تقرير الرفاهية الصحية الإقليمي لتحالف كامبريدج الصحي لعام ٢٠٢٥

تقييم احتياجات المجتمع الصحية

النقاط الرئيسية

يسر تحالف كامبريدج الصحي (CHA) أن يُقدّم هذا الملخص لأبرز النقاط الواردة في تقرير الرفاهية الصحية الإقليمي لعام 2025: تقييم احتياجات المجتمع الصحية (CHNA). يقدّم هذا الملخص لمحة عامة عن محتوى التقرير، وكيف تم إعداده، وأهم النتائج التي توصّل إليها. للمزيد من المعلومات والموارد والبيانات، يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني: www.challiance.org/communityhealthdata.

نبذة عن تقرير الرفاهية الصحية

يروي تقرير الرفاهية الصحية قصة الصحة في مجتمعاتنا. كل ثلاث سنوات، يتعاون CHA مع أفراد المجتمع لتحديد نقاط القوة والتحديات والأولويات التي تساعد على تحسين مستوى الرفاهية الصحية. تشمل هذه العملية ما يُعرف بتقييم احتياجات المجتمع الصحية *(CHNA)*، والذي يهدف إلى إشراك أفراد المجتمع لفهم العوامل التي تؤثر على صحتهم، بالإضافة إلى استراتيجية التنفيذ *(IS)*، وهي خطة عمل تهدف إلى تلبية الأولويات الصحية للمجتمع. يغطي التقرير ثماني مجتمعات في منطقة خدمة CHA، وهي: كامبريدج، وتشيلسي، وإيفرت، ومالدن، وميدفورد، وريفير، وسومرفيل، وونثروب.

مصدر الصورة: *American Hospital Association, Association for Community Health Improvement (ACHI) (2023). Community Health Assessment Toolkit.*

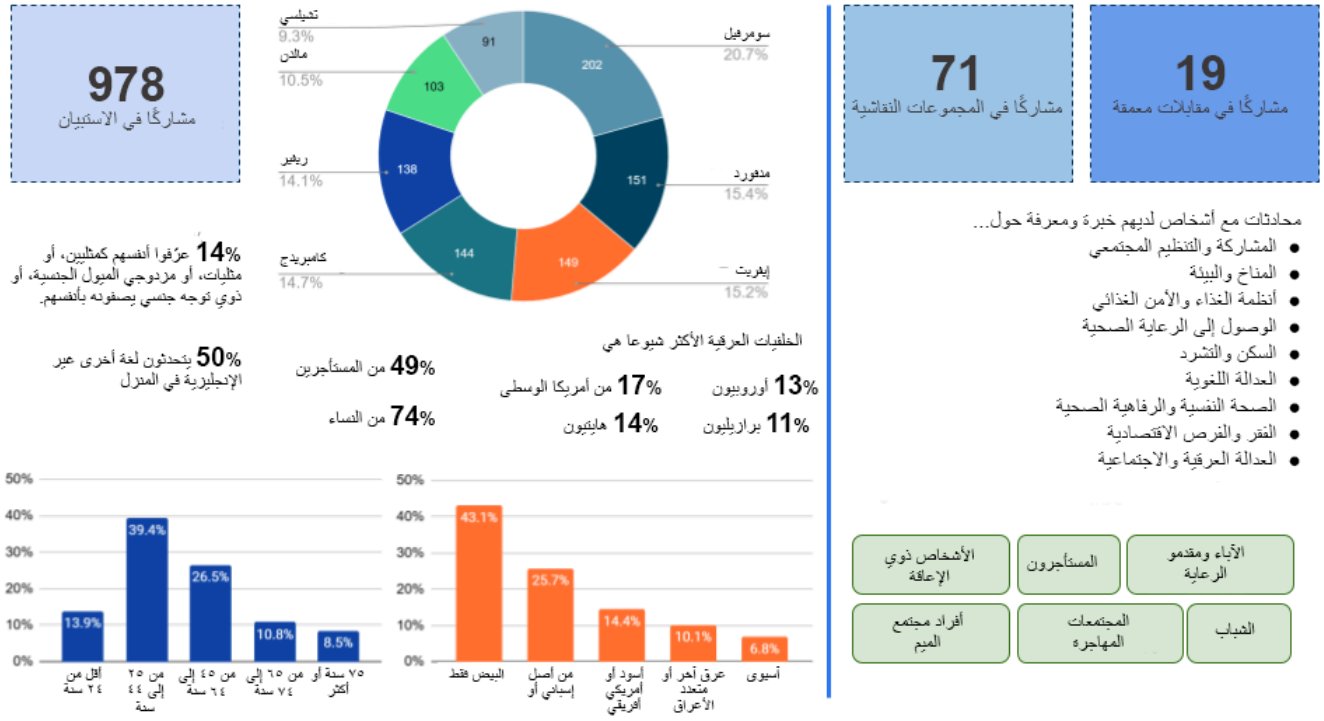
يُقدّم تقرير الرفاهية الصحية لعام 2025 نتائج أحدث تقييم أجريناه. وهو يستند إلى ما تعلمناه في عام 2022، مع تركيز أعمق على الأولويات التي ظهرت خلال هذا التقييم – مثل تحسين استقرار السكن، وتعزيز الأمن الاقتصادي للأسر، وزيادة المساواة في الحصول على الرعاية الصحية، وتعزيز العدالة البيئية. فجميع هذه الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية والبيئية تلعب دورًا كبيرًا في التأثير على صحة الناس ورفاهيتهم.

يركّز التقرير أيضًا على الأسباب الجذرية للفوارق الصحية غير العادلة التي يُمكن تجنّبها بين مختلف الفئات – مثل العنصرية، والفقر، والإقصاء. وفي الختام، يستعرض التقرير بيانات تتعلّق بمشكلات الصحة النفسية والجسدية، مثل أمراض القلب، والسكري، والاكتئاب، والقلق، وغيرها.

كيف تم إعداد تقرير الرفاهية الصحية

تعاون CHA مع باحثين مجتمعيين، وشركاء مجتمعيين، وأعضاء المجلس الاستشاري للصحة المجتمعية من أجل تصميم التقييم، وجمع البيانات وتحليلها، وتحديد الأولويات التي يجب اتخاذ إجراءات بشأنها. تُعرف هذه الطريقة باسم "البحث التشاركي القائم على الفعل" (PAR)، وهي منهجية تُركِّز على إشراك المجتمع وتفعيل دوره القيادي في جميع مراحل التقييم. كما نسّقنا جهودنا مع العديد من الأنظمة الصحية والشركاء المحليين في مجال الصحة العامة الذين كانوا يُجرون تقييمات CHNAs في الوقت نفسه.

شارك أفراد المجتمع آراءهم وتجاربهم من خلال استطلاع رأي مجتمعي، ومجموعات نقاش مركزة، ومقابلات فردية. ومن خلال بناء الثقة، واستخدام أساليب بسيطة وسهلة التطبيق، واحترام التجارب الحياتية الواقعية، تمكّنا من إيصال صوت عدد أكبر من الفئات التي غالبًا ما يتم تهميشها، مثل المجتمعات الملونة، والمهاجرين، وأفراد مجتمع الميم LGBTQIA+ وغيرهم ممن يتأثرون بالعنصرية وأشكال التمييز الأخرى.



تم جمع بيانات إضافية من أكثر من 40 مصدرًا موثوقًا، من بينها مكتب الإحصاء الأمريكي، وإدارة الصحة العامة بولاية ماساتشوستس، ومراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، بالإضافة إلى تقارير إقليمية ومحلية تتناول موضوعات صحية محددة. وقد عملنا بشكل تشاركي مع أفراد المجتمع لفهم المعاني الحقيقية وراء هذه البيانات، ومعرفة الخطوات التالية التي يجب اتخاذها بناءً على ما تبيّن منها.

بينما يروي هذا التقرير قصةً مهمةً عن الصحة في مجتمعاتنا، إلا أنها قصة لا تزال تتغير وتتطور. فقد جُمعت بيانات هذا التقييم خلال صيف وخريف عام 2024، وتمت كتابة هذا التقرير في أوائل صيف 2025. وخلال هذا العام حدثت تطورات كبيرة على المستويات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية، ما كان له تأثيرًا مباشرًا على العالم والبلاد ومجتمعاتنا المحلية. ومع ذلك، فإن البيانات والقصص التي ستجدها في هذا التقرير ما زالت تعكس استنتاجات وثيقة الصلة بقضية العدالة الصحية – بل وربما أصبحت أكثر أهمية الآن. **يؤكد CHA التزامنا الراسخ بدعم العدالة الصحية، ووضع أولويات المجتمع في صميم عملنا.**

العدالة الصحية تعني أن يحصل كل فرد على فرصة عادلة ومنصفة ليتمتع بأفضل صحة قدر الإمكان. ولتحقيق ذلك، يجب إزالة العوائق التي تقف في طريق الصحة، مثل الفقر، والتمييز، واختلال موازين القوى، وما ينتج عنها من مشكلات، مثل عدم الحصول على وظائف جيدة بأجر عادل، وتعليم وسكن بجودة مناسبة، وبيئة آمنة، ورعاية صحية ملائمة.

