

الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية

مقرر فريق العمل

د. نجيبه عبد الغني، مدير مركز الأمومة والطفولة

أعضاء الفريق

د. نجيبه باحبيش

عبد الجبار علي عبد الله

المقدمة:

إن صحة الفرد في المجتمع هي الغاية التي يسعى لتحقيقها المخططون لان التنمية الصحية أساسية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية فهي القوة الدافعة الحقيقية للتنمية. فالأصحاء من الناس هم أكثر قدرة على الإسهام في التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وهذه التنمية بدورها تقدم الموارد الإضافية والطاقة الاجتماعية التي تيسر التنمية الصحية. ولذا فإن الفرد في المجتمع بحاجة ماسة إلى الرعاية والعناية لينشأ صحيح الجسم والعقل قادرا أن يسهم في تنمية هذا المجتمع. ولا يمكن أن تتوفر هذه الرعاية والعناية إلا في مجتمع منظم وفي وسط عائلي قادر على تأمين حاجة أفرادهم منذ ولادتهم حتى يصبحوا أقوياء قادرين على تحمل مسؤولية أنفسهم في خضم الحياة،

لقد فتح المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة ١٩٩٤ فتحا جديدا في جميع مجالات الصحة والحقوق الإنجابية، خاصة بالنسبة للمرأة. فبرنامج العمل يتطلع إلى ما هو أبعد من تنظيم الأسرة والخصوبة ناشدا رؤية شاملة يشكل فيها تنظيم الأسرة جزءا من إطار أوسع للصحة الإنجابية، وتعتبر الصحة الإنجابية جزءا جوهريا من الرعاية الصحية الأولية،

ومنذ انعقاد المؤتمر الوطني الأول للسياسات السكانية صنعاء - أكتوبر ١٩٩١ وما تلاه من وضع خطة العمل السكانية ثم الندوة الوطنية لأوضاع السياسة السكانية صنعاء - نوفمبر ١٩٩٣، واليمن تسير بخطى حثيثة لمواكبة ما وصلت إليه دول العالم في تبني وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات الخاصة بالمشاكل السكانية،

وحيث إننا في اليمن لازلنا نجهل الكثير عن الصحة الإنجابية فقد أقرت اللجنة المنظمة لأعمال المؤتمر الوطني الثاني للسياسات السكانية ١٩٩٦ بان تكون هناك ورقة خاصة بالصحة الإنجابية وذلك حتى تتناسب مخرجات المؤتمر الثاني مع مقررات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. لذا فإن هذه الورقة تهدف إلى:

١- التطرق لمفهوم الصحة الإيجابية وعناصرها، والحقوق الإيجابية التي وردت في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية،

٢- تحليل الوضع الراهن لخدمات الصحة الإيجابية في اليمن ومعوقاتها،

٣- وضع رؤية مستقبلية حول الصحة الإيجابية تشمل الأهداف، والاستراتيجيات، وآلية التنفيذ، والمتابعة والتقييم لهذه الأهداف،

ولقد تم التطرق في هذه الورقة إلى تعريف مفهوم واضح ومحدد للصحة الإيجابية، وما هي العناصر المكونة للصحة الإيجابية، وما هي الحقوق الإيجابية. وتضمنت أيضا عرضا مفصلا لعناصر الصحة الإيجابية وخاصة في مجال تنظيم الأسرة، والأمومة الآمنة، وعدوى الجهاز التناسلي بما فيها الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والإصابة بفيروس الإيدز، والصحة الجنسية. وأولت هذه الورقة اهتماما بالرؤية المستقبلية لعناصر الصحة الإيجابية لهدف تحسين نوعية الحياة للأفراد في اليمن،

مفهوم الصحة الإيجابية

إن مفهوم الصحة الإيجابية كما ورد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ بأنها "حالة السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد انعدام المرض أو العجز في جميع الأمور المتعلقة بالأجهزة التناسلية ووظائفها وعملياتها". ويدل هذا التعريف أن جميع البشر رجالا ونساء ومن جميع الأعمار يحتاجون إلى الصحة الإيجابية بشكل أو بآخر. فالصحة الإيجابية تحدد مستويات التنمية الاجتماعية، والاقتصادية، وأنماط الحياة، ومكانة المرأة في المجتمع، ونوعية الرعاية الصحية وتوافرها. وتتحمل المرأة لعدة أسباب معظم عبء سوء الصحة المرتبط بالإنجاب. ولذا استخلص من هذا المفهوم تعريف وضعه المهتمون بشؤون المرأة، وتم تعريف الصحة الإيجابية للمرأة باعتبارها "قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة، وان تملك إرادتها في الحمل، وأن يتوفر لها الحمل والإنجاب الناجحان، وهي بمنأى عن أمراض النساء ومخاطرها" (نبيل يونس ومجموعته، ١٩٩٥)،

عناصر الصحة الإيجابية

تؤكد وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع. وعلى هذا الأساس ينبغي تعزيزها ودعمها على نحو أفضل من خلال عدة تدخلات، وأحدها الحصول على الرعاية الصحية الإيجابية العالية النوعية ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية لهدف خفض معدلات الوفاة والمرض بين أفرادها. وحثت الحكومات على أن توفر رعاية الصحة الإيجابية لجميع الأفراد ذوي الأعمار المناسبة وذلك في اقرب وقت ممكن وفي موعد لا يتجاوز ٢٠١٥.

وتشتمل الرعاية الصحية الإنجابية، في سياق الرعاية الصحية الأولية، على العناصر التالية:

- المشورة والتثقيف والاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة،

- الخدمات والتثقيف بالأمومة الآمنة وتضم الرعاية قبل الولادة والولادة المأمونة والرعاية بعد الولادة ورعاية المولود بما في ذلك الرضاعة الطبيعية والاحتياجات الغذائية للأم،

- الوقاية من العقم وعلاجه،

- الوقاية من الإجهاض غير الآمن ومعالجة عواقبه،

- الوقاية والمعالجة لإصابات الجهاز التناسلي ومنها الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري/الايذز،

- الإعلام والتثقيف والإرشاد بشأن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة،

الحقوق الإنجابية

أكد أحد مبادئ برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن " لكل إنسان الحق في التمتع بأعلى مستويات ممكنة من الصحة البدنية والعقلية وعلى الدول أن تتخذ جميع التدابير المناسبة لكي تكفل ذلك على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، وحصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية بما فيها الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية الإنجابية التي تشمل تنظيم الأسرة والصحة الجنسية. وينبغي أن توفر برامج الرعاية الصحية الإنجابية أوسع دائرة من الخدمات دون أي شكل من أشكال القسر. ولكل الأزواج حق أساسي في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والتباعد بينهم، وأن يحصلوا على المعلومات والتثقيف والوسائل لبلوغ ذلك"،

من خلال هذا المبدأ يتبين لنا أن الإنسان لديه القدرة على تنظيم الإنجاب والحرية في أن يقرر ما إذا كان يريد ذلك ومتى وكيف. ويتضمن ذلك بالتبعية حق جميع الأزواج الرجال والنساء منهم في الحصول على المعلومات وعلى وسائل تنظيم الأسرة الآمنة الفعالة التي يقدرون عليها ويتقبلونها بمحض اختيارهم لتنظيم الخصوبة والتي لا تتعارض مع القوانين، وعلى أساس طوعي تماما لا مجال هناك للإكراه. فمن حقوقهم الإنسانية الأساسية أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد الأطفال الذين ينجبهم والفترة الفاصلة بين كل طفل والطفل الذي يليه. كما يتضمن الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي تمكن المرأة من الحمل والولادة بطريقة مأمونة وإنجاب وليد ممتنع بالصحة. وتشمل أيضا الحق

في الحصول على مستوى عال من الصحة الجنسية لجميع الأفراد من خلال تقديم التثقيف والمشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي بما فيه الإيدز لهدف تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية،

ولقد روج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لفكرة إتباع منهج شامل لتلبية مجمل احتياجات الناس من حيث الصحة الإنجابية لاسيما احتياجات المرأة. ودعا البرنامج جميع البلدان فيما يختص بالحقوق الإنجابية إلى:

- توفير إمكانية حصول الجميع على مجموعة متكاملة من خدمات رفيعة المستوى في مجال الصحة الإنجابية من خلال نظم الرعاية الصحية الأولية،

- تمكين القدرة على ممارسات اختيارية فيما يتعلق بالخصوبة لما لها من أثر كبير على صحة المرأة الإنجابية لإتاحة الفرصة لها للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية. وإتاحة خدمات تنظيم الأسرة تحد أيضا من اعتلال الأمهات ووفياتهن وتساعد على منع انتقال الالتهابات والأمراض،

- إزالة العقبات التي ينتج عنها الافتقار إلى المعلومات أو إلى الفرص الذي يحول دون استخدام نساء كثيرات لما هو موجود من الخدمات الصحية، ففي بلدان كثيرة تحتاج المرأة إلى موافقة زوجها على استخدامها، وإزالة هذه العقبات من شأنها أن تزيل تهديدا خطيرا لحياة المرأة ولصحتها،

- تشجيع الرجل على تحمل المسؤولية بشأن سلوكه الإنجابي وبشأن التزاماته الأسرية لكي يتيح للمرأة إمكانية أن تصبح شريكة على قدم المساواة معه في الحياة العامة والخاصة. فتشجيع اتخاذ القرارات في نطاق الأسرة بصورة مشتركة، ومساندة الذكور لاختيارات شريكاتهم فيما يتعلق بالصحة الإنجابية عنصران أساسيان للتوجيه المتمكن والقائم على المشاركة،

لقد رفع الإسلام من مكانة المرأة وأعلى شأنها بصورة ملموسة، وذلك من خلال الحقوق التي أعطاه إياها وهي من الكثرة والسمو بمكان. ومن أهم وأبرز الحقوق التي كفلها الإسلام للمرأة ما يلي: حقها في التربية الحسنة، وحقها في اختيار زوجها، وحقها في حضانة أولادها، وحقها في الميراث، وحقها في العمل، وحقها في إبداء الرأي، وحقها في طلب العلم، وحقها في التملك. ولذلك فهي تعيش في ظلال الإسلام حياة مستقرة تتمتع بالحقوق وتؤدي الواجبات بلا إحجاف مما يحقق الأمن والاستقرار والنمو للأسرة على أسس قويمه بعيده عن السلبيات النفسية والمؤثرات العضوية أو الصحية،

وبصفة عامة إن العناية بالصحة الإنجابية والتي تتمثل بنظرة أكثر شمولية ووجوب تسهيل وصول الجميع إلى مجموعة متكاملة من خدمات جيدة يكون من

السهل الوصول إليها وتكون مقبولة وملائمة لكل المستفيدين وبذلك تتم الاستجابة لمقتضيات التنمية السكانية،

ولصحة المرأة الإيجابية أهمية في اليمن التي تتسم بمستويات عالية من الخصوبة وفقر في الخدمات الصحية. إن النشاطات السابقة في اليمن وبشكل أساسي خدمات الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة وما تحقق فيها يعتبر أحد النجاحات التي تساعد على استيعاب هذا المفهوم الجديد. بالإضافة إلى ذلك فإن السياسات والاستراتيجيات للخطة الخمسية للتنمية الصحية ١٩٩٦-٢٠٠٠ قد أشارت إلى هذا الجانب، حيث أكدت على إبقاء أهمية قصوى لتحقيق الدمج التكاملي للأنشطة والخدمات الصحية وتعزيز الأنظمة الداعمة مثل الإمداد والتمويل والإشراف والإحالة لان التحسين في نوعية الخدمة لا يمكن حدوثه بدون إنشاء الروابط والتكامل بين المشاريع المختلفة ومستويات مرافق تقديم الخدمة،

وتوفر النجاحات مدعاة للتفاؤل بشأن ما تستطيع بلادنا أن تحققه ولكنها تشير أيضا إلى تلبية الكثير من الاحتياجات في مجال الصحة الإيجابية التي مازالت احتياجات غير ملباة، ويعود ذلك إلى القيود التي لا بد من مجابتهها وإيجاد الحلول لها حتى تستطيع اليمن أن تبلغ أهدافها الصحية التي وضعتها. والمعوقات هي:

١- نقص في الالتزام السياسي،

٢- عدم الاستقرار الاقتصادي،

٣- المواقف التي تمنع النقاش حول المسائل الإيجابية والحقوق،

٤- الرعاية الصحية غير الكافية بسبب النقص في الموارد المالية والبشرية المدربة،

٥- الأمية كعامل يحول دون اتخاذ الإجراءات التي تكفل تحسين الوضع الصحي،

٦- مقاومة التغيير والخوف منه،

٧- ضعف مستوى التدريب،

٨- النمو السكاني غير المنظم الذي يخلق الفجوة بين متطلبات الناس والقدرة على مواكبة هذه المتطلبات،

ولتحليل الوضع الراهن لعناصر الصحة الإيجابية سنتطرق هذه الورقة بتفصيل أكثر لهذه العناصر،

أولاً: تنظيم الأسرة

وافق بالإجماع المشاركون في مؤتمر الإسلام وتنظيم الأسرة في الرباط سنة ١٩٧٨ على تعريف تنظيم الأسرة كما يلي: " قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأخير الحمل أو تعجيله بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما"،

إن أكثر من ٩٥% من سكان العالم النامي يعيشون اليوم في بلدان تؤيد برامج تنظيم الأسرة تأييداً مباشراً. وهذه البرامج أنشئت بدوافع مختلفة: تحسين صحة الأم والطفل، تمكين الأزواج من تنظيم خصوبتهم وخفض النمو السكاني في استجابة للاهتمامات الوطنية والدولية،

وممارسة تنظيم الأسرة يقلل من مخاطر الحمل بتمكينه للمرأة من تأخير الإنجاب إلى أن تصبح مستعدة له، ومن وقف الإنجاب قبل أن يتسبب عمرها وكثرة مرات الحمل في جعل إنجابها مرة أخرى أمراً محفوفاً بمخاطر شديدة. كما أن المباشرة بين الولادات تتيح للمرأة استرداد عافيتها بين كل حمل والحمل الذي يليه. ويقدر البنك الدولي أن تلبية رغبة النساء المعلنة في المباشرة بين الولادات أو الحد من الولادات في المستقبل قد تحول في كل عام دون حدوث ما يصل إلى ١٠٠.٠٠٠ حالة وفاة بين الأمهات ودون حدوث ٨٥٠.٠٠٠ حالة وفاة بين الأطفال دون الخامسة. وخفض احتمالات الحمل غير المرغوب يقلل أيضاً من وفيات الأمهات لقلّة اللجوء إلى الإجهاض غير الآمن. فالدراسات تشير إلى أن تقديم خدمات تنظيم الأسرة لجميع الأزواج الذين يرغبون في تجنب الحمل التالي أو تأخيره يمكن أن يقلل عدد الوفيات التي تنجم عن الإجهاض غير الآمن بنسبة تربو على ٣٠% (حالة سكان العالم ١٩٩٥)،

وخلال العقد المنصرم زاد عدد الدول التي قامت باعتماد تدابير مختلفة ترمي إلى تعديل مستويات الخصوبة فيها. ومن أكثر هذه التدابير شيوعاً زيادة توافر خدمات تنظيم الأسرة مما زاد عدد الأزواج الذين أوجدوا طلباً قوياً على هذه الخدمات واخذوا يطالبون بتحسين نوعيتها. وتشير نتائج المسوحات إلى أن مستويات الخصوبة قد انخفضت بشدة في المناطق التي تعاضم فيها دور تنظيم الأسرة. وقد أدت الوفرة الغزيرة والتطور في الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة إلى تمكين الأزواج من التحكم في حجم أسرهم بطريقة أكثر فعالية مما كانت عليه قبل عقد أو عقدين. وبذلك وفرت تلك الظروف السبيل إلى تناقص سريع في معدلات الخصوبة في العقدين الماضيين،

وتتمثل مشاكل الصحة الإنجابية في اليمن في نمط الخصوبة التقليدية والسلوك الإنجابي غير المنظم الذي يضيف مخاطر صحية على الأمهات والأطفال. وقد دلت البيانات المتوفرة على أن مستوى الخصوبة في اليمن من أعلى المستويات في العالم حيث تقدر الخصوبة الكلية لعام ١٩٩٤ بحوالي ٧.٤ ولادة حية مع نهاية

عمر الإنجاب للمرأة. ومن دلائل هذه الخصوبة العالية أن الفترات الفاصلة بين الولادات توصف بأنها وجيزة، فقد دلت الإحصائيات أن حوالي ٤٢% من الولادات الحية تتم في الفترات الخطرة أي أقل من سنتين، علاوة على أن ٤٤% من النساء المتزوجات يمارسن الإنجاب في الأعمار المبكرة (أقل من عشرين عاماً) والمتأخرة (أكثر من ٣٥ عاماً) والتي توصف بالأعمار غير المأمونة للإنجاب،

انطلاقاً من ذلك فإن الاستراتيجية الوطنية للسكان استهدفت رفع نسبة الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة إلى حوالي ٣٥% بحلول عام ٢٠٠٠ مقارنة بـ ١٠% عام ٩٢/٩١، باعتبار أن التركيز على هذا الهدف يحقق جملة من الأهداف الفرعية. فتنظيم الأسرة القائم على الاختيار الحر هو وسيلة ليس له مرام ديمغرافية واقتصادية فحسب، ولكنه حق مكفول يدخل ضمن حقوق الإنسان ووسيلة وقائية وإجرائية لا يمكن التهوين منها في الاتجاه نحو الصحة العامة وبالذات صحة الأم والطفل. وإذا كانت الجمهورية اليمنية قد أدركت اليوم أهمية رسم سياسات سكانية فإن التحدي الأكبر يكمن في مدى تطبيق السياسات وتقويمها وتحديثها باستمرار،

الوضع الراهن لخدمات تنظيم الأسرة

الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة:

بينت نتائج المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل لعام ٩٢/٩١ أن معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية ١٠% من مجموع السيدات المتزوجات حالياً. وتصل النسبة إلى ٦% بعد استثناء الرضاعة الطبيعية. ومع أن معدل الاستعمال لهذه الوسائل منخفض مقارنة مع الدول العربية الأخرى {٩% في السودان ٩٠/٨٩، ٥٠% في تونس عام ١٩٨٨، ٣٥% في الأردن لعام ١٩٩٠، ٤٢% في المغرب لعام ١٩٩٢، ٤٧% في مصر لعام ١٩٩٢} (فريد ١٩٩٣). إلا أن هذا المعدل في المحافظات الشمالية والغربية يعتبر أعلى بكثير من المعدل السابق الذي رصد خلال مسح الخصوبة ١٩٧٩ حيث كان ١% فقط، بينما في المسح الحالي في هذه المحافظات بلغ معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة ٨%. وبلغت نسبة استخدام الحبوب ٣.٢% وتمثل نصف الاستخدام للوسائل الحديثة في اليمن. واللؤلؤ والتعقيم الأنثوي فقد بلغت نسبة الاستعمال ١% لكل منها، والحقن ٨%، ويمثل استخدام الرفال والتعقيم الذكري ١% فقط لكل منهما. وكانت الرضاعة الطبيعية الأكثر استعمالاً من الطرق التقليدية والثانية لجميع الطرق حيث بلغت نسبة استخدامها ٢.٥%. وقد شوهدت تباينات كبيرة في الاستخدام الحالي بين الريف والحضر، ففي وقت إجراء المسح كان ٢٨% من السيدات في الحضر يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة مقارنة بحوالي ٦% في الريف،

