي والإقليم الأمريكي تبلغ معدلات القتل أكبر بثلاثة أمثال معدلات الانتحار. بينما تبلغ معدلات الانتحار في إقليمي جنوب شرق آسيا وأوروبا أكثر من ضعف معدلات القتل. وتتجاوز معدلات الانتحار في إقليم غرب المحيط الهادي ستة أمثال معدلات القتل تقريباً.

كما تخفي المعدلات الإجمالية اختلافات واسعة ضمن الدولة الواحدة - بين سكان المناطق الحضرية والريفية، وبين المجتمعات الغنية والفقيرة، وبين الفئات العرقية والإثنية المختلفة. فمثلاً: نجد أنَّ معدلات الانتحار بين الفئتين الإثنتين من الصينيين والهنود في سنغافورا أعلى منها في الفئة الإثنية من الملاويين (12). وفي الولايات المتحدة، كان معدَّل قتل الفتيان الأمريكيين من أصل أفريقي ممن بلغوا سن 15-24 سنة عام 1999 يتجاوز ضعف معدل نظرائهم من الأسبان، ويتجاوز 12 مرة معدل نظرائهم من البيض غير الأسبان (13).

الشكل 2

معدلات القتل والانتحار موزعة بحسب أقاليم منظمة الصحة العالمية، عام 2000



الإطار 2

حساب تكلفة العنف

بالإضافة إلى ما يضيفه العنف من ضريبة التعاسة البشرية فإنه يضع عبئاً هائلاً على الاقتصاد الوطني. كمثال: إن الدراسات التي رعاها بنك الإنماء الأمريكي بين عامي 1996 و 1997 حول الأثر الاقتصادي للعنف في ست دول أمريكية لائنية قد أظهرت حسابياً بأن الإنفاق على الخدمات الصحية وحدها قد بلغ 1,9% من الناتج الوطني الإجمالي في البرازيل، و 5% في كولومبيا، و 4,3% في السلفادور، و 1,3% في المكسيك، و 1,5% في البيرو، و 0,3% في فنزويلا. (14) وفي دراسة أجريت عام 1992 في الولايات المتحدة وضعت تكلفة سنوية تقدر بـ 126 بليون دولار أمريكي قد أنفقت على معالجة جروح الأسلحة النارية (15). وتكلف الجروح القاطعة والنافذة بالإضافة إلى ذلك 51 بليون دولار أمريكي. وتظهر الدلائل، كقاعدة عامة، بأن ضحايا العنف المنزلي والجنسي لديهم مشاكل صحية أكبر، ويتحملون تكاليف الرعاية الصحية بشكل أكبر وأعلى وتكون زياراتهم لأقسام الإسعاف في المشافي خلال حياتهم أكثر تكراراً من أولئك الذين ليس لديهم سوابق الانتهاك. وتنطبق الحقائق ذاتها على انتهاك الأطفال. وفي حساب تكاليف العنف على الاقتصاد الوطني هناك مجال واسع من العوامل يجب أخذها بعين الاعتبار بالإضافة إلى التكاليف المباشرة للرعاية الصحية الطبية ومحكمة الجنايات. يمكن أن تشمل التكاليف غير المباشرة، كمثال وليس على سبيل الحصر:

- توفير المأوى أو أماكن أخرى مأمونة وذات رعاية طويلة الأمد؛
 - فقد الإنتاجية كنتيجة للموت المبكر والإصابة والغياب الطويل والعاهة المديدة الثابتة وفقدان الطاقة؛
 - انخفاض جودة الحياة ونوعيتها ونقص القدرة على رعاية الذات أو الآخرين؛
 - تخريب الأملاك العمومية والبنى التحتية يؤدي إلى تعطل الخدمات كالرعاية الصحية والنقل وتوزيع الطعام؛
 - تعطل الحياة اليومية نتيجة الخوف على السلامة الشخصية؛
 - نقص الإقبال على الاستثمار والسياحة مما يعرقل التطور الاقتصادي.
- إن تكاليف العنف نادراً ما تكون ذات توزيع متساو، فأصحاب الخيارات الأقل في حماية أنفسهم ضد الشدة الاقتصادية سيكونون الأشد تأثراً وبشكل خطير.

في حين يمكن أن تكون بعض عوامل احتمال الخطر فريدة بالنسبة لنمط خاص من العنف، فإن الأكثر حدوداً أن نجد عدة عوامل خطر مشاركة في الأنماط الأخرى من العنف. وإن تجزئة المجال إلى مناطق مختلفة من الخبرات والاهتمامات وفقدان التعاون بين الزمر المختلفة يميل إلى إخفاء هذه الحقيقة وتشجيع الأساليب التجزئية لمنع العنف والوقاية منه. هذا بالإضافة إلى متطلبات الصحة العمومية لمشاهدة الأنماط المختلفة من العنف ضمن حدود نطاقها مع التنبه للنماذج الشائعة.

إن "التقرير العالمي حول العنف والصحة" يستخدم "النموذج البيئي (الإيكولوجي)" لمحاولة فهم طبيعة الوجود المتعددة للعنف. وكان أول دخول لهذا النموذج في أواخر السبعينات بقصد دراسة حالات انتهاك الطفل (26-27)، ثم استخدم فيما بعد في مجالات أخرى من بحوث العنف (28-32)، ولا يزال النموذج البيئي في تطور مستمر وقد صُقل كأداة فكرية مفاهيمية. وتأتي قوته في أنه يساعد على التمييز بين التأثيرات الهائلة على العنف ويقدم في الوقت ذاته شبكة لفهم كيفية تأثرها. (انظر الشكل 3).

يساعد النموذج على فحص العوامل التي تؤثر على السلوك، أو تزيد من احتمال خطر ارتكاب الجرائم، أو الوقوع ضحية للعنف، وذلك بتقسيمها إلى أربعة مستويات.

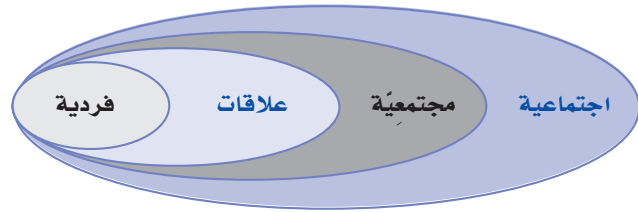
- يحدد المستوى الأول العوامل البيولوجية وتاريخ السوابق الشخصية التي تؤثر على كيفية تصرف الأشخاص وتزيد من احتمال دفعهم لممارسة ارتكاب العنف أو وقوعهم ضحايا له. وتشمل أمثلة العوامل التي يمكن قياسها أو اقتفاؤها: الخصائص الديموغرافية (كالعمر والثقافة والمدخل)، والاضطرابات النفسية أو الشخصية، ومعايرة المخدرات، وسوابق قصة تصرف عدواني أو المعاناة من الانتهاك.
- يسبر المستوى الثاني العلاقات الوثيقة كعلاقات الأسرة والأصدقاء والقرناء الوثيقي الصلة والزملاء، ثم استكشاف كيف يمكن لهذه العلاقات أن تزيد من خطر تصرف

من المحتمل حدوث طيف واسع من التفاعلات والآثار، إذ يستجيب الناس للمصائب بطرق شخصية محضة. وإن عمر الشخص ومزاجه وفيما إذا كان ذكراً أم أنثى ومدعوماً عاطفياً أو غير مدعوم سيؤثر كل ذلك على طريقة رده على أحداث العنف. ويبدو أن الأشخاص الفاعلين في الاستجابة للعنف هم أكثر مرونة من غير الفاعلين له. ومن أجل إنشاء قواعد سليمة لبرامج المعالجة والوقاية فنحن بحاجة لبحوث أكثر تفصيلاً عن العواقب الصحية للعنف والعوامل التي تتواسطها.

- يقدر عدد الذين فقدوا حياتهم بسبب العنف بـ 1,6 مليون نسمة في عام 2000. قضي منهم ما يقرب من نصفهم انتحاراً، وثلثهم بالقتل وخمسة بالأمم العسكرية الحربية.
- في عام 2000 بلغ معدل الوفيات الإجمالي بسبب العنف في الدول ذات المدخول المنخفض والمتوسط أكثر من ضعف معدل في الدول ذات المدخول المرتفع، مع أن هذه المعدلات تختلف بين الأقاليم وحتى ضمن البلد الواحد.
- إن غالبية أعمال العنف غير مميتة، وتفضي إلى الإصابات أو الأذيات ومشاكل صحية نفسية وتناسلية، وأمراض منقولة جنسياً ومشاكل أخرى. وقد تنتهي الآثار الصحية خلال سنوات، وقد تتضمن عاهات فيزيائية بدنية ونفسية دائمة.
- بالإضافة إلى البؤس الإنساني يحقق العنف خسارة باهظة اجتماعية واقتصادية حقيقية وجوهرياً يصعب تقديرها كمياً.

جذور العنف - النموذج الإيكولوجي (البيئي)

لا يوجد عامل واحد يفسر لنا لماذا يتصرف شخص ما دون غيره بطبيعة عنيفة؟، ولماذا تتقطع أوصال مجتمع ما بسبب العنف في حين يجاوره مجتمع آخر ينعم بالسلام؟. إن العنف ظاهرة بالغة التعقيد ولها جذورها المتداخلة بين كثير من العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية.



العوامل الصحية والاقتصادية والثقافية والسياسات الاجتماعية التي تساعد على استمرار انعدام المساواة على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي بين المجموعات المختلفة في المجتمع .

يصور تراكب الحلقات في النموذج كيف تُقوَّى أو تُعدَّل عوامل في مستوى ما بفعل عوامل أخرى في مستوى آخر .
وكمثال على ذلك، يميل ذو الشخصية

العدوانية لارتكاب العنف إذا كان يعيش ضمن أسرة أو مجتمع يحل صراعاته أو مشاكله اعتيادياً بطريق العنف بينما يختلف الأمر فيما لو كان يعيش (أو تعيش) في بيئة مسالمة . والعزل الاجتماعي الذي وجد كعامل اجتماعي ذي تأثير واسع على المعاملة السيئة للشيوخ قد يتأثر بكل من العوامل الاجتماعية (مثل قلة احترام المسنين بشكل عام)، وعوامل العلاقات (كفقد الأصدقاء وأفراد العائلة).

وبالإضافة للمساعدة في توضيح أسباب العنف وتداخلاته المعقدة فإن النموذج الأيكولوجي يفترض أيضاً بأنه لكي تنجح الوقاية من العنف فإنه من الضروري أن يتم العمل من خلال المستويات المختلفة في آن واحد . وكمثال يتضمن ذلك:

- التصدي لعوامل الخطر الشخصية واتخاذ خطوات لتعديل السلوك العدواني والمضاد للمجتمع عند الشخص .
- التأثير على العلاقات الشخصية الحميمة والعمل على إنشاء وسط عائلي صحي وكذلك تقديم المساعدة المهنية ودعم الأسر المختلفة وظيفياً .
- مراقبة الأماكن العمومية، كالمدارس وأماكن العمل والمؤسسات الأخرى والجوار واتخاذ خطوات لتحديد وحل المشاكل التي يمكن أن تؤدّي للعنف .
- مواجهة العوامل الثقافية الاجتماعية والاقتصادية الأكبر التي لها علاقة بالعنف
- التصدي لها باتخاذ خطوات لتغييرها بما في ذلك الإجراءات اللازمة لسد الثغرة بين

الشخص كجان أو كضحية . فإذا أخذنا كمثال عنف الفتيان الذين لديهم أصدقاء متورطون في ممارسة العنف أو يشجعون عليه يمكن أن يزيد خطر السن من أن يكونوا ضحايا للعنف أو جناة يرتكبونه (33-34).

- يستكشف المستوى الثالث السياق في المجتمع الذي تحدث فيه العلاقات الاجتماعية، كالمدارس وأماكن العمل والجيران ويبحث في تحديد صفات وخصائص هذه الحالات التي تزيد من خطر التعرض للعنف . وقد يتأثر التعرض للخطر في هذا المستوى بعوامل أخرى مثل تغيير المسكن (مثلاً: هل يقيم الجوار مدة طويلة أو يتغيرون بشكل دائم) . والكثافة السكانية ومستوى البطالة، أو وجود تجارة مخدرات محلية .
- ينظر المستوى الرابع إلى العوامل الاجتماعية الخارجية التي تساعد في إنشاء مناخ يشجع على العنف أو يثبطه . ويشمل ذلك توفر الأسلحة والمعايير الاجتماعية والثقافية، وتشمل مثل هذه المعايير إعطاء أولوية لحقوق الأبوين فوق مصلحة الأولاد، والنظر إلى المواقف التي تتعلق بالانتحار على أنه قضية شخصية بدلاً من اعتباره عملاً من أعمال العنف التي يجب اتقاؤها، وترسيخ سيادة الذكور على النساء والأطفال، ودعم استخدام القوة المفرطة من قبل الشرطة ضد المواطنين، أو دعم الصراعات السياسية . وتشمل العوامل الاجتماعية الأكبر من ذلك:

- أساليب الوقاية الثالثة: وهي التي تركز على الرعاية الطويلة الأمد في أعقاب العنف، وإعادة التأهيل وإعادة الدمج في المجتمع ومحاولة تقليل الرضوح، أو إنقاص العجز الطويل الأمد المرتبط بالعنف.

وتُعرف أو تُحدّد هذه المستويات الثلاثة من الوقاية حسب موقيتها الزمنية، فيما إذا كانت الوقاية تحدث قبل وقوع العنف أو بعده مباشرة أو بعد مدة طويلة. وفي حين تطبق هذه المستويات الثلاثة من الوقاية تقليدياً على ضحايا العنف وضمن قواعد الرعاية الصحية إلا أنها أيضاً وثيقة الصلة بالجنّة وهي تستخدم عادة لتمييز الاستجابات القضائية نحو العنف.

لقد اتجه الباحثون الآن نحو تعريف الوقاية من العنف الذي يركز على الاهتمام بالمجموعات المستهدفة (35) وهذه المداخلات المعرّفة كما يلي:

- أساليب المداخلات العامة الشمولية الموجهة لزمرة معينة من السكان أو نحو السكان عموماً دون الرجوع إلى احتمال التعرض لخطر شخصي، وتتضمن الأمثلة مناهج للوقاية من العنف تعطي لكل الطلاب في المدرسة أو لأطفال من عمر معين، وحملات اجتماعية إعلامية واسعة ومتعددة الوسائط.

- أساليب المداخلات الانتقائية الموجهة لأولئك الذين يُعتبرون معرضين لخطر عالٍ (لديهم عامل أو أكثر من عوامل التعرّض لخطر العنف)، والأمثلة على هذه المداخلات التدريب على الأبوة في حالة وجود أحد الأبوين فقط (الأب أو الأم) مع مدخول قليل.

- أساليب المداخلات الدلالية الموجهة لأولئك الذين ظهر منهم سلوك العنف حديثاً كمعالجة مُقترفي العنف في المنزل.

وفي كلا الدول الصناعية والنامية تعطي الأولوية عادة للتعامل مع العواقب المباشرة للعنف بتقديم الدعم للضحايا ومعاقبة المذنبين. ورغم أنّ هذه الاستجابة مهمة ويجب تقويتها كلما كان ذلك ممكناً، فإنّ هناك حاجة أكبر لدعم الوقاية الأولية من العنف. والتي تهدف إلى وقف حدوث العنف اعتباراً من بؤرة انطلاقه.

الأغنياء والفقراء والتأكيد على الإتاحة العادلة لتحصيل السلع والخدمات والفرص.

- لا يوجد عامل واحد يفسر لماذا يتصرف شخص ما دون غيره بطريقة عنيفة. والعنف مشكلة مُعقّدة وتشكل جذورها نتيجة تشابك عوامل كثيرة - بيولوجية واجتماعية وثقافية واقتصادية وسياسية.

- في حين يمكن أن تكون عوامل الخطر موحدة في نمط خاص من العنف، غالباً ما تتشارك أنماط مختلفة من العنف في عدد من عوامل الخطر.