~ Braveman P, Arkin E, Orleans T, Proctor D, and Plough A. *What Is Health Equity? And What Difference Does a Definition Make?* Robert Wood Johnson Foundation, 2017

النتائج الرئيسية: نقاط القوة والتحديات

تتمتع مجتمعاتنا ومؤسساتنا بالعديد من نقاط القوة. فمعظم الأشخاص الذين شاركوا في تقييم الرفاهية الصحية يشعرون بالانتماء إلى مجتمعاتهم، ويعتقدون أنها أماكن جيدة للعيش وتربية الأطفال والتقدّم في العمر. وفي الوقت نفسه، عبّر كثيرون عن قلقهم بشأن تحديات كبيرة، مثل ضعف الروابط الاجتماعية والثقة بين الناس، وصعوبة الوصول إلى الموارد، والأنظمة والسياسات غير العادلة. هذه القضايا تؤثر بشكل مباشر على صحة الناس ومستوى رفاهيتهم الصحية، خصوصًا الفئات التي تواجه التمييز. ورغم كل هذه التحديات، عبّر أغلب المشاركين عن إيمانهم بإمكانية تحسين الوضع، من خلال البناء على ما نملكه بالفعل من نقاط قوة.

برزت 10 نتائج رئيسية من بين جميع نتائج تقييم الرفاهية الصحية. ويتم التعمّق في شرحها بشكل مفصّل داخل تقرير الرفاهية الصحية الكامل. يمكنك الاعتماد على هذه النتائج العشر لفهم ما يهم الناس فعليًا في مجتمعاتنا، وكيف يُمكننا توجيه جهودنا نحو تعزيز صحة المجتمع وجودة حياة أفراده الصحية.

النتيجة الرئيسية رقم 1 | الشعور بروح المجتمع المبني على الرعاية المشتركة هو عنصر أساسي لتحقيق الرفاهية الصحية، خاصة عند مواجهة التحديات البنيوية.

في جميع المقابلات ومجموعات النقاش، أكد أفراد المجتمع على الأثر الإيجابي الذي تتركه **الروابط الاجتماعية والشعور بالانتماء والمساحات المشتركة** و**الدعم المتبادل** على صحتهم الجسدية والنفسية. وتُشير هذه الجوانب إلى مفهوم يُعرف باسم **الرعاية الجماعية**.

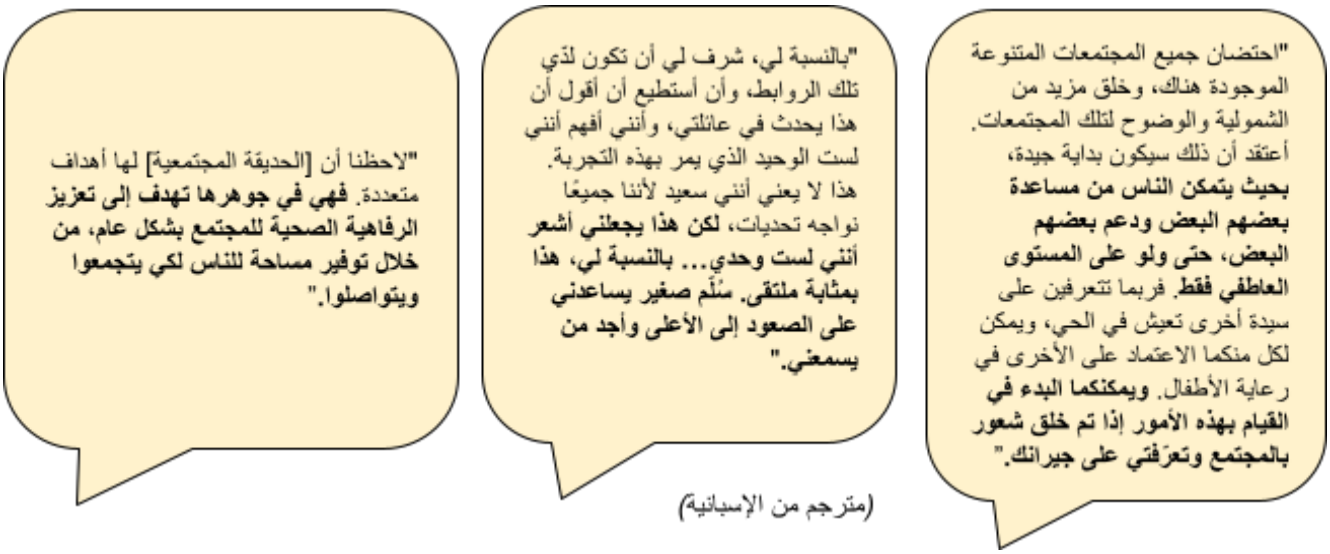
رغم أن مفهوم "الرعاية الجماعية" له عدة تعريفات، فإن أحد التعريفات التي تعبّر عن جوهر هذه النتيجة الرئيسية ينص على:

الرعاية هي قدرتنا، كأفراد ومجتمعات، على توفير الظروف السياسية والاجتماعية والمادية والعاطفية التي تمكّن الغالبية العظمى من البشر والكائنات الحية على هذا الكوكب من الازدهار — إلى جانب ازدهار الكوكب نفسه.

Rottenberg, C. and Segal, L. *What is Care?* The Care Collective.

تحدّث المشاركون في تقييم الرفاهية الصحية عن الرعاية الجماعية بطريقتين: أولاً، أشاروا إلى **أهمية خلق مساحات تُمكِّن الناس من بناء علاقات ودعم بعضهم البعض، والتقليل من الشعور بالعزلة**. وقد كان الإحساس بالترابط والانتماء بالغ الأهمية للأشخاص الذين يواجهون الظلم والاضطهاد – ليس فقط لحماية صحتهم النفسية وتبادل الموارد، بل أيضًا من أجل التنظيم والتعبير عن مطالبهم. ثانيًا، تحدّثوا عن **الحاجة إلى أن تكون الأنظمة والمؤسسات مصممة بطريقة تتّسم بالرعاية، ويسهّل الوصول إليها، وتحترم كرامة الإنسان**. وفي الواقع، كانت أكثر العقبات تكرارًا أمام تحقيق الرفاهية الصحية هي تصميم الأنظمة ذاتها التي يُفترض أن تُقدّم الدعم. فقد وُصفت أنظمة مثل الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والإعانات الحكومية والإسكان بأنها معقدة وغير إنسانية ويصعب التعامل معها – مما يُسبب المزيد من التوتر بدلاً من توفير الراحة.

تدعونا هذه النتيجة إلى طرح سؤال مهم: كيف يمكننا تصميم أنظمة لا تكون فقط فعّالة وكفؤة، بل أيضًا عادلة وميسرة ومبنية على مبدأ الرعاية؟



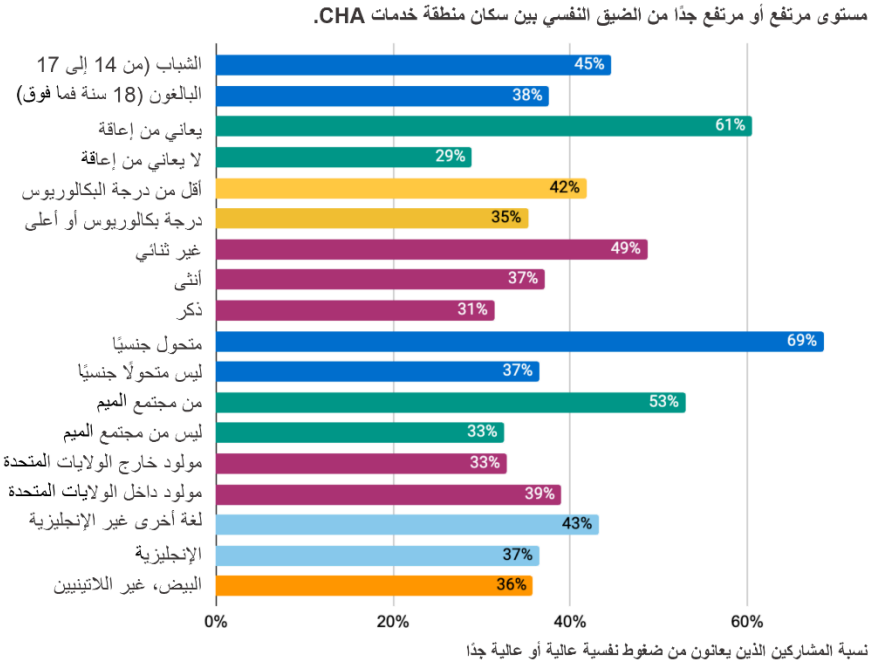
(مترجم من الإسبانية)

النتيجة الرئيسية رقم 2 | أكثر من 1 من كل 3 بالغين (38%)، ونحو نصف الشباب (45%)، يُبلغوا عن مستويات عالية أو عالية جدًا من الضيق النفسي.

تُعد الصحة النفسية جزءًا أساسيًا من الرفاهية الصحية. ومع ذلك، يواجه الكثير من أفراد مجتمعاتنا مستويات كبيرة من التوتر، والقلق، والشعور باليأس.

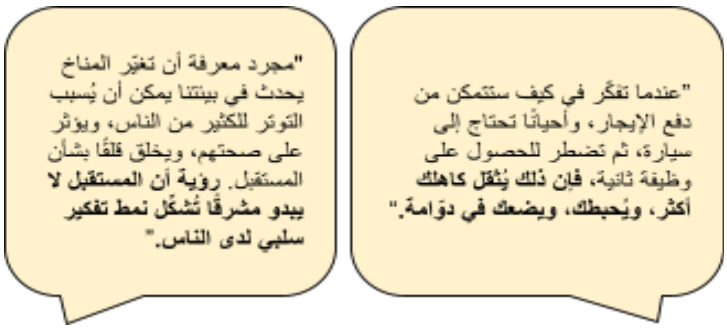
إحصائية | بين سكان المناطق التي تخدمها CHA، **أبلغ العديد من الأشخاص عن مستويات عالية أو عالية جدًا من الضيق النفسي**، وخاصة الشباب (45%)، وأفراد مجتمع الميم LGBTQIA (حوالي 53% بشكل عام - و69% من الأفراد المتحولين جنسياً) والأشخاص ذوي الإعاقة 61%.