كما تشير النتائج إلى أن معدل الانتشار لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة في المحافظات الجنوبية والشرقية (١٦.٧%) قد بلغت ضعف المعدل في المحافظات

الشمالية والغربية (٨.٣%). وتظهر التباينات في معدل الاستخدام الحالي حسب التعليم المبين في الجدول رقم (١) حيث أن نسبة المستخدمين ترتفع من ٧% للأميات إلى ٢٤% من اللاتي اكملن المستوى الابتدائي وترتفع إلى ٣٩% بين اللاتي اكملن مستويات تعليمية أعلى،

جدول (١) المعرفة/ الاتجاهات/ الممارسة لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء اليمنيات

وانعكاساتها على الخصوبة بحسب المستوى التعليمي ومكان الإقامة

| المستوى التعليمي | | | مكان الإقامة | | إجمالي | *المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة |
|-------------------|---------|------|--------------|------|--------|--|
| أعلى من الابتدائي | ابتدائي | أمية | ريف | حضر | | |
| ٩٥.٠ | ٨٧.٨ | ٥٦.٦ | ٥٤ | ٨٨.٨ | ٦٠.٢ | ١. أي وسيلة |
| ٩٣.٦ | ٨٦.٠ | ٤٨.٩ | ٤٦ | ٨٦.٢ | ٥٣.٢ | أي وسيلة حديثة |
| ٨٤.٣ | ٦٠.٨ | ٢٢.٠ | ١٨.٣ | ٦٧.٣ | ٢٧ | مصدر وسيلة حديثة |
| | | | | | | * الاتجاهات نحو الإنجاب وتنظيم الأسرة |
| ٣٥.٠ | ٣١.٢ | ٣٦.٢ | ٣٣.٥ | ٤٧.٤ | ٣٥.٩ | أ- عدم الرغبة في إنجاب مزيد من الأطفال |
| ٣.٨ | ٤.٢ | ٥.٦ | ٥.٦ | ٤.٤ | ٥.٤ | ب- متوسط العدد الأمثل للأطفال |
| ٢.٥ | ٤.٢ | ٦.٤ | ٦.٦ | ٣.٧ | ٦.٠ | ج- معدلات الإنجاب الكلية المرغوبة |
| | | | | | | د- النوايا الإيجابية عند أول استخدام |
| ٤٤.٥ | ٢٧.١ | ٨.٤ | ٦.٩ | ٣٠.٤ | ١١.٢ | - لا يردن طفل في وقت |

| لاحق | | | | | | |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|
| - لا يردن مزيد من الأطفال | ١٣.١ | ١٣.٥ | ٦.٦ | ٥.٢ | ١٧.١ | ٧.٤ |
| - لم يستخدموا أبداً | ٤١.٣ | ٥٧.٢ | ٨٩.٢ | ٨٧.٣ | ٥٠.٨ | ٨٠.٥ |
| - آخر غير مبين | ١.٠ | ٢.٢ | ٠.٨ | ٠.٧ | ١.٨ | ٠.٩ |
| * استخدام الوسائل | | | | | | |
| ١. أي وسيلة | ٣٨.٥ | ٢٤.٣ | ٧.٢ | ٥.٧ | ٢٨.٢ | ٩.٧ |
| وسيلة حديثة | ٢٧.٧ | ١٦.٨ | ٤.٣ | ٣.٣ | ١٨.٨ | ٦.١ |
| لا تستخدم حالياً | ٦١.٥ | ٧٥.٧ | ٩٢.٨ | ٩٠.٣ | ٧١.٨ | ٩٠.٣ |
| * معدلات الإنجاب الكلية | ٣.٥ | ٥.٧ | ٨.١ | ٨.٢ | ٥.٦ | ٧.٧ |

إمكانية الحصول على الخدمات:

أن المرأة التي تريد أن تستعمل وسيلة لتنظيم الأسرة قد تعجز عن ذلك إذا كانت خدمات تنظيم الأسرة غير كافية، وقد يؤدي الافتقار إلى المعلومات أيضاً إلى وجود فجوة بين التوافر المنظور والفعلي لوسائل تنظيم الأسرة،

وتشير بيانات المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل في اليمن أن ٦٠% من السيدات المتزوجات سمعن عن وسيلة واحدة لتنظيم الأسرة على الأقل، بينما ٢٧% فقط منهن يعرفن مصدر الحصول على وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة. وهناك تباينات كبيرة في مستويات المعرفة على حسب مكان الإقامة، إذ تشير النتائج أن ٩ من كل ١٠ سيدات في الحضر يعرفن وسيلة حديثة واحدة لتنظيم الأسرة على الأقل مقارنة بحوالي نصف السيدات في الريف. وتتباين المعرفة أيضاً حسب المستوى التعليمي بدرجة كبيرة حيث أن ٥٧% من السيدات الأميات يعرفن وسيلة حديثة على الأقل مقارنة بحوالي ٨٨% من السيدات اللاتي اكملن التعليم الابتدائي و ٩٥% من اللاتي اكملن مستويات تعليمية أعلى (الجدول ١)،

وتعتبر المعرفة المسبقة بوسائل تنظيم الأسرة ومصادر التزود بها مطلباً أساسياً لتبني تنظيم الأسرة، إذ أن المعرفة ضرورية ولكنها ليست كافية لاستخدام الوسائل إذا لم تكن هذه الوسائل سهلة المنال. ويتفاوت الوصول إلى مصدر الحصول على الوسيلة تفاوتاً كبيراً، فقد أوضحت نتائج المسح حسب الزمن الذي قضته المنتفعة

للوصول إلى المصدر في آخر مرة للتزويد أن خمس المستخدمات للوسائل يمكنهن الوصول إلى المصدر خلال ١٥ دقيقة، وخمسا آخر خلال ١٥-٢٩ دقيقة، وخمسا ثالثا خلال ٣٠ دقيقة إلى ساعة. وتوجد نسبة كبيرة من المستخدمات (٣ من كل ١٠) بحاجة إلى ما يزيد على ساعة للوصول إلى المصدر، وبلغت الفترة الوسيطة للمرأة الحضرية للوصول إلى المصدر حوالي ٢٠ دقيقة بينما تحتاج المرأة في الريف إلى ساعة أو أكثر للوصول إلى المصدر،

ويعتبر القطاع العام بما في ذلك المؤسسات غير الحكومية المصدر الرئيسي لخدمات تنظيم الأسرة في اليمن. حيث أنها تقدم هذه الخدمات لست سيدات من كل عشر يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة بينما يقوم القطاع الخاص بتزويد ٣ سيدات تقريبا من كل ١٠ من المستخدمات وتقوم الصيدليات في القطاع الخاص بالدور الرئيسي حيث أنها تزود حوالي ربع النساء المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة،

العوائق أمام استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

من خلال المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل ١٩٩١-١٩٩٢ تم الاستفسار من السيدات المتزوجات وغير الحوامل اللاتي ليست لديهن الرغبة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة حول سبب عدم وجود النية للاستخدام في المستقبل، ويبين الجدول رقم (٢) التوزيع النسبي لهؤلاء السيدات. جمعت الأسباب المبلغ عنها لعدم وجود نية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة في ثلاث فئات رئيسية تشمل: أسباب تتعلق بالوسائل، وأسباب تتعلق بالاتجاهات نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وأسباب قدرية وأخرى. وتشمل الأسباب المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة عدم المعرفة، الآثار الجانبية، عدم الارتياح للاستعمال وصعوبة الحصول على الوسائل. ووجد أن حوالي ربع النساء غير المستعملات أشرن إلى أنهن لسن راغبات باستخدام أي وسيلة لعدم المعرفة، وسيدة واحدة من كل ١٠ ليست لديهن رغبة للاستعمال بسبب الخوف من الآثار الجانبية، بالإضافة إلى ٣% يعتبر الاستخدام غير مريح. ويعود ٢% من اللاتي لا يرغبن في الاستعمال إلى صعوبة الحصول على الوسائل،

وأما الأسباب المتعلقة بالاتجاهات نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة والتي تنطبق على ثلث النساء فتشمل ٢% بسبب المعارضة الشخصية، و ١٥% لأسباب دينية، و ١٦% بسبب معارضة الزوج. وقد أشارت ١٠% من النساء أنهن قدريات فيما يتعلق بحجم الأسرة وليس باستطاعتهم عمل شئ بشأن الحمل. ومن هنا يتضح أن عدم المعرفة بالوسائل، وعدم موافقة الزوج، والاعتقاد بتعارض الدين هي الثلاثة الأسباب الرئيسية لعدم نية الاستخدام،

جدول (٢) "التوزيع النسبي للنساء غير المستخدمات لوسائل منع الحمل واللاتي لم ينوين

استخدامها في المستقبل حسب السبب الرئيسي لعدم نيتهن في الاستخدام" اليمن
٩٢/٩١

| سبب عدم النية في استخدام وسائل منع الحمل | % |
|--|------|
| * أسباب متعلقة بالوسائل | |
| عدم المعرفة | ٢٣.٣ |
| الآثار الجانبية | ٩.٦ |
| عدم الارتياح للاستعمال | ٢.٩ |
| صعوبة وتكلفة الحصول على الوسائل | ١.٦ |
| * أسباب متعلقة بالاتجاهات نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة | |
| بسبب المعارضة الشخصية | ١.٢ |
| للأسباب الدينية | ١٥.٣ |
| معارضة الزوج | ١٥.٩ |
| * أسباب قدرية (وأخرى) | |
| قدرية | ٩.٧ |
| سن اليأس | ٣ |
| أسباب متفرقة أخرى | ١٣ |
| غير متأكدة لا تعرف | ٤ |
| أجمالي | %١٠٠ |

نوعية الخدمة:

في الجهود الرامية إلى توسيع الخدمات الصحية وخدمات تنظيم الأسرة في المناطق الفقيرة كان معظم الاهتمام يولى لنشر الخدمات وإمكانية الوصول إليها وتوزيعها. أما في الأعوام الأخيرة فقد أدى الاعتراف بأن نوعية الرعاية ومفعوليتها أمران لهما أيضاً أهمية جوهرية إلى وضع مؤشرات جديدة للنوعية. لا توجد حالياً أي بيانات عن مدى نوعية خدمات تنظيم الأسرة التي تقدم في اليمن،

دور الرجل في المشاركة وتقبل تنظيم الأسرة:

في قطاع كبير من العالم بما فيها بلادنا يسيطر الرجل عادة على عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بحجم الأسرة واستعمال وسائل تنظيم الأسرة ولكنه غير مرئي إلى حد كبير كقوة مستهدفة في برامج تنظيم الأسرة مما يؤدي إلى انخفاض مستويات شيوع وسائل تنظيم الأسرة ويبدد الإمكانيات التي تتيحها وسائل تنظيم الأسرة الذكرية أساساً،

فقد اتضح من نتائج المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل لعام ٩٢/٩١ أن حوالي ١٦% من النساء المتزوجات اللاتي أبدین عدم رغبتهن في إنجاب مزيد من الأطفال لم يتمكن من استخدام وسائل تنظيم الأسرة نتيجة لمعارضة الزوج. وتشكل الوسائل التي تستخدمها النساء زهاء ٨٧% من وسائل تنظيم الأسرة المستعملة (الحبوب بمعدل ٣٣%، الرضاعة الطبيعية تمثل بنسبة ٢٦%، واللولب بنسبة ١٣%، والحقن ٦% وتعقيم الإناث ٩% من مجموع الوسائل المستخدمة) بينما لا تتعدى الوسائل التي يستخدمها الذكور ١٣%. حيث تستعمل كل من وسيلتي منع الحمل الذكريتين الرئيسيتين الرفال (الجراب الواقي) وقطع القناة الدافعة بنسبة ٢%، في حين تستعمل الوسائل الطبيعية التي تتطلب تعاون الذكور وتشمل طريقة فترة الأمان والعزل بنسبة ١١%،

ولم تعترف برامج تنظيم الأسرة إلا مؤخراً بأن الرجال كذلك يمثلون جمهوراً هاماً ينبغي أن تستهدفه المعلومات والتوعية والخدمات فيما يتعلق بخدمات تنظيم الأسرة. وكان التوجه السابق لكثير من مقدمي الخدمات يضع مسؤولية قرارات تنظيم الأسرة على المرأة وحدها. إن مناقشة قضايا تنظيم الأسرة بين الأزواج واتخاذ القرارات بصورة مشتركة يعتبر مطلباً أساسياً لإنجاح ممارسة تنظيم الأسرة من قبل الزوجين. فباستطاعة الرجل أن يساعد اختيارات شريكته ويساعد على حثها لممارسة تنظيم الإنجاب إذا تحدث الزوجان عن تنظيم الأسرة. فقد وجدت سبع دراسات استقصائية على الصعيد الوطني في سبع من بلدان أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء أن استعمال وسائل تنظيم الأسرة وتواصل استعمالها كان أعلى بين الأزواج الذين تناقشوا في موضوع تنظيم الأسرة مقارنة بالأزواج الذين لم يفعلوا ذلك. ووجدت ست دراسات أجريت في زامبيا وكينيا في أواخر الثمانينات أن من المهم للمرأة أن تكون قادرة على محادثة زوجها بشأن موضوع منع

الحمل، كما أن التشجيع والمشورة من الرجل ساعد المرأة على اختيار الوسيلة التي تستعملها وعلى المثابرة عندما حدثت آثار جانبية. وهناك دراسة أجريت في أديس أبابا، إثيوبيا عام ١٩٩٣ حيث عقدت مقارنة بين مجموعتين من الأزواج؛ مجموعة تلقت الزوجات حديثاً صحياً بمفردهن، وفي المجموعة الأخرى حضر الزوج والزوجة معا هذا الحديث. وبعد شهرين اتضح أن ٢٥% من الأزواج الذين شملتهم المجموعة الثانية يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة بالمقارنة ب ١٥% من المجموعة الأولى، وبعد ١٢ شهراً زاد الفارق إلى ٣٣% مقابل ١٧% (حالة سكان العالم، ١٩٩٥)،

جدول (٣) "التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً واللاتي يعرفن وسائل منع الحمل ولا يستخدمن حالياً أي وسيلة حسب اتجاهات الزوج حول تنظيم الأسرة، تبعاً لمناقشتهم لأزواجهن عن تنظيم الأسرة" اليمن ٩٢/٩١

| رأي الزوج | ناقشن مع الزوج | | غير مبين | إجمالي |
|--------------------|----------------|------|----------|--------|
| | نعم | لا | | |
| موافقة الزوج | ٥٠.٦ | ١٠.٦ | ٠.٠ | ٢٨.٥ |
| موافقة الزوج بشروط | ٣.٠ | ٠.٦ | ٠.٠ | ١.٧ |
| رفض الزوج | ٤٤.٣ | ٣٣.٦ | ٢.٣ | ٣٧.٩ |
| غير مبين | ٢.١ | ٥٥.٢ | ٩٧.٧ | ٣١.٩ |
| إجمالي | ١٠٠ | ١٠٠ | ١٠٠ | ١٠٠ |
| العدد | ١٢٢٥ | ١٤٣٢ | ٤٨ | ٢٧٠٥ |

١- يتضمن النساء اللاتي لم يسألن عن مناقشة الاستخدام مع الزوج لذكرهن فيما قبل رفض الزوج كسبب لعدم استخدام وسائل منع الحمل في المستقبل،

وقد شمل استبيان المسح الديمغرافي اليمن لصحة الأم والطفل لعام ٩٢/٩١ بيانات حول اتجاهات الأزواج نحو تنظيم الأسرة من خلال مقابلة الزوجات وسئلن عما إذا كن قد تحدثن مع أزواجهن حول تنظيم الأسرة؟ ولم يسأل هذا السؤال للسيدات اللاتي أجبن بأن لا نية لديهن لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة مستقبلاً بسبب معارضة الزوج، افتراضاً بأن عدم موافقة الزوج على الاستخدام تعني أنه تمت مناقشة الأمر مع الزوج مسبقاً إلا أنه عارضها. ويبين الجدول رقم (٣) أن ١٢٢٥ سيدات من مجموعة ٢٧٠٥ سيدة (٤٥%) قد سبق لهن الحديث حول

وسائل تنظيم الأسرة مع الأزواج، و ٥٤% منهن قد أشرن إلى أن الأزواج يوافقون على مبدأ تنظيم الأسرة،

مصادر وتقديم وسائل تنظيم الأسرة:

هناك ثلاثة مصادر أساسية تقدم خدمات تنظيم الأسرة على مستوى الجمهورية اليمنية؛ وزارة الصحة العامة من خلال برامج رعاية الأم والطفل وتنظيم الأسرة، والقطاع الخاص التجاري من خلال الصيدليات ومخازن الأدوية، وجمعية رعاية الأسرة اليمنية التي تتصدر المجموعة بالدور الذي تلعبه في توفير الوسائل والتي أنشئت عام ١٩٧٨. وحتى عام ١٩٨٦ عندما بدأت وزارة الصحة العامة بخدمات تنظيم الأسرة فإن الجمعية كانت المصدر الأساسي للإمداد بوسائل تنظيم الأسرة إلى عياداتها الخاصة وإلى مراكز الخدمة لوزارة الصحة وكذلك العيادات الخاصة. وبالنسبة للأنشطة المتميزة للجمعية من خلال إحصائيات الخدمة يتضح ازدياد عدد المراكز التي تدعمها الجمعية بالوسائل من ٧٥ مركز خدمة في عام ١٩٩١ إلى ١٢٦ مركز خدمة في عام ١٩٩٢، ليتصاعد بصورة كبيرة ويصل إلى ٢٣١ مركز خدمة في عام ١٩٩٥. وحصل تطور كبير في عدد السنوات الزوجية المحمية من خدمات جمعية رعاية الأسرة، إذ ارتفعت السنوات الزوجية المحمية من ٨٦٣٠ حينما بدأت الجمعية نشاطها في عام ١٩٨٦ ليصل إلى ٦٢٥٧٠ سنة زوجية محمية في عام ١٩٩٥. ويتم توفير هذه الحماية من خلال الوسائل ذات المثابرة والفاعلية العالية (شكل رقم ١). فيمثل اللولب نسبة عالية من السنوات الزوجية المحمية. ففي عام ١٩٩٥ تم تحقيق نسبة ٥٧% من إجمالي السنوات الزوجية المحمية من خلال استخدام اللولب وشارك الحبوب بنسبة ٣٧% وساهم كل من الرفال والحبوب الرغوية بنسبة ٣% من إجمالي السنوات الزوجية المحمية (انظر جدول رقم ٤). وتعتبر مشاركة القطاع الخاص بنسبة لا بأس بها، فاستنادا إلى أن وسائل تنظيم الأسرة التي تم استيرادها بواسطة القطاع التجاري بترخيص من الهيئة العليا للأدوية والمستلزمات الطبية تكون قد حققت ٢٣٠٠٠ سنة زوجية محمية في عام ١٩٨٩، وحوالي ١١٨٩٠ سنة زوجية محمية عام ١٩٩٢، ولكن انخفضت مساهمتها في عام ١٩٩٥ إلى ٦١٠٦ بسبب التركيز على استيراد حبوب تنظيم الأسرة. أما وزارة الصحة العامة تقديرا للوسائل المتوفرة لديها وفي حالة تم توزيعها واستخدامها فتكون قد حققت ٧٦٠٠٠ سنة زوجية محمية في عام ١٩٨٩، وحوالي ٣١٠٠٠ لعام ١٩٩٢. ولم تتوفر بيانات حديثة وشاملة للأعوام من ١٩٩٢ وحتى ١٩٩٥،