- بالإضافة إلى توضيح أسباب العنف وتداخلاتها المعقدة فإنّ النموذج البيئي (الإيكولوجي) يوضح لنا ما نحتاج إلى عمله في جميع المستويات لتحقيق الوقاية من العنف.

من التحليل إلى العمل

يقدم النموذج العام لجذور العنف مشاهدات مفيدة ويحدد الطرق الممكنة للبحث والوقاية. وكثيراً ما توجد هوة كبيرة بين مراقبة أثر ما ومعرفة كيفية عمله. وتحتاج برامج الصحة العمومية إلى الحماية من العمل المعتمد على الافتراضات أو البيّنات السردية فقط. ولكي تكون فعالة، يجب أن تركز استراتيجيات الوقاية على فهم واضح وصریح وعلى البحوث العالية الكفاءة والنوعية وعلى كشف العوامل المؤثرة على العنف وكيف تتأثر أو تتفاعل مع بعضها داخلياً. تتّصف مداخلات الصحة العمومية مدرسياً بوجود ثلاثة مستويات من الوقاية:

- أساليب الوقاية الأولية: وهي التي تهدف إلى منع العنف قبل حدوثه.
- أساليب الوقاية الثانوية: وهي التي تُركّز على الاستجابات الأكثر قرباً ومباشرة نحو العنف. كالرعاية قبل الوصول إلى المشفى والمعالجات الإسعافية ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً التالية للاغتصاب.

- يجب أن تعطى الأولوية العظمى في الوقاية الأولية من العنف للإجراءات التي من شأنها توقيف حدوثه من بؤرة انطلاقه.
- يجب إشراك الكثير من القطاعات المختلفة والوكالات في فعاليات الوقاية، ويجب أن يكون التقييم هو الجزء التكاملي في جميع البرامج.

ولتطوير الاستجابة نحو العنف يجب إشراك الكثير من القطاعات المختلفة والوكالات، ويجب صياغة البرامج لتناسب مختلف الأوساط الثقافية البيئية والفئات السكانية. وإنَّ الضعف البارز في الجهود حتى اليوم يكمن في فقدان التقييم الدقيق للاستجابات. فيجب أن يكون التقييم الدقيق الجزء المتمم التكاملي لكل البرامج، ولذلك يمكن تعلم الدروس والمشاركة فيها حول ما يمكن وما لا يمكن عمله فيما يتعلق بالوقاية من العنف.

أشكال العنف وأوساطه (السياق الذي يكتنفه)

من قِبَل قرنائهنَّ الوثيقي الصلة يخبرن أصدقاءهنَّ والعائلة أكثر من إخبارهن للشرطة حول معاناتهنَّ، وهناك الكثير منهنَّ لا يُخبرنَّ أحداً (25).

تختلف نماذج حالات العنف بين الأشخاص اختلافاً واضحاً في شتى أنحاء العالم. فبينما نجد أنَّ الإساءة (الانتهاك) للأطفال والشيوخ وكذلك العنف بين القرناء الوثيقي الصلة شائعة في جميع الدول، فإنه توجد معدلات مرتفعة استثنائية من حالات عنف الفتيان في أفريقيا وأمريكا اللاتينية بالمقارنة مع باقي الأقاليم. وهناك أشكال خاصة من العنف الجنسي كإكراه الأطفال على البغاء والاتجار بهم تظهر أكثر وضوحاً في أفريقيا وجنوب شرق آسيا من أي بلد آخر (38 - 39).

- في عام 2000 قتل 520 000 إنسان في حالات العنف بين الأشخاص.
- إنَّ إحصائيات القتل الرّسميّة، على أية حال، قد لا تسجل إلاّ جزءاً من الوفيات الناجمة عن العنف، و هناك الكثير منها خاصة بين النساء والأطفال والمسنين يمكن أن تعزى لأسباب أخرى من الوفيات غير العنف.

الفتيان والعنف

يشمل عنف الفتيان (ذوي الأعمار بين 10-29 سنة) طيفاً واسعاً من الأعمال العدوانية تتراوح بين التهديد والضرب البدني إلى الاعتداء والاعتصاب والقتل. وفي جميع الدول يمثل الفتيان الذكور الجناة الأساسيين في العنف وضحايا القتل فيه.

هناك أنماط كثيرة ومختلفة من العنف، وهي تحدث وفق منظومة واسعة من الأوساط أو السياقات التي تكتنفه، وهناك حاجة للأخذ بعين الاعتبار ضخامة وديناميكيات العنف بين الأشخاص والعنف الموجه للذات والعنف الجماعي، ومناقشة ارتباطاتها لتقدم أسس يمكن القيام من خلالها بعمل وقائي مضاد لها.

العنف بين الأشخاص

في عام 2000 قُدِّر وجود 520 000 حالة قتل تنضوي تحت نموذج العنف بين الأشخاص في شتى أنحاء العالم، أي بمعدل 8,8 لكل 100 000، إلاَّ أنَّ إحصائيات القتل الرسمية لا تخبرنا عن كامل الحقيقة. فالكثير من الوفيات تُسجَّل على أنها حوادث أو أن تُعزى لأسباب طبيعية أو غير معروفة. ففي الهند مثلاً، تعتقد مكاتب الصحة العمومية بأنَّ الكثير من وفيات النساء المسجلة على أنها "حرائق حادثة"، هي في الحقيقة جرائم قتل حيث يقوم الزوج أو أحد أفراد الأسرة بإلقاء الكيروسين على المرأة وحرقتها (36). وفي المناطق التي لا يتم التحري الروتيني فيها عن وفيات الأطفال والشيوخ أو التي لا يتم فيها تشريح الجثث توجد بينها حالات تعزى خطأ على أنها ناجمة عن المرض أو أنَّ الوفاة طبيعية (37).

ومقابل كل شخص يقتل بالعنف يوجد الكثير ممن يتعرضون للأذى بدنياً أو نفسياً. وإنَّ المعطيات الرسمية حول الحالات غير المميّنة منقوصة، خاصة فيما يتعلق بأنماط العنف بين الأشخاص والتي تحمل الوصمة الاجتماعية. وقد وُضِّح ذلك في الجدول 3 الذي أظهر في كلا الدول النامية والصناعية بأنَّ النسوة اللاتي يتعرضن للانتهاك (الإساءة)

يدخلون مرحلة البلوغ التام (40-42). وعلى أية حال فإن الغالبية العظمى من الفتيان الذين يرتبطون بسلوك العنف يقومون بذلك خلال فترات زمنية محدودة ألا وهي فترة المراهقة، ولا توجد لديهم أية دلائل (أو أن تكون الدلائل قليلة) على وجود مشكلة سلوكية عندما كانوا أطفالاً (43). ويبحث مثل هؤلاء "الجانحين في فترة المراهقة المحدودة" عن الإثارة (44)، وكثيراً ما تظهر أعمالهم العنيفة من خلال شراكة مع مجموعة من الأصدقاء. ويميل الفتيان أيضاً للإقدام على سلوك مُعاد للمجتمع واسع الطيف، مقترفين من الجرائم غير العنيفة أكثر من اقترافهم الجرائم العنيفة (45، 46). ومن بين مجموعة الفتيان الذين يرتكبون العنف والسلوك الجانح فإن توافر الكحول والمخدرات والأسلحة يؤدي إلى اقتران عنفهم بالإصابات والأذى أو الموت.

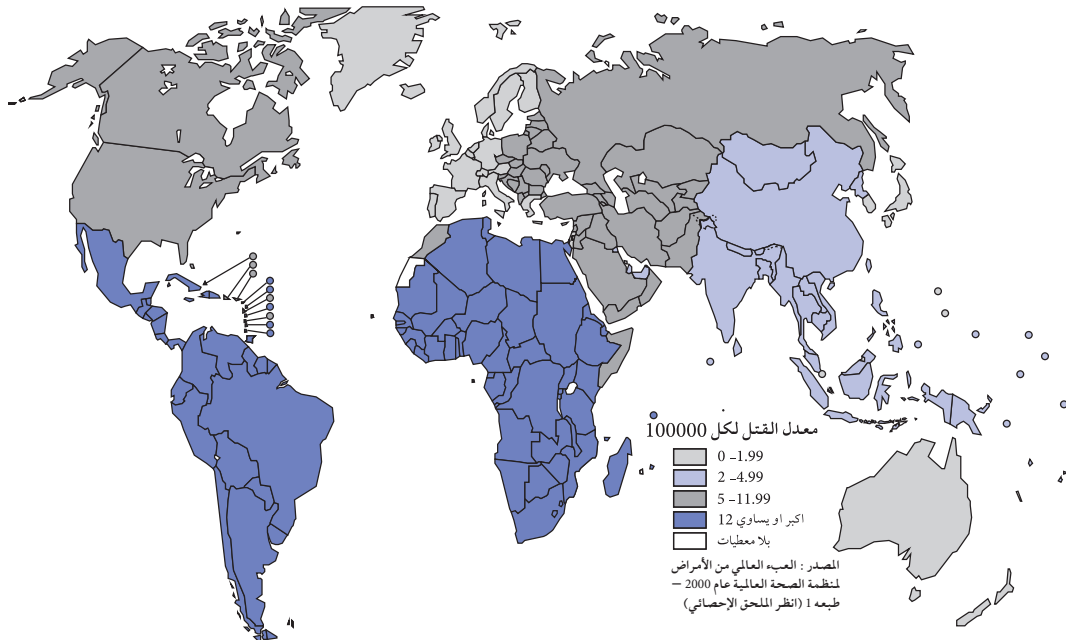
إن العوامل التي تسهم في نشوء عنف الفتيان وحدوثه تغطي جميع مستويات النموذج الإيكولوجي، وإن التورط في ارتكاب سلوك

في عام 2000 خَلَّف العنف بين الفتيان ما يقدر بـ 199 000 وفاة، أي بمعدل عالمي 9,2 لكل 100 000، وقد وجد أن أعلى معدل لحالات القتل بين الفتيان يقع في أفريقيا وأمريكا اللاتينية وأخفض معدل له يقع في غرب أوروبا وبعض مناطق آسيا والمحيط الهادئ. (انظر الشكل 4). وباستثناء جلي للولايات المتحدة، فإن معظم الدول التي تتجاوز معدلات قتل الفتيان فيها 10 لكل 100 000 هي إما من الدول ذات الدخل المنخفض أو التي تشهد اضطرابات شديدة في التغيير الاجتماعي والاقتصادي. ويقدر بأنَّ مقابل كل شاب يقتل بالعنف يوجد 20-40 إصابة تحتاج للمعالجة في المشافي. وفي بعض البلدان مثل إسرائيل ونيوزيلندا ونيكاراغوا فإن النسبة تتزايد وبشكل مطرد (8-10).

ييدي بعض الأطفال مشاكل سلوكية في الطفولة الباكرة ثم تترقى بشكل تدريجي لتصل إلى أشكال عدوانية شديدة عندما يبلغون سن المراهقة، وفي الحالات النموذجية يستمرون على ذلك عندما

الشكل 4

معدلات القتل المقدرة لكل 100 000 بين الفتيان من عمر 10-29 سنة، عام 2000



جدول 3

معدلات الانتهاك البدني للنساء اللاتي قدّدن المساعدة، مجموعة مصادر مختلفة من دراسات مختارة مرتكزة على السكان

الدولة أو المنطقة	عينة (N)	النسبة المئوية للنسوة المنتهكات بدنياً واللاتي :			
		لم يخبرن أحداً اتصلن بالشرطة	أخبرن الأصدقاء	أخبرن العائلة	
		(%)	(%)	(%)	(%)
أستراليا	6 300	18	58	19	53
بنغلاديش	10 368	68	—	—	30
كندا	12 300	22	45	26	44
كمبوديا	1 374	34	33	1	22
تشيلي	1 000	30	14	16	32/21*
مصر	7 121	47	3	—	44
أيرلندا	679	—	50	20	37
نيكاراغوا	8 507	37	28	17	34
جمهورية مولدوفا	4 790	—	30	6	31
المملكة المتحدة	430	38	46	22	31

المصدر: المرجع رقم 25 بتصريف وبإذن من الناشر

أ: نسوة اعتدي عليهن بدنياً في آخر 12 شهراً

ب: بالرجوع إلى نسبة النسوة اللاتي أخبرن العائلة

ج: بالرجوع إلى نسبة النسوة اللاتي أخبرن القراء من العائلة .

(كحالات الاغتصاب والإصابات والقتل) وكذلك أثره على المدى البعيد (43).

وتبدي البحوث المجراة على المجتمع والعوامل الاجتماعية على أنّ الصغار الذين يعيشون مع جيران أو مجتمعات بمستوى عالٍ من الجريمة والفقر يتعرضون لاحتمال عالٍ من خطر العنف (33، 51). والأكثر من ذلك، أنّ معدلات عنف الفتيان ترتفع في أوقات الاشتباكات المسلحة والقمع وفي حالات النهوض المجتمعي الشمولي في التغيير الاجتماعي والسياسي (52)، وترتفع أيضاً معدلات عنف الفتيان في الدول التي تكون فيها سياسات الحماية الاجتماعية ضعيفة،

وانعدام التساوي الكبير في المدخول بشكل واسع، وفي حيث تكون أوساط العنف سائدة ومسيطرّة (54-56).

العنف ضد القرناء الوثيقي الصلة بالضحية

يحدث هذا النمط من العنف في جميع البلاد والأوساط والمستويات الاجتماعية بلا استثناء. مع أنّ بعض الجمهرات السكانية (كثغرات الدخل المنخفض) التي يكون احتمال تعرضها لخطر العنف أعلى من غيرها بالنسبة للعنف ضد القرناء الوثيقي الصلة (57 - 60). وبالإضافة للاعتداء على البدن من ضرب أو ركل فإنّ العنف بين القرناء الوثيقي الصلة يتضمن الإكراه على ممارسة العمل الجنسي وأشكالاً أخرى من القسر والإجبار الجنسي والانتهاك النفسي كالترهيب والإذلال والتحكم بالتصرفات كعزل الشخص عن العائلة والأصدقاء أو منع وصول المعلومات والمساعدات.

ومع أنّ النسوة يمكن أن يكنّ عنيفات تجاه أزواجهن الذكور، كما يمكن أن يحدث العنف بين

العنف أو الإجرام قبل سن 13 سنة عاملٌ فردي هام (47، 48)، يتصاحب مع الاندفاعية والتصرفات أو المعتقدات العدوانية ومشاهدة العنف في المنزل أو المعاناة من العقوبات البدنية من قبل الأبوين (33، 34، 49، 50) وانخفاض التحصيل الثقافي، وما يرافق ذلك من وجود زملاء جانحين وفقد الإشراف والمراقبة من قبل الأبوين، وهذه كلها من عوامل العلاقات الهامة في هذا المجال (33، 34).

وعلى المستويات الجماعية والاجتماعية توجد بعض الدلائل التي تشير إلى أنّ التعرض للمواد الإعلامية العنيفة يؤدي إلى ازدياد العدوانية مدة وجيزة، مع أنّ الأدلة غير حاسمة فيما يتعلق بأثر الإعلام على الحالات الأكثر خطورة من العنف

- خلّف العنف بين الفتيان ما يقدر بـ199 000 وفاة من الفتيان في عام 2000.
- مقابل كل حالة قتل واحدة من الفتيان يوجد بين 20-40 حالة من الإصابات التي تستدعي المعالجة ضمن المستشفى.

الزوجي، أو أن يجعل من العسير على المرأة ترك العلاقات التي يشوبها العنف أو بطريقة أخرى التسبب في علاقات غير مقنعة أو مُرضية. وكذلك قد يكون نتيجة عوامل أخرى ترافق الفقر كالأزدحام وفقدان الأمل.