المصدر: MA Department of Public Health, Community Health Equity Survey, 2023



المجتمعات التي غالبًا ما تتعرض للتمييز تكون أكثر عرضة للإبلاغ عن مستويات عالية أو عالية جدًا من الضيق النفسي — بما في ذلك الأشخاص من أصحاب البشرة الملوّنة، والأشخاص الذين يتحدثون لغات غير الإنجليزية، والأفراد غير الثنائيين، والأشخاص ذوي التحصيل التعليمي المنخفض.

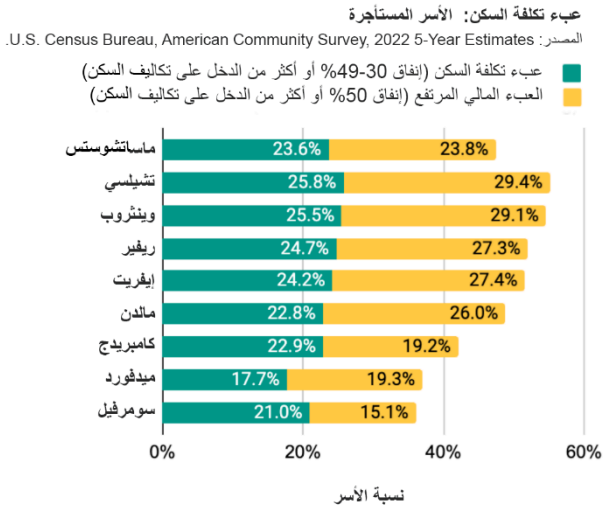
عند سؤال أفراد المجتمع عن أسباب تدهور الصحة النفسية، أشاروا إلى القلق والتوتر المرتبطين بانعدام **الأمان السكني، وانخفاض الدخل، وتغيّر المناخ، وغياب الدعم لمقدّمي الرعاية، والتمييز، والظروف الاجتماعية والسياسية الضارّة**. وتتطلّب هذه القضايا اتخاذ إجراءات على المستويين المجتمعي والمؤسسي. وعلى الرغم من أن الحصول على خدمات الصحة النفسية أمر مهم، إلا أن تجارب أفراد المجتمع تُظهر أن هذه التحديات لا يمكن أن تقع على عاتق المتخصصين في الصحة النفسية وحدهم لحلّها.

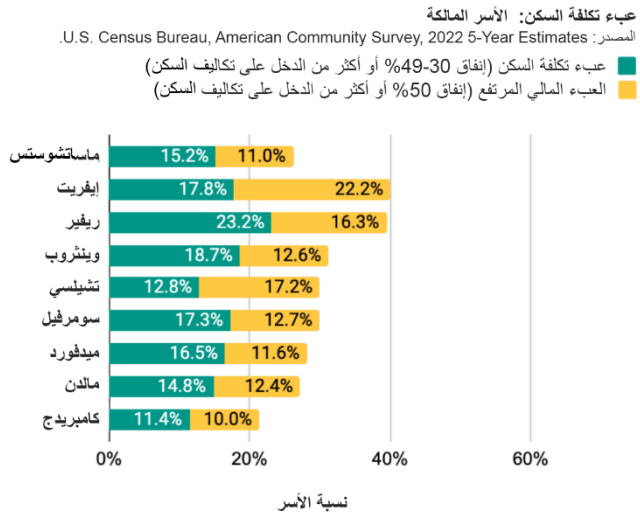


النتيجة الرئيسية رقم 3 | أكثر من 1 من كل 3 أسر (39%) تنفق أكثر من 30% من دخلها على تكاليف السكن، وحوالي 1 من كل 3 أفراد في مجتمعاتنا يعاني من انعدام الأمن الغذائي.

يرتبط انعدام الأمن السكني بانعدام الأمن الغذائي ارتباطًا وثيقًا. فعندما يواجه الناس صعوبة في تحمُّل تكاليف السكن، فإنهم يواجهون مخاطر مثل الإخلاء والاكتظاظ السكاني وقطع خدمات المرافق. وقد يُضطرون إلى إعطاء أولوية لدفع الإيجار أو أقساط الرهن العقاري على حساب الإنفاق على الغذاء، أو الرعاية الصحية، أو الاحتياجات الأساسية الأخرى.

إحصائية | تختلف **نسبة الأسر التي تتحمّل عبئًا ماليًا مرتفعًا لتكاليف السكن** حسب المجتمع. فأكثر من نصف الأسر المستأجرة في مناطق تشيلسي، وينثروب، ريفير، وإيفريت تدفع ≤30% من دخلها على السكن. بينما أكثر من 1 من كل 3 من الأسر المالكة في إيفريت وريفير تتحمّل نفس العبء.



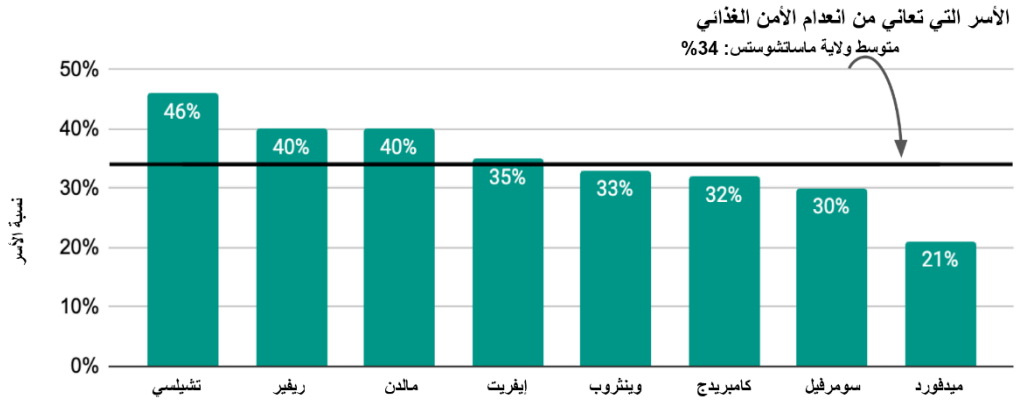


في مجتمعاتنا، تُعد الأسر المستأجرة أكثر عرضة لتحمّل عبء تكاليف السكن مقارنةً بالأسر المالكة. وقد ظل هذا العبء مرتفعًا تاريخيًا خلال السنوات الأخيرة. لا سيّما بين المستأجرين والأسر من السود أو من أصول لاتينية. وعلى مستوى الولاية، تضاعف عدد الأشخاص المشردين تقريبًا بين عامي 2022 و2024 – حيث ارتفع من 15,500 إلى 29,360 فردًا. أما في مدينة كامبريدج، فقد شهدت زيادة بنسبة 70% في عدد الأشخاص المشردين خلال نفس الفترة.

من بين مشاركات استطلاع الرفاهية الصحية المجتمعية التابع لـ CHA، كانت أولوية **توفير السكن بأسعار ميسورة** هي الأولوية الأكثر شيوعًا للتحسين. وظل هذا الأمر ثابتًا بغض النظر عن الفئة العمرية أو المجموعات العرقية، أو اللغة أو الخلفيات المتعلقة بالهجرة. بشكل عام، لا يوجد ما يكفي من الوحدات السكنية التي يستطيع الناس تحمّل تكلفتها، كما أن مستويات الدخل لم تواكب الارتفاع المستمر في تكاليف السكن.

معدل انعدام الأمن الغذائي ارتفع على مستوى الولاية من 19% في عام 2019 إلى 34% في عام 2023. الآن، 1 من كل 3 أشخاص يُبلغ عن نفاد الطعام أو عدم امتلاكه المال الكافي لشراء الطعام كل شهر. وقد أدّى ارتفاع أسعار البقالة، وتزايد تكاليف المعيشة، وانتهاء سياسات الأمن الاقتصادي التي وُضعت خلال جائحة كوفيد-19 إلى هذا التوجه. يؤثّر انعدام الأمن الغذائي بشكل غير متناسب على الأسر الأمريكية من أصل هندي (62%)، والأسر من أصول لاتينية (56%)، والأسر من السود (51%)، والأسر من مجتمع الميم LGBTQ+ (نسبة 56%)، وكذلك طلاب الجامعات (44%).

إحصائية | في مجتمعاتنا، تتجاوز **نسبة الأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي** المعدل العام للولاية في كل من تشيلسي، وريفير، ومالدن، وإيفريت.



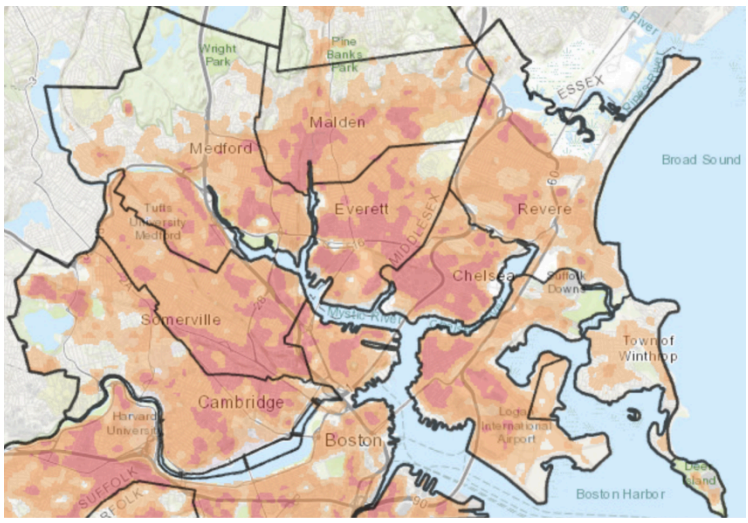
المصادر: Greater Boston Food Bank (2024). *Food Equity and Access in Massachusetts: Voices and Solutions from Lived Experience*; Closing the Meal Gap, ArcGIS Map

تشير بيانات مكتب الإحصاء الأمريكي إلى أن الالتحاق ببرنامج المساعدة الغذائية التكميلية (**SNAP**) قد ارتفع بنسبة تتراوح بين 13% و41% منذ عام 2020 في مجتمعاتنا. الأمر الإيجابي أن عددًا أكبر من الأشخاص بات لديهم إمكانية الحصول على موارد تساعدهم في شراء الطعام. مع ذلك، ووفقًا لتقرير صادر عن بنك الطعام في منطقة بوسطن الكبرى، فإن 34% فقط من المشاركين في برنامج SNAP على مستوى الولاية أفادوا بأن المساعدات التي يحصلون عليها تكفي لتغطية تكاليف البقالة الشهرية. لا يزال الكثير من الأشخاص في مجتمعاتنا يعانون من انعدام الأمن الغذائي، رغم المساعدة المهمة التي يوفرها SNAP.