جدول رقم (٤) التوزيع النسبي لسنوات الحماية الزوجية حسب الوسيلة للسنوات ١٩٨٦-١٩٩٥

| السنوات الزوجية المحمية لجميع الوسائل | مجموع الوسائل المستخدمة | الأقراص المرغوية | الرفال | اللؤلؤ | الحبوب | السنوات |
|---|-------------------------------|---------------------|--------|--------|--------|---------|
| ٨٦٣١ | ١٠٠.٠ | ٥.٦ | ٢.٤ | ٧٣.٤ | ١٨.٧ | ١٩٨٦ |
| ٨٧٢٦ | ١٠٠.٠ | ٦.٥ | ٢.٠ | ٧٥.٤ | ١٦.١ | ١٩٨٧ |
| ١٥٠١٢ | ١٠٠.٠ | ٣.٠ | ٢.١ | ٧٧.٥ | ١٧.٣ | ١٩٨٨ |
| ١٧٩٦٦ | ١٠٠.٠ | ٣.٢ | ٢.٩ | ٧٢.٦ | ٢١.٣ | ١٩٨٩ |
| ١٤٨٨٨ | ١٠٠.٠ | ٢.٧ | ٢.٥ | ٦٧.٢ | ٢٧.٣ | ١٩٩٠ |
| ١٧٦١٤ | ١٠٠.٠ | ٣.٥ | ١.٨ | ٦٣.٦ | ٣١.١ | ١٩٩١ |
| ٣٣٨٧٩ | ١٠٠.٠ | ١.٨ | ٢.٣ | ٥٨.٧ | ٣٧.٢ | ١٩٩٢ |
| ٤٨١٨٥ | ١٠٠.٠ | ٢.٧ | ٣.١ | ٥٣.٧ | ٤٠.١ | ١٩٩٣ |
| ٤٩٢٦٦ | ١٠٠.٠ | ٢.٨ | ٣.٢ | ٥٢.١ | ٤١.٤ | ١٩٩٤ |
| ٦٢٥٧٠ | ١٠٠.٠ | ٣.٠ | ٣.٠ | ٥٦.٨ | ٣٦.٧ | ١٩٩٥ |

المصدر: "إحصائيات الخدمة لجمعية رعاية الأسرة اليمنية"

الاتجاهات نحو وممارسة تنظيم الأسرة وانعكاساتها على الخصوبة

المعرفة والاتجاهات والممارسة لوسائل تنظيم الأسرة بين النساء وانعكاساتها على الخصوبة:

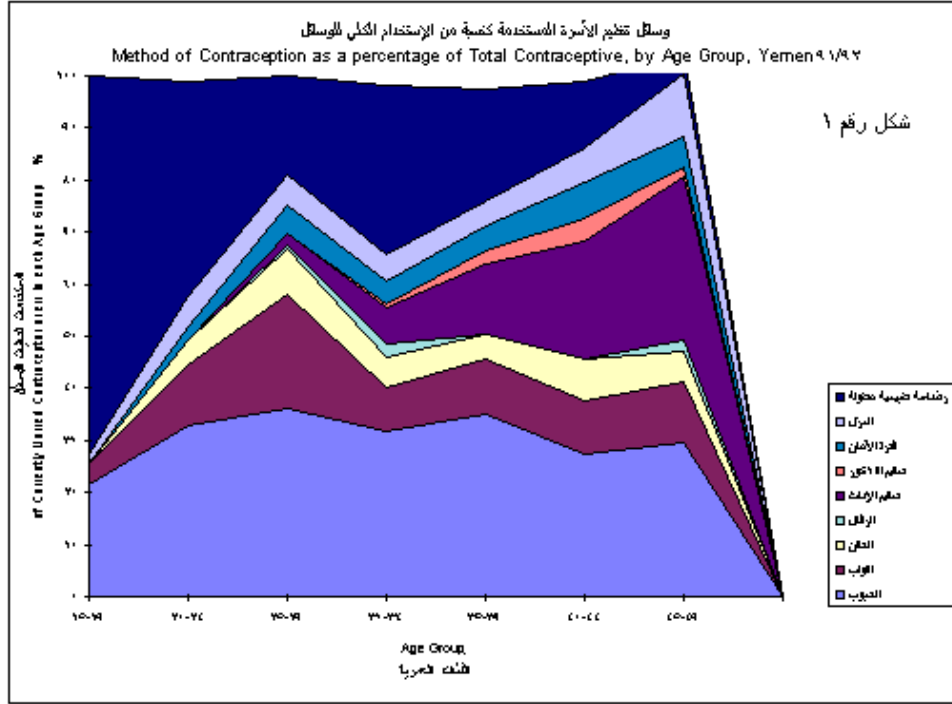
إن زيادة المعرفة بالوسائل ومصدر الحصول عليها قد يؤدي إلى تغيير الاتجاهات نحو الاستخدام من خلال التأثير على اتجاهات وميول المستفيدات ويعكس ذلك على الاستخدام الفعلي. ويتضح هذا الافتراض عند تحليل بيانات المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل، فكما هو واضح من الجدول رقم (١) أن ارتفاع معدل المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة ومصدر الحصول عليها في الحضر مقارنة بالريف، وبالتالي فالاستخدام أعلى للوسائل في الحضر عنه في الريف وذلك من خلال تولد الاتجاه الإيجابي نحو الرغبة في تخفيض الإنجاب. ونجد نفس النمط على اختلاف

المستويات التعليمية للمرأة، فنلاحظ زيادة مستوى المعرفة بالوسائل بارتفاع المستوى التعليمي والاتجاه الأكثر إيجابية نحو الرغبة في عدد أقل من الأطفال واختيار متوسط أقل للعدد الأمثل للأطفال. فكلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفع مستوى استخدام الوسائل وانعكس ذلك على مستوى الخصوبة. إذ يلاحظ انخفاض الخصوبة الكلية في الحضر عنها في الريف، وفي المستويات العليا من التعليم عنها في غياب التعليم. كما يلاحظ أن عدم الرغبة في إنجاب مزيد من الأطفال بلغ ٤٧% في الحضر مقابل ٣٣.٥% في الريف، أما المعدل الكلي المرغوب فيه من الأطفال فينخفض في الحضر إلى نصف ما هو عليه في الريف. كل ذلك في نهاية الأمر ينعكس على معدل الخصوبة الكلية الذي بلغ ٥.٦ مولود/ امرأة في الحضر مقابل ٨.٢ مولود/ امرأة في الريف. وتوضح هذه العلاقة على مستويات التعليم المختلفة للنساء وربما بصورة أكثر وضوحاً وبالذات تلك الفوارق بين النساء الأميات والنساء اللاتي أكملن تعليمهن الابتدائي وأكثر،

خصائص المستخدمة لوسائل تنظيم الأسرة وانعكاساتها على الخصوبة:

استخدام وسائل منع الحمل يختلف باختلاف خصائص النساء بما في ذلك العمر، ومنطقة الإقامة، والمستوى التعليمي، وطبيعة العمل للزوجين،

في أغلب البلدان يكون انتشار وسائل تنظيم الأسرة أقل ما يمكن بين النساء الصغيرات في العمر ويصل أقصى مستوى له بين النساء في سن الثلاثينات ثم ينخفض بين النساء كبيرات العمر. ومن نتائج المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل في اليمن لعام ٩٢/٩١ أن معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة بلغ ١.٣% بين النساء فئة العمر ١٥-١٩، و ١١.٥% بين النساء فئة العمر ٢٠-٢٩، وارتفع هذا المعدل إلى ١٥.١% بين النساء في الأعمار ٣٠-٣٩، ثم انخفض إلى ١٠.٤% للنساء في فئة العمر ٤٠-٤٩. هذا النمط يبين الرغبة في الإنجاب بين النساء الصغيرات العمر، وبعد ذلك يزيد الاهتمام والأمل للمباعدة بين الولادات، وبعد ذلك للتوقف عن الإنجاب. وكذلك فإن الوسائل المستخدمة تختلف بحسب اختلاف الأعمار حيث تغير بعض النساء من استخدام الوسائل المؤقتة من أجل المباعدة إلى الوسائل الدائمة. النساء كبيرات العمر أكثر قابلية لاستخدام التعقيم الأنثوي عن غيرهن، والنساء الصغيرات في السن أكثر قابلية لاستخدام الحبوب. وهذا لا يدعو للدهشة إذ أن التعقيم الإرادي يعتبر وسيلة دائمة بالنسبة للأزواج الذين اكتمل حجم أسرهم. ولكن الحبوب وسيلة ذات فعالية عالية كوسيلة مؤقتة لصغيرات العمر. ومع ذلك فإن التعقيم الأنثوي غالباً ما يلجأ إليه لدواع صحية بين النساء الكبيرات العمر،



وتوضح النتائج أن النساء في المناطق الحضرية أكثر استعداداً لتقبل استخدام تنظيم الأسرة من النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية بسبب أن نساء المدن أكثر دراية بالأمور العامة عن مثيلتهن في الريف كما أنهن أكثر رغبة في تكوين أسر قليلة العدد. كما أن تربية الأطفال أكثر تكلفة في المدن، والأسرة في المدن أقل حاجة إلى عمل أطفالها من الأسرة الريفية. وأهم سبب أن خدمات تنظيم الأسرة في المدن أكثر توافراً وأيسر في الحصول عليها. ولذا فإن معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة بلغ ٢٨% من النساء الحضريات بينما لا يتجاوز ٦% من النساء الريفيات ومستوى المعرفة بالوسائل الحديثة بلغ حوالي ٨٩% بين نساء الحضر في مقابل ٥٤% بين نساء الريف (أنظر الجدول رقم ١)،

ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي، وطبيعة العمل للزوج والزوجة وانعكاساته على مستوى الخصوبة. فقد أتضح من تحليل بيانات المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل العلاقة الطردية بين التعليم، وممارسة العمل والاستخدام السابق والحالي للوسائل، والعلاقة العكسية بين مستوى التعليم، والعمل ومستوى الخصوبة. بلغ معدل الاستخدام السابق للمرأة المتعلمة ٣ أضعاف معدل الاستخدام للمرأة الأمية. أما الاستخدام الحالي للمرأة المتعلمة فبلغ أربعة أضعاف مثيله للمرأة الأمية، وانعكس ذلك على مستوى الخصوبة إذ بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء للمرأة الأمية ضعف معدل المواليد الأحياء للمرأة المتعلمة. ويتضح أن تعليم الزوج له تأثير إيجابي على مستوى الاستخدام للوسائل وعلاقة عكسية مع متوسط الخصوبة. فقد بلغ الاستخدام السابق للنساء المتزوجات من رجال اكملوا التعليم الثانوي ٣ أضعاف مستواه من النساء المتزوجات من رجال غير متعلمين، وبلغ الاستخدام الحالي للفئة الأولى أربعة أضعاف مثيلته في الفئة الأخرى،

وانعكس ذلك على الخصوبة فقد بلغ متوسط الخصوبة ٣ مواليد أحياء للنساء المتزوجات من رجال أكملوا تعليمهم الثانوي إلى حوالي ٦ مواليد أحياء للنساء المتزوجات من رجال غير متعلمين،

أما عن تأثير طبيعة العمل للزوج والزوجة على مستوى استخدام وسائل تنظيم الأسرة وانعكاساته على مستوى الخصوبة، فتبين النتائج أن معدل الاستخدام السابق بلغ ٣ أضعاف للنساء اللاتي عملن أكثر من مرة مقارنة بالنساء اللاتي لم يعملن،

كما بلغ معدل الاستخدام الحالي ٤ أضعاف بالنسبة للنساء العاملات عنه لغير العاملات، وانعكس ذلك على مستوى الخصوبة إذ ارتفع هذا المتوسط من ٣.٦ مولود حي للعاملات إلى ٥.١ لغير العاملات. وهناك أيضاً تأثير ملموس لعمل الزوج ولو أنه أقل حدة من تأثير عمل الزوجة على مستوى الاستخدام وبالتالي على مستوى الخصوبة، فقد انخفض متوسط عدد المواليد الأحياء في حالة الزوج الذي لديه اجر منتظم إلى ٤.٤ مولود حي مقارنة ب ٥.٤ بالنسبة للزوج الذي ليس لديه عمل منتظم أي بفارق مولود واحد ،

أما عن تأثير وسائل الإعلام كأداة لرفع مستوى الوعي والتأثير على تغير أنماط السلوك الإيجابي، فقد اتضح من تحليل بيانات المسح الديمغرافي أن هنالك تأثيراً لمدى تعرض الأمهات للاستماع إلى الراديو ومشاهدة التلفزيون على مستوى استخدام الوسائل وبالتالي على مستوى الخصوبة. يرتفع معدل الاستخدام السابق للوسائل بين النساء اللاتي يستمعن إلى الراديو أكثر من ٣ مرات عنه بين اللاتي لا يستمعن، والفرق في الاستخدام الحالي أكثر من ضعفين. وبذلك فقد حققت المستمعات للراديو متوسط عدد مواليد بلغ ٤.٧ مولود حي مقارنة ب ٥.٢ مولود حي حققته النساء اللاتي لا يستمعن إلى الراديو. وعلى نفس النمط فإن مشاهدة التلفزيون من عدمه يتضح أن لها تقريباً نفس التأثير من ناحية التأثير الإيجابي على مستوى الاستخدام والتأثير العكسي على مستوى الخصوبة للنساء في اليمن،

وقد اتضح من تحليل بيانات المسح الديمغرافي أن النشأة في فترة الطفولة وما تترك من موروثات للتمسك بالعادات والتقاليد يكون له تأثير على معدلات الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة وبالتالي على مستوى الخصوبة. النساء اللاتي نشأن في الريف أقل استخداماً للوسائل وحققن أعلى متوسطاً للخصوبة الذي بلغ ٥.١ مولود حي/ امرأة مقابل ٤.٤ مولود/ امرأة حي للنساء اللاتي نشأن في المدن،

كل هذه الخصائص المتناولة تعتبر ذات أهمية بالغة لابد من أخذها في الاعتبار عند تصميم وتنفيذ برامج تنظيم الأسرة من اجل المساهمة في زيادة معدل الاستخدام وتكييف العرض للوسائل في صورة مثلى تمكن من تلبية الطلب،

الاتجاهات المستقبلية

الحاجة غير الملباة والطلب المتزايد لخدمات تنظيم الأسرة

تعرف الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة على أساس نسبة النساء المتزوجات في سن الإخصاب واللاتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل على الرغم من أنهن لا يرغبن في الحمل في الوقت الحالي. أما إجمالي الطلب يعرف بأنه مجموع الحاجة غير الملباة بالإضافة إلى الاستعمال الحالي. والطلب على وسائل تنظيم الأسرة يتجاوز بكثير ما هو معروض منها الآن. فقد اتضح من نتائج المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل أن حوالي ٢٦% (٦١٨٣٢٣ امرأة) من النساء اليمنيات المتزوجات حالياً لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة على الرغم من رغبتهن في تجنب الحمل، لذا يقال أن احتياجات هؤلاء النساء لتنظيم الأسرة لم تلب بعد،

ومفهوم الطلب الكامن يعرف بـ "السوق لخدمات تنظيم الأسرة" ويوضح انه ليست فقط أن مقدمي خدمات تنظيم الأسرة لابد أن يقدموا خدماتهم للمستخدمين الحاليين لوسائل تنظيم الأسرة ولكن أيضاً هناك أزواج آخرون راغبون في السيطرة على خصوبتهم سوف يستخدمون وسائل منع الحمل لو أمكن توفيرها أو تم الترويج لها بطريقة افضل أو إذا تم إزالة المعوقات في سبيل الاستخدام. وتوضح نتائج تحليل بيانات المسح أن حوالي ٢٨% فقط من الطلب لوسائل تنظيم الأسرة لدى النساء اليمنيات قد تم تلبيتها (انظر الجدول رقم ٥). ويتضح أن هناك حاجة غير ملباة لتنظيم الأسرة بين جميع الفئات للنساء اليمنيات بنسب متفاوتة. فبينما لا تتعدى الحاجة غير الملباة نسبة ١% للفئات العمرية ١٥-١٩ نراها تبلغ أقصى نسبة في الفئات العمرية ٤٠-٤٤، و ٤٥-٤٩ سنة لتصل إلى أكثر من ٤٠%. ولكن الأهم من ذلك وجود نسبة كبيرة للحاجة غير الملباة في الفئات العمرية الشابة المتميزة بمعدلات عالية في الخصوبة وهي الفئة العمرية ٢٥-٣٩، إذ تبلغ الحاجة غير الملباة ٢٠% في الأعمار ٢٥-٢٩ لترتفع إلى ٣٠% في الأعمار ٣٠-٣٤، و ٢٦% في الأعمار ٣٥-٣٩. ويوضح أيضاً أن نسبة الاحتياجات التي تم تلبيتها ترتفع من ٨٠% للفئات العمرية ١٥-١٩ سنة وأن نسبة ضئيلة من النساء في أوج عمرهن الإنجابي قد تم تلبية احتياجاتهن ويتراوح ذلك بين ٤٨% للأعمار ٢٠-٢٤، و ٣٧% للأعمار ٢٥-٢٩، ونسبة ٢٩% للنساء في فئة العمر ٣٠-٣٤ سنة (انظر الجدول رقم ٥)،

جدول (٥) مدى تلبية الاحتياجات لوسائل تنظيم الأسرة لدى النساء اليمينيات
٩٢/٩١

| الفئات العمرية | الحاجة الملابة | غير الحاجة الملابة | الحاجة الملابة | الاحتياج الكلي | نسبة الاحتياج الذي تم تلبيتها |
|----------------|----------------|--------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------|
| | Un-metneed | Met need | Total need | Percent need of satisfied | |
| | P. for F | F.P for | for F.P | | |
| ١٩-١٥ | ١.٢ | ٤.٩ | ٦.١ | ٨٠.٣ | |
| ٢٤-٢٠ | ٩.٤ | ٨.٦ | ١٨ | ٤.٨ | |
| ٢٩-٢٥ | ١٩.٩ | ١٠.٨ | ٣٠.٧ | ٣٥.٢ | |
| ٣٤-٣٠ | ٢٩.٣ | ١٢.٠ | ٤١.٣ | ٢٩.٠ | |
| ٣٩-٣٥ | ٣٦.٠ | ١٣.٠ | ٤٩ | ٢٦.٥ | |
| ٤٤-٤٠ | ٤٥.٣ | ٩.١ | ٥٤.٤ | ١٦.٧ | |
| ٤٩-٤٥ | ٤٣.٧ | ٥.٢ | ٤٨.٩ | ١٠.٦ | |
| الإجمالي | ٢٦ | ٩.٩ | ٣٥.٩ | ٢٧.٦ | |

وبوجه عام فإن ٢٦% من النساء اليمينيات لهن حاجة غير ملابة لتنظيم الأسرة وبلغ الاحتياج الكلي نسبة ٣٦% أما نسبة الاحتياج التي تم تلبيتها فلم تتعد ٢٨% من الطلب الكلي. وهذا يوضح بشكل أساس الفجوة بين العرض والطلب لخدمات تنظيم الأسرة والذي لا بد أن يؤخذ بعين الاعتبار في برامج تنظيم الأسرة. وإذا تمت تلبية جميع الاحتياجات لتنظيم الأسرة، فمن المتوقع أن يرتفع معدل الاستخدام الكلي إلى ٣٦%. ومثل هذا الارتفاع سوف يؤدي إلى انخفاض الخصوبة من المتوسط الحالي وهو ٧.٢ مولود/امرأة إلى نحو ٥.٢ مولود/امرأة. وباستمرار انتشار التوجه نحو تكوين أسر صغيرة، فإن الطلب على خدمات تنظيم الأسرة وبالتالي تكاليف توفرها سيزداد أكثر وأكثر. وكما توضح البيانات فإن اتجاهات مثيرة للاهتمام في تنظيم الأسرة قد أخذت تظهر،