والمرأة معرضة للانتهاك من قبل قرينها في المجتمعات التي لا تساوي بين الرجل والمرأة، أو ذات أدوار تفرق بين الجنسين بشكل صارم، أو ذات أسس ثقافية تدعم حقوق الرجل في ممارسة الجنس بغض النظر عن مشاعر المرأة، مع ضعف القوانين المضادة لمثل هذا السلوك (75، 76). ويمكن لهذه العوامل أن تجعل من الصعب على المرأة أو من الخطر عليها أن تتعد عن العلاقات المسيئة الانتهاكية. وفي الوقت الحاضر لا يُضمنُ الابتعادُ عن العلاقات التي تتسم بالانتهاك، السلامة، فقد يستمر العنف أحياناً، أو قد يزداد شدة وتدرجاً بعد أن تترك المرأة قرينها (77). ونجد مثل هذا النموذج في كل البلدان.

• في المسوح التي تمت في شتى أنحاء العالم تبين أن هناك 10-69% من النساء قد تم الاعتداء عليهن بدنياً من قبل قرينهن الذكر الوثيق الصلة بهن في بعض مراحل حياتهن.

انتهاك الأطفال وإهمال آبائهم ومقدمي الرعاية الآخرين لهم
يُنْتَهَك الأطفال ويهملون من قبل آبائهم أو مقدمي الرعاية الآخرين لهم في شتى أنحاء العالم، وكما في العنف ضد القرناء الوثيقي الصلة يشمل انتهاك الأطفال الانتهاك البدني والجنسي والنفسي، وكذلك الإهمال.

ومع أن المعطيات الموثوقة نادرة جداً، إلا أنها تقدر قتل 57000 طفل ممن هم دون سن 15 سنة، في شتى أنحاء العالم عام 2000. والأطفال الصغار جداً هم الأكثر تعرضاً لخطر القتل، إذ يبلغ معدل قتل

القرناء من الجنس ذاته، فإنَّ العبء الصاعق الشديد لعنف القرين يولد بوساطة النساء وينفذ بأيدي الرجال، وقد تبين في 48 دراسة مسحيةً مُرتكزة على السكان في شتى أنحاء العالم أن 10-69% من النساء قد أبلغن عن الاعتداء عليهن بدنياً من قبل قرنائهن الذكور الوثيقي الصلة في بعض المراحل من حياتهن (25).

ويتعرض معظم ضحايا الاعتداء البدني لأعمال العنف المتكررة خلال فترات طويلة (61، 62)، مع ميل للمعاناة من أكثر من نوع من الانتهاك. فمثلاً في دراسة شملت 613 امرأة مُنتهكة في اليابان وجد بينهن أقل من 10% كنَّ ضحايا للعنف البدني وحده، بينما عانت 57% منهن من الانتهاك البدني والنفسي والجنسي (63). وفي دراسة تمت في المكسيك وجد أن أكثر من نصف النسوة اللاتي تعرضن للاعتداء البدني قد انتُهكن جنسياً بفعل قرنائهن (64).

إنَّ الأحداث المُطلقة للعنف في العلاقات الانتهاكية مُحددة وثابتة بشكل واضح في شتى أنحاء العالم (65-69)، وتضم العصبان والجدال مع الرجل وسؤاله عن المال أو الصديقات، وعدم تناول الطعام في الوقت المناسب وعدم الاهتمام بالأطفال أو البيت بشكل مناسب ورفض ممارسة الجنس أو شك الرجل بخيانة الزوجة.

لقد رُبط الكثير من العوامل باحتمال خطر اعتداء الرجل على قرينته الوثيقة الصلة به بدنياً، ومن بين العوامل الفردية وجود سوابق عنف في عائلة القرين الذكر (وبشكل خاص رؤيته أمه وهي تُضرب)، ومعاورة الذكر للكحول، وذلك بارز في معظم الدراسات (58، 70-73). وعلى المستوى بين الأشخاص كانت معظم العلامات الثابتة المكونة لعنف القرين تتمثل بانخفاض المدخول والصراع وسوء العلاقات (57، 58، 73، 74). وليس من الواضح حتى الآن لماذا يزيد نقص المدخول من احتمال خطر حدوث العنف. ربما يكون ذلك بسبب نقص المدخول الذي يعتبر أساساً في عدم التوافق

صغيرين جداً في السن دون وجود دعم من المجتمع للأسرة الكبيرة (90، 93، 94). ومن العوامل الأخرى التي تزيد من احتمال خطر العنف فرط الازدحام في المنزل أو وجود علاقات عنف أخرى داخله (مثلاً العنف بين الأبوين) (91، 95-97).

كما تبين الأبحاث في كثير من الأماكن بأن النسوة يستخدمن العقوبات البدنية أكثر من الرجال وربما يكون ذلك بسبب أنهن يقضين معظم الوقت مع الأطفال (91، 98-100). وعلى أية حال، عندما يؤدي العنف البدني إلى حدوث إصابات خطيرة أو مميتة فإن الرجال هم الأكثر ارتكاباً لها (101 - 103)، وكذلك هم الأكثر رجحاناً في ارتكاب الانتهاكات الجنسية (83، 104). وأما العوامل التي تزيد من انتهاك الطفل من قبل الآباء ومقدمي الرعاية فتشمل التوقعات غير الحقيقية التي تتجاهل تطور الطفل وضعف التحكم بالدوافع والاندفاعات والكرب والعزل أو النبذ الاجتماعي (90، 93، 102، 105، 106). ولقد بين الكثير من الدراسات بأن انتهاك الطفل يتعلق أيضاً بالفقر وفقد "الرأسمال الاجتماعي" - ويقصد بالرأسمال الاجتماعي تكامل علاقات الشبكات الاجتماعية وعلاقات الجوار التي أظهرت حمايتها للأطفال (107، 109).

- قتل قرابة 57000 طفل عام 2000 وكانت الأعمار بين 0-4 سنوات هي الأكثر تعرضاً للخطر. والأكثر من ذلك بكثير هم ضحايا الانتهاك غير المميت وضحايا الإهمال. وقد عانى من الانتهاك حوالي 20% من النساء و5-10% من الرجال عندما كانوا أطفالاً.

انتهاك المسنين

لقد أصبح انتهاك المسنين وعقوقهم من قبل أقربائهم أو مقدمي الرعاية الآخرين لهم يُميّز وبشكل متزايد

الأطفال بين 0-4 سنوات أكثر من ضعف معدل قتلهم بين سن 5-14 سنة (أي 5,2 لكل 100 000 بالمقارنة مع 2,1 لكل 100 000) وإن أكثر أسباب موتهم شيوعاً في هذه الحالات هي إصابات الرأس يتلوها الإصابات البطنية والاختناق (78-80).

وإن المعطيات الموثوقة لانتهاكات الأطفال غير المميتة هي أيضاً نادرة كسابقها بالتساوي، ولكن الدراسات الواردة من الدول المختلفة تشير إلى أن الأطفال دون سن 15 سنة كثيراً ما يكونون ضحايا الانتهاك أو الإهمال بحيث يحتاجون للرعاية الطبية ومدخلات الخدمات الاجتماعية. وكمثال في جمهورية كوريا هناك 67% من الآباء يقبلون جلد أبنائهم بالوسط لتأديبهم، وقد أبلغ 45% منهم بأنهم يضربونهم أو يركلونهم أو يضربونهم ضرباً مبرحاً (81). وفي دراسة تمت في أثيوبيا تبين أن نسبة 21% من المدارس الحضرية و 64% من المدارس الريفية قد وجدت على أجساد طلابها كدمات أو تورمات بسبب عقاب آبائهم لهم (82). وأما عدد الأطفال الذين يعانون من الانتهاكات الجنسية في مختلف أصقاع الأرض فغير معروف. غير أن الأبحاث تشير إلى أن قرابة 20% من النساء و5-10% من الرجال قد عانوا من الانتهاك الجنسي عندما كانوا أطفالاً (83، 84).

ومن بين العوامل الفردية يلعب العمر والجنس عنصراً مهماً في إمكان الوقوع كضحية، وبشكل عام يكون الطفل أكثر تعرضاً لخطر الانتهاك البدني كلما كان أصغر سناً، بينما ترتفع معدلات الانتهاك الجنسي بين الأطفال الذين يبلغون اليافع أو المراهقة (78، 84-89). وفي معظم الأماكن نجد أن الصبية من الذكور يكونون ضحايا الضرب المبرح أو العقاب البدني أكثر من البنات، وأما البنات فهن أكثر تعرضاً لخطر القتل وهن رضيعات (قتل الرضيع) والانتهاك الجنسي والإهمال، كما يدفعن بطريق البغاء (83، 90-92). ومن العوامل الأخرى التي تزيد من تعرض الطفل للانتهاك - ويبدو أنها في تزايد - أن يوجد أحد الأبوين فقط في الأسرة، أو أن يكون الأبوان

عندما يصبح أحد المسنين معتمداً على مادة ما (مُدمنًا). وفي حالات أخرى قد يكون اعتماد مقدمي الرعاية على المسن لتحصيل القروض أو الدعم المالي سبباً للنزاع والصراع. وكذلك قد يلعب التغيير الاجتماعي دوراً مهماً. وفي بعض المجتمعات يمكن أن تكون الشبكات العائلية أو الاجتماعية التي تدعم جيل المسنين قد ضعفت نتيجة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة. وكمثال في دول الاتحاد السوفيتي السابقة أو كلت الأعداد المتنامية من المسنين إلى نفسها، خاصة في المجتمعات غير المستقرة التي تفشت فيها الجريمة والعنف.

يقع المسنون من الرجال تحت خطر انتهاكهم من قبل زوجاتهم أو كبار الأطفال وأقربائهم الآخرين بنسبة تماثل تقريباً نسبة النساء (111، 112)، ولكن في المجتمعات التي تكون فيها النسوة بحالة اجتماعية متدنية فإن المسنات يصبحن متعرضات لخطر العنف بشكل خاص - فمثلاً يُهَجَرْنَ بعد أن يترملن وتحتجز أملاكهن (123، 124)، وهناك بعض المعتقدات التقليدية التي تجعل المسنات عرضة لخطر العنف البدني. ففي جمهوريات تنزانيا المتحدة كمثال تقتل حوالي 500 امرأة مسنة سنوياً بتهمة لعنة السحر (125).

ويكون الانتهاك ضمن المؤسسات كالمستشفيات ودور التمريض أكثر حدوثاً كلما كانت الرعاية الأساسية منخفضة أو أن يكون الفريق ضعيف التدريب أو مُجهداً (يعمل فوق طاقته)، وتكون التأثيرات بين الفريق والمقيمين صعبة والبيئة الفيزيائية (شروط السكن والراحة) ضعيفة منقوصة، وحيث تعمل السياسات في مصلحة المؤسسة أكثر من المقيمين (117). وكذلك عندما يكون المدربون من الأطباء والمرضات على تشخيص انتهاك المسنين قليلين. ولا تولي الأنظمة الصحية دائماً اهتمامها برعاية المسنين كأولوية (126)، وإن التصدي للمواقف التمييزية والممارسات في أنظمة مجموعات الرعاية الصحية خطوة هامة في منع انتهاك المسنين.

كمشكلة اجتماعية خطيرة. ويبدو أن هذه المشكلة ستستمر وتتفاقم حيث أصبح كثير من الدول يعاني من زيادة سريعة لنسبة الشيوخ بين السكان. فبين عامي 1995-2025 من المتوقع أن يرتفع عدد الذين يتجاوزون سن 60 سنة متضاعفاً من 542 مليون إلى حوالي 1,2 بليوناً (110) في العالم كله.

ويشمل انتهاك المسنين - كانتهاك الأطفال - الانتهاك البدني والجنسي والنفسي، وكذلك الإهمال. ويتعرض المسنون للانتهاك أو الابتزاز الاقتصادي بشكل خاص حيث يتصرف أقربائهم ومقدمو الرعاية الآخرين لهم بحساباتهم ومواردهم تصرفاً غير مناسب.

إن المعلومات المتوافرة حول مدى انتهاك المسنين نادرة، وإن المسوح القليلة المرتكزة على التعداد السكاني تبين بأن ما بين 4% - 7% من المسنين يعانون من بعض أشكال الانتهاك في المنزل (111-115). وأن سوء المعاملة في المؤسسات يمكن أن يكون أكثر شيوعاً واتساعاً مما هو متصور عموماً. وكمثال، تبين من مسح أجري في الولايات المتحدة بأن 36% من دور التمريض في ولاية واحدة قد أبلغوا بأنهم شاهدوا على الأقل حالة واحدة من انتهاك المسنين بدنياً. وأن 10% وافقوا على أنهم ارتكبوا على الأقل عملاً واحداً من الانتهاك البدني بأنفسهم، و40% صرّحوا بأن لديهم مرضى قد انتهكوا سيكولوجياً (116)، وتشمل أعمال الانتهاك في المؤسسات استخدام الحجز البدني وحرمان المرضى من الكرامة واختيار حاجاتهم اليومية أو أن يكون تقديم الرعاية لهم غير كاف. (فمثلاً، قد يؤدي ذلك لحدوث قرحات ناجمة عن انضغاط الجلد على فراش المريض). (117، 118).

ويبدو أن هناك بعض الحالات جعلت المسنين متعرضين بشكل خاص لخطر العنف (112، 119-122)، وفي بعض الحالات تصبح العلاقات العائلية متوترة وقد تسوء نتيجة الكرب أو الجهد والإحباط

كامل بوساطة قرين لهم في فترة ما من حياتهن (62). وهناك أشكال مشابهة قد سجلت في غودالاجارا في المكسيك وليما في البيرو (23%) وفي مقاطعة ميدلاند في زمبابوي (25%) (25، 130)، وهناك معطيات متوافرة أيضاً تظهر بأن مئات الألوف من النسوة والفتيات يُسْرَيْنَ وَيُبْعَنَ كرقائق للجنس والبغاء سنوياً (39، 131-134)، أو تُخْضَعُ للكثيرات منهن للعنف الجنسي في المدارس ومراكز الرعاية الصحية والملاجئ (140-135). وكمثال، هناك مسح وطني حديث في جنوب أفريقيا تَصَمَّنَ أسئلة حول المعاناة من الاعتداء الجنسي قبل سن 15 سنة، وقد وجد بأن معلمي المدرسة مسؤولون عن 32% من الحالات المفضوحة في الاعتداء على الأطفال (141).

إنَّ للعنف الجنسي وقعاً عميقاً على الضحية من الناحية البدنية والنفسية. وكذلك الأذيات والإصابات حيث تترافق بزيادة احتمال التعرض لخطر طيف واسع من المشاكل الصحية التناسلية والجنسية والعواقب التي تشاهد إما مباشرة أو بعد سنوات من الاعتداء (28، 128، 142). وإنَّ العواقب الصحية النفسية كالعواقب البدنية في خطورتها تماماً، وقد تدوم طويلاً. وإنَّ نسبة الوفيات المرتبطة بالعنف الجنسي قد تحدث من خلال الانتحار والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري وجريمة القتل التي تحدث إما مباشرة أثناء الهجوم للاغتصاب أو لاحقاً "بالقتل من أجل الشرف" (22-24، 143-145).

وهناك عوامل كثيرة تزيد من احتمال خطر إكراه شخص ما على ممارسة الجنس. وهناك عوامل عديدة أخرى تزيد من خطر إكراه شخص ما على ارتكاب الجنس مع آخر. والأكثر من ذلك هناك عوامل ضمن البيئة الاجتماعية تؤثر على رجحان حدوث الاغتصاب والتفاعل تجاهه. وقد أظهرت دراسة سابقة بأنَّ الرجال العنيفين جنسياً يميلون للقيام بعمل جنسي قسري خيالي غريب، لتفضيلهم

إنَّ ما بين 4% و 6% من المسنين يعانون من الانتهاك في المنزل وسوء المعاملة في المؤسسات يمكن أن يكون أكثر اتساعاً مما كان يعتقد عموماً.