النتيجة الرئيسية رقم 4 | قضايا الصحة البيئية، بما في ذلك التعرض للحرارة والمواد الكيميائية، أصبحت محور تركيز متزايد.

يبدي أفراد المجتمع قلقًا متزايدًا بشأن قضايا الصحة البيئية، مثل موجات الحر الشديدة وتلوث الهواء وتلوث المياه، والتعرض للمواد الكيميائية في الطعام ومنتجات أخرى. وفي المجموعات النقاشية والمقابلات، شدد المشاركون على أن وجود **بيئة خالية من التلوث وقادرة على التكيف مع تغير المناخ** يُعد أمرًا أساسيًا للرفاهية الصحية.

عرض البيانات على الخريطة | تُعد العديد من أحياء مجتمعات CHA **بؤرًا ساخنة لمخاطر الحرارة الشديدة.** تتأثر مناطق في سومرفيل، وإيفريت، وتشيلسي، وأجزاء من مالدن بشكل خاص. تُظهر هذه الخريطة الأحياء المُشار إليها باللونين الأحمر والبرتقالي، والتي تتميز بدرجة حرارة سطح أرض أعلى خلال النهار مقارنة بمتوسط درجات الحرارة في المنطقة.



مصدر الصورة: The Trust for Public Land, Climate-Smart Cities Boston Metro Mayors Region, GIS Mapping Application

لا يشعر العديد من الأشخاص بأن بيئتهم تدعم صحتهم وسلامتهم. في استبيان الرفاهية الصحية المجتمعية التابع لـ CHA، أظهر المشاركون مخاوف بشأن جودة الهواء، ومياه الشرب الآمنة، وتوفّر خيارات البقاء في جو بارد خلال موجات الحر الشديدة. أكثر من شخص واحد من كل سبعة أشار إلى عدم توفر خيارات للبقاء في جو بارد أو عدم توفر مياه شرب آمنة. كما أبدى أكثر من واحد من كل خمسة أشخاص قلقًا بشأن استنشاق هواء ملوث.

14 %

لا تتوفر لديهم خيارات للبقاء في جو بارد أثناء موجات الحر الشديدة

السكان السود واللاتينيون أقل حظًا في الحصول على هذه الخيارات مقارنةً بالسكان البيض أو الآسيويين.

14 %

لا يوافقون على أن مياه الشرب في مجتمعهم آمنة

السكان الآسيويين واللاتينيين أقل ميلاً إلى القول بأن المياه آمنة من السكان البيض أو السود

22 %

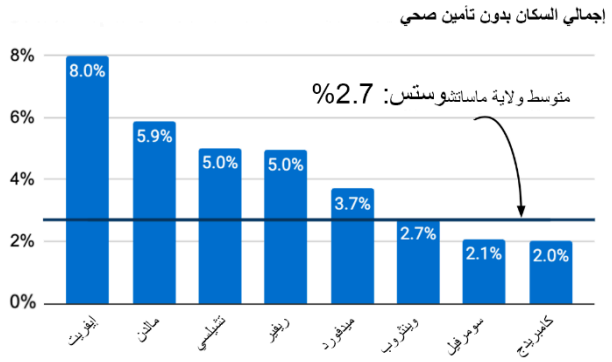
لا يوافقون على أن الهواء في مجتمعهم صحي للتنفس.

السكان الآسيويون والسود واللاتينيون كانوا أكثر احتمالًا من السكان البيض في القول أن الهواء صحي

النتيجة الرئيسية رقم 5 | العوائق أمام الحصول على الرعاية الصحية الجسدية والنفسية أصبحت أسوأ مقارنةً بما كانت عليه قبل جائحة كوفيد-19.

يؤكد أفراد المجتمع ومقدمو الرعاية الصحية أن **احتياجات الناس أصبحت أكثر تعقيدًا** مما كانت عليه قبل الجائحة. فقد أجّل البعض طلب الرعاية الصحية خلال فترة كوفيد، مما أدى إلى تفاقم حالتهم الصحية. كما أن بعض الأشخاص أصيبوا بمتلازمة كوفيد طويل الأمد، والتي لا تزال غير مفهومة بالكامل حتى الآن. وقد أدى العيش في ظل جائحة سبّبت الكثير من الخسائر إلى شعور عام بالتوتر والحزن اللذين لا يزالان يؤثران على الصحة النفسية للناس. وعلاوة على ذلك، **أصبحت أنظمة الرعاية الصحية تعاني من نقص في الموارد**. فقد انتهت السياسات التي كانت توفّر تمويلًا إضافيًا للمستشفيات وأنظمة الصحة العامة خلال الجائحة. وتقاعد بعض مقدمي الرعاية الصحية أو غيّروا مجالات عملهم. ولا تتوفر موارد كافية على مستوى المجتمع أو المؤسسات أو الجهات الحكومية لتلبية الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للمرضى، مما يضع **عبئًا إضافيًا** على النظام الصحي، ويؤثر على النتائج الصحية للأفراد، ويساهم في تعميق الفجوة في العدالة الصحية.

إحصائية | نسبة السكان غير المشمولين بالتأمين الصحي أعلى من متوسط ولاية ماساتشوستس في مدن إيفريت، مالدن، تشيلسي، ريفير، وميدفورد. فقد العديد من الأشخاص الذين كانوا مشمولين بتأمين "ماس هيلث" تغطيتهم التأمينية بعد إعلان انتهاء جائحة كوفيد، إلا أن جهود التوعية المجتمعية ساعدت في الحد من منع إلغاء الاشتراك أو ربط الأفراد بخيارات تأمين صحي جديدة.



المصدر: U.S. Census Bureau, American Community Survey, 2022 5-Year Estimates.

عند النظر داخل كل مجتمع على حدة، نلاحظ أن معدلات عدم الحصول على التأمين الصحي تختلف بين الفئات المختلفة التي تعيش في نفس المدينة. فالأشخاص الذين يواجهون العنصرية وأشكال التمييز الأخرى يكونون أقل احتمالًا للحصول على تأمين صحي. في مجتمعاتنا، يكون المهاجرون أكثر عرضة لعدم التغطية التأمينية مقارنةً بالأشخاص المولودين في الولايات المتحدة، كما أن الأشخاص من الأعراق الملونة أكثر عرضة لعدم وجود تأمين صحي مقارنةً بالسكان البيض.

مقارنةً بالأشخاص المولودين في الولايات المتحدة، فإن معدلات عدم الحصول على التأمين الصحي بين المهاجرين غير المواطنين هي...

16 مرة أعلى في **ميدفورد**
5.7 مرة أعلى في **ريفير**
4.5 مرة أعلى في **تشيلسي**

السكان من أصول لاتينية لديهم أعلى معدلات عدم التأمين في...

ميدفورد – 16.5%
إيفريت – 11.6%
مالدن – 8.2%
تشيلسي – 6.2%
وينثروب – 4.7%

السكان السود لديهم أعلى معدلات عدم التأمين في...

ريفير – 8.0%
كامبريدج – 7.1%
سومرفيل – 5.8%

هناك عوائق أخرى أمام الحصول على الرعاية الصحية غير مسألة عدم التأمين الصحي. وفقًا لاستبيان الرفاهية الصحية المجتمعية الذي أجرته مؤسسة CHA، كانت أكثر أنواع الرعاية الصحية التي يحتاجها المشاركون هي: رعاية الأسنان والرعاية الأولية ورعاية النظر. وقد وجدنا أن **30% من الأشخاص الذين احتاجوا إلى رعاية الأسنان و11% من الذين احتاجوا إلى رعاية أولية و15% من الذين احتاجوا إلى رعاية للعيون** خلال الـ 12 شهرًا الماضية لم يتمكنوا من الحصول عليها. بالإضافة إلى ذلك، أكثر من **30% من الأشخاص الذين احتاجوا إلى رعاية صحية نفسية (سواء روتينية أو طارئة) أو علاج لاضطراب تعاطي المخدرات**، لم يتمكنوا من الحصول على الرعاية اللازمة. وكانت أكثر الأسباب شيوعًا التي منعت الناس من الحصول على الرعاية الصحية تتعلق بالتكلفة، أو عدم كفاية التغطية التأمينية، أو صعوبة الحصول على موعد، أو انعدام الثقة، أو الحواجز المعرفية أو نقص المعلومات.