تلبية الطلب على وسائل تنظيم الأسرة والموارد المطلوبة:

تم حساب متوسط النساء اللاتي من المتوقع أن يستخدمن وسائل منع الحمل على أساس أن الطلب على تنظيم الأسرة سيتم تلبيةه بحلول عام ٢٠٠٦. النموذج الإحصائي المستخدم ركز على الاحتياجات الفردية تجاه استخدام وسائل تنظيم الأسرة وتسهيل وصولها، واستخدمت اسقاطات الجهاز المركزي للإحصاء من أجل تقدير الأعداد المستقبلية من مستخدمي وسائل تنظيم الأسرة. والبدل المستخدم في هذه الحالة الذي يفترض انخفاض مستوى معدل الخصوبة الكلية من ٧.٢ مولود/امرأة في عام ١٩٩٦ إلى ٦.٢ مولود/امرأة عام ٢٠٠٠ وإلى ٥.٢ مولود/امرأة بحلول عام ٢٠٠٦. واستناداً على تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء لعدد النساء في سن الإخصاب ونسبة المتزوجات منهن كما يتضح من الجدول رقم (٦). ففي عام ١٩٩٦ يفترض أن معدل استخدام الوسائل بلغ ١٢%، فإن برنامج تنظيم الأسرة سيتطلب إمداد حوالي ٢٨٥,٣٠٠ امرأة بالوسائل. وإذا افترضنا بقاء معدل الاستخدام على ما هو عليه لعام ١٩٩٦ (١٢%) فإن المستخدمات للوسائل سيرتفع عددهن إلى ٣٩٢,٢٦٢ مستخدمه وذلك نتيجة للنمو السكاني المتزايد. أما إذا ارتفع معدل انتشار واستخدام الوسائل إلى ٣٥.٧% بحلول عام ٢٠٠٦، وهو المستوي المطلوب لتخفيض معدل الخصوبة الكلي من ٧.٢ مولود/امرأة في عام ١٩٩٦ إلى ٥.٢ مولود/امرأة في عام ٢٠٠٦، فإن ١,١٦٦,٩٨٠ سيحتجن استخدام الوسائل. مع العلم أن هذه النسبة للاستخدام تمثل الطلب الكلي لخدمات تنظيم الأسرة من قبل النساء اليمينيات حسب. واتضح من بيانات المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل لعام ٩٢/٩١ والذي لم يتم تلبية سوى ٢٦% من هذا الطلب،

جدول رقم(٦) الاحتياجات المستقبلية لخدمات تنظيم الأسرة والموارد المطلوبة

| ٢٠٠٦ | ١٩٩٦ | |
|-----------|-----------|------------------------------------|
| ٥,٠٢٩,٠٠٠ | ٣,٥٥٧,٠٠٠ | عدد النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩) |
| ٦٥.٠ | ٦٦.٨٤ | النسبة المئوية للمتزوجات |
| ٣,٢٦٨,٨٥٠ | ٢,٣٧٧,٤٩٩ | عدد المتزوجات (١٥-٤٩) |
| ٣٥.٧% | ١٢% | معدل ممارسة الوسائل المستهدفة(%) |
| ١,١٦٦,٩٨٠ | ٢٨٥,٣٠٠ | عدد المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة |

| | | |
|------------------------|--------------|--------------|
| التكلفة لكل مستخدمة \$ | ٣٩ | ١٦.٢ |
| التكلفة الإجمالية \$ | \$١١,٠٩٥,٠٠٠ | \$١٨,٩٠٥,٠٧٦ |

ومن أجل حساب التمويل المستقبلي المطلوب فإن عدد المستخدمين المتوقع بحسب الاسقاطات مضروب في متوسط التكلفة لكل مستخدم الذي تم تقديره بسكرتارية المؤتمر العالمي للسكان لعام ١٩٩٤، وبناء على ذلك وحسب ما هو موضح في الجدول رقم (٦) فإن إجمالي التكلفة لتوفير الوسائل وخدمات تنظيم الأسرة سيبلغ ١١ مليون دولار أمريكي لعام ١٩٩٦ وحوالي ١٩ مليون دولار لعام ٢٠٠٦،

الغايات والأهداف العامة:

الأهداف العامة

إن الأهداف العامة لخدمات تنظيم الأسرة تتضمن الآتي:

- ١- كفالة أن تكون المعلومات الشاملة والواقعية والنطاق الكامل من خدمات تنظيم الأسرة سهلة المنال ورخيصة التكاليف ومقبولة وملائمة لجميع المنفعين بها،
- ٢- مساعدة الأزواج في تحقيق أهدافهم الإنجابية في إطار يساعد على توفير الصحة المثلى والتحلي بالمسؤولية ورفاه الأسرة واحترام كرامة جميع الأشخاص وحققهم في اختيار عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات وتوقيت إنجاب الأطفال،
- ٣- المساعدة على تجنب الحمل غير المرغوب فيه وتقليل حدوث حالات الحمل التي تنطوي على مخاطر كبيرة،
- ٤- تحسين نوعية خدمات تنظيم الأسرة بما في ذلك إسداء المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال والإرشاد في مجال تنظيم الأسرة،
- ٥- تشجيع الرضاعة الطبيعية من أجل تعزيز المباعدة بين الولادات،
- ٦- زيادة مشاركة الرجل في التثقيف والممارسة الفعلية لتنظيم الأسرة واقتسام المسؤولية عنها،
- ٧- شمولية خدمات تنظيم الأسرة لتشمل عناصر الصحة الإنجابية الأخرى،

الأهداف المحددة "الكمية":

١- رفع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة من حوالي ٩.٧% لعام ١٩٩٢-٩١ إلى ٢٢% بحلول عام ٢٠٠٠ وإلى ٣٦% بحلول عام ٢٠٠٦،

٢- خفض معدل الخصوبة الكلية من ٧.٧ مولود حي/امرأة إلى ٦ مواليد أحياء/امرأة بحلول عام ٢٠٠٠ وإلى ٥ مواليد أحياء/امرأة بحلول عام ٢٠٠٦،

الإجراءات والآليات

١- تقييم مدى الاحتياجات الوطنية غير المستوفاة من الخدمات الجيدة لتنظيم الأسرة وإدماجها في إطار الصحة الإنجابية مع إبقاء اهتمام خاص إلى أشد فئات السكان ضعفا وحرمانا من الخدمات،

٢- إقامة نظم المراقبة وتقييم الخدمات المرتكزة على المنتفعين بغية الكشف عن السلبيات من جانب منظمي ومقدمي خدمات تنظيم الأسرة ورفع هذه السلبيات والسيطرة عليها،

٣- التعاون مع المنظمات غير الحكومية في زيادة إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الإنجابية بما فيها خدمات تنظيم الأسرة،

٤- تحديد العوائق الرئيسية المتبقية أمام الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة فيما يتعلق بعدم كفاية الخدمات القائمة في مجال تنظيم الأسرة وسوء نوعيتها وتكلفتها وكذلك إزالة مالا لزوم له من عوائق قانونية وطبية وتنظيمية تقف في وجه اكتساب المعلومات والحصول على خدمات تنظيم الأسرة،

٥- قيام جميع القادة السياسيين وقادة المجتمع المحلي بدور قوي متواصل وشديد الوضوح في تشجيع توفير واستخدام خدمات تنظيم الأسرة والخدمات الصحية الإنجابية وإضفاء الشرعية عليها،

٦- على القادة ومتخذي القرارات والتشريعات على جميع المستويات أن يترجموا تأييدهم العام للصحة الإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة إلى مخصصات كافية من الموارد المالية والموارد البشرية والإدارية للمساعدة على تلبية احتياجات جميع من لا يستطيعون دفع التكلفة الكاملة للخدمات،

٧- بذل جهود كبيرة لتحسين نوعية الرعاية في جميع برامج تنظيم الأسرة وينبغي أن تتضمن البرامج تدابير منها ما يلي:

أ - الإقرار بأن الطرق المناسبة للأزواج تتباين حسب الأعمار وعدد المواليد وحجم الأسرة المفضلة وكفالة أن تكون لدى النساء والرجال المعلومات اللازمة وأن يتاح لهم استخدام أوسع طائفة ممكنة من الطرق المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة بغرض تمكينهم من ممارسة الاختيار الحر الواعي،

ب - توفير المعلومات الكاملة والدقيقة التي تيسر الحصول عليها عن مختلف طرق وسائل تنظيم الأسرة بما في ذلك المخاطر الصحية لهذه الطرق وفوائدها وآثارها الجانبية المحتملة وفعاليتها في منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الايذز وغير ذلك من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي،

ج - جعل الخدمات أكثر أمنا وأرخص ثمنا وأكثر ملاءمة وأقرب منالا لمستخدمي الخدمة والقيام عن طريق تعزيز النظم اللوجستية بكفالة توفير إمدادات كافية ومستمرة من وسائل تنظيم الأسرة الأساسية وذات النوعية العالية وينبغي كفالة الخصوصية والسرية من خلال وضع المعايير لتقديم الخدمة والإشراف على تنفيذها ،

د - توسيع نطاق التدريب الرسمي وغير الرسمي وتحسين النوعية في مجال خدمات تنظيم الأسرة بالنسبة لجميع مقدمي الرعاية الصحية والقائمين على التعليم والإدارة في مجال الصحة بما في ذلك التدريب في مجال الاتصالات الشخصية وتقديم المشورة،

هـ - تركيز برامج تنظيم الأسرة على التثقيف في مجال الرضاعة الطبيعية وخدمات الدعم التي يمكن أن تسهم في الوقت نفسه في تحقيق المباشرة بين الولادات وتحسين صحة الأم والطفل وزيادة معدلات بقاء الأطفال،

٨- أن لا يقتصر تقديم خدمات الرعاية في مجال تنظيم الأسرة على القطاع العام بل ينبغي أن تشمل القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وفقا لاحتياجات وموارد مجتمعاتنا المحلية وأن يشمل حيثما يقتضي الأمر استراتيجيات فعالة لاسترداد التكلفة وإيصال الخدمات بما في ذلك التسويق الاجتماعي والخدمات التي تقدمها المجتمعات المحلية مع بذل جهود خاصة من أجل تحسين فرص الحصول على الخدمات في المناطق النائية،

٩- توفير الوقاية والعلاج من العقم،

آلية التقييم والمتابعة:

- جمع المعلومات عن معدل الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة،

- دراسة المعرفة والاتجاهات والممارسة في مجال تنظيم الأسرة،

- دراسة التقارير والمتابعة المستمرة لنوعية الخدمة،

ثانيا- الأمومة الآمنة

إن الهدف الأساسي للتنمية هو إيجاد الأوضاع المعيشية التي تمكن أفراد المجتمع من التمتع بطول العمر والصحة والحياة الإبداعية. وما هو متناقض مع هذه الفلسفة هو ما تواجهه النساء في ريعان شبابهن من وفيات وأمراض ناتجة عن تعقيدات الحمل والولادة والتي تعتبر أكبر الأخطار المحدقة لم تلق معالجة كافية في برامج رعاية الأم والطفل. فتشكل وفيات الأمومة نسبة كبيرة من الوفيات التي تحدث بين النساء في سن الإنجاب في معظم البلدان النامية ومنها الجمهورية اليمنية. ففي كل سنة تموت حوالي ٥٨٥,٠٠٠ امرأة لأسباب تتعلق بالحمل والولادة، ٩٩% من هذه الوفيات يحدث في الدول النامية. وتمثل وفيات الأمهات ما يقارب ثلث وفيات النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩) أي بمتوسط يصل إلى وفاة أم واحدة في كل دقيقة من السنة. والأفطع من ذلك أن وفاة كل أم تحمل في طياتها أعدادا كبيرة قد يصل إلى ١٠٠-٢٠٠ حالة من الأمهات اللاتي نجون من الموت ولكن يعانين من المشاكل الصحية التي قد تؤثر على حياتهن الشخصية والعائلية. فمراضة الأمهات تحدث أكثر من ٦٠ مليون إصابة بمضاعفات حادة سنويا تؤثر على ٤٠% من النساء الحوامل، ٢٣ مليون منهن يحتجن إلى رعاية عالية المستوى، حيث أن ٩٨% من هذه الإصابات تقع في الدول النامية. من هنا يتضح جليا أن أمراض وفيات الأمومة مأساة مهمة. فمعظم النساء تفتقد إلى استمرارية الحصول على وسائل تنظيم الأسرة، ولا تجد الرعاية الكاملة والأمنة أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة، ولا تلقى الرعاية الإسعافية الطارئة عندما يحدث لها المضاعفات بالرغم من المعرفة أن كل امرأة حامل معرضة لاحتمال حدوث المضاعفات أثناء الحمل والولادة دون أي أعراض مسبقة،

كنتيجة للمستويات المرتفعة للوفيات بين الأمهات في الدول النامية تزايد الاهتمام الدولي بهذه المشكلة المأساوية في العشرة الأعوام الأخيرة وتم التأكيد على مجابقتها في توصيات كل من المؤتمر الدولي للأمومة المأمونة الذي عقد في نيروبي عام ١٩٨٧، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤، والمؤتمر العالمي الرابع للمرأة الذي عقد في بيجين عام ١٩٩٥. كما تضمنت الاستراتيجية الوطنية للسكان ١٩٩٠-٢٠٠٠، التي صادقت عليها الحكومة اليمنية عام ١٩٩١، على خطة عمل تهدف إلى تأمين سلامة الأمومة في اليمن،

مفهوم وفيات الأمومة

استنادا إلى تعريف منظمة الصحة العالمية تعني وفيات الأمومة "وفاة كل امرأة أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو في خلال فترة ٤٢ يوما بعد الانتهاء من الحمل بصرف النظر عن مدة ومكان الحمل من أي سبب من الأسباب المرتبطة أو المتفاقمة من الحمل ومعالجته"،

تصنف الأسباب الطبية لوفيات الأمهات إلى ثلاث مجموعات وهي:

١- أسباب توليدية مباشرة تؤدي إليها مضاعفات الحمل والولادة كالنزيف وتعسر الولادة والإنتان والتسمم الحملي. وتشكل هذه الأسباب ٦٠-٧٥% من الوفيات بين الأمهات.

٢- أسباب توليدية غير مباشرة تنتج عن تفاقم حالات راهنة مثل مرض القلب، والتهاب الكبد الوبائي، وداء السكري وغيره أثناء الحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة.

٣- أسباب غير توليدية ذات علاقة بالحمل أو الولادة كالحوادث الطارئة والمتعمدة.

وتوضح الدراسات بأن الأسباب الطبية هي فقط أسباب فورية لوفيات الأمومة، فهناك العوامل الاجتماعية-الاقتصادية والإنجابية والصحية والثقافية التي تعيشها المرأة تؤثر على الوفيات بين الأمهات بطريقة تراكمية وترتبط بها ارتباطا وثيقا.

وضع الأمومة الآمنة في اليمن

إن البيانات بوفيات وأمراض الأمومة في اليمن محدودة جدا، فلا توجد إحصائيات دقيقة على المستوى الوطني، ولا يحتفظ النظام الصحي بإحصائيات عن وفيات الأمومة في المرافق الصحية، وجميع البيانات المتعلقة بوفيات الأمومة مبنية على دراسات متفرقة وتقديرات أولية. فعدم توفر الإحصائيات عن وفيات الأمومة ومسبباته الأساسية يعتبر سببا ونتيجة في آن واحد بالإغفال عن صحة الأمومة.

وفيات الأمومة

بناء على البيانات المتاحة عن الوفيات بين الأمهات في اليمن، تشكل وفيات الأمهات نسبة كبيرة من الوفيات التي تحدث بين النساء في سن الإنجاب. فقد سجلت وزارة الصحة العامة في خطتها الخمسية للتنمية الصحية ١٩٩٦-٢٠٠٠ بأن نسبة وفيات الأمومة تقدر بحوالي ٨٠٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. واستنادا لهذه النسبة فإن ما يقارب من ستة ألف امرأة في سن الإنجاب تموت كل عام لأسباب تتعلق بالحمل والولادة. كما أظهرت تقديرات منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف أن نسبة وفيات الأمومة لعام ١٩٩٠ في اليمن تقدر بحوالي ١٤٠٠ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي مقابل حوالي ٢٧ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في الدول المتقدمة، وبمقارنة لحوالي ٤٤٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في إقليم شرق البحر المتوسط. وتعني هذه النسبة التقديرية لوفيات الأمومة بأن عدد الوفيات بين النساء في سن الإنجاب لأسباب مرتبطة بالحمل والولادة تبلغ ٨١٠٠ امرأة في كل عام. كما يدل هذا التقدير بأن النسبة التراكمية على مدى حياة المرأة اليمنية لخطر الوفاة من أسباب تتعلق بالحمل والولادة يصل

إلى حالة في كل ثمانية حالات، بينما في الدول المتقدمة حالة واحدة من كل ثلاثة آلاف.

بينت إحدى الدراسات في مستشفيات المحافظات الشمالية والغربية ١٩٨٧-١٩٨٩ حول العوامل الخطرة لوفيات الأمومة بأن ما يقارب من ثلث النساء المتوفيات (٣٥%) في سن الإنجاب يعود سببه إلى أسباب تتعلق بالحمل والولادة، وتبلغ نسبة وفيات الأمومة ٧٥٣ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي (نجبية عبدالغني، ١٩٩٣). كما أظهرت هذه الدراسة أن نسبة وفيات الأمهات في المناطق الريفية أعلى منها في المناطق الحضرية حيث أن ٧٩% من الوفيات تحدث في المناطق الريفية. ويتضح هنا مدى افتقار المناطق الريفية إلى الخدمات الصحية حتى أن النساء الريفيات اللواتي تم تشخيص حالتهم على أنها خطيرة أثناء الحمل والولادة غالبا ما ينتقلن للعيش في المدينة مع أقربائهن ليكن على مقربة من الخدمات الطبية لحماية أنفسهن من الوفاة. وحدد في دراسة لعام ١٩٨٤ على أن الوفيات بين الأمهات في مستشفيات في العاصمة صنعاء بحوالي ٣٩٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. وأظهرت دراسات أخرى أن نسبة وفيات الأمومة في مستشفى الثورة العام في صنعاء عام ١٩٨٩ و ١٩٩٠ حوالي ٤٦٠، و ٣١٤ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي على التوالي،

لا بد من التنويه أن نسبة وفيات الأمومة من دراسات المستشفيات قد تكون مضللة لاعتمادها على مدى تمثيلها للعنصرين: نسبة الولادات التي تتم في المستشفيات من الولادات الكلية، وعدد الحالات المستعصية التي تصلها. هنالك اعتقاد شائع بأن نسبة وفيات الأمومة الناتجة من المستشفيات أعلى من النسب الناتجة من المسوحات المجتمعية لأن معظم الحالات التي تصل المستشفيات ذات مضاعفات وخطورة عالية للوفاة. ولكن أظهرت الدراسات بأن الدول التي تعاني من نقص في تغطية خدمات الأمومة مثل اليمن فإن البيانات حول وفيات الأمومة في المستشفيات أقل تقديرا من البيانات للدراسات المجتمعية لأن هنالك نسبة عالية من وفيات بين الأمهات تحدث في المنزل أو في الطريق إلى المستشفى. وهذا ما أثبتته الدراسة في الهند حيث وجد أن نسبة وفيات الأمومة في الدراسة المجتمعية أعلى من نسبة دراسة المستشفيات (بهاتيا، ١٩٨٦).