العنف الجنسي

يشمل العنف الجنسي مجالاً واسعاً من الأفعال كالإكراه على ممارسة الجنس الذي يحدث في العلاقات الزوجية والعلاقات اليومية خارج إطار الزوجية، والاعتصاب بفعل الغرباء والاعتصاب الجموعي أثناء الصراعات المسلحة، والمضايقات والضغوط الجنسية المتكررة المزعجة (ويدخل في ذلك الابتزاز بطلب الإكراه على ممارسة الجنس مقابل الحصول على عمل أو درجة مدرسية) والانتهاك الجنسي للأطفال والإكراه على ممارسة البغاء والاتجار بالنساء والفتيات، ونكاح الأطفال، وأعمال عنيفة ضد شرف وسلامة المرأة الجنسية وتشمل تشويه الأعضاء الجنسية والإكراه على كشف عذرية المرأة والاطلاع عليها. وقد يُعتدى جنسياً على النساء والرجال أثناء فترات التوقيف أو الاحتجاز عند الشرطة أو في السجن.

وإنَّ معظم أفعال العنف الجنسية تعاني منها بشكل سائد النسوة والفتيات، ويكون الجناة إما الرجال أو الفتية الذكور. ومن جهة أخرى فإنَّ الاعتداء الجنسي على الرجال والفتيات من قِبَل الرجال مشكلة معروفة ومحددة، وقد سجلت حالات كذلك من الإكراه الجنسي للفتيات بتأثير نسوة أكبر منهم.

وتشير المعطيات المتوافرة في بعض البلدان بأنه توجد امرأة من كل أربع نسوة تقريباً تُبَلِّغُ بأنها قد تعرضت للعنف الجنسي من قِبَل قرين وثيق الصلة بها، وقد بُلِّغَ عن نسبة وصلت حتى ثلث البنات بأنهن قد تعرضن للاعتداءات أو المبادرات الجنسية بالإكراه (61، 62، 127-129). وكمثال، سُجِّلَ في شمال لندن من إنكلترا أنَّ هناك 23% من النسوة كنَّ ضحايا لمحاولة اعتداء جنسي أو اعتداء جنسي

والكحول بالعنف بين الأشخاص والفقير وضعف المدخول وعدم التساوي بين الجنسين التي تبرز كعوامل جماعية واجتماعية.

وإنَّ الأنماط المختلفة من العنف ترتبط ببعضها بطرق مهمة. فمثلاً إنَّ المعاناة من النبذ أو الطرد أو الإهمال أو تلقي العقوبات البدنية الشديدة بأيدي الآباء تضع الطفل تحت خطر كبير لأن يكون عدوانياً وينتهج سلوكاً معادياً للمجتمع بما في ذلك اتباع السلوك الانتهاكي عندما يصبح بالغا، كما يصبح الأطفال تحت خطر الانتهاك المتزايد في الأسر التي يكون فيها البالغون عنيفين تجاه بعضهم. وبشكل عام يبدو أنَّ عوامل الطفولة البكرة موجودة في معظم أنماط العنف بين الأشخاص. ولذلك تقدم فرصا للوقاية التي يمكن تحقيق النجاح من خلالها بشكل واسع.

وكذلك يوجد اختلافات أساسية رئيسية فيما بين أنماط العنف بين الأشخاص، وبينما يميل السلوك العدواني في الجماعة (ضمن مجتمع)، بما فيه عنف الفتيان، لأن يكون مرئياً بشكل واضح، نجد من المشهور بأنَّ الانتهاك والإهمال ضمن العائلة أو بين القرناء الوثيقي الصلة بالضحية يكون سرياً مستوراً عن أعين المجتمع. وتختلف الأسلحة المستخدمة جوهرياً بين نمط من العنف وآخر. فمثلاً، في الأشكال المختلفة من العنف العائلي نجد أنَّ استخدام القبضات والأقدام والأشياء الأخرى هي الأكثر استخداماً، وكذلك الحال في العنف بين القرناء الوثيقي الصلة وفي العنف الجنسي، وبالعكس نجد أنه في حالات عنف الفتيان يكون الميل إلى استخدام الأسلحة القاتلة كالبنادق والسكاكين.

وهناك أيضاً اختلاف في الدرجة من أنماط العنف التي ينظر إليها على أنها جرائم ويجب أن تُحَصَّر السلطات شيئاً ما للقيام بعمل ضدها. وإنَّ الشرطة والمحاكم بشكل عام مستعدون لاستهداف السلوك العنيف في المجتمع سواء قام به الفتيان أو آخرون أكثر من استعدادهم له فيما لو كان العنف ضمن

القيام بعلاقات جنسية غير شخصية، وهم بشكل عام عدوانيون تجاه النساء أكثر من الرجال الذين ليسوا عنيفين جنسياً (146-150). إنَّ السلوك الجنسي العنيف عند الرجال مرتبط بمشاهدة العنف الأسري مع وجود آباء باردين عاطفياً أو لا يهتمون بأبنائهم (150-153)، ومن العوامل الأخرى ذات العلاقة الفقر والعيش في مجتمع يتحمل العنف الجنسي بشكل عام مع قلة العقوبات القانونية الرادعة (154-156). ويميل العنف الجنسي للحدوث حيث تنتشر المعتقدات القوية بأنَّ الجنس عنوان للرجولة، وفي حيث تكون الأدوار الجنسية الاجتماعية أكثر صرامة، وفي الدول التي تعاني من معدلات عالية للأشكال الأخرى من العنف (157-159).

- تشير المعطيات المتوافرة في بعض البلدان بأنه توجد امرأة من كل أربع نسوة تقريباً تُبلِّغُ بأنها تعرضت للعنف الجنسي من قِبَل قرين وثيق الصلة بها، وقد بُلِّغَ عن نسبة وصلت حتى ثلث البنات بأنَّهنَّ قد تعرضن للإكراه على ممارسة الجنس. وهناك أكثر من مئات الألوف منهنَّ يجبرن على البغاء أو يخضعن للعنف الجنسي في مناطق أخرى كالمدارس وأماكن العمل ومؤسسات الرعاية الصحية.

ديناميكيات العنف بين الأشخاص

تتشارك الأشكال المختلفة للعنف بين الأشخاص في كثير من عوامل التعرض للخطر الدفينة الشائعة، ولبعضها خصائص سيكولوجية وسلوكية، كضعف التحكم والسيطرة على السلوك، ونقص الاحترام للذات، واضطرابات الشخصية والتصرف والتواصل. ويرتبط بعضها بالتجربة والمعاناة، كفقدان الارتباطات العاطفية والدعم والتعرض الباكر للعنف في المنزل (سواء المعاناة من العنف العائلي أو مشاهدته) أو سوابق تاريخية عائلية أو شخصية تتميز بالطلاق أو الانفصال. وكثيراً ما تترافق معاقرة المخدرات

العنف الموجه للذات

في معظم دول العالم يعتبر الانتحار عملاً واصماً لمن يقترفه بوصمة العار ، وهو محظور لأسباب دينية وثقافية، ويعتبر السلوك الانتحاري في بعض الدول جريمة عدوانية يعاقب عليها القانون. ولذلك يبقى الانتحار عملاً سرّياً محاطاً بهالة من التحريم. وقد لا يمكن تمييزه ولا تصنيفه بشكل صحيح أو أن يُخفى بروية ودقة في سجلات الوفاة.

حجم المشكلة

يُقدَّر بأنَّ هناك 815 000 إنسان قد قتلوا أنفسهم في مختلف أنحاء العالم في عام 2000 - أي بمعدل تقريبي انتحار إنسان في كل 26 ثانية- مما يجعل الانتحار العامل السببي الثالث عشر للموت. وقد وُجِدَت أعلى المعدلات في دول أوروبا الشرقية، وأخفض المعدلات في أمريكا اللاتينية وقليل من دول آسيا.

وبشكل عام تزداد معدلات الانتحار مع تقدم العمر. وكما يشاهد في الشكل 5 نلاحظ بأنَّ معدلات الانتحار بين المسنين من عمر 75 سنة فما فوق تبلغ تقريباً ثلاثة أضعاف معدلاته تقريباً ممن تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 24 سنة. والأرقام المطلقة - على أية حال - أعلى بشكل عام فيمن هم دون سن 45 سنة. وأما فيمن تتراوح أعمارهم بين 15-44 سنة فإنَّ الإصابة بإيذاء الذات هي السبب الرابع المؤدي للموت والسبب السادس المؤدي لاعتلال الصحة والعجز أو العاهة (1).

ووسطياً تسجل 4 حالات انتحار من الذكور مقابل انتحار أنثى واحدة في شتى أنحاء العالم. ومرة أخرى، نقر بأنَّ هناك اختلافات كبيرة بين الدول. فنسبة انتحار الذكور إلى الإناث تتراوح بين 1:1 في الصين (منخفضة) إلى 1:10 في بورتوريكو (مرتفعة)

وتختلف معدلات الانتحار أيضاً داخل الدول بين سكان المدن المتحضرين والسكان الريفيين وبين العرق والمجموعات الإثنية المختلفة فمثلاً: إنَّ معدلات

العائلة، سواء انتهاك الأطفال أو المعاملة القاسية للمسنين أو انتهاك الرجال لقرائهم. وهناك ممانعة في كثير من الدول لتمييز العنف الجنسي والاعتراف به والقيام بعمل ضده. وحتى في الدول التي تسن القوانين لحماية الناس من العنف فهي لا تشدد على ذلك دائماً. وفي بعض الدول تعتبر مكاتب تنفيذ القانون هي أيضاً من بين مرتكبي العنف.

وتلعب الثقافة دوراً أساسياً في تعيين الحدود التي يدور حولها ما يعتبر سلوكاً مقبولاً وما يعتبر انتهاكياً، وفي تحديد الاستجابة تجاه العنف. فمثلاً تختلف المواقف تجاه إجراءات تأديب الأطفال بشكل واسع في شتى أنحاء العالم (160)، وفي بعض الدول لا يحمي القانون الفتيات أو النسوة اللاتي يغتصبن، بل قد يُقتلن من قبل أقربائهن صيانة لشرف العائلة، أو أن تدفع إحداهن للزواج ممن ارتكب معها العنف لجعل العلاقة الجنسية قانونية.

- إنَّ بعض عوامل الخطر شائعة في كل أنماط العنف بين الأشخاص ، وتشمل النمو في منزل يعاني من العنف أو منزل مُدمر ، ومعاقرة المخدرات والعزلة الاجتماعية والأدوار الجنسية الاجتماعية الصارمة والفقر وتفاوت المدخول، وكذلك الخصائص الشخصية كعدم القدرة على التحكم بالسلوك السيئ وقلة احترام الذات.
- بينما يكون العنف في المجتمع - خاصة عنف الفتيان- مرئياً بشدة ويوسم إجمالاً بأنه إجرامي نجده ضمن الأسرة (بما فيها انتهاك الأطفال والمسنين والعنف بين القراء الوثيقي الصلة) خفياً وأكثر سترًا عن أعين المجتمع . وإنَّ الشرطة والمحاكم في كثير من الأماكن أقل رغبة أو تحضيراً لاستهداف مثل هذا العنف أو أن تعترف بوجود العنف الجنسي وتميزه وتتخذ عملاً ضده .

- وسطياً يوجد 3 حالات انتحار من الذكور لكل حالة واحدة من الإناث.
- قلة من الذين يقدمون على الانتحار يفقدون حياتهم، ويدخل غالبيتهم في الانشغال بالانتحار دون المتابعة لارتكابه، وحتى الذين يحاولون الانتحار قد لا يقصدون منه بلوغ درجة الموت.

ديناميكيات الانتحار

هناك أشكال مختلفة من الحوادث أو الظروف المجهدة التي تسبب الكرب يمكنها أن تعرض الناس لخطر متزايد لأن يؤذوا أنفسهم (169-172). وتشتمل مثل هذه العوامل على ظروف العيش في الفقر والبطالة وفقدان الأحباب والأعزاء والجدال مع العائلة أو الأصدقاء وتصدع العلاقات والمشاكل المتعلقة بالقانون والعمل. وعندما تمثل هذه الأحداث معاناة شائعة عامة فإن القليل النادر من الناس هم الذين يُدفعون للانتحار. ولكي تفعل هذه الأمور كعوامل "مُطلقة" للانتحار يجب أن تحدث لشخص سريع التأثر أو عرضة بشكل خاص لأن يؤذي نفسه. وكما في العنف بين الأشخاص، تشمل العوامل المؤهبة لاحتمال التعرض لخطر ارتكاب العنف معاقرة الكحول والمخدرات ووجود سوابق انتهاك بدني أو جنسي أثناء الطفولة والعزلة الاجتماعية (173-176). وإنَّ المشاكل النفسية كاضطرابات المزاج وفصام الشخصية والشعور العام بفقدان الأمل كلها عوامل تلعب دورها أيضاً مع الاكتئاب الأساسي الذي يبدو أنه أهم العوامل على الإطلاق (177-179) (انظر الإطار 3). كما أنَّ الأمراض البدنية، خاصة المؤلمة منها والتي تترك آثاراً مشوهة تعتبر أيضاً عوامل مهمة (180). وامتلاك طرق الوصول لوسائل قتل النفس (الأكثر نوعية هي الأسلحة، والأدوية، والسموم الزراعية) عامل مهم لذاته من جهة ولأنه يحدد فيما إذا كانت المحاولة الانتحارية ستنتج أم لا من جهة

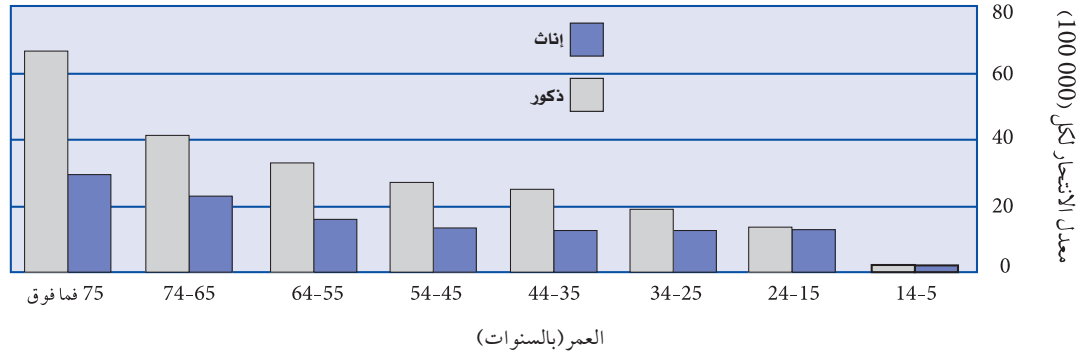
الانتحار أكثر ارتفاعاً عادة بين السكان الأصليين من باقي أنماط سكان البلد (161-163). وفي الولاية الاسترالية كوينزلاند كمثال، يبلغ معدل الانتحار بين السكان الأصليين وسكان جزر مضيق توريس 23,6 لكل 100 000، بين عامي 1990 – 1995، بالمقارنة مع 14.5 لكل 100 000 في إجمالي الولاية (164). وبين سكان "إنويت" في المناطق القطبية من شمال كندا، تبلغ معدلاتهم الإجمالية المسجلة للانتحار بين 59,5 و 74,3 لكل 100 000. بالمقارنة مع معدل تقريبي 15,0 لكل 100 000 من عموم سكان كندا (165).

هناك قلة من الناس الذين يتابعون عملهم الانتحاري حتى الموت، ووسطياً يقدر بين 2-3 محاولات انتحار لكل حالة انتحار تامة تنتهي بالموت عند من تجاوزوا سن 65 سنة. وأما بين الفتيان دون سن 25 سنة من العمر فيمكن أن تبلغ نسبة الأفعال الانتحارية غير المميتة إلى المميتة واحد إلى مئة أو إلى مئتين (166-167). وحوالي 10 % من أولئك الذين يحاولون الانتحار يتابعون حتى الموت. وهناك نسبة أكثر من ذلك بكثير يقعون ضحية أفكار الانتحار – بالمصطلح الطبي "الانشغال بالانتحار" – لكنهم لا يحاولون قتل أنفسهم، وإنَّ النسوة كمعدل وسطي أكثر تفكيراً بالانتحار من الرجال (168).