61% من الأشخاص الذين لم يتمكنوا من الحصول على **رعاية الأسنان** قالوا إن السبب هو أن **التأمين الصحي لا يغطي هذه الرعاية.**

42% من الأشخاص الذين لم يتمكنوا من الحصول على **الرعاية الأولية**، و**40%** من الأشخاص الذين لم يتمكنوا من الحصول على رعاية **الصحة النفسية الروتينية**، قالوا إن السبب هو **عدم قدرتهم على الحصول على موعد.**

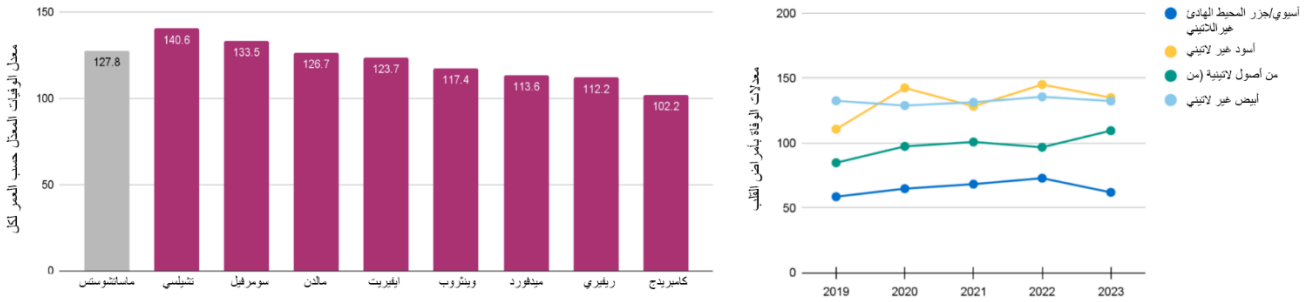
42% من الأشخاص الذين لم يتمكنوا من الحصول على **رعاية طارئة أثناء أزمة صحة نفسية** قالوا إن السبب هو أنهم **لم يكونوا يعرفون إلى أين يذهبون.**

النتيجة الرئيسية رقم 6 | أمراض القلب والسرطان والسكري والأمراض المنقولة جنسيًا تُعد من أبرز التحديات الصحية في مجتمعاتنا.

لا تزال **أمراض القلب والسرطان والسكري** تؤثر بشكل كبير على صحة السكان في مجتمعاتنا. تُعد أمراض القلب والسرطان الأسباب الرئيسية للوفاة في مجتمعاتنا وكذلك على مستوى الولاية وعلى الصعيد الوطني. ترتفع معدلات الوفاة بأمراض القلب عن متوسط ولاية ماساتشوستس في مدينتي تشيلسي وسومرفيل. في حين أن معدلات الوفاة بالسرطان أعلى من المتوسط في مالدن وتشيلسي. وعلى مستوى الولاية، كانت معدلات الوفاة بالسرطان وأمراض القلب هي الأعلى بين السكان البيض – الآن أصبحت الأعلى بين السكان السود.

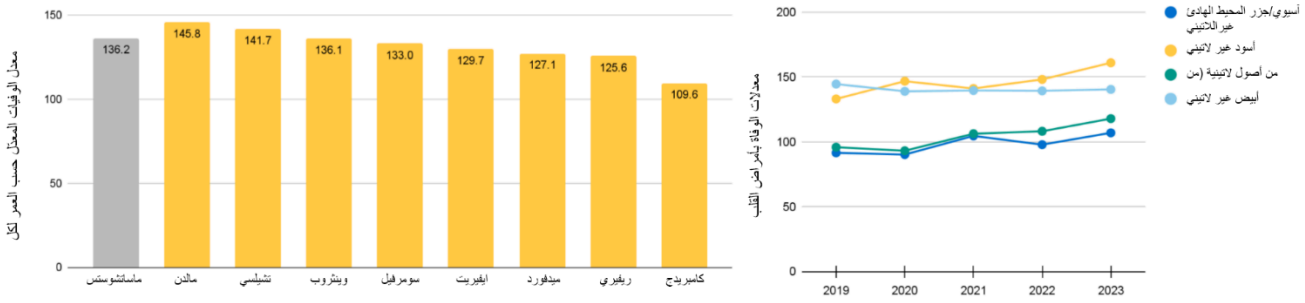
معدلات الوفاة بسبب أمراض القلب والسرطان والسكري

معدلات الوفاة بأمراض القلب



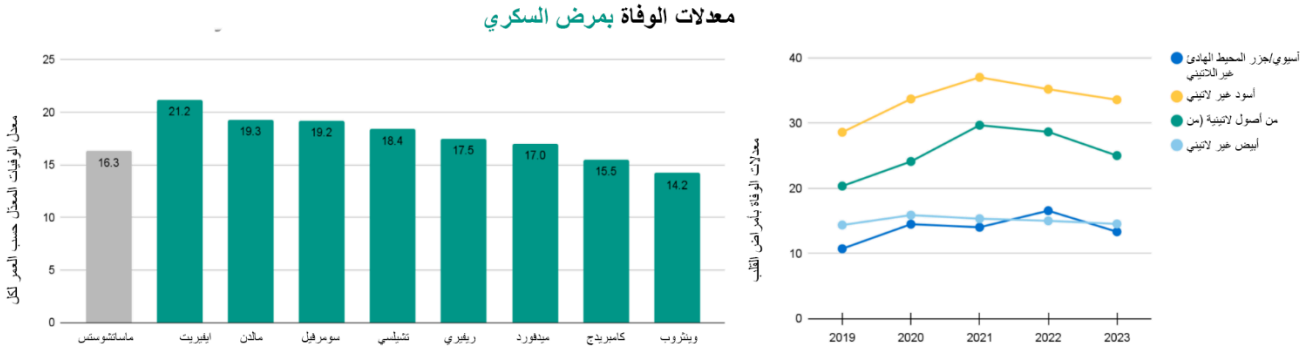
في جميع أنحاء ولاية ماساتشوستس، ارتفعت معدلات الوفاة بسبب أمراض القلب بين السكان السود ومن الأصول اللاتينية

معدلات الوفاة بمرض السرطان



في جميع أنحاء ولاية ماساتشوستس، ارتفعت معدلات الوفيات بالسرطان بين السكان من أصول آسيوية وسود ومن أصول لاتينية.

معدلات الوفاة بمرض السكري



في جميع أنحاء ولاية ماساتشوستس، تُظهر معدلات الوفاة بسبب مرض السكري أوسع الفجوات العرقية/الإثنية مقارنة بأي مؤشر وفيات آخر.

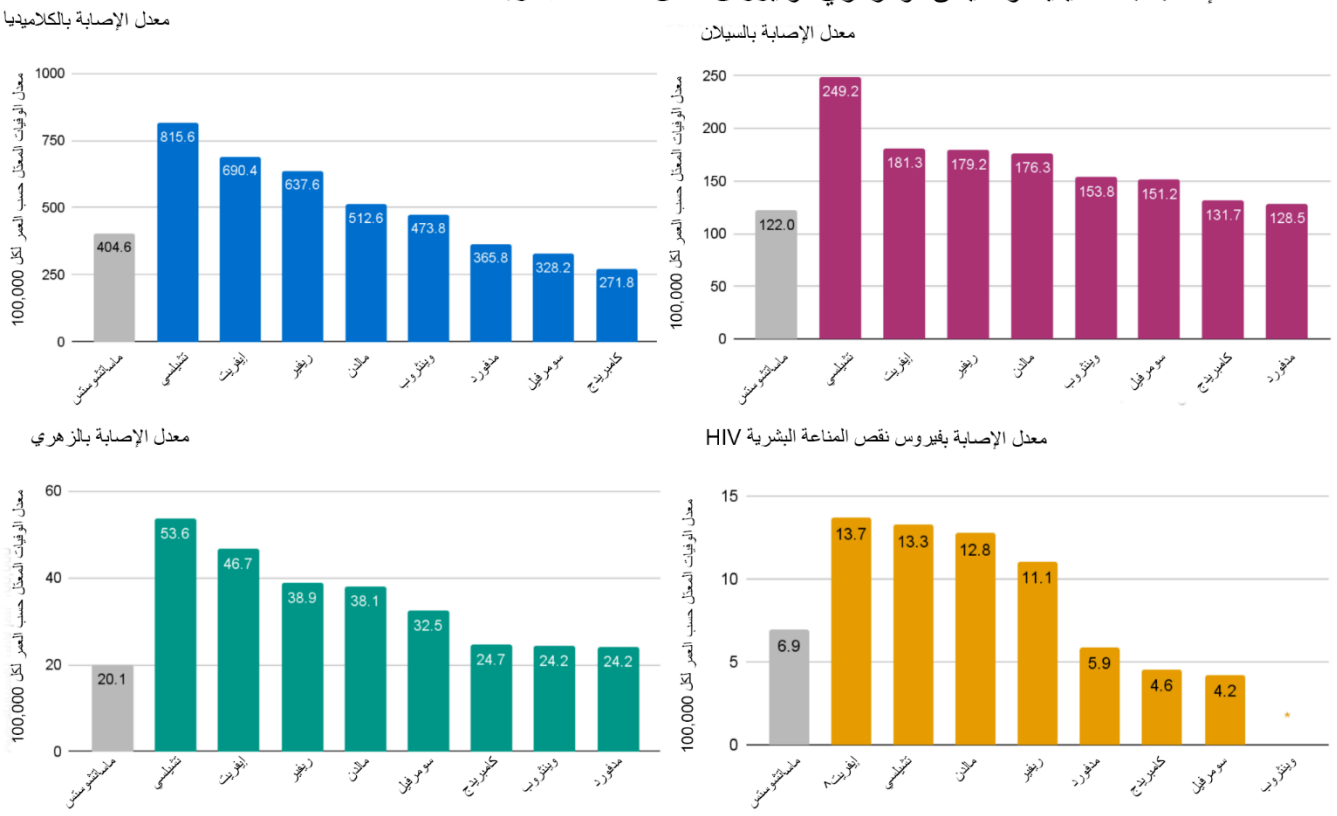
المصدر: MA Registry of Vital Records and Statistics, Selected Causes of Death, 2019-2023.