تبين من الدراسة في مستشفيات المحافظات الشمالية والغربية ١٩٨٧-١٩٨٩ حول العوامل الخطرة لوفيات الأمومة أن الأسباب الرئيسية للوفيات بين الأمهات على النحو التالي:

- التهاب الكبد الوبائي ١٦.٥%

- النزيف ١٣.٤%

- الانتان ١١.٦%

- تسمم الحمل ١١.٢ %

- تعسر الولادة ٩.٤ %

- أسباب توليدية أخرى ٩.٤ %

- أمراض القلب والأوعية الدموية ٩.٤ %

- أمراض مزمنة ٩.٣ %

- أمراض حادة معدية ٤.٩ %

- أمراض حادة غير معدية ٣.٦ %

- غير محددة ٠.٤ %

وتمثل التهاب الكبد والنزيف وتسمم الحمل والانتان الأربعة الأسباب الرئيسية لوفيات الأمومة كما هو مبين أعلاه. وتشكل الأسباب التوليدية المباشرة ٦١% من الوفيات بين الأمهات. وأظهرت إحدى الدراسات في مستشفى التوليد في عدن أن ٩٢% من وفيات الأمومة تحدث نتيجة أسباب مباشرة متصلة بالولادة و ٨% نتيجة أسباب غير مباشرة، ويشكل النزيف ٤٠% من الحالات ويليه الانتان ٢٣%.

تدل جميع هذه البيانات بأن وفيات الأمومة في اليمن من أعلى النسب في العالم. فبالرغم من أن المرأة تقوم بأدوار عديدة ولكن يعترف لها فقط بدورها الإيجابي وحتى هذا الدور نفسه فإنه موضع تجاهل فلم يقدم لها سوى قدر بسيط من المساندة لا يتفق مع متطلبات العناية اللازمة لتأدية دورها الإيجابي بأمان. وعموما فإن وفيات الأمومة المرتفعة تعكس مدى ضعف الخدمات الطبية في اليمن. فوفيات الأمومة في اليمن تعتبر من أهم قضايا الصحة العامة. ولذا فقد تم إدراجها في الخطة الخمسية للتنمية الصحية لوزارة الصحة العامة ١٩٩٦-٢٠٠٠، وفي خطة العمل للاستراتيجية السكانية الوطنية ١٩٩٠-٢٠٠٠ كإحدى المشكلات ذات الأولوية التي يتعين الاهتمام بها.

لقد شهدت اليمن خلال العقدين الماضيين تحسنا ملحوظا في توفير الخدمات الصحية بما في ذلك الرعاية الصحية للام والطفل مما أدى إلى انخفاض معدلات الوفيات بين الأطفال دون الخامسة من العمر وارتفاع متوسط العمر المتوقع لكلا الجنسين، ويرتبط هذا التقدم أيضا بالتنمية الاجتماعية التي أحرزتها الجمهورية اليمنية ولكن برامج صحة الأم والطفل قد أولت اهتماما كبيرا بصحة الطفولة ولم تعط الرعاية الصحية الكافية لصحة الأمومة. فقد ثبت أن صحة الأم ترتبط بصحة الطفل ارتباطاً وثيقاً بحيث إذا عززت إحداهما ترتب على ذلك تعزيز الأخرى فتتمة

العنصرين في آن واحد يكمل أحدهما الآخر. فقد تبين في السنوات الأخيرة أن إهمال عنصر الأمومة بالمقارنة مع عنصر الطفولة قد أدى إلى الانخفاض النسبي في الجهود المبذولة في مجال بقاء الطفل وهناك الإدراك المتزايد حالياً بالحاجة الملحة على التركيز أكثر على عنصر الأمومة في برامج صحة الأم والطفل. فقد أثبتت عدة دراسات بأن ٦٠-٩٠% من الرضع الذين يولدون من أمهات توفين أثناء الإنجاب مصيرهم الوفاة. وفي دراسة عوامل الخطر لوفيات الأمومة في اليمن وجد أن ٦٩% من الرضع توفوا قبل بلوغهم العام من عمرهم عند وفاة أمهاتهم أثناء ولادتهم.

مراضة الأمومة

تصنف مراضة الأمومة إلى ثلاث فئات:

١- الاختلالات التوليدية وهي الأعراض التي تنتج عن الحمل والولادة كالنزيف، وفقر الدم، والناصور، وإنتان النفاس وغيره.

٢- الاختلالات المتعلقة بالأمراض النسائية وهي الأمراض النسائية التي ترتبط بالإنجاب من بينها التهاب عنق الرحم، وهبوط الرحم، وسرطان عنق الرحم وغيره.

٣- الأمراض العادية وهي الأمراض التي يساعد الإنجاب على ظهورها كمرض السكري، وارتفاع ضغط الدم وغيره.

هنالك غياب الوعي العام بحجم مشكلة المراضة بين الأمهات على مستوى الدول النامية ومنها اليمن. ولكن تبين حالياً في الخمس السنوات الأخيرة بأن هنالك عشرات الملايين من النساء في الدول النامية يعانين من مشكلات صحية سببها الحمل والولادة. فقد تبين من النتائج الأولية للدراسة التي شملت خمسا من الدول النامية (مصر، والهند، وغانا، وإندونيسيا، وبنغلادش) لعدد ١٦٠٠٠ امرأة بأن سبعا من كل عشر نساء منهن يعانين من مشكلة صحية ترتبط بالحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة الأخيرة لهن. كما أظهرت هذه الدراسة بأن لكل وفاة أم هنالك ٢٤٠-٣٣٠ حالة مراضة لأمهات تخطين الوفاة ولكن يعشن بمشاكل صحية تعكر صفو حياتهن.

تبين من المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل ١٩٩٢/٩١ بأن ٣ بين كل ٥ نساء حوامل (مدة الحمل أكثر من ٣ أشهر) أثناء المسح تعرضن لاختلالات معينة؛ ٢٣% تعرضن لتورم في الأطراف، و ٤٧% تعرضن لصداع مستمر، و ١٥% أصبن بضغط الدم، و ٦% تعرضن للنزيف.

إن أهم الأمراض المتعلقة بالحمل والولادة المنتشرة بين النساء في اليمن هي:

- التهابات الجهاز التناسلي

- اضطرابات الدورة الشهرية

- هبوط الرحم أو المهبل أو معا

- فقر الدم

- العقم الثانوي

- النواسير التوليدية وأكثرها شيوعا الناسور المثاني المهبلي نتيجة للولادة المتعسرة المهملة،

- الاضطرابات النفسية والعصبية

- الاستفادة من خدمات رعاية الأمومة

من خلال نتائج المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل ١٩٩١-١٩٩٢ تبين الآتي:

١- أن ٢٦% فقط من الولادات التي حدثت خلال الخمس السنوات التي سبقت المسح قد سبقتها رعاية أثناء الحمل، وتنخفض نسبة تلقي الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل بارتفاع سن الأم وزيادة عدد المواليد وفي المناطق الريفية. بينما تزداد نسبة تلقي الرعاية بارتفاع المستوى التعليمي للأم، فبلغت نسبة الأميات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل ٢٢% بينما بلغت هذه النسبة ٥٦% من اللاتي في مستوى الابتدائي و ٧٦% من اللاتي أكملن أعلى من المستوى الابتدائي. وقد أوضحت النتائج بأن السبب الأساسي للرعاية أثناء الحمل لحوالي ٧٦% من الأمهات هو المعاناة من مشاكل صحية، بينما بلغت نسبة الكشف لغرض المتابعة الروتينية للحمل ٢٢% فقط. أما عن الأسباب وراء هذا التقصير في تلقي الرعاية تبين أن ٥٠% من أسباب عدم تلقي الرعاية أثناء الحمل يعود لعدم توفر وارتفاع تكلفة الخدمات، حيث أن ٢٥% منهن لم يحصلن على الرعاية الصحية أثناء الحمل بسبب بعد المسافة لمكان الرعاية الصحية، وحوالي ١٥% من الحالات لعدم وجود الخدمات الصحية، ونجد أن حوالي ١٠% ترجع لارتفاع تكلفة الخدمات.

٢- نسبة التطعيم ضد الكزاز وسط الأمهات خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح حوالي ١٥% (٥% جرعة واحدة، و ١٠% جرعتين فأكثر). وتنخفض نسبة التطعيم في الريف ١٢% مقابل ٣٣% في الحضر.

٣- معظم الولادات في اليمن تحدث في المنزل وتبلغ ٨٨% من الولادات التي تمت خلال الخمس السنوات قبل المسح. بينما ١٢% فقط من الولادات تمت في المرافق الصحية. وترتفع نسبة الولادات في المنزل في الريف عنها في الحضر ٧٨% ، ٦٢% على التوالي. وتجرى ٥٣% من الولادات بمساعدة الأقارب، و ١٩% بمساعدة داية تقليدية، وحوالي ٨% بدون أي مساعدة، في حين أن ١٦% فقط من الولادات تجرى بإشراف الكوادر المؤهلة، ٨٨% منها قام الأطباء بتوليدها وقامت القابلات بالولادات الباقية. أما الرعاية الصحية بعد الولادة في اليمن فهو في مستوى متدن حيث تبلغ نسبة الأمهات اللاتي تلقين الرعاية بعد الولادة ٦% فقط من مجموع الولادات التي تمت خلال الخمس السنوات قبل المسح.

العوامل المؤثرة في وفيات ومرضاة الأمومة

إن المستوى الصحي المتدني للأمهات في اليمن هي نتيجة التشابك للعوامل الإيجابية، والاجتماعية والثقافية والاقتصادية الفقيرة بالإضافة إلى ضعف الخدمات الصحية التي تواجهها المرأة في اليمن. العوامل الواسعة والمتشعبة التي تؤثر على وفيات ومرضاة الأمومة في اليمن عديدة ومنها:

العوامل الإيجابية

أ - السلوك الإيجابي غير المنظم: إن السلوك الإيجابي غير المنظم الذي تتبعه الأسرة في اليمن يشمل السن المبكر والمتأخر للإنجاب والفترات الوجيزة بين مرات الإنجاب وارتفاع تعدد مرات الحمل. فالمرأة في اليمن تقضي ما يقارب من ٢٠-٢٥ سنة على امتداد حياتها الإيجابية في الحمل والإرضاع مما لا يبقى لها الوقت الكافي لتعويض ما فقدته من قواها الجسدية وأيضاً يعيقها من تطوير نفسها.

أظهرت نتائج المسح الديمغرافي للام والطفل ١٩٩١-١٩٩٢ بأن ٣٥% من حالات الحمل تحدث في السن المبكرة (أقل من ٢٠ عاماً) والمتأخرة (أكثر من ٣٥ عاماً)، ففي هذا السن تكون الأمهات عرضة للوفيات من جراء المضاعفات الخطيرة. كما أن ٤٢% من الولادات تتم في أقل من سنتين من الولادة السابقة، فهذه الولادات المتتابعة تستنزف إمكانيات الأم ولا تعطي للمرأة الفرصة لاستعادة عافيتها وتعرضها للإصابة بسوء التغذية وفقر الدم ومتلازمة استنزاف الأم والأمراض. وظاهرة الإنجاب في سن المراهقة منتشرة في اليمن الذي يضاعف من احتمال الوفاة بسبب حدوث المضاعفات وخاصة تعسر الولادة وعواقبه لأن حوضها لم يكتمل نموه بعد. فقد وجد المسح الديمغرافي لليمن ٩١-١٩٩٢ أن ٣٩.٩% من النساء في سن المراهقة (١٥-١٩ سنة) قد زاولن دورهن الإيجابي، حيث أن ٣٥.٥% قد اصبحن أمهات والباقي (٤.٤%) في مرحلة الحمل. يعتبر معدل الخصوبة الكلية في اليمن (٧.٤ مولود حي/امرأة) من أعلى المعدلات في

العالم. وهذا الإنجاب المرتفع له تأثير مباشر وعكسي على صحة الأمهات، فقد وجد من المسح الديمغرافي في اليمن ١٩٩٢/٩١ أن المراضة بين الأمهات الحوامل (أثناء المسح) ترتفع كلما زادت عدد الولادات السابقة؛ فالإصابة بمرض ما أثناء الحمل وجد بين ٦٧% من الأمهات اللاتي أنجبن +٥ بينما يشكل ٥٦% بين الأمهات اللاتي أنجبن ١-٤ مقابل ٤٣% بين الأمهات اللاتي لم ينجبن. وتعتبر المراضة أثناء الحمل من عوامل الخطر لوفيات الأمومة التي تحصلت عليها دراسة المستشفيات حول عوامل الخطر في الوفيات بين الأمهات.

ب - الزواج المبكر: الزواج في سن مبكرة منتشر في اليمن، فقد اظهر المسح الديمغرافي اليمني ١٩٩١-١٩٩٢ بأن أكثر من نصف النساء (٦٥%) في الفترة العمرية ٢٠-٤٩ عاما يتزوجن قبل عيد ميلادهن التاسع عشر وما يقارب ٤٥% منهن قد تم تزويجهن في سن مبكرة جدا أي قبل بلوغهن العام السادس عشر من العمر. بالرغم من أن هنالك انخفاضا في الزواج المبكر جدا إلا أنه لا يزال يشكل ٨.٩% من النساء في الفترة العمرية ١٥-١٩ عاما. فالزواج المبكر ينتج عنه الإنجاب المبكر والخصوبة العالية وما يترتب عليه مضاعفات وعواقب ذكرت سابقا. كما تبين من الدراسات أن الزواج المبكر وكثرة تعدد الإنجاب عاملان مساعدان على انتشار سرطان عنق الرحم بين النساء. ففي دراسة حديثة في البحرين وجد أن ٧٠% من النساء المصابات بسرطان عنق الرحم قد تزوجن قبل بلوغهن العشرين عاما. كما بينت أيضا هذه الدراسة أن ٧٥% منهن ذوات خصوبة عالية (٥-١٢ ولادة). ولذا فإن الزواج المبكر وما ينتج عنه من كثرة الإنجاب يؤثر عكسيا على صحة المرأة. ولا توجد حاليا أي دراسة في اليمن عن مدى انتشار سرطان عنق الرحم بين النساء في اليمن.

العوامل الاجتماعية-الثقافية والاقتصادية

إن العوامل الاجتماعية-الثقافية والاقتصادية تعتبر حاجزا تمنع أو تقيد النساء من إتباع سلوكيات صحية إيجابية وعدم الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة. ومن هذه العوامل التالي:

أ - انتشار الأمية في اليمن وخاصة بين النساء: بلغت نسبة الأمية في أوساط السكان البالغين ١٠ سنوات فأكثر ٥٥.٨% لكلا الجنسين، وتمثل ٧٦.٢% بين الإناث مقابل ٣٦.٥% بين الذكور، أما في الريف ٨٤.٨% و ٤١.٧% بين الإناث والذكور على التوالي، بينما في الحضر تشكل الأمية ٤٨% و ٢٣% بين الإناث والذكور على التوالي. إن التعليم عامل ذو أهمية بالغة لأنه يحدد مكانة المرأة في الأسرة والمجتمع، وصحتها، وخصوبتها، وسلوكها الصحية والإنجابية. فالمرأة المتعلمة أكثر احتمالا للاستفادة من الخدمات الصحية، وأكثر استخداما لوسائل تنظيم الأسرة، وتتم ولادتها في بيئة آمنة، وأفضل صحة من المرأة الأمية كما تبين من بيانات المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل ١٩٩٢/٩١.

ب - عبء العمل الثقيل يعيق المرأة من التماس المساعدة الطبية. فعلاوة على الحمل والولادة والإرضاع تقوم المرأة بالرعاية لبقية الأفراد في العائلة وتشمل الطهي والتنظيف والإدارة المنزلية والرعاية الصحية والتربوية لأطفالها بجانب عملها غير المنزلي مثل العمل في الحقل وغيره، مما لا تجد معه الوقت الكافي للجوء إلى المرفق الصحي إلا بعد أن يشتد بها المرض. فقد تبين من الدراسة حول العوامل الخطرة لوفيات الأمومة أن النساء في أرياف اليمن يعرفن بأن الإنجاب المتقارب يشكل خطورة على حياتهن إلا أن مجموعة كبيرة منهن يجابهن هذه المخاطر لكي يحصلن على الراحة في خلال الأربعين يوماً بعد الولادة.

ج - الممارسات التقليدية الضارة ومنها الولادة في بيئة غير صحية، وترك الحبل السري من جهة الأم لينزف مما يزيد من تأخر خروج المشيمة الذي ينتج عنه مخاطر كالنزيف وانتان النفاس.

د - افتقار النساء إلى الوعي الصحي بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل، فقد أظهر المسح الديمغرافي ١٩٩٢/٩١ بأن ٣٣% من الأمهات اللاتي لم يحصلن على الرعاية أثناء الحمل في خلال الخمس السنوات السابقة للمسح يعود سببه إلى عدم وجود شكوى لاعتقادهن أن الرعاية أثناء الحمل لا ضرورة لها إلا إذا حدثت مشكلة صحية لهن. كما تبين من دراسة عوامل الخطر لوفيات الأمومة أن ١٠% من الأمهات اللاتي حدث لهن المضاعفات تم القرار بإسعافهن في خلال أقل من ساعة من بدء ظهور المضاعفات، و ٤٢% خلال ١-٢٤ ساعة، و ٤٦% خلال أكثر من يوم واحد. هذا التأخر في اتخاذ القرار لالتماس الخدمة الطبية، يفسر وصول الحالات الطارئة إلى المستشفى وهي في حالة يرثى لها من سوء الحالة الصحية مما يضاعف من احتمال الوفاة.

هـ - تدني مكانة المرأة في الأسرة والمجتمع مما يجعلها غير مسموح لها وغير قادرة على اتخاذ القرار في البحث عن الرعاية الصحية التي تتطلبها. وجد في الدراسة حول عوامل الخطر لوفيات الأمومة بأن ١٢% من الحالات المتوفاة لأسباب تتعلق بالحمل والولادة اتخذت المرأة نفسها القرار للجوء إلى المستشفى، مقابل ٢٢% من الأمهات اللاتي نجون من الموت. كما أن هذه الدراسة تبين أن أكثر من ثلثي الأمهات غير قادرات على اتخاذ القرار للبحث عن الرعاية الطبية حتى عند حدوث المضاعفات.

العوامل المتعلقة بخدمات رعاية الأمومة

إن الاستفادة من الخدمات الصحية للأمومة المتاحة لا تتوقف فقط على مدى إدراك الحاجة للخدمات وإنما تتوقف أيضاً على توافر هذه الخدمات وسهولة منالها جغرافياً ومادياً ونوعية الخدمة. فقد تبين من المسح الديمغرافي ١٩٩٢/٩١ أن ٥٠% من الأمهات اللاتي لم يتلقين الرعاية أثناء الحمل سببه صعوبة المنال لهذه الخدمات. كما تبين أيضاً من هذا المسح أن الأسباب لعدم الذهاب لإتمام الولادة في

المرافق الصحية تعود إلى صعوبة المنال بنسبة ٤٢.٦% من الولادات المنزلية التي تمت في خلال الخمس السنوات من المسح (٨.٩% لارتفاع تكلفتها، و ٢٣.٧% لبعد المسافة، و ١٠.١% لعدم وجودها)، و ١٠% إلى سوء الخدمات الصحية، و ٣٨% لتفضيل الولادة في المنزل.