- أكثر من 800 000 إنسان قد انتحروا عام 2000 مما يجعل الانتحار السبب الثالث عشر المؤدي للموت في شتى أنحاء العالم. ورابع سبب يؤدي للموت بين الذين تتراوح أعمارهم بين 15-44 سنة، وسادس سبب يؤدي لاعتلال الصحة والعجز أو العاهة.
- تميل معدلات الانتحار للازدياد مع تقدم العمر، وهي أعلى ما تكون بين من هم في سن 75 سنة من العمر وأكبر من ذلك، وقد تختلف معدلات الانتحار باختلاف الدول وباختلاف الأعراق والزمرة الإثنية وباختلاف مناطق الريف والمدينة.

الشكل 5

معدلات الانتحار العالمية بحسب العمر والجنس، 1995



العنف الجماعي

هناك درجة عالية من الانتباه والوعي الشعبي العام تجاه الأشكال المختلفة من العنف الجماعي، وإن الصراعات العنيفة بين الأمم والجماعات الأخرى، وبين الدول ومجموعات إرهابية واستخدام الاغتصاب كسلاح حربي وتهجير أعداد كبيرة من الناس وإبعادهم عن بيوتهم وحرب العصابات كل ذلك يحدث يوماً في كثير من أجزاء العالم. وإن آثار هذه الأنماط المختلفة من الحوادث المتمثلة بالموت والأمراض البدنية والعجز والتشوهات والكروب النفسية ذات وقع كبير وفي اتساع.

ولا يزال العالم يتعلم الطرق المثلى للاستجابة تجاه الأشكال المختلفة من العنف الجماعي، ولكن أصبح من الواضح الآن بأن الصحة العمومية تمتلك دوراً هاماً وواضحاً لتؤدي، كما صرحت بذلك جمعية الصحة العالمية عام 1981 (189). إن دور العاملين في مجال الصحة بتعزيز السلام والمحافظة عليه عامل هام في تحقيق الصحة للجميع.

حجم المشكلة

لقد كان القرن العشرون من أكثر فترات تاريخ البشرية عنفاً. ويقدر فيه فقدان حياة 191 مليون إنسان بشكل مباشر أو غير مباشر نتيجة للصراعات

أخرى (183-181). وإن وجود محاولة انتحار سابقة مُنبئ قوي عن سلوك انتحاري مميت لاحق خاصة خلال الأشهر الستة الأولى بعد محاولة الانتحار الأولى (184).

ويبدو أن هناك عوامل أخرى تحمي الشخص من المشاعر الانتحارية أو الإقدام على فعلها وأهمها الاحترام العالي للذات واستمرار الاتصالات الاجتماعية خاصة مع العائلة والأصدقاء، ووجود الدعم الاجتماعي واستقرار الزواج وسعادته والانتماء للدين (185-188).

- لقد أصبحت الحوادث التي تسبب قسوة الحياة وتعاستها من المعاناة الشائعة المألوفة، ولذلك أصبحت حالياً قلّة نادرة من الناس فقط تساق للانتحار، ولكي تؤثر العوامل في "إطلاق" الانتحار لأبد من وقوع مثل هذه الحوادث لشخص متأهب أو لديه استعداد مسبق للانتحار.

- إن 80% ممن يقدمون على الانتحار لديهم أعراض اكتئابية متعددة. وتشمل العوامل المهمة الأخرى الحصول على وسائل إيذاء الذات ووجود محاولة حديثة للانتحار.

وتخريب بنيتها الاجتماعية. والمثال الواضح على ذلك صراعات موزمبيق في الثمانينات، والأكثر حداثة صراعات سيراليون، عندما فقد كثير من الناس آذانهم أو شفاهم أو أطرافهم نتيجة صراعات المتمردين مع قوات الحكومة (194).

وقد استُخدم الاغتصاب أيضاً كسلاح مدرّوس وهدف في كثير من الصراعات بما في ذلك الحرب العالمية الثانية في كوريا وحرب استقلال بنغلاديش وصراعات الجزائر وأندونيسيا، و(كشمير)، وليبيريا ورواندا وأوغندا ويوغوسلافيا السابقة، فكان الجنود يغتصبون زوجات وبنات وأخوات خصومهم كعوامل إذلال وقهر العدو بالإجمال. وكمثال يقدر عدد المعتصبات بوساطة الجنود أثناء صراعات البوسنة بما يتراوح بين 10 000 - 60 000 (195).

• لقد كان القرن العشرون الفترة الأكثر عنفاً في تاريخ البشر، وكان أكثر من نصف الذين فقدوا حياتهم مدنيين في مختلف أنحاء العالم.

عواقب العنف الجماعي

بالإضافة للتهديد بالموت والإصابات المباشرة بسبب القتال، فإن الصراعات تزيد من معدلات الوفيات والمرضاة بين المدنيين بعدد من الطرق غير المباشرة. وكمثال، تُخرب الحروب البنى الأساسية وتعطل الخدمات الحيوية كالرعاية الطبية والصحة العمومية بما فيها التمتع، وبذلك تزيد من خطر التعرض للأمراض العدوائية. ففي حرب البوسنة والهرسك 1994 كمثال، أقل من 35% من الأطفال قد لقّحوا بالمقارنة مع 95% قبل انفجار الأعمال العدوائية (196، 197). وكقاعدة عامة يرتفع معدل وفيات الرضع في أوقات الحروب.

يرتبط العنف ووحشية الصراعات بطيف واسع من المشاكل السيكلوجية والسلوكية متضمناً

والحروب. وكان أكثر من نصفهم مدنيين (190)، وبالإضافة إلى الحربين العالميتين الأولى والثانية هناك حدثان من أعظم الحوادث التدميرية التي تتعلق بفقد الحياة في القرن العشرين هي فترة الرعب الستاليني، وملايين الناس الذين ماتوا في الصين خلال فترة "القفزات العظيمة نحو الأمام" (1958-1960)، ولا يزال كلا الحدثين محاطين بالريبة والشك فيما يتعلق بالخسائر البشرية التي فاقت كل المقاييس بشكل لا يمكن التأكد من حجمهما.

ورغم أن الملايين من البشر قد ماتوا أثناء الصراعات فإن الأرقام الحقيقية الدقيقة لا يمكن معرفتها. وإن سجلات الوفيات والإصابات قليلة جداً في شتى أنحاء العالم. وكثيراً ما تتلف السجلات المحفوظة في زمن الاشتباكات (191). والأكثر من ذلك أن هناك أسباباً كثيرة يمكن أن تفسر لماذا تحاول الجهات المتحاربة إخفاء أو تحوير بيانات الوفيات والدمار الذي تحدثه.

وبالإضافة للآلاف الكثيرة التي تقتل سنوياً بسبب عنف الصراعات أو الاشتباكات يوجد عدد كبير جداً ممن تحدث لديهم إصابات بسبب ذلك، وتشمل بعض أولئك الذين يصابون بالعجز المستديم. وإن المعطيات المتعلقة بالعجز الناجم عن الاشتباكات نادرة، وتبقى الأرقام التي تبرز الآثار النهائية للمعركة قليلة. وكمثال، أدت الصراعات المسلحة في إثيوبيا والتي دامت أكثر من 30 سنة إلى وفاة ما يقارب مليون إنسان تقريباً، ويشكّل المدنيون حوالي نصفهم تقريباً. وحوالي ثلث الجنود من الـ 300 000 الذين عادوا من الجبهة في نهاية المعركة كانت لديهم إصابات أو عجز. وعلى الأقل 40 000 إنسان قد فقدوا طرفاً أو أكثر من أطرافهم في المعركة (192). وفي كمبوديا يوجد 36 000 إنسان - أي بمعدل شخص واحد من كل 236 شخصاً قد فقد ذراعاً بعد انفجار لغم أرضي بشكل حاد في طارئ (193). وفي بعض الحروب يُشوّه المدنيون كجزء من استراتيجية مدروسة لإنهاك المجتمعات

• تتلف الصراعات البنى الأساسية وتعطل الخدمات الحيوية كالرعاية الصحية، وإن لها أثراً على التجارة وإنتاج الأغذية وتوزيعها وتهجير الآلاف من الناس عن منازلهم.

للصراعات بل كثيراً ما تكون الغرض النوعي للمتورطين بالقتال بقصد إخضاع الشعوب أو السيطرة عليها.

ديناميكا الصراعات العنيفة

إن جذور الصراعات العنيفة عميقة عموماً، وتحدث نتيجة وجود توترات طويلة الأمد بين المجموعات. إن "لجنة كارنيغي للوقاية من الحروب المميتة" قد حددت عدداً من العوامل التي تعرض الدول لاحتمال خطر الحروب العنيفة (204) وتشمل:

- فقدان التعامل الديمقراطي، وانعدام التساوي في إتاحة القوى (القدرة). ويكون عامل الخطر عالياً بشكل خاص عندما تكون مصادر القدرة أو القوة بأيد ذات صفة عرقية أو دينية، وعندما يكون القادة قمعيون وميالون لانتهاك حقوق الإنسان.
- انعدام العدالة الاجتماعية الموسوم بسوء التوزيع الكبير للموارد أو الوصول إليها (إتاحتها). وكثيراً ما تنشأ الصراعات عندما يكون الاقتصاد في حالة تدهور حيث تتفاقم حالات الظلم الاجتماعي وتشتد المنافسة على الموارد.
- سيطرة زمرة وحيدة على الموارد الطبيعية الهامة كالأحجار الكريمة والنفط والأخشاب والمخدرات. وفي العقود الحديثة حدثت حروب للسيطرة على الأحجار الكريمة (الأماس) في وسط أفريقيا والأخشاب والجواهر في كمبوديا والمخدرات في أفغانستان وكولومبيا ومايانمار وقد لعبت هذه العوامل دوراً رئيسياً في صراعات عنيفة.

الاكتئاب والقلق والسلوك الانتحاري ومعاقرة الكحول واضطرابات الكرب بعد الرضح. والأكثر من ذلك قد يصبح الرضح النفسي أكثر وضوحاً في السلوك المشوش المعادي للمجتمع كالصراع العائلي والعدوان تجاه الآخرين. وكثيراً ما تتفاقم الحالة عند توافر الأسلحة والأشخاص الذين أصبحوا متمرسين على العنف بعد التعرض الطويل للصراعات والصراعات. وإن أثر الصراعات على الصحة النفسية أمر معقد بشكل واسع ولا يمكن التنبؤ به. إنه يتأثر بعوامل مضيئة كطبيعة الصراع ونوع الرضح والمعاناة من الضائقة وسباق البنية الثقافية والموارد التي يحملها الأشخاص والجماعات في حالتهم أو وضعهم (198).

تُعطل الحروب التجارة وفعاليات الأعمال الأخرى، وتحوّل الموارد من الخدمات والقطاعات الحيوية إلى الدفاع (199، 200). وكثيراً ما يُستهدف إنتاج الطعام وتوزيعه في الصراعات (201). وإن المجاعة المرتبطة بالحرب والصراعات المسلحة الأخرى أو القتل الجماعي قد قتلت ما يقدر بقرابة 40 مليون إنسان في القرن العشرين.

إن الاضطراب الاجتماعي الناجم عن الصراعات ينشئ ظرفاً من العنف الجنسي والهجمات القسرية لمجموعات بشرية كبيرة (202، 203)، وإن هذه التأثيرات لسوء الحظ ليست هي المنتج الثانوي

- إن الرُضَع واللاجئين من بين أكثر المجموعات استعداداً للتأثر بالأمراض والموت في زمن الحرب، ويمكن أن يكون ازدياد نسبة الوفيات والمراضة بين هاتين الزمرتين ازدياداً هائلاً ومفاجئاً.
- في زمن الحروب يمكن أن يحدث أيضاً طيف من المشاكل الصحية كالاكتئاب والقلق والسلوك الانتحاري ومعاقرة الكحول واضطرابات الكرب عقب الرضوح.

إنَّ لجنة كارنيغي للوقاية من الحروب المميته قد حدّدت عدداً من العوامل التي تعرض الدول لخطر الحروب العنيفة وتشمل:

- فقدان التعامل الديمقراطي، وعدم إتاحة القوى بشكل متساو.
- انعدام العدالة الاجتماعيّة الموسوم بعدم تساوي توزيع الموارد وإتاحتها للجميع.
- السيطرة على الموارد الطبيعيّة الهامة من قبل جماعة واحدة.
- التغيرات الديموغرافية السريعة التي تتجاوز قدرة الدولة على تقديم الخدمات الأساسية وفرص العمل.

• التغيرات الديموغرافية السريعة التي تتجاوز قدرة الدولة على تقديم الخدمات الأساسية وفرص العمل.

إنَّ توافر الأسلحة خاصة في أوضاع ما بعد الاشتباكات، حيث لا يترافق تسريح العسكريين مع نزع تراخيص أسلحتهم أو جمعها، أو إيجاد عمل للجنود السابقين، كلها عوامل مهمة في احتمال حدوث العنف.

ويبدو أنَّ بعض أشكال العوْلة تتعلّق بالاشتباكات والصراعات (205)، وبشكل خاص فإنَّ تجزئة بعض الدول والجماعات وتهميشها والتنافس السريع على الموارد واتساع حالة التفاوت من عدم التساوي والظلم في بعض المجتمعات يبدو أنها تنتج ظروفًا تزيد من التوجه لحدوث صراعات سياسية عنيفة. وقد لا يكون أي من هذه العوامل كافياً وحده لحدوث الصراع أو العنف ولكنها بالتشارك يمكن أن تحدث ظروفًا تبرز أو تفجر العنف.

ما الذي يمكن عمله لاتقاء العنف؟

وتشمل أنماط الأساليب التي تركز على المعتقدات والسلوكيات الفردية:

- البرامج الثقافية والتعليمية: كحواجز للطلاب لتكميل تعليمهم حتى إتمام المرحلة الثانوية، والتدريب المهني للطلاب الفقراء من الفتيان والشباب وتقديم برامج تزود بمعلومات عن الكحول والمخدرات.
- برامج التنمية الاجتماعية: برامج الإغناء قبل المدرسة، وبرامج لاتقاء سلوك الاستقواء والوقاية من الانحراف، وبرامج مساعدة الأطفال والمراهقين على تطوير المهارات الاجتماعية، وتهدف هذه البرامج إلى تحقيق النجاح في المدرسة والعلاقات الاجتماعية، وقد تم تصميم مثل هذه البرامج لضبط الغضب وحل الصراعات وتطوير المنظور الأخلاقي.
- برامج علاجية: بما فيها تقديم المشورة لضحايا العنف أو الواقعين تحت خطر إيذاء أنفسهم ومجموعات الدعم والمعالجة السلوكية للاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى المترافقة بالانتحار.
- برامج المعالجة بالمداداة: للأشخاص المعرضين لاحتمال خطر إيذاء أنفسهم وتشمل أولئك الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية. وهناك برامج أيضاً للبالغين والمومسات، والناس الذين ينتهكون قرنائهم أو أطفالهم، وتستخدم مثل هذه البرامج أطراً علمية جماعية لمناقشة قضايا الجنس الاجتماعي وتعليم المهارات

إن مشكلة العنف متعددة الوجوه وذات جذور بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية وبيئية. ولا يوجد حل بسيط أو وحيد للمشكلة، والأكثر من ذلك يجب التصدي للعنف على أكثر من مستوى وفي قطاعات متعددة من المجتمع في آن واحد. وبالاعتماد على المنظور الذي يقدمه النموذج الإيكولوجي يمكن لبرامج وسياسات الوقاية من العنف أن تستهدف الأفراد والعلاقات والجماعات ومجمل المجتمعات وأن تُقدّم بالتعاون مع القطاعات المختلفة من المجتمع في المدارس وأماكن العمل والمؤسسات الأخرى وأجهزة المحاكم القضائية وأجهزة مكافحة الجريمة. ويبدو أن الوقاية من العنف تكون أكثر نجاحاً إذا كانت شمولية وتعتمد على أسس علمية. وبشكل عام فإنّ التداخلات الباكرة المستديمة يرجح أن تكون أكثر فعالية من البرامج القصيرة الأمد. وتعطي الفقرات التالية نظرة خاطفة عن البرامج الواسعة الاختلاف الموجودة حول العالم والهادفة إلى كبح العنف والتصدي له.