معدلات الوفاة بسبب مرض السكري أقل بشكل عام مقارنة بأمراض القلب والسرطان. لكنها أعلى من متوسط ولاية ماساتشوستس في ست مجتمعات: إيفريت، مالدن، سومرفيل، تشيلسي، ريفير، وميدفورد. مؤشرات مرض السكري تُظهر أكبر تفاوت بين الفئات العرقية والإثنية. ففي جميع مجتمعاتنا، يزيد احتمال زيارة السكان السود لقسم الطوارئ بسبب مضاعفات السكري بمقدار 2 إلى 7 مرات مقارنةً بالسكان البيض. وعلى مستوى الولاية، معدلات الوفاة بسبب السكري بين السكان السود أعلى بمقدار 2.2 مرة، وبين السكان من أصول لاتينية أعلى بـ 1.7 مرة مقارنة بالسكان البيض.

ارتفعت **معدلات الإصابة بالكلاميديا والسيلان والزهري** في مجتمعاتنا منذ عام 2020. ورغم توسع خدمات فحص العدوى المنقولة جنسيًا (STI)، إلا أن زيادة الفحوصات وحدها لا تفسر هذا الارتفاع. معدلات الإصابة بالكلاميديا أعلى من متوسط ولاية ماساتشوستس في تشيلسي، وإيفريت، وريفير، ومالدن، وونثروب. كما أن معدلات الإصابة بالسيلان والزهري أعلى من متوسط ولاية ماساتشوستس في جميع مجتمعاتنا. وبالرغم من عدم توفر بيانات عرقية وإثنية للكلاميديا والسيلان، إلا أن البيانات المتوفرة تشير إلى أن معدلات الإصابة بالزهري أعلى بشكل ملحوظ بين السكان السود واللاتينيين مقارنةً بالسكان البيض والآسيويين.

ظلت **معدلات تشخيص إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية HIV** مستقرة في السنوات الأخيرة، وهي أقل من معدلات الإصابة ببقية الأمراض المنقولة جنسيًا، إلا أنها لا تزال أعلى من المتوسط العام لولاية ماساتشوستس في مناطق إيفريت، وتشيلسي، ومالدن، وريفير. كما توجد تفاوتات عرقية وإثنية واسعة، حيث تُسجَّل معدلات إصابة أعلى بشكل ملحوظ بين السكان السود واللاتينيين مقارنةً بالسكان البيض والآسيويين في مجتمعاتنا.

معدلات الإصابة بالكلاميديا، والسيلان، والزهري، وفيروس نقص المناعة البشرية



المصدر: MA Department of Public Health, Bureau of Infectious Disease and Laboratory Sciences, Surveillance Division, 2019-2023

ملاحظة: قد يكون معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية HIV خلال فترة الخمس سنوات في مدينة إيفريت أقل من الواقع، نظرًا لحجب بيانات عام 2022 بسبب تسجيل أقل من 5 حالات إصابة جديدة بـ HIV بذلك العام. كما لم يكن من الممكن حساب أي إحصائية لمدينة ونثروب، إذ تم تسجيل أقل من 5 حالات إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في كل عام من فترة التقرير الممتدة لخمس سنوات.

النتيجة الرئيسية رقم 7 | تتأثر الصحة الجسدية والنفسية لأفراد المجتمعات المهاجرة، بشكل كبير بالتهميش الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.

عبر المشاركون من المهاجرين في مجموعات النقاش والمقابلات عن أن السياسات والممارسات المتبعة غالبًا ما تُعرِّض سلامة مجتمعاتهم ورفاهيتهم الصحية للخطر. وقد تمثّلت أبرز مصادر الضغوط التي أشاروا إليها **في الخوف من الترحيل، وانتشار المعلومات المغلوطة** بشأن أحقية الحصول على الرعاية الصحية والخدمات، **والعوائق اللغوية، والتمييز في السكن، واستغلال العمال**.

"لدينا انتخابات قادمة خلال أيام. **إذا تم انتخاب شخص معارض للمهاجرين، فإن ذلك سيؤثر على عدد كبير من أفراد المجتمع.** الناس يشعرون بالقلق من الترحيل. هناك الكثير من الضغوط الجسدية والنفسية."

"بالنسبة لي، لا أحصل على مساعدات جيدة من DTA **لأنني لا أملك رقم ضمان اجتماعي. وبسبب عمر ابنتي، يعطونني فقط 23 دولارًا.** من يشتري طعامًا في هذه الأيام وفي ظل هذه الظروف بـ 23 دولارًا؟ **ما نوع الطعام الصحي الذي يمكنني أن أقدمه لطفلة لديها أيضًا حالة صحية تتطلب أطعمة محددة، وكل ما أملكه هو 23 دولارًا؟"**

(مترجم من الإسبانية)

"أنا أم لطفلين. أحدهما يبلغ من العمر خمس سنوات ويعاني من احتياجات خاصة. أضطر للعيش في الطابق الثالث وأحمله صعودًا 28 درجة... نحاول الحصول على شقة في الطابق الأول، لكن الأمر صعب جدًا لأن كل شيء باهظ الثمن، وليس لدينا أي دعم. **وبسبب وضعي كمهاجرة، وكوني في طور تسوية الوضع، أحاول أحيانًا تجنب طلب المساعدة لهذا السبب."**

(مترجم من الإسبانية)

كلٌّ من هذه الضغوطات يُسبب آثارًا صحية مباشرة، مثل القلق والاكتئاب أو التأخر في الحصول على الرعاية الصحية. وقد عبّر المشاركون غير الحاصلين على وثائق قانونية عن خشيتهم من التعرض للتمييز، وشعورهم بعدم الأمان عند التحدث عن ظروف السكن أو العمل غير الآمنة، مما قد يؤدي إلى الإصابة أو المرض.

هناك أيضًا عواقب غير مباشرة. فبدون حالة هجرة معتمدة، لا يستطيع البالغون غير الموثقين الوصول إلى العديد من المنافع العامة التي تعتمد عليها أسر أخرى تعاني من ظروف اقتصادية مماثلة، مثل الطعام الصحي، والسكن الآمن والمناسب، والرعاية الصحية. وقد أعرب بعض المشاركين عن شعورهم بالخوف أو الارتباك عند التقديم للحصول على الموارد التي قد يكونون هم أو أطفالهم مؤهلين لها فعليًا، بغض النظر عن وضع الهجرة. كما كان استغلال الأجور مصدر قلق شائع آخر يؤثر على الاستقرار المالي.

وصف المشاركون كيف أن الخوف من الترحيل يؤدي إلى العزلة، ويمنع الكثير من الأشخاص من طلب الرعاية الطبية. كما أشاروا إلى صعوبة التعامل مع نظام التأمين الصحي وفهم خيارات الرعاية الصحية المتاحة.

أشار العديد من المشاركين بأن المهاجرين غالبًا ما يقومون بإلقاء اللوم على مشكلات تؤثر على الجميع – مثل أزمة الإسكان. وبدلًا من الاعتراف بأن هذه معاناة مشتركة، فإن هذا الخطاب يخلق انقسامًا ومشاعر استياء.

"أرى أن ما يحدث هو فشل في الاستجابة لأزمة الإسكان. **إنها حالة طارئة تم تصويرها على أنها أزمة هجرة**، وهذا أمر بالغ الخطورة، وقد ساهم ليس فقط في خلق سردية زائفة وردة فعل سلبية من الجيران والسياسيين، بل أدى أيضًا إلى التردد في اتخاذ إجراءات أفضل وأكثر وعيًا. أصبح الخطاب 'هم'، 'أولئك القادمون'، و'لقد أنفقنا بالفعل كل الموارد'... **سواء كانوا وافدين جدد أو أشخاصًا يعيشون في ماساتشوستس منذ عقود، فجميعهم يتأثرون بالتشرد وارتفاع التكاليف وعوامل مختلفة في اقتصادنا تدفع الناس إلى الرحيل."**

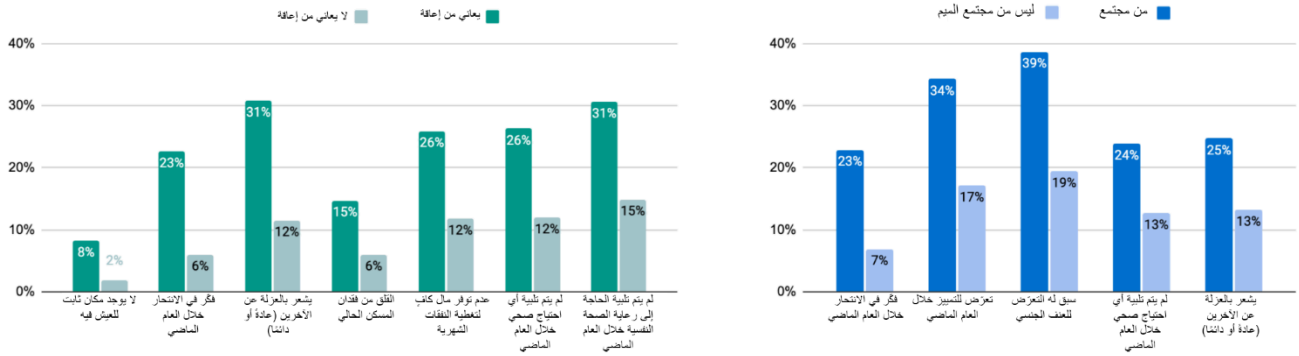
في المقابل، فإن المهاجرين الذين يشعرون بالانتماء ولديهم روابط قوية داخل المجتمع – مثل ارتباطهم بالمنظمات الثقافية أو المؤسسات الدينية أو الجيران – يبلّغون عن آثار إيجابية على صحتهم.

النتيجة الرئيسية رقم 8 | الأفراد من ذوي الإعاقة وأفراد مجتمع الميم (LGBTQIA+) يواجهون حواجز غير متكافئة تعيق رفاهيتهم الصحية.