بالرغم من التحسن الذي طرأ على خدمات رعاية الأمومة في اليمن غير أن هذه الخدمات تعاني من عدة مشاكل وأهمها:

- عدم كفاية التغطية في مجال رعاية الأمومة. ٢٠% من المرافق الصحية تقدم خدمات رعاية الأمومة،

- محدودية خدمات رعاية الأمومة،

- الإمداد المحدود أو المنقطع للأدوية الأساسية والمعدات الضرورية،

- ضآلة أو انعدام الرعاية التوليدية الأساسية وخاصة على مستوى المديرية،

- عدم كفاية القوى العاملة المدربة وتدريبها أثناء الخدمة وخاصة الكوادر النسائية،

- فقر الإمكانيات حيث أن هذه الخدمات لا تستطيع معرفة ومجابهة المضاعفات،

- عدم توفير النوعية الجيدة في تقديم الخدمة الصحية منها الخصوصية، والكرامة، والتثقيف والمشورة، والرعاية الطبية المأمونة،

- عدم رصد الميزانية من وزارة الصحة العامة لتسيير مهام خدمات رعاية الأمومة،

- عدم التنسيق بين مستويات المرافق الصحية وفقر في نظام الإحالة،

المستوى الصحي العام للأمهات: إن المرأة اليمنية منذ ولادتها وهي تواجه سلسلة من المشاكل الصحية التي تؤدي بها إلى الفقر الصحي. تبين من المسح الديمغرافي اليمني ١٩٩١-١٩٩٢ أن معدل وفيات الأطفال الإناث في الفترة العمرية ١-٤ سنوات بلغ ٤٧.١ لكل ألف مولود حي بينما بلغ بين الأطفال الذكور ٤١ لكل ألف مولود حي . وهذا دليل بأن المرأة اليمنية لا تحظ بالعناية الصحية منذ طفولتها، ناهيك عن أن الفتاة الريفية من العام السادس من عمرها تبدأ في نقل المياه مما يشكل حملاً ثقيلاً يؤثر على وضعها الجسدي، وما أن تصل سن المراهقة يتم تزويجها. ففقر الدم منتشر بصورة مفزعة بين النساء في سن الإنجاب وخاصة في المناطق الريفية والتهامية. فقد أظهرت الدراسة في المحافظات الشمالية والغربية عام ١٩٧٩ أن ٣٦% من الأمهات الريفيات و

١٥% من الأمهات الحضرية يعانون من فقر الدم، وترتفع النسبة إلى ٧٢% من الأمهات في تهامة، مقابل ٣١% و ٢١% بين الأمهات في المرتفعات الشمالية والجنوبية على التوالي (إبريل، ١٩٨٢). فالخصوبة العالية، وتقارب الحمل، والتعرض بصورة متتابعة للأمراض الطفيلية والمعدية وخاصة الملاريا، وسوء التغذية كلها أسباب رئيسية تكمن وراء انتشار فقر الدم بين النساء في اليمن. ففقر الدم يزيد من احتمال خطر الوفاة أثناء الولادة إذا أصاب الأم نزييف، كما يزيد من احتمال إنتان النفاس الذي بدوره قد يؤدي إلى الوفاة أو الالتهابات الحوضية والعقم. إن الدراسة حول العوامل الخطرة في وفيات الأمومة ١٩٨٧-١٩٨٩ في المناطق الشمالية والغربية أظهرت بأن هنالك خمسة عوامل خطيرة لوفيات الأمهات وهي: وصول الأم إلى المستشفى في حالة صحية سيئة جدا، تدني مستوى المعيشة للأم، التحويل من مرفق صحي إلى مرفق آخر، الحمل الأول، وجود علة صحية أثناء الحمل كما هو مبين في الجدول (١) أدناه.

جدول رقم (١) العوامل الخطرة لوفيات الأمومة

| العامل | نسبة الخطر (Odds ratio) |
|--|---------------------------|
| - الحالة الصحية السيئة أثناء الوصول إلى المستشفى | ٦.١ |
| - تدني المستوى المعيشي | ٣.٢ |
| - الإحالة | ٢.٧ |
| - الحمل الأول | ٤.٥ |
| - الإصابة بمرض أثناء الحمل الحالي | ٢.٣ |

من خلال البيانات المتوفرة لحالات الوفيات بين الأمهات في اليمن، فقد طور إطارا من العوامل التي تؤثر في وفيات الأمومة ووضعت في فئتين أساسيتين وهي: العوامل الخلفية، والعوامل الوسيطة،

العوامل الوسيطة هي عوامل لها صلة بيولوجية بصحة الأم، وتمثل مستوى الرعاية الصحية التي تقدم للأمهات وأنواع السلوك المرتبطة بالصحة التي تؤثر على الأمهات بصورة مباشرة.

والعوامل الخلفية هي موارد المرأة الأسرية وموارد المجتمع المحلي والمؤسسات الاجتماعية التي تساعد في الحفاظ على صحتها، ومن بينها مكانة المرأة داخل الأسرة ومستواها التعليمي اللذان يؤثران على قدرتها على التماس الصحة،

الرؤية المستقبلية:

إن التوجهات المستقبلية لتخفيض مراضة ووفيات الأمومة لابد أن تشمل هدفين:

١- تحسين صحة المرأة وهي معالجة طويلة المدى،

٢- الوقاية من وفيات الأمومة وهي معالجة قصيرة المدى،

المعالجة طويلة المدى:

إن المعالجة طويلة الأجل التي تهدف لتحسين نوعية حياة المرأة تبدأ منذ فترة الصبا في حياة البنت وهذا يتطلب التعاون بين قطاعات عديدة تهتم برعاية المرأة وهذه التدابير تستغرق وقتاً طويلاً وتحتاج إلى تعهد حكومي على أعلى المستويات،

فقد تبين أن هنالك عوامل عديدة تؤثر على مستويات المراضة والوفيات بين الأمهات. فالظروف القاسية التي تعيشها المرأة في اليمن منذ ولادتها وهي تواجه سلسلة من العوائق الاجتماعية-الثقافية والاقتصادية والصحية تؤدي بها إلى التعرض إلى الوفاة. كما أن وفيات الأمهات لها علاقة وطيدة وغير مباشرة بوضع المرأة في المجتمع. فتنفيذ الاستراتيجيات التي تهتم بسهولة الوصول إلى الرعاية الصحية للأم تعتمد أساساً على مكانة المرأة في المجتمع لأن هذه الاستراتيجيات تحتاج إلى التزام الحكومة والمجتمع لتوفير المصادر التي تؤكد على سلامة المرأة أثناء الحمل والولادة. وهذه السياسات يصعب تنفيذها إذا لم تكن المرأة في مكانة لاتخاذ القرارات ووضعها للتنفيذ. ولذا إن تقدير المجتمع وأفراده لقيمة المرأة وصحتها لنفسها هي أمر يتطلب تعليمها وإعطاءها الفرص في أن تتبوأ المناصب القيادية حتى تستطيع دفع عجلة التنمية للمرأة لتستطيع الوقوف وتحقيق متطلبات حياتها الأساسية. فإذن لابد أن تقوم التدابير التعزيزية على منهج شمولي لتحسين نوعية حياة المرأة. وهذا يتطلب بالإضافة إلى التدابير الصحية تدابير لتحسين وضع المرأة الاجتماعي والاقتصادي برفع معدل التعليم وتوفير المزيد من الفرص لزيادة الدخل والقضاء على الممارسات الضارة وإعلاء المكانة الاجتماعية. وعلى برامج صحة الأم أن تشمل الرعاية لها في جميع المراحل كرضيعة وطفلة ومراهقة وكامرأة أثناء فترة الإنجاب لأن صحة الأمهات تبدأ من وهي طفلة. فإن الطفلة البالغة من العمر ثماني سنوات والتي تشكو من نقص في النمو وسوء التغذية وفقر الدم هي نفسها نتاج أم تعاني من سوء التغذية ونقص النمو وعندما تنجب أيضاً أطفالاً بعد بضع سنوات لن تكون الأم وحدها معرضة باستمرار

المخاطر بل سيكون نسلها أيضا معرضا لقدر كبير من مخاطر إعاقة النمو داخل الرحم. ولذا فإن رعاية الأم والجنين أثناء الحمل لا تمنع التلف الذي يحدث أثناء فترة الصبا في حياة الفتاة. ومن الأفضل توجيه قوة صحة الأم والطفل نحو المرأة ليس أثناء الحمل فقط بل ومدى حياتها وتمهيد الطريق أمام الرضيع إلى أمومة سليمة وإنجاب أطفال أصحاء.

المعالجة قصيرة المدى

الأكثر إلحاحاً حالياً هو اتخاذ الخطوة الأولى في خفض عدد الوفيات الناتجة عن أسباب تتصل مباشرة بالحمل والولادة وهذه المهمة تقع على كاهل القطاع الصحي بمشاركة مع المجتمع المحلي.

تحدث الوفيات بين الأمهات بسبب ثلاثة أحداث وهي:

١- حدوث الحمل.

٢- حدوث المضاعفات.

٣- الوفاة نتيجة تطور المضاعفات.

ولتخفيض وفيات الأمومة في اليمن لابد من اتخاذ التدابير الآتية:

١- تخفيض معدل الخصوبة وهذا يؤدي إلى تخفيض نسبة التعرض لخطورة الوفاة بسبب الحمل والولادة من خلال خدمات تنظيم الأسرة. فخدمات تنظيم الأسرة تهدف إلى تجنب الحمل ذوي المخاطر العالية (الحمل المبكر والمتأخر والمتقارب) وأيضا إلى خفض الحمل غير المرغوب الذي ينتج عنه الإجهاض غير الآمن وما يليه من مضاعفات خطيرة على المرأة كالعقم والوفاة وغيره.

٢- تخفيض حالات حدوث المضاعفات للنساء الحوامل من خلال الرعاية جيدة النوعية أثناء الحمل.

٣- تخفيض نسبة الوفيات بين النساء الحوامل اللاتي يصبن بمضاعفات أثناء الحمل والولادة من خلال معالجة المضاعفات التي تتطلب توفير الخدمات المتكاملة الآمنة أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة كالرعاية التوليدية الإسعافية والمتابعة والتحويل، فجميعها لها التأثير المباشر على خفض أمراض ووفيات الأمهات. إن وجود الرعاية الإسعافية وسهولة منالها أمر ضروري لإسعاف النساء اللاتي يعانين من المضاعفات الخطيرة كالنزيف والإنتان وتعسر الولادة وتسمم الحمل ومضاعفات الإجهاض غير الآمن. فجميع النساء الحوامل حتى الأكثر صحة منهن يحملن احتمال حصول المضاعفات. لذا لا يمكن التنبؤ أو الوقاية من بعض المضاعفات وكل ما نحتاجه هو القدرة على معالجة هذه المضاعفات التي ينبغي

أن تكون المحور الرئيسي لأي برنامج يهتم بتخفيض وفيات الأمومة. والوسائل التي تمكنا من علاج المضاعفات كالمضاعفات الحيوية لمعالجة الإنتان، والعملية القيصرية لمعالجة تعسر الولادة، ونقل الدم لمعالجة النزيف وغيرها من التدخلات جميعها متوفرة في عالمنا هذا. ولكن سهولة الوصول إلى خدمة ذي نوعية عالية تعتبر عقبة كبيرة لكثير من النساء في اليمن بسبب العوائق الفنية والاقتصادية للدولة.

انه ليس بالإمكان تخفيض نسبة وفيات الأمومة تخفيضا كبيرا من خلال الوقاية فقط إذا لم يسانده القدرة الطبية على معالجة المضاعفات في الوقت المناسب. فقد أظهرت التجارب في أمريكا الشمالية والدول الأوربية انه خلال الأعوام ١٩٠٠-١٩٣٠ انخفض بشدة وفيات الأطفال بسبب تحسن الوضع الغذائي والبيئي الذي نتج عن النمو الاجتماعي والاقتصادي، ولكن في خلال هذه الفترة لم تنقص نسبة وفيات الأمومة كما حدث لوفيات الأطفال إلا بعد اكتشاف التكنولوجيا الطبية في منتصف الثلاثينات لمعالجة المضاعفات كالمضاعفات الحيوية، ووسائل نقل الدم، وتحسين التدخلات الجراحية أثناء الولادة والإجهاض. ويعود ذلك إلى أن وفيات الأطفال تتأثر متأثرا مباشرا بالعوامل البيئية بينما أكثر مضاعفات الحمل التي تؤدي إلى الوفيات بين الأمهات لا يمكن تجنبها بتحسين الصحة العامة للمرأة فقط.

الأهداف:

لقد وضعت الجمهورية اليمنية من خلال الخطة الخمسية لوزرة الصحة العامة ١٩٩٦-٢٠٠٠ والتي تتمشى مع أهداف الاستراتيجية الوطنية للسكان عام ١٩٩١ هدفا لتخفيض وفيات وأمراض الأمومة وهي:

١- خفض نسبة وفيات الأمومة بحوالي ٥٠% بحلول عام ٢٠٠٠.

الإجراءات

ولبلوغ هذا الهدف هناك عدد من الإجراءات وهي:

١- تخصيص الموارد المالية والمادية لتعزيز برامج الأمومة.

٢- تحسين نوعية الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية للأمومة.

٣- توسيع التغطية لخدمات الأمومة وتنظيم الأسرة وخاصة في المناطق المحرومة.

٤- التدريب الأساسي والمستمر للكوادر في مجال الأمومة والطفولة وخاصة القابلات.

- ٥- التنسيق بين المرافق الصحية على جميع المستويات وبين القطاعات الأخرى،
- ٦- خلق الوعي بين أفراد المجتمع رجالا ونساء حول أسباب مرضة ووفيات الأمومة والرضع والصحة الإيجابية بصفة عامة ودور المجتمع في الوقاية منها،
- ٧- إشراك المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية في دعم وتعزيز برامج الأمومة،
- ٨- وضع القوانين لحماية الأمومة الآمنة ،
- ٩- الاهتمام بالمشورات الخاصة بوفيات ومرضة الأمومة ،
- ١٠- تنمية المرأة اجتماعيا واقتصاديا وخاصة في مجال التعليم،

آلية التنفيذ

- ١- توفير الرعاية التوليدية الأساسية على مستوى المديرية مع الاهتمام بنوعية الخدمة لإحالة الحالات المستعصية وتتضمن الآتي:
 - التوليد الجراحي مثل العملية القيصرية، وترميم تمزق الرحم، واستئصال الرحم، واستئصال الحمل المنتبذ وغيره،
 - التخدير
 - المعالجة الطبية للإنتان وتسمم الحمل وغيره،
 - تعويض الدم،
 - الإجراءات اليدوية ومراقبة المخاض مثل الاستخراج اليدوي للمشيمة، وترميم تمزقات العجان، والتوليد بالمحجم أو الملقط وغيره،
 - توفير العناية للنساء الحوامل ذوات المخاطر العالية كالرعاية المركزة أثناء الحمل، وإنشاء دور انتظار الولادة بمشاركة المجتمع،
 - دعم تنظيم الأسرة وتوفير أكبر مجموعة متنوعة من وسائل تنظيم الأسرة ومنها الوسائل الأكثر فعالية والدائمة،
 - الوقاية والمعالجة من الإجهاض غير الآمن،
 - الرعاية الخاصة بحديثي الولادة،

٢- توفير الإمدادات والمعدات الأساسية لكل مرافق الأمومة،

إن إنشاء المراكز للرعاية التوليدية الأساسية هو خطوة أساسية ولكن من الضروري تأمين استمرار توفير الإمدادات والمعدات الأساسية للتدخلات التوليدية الطارئة فلا بد أن تتوفر بشكل دائم المضادات الحيوية والدم وموسعات البلازما والأدوات الجراحية اللازمة،

٣- توفير المواصلات بسهولة للربط بين مستويات الرعاية الصحية للأمهات وخاصة في حالة الطوارئ،

إن الحاجة الماسة لتوفير تسهيلات النقل بين موقع الحالة العاجلة ومركز الرعاية التوليدية الأساسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من حدوث وفيات الأمومة، فلا فائدة من توفير الرعاية الأساسية التوليدية ما لم تصبح في متناول من هن في حاجة إليها،

٤- توفير الكوادر المدربة على كافة المستويات وخاصة في مجال القبالة ومتخصصي أمراض النساء والتوليد حيث يتم توفير الرعاية الصحية أثناء المخاض لكل حامل من قبل كوادر مدربة. والتركيز على التدريب المستمر للكوادر لرفع الكفاءة في تقديم الخدمة من خلال التدريب على الإسعافات الأولية والإحالة للحالات الطارئة في الوقت المناسب واستخدام البروتوكولات العلاجية الموحدة،

٥- خلق الوعي لدى الجمهور حول أسباب مرضة ووفيات الأمهات ودور المجتمع في الوقاية منها،

٦- تعزيز رعاية الأمومة بخدمات الصحة الإنجابية وان تكون هذه الخدمات ذات نوعية جيدة من خلال وضع معايير الخدمة وتدريبها للعاملين والإشراف المستمر على تنفيذها،

٧- نشر خدمات الأمومة من خلال التوسع الجغرافي في تقديم الرعاية الصحية للأمهات، ومن خلال الدعم المادي لخدمات الأمومة. إن استرداد التكاليف من المستفيدة وخاصة في الحالات الطارئة تشكل عائقاً كبيراً أمام العناية الصحية وقد تكون سبباً مباشراً للوفاة بسبب الولادة نتيجة انتظار الأم المصابة بمضاعفات طارئة لعدة ساعات في المستشفى بانتظار أن تأتي أسرتها بالمال أو العلاج. فمن الأفضل أن تنشأ صناديق تبرع لمعالجة حالات الطوارئ الطبية أو غيره من التدابير،

٨- إنشاء نظام التحقيقات السرية (Confidential Inquiries) على جميع وفيات الأمهات كأداة لتحليل الظروف المؤدية إلى الوفيات بهدف تحسين خدمات الأمومة،

- ٩- تحسين نظم المعلومات لكل ما يخص الأمومة من مرآضة ووفيات.
- ١٠- دمج دراسة وفيات الأمومة بالأسلوب غير المباشر في المسوحات الديمغرافية لصحة الأم والطفل.
- ١١- تشجيع مشاركة المجتمع والقطاعات غير الحكومية على تقديم الخدمات الآمنة والشاملة للأمومة وجميع عناصر الصحة الإنجابية.
- ١٢- تقديم خدمات لمعالجة التعقيدات الناتجة من الإجهاض وتقديم المشورة ووسائل تنظيم الأسرة بعد الإجهاض.
- ١٣- إجراء البحوث العملية والدراسات حول العوامل المؤثرة على مرآضة ووفيات الأمومة ومسبباتها.
- ١٤- التنسيق والربط بين البرامج الصحية لتعزيز النظم الصحية والتكامل في تقديم الرعاية الصحية الإنجابية.

التقييم والمتابعة

توفير المعلومات عن:

- ١- وفيات الأمومة ومسبباتها.
- ٢- معدل وفيات ما حول الولادة.
- ٣- عدد حالات الولادة التي تمت تحت إشراف الكوادر المدربة.
- ٤- عدد القابات المتدربات ومدى وجودهن في مواقع العمل.
- ٥- مدى المعرفة والاتجاهات والممارسة حول مخاطر وفيات الأمومة في المجتمع.
- ٦- مدى مشاركة المجتمع في دعم خدمات الأمومة.
- ٧- تحليل ودراسة التقارير عن نوعية الخدمة من وجهة نظر مقدمي ومستفيدي الخدمة.