الأساليب الفردية

يركز العمل لاتقاء العنف على المستوى الفردي على تحقيق غرضين. يهدف الغرض الأول إلى التشجيع على المواقف الصحية والسلوكية السليمة للأطفال والفتيان لحمايتهم أثناء نموه. ويهدف الغرض الثاني إلى تغيير المواقف والسلوكيات عند الأفراد الذين أصبحوا عنيفين للتو أو متعرضين لاحتمال خطر إيذاء أنفسهم. ويهدف بشكل خاص إلى التأكيد على أنّ الناس يمكنهم حل خلافاتهم دون اللجوء للعنف.

- تشمل أنماط الأساليب التي تستهدف العلاقات:
- التدريب على الأبوة: تهدف هذه البرامج إلى تحسين العلاقات العاطفية بين الآباء وأطفالهم وتشجيع الآباء على تطبيق طرق التربية الحديثة الثابتة الفائدة في تربية أبنائهم ومساعدتهم على ضبط أنفسهم أثناء معاملة أبنائهم. ويمكن أن تستخدم برامج الأبوة في الحالات التي يقع فيها الأطفال ضحية لخطر انتهاكهم من قبل أبويهم، وكذلك كمحاولة لمنع الجنوح المستقبلي، وفي حالات يكون سلوك الأطفال الصغار فيها سبباً للفت النظر.
- برامج المراقبة: تتلاءم هذه البرامج مع الفتيان أو اليافعين، خاصة المتعرضين لخطر نشوء سلوك معاد للمجتمع. مع وجود شخص بالغ من خارج العائلة بقصد الرعاية والذي يمكن أن يعمل كنموذج أو مرشد ذي دور إيجابي.
- برامج المعالجة العائلية: وتهدف إلى تحسين الاتصالات والتفاعلات الداخلية بين أفراد العائلة وكذلك تعليم مهارات حل المشاكل لمساعدة الآباء والأطفال.
- برامج الزيارات المنزلية: وتشمل هذه البرامج زيارات منتظمة من قبل ممرضة أو أحد مهنيي الصحة إلى منازل الأسر التي هي بحاجة خاصة للدعم والإرشاد لرعاية طفل أو حيث يوجد تعرض لخطر سوء معاملة الطفل. وتستخدم مثل هذه الأنماط من البرامج لتجنب سلوك جنوح لاحق (آجل). وتتضمن المداخلات: تقديم المشورة والتدريب والإحالة لمراجعة الاختصاصيين أو الوكالات الأخرى.
- التدريب على مهارات العلاقات : تجمع هذه البرامج سوية مجموعة مختلطة من

مثل ضبط الغضب وتحمل المسؤولية في الأفعال الفردية. وتختلف فعالية هذه الأساليب المختلفة بحسب العوامل المختلفة، فمثلاً إن برامج التطوير الاجتماعي التي تؤكد على الكفاءات والمهارات الاجتماعية هي من بين أكثر الاستراتيجيات فعالية للوقاية من عنف الفتيان - ولكن يبدو أنها أكثر فعالية عندما تطبق على الأطفال في المراحل قبل المدرسة أو في سن المدرسة الابتدائية أكثر من تطبيقها على طلاب المدارس الثانوية (206-208).

ولقد برهنت برامج تقديم المشورة للرجال الذين يسيئون إلى قرنائهم على وجود نجاح في مساعدة بعضهم لتغيير سلوكهم (209، 210). ولكن بشكل عام هناك معدل انقطاع كبير عن المتابعة وإن الكثيرين ممن أحيلوا إلى البرامج لم يحضروا بعد ذلك على الإطلاق (209، 211). وإن برامج المعالجة السلوكية للانتحار من جهة أخرى قد أظهرت بعض الفائدة في إنقاص التفكير بالانتحار وسلوك هذا المنحى (212، 213).

- تركز الأساليب الشخصية بشكل رئيسي على تشجيع المواقف الصحية والسلوكية عند الأطفال والفتيان لأنهم في مراحل نموهم، وتغيير مواقف وسلوك الأفراد الذين أصبحوا عنيفين حديثاً أو أنهم متعرضين لاحتمال خطر إيذاء أنفسهم.

أساليب العلاقات

تُرَكِّز هذه الأساليب تركيزاً رئيسياً في التأثير على أنماط العلاقات التي يشكلها الضحايا والجناة مع أكثر الناس تداخلاً معهم. إن هذه الأساليب تستهدف مشاكل نوعية ضمن الأسر - فمثلاً : الخلافات الزوجية وفقدان الروابط العاطفية بين الآباء والأطفال، وفقدان تأديب الأطفال أو مراقبتهم، والتأثيرات السلبية التي يؤتى بها ليحملها الزملاء.

الجهود المرتكزة على المجتمع

إن الأهداف الرئيسية لفعاليات توقي العنف المرتكزة على المجتمع تكمن في رفع الوعي الشعبي لهذه المواضيع والحوار حولها والحث على الفعل الجماعي والتصدي للأسباب المادية والاجتماعية للعنف في البيئة المحلية وإجراء مراجعة حول رعاية ودعم الضحايا.

وتشمل أنماط الأساليب التي تركز على العوامل المجتمعية:

- حملات التثقيف الشعبي التي تستخدم الوسائل الإعلامية الكبيرة لاستهداف المجتمع بالإجمال، أو الحملات التثقيفية لبعض المواقع الخاصة كالمدارس وأماكن العمل والرعاية الصحية والمؤسسات الأخرى.
- تعديلات على البيئة الفيزيائية (المادية) كتحسين إنارة الشوارع وإنشاء طرق آمنة للأطفال والفتيان لبلوغ مدارسهم والعودة منها ومراقبة وإزالة الملوثات البيئية التي يمكن أن تؤثر على نمو الأطفال وتطورهم.
- النشاطات خارج المناهج للفتيان كالرياضة والمسرح والفن والموسيقى.
- تدريب العاملين في المهن المختلفة كالشرطة والصحة والثقافة والتعليم بحيث يصبحون قادرين بشكل أفضل على تحديد الأنماط المختلفة من العنف والاستجابة لها (مواجهتها).
- تنظيم الفعاليات الاجتماعية لإنشاء الشراكة بين الشرطة ومجموعات مختلفة على المستوى الاجتماعي.
- برامج مخصصة لبعض المواقع الخاصة كالمدارس وأماكن العمل ومعسكرات اللاجئين ومؤسسات الرعاية بما فيها المشافي وعيادات الرعاية الصحية الإكلينيكية، ومؤسسات الرعاية الطويلة الأمد للمسنين. وترتكز هذه الأنماط من البرامج على تغيير

الرجال والنساء مع مسهل لهذه العملية بقصد استكشاف المواضيع الخاصة بالجنس الاجتماعي والعلاقات التي تلعب دوراً في العنف، ولتعليم مهارات الحياة وكيفية التعامل معها.

لقد أثبتت جميع هذه الأنماط المذكورة فعاليتها في بعض الحالات، فمثلاً في كلٍّ من الدول النامية والصناعية أثبتت برامج الزيارات المنزلية فعاليتها في إنقاص انتهاك الأطفال من قبل آبائهم، وهي أيضاً من أكثر التدخلات المبشرة بالنجاح لإحداث انخفاض طويل الأمد في العنف بين صغار السن من الناس (الفتيان) (214-216). وإن برامج التدريب على الأبوة والمعالجة العائلية هي أيضاً أساليب إيجابية وذات أثر طويل الأمد في إنقاص العنف بأقل التكاليف خلال المسار الطويل من البرامج العلاجية (43، 217-219).

تشمل برامج التدريب المعروفة بمهارات العلاقات: "تسلق درجات السلم" و"الرجال كشركاء"، وهما برنامجان تم وضعهما أصلاً لأفريقيا ولكن تم تبنيهما في أجزاء كثيرة من الدول النامية في العالم (220، 221). وتشير تقييمات الجودة لهذين البرنامجين إلى أن الرجال في أفريقيا وآسيا قد وجدوا بأن برنامج "تسلق درجات السلم" يساعدهم في التواصل، ويمنحهم احتراماً جديداً للنساء ويمكّنهم من تحمل مسؤوليات سلوكهم (222).

• تهدف أساليب العلاقات إلى التأثير على أنماط العلاقات التي ينشئها الضحايا والجنّة مع الناس الذين هم أكثر تأثراً معهم بانتظام، وترتكز على المشاكل ضمن الأسر والتأثيرات السلبية من الزملاء.

وأعضاء من مجموعات نسائية وفريق من المدارس وسلطات محلية دينية وسياسية. وبشكل نوعي يتضمن عملهم المشاركة في المعلومات والخبرات وتحديد المشاكل عند التهيئة المسبقة للخدمات، وتعزيز الوعي المجتمعي والعمل تجاه نمط واحد أو أنماط متعددة من العنف.

• تُوجّه الجهود المركزة على المجتمع نحو رفع درجة الوعي الشعبي العمومي حول العنف والحث على الفعل المجتمعي وتقديم الرعاية والدعم للضحايا.

الأساليب الاجتماعية

تركز الأساليب الاجتماعية لإنقاص العنف على العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، وكيف يمكن لهذه العوامل أن تعطي شكلاً معيناً للمواقع المختلفة وللمجتمعات بأسرها. وتضم أنماط الأساليب التي تركز على العوامل الاجتماعية الواسعة:

- المعالجات التشريعية والقضائية كسن القوانين أو تحسينها ضد العنف الجنسي والعنف المرتكب بوساطة القراء الوثيقي الصلة أو ضد العقوبات البدنية للأطفال في البيت أو المدرسة أو الأماكن الأخرى. وقوانين الإبلاغ الإجبارية لانتهاك الأطفال وكذلك انتهاك الشيوخ، وإجراءات لحالات التعامل من العنف المنزلي والجنسي.
- المعاهدات الدولية: هناك الكثير من القوانين الدولية واتفاقيات حقوق الإنسان والمعاهدات تتعلق بمنع حدوث العنف. وبالإضافة إلى أساسيات التشريعات الوطنية فإن هذه الوسائل ذات قيمة كبيرة لتحقيق الأهداف الإعلامية الدعائية.
- التغييرات السياسية لإنقاص الفقر ورفع الظلم، وتحسين دعم الأسر - كالمساعدات

البيئة المؤسسية بوساطة السياسات والدلائل الإرشادية والبروتوكولات المناسبة.

- المداخلات الاجتماعية المنسقة - مع إشراك الكثير من القطاعات والتحول باتجاه تحسين الخدمات والبرامج.

لقد أظهرت الحملات الثقافية فعالية في بعض الظروف كحملة الوسائل الإعلامية المتعددة في جنوب أفريقيا بعنوان "مدينة الروح"، وقد تصدت الحملة لأشكال كثيرة من أنماط العنف بين الأشخاص بما في ذلك عنف الاستقواء وعنّف العصابات وعنّف القراء الوثيقي الصلة بالضحية والاعتداءات الجنسية المتكررة. لقد وجدت تقييمات المسلسل التلفزيوني للبالغين "مدينة الروح" بأنه قد زاد من المعرفة والوعي وأحدث تحولاً في المواقف والمعايير الاجتماعية المتعلقة بالعنف المنزلي والعلاقات بين الجنسين، وهناك ازدياد مهم في الرغبة نحو تغيير السلوك واتخاذ عمل مضاد للعنف وذلك في كل من المنطقتين الحضرية والريفية وبين الرجال والنساء معاً.

لقد نُفذت المبادرات الأولية لتنظيم الفعاليات الاجتماعية مترافقة ببعض النجاح في ريودي جانيرو في البرازيل، وسان جويز في كوستاريكا (223، 224)، إلا أنها تتطلب مزيداً من التقييم الدقيق لتحديد فعاليتها. وإنّ تحسين تدريب الشرطة ومقدمي الرعاية الصحية تعتبر استجابة أساسية لمنع الكثير من أنماط العنف. وتشير الدلائل عن الفعالية بأن التدريب وحده غير كافٍ لمقاومة العنف وقهره. ولكن يجب أن يترافق بإعادة الدعم والجهود لتغيير المواقف والثقافة التنظيمية (225-227).

لقد استخدم إنشاء الشبكات للتعاون بين القطاعات المتعددة على المستوى الاجتماعي بشكل متزايد للتعامل مع العنف. وإنّ المشاورات المنسقة والمنتديات بين الوكالات وأنشطة مشابهة لها قد توطدت لتشمل الكثير من الناس، بمن فيهم القضاة والعاملون الاجتماعيون والعاملون في صحة المجتمع

ونفايات السيارات. فمثلاً أدى التقييد الشديد على بيع دواء الباراكوت المبيد للأعشاب - والذي لعب دوراً كبيراً في الانتحار في ساموا الغربية - إلى هبوط شديد وفجائي في عدد حالات الانتحار خلال عامين (233).

• تركز الأساليب الاجتماعية على العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المتعلقة بالعنف وتؤكد على تغيير القوانين والسياسات، والأكثر من ذلك التغيير في البيئة الاجتماعية والثقافية لإنقاص معدلات العنف في الأماكن المختلفة وسائر المجتمعات.

بعض الثغرات الهامة

لقد أعطت الفقرات السابقة ومضات مختصرة حول البرامج المختلفة في العالم والهادفة إلى تعيين الاستجابة تجاه العنف . وقد أظهرت بأن البرامج المُقيّمة بدقة حول فعاليتها قليلة جداً. ولكي نحدد ما يجب عمله وما لا يجب عمله لمنع العنف والوقاية منه وتوجيه الموارد في حيث تكون أكثر فعالية، يجب أن يعطى التقييم الأولوية الأعلى في جميع الفعاليات، مع ملاحظة أن البحوث الدقيقة تحتاج زمناً للاستحصال على نتائجها. وإنَّ الاندفاع للتعامل فقط مع الأساليب المبرهن على فائدتها يجب ألاَّ يعوق دعم الأساليب المبرهن بتنتائج جيدة.

ولقد ظهر عدد من العيوب والثغرات، وكمناقش سابقاً، فالبرامج التي تركز على الوقاية الأولية، وهي الإجراءات التي توقف العنف قبل حدوثه غير كافية ولا مكتملة بالمقارنة مع الوقاية الثانوية أو الثالثة. وهناك عدم توازن أيضاً في التركيز على البرامج، فالاستراتيجيات المجتمعية والاجتماعية مُؤكِّد عليها بالمقارنة مع البرامج التي تتصدى للعوامل الفردية وعوامل العلاقات.

وأخيراً، هناك حالة لا بد من التنبيه لها وهي أنَّ أكثر برامج الوقاية من العنف قد أُسست وطورت

الاجتماعية وبرامج التطوير الاقتصادية والتوظيف والاستخدام وتحسين الثقافة والتعليم والحد من الهجرة الأبوية وترتيب استخدام الأمومة ورعاية الطفولة.

- الجهود لتغيير المعايير الثقافية والاجتماعية، وهذه هامة بشكل خاص عند تناول قضايا الجنس الاجتماعي والتمييز العرقي أو الإثني والممارسات التقليدية المؤذية، فجميع ذلك يمكن أن يكون له جذور عميقة في إعطاء السمة الاجتماعية.
- تنفيذ برامج الحد من التسلح وتسريح الجنود في الدول الخارجة من الصراعات، بما في ذلك تقديم وظائف بديلة للمقاتلين السابقين.

يعتقد بأنه يمكن إنقاص معدلات انتهاك الأطفال وإهمالهم بشكل كبير في حالات المعالجة الناجحة للفقر وتحسين المستويات الثقافية وفرص العمل، وزيادة توافر وجودة الرعاية الصحية للطفل، وتشير الأبحاث في عدة دول بأن برامج الطفولة المبكرة العالية الجودة يمكن أن تُعدّل أو تغير من حالات انعدام التساوي (الظلم) الاجتماعي والاقتصادي وتحسن من الحصائل التي يحققها الطفل كتطوره ونجاحه في المدرسة (228)، وهذه الحصائل يمكن أن تنقّص من عنف الفتیان.