توجد فروق كبيرة في تجارب التمييز والعنف والصحة النفسية والوصول إلى الموارد عند مقارنة الأفراد من مجتمع الميم وذوي الإعاقة بنظرائهم من غير هذه الفئات.

إحصائية | بين سكان المناطق التي تخدمها CHA، كانت **أبرز الفروق في التجارب بين أفراد مجتمع الميم وغيرهم** تتعلق بالعزلة والانتحار والتمييز والعنف الجنسي وصعوبة الحصول على الرعاية الصحية. كانت هناك **فروقات أكبر بكثير في التجارب بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم** – وكان أكبرها يتعلق باستقرار السكن، والشعور بالعزلة والانتحار، والاستقرار المالي، والحصول على الرعاية الصحية وخاصة خدمات الصحة النفسية.

أكبر الفجوات بين سكان منطقة خدمات CHA



المصدر: MA Department of Public Health, Community Health Equity Survey, 2023

ملاحظات: المؤشرات المختارة هي تلك التي تظهر فرقًا لا يقل عن 1.9 ضعف بين الفئات، وتم ترتيبها من الأكبر إلى الأصغر من حيث الفارق. تم تقييم مؤشرات العوائق التي تؤثر على الرفاهية الصحية والمتعلقة بالإسكان، والاحتياجات الأساسية، والأمان، والتمييز، والصحة النفسية.

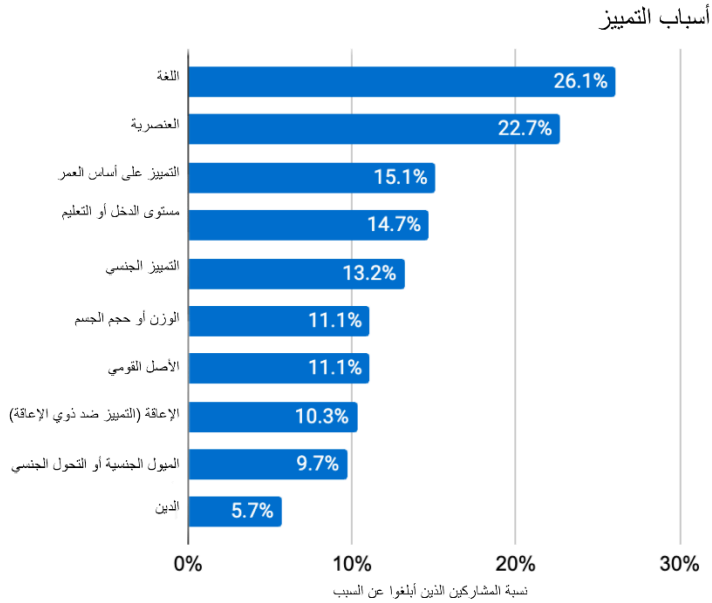
في مجموعات النقاش والمقابلات، شارك أفراد من مجتمع الميم (LGBTQIA+) قصصًا عن تعرضهم لمعاملة غير عادلة من قبل مقدّمي الرعاية الصحية، وعن شعورهم بالخوف من التعرض للعنف. كما وصف الأشخاص ذو الإعاقة معاناتهم من نقص المساكن ميسورة التكلفة والمتاحة من حيث سهولة الوصول، ومحدودية وسائل النقل الموثوقة، بالإضافة إلى التكاليف الإضافية اللازمة للحفاظ على الرفاهية الصحية، مثل الأجهزة الطبية. وأكد كل من أفراد مجتمع الميم وذوي الإعاقة أن الهويات غالبًا ما تتقاطع. فعلى سبيل المثال، قد يكون الشخص من ذوي الإعاقة أو من مجتمع الميم وفي الوقت ذاته ينتمي إلى مجموعة عرقية أو إثنية أو لغوية مهمّشة. هذا التداخل في الهويات يمكن أن يزيد من حجم العوائق التي تحول دون تحقيق الرفاهية الصحية. وبشكل عام، أكد المشاركون على أن الأنظمة يمكنها أن تؤدي دورًا أفضل في إشراك أصواتهم وتجاربهم في عمليات صنع القرار.

"بصفتي شخصًا غير ثنائي الجنس، واجهت العديد من التحديات. بعض مقدّمي الرعاية الصحية لا يحترمون هويتي. أضطر للدفاع عن نفسي للحصول على رعاية صحية مناسبة... **من الصعب أن تخفي خوفك من التمييز أو المضايقة من قبل من حولك.**"

"**على المدن والبلدات أن تُمكّن الأفراد ذوي الإعاقة من المشاركة في عمليات صنع القرار.** ويجب أن تصبح الاجتماعات الهجينة أمرًا أساسيًا للجميع، حتى يتمكنوا من حضور الدعوات والاجتماعات والبقاء على اطلاع بما يجري."

النتيجة الرئيسية رقم 9 | العنصرية واللغة هما السببان الأكثر شيوعًا للتمييز.

في استطلاع الرفاهية الصحية المجتمعية الذي أجرته CHA، طُلب من المشاركين الإفادة عمّا إذا كانوا قد تعرضوا للتمييز في مجالات مثل الرعاية الصحية والسكن والعمل وتطبيق القانون – وإذا كان الأمر كذلك، ما السبب الذي يعتقدون أنه وراء هذا التمييز. وكانت العنصرية واللغة هما السببين الأكثر ذكرًا.



إحصائية | من بين الأشخاص الذين أفادوا بتعرضهم للتمييز، كانت **أكثر الأسباب شيوعًا** هي التحدث بلغة غير الإنجليزية (26%) والعنصرية (23%). كما تم الإبلاغ عن أسباب أخرى للتمييز، مما يعكس تنوّع تجارب التمييز التي يواجهها أفراد المجتمع.

المصدر: CHA Community Wellbeing Survey, 2024

شارك أفراد المجتمع العديد من الأمثلة على التمييز البنيوي والشخصي، مثل إرث العنصرية في منح قروض الإسكان (المعروف باسم "التمييز السكني" أو Redlining)، والتحيّز ضد المهاجرين واللاجئين الذي يؤدي إلى استبعادهم من المشاركة في اللجان المحلية، بالإضافة إلى إهمال مسألة تعرض الأطفال من ذوي البشرة الملوَّنة للرصاص، وغيرها من الأمثلة. وكما ورد في نتائج رئيسية أخرى، غالبًا ما يواجه الأشخاص الملوَّنون والمهاجرون حواجز أكبر أمام تحقيق الرفاهية الصحية، ونتائج صحية أسوأ مقارنةً بأقرانهم. وتُبرِز هذه الأمثلة الحاجة المستمرة إلى التركيز على العدالة اللغوية ومناهضة العنصرية في جميع السياسات والممارسات.

"إذا وضعنا خريطة حرارية فوق خريطة التمييز السكني العنصري، سنجد أن **أكثر الأحياء حرارة [كانت] مصنفة بدرجتي D وF للحصول على قرض سكني، [بموجب] القانون قبل مئة عام.** السكن، والحرارة، والصحة — كل ذلك متشابك معًا."

"عندما ضغطنا في الحديث عن ضرورة التحدث بالإنجليزية، كان ردهم: حسنًا، الأمر مكلف للغاية، علينا توظيف مترجمين، والاجتماعات تستغرق وقتًا أطول، وفي مرة أخرى، نحن نبحث عن أفراد ذوي معرفة عالية وروابط عميقة. **ومجرد فكرة أن المهاجرين واللاجئين** ليسوا **على قدر عالٍ من المعرفة أو الارتباط بالمجتمع، بينما** هم كذلك! فهم غالبًا قادة ومحركات للتغيير، يدفعون المجتمعات نحو التقدّم."

"نقف جنبًا إلى جنب ونعزز أصوات بعضنا البعض، لأن من الضروري أن نُطلع الناس على ما يحدث وما الذي على المحك. **لا توجد أي كمية آمنة من الرصاص، إطلاقًا.** تخيّل [لو أن] جميع الطلاب المتأثرين كانوا من ذوي البشرة البيضاء وذوي خلفيات ميسورة؟ لما كنا نخوض هذا النقاش أصلًا."

النتيجة الرئيسية رقم 10 | مشاركة أفراد المجتمع في صنع القرار المتعلق بالقضايا التي تمسهم يمكن أن تُحسّن من رفاهيتهم الصحية بشكل مباشر وغير مباشر.

تحدث أفراد المجتمع عن كيف أن العمل مع الجيران، ورفع الصوت والدفاع عن الحقوق أمام المسؤولين والقيادات المنتخبة، والمشاركة في اتخاذ القرار في المدرسة والعمل والمجتمع، كان له أثر إيجابي على صحتهم الجسدية والنفسية. فعندما يُسهم الأشخاص الأكثر تأثرًا بالمشكلة في إيجاد الحلول وتنفيذها، تكون تلك الحلول أكثر عدالة وفعالية.

شارك المشاركون في مجموعات النقاش والمقابلات العديد من الأفكار حول كيفية تعزيز الرفاهية الصحية ومعالجة المشكلات – نورد بعضًا منها أدناه. ولمواجهة التحديات الصحية في المجتمع وتحقيق العدالة، يجب تمكين الأشخاص الأكثر تضررًا وإتاحة صوت حقيقي لهم. فالمشاركة الفاعلة، والمساءلة، والشفافية عناصر أساسية لتحسين الصحة والرفاهية.