ثالثاً: عدوى الجهاز التناسلي

إن المرأة والرجل على السواء معرضان للإصابة بمجموعة متنوعة من عدوى الجهاز التناسلي. عدوى الجهاز التناسلي هي التهابات الجهاز التناسلي تسببها البكتيريا والفيروسات والكائنات الحية الأولية. وتشمل الأمراض المعدية، والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والبعض منها مثل الزهري والتهاب الكبد الوبائي "ب" والعوز المناعي البشري/الايذز يؤثر أيضا في أجزاء أخرى من الجسم ، واضطراب في البيئة الطبيعية للجسم مثل الالتهاب الفطري. عادة تبدأ التهابات المسالك التناسلية في المسالك السفلى فإذا لم تعالج تلك الالتهابات مبكرا فأنها تمتد إلى المسالك العليا مما يؤدي إلى مضاعفات صحية وعواقب خطيرة وأثار اجتماعية وخيمة،

مضاعفات وعواقب عدوى الجهاز التناسلي:

إن الفشل في تشخيص عدوى الجهاز التناسلي وعلاجه في مرحلة مبكرة وبجرعات كافية قد تنتج عنه مضاعفات وأثار خطيرة وهي:

المضاعفات الصحية:

إن المضاعفات الصحية التي تحدث عن عدوى الجهاز التناسلي عديدة منها الآلام الحوضية المزمنة، والعمق لكلا الجنسين، والحمل المنتبذ (حمل خارج الرحم)، وتضييق المجاري البولية، والسرطانات منها سرطان عنق الرحم وسرطان الكبد والأورام الليفية، والتشوهات الخلقية ووفاة الأجنة، ومرضاة ووفيات حديثي الولادة حيث أن المواليد يصابون أثناء وما بعد الولادة من الأم المصابة مما يؤدي بعضها إلى العمى والالتهابات الرئوية والبعض الآخر يؤدي إلى الوفاة بسبب العدوى الرأسية (من خلال المشيمة) كالإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي "ب" وفيروس العوز المناعي البشري/الايذز، والآثار النفسية كالشعور بالاكتئاب والقلق، والوفاة، وزيادة القابلية للعدوى بفيروس العوز المناعي البشري (الايذز)،

الآثار الاقتصادية:

ينتج العبء الاقتصادي من هذه الأمراض عن النفقات المترتبة على رعاية المرضى وتشمل التكاليف المباشرة (تكاليف رعاية المرضى الذين يعانون من مضاعفات المرض) والتكاليف غير المباشرة وتشمل الخسائر في الإنتاج الناتج عن الإجازات المرضية وحالات العجز والموت المبكر وخاصة أن هذه الأمراض أكثر انتشارا في الفئات المنتجة،

الآثار الاجتماعية:

يصاحب وجود هذه الأمراض عواقب اجتماعية وخيمة تهدد شمل الأسرة لما تسببه هذه الأمراض من العقم والإجهاض ووفاة المواليد والعجز التي بدورها تسهم في الحد من الإسهام في الحياة الأسرية الطبيعية كالطلاق والنبذ الاجتماعي،

عوامل انتشار عدوى الجهاز التناسلي

للنساء في اليمن حظ وافر من خطر التعرض لعدوى الجهاز التناسلي ولاسيما النساء في سن الإنجاب لعدة عوامل تجعل المرأة هدفا سهلا للعدوى ومن هذه العوامل:

١- المخاطر الصحية التي تتصل بالإنجاب كأساليب التوليد والإجهاض وخدمات تنظيم الأسرة غير المأمونة،

٢- الممارسات الضارة مثل الختان، والممارسة غير الصحية خلال الدورة الشهرية،

٣- انتشار الجهل عن عدوى الجهاز التناسلي بنسبة عالية بينهم،

٤- الفقر،

٥- ضعف النفوذ الاجتماعي حيث أن مكانتها في الأسرة والمجتمع مرتبط بقدرتها على الإنجاب. ولذا فكثر الإنجاب يعرضها باستمرار لخطر عدوى الجهاز التناسلي،

٦- الشعور بالحرج من التماس العلاج مما يقل الاحتمال على الحصول على الرعاية الصحية المبكرة وبذلك يزداد تعرضها إلى خطر الآثار الخطيرة والدائمة للالتهابات،

كما تبين من الدراسات المحدودة أن عدوى الجهاز التناسلي أكثر شيوعا في البلدان النامية حيث استنتج من الدراسات التي أجريت على النساء اللاتي يترددن على عيادات أمراض النساء والتوليد أن مرض السيلان موجود لدى ١٢% في آسيا، ١٨% في أمريكا اللاتينية، ٤٠% في أفريقيا. كما وجدت في دراسة عام ١٩٩٢ بين ٥٠٠ امرأة في ريف مصر أن ٥١% منهن مصابات بالتهابات المسالك التناسلية،

ليس هنالك معلومات كافية ودقيقة عن مدى جسامته وانتشار هذه الأمراض في اليمن. ولكن تعتبر اليمن إحدى الدول النامية التي تجد فيها كل العوامل والأسباب التي تسهم في انتشار عدوى المسالك التناسلية ومن أهمها:

١- محدودية خدمات التشخيص والعلاج،

٢- محدودية الوعي الصحي بشأن الأمور الجنسية والوقاية من الأمراض مما يؤدي إلى عدم الدراية بالتهابات المسالك التناسلية،

٣- انخفاض مستوى السلوكيات الصحية والمرضية والمعالجة،

٤- عدم إتباع الطرق الآمنة أثناء التدخلات الطبية في المرافق الصحية،

٥- النمو السكاني غير المنظم الذي أدى إلى اكتظاظ المساكن في المدن ووجود الفجوة التي تتسع يوميا بين الخدمات وعدد السكان وتأثيره أيضا في خلق بيئات الانحرافات الأخلاقية،

تعتبر الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أعم وأهم المسببات لعدوى المسالك التناسلية إلى جانب سوء الرعاية الصحية أثناء التوليد والإجهاض وتقديم خدمات تنظيم الأسرة وغيره علاوة على افتقار النظافة الشخصية لكلا الجنسين. ولذا سنتطرق إلى الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بتفصيل أكثر لأن هذه الأمراض من بين أهم أسباب المرض في العالم إضافة إلى تأثيرها الخطير من النواحي الصحية والاقتصادية والاجتماعية على الأفراد والمجتمع والسكان عامة،

الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي

أهم الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي هي: العوز المناعي البشري/الايذز (AIDS)، والزهري (Syphilis)، والسيلان (Gonorrhea)، والتهاب الكبد الفيروسي "ب" (Hepatitis B)، والكلاميديا (Chlamydia)، والهربس (genitals Herpes)، والتدرن الجلدي لأعضاء التناسل (Genital warts)، والقرحة اللينة (Chancroid)، وداء الوحيدات المشعرة (Trichomoniasis)، والالتهابات الناشئة عن فيروس تضخم الخلايا (Cytomegalovirus infections)،

مدى انتشار الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي:

بحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية فإن حالات الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي تتزايد عالميا. ففي كل عام حوالي ٢٥٠ مليون شخص يصابون بهذه الأمراض أي بمتوسط قدره ٦٨٥.٠٠٠ مصاب يوميا. إن معدل انتشار الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي يختلف من منطقة إلى أخرى ومن فئة عمرية إلى أخرى وخاصة أن معظم المصابين بهذه الأمراض يحاولون إخفاءها مما يجعلها تتصف بالسرية التامة ويعني هذا أن الإحصائيات المتوفرة أقل بكثير من الأعداد الحقيقية للمصابين، وهذا يحد من معرفة معدل الانتشار الحقيقي وعادة يقال أن معدل الانتشار لهذه الأمراض يتراوح بين ١-١٤% من مجموع السكان. وتعتبر هذه الأمراض أكثر الأمراض المعدية انتشارا في المرحلة

العمرية ١٥-٤٤ عاما وخاصة بين الشباب دون الخامسة والعشرين بسبب تزايد نشاطهم الجنسي،

فالاتقاد بأن هذه الأمراض تقتصر فقط على الأفراد المنحلين أمر خاطئ لأنه من الممكن أن يتعرض الزوجات لأزواج الأبرياء وكذلك الأطفال لخطر العدوى. وتعرض المرأة بصورة أكبر وأكثر من الرجال للأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي كما تنتقل عن طريقهن إلى الأطفال قبل وأثناء وما بعد الولادة. فالمرأة بيولوجيا أكثر عرضة من الرجل لانتقال العدوى إليها عن طريق الاتصال الجنسي فمثلا تبلغ احتمالات عدوى المرأة بالسيلان نتيجة لعملية جماع واحدة فقط مع شريك مصاب بالمرض حوالي ٥٠% بينما تبلغ الاحتمالات للرجل مع امرأة مصابة ٢٥%. إن المرأة أكثر اتصالا بالمرافق الصحية من الرجل بسبب احتياجاتها الصحية أثناء الحمل والولادة وما ينتج عنه من مضاعفات. وحقيقة بأن معظم المرافق الصحية في اليمن تعاني من تقديم الخدمات غير الآمنة مما يسهم في نشر هذه الأمراض من خلال التدخلات الطبية. كما أن تدني مكانة المرأة في اليمن يلعب دورا رئيسيا في شيوع الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي مما يضعها موضع الاستغلال الجنسي في سن صغيرة وكثيرا ما تكون للرجل شريكات متعدّدات في ممارسة الجنس مما يزيد من تعرض المرأة للإصابة بهذه الأمراض،

استنادا إلى وثيقة خطة مشروع مكافحة الإيدز (١٩٩٦-٢٠٠٠) فقد تم التقدير بأن في اليمن ما يقارب ١٥٠,٠٠٠ شخص يصابون سنويا بالأمراض المنقولة جنسيا. وعلى كل فإن مدى انتشار وباء الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في اليمن لا تعكس حجم المشكلة الحقيقي للأسباب التالية:-

١- تخلف وسائل جمع البيانات،

٢- اقتران الوصمة الاجتماعية بهذه الأمراض مما يسهم في التخفي عنها،

٣- لا تميل الهيئات الطبية أو السياسية الإبلاغ عنها،

فقد أظهرت دراسة لكلا الجنسين عام ١٩٩٠ أن انتشار الإصابة بفيروس التهاب الكبد الوبائي "ب" أي أن الأشخاص إيجابي المصل (+HbsAg) يبلغ ١٢.٧% في المحافظات الشمالية الغربية. ففي دراسة أخرى في اليمن تمت مع ١٣٠ امرأة حامل في غرفة الوضع عام ١٩٩١ وجدت بينهم نسبة عالية مصابة بفيروس التهاب الكبد الفيروسي "ب" حيث تبين أن ١٤.٥% منهم إيجابية المصل (+HbsAg) وان ٥٠% من هذه الحالات المصابة قد نقلت الإصابة أيضا إلى الوليد. وهاتان الدراستان أظهرتا أيضا أن نقل الدم أحد العوامل المساعدة للإصابة بالمرض، وفي دراسة عن عوامل الخطر لوفيات الأمهات في المستشفيات للمحافظات الشمالية الغربية ١٩٨٧-١٩٨٩ تبين أيضا أن ١٧.٤% من النساء المصابات بالتهاب الكبد الوبائي مصابات بفيروس التهاب الكبد الفيروسي "ب".

فجميع هذه الدراسات لم تتطرق في دراستها عن السلوكيات الفردية ولكن تحمل مدلولاً بأن الأمراض المنقولة جنسياً تعتبر مشكلة صحية ولا بد من الاهتمام بها،

وبما أن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي تنتقل أساساً عن طريق السلوكيات الفردية فالعوامل أو الممارسات المحفوفة بالخطر في مجتمعنا مرفوضة على صعيد المجتمع، ولهذا فهي ترتكب في الخفاء. فالبغاء والشذوذ الجنسي (الواط) محظور قانوناً ولكنه يمارس في الخفاء ولا نعرف عن أبعاده الحقيقية، ولا نعرف بالضبط أيضاً مدى التأثير الذي يحدثه تعاطي العقاقير بطريقة الحقن المشتركة،

هنالك عوامل عديدة تسهم في استمرار تفشي الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في اليمن وأهمها الآتي:

١- عدم الاعتراف بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي على أنها مشكلة هامة للصحة العامة ووجود اتجاهها لإنكار المشكلة ومن ثم التهوين من شأنها ولكن ظهور مرض الإيدز بدأ في إقناعهم في تغيير هذا الاتجاه،

٢- عدم المتابعة الكافية للمرضى،

٣- التدخلات الطبية غير الآمنة كاستعمال الأدوات الطبية دون مراعاة طرق الوقاية من الإلتان كالتعقيم، ونقل الدم الملوث حيث أن ٥٠% من عمليات نقل الدم تتم دون التحري عن فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي "ب"،

٤- عدم توفير التسهيلات اللازمة كالمال والأفراد المدربين التدريب الكافي لإتاحة الاختبارات التشخيصية الملائمة. أن كلا الجنسين المرأة والرجل قد يعانين من هذه الأمراض دون أي أعراض ظاهرة فمثلاً ٧٠% من النساء و ٣٠% من الرجال يصابون بمرض الكلاميديا بدون ظهور أي أعراض، كما أن ٣٠% من النساء و ٥% من الرجال يصابون بالسيلان دون أعراض،

فانه من الاجدر أن تحوي هذه الورقة بإيجاز معلومات عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز لكونه وباءاً جامحاً يهدد البشرية في جميع أنحاء المعمورة بأسرها،

مرض الإيدز

ينجم مرض الإيدز أو متلازمة العوز المناعي المكتسب هو المرحلة الأخيرة عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري الذي يقضي على الجهاز المناعي في جسم الإنسان فيصبح عرضة للالتهابات القاتلة والأمراض السرطانية. وتكمن خطورة مرض الإيدز في طول فترة الحضانة للفيروس والتي تمتد من سنتين إلى أكثر من عشر سنوات. ففي هذه الفترة يكون المصاب حاملاً للفيروس من غير أن

يدرك ذلك الشخص المصاب نفسه ولا من حوله من الأفراد الآخرين بأنه حامل الفيروس ومصدر لنشر العدوى،

فقد أصبح واضحاً أن هنالك علاقة قوية بين الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي الأخرى والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري، فالشخص المصاب يكون أكثر احتمالاً للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وبنفس الوقت أكثر قدرة على نشر عدوى الإيدز. فيقدر أن المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً احتمال إصابتهم بعدوى فيروس العوز المناعي البشري يفوق تسع مرات عن غير المصابين. ومن ناحية أخرى فإن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري يساعد على بطء المعالجة من الأمراض المنقولة جنسياً الأخرى بسبب الكبت المناعي الناتج عن العدوى بالفيروس،

مدى الانتشار:

لقد أصبح الإيدز في خلال عقد واحد فقط كارثة حقا يؤثر في الملايين من النساء والرجال. فهو ينتقل رأسياً من جيل إلى جيل (من الأم إلى جنينها أو وليدها) وينتشر أفقياً بغير حدود. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن العدد الإجمالي لحالات الإيدز عالمياً قد ارتفع إلى ٢.٥ مليون مصاب وأن أكثر من ١٤ مليون شخص قد أصيبوا بعدوى فيروس العوز المناعي البشري حتى عام ١٩٩٣، منهم خمسة ملايين امرأة، و ١.٥ مليون طفل ولدوا وهم متأثرون بالعدوى ومتوقع وفاة ٢٠% من هؤلاء المواليد قبل بلوغهم السنة الأولى من العمر. وقد يرتفع هذا العدد ليصل ما بين ٣٠-٤٠ مليون مصاب من بينهم ١٢-١٨ مليون شخص قد وصلوا إلى مرحلة الإيدز بحلول عام ٢٠٠٠ إذا لم تطبق الإجراءات الوقائية من انتشار هذا الوباء. وتنتشر العدوى في الدول النامية لافتقارها لخدمات التشخيص والوقاية (احتمال الإصابة بالعدوى خلال عملية وحيدة لنقل دم ملوث يزيد عن ٩٠%) بجانب غياب الوعي عن عدوى الجهاز التناسلي بين عامة الناس والكوادر الصحية،

إن وباء الفيروس والإيدز قد بدأ خطاه في اليمن فقد اكتشفت حالة واحدة فقط في عام ١٩٩١ ووصلت حتى ١٧٠ حالة حتى منتصف عام ١٩٩٦ ومنها ٢٥ حالة إيدز قد توفيت جميعها. وبحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية فإن حالات الإيدز في اليمن ستصل إلى ٥٥٩ حالة والى ٤٣١٩ حالة مصابة بفيروس العوز المناعي البشري بحلول عام ١٩٩٩. وقد اهتمت وزارة الصحة في مجابهة هذا الوباء بإنشاء برنامج وطني لمكافحة الإيدز منذ ١٩٨٧ بتمويل ودعم منظمة الصحة العالمية، وتأسست اللجنة الفنية بقرار وزارى عام ١٩٩٤ وتضم في عضويتها ١٢ شخصاً من مختلف المؤسسات. كما أكدت وزارة الصحة في خطتها الخمسية للتنمية الصحية للأعوام ١٩٦٩-٢٠٠٠ برنامجاً لمكافحة الإيدز

والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي تهدف إلى خفض نسبة الإصابة بالإيدز من خلال المرامي الآتية:

- توسيع خدمات فحص الدم قبل نقله للمريض ليغطي ٩٠% من الجرعات المنقولة،

- تعزيز دور مراكز الرصد الوبائي،

- تعزيز القدرة التشخيصية لاكتشاف المصابين بمقدار ٢٠% من المصابين حالياً،

- رفع الوعي الصحي ليصل إلى ٦٠% من السكان،

- تأهيل الكوادر المختصة،

مكافحة عدوى الجهاز التناسلي

حث برنامج العمل للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالوقاية والمعالجة من عدوى الجهاز التناسلي وخاصة الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي وتشمل الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري/ الإيدز. واعتبارها عنصراً هاماً في جميع خدمات الصحة الإنجابية ضمن نظم الرعاية الصحية الأولية،

الأهداف العامة

إن الهدف الرئيسي من نشاط مكافحة عدوى الجهاز التناسلي هو خفض معدل انتشار الإصابة والتقليل من مدة المرض وآثاره الصحية الذي ينتج عنه مضاعفات خطيرة على الأفراد،

التدخلات:

النهوض بالصحة لتعزيز سلوكيات الصحة وسلوكيات المرض وسلوكيات المعالجة،

إن النهوض بالصحة عني بها التعليم والتثقيف والإرشاد لتشجيع السلوك الذي يؤدي في النهاية إلى التقليل من تأثير عدوى الجهاز التناسلي في المجتمع وذلك من خلال الرقي بسلوك الفرد إزاء الوقاية الأولية والثانوية من الأمراض أي الحد من خطر الإصابة بالعدوى والتقليل من حدوث المضاعفات ومن زيادة انتقال المرض عن طريق المصابين به فعلاً وهذه الأنشطة تشمل الآتي:

١- بث الوعي على تجنب الاتصالات الجنسية العارضة أو المتعددة القراء،

٢- تشجيع استخدام الرفال أو غيره من الوسائل الوقائية،

٣- تشجيع التوجه مبكرا للفحص الطبي بعد أي تعرض مشبوه أو عند ظهور أية أعراض ولتزويد بالادراك بأن الأعراض تحتاج إلى رعاية طبية،

٤- تشجيع الأفراد بالالتزام بالعلاج والمتابعة للفحوصات اللازمة،

٥- تشجيع المصابين بالتعاون على التعرف وإحالة قرناء الجنس الآخرين للفحص والعلاج قبل أن يتسببوا في المزيد من الاتصالات الجنسية الناقلة للعدوى،

٦- إرشاد وتثقيف المصابين فقد يصبح البعض منهم من دعاة السلوك القويم،

٧- حث الأفراد على عدم تقبل الوخز بالإبر المشتركة (أي استخدام الإبر والمحاقن لمرة واحدة فقط)،