لقد تأسست طرق ووسائل إنقاص العنف المسلح في العديد من الدول المختلفة بما في ذلك تشديد الشرطة على تطبيق القوانين ومنعهم الناس من امتلاك الأسلحة غير القانونية والتشديد في أمر تخزين الأسلحة القانونية لمنع سرقتها والاتجار بها. ولقد برهنت هذه الإجراءات على نجاحها في إنقاص معدل القتل والانتحار في بعض الأماكن (229-232). وتشمل الإجراءات الناجحة الأخرى ضد الانتحار التضييق الشديد حول بيع الأدوية والكيمائيات الصيدلانية السامة، وإزالة العناصر المؤذية: أحادي أكسيد الكربون من الغازات المنزلية

وَجُرِّبَتْ فِي البلدان الصناعية، وهناك حاجة ماسة لإنشاء وتطوير أو إجراء ملاءمة واختبار وتقييم الكثير من برامج الوقاية من العنف في البلدان النامية واكتشاف ما يجب عمله وما يجب تجنبه في مجال من الأماكن الأكثر اتساعاً.

- هناك القليل نسبياً من الأساليب التي قُيِّمَتْ فعاليتها بدقة، ويجب أن يعطى التقييم أولوية أعلى في جميع الفعاليات.
- لا توجد برامج كافية تتناول الوقاية الأولية بالمقارنة مع الوقاية الثانوية أو الثالثة.
- إنَّ البرامج التي تعمل على المستويات المجتمعية أو الاجتماعية مؤكَّد عليها بالمقارنة مع تلك التي تستهدِفُ العوامل الفردية وعوامل العلاقات.
- هناك حاجة ماسة لإنشاء أو إجراء ملاءمة واختبار وتقييم لكثير من برامج الوقاية في الدول النامية.

التوصيات

التوصية الثانية: تعزيز الجهود لجمع المعطيات حول العنف

إنَّ وجود قدرات استيعابية وطنية قادرة على جمع المعطيات حول العنف وتحليلها ضروري لتحديد الأولويات، وتوجيه البرنامج ومراقبة التطورات. وفي بعض الدول يكون الأمر أكثر كفاية للحكومة الوطنية بأن تقوم بتصميم مؤسسة أو وكالة أو وحدة حكومية لجمع ومقارنة المعلومات من مصادر الدوائر ذات القوة التنفيذية القانونية والصحية والسلطات الأخرى التي تحافظ على الاتصال المنتظم مع الجناة وضحايا العنف. وأما في الدول ذات الموارد المحدودة فإنَّ تلك الوكالات هي التي ستقوم بوظيفة المراقبة التي وصفت تحت التوصية الأولى.

إنَّ جمع المعطيات مهم في كل المستويات، لكنه على المستوى المحلي يجب أن يكون ذو جودة واستكمال تام ومحدد بشكل واضح. ويجب تصميم الأنظمة والمجموعات بحيث تكون بسيطة ومرتفعة المردود لتكون قابلة للتنفيذ، ومناسبة لمستوى مهارات الفريق الذي يستخدمها، وأن تكون مطابقة للمقاييس الوطنية والدولية. وبالإضافة إلى ذلك يجب أن تكون هناك إجراءات لتبادل المعطيات بين السلطات المسؤولة عنها والمهتمة بها (كتلك المسؤولة عن الصحة والسياسة الاجتماعية)، والأقسام المهتمة، وأن تكون قابلة لإجراء تحليل مقارن.

على المستوى الدولي يفترق العالم اليوم إلى المعايير المقبولة لجمع المعطيات حول العنف لتعزيز عملية المقارنة بينها بحسب الأمم والثقافات. وتعالج

تتطلب طبيعة العنف المتعددة الوجوه إشراك الحكومات وذوي النفوذ المهتمين على كل مستويات صنع القرارات المحلية والوطنية والدولية. وإنَّ التوصيات التالية تعكس الحاجة لهذه الأساليب التعاونية المتعددة القطاعات.

التوصية الأولى: إنشاء وتنفيذ ومراقبة خطة عمل وطنية للوقاية من العنف

إنَّ وجود خطة وطنية للعمل أمر هام للوقاية من العنف وتعزيز الاستجابة الفعالة التي يمكن دعمها باستمرار على طول الزمن. ويجب أن ترتكز مثل هذه الخطة على إجماع مستحصل من مجال واسع من الفاعلين الحكوميين وغير الحكوميين، بما في ذلك المنظمات المهتمة ذات النفوذ. ويجب أن تأخذ الخطة بعين الاعتبار الموارد البشرية والمالية التي تجعلها قابلة للتنفيذ. ويجب أن تتضمن مجموعة عناصر كمراجعة وإعادة صياغة التشريعات وتقييم السياسة، وبناء لجمع المعلومات وإجراء البحوث الموسعة، وتقوية الخدمات الداعمة للضحايا وتطوير وتقييم الاستجابات الوقائية. ويجب أن يكون للخطة جدول زمني وآليات تقييم. مع برنامج عمل منظم وإلزامي لمراقبة التطور وكتابة التقارير حول ذلك دورياً. ويجب أن تتميز الخطة بآليات التناسق على المستويات المحلية والوطنية والدولية لتسمح بالتعاون بين القطاعات المسؤولة عن الوقاية من العنف كمحكمة الجنايات والتعليم والعمل والصحة وقطاعات الخدمات الاجتماعية.

التوصية الرابعة: تعزيز الاستجابات الوقائية الأولية

لقد كانت أهمية الوقاية الأولية هي الصدى البارز الرئيسي في "التقرير العالمي حول العنف والصحة"، وتشمل بعض المداخلات الهامة للوقاية الأولية وإنقاذ العنف ما يلي:

- الرعاية الصحية للأمهات قبل وحوّل الولادة، وكذلك برامج التطوير الاجتماعي للأطفال والمراهقين وبرامج الإغناء في مرحلة ما قبل المدرسة.
 - التدريب على ممارسات الأبوة الجيدة وتحسين الوظائف العائلية.
 - تحسين البنى الأساسية في المدن والحواضر، سواء المادية الفيزيائية والاجتماعية الاقتصادية. اتخاذ إجراءات لإنقاذ أذيات الأسلحة النارية، وتحسين وسائل وطرق السلامة في استعمالها.
 - الحملات الإعلامية لتغيير المواقف والمعايير السلوكية والاجتماعية.
- إنّ المداخلتين الأوليتين هامتان لإنقاذ انتهاك الطفل وإهماله وكذلك العنف المرتكب في مرحلة المراهقة والبلوغية. ويمكن أن يكون لتحسين البنى الأساسية وقع هام على أنماط متعددة من العنف، ويعني ذلك نوعياً التصدي للعوامل البيئية ضمن المجتمعات - بتحديد المواضيع التي يحدث فيها العنف بشكل متكرر وتحليل العوامل التي تعطي لمكان ما خطورة خاصة وتعديل أو إزالة هذه العوامل. إنها تدعو أيضاً لتحسين البنى الأساسية الاجتماعية الاقتصادية للمجتمعات المحلية من خلال استثمارات أكبر وتحسين الفرص التعليمية والاقتصادية.
- ومن التحديات الأخرى لكلا المداخلتين الوطنية والمحلية الوقاية من أذيات الأسلحة وتحسين إجراءات السلامة المتعلقة بالأسلحة. والأكثر من ذلك، في حين لا توجد نتائج بحثية استنتاجية متوفرة حتى الآن حول كيفية التعرض للعنف من خلال الحملات الإعلامية التي يمكنها أن تؤثر على الأنماط

هذه الحالة بوضع معايير دولية مقبولة مثل "التصنيف الدولي للأسباب الخارجية للإصابات" (234)، "والدلائل الإرشادية حول ترصد الإصابات" الذي طورته منظمة الصحة العالمية ومراكز الولايات المتحدة حول مكافحة الأمراض والوقاية منها (235).

التوصية الثالثة: تحديد الأولويات ودعم الأبحاث حول الأسباب والعواقب وتكاليف الوقاية من العنف

هناك أسباب كثيرة للشروع ببحث ما، إلا أنّ الأولوية الرئيسية يجب أن تكون لجني أفضل فهم للمشكلة في السياقات الثقافية المختلفة في حيث يمكن أن تحدث الاستجابات المناسبة مع تقييمها. ويمكن دفع البحوث للأمام على المستوى الوطني بوساطة سياسة الحكومة وإشراكها المباشر ضمن نطاق المؤسسات الحكومية (فكثير من الخدمات الاجتماعية ووزارات الداخلية وكذلك محاكم الجرائم لديها برامج بحث ضمن مقراتها) وبتمول المؤسسات الأكاديمية والبحوث المستقلة.

يمكن إجراء البحوث والشروع بها على المستوى المحلي. ومن أجل الحصول على الفائدة القصوى يجب على السلطات المحلية أن تضم جميع الشركاء الذين يمتلكون خبرات متعلقة بالموضوع، بما فيها الكليات الجامعية (كالطب والعلوم الاجتماعية وعلم الجريمة والإبيديولوجيا)، ومرافق البحوث والمنظمات اللاحكومية.

هناك بعض المواضيع ذات الأولوية العالية تستدعي إجراء البحوث الشمولية المقارنة على المستوى الدولي. وتشمل هذه المواضيع: العلاقة بين العنف والأشكال الأخرى للعولمة، متضمنة الآثار الاقتصادية والبيئية والثقافية، وعوامل الوقاية والتعرض لاحتمالات الخطر الشائعة في المجتمعات والثقافات المختلفة. وأساليب الوقاية التي يرجى أن تكون مفيدة وقابلة للتطبيق في الأوساط المختلفة.

آخر يمارسه الجناة - أو خطر لؤم وانتقاد أسرهم أو مجتمعهم والحماية من العواقب أكسلبية الأخرى.

التوصية السادسة: إدخال الوقاية من العنف في السياسات الاجتماعية والثقافية ومن ثم تعزيز العدالة بين الجنسين والعدالة الاجتماعية

لقد ارتبط الكثير من أشكال العنف بعدم توفر العدالة الاجتماعية والتساوي بين الجنسين، مما جعل قطاعات كبيرة من السكان معرضة لخطر العنف المتزايد. وإنَّ خبرات الدول التي حسنت من وضع المرأة وأنقصت التمييز الاجتماعي تدعو إلى الحاجة لمنظومة من المداخلات بما في ذلك إعادة الصياغة التشريعية والقانونية والقيام بحملات التوعية الشعبية العمومية والتدريب والمراقبة من قبل مكاتب الشرطة والمكاتب الشعبية وتقديم الحوافز الثقافية والاقتصادية للمجموعات المتضررة أو المَعوقة.

في كثير من أجزاء العالم تقع سياسات وبرامج الوقاية الاجتماعية تحت جهد كبير، حيث تعاني كثير من الدول من هبوط الأجور وتخرب البنى الأساسية وتراجع ثابت في الكم والنوع بالنسبة للخدمات الصحية والثقافية والاجتماعية. وحيث أنَّ هذه الظروف ترتبط بالعنف فيجب على الحكومات أن تفعل ما في وسعها للمحافظة على خدمات الوقاية الاجتماعية. وإعادة ترتيب أولوياتها إذا كان ذلك ضرورياً فيما يتعلق بميزانيتها الوطنية.

التوصية السابعة: زيادة التعاون وتبادل المعلومات حول الوقاية من العنف

من المطلوب تحقيق أفضل علاقات العمل بين الوكالات الدولية والحكومية والباحثين والشبكات والمنظمات غير الحكومية المساهمة في الوقاية من العنف لبلوغ المشاركة الفضلى في المعارف والاتفاق حول أهداف الوقاية وتنسيق العمل. ويجب أن يعالج ذلك من خلال إنشاء آليات متناسقة لتجنب

المختلفة من العنف فإنه يمكن استخدام نتاج وسائل الإعلام لتغيير اتخاذ المواقف المتعلقة بالعنف والمعايير السلوكية والاجتماعية. وبحسب الظروف في بعض الأماكن النوعية فإنَّ معظم هذه المداخلات يمكن أن يكون لها آثار داعمة تبادلية.

التوصية الخامسة: تقوية الاستجابات لضحايا العنف

يجب أن تهدف أنظمة الصحة الوطنية إلى تقديم الرعاية العالية الجودة لضحايا العنف من جميع الأنماط، وكذلك إعادة التأهيل وتقديم الخدمات التي نحتاج إليها للوقاية من المضاعفات اللاحقة. وتشمل الأولويات:

- تحسين استجابة المجموعات الإسعافية وقدرة قطاع الرعاية الصحية على معالجة وإعادة تأهيل الضحايا.
- تمييز علامات ظروف العنف أو الأوضاع التي تسير باتجاه العنف وتوجيه الضحايا إلى الوكالات المناسبة للمتابعة والدعم.
- التأكد من أن الخدمات الصحية والقضائية والشرطية والاجتماعية تتجنب استئناف حدوث ضحايا جديدة بعد الضحايا الأولى، وأن هذه الخدمات فعالة لردع الجناة من الاقتراح مرة أخرى.
- تقديم الدعم الاجتماعي وبرامج الوقاية والخدمات الأخرى لحماية الأسر المتعرضة لخطر العنف وإنقاذ الجهد الواقع على مقدمي الرعاية.

- دمج وتوحيد الوحدات التدريبية للوقاية من العنف في مناهج طلاب الطب والتمريض.
- إنَّ جميع ذلك يمكن أن يساعد في تقليل آثار العنف على الأفراد وتكاليف المجموعات الصحية والاجتماعية، وعلى أية حال يجب أن يتضمن تصميمها وتنفيذها الحماية من تكرار الضحايا - نتيجة تحديد أماكن الضحايا المتعرضة لخطر عنف

التوصية التاسعة: البحث عن استجابات عملية ومتفق عليها دولياً حول التجارة العالمية بالمخدرات وتجارة التسلح العالمي إنَّ التجارة العالمية بالمخدرات والتجارة العالمية بالأسلحة متكاملة مع العنف في كلا الدول النامية والصناعية، وحتى التطور المتوسط في كلا الجبهتين سيساهم في إنقاص كمية ودرجة العنف التي يعاني منها ملايين الناس. وحتى اليوم - وعلى الرغم من ارتفاع شاكلتها في الميدان العالمي - يبدو أنه لا توجد حلول مرئية لهذه المشاكل. إنَّ استراتيجيات الصحة العمومية يمكن أن تساعد في إنقاص الآثار الصحية على المستويين المحلي والوطني معاً ولذلك يجب أن تعطى حصةً بقدر أوفر من الأولويات فيما يتعلق بالاستجابات على المستوى العالمي.

التضاعف غير المطلوب والاستفادة من اقتصاديات الخبرات التجميعية، والشبكات والتمويل والمرافق الموجودة داخل الدولة.

إنَّ إسهامات مجموعات التبشير أو الدفاع كأولئك المهتمين بالعنف ضد المرأة وانتهاك حقوق الإنسان وانتهاك المسنين والانتحار، يجب الاعتراف بها وتشجيعها من خلال إجراءات عملية كعرض هذه الحالات الرسمية المجموعية لتكون الأساس الهام في المؤتمرات الدولية وتضمينها في مجموعات عمل رسمية. إنَّ إسهامات الخبرات التي تعمل على الأنواع المختلفة للعنف يجب أن تساعد على إنشاء لوحات تسهل تبادل المعلومات، وكذلك أبحاث منفصلة وأعمال دفاعية إعلامية.

التوصية الثامنة: تعزيز ومراقبة التمسك بالتشريعات الدولية والقوانين والآليات الأخرى لحماية حقوق الإنسان

بعد منتصف القرن السابق وقَّعت الحكومات الوطنية على اتفاقيات قانونية دولية مختلفة أكدت بشكل مباشر على العنف والوقاية منه، وقد وضعت مثل هذه الاتفاقيات مقاييس للتشريعات الوطنية ووطدت معايير وحدوداً سلوكية.