- ★ **تبسيط وتوضيح إجراءات التقديم على السكن لتقليل العوائق أمام** الحصول عليه
- ★ الاستثمار في **التوعية السكنية** وورش العمل الخاصة بالمستأجرين
- ★ إصلاح **سياسات تقسيم المناطق** وزيادة تطوير وحدات سكنية ميسورة وفي متناول الجميع
- ★ تعزيز **الشراكات بين جهات الرعاية الصحية ومؤسسات السكن** لمعالجة مسألة السكن كعامل اجتماعي مؤثر في الصحة
- ★ اعتبار مشكلة عدم الأمان السكني كقضية هيكلية، **لا كفشل فردي**
- ★ توسيع البرامج التي **تساعد الناس على التعامل مع نظام الرعاية الصحية** – بغض النظر عن هويتهم أو اللغة التي يتحدثونها
- ★ **دمج خدمات الرعاية الصحية** في أماكن مجتمعية موثوقة
- ★ التواصل بشكل فعّال وتعزيز التوعية **حول كيفية دمج خطط التكيف مع التغير المناخي في السياسات المحلية**
- ★ معالجة **مصادر تلوث الهواء والتربة والمياه** مثل محارق النفايات، وأنابيب الرصاص، ومواقف الشاحنات والحافلات، وغيرها من المصادر التي تؤثر على العدالة البيئية داخل الأحياء
- ★ توفير **خدمات الصحة النفسية المصممة خصيصًا للتعامل مع قلق المناخ** والأشخاص المتضررين من الكوارث البيئية
- ★ إدراج **فحوصات تتعلق بالصحة المناخية/البيئية** في المرافق الطبية
- ★ تنفيذ سياسات توفر **الحماية من الحرارة الشديدة داخل المنازل** وتساعد الناس على تحمّل تكاليف حلول التبريد
- ★ **إشراك الأصوات المهمّشة** منذ بداية عمليات صنع القرار
- ★ توفير **خدمات** ترجمة فورية وتحريرية فعّالة عبر مختلف الأنظمة
- ★ **رفع الأجور وتطبيق قوانين حماية العمل**، لاسيّما في قطاعات الرعاية والخدمات
- ★ تعزيز **نظم الغذاء المجتمعي** مثل المزارع الحضرية، والحدائق المجتمعية، ومراكز توزيع الغذاء، والأسواق المتنقلة، وورش التغذية والطهي التي تراعي الثقافة
- ★ توسيع نطاق الوصول إلى **خدمات رعاية الأطفال والدعم المقدّم من مقدّمي الرعاية بأسعار معقولة**
- ★ تقديم خدمات الرعاية بطرق **تُجسِّد إنسانيتنا المشتركة**

أولويات العمل التعاوني

خلال تقييم الرفاهية الصحية الأخير عام 2022، قامت CHA ومجلسها الاستشاري للصحة المجتمعية بوضع مجموعة من أولويات العمل التعاوني. تشمل هذه الأولويات أربعة مجالات تركيز وثلاثة مبادئ تتعلق بالعدالة. توضح مجالات التركيز **ما** سنعمل على معالجته بالتعاون مع CHA وأصحاب المصلحة في المجتمع، بينما تُرشدنا مبادئ العدالة عن **كيفية** التعامل مع هذه القضايا المهمة. وتُظهر نتائج تقييم عام 2025 أن هذه الأولويات لا تزال ذات صلة وتستدعي مواصلة التعاون لمعالجتها.

مبادئ المساواة
الكيفية

- عدالة اللغة
- إدماج الأصوات المهمَّشة في القيادة واتخاذ القرار
- بيئات تُعزّز الرعاية الجماعية والتعافي المجتمعي

المجالات المحورية
ما الذي سيتم العمل عليه

- **الإسكان**
  القدرة على تحمّل التكاليف، الاستقرار، الأمان
- **اقتصادات عادلة**
  المال، الوظائف، أنظمة الغذاء، الرعاية الأسرية
- **المساواة في الحصول**
  على الرعاية والخدمات والمعلومات عبر مختلف القطاعات
- **الصحة المناخية والعدالة البيئية**
  الهواء، الماء، القدرة على التكيّف مع تغيّر المناخ

في خريف عام 2025، ستتعاون CHA مع مجلسنا الاستشاري للصحة المجتمعية لتحديث استراتيجية التنفيذ (IS). وستحدد هذه الاستراتيجية الأهداف والاستراتيجيات اللازمة لمعالجة أولويات العمل التعاوني. وسيتم دمج التوصيات والأفكار التي شارك بها أفراد المجتمع خلال عملية التقييم في خطة العمل هذه. وعلى مدار السنوات الثلاث المقبلة، ستوجّه استراتيجية التنفيذ جهودنا المشتركة لتعزيز صحة ورفاهية المجتمع.

هل لديكم أسئلة أو تعليقات؟

يُرجى زيارة صفحة بيانات وتقارير الصحة المجتمعية الخاصة بـ Cambridge Health Alliance للاطلاع على المزيد من البيانات والمعلومات والموارد: www.challiance.org/communityhealthdata

شكر وتقدير

لقد كان إعداد تقرير تقييم الرفاهية الصحية ثمرة تعاون عميق، حيث شارك فيه العديد من أفراد مجتمعنا بوقتهم وجهودهم وخبراتهم. وتتقدم Cambridge Health Alliance بخالص الشكر والامتنان لكل من ساهم في هذا المسار وساعد في تمهيد الطريق لاتخاذ إجراءات جماعية مشتركة.

يتولى فريق تحسين الصحة، التابع لقسم صحة المجتمع في CHA، قيادة عملية تقييم الرفاهية الصحية ووضع استراتيجية التنفيذ. ويتألف فريقنا من:

Laura McNulty, MPH, MSW
Kathleen O'Brien, MA
Jean Granick, MS
Alexis Sarpong, MPH

نتقدم بجزيل الشكر لزملائنا في CHA، وبشكل خاص لنائبة رئيس شؤون المجتمع، **Roberta Turri Vise**، ورئيس شؤون المجتمع، **Doug Kress**، على دعمهما المتواصل وشراكتهما الفعّالة.

كما نشكر الباحثين المجتمعيين والمتدربين من الطلاب الذين قدموا إسهامات لا تُقدّر بثمن في هذا التقييم. من خلال المشاركة في تصميم التقييم، وتنفيذ مجموعات النقاش والمقابلات، والترويج للاستبيان، وتحليل البيانات وتفسيرها، وإنتاج المواد الإعلامية، والتفاعل مع أفراد المجتمع، فقد جسّدتم رؤية هذا التقييم وجعلتموها حقيقة. نتوجّه بالشكر والتقدير إلى:

Aparna Anantharaman، كلية الصحة العامة بجامعة بوسطن
Britney Sao، باحثة مجتمعية
Erika Decklar، كلية الصحة العامة بجامعة بوسطن
Kerenne Joseph، باحثة مجتمعية
Luciana de Lacerda، باحثة مجتمعية
Monich Long، كلية هارفارد
Nora Brower، جامعة تافتس
Sadye Bobbette، باحثة مجتمعية
Sophie Freudenreich، جامعة تافتس

نتوجه بجزيل الشكر إلى أعضاء المجلس الاستشاري لصحة المجتمع. لقد كانت توجيهاتكم وتعاونكم ورؤاكم ركيزة أساسية لهذا التقييم. ويسعدنا ويشرفنا مواصلة العمل معًا.

كما نعرب عن امتناننا العميق لشركائنا المؤسسيين على تعاونهم المثمر. ومن بين هذه المؤسسات إدارة الصحة العامة في كامبريدج؛ شبكة Beth Israel Lahey Health، وخاصة مستشفى Mount Auburn؛ مجموعة Mass General Brigham، وبشكل خاص مستشفى Massachusetts العام؛ وMetropolitan Area Planning Council؛ وthe North Suffolk Public Health Collaborative؛ وشبكة TuftsMedicine، لا سيما مستشفى MelroseWakefield.

وأخيرًا، نتقدم بجزيل الشكر لكل من شارك في المقابلات، والمجموعات النقاشية، والاستبيانات. نشكركم على ثقتكم بنا ومشاركتكم قصصكم. إن معارفكم وتجاربكم وآرائكم لا تساهم فقط في إثراء هذا التقرير – بل تُحفزنا على العمل. ونحن ملتزمون بحمل أصواتكم بأمانة والعمل على تعزيز الصحة والرفاهية الصحية في المجتمعات التي تفخر Cambridge Health Alliance بخدمتها.

الملحقات

الملحق *A*: عضوية المجلس الاستشاري لصحة المجتمع

الملحق *B*: المنظمات المشاركة في جمع البيانات وتحليلها

الملحق *C*: إطار عمل تقييم وتنفيذ استراتيجية الرفاهية الصحية الإقليمي لـ CHA

الملحق *D*: أساليب وأدوات جمع البيانات

يتضمن هذا الملحق **استبيان الرفاهية الصحية المجتمعية لـ CHA**، وأدلة **المجموعات النقاشية والمقابلات** المستخدمة خلال التقييم، و**بروتوكول جمع وتحليل البيانات الأولية** بالكامل، وقائمة **مصادر البيانات الثانوية**.

الملحق *E*: نتائج الاستبيان ومجموعات النقاش والمقابلات

يشمل النتائج الكاملة لاستبيان الرفاهية الصحية المجتمعية لـ CHA، مقدمة في شكل **جداول تكرارية**؛ ونتائج المجموعات النقاشية والمقابلات، مقدمة في **تقرير عن الموضوعات النوعية**.

الملحق *F*: ملفات البيانات المجتمعية والرسوم البصرية

يشمل **ملفات البيانات المجتمعية** لكل من المجتمعات الثمانية ضمن نطاق خدمات CHA، و**كتاب بيانات الرفاهية الصحية المجمع**، و**مجموعة رسوم بيانية** تُظهر تصورات مختارة للبيانات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والصحية.

يوفر موقع Tableau Public التابع لفريق تحسين الصحة في CHA تصورات إضافية لموضوعات مختارة: https://bit.ly/CHA-Community-Health-Tableau-Public

الملحق *G*: أدوات العرض والتواصل