٨- حث النساء على الولادة في بيئة صحية،

إن السلاح الفعال ضد الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري/الايذز حيث يندم حاليا أي علاج أو لقاح ناجع له هو التزود بالمعرفة الكافية عن فيروس الإيدز وطرق التعرض له ووسائل تجنبه ومخاطر الإصابة حتى يتسلحوا جميعا بسلاح الوقاية المستنيرة فلا يقعوا في الخطر دون وعى أو دراية ولقطع سلسلة انتقال العدوى من خلال اتخاذ القرار الشخصي المسؤول الذي يضمن حماية النفس والآخرين،

آلية التنفيذ:

١- بث الرسائل التثقيفية حول عدوى الجهاز التناسلي التي تتضمن طرق انتقاله ومخاطر وسائل تجنبه من خلال أجهزة الإعلام المسموعة والمقروءة منها،

٢- التعليم المباشر من خلال دمج المعلومات عن عدوى الجهاز التناسلي في التربية الصحية والسكانية في المدارس والجامعات وتدريب المدرسين على إعطائها بالطرق الصحيحة،

٣- إشراك العاملين في الخدمات الصحية في الجهود التثقيفية والإرشادية وتدريبهم حتى يتمكنوا من أداء دورهم في المشورة والتثقيف والإرشاد،

٤- إشراك قادة المجتمع ورجال الدين لتحفيز الناس على نهج السلوك القويم بعد أن يتم توعيتهم عن أهمية هذه الأمراض،

٥- تكامل التثقيف مع البرامج الأخرى الصحية كبرنامج تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة،

٦- اتخاذ المبادرات الوطنية مثل المؤتمرات الوطنية والمحلية حيث تضم تشكيلة واسعة من الأخصائيين في عمليات مكافحة العدوى لهدف تنمية الموارد المحلية والتنسيق وإبراز مشاركة المجتمع في جهود مكافحة،

٧- المشاركة في المؤتمرات وحلقات العمل الدولية التي تشجع على تبادل الخبرات والمعلومات،

٨- نشر الوعي عن هذه الأمراض بدور الشباب والتجمعات النسائية،

٩- التنسيق مع المنظمات والجمعيات غير الحكومية والسلطات العسكرية والجيش حول أنشطة مكافحة،

١٠- التوفير المستمر للرفال وتوزيعها على جميع مرافق الخدمات الصحية،

الاكتشاف المبكر لحالات العدوى وتضم الإجراءات التالية:

١- وضع أنشطة التحري (الفحص الذي يجرى للأصحاء ظاهريا بين عامة السكان)،

٢- تعقب المخالطين وتحويلهم لإجراء الفحوصات اللازمة،

٣- إيجاد نظام للمعلومات والترصد الوبائي،

٤- إيجاد نظام مختبري لتسهيل إجراءات التشخيص،

٥- الوقاية من العدوى التي تنتشر عن طريق نقل الدم ومشتقاته واستخدام الأدوات الطبية الملوثة،

آلية التنفيذ:

أ - تدريب مقدمي الخدمة على الإجراءات الإدارية والمهارات المتعلقة بالتأثير بين الناس،

ب - توفير ما يتطلبه المختبر من المعدات والأدوات والأمصال الضرورية لتسهيل التشخيص،

ج - تدريب العاملين في المختبرات لتطوير مهاراتهم في التشخيص،

د - وضع المعايير الخاصة بنقل الدم وإجراء الاختبارات الضرورية للدم قبل نقله إلى الشخص المحتاج إليه،

هـ - إجراء الفحوصات اللازمة لمتبرعي الدم وخاصة لفيروس التهاب الكبد الوبائي فيروس "ب" وفيروس العوز المناعي البشري،

و - تنفيذ معايير طرق الوقاية من الانتان ويضم إزالة التلوث، والتنظيف والتعقيم في جميع المرافق الصحية والالتزام بالعمل بها مع توفير الأدوات والمعدات اللازمة بذلك،

ز - وضع برنامج لأنشطة التحري مثل الفحص المصلي للزهري والتهاب الكبد الوبائي "ب" لكل الأمهات أثناء الحمل والعسكريين والطلاب في الجامعات وللحالات قبل إجراء أي عملية،

ح - إيجاد نظام فعال للتبليغ عن الإصابة بالعدوى وتدريب العاملين عليها،

المعالجة المبكرة والكافية للمصابين بالعدوى

فهي طريقة فعالة لمنع انتشارها ومنع الكائنات الدقيقة من زيادة مقاومتها لمضادات الجراثيم والحد من المضاعفات الناتجة عنها من خلال الآتي:

أ - تحسين نوعية الخدمات الصحية،

ب - متابعة حالات العدوى وإجراء الفحوصات للتأكد من خلوها من الأمراض،

ج - تأهيل الكوادر الصحية،

آلية التنفيذ:

١- قيام الخبراء بإعداد قائمة بالمقررات (البروتوكولات) العلاجية وتنفيذها في الخدمات الصحية،

٢- تدريب مقدمي الخدمة على المقررات العلاجية واستخدامها،

٣- توفير الأدوية اللازمة للعلاج في مرافق الخدمات الصحية وفي الصيدليات،

٤- تدريب طلاب الكليات الطبية والمعاهد الصحية على استخدام المقررات العلاجية،

٥- تدريب العاملين الصحيين أثناء الخدمة في مجال عدوى الجهاز التناسلي،

٦- وضع المعايير الخاصة بتقديم الخدمة الآمنة وتدريب مقدمي الخدمة عليها والإشراف المستمر للالتزام بالمعايير،

- ٧- دمج مكافحة عدوى الجهاز التناسلي في جميع خدمات الرعاية الصحية،
- ٨- تقديم المشورة في تقديم الخدمات الصحية وتدريب العاملين على المشورة،
- ٩- إيجاد نظام الإحالة لتحويل الحالات المستعصية إلى المرافق المتخصصة،

تنمية البحوث العملية في مجال عدوى الجهاز التناسلي التي تشمل تقييم الممارسات التشخيصية والعلاجية والدراسات الوبائية

إن قيام الدراسات الوبائية عن عدوى الجهاز التناسلي وتشمل الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ضروري لتقدير حجم المشكلة ومن ثم إبراز المشكلات لصانعي القرار ولتوعية عامة الناس وقادة المجتمع بأهميتها على أنها مشكلة هامة للصحة العامة. فعدم الاعتراف بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي على أنها مشكلة في مجتمعنا ستظل الموارد شحيحة لمكافحتها. ولغرض كسر الحلقة المفرغة المتمثلة في قلة الاعتماد وقصور المعرفة والتقدير لأهمية مكافحة الأمر الذي يؤدي بدوره إلى استمرار ضالة الاعتمادات. فإذن من الضروري دراسة ظاهرة عامة في اليمن كالعقم ودراسته من حيث المسببات، فنسجد من خلال هذه الدراسة أن مرضا من الأمراض ذي أهمية لإقناع متخذي القرارات بضرورة تخصيص موارد جديدة لمكافحتها. وسوف تكون هذه الموارد أهميتها في تنفيذ البرنامج مما يزيد من توفير معلومات أكثر وضوحا ويمكن من توفير الإمكانيات والتقنيات وإقامة برامج أكثر شمولاً مما يساهم في الحصول على الالتزام الحكومي والشعبي للمكافحة،

التنسيق مع برنامج مكافحة الإيدز في وزارة الصحة وصدور القانون بإنشاء اللجنة العليا لمكافحة الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي،

التقييم والمتابعة لعدوى الجهاز التناسلي:،

١- من خلال التقارير الإشرافية المستمرة للممارسات التشخيصية والعلاجية،

٢- دراسة المعرفة والاتجاهات والممارسات في السلوكيات الصحية،

٣- المراقبة المستمرة على ممارسة نقل الدم.

رابعاً: الصحة الجنسية

الصحة الجنسية هي إحدى العناصر التي تضمنها موضوع الصحة الإنجابية والغرض منها تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية من خلال التوعية

والتثقيف والإعلام والإرشاد وإسداء المشورة فيما يخص الصحة التناسلية/الانجابية،

وتعرف الصحة الجنسية بأنها " قدرة الزوجين على ممارسة علاقة جنسية متبادلة وآمنة ومسؤولة" ومن هذا التعريف يتضح أن الصحة الجنسية تسعى إلى تحقيق الآتي:

١- إقامة علاقات جنسية تتسم بحس من المسؤولية واتخاذ قرارات مستنيرة وواعية بشأن النشاط الجنسي،

٢- حماية الأفراد رجالاً ونساءً والشباب منهم خاصة من الممارسات الجنسية غير الآمنة والمحفوفة بالمخاطر التي تهدد صحة الفرد والمجتمع ومنها حالات الحمل غير المرغوبة والأمراض المعدية الجنسية ومن مخاطر الإصابة بها والآثار الخطرة التي يترتب عنها صحياً واجتماعياً واقتصادياً كالعقم والمرضاة المستديمة والوفاة،

فالأفراد جميعهم وخاصة الشباب يحتاجون إلى الوعي والإرشاد وتقديم المشورة لهم فيما يخص أجسامهم وما يحدث فيه من تغيير، عن تنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بما في ذلك الإيدز، ومنع العنف الجنسي والاعتداء الجنسي، وممارسة الجنس على المحارم وممارسة العادات الضارة التي تضر بالصحة ومنها ختان الإناث التي تخلق المضاعفات الصحية كالنزيف والانتان والأمراض النفسية، الشذوذ الجنسي كاللواط،

فالأفراد الذين ينعمون بعلاقات جنسية صحية شرعية يمكنهم أن ينعموا بصحة إنجابية جيدة فسلوكهم الجنسي المسؤول والصحي سيلزمان لصد وباء الإيدز الجائح وارتفاع معدلات الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي،

كثيراً ما يشاع على أن تقديم الإرشاد والتثقيف عن الصحة الجنسية سوف يشجع الشباب على ممارسة النشاط الجنسي المبكر وغير الشرعي ولكن هناك النظرة الأخرى التي ترى أن الشباب يحتاج إلى إمام بما ينتاب أجسامهم من تغير فسيولوجي وما يترتب على النشاط الجنسي من عواقب حتى يتاح لهم اتخاذ قرارات أكثر مسؤولية وأوعى صحياً. فالجهل بأمور الصحة الجنسية تجعل الشخص عرضة للإصابة بأمراض لا تحمد عقباها. فقد أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة حول التثقيف الجنسي بشأن الإيدز لم ينتج عنه أي دليل على أن التثقيف الجنسي في المدارس يؤدي إلى التبكير بالنشاط الجنسي وإنما أظهرت هذه الدراسة أن التثقيف الجنسي يساعد على حماية الشباب من مخاطر النشاط الجنسي حيث أن الشباب الذين تلقوا قدراً من الثقافة بشأن الصحة الجنسية والمسؤولية الاجتماعية تكون احتمالات انخراطهم في علاقات جنسية خطيرة اقل من غيرهم. وهذا يؤكد على أن التثقيف الجنسي تيسر على اتخاذ السلوك الجنسي

الآمن عند فهمهم لمسؤولياتهم فهماً أفضل ولا يشجعهم على الإتحلال الجنسي،
فالتدراك المتزايد بالعواقب الخطيرة للممارسات الجنسية الشاذة تعمل على رقي
الأنماط السلوكية السليمة إزاء الوقاية الأولية والثانوية. فالتثقيف في الصحة
الجنسية تهتم بنشر الوعي الصحي وليس فقط نقل المعلومات عن المسؤولية
الجنسية وما يترتب من العلاقة الجنسية من آثار تؤثر على الفرد والمجتمع
والسكان عامة. وتتضمن التثقيف بالصحة الجنسية المجالات التالية:

- المعرفة عن الجهاز التناسلي للمرأة والرجل ووظائفه وما يحصل من تغيير
فسيولوجي في أجسامهم،

- المعرفة بعمليات الجهاز التناسلي وكيفية حدوث الدورة الشهرية والحمل
والولادة،

- المعرفة بالعلامات الطبيعية والغير طبيعية في الجهاز التناسلي وكيفية التعامل
معها،

- الإلمام بأهمية النظافة الشخصية بكل ما يتعلق بالأمور الجنسية،

- المعرفة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وتشمل الإيدز، طرق الإصابة بها
وعلاماتها وعواقبها على الصحة ووسائل تجنب الإصابة بها،

- المشورة والعلاج في المشاكل الجنسية التي تواجه الفرد،

- المعرفة عن العلاقات الجنسية الشاذة وآثارها على الصحة العامة،

- الإلمام بالممارسات الضارة وخاصة ختان الإناث،

- الوعي عن العلاقات والمساواة بين الجنسين،

- الإدراك بالوالدية المسؤولة التي تهدف إلى تحسين مستوى معيشة الأسرة بما
يكفل المناخ الملائم لأطفالها للنمو السليم من جميع النواحي الجسماني والعقلي
والنفسى مهما اختلفت الظروف،

الأهداف

إن الهدفين الرئيسيين للتثقيف والإرشاد في الصحة الجنسية هما:

١- تشجيع السلوك الإيجابي والجنسي المسؤول الصحي بما في ذلك الامتناع
الطوعي عن ممارسة الجنس المحفوف بالمخاطر،

٢- احترام وتقاسم المسؤولية بين الجنسين في الشؤون الجنسية والإيجابية والمسؤولية الوالدية،

آلية التنفيذ

للوصول إلى أهداف الصحة الجنسية يجب تنفيذ ما يلي:

- ١- تدريب الكوادر في مجال الصحة الجنسية حيث يتم اختيار هذه الكوادر بدقة،
- ٢- تدريب الكوادر على التأثير مع الناس وخاصة في مجال المشورة،
- ٣- نشر الوعي عن الآثار المتعلقة بالممارسات الجنسية من خلال وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة،
- ٤- تقديم المشورة حول النشاط الجنسي والحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في الخدمات الصحية والاجتماعية،
- ٥- تأمين التربية الصحية الجنسية في المدارس والجامعات والتجمعات النسائية،
- ٦- تنظيم اللقاءات مع الشخصيات المؤثرة وعلماء الدين وواضعي السياسة على أهمية الصحة الجنسية وإقناعهم بالمشاركة الفعالة،
- ٧- الاتصال بدور الشباب لنشر الوعي والإرشاد عن الصحة الجنسية من خلال الندوات واللقاءات،
- ٨- تدريب الشباب على البحث والتقصي والدراسات في مجال الصحة الإيجابية ومشاركتهم في تنفيذها وتقييم نتائجها،
- ٩- إشراك الشباب وخاصة الكوادر القيادية في تصميم البرامج للصحة الجنسية وفي تنفيذها وتقييمها،
- ١٠- تبادل الخبرات والتجارب مع المنظمات الدولية والجمعيات غير الحكومية لوضع الحلول وتذليل الصعوبات في مجال الصحة الجنسية،

آلية المتابعة والتقييم:

- ١- إقامة الدراسات في قياس التغييرات في سلوك الأفراد ومعارفهم ومواقفهم،
- ٢- تحليل التقارير عن مدى مشاركة الإعلام والخدمات الصحية والاجتماعية في مجال الصحة الجنسية،

٣- معدل انتشار ختان الإناث وخاصة في المناطق المنتشرة على سبيل المثال مناطق تهامة،

أما فيما يخص العقم والإجهاض غير الآمن فقد تم التطرق إليهما من خلال العناصر الأخرى للصحة الإنجابية، ولم نقدم لهما عرضاً مفصلاً لعدم وجود أي معلومات عنهما في اليمن يستند إليها،

وخلاصة لما تطرقت إليه هذه الورقة عن الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية وعناصرها أظهرت من البيانات المتاحة عن اليمن أنها تعاني من خصوبة عالية، ومراضة ووفيات مرتفعة بين الأمهات وتدني نوعية خدمات الصحة الإنجابية ومحدودية تغطيتها بالإضافة إلى افتقاد الوعي الصحي بين أفرادها،

لذا فإن الصحة الإنجابية استراتيجية صحية تهدف إلى تقديم خدمات صحية متكاملة تتميز بسهولة المنال إلى جميع أفرادها ذكوراً وإناً ضمن أسلوب الرعاية الصحية الأولية سوف تحقق تحسين نوعية الحياة والرفاهية،

المراجع

- الأمم المتحدة (١٩٩٤). تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤. المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤. القاهرة،

- الجهاز المركزي للإحصاء (١٩٩٢). الاستراتيجية الوطنية للسكان ١٩٩٠-٢٠٠٠،

- الجهاز المركزي للإحصاء (١٩٩٤). المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل للعام ١٩٩٢/٩١،

- الجهاز المركزي للإحصاء (١٩٩٢). الاستراتيجية الوطنية للسكان ١٩٩٠-٢٠٠٠،

- د. رومي روتشن، د. موريس (١٩٩٤). انخفاض الخصوبة في البلدان النامية. مجلة العلوم، الترجمة العربية لمجلة العلوم الأمريكية، الكويت، المجلد ١٠، العددان ٣، ٤،

- سمير فريد (١٩٩٣). تنظيم الأسرة والصحة ورفاه الأسرة في العالم العربي. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي للسكان المنعقد ٤-٦ إبريل، عمان،

- صندوق الأمم المتحدة للسكان (١٩٩٥). حالة سكان العالم ١٩٩٥، قرارات من أجل التنمية: المرأة والتمكين والصحة الإنجابية،

- لوري س. أشفورد (١٩٩٥). أضواء جديدة عن السكان: دروس في القاهرة. النشرة السكانية، إصدار رقم ١ مارس ١٩٩٥، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية،

- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥). العناصر الأساسية للرعاية التوليدية في مستوى الإحالة الأول. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الإسكندرية، مصر،

- منظمة اليونيسيف (١٩٩٣). حالة الأطفال والنساء في جمهورية اليمن. صنعاء، حكومة جمهورية اليمن،

- نبيل يونس، والمجموعة (١٩٩٥). صحة المرأة-أمراض النساء من منظور طبي واجتماعي. سلسلة السياسات السكانية في مجال الصحة الإنجابية،

- International Women's Health Coalition (1991). Reproductive Tract Infections In Women in the Third World, National & International Policy Implications. Report of a Meeting at the Bellagio Study and Conference Center Lake Como, Italy, April 29-May 3،

- Koblinsky, M. et.al, (1993). The Health of Women, A Global Perspective. Westview Press, Boulder, San Francisco, & Oxford،

- Mother Care Matters (1994). STDs and Women's Health. Volume 4, No. 3/4-- October/November،

- Nagiba A. Abdulghani (1993). Risk Factors For Maternal Mortality Among Women Using Hospitals In North Yemen. PhD Thesis, London School; of Hygiene & Tropical Medicine. 6

- Network (1994). Maternal Health. Family Health International, Vol. 14, No. 3, February - 1994. PP: 8-11،

- Population Reports (1993). Controlling Sexually Transmitted Diseases. Series L, Number 9،

- Sondra Zeidenstein and Kirsten Moore (1996). Learning About Sexuality, A Practical Beginning. The Population Council, International Women's Health Coalition, New York.**
- Sonia M.A. Rahim, et.al., (1991). Hepatitis B Infection in Sanaa City, Republic of Yemen, Prevalence Among Pregnancy Women & Maternal-Fetal Transmission. The Journal of the Egyptian Public Health Association, Vol. LXVL; No. 5,6 PP: 492-503.**
- World Health Organization (1992). School Health Education To Prevent AIDS and Sexually Transmitted Diseases. WHO AIDS Series 10, World Health Organization in Collaboration with the United Nations Educational Scientific & Cultural Organization.**