وفي حين طورت الكثير من الدول من وتيرة تشريعاتها وفق التزاماتها وتعهداتها الدولية، لم تنفذ دول أخرى من ذلك شيئاً. وحيث أنَّ العوائق تتمثل بندرة الموارد أو المعلومات فإنَّ المجتمع الدولي يجب أن يفعل الكثير للمساعدة في ذلك. وفي حالات أخرى ستكون الحملات القوية ضرورية لإحداث تغييرات في التشريعات والممارسة.

الخاتمة

إنّ الأنماط المختلفة من العنف ترتبط بطرق كثيرة وهامة، وكثيراً ما تتشارك بعوامل التعرض للخطر العامة. ولسوء الحظ، فإنّ أنشطة وفعاليات الأبحاث والوقاية من الأنماط المختلفة للعنف كثيراً ما تنشأ وتتطور بمعزل عن الأنماط الأخرى. فإذا أمكن التغلب على هذه التجزئة فإنّ مدى سعة وفعالية المداخلات سيتعزز.

يجب تركيز الموارد على المجموعات المتعرضة والأكثر سرعة في التأثر، وإنّ العنف كباقي معظم المشاكل الصحية ليس حيادياً، ففي حين تعاني جميع أصناف المجتمع من العنف فإنّ الأبحاث تشير إلى أنّ الناس ذوي الحالة الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة يتعرضون لخطر أكبر. وإنّ إهمال حاجات الفقراء، إذ في معظم المجتمعات نجد الفقراء عموماً أقل الناس تحصيلاً لخدمات الرعاية والوقاية، أمر يجب مواجهته وتحديه والتغلب عليه إذا أردنا الوقاية من العنف فعلاً.

إنّ الرضا الذاتي عن العنف يقف حائلاً أمام معالجته وتدييره، بل يشجع تشجيعاً كبيراً على العنف ويعوق الاستجابة له بشكل هائل. وهذه حقيقة تنطبق بشكل خاص على المواقف تجاه العنف، كمشكلة التفاوت الجنسي الاجتماعي المرتبطة به صميمياً، وكأنّ هذه الحالة حقيقة ثابتة ومستقرة في المجتمع البشري يجب قبولها والرضا عنها. ويتعزز الرضا تجاه العنف بوجود المنفعة الذاتية كما في الإقرار الاجتماعي بحقوق الرجال "لإصلاح" زوجاتهم. وإنّ التراجع في كلا حالتي العنف بين الأشخاص والعنف الجماعي يعتمد على التغلب على حالة الرضا بالعنف وقبوله مهما كان نوعه.

رغم وجود ثغرات كبيرة في المعرفة والحاجة الملحة لمزيد من الأبحاث والخبرات إلاّ أنه قد تمّ حتى اليوم اكتساب بعض الدروس الهامة حول الوقاية من العنف وتخفيف عواقبه. ويشمل ذلك ما يلي:

كثيراً ما يكون من الممكن التنبؤ بالعنف والوقاية منه، وكما أظهر "التقرير العالمي حول العنف والصحة" تبدو بعض العوامل الخاصة منبئة بقوة عن العنف على الرغم من أنه يصعب أحياناً تحديد عوامله السببية المباشرة. وإنّ تحديد وقياس هذه العوامل يمكن أن يقدم تحذيراً موقوتاً لأصحاب القرار السياسي بأنّ العمل قد أصبح مطلوباً. والأكثر من ذلك فإنّ منظومة الأدوات التي يتم العمل بها هي في حالة نمو دائم طالما أنّ هناك تطوير للأبحاث الموجهة للصحة العمومية.

وإنّ زيادة الاستثمارات والإنفاق تؤدي إلى نقص حدوث العنف، ذلك أنّ هناك ميل في كل أنحاء العالم إلى قيام السلطات بالعمل بعد وقوع العنف، إلاّ أنّ الإنفاق على الوقاية، وخاصة أنشطة الوقاية الأولية التي تعمل على القسم المتصاعد من المشاكل، يمكن أن يكون أثره أكثر مردوداً بالنسبة للكلفة وله منافع كبيرة وتستمر فترة طويلة.

إنّ فهم طبيعة العنف وسياقاته أو أوساطه أمر حيوي في تصميم المداخلات، وإنّ جميع المجتمعات تعاني من العنف إلاّ أنّ طبيعته التكوينية - أي الظروف التي ينشأ فيها، وموقف المجتمع منه - تختلف بشكل كبير من مكان لآخر. وحيثما يتم التخطيط لبرامج الوقاية من العنف يجب فهم طبيعة العنف وظروفه ليتم تحديد المداخلات المناسبة للسكان المستهدفين فيه.

إنَّ العنف ليس أمراً محتوماً، ويمكننا عمل الكثير للتصدي له واتقائه، ولم يُقَيِّم العالم حتى الآن حجم المهمة المنوطة به بشكل كامل ولم يمتلك حتى الآن الأدوات اللازمة لتنفيذها، إلا أن قاعدة المعرفة العالمية تتنامى وقد تم اكتساب خبرات كبيرة حتى الآن. ويساهم "التقرير العالمي حول العنف والصحة" في هذه القاعدة المعرفية، ومن المأمول أن تُبَثَّ الروح في هذا التقرير فَيُسَهِّلَ زيادة التعاون والابتكار والالتزام بكل ما من شأنه الوقاية من العنف واتقائه في جميع أنحاء العالم.

إنَّ التعهد السياسي بمعالجة موضوع العنف أمر حيوي في الجهود الصحية العمومية، وفي حين يمكن تحقيق الكثير بوساطة المنظمات الريفية والأفراد والمؤسسات فإنَّ نجاح جهود الرعاية الصحية العمومية يعتمد إطلاقاً على التعهدات والالتزامات السياسية. وهذا أمر حيوي أيضاً على المستوى الوطني حيث يتم إصدار التشريعات وإجمالي القرارات التمويلية، وكذلك على مستوى المقاطعات والمستويات المحلية والريفية والبلدية حيث تتم متابعة المسؤوليات اليومية فيما يتعلق بتطبيق البرامج والسياسات التي تم إقرارها. وإنَّ استمرارية دعم الجهود من قِبَل كثير من قطاعات المجتمع كثيراً ما تكون ضرورية لكسب التعهدات السياسية في معالجة قضية العنف.

1. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Miller TR, Cohen MA, Rossman SB. Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 1993, 12:186–197.
3. *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington, DC, United States Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General, 1979 (publication 79–55071).
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
5. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
6. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
7. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
8. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.
9. Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
10. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
11. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.
12. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
13. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.
14. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
15. Miller TR, Cohen MA. Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
16. McCauley J et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
17. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342–347.
18. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
19. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563–576.
20. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
21. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365–1374.
23. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
24. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
25. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns

- Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
26. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
 27. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
 28. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
 29. Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
 30. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262-290.
 31. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79-103.
 32. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
 33. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213-237.
 34. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86-105.
 35. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251-273.
 36. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
 37. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517-543.
 38. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
 39. Brown L. *Sex slaves: the trafficking of women in Asia*. London, Virago Press, 2001.
 40. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. *Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.
 41. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181-1196.
 42. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617-645.
 43. *Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2001.
 44. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
 45. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66-88.
 46. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1994:377-570.
 47. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103-133.
 48. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710-718.
 49. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614-623.
 50. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451-481.
 51. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421-475.
 52. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257-277.
 53. United Nations Children's Fund. *Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises*. Florence, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).

54. Messner SF. Research on cultural and socio-economic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511–525.
55. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. *Inequality and violent crime*. Washington, DC, World Bank, 1999.
56. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182–196.
57. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35–49.
58. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241–244.
59. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
60. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417–426.
61. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
62. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
63. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63–77.
64. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. [Reproductive health and violence against women: a gender perspective.]* Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, 1996.
65. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729–1742.
66. Zimmerman K. *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary*. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
67. Armstrong A. *Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe*. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
68. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: *Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9–11 January 1998*. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36–41.
69. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. London, Zed Books, 1998:180–216.
70. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
71. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada. [Violence behind closed doors: the battered women.]* Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
72. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421–428.
73. Black DA et al. *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (available on the Internet at <http://www.nnh.org/risk>).
74. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131–146.
75. Counts DA, Brown J, Campbell J. *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO, Westview Press, 1992.
76. Levinson D. *Violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.
77. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371–392.
78. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467–516.
79. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47–80.
80. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75–87.
81. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169–179.
82. Ketsela T, Kedebé D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23–33.
83. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409–417.

84. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
85. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
86. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233–247.
87. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.] *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557–1565.
88. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259–268.
89. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
90. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
91. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
92. *Equality, development and peace*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2000.
93. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
94. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
95. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959–973.
96. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.
97. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70:688–692.
98. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249–270.
99. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
100. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of school children in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077–1082.
101. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
102. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
103. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.
104. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London, Sage, 1986.
105. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
106. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839–853.
107. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.
108. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
109. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
110. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people*. London, HelpAge International, 1999.
111. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51–57.
112. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5–58.
113. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1–18.
114. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998–999.
115. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885–888.
116. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5–30.
117. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London, Macmillan, 1997.
118. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San

- Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
119. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
 120. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
 121. O'Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
 122. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
 123. Owen M. *A world of widows*. London, Zed Books, 1996.
 124. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. London, HelpAge International, 1999.
 125. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
 126. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
 127. Hakimi M et al. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java, Indonesia*. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
 128. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571–582.
 129. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523–527.
 130. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
 131. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Geneva, International Organization for Migration, 1995.
 132. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Geneva, International Organization for Migration, 20 January 2001 (Press briefing notes).
 133. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, NY, Human Rights Watch, 2000.
 134. Richard AO. *International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime*. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence, 1999.
 135. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
 136. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
 137. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos en el Perú. [Silence and complicity: violence against women in public services in Peru]*. Lima, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
 138. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
 139. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetrician-gynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
 140. Nduna S, Goodyear L. *Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania*. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
 141. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (in press).
 142. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
 143. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case–control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
 144. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65–84.
 145. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
 146. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
 147. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.

148. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
149. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
150. Ouimette PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
151. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
152. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
153. Crowell NA, Burgess AW, eds. *Understanding violence against women*. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
154. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.
155. Rozee PD. Forbidden or forgiven? Rape in cross-cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
156. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
157. Bennett L, Manderson L, Astbury J. *Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women*. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
158. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
159. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud. [Central America in the 90s: youth problems.]* San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
160. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
161. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
162. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
163. Lester D. *Suicide in American Indians*. Commack, NY, Nova Science, 1997.
164. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. *Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
165. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenaars A et al., eds. *Suicide in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
166. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. In: Wells CF, Stuart IR, eds. *Self-destructive behavior in children and adolescents*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
167. McIntosh JL et al. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
168. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.
169. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
170. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
171. Thacore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
172. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
173. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
174. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
175. Santa Mina EE, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793–800.
176. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577–587.

177. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
178. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
179. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
180. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
181. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
182. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175–180.
183. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62–70.
184. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behaviour. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
185. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
186. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
187. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
188. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
189. WHA34.38. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:397–398.
190. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ, and London, Transaction Publications, 1994.
191. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
192. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
193. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
194. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3 (A)).
195. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.
196. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
197. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
198. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
199. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
200. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
201. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. In: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6–36.
202. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
203. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
204. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
205. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
206. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
207. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
208. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).

177. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
178. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
179. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
180. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
181. *National injury mortality reports, 1987–1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
182. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175–180.
183. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62–70.
184. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behaviour. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
185. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
186. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
187. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
188. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
189. WHA34.38. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:397–398.
190. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ, and London, Transaction Publications, 1994.
191. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
192. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
193. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
194. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3 (A)).
195. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.
196. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
197. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
198. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
199. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
200. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
201. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. In: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6–36.
202. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
203. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
204. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
205. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
206. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226–234.
207. Thornton TN et al. *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
208. Olweus D, Limber S, Mihalic S. *Bullying prevention program*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).

إن العنف يخترم حياة الملايين من الأشخاص في جميع أنحاء العالم سنوياً، كما يضر بحياة الملايين غيرهم. وهو لا يعترف بالحدود الجغرافية، ولا العنصرية ولا العمرية، ولا الاقتصادية. كما أنه لا يفرق بين طفل وشاب، ولا بين شاب وشيخ، ولا بين رجل وامرأة. وهو يعرف طريقه جيداً إلى البيوت والمدارس وأماكن العمل. إن لكل رجل وامرأة في كل مكان، الحق في أن يعيشا وفي أن يربيا أطفالهما، بمنأى من الخوف من العنف. وعلينا أن نساعدتهما على التمتع بهذا الحق بأن نوضح في الأذهان أن منع العنف ممكن، وبأن نتصافر من أجل تحديد أسبابه الدفينة ومعالجتها.

كوفي أنان، الأمين العام للأمم المتحدة
الحاصل على جائزة نوبل للسلام في سنة 2001

إن المذابح والتشريد والتمييز في إتاحة الرعاية الصحية، هي الإطار الذي تعمل مؤسسة أطباء بلا حدود ضمنه، والعنف، لا سيما العنف السياسي هي في غالب الأحيان من الأسباب الرئيسية للوفاة. وإن خلّو السجلات الوبائية من هذه الفئة من الأسباب، غالباً ما يجسّد عجز السلطات الحاكمة عن فهم ما يقوله الأطباء والخبراء. وهذا التقرير ثغرة طالما انتظارها في جدار الصمت.

مورتن روسترب، رئيس المجلس الدولي لمؤسسة أطباء بلا حدود
الحائز على جائزة نوبل للسلام في عام 1999

إن هناك حاجة ماسة إلى التزام أقوى بزيادة الجهود المبذولة لمنع العنف. وعليه فإنني أرحّب كل الترحيب بهذا التقرير، الذي يجمع، ولأول مرة، جميع المعلومات المتاحة في منشورة واحدة. ولا بد من أن نتصافر جهود المجتمع المدني ووكالات الأمم المتحدة والحكومات من أجل تنفيذ التوصيات التي يشتمل عليها هذا التقرير.

جودي وليامز، الحملة الدولية لحظر الألغام الأرضية
الحاصل على جائزة نوبل للسلام عام 1997

مادامت البشرية تعتمد على العنف في حسم الصراعات، فإن العالم لن ينعم بالسلام والأمن، كما سوف تستمر المعاناة الصحية. وإن هذا التقرير لخير عون لنا على أن نفتح عيوننا على حقيقة العنف، كمشكلة من مشكلات الصحة العمومية، كما أنه يهيئ لنا أسباب الأمل في المستقبل. ولعلنا لن نبدأ في مواجهة أسبابه وعواقبه بمواجهة جماعية، إلا إذا أدركنا ما يلحقه من دمار بأجسادنا ونفوسنا معاً. وهذا التقرير خطوة هامة في هذا الاتجاه.

أوسكار أرياس، الرئيس السابق لكوستاريكا
الحاصل على جائزة نوبل للسلام في عام 1987

يُعدُّ هذا التقرير مساهمةً كبرى من قِبَل منظمة الصحة العالمية، بما اشتمل عليه من منظور عالمي لجميع أشكال العنف. فقبل هذا التقرير، لم ينل ما يترتب على العنف من عبء تتحمّله البشرية وتكلفة اجتماعية باهظة ما يستحقه من الاهتمام باعتباره قضية من قضايا الصحة العمومية. وما من ريب في أن هذا التقرير سوف يصل بمواجهة العنف إلى مستوى جديد من المشاركة من قِبَل العاملين الصحيين وغيرهم. ولقد ظللنا، نحن أعضاء مؤسسة الأطباء الدوليين لمنع الحرب النووية نعتقد، على مدى عشرين عاماً، أن الأسلحة والحروب النووية هي أقسى أشكال العنف التي يجب التخلص منها إذا أردنا أن نسلم الأجيال التي لم تولد بعد كوكباً يمكن الحياة على أرضه.

انتوني تشازوف وبرنارد لون
اتحاد الأطباء الدوليين لمنع الحرب النووية
الحاصلان على جائزة نوبل للسلام عام 